



福岡医発第1892号(保)
平成15年 1月24日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関 原 敬次郎



「医療保険制度の体系の在り方」及び「診療報酬体系の見直し」
の厚生労働省試案に関する厚生労働大臣との意見交換に提出した
日本医師会の資料について

昨年12月17日に「医療保険制度の体系の在り方」及び「診療報酬体系の見直し」の厚生労働省試案が公表され、同日、日本医師会では問題点を指摘されました。この内容は、本年1月5日号の日医ニュースに掲載されております。

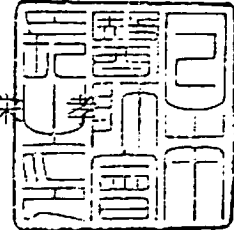
1月16日、厚生労働省試案に関して厚生労働大臣と医療関係団体との意見交換が行われ、日本医師会では3種類の資料を提出され、試案に対する考え方を述べられ、その際の資料が別添のとおり送付してまいりましたので1部お送りいたします。

日医発第986号(保155)
平成15年1月16日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

坪井 栄孝



「医療保険制度の体系の在り方」及び「診療報酬体系の見直し」の厚生労働省試案に関する厚生労働大臣との意見交換に提出した日本医師会の資料送付について

昨年12月17日に「医療保険制度の体系の在り方」及び「診療報酬体系の見直し」の厚生労働省試案が公表され、同日、日本医師会は問題点を指摘いたしました。この内容は本年1月5日号の日医ニュースに掲載いたしました。

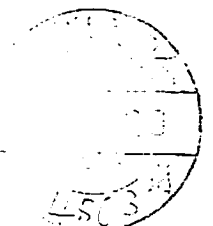
本日(1月16日)、厚生労働省試案に関して厚生労働大臣と医療関係団体との意見交換が行われ、本会は3種類の資料を提出して試案に対する考え方を述べましたので、取り急ぎ資料をお送り申し上げます。

(添付資料)

1. 医療制度改革の方向性(2003.1.16 日本医師会)
2. 診療報酬体系改革について(2003年1月 日本医師会)
 - ～診療報酬のあるべき姿～
 - ～適切な医療提供体制を確保し得る診療報酬体系の見直し～
3. 医療保険制度の安定的運営(2003年1月 日本医師会)
 - ～高齢者医療制度の創設～
 - ～保険者の統合・再編の道筋～
4. 「医療保険制度の体系の在り方」「診療報酬体系の見直し」について(厚生労働省試案)(平成14年12月17日 厚生労働省)

(参考)

1. 厚生労働省試案「医療保険制度の体系の在り方について」の問題点(未提出)
2. 厚生労働省試案「診療報酬体系の見直しについて」の問題点(未提出)



2003.1.16

日本医師会

医療制度改革の方向性

1. 医療制度改革の方向性（別紙）
2. 国民の医療ニーズの把握
 - （1）既存の調査結果のまとめ
 - （2）客観性のある調査結果のまとめ
3. 国民の医療ニーズの医療提供体制への反映
 - （1）医療需要の予測
 - （2）医療の質を確保するための方策
 - （3）医療システムの改善目標
 - （4）地域医療提供体制の構築
 - （5）医療の外部環境の整備
 - （6）医療における競争
 - （7）公的病院の役割の明確化
4. 医療財源の確保と配分
 - （1）国民医療費について
 - ①諸外国との比較
 - ②国民医療費の範囲
 - ③医療機関と医療関連産業
 - ④経常利益率の比較
 - （2）地域医療提供体制の確保を可能とする財源の確保
 - （3）医療財源の配分
 - ①診療報酬のあるべき姿
 - ②適切な医療提供体制を確保し得る診療報酬体系の見直し

5. 医療保険制度の安定的運営

(1) 高齢者医療制度の創設

(2) 保険者の統合・再編の道筋

6. 医療費の検証

(1) 保険者のマネジメント責任（全体、各保険者）

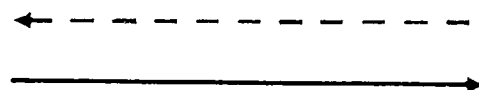
(2) 医療費動向の把握（全体、各保険者）

医療制度改革の方向性

医療ニーズの把握と検証



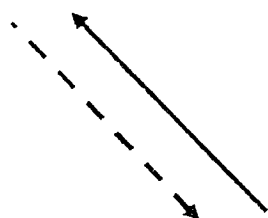
需 要 予 測



提供体制
への反映



医療費の検証



財源の確保
と配分



保険制度の安定的運営

診療報酬体系改革について

～診療報酬のあるべき姿～

～適切な医療提供体制を確保し得る診療報酬体系の見直し～

2003 年 1 月

日本医師会

診療報酬体系改革について

はじめに

診療報酬点数表は、健康保険法および厚生労働大臣告示によって、「療養に要する費用の額の算定方法」とされ、保険医療機関が保険診療を行った場合の費用の公定価格表と定義できる。

そもそも診療報酬は、提供される医療にかかる平均的成本が適切に反映したものでなければならない。しかし、種々の包括項目等の例を引用するまでもなく、現行体系が適切に医療提供コストを反映しているとは言い難い。

それは、①昭和 33 年に作られた現行体系の設定に際して、積算根拠が明らかではないこと、②その後、医療技術の高度化・多様化等を反映すべく度重なる改定が繰り返されてきたが、パッチワーク的な処理により、ますます設定根拠が不明朗になっていること、などが要因として考えられる。さらに、病院と診療所間、診療科目間のバランスなどに配慮した結果、合理性を欠いた算定要件や算定制限が設定され、適切な費用保障という側面は軽視されていると言わざるを得ない。

このような現状に鑑み、日本医師会は、説明可能かつ合理的な診療報酬体系の構築に向けて、平成 11 年 2 月に「診療報酬体系改革（医科）に関する中間提言」（以下「中間提言」という）をまとめ公表した。

中間提言を行った背景には、このような問題を解消し、個々の医療行為に対する評価設定根拠の明確化（説明可能性の確立）を図るという命題があった。

この趣旨に変化はないが、その後の環境の変化等を反映させ、診療報酬体系改革のあるべき方向について、あらためて提案するものである。

I 診療報酬に対する共通の理解

1. 診療報酬とは何か

診療報酬体系について議論する際に、まず必要なことは「診療報酬とは何か」ということに対する共通の理解である。前述のとおり、健康保険法第 76 条は「療養の給付に関する費用」、すなわち保険者が療養を現物給付した際に、保険医療機関にその費用を支払うことを規定している。そして、同条第 2 項において、「前項の療養に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする。」とし、この規定を受けて厚生労働大臣告示されているのが、「療養に要する費用の額の算定方法」である。

すなわち、これが診療報酬点数表（以下「点数表」という）であり、療養を「現物給付」する際にかかった費用の公定価格表である。

2. 点数表の持つ二面性

点数表は、一般的には医師や医療関係職種の技術評価の体系であると認識されている。しかし、点数表にはもうひとつの性格がある。それは、医療費財源の配分表という側面である。病院と診療所間、診療所の診療科間などのバランスを保つための調整弁とも言うべきものである。

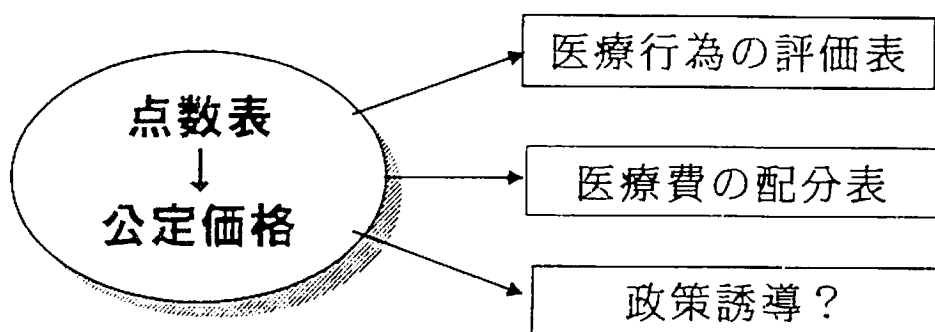
さらに、良し悪しは別として、政策の経済的誘導という一面を合わせ持っていることも否定できない。現行点数表において、処方料および処方せん料が、7 種類以上の薬剤を投与した場合には 6 種類以下の場合よりも評価が低く設定されている。また、いわゆる後発品を使用した方が、先発品を使用した場合に比べ、若干評価が高く設定されている。これなどは、薬剤の投与量のコントロール、あるいは後発品使用のインセンティブという、政策の経済誘導の最たる例であろう。

現行点数表の体系は、昭和 33 年にその基礎が作られて以来、医療技術の多様化や高度化等を反映すべく改定が繰り返されたと冒頭述べたが、それだけではなく、好むと好まざるとにかかわらず、医療費配分や経済誘導などのさまざまな要因に左右されている。

このために、個々の診療行為の評価が医療提供コストを適切に反映したものかどうかという基本的な問題はもとより、点数設定のエビデンス自体が不明朗であるという状況を作り出している。加えて、これも医学的エビデンスに基づかないまま種々の算定制限が設定されるなど、複雑化、煩雑化する傾向を強めている。

診療報酬体系の見直しに当たって、まずこのような現状認識のもとで、何を変えなければならないか、何を残すべきかを考えなくてはならない。

<点数表の性格>



II 診療報酬体系改革の基本理念

医療の再生産性の担保が、地域医療提供体制の存亡に関わる問題であることは言うまでもない。そのような意味からすれば、点数表が持つ医療費配分という一面が、一定の役割を果たしてきた事実は否定できない。

しかし、それはあくまでも、そもそもの体系が、個々の医療行為の平均的コストを反映したものであるという前提がなければならない。

政策誘導という側面については、診療報酬による経済誘導ではなく、適切な医療提供がいかにあるべきか等、制度論からアプローチするのが当然であるし、過去の誘導策が必ずしも効を奏していない現状をみても、このような手法から脱却すべきと考える。とくに、説明不能な減算・通減方式や算定制限は厳に慎

むべきであり、これらは医学的根拠に基づく診療報酬審査体制の確立によって対応することが望ましい。

このような考え方にに基づき、診療報酬体系の改革に当って、守るべき理念を以下のとおりとする。

＜診療報酬体系改革の基本理念＞

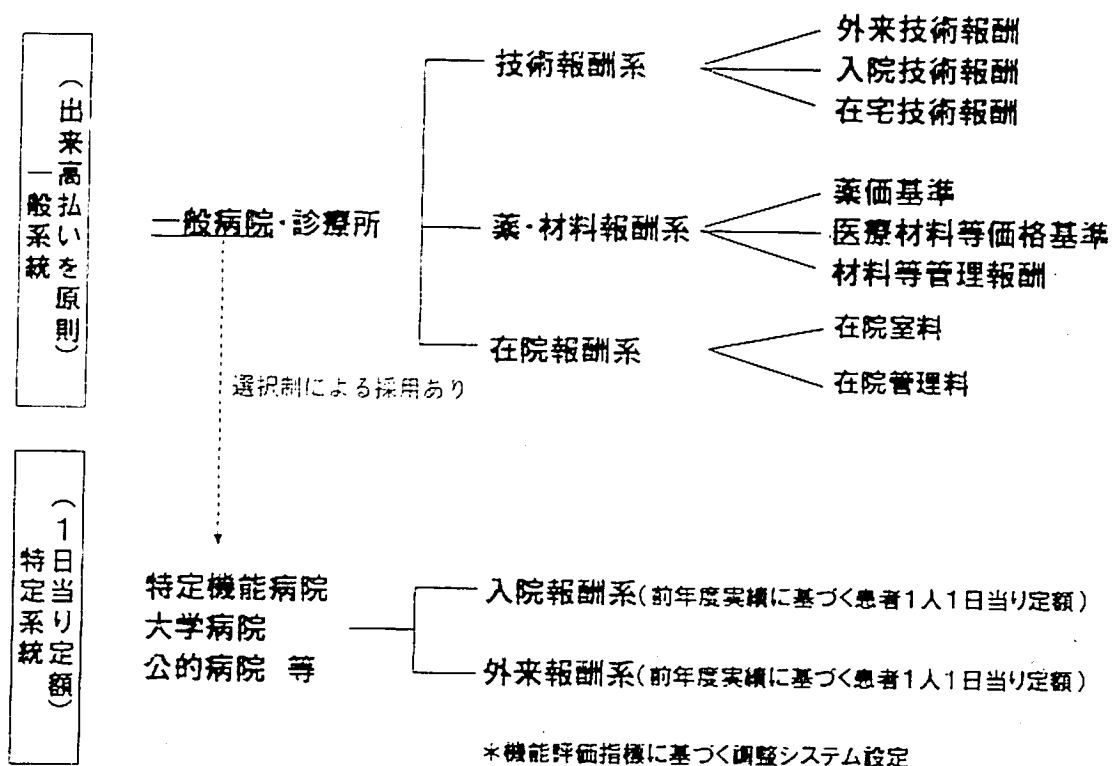
1. 国民の信頼が得られる「医療の質」の維持向上並びに医療情報提供の推進が図れる体系とすること。
2. 患者の望む最善の医療提供を可能とし、医師のプロフェッショナルフリーダムを最大限尊重する体系とすること。
3. 現物給付制度を堅持し、国民に対して受診機会の平等を保証する体系とすること。
4. 技術と物の分離を徹底し、技術評価重視の方向を明確にするとともに、医療の提供に必要な原価が補償される体系とすること。
5. 医療は投資であるという観点から、各種保健事業を統合・体系化し、予防医療を保険給付の対象とすること。
6. 医療機関の経営が健全に維持されるとともに、医業の再生産が可能な体系とすること。

III 診療報酬体系改革の骨格

日本医師会が提案する診療報酬体系の骨格は、次のとおりである。

1. 財政基盤や設置目的等の異なる公的医療機関と民間医療機関の体系を別建てとする。(図表1参照)

図表1 新たな診療報酬体系の概念図



2. 特定システムと一般システムの区分

①一般システム：特定システム以外の医療機関（以下「一般医療機関」という）に適用する。

コスト構造の反映という視点から、技術報酬系、薬・材料報酬系、在院報酬系の3系で構築する。

②特定システム：国立病院、大学病院等を対象として、臨床研修、外来における紹介率、救急医療体制、高次医療等の実績を標化し、その実績を反映した患者1人1日当たり定額制を入院、外来別に導入する。（病院毎の単価を設定）

上記の具体化に向けて、コスト構造を把握し得る関連の調査を中医協において早期に実施することが不可欠の対応である。

3. 包括化に対しては、原則を確立する（説明可能な報酬体系）とともに、出来高払いとの適切な組合せを実現する。長期療養者に対しては、患者

特性を反映した合理的支払方式を導入する。(別紙資料参照)

日本医師会は、これらの提案の具体化に向けた筋道をすでに中医協に提示し、概ねの理解を得ているが、さらに踏み込んだ検討結果について次項に述べる。

IV 具体化に向けての課題と対応

1. 特定系統について

①現状と課題

特定機能病院の入院診療報酬については、平成 15 年度から診断群分類によるコストの相違を加味した「患者 1 人 1 日当り定額制」が導入される予定である。これは、本会の提案する「特定系統」と同一のものではないが、機能の相違による予算制的な体系を、まず特定機能病院に特化して導入すること自体は一定の評価ができる。

日本医師会が提案する特定系統の目的は、特定機能病院等が本来求められる機能である入院機能の充実、地域医療への貢献などに集中できる体制を支援することである。そして、その機能を発揮したことが、さらに診療報酬上で適切に評価されることにほかならない。そのためには、入院診療報酬のみではこれらの目的が達成できないことを理解しなければならない。

現在進められている厚生労働省の手法は、単に診断群分類を診療報酬評価に導入することを目的としているとしか思えず、診断群分類と在院日数や現行診療報酬評価との相関を求める手法にしても、分類そのものの目的との整合性は認められない。診断群分類は、コストの反映という面において、エビデンスが明らかになった段階で、はじめて「評価指標」のひとつとしてその活用があり得るという程度の認識が必要である。

②特定機能病院の評価について

15 年度からの別体系導入が予定されている特定機能病院については、以下の方法を確立する。

- 初年度については、現状の診療報酬収入を入院・入院外のトータルで保証する。
- 診療報酬の支払方法については、特定機能病院の診療報酬を分析した上で、患者1人1日当たり定額払い等、合理的な方法を決定する。
- 2年目以降については、入院治療の機能発揮度や臨床研修、外来における紹介率、救急医療体制、高次医療、地域医療への貢献度等を評価する指標と仕組みを作り、評価指数に応じて診療報酬が上下するシステムとする。

③特定系統の分類

中間提言では、特定系統適用医療機関として大学病院、国立病院を想定している。しかし、このような機械的な分類だけではなく、医療機関の機能という面に着目して、以下の方法による区分を試みる。

- 特定機能病院以外の国立病院、大学病院分院、自治体立病院、あるいは社会保険病院、厚生年金病院等、公的財源が投入されており、設置趣旨が民間病院と異なる病院について、次の実態把握に努める。
- 適切な地域医療提供体制という視点から、これらの病院を公的財源を投入しながら存続させるべきか否かについて、それぞれの2次医療圏における地域の実情を加味しながら判断する。
- これらを判断するに当たっては、次のこと等を評価指標とする。
 - ・ 単に病床確保のため政策的な目的から設置された病院であっても、現段階で他の病院の整備により、既に初期の目的が達成されているかどうか。
 - ・ 当該病院が地域医療体制の中で、他の病院で代替することが困難な機能を持っているかどうか。（僻地医療、二次・三次救急、専門医療、伝染病床、小児病棟等）
- 上記によって、「地域医療提供体制における機能・役割」という視点を中心に、公的財源を投入しながらも存続させることが妥当と判断できる病院を特定系統の対象とすることを原則とする。これにより、当該地域における地域医療提供体制に不可欠な機能・役割を担っていれば、特定系

統の1日当り定額診療報酬設定の際に、機能に応じた評価が可能となる。

なお、これらの公的財源が投入されている病院以外の私的病院であっても、地域医療提供体制の中で、公的病院と同様の機能・役割を担っているところについては、当該病院の選択制により、特定系統診療報酬の適用を受けられる道を残しておくことが必要である。すなわち、特定系統の適用によって、設立主体に関わらず、地域医療における役割によって、その機能等が客観的かつ合理的に評価される仕組みを確立するためである。

2. 一般系統における評価

上記の分類によって、特定系統適用病院以外は一般系統の適用となる。

その際、一般系統における病床種別、病床規模、単価専門等、医療機関の機能による体系区分については、中医協において費用構造の把握調査を速やかに実施し、その結果によって対応を検討すべきである。

つまり、それぞれのコスト構造に明らかな相違がある場合は、例えば入院管理に係る人的配置基準別の評価、病床規模別の在院コスト評価の設定等に変化を持たせることにより柔軟な対応をとることが現実的である。このようにしてコスト構造の差を適切に反映させることによって、医師の裁量権を守り最善の治療を担保し、ひいては適切な地域医療提供体制の維持・存続を保証する体系を構築すべきである。

これらの具体化に際して焦点となるのは、新たな考え方としての「在院報酬」の導入であろう。これを具体化することが、一般系統診療報酬具体化の先鞭をつけると言って過言ではない。

①在院報酬の捉え方

日本医師会が新たな概念として提案した「在院報酬」は、いわゆるホテルコスト的なものを技術報酬とは別建てで評価するというものである。

すなわち、100%の病床稼働率が現実的にはあり得ない状況で、稼働していない病床に係るコスト等を正當に評価すべきという視点に立ったものである。

中間提言においては、建物等の減価償却費、租税公課等のコストに加え、医療法の人員標準に対応する人件費を在院報酬で賄うことを仮定した。

しかし、現行の医療法人員標準は、とくに医師数において実態を反映していないという基本的な欠陥がある。また、医療関係職種の人件費は、専門職としての技術を正当に評価するという考えから、これらは「技術報酬系」の中で評価し、在院報酬で賄うべきコストからは除外することとする。

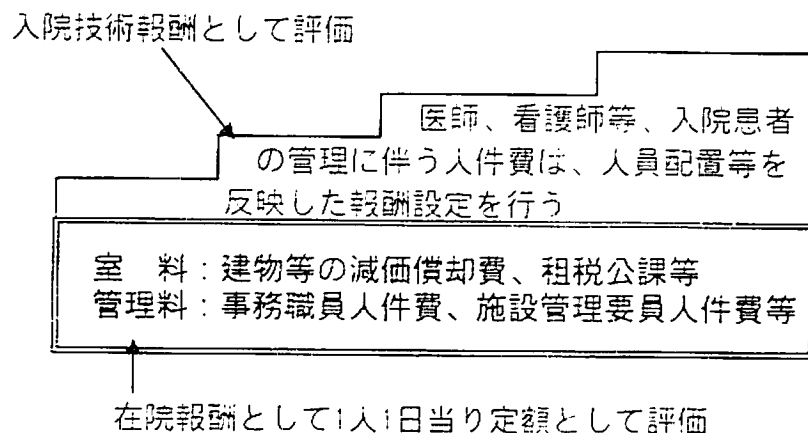
このような基本的な考え方に基づき、在院報酬で賄うべきコストの捉え方を図表2のとおり整理する。

図表2 在院コストの把握方法（案）

	考え方	把握算式	空床率の補正	請求方法
在 院 室 料	外采を除く病院の物件費に係る分を在院室料とする。 在院に係る以下の物件費を把握。 ① 建物・内装・構築物の減価償却費及び除却損 （賃借の場合は賃借料あるいはリース料） ② 消耗器具備品、消耗品の購入費 ③ ベッドの減価償却費及び除却損 （賃借の場合は賃借料あるいはリース料） ④ 地代（土地所有の場合はみなし地代） ⑤ 業務用車両の減価償却費及び除却損 （リースの場合はリース料） ⑥ 車両維持費 ⑦ 水道光熱費 ⑧ 修繕費 ⑨ リネン費 ⑩ 固定資産等に係る保険料 ⑪ 固定資産税等の租税公課 ⑫ 再生産費用（病棟の有形固定資産×平均的長期金利） ⑬ その他不動産動産に係る費用	①～⑬ $\frac{\text{年間費用}}{\text{ベッド数} \times 365 \text{日}}$	左記× $\frac{100}{\text{平均空床率}}$	（1患者当り） 左記により 算定された額
在 院 管 理 料	病棟の人件費に係る分を在院管理料とする。 在院に係る以下の人件費関係費を把握。 ① 事務職員人件費（給与、賞与、退職給与引当金繰入、 法定福利費、福利厚生費） （受付、入退院事務、請求事務、ソーシャルワーカー、病棟クランク、カルテ管理等） ② 施設管理要員人件費 （警備、防災、メンテナンス、ハウスキーピング等） ③ 給食要員人件費 （栄養士、調理師、調理助手等） ④ 委託費（外注の場合） ⑤ マネジメント要員人件費 （理事長、院長、理事、事務長、婦長等） ⑥ 職員被服費 ⑦ 研究研修費 ⑧ 旅費交通費 ⑨ 通信費 ⑩ 事務用動産の減価償却費及び除却損 （リースの場合はリース料） ⑪ 事務用消耗器具備品、消耗品の購入費 ⑫ 会議費 ⑬ 給食用材料費 （外注の場合は外注費の中から材料費を分離） ⑭ その他管理に係る費用	①～⑭ $\frac{\text{年間費用}}{\text{ベッド数} \times 365 \text{日}}$		× 入院日数

上記区分に従った場合、入院患者に対する医学的管理については、入院技術報酬の中で、医学管理料や看護料として、人員配置の濃淡毎に評価することになる。その関係を図示すると、図表3のとおりとなる。

図表3 在院報酬と入院技術報酬の関係（賄うべきコスト）



なお、無床診療所における建物の減価償却費や租税公課等のコストは、「在院」 という概念が適用できないため、外来技術報酬の中で「外来事務管理料」 のような形で評価する。

②技術報酬系における技術評価の手法

技術評価指標のひとつとして、これまで明確でなかった「時間」という概念を導入することによって、これに応じた人件費を賄う手法を確立する。

中間提言の外来技術報酬の診察に関する部分を「外来医学管理料」、「外来診療補助管理料」、「外来事務管理料」とする。

個々の管理料算定は、平均的な時間の把握を前提とするが、診療科を網羅し、 代表性を担保する客対数を確保するなど、適切な調査設計を基にして、医療機 関におけるタイムスタディ調査を実施する。

さらに、個々の外来技術評価については出来高払いを原則とするが、現行体 系が複雑を極めており、説明可能な合理性を確保することと請求事務の簡素化 という観点から、診療科によってルーチン化している簡単な検査や処置、指導

管理などを包括化した「外来基本料」を設定することの可否を検討する必要がある。

このほか個々の技術評価については、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）が生体検査、手術、処置に関して試案を示している。これら試案は、手技の難易度による行為者の経験年数、実施時間、使用する機器のコスト等、個々の医療行為に関する人件費や間接経費を調査結果に基づき積算し、これをもとに評価基準を試算する手法を確立している。外保連等の手法を参考にしながら、原価を把握しこれを反映させるのが将来的には理想である。しかし、原価把握のための調査対象機関のサンプリングの問題、正確な実態把握の困難性等を考慮し、当面は現在の報酬体系を参考としながら、バランスを欠く部分についての補正を図る。合わせて、適切な技術評価手法を確立していく研究を推進する。

なお、入院技術報酬における人員配置の評価については、現行制度のような病棟単位の評価だけでは、患者ごとの医療管理の濃淡を反映させにくいという欠点がある。当該病棟に入院する患者の容態による処置や療養上の世話に係る時間をスコア化し、いくつかのランク分けした上で、これに応じた評価手法を導入する。（病名による評価は必ずしも実態を反映しないため）

③薬・材料報酬系の考え方

医薬品や材料については、いわゆる「薬価差」「材料価格差」からの脱却を図り、処置・手術、処方・調剤、注射等の関連技術は技術報酬系の中で評価する。

医薬品や材料の原価およびこれらを管理するコストは、薬・材料報酬系の中で薬価基準、材料価格基準、材料等管理報酬として別途評価することによって、技術と物の分離を促進する。医薬品や材料に係る消費税は、将来的にゼロ税率課税とする。

材料等管理報酬については、医薬品や材料管理に係るコストとして、在庫投資費、損耗経費、薬剤師等人件費、医療廃棄物・感染性廃棄物の処理費用を適切に反映させる。

なお、これらの実施には、承認基準および承認過程の透明化、合理的価格設定ルールの確立、薬価基準長期収載品目等の価格適正化、さらには審査・承認体制の強化と業務の透明化、適切かつ迅速な対応を可能とする副作用モニタリ

ング制度の確立による安全性の担保等が前提となることは言うまでもない。

3. 診療報酬財源の考え方

私的医療機関においては、診療報酬収入が事実上の経営原資となっている。

平成12年度の国民医療費の一般診療医療費(=病院・診療所医療費)は24.0兆円となっているが、再生産費用は税金と合わせてわずか0.3兆円、一般診療医療費のわずか2%程度に過ぎない。さらに、長引く経済不況による国家財政の危機を理由に、政府はことさら医療費の圧縮策を強化しようとしている。

他方、国民医療費に占める家計負担(保険料の被保険者負担+患者自己負担)は約45%に達しており、年々比率が増加する傾向にある。本年10月および来年4月施行の健康保険法等の一部改正により、さらに家計負担は増加することが予想される。年金制度を含めた政府の社会保障に対する施策が国民の不安感をさらに煽り、さらなる消費の低迷を惹起していることは言うまでもない。

政府は、社会保障としての公的医療保険制度における適切な財源負担割合について、広く議論を行い国民の同意を得る努力をするとともに、社会保障に対する国の社会的使命を全うすべきである。

医療は、社会保障の柱であると同時に、人間が尊厳を守り、自律的に生きるために必要な「社会的共通資本」と位置づけられる。国民の視点からは、常に十分かつ良質な医療を公平に受けられる環境の確保が前提となる。そのためには、客観的かつ的確な需要予測に基づき、これを十分に賄いうる提供体制を整備し、そのうえで地域医療提供体制の継続を可能とする医療の再生産を担保する財源的裏づけが必要となる。

現状の医療機関における再生産費用を考えれば、新たな医療費財源の確保は必要不可欠な対応と考えられる。

日本医師会としては、実現可能な対応として、たばこ税の引上げを実施し、これを医療目的税化し医療費財源とすることを提案する。たばこ税を医療目的に使用することは、米国で実際に行われている例もあり、国民の合意も得やすいものと考ええる。

4. いわゆる「混合診療」に対する取扱い

「混合診療」については、その本質が十分に理解されることなく、言葉だけがひとり歩きしている。健康保険法等の関係法令においても、「混合診療」という文言は使用されていない。

混合診療の議論は、わが国が 1961 年に達成した国民皆保険体制の下、保険給付システムの根幹を成す「現物給付制度」のあり方に直結するものである。つまり、現行公的医療保険制度の原理・原則、国の医療保障に対する将来ビジョンにも影響を及ぼす重大な問題であることを認識しなければならない。

まず、現行給付制度と其中での「混合診療」の本質について理解し、公的保険給付のあるべき姿を見据えたうえで議論すべきである。

①現物給付と現金給付

健康保険法第 63 条は保険給付に係る規定であるが、同条において被保険者の疾病または負傷に対して、以下に掲げる療養の給付を行うと規定している。

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

わが国の公的医療保険制度の優れた特徴として、患者のフリーアクセスがある。これを支えているのが国民皆保険体制と、上記の規定に基づく「現物給付」制度であることは言うまでもない。

現物給付とは、保険者が被保険者に「療養」を現物で給付し、その費用が保険者と、当該医療を提供した保険医療機関との間で、公定価格に基づいて清算されるシステムである。すなわち、保険者が当該治療に要する「医療サービス」を保険医療機関から買い上げ、被保険者に給付する方式と定義できる。

これに対し、現金給付制度は、制度の原理上は保険者と保険医療機関との間で費用の精算が発生せず、当然両者間で価格の取決めは行われぬ。被保険者と医療機関との間で費用の全額が精算され、保険者は被保険者にその一部を現

金で償還するシステムである。

例えば、保険医療機関が一部負担金以外の医療サービス費用を被保険者（患者）から徴収したとする。この場合、前述の現物給付の基本原理に則れば、保険者が一連の医療サービスを保険医療機関から買上げるという前提が成立しなくなる。そうなれば、保険者は療養（医療サービス）全体を被保険者に現物で給付することが不可能となる。

つまり、現物給付システムにおいては、制度の理論上、医療保険と医療保険以外の費用が混在することはあり得ないということである。現物給付というシステム自体が、被保険者からの一部負担金以外の費用徴収を不可能としていると捉えるべきである。

換言すれば、現物給付制度を建前としている現行制度においては、「混合診療」は原則として存在しないということである。

このことからわかるように、「混合診療」という概念の本質は、保険診療と保険診療外の診療行為自体が混在するのではなく、保険給付（一部負担金を含む）と保険外の患者負担との混合、すなわち「費用の混在」を指すのである。

②特定療養費制度

現行制度において、「混合診療」が認められているのは、昭和 59 年に制度化された「特定療養費」である。高度先進医療の導入に伴い、保険診療と保険外の費用負担との混在を認めた同制度は、制度の原理上は「現金給付」となっている。

高度先進医療や特別の療養環境（いわゆる差額ベッド）の提供などの選定療養を受けた場合、すなわち一部負担金以外の費用徴収を被保険者から徴収する場合は、当該療養部分以外の療養の費用を「特定療養費」として支給することになっている。これは、前述のとおり、別途負担を徴収する以上、理論的に現金給付に切替えざるを得ないためである。

このようなことから明らかなとおり、「混合診療」を認めることは、わが国の公的医療保険の給付の基本を「現金給付」に切替えるか、あるいは現物給付を原則としながら、特定療養費制度の対象拡大を図るか（これも現金給付である）、いずれかの選択しかあり得ないのである。そして、そのいずれもが、患者

負担を増大させることになる。

現在の特定療養費制度の対象となる適定療養をみると、高度先進医療のように新規の診断・治療技術から、200床以上の病院における紹介のない初診や転院可能な患者の再診料など、明らかに経済誘導と思われるものまでが種々雑多に盛り込まれている。しかも、高度先進医療の中には、承認後、当該技術がほとんど実施されていないようなものも含まれている。

有効な診断・治療技術で普遍性のあるものについては、速やかに保険導入することこそが社会保障としての公的医療保険の役割である。また、いわゆる差額ベッドや予約診察などは、そもそもが「療養」そのものに該当するものなのかを議論する必要がある。

特定療養費制度は、患者負担の増大を招きわが国の健康保険制度の優れた特徴である公平性を阻害すること、内容についての統一的理念が不明であることから、これを将来的には廃止することを提案する。

③「混合診療」に対する見解

先に述べたとおり、「混合診療」の導入は現物給付制度の否定に他ならない。そして、現物給付の否定は、公的医療保険給付の縮小をもたらし、必ずや患者負担の増大につながる。

患者負担の増大は、受診者の経済力格差による医療の差別化を派生させる。わが国が国民皆保険体制という優れたシステムの中で守り続けてきた公平性、平等性は、現物給付制度の崩壊とともに終焉を告げることになる。

日本国憲法を引用するまでもなく、社会保障を通じて国民の生命・健康をより高いレベルで守るのは国の社会的使命である。

この使命を果たすためには、現物給付制度下における国民皆保険体制の堅持は、必要不可欠の条件である。

そもそもある確率で発生する医療ニーズを、保険という社会システムでカバーするのが社会保障のひとつの目的である。患者負担とは、傷病により医療機関等を受診したときに発生するものであり、現状以上の負担増は、リスク回避という観点からも社会保障システムとしての公的医療保険の存在意義をも問うことになる。

医療費の対 GDP 国際比較からみても、わが国の医療費水準は先進諸国の中でも決して高いわけではない。

前述のとおり、国民医療費の財源負担構成に占める家計負担の割合は、約 45%にも達している。さらに 2002 年 10 月施行の健康保険法等の一部改正によって、患者負担割合が引上げられ、家計負担割合は 50%近くに達することが予想される。

このような現状において「混合診療」を容認すれば、家計負担割合が財源の半分以上を占めることになりかねず、社会保障としての適切な費用負担配分とは到底言えない。

以上のような状況を勘案すれば、現状において「混合診療」を容認する合理的な理由はないと結論付けられる。

おわりに

日本医師会は、1997 年に医療構造改革構想を発表して以来、医療制度改革のあるべき方向性を示してきた。

その中で、今後の人口構造の変化等の環境、すなわち疾病に対する罹患率が高く、かつ疾病が長期化する傾向にある後期高齢者が増加し、総人口が減少を始める 2015 年前後（その後の「平成 14 年 1 月推計（中位推計）」によれば 2007 年には総人口の減少と後期高齢者の増加は同時進行）を見据えた制度改革の遂行を提言してきた。

その要となるのが、高齢者医療制度の創設であり、これを軸に種々の改革を推進するという基本的考え方を変えていない。

診療報酬体系改革に際しても、高齢者医療制度の創設を含めた医療保険制度の再編、医療提供体制の見直し等、医療全体のスキームを視野に入れた対応が求められていることを、関係者は強く認識しなければならない。

「長期療養者に対する新しい支払方式」の提案～要約版～

1. 現行の長期療養者に対する報酬体系（医療保険）の現状と課題

- 現行報酬は、人員配置基準毎に包括評価された（①入院基本料（検査、投薬、注射（一部除く）、一部の画像診断／リハビリ／処置 など）に、②体制整備や利用者特性（寝たきり度、痴呆度）に応じた加減算、③基本料に含まれない医療行為に対する出来高）が加えられた形で構成されている。

└ 体制評価が基本であり、利用者毎の差異の評価は不十分。そのため、重度な療養者を多く抱える医療機関ほど、人員を報酬評価以上に加配せざるを得ず、経営的にも苦しくなるといった矛盾をはらんでいる。
この問題を解決するためには、「療養者特性に応じた支払方式」の開発が必要。

2. 本研究の目的と開発過程

- 目的：慢性期の長期療養者に対する、療養者特性（ADL、認知能力、医療の必要性など）に応じた包括評価のあり方と同時に、医療機関の運営コストの適切な反映を図った診療報酬体系を具体的に提案すること。
- 開発過程（タイムスタディ調査、療養者の特性調査、経営実態調査）
 - 平成12年9-10月 プレ調査（2病院、4病棟、135人）
 - 平成13年3-4月 本調査（19病院、44病棟、2,067人）
 - 平成14年9月 試案に対するアンケート調査（回答201病院）

3. タイムスタディ/特性に関する調査結果

- 療養者1人あたりに提供されている1日当たりケア時間の状況（図表1参照）
 - ① 1日あたりに提供されていたケア時間の平均は 187.7分。
 - ② 187.7分の職種別内訳は、以下の通りであった。
 - 「看護／介護職員による総ケア時間」 168.4分（89.7%）
 - 「医師の医学的管理やPT等によるリハビリ等」 19.3分（10.3%）
 - ③ また、「看護／介護職員による総ケア時間」168.4分のうち、療養者の特性（ADL／痴呆の程度、問題行動の有無等）に依存する時間が約6割を占めていた。
 - 「療養者の特性（ADL等）に依存する時間」 97.8分（58.1%）
 - 「特性に依存せず、ほぼ均等に提供される時間」 70.6分（41.9%）
 - ④ 「療養者の特性に依存する時間」97.8分のうち、ADLケア時間（食事介助、入浴介助、排泄介助等）が62.2%を占めており、ADL状態がケア時間に大きく影響していた。また、痴呆の程度が重くなるとADLケア時間が、問題行動があるとその他の個別対応時間が延長していた。
 - 「ADLケア時間」60.8分（62.2%） ■「処置時間」13.6分（13.9%）
 - 「その他の個別対応時間」23.4分（23.9%）

4.経営実態に関する調査結果

■経営実態調査（回答 15 病院）

- ① 平成 12 年度の 15 病院の医業収入の平均は 2,157 百万円で、その内訳は以下の通りであった。
 - 「入院収入（医療）」 1,423 百万円（66.0%）
 - 「入院収入（介護）」 574 百万円（26.6%）
 - 「外来収入」 128 百万円（5.9%） ■「その他」 32 百万円（1.5%）
- ② 医業収入に対する費目別医業費用の割合をみると、「給与費（給与、法定福利費含む）」が医業収入の 52.7%を占めていた。そのほかでは、「経費」17.3%、「委託費」6.9%、「減価償却費」4.4%、「医薬品費」4.2%、「診療材料費」2.2%、「給食材料費」2.1%などであった。
- ③ 医業損益を常勤換算従事者数で割った「1 人当たり再生産費用」は 0.7 百万円であった。公共性の観点で類似した事業を展開しているライフライン産業では、「電力 9 社」5.6 百万円、「ガス 4 社」2.7 百万円であり、相対的に非常に低い水準であった。
- ④ 「在院報酬」を試算した結果、人員基準上の必要人員の費用は技術報酬で評価する場合で 1 日 1 人当たり 7,708 円であった。

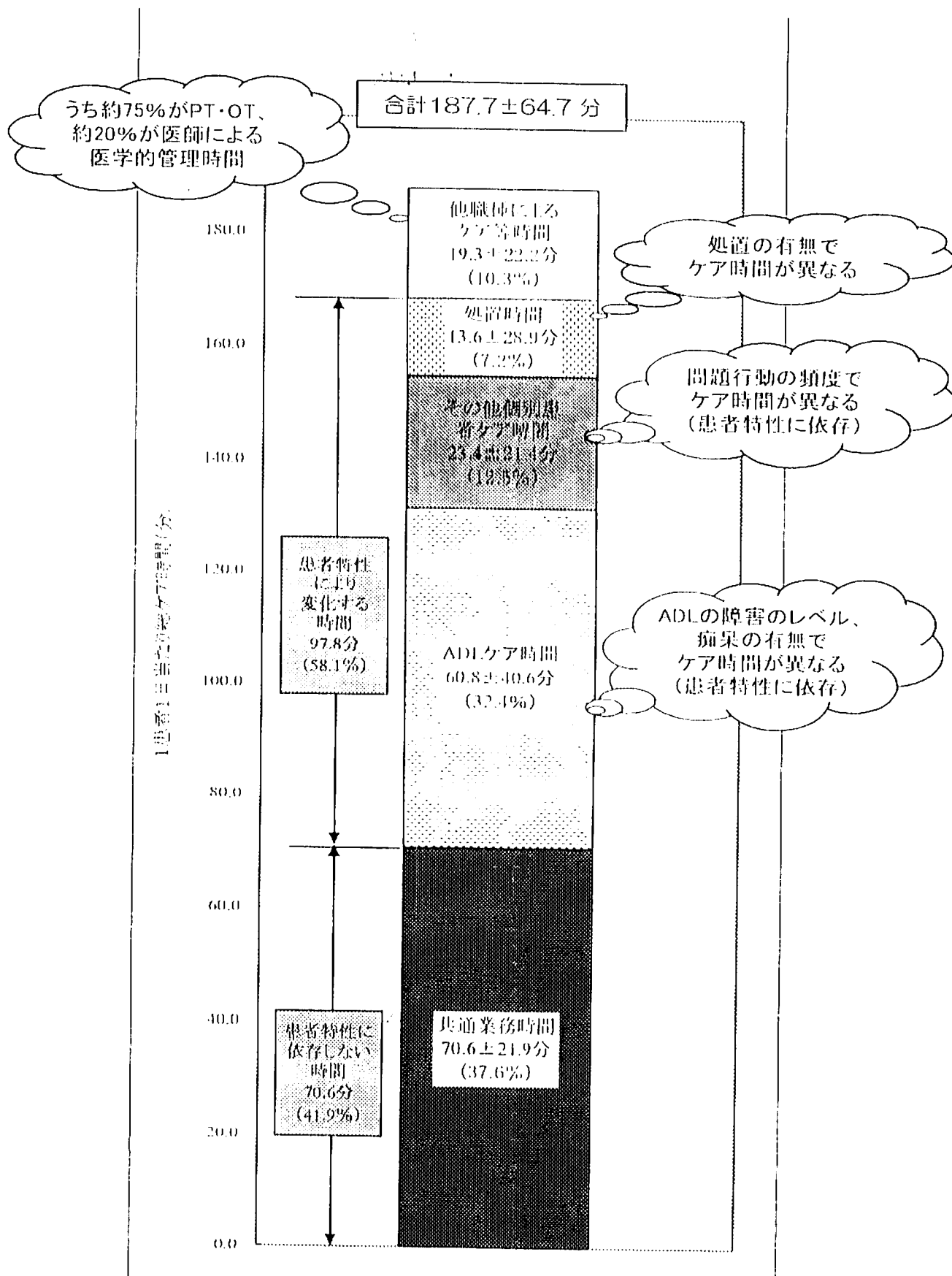
5.支払方式案に対するアンケート調査結果

■アンケート調査（回答 201 病院）

- ① 日医試案の基本的考え方や療養者の区分方法について現行方式と比較評価して頂いた結果、「日医案の方が妥当（妥当、おおむね妥当）」と回答された割合が約 8 割を、また、報酬体系を 3 区分（技術報酬、薬・材料報酬、在院報酬）に分類する方法に関しても「妥当」が約 8 割を占めていた。
- ② 報酬上、ADL を 3 区分に分類し、その上で、痴呆の程度に応じた痴呆加算（2 区分）、問題行動の領域数に応じた問題行動加算（2 区分）で構成する骨格に関しても「妥当」との評価が高かった。
- ③ 出来高と包括の範囲に関しては、
 - リハビリの回数に応じた減額をやめるべき
 - 高額な薬剤に関しては、一部出来高にして欲しい（抗癌剤など）などの意見があった。今後、投薬や注射、処置等の範囲の検討が必要。

以上の調査結果を踏まえた、新支払方式の骨格を図表 2 に示す。

図表 1. 1療養者1日当たりケア時間の構成割合



図表 2. 新支払方式の骨格図

(出来高部分:今後具体的な範囲の検討が必要)

■投薬:抗癌剤など ■注射:リソドボルギン、抗癌剤など ■処置:酸素療法など ■リハビリ、OT等による個別療育(同級による減額廃止) ■画像:単純X線撮影およびリソドボルギン以外の画像診断 ■手術等	
再生産費用	
処置基本加算 (包括処置のいずれが実施の場合、包括処置の薬剤料や特定保険医療材料は含む)	
問題行動加算Ⅰ(1領域のみ(5分相当)、または問題行動加算Ⅱ(2領域あり(20分相当))	
痲果加算 (①CPS≧3 →加算Ⅰ ②1≦CPS≦2 →加算Ⅱ)	痲果加算Ⅱ(CPS≧1) ■痲果加算Ⅰ:40分相当 ■痲果加算Ⅱ:10分相当
ADL分類Ⅰ (約20分相当)	ADL分類Ⅱ (約45分相当) ADL分類Ⅲ (約80分相当)
■患者特性に依存しない診断／治療／管理等に要する業務時間(技術報酬) (1)看護・介護職員の業務時間(1患者当たり1日70.6分) (2)医師、PT等の業務時間(PT等の集団療法に係る時間を含まず) (3)その他職種(薬剤師、検査技師等)の業務時間	
医薬品費、診療材料費	
在院コスト (下記範囲の場合、7,708円) (材料費)給食用材料費、給食外注費、 (人件費)マネジメント要員(院長、理事長、看護部長、事務長等)の人件費 栄養士、調理師等、事務員・労務員の人件費 および人的管理費 (物件費)建物等に関する減価償却費、物的管理費	

0 4 8 12 16 20 24

ADL得点

医療保険制度の安定的運営

～高齢者医療制度の創設～

～保険者の統合・再編の道筋～

医療保険制度の安定的運営

はじめに

現状の約 5,000 もの保険者間には、規模等において大きな格差が生じている。被保険者数が 100 人以下のところもあり、このような保険者においては、規模の利益を確保することが困難であり、財政が逼迫するものも無理はない。医療保険制度の安定的運営という視点に立ち、保険者の統合・再編を含む医療保険制度の将来像を描くことが必要である。

1984 年 8 月、自由民主党副総裁・幹事長・総務会長・政務調査会長と日本医師会長、日本歯科医師会長、日本薬剤師会長との間で、「医療保険制度の統合一本化を 5 年後に行う」旨の覚書が交わされた。

日本医師会の基本的スタンスは現在も変わることはなく、医療保険の保険者を統合・再編していくことに異論はない。

1. 保険者の統合・再編の前提

保険者の統合・再編の前に、行わなくてはならないことは、保険者のマネジメント責任の履行である。

具体的には、政管健保においては、現在解消の方向で議論が進んでいるが、社会保険病院の運営財源に保険料が使用されているなどの問題がある。国保については、所得捕捉という根源的な問題に加え、8,000

億円以上にも上る未収保険料の問題がある。組合健保については、赤字を出し続けながら運営を続ける病院や保養所等の問題がある。そして各保険者共通の問題として、企業会計原則に則った財務諸表の整備と迅速な公開が求められる。

医療保険全体を見渡した上で、これら保険者のマネジメント責任についても、政府の強い指導のもとで実施する必要がある。

2. 段階的実施の必要性

わが国の人口構造は、今後も少子高齢化傾向が持続し、総人口の減少と後期高齢者の増加を同時進行させていくことが予想される。生産年齢人口が減少し、ひとりの現役世代がみる後期高齢者数は、2007 年が 0.15 人であるのに対し、2035 年には 0.31 人となることが予測される（資料①）。このような人口動向予測をはじめとした、中期的な社会環境の変化を勘案した医療保険の制度設計が求められる。

日本医師会は、1998 年 9 月に 75 歳以上のすべての後期高齢者を加入者とする、独立型の高齢者医療制度の創設を提案している。

同制度は、都道府県あるいは広域市町村連合を保険者として、財源を公費 90%、加入者自身の保険料と自己負担を合わせて 10%程度とし、保障的色彩の強い制度設計とし、これを段階的に進める（資料②）。

併せて、74 歳以下の一般医療保険については、原則として保険料 80%、自己負担 20%程度の保険原理による運営を目指し、制度の活性化を図るというものである。

保険者の統合・再編に当たっては、これを一挙に推進することは実質的に不可能であり、上記の制度設計を念頭に置きながら、段階を踏んだ実現可能性の高い手法を採用しなくてはならない。

3. 保険者の統合・再編の先行モデルとしての高齢者医療制度の創設

前述のとおり、日本医師会が提案する高齢者医療制度は、疾病に対するリスクの高い年齢層で保険集団を構成することから、公費を重点的に投入する保障的色彩の強い制度としている。しかし、低い割合ではあるにせよ、加入者の保険料を財源としており、加入者数を多くし規模の利益を担保し得る方策をとることが望ましい。

このような視点から、保険者は広域市町村連合よりも都道府県とすることが適切である。さらに、保険者間の財政を調整するシステムを設置し、保険料や給付の公平性の担保を図る（資料③）。

このように、高齢者医療制度の創設を都道府県を保険者とする医療保険制度の先行モデルと位置づければ、一般医療保険制度における保険者の統合・再編の先鞭をつけることができる。

4. 一般医療保険制度における保険者の統合・再編

現行の保険者の統合・再編については、段階を経て地域保険へ統合していくが、高齢者医療制度の創設を推進していくことと平行し、第一段階として次のことを行う。

国保は同一都道府県内の国保間で、財政調整を実施するとともに、広域連合化を推進し、保険者の整理統合を図る。

被用者保険は、まず組合健保間で財政調整を実施するとともに、保険料率の平準化を推進し、保険者の整理統合を図る。

その際、国保、組合健保ともに、財政的視点から一定の規模の利益を確保し得る最低規模を定めるための指標を設定し、これを達成させていく必要がある。

次に第二段階として、同一都道府県内の国保と被用者保険間で財政調整を行うとともに、負担と給付の平準化を図る。

そして、第三段階として、各都道府県の国保、被用者保険を統合し、「地域保険」として統合していく（資料③）。

おわりに

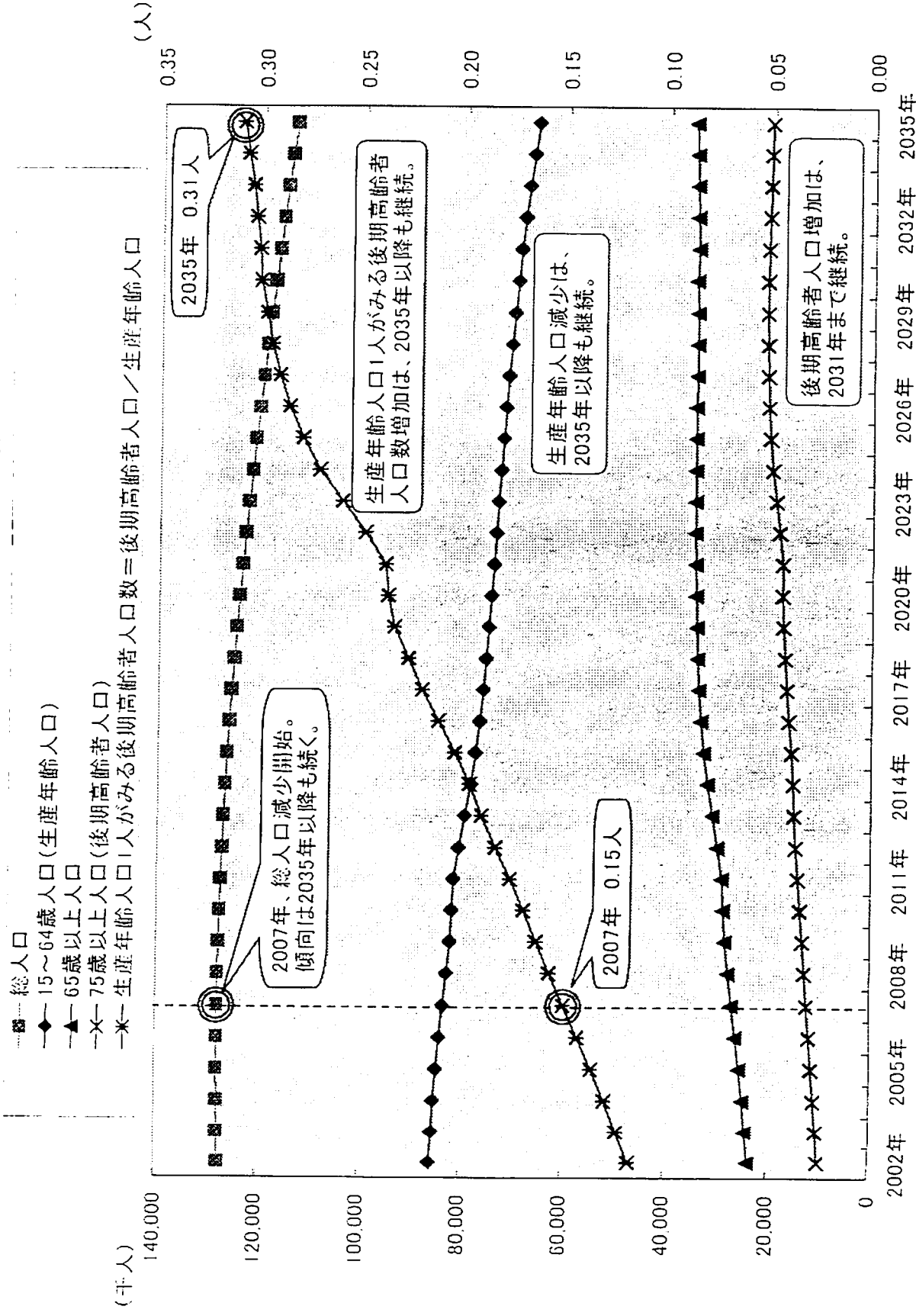
社会保障としての医療保険制度の設計において必要なことは、公平性と安定性であることは言うまでもない。このふたつを満たすためには、無理がない財政基盤を設定することが必要である。

つまり、社会的共通資本としての医療や介護の提供に係るコストを、国・地方自治体、家計（保険料の被保険者負担と一部負担）、事業主（保険料の事業主負担）との間でどのように、負担していくかということが重要なポイントとなる。

その際、高齢者と一般世代の保険制度を合わせて、全体の費用の中でどのような負担割合が妥当かを議論し、国民的合意を形成することが先決である。

年齢別人口の推移(2002年～2035年)

資料①



出典：『日本の将来推計人口 平成14年1月推計』(中位推計)

国立社会保障・人口問題研究所 編集 (財)厚生統計協会 発行

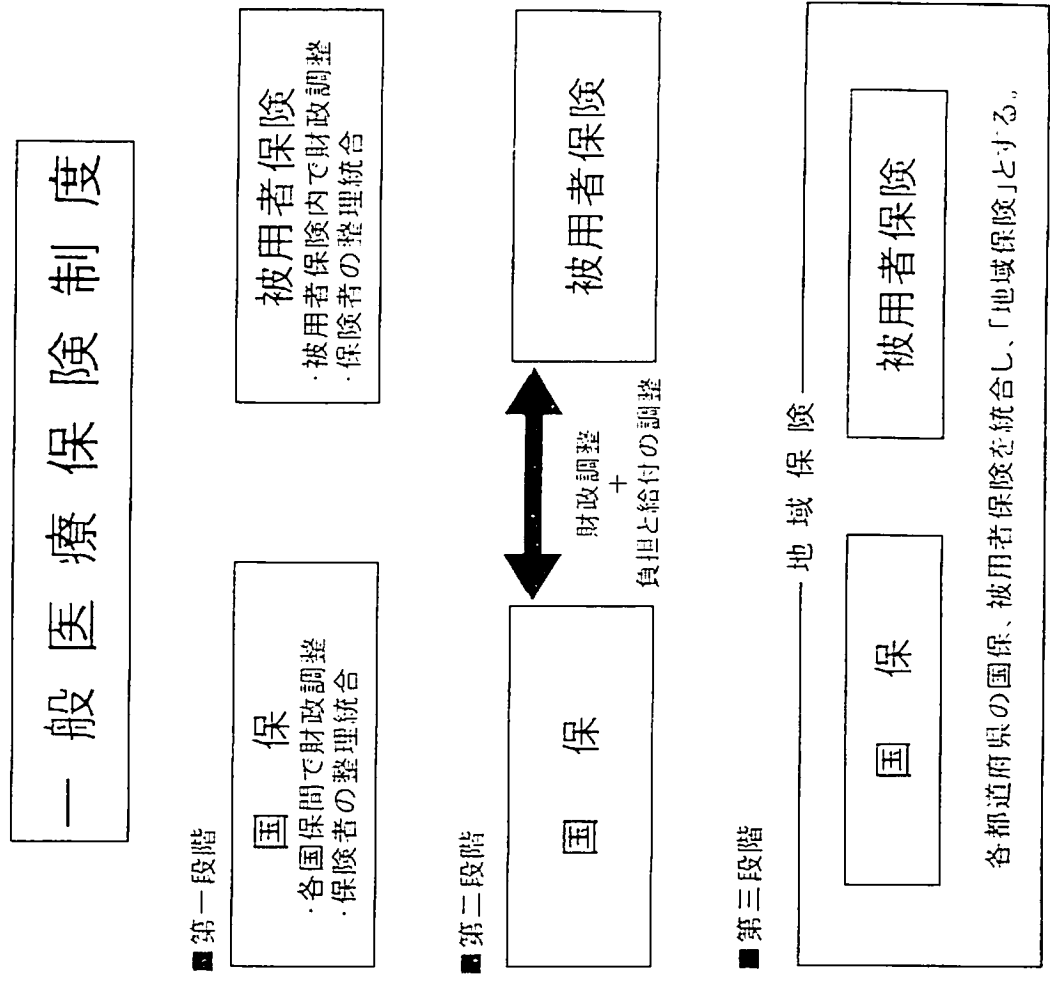
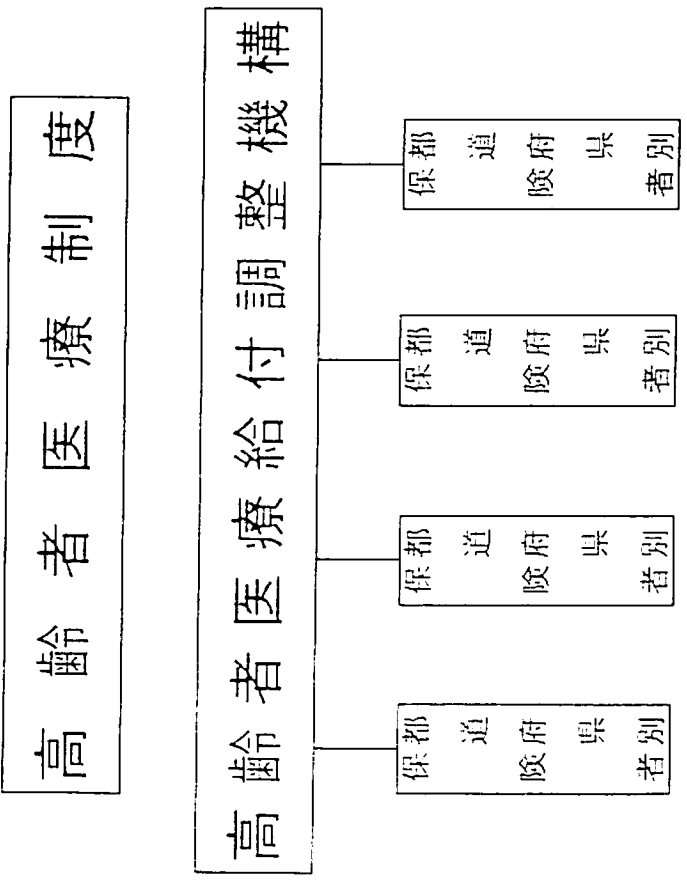
先行して実施する高齢者医療制度日医案の概要

項目	日医案
1. 制度設計	独立型高齢者医療制度の創設
2. 保険者	キーワード：独立，参加，介護，医療，自己実現，尊厳
3. 被保険者	都道府県あるいは広域市町村連合
4. 財源構成	75歳以上のすべての後期高齢者 (療養の長期化、寝たきり、痴呆等の発生度が高率化する年齢)
5. 財源の考え方	公費 90% 保険料+自己負担 10% ⇒保障原理の導入 ・ 公費は一般医療保険に投入されている分も含めて集中的に投入 ・ 将来の医療・介護全体（一般世代を含む）の財源負担割合を公費 35：家計 35：事業主 30に
6. 拠出金	廃止 ⇒ 一般医療保険財源へ
7. 医療費の抑制	合理的包括払い方式の導入⇒患者1人1日当りの伸び率を0.5%程度とする（除インフレ率）
8. 介護保険との関係	制度の統合
9. 終末期医療	「看取り」の医療に対する国民的合意形成
10. 一般医療保険	
● 財源	保険料 80% 自己負担 20% ⇒保障原理による運営
● 国保対策	但し70～74歳の被保険者に対する軽減措置を設ける 国家的な未収金回収対策
● 組合健保対策	市町村国保の広域化 財政調整機能強化 保険者の整理統合
11. 高齢者医療制度への経過措置	5年間の激変緩和措置

保険者の統合・再編と将来像

資料③

＊統合・再編の先行モデルとして実施



「医療保険制度の体系の在り方」 「診療報酬体系の見直し」について

(厚生労働省試案)

この試案は、先般の健保法改正法の附則第2条第2項において、平成14年度中に「基本方針」を策定することとされている

(1)保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方

(2)新しい高齢者医療制度の創設

(3)診療報酬の体系の見直し

について、厚生労働省において、広く各方面の議論に供するための「たたき台」としてとりまとめたものである。

平成14年12月17日
厚生労働省

I. 医療保険制度の体系の在り方について

1. 制度改革の目指すべき方向

(1)現状と課題

○現状

- ・我が国の医療保険制度は、地域又は職域を基礎とした保険者の分立を前提とする制度となっている。
- ・少子高齢化の進展による人口構成の変化、就業構造の変化等医療保険制度を取り巻く環境が変化してきている。また、経済環境が長期に低迷している。
- ・医療費には年齢、地域の医療提供の状況や受診の実態などによって差がある。

○課題

- ・保険者の規模が小さく安定性に欠けるものが増加している。
- ・各被保険者の保険料負担には差異があるが、これは、保険者間で年齢構成、所得、地域の医療の状況、保険者による努力などに相違があることが要因として考えられる。
- ・経済の伸びを大きく上回って増大することが見込まれている高齢者の医療費を支える老健拠出金等の増大が医療保険の財政を圧迫している。

(2)制度改革の方向

○基本的な考え方

- ・人口構成、就業構造などの構造変化に柔軟に対応し、経済状況とも均衡のとれた、安定的で持続可能な医療保険制度を構築する。
- ・医療保険制度を通じた給付の平等・負担の公平を図る。
- ・地域の実情に応じた質の高い効率的な医療を確保する。

○対応の方向

- ・保険者の財政的安定を確保するとともに、地域の医療提供のまとまりに見合った保険者となるよう保険者の再編・統合を進める。
- ・年齢や地域の医療提供の状況などによって差がある医療費について、不合理な格差を是正する。
- ・保険者の年齢構成や所得の相違に基づく保険料負担の差異を是正する。
- ・高齢者世代と若年者世代との負担の公平を図る。

○ 以上のような制度を通じた給付の平等・負担の公平を推進することによって、医療保険制度の一元化を目指す。

2. 保険者の再編・統合

(1)現状と課題

- 5000余りの数多くの保険者が分立し、年齢構成や所得に差異がある。
- 政管健保は約3600万人の加入者を抱える一方で、健保組合や国保では小規模、財政窮迫の保険者が存在している。
- このため、保険者の財政基盤の安定、保険者としての機能の向上を図っていく必要がある。
- 以上のような視点から各制度の課題をみると、
 - (1) 国保については、小規模国保が多数存在しており、財政基盤が脆弱であるほか、医療費や保険料負担に格差がある。
 - (2) 政管健保については、全国一本の制度となっているため、医療費の地域特性を反映した保険運営やきめ細かな被保険者サービスが困難となっている。
 - (3) 健保組合については、小規模で財政が窮迫している組合が多数存在している。

(2)基本的な方向

○保険者の再編・統合

- ・被用者保険、国保それぞれについて、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、保険者としての機能を発揮しやすくするため、再編・統合を進めていく。
- ・再編・統合に当たっては、

- (1) 保険者として安定的な運営ができる規模が必要であること
- (2) 各都道府県において医療計画が策定されていること
- (3) 医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること

を考慮すれば、都道府県単位を軸として保険者を再編・統合することが望ましい。

- こうした再編・統合により、保険者が地域の実情に応じ、保険者努力を反映した保険料の設定が可能となる。

(3)保険者の再編・統合の具体的方向

(1)国保

- ・市町村国保について、保険者規模の拡大による財政的な安定性の向上や保険料負担の平準化を図るため、都道府県を単位とする保険運営を推進する。
- ・当面、市町村国保においては、市町村合併や広域連合の推進等により、保健事業等の共同化や財政運営の広域化を推進する。
- ・地域保険である国保においては、保険料徴収等の事務は引き続き住民に身近な市町村において実施するが、保険者の新たな枠組みとしては、都道府県を保険者とするか、都道府県単位の公法人を保険者とする案が考えられる。
- ・国保組合については、小規模・財政窮迫の組合の再編・統合に資するよう、規制緩和等を進める。

(2)政管健保

- ・事業運営の効率性等を考慮し、保険者は現行の形態を基本としつつ、都道府県を単位とした財政運営を導入する。
- ・保険者間の財政調整に応じて現行国庫補助を見直し、その範囲内で、政管健保内で年齢構成や所得による保険料水準の差異を調整した上で、都道府県ごとの医療費を反映した保険料率を設定する。
- ・こうした仕組みについて、被用者保険の再編・統合の中で検討する。

(3)健保組合等

- ・既に大多数の組合が都道府県単位で活動している。
- ・小規模・財政窮迫組合の再編・統合に資するよう、規制緩和等を進める。
- ・再編・統合の新たな受け皿としての都道府県単位の地域型健保組合の設立を認める。
- ・全国展開健保組合で健全な運営が確保されているものは存続する。
- ・共済組合については、その自立性を尊重しつつ、保険者としての運営のあり方を検討する。

(4)保険者の再編成と地域における取組

【地域の実情を踏まえた取組】

- 保険者・医療機関・地方公共団体などの関係者が、都道府県単位で連携して地域の住民に対し質の高い効率的な医療を提供できるよう取り組む。
 - (1) 保険者・医療機関・地方公共団体が協議する場を設ける。
 - (2) 医療の地域特性の調査・分析・評価を行う。
 - (3) 医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画との整合性を図りつつ、医療費の適正化に向けて取り組むための計画を策定する。
- 当該計画の実施に当たり、住民の健康づくりや適切な受診、病床の機能に応じた効率的な利用の促進など、地域における取組に必要な措置に関し、国と都道府県の間で協議・検討を行う。

- 医療の地域特性に起因して生ずる医療費の地域差部分については、地域における適正化努力を促すような仕組みを導入する。

【保険者による取組】

- 再編された保険者は、レセプト点検等の取組を更に強化するとともに、被保険者相談、地域の医療サービス等に関する情報提供、保健事業を都道府県単位で共同して実施する。

3．新しい高齢者医療制度を含む制度改革

(1)現状と課題

- 少子高齢化の進展や就業構造の変化等により各保険者の年齢構成や所得に差異がある。
- 被用者保険と国保を比較した場合、現役世代の加入者は被用者保険に多いが、退職年齢の前後から、被用者保険から国保への移行が始まり、高齢者世代の加入者は国保が多いという状況になっている。
- 一人当たり医療費は、年齢が高くなるにつれて上昇しており、特に、60歳代から急激に上昇するため、一人当たり医療費の高い高齢者世代の多い国保における医療費の負担が大きくなっている。
- こうした構造による制度間格差が、近年の急速な少子高齢化や就業構造の変化により、一層顕著となってきたりしている。
- これまでは、老人保健制度や退職者医療制度による調整を行ってきたが、現行制度では、
 - ・ 制度運営の責任主体が不明確
 - ・ 現役世代の老健拠出金負担への不公平感

といった課題がある。

(2) 制度見直しの方向

(1)基本的な考え方

- 制度運営の責任主体が不明確な老人保健制度を廃止し、後期高齢者についても制度運営に責任を有する主体を明確にする。
- その際、個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持する。
- 「75歳以上の者に係る給付費の5割を公費負担とする」という原則を維持する。
- 中高年齢層と若年者の一人当たり医療費に相当の格差があり、その中高年齢層が国保に集中するという構造的な問題に対応するため、年齢構成に着目して制度間の調整を実施する。

(2) 2つの試案

(A)制度を通じた年齢構成や所得に着目した財政調整を行う案

ねらい

- 中高年齢層が国保に集中するという構造的な問題にとどまらず、少子高齢化や就業構造の変化など今後見込まれる構造変化にも柔軟に対応できる安定的な仕組みとする。
- 各保険者に負担の不均衡を生じさせる要因のうち、年齢構成や所得について保険者間で調整を行い、被保険者間の保険料負担の公平を図る。
- 年齢・所得調整によっても生じる保険料負担の格差は、地域の医療の実情や保険者努力を反映したものとなることから、保険者や地域における医療費の効率化も促す仕組みとなる。
- 各保険者が若年者から高齢者まで一貫して保険給付を行うことにより、制度運営の責任主体が明確となる。

具体的内容

○ 保険者

- ・ 現行の被用者保険、国保という加入関係を維持し、高齢者はそれぞれの保険者に所属する。

○ 制度間の年齢調整

- ・ 年齢構成の差異により生じる医療費負担の差異を全年齢にわたり全保険者間で調整する。
- ・ 各保険者の年齢構成が我が国全体の年齢構成と同じであった場合に負担することとなる医療費と当該保険者の実際の年齢構成による医療費との差額を各保険者間で調整する。

○ 制度内での所得調整

- ・ 国保、被用者保険それぞれの制度内において、所得に着目した調整を実施する。

* 国保については、国庫負担 5 割を基本的に維持し、調整交付金を活用して保険料水準を調整する。なお、市町村国保との財政力の均衡を図る観点から、国保組合の国庫助成の在り方について検討する。（B 案について同じ）

* 被用者保険については、所得の差異により生じる保険料率の差異が解消するよう、総報酬全額を基礎に各保険者間で調整する。（これに伴い、現行の政管健保の国庫補助を廃止する。）

- こうした措置の導入に伴い、退職者医療制度は廃止する。

(B)後期高齢者に着目した保険制度を創設する案

ねらい

- 医療費が高く、保険者間の年齢構成の不均衡（偏在）が顕著に現れ、かつ、そのほとんどが職域を離れ地域を中心として生活しているという実態がある後期高齢者（75 歳以上）に着目した対応を行う。
- 後期高齢者の自立を基本として、一人ひとりに応分の保険料負担を求めることにより、高齢者世代内の負担の公平を図る。併せて、わかりやすい形で高齢者と若年者の世代間の負担の公平を図る。
- 後期高齢者の疾病特性、生活実態、地域の実情に応じた医療が実施しやすい仕組みとなる。
- 全ての後期高齢者を対象とした制度を設けることにより、高齢者医療を担う制度運営の責任主体が明確となる。

具体的内容

○ 保険者

- ・ 後期高齢者に係る医療を担う保険者は国保と同様とする。

○ 保険料

- ・ 後期高齢者一人ひとりについて、受益や所得等に着目して、一定の保険料負担を求める。

○ 制度間の調整等

- ・ 後期高齢者自らの保険料負担に加え、被用者保険と国保の各制度から加入者数に応じた新たな支援措置を組み合わせる。
- ・ 退職者医療制度を存続する。併せて、75歳未満の中高齢層が国保に偏在するという問題への対応や国保の低所得者についての費用負担の在り方について検討を行う。

4．制度改革の手順・時期

- (1) 今年度中に策定することとされている「基本方針」の策定後、概ね2年を目途として改革に着手する。それまでの間においても、可能な限り保険者の再編・統合を推進する。
- (2) 14年度改革における「高齢者医療の対象年齢引上げ（75歳以上）と公費負担の重点化（給付費の5割）」の姿が完成した段階において、改革の実現を目指す。

II．診療報酬体系の見直しについて

1．基本的考え方

(1) 現状と課題

- 現行の診療報酬体系は、昭和33年に新医療費体系として構築された。その基本的特徴は診療行為ごとの出来高払いであるが、その後40年以上が経過し、累次の改定を経る中で、点数項目は大幅に増加、複雑化し、国民に分かりにくいものとなっているとともに、現行体系には、以下のような課題が存在している。
 - (1) 出来高払いは個々の診療行為にきめ細かく対応できる一方、検査、投薬等の量的拡大の誘因が働きやすい
 - (2) 医療技術の評価や医療機関の運営コスト等の適切な反映が必ずしも十分になされてきていない
 - (3) 医療の質や効率性の向上についての評価が必ずしも十分ではない
- また、診療報酬体系は、平均在院日数が長く、医療機関の機能分化が十分に進んでいないなど、我が国の医療提供体制が指摘されている課題にも影響を及ぼしており、医療提供体制の重点化・効率化の観点からの見直しが必要である。
- さらに、少子高齢化の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、医療保険制度の安定性や持続可能性の確保に寄与しつつ、患者のニーズの多様化や医療技術の高度化に的確に対応するとともに、生活習慣病等の重症化予防に資するような診療報酬体系を目指していくことが課題である。

(2) 改革の基本的視点

- 診療報酬体系については、患者の視点から質が高く効率的な医療が提供されるよう、次のような基本的視点に基づき見直しを進める。
その際、診療報酬の評価に係る基準・尺度の明確化を図り、国民に分かりやすい体系を目指す。

(1)医療技術の適正な評価

医療技術の適正な評価を推進し、医療の質を重視した体系

(2)医療機関の運営コスト等の適切な反映

医療機関の運営コストや機能が適切に反映され、医療資源が適切に配分される体系

(3)患者の視点の重視

患者の視点を重視する観点から、医療に係る情報提供を推進するとともに、患者の選択を重視した体系

2. 改革の基本的方向

- 診療報酬体系については、(1)医療技術の適正な評価を重視した、診療行為別の評価（ドクターフィー的要素）と(2)医療機関の運営コストや機能の適切な反映を重視した、入院医療の総合的な評価（ホスピタルフィー的要素）に再編し、これらの適切な評価を推進する。

（１）医療技術の適正な評価

（難易度・時間）

- 医療技術については、医療技術の適正な評価等の観点から、出来高払いを基本としつつ、「難易度」、「時間」等を踏まえた評価を進める。
 - ・ 「難易度」：手術料等について、当該技術を行うために必要となる専門領域における医師の経験年数等を勘案して評価を見直し
 - ・ 「時間」：初診、指導管理等について、時間の要素の導入を検討

（技術力）

- 医療の質の適正な評価等の観点から、手術の症例数や医療従事者の専門性等を施設基準に反映させるなど、「技術力」を反映した評価を進める。
 - ・ 技術、経験の集積による医療の質の向上

（重症化予防、生活指導等）

- 高脂血症、高血圧、糖尿病等の生活習慣病等の重症化予防を重視する観点から、生活習慣等に関する総合的な指導、重症化予防等に係る医療技術の評価を進める。

（医療技術の再評価）

- 医療技術の進歩や治療結果等を踏まえ、費用対効果の観点も含め、医療技術の再評価を進める。

- ・技術の新陳代謝の促進、より効果的・効率的な技術の普及

（２）医療機関の運営コスト等の適切な反映

- 医療機関の運営コスト等に関する調査・分析を進めつつ、入院医療について現行の人員配置等に着眼した評価方法を見直し、疾病の特性や重症度、看護の必要度等を反映した包括評価を進めるとともに、医療機関の機能の適正な評価を進める。

(1)疾病の特性等に応じた評価

（急性期入院医療）

- 急性期入院医療については、疾病の特性や重症度を反映した診断群分類による包括評価の実施に向けて検討を進める。特定機能病院等については平成15年度から包括評価を実施する。

（慢性期入院医療等）

- 慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力（ADL）、看護の必要度などに応じた包括評価を推進するとともに、介護保険との役割分担の明確化を図る。
- 回復期リハビリテーション、緩和ケア等については、疾病の特性を踏まえた包括評価を推進する。

（その他）

- このほか、救急医療、小児医療、精神医療、在宅医療等について、医療の特性、患者の心身の特性や生活の質（Quality of Life）の重視等を踏まえた評価を進める。

(2)医療機関の機能に応じた評価

（入院）

- 入院医療については、平均在院日数、臨床研修機能、専門的医療、地域医療支援機能等の医療機関の機能に着目した、適切な評価を進める。

（外来）

- 大病院の外来医療については、専門的な外来診療の機能や紹介・逆紹介、医療機器の共同利用などを重視した評価を進める。
- 診療所及び中小病院の外来医療については、地域住民の初期診療、患者への継続性のある医学的な管理・指導、在宅医療等のプライマリケア機能等を重視した評価を進める。

（３）患者の視点の重視

(1)情報提供の推進

- 患者の選択に資する観点から、医療機関の施設基準や機能等に関する情報、診療・看護計画等の情報の提供を推進する。

(2)患者の選択の重視

- 患者ニーズの多様化や医療技術の高度化を踏まえ、特定療養費制度の拡充を含めた見直しを行うなど、患者の選択によるサービスの拡充を図る。

(4) その他

(1)歯科診療報酬

- 歯科診療報酬においても、上記を踏まえ必要な見直しを行い、特に、歯科診療所と病院歯科における機能や連携に応じた評価、齲蝕や歯周疾患等の重症化予防、地域医療との連携を重視した在宅歯科医療等の評価を進める。

(2)調剤報酬

- 医薬品の適正使用の推進の観点から、情報提供や患者の服薬状況の把握など、保険薬局の役割を踏まえた評価を進める。

(3)薬価・医療材料価格制度等

- 薬価算定ルールの見直しについて検討を行う。
- 画期的新薬について適切な評価を推進するとともに、後発品の使用促進のための環境整備を図る。
- 医薬品等に係る保険適用及び負担の在り方について検討を行う。
- 医療材料価格について、引き続き、内外価格差の是正を進める。
- 医薬品、医療材料、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を進める。

3．改革の手順

- 上記の改革については、次期診療報酬改定より、逐次、実施を図る。

III．今後の議論

- 今後、医療保険制度の体系の在り方及び診療報酬体系の見直しについて、各方面の御意見も伺いながら、平成14年度中に政府として基本方針を策定することとしている。
- また、先般の健保法改正法附則第2条に規定されている医療及び医療に要する費用に関する情報の収集、分析等の体制の整備、保険給付の内容及び範囲の在り方などの課題についても引き続き検討を行い、医療制度の改革を総合的に推進する。

財政試算

案	試算の前提
A 案	制度を通じた年齢構成や所得に着目した財政調整を行う案 (制度間の年齢調整) - 全保険者間で全年齢にわたる年齢構成の違いによる給付費負担の格差を調整 - 全保険者の平均給付費を使用 (被用者保険制度内での所得調整) - 各被用者保険者間で、所得の差異により生じる保険料率の差異を総報酬を基礎に調整（これに伴い現行の政管健保の国庫補助は廃止） - 被用者保険の平均給付費を使用 こうした措置の導入に伴い、退職者医療は廃止
B 案	後期高齢者に着目した保険制度を創設する案 (75 歳以上の高齢者医療制度の創設) - 保険料 : 給付費の 10 % - 公費 : 給付費の 50 % - 高齢者医療制度への各制度からの支援 : 給付費の 40 % (各制度の加入者数に応じて負担) 退職者医療制度は存続

○基礎数値

「社会保障の給付と負担の見通し」（平成 14 年 5 月）を基礎として推計

- 加入者数は将来推計人口（社会保障・人口問題研究所）を用いて年齢階級別に推計
- 1 人当たり医療費の伸び率は過去 5 年間の平均（一般医療費 2.1 %、老人医療費 3.2 %）と同じと仮定して推計
- 1 人当たりの総報酬は伸び率が過去 5 年間の平均（1 %）と同じと仮定して推計

A 案の財政影響（平成 19 年度満年度）

(1)現行制度

	政管健保	健保組合	共済組合	市町村	医療保険計
所要保険料（兆円）	6.2	5.4	1.8	4.2	18.2
加入者数（万人）	3,600	3,000	900	4,700	12,700
加入者 1 人当所要保険料（万円）	17.1	18.0	19.8	9.0	14.3

医療保険制度全体の国庫負担 8 . 3 兆円、地方負担 2 . 1 兆円。

(2)年齢・所得調整後

	政管健保	健保組合	共済組合	市町村	医療保険計
所要保険料（兆円）	5.4	5.8	2.2	4.2	18.0
加入者数（万人）	3,600	3,000	900	4,700	12,700
加入者 1 人当所要保険料（万円）	14.7	19.1	23.7	9.0	14.2

医療保険制度全体の国庫負担 8 . 5 兆円、地方負担 2 . 1 兆円。

(2) - (1) 財政影響

	政管健保	健保組合	共済組合	市町村	医療保険計
所要保険料（兆円）	▲ 0.9	0.3	0.4	▲ 0.0	▲ 0.2
加入者 1 人当所要保険料（万円）	▲ 2.4	1.1	3.9	▲ 0.0	▲ 0.2

医療保険制度全体の国庫負担 + 0 . 2 兆円、地方負担 + 0 . 0 兆円。

（参考）

年齢調整による財政影響（老人保健制度及び退職者医療制度の廃止による影響を含む）

	政管健保	健保組合	共済組合	市町村	医療保険計
所要保険料（兆円）	▲ 0.7	▲ 0.2	▲ 0.2	▲ 0.0	▲ 1.1
加入者 1 人当所要保険料（万円）	▲ 1.9	▲ 0.7	▲ 1.7	▲ 0.0	▲ 0.9

医療保険制度全体の国庫負担 + 1 . 1 兆円、地方負担 + 0 . 0 兆円

所得調整による財政影響

	政管健保	健保組合	共済組合	市町村	医療保険計
所要保険料（兆円）	▲0.2	0.5	0.5	-	0.9
加入者1人当所要保険料（万円）	▲0.5	1.8	5.6	-	0.7

医療保険制度全体の国庫負担 ▲ 0 . 9 兆円（政管健保国庫補助廃止による影響）

B 案の財政影響（平成 1 9 年度満年度）

(1) 現行制度

	（ 7 5 歳未満 ）				（ 7 5 歳以上 ）	医療保険計
	政管健保	健保組合	共済組合	市町村	高齢者	
所要保険料（兆円）	6.2	5.4	1.8	3.5	0.8	18.2
加入者数（万人）	3,500	2,900	900	3,700	1,300	12,700
加入者1人当所要保険料（万円）	17.8	18.4	20.5	9.4	6.3	14.3

高齢者の所要保険料については、各制度の所要保険料のうち高齢者が負担することとなる分を推計。
一般制度は 7 5 歳以上の高齢者に係る分を除いている。

医療保険制度全体の国庫負担 8 . 3 兆円、地方負担 2 . 1 兆円。

(2) 高齢者医療制度創設後

	（ 7 5 歳未満 ）				（ 7 5 歳以上 ）	医療保険計
	政管健保	健保組合	共済組合	市町村	高齢者	
所要保険料（兆円）	5.9	5.2	1.8	4.2	1.1	18.7
加入者数（万人）	3,500	2,900	900	3,700	1,300	12,700
加入者1人当所要保険料（万円）	17.0	17.8	19.6	11.2	8.7	14.6

医療保険制度全体の国庫負担 7 . 9 兆円、地方負担 2 . 0 兆円。

(2) - (1) 財政影響

	（ 7 5 歳未満 ）				（ 7 5 歳以上 ）	医療保険計
	政管健保	健保組合	共済組合	市町村	高齢者	
所要保険料（兆円）	▲0.3	▲0.2	▲0.1	0.6	0.3	0.4
加入者1人当所要保険料（万円）	▲0.7	▲0.7	▲0.9	1.7	2.4	0.3

医療保険制度全体の国庫負担 ▲ 0 . 4 兆円、地方負担 ▲ 0 . 0 兆円。

2003.1.16

日本医師会

厚生労働省試案

「医療保険制度の体系の在り方について」の問題点

1. 制度改革推進のプロセスについて

- 厚生労働省試案においては、医療保険制度の統合再編と高齢者医療制度の創設の時間的プロセスや相互の関係が明確ではない。
- 実現可能性という視点からも、何を優先させるのかを明確にすべき。

2. 制度設計の非現実性

- 組合健保間、政管健保と組合健保間、市町村国保間、市町村国保と国保組合間では、保険料負担が大幅に異なる。また、保険料の賦課方法も被用者保険と国保では大きく異なる。
- このような現実を無視して、一気にリスク構造調整を図ることは非現実的である。

3. 財源負担構成における客観的根拠の欠如

- 高齢者医療制度と一般医療保険制度を合わせた、制度全体での適切な財源負担構成のあり方について、まったく言及していない。
- 公的医療保険としてのあるべき医療費規模について言及しておらず、社会保障としての医療保険制度がどうあるべきかという基本的政策理念が欠落している。

2003.1.16

日本医師会

厚生労働省試案

「診療報酬体系の見直しについて」の問題点

1. 診療報酬における政策誘導の問題

- ① 平均在院日数：環境整備の遅れによる短縮化に伴う問題
- ② 手術症例数等による施設基準：わが国における検証と研究の欠落
- ③ 例示はないが、質の向上・効率化に名を借りた各種減算措置：罰則
とも言える減算措置の問題

2. 保険給付の範囲縮小の問題

- ① 患者の選択に名を借りた、無原則な特定療養費制度の拡大
- ② 医薬品に係る保険適用の縮減

3. 根拠に基づかない評価の問題

- ① 医師の経験年数等の勘案：検証研究・調査が皆無
- ② 診断群分類による包括評価：試行調査結果の客観的分析評価が必要
- ③ 後発品の使用促進：促進策の具体的方法の欠落