

第2回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 議事要旨

一 会議の日時及び場所

日時：平成26年11月11日（火）10:00～12:00

場所：中央合同庁舎第8号館第416会議室

二 出席者

○委員

尾形裕也委員、権丈善一委員、佐藤主光委員、田近栄治委員
筒井孝子委員、土居丈朗委員、永井良三会長、伏見清秀委員
藤森研司委員、松田晋哉会長代理、山本隆一委員

○政府側

小泉内閣府大臣政務官

永岡厚生労働副大臣

内閣官房 宮島社会保障改革担当室長

厚生労働省 二川医政局長、三浦老健局長、唐澤保険局長

三 議事

1. 開会

2. 委員紹介

3. 政府側からの挨拶

4. 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況
について

5. 医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討状況
等について

6. 意見交換

7. 閉会

1. 開会

- ・永井会長より、ワーキンググループの構成員及び主査について、資料2のとおり決定した旨の報告があった。

2. 委員紹介

○筒井委員 本年3月まで国立保健医療科学院で研究統括官をしていた。これまで介護保険制度の要介護認定のコンピュータの判定ロジックの開発や、診療報酬の入院基本料の重症度、医療・看護必要度の開発などを研究してきた。

専門調査会の議論は、今後の地域における医療や介護保険制度に密接に関わる内容だと思っている。

3. 政府側からの挨拶

○小泉内閣府大臣政務官 本来であれば甘利大臣が出席するところであるが、APECに出張中であるので、私から一言挨拶させていただく。

社会保障制度改革国民会議の報告書においても御指摘をいただいたとおり、医療・介護分野においては客観的なデータによる政策の推進が重要な課題となっている。特に、今後、地域医療構想の策定や医療費適正化計画の見直しを行っていく上で、医療・介護関連のデータの有効な活用方策等を検討することが不可欠であり、本専門調査会の重要な役割である。

本日の御議論についてはしっかりと甘利大臣に伝えたい。

4. 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について、厚生労働省より資料3に沿って説明を行った。

5. 医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討状況等について

- ・医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討状況等について、松田会長代理より資料4に沿って説明を行った。

6. 意見交換

○田近委員 資料4の4ページにある1日当たりの平均出来高換算コストの入院後日数の分布は、11ページ以降のグラフに対応しているということによいか。また、このデータを具体的にどのように病床数の推計や医療費の効率化に用いるのか。

○松田会長代理 まず4ページの図は、11ページ以降のグラフのイメージ図であり、1DPCごとに、入院経過日数ごとにどのくらいの医療資源が投入されているかということの平均値を並べたものである。

具体的な推計方法としては、C1、C2、C3を設定しそれぞれの基準を上回る日数を全部足して、1年間の高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期の延べ日数を算出し、それを365で割って1日当たりの医療需要を算出することになる。

これに、病床利用率を例えば80%として、割り戻すことによって病床数を推計する。その際、例えば救急医療のために少しリザーブが必要な場合は病床利用率を78%にしたり、そういうものがない場合には85%にしたりするなど工夫を行うことは考えられる。

○田近委員 今のやり方で病床数を推計した上で、どの病床をどのくらい効率化できるかといった工夫はどのようにするのか。

○松田会長代理 DPCごとに分布を推計すると、あまり医療資源を投入していないのに入院が続いているケースがあることなどもわかる、こうした推計に、患者調査のデータなども加味し、在院日数をどのくらい短くすることができるかを検討していくことになる。

○尾形委員 2点、質問させてほしい。

一般病床のうち全体の4割以上を占める非DPC病院のデータはコーディングロジックを使って変換をすることだが、これらの病院のデータについてはばらつきが大きいことを見込まれる中、変換は特に問題なくできるものなのか。

第2に、急性期医療、高度急性期医療の場合は、患者の医療ニーズへの対応という面から見れば、資源投入の現状から出発する分析というのは非常に有効だと思うが、慢性期医療の場合は、こうしたアプローチには限界があるのではないか。例えば、参考資料1の24ページにあるように、人口10万対の療養病床数の都道府県別の地域差は非常に大きく、患者のニーズの相違を反映しているとは考えられないので、現状追認というわけにはいかない部分

が大きい。特に慢性期医療についてのアプローチをどのように考えるべきか。

○松田会長代理 藤森委員に後ほどご説明いただきたいと考えているが、非 DPC データの DPC データへの変換は 2 段階で行うことになる。まず第 1 段階は、行った医療行為から主傷病名、つまり医療資源病名を推計するものであり、このロジックは既に開発されている。医療資源病名が決まると、つぎに、非 DPC データから DPC を発生させることになるが、このロジックも別途作っている。このように非 DPC データを DPC にコーディングすることについては、技術論的には大きな問題とはないと考えられ、それほど大きくぶれないということも確認できている。

慢性期については、DPC では限界がある。療養病棟の入院基本料が医療区分や ADL 区分で分けられているので、その医療区分の低いところの点数をベースにしながら C3 を決めることを考えている。

また、回復期については、定義上、回復期リハビリテーション病棟は全部回復期になる。回復期リハビリテーション病院以外については、そこでリハビリテーションをどのくらいやっているのかを踏まえながら、回復期と慢性期を区分する基準値を決めていきたい。

○筒井委員 DPC の分析データは現状追認型の結果になるが、これを基礎として、どのような工夫ができるのかといった観点から、ワーキンググループでも提案しているのが、重症度、医療・看護必要度という患者の状態像を扱ったデータの活用である。ただし、このデータは悉皆データとして収集されていないので、これを活用できないか、厚労省で検討してもらっている。

尾形委員から指摘のあった地域差の問題は、医療供給量の調整をどうするかという問題であるが、多過ぎる地域と少な過ぎる地域の二つに分けて考えなければならない。今後、都道府県で調整が必要となるのは、医療供給量が多い地域であり、ルールづくりが必要である。

○藤森委員 先ほどの非 DPC 病院の推計について補足させていただきたい。非 DPC 病院の推計については、ナショナルデータベースの匿名化されたレセプトを、患者ごとに複数月を全部連結して、1 入院とした上で、そこで行われている医療行為を基に、最も医療資源を投入した傷病名を決めていき、DPC コードを振っていく。

ただ、これには制約があって、今後マイナンバーの議論によっては変わってくるが、現在のところ、例えば 75 歳になった場合など、患者の保険が変

わるとつながらなくなってしまう。また、回復期リハビリテーション病棟など医療内容が包括化されている場合には、個々の医療行為がわからないのでコーディングできないという問題があるので、別の手法を考えていかなければならない。一方、10対1、13対1、15対1の一般病棟に関しては、かなり切れ味よくできると考えている。

○田近委員 病床数の推計方法については分かった。次のステップは、在院日数が長い部分を効率化するということか。入院患者数の割合のカーブを、例えば標準的なものになるよう工夫して、それを基準として病床数を計算し直すというような作業をするということか。

○松田会長代理 入院経過日数別の1日平均コストの分布は、DPCごとにどのくらい効率化ができるかを検討していくための資料として使う。これは、医療提供者側と議論する際に、傷病別にこういう適正化が可能であった議論が求められるからである。それで、例えば、このぐらいは適正化できるだろうということになれば、そこから削減できる日数を推計することになる。

○権丈委員 ワーキンググループの先生方、このC1、C2、C3を決めることは大変な作業だと思うがよろしく願いたい。

現状追認型になるということに関して、日本の平均在院日数が長いことがずっと問題視されていて、これを短くする方法としては、診療報酬で日数による低減の度合いを高める方法と、急性期などにマンパワーを選択的、集中的に配置する方法がある。2008年の国民会議や一体改革の時のシミュレーションでは後者の考え方に基づいており、国際比較においても、国内においても、平均在院日数と病床当たりマンパワーはどちらも逆相関している。したがって、今後の推計に当たってはマンパワーの選択と集中により、結果として平均在院日数が短くなっていくということを少し意識して、分析してもらいたい。

今後、病床を機能分化していくと、患者が病院や病棟を移動していくことになると思うが、その際、患者にとってどんなメリットがあるのかを示せないといけない。ずっと同じ医師に診てもらいたいという希望がある中で、機能分化によって、患者にとって、医療全体の質、クオリティーがどのように上がっていくのかということもセットにして議論していただきたい。

○永井会長 とても大事なところ。医療提供者側の議論はされているが、患

者にとってのインセンティブは何かということもあわせて考えておかないと、システムとしてはなかなか難しいと思うが、いかがか。

○松田会長代理 ご指摘のとおりだと思う。このプロジェクトをうまく進行するために必要な条件の一つとして、集めたレセプトデータを分析した上で、クリニカルインディケータを作っていく必要があるだろうと考えている。クリニカルインディケータにより医療の質を可視化していくことが必要であり、その中には、連携クリニカルパスを使って在院日数を短くすることや筒井委員からお話があった重症度、医療・看護必要度なども含まれることになると思うが、権丈委員のご要望に応えるためには、こういう議論をやっていかないといけないと思う。

そうしないと、7対1の時と同じようなことが起こってしまう、つまり構造としてハイスペックであることと、診療の内容もハイスペックであることの両方を担保しないといけない。

実は、フランスやイギリスでも、病院ごとのクリニカルインディケータの公開をやっており、そういう議論をすべきと考えている。

○権丈委員 1点付け加えると、選択と集中により効率化を図る理由は、医療の質を高めるためであり、そのためのデータによる制御であるので、推計作業と同時に、医療の質がどのように上がっていくのか、患者にとってどういうメリットがあるのかもセットにして議論していただければと思う。

○伏見委員 尾形委員が指摘されていたように、慢性期の評価については診療報酬の点数だけでやるのは難しい部分もある。例えば慢性期で入院し透析などをやっている患者は、点数だけを見ると高くなって急性期になってしまう。少し複雑になってしまうが、多少は個別の診療内容について評価していく必要があるのかなと考えている。

クリニカルインディケータの話がでたが、医療の質、アウトカムだけと狭く捉えるのではなく、もう少し幅広く、病床機能に応じた診療内容のあり方、例えば、回復期であればリハビリテーションをどのくらいやるべきかなども含めたパフォーマンスインディケータも含めて評価していく方がよいのではないか。

○藤森委員 少し長期的な視点になるが、権丈委員のご指摘のとおり、患者側の視点というのはとても重要だと思っている。

入院期間を短縮するだけでなく、機能連携をして転院あるいは在宅に移

っていくが、それらも含め全体でよくなっているのかを評価しなければなら
ないと思う。レセプトデータは保険情報さえつながれば、2年、3年追跡す
ることが可能になってきたので、最終的には、連携をして、さらに機能分化
をして、全体でよくなったということの評価できるように、技術的にはでき
ると思うので、今後検討していければよいと考えている。

- 佐藤委員 今回の作業は段階を踏んで考えていかなければならない。まず
現状をベースにして、客観的にどれくらいの病床が機能別に必要かという
ことを見ていく。今はまだこの段階であるが、今回のイノベーションは、
C1、C2、C3 を疾病別でも地域別でもなく統一的に出して、標準的なモデル
をつくることである。

この後は、田近委員らから指摘があったように、この現状の推計をベー
スに効率化を行ったらどうなるか考えていく。これはいくつかのシミュレ
ーションのパターンもあり得る。地域別に将来的に患者数がどのくらいに
なるかということを考えて、どの程度病床が必要なのか、考えていくこと
になるだろう。

難しいのは、供給過多になっている病院に、そのベッドを吐き出させなけ
ればならないが、このプロジェクトだけでできることではなく、情報提供や
誘因づけ、規制、診療報酬の見直しなどが必要になってくる。今回は、まだ
その入り口に立ったところなので、少し時間軸を持って理解していくことが
大事だと思う。

また、病床機能報告制度により、病院から高度急性期、急性期、回復期、
慢性期の病床数が出てくるが、今回のデータに基づく推計結果との違いをど
うすり合わせていくかも考えておかなければならないと思う。

- 二川医政局長 病床機能報告制度は、現在は定性的な基準のみで医療機関
の自己申告で出していただくことになっている。ただ、ガイドラインをお
示しする段階では、今回の分析結果も出てくるので、もう少し定量的なも
のを示していくことになり、医療機関にも伝わっていく。さらに協議の場
もできるので、将来に向かっては徐々に変わっていくきっかけが作られる
と思っている。

- 土居委員 ワーキンググループの議論は、松田主査からのご報告のとおり
であり、これを如何にきちんとオーソライズして進めていくかということ
が大変大事だと思う。

現場の声を聞いて欲しいという声がある一方で、改革を進めていかなけれ

ばいけないので、推計の考え方をしっかりと理論付けすることが大事である。

また、今回の議論は地域医療構想の策定につながる議論であるが、ガイドラインを来年にも示すことになっているので、平成 27 年度に地域医療構想を策定されるのであれば迅速で良いが、それ以降に遅れ遅れにならないようにあらかじめきちんと釘を刺しておく必要があるのではないかと思う。

平成 30 年度からの新たな医療計画において、二次医療圏を見直す必要があるということであれば、その見直しを平成 30 年度から直ちに実施するには色々な調整も必要になってくるので、今回の地域医療構想では、二次医療圏を原則としながらも必ずしもこだわらずに、ある種のレッスンとして策定し、それを踏まえた上で、新たな医療計画につなげていくことも非常に重要な作業になると思う。

- 田近委員 松田委員の説明は非常に重要であるとともに、権丈委員の指摘も重要であるので、患者サイドから見て効率化ということは決して医療がないがしろにされることではないということも説明いただけると理解をもっと共有できる。

医療費や介護費を見ていると、都道府県別に見ることにどういう意味があるのかと思う。むしろ二次医療圏別に分析を行い、医療費等の乖離の原因などを見ていくことが大切ではないか。

今回の一連の作業がもっとわかりやすく伝わるような工夫をしていく必要がある。

- 松田会長代理 二次医療圏単位の分析まで行おうと思っている。以前、老人医療費の分析を行った際、都道府県間の差以上に、県内での市町村間の差は大きかった。そういう意味で、田近委員の指摘はもっともだと思う。

また、療養病床などについて回復期以降を分析しようとする、介護のデータが必要になってくる。これを国ベースでつなぐのは難しい。市町村ベースでつなぐことができる仕組みをこれまでつくっている、そういうもの実装できるところはしてもらって、分析をしていただければと思っている。

分かりやすく説明を重ねることが大切で、国民に対する説明に加え、医療者に対して情報提供を行うことが重要である。医療界では、急性期医療に偏重しているが、傷病構造が変わってきてポストアキュートが重要になっており、その認識がずれているようだ。おそらく病床機能報告制度では、高度急性期が多く出てきてしまうのだろうが、これをどうすり合わせるか重要だと思っている。必要なのは、どのような医療行為が行われているか、ファクトベースで見えていくということだと思う。

また、住民側の視点に立つと、適切な医療提供体制を組むことでどのように地域品質が上がるのかという視点からの分析が必要だと思う。例えば、現在、消防庁のデータをもらって救急について分析をしているが、機能分化ができているところは搬送時間が短いという結果が得られている。適切な機能分化を行うことで全体のパフォーマンスがよくなるのだというデータを積み上げる作業も行うことが重要と考えている。

○権丈委員 昨年度の国民会議で議論していたのは、症状に見合った医療となるように提供体制を変えていかなければいけないということである。その際、政府が集権的にやっていくようなヨーロッパの形でもなく、アメリカのように市場に任せるような形でもなく、データによる制御ができないか。データによって患者の状況、症状に見合った医療・介護をスムーズに提供できる体制をつくっていくべきであり、それが今動き出している。

「効率化」という言葉は、症状に見合った適切な医療、同じ費用を使っても質が高くなる、満足度が高くなる意味で使っており、こうした効率化、選択と集中という形でどんどん進める必要があるとともに、アメリカやヨーロッパよりも良いものを作るための鍵となる分析が今ここで行われていると理解している。

○藤森委員 資料4の4ページに関連して、DPC病院は包括部分が多いので適切な医療が投入されていると思うが、非DPC病院は、ある意味、青天井で収入が入ってくるので、C3やC2ラインをより症状の軽い患者が超える可能性がある。おそらく二つ解決法があって、一つは、非DPC病院も包括化をお願いしたいということ、もう一つは、非DPC病院についてもDPCコードが出てくるので、現実の医療費よりもDPCコードから作られた標準的なコストを当てはめた方が安定するとも考えられるので、検討してみたい。

○山本委員 WGの詳細な検討は非常にわかりやすいと思う。C1、C2、C3がパラメータになるとのことだが、C1は高度医療であり、比較的、客観的に評価できる値だと思うが、C2、C3の設定については適切な値なのかどうかをどのように評価すればいいのか。

○松田会長代理 ご指摘のとおり、C1は割と設定しやすい。C1はハイケアユニット、例えば無菌室、ICUなど、病院の中で患者が症状に応じて移るイメージなので、説明もしやすい。

C2、C3をどのように設定するかについては幾つか検討しなければならな

いが、通常、急性期医療で行われている医療行為が一定の割合で発生しているかどうかで、急性期かどうかを判断する形になるのではないか。

クリニカルパスというものがあり、その中で、退院が可能な基準点が幾つか設定されている。それには医療行為や重症度や看護の必要度が使われているが、それが設定できれば、C2、C3の基準に使えるのではないかと考えている。

○筒井委員 診療報酬には、重症度、医療・看護必要度という点数があり、DPCの医療必要度と大体リンクするA得点と、患者の状態を見る指標となるB得点がある。患者の状態が悪いだけで入院している患者が高度急性期の病床にいたことがB得点を見ることにより分かるので、参考になると考えている。

また、急性期から回復期に移るときに急性期のB得点を持ってもらうことをやっていて、回復期に入ったときの得点から退院するときの得点が3点以上回復したときに加算がつける、パフォーマンスインディケータに似た制度が既に入っている。患者の視点からみると、これまで急性期から回復期に転院するのに時間がすごくかかっていたが、それが非常に短くなっている。

さらに、地域連携に関わる加算も既に存在しており、急性期病院からの重症度、医療・看護必要度のデータを回復期においても継続して評価することに対するインセンティブをつけるようにしている。これには、転院までの期間が要件となって加算となるという方法をとっており、既に診療報酬においては、パフォーマンスを評価する指標が設定されている。

慢性期と介護においても、介護報酬の加算として、在宅の要介護高齢者が入院した際にケアマネジャーが当該患者のデータを急性期病院に送った場合には加算がつく仕組みがある。ただし、この加算はあまり使われていない。これがもう少し使えるようになると、地域との連携の中で患者の視点に立った病床機能ということがはっきりするようになるのではないかと思う。

○佐藤委員 地域差については、地域別で疾病構造が違うので入院率などが異なってくることは考慮すべきだが、現状追認になると客観的に必要病床数を出すという本来の趣旨から外れてしまうのではないか。

ワーキンググループでも議論したが、医療需要、必要病床数の把握に当たっては、病院の所在別とするか、患者の住所地別とするか、医療機関を再編成するに当たって整理する必要がある。病院が集中している地域を医療需要が多いとみなすことになり、現状追認になるので、よく峻別すべきはないか。

○松田会長代理 DPCは患者の住所地情報が郵便番号で入っている。また、慢性期に関して言えば、国民健康保険や後期高齢者医療の患者が増えるが、これらについては保険者の住所が分かる。これらを使って、急性期と慢性期のフェーズに分けて、患者の移動状況を推計して、二次医療圏単位の分析に活用したい。さらに、患者調査のデータを使い推計を補完したいと考えている。

ただ、将来的にはレセプトデータに患者の住所地・郵便番号を入れていただきたい。諸外国でもやっていることであり、住所地情報が分かればいろいろなことができるようになる。

○二川医政局長 患者の流出入は地域医療構想を考える場合に重要である。地域ごとの医療需要をみる際には、どういった疾患がどのくらい発生するのか、そして、それをどこの医療機関で受け止めるのかという問題が生ずるもので、それを地域医療構想で考えていただくことになる。その取扱いについてガイドラインで示していきたい。

○永井会長 協議の場が始まったときには、そのような細かいデータの提供も可能なのか。

○二川医政局長 そのようなデータを提供できるものと思っている。

○松田会長代理 伏見委員、藤森委員と私が入っている研究班の方で、現在、各地域で検討いただくために地域の状況がわかるデータブックの作成を進めており、協議の場ではそのようなものも活用してもらいながら検討していただくことになると思う。データブックについても、資料としてお示しできるようにになれば、一度お示ししたいと考えている。

○永井会長 本日の意見交換はこの辺りにしたい。

本日の議論としては、現在、ワーキンググループで松田主査を中心に作業を進めていただいている病床数等の推計方法については概ね了承いただけたので、引き続きワーキンググループで作業を進めていただきたい。

各都道府県別の将来推計に当たっては、人口推計等、全国統一のルールで行う必要があること、地域の実情についても客観的なデータに基づくものの範囲にとどめる必要があることについても、その方向で進めていくこととしたい。

前日も御意見いただいた、現状追認型では必ずしもなく、地域差の解消や効率化、医療の質を織り込むべきという御指摘については、具体的な内容を引き続きワーキンググループでも御検討いただきたい。

その他、貴重な御意見をいただいているので、これらも踏まえましてワーキンググループで引き続き御検討いただき、しかるべきタイミングでまたこの専門調査会に御報告をいただきたい。

○永岡厚生労働副大臣 本日の議論については、自分自身にとっても大変参考になった。

都道府県が地域の将来の医療ニーズを的確に捉えて、しっかりと対応できる医療提供体制を整備するためには、地域の実情を踏まえ現実的な道筋を考えることが必要である。

本日いただいた意見も踏まえて、DPC データ、レセプトデータなどの医療情報を活用して、専門調査会やワーキンググループとも連携して、関係者も患者も納得ができるガイドラインの検討を進めていきたい。

今後とも、都道府県、市町村とも連携して、医療・介護分野の改革の着実な実施に努めたい。

○小泉内閣府大臣政務官 専門性のある御議論を聞きながら、どんなことでも減らすというのは大変な作業だなと感じた。国会議員の数もベッドの数も体重も大変である。しかし、日本の今後を考えると減らす、たたむということが一つの大きなテーマになるのは、医療だけではなくいろいろな分野で出てくる。

それには客観的に検証できるデータをもとにしながら、国民の皆さんの理解を得る形でやっていくことが非常に大切になってくる。是非これからも委員の皆様御活躍と御尽力をお願いします。

7. 閉会

- ・第3回の日程については、ワーキンググループの開催状況なども見ながら調整することとなった。

(以上)