

規制改革会議 医療タスクフォース 議事録（第13回）

1. 日時：平成20年10月29日（水）13:34～14:09
2. 場所：永田町合同庁舎1階 第2共用会議室
3. 議題：「IT化の推進による質の医療への転換」について
4. 出席者：

（厚生労働省）

医政局総務課長 深田修 氏

保険局医療課保険医療企画調査室長 小野太一 氏

保険局医療課企画官 宇都宮啓 氏

（規制改革会議）

松井主査、長谷川専門委員

○事務局 それでは、第13回を始めさせていただきます。「IT化の推進による質の医療への転換」ということで、まず厚生労働省様からご説明いただきまして、その後、質疑応答ということにさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

○宇都宮企画官 それでは、回答資料の1. ①でございますが、質に基づく支払いの推進ということで、今回、平成20年度改定におきましては、回復期リハビリテーション病棟入院料の加算の要件として、試行的に居宅等への復帰率という質の評価に関する要素を導入したところでございます。

このような取組みの検証を行いまして、質に基づく支払いの在り方について、中医協で検討していくこととしているところでございます。

○深田課長 ②でございます。医療機関情報の公開について、対象医療機関の範囲拡大、あるいは公表促進のインセンティブ策の検討状況ということでございます。

医療機関情報の公開につきましては、19年度に医療機能情報提供制度を創設ということにしておりまして、21年度には全県で医療機関の平均在院日数や患者満足度といったような情報も含めて、医療機関の情報が公表という形になっていく予定になっております。

○長谷川専門委員 満足度評価も入るんですか。満足度評価は標準化したものがないんでしょう。

○深田課長 有無です。

○長谷川専門委員 有無でしょう。結果じゃないでしょう。

○深田課長 はい。

それから、アウトカム情報そのものの公開ということにつきましては、情報提供の在り方に関する検討会というものを開催しておりまして、評価に関する研究の状況をヒアリングする。あるいは義務化とかインセンティブ策についてご議論をいただいているところでございます。

これまでこの会議でいろんなご意見をいただいております、その中では、一つはこのアウトカム情報の公開というのは、患者だけではなくて医療機関や行政にとってもメリットがあるということ。

重症患者の受入拒否といったような問題も予想されるんですが、マイナスを加味し

てもプラス効果の方が大きいのではないか。

重症度の調整という問題がありますけれども、こういった問題についてもいろんな取組みをしながら技法を開発していくというご意見をいただいております。

また一方では、慎重なというより、むしろ気を付けなければいけないということでは、我々は見ているんですが、それでは、患者側としては数字に惑わされるという懸念が大きくなるのではないか。

あと重症患者が多い病院の生存率はどうしても低くなっていきますので、そういったものの調整が必要だと。例えばということで、ニューヨークなどの例なども紹介されたものであります。

更には、DPCというものが診療報酬に導入されておりますが、これは診療報酬に直結して制度が入っておりますので、非常にうまくいった例なので、アウトカム情報の公開についても診療報酬に直結させればいいのではないかというご意見をいただいております。

それから、DPCはデータが豊富でございますので、有効に活用すべきということでもあります。

今後の方向性として、手法、指標、そういったものを含めて可能なものから始めるということを確認すること、5年後、10年後の具体的目標や、そのために必要な情報を明確にしていくということ。

具体的には、インセンティブ策の在り方についても、今後も課題についてということでご指摘をいただいております。

我々につきましては、アウトカム情報そのものの公表については、今後も研究を進めていきたいということと、これからいよいよ情報提供制度が運用開始ということで表に出てきますので、こういった運用状況も踏まえながらインセンティブ策も含めて具体策を検討していきたいと思っております。

○宇都宮企画官 続きまして、3ページの③、④でございます。まず、レセプトオンライン化等を踏まえまして、審査を効率化するためのレセプト様式の見直しについては、検討を行うこととしていただいております。ただ、傷病名と医療行為のリンクということに関しましては、そもそも現在のレセプト様式においても、既に傷病名と行った医療行為に対応する診療報酬項目については、記載するものとなっていることから不要ではないかということ、また傷病名のみではうかがい知れない個々の患者さんの状態について、実施された医療行為が適切であるか否かについては、リンクづけといった形式的な仕組みでは必ずしも判断し切れないということから、審査においては必然的に一定の医学的判断を伴うものであるから、あまり適切ではないのではないかとご意見をいただいております。

レセプトに記載する傷病名につきましては、原則として定められた傷病名コードを用いることとなっておりますが、傷病名の統一については、医学の進歩等に伴いまして病名が変化していくほか、医師についても世代等によって同一疾病に対して異なる名称を用いることも一般的であることから、ご要望を実現することは困難であるということでご意見をいただいております。

また、診療行為日の記載についても、保険医療機関の請求事務を過度に増加させることになるということから、今は月ごとの請求ということですので、ご要望を実現することは困難であると思われまます。

一方、調剤レセプトの医療機関コードの表記につきましては、レセプトオンライン化やそれに伴いますレセプトデータベースの構築が進むことで、保険者において医科・歯科レセプトと調剤レセプトを突合して、一体的に処理することが容易となるため、そもそもコード等を用いて医科・歯科レセプトと調剤レセプトの関係を結びつけることが必要かどうかを含めまして、平成 23 年度までにレセプトオンライン化が達成されるまでの過程において検討するというにさせていただきたいということでございます。

なお、審査の質の向上につきましては、各審査支払機関においても取組みを進めているところでございまして、医療費分析の推進につきましては、平成 20 年度中にデータベースシステムを構築して、平成 21 年度から情報の蓄積を開始する予定となっているところでございます。

4 ページの⑤、DRG の関係でございます。平成 20 年度診療報酬改定におきまして、標準的な治療方法が確立されており、手術に伴う入院期間及び費用に大きな変動のないものとして、15 歳未満の鼠径ヘルニア手術について、1 手術当たりの支払方式を試行的に導入したところでございます。この 1 手術当たりの支払方式、こういった状況を見ながら、対象の拡大や要件の見直しについては、中医協で検討するべきものというふうに考えてございます。

⑥、P4P の関係でございますが、この P4P につきましては、包括評価が中心の米国の診療報酬支払制度において、医療内容に一定の質を担保するため、標準的な治療としての検査、処置等の着実な実施に対する報酬として設定されたものと理解してございます。我が国の医療保険制度においては、診療行為に応じて支払いがなされる出来高払い方式を原則としておりまして、米国とは支払制度そのものが異なるため、その導入の必要性を含め、慎重な検討が必要であると考えているところでございます。

以上でございます。

- 事務局 ありがとうございます。それでは、質疑応答の方を、どうぞよろしく願いいたします。
- 長谷川専門委員 何だか世界観がかなり違うなというのが正直なところなんですけれども、全体を通して、質に対する支払いについて、導入したいというご意思はおありなんですか。
- 宇都宮企画官 当然医療の質を評価して、それに応じた支払いということが言われている関係から、1 番目に書きましたように、とりあえず回復期リハビリテーションの方で、こういった質の評価というものを試行的に取り入れたということでありまして、これを検証して、どういうやり方がいいのかとか、そういうことを議論して進めるものは進めていくことになると思います。
- 長谷川専門委員 そうすると、最初はリハで元気のいいことをお書きなんだけれども、どんどん後退して行って、最初の書きぶりとかかなり違うような印象を受けるんですけども。
- 宇都宮企画官 それは後退ではなくて、いわゆる米国などで取り入れられている P4P というのは、そもそも DRG の中で、医療の質を保つために、そういったパフォーマンスというか、勿論アウトカムはあるんですけども、そういうものを評価していると理解しておりますので、勿論、質の評価ということを報酬に取り入れていくというのは考えるとしても、同じ形になるのか、そういうところは違うんじゃないかと思

います。

○長谷川専門委員 別に同じになんて誰も要求していないんです。DRGを前提にしたということも事実誤認ですね。例えばそれをきちっと謳い始めたのは2001年ぐらいからで、ちゃんと方針をつくってやっているんです。まず整備すべき情報を明らかにして、医療機関がそれを公開することを義務化していく、制度化していく、それが定着した段階で、質についての支払いを入れましょうと。しかも、その割合は徐々に増加させるし、要するに情報公開の項目も増やしていくし、質に基づいて支払われる割合も増やしていく。だから、ある種戦略というのはきれいに見えるわけですね。

前提になるのは、例えば情報公開、あるいは既存の支払情報も含めて、どういう形でオープンにして、使いやすい、利用しやすい環境を整備するかというのが、考え方の基本ですね。そうすると、医療機能情報提供制度は始まったと、その項目について、だんだん拡充していくことを検討していただくことは、方針としては間違えてない。

内閣府の要求は、最初からアウトカム情報もちゃんと出してほしい。といっても、いきなり全部出せというのは大変だろうから、大事な病気に絞ってお出しになるのがいいんじゃないですかと、極めて实际的じゃないですかと、これはほかの国の例を見ても同様です。その過程で、当然弊害もあるんです。ここにニューヨークの例をお書きになっているけれどもあるんです。弊害があっても、社会として情報の利活用の方法を学ぶわけで、それは推し進められたらどうですかというのが、私どもの考え方です。

DPICのデータについても、これをちゃんと利用できる研究者が少ない、大体役所が利用できるように提供してないので、利用できる研究者が育つ環境がありません。DPICのデータについて電子的に出していますか。私が申請したら提供していただけますか。

○宇都宮企画官 電子的には出していません。

○長谷川専門委員 それじゃできるわけがないじゃないですか。そもそも利用できる研究者が存在したらおかしいんですよ。

○宇都宮企画官 そこは、今、統計法の承認統計になっていますので、その辺の法的なものを我々としてもクリアして、当然公開する方向で、皆さんがお使いできる方向でということは考えてございますので。

○長谷川専門委員 2003年に導入されて何年経つんですか。

○宇都宮企画官 5年ですね。

○長谷川専門委員 でしょう。それについてちゃんと検討会で議論されたということは、私は知らないんですけれども、あるんですか。

○宇都宮企画官 検討会は設けてございませんけれども、考えとしてはそういう考えです。勿論、DPICの結果のデータについては、できるだけ公表の方向で進めておりますので、それこそ5年前に始まったときよりは、今、報告書の形でもかなりさまざまなデータを出させていただいております。

○長谷川専門委員 DPICの影響について分科会でやるだけではだめなんです。電子的にデータが提供されない限り、それを使った分析はできないんです。検討会の報告書は、確かにダウンロードできますよ。でも、それでは研究という話ではないし、それはほかの国のインフラ、例えばアメリカでもイギリスでも韓国でもいいですけれども、そのデータ提供の程度と比較したら、もう全然周回遅れですね。

アウトカムでリハから始めたこと、これはいいんだけど、何となく全体の戦略が見えないし、戦略というのは、やはりこの方向でやるといったらこういう順番でやりたいと、その中で温度差は多少いろいろな組織によって違うと思うんですが、方向さえ一致していれば、そんな大きな問題は生じないと思うんです。

- 松井主査 深田さん、「質の医療」について具体的にどういうご意見をお持ちですか。
- 深田課長 どういうあれでしょうか。
- 松井主査 さっき長谷川さんがおっしゃったように、そもそも「質の医療」に移行しようというご意思はあるんでしょうか。
- 深田課長 はい。
- 松井主査 では、深田さんが考える「質の医療」の定義、それを具体的に推進するためには何を優先的にやらなければいけないか、そういったことについてお考えを伺いたいです。
- 深田課長 私どもが思っているのは、基本的には医療機能の情報を義務として出してもらう。こういうことは決まっていますのは、まず一つは、医療というのはどういうプロセスで、どういう疾病にはどういう薬を打っていくかというプロセスの問題もありますし、生存率といった結果の問題もある。多分二つの要素があるんだろうと思います。

それを客観的にどうやって評価していくのかということが決まり、それが出す医療機関側にもある程度、これはそうなんだという形で受け入れられないと、なかなか制度だけつくってもうまくいかないの、うまく順番を踏みながらやっていかないとできないのではないかと考えております。そのときには、インセンティブも必要だろうと思います。

- 松井主査 それも考えなければならない一つだと思いますが、お聞きしたいのはもう少し大枠の話で、質の医療を推進することについてどのようにお考えなのかということです。DRG-PPS、ペイ・フォー・パフォーマンスも含めて、世界ではいろんな流れが出てきています。ずっと前からね。勿論、それを真似しろと言っているわけではありません。しかし、10年前とは状況が全く変わりました。その中で、日本の医療において質を追求するということをどう考えるのですか。そして、プライオリティーをどのように付けて、何を優先してやっていかなければいけないとお考えですか。医政局の総務課長のお考えをお聞きしたいということです。
- 深田課長 ですから、申し上げているように、まず質ですので、質というのは一つは結果です。生きてるとか、治癒ということですので、そういう情報です。それから、それに至るまでの過程である、どういう薬をどういうふうに使ったかという問題があって、こういった問題が出て行かないといけないのではないかと。それが、どういうふうに出していくのか。

それから、検討会でもいろいろご意見を聞いて、なるほどと思ったんですけども、素人が見てわかるようにという議論もあるんですが、最初はプロが見てわかるということが必要になってくるので、そちらが出て行く。それがプロが見ても、こういうやり方で、こういう情報が出て行くと、それがEBMに沿っていると思うんです。これは常識的なんだというものが世の中に出ていかないといけないと思います。

そのためには、どういう手順でやるかということなんですが、ご意見をいただいているように、とりあえずがんセンターとか、あるいは拠点病院といったようなところ

からやったらどうかというのは、非常に重要な点だと思います。ただ、どういう情報かというのを、実は全がん協が今年の10月に公表しましたがけれども、それもまだ十分にできているわけではなくて、あるいは自主的なので義務でやっているわけではないですが、十分なものになっているという評価を必ずしも得ているものではないと思います。

そういったところが中心になってうまく動いていかないと、なかなか定着はしていかない。義務をかけるという話になりますので、そうなるとそういったところが定着するとか、みんなに受け入れられるものになっていくことが必要だろうと思います。

○松井主査 それが必要だというのは分かりますが、現実には世の中はどんどん動いているわけです。諸外国もいろいろやっている。では、日本は具体的にどう進めていくのか。できない理由や解決しなければいけない問題を挙げれば山ほどあるでしょう。それらが解決しないと動かないというスタンスなんですか。「そんなことはないですよ」とおっしゃるかもしれませんが、お聞きしていると評論家的という感じを受けるんです。「こうあるべきだ」と100回言ったって、それだけでは物事は進まない。医政局の総務課長として「こういう問題はあるけれども、こういう方向に進む必要があるから、具体的な措置としてこうしたい」と、それをお聞きしたい。だって、もう何年もこの議論をやっているわけですから。

○長谷川専門委員 所管省庁の責任者としてのお考えをお聞かせいただけるとありがたい。

○深田課長 我々としては、同じことになってしまうかもしれませんが、アウトカム情報の公表について、データをどう集めるかとか、あるいは重症度というものについての比較検討、これは細かいことかもしれませんが、そういったものがリスク調整をちゃんとして出して上げるということを進めていかないとならないと思います。

○松井主査 その調整を誰がされるんですか。

○深田課長 中医協ではないと思うんですけども、我々の方で研究班をつくってやりたいと思っています。

○松井主査 今、実際に動いているんですか。

○深田課長 今年、まず導入部でしたので、長谷川先生にも入っていただいているいろいろな研究をさせていただいています。

○長谷川専門委員 検討会の話ですか。

○深田課長 いいえ、研究していただいていたと思うんですけども、諸外国の状況だとか、評価モデルとか、全日病なども一生懸命やっていたいただいて、表には出ていませんのであれなんですけれども、そういうことをやっていたいただいて、そこで出てきているいろんな課題については次にまた研究というふうに考えています。

○長谷川専門委員 去年も申し上げたんですけども、要するに完全な評価モデルはあり得ないんです。だから、どこの国も情報を公開し、試行錯誤といえは試行錯誤なんですけれども、公開すれば次の要求水準がまた高くなるんです。この公開の仕方では、ちゃんと重症度を補正してないのではないかと。では、このデータも更に生かして調整しましょうと。ある段階に全部調整できるような、細かい、粒度の高い情報を全部提供してほしいとお願いしても、どこの病院もそもそも提供できません。それは仕組み

として学習するしかないんです。だから、調整が不十分だからという話をエクスキューズにお使いになるとすると、永遠にやりたくないということとイコールになってしまうんです。

- 深田課長 ただ、そうではなくて、我々の言っている情報提供制度は義務になっていますので。
- 長谷川専門委員 それはわかります。法律で、全部の医療機関に対して求めるものと、主導的な医療機関に対して求めるものは、レベルが違って当たり前だと思うんです。だから、そこはむしろ義務ではなくてインセンティブで最初におやりになる。あるいは疾患も限定しておやりになる。これは全然構わないんです。でも方針を知りたいんです。そういうことでまずやって、定着したら絶対に広げるから、少し時間がかかってもいいから見てほしいという話であれば、これは当然私どもとしても納得しましたという話になりますが、それが見えないですね。
- 深田課長 すみません。情報提供制度としてではなくて、というのは、例えばがんについてはまだ32ぐらいの病院ですけれども、一応出してきましたね。まだ名前が出ていない病院も幾つかはありますけれども、そういうところで始められているものとか、がんセンターでやっているものとか、各種のものがありますので、そういったもので議論していくということではないかと思っています。
- 長谷川専門委員 拠点病院で指定してお金を付けるときの条件にすればいいわけでしょう。
- 深田課長 お金は我々のお金じゃないものであれなんですけれども。
- 長谷川専門委員 何でもいいんですけれども、ある種の要件にするというのは、よく使う手法ですね。
- 深田課長 そうですね。それはありますね。
- 長谷川専門委員 ただ、各論の話は大きな全体の方向があつての話ですからね。そこを知りたいと申し上げています。最初はリハの例を挙げておられて、やるというように聞こえたんですけども、後ろの方は何となくエクスキューズのような文章がいっぱい並んでいて、おやりになりたいのか、やりたくないのか、どの辺なんですかということをお聞きしたんです。
- 松井主査 例えば、④のレセプト様式の件に絡んで、さきほど、保険局保険課長と侃侃諤々の議論をしました。議論したといっても、「世界観が違う」といって物別れになったんですけれども。総務課長としてはどうお考えになりますか。
- 深田課長 向こうは保険局になりますので。
- 松井主査 そうか。同じ省でも局が違っていると意見も違うんでしょうね。でも宇都宮さんは同席されていましたよね。
- 長谷川専門委員 あるべき医療を議論するのは医政局です。
- 松井主査 では宇都宮さん、例えば、我々は「レセプトに記載する傷病名と診療行為をリンクさせよう」とか具体的な提案をしているわけですが、それはこれから電子化を進めていく必要があるからです。将来的には、電子カルテも普及させ、収集したデータを分析し、医療政策に活かさなければならぬ。そのためには、先ずデータの入口であるレセプトの様式を見直さないと話にならない。当然、それについてはお考えがあるでしょう。我々は議論の端緒として例を挙げていますが、一つひとつ「これは無理です」とか、そういうことをお聞きしたいわけではない。電子化を効果あらしめ

るために、あなたたちはどういうことをやろうとしているのか、それについてお聞かせ願いたい。

○宇都宮企画官 わかりました。そういったことについては、IT戦略本部の下の医療評価委員会でも随分いろいろご指摘いただいて、ご議論いただいているところでして、一番最初に書いてございますように、審査を効率化するためのレセプト様式の見直しについて検討を行うということは勿論ございますし、医療評価委員会の方で言われたのは、もともと我々電子点数表というものをつくらなければいけないと、それをマシンリーダブルにしなければいけないということで、今回の改定ではそういうことをさせていただきます。

それから、先ほどの第12回で言いそびれたんですけれども、例えば電子点数表の公表も、前回改定では5月だったものを、今回は3月の告示日の2日後に出させていただいて、よりベンダーの方々の利便にもなるようにということで、また更に電子点数表をどう変えていくかということについては、今後も業界や関係者などと議論していくというふうにしてございますので、それは前向きに進む方向では考えているところでございます。

○長谷川専門委員 電子点数表をもう少し早く出していただくのはいいんですけども、例えば④、医学の科学性を否定するような感じなんですね。例えば傷病名を統一できないというのは、厚生労働省の正式見解でいいんですか。そうすると、WHOの国際疾病分類の日本語版を出しておられますでしょう。あれは根拠がないから税金を無駄に使いました、すみませんとやるんですか。

○宇都宮企画官 ですから、そうではなくて、臨床医がカルテに書いたり、最初に打ち込む名前を必ずしも統一するというのではなくて、最終的にコンピューターが発達してくれば、例えばエイズにしても、もともと後天性免疫不全症候群だとかHIVだとか、いろいろあるわけですね。

○長谷川専門委員 それは、ICDを使うかSNOMEDを使うかとか、そういう議論はしてもいいんですよ。ただやはり医療の科学性というものがあるので、それをできませんという話はないんです。特に標準コード、病名が標準化できないという話は、議論を最初から捨てていると思うんです。

○松井主査 私たちからすれば、信じ難いことが書いてある。今までの議論は一体何だったんですか。

○長谷川専門委員 国家試験で、例えばAという病名をBという病名に書いても、私の学校ではこれで教えていますといたら、○を付けないといけないですよ。

○宇都宮企画官 昔はそういうこともあったと聞いていますけれども、今は勿論違いますが。

○長谷川専門委員 要するに、医学、医療の科学性を全部放棄したようなことをおっしゃっているということがおわかりですか。

○宇都宮企画官 決してそうではなくて、現場の方と、ですから最終的なコードとしては、当然ICDとか、あるいは基金で出しているマスターの病名とか、そういうものに統一するというのは当然だと思うんですが、ただ、それをレセプトに書く時点での表記というのまで統一するというのを今、言っているのか。

○長谷川専門委員 そんなものは当たり前でしょう。

○宇都宮企画官 今はそういうソフトも開発しているというふうに聞いているんですけ

れども、何種類かの病名を書いても、自動的に1つの病名にいくような。

- 長谷川専門委員 そんなのMEDISに行ったらダウンロードできるじゃないですか。
- 宇都宮企画官 ですから、そういう意味ではなくて、考えていることが違うというわけではないんです。
- 長谷川専門委員 だから、標準化はできるんですよ。できることを前提に話ししないとどうしようもなく、言語の統一ができてないということを言っているわけです。病名を統一した上で、ある病名については当然そこから推測されるような、根拠は診療ガイドラインでも何でもいいですよ。そういった処置だとか、医療行為はあるわけで、それをリンクするのはできるはずなんです。それすらできないというなら話にならないですよ。
- 松井主査 更に言えば、診療報酬支払基金の職員たちがレセプトを目で見て分類しているでしょう。医学的な知識がほとんどない彼らに、ばらばらに書かれている病名を見て適切かどうか判断しろということですか。我々にとっては、正直言って信じられないことがこの回答には書いてあるんです。
- 長谷川専門委員 これは医学への冒涇ですよ。
- 松井主査 保険課長もそうでしたけれども、我々の常識では考えられないことを平然とおっしゃる。これでは議論になりません。
- 長谷川専門委員 あと5についても、我々はDRG-PPSを主張していますし、これまでの経緯はDPCが一定程度普及した段階で、それへの移行を考えるという話で合意しています。あと支払い法についての検討は、中医協マターではなくて、社保審マターだと理解していますので、中医協で議論するんだというのは、これは中医協改革についての合意に反していると思います。
- 松井主査 さっき、中医協で検討するとおっしゃいましたね。
- 長谷川専門委員 中医協で検討するのは、ある医療行為について、幾らのお金を付けるかだけを検討することになっていたと理解しています。
- 松井主査 随分前に大議論して整理したはずでしょう。
- 長谷川専門委員 有識者会議での決定事項です。
- 松井主査 今一度お聞きしますが、これは中医協で検討すべきことなんですか。
- 宇都宮企画官 そういった、一手術当たりの支払い方式の対象の拡大とか、要件の見直しについては中医協で検討するというございますので。
- 長谷川専門委員 過去に、中医協の中で、入院定額を事務局判断でお出しになって、時期尚早という意見が大勢を占めたという話がありましたね。そのときには、これは中医協の権限外のことを事務局判断で勝手にお出しになって意見を求めた、こういう行為自体は不適切であるという話になって、厚生労働省の方からたしかおわびか何かがあったと思います。
- 松井主査 それは訂正したはずですよ。「間違えていました」という遣り取りが載っている議事録を、私も読んで覚えがあります。これは中医協マターではないと。
- 長谷川専門委員 主査になられる前ですね。
- 松井主査 ずっと前です。鈴木さんが医療担当主査だったときです。
- 長谷川専門委員 前任のときの最終年ですね。
- 松井主査 議事録を読んでください。
- 宇都宮企画官 確認させていただきます。

- 長谷川専門委員 あと気になったのは、出来高が中心の払い方が6番の回答ですね。6番の2のところですが、これも出来高中心と言ってしまっているんですか。急性期であれだけDPCを導入しているわけですが。
- 宇都宮企画官 そうですね。点数表上は出来高で出ていますから。
- 長谷川専門委員 そもそもから言いますと、P4Pは包括評価をベースにしているということは、論理的にはおかしい、別にそうじゃない国でも、イギリスでもやっているわけで、だから日本で導入したいか、したくないかはまた別にして、出来高の国は包括評価の国でできたP4Pの考え方を入れることができないとお書きになると、これは事実誤認です。
- 松井主査 P4Pの意味をよく分かっていないのに時期尚早と言っている、そう自らおっしゃることになりますよ。
- 長谷川専門委員 そもそもどんな払い方をしてもいいんですよ。出来高と定額払いで丸めの単位が大きくなるかどうかだけの話なんです。もっと直接的に質を評価して、それについてお金を付けましょうという考え方がP4Pの基本なんです。だから、出来高であろうが丸めであろうが、それは関係ないんですね。前提としては、医療機関からそういった情報を抽出する仕組みはつくらないといけないんです。
- 宇都宮企画官 ここは、最初に申し上げたりハビリのところからという話もございますし、また勿論DRGではなくてDPCですけれども。
- 長谷川専門委員 考え方はどこから始まって、どこから手をお付けになってもいいんですよ。やりたいかどうかということは、是非聞かせていただきたいのと。あと⑥の2の文章そのものは論理的におかしいので、ここは再考された方がいいと思います。
- 松井主査 あなた方は大変なことをおっしゃっているんです。P4Pについては、もう随分前からずっと議論してきたんです。その時、宇都宮さんいらっしゃいましたか。
- 宇都宮企画官 いいえ、私はいません。
- 松井主査 昨年だって随分議論したんですよ。
- 長谷川専門委員 2年ぐらい前に、我々の答申に入れようといいたんです。DRG-PPSへの移行もまだ十分ではないと。何となく厚生労働省さんはしばらく経つと合意事項をお忘れになるような感じがあって。
- 松井主査 「こことここは整理して、ここは譲れないけれども、ここまではわかりました」と、答申には盛り込みませんでした。既にある程度議論は煮詰まっているんです。そういったものを踏まえて議論してくださいよ。
- 長谷川専門委員 お忘れになりやすいところもあるんですよ。まだDRG-PPSへの移行を達成してないときにP4Pを書き込むのはちょっとマナー上よくないということで、P4Pについての案文は引っ込めたという経緯が2年前からあります。
- 松井主査 あえて引っ込めたんです。そういった経緯を無視しないで、ちゃんと踏まえた議論をお願いします。
- 事務局 それでは、お時間になりましたので、どうもありがとうございました。