

医療費の伸び率と診療報酬の改定率
および社会保障給付についての
基本的な考え方

慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授

池上 直己

診療報酬

診療報酬とは、医療サービスと材料の公定料金表で、医師の技術料だけではない。「診療報酬」という名称から国民は誤解して、診療報酬が引下げになるということは医師の所得が減ることだから非常に結構なことであるというふうに理解している。しかし診療報酬といっても、そこに看護師の人件費あるいは薬剤費も入っているということを正しく理解してもらうことは難しいので、この名称から変えるべきだと前回の本会議の際に申し上げた。

請求する際の条件として、薬の効能の範囲、リハビリ等の施設基準等が含まれ、また規定の順守をレセプトで審査し、指導で監査している。出来高払いであっても「出来高」で請求できる範囲と料金を統制しているのも、本当の意味で出来高とは言えないのではないか。ただし、統制によって有効性・安全性の確立されたサービスが担保されており、混合診療を解禁すれば担保はなくなる。このように、一方においては診療報酬を守らなければいけないという側面もあるところが辛いところではある。

全体としての改定率が決まれば、改定後の回数（量）はそう変わらないので、点数（価格）の改定率が決まれば医療費総額も決まる。医療費の4分の1は国税で賄っているのも、国の予算の範囲で改定率が決まる。2006年度においては赤字国債の抑制、自民党の圧勝という要因でマイナス3.16%になった。

次に、薬価の改定は、薬価調査と再算定と政治判断の組み合わせであり、改定の度に下がって今回も6.7%下がった。

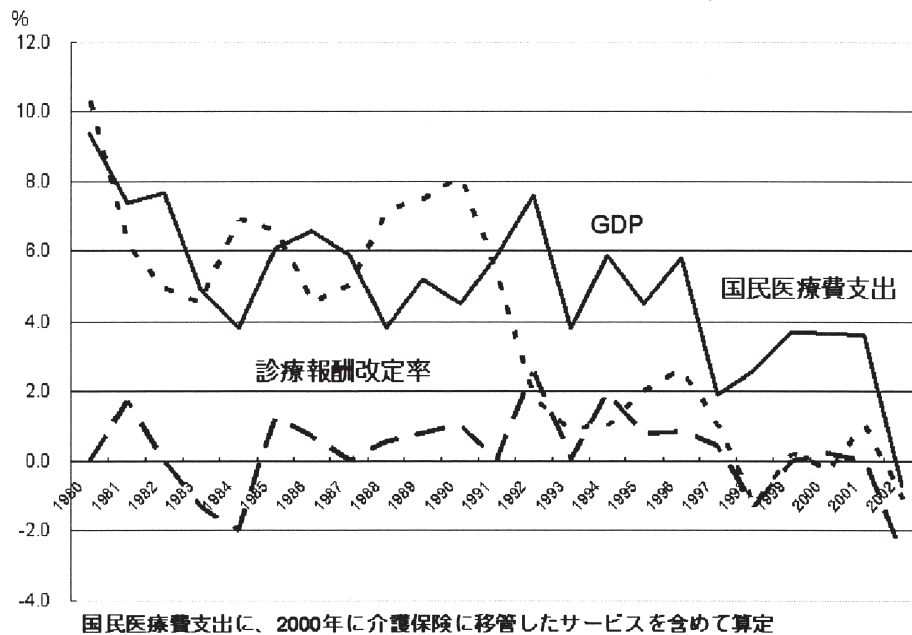
最後に、本体の行為ごとの改定で、上述の枠内で中医協で政治決着している。2006年は1.5%、政策的判断で小児・産科医療等はプラス、そしてその分、慢性期入院医療は両方併せた分マイナスになった。

各診療行為の改定では、画像診断を例にすると、全体としての引下げ幅よりもはるかに大きな個別的な引下げが特に量が増えた行為については行われている。

図1は、点線が毎年の経済成長を表すGDPの伸び率、実線が国民医療費の支出であり、前年度と比べて何%増減したかを示している。

これで分かるように、1980年代は点線と実線の動きが大体平行であったので、国の経済に占める医療費の割合が一定であったわけである。ところが、バブルが弾けてからこの点線で示すGDPがほとんど成長しなくなるかマイナスになった。その分国民医療費の伸び方も減ったが、経済成長の伸びよりも減り方が少なかったために乖離が生じている。そこで、

図1 国民医療費とGDPの伸び率、診療報酬階定率の年次推移(1980～2002年)



出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」

この医療費を抑制すべきという議論が起きてきたわけである。

次に破線は診療報酬の改定率を示している。診療報酬の改定によって国民医療費がいかにか左右されているかということが読み取れ、0.78の相関が診療報酬の改定率と医療費の伸び率の間にある。なお、これには介護保険に移管した分を含めて計算しているので、導入による影響は調整されている。

1980年から2002年の医療費とGDPの伸び率を見ると、医療費の伸び率は毎年5%であった。そのうち2%が高齢化と人口の増加分、昔は人口増加が多かったが、近年は高齢化がほとんどである。0.46%が診療報酬の改定率である。これは消費者物価の1.46%と比べると非常に低い割合となっている。それから、残り半分が技術進歩と言われている部分で、ぜひ注目していただきたい。

この技術進歩というのは分かりにくいですが、今までCTを撮っていた患者にMRIを撮るようになった。そうすると、診断は同じで治療も同じかもしれないけれども、医療費としてはCTよりMRIがかかるので、結局はその分医療費が増えたということになる。

1980年代になると医療費の増加率とGDPの増加率は同率であったので、経済成長が医療費の増加を吸収していた。1990年代になると医療費の増加率がGDPの増加率より高いので吸収できなくなった。2000年代になると診療報酬のマイナス改定で両者の乖離は縮小してきた。

マイナス改定を継続した場合の問題点

これまでの実績では、人口の増加と高齢化で2%、医療技術の進歩で2%と合わせて4%は黙って医療費は増えている。経済財政諮問会議は、最初、経済成長率だけに連動させると言ったが、後に高齢化分は認めるということを行った。しかし、高齢化分を認めても技術進歩等の部分を認めなければ、その分診療報酬をマイナス改定する必要がある。それは医療従事者の人件費を引き下げる以外に対応方法がないわけである。

ところが、人件費を引き下げうるうえでの障壁としては、医師は初期研修の義務化で売り手市場になって、勤務医の給与水準は上がっている。他の従事者は景気が好転しているので確保は難しくなっている。医療従事者の賃金の増加率は99年以降相対的に高いと言われているが、実はそれ以前は一般よりも低かったということが見逃されている。

このままマイナス改定以外の選択肢は、患者負担の増加と混合診療の解禁であるが、そうすると民間保険の発達で公的保険の給付額は最終的には増加する。つまり、患者負担が増えていくと、患者となった時点で払いたくないので民間保険に加入する。民間保険に加入していれば全部補償してもらえるとということになると、未収載の行為・材料をいずれ公的保険が補償しなければいけないので最終的に公的医療費は増加することになる。

入院医療における包括評価の導入

入院医療における包括評価とは、患者を臨床特性で分類し、各分類に包括的な報酬を設定する。例えば、分類15に分類されたのは1日1万円、16なら1万1,000円、という基本的な考え方である。急性期では出来高払いであったのが手術料等を除いてDPCで包括になった。その結果、各DPCに対応した標準的医療を提供する必要性が高まった。

慢性期では、病棟基準というのは1床当たりの面積と、看護師、介護職員の人数という、これはハコものに対する基準であったが、包括評価導入後は、患者基準に沿った医療と介護のニーズに応じた多段階の報酬になった。

包括評価と医療費の関係を見ると、DPCの導入で入院部分は増減がないことが原則だが、実は外来は増えている。というのは、入院で行っていた検査・投薬の出来高の実績を反映して包括評価のDPCの点数が設定されたので、これらを外来で行うようになれば、病院の収益が改善するわけである。

慢性期は、本来は重い患者が多いと増収、軽い患者が多いと減収になったが、このマイナス改定の影響を受けて全部の患者が重ければトントン、普通ならば減収という結果になった。

療養病床の受け皿

療養病床の受け皿が問題となったが、このうち介護療養病床については、医療改革関連法のなかで介護保険法も改定され、その中で「介護療養病床は廃止する」ことが規定されていることである。これは法律的に決まったので覆すことは極めて難しい。ところが、医療療養病床については、政策的な希望を述べているので、2011年までに10万床削減するための法的手段は何一つないわけである。

実は、医療療養病床が減少しない可能性もあるのは、医療区分1の割合が5割であるからで、これは不採算でやっていけないから10万床減るといのが前提であった。しかし、医療区分1が2割以下になれば採算は十分とれるので、ほんとに10万床減るのかどうかは疑問である。

厚生労働省としては、いずれにしてもこの削減された病床の移管先として老健を中心に有料老人ホーム等の特定施設を提示している。ところが、特定施設というのは非常に奇妙なものであり、介護保険上は居宅に分類されている。グループホームなども居宅なわけである。しかし、実質は施設で、施設としての施設基準、病床数も規制の対象となっている。

特定施設と老健等の施設との相違というのは、居住費の徴収額であり、特定施設は建前は「在宅」で「入居者」から満額徴収している。それに反して、老健等は「施設」ゆえ「入居者」から半額程度しか徴収していない。しかも低所得者には減免措置が補足給付という形で用意されている。なお、これまでも老健への移管は試みられたが、療養病床は老健の施設基準（面積基準等）を達成できなかったため、すべて失敗した。これに対して厚生労働省は、今回は無条件に移管を認めている。

もう1つは、参酌基準でベッドの総数が規制されている。これに特例を設けることはやはり難しいのではないかと。住所地特例というのは、移っても元住んでいたところの保険者に請求書が回ってくるわけであるが、同じ県であればこの住所地特例というのは余り影響ないわけであり、移管する障壁は大きいと思う。

このように療養病床の老健、「特定施設」への移管の障壁は高い。そして移管する際に国の融資・助成金を受けても改築に時間がかかり、また法人としての事業が規制される。つまり、融資・助成金を受けた途端に、す

べて国の規制によって運営ががんじがらめになる可能性がある。また、老健であれば医療部分に対する直接の費用補償はない。

さらに、国民の側に立てば、老健の「入居者」と「特定施設」の「入居者」の間に不公平があるわけである。先ほど述べたように、「特定施設」の場合は居住費を全額負担するが、老健は半分程度であり、かつ低所得者は減免されるからである。これに対して、「住居」であればアパートと同様に規制できない。

そこで、病棟を診療所と「住居」に移管することも考えられる。例えばA・B・Cの病棟があったら、C病棟をすべて「住居」にし、移管するうえでの新たな規制を設けない。そして、居住費を払わない「入居者」には生活保護からの支給で対応するべきである。

国の責任範囲は、医療、介護、住居によって大きく異なる。医療サービスは普遍平等に給付するので、公的保険の給付によって受給者の99%が満足する給付水準を確保するべきであり、そのために混合診療を禁止する必要がある。一方、介護サービスは一定の水準までの給付に責任があって、公的保険の給付によって受給者の過半数が満足すればよく、不満であれば追加的なサービスを自由に購入できる仕組みとなっている。

それに反して住居というのは最低水準を保障しているので、生活保護の支給基準が適用されるべきである。ところが、現状はそうっておらず、新しくつくる特養はすべてユニットケア、つまり個室の寝室にそれぞれリビングルームがついている。これは公的保険で保障するべきではない。

このような現状を改めるため、老健・特養の介護保険「施設」を順次「住居」に転換し、医療サービスは医療保険、介護サービスは介護保険で給付する。図のようなイメージで、今まで一体として介護保険で給付されていたものを、改革後は、医療は医療保険の外来と同じ基準に、介護は在宅と同じ基準で給付して、居住費部分（光熱費や管理費なども含む）は生活保護で支給するべきであると考ええる。

そのうえで、社会保障費として、医療保険、介護保険、生活保護を県ごとに総合的に管理する。そうでないと、互いに費用の転嫁が起きる。つまり、医療保険の担当者は介護保険に押しつけない。介護保険の担当者は生活保護に押し込めたい。生活保護の担当者は、予算がないから生活保護の申請を受け付けないので、安全ネットとして最も機能してもらいたい生活保護が機能しなくなる。こうした事態を避けるために、安全ネットとしての生活保護に対する支給基準を明示する必要がある。

負担と給付の個人勘定の明示には反対すべきである。なぜなら、導入すれば個人の損得が明白になり、連帯が難しくなるからである。また、そも

そも給付の持つ意味合いは、年金、介護、医療で異なる。年金は長生きして受けたほうがいいが、介護は要介護状態にならず介護サービスを受けないほうがいいかという、意見は分かれる。だが、医療は病気にならずに医療サービスを受けないほうが明らかにいい。

こうした相違を踏まえて制度改革するべきであり、医療保険・介護保険をより整合性のある体系にするためには、生活保護の支給基準の明確化、大幅増額が必要である。ところが、2007年度の予算では、生活保護が社会保障費抑制の標的にされたので、最後の安全ネットの機能が低下するという大変なことが起きるのではないか。

以上まとめると、診療報酬は医療費の抑制に大きな効果を発揮している。医療費の増加は、技術進歩の2%と高齢化の2%、合計4%がどうしても必要である。4%の増加がないと医療従事者の給与を下げる必要がある。療養病床は、老健や特定施設ではなく、住居に移管したほうが社会保障における国の責任範囲との整合性、病院としての自由度の両面からより適切であると考えられる。