

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15年11月5日(水) 9:31~11:58

2. 場所
厚生労働省専用第22会議室(18階)

3. 議題
DPCの算定に係る要望等について
新医師臨床研修制度について
その他

4. 議事概要

○ DPCの算定に係る要望等について事務局より資料(診-2)の説明

(2号側委員)

- ・ 「要望のあった高額な薬剤の投与状況について」という資料は、要望側から提出されたものなのか、それとも事務局側で調べた資料なのか。

(事務局)

- ・ 事務局側で調べた資料である。

(2号側委員)

- ・ ニューロパチーとクローン病は、要望の提出が6月になっているが、この資料は、14年7月から14年10月までの集計結果なのか。

(事務局)

- ・ そのとおりである。

(2号側委員)

- ・ なぜこのような古い資料が出るのか。おそらく要望はもっと早く出ていたか、要望が6月に初めて出たのだとすれば、14年7月から10月までの集計結果を資料とするのはおかしいのではないか。

(事務局)

- ・ 14年7月から10月までのデータは、本年度のDPC導入に当たって特定機能病院からいただいたデータ集である。その中で、改めて学会から要望があったガンマグロブリン投与の有無について、再度、この要望のために調査し直したものである。

(2号側委員)

- ・ 14年7月から10月までに、例えば、ニューロパチーであれば、1つの枠の中でも多いところは130例も使われている。それが6月まで要望がなかったということなのか。

(事務局)

- ・ 既にデータとしていただいていたが、改めて要望があったので、当該薬剤を投与されていたのか否かについて、集計させていただいたということである。

(2号側委員)

- ・ 改めて要望があったということは、もっと前に要望があったという意味なのか。

(事務局)

- ・ ガンマグロブリンについての要望については、以前にもあった。

(2号側委員)

- ・ この要望は、DPCを導入する前からあったはずである。それに対応してこなかったことがおかしい。要望の提出日が6月9日というのは、何か作為があるのではないか。

(事務局)

- ・ 本年4月からの導入に当たって、点数設定をする際に基礎資料としたものがこの14年7月から10月までのデータである。その際、既にガンマグロブリンや抗TNF α 抗体などを使用した症例についてもデータとして集計の中には加味されていたということである。

(2号側委員)

- ・ DPC導入のときに、新しい薬剤等が出たときはすぐに対応して中医協で議論するということが項目に入っていたはずなのに、全く対応が遅い。今後、DPCで決められた枠の中に、新しい治療法や高価な薬などが入れられたときに、その対応がこれほど遅いのでは困るのではないか。

(事務局)

- ・ この問題については、事務局で作業して改定していきたいと考えている。

(2号側委員)

- ・ 今後、早急に対応するようにしていただきたい。

(2号側委員)

- ・ 特別審査に係る高額医療を点検すると、高額医療の中身はすべて「もの代」である。技術料で高額医療が発生しているということはほとんどない。そういう意味においては、「もの代」が医療費に非常に大きな影響を与えているということを十分認識しておく必要がある。

(1号側委員)

- ・ 今後の対応については、DPCの実施結果を評価・分析する場もあるということなので、そのときに議論していくということではないか。ただ、要望の中身を見ていると、出来高で評価していただきたいというのが非常に目立っている。個別に箱の外に出すということも起こり得ると思うが、DPCの包括評価の趣旨や目的の範囲を逸脱しない範囲でお願いしたい。

(小委員長)

- ・ DPCを導入するときに、柔軟に新しい事態に対応していこうというのが申し合わせ事項

の大事な一つだったと思うので、極力レスポンスを早くしていただくようお願いしたい。

- ・ この件については、本日の議論を踏まえ、調査専門組織のDPC分科会等の検討状況を見ながら、DPC実施病院及び民間病院からのデータが収集できた段階でさらに議論を深めていきたいと思うがいかがか。

〔異議なし〕

○ 新医師臨床研修制度について事務局より資料（診－3－1及び診－3－2）の説明

（2号側委員）

- ・ 診－3－1の資料について、平成15年度8,166名の研修医の手当ということで、800万円、900万円といった違和感がある数値が出ているが、これは実際にどういうところで研修しているのか、教えていただきたい。
- ・ 臨床研修を推進していくためには、指導体制、基盤整備、研修医の処遇という3本柱がなければうまく機能しないと思っているので、現状の指導体制、基盤整備等にどれぐらいの財源が使われているのか、その財源の出处はどこなのかを示していただきたい。さらに、研修医の処遇という観点から、8,000人を超える研修医のうち何%ぐらいが国公立の大学病院で研修しているのか、さらには、国公立大学は研修医の処遇として100%診療報酬上の財源を使っているのかも踏まえてお示しいただきたい。
- ・ 診－3－2の資料について、「臨床研修実施病院においては、一般の病院よりも質の高い医療サービスの提供が図られる」と断定的に書いてあるが、根本的な発想の間違いやあると言わざるを得ない。強いて臨床研修指定病院としての特徴を挙げるとすれば、例えば、CPCも含めた剖検が定期的に行われていることや臨床研修に関して外部の評価を受けるという項目だけで、それ以外の項目は、一般の病院も行わなければならない項目だと思っている。こういう考えで今まで臨床研修指定病院と位置づけて考えていたのか。この辺は明確に意見をいただきたい。

（1号側委員）

- ・ 診－3－1の資料について、これだけのばらつきを考えると、超過勤務手当を含めた収入総額だという説明があったが、そのほかに通勤費や住宅費といったFRINGE BENEFITと言われるものがどの程度含まれているのかを比べてみる必要がある。全部調べる必要はないが、ぜひ調べていただきたい。

（事務局）

- ・ 診－3－1の資料については、現在、臨床研修を実施している施設に対して調査を行ったものである。したがって、中には800万円を超えるようなところがあるが、少なくとも研修医として働いている方という理解をしている。
- ・ 指導経費についてどれぐらいの国費を投入しているかということについては、平成15年度の予算額は43億円、これは指導医等にかかわる経費として投入しているところである。
- ・ 収入については、現金支給として支給されたものの総額であり、現物支給は入っていない。したがって、通勤手当も入っていると御理解いただきたい。

（1号側委員）

- ・ 低い方だと月数万円の年収であり、それで実際にやっていけるのか。

（事務局）

- ・ もちろん通勤手当が支給されていないところもあるので、低いところは通勤手当も支給されていないということである。

(1号側委員)

- ・ その辺の違いを調べていただかないと実態が分からない。

(1号側委員)

- ・ アルバイトの収入は入っているのか。また、一般的に考えれば800万円という額は、研修という名がついてあろうはずがない。
- ・ 既に職業としている看護師、薬剤師、放射線技師の手当と同列に比較することは、看護師等に失礼ではないか。
- ・ アルバイトは当然禁止されるのか。
- ・ ここまで年収の差がある理由は何なのか。もう少し理解できる説明をしていただきたい。

(事務局)

- ・ 手当の差は何かと言われると、研修医を労働力として見て、しっかりした処遇をしているところとそうではないところがあり、その差がこれだけになって表れていると考えている。また、私立大学病院で手当が低くなっているのは、過去から低くしてきた結果であると理解している。

(1号側委員)

- ・ 現行においてはこのようなことが許されているのか。

(事務局)

- ・ 個々の病院が研修医に賃金を払っているので、国として言えない部分がある。
- ・ アルバイトについてはこの中に入っておらず、あくまでも雇っている病院が支払っている給与である。

(小委員長)

- ・ 1号側委員の質問は、現行の制度では、このようなばらつきが自由に認められているのかということではないか。

(事務局)

- ・ 制度としてはこのようになっているということである。

(審議官)

- ・ 研修医の処遇については、関西医大で研修医が過労で研修中に死亡し、裁判になった例がある。一審では大学側の処遇について、労働者性があるにもかかわらず労働者としての処遇をしていなかったということで、大学側の違法が認められたという判決が出ている。現在、大学側が控訴して争っている最中である。一応司法の判断としては、その処遇は不当であるということになっているが、現状としては、なおそういう主張も現場にあって、両方が併存しているという状況がある。
- ・ アルバイトをすると、過重な負担になり、危険でもあり、研修に専念できないということが問題だということである。

(小委員長)

- ・ 研修病院として指定することと指導医に対する補助金は国が行うが、あとは勝手にどうぞということなのか。

(審議官)

- ・ 現状では、臨床研修についてガイドラインは出ているが、規則でそれを守らせるという形にはなっていない。

(1号側委員)

- ・ 例えば、一晩当直したら、10万円という法外な金が入ってくるという実態もニュースとして入ってくる。一方で、研修医が900万円も800万円も手当をもらうというのは到底理解に苦しむ。そういう意味で、その辺は十分整理されないと議論が混乱するのではないか。

(小委員長)

- ・ このような研修制度を新たに提案したということは、そういうことをもっと透明性を持たせるとか、公平にしようという意図があると思うので、現状はこうで今後はこうなる、こういう方ははるかに日本の医学、医療に対して貢献するというような説明をしていただけると1号側委員も納得されるのではないか。

(事務局)

- ・ 新しい臨床研修制度では、アルバイトを禁止しないといけないという観点に立っている。医療技術そのものがアルバイト先で身につけられており、これは逆に言うと、研修病院の中で十分な指導体制が組み立てられていないということがある。アルバイトが、臨床研修制度の中で悪い要素になって働いているということで、これを禁止しなければいけないと思っている。禁止すると手当の低い人達はどうなるのかというと、雇っている病院が処遇を改善してもらわなければ困る。それをどうするかということが、この制度の根幹にかかわる大事な問題だと考えている。

(2号側委員)

- ・ 研修医は、国家が医師免許証という免許証を与えている医師であるということをまず忘れないでいただきたい。アルバイトが悪いことは認めるが、当直をすることが悪いということは絶対ない。当直をして、救急患者に会って、そこでどう判断するかという勉強をしなかったら、研修なんか全く役に立たない。アルバイトが悪いことと当直をすることを一緒にしないでほしい。
- ・ 研修医であろうと医師であり、医師として比べてもらいたい。会社で言えば、新入社員であり、新入社員とほかの常勤の社員を比べるのは、常勤の社員に失礼だということはない。

(1号側委員)

- ・ 研修医が1人で当直するという点に関して、我々は非常に不安を感じている。その点についてのアルバイトという意味でとっていただきたい。

(2号側委員)

- ・ 1年間研修が済んでいる2年目の医師が1人で当直ができないようだったら、そんな医師はやめてほしいと思う。医師免許証を持っているのだから、それだけの自覚を持って医師として働いてもらうような人をつくらなかったら何にもならない。医師にとって一番大事なのは、独立して自分でどう判断してどうするか、自分でできないことは専門家に頼むなど、2年間はその判断力の養成である。

(審議官)

- ・ 当直については、研修の重要なテーマと認識している。1年目は上級医と一緒に泊まり、2年目についても、相談できる体制、何かあれば上級医に来てもらえるような体制のもとで当直してもらいたいということで、まさしく監督下での作業というようなことをお願いすることになっている。
- ・ 看護師や放射線技師については業として行っているのではないかということであったが、一般的にはこのような職種においては、卒業してすぐ雇用された場合でも当初からこの賃金体系の中でトレーニングを含めて処遇されているという状況があるので、その点、研修医の場合は少し違うところがある。

(1号側委員)

- ・ 医師という神聖な職業の中において、それだけの経験値が必要だから別途手当をしようということであり、我々の職業とは違いがあるから研修期間を設けようということ議論が始まっているのだろうと思うので、その辺も逆に御理解いただきたい。

(2号側委員)

- ・ だからこそ、本当に実のある研修をしなければいけないということである。何となく漫然と2年間過ごして、それで3年目になったら自分で勝手にやるということであれば、その方が余程危ないのではないか。

(1号側委員)

- ・ 臨床研修自体は、患者中心の医療という意味から望ましいと思う。ただ、ここで議論しているのは、診療報酬上の評価をどうするかという話をしているわけで、そういう意味からすると、まだ加工度が低いのではないか。まだ資料があるのであれば出していただきたいし、別途臨床研修についての検討会でも議論していただき、もう少し加工度を上げて、診療報酬の議論の俎上に上げるのにふさわしい形にしていただければ大変ありがたい。

(2号側委員)

- ・ 臨床研修に関しては非常にポジティブに考えている。国がインターンを廃止してしまったという経緯を踏まえて、少し形は違うがそれを復活するのであれば、それなりに腰を入れてこの臨床研修制度をスタートさせていただきたい。確かに診療報酬上である程度見なければならぬ部分はあるとは思いますが、国がインターンを廃止したことに反省をするのであれば、本腰を入れた形でこの研修制度に臨んでいただきたい。
- ・ 国として新しい良い医者を育てるためにこの制度を導入するのだという厚生労働省の気概は十分伝わってくるが、それを受け止めるところは、もっとこの問題について正面から取り組んでもらいたい。

(小委員長)

- ・ この件については、各側から様々な異論が出されているので、さらに本意が素直に伝わるような資料を準備し、議論できるようにしていただきたいというお願いを含めて、事務局において論点を整理し、次回資料として提出いただきたい。
- ・ 診-3-2の2に「一般の病院よりも質の高い医療サービスの提供が図られることとなるものと考えられる」という表現があるが、この点についての2号側委員からの指摘は重要な指摘だと思うので、このような表現ではなく、どのように仕立て上げていくかも踏まえて、整理していただきたい。

(2号側委員)

- ・ 少なくとも「一般の病院よりも」という比較をやめて削除してもらいたい。

○ 日本医師会より提出資料（診-5-1）の説明

○ 日本歯科医師会より提出資料（診-5-2）の説明

(1号側委員)

- ・ 前回、社会経済的な状況をどう考えているのかという質問をしたが、別途、医療経済実態調査等が出た段階で改めてお話しただけということか。
- ・ 全体的に「適正評価」や「見直し」と書いてあるが、この中には、少しは下げてもいいというものが入っているのか。それとも、すべてこれは上げるべきだということか。

(2号側委員)

- ・ 1点目については、1号側から事務局に資料請求があったと記憶しているので、その資料の説明があるときに私どもの考え方を報告させていただきたい。
- ・ 2点目については、下げてもよい項目はない。

(1号側委員)

- ・ 診療報酬改定は2年に1回行っており、医療の効率化や質の向上を目指して改定していると思っているが、当初のねらいどおりになっていない、不合理が生じたといった面の見直しをすべきだということは十分に理解している。前回の改定時よりも収入が減ってしまったから直さなければいけないということになると、本来のねらいとは外れてくるので、そこら辺の区別をある程度しっかりしていただきたい。

(2号側委員)

- ・ 14年度改定をどのように検証するかというのは、事務局からいくつか整理されたものがあるので、それにのっとって進めていきたいと考えている。
- ・ 中医協で何を決めるのか、何を目的に決めるのかという議論になると思うが、やはり医療費を適正に配分するというのが第1点である。もう1つは、地域医療を確保するためには、医療機関の経営状況を考えていかないと、本来の中医協の役割を果たせないと考えている。したがって、どちらが重いか軽いかという話ではなく、私どもとしては両輪で診療報酬改定に臨みたいというスタンスには変わりはない。

(1号側委員)

- ・ 「手術に係る施設基準廃止」とあるが、これは前回様々な議論があった中で導入し、一部是正も図ったものであり、青戸病院等の事例を見ると、やはり手術の件数が重要な基準になるのではないかという感じもするが、この辺りをどう考えているか。
- ・ 「減算方式の廃止と加算方式への移行」とあるが、院内感染防止対策が未実施のところに加算方式というのは、一般的には納得できないのではないか。これだけ安全について議論がある中で、また毎日のように新聞等で報道される中で、こうしたところについては、むしろ厳しめでもいいのではないかという感じもするが、この辺りの見解をお伺いしたい。
- ・ 「有床診療所の位置づけの明確化」と言われると、病診連携の問題とどう結びつくのかがよく分からないので、その辺りの見解をお伺いしたい。
- ・ 「門前診療所」については、配置基準の緩和の話はされていたが、もう一つは病診の診療報酬の格差の問題、例えば、初診料で言うと250点对270点と診療所の方が高くなって

いるので、そちらの方に移行していくといった問題もあるのではないか。その辺りについてはどう考えているのか。

- ・ 質問しない項目については、よく分かったので理解したということではない。時間の関係もあるので、よく分からない点を重点的に申し上げたということである。

(2号側委員)

- ・ 青戸病院の事例は、手術件数の問題とは切り離して考えなければならない。医師として、人間として失格だという位置づけでいるので、これは議論として成り立たない。また、14年改定の際の議事録をチェックしてみると、1号側委員のおっしゃるような様々な議論は、あまり見当たらない。むしろ、導入が図られて、それ以降いろいろな議論が出たということと言えるだろうと思う。
- ・ 施設基準の問題については、切り口が3つある。1つは、手術件数が多ければ、手術成績や治療成績がいいという根拠を示していただきたいと言っているが未だに出されていない。もう1つは、区分された手術が、都道府県あるいは2次医療圏で適切に行われているのか。手術を行えるだけの基準を持っている医療機関があるのかどうか。症例数の問題もあるが、相当穴があいているという調査結果が出てきて、それを踏まえて、昨年8月に少し緩和策を講じていただいたというのが実態である。問題なのは、もう1つの切り口であって、手術を多くこなしている、件数を多く持っている実績のある医師は、そこにとどまって医療行為を続けるということは、必ずしも肯定されない。つまり、手術実績数というのは、経験年数も含めた術者について回る問題であるが、それを施設につけてしまったという問題もある。
- ・ 医療安全に係る減算については、診療報酬改定に臨む要望の第一に挙げている。医療安全を確保するには、コストがかかる。そのコストを1号側に配慮していただきたいというのが私どもの考えである。
- ・ 有床診療所については、離島、僻地ということだけでなく、大都市以外の中都市、小都市も含めてである。例えば、耳鼻科、眼科、産婦人科等は、一般の病院と同じような医療機能を持っているので、そこら辺の評価を適切にしていきたい。そういう意味においては、内科においても、医者や看護師を厚く配置して対応しなければならない診療科もある。十分調査をすれば、ある程度見えてくると思うのでぜひお願いしたい。
- ・ 「門前診療所」については、確かに人員配置の問題以外に診療報酬上の格差があるということで、そういう指向に走っているということは分かる。財源の確保が非常に厳しい中で、あえて格差を是正するということになると、診療所の点数を下げざるを得ないということになるわけであるので、あくまでも財源確保を了解いただいた上で格差を是正したいと考えている。

(1号側委員)

- ・ 減算については、医療安全にコストがかかるとしても、個別の病院や診療所でもって対策を打っていないところの問題は別ではないかという感じがする。
- ・ 歯科については、「患者側の意見」のグラフがあるが、途中で治療を止めたり、転医した理由として「治療内容に不満があるから」というのがある。診療報酬上再診料を上げてくれというよりは、むしろその前の段階として、こういった患者からの不満が出ないように措置を講ずるべきではないか。

(2号側委員)

- ・ 反省すべきところは反省し、会員を指導していかなければならないと考えている。ただ、12年に「かかりつけ歯科医初診料」が新設され、14年にいろいろと情報提供の手法が広がったため、患者に治療内容を説明することによってかなり解消してきている部分もある。

さらに再診時にも当然説明していかなければならないと考えている。これをしたから、すぐ再診料を上げるということには結びつかないというが、歯科の再診料は非常に低いと考えているので、その辺も勘案していただきたい。

(1号側委員)

- ・ 歯科の訪問診療については、施設の方から非常に評価されているという報告だが、歯科医師会で「基本的な考え方」を出されていると思う。現在、訪問診療にかかわるルールはあるのか。

(2号側委員)

- ・ 患者が寝たきりに準じる状態にあることが前提条件であり、あくまでも患者からの要望があった場合に訪問診療を行うということが原則となっている。患者を探して、自分の方から診療に赴くという少しはみ出た診療が一部で行われていることも確かなので、是正したいということで「基本的な考え方」をまとめたところである。
- ・ 処置や手術に関しては、訪問診療で行うには限界がある。現在は、野放図に行われている部分があるので、そこはそれなりの設備の整ったところで行うように変えるべきだと考えている。

(2号側委員)

- ・ 調剤については、従来の中医協の議論や健保連の調査の内容などを参考にして10月22日に資料で説明させていただいたので、ぜひその内容について検討していただきたい。

(小委員長)

- ・ 本日議論のあった重要な課題も含め、次の総会で1号側委員の御意見が提出される予定であることも踏まえ、引き続き御議論いただきたいと思うが、いかがか。

[異議なし]

- 医療機関のコスト等に関する調査項目について事務局より資料(診-6)の説明
- 中医協専門委員の追加について事務局より資料(診-7)の説明

(2号側委員)

- ・ 専門委員の追加については、基本的には了解したい。ただ、10名という枠があり、医療に関係する様々な職種の方もたくさんおられるので、今後問題が起きないように理論上整理ができることを確認した上で、了解したいと思う。

(事務局)

- ・ 基本方針の非常に大きな項目として在宅医療の推進があり、その中には訪問看護がある。また、その他にも看護必要度等について基本小委で審議していただくことになる。もう1点は、看護師の数である。しかも、訪問看護ステーションも益々増えているので、そういった意味で、コストの分析も含めて、専門的な立場から意見を徴した方がいいのではないかとということで、事務局として提案させていただいたものである。

(小委員長)

- ・ この件については、小委員会として了承することとしたいと思うが、いかがか。

〔異議なし〕

○ 平成14年度診療報酬改定主要項目に対する評価について事務局より資料（診－4）の説明

（2号側委員）

- ・ 今までの議論を整理してきたということで、大体の項目は入っているが、これは最終版ではないことを確認させていただきたい。

（小委員長）

- ・ それは事務局としてよろしいか。

（事務局）

- ・ もちろん結構である。

以上