

# REPORT I

## 診療報酬マイナス改定が担う「見かけ」の医療費削減

- 報酬改定の仕組みからみた 3.16%改定の現実 -

社会研究部門 阿部 崇  
abe@nli-research.co.jp

### 1. はじめに

一連の社会保障改革の本丸とされてきた医療制度について、その全体像が2005年10月19日厚生労働省より「医療制度構造改革試案」として公表された。「試案」とされてはいるものの、2003年7月からスタートした社会保障審議会医療保険部会における2年余、20回の議論を経て公表された、厚生労働省の意思表示として「ほぼ完成形」の改革案といえる。

その主な内容は、図表 - 1 の通りである。

一見して、本格的な少子高齢化、人口減少社会に突入するわが国の状況と国民医療の発展のバランスがとられた改革案にも思える。しかし、「予防重視」「医療費適正化」「高齢者医療」「診療報酬」等の項目は、近年声高に叫ばれている、高齢化に伴う国民医療費の膨張に歯止めをかけるという「一定のベクトル」に向かっていることがうかがえる。

特に、「診療報酬体系の在り方の見直し等」に挙げられた4項目は、来年度予算編成にあたって短期的な医療費削減効果が期待されるもの

図表 - 1 医療制度構造改革試案

医療制度構造改革試案	
	平成17年10月19日 厚生労働省
<u>予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取組</u>	<u>新たな高齢者医療制度の創設</u>
生活習慣病予防のための本格的な取組	後期高齢者医療制度（満75歳以上）
- 糖尿病等に着眼した健診及び保健指導の充実等	前期高齢者医療制度（満65～74歳以下）
患者本位の医療提供体制の実現	<u>診療報酬体系の在り方の見直し等</u>
- 医療計画制度の見直し等	診療報酬体系の在り方の見直し
<u>医療費適正化に向けた総合的な対策の推進</u>	- 在院日数の短縮、医療機能の分化、終末期対応を含む在宅医療の推進
中長期的な医療費の適正化	薬剤にかかる給付の見直し等
- 医療費適正化計画の策定、実施、検証、評価	保険診療と保険外診療との併用の在り方の見直し
公的保険給付の内容・範囲の見直し等	中央社会保険医療協議会（中医協）の見直し
- 高齢者の負担、保険給付の内容・範囲の見直し	<u>施行時期</u>
<u>都道府県単位を軸とする医療保険者の再編統合等</u>	
- 国保、政管健保、組合健保	

（資料）社会保障審議会医療保険部会資料をもとにニッセイ基礎研究所が作成

である。かかる改革案を受け、2006年4月に予定される診療報酬改定（医療技術、処方薬等の単価の見直し）では、大幅なマイナス改定（3.16%）が内閣により決定された。もっとも、「診療報酬マイナス改定」がどの程度の医療費削減を実現するのかは、一般にはあまり知られていない。

本稿では、診療報酬改定の仕組み（流れ）を確認するとともに、「マイナス改定」が本当に医療費削減効果を生むのかについて考察する。

## 2. 診療報酬改定の仕組み

### (1) 診療報酬とは

診療報酬とは、保険診療として医師等が行う医療行為に対して保険給付される際の技術料等の単価である。診療報酬は「診療報酬本体」と「薬価」に大別される。診療報酬本体は、医師に対する「医科診療報酬」、歯科医師に対する「歯科診療報酬」、薬局（薬剤師）に対する「調

剤報酬」で構成され、「薬価」は、処方薬の価格である「薬価」と医療材料の価格である「材料価格」に分けられる。

現在の医療保険制度は、保険診療が原則（全ての医療行為は医療保険給付の対象）であり、医師の行う医療行為には全て診療報酬が設定されている。

診療報酬の大部分を占める医科診療報酬についてみると、大きく「基本診療料（外来診察および入院そのものに対する報酬）」と「特掲診療料（検査や処置・手術などの具体的な医療行為に対する報酬）」に区分される。また、特掲診療料は、医療行為の内容によって、さらに12種類（指導管理、在宅医療、検査、投薬、注射、手術等）に分類されている。医科診療報酬の項目数（点数種類の数）は概数で約3,000にのぼり、歯科診療報酬、調剤報酬を含めれば、その数は膨大なものになる。

医科診療報酬の構成と項目数と主な項目は図表-2の通りである。歯科診療報酬、調剤報酬に

図表-2 医科診療報酬の分類と項目数

	中項目	項目数	主な点数項目等
基本診療料	初・再診料	40	基本：医療機関別、再診回数別に約10項目 加算：約30項目（夜間、休日、乳幼児等）
	入院料	270	基本：病棟種類（一般、療養等）・職員配置別に約100項目 加算：約170項目（地域、療養環境、夜勤体制、医療管理等）
特掲診療料	第1部 指導管理	70	栄養指導、術後医学管理、退院時指導、診療情報提供等
	第2部 在宅医療	80	往診、在宅患者訪問診療、在宅自己注射指導管理等
	第3部 検査	660	尿・便検査(36)、血液化学検査(50)、心電図、脳波等
	第4部 画像診断	60	エックス線診断、コンピュータ断層(CT)診断等
	第5部 投薬	20	調剤(内服・外用別)、処方、処方せん(後発品有無別)等
	第6部 注射	40	皮下・筋肉内注射、点滴注射、薬剤料等
	第7部 リハビリテーション	40	理学療法(人員体制別)、作業療法(同左)、視能訓練等
	第8部 精神科専門療法	30	通院精神療法、入院精神療法、心身医学療法等
	第9部 処置	200	創傷処置、穿刺(23)、喀痰吸引、人工呼吸、ギプス等
	第10部 手術	1,340	皮膚・皮下組織、神経系・頭蓋、心・脈管、尿路系・副腎等
	第11部 麻酔	30	静脈麻酔、神経ブロック(局所麻酔剤・神経破壊剤)等
	第12部 放射線治療	30	対外照射、全身照射、血液照射等
	合計	2,910	

(資料)平成16年4月版 医科点数表よりニッセイ基礎研究所が作成

ついても、同様に歯科診療・調剤行為の種類によって、詳細な報酬(点数)が設定されている。

また、診療報酬は「点」で表現され、実額としては「1点=10円」で換算される。例えば、「初診料(診療所)」270点、「心電図検査」150点等は、円換算するとそれぞれ2,700円、1,500円の医療行為ということになる。

(2) 報酬改定の仕組み

診療報酬は、医療経済実態、医療技術や医療機器の進歩、薬剤・医療材料の変動および一般の賃金・物価の動向等を理由として、原則として2年に1度「点数(単価)」が見直されることとなっている。直近では、2006年4月に改定が予定されている(3年に1度行われる介護報酬(介護行為の単価)と同時改定)では、診療報酬はどのようなプロセスで改定(変更)されるのであろうか。

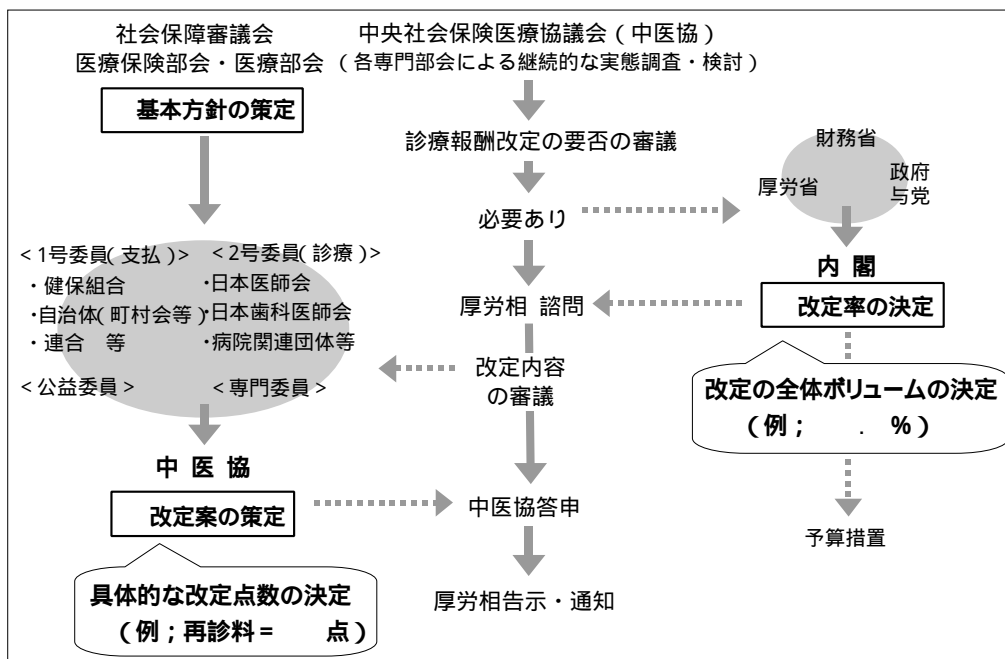
診療報酬の改定は、医療保険制度を所管する厚生労働省を事務局として、社会保障審議会(以下、社保審)医療保険部会、同医療部会、

中央社会保険医療協議会(以下、中医協)などが役割分担して進められる。

従来は、診療報酬改定に際して、社会保険医療協議会法に基づく「中医協」が改定の必要性、改定の方針となる基本的な医療政策、それを反映する具体的な改定点数等に実質的な主導権を持っていた。それは、中医協を構成する「1号委員(支払側-健保組合、自治体、連合等)」と「2号委員(診療側-医療関係団体)」との対峙関係において議論が進められる構造でもあった。しかし、記憶にも新しいが、中医協委員らによる贈収賄事件を契機に、2006年4月改定より、上記のプロセスの透明化が図られた。

すなわち、診療報酬改定にかかる基本的な医療政策(医療提供の現状や給付財政を踏まえ、どのような改定が望ましいか)について社保審医療保険部会、医療部会が審議し基本方針を決め、その内容を受け、診療報酬の改定率(±%改定とするか)を内閣が決定し、基本方針および改定率に基づき、中医協が具体的な点数改定を行うこととされた(図表-3)

図表-3 診療報酬改定のプロセス



(資料) ニッセイ基礎研究所が作成

ここで、改定率の定義について確認したい。内閣が決定するところの「改定率」とは何か、具体的には、医療費削減のために診療報酬のマイナス改定を行う場合、その改定率の掛け算の元になる数字は何なのか、その答となるマイナス実額はどのような意味をもつのかである。

結論から言えば、改定率とは、「国民医療費のうち国庫負担にかかる部分に対して、過去の一定時期（改定前々年5月）の受療実績と全く同様の受療量（診療行為回数×受療人数）があった場合に、同時期に対して一定の増減実額を生じさせるための“医療行為単価のテーブル”の変更率」を意味する。すなわち、診療報酬の改定は、あくまで計数上の予測値であって、かつ、その効果（増減実額）は国民医療費の一部に限られるということである。

医療費を単純に数式化するならば、「医療費＝診療行為回数×受療人数×診療報酬（点数）」と表すことができるが、診療報酬の改定とは、上記の掛け算の一方（点数）について、他方（回数および人数）を固定した上で増減させるだけの作業なのである。この仮置き（固定した診療行為回数と受療人数）が変動する以上、必ずしも確実な医療費減の手段とはいえないことが分かる。

もっとも、約3,000の医科診療報酬の点数について、一律にマイナスの改定率を乗じるとすれば、一定の効果はもたらされるかもしれない。それでも改定後の国民の受療動向が全く同じでない限り、期待された計数上の効果は得られない。そして、個々の点数の見直しは、医療に対する政策的な要素（例えば、高齢者医療から小児医療への重点化の流れなど）を反映して一律に行われることはまずない。とすれば、いくら「マイナス改定」を実施したとしても、国民の受療動向が変化したり、医療機関側の医療提供

動向が変化すれば、医療費減の結果が得られるとは限らないのである。

極端な例を挙げて説明する。例えば、A検査60点/回（算定限度：月1回）、B検査40点/回（同：月2回）、C検査70点/回（同：月1回）という3種類の医科点数があり、報酬改定の基礎データとなる過去の実績が各々100回、250回、200回であったとする。（ここで、それぞれの検査は、後の診療・加療に対して著しい差異を生じる内容ではないものと仮定する。）この検査全体にかかる医療費は300,000円である（図表-4の）。この医療費を縮減するため「10.0%」のマイナス改定を行うと考えるとき、A検査53点/回、B検査40点/回、C検査59点/回と改定すれば、受療動向が全く変わらない場合の医療費は「271,000円」となり、狙い通りの効果が得られることになる（図表-4の）。

しかし、医療機関とすれば、後の診療・加療に影響がなく、また、その検査コストが従来通りであるならば、点数減幅の少ない検査を実施するようになるのが通常であろう。すなわち、改定において、点数減となったC検査（-11点）ではなく、点数が変わらないB検査について、できるだけ算定限度の月2回実施するように医療提供パターンをシフトさせることも十分考えうる。すなわち、点数の下がらなかった検査の回数を増やすことでマイナス改定に対応するのである。このとき医療費は「322,000円」と結果として増額するのである（図表-4の）。

もっとも、これは改定率の概念を説明するための非常に極端な例であり、診療報酬改定の意義を否定するものではない。ただ、診療報酬改定の仕組みを正確に理解すれば、「診療報酬マイナス改定」が医療費削減に必ずしも直結しないことが見えてくるだろう。

図表 - 4 受療動向・医療提供動向の影響

【改定前の算定状況】

	改定前		
	点数	受療量	医療費(円)
A検査	60点 (月1回限度)	100人回	60,000
B検査	40点 (月2回限度)	250人回	100,000
C検査	70点 (月1回限度)	200人回	140,000
合計			300,000

【従来通りの受療動向の場合】

	改定後		
	点数	受療量	医療費(円)
A検査	53点 (月1回限度)	100人回	53,000
B検査	40点 (月2回限度)	250人回	100,000
C検査	59点 (月1回限度)	200人回	118,000
合計			271,000 (29,000)

↓  
**10%改定の効果**

【受療動向・医療提供動向が変化した場合】

	改定後		
	点数	受療量	医療費(円)
A検査	53点 (月1回限度)	100人回	53,000
B検査	40点 (月2回限度)	525人回	210,000
C検査	59点 (月1回限度)	100人回	59,000
合計			322,000 (+22,000)

もともとB検査を実施していた「250人」とC検査から切り替えた「100人」の計350人のうち、半数が算定限度の2回実施と仮定し「525人回」とした

↓  
**結果として医療費増**

(資料) ニッセイ基礎研究所が作成

3. 2006年改定の内容

では、2006年4月改定はどのような内容で行われるのでしょうか。図表 - 3で示した診療報酬改定のプロセスに沿って説明する。

(1) 基本方針の提示

まず、一連の医療制度構造改革が進むなかで、医療費削減の短期的対策の一つとして位置付けられていた2006年4月改定に向け、2003年7月から診療報酬に関する基本的な医療政策についての議論が社保審医療保険部会でスタートした。同部会では、関連する「高齢者医療制度」「混合診療」「保険者の再編・統合」などについても議論され、最終的に、2006年4月改定の基本方針として、以下の4つの視点を提示した(図表 - 5)

図表 - 5 診療報酬改定の基本方針

平成18年度診療報酬改定の基本方針	
平成17年11月25日 社会保障審議会医療保険部会 社会保障審議会医療部会	
1.	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 - 報酬体系の簡素化、患者への情報提供等
2.	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 - 平均在院日数の短縮、DPC(診断群分類別包括評価)等
3.	わが国の医療の中で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在り方について検討する視点 - 小児科・産科の重点評価、医療安全等
4.	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在り方について検討する視点 - 慢性期入院医療の評価、入院時食事の評価等

(2) 改定率の決定

次に、内閣が、社保審および中医協で並行して行われた調査や議論を踏まえ、また、予算編成を視野に入れ検討、決定した平成18年度診療報酬改定の改定率は、全体で「3.16%」と大幅なマイナス改定とされた。

個別には、診療報酬(本体)で「1.36%」(各科別: 医科 1.50%、歯科 1.50%、調剤

0.60%)、薬価等で「1.8%」(内訳:薬価1.6%、材料価格0.2%)という配分となった。

### (3) 改定案の策定(具体的点数の見直し)

そして、基本方針(理念)と改定率(目標値)を踏まえて、中医協が具体的な診療報酬の点数を見直していくことになる。

基本方針に示された4つの視点に沿って、具体的な点数改定の検討が行われる。改定が予定される主な点数および項目を図表-6にまとめる。

図表-6 改定される主な診療報酬点数等

1. 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
  - 老人診療報酬点数表の廃止
  - 領収書発行の義務付け
  - 診療情報提供料の簡素化・引下げ
  - セカンドオピニオンの評価
  - 禁煙指導料の新設
  - 手術症例数による加算の廃止
2. 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
  - 在宅療養支援診療所の評価新設
  - 病院・診療所の初診料一本化、再診料格差是正
  - DPC対象病院の拡大
  - 疾患別のリハビリテーション評価
  - 集団療法(リハビリ)の廃止
3. わが国の医療の中で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在り方について検討する視点
  - 小児医療に関する評価引上げ
  - ハイリスク分娩にかかる評価新設
  - 医療安全・感染防止等の体制を入院基本料の要件化
  - 臓器移植に対する保険適用
4. 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在り方について検討する視点
  - 慢性期入院医療にかかる状態像別の評価
  - 入院時食事について食数に応じた評価
  - 長期投薬(内服薬)の調剤料引下げ
  - 後発品促進のための処方せん様式の変更

(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(課題)

診療報酬の改定は、国民皆保険制、保険診療の原則を基礎とする日本の医療保険制度において、国民医療費に直結する大きな要素である。また、見方によっては医療提供動向を大きく左右し、医療のあり方にまで影響を及ぼす可能性を持つ。

しかし、診療報酬改定の仕組みに鑑みれば、単に「マイナス改定」が行われることをもって、確実な医療費削減効果はもたらさないことが分かる。診療報酬改定というテクニカルな方法とともに、同じく国民医療費の基礎となる「受療動向」および「医療提供動向」という可変数を「改定」すること、すなわち“正しい方向へ導く”ことが重要である。

診療報酬3.16%改定が、真の効果をもたらすためには、計数上の医療費削減を果たし議論を終わらせてはならない。マイナス改定の徹底した効果測定をはじめとして、一連の制度改革の項目一つひとつを着実に執行し、国民(患者)と医療機関が受け入れた「痛み」を確実な成果へと結実させることが重要である。

医療制度改革は、今ようやくスタートラインについていることを忘れてはならない。

### <参考文献>

- 社会保障審議会 医療保険部会 資料
- 社会保障審議会 医療部会 資料
- 中央社会保険医療協議会 資料
- 社会保険研究所「診療報酬点数表(全)」
- 厚生労働省「平成15年度 国民医療費」
- 厚生労働省「平成15年度 社会医療診療行為別調査」