

## VI 現行の診療報酬の問題点

### 1 あまりにも低い技術料評価

- ① 一番大きな問題は、診療報酬における技術料評価の低さです。

例 1	再診料	病院（複数科目受診でも） 570円 医科診療所（複数科目受診でも） 710円 歯科診療所 380円
例 2	処置	眼処置（外来250円 入院 0円） 耳処置（外来250円 入院 0円） 鼻処置（外来120円 入院 0円） 口腔、咽頭処置（外来120円 入院 0円）
例 3	歯科医の義歯調整指導料	有床義歯調整・指導料 300円
例 4	歯科医の処置	歯周疾患処置（100円） う蝕処置（160円） 根管貼薬処置（140円）

- ② 下記のような「不払い労働」とも言うべき不合理評価も、数多くあります。

例 1	初診料	○複数の診療科を受診しても、一つの科のみの診察料を算定する。（他の科の医師の診察行為は、無報酬）
例 2	入院時	○入院患者への薬剤の処方料は、算定できません。 ○入院患者への眼処置など12の処置料は、算定できません。 ○入院患者への皮下・筋肉注射、静脈内注射、500ml 未満の点滴注射の手技料は、算定できません。
例 3	外来看護	○外来の看護料は、算定できません。
例 4	医療相談	○医療相談を含めた事務職員の労働は、評価されません。
例 5	医療材料、薬剤	○処置や手術、在宅療養にあたって使用する医療材料や薬剤については、個別評価されていないものが少なくなく、医療機関や患者の負担になっています。
例 6	医療安全	○院内感染防止や感染性廃棄物の適切な処理を含めた医療安全確保の費用は、入院時の特別な加算以外、評価されていません。
例 7	文書提供	○歯科で義務付けられている文書作成費用、入院時に義務付けられている入院診療計画書作成費用は、評価されていません。

- ③ 技術料を諸外国と比べると

#### ア) 「盲腸手術入院」の都市別総費用ランキング

2005年 AIU 調べ AIU 生命ホームページより

順位	都市	平均費用	平均入院日数
1	ホノルル	2,321,000	3 - 5 日
2	ニューヨーク	1,945,000	2 日
3	ジュネーブ	1,868,000	3 - 5 日
4	上海	1,364,000	1 - 2 週間
5	ウィーン	1,093,000	7.5日
6	パリ	926,000	4 日
7	香港	906,000	4 日

8	フランクフルト	875,000	7.5日
9	サンフランシスコ	862,000	1日
10	ローマ	857,000	2日
11	アムステルダム	855,000	約1週間
12	ブリュッセル	807,000	5日
13	ソウル	649,000	4日
14	シドニー	626,000	2日
15	シンガポール	590,000	3 - 4日
16	マドリッド	552,000	4日
17	パリ	543,000	3 - 4日
18	クライストチャーチ	539,000	2日
19	ロンドン	535,000	1 - 2週間
20	グアム	526,000	2日
	日本	30~40万円	

※総費用は、外国人が私立病院の個室を利用し手術も複雑でない場合を想定。また総費用は手術費の他、看護費用、技術料等および平均入院日数の病室代を含む。1 US\$ = 110.5円で換算し、千円単位に四捨五入。

#### イ) 部屋代、虫垂炎手術代、外来初診料

東京海上日動生命ホームページ「こんなに違う世界の医療費と医療事情」より作成

	部屋代		虫垂炎手術代		外来初診料 (胃腸炎)	
	公立病院	私立病院	公立病院	私立病院	公立病院	私立病院
ニューヨーク (アメリカ)	約214,300円	-	約2,143,400円	約2,143,400円 ~3,215,100円	-	21,400円
バンクーバー (カナダ)	約221,100円	-	約160,800円	約37,500円	約32,200円	-
ロンドン (イギリス)	-	-	-	約600,200円	-	約16,100~ 18,800円
パリ (フランス)	約129,700円	約45,500円	約388,500円	約648,400円	約3,200円	約17,100円
シドニー (オーストラリア)	約24,100円	-	約39,700円		約8,000円	
ソウル (韓国)	約4,300円		約359,000 ~450,100円	約450,100 ~493,000円	約3,200円	
日本	420円~2,610円 (外泊時点数)		30~40万円		2,700円	

## 2 高い新薬、輸入材料の価格

財務省は、2007年5月16日に開催された「財政制度等審議会」(財務相の諮問機関)に、財政を圧迫している医療費の「高コスト事例」として、①ジェネリック医薬品の利用が少ない、②医療機器の価格が外国の2~8倍であることを提示しています。

### (1) ジェネリック医薬品について

数量シェアは、日本は16.8%ですが、これはアメリカ(56%)、イギリス(49%)、ドイツ(41%)の3分の1でした。

金額では日本は5.2%で、アメリカ（13%）の半分、イギリス（21%）、ドイツ（23%）の4分の1でした。

これについて、財務省は、全て後発医薬品にすれば、年間約7兆円の薬剤費を1・3兆円も節約できると試算し、ジェネリック医薬品を公定価格にして、先発品の薬価との差額は全額患者負担にするという意見も出ています

しかし、先発品とジェネリック医薬品は同じ成分ですが、腑形剤（形を整えるのに使う）や、保存剤、着色剤などが異なるため、薬の効き目に違いが出たり、場合によってはアレルギーがおきる場合もあります。

保団連もジェネリック医薬品を活用すべきという基本スタンスは同じですが、全てをジェネリックに置き換えることはできませんし、先発医薬品の一定以上額を保険外にすることは、絶対に認められません。

2007年5月16日財政制度等審議会資料「医薬品のコスト構造」より

国名	後発医薬品シェア	
	数量	金額
ポーランド（2004）	87%	65%
デンマーク（2004）	65%	32%
アメリカ（2005）	56%	13%
イギリス（2004）	49%	21%
ドイツ（2004）	41%	23%
日本（2004）	16.8%	5.2%
フランス（2004）	12%	6%
スペイン（2004）	9%	5%
イタリア（2004）	4%	2%

（出典） アメリカ：Generic pharmaceutical association  
 ヨーロッパ：European generic medicines association  
 日本：医学工業協会

## （2）医療機器について

心臓ペースメーカー価格は諸外国の2～7倍も高く、冠動脈ステント価格は諸外国と比べて最大5倍も高く、PTCAカテーテルの価格は諸外国の2～8倍も高くなっています。

これらの価格差がそのまま診療報酬に反映されるわけではありませんが、高い購入価格が医療費を押し上げていきます。

医療機器メーカーの収入は、間接的に公的医療費によって賄われているわけですから、これらの価格設定が適正であるのか、診療報酬の仕組みとは別に、各メーカーを調査し、必要に応じて是正勧告をするべきです。

2007年5月16日財政制度等審議会資料「医療のコスト構造」より					
	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
<b>■ PTCA カテーテル：諸外国の2～8倍</b> 狭心症や心筋梗塞など、冠動脈が狭窄する虚血性心疾患の治療法である経皮的冠動脈形成術に使われる管。					
JETRO 調査 <sup>1)</sup>	30万円	7～8万円	—	5～6万円	6～9万円
医療経済研究機構 <sup>2)</sup>	25.7万円	7.1万円	5.8～8.7万円	7.7～14.7万円	3.4～5.7万円
日医総研調査 <sup>4)</sup>	17.2万円	2.5～3.6万円	—	—	—
<b>■ 冠動脈ステント：諸外国の最大5倍</b> 金属製のメッシュ状のチューブで、狭窄部位に植え込むことで血管壁を支持し血流を改善させる医療用具。					
JETRO 調査 <sup>1)</sup>	35万円	20万円弱	10万円強	10万円弱	30万円強
厚生科学研究 <sup>3)</sup>	33.8万円	—	6.4～10.5万円	—	—
日医総研調査 <sup>4)</sup>	31.8万円	9.2～17.6万円	—	—	—
<b>■ ペースメーカー：諸外国の2～7倍</b> 不整脈の治療及び心臓の鼓動停止の防止のための機器。					
JETRO 調査 <sup>1)</sup>	160～170万円	60～70万円	30～35万円	30～35万円	40～50万円
医療経済研究機構 <sup>2)</sup>	143.1万円	78.3万円	22～57.3万円	37万円	—
日医総研調査 <sup>4)</sup>	116～148万円	27.3～75.6万円	—	—	—
出典 1) 「対日アクセス実態調査報告書」1996日本貿易振興協会 (JETRO) 2) 医療経済研究機構1997 (日本以外の国については、購買力平価による換算) 3) 2000年度厚生科学研究「新医療用具の保険償還価格設定のあり方に関する研究」 4) 日医総研 2006.1.17「日医総研ワーキングペーパー 特定保険医療材料の内外価格差の実態」					

### 3 混合診療の拡大（保険外併用療養費制度の導入）と、保険給付の制限

2004年12月15日に村上規制改革担当大臣と尾辻厚生労働大臣の間で混合診療の拡大について合意がされ、その後、特定療養費の対象が拡大し、2006年10月からは、保険外併用療養費制度になりました。この改定は、混合診療解禁を求める財界の大宣伝の中で実施されたものですが、「保険外給付が増大し、健康保険だけでは必要な医療が受けられない事態になる」との批判が大きく広がっています。

混合診療拡大を求める財界の意見は、「欧米で当たり前のように受けられる治療が日本ではいつまで経っても受けられないから、混合診療を解禁すべき」というものでしたが、それは混合診療が解禁されていないからではなく、承認の遅れのせいです。

また、混合診療を解禁すれば、新たな療養費が保険で認められなくなる可能性があります。保険診療を拡大すれば混合診療を解禁する必要はどこにもないはずですが、言い替えると、混合診療を解禁するのは保険給付を制限する目的であると言えます。

混合診療の変遷（保険外併用療養費）	
2005年4月	・国内未承認薬の治験での対応 ・薬事法承認後、保険適用前の機械器具等の特定療養費化
2005年7月	・先進医療が特定療養費化
2005年9月	・高度先進医療が施設ごとの承認から、技術ごとの承認に変更され、300床以上の要件が削除
2005年10月	・制限回数を超えて受けた診療（理学療法、作業療法、言語聴覚療法）の特定療養費化
2006年4月	・精神科ショート・ケアが制限回数を超えて受けた診療に追加
2006年10月	・特定療養費が、「保険外併用療養費」に再編され、将来的な保険導入のための評価を行う「評価療養」と、それを前提としない「選定療養」に区分された。

また、2006年の診療報酬改定では、疾患別リハビリテーションに日数制限が導入されるなど、あからさまな保険給付制限が行われました。

療養病床入院基本料における医療区分1の報酬など、原価割れとなる低い診療報酬を設定し、入院医療の必要があるにもかかわらず、この対象となる患者を入院させれば医療機関の経営が成り立たなくさせた診療報酬改定も、大きな意味で保険給付制限といえます。

診療に必要な原価が保障されなければ、治療を続けることはできません。このほかにも、原価すら保障されていない診療報酬は少なくありません。手術の大部分は原価割れをしています。

診療報酬改定を審議する中医協（中央社会保険医療協議会）委員は、支払側7・診療側7・公益6で構成されており、診療側の内訳は、医師会3、病院会1、公私病院連盟1、歯科医師会1、薬剤師会1で、学会を含めた全ての医療団体や医療関係職種、患者団体等の意見が直接反映できるわけではありません。

したがって、中医協に委員を出していない様々な医療関係団体や患者団体等からの意見聴取を十分に行うことが必要です。

#### 4 歯科診療報酬の問題点

##### (1) 長期にわたり据え置かれている技術料

長期にわたり据え置かれる技術料		
	点数	据え置かれた期間
●検査		
スタディモデル	50点	1970年（S45）より36年間
チェックバイト	400点	1981年（S56）より25年間
●処置		
除去・複雑	15点・30点	1975年（S50）より31年間
知覚過敏処置	40点・50点	1985年（S60）より21年間
●手術		
難抜歯	460点	1985年（S60）より21年間
抜歯窩再搔爬手術	130点	1985年（S60）より21年間
歯根嚢胞摘出手術	770点・1300点	1985年（S60）より21年間
歯槽骨整形手術	110点	1981年（S56）より25年間
●麻酔		
伝達麻酔手技料	38点	1988年（S63）より18年間
浸潤麻酔手技料	23点	1988年（S63）より18年間
●歯冠修復・欠損補綴		
窩洞形成	40点	1975年（S50）より31年間
咬合採得・歯冠修復物	14点	1978年（S53）より28年間
硬質レジンジャケット冠	750点	1978年（S53）より28年間
ティッシュコンディショニング	110点	1981年（S56）より25年間

## (2) 導入されない新規技術の保険適用

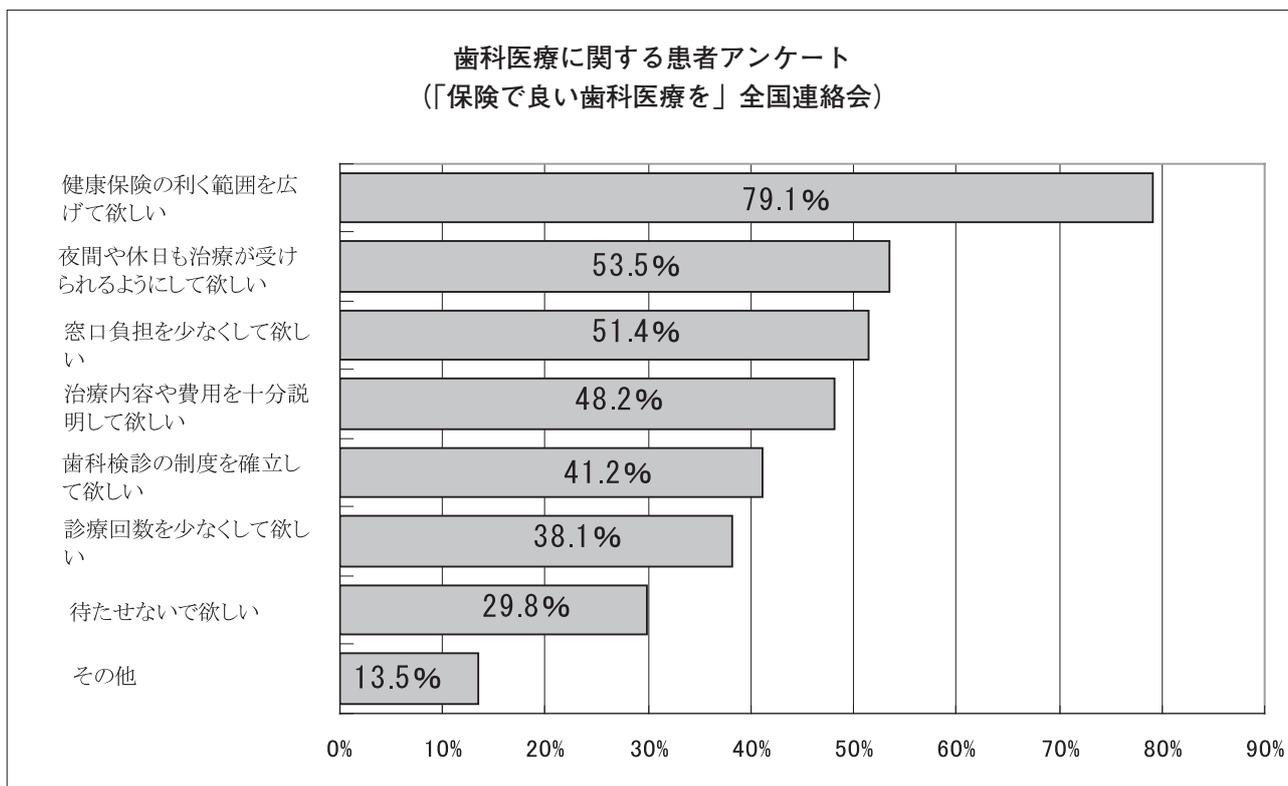
史上最悪のマイナス改定となった2006年度改定でも、医科では約50の技術が新たに保険に組み込まれました。ところが歯科の場合、新たに保険に組み込まれた技術はありません。それどころかほぼ30年間にわたりほとんど新技術の導入はされていません。

### 2000年以降4回の改定で歯科保険導入された新技術

改定年度	2000年改定	2002年改定	2004年改定	2006年改定
保険導入新規技術	初期う蝕小か裂溝	—	睡眠時無呼吸の口腔内装置	機械的歯面清掃

例えば金属床総義歯やレーザー機器の使用など、新しい医療技術が診療報酬で認められないために「新技術は保険外」という事態が数十年にわたって続いており、歯科医療技術の進展に、歯科保険診療が追いついていないという状況が生まれています。

「保険で良い歯科医療を」全国連絡会が2006年10月に実施した歯科患者アンケート調査では、「健康保険のきく範囲を広げてほしい」が79.1%と、歯科医療への要望のトップでした。



医科の医療機関も、厳しい経営状況におかれています。歯科はさらに厳しい状況です。

口の中の疾病と健康の管理が、全身の健康づくりの基本の一つであることは、常識になっています。「これまで保険でやってきたが、もう限界。しかし保険外負担を求めれば、お金のない患者さんはどうすればいいのか」「このような理不尽な改定は保険医をやめろといっているのと同じ」など「保険診療を続けられない」と、歯科医師が悲鳴をあげています。

## 5 医薬分業の問題点

「薬の使用を減らすため」と称して、診療報酬点数表で医療機関における処方料の倍以上の処方せん料を設定し、保険調剤薬局にはたくさんの指導料を設定して医薬分業への誘導を行ったため、分業率が過半数に達した都県も生じています（分業率が高まるということは、医療機関において直接、薬を出す所がそれだけ減ったということです）。

そのため、患者さんは不便になったり、一部負担金が増えたりしています。

院内調剤と院外処方せんに基づく保険調剤薬局の医療費を比較すると、全ての外来診療で院外処方せんを交付した場合、医療費総枠の5.7%、金額にして1兆円を超える医療費増になるとの推計があります。

医師法、歯科医師法では、原則医薬分業を規定していますが、実際には医療機関における院内調剤で対応する医療機関が多数を占めてきました。

医師と薬剤師がそれぞれの専門性を生かしながら協力することは、医療の水準を向上させる上でも必要なことです。そういった方向をめざすうえでも、院内・院外の選択は患者さんに任せることや、日本の文化ともいえる医療機関での調剤を、医師と院内の薬剤師の協業（院内での分業）として積極的に認めるような診療報酬の改善を行うべきです。