

Q1

次期改定の最重要課題は？

入院日数の短縮と在宅医療の重視に向けた環境整備（資源配備や品質担保）

Q2

主治医（かかりつけ医）機能は包括評価できるか？

地域医療貢献（アウトカム等）の指標を導入運用できれば、包括評価は可能

Q3

混合診療は拡大すべきか？

医療技術評価の推進および受益と負担の明確化を前提に、一定の検討は必要

2013-2014
8つの争点

争点4

私はこう考える

診療報酬改定

田倉智之

大阪大学大学院医療経済産業政策学教授



アカウンタビリティを有した 報酬水準を志向すべき

▶ 診療報酬改定に関わる議論の根拠にある2つの論点

診療報酬改定は、診療実績の推移、医療技術の動向、財源運用の方針等を背景に、複雑性な利害関係の中で、公定価格の水準、収支構造の調整、供給体制の条件等の多様な要素の見直しを行う機能として、国民皆保険制度の持続的な発展において重要性が増している。

最近も多くのテーマの議論にエネルギーが割かれているが、「在宅医療の強化」と「自己負担の拡大」は、今後の診療報酬のあり方を占うトピックスとして耳目を集めている。

例えば、社会保障審議会の検討では、医療資源の適正利用等を背景に、「病院から在宅へ」の推進が打ち出されている¹⁾。また、機能連携を逸脱した外来初診料の定額負担増、高額療養費制度における経済力に応じた自己負担等も、厚生労働省から方針が示されている。

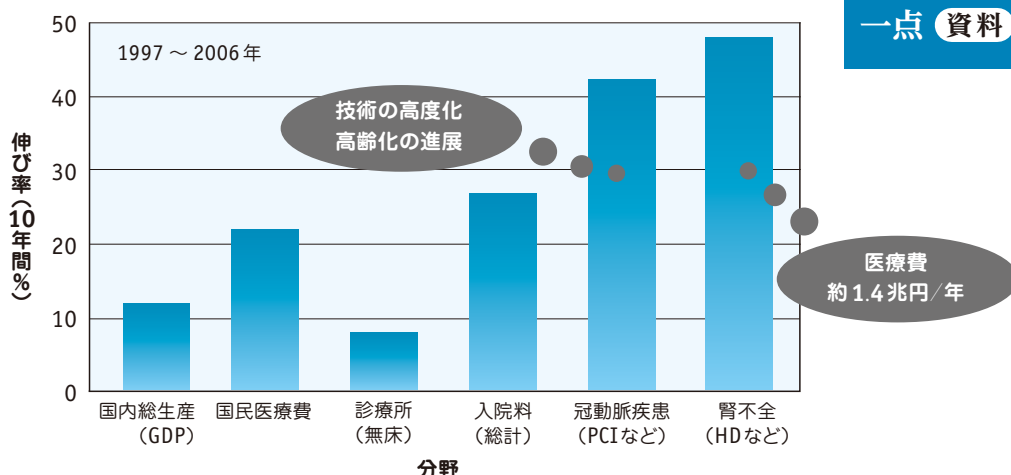
以上の点は、限られた医療資源を最も有効活用するための供給体制とはどのようなものか、また医療システムを安定的に運営していくための受益と負担のあり方とはどのようなものか、という論点を診療報酬制度の検討に落としていくことに他ならない。

そこで本稿では、診療報酬改定にお

①文献▶ 厚生労働省：次期診療報酬改定の基本方針の中間整理案、2013。

図 医療分野における経済的な課題の本質

論拠となる
一点 資料



医療分野における診療報酬の本質的な課題とは、経済基調を上回る医療費(需要と単価)の伸びが根本にある。例えば、CVDやCKDの領域の医療費は、GDPの成長を凌駕して伸びている。結果として、財政中立作用等から報酬設定が歪む可能性もあり、システム論として、この状況(収入と支出の不均衡)が問題視される。

出典：田倉智之，神経内科領域の臨床経済学的な価値説明について，臨床神経，Vol.50 No.50, pp.1055-1057, 2011.

ける各種議論の根源に横たわるテーマに光を当てる意味で、次の2点について整理を試みる。

1つ目は、マクロの観点から「財源論と診療報酬」を論じ、医療分野における意思決定の意義を整理する。2つ目は、ミクロの視点から「稼働率と診療報酬」を論じ、報酬の水準検討におけるコスト等の位置づけを述べる。

▶ 財源種別と自己負担、患者アクセスから窺える医療制度の特性

① 報酬制度の色彩を決定する主な要素

一般に、諸外国の医療制度は、大きく「国営管理」「社会保険」「民間市場」の3タイプに分けられる。

まず、英国やデンマーク等が分類される「国営管理」タイプを挙げる。これらの国では税金を財源としており、公的な医療機関がサービス提供の担い

手となっている。自己負担は原則としてないものの、患者アクセスは大きく制限され、診療所の受診は登録医制になり、病院についても登録医の紹介が必要となる。なお、高額医療費の多くは定額負担や負担免除があり費用負担の懸念が小さいので、民間保険の普及率は英国の場合で10%程度とかなり低い状況にある。

一方、日本やフランス等が分類されるものに「社会保険」タイプがある。公的保険が主な財源となり、医療サービスの提供者には公的機関と私的機関が混在し、多くに自己負担が設定されているのが特徴的である。ただし、患者アクセスは、基本的には自由となる。なお、医療制度を支える財源は、純粋に保険料だけで賄われるのではなく、公費や補助金が一定の割合を占める場合が多いようである。また、高額医療費の多くに自己負担や超過金額の

請求が認められており、それらを背景に民間保険の普及率はフランスの場合で90%弱(日本は約70%)とかなり高い状況にある。

最後に、米国やシンガポールのような国が分類される「民間市場」タイプを挙げる。これらの国では私的な保険料を財源としており、医療サービスも私的医療機関が提供の中心となっている。自己負担は、契約条件によるが給付制限が広いのが特徴的で、基本的に指定医制であるため、患者アクセスも大きく制限される。なお、低所得者や障害者を対象としたセーフティーネットはあるが、この公的制度への加入率は米国の場合27%で、公的医療の支出割合は46%となる。

このように、**各国の医療制度を比べてみると、財源の種別によって自己負担と患者アクセスが異なる**ことが理解できる。

②意思決定ができる財源構成へ

以上より、診療報酬制度の検討では、「**財源種別**」と「**自己負担**」や「**患者アクセス**」、および**公的医療を補完する民間保険との連携等の複合的な素材を、全体最適化の観点から組み上げる**ことが望まれる。また、**その前提として、価値に見合った対価の設定と制度参加者に対する公平性の担保という目標が不可欠**であると推察される。つまり、世界の医療制度にいくつかのタイプが存在するのは、**医療のあり方によって前述の要素の性質(位置づけ)が変化**することを物語っている。

もう1つ重要な示唆が挙げられる。世界における医療制度は文化や歴史、国民性によってその成り立ちはさまざまであるが、国のアイデンティティに

根ざしたシステムであるが故に、利害関係が複雑に絡み合い、大きな方針転換が大変なのは万国共通のようである。

ただし、財源がシンプルな国営管理や民間市場のタイプの国は、受益と負担の議論は比較的進めやすく、意思決定も図りやすい面がある。翻って、社会保険タイプ、特に我が国の場合は、複数の財源から構成されているため意思決定は難しく、大きな方針決定は先送りになりがちで、システムの毀損が広がる傾向にあると推察される。

最近、政府の会議では、**社会負担のあり方を「年齢別」から「能力別」への切り替えを謳った上で、徹底した給付の重点化・効率化を求める提案**がなされている²⁾。これらの動向は、**受益と負担の関係を精査し、前述の意思決定を促すことに資すると期待**される。

【2)文献】 社会保障制度改革国民会議：社会保障制度改革国民会議報告書、2013。

▶ 診療報酬体系と医療資源消費の関係(コストと稼働率)

①診療報酬の位置づけを費用から整理

地域における診療機能の存在意義(貢献)とそれに相対する診療報酬の関係について、私見を交えながら簡単に整理を試みる(図2)。

現在の診療報酬制度では、診療の実績(医療資源の消費)に対する支払が基本と考えられる。つまり、医療機関の経営では、変動費に基づいて支払われる報酬で固定費をも補填していることが1つの解釈として挙げられる。

このような仕組みでは、**医業費用³⁾の特性や医業収入の位置づけにも配慮しつつ、報酬体系と費用構造の関係を論じるのが、医療事業の発展に不可欠**となる。例えば、医療機関の医業収入

【3)用語】 費用(コスト)は一定の財貨を作り出すために行われる消費(経済活動)の過程を指す概念であり、例えば「原価計算」によって算出される。医療原価は、施設特性や地域特性等の影響を受けて異なり、稼働率や固定費の取り扱いが重要になる。

の多少は、本来、診療貢献度(高い稼働率等)とリスク対策(地域の安心確保等)の両面を考慮しつつ論じられるべきと思われる。つまり、医療経営における人件費(医師の給与費)等は、固定費を「生活保障型(地域に一定の医療資源を配置するための基本的な負担)」、変動費を「成功報酬型(地域における健康改善等の実績に基づく負担)」として整理をすることも一考に値すると考えられる。

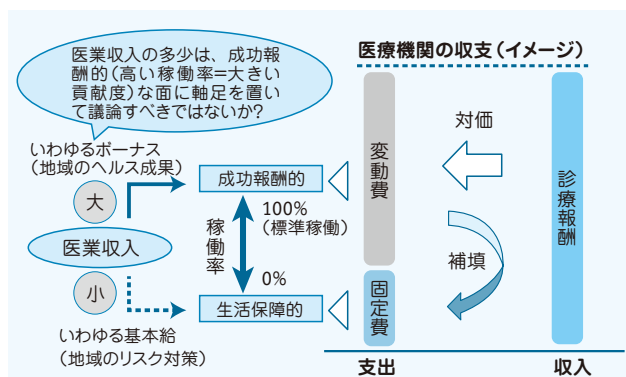
このような議論を具体的に進めるには、「アウトカム指標」で診療内容を可能な限り客観的に評価し、それに基づいて地域における医療機関の存在意義を論じることが理想になる。アウトカム評価の展開は難しいものの、それらの結果を対外的に説明することで、多様な医療事業が真に必用とする社会資源の確保も期待される。

② 診療貢献度に準拠した報酬体系へ

釈迦に説法とはなるが、現在の診療報酬制度は、全国あまねくどのような医療機関であろうとも、提供される診療サービスの報酬上の評価は1つに設定されている(1物1価的な概念)。このような仕組みによって、すべての患者が等しい経済負担で公平に診療サービスを受けることが可能となり、また医療経営者も同じ条件で医療システムを支えることができるようになる。

一方、地域や施設等の特性を背景に医療原価⁴⁾は変動するため原価と報酬の乖離が生じているのも事実である⁵⁾。このような問題意識から、2003年の閣議決定に基づき、診療科を単位としたコスト調査が行われている。ただし、「部門別(注:部門横断的な患者別

図2 診療報酬の基本概念をコストの種別から整理



出典: 田倉智之. 内科系診療所医師の技術評価について—診療報酬体系の歴史的考察, 日本臨床内科医会, Vol.25 No.5, pp.622-626, 2011.

の計算の方が資源消費と診療報酬の関係をより適切に整理可能)」の原価計算は調査負荷が高い反面、診療報酬の算定単位と合わず改定に結び付けるのが困難であるという指摘もある⁶⁾。

一般に、どんなに素晴らしいシステムを構築しても、“ばらつき”を完全に抑えることは不可能であり、その程度が小さければ他の経営要因の影響により吸収される可能性もある。ただし、準公的な医療市場では、一律の公定価に対してコストの変動が大きいと、財源利用の無駄やシステム運営の不全が拡がる懸念される。

つまり、“ばらつきを避けられない医療原価と診療報酬の枠組みをどのように整合させるのか”ということが、医療資源の消費(コスト)を考慮して診療報酬を設定する時の争点になる。

この対策の1つとして、例えば、医療計画等の検討に資源配分やコストの概念を導入するなど、標準的な操業度(稼働率)、すなわち診療需要に対する標準的な診療供給を地域医療の中に設定することが挙げられる。

4)用語▶ 医療原価は、診療サービスの原価率(収支)を直裁的に論じることが可能なため、医療機関等の経済活動の状況や地域医療システムの運用動向を把握することに適している。また、生産性向上の努力(コスト圧縮)を促す包括支払評価にも応用される。

5)文献▶ 田倉智之: 内科系の技術評価の課題と目指すべき理想, 第51回日本呼吸器学会; セミナー, 東京, 2011.

6)文献▶ 厚生労働省: 基本診療料に係るコスト調査・分析の実行可能性に関する報告書, 2013.