

【1993年9月24日】診療報酬基本問題小委員会報告書

中央社会保険医療協議会

中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会報告

診療報酬基本問題小委員会設置の目的

昭和2年の健康保険制度とともに発足した医療保険診療報酬支払制度は、幾多の変遷を経てきたが、今日の姿の基礎となったいわゆる新医療費体系が昭和33年に導入されて以来既に35年が過ぎようとしている。この間、医療を巡る状況は大きく変化してきており、24回にわたる診療報酬改定の歴史は、こうした状況の変化に対応し適切な医療サービスをいかに提供していくかという検討の歴史でもあった。

しかしながら、近年、医療技術の進展にはめざましいものがあり、また、国民の医療に対するニーズの変化には著しいものがある。公的医療保険の下での適正な水準の医療サービスを保障しながら多様化する患者ニーズ、選択への対応が求められている。

また、平成4年の医療法改正により、医療機関機能の体系化の方向が示され、診療報酬においても医療機関機能に着目した適切な評価が求められている。

我が国の医療保障制度を今後とも安定的に運営していくためには、その根幹をなす診療報酬体系が状況の変化に対応していかなければならない。このような認識の下、21世紀においても通用する診療報酬体系を構築するため、診療報酬に関する多岐にわたる問題について中長期的観点から論点整理を行うことを目的として本委員会は設置された。

検討の経緯

本委員会における検討項目として、各側からの意見に基づき、

- * 診療報酬体系及び改定ルールのありかた
- * 技術料評価のありかた
- * 医療機関の機能・特質に応じた診療報酬のありかた
- * 診療報酬の適正化
- * 患者ニーズの高度化・多様化への対応
- * その他

の6項目が取りまとめられた。それぞれの項目について、平成3年7月から平成5年9月までに計17回にわたり広範な検討が行われた。また、この間、医療の現場を視察するなど、実情に即した議論ができるような運営が行われた。

本報告書の性格

本委員会は、その目的に沿って、現行診療報酬に関するさまざまな課題を網羅的に取り

上げ、中長期的視点に立ちその検討の方向を示すこととしたが、その際、現行診療報酬体系を前提とし、実現可能な方向を示すことに努めることとした。

取り上げられた課題のなかには、基準看護等三基準の見直し、甲・乙点数表の一本化、許認可事項の簡素合理化等できるだけ早く具体的な検討に着手されることが望ましいものも少なくない。

本報告書において取り上げられた課題とその検討の方向を踏まえ、中央社会保険医療協議会が、診療報酬改定の際ごとに取り上げる事項を検討し、可能なものから速やかに具体的内容を論議していくことを期待する。

A. 診療報酬体系

1. 診療報酬体系の意義とその評価の視点

a 診療報酬体系の意義

診療報酬とは、保険医療機関（保険薬局を含む。以下同じ。）が提供する医療サービスの対価として保険者に請求し、受領する報酬をいい、そのために医療サービスを評価する一連の仕組みが診療報酬体系である。

医療サービスの原価を勘案しながら医療行為をいかに適切に評価し、患者のニーズと選択に応じていくかが課題となっている。

b 評価の視点

国民皆保険下、保険医療機関の経営は診療報酬に大きく依存しており、診療報酬のありかたが医療サービスにも影響を及ぼし、医療費の分配を左右している。また、保険料、税を主たる財源とする経済的な評価であるため、健全な医療機関経営の下での適正な運用が要請される。

今後、診療報酬改定により医療サービスを適切に評価していくためには、次の様な視点でこれを行うことが必要である。

- * 良質で効率的なサービスの提供の確保
- * 医療費の公正な配分
- * 医業経営の安定
- * 国民のニーズや医学・医療の多様化、高度化への対応
- * 患者の選択の拡大
- * 適正化
- * 行政事務手続きの簡素合理化

2. 医療サービスの原価に対応した診療報酬体系の構築

a 診療報酬算定方式の種類

WHO の報告書によれば、診療報酬支払方式には次の様な分類があり、これらは単独で、あるいは組み合わせられて実施されている。

- * 個別支払方式 (Fee-for-Service)
- * 件数均一払い方式 (Case payment)
- * 一日当たり均一払い方式 (Daily charge)
- * サービス当たり均一払い方式 (Flat rate)
- * 人頭払い方式 (Capitation)
- * サラリー払い方式 (Salary)
- * 総予算払い方式 (Golbal budgets)

b 現行診療報酬体系における診療報酬支払方式

我が国の支払方式は、個別支払方式を中心とし、個々のサービスに係る均一料金を設定し支払うことにより、医療サービスの原価（物件費、人件費、その他の経費）を補填するという考えをとっている。これに関連して、次のような問題が指摘されている。

- * 診療行為に直接関連する部分の評価は分かりやすいが、それ以外の部分の評価が分かりにくい。
- * 地域格差、診療科間格差・公私間格差がみられる。
- * 物や行為の量を重視する傾向が生まれる。
- * 請求、審査、支払事務が複雑化する。

c 原価主義との乖離

新医療費体系創設時、診療に対する報酬を技術料、人件費、所要経費に 3 区分し、当時の実態調査に基づき、それぞれの原価を計算し合算しようという考えがあった。

技術料については、所要時間、技術指数（難度）、平均技術報酬を勘案

人件費については、所要時間や平均賃金を勘案

所要経費には光熱費等のほか、建物等の減価償却費も含む

その後の改定においては、既存点数を基礎として、医療機関間、診療科間、各診療行為間のバランスを考慮して行われてきており、厳密な意味での原価計算は行われていない。

d 平均原価と適正原価

原価は、保険医療機関ごとに、個々の行為ごとに異なるものであるが、公的医療保険の枠組みのなかで同一の医療サービスを均一の負担で提供するという考え方のもと、現行診療報酬体系のなかでは平均的な原価としての評価とならざるを得ない。

また、税、保険料、患者負担で賄う制度である以上、平均原価を基礎に医療保険制度で対応すべき標準的な適正原価の考え方をとることが必要となる。

3. 現行診療報酬体系の課題

a 適正原価の反映

短期的には、改定の都度、原価を適切に反映させるべく、現行の体系を一部修正し

ていく努力が必要である。また、中長期的には、適正原価に関する考え方をもとに、保険医療機関の特性に応じた原価の調査研究を行い、その結果を診療報酬体系に反映させていくことが必要である。

b 公平で適正な医療サービスの確保

税、保険料、患者の一部負担によって成り立つ公的医療保険制度の下での医療サービスは、患者にとって公平で、また、適正な水準のものでなければならない。適正な水準の医療サービスの提供を常に考慮し、保険医療機関がその水準の医療サービスを提供していくことができるような、また、水準を超えるサービスについては患者が選択によりこれを受けることができるような診療報酬体系となるよう検討していく必要がある。

c 出来高払い方式と包括払い方式

我が国の算定方式は、出来高払い方式が基本であり、一部、包括払い方式の導入を行い、今日に至っているが、患者の心身の特性に応じて、適切な修正を加えていくことが必要である。

d 補助金等と診療報酬体系

診療報酬は、標準的な保険医療機関が提供する適正な医療サービスに要するコスト（適正原価）を賄うものであり、救急医療、僻地医療、がん医療、難病医療、母子医療などの政策的医療や研究的医療、地域のニーズに応じた特別な医療、さらにはマンパワー確保対策などについては、それらが政策的に推進していくべきものと考えられる場合には補助金や融資等の活用を図っていくことが必要である。

e 甲・乙点数表の一本化

医科診療報酬点数表における甲表、乙表の区分は、昭和 33 年に新医療費体系に基づく点数表が設定された際に導入され、保険医療機関はどちらかを自由に選択してきた。

甲表と乙表の差は改定を重ねるごとに縮小し、今日では実質的にほとんど差がなくなっている。また、甲表を採用する医療機関が全医療機関の 7 割を占めるに至っている。

このため、診療報酬体系の簡素化を図る観点からも、点数表を一本化することを検討する必要がある。

f 社会保険診療報酬との老人診療報酬との整合性

基本診療科、特掲診療科とも一般と老人保健の二本建てとなっているが、点数表が複雑化することがないよう、社会保険診療報酬と老人診療報酬の整合性を図っていくことが必要であり、そのためのルールについて検討していく必要がある。

g 地域間、公私間における経営原資の格差是正

診療報酬は、基本的に昭和 38 年以来全国一律の点数設定となっている。このため、地域における人件費や物件費などの原価の差、あるいは国・公立病院に対する補助金

や税制上の措置が病院間の経営上の格差を生じる原因となっている。

地域差については、基本的には市場原理で解消されることが望ましいが、都市部においては物件費や人件費などのコストが高く、医療経営上格差が生じていることが指摘されており、明らかに差のある施設整備のコストなどについて、一律点数設定の際の考え方を十分踏まえつつ、地域差に対応する方途を検討していくことが必要である。

公私差については、診療報酬体系を前提とした補助金や税制の問題であり、これを診療報酬で対応することには慎重な検討が必要である。

h 三基準の検討と見直し

基準看護制度や基準給食、基準寝具設備制度は、昭和 33 年に発足し、幾多の変遷を経てきた。これら基準は、入院に際して家族や付き添い人の手を借りない看護、患者の家族の手によらない給食、寝具を病院内に持ち込まないことを目的に導入されたものであり、戦後の我が国の療養環境の向上に大きな貢献を果たしてきたが、30 年以上を経た今日、改めてその役割、機能を再検討し、より良い医療サービス提供のために再構築していく時期にあるものと考えらる。

(基準看護)

複雑化した看護料については、現行の看護の質と量を担保するとともに現行体系との整合性に配慮しつつ、時代のニーズを踏まえてさらに向上させるために見直していく必要がある。その際、次のような視点で検討していくことが必要である。

- * 実際に配置されている看護婦数、准看護婦数、看護補助者数を評価
- * 看護・介護の質に対する評価
- * 付き添い看護の是正
- * 一般、精神・結核との一本化
- * 医療法との整合性
- * 急性期医療の質の向上に対する評価
- * 有床診療所の看護の評価
- * 勤務形態の弾力性への対応

(基準給食、基準寝具設備)

基準給食と基準寝具設備に関しては、大部分の病院がすでに承認を受けており病院の最低基準はすでに満たされたものと考えられ、これらをそれぞれ給食料や室料などに包括して評価し、療養環境の向上を図ることを検討していくことが必要である。

またその際、栄養士による栄養管理の評価や有床診療所における療養環境の評価のありかたについても検討していく必要がある。

i 調査研究の推進

診療報酬体系の再検討に当たっては、多くの関係者の論議と同意が必要であり、そのためには、データの集積や分析に基づく実証的な研究が不可欠である。我が国においては欧米に比べこうした研究の基盤が脆弱と言われており、医療経済研究を推進し

ていくことが必要である。

B. 診療報酬改定のルール

1. 診療報酬改定の意義

a 医学・医療の進展と診療報酬改定

診療報酬点数表においては保険適用される医療行為を特定しており、医学・医療の進展による新たな技術は、診療報酬改定により点数表に収載され、保険適用対象となることが原則となっている。

このような医療行為には、高度先進医療制度から保険導入されるものとそれ以外のものがあるが、安全性、普及性等を勘案して中医協の議論を踏まえながら導入されている。今後臓器移植などを含め高額となる新技術の導入については、新たなルールの検討が必要である。

b 国民医療費と診療報酬改定

保険医療機関の所要経費は物件費、人件費の増に応じて増加していくが、診療報酬改定の目的の一つに、こうした経営コストアップ分の補填がある。

しかしながら、診療報酬点数表は、単価表に過ぎず、医療費は、さらに診療頻度、診療日数、診療内容などに左右されるものである。医療費増加の要因を見ると次のように分類される。

国民医療費の増加の内訳

診療報酬改定による増加

人口増による増加

人口高齢化に伴う増加

その他（疾病構造の変化、新しい検査、薬、技術による増加など）

2. 診療報酬改定方式

診療報酬の改定は、2年に1回実施する医療経済実態調査において医業経営の実態を把握したうえ、物価及び賃金の動向、自然増による医療機関の収入増、医学・医療の進歩の状況など医療を取り巻く諸状況を総合的に勘案して、中医協の審議を踏まえ実施している。

緩和ケア病棟入院料など包括払い方式の導入に従い、診療報酬改定以外による収入の増がそれほど期待できない医療機関が増加している。このような点にも留意しつつ、診療報酬改定方式のありかたの検討が求められる。

3. 診療報酬改定と医療経済実態調査（医療機関調査）

医療経済実態調査は、公私医療機関を調査対象とする総合調査であり、診療報酬改定の必要性の判断資料として不可欠なものとなっており、また改定幅などの論議の参

考資料となっている。しかしながら、薬局、老人保健施設などは対象外とされており、また、内容も医業収支の動向など経営評価が中心となっており、医業費用の原価分析を行えるようなものとはなっていない。

改定方式のありかたの検討とあわせ、本調査の充実やこれを補完する詳細調査のありかたについて検討していく必要がある。

4. 診療報酬改定と財源

国民医療費の財源別内訳（1991年度）は以下のようになっている。

国庫負担	24.5%
地方負担	6.7%
保険料	56.6%
患者負担等	12.2%

1993年度の国民医療費は24兆円強と見込まれており、1%の改定を行うと国民医療費ベースでそれぞれ次の額が必要となる。

国庫負担	600億円程度
地方負担	200億円弱
保険料	1400億円程度
患者負担等	300億円程度

また、診療報酬改定がなくとも、国民医療費は毎年1兆円以上増加してきており、国庫負担はその約4分の1を占めている。

5. 診療報酬改定の財源確保

診療報酬改定には一定の財源が必要とされるが、この財源を確保するに当たっては、国家財政の面からの制約が問題となっている。

医療保障制度全般の見直しのなかで給付のありかたや財源論が今後論議されることとなっているが、こうした動きと合わせて、良質な医療が効率的に確保できるような診療報酬改定を今後も必要に応じて行うことができるよう、診療報酬改定の財源確保のありかたについて検討していくことが必要である。

6. 薬価基準と診療報酬改定

a. 薬価調査

薬価本調査は2年に1回、薬価改正の前に実施される。

平成3年5月の中医協建議において、薬価調査の充実が指摘され、平成5年の薬価調査より、経時変動調査の充実と総価山買いに関する調査が実施されている。

実勢価格の正確な把握を妨げることになる製品の添付、名目だけの症例報告等の非価格サービスや総価山買いをできる限り排除・抑制しつつ、流通改善の進行状況を把

握しながら今後とも薬価調査の充実を図っていく必要がある。

b 薬価改正

薬価改正は、市場価格の評価等の観点から2年に1回全面改正することが原則となっているが、今後もこの方針で行っていくべきである。

なお、薬価改正と診療報酬改定は同時期に実施されてきた経緯があるが、両者は本来的には別個のものとして整理されている。

c 新薬価算定方式と新仕切価格の導入

平成3年5月の中医協建議に基づき、薬価の算定は、平成4年4月の価格改定から取引価格の加重平均値に一定幅を加える方式に変更されている。また、医薬品業界では流通制度の近代化が図られ、新仕切価格が導入された。

こうした改革により、医療機関への納入価格と薬価基準価格とのかい離率は小さくなったと指摘されており、それに伴い薬価改定率も小さくなっていくことが予想されている。

新薬価算定方式導入時に決められたスケジュールに従って今後も薬価を算定していくこととなるが、この方式が診療報酬改定の財源に与える影響を十分踏まえ、医療費改定のありかたについて検討していく必要がある。

C. 技術料評価のありかた

1. 現行診療報酬における技術料の取り扱い

a 医療サービスと技術

現行診療報酬体系においては、医科、歯科、調剤の診療報酬点数表で、医療関係者の専門的技術に対して評価が行われているが、医療サービスの提供は医療専門家の技術に負うところが大きいことから、さらに適正な技術評価を行っていくことが重要である。

b 物と技術の評価

現行診療報酬体系の下で、診療報酬における技術料は、基本的には出来高払い方式で評価され、医薬品や治療材料等の「物」の対価と分離する方向で整理されてきた。

しかしながら依然として「物」と技術の評価に不均衡があるという指摘がある。「物」については適正な価格設定を行い、技術料については廉価主義に基づく適正な評価を進めていく必要がある。

2. 現行診療報酬における技術の評価の課題

a 技術料評価の方法と原価

技術料評価は、基本的には当該医療行為の原価を考慮して設定されることが望ましい。しかし、原価は、同一医療行為であっても異なる場合があり、また、時間の経過とともに変化することもあるなど、こうした評価は難しい問題を内包している。

当面は相対評価で行わざるを得ないが、原価主義を推進していくための研究を進める必要がある。

b 「目に見える技術」と「目に見えない技術」の評価

手術、処置、検査等のいわゆる「目に見える技術」と、診断、療養指導、カウンセリングや精神療法等のいわゆる「目に見えない技術」との評価のバランスをとる必要がある。このためには、時間評価、危険度、難易度の評価について検討していく必要がある。

c 医療内容の変化に適切に対応する技術料評価

医療技術の高度化の速度は著しいが、その進展や患者ニーズに適切に対応するため、高度先進医療制度の活用を図るとともに、高度先進性の内容について柔軟に対応していくことが必要である。

急性期医療の充実は、医療水準の向上にとって不可欠であり、多くの経験や熟練を要し、数多くの専門スタッフを必要とする高度の手術等の難度の高い技術を適切に評価するよう検討する必要がある。

内視鏡下手術のように患者の苦痛の軽減、早期回復等につながるような医療技術や外来手術のように入院期間の短縮につながるような技術が発展してきているが、このような技術については、既存技術との比較で評価できない面があり、そのメリットを活かせるような評価の方法を検討する必要がある。

また、臓器移植や重度の心身障害者に対する医療の評価のありかたについても検討していく必要がある。

3. 患者の心身の特性に応じた療報酬評価

a 難病

難病患者の多くは入院期間が長期にわたるが、そのような患者に対し入院時医学管理料の逡減制を補う措置を検討するとともに、通院や在宅の難病患者に対して必要な疾病・生活管理が行われるよう診療報酬上の対応を検討する必要がある。

b 精神医療

急性期の医療については、出来高払い方式により患者の病状に応じた効果的な適正な医療と保護の確保に努めるとともに、予後の改善及び早期退院の促進に資する医療サービスの評価について検討する必要がある。慢性期の医療に関しては、療養環境の確保等に配慮した医療について、社会復帰にも配慮しつつ包括払い方式による評価を検討する必要がある。

また、社会復帰の促進を図る観点から、医療機関と精神障害者社会復帰施設との円滑な連携を確保することが必要となっており、医療機関に対する診療報酬においてこれを促進する方策の評価について検討する必要がある。

痴呆性疾患についても、精神科の治療法が精神症状の改善に効果的であることから、

医学管理等の実施体制に見合った評価について検討する必要がある。

c. 老人医療

老人の心身の特性にふさわしい医療が確保されるよう、入院医療管理料承認病院や医療と保健・福祉の連携に基づいた総合的サービスの整備について、診療報酬上幅広く検討する必要がある。

特に、看護・介護の評価に当たっては、個々の患者の必要とする看護・介護サービスが提供できるような方策を検討する必要がある。

また、高齢者においては、薬物に対する反応が成人と異なることから、高齢者に対する薬剤使用のありかたについて検討する必要がある。

4. 歯科医療

技術の進展や疾患の変化に伴い、歯周疾患等では治療とあわせてその管理が重要になってきており、また、小児期における予防や治療がその後の歯の健康に大きな影響を及ぼすと言われている。こうした歯科診療の特性に対応し歯科衛生士の評価を含めた診療報酬のありかたを検討していくとともに、在宅の歯科医療、重度の心身障害者の歯科医療の評価について検討していく必要がある。

また、地域の歯科医療機関との連携のもとに行われる全身的管理を伴う歯科治療など高度な歯科治療の評価について検討する必要がある。

また、義歯については保険診療上適切な対応が図られてきたが、高齢化社会における義歯の重要性にかんがみ、技術料や再製作機関、管理調整などの問題を総合的に検討していく必要がある。

5. 医薬分業の推進と調剤技術料評価、病院薬剤師業務の評価

医薬分業の進展に対応するため、調剤技術料の引上げなどを行ってきたが、今後とも適正な医薬分業の推進を図るとともに、医薬分業の経済的評価の研究を行っていく必要がある。

病院薬剤師の病棟での薬歴管理、服薬指導などの業務については、そのありかたや投薬の診療報酬が包括化されている場合の評価の方式について、実態を踏まえた検討を行う必要がある。

また、患者の病態に応じて必要とされる剤型の工夫についての評価を検討していく必要がある。

D. 医療機関の機能・特質に応じた診療報酬のありかた

1. 医療法による医療機関体系化と診療報酬評価

- a 現行の医療法では、医療機関は診療所と病院に大別され、病院の中には高度な医療の提供等を責務とする特定機能病院、一定の診療科・施設設備を備えた総合病院があ

る。また、病院の病床は、収容する患者の疾病等により、結核病床、精神病床、一般病床などに分類されており、また特例許可老人病院、療養型病床群などがある。

- b 医療法の規定に基づき、従来より入院時医学管理料や看護料等の入院時基本診療科は医療法の病院・病床区分毎に設定されてきた。平成5年4月には特定機能病院及び療養型病床群など医療法改正で導入された新たな医療機関機能の特質に応じた評価が行われている。

2. 医療機関の機能・特質及び有機的連携に対する診療報酬評価

診療報酬体系のなかでも、高度先進医療の実施医療機関として特定承認保険医療機関が、専ら紹介患者の診療を行う医療機関として紹介外来型病院が、また、病院の施設・設備を地域の医療機関と共同利用を行う医療機関として開放型病院が位置付けられている。

また、診療所と病院、診療所と診療所の間の有機的連携を強化するために、診療情報提供や紹介患者の受け入れに関して診療報酬上の評価がなされている。

3. 医療機関機能の体系化のための診療報酬評価の課題

- a 医療法に示された医療提供体制のありかたを基盤とした診療報酬評価

第二次医療法改正により、医療提供の基本的理念が確立され、良質かつ適切な医療の提供と居宅等を含む医療提供施設の機能に応じた効率的な医療の提供が求められることとなった。

診療報酬においても、医療保険制度の枠内でこうした理念の実現を目指すこととし、新たに導入された特定機能病院と療養型病床群の実態を踏まえ、それら機能が発揮できるよう、適切な評価を検討する必要がある。

- b 医療機関の機能・特質を重視した診療報酬評価

本来は医療法改正による医療供給体制の体系化に基づき診療報酬評価を行うことが理想であるが、緊急性の高いものについてはとりあえず診療報酬上の対応を進めることも必要である。

入院医療を主体とする病院、通院・在宅患者の医療を主体とする診療所並びに入院医療及び通院・在宅医療の両方を行う医療機関の各々にふさわしい診療報酬評価のありかたを検討していく必要がある。

- c 地域医療推進のための診療報酬評価

地域医療推進の観点から、地域における診療所などのかかりつけ医師機能が適切に評価されるよう、療養指導、急病・病状急変時に対する往診等の即応機能、適切な医療機関への紹介機能、紹介先の医療機関や保健・福祉関係機関に対する情報提供機能、手術や検査に関する医療機関の施設・設備の共同利用等の評価について検討していく必要がある。

d 在宅医療推進のための診療報酬評価

在宅医療を推進するためには、在宅患者の医学的管理・指導、訪問診療、訪問看護、保健・医療・福祉機関相互の連携等について総合的な評価を検討するとともに、在宅医療機器の活用について検討を進める必要がある。

e 終末期医療の改善

終末期入院患者の尊厳を保ちつつ適切な医療を確保するため、緩和ケア病棟の制度運用を積極的、かつ柔軟に行うよう検討する必要がある。

また、在宅における終末期医療が推進されるよう、診療報酬評価を総合的に検討する必要がある。

E. 診療報酬の適正化

1. 診療報酬適正化の意義

医療費や医療内容の適正化を図ることにより

- * 効率的なサービスの確保
- * 適切なサービスの確保
- * 公正な医療資源分配の確保

が期待される。

なお、適正化とは、単に医療費の効率化を言うのではなく、良質な医療を確保するための政策手段であることに留意すべきである。

2. 適正化対策の分類

医療保険制度全般にわたってこれまでも次のような適正化が行われてきたが、診療報酬の適正化もこうした対策の一環として行われる。

- * 被保険者等の疾病の予防及び健康の増進を図ろうとするもの
(人間ドック等保健施設事業の推進)
- * 患者にコスト意識を持たせようとするもの
(一部負担金の導入、医療費通知)
- * 患者の心身の特性にふさわしい医療サービスを提供しようとするもの
(老人診療報酬の創設、包括払い方式の導入)
- * 患者に医療内容を把握させようとするもの
(院内掲示、「説明と理解」)
- * 保険医療機関における医療内容を適正化するもの
(審査、指導・監査体制の整備)(薬剤使用、検査の適正化等)

3. 包括払い方式と課題

我が国の診療報酬は出来高払い方式を基本としているが、慢性疾患医療(療養型病

床群)、老人医療(特例許可老人病院)特定の入院医療(集中治療室、緩和ケア病棟)等の一部の医療行為については、患者の心身の特性に応じた医療の提供、診療報酬請求事務の簡素化の観点から包括払い方式が導入されている。

こうした包括払い方式は定着し評価されてきているが、一方、患者の選別や診療内容の低下を招くのではないかなどといった指摘もある。

このようなことから、患者の心身の特性に応じて必要と考えられる場合には包括払い方式の導入を検討していくとともに、その運用に当たっては、適切な医療内容が確保されるようきめ細かな配慮をしていく必要がある。

4. 薬剤使用の適正化

a 医療費における薬剤比率

国民医療常に占める薬剤比率は、昭和59年頃から30%程度で推移しているが、わが国の薬剤比率は国際的に見て高いという指摘がある。

わが国の薬剤比率が適正であるかどうか医療における薬剤使用の経済的効果を含めて研究を進めるとともに、薬剤使用の適正化を促進する診療報酬評価について検討する必要がある。

b 新医薬品の評価のありかた

新医薬品の薬価算定方式については、平成3年5月の中医協建議によって一部改正され、先駆性加算を廃止して真に画期的な医薬品に限って画期性加算を新たに設け、平成4年5月より実施されている。

現在、新薬は年4回収載されているが、新薬の価格が高く設定されるために、従前使用されていた医薬品から新医薬品へのシフトがあるとの指摘がある。このため、新薬の費用効果分析の確立について研究を進めるとともに、新医薬品の薬価算定方式を改める必要があるが、既存医薬品の評価のありかたとの関連にも配慮しつつ検討していく必要がある。

c 価格設定後の条件変化と薬剤の評価のありかた

昭和57年の中医協答申において、効能・効果等を拡大した場合については、価格の再算定を行うこととしているが、市場規模が極端に拡大した医薬品については、ルールを明確化し、価格の見直しを行う必要がある。

d 後発医薬品の評価のありかた

新医薬品と同成分同効能の後発医薬品は、新医薬品の承認許可後、通例6年の再審査期間経過後、同等性のデータなど簡略な資料だけで承認・許可を取得できる。

後発品はこれまで、2年に1回薬価全面改正の後に収載することを原則とし、また、収載価格は基本的には既収載品と同じとしている。

後発品は初回収載される際に、先発品と同様の価格にするのは高すぎるとの指摘があり、また、後発医薬品の収載が2年に1回であるのは、新医薬品に比べて不公平と

の意見がある。

後発医薬品価格の算定ルール及び収載の頻度の見直しについて検討する必要がある。

e 多剤投与の規制

外来患者の1処方でも10剤以上投与した場合には薬剤料の90%を償還するといった逓減制を設けているが、院外処方せんの場合、多剤投与の規制がかからない為に不公平を生じていることから、この是正を検討する必要がある。

f 処方期間の見直し

現在、投薬量は、内服薬については1回2日分を標準とし、帰郷等療養上の特殊の事情がある場合には1回14日分、また、特別の薬剤については30日分又は90日分の投与が認められている。

在宅医療の進展を勘案し、長期連用による副作用などの問題に十分注意しながら、外用薬を含め適正な処方期間とその場合の調剤のありかたについて検討する必要がある。

5. 調剤報酬の見直し

内用薬の調剤料については、日数が増えた場合、逓減する点数としているが、剤数が増えた場合には、剤数に応じて比例倍する方式をとっている。このため、多剤投与があればあるほど、必ずしも調剤の難易度とは関係なく調剤技術料が膨らむことになる。

最近の製剤技術の進歩などを踏まえ、調剤報酬上の剤数の取り扱い方について検討する必要がある。

6. 第二薬局と門前薬局

医療機関との間に構造的・経済的・機能的つながりのあるいわゆる第二薬局については、昭和57年より保険薬局の指定を行わないこととしているが、未だ医療機関との従属関係の疑われる薬局の保険指定の可否が問題とされることが少なくない。

また、医療機関の門前に店舗を構えるいわゆる大型門前調剤専門薬局が出現してきており、その中には医療機関と密着していると見られるものもある。

このようなことから、基本的にはこれまでの指導を強化するとともに、保険薬局の類型とその指定などについて改めて検討していく必要がある。

7. 検査・画像診断の適正化

医療技術の進歩に伴い、多種・多様の検査・画像診断法が開発され、患者に負担をかけずに正確な診断や治療効果の把握が可能となってきた。

我が国ではCT、MRI等の高度な画像診断装置の普及が著しいが、同じ内容の診療情報を提供する検査・画像診断を重複して行うことが多くなってきているとの指摘が

ある。同等の内容の診療情報を提供する CT、MRI 等の重複検査について適正化を検討する必要がある。

8. いわゆる社会的入院の是正

a 保健、医療、福祉の連携

我が国の入院日数は諸外国に比べて著しく長く、その背景としては、家族形態、生活習慣などの社会的要因や要介護老人を病院が受け入れているという指摘がある。

医療分野と保健福祉分野との連携を深め、情報を提供し合うことにより提供される総合的なサービスや患者に対する適切な処遇の評価などについて検討する必要がある。

また、福祉施設との密接な関係を有する保険医療機関の診療実態に即した評価を検討していく必要がある。

b 医療ソーシャルワーク機能の活用

医療ソーシャルワークとは、保健所、病院、福祉事務所等の保健・医療・福祉の場において、患者の抱える経済的、心理的、社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図るという機能であるが、こうした機能の評価について検討する必要がある。

9. 教育・研究を主体とする大学病院等の診療報酬体系

一般の診療行為と教育・研究的な医療を厳密に区分することは難しいが、診療報酬では教育的医療や研究的医療に係る費用は負担しないことが基本であり、この方針を堅持するとともに、これが実効を上げるような診療報酬のありかたを検討していく必要がある。

10. 高額医療機器適正配置の推進

我が国は CT や MRI 等の高額医療機器の普及が進んでいる国の一つであるが、それには現行診療報酬制度が大きく寄与している。

一方、医療資源の有効活用の観点から、高額医療機器の効率的な利用を図る必要がある。診療報酬面からも高額医療機器の適正配置の推進、病病連携、病診連携、診診連携の強化を通じた共同利用の促進を検討していく必要がある。

11. 許認可事項の簡素合理化

医療機関機能の体系化を図り、医療サービスの質をきめ細かく評価することとなると、診療報酬に係る許認可事項が増加し、診療報酬体系が複雑化することは避けられない。また、税や保険料で賄われる医療常用の適切な使用のためにも許認可は診療報酬に内在するものといわざるを得ない。

しかしながら、今日、許認可事項が大幅に増加したことから、その対応は医療機関、

行政の双方にとって大きな負担となっており、また都道府県毎に対応が異なるといった事態も指摘されている。また、国民ニーズの多様化にあわせて、保険医療機関としての規制や制約をできるかぎり緩和することが求められている。

このようなことから、現存する許認可事項を改めて見直し、申請時におけるマニュアル作成などを行うことにより、可能な限り承認事項を届出事項にするとともに、事後的な指導、調査を充実することを検討していく必要がある。また、制度の趣旨から柔軟な対応が求められるものについては、都道府県指導を適正に行っていく必要がある。

12. 審査及び指導・監査の効率化、充実強化

支払基金や国保連合会における審査、都道府県による指導・監査や厚生省との共同指導・監査により、不当・違法な保険診療を抑制するとともに適切で公平な医療が確保されるよう努力が払われている。

しかしながら、審査基準の公平性の確保、指導・監査対象医療機関の適切な選定、指導後の処理の充実など、なお一層充実強化を図る必要があり、以下の諸点を含め、審査及び指導・監査体制の総合的な見直しを進めていくことが必要である。

- * 審査基準の標準化
- * 審査委員会委員の任命の適正化
- * レセプト作成業務担当者の資質の向上
- * 指導内容、件数、事後処理等の統一化
- * 指導医療官の補充
- * 保険医講習等医療保険制度、保険診療についての知識の普及、向上
- * ピア・レビューの導入検討
- * 監査基準、処分基準の確立と公開

13. 特定治療材料評価の確立

特定治療材料は2万種類以上にのぼり、その医療費は年々増加しているが、特定治療材料の多くが購入価格で償還され、保険医療機関側には購入コストを引き下げようというインセンティブが働いていない。

このため、特定治療材料に関する価格面での競争原理が働くよう、価格調査を充実するとともに、順次価格設定を進めていく必要がある。

F. 患者ニーズの高度化・多様化への対応

1. 患者ニーズの変化と診療報酬

a 患者ニーズ変化の背景

医学・医療の進歩・疾病構造の変化、医療供給体制整備の進展、所得水準・生活水

準の向上・消費者マインドの高まりなどに伴い、医療に対するニーズは、増大するとともに多様化・高度化してきている。

b ニーズの種類と内容

患者のニーズには多くのものがあるが、基本的には次の3つに大きく分けることができる。

- * 適切な医療に対するアクセス
- * 効果的な治療と治癒
- * 生活の質の維持

特に最近では、生活水準が向上するなかで慢性疾患を有する患者が増大してきており、病気と付き合いながら病気になる前の生活の質を維持していくための生活関連部分のニーズ（食事・療養環境等）が拡大してきている。

c 患者による選択の拡大と選択されるべきサービスの明確化

こうしたニーズに対応していくためには、医療という専門性の高いサービスのなかで、また、平等を旨とする公的な医療保険制度の下で、いかに患者の自主的な選択を尊重し、確保できるかが重要になってきている。

患者にできるだけ情報を提供し、選択の幅を拡大するとともに、選択の対象を明確にしていく必要がある。また、選択に伴う負担の考え方を確立していく必要がある。

2. 患者ニーズの多様化に対応する選択肢の拡大

このような患者ニーズに対しては、医療サービスの基本的な部分については保険給付で対応すべきであるが、患者の選択による部分については、特定療養費制度の拡充を図るとともに、その柔軟な運用により対応することが必要である。

療養環境、予約診療等多くのサービスについて、今後特定療養費制度を活用して多様化していく患者ニーズに応えていくことが期待される。

3. 選択のための環境の整備

患者に対し、適切な医療情報を提供する観点から、医療法上、医療機関の管理者や医師に関する情報、診療日や診療時間に関する情報の掲示が義務づけられているほか、多くの広告可能事項が規定されている。

また、療養担当規則・療担基準においても、患者の選択を担保するため、特定療養者制度の内容などの掲示義務が規定されている。

こうした制度を拡充していくとともに、第三者機関を通じて患者の立場からの医療の質を評価するシステムが検討される必要がある。

G. その他

1. 保険外負担

a 付き添い看護制度のありかた

付き添い看護については、付き添い婦の資質が相対的に低く、また、会計不明朗である等の問題や、保険外負担の増大が医療アクセスを阻害しているといった問題が指摘されている。

このようなことから、基準看護の見直し等により、看護・介護の院内化が一層進展するよう検討していく必要がある。

b 老人病院のお世話料

老人病院においては、日常生活上の利便として、治療とは直接関連のない「サービス」又は「もの」について実費を徴収することはできるが、お世話料等のあいまいな名目で徴収することは許されていない。

こうした運用が適切に行われるよう指導を徹底していくとともに、実態を踏まえた幅広い検討を行っていく必要がある。

c 歯科自由診療

歯科医療においては、医科と比較し、自由診療が広く行われているが、患者に混乱を生じさせないように、十分な情報の下に保険診療と明確に区分してこれを行うことになるようにする必要がある。

また、メタルポンドや金属床義歯については、保険診療上の有用性などを検討し、保険給付との関係を明確にしていく必要がある。

2. 最近の様々な情勢への対応

a 医療廃棄物対策

平成4年4月から医療廃棄物は特別管理産業廃棄物として医療機関が責任を持って処理することが義務付けられ、その後都市部を中心として医療廃棄物の処理経費が無視できないものとなっているといわれている。

一般的な費用は、医療経済実態調査で把握し、診療報酬改定の度に医業費用全体を補填するなかで対応してきており、医療廃棄物の処理経費についても同様の取り扱いが基本となるが、制度改正によりある時点以降の費用の増大が余りにも急激なものについては、その対応のありかたについて検討していく必要がある。

b MRSA、エイズ対策

広域スペクトラムの新しい抗生物質の開発・普及とともに、MRSA等の耐性菌の問題が顕在化してきた。MRSAの発生は、我が国の病院の療養環境の悪さ（病床面横が狭い、消毒、清掃が十分でないなど）抗生物質の不適切な投与、職員の清潔に対する認識の不十分さ等が原因となっているとの指摘があり、保険医療の面からも適切な措置を講ずる必要がある。

また、エイズ患者については、感染防止などに多くの労力と費用がかかることなどから入院を忌避する病院が少なくなく、エイズ対策上の問題となっている。

エイズ、MRSA 患者の収容に伴い、患者間、患者・職員間の院内感染を予防するためのコストに診療報酬上どのように対応していくべきか、検討する必要がある。

診療報酬基本問題小委員会の開催状況について

第 1 回	H3 . 7 月 10 日	設置の経緯、審議の進め方等
第 2 回	9 月 18 日	診療報酬の経緯等
第 3 回	10 月 18 日	各側より検討項目提出
第 4 回	11 月 20 日	公益側委員より当面の検討項目提出
第 5 回	12 月 4 日	医療機関の機能・特質に応じた診療報酬のありかた
第 6 回	H4 . 5 月 29 日	平成 4 年改定における医療機関の機能・特質に応じた措置等
第 7 回	7 月 17 日	諸外国における医療費支払制度の比較等
第 8 回	9 月 16 日	諸外国の医療制度 技術料評価のありかた
第 9 回	10 月 30 日	技術料評価のありかた
第 10 回	H5 . 1 月 22 日	患者ニーズの高度化・多様化への対応
第 11 回	3 月 5 日	患者ニーズの高度化・多様化への対応
第 12 回	4 月 16 日	診療報酬の適正化
第 13 回	5 月 14 日	その他（地域差、公私差、許認可の簡素化等）
第 14 回	6 月 18 日	診療報酬体系及び改定ルールのありかた
第 15 回	7 月 2 日	取りまとめに向けて自由討議 （医療機関現地視察 7 月 13 日 - 15 日）
第 16 回	9 月 6 日	取りまとめに向けて自由討議
第 17 回	9 月 24 日	取りまとめに向けて自由討議

所感 - 基本小委報告の取りまとめに当たって - 平成 5 年 9 月 24 日

中央社会保険医療協議会会長 館 龍一郎

本日、診療報酬基本問題小委員会の報告がまとまり、全員懇談会に報告された。

小委員会においては、平成 3 年 7 月以来 2 年以上にわたって審議が行われた。私自身、小委員長として審議に参画したが、各側とも立場の違いを乗り越えて、より良い診療報酬

体系の実現に向けて一致協力しての真剣なる議論が積み重ねられてきた。個別にみれば様々な意見の相違があったが、このような形でまとめられたことは、これまでの中医協の歩みを振り返ってみても極めて画期的な出来事であり、まことに感慨深いものがある。ここにあらためて委員各位の特段の御努力に感謝申し上げたい。

現在の診療報酬の基本的な骨格は昭和33年に形作られたものであり、その後の国民皆保険体制の確立とともに国民の健康の確保に大きな役割を果たし、我が国社会の安定と発展の基礎を築いてきた。しかしながら、医療をめぐる状況は大きく変化してきており、中医協としてもその変化を受け止め、良質かつ効率的な医療の実現に努めていかなければならない。

今回の報告は、以上のような問題意識を背景としながら、診療報酬に関する諸問題について中長期的な観点から論点整理を行うとともに現実的な改革の方向性を示したものである。21世紀にも通用する診療報酬体系の構築に向けての大きな一歩であると信じている。

今後、中医協の場において、この報告を踏まえて具体的な検討が行われることとなるが、これまでの議論の経過については大きな重みをもって受け止められることになろう。中医協としては実現出来るものから速やかに改革に着手し、より良い診療報酬体系の確立に向けて努力を傾けてまいる決意である。委員各位の一層の御理解、御支援を要請する次第である。