

## 第1回 医療WG

平成16年7月13日(火) 14時から16時

永田町合同庁舎第1会議室

### 1. 出席者

委員：鈴木主査、南場委員、長谷川専門委員、阿曾沼専門委員

有識者：全国社会保険協会連合会 伊藤雅治理事長

事務局：林内閣審議官、河野室長、宮川参事官、その他関係官

### 2. 議事概要

#### (1) 有識者ヒアリング(公開)

伊藤理事長より、医療計画の見直しについて資料に沿って説明。

わが国の非効率、非競争的な医療体制により、国民の不信感、不満感。医療機関情報の提供と患者の選択による競争促進、地域の医療機関の役割分担と連携が重要。

医療計画は、昭和60年、民間病床の増により「供給が需要を生む」状態を改善するため導入。

平成12年の改正で、一般病床と療養病床の区分を設け、その定着後に、病床の種別に応じて基準病床数を算定することとした。

医療計画を病床規制とその他の事項に分け、病床規制は、病床の種類ごとに要否を検討。その他の部分は、医療機関の機能分化と連携促進により地域で切れ目ない医療を提供できる体制を構築することが重要。

一般病床は、診療群別包括支払制度(DPC)の拡大、国際疾病分類(IDC)に基づく治療成績等の情報開示と患者の選択が機能すれば、病床規制は廃止すべき。

療養病床は、一般病床の在院日数の減少により療養病床が必要以上に増加しないよう、介護施設のベッド数との合計で基準病床数を考えるべき。

精神病床は、入院患者の最近の動向を踏まえ、条件さえ整えば在宅生活ができる約7万人の入院患者についての、地域での処遇に関する政策目標を反映して、医療計画を策定すべき。

医療計画策定のプロセスに、市町村、住民、患者等が積極的に参加すべき。

医療提供体制のあり方への提言

#### ・情報開示の促進と患者の選択による病院の競争促進

IDCに基づく治療成績の開示

必要最低限の開示事項の義務化

EBM(Evidence Based Medicine)に基づく診療ガイドラインへのアクセス

医療機関のHPの第三者認証の仕組み

病床規制の廃止（一般病床） 選ばれない病院の撤退

- ・ 地域における連携体制の構築と計画の実効性の担保（医療計画の主目的）
  - 医療圏における協議の枠組みの検討（重複投資の回避と診療機能の集中化）
  - 切れ目なく医療を提供するための連携促進
  - 開業医の教育の見直し（家庭医の育成）

## （２）質疑応答の概要（公開）

長谷川専門委員：現行では、都道府県が医療計画に何を記載するのか見えない。市町村の意見も反映されず、計画の評価もされていない。慢性の病床は病床規制を残さざるを得ないが、急性の病床は定額払い制にすれば病床規制は不要と考えている。理事長は、医療計画自体は残すべきと考えているか。

伊藤理事長：残すべき。病床ごとに区分して、地域における連携体制のみを記載するとか、連携体制と病床規制を両方記載する場合もある。医療の供給体制だけではなく、行政、病院関係者、福祉関係者、ボランティア、患者等が計画の作成段階から参画して、患者の視点から作っていくことが大事。

阿曾沼専門委員：医師の技量や人員配置について記載することをどう考えるか。

伊藤理事長：都道府県レベルでは、専門医の数や教育について記載することは困難。国レベルで検討すべき問題。

阿曾沼専門委員：行政が決定する医療圏単位では問題があるのではないか。

伊藤理事長：医療圏は生活圏域に基づいて都道府県が決めるが、病床規制との関係で老人保健福祉圏域とずれている場合もある。一致させるよう指導しているが、難しいところ。

鈴木主査：DRG/PPS（診療群別所定報酬額支払方式）推進のために、レセプトオンライン化、カルテ電子化を入口とした。そろそろ DRG/PPS 実現の基礎が蓄積されたと見ていいのか。

伊藤理事長：現在、DPC が始まっている。在院日数が減って人員配置も手厚くできることが期待される。今実施している特定機能病院では、患者を早期退院させても次がすぐ来てしまうが、実施病院が拡大していけば、効果が出る。

長谷川専門委員：DPC は一日定額払いで上乗せ分もあるので、在院日数を減らそうというインセンティブが低いのではないか。

伊藤理事長：DPC は、時間がたてば一入院定額払いに移行していく。とにかく定額払いを導入することが先決だった。

鈴木主査：DRG/PPS の導入目標をどれくらいにすればよいか。

伊藤理事長：現在は、手を挙げればどの病院でもできるわけではない。手を挙げればできるようにすることが第一歩。DPC による質の評価は、病院長へのアンケートに基づくランキングのような評価ではなく、しっかりしたものであることをアピール

していけば、やりたい病院も増える。

鈴木主査：それでも導入は遅々たるもの。ある段階で義務づけられるか。

伊藤理事長：義務づけは難しいかもしれないが、現場での最大のネックは、医師が協力してくれるかどうか。退院時にサマリーを作ったり、行政に報告したりする仕事をしてくれるか。医師のビヘイビアを変えるのはそう簡単なことではない。

阿曾沼専門委員：この2, 3年での目標は。

伊藤理事長：DPCのデータを積み上げていくべき。DPC実施病院は再入院率が高いなどという短絡的な意見もあるが、きちんと検証して、退院後もフォローすべき。私のところの病院ではやろうとしている。

阿曾沼専門委員：確認ですが、ナショナルセンターや大学病院は病床規制から外れているんですね。

伊藤理事長：今でも外れている。特別な機能があるということで線が引ければいいのではないか。

鈴木主査：現在、介護施設は全くカウントしていないのか。

伊藤理事長：老健施設は0.5でカウントするなど、色々工夫してきたが、介護も含めた総体として議論していくべき。

長谷川専門委員：病床規制が新陳代謝を阻害してきたのではないか。

伊藤理事長：医療計画の導入時に駆け込み増床が多くあった。どれだけ参入規制になったのかは分からない。

南場委員：情報開示の仕組みは必要。医療機関のHPの第三者認証は誰が行うべきか。

伊藤理事長：アメリカでは非政府組織。病院団体か、ユーザーサイドも入れるのか、考える必要がある。

南場委員：アメリカと比較して、日本の医療の非効率性を示すデータはあるか。

伊藤理事長：日本は病床が過剰で人員配置が薄く、500床に500人。アメリカは500床に1700人程度。その結果、1週間の入院で済むはずが2週間かかる。