

ヒューマンケア通信 (Vol.11 H23年4月15日)

= 診療報酬・診療報酬改定のあり方 =

今回は、読者の方からあった下記の問いかけについて、私の考えをまとめてみました。

診療報酬は、2年おきに改定されてきた。短期間で、細分化した報酬を見直すというのは、従来から違和感を覚えている。DPCの議論もあるが、厚労省保険局経験者として考える我が国にふさわしい診療報酬制度のあり方について、意見を聞きたい。

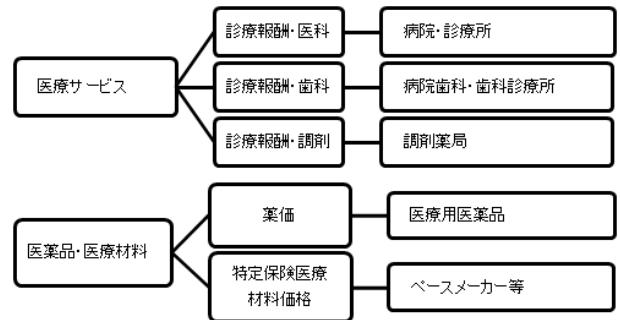
<診療報酬とは何か>

平成23年度が始まり2週間を経過しました。この1年は、診療報酬、介護報酬の見直しの議論がなされ、本年12月には、診療報酬等の改定率が決まり、来年3月には新たな診療報酬が決まることとなります。さて、診療報酬という言葉の意味は、医療関係者以外は、詳しくは知らないはずですので、まず、その概要から話を始めたいと思います。

日本の医療保険制度において、診療報酬は次の二つの意味があります。「医療保険の給付対象（いわゆる保険がきく）の範囲を決めるもの」であり、「医療サービス、医薬品等の保険償還額（保険で支払う値段）を決めるもの」という意味です。

医療関係者の中には、自分の取り分と誤解して、「私は働いた分の給料をもらっていない」と言う人が稀にいますが、あくまで患者サービスの対価です。

この診療報酬は、医療サービスに対するもの（市場規模は医療費総額の概ね7割）と、医薬品・医療材料に対するもの（市場規模は合わせて概ね3割）に大別されます。医療サービスに係るものは、その提供主体の区別に応じて、医科・歯科・調剤（薬局）の3種類に区分されます。



AA100 一般病棟入院基本料(1日につき)

- | | | |
|---|-----------|--------|
| 1 | 7対1入院基本料 | 1,555点 |
| 2 | 10対1入院基本料 | 1,300点 |
| 3 | 13対1入院基本料 | 1,092点 |
| 4 | 15対1入院基本料 | 934点 |

当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算。

- イ 14日以内の期間 450点
(特別入院基本料等については、300点)
- ロ 15日以上30日以内の期間 192点
(特別入院基本料等については、155点)

これは、診療報酬の例です。内容はともかく、〇〇点という相対評価で決められ、別の場所で1点10円と決めていることで、実際の価格になっています。

こうした形式で、医療サービスについては、各診療科合計で決められている価格は1万種類程度であり、また、医薬品等2~3万種類が決められています。

これは、大きな病院に行くと同様に、数多くの診療科があり、かつその診療科ごとに数多くの病気が存在しているとともに、治療法や医薬品は、その病気ごとに複数あることに起因しています。

もっと言えば、治療法や医薬品は、その方法や製造過程が違うので、値段を変えることが必要になります。

病気を治すというのを、どこかに行くのに例えれば、電車で行くのと、タクシーで行く方法があるが、最善の方法として、どちらかを使うとした場合、行き先は同じでも、当然値段が違うのと同じ意味で、診療報酬は行われるサービス・技術別に設定しています。

<診療報酬改定の意味>

この診療報酬は、明文の規定はありませんが、過去、概ね2年ごとに改定されており、前回は平成22年度（平成22年3月に決定）であり、10年ぶりのプラス改定と、政治的にアピールされました。私は、その10年前の平成12年度診療報酬改定の際に、全体の仕切り役として改定に携わる機会がありました。今の仕事の原点となった仕事です。

この診療報酬改定の作業を担う部門は、厚労省保険局医療課ですが、実際に、この業務を担当する者は30名程度に過ぎません。アメリカでは、この報酬政策に千人単位の人材投入をしているのと比較すると、いわば少数精鋭で実施しているとも言えますが、平成12年当時は、「勤と度胸の診療報酬改定」と、世の中での要求水準の高さと実際の体制の差を自嘲気味に話していたものです。

この診療報酬改定が頻度高く実施されてきた意味は、時代により変わっています。

昭和から平成の初めまでは、日本全体の人件費等の伸びが高く、これを診療報酬＝価格に反映しないと、医療産業の人件費水準のみが低く抑えられることから、全体改定率が10%を超える高い改定率の時代＝医療費を増やす時代が続いていました。これは景気拡大による税や保険料の自然増収も背景にあります。

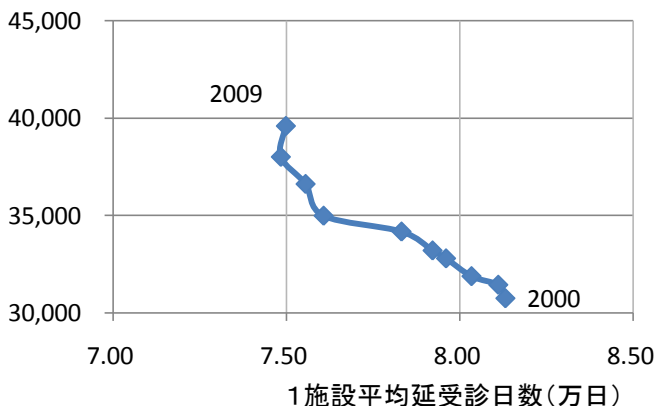
1998年以降は、経済成長もとまり人件費も横這い低下傾向となり、税や保険料収入も低成長・低下傾向となったことを受け、診療報酬改定は医療費を抑制する手段として用いられはじめマイナス改定等が頻繁（計5回）に行われました。

こうした大きな背景に加えて、頻度高く実施する理由には、次の理由もあります。

- ア 医薬品に係る薬価（保険償還額）と実際の取引価格（医療機関と医薬品卸の間）との差異を解消する。（いわゆる薬価差の解消）
- イ 新しい手術などの開発された医療技術を保険給付の対象としたり、全体に普及するなど提供コストが下がった医療サービスの価格下げる。
- ウ 医療機関の連携などの政策を目標を達成するため、医療機関の行動を誘導する道具として、活用する（医療機関の行動にあわせて変化させる）

平成12年度改定以降の10年間で、医療崩壊が進んだと報道されていますが、個々の現象ではなく、病院全体の動きを捉えると、「病院らしい病院が増えた10年」と言えると考えています。

1日当たり入院医療費(円)



このグラフは、その1例ですが、連続したマイナス改定に関わらず、公的病院の1日入院医療費は高くなり、1施設当たりの延在院患者数は減って（在院日数の低下）います。

この動きは、高いレベルの入院医療を担う病院らしい病院を増やすという平成12年度診療報酬改定の狙いを達成したと言えるものと考えています。

その意味で、この10年は、頻度高く診療報酬改定を行う（内容は同じような切口の繰返し）ことが、病院の行動変容を促進したものと言えます。

＜これからの診療報酬改定は どう考えるのか？＞

診療報酬改定は、現在のところ、医療・医療費政策を進める上で、事実上、唯一の手段と言ってよいほどの位置付けになっています。したがって、今後の診療報酬は、次のような要素に大きく左右されることになると思います。

- ア 医療費財源の確保に係る政治的動向（増税・保険料引上げ等の可能性）
⇒ 安定的に増加する財源確保が難しければ どうしても頻度高い診療報酬改定に
- イ 診療報酬改定に変わる政策ツールを開発できるか
⇒ 新たなツールが開発できれば、診療報酬への期待は低下
- ウ 医療提供体制の変化の必要性
⇒ この10年のような大きな変化を、次の10年で起こす必要、起きる可能性があるか

一方、過去の10年を振り返ると、リハビリテーション、特殊疾患対応など、改定ごとに方針がブレる事例も多く、頻度高い改定が、かえって現場を振り回したことも否めません。私も国立病院機構という経営体の一員として、首をかしげるような改定内容も見てきました。

また、改定作業を担う現場的にも、1年未満の議論・準備では実際のところ、内容の詰まった改定となることは難しく、縦のものを横にするような改定の繰返しでは、疲弊感漂うことも事実と思います。

したがって、仮に、上記のア～ウの要素を無視して、科学的で安定性の高い、あるべき改定作業を考えるとすると、次のようなものが望ましいでしょう。実は、これは平成12年度改定の際にも議論していたことです。例えば、DPCの病院間のバラツキを標準化するような改定は、ルールによる小規模な改定とし、DPCの疾病群を変更するような改定は、大改定と考えるというイメージです。

※DPCとは急性期の疾病別の包括払方式のことです。疾病で同額ではなく、現在は、病院間の差異が認められています。

本格的な大改定 5～6年に1度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市場価格のない診療行為のコストデータ等を確保しつつ、各点数の相対関係を大規模に修正する改定（手術料の全面見直しなど） ・ 可能であれば、外部の医療経済学者等を改定作業に投入
小規模な改定 2～3年に1度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 市場価格のあるもの（医薬品、材料、検体検査等）は、これまでと同じルール改定 ・ 新規技術の導入枠として、一定の財源枠を確保して、ごく小規模な改定を実施 ・ 各点数のバランス調整的な改定は行わない。 ・ 医療サービスのうち、医薬品等のようにルール化できたものは、ルール改定実施 ・ 医療サービスのうち、人件費、物価変動で改定する必要があるれば1点10円を改定

また、保険者再編によって都道府県単位で専門性の高い疾病金庫（第10回参照）が育成できれば、この小規模な改定等のうち、医療サービスに係る2つは、都道府県単位で実施することも可能と考えられ、都道府県単位で保険単位を創設する意味も高まります。

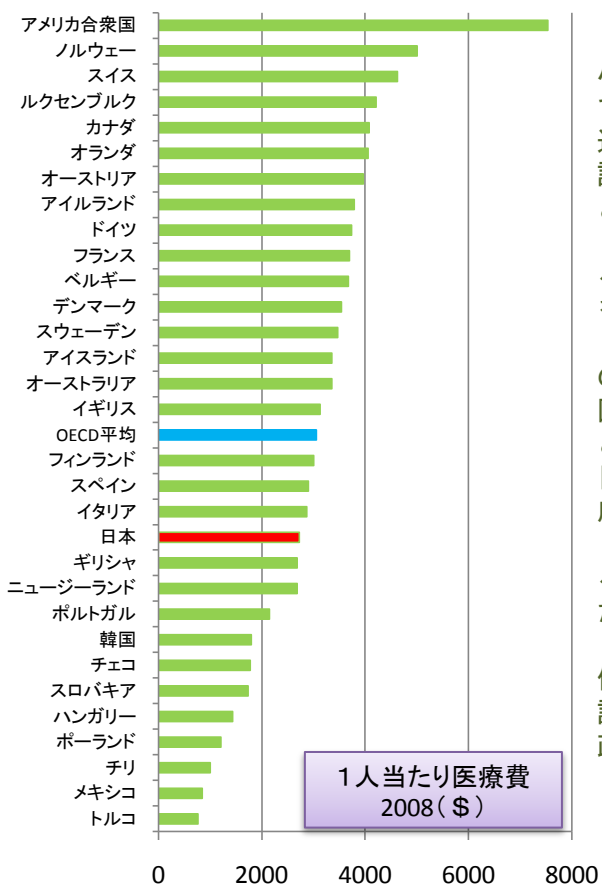
診療報酬の全てを、都道府県別に変えることは非現実的ですが、大枠を同じとして、その一部を都道府県の保険者・医療提供側の合意で変えるのは実現性があり、地域医療の再編・再構築の重要なツールになり得ると考えています。

<診療報酬体系のあるべき姿は？>

診療報酬に関しては、諸外国でも種々の試行錯誤がされていますが、これは成功した！というものは、ありません。中国人の好きな言い方を借りれば、「国家に政策あれば、人民に対策あり」だからです。ある狙いを持って報酬政策を打っても、医療機関はそれに対して行動を変え何らかの対策を講じることが当然ですので、決定打はありません。その意味で、報酬体系を考える上で最も大事なものは手法レベルの問題ではなく、日本の医療機関の行動の特徴を踏まえ、「適切な診療行動を確保する」「経営行動を健全化する」という2点をいかに確保するかだと考えます。

例えば、DPCという疾病別の包括払いの仕組みで言えば、下記の現状では、現時点でDPCという支払方式が何をもたらしたかは、何も言えません。今後進められるであろう標準化（医療機関間の格差をなくす）という取り組みが成功しなければ、導入した価値はゼロと同じです。

- ① 日本の病院の売上・患者単価重視の経営行動に対して、一定の予算制として機能し、病院における後発医薬品の使用促進などのコスト管理意識や、病院間比較での在院期間の標準化意識を植え付けるのに成功。（病院管理の効率化というミクロ目標は達成）
- ② 当初の導入段階は、病院別の出来高計算の平均額で、病院別に包括額を設定したことから、医療機関の大きな不満を受けることなく46万床規模まで増加。なお、医療費抑制効果は生じていない。（医療費管理というマクロ目標は未達成）
- ③ しかし、第8回で取り上げた東京のC病院のように、コスト管理のあまり、「骨折以外の治療はしない＝疾病別の包括払いなので他の治療をすると損をする」と、診療行動が歪むような病院も出ている。（包括払いの弊害とされる事例が発生）



ちなみに日本国内では、OECD平均より医療費規模が小さいと、ある意味自虐的な批判がされていますが、外国では、高い健康指標（寿命等）を非常に低い社会コストで達成していると評価されています。その意味では、日本の診療報酬体系は、今のところ、全体としては成功していると言えるのではないのでしょうか？

経営の苦しい病院からは、冗談ではないという反論が出るとは思いますが、政策担当者や保険者側は、もっと自信を持って良いのではないかと考えます。

「日本にふさわしい診療報酬制度」という、手法的なものの方ではなく、本質的に大事なものは、これから日本の医療政策（マクロ・ミクロ両面）をどのように考えるかということでしょう。私には、医療関係者が、医療政策の目標の合意形成を十分に行わないまま、診療報酬に過大な成果を求めているように見えます。

政策方針次第で、診療報酬体系は、いかようにでも変わるはずですが、所詮、診療報酬は、この医療政策を実現するための手段でしかないのですから。

まずは、限られた財源の中で、地域医療の強化・医療提供主体の健全化を図るための方向性を考えましょう。

診療報酬だけを追いかけても意味はありません。政策も経営も。