

## 前回検討会（第2回 平成26年10月17日）における主な意見

### 1. 構想区域の設定の考え方について

- 平成24年の医療計画作成指針で示されながら2次医療圏の見直しを行わなかった県について、理由を分析した上で、本ガイドラインで見直しを行うよう記載することが必要ではないか。
- 様々な圏域があると住民が混乱する。厚労省は今後、圏域を統合していくつもりか。
- 総務省の定住自立圏構想の取組のように、市町村単位をベースとした区域設定の方が2次医療圏より良いのではないか。
- 2次医療圏内で入院医療をまかなうという考え方がおかしいのではないか。2次医療圏で、ある医療機能が足りないからといって、本当にダメかというところでもなく、隣の医療圏にその機能があって、それをうまく活用できているということもあるのではないか。
- そうはいつでも、2次医療圏に代わるものもないので、2次医療圏を原則とすることはやむを得ないのではないか。
- 2次医療圏を中心に考えるということであれば、今の2次医療圏の患者流入の計算式では役に立たないと思う。今後、病床を機能別に分けていくのであるから、流出入についても、病床機能別で出すべき。例えば、急性期は流出しているが、慢性期は流入しているということもある。
- 前回の2次医療圏を見直す際に、2次医療圏ごとに協力・協調しなさいという指示を厚労省から都道府県に出しているはずだが、現実にはうまくいっていないと思う。原因は、そこに行政区域というのがあるからだと思う。解決のためには、データをきちんと示していく必要がある。どういう病態の患者どこへ移動しているのか、きめ細かなデータが是非欲しい。
- 2次医療圏は病床規制の単位でもある。構想区域が2次医療圏とずれた場合に、基準病床数と病床の必要量との関係はどう整合させるのか。

- 必要量は2025年の推計であるから、基準病床数とは別という説明は理解しにくい。2次医療圏と基準病床数と必要量とはしっかり関係する。ある医療機関が増床又は新規開設するときに、構想区域と2次医療圏がずれていると、一方の2次医療圏ではオーバーベッドだが、片方はアンダーベッドだということがあり得る。この関係をどのように整理整頓するのかをきちんと説明しないとイケない。
- 平成30年度からの第7次医療計画では、2次医療圏を構想区域にあわせるということか。第7次医療計画においては2次医療圏を構想区域に合わせるようメッセージを出すべきではないか。
- 総合確保区域、構想区域、2次医療圏と圏域がいくつもあるので、言葉を正確に使って、議論を進めていただきたい。
- 県に任せていると、県庁所在地にインフラ等が集まりがちになる。
- 尾張中部医療圏は、公的病院がほぼなくて、民間医療機関が中心でやっている。流出入は大きいけど、介護との連携もよく、うまくいっている医療圏であると聞いている。
- 介護施設との連携の視点も持って、構想区域を設定すべきではないか。
- 病院は、特に田舎では、今後増えない。だから、どこにどの病院があるのか決定している。介護も、居宅サービスは増えるかもしれないけど、施設は増えない。そうすると、県のレベルでは、この病院はここに入れようと考えて、区域を設定することができる。医療介護総合確保区域であるのだから、2次医療圏とは合わせないと意味が無い。都道府県は、基本的に、全部2次医療圏と合わせていくということを当たり前とすべき。
- 構想区域を定める際に勘案すべきとされている①から④の要素について、そのデータや勘案の方法を示してほしい。

## 2. 2025年の医療需要と各医療機能の病床の必要量の推計方法について

- 本資料は、3年前の推計であると、ひとり歩きしないように明確に言っていただきたい。
- 一体改革の推計の問題点は、まず、全国一律の入院受療率と外来受療率を用いていること。次に、「DPC 及び DPC 準備病院を急性期の代表と仮定」というのが重大な問題。我が国の急性期医療が DPC でいくのだといつ、どこで決まったのか。それから、改革シナリオで、平均在院日数を2-3割短縮と書いてあるが、平均在院日数を短縮することが改革なのか。平均在院日数の短縮はもう限界を乗り越えていると思っている。平均在院日数を短縮することが改革だという間違った風潮は是非直していただきたい。
- 一般急性期の平均在院日数を3割短縮する根拠も分からない。実際に、現場では、平均在院日数の短縮はかなり限界に来ていて、逆に、高齢者が増えるとともに平均在院日数が延びている。これから伸びる可能性があるのに、短縮するというのは、3年前の考え方は過去のものにしないといけないのではないか。DPCデータを用いて高齢者の本当の平均在院日数の現状を出していただきたい。
- 現在の医療提供体制は絶妙なバランスで限られた医療資源で見事に医療を提供しているところがほとんど。一体改革の推計方法を用いて、全国の医療機関の全部をこの算定式で改革しなければならないのだと聞こえる。
- 23年の一体改革の推計の時とは時代が非常に大きく変わっている。今は、ある程度、各地域で医療体制は保たれているが、財政審議会等では、医療費がこのまま上がっていったら、どうしようもないだろうと言われており、財務省からのプレッシャーもあって、効率化を図らなければならないというのがベースにあるのだろうと思う。患者に迷惑がかからなければ、効率化にも協力するが、23年とは事情が違っている。もう少しフレキシブルに考えていただけたらと思う。
- また、今回の診療報酬改定で、DPC病院は全てデータを出せとなったが、これは、保険局、医政局、厚労省どこの意見か。また、レセプト（NDB）を用いても、慢性期は包括算定のため、細かいデータは出てこない。どのようなデータを取るべきか、厚労省内で整理をしてほしい。

- 新しいデータを使うのは良いが、使い方は今後議論が必要。
- 一体改革推計は、急性期の平均在院日数が9日というのに皆、反発したが、平均在院日数の短縮という効率化と、医療従事者数を増加させるという充実がセットであった。医療従事者は1.6倍にする、高度急性期は2倍にすると書いてあった。こういう全体像を見せていただき、もうちょっと考えていくべきだと思う。
- 一体改革推計で医療従事者増加が書かれていることは承知しているが、あれは現実的な人員配置ではないではないか。そういうことも含めて言っている。一体改革の資料の再提出は不要。
- 推計の考え方が、医療提供者寄りであるように見える。市町村には介護保険のデータがあって、要介護度なども分かる。医療サービス利用者側のデータの活用に留意すべきでないか。
- 一体改革推計で、高度急性期・急性期の病床稼働率70%は低く見積もり過ぎではないか。
- 一体改革の改革シナリオのポイントは2つあって、1つは、急性期医療を確立すること、もう1つは居住系を中心とした在宅ケアを拡充すること、この両方をやっていこうということ。それから、急性期について、在院日数を短縮するが、従来では医療費適正化という路線だったと思うが、ここでは、むしろ、診療単価が上がったり、在宅ケアが拡充されて、全体としてのコストは上がるということだった。
- 色々ご意見はあると思うが、改革シナリオというのはそれなりに合理性があると思うので、これをベースに議論することは賛成である。ただし、一体改革の推計については、ほとんど国民には知られていない。生活に関わる重要な問題であり、国民への説明をしっかりと分かりやすくして、知ってもらうことも大切だ。
- 一体改革推計をする基本的なモデルとしては、これをまず重視して、ただ、本日のメンバーの意見にもあったように、パラメーターというか、将来どういう値になるかというのは、DPC データやレセプトデータに基づいて実態把握

をきちんとやると。そして、地域差の要因分析をきちんと行うという方向で良いのではないか。

将来の医療需要を、一体改革の推計の骨格と違う枠組みで計算するというのはなかなか想像ができない。ほかの方法がなかなか容易に見つからないのではないかと思う。

- DPC データやレセプトデータから、地域別の受療率は求められる。そういうものをまず明らかにする。また地域差があるので、その要因をきちんと分析する。一体改革推計の時から少し年月が経っているので、その分、アップデートを重ねながら、今後の必要な病床数のあり方を意識しながら、改めるところは改める。こういう方向で良いのではないかと思う。
- 一体改革推計は参考にして、資料4にある方向性にに基づき必要量を推計していくという方向に賛成。一体改革推計がひとり歩きしないようにした方が良いとは思う。現状追認では改革は正直難しい。患者の病態に応じた病床できちんと医療が受けられるようにというのが改革の方向性であろうと思うので、データを見ながら議論するというところでどうか。
- NDBでは、2次医療圏ごとのデータが限界。できれば市町村ごとに分析したい。レセプトに郵便番号を入れてほしい。
- 在宅医療の推計方法が難しい。訪問看護では、NICU退院後の患者や障害者もたくさん診ている。一体改革の推計と現在のデータの乖離を示してほしい。
- 歯科の入院患者は入っているか。歯科のデータもできれば別立てで示してほしい。
- 訪問看護も歯科もNDBにデータが十分に入っておらず、推計は難しい。ぜひNDBにデータを提供するよう協力してほしい。
- 町村の立場で申し上げると、医療従事者の確保が困難。ぜひ議論してほしい。