

## 前回検討会（第3回 平成26年10月31日）における主な意見

### < 2025年の医療需要の推計方法について >

医療需要を算出するのは、病床数の推計のためであるが、各疾病の1日当たりの退院患者数をとる良い統計がない。患者調査では、疾病ごとの平均在院日数と新規入院患者数の推計があるが、一般病床も療養病床も全部ひくくめた数字になっている。将来病床数を推計するのに疾患ごとの、しかも年齢構成別の退院患者数のデータがあるのか。

需要の推計に織り込むべきポイントが3つあるのではないかと。

1つは、季節変動の問題。もう1つは、救急医療の問題。最後は、非常事態の問題である。季節変動については、1年間を通して患者数に変動がある。この変動の中でどこにポイントを置くか、マキシマムで置くのかということ。

それから、救急医療については、住民の地域医療や救急医療に対する納得を考えてやっていく必要がある。

非常事態については、新型インフルエンザ等の流行によってさらなる病床が必要となる可能性がある。厚労省が以前、新型インフルエンザの流行の際、1日当たり最大何ベッドが必要かという数字を出していた。

誤解を恐れずに言うと、今の平均在院日数は、診療報酬の例えば、入院基本料の要件の平均在院日数を維持するために患者の退院日を考えて、現場では苦労しながらやっているもの。現行の平均在院日数が正しいという大前提で、将来、これを短縮すべきと考えていくと大変な間違いを起こす。入院受療率の地域差があってはならないのか。

（入院受療率について）地域の気候風土、文化や慣習とか、地域の実情に応じた柔軟なものになっていく必要がある。それを大事にしていきたい。ガイドラインはあくまで参考であると考え、入院受療率の補正を行うとはどういう意味か。

入院受療率は各地域で違って、当たり前だと思う。違いにはそれなりの理由がある。全国一律の入院受療率ではなく、構想区域ごとのあるべき入院受療率という考え方で良いのか。

医療需要イコール1日当たりの入院患者数の議論と病床数の議論がどうい

う風に論点が違うのか明確にしていきたい。

医療需要の推計に当たって、現在の退院患者数に平均在院日数をかけて算出したのでは、現状是認ということではないか。現在、急性期病院に急性期にふさわしい患者が入っているかどうか、慢性期ではどうかというのが問題であって、そのために、病床機能報告をするのだと思う。その時に、各医療機能の基準が決まっていないということで、データが出てきた後、基準をどのように決めるのが重要。

資料3のようなデータしか見ていないが、資料3のようなDPCデータ等である程度、分析できそうだという見通しもあり、これをうまく活用することで、現在検討している作業工程で引き続き、作業を進めていただき、ひとまず、この検討会に仮の推計結果を見せていただくというところまではやっていただいても良いのではないか。

もちろんこの推計結果をそのまま是認するというわけではなく、現場の声を反映する計算の仕方に改めるとか、色々なやり方がまだ残されていると思う。

季節変動については、資料3のデータは1年間すべてのデータであり、検証可能ではないか。

救急は、消防庁で救急搬送のデータがあるので、そういうものを少し加味することもあり得るのではないか。

感染症については、平成23年の一体改革推計でも、完全に別立てで感染症の患者数を推計していて、そちらで対応して、今回はひとまず、一般病床と療養病床の4つの医療機能で分けた計算に専念していただいてはどうか。それでもまだ足りないということであれば、医療需要のところでさらに考慮するという事もあると思う。

地域差については、在宅医療の受け皿が十分な地域とそうでない地域があるので、単純に全国一律に入院から在宅にこれだけとバッサリやっては現場は混乱するだろう。

そういう地域差は認めるべきものは認める必要があるが、色々な地域でベストプラクティスがあれば、それをうまく反映して補正することがあっても良いのではないか。

救急のデータは必ず入れてほしい。救急車で搬送された患者は急性期患者

である。救急車がどこに行っているかは、その地域の救急の需要を考える意味で是非、とっていただきたい。

2つ目は、退院患者数について、例えば、急性期で脳卒中の治療を終えて回復期に行って、回復期から退院したら、その患者は2人としてカウントされている。これでは、実際の患者発生になっていないのではないか。

3つ目は、都道府県ごとに疾患別の平均在院日数の差がかなりある。データが正しいとすれば、24日から362日というところまでであるということになるが、これをどう解釈するかが非常に重要。

今、レセプトからデータを抽出しているが、医療需要がどの程度まで分かるのか教えていただきたい。病床機能報告制度でどこまで分かるのか。

病床機能報告制度で、自分の病棟を急性期機能だと言っても、実際の急性期患者は何割か程度である。診療報酬の重症度、医療・看護必要度の基準も15%である。よって、4つの機能のどれを選んでも、100%その機能の患者ということとはあり得ない。そういうことを含めて、包容力のある医療提供体制を構築するというのが今の議論。現場現場で、ある地域では明らかに急性期だが、ほかの地域では少し違うとかそういうこともあると思う。そういうことを含めて、緩い形態のガイドライン、構想を策定すべきであるし、それがガイドラインが参考であるという意味である。

医療需要は患者の住所地を基に推計すると書いてあるが、DPC以外のレセプトで、特に被用者保険のデータというのは患者の住所が分からない。第7次医療計画の検討段階までには、DPC以外のレセプトにも郵便番号と患者の住所情報を入れていただければ、より精緻な推計ができるのではないかと思うので、検討いただきたい。

病床機能報告制度では、回復期機能は、リハビリテーションを集中的に提供する機能と書いてある。4月から地域包括ケア病棟ができているが、そこではリハは2単位包括となっていて、リハをけっこうやっている。回復期は、リハだけをやっていれば良い患者と、合併症の治療を継続しながらリハをする人がいる。そうすると、回復期機能に該当するのはどちらかということになる。

もう1つは、慢性期であるが、日本慢性期医療協会の調べによると、療養病床の患者の53%が1か月以内に退院していた。しかも、2週間以内に33%が退院していた。

ということは、地域の中で3分の1は急性期的な使われ方をしている。慢性期機能について、このようにがちっと決められると、慢性期病棟の中で行われる肺炎とか感染症、心不全がたくさんあるので、それはどのように認定してもらえるのか。

在宅医療の「現状であれば入院しているが、入院医療の機能強化と効率化によって、退院し在宅医療へ移行すると考えられる」患者をどうやって推計するのか。こうイメージで推計するというのを説明していただきたい。

2025年に75歳以上の方がどんどん増えてきて、入院するまでもなく在宅で療養する患者が自然的に増えてくるということが推計には入っていないようなので、そこは検討するべき。

高次歯科医療を担う病院歯科や、地域で在宅の高齢者を中心にみる歯科診療所の後方支援としての病院歯科、あるいは研修機能を持った病院歯科の需要もあると考えている。別途、歯科についても、地域においてこういう需要に対して対応できるような記述をしていただきたい。また、在宅の需要というのは、在宅医療患者の8割か9割の方には、訪問歯科医療が必要なのではないかと思うので、そういう需要も検討していただきたい。

在宅医療の必要量の推計が非常に難しい。在宅医療の実施場所は、自宅だけではなく、ほかの介護施設も含めて少し考えてはどうか。介護保険の中で訪問看護の需要というものを少し見込みながら、量的な整備をしていくことが必要。

慢性期であるが、医療保険の療養病床でこういったケアが行われているかという実態調査をしたときに、多かったのが吸引・経管栄養・排泄の留置カテーテルでのケアということで、こういった処置で少し区別していくことも一つあるのかなと思う。

非常に難しいのは、構想区域全てに高度急性期病床がなければならないということはないということ。その考え方をきちんと整理しておかなければならない。大学病院の病棟が全て高度急性期ということもない。それ以外は全部急性期かということそうでもないのではないかな。特定機能病院、大学病院本院をどのように扱うのかということも含めて医療需要との関係でどういう位置づけにするのか早目に議論しておいたほうが良いのではないかな。

要は、どういう病態の患者さんが、どういう病床で治療を受けるのが適切かということ。一人一人の患者さんがどういう状態であるかをどうやって判定するかが問題。色んな患者さんをみていくと、1日目、2日目にかなりの医療資源を投与しなければならない。あるいは、資料にある急性白血病のようにずっと高い医療資源を投与しなければならない、そういう方は高度急性期なのかなと判断するのは一つの方向性であると思う。他に良い方法が無い限り、そういう切り口をつくるか、あるいは高度急性期はやめるのか、議論したほうが良いと思う。

高度急性期と急性期を分けたときの議論の中で、特定機能病院を分けるという話はしないでおこうとなったはず。例えば、ICUやSCU、救命救急センターを入れるというイメージで議論していた。救命救急センターは、三次救急でつくられたもので、全国で120くらいで良いという形だった。あとは、アクセスの問題。地域からのアクセシビリティを考えて決定していただきたい。

慢性期病院でも、急性期の病変の患者さんはかなり来る。今回、地域包括ケア病棟ができたわけだが、厚労省からは、ポストアキュートとサブアキュートを引き受けて、在宅に帰すよう努力してくれと言われている。

このサブアキュートは、今回の病床機能の4区分からすると、急性期に入るのか回復期に入るのか。医政局と保険局における機能の名前の違いに当たるわけだが、サブアキュートについてどう考えれば良いのか。

サブアキュートの議論はもう終わったはず。サブアキュートは軽症急性期だが、結果として軽症ただけであり、そういう概念はないのだと何度も申し上げている。当時、サブアキュートは亜急性期病床で良いという議論があったが、これは差別である。サブアキュートという言葉はやめようと医療部会でもなった。