

第7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27年1月28日（水）10:00～11:30

場所：中央合同庁舎第8号館共用会議室B

二 出席者

【構成員】

佐藤主光委員、筒井孝子委員、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. 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

- ・医療資源投入量の基準（C1～C3）の考え方と患者像の例及び地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の需要推計の考え方について、厚生労働省より資料1及び資料2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。

（佐藤委員）

- ・資料1のC2については、「医療資源投入量が落ち着いていても、状態の安定化に向けて急性期としての医療が必要な患者もいることから、そうした患者を見込む」とあるが、回復期に向けて調整期間のようなものを設ける必要があるということか。

（厚生労働省医政局）

- ・調整期間を設けるということではなく、「医療資源投入量が落ち着いていても、状態の安定化に向けて急性期としての医療が必要な患者もいる」という事情も踏まえて、急性期と回復期の境界点（C2）を設定してはどうかという趣旨である。

（佐藤委員）

- ・第3回の専門調査会で「リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分する」という説明があった。資料1には明記されていないが、取扱いは変わらないか。
- ・資料1のC3について、「境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を回復期と見込む」とあるが、こちらは調整期間を見込む必要があるということか。

（厚生労働省医政局）

- ・この資料には記載していないが、リハビリテーション料の取扱いを変えるという趣旨ではない。
- ・C3は、外来も含めた在宅医療等との境界点になるので、退院調整期間が必要と考えており、医療資源投入量に一定のバッファを設けてはどうかと考えている。

（石川参考人）

- ・資料1の医療資源投入量の基準の考え方については、具体的な医療資源投入量を決める際、それがイメージしやすいように、わかりやすい医療行為等の組み合わせの例を検討してほしい。

(佐藤委員)

- ・資料2について、現時点において県単位の全国最小レベルを下回る二次医療圏は現状維持となっているが、2025年に向けて病床数を増やさないと理解で良いか。

(厚生労働省医政局)

- ・入院受療率については現状維持であるが、地域によっては、高齢者数の増加により、結果として2025年の病床数が増加することもありうる。

(佐藤委員)

- ・そういうことであれば、病床数の増減は、高齢者数の増減による部分と地域差の解消による部分から計算できるということが良いか。

(厚生労働省医政局)

- ・そのとおりである。

(伏見委員)

- ・資料1のC3について、一般病床でC3未満の患者については全て在宅医療等で対応することになり、療養病床の医療需要としてはカウントしないということか。例えば、脳梗塞などで身体機能がかなり落ちた状態で固定してしまい、在宅医療には移れない患者もいると予想されるが、どうか。

(厚生労働省医政局)

- ・例えば脳卒中の急性期経過後に心血管リハビリテーションをする患者が多くいるが、医療需要は医療資源投入量で考えるので、リハビリテーション料を加えてC3以上になる者は回復期の医療需要として計算することになる。
- ・一方、C3未満であって、リハビリテーションをやらずに一般病床に入院している患者は基本的には退院待ちのような病状と整理して、在宅医療等の対象と考えている。在宅医療等においても、訪問診療や訪問看護といった医療投入は行うので、これらの患者が医療を全く受けないということではない。
- ・在宅医療等には、在宅のみならず、特別養護老人ホームをはじめ、サービ

ス付き高齢者向け住宅まで含む概念であり、これらで受け止めることが想定される。

(伏見委員)

- ・一般病床の慢性期患者の病態は療養病床の患者とあまり変わらず、場合によってはより病態が重い患者もいるという研究もあるが、一般病床の長期入院患者には、慢性期病床の医療区分2・3に相当にする患者はいないという考え方になるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・例えば、一般病床において入院期間が90日を超えている患者で療養病床の入院基本料を算定しているような者については、慢性期の医療需要として考えるのが適当と考えている。

(藤森委員)

- ・資料4を見ると、医師数が50人を割っている二次医療圏もある。そもそも二次医療圏の設定がおかしいという指摘もありうるが、在宅医療等を実施できないため、やむを得ず療養病床や一般病床で患者を受け止めているという地域も考えられるのではないか。人口規模などで調整することは考えられないか。

(筒井委員)

- ・資料2のパターンAも、パターンBも、二次医療圏単位で見れば影響が大きく異なることが想定されるが、すべての地域で実現可能と言えるのか。

(佐藤委員)

- ・二次医療圏ベースに考えると、患者の移動もあるので、補正目標は都道府県単位に設定して、地域医療構想を策定する都道府県が二次医療圏ごとの配分を決めた方が柔軟性が高まるのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・全国の療養病床を対象とした調査では、入院患者のうち50%近くが在宅医療や外来医療で対応することが可能というデータもあることから、最大限努力すればそのあたりまで持っていけるのではないかと考えているが、都道府県のご意見も聞いてみたい。

(松田主査)

- ・例えば、70歳台と80歳台では、療養病床の入院受療率が大きく異なると想定されるが、それを一律に考えてしまうと後期高齢者が多いところではたくさん病床を削ることになるのではないか。
- ・今後、後期高齢者数が急速に増加する地域もあるので、性・年齢階級別の受療率の違いをうまく反映させるなど、丁寧に対応すべき。

(厚生労働省医政局)

- ・以前提出した資料では、足下の性・年齢階級による受療率の地域差については一度間接法により調整しているが、将来に伸ばす際には、ご指摘のとおりなので、できるだけ調整するようにしたい。

(伏見委員)

- ・さきほどの一般病床の長期入院患者の取扱いについて、入院期間が90日を超えている患者で療養病床の入院基本料を取っている者は慢性期とのことであるが、特定除外の患者はどうなっているのか。
- ・また、この療養病床の入院基本料を取っている患者は、療養病床の推計数に上乘せされて計算されているのか。

(厚生労働省医政局)

- ・特定除外の患者については、自然体で医療資源投入量をみるのが適切と考えており、C1を超えていれば高度急性期、C2を超えていれば急性期、C3を超えていれば回復期と分類することになるが、おそらくほとんどの患者が急性期に入るのではないかと考えている。
- ・90日超の入院患者で療養病床の入院基本料を取っている者は、慢性期の需要でカウントすることになると考えている。

(石川参考人)

- ・病床数の推計については、現状と2025年を示すことになるが、その過程の変化のイメージも重要である。

(藤森委員)

- ・障害者病棟は慢性期という整理であるとのことであるが、障害者病棟の中には単に回復期リハビリテーション病棟の代わりとして使っている病院もあると思われるので、障害者病棟の医療需要が全て慢性期に該当するとはならないのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・病床機能報告制度では、重度の障害者や難病患者は慢性期の需要として捉えることとなっている。障害者病棟の入院患者の内容についても病床機能報告制度で補足的に分析していきたい。

(藤森委員)

- ・こうした取扱いをしてしまうと、回復期リハビリテーション病棟を障害者病棟に転換してしまう病院も出てくるおそれはないか。

(厚生労働省医政局)

- ・障害者病棟については、療養病床への誘導等を行ってきていると認識しているため、病院の行動を変えてしまうことがないように考えていきたい。

(佐藤委員)

- ・繰り返しになるが、二次医療圏の大きさにはばらつきがある中で、病床数が多い地域ほどハードルが高くなることも考えられるので、都道府県単位などで丸めて考えるべきではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・現在、地域包括ケアシステムの構築を進めており、二次医療圏で構想区域を設定して医療を提供していくという考え方も重要であるので、どのような対応が考えられるか検討していきたい。

(伏見委員)

- ・慢性期の医療需要の推計を行う際、都道府県間の患者の移動はどう考慮に入れるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・地域医療構想の中では、まず患者住所地ベースでの推計を示し、次に二次医療圏を越える流出入を踏まえたものを示すという二段階で行うことを想定している。都道府県を越えた流出入については、プラスマイナスゼロにする調整を都道府県知事間で行った上で、地域医療構想に入れていただくようにすることを考えている。

(石川参考人)

- ・患者の移動は、人口の移動として捉えられるところもある。人口推計を性・年齢階級別に勘案すれば、人口の移動は人口推計側で取り込むことができるのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・患者の流出入については、住民票を住所地に残したままの流出入のみ勘案することを想定しており、ご指摘のとおり、人口移動については将来人口推計で勘案することになる。

(石川参考人)

- ・療養病床の入院受療率の地域差の補正の問題については、在宅医療等での受け皿の問題であり、医療よりも介護の問題と言える。介護での対応についても考えていく必要があるが、介護への影響については何か検討していないのか。

(厚生労働省老健局)

- ・介護サービスは、居宅も含め、医療以上にサービスの組み合わせが複雑なので、モデル化が進んでいない。今後、検討を進めるとともに、2025年を目指して基礎自治体で対応できることを検討していきたい。

(石川参考人)

- ・厚生労働省の問題ではないかもしれないが、居宅が確保された上での介護サービスとは別に、患者の居場所がなくなったときに、どう住居を確保するかという問題も考えていく必要がある。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・このワーキンググループの役割としては、介護の問題も射程に入っているので、この場でも可能な範囲で議論していきたい。

(佐藤委員)

- ・慢性期について、住んでいる地元で対応するとなれば、患者住所地ベースでのニーズと今その地域にある病床数のキャパシティを比較してマッチしているか検証してみることが重要ではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・慢性期の病床について、都道府県単位の調整を考えていく上では、都道府

県内での流出入の把握も必要であるので、あわせて考えていきたい。

(佐藤委員)

- ・激変緩和のやり方として、例えば、2025年に間に合わない場合には、2030年まで延ばすなど、時間軸で考えることなども考えられるので、いくつかのパターンを考えてみてはどうか。

(石川参考人)

- ・高齢化によって医療需要が増加することを考えると、病床数の水準は2025年よりも2020年の方が低いことが想定され、実は2020年に向けてはもっと効率化を進めないといけないことになる。それが伝わらないと現状のままでもなんとかかなると考えてしまい、結果として、2025年の病床数が目標を上回るおそれがあるのではないか。

(松田主査)

- ・現状でどれくらいの数になるのかを示すべきということか。

(石川参考人)

- ・今からどう舵取りをするかを考えることが大切であり、2025年の数字だけを見ていると大きなカーブを切らないといけないということに気づかないおそれがある。その結果、達成できずに終わってしまうのではないかと心配している。

(伏見委員)

- ・医療需要は増えるが、病床数は今の水準以下に抑えるために機能分化していこうというメッセージと捉えることもできるのではないか。そうした方向性を明確に示すことができれば、中間的な目標値をわざわざ置かなくても、中間地点は自ずと見えてくるのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・今回推計する病床数には、有床診療所の病床も含めたものになることに留意が必要である。
- ・現状と比べて2025年がどうなるかは、地域によって異なると考えられる。

(石川参考人)

- ・全国の状況としては、伏見委員がおっしゃったとおりであるが、地域によ

っては、私が指摘したようなことが起こると思われる。必要なことは、病床の機能分化をきちんと進めることであり、効率化されるかきちんと管理しなければならない。

- ・また、病床の機能分化に見合った診療報酬も検討する必要がある。入院基本料や施設基準等の見直しが今後の課題になると個人的には考えている。

(筒井委員)

- ・資料3をみると、療養病床入院受療率と一番相関が高いのは高齢単身世帯となっている。一方、入院受療率が比較的高い九州では、サービス付き高齢者住宅の戸数は少ないと思われ、これまで病院があったために在宅に必要な資源が作られてこなかったという実態があるのではないか。
- ・今後、10年間で国として地域差を補正していくというのであれば、介護と住宅施策をあわせて考えていかなければならない。慢性期病床で行われていることが在宅でどこまで対応可能か、エビデンスベースのデータが必要ではないか。
- ・訪問看護ステーションや特定施設入居者生活介護も今は代替する必要がないので発展していないが、単に病床を減らすということではなく、それを代替できるように誘導することが考えられないか。
- ・在宅療養支援診療所制度などを活用して、病床を多く削減しなければならない地域には、フランスで行われているような在宅入院制度を認めるような大胆なことも考える必要があるのではないか。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・本日欠席の土居委員からも、在宅医療等に移行する患者を具体的にどこで受け止めていくのか、よく分析・検討した方がよいとの指摘をいただいている。

(石川参考人)

- ・療養病床の地域差については、地域のアプローチの違いが明確に出ていると考えている。
- ・在宅で対応するケースと医療施設で対応しているケースでは医療費負担が異なってくることに留意する必要がある。在宅医療等に移行するとして、どんなサービスが必要で、費用はいくらかかるのかも検討していく必要がある。

(佐藤委員)

- ・地域によっていろいろな在宅サービスの提供の仕方や工夫があってもよいが、診療報酬は一律であるし、拠出金や保険料でうまく調整できるのかという問題がある。仮に自治体の判断で病床数を目標水準以上にキープしておきたいということであれば、それは自治体のコストで行うことが考えられるのではないか。

(厚生労働省医政局)

- ・頂いたご意見を踏まえ、二次医療圏ごとに性・年齢階級別のデータを活用して、作業を進めていきたい。また、都道府県における地域医療構想の策定スケジュールも見ながら、正確なデータを都道府県に提供していきたい。
- ・毎年、病床機能報告制度や基金の計画の提出が行われるので、厚生労働省としても進捗管理をしっかりとやっていきたい。
- ・医療現場の対応については、診療報酬と基金の組み合わせで加速させていきたいと考えているが、同じような状況の地域であっても、病床の転換については、建て替えや代替わりなど個々の医療機関の状況によって速度が異なるので、丁寧に対応していく必要がある。
- ・さらに、医療資源投入量の基準については、推計上の点数であるが、C1～C3として示されることによって、例えば個々の医療機関がC2の数字以上の医療を行うと急性期の権利を確保できると思いき、無駄な医療を実施したり、非現実的な経営判断を誘発したりしてしまうことにならないよう、あくまでマクロ推計での考え方であることを丁寧に説明していきたい。

(松田主査)

- ・療養病床の地域差の補正については反響も大きいと思われるので、丁寧に説明する必要がある。在宅に移していくに当たり新しい仕掛けを考えていく必要があると思う。
-
- ・療養病床の入院受療率の地域差に関する分析及び地域・年齢階級別医師数について、厚労省より資料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。

(藤森委員)

- ・資料4の医師数のデータと同じように、二次医療圏ごとの公的病院と民間病院の病床数を整理したデータもあるとよい。公的病院と民間病院のボリュームを機能別に把握していた方が調整しやすいのではないか。

(松田主査)

- ・ 資料 4 のようなデータがあれば、将来について検討するときに具体的な議論ができる。こうしたデータをデータブックにも入れていただきたい。

(以上)