

第4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12月4日（木）10:45～12:15

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
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. シミュレーションについて
3. 閉会

1. 開会

2. シミュレーションについて

- ・重症度、医療・看護必要度について、厚生労働省より資料 1 に沿って説明を行った。
- ・シミュレーションについて意見交換を行った。

(松田主査)

- ・病床機能の区分を進めていくに当たっては、コストだけではなく医療の質も含めて評価していくことが重要である。
- ・医療の質には、臨床の質、経営の質、制度の質の 3 つがあり、臨床の質は、構造・過程・結果での評価が考えられる。構造については、すでに診療報酬の施設基準でやっているが、一方、医療の結果を評価するのは時期尚早だと考えられる。諸外国でもプロセス、過程を中心とした評価となっており、過程の評価は第三者からも適切かどうかを評価しやすい。また、制度の質が臨床の質や経営の質の改善へのインセンティブになることが重要であり、同時に、臨床の質や経営の質の改善を行っていくことが制度そのものの見直しにつながるという PDCA サイクルを回るような仕組みをどう作っていくかがポイントになると考えている。
- ・医療の質を考える際には、アメリカが先進地域としてリファレンスされる。アメリカにおいては、まず医療の質の評価のためのデータ収集事業として、IMSystems が開始された。専門家によって開発された臨床指標を定められたフォーマットとシステムで提出することを義務付けたものであり、非常に優れた指標ではあったが、現場の作業負担が大きく、頓挫してしまった。
- ・その後、ヘルスケアに関する研究を行っている政府機関 AHRQ が、病院の管理運営データを用いて質指標を抽出する仕組みを開発した。これは、日本の DPC データに当たる DRG データという既に病院にあるデータを質指標として用いることにしたので、現場の作業負担が少なかったこともあり一般化した。この指標は、症例数、死亡率などで構成されているが、ほとんどは日本の DPC データでも作れるものとなっている。最近、アメリカでは、Hospital compare というサイトがあり、患者が自ら病院を選んで臨床指標を比較することができる。
- ・さらに、HQID というパフォーマンスのいい病院に対してボーナスを与える Pay for performance の仕組みもある。これは上位 50%の成績の良い病院名を公表し、上位 20%の成績の良い病院にはボーナスを支払うものである。初年度は約 250 病院が参加したが、最近では 1000 病院近くまで増えている。

CMSによるこの取組により、指標の全てで改善が認められた。さらに、Never Events という保険者が支払いを拒否する仕組みも導入されており、医療の質の評価が行われている。Pay for performance で上位の病院にボーナスを付けると、ボーナスの対象とならない病院で良くなったという結果が出ている。経済的なインセンティブをつけなくても、結果を公表するだけで質が改善するとする論文も最近が多い。

- ・医療の質の評価に当たっては、日常業務と連動した情報収集体制が継続性・信頼性を担保するために重要である。Pay for performance の効果については知見が一致していないが、情報公開を行うだけで評価指標は向上している。ただ、指標の向上が全体のアウトカム向上につながっているかどうかはまだ意見が一致していないという状況にある。一方、医療の質の評価をきちんとやらないと、病床の機能分化が難しくなってくると思う。臨床指標をどう作っていくかがポイントになる。
- ・次に、フランスでは、各地域でどのような医療課題があるかを示した地域健康目標（PRS）を明らかにした上で、解決するための地域医療計画（SROS）を策定することとしている。健康及び自立に関する地域会議（CRSA）に地方健康観察機構等からデータが提供され、それに基づき地域診断をし、健康目標をつくるという手順をとっている。
- ・フランスの地域医療計画では、量の規制と質の規制の両方を盛り込んでいる。量の規制に関しては、医療圏をまたいで患者が動いてしまうので病床規制は現在、廃止されており、高額医療機器や高度医療の規制を中心に行っている。例えば、高度医療の規制としては、地域によって多少違いがあるが、心臓外科手術については、年間に 200 例に満たない場合は心臓外科をやることができないとされている。分娩も年間 500 例が基準となっている。これは、分娩施設には 24 時間 365 日、産科医 1 名、新生児科医 1 名、新生児の麻酔をかけることができる麻酔科医 1 名、助産師 1 名、産科・新生児科を担当する看護師 2 名が確保されていることが前提となるため、年間 500 例は分娩を行わないと設備に見合ったペイがないことを踏まえたものである。このように、質を確保するためにはコストに見合った症例数を確保させることが必要であり、そのための規制がかけられており、質の保証のための量の規制となっている。
- ・病床の適正化に関しては、地域医療計画の責任主体である地方医療庁が、各病院と多年度計画を結んでおり、地域健康目標及び地域医療計画に掲げられた指標・目標を達成するよう、各病院が施設計画を提出することになっている。その際、病院同士で調整し、病床の配分を決めている。
- ・さらに、アライアンスのような形で、病院同士で人材の共有や機器の共有、

共同購入ができるようになってきているなど、地域全体での医療資源の配分を適正化するようになってきている。このように、高度医療や高額医療機器の使用を規制することにより、診療機能を適正化できることになっている。この点、日本の医療計画で病床数の規制はあるが高度医療の規制が行われていないのは問題があると考えられる。MRIなどは常勤の医師がいることを義務付けることなどをしないと無駄が省けないと思う。

- ・ ICU の患者について退室時死亡の要因分析を行うと、専任の医師がいる ICU では死亡確率が 4 割程度少なくなっている。また、退院時死亡の要因分析を行うと、症例数が多い病院ほど死亡率が低くなっており、医療の質を上げる点からも機能集約が必要という示唆が得られる。さらに、救急搬送距離と死亡率の相関をみると、搬送距離が長いほど死亡率が高くなっており、適正配置が重要であることを傍証している。
- ・ 厚労省医政局では医療の質の評価・公表等推進事業を行っており、多くの急性期病院が資料を公開しているため、実際には、相当程度比較ができるようになってきている。これらを用いて分析すると、例えば、早期リハビリテーションを実施している病院の平均在院日数が短くなっていることが分かる。
- ・ フランスの例を参考に、日本で DPC やレセプトを用いて質の評価を行うことを考えてみると、地域医療構想の「協議の場」で、地域の診断をし、地域の健康目標をつくり、病床機能別の病床数の量的な基準や、医療の質の評価・公表等推進事業を踏まえた質的基準を決めていくのがよいのではないかと考えている。
- ・ 病床数や医療費の削減ありきではなく、データに基づく議論の実効性を担保するためには質の議論をしないといけない。欧米では質を改善するとコストが下がることが一般的なファクトとなっている。また、フランスのように各病院がそれぞれの施設計画を考える枠組みも作っていくことも必要ではないか。いろいろなインセンティブを高めたうえで「協議の場」を動かすことが重要ではないかと思っている。

(佐藤委員)

- ・ Pay for performance で大事なものは、アウトカムというよりもストラクチャーやプロセスで質の改善につながるかということ。ストラクチャーについては、高額医療機器など医療提供体制がどれだけ充実しているかを見ることになるため、機能分化につながる面がある。また、医療のプロセスでは、スタンダードな医療行為が何かを明確にして、その基準に則った医療行為を評価するもの。地域間格差として地域によって医療行為が違うのではな

いかという問題も、これにより収斂させていくことが可能ではないか。

(松田主査)

- ・データを公開することが重要。DPC データを初めて公開したとき、腹腔鏡下胆嚢摘出術の在院日数は、一番短かった病院で 4 日、一番長かった病院では 40 日近くになっており、約 10 倍の差があった。公開翌年、長かった病院も 14 日に短縮された。公開によりプロセスが標準化され、在院日数の短縮につながっている。これが医療費の適正化にも質の適正化にもつながっており、このような取組が重要。

(土居委員)

- ・症例数を確保することが質の向上にも大事なものは納得できるが、地域医療構想の策定を念頭に置いたときに、症例数をある程度確保する取組は具体的にあるのか。

(松田主査)

- ・DPC 病院では DPC データで、DPC 病院以外では病床機能報告制度により病床機能とあわせて報告される医療行為のデータで、各病院の症例を把握できるので、それに対応できるのではないか。

(土居委員)

- ・その際、都道府県にしっかりとやっていただかなければならないと思うが、病院ごとの症例数をデータで把握しながら、都道府県に 2025 年までに誘導してもらおうプロセスと理解すればよいのか。

(松田主査)

- ・そのようなプロセスを考えているが、それには、厚労省の支援のほか、特に臨床系の学会の支援も必要ではないかと考えている。学会がこのくらいの症例の集積が望ましいというエビデンスを示してくれれば、都道府県も自信をもって対応できるので、エビデンスをどう整備するかが重要。

(藤森委員)

- ・NDB を分析すると、例えばインターベンションやリハビリなど過剰に提供できてしまうものを各医療機関がばらばらに提供しているという問題がある。やはり地域診断をきちんとやって、過剰に投入されていないかをチェックすることが必要であり、それを制度にどう落とすかという議論が必要。

(松田主査)

- ・各地域の医師の年齢の調査・集計を厚労省にお願いしたい。一部の地域では医師の平均年齢が70歳を超えているところもあり、そうすると今後10年程度の間、ある日突然、病院が消えてしまうおそれがある。メディカルデモグラフィのデータを作る必要がある。

(厚生労働省医政局)

- ・検討したい。同様の問題意識は持っており、地方だけではなく都心部でも起こり得る話であると思っている。

(松田主査)

- ・既に危機感を持って機能転換をした成功例もいくつかある。療養病床だった病院が有床診療所や老健施設、高齢者住宅などに転換して、看護師等を活用し従来と変わらない対応ができていていると聞いている。このような好事例もあるので、エビデンスとして示せるとよい。こうした事例が示せば、医師が高齢になり今後どうすればいいのかとなったときに、地域の医療の質も下げずに、病床を削減することもできると思う。

(厚生労働省医政局)

- ・事例をご紹介いただきながら、都道府県が動きやすいように検討していきたい。

(佐藤委員)

- ・急性期と回復期の境目の説明はどうなるのか。

(土居委員)

- ・そこは合理的に説明できるものにする必要。

(厚生労働省医政局)

- ・臨床的にも説明がつくような形になるよう、十分検討したい。

(筒井委員)

- ・ハイケアユニットは、病院の特性によって入院患者の状態像が異なるので、そこを精緻に分析することには限界があるのではないか。高度急性期・急性期・回復期・慢性期の割合については、妥当な割合を共有し、医療資源

投入量等を勘案しながら、患者像や臨床像を明らかにしてもらった方が国民への説明はしやすいのではないか。

- ・ 今後、地域医療構想を策定するに当たり、2次医療圏を改編することを都道府県は考えると思う。例えば東京には埼玉・千葉・神奈川の各県から患者が来ているが、このように患者の移動が多い地域では、2次医療圏という従来の考え方では想定できなくなるのではないか。例えば、首都圏では連合して考えるなど、2次医療圏のあり方を都道府県にも考えさせることが必要となるのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・ 患者像については、検討したい。
- ・ 2次医療圏の変更については、当然都道府県にも考えていただかなければならない。地域の需要の調整は、まずは2次医療圏単位にある圏域調整会議で主体的に議論していただこうと考えているが、その場合に地域の構想区域が今の2次医療圏とずれてくることもあるので、次の医療計画を策定する際には揃えていくというプロセスになると考えている。
- ・ 首都圏での患者の流出入については関係者で検討していきたい。

(佐藤委員)

- ・ 地域差については、都道府県間だけでなく都道府県内の市町村でもばらつきがある。地域間格差を問う分析し、どこまでを地域の実情と見做し、どこからは是正の対象とするか、相場観や方向性はあるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・ クリアカットに示すことは難しい。地域医療の場合には介護との関係も出てくる。今後の10年間の目標をどこに置くのか、標準的なものはあると思うが、地域差についてはいろいろな歴史が積み重なっていることもあり、合理的に説明できる範囲で考えていくしかない。基本的には全国平均を目指すことになるが、そこから先、どこまでやるのかは難しい問題。

(石川参考人)

- ・ 地域差の問題は医療のレベル・病床の種類によっても異なる。急性期については医療行為の標準的な内容の観点から基準を定めていくことができるが、療養病床については地域における医療の提供状況や家庭におけるサポートの有無等により、入床が必要な期間が変わってくる。まずは急性期の部分で標準化していくことになると考えており、療養病床については医療

を超えた社会的な基盤を含めて考えていかないと標準化は難しいと思う。

(佐藤委員)

- ・急性期は臨床をベースに科学的に説明できる根拠で決めていくという事で良い。慢性期と在宅は確かに各地域の政策判断が伴うことになるが、鶏と卵の関係のようなもので、在宅医療が充実していないからという理由で療養病床を残すことになると結果在宅医療が進まないことになる。各都道府県の今後の方針次第だと思うが、在宅医療を進めるのであれば、まずは在宅を充実して受入れを進めていくべき。現状をベースにしすぎると変えるべきものも変えられなくなる。

(石川参考人)

- ・市町村によって、高齢者の居宅政策として対応するか、高齢者医療を含む介護的な環境を施設化するかで、大きなトレンドの違いが出てくる。高齢者の居宅環境の整備は現時点でも市町村によって異なっており、今後、高齢者の増加により施設型サービスの需給バランスも変わってくるので、市町村が主体的に見通しを立てて、地域の中で高齢者にどのように暮らしていただくのかを考えないと議論できないと思う。

(土居委員)

- ・積極的に在宅環境を整えようとしないう市町村で療養病床が残ったままとなるのでは何のための地域医療構想なのかという話になり、好ましくない。強制はなじまないとしても、ベストプラクティス並に近づけてもらう必要があるのではないか。
- ・2040年为目标であるならば、まずは地域でやらせてみて、地域医療構想のリバイス時に見直すといったトライアルアンドエラーを行うこともできるが、目標は2025年であり時間的な余裕がないので、ある程度の幅はともかく、今回のガイドラインで地域差を縮めるようにしなければならない。

(佐藤委員)

- ・地域独自の判断もあっていいのだが、その場合の問題は財源が国庫であり、自治体の持ち出しにならないことである。自治体の計画なので自治体が独自に必要なと判断する部分は独自に負担させないといけないはずだが、制度上、そうなっていないので、自治体にお任せというわけにいかない。
- ・今回は標準的なモデルをエビデンスベースでつくることが前提なので、地方に実情があるのはわかるので、地域差がない形でモデルケースをつくっ

てみて、まず地方に投げかけてみてはどうか。国が財政的に負担できるものとして示し、自治体の変更を加える部分は自治体で負担してくださいとするしかないのではないか。

(石川参考人)

- ・ 居宅プラス介護と施設型サービスとの間で互換性のある報酬体系を設定することができれば、地域の状況により柔軟に対応することも可能になる。

(佐藤委員)

- ・ それは診療報酬の分権化につながるので難しい。介護であれば最終的には自治体の持ち出しになるので、持ち出し部分を保険料として徴収できればよいが、今は全国一律なので、それも難しいと思う。

(筒井委員)

- ・ マクロ的に言えば、高度急性期、急性期、回復期、地域包括ケア病棟、慢性期という病床区分における全国的な割合を決定して、それに基づいて、都道府県、あるいは2次医療圏で配分するという考え方を基礎とするのではないか。
- ・ 医療の現状は、患者の7割が65歳以上であり、これらの人々は医療と介護が必要な人たちであり、現状はいわゆる高度急性期と考えられている病床に、介護サービスだけを受けている患者が多く入院している状態である。したがって、今回のデータを分析した結果から、全国における機能別病床を推計し、これを人口構成比や患者の状態に応じた構成比を精緻に示して、これに応じて地域に病床配分するという方法がとられているということが、わかりやすく示されることが大事だと思う

(松田主査)

- ・ 2次医療圏単位、都道府県単位、全国単位は全て同じ計算式を使うことになる。それぞれの地域での受療状況に応じて高度急性期や回復期の比率は変わってくるが、それを積み上げていくと全国単位で計算したものに収斂する。

(土居委員)

- ・ やはり4機能の区分の考え方をしっかりと用意しなければならない。最終的には現場の意見を踏まえて調整することはあっても、客観的な根拠に基づいてC1、C2、C3の水準を示していくことが必要。

(佐藤委員)

- ・ 本末転倒は避ける必要がある。エビデンスベースで科学的な根拠に基づくロジックで結果を出すべき。C1 などの水準自体を調整するのではなく、補正係数や激変緩和措置などといった方法で対処していけばよいのではないか。

(松田主査)

- ・ 高度急性期から急性期は同じ病院内でベッドを移るイメージであり、C1 の基準は、ハイケアユニットに入る水準で考えればよいと思っている。
- ・ C2 の基準設定については、回復リハビリテーションが一般病床よりも点数が高かったりするので設定が難しい。軽度急性期といった概念になれば分かりやすかったのかもしれないが、まずは回復期の概念整理が必要。
- ・ 病床稼働率について、高度急性期を 70%、急性期を 75%とするのは低すぎる。85%くらいが実情ではないか。仮に高度急性期・急性期を 85%、回復期・慢性期を 95%にすると、それだけで病床数はかなり減ることになる。

(土居委員)

- ・ C2 を動かした場合にどのような姿になるか見せてほしい。

(佐藤委員)

- ・ C3 についてもいくつかのシナリオを見せてもらって、比較して考えるべきではないか。

(以上)