

第5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8日（月）16:00～18:00

場所：中央合同庁舎第8号館共用会議室A

二 出席者

【構成員】

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. 医療費適正化計画について
3. シミュレーションについて
4. 閉会

1. 開会

2. 医療費適正化計画について

- ・医療費適正化計画について、厚生労働省より資料1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1の3ページの医療費の見通しについて、平成20年度で見通しが34.5兆円、実績値が34.1兆円となっているが、見通しが予算ベースや概算要求ベースの数字で、実績値が国民医療費の数字となるのか。

(厚生労働省保険局)

- ・見通しは過去の概算医療費に基づいて推計した数値であり、実績は平成20年度の概算医療費の数字である。

(土居委員)

- ・初年度の発射台で見通しの額が実績よりも高くなっており、議論の前提に問題があるのではないかと。つまり適正化計画では、見通しベースで平成20年度の34.5兆円が平成24年度には38.6兆円となり、4年間で0.9兆円分の適正化を含めて4.1兆円の増加に抑えるものであったのに対して、実績ベースでは、平成20年度から平成24年度で4.3兆円増えているおり、計画よりも0.2兆円減らせなかったことになるのではないかと。また、平成20年度では見通しが34.5兆円で見通しよりも実績値が34.1兆円となっていることは、発射台で0.4兆円稼いでいることにならないかと。見通しと実績値のギャップがボーナスとなり、削らないでいいということになると問題。
- ・病床数や平均在院日数は医療費と関係なく削減することもできるが、医療費適正化計画では医療費の見通しが必須の記載項目であるので、ボーナスを与える形にならないようにすべき。

(筒井委員)

- ・データの見える化を推進することはよいが、医療費の地域差を考える際には、平均値を参照することに意味があるのかどうか考えなければならない。医療分野では正規分布を持ったデータはほとんどないので、平均値が意味をなさない場合は少なくない。したがって、平均値ではなく目指すべき水準を示す値を決めないといけなのではないかと。
- ・例えば、資料1の3ページで、平均在院日数の全国平均は32.2日であり、

最短の長野県との差を9分の3短縮するというのは、工夫は感じられるが、この根拠は不明である。おそらくこのような決め方しかできなかったのだろう。健診率や特定保健指導実施率についても、それぞれ特徴があると思うので、データをよく分析して、どこを目指すべき水準にするか決めていく必要がある。平均値で考えてしまうと、これ以上、短縮する必要がない集団も出現する可能性や、到底、平均には達することができないといった集団も出現する。地方自治体別に目標を立てやすい水準値をいくつか決めるような工夫があった方がよい。

- ・推計の方法について、医療費は複数の費目から構成されており、その費目の割合はそれぞれ異なるので、費目ごとに推計方法を変える必要がある。さらに、医療費の構造を変えるといったことも考えられるが、そうしたことも議論していくのか。

(厚生労働省保険局)

- ・今の医療費の推計方法では入院と外来を分けて全体の医療費の見通しを立てているが、どこまで要素分解するかはともかく、医療費の推計そのものを精緻化していく検討は必要。
- ・適正化計画の大事なところはPDCAにつなげていくことであり、そのためには、都道府県や市町村、医療保険者がアクションに結び付けられるということに着目する必要がある。医療費が増加する要因はいろいろあり、その要因について適正化計画に全て盛り込むことは難しいので、行動に結びつくような部分を推計式にどう入れ込むか、医療費と関連しそうな指標をピックアップして、どうアクションに結び付けるかといった基本的な考え方で考えていただければと思う。

(松田主査)

- ・今回の医療需要の推計は外挿法ではなく積み上げ方式であると考えている。医療費は患者数×1件あたり医療費に、1件あたり医療費は受療率×1日あたり費用×1件あたり日数に分解できるので、例えば、1件あたり日数を短くしたらどうなるか、1日あたり費用であればジェネリックにすればどうなるか、検査の回数を適正化したらどうなるかといったシミュレーションをできる仕組みをつくらうとしている。

(土居委員)

- ・地域医療構想は医療需要までを推計することになるが、医療費適正化計画では医療費まで推計することが必須事項であるので医療費換算することに

なると考えてよいのか。

(松田主査)

- ・ 大体そういうイメージである。

(藤森委員)

- ・ 地域差の背景を疾病別で考えることは必要だが、疾病の定義づけを丁寧に行う必要がある。また、疾病別の医療費を見える化する場合には、一人当たりになると要因分析ができなくなるので、人口当たりの発症率や一入院あたりの診療日数、一人当たりの診療費にまで分解することが政策的な検討を進める上では必要になる。それによって、予防をするのか、在院日数を短縮するのか、医療費の効率化をするのかなどを考えることになる。
- ・ 例えば、外来では、調剤費の割合が高いので外来調剤費を加味して考えないとミスリードになってしまう。また、高齢者は通常複数の疾患を持っているので、一つのレセプトを一つの疾患に単純に割り振っていくことができないので工夫が必要である。臨床的に耐えうるデータを作る必要がある。

(筒井委員)

- ・ 現在の医療提供システムを前提にして議論して良いかという問題もある。その際、医療サービスの内容と薬剤の内容と療養上の世話の3つの要素の割合が今後どのようなようになるかを想定した推計もありうると思う。シナリオをいくつか作ってみてはどうか。

(土居委員)

- ・ 医療需要から医療費推計を行うに当たっては、単価をどうするかを考えなければならないが、国民医療費の実績値にできるだけ近い数字を使うべき。そうすれば、地域医療構想で出てくる将来医療需要と整合性を保ちながら適正化もできるようになる。

(松田主査)

- ・ すぐには難しいが、医療需要だけでなく介護も合わせて分析していく必要がある。例えば、老健施設と療養病床は代替効果がある。また、介護予防の事業の効果は医療費削減には寄与しているとの分析結果もある。予防効果や後期高齢者の医療費のあり方を考えると、特定健診や特定保健指導だけではなく、介護予防や生活支援事業の効果を一体的に分析する仕組みも考えないといけない。

- ・また、精神病床についても、入院医療費に占める割合は大きく、一体的に分析することを考えないといけない。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・本日欠席の佐藤委員より4点指摘をいただいている。具体的には、まず地域差の議論に当たっては、都道府県レベルだけでなく市町村や2次医療圏単位での分析が必要であること。次に、重複頻回受診についても統計的に分析して、是正すべき基準を示すべきということ。さらに、PDCA サイクルでは設定目標が大括りになると行動目標につながりにくいので、都道府県が目標設定しやすいように事務事業レベルで設定すべきということ。最後に、後発医薬品については相当進んできており、義務付けを検討するなど思い切った取組ができないかという指摘があった。

(土居委員)

- ・PDCA サイクルの観点からは、目標が大括りだと問題点もあるが、一方で、細かくしすぎると、何のために取組を行ったかが分かりにくくなるという問題もある。今回は、地域医療構想と整合性をもって適正化計画を立て、健診の実施率など個別の事業を進めていけばよいのではないか。PDCA サイクルの観点からは、地域医療構想の目指している方向性と合っていれば評価できるのであり、病床数である程度評価できればよいのではないか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・佐藤委員の指摘は、医療費の約半分を占める外来もあるので、それも念頭においた指摘だと思う。

3. シミュレーションについて

- ・DPC データ及びNDB のレセプトデータの分析による医療需要の推計について意見交換を行った。

(松田主査)

- ・医療関係者に誤解されないように気を付けないといけないのは、今回設定しようとしているC1、C2、C3は現時点で病床機能を区分するための基準であり、診療報酬上の区分とは区別して考えなければならない。高度急性期、急性期に相当する医療行為をやっているかを見る必要。DPCを行わずに出来高で医療行為を行うと高度急性期に区分されるようなことになると問題。
- ・また、回復期にいわゆる軽度急性期が入っていることが基準設定を難しく

している。医療関係者も理解しづらいかもしれないので、場合によっては今後、回復期のあり方について議論をしてもらってもよいのではないかと思う。

(厚生労働省医政局)

- ・医療機能の定量的な基準は、病床機能報告を踏まえて議論することになっているので、ご指摘の点も踏まえて、コミュニケーションをとりながらやっていきたい。

(土居委員)

- ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会でも診療報酬上の区分と4機能との関係性を整理してほしいとの意見があったが、4機能が直ちに診療報酬と連動すると見られないようにする工夫は必要。

(厚生労働省医政局)

- ・医政局としては、現在の診療報酬の構造を捉えたDPCの仕組みなどを利用しながらまずは医療需要を正確に把握する立場にあり、診療報酬と整合させることまでは前提としていない。

(筒井委員)

- ・回復期病床の機能が明確になっておらず、この回復期病床の患者像には、急性期を脱した高齢者が多く入院しているというのが現状である。
- ・したがって、いわゆる一般急性期と回復期病床との線引きの基準の設定に当たっては、現状を変えないといけないという改革の意思を明確にしたほうがよい。先駆的な病院では、急性期に入院した時点で回復期への転院などの退院計画を作るのが当たり前となっており、こういったことによって在院日数を短くしてきている。一体改革の推計にとらわれず、こうした良い例をモデルに考えるべき。

(厚生労働省医政局)

- ・推計に当たっては、必ずしも一体改革の推計にとらわれず、DPCデータを基に計算したい。
- ・医療需要を考えるに当たっては、病床機能に応じて転院する際、実際にベッドをどう用意していくのかも考える必要がある。

(土居委員)

- ・急性期と回復期の線引きの基準については、転院のための日数の猶予を見込むということと、基準となる点数を下げるということは同じではないのではないか。点数を下げると、急性期に達しない患者も急性期に整理されてしまうのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・医療需要の中で日数を勘案するのか、医療需要を出した後、病床を考える際に日数を勘案するのかという論点はあると思うので、どこまで計算できるかということも含めて検討していきたい。

(伏見委員)

- ・患者調査などで出ているデータで在院日数だけで分析すると、一般病床は急性期とそれ以外で1：1ぐらいになる。その場合、高度急性期と急性期を合わせた平均在院日数は8～9日ぐらいになると思う。これは、完全に欧米型の高度急性期と急性期を分割したような医療提供体制になるが、この場合、急激な変化を求める厳しいイメージになる。

(石川参考人)

- ・C2を高い基準で切れば、それだけ今の看護体制で対応するのは難しくなることに留意が必要である。医療需要の絶対値を見ていくとC2が高めになるのかもしれないが、現実の病院ではC2を境としてクリアカットに病棟を分けることはできない。医療需要の推計から具体的な施設基準に落とし込む際に医療界と議論することで、政策的な課題は解決できていると思う。

(松田主査)

- ・地域一般病床については、回復期に入ってしまうと思う。そうした場合、議論で一番重要なのはC3だと思う。回復期も含めた一般病床と療養病床の区分をどうするかが問題。
- ・病床を考えると影響してくるのが、看護師の数だと思う。実際に、例えば高度急性期が5：1と、急性期が7：1とか、回復期が13：1とかグラデーションをつけていった際に、本当に看護師の数が確保できるのかということは考えないといけない。介護の方も需要が倍になるし、訪問看護のニーズもかなりある。病床の分布を決める際に一番の制約要因になるのは、どのくらいの看護師を配分できるのかに行きついてしまうので、シミュレーションをしておかないといけないと思う。

(筒井委員)

- ・ C2 を考えるときに、水準の点数と猶予の日数という単位が違うものを一緒にすることには違和感がある。
- ・ 高度急性期・急性期での看護師の働き方を詳細にみると、おおよそ全業務時間の 70% くらいは療養上の世話を費やしており、特定の専門的な看護には 20% くらいの時間しか、使っていない状態にある。つまり、サービスの提供システムが、高度急性期＋急性期＋回復期＋慢性期のような病床形態で看護師たちは働いている。7 : 1 の配置があったとしても、実態は急性期の看護をやっている看護師などはほとんどいない。そういった意味では、現状の看護師の人員配置は非効率な状況となっている。なぜなら、今の入院患者の 7 割以上が 65 歳以上の高齢者であり、この高齢者は急性増悪の医療処置プラス療養上の世話を受けなければならない状況になっているため、しかも、これらの患者に対する看護業務は標準化されておらず、看護師が主となって療養上の世話をしているところもあれば、介護福祉士がやっているところもあるといったように、病院によって、看護師の働き方が多様である。全体的には看護師は多くの時間を療養上の世話を費やしており、この働き方、つまり医療看護サービス提供体制を大きく変えていく必要がある。例えば、療養上の世話については介護福祉士にその業務を担ってもらおうといったことであり、多職種協働を強くすすめるといったことである。
- ・ こういった医療提供体制を変えていくことを前提としていけば、看護師が大きく不足しているという現状とはならないのではないか。このようなことが明らかになれば、現場的には、診療報酬によって、この激変緩和措置のような点数の付け方はできるだろうから、それを踏まえて、医療界、看護、介護福祉士といったサービス提供側とも話していくことが必要ではないか。

(土居委員)

- ・ C1、C2、C3 を議論するのに、どういう線引きの仕方なら推計可能かということは、おそらく推計上の制約や実務的な限界があると思うが、その上で最大限客観的なものを出して、説明していくことが大切ではないか。
- ・ C2 の件なども、客観性を担保しながらも、推計の制約がある中でどうやって論拠を作っていくかが大事。

(藤森委員)

- ・ デモグラフィックなデータとして、病床数と医療費、医師数と医療費、平

均在院日数と医療費といった関係のデータを2次医療圏レベルで見たい。

(土居委員)

- ・看護師と医療費の関係のデータも見たい。

(藤森委員)

- ・医療提供体制と医療費がどうか関わっているかを見ておくと思う。受療動向もあるので難しいところもあるだろうが、疾病別で見っていくにはまずそこを抑えておく必要がある。

(土居委員)

- ・前回、松田主査から依頼があった医師の年齢のデータは出せるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・三師調査の特別集計を使って、どこまでが可能か検討している。

(松田主査)

- ・以前算定したことがあるが、2次医療圏単位で、65歳以上人口に対する療養病床の数と療養医療費、高齢者医療費が相関した形になると思う。
- ・病床稼働率についてはパラメータ化した方が良いのではないかと考えている。

(土居委員)

- ・それは全国で同じ率にするということか。地域ごとに動かす、都道府県ごとにその値を変えても良いというパラメータにするのか。

(松田主査)

- ・届出病床数と実稼働している病床数が違うことにも留意する必要がある。地方では患者も減っているし、看護師も確保できないので病棟を閉めてしまっているということがあり、どこをベースにして考えれば良いかということもあるので、データを見ながら議論したいと思う。

(以上)