

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30日（水）10:00～12:06

2. 場所

厚生労働省議室（9階）

3. 議題

特定機能病院等における包括評価に関するヒアリングについて

4. 議事の概要

- 特定機能病院等における包括評価について、全国医学部長病院長会議を代表し、

西岡清氏（東京医科歯科大学医学部附属病院長（全国医学部長病院長会議会長代理））

原正道氏（横浜市立大学医学部附属病院長）

柿田章氏（北里大学病院長）

からヒアリングを行った。これに関する主な質疑は次のとおり。

（2号側委員）

- ・ 特定機能病院の役割は、保険診療に直結する部分ではどのような点があるのか。また、特定機能病院の外来機能についてどのように考えているか。
- ・ 包括評価をするために診断群分類を導入するにあたっては、包括の範囲をできるだけ早く決めなければならない。
- ・ 現在の準備、調査は初年度にターゲットを当てたものであるが、次回改定に向けてどのような準備が必要と考えるか。
- ・ 特定機能病院間の経営財源の差異を踏まえなければ、包括評価は難しいと考えるがいかがか。
- ・ 診断群分類α版を踏まえ、さらに精緻化された診断群分類を準備すべきと考えているが、特定機能病院の方々と事務局との意見交換は進んでいるのか。
- ・ 各診療科ごとにどのように配分するのか。
- ・ 特定機能病院が救命救急センターを持っているか否かの差異を診療報酬上どのように表現できるのか。また、救命救急センターを持つことで受け入れなければならない患者の問題を評価するのか。

（西岡氏）

- ・ 特定機能病院の役割は地域によって異なる。地域の中心病院という形での活

動が中心のところと先進医療が中心のところなどの差が出てくるので、それぞれの背景を踏まえた医療費が必要と思う。

- ・ 精緻化したDPCを導入しないと医療現場は混乱する。導入後も医療データ、医療コストを集めてDPCを作成する努力を続ける必要がある。
- ・ 大学病院では外来患者が多いことは確かであるが、当病院では、病院連携を構築して紹介患者を中心とすること、患者を逆紹介することを検討し、構築しているところ。

(柿田氏)

- ・ 外来の患者数は、特定機能病院の特性についての患者へのアピールや地域との連携により下がってきている。
- ・ 診断群分類の範囲は、スタートの段階で95、6%まで包括するのではなく、特殊なケースについては手術や薬を外すなどトライアルを繰り返しながら全体の医療を変えるという方法であれば、病院側も対応が可能と考える。
- ・ 次回の改定の準備には不安がある。今回、全病院からダブルで実態のデータを出すことは相当な負担である。次回は何らかの方法でサンプルとして集積することは可能と思う。
- ・ 私立と国公立は財源が大きく異なるので、御支援をお願いしたい。

(原氏)

- ・ それぞれの公立大学は地域的な事情が異なる。例えば、カウンターパートとして国立病院を持っている場合は、公立病院は市民病院的な使命を課せられる。改定に当たっては、公立大学特有の事情にも配慮していただきたい。
- ・ 公立大学特有の事情としては、地方自治体の条例による制約がある。

(1号側委員)

- ・ DPCの問題はなかなか厄介ではあるが、中医協としては四月に実施することを決めているので、四月実施を目標にしてできるだけ努力を重ねていく。
- ・ 診断群分類については、大学側からも建設的な意見を出していただき、良い分類を作っていただきたい。
- ・ 良い分類とは、ばらつきの少ない分類となるが、ばらつきが出るというのは、分類自体の問題と実態としての医療にばらつきがあるという問題の両方があると思う。
- ・ 分類の精緻化に関しては、むやみに細かいものでは困るので、診療報酬の簡素化や効率性も頭において考えていきたい。
- ・ 新しく実施する安全対策のためのコストを今回の改定の中に織り込むのはなかなか難しい。
- ・ 準備経費については、従来の点数請求のデータと新しい体系によるデータを二重に請求するので、それらのコストに対する手当てをどうするかは問題としてある。
- ・ 次回の改定に向けて、内容のデータや点数表のデータが必要になってくる。これらを全部の医療機関で取るのではなく、ある程度グルーピングして代表的なところだけデータを取ることもあるかもしれない。

- ・ 平均在院日数の違いを全部地域事情と説明するのは違うのではないか。白内障の手術などは日帰り手術ができるにもかかわらず、大学病院全体では白内障の入院日数が8.3日とある。これはいったいどうなっているのだろうか。
- ・ 大学全体の財務状況を取りまとめて見せていただきたい。また、大学病院の周辺の支援状況や病院との関連などのデータを勉強したい。
- ・ 救急の特殊ケースはDPCの適用外になるのだろうかと思う。これについては、外来同様別個の問題として議論する必要があると考えている。
- ・ 適用範囲については、急性期の患者の90%以上とするなど適用可能なものは全体的に適用することが正しいと思う。出来高とDPCを選択できることとした場合には、出来高請求へ回す病院があると困るので、適用範囲は可能な限り広い方が良い。
- ・ 診療報酬体系はどこの国でもなかなか完全なものではない。今回も一応実用に耐えられるものを作って四月からやって、二年、三年のところでいろいろと手を入れていくこととなると考えている。
- ・ 1日当たりよりも、一入院あたりの支払い方式のほうがばらつきが小さくなるのではないかと思う。

(西岡氏)

- ・ 平均在院日数の細かいデータは厚生労働省にあるので、番号だけでなく全データを明らかにして、私たちに解析させていただきたい。
- ・ 技術料を包括範囲外にすることについては、外科のように技術料を包括範囲外にすることが簡単なものもあれば、皮膚科のようにどのような形で技術料を評価するのか難しいものもある。そういったものをどう考えるかご検討いただきたい。
- ・ 一入院あたりの包括のほうがばらつきが少ないのではないかと指摘であるが、かつて検討した限りでは、一日あたりよりももっと幅広いばらつきが出たことがあった。
- ・ α版の分類に無理に入れていくとその他分類がたくさん出てくるので、実際の医療費データをもとにして精緻化をするべき。
- ・ 病院機能のコンピューターシステムと連動してソフトを組み替えなければならないので、残り5ヶ月でコンピューターシステムを準備するのはかなり苦しいと感じている。

(1号側委員)

- ・ コンピューターシステムの問題はあるかもしれないが、4月を目標にして最大限の努力をするというのが現時点の方針と考える。
- ・ 技術料を包括範囲外にすることについては、確かに外科以外は難しいが、そこは皮膚科の技術はこういうものだとこのところを固めて示して欲しい。レセプト一枚あたりの医療費を基準として医療費が高いか低いかということは非常に原始的な議論である。それに比べれば、疾病分類ごとの医療費をもとにして物事を考えていくことは進歩であると思う。
- ・ 平均在院日数のデータを大学名入りで公表されたら困る事情があるのか。

(西岡氏)

- ・ 大学の名前が公表されるのはやぶさかではない。むしろ出たほうが改善策への取組みが出てくると思う。

(2号側委員)

- ・ DPCはICD10から教科書的な分類を試みたもの。その点はDRGと区別して議論すべきである。
- ・ 包括をどうするか考えるとき、診断群分類を切り口とした包括のパーセントと、包括の内容のパーセントという二つを考えなくてはならない。診断群分類で90%以上カバーしたものにすることは前者であり、後者は医療材料や免疫抑制剤のようなアウトライヤーの位置付けをどうするかという問題。これらは両方併せて議論していくべきである。

(1号側委員)

- ・ 一人一日当たりの診療報酬はすでに長期慢性疾患でやっている。だから、それだけでは足りないことは確かである。平均入院日数のような要素をどう組み合わせるかが一番難しいが、一人一日だけと言うと平均在院日数が長いところが奨励されるような診療報酬体系になってしまうが、そのようなものを作る気は全くない。
- ・ 糖尿病の教育入院は本当に健康保険で払うのか疑問のあるところ。教育入院の定義が施設によりまちまちと言うが、分類項目に入れるのであれば、はっきり決めていただきたい。

(2号側委員)

- ・ 特定機能病院の使命が適切に評価される制度にするために今回の改定を行なうのだから、特定機能病院としての機能を果たしているところにはそれに対する対価としての報酬が支払われる一方、機能を果たしていないところはマイナスにすべきである。
- ・ 特定機能病院ごとに評価して欲しい項目について意見を伺いたい。

(西岡氏)

- ・ 同じ特定機能病院でも、特定機能病院としての使命・役割に差があるので、そういった事がわかる調査もしていきたいと思う。

(原氏)

- ・ 高度先進医療の承認までの日数を短縮していただきたい。

(柿田氏)

- ・ 救急などのステイブルとなった患者をフォローする施設の問題を解決するためのバックアップシステムを構築してほしい。

(1号側委員)

- ・ 平均在院日数が長いところは本来もっと短縮すべきなので医療費を少なく

し、平均在院日数が短くて内容的な評価ができるところには医療費を多くするほうがいいのではないか。

- ・ 後方整備という話は、受け入れ体制がないというだけではなく、大学側の考え方という側面があるのではないかと思う。

(2号側委員)

- ・ 平均在院日数を指標にすることには反対しないが、入院の日数が短いことの内容、長いことの内容をきちんと追求しなければならないし、長いことによって何らかの機能を果たしているのかを考えなくてはならないと思う。

(1号側委員)

- ・ 平均在院日数が一番分かりやすく、データもそろっているから議論が集中しやすいが、それが全てだといっているわけではない。それ以外に評価すべき要素があるならばそれは2号側から示して欲しい。
- ・ 日本の急性期病院においては、平均在院日数は20日を切ることがとりあえずの目標ではないかという感覚で意見を出している。

(西岡氏)

- ・ 今回の指摘を踏まえて、我々のほうでも様々な調査を行なわなければならないと思う。結果が出てきたらまたこの委員会に提出して議論いただきたいと思う。

(次回は、11月13日に調査小委員会、11月27日に総会と診療報酬基本問題小委員会を開催することとなった。)

以上