

第677回社会保険研究会 2025(令和7)年3月29日(土)

診療報酬改定の現状と課題：若干の私見

(解説テキスト)

九州大学名誉教授

中央社会保険医療協議会入院・外来医療等の調査・評価分科会会長

尾形 裕也

主 催 京 都 府 保 険 医 協 会

第 677 回 社会保険研究会

◇と き：2025 年 3 月 29 日（土） 午後 2 時 30 分～

◇と ころ：京都府保険医協会 会議室（W E B 併用）

◇社会保険情報（P. 2 ～） ……午後 2 時 30 分～

◇講演（P. 5 ～） ……午後 2 時 45 分～

「診療報酬改定の現状と課題：若干の私見」

九州大学名誉教授

中央社会保険医療協議会入院・外来医療等の調査・評価分科会会長

尾形 裕也 氏

◇質疑応答 ……午後 4 時～ 4 時 30 分

※ W E B 参加の場合は、Z O O M 画面下部の「Q & A」より質問をご記入ください。



① 画面下
「Q&A」をクリック！

こちらにご質問をご記入し、
「送信」をクリックしてください！

②



日医生涯教育講座カリキュラムコード：6. 医療制度と法律 1.5 単位

社会保険情報

医療DX推進体制整備加算及び在宅医療DX情報活用加算の見直し

中医協 総-8-3
7, 1, 29

医療DX推進体制整備加算

在宅医療DX情報活用加算

令和6年10月～令和7年3月

医療DX推進体制整備加算1 11点
医療DX推進体制整備加算1(歯科) 9点
医療DX推進体制整備加算1(調剤) 7点

(※) 初診時に所定点数を加算
[施設基準(医科医療機関)](要旨)
(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。
(経過措置 令和7年3月31日まで)

医療DX推進体制整備加算2 10点
医療DX推進体制整備加算2(歯科) 8点
医療DX推進体制整備加算2(調剤) 6点

[施設基準(医科医療機関)](要旨)
(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。
(経過措置 令和7年3月31日まで)

医療DX推進体制整備加算3 8点
医療DX推進体制整備加算3(歯科) 6点
医療DX推進体制整備加算3(調剤) 4点

[施設基準(医科医療機関)](要旨)
(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。
(経過措置 令和7年3月31日まで)

令和7年4月～

医療DX推進体制整備加算1(医科) 12点 (歯科) 11点 (調剤) 10点
医療DX推進体制整備加算2(医科) 11点 (歯科) 10点 (調剤) 8点
医療DX推進体制整備加算3(医科) 10点 (歯科) 8点 (調剤) 6点

[施設基準(医科医療機関)](要旨)
(4) 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制(原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有していること。

医療DX推進体制整備加算4(医科) 10点 (歯科) 9点
医療DX推進体制整備加算5(医科) 9点 (歯科) 8点
医療DX推進体制整備加算6(医科) 8点 (歯科) 6点

[施設基準(医科医療機関)](要旨)
(※) 電子処方箋要件なし

マイナ保険証利用率 (注) 利用率は通知で規定			
適用時期	令和6年10～12月	令和7年1～3月	令和7年4～9月
利用率実績	令和6年7月～	令和6年10月～	令和7年1月～※2
加算1・4	15%	30%	45%
加算2・5	10%	20%	30%
加算3・6	5%	10%	15%※1

- ※1 小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。
※2 適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。
※3 令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目途に検討、設定。

令和6年6月～令和7年3月

在宅医療DX情報活用加算(※) 10点
在宅医療DX情報活用加算(歯科訪問診療料) 8点

(※) 在宅患者訪問診療料(I)の1、在宅患者訪問診療料(I)の2、在宅患者訪問診療料(II)及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象
[施設基準(医科医療機関)](要旨)
(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。
(経過措置 令和7年3月31日まで)

令和7年4月～

在宅医療DX情報活用加算1(医科) 11点 (歯科訪問診療料) 9点
[施設基準(医科医療機関)](要旨)

(4) 電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制(原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有していること。

在宅医療DX情報活用加算2(医科) 9点 (歯科訪問診療料) 8点
[施設基準(医科医療機関)](要旨)
(※) 電子処方箋要件なし

【医療機関】医療DX推進体制整備加算・在宅医療DX情報活用加算の届出

既に届出した医療機関

届出期限：令和7年4月4日(金)まで

電子処方箋
導入済み

届出直しが必要

加算1～3
を算定

電子処方箋
未導入

届出直しは不要

加算4～6
を算定

マイナ保険証利用率
の新たな実績要件への該当

届出直しは不要

実績に応じ、算定区分が変わります

小児科特例
(P2の※1を参照)
を活用する場合

届出直しが必要

加算3又は
加算6を算定

新たに届出する医療機関

届出期限：算定を開始する月の1日まで

新たに
届出する場合

いずれの場合も
新たに届出が必要

支払基金における審査の一般的な取扱い 事例一部紹介

404 胃腸機能整腸薬（下部消化管における内視鏡検査又は内視鏡手術時の前処置）の算定について

《令和6年12月27日》

○ 取扱い

下部消化管における内視鏡検査又は内視鏡手術時の前処置として次の薬剤の算定は、原則として認められない。

- (1) イトプリド塩酸塩（ガナトン錠等）
- (2) ドンペリドン（ナウゼリン錠等）
- (3) トリメブチンマレイン酸塩（セレキノン錠等）
- (4) メトクロプラミド（プリンペラン錠等）

429 カルベジロール（不整脈）の算定について

《令和7年1月31日》

○ 取扱い

単なる不整脈の傷病名に対するカルベジロール（アーチスト錠等）の算定は、原則として認められない。

430 低用量アスピリン投与時におけるランソプラゾール及びエソメプラゾールマグネシウム水和物の算定について

《令和7年1月31日》

○ 取扱い

低用量アスピリン投与時における、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往がレセプトで確認できない場合の次の薬剤の算定は、原則として認められない。

- (1) ランソプラゾール【内服薬】（タケブロンカプセル等）
- (2) エソメプラゾールマグネシウム水和物【内服薬】（ネキシウムカプセル等）

449 CEA（CEA高値）の算定について

《令和7年2月28日》

○ 取扱い

CEA高値に対するD009「3」癌胎児性抗原（CEA）の算定は、原則として認められない。

4 5 4 特異的 I g E 半定量・定量（アレルギー性気管支炎等）の算定について

《令和 7 年 2 月 2 8 日》

○ 取扱い

- ① アレルギー性気管支炎に対する D015「13」特異的 I g E 半定量・定量の算定は、原則として認められる。
- ② 次の傷病名に対する D015「13」特異的 I g E 半定量・定量の算定は、原則として認められない。
 - (1) アレルギー性接触皮膚炎（疑い含む。）
 - (2) アレルギー疑い

4 5 6 眼底三次元画像解析（中心性網脈絡膜炎等）の連月の算定について

《令和 7 年 2 月 2 8 日》

○ 取扱い

次の傷病名に対する D256－2 眼底三次元画像解析の連月の算定は、原則として認められる。

- (1) 中心性網脈絡膜炎
- (2) 糖尿病網膜症
- (3) 黄斑変性
- (4) 黄斑部浮腫

4 5 7 眼底三次元画像解析（緑内障）の算定について

《令和 7 年 2 月 2 8 日》

○ 取扱い

緑内障に対する D256－2 眼底三次元画像解析の算定は、原則として 3 か月に 1 回認められる。

4 7 1 静脈麻酔（内視鏡検査時）の算定について

《令和 7 年 2 月 2 8 日》

○ 取扱い

成人における次の診療行為に対する L001－2 静脈麻酔の算定は、原則として認められない。

- (1) 上部消化管内視鏡検査
- (2) 下部消化管内視鏡検査

診療報酬改定の現状と課題：若干の私見

九州大学名誉教授

中央社会保険医療協議会入院・外来医療等の調査・評価分科会会長

尾形 裕也

1. はじめに

皆保険体制の下で、診療報酬（改定）が、わが国の医療のあり方に大きな影響を与えてきていることは（その評価は別として）厳然たる事実である。医療機関経営を考える上で、診療報酬のあり方を無視することはできない。診療報酬については、2年ごとに改定が行われてきたこともあり、目先の改定内容に関心が集中してきた嫌いがある。その一方で、そもそも診療報酬とは何か、その改定のプロセスをどう考えるかといった問題については、等閑視されてきているように思われる。

私見では、診療報酬改定というわが国の医療政策における重要な政策ツールのあり方について、近年、改定プロセスの変質及び診療報酬の基本的性格の変質という2つの大きな変化が起こっているが、こうした問題については、これまであまり論じられることはなかった。本稿は、そうした診療報酬改定のあり方の変化について考察することを目的としている。なお、筆者は現在、中央社会保険医療協議会の分科会（入院・外来医療等の調査・評価分科会）会長を務めているが、以下の論考は全く筆者の私見であり、中医協分科会等の見解ではないことは言うまでもない（注1）。

2. 診療報酬改定率の動向

はじめに、近年の診療報酬改定の動向として、表1に最近15回の改定率の推移を示した。これを見ると、診療報酬本体については、いわゆる「小泉構造改革」における2回の例外（平成14年度及び平成18年度改定）を除いて、すべてプラス改定となっていることがわかる。一方、薬価等（薬価及び医療材料の価格）については、公定価格である薬価等を市場実勢価格に合わせるため、すべてマイナス改定となっている。そして両者のトータルの改定率はプラスであったり、マイナスであったりしている。ただ、近年6回の改定についてはトータルでマイナス改定が続いており、改定財源が乏しい中、医療機関にとっては厳しい改定が続いているといえるだろう。こうした状況は、平成から令和に移っても、基本的には変わっていない。

診療報酬は、公的な保険診療における「公定価格」であり、個々の医療サービスの価格を決定している。医療機関は、この公定価格 P_i をにらんでその経営を行っている。仮に医療サービスの提供量を算定回数等で測って Q_i とすれば、医療機関の診療報酬収入は $\sum P_i \times Q_i$ ということになる。診療報酬は、こうして医療機関における「資源配分」に深く関わっているのである。

<表 1>近年の診療報酬改定率の推移

年 次	診療報酬	薬価等	合 計	備 考
平成10年 (1998)	1.5	▲ 2.8	▲ 1.3	
平成12年 (2000)	1.9	▲ 1.7	0.2	
平成14年 (2002)	▲ 1.3	▲ 1.4	▲ 2.7	史上初の本体マイナス改定
平成16年 (2004)	0.0	▲ 1.0	▲ 1.0	
平成18年 (2006)	▲ 1.36	▲ 1.8	▲ 3.16	「史上最大の」マイナス改定
平成20年 (2008)	0.38	▲ 1.2	▲ 0.82	
平成22年 (2010)	1.65	▲ 1.36	0.19	民主党政権下の改定
平成24年 (2012)	1.38	▲ 1.38	0.004	〃
平成26年 (2014)	0.73	▲ 0.63	0.1	消費税増税分を含む
平成28年 (2016)	0.49	▲ 1.33	▲ 0.84	
平成30年 (2018)	0.55	▲ 1.74	▲ 1.19	
令和元年 (2019)	0.41	▲ 0.48	▲ 0.07	消費税増税分を含む
令和2年 (2020)	0.55	▲ 1.01	▲ 0.46	
令和4年 (2022)	0.43	▲ 1.37	▲ 0.94	
令和6年 (2024)	0.88	▲ 1.00	▲ 0.12	

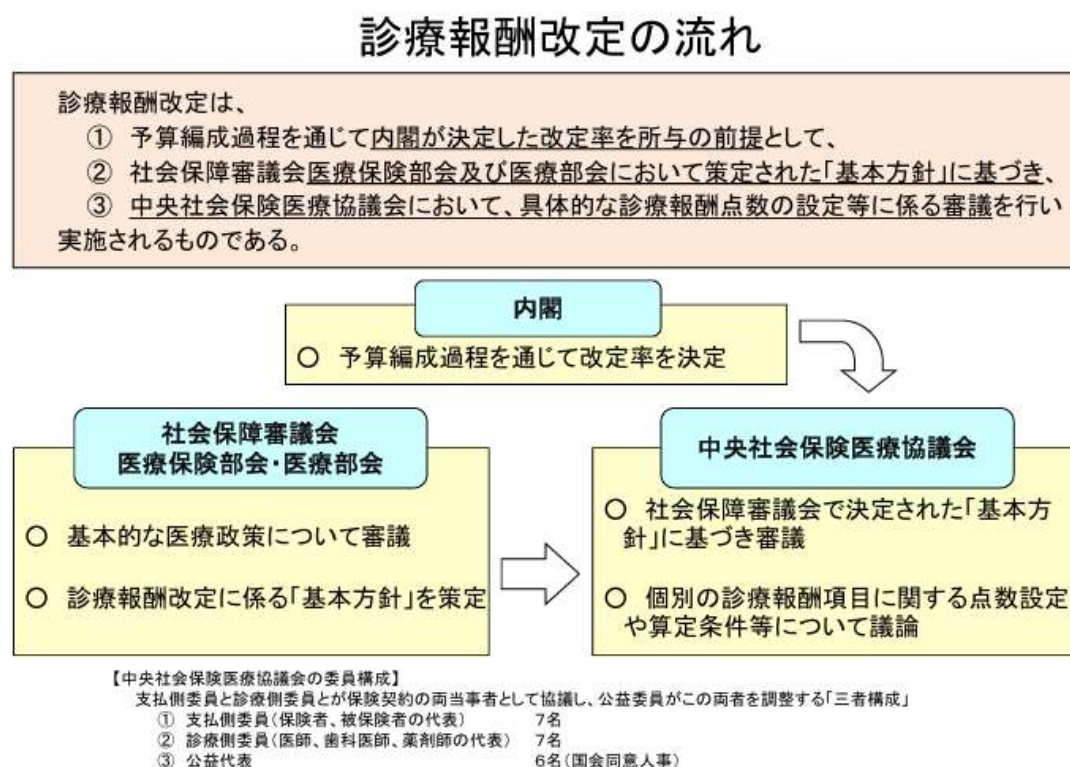
出典：筆者作成

3. 診療報酬改定のプロセス

診療報酬改定については、現在、基本的に3段階のプロセスとなっている。図1は、診療報酬改定の流れに関する厚生労働省の資料である。これを見ると、診療報酬改定は、①予算編成過程における改定率の決定（内閣）、②改定の基本方針の決定（社会保障審議会医療保険部会及び医療部会）、③具体的な診療報酬点数の決定（中央社会保険医療協議会）という3つのプロセスから成っていることがわかる。マクロ、メゾ、ミクロという分類で言えば、①がマクロ、②がメゾ（及びマクロ）、③がミクロの決定プロセスということになる。診療報酬改定は、各レベルに応じ、異なる機関の役割分担による決定が行われており、基本的に分権的な決定プロセスであるといえる。

令和6年度改定について見ると、①は2023年12月20日、②は2023年12月11日、そして③は2024年2月14日の決定であった。①や②が決まってから、③の検討に入るというのが本来の姿であろうが、①や②は改定年の前年の年末ぎりぎりに決まるのが通例であり、それを待ってから具体的な点数の議論を始めるのでは、とても間に合わない。そこで、3段階といながら、これらのプロセスは事実上並行して進められている。

<図 1>診療報酬改定のプロセス



出典：厚生労働省 HP

このような3段階プロセスに整理されたのは、平成18（2006）年の医療制度構造改革においてであった。中医協のあり方をめぐっては、構成委員の汚職事件等を踏まえ、「中医協の在り方に関する有識者会議」が平成17（2005）年7月20日に「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」と題する報告書を取りまとめている。そして、この報告書を踏まえ、中医協のあり方についての改革が医療制度構造改革を通じて制度化され、今日に至っている。

こうした役割分担のあり方については、さまざまな意見があり得る。たとえば、改定率は予算編成過程を通じて内閣が決定することになっているが、それはどうしてなのだろうか。国は医療費について12兆円近い巨額の国庫負担を行っており、改定率のあり方が予算編成に大きな影響を与えることは確かである。しかしながら、医療費に占める国庫負担の割合は1/4程度に過ぎない（注2）。むしろ医療費の1/2を負担している保険者こそ改定率の決定について発言権が大きいはずなのではないだろうか。負担という観点だけから考えると、国が改定率を決定するのは「尾が犬を振る」行為であると見られなくもない。

私見では、国が改定率を決定しているのは、巨額の国庫負担を行っているからではなく、裁定者（arbiter）としての役割が期待されているからであると思われる。改定率をめぐっては、支払側と診療側の利害が真っ向から対立し、収拾がつかなくなることが予想される。その際、いずれにせよ、第三者的な裁定者による裁定（arbitration）を行わざるを得ない。国は、こうした改定率に関する裁定者として登場してきていると考えられるのである。その際、国は、医療費の単なる負担者ではなく、医療提供体制も含めた医療政策全般に責任を有する主体として裁定を行っていると考えられる。

4. 診療報酬改定プロセスの変質

こうした診療報酬改定における基本的に分権的な決定プロセスが、令和に入ってから大きく変質してきている。

表 2 は、令和 6 年度改定に関する政府の公表文書である。この文書は、令和 6 年度予算編成において、令和 5 年 12 月 20 日に行われた財務・厚生労働両大臣の折衝の結果であり、まさに「予算編成過程を通じて改定率を決定」していることがわかる。

問題は、この改定率に多くの※が付記されている点である。※1 の医科、歯科、調剤の各科改定率は従来から示されてきたものであり、マクロ的な改定率の一部と考えてもよいだろう。問題は、その他の注記部分であり、そこにはかなり具体的な改定率の配分内容が記されている。この辺りになると、これはもはやマクロではなく、メゾ（ないしはミクロ）に踏み込んだ記述であると言わざるを得ない。つまり、これは、社会保障審議会におけるメゾレベルの議論及び中医協におけるミクロレベルの議論を相当程度侵食しており（その内容の是非は措くとしても）、上述の分権的な診療報酬改定プロセスが変質してきていることがわかる。一言で言えば、国の決定範囲を拡大した、分権から中央集権化への変化である（注 3）。問題は、こうした変化が、有識者会議のような公的な検討を経ず、大した議論も行われないうちで進行してきているということである。

さらに奇態なのは、「3.診療報酬・薬価等に関する制度改革事項」及び「4.医療制度改革」という項目が続いて示されている点である。これらは直接令和 6 年度の改定内容に関わらない事項を含め、「改定率の決定」からは大きく外れた内容であり、この種の文書でこうした記述がここまで大幅に取り入れられたのは、これが初めてのことである。また、これも今回初めての記述として、カッコ書きで国費への影響額が示されている。これは、予算編成過程における国の文書であるから当然の記載であるという考え方もあるかもしれない。しかし、上述したように、医療費の 1/4 しか負担していない国が全体の改定率を決定しているのは、主として「裁定者」としての役割によるものだとすれば、こうした国費への影響だけを抜き出して示すことは適切とは言えない。もし、改定の影響を示すのであれば、保険者、地方政府、患者といった他の主体への影響もあわせて示すべきであろう。それこそが公平中立な「裁定者」としての国のとるべきスタンスであると思われる。

診療報酬改定について

12 月 20 日の予算大臣折衝を踏まえ、令和 6 年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0. 8 8 % (国費 800 億円程度 (令和 6 年度予算額。以下同じ))

※ 1 うち、※ 2 ～ 4 を除く改定分 +0. 4 6 %

各科改定率

医科 +0. 5 2 %

歯科 +0. 5 7 %

調剤 +0. 1 6 %

40 歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分 (+0.28%程度) を含む。

※ 2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種 (上記※ 1 を除く) について、令和 6 年度にベア+2.5%、令和 7 年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※ 3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ (1 食当たり 30 円) の対応 (うち、患者負担については、原則、1 食当たり 30 円、低所得者については、所得区分等に応じて 10～20 円) +0.06%

※ 4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

(注) 令和 6 年 6 月施行

2. 薬価等

①薬価 ▲0.97% (国費▲1,200 億円程度)

②材料価格 ▲0.02% (国費▲20 億円程度)

合計 ▲1.00% (国費▲1,200 億円程度)

- ※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。
- ※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。（対象：約 2000 品目程度）
- ※ イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

（注）令和 6 年 4 月施行（ただし、材料価格は令和 6 年 6 月施行）

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和 6 年度に 2.5%、令和 7 年度に 2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後 5 年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が 50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の 4 分の 3 までを保険給付の対象とすることとし、令和 6 年 10 月より施行する。

また、薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

5. 診療報酬の基本的な性格の変質：資源配分から所得分配へ

以上に加えて、令和に入ってから診療報酬の性格を大きく変えたと考えられるのが、令和 4 年度及び令和 6 年度改定における「賃上げ」改定である。

令和 4 年度改定において、看護職員の処遇改善のための特例的な対応として、特定の医療機関に勤務する看護職員を対象に、改定率+0.20%分を振り向ける措置がとられた（看護職員処遇改善評価料の新設）。令和 6 年度改定においては、さらに対象を大幅に拡大し、看護職員の他、病院薬剤師その他の医療関係職種まで拡げ、財源的にも+0.61%という大きな部分が充当されている。また、40 歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員等の賃上げに資する措置分が、※2 のイヤーマークとは別に+0.28%程度計上されている（表 2）。これらを合わせると、医療関係従事者の処遇改善の合計は+0.89%と、全体の改定率+0.88%を若干上回る水準となっており、令和 6 年度改定が、岸田内閣による「賃上げ」路線の一翼を担うものとして位置付けられていることがよくわかる。

この 2 回の改定を通じ、医療関係従事者の処遇改善を診療報酬改定における点数配分で行うことが当然のこととなってきている（注 4）。令和 4 年度改定における看護職員の処遇改善については、コロナ禍の下での医療というある意味では特殊な状況を踏まえた措置ということであったが、令和 6 年度改定についてはそうした前提なしに、一般的な賃上げないしはベアの話ということになっている。従って、今後とも、医療関係従事者の処遇改善の話になると、同様の診療報酬の配分での対応ということが常態化することが考えられる。しかしながら、こうした対応は、診療報酬の基本的なあり方を大きく変更するものである。

診療報酬は、もともと（個々の点数ごとの収支ではなく）全体として医療機関の経営が成り立つように設定されてきたものであった。経済学的に言えば、診療報酬は、医療サービスの公定価格であり、資源配分（resource allocation）に関わるものである。医療機関の経営者は公定価格である診療報酬 P_i をにらみつつ経営を行い（資源配分を行い）、その収入（ $\sum P_i \times Q_i$ ：ここで Q_i は個別の医療サービスに係る算定回数等の数量）によって、雇用した従業員に対する賃金、薬剤費、医療機器の経費、光熱水費等々さまざまな経費を支払っている。そのうち最大の構成項目である賃金は、それを受け取る従業員の側から見れば、所得分配（income distribution）の話に他ならない（注 5）。

医療機関の経営者は、自らの経営判断によって、賃金の水準、すなわち所得分配を決定してきた。そして、診療報酬は全体として、賃金水準の設定に影響を与えることは確かであるが、個別の診療報酬が個別の従業員の賃金決定に直接対応するというものではなかった。資源配分と所得分配は次元の違う話であり、分けて考えられてきたわけである（実際、個別の医療サービスの価格と従業員の賃金とは直接結びつけられていなかった）。しかしながら最近 2 回の改定によって、資源配分と所得分配が直結されることになった。個別の診療報酬（たとえば、入院基本料や初診料、再診料等）の引上げ分が賃上げやベアの財源として直接全額充当されることになったわけである。診療報酬は、資源配分上のシグナルである公定価格の役割を大きく超えて、従業員の所得分配に直接関わってくることになる。

本来、労使交渉を通じて、最終的には経営者の経営判断として決定されるべき賃金水準に政府が直接介入することについては問題が多い（注 6）。医療政策に限ってみても、こうした介入

は、医療機関経営者の経営の自由度を著しく奪うことにつながり、これまで以上に政府の関与が強まることを意味している。こうした政府の関与の拡大は、医療機関経営者の経営上の創意工夫の余地を狭めるものであり、「財政は公的に、サービス提供は民間主導で (publicly funded and privately delivered)」という形でこれまで一定の成果を上げてきたわが国の医療のあり方を踏まえれば、問題が多い政策であると思われる。

6. おわりに

以上論じてきたように、令和に入ってから3回の診療報酬改定を通じて、改定プロセス及び診療報酬の基本的な性格について大きな変化が生じている。そのいずれについても、何らかの公的な検討が行われた形跡はなく、いわば政府の裁量の中で、こうした変化がもたらされている。

しかしながら、特に前者の改定プロセスについては、上述した有識者会議の検討及び報告を経て、図1に示したような形の整理が行われたという経緯がある。筆者は、図1の整理が最善であり、これを全く変えるべきではない、とは必ずしも考えていない。たとえば、「社会保険方式」あるいは「皆保険体制」を採用しているわが国においては、支払側、診療側双方の「当事者」によって構成されている中医協のような場における「当事者自治」の原則はもっと尊重されてしかるべきものであろう。

しかしながら、一方、いったん整理された改定プロセスを議論もなしに変更してよいということでもないと考えている。診療報酬は、わが国の法令秩序の中では、告示（の別表）という低い位置付けにあり、そのことが2年ごとに定期的に改定が実施できている大きな要因である。法律であれば当然必要な国会での審議を経ることなく、診療報酬は実質的に医療政策に大きな影響を与えているわけである。そうした事実を踏まえれば、診療報酬の改定プロセスの変更にについては慎重であるべきであり、一定の確立された安定的なプロセスに従うことが望ましい。換言すれば、政府の裁量によってあまりこれを安易に動かすべきではないということになる。

また、診療報酬の基本的な性格は「資源配分」を行うことであり、「所得分配」ではない。この原則を崩すと、さまざまな歪みが生じてくる。筆者は、基本的に政府が「所得分配」に直接関わることにについては懐疑的である（注6）。しかしながら、政策上どうしても「所得分配」に介入する必要があるのだとしたら、それは一般財源（税財源）によって行うべきであり、診療報酬を使うべきではないというのが筆者の考えである。

<注>

- (注 1) 本稿は、基本的に尾形（2024）「令和初頭における診療報酬改定の変質：「経済学的アプローチ」（『社会保険旬報』No.2934 2024 年 7 月 21 日 P6・P12）を加筆修正したものである。
- (注 2) たとえば、令和 4（2022）年度の国民医療費約 47 兆円弱のうち、国庫負担は 25.3%であり、その他の財源としては、保険料 50.0%、地方負担 12.6%、患者負担 11.6%などとなっている。
- (注 3) 過去の診療報酬改定における政府の文書を振り返ってみると、改定率に改定の重点項目や簡単な注を付記した例がないわけではない（たとえば、平成 24 年度改定等）。しかしながら、そうした場合であっても、具体的に掲げられた施策への配分を明示的に+○%あるいは▲○%といった形で記述してはならず、定性的な表現に留まっていた。定量的な配分率が明示的に記載されたのは、令和 2 年度改定以降のことである。
- (注 4) 令和 4 年 2 月には、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」として、令和 3 年度補正予算を財源として、看護職員の処遇改善措置がとられている（222.2 億円）。同措置は、令和 4 年度改定（令和 4 年 10 月実施）と同様の範囲の看護職員を対象とするものであった。ただし、事業規模は看護職員の収入を 1%程度（月額 4,000 円）引き上げるという、令和 4 年度改定の 1/3 の規模のものであった。本来は、こうした予算措置による賃上げの方が、政策の副作用が少なく、望ましいが、厳しい予算の制約から、事業規模拡大に当たって、診療報酬への「付け替え」が行われたものと推測される。診療報酬改定による賃上げについては、本文中に記した基本的な問題に加え、診療報酬と患者負担がリンクしていること（定率一部負担制）に伴う問題も起こりうる。医療従事者の賃上げによって患者負担が増大することを患者側は快く受け入れてくれるであろうか。この点に関しては、平成 30 年度改定において導入され、その後撤回された「妊婦加算」をめぐる騒動が記憶に新しいところである。
- (注 5) 「資源配分」という訳語を **resource allocation** に当てはめたのは、故小宮隆太郎教授である（小宮隆太郎（2013）『経済学 わが歩み』P80. ミネルヴァ書房）。この訳語自体は適切なものであると思われるが、一方で「所得分配：**income distribution**」という全く異なる概念の言葉と比べると、訳語は「配」と「分」を入れ替えただけなので、日本語として紛らわしい面があり、混用されているケースもまま見受けられる。
- (注 6) 経済活動に関し、市場による資源配分及び当初所得の分配を原則とする経済においては、政府は当初所得の分配に直接介入するのではなく、もっぱら税制や社会保障制度等を通じた当初所得の分配の修正、すなわち「所得再分配」に関わるというのが、政府の役割に関するオーソドックスな理解であろう。