

1997年の第3次医療法改正によって②も必要的記載事項になり、さらに2006年の第5次医療法改正により都道府県単位で4疾病5事業（現在は5疾病5事業および在宅医療）の医療提供の整備・連携体制の構築を図ることとされたという経緯がある。

第3は、補助金および地方交付税である。わが国の医療機関の経営原資の大半は診療報酬により賄われているが、例外がないわけではない。1つは国庫補助金である。その代表例としては、へき地医療拠点病院やへき地診療所等の運営費に対する補助金（医療施設運営費等補助金）、救急医療対策事業や周産期医療対策事業等の運営費に対する補助金（医療提供体制推進事業費補助金）等が挙げられる。もう1つは公立病院等に対する地方交付税措置である。わが国の医療提供は民間セクター中心であり、病院の約8割（病床ベースでは約7割）は医療法人等の民間立であるが、へき地医療や救急・災害・周産期などの不採算・特殊部門の医療は公立病院が大きな役割を担っている。このため、病院事業に対する一般会計からの繰出金等の所要額が毎年度の地方財政計画に計上され、その一部について地方交付税による財政措置が講じられている。

3 診療報酬による改革手法

(1) 診療報酬の法的性格

まず、診療報酬の法的性格について押さえておく。図10-2は、わが国の保険診療の仕組みを図解したものである。国（厚生労働大臣）は保険医療機関（保険薬局を含む、以下同じ）を指定する（健保法65条等：図①⁶⁾。医療機関は

ただし、医療計画はこれとは異なる公衆衛生サイドの承認もある。池上（2017, 97-105頁）および同文献で引用されている倉田・林（1977）を参照されたい。

7) 2008年度から、公立病院と同等の医療機能を果たしている公的医療機関や社会医療法人等に対して、公立病院に準じて特別交付税措置を講じることができるようになった。また、2011年度から、2次救急医療を担う民間病院に対して救急搬送患者数に応じた特別交付税措置も講じられている。

8) なお、この厚生労働大臣の権限は地方厚生局長に委任されている（保険医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する政令7条1項）。

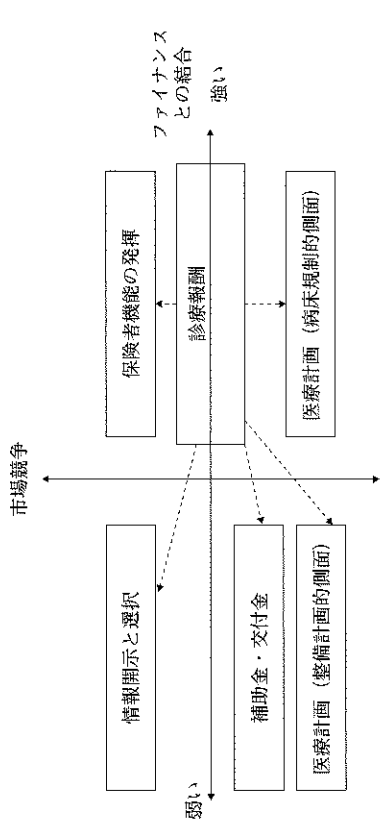


図10-1 医療供給制度の改革手法の分類（概念図）
出典：筆者作成。

報酬から出ている破線は、診療報酬は他の手法と組合せ可能であるだけでなく直接連動させることを表している。その例としては、診療報酬の救急医療管理加算の算定要件（施設基準）として医療計画上の位置づけが明記されている医療機関等に限ること（医療計画との連動性）、総合入院体制加算1の算定要件として日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受審していることを規定すること（情報開示の第三者機関による補充）、各種チーム医療の加算において一定の専門職種が加わることを算定要件とすること（当該職種養成のインセンティブの付与）が挙げられる。

第2は、医療計画である。この図で医療計画を病床規制と整備計画の2つの側面に分けたのは、医療計画には、大別すると、①病床過剰地域における増床規制、②医療提供の整備目標の設定および連携体制の確保、の2つの異なる性格があるからである。その沿革については、1985年の第1次医療法改正により、都道府県は医療計画を策定することが義務づけられたが、①が必要的記載事項であったのに対し、②は任意的記載事項にとどまっていた⁶⁾。しかし、

6) 1985年の医療計画の導入の経緯等については医療科学研究所（2017a）を参照。医療科学研究所（2017b, 313-315頁）と併せ読むと、吉村仁（1984年健保法改正時の厚生省保険局長、後に厚生事務次官）が官房長の時代から病床規制の導入を考えており、その影響が強かったことが窺える。た

指定を受けないこともできるが、自由診療だけで経営を成り立たせることは現実には難しいため、ほぼすべての医療機関が指定を受けている。この指定の法的性格については、医療機関と保険者との間に「公法上の双務的付随的契約を成立させ、かつ、療養等の給付を行うことにより診療報酬債権を取得することのできる地位」を医療機関に付与する行政処分であると解される（鹿見島地判平11・6・14判時1717号78頁）。簡単にいえば、指定は相手方の同意を要する行政処分であるが、医療機関は指定を受けることによって、本来ならば被保険者のために保険者が行うべき療養の給付の義務を保険者に代わって行い、その対価として保険者から診療報酬の支払いを受けるという公法上の契約関係が成立するということである⁹⁾。

保険者は保険給付の財源に充てるため保険料を賦課・徴収することとされており、被保険者は保険者に賦課された保険料を支払う（健保法155条等：図②）。そして、被保険者（患者）は傷病が生じた場合は自ら選択した保険医療機関で受療し、保険医療機関は患者（被保険者）に保険診療サービスを提供する（健保法63条3項・70条等：図③）。ここで留意すべきことは、わが国の公的医療保険制度では、保険者は「療養の給付」（現物給付）の形で給付するのが原則であり（健保法52条、63条1項、76条1項等）、被保険者は、保険医療機関で受療する際、一定割合の一部負担金（窓口一部負担金）のみを支払えば済む（健保法74条1項：図④¹⁰⁾。違ういい方をすれば、日本の公的医療保険における給付の方式は、被保険者が受療時にいったん費用の全額を支払い、後日、保険者に請求し払い戻しを受ける方式（償還払い方式）ではない。

保険医療機関が被保険者（患者）に療養を行った場合、保険者は「療養の給

9) 保険医療機関の指定の法的性格をめぐっては、公法上の契約として捉えるか、行政処分として捉えるか議論があるが、近年の社会保険法学者の多くは後者の見解をとる。詳しくは、岩村（2002b, 12-17頁）、加藤ほか（2019, 167頁）を参照。

10) 沿革的には、旧国保法の創設時は一部負担金の徴収方法は組合に委ねられていたが、1948年の改正により一部負担金は保険者（市町村）が徴収することとされた。しかし、実際には医療機関に徴収を委任する窓口払いの場合も多く、1951年の改正により窓口払いも認められ、1958年の全面改正（新国保法の制定）により健保法等と同様に窓口払いに統一された。ちなみに、一部負担金に関する保険者徴収の規定（国保法42条2項）はその際に設けられたものであり、健保法においても1980年改正により設けられた（現行の健保法74条2項参照）。

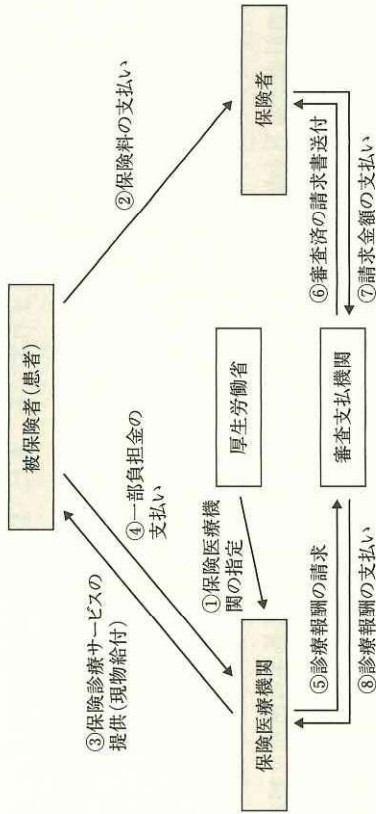


図10-2 保険診療の仕組み（模式図）

出典：筆者作成

付に要する費用」を保険医療機関に支払う。この「療養の給付に要する費用」の額として支払われるのが診療報酬である。そして、保険医療機関は診療報酬全体から被保険者（患者）が支払う窓口一部負担金を控除した分をレセプト（診療報酬請求書）として審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金および国民健康保険団体連合会）を介して保険者に請求する（健保法76条1項等：図⑤・⑥¹¹⁾。審査支払機関はレセプトの内容を審査したうえで、保険者に対し支払うべき金額を請求・徴収し、保険医療機関に支払う（健保法76条4項・5項等：図⑦・⑧）。

保険医療機関は診療報酬を受け取る権利を得る反面、保険診療ルールに則り適正な診療を行う義務を負う（健保法70条1項、72条等）。このルールを定めたのが「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和32・4・30厚生労働省令15号、以下「療養担当規則」という）である¹²⁾。療養担当規則は訓示的な規定も少なくないが、特殊な療法や薬物使用の禁止（これらは混合診療禁止の根拠

11) なお、保険医療機関が保険者に請求できる部分（窓口一部負担金を控除した分）を診療報酬と呼ぶこともあるが、「療養の給付に要する費用」全体が診療報酬であり、窓口一部負担金は診療報酬の一部であるという理解が正しい。

12) なお、保険診療を扱うためには、保険医療機関の指定を受けただけでなく保険診療に従事する医師も保険医の登録を受けなければならない（二重指定制）。沿革的には、健康保険制度における保険医療機関という概念は1957年の健保法改正によって創設されたものであり、それ以前は保険

となる) など重要な規定も含まれている。また、診療報酬は保険医療機関と患者(被保険者)の間で自由に決められるわけではなく、「療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣の定めるところにより、算定するものとする」(健保法76条2項)との規定に基づき定められた「診療報酬の算定方法」(平成20・3・5厚生労働省告示59号)により、1点単価10円に点数を乗じて算定される。この点数を具体的に定めたのが「診療報酬点数表」(上記の算定方法の告示の別表、以下「点数表」という)¹³⁾。点数表や薬価基準は医療サービスや薬剤の「公定料金表」であるが、保険給付の対象となる診療行為は原則として点数表や薬価基準に掲載されているものに限られる。このため、点数表は「保険診療一覧表」としての性格も有する。さらに、点数表等には個々の点数につき算定できる要件(例:施設・人員基準、請求上限等)が規定されており、これに反する請求は審査支払機関で査定(減点査定)される¹⁴⁾。したがって、点数表は「算定要件集」でもあり、療養担当規則と相まって保険給付の範囲・内容を規律する機能を有している。そして、レセプトに記載された診療内容が保険診療として適切であるかをチェックするのが審査である。審査支払機関の審査は、請求点数の誤算などの形式的審査に限らず、「医学的専門的見地からみて請求が適正妥当であるかどうか等の実質的審査にも及ぶ」(東京高判昭和54・7・19判タ397号75頁)。つまり、療養担当規則や点数表が保険診療ルール的事前統制機能を果たしているのに対し、レセプトの審査は事後統制機能

13) 医のみが規定されていた。1人医師開業の診療所であればそれでも支障はないが、病院のような組織体においては診療報酬は機関に帰属すべきものであり、そのことを明確化する等の観点から改正が行われた。

14) 療養費の支給に関しても点数表の適用がある(健保法87条3項)。なお、診療に当たって使用する薬剤の価格(薬価)については、別途「使用薬剤の薬価(薬価基準)」(平成20・3・5厚生労働省告示60号)が定められている。

14) 減点査定に係る患者(被保険者)の自己負担相当額が1万円以上のものは、保険者が医療費通知に付記することを促す通知が出されている(昭和60・4・30保文発274号等)。これについては、減額査定に係る患者自己負担相当額は保険医療機関の不当利得に当たり、額のいかんにかかわらず保険医療機関から患者に返還させべきだという見解がある。しかし、患者が納得の上で診療を受け受益している場合があるなど一概に不当利得に当たるとはいえず、基本的には当事者間の話し合いにより解決すべき事柄である。

能を担っている。

要するに強調したいことは、①わが国の公的医療保険制度は現物給付方式を採っており、診療報酬の法的性格は現物給付である「療養の給付」の対価であること、②診療報酬制度は医療財政制度(医療保険制度)のサブシステムであるが、以上のメカニズムを通じ医療供給制度とも密接に関わっていることである。ちなみに、公的医療保険制度では現物給付が必然だというわけではない。実際、フランスの外來診療では伝統的に患者は医師に全額を支払った後に保険者に診療費用の償還を請求する形態が採られてきた。そして、2016年の医療制度現代化法により第三者払い(日本でいう現物給付)方式に変更することとされたが、医師組合から猛烈な反発を招き、結局、第三者払いの義務化は頓挫している¹⁵⁾。フランスの医師組合の危惧は故なきことではない。償還払い方式の下では診療は医師と患者の契約関係で完結するため、医師は保険者から直接的な統制や診療内容に対する干渉を受けないが、第三者払い方式では医師は保険制度のフレームに組み込まれ診療の独立・自由を奪われかねないからである。

(2) 日本の診療報酬の特徴、機能・意義、限界・問題点

診療報酬の法的性格は以上述べたとおりであるが、わが国の医療供給制度改革は診療報酬による政策誘導に大きく依存してきた。1つの理由は日本の医療供給体制は民間セクター中心であるため強権的な手法が採りにくいことが挙げられるが、理由はそれだけではない。日本の診療報酬の特徴、機能・意義について述べる。その上で診療報酬による政策誘導の限界・問題点について考察する。

特徴

日本の診療報酬の特徴とりわけ政策誘導に関わる特徴としては次の5点が挙げられる。

15) 経緯および現状につき詳しくは、フランス医療保障制度に関する研究会(2019、77-78頁[笠木映里執筆])を参照。

- community rating 194
 CSG 145
 DPC (diagnosis procedure combination) 112, 379, 452, 454, 456, 462, 468, 476, 487
 DRG (diagnosis related group) 31, 143, 145-146, 152, 200, 211, 452, 454
 employer mandate 178
 experience rating 194
 family physician 366
 GHQ 42, 55, 58-59, 61, 78, 83-84
 GP (general practitioner) 30, 103, 144, 209, 366
 HIPAA (health insurance portability and accountability act) 184, 186
 HMO (health maintenance organization) 172
 HTA (health technology assessment) 146, 268-269, 295
 ICER (incremental cost-effectiveness ratio) 267-268
 ICT 409, 499
 individual mandate 178
 JCAHO (joint commission on accreditation of healthcare organization) 484
 NDB (national database) 476, 482, 487
 NHS (national health service) 4-6, 142, 144, 146
 NICE (national institute for health and care excellence) 5, 146
 NP (nurse practitioner) 413-414, 499
 pay for performance 464
 purchaser-provider split 143, 211
 QALY (quality adjusted life year) 5, 267-268
 value for money 22, 436

著者略歴

1978年東京大学教養学部卒業。厚生省入省。千葉大学法経学部助教授、厚生労働省保険局保険課長、国立社会保障・人口問題研究所副所長、東京大学大学院法学政治学研究科附属比較法政国際センター客員教授等を経て、2007年政策研究大学院大学教授。2020年4月から国際医療福祉大学大学院教授。博士（商学、早稲田大学）。

主要著作

- 「憲法と社会保障の実施責任・財政責任の規律」（『季刊社会保障研究』171号、2006年）
 『明日の在宅医療1 在宅医療の展望』（共編者、中央法規出版、2008年）
 「税制改革と社会保障」（日本社会保障法学会編「新・講座社会保障法3 ナショナルミニマムの再構築」法律文化社、2012年）
The Path to Universal Health Coverage: Experiences and Lessons from Japan for Policy Actions (JICA, 2013)
 『医療政策を問わないおす』（ちくま新書、2015年）

日本の医療 制度と政策 [増補改訂版]

- 2011年4月27日 初版第1刷
 2020年4月20日 増補改訂版第1刷
 2021年8月20日 増補改訂版第2刷

[検印廃止]

著者
しまきりんじ
島崎謙治

発行所 一般財団法人 東京大学出版会

代表者 吉見俊哉

153-0041 東京都目黒区駒場4-5-29

http://www.utp.or.jp/

電話 03-6407-1069 Fax 03-6407-1991

振替 00160-6-58964

印刷所 株式会社理想社

製本所 牧製本印刷株式会社

© 2020 Kenji Shimazaki
 ISBN 978-4-13-051145-2 Printed in Japan

[COPY] (社)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上の例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構（電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。