

福岡県医発第2093号(保)
平成16年 2月27日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関 原 敬次郎



医療保険制度検討会議答申書について

標記答申書が、日本医師会より別添のとおり送付してまいりましたので、ご参考までに1部お送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 友清 明

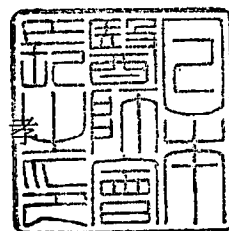




日医発第 921 号 (保 168)
平成 16 年 2 月 19 日

都道府県医師会長 殿

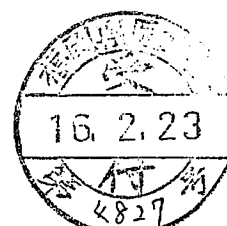
日本医師会長
坪 井 栄 孝



医療保険制度検討会議答申書の送付について

平成 16 年 2 月 13 日、本会医療保険制度検討会議より本職に対して答申書が提出され、2 月 17 日の理事会において担当役員よりその内容が報告されました。

つきましては、ご参考までに本答申書を 1 部お送りいたしますので、ご査収くださいますようお願い申し上げます。



診療報酬体系の考え方

～ あるべき体系の構築に向けて ～

平成 16 年 2 月

日本医師会
医療保険制度検討会議

日 本 医 師 会 長
坪 井 栄 孝 殿

医療保険制度検討会議は、平成 14 年 6 月 13 日に貴職より諮問のありました「医療保険制度改革に向けて - とくに日本医師会の診療報酬体系の考え方」について鋭意検討を重ねてまいりました。

平成 15 年 2 月、基本的な方針を中間報告として提出いたしましたが、その後の議論を踏まえ、今般、あるべき診療報酬体系の具体化に向けた意見を取りまとめましたのでここに答申いたします。

平成 16 年 2 月

医療保険制度検討会議
議長 小 谷 秀 成

医療保険制度検討会議 委員

議長 小 谷 秀 成
(平 15.5.14 議長就任)

議長 植 松 治 雄
(平 15.3.31 退任)

副議長 遠 藤 久 夫

委員 梅 田 俊 彦

委員 岡 谷 恵 子

委員 柏 木 明

委員 唐 澤 祥 人

委員 鈴 江 襄 治

委員 長 瀬 清

委員 久 野 梧 郎

委員 藤 森 宗 徳

委員 宝 住 与 一

委員 横 倉 義 武

(議長、副議長以外は五十音順)

目 次

はじめに	1
1．あるべき診療報酬体系の前提条件	1
（1）現状医療費の実態と財源の確保	1
（2）適正な医療費規模	3
（3）財源確保の方法	5
2．診療報酬体系見直しの視点	7
（1）一般系統について	7
1）診療報酬上の評価の区分	7
2）技術評価の視点	8
3）再生産費用	14
（2）特定系統について	15
3．予防給付の導入	16
（1）予防の分類	16
（2）一次予防の保険給付化	17
おわりに	18

別添資料

診療報酬体系の考え方 ～ あるべき体系の構築に向けて ～

はじめに

平成 14 年 7 月に成立した健康保険法等の一部を改正する法律の附則第 2 条第 2 項には、医療保険制度および診療報酬体系の見直しについて、政府として同年度中に具体的内容や年次計画を明らかにした基本方針を策定することが明記された。平成 15 年 3 月に閣議了承された「基本方針」はこれを受けたものである。

現在、「基本方針」に示す項目に沿って、中央社会保険医療協議会（中医協）で議論が行われているところであるが、平成 16 年度診療報酬改定ですべてを具体化することは現実的ではない。合理的かつ説明可能な診療報酬体系の構築に向けて、慎重な審議を重ね、徐々に具体化していくことが妥当な方法であろう。

本検討会議中間報告（以下「中間報告」という。）で診療報酬体系の見直しに対する基本方針を示した。本答申では、診療報酬体系の見直しに向けて、その前提条件を含め、具体化に向けた課題と指標を示す。

1．あるべき診療報酬体系の前提条件

(1) 現状医療費の実態と財源の確保

最近の医療費動向を見てみると、平成 14 年度の保険医療費（公費負担医療を含む）は、約 30.2 兆円で対前年度 0.7% 減となっている。¹

¹ 平成 14 年度医療費の動向（厚生労働省保険局）から引用。医科、歯科、調剤、訪問看護療養費の合計値で、対象となるのは被用者保険、国民健康保険、老人医療、および生活保護等の公費負担医療である。

介護保険制度が導入された平成 12 年度を除き、過去 10 年間、年率平均 4%程度で伸びていた保険医療費は一転マイナスに転じた。その背景には、診療報酬の 2.7%引下げ、患者負担増を中心とした制度改革と経済不況による受診控え傾向など、複合的要因が絡んでいるものと思われる。この医療費動向は、医業経営に大きな影響を与え、平成 14 年の病院、診療所の経営は、前年に比べ大きく減収・減益となった。²

医療は、労働集約型の産業であり、かつ医療機関は医療法で人員標準が規定されている。医療サービスの多くは人の手によるものであり、医療の安全性や質を維持・向上させるためには、人員の削減は不可能である。また、徒に削減を推し進めようとするれば、厚生労働大臣の定める施設基準要件を欠く事態も起こりかねない。

このような状況の中で、現状の医療費動向が続けば、医業経営の継続性が困難になり、地域医療提供体制の空洞化を招来し、地域住民の健康に重大な影響を及ぼすおそれがある。

「中間報告」でも述べたとおり、国民の健康・生命を守るという視点に立ち、医業の存続と再生産、すなわち地域医療提供体制の存続と発展を可能とする財政的措置の早急な実現が求められる。

一般的に医療費は、すべてが医療機関や調剤薬局の収益と捉えられがちだが、これらは医療機関等を通じて、製薬メーカー、医薬品卸、医療機器メーカー、登録衛生検査所など、多くの医療関連産業に流れていく。

平成 12 年度の国民医療費のうち、病院・診療所の一般診療医療費は約 24 兆円³であるが、そのうち、48%に当たる 11.7 兆円が関連産業に支出されていく。労働集約型産業に属する病院・診療所の人件費には 12 兆円（50%）が費やされ、再生産のために残るのは、税金の支払を含んでわずか 0.3 兆円（2%）

² 緊急医業経営実態調査結果（日本医師会）

³ 被用者保険、国民健康保険、老人医療費に加え、生活保護などの公費負担医療、労災、公害、自費診療等を含めた医科診療費を指す。

に過ぎない。⁴

ちなみに、平成 13 年 6 月中医協医療経済実態調査における一般病院（890 ケ所）の医業収支差は - 1.5% である。これに対し、他の医療関連産業の平成 12 年度決算における売上高経常利益率は、製薬メーカー 394 社で + 8.3%、うち大手 15 社では + 17.5%、医薬品卸 124 社で + 0.8%、医療機器メーカー 739 社で + 4.9% 等となっている。

以上のように、医療関連産業全体という視点で捉えたとき、現状の医療費配分は著しくバランスを欠いていると言わざるを得ない。このアンバランスを是正するためには、診療報酬体系の見直しの中で、「技術」を適正に評価する体系に変えることが必要である。

(2) 適正な医療費規模

財政的な措置を図る際に、30.2 兆円という現行医療費の規模が妥当なものであるかどうかを検証する必要がある。

検証の手法として、まず医療費の国際比較を用いる方法が考えられる。“OECD HEALTH DATA 2003” から、平成 12 年（2000 年）時点の医療費の対 GDP 比をみてる。（図表 1 参照）

わが国の対 GDP 比医療費は、7.6% で 30 か国中 18 位となっている。つまり、経済力に比して、医療費の規模は決して高い位置にはないことがわかる。さらに、高齢化率が高い（疾病に対するリスクが高い集団をより多く抱えていることを意味する）わが国の現状を考慮すれば、対 GDP 比医療費は、実質的にはさらに低いと言ってもよい。

データにおける医療費の定義が各国によって必ずしも一定でないとしても、このような視点から適切な対 GDP 比医療費を設定し、中期的な視野で財源確保の道筋をつけていくことも必要である。

⁴ 医療財政分析「医療産業の経営実態 - 2001 年度決算から - 」（日医総研）

図表1 OECD諸国の対GDP比国民医療費および高齢化率の比較

国	対GDP比国民医療費1)		高齢化率2) (%)
	順位	(%)	
アメリカ	1	13.1	12.3
スイス	2	10.7	16.0
ドイツ	3	10.6	16.4
ギリシャ	4	9.4	17.6
フランス	5	9.3	16.0
カナダ	6	9.2	12.6
アイスランド	7	9.1	-
ポルトガル	8	9.0	15.6
オーストラリア	9	8.9	12.3
ベルギー	10	8.7	17.0
オランダ	11	8.6	13.7
スウェーデン	12	8.4	17.4
デンマーク	13	8.3	15.0
イタリア	14	8.2	18.1
ニュージーランド	15	8.0	-
オーストリア	16	8.0	15.6
ノルウェー	17	7.7	15.4
日本	18	7.6	17.3
スペイン	19	7.5	16.8
イギリス	20	7.3	15.9
チェコ	21	7.1	15.8
ハンガリー	22	6.7	-
フィンランド	23	6.7	-
アイルランド	24	6.4	-
韓国	25	5.9	-
スロバキア	26	5.7	-
メキシコ	27	5.6	-
ルクセンブルク	28	5.6	-
トルコ	29	-	-
ポーランド	30	-	-

注: 高齢化率とは、全人口に占める65歳以上人口の割合を示す。

1) OECD HEALTH DATA 2003 Gross domestic product - /capita, による。

2) 日本のデータは、「社会保障統計年報(平成14年度版)」(国立社会保障・人口問題研究所)による。

海外のデータは、UN, World Population Prospects: the 2002 Revisionによる。

いずれにしても、医業の再生産に充てられる財源が、医療費のわずか2%という現状は適正な水準とは言えないだろう。

高齢化の伸展、医療の技術の進歩、医療安全の確保など、医療提供費用の確実な上昇が見込まれる中で、これ以上の医療費圧縮政策が続けば医療の質の低下や医療提供体制および国民医療の破綻をもたらしかねない。

医療は国民の基盤である健康や生命を守るために存在する「公共財」⁵と捉えることができる。公共財は、常に安定的に

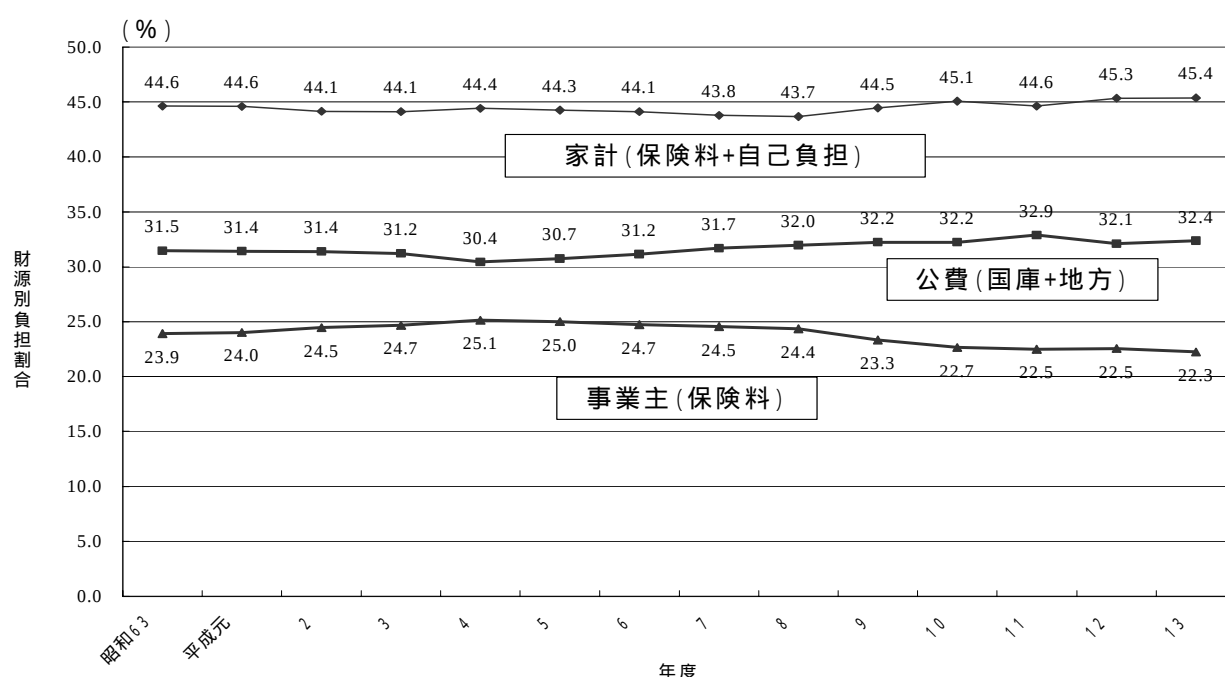
⁵経済学で定義する公共財とは非排除性が非競合性をもつ財・サービスを指す

国民へ提供されなければならない。そのためには、国民皆保険制度を維持し、医療技術の進歩等に対応する医療提供体制の整備という視点が必要不可欠であるという認識を、政府、財界、労働界、保険者、そして広く国民の間に醸成させていく必要がある。

(3) 財源確保の方法

財源問題を検討するに当たり、現状の医療費財源の構成を概観してみる。(図表2 参照)

図表2 国民医療費における財源負担構成の推移



出典：国民医療費(厚生労働省)

保険料の被保険者負担と患者自己負担を合算した「家計負担」の比率が平成13年度で45.4%と、財源の半分に達しようとしているのに比べ、事業主負担はその約半分の22.3%にとどまっている。

1/3 ずつ均等に負担していくことが妥当かどうかは十分な議論が必要であるが、少なくともこのような極端なアンバランス

が、ここではより一般的に社会の共通財産という意味で使用する。

スは是正されなければならない。

今後、具体化に向けて議論が進む高齢者医療制度や保険者の統合・再編を勘案しながら、制度全体としてのあるべき財源負担構成について共通の理解を持つことが必要である。

公費財源については、日本国憲法第 25 条に示す、国民の生存権と国の社会的使命を引用するまでもなく、国家の責任として、社会保障としての医療を充実させることが必要であろう。

その具体策については、平成 15 年度の国家予算ベース（一般会計と特別会計を連結）で、特殊法人等へ流れる補助金の廃止や国家公務員の人件費および経費の削減によって、10 兆円を超える費用の捻出が可能という研究結果もあり⁶、優先して実施すべき方法と考えられる。

また、新たな税収による財源確保については、消費税の引上げと目的税化も検討の余地はあろうが、現在の社会経済状態からすれば、全体の消費をさらに低迷させる懸念もある。

このような状況を勘案すれば、たばこ税の引上げにより財源を確保し、その使途を医療に特化する方法なども具体的に検討すべきであろう。喫煙者自身が健康に対するリスクを認知しながら嗜好していることから、医療への使用は比較的国民的合意が得られやすいものと考えられる。

さらに、平成 15 年度の国家予算（一般会計）においては、生活保護などの公費負担医療を除く医療給付⁷に 6.6 兆円が計上されているのに対し、公共事業には 8.1 兆円が計上されている。道路などのインフラ整備の必要性を否定するものではないが、予算の社会保障へのシフトを具体的に検討すべき時期に来ているものとする。

適切な医療費財源の確保は、あるべき診療報酬体系構築の前提条件とも言える。

高度医療（自由診療）の提供を対象とした株式会社参入や、混合診療容認の議論には、公的医療保険給付の縮小、すなわち

⁶ 入門 国家予算の読み方 - 社会保障費を中心に - （日医総研）

⁷ 被用者保険、国民健康保険、老人医療費の給付に係るもの。

財源の縮小を図ろうとする意図が背後にある。

これらは、国民皆保険体制と現物給付システムに基づく受療の公平、平等というわが国の医療保険制度の優れた特徴を瓦解させるおそれがある。

とりわけ、長期にわたる景気低迷と高齢化の進展によって所得格差が拡大している現状において、患者自己負担の大幅な引上げに加えて自由診療が拡大することは、国民のコンセンサスを得られるとは思われない。

財源問題は一朝一夕に解決するものではないが、中期的な視野で対策を考え、実現の道筋をつけなくてはならない。

2. 診療報酬体系見直しの視点

民間医療機関と大学病院や公的医療機関との間には、医業経営の財政基盤（財源構成）、設置目的、求められる機能等に相違がある。これらを同一の診療報酬体系で評価することの不合理を是正し、それぞれの特性を反映し得る体系とするために、一般系統（民間医療機関）と特定系統（大学病院や公的医療機関）に区分するというのが、日本医師会の提言⁸（以下「中間提言」という）の趣旨であろう。

この2系統の区分を前提として、それぞれの課題と対応を示す。

(1) 一般系統について

1) 診療報酬上の評価の区分

あるべき診療報酬の条件として、本検討会議「中間報告」では「医療機関の機能・役割に応じて、提供される個々の医療にかかる平均的な費用を確実に保障するものでなければならない。」としている。

医療提供に係る費用構造を反映させるため、診療報酬体系を「技術報酬系」「薬・材料報酬系」「在院報酬系」の3系に区分

⁸ 診療報酬体系改革（医科）に関する中間提言（日本医師会）

するという日本医師会の中間提言に沿って、それぞれの区分でどのようなコストを賄うべきかを改めて整理してみる。

まず、技術報酬系であるが、ここで賄うべき費用は、医師や看護師をはじめとした医療関係職種の有形無形の技術を適正に評価するという考え方に立てば、当該技術に係る人件費を中心とすべきであろう。

薬・材料報酬系は、そもそも現行診療報酬体系において、「技術」と「物」に係る評価が混在しているという不合理の解消を目的としたものである。すなわち、ここで賄うべき費用は医薬品費や材料費、消耗品費およびその管理費などが中心となろう。

在院報酬は、役員や院長、看護師長などの管理要員の人件費、施設の維持に係る減価償却費や地代、および物的管理費などの評価を目的としたものである。いわゆる「ホテルコスト」的な費用を分離評価するという考え方である。

この中で、技術報酬系における評価の具体的方法について考察を加える。

2) 技術評価の視点

時間の概念

先に述べたとおり、技術報酬系で賄うべき費用の中心は、医療関係職種の人件費である。したがって、個々の診療行為の評価においては、当該行為に関わる平均的な時間、スタッフ数等の把握が必要であり、そのための実態把握調査の必要性を「中間報告」でも示した。

この趣旨に沿って、個々の診療及び診療補助行為に要する医師や医療関係職種の時間を把握するためのタイムスタディ調査の実施について検討を行った。診療行為に要する時間を計測する方法としては、実際の診療行為時間を計測するタイムスタディ調査と、医療者に対するアンケート調査が考えられる。両者にはそれぞれ長所と短所がある。タイムスタディ調査は客観性が高い反面、計測の手間がかかり医療現場の負荷や計測のためのコストが大きいという問題がある。本調査はタイムスタディ調査を行う上での課題を把握するためのものである。

個別の診療では、例えば静脈注射や検査結果に基づく「診断」など秒単位で行われる行為も多く、本検討会議ではプレスタディを実施して正確な実態把握の可能性を検証することとした。同調査の手法は、以下のとおりである。

<タイムスタディ（プレスタディ）の概要>

【客体医療機関】

- ・ 日医社会保険診療報酬検討委員会の協力により推薦を得られた7医療機関（無床診療所6、有床診療所1）を客体医療機関とした。

【調査対象日】

- ・ 平成15年10月2日～平成15年11月30日の間の客体医療機関の選定した1日（当該医療機関の半日診療等を除く通常の診療日）を調査対象日とした。

【調査対象患者】

- ・ 各医療機関の外来（含在宅）において、保険診療を実施した患者を対象とした。（健康診断等の患者は除外）

【調査方法】

- ・ 医師および医療関係職種ごとに、行為実施者が個々の患者に行った診察、処置等の具体的名称（点数表の評価の有無に関わらず）、当該行為の開始時刻と終了時刻を調査票に自ら記入する「自記式」を採用した。（別添資料 参照）

調査方法については、医療機関の負荷を考慮し、調査票記入者の医療機関への派遣（他記式）、診察状況を映像により記憶し後に解析する手法等も当初視野に入れたが、患者の個人情報保護の観点から、自記式を採用した。

調査の結果、7医療機関中、6医療機関から回答を得、そのうち集計可能なデータが記入されているところ（有効回答）は5医療機関であった。

しかし、調査に伴い実施したアンケートには、今回の手法に対して次のような意見が寄せられた。

このほかにも、「調査終了後に各医療関係職種の調査票に記

入された行為と時間のチェック、対象患者のチェックなどで、スタッフの時間外勤務を余儀なくされた」などの現実的な問題も指摘された。

また、臨床現場では様々な業務が複雑に交錯しており（カルテを書きながら薬や病状の説明、指導を行うなど）、今回の手法では、広く精緻なデータを収集することの限界が予想された。

今後はこれらの問題を総合的に捉えながら、患者の同意と個人情報保護という問題も十分に視野にいたったうえで、実効ある方法を検討していく必要がある。

【調査に関する意見：要約】

- 記入に時間がかかるため、普段の診療が十分にできなかった。
- 秒単位で診療行為等を記録しながら業務をこなすのは、医療機関側の精神的、時間的負荷が大きく、適切に調査を実施するのは困難であった。
- 各診療行為で、具体的にどの段階を開始時刻、あるいは終了時刻とカウントするかは、各医療機関でかなりのバラツキがあるのではないかと。さらに細かい取り決めが必要である。
- この方法により調査をするのであれば、担当者が各対象診療所を訪ね、職員に対し事前に詳細な説明を行わなければ実態を反映した正確な時間把握は困難と思われる。
- 広く調査を実施するためには、調査専属スタッフの派遣が必要である。

診療行為時間の補正等

技術評価においては、時間の概念に加え、当該技術（判断などの無形のものを含む）の熟練度や難易度に対する指標を加味することが求められる。なぜなら、診療行為によっては同じ時

間を要したとしても必要とされる技能、医療者への負担、リスクに大きな違いがあることが想定されるからである。

診療に要する時間を補正する指標としては、診療行為を的確に行える医療者の平均的経験年数や、診療に伴う技能やリスク、肉体的・精神的負担などを総合的に評価したいわば「総合負荷」などが考えられるが、いずれも主観的要素の強いものであり、誰がどのように評価するのが適切なのかという視点も踏まえて実行可能性を検討する必要がある。

なお、看護の技術評価については、ある一定の水準以上の専門的知識や実践能力を必要とする看護ケア技術を評価することもひとつの方法であろう。

外来基本料

日本医師会は、外来診療の基本は出来高払い制であることを提案している。本検討会議においても、この考え方に異論はない。しかし、現行体系は出来高払いと言われながら、諸種の算定制限により、厳密には出来高に包括的要素が絡むという、極めて複雑な体系となっている。

本来であれば、不合理な算定制限をすべて撤廃すべきであるが、現実的な対応として、複雑化する体系、煩雑化する請求事務を解消するための方策も考えなければならない。

このような観点から中間報告では、主として診療所において、ルーチン化している簡単な検査や処置、指導管理料などを総合的に評価する外来基本料を設けることの「可否を検討する」ことを提案した。

本検討会議では、検討の際の資料とすることを目的に、調査方法を検討し、診療所を対象としたプレスタディを実施した。同調査の手法の概要は次のとおりである。

試行調査という位置付けから、客体数を限定しているため、これらの結果が必ずしも全体の傾向を表しているとは言えないが、検討の参考にはなるものとする。

集計結果の概要を巻末に添付するが、いずれの包括パターンにおいても、出来高による算定と、想定した外来基本料算定と

の間の乖離は、診療科間の格差が大きいことが明らかとなった。
(別添資料)

< 外来基本料に関するプレスタディの概要 >

- ・ 外来基本料に含まれるものは 再診料、 簡単な検査、
簡単な処置 (は外来診療料 (200 床以上の病院)
に包括されている検査 6 項目、処置 21 項目)、 外来管
理加算と仮定した。これに各科共通の指導料として、薬
剤情報提供料等の 4 項目を対象に加えた。(詳細は別添
資料 末尾の【参考】を参照)
- ・ 上記の対象項目を最大として、外来管理加算と検査のみ、
あるいは処置のみなど、5 種類のパターンを設定した。
- ・ 5 つのパターンごとに、包括評価した場合の各診療科再
診 1 回当たり (対象項目を算定している再診か否かに関わ
らず) の平均点数を社会医療診療行為別調査 (厚生労働
省) から算出し、これを外来基本料の仮定点数とした。
(A)
- ・ 日医社会保険診療報酬検討委員会の委員の協力を得て、
実際の 1 ヶ月分のレセプトから、外来基本料に含まれる
と仮定した行為の算定頻度を調査し、再診 1 回当たりの平
均出来高算定点数を把握した。(B)
- ・ (B) と (A) を比較し、包括点数との乖離を調べる。

さらに、各診療科別にみても、医療機関ごとの乖離率に格差
が大きいことがわかる。

すなわち、社会医療診療行為別調査の結果から平均的にルー
チン化されていると想定した診療行為も、個々の医療機関単位
でみると、実施頻度にはバラツキが大きく、診療内容の相違が
大きいことを示している。

このような結果から、外来基本料の導入に必ずしも合理性を
認めることはできなかった。

このバラツキの大きさは医療の標準化が進んでいないこと
に由来する可能性もあるが、医療機関ごとの患者の傷病特性の

バラつきに起因するところが多いと考えられる。たとえ同一傷病であっても、個々の患者の年齢や身体特性、あるいは既往歴や合併症の有無等によって、提供される医療の内容は異なるのが医療の特徴である。今回の試行調査の対象として収集したデータからは、患者の年齢、傷病名などが特定できないが、今後は患者の傷病特性と診療報酬との関連を検証する必要がある。

個別性が高いという医療の特性を考慮した場合、外来基本料を含め包括化に対しては、コストを適切に反映するという診療報酬の理念などを勘案したうえで、十分な検証と慎重な対応が望まれる。

チーム医療

従来、医療の提供は医師を中心として、医師がかなり広範な役割を担って実践されるものであったと考えられてきた。つまり、医療の水準は医師個人の判断力・洞察力・技術力に支えられていると考えられてきた。しかし、医療技術の進歩や、診断・治療機器の発達、専門的知識の広がりや深まりが著しい今日では、医学的なアプローチだけでは十分に患者や家族のニーズを満たすことが困難となり、他職種の学際的アプローチによるチーム医療が日常的に行われるようになってきた。

実際に、多くの医療関係職種が法制化され、職種間の連携・協働がますます重要視されるようになってきている。

このような状況においては、患者の治癒や回復に成果をもたらす医療技術は総合的に評価されなければならない。

チーム医療の目指すものは、個別の傷病を治療することはもちろんのこと、一人の人間としての患者を癒すことである。つまり、全人的な視点からの患者とのコミュニケーションの成立である。

医療とは、生命を尊ぶという共通の認識によって醸成された医療提供者と患者との信頼関係のもとで、もっともその効果を上げるものである。このような全人的な対応を考慮した技術評価手法も、研究が進められるべきである。

在宅医療の充実

これまでの診療報酬改定においては、長期入院の是正を図るための諸種の措置がとられてきた。

確かに、早期退院によって住み慣れた自宅での療養へ円滑に移行すること自体は、患者の QOL の向上という観点からも評価されるべきであるが、そのためには医療機関から在宅へのスムーズな移行と、在宅療養体制の整備が不可欠である。

往診・訪問診察、訪問看護体制、医療機関の退院調整機能、地域連携等、地域医療提供体制における在宅医療の役割を再評価するとともに、診療報酬上での適切な評価についても検討すべきであろう。

3) 再生産費用

前述のとおり、医療提供体制の存続を可能とするためには、建物の増改築、医療機器の買換えに留まらず、安全で質の高い医療を提供するという観点から、研修などの人材育成等を可能とするための適正な余剰の確保が必要であり、そのための財源が不可欠である。

一般系統診療報酬体系において、再生産費用をどのように評価していくべきであろうか。

再生産費用は、医療機関の増改築などに充てられるべきものであることを考慮すれば、費用構造から考えても在院報酬系の中で評価することが妥当と考える。

「中間報告」においては、在院報酬を在院室料と在院管理料とに区分することを提案しているが、それぞれが賄うべき経費の費目は、概ね図表 3 のようになると思われる。これらを参考としながら、「再生産費用」の指標を設定し、医療機関における費用調査を基に適切な評価が行われなくてはならない。

病院の場合、再生産費用は在院報酬として評価するのが合理的であるが、有床診療所は外来患者と入院患者の比率を考慮して、外来患者 1 人 1 日当たり点数として、診察料とは別に「施設利用料」あるいは「施設管理料」などとして、設定していくことも検討の余地がある。

なお、無床診療所については、同様に費用調査を行った上で、物件費や事務職員の人件費等を把握し、再生産費用の指標を設定し、有床診療所と同様、「施設利用料」あるいは「施設管理料」などとして、設定していくことが適切であろう。

図表 3 在院報酬で賄うべき費用

【在院室料】 外来を除く病院・有床診療所の物件費に係る分とする	【在院管理料】 病棟の人件費に係る分とする
在院に係る以下の物件費を把握 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） 消耗器具備品、消耗品の購入費 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） 地代（土地所有の場合はみなし地代） 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） 車両維持費 水道光熱費 修繕費 リネン費 固定資産等に係る保険料 固定資産税等の租税公課 その他不動産動産に係る費用	在院に係る以下の人件費関係費を把握 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、病棟クラーク、カルテ管理等） 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） 給食要員人件費（栄養士、調理師、調理助手等） 委託費（外注の場合） マネジメント要員人件費（理事長、院長、理事、事務長、師長等） 職員被服費 研究研修費 旅費交通費 通信費 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） 事務用消耗器具備品、消耗品の購入費 会議費 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） その他管理に係る費用

(2) 特定系統について

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費用の相違を加味した「患者 1 人 1 日当り定額制」が入院診療報酬に導入された。（以下「DPC」という）

これは「特定系統」の診療報酬支払い方式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。

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、さらに診療報酬上適切に評価されることにほかならない。DPCにおいても、入院診療報酬だけでなく、各種の課題を解決しながら、将来的には入院外についても、この目的に沿った支払方式が導入されるべきである。

ただ、現在の DPC 手法は、現行診療報酬点数を指標として、診断群分類を行っており、本来の費用の反映という面において、科学的根拠が十分でない。今後は、費用を把握したうえでの診断群分類の開発が不可欠の対応と言える。

3 . 予防給付の導入

中間報告では、予防医療の保険給付を提言したが、予防の概念は広く、その中で何を保険給付の対象とすべきか、将来的な具体化の方向性を整理する。

(1) 予防の分類

図表 4 は、予防の概念を整理したものである。

二次予防については、実施内容等にアンバランスはあるにせよ、健康保険各保険者に対して、これを保健事業として行う努力義務が健康保険法で課せられている。また、保険者による事業以外にも、母子保健から老人保健まで、個別の法体系の中で各種検診事業等の実施がそれぞれの法律に基づく実施主体（市区町村や事業所等）に義務付けられている。

三次予防については、「治癒後の再発防止」という面において、保健事業や保険給付が十分にカバーしきれていないという問題がある。これらについては、再発のリスクが大きく、かつ定期的な診察・指導等の医学的管理によって再発を一定の割合で回避できるものについては、速やかに保険給付すべきであろう。

図表 4 予防の概念の整理

一次予防	特異的な予防対策を指す。具体的には、予防接種、個人衛生、感染経路対策、病因の除去などを含む。
二次予防	早期診断・早期治療や重症化防止活動を指す。各種検診は、この二次予防に含まれる。
三次予防	疾病再発防止や機能回復訓練と社会復帰を指す。疾病治癒後の再発防止管理、障害に対するリハビリテーションを含む。

(2) 一次予防の保険給付化

保険給付という視点から現実的な課題となるのは、一次予防における「予防接種」、「病因の除去」であろう。

予防接種については、予防接種法および同法施行令によって、特定の疾病および対象者に対する定期予防接種の実施が市町村長に義務付けられている。これら以外のものについて、未接種が著しい健康被害を生み、かつ当該接種の有効性が科学的に明らかにされているワクチン投与（例えば、65 歳未満に対するインフルエンザワクチン等）については、国民の健康を高いレベルで確保する目的で、保険給付を前向きに検討すべきと考える。

次に病因の除去について考察を加える。

事業所検診の定期健康診断によって、何らかの所見のあった労働者の比率は、約半数の 46.2%であった。⁹

とくに、血圧、肝機能、血中脂質、血糖、心電図など、慢性疾患に結びつく項目の有所見率が高い。

戦後、結核による死亡が激減し、以降途中で順位の入れ替わりはあるものの、死因の上位三位までは、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患が占めている。いわゆる三大成人病である。

ここでは、脳血管疾患の代表的な疾病である脳卒中を例に、病因の除去について考えてみる。

⁹定期健康診断結果調（平成 13 年）（厚生労働省）

脳卒中の危険因子として考えられるのは、疾病で言えば高血圧、心疾患、糖尿病、高脂血症などであり、生活習慣としては喫煙、飲酒などが挙げられる。脳卒中やその危険因子となる高血圧等の慢性疾患は、生活習慣の改善や、運動処方・指導などが発症予防に密接に関連することが広く知られており、換言すれば、これらによって一定のコントロールが可能だということである。

医療保険制度が、わが国の社会保障の重要な柱であるということ、さらに社会保障を充実させることが国の社会的使命であることを認識したうえで、さらに冒頭に述べたとおり疾病構造が慢性疾患に大きくシフトし、死因の上位を慢性疾患が占めていること等の現状を考慮すれば、給付のあり方についても、より幅広い角度から検討がなされるべきは当然である。

従来、予防行為は患者の恣意性が働きモラルハザードが生じやすく、偶発性に立脚している医療保険制度になじまないとして保険の対象からはずされて来た。しかし、疾病構造の変化は予防の重要性をはるかに高めている。したがって、医療保険政策の転換が必要であり、そのための新たな財源の確保が求められる。

具体的には、科学的根拠を基に検診等の適正化を進め、その結果を着実にフォローする体制のひとつとして、医学的に疾病発症のリスクが高いと思われる者に対する生活改善指導、運動処方・指導等の保健医療サービスについては、保険給付化していくことが極めて重要な対応である。その際には、チーム医療の観点からも、看護師、薬剤師、栄養士等の役割を適正に評価していくことが必要である。

おわりに

限られた会議時間の中で、必ずしも診療報酬すべてにおいて議論が尽くされたわけではない。しかし、その中で、あるべき診療報酬体系のキーポイントとなるいくつかの視点についてまとめることができた。

診療報酬を議論する前提として必要なことは、先に述べたとおり、医療は「公共財」であり、その目的は国民の生命・健康の維持向上という、社会保障の充実という国家的事業として最優先されるものでなくてはならないという厳然たる事実である。

診療報酬は、国民皆保険体制の中で、国民の医療ニーズに沿って医療提供体制を構築、維持・発展させるための医療費財源をどのように配分するかの方法論であることを十分考慮しなければならない。

診療報酬のあり方は、単年度で終結するものではなく、今後とも見直しに向けた議論が必要である。

このことを関係者は認識するとともに、その評価を公正公平に行うことを強く求めるものである。

<タイムスタディ調査（プレスタディ）記入用シート見本：全医療関係職種共通>

經驗年數：_____年

調査終了後記入

別添資料

外来基本料（診療所）導入による収入比較調査
プレスタディの結果概要

表 外来基本料と出来高の乖離
パターン : 再診料 + 簡単な検査 + 簡単な処置

診 療 科	計						院 内 処 方					院 外 処 方				
	最 大	最 小	平 均	中央値	マイナスとなる診療所数の%	n	最 大	最 小	平 均	マイナスとなる診療所数の%	n	最 大	最 小	平 均	マイナスとなる診療所数の%	n
内 科	+9.2%	-6.1%	+2.3%	+3.9%	36.4%	33	+6.3%	-6.1%	+2.3%	25.0%	12	+9.2%	-5.8%	+2.2%	42.9%	21
眼 科	+24.0%	-19.4%	+4.6%	+1.7%	31.6%	19	+7.7%	-19.4%	-3.9%	50.0%	8	+24.0%	-4.5%	+10.8%	18.2%	11
産婦人科	+37.0%	-19.7%	+1.3%	-5.5%	60.0%	15	+13.1%	-19.7%	-7.5%	75.0%	12	+37.0%	+36.7%	+36.8%	0%	3
耳 鼻 科	+9.4%	-32.5%	-3.6%	+0.4%	47.2%	36	+9.4%	-32.5%	-8.6%	72.2%	18	+9.2%	-16.5%	+1.3%	22.2%	18
小 児 科	+9.1%	+3.9%	+7.0%	+7.1%	0%	8	+7.2%	+3.9%	+5.8%	0%	3	+9.1%	+5.6%	+7.7%	0%	5
整形外科	+14.0%	-23.0%	+5.0%	+7.3%	16.7%	36	+14.0%	-15.1%	+6.1%	18.8%	16	+13.1%	-10.0%	+4.0%	15.0%	20
精 神 科	+2.7%	-2.8%	+1.4%	+2.1%	15.0%	20	+2.6%	+2.4%	+2.5%	0%	3	+2.7%	-2.8%	+1.3%	17.6%	17
皮 膚 科	+19.7%	-24.5%	-3.2%	-1.7%	57.1%	21	+10.3%	-24.5%	-1.8%	55.6%	9	+19.7%	-20.5%	-4.2%	58.3%	12
泌尿器科	+25.6%	-27.0%	+2.2%	+3.0%	50.0%	12	+25.6%	-27.0%	+3.3%	50.0%	6	+14.0%	-17.0%	+1.2%	50.0%	6

注: (外来基本料 - 出来高) の値である

表 外来基本料と出来高の乖離
パターン : 再診料 + 外来管理加算 + 簡単な検査

診 療 科	計						院 内 処 方					院 外 処 方				
	最 大	最 小	平 均	中央値	マイナスとなる診療所数の%	n	最 大	最 小	平 均	マイナスとなる診療所数の%	n	最 大	最 小	平 均	マイナスとなる診療所数の%	n
内 科	+14.9%	-21.6%	-3.5%	-5.7%	72.7%	33	+12.4%	-10.2%	-2.2%	66.7%	12	+14.9%	-21.6%	-4.2%	76.2%	21
眼 科	+14.6%	-32.4%	-4.0%	-1.5%	57.9%	19	+14.6%	-32.4%	+0.6%	25.0%	8	+3.3%	-17.2%	-7.4%	81.8%	11
産婦人科	+26.4%	-17.2%	+0.1%	+0.6%	46.7%	15	+26.4%	-17.2%	-1.1%	58.3%	12	+6.1%	+3.2%	+5.1%	0%	3
耳 鼻 科	+8.8%	-8.4%	+4.0%	+5.1%	19.4%	36	+8.8%	-0.1%	+4.9%	5.6%	18	+8.5%	-8.4%	+3.2%	33.3%	18
小 児 科	+6.5%	-2.0%	+2.0%	+1.7%	25.0%	8	+6.5%	+1.1%	+3.7%	0%	3	+3.2%	-2.0%	+0.9%	40.0%	5
整形外科	+13.6%	-10.0%	+6.2%	+7.4%	19.4%	36	+13.6%	+3.2%	+8.9%	0%	16	+12.9%	+7.3%	+4.0%	35.0%	20
精 神 科	+14.9%	-4.8%	+9.6%	+9.9%	5.0%	20	+6.6%	+4.5%	+5.7%	0%	3	+14.9%	-4.8%	+10.3%	5.9%	17
皮 膚 科	+27.1%	-17.4%	+1.5%	+3.1%	38.1%	21	+27.1%	-17.4%	-1.1%	55.6%	9	+16.3%	-13.2%	+3.4%	25.0%	12
泌尿器科	+25.6%	-32.0%	-11.8%	-5.8%	75.0%	12	+10.8%	-28.2%	-4.2%	50.0%	6	-1.0%	-32.0%	-19.5%	100%	6

注: (外来基本料 - 出来高) の値である

表 外来基本料と出来高の乖離

パターン : 再診料 + 簡単な処置

診療科	計						院内処方					院外処方				
	最大	最小	平均	中央値	マイナスとなる診療所数の%	n	最大	最小	平均	マイナスとなる診療所数の%	n	最大	最小	平均	マイナスとなる診療所数の%	n
内科	+4.1%	-9.3%	+1.2%	+3.4%	21.2%	33	+4.1%	-9.3%	+0.5%	33.3%	12	+4.1%	-8.8%	+1.6%	14.3%	21
眼科	+25.3%	-19.4%	+4.8%	+1.7%	31.6%	19	+7.7%	-19.4%	-3.9%	50.0%	8	+25.3%	-4.3%	+11.2%	18.2%	11
産婦人科	+29.4%	-18.5%	+1.9%	-2.1%	53.3%	15	+8.4%	-18.5%	-4.9%	66.7%	12	+29.4%	+29.0%	+29.1%	0%	3
耳鼻科	+8.8%	-33.0%	-4.3%	-0.4%	55.6%	36	+8.5%	-33.0%	-9.3%	77.8%	18	+8.8%	-17.2%	+0.8%	33.3%	18
小児科	+4.1%	-2.2%	+2.2%	+3.4%	12.5%	8	+1.6%	-2.2%	-0.2%	33.3%	3	+4.1%	+3.1%	+3.7%	0%	5
整形外科	+13.6%	-23.2%	+5.1%	+7.2%	22.2%	36	+13.6%	-14.7%	+6.1%	18.8%	16	+11.8%	-23.2%	+4.3%	25.0%	20
精神科	+1.4%	+1.3%	+1.3%	+1.4%	0%	20	+1.4%	+1.4%	+1.4%	0%	3	+1.4%	+1.3%	+1.3%	0%	17
皮膚科	+17.0%	-26.0%	-2.1%	-2.8%	52.4%	21	+16.3%	-26.0%	+2.3%	44.4%	9	+17.0%	-21.4%	-5.4%	58.3%	12
泌尿器科	+5.4%	-6.7%	+2.9%	+3.8%	8.3%	12	+4.4%	+1.7%	+3.5%	0%	6	+5.4%	-6.7%	+2.3%	16.7%	6

注: (外来基本料 - 出来高) の値である

表 外来基本料と出来高の乖離

パターン : 再診料 + 外来管理加算 + 簡単な検査 + 簡単な処置

診療科	計						院内処方					院外処方				
	最大	最小	平均	中央値	マイナスとなる診療所数の%	n	最大	最小	平均	マイナスとなる診療所数の%	n	最大	最小	平均	マイナスとなる診療所数の%	n
内科	+17.4%	-19.7%	-4.3%	-6.0%	78.8%	33	+7.2%	-12.7%	-5.9%	83.3%	12	+17.4%	-19.7%	-3.4%	76.2%	21
眼科	+18.4%	-31.9%	-3.5%	-1.8%	63.2%	19	+18.4%	-31.9%	-9.1%	75.0%	8	+10.5%	-6.0%	+0.7%	54.5%	11
産婦人科	+26.5%	-20.5%	-1.6%	-3.4%	66.7%	15	+4.9%	-20.5%	-8.3%	83.3%	12	+26.5%	+23.3%	+25.4%	0%	3
耳鼻科	+9.1%	-32.5%	-2.2%	+3.2%	41.7%	36	+8.2%	-32.5%	-7.4%	66.7%	18	+9.1%	-12.6%	+3.1%	16.7%	18
小児科	+4.6%	-12.4%	-2.8%	+0.3%	50.0%	8	-9.5%	-12.4%	-11.2%	100%	3	+4.6%	-0.4%	+2.3%	20.0%	5
整形外科	+23.7%	-14.7%	+9.0%	+11.5%	22.2%	36	+23.7%	-12.4%	+11.2%	18.8%	16	+21.4%	-14.7%	+7.2%	25.0%	20
精神科	+14.6%	-5.3%	+9.1%	+9.5%	5.0%	20	+5.5%	+3.6%	+4.7%	0%	3	+14.6%	-5.3%	+9.8%	5.9%	17
皮膚科	+11.3%	-14.1%	-4.3%	-4.9%	71.4%	21	+4.7%	-14.0%	-7.1%	88.9%	9	+11.3%	-14.1%	-2.3%	58.3%	12
泌尿器科	+9.1%	-30.6%	-11.6%	-8.0%	66.7%	12	+9.1%	-30.6%	-4.9%	50.0%	6	+1.1%	-30.6%	-18.2%	83.3%	6

注: (外来基本料 - 出来高) の値である

表 外来基本料と出来高の乖離
パターン : 再診料 + 指導管理料 (各科共通 4 項目)

診 療 科	計						院 内 処 方					院 外 処 方				
	最 大	最 小	平 均	中央値	マイナスとなる診療所数の%	n	最 大	最 小	平 均	マイナスとなる診療所数の%	n	最 大	最 小	平 均	マイナスとなる診療所数の%	n
内 科	+4.1%	-7.0%	+1.7%	+3.9%	30.3%	33	+4.0%	-7.0%	-2.4%	83.3%	12	+4.1%	+3.6%	+4.0%	0%	21
眼 科	+2.7%	-8.0%	+0.9%	+2.7%	17.6%	17	+2.7%	-8.0%	-2.5%	50.0%	6	+2.7%	+2.5%	+2.7%	0%	11
産婦人科	+4.1%	-7.8%	-1.0%	-2.1%	53.3%	15	+4.1%	-7.8%	-2.3%	66.7%	12	+4.1%	+4.1%	+4.1%	0%	3
耳 鼻 科	+1.4%	-8.2%	-0.6%	+0.9%	22.2%	36	+0.6%	-8.2%	-2.5%	44.4%	18	+1.4%	+1.2%	+1.3%	0%	18
小 児 科	+4.1%	-18.4%	-4.2%	+4.1%	37.5%	8	-17.2%	-18.4%	-18.0%	100%	3	+4.1%	+4.1%	+4.1%	0%	5
整形外科	+1.4%	-3.0%	-0.1%	+0.9%	42.9%	35	-0.8%	-3.0%	-1.9%	100%	15	+1.4%	+0.8%	+1.2%	0%	20
精 神 科	+1.4%	+0.2%	+0.8%	+0.9%	0%	20	+0.4%	+0.2%	+0.3%	0%	3	+1.4%	+0.3%	+0.9%	0%	17
皮 膚 科	+4.1%	-8.2%	+2.0%	+4.1%	22.2%	18	+4.1%	-8.2%	-2.0%	66.7%	6	+4.1%	+4.1%	+4.1%	0%	12
泌尿器科	+4.1%	-4.5%	+2.1%	+4.1%	18.2%	11	+4.1%	-4.5%	-0.2%	40.0%	5	+4.1%	+4.1%	+4.1%	0%	6

注: (外来基本料 - 出来高) の値である

【参考：再診料に包括する項目の設定パターン】

(1) 包括項目：検査、処置、外来管理加算

再診料＋簡単な検査＋簡単な処置

再診料＋外来管理加算＋簡単な検査

再診料＋簡単な処置

再診料＋外来管理加算＋簡単な検査＋簡単な処置

「簡単な検査」「簡単な処置」とは...外来診療料（200床以上の病院）に包括されている検査6項目、処置21項目とする（表1）

注1：検査は実施料のみ包括し、判断料は別に算定できる

注2：処置に係る薬剤料、特定保険医療材料は別に算定できる

表1．包括項目（検査、処置）

検査：6項目（平成13年現在）	処置：21項目（平成13年現在）
【尿検査：2項目】 ○尿中一般物質定性半定量検査：28点 ○尿沈査顕微鏡検査：27点 【糞便検査：1項目】 ○潜血反応検査：10点 【血液形態・機能検査：3項目】 ○赤血球沈降速度測定：12点 ○末梢血液一般検査：27点 ○末梢血液像：29点	【一般処置：6項目】 ○創傷処置 ・手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの：42点 ・半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの：49点 ○術後創傷処置 ・手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの：42点 ・半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの：49点 ○湿布処置 ・半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの：35点 ・その他のもの：24点 【皮膚科処置：2項目】 ○皮膚科軟膏処置 ・手若しくは指又は足若しくは指にわたる範囲のもの：42点 ・半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部にわたる範囲のもの：49点 【泌尿器科処置：1項目】 ○膀胱洗浄：60点

	[産婦人科処置：1 項目] ○ 膣洗浄：42 点 [眼科処置：2 項目] ○ 眼処置：25 点 ○ 睫毛抜去：45 点 [耳鼻咽喉科処置：7 項目] ○ 耳処置：25 点 ○ 耳管処置：18 点 ○ 鼻処置：12 点 ○ 口腔、咽頭処置：12 点 ○ 喉頭処置：15 点 ○ ネブライザー：12 点 ○ 超音波ネブライザー：24 点 [整形外科的処置：2 項目] ○ 介達牽引：42 点 ○ 消炎鎮痛処置：35 点
--	---

(2) 包括項目：指導管理料

再診料 + 指導管理料

指導管理料は「各科に共通なもの」(4 項目) を包括する

薬剤情報提供料：10 点

老人薬剤情報提供料：15 点、10 点

傷病手当金意見書交付料：100 点

療養費同意書交付料：100 点