

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会議事概要（案）

一. 日時

平成14年9月27日（金） 15:53～16:41

二. 場所

厚生労働省省議室（9階）

三. 議題

特定機能病院等における包括評価について

四. 議事の概要

（事務局から特定機能病院等における包括評価について資料の説明）

（2号側委員より）

- ・ 今回の包括評価と、いわゆる急性期入院医療の診断群別の定額払い方式のモデル事業や病院に対して実施している診断群分類を用いた調査とはどのような関係なのか。

（事務局）

- ・ 今国立病院等において実施している事業は1入院当たりの包括評価であり、来年10月までの5年間かけて試行することとなっているので、そのときに別途御議論をいただきたい。
- ・ 今回は特定機能病院における包括評価を御議論いただいております、データも特定機能病院から頂いたものを基にやるものであり、そういう意味では全く別なものであると理解していただきたい。

（2号側委員）

- ・ 全く別のものとの説明があったが、共通部分はあるのだと思う。
- ・ 診断群分類は専門学会の意見を伺うと同時に、特定機能病院の先生方の意見もいただいて、情報交換を行いながら最終的な形を作るべきではないか。
- ・ 今日問われている検討課題については、それらを判断できるような資料、データが整っていない状況にある。この状況において、今後のスケジュールの中で判断を求められていくことは非常に不安である。責任ある立場で判断していきたいと考えているので、判断できるような材料・データをできるだけ早い機会に提出していただきたい。
- ・ 説明資料の「包括評価の算定方法」にある「実績を医療機関別の評価に反映させてはどうか」という項目については、これでは具体的なイメージがわからないので、具体的な評価の中でこういう反映の仕方があるというところまで説明するよう配慮

していただきたい。

- ・ 医療機関相互の評価という横軸の評価に重点が置かれている。その中で診断群分類というのをいざるを得ない、というのはそのとおりであると思う。また、縦軸方向の評価方法、つまり、前年度実績で診療報酬を仕組むけれども、これについては改定年度にどういう具体的項目によってどう評価されるのだということ、そこを十分に説明していただきたい。
- ・ 特定機能病院の話や意見を伺っても、それを適切に判断できるような材料、資料やデータがないままにヒアリングをすると我々の役割は何かという話にもなるので、そういう意味でデータ集めは相当急がなければならないと考えている。
- ・ 実際に調査結果があがってくる前に包括評価の導入に関する議論を行うというスケジュールは、先程述べた点が考慮されるのか非常に心配である。この包括評価がうまくいかないとある意味では診療報酬の大幅な見直しの第一歩が挫折する可能性もあるので、心してかかっていたいただきたい。

(1号側委員)

- ・ 対象患者は「原則として一般病棟に入院している患者」とあるが、一般病棟以外には何があるのか。
- ・ 包括評価の方法は「患者の1人当たりの1日当たりの包括評価を原則」とあるが、これは、いくらでも長く入院させればよいということになり、問題ではないか。急性期は定額制という議論があるのは、急性期には一応の終わりがあるからなのだという考え方によるからであり、平均在院日数の問題が資料に書いてあるものの、そこが明確でないのは問題ではないか。
- ・ 「医療機関ごとに異なる診療行為の組み合わせがあるので具体的水準は各々の医療機関の状況に配慮」とあるが、医療機関ごとに異なる診療行為の組み合わせがあるというのをおかしいのではないか。
- ・ 特定機能病院は医療機関ごとに異なる診療報酬でいくというのであれば、期限の定めか何かしなければならないと思う。

(1号側委員)

- ・ 大学ごとの平均在院日数に大きな差があるということについては何が異なるのか非常に興味があるが、やり方が異なると言われると疑問を呈したくなる。
- ・ 包括評価の範囲については、手術等の技術料は外すというのが一応国立病院の時にとった考えでもあり、技術料部分は外すのだと思う。
- ・ 特定機能病院の評価項目については、前年に基づいた平均値を出すときに、その中に何が入っているのかが問題となる。前年度実績の中から、ここに書いてある評価項目に関連するような要素は全部排除して平均値を出すことになるのか。例えば、重症患者等を入れて平均値を出しておいて、もう一度重症患者等の受け入れ実績を評価するならば、二重評価になる。
- ・ 月ごとの請求は、そうであるとも思うが、多少議論が残るかもしれない。
- ・ データを提供してくれる標本病院のようなものは必要だろうと思う。ただ、格差の実態を反映するような病院でなくてはならないので、手挙げでいいという説明は納得できない。

- ・ この制度の改定時期については、診療報酬を2年ごとに改定しているのでそれに合わせていくということが考えられる。
- ・ きちんとした内容で実行できるような日程を考慮してやるべきである。

(2号側委員)

- ・ 今回の包括評価が特定機能病院だけの問題であれば、特定機能病院としての目的を果たさせているかどうかが大変である。特定機能病院でしかできない医療を国民に提供するという点を評価するものを作らないと意味がない。
- ・ 特定機能病院は手挙げなので、例えば医療費を減らすようなことであれば、特定機能病院を返上して普通の病院となった方がいいという話になりかねない。そこを十分に考える必要がある。

(事務局)

- ・ データについては、なるべく議論できるようなものにもっていききたい。
- ・ 分類に関しては、現場の方々の意見等をよく踏まえて分類の精緻化をさせていただきたい。

(会長)

- ・ スケジュールを含め、もう少し考えを整理して欲しい。1・2号とも包括評価の導入は重要であるということは理解している。皆が判断できるようなデータを提供するという点を前倒しで行わないと間に合わない。その点は是非お願いする。

(日程について議論があり、大学関係者よりのヒアリングを行う前に、もう一度包括化の議論を行うこととなった。)

以上

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会議事概要（案）

1. 日時

平成14年10月16日（水）11:05～12:05

2. 場所

厚生労働省専用第22会議室（18階）

3. 議題

特定機能病院等におけるの包括評価について

4. 議事の概要

（事務局から特定機能病院等における包括評価について資料の説明）

（2号側委員）

- ・ 今回のα版は各分野、各科の教科書的な分類であると理解している。予後や治療内容を推計するに足るものではないし、在院日数に影響するところに踏み込んだ分類ではない。
- ・ 小項目を見ると症例数が非常に少ない。そこを含め、どこで線を引いて包括の支払い方式を導入するか、最終的にはそこが議論の大きなポイントになるのではないか。
- ・ 各特定機能病院の外来の評価をどうするか。入院は包括になって、外来はそのままというのであれば、特定機能病院が本来果たす役割から外れる方向に行きかねない。外来の機能をどう評価するかに視点を当てた調査に取り組んで欲しい。
- ・ データクリーニングを行ったと言うが、具体的にはどのようなものがなくなっているのか。死亡退院の患者はどのような扱いになっているのか。

（事務局）

- ・ ロジック的にありえない数字をはじいている。また、24時間以内の死亡はチェック項目となっている。このデータの数字には入っているが、実際にどのくらいの患者数かは手持ちでは持っていない。

（2号側委員）

- ・ 死亡者はまったく意味が異なるので、分からないままにデータに入っていると影響を与える可能性がある。

（事務局）

- ・ 24時間以内の死亡などは、別な取扱いが必要ではないかと考えている。

(1号側委員)

- いずれレセプトデータの集計もあるなら、入院期間にこれだけ差があって、実質的な医療行為にどれほどの違いがあるのかということが出てくるのか。医療行為について、日数の違いに影響しているものは何かというのが分かる集計をやって欲しい。

(事務局)

- 検討する。

(2号側委員)

- 在院日数の資料を見ると平均値で物事を進めるには疑問が残る。
- 資料の中の94477というコード番号の医療機関は、昏睡状態のスケールが大きく、入院時の併存症を有する患者の率が非常に高く、紹介率も高い。このようなところは他と区別して内容を見るができないのか。包括評価の指標を仕組むときに参考になる可能性があると思う。

(事務局)

- この辺のところは少し整理したいと思う。

(会長)

- カルテベースで調べたものと、これに対応するレセプトベースのデータは集まるのではないか。

(事務局)

- どのような薬を使用したかなどの細かいことは把握できないが、手術のような調査票段階で取れているものはうまく評価できると考えている。

(1号側委員)

- 外来の議論が直ちにできるかは別として、外来のデータも同時に収集し、可能ならば分類方法を工夫する余地があるのではないか。結論が出せるかどうかは、外来の方がはるかに難しい問題があると思うが、専門外来のようなものであれば、ある程度疾病別の分類が可能なものも出てくるのではないか。

(2号側委員)

- 入院の包括評価と外来の評価は連動する部分がある。一般外来や紹介率、特殊外来などに視点をおいて調査すれば、それほど膨大な調査にはならないと思う。どこに視点を置いて調査をするのかによって、今回の議論に含まれるのか、この次の議論になるのか、が出てくるであろうから必要なものはデータとして入手しておくべきである。

(1号側委員)

- 今回は、4月ということでスケジュールが決まっているので、外来まで同時決着するのは難しい。しかし、入院と外来は関連する問題が含まれている点もあ

るので、データを収集できるものもあるかもしれない。

(2号側委員)

- ・ 資料の中で医療機関別の評価の指標として整理されている、たとえば紹介患者の受け入れ、救急患者の受け入れ実績などはそれほど時間をかけなくても必要なデータは取れるだろうと思う。診断群分類まで踏み込んだ形で外来の評価をどうするかについては非常に難しいが、こういう項目を導入するのであれば、それなりの調査は必要ではないか。

(事務局)

- ・ 紹介患者の受け入れなどの定性的な調査は行うつもりである。しかし、たとえば特殊外来にどのような患者が何回ぐらいの頻度で来ているかというようなグループのパターン化を目指した定量的な調査は時間を要する。

(1号側委員)

- ・ 包括評価導入に関する論点や評価項目については、診療報酬、医療内容、医療の質の評価に直接関係してくるかどうかを頭において決定すべきである。
- ・ 入院日数が長ければ総医療費が高くなるという関係になるのであれば、そこはしっかりやらなければ困る。

(事務局)

- ・ レセプトデータが出てきたところで、診断群分類ごとのデータを見ながらそれぞれの分類ごとの意味付けも含め、平均在院日数についても御議論いただきたいと考えている。

(2号側委員)

- ・ たとえば、検査入院や手術はしないが、併発症状をコントロールする必要があるケースなどをうまく捉えることができるか。レセプト調査によりある程度推測できると思うので、そのようなデータを早めに我々に示していただきたい。

(1号側委員)

- ・ 支払方法を月別請求にすることはやむをえないと考えているが、国立病院の試行においては退院時にコードを決めていることからすれば、月別請求にすると、確定診断が出ない場合の最初の一月分はどういう分類で請求するのかという話が出てくる。他にも検査入院は連結して数えるべきではないかなどいろいろな問題がありうるので、そのような点を踏まえて答えを出すべきである。

(次回は、10月30日に特定機能病院等の包括評価について大学関係者からヒアリングを行うことが了承された。)

以上