

II. 診療データに基づく診療報酬制度の確立

わが国における診療報酬制度改定は、既存の診療報酬体系に手を加えることが中心であり、体系そのものが見直されることはなかった。しかし、今後は医療の質の向上に繋がる診療報酬制度を確立するという視点から診療報酬制度のあり方を見直すことが必要である。そのためには、疾患別・重症度別分類、状態別分類、コストデータ等、客観的指標により診療報酬を決定するような制度改革を行う必要がある。また、データに基づく診療報酬は地域格差も適正に反映することが望ましい。

現行診療報酬制度は一律に平均在院日数により報酬が区分されることが多い。しかし、重症度が高い患者、高度な医療技術を用いる場合には、そうでない場合に比較して在院日数が長くなることが多いため、このような患者が占める割合の高い医療機関にとっては、一律の在院日数基準による運営は大きな不利益を生じている。本来は疾患別・重症度別に標準的な在院日数を算出し、各医療機関においてはその医療機関の疾患別・重症度別の患者構造から当該医療機関毎の標準在院日数の基準が定められるべきである。

2002年の診療報酬制度改定では手術等に係る施設認定基準が導入されたが、年間症例数・医師の経験年数によって認定されている。しかし、本来施設認定には医療の質を保証するための客観的指標が用いられるべきである。この場合症例数ではなく、診療アウトカム指標をもとに誘導がはかれるべきこと、患者の便宜のために地理的な条件などが考慮されること、などもあわせて検討されるべきである。今後、本基準の改善が図られることが望ましい。

(ケースミックス分類を用いた診療報酬体系)

本報告においては、急性期医療のケースミックス分類に疾患別・重症度別分類を想定しているが、この分類に基づく診療報酬体系の構築も可能となる。主傷病名・重症度を基本とし併存症・合併症等も加味した上で、地域特性も反映したコストデータを含む診療データを集積・分析することで算出された医療費を、1入院医療診療報酬とするものであり、この場合標準的在院日数も算出される(例：主傷病名・

大腸癌 手術・有 併存症・糖尿病 このケースの1入院診療報酬・
〇〇〇円 標準的入院期間・〇〇日)。

一方、慢性期医療のケースミックス分類には状態別分類を想定して
いる。この方法は疾患の状態別に、医療必要度、リハビリテーション
必要度、介護必要度等の診療データを集積・分析することで、患者毎
の1日あたり包括的診療報酬および標準的在院期間が算出される
(例：主傷病名・脳梗塞 状態・右片麻痺重度、失語症有 リハビリ
テーション必要度・理学療法、作業療法、言語療法 介護必要度・中
等度 このケースの1日あたり診療報酬・〇〇〇円 標準的入院期
間・〇〇日)。

このようなデータに基づく診療報酬体系の構築に加え、診療アウト
カム評価の結果を還元することで、さらなる医療の質の向上を可能と
し得る。

Ⅲ. 医師卒後研修のあり方

現行の医師卒後研修は大学病院が中心となっており、ともすると狭い範囲での専門医教育となりがちである。しかし、一般社会が望む医師像は基本的なプライマリケア技能を有する医師である。

2004年からの卒後臨床研修必修化に向けて、基本的臨床能力の習得を目標とし、患者の心や人格を含めて全人的に診療を行える医師の卒後教育制度を創設する必要がある。また、司法修習生と同程度の給与保証がなされるなど研修医の身分は保障されなければならない、その財源が診療報酬以外で助成される制度も検討される必要がある。

臨床研修病院も、現行の大学病院・臨床研修指定病院の類型化や1つの病院の指定に留まるものではなく、研修内容に応じて様々な臨床を経験し得る病院群等の複合体として設定されることが望ましい。

将来的には卒後臨床研修支援機構（仮称）が設立され、その下で卒後臨床研修の管理・運営、全国規模での研修医と研修施設のマッチング方式が創設されることが望まれる。