

所要時間が長いサービスほど負荷密度も高く評価する傾向があることがわかった。このため彼らは次いで 1985 年に行った調査では、所要時間と負荷密度をまとめた概念である全体的作業負荷 (total work) を回答者に評価してもらった。ところが今度は、全体的作業負荷を所要時間で除して求めた負荷密度を求めると、難しいサービスの多くは低めに評価され、逆に、易しいサービスの多くは評価値が高すぎるという結果がでてしまった。このように時間を負荷密度によって調整することは難しいことは否定できない。

技術を評価するうえでの第二の課題は、技術の評価を報酬額に変換する考え方についてである。上記に示した評価はいわば医療サービス間のウェイト付けを行うものであり、この相対評価を金額ベースの絶対評価に変換させる上でいくつかの課題がある。たとえば各医療サービスの所要時間を把握したとしても、それだけでは報酬額を決定することはできない。技術に対応する報酬額は労働コストに適正利潤を加えたものとするのが合理的だが、労働コストを算出するにはサービス毎の所有時間×単位時間当たり労働コストを計算する必要がある。単位時間当たりの労働コストとは時給を意味するが、この時給として何を使うべきなのか。国公立病院の勤務医、民間病院の勤務医、開業医ではこの値が大きく異なるし、同じ勤務医でも年齢によって給料は違う。また別の問題として、医師の稼働率がどの程度なのかを把握する必要も

ある。医師は勤務中の行動がすべて診療報酬の対象となるわけではない。診療の準備や研究などに時間を割かれている。したがって、1ヶ月給与を1ヶ月の総労働時間で割って単位時間当たりコストを算出した場合、医療行為の所有時間×単位時間当たり労働コストで求めた報酬額は現実の労働コストを以下になってしまう可能性が大きい。そこで、勤務時間のなかで診療報酬が請求できる時間の割合、すなわち医師の稼働率を把握することが必要となる。しかし、そのようなデータの把握は難しいのが実情であろう。

医療行為間の相対評価を診療報酬という絶対額に変換させる先行事例を見てみよう。外科系学会社会保険委員会連合 (外保連) が手術報酬等の改定の参考資料として作成している「手術報酬に関する外保連試案」は手術の所要時間を報酬額算定の基本とした先駆的なアプローチであるが、時給は国家公務員 (医務職) の給与をベースにしている。しかし、これでは技術報酬が過小評価されるため、手術の難易度にあわせて加算 (補正) されている。一方、アメリカにおけるメディケアのドクターズフィーの支払には RBRVS により医療サービスごとの相対評価が行われているが、これを絶対評価に転換して報酬額を決定するために、単位時間当たり労働コストを掛けるといったアプローチはとっていない。医療サービスの相対評価値 (さまざまな補正が加えられた後の相対値) に CF (Conversion Factor : ドル換算係数) という係数を

掛けて報酬額を決定している。CF はそれまでの支払実績を参考にしながら決定され、決定権は議会が有する。つまり医療サービス間の相対評価は医療サイドが決定し、絶対額についてはメディケア・パートB（ドクターズ・フィー）の総額の伸び等を考慮してCFを調整することにより決定する仕組みになっている。いずれにせよ、相対評価を絶対額に変換させる合理的で説得力のあるルールを設定することは重要であり、かつ難しい作業であることは否めない。

技術評価の第三の課題は、個々の医師の技能格差をどのように報酬に反映させるべきか、という点である。診療報酬は公定価格であるため価格に柔軟性を欠くことと、客観的に技能の差を把握することが難しいという理由で、個々の技術の差を公定価格に反映させるにくいという特徴がある。この技能格差を報酬に関連させる方法としては基本的に三種類の考え方がある。第一の考え方は技能の格差は数量調整されるべきというものである。これは技能の格差を診療報酬には反映させないというものである。その場合でも技術の高い医師のところには患者が多く集まるのであるから必ずしも不合理だとはいえない。すなわち、技術格差は価格で調整しないが、その分、自律的に数量で調整されるという考えである。日本のこれまでの診療報酬体系はこの立場をとっているといえる。第二の考え方は、臨床の能力を学会など専門的な機関が評価するか、大学教育で追加的教

育を行うなどして資格を与え、資格保有者に対して高い報酬を適用するというものである。フランスでは一般医と専門医で診療報酬額に差を設けているが、これに該当するだろう。第三の考え方は、医師は公的医療保険からの報酬以外に患者から自由に報酬を徴収できることを認めることである。患者による評価を重視するものであり、市場原理を重視した考えである。アメリカのメディケア・パートBにおいて医師は患者に対して差額請求（balance billing）することが認められている。

これらはそれぞれに固有の問題をかかえている。第一の考え方のウィークポイントは医師や病院が手余り状態にある場合にのみ意味を持つという点である。一般的にいつて医師や病院に対する需要は旺盛なものがあり、1日当りの患者数を増やすことには限界がある。したがって、評判の良い医師や病院では患者の待ち行列が長くなるだけで、医師や病院の収入は一定以上には増加しない。その意味で、技能の格差を診療報酬に反映させないという考え方は、医師や病院の名声という非金銭的な報酬はともかくとして経済的なインセンティブとしては必ずしも大きいとはいえない。第二の立場の課題は、学会等の専門機関が与える資格は臨床上の技能を適正に評価できるであろうかという点である。たとえば学位は臨床上の技能を評価していないといわれているが、同様の問題が生じないだろうか。さらに、金銭に関わるだけに純粹に学術的な視点で資格を付与で

きるのかといった課題もある。第三の立場の問題点は、医師と患者の間の情報や交渉力の非対称性が存在する中で、患者は適正な医療評価が可能かどうかという点である。周辺に医療機関が少ないために差額徴収を行うといった、差額請求が技術に対する対価ではなく医療機関の独占力により行われる可能性も否定できない。さらに、患者が医師の技能を正しく評価できたとしても、それは、腕のいい医者には金持ちしか診てもらえないということにつながるため国民的合意の形成は容易ではないかもしれない。いわゆる混合診療の課題が残る。

このような技術評価上の課題があり、これを完璧に解決した評価方法を作成することは不可能であるが、より合理性の高い、説得力のある方法を追求することは、医療資源の適正配分という視点からきわめて重要なのである。

厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進研究事業
「診療報酬における医師技術評価に関する研究」

循環器手術行為部門分担報告書

分担研究者：一色 高明 帝京大学医学部附属病院 循環器科教授

手術すなわち外科的治療行為に関する技術料評価については、従来外科系保険連合が中心となっていて行われており、本研究班の取り上げるべき課題でないとの見方がありうるが、循環器疾患における経皮的冠インターベンションやカテーテルアブレーション、あるいは内視鏡的ポリプ切除術などのように、主として内科医が施行する治療手技が現実的に存在していることから、本研究班では主として内科医が施行する手術について技術評価を行った。

今年度の調査において明らかになったことは、これらの手術では総合負荷と時間が必ずしも相関が良好でないことであった。この原因としては、1) 領域によって総合負荷の程度が異なること、2) 同一の領域（循環器や消化器など）にあっても、手技自体のもつ難易度と患者（対象病変）の状態によって難易度に差があること、の2点が考えられた。同程度の時間を要する手術であっても、対象疾患が異なれば負荷が異なるのは当然である。生命に係わる手技である経皮的冠インターベンションと透析のための内シャント形成術では総合負荷に大きな差が出たことは十分に理解できる。また、難易度の

高い手技（DCA やロータブレータなど）を施行しても、インターベンション治療にかかる時間は大きく変わるものではないため、時間と総合負荷の相関が出にくくなる。これを反映して負荷密度も 0.1 から 0.5 までばらつく結果となった。時間がかかるが総合負荷が低い手術と、時間はかからないが総合負荷は大きい手術とをどのように評価するかが問題である。総合負荷の絶対値での評価を前提とした上で、負荷が一定レベル以下の手技については総合負荷と時間の要素を併用するか、単に時間で評価するなどの手法をとることなどの対策が考えられる。

手術に対する今年度の技術評価の結果を現行の診療報酬と対比させることは重要であり、来年度の大きなテーマとなる作業である。しかしながら、今年度の調査において取り上げられた手術の種類が各領域別に見てもごく一部に限定されていることから、各々の内科系領域における技術料評価の対象となる手術について、この結果をもとに関連する手術の技術料評価を行うことの妥当性についても充分検討し、追加すべき項目がある場合には再度パネルを行うことも視野に入れておくべきであると思われる。

厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進研究事業
「診療報酬における医師技術評価に関する研究」

神経科部門分担報告書

研究協力員： 中瀬浩史 虎の門病院 神経内科部長

I. 本年度の調査結果に対する考察

1. 本年度は調査の初年度であり、中瀬班と高柳班との2回のパネルが行われた。
2. 神経内科領域の特徴として以下のようなことが想定された。
 - a. 対象疾患の著しい多様性
 - b. 神経学的診察自体の技術難度が高いこと
 - c. 検査項目・治療上の判断なども多種にわたること
 - d. 以上のことから本領域を効率よく網羅することが困難であること
3. 調査された項目数・回答数は短期間でありながら相当数が集められたが、今回は省略せざるを得なかった設問も多く、診療実態を反映するには十分ではないと考えられる。
4. 変動計数は神経内科でもばらつきが大きい、他分野の解答とは明らかな差は認められない。診療の多様性と疾患の複雑さにもかかわらず他分野と同様の解答の一致率をみている。
5. 総合負荷の内容が診療実施時の心理的・身体的負荷と技術習得に関わる負荷の総合であり、検討内容の要素化が不十分である。医師の技術習得が進めば同一診療実施時においても心理的・身体的負荷ならびに必要時間は減少することが想定される。またこのことは患者側からも要請されていることと考えられる。したがって今後は技術難度に重点を置いた項目として明確にすることが必要である。
6. 技術難度と関係する点で、卒後年数と総合負荷の検討が重要となるが、今回の検討では卒後年数が6年前後に集中しているため両者の相関は良くない。責任診療に重点をおいたために専門医が自ら当たることを前提とした解答が多かった。しかし効率的な医療を行うためにも専門医取得前の医師も一定の診療責任を負っている実態があり、この点を反映させるように今後の調査が必要である。
7. 診療実施時における心理的・身体的負荷は診療時間と関係する点が多いと考えられ、総合負荷と診療時間に一定の相関関係が生じる一因になっている。技術的難度と診療時間が相関するかどうかは今後の検討が必要である。
8. 総合負荷を以上のように想定すると極めて重要な評価項目となるが、回答者からももっとも医師の診療実態を反映する指標であると考えられている。今後は総合負荷を要素別に評

価することで客観的に評価することが容易になるように技術難易度と診療時間のような評価項目の組み合わせを検討すべきである。

9. 今回の検討で神経学的診察の総合評価の高さ、診療時間の長さは特筆する点である。現行の診療報酬との乖離が特徴的であった。
10. 検査手技は個々の手技を一つ一つ設問にするのではなく、ある疾患での必要な検査項目をまとめて設問としたものが多く、今回の結果のみでは十分な検討ができていない。設問の要素化がさらに必要である。
11. 診療行為別に現行の診療報酬を検討したところ、神経内科の一部の重要な診療行為に対しては全く診療報酬がなく、医師の診療行為に対する評価が診療報酬に反映されていない実態が現れている。
12. これまでの厚生科学研究費補助金政策科学研究診療報酬における医師技術評価に関する研究は未だ初歩段階にあり、今後さらに研究の余地を残して、次年度以降の結果によって神経内科の診療報酬が如何にあるべきかが明らかにされると推定される。

II. 内保連茅野真男先生の総括に対する意見（高柳先生のご意見のうち賛同できるもの）

1. 時間のみでなく、難易度の調査が必要との主張に賛同します。何故ならば、神経内科は病態が多様、多彩であり、疾患の種類も多く、臨床活動は必ずしも難易度のみで反映されるものではなく、難易度は軽度でも長

時間を必要とする診療行為もあり、時間と難易度の両面からの検討が大切と考えられます。この点は来年度の研究結果にてさらに明らかにされると推定します。

2. 新規申請項目としての点数を難易度と時間の表を使って判定することについては、今後の本研究の進展によって可能となる可能性はありましようが、少なくとも神経内科では現状では尚早ではと考えられます。
3. 本年度は主として外来初診についての検討であったと思います。従って、再来、入院基本については今後の問題として次年度以降に検討すべきと思います。
4. 神経内科での行為別の現行点数調査をみますと、多くの重要な診療行為が点数化されていないで、診療行為に対して労働コスト化されていません。これが大きな神経内科の低収入の根源となっています。神経内科にとって生命線とも言える神経学的診察に対しての診療行為評価がほぼゼロに等しい点が、現在のわが国での神経内科診療の実態の根源です。
5. 最後に、多くの表、図、文章に神経内科とあるべきが、神経科、脳神経、神経などの表現が使用されていて、読者に誤解を与える原因となります。とくに医師以外の方々に間違いが多いように思います。恐れ入りますが、神経内科の名を徹底使用して頂きますようお願いいたします。

回帰分析についての疑問点

1. 技術評価を客観的事実の関数に還元可能として扱う場合の危険性に

注意しなければいけないと思います。技術評価はあくまで相対評価系体系ですから本当にどれくらい負荷があるかを単純に近似する方法論ではなく、どのような評価基準であれば多くの関係者（第一に治療を受ける患者、第二に担当の専門家、第三に他分野の専門家や支払い側など）が納得するかが基本的な要件であると思います。

2. 総合負荷初期値（切片）の問題は技術に応じて生じるものですが、その絶対値を技術分類あるいは専門分野別に相互比較することが難しい。これは総合負荷自体の性格によるかもしれません。

専門家は自身が関与している専門分野の難易度を高く評価する傾向があると思いますので、外部評価で行うと必ず評価された側の不満が残ります。

3. 総合負荷初期値（切片）は直接時間に比例しない行為が多い技術分類で高い傾向になるわけですが、短時間で負荷密度の高い診療行為を個別に特定するとどのような行為になるかリストをつくれればどの分野の人も納得するかも知れません。
4. 負荷密度が高いと多くの分野の人間が認める診療行為について高負荷密度としている特性を抽出することが本当に可能かどうか検討することが必要ではないでしょうか？
5. このような特性が単一でなければこれまで行ってきた統計分析では明らかにできないと思います。

高負荷密度となる要因が多元的であれば単に高負荷密度診療行為として別枠とするのが良いのではないのでしょうか。

高負荷密度診療行為を他の診療行為と同等にしていくとやがてはこのような高負荷密度診療を行う医師がいなくなるというのが診療技術評価による誘導の結果であるわけですから、直接時間近似法に対する是正処置をパラメーターとして入れておくのが良い制度設計だと思います。

6. 私の現在の見解は前回の議論であったように直接時間でかなりの程度は近似しうる可能性がある

厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進研究事業
「診療報酬における医療技術評価に関する研究」

リハビリテーション部門総括報告書

分担研究者：石田 暉 東海大学医学部専門診療学系教授

研究要旨：リハビリテーション（以下リハビリ）科は他の診療科と比べて幾つかの特殊性が存在する。そのことが総合負荷と直接時間を考える上でも特異性が生ずる原因となっている。すなわちリハビリに依頼されるあるいは初診で訪れる場合、患者の多くはすでに診断名（病名）が付いている。リハビリで大切なのは病名（疾患名）でなく、疾患あるいは傷害から発症した障害の診断にあることである。そのため診断の主眼はその疾患より派生する障害（機能障害、能力低下、社会的不利）および安静臥床などによってもたらされる廃用症候群などの二次的障害の有無である。これらの障害は疾患あるいは傷害が例え局所であっても全身に拡がっている場合も珍しくないという点である。

もうひとつの特徴は一般の診療においては障害された部位を中心に診察が行なわれるが、リハビリの場合、能力の診断は障害された部位の代償を期待して、障害されない健常の部位の障害の有無（残存機能）をも見る必要があることである。また社会的不利の観点から、障害を残し復帰する場合、在宅での環境（人的、物的）の情報收拾を行なうことは医学的に見ても重要であり、当然のことながらこれらに対して他の診療科以上に詳細な問診を行なう。

以上のようなリハビリのベースを下に解析の結果を考察する。

1. 決定係数解離の原因

a) リハビリの対象疾患のバラツキが大きい（整形外科疾患、リウマチ、神経疾患など幅広い）

骨折のような運動器主体のもの、脳血管障害のように運動器に加え認知やコミュニケーションを含むもの、心疾患や呼吸器疾患等の内部障害までと拡がり大きい。整形外科系疾患では脊髄損傷を除いて局所の障害を扱うものが多い。

b) 全般的に見て総合負荷の値が小さい

割に時間のバラツキが大きい。

総合負荷の値が小さくなった原因としては、行為に対する生命的リスクはリハビリ対象疾患では小さいものが多く、最大値でも8・0程度に収まった。さらにパネルの対象例は亜急性期から慢性期のものが多く、総合負荷を低くさせている。一方、直接時間の点では、歩行例が少なく、運動障害による診察の体位を取りづらい（例脊椎1）等のから、他科の症例と比べ診察時間は長めになる。

2. 診断による解離

先述の如く、疾患および傷害は既知ものが多いが、障害の診断、程度、予後を含めると総合負荷は増大し、直接時間もそれにつれて増大していく。

3. 説明と同意における解離

説明と同意は時間がかかる割りには総合負荷が低くなっている。

リハビリを専門とするパネリストは説明のなかに予後（生命的予後ではなく障害の予後）、自立度と介護度、社会復帰（教育現場、家庭、職場）の可否、長期治療の場合の転帰先等が含まれると考えている。これには専門的技術を必要とし当然負荷も高く、時間も長くなる。専門としない領域のパネリストは負荷を小さく見積もる傾向がある。

4. 処方における解離

a リハビリの処方箋について丸を付けるだけの簡易型の施設では時間は短く、当然負荷も低い。文章によるリハビリ処方を行なっている施設では目的、到達ゴール、禁忌ほかの情報が加えられるため負荷・直接時間共に大きくなる。

一般に整形外科疾患の処方時間は短く、内科系疾患の処方に要する時間は長い。

整形外科疾患の処方に要する時間は多くの患者を外来で見ている現状を追認している感があり、医療事故防止、リスク管理の点から本来はもっと詳細なりハビリ処方が出されて然るべきである。また処方の内容も漠然としたものではなく、具体的にどのようなモダリティーでどれくらいの量（頻度）をいつまで（期間）行なうか等を明確に示す必要がある

b リウマチ疾患（骨関節2、3）の処方は薬物処方に留まっているために、総合

負荷も低く、直接時間も短い。処方にリハビリ処方も加えて負荷、時間を再設定する必要がある。

5. 神経系疾患の決定係数

主として神経系の疾患（脳血管1、2、脊椎3、老人3）の負荷は高く直接時間も長い。そのため決定係数も高い。

[考察および提案]

1) 診察は大きく以下の2つの群に分けられる。

- a 全身診察対象疾患
- b 局所診察対象疾患

脳血管障害、骨折、脊髄損傷、関節リウマチ（局所）

関節リウマチ（全身性のもの）

神経筋疾患：手根管症候群

神経筋疾患、顔面神経麻痺

単純な脊椎疾患：腰痛

パネル症例のグループ

リハビリ共通 骨関節1、3、脊椎1、2、3、脊椎4、脳血管1、2、3、老人1、2、3、骨関節2、3

リハビリが他科より依頼された場合の診察では全身的な診察が基本であるが、主治医がリハビリ診察と処方を兼ねている場合には局所診察で済み、時間も短くする。

2) リハビリ処方箋の定型化を図る。文章によるリハビリ処方であり、その内容として「目的」、「到達ゴール」、「禁忌ほかの情報」が明確に示され、処方である以上具体的に「どのようなモダリティー」、「どれくらいの量（頻度）」「いつまで（期間）行なうか等」が示されねばならない。

3) 機能的予後により転帰が著しく異な

るもの（脳血管障害、脊髄損傷など）は、社会的背景の洞察を必要とし、問診、診断、説明と同意などの総合負荷を大きくすべきである。

4) 説明と同意および処方はりハビリの特殊性が発揮されるところであり、総合負荷および直接時間を大きくすべきである。

5) 総合負荷の構成の見直し。負荷が生物学的生命に重点が置かれ過ぎている感があるため社会的生命（障害の永続化）を視点も加えたものに是正すべきである。

厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学推進研究事業
「診療報酬における医師技術評価に関する研究」

診療所部門 分担研究報告書

分担研究者:望月 紘一 / 国島 修

研究要旨:内科開業医の一般的診療および在宅診療にかかわる技術評価については、原則として、その難易度は時間とよく相関すること、および負荷密度についても0.2から0.6に分布していたことは、他の分野と同様であったと解釈している。

今後、検討事例を増す際には在宅に関する症例、病院への紹介例、逆紹介、また今後増加するとおもわれる指導管理が主として必要な症例などを加えて検討してゆく必要があると考えている。

一方、開業医(無床診療所)は、診療を担当する医師がすなわち施設長という形態であり、院内で行われている全ての業務(受付、看護、エックス線部門、調剤等)の責任も担っている点に特徴があると思われ、診療にかかわる総合負荷を考える場合に考慮の要があるかと考える。

厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学推進研究事業
「診療報酬における医師技術評価に関する研究」

消化器部門・生理検査部門分担報告書

分担研究者：棟方昭博 弘前大学医学部内科学第1 教授
研究協力者：岩男泰 慶應義塾大学包括先進医療センター講師

研究要旨：より適正かつ客観的な医療技術評価法の確立を目的として、消化器部門の各医療行為別に必要とされる直接時間、総合負荷、必要な経験年数（責任卒年）の3項目に対し delphi 法を用いて検討した。直接時間と総合負荷は相関が高く、医療行為に関わる直接時間が医療技術評価にとって重要な要素であることが確認された。一方、相関の低い診療行為の中に、直接時間は短くても総合負荷の高いものがあり、総合負荷すなわち負荷密度の高い医療行為を抽出し、何らかの補正を行う必要がある。

A. 研究目的

社会保険診療報酬の改定に向け、実態にあったより適正かつ客観的な医療技術評価、診療報酬の算定方法を開発する。

B. 研究方法

消化器専門医 13 名を対象として、消化器関連の外来診療、入院診療、説明と同意、生体検査、処置・手術、訪問診療、画像診断など診療行為に対し、総合負荷、直接時間、責任卒年の3項目について Delphi 法を用いて検討を行った。

C. 研究結果と考察

1. 各設問における中央値のばらつきについて

質問項目別にみると、総合負荷、直接時間ともに変動係数の大きい項目が散見された。手技的な難易度や診断能力をどうとらえるかなど、消化器分野における

各診療行為の複雑性を反映しているものと考えられるが、診療行為の定義付けをより明確にした設問を作成しパネルを繰り返し返せば、さらに中央値は収束する可能性は高い。特に生体検査に関しては、必要時間および総合負荷ともに早期にコンセンサスが得られる可能性が高い。time study によらず、より実態を反映した直接時間の算定法としては、今回用いた Delphi 法は極めて有用な方法と考えられた。なお、最低卒年身分に関しては専門医取得の卒年にしばられたため、各項目とも比較的変動係数が小さくなっている。診療行為によっては、それ以前の卒年でも可能かを、再検討する必要がある。

2. 直接時間、総合負荷、最低卒年の相関について

今回の結果では一部の診療行為を除き総合負荷—直接時間、総合負荷—最低卒

年身分の相関が高かった。医療行為に関わる直接時間が医療技術評価にとって重要な要素であることが確認された。一方、総合負荷が必ずしも必要でないとは判断されかねないが、実際には侵襲を伴う生体検査においては、短時間に終了しても非常に難度が高い診療行為が多く、なんらかの形で総合負荷の概念を導入することは必須と考える。また、消化器分野では癌診療にかかわることが多く、診断、治療のみならず説明と同意などに際しても直接時間のみでは反映できない大きな負荷が存在することも、総合負荷の概念の導入が必要な理由である。ただ、多くの診療行為において総合負荷が時間に相関することは事実であり、基本的には直接時間をベースに、直接時間と乖離して総合負荷の高い診療行為を抽出し、補正する必要がある。

3. 消化器分野の診療評価について

消化器分野では医師自身が施行し、かつ技術難度が高い生体検査が多い。また、いずれも侵襲・riskを伴う処置でありながら、診療評価が低いことが問題であった。まずコンセンサスを得られやすい生体検査から直接時間、総合負荷の評価値を設定し、他の診療行為（他の分野も含めて）を相対値として算出してゆく方法が考えられる。おそらく外科系学会社会保険委員会連合（外保連）との整合性も取りやすい戦略であろう。なお、他分野に無い癌診療（診断、治療およびその説明）に対する負荷の算定も、今後検討すべき課題である。

D. 結論

消化器部門においては直接時間と総合

負荷は相関が高く、医療行為に関わる直接時間が医療技術評価にとって重要な要素であることが確認された。直接時間の算定法としては専門家による Delphi 法パネルはコンセンサスを得やすく有用と考えられた。特に生体検査においてコンセンサスが早期に得やすく、外保連や他診療科との対比、さらには現行診療体系との比較も比較的容易と考えられる。

一方、直接時間と総合負荷の相関の低い診療行為の中から総合負荷すなわち負荷密度の高い医療行為を抽出し、何らかの補正を行う必要がある。

厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進研究事業
「診療報酬における医師技術評価に関する研究」分担報告書

標準重症問題と生体検査外保連対比に関する今年度の報告書と来年度継続案

研究協力員：鈴木 雅裕 国立埼玉病院 臨床研究部 部長

1. 標準緊急問題

同じ診療行為でも、待機（標準）的な診療の場合と、緊急・重症の診療の場合では、診療行為にかかる負荷が異なるのではないかと推測される。パネル設問を標準的診療と緊急・重症に分類して、統計学的に検討すると、標準と比べて緊急・重症の時間当たりの総合負荷と診療開始時の総合負荷に違いはなかった。

重症緊急症例は負荷の絶対量は大きいですが、診療にかかる時間もそれなりにかかっており、時間当たりの負荷は標準症例とかわらないことが統計学的に示された。この結果は、負荷が大きくて大変だから時間がかかっていることを忘れて時間当たりの負荷が大きいと誤って感じているのだと説明することもできるが、重症・緊急症例の診療に当たっている医師の実感とは異なるであろう。今回収集したデータはもともと緊急重症と標準の比較をする目的で収集したものではない。緊急重症症例の負荷が標準症例と比較しやすいような設問を作り直して統計学的に検討し直す余地は残っている。

2. 生体検査外保連対比

研究要旨：循環器と消化器の2分野における生体検査に要する時間と経験年数（卒年）を我々のパネル設問と外保連との間で比較した。本パネルの調査は必要時間と責任卒年で、外保連のそれは直接時間と卒年である。比較対象技術は、心

電図、心エコー、右心カテ、冠動脈造影、上部消化管検査、腹部エコー、大腸内視鏡、腹腔鏡下細径針肝生検である。このうち、消化器の検査はすべて、時間も責任卒年も外保連/パネル比が0.5~2.0であり、パネルと外保連の間に大きな差はなかった。一方、循環器の検査の必要時間は心電図、心エコー、右心カテで外保連の2~5.5倍であった。卒年でも心電図と右心カテで外保連の2倍以上であった。消化器の検査は外科系の医師も内科系の医師と同様に実際に行うことが多いのに比し、循環器の検査のうち、心電図・心エコー・右心カテは外科系の医師が実際に行うことが内科系の医師ほど多くないから差が大きく出た可能性が考えられる。

来年度の計画として、我々のデータは外保連との整合性が必要なので、何らかの方法、例えば、外保連の医師もパネルに入れるなどの方法で再度負荷を検討し、生体検査の適切な負荷（診療点数）を決定したい。

厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学推進研究事業
「診療報酬における医師技術評価に関する研究」

分担報告書：経験年数と専門医問題

研究協力員：西山 信一郎 虎の門病院分院内科総合診療科 部長

卒年に関して今後の作業計画を以下のように考えております。

1. 個人的には個々の医師の技術格差を診療報酬に反映すべきと考えますが、具体的にどのように反映させるかは難しい問題と思います。学会認定の専門医資格を取り入れるにしても、医師会をはじめとする開業医の先生からは反対意見が強いようですし、また学会認定の専門医資格も、その種類により学問的色彩の強いものもあり、必ずしも医療の技術が優れているという保証もありません。また患者側からも正しく医師の技術进行评估することは難しく、専門医が医師の技術格差を客観的に評価する指標として認知されているとは思えません。かかる状況ではまずは、必要時間、総合負荷に卒年を加えて調整するしかないと思います。

2. 中瀬医師からの専門医取得前の医師にも一定の診療責任を負っている実態を反映せよとの意見は尤もであるが、今回の研究班の調査ではこの点に関するデータはなく結論は出せない。さらに対象を若手医師に広げて expert panel を開いてデータを集めるのも時間がかかりすぎて現実的とは思えない。今回得られたデータは専門医レベル（卒年5-7年目）に相当するものとし、研修医など専門医取得前の医師また7年以上の医師に対し

ては、外保連のように経験年数指数などを算出するのも一法と考える。

3. 具体的には外保連と整合性を持たせて、内保連としても経験年数指数を算出するのがよいかと考えます。

4. 専門医加算は今後の問題とし、各学会が専門医資格と医療報酬をどのように考えているのかを調査する必要もあると考えます。

厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進研究事業
「診療報酬における医師技術評価に関する研究」

在宅医療における技術評価に関する研究
在宅医療部門分担報告書

分担研究者：高橋 進 日本大学グローバルビジネス研究科 教授

研究要旨：昭和 50 年代後半から、在宅医療の必要性が指摘され、いくつかの対応策が導入されて来たが、医療提供される場所として「居宅」を医療法のなかに明示したのが、平成 4 年の第 2 次医療法改正である（医療法第 1 条の 2 の 2 項）。

その後、少子高齢化に伴う要介護高齢者及び介護の長期化、疾病構造の変化と医療ニーズの変化、医療技術の進歩、医療経済的側面及び社会情勢の変化などによって、在宅医療が従来にまして必要となってきた。

在宅医療が国策に挙げられてから約 10 年が経過しているにも係わらず十分に普及している現状ではない。このような状況を踏まえて、①在宅医療を考えるときに器具を用いてのハイテク在宅療法、②俗に言ういわゆる寝たきりの老人の方のハイタッチ系在宅、③末期ガンなど自宅で最後を迎える方の在宅末期療法に分類される。とくに①のハイテク在宅療法の普及が不十分である。これまでは、その普及阻害要因としての検討がなされていない。供給側及び患者側の問題点を探る必要がある。我々が先行研究として、特定機能病院を対象として、在宅医療促進の視点から、いわゆる器具を用いてのハイテク在宅の具体的例として、在宅自己腹膜灌流 (CAPD)、在宅酸素療法 (HOT)、在宅静脈栄養法 (HPN) に関するアンケート調査から検証した。その中で、特に基幹病院では労力に見合った診療報酬が望めないとの意見も少なくなかった。即ち、ハイテク在宅医療には、施設医療と違い、患者教育・指導に医師以外のスタッフの関わりと、その教育に時間がかかっていることがデータがある。

在宅医療において家族に許される医療行為として、家族が本人の手足として行う行為は医師法 (17 条) や保助看法 (41~42 条) 違反に当たらないとの見解がある。なおさらのこと、在宅医療、特にハイテク在宅医療には、患者の安全確保のためからも教育に関しての技術評価を再検討すべきである。

★ 「目的」

在宅医療の患者の安全確保のために、医師の患者・家族に対する医療の技術の教育、訓練、指導、緊急時の連絡及び救急体制などタイムスタディを実施し、その

実態を探る。

また、在宅医療には医師のみならず、看護師、薬剤師など多業種の医療スタッフも係わっており、その関わり合いをも抽出する。

茅野研究班でのエキスパートパネルと施設長へのアンケート調査結果に開きがあるのでタイムスタディが是非必要である。

これらの研究から、より安全な在宅医療の普及を目指す。

★ 「対象とする在宅療法の種類と患者」

平成 16 年度は、いわゆるハイテク在宅の部類に入る医療器具を用いるものに対する患者安全確保に関する教育・指導に関するタイムスタディ 在宅酸素療法などの呼吸器疾患における療法 在宅静脈栄養療法などの栄養に関する療法、在宅自己腹膜灌流、在宅血液透析、糖尿病の自己注射療法、などの新規患者

を対象とする。

患者数は先行研究からのその複雑性から判断するが、各 10 新規症例を目途とする。

★ 「研究期間」

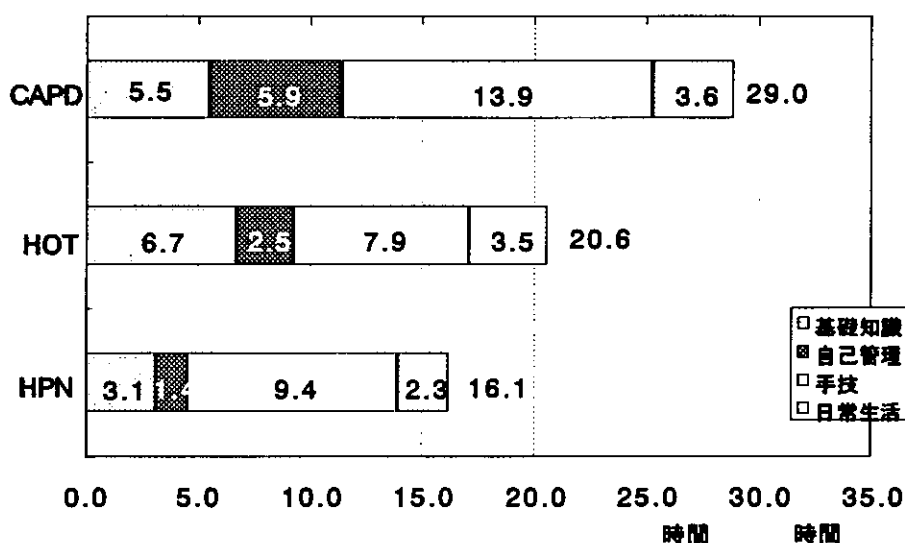
平成 16 年 4 月~8 月を目標とする。

その後解析を行う。

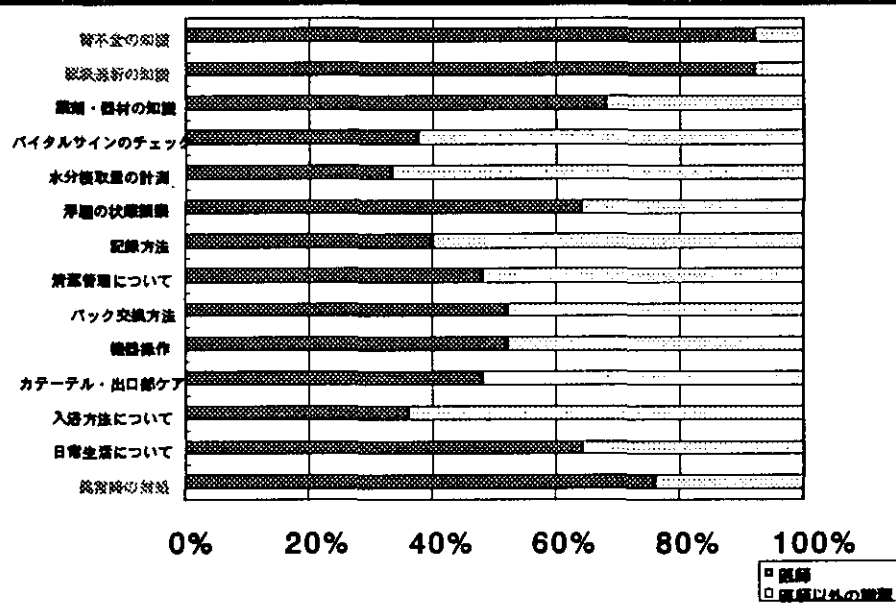
先行研究の資料を添付する

- 1：患者別教育・指導に関する時間
- 2：在宅療法への医療スタッフの関わり度合い

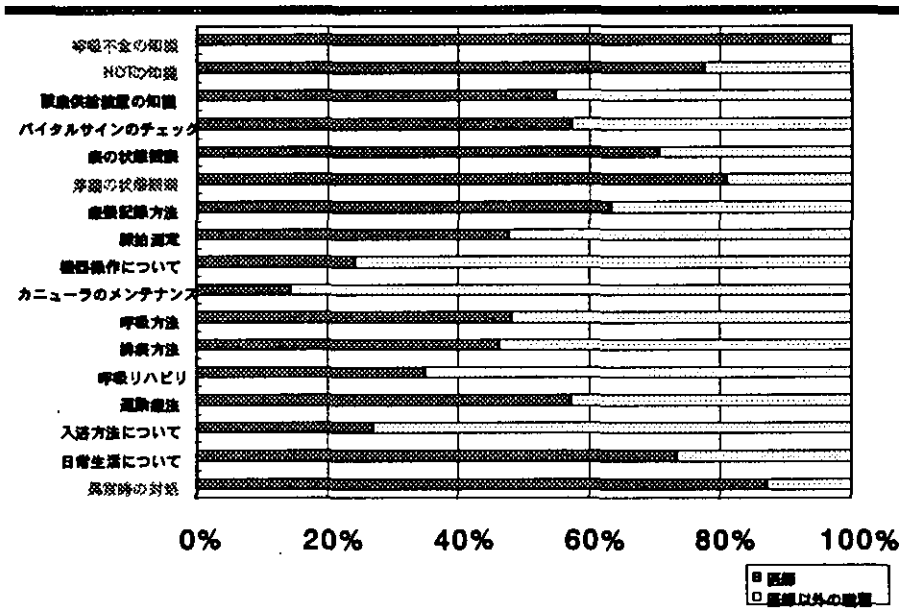
療法別患者 1 人に要する教育・指導時間



=CAP=



=HOT=



設問資料

部門	管理番号	設問	重症分類	技術分類	回答者数	必要時間	総合負荷	責任卒年
リハ	11020	上記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。なお来院時体温は37.2℃だった。	標準	外来診療	7	5	1	2
リハ	11030	同日、上記患者に対して「普通感冒であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示出しを含む)	標準	外来診療	7	5	1	2
リハ	11040	同日、上記患者に「総合感冒薬等の処方」を行った(鎮剤・製剤は含まず)。必要な副作用説明を含む。	標準	外来診療	7	5	1	2
リハ	11060	上記患者について「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。なお来院時体温は38.0℃だった。	標準	外来診療	7	10	2	3
リハ	11070	同日、上記患者に対して「胸部X線単純写真的読影診断」を行った(記録を含む)。	標準	画像診断	7	5	2	3
リハ	11080	同日、上記患者に対して「上気道感染症であるという診断・治療方針の決定」を行った(カルテ記録、指示出しを含む)	標準	外来診療	7	5	2	3
リハ	11090	同日、上記患者に対して「抗生物質の処方」を行った(鎮剤・製剤は含まず)	標準	外来診療	7	5	2	3
リハ	11110	上記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。	緊急	外来診療	7	10	3	4
リハ	11120	同日、上記患者に対して「心電図検査」を医師自ら行った(そばにいる協力スタッフへの指示を含む)。	緊急	生体検査	7	15	2	4
リハ	11130	同日、上記患者に対して「心電図検査の判定」を行った(記録を含む)。	緊急	生体検査	7	10	3	5
リハ	11140	同日、上記患者に対して「急性心筋梗塞症であるという診断・治療方針の決定」を行い、次の担当医に引き継いだ(指示出しやその後行うカルテ記録を含む)。	緊急	外来診療	7	15	4	5
リハ	11160	上記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。	標準	外来診療	7	10	3	5
リハ	11170	同日、上記患者に対して「腹部単純X線写真的読影診断」を行った(記録を含む)。	標準	画像診断	7	10	3	5
リハ	11180	同日、上記患者に対して「腸閉塞症で入院が必要であるという診断・治療方針の決定と説明」を行い、次の担当医に引き継いだ(カルテ記録、指示出しを含む)。	標準	外来診療	7	15	3	5
症例		65歳男性、最近、ものを落とすことやつまづくことが多くなり、外来を初診した。						
リハ	61010	既往歴、現病歴、合併症、職業歴、家族構成、住環境、つまづき易い状況、転倒歴、ADLの状況を聴取し診療録に記載した。	標準	外来診療	8	15	3	4.5
リハ	61020	血圧、脈拍、四肢血行状態、体位血圧変動、神経学的検査(脳神経、腱反射、病的反射、感覚検査、筋トーン評価など)、四肢体幹の筋力・ROM検査、起居動作、座位バランス、立位バランス、歩行状態を評価し診療録に記載した。	標準	外来診療	8	30	5	5
リハ	61030	会話状態、精神機能低下の有無、膀胱直腸障害の有無を評価し診療録に記載した。	標準	外来診療	8	12.5	3.5	5
リハ	61040	頸椎性脊髄症など頸部の病変が疑われることを説明し、必要な検査について同意を得た	標準	外来診療	8	10	3	5
リハ	61050	一般血液尿検査、心電図、頸椎X線を依頼した。	標準	外来診療	8	9	2.5	5
リハ	61060	頸椎MRI、筋電図検査、神経伝達速度の必要性を説明し予約した。	標準	外来診療	8	10	3.5	5
リハ	61070	後日上記診察、画像診断、筋電図診断から、頸椎性脊髄症と診断し、診断名、鑑別診断名を診療録に記載した。	標準	外来診療	8	12.5	5	6
リハ	61080	診断、鑑別診断、今後の病状変化、治療方針の説明、機能訓練、住環境整備の必要性について家族、看護師の同席の下に説明し、同意を得た。	標準	説明同意	8	15	5	6
リハ	61090	PT、OTへ訓練内容、訓練強度、訓練期間、訓練上の留意点、住環境整備指導を指示し、訓練処方箋へ記載した。	標準	外来診療	8	15	5	5
症例		40歳女性、半年前より手関節の朝のこばりを自覚、その後両側の手・手指、肘関節の痛みと腫れも自覚するようになり、リウマチ科外来を受診した。						
リハ	62210	既往歴、現病歴、合併症、治療歴、職業歴、家族歴・家族構成などについて聴取し、診療録に記載した。	標準	外来診療	4	10	2.5	3.5