

中医協「第138回診療報酬基本問題小委員会」 社会医療診療行為別調査のデータ検証PTを設置

2009/7/16

診療報酬改定の基礎資料のひとつとして用いられる「社会医療診療行為別調査」の2008年の調査結果が6月25日に公表されたが、メディアスの同時期のデータと比較すると、入院外で大きな乖離が生じていることがわかった。事務局が7月15日の中医協・基本問題小委員会（委員長：遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）に報告した。



事務局

事務局によると、1日当たり伸び率を社会医療診療行為別調査とメディアスで比較すると、入院は0.2%でほぼ同じだったが、入院外では

	1日当たり伸び率		
	社会医療(A)	メディアス(B)	(A) - (B)
医科入院	2.4%	2.2%	0.2%
医科入院外	11.7%	1.4%	10.3%

対前年同月比

中医協資料をもとに作成

10.3%とかなりの差があったことがわかった（上表参照）。過去3年については「±3%以内の乖離で納まっていた」という。乖離の原因について、社会医療診療行為別調査を実施した統計情報部からは「原因のひとつとして、人工腎臓（透析）を実施している内科診療所が例年に比べて多かったことが考えられる」と聞いているとし、「今回に関しては、社会医療診療行為別調査を用いて診療報酬の項目や点数の検証、検討を行うには、やや慎重にならざるをえない」（佐藤敏信医療課長）と述べた。その考えのもと、現時点で明らかにしておくべきこととして、メディアスと社会医療診療行為別調査とで、統計データの上流の部分でこれほど大きな乖離が出てしまった原因は何なのか、乖離の原因（いくつかの特定のデータ）が分かったとして、そうしたデータの影響を排除したり控除することで、今後の診療報酬改定の議論に活用できるデータになるのかの検証が重要とし、委員の意見を求めた。データを比較した意味については、「これまでも比較してきたが、公式の場で言わなかっただけ」とした。

診療側委員からは、「人工透析の内科診療所を除外して調査結果を用いることを検討してほしい」（藤原淳委員・日本医師会常任理事）「信頼性に関わるので補正は慎重にすべきだが、これだけでは判断できない。もっとデータを出してほしい」（西澤寛俊委員・全日本病院協会会長）「明らかにするためのしかけ（プロジェクトチームのようなもの）を作ってもらいたい」（竹嶋康弘委員・日本医師会副会長）などの意見が上がり、一方、支払い側委員からは、「データの修正をするなら慎重にやらないと信憑性を損ない、逆の意味で怖さを感じるデータになる」（高橋健二委員・全日本海員組合中央執行委員）「異常値が出た方がかえって正確ということもあり得る。なぜ差が出たのか、差が出たところをきちんと検証するだけでいい」（北村光一委員・日本経団連社会保障委員会医療改革部会部会長代理）

「精査してもらいたいという思いはあるが、やりだすときりがない。個別の部分に入ると時間がかかるので割り切りも必要」(対馬忠明委員・健康保険組合連合会専務理事)などの意見が上がった。遠藤委員長は「今回の乖離の原因を究明すべきという点では意見が一致しているが、補正については議論の余地がある」と総括し、データを検証するための専門家や事務局等によるプロジェクトチームを設置することを決めた。人選は遠藤委員長に一任した。

DPCの新係数設定のための追加調査と慢性期医療の調査・分析の対象拡大を承認

この日は、診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会の西岡清分科会長(横浜市立みなと赤十字病院長)が出席し、新たな機能評価係数の設定に必要なデータを収集するために実施する特別調査の概要を説明した。7月6日の分科会でまとめたもので、救急医療の診療体制、診療ガイドラインを考慮した診療体制確保、クリニカルパス(院内)を用いた診療、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士等の人員配置(チーム医療)について調査する。7月最終週に実施し、秋口後半に結果を中医協に提示する予定。



西岡分科会長(左) 高木分科会長代理(右)

新たな機能評価係数に係る特別調査の調査項目

(1) 救急医療の診療体制について
救急医療の提供レベル等(1次救急/2次救急/3次救急、常時/輪番日のみ等) 救急医療の提供体制(診療科名、夜間勤務体制等)
(2) 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保について
治療方針の決定に当たり、診療ガイドラインを参考としている程度 患者に対する治療方針の説明等での、診療ガイドラインの利用の程度 実際に参考としている診療ガイドラインの名称 参考としている診療ガイドラインの選択基準 診療ガイドラインに沿わない診療を行う場合の、適否の判断方法(病院として設置する委員会判断/複数診療科によるカンファレンスで判断/診療科毎のカンファレンスで判断/担当医師の判断等) 患者及び職員が、診療ガイドラインを閲覧できる体制の整備状況
(3) クリニカルパス(院内)を用いた診療について
作成しているクリニカルパス(院内)の種類、病名等 クリニカルパス(院内)の対象となる患者数
(4) 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士等の人員配置(チーム医療)について
医師を含む複数職種によるカンファレンス等の開催状況 病棟に勤務している薬剤師、管理栄養士、社会福祉士等の人数(常勤換算) 病棟に勤務している薬剤師、管理栄養士、社会福祉士等について、全勤務時間のうち病棟に勤務している時間の割合

中医協資料をもとに作成

委員からは、救急医療に関する国や自治体からの補助金等を捕捉する項目の追加を求める意見が上がり、調査範囲等も含めて遠藤委員長、西岡分科会長、事務局に一任することで、中医協として調査の実施を了承した。

また、この日は同・慢性期入院医療の包括評価調査分科会の高木安雄分科会長（慶應義塾大学大学院教授）が出席。前回の小委で、中・長期的課題として慢性期医療全体を横断的に把握して実態を踏まえた議論をしたいと提案し、慢性期医療の定義や範囲、分科会が考える中・長期的な課題の明確化を求められていたことに対して、調査・分析の範囲を「医療療養病床と機能が接近している病床等」とする具体案を提示した。具体案では、「慢性期医療の定義・範囲を明確にしておく必要があるが、現時点では、さしあたり一般病床の一部から介護保険施設の一部まで」を想定し、「当面は、このうちの一般病床に係る部分から検討することとし、その結果を踏まえて、慢性期医療の定義・範囲についてもあらためて検討する」とした。「介護保険の一部」は、介護療養病床と転換型老健を想定している。

慢性期医療の定義を改めて検討することについて遠藤委員長が確認すると、高木分科会長は「亜急性期をサブアキュートと考えるのか、ポストアキュートと考えるのかは議論があり、調査・検討する必要があると考えている」とし、医療区分とADL区分で慢性期入院医療を考えるアプローチを、分類のよりいっそうの妥当性を含め、広く使ってみたいと説明した。

西澤委員の「従来型老健や特養まで含めた介護保険施設まで踏み込んでほしい」という意見に対しては、個人的意見が入るとした上で「できれば退院調整や介護施設への移動、在宅に戻るときにも、医療区分とADL区分で慢性期の入院医療を見るというフォーカスを使って、質の評価と在宅につなげていくことを考えてみたい」とした。