

【1999 年 2 月 3 日】診療報酬体系改革（医科）に関する中間提言

日本医師会

平成 11 年 2 月 3 日

診療報酬体系改革（医科）に関する中間提言

日本医師会

1. 診療報酬体系改革の理念と基本方針

診療報酬体系の改革は、「国民皆保険制度の維持」を理念とする。

これを踏まえて、以下の 5 点を診療報酬体系の改革の基本方針とする。

- ① 国民の信頼が得られる「医療の質」の維持向上並びに医療情報提供の推進が図れる体系であること。
- ② 国民に対して受診機会の平等を保証する体系であること。
- ③ 物と技術の分離を徹底し、技術評価重視の方向を明確にするとともに、医療に必要な原価が補償される体系であること。
- ④ 医療は投資であるという観点から、各種保健事業を統合・体系化し、予防医療を保険給付の対象とすること。
- ⑤ 医療機関の経営が健全に維持されるとともに、医業の再生産が可能な体系を構築すること。

2. 財源についての考え方

少子高齢社会における社会保障の重要性に鑑み、この分野への予算配分をより重点的に
行い、公助、互助、自助の整合性を図り、国民的合意の下で安定的な医療提供を可能とす
る医療保険財源の確保・拡大を図るべきである。

診療報酬体系改革に当たり、医療保険財源に対する基本的な考え方を以下に述べる。

- ① 医療費については、適正な医療を国民が享受できることを第一義と考え、参考と
して国内総生産（GDP）に占める割合を国際的視野で検討する。
- ② 医療保険制度は社会保障の中心的位置を占めるという共通の認識の下に、高齢者
と小児の医療費に対しては公費を、一般世代については保険料を主たる財源として
充当する。
- ③ 高齢社会における健康基盤の確立の観点から、高齢者医療制度を創設し、福祉目
的税等の投入により大幅な財政措置を行ない、医療財源の確保・拡大を図る。
- ④ 安心して子供を育てられる環境作りの一環として、小児医療については給付率を

引き上げ、財源として公費を投入する。

- ⑤ 患者自己負担の割合については、現行水準をこれ以上超えることのないよう配慮する。

3. 新診療報酬体系について（7 頁別紙①参照）

診療報酬体系を一般系統と特定系統に分ける。

一般系統と特定系統に分ける理由は、設置目的、機能、財源構成等が著しく異なる施設を同じ診療報酬体系下に置くことの矛盾が拡大してきたことによる。

一般系統には診療所・一般病院・大規模病院を属させ、特定系統には大学病院及び国立病院を属させる。

一般系統の診療報酬は、技術報酬系、薬・材料報酬系、在院報酬系の 3 系からなる。

更に、大学病院・国立病院及び一部の大規模病院の診療報酬は、入院報酬系と外来報酬系の 2 系とし、病院の特性を考慮した診療報酬体系を別途確立する。ここでは、入院、外来いずれの報酬も各病院ごとの「前年度実績にもとづく総枠予算制」の適用を想定し、患者 1 人 1 日当り包括制とする。

4. 一般系統（8 頁別紙②参照）

一般系統は、出来高払いを原則とし、技術報酬系と薬・材料報酬系と在院報酬系の 3 つの体系に分ける。この中で特徴的なことは、病院や有床診療所の経営上非常に大きな要素を占めているにもかかわらず、点数設定が他の報酬の中に混在されてきた「在院」に係る報酬を明確に区分しようとするることである。

技術報酬は、医師や看護職員をはじめとする医療従事者等の人件費や、診断・検査、手術、治療等に係る医療機器の減価償却費を適正妥当に評価し決定する。それを外来技術報酬と入院技術報酬および在宅技術報酬に分ける。さらに外来・入院とも 11 項目、在宅は 10 項目に分ける。一般病床（療養型病床群を除く）については、基本的に急性期疾患に対応することを原則とすることから、患者の病状が安定するまでの期間は、関連する技術報酬の加算を行なう。期間の算定については、病状に応じた医学的に適正妥当な評価が必要である。

医薬品については、医薬経営の原資としての薬価差依存からの脱却を図り、技術報酬重視の評価体系を確立する。即ち、処方技術料と医薬品原価との完全な分離独立を図る。医療材料については、処置や手術に含めるものとそうでないものを明確に区分けし、物と技術の分離をさらに推進する。

材料等管理報酬については、薬剤および材料管理に係る在庫投資費、損耗経費、薬剤師等人件費、医療廃棄物処理費等のコストを適正妥当に評価して設定する。

在院報酬は、逡減制を適用せず、更に在院室料と在院管理料に分ける。在院室料は施設やベッドの維持に係る減価償却費や地代及び物的管理費等の物件費を適正妥当に評価し

て設定する。なお、運営に係る固定費用については、別途導入を図ることとし、施設規模の格差に対しては、それぞれに対応した体系とすることも検討する。

在院管理料は、医療法上最低必要とされる医師、看護職員、栄養士等の人件費と管理要員の人件費及び人的管理費を適正妥当に評価して設定する。

5. 特定系統

大学病院及び国立病院については、それぞれ医学教育並びに政策医療など設置目的、機能、財源構成等が一般の病院とは異なる点が多く、これらの病院の診療報酬体系は、入院医療を重視する方向で、外来は原則紹介制を採用し、一般系統の診療報酬体系とは別個に特化する必要がある。

具体的には、個々の病院の前年度診療実績に応じて、入院、外来とも総枠予算制を想定した患者1人1日当り包括制を導入する方法が選択される。

この診療報酬額は、政策的医療及び医学・医療の教育・研修に係る実践状況等を指標として評価する。具体的には、①高度医療、②3次救急医療、③伝染病等に係る診療、④病診連携（紹介患者・逆紹介患者の割合）、⑤医療従事者の教育・研修、⑥病床稼働率、平均在院日数等の効率性などに着目し、その達成度に応じて個々に一定期間毎に改定するというものである。これらの指標は設置目的、機能に対応する形で適切な組み合わせを考える。改定に当たっては中立的な機関による審査が必要となる。

なお、大学病院の医学教育及び政策的医療に係る財源、国立病院の政策的医療に係る財源については、医療保険とは別に確保される必要がある。

6. 既存診療報酬体系との調整

一般系統については、既存診療報酬を新診療報酬体系に振り分け直す作業が必要となる。枠組みとして現状と大きな変動はないが、材料等管理報酬と在院報酬については、新たに設定された項目であるので、詳細な実態調査を行なった上で算定する必要がある。

在院報酬については、これまで在院コストは入院時医学管理料、看護料、入院環境料等の技術料に包括されてきた経緯があるので、これを技術料と在院費に区分して設定する必要がある。

7. 医療機関のコストデータの集積と分析及び評価

診療報酬と医療機関のコストの相関は、明らかにしておくことが必要である。（日本医師会は診療報酬と医療機関のコストの関係を病院会計準則にのっとり別紙③のとおりと考える）（11頁参照）

医療機関のコストは、日本医師会の統計、厚生省の統計、病院団体をはじめとする各団体の統計等が現にあるので、それを集積して分析し、数値の分布を算出すれば標準的なコストが掌握でき、算出されたコストの平均値あるいは中央値を診療報酬算定上の基礎数値

とすることが可能となる。得られた結果の妥当性については、類似施設の数値や国際的なデータとの比較を行なって評価し検証する。

コストを診療報酬として積算する方法は、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）等で長年にわたり研究されている実績を考慮し、これらの方法を検討の上、説明可能なスキームを構築する必要がある。

8. 具体的な診療報酬の決定

具体的な診療報酬については、診療報酬のあるべき姿を中長期的な視野で捉えたうえで決定すべきである。

ここでいう中期とは、日本医師会が提言する高齢者医療制度が施行されるまでの期間を指し、長期とは施行後（2005 年以降）を指している。これらの長期的な方向づけを踏まえて、現状の診療報酬の額を決定することが必要である。

個々の診療報酬額の決定に際しては出来高払いを中心とする。今後、包括化の議論が行われるであろうが、この議論は決して財政的な見地から行われてはならないのは当然である。包括化の原則は次のとおりである。

- 異なる診療報酬の系を超えての包括化は原則行なわない。（技術報酬と薬・材料報酬と在院報酬相互間の包括化は行なわない）

- 医師が最善の治療方法を選択するのに迷巡するような包括化は行なわない。

包括化の実施に当たっては科学的根拠を重視し、高齢者医療制度が創設された上で、高齢者の慢性疾患を中心に段階的に導入を検討する。

9. 予防医療の保険給付の導入について

本格的な少子高齢社会を乗り切るためには、社会の活性化が政策の基本でなければならない。

医療においては、予防医療の充実をはじめとした健康増進活動の発展を期し、いわゆる健康寿命の伸展、労働力人口の増大を図ることによって社会の活性化に寄与することが必要である。

疾病構造が急性疾患から慢性疾患にシフトしていることなどから、医療も治療から予防への対応が求められており、「健康投資」の概念を導入した活動を展開すべきである。

その一環として、現在個々の制度毎に行われている母子保健、学校保健、産業保健、老人保健等を生涯を通じた保健事業として統合・体系化するとともに、検診、疾病予防事業を保険給付の対象とする。

10. 消費税について

現行の診療報酬体系の中には消費税が組み込まれているため、薬の本体価格や診療報酬への消費税関連費用の転嫁分が不明確になっており、個々の医療機関においては正当

に評価されておらず、医業経営に支障をきたしている。

透明性の高い制度に改めるべく、診療報酬体系の検討を行う際に、消費税の取扱いについても抜本的な見直しを行なうべきである。

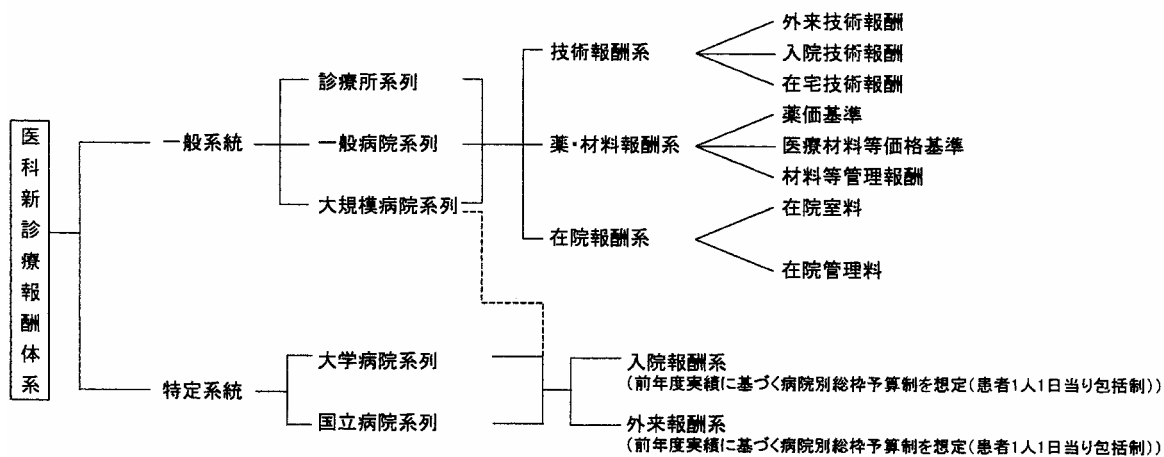
11. 診療報酬に関する言葉の定義

診療報酬を議論するに当たり、言葉の定義を明確にしておく必要がある。診療報酬を巡る議論が幅広く行われるようになったことは歓迎すべきであるが、個々の用語の解釈や使い方に不統一な例が多く見られるようになった。ここでは、診療報酬体系検討に当たって、支払方式における言葉の定義を出来高と包括とし、定額は用いないことにし、言葉の定義を別紙④のとおり規定する。(12 頁参照)

まとめ

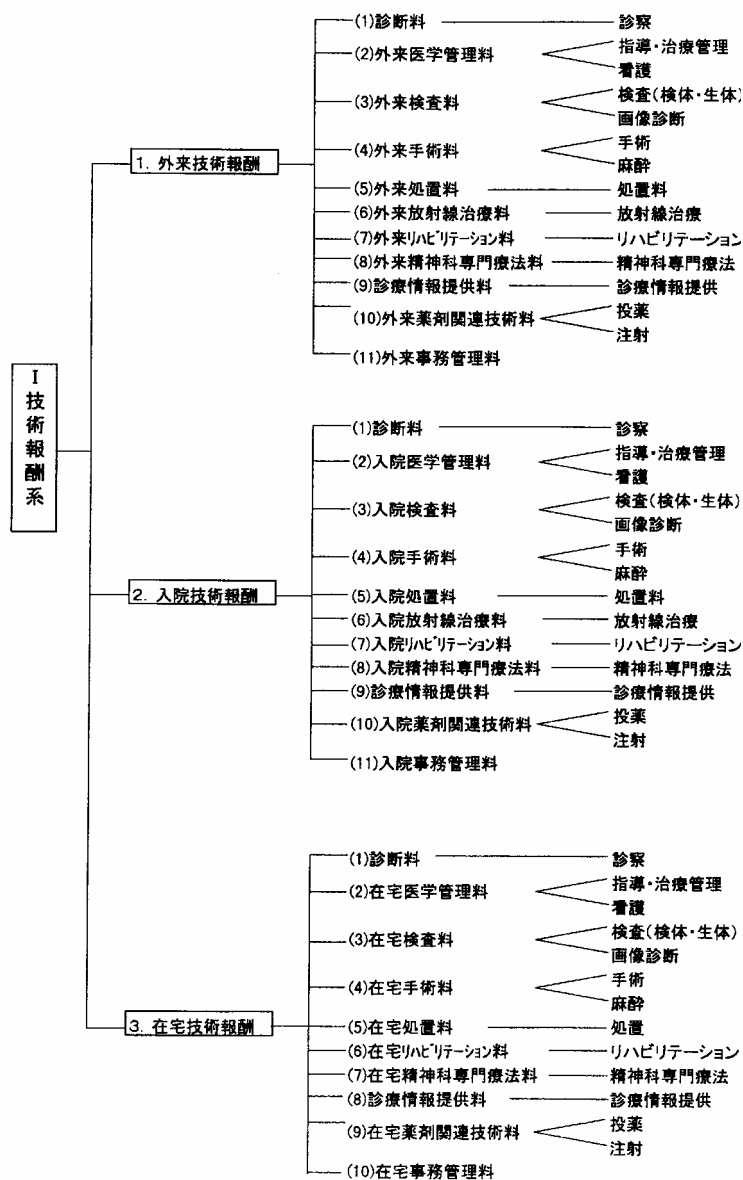
以上、日本医師会が考える診療報酬体系の枠組みの改革について述べたが、その骨子を次のとおりまとめ提案する。

- ①診療報酬体系を2系統5系列5系に再編成する。
- ②現行診療報酬の新診療報酬体系への振り分けを行なう。
- ③平行して、医療機関のコストデータの集積と分析及び評価を行なう。
- ④上記②の結果と③の結果を照合して、診療報酬の水準を決める。
- ⑤将来の診療報酬のあるべき姿を踏まえ、政策的な面も考慮した上で具体的な額を決定する。

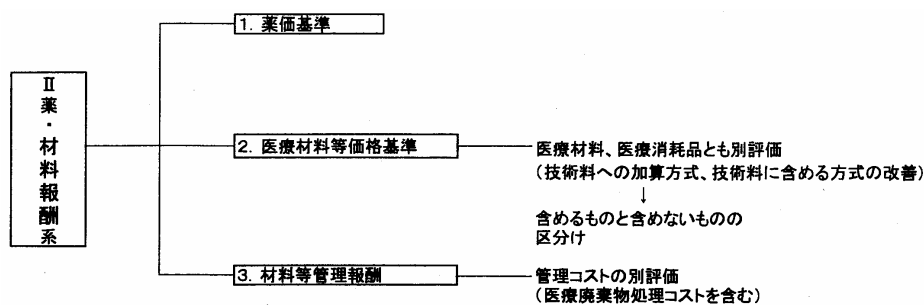


* 機能評価指数達成度による調整あり

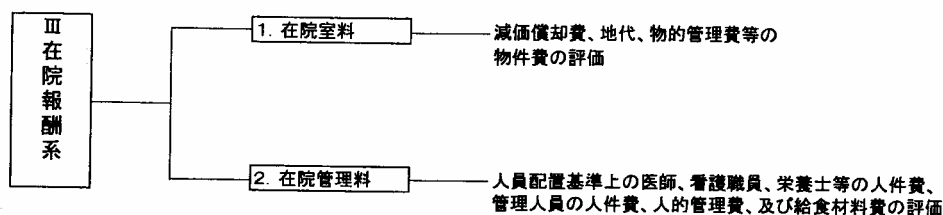
診療所・一般病院、大規模病院診療報酬体系概念図 出来高を原則とする



＊対応コスト項目は③参照



＊対応コスト項目は③参照



＊対応コスト項目は③参照

診療報酬と医療機関のコストの関係

③

機能 費用	診断／検査	治療／管理	在院	
材料費	医薬品(検査用試薬を含む) 診療材料 医療消耗器具備品 検査外注費	医薬品(検査用試薬を含む) 診療材料 医療消耗器具備品 検査外注費	給食用材料 給食外注費	
人件費	医師 診療放射線技師 臨床検査技師 看護職員 視能訓練士 その他の医療従事者 事務員 等の 給与費 退職金給与引当金繰入 法定福利費	医師 看護職員 診療放射線技師 薬剤師 OT PT CP PSW 視能訓練士 臨床工学技士 あん摩マッサージ指圧師 その他の医療従事者 事務員 等の 給与費 退職金給与引当金繰入 法定福利費	医師 看護婦 栄養士 調理師／調理助手 ハウスキーパー 管理者 事務員・労務員 等の 給与費 退職金給与引当金繰入 法定福利費	○人的管理費 福利厚生費 職員被服費 研修研究費 旅費交通費 通信費 事務用・消耗器具備品費 会議費 交際費 賠償等保険料 委託費 通信費 消耗品費 消耗器具備品費 車両費 等
物件費	減価償却費(診断検査機器) 賃借料	減価償却費(治療機器) 減価償却費(手術設備) 減価償却費(リハビリ機器) 賃借料	減価償却費(建物/内装/構築物) 減価償却費(ベッド) 地代 賃借料	○物的管理費 租税公課 火災等保険料 光熱水費 修繕費 リネン費 等
財務的費用	在庫投資費(薬剤／医材)	在庫投資費(薬剤／医材)		
その他	損耗経費 薬剤師人件費 医療廃棄物処理費	損耗経費 薬剤師人件費 医療廃棄物処理費		

薬・材料の診療報酬体系として整理
 在院の診療報酬体系として整理
 技術の診療報酬体系として整理

診療報酬支払方式における言葉の定義

診療報酬体系について論じるに当たり、支払方式に関する論議は不可避である。

しかし、出来高、包括等、さまざまな用語が未整理のまま使用されているのが実態である。

そこで、これらの用語について以下のとおり定義を整理する。

【出来高】○ 個別の診療行為の1回当たり点数が設定されており、算定回数に制限がないもの。(例：再診料)

○ 1診療行為の算定可能回数に何らかの制限があるもの。

- ・ 個別の診療行為の1回当たり点数が設定されているが、2回目以降の算定に降し点数設定に制限があるもの。(例：コンピュータ断層撮影)
- ・ 個別の診療行為の1回当たり点数が設定されているが、月当りの算定回数に制限があるもの。(例：特定疾患処方管理加算)
- ・ 1診療行為の算定が1日当たり点数として設定されているもの。(例：吸着式血液浄化法)

【包括】○ 2以上の診療行為をまとめた点数が設定されており、算定可能回数に

何らかの制限があるもの

- ・ 2以上の診療行為をまとめて1回当りの点数が設定されており、算定可能回数に上限を設定しているもの。(例：外総診、在総診)
- ・ 2以上の診療行為をまとめて1日当りの点数が設定されているもの。
(例：小児科外来診療料)

○ 2以上の診療行為をまとめて1回当りの点数が設定されており、算定回数に制限がないもの。(例：検体検査実施料(生化学検査等))