

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

(H15-政策-020)

診療報酬における医師技術評価に関する研究；

時間と総合負荷の関係

平成 16 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 茅野 眞男

平成 16 (2004) 年 3 月

診療報酬における医師技術評価に関する研究（H15-政策-020）目次

・ <u>厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書概要</u>	1p
・ <u>総括研究報告書</u>	
1. 主任研究者総括	5p
2. 初年度経過	8p
3. 方法論	9p
4. 班研究議事録	13p
5. 回帰分析結果	25p
1) 基本統計；重症別、部門別、技術別の設問数	
2) 重症分類別解析；	
3) 部門分類別解析	
4) 技術分類別解析	
5) 共通設問限定部門別解析	
6) 外来診療行為限定の部門別解析	
6. パネル参加者の属性	50p
7. 論点と今後の問題点	52p
資料1. 診療技術料の医療コスト	55p
・ <u>分担研究報告書</u>	
1. 遠藤；医療技術の適正評価の意義と課題	63p
2. 一色；循環器科手術行為部門	67p
3. 中瀬；神経内科部門	68p
4. 石田；リハビリテーション部門	71p
5. 国島・望月；診療所部門	74p
6. 岩男；消化器科部門・生理検査部門	75p
7. 鈴木；外保連調査との対比	77p
8. 西山；経験年数と専門医問題	78p
9. 高橋；在宅医療部門	79p
資料2. 設問一覧	83p
・ <u>研究成果別冊</u>	

概 要

厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書概要

研究費の名称=平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金

研究事業名=政策科学推進研究事業

研究課題名=診療報酬における医師技術評価に関する研究 (H15-政策-020)

国庫補助金精算所要額(円)= 4,200,000

研究期間(西暦)= 2003. 4. 1-2004. 3. 31

研究年度(西暦)= 2003

主任研究者名= 茅野眞男(国立病院東京医療センター 循環器科)

分担研究者名=

遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
田倉 智之	株式会社三菱総合研究所主任研究員
一色 高明	帝京大学医学部附属病院循環器科教授
青木 矩彦	近畿大学医学部内分泌・代謝・糖尿病内科教授
石田 暉	東海大学医学部専門診療学系教授
棟方 昭博	弘前大学医学部内科学第一講座教授
高橋 進	日本大学大学院グローバルビジネス研究科教授

研究協力員名=

国島 修	国島医院院長
山口 俊晴	癌研究会付属病院消化器外科部長
西山 信一郎	虎の門病院分院内科総合診療科部長
中瀬 浩史	虎の門病院神経内科部長
鈴木 雅裕	国立埼玉病院臨床研究部部長
岩男 泰	慶應大学医学部包括先進医療センター講師

要約=内科系技術評価に必要と提唱された総合負荷が時間とどのような関係にあるのかを検討した。総合負荷を従属変数、必要時間を説明変数とする回帰分析をおこない、総合負荷は必要時間と有意に相関し、時間を考慮しない現行の診療報酬は適切でない結論した。外来診療技術を中心に補正式も作成した。外来診療以外の技術では線型モデルに当てはまりが悪い技術もあり、研究報告

書の散布図等の基本統計量を参照いただきたい。なお本報告書に述べられた結論は内科系学会社会保険連合の見解ではない。

研究目的= 背景として中央社会保険医療協議会（中医協）診療報酬基本問題小委員会に対して平成 15 年 11 月に、同診療報酬調査専門調査組織医療技術評価分科会から、医療技術の客観的評価を行なうために難易度・時間・技術力に関する提言が行われた。一方内科系学会社会保険連合（内保連）は医療技術評価に時間要素の他に“総合負荷”の採用を希望している。本研究の目的はその提唱された総合負荷が時間とどのような関係にあるのかを内保連の協力を得て検討することである。

研究方法= “総合負荷”とはある患者に対して診療行為を行う際の負荷全て、すなわち時間・身体的ストレス・精神的ストレス・判断の難しさ・手技の難しさ・それを得るための経験等を全て総合した負担感のことである。米国の診療報酬支払い resource based relative value scale (RBRVS)でも使われた計量心理学的方法を使い、専門医が必要と考える時間（必要時間）と総合負荷を Delphi 法で測定した。初年度は合計 623 の医療サービス設問を作り以下の 3 分類をそれぞれ付与した。すなわち 1) 重症分類（緊急・重症・標準の 3 水準）、2) 部門分類（循環器・神経内科・消化器・腎透析・開業医・リハビリ・心臓リハビリ）、3) 技術行為分類（外来診療 43%・訪問診療・説明同意・入院診療・生体検査 18%・手術処置・画像診断）である。部門間の関係を見るために全部門共通設問をそのなかに作成した。各専門分野の医師が一堂に会する expert panel を 15 回開催し、個々の医療サービスについて必要時間・総合負荷・必要な経験年数（=責任卒年）の回答が得た。全体班会議を 4 回開いて、まず総合負荷と必要時間の関係を検討した。

先行研究では“負荷密度”（1分当りの総合負荷で 0.6-0.2 の間に分布）を算出したが、今回の研究では総合負荷を従属変数 y 、必要時間を説明変数 x とする 1 次式モデル $y=ax+b$ に関して、各分類ごとに単回帰分析・重回帰分析を用い、時間当たり総合負荷量（傾き） a とサービス開始時の総合負荷量（切片） b に分類された項目との間で違いがあるのかを解析した。

解析用データとして、1 設問につき Delphi 法で複数回答が得られていたデータを 1 設問 1 回答（中央値）の形式に要約し、4 人以上の医師から回答が得られていた 576 設問を解析対象にとりあげた。さらに解析対象を共通設問と外来診療技術に限定して、部門分類別解析を行った。外来技術評価は、現在特定機能病院で行われている DPC のように疾患毎に分類するのではなく、部門別（専

門科別) という大きな単位で集計した。

結果と考察=重症分類では予想に反して緊急・重症・標準の間で、傾きと切片に違いはないとされた。共通設問限定の部門分類別解析では各部門間で傾きと切片に有意差はなく、以上から全設問を解析対象とすることが妥当と考えられた。

技術分類別解析において決定係数が 0.65 とモデルの当てはまりはよかった。傾きの推定値は 0.26 ± 0.02 で有意であり、必要時間が長くなると総合負荷は増えると考えられた。傾きでは、外来診療と比べて入院診療・生体検査・訪問診療で時間当たりの総合負荷が小さいと考えられた。切片では、外来診療と比べて入院診療・生体検査・手術処置でそれぞれ有意差があり、その 3 技術は外来診療と比べてサービス開始時の総合負荷量が高いと考えられた。予想に反して、外来診療と比べて説明同意が異なる技術とする根拠はなかったが、解析対象から重症と緊急を除き標準のみにすると結果は微妙に異なった。

外来診療に限定して部門分類別解析をおこなうと、腎透析部門のモデル式は $y=0.08x+3.02$ であり、腎透析と比べて、神経内科・循環器・心リハでは切片が低いが傾きは逆に大きいと考えられた。この意味するところは支払い方法で例えば全部門共通式が採用された場合、神経内科等には不利になると思われる。

部門分類別解析結果は、外れ値と技術分類分布差で影響されると考えられる。例えば手術処置は、循環器部門では 46 問中 13 問もあるが、他分野では少ない。

今回調査した医療サービスは限定されたものだが、調査外の社会保険収載項目や未収載新規項目の総合負荷を将来決定する際に基本となるデータと考えられる。本調査では疾患頻度は調査していないので、医療費総額に与える影響はわからない。また専門医間の差異も調査していない。

結論=総合負荷は必要時間と多くの分類項目で有意に相関し、切片（サービス開始時の総合負荷量）しか考慮しない現行診療報酬は技術を適切に反映していないといえる。時間要素に補正係数（本文中の傾きと切片）をかければ解決する項目もあるが、解析モデルが不適切な項目もある。第二年度は、経験年数（責任卒年）を加味すれば更にモデル適合性が良くなるか、特に手術に関しては卒業年次をいれた外保連式も使い検討する。外来診療に偏った調査対象技術を管理指導・在宅訪問・手術等に拡大し、部門を癌治療・血液・内分泌糖尿病等にも広げたい。診療において医師以外のコメディカルが加わる場合は、総合負荷等にどのような影響を与えるかを検討する。

総括研究報告書

国立病院東京医療センター 循環器科 茅野 眞男

第1部

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

総括研究報告書

診療報酬における医師技術評価に関する研究； 時間と総合負荷の関係

主任研究者：茅野 眞男 国立病院東京医療センター 循環器科

研究要旨 内科系技術評価に必要と提唱された総合負荷が時間とどのような関係にあるのかを先行研究は発展させて検討した。総合負荷を従属変数、必要時間を説明変数とする回帰分析をおこない、総合負荷は必要時間と有意に相関し、時間を考慮しない現行の診療報酬は適切でない結論した。外来診療技術を中心に補正式も作成した。外来診療以外の技術では線型モデルに当てはまりが悪い技術もあり、研究報告書の散布図等の基本統計量を参照いただきたい。なお本報告書に述べられた結語は内科系学会社会保険連合の見解ではない。

A. 研究目的

背景として中央社会保険医療協議会（中医協）診療報酬基本問題小委員会に対して平成15年11月に、同診療報酬調査専門調査組織医療技術評価分科会から、医療技術の客観的評価を行なうために難易度・時間・技術力に関する提言が行われた。一方内科系学会社会保険連合（内保連）は医療技術評価に時間要素の他に“総合負荷”の採用を希望している。本研究の目的はその提唱された総合負荷が時間とどのような関係にあるのかを内保連の協力を得て検討することである。

B. 研究方法

先行研究とは平成9-11年度老人保健健康増進等事業；医療技術の相対評

価に関する研究（医療経済研究機構から出版）のことであるが、それを以下の3点で改良している。1) 先行研究4部門を7部門に拡大し、対象技術を外来診療から生体検査や処置手術に広げた。2) Expert panelによるDelphi法をとったので、集計値にバラツキが少なくなった。3) 解析方法に負荷密度でなく、回帰分析を用いている。“総合負荷”とはある患者に対して診療行為を行う際の負荷全て、すなわち時間・身体的ストレス・精神的ストレス・判断の難しさ・手技の難しさ・それを得るための経験等を全て総合した負担感のことである。米国の診療報酬支払い resource

based relative value scale(RBRVS)でも使われた計量心理学的の方法を使い、専門医が必要と考える時間(必要時間)と総合負荷を Delphi 法で測定した。初年度は合計 623 の医療サービス設問を作り以下の 3 分類をそれぞれ付与した。すなわち 1) 重症分類(緊急・重症・標準の 3 水準)、2) 部門分類(循環器・神経内科・消化器・腎透析・開業医・リハビリ・心臓リハビリ)、3) 技術行為分類(外来診療 43%・訪問診療・説明同意・入院診療・生体検査 18%・手術処置・画像診断)である。部門間の関係をみるために全部門共通設問をそのなかに作成した。各専門分野の医師が一堂に会する expert panel を 15 回開催し、個々の医療サービスについて必要時間・総合負荷・必要な経験年数(=責任卒年)の回答が得た。全体班会議を 4 回開いて、まず総合負荷と必要時間の関係を検討した。

先行研究では“負荷密度”(1分当りの総合負荷で 0.6-0.2 の間に分布)を算出したが、今回の研究では総合負荷を従属変数 y 、必要時間を説明変数 x とする 1 次式モデル $y=ax+b$ に関して、各分類ごとに単回帰分析・重回帰分析を用い、時間当たり総合負荷量(傾き) a とサービス開始時の総合負荷量(切片) b に分類された項目の間で違いがあるのかを解析し

た。

解析用データとして、1 設問につき Delphi 法で複数回答が得られていたデータを 1 設問 1 回答(中央値)の形式に要約し、4 人以上の医師から回答が得られていた 576 設問を解析対象にとりあげた。さらに解析対象を共通設問と外来診療技術に限定して、部門分類別解析を行った。外来技術評価は、現在特定機能病院で行われている DPC のように疾患毎に分類するのではなく、部門別(専門科別)という大きな単位で集計した。

C. 結果と考察

重症分類では予想に反して緊急・重症・標準の間で、傾きと切片に違いはないとされた。共通設問限定の部門分類別解析では各部門間で傾きと切片に有意差はなく、以上から全設問を解析対象とすることが妥当と考えられた。

技術分類別解析において決定係数が 0.65 とモデルの当てはまりはよかった。傾きの推定値は 0.26 ± 0.02 で有意であり、必要時間が長くなると総合負荷は増えると考えられた。傾きでは、外来診療と比べて入院診療・生体検査・訪問診療で時間当たりの総合負荷が小さいと考えられた。切片では、外来診療と比べて入院診療・生体検査・手術処置でそれぞれ有意差があり、その 3 技術は外来診療と

比べてサービス開始時の総合負荷量が高いと考えられた。予想に反して、外来診療と比べて説明同意が異なる技術とする根拠はなかったが、解析対象から重症と緊急を除き標準のみにすると結果は微妙に異なった。

外来診療に限定して部門分類別解析をおこなうと、腎透析部門のモデル式は $y=0.08x+3.02$ であり、腎透析と比べて、神経内科・循環器・心リハでは切片が低いが傾きは逆に大きいと考えられた。この意味するところは支払い方法で例えば全部門共通式が採用された場合、神経内科等には不利になると思われる。

部門分類別解析結果は、外れ値と技術分類分布差で影響されることが考えられる。例えば手術処置は、循環器部門では 46 問中 13 問もあるが、他分野では少ない。

今回調査した医療サービスは限定されたものだが、調査外の社会保険収載項目や未収載新規項目の総合負荷を将来決定する際に基本となるデータと考えられる。本調査では疾患頻度は調査していないので、医療費総額に与える影響はわからない。また専門医間の差異も調査していない。

D. 結論

総合負荷は必要時間と多くの分類項目で有意に相関し、切片（サービス開始時の総合負荷量）しか考慮しな

い現行診療報酬は技術を適切に反映していないといえる。時間要素に補正係数（本文中の傾きと切片）をかければ解決する項目もあるが、解析モデルが不適切な項目もある。第二年度は、経験年数（責任卒年）を加味すれば更にモデル適合性が良くなるか、特に手術に関しては卒業年次をいれた外保連式も使い検討する。外来診療に偏った調査対象技術を管理指導・在宅訪問・手術等に拡大し、部門を癌治療・血液・内分泌糖尿病等にも広げたい。診療において医師以外のコメディカルが加わる場合は、総合負荷等にどのような影響を与えるかを検討する。

第2部

初年度経過：データ収集と解析検討

内科系技術評価のため、内保連と協力して3年計画でデータを集計し解析している。これにより従来全くデータのなかった技術難易度を定量化することができ、例えば新規要望項目の技術難易度を従来の技術から外挿することが可能となる。西暦2003年7月16日現在、循環器・開業・神経・消化器・リハビリの5部門で合計12のパネルが終了。Delphi法採用により、先行研究よりバラツキの少ない良質なデータが得られた。

西暦2003年7月16日第1回班会議を開催。Resourceとしての所要時間・経験年数・技術難度の相関を検討した。以降、合計4回の班会議を施行、議事録参照。

7月31日中医協；診療報酬調査専門組織の技術評価分科会で茅野が報告。

9月現在、循環器・開業・神経・消化器・リハビリ・腎透析、心リハの7部門で合計15回のexpert panelパネルが開催され、623設問への回答集計が終了した。

第1回班研究 2003年7月16日 霞ヶ関ビル

第2回班会議 議事録 確定版 2003年8月29日（金曜日）霞ヶ関ビル 東海大学校友会館

第3回班会議 議事録確定版 2003年12月1日（月）於・日本内科学会 日内会館

第4回班会議 議事録確定版 2004年1月6日開催於・日本内科学会 日内会館

このあと2004年1月に塩野義解析センターに回帰分析を依頼。従来の負荷密度表示でなく、近似一次式表示とした。3/13に最終の解析報告書を入手した。

負荷・時間以外の、卒年・協力医師数・必要な協力パラメディカル数の解析は次年度とした。

第3部

方法論 ; Delphi 法、用語定義、データベース構成

1. expert panel と Delphi 法

本調査ではまず expert panel 回答者に、代表的疾患の具体的患者像の具体的検査・治療内容を設問の形で提示する(資料参照)。調査内容は、負荷・時間・卒年の三項目の他に、協力医師数・必要な協力パラメディカル数、回答者属性を調査した。expert panel 前に設問を配布しパネル前回答を集計、expert panel にて外れ値を主体に討論し、参加者の定義への理解を確認し、不適切な設問を改訂した後に、再度発送してパネル後回答を集計して、確定値とする。

expert panel とは米国 RAND 研究所から開発された Delphi 法と呼ばれるもので、6 名以上の専門家が一同に会し上記設問を検討改訂する方法である。単なるアンケートよりバラツキが少ない良質のデータが得られる。また内保連としても複数の学会から panel 参加者が校正されるので、片寄りが無い多方面からの議論になることが本法の最大の利点である。

2. 用語の定義

(1) 技術難易度に於ける総合負荷とは

本研究の集計項目は外保連で使っている所要時間・卒業年数・必要人員に加えて、技術難易度として“総合負荷”という項目を加えていることが特徴である。

総合負荷とは、米国 RBRVS resource based relative value scale に於ける計量心理学方法論に基づいて、診療行為を行う際の、1) 所要時間、2) それを獲得するに要した経験年数、3) 身体的・精神的ストレスなどをすべて総合評価した「判断や手技の難しさ」のことである。

計量指標の下限としては先行研究と同様、“鼻水、のどの痛み、咳を呈したため仕事前に初診来院した 23 歳男性の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず)。”という医療サービスに要する「技

術難度」を 1 とした。上限の参考値として循環器集計値における、エコー；5、心カテ；10、PTCA；20 の値を expert panel にて提示した。

(2) 時間の定義は必要時間

各専門家に該当患者に診療行為を行うに当たって本来専門家として必要とされる時間；“必要時間”を分単位で回答してもらった。これは所要時間のタイムスタディーとは異なる概念である。異なることとなった理由の第一は、外科系の手術等では考えられないことだが、臨床現場からは非常な混雑で心ならずも短時間ですませたような実時間を測定されては不満であるという意見が大勢を占めたからである。背景として以下の問題がある。日本に於いては多くの医師はエビデンス等に基づいた世界標準的医学教育を受けている。一方本邦の患者が医師に接触する回数は世界標準の 3 倍、すなわち診療する医師にとっては同じ resource で 3 倍の access を処理せねばならず、矛盾を抱えている。

所要時間のタイムスタディーとは異なる第二点は、頭の中で考えるので、実際のタイムスタディーでは不可能な部分まで分解して回答が可能なことである。

(3) 経験年数の定義は責任卒年

現在臨床現場で複数医師がチームとなって診断治療に当たることが多く、実際に行方を施行する医師の卒年か、監督者の卒年かが問題となり、責任者としてチームを監督する力のある医師の経験年数を“責任卒年”として回答してもらった。チームとして実際に診療行為を施行するもの、例えば大学病院外来で診察前に患者予診（アナムネ）を卒後 1 年生が聴取したとしても、その助手の経験年数でなく、診察後最後に診断を下す医師の経験年数を調査した。当然その監督医師は、高度な技術、例えば緊急透析の組み立て等を技師に指導出来る技術が無くてはならない。この部分は外保連の定義と異なる可能性がある。

卒年の数え方は、国家試験後に経験年数 0 でも責任を持って出来

ることなら、対応する卒年身分は 1 年目とした。この部分は外保連の定義に合わせてあり、それでは 11 年が上限である。

(4) 重症区分分類 通常の勤務時間帯の標準的患者と、時間外夜間とか、特別重症である患者の 3 水準（標準・重症・緊急）をパネル司会者に定義してもらった。

(5) 技術行為分類；現行の診療報酬支払い表に準拠し、今回は外来診療・訪問診療・説明同意・入院診療・生体検査・手術処置・画像診断の 7 つに分類した。

3. データベース構成と簡易版

パネル後集計結果はデータベースの形で保存されており、内保連等に利用して貰う予定である。

大部のデータベースを本報告書に載せる訳にはいかないのので、報告書掲載用簡易版を末尾資料として作成した。

1. 第 1 部；管理・**定義**用。ExP 定義管理と管理番号一覧、パネルの名前は Excel file. の定義をみて。以下のすべてのファイルには管理番号が存在する。

2. **パネル後集計**；別名、ExP パネル後回答集計データベース。expert panel 後の集計データの確定されたもの。パネル毎（消化器は一つ、リハは二つに統合）に、負荷・時間・卒年の三項目の他にも協力医師数、パラメディカル項目のすべての回答が書かれます。File はパネル毎（従って専門共通の解析は各パネルを合体する必要がある）。従って file 名は ExP 後集計+部門+司会者名（又は番号）+日付となるが、順序はどうでもよい“循西山後集計+日付”。理由は file 名が長くなると画面に表示されなくなるので、鑑別に重要な言葉を先に書いた方がよい。パネル最低回答者数は 5（リハ 2-脳とリハ 2-老人）ですが、sheet（つまり設問症例）によっては回答者数 3（リハ専門骨 1、脊椎 1、3、4、5）であるが、変動係数はほぼ 50%以下なので採用とした。

3. **行為データベース**；はパネル毎でなく部門別集計です。かつて行為分類、現行・点数、標準、統一・書式とかファイル名がついていたものです；管理番号；行為分類（標準・技術大分類・中分類の三つのこと）；現行診療報酬・設問、中央値（負荷・時間・卒年）。中央値は後回答集計データベースにあるのだから不要かもしれない。ファイル名は行為標準統一共通定義。行為標準統一共通定義 k30921 に定義の記載あり。ファイルはパネル毎でなく、部門毎になっています。各科共通設問の集計は両者の合体した数字です。標準項目で、緊急・重症と両方があるものは、緊急とします。

現行報酬点数 code との対比がついていますが、細いところでは意見が分かれ、原則的にパネル司会者の判断としています。行為分類第 2 版案 k30919 を参照

4. **解析**ファイル**基本統計ファイル**はパネル毎でなく部門別集計です（例えば腎共通は回答者数 21 名）。負荷・時間・卒年の三項目に於けるそれぞれの件数・中央値・平均値・変動係数・最大値・最小値があるべきです。消化器共通 3（肝 1）の回答者数がなぜ 13 でなく 8 なのか？

5. **解析**ファイル**相関関係ファイル**見本；負荷と時間の解離

上記総合負荷と必要時間の関係を、相関分析に於ける決定係数（相関係数の二乗）を使って表している。

6. 報告書収載用簡易版 大部のデータベースを本報告書に載せる訳にいかないのので、掲載用簡易版を作る。管理番号・設問内容の他に、重症分類、技術分類、負荷・時間・卒年の三つの中央値、の合計 8 項目を掲載するファイルを作り、収載**中央値**と名付ける。解析センターもこのファイルを使用している。

第4部：議事録

厚生科学研究補助金政策科学研究 医師技術評価に関する研究第1回班会議議事録 平成15年7月16日 霞ヶ関ビル

会議資料は別紙

三つの指標、時間・卒年・負荷に関する議論

1. 技術評価として実時間（または必要時間）だけでは無理なことはデータから明らか。参加者総意としては総合負荷が重要であるが、名称が良くない。医師に負荷がかかるからといっても支払い側が納得するわけでは無いので、‘技術難度’という言葉に変更してみる。
2. 責任卒年指標は、上限下限とも狭い範囲に押し込められていて指標として不十分。またこれは発表すると政策的に危ない可能性が指摘されてきた。つまり責任卒年以下の医師のみで施行していた場合、例えば支払い拒否とされるかもしれない（米国事例）。回答者属性の分析が重要。勤務医の専門医集団と異なり、開業医の場合は年齢幅も回答内容も大きくばらついて当然である。
3. 必要時間も回答者属性で大きく変わる可能性がある。必要時間の問題点として、もしそれが認められた場合はリハビリの理学療法士点数のように1日何人までしか診てはいけないということになると思うが、回答した勤務医の場合はそれで良いのかどうか。
4. パネル別以外に行為別（生体検査等）に集計も行う。本研究では外保連の様な絶対値を出すことは考えていない。また生体検査と現行点数の比較においても、機器の原価計算等に踏み込むのは大変で反対がある。
5. 来年は医師でない支払い側の反応を調べる市場調査の必要がある。予防医学の医療経済という視点も必要か。

今後の方針としては

6. 設問に管理番号を決定
7. 現行保険点数コードをふり（総括者；国立埼玉鈴木）、行為別集計が出来るようにする。
8. 各パネル司会者にデータベースとして、担当集計データおよび基本統計料、および相関解析を発送するので、共通の問題に限らず全問題に関してデータが正しいか検証する。その際、データ管理者のメールアドレスを添付するので、そこに修正を依頼する。
9. 行為別特に生体検査を標的として、解析を行い、山口班員を呼んで外保連資料との対比を行う。

第2回目を8月下旬に開催するので調整表を送る。

厚生労働省科学研究 第2回班会議 議事録 確定版

日時：2003年8月29日（金曜日） 18：00～

場所：霞が関ビル 東海大学校友会館

参加者（順不同） 遠藤 久夫、高柳 哲也、鈴木 雅裕、国島 修
岩男 泰、中瀬 浩史、一色 高明、伊東 春樹 西山 信一郎
棟方 昭博、茅野 眞男、田倉 智之

技術評価に於いて当研究班としては、1) 時間、2) 外保連の主張する経験年数の他に 3) “総合負荷”が必要であり、本項目はこれ以上分割出来ない項目であるという主張をすることが再確認された。本研究班は内保連から協力者を派遣してもらったの依頼事項であるため、9月9日の内保連例会でその説明書を配り（資料1）、承認を得ることとする。

中医協診療報酬専門組織の医療技術分科会向けに早急に報告書を作りたいという茅野の提案で100ページ以上の報告書原案が出された。しかし内容的に検討が不十分な所が多く、印刷成果物とするには問題があるので、9月中の印刷は見送ることとなった。6ページ程度の説明書の形で作ることにした（内保連例会説明書で代用する）。

第1回班会議で中医協向けに総合負荷を技術難易度に言い換える事が決ったが、パネル回答者は総合負荷という言葉に対して回答している。総合負荷は技術難易度という言葉とは異なるイメージを持つために“技術難易度の指標として総合負荷を使った”と言う表現に留め、総合負荷という言葉は残すこととする。

検討方向も煮詰まってきたので本研究班のなかに専門検討班を作り検討する必要がある。

<行為別（生体検査）検討班>

必要時間・総合負荷の値がばらついている理由として技術難易度設問において患者重症度 case-mix の問題があると指摘されている

(一色)。鈴木が作った外保連対比表もその意味で見直す必要がある。まずは設問に標準（生体検査ならDs）、救急（生体検査ならDe）、重症（生体検査ならDg）といった区分をつける必要がある。標準設問だけに絞って再度外保連対比表を作り直し、次いで早急に外保連側と会議を開き、外保連方式との違いを明瞭にする。外保連・内保連の違いは次に由来すると思われる。

1. 定義の違い（必要時間の問題、および準備時間を含むか）
2. 内保連における標準性 case-mix 問題、すなわち緊急加算等の症例が入っていること

外保連・内保連の調整は茅野が交渉中。

岩男先生、行為別（生体検査）検討班の班長をお願いします。

<責任卒年と専門医問題>

専門医が診た場合と非専門医が診た場合で“報酬が異なるべきである”という主張をするのかどうか。またその主張の根拠が、現在作っているデータベースから作成できるのか？総合負荷項目では専門医であるからいろいろな配慮をして負荷が大きいとする意見と、多くの症例をこなしているのだから慣れていて負荷が少ないという対立する意見に分かれており、当データベースから検証する必要がある。非医療従事者側から見ると一物一価の原則で専門医と一般医の値段が違うのはおかしいと思う意見もあり、諸外国での方式を検討中（西山）。

また、チーム医療において専門医の役割もイメージされなければならない。チーム責任者として専門医が責任を取るとしても外保連の様に経験の少ない医師に委譲して良い部分もあり（中瀬）、その観点から外保連と同じような定義でパネルをやり直す必要があるのかどうか検討すべきである。

その他、各種専門医制度資格の適否、一度取った資格の更新問題等いろいろな問題もあり、内科専門医の会で検討してもらう。西山先生、専門医問題検討班の班長をお願いします。

<内科診断技術の解析担当班>

内科の本質たる“診断”部分の解析に踏み込むこととなった。明瞭に定義されうる、1) 外来初診・2) 外来再診・3) 特殊診察・4) 入院初診診断・5) 処方・6) 指示行為および 7) 説明と同意に関して、各設問で該当部分を定義することが先決である。循環器；鈴木、神経内科；中瀬、消化器；棟方；リハ；石田、開業；国島に、管理番号つき設問を添付しますので、9/16 までに、診断・問診等に関する設問に、該当する下線行為を定義して茅野にメール；chino-m@jb3.so-net.ne.jp ください。勿論お忙しい場合はどなたかに委嘱していただいて結構です。設問の中には分類が不明瞭で定義することが不可能なものも多く、その場合は未記入で結構です。設問の半分程度が他から異論なく分類できればと思います。茅野がまとめて、9 月中に解析します。

エキスパートパネル/デルファイ法が有用であると結論しているが、デルファイ法によって集計前と集計後でどの程度変動係数が変わってくるのかを明らかにする必要がある。9 月末から茅野が全科共通と専門共通の部分データを田倉渡し、田倉の方で解析をする。先行研究との比較も田倉が行う。同時に最終回答者と属性も refine する。

添付資料

1. 9/9 の内保連例会提出用資料。ご覧になり 9/7 までに茅野にご意見を。
2. 中央値集計；管理番号付き。