

第2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10月10日（金）12:30～14:00

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
藤森研司委員、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. 医療費等の地域差について
3. 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会について
4. シミュレーションについて
5. 閉会

1. 開会

2. 医療費等の地域差について

- ・後発医薬品の地域差等について、厚生労働省より資料1に沿って説明を行った。

3. 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会について

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会について、厚生労働省より資料2に沿って説明を行った。

4. シミュレーションについて

- ・DPC データに基づく在院日数のばらつき及び都道府県別の将来推計人口について、厚生労働省より資料3及び資料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。

(土居委員)

- ・資料3の5ページの入院日数の下の表で、入院日、点数の欄のⅠ、Ⅱ、Ⅲに対応する数字は、それぞれどのように決めているのか。

(厚生労働省保険局)

- ・診断群分類ごとにⅠ、Ⅱ、Ⅲの入院日と対応する点数を決めている。例えば、表の一番上の診断群分類の疾病については、入院期間Ⅰは3日目まで、その間の点数が2,375点である。

(土居委員)

- ・入院日Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの閾値はどのように決めているのか。中医協で決めているのか。

(厚生労働省保険局)

- ・それぞれの診断群分類ごとの平均在院日数を基にして決めている。中医協で決めている。

(松田主査)

- ・DPC ごとに平均在院日数を計算して入院期間Ⅱを決め、それをベースにして、入院期間Ⅰや入院期間Ⅲを決めている。

(松田主査)

- ・医政局の地域医療構想を議論するためのデータを作る研究班のメンバーであるので、どんなデータを準備し、どんなデータの使い方ができるのか、申し上げたい。
- ・議論のベースとなるデータは二つある。まず病床機能報告であるが、各病院から病床ごとに将来の姿も含めてデータが出てくる。病床機能ごとに1日100床当たりの対象医療行為数を全国平均や医療圏平均と比較検討することになる。もう一つは、病床機能別病床数の推計であるが、これによって、ニーズに合っているかチェックする。データを総合的に分析して、病床機能の適正化に関する議論を行うことになる。
- ・地域における分析に資するよう、データブックを作ることとしている。データブックにおいては、DPCデータとNDBデータをあわせて、各医療圏の医療提供体制の過去と現在を分析できるようにすることを考えている。
- ・具体的には、医療圏内のDPC病院ごとの入院や救急入院の診療実績や医療圏ごとの救急医療の自己完結率、すなわち、ある医療圏内の在住する患者を当該医療圏内の病院でどれだけ対応できているかなどを把握することができる。
- ・また、消防庁のデータを使って、医療圏別の平均搬送時間も分析することができる。さらに、医療圏内のDPC病院のがん入院患者の診療実績や医療圏ごとのがん医療の自己完結率もわかる。こうしたデータに基づき、どのように自己完結率を上げるか考える必要がある。
- ・さらに、各医療圏における主要診断群ごとの患者の流出入のデータを把握することにより、圏域を考えることも可能である。また、急性期医療へのアクセシビリティを地図に落としとして分析することにより、医療資源をどのように配置するのか、考えることも可能である。
- ・このように、DPCデータとNDBデータを用いることにより、急性期医療、特に救急医療とがん医療の現状と課題を医療機関名とともに具体的に検討することが可能となった。
- ・今回の地域医療構想の策定に当たっては、将来の推計も必要であり、医療圏単位で人口推計を行うことができるようにする予定である。これにより、人口構造が変化することにより、患者が増えるのかどうかなどを推計することが可能となる。例えば、入院について将来推計すれば、このまま高齢化が進むと、肺炎、骨折、脳血管障害の患者が増える見込みであることが判明する。骨折や肺炎は、後期高齢者の増加に伴い増えるものであり、地域包括ケアや介護との関連も出てくる。
- ・前回もお話しした機能別病床数を推計する方法のうち1番目の患者調査の

結果を用いる方法については、現在の平均在院日数をベースにすることもできるが、例えば社会保障国民会議が示した平均在院日数に基づき推計することもできる。その場合は病床数の増加見込みをかなり抑えることができるが、いずれにせよ、在宅医療の準備を進める必要があることが示されることになる。

- ・ 2番目の DPC 別の一日あたり医療費を用いる方法については、手術の有無により、外科系症例と内科系症例に分けて、一日あたり医療費の分布をみることになる。手元のデータを使用してやってみると、きれいな分布ができたので、これを全体の DPC データでやってみたい。
- ・ 実際の手順としては、まず DPC データや NDB データを活用して病床機能別の標準的なあるべき病床数の推計を国、都道府県、二次医療圏の各レベルで行い、病床機能報告制度のデータ集計結果と比較しながら、関係者で話し合い、医療機能別病床数の適正化の実現方法を協議していくことになると考えている。
- ・ 今後の課題として、地域医療構想を策定した後の実行状況のモニタリングや実際の行動につなげるためのインセンティブをどうするか、方法論についても考えていく必要がある。

(佐藤委員)

- ・ データブックでは、現在の医療機関や医師の配置を前提に、患者の動きを分析できるということだろうが、2040 年に向けて今後の医療機関の配置を考えるに当たり、このデータがどのような指針になりうるのか。
- ・ DPC データは手術の有無でかなり状況が異なることになると考えるが、手術の有無は単に疾病の中身の違いと理解してよいのか、治療方針の違いとして理解した方がよいのか。

(松田主査)

- ・ データブックを活用して、病院を移したらどうなるかシミュレーションも行うことも考えられる。
- ・ 手術の有無については、ほとんどの場合、臨床的に決まる。手術を行う場合、どのような手術をするのかは選択の余地はありうるが、それも含めて、臨床的な判断と考えてよいのではないか。

(土居委員)

- ・ 医療圏における患者の流出入の分析に当たり、患者の住所は、DPC データだから分かるのか。

(松田主査)

- ・国保、後期高齢者医療、生活保護の場合は、所属している保険者等を住所地だと考えることができる。
- ・DPC データには郵便番号が入っているが、レセプトデータには郵便番号などの住所情報が入っていない。レセプトにも患者の居住地の郵便番号に入れることができれば、より良い分析ができるのでお願いしたい。

(土居委員)

- ・1番目の患者調査の結果を用いる方法については、有病期間が長い傷病も短い傷病もそのまま組み込んで推計することになると考えるがどうか。

(松田主査)

- ・1番目の方法は、ある一時点の機能別病床数の分布を前提に年齢階級別の人口構造の変化に基づき将来推計することになり、傷病構造の違いはほとんど反映されない。
- ・一方、2番目の方法は、DPC 単位で推計を行うので、傷病構造の地域差等も反映させることになる。

(土居委員)

- ・2番目の方法では、DPC 別の一日あたり医療費を用いるとのことだが、一日あたり平均ということか。医療機関等によって一日あたり医療費にばらつきがあると思われるが、把握しているか。

(松田主査)

- ・それぞれの日の一日あたり医療費の平均値である。

(石川参考人)

- ・あくまでも平均値であるので、ばらつきはあり得る。患者の症状によってはばらつきが発生することも考えられるので、その評価の仕方については、今後、検討していきたい。

(松田主査)

- ・病床を区分するための基準値は、DPC ごとの一日あたり医療費の平均値を使うが、その基準値は、1,000 万件以上ある個別の症例ごとに当てはめていくので、そこでばらつきは吸収できるだろうと考えている。

(筒井委員)

- ・ DPC データを活用するとき、入院日数の考え方はどうなっているのか。
- ・ 一日当たり医療費の平均値を算出する際、入院1日目が手術待ちの入院であることも多いと思うが、どのように取り扱うのか。

(松田主査)

- ・ 年度内で入退院が完結している症例についてのデータを対象とすることになる。
- ・ 初日に検査をして、その後、手術をするというケースもあるが、それが平均値に反映されることになると考える。

(佐藤委員)

- ・ ある年度に入院している人という場合、前年度から入院していてその年度に退院した人や、翌年度以降も入院している人などは統計上のどう処理するのか。
- ・ 一日当たり医療費については、例えば、入院日数を短くして集中して治療しようと思えば初日や2日目の医療費は高くなると思うが、治療方針の違いを調整するのか。

(石川参考人)

- ・ データは、ある年度に入退院が完結した症例に限ることとしている。多くの場合は100日以内で退院するので、長期化するいくつかの疾患を除いては、統計上与える影響は少ないと思う。
- ・ 確かに手術の日によって医療費のピークが異なるので、入院日ではなく手術日を基準にするということも考えられるが、病床を区分するときの基準値は個別の症例ごとに適用していくので、問題はないと思われる。

(土居委員)

- ・ 現状追認的にならないようにする観点から、単純に平均値を使っていいのかという問題意識がある。ガイドラインを策定するに当たっても、平均在院日数の短縮に向けた働きかけなども考え、推計方法などに埋め込んでいく必要があるのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・ 法律で病床区分ごとに将来の必要病床数を地域医療構想として算定すると

なっており、地域医療構想のガイドラインの検討に当たり、医療需要とそれを踏まえた病床数をどうするか、算定方法等を検討する必要がある。

- ・基本的な考え方としては、一体改革の際の推計も踏まえつつ、DPCやNDBを使って分析した上で、検討することになると考えている。
- ・地域医療構想の区域については、二次医療圏を基本として、都道府県と二次医療圏を単位として推計を行いたい。
- ・将来の医療需要の推計に当たり、人口の変動については、社人研の将来推計人口を使うことを考えている。受療率についても、現状の受療率ではなく、データを分析した結果として出てくる適正な受療率を推計する必要があると考えている。
- ・都道府県間や二次医療圏間の患者の流出入をどのように見込むか、あるべき姿に向け病床の構成などをどうニーズに合わせていくかなどもあわせて検討する必要がある。
- ・回復期や慢性期の取扱いについても検討していきたい。

(土居委員)

- ・病床を区分するときの基準値は、全国で一律になるのか、それとも、各都道府県で補正計数のようなものを掛けることを認めるのか。

(松田主査)

- ・どこにいても同じ患者は同じ治療を受けるということを前提に考えれば、医療にそうした地域差を認めてしまうと却って医療の質が全体として悪くなってしまうということがあるので、認めるべきではないと考えている。
- ・全国統一の基準を示せば、医療の質を高めるための目標にもなると考えられる。

(厚生労働省医政局)

- ・基本的に地域差を認めるべきではないと思うが、患者の発生率には地域差があることは考慮すべきと考えている。

(土居委員)

- ・私も地域差は認めるべきではないという立場である。ただ、各都道府県が地域医療構想を策定することになると思うので、都道府県ごとにどうなっているか確認しながら作業を進める必要がある。

(松田主査)

- ・研究班としては、全都道府県と2次医療圏のデータを作って、配りたいと考えている。

(筒井委員)

- ・医療機関の行動は診療報酬に左右されているところがあり、例えば、入院基本料は14日までは変わらないので、その間、処置を分散させている可能性もある。こうした点をどこまで配慮するのか。
- ・集約的に医療行為をすれば一日当たり医療費の分布を左に寄せることができる医療機関もある。今後のあるべき姿を考えて、推計をするのであればそうした配慮も必要ではないか。

(松田主査)

- ・DPCは実際どういう医療行為をやっているかといった結果を踏まえて点数設定をしており、それで入院期間も決まってくる。したがって、現状でどういう医療をやっているかを追認する形で分布ができると考えている。
- ・DPCデータを公表することで、それぞれの症例に対して望ましい医療行為のパターンに落とし込んでいくことになると考えている。14日間で分散して処置を行うインセンティブが病院に働くものではない。
- ・全てのDPCデータを使って分析をすることになるので、サンプリングのバイアスもなくなると思っている。

(佐藤委員)

- ・診療報酬が変われば治療行為も影響を受けるはずなので、行動変容を考慮する必要があると思う。

(藤森委員)

- ・例外的な症例を入れるかどうかで安定性が変わってくる。例えば、リハビリテーションと放射線治療とかの外来でも可能な治療は別扱いにした方が安定するかもしれないと思っている。

(松田主査)

- ・基準値については、今後変えていくことになると思う。医療の進歩に伴って必要病床数の推計は変わっていく。さらに、在宅医療が増えていけば慢性期も減っていき、必要病床数は減っていくことが予想される。定期的に見直しを行って、その都度必要な病床数を推計していくことになる。

(土居委員)

- ・ 2040 年まで見通すと高齢者の数も減ってくる。今回策定する地域医療構想は 2025 年を想定しているが、必要病床数として、2025 年の需要に対応する必要はあるものの、2025 年にピークアウトすることが分かっているのに、2025 年に向けて病床をたくさん備えておくというのは問題があるかもしれない。
- ・ 回復期と慢性期の区分はどう考えればよいのか。

(松田主査)

- ・ NDB データも使い、複眼的な分析が必要になるが、慢性期や在宅期については、慢性期では実際にどういう医療が行われているか、介護のデータも使い、老健施設での医療行為も見ながら議論していくことになるのではないかと思っている。

(佐藤委員)

- ・ 慢性期の中で、在宅にもっていくかどうかをどう調整するのか。

(松田主査)

- ・ NDB データの分析を基にして考えていくが、慢性期をどのように決めるかはまだ検討中である。

(以上)