

調査と情報—ISSUE BRIEF—

No. 1178 (2022. 3. 3)

各国の診療報酬制度

—支払い方式を中心に—

はじめに

I 支払い方式の分類

- 1 出来高払い
- 2 包括払い
- 3 人頭払い
- 4 総額予算制
- 5 実績に基づく支払い

II 欧米各国と日本の診療報酬制度

- 1 英国
- 2 ドイツ
- 3 フランス
- 4 米国
- 5 日本

おわりに

キーワード：診療報酬制度、支払い方式、医療提供体制、医療財政制度

- 緊急時の医療需要にも柔軟に対応できる医療提供体制の構築のために、診療報酬の支払い方式の見直しが議論されている。本稿は、その一助として、欧米各国と日本の診療報酬制度について支払い方式を中心に説明するものである。
- 外来診療に対する診療報酬については、出来高払いもしくは人頭払いが主に採用され、一部の国では医療の質の向上を目的とした実績に基づく支払いの導入も進められている。入院診療に対する診療報酬については、日本では1日当たり包括払い、欧米各国では1入院当たり包括払いが採用されている。
- 日本の急性期入院医療の課題に対する診療報酬制度の対応については、人的資源等を考慮した診療報酬改定と支払い方式の包括化・転換が主に議論されている。

国立国会図書館 調査及び立法考査局

社会労働課 かめさわ あきひこ
亀澤 明彦

第 1 1 7 8 号

はじめに

2021年6月18日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2021」（骨太方針2021）では、新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえ、緊急時の医療需要にも柔軟に対応できる医療提供体制の構築が課題として提示された¹。その課題に対する改革の方針の一つとして盛り込まれたのが、「更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し」である²。この方針の背景には、診療報酬制度の支払い方式の見直しによって、病院の病床数や在院日数を適正化し、医療資源の集約化を進めるという目的がある³。

日本の診療報酬制度の支払い方式は、伝統的に出来高払いが採用され、2003年度には診断群分類別包括評価⁴が導入されている。上述した支払い方式の更なる包括化に対しては、医療関係者を中心として、医療現場の混乱や診療の不均衡な提供を懸念する声もあり、仮にも今後「更なる包括払いの在り方の検討」を行うにしても、医療提供体制や医療財政へのマクロな影響だけでなく、実際の医療活動に与えるミクロな影響も考慮する必要がある⁵。

こうしたことを踏まえつつ、本稿では、今日の日本の診療報酬制度の現状を把握するための一助として、諸外国の事例とともに同制度の仕組みを概観する。まず、第Ⅰ章では、診療報酬制度を捉える一視点として支払い方式の分類を説明し、続く第Ⅱ章では、支払い方式に着目しつつ、欧米各国と日本の診療報酬制度の概要及び日本の同制度に関する課題を示す。

Ⅰ 支払い方式の分類

診療報酬制度とは、医療に必要な資金を集めて管理する組織⁶（以下「支払者」）が、医療サービスを提供する医師・医療機関等（以下「提供者」）に対して医療サービスの対価を支払う制度のことである⁷。その目的は、主として医療分野における情報の非対称性がもたらし得る市場の失敗⁸に対応することにより、医療活動に対する公的規制としての役割を果たしている。

診療報酬制度の設計において、その骨子とされるのが支払い方式(provider payment method)、つまり、医療サービスの支払者から提供者に資金を移転させる仕組みである⁹。提供者に対する

* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、2021年1月11日である。

¹ 「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）内閣府ウェブサイト <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2021/2021_basicpolicies_ja.pdf>

² 同上, p.31.

³ 骨太方針2021に先立つ経済財政諮問会議においては、有識者議員によって「医師・看護師が広く薄く分散する体制を見直すため、1入院当たりの包括払いを原則とする診療報酬への転換等により、病床数や在院日数を適正化すべき」との指摘がなされている。竹森俊平ほか「社会保障改革—新型コロナウイルスを踏まえた当面の重点課題—」2021.4.26, p.2. 内閣府ウェブサイト <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2021/0426/shiryo_03-1.pdf>

⁴ Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System (DPC/PDPS) と呼ばれる。第Ⅱ章で詳述する。

⁵ 「「骨太方針」に医療団体が「現場視点」で提言」『集中』14(8), 2021.8, pp.8-9; 日本医師会「経済財政諮問会議等の議論について」2021.5.20. 日医 on-line ウェブサイト <<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/010021.html>>

⁶ 日本の場合で言えば、公的医療保険を運営する各保険者が該当する。

⁷ 後藤励・井深陽子『健康経済学—市場と規制のあいだで—』有斐閣, 2020, pp.288-315.

⁸ 例えば、医師と患者の関係においては、医師が患者よりも専門的な情報を多く有していることを利用して、医療サービスに対する患者の需要を誘発するという医師誘発需要が起り得る。

⁹ John C. Langenbrunner et al., eds., *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*, World Bank, 2009, p.3. <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13806>>

報酬をどのように支払うのかという観点から分類され、各支払い方式は提供者に特有のインセンティブを与え、特定の行動に導くことになる。その結果として、支払い方式は、個々の医療サービスや医療機関の経営、更には医療財政にも異なる影響を与えるため、状況や目的に応じて複数を適切に組み合わせることが求められる¹⁰。

以下、本章では、診療報酬制度における基本的な支払い方式を分類し、支払い方式ごとに、既存の研究等において示唆されている利点及び欠点を示す。なお、章末において、その概略を示す（表1）。

1 出来高払い

出来高払い（fee-for-service）とは、実施された個々の医療サービス（以下「サービス」）全てに対して、事前に公定化された価格に基づく報酬が提供者に支払われるという方式である¹¹。利点としては、サービスの供給量に応じて受け取る報酬が増減するために、提供者がサービスの供給量を増やすインセンティブを持つこと、さらに、適切な価格の設定による費用対効果の向上等が挙げられる¹²。欠点としては、サービスが必要以上に提供される過剰診療、また、それに伴う（支払者が支出額を予測できない中での）医療費の増大が懸念される。その対処としては、支出総額の制限、支出が一定水準を超えないような公定価格の調整等が考えられる¹³。

2 包括払い

包括払い（bundled payment）とは、一定のサービス単位ごとに、事前に定められた報酬が提供者に支払われ、その単位の範囲内においては個々のサービスの量は考慮されないという方式である¹⁴。包括払いは、各国の制度において多種多様に設計されているが、以下では包括払いを構成する類型として、1日当たり包括払いと1入院当たり包括払いを説明する。

1日当たり包括払い（per diem）とは、1日当たりの入院診療に対して、定額の報酬が支払われるという方式である。利点としては、提供者が1日当たりのサービスを減らすインセンティブを持つことによるサービス供給の効率化が挙げられる。欠点としては、その裏返しとしてのサービスの過少供給、また、提供者が在院日数を増加させるインセンティブも持つために、過剰な在院日数を招くことも懸念される¹⁵。その対処としては、他の支払い方式との併用等が考えられる¹⁶。

1入院当たり包括払い（case-based）とは、1回の入院診療全体に対して、診断群分類に基づく定額の報酬が支払われるという方式である¹⁷。利点としては、提供者が1症例当たりの在院

¹⁰ Cheryl Cashin, ed., *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage*, Joint Learning Network for Universal Health Coverage, 2015, p.3. <<https://www.jointlearningnetwork.org/resources/assessing-health-provider-payment-systems-a-practical-guide-for-countries-w/>>

¹¹ 価格が公定化されていない場合も想定し得るが、ここでは省略する。

¹² Langenbrunner et al., eds., *op.cit.*(9), pp.6-7.

¹³ 遠藤久夫「診療報酬制度の理論と実際」池上直己・遠藤久夫編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房, 2005, pp. 55-92.

¹⁴ 後藤・井深 前掲注(7)

¹⁵ Cashin, ed., *op.cit.*(10)

¹⁶ 後藤・井深 前掲注(7)

¹⁷ 1入院当たり包括払いは、1件当たり包括払い、また、各診断病名を分類した診断群分類に基づくことから DRG/PPS (Diagnosis Related Group/Prospective Payment System) ないし DRG とも呼ばれている。特に DRG/PPS は、1980 年に米国の公的医療保険メディケアで初めて採用されたものであり、各国で採用されている診断群分類もそれに

日数を短くするインセンティブを持つことによる病院の運営上の効率化が挙げられる。欠点としては、在院日数が過度に短くなる等の過少診療、また、提供者が入院件数を増加させるインセンティブも持つために、不必要な（再）入院の増加も懸念される¹⁸。その対処としては、詳細な診断群分類の採用や他の支払い方式との併用が考えられる¹⁹。

3 人頭払い

人頭払い（per capita; capitation）とは、提供者に対する住民の登録人数に応じて²⁰、一定期間分の報酬が事前に支払われるという方式である。提供されるサービスは事前に範囲が定められ、報酬に対して個々のサービスの量は問われない。利点としては、提供者が一人当たりのサービスの供給量を減らすインセンティブを持つことによる予防医療の実践やサービス供給の効率化、また、支払者が支出額を予測できることが挙げられる²¹。欠点としては、過少診療、提供者が健康な住民を選択的に登録させるというクリーム・スキミング、さらに、提供者が財政上のリスクを負うこと等が懸念される²²。その対処としては、他の支払い方式との併用が考えられる²³。

4 総額予算制

総額予算制（global budget）とは、提供者に一定期間分の予算が支払われるという方式である。人頭払いと同様、提供されるサービスは事前に範囲が定められ、予算に対して個々のサービスの量は問われない。利点としては、支払者が支出額を予測できることが挙げられ、欠点としては、提供者がサービスの供給量を減らすインセンティブを持つことによる過少診療が懸念される²⁴。なお、総額予算制においては、提供者が予算を柔軟に使用できるものの、サービス供給の効率性を向上させるインセンティブは確認されていない²⁵。その対処としては、そうした効率性等の実績と連動した予算契約が考えられる²⁶。

5 実績に基づく支払い

実績に基づく支払い（Pay for Performance: P4P）とは、医療の実績を評価し、その結果に基づいた報酬を提供者に支払うという方式である²⁷。上述した各支払い方式は主にサービスの供給量や支出を考慮するものであり、医療の質に対しては間接的な影響をもたらすにすぎなかつ

続くものである。

¹⁸ Langenbrunner et al., eds., *op.cit.*(9), pp.9-10.

¹⁹ 遠藤 前掲注(13)

²⁰ 医師の登録とは、患者が最初に受診する医師が制度的に定められている国（例えば、英国）において採用されているものである。

²¹ 遠藤 前掲注(13); Langenbrunner et al., eds., *op.cit.*(9), pp.7-8.

²² 遠藤 同上

²³ 後藤・井深 前掲注(7)

²⁴ 同上

²⁵ 総額予算制においては、サービスの効率性の向上よりも、供給量の減少を招くことが指摘されている。Langenbrunner et al., eds., *op.cit.*(9), pp.11-12.

²⁶ 遠藤 前掲注(13)

²⁷ 評価の基準としては、医療の質指標（Quality Indicator: QI）が用いられることが多く、そこでは、サービスに用いられる資源、サービスの内容、患者の健康状態が対象とされる。田辺智子「医療の質と「実績に基づく支払（P4P）」—諸外国の事例を中心に—」『レファレンス』819号, 2019.4.20, pp.79-82. <https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11275351_po_081905.pdf?contentNo=1>

た一方、P4Pは医療の質を直接的に向上させることを主たる目的とする²⁸。したがって、利点としては、医療の質の向上を期待し得る。しかし、P4Pの効果については信頼性の高い評価が難しいということもあり、そのエビデンスはまだ十分に得られていないとされる。欠点としては、(医療の実績を上げるための) 提供者による患者選択、P4P対象外の領域における医療の質の悪化等が懸念される。P4Pの効果の向上、また、欠点への対処のためには、P4Pの対象領域と指標、評価基準、報酬額及びデータの活用という要素を考慮した適切な制度設計が必要とされる²⁹。

表1 各診療報酬支払い方式の利点と欠点

支払い方式		利点	欠点	欠点への対処
出来高払い		・ サービス供給量の増加	・ 支出額を予想できない ・ サービスの過剰供給	・ 支出総額の制限 ・ 公定価格の調整
包括払い	1日当たり 包括払い	・ サービス供給の効率化	・ サービスの過少供給 ・ 過剰な在院日数	・ 他の支払い方式との併用
	1入院当たり 包括払い	・ サービス供給の効率化	・ サービスの過少供給 ・ 不必要な入院の増加	・ 他の支払い方式との併用
人頭払い		・ サービス供給の効率化 ・ 支出額を予想できる	・ 健康な患者の選択 ・ サービスの過少供給	・ 他の支払い方式との併用
総額予算制		・ 支出額を予想できる	・ サービスの過少供給	・ 実績と連動した予算契約

* ここで示す利点、欠点及び欠点への対処は、あくまでも代表的なものに限られる。

** 実績に基づく支払い(P4P)については、支払い方式としての性格が異なるため、ここでは取り上げていない。
(出典) 遠藤久夫「診療報酬制度の理論と実際」池上直己・遠藤久夫編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房、2005、pp.64-65; 後藤励・井深陽子『健康経済学—市場と規制のあいだで—』有斐閣、2020、p.301を基に筆者作成。

II 欧米各国と日本の診療報酬制度

診療報酬制度は、医療制度を構成する重要な要素として、医療財政制度や医療提供体制と密接な関係にある。とりわけ日本の医療提供体制の改革は、医療サービスの担い手が民間セクター中心であること等の理由により、診療報酬による政策誘導に大きく依存してきた。一方、診療報酬による政策誘導は、医療機関の経営や行動に過度のリスクや影響を与える懸念も指摘されている³⁰。

本章では、そうした診療報酬制度を幅広く捉えるために、欧米各国と日本の診療報酬制度の比較を行う。まず、英国、ドイツ、フランス、米国及び日本5か国の医療財政制度と医療提供体制を概観し(表2)、次に各々の国の診療報酬制度の概要を支払い方式に着眼しつつ紹介する。なお、日本の診療報酬制度については、新型コロナウイルス感染症以降の論点も取り上げておきたい。

²⁸ Cheryl Cashin et al., eds., *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*, Open University Press, 2014, pp.3-4. WHO Europe website <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf>

²⁹ 田辺 前掲注(27), pp.95-98.

³⁰ 島崎謙治『日本の医療—制度と政策— 増補改訂版』東京大学出版会、2020、pp.449-460.

表2 各国の医療制度の概要

国	医療財政制度	医療提供体制
英国	公的医療制度 NHS の財源の大部分は租税であり、残りは保険料によって賄われている。	公的医療制度 NHS を中心とする。プライマリ・ケアは総合診療医 (GP)、セカンダリ・ケアは病院が担い、両者の機能は区分される。
ドイツ	公的医療保険を中心とする。公的医療保険は、地域・産業・職業などにより区分され、国民の約 9 割が加入する。	外来診療は開業医、入院診療は病院が担当し、明確に機能が区分されている。病院は、公的病院を中心とする。
フランス	公的医療保険を中心とする。そのうち一般制度と呼ばれる公的医療保険には、国民の約 9 割が加入する。	外来診療は開業医、入院診療は病院が担当し、明確に機能が区分されている。病院は、公立病院を中心とする。
米国	公的医療保険と民間医療保険から構成される。公的医療保険には、高齢者等に対するメディケアと低所得者に対するメディケイドがある。	医療サービスの提供の内容は、医療保険の種類による。病院は、民間病院を中心とする。
日本	公的医療保険を中心とする。公的医療保険は、被用者保険、国民健康保険及び後期高齢者医療制度から構成される。	医療サービスの提供における機能は、診療所と病院で区別されているが明確ではない。病院は、民間病院を中心とする。

(出典) 財務省財務総合政策研究所『医療制度の国際比較 改訂版』2010, pp.203-212; 橋本英樹・池田俊也「医療制度の国際比較」橋本英樹・泉田信行編『医療経済学講義 補訂版』東京大学出版会, 2016, pp.275-294 を基に筆者作成。

1 英国

英国³¹では、その財源の大部分を租税とする国民保健サービス (National Health Service: NHS) の下で医療サービスが提供されている。医療サービスは、総合診療医 (General Practitioner: GP) によるプライマリ・ケアと病院によるセカンダリ・ケアに分けられ³²、住民はそれらを原則無料で受けることができる。こうした租税を中心とする財源を背景として、英国の診療報酬制度は、医療サービスへの対価というよりも、医療に関する予算をいかに効果的かつ効率的に配分するかという観点から設計されているといえる³³。

プライマリ・ケアに対する診療報酬は、2004 年以降、包括報酬 (Global Sum)、高度サービス報酬 (Enhanced Service) 及び成果報酬 (Quality and Outcomes Framework: QOF) によって GP 診療所ごとに支払われている。包括報酬は、最も中心的な報酬であり、主として人頭払いに基づきつつ、登録住民に関するデータ³⁴等を考慮して支払われる。高度サービス報酬は、時間外診療や小規模な手術等を対象とする高度サービスに対して、出来高払いにより支払われる³⁵。QOF は、臨床基準、公衆衛生及び質の改善という 3 領域³⁶における基準を達成した場合に、P4P

³¹ 本稿において「英国」として扱うのは、イングランドの事例である。

³² プライマリ・ケアは総合的な医療サービス、セカンダリ・ケアは入院を含む専門的な医療サービスのことである。

³³ 白瀬由美香「イギリスの診療報酬制度」『健保連海外医療保障』111 号, 2016.9, pp.20-27.

³⁴ 例えば、年齢、性別、死亡率、罹病率、受診回数等が挙げられる。

³⁵ イギリス医療保障制度に関する研究会編『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2019 年度版』医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構, 2021, pp.119-121.

³⁶ この 3 領域は、2021-22 年度の場合である。NHS, *Quality and Outcomes Framework guidance for 2021/22*, 2021.6.11. <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/03/B0456-update-on-quality-outcomes-framework-changes-for-21-22-.pdf>> なお、この P4P の詳細は、田辺 前掲注(27)を参照のこと。

という形で支払われる。

セカンダリ・ケアに対する診療報酬は、診断群分類（Healthcare Resource Groups: HRG）に基づく 1 入院当たり包括払い（Payment by Results: PbR）を中心として支払われている。また、医療の質を向上させるための枠組みとして、質と技術革新のためのコミッショニング（Commissioning for Quality and Innovation: CQUIN）及び最良実践価格（Best Practice Tariff: BPT）も導入されている。CQUIN は医療の質に関する全国目標及び地域目標の達成に応じた支払いであり、BPT は質や費用対効果が高い実践に報酬を支払う仕組みである³⁷。

英国の医療制度については、2019 年の NHS 長期プランにおいて様々な改革が示されているが、なかでも診療報酬制度に対しては、地域の医療機関の連携を促進し、医療サービスの集約化や効率化を図るために、HRG ごとに定められた公定価格（National Tariff）に柔軟性を持たせることがその一つに挙げられている³⁸。このプランの実現のためには、病院に対する診療報酬の支払いを、地域ごとの要因を反映したものとなるように、公定価格を固定された価格ではなく一定の算定方式として設定するという方向性が示されている³⁹。

2 ドイツ

ドイツでは、国民の大半が加入する公的医療保険が中心となり、疾病金庫（Krankenkasse）と呼ばれる各種保険者による独立した管理運営が行われている⁴⁰。医療提供体制においては、開業医による外来診療と病院による入院診療の機能区分が明確になされ、診療報酬制度もそれぞれにおいて異なる体系が採用されている。

外来診療に対する診療報酬は、各疾病金庫から各州の保険医協会に対して診療報酬総額が支払われ、さらに保険医協会から各保険医に対して診療報酬が支払われるという二段階の仕組みとなっている。各保険医協会に対する診療報酬総額は、被保険者の罹病率等を考慮した人頭払いを中心として算定される。他方、各保険医に対する診療報酬は、統一評価基準（Einheitlicher Bewertungsmaßstab: EBM）に定められた点数に基づき、家庭医と各専門医の区別に応じた包括払いで分配される⁴¹。

入院診療に対する診療報酬は、2003 年以降、診断群分類（Diagnosis Related Groups: DRG）に基づく 1 入院当たり包括払いが採用されている。DRG ごとの包括報酬のほかに、在院日数の上限・下限も定められ、上限を超えた場合は加算され、下限に満たない場合は減算される。なお、病院の財政では二元資金調達方式（duale Finanzierung）が採用され、投資的経費⁴²は州政府の公費助成、経常的経費⁴³は診療報酬によって賄われている。

ドイツの診療報酬制度に対する近年の改革としては、看護介護職員の支援策が挙げられる。

³⁷ 白瀬 前掲注(33) CQUIN の詳細は、田辺 前掲注(27)を参照のこと。

³⁸ NHS, *The NHS Long Term Plan*, 2019.1, p.114. <<https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>>

³⁹ イギリス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(35), pp.157-158.

⁴⁰ ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2020 年度版』医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構, 2021, pp.25-27.

⁴¹ 各保険医の診療報酬は症例件数を考慮して算定されるが、標準症例件数の 150%を超えた場合には、一定基準のもとで診療報酬が逡減する仕組みが講じられている。同上, pp.56-61.

⁴² 投資的経費は、病院の整備・維持に係る費用のことである。岩間勇気「ドイツ診療報酬制度の動向」『健保連海外医療保障』111 号, 2016.9, pp.1-11.

⁴³ 経常的経費は、人件費、薬剤費、消耗品等に係る費用のことである。同上

従来、病院における看護介護職員の人件費は、上述のとおり疾病金庫からの DRG 包括報酬の対象とされてきた。ところが、州政府による投資的経費の助成が減少するに伴い、病院は投資的経費の捻出のために診療報酬からの資金を流用せざるを得ないこともあり、看護介護職員の人員削減を招く結果となった⁴⁴。こうした背景から、2018 年の看護介護職員配置強化法⁴⁵では、病院の診療報酬は DRG 包括報酬と看護介護職員人件費報酬⁴⁶の二本立てとなり、看護介護職員の人件費は別個に予算が確保される形となった⁴⁷。

3 フランス

フランスでは、人口の約 9 割をカバーする社会保障制度である一般制度（régime général）を主とする職域ごとの公的医療保険の下で、医療財政制度が構築されている⁴⁸。医療提供体制においては、開業医による外来診療と病院による入院診療の機能が明確に区別される。一方、診療情報の共通化という観点から、2005 年には、医療行為共通分類（Classification Commune des Actes Médicaux: CCAM）が導入され、両者に対する診療報酬の基準の統一化も進められている⁴⁹。

外来診療に対する診療報酬は、全国医療保険金庫連合と医師組合との医療協約に基づいており、各医療行為の料金等を定めたその協約との関わり方によって、医師はセクター1 若しくはセクター2 に区分され⁵⁰、それぞれ異なる形で診療報酬が支払われる。セクター1 の医師は、医療協約で定められた料金において出来高払いで支払われる一方、セクター2 の医師は、医療協約に拘束されることなく医療協約の料金以上の報酬を請求できる超過報酬請求権を有する⁵¹。

入院診療に対する診療報酬は、2004 年以降、診断群分類（Groupe homogène de malades: GHM）に基づく 1 入院当たり包括払い（tarification à l'activité: T2A）によって支払われている。各 GHM には料金のほかに、在院日数の上限・下限も定められ、上限を超えた場合は加算され、下限に満たない場合は減算される。なお、病院の外来診療、また、入院中における高額な医薬品及び医療機器の使用については、出来高払いによって支払われる。

フランスの医療制度については、2018 年に大統領を始めとする連名で発表された「私の医療 2022（Ma santé 2022）」において、その改革の方針が示された。なかでも診療報酬制度については、現行の T2A が急性疾患を主な対象とし、慢性疾患のケアに適していないことを踏まえ、糖尿病や慢性腎疾患を始めとする慢性疾患における病院の診療に対する定額報酬を創設することとされた⁵²。これにより、特定の慢性疾患に関する病院の報酬は、基本的に診療する患者の人数に基づきつつ、年間の総額が支払われることとなった⁵³。

⁴⁴ 田中伸至「ドイツの DRG 包括報酬システム」『健保連海外医療保障』123 号, 2019.9, pp.1-11.

⁴⁵ Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394)

⁴⁶ 看護介護職員人件費報酬は、病院ごとの看護介護ニーズに係る費用を考慮して定められる。田中 前掲注(44)

⁴⁷ 同上

⁴⁸ フランス医療保障制度に関する研究会編『フランス医療保障制度に関する調査研究報告書 2020 年度版』医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構, 2021, pp.26-30.

⁴⁹ 原田啓一郎「フランスの診療報酬制度」『健保連海外医療保障』111 号, 2016.9, pp.12-19.

⁵⁰ 医療協約に拘束されないセクター2 は、大学病院の医長の経験等、一定の資格・経歴が求められる。

⁵¹ フランス医療保障制度に関する研究会編 前掲注(48)

⁵² Ministère des solidarités et de la santé, *Ma santé 2022: un engagement collectif*, 2018.9.18, p.17. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf>

⁵³ なお、定額報酬の適用は、特定の病院に限定されている。「Décret n° 2019-977 du 23 septembre 2019 relatif à la rémunération forfaitaire des établissements de santé pour certaines pathologies chroniques prévue par l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale」Légifrance website <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039124421>>

4 米国

米国では、公的医療保険と民間医療保険の二つの仕組みによって医療財政制度が構成されている。公的医療保険では、高齢者等を対象とするメディケア及び低所得者を対象とするメディケイドが整備され、民間医療保険では、それ以外の住民を主な対象として医療保険の市場が形成されている。本節では、このうちメディケアの診療報酬制度を概説する。

メディケアは、65歳以上の高齢者を主たる加入者として⁵⁴、AからDまでの4パートから構成されている。パートAは入院診療等、パートBは医師による診療等、パートCは認可された民間医療保険によるパートA及びパートB相当の医療サービス、パートDは外来の薬剤処方を給付対象とする。その加入・選択については、パートAは自動加入、それ以外のパートは任意とされている⁵⁵。以下では、オリジナル・メディケアとも称されるパートA及びパートBについて、その支払い方を説明する。

パートAは、入院診療、高度看護施設、ホスピス等が給付対象とされており、ここでは入院診療に対する診療報酬の支払い方を説明する。入院診療に対しては、主として診断群分類（Medicare Severity-Diagnosis Related Group: MS-DRG）に基づく1入院当たり包括払いによって支払われ、他に様々な基準によって報酬の加算・減算がなされる。加算要素としては、例外的な症例、臨床研修の実施、低所得者に対する医療サービス、新技術の導入等が対象とされている⁵⁶。また、医療の質に基づいて加算・減算を行うプログラムも各種用意され、再入院の割合及び院内感染・事故率に基づく減額、診療プロセスや治療の成果等の病院の実績を評価する加算が実施されている⁵⁷。

パートBは、医師による診療（physician services）、在宅医療、予防医療等を給付対象としており、ここでは医師による診療に対する診療報酬の支払い方を説明する。医師による診療に対しては、従来は出来高払い（Medicare Physician Fee Schedule payment）による算定であったが、2015年の改革により、医療の質に基づく診療報酬として次の二つの方式が創設された。第一に、MIPS（Merit-based Incentive Payment System）であり、同方式は従来の出来高払いに基づきつつも、実績を評価する4指標（診療の質、効率性、診療の改善活動、相互運用性⁵⁸の促進）を評価した報酬の調整を行う⁵⁹。第二に、APMs（Alternative Payment Models）であり、同方式は従来の出来高払いに代わる、医療サービスの供給量よりも質や効率性を重視する新しい支払い方式として、現在、特定の医療サービスや地域に限定した導入が進められている⁶⁰。

⁵⁴ その他、65歳未満の身体障害者、終末期腎疾患患者等も対象としている。

⁵⁵ Patricia A. Davis et al., “Medicare Primer,” *CRS Report*, R40425, 2020.5.21, pp.1-3. <<https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R40425>>

⁵⁶ *ibid.*, pp.8-10; 石田道彦「公的医療制度—メディケア—」アメリカ医療保障制度に関する研究会編『アメリカ医療保障制度に関する調査研究報告書 2019年度版』医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構, 2021.3, pp. 28-40.

⁵⁷ 石田 同上

⁵⁸ 電子医療記録（Electronic Health Record）技術を用いた医療情報の活用のこと。Jim Hahn et al., “The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA; P.L. 114-10),” *CRS Report*, R43962, 2015.11.10, pp.21-22. <<https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R43962>>

⁵⁹ Davis et al., *op.cit.*(55), pp.14-15. なお、MIPSはその複雑さのために、診療の実績の報告において医療従事者に負担をかけていることが問題とされており、2023年からは新しい報告枠組みである MIPS Value Pathways (MVPs) の導入が予定されている。“MIPS Value Pathways (MVPs).” CMS website <<https://qpp.cms.gov/mips/mips-value-pathways>>

⁶⁰ 特定の医療サービスについては、がん治療や関節置換術が挙げられている。Davis et al., *ibid.*

メディケアの診療報酬制度については、先に述べた 2015 年の改革、すなわちメディケア・アクセス及び児童医療保険再授權法⁶¹が比較的大きな動向として挙げられる。連邦議会において超党派で成立した同法によって、パート B における上記 2 方式が導入されるとともに、従来の出来高払いにおいて採用されてきた、医療費支出の増減等を考慮して診療報酬の改定率を定める持続可能成長率（Sustainable Growth Rate: SGR）方式の廃止も行われた⁶²。

5 日本

(1) 概要

日本では、被用者保険、国民健康保険及び後期高齢者医療制度から構成される公的医療保険の下、フリーアクセスを尊重した民間セクター中心の医療提供体制が構築されている。医療提供体制は、欧米各国とは異なり、日本では（中小病院や有床診療所が存在する等）病院と診療所が連続的な関係にあり、さらに、病院が入院機能以外に外来機能も有しているという特徴がある⁶³。

診療報酬に関する法的枠組みについては、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和 32 年厚生省令第 15 号）⁶⁴において「療養の給付」の提供に対する規定が定められ、「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）及びその別表の「診療報酬点数表」において「療養の給付に要する費用」が算定される⁶⁵。これらに基づき、診療報酬制度においては、診療報酬の支払われる範囲が保険給付の範囲を画定し、診療報酬の価格が保険給付の内容や質を規定している⁶⁶。

診療報酬は、概して外来診療と入院診療で分けて理解することができる。

外来診療に対する診療報酬は、出来高払いで支払われる。診療報酬点数表においては、個々の診療行為ごとに点数が定められており、それらの点数を積み上げて診療報酬が算定される⁶⁷。

入院診療に対する診療報酬は、2003 年度より、診断群分類に基づく 1 日当たり包括払い（診断群分類別包括評価）が導入されている。この支払い方式は、DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System）と呼ばれ、診断群分類ごとの 1 日当たり点数×入院日数×医療機関別係数⁶⁸という計算式で算定される。なお、1 日当たり点数は、在院日数に応じて 3 段階で逡減する仕組みが採用されている。また、手術や麻酔等の一部の診療行為に対しては出来高払いで支払われる。なお、この DPC/PDPS の適用は各病院の任意とされ、適用されない場合は出来高払いとして診療報酬が算定される⁶⁹。

⁶¹ Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015, P.L. 114-10.

⁶² Hahn et al., *op.cit.*(58), pp.1-5.

⁶³ 島崎謙治「日本」加藤智章編『世界の診療報酬』法律文化社, 2016, pp.104-140.

⁶⁴ 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）の第 43 条の規定に基づく。

⁶⁵ 後述する DPC/PDPS については、別途、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 93 号）が定められている。

⁶⁶ 加藤智章「公的医療保険と診療報酬政策」日本社会保障法学会編『新・講座社会保障法 第 1 巻 これからの医療と年金』法律文化社, 2012, pp.113-132.

⁶⁷ 1 点単価は 10 円であり、後述する DPC/PDPS においても同様である。なお、1958 年に新医療費体系が制定されてから今日に至るまで、1 点単価は 10 円で固定されている。同上

⁶⁸ 医療機関別係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数から構成される。簡約すると、基礎係数は病院の診療機能、機能評価係数Ⅰは人員配置等、機能評価係数Ⅱは医療サービスの効率性等、激変緩和係数は診療報酬改定に伴う影響を評価の対象とする。

⁶⁹ 2020 年 4 月時点の DPC 算定病床数は約 48 万床であり、一般病床数に占める割合は約 5 割である。なお、規模の

診療報酬の改定は、物価及び人件費の動向や医療機関の経営実態等を考慮し、通常2年ごとに実施される⁷⁰。まず、内閣によって改定率が決定され、次に、社会保障審議会の定める基本方針に沿って、厚生労働省が中央社会保険医療協議会に諮問し、その答申を踏まえ診療報酬点数の改定を決定する。こうした過程において、その時々の方針課題に応じて個々の点数が全面的に見直されることによって、診療報酬制度は医療提供体制の広範な政策誘導機能を果たすこととなる⁷¹。

(2) 今後の論点

新型コロナウイルス感染症の流行は、日本の医療制度に対して多くの課題を浮き彫りにしてきたが、なかでも重要な論点の一つが急性期入院医療の在り方である。感染拡大の最中においては、入院を必要とする患者が病床逼迫のために自宅療養せざるを得ない状況が生じたこともあり、骨太方針2021でも指摘されたように、短期的な医療需要に対応できる医療提供体制の構築が急務とされている。こうした課題への対応として、現行の診療報酬制度はどのような観点から議論がなされているのか、次の2点を挙げておきたい。

第一に、個別項目における診療報酬改定である。中央社会保険医療協議会の議論では、「いざ急性期医療が必要になった場合に、ベッド数や医療機器を増やしても、それを支える人材がいなければ成り立たないという課題が明らかになった」⁷²と指摘されているように、急性期入院医療については人的資源が論点の一つに挙げられている⁷³。なお、現行の診療報酬は個別の診療の原価に基づいておらず、医業費用全体を賄うように設定されており、そこに人件費も含まれる⁷⁴。このため、診療報酬改定の動向は、今後向かうべき人員配置も左右することとなる。

第二に、支払い方式の包括化・転換である。前述したように、DPC/PDPSで採用されている1日当たり包括払いは、過剰な在院日数により医療資源の非効率な運用を招くことが懸念されている。確かに、DPC/PDPS自体は在院日数抑制のために3段階の逓減制等が採用されているものの、そうした懸念から、骨太方針2021において提示された「更なる包括払い」の検討だけでなく⁷⁵、各国の1入院当たり包括払いや人頭払いを念頭に置きつつ、支払い方式の転換を示唆する論も見られる⁷⁶。この点においても、今後の議論が注目される。

大きい病院が算定対象となる割合が高い。「令和2年度改訂を踏まえたDPC/PDPSの現況」2020.6.17. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000640462.pdf>>; 厚生労働省「医療施設動態調査(令和2年4月末概数)」2020.7.3. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m20/dl/is2004_01.pdf>

⁷⁰ 島崎 前掲注(30)

⁷¹ 島崎 前掲注(63)

⁷² 中央社会保険医療協議会「令和4年度診療報酬改定に向けた議論(次期改定の論点等)の概要」2021.9.15. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000853116.pdf>>

⁷³ 野口晴子「コロナ禍での医療供給体制に対する一考察」『週刊社会保障』3137号, 2021.9.20, pp.32-33; 二木立「1月前半に突発した(民間)病院バッシング報道をどう読み、どう対応するか?」『文化連情報』517号, 2021.4, pp.20-26.

⁷⁴ 加藤 前掲注(66)

⁷⁵ 前掲注(3)で示したように、経済財政諮問会議では1入院当たり包括払いが提案された。ただし、骨太方針2021では、その提案は直接的には盛り込まれなかった。

⁷⁶ Masako Ii and Sachiko Watanabe, *The paradox of the COVID-19 pandemic: the impact on patient demand in Japanese hospitals*, 2021.10.4, pp.9-13. medRxiv website <<https://doi.org/10.1101/2021.10.01.21264447>>; 佐藤主光「ポストコロナの医療供給体制」『証券レビュー』61(5), 2021.5, pp.41-72.

おわりに

診療報酬制度の観点から日本の医療提供体制の課題を中心に上げてきたが、最後に、医療財政制度の動向にも若干触れておきたい。近年、医療財政制度については、医療費増加への対応という観点から度々見直されてきた。第 204 回国会においては、一定所得以上の後期高齢者の自己負担を 2 割に引き上げる法律⁷⁷が成立した。その目的は、団塊の世代が後期高齢者となり始め、後期高齢者の医療費の増加が見込まれることを考慮し、現役世代の負担上昇を抑えることにあった⁷⁸。

そうした中で、新型コロナウイルス感染症の流行は医療財政にも大きな影響を与えた。第 II 章第 5 節でも取り上げた急性期入院医療等の問題が浮かび上がった一方で、受診控えや感染症対策等によって、2020 年度の概算医療費は前年度に比べ 1.4 兆円減少し、過去最大の減少幅となった⁷⁹。この減少を過度の受診控えと見るか、あるいは受診行動の適正化と見るか、また、それに伴う医療機関の経営状況⁸⁰についても今後の検証が待たれるところであり、依然として医療費の動向も注視される側面である。

医療財政制度と医療提供体制はいずれも新たな局面を迎えている。これからの日本の医療制度改革において、診療報酬制度は両者の間で十分な機能を果たし得るのか、更なる対応が試されている。

⁷⁷ 「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和 3 年法律第 66 号）

⁷⁸ 「後期高齢者の窓口負担割合の見直しの必要性と意義」厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/000720040.pdf>>

⁷⁹ 2020 年度概算医療費は総額 42.2 兆円、前年度に比べて 3.2%の減少であった。厚生労働省保険局調査課「令和 2 年度医療費の動向～概算医療費の年度集計結果～」2021.8.31. <https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/20/dl/iryohi_data_sankou.pdf>

⁸⁰ 2020 年度における新型コロナウイルス感染症の 1 緊急支援事業補助実施医療機関当たりの収支状況は、補助金により全体的には黒字化の傾向となり、2019 年度と比較して平均 6.4 億円増の医業収支、6.1%増の利益率であった。財務省「資料（医療機関の収支データ）」（財政制度等審議会財政制度分科会 資料 2）2021.10.11, p.1. <https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20211011/05.pdf>