

REPORT II

医療制度の再生を担う診療報酬改定へ

- 混合診療解禁の前になすべきこと -

社会研究部門 阿部 崇
abe@nli-research.co.jp

1. はじめに

2008年4月、公的医療保険で提供される検査・手術などの医療技術や薬剤の公定価格である診療報酬の改定が実施される。

わが国の医療保険制度においては、保険診療の原則（全ての治療・薬は原則として公的医療保険の給付として提供される）の下で、医療技術や薬剤は全国一律の値段が設定されている。診療報酬の改定は原則として2年に一度のペースで行われ、医療技術の進歩、薬剤の開発に対する適正な評価や時の賃金物価動向などが加味される。もっとも、この医療の単価の積み上げ額が医療費（医療保険給付）に直結することから、近年の改定では、専ら社会保障財政に与える影響が注目される要素となっている。

本稿では、診療報酬改定の具体的な点数設定にあたって示されている論点を整理するとともに、医療制度再生の観点から注目すべき論点について考察したい。

2. 改定の全体像

近年の少子高齢化の進行を背景に、医療保険給付も増大の一途をたどり、2年毎の診療報酬改定は「医療費の適正化」の名の下で前年比マ

イナス改定が繰り返された。“マイナス改定”とは、大雑把に言えば、「改定前々年の1ヶ月と全く同様の受療のボリューム（診療行為回数×受療人数）があると仮定したとき、改定後の新単価（点数）で算定すれば医療費が前年比マイナスになること」である（診療報酬改定プロセスの詳細は、基礎研 Report 「診療報酬マイナス改定が担う『見かけ』の医療費削減」2006年3月号を参照）。

2008年4月改定は、診療報酬全体（総額）の改定率では0.82%のマイナスとなったが、そのうち「本体」と称される医療技術にかかる部分は、およそ6年ぶり（3改定ぶり）の0.38%プラス改定となった（「薬価等」は1.2%のマイナス改定）。「本体」部分の内訳は、「医科」がプラス0.42%、「歯科」がプラス0.42%、「調剤」がプラス0.17%となっている（図表 - 1）。

図表 - 1 改定率（2008年度）

全体改定率	0.82%		
診療報酬 （本体部分）	+0.38%	医科	+0.42%
		歯科	+0.42%
		調剤	+0.17%
薬価等	1.2%	薬価	1.1%
		材料価格	0.1%

（資料）厚労省資料よりニッセイ基礎研究所が作成

医療費増大に直結する診療報酬のプラス改定には、財務省をはじめ経済系の会議等からの批判はあるものの、度重なる医療の単価カット（マイナス改定）の影響により、医療現場が経営、人材不足・確保、医療の質の担保等の様々な場面で疲弊していることもまた事実である。報道にもある通り、病院（勤務医）・診療所（開業医）の格差、産科・小児科・救急医療の

窮状、医師・看護師の地域偏在等は、その“疲弊”の一端であろう。

もっとも「プラス改定」はあくまで全体の話であり、今後（2008年2～3月）の中央社会保険医療協議会（中医協）の議論による個々の点数（単価）設定こそが、疲弊した医療現場・医療制度を再生させる鍵を握る。

図表 - 2 2008年診療報酬改定について

2008年度診療報酬改定について（抜粋）

2007年11月28日

中央社会保険医療協議会

本協議会は、（中略）医療経済実態調査の結果、2006年度診療報酬改定以降の賃金・物価の動向、薬価調査および材料価格調査の結果等を踏まえつつ、2008年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記の通り整理したので、報告する。

1. 医療経済実態調査について

医業経営の実態等を明らかにし、診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、医療経済実態調査を実施し、その結果等について検討した。

2. 2006年度診療報酬改定以降の賃金・物価の動向について

2006年度診療報酬改定以降の2006年度から2007年度までの2年間における賃金・物価の動向をみると、人事院勧告による賃金の動向は+0.7%、消費者物価指数による物価の動向は（中略）、本年9月までの実績を用いた場合+0.1%であった。

3. 薬価調査及び材料価格調査の結果について（略）

4. 2008年度診療報酬改定について

わが国が厳しい財政状況にある中で、国民が安心できる生活環境を整えるためには、地域医療の確保を含め質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と将来にわたる国民皆保険制度の堅持が不可欠であること、現下の勤務医の過酷な業務実態、とりわけ産科・小児科や救急医療等の実情等に照らして、次期診療報酬改定においては、勤務医対策を重点課題として診療報酬の評価を行うべきであり、また、本体部分については更なるマイナス改定を行う状況にはないこと、一方、後発医薬品の使用促進を着実に推進すること、という基本的認識については、意見の一致をみた。

しかし、このような基本認識の下で、どのように2008年度診療報酬改定に臨むべきであるか、については、次のような意見の食い違いがあった。すなわち、上述の課題について、支払側は医療における資源配分の歪みやムダの是正による範囲内で行うべきとの意見であったのに対して、診療側は、地域医療を守るために診療報酬の大幅な引き上げの実現を行うべきとの意見であった。

厚生労働省が、2008年度予算編成に当たって、財源の確保に努めつつ、診療報酬改定に係る改定率の設定について、本意見の趣旨を十分に踏まえて対応することを求めるものである。（後略）

（資料）中央社会保険医療協議会（中医協）資料よりニッセイ基礎研究所が作成

3. 具体的な論点

(1) 改定の基本方針

前頁図表 - 2 は、診療報酬本体部分の0.38% プラス改定が決着した12月18日の前に、中医協が公表した意見の抜粋である。ここでも触れられている通り、2008年度改定のキーワードは、**病院勤務医（産科・小児科・救急）** **地域医療（提供体制の確保）** **原則の堅持（制度の再生）**であろう。

診療報酬改定の場面において対峙関係にある支払側（健保連等保険者側）と診療側（医師会等医療機関側）の意見は両論併記となっているが、改定率が決定された今、両論の一致を模索する中で、いかに疲弊した医療制度を再生させるかが、具体的な単価（点数）改定の最大の課題である。

(2) 具体的な単価（点数）設定に向けて

続いて、年末年始を挟んで進められた中医協での議論（図表 - 3）を経て、1月18日に示された「2008年度診療報酬改定に係る検討状況について（現時点での骨子）」に沿って、具体的な改定項目について考察を加えたい。

図表 - 3 中医協での議論の経過

2007.10.3	・小児医療
10.5	・産科医療 ・がん対策の推進
10.12	・後期高齢者医療 - 骨子、入院医療
10.17	・後発医薬品使用促進 ・患者の視点の重視
10.19	・救急医療
10.26	・後期高齢者医療 - 在宅医療
10.31	・画像診断の評価 ・地域医療
11.2	・勤務医の負担軽減 ・後期高齢者医療 - 外来医療
11.7	・入院医療の評価のあり方 ・有床診療所の評価

(続き)

11.9	・後発医薬品 ・訪問看護の充実 ・在宅医療を支援する病院の評価
11.14	・手術等
11.16	・精神医療等
11.21	・歯科診療報酬 ・D P C
11.28	・療養病床から転換した老健での医療 ・後期高齢者医療 - 薬、外来医療
11.30	・リハビリテーション ・勤務医の負担軽減 ・急性期医療に係る評価(7対1基準)
12.5	・後発医薬品の使用促進 ・調剤報酬等
12.7	・後期高齢者医療の診療報酬のあり方 ・小児医療 ・D P C 等
12.12	・コンタクトレンズ検査料 ・肝炎対策 ・D P C 等
12.14	・入院医療の評価のあり方 ・在宅医療を支援する病院の評価
2008.1.16	これまでの検討状況に整理(骨子)
1.18	これまでの検討状況に整理(骨子)

(資料) 中医協資料よりニッセイ基礎研究所が作成

産科や小児科を始めとする病院勤務医の負担の軽減

これについては、i) 産科・小児科に対する重点的な評価、ii) 診療所・病院の格差是正、iii) 病院勤務医の事務軽減、の側面から検討される。

まず、第1の産科・小児科への重点評価については、記憶に新しい産科医たらい回しの事例にもあるように、絶対的な診療科の減少に歯止めをかける必要性が高く、過酷な労働に対する適正な評価は、異論なく急がれるところである。また、少子化の流れの中で「(将来的にも)患者が絶対的に少ない」ことは医療機関経営の観点からも、医師から選ばれない診療科となってしまう。政策的にも対応は必須の項目であろう。

次に、第2の診療所・病院の格差是正につい

ては、医療機関の形態だけの理由ではないものの、労働環境や診療報酬上の評価に無視できない格差が生じていることも事実である。初診段階から大学病院や総合病院を選択する国民意識にも原因の一端はあるが、再診料に係る診療報酬の格差を是正する見直しや夜間（時間外）診療の場面での診療所・病院の役割分担を促す新評価の設定は必要であろう。

もっとも、再診料の見直しについては、今現在の評価差こそが、軽度・慢性期患者の医学的な管理を担う診療所の適正な評価との考え方もあり、一方の引下げという短絡的な是正方法を採用することは慎重でなければならないと考える。また、診療所の夜間診療に対する評価も、単に加算等の手当てをするに止まらず、具体的な受診行動として現れるような受療側（患者）への動機付けの施策も同時に検討されなければならない。

第3の病院勤務医の事務負担の軽減については、事務作業を補助する職員配置を評価する方法が検討される。ただし、単なる事務職員の確保ではなく、急性期医療を担う病院勤務医の補助としての技量を備えた人員の配置に見合う評価たるべきことは言うまでもない。

医療費配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価

これについては、i)新しい技術への置換え、ii)後発医薬品の使用促進、iii)市場実勢価格の反映、等の側面から検討される。

第1の新しい技術への置換えについては、医療技術の進化・進歩を保険診療に含める方向で検討し、相対的に治療効果が低くなったもの（旧来の治療方法等）から新しい治療技術への移行へ誘導するような点数設定を行うことで“ムダを減らす”というものである。

第2の後発医薬品の使用促進は、医薬分業を前提として、調剤薬局による後発医薬品の調剤

を促進する評価および仕組みが導入される（医薬分業の詳細は、基礎研Report「医薬分業の正常化が担う『自律的』医療保険制度改革」2005年3月号を参照）。具体的には、一定の後発品調剤率を上回る場合を評価し、また、医師が発行する処方せんについて、調剤薬局の後発医薬品の選択を原則可能とする様式（代替調剤を認めない場合に署名する方式）に変更するなどの検討が行われている。

もっとも、新技術への移行や後発医薬品の使用による効率化は、結果としてもたらされるものであり、治療・処方の個別性を軽視するような行き過ぎた点数差やルールの設定は望ましくない。

後期高齢者医療制度における診療報酬

これについては、i)入院医療、ii)在宅医療、iii)外来医療、iv)終末期医療、の側面から検討される（後期高齢者医療制度の詳細は、基礎研Report「医療費削減を担う高齢者の『財力』と『体力』」2007年10月号を参照）。基本的には医療の連続性を踏まえて74歳までの診療報酬と同様の点数が適用されるが、それぞれの場面において後期高齢者の特性に応じた評価のあり方と方法が検討されている。

特に、第3の外来医療については、原則として地域の診療所において、服薬状況を含む全身的な医学管理や保健・福祉・介護を含む診療計画の作成、を担う高齢者担当医（仮称）を設定し、医学管理を中心とする基本的な医療を包括的に評価する方法が検討される。具体的な初再診料の点数設定や包括的に評価される医療の範囲については、包括化や効率化に偏重することなく、病院勤務医の負担軽減や療養病床の再編に伴う在宅療養患者の受け皿としての役割を踏まえることも重要となる（療養病床の再編の詳細は、基礎研Report「療養病床の再編が担う

図表 - 4 2008年診療報酬改定に係る検討状況について

現時点での骨子（目次 / 具体的内容の抜粋）	2008年1月18日 中央社会保険医療協議会
緊急課題 産科や小児科を始めとする病院勤務医の負担の軽減	
1 産科・小児科への重点評価について / ハイリスク分娩管理加算、障害者リハビリテーション料	
2 診療所・病院の役割分担等について / 時間外加算、地域連携小児夜間・休日診療料	
3 病院勤務医の事務負担の軽減について / 事務作業を補助する職員の配置	
4 救急医療対策について / 救急患者に対する極早期の急性期医療	
患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点	
- 1 医療費の内容の情報提供について / 領収書発行の義務付け	
- 2 分かりやすい診療報酬体系等について / 外来管理加算の時間設定	
- 3 生活を重視した医療について / 療養計画書の交付、糖尿病の指導・管理、人工透析	
- 4 保険薬局の機能強化について / 時間外加算	
質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点	
- 1 質が高い効率的な入院医療の推進について / D P C	
- 2 質の評価手法の検討について / 医療区分の評価項目の見直し、認知機能障害加算廃止	
- 3 医療ニーズに着目した評価について / 7対1入院基本料(看護必要度の導入)	
- 4 在宅医療の推進について / 転換型老健入所者への緊急対応	
- 5 精神障害者の療養生活支援について / 認知症患者の入院早期の評価引上げ	
- 6 歯科医療の充実について	
- 7 調剤報酬の見直しについて	
今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価のあり方について検討する視点	
- 1 がん医療の推進について / 放射線治療計画の作成、緩和ケア病棟	
- 2 脳卒中対策について / 地域連携診療計画	
- 3 自殺対策・子どもの心の対策について	
- 4 医療安全の推進と新しい技術等の評価について	
- 5 イノベーション等の評価について	
- 6 オンライン化・IT化の促進について / 電子化加算の見直し	
医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価のあり方について検討する視点	
- 1 新しい技術への置換えについて	
- 2 後発医薬品の使用促進等について / 基本調剤料の見直し、処方せん様式の変更	
- 3 市場実勢価格の反映について	
- 4 医療ニーズに着目した評価について / 7対1入院基本料(看護必要度の導入)	
後期高齢者医療制度における診療報酬について	
- 1 入院医療について / 退院支援計画の作成、高齢者担当医との連携	
- 2 在宅医療について / 訪問看護、居住系施設への訪問診療	
- 3 外来医療について / 高齢者担当医、医学管理等の包括評価、診療計画の作成	
- 4 終末期医療について	

(資料) 中医協資料よりニッセイ基礎研究所が作成

4. おわりに

2008年度診療報酬改定は、社会保障関連歳出に2,200億円削減のシーリングがかかった予算編成において、30兆円を超える医療費に対して僅か1,100億円相当ではあるが、診療報酬本体部分について0.38%のプラスの改定率を確保した。人口構造の変化に伴い医療保険給付の自然増が避けられない状況において、度重なるマイナス改定で基礎体力を奪われつつあった医療現場・医療制度を回復させる診療報酬改定を行わなければならない。

公的医療保険制度を取り巻く昨今の議論においては、社会保障としての守備範囲、自助・共助・公助のバランス、といった表現を用いて制度の持続可能性を説く向きもあるが、入れる水（財源）が少なくなったとき、まず器（保障範囲）を小さくすること（保険免責制の導入）や他の器を用意すること（混合診療の解禁）に手を着けるのではなく、器のどの部分からまず水を満たしていくべきか（財源の適正配分）に知恵を絞ることが先であろう。ましてや、今は器自体にいくつものヒビ（病院勤務医、産科・小児科）が入り、その根本的な修復の必要に迫られている状況にある。

その意味で、2008年度診療報酬改定は、応急手当的な点数改定であると同時に、制度疲労を起こした公的医療保険の再生のため、様々な角度から将来的な道筋を示す内容としなければならない。診療環境の“偏り”（勤務医の問題）、診療科の“偏り”（産科・小児科の問題）、地域医療の“偏り”（医師不足の問題）などに対してどう向き合うのか。各論として、それらの“偏り”を是正する解を示すことができるかがポイントとなる。

公的医療保険制度の本来的な役割に鑑みれば、国民皆保険、保険診療、現物給付といった「原則の堅持」こそが重要であろう。その原則を支える制度の基本的機能の再生を担う診療報酬改定が行われることを期待したい。

< 参考資料 >

- ・ 中医協診療報酬基本問題小委員会「診療報酬改定に係る検討状況について（現時点での骨子）」2008.1.18
 - ・ 中医協「2008年度診療報酬改定について」2007.11.28
 - ・ 後期高齢者医療のあり方に関する特別部会「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」2007.10.10
 - ・ 阿部崇「医療費削減を担う高齢者の『財力』と『体力』」基礎研Report2007.10
 - ・ 阿部崇「療養病床の再編が担う社会的入院の解消」基礎研Report2007.1
 - ・ 阿部崇「診療報酬マイナス改定が担う『見かけ』の医療費削減」基礎研Report2006.3
 - ・ 阿部崇「医薬分業の正常化が担う『自律的』医療保険制度改革」基礎研Report2005.3
- （基礎研Report URL
<http://www.nli-research.co.jp/report/report/index.html>）