

## 第5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6月15日（月）16:00～17:10

場所：官邸2階大ホール

### 二 出席者

#### ○委員

尾形裕也委員、権丈善一委員、田近栄治委員、筒井孝子委員  
土居丈朗委員、鳥羽研二委員、永井良三会長、伏見清秀委員  
藤森研司委員、堀田聡子委員、増田寛也委員、松田晋哉会長代理  
山口俊晴委員、山本隆一委員

#### ○政府側

甘利社会保障・税一体改革担当大臣

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、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、

吉田大臣官房審議官（医療介護連携担当）、

北波医政局地域医療計画課長

### 三 議事

1. 開会

2. 政府側からの挨拶

3. 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

4. 第1次報告（案）について

5. 「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

6. 意見交換

7. 閉会

## 1. 開会

## 2. 政府側からの挨拶

○甘利大臣 昨年8月の立ち上げ以来10カ月にわたり、地域における2025年のあるべき病床数について御議論をいただき、節目を迎えることができた。

前回の専門調査会では推計方法をとりとまとめていただいたが、1年分のレセプトデータ等の医療情報を最大限活用したものであること、実際に患者に行った医療行為の量を分析し、医療ニーズの内容に応じて機能分化を行うものであること、そして、現状追認ではなく、都道府県ベースの数値を「見える化」して、地域差を縮小しながら病床の適正化を進めるものであることなど新しい取組だと考えている。

今回の成果をしっかりと都道府県における地域医療構想の策定につなげていく必要がある。

## 3. 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

- ・2025年の医療機能別必要病床数の推計結果について、松田会長代理（WG主査）より資料1に沿って説明を行った。

## 4. 第1次報告（案）について

- ・第1次報告（案）について、事務局より資料2-1及び資料2-2に沿って説明を行った。

## 5. 「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

- ・「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について、厚生労働省より資料3に沿って説明を行った。

## 6. 意見交換

- ・意見交換を行った後、必要病床数等の推計結果と、それを盛り込んだ第1次報告について、配布資料のとおり、専門調査会として了承し、とりまとめられた。
- ・とりまとめられた第1次報告を、永井会長と松田会長代理より、甘利社会保障・税一体改革担当大臣と永岡厚生労働副大臣に手交した。

○増田委員 報告書案については、参考資料も含めて、会長、会長代理の方

でよくまとめていただいたと考えている。

その上で、今後、重要なことは、今回の整理に基づいて確実に実行していくことである。そのため、都道府県の執行体制をきちんと強化していく必要がある。

また、医療・介護についての人材の養成、確保の問題が非常に重要である。

さらに、慢性期のサービス提供体制のあり方については、今後更に深掘りをしていく必要があり、この夏以降、検討会が設けられることはいいタイミングだと思う。今後出てくる様々な課題や地域において必要な人材をどのように確保していくかということを深掘りしていくことが必要である。

地方創生の関係では、今月、いわゆるCCRCの基本的な考え方をまとめたところである。希望するシニアの方たちに選択肢を用意するということが制度設計の検討がなされているが、将来的にはこういった方たちに医療・介護ニーズが発生してくるので、CCRCの問題とどう両立させるかは一つの論点である。今回まとめた地域医療構想におけるあるべき病床数は具体的な医療ニーズに応じて推計されている。今後、CCRCのようなものが制度として出来上がり、現実には地域間の人の移動が発生し、確実な数として見込まれる段階になったら、それを推計の中に入れていく必要が出てくる。

今回の推計の考え方では都道府県間で患者の流出入がある場合には、それを病床推計に反映できるような仕組みになっている。また、人口推計自体が基本的には国勢調査に基づいて5年ごとに改定されるので、それに基づいて推計を変えていくことになり、将来の変動に対応できるようになっていると理解している。

最終的にはPDCAサイクルを回して具体的な人口の増減を見て補正していくことになると思うが、総合的に政府で取り組まれている地方創生などの考え方とも矛盾しない形で今回の報告がまとめられているので、政策としての整合性・一貫性を図っていくことが重要である。更に深掘りするところは深掘りして、進めていく必要がある。

○永井会長 厚生労働省提出の資料で、慢性期の医療・介護ニーズに対応できるサービス提供の体制の見直しについて、有識者による検討会について記載されているが、この会議について補足説明していただきたい。

○二川厚生労働省医政局長 慢性期の医療・介護ニーズについて、現場で対応している方にも参加いただき、どのようなサービスが必要なのか、検討することを想定している。病院としての療養病床や、特養などの介護施設、外付けで医療・介護サービスを行う高齢者住宅など一定の枠組みはあるが、

そのようなものだけで十分なのか、そういったものがどのぐらい必要なのか、現場の意見を聞きながら、制度論の整理や分量的な整理を行っていくことが必要であろうと考えている。それにより、場合によっては制度改革が必要になるようなこともありうると考えている。

○土居委員 第1次報告は基本的にこれでよいので、これからの課題について2点指摘したい。

まず、今回、これだけ精緻にエビデンスに基づいて医療需要を推計したので、これをうまく診療報酬体系と連動できるように検討すべき。診療報酬自体は中医協で決めることであるが、専門調査会の推計の考え方を中医協にも伝えていただき、病床機能の分化と統合的な診療報酬の設定を検討していただきたい。

2点目として、これまでも厚生労働省の方で、社会保障費に関する将来推計を行っているが、今回の病床数の推計はこれまでよりも精緻で、平均在院日数の考え方など改まっているところもあるので、今回の推計とうまく連動する形で、医療費だけではなく介護費用も含めて社会保障費の将来推計を国民に示すということが必要なのではないかと考えている。

○田近委員 今回の推計結果については、非常に大変な仕事であり、意味するところも大きいですが、これをどう国民に伝えるかを考える必要があるのである。

また、今回の考え方をどう実現するか、実現のためのメカニズムをどう考えるかも課題である。

1点目については、現在は一般病床と療養病床の区分しかないが、病床機能報告により高度急性期、急性期、回復期、慢性期として機能区分されることが国民にとってどういう意味があるのかをしっかりと周知していくべきである。

2点目については、病床の機能分化に当たり、消費税の増税分の一部を社会保障の機能強化の一環として、地域医療介護総合確保基金として用いることとなっており、その用途や効果を検証可能なようにすることが必要である。

さらに、3点目として、今回の作業は、病床だけではなく、在宅医療や介護にまで広がるものになっており、次の段階としては、これによって医療・介護の総給付費がどうなるかも推計して、財政健全化の議論につなげていってもらいたい。

○尾形委員 慢性期の療養病床の在り方も一つの問題であるが、もう一つの問題としては、回復期の病床について現状と見比べて大きなギャップがあ

ることが今後大きな課題になってくる。回復期の充実のためには相当踏み込んだ施策を展開していく必要があると思う。基金や診療報酬などの経済的なインセンティブに加えて、全体として、回復期の部分をいかにして拡充していくかが課題である。

質問であるが、病床稼働率については一定の前提ではじいているが、病床機能別の在院日数はどのような想定になっているのか。

○松田会長代理 在院日数は、レセプトに基づき、傷病別、年齢階級別に実態に応じて反映されている。

○尾形委員 在院日数は現状を前提としていることになるのか。

○松田会長代理 そのとおりだが、ロジックとしては、症例ごとに医療需要を高度急性期で何人日、急性期では何人日、回復期は何人日といった形で推計をしている。

○藤森委員 都道府県で地域医療構想策定のための議論が始まるが、議論を円滑に進めるためにも、地域医療構想の実現の重要性を各関係団体にしっかり周知していただく必要がある。

また、地域医療構想を病院の側から見ると、患者を確保できるのか、医師や看護師が確保できるのかが問題となってくる。患者については、診療報酬で看護必要度等の要件を設定することになっていくと思うが、各病院は医師の確保ができている間は今の路線を変える意義は全く感じないのではないかと思われる。したがって、各専門領域の医師の供給について人事権を持っている大学病院によく理解してもらい、同じ方向性で改革が進むよう、文部科学省等も含めてアクションを起こしてもらいたい。

○鳥羽委員 全般的に本当にご苦労様でした。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ことは一丁目一番地で非常に大事なことであるが、一方で、「治し、支える医療」の教育は残念ながら3分の2程度の大学でしか行われていない。

20年くらいのスパンで見ると、高度急性期を中心に臓器別に働いている医師を、いずれ、「治し、支える医療」の方に、医師自身が変わらなければならない。学会や団体にも真剣に受け止めてもらう必要がある。単に現状から変わることに不安だけがとりあげられがちだが、本来はプラスに捉えるべきと考えている。治す医療に対する医療研究、医学研究から支える医療への、

あるいは介護医療連携への研究資源も配分して充実していかなければならない。

○伏見委員 資料1については、非常によくまとめていただいた。

資料3に関し本日伺ったご意見については、私も基本的に共通した認識を持っている。特に、最初に回復期の充実を挙げていただいているのがポイントだと思う。現場の医療機関では、急性期から病床転換すると医師の確保ができなくなるという話をよく聞く。経済的支援も大事だが、回復期の機能の定義を明確にすることが必要である。回復期は単に回復期リハビリをやるだけではなく、地域の医療を総合的に基盤から支える重要な機能である。回復期の機能について医療従事者を含めた国民全般にきちんと周知して、それを提供する医療従事者や医師を積極的に確保できるような方向性に持っていきけるよう、メッセージをきちんと発信していくことが非常に重要である。

○山口委員 資料2-1の38ページについて、以前にも述べたが、患者像の実例に少し違和感がある。例えば、C2では、急性期における治療が終了し、尿路感染症で抗菌薬を行っているが熱が下がり状態も回復して食事もとっている患者となっている一方、C3では、大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液、イレウス管まで入っているとされており、逆になっているように感じる。レセプトのデータだけを見ていると、高い抗菌薬を使うと点数は高くなってしまう。病棟や医師の負荷から考えると、齟齬があるのではないかとも思われるので、次の機会に、こうした点も加味した方がよいと思う。

○筒井委員 報告書については、ワーキンググループで随分議論してまとめたものであり、この報告書案で通していただけるとありがたい。

報告書を踏まえて、第一に、国としてどう対応していくかということと、第二に、国の対応を受けて都道府県がどうするかということ、第三に、サービス提供機関である病院がどのような対応をするかということ、第四に、医師や看護師、理学療法士などの関係職種がどう対応するかということがあって、第五に、それを包含する形で国民の視点というのがある。この報告書の解釈については大臣からも国民に対し分かりやすく伝えていただくとともに、アカデミックなところにも理解してもらおう工夫が今後、必要になる。

○山本委員 今回は非常に丁寧にまとめていただいております、報告書自体には異存はない。

報告書には、今後の課題として、NDBの利活用の促進について記載されているとともに、マイナンバーのインフラなどの活用によってデータの名寄せ等の統合的な分析を可能にすることが重要であると書かれていて、賛成である。

しかし、関係の有識者会議の座長をしている立場から申し上げますと、このような使用方法は根拠法である高齢者の医療の確保に関する法律で決められた以外の利用になっていく。有識者会議で長い間議論を積み重ねてここまで使いやすくしてきたが、本来、制度に基づいて収集された医療・介護情報に関するデータベースの利活用は、一定の法的な裏づけがなされるべきである。有識者会議の報告でも何度か法制度の整備を求めているが実現されていないため、民間に提供するときは民事契約で罰則を設けているが、抑制的な運用にならざるを得ないのが実情である。データに基づく分析が重要であるので、今後の課題として法制度の整備を行った方がよいと考えている。

○永井会長 報告書の13ページに、まちづくりの視点からの検討についての記載があるが、高齢者の医療費や療養病床の在院日数は、独居高齢者の割合や離婚率、高齢者の就業率などとも相関している。したがって、地域の活性化を考えながら、進める必要があると思うので、地域の状況に応じた対応について配慮いただきたいと思う。

○権丈委員 報告書にも書いてあるように、市場の力でもなく、政府の力でもなく、データによる制御機構を持って医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムをつくるという、これは一昨年の社会保障制度改革国民会議における永井会長の言葉である。この専門調査会でのデータによる制御機構の構築、これは世界に例のないような大変なことをやっているということを、皆が理解して、進めていかなければいけないと思っている。

また、松田委員の提出資料の3ページについては、ここに書かれているように「患者の視点に立って」という趣旨をしっかりとご理解いただく必要がある。「患者の視点に立って、どの地域の患者も状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指す」、そして、「病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供」していく。その際、重要なのは、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換ということである。「地域完結型」は、「支える」ということだけが捉えられがちであるが、「治し」の観点も忘れずに、念を押して理解を広めていくことが必要である。

また、増田委員のご意見と同様、重要なことは確実な実行であり、自治体

の執行体制をどう確立するか、そして、自治体に対してどう情報を提供して教育体制を整備していくかが大切である。医療・介護の人材養成については、これから社会全体のマンパワーが減っていく中で、医療・介護のマンパワーを増やしていくことは難しいので、その方法はよく考えていく必要がある。慢性期の対応については、検討会を立ち上げるとのことであるが、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療の整備としっかりと連携した形ですすめてもらいたい。

○堀田委員 自治体の執行体制に関して、同じような課題を持っているところが特に学び合えるプラットフォームのような機能も考えていく必要があるのではないか。

人材の養成についても、数だけではなく求められるコンピテンシーも変わっていくことになるので、教育機関だけではなく、学会、専門職団体が一緒に早目の検討をしていく必要がある。

担い手に関しては、働き方をどう変えていくかが大きな影響を及ぼすことになるので、専門職の働き方についてもあわせて検討していく必要があるのではないか。

○永井会長 日本の医療提供体制は、市場原理でもなく政府の通達一本で決まるわけではない世界的にも特異な体制をとって、高い評価を得てきた。それを持続可能なものにするには、データを基にして関係者が協議することが第一歩となる。

○永岡厚生労働副大臣 2025年のあるべき病床数の推計結果と専門調査会の第1次報告をとりまとめでいただき感謝を申し上げる。

都道府県においては、二次医療圏ごとの地域医療構想の調整会議を既に立ち上げているところもあり、今後、地域医療構想の策定に向けました議論が本格化する見込みである。本日とりまとめられた第1次報告を踏まえ、厚生労働省としては、都道府県における地域医療構想の策定とその実現が円滑に進みますようにしっかりと都道府県を支援してまいりたい。

また、本日説明したように、地域医療構想の実現に向けて基金の有効活用と診療報酬により、回復期の病床の充実を図っていく。さらに、病床の機能分化を踏まえ、医療従事者の供給見直しを見直すとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制のあり方について検討を開始していく。

地域医療構想の実現を通じて、切れ目のない医療・介護を提供することに



より、全ての方がその状態に応じて、安心して医療・介護を受けられる体制を構築してまいりたい。

○甘利大臣 推計結果とそれを踏まえた第1次報告をとりまとめいただき感謝を申し上げます。

今後とも少子高齢化が進展し、医療ニーズの増大が見込まれる中で、患者の視点に立って、どの地域の患者もその状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられるようにするということが重要である。

今回の取組は、こうした考えのもと、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、必要な受け皿も整備をし、切れ目のない医療・介護を提供することにより、全ての方がその状況に応じ、安心して医療・介護を受けられるようにしていくものと考えている。

今回の報告書を踏まえた地域医療構想の策定が円滑に進むように、厚生労働省と協力しながら、しっかりと取り組んでいきたい。

一部のマスコミで、あたかも30万人の病床難民が出るかのような報道があったが、これは大きな誤解である。現状を放置すればそういう事態になりかねず、病床機能をしっかりと分化して、ニーズに合った受け入れ体制をとることで、高度急性期から在宅までを含めて、そういった病床難民が出ないよう対応していくということである。厚生労働省と協力しながら、しっかりと提言を踏まえて取り組んでいきたい。

○永井会長 次回からは、第1次報告にあったとおり、医療費適正化計画の策定に資するよう、医療費水準のあり方や医療費適正化対策のあり方等の検討を進めるとともに、介護分野の検討にも入りたい。まずはワーキンググループで課題や論点等について検討を深めていただく。

## 7. 閉会

- ・第6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)