

## 第3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11月5日（水）14:00～16:00

場所：中央合同庁舎第8号館特別大会議室

### 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. 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
3. シミュレーションについて
4. 閉会

## 1. 開会

## 2. 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会の検討状況について

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会の検討状況について、厚生労働省より資料1に沿って説明を行った。

## 3. シミュレーションについて

- ・医療機能別病床数の推計方法の考え方について意見交換を行った。

### (松田主査)

- ・現在検討しているデータに基づく医療機能別病床数の推計方法の考え方について説明する。DPCデータを用いて一日当たりの医療資源投入量に着目し、高度急性期・急性期・回復期・慢性期に病床を区分する方法を現在検討している。
- ・まずDPCデータを分析し、加えてNDBデータをDPCに変換して、その二つを積み上げることで、全体のデータにすることを考えている。
- ・具体的には、一日当たりの出来高換算コストの分布から高度急性期の切れ目であるC1、一般急性期の切れ目であるC2、回復期の切れ目であるC3の値を決め、それぞれについて、国全体と1072のDPC分類ごとに延べ入院日数が何日になるかを推計する。それがそれぞれ高度急性期相当総入院日数、急性期相当総入院日数、回復期相当総入院日数、慢性期相当総入院日数となる。
- ・DPCデータの分析は年度内に完結した入院のみを対象として行っているため、平均在院日数を使って補正する。それを病床稼働率で割り戻して、365日で割り、病床数を算出する。
- ・さらに、一日当たりの患者数と人口推計結果と組み合わせて、将来推計を行う。
- ・一日当たり平均医療資源投入量で見ると、入院初期では医療資源投入量にばらつきがあるが、入院後半になると振れ幅が小さくなっており落ち着くことが分かる。
- ・どのような医療行為が典型的に行われているかも考えながら、C1、C2、C3を決めていくことになると考えている。

### (佐藤委員)

- ・C1、C2、C3は全ての疾病について共通で良いのか、DPCごとに変えるべきなのか。

(松田主査)

- ・ C1、C2、C3 を内科系・外科系と分けて分析しているが、基準は全ての疾病について共通としてはどうかと考えている。

(土居委員)

- ・ C1、C2、C3 の論拠付けを行い数値としてしっかりと固めていく必要がある。
- ・ C1、C2、C3 については地域差を認めるのではなく、地域差は別なところで限定的に勘案できるようにすれば良いのではないか。

(伏見委員)

- ・ 推計の対象は包括の範囲だけか。出来高の部分も入っているのか。

(松田主査)

- ・ 推計の対象としては出来高も入れている。
- ・ C1 は高度急性期と急性期の境であるが、例えば、ICU から一般病棟へ、HCU から一般病棟へ、無菌室から一般病棟へと、患者が病院内で動くイメージ。
- ・ C2 については、急性期と回復期の区分をどうするか、いろんな議論がある。
- ・ 病床機能報告制度で急性期相当、回復期相当の医療行為がある程度定義されており、それも踏まえて考えることが必要である。
- ・ 地域差については、むしろ、解消する方向で考えていかなければならない。

(佐藤委員)

- ・ 診療報酬改定が行われた場合には、C1 等は変動させていくのか。その場合、診療報酬改定の度に行うことになるのか。

(松田主査)

- ・ 医療技術の進歩などもあるので、基準を定期的に見直すことが必要になると考えている。ただし、頻度は、例えば医療計画の見直しのタイミングにするなど、もう少し長いスパンでいいのではないか。

(筒井委員)

- ・ C1、C2、C3 を全部一律にするのは分かりやすいが、様々な疾病がある中で大丈夫かよく確認していく必要がある。
- ・ 内科系と外科系で違いがないかどうか統計的に確認できるのか。

- ・病院は、医療行為だけでなく療養上の世話も行っている。療養上の世話の部分で反映させるために、例えば、重症度や医療・看護必要度のデータも活用してはどうか。

(松田主査)

- ・内科系と外科系の分布については、統計学的に分析しても大きな差はないと見込んでいる。
- ・重症度、医療・看護必要度のデータについては、悉皆データがないようなので、現時点であるデータを活用して議論していくしかない。

(藤森委員)

- ・リハビリについて、例えば、脳血管疾患等のリハビリ料（I）は1単位245点と高得点なので、数回リハビリを入れると医療資源投入量が大きくなってしまい、急性期になってしまう可能性があることに留意する必要がある。

(松田主査)

- ・回復期は定義上リハビリをやることになっており、今回の分析においても考え方を整理する必要がある。

(佐藤委員)

- ・患者の流出入を考慮するに当たって、地域ごとの医療需要の推計をする際の地域単位はどう考えればよいのか。患者の住所地なのか、病院の所在地なのか。理想的には、患者の住所地で設定するのが良いと考えるが可能なのか。

(厚生労働省医政局)

- ・DPCは患者の住所地が入っているので可能であるが、NDBの場合は、推計の要素が入ってくる。

(土居委員)

- ・筒井委員が指摘した重症度、医療・看護必要度のデータの活用は重要と考える。悉皆性の観点からすぐに利用することが難しいかもしれないが、前回の地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会でも入院と在宅をどうつなぐかといった話があったので、2025年を目指したあるべき病床数を議論する際には要素として織り込むことができないのか。

(松田主査)

- ・そうした要素が入れられるか検討したい。例えば、在宅医療が進んでいる地域での在宅の患者数の調査等を行い、回復期や慢性期の入院患者がどのくらい在宅に移行できるか推計することが考えられる。

(土居委員)

- ・患者が在宅、外来に移行できるかどうかを勘案するということがか。

(松田主査)

- ・データを踏まえ、閾値の患者像を具体的にイメージしていくことが必要であると考えている。

(土居委員)

- ・平均在院日数の短縮や在宅への移行の問題については、説明の仕方を工夫するとともに、これまでの推計との整合も図ることが必要ではないか。

(筒井委員)

- ・現状追認となっているデータ分析結果にどのように目指す目標を入れていくか難しさがあるが、重症度や医療・看護必要度を勘案することで少しでも難しさが緩和できるのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・医療・看護必要度のデータについてはよく吟味したい。

(伏見委員)

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会では、推計結果と病床機能報告との整合性などについての質問などはなかったのか。

(厚生労働省医政局)

- ・最終的には合わせていく方向になるだろうが、今の段階では、将来的にはそういう問題意識を持ちつつ、定性的な基準に基づき進めている。

(土居委員)

- ・特定機能病院は全て高度急性期との意見もあるようだが、回復期の患者もいるので、病院全体が高度急性期ではないという理解でよいか。

(石川参考人)

- ・ 今回の病床機能報告は、データの前提が無く、各病院ともどう評価を受けるかも分からない中での報告となっている。ただ、来年の報告では、推計結果も見た上で、フィードフォワードしてもらうことになるのではないかな。

(松田主査)

- ・ 超高齢化社会の中で、医療制度をどう充実させていくかという中で、現実的に即して考えていただくということではないかな。
- ・ 現場で整合性を図るために重要なのが、地域における有識者の協議の場であると考えている。データを見ながらそれぞれの地域で必要とされている病棟が何かを考えていただくことが地域医療構想を策定する過程で大事ではないかと考えている。

(石川参考人)

- ・ 来年度、各都道府県知事が地域医療構想のための協議会を開く際には、二次医療圏等の地域ごとの必要量のデータが出ていることになるので、来年4月以降あるいは次回の病床機能報告を行う来年の7月から10月が議論として重要な時期になるのではないかな。

(佐藤委員)

- ・ 推計方法について、他の研究者の見解はどうか。

(松田主査)

- ・ 与えられた条件の中でどのように最適化するかの観点から、経済学的というよりも経営学的な研究が主であり、あるとすれば、推計方法をどのように精緻化していくかという議論ではないかな。

(藤森委員)

- ・ データの特性について整理しておきたい。
- ・ DPC データには郵便番号が入っており患者の住所地情報は取得できる。今年から7:1病院ではDPCデータの提出が義務化されたので、7:1は全てDPCデータが取得できる。また、来年4月からは地域包括ケア病棟もDPCデータ提出が必須になる。
- ・ 10:1、13:1、15:1の出来高の病院群は郵便番号がなく住所地情報は分からないが、国保と後期高齢者医療については市町村コードがついており大体は推計できる。

- ・出来高レセプトについても疑似 DPC 化し疾病構造をつけることで、DPC と同様の分析ができるが、問題は、回復期リハ病棟などでは包括化されておりデータの内訳がないので、推計が難しいものがある。

(土居委員)

- ・その場合は、どうやって推計するのか。

(松田主査)

- ・回復期は回復期リハを全て含むと定義されているので、それ以外について、データで線引きする必要がある。
- ・慢性期と回復期の区分は、いわゆる療養病床が9区分あるので、それも活用することが考えられる。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・医師と看護師の配置を手厚くして、平均在院日数が短くするという考え方もあるが、どうか。

(松田主査)

- ・高度急性期では看護配置を手厚くすることも考えていく必要があるが、同時に、パフォーマンスを図る基準も必要と考えており、クリニカルインディケータのようなものの検討が必要である。

(筒井委員)

- ・全体のイメージ感を持つことが大事で、高度急性期をどれくらい作るかをまず考えて、それをターゲットにした方がいいのではないかと。

(松田主査)

- ・高度急性期を病態に応じて病院内で移動するイメージで考えると、ハイケアユニットやリカバリー、無菌室などになるが、データを見て相応のものがどれくらいあるかをまずは見てみたい。

(石川参考人)

- ・今回のように高度急性期、急性期、回復期と区切っていくと、入院から何日間ぐらいはこういう医療行為をやっているのが高度急性期に相当する、その後の何日間ぐらいはこういう医療行為をやっているのが急性期に相当するという、実際のクリティカルパスに合った形で医療従事者は把握する

ことになるのではないかと予想される。

(佐藤委員)

- ・ C1、C2、C3 はデータに基づいて設定するわけだが、現状を追認する形になるので、改革をどう反映させていくかが問題ではないか。

(松田主査)

- ・ 例えば脳梗塞手術無しの事例を分析すると、60 日を超えると大した医療行為も行われていないので慢性期でもいいのではないかと、あるいは退院できるのではないかという話ができるようになる。これにより、例えば、61 日以降の入院患者数を 4 分の 1 に減らせば、どのくらいのベッド数がなくなるかを計算できるようになる。このように具体的に傷病のイメージで、各地域で議論していただければと思う。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・ 例えば病床の足りない地域では、むしろ病床を整備しないといけないという議論が出てくるので、全国調整を考える必要があるのではないかと。

(厚生労働省医政局)

- ・ 都道府県内での調整は当然あると思っているが、都道府県間の調整も必要になってくると考えている。特に一都三県などではブロックで議論する必要があり、ルール作りを検討している。

(石川参考人)

- ・ 2025 年に向けて人口がそもそも 2～3 割減るところもあるので、これをどう反映するかという問題がある。
- ・ 地域や大都市圏など、いくつかパターンを分けて考えていくことが重要である。

(土居委員)

- ・ 人口の推移を見ると 2025 年がピークになるところもあるので 2040 年まで見渡ししながら、地域の病床の在り方を考えていく必要があるのではないかと。

(厚生労働省医政局)

- ・ 第 2 回の地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会でも、2025 年と併せて 2040 年の人口推計を提出した。



- ・ 2025 年までは人口が減るが高齢者が増えるので受療率は見かけ上はそれほど変わらない。2025 年を超えてくると高齢者も減ってくる医療圏が多く、そこまで見込んでいく必要があるので、ガイドラインの報告書の中にそうした観点も入れたいと事務局としては考えている。

(佐藤委員)

- ・ 病床数や人口の動向など地域によって異なる中で、病床を削減するのではなく他の地域から患者を呼んでくるという対応にはならないか。

(厚生労働省医政局)

- ・ 大都市圏の調整が必要になるが、それに加え、病床数が多い地域でどのように適正化を進めるか考える必要がある。
- ・ 地域差については、要因分析し補正をする方針だが、どのように補正するか今後検討が必要になる。
- ・ 人口といった客観的な数字を示すことで、経営上 10 年後をどうするかを考えてもらうことが大切だと考えている。

(藤森委員)

- ・ 病床数の適正化に当たっては、診療報酬というツールもあることを念頭に置いておく必要があると思っている。

(筒井委員)

- ・ 高度急性期、急性期がどのくらいあればいいかを分かりやすく示すことが重要ではないか。一方、回復期、慢性期、地域包括ケア病棟、療養病棟、精神、介護療養は、介護との関係で地域が選択するという話になると思う。重症度や看護必要度などを踏まえて実態に応じて考えることが重要となってくる。

(松田主査)

- ・ クリニカルインディケータで医療の質の縛りを作る必要がある。ある程度のパフォーマンスを達成しないと急性期として認めないようにすることが考えられる。
- ・ 東京は高度急性期が多いが、病床の利用率はどのくらいか。

(伏見委員)

- ・ どこも 80%以上はある。患者は遠方からも来ているのが実情となっている。

(松田主査)

- ・医療計画を考えるとき、高度急性期や急性期に関しては一都三県で考えることが必要になってくる。また、機能に応じて構想区域を広げることも必要である。
- ・東京は基幹病院が集中している一方で、療養病床が足りない状態にある。
- ・ベッド数を増やさないためには在宅医療の展開方法を考えるべきである。

(財務省主計局)

- ・C1、C2 という基準を固定する場合、高度急性期や急性期では改革をどのように反映していくのか。クリニカルインディケータのようなものは反映できるのか。

(松田主査)

- ・基準は固定されるが必要となる病床数は減ってくるのではないか。例えば開腹手術から腹腔鏡手術になってリカバリーやハイケアユニットにいる時間は短くなれば、その分だけ必要病床数は減ることになる。

(財務省主計局)

- ・それは医療技術の進歩ということか。

(松田主査)

- ・医療技術の進歩もあるが、マネジメントも大きい。決められた基準に対して、在院日数をどう短くしていくかが改革のポイントになる。

(石川参考人)

- ・医療技術の進歩と、医療自体のマネジメントの効率化や品質管理により、入院期間が短縮されると思っている。
- ・クリニカルインディケータの話が出たが、C1、C2 といった閾値を変えるよりも退院までの日数がどう管理されているか分析することにより改善が図れると思う。

(財務省主計局)

- ・地域差を解消していくに当たって、マネジメントが良い病院が多い県に合わせるという議論ができるということか。

(石川参考人)

- ・ ということだと考えている。ただ、急性期後に社会復帰ができれば良いが、回復期、慢性期の施設に行く患者が増えると考えられるので、同時に、受け皿の整備も必要になる。

(土居委員)

- ・ ベストプラクティスとしてはそうだろう。ただ、皆が皆それができるわけではないので、できるだけ積極的に改革が織り込めるように、説得的な材料を探す必要がある。

(石川参考人)

- ・ 都市部と地方の状況の違いにも留意すべきと考えている。
- ・ 医療提供の競争相手が多い都市部では、質の良いところに選択的に患者が集まる一方で、患者が来なくなり病床の必要性が減る施設も生じる可能性がある。
- ・ 一方、そもそも患者の数も少なく地域の医療従事者・医療資源も少ない地方では、質の改善と病床数の最適化を進めるには、外的働きかけがいろいろと必要になる。

(松田主査)

- ・ 大事なことは情報提供をしっかりと行うこと。例えば、DPCの導入に当たっては、病院の関係者を対象としたセミナーや説明会などを丁寧に行ってきた。今回も同様にやっていく必要がある。今回のデータで何ができるようになるかを関係者に理解いただくことが重要である。

(筒井委員)

- ・ 病院は約30年で建て直しが必要になり、計画的な経営が必要である。質と言ったときに医療サービスの質と経営の質があり、経営の質がだめになるとサービスの質も悪くなる。病床機能報告制度も含めて、都道府県がどのくらい調整できるかが重要になるので、厚生労働省でフォローをしっかりとやっていかなければならない。

(松田主査)

- ・ 民間病院では20~30年後にどうなるかを考えながら経営する必要があり、経営の指針になるようなデータを作っていくことが大事になってくる。

(石川参考人)

- ・ C1、C2、C3 をあるべき病床の配分に合わせて調整するとの考えもあるが、そうすると C1、C2、C3 をどうずらすかの議論になってしまう。本来あるべき高度急性期、急性期、回復期、療養期を地域の中でどう配分していくかの議論を行うべきであり、枠組みを示して、地域でどうするかを考えていくことが重要と考える。

(財務省主計局)

- ・ 推計については、都道府県ごとに分けたデータはとれるのか。

(松田主査)

- ・ 実際のデータベースでは、全国、都道府県単位、2次医療圏単位で全部作り、データブックという形で示すことになると考えている。さらに、性・年齢階級別の受療率を計算していき、それを人口推計に合わせて将来推計していく予定である。

(以上)