

第1回医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ 議事要旨

一 会議の日時及び場所

日時：平成26年9月1日（月）10:30～12:00

場所：中央合同庁舎第8号館第416会議室

二 出席者

【構成員】

佐藤主光委員、筒井孝子委員、土居丈朗委員、伏見清秀委員
松田晋哉主査

【参考人】

石川ベンジャミン光一参考人

【政府側】

内閣官房社会保障改革担当室、総務省自治財政局、財務省主計局
厚生労働省医政局、老健局、保険局、社会保障担当参事官室

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ついて
3. 医療費等の地域差について
4. シミュレーションについて
5. 意見交換
6. 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ついて

- ・医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループについて、事務局より資料2及び資料3に沿って説明を行った。

3. 医療費等の地域差について

- ・医療費等の地域差について、厚生労働省より資料4-1、資料4-2、資料4-3及び資料4-4に沿って説明を行った。その後、以下のとおり質疑応答が行われた。

(松田主査)

- ・レセプトの分析に当たっては、地域間の移動が問題となる。
- ・DPCには郵便番号情報が入っているので、患者の居住地の分析ができるが、一般レセプトには郵便番号情報が入っておらず、分析の際に不便となっている。将来的にレセプトの中に郵便番号情報を入れていくことは可能か。

(厚生労働省保険局)

- ・医療保険制度改革の法案を来年の通常国会に提出することになっており、医療費適正化計画の見直しを検討することとなっている。そうした中で、将来的なデータ活用の課題も含めて検討していきたい。

(松田主査)

- ・保険者が変わると患者の追跡できない点がNDBデータの課題である。
- ・これまでの分析でも、退職すると医療費が上がり、後期高齢者になるとまた上がる傾向があるので、制度を跨いだ分析をできるようにする必要があるのではないか。

(厚生労働省保険局)

- ・マイナンバーの通知が来年10月から行われる予定となっており、医療関係でも色々な議論が行われているが、そうしたことも視野に入れながら検討していきたい。

4. シミュレーションについて

- ・松田主査から、現在検討中の病床機能別病床数の推計方法の考え方について、発言があった。

(松田主査)

- ・DPCには、一入院期間中にどのような病気でどのような医療行為があったかが記載されている。現在、DPC 調査対象は、準備病院を含めると 1770 病院、50 万床であり、症例数は年間 1000 万件以上が集められている。地理的にもほぼ全国がカバーされているなど、我が国の急性期医療を評価するための重要なデータベースとなっている。
- ・機能別病床数を推計する方法としては、まず、簡便法として、患者調査の結果を用いる方法がある。患者調査の受療率を基に、将来人口推計人口を用いて、推計を行う方法である。
- ・2 番目の方法として、DPC 別の一日当たり医療費を用いる方法がある。DPC 別一日当たり平均医療費の分布を基に、入院期間を高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期に分類していく方法である。
- ・3 番目の方法として、DPC の相対係数を用いる方法がある。プロセスの安定している DPC の平均在院日数までの平均的な出来高換算コストとの相対係数を算出して、DPC ごとに高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期に分類していく方法である。
- ・いずれの方法にも課題がある。1 番目の方法は雑把になってしまう一方、2 番目、3 番目の方法については、DPC ではデータがとれない精神病床、慢性期、さらには、外来や在宅の推計をどうするかといった課題がある。2 番目の方法が良いと思うが、1 番目の方法で補完する必要があると考えている。
- ・さらに、適正化・効率化のための方法論の検討も必要である。病床配分の適正化や平均在院日数の適正化、受療率の適正化、コストの適正化などを推計に反映することを検討していく必要がある。

5. 意見交換

(筒井委員)

- ・看護必要度のデータについて、入院時から退院時までの入院経過日数ごとに分析すると、医療行為は入院日数の前半に集中的に投下され、入院期間の半分くらいは、ほとんど提供されていないことが分かる。また、患者の ADL は、在院日数が長くなるほど低下していることが明らかになっている。
- ・推計方法については、2 番目の方法で良さそうな気はするが、こうした現状も踏まえる必要がある。つまり、現状の入院日数を前提に推計することに対する問題があるということをも十分、留意するということである。特に、

慢性期や療養病床については、より詳細なデータの把握が課題であり、今後、看護必要度のデータについて、介護、療養、慢性期に加え、在宅も含めて、データベースを作っていくことが必要ではないか。

(伏見委員)

- ・1番目の方法は、入院期間中に診療内容がほぼ均一な慢性期や精神の病床の推計に適しているのではないか。
- ・一方で、診療内容が変動していく一般病床を、高度急性期や回復期などに細かく分類するためには、2番目の方法や3番目の方法で推計する必要があると思う。
- ・2番目の方法は、最初は医療資源がたくさん必要で、徐々にかからなくなるパターンでは良いが、急性期の患者には様々なケースがあるので、3番目の方法にも妥当性がある。どの方法を用いるかは、それぞれの妥当性を検証しながら、並行して検討すればよいのではないか。

(土居委員)

- ・方向性は良いと思うが、課題は、一日当たり医療費の分布のどこで高度急性期、一般急性期、回復期を区切る線を引けるかということだと思う。まず、現状がどういう分布であるのか、そして、どのあたりに線が引けそうなのか、分析してみる必要がある。
- ・その際、病床機能報告制度との整合性も課題になるのではないか。推計と病床機能報告制度をどのように平仄を合わせていくかも今後の課題となると考えている。
- ・筒井委員から指摘があったように、医療行為や看護必要度の現状を踏まえ、現状追認的にならないようにすることが重要である。その際、在院日数を減らすなどの効率化・重点化をどう説得的・客観的に説明できるかが課題であると考えている。
- ・なお、参考資料4は、平成23年に行った将来推計であるが、そこでは、在院日数を高度急性期では2割短縮、一般急性期では3分の1短縮しており、今回の推計においても、これらも参考に、整合性をとりながら、検討する必要がある。

(佐藤委員)

- ・松田主査のご発言の中で、DPC別一日当たり平均医療費の分布を用いるという話があったが、平均を用いるということで良いのか。分布にバラつきがあるのであれば、ある程度幅を持たせたりすることも考えられるのではな

いか。

(石川参考人)

- ・ DPC ごとであれば、平均を用いても大丈夫だと考えている。ただし、主たる医療行為が行われる日が個々の入院によって異なるので、それが揃うように基準日を変えて調整する必要がある可能性がある。
- ・ 分析を進めていくと、DPC によっては高度急性期に該当しないものも出てくるのではないかと考えている。DPC ごとにピークが高度急性期にあるのか、一般急性期にあるのかなどが臨床的な意味合いとして分かってくれば、病床機能報告との関係についても医療機関への説明がしやすくなるのではないか。

(松田主査)

- ・ 病床機能報告制度であがってくるデータは過剰な見積もりになっている可能性もある。DPC の推計で整理した病床機能別の医療行為の分析と比較することで、その整合性を議論することができるのではないか。
- ・ 看護必要度についても、一日単位で医療行為が行われているのかどうかなどが分かるので、効率化可能な在院日数を議論できるのではないか。

(土居委員)

- ・ 将来推計するときには、単価をどうするかも課題となるのではないか。

(松田主査)

- ・ まずは病床の推計から整理していく必要があるが、佐藤委員や土居委員のご意見も伺いながら、検討していきたい。

6. 閉会

(松田主査)

- ・ 今後の進め方としては、まずはデータの分析を始めたいと考えているが、今後、データ分析の状況なども踏まえながら、年内はできるだけ精力的にワーキンググループを開催していきたい。

(以上)