

200500009B

平成17年度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

内保連・外保連方式 (H15-政策-020)

平成15年度～17年度 総合研究報告書

主任研究者 茅野 眞男

国立病院東京医療センター 外来診療部長

平成18年3月

目次

主任研究者 茅野 眞男

総合・主任研究報告書

- | | |
|-------------------------|----|
| 1. 厚生労働科学研究費補助金総合研究報告書 | 3p |
| 2. 診療報酬における医師技術評価に関する研究 | 7p |

総合・分担研究報告書

- | | | |
|--------------|----|-----|
| 1. リハビリ ; | 石田 | 13p |
| 2. 透析腎血液浄化 ; | 高橋 | 15p |
| 3. 生体検査 ; | 伊東 | 22p |

研究成果の刊行に関する一覧表

27p

資料

- | | |
|-------------------------------|-----|
| 資料 1 ; 月刊／保険診療 2006 年 1 月 | 31p |
| 資料 2 ; 実態調査 ; 医療技術に関する研究調査報告書 | 37p |

総合・主任研究報告書

総合研究報告書 概要版

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)研究成果抄録(H17 年度終了課題)

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

課題番号：H15-政策-020

国庫補助金精算所要額：18,500,000 円

主任研究者名：

国立病院東京医療センター 循環器科

茅野 眞男

分担研究者名：

東海大学医学部専門診療学系教授

石田 暉

近畿大学医学部内分泌・代謝・糖尿病内科教授

青木 矩彦

日本大学大学院グローバルビジネス研究科教授

高橋 進

日本臨床内科医会 阿部医院

清水 恵一郎

(財)日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院

伊東 春樹

研究目的=医療技術評価に関して難易度・時間・技術力の他に、“総合負荷”を内科医が欲しい技術料に相当すると解釈し内科系学会社会保険連合（内保連）と協力して検討した。

研究方法=方法論は米国 Medicare の診療報酬支払いで使われた“総合負荷”つまり RBRVS(resource based relative value scale)という計量心理学的尺度でいわゆる必要な診療報酬額を測定した。内科系 9 専門部門（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・呼吸器・内分泌）で 900 設問を作りデータベース化して解析した。回答者は大学病院や病床 200 床以上の大病院に勤務する内保連委員だが、診療所代表として臨床内科医会も参加している。中医協診療報酬調査専門組織医療技術分科会の依頼により平成 17 年 1 月に内保連が調査実施した外来診療全国実態調査の個票データをもらい解析した。米国 RBRVS でも 2005 年から各総合負荷に対応する患者対面時間を発表したの
で、上記実態時間調査から大病院と診療所の管理指導料を含めた単位時間あたりコスト（診療報酬額）を計算した。外来診療解析のあとは、生体検査、リハビリ、ハイテク在宅（血液濾過）も検討した。

結果及び考察=外来診療 304 設問での総合負荷値を従属因子として扱う線型一

次式モデルを作成し、説明因子に時間のほかに難易度（担当医の経験年数ではなくて診療結果に責任のとれる医師の卒業年数）を加えることによりモデルになった。考察として 1) 負荷値の 9 部門間の補正のため心理的尺度比率問題が解決される必要がある。2) 症例難易度を外来診療報酬に反映させるのは難しい。2.外来診療時間実態調査の結果、診察合計時間に大きなばらつきがあった。大病院における診察時間の中央値は、紹介有初診で 20 分、診断確定（継続）再診で 8 分と短かった。一時間あたり診療報酬額（外来初再診料のほかに指導管理料等を含む）たる“比較係数（単位万円）”は、初診紹介ありで、日本診療所・米国病院診療所は 2.0-3.3 に対して日本大病院 1.4 と低くかった。継続再診は日本診療所・米国病院診療所は 2.3-5.5 に対し日本大病院 1.7 である。3.リハビリ処方にあつた時間は初診で平均 10 分（整形外科）から 18 分（リハビリ）、再診で平均 6 分（整形外科）から 9 分（心臓リハビリ）。心臓リハビリでは運動処方の記載および説明に合計 35 分が費やされた。持続緩徐式血液濾過術の全国調査を行なった。生体検査において内保連方式で調査し対象技術と外保連試案を対応させ、問題点を明らかにした。

結論=医師技術料評価に関して 外来診療必要及び実態時間調査により、診察時間以外に症例難易度も総合負荷（医師技術料）に大きな影響があることが分かったが、それらを外来診療報酬に反映させるのは難しかった。研究終了に当たって今後の方向として resource を測定するのみでは限界があり、outcome research が必要であると思われた。

診療報酬における医師技術評価に関する研究

主任研究者名: 国立病院東京医療センター 循環器科 茅野眞男

要旨

医師技術料評価に関して 1. 外来診療必要及び実態時間調査において、診察時間以外に症例難易度も総合負荷(医師技術料)に大きな影響があることが分かったが、それらを外来診療報酬に反映させるのは難しかった。平成 18 年度診療報酬改定に対してはいろいろな提案が可能であったが、まずは時間当り診療報酬額の病院診療所間格差の是正と、神経内科診察時間に対する早急な対処の二つを、内保連から厚生労働省へ提出した。生体検査では、外保連方式の実測時間と助手数では解決できない点があり、今後の課題である。3. 研究終了に当たって今後の方向として resource を測定するのみでは限界があり、outcome research が必要であると思われた。

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。また診療報酬包括の流れのなかで、医師・パラ

メディカルのグループ診療における医師技術料部分を明確にしておく必要がある。外保連が先行して手術・生体検査における試案に対しても、内保連方式との整合性を検討する必要がある。3 年にわたり検討されてきた診療技術行為の評価手法は、本邦において依然として数少ない系統的試みであり、その意義は大きい。しかし一方で、米国 RBRVS などの先行研究の手法や問題点を踏まえて、より精緻な検討を行うには、まだ道のりが遠いことも明らかになった。

研究方法=

1. 外来診療必要時間の測定。方法論

は米国 Medicare の診療報酬支払いで使われた RBRVS(resource based relative value scale)という計量心理学的方法を使い、医師技術の大変さを“総合負荷”という尺度で測定した。内科系9専門部門(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・呼吸器・内分泌)で900設問を作り、専門家によるexpert panelを20回開催し、Delphi法にて得られたpanel後回答値の中央値を計測値として解析した。回答者は大学病院や病床200床以上の大病院に勤務する内保連委員だが、診療所代表として臨床内科医会も参加している。

2.外来診療時間の実態調査。中医協診療報酬調査専門組織医療技術分科会の依頼により平成17年1月に内保連が調査実施した外来診療全国実態調査の個票データをもらい解析した。患者と対面する直接時間を測定、難易度指標として初診を紹介状有無、再診を診断未確定(初期)と確定(継続)に分けて4区分とした。患者個票は10,644枚、内訳は200床以上の大病院8,101枚、診療所1,875枚、リハビリ668枚であった。

3. 外来診療コスト計算。実態時間調査から、大病院と診療所の管理指導料を含めた単位時間あたりコスト(診療報酬額)計算が可能になった。米国RBRVSでも2005年から総合負荷の他に対面時間を発表したの、大病院と診療所別に日米の単位時間当りコスト比較をおこなっ

た。4.生体検査における医師技術料の分離を目的に米国RBRVSを手本として試みた。先行する外保連方式と異なる点は、1)総合負荷値測定 2)実施と判定の分離 3)技師関与の影響を3つのsupervision方式general、direct、personalで評価した。これは技師が実施する行為の評価ではない。Personal supervisionにおいてはpackageの概念を入れ、例えば心カテでは実施のみならず事前説明同意と事後処置および説明を含んだものとした。

結果及び考察=1.外来診療必要時間。総合負荷とは内科医が欲しい技術料に相当すると解釈し、外来診療304設問での総合負荷値を従属因子として扱う線型一次式モデルを作成した。説明因子に時間のほかに難易度(担当医の経験年数ではなくて診療結果に責任のとれる医師の卒業年数)を加えることにより決定係数は50%以下であったのが75%とよいモデルになった。外来診療設問は責任卒年7(経験年数6年)で90%対応可能であった。考察:技術的な問題として本報告では、シナリオの構成内容(具体性、限定性、解釈のゆらぎのないこと)、測定者の視点の合意形成、測定方法(デルファイ法)およびパネルの設計(パネラーの数や手順)、専門科間での調整方法(ブリッジ参照点の合意形成)などを検討してきた。

またこうした技術的問題も去ることな

がら、本研究事業での最大の成果(もしくは反省点)は、どのような視点から医療技術をモデル化し、どのようにだれが評価するのか、といった根本的な問いかけが先立つということになろう。本事業で行ってきたような方法を用いるのであれば、まず外来診療における「行為」の定義を明確にする作業が並列して進められる必要がある。

一方で、本事業を通じて、異なる専門科の間での認識の相違が浮かび上がったことは大変興味深い。またこうした検討を通じて「医療行為」と一口に言われているものが、どのような物理的、認知的、精神的作業を含んでいるものなののかについて、一定の考察が深められたことも技術評価を深化させる上で貴重な知見を提示できたと考える。

2. 外来診療時間実態調査の結果、診察合計時間に大きなばらつきがあることがわかった。診察合計時間を考慮せず初再診の2区分しかない現在の報酬体系は不合理であり、難易度指標からは再診を診断未確定(初期)と確定(継続)に分ける意義は明瞭である。大病院における診察時間の中央値は、紹介有初診で20分、診断確定(継続)再診で8分と短い。本邦患者の通院回数は世界標準の2.2倍ゆえ、年間診療時間としては世界並と思われた。大病院患者において、大病院の専門機能を必要と判断さ

れる患者は半数以下であった。「神経内科疾患患者は診察時間が長い」、「再診における神経難病外来指導管理対象患者は時間を要する」という作業仮説が明らかに支持されており、神経内科診察時間に対する早急な対処が必要である。3. 大病院・診療所別のコスト比較を目的として、一時間あたり診療報酬額(外来初再診料のほかに指導管理料等を含む)を“比較係数(単位万円)”として算出した。初診紹介ありの比較係数は、日本診療所・米国病院診療所は2.0-3.3に対して日本大病院1.4と低かった。継続再診は日本診療所・米国病院診療所は2.3-5.5に対し日本大病院1.7で、指導管理料にまで踏み込んだ改正が必要である。4. 生体検査処置手術分野 231 設問(package 概念を含まず)での線型一次式モデル検討では、必要時間と経験人数年数(責任卒年)の他に助手数を加えることにより決定係数が80%によくなった。助手を必要とする生体検査処置手術を外来診療と比較すると、時間係数より助手係数の関与が大きかった。助手数つまりより多くのを監督する技術では総合負荷が高くなるのは妥当で、助手給与原価とは別にと医師技術料に反映されるべきである。

結論=医師技術料評価に関して 1. 外来診療必要及び実態時間調査において、診察時間以外に症例難易度も総合負荷(医師技術料)に大きな影響があること

が分かったが、それらを外来診療報酬に反映させるのは難しかった。平成 18 年度診療報酬改定に対してはいろいろな提案が可能であったが、まずは時間当り診療報酬額の病院診療所間格差の是正と、神経内科診察時間に対する早急な対処の二つを、内保連から厚生労働省へ提出した。生体検査では、外保連方式の実測時間と助手数では解決できない点があり、今後の課題である。3. 研究終了に当たって今後の方向として resource を測定するのみでは限界があり、outcome research が必要であると思

われた。

これらの「反省点」は今後これに続くと期待される本邦における技術料評価の研究において、活かされることが望ましい。技術評価の手法は依然さらなる精緻な研究を必要としており、本研究事業を通じて得られたデータが、政策的ないし制度的成果(たとえば支払い方法や点数に対する提案など)を直接もたらすには至らない。

健康危険情報】無し

【研究発表】無し

【知的所有権の出願】無し

総合・分担研究報告書

医師の技術としての「リハビリテーション処方」

分担研究者 石田 暉(日本リハビリテーション医学会)
東海大学医学部リハビリテーション科学

1 研究の目的

処方とは医師とコメディカルの協業の1つである。リハビリテーション(以下リハビリ)治療の多くは処方・指示の下にコメディカルスタッフが実際患者に治療行為を行うという特殊性がある。これは内科治療における処方と薬剤の関係に類似し、薬品名(リハビリの治療項目・目的)、用法・用量(治療部位、治療テクニック、器具の使用、頻度、リハビリ単位数)、日数(治療期間)等が明示されなければならない。また、行為中の禁忌、注意事項、リスク管理にも医学的技術を要する。処方は定期的に見直され、内容が変更されることも薬剤の処方に類似する。現在リハビリ処方の内容は各医療機関で不統一で、上記に示される最低限の要件も満たしていないものが散見される。医療の質の向上のためにも規格化されたリハビリ処方の提示が必要となる。研究の成果として統一的な「処方のフォーム」の作成を目指す。

2 調査方法

主な医療機関で使用されている処方の形式、1処方に要する時間、処方の頻度などを調査する。調査の対象は一般リハビリ、整形外科領域の他、心臓リハ

ビリ、温泉療法などリハビリ関連領域における同様の行為にも拡大し、検討を加えた。

リハビリ領域ではリハビリ医学会の全国専門医名簿の中から150名を無作為に抽出し発送した。発送数は150、回収数は96で、回収率64%であった。整形外科領域では関東地区整形外科勤務医会に加入している各病院の整形外科代表者宛に発送、配布数244、回収数93、回収率38%であった。心臓リハビリでは心臓リハビリを実施していると回答のあった86施設に郵送法によるアンケート調査を行った。回収数は46施設であり、回収率は53%であった。温泉療法では温泉気候物理医学会認定医資格を有する177名のうち、名誉会員・功労会員を除いた147名に送付し回収56名、回収率38%であった。

3 結果および考察

処方および処方箋への記載は4領域とも入院および外来双方に大多数の症例において実施されていた。処方箋の形式はリハビリ領域や整形外科領域では共通の処方箋の使用が可能であるが、心臓リハビリ領域、温泉気候物理学会では特殊性を加味したものが必要など、

各領域で内容に若干の相違を見た。しかし、何らかの統一的な処方箋の必要性があることは一致した意見であった。処方に要する時間は初診で平均 10 分(整形外科)から 18 分(リハビリ)、再診で平均 6 分(整形外科)から 9・1 分(心臓リハビリ)と勤務時間のうちかなりの労力が処方に費やされていた。特にリハビリ領域では 1 日あたりの件数は初診で 6 件、再診で 19 件となり、処方作成行為そのものが治療と考えられる点や心臓リハビリでは運動処方の記載および説明に合計 34・6 分が費やされるなど処方とそれに続く説明は重要な医療行為との認識がなされていた。処方が可能とする条件には意見の相違があり、資格をつけるのは困難(整形外科)とするもの、一定以上の経験(6 年)・資格を必要とするもの(心臓リハビリ)、施設と医師の資格双方に条件を加えるべきであるとするものに分かれた。

以上より、処方および処方箋への記入は初診において最低でも 10 分以上の時間を要し、医師の医療行為の一つと考えられ、それを正當に反映するために診療報酬の中にドクターフィーとしての処方料の新設がなされるべきと考える。

診療報酬における医師技術評価に関する研究；腎臓学診療部門

分担研究者 高橋 進
日本大学大学院グローバル・ビジネス研究科教授

腎臓内科部門、特に血液浄化部門の技術評価が今日まで充分になされていない。この分野は医師・パラメディカルのグループで医療行為がなされている。医療技術のタイムスタディなどの客観的評価のデータはなく、医療技術の進歩にもかかわらず血液浄化療法がわが国に導入された時代の古い技術評価が、漠然と継続されている。

この度、難易度・時間・技術力に関する明確な調査を実行し政策提言を行うため、また、対象医療技術として①連続的携行式腹膜灌流(CAPD)及び②持続緩徐式血液濾過術を選択しタイムスタディを実施し技術を評価した。

①CAPD は、医療施設が腹膜透析を導入する際に、医療者が患者に提供する技術・知識とそれに伴う時間を明らかにし、腹膜透析普及の技術評価の基礎資料とした。調査対象はCAPDを行っている7医療機関(4大学病院、1公的病院、2民間病院)で、回収率85.7%(回答数6医療機関)であり、腹膜透析導入：13症例・SMAP(Stepwise Initiation of Peritoneal

Dialysis using Moncrief & Popovich Technique)：12症例であった。患者1人あたりの実施時間は、腹膜透析導入3,182分(53時間)、SMAPでは、1,907分(32時間)であった。腹膜透析導入、SMAPとも全体の約70%が看護師である。職種別では医師ではカテーテル留置が1.6人で一番多く、ついで検査項目の決定と実施、麻酔科・外科等との調整が1.3人であった。看護師ではCAPDに関する手技・指導の理解度管理、APDの手技・指導の理解度管理が2.5人で一番多く、ついで出口部ケアの指導、出口部ケア指導の理解度管理が1.5人であった。技士では、カテーテル留置2.5人、検査項目の決定と実施1.0人、術後管理1.0人であった。

②持続緩徐式血液濾過術はJ038人工腎臓の「2」に準じて算定され、対象疾患は腎不全の他、重症急性膵炎、劇症肝炎などに算定できるが、この治療は、医師・看護師・臨床工学士等のチームでなされ、且つ、治療時間も単純な人工腎臓とかけ離れた長時間医療である。その現状把握・タイムスタディのため特定機能病院に

おける持続的緩徐式血液濾過術の実態調査を実施した。対象及び方法は特定機能病院 22 施設で実施した。(概要参照)調査の結果は本手技の施行に伴い 各医療スタッフの拘束時間の中で、穿刺やバイタルサインのチェック、装置運転状況の管理など 実際 に手を下す処置時間を具体的な作業に基づき試算すると 医師で 22.6 時間中 63 分、看護師で 20.1 時間中 70 分、臨床工学技士で 8.5 時間中 47 分である。(添付資料①) 同様に 血液透析に対する時間を試算すると医師で 19 分、看護師で 19 分、臨床工学技士で 34 分で、持続緩徐式血液濾過術と血液透析では 大きな乖離があった。この時間差を外保連の技術度からの人件費換算すると 7,900 円となる。(添付資料②) これらから、持続的緩徐式血液濾過術は人工腎臓と別に技術評価されるべきである。

現在まで実施されていない血液浄化療法のタイムスタディによる技術評価の再検討を実施し得たことが有意義である。

添付資料①

持続緩徐式血液濾過器の使用実態調査 調査結果抜粋

- ◆ 調査対象期間：平成17年4月～6月
- ◆ 調査対象：持続緩徐式血液濾過器にて処置を行った患者

【施行条件】

- ▶ 1日あたりの施行時間：21.1±5.7 時間/日
- ▶ 施行日数：7.4±8.9 日間

【施行スタッフ】

- ▶ 医師：3.0±1.6 名 → 計 22.6±22.8 時間/日
- ▶ 看護師：4.2±6.5 名 → 計 20.1±8.8 時間/日
- ▶ 臨床工学技士：1.9±1.1 名 → 計 7.1±7.4 時間/日
- ▶ その他：なし

以上

添付資料②

持続緩徐式血液濾過術

	処置術者 22.6時間	協力看護師 20.1時間	協力者技師等 7.1時間
拘束時間			
処置時間			
準備			20分
穿針	20分	20分	
開始			10分
監視	23分		
バイタル		20分	
薬液交換		10分	
装置管理			7分
終了	20分	20分	
後処理			10分
計	63分	70分	47分

備考

1分/時間
1分/時間
5分/7時間
1分/時間

血液透析

	処置術者 4時間	協力看護師 4時間	協力者技師等 4時間
拘束時間			
処置時間			
準備			10分
穿針	10分	10分	
開始			10分
監視	4分		
バイタル		4分	
薬液交換			
装置管理			4分
終了	5分	5分	
後処理			10分
計	19分	19分	34分

備考

1分/時間
1分/時間
1分/時間

持続緩徐式血液濾過術と血液透析の処置時間の差

	処置術者 44分	協力看護師 51分	協力者技師等 13分
差			

持続緩徐式血液濾過術と血液透析の人員費の差

	処置術者 6,570	協力看護師 2,950	協力者技師等 2,740
技術度 C3			
			円/時

差	4,810	2,500	590
			円/日

合計 7,900円/日

[調査票]
 持続緩徐式血液濾過器の使用実態調査

調査期間：平成17年4月から平成17年7月
 対象：持続緩徐式濾過器にて処置を行なった患者

施行日：	
疾患：	
施行場所：	救急救命センター、ICU、透析室（血液浄化センター）、病室、その他（具体的に）
施行装置名：	ACH-10、ACH-07、KM8700 JUN-505, TR-525
施行条件 手技：	CHF、CHDF、CHD、その他
施行時間：	
対象患者（体重、年齢）：	
ブラッドアクセス：	留置カテーテル、 外シャント、 直接穿刺
使用フィルター数（1回処置当たり）	
血液流量：	
補充液の種類と使用量：	（リッター / 時間）
透析液の種類と使用量：	（リッター / 時間）
抗凝固剤の種類と使用量：	ナファモスタットメシレート(MN)、低分子ヘパリン、ヘパリン （ / 時間）
施行人数 医師：	（名 / 時間）
看護師：	（名 / 時間）
臨床工学技士：	（名 / 時間）
その他（具体的に）：	（名 / 時間）
施行結果 転帰：	
在院日数：	

お差支えなければご所属、お名前もご記入ください。未記入でも結構です。
 今回の調査結果が個別の医療機関名として外部に出されることはございません。

医療機関名： _____ ご所属： _____ お名前： _____
 ご協力ありがとうございました。

持続緩徐式血液ろ過術 全国調査概要

施設名	院長	担当医	所属
札幌医科大学附属病院	島本和明	浜井博文	救急集中治療部
弘前大学医学部附属病院	榎方昭博	松本明知	集中治療部
岩手医科大学附属病院	佐藤健一	遠藤重厚	高度救命救急センター
秋田大学医学部附属病院	加藤哲夫	多治良公高	救急医学講座
東北大学病院	星見 浩	篠原洋太郎	救命救急センター
日本大学医学部附属病院	荒川 徳行	丹正雅久	救命救急科
東京医科大学病院	白井正彦	一色 淳	救命科
東京女子医科大学病院	黒崎 基	鈴木 忠	救命医学
順徳大学病院	相川龍樹	武田純三	救命学
聖隷湘南大学医療センター大宮病院	小山 信男	吉原 克剛	救命センター
吉林大学医学部附属病院	石井良章	島崎隆次	高度救命救急センター
北里大学病院	藤井清彦	相馬一英	救命救急センター
聖マリアンナ医科大学病院	明石勝也	明石勝也	救命救急センター
埼玉医科大学病院	榎手祐二	鈴木洋造	腎臓内科
千葉大学医学部附属病院	伊藤雅夫	平澤博之	救急集中治療医学
名古屋大学医学部附属病院	井口昭久	武澤 純	救急集中治療科
和歌山県立医科大学附属病院	大西克尚	藤崎正博	救急集中治療科
滋賀医科大学医学部附属病院	森田隆司	江口 豊	救急集中治療医学
奈良県立医科大学附属病院	高倉雅典	平井勝治	集中治療科
兵庫医科大学病院	山村武平	丸川隆四郎	救急災害医学
徳島大学病院	曾川 匡	西村 延司	救急集中治療医学
久留米大学病院	前田久雄	坂本規夫	救急医学

調査結果

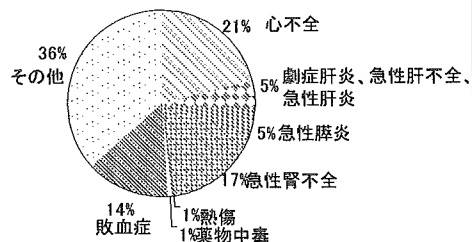
【内容】

H17年4月～6月までの3ヶ月間において、持続緩徐式血液ろ過器を用いた症例の突発調査

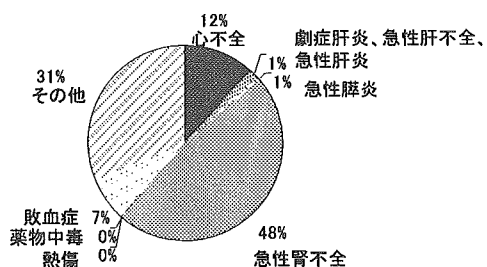


5/6～5/31の調査期間において、全国大学病院約20施設、全体でおよそ380症例の結果を得た。

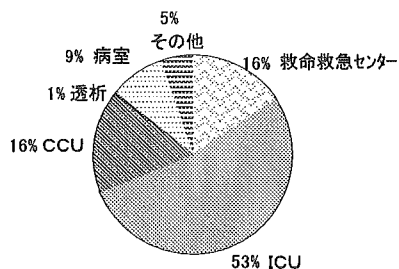
主傷病



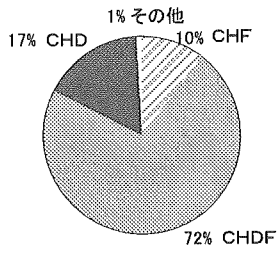
副傷病



施行場所



施行モード

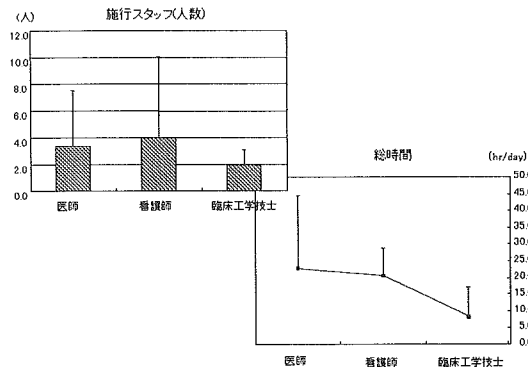


施行の長さ

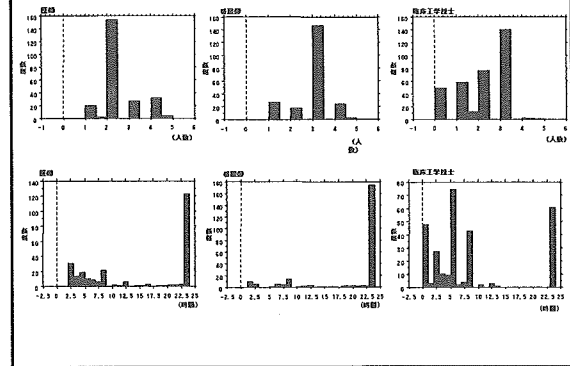
N=380

1日あたりの施行時間	21.2 ± 5.5hr
施行日数	8 ± 5 day
最も長く継続した施行時間	32.1 ± 24.9hr

施行スタッフ(人数)



ヒストグラム



内科系医師の生体検査における医師技術料評価:生体検査部門

分担研究者 伊東春樹
榊原記念病院

【背景と目的】現行の診療報酬体系は原価主義ではなく、このことが医療現場での不満ならびに、医療者にとってより高い検査へのシフトとして医療費を押し上げる一因ともなっている。たとえば、安定した胸痛患者に対しては運動負荷試験を行い、虚血の有無を確認すべきところを、運動負荷試験の診療報酬点数が安く採算がとれないという理由で割愛し、直接冠動脈造影などの高額な検査を行うことは日常茶飯事である。そのためにも、臨床的意義のある検査については、原価割れなどがおこらぬよう点数を設定すべきである。原価を算出するに当たっては、使用される医療資源として、人件費としての医師およびコメディカル技術料、検査室に係わる費用、検査機器に係わる費用、消耗品、間接経費などを算定する必要があり、これらの総和として原価が計算される。今回、医師の技術評価に関する研究の一部として、生体検査における医師ならびにコメディカルの技術料の部分の部分を明確にする目的で、調査を行った。

【方法、】呼吸器科・循環器科・消化器科の主たる検査に対し Delphy 法により調査を行った。まず検査の性格について

は医師が直接行うもの (Personal supervision;PS)、技師だけで行うもの (General Supervision;GS)、医師の監督下に技師が行うもの (Direct Supervision;DS) の3つに分類した。また、検査実施に関して、施行医の責任を持って実施できる経験年数(卒後年数)、関わる時間、総合負荷、助手としての医師・看護師・技師の人数、卒後年数、時間、ならびに検査全体の所要時間を調査した。さらに報告書を含む診断に関し、診断医の卒後年数、関わる時間、総合負荷を調査した。次に外科系学会保険委員会連合「生体検査報酬に関する外保連試案第2版」に掲げられた医師の卒後年数別時給を用い、医師の人件費を算出した。また、循環器検査の一部は米国の Medicare -RVRBS2005 と比較した。

【結果】今回、算出したのは医師が関わる時間に対しての時給換算の人件費のみであったため、当然診療報酬と比較するとすべての項目で低くなった。

各科別に見ると呼吸器では、中央値 1,444 円となる 21 の生体検査項目について設定された。計算の結果、例えば「胸腔内視鏡検査」が、検査実施に関し