

# 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1月29日（水）10:00～12:16
2. 場所  
専用第18会議室（17階）
3. 議題
  - 1 特定機能病院等における包括評価について
  - 2 高度先進医療制度について
4. 議事の概要

## ○議題1について

（事務局から資料の説明）

（2号側委員）

- ・ 在院日数に応じた評価についてどのパターンをとるか、ということについては今日決めなければならないのだろうと思うが、それ以外については、必ずしもこの場で決める必要はないと考えていいのか。

（事務局）

- ・ 診断群分類係数については、一度医療機関に返し、データを確認していただく必要があると考えているので、この係数についてはここで決定しなくても良いと考えている。

（2号側委員）

- ・ 診断群分類別係数案に在院日数の算術平均の数値が載っているが、この算術平均に標準偏差を加えた数値を見せていただきたい。
- ・ 資料2において示されている在院日数に応じた一日あたり平均点数は全症例の平均値であり、実際には、各診断群分類ごとに評価するという理解で良いのか。

（事務局）

- ・ そのとおり。

(2号側委員)

- ・ 例えば、白内障の手術は初期費用がかかるので、実点数データよりも高くなると思うが、どうか。

(事務局)

- ・ 手術などが出来高であるため、それほど極端には高くないと考えている。

(2号側委員)

- ・ 資料3について。これらを具体的な評価の指標として客観性を持たせることは技術的に難しいと考える。客観性を持たせるためのスケールでもスコアでも想定されるものがあれば示していただきたい。
- ・ 資料4について。もう少し議論をしなければならないと考えるが、議論する時間的余裕があるという理解でいいのか。

(事務局)

- ・ 次回御議論いただきたいと考えている。

(2号側委員)

- ・ 初年度の評価の仕組みと同時に次回改定に向けての評価の仕組みをある程度確定する必要がある。
- ・ 資料6のようなデータを見せられると、インターフェロン等の使用の有無により分岐させて評価することが可能であることが理解できる。これら以外で特定機能病院の先生方から要望があった高価な薬剤に関してもデータを出すことを希望する。
- ・ 特定療養費制度そのものは導入時の考え方とずれた方向にきていると考えているので、資料7については、特定療養費制度そのもののあり方も含めて議論をしなければならない。その上で、各項目について、我々の考える定義と合致するかどうかについて意見を述べたい。

(1号側委員)

- ・ 在院日数に応じた評価については、基本的には三段階という考え方で良い。しかし、白内障のようなものにも本当に段階があるのか疑問がある。
- ・ グラフを見ると第一段階の診療報酬の設定は現在の診療報酬に比べて低めに設定されており、また、第二段階の設定は全体的に高めの設定になっているのではないかと。今回は現状をそのまま定額制に移行させるという考え方であるから、第一段階又は第二段階が低い又は高いという議論になると思うので、なるべく出来高の水準に近いレベルの階段が設定されるべきと考えている。

- ・ そのような観点から、資料にある20%、15%及び10%とはどのような関係にあるのか説明して欲しい。
- ・ 資料3について。今回の包括化は現状をそのまま移行するという考え方であるから、現行の診療報酬において評価されている「紹介率」などについて、何らかの係数による評価とすることは問題ない。しかし、「新たな評価」というと新点数の設定という話にならないか。新たな係数を入れるとなると財源の問題などもあり問題となる。今回の改定は、今の体系は変えるが、新点数を導入するという意味での改定を行うというものではないと考える。
- ・ 資料5については、これで良い。
- ・ 資料6について。ある程度標準的な方向を探ることも考えるという意味で、このような考え方で良いと思う。
- ・ 特定療養費制度については、いろいろと問題を含んでいると思う。例えば、「海外等で有効性が認められており、保険未適用」とはどのようなものか。「特区」や新聞報道において、有効性が認められているのに中医協では認めていないかのように議論されているのは心外である。どのようなものがどれほどあるのかを説明して欲しい。イレッサのように有効性が認められているものを使ったら人が亡くなる問題も起こっているので、「有効性が認められる」とは何かを教えて欲しい。
- ・ 混合診療については中医協としてきちんと議論をした方がいいかもしれない。
- ・ 特区についてもどのような話が出ていて、どのように処理されようとしているのかについて報告していただきたい。

#### (事務局)

- ・ 資料2の平均在院日数における階段の点数については、実態の点数を踏まえて設定したいと考えている。医療費に占める比率からすれば15%で実数に大体見合うと考えている。

#### (1号側委員)

- ・ 平均在院日数については、15%でも20%でも大差はないのではないかと。実数値はどうなっているのか。15%でよいが、基本的には、入院期間の初期をしっかりと評価すべきと考えているので、そこはしっかり押さえたい。日本の入院日数は長すぎるとの声もあるので、今回の改定においても、平均在院日数が短い方が多少有利になるくらいが一番良いと思うが、そういう観点で15%が良いか。

#### (事務局)

- ・ 平均在院日数が長い医療機関も努力しているけれども縮まってこない現実も踏まえ、激変緩和的な部分も残しながら中間値を取ってはどうかと考

えている。

(1号側委員)

- ・ 長いところに配慮して15%にすると、長いところに有利な結果にならないか心配になる。入院期間の初期が医療全体の核心の部分であるから、ここを評価しないと困る。
- ・ 医療機関が努力していると言うが、京都大学や大阪大学は5年前と変わっていない。

(事務局)

- ・ 平均在院日数よりも長い期間は今よりも報酬額が低くなっており、決して長いところを評価するものではない。今後、医療機関においては在院日数を短縮するインセンティブがかなり働くと思う。そのときに一所懸命やってもなかなか短縮できない医療機関も出てくるかもしれないので、DPCの開始当初はあまり変化をつけない評価方法としてはどうかと考えている。

(1号側委員)

- ・ ある程度実際的な配慮をするという考え方に絶対反対とは言っていない。しかし、そうすると第一段階の報酬が低くなって、その部分だけ見ると赤字になるのではないかと心配している。

(会長)

- ・ 事務局は1号側の意見に対応できるような資料を次回までに用意してください。

(1号側委員)

- ・ 作業の都合もあるのだろうから、15%で決めることで良いです。後ほど補強した証拠を出して欲しい。

(2号側委員)

- ・ 平均在院日数については、分類によって日数が異なるので、全体の平均値で議論することには自信がない。是非補強資料をお願いしたい。
- ・ 特定機能病院の役割を踏まえると、外来をアウトサイドとした議論は私たちの考えている方向と一致しない。初年度はそれでいいが、次年度からどうするかという議論は実施前にあるべきと考えるので、外来の重要性についても指摘しておきたい。

(1号側委員)

- ・ 外来報酬の問題は外来報酬の問題として議論していくべき。ある程度のデータを取るなどして議論したらどうか。ただし、外来は各国を見てもこ

れはと思うものがない。相当な手間と時間がかかる難しい問題であると予想している。

(2号側委員)

- ・ 外来診療を包括評価するのはまず不可能だと思うが、外来への重心をある程度軽減して入院にシフトするという特定機能病院本来の役割を果たすためには、外来を軽減した分を入院の評価に加算するような間接的な方法により評価するのだろうと思うので、その評価の基準をある程度明示すべきと考えている。

(1号側委員)

- ・ 外来の包括評価を議論する場合には、機能分化の問題を含めて医療提供体制についてもある程度考え方を議論する必要がある。外来を十分に議論すべきことについては一号側も異論はないと思う。厚生労働省も外来を議論することについて異論はないと思う。

(2号側委員)

- ・ 診断群分類番号01001脳腫瘍において、1行目と2行目を見ると、一日当たりの点数が副傷病のある方が低くなるのはどのように考えれば良いのか。

(事務局)

- ・ 脳腫瘍の01001の副傷病なしは平均在院日数と点数を掛け合わせると12.50となり、副傷病ありは17.99になる。合併症があって入院日数が長い分、多めに評価をされることとなっている。

(2号側委員)

- ・ 脳腫瘍01001の3行目と4行目は副傷病「あり」「なし」でほとんど差がないのは何故なのか。また、五つ目と六つ目は副傷病ありの方が在院日数も点数も高くて、副傷病なしと大きく差がつく。これはどのように考えれば良いのか。

(事務局)

- ・ 御指摘のようなことが確かにあるが、実際のデータで計算するとこのような結果になる。

(1号側委員)

- ・ この数字は作業結果として出てきたものであるから、さらに検討することがあるとしても、この結果を大学に戻して検討をすることは良いと思う。
- ・ 15%の件は次回いろいろと報告を聞くこととして、いちおう15%で進めるということで良い。

(2号側委員)

- ・ 分類のデータについては、現場にフィードバックをかけてもらいたい。

(会長)

- ・ 本日事務局より説明のあった方向で作業を進めることでご了承いただきたい。
- ・ 資料7については、重要な問題であり、もう少し深めて議論をするということなので、要望に応える方向で事務局は努力していただきたい。
- ・ 次回は制度の骨格を固めたい。

○議題2について

(事務局から高度先進医療制度について資料の説明)

(2号側委員)

- ・ 申請して承認を受けるまでの期間が非常に長いという説明があったが、具体的にはどこで時間がかかるのか、それは何故か。
- ・ 資料8にある「技術の成熟度、難易度、普及度」について客観的な基準を設定するのは非常に難しいと思うが、整理が必要。
- ・ 特定承認保険医療機関の承認要件にあるただし書きの緩和策は当初から導入されているのか。また、この緩和策の解釈が厳しくてあまり運用されていないことがあるのか、教えて欲しい。
- ・ 千葉の放射研のように、基準に合わないけれど何とかできないか、という医療機関は具体的にはどのくらいあるのか。具体名も分かれば教えて欲しい。
- ・ 実験医療と臨床への応用との境があやふやになっている。実験的な医療は高度先進医療の対象外にすることで専門家会議がある程度の振り分けをしていると思うが、その辺の定義もはっきりさせていくべき。
- ・ 高度先進医療は技術については、技術が確立し、一定の普遍性が確認されれば、保険診療の中で対応することが基本的なスタンスであるので、支払側にも配慮していただきたい。
- ・ 再評価については、承認を受けた技術が実際に実施されていることもあわせて評価の対象とすべきである。

(事務局)

- ・ 高度先進医療の承認については三つで時間がかかっている。一つは高度専門家会議における検討である。意見が異なる場合もあれば、また、専門家会議の委員以外の有識者にも話を聞いたりしているからである。
- ・ 二つ目は厚生労働省の体制の問題である。改定時などは担当官が改定に組み込まれるので、高度先進の処理に時間がかかってしまう。

- ・ 三つ目は医療機関からの申請に不備があった場合や医療機関における担当者が変わった場合なども処理期間に影響を及ぼす。
- ・ 御指摘のただし書きは平成12年に追加されている。追加された理由については調査して次回報告することとしたい。
- ・ 基準に合わないが何とかできないかという医療機関としては、千葉以外では病床数50床の兵庫県粒子線医療センターと病床数60床の神戸市の先端医療センターがある。

#### (1号側委員)

- ・ 届出制はまずいのではないか。きちんとした機関が保障することで患者に安心感を与えることが重要である。ただし、期間の問題や手続の簡略化については見直しが必要である。
- ・ 施設の承認基準については、単純に大きいこと又は総合的であることではなく、それぞれの医師の技術力を評価できる方向が大事。
- ・ 今の保険制度の運営に当たっては必要な医療は給付対象とすることが基本原則であり、支払側もそのルールに従って議論を進めている。
- ・ 保険制度の問題としては、重度の傷病に重点を置いた給付をすべきか、軽度の医療は万病のもとなのでそれに重点を置いた給付をすべきか、については国によって多少ニュアンスに違いがある。両方のバランスをどのようにとっていくかが問題になる。
- ・ 承認の要件については、ベッド数は本来は問題ではないことははっきりした結論である。原則として300床としているのだから、個別案件として適当とするものがあれば提案してもらえばよい。今度の議論などはちゃんとやればよいのではないか。
- ・ 医療機関の機能を評価するためには、高度先進医療を実施する際のバックアップ体制が十分か否かをという観点から、当直体制や診療科の決め方について現在のような決め方でよいのか検討を要するところではないか。
- ・ 成熟度、難易度、普及度という問題は実態を見ながら議論していく必要がある。明快な線を引きにくい問題であると思う。

#### (2号側委員)

- ・ 技術や新薬等の導入によって医療費の単価自体が増えることを踏まえて、これらを導入するのであるから、導入した後にはその部分の手当ても含めて考えていくべきと考える。

#### (1号側委員)

- ・ 医療費に明らかに大きな影響が出る場合には予算を補正するかどうかという問題が起こる。しかし、医療費の自然増の変動幅よりもはるかに小さいものは、個別に取り上げて財源問題まで議論していないというのがこれまでのやり方である。

(2号側委員)

- ・ 承認に長く時間がかかるという話は納得がいかないので、最近の申請を具体例として用いて、いつ承認申請が出されて、どこで何ヶ月つかえて中医協に出てきたのかを示す資料を出して欲しい。申請から承認までに、地方社会保険事務局、厚生労働省を経て、いつ専門家会議にかかったのかを知りたい。
- ・ この高度先進医療制度の見直しについては、将来保険に入れるべきかどうかという議論と関連してくるので、高度先進医療部分の一年分の療養費の金額を出して欲しい。

(1号側委員)

- ・ 高度先進医療部分の療養費については、実際のデータではなく、医療機関としてとる予定としている金額に件数をかけることで計算すればよいのではないか。

(事務局)

- ・ そのような計算で良ければできる。

(2号側委員)

- ・ 専門家会議において意見が分かれて時間がかかるということだが、そこは大事なので時間は短縮しにくいのではないか。
- ・ 過去に承認された技術が承認の目的どおり成果が上がったのか、何かリスクはあったのか、後々専門家会議で検討を行ったのか、を教えて欲しい。

(事務局)

- ・ 導入したあとに患者のアウトカム等を聞くシステムにはなっていない。そこも一つ問題点であろうかと思う。

(1号側委員)

- ・ 専門家会議を開く際には、あらかじめ専門医に意見書を作ってもらいが、成熟度や難易度について意見を書くためには結構時間がかかると思う。
- ・ 大学側についても、初めて高度先進医療の申請を出すところなどは、期待しているような内容が申請書に書かれていない場合もあって、そういう部分の時間のロスもあると思う。

(2号側委員)

- ・ 新進気鋭の専門家をメンバーにするなど専門家会議の体質改善を図ることも一つの方法論であると思う。また、申請については、マニュアルの作成等改善の方法はいくつかあると思う。こういう滞っているところを改善する努力をまず第一に考えるべきである。



(会長)

- ・ 高度先進医療については、3月を目処に基本問題小委員会で引き続き議論をお願いすることとしたいので、事務方は今日の議論を踏まえながら準備を進めていただきたい。

(1号側委員)

- ・ 次回は特定機能病院からのヒアリングになると思うので、その時間を十二分に用意していただくとともに、問題や課題を十分お聞きしたいと考えている。

(会長)

- ・ 時間については事務局の具体的な検討等を待って決定したいと思えます。
- ・ オブザーバーの方からもお話をいただきたい。

(西岡氏)

- ・ 副傷病がある場合の方が一日の医療費が安くなるのが本当にいいのかどうか、そういった点も含め係数表の細かいところを検討させていただきたい。
- ・ 高度先進医療の審査の過程の短縮については、これまで何度も大学側がお願いをしてきた件なので、是非とも実現していただきたい。

(柿田氏)

- ・ 係数については大至急分析させていただき、お願いしたい意向等をまとめたいと考えている。
- ・ 平均在院日数にかかる段階付けについて15%でいいのかどうかよく検討させていただきたい。
- ・ 高度先進医療については、申請してから返事をもらうまでに時間がかかるので、今後よろしく御議論いただきたい。

(原氏)

- ・ 高度先進医療については、書類の不備等で時間がかかっているとの指摘もありましたので、今後、指導したいと考えている。
- ・ 現場では様々な事例を想定して検証する必要があるので、是非検証の時間をお願いしたい。
- ・ 患者への包括医療の広報をお願いしたい。
- ・ 予算については、平成15年度に向かっても使えるようにしていただきたい。

以上

# 診療報酬について

平成 15 年 3 月 12 日  
健康保険組合連合会

## 1. 現行診療報酬の問題点

- (1) 複雑化しすぎている……項目数  
永年の改訂によりバランスが崩れ、医療の実態と乖離しているところも
- (2) 判り難い……医療関係者にも  
国民は全く理解できない
- (3) 事務処理が十分に出来ない
- (4) I T 化が殆ど考慮されていない
- (5) 画一的で医師の技量の差などが考慮されない
- (6) 出来高払いのため、効率化のインセンティブに欠ける
- (7) データが不十分で遅い  
医療経済実態調査  
社会医療調査

## 2. これまでの状況

- (1) 急性期入院医療……疾病別定額化（技術料は別）  
国立病院の試行  
特定機能病院  
中小、民間病院を含めたデータの収集
- (2) 長期入院患者（3ヶ月以上）の定額化  
除外項目  
介護報酬との関係
- (3) 今後検討を要するもの  
亜急性期  
リハビリテーション  
外来診療

## 3. 留意すべき事項

- (1) 物と技術
- (2) 技術料と医師給与
- (3) ドクター・フィーとホスピタル・チャージをどう考えるか
- (4) I T 化、I C D
- (5) 混合診療