

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第1回）
議事次第

平成13年3月14日（水）
11時00分（目途）～12時00分
厚生労働省9階省議室

議題

- 1 診療報酬体系に係る今後の検討事項について
- 2 その他

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12年11月8日（水）10:04～11:47

2. 場所

厚生省特別第1会議室（本館7階）

3. 議題

- ・急性期入院医療診断群別定額払い方式の試行に係る見直しについて

4. 議事の概要

- 前回の小委員会における指摘を踏まえ、事務局より「急性期入院医療の定額払い方式の試行に係る当面の見直しの考え方」に関する資料が提出され、説明を行った。その後、2号側委員より、日本医師会が実施している調査等について、説明があった。これらに関する主な質疑は次のとおり。

（1号側委員より）

- ・ 2号側委員はPPSにこだわっているようだが、健保連のデータ収集は、PPSの設定を目標にしたものではなく、データの収集を主眼にしたものであることを申し上げておく。PPSの設定とDRG分類による特性の把握は、関連性はなくはないが、一応二段階の議論になっていくだろうということを申し上げておく。

DRGについては、継続検討が必要ではないか。DRGで行ってみて、残る部分は一体何なのかということを確認にできるのではないかと考えている。急性期のDRG分類とそれによる診療報酬の設定を最終目標として考えているが、当面の問題は、十四年の改革に向けての議論であって、その場合の中心課題は、老人医療及び慢性期医療の問題である。急性期の問題をDRGで分析することによって、残った部分が何なのかを研究しながら、最終的にPPSの方向で議論するのではないかと考えている。しかし、今の状況で十四年に全般的なPPSの導入まで踏み切れるかどうかということについては、まだ多分に疑問は残ると思っている。

健保連の調査に対する御意見ですが、健保組合立の病院及び企業立の病院は、いずれも赤字補填を受けている。国立病院もコストデータをとって、赤字部分を含めたコストという形で勘定すれば、診療報酬は八割しかもらっていないという形になる。こういう結果については、診療報酬が安いということではないかと言うだろうが、一概に安いと言っていいのかわかるか。保険で全部カバーしろということでは、我々の方としては乗り切れないということになる。

（2号側委員より）

- ・ 保険で全部カバーしろとは言わないが、安いという認識は持っていただきたい。

（1号側委員より）

- ・ 国立病院などは、経営体質について、もっと合理化すべき点があるのではないかと、

政策医療という議論にも絡んでくる。

(2号側委員より)

- ・ 個別の医療機関の問題になればまたいろいろ検討してみなければいけないと思う。

(1号側委員より)

- ・ どこまでが急性期としてカバーできる部分なのか、カバーできないものは何なのかという辺をはっきりさせていくことが必要である。今回の試行について言えば、急性期は全部包括的にカバーできるようなデータ収集を基本としてやってほしい。その上で残るものが何かという点をはっきりさせて次の段階の議論に移っていきたい。事務局の説明で、六割と言っているのは一体どういう意味の数字なのか、教えていただきたい。

(事務局より回答)

- ・ 研究班の先生方におつくりいただいたデータがマザーの分類になるわけですが、これでカバーできるのは、全体の患者の75%位です。その中で、定額払いを設定できる診断群でカバーできるのが全体の60%ということである。

(1号側委員より)

- ・ 対象になっている病院では四割も特殊な疾病があるのか、そんなに多くの数の慢性期疾患の患者を入院させているのか。

(事務局より回答)

- ・ 慢性期の疾患もあり、また、定額払いは一定数以上の症例が集まったものについて設定しており、それに満たない症例の方々を合わせるとそれぐらいになる。

(1号側委員より)

- ・ いずれにせよ、DRG方式になじまないものはどのようなものかという点が問題になってくる。急性期病院にどのような人が入っていて、残りの部分の病気はどのようなものかということが次の議論のテーマになってくる。今後の進め方として、厚生省提案で進めていくことについては結構である。ただし、健保連の調査研究については、これに沿ったデータも出せるような形にしたいと思っており、医師会側も、それに該当するようなどころは共通データとして使えるような形にやっていただいたらどうかというのが意見である。

(2号側委員より)

- ・ この試行自体に非常に問題があるということを再三申し上げてきている。この前の報告を見ても、非常に問題が大きい。したがって、これ以上試行を続ける意味があるのかどうかという点を申し上げておかなければいけない。今の十病院については五年間の試行ということを当初決めているのでやむを得ないが、データ収集に切りかえても、かなり多くのデータを集めて、しかも長期間対応しないという結果が出てこないと思う。

結局、DRGに対して各医療機関が対応できていない。そのため大きなばらつきが出てくるわけで、DRGの認識を各医療機関がきちりと持ち、そういう認識で診断をし、対応していくことによって、だんだんと一致点が出てくるのではないのか。

民間病院も加えてのデータ収集の問題であるが、大学病院は国立も公立も民間もあるわけで、これを調査としてやる方が意味があるのではないか。それから、分類を増やすということは、データ収集の上で、当然必要になってくる問題ですから、検討してもらうということは当然だと思う。転帰と再入院率については、最初に問題だと思ったところ

るであり、転帰については、医師個人の主観でやるわけだが、一定の条件や基準を設け、こういう場合にはこういうふうに判定するというをやればできるはずではないか。また、再入院率についても、退院患者について一定の期間追跡調査をすれば、はっきり把握することが出来るので、やはり検討し直した方がいいのではないか。

(1号側委員より)

- ・ 何十兆に及ぶ医療費の診療報酬をどうしていくかという議論の基礎的な部分ですから、十億かかろうと百億かかろうと、少なくともそのぐらいの程度までは注ぎ込んでもきちんとしたことをやってほしいと思っている。

(事務局より回答)

- ・ これまでの議論で、大学病院の話、それから小規模病院についての議論というのがあり、その二つについて、文章で整理をしたつもりである。大学病院を対象病院にすべきではないかという点については、大学病院に強制的にやらせるということは不可能なので、協力をしていただけるところがあれば、そこを対象としていくということを考えていけばよろしいのではないかと考えている。

(2号側委員より)

- ・ 過去の国立病院を対象にした調査研究であるが、検討委員会として議論を詰めて試行に踏み切り、なおかつ調査結果の報告を受けて、それをどう分析、解析するかという議論はやられたと思うが、もし同じ構成メンバーでやるのであれば、前回の試行調査の結果を踏まえて、落とし前をつけてもらわなければならない。

そういうことをきちんとやらなければ、また同じようなある意味評価にたえられないような報告を中医協に提出せざるを得ないのではないかという気がする。

(事務局より回答)

- ・ ご指摘のとおりであり、内容を最終的に詰める場合には、調査検討委員会の方にお諮りし、案として整理をしたものを中医協で最終的に御了承をいただく形をとりたいと考えているが、その中で今の指摘を踏まえ、意味のあるデータがとれるように議論していただきたいとお願いしようと思っている。

(以上)