

# 日医総研ワーキングペーパー

諸外国(英・仏・独・米)の診療報酬  
診療原価やドクター・フィーは明確化されているか？

No. 224

2010年11月9日

日本医師会総合政策研究機構

森 宏一郎 ・ 法坂 千代



## 諸外国（英・仏・独・米）の診療報酬 診療原価やドクター・フィーは明確化されているか？

日本医師会 総合政策研究機構  
森 宏一郎 ・ 法坂 千代

### キーワード

- ◆ 診療原価コスト
- ◆ ドクター・フィー
- ◆ ホスピタル・フィー
- ◆ ペイメント・バイ・リザルツ（PbR）
- ◆ RBRVS（資源準拠相対評価指数）
- ◆ 診療報酬逡減システム

### ポイント

- ◇ イギリス、フランス、ドイツ、アメリカのうち、診療報酬の支払いにおいて、ドクター・フィーとホスピタル・フィーが明確に区別されているのは、フランスの民間病院とアメリカである。
- ◇ イギリスでは、税を財源とする予算配分によって医療サービス事業が運営されているため、基本的には診療報酬には診療原価コストが反映されていない。ただし、近年導入された成果報酬部分（ペイメント・バイ・リザルツ：PbR）には、すべての原価コストが医療サービスの公定価格に反映される仕組みがある。
- ◇ フランスでは、民間病院の場合、ドクター・フィーとホスピタル・フィーが区別されている。ドクター・フィーは自由開業医と疾病金庫との協約料金であり、ホスピタル・フィーは公的病院の DRG/PPS と整合性をとる形で報酬が設定されている。協約料金とは基本的に交渉で決まるものであり、診療原価コストを明確に反映するものではない。
- ◇ ドイツでは、保険医（外来医療）の診療報酬は、その総額（上限）が交渉で決定される。さらに、診療行為件数が基準診療行為量を超えると、報酬が減額される仕組みも導入されている。したがって、診療報酬は明確に診療原価コストを反映するものではない。病院の診療報酬は、従来の実費補填原則が撤廃されて DRG 包括払いとなり、診療原価コストの積み上げが明確に意識されていない。
- ◇ アメリカでは、公的医療保険の場合、ドクター・フィーは RBRVS に準拠した料金表を基に支払われる。RBRVS では、医師の診療行為は HCPCS のコード体系に基づき、医師の技術料、諸費用、保険料の 3 つのコストが反映されている。



# 目次

1. はじめに.....	1
2. イギリス.....	3
医療制度の概略	
問いに対する回答	
病院の診療報酬： ペイメント・バイ・リザルツ（PbR）	
G Pの診療報酬	
3. フランス.....	10
医療制度の概略	
問いに対する回答	
公的病院	
民間病院	
開業医	
4. ドイツ.....	15
医療制度の概略	
問いに対する回答	
入院医療（病院）	
外来医療（保険医）	
5. アメリカ.....	22
医療制度の概略	
問いに対する回答	
公的医療保険	
民間医療保険	
6. 結論.....	28

謝辞 29

参考文献 30



## 1. はじめに

本ワーキングペーパーは、イギリス、フランス、ドイツ、アメリカを取り上げて、各国の診療報酬（医療サービスの単価）がどのように決まっているのかを調査し、まとめたものである。具体的には、診療報酬の決まり方について、次の3つの問いに答えることを目的としている。

1. ドクター・フィーとホスピタル・フィーを明確に区別しているか。
2. 診療報酬（医療サービス単価）は明確に診療原価コストを反映して決まっているか（原価の把握・積み上げを行い、診療報酬の主な根拠としているのか）。
3. 診療原価コストが明確に診療報酬に反映される仕組みではない場合、診療報酬（医療サービス単価）はどのように決まっているか。

特に、本ワーキングペーパーは最初の2つの問いに答えることに焦点を当てている。3つ目の問いは最初の2つの問いの回答がいずれも「いいえ」の場合に補完するためのものである。したがって、3つ目の問いに対しては、各国別の医療制度概論のような一般的な回答を与えず、最初の2つの問いと関係の深い部分を中心に説明を与える。

ここで、ドクター・フィーとホスピタル・フィーとは何かを簡単に定義しておきたい。ドクター・フィーは、主に医師の技術料を根拠として、医師に対して支払われる診療報酬のことである。ホスピタル・フィーは、医師以外の医療系スタッフの技術料を含めた施設関連諸費用（その他の人件費を含む）として、病院に対して支払われる診療報酬のことである。

表 1-1 (次ページ) は、最初の2つの問いに対する答えを簡単にまとめたものである。結論から言えば、フランスの「民間病院」とアメリカでは、ドクター・フィーとホスピタル・フィーは明確に分けられており、それぞれで医療費の支払いが発生する仕組みになっている。また、明確に原価コストを積み上げるなどして、コストを診療報酬決定に反映させているのは、イギリスのペイメント・バイ・リザルツ (PbR: Payment by Results) における公定価格 (National Tariff) とアメリカだけである。フランスでは、それらが理論的には考えられているものの、現実的には3者間交渉 (医師労組代表・保

険者代表・政府代表)により決まっている。ドイツにおいても、保険医(外来医療)に対する診療報酬は疾病金庫連合会と保険医協会との交渉で決定されており、明確にコストを反映する仕組みにはなっていない。診療報酬(医療サービス単価)の決定が交渉事項であるという点で、フランスとドイツは日本と似た状況となっている。

表 1-1 調査結果の概要

国	イギリス	フランス	ドイツ	アメリカ	日本
医療制度のタイプ	一般税 中心型	社会保険中心型		民間保険 中心型	税・社会保険 折衷型
ドクター・フィーと ホスピタル・フィーを 明確に分けているか?	×	△	×	○	×
診療報酬は明確に コストを反映して 決まっているか?	△	×	×	○	×

注: 記号の意味は、○:はい(おおむね該当)、△:部分的に該当、×:いいえ(該当しない)

なお、一国の中でも制度は複雑であり、白黒はっきりした答えを与えることは困難である。表 1-1 は各国の診療報酬制度の細かい点を気にせずに「大胆かつ簡潔」にまとめたものである点には留意してほしい。したがって、以下の 2～5 の各節で、上に与えた 3 つの問いに焦点を当てて、各国別の診療報酬制度をもう少し詳しく議論する。

## 2. イギリス

### 医療制度の概略

NHS (National Health Service) は、英国政府の公的医療サービス事業である。その理念は、健康状態や支払い能力とは関係なく、国民が公平かつ原則無料で（歯科など一部を除く）医療サービスにアクセスできるということである。1948年のNHS設立以来、2008年に60周年を迎えたが、この理念は基本的に今日も維持されている。

NHSは主に税を財源として運営されており、一般税中心型の医療制度となっている。医療ニーズに対応した公平アクセスを基本としている以上、そのコストが広く国民から充当されるのは自然な話である。具体的には、年によって若干のばらつきがあるものの、税金で約75%、国民保険で約20%を資金調達している。

基本的には税を財源として予算配分によって医療サービス事業が運営されている。保健省は各地域の医療サービスの購買側であるプライマリ・ケア・トラスト (PCT) に資金を配分する。そして、プライマリ・ケア・トラストは医療サービス提供側であるNHSトラスト (病院) やGPと契約して、必要な医療サービスを購入する (内部市場システム)。後述するように、近年、成果報酬部分が拡大しているが、原則として年契約による固定的な医療サービス購入となっている。したがって、この部分については基本的に予算配分の延長線上で診療報酬が決まっていくということになる。

また、過剰な医療サービス消費を抑えるため、GPがプライマリ・ケアを行い、ゲート・キーパーとして、より高度な病院医療へのアクセスをコントロールする役割を担っている。

## 問いに対する回答

1. ドクター・フィーとホスピタル・フィーを明確に区別しているか。
2. 診療報酬は原価コストに基づいて決まっているか。
3. 原価コストに基づかなければ、診療報酬はどのように決まっているか。

イギリスでは、ドクター・フィーとホスピタル・フィーを明確に区別していない。区別する必要はないというべきかもしれない。医療制度の概略で説明したように、NHSは英国政府の公的事業であり、NHSの医師はいわば国家公務員のような存在としてNHSに所属する。基本的に、予算配分に基づく医療機関の資金繰りの中に医師への報酬支払いも含まれており、明確に異なる診療報酬の支払いという形では、ドクター・フィーとホスピタル・フィーが分かれていることはない。

また、基本的な予算配分の延長線上にある部分では、診療報酬（医療サービス単価）は年契約の中に埋もれており、診療原価コストが考慮されることはない。しかし、病院については後述するが、ペイメント・バイ・リザルツ（PbR）という成果報酬の制度において、全ての原価コストが医療サービスの公定価格に反映される仕組みがある。この部分については、診療報酬（医療サービス単価）が厳密に診療原価コストを反映していると言ってよい。ただし、原価コストをカバーするように医療サービスの公定価格が決まっているわけではないことには注意してほしい。

### 病院の診療報酬： ペイメント・バイ・リザルツ（PbR）

基本的に、NHSは国営の医療サービス事業体であり、予算配分によって運営されている。そのため、純粋に診療行為ごとの価格が設定されているわけではない。しかし、公的事業の効率化が議論され、近年の成果報酬化の流れから、ペイメント・バイ・リザルツ（Payment by Results: PbR）という成果報酬体系の仕組みが導入されている。その仕組みにおいて、医療サービスの公定価格が設定されている<sup>1</sup>。表 2-1 と表 2-2（次ページ）

<sup>1</sup> 公定価格表は公開されている。たとえば、[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4127649](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127649) を参照。

ジ) はその例示である。この公定価格を設定するために、詳細な診療原価コスト情報が病院単位で収集され、その平均値が公定価格を決めるための参照コストとなっている。

表 2-1 公定価格表の例示(外来の価格表からごく一部を抜粋, 単位: GBP)

外来コード	外来専門名称	大人初診料	大人再診料	子供初診料	子供再診料
100	一般外科	151	78	162	83
110	整形外科	144	71	153	83
160	形成外科	130	63	137	72
320	心臓外科	151	80	172	110
340	胸部医療	196	99	205	120
410	リウマチ専門外来	219	97	238	132

資料: National tariff 2006/07, DoH(英国保健省)<sup>2</sup>

表 2-2 公定価格表の例示(公認された患者治療の価格表からごく一部を抜粋, 単位: GBP、日)

コード	診断群 (HRG名称)	患者本人が 治療を受ける かどうかの選 択が可能な 場合の 期間価格 (包括)	選択可能な 場合の 上限日数	選択不可の 場合の 期間価格 (包括)	選択不可の 場合の 上限日数	上限日数を 超えた時の 1日当たり の価格
A10	末梢神経障害	620	1	2,309	10	197
A20	一過性脳虚血発作	811	15	1,657	13	166
A30	てんかん	1,616	9	1,072	6	170
C21	中耳の処置	1,034	2	971	2	231
C32	主要な鼻腔の処置	1,390	3	1,972	8	244

資料: National tariff 2006/07, DoH(英国保健省)<sup>3</sup>

「病院への報酬は、従来から続いてきた年間定額予算(ブロック予算)から、実績(治療件数)による報酬システムに移行中だ。以前は、PCT とトラストが毎年交渉し、実績とは関係なく予算が決められる仕組みで、必ずしも合理的でないとの批判があった。2004年度からは、ペイメント・バイ・リザルツ(Payment by Results: PbR)と呼ばれる「実績払い方式」が導入され、全国標準価格表(ナショナル・タリフ)が定めた公定価格と治療件数を掛けあわせた額が支払われるようになった。(中略)[単価の設定方法については]個々の疾病の診療群ごと(包括払いに近い)に、全国平均[加重平均]コストを基準として単価設定している」(武内・竹之下, 2009)。2005年度から、PbRは

<sup>2</sup> 脚注 1 を参照。

<sup>3</sup>

[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4127649](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127649)

救急などを除くケア (elective care) に限定して、対象をすべての NHS トラストに拡大した。さらに 2006 年度からは、すべてのトラストを対象に、救急や外来治療にも PbR の範囲を拡大している (イギリス医療保障制度に関する研究会, 2010)。なお、表 2-3 は公定価格と参照コストの例示である。この例では、公定価格と参照コストは比較的近い水準となっており、平均コストが公定価格の基礎になっていることが読み取れる。平均コストが公定価格決定の基礎となっているならば、約半数の病院は効率化努力を要求されるということを意味している。単純に原価コストを把握して、コストをカバーするように診療報酬を決めているわけではないことには注意しておきたい。

表 2-3 公定価格表と参照コスト(NHSトラスト)の比較の例示: 一般外科外来(コード100)の初・再診料の場合 (単位: GBP)

初診料の場合	価格または 平均コスト	範囲(4分位)	
		第1分位	第3分位
公定価格	151.0		
コスト			
複数専門の医師の対面診察の場合	162.1	114.0	216.2
医師の対面診察の場合	134.9	100.2	160.0
医師の非対面診察の場合	146.8	86.0	128.6

再診料の場合	価格または 平均コスト	範囲(4分位)	
		第1分位	第3分位
公定価格	78.0		
コスト			
複数専門の医師の対面診察の場合	95.0	89.7	120.6
医師の対面診察の場合	81.8	68.5	99.1
医師の非対面診察の場合	38.3	27.6	84.2

資料: National tariff 2006/07, DoH(英国保健省)<sup>4</sup>. NHS reference costs 2006-07, DoH(英国保健省)<sup>5</sup>

NHSでは、1999年9月から、「原価見積もりマニュアル (NHS Costing Manual)」が導入されているが、上述の PbR の関連から、公定価格であるナショナル・タリフの参照元となるように改訂されてきている。原価見積もりは全てのNHS病院を対象に毎年実施されている (DoH, 2010a)。原価見積もりにおいては、医療サービスに関わる

4

[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4127649](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4127649)

5

[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_082571](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_082571)

すべてのコストを特定し、すべてのコストを含むように計算されている。患者タイプや患者数などの影響を受ける直接的コストは、患者単位に原価計算される。例えば、使用薬剤費も患者単位で直接的に原価計算される。診療に関わる間接コストについては、患者単位の原価計算ができないため、原価部門単位に論理的な基準を設定して割り当てられる。一般（間接）コストについては、論理的な方法で按分計算されている（DoH, 2010a）。

これらの原価計算を通じて、加重平均コストが参照コストデータとなっている。参照コストデータは公開されており<sup>6</sup>、この参照コストデータが PbR における公定価格（ナショナル・タリフ）の基礎となっている（DoH, 2010b）。これらの診療原価コストの把握と計算、参照コストデータの作成は毎年実施・更新されている。このように、PbR において、診療報酬（医療サービス単価）である公定価格は、原価計算を明確に反映する形で決定されている。なお、ドクター・フィーとホスピタル・フィーが明確に区別されていないことから、医師の報酬は診療原価コスト把握上、単純に人件費として計算の中に入っているということになる。

## GPの診療報酬

GPの診療報酬は、原則として人頭報酬で、これに診療所の諸経費を上乗せする形で決められていたが、2004年4月からインセンティブ報酬部分が大きく付加されるようになっていく。

「GPの機能を診療報酬面で支えていたのが、人頭報酬を中心とする報酬体系であった。新しい報酬体系が実施された2004年4月までのGPの報酬体系では、個々のGPの登録患者（登録住民）の数に応じて支払われる人頭報酬が全体の半分以上を占め、これに、診療所の維持費などに対応する基本開業手当、検診の実施など、一定の目標達成に対して支払われる健康改善手当、避妊サービスなど付加的なサービスに対する出来高報酬が加えられた」（イギリス医療保障制度に関する研究会，2010）。

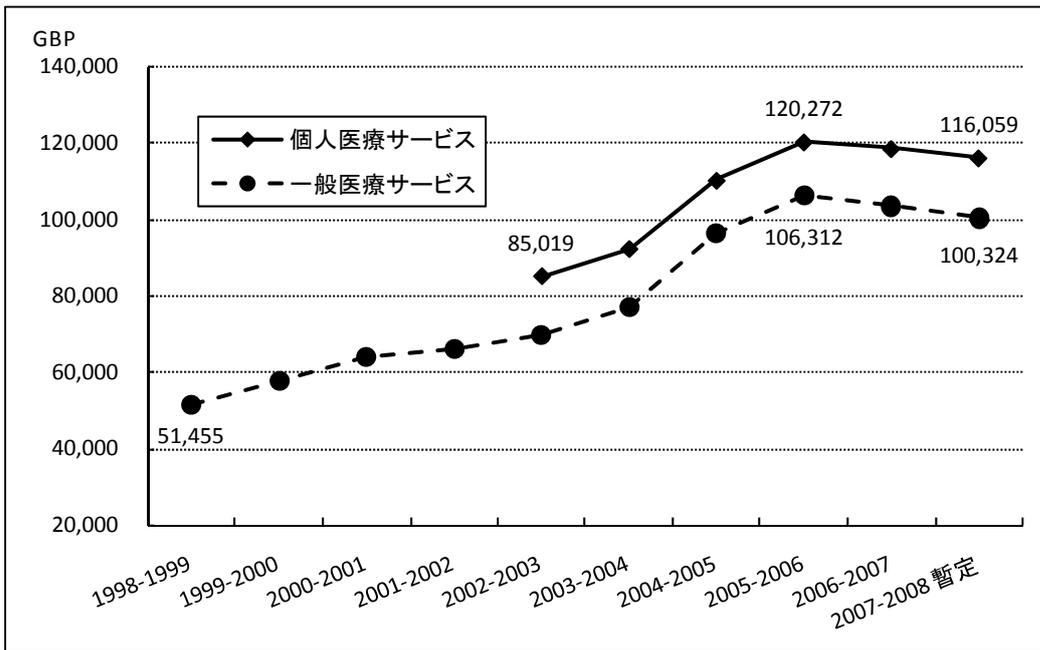
---

<sup>6</sup> たとえば、  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_082571](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_082571) を参照。本文の表 2-3 はその例示である。

「2004年4月からG Pの報酬体系を大幅に改革する新しい報酬契約が実施されるようになり、QOF (the Quality and Outcome Framework) と呼ばれるものへと大きく変わった。改革の狙いは、G Pの仕事の仕方に選択の幅を広げること、より質の高いサービス提供に報いること、より多くの医療サービスを患者に身近なところで提供できるようにすることなどである。そのため、新しい契約では、「国がG P個人に報酬を支払う仕組み」から「地域のPCTが各診療所に報酬を支払う仕組み」に変更され、住民の登録も、G P個人に対してではなく、診療所に対する登録に変更されている。診療所には、登録人口のニードに基づいて計算された包括的な報酬（包括報酬 Global Sum）が支払われ、これで[医師以外の]職員の費用なども賄われ、患者を病院に紹介せずに診療所で積極的に治療すれば、選択的報酬が追加支給されるとともに、逆に時間外診療などを引き受けない選択も可能となっている」（イギリス医療保障制度に関する研究会，2010）。

「PCTから診療所に支払われる診療報酬は、①登録人口を基に定められる包括報酬、②質の高い選択的サービスに対して支払われる特別報酬、③健康管理や施設運営で質の高いサービスを提供した場合に成果（Quality and Outcomes）に応じて支払われる成果報酬の3つの部分からなる。現在、実際に支払われている報酬のそれぞれの構成比は、①が57%、②が11%、③が15%、診療施設等の経費8%、その他5%等となっている。主に③の成果報酬の増加で、新契約実施後の3年間でG Pのネットの報酬は3割近く上昇したといわれる[次ページの図2-1を参照]」（イギリス医療保障制度に関する研究会，2010）。

図 2-1 GP(契約 GP)の所得水準の推移(GBP, 常勤換算, UK)



注：理論的にはインフレを除外した方が良いが、給与水準は名目値の影響を受けることが多いため、名目値でデータを整理した。この点については Akerlof and Shiller (2009)を参照。

資料：NHS Information Centre (2007, 2008, 2009)

このように、質の高い選択的サービスや健康管理・施設運営で質の高いサービスを提供した場合に成果報酬が支払われており、この成果報酬には「医師の技術料」という意味合いが含まれていると考えることができる。しかし、ドクター・フィーが独立して設定されていることはない。また、診療原価コストを把握するという意味合いはほとんどないが、診療所の諸経費が「診療施設等の経費」として診療報酬の決定に反映されている。つまり、部分的には諸経費をカバーするような診療報酬が考えられているということになる。

### 3. フランス

#### 医療制度の概略

フランスでは、「国民連帯」の理念に基づく国民皆保険が実現されている。医療財源は2階建てになっており、1階部分は皆国民型による公的社会保険制度で、2階部分は任意型による私的補完保険制度である（奥田，2008）。医療費の総額については、毎年議会によって ONDAM（全国医療保険支出目標）が設定される。その内訳は、市中開業医部門（薬剤費を含む）、病院・医療機関部門、社会医療部門の大きく3つに分けられる。ただし、ONDAM はあくまで「目標値」であり、「予算」ではないため、この額を超過した分は支払われないという罰則があるわけではない（奥田，2008）。

そして、フランスの医療の特徴の1つは、民間病院が多いことである（高橋，2008）。ただし、フランスにおける公的病院および民間病院の定義はわが国とは大きく異なる。フランスでは、公的病院とは、「24時間すべての患者を受け入れることを条件に、公的病院サービス参加病院として認可された病院」のことである。したがって、公的病院は公的病院サービス参加病院の認可を受けた病院のことであり、その中には「民間」非営利病院も含まれることに注意してほしい。つまり、公的病院サービス参加病院として認可されていれば、政府や自治体が直接運営する公立病院や公的機関が運営する公的非営利病院といった公立の病院だけではなく、民間の財団などが運営する民間非営利病院なども「公的病院」なのである。一方、「民間病院」とは、公的病院サービス参加病院以外の病院を指す。

公的病院には、地方病院センター、一般医療センター等があり、施設数は国内で約1,000である（尾形，2007）。最も高度で規模の大きな医療機関が地方病院センター（大学病院センター）であり、地域医療の中心的役割を果たしている。さらに地域ごとに一般病院センターが配置されており、救急患者と難易度の高い複雑な症例、生活保護の患者、長期入院の患者のほとんど全てを、公的病院が担当している（高橋，2008）。

民間病院は、公的病院サービス参加病院以外の病院で、施設数は国内で約2,000である。病床数の平均は約80床であり、設置主体は個人、私法人、企業など様々である（尾

形, 2007)。フランスでは、「民間（営利）病院＝中流階級以上の富裕層を対象とした病院」という位置づけが確立しており、外来手術や透析、リスクの低い分娩などコストパフォーマンスの高い領域の医療のみを提供している（高橋, 2008）。

1997 年以降、公私立を問わず、フランスの全病院は、地方病院庁<sup>7</sup>に対して、GHM（フランス版 DRG）に基づく病院活動報告を提出することが義務付けられている。この報告によって、地方病院庁は、病院医療費の配分額を決定する際、実際に行われた医療行為を踏まえた上での各医療機関の決算と予算を評価することが可能となっている（フランス医療保障制度に関する研究会, 2010）。

開業医は、1927 年の自由医師憲章以来、開業の自由が認められている。2007 年の開業医数は 122,103 人であり、医師総数の約 60% を占める。フランスでは、2006 年より「かかりつけ医」の登録が義務化されたが、その診察料には技術料は含まれない。かかりつけ医は、1 名 1 年 40 ユーロの管理費を人頭払いでもらい、それにプラスして 1 回 22 ユーロの診察料と何か追加で行った場合の技術料が追加される。しかし、フランスのかかりつけ医は、心電図も持たない軽装備なので、技術料が追加されることはまずないという。検査や投薬（医薬分業になっている）、注射もかかりつけ医のオフィスですることはなく、別の場所で行うことが一般的である（真野, 2008）。

## 問いに対する回答

1. ドクター・フィーとホスピタル・フィーを明確に区別しているか。
2. 診療報酬は原価コストに基づいて決まっているか。
3. 原価コストに基づかなければ、診療報酬はどのように決まっているか。

フランスでは、ドクター・フィーとホスピタル・フィーは、公的病院では区別されていないが、民間病院では区別されている。公的病院に支払われる医療費は、GHM に基

<sup>7</sup> 地方病院庁は、フランス政府が 24 の地方ごとに設置したものであり、中央から地方に配分された病院医療費（公的・私的）の各施設への配分額の決定、域内の施設の病床・診療科・高額医療機器に関する許認可業務、地方医療計画の策定を行う。現在は、病院医療に限らず、外来医療にも地域単位でコントロールすることを目指し、組織改組がすすめられている。

づく地方病院庁からの総枠予算と、GHS/PPS による 1 件あたり包括払い方式<sup>8</sup>の 2 本立てである。それらの仕組みでは、ドクター・フィーとホスピタル・フィーは区別されていない。他方、民間病院では、ドクター・フィーとホスピタル・フィーが分かれている。ドクター・フィーは疾病金庫と自由開業医師間で締結される協約料金であり、ホスピタル・フィーは公的病院の DRG (GHS) /PPS と整合性をとる形で報酬が設定される（フランス医療保障制度に関する研究会，2010）。

また、フランスでは、診療報酬は原価コストに基づいて決まっていない。後述のように、理論上考えられていると言われてはいるものの、実態としては、基本的に医師労組代表と保険者代表との交渉によって決まっている。公的病院では GHM による病院活動報告に基づく総枠予算と GHS/PPS による包括払いであり、報酬は原価コストを明確に反映するものではない。民間病院については、ホスピタル・フィーは公的病院の報酬に準じている。ドクター・フィーは保険者である疾病金庫と自由開業医師間で締結される協約料金であり、交渉によって決められている。自由開業医の報酬は、CCAM という分類方式（NGAP という旧方式から移行中）に基づいて、疾病金庫（支払側）と医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金である（フランス医療保障制度に関する研究会，2010）。これらの報酬の設定はあくまで交渉によるものであり、コストを明確に反映して決まるものではない。

## 公的病院

公的病院への医療費の支払いは、2004 年以降、GHS/PPS の導入により、地方病院庁からの総枠予算と GHS/PPS による 1 件あたり包括払い方式の 2 本立てとなった。2004 年度は全予算の 10%が GHS/PPS で支払われたが、以後 10 年間かけて 100%の支払いが PPS によって行われることになっている（フランス医療保障制度に関する研究会，2010）。このような総枠予算の廃止から GHS/PPS への段階的移行により、今迄守られてきた公立病院セクターの聖域を廃し、公私立とも、同じ土俵の料金体制を提供することが原則となっている（奥田，2008）。

---

<sup>8</sup> GHM は医療活動の状況を記述するのに用いられた分類であるため、支払いにはなじまない分類であった。そのため、分類の精緻化が行われ、新しい分類 GHS が作成された（フランス医療保障制度に関する研究会，2010）。したがって、本稿において、DRG/PPS と GHS/PPS はほぼ同義である。

ただし、GHS/PPSによる支払いにおいて、高額医薬品及び高額医療材料の支払いや救急の支払い方法などがうまく取り扱われていないことが課題となっている。高額薬剤と高額医薬品はGHMとは別に支払いを行う。救急の支払い方法については、1件当たり包括払いに加えて、ある一定以上の重症者に関する施設の年間受け入れ件数をもとに、別建ての予算が設定される仕組みである（表3-1を参照）（フランス医療保障制度に関する研究会，2010）。

表3-1 フランスにおける救急部門の加算方式

年間の件数	年間追加予算額(ユーロ)
12,500未満	368,625
12,500－17,499	614,374
17,500－22,499	875,035
22,500－27,499	1,140,601
27,500－32,499	1,406,167
32,500－37,499	1,680,280

※37,500件以上は5,000件ごとに274,113ユーロ追加

出所：医療経済研究機構(2010)

フランスの公的病院では、ドクター・フィーとホスピタル・フィーの区別はないため、公的病院に勤務する医師は一般的に俸給制によって収入を得ている（中村，2006）。しかし、フランスの公的病院は、大学病院センターを中心に24時間365日間すべての患者を受け入れており、このような体制を安定的に運用するためには医師の経済的処遇が重要となる。その一環として、大学病院の勤務医には個人診療ベッドを持つことが認められ、病院の監督下ではあるが、病院からの給与とは別に診療収入を得ることが認められている（フランス社会保障制度に関する研究会，2010）。

## 民間病院

ドクター・フィーは、疾病金庫と自由開業医師間で締結される協約料金であり、交渉により決まるものである。他方、ホスピタル・フィーは、公的病院のDRG（GHS）/PPSと整合性をとる形で報酬が設定されている（フランス医療保障制度に関する研究会，2010）。従来、民間病院では、疾病金庫との間で決められた協定日額が支払われていた

が、2004年にGHS/PPSによる支払いが導入され、公私立ともに同じ料金体系で医療を提供する基盤が整備されつつある。また、2007年、病院計画の一環として、キャピタル・コストの2~3割に補助金が支給され（総額20億ユーロ以上）、民間病院の再編を促すことが試みられた。同様の政策は今後も継続される見込みとなっている（平川・龍岡，2006）。

## 開業医

自由開業医に対する診療報酬は、疾病金庫（支払側である保険者）と医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金である。つまり、診療報酬は交渉をベースに決まるということである。具体的には、交渉により決められた医療職の種別および行為別の単価の指標と、各診療行為の点数を乗算して、診療報酬が決定される（中村，2006）。

診療行為の点数は、従来は、わが国の診療報酬点数表にあたるNGAPが用いられていたが、現在はCCAMに基づく支払いが一部で導入されている。CCAMはアメリカのRBRVS<sup>9</sup>を参考に作成された診療行為の分類であるが、内科領域やコメディカルのCCAMがまだ完成していないため、現在はNGAPと併用されている。ただし、報酬の設定はあくまで交渉によるものであり、コストを明確に反映して決まるものではない。もちろん、CCAMに基づく報酬の算出方法は、RBRVSと同様に、ハーバード大の公衆衛生学HSIAO W.C.教授のグループが開発したものである。しかし、フランスでは、理論上は、少なからず影響を与えたと見られるこの算定根拠式だが、現行の制度下では一部の医師労組が旗印に掲げているに過ぎない。診療報酬決定では三者間交渉（医師労組代表・保険者代表・政府代表）により決定されており、実際には全く使用されていない（奥田，2006）<sup>10</sup>。

---

<sup>9</sup> RBRVSでは、ドクター・フィーは医師の技術料、諸費用、保険料の3つのコスト要因が反映されて決まっている。詳細は本ワーキングペーパーの「5. アメリカ」を参照。

<sup>10</sup> 奥田(2006)の内容は現在も変わっていない。著者である奥田氏に直接確認した。

## 4. ドイツ

### 医療制度の概略

ドイツは社会保険中心型の医療制度となっており、疾病金庫を保険者とする公的医療保険が国民の約 90%をカバーしている。ドイツは皆保険制度を実現しているが、それは民間保険を含めてのことである。収入が多い人、特定の公務員、自由業、自営業などは民間医療保険に加入してもよい（真野，2010）。国民皆保険ではあるが、公的医療保険と民間医療保険が併存しているため、必ずしも公平な医療へのアクセスとはなっていない。例えば、医師にとってもより単価の高い民間保険患者は魅力的であるため、外来では公的医療保険患者を待たせて民間保険患者を優先的に診察するという（鈴木，2010）。公的医療保険では統一評価基準が用いられ、各保険医の医療行為の点数に 1 点単価を乗じた金額が診療報酬となる。他方、民間医療保険では、統一評価基準とは異なる報酬規程の点数に 1 点単価を乗じて算定されるが、算定額に最高 2.3 倍まで診療報酬を引き上げることが可能となっている（土田，2010）<sup>11</sup>。

ドイツでは、原則として、保険医が外来診療を担い、病院が入院診療を担っている<sup>12</sup>。現在では、外来診療についても入院診療についても診療報酬は包括化されている。そして、最大の特徴は、保険医に対する診療報酬（総額）は診療側（保険医協会など）と支払側（疾病金庫）の間での交渉で基本的に決定されるということである。この点では、日本と非常に似た制度となっている。特に、あらかじめ診療報酬総額が決められ、診療行為件数が基準診療行為量（後述）を超えた場合には、診療報酬点数の係数を減じることによって診療報酬支払額がコントロールされていることには留意しておきたい。

ドイツの病院の財源は 3 つある。公的医療保険と民間医療保険のそれぞれから DRG に基づく支払い、患者からの自費として一日当たり 10 ユーロの支払い（最高 28 日まで）、投資費用をカバーするための州からの補助金の 3 つである（厚生労働省，2010；

---

<sup>11</sup> なお、公的医療保険では外来も入院も現物給付であるが、民間医療保険では通常、償還払いである（土田，2010）。

<sup>12</sup> 「病院での外来診療は、一般的に、エイズや人工透析などの特定の疾患や治療、入院前および退院後の一定期間内の通院に限定されているが、病院が共同診療所を開設したり、外来診療センターを併設するといったケースも認められるようになった」（土田，2010）。

富岡, 2010) <sup>13</sup>。

## 問いに対する回答

1. ドクター・フィーとホスピタル・フィーを明確に区別しているか。
2. 診療報酬は原価コストに基づいて決まっているか。
3. 原価コストに基づかなければ、診療報酬はどのように決まっているか。

ドイツでは、ドクター・フィーとホスピタル・フィーは明確に分けられていない。病院が提供する入院医療においては、診療報酬契約は DRG 包括払いである。2009 年までは、保険者である疾病金庫が個別病院と診療行為の量と価格を交渉して決めており、そこではドクター・フィーとホスピタル・フィーの区別はなかった。そして、2009 年以降はそうした予算額ではなく、設定された価格に基づく支払いとなっているが、同様にドクター・フィーとホスピタル・フィーの区別はない。

基本的に、原価コストが診療報酬に明確に反映される仕組みになっていない。まず、保険医（外来診療）の診療報酬（総額あるいは上限）は診療側（保険医協会等）と支払側である保険者の疾病金庫の間の直接交渉で決定される。この診療報酬総額あるいは上限が決められてしまうという部分が重要である。というのは、2008 年に外来医療を担う保険医についての診療報酬制度が大幅に改定され、家庭医の診療と専門医の診療に区分され、診療報酬は四半期ごとの包括化となった（土田, 2010 ; ドイツ医療保障制度に関する研究会, 2010)。そのとき、医師の個々の診療行為の所要時間と単位時間当たりの労働報酬を連動させ、診療におけるコストをベースに点数が設定された（土田, 2010)。つまり、この部分では原価コストが明確に意識されて点数化されている。しかし、疾病金庫から保険医協会へ支払われる診療報酬総額には上限が設定されているため、上限を超える部分について診療報酬は支払われない。さらに、係数調整も実施されている。表 4-1（次ページ）は基準診療行為量に基づいた診療報酬逡減システムを示している。診療行為ごとに基準診療行為量（RLV）が決められており、診療行為件数がその基

---

<sup>13</sup> 「病院に対する設備投資については、2008 年 12 月に成立した「病院財政改革法」によって、2012 年以降、申請による投資から投資評価指数に基づく一括投資へと合理化することとされた」（厚生労働省, 2010)。

準を超過すると、その割合に対応して、診療報酬が減額される。簡単に言えば、最初のうちはコストが反映された診療報酬を得ることができるが、診療報酬総額の上限設定に近いところになってくると、出来高ではあるものの診療報酬は減額されていき、コスト回収も厳しくなっていく。この上限設定を考慮すると、原価コストが診療報酬に明確に反映されている仕組みとは言えないということになる。

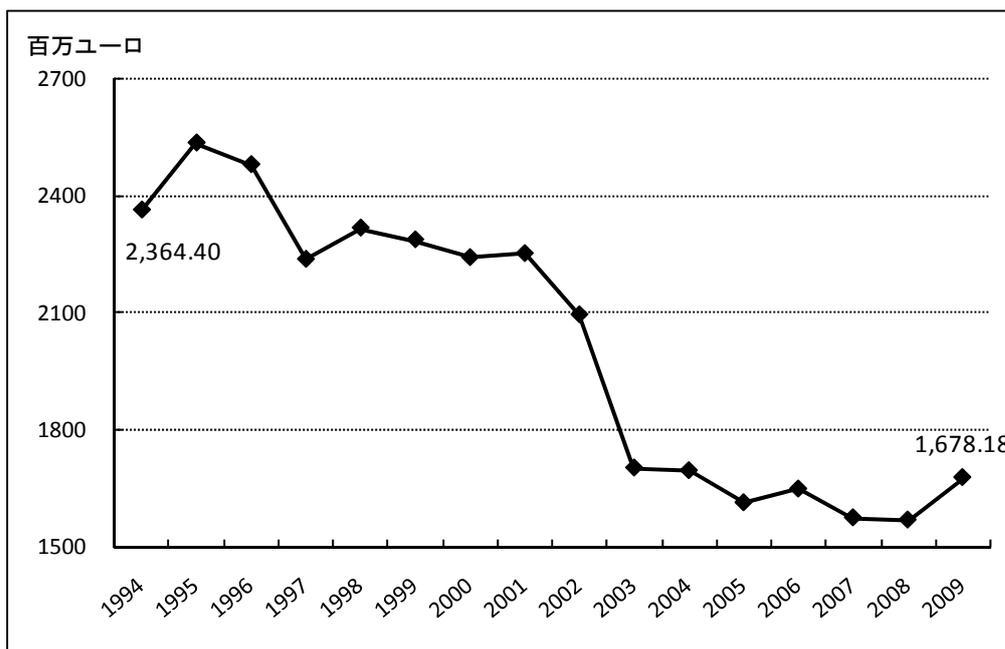
表 4-1 基準診療行為量(RLV)に基づく診療報酬減額システム

診療行為件数／基準診療行為量	診療報酬の減額率(%)
150%以下	0
150～170%以下	25
170～200%以下	50
200%超	75

資料：土田(2010), タルコット(2010)

また、病院についても基本的に DRG による包括払いであるが、1993 年の改革で実費補填原則が廃止されて以来、明確に原価コストを積み上げるような形での運営は行われていない。ただし、投資コストについては、診療報酬とは別に、州から補助金として受け取れることになっている（厚生労働省，2010；富岡，2010）。しかし、補助金によって全てカバーされるわけではない。さらに、年々、補助金額は減少しており、その役割は相対的に非常に小さくなってきており、他の財源の重要性が増しているのが実情である（Augurzky et al., 2007）。図 4-1（次のページ）は病院金融法（KHG）に基づく州による補助金額の推移を示しているが、大きく減少していることが分かる。名目ベースで 1994 年から 2009 年で -29.0% となっている。また、2004 年のデータによると、病院の投資額に占める補助金の大きさは 67.1% となっている（Deustches Krankenhaus Institut, 2005）。したがって、病院の投資コストについては、コストをカバーする仕組みがあるが、それは診療報酬体系の中ではなく「補助金」という別枠において部分的なものにとどまっている。

図 4-1 病院金融法(KHG)に基づく補助金額(ドイツ合計)の推移(百万ユーロ)<sup>注</sup>



注：次に挙げる補助金は含まれていない。大学病院、直接契約の病院、地域医療計画が運営する病院が余剰金を使って投資した部分、未払いになっている補助金、利払いや借入金償還に充てられている部分。

資料：DKG (2010)

## 入院医療（病院）

病院については、1993年に診療報酬制度の改革が行われ、「実費補填原則が廃止」され、療養費日額に代わって、「一件当たり包括払い」「特別報酬」「診療科別療養費および基礎医療費」という3つの方式の併用による診療報酬制度が導入された（ドイツ医療保障制度に関する研究会，2010；土田，2009）。したがって、診療報酬決定に際して、原価コストが反映される仕組みではなくなったということになる。包括払いの部分では、むしろ、コスト基準が病院経営の効率化のインセンティブになっている。つまり、「1点単価は、人件費と物品費を区分して、各州の病院協会と疾病金庫連合会が協定して定めることになっている。この報酬制度の特徴は、州内で定めた点数評価による報酬よりも低い費用で治療できた場合には、その差額が病院の利益となり、高い費用がかかればその差額が損失となることで、そこでは病院の医療の質が病院経営に反映する形になっている」（ドイツ医療保障制度に関する研究会，2010）。また、診療報酬の大きさ（伸び）は外的な制約を受けている。「1件当たり包括払いおよび特別報酬制による報酬の伸び率は、被保険者1人当たりの保険料算定基礎額の伸び率の範囲内に限定される」（ド

イツ医療保障制度に関する研究会，2010)。

さらに、2003 年から DRG（診断群分類）に基づく包括払いが導入された<sup>14</sup>。「疾病金庫側と病院側との協議が難航し、幾度かの決定と修正が繰り返された後によりやく 2009 年から 2010 年にかけてほぼ全ての病院で導入が図られたとされている（土田，2010）。そして、2009 年までは、疾病金庫側が個別病院と診療行為の量と価格を直接交渉していたが、2009 年以降はそうした予算額ではなく、設定された価格（包括）に基づいての支払いとなっている（真野，2010）。この DRG 包括払いにおいて、医療提供者の診療行為の実態を反映させた体系を構築することが意図された（土田，2010）が、基本的に病院経営の効率化が強く意識されており、原価コストの積み上げが明確に反映される形では運用されていない。

しかし、DRG 包括払いの診療報酬システムとは別枠として、各病院の設備投資などの投資コストについては、各州政府が補助金を支出する仕組みとなっている（厚生労働省，2010；富岡，2010）。したがって、投資コスト部分については、明確に病院コストをカバーするように資金供出が行われているということになる。ただし、この部分は補助金であり、診療報酬体系の中で評価されているわけではないことには注意したい。なお、「設備投資費を DRG の支払いの中に包括払いとして入れてしまおう」という議論が現在行われている（真野，2010）。

## 外来医療（保険医）

保険医（外来診療）についての診療報酬の決め方について説明する。まず、大原則として、診療側(保険医協会など)と支払側（疾病金庫）との直接交渉によって、診療報酬（総額）が決められている（鈴木，2010）。診療報酬が交渉によって決められているという点では、日本の仕組みと似ている。後述するように、この部分が重大な意味を持つ。なお、日本の中医協に相当するのは連邦共同委員会で、5 人の診療側委員は保険医協会から 2 人、病院協会から 2 人、歯科医師会から 1 人が出る（鈴木，2010）。

---

<sup>14</sup> オーストラリアで開発された DRG システムをベースとしている（ドイツ医療保障制度に関する研究会，2010；藤元，2010）。

保険医（外来診療）の診療報酬については、2007年の公的医療保険競争強化法により、2008年、2009年と段階的に新制度が運用されている。保険医の診療は、家庭医による診療と専門医による診療に区分される（ドイツ医療保障制度に関する研究会、2010）。そして、四半期を単位とする包括化が実施された。具体的には、医師の個々の診療行為の所要時間と単位時間当たりの労働報酬を連動させ、診療におけるコストをベースに点数設定が行われた（土田、2010）。

家庭医による診療は、具体的に行った診療行為に関係なく、四半期ごとに診療した患者1人につき定額の被保険者包括報酬が支払われるが、患者の年齢や慢性疾患の有無によって点数に格差が設けられている（ドイツ医療保障制度に関する研究会、2010；土田、2010）。専門医の診療は、基礎包括報酬と加算包括報酬に区分される。診療科グループの基礎包括報酬は専門医に共通する医療行為に関わるもので患者の年齢別に点数が与えられている。診療科グループの特性に基づく加算包括報酬は専門医に特有の資格、設備、治療内容などに対応して点数が定められる（ドイツ医療保障制度に関する研究会、2010；土田、2010）。

保険医に対する診療報酬は、各州の疾病金庫が保険医協会に診療報酬総額を支払い、保険医協会が保険医に対して、基本的に出来高払いで診療報酬を支払うという二段階方式となっている（土田、2010）。ここで問題となるのが、診療報酬総額という上限があるということである。現在では、診療報酬総額は、予算制ではなく、各州の保険医協会の地域に居住する疾病金庫の被保険者数および罹病率によって設定される（ドイツ医療保障制度に関する研究会、2010）。つまり、被保険者1人当たりの医療ニーズを基準としている（土田、2010）。この合意された診療報酬総額の範囲内であれば、基準診療行為量（RLV）による制約はあるものの、基本的に実際に行われた給付に応じた報酬が支払われることになる。しかし、その総額が診療報酬総額を超えた場合は、原則として超過分に対する報酬は支払われない（ドイツ医療保障制度に関する研究会、2010）。報酬の支払いにおいては、基準診療行為量（RLV）に基づく診療報酬逓減システムが導入されている（既出の表4-1を参照）。四半期単位で、基準診療行為量の150%までの診療行為件数については、統一評価基準（EBM）の診療報酬点数による満額が支給されるが、その枠を超えた場合には、段階的に診療報酬が減額されていく仕組みである（タルコット、2010；土田、2010；真野、2010；ドイツ医療保障制度に関する研究会、2010）。

ただし、インフルエンザの流行などの正当な理由によって給付額が増加している場合は、疾病金庫から追加支払いが実施されることになっている<sup>15</sup>。この制約を考慮すると、原価コストを把握して上積みするような形で診療報酬が決定されているとは言えないということになる。

最後に、本ワーキングペーパーの論点に直接関係しない事項ではあるが、昨今の日本の医師の地域偏在の問題を考慮すれば、特筆しておくべきことがある。ドイツでは地域間の医師の過不足を調整するように、診療報酬に格差をつける処置が2011年から導入される。保険医需要計画と比較して医師が過剰または過少である地域においては、全国一律の評価基準に加えて、新たな評価基準を加えることによって、医師の過不足を調整することを企図している（ドイツ医療保障制度に関する研究会，2010；土田，2010）。なお、保険医需要計画として、各州が州内を細分化した地域ごとに家庭医と専門医の定員を定め、医師数規制という「数量規制」は既に実施されている。上記の診療報酬に格差をつける政策は「価格規制」として新しく設けられるということになる。

---

<sup>15</sup> 人工透析や救急医療行為など、RLVの対象外になっている診療行為も存在する（土田，2010）。

## 5. アメリカ

### 医療制度の概略

アメリカでは、一部の公的医療プログラムの診療報酬を除き、医療関連価格は市場取引によって決定されている。病院も医師も医療サービスに対して自由に価格を設定することができるので、同一の医療サービスに対する提示価格は千差万別である。たとえば、カリフォルニアの主要な病院間では、同一の医療サービスに対する病院の提示価格には、最大7倍近くの開きがある（表5-1を参照）。しかし実際には、彼らの多くは、公的・民間医療保険会社との契約交渉を行っているため、保険が適用された場合には、実際の支払い額は提示価格を大幅に下回る。ただし、患者が加入する保険会社と契約関係にならない病院や医師を受診した場合は、提示価格が支払い額となる。そのため、患者の自己負担は高額になる。

表5-1 カリフォルニアの主要な病院の提示価格(チャージ)の一例

(\$)

病院名	所在地	胸部レントゲン 2枚 <sup>1)</sup>	全血球計算値 (CBC)	CT スキャン <sup>2)</sup>	タイレノールR (アセトアミノフェン) 1錠325mg
Scripps記念病院	サンディエゴ	120.90	47.00	881.90	7.06
Sutter総合病院	サクラメント	790.00	234.00	2807.00	0.00
カリフォルニア大学デービス校 の医学部付属病院	サクラメント	451.50	166.00	2868.00	1.00
サンフランシスコ総合病院	サンフランシスコ	120.00	50.00	950.00	5.50
Cedarsサイナイ病院	ロサンゼルス	412.90	165.80	4037.61	0.12
ウエストヒル病院	ウエストヒル	396.77	172.42	2474.95	3.28
最高値÷最安値	—	6.58倍	4.98倍	4.58倍	—

1) 読影料は含まれていない。

2) 脳: 造影剤なし。読影料は含まれていない。

出所: 河野(2006)より筆者作成

## 問いに対する回答

1. ドクター・フィーとホスピタル・フィーを明確に区別しているか。
2. 診療報酬は原価コストに基づいて決まっているか。
3. 原価コストに基づかなければ、診療報酬はどのように決まっているか。

アメリカでは、医師約 77 万人のうち 73%にあたる 56 万人が独立開業医であり、基本的に医師は「開業医」である（医療経済研究機構，2010）。多くの場合、医師と病院は、「雇用契約」ではなく「契約関係」にある。医師は、自分の患者が高度な検査や手術を必要とする場合には、患者とともに病院へ行き、主治医として病院常勤医師と共同で医療を提供する仕組みである<sup>16</sup> <sup>17</sup>。医療機関に対する支払いでは、ドクター・フィーとホスピタル・フィーとが明確に区別されており、これらの診療報酬（医療サービス価格）には、医療サービス提供にかかわるコストが明確に反映されていると考えられる。公的医療保険では、ホスピタル・フィーは、DRG に基づく定額予見払い価格と、原価償還の考え方をベースとした付加的支払い額との合計である。ドクター・フィーは、RBRVS（資源準拠相対評価指数：Resource-Based Relative Value Scale）に準拠する料金表に基づいて支払われる。RBRVS では、医師の診療行為は、HCPCS（Healthcare Common Procedure Coding System）のコード体系に基づき、医師の技術料、諸費用、保険料（訴訟費用）の 3 つのコスト要因を反映して評価される。HCPCS とは、約 6,700 のコードを含んだコード体系であり、医療機関で実施された医療サービスおよび手技を記述する AMA（American Medical Association：アメリカ医師会）独自の CPT（Current Procedure Terminology）をベースとしている（Medpac,2009；澤,2006）。民間医療保険では、ドクター・フィーもホスピタル・フィーも、その支払い額は保険会社と病院・医師との契約交渉により決定される。

<sup>16</sup> 河野(2006)は、このような医師と病院の契約を「病院施設使用の契約」と呼ぶ。また、アメリカで医師と病院が「雇用関係」ではなく、「契約関係」にある理由は、「医師は病院という組織に直接雇用されると、組織の意向を考慮しなければならず、所得も組織によって定められ、医師の自由が制限されるために、「開業医」で「病院施設使用の契約」の形式を現在に至るまで取り続けているのである」と指摘している。

<sup>17</sup> ただし、例えば、カイザー（Kaiser Permanente）は 14,600 名（2008 年）の医師を直接雇用し、独立開業医との「病院施設使用の契約」を結んでいないが、そういう病院も存在する（医療経済研究機構，2010）。

表 5-2 医療費明細書の一例

<p>【A氏のケース】</p> <p>○症状:骨折の疑いがあり、ER受診</p> <p>○A氏の医療保険:連邦政府が提供する民間医療保険</p> <p>○医療保険給付内容と自己負担金の抜粋</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 保険免責金額: 250ドル</li> <li>2. 病院ERの医療費 (Hospital fee): 自己負担なし・保険免責除外</li> <li>3. 医師の技術・手技料 (Doctor fee)</li> </ol> <p>○請求書の種類</p> <p>① 病院のER ②ER医師の技術・手技料 ③放射線医の技術・手技料</p>					
<p>【医療費明細書の合計】</p>					
	病院または医師の提示価格	保険会社との契約価格	保険会社の契約交渉による割引率	保険会社が病院・医師に支払った金額	患者の自己負担額
病院 (Hospital fee)	\$767.00	\$227.81	70%	\$227.81	\$0.00
ER医師 (Doctor fee)	\$217.00	\$83.60	—	\$83.60	\$133.40
放射線医師 (Doctor fee)	\$43.00	\$14.75	66%	\$0.00	\$14.75
合計	\$1,027.00	\$326.16	—	\$311.41	\$148.15

注) 上記の明細書はあくまで一例であり、保険会社によってその内容は異なる。

出所: 河野(2006)から筆者作成

民間医療保険加入者の医療費明細書の一例をみてみよう (表 5-2 を参照)。患者にはドクター・フィーとホスピタル・フィーが別々に請求され、実際の支払い額は、保険会社との契約により、提示価格から大幅に割り引かれていることが確認できる。さらに、患者が加入する保険会社と契約関係にない医師 (表 5-2 の例では「ER 医師」が該当する) を受診した場合は、患者の自己負担は高額になっている。

## 公的医療保険

公的医療保険のメディケアの場合、ホスピタル・フィーは「大きくは DRG に基づく定額予見払い価格 (Prospective Payment Rates) と付加的支払い額に二分され」(広井, 2004)、コストを反映した価格が設定されている。

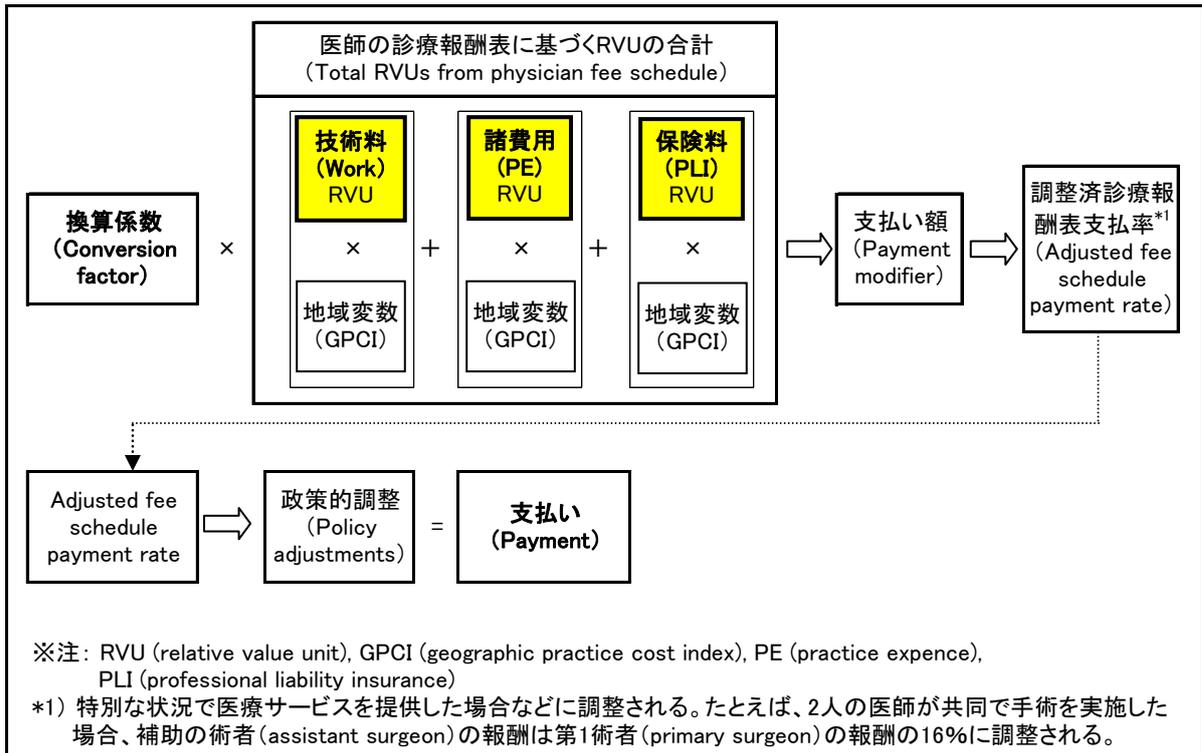
定額予見払い額については、まず、諸データをもとに政府が地域別に入院1件当たりの標準支払い額を設定する。これは、人件費部分と非人件費部分に分けられるが、前者については人件費の地域的な差を考慮して、さらに一定の地域的な調整を行う。こうして得られた額に、疾病別のDRG係数をかけて得られたものが「定額予見払い額」となる（広井，2004）。DRG係数は1988年度以降毎年改定されており、標準支払い額等についても、諸物価の動向を反映して毎年改定されている。また、付加的支払い額には、医学教育費用や低所得者対象病院に対する支払い等が含まれており、原価償還の考え方をベースとして支払われている<sup>18</sup>。これらの合計が入院1件についての償還額として支払われることとなる。

一方、ドクター・フィーは、RBRVS（資源準拠相対評価指数：Resource-Based Relative Value Scale）に準拠する料金表に基づいて支払われる。RBRVSとは、医療サービスに投入された資源のコストに基づいて当該サービスの相対価値を評定する指数である。この指数は、ハーバード大学のWilliam C. Hsiao教授のグループが開発し、1989年のメディケア大改正に明記された診療評価尺度である。RBRVSでは、医師の診療行為は、HCPCS（Healthcare Common Procedure Coding System）のコード体系に基づき、医師の技術料（Work）、諸費用（PE：Practice expense）、保険料（PLI：Professional liability insurance）の3つのコスト要因から構成される。それぞれの相対値（RVU）は地域格差の係数（GPCI：Geographic practice cost index）で調整され、ドル換算係数（Conversion factor）を乗じたものが支払い額（Payment modifier）となる（表5-3を参照）。なお、最終的な支払いには、医師不足が顕著な地域の医師に対してはボーナスとして10%加算されるなど、政策的な調整（Policy adjustments）が行われる場合もある（医療経済研究機構，2010）。前述のとおり、HCPCSはCPTというコード体系をベースとする。CPTの主要な特徴の1つは、患者を診察した際に、患者の経歴の範囲、診察の範囲、医学的判断の難易度、カウンセリング、ケアの調整、問題点の性質、要した時間などの各要素の難易度および重み付けにより、その患者の評価・管理水準を識別することである。このような識別を実施することにより、診察した医師がその能力をどのくらいの時間費やしたかにより、診療報酬が異なるという、適切な診療報酬請求が可能となる（澤，2006）。

---

<sup>18</sup> 土地・建物購入費等のいわゆるキャピタル・コストは、1991年10月1日より、付加的支払いから定額払いの対象へと吸収されることとなった（広井，2004）。

表 5-3 医師の診療報酬支払い方式(Physician Services Payment System)



出所: Medpac (2009)から筆者作成

しかし、RBRVS は「ある医療サービスのために“投入”された労働や資源を、いわば純粋な出来高払いの形でそのまま評価」したものであるから、報酬全体の伸びを適正化する施策も必要であると考えられた。そこで、メディケア大改正において RBRVS とともに作成されたのが「メディケア診療量基準 (VPS: Volume Performance Standards)」である。VPS はメディケア医師報酬全体の伸びを管理するための基準であり、実際の医師報酬の伸びがこの基準を上回る場合には、ドル換算係数 (すなわち 1 点単価) が引き下げられる仕組みである (広井, 2004)。このように、ドクター・フィーは、RBRVS により明確にコストを反映した診療報酬体系に基づくものの、報酬全体の伸びは VPS を元に調整・管理されている。

## 民間医療保険

民間医療保険の場合、ホスピタル・フィーの支払い額は、病院・医師と保険会社との間の契約交渉により決定する。ドクター・フィーの支払い額は、メディケアの RBRVS に準じているものの、メディケアの場合とは異なり、ドル換算係数は、病院・医師と保険会社との最終的な契約により決定される。そのため、ドル換算係数は、保険会社、医師、病院によって異なる。つまり、この換算係数は需要と供給の市場原理を受けて刻々と変わりうるものであり、患者の加入する保険内容によって変わるのである（石川，2007）。

このように、民間医療保険の場合には、ドクター・フィーやホスピタル・フィーの支払い額は、病院・医師と保険会社との間の契約交渉によって決まる。しかしながら、厳密ではないものの、このような価格は医療サービスに伴う総コストをカバーしていると考えることができる。なぜなら、病院・医師と保険会社との間の契約は市場取引であり、長期的に見て赤字が蓄積するような価格では合意には至らないはずだからである。つまり、病院・医師側が原価コスト情報を管理し、赤字の契約にはならないようにするインセンティブを持っているということである<sup>19</sup>。ただし、1点、注意しておきたい。契約時点で総コストをカバーすることを原則として、市場で契約が結ばれるわけではない。交渉力によって、病院のさらなる効率化が求められるような契約条件になることも多いだろう。単純に言えば、実現した契約は事後的に赤字にはならない契約であると言っているに過ぎない。換言すれば、総コストをカバーできないような条件の契約は実現に至らなかっただけであり、市場にはそういう実現しなかった契約も多数存在しているということである。

---

<sup>19</sup> このような取引の一例として、保険会社の支払い額の減少に応じて、病院の購買行動が変化したことが挙げられる。河野(2006)は、DRG 導入やマネージドケア拡大に伴う病院の購買行動の変化について、「病院は、公的保険や民間保険会社からの医療費の支払いが抑制されたことから、経済効率を考えた経営戦略を迫られるようになり、病院の医薬品や医材の購買方法を検討するようになった」と指摘している。つまり、保険会社の支払い額減少に対応して、病院が赤字経営にならないように効率化を図ったということである。

## 6. 結論

本ワーキングペーパーは、イギリス、フランス、ドイツ、アメリカを取り上げ、諸外国の診療報酬（医療サービスの単価）の決まり方についてまとめたものである。特に、次の2つの問いに回答を与えることに焦点を当てた。（1）ドクター・フィーとホスピタル・フィーを区別しているか。（2）診療報酬には診療原価コストが反映されているか。

表 1-1(再) 調査結果の概要

国	イギリス	フランス	ドイツ	アメリカ	日本
医療制度のタイプ	一般税 中心型	社会保険中心型		民間保険 中心型	税・社会保険 折衷型
ドクター・フィーと ホスピタル・フィーを 明確に分けているか？	×	△	×	○	×
診療報酬は明確に コストを反映して 決まっているか？	△	×	×	○	×

注：記号の意味は、○：はい(おおむね該当)、△：部分的に該当、×：いいえ(該当しない)

民間保険中心型の医療制度を持つアメリカでは、ドクター・フィーとホスピタル・フィーが明確に区別され、診療報酬は明確に原価コストが計算されて、それらが反映された形で決められている。

社会保険中心型のフランスやドイツでは、フランスの「民間病院」を除き、ドクター・フィーとホスピタル・フィーの区別はなく、診療報酬は基本的に「交渉」で決められている。フランスは、医師労組代表・保険者代表・政府代表の三者間交渉、ドイツは、疾病金庫連合会と保険医協会の二者間交渉であり、診療報酬は原価コストを明確に反映する仕組みではない。なお、フランスの「民間病院」におけるドクター・フィーも、あくまで「交渉」に基づく協約料金である。そのため、アメリカほど明確に医師の技術料を反映したものではない。

一般税中心型のイギリスにおいても、ドクター・フィーとホスピタル・フィーは明確に分けられていない。しかし、イギリスでは医療の効率化が常に懸念事項としてあるた

め、病院に実績払い制度（ペイメント・バイ・リザルツ：PbR）が導入されており、その制度における公定価格の決定には原価コストが明確に反映される仕組みになっている。

+++++

#### 謝辞

内容確認等のために、ドイツ医療の情報についてはポール・タルコット氏（日医総研 海外駐在 研究員）から、フランス医療の情報については奥田七峰子氏（日医総研 海外駐在研究員）から、直接情報を得ました。ポール・タルコット氏と奥田七峰子氏には感謝申し上げます。

## 参考文献

- イギリス医療保障制度に関する研究会・編(2010)『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2009年版】』医療経済研究機構.
- 石川義弘(2007)『市場原理とアメリカ医療』医学通信社.
- 医療経済研究機構(2010)『アメリカ医療関連データ集【2009年版】』.
- 尾形裕也(2007)「医療計画における PDCA サイクルによるマネジメントに関する研究」厚生労働科学研究費補助金, 医療安全・医療技術評価総合研究事業, 平成 18 年度総括研究報告書.
- 奥田七峰子(2006)「フランスにおける診療報酬決定プロセスに関する調査」日医総研海外レポート, No.96.
- 奥田七峰子(2008)「報告書」『「日仏モデル」こそ世界一の医療制度』民間病院フランス医療・福祉調査団報告書.
- 河野圭子(2006)『病院の外側から見たアメリカの医療システム』新興医学出版社.
- 厚生労働省(2010)『世界の厚生労働 2010』厚生労働省.
- 澤倫太郎(2006)「クリニカルカンファレンス (4); 産婦人科と医療制度を考える (1) 新しい診療手技コードこそ医療制度改革の本質」『日産婦誌』58 巻 9 号, pp. 229-237.
- 鈴木邦彦(2010)「調査の目的と成果および提言について」『昏迷するドイツ医療—日本型を極めて世界のモデルへ—』日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書.
- 高橋泰(2008)「フランス医療制度との比較から日本の医療制度を考える—フランスにおける急性期から在宅医療までの概要—」『「日仏モデル」こそ世界一の医療制度』民間病院フランス医療・福祉調査団報告書.
- 武内和久, 竹之下泰志(2009)『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』集英社.
- タルコット ポール(2010)「医療材料と医薬品を中心としたドイツの診療報酬制度」『昏迷するドイツ医療—日本型を極めて世界のモデルへ—』日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書.
- 土田武史(2009)「公的医療保険競争強化法における財政制度改革」『ドイツの医療保険制度改革追跡調査 報告書』健康保険組合連合会, 平成 21 年 6 月.
- 土田武史(2010)「ドイツ報告 1・2」『昏迷するドイツ医療—日本型を極めて世界のモデルへ—』日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書.
- ドイツ医療保障制度に関する研究会・編(2010)『ドイツ医療関連データ集【2009年版】』医療経済研究機構.
- 富岡慎一(2010)「ドイツ訪問調査記録」『昏迷するドイツ医療—日本型を極めて世界のモデルへ—』日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書.

- 中村岳(2006)「フランスにおける民間医療保険の動向」『損保ジャパン総研クォーターリー』Vol.46, pp.39-53.
- 平川伸一・龍岡資隆(2006)「第2章 フランスの医療制度」財務省財務総合政策研究所『医療制度の国際比較』第2章, pp.47-61.
- 広井良典(2004)『アメリカの医療政策と日本』勁草書房.
- 藤元秀一郎(2010)「ドイツ医療制度について」『昏迷するドイツ医療—日本型を極めて世界のモデルへ—』日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書.
- フランス医療保障制度に関する研究会・編(2010)『フランス医療関連データ集【2009年版】』医療経済研究機構.
- 真野俊樹(2008)「報告書」『「日仏モデル」こそ世界一の医療制度』民間病院フランス医療・福祉調査団報告書.
- 真野俊樹(2010)「ドイツ視察報告」『昏迷するドイツ医療—日本型を極めて世界のモデルへ—』日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書.
- Akerlof, G.A. and Shiller, R.J. (2009). *Animal Spirits: How Human Psychology Drives the Economy, and Why It Matters for Global Capitalism*. Princeton University Press.
- Augurzky, B., Engel, D., Krolop, S., et al. (2007) *Hospital Rating Report 2006: Approaches to the sustainable financing of patient care and treatment - Development of German hospitals up to 2010*. RWI: Materialien, Heft 33.
- Deutsches Krankenhaus Institut (2005) Krankenhausbarometer 2005, Schätzrechnung ver.di
- DKG (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft) (2010). KHG-Investitionsförderung: Auswertung der Zahlen der AOLG für das Jahr 2009, Anlage 1 zum DKG-Rundschreiben Nr. 144/2010 vom 17.05.2010.  
[http://www.dkgev.de/media/file/7706.RS144-10\\_Anlage\\_1.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/7706.RS144-10_Anlage_1.pdf)
- DoH(Department of Health, UK) (2010a) NHS Costing Manual 2009/10. Ref-13659.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_112597](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_112597)
- DoH(Department of Health, UK) (2010b) Reference Costs Data Publication 2008-09. Ref-13456.  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_111591](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_111591)
- NHS Information Centre (2007). GP Earnings and Expenses Enquiry 2004/05 Final report. July 2007.  
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>

NHS Information Centre (2008). GP Earnings and Expenses Enquiry 2005/06 Final Report.  
March 2008.

<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>

NHS Information Centre (2009). GP Earnings and Expenses 2007/08 Provisional Report.  
September 2009.

<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>

Medpac (2009). Physician Services Payment System

[http://www.medpac.gov/documents/MedPAC\\_Payment\\_Basics\\_09\\_Physician.pdf](http://www.medpac.gov/documents/MedPAC_Payment_Basics_09_Physician.pdf)