

機能分化のための一考察¹

診療報酬制度・医療計画の見直し

一橋大学 佐藤主光ゼミナール

久富耕輔 中井一孝

2006年12月

¹本稿は、2006年12月16日、17日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2006」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、佐藤助教授（一橋大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

目次

はじめに

第1章 問題意識

- 第1節(1.1)日本の医療費
- 第2節(1.2)医療機関の機能未分化

第2章 現状分析

- 第1節(1.1)診療報酬制度
- 第2節(1.2)医療計画

第3章 先行研究

- 第1節(1.1)診療報酬制度
- 第2節(1.2)医療計画

第4章 政策提言

- 第1節(1.1)医療機関の機能分化
- 第2節(1.2)診療報酬制度改定

参考文献・データ出典

はじめに

本論分は日本の医療費高騰に対して、効率性を重視したアプローチを試みるものである。少子化や高齢化が進む以前の段階では、たとえ非効率が存在し、医療費の適正化が図られていないとしてもさほど問題にはなっていなかった。しかし、高齢化によって医療費が増大し、少子化によって将来医療費を負担する人が不足することが明らかとなってきた現在では、この問題の解決が急務とされ、医療機関や保険者に関する改革のみならず、患者の自己負担を増やすといった改革までがなされている。

我々は特に医療機関の機能分化と診療報酬制度に関する効率性を重視した。日本の医療は諸外国と比べて医療機関の機能分化が進んでおらず、これが1つの医療費の不適正な現状につながっていると考えられる。医療機関、例えば診療所と病院というように大別したとして、それぞれが専門領域・得意領域を持つことにより、全体として効率的になるというのは直感的にも明らかであろう。また診療報酬制度の不備・欠点に関しても先行研究で指摘がなされており、巷で言う「医者は儲けすぎているから点数を低くすべきだ」という感情的な議論を避けたとしても、ここに非効率が存在しており、適正な報酬が医者に支払われていないというのは問題である。

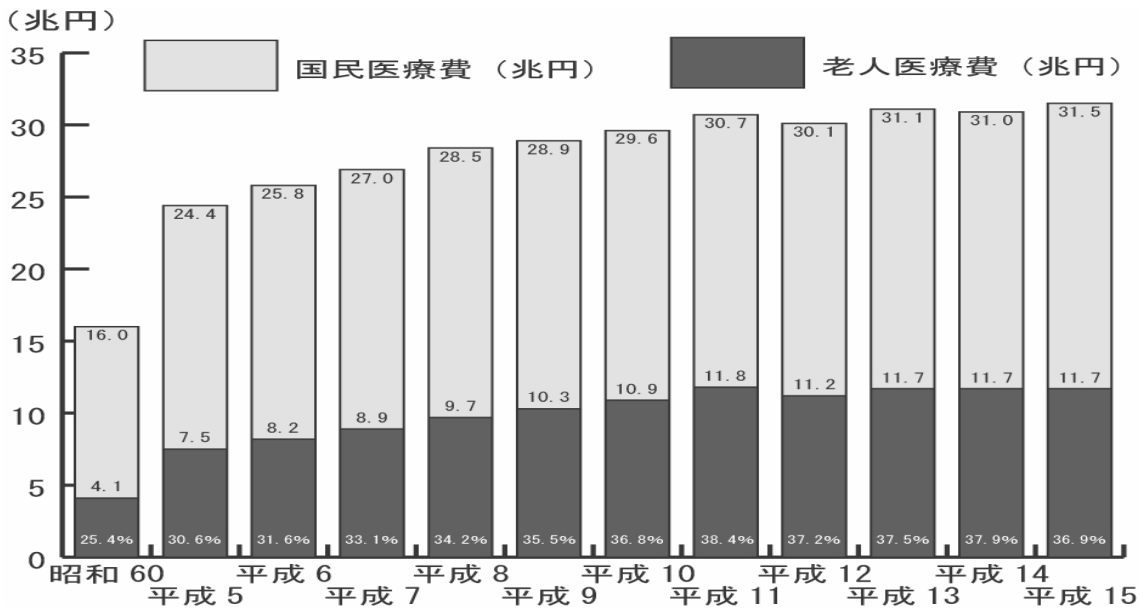
医療というものは現代の人間が生きていく上で必要不可欠なものであり、また疾病リスクを分担するという社会保障機能維持も極めて重要である。おそらく将来の負担増を免れない我々若年世代こそこれらの問題に関して考えるべきであろう。

第1章 問題意識

この章では、第1節において日本の医療費が高騰している現状を統計データを用いて述べ、これに対して現在どのような政策が行われているのかを簡潔に述べる。第2節では、医療機能の未分化による非効率性を、主に入院機能に焦点を当てて概観することにより、後の政策提言の布石となる問題意識を述べる。

第1節 日本の医療費

マスコミ等で医療費の高騰が叫ばれて久しいが、その現状としては、2003年度の国民医療費総額は31兆5千億に上る。そして、高齢者人口の増加などで総額は現在もなお増え続けている。



これに対し主に行われている政策としては、現役世代・高齢者世代双方の負担を増やす、例えば、窓口負担率を上げたり、現役世代並みの所得を持つ高齢者の負担率を等しくしたり、現物給付の見直しなどの政策が挙げられる。また、これから実行予定の改革としては、高額医療・高額介護合算制度の創設や保険料賦課の見直し（標準報酬月額の上下限の範囲の拡大）などがある。

医療費の抑制政策には様々なものが考えられるが、上述した政策に共通する考え方を一言で述べると、「患者負担を増やす」であろう。

他にも医療費抑制へのアプローチがあり、「患者負担を増やす」というよりむしろ、医療費上昇要因を「経済学的効率性」に基づいた観点から分析することによるものである。

そもそも大別された二つの医療費抑制政策のそれぞれの根本的な発想としては、

前者の政策：医療費のかかる高齢者の人口上昇（高齢化） 国民全体の負担が増えるのは当然

後者の政策：制度不備による医療の非効率性をなくす

といったものである。本論文では主に後者のアプローチを採用し、点数制度の不備や病院の機能未分化について述べた後に政策提言を行う。

第2節 医療機関の機能未分化

我が国の医療供給体制は、入院・診療に関して機能分化が十分ではない。例えば、診療では大病院に人が集まる傾向があるが、大病院は統計的に診療1件あたりにかかる費用が高く、また診察を受けるまでに長時間待たなければならない状況がしばしば見受けられる。このことは、金銭的な費用と共に、機会費用的（時間が失われる）な観点からも非効率が発生していると言えよう。

入院機能に関しても、小規模な診療所が入院機能を有していることも問題である。入院機能を有すると夜間帯にも医師と看護師を配置しなければならないが、これでは10床程しかない病院では1床当たりのコストが高くなり、非効率である。医療機関には医師や看護師などの人件費の他にも、設備費などがあることを鑑みると、入院機能に関しては規模の経済性が働くと言えよう。

また、医療費増大要因と考えられる療養的長期入院も問題となっており、その対策としては、病床数規制などが挙げられる。さらに問題であるのは、医師や検査設備が充実している大病院、つまり診察機能が十分に高い病院に社会的入院が存在することである。

これらの問題を解決する際には、病床数や医療機能に関する規制といった医療計画等の制度的枠組みを整備すること、さらに、それぞれの医療機関が持つべき機能に対応した診療報酬制度を整備することの2つのアプローチが重要となる。

第2章 現状分析

この章全体を通じた目的は、診療報酬制度と医療計画に関する歴史的な推移や日本と諸外国との医療制度比較などを行うことである。第1節では、わが国と諸外国との診療報酬制度の特徴をそれぞれ分析し、出来高払い制度と包括払い制度の適用され方に焦点を絞る。第2節では、わが国の医療計画の歴史的推移を説明した後、諸外国の診療報酬制度と比較し、医療計画の問題点、近年の議論の焦点を浮き彫りにする。

第1節 診療報酬制度

日本の現行の診療報酬制度は出来高払い制度といわれる制度である。これは、病院・診療所等の医療機関が行った医療行為1つ1つにあらかじめ点数が割り振られており、その点数に応じて医療機関に診療報酬が支払われる制度である。つまり、医療機関が行った医療サービス1つ1つに対応して診療報酬が支払われる形態である。

また、諸外国と比べた場合にわが国に特有なのは、この出来高払い制度が、病院・診療所の区別²なしに、一般の医療機関すべてに適用されるということだ。次節で述べるが、一般に先進ヨーロッパ諸国では、診療所に対しては出来高払い制度が用いられ、病院に対しては包括払い制度が用いられている。この診療報酬制度の違いの背景には、医療機関の成り立ちの歴史がある。ヨーロッパ諸国では、もともと医療施設というのは教会に設けられた入院施設を意味し、それが発展して現在の病院になっている一方で、わが国では開業医といわれる個人の診療所が医療施設の中心であり、それが発展して病院ができたということだ。元来ヨーロッパの入院機能を中心とした医療施設では、入院1日あたりもしくは入院1件当たりに対して診療報酬を支払うという考えがあった影響で、現在も入院に対してはホスピタルフィーという意味合いで包括払い制度が適用されている。

日本では診療報酬制度イコール出来高払い制度である一方、諸外国では出来高払い制度と包括払い制度が使い分けられている。アメリカでは診療所・開業医については出来高払い制度が、病院については入院患者の疾病の分類に応じ事前に決められた額の診療報酬が支払われるDRG-PPS(疾患別定額払い方式)という方式が用いられている。DRG-PPSも包括払い制度のひとつである。また、ドイツは診療所・開業医については、保険者(医療保険の運営者)が保険医協会に保険診療費を一括して支払う総額請負制度をとる。保険医協会から個々の医師へは出来高払いで報酬が支払われている。病院に関しては、包括払い制度を基本としている。さらに、フランスは診療所・開業医については、出来高払い制度を用い、ただし毎年、医療費の枠が国会で決められ、その枠を超えると翌年度の診療報酬が減額される。病院は、公的病院では総枠予算制度、私

² 19床以下の病床を持つ医療施設を診療所と呼び、20床以上の病床を持つ医療施設を病院と呼ぶ

的病院の場合は患者一人一日あたりの定額払いと、全国協約方式によるドクターフィー(医師の技術料)で構成される。

このような支払い制度の背景にある考えは以下のようなになる。そもそも医療機関を病院・診療所と大きく2つに分類した場合、この2つが必然的に医療機能を分担(機能分化)することが求められる。つまり、より多くの病床数・医療従事者を抱える病院は、入院サービスの提供に重点を置くべきであり、一方で、相対的に入院機能が充実していない診療所は、診療サービスの提供に重心を置くべきであるということだ。この考えは、病院の規模が大きくなるほど診療サービス1件当たりに要するコストが高くなるという、実証によっても裏付けられる。その結果、先に述べた「入院には『包括払い制度』、診療には『出来高払い制度』」という発想と「病院は入院、診療所は診療」という機能分化の認識がミックスして、「入院に対しては『包括払い制度』、診療(手術)に対しては『出来高払い制度』」という支払い制度が成立したと考えられる。

第2節 医療計画

わが国の医療計画は、1985年に第1次医療法改正の際に制定されたものである。それまで病床の増加といった医療の量を充実させる政策は充実していたが、当時は、病院・診療所の偏在や、医療機関同士の不十分な連携といった医療資源の非効率な配分が問題視されていた。そこで、医療資源を国民全体に適切に配分することを目的として、都道府県ごとに医療計画を作成する制度が成立した。その際、医療計画に盛り込むべき内容として「医療圏の設定と必要病床数の算定」が定められ、また任意で盛り込むべきものとしては「へき地医療及び救急医療の確保等利用を提供する体制の確保に関する必要な事項」が定められた。

その後92年の第2次医療法改正に伴い、高度医療を提供する目的で医療支援病院制度が、長期入院患者をカバーする目的で療養型病床群がそれぞれ制度として盛り込まれた。さらに後の97年には、第3次医療法改正に伴い、医療機関の機能分化の観点から地域医療支援病院、療養型病床群についての整備目標、救急医療の確保などが、医療計画に追加的に盛り込むべき事項として定められた。

そして、2000年には第4次医療法改正によって、医療費適正化の観点から、医療計画内で定める病症の数を必要病床数から基準病床数へと名称変更することが決まり、さらに、病症の区分がより細分化され療養病症、一般病症という区分が盛り込まれた。

以上の流れを見ると、わが国の医療計画は、ある地域内において医療資源の適正な配分を実現させることを目的に、地域内の医療機関の機能分化を推し進める方向に変化していると考えられる。

医療計画について海外に目を向けてみると、1960年代より世界保健機関(WHO)は、医療計画制度の重要性を指摘しており、保健医療分野において何らかの計画が立てられている国は多い。

諸外国の医療計画が成立した経緯を見ると、アメリカ、フランス、ドイツでは1970年代に医療費高騰が深刻化し、それに対応する形で医療計画が成立した。さらに、これらの国では、日本と異なり病床数に対する規制に加えて、医療機器や医療技術に関しても規制を加えている。

これらの3か国(地域)では、医療計画を、医療資源の適正配分を目指し、特に医療費に対して病床や医療機器が与える影響に着目し、医療費を適正化するための手段としている。フランス及びドイツでは当初、むしろ病院や病床を増加・整備するための法律(制度)として作られたが、その後の石油危機による経済の悪化により、医療費の負

担のあり方が課題となり、医療費適正化のために病床を抑制する目的に転化して使われている面がある。

次に、医療費適正化を目標としたこれらの国の医療計画の成果を見ると、アメリカ、フランス、ドイツ3国ともに80年ごろから、病床数は増加したものの医療費は減少している。つまり、病床数と医療費の因果関係は明確なものではない。そして、これらの国では医療計画における病床規制の効果に疑問が投げかけられている。さらに、これらの国における近年の傾向としては、ケースミックス³などの導入により、各医療機関の医療行為の実情を把握できる情報システムを構築し、それらの情報に基づき医療計画の作成、見直しを行っていること、医療計画の主たる目的が量的な規制から医療機関間の連携の促進、医療の質の保証等、質的な側面に重点が移っていることがあり、病床規制を廃止しようという動きも一部ではある。

³各種疾患を診断群に整理分類して管理する方法

第3章 先行研究

この章全体を通じた目的は、診療報酬制度と医療計画に関して、近年研究されている事柄や実験的に実施されている事柄を紹介することである。第1節では、出来高払い制度と包括払い制度の特徴についての研究を紹介した後、実験的に実施もしくは今後実施予定の包括払い制度の概要について述べる。その後、診療報酬をコストとしての側面から用途別に分類した研究を紹介する。第2節では、近年提出された医療計画改革に関する報告書の内容を一通り紹介する。

第1節 診療報酬制度

わが国のほぼすべての医療機関に適用されている出来高払い制度の長所・短所、また、診療報酬制度全体としての特徴に関する先行研究を見てみる。

急性期入院医療に対して包括払い制度を導入することを念頭に、報酬制度を分析した研究として伏見(2006)がある。それによると、出来高払い制度の長所としては、医療サービスそのものに対して診療報酬が支払われるため、医療機関はコストを度外視して、患者の病状に応じてもしくは医師の判断に応じて診療サービスの提供量を決定することができ、過小診療を防げることや、発生したサービスの内容を決め細やかに反映させるため発生したコストに応じて適切に報酬が支払われるということがある。一方で、短所としては、発生したコストに応じてそのつど医療提供者に報酬が支払われるため、医療提供者側にコスト意識が発生せず、医療機関は過剰に医療サービスを提供するインセンティブをもつということがある。これは、医療行為の内容が医師の裁量によって大きく変更可能となる入院サービス提供時により顕著になると考えられる。また、診療報酬制度には大きく分けて出来高払い制度の他に包括払い制度があり、一般に包括払い制度は入院サービスの提供を評価するうえでより適切であると考えられている。それは、入院に際して発生する医療費がその入院原因の病気や入院日数に応じてある程度標準化することが可能であるために、ある病気である日数入院する場合いくらという形態で診療報酬を支払うことが医療費用の適正化につながるからである。

また、一部医療機関を対象に「包括払い制度」等を実際に運用する研究もなされている。国内10箇所の国立病院においてはアメリカで実施されているDRG(疾患分類)を改定したJ-DRGを用いて、入院1件当たり定額で診療報酬を支払うDRG-PPSが運用されている。また、82箇所の特定機能病院、社会保険病院では、DPCという疾病の分類に基づいて、入院1日当たり定額で診療報酬を支払うDPC-PPSが運用されている。これらの研究実績についての詳細な結果は同じく伏見(フィナンシャルレビュー6月・2006)において述べられている。

さらに、社会保障審議会は先日、後期高齢者医療の在り方に関する特別部会の初会合を開き、75歳以上の高齢者医療において、これまで入院など一部の医療に導入されて

いた「包括払い制度」を外来診療においても適用する考えをまとめ、2008年度から実施する方針を決めた。この方針の背景には、高齢者医療における外来診療の大部分が慢性疾患に関連したものであり、治療方法の標準化を進めることが望ましいと考えられたことがある。この方針は今まで述べてきた、「診療は『出来高払い』、入院は『包括払い』」という図式に当てはまるものではないが、高齢者向けの診療の大部分が慢性疾患に対するものであり、診療行為のパッケージ化が容易なものであるため、その点ではより入院サービスの提供に近いと考えることができる。

また、広井（1994）などであげられているように、医療費をコストとして用途別に見た場合、現在の日本の点数制度は、診療報酬の満たすべき条件とされる「医業経営に要する費用を適切に補填するための報酬」であることを満たしていない。

（図1）用途別に見た医療費の分類

人件費（医師）
人件費（医師以外の従事者）
物件費（含：薬剤費） <ul style="list-style-type: none"> ● 診療行為に伴って比例的に消費される部分 ● それ以外の部分（設備費等）
土地・建物代

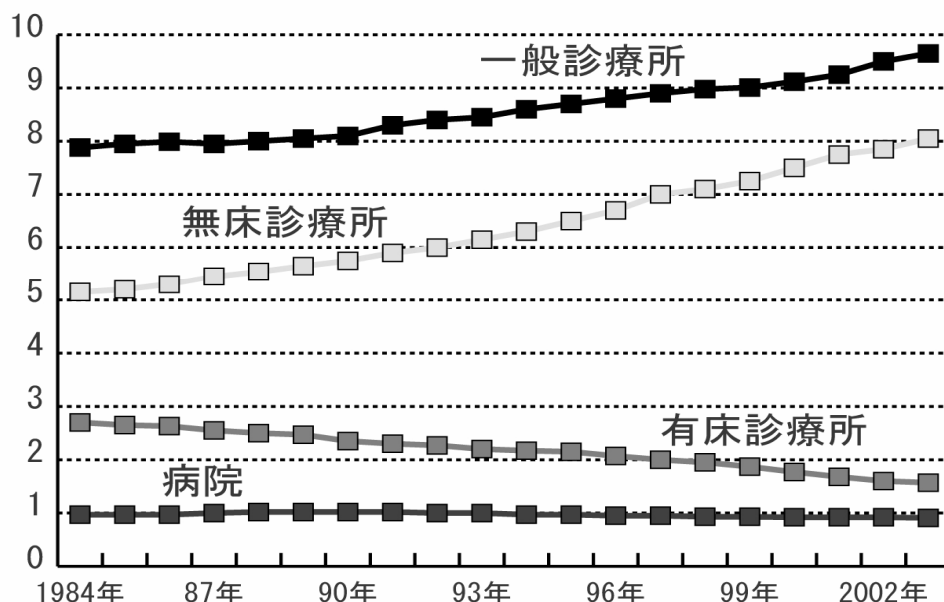
図1によれば、ある診療行為に与えられる点数の中身は、医師の「人件費」、医師以外の医療従事者の「人件費」、「物件費」、「土地・建物に要する費用」などである。ここで生ずる問題点は、「設備費」や「土地建物代」などは「固定費」である一方で、それらをまかなう収入の面では診療行為に比例した「変動収入」となり、これでは適切に費用が評価されているとは言えないのである。つまり、「変動収入」である診療報酬で「固定費」「変動費」の双方をまかなっているのが現状である。そのため、特に開業医の場合、過度に高い診療報酬のために利潤追求のインセンティブが増加し、「過剰診療」が発生するかもしれない。

以上の議論から、この点数制度の非効率性が医療費増大要因となっていることが考えられる。

第2節 医療計画

医療機能分化の観点から見ると、わが国の医療計画はそれなりに進歩してきたといえる。実際、医療施設数の推移を機能別に分けて見ると、病床を持たず診療に特化した「無床診療所」はここ20年間で1.5倍以上に増加したのとは対照的に、「有床診療所」は緩やかに減少し続けている。

万施設



しかし、このような変化は、医療計画等政策の結果というよりも、長期的な医療業界の構造変化の結果という側面が強い。そして、先進諸外国の動きに比べるとわが国の医療計画はまだ不十分なものであることがわかる。このような中で医療機能の分化を念頭に置いた医療計画策定を目的に、「医療計画の見直し等に関する検討会ワーキンググループ」が2004年に医療計画の改革に関する報告書を提出している。そこでは、患者の望む医療の実現と質が高く効率的かつ検証可能な医療提供体制の構築がこれまでにない医療計画の目的とされ、基準病床数設定の際に、(1)地域の医療ニーズに基づくこと、(2)病床の機能・疾患の臨床経過を反映すること、(3)介護との整合性が図られること、(4)地域にとって真に必要な量を確保するために対応すること、の4点が求められている。

ここで、(1)はおもにその医療県内の人口構造から医療需要を算出することが求められるという点でそれまでの医療計画の概念と比較的近いものであると考えられる。一方、(2)は、主要な疾病ごとに、発症 急性期医療 リハビリテーション 在宅療養という具合に臨床経過ごとに入院需要を計算することを求め、(3)は医療用病床と介護用病床の機能分化の観点からそれぞれの入院需要を算出することを求めるものである。(4)については、現在の議論との関連が薄いので捨象する。ここで、(2)(3)はいずれも同じ入院という目的を果たす病床でも、臨床経過ごとや入院の種類ごとに需要を分けて算出し、その値に応じた形で病床の設定をするということを想定したものである。これは、医療機能、とりわけ入院機能を臨床経過、疾病等の種類という2つの軸によって分類するというアイデアを含んでおり、医療機能分化を促進させる上で欠かせない考えである。

また、入院機能内の分化だけでなく、入院機能と診療機能の間の分化を進めることも必要となるが、それに向けた議論も進行中である。「医療保険福祉新議会制度企画部会」

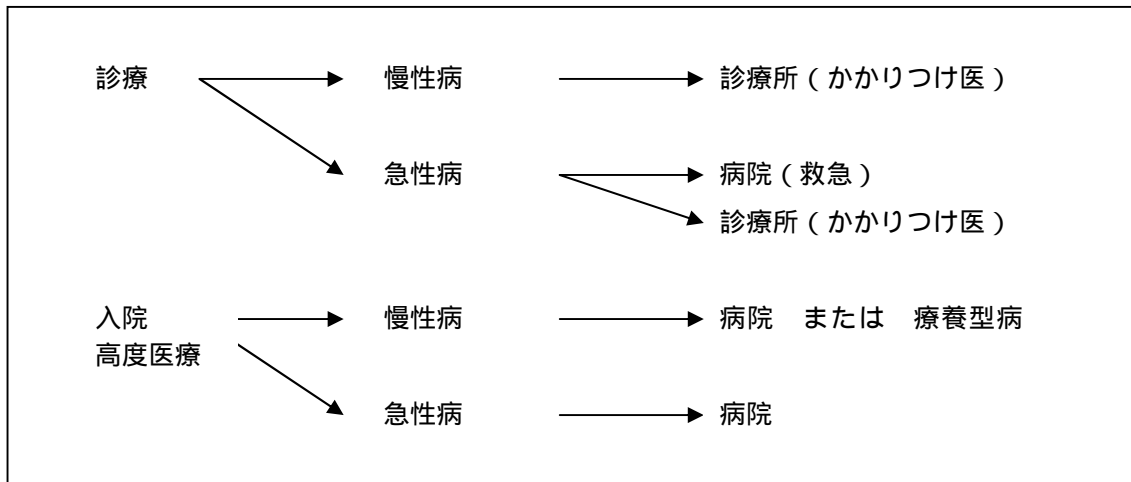
は 2001 年に診療報酬体系のあり方に関する意見書を提出し、その中で、医療機能の分担を促進させるためには、病院と診療所との間での患者のやり取り等の連携が必要であることが述べられている。また、そのためには検査データや薬歴情報などの患者情報の共有化が必要になるとされている。この背景には、診療と入院、臨床経過、疾病の種類によって大病院か小病院か診療所かといった機能分化が必要であるという考えがある。特に、比較的軽度の疾病の診療は診療所で、入院や重度の疾病の診療は大病院で行うのが効率的であると考えられる。

第4章 政策提言

これまでの章で浮き彫りになった問題点をもとに、この章では、目指すべき機能分化の形を示し、それらを実現させるための手段として、診療報酬改定や補助金政策、医療計画等を提言する。第1節では、病院・診療所等の各医療機関がそれぞれに担当すべき役割を提示し、それを実現させる手段として、かかりつけ医に関する政策・医療計画の改訂を提案する。第2節では、診療報酬改定と補助金政策を提案する。

第1節 医療機関の機能分化

以下は、本論分の骨子となる、あるべき医療機能の分化・役割分担を簡潔に表した図である。

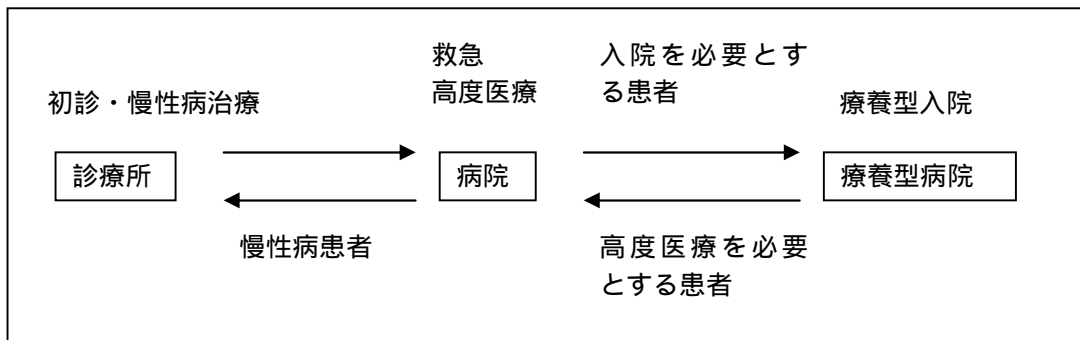


診療所はこれまで通り無床診療所を増やす、あるいは増える構造を保ち、一方で有床診療所を減らす、かかりつけ医制度の充実を図り、初診に関しては一件当たりの診療コストの低い診療所へ患者を誘導する、高度先進医療とこれによる入院の機能は主に中・大病院、慢性病での入院等は療養型病院が機能を担う。機能分化の促進と同時に、これらの医療機関における患者の受け渡しをスムーズにする、という政策が考えられる。

初診に関してかかりつけ医へ患者を誘導するには、医療供給側へのアプローチと需要側へのアプローチがある。例えば、患者側の金銭的インセンティブに働きかけるとするならば、かかりつけ医による初診に関してのみ自己負担率を下げ、またそれ以外の診療所、病

院で初診を受ける際には自己負担率を上げるということが考えられる。これに対して、受ける医療機関によって負担が違ふことが医療の公平性を損なう危険性があるという指摘もあろうが、かかりつけ医を患者によって選ばせ、変更可能な余地を残し、かつ届出制にすることにより、この点は解消されうるのであろう。

さらに、機能分化を進める上では、医療計画等の制度を整備する必要がある。入院と診療の分離、臨床経過ごとの分離、疾病の種類ごとの分離といった観点から、病床の集約化を進めるとともに、欧米にならい医療機器の種類に関する規制を導入する必要がある。また、機能分化を進める上で不可欠となるのが、病院間の患者の移送体制の整備である。医療機関同士で診療経過に応じてスムーズに患者を移送することを制度面から促進させる必要がある。図式化すると以下ようになる。



第2節 診療報酬制度改定

そして、上記の機能分化を後押しする手段としての診療報酬制度改定に関して述べることにする。病院における支払い制度に関しては、土地・建物代を補助金でまかない、看護師などの医師以外の医療従事者の人件費や薬剤費等の物件費は、現在でも一部行われているように包括払い制度を適用する。診療所の支払い制度は出来高払い制度を維持するが、高度医療を担うのは病院であり、かつ土地・建物代も低く抑えられると考えられるため、診療報酬制度からは土地・建物代等の固定費部分を除き、あくまで変動費をまかなう水準にまで減額をする。

病院に支払う補助金は保険者から給付することにになる。これでは、保険者に対して新たな負担を押し付けてしまう可能性を指摘されるかもしれないが、診療報酬の部分から土地・建物代や設備費をカットするのであるから、必ずしも保険者の負担が増えるとは言えない。これらにどれだけの費用がかかっているかの詳細な実証研究を必要とする。また、この補助金の負担をどの保険者がするかであるが、ある病院を利用している患者がどの保険に加入しているかのデータは既に病院にあるから、病院を利用する患者の割合と等しく補助金の分担割合を決めるのが公平であると言える。

《先行論文》

伏見清秀(2006)「急性期入院医療の包括払い制度の仕組みとその適用」『フィナンシャルレビュー』80号、33-74

《参考文献》

広井良典(1994)『医療の経済学』日本経済新聞社
川淵孝一(2002)『医療改革 痛みを感じない制度設計を』東洋経済新報社
結城康博(2006)『医療の値段』岩波新書
真野俊樹(2006)『入門医療経済学』中公新書
厚生労働省(2006)『平成18年番構成労働白書』ぎょうせい

《データ出典》

厚生労働省『平成16年医療施設(動態)調査・病院報告の概況』
厚生労働省『平成18年番構成労働白書』