

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。よろしいでしょうか。はい。それでは松本委員、お願いいたします。

### ○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。まず総論といたしまして、DPC制度は急性期入院医療の標準化を目的としたものであり、真に急性期医療を担う医療機関を適切に評価できる体系であることが重要だということをまず申し上げたいと思います。

また、分科会で専門家による技術的な検討が行われた結果についても最大限尊重すべきであると考えております。こうした認識のもとで各論についてコメントいたします。

#### （医療機関別係数について）

- 保険診療係数について、「適切なDPCデータの作成」に係る実績状況を踏まえ、評価を廃止することについてどのように考えるか。
- 効率性係数について、入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果も踏まえ、評価手法を見直すとともに、医療機関群ごとの評価とすることについてどのように考えるか。
- 救急医療係数について、評価の主旨が明確になるよう、名称の変更及び評価項目としての位置づけの再整理を行うことについてどのように考えるか。
- 地域医療係数における体制評価指数について、現状の実績分布や医療計画の見直しを踏まえ、評価手法や評価内容を見直すとともに、新たな評価項目を追加することについてどのように考えるか。

まず、医療機関別の係数についてでございますが、保険診療係数については、資料19ページを見ますと、減算に該当する病院は1%程度ということで非常に少数となっておりますので、

適切なDPCデータの作成はDPC制度に参加する前提条件として位置づけ、指数による評価を論点に示されているとおり、廃止で進めるべきものと考えます。

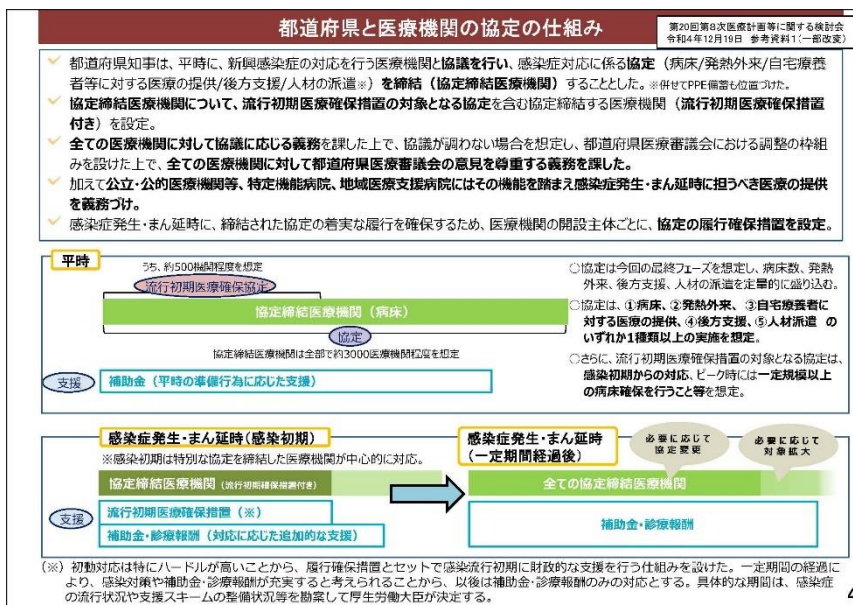
続きまして、効率性係数と複雑性係数でございますが、30ページでございます分科会の指摘にもありますとおり、患者構成の違いによって公平な評価とならない場合があるということでございますので、適切な評価方法に是正すべきと考えております。

複雑性指数につきましては、専門病院をどうするのかという、DPC対象病院の要件とも、あわせて考える側面もあるというふうに考えられます。

続きまして、地域医療係数については感染症の評価を第8次医療計画も踏まえ、41 ページ、42 ページにあります都道府県との協定締結とリンクした内容にすべきと考えます。

医療措置協定の内容		医政局地域医療計画課 提出資料				
		①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容	協定の内容	病床を確保し〔※1〕、入院医療を実施 ※1 新型コロナウイルス感染症の発生を抑制し、重症化予防や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の心理的支援を要する患者を受け入れる病院の確保も図る	発熱症状のある者の外来を実施	自宅療養者等〔※2〕に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬類により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施 ※2 認知症患者、高齢者施設、障害者施設等の入居者を含む	(左記の病床確保等を行う指定医療機関を支援するための) 医療機関において、 ①感染症患者以外 の患者の受入 の感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施	(感染症対応の支援を要する医療機関を支援するための) 医療機関において、 ①感染症患者に 医療を提供する ②感染症予防等に 従事する関係者を医療機関等に派遣
	実施主体と指定要件	第1種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②診療分擔等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な人員確保提供体制の整備	第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②診療分擔等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備	第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、薬類・医薬品等交付、検査設備、訪問看護を行う体制の整備		
数値目標 (公表の 数値目標) <予想計画>	①流行初期 (3か月を 基本)	約1.9万床	約1500機関			
	②流行初期 以降 (6ヶ月 以内)	約5.1万床	約4.2万機関	・病院・診療所 (約2.7万機関) ・薬局 (約2.7万機関) ・訪問看護事業所 (約2000機関)	約3700機関	・医師 (約2100人) ・看護師 (約4000人)
流行初期医療確保 措置の要件 (総務として都道府県知事が 定める基準)		①業生の公表後〔※4〕、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①業生の公表後〔※4〕、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②1日あたり20人以上の発熱患者を診療			
※4 感染症法に基づく厚生労働大臣の公表(新規感染症に位置づける旨の公表)						

41



42

また、新たな項目の追加については、分科会でも必ずしも意見が一致していないということでございますので、慎重に検討すべきだろうとは考えますが、

### 地域医療提供体制の維持に対する大学病院の貢献①

資料4  
今後の医学教育の在り方に関する検討会(第1回)  
P.5-9, 17

・令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から**44,713人の医師を常勤医師として全国に派遣しており、地域医療提供体制の維持に貢献している。**

① 北海道大学 (1,531人)	⑩ 滋賀医科大学 (636人)
② 旭川医科大学 (615人)	⑪ 京都大学 (2,420人)
③ 弘前大学 (521人)	⑫ 大阪大学 (3,625人)
④ 東北大学 (1,204人)	⑬ 神戸大学 (1,683人)
⑤ 秋田大学 (500人)	⑭ 鳥取大学 (554人)
⑥ 山形大学 (507人)	⑮ 長根大学 (465人)
⑦ 筑波大学 (1,345人)	⑯ 岡山大学 (2,542人)
⑧ 群馬大学 (720人)	⑰ 広島大学 (2,126人)
⑨ 千葉大学 (711人)	⑱ 山口大学 (860人)
⑩ 東京大学 (848人)	⑲ 徳島大学 (668人)
⑪ 東京医科歯科大学 (1,791人)	⑳ 香川大学 (203人)
⑫ 新潟大学 (1,307人)	㉑ 愛媛大学 (819人)
⑬ 富山大学 (503人)	㉒ 高知大学 (268人)
⑭ 金沢大学 (996人)	㉓ 九州大学 (2,147人)
⑮ 福井大学 (317人)	㉔ 佐賀大学 (487人)
⑯ 山梨大学 (384人)	㉕ 長崎大学 (932人)
⑰ 信州大学 (734人)	㉖ 熊本大学 (1,139人)
⑱ 岐阜大学 (1,069人)	㉗ 大分大学 (571人)
⑲ 浜松医科大学 (1,025人)	㉘ 宮崎大学 (182人)
㉑ 名古屋大学 (3,484人)	㉙ 鹿児島大学 (833人)
㉒ 三重大学 (1,149人)	㉚ 琉球大学 (292人)

凡例  
● ~500人  
● 500人~800人  
● 800人~1,000人  
● 1,000人~

【参考】兼業・副業の状況  
 ・国立大学病院で勤務している医師は、令和5年3月時点で、全国の**9,628の医療機関**で兼業・副業を行っており、地域医療提供体制の維持に貢献している。  
 ※大学病院での兼業・副業先医療機関の合計  
 ・その兼業・副業先は、勤務する大学病院が所在する都道府県以外にも広域に分布している。(下図：2大学病院の例)

出典：「国立大学病院 病院機能指標」(国立大学病院長会議データベース管理委員会)より国立大学病院長会議事務局にて加工  
 国立大学病院長会議「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業・副業の状況について」(令和5年3月現在)

地域医療という観点で見ますと、52 ページ以降の医師派遣機能、

### 医療の質向上のための体制整備事業

**課題**  
厚生労働省は、医療の質を向上させるため、平成22年度から医療の質の評価・公表の取組を行う病院団体を支援することで、約千の病院が取組を行うようになった。しかしながら、データ収集の負担、医療の質の向上活動を担う中核人材不足を理由とした参加病院数の伸び悩み、団体間での質指標やその定義のばらつきなどが課題となっている。

**方向性**  
これらの課題を解決するため、これまでの既存の取組を最大限に活かすことを前提とし、医療の質の評価・公表に積極的に取り組む病院団体等の協力を得ながら、「医療の質向上のための協議会」を立ち上げ、質指標の標準化、質指標を活用した医療の質向上活動の普及・促進を図る。

**事業内容(イメージ)**

医療機関、病院団体等の  
医療の質向上サポート

事務局機能

医療の質向上のための協議会運営

【採択事業者】 → 結果報告 → 【国】

← 財政支援 ←

- 医療の質向上のための具体的な取り組みの共有・普及
  - ✓ 好事例の共有
  - ✓ 手引き作成
  - ✓ 臨床指標の公表
- 医療の質の向上活動を担う中核人材の養成
- 質指標の標準化
- 質指標の評価、分析支援

※ 医政局総務課提供資料 **60**

60 ページ以降の医療の質向上に関しては、導入の余地があると考えます。特に、医療の質の向上については、保険者の立場として、医療の質の可視化につながる期待もございます。

多職種協働や外国人患者の受け入れについては重要な課題であることは理解いたしますが、DPC制度で評価する必要性については、いささか疑問を感じております。

### 入院・外来分科会のとりまとめにおける指摘事項

- ・ また、急性期医療を取り巻く環境の変化も踏まえ、社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、新たに評価を行うことについて検討を行った。

#### ア)脳死下臓器提供の実施

- 脳死下臓器提供の実施数は近年停滞しており、国内での十分な臓器提供体制の構築という社会的要請に応えるため、急性期医療機関にはより積極的なコーディネートが求められている。
- 脳死下臓器提供の実施機能や実績を評価することについては、社会的に重要な論点であるという指摘があった一方で、入院患者全体や地域医療に対してどのようなメリットがあるのか明らかでないのではないか、との指摘があった。

また、資料の48ページにございます臓器移植に関してでございますが、これは社会的な問題でもあり、今回、議論しておりますDPC制度の中でどんな対応ができるのかについて、事務局からはお示しいただきたいというふうに考えます。

続きまして、DPC対象病院の要件についてでございます。

#### (DPC対象病院の要件について)

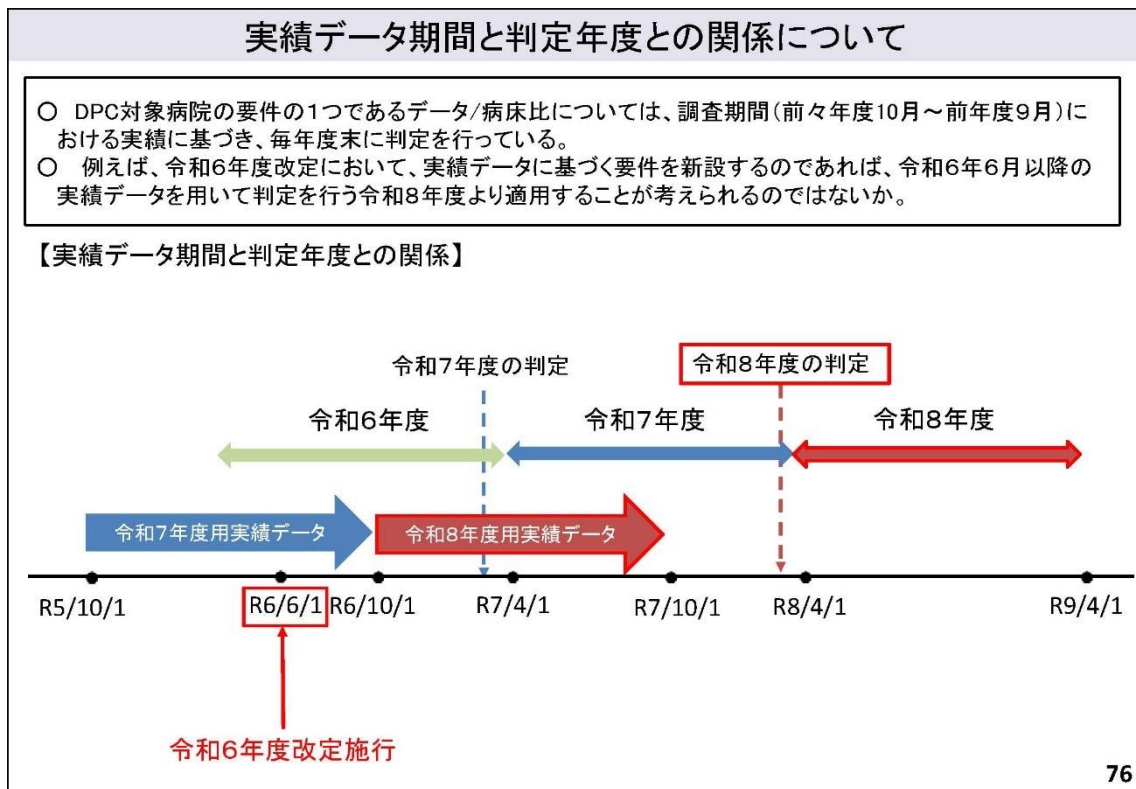
- DPC対象病院の要件について、DPC/PDPSの安定的な運用を図りつつ、適切な包括評価を行う観点から、「データ数」及び「適切なDPCデータの作成」に係る基準を新設することについてどのように考えるか。
- データ数が一定の基準に満たない医療機関について、診療密度(相対値)が低い現状を踏まえ、まずは基礎係数における評価を区別し、その後、要件判定の対象としていくことについてどのように考えるか。

DPC制度は、参加する病院全体のデータに基づいて支払額が決まりますので、公平性が非常に重要です。健保連は以前から退出基準を設定すべきであると申し上げており、今回、分科会でもしっかりと議論していただいたものと、その意義は大きいと思います。

資料の 70 ページから 73 ページを拝見いたしますと、データ数 90、すなわち対象患者が月 90 人以下が D P C であることに疑問を感じる内容となっております。

先ほど、保険診療係数の論点で発言した適切なデータの作成とともに、データ数 90 を D P C への参加要件とすべきではないかというふうに感じます。

また、具体的な運用方法につきましては、76 ページ、77 ページに示された内容で進めていただきたいと思います。



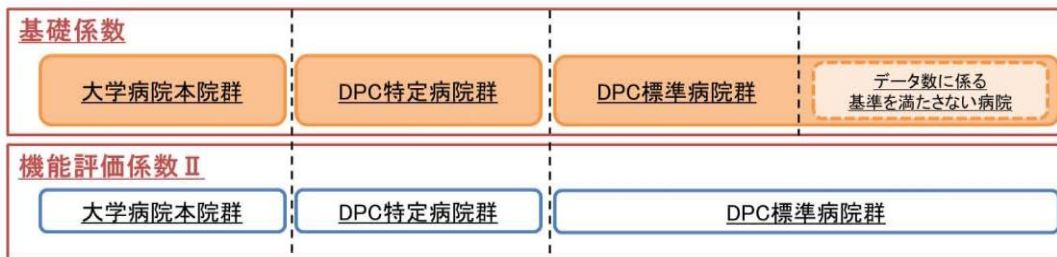
いわば経過措置のようなものを設けることはやむを得ないと思いますが、

確実に退出につなげていくということで、複雑性指数の不公平や診療密度が低いことによる、ほかの病院全体の評価が低くなることは是正できるというふうに考えます。

## 令和6年度診療報酬改定における対応について

- 1月当たりデータ数が90を下回る病院は、診療密度(相対値)が相対的に低いことを踏まえ、令和6年度診療報酬改定においては、適切な包括評価を行う観点から、以下の対応を行うことが考えられるのではないかと。
  - ・ 診断群分類ごとの包括点数について、該当する病院のデータを除外して算出する。
  - ・ 基礎係数(包括点数に対する実績点数の比率を反映)の設定にあたって、該当する病院の評価を区別する。
  - ・ 機能評価係数Ⅱの設定にあたっては、従前のおり3つの医療機関群ごとの評価とする。

### 【令和6年度改定における医療機関別係数の評価体系(イメージ)】



77

また、算定ルールと退院患者調査に関する論点につきましては、いずれも実態に合わせた見直しということでございますので異論はございませんが、

#### (算定ルールについて)

- 入院初期に投じられる医療資源投入量が大い診断群分類が増加している現状を踏まえ、実態に見合った評価を行う観点から、入院初期の医療資源投入量が現行の設定点数を上回る診断群分類に対し、点数設定方式Bを適用することについてどのように考えるか。
- 入院期間Ⅱより早期に退院させた場合の評価の充実化を図る観点から、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類に対し、入院期間Ⅰで入院基本料を除く包括評価を行う新たな点数設定方式を導入することについてどのように考えるか。

#### (退院患者調査(DPCデータ)について)

- DPC/PDPSが既に入院医療に係る診療報酬制度として定着している現状や、DPCデータが広く入院医療に係る診療報酬制度の見直しに活用されている実情を踏まえ、調査の名称や目的、結果報告のあり方を再整理することについてどのように考えるか。
- 一部の医療機関において、様式1における「不明」データの割合が高い等の現状を踏まえ、臨床指標等のデータの入力状況を公開データにおいてモニタリングしていくことについてどのように考えるか。

109

91 ページ、92 ページに示されております新たな点数設定方式につきましては、現場の影響にも十分注意しながら対応すべきと考えます。私からは以上でございます。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかに、はい。本予定、お手が挙がっております。お願いいたします。

### ○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。109 ページの各論点については入院・外来医療等分科会の指摘を踏まえて見直しを検討すべきと考えます。

**（医療機関別係数について）**

- 保険診療係数について、「適切なDPCデータの作成」に係る実績状況を踏まえ、評価を廃止することについてどのように考えるか。
- 効率性係数について、入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果も踏まえ、評価手法を見直すとともに、医療機関群ごとの評価とすることについてどのように考えるか。
- 救急医療係数について、評価の主旨が明確になるよう、名称の変更及び評価項目としての位置づけの再整理を行うことについてどのように考えるか。
- 地域医療係数における体制評価指数について、現状の実績分布や医療計画の見直しを踏まえ、評価手法や評価内容を見直すとともに、新たな評価項目を追加することについてどのように考えるか。

**（DPC対象病院の要件について）**

- DPC対象病院の要件について、DPC/PDPSの安定的な運用を図りつつ、適切な包括評価を行う観点から、「データ数」及び「適切なDPCデータの作成」に係る基準を新設することについてどのように考えるか。
- データ数が一定の基準に満たない医療機関について、診療密度（相対値）が低い現状を踏まえ、まずは基礎係数における評価を区別し、その後、要件判定の対象としていくことについてどのように考えるか。

**（算定ルールについて）**

- 入院初期に投じられる医療資源投入量が大い診断群分類が増加している現状を踏まえ、実態に見合った評価を行う観点から、入院初期の医療資源投入量が現行の設定点数を上回る診断群分類に対し、点数設定方式Bを適用することについてどのように考えるか。
- 入院期間Ⅱより早期に退院させた場合の評価の充実化を図る観点から、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類に対し、入院期間Ⅰで入院基本料を除く包括評価を行う新たな点数設定方式を導入することについてどのように考えるか。

**（退院患者調査(DPCデータ)について）**

- DPC/PDPSが既に入院医療に係る診療報酬制度として定着している現状や、DPCデータが広く入院医療に係る診療報酬制度の見直しに活用されている実情を踏まえ、調査の名称や目的、結果報告のあり方を再整理することについてどのように考えるか。
- 一部の医療機関において、様式1における「不明」データの割合が高い等の現状を踏まえ、臨床指標等のデータの入力状況を公開データにおいてモニタリングしていくことについてどのように考えるか。

109

医療の質の向上に向けてデータの活用は重要ですので、適切なデータ入力に向けた対応は必要と考えます。私からは以上です。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい。長島委員、お願いいたします。

### ○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。まず最初に、やはり総論として、先日、分科会と総会のそれぞれの役割について事務局にも確認させていただきましたので、その辺、もう一度、共通認識としていただければ幸いです。

また、退出に関しては、先ほど申しましたが、最初から「退出ありき」というかたちで議論するのはやはり乱暴であり、丁寧に検討すべきというふうに考えます。以上です。

### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい、江澤委員、お願いいたします。

### ○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

先ほど多職種協働に対するご意見もあつたかと思えますけれども、

急性期入院医療における多職種連携の取組の主な評価	
周術期	<p><b>術後疼痛管理チーム加算</b> (100点・日、手術日の翌日から起算して3日)【R4~】</p> <p>➤ 麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して質の高い術後疼痛管理を行った場合の評価</p>
集中治療室等	<p><b>早期離床・リハビリテーション加算</b> (500点・日、14日を限度)【H30~】</p> <p>➤ 特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションによる総合的な離床の取組を行った場合の評価</p>
	<p><b>早期栄養介入管理加算</b> (250点・日、早期に経腸栄養を開始した場合400点・日)【R2~】</p> <p>➤ 特別集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合の評価</p>
一般病棟等	<p><b>栄養サポートチーム加算</b> (200点・週1回)【H22~】</p> <p>➤ 栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合の評価</p>
	<p><b>摂食嚥下機能回復体制加算</b> (1:210点、2:190点・週1回)【R2~】</p> <p>➤ 摂食嚥下支援チーム等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合の評価</p>
	<p><b>排尿自立支援加算</b> (200点・週1回、12週を限度)【H28~】</p> <p>➤ 排尿に関する専門的知識を有した多職種からなるチーム(排尿ケアチーム)を設置し、患者の診療を担う、医師、看護師等が排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法などを組み合わせるなど、下部尿路障害の回復のための包括的なケアを実施した場合の評価</p>



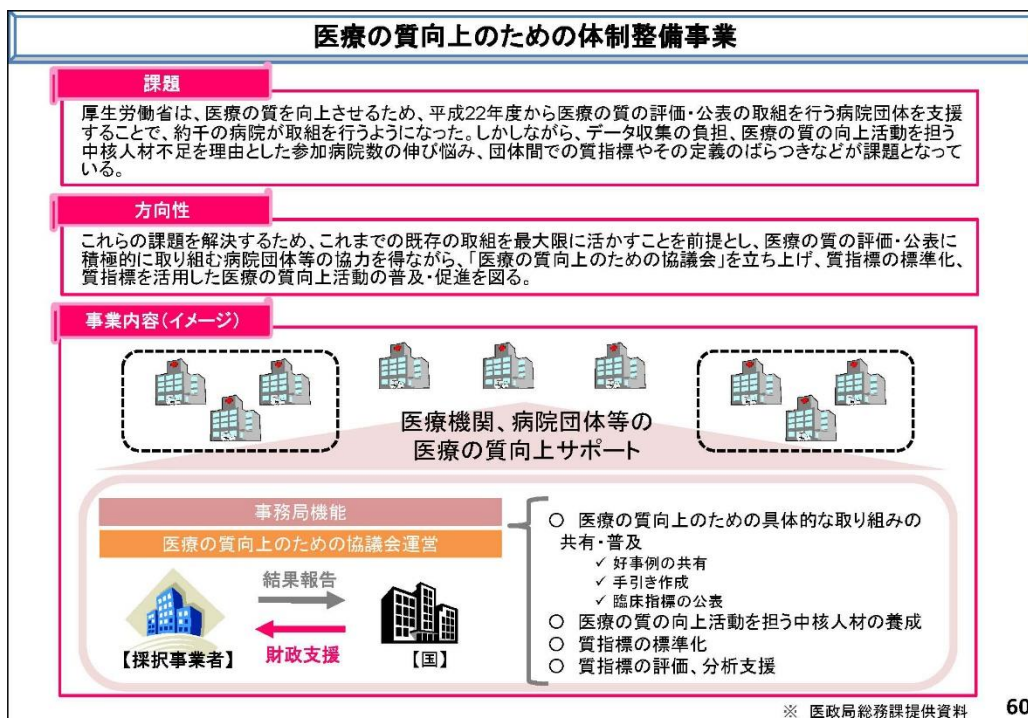
50 ページにあるような、これらの加算につきましては、チームケアの根幹をなす多職種協働によって効果が発揮されておりまして、いずれも患者さんの回復にとって不可欠な加算でございますので、多職種協働というのは大変重要であることを申し上げたいと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい。飯塚委員、お願いいたします。

○飯塚敏晃委員（東京大学大学院経済学研究科教授）

はい、ありがとうございます。医療の質の話をもっと議論したいんですけども。



60 ページにありますように、医療の質の向上のための体制整備等がですね、図って、検討されてきたということがあります。

われわれ通常、医療の質を上げて、なおかつ費用を下げる、あるいは上げないといったことをですね、どうすればできるのかというのを一生懸命考えているわけですが、医療の質に関しては、一般の市民はほとんどわからないというのが我が国の実情ではないかというふうに思います。

60 ページの資料にありますように、平成の 22 年から医療の質の向上に意欲のある病院に参加を呼びかけて整備事業を進めてきているわけですが、参加は伸び悩んでいるというふうに記述がございます。

この根幹である医療の質に関して、特にそのDPC病院というのは最も情報が取れる、あるいは質の情報を精緻化できる病院だと思いますので、ぜひですね、このDPCの制度の中に、こういった情報をどういうふうに含められるかということ、このボランティアな病院だけではなく、我が国の全ての病院に考えていただくという方向でぜひ進めていただきたいと思います。以上です。

#### ○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかは、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。はい。それでは、ほかにご質問、ご意見等ないようですので、本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見を踏まえて対応していただくようお願いいたします。

そこで、しばらく休憩を入れたいと思いますので、よろしく申し上げます。

▼ 休憩 10:17 ~ 10:24

### 3. 長期収載品（その1）について