

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第8回）
議事次第

平成13年11月7日（水）
9時30分～10時30分（目途）
厚生労働省省議室（9F）

議題

医療機関別の包括評価の導入について

中央社会保険医療協議会 基本問題小委員会議事概要（案）

1. 日時

平成13年9月26日（水）10:37～11:53

2. 場所

厚生労働省9階省議室

3. 議題

- ・高齢者医療に係る診療報酬体系の在り方について

4. 議事の概要

- 今回は、「高齢者医療に係る診療報酬体系の在り方」が議題とされ、関連する資料が事務局より提出され説明をした。これに関する主な質疑は次のとおり。

（2号側委員より）

- ・ 医療経済研究機構の資料は、全対象の1割にも満たない医療機関のデータしかなく、数字も非常に不備である。この資料をもとに議論はできない。

（1号側委員より）

- ・ この資料については、回収率等からいえばある程度の偏りはあるかもしれないが、現行の診療報酬制度からも、医療療養型には軽い患者を入院させ、介護療養型には重い患者を入院させるという動機が働きやすいことは考えられる。
- ・ 現実問題として社会的入院があり、介護保険を作るときには社会的入院の解消に2号側も賛成だったはずであり、今後もその軌道に乗せていくべきである。

（2号側委員より）

- ・ 社会的入院というのは一般病棟の話であり、療養病棟はもともと長期入院を対象にしているのだから、長期入院患者がいて当然である。

（1号側委員より）

- ・ 社会的入院に対する認識が少し違うが、どちらにしても今は介護保険があり療養型病床にも転換の道が開かれている。介護の必要がある方は介護施設に入ってもらえることができる。その意味では、医療機関に入院中の方で介護保険適用となる方が相当含まれており社会的入院の問題は残っている。
- ・ 基本的な方向は今日提出された事務局案でよろしいと思うが、案の中にある介護保険適用型療養病床の主たる対象者について事務局はどのように考えているのか。

（事務局より）

- ・ 理念として介護保険適用型病床とはこういう方を対象にしている病床だという典型的な例を書いたものであり、この方をどこかに移すということではない。

(1号側委員より)

- ・ リハビリの必要度について触れているが、漠然とリハビリの必要度と言われても具体的にどこがわからない。

(事務局より)

- ・ 現在の診療報酬では看護婦の配置等によって区別されているが、患者の様態によった点数評価の区分はない。入院期間によって遞減をするというような一本線ではなく、患者の様態によって何種類か設けたほうがよいと考える。

(1号側委員より)

- ・ リハビリは出来高的な部分に見えるため、どのような人に対するどのようなリハビリの必要度を判定するかというのは非常に大きな問題になる。

(事務局より)

- ・ リハビリの必要度が直接支払い方式と結びつくわけではないが、維持期のリハビリについては、出来高よりも包括の方が適切ではないかと考えている。それについても御議論いただきたい。

(2号側委員より)

- ・ 介護保険適用の患者さんに医療が必要になった時に、十分に医療的対応ができることが担保されていないと困る。その部分の見直しが必要である。

(1号側委員より)

- ・ 今は介護施設に入っていて急性疾病等にかかった場合は、移送するのが原則である。

(2号側委員より)

- ・ 急性発症等の場合に簡単に移送すればいいというわけにはいかない状況も当然ある。そのときの医療費用は何も担保されておらず、非常に問題が生じてくる。

(事務局より)

- ・ 介護保険適用病床でも、緊急時に行われた医療で転床できないようなときには、介護保険該当外の高度な医療については、医療保険から支払いを受けることになっている。

(2号側委員より)

- ・ 現在の制度では制限がきつすぎて対応しにくいので、少し考え直す必要がある。
- ・ 介護施設は病気になるリスクの高い人たちが多く入っている。現在のような保険者本位の制度ではなく、利用者本位に見直して利用者が安心してその施設で療養できるようにすべきである。

(以上)

中央社会保険医療協議会 基本問題小委員会議事概要（案）

1. 日時

平成13年10月10日（水）9：04～10：08

2. 場所

厚生労働省9階省議室

3. 議題

- ・高齢者医療に係る診療報酬体系の在り方について

4. 議事の概要

- 今回は、前回に引き続き、「高齢者医療に係る診療報酬体系の在り方」が議題とされた。関連する資料が事務局より提出され説明をした。これに関する主な質疑は次のとおり。最終的に、不安の起さないような改革の方向を考えるとということで、大筋において提示された方向で議論を進めることとされた。

（専門委員より）

- ・ 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、そのほかの施設はまだまだ不十分だと思う。どういう受け皿があるのかということになった場合、大変な社会問題となる。医療型には医療を必要とする人が入院加療を受けているわけなので、医療費で面倒を見てほしい。
- ・ 長期入院については、在宅の環境介護施設の充実が十分でないということが非常に大きな原因であると思っている。また、療養型の病床に入院している方々は、おむつ代などの保険外の負担をしている。保険給付の範囲の見直しを急激に大幅に行うと、大変な不安要因になって診療の継続というのは非常に難しくなる。

（2号側委員より）

- ・ 「医療ニーズが低く、介護施設や在宅での対応が可能な高齢者が「医療保険適用型」に引き続き入院している」とあるが、こういう認識は全く持っていない。医療型の療養病床に入っているのは、医療が必要だからである。制度改革そのものでお年寄りの医療はほとんどできなくなる、そういう状況が議論されようとしているときに、さらに医療の病棟からお年寄りを存在できなくするような検討はできない。

（1号側委員より）

- ・ 介護保険成立のときは、19万ベッドは介護型に移すと言っていた。しかし、現状は12万床に達していない。少なくともその問題をどうするかという問題があると思う。財政的に言えば、市町村にとっては、介護保険の方が公費負担の関係で有利なのではないか。介護保険に入ってくるのは困るという議論はおかしいと思う。主として介護のサービスが必要な人は、介護保険の給付を受け、介護療養型に移る方がより適切なサービスを受けることができるという意味でもいいのではないか。介護に移れば、おむつ代の負担も出てこない。患者にとっても円満な移行ができれば問題はないと思う。

(2号側委員より)

- ・ 介護は、当然介護保険でやるのだが、その中に含まれている医療まで介護の中に包括されているという状況がある。医療が十分できにくい状況になっている。

(1号側委員より)

- ・ 介護報酬の問題であれば、いずれ介護の費用に関する部会も招集されると聞いているので、そちらで議論をすればいいと思う。しかし、日常的なものは包括して介護報酬の中で支払う、しかし、特別の医療を必要とするケースについては、医療保険に請求できるということになっているため、ほとんど問題ないと思う。

(2号側委員より)

- ・ 医療費の伸びを抑制したいということは、十分に認識できる。しかし、診療報酬のために医療費が伸びているという考え方には賛成できない。日本の医療は、低医療費政策の中でやられてきており、技術評価その他にしても、十分な評価はされていない。その上に、給付率を下げる、患者負担を引き上げるといった状況が出てくれば、医療そのものが十分に行えない。そういうものの検討は困るということを申し上げている。

(1号側委員より)

- ・ 確かにこのような政策によって、医療費が結果的に縮小するということは起こり得る。しかし、そもそも介護保険をつくったときに、介護を主体とする患者については原則として介護保険の適用対象にするという考え方があったしと思うし、その考え方は正しいと思う。介護を主体としたサービスを受ける必要がある方については、介護施設で対応した方がより適切なサービスが受けられるので、このようなことをやるべきだと思う。

(2号側委員より)

- ・ 不必要な長期入院は解消すべきだということは、前から言っている。しかし、医療的対応が必要な患者さんに対し、十分な医療が提供できないというのは何とかしなければいけない。

(公益委員より)

- ・ 今日のような意見は、今後、具体化をしていく場合に気をつけていかなければならないものと思うが、提示されている案は、医療の必要性のある人を他の施設に移させるとか、在宅に移行させるというようなものではない。

(以上)

医療機関別の包括評価の導入について（案）

1. 基本的な考え方

- 入院医療については、これまでも、老人医療等を中心に包括評価をすすめてきたところであるが、良質な医療を効率的に提供していく観点から、包括評価の範囲を拡大することとしてはどうか。
- その一環として、これまで、機能分担の促進の観点から、入院医療を重点的に評価してきている医療機関について、各医療機関の特性を生かした適切な医療提供ができるしくみとなるよう、医療機関別の包括評価を導入することとしてはどうか。
- また、その際、包括評価の短所として指摘されている過少診療を防止し、良質な医療を適切に評価する観点から、救急医療など、医療機関の機能を適切に評価するしくみを導入してはどうか。

2. 具体的内容

(1) 対象医療機関

- 大学病院など高度な医療を提供する医療機関を対象とすることとし、特定承認保険医療機関制度を活用してはどうか。
- 大学病院など以外であっても医療機関別の包括評価を希望する医療機関については、病歴管理体制など一定の条件の下に、対象としてはどうか。

(2) 診療報酬体系

- 対象医療機関における入院について、段階的に入院診療報酬体系の見直しを行っていくこととしてはどうか。
- 具体的には、対象医療機関に係る入院診療報酬について、疾病ごとの患者1人当たり、1日定額を原則とすることとしてはどうか。

- 疾病ごとの1日定額の具体的水準は医療機関ごとに定めることとし、当該医療機関の前年度の入院診療報酬を参考に設定とすることとしてはどうか。
- 疾病ごとの1日定額が設定し難い場合には、手術や放射線治療、高額な医薬品（抗がん剤、血液製剤等）について、定額の範囲から除くなど患者の病態等に配慮しつつ、患者1人1日定額とすることとしてはどうか。
- 疾病ごとの1日定額の実施状況等を踏まえつつ、医療機関単位で、疾病別の包括払いを検討することとしてはどうか。
- また、包括評価の短所として指摘されている過少診療を防止し、良質な医療を適切に評価する観点から、例えば以下の事項を勘案することを検討してはどうか。
 - ・ 重症患者の受け入れ実績
 - ・ 紹介患者の受け入れ実績
 - ・ 救急患者の受け入れ実績
 - ・ 医療従事者の指導実績
 - ・ 新規技術の導入実績
 - ・ 医療安全対策の実績

等

(3) その他

- 医療機関別の包括評価の対象となった医療機関について、特定療養費制度のあり方を併せて検討することとしてはどうか。