

○総括審議官

5 つ目の事業である「療養病床転換助成に必要な経費」についての議論を始めます。担当部局からの説明を5分厳守でお願いします。

○保険局

保険局医療介護連携政策課長です。よろしくお願ひいたします。病床転換助成事業に関しての説明をさせていただきます。

資料の5-4から説明させていただきます。この事業を説明するに当たって、病床というものがどういうものかということを中心に説明します。5-4を見ると、病院の病床と診療所の病床とそれぞれあり、それぞれ病院の病床の種別、診療所の病床の種別ということが用意されています。ちなみに、20床以上のものが病院で、20床未満になると診療所となります。今回の事業に関係するのは、病院の、若しくは診療所の中にある療養病床です。この療養病床というのは、主として長期にわたり療養を必要とされる患者に入院してもらうための病床と位置付けられています。

次のページの5-5、全国でどれぐらいあるのかということですが、療養病床というのは、全国に約30万床あります。

この療養病床は、5-6を見ると医療法に基づく療養病床なのですが、2種類あります。その2種類というのは、患者さん、若しくはそこに入院している方、利用者の状態に応じて分けられ、健康保険の世界で、いわゆる医療保険の世界で対象となっている方であれば、これを療養病床のうちの医療療養病床と言っております。また、その療養病床の中でも介護保険適用の利用者がいるのは、介護療養病床と言っています。それは、介護保険のほうから、そのケアに掛かる費用が出ることになっています。この数字については5-6にありますけれども、全体30万床に対して、医療療養病床と介護療養病床というのが、このような形で推移しています。

5-8は、療養病床に関することです。医療関係の療養病床、要は医療保険が適用される医療療養病床と、介護保険が適用される介護療養病床に対して、平成24年度からこのような区分けになっています。

最後に5-10です。この病床転換助成事業というのはどういう事業か。療養病床について、健康保険の世界、つまり医療保険の世界の対象となる患者さんはもちろんそれでいいのですが、医療療養病床に入院されている方だけでも、実際の状態、その患者さんの状況から見ると、介護保険のほうで対応していただいたほうがいいのではないかとというような形で考えていただく事業者がいたら、この病床転換の助成事業に手を挙げていただいて、言っていただければ、私たち保険局のほうから支援をさせていただく。その病床1床当たり改修なり、創設、改築なり、それぞれの単価に応じて御支援をさせていただいて、介護保険のほうの対象となるようなサービスのほうに変わっていただく。そのために支援をさせていただくというものです。

一方で、今回対象となっている病床転換助成事業について、実際に利用する方

々というのは、民間の病院の事業者が大半です。療養病床をやっている方で公立病院というのは、よほどのことではないと思いますので、民間の方々です。民間の方々からすると、やはり何を見るかと言うと、このイニシャルコストだけではなくて、その後の介護報酬なり、診療報酬なり、実際に掛かる費用と、また、今後の自分たちが所在している地域でのニーズに合わせて考えていくということです。補助金があるのはもちろんいいのですけれども、その補助金をどう利用して自分の病院、若しくはそれを介護施設にしていくということを自ら考えて対応するというようになっておりますので、我々としては、その事業者の経営判断に応じて、医療保険のほうから介護保険のほうのサービス提供主体になるということであれば、これを御利用いただきたいということで示しています。簡単な話になりますけれども、この事業の前提としてこういう事業ですということを紹介させていただきました。とりあえず説明は以上です。

○総括審議官

事務局から論点の説明をお願いします。

○会計管理官

論点については、資料の 5-14、一番最後のページです。読み上げます。執行率が低い現状について要因分析を行う必要があるのではないか。療養病床について、医療の必要度に応じた機能分化を推進し、患者の状態に即した医療・介護の機能分担を促進する観点から、執行率の改善方法について検討を行う必要があるのではないか。以上です。

○総括審議官

それでは、質疑応答に移ります。最初に伊藤由希子委員からお願いします。

○伊藤(由)委員

御説明ありがとうございました。一言で申しますと、この療養病床の転換というのは非常に根深い問題であると思います。必要であると同時に、なかなか難しい。その背景を簡単に申し上げますと、施設側は、医療施設から介護施設に転換することによって、かなり事業収入が落ちてしまいます。そして、利用者も、医療保険から介護保険の利用になることによって、かなりの費用負担の変化がありますし、家族介護の負担が増える可能性があります。そうすると、施設側も望まないし、利用者家族も望まない。この両方において生じている一種の制度の歪みというのがあって、そのニーズが残念ながらマッチする形で、おっしゃったように、医療が必要ないのだけれども、介護には転換できないという状況が温存されているように思います。

数値でも示されていたとおり、療養病床を廃止するという政策目標が掲げられつつ、現状で約 30 万床の療養病床がある。過去 15 年間で 8 万床減ってはいるものの、政策目標としてはあと 2 年間で廃止ということですから、これはどう頑張

ってもできないのではないかと、事実上無理ということが一種の既成事実化している。それをよく御存じの厚労省は、恐らくこの状態で激変させるわけにはいかないというような躊躇があって、なかなか大胆なことはできないであろうし、それを見越して事業者も、どうせまた延長になるのだろうということで、何もしない状態となっている。非常に残念な状況であると思います。

現状の政策そのものに関して言うと、現状、直近のデータで 28 の民間の病院が利用しておりますが、いわゆる療養病床に転換して、なんとかペイする所はやるけれども、そういった所は既に利用していて、一種の制度として飽和状態なのではないか。これ以上この制度を続けていても、なかなか利用が伸びるとか、転換が進むとかとはならないのではないかと、いわゆる政策の目的は大事なけれども、その手段としてはやや焼け石に水的な状態になっているのではないかと思います。

加えて、事前の勉強会で説明のあった点なのですが、この事業は、経費の 15/27 は健康保険の保険者が負担している。つまり、政府の事業なのだけでも、実はお財布の半分以上は健康保険の保険者が負担している。健康保険の保険者というのは、通常何か医療費が掛かった診療行為に対して、診療報酬の医療費給付に関して負担をするということは一般にあります。このような形で、民間医療機関が医療病床を介護病床に転換するための改修の費用を直接助成することは、社会保険診療報酬支払基金の用途としては異例なものだという説明がありました。

このような形での費用負担があるということと、そして政策としてなかなか効力を上げにくいということ踏まえると、やはり療養病床を転換するにはもっと大胆な構造改革と言いますか、患者側の費用負担も見直さなければいけませんし、広い意味で介護の受け皿、在宅医療や、それを担うスタッフという形での地域の受け皿も大事でしょう。また、医療者側、提供側の医療か介護かという二択ではなくて、もう少し別のビジネスにするなり、スクラップするなり、そういった発想の転換が状態の打開には必要ではないかと感じております。

質問なのかコメントなのか曖昧になってしまいましたけれども、私の感覚では、この制度がなかなか目的に見合った効果は上げていないし、今後も上げづらいのではないかと、ますます上げにくいのではないかと考えています。以上です。

○総括審議官

何かコメントはありますか。

○保険局

ありがとうございます。私の説明がちょっと足りなかったからか、誤解があったのかもしれませんが、1 つコメントさせていただきます。5-6 を見ていただきたいのですが、医療療養病床も含めた療養病床全部を廃止するという方向ではありません。この中の介護療養病床について廃止することが決まっております。それをいつまでにということが 2023 年度末までにということに進んでいるという

ことです。このグラフで言うと、オレンジのポツポツのある介護療養病床についてこうやって決めてから、介護療養病床が段階的に減っているということです。一方で、この療養病床転換の助成金については、介護療養病床を減らすためではなくて、医療療養病床から介護に転換ということで用意させていただいているということです。

○伊藤(由)委員

私も少し説明が足りませんでした。本来正確に言うと、医療療養病床を介護医療院のほうに転換するという目標ですよね、違いましたか。

○保険局

医療療養病床を、介護医療院へ転換というのも1つの選択肢ですし、老人保健施設というのも選択肢ですし、利用者のアメニティも含めた形での対応を求めているということです。今回俎上に上がっている病床転換助成金は、介護療養病床から介護保険の施設ではなくて、医療療養病床から介護保険の施設にというものです。私が療養病床の説明という形で説明をしたので、混乱させてしまって申し訳ありませんでした。青の所から介護保険の施設のほうに行くという判断をしていただいた事業者に対して、この支援があるということです。

○伊藤(由)委員

確認ですが、私が聞く話でもないのかもしれませんが、療養病床についての病床の削減目標というのは、現在立てていらっしゃるのですか。

○保険局

医療療養病床の削減というのは、そういうことではありません。医療療養病床については、基準病床数、いわゆる病床規制が医療計画上あって、確かにその地域、地域で見ると、医療療養病床は多いということはあるのですけれども、それを削減というより、まず基本的に患者さんの状態に応じて、若しくは今後の人口動態に応じて、各事業者である病院を経営している方々がどのようにすればいいのかということを考えてほしいということはありません。しかし、だからと言って、国のほうで何かその目標を定めて減らすというようなことはありません。医療提供体制については、民間の事業者に基本的に中心に担っていただいている中で、言い方はあれですけれども、国のほうで幾ら減らすと言っても、実際にお金を出して病院を建てて、減価償却をちゃんとしていく、借入れを返していくのは、病院を実際に建てた事業者ですので、こうした環境の中、医療療養病床について特段何か減らしていくというような計画を立ててやっているものではありません。

○伊藤(由)委員

なるほど、分かりました。いろいろ勘違いしておりまして、大変失礼いたしました。

○総括審議官

大屋先生、どうぞ。

○大屋委員

今の点なのですけれども、人を殺すかどうか決めるのは最終的に個人ですが、法務省は、多分犯罪を削減するという計画を立てておられて、頑張っているための取組を進めていると思うのです。もちろん強制することはできないから、やるとしてもインセンティブでお願いをするしかないよねということはあると思うのですが、それを考えても、厚労省の現状としては、強い誘導を掛けるまでのことはなくて、こういうほうが望ましいですよということをお願いして、経済的負担を削減する手は打つけれども、そこまでにしておこうと、現状はそう思っているということによろしいのでしょうか。

○保険局

犯罪がどうたらこうたらというのはよく分からないのですが、まず、この事業の話だけであればこれで終わるのですけれども、そうではなくて、今の話であると、この事業の話以上の話になりますので説明をします。

まず、療養病床の話について言うと、当然入院をする。その入院をすることに対する治療・ケアをしていただく。その治療・ケアをすることに伴って、健康保険の世界で対応する。そうなのですけれども、そのときに入院をする方の状態に応じて診療報酬が決まっている、どういう治療をするのか、その治療に応じた費用があるということです。逆に言うと、別に何の治療も必要ないのに入院をさせてしまうと、今度は何もすることがないので報酬がないということになります。

そういう面で言うと、事業者からしても、病院を経営する方からしても、軽いと言ったらあれですけれども、何も入院させる必要のない患者さんがもし入ったとしたら、コストだけ掛かってしまうということがあります。そういうときに、地域の状況からすると、他の療養病床でしっかりとした治療がされて、また在宅であったとしても、きちんとしたケアがされていて、自分たちの病院に入院する患者さんが来ない、一方で人を雇っているという状況になってくると、どうしようかということを考えないといけないというような形で、診療報酬というのは決められています。これは、2年に1度改定しています。

この話で言うと、私の説明だと何かということかもしれませんが、厚生労働省全体の政策、医療政策の中では、我々としてはきちんとした政策誘導をしているところです。

○大屋委員

お分かりにならなかったようなので繰り返します。もちろん、おっしゃったようなことで、個々の事業者が自らの利害を考えて一定の決断をする、それに対す

る誘導としての経済的インセンティブというのがあり、場合によっては許認可制度とか、もっと強いものを加えるわけです。そういう形で、政策的な誘導を掛けるところに、政府の本来の政策実施の目的があるだろうと思うのです。しかし、今おっしゃった説明からすると、厚労省としては、今の医療療養病床の現状については、地域医療構想に基づいて算出されているものよりはやや多いという認識はされておられるけれども、それを減らしていくための誘導については、この事業でそこまで強い圧力を掛けようというものではなくて、おっしゃったように、医療報酬等の算定で掛けているインセンティブで大体大丈夫であろうと、そういう認識をしているという理解でよろしいですかという意味です。

○保険局

地域医療構想は急性期の話ですのでちょっと違いますが、地域の現状でどれぐらいの患者さんが医療療養病床で必要なのかということが、医療計画上、それぞれの二次医療圏ごとに決まっています。それと、これだけが基準だろうという病床数と、実際に存在している病院の療養病床の数とを比べると、地域によっては、その既存の病床の数が計算上決めた基準病床数よりも上回っている所があって、それについては病床規制という形で対応するというのがあります。一方で、実際に入院している患者さんもいますので、そういったことの話での対応というのは必要である。今おっしゃられたように、私たちの課のほうである病床転換の助成事業プラス、診療報酬制度の2年に1度の改定を通じて、各事業をしている病院の経営者にとってみると、自分たちの病院というのはどうあるべきかということを手を自ら考えて、その考えた結果、こういう制度を利用する、この助成を利用するという形でやる。だから、両方を使って、人口に合った、若しくは将来の人口に合わせた病院の経営、若しくは病院の転換を考えていただくということになる。それは、正に御指摘のとおりです。

○大屋委員

それを前提として、低い執行率というのが結構問題になっているわけですが、執行率を上げようと思うと、利用を増やすか、予算を下げるかということになるわけですね。需要に見合った予算に適切化することなのですが、どちらかと言うと、需要に見合った予算の立て方をきちんとしましょうという方向での見直しを考えておられると。逆に言うと、要するにこの制度自体を利用できる方はきちんと利用していただいている、制度上の欠陥によって、本当は使いたいのだけれどもできないというような事業者は余りいないという認識をしているということでしょうか。

○保険局

私どもとすると、この事業の執行に当たって、そんなに厳しい条件を付けているわけではないので、これらに該当する方に手を挙げていただければ、もちろん都道府県がお付き合いしないといけないというのがありますから、都道府県の下

承が必要という面もあるかもしれませんが、それについては、しっかりと出せるという認識であります。そういった面で、もし執行率だけが問題だということであれば、言い方はあれですけれども、この商品について売れ残っているということであれば、それは中身というよりは、確かに我々自身の需要予測がちょっと甘かったというところがあるのかもしれませんが、そこは見直していかなければいけないと考えております。

○総括審議官

一通り御意見をお聞きしたいので、河村委員、お願いします。

○河村委員

御説明ありがとうございます。伊藤由希子先生もおっしゃいましたけれども、本当に根深い問題で、事前の勉強会のときにも御説明いただいて理解しましたが、ロジックモデルのところでお尋ねします。そもそも、なんでこの事業をやるのかという、縷々これまでの経緯など、分かりやすい資料を付けてくださってありがとうございます。医療費をなんとか抑えなければという考えがあって、介護保険もできたしということで、なるべくそちらのほうに転換をという話があってやっているのではないかと思います。このロジックモデルで見ると、その話はインパクトの中の括弧の中で書いてくださっているだけですか。中長期的な医療費の適正化というのは、最終的な目的には入らないのですか。厚生労働省として、この事業をやる目的を何と捉えているのかをお尋ねしたいと思います。このままでいくと、どうもいろいろな事情があって進みそうにないと、実際に執行率も低い。それではどうするのかということを考えるときに、厚生労働省として、この事業の目的、何のためにやっているのかということを、本当はこのロジックモデルに出てくると思うのですけれども、どうお考えなのかということを改めてお尋ねしたいと思います。

○保険局

まず、厚生労働省としての医療費に対する姿勢です。今、私たちはみんな健康ですからあれなのですけれども、やはり病気をした場合には、それなりにお金を支払わないといけない。それも、本当に必要だから治療というサービスを購入しないといけないときに、やはり健康保険という仕組みがあるお陰で、非常にリーズナブルな値段で購入することができるということ。けれども一方で、それはややもすると非常に安易に流れてしまって、言い方はあれですけれども、本来必要のないような給付を望んだ人に対して、してしまうおそれもあるだろうと。それに対して、私たちとしては、本当に必要な方に対して、しかもリーズナブルな値段でやっていただきたい、そこにお金をしっかりと出していきたいというようなことを考えています。これは、保険をやる以上、保険と給付をする以上、たちごとではないですけれども、必ず起きる問題ですので、引き続きずっとこれは大きな問題としてやっていかないといけないと考えています。

そういう面で、安易なと言うとあれなのですけども、その給付があれば非常に安い値段でたくさんのが欲しいというのは人情だと思いますが、そこをちゃんと見ていくとともに、やはり本当に必要な人に対してしっかりと給付をしていくということも、医療の適正化だと思っております。そういった面で、引き続き保険給付をやる以上、これはずっと目的ですので、これを目標にしてやっていくということ、これを目的にするというのは、保険をやる当たり前の基本姿勢だと考えております。

○河村委員

そういうお考えが健保の側だってあるからこそ、ここにお金をある程度出してくださいというところもあるのではないかと思います。おっしゃるとおりだと思います。しかし、それではどうするかということを考えるときに、今のやり方だと、どうもみんな動かない。医療療養病床の満床率の数字も出していただきましたし、病床がどれだけオキュパイされているかということも出してくださって、結構高いわけで、病院側、それから利用者側のインセンティブのことを考えてもなかなかというのは、先ほど伊藤先生もお話をしてくださいました。このままでは、なかなか動きそうにない。そして、動かないからということでそのまま放っていると、多分そのままじりじり医療費が増えていくのがなかなか止まらない1つの要因になってしまいかねないということだと思っております。今のいろいろな制度を全部所与のものとした上で、ほかに方法はないのですかと言うか、そこをお尋ねしたいと思います。

○保険局

ちょっとよく分からなかったのですが、人口の高齢化がこれからも確実に進んでいくことは分かっています。もちろん高齢者であっても元気に過ごしている方もいますが、一方で、年齢を重ねると、それなりの医療のニーズの高まりがあります。その高まりに応じて、供給ということがあると思っています。そこを前提にしていかないと、要は保険料を頂いているのに、サービスはありませんというようなことを作りたいわけでは全くありません。保険料を頂くからには、そのサービスは必要だと思います。

私が言っているのは、現在の人口とか、若しくは将来の人口に合わせた形で、医療の供給をしていかないといけないということ。そのような中、今、医療療養病床を提供している方々と、またそれを必要としている人たちのニーズに、もし若干ずれがあるのであれば、そのずれについて、この病床転換の助成金があるという認識です。私たちとしては、そのずれというのが、数字でというよりも、正にその現場現場で出てくるニーズということで考えております。

○河村委員

なかなか話が通じないみたいです。私が申し上げたかったのは、結局医療費の抑制のところ为实现できない1つの要因になってしまうのではないかと

で、補助金で回らないのだったら別のやり方を本当は考えなければいけないのではないかということでお尋ねしました。なかなかお答えいただけないのでいいです、もう結構です。

○総括審議官

井出委員、お願いします。

○井出委員

御説明ありがとうございました。先ほどの大屋先生のところで、担当者の方からお聞きして安心をしたのですが、5-13の見直しの方向性についての現状には、比較的5月には照会していると、それから、見直しはなかなかなので、6月から9月だということで、この見直しが示されていて、結局は御説明を聞いていると、民間病院の手挙げによるところ、それを期待するということにあって、この時期的なものだけを移動して成果が出るかなというのが、ちょっとどうかかなと思っています。私の結論ですが、場合によると執行率に合った執行額、身の丈に合ったようなものに変えてほしいなということです。先ほど担当の方に、もしかするとこちらも検討しますということをおっしゃっていただいたので、もし可能性として、その見直しの方向性として、時期を変えたり、照会をして適切な予算要求を行うというところではなかなかうまく挙がらないときは、執行率に沿った形で執行額を見直していただきたいなと思っています。意見だけで、特に答えは結構です。

○総括審議官

伊藤(伸)委員、お願いします。

○伊藤(伸)委員

まず、先にロジックの確認をしたいのですが、ロジックモデルが5-12にあります。ここでは、短期も長期も平均在院日数が短縮になっていて、これは、もう既に医療療養病床が減ることが在院日数が減るというロジックがあるからこそだと思うのです。これは1つ選択肢としてなのですが、療養病床は変わらないままなのだけでも、個々の今いる方の平均在院日数が下がるというロジックは、これは既に過去を踏まえた上で、もう実現できないということになるのでしょうか。それはない。

○保険局

できますし、そういうふうになってやっております。つまり、病床数が変わらなくても、入院期間が短くなっていますかということですよ。

○伊藤(伸)委員

そうです。

○保険局

なっています。

○伊藤(伸)委員

ということは、この事業は、平均在院日数を短縮するという目的はあるのだけれども、その中で手段は幾つかあって。

○保険局

はい。

○伊藤(伸)委員

その手段の中の1つとして転換をしてもらいたいと、そういうロジックでいいですか。

○保険局

はい、おっしゃるとおりです。

○伊藤(伸)委員

分かりました。どちらかと言うと、転換しかないのだということではないということでもいいですね。その上でなのですけども、意見にあるように、では、この補助金がどこまで政策誘導に乗っかってくるかと言うと、やはりこの間の件数見ていると、必ずしも効果があるとは私も感じてはいないのです。そこで、助成金以外の方策が何かないかと考えるときに、もともと機能分化をするというのは政策の中で言ってきている中で、都道府県に対しての基金があったと思うのですね、地域総合基金です。そこの基金を担当している人間と話をしている中で、もちろんあれには非常に多いメニューがあって、その中の1つとして機能分化があるから、もちろんそれが全てではないのだけれども、例えばそこのインセンティブを上げていくことによって何か。先ほどおっしゃっていたように、国が旗を振ったとしても、最後の現場を持っているのは都道府県であり、医療機関なので、都道府県側にそのインセンティブを実感できるようなものがないかというふうに思った中で、1つの選択肢として、その基金の中でインセンティブというのはあり得ないのかなと思ったのですが、いかがなのでしょう。難しいですか。

○保険局

ございます。ございまして、この話というよりはあれなのですが、やっているところでございます。病院のほうもう少しベッドを減らし、一方で、その代わりに人が今度は濃密になりますから、平均在院日数が短くなる。要は、今までは1人の患者さんに対して関わる人数が、延べ人数が、たくさんの病床のせいであらなかった。その結果、入院が長かった。ところが、病床を減らすことによって、

たくさんの医療者がかかわることで、より早く退院できる。一方で、より早く退院するということは、実は診療報酬上も高い手当、報酬が付くという形に変えてほしいと。そういうことをやることに対して、今言われた基金というのは医療介護総合確保基金なのですけれども、その医療介護総合確保基金の支援もごさいます。また、介護のほうも介護の支援基金があります。この病床転換助成金というのは、その間を埋める、つまり、医療と医療、介護と介護ではなくて、医療から介護への転換というのを埋めているメニューだということです。

○伊藤(伸)委員

それでいくと、医療から医療、介護から介護だけでは、もともと持っている目的まで達成しないということになるのですか。

○保険局

正に、この平均在院日数を短くするための1つのメニューとしてありますよねということと言うと、その医療から医療ということも1つのメニューだし、私たちのこの今回イシューになっている医療から介護もそうですし、診療報酬制度でもそうです。いずれにしても、やはり病院での入院期間は短く、そしてちゃんとした形で退院、病気もちゃんと治して退院するということがとても大事だし、それは質を高めるということでも大事なことです。その大事なことを進めるための様々なメニューを、政策上、用意させていただいているということをごさいます。

○伊藤(伸)委員

今、全てのメニューが用意されている中で、基金もあれば、この補助金もあるということになるかと思うのですが、明らかに違うのは、これは少なくとも国が用意しているものであって、さっきの医療医療、介護介護のところは、基金を使って都道府県が判断をするというところなのかなと思うのです。すみません、ここから先は、私は全然分かってない中での質問になってしまうのですが、その都道府県がやっている部分で、効果がある程度見えてきているのであれば、例えばこれ自体の基金の中に入れ込んでしまうということではできないものなのでしょうか。

○保険局

別に全くできない、不可能ではないのですけれども、ちょっと違いを申し上げます。医療介護総合確保基金は、国も消費税を財源として出していますし、それだけではなくて、言い方はあれですが、県もお付き合いをしないといけないという状況になっている。一方で、この医療から介護にというのは、先ほどの5-10にあるように、県と国とそして医療保険者と、それぞれが出しているということをごさいます。ですので、もし医療介護総合確保基金に統合となってしまうと、この医療保険者からの支出というところ、支援というところについてはなくなっ

てしまうというデメリットもあるのではないかと考えております。

○伊藤(伸)委員

分かりました。

○栗原委員

皆さんのやり取りの中で、かなりこの事業の課題が根深いと思いました。先ほどの議論では、最終的にその病院を経営する民間事業者が希望するかしないか、したいかしたくないかだということなのですけれども、とは言え、減らしていくということが仮に望ましいのであれば、どういう目標値を設定し、どう誘導していくかということについて、国なりあるいはその地域が持たないのでしょうか。仮に減少させる目標を持っているのであれば、これまでの推移だけを見ていると、むしろ増えていると思うのですね。ですから、減らしていくのかどうか、あるいはミクロでは減るところもあるかもしれませんが、全体としてはむしろ増やしていくのが望ましいのかどうかという方向性なり目標を共有することが必要ですね。成り行きでは増えるところを抑制し、増えないようにするという目標せついてもあるのではないかとと思うのですけれども。そこについて、どういう目標があるべきなのか、どう考えているのでしょうか。

○保険局

はい、おっしゃるとおりだと思います。私の説明がちょっとつたなかったかもしれませんが、これからも高齢化がどんどん進んでいく。また、東京、若しくは東京周辺の地域については、団塊の世代の方々が75、80、85となっていくときに、医療療養病床のニーズが、これからもその地域によっては非常に高まっていくだろうと思っております。そういった面で医療費の削減ということではないし、医療療養病床の削減というようなことではなくて、その地域のニーズ、若しくは今のニーズだけではなくて将来のニーズに合わせた形で医療提供体制をしていかななくてはいけない。と同時に、その将来のニーズに合わせた医療費を賄うための準備を、私たちは保険局ですから、していかななくてはならないと思っております。そういった面では、正にエビデンスに基づいて、人口と疾病率というような状況から考えて、これぐらいのサービスが必要だということを引き続きやっていかななくてはならない。

そういった面で言うと、医療療養病床から介護保険の施設のほうに進まない理由の1つとして、地域によっては実はその医療療養病床を必要としている、そういった状態の患者さんが非常に増えているというのも当然ある。それで、私が言っているのは、そのニーズに合わせてやるのであって、私たちの商品が売れてないというのは、それは逆に言うと、その商品が悪いというのではなくて、そのニーズに合っていないという面も当然あるのではないかと考えております。単に、これを医療費削減の手段というふうに私たちは捉えてなくて、必要な医療に対してきちんと保障していく中で、ニーズに合っていないければ私たちもちゃんとして対

応していきます。一方で、医療療養病床のニーズが地域によって高まっているのであれば、この医療保険から介護保険にというようなところについてのニーズが変わってきているのであれば、そのニーズの変化に合わせて、執行率だけを見るのも変なのかもしれませんが、私たちが用意するメニューも、その金額をどれくらい用意すればいいのかということも、考えていかななくてはいけないのではないかと考えております。

○総括審議官

すみません、議論の途中ですけれども、コメントシートの記入がまだ終わっておられない方については、記入を進めていただくようお願いいたします。

では伊藤委員、お願いします。

○伊藤(由)委員

このまま議論が終わるとやや残念なので、一言申し上げます。介護療養病床についてはもう廃止しようと、なかなかできていませんけれども、廃止という政策を打ち出している、つまり、それは要らないと、政策上、一応判断していると。一方で、医療療養病床については、要るかもしれないというのは、ちょっと変なのではないか。つまり、もう高齢化をすと言って、人数としては増えるかもしれないけれど、在院日数は短縮させようとしているという状況で、要は、本当に究極的に在院日数の回転が良くなれば病床も余るわけで、そういう意味では、やはり明確な転換目標が存在しないというのはちょっとおかしいのではないかと。

あと、このロジックモデルは、やや誤解があるような気がしています。私自身は見慣れているので余り申し上げませんでした。平均在院日数の短縮というのは、どちらかと言うと急性期病院のほうで、DPCの1日当たり入院基本料で誘導しているから平均在院日数はその部分では下がっていますが、療養病床の平均在院日数は平均300日とか、200何10日とか、9か月間です。つまり、終の棲家としていらっしゃる方が多いわけで、その部分で、平均在院日数の短縮、イコール、アウトカムにはなかなかない。つまり、このロジックモデルの中で、この転換助成をすることによって平均在院日数が減るというようなエビデンスは、ほとんどないのではないかなと思います。結果的に、いろいろ合わせ技で平均在院日数は短縮しているけれども、それはこの事業の成果じゃないし、療養病床のお陰でも余らないというふうに考えます。

その必要な医療をという提供の立場はものすごくよく分かりますけれども、何が必要なかというところを、もう少しエビデンスベースで考えなければいけないと。今やはり必要性が高いとすると、利用者から言うと、費用が介護よりも安くて、かつ楽だからということになってしまうと思うのですよね。それであれば、ニーズがある、だから、では残さなきゃ駄目だという話は、必要な医療という観点から考えると少し違うのではないかなというふうに思います。

○総括審議官

お待たせいたしました。取りまとめ役の栗原委員のほうから、評価結果案及び取りまとめコメント案の発表をお願いします。

○栗原委員

お時間を頂きました。それでは、評価結果案及び取りまとめコメント案のほうを発表させていただきます。まず、集計結果です。廃止2名、事業全体の抜本的改善1名、事業内容の一部改善3名となりました。各委員からの御意見ですけれども、事業の対象となる病床転換の規模について適切に把握し、必要となる予算額の算定過程を改善することが望ましい。病床転換の対象となる規模について、国の観点から長期的な実績目標を立てることが望ましい。事業の目的自体は賛同するが、その手段となっている民間医療機関への転換助成が効果を上げていない状況である。執行率が低い要因はもはや明らかであり、それを今更分析する段階ではないのではないかと。転換病床数を目標に設定して事業を運営できないのであれば、国の財政事情は極めて厳しい折でもあり、廃止すべき。療養病床に対する地域ごとのニーズを適切に把握すべきである。その上で、転換病床をする事業者には、転換時及び転換後の運用に対して更なるインセンティブを検討すべきではないか。医療療養病床数の目指す姿の明確化が必要。その上で、この事業をどう位置付けるかを検討。これらの意見がありました。

それでは、私から評価結果案及び取りまとめコメント案を提示させていただきます。ただいまの評価結果から、当該事業の評価結果につきましては、事業内容の抜本的な改善が適当ではないかと考えます。取りまとめコメント案といたしましては、執行率が低い現状を踏まえ、本事業の利用ニーズを精査し、そのニーズに合った予算額となるよう見直すべきである。本事業は、医療病床について医療の必要数に応じた機能分化を推進し、患者の状態に即した医療・介護の機能分担を促進することを目的として実施するものであるが、今後も病床転換を進めるのであれば、更なる政策的インセンティブを付与することも含め、これまでの発想を変えるような大胆な方策を検討すべきである。本事業を行う前提として、医療療養病床に係る医療機関や患者のニーズの現状を把握・分析すべきである。その上で、政策として今後も病床転換を進めるのかどうかの方針を定めるべきであるとさせていただきます。選択肢につきましては、廃止から一部改善まで分かれたので、そのまとめといたしまして、抜本的な改善を提示させていただきます。皆様がおっしゃっているところにつきましては、今申し上げたコメントのところに集約をさせていただきました。

この評価結果案及び取りまとめコメント案に対しまして、御意見を頂きたいと思っております。いかがでしょうか。

(各委員了承)

○栗原委員

では、よろしければ案どおりとさせていただきます。以上で終了いたします。

○総括審議官

ありがとうございました。本事業第5セッションについては、これにて終了とさせていただきます。それでは、これで公開プロセスについては終了いたします。本日は長時間にわたって御対応いただき、ありがとうございました。