

第4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27年3月17日（火）17:00～18:30

場所：中央合同庁舎第4号館共用第3特別会議室

二 出席者

○委員

尾形裕也委員、権丈善一委員、佐藤主光委員、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、山口俊晴委員、山本隆一委員

○政府側

内閣官房 宮島社会保障改革担当室長、岩淵社会保障改革担当室審議官
厚生労働省 二川医政局長、三浦老健局長、北波医政局地域医療計画課長

三 議事

1. 開会
2. 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
3. 第1次報告骨子（素案）について
4. 意見交換
5. 閉会

1. 開会

2. 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

- ・療養病床の入院受療率の地域差に関する分析について、厚生労働省より資料1に沿って説明を行った。
- ・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について、松田会長代理（WG主査）より資料2に沿って説明を行った。
- ・医療機能別病床数の推計方法については、ワーキンググループの報告のとおり、専門調査会として了承され、今後、ワーキンググループで病床数の推計作業等を進めていくこととなった。

○山口委員 資料1に関して、療養病床の入院受療率と在宅療養支援病院数とは弱い相関があるとのことだが、それぞれの病院のパワーも異なると思うので、そうしたものを組み入れれば、相関係数がさらに上がる可能性はないのか。

○北波地域医療計画課長 今回は病院数で分析しているが、病院のキャパシティなども反映させることができれば、相関係数が上がる可能性もあると思う。

○山口委員 資料2の8ページについて、経済的にはパターンAが良いことは分かるが、なぜ中央値や最小値なのか、本当に求めるべきものは何かの説明も必要ではないか。最小値の県は、単に医療資源の投入が足りないという見方もあるのではないか。

○松田会長代理 慢性期の入院については、傷病や年齢の状況等も分析し、どの案をとるかの説明の裏づけを考えていくことが課題である。将来的には、療養病床の入院の中身を詳しく分析すべきと考えている。

○土居委員 ワーキンググループでは、パターンBについては、中央値を目標とするというよりも、2025年以降もそのまま取組を続けることで、何年後かにパターンAが実現できることになるという見方もできるという議論があった。そういう説明ができるのであれば、リーズナブルではないかと思った。

パターンBをそのまま比例的に延ばしたときに、何年ぐらいでパターン

Aのような状態が実現されるのか、事務局から補足してもらいたい。

○北波地域医療計画課長 パターンAは、入院受療率の差を100%解消するような構想の下で目標を設定するものであるが、パターンBの方は、そのうち何十パーセントかを解消するようなイメージで捉えられる。

精査する必要があるが、おそらく7割かそれぐらいのペースになるのではないかと思う。療養病床の入院受療率の中央値は、平均値よりも少し低くなっているので、受療率の差は半分よりも解消されることになり、それを伸ばしていくと、形としては、最後はパターンAと同じ形になっていくと考えられる。

○土居委員 入院受療率が最小である長野県の医療については、私は良いイメージを持っており、長野県のような取組を各地でやってもらえると、日本の医療はもっと良くなるのではないかと考えている。

最小の県に合わせるというやり方は確かに機械的に見えるところもあるので、中身を精査しながら、入院受療率の地域差を縮小させていくという取組は非常に重要である。

その上で、ワーキンググループでも、慢性期病床に入院している若年層の患者像をつかむための調査が必要との意見があり、納得したのであるが、健保連や協会けんぽに協力してもらって、患者像を探っていくことは、慢性期病床を今後どうしていけばいいか考える上で重要となってくる。

資料2の9ページについて、パターンCを採用できるための2つの要件が掲げられているが、要件を満たす地域であっても、地域の自発的な取組などによって入院受療率の低下を実現できる可能性がある場合には、積極的にチャレンジしてもらいたいと思う。

○永井会長 例えば、病床数を減らしたり在院日数を短くしたりする場合に、在宅医療や訪問看護でケアできる人とできない人がいると考えられるので、調査をしておかないといけないが、こうした調査は誰がすべきなのか、保険者なのか、行政なのか。

○土居委員 行政と保険者とが情報を共有することが必要ではないか。保険者だけが情報を持っていても、行政の担当部局がその情報を知らないと地域医療構想などに反映できないこととなるので、保険者が持っている情報の共有と活用が必要ではないか。

○権丈委員 地域包括ケアでも医療でも、国が公平な基準を示し、地域の中で協議してもらって、修正が必要な場合には正当な理由を挙げてもらい、御当地医療の姿を描いてもらうという仕組みで動いていくのではないかと。

○松田会長代理 療養病床というと高齢者が想起されがちだが、子どもを含めた難病患者の病床も地域で偏りがある。例えば、難病の子どもたちが入れるベッドはある地域に固まっていたりするので、親元を離れてそこに入院しなければならないという状況がある。地域包括ケアの考え方から言えば、そういう子どもたちも住みなれた地域で療養病床に入れたほうが良いと思っており、そうした意味で、よく分析した方が良いと思っている。

また、地域レベルで医療と介護のデータをつなぎ、退院患者がどのように動くかの研究も行っているが、退院患者が在宅に移った際に介護・医療で対応できるかや対応のされ方は地域でかなり異なってくると思う。地域にあるデータを使って、どのように推計をするのか、研究班で方法論を提示したい。

○永井会長 医療と介護のデータのリンクは可能なのか。

○松田会長代理 いくつかの自治体でもうやっている。その分析を行う研究を始めているので、その結果を踏まえて提案したい。

○筒井委員 中央値あるいは平均値に合わせるということは医療サービスの適正化に関する何らかの科学的な根拠があって、これに合わせるというものではないだろう。これは、現段階で評価指標がないためである。だが、地域間の偏差が大きいことは明らかなので、一定の標準の中に収めていくための尺度的なものとして便宜的に用いるということであり、本来的には地域で適正な目標値の設定をしてもらうことが必要。

○佐藤委員 資料3において「現状追認とならない改革の必要性」とあるが重要な論点である。療養病床の実態を把握することは当然であるが、だからと言って、現状の高い入院受療率を許容するものではないことに留意が必要である。

○尾形委員 まず全体として、ワーキンググループが非常に精緻な分析をされて、エビデンスに基づく一定の提言を出されたことについて高く評価したいと思う。

その上で、急性期の部分と療養病床の部分では、大分状況が異なるので、

療養病床については、まずは患者像などの実態を分析した上で、長期的には、療養病床の在り方そのものの制度的な議論につながっていくのではないかと。

この専門調査会のマンデートを超えるかもしれないが、長期的には療養病床をどのように位置づけるかという議論が必要になってくるのではないかと。例えば、医療法上、同じ医療提供施設と言っても、老人保健施設は介護施設となっており、療養病床の方は医療保険適用と介護保険適用に分かれているが、そうした枠組みで本当にいいのかどうかも含め、今後、検討が必要になるのではないかと。

個人的には、老人保健施設は、むしろ医療施設に近く、それに対して、療養病床は介護施設に近い部分があるのではないかと考えており、そういったことも含めて、エビデンスに基づいて療養病床の在り方について今後是非検討していただきたいと思う。

○山口委員 本質とはあまり関係ないが、資料2の4ページの患者像の例を見ると、必ずしも適当ではないものもあり、異論が出るかもしれないので、よく検討していただければと思う。

3. 第1次報告骨子（素案）について

- ・第1次報告骨子（素案）について、事務局より資料3に沿って説明を行った。

4. 意見交換

○尾形委員 資料3について、「医療機能別病床数の推計の基本的考え方」で「効率的な医療提供体制を構築する地域医療構想」とあるが、医療の質が問われているので、「効果的」という言葉でもよいが、「効率的」だけが前面に出ないように、表現を工夫してもらいたい。

○権丈委員 患者の病状に見合った医療提供体制を「効率的」と考えれば、費用的なニュアンスはあまり出ないと思う。提供体制の改革というのは、患者の病状・ステージと提供体制がマッチングしていくようにすることが大きな目的となるので、そうした表現を書き加えればよいのではないかと。

また、「現状追認とならない改革の必要性」に関して、例えば療養病床の地域差を是正するに当たっては、居宅に加え、高齢者住宅や福祉施設等も含めて「在宅等」という言葉を使って、その充実を考えなければならないということになる。しかしながら、データの分析をすると、今は療養病床と「在

宅等」は逆相関していないので、何かおかしい状況にある。今後、これらが逆相関するような方向になるよう、療養病床というものの考え方をもう少し根っこから考えながら、進めていく必要がある。

○松田会長代理 療養病床の推計を精緻化しようとするには、介護サービスの状況の把握が必要となる。かつて療養病床で対応していたものが、転換型老健で対応するようになったり、介護療養病床もできたりしているので、これらも含めてトータルで見えていかないと、地域の慢性期の医療の現状は分からない。そのためには、介護のデータもリンクして分析する仕組みをつくっていかなければならないと思う。

また、推計を行う上で困ることは、使わなければならないデータの色々な部分が異なっていることである。例えば、年齢階級の区分やトップコーディングが異なっていたり、性別が分からなかったりすることがある。実は少子化対策を進める上でも、分娩がそれぞれの地域でどのくらい行われているかというのは必要な情報であるが、母親の住所地ベースでの分娩数は分かるが、どの医療圏で出産したか分からないという問題がある。

こうしたデータを集めていくことにより、推計はかなり良いものになっていくので、「今後の課題」の「更なるデータの収集・活用と推計方法の精緻化」の部分に書き込んでもらいたいと思う。

○永井会長 分娩場所のデータの整備については、今後改善される可能性はあるのか。

○松田会長代理 出生票で、患者住所地だけではなく、分娩施設も分かるが、電子化ができていないということなので、工夫の余地はあると思う。

○土居委員 「更なるデータの収集・活用と推計方法の精緻化」は非常に重要なポイントだと思っている。「地域医療構想の早急な策定」ということで、平成27年度以降、各都道府県が策定することとなるが、第7次医療計画を策定するよりも前に、早急に地域医療構想、特に将来の医療需要の推計を各都道府県に策定してもらうことが重要である。「早急な」というのは、そういう意味であると理解している。

今回の推計方法は、得られる情報や分析する時間には限りがある中で、完璧とは言えないかもしれないが、今の段階で最善を尽くしたものと言える。今回の推計方法に基づき、早急に地域医療構想を策定してもらい、実際の策定段階で問題点もフィードバックしながら、第7次医療計画策定の際には、

より良いもので臨めるように推計方法の精緻化を進めるべきという趣旨を第一次報告には盛り込んでほしい。

○山本委員 今回の推計が非常に精緻な方法で作られたことはすばらしいと思うが、「今後の課題」の「病床の機能分化の深化に向けた取組」として、アウトカムの評価が必要になると思っている。今回の推計方法では投じられたリソースによって推計しており、アウトカムが非常に悪いケースも含まれる可能性がある。アウトカムの評価は簡単ではないが、医療・介護情報の電子化率などを勘案すると不可能ではないと思うので、将来の課題として、アウトカムの評価が非常に重要であることを強調してもらいたい。

○永井会長 手術の成功・失敗と異なり、特に慢性疾患については、時間がかかるので、アウトカム評価は難しいとも思うが、どうか。

○山本委員 最近のプロセスごとにアウトカムを評価する考え方があり、一つの行為ごとにどういうアウトカムが出ていくか集積していくので、慢性疾患だからできないというわけではないと思う。

○山口委員 今回の推計方法は、今あるデータでベストなものできたと思う。ただ問題は、もともと病床数を推計するために集めたデータではなく完璧なものではないので、効率的であるかどうかや、市民が満足する結果が得られているかどうかといった視点で評価し、問題があればブレーキをかけたり、方向転換したりすることも検討してもらいたい。

○松田会長代理 DPCデータもレセプトデータも日付情報が入っており、プロセスを追いかけることが可能である。慢性疾患で推奨されているプロセスをやっているかといった質の評価はできると考えている。

また、アメリカ等で指標として使われている肺炎患者の再入院率のように、同じ病気で何回も入院する患者の発生率もおそらくつくることができると思っており、レセプトの持っている情報の有用性と限界を考えた上で、質の評価もあわせてやっていくことが将来的には重要になってくると考えている。

○伏見委員 慢性疾患の評価の指標は海外でもいろいろと検討されている。長期的なデータを追うことで、例えば1年間入院せずに暮らせたか、入院後、何カ月間健常に暮らせたかといったデータについて、大規模なデータ

を使うと分析できるようになっているなど、様々な指標がつくられてきているので、そういうものも含めた検討はできるのではないか。

○佐藤委員 医療に限らず改革には試行錯誤を伴うものなので、アウトカム評価を含めて進捗管理をしていくことが必要である。また、今回の改革の主体は都道府県であるので、都道府県が主体的にかつ責任を持って取り組む体制をつくり、国がサポートするようにしなければならない。

さらに、各都道府県の取組をデータベース化して、お互いに比較参照して、良いものにならうという体制整備も必要ではないか。

○土居委員 アウトカム指標が重要であることは同感である。これをより良くするには、長期間にわたる名寄せされたデータの集積が必要になるので、そういう意味では、2016年度から導入されるマイナンバーも活用できるように環境や制度を整えていく必要があるのではないか。

○永井会長 以上の意見交換を踏まえ、推計作業とあわせてワーキンググループで第1次報告の具体的な起草作業に入っていただきたい。

○永岡厚生労働副大臣 議論の結果を踏まえ、厚生労働省において、推計方法を含め地域医療構想のガイドラインをとりまとめ、今年度中に都道府県に示したい。

都道府県において、将来に向けて、地域の医療ニーズに対応できる医療提供体制をしっかりと構築できるよう、今後とも、都道府県や市町村と連携し、医療・介護分野の改革の着実な実施に努めてまいりたい。

○甘利社会保障・税一体改革担当大臣 本日、医療情報等の客観的なデータを活用した医療機能別病床数の推計方法をとりとめていただき感謝する。

今後、各都道府県において、今回の推計方法により算定をした病床数等を盛り込んだ地域医療構想を策定し、その実現に向けてしっかりと取り組むことが重要である。

こうした取組により、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療が受けられることを目指すとともに、地域差の是正を含めた医療費の適正化につながることを期待している。

今後の具体的な病床数の推計作業や報告書案のとりまとめに向けて、引き続き、精力的な議論・検討をお願いしたい。

5. 閉会

- ・ 第5回の日程については、ワーキンググループにおける検討状況なども見ながら調整することとなった。

(以上)