

## 第9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3月11日（水）10:00～11:00

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、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

- ・ 2025 年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法について、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。
- ・ 病床の機能別分類の境界点（資料 1 の 3 ページ）については、高度急性期と急性期の境界点となる医療資源投入量（C1）を 3,000 点、急性期と回復期の境界点となる医療資源投入量（C2）を 600 点、回復期と在宅等の境界点となる医療資源投入量（C3）を 225 点（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見込み、175 点で区分）とすることについて、ワーキンググループとして了承し、専門調査会に報告することとなった。
- ・ 慢性期の需要推計に関し、療養病床の入院受療率の補正目標については、資料 1 の 4 ページのパターン A、パターン B のほか、地域の実情に配慮する観点から、一定の要件に該当する場合には目標達成年次を 2030 年とすることができること、さらに、地域医療構想の策定後、やむを得ない事情により必要量の達成が著しく困難となった際には一定の範囲で目標を修正することができる枠組みを設けることが適当であることについて、ワーキンググループとして了承し、専門調査会に報告することとなった。
- ・ 病床数の推計結果とあわせてとりまとめる予定の第 1 次報告の骨子（素案）について、本日までの議論を踏まえて、事務局でとりまとめ、専門調査会で議論することとなった。
- ・ なお、専門調査会に報告する際の資料等については、松田主査に一任することとなった。

#### （伏見委員）

- ・ 患者を住所地ベースで見た場合、首都圏では、人口要因により、慢性期の医療需要が相当程度増えることが見込まれるのではないかと。

#### （厚生労働省医政局）

- ・ ご指摘のとおり、患者を住所地ベースで見た場合、首都圏の慢性期の医療需要は増大する見込みであるが、患者の流出入を加味すると、そこまで増えない可能性もあると考えている。まずは流出入をよく見ていく必要があると考えている。

#### （石川参考人）

- ・慢性期の医療需要については、横浜など、大幅に増大する見込みがある地域がある。一般病床のニーズが減って療養病床のニーズが増える場合、療養病床のニーズを一般病床で吸収する動きが出てくることも考えられるのではないかと。

(厚生労働省医政局)

- ・横浜などでは慢性期の必要病床数が増えると考えられるが、流出率も高く、まずはどこに流出しているのかを見る必要がある。横浜の場合は、例えば静岡や山梨までも選択肢に入っている可能性がある。

(松田主査)

- ・慢性期をどうするかについては、介護との連動をどう考えるかというところが重要になってくる。地域によっては、老健施設や介護施設にたくさん高齢者が入っているため、医療機関に入る高齢者は少なくなっていることも考えられる。

(石川参考人)

- ・療養病床と介護との関係に加え、一般病床と療養病床の関係でも同様のことを考えるべきである。今どこで実際にケアされていて、この推計の結果、想定される居場所はどこになるのか、そのギャップを評価する必要があると考えている。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・本日欠席の土居委員からは、地域医療構想の策定に当たっては、患者の流出入が大きく影響するので、都道府県間の流出入を含めしっかり調整する仕組みを考えるべきとの指摘があった。また、筒井委員からも、患者の流出入を具体的にどのように調整するのが課題である旨の指摘があった。

(厚生労働省医政局)

- ・厚生労働省のガイドライン検討会の報告書案でも都道府県間調整について盛り込んでいる。都道府県内の調整は比較的対応しやすいが、都道府県間の調整はまずどこに流出・流入をしているか、しっかりと把握した上で、国からこの県とこの県は調整が必要といった形で個別に調整していくことも考えている。

(藤森委員)

- ・リハビリについては一律に扱うのはいかなものかと思っている。リハビリには、急性期のリハビリと慢性期のリハビリがある。急性期のリハビリは急性期の医療であり、どこで区別するかの問題はあるものの、考慮すべきである。

(松田主査)

- ・急性期のリハビリについて、例えば心臓リハだと設備も人も必要となる。脳血管障害の急性期リハなども同様である。問題は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれがリハビリを行っているか見えないところである。フェーズによってそれぞれの関わり方は違っており、現状を把握する必要がある。
- ・療養病床で行われている医療行為も中身が見えないという問題があり、介護に関してはそもそも病名がわからないという課題がある。同じような状態像の患者が、老健施設と慢性期病床に分かれていると思うが、それがどういう状況かがわからないという課題があるので、病名などが分かるようにできないか。
- ・流出入については、国保と後期高齢者医療は分かるが、その他の場合は分からないので、患者の住所地の郵便番号を情報として入れる必要がある。報告書に盛り込むべき課題であると思う。

(佐藤委員)

- ・患者の視点は大事であるが、現在の患者の利便性だけでなく、2025年や2030年の話をしているのだから、将来の患者にとって良い医療であるかどうか問われることをしっかり言うておく方がよいと思う。現在の状況だけでなく、今後の医療費の動向や人口動態を考えて必要病床数の推計をしているというスタンスが必要である。
- ・報告書では、効率的な医療提供体制の構築のため、都道府県が主体的に地域医療構想を含めその作成と実施に責任を持ち、イニシアチブをとるということを強調すべきである。都道府県が主体的に取り組むようにすることが重要である。
- ・PDCA サイクルとも関わってくるが、慢性期の医療需要について、まずは全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下させることを目指していくが、一定の要件に該当する場合には、目標年次を延長することも考えていくのか。また、実際の進捗状況を見ながら実現が難しいということであれば、中間レビューをして少し先延ばしすることを検討することに

なるのか。

(厚生労働省医政局)

- ・ 地域医療構想の策定段階で、一定の要件に該当する場合には、目標年次を2030年に延長した上で、比例的に逆算して2025年の目標を設定することが考えられる。
- ・ これとは別に、地域医療構想の策定後、目標の達成が困難なやむを得ない事由が出てきたら、厚生労働省と協議をして少し先延ばしすることを認めることも検討していく必要があると考えている。

(内閣官房社会保障改革担当室)

- ・ 専門調査会として推計を行う上では、地域医療構想の策定段階で、どのような目標設定を可能とするかが重要となってくる。

(石川参考人)

- ・ 地域の実情によっては、2030年に目標年次をずらした上で、地域医療構想を策定することはよいが、そこで留意する必要があるのは、団塊ジュニア世代が高齢化することによって、2025年以降に高齢者人口が増える地域があることである。2025年以降の状況も念頭に置いておく必要がある。

(厚生労働省医政局)

- ・ 地域医療構想の策定に当たっては、まずは現時点では療養病床に入っている方の状況を見て、将来的に、どこで医療やケアを受けることが適当か整理してもらいたいと考えている。その上で、第2次ベビーブーム世代などの需要への対応を考えるとといった形で、順を追ってやっていきたい。
- ・ 2025年以降の状況については、留意点として受け止めて、進めていきたい。

(松田主査)

- ・ 現場の先生方と話していると、回復期の定義について狭く考えていることが多く、回復期リハだけだと思っている方もいる。実際には、地域一般病棟と言われるものなども入ってくるのではないかと考えており、誤解が広がらないよう、できれば報告書に回復期の意味を盛り込んでおいた方がよいと思う。

(厚生労働省医政局)

- ・ 病床機能報告の結果を見ていても、回復期が狭く捉えられている傾向があ

る。どのように共通認識を持つか、取り運びが難しいが、本来であれば回復期で受けるべきものもあると考えており、そういう問題意識を医療関係者にまずはきちんと伝えるところから始めたいと思う。

- ・推計ができたなら、人員体制や定量基準をどうするかという議論をすることになるので、その段階でしっかりと検討していきたい。

(松田主査)

- ・例えば、地域一般病棟と言われているものや、地域包括ケア病棟が回復期に含まれるといったことを示すことができれば現場の受け止めが違ってくると思っている。現場は、具体的なものや診療報酬の裏付けのあるものをイメージして考えてしまう。そうしたことを意識して説明する必要があるので、検討してもらいたい。

(佐藤委員)

- ・PDCA サイクルについては、進行管理も大事であるが、どこの県が頑張っているかなどについて進捗状況を情報公開していくようにすべきである。

(伏見委員)

- ・都道府県の主体性に関連するが、都道府県のやるべきこととして、関係者にも必要なデータが提供されることが大事である。都道府県が必要な情報を関係者に提供できることが明確に伝わるようにすべきである。

(石川参考人)

- ・都道府県の取組に関して、マネジメントのプロセスを都道府県同士で共有することが重要であるとの指摘が専門調査会であったが、こうした取組はこれまで行われてこなかったのではないかと。これまでも国から一方的に連絡する形の課長会議や国立保健医療科学院の研修などはあるが、率直な意見交換ができる場も設けた方がよいのではないかと。

(厚生労働省医政局)

- ・グループワークなどで各都道府県の好事例を提供しあって技能を高めていくという取組を行っている例もあるので、どのような方法がよいか検討したい。

(石川参考人)

- ・可能であれば、現場担当者レベルのグループワークではなく、意思決定が

できるマネジメント層が意見交換や様々な情報のやりとりができる場が必要だと思う。現場だけでやっても方針決定がうまくできないといけないので、検討いただきたい。

(松田主査)

- ・ マネジメント能力を高めるための良い方法は、実際に携わっている人が教えることだと思う。DPC セミナーでは現場の人に講師になって教えていただくことで理解をさらに深めてもらっている。
- ・ 今回の C1～C3 はあくまでマクロのレベルでどのくらいの病床があるかを推計するための基準であって、直接、個々の医療機関に適用するものではないことを周知していくことが必要である。

(石川参考人)

- ・ 今回の C1～C3 のように、一日あたりの点数で病床機能区分を区切るとなると、経口の内服薬を何剤か追加すれば境界点を超えるといったことのように、医療行為が喚起されてしまうおそれがあることに留意が必要である。
- ・ これまでも DPC でやってきているように、どの範囲までが定常に行われている内容なのか、点数の先にある内容に関する精査が必要になる。それを基に、例えば、ある術式は高度急性期が相当であるといった具体的な患者像に近い病床機能区分に区分されるように、データを深めていかなければならない。
- ・ C3 を下回る部分の日数は、入院が長期化したときのみ出てくるものではない。患者の正常な回復の経過の中で、急性期であるが、たまたま医療行為を行わなくても済む日も出てくるので、今後は、入院日数の観点から病床機能区分を議論していくことも必要ではないか。こういう病態で入院してきた場合、想定される急性期の入院日数はこれぐらいであるというような入院日数の目標値のようなものを今後の検討で設定し、点数だけではない総合的な病床機能区分の見方を出していくのが今後の課題だと思っている。

(厚生労働省医政局)

- ・ まずは何が急性期かというところをさらに明確化していけるかがポイントだと思っている。

(以上)