

- Wernicke's encephalopathy. *N. Engl. J. Med.*, **312**: 1035~1039, 1985.
- 2) 横手幸太郎, 山之内 博, 水谷俊雄, 嶋田裕之: 老年者におけるウェルニッケ脳症の臨床上的特徴. **29**: 35~40, 1992.
- 3) **Kramer, J. and Goodwin, J.A.**: Wernicke's encephalopathy. Complication of intravenous hyperalimentation. *J.A.M.A.*, **238**: 2176~2177, 1977.
- 4) **Centerwall, B.S. and Criqui, M.H.**: Prevention of the Wernicke-Korsakoff syndrome: a cost-benefit analysis. *N. Engl. J. Med.*, **299**: 285~2889, 1978.
- 5) **Gallucci, M., Bozzao, A., Splendiani, A., Masciocchi, C. and Passariello, R.**: Wernicke encephalopathy: MR findings in five patients. *Am. J. Neuroradiol.*, **11**: 887~892, 1990.

司会 ありがとうございます。なお、この問題は後ほどディスカッションの方で話してまいりたいと思います。次いで小山先生にお願い致します。小山先生はご承知の通り新潟大学の第一外科におられまして、第一外科の助教授を長くお勤めになられた後、県立吉田病院院長から同新発田病院の院長に移られ、やはり支払基金の審査委員をなさっておられます。そういう立場から演題にありますような、診療報酬のあり方、特に技術評価を中心にとということをお願いします。

#### 4) 診療報酬のあり方 (技術評価を中心に)

新潟県立新発田病院, 院長・外科 小山 真

#### On the Necessity of an Imcrease of the Budget for National Health Care

Shin KOYAMA

*Director and Surgeon, Niigata prefectural  
Shibata Hospital*

In spite of painstaking efforts to improve their economic standing, the settled accounts of 73% of the municipal hospitals in Japan showed a loss for 1992 due to only slight increases in revenue and considerable increases in costs.

The relatively slight increase in revenue was ultimately caused by frequent cuts in standard drug prices over past 10 years. In other words, the frequent cuts not only reduced expected drug revenues in individual hospitals but also affected the medical technology fees. In Japan, these fees have been compensated by the financial resources brought about by cuts of drug prices.

However, the margin of compensation has also been reduced as the cuts in drug prices have reached their limit.

Moreover, recent substantial increases in the cost of medical care for the elderly has placed further demands on the budget for national health care, for which total accounts

Reprint requests to: Shin KOYAMA,  
Niigata prefectural Shibata  
Hospital Otemachi 4, Shibata  
City, 957, JAPAN.

別刷請求先: 〒957 新発田市大手町4  
県立新発田病院 小山 真

has been fixed for long periods of time by the Ministry of Public Welfare of Japan.

Both the increased demands on the budget for national health care and the stagnant increase of medical technology fees through the cuts of standard drug prices will inhibit sound operation and future growth of health care in Japan.

Thus, the author wishes to stress the necessity of a substantial increase of the budget for national health care.

Key words: budget for national health care, standard drug prices, medical technology fee  
 総医療費, 薬価差益, 技術料

懸命に経営努力を行ったにも拘らず平成4年度には本県の県立15病院を含む我が国の自治体病院の73%が赤字決算となった。これには現行の診療報酬体系に問題があるのではないかと考えられる一方、診療側の考え方にも誤りがあったことが関係しているように思われる。ともあれ、いくら医療費の高騰を抑制したいと診療報酬を抑えてみても、製薬会社、医療機械の会社、支払側団体などが著しい好決算を出している現状では医療政策に誤りがあると言われても仕方ないであろう。

私は「医療問題」の専門家ではないが、赤字に悩む一病院の院長として、診療報酬のあり方に疑問を感じたので考えをのべてみたい。

### I. 「診療報酬」改定の歴史

昭和2年に健康保険法が制定されたが、この頃の医療費の1/2は「薬治料」と「注射料」であった。しかし、そのほか昔から我が国では医師は薬師（くすし）、医師への支払は薬料と呼ばれていたなど、医師と薬は切っても切れない関係にあったのであり、そのくせが抜けぬためか「医師が薬を売って稼ぐ」ことに疑問を抱かず、また「薬価差益」を「潜在技術料」と考えるなどの誤りをおかしてきたことが問題である。

昭和20年、第2次大戦後にGHQよりその誤りが指摘され、医薬分業の指示が出されるに及んで、今日に至るまで「医師の技術」と「薬品材料」の分離が診療報酬体系改定の主要テーマとなって来た。

昭和33年には甲乙2表の採用と1点10円の決定と云う医療費体系の基本が定められた。

昭和46年以降、医師の技術の適正評価が最重要課題として今日まで続いているわけであるが、「技術料」改定の財源として、本来全く関係のない「薬価差益」の引下げによって得られた資金が当てられて来たことに今日の混乱の理由の1つがあると考えられる。

以下その問題点を検討してみよう。

### II. 「診療報酬体系」の最大の問題点

表1 診療報酬の最大の問題点

$P = \sum a \cdot p$	「厚生省(国)は総医療費Pを一定としている。」 a : 技術の頻度, 件数 p : 技術の点数
Pの大きな財源の一つである薬価差益(含検査差益)が「技術料の低さ」を補って来た。すなわち「潜在技術料」とされてきたことにある。	
Pについての問題点	
1) 薬価8.1%の切り下げは、総医療費の2.4%に相当する。	
2) 「薬価差益」が数年後には10%となり固定される。従って「技術料」等を上げる源資がなくなる。	
3) Pを固定しておくことは妥当か? GDPの6%(米国14%, カナダ9%) まだあげられるが、そのためには増税が必要か?	

表1は現在の医療費決定の基本概念となっている式を示したものである。

本来、総医療費Pは、医療技術の頻度(件数を示し、それ程大きく変動することはない)を示すaと、私共がぜひ大きく上げたいと願う技術料pの積の総和として算出されるべきものである。しかし実際は総医療費Pを一定に定めておいてpを決めるため「技術料」改定の財源が著しく限られてしまうことになる。

しかも、この技術料p改定の財源としては先にものべたように、すでに頻回の引下げで余裕の少なくなった薬価を更に引下げで資金を浮かせようとしているためますます窮屈になっていることは確かである(薬価差益は平成10年以降10%に固定されることになっている)。ちなみに、平成4年度の医療費改定では8.1%の薬価引下げにより総医療費24兆円強の2.4%、すなわち6,000億円弱が浮いて技術料などの改定の財源となったものと思われる。

なお、このような薬価の引下げに加えて平成4年度以

降は薬品購入システムの変更により値引巾が著しく小さくなったため、より一層「薬価差益」が縮小して病院経営を悪化させているのである。

### III. 技術料（特に医師の）について

先にものべたように昭和46年以降の診療報酬改定では毎回医師を中心とする技術の適正評価に基づく技術料の改定（大部分は上げだが、検査料の如くまるめによる引下げもある）が行われて来た。この間「潜在技術料」と考えられて来た「薬価差益」が充分である間は医療側では“どこからでも金が入ってくればいいや”とのんびりしていたようであるが、上述の如く「技術料」の源資が乏しくなったため慌て始めたと言うのが実情であろう。

ともかく「技術料」の定義はすっきりしておらず、例えば「手術料」の中には医師の技術料の他に看護婦の技術料、手術室のコスト、材料費なども含まれている。あるいはまた、すでに上げたと称する診察料や処方料などもまだ低すぎて平成2年10月の調査では自治体病院、私的病院の医師技術料が大巾な赤字となっているなど、多くの問題が残されている。

「技術料」の基準となる技術の適正評価は現行では「医療行為の内容」によって区分されているものの、「個々の医師の技術や経験」は殆んど無視されており、私にはこれが「技術評価」についての最大の問題点であると思われる。この点については、経験年数、所要時間、難易度、患者の評価、学会認定などが判定基準とされ、すでに一部診療報酬にとり入れられたり、検討されていたりしていることは確かである。最も客観的な良い基準となり得る学会認定（手術例数、経験症例数、経験年数など）は、その初めより診療報酬へ反映させることを否定されてきたが、そろそろ見直してもよいのではなからうか。

### IV. 診療報酬決定（改定）の方法

診療報酬の決定（改定）は厚生省よりの諮問をうけて中医協（中央社会保険医療協議会）が検討し、答申する形で行われる（図1）。

問題は医療の配分・改定内容が厚生省（保険局医療課）で作られた原案の中で総医療費Pを一定にしておいて決められる点にあることは先に述べた通りである。

ここで診療側がある手術料の引上げを望む場合どうしたらよいかを考えてみたい。

第1は、諮問を受けた中医協が厚生省、大蔵省、日本医師会、支払側などと協議するわけであるが、この日医との協議の中で取上げてもらう方法である。すなわち、県医師会→日医→厚生省と云うことになる。

第2は、各学術団体より内保連、外保連などを通じて

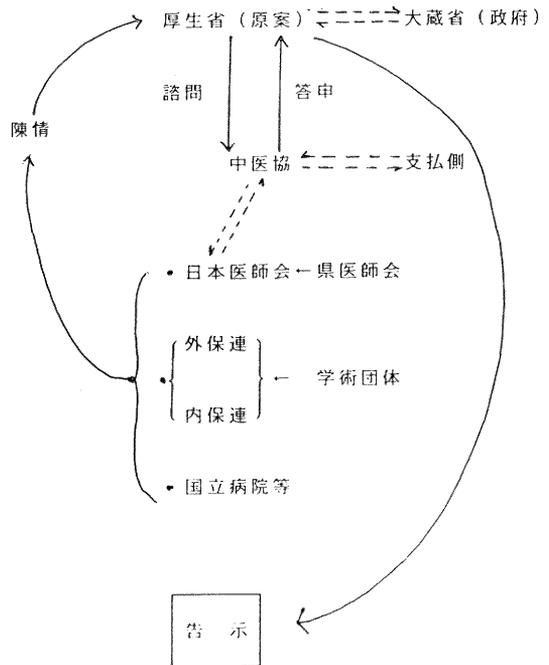


図1 診療報酬（点数）の決定

厚生省へ陳情する方法である。この際、代表に有力者がいると通りがよいことはよく知られていることである。

第3は、国立病院などの事務を通して厚生省（の知人）に陳情する方法であるが、これもかなり有効であると云われている。

### V. 総医療費に関するその他の問題

先に薬価差益の圧縮が限界にきたため技術料改定の財源が不足して来つつあることは述べたが、それ以外にも総医療費Pには多くの問題が生じている。その最大のものとは老人医療費の急騰である。総医療費Pが一定に抑えられているため、老人医療費が大きくなれば必然的に他への圧迫は強くなる。これに対しては在宅医療の推進、給食費その他の自己負担部分の増大などが試みられているものの解決は困難で、結局、老人医療の財源を他に求めるか、あるいは総医療費を膨らますか、しかないのではなからうか。そうなると増税が必要となるかもしれず、これまた大問題である。

### VI. 医療費に関わる今後の問題

第1に、重ねて総医療費Pを固定したままで医療費の配分・内容改定が行われることの非を称えたい。私は国の経済を危くしないでも、まだ総医療費PをGDPの10%位まで膨らますことは可能なのではないかと思ってい

る。ちなみに、米国では GDP の14%に及び経済が破綻しかけていると云うが、カナダでは9%でうまく行っていると聞いている。

あるいはまた、1点10円を2円でも3円でもあげることは考えられないのだろうか。

いずれにせよ、もしこれからも総医療費Pを固定したままで行くのであれば「薬価差益」に代る「技術料」の財源はどうなるのであろう。前項でのべたような大規模な対策が必須となろうがこれまた大変なことである。あるいは黒字の医療関連団体に協力を求めるのも一法であろうが、素直に応じてくれるとも思えない。

第2は、「良質な医療とは何か」と云うことである。私は「早く安く治す」のが良い医療であると信じているが、現行の診療報酬体系ではそのような医療を志す病院は赤字にならざるを得ない。ちなみに診療報酬よりみると請求点数は最高の北海道を除くと確かに「西高東低」の傾向があり、社保本人の1日当り医療費は最高（北海道）と最低（山形）間に42%もの差がみられる。このようなことは全体として中庸を得ている本県の請求点数でもみられ、各医療機関の間かなりの差がみられている。どの程度までの差が許容されるべきかは私にはわからないが、「良い医療」に対する各医師、各医療機関の良心に期待するところは大きい。公平な第三者による厳正な評価を受容する度量が医療側に求められよう。ともかく「正直者が馬鹿をみる」ことのない診療報酬体系の確立を望むものである。

第3に、中医協はもっと open にすべきである。

第4は、かねてより議論のある「出来高払い」か「定額医療費（DRG）的抱括評価」かについてである。どちらにも問題があるのは明らかであるが、“下手な医者ほどもうかる”出来高払方式には疑問を感じざるを得ない。ともあれ、世界の先進国がいずれも DRG に向っ

ていることは明らかなようである。

## ま と め

「診療報酬」のあり方について乏しい知識のままにまとめてみた。結論は、「薬価差益」の減少を補うべき「技術料」の財源が乏しくなっており、更に急騰する老人医療費による総医療費の圧迫がそれを悪化させている。この際、“良い医療”を確保するためにも、総医療費の増額など根本的な財政的処置が必要である、と云うことになる。

## 謝 辞

今回の発表に際して、「医療費」については新潟県環境保健部の藤本公衆衛生課長さんに御教示を頂いた。また英文抄録については、県総務部国際交流課の坂井主査の御指導を頂いたことを併記し謝意を表します。

## 参 考 文 献

- 1) 平成3年度日本医師会医療政策会議報告「診療報酬のあり方—中間報告」、平成4年3月。
- 2) 平成4年度日本医師会医療政策会議報告「診療報酬のあり方—21世紀に向けて」平成5年3月。
- 3) 「これからの保険医療と診療報酬体系」週刊社会保障, Vol.46 (No.1688), 社会保険法規研究会, 1992。

司会 ありがとうございます。それでは、私の分担としまして、支払基金の審査委員長をおおせつかつてい手前、現在行われています審査の状況とあり方というところと物々しくなりました、色々物議をかもすことになるかも知れませんが、この問題についてお話をしして参ります。