

【1993年3月】診療報酬のあり方 - 21世紀に向けて - (平成4年度 日本医師会医療政策会議報告)

日本医師会

日本医師会長
村瀬 敏郎 殿

平成4年度 日本医師会医療政策会議報告
診療報酬のあり方
- 21世紀に向けて -

医療政策会議は、平成4年7月、発足にあたり、村瀬会長より「平成3年度中間報告として、診療報酬のあり方について提示を受けたが、今回は、更に検討を加え21世紀に向けての診療報酬体系は如何にあるべきかについて、検討されたい」との諮問を受けました。そこで本会議は鋭意検討の結果をここに取りまとめましたので提出致します。

平成5年3月15日

はじめに

現行の診療報酬制度は昭和33年の新医療費体系によって組み立てられたものであるが、その後の改訂の積み重ねによって、いわゆる点数表は医療費配分表としての性格を強め、医療の発展ひいては社会の変化に柔軟に対応することが出来ない状況を招いている。換言すれば、現行の診療報酬制度は、その本来の目的であるはずの良質な医療の確保という機能を果たす能力を失いつつあるといえよう。そこで、医学の進歩と技術の発展を採り入れた優れた医療を広く国民に提供できるようにするための経済的基盤はいかにあるべきかという視点からの、21世紀に向けての診療報酬体系の再構築ということが緊急課題となる。

では、この急務に取り組むにあたって、どのような基本姿勢をとるべきであろうか。まず第一に、21世紀においては、専門化した高度医療の普及に対する国民の要請が高まると予測されるが、一方では医療の日常化(*1)への要求もまた強まるということを銘記すべきである。第二に、改革のためには、国民医療の担い手である医師自らが、すべての国民により良い医療を提供するための診療報酬制度はどうあるべきかという視点から、診療報酬概念の明確化、診療報酬体系の再構築の作業の実践主体となるべきであり、傍観者たることは許されない。第三に、当然のことながら、この作業の目的は、あくまで国民の期待する医療を提供するための経済的基盤の確立にあるという点について、国民的合意を獲

得できるように努めなければならない。

以上のような基本姿勢を前提におきながら、本報告は、国民に良質の医療を提供するための不可欠な経済的基盤である診療報酬体系のあり方について、特にその基本的支柱である「診療報酬の財源」と「診療報酬の体系」の両面について、重点項目を挙げつつ見解を提示したものである。

*1：人びとの健康に対する関心の高まりによって、受診のアクセスの良さ、疾病の早期発見・診療体制の整備、保健活動と連動する相談・指導など健康管理サービス、受診の際の直接的費用負担の軽減などのニーズが強くなり、医療が日常生活と密着したサービスとして受けとめられるようになり、このことは高齢者の受療機会の増加によって一段と促進されることになる。

1. 医療費財源と医療保険制度

1.1 現状認識と将来見通し

望ましい診療報酬体系がその機能を発揮するためには、その基礎となる医療費財源のあり方を明確にしなければならない。医療費財源をめぐるのは、これまで各方面でさまざまな議論が提起されているが、この問題は中間報告でも指摘したように、ますます高齢化が進むわが国では、長期的視野にたった議論を進める必要がある。従来の議論は、制度維持のための短期的な方策に終わっているものが多く、長期的かつ社会保障制度全般を見据えて展開しているものは少ない。

ここでは、第一に、わが国の国民医療費の財源の現状と将来についての認識を示し、第二に、中間報告の問題提起を受けて、長期的かつ社会保障制度全般を視野にいたった基本的な考え方と、将来のあるべき制度の構想を提示し、第三に、患者負担のあり方についての基本的な認識を示したい。

現在の国民医療費の財源に関して、現時点でもっとも重要と考えられるのは、老人医療費の動向である。これ以外の医療費はここ数年きわめて低い伸びにとどまっており、今後とも老年人口以外の人口の伸びの鈍化に伴って、安定的に推移することは確実である。

老人の医療費に関しては、将来の高齢化社会において医療費の上昇が国民の負担となつてのしかかるのではないかという不安がある。しかし、老人医療費の将来見通しに関しても、的確なデータに基づかず、必要以上に不安をかき立てるような見解が各所に散見されるので、老人医療費をひとつの重点課題として述べることにしたい。

まず第一に確認しておきたいことは、わが国の国民医療費が主要先進諸外国と比べて、きわめて低い水準にあることである。国民医療費がどのような水準にあるべきかに関しては、きわめて広範な議論を必要とするが、少なくとも対国民所得比、対国内総生産比で見ると諸外国よりかなり低い水準にあることは明らかである。各国の国民医療費推計の対象範

国が異なるので、この比較は慎重を要するが、たとえ日本の推計対象範囲をかなり拡大しても、現在より 10～15% 拡大するにとどまり、先進諸外国より低いという事実は変わらない。

さらに公的支出（公費負担、医療保険による国の支出）である「社会保障給付費」の対国民所得費もかなり低い水準にあることも注目すべきである（表 1）。

第二に、今後の国民医療費の長期的な見通しについて確認しておきたい。わが国の高齢化の速度がきわめて急速であるために、高齢化とともに国民医療費の水準が諸外国並みになるという予測もあるが、近年の動向を見ると、高齢化の進展にもかかわらず、国民医療費の伸びは国民所得の伸びを下回っている。

第三に、国民医療費と国民負担率との関連の将来見通しを的確に行うべきである。高齢化が老人医療費を引き上げることは避けがたいが、近年の趨勢を見ると、老人以外の医療費の伸びが国民所得の伸びをかなり下回っていること、また一人あたり老人医療費の伸びも近年かなり低いという事実を十分認識しておく必要がある（表 2）。

老人医療費の上昇は、国民負担率にそれほど大きな影響を与えることはない。たとえば、今後一人あたり老人医療費の年平均増加率が 4% 程度であるとし、また国民所得の伸びも年平均増加率が 4% 程度であるとする、高齢化のピークを迎える 2025 年には、老人医療費の対国民所得比は 4.6% となり、平成 2 年の 1.7 から約 3% ポイント上昇するにすぎない。もし老人福祉費の拡大によって入院患者数の伸びが対老年人口比でかなり抑制されるならば、この数値はさらに下回ることも予想され、深刻な財源問題を引き起こさないはずである。もちろん、現状の一人あたり入院老人医療費は、満足のいくケアを実現するには決して十分な金額ではないことも強調しておきたい。

第四に、国民医療費の財源における公費負担や国庫負担の構成比率が、昭和 58 年をピークに、その後一貫して低下しているという事実も、改めて確認しておく必要がある（表 3）。

第五に、現行の診療報酬制度や医療保険制度においては、公的財源の投入の大幅な拡大が、現状では困難であることは本報告も十分に認識している。しかしそれが困難なのは、国民が医療費の拡大を支持しないということによるのではなく、現行保険制度が、国民にとってわかりにくい制度になっていることが問題である点に注意を喚起したい。

制度的にわかりにくいというのは、主として次の意味においてである。中間報告で述べたように、かつては短期保険的性格を帯びていた現行医療保険制度は、次第に長期保険制度化している（*2）。現在の医療保険制度における財源の流れを見ると、勤労者世代の納める保険料のかなりの部分が、当該被保険者、被扶養者の医療のために給付されるのではなく、高齢者の医療給付のために拠出され、世代間の助け合いという機能を果たし、負担と給付の関係が短期的には均衡せず、長期的に対応する仕組みに変わってきているのである。

たとえば平成 2 年度現在では図 1 に示すように、政府管掌健康保険においては、保険料

の約 27%に相当する 1 兆 2 千億円が、また組合管掌健康保険においては、保険料の約 24%に相当する約 1 兆円が、老人保健制度への拠出分となっている。

いうまでもなく、社会保険としての医療保険制度は、世代間を含めた相互扶助の精神を具現するものであり、現状のような被用者保険と国民健康保険との関連では、退職後大多数の人々が、国民健康保険に加入するという仕組みになり、同一人を世代ごとに分断させて、異なる制度の下で扱うという意味で世代間の連帯意識をかえって損なうことになる。このことは「医療保険制度の統合一本化について」(昭和 62 年度日本医師会医療政策会議答申)で指摘した通りである(*3) 現行制度の下では、勤労者が自らの老後の医療のあり方について関心を持つとする動機は希薄となり、一種の税として拠出金を徴収されているという意識を持たざるを得ない。自らの老後の医療や福祉のあり方を真剣に考え、「その内容や制度のあり方にも具体的に口出しするが、同時に必要な拠出は惜しまない」という意識はあまりでてこない。当然の帰結として老人医療費の上昇に対しては、その内容に関心を持つというよりも、「できればやすい方がよい」といった一面的な見方ができるのもやむを得ない。

*2：日本医師会医療政策会議報告「診療報酬のあり方 - 中間報告」(平成 4 年 3 月) P. 3 参照。

*3：このような矛盾を補うために退職者医療制度が存在するが、これはあくまで 70 歳に達するまでのつなぎとしての役割しか果たしていない。

1.2 長期積立型医療保険制度の提唱

医療費の財源をめぐる問題は一種の袋小路にはいつているものと思われるが、制度の持つ矛盾を解決するためには、どのような制度的変革が可能なのであろうか。根本的には日本医師会がこれまで主張してきたように医療保険制度の統合一本化を図ることであるが、現行の資金の流れの基本的な構造をあまり変化させず、世代間の連帯意識を一步高めるための現実的な提案として、次のような制度の変更を提唱したい。なおこれは長期的な医療保険制度の一本化という抜本改革への第一歩と考えるべきものである。

(1) 国庫負担と地方負担の制度的組み替え

第一に、勤労者世代及びその扶養者の医療保険制度を一本化し、現行のような老人保健制度への拠出を原則として廃止する。ただし老人保健対象者自身が納付する保険料部分は、老人保健制度の財源にあてる(これはきわめてわずかである)。

老人保健制度は対象者の拠出分である保険料のほかは、全額国庫負担とする。このような案は財源調達の可能性から見て一見すると非現実的な案のように見えるが、以下の説明によってそうではないことが明らかとなる。

第二に、現在投入されている国民健康保険制度への国庫、地方負担を廃止し、この部分を老人保健の国庫、地方負担へ向ける。このような組み替えを行うことによって、不

足する老人保健負担のための国庫、地方財源は、平成 2 年の額をあてはめると、約 1 兆 8 千億円となる。

この提案に対して、現時点でこの不足分約 1 兆 8 千億円の財源を新たに確保することが困難であることの疑義があることは承知しているが、かりに現行制度の変更を行わないとしても、今後の老人保健制度対象者の増加によって、この制度への国庫、ないし地方公共団体等の公費負担（以下、地方負担という）の拡大を図らなければならないことは必至である。現在の財政状況が苦しいとはいえ、この課題は近い将来の政策課題となることは確実なのであるから、問題はこれを近い将来に先送りするか、それとも次の(2)で述べる方法で、早い機会に解決を図るかの違いだけなのである。

高齢化が最も深刻になるのは 21 世紀にはいつてからなのであり、長期的な観点から事態の解決を先送りすればするほど、後代負担は大きくなることを認識することが必要である。

たとえば一人あたり老人医療費が年率 4%の上昇を続け、各種医療保険財源からの拠出も年率 4%の率で上昇するとし、また患者負担額も同じく 4%の率で上昇すると想定すれば、今後必要となる公費負担額は図 2 のように、21 世紀に入ってから急速に伸び、2000 年には約 7 兆円になり、さらに 2010 年には約 17 兆円、2025 年には約 45 兆円となる。これは老人医療費支給対象者が急増するからであり、さきに述べたように、マクロ的には（経済規模も財政規模も成長すると考えるから）決して公費負担の比率は大きくないものの、財政運営上の当然増必要経費と考えるには、大きすぎる額ととらえられるかもしれない。

またこれに対して患者負担を増額することによって、今後、この公費負担を軽減しようという動きがでてくるのは必然であるが、患者負担増による公費負担の軽減分は、それほど大きくないと考えるべきであろう（後述 3 節参照）。従って財源を求めるとすれば、残りは医療保険財源だけであり、次に述べるような新たな制度の創設が望まれる。

(2) 長期積立型医療保険制度の創設

上記の老人保健への拠出分の減少によって、勤労者世代の医療保険料はとりあえずは軽減されることになるが、これによって軽減された財源は、保険料率の引き下げに向けず、これを基礎に長期積立型の医療保険を創設する。勤労者世代は、自らの将来の老人医療費を今から積み立てておけば、2020 年頃からもっとも深刻化する老年人口の増加に対処することが可能となる。言い方を変えれば、そうしないと 21 世紀にはいつてからの老人医療費のための国庫、ないし地方負担の拡大はきわめて深刻にならざるを得ないからである。

なおこの新たな制度への各被保険者の保険料率は、年齢に応じて弾力的に変化させてもよい。基本的な考え方は、自らの老後に備えた拠出を現役時点でまかなえるようにするという趣旨なのであり、現在の年齢に応じて、早期に多くを積み立てるべきか、中高

年に達してから多くを積み立てるべきかに関してはさまざまな考え方があり得るからである。

以上のような制度の創設の持つメリットは主に次のような点にある。まず第一に、確かに短期的にみた場合には、国庫、ないし地方負担が大きくなり、財政圧迫の要因となるが、今後新制度の積立額が成熟するに応じて、長期的には国庫、ないし地方負担の削減ができる。もし制度の変更を行わなければ、いずれ 21 世紀初頭には巨額の財源の確保の方法が必要なのであるから、これと比べた場合、長期的には明らかに容易な財源調達手段となる。

第二に、この制度は財源論の立場よりも、はるかに制度の透明性、各保険制度の自己責任原則を確立するといった点で、現行制度より優れている。この制度の創設で、各保険制度の被保険者は、将来における老後の医療に対して参加意識を持ち、関心を高めたりする動機が深まるであろう。

なおこれにともなって、国民健康保険への現在の国庫、地方負担分がなくなるが、平成 2 年度現在、国民健康保険は老人保健制度に対し、1 兆 4 千億円の拠出を行う一方で、2 兆 4 千億円の国庫、地方負担金を受けており、差し引き 1 兆円のみが不足する。この財源はたとえば地方財政の負担を求めたり、老人保健負担分を軽減されたうえでの経営努力をもとめたりすることによって解決が可能であろう。

(3) 介護付加給付の上乗せ

さらにこの新たな制度には、いわゆる介護保険を付加することが望ましい。この財源は、被用者保険に関しては、平均的には標準報酬の 2~3% 程度の上乗せによって、たとえば寝たきりや痴呆性老人の認定を受けた場合に、これを在宅でケアする場合を原則として、現在の所得水準で評価して月額 50 万円程度の給付を行うといったことが可能となろう。寝たきり、痴呆状態になる者の数の将来予測や、その認定の問題はむずかしい課題をかかえているので、確定的な議論はむずかしいが、現在の厚生省公表による寝たきり、痴呆性老人の発生率を前提とすれば、標準報酬の 2% 程度の付加保険料の徴収によって、月額 50 万円程度の給付が可能となる (*4)。

ただし、この厚生省公表値は、過小に推計されているものと思われるので、同じ額の給付を確保するには標準報酬の 3% 程度の保険料の付加が必要となるかも知れない。

しかしいずれにせよ、医療保険と一本化した形で社会保険としての介護保険制度を創設すれば、病院等の施設ケアと在宅ケアとの適切な選択の余地ができて、バランスを図ることが容易となる。

以上、提起した制度の創設が意味するところは、一言でいうと、現時点で制度の改正を行わず、公費負担をつぎ込むことを惜しみ、結局将来に公費負担の急激な拡大をやむなくさせられるより、現在、一定額の公費負担額を惜しまず、21 世紀に入ってから公費負担増を軽減しようという提案である。

*4：なおたとえばドイツにおいても、医療保険による介護給付の付加が実現していることを付記しておきたい。

1.3 患者負担のあり方について

現行制度の下では、医療費財源を公的に捻出することがむずかしいことがさまざまな角度から指摘されている。他方で一部には、患者負担を拡大すべきではないかという意見もある。患者負担引き上げを主張する立場にはさまざまなものがあり、それぞれ何らかの根拠があつての主張であろうと思われる。患者負担引き上げの妥当性については、そのよつてたつ根拠を検討した上で結論を出すべきである。

患者負担引き上げの根拠を整理すると、次のようになる。(1) 財政逼迫のゆえに患者負担の拡大によってその財源を確保しようというもの、(2) 医療受診者のいわゆるモラルハザードを防ごうという立場、(3) 受益者負担の必要性を説くもの、(4) 老人医療費の患者負担に関して、世代間の分配という観点からもう少し一部負担額を拡大すべきであるという見解、(5) 医療の内の生活部分やアメニティー部分は自己負担とすべきであるというもの、などがある。

これらの指摘はいずれも部分的には根拠があるが、総合的に判断し、説得力のある議論を進めるためには、これらの主張における違いに注目しなければならない。たとえば(1)の主張に関しては、患者の1割負担を2割負担に拡大したとしても、医療費総額のせいぜい数パーセント程度の財源が確保できるだけであり、長期的に相当大きな額の一部負担拡大を図るのでなければ、効果は少ない。また(2)の主張に関しても、少なくとも医療の本体的部分に関しては、近年の需要動向を見る限り、価格弾力性がきわめて低いという意味で、少々の引き上げでは、モラルハザードを防ぐ効果はない。また(3)の主張も、(5)の主張との関連で論ずることを示唆していると考えべきであろう。このように考えると、(1)~(3)の論点は、かなりの大幅な患者負担の拡大をしないと意味のない主張であり、これは、現在の国民世論の動向から判断すると、受け入れがたいものであると思われる。

次に(4)に関してであるが、これは年金給付の拡大との関連で今後真剣に検討すべき課題である。しかしながらこの場合でも、(5)の主張のように、医療の本体部分とそれに付随する部分とに分けて検討すべきであろう。

さらに、給付の内容をいくつかの部分にわけてその患者負担のあり方を検討してみよう。いうまでもなく、患者負担は少なければよいと一般的に考えられている。しかし、次の二つのいずれかの要件を満たすものは患者負担拡大の対象としてよいと考えられる。(1) 純粹に奢侈財(ラグジュアリー財)と考えられる、たとえば種々の事情で、きわめて大きな部屋に入院することを希望するものに対する費用の負担。(2) 多様な選択を可能ならしめるもの。

給食費の一部負担に関しては、食事の質に関して患者の選択の余地を高めるものである場合に限って是認されるべきであろう。この問題についての考え方は、病院等の医療施設

においても、可能な限り日常生活に近い生活が営めるように配慮するという観点から、負担の程度を決めるべきである。

2. 診療報酬体系の方向性

2.1 医療めぐる社会の変化

21世紀に向けて、人口の高齢化、医療技術の高度化、さらに医療サービスの日常化の進行によって医療需要は増大すると考えられる。これらへの対応には、医療の効果の確実性と医療への支出の効率性の確保を前提とした、医療の成果の向上が求められることになる。

ところで、既存の医療体系の下では、診療の形態としての入院医療と通院医療とが明確に区分されておらず、診療報酬上も、原則として、同一の診療行為は入院、通院にかかわらず、同じ経済的評価がなされてきた。また、患者の居宅（医療提供施設を持たない福祉施設等を含めて）での診療は、いわば通院医療の例外として位置づけされていたにすぎない。しかし、今回の医療法の改正によって、医療提供の場として入院、通院及び居宅の3つに明確に分けられ、これによって医療提供施設内での診療と居宅での診療を区別して考える基本が確立された。そして、今後もこの傾向は強まり - 21世紀に向けての医療環境の変化を考えると - これまでともすれば入院医療に比重が置かれていたわが国の医療体系は、通院医療及び在宅医療を重視する体系に切替えることが必要になると思われる。

従って、今後の医療体系のあり方は、病院等の医療提供施設に収容されている入院患者、医療提供施設への通院患者及び在宅医療を受ける患者の3者に区分して、それぞれに効果的で効率的な（*5）医療が提供されるようにならなければならない。そのためには、入院医療については、効果性と効率性の観点から、医療提供施設の医療機能について、その特性を明確にすると共に、地理的配置を合理化して、また通院医療及び在宅医療については「かかりつけ医師」機能の活性化をはかり、地域医療体制の万全を期す必要がある。そして、当然のことながら、こうした医療機能を適正に保持し、医療の進歩に伴って機能の向上を図るためには、適正な診療報酬による経済的評価の裏付けが必要であり、これが医療体系整備の最も重要な基盤となる。

*5：経済的費用を考慮することなく医療の効果を最大にすることを効果性といい、一定の資源を可能な限り有効に無駄なく利用することを効率性という。効率性に関する誤解は誰が判定するかが不明確なことによるもので、欧米ではサービスを楽しむ者が決めることが前提とされている。ここでは患者の立場から論議されているものと理解されたい。

2.2 医療機能の分化に応じた診療報酬体系

医療提供施設の機能については、次のように考えることができる。すなわち、特定領域や特定傷病について高度医療機能を有していて、入院医療を主体として、併せて紹介外来及び特殊外来の通院医療を機能とするもの、一般的傷病についての入院医療及び通院医療を機能とするもの、通院医療及び在宅医療機能を主とするもの、以上の機能分化が考えられる。

そして、この医療機能の分化に整合する診療報酬体系のあり方としては、まずは、入院医療を機能とする病院等に通用されるものと、主として通院、在宅医療を機能とする診療所に適用されるものとを別建てにして、それぞれに固有の診療報酬点数表（以下、点数表という）を設定すべきである。

3. 入院医療の展開と診療報酬

3.1 病院等の診療報酬のあり方

現在のところ医療提供施設の種類は、病床の有無ないし病床数により区分されているのであり、入院医療における診療機能（傷病の診断及びリハビリテーションを含む診療）と収容機能とが、独立の経済的評価を受けるような診療報酬の仕組みにはなっていない。そもそも、病床数 20 と 19 での線引にも合理性は存在しない。今回、療養型病床群という病床種別が設定されて病床の機能が明示され、病床機能の分化が一步前進したが、引続きできるだけ速やかに医療提供施設の病床機能が明確にされ、収容機能が適正な経済的評価を受けられるような診療報酬の仕組みにしなければならない。

そして、こうみてくると、病院の診療報酬は、病院の機能特性に応じて複数の点数表を設定する必要があるということになる。したがって、当面すくなくとも、入院医療を主体として機能する病院と、入院医療と並んで通院医療をも期待する病院の二種類に分けて点数表を設定することが望まれる。これらをさらに細分化するかどうかは、今後の医療法上の病院の機能分化の結果を待って検討すべきである。

さらに、入院医療に関する現行診療報酬が費用の実態を反映したものとなっておらず、入院医療に伴う収容機能が未分化のまま診療行為の報酬の中に組み込まれていることに起因する問題がある。すなわち、資本費及び看護を含む診療に直接に係わる経費を除いた、純粹に生活に係わる費用をまかなうための診療報酬を設定すべきものと思われる。わが国の病院での収容機能に関する経済的評価の低さは、敗戦後の国力の疲弊期に設定された診療報酬の延長線上で今日に及んでいることによるもので、先進諸国に例を見ない低水準である。こうした経緯をありのままに示しつつ、正当な評価を確立することが国民の医療への信頼をつなぐためにも、必要といえよう。なお、収容機能をもつ医療提供施設には、老人保健施設、ホスピスなど特別な機能を持つものがあり、これらについても診療報酬上での特別の配慮が必要であることを指摘しておきたい。

3.2 国・公立病院における選択的診療報酬体系の試案

全ての医療機関に同じ診療報酬点数が適用されている限り、点数表で保証される価格とコストとの差はどの医療機関にとっても基本的には同じであり、従って、経済的な条件から、どの医療機関も同じような医療内容を志向する傾向がある。確かに国・公立病院は政策的な観点から、採算性を度外視して必要な医療を提供することになっているが、現実には何を政策的な観点からの必要な医療とするかは必ずしも明確ではなく、一般会計等からの繰入や負担金及び補助金（特に事後的に補填される）等によって非効率が温存されている点を無視できないといえよう。さらに重要なことは、国・公立病院に対する施設設備への投資に民間の医療施設は対抗できず、それが地域住民の大病院志向に拍車をかけている点である。しかも、国及び地方公共団体の財政状況が厳しくなるにつれて、国・公立病院に赤字削減を求める動きが高まり、その結果、本来の目的から大きくはずれて、民間と競合する外来部門をいっそう拡大するおそれがあることに留意する必要がある。

そこで、医療機能に診療報酬体系を対応させるための考え方の一例として、高度医療機能や特定の目的を持つ国・公立病院の診療報酬体系に関する試案を紹介しておくことにしよう。

この試案による診療報酬は、病院ごとに個別に、入院1日当たり、および外来1回当たりの包括料金をそれぞれ決め、これに件数を乗じて算定するものである。この包括料金の中には当然に、手術料、検査料、薬剤料など室料差額以外の一切が含まれるが、これは各病院のパフォーマンスに従って、毎年改訂していくことになる。包括料金の決定は、各都道府県において医療審議会のような公的な性格を持った審議会で知事の諮問を受けて行う。

包括料金の決定方法は、まず、移行する初年度に関しては、前年度の現行診療報酬体系下での1日当たり平均入院診療報酬額、及び1回当たり平均外来診療報酬額を基本とし、それに前々年度の実績に基づいて自然増部分を加えた金額を新しい診療報酬体系における包括料金とする。このように現行の診療報酬体系を採用し続けた場合に匹敵するだけの収益を確保する措置を講じるのは、病院の診療体系を急に変えることによる混乱を避けるためである。これを図示すれば次のようである。

現行制度	新制度（初年度）	新制度（定着時）	
入院収益 出来高払	入院収益 1日包括払	入院収益 1日包括払	実績を上回った場合
外来収益 出来高払	外来収益 1日包括払	外来収益 1日包括払	実績を下回った場合
事業助成 赤字補填	補助金等収益	補助金等収益	

次年度以降は、予め各病院ごとに設定されたパフォーマンスの指標に従って決める。パフォーマンスの指標としては、第一に、高度手術件数、3次救急診療、AIDS・伝染病診療の件数等の政策医療実践の指標、第二に、紹介患者の割合や、情報提供状況等の機能分化の指標、第三に病床稼働率や平均在院日数等の効率化の指標、及び第四に患者の満足度や地域医師の評価等の病院機能の評価の指標等が考えられる。これらの指標は個々の病院の特性に応じて、病院側と検討のうえで設けられ、毎年、よりの確にパフォーマンスを反映するように改善されることが期待される。なお、補助金等についてもさらに検討し、予算のあり方に関する監視を強化する必要がある。

以上が試案の骨子であるが、このような新しい診療報酬体系を採用することによって、高度医療機能を持った国・公立病院を医療計画と各地域医師会の意向に沿って整備されることになり、大病院への患者集中にも一定の歯止めをかけることになり、さらにはこれら病院がより合理的に経営されることによって資源の効率的な利用が促進されるというのが、試案のねらいである。

4. 外来・在宅医療の展開と診療報酬

4.1 診療所の診療報酬のあり方

診療所の診療報酬については、診療所の機能が通院医療及び在宅医療への対応で、特定診療科の専門的通院医療を重点とするものから、在宅医療に対応する機能に重点を指向するものまで幅広い拡がりを持つが、ほとんどすべての診療所にかかりつけ医師の機能を期待できることから、これを重視した一種類の出来高払点数表で対処できるようにすべきである。

診療所の医療は患者との最初の出会いを出発点として医療サービスの基礎的部分のすべてを担保するものである。その目的が最も効果的に発揮されるものは「かかりつけ医師」と「かかりつけ患者」による信頼関係の形成であろう。この「かかりつけ関係」は医療の本質であり、決して制度化になじむような「関係」ではありえない。あえて言えば診療所の診療報酬は、かかりつけ医師がその機能を発揮しやすい環境を整備することであり、この方向にむけての手厚い配慮が重要となる。

以上の目標に向かって、地域医療の中に診療所の役割を定着させるためには、従来の出来高払方式の原則を堅持すると共に、診療報酬面で、次の諸点について特別に配慮しなければならない。

通院医療に関しては、初期治療の評価としての初診を重視すべきである。そのほかに特定の慢性疾患等の療養指導や指導管理の充実をはかることが重要である。電話による指示、相談・指導等を在宅医療に準じて重視する必要がある。健康管理やコンサルテーション等を含めて、患者に対する相談・指導の充実をはかる必要があり、この評価は高く

設定しなければならない。情報連絡（診療情報提供）は、病診連携、診診連携による患者への最適医療の提供と医療の効果性・効率性の向上に大きく資するので、診療の紹介、検体検査以外の検査依頼、診療結果や経過の報告などすべての情報連絡について、十分な評価が必要となる。紹介患者を受入れた診療も、あらゆる局面で評価することが、診療所医師の発展のみならず、医療機能の分化、延いては医療の効率化につながることになる。

患者の個人健康情報の収集・管理はかかりつけ医師の機能として重要であるが、これは直接的に評価せずに情報連絡機能の中で評価することが適当と思われる。

なお、かかりつけ医師と患者との常時連絡の確保のためには、出来高払による評価はもとより、救急医療システムの整備及び地域でのグループ診療の推進に向けての診療報酬上での対応が極めて重要となる。

つぎに、在宅医療については近年診療報酬面での経済的評価が高まっているとはいえ、在宅医療の特性（入院医療及び通院医療と対比して、経済的効率性はもちろん、医師の心理的な負担や患者の福祉的效果を考える必要がある）から医療提供施設内における診療に比して経済評価を格別に高くする必要がある。

在宅医療に関しては、往診診療（訪問診察を含めて）の推進をはかるため、在宅療養指導管理の対象を拡充し、在宅医療患者の管理指導の評価を高くすると共に、往診そのものの評価を高める必要がある。居宅において実施される検査、注射、処置、リハビリテーション等は、医療施設内でのそれとは別建てとして特別の評価をするべきである。居宅で療養する患者の診療内容の充実、向上のために、対診（在宅医療で診療所医師が病院等の専門科医師と共に診療を行い、コンサルテーションを受けること）併診（在宅医療でかかりつけ医師と他の専門科医師等とが協同して診療することで、同時に診療することを要しないもの）の評価を設定することが必要である。電話による指示、相談、指導などについては、診療時間外等の対応を含めて十分な評価を行うことが重要である。患者の処遇向上のために、訪問看護やリハビリテーション等に関する看護婦・OT・PT等への指示についても、十分な評価が必要である。他の医師や行政その他の組織などへの情報連絡（診療情報提供）についても適切な評価が必要となる。

上記の諸点について、診療報酬面で高い経済的評価をなし、それによって診療所機能が活発化すれば、適切な入院医療も確保されることになり、ひいては医療全般の設備投資の合理化にもつながることになる。他方で、軽症のうちの受診がふえ、必要な検査が実施され、通院困難な患者の受療が多くなるなど、受診の遅れによる重症化を防止できる。このことは、医療経済上のメリットが大きいということだけを意味するものではない。患者の福祉の向上に大きな役割を果たすことになるのである。このようにみてくると、上述の医師機能を支える診療報酬面での配慮は、国民福祉向上への端的で有効な支出であるといっても過言ではなからう。

なお、かかりつけ医師機能の展開のためには、言うまでもなく、医師会や行政などによる積極的な推進活動が必要であり、診療報酬面に限らず広範な施策の展開が重要であるこ

とを付言しておきたい。

4.2 かかりつけの医師とは

かかりつけ医師とは、患者の日常生活に密着した、傷病発生時に第一に選択する医師のことである（即ち地域社会の中で患者が慣れ親しんでいる行きつけの医師のことである）。かつて、地域での医療活動として診療所医師による往診が盛んに行われていた時代には、医師は患家の家庭事情まで詳細に承知していた。診療所に来院する患者についても家族歴や病歴を熟知していたものである。

診療所の重装備化、受療患者の増加、往診に対する抑制施策、住民の流動性の増大、医療従事者の意識の変化など複数の因子が積みかさなって、患者と医師との好ましい人間関係が醸成されにくくなった。しかしながら、現実には寝たきり老人など居宅での療養患者が多くなり、在宅医療のニーズが高まっており、人口の高齢化が進むこれからの医療需要の動向を考えれば、高度医療へのニーズの高まりと共に、身近での日常的な医療サービスへの期待も強くなることが予想される。こうした医療ニーズの高まりに対応する身近な医師として、新しい内容をもりこんだかかりつけ医師の展開が必要となっている。

患者側のメリットを具体的に挙げると、患者は行きつけの医師として気軽に受診できることで、多様な対応が期待される。かかりつけ医師は必ずしも一人ということの意味しない。複数の専門診療領域ごとに、それぞれかかりつけ医師がいるという場合も少なくないであろう。かかりつけ医師がいることによって、軽症のうちに診療が受けられることなど、患者にとって医療の効果を高めることが期待される。患者は何時でもかかりつけ医師に連絡をとることができることで、大きな安心が得られる。患者は必要に応じて往診を受けられることで、適切な措置が受けられる。患者はかかりつけ医師に医療に関する各種相談を気軽に受けることができることで、納得できる健康管理ができて、医師との人間関係もより緊密化する。患者は必要に応じて他の病院や診療所の専門医への紹介が受けられることで、最適な診療を受けられる。

なお、かかりつけ医師は、医療提供施設の機能分担が進む中で地域医療の中核的役割を担うことになるのであるから、夜間の患者急変対応や留守の際の他医紹介体制など、地域での救急医療システムやグループ診療体制を整備し、かかりつけ医師の機能を側面から支援する必要があることは言うまでもない。

5. 診療報酬に係わるその他の問題点

診療報酬における技術料の問題は、物件費等の経費と区別して考えるべきものであることは、大方の理解のとおりである。しかし、より以上に技術料の概念自体の内容を明らかにしようとする、技術には個人に専属する部分があり、単に学識や経験等についての

機械的な評価によることが困難であること、医療の成果は、生産の結果でもなければ、効果如何だけで測定し得るものでなく、患者や家族の心理的效果などを内包しているため、客観化を求めることが難しいこと、患者の個体差によって診療行為の難易度に差を生じ、同じ診療行為でも結果に差がでること等によって、医療における技術の評価は極めて困難なので、今回は性急に結論を出すことを控えることにした。

次に、診療報酬に関する地域差の設定については、地価、人件費、物価など明らかに地域的に差が認められること、人口密度、年齢構成など地域特性によって受療患者数に差が生じていること、慣習等の地域文化によって住民の受療行動に違いがあること等を考えると、その必要性はみとめる。しかし診療報酬体系における地域差の設定については、資本費、人件費、物件費等の経費、その他の経費をどのように扱うかについて明確にした上で、慎重に回答を出すべき課題であると考えている。従って、現段階では、現存する地域差の補填は、地方公共団体等による公費から、付加的給付あるいは補助としての支出を求めるといった手段をとることが妥当という見解を示すにとどめた。但し、室料、給食料など生活に直接かかわる費用に関しては、算定根拠を明確にして、地域差を導入することは、現段階でも考慮に値すると思われる。

むすび

以上、われわれは、良質な医療サービスの提供、国民医療の充実・発展を第一命題としつつ、それを支える斬新な診療報酬体系の構築に向けての議論を展開してきたが、その要点を摘記してむすびとしたい。

まず第一に、医療保険制度の仕組の影響もあって、従来は、もっぱら医療費の総枠の拡大、その配分という図式による議論に力点がおかれ、医療サービス提供の対価としての報酬のあり方を問うという視点が医療費論の中に埋没してしまっていた。われわれは、こうした軌道を修正し、診療報酬の概念を原点に据え、内容を明確にしながら、真の診療報酬体系の構築を目指すという行き方を基本姿勢とした。

第二に、こうした基本姿勢を採ったとしても、いわゆる財源論が決定的な重要性を持つことに変わりはない。ところが、とくに公的財源については、その拡大と抑制の押し問答に終始しているのが現状である。そこで、われわれは、この状況を打ち破るために、実現可能な具体的内容を盛り込んだ財源のあり方論を提示することにした。すなわち、勤労者世代の医療保険制度を一本化するとともに老人保健制度への拠出を全廃する、そして、軽減された財源は、現在の勤労者世代自身が老人となった際の医療費を積み立てておく制度として創設されるべき「長期積立型医療保険制度」の資金に振り向けられるとともに、現行の老人保健の財源は保険料を除いて全額国庫負担とする、という組立を骨子とする提案である。この案は、若干の公的財源の投入があれば実現可能であるし、医療費財源は長期的に安定化する、と判断される。この提案を契機に、建設的な財源論争が展開されることを

期待する。

第三に、診療報酬体系自体の組み立てについては、いわゆる技術料、地域格差などの重要課題についても回答を留保せざるをえなかったところはあるが、最も基本的な事項として、入院医療に重点をおく医療機関と通院・在宅医療に重点をおく医療機関に提供されるべき点数表の分化を提案した。いわば病院用と診療所用の点数表の別建て論である。そして、前者については、今後検討されるべき機能分化に即して複数の点数表を設定する作業が必要となるが（本報告においても、公的医療機関の取り扱いに関しては、すでに、一つの具体的試案を紹介している）とりあえず人件費、資本費などに配慮した点数表を設定し、後者については、出来高払方式を堅持しつつ、いわゆるかかりつけ医師としての機能を強力に支える点数表、換言すれば「動」の医療の促進剤となる点数表を設定すべきである、という構想を提案した次第である。

以上が、本報告の骨子であるが、終わりに、ここでの提案を現実化していくためには、医療の諸領域の重点項目ごとに、実情を的確に把握しつつ良質の医療を提供するためのモデルを構築し、その実現に向けての診療報酬上の配慮を要求していくという具体的作業の積み重ねと集約が不可欠である、ということを強調しておきたい。

表1 社会保障給付費の国際比較

資料：ILO「The Cost of Social Security」、OECD「National Accounts」、社会保障研究所調べ

日本

(単位：億円)

	実額 (構成割合)				対国民所得比 (%)			
	医療	年金	その他	計	医療	年金	その他	計
1980	106,582 (43.3)	104,709 (42.6)	34,753 (14.1)	246,044 (100.0)	5.3	5.3	1.7	12.3
1983	129,931 (40.7)	144,966 (45.4)	44,120 (13.8)	319,016 (100.0)	5.6	6.3	1.9	13.8
1986	150,702 (39.1)	188,806 (48.9)	46,378 (12.0)	385,886 (100.0)	5.6	7.0	1.7	14.3
1989	173,713 (38.9)	227,231 (50.9)	45,459 (10.2)	446,404 (100.0)	5.5	7.1	1.4	14.0

イギリス

(単位：百万ポンド)

	実額 (構成割合)				対国民所得比 (%)			
	医療	年金	その他	計	医療	年金	その他	計
1977	5,754 (28.6)	8,97 (40.8)	6,144 (30.6)	20,095 (100.0)	5.6	7.9	5.9	19.4
1980	11,125 (28.0)	16,415 (41.4)	12,148 (30.6)	39,688 (100.0)	6.3	9.3	6.9	22.5

1983	14,263 (24.3)	23,505 (40.0)	20,942 (35.7)	58,710 (100.0)	6.3	10.4	9.2	25.9
1986	17,207 (23.7)	29,008 (40.0)	26,314 (36.3)	72,529 (100.0)	5.9	10.0	9.1	25.0

スウェーデン

(単位：百万クローナ)

	実額 (構成割合)				対国民所得比 (%)			
	医療	年金	その他	計	医療	年金	その他	計
1977	31,264 (30.0)	36,967 (35.4)	36,137 (34.6)	104,368 (100.0)	10.9	12.9	12.6	36.3
1980	38,824 (23.8)	64,064 (39.3)	60,229 (36.9)	163,117 (100.0)	9.4	5.5	14.6	39.5
1983	58,005 (25.3)	90,001 (39.2)	81,489 (35.5)	229,494 (100.0)	10.9	17.0	15.4	43.3
1986	68,833 (24.6)	100,164 (35.8)	111,084 (39.7)	280,081 (100.0)	9.7	14.2	15.7	39.7

イタリア

(単位：十億リラ)

	実額 (構成割合)				対国民所得比 (%)			
	医療	年金	その他	計	医療	年金	その他	計
1971	2,743 (25.9)	5,809 (54.9)	2,033 (19.2)	10,584 (100.0)	4.1	8.7	3.0	15.9
1977	8,427 (23.8)	19,644 (55.5)	7,345 (20.7)	35,416 (100.0)	4.6	10.8	4.1	19.5
1980	16,552 (30.1)	38,507 (69.9)		55,059 (100.0)	5.0	1.7		16.8
1983	29,842 (23.0)	99,859 (77.0)		129,701 (100.0)	5.8	19.3		25.0

フランス

(単位：百万フラン)

	実額 (構成割合)				対国民所得比 (%)			
	医療	年金	その他	計	医療	年金	その他	計
1971	105,755 (25.1)	315,534 (74.9)		421,289 (100.0)	7.1	2.3		28.4
1980	155,509 (22.1)	547,645 (77.9)		703,154 (100.0)	7.3	25.6		32.9
1983	257,673 (23.4)	842,537 (76.6)		1,100,209 (100.0)	8.6	28.2		36.8
1986	346,988 (25.4)	542,527 (39.7)	475,360 (34.9)	1,364,875 (100.0)	9.1	14.3	12.5	36.0

旧西ドイツ

(単位：百万マルク)

	実額 (構成割合)				対国民所得比 (%)			
	医療	年金	その他	計	医療	年金	その他	計
1977	77,308	143,348	47,869	268,525	8.2	15.3	5.1	28.6

	(28.8)	(53.4)	(17.8)	(100.0)				
1980	87,262 (25.4)	166,171 (48.4)	90,147 (26.2)	343,580 (100.0)	7.6	14.5	7.8	29.9
1983	101,253 (25.5)	188,621 (47.5)	107,544 (27.1)	397,418 (100.0)	7.9	14.7	8.4	30.9
1986	118,550 (27.0)	210,635 (48.0)	109,873 (25.0)	439,058 (100.0)	7.9	14.0	7.3	29.1

アメリカ

(単位：百万ドル)

	実額 (構成割合)				対国民所得比 (%)			
	医療	年金	その他	計	医療	年金	その他	計
1977	59,797 (24.5)	122,131 (50.0)	62,560 (25.6)	244,488 (100.0)	3.8	7.8	4.0	15.7
1980	108,754 (26.6)	169,915 (50.4)	58,168 (23.0)	336,837 (100.0)	5.1	7.9	2.7	15.8
1983	130,467 (28.2)	239,606 (51.8)	92,108 (19.9)	462,181 (100.0)	5.1	9.3	3.6	17.9
1986	135,209 (26.8)	281,310 (55.8)	87,949 (17.4)	504,468 (100.0)	4.1	8.5	2.6	15.2

注：1) 各年次の数値は当初報告されたものであり、その後若干の修正が行われている場合もある。

2) 「年金」部門には、恩給を含む。「その他」部門とは、疾病保険の傷病手当金、出産手当金等の現金給付、失業保険、労災保険、公的扶助、児童手当等である。

3) ILO 資料では「年金」と「その他」とは必ずしも明確に区別できないが、ここでは個々の制度の性格を勘案して区分を試みた。

表 2 国民医療費と老人医療費の近年の年平均伸び率

	年平均伸び率 (%)	老人医療費	国民医療費	一人あたり老人医療費	一人あたり国民医療費	GNP
1	昭和 48 年～平成 2 年(17 年間)	16.7	10.2	11.1	9.4	8.1
2	昭和 60 年～平成 2 年(5 年間)	7.8	5.2	4.1	4.7	6.1

表 3 財源別国民医療費の年次推移

(単位：億円)

	一般会計予算 (A)	国民医療費 (B)	うち国庫支出 (C)	C / A (%)	C / B (%)
昭和 45 年	82,131	24,962	6,031	7.3	24.2
50	212,888	64,779	18,725	8.8	28.9
55	425,888	119,805	36,464	8.6	30.4
56	467,881	128,709	38,996	8.3	30.3
57	496,808	138,659	42,146	8.5	30.4

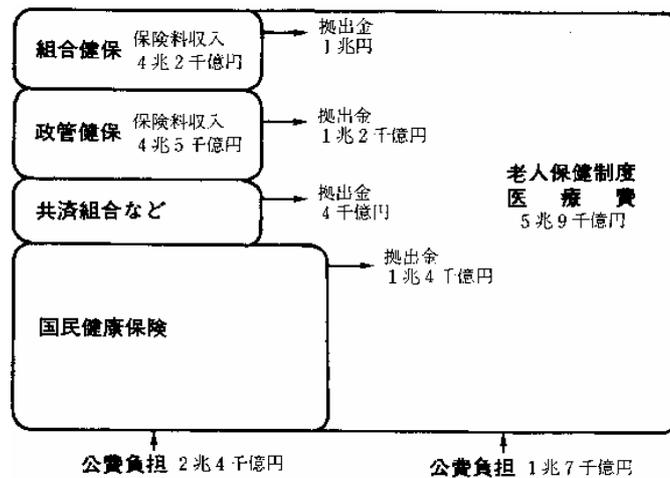
58	503,796	145,438	44,526	8.8	30.6
59	506,272	150,932	43,163	8.5	28.6
60	524,996	160,59	42,551	8.3	26.6
61	540,886	170,690	44,607	8.2	26.1
62	541,010	180,759	45,090	8.3	24.9
63	566,997	187,554	46,039	8.1	24.5
平成元年	604,142	197,290	48,673	8.1	24.7
2	662,368	206,074	50,787	7.7	24.6

資料：医療費は厚生省「国民医療費」、会計予算は厚生省「厚生統計要覧」

図1 現行制度の医療費の負担の流れと将来構想

< 現行制度の医療費の負担の流れ >

(数値はいずれも平成2年度)



(注)老人医療費は、図で示した拠出金の合計(4兆円)および公費負担(1兆7千億円)のほか、患者負担など(2千億円)からなっている。なお、数値はすべて概数である。

< 将来の医療保険制度の構想 >

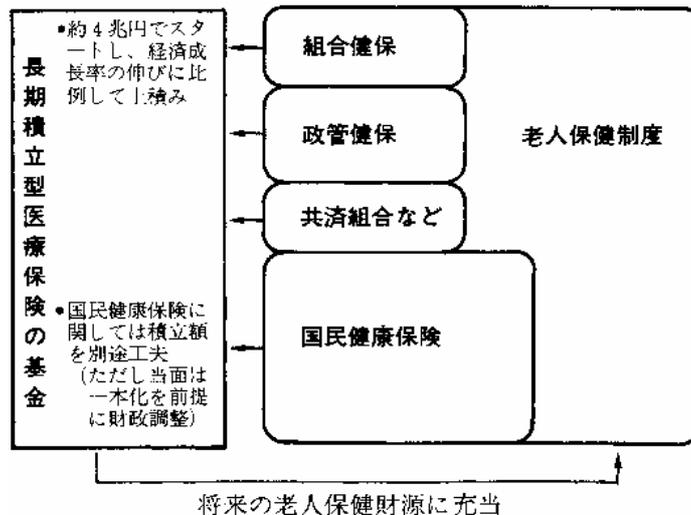
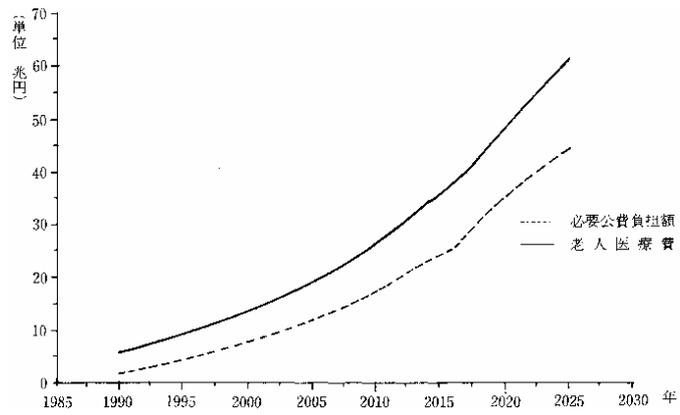


図2 現行制度を維持しようとする場合の老人医療費の必要公費負担額の予測



(注) 一人当り老人医療費、各種保険制度からの拠出額、患者負担額などが、それぞれ年率4%で上昇すると想定。