

平成 24 年度予算編成に向けての
日本医師会の見解

2011 年 12 月 8 日

社団法人 日本医師会

目 次

1.	はじめにー財政制度等審議会 財政制度分科会についてー	1
2.	前回 2010 年度診療報酬改定の分析	2
2.1.	最近の診療報酬改定率	2
2.2.	診療報酬改定後の医療費の動向	3
2.3.	DPC病院の医療費	12
2.4.	特定機能病院の医療費	14
3.	日本の地域医療は再生したのか	15
3.1.	利益の動向	15
3.2.	病院勤務医の処遇	17
4.	提言型政策仕分けに対する日本医師会の見解	18
4.1.	提言型政策仕分けについて	18
4.2.	提言型政策仕分けの評価結果	19
4.3.	提言型政策仕分けの問題点	20
4.3.1.	病院勤務医と開業医の給与比較	20
4.3.2.	診療所の休日・時間外診療	25
4.3.3.	医師の従業時間・勤務時間	28
4.3.4.	診療科間の報酬配分の見直し	34
4.3.5.	診療報酬の使途	40
4.3.6.	賃金・物価動向の推移	42
4.3.7.	主な診療科の医師数について	46
5.	2012 年度の診療報酬改定にむけて	48
5.1.	日本医師会の要望	48
5.2.	不合理な診療報酬項目の見直しについて	50
5.2.1.	基本方針	50
5.2.2.	再診料・外来管理加算の検証	51
5.2.3.	不合理な診療報酬項目	52

1. はじめにー財政制度等審議会 財政制度分科会についてー

2011年11月28日、財政制度分科会が以下の内容で開催され、日本医師会も有識者からのヒアリングに出席した。

財政制度等審議会 財政制度分科会（2011年11月28日）議題

○社会保障分野に係る平成24年度予算編成の課題について

- ・事務局説明
- ー有識者からのヒアリング
 - ・森田 朗 中央社会保険医療協議会 会長
 - ・山崎泰彦 社会保障審議会 介護保険部会長
 - ・中川俊男 日本医師会 副会長
 - ・亀田隆明 医療法人鉄蕉会 理事長

本資料は、日本医師会が同分科会に提出し、説明した資料に加筆したものである。

2. 前回 2010 年度診療報酬改定の分析

2.1. 最近の診療報酬改定率

前回の診療報酬改定率は、全体で+0.19%であり、10年ぶりのプラス改定であった（表 2.1.1）。しかし、医科本体改定率は、入院+3.03%（急性期 4,000億円、その他 400億円）、外来+0.31%であり、入院（主として病院）に偏った配分であった。

表 2.1.1 最近の診療報酬改定率

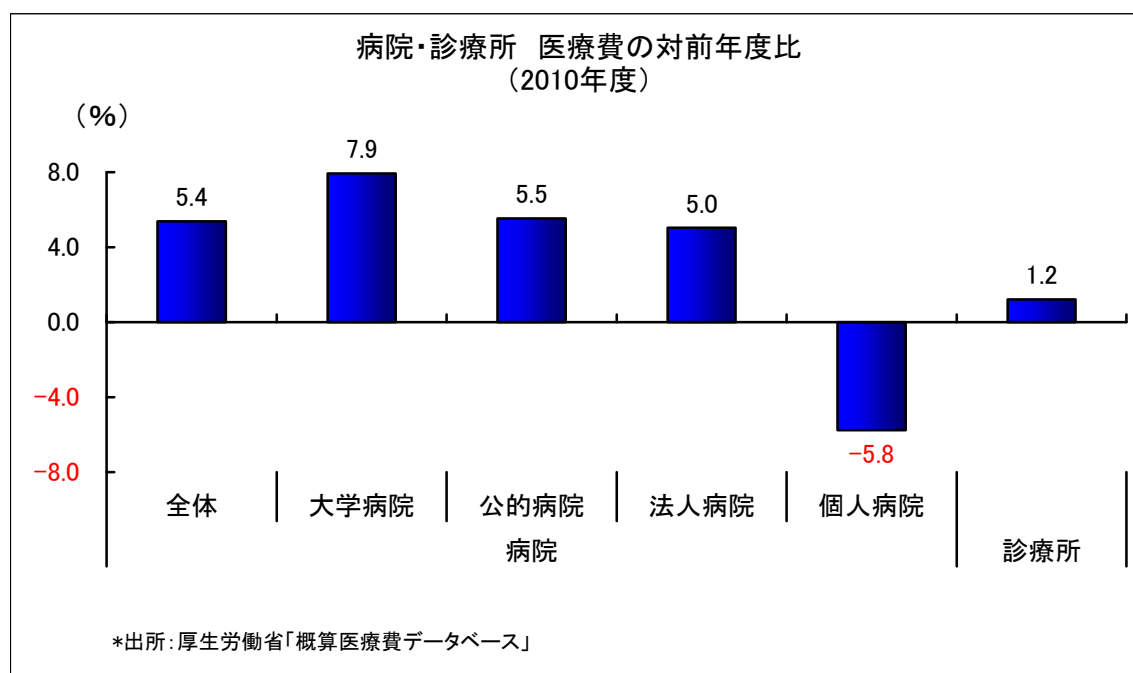
	2002年度	2004年度	2006年度	2008年度	2010年度	
					改定率	金額
入院	入院・入院外の 区分なし				+3.03%	急性期 4,000億円
						その他 400億円
外来					+0.31%	400億円
医科	▲1.30%	±0%	▲1.50%	+0.42%	+1.74%	4,800億円
歯科	▲1.30%	±0%	▲1.50%	+0.42%	+2.09%	600億円
調剤	▲1.30%	±0%	▲0.60%	+0.17%	+0.52%	300億円
診療報酬本体	▲1.30%	±0%	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	5,700億円
薬価・材料	▲1.40%	▲1.05%	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%	▲5,000億円
全体(ネット)	▲2.70%	▲1.05%	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+700億円

2.2. 診療報酬改定後の医療費の動向

病院・診療所 医療費の伸び率

2010年度の医療費の対前年度比は、病院+5.4%、診療所+1.2%であった（図 2.2.1）。病院の内訳を見ると、大学病院+7.9%、公的病院+5.5%、法人病院+5.0%、個人病院は施設数が減少していることもあり▲5.8%であった（1施設当たり医療費の伸び率は次頁参照）。

図 2.2.1 病院・診療所 医療費の対前年度比

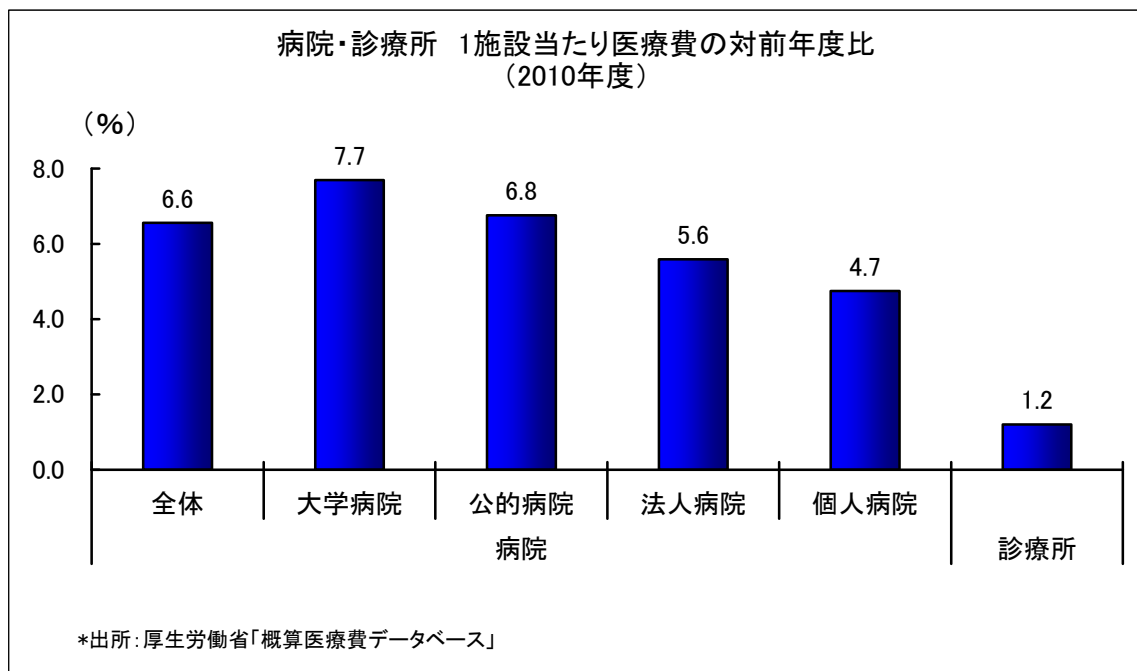


病院・診療所 1施設当たり医療費の伸び率

2010年度の1施設当たり医療費の対前年度比は、病院+6.6%、診療所+1.2%であった（図 2.2.2）。

病院では、大学病院が+7.7%で最も高く、公的病院+6.8%、法人病院+5.6%、個人病院+4.7%の順に高かった。

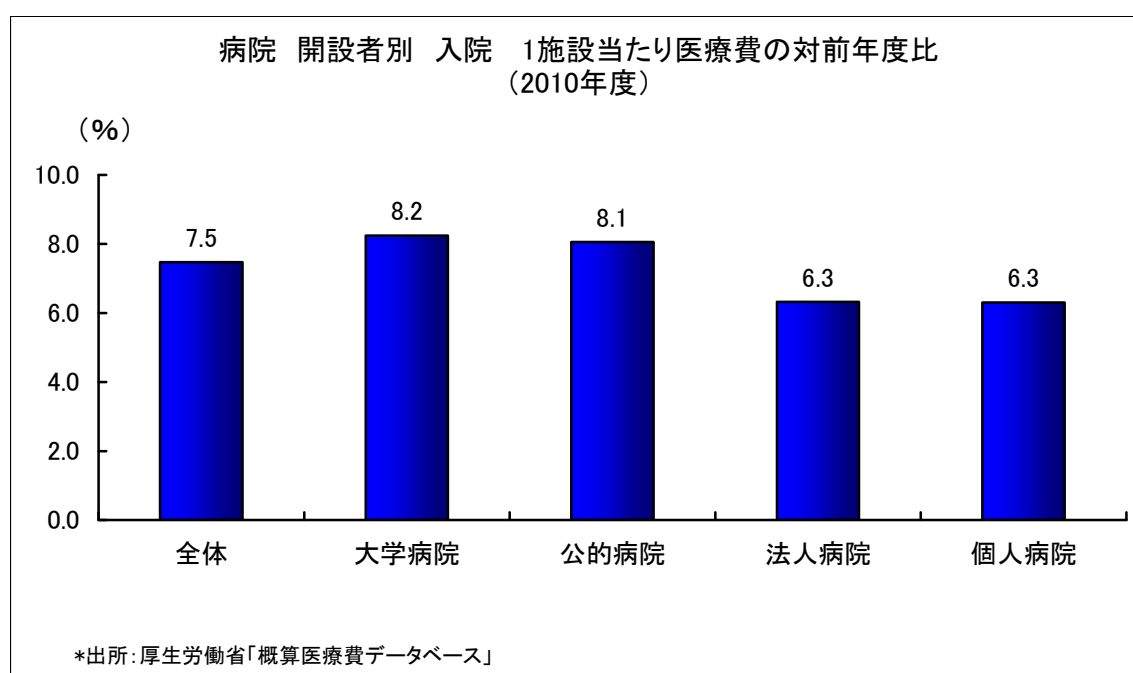
図 2.2.2 病院・診療所 1施設当たり医療費の対前年度比



病院 開設者別 入院 1施設当たり医療費の伸び率

2010年度の開設者別の入院1施設当たり医療費の対前年度比は、病院全体で+7.5%であった（図 2.2.3）。大学病院では+8.2%、公的病院では+8.1%、法人病院では+6.3%、個人病院では+6.3%であった。

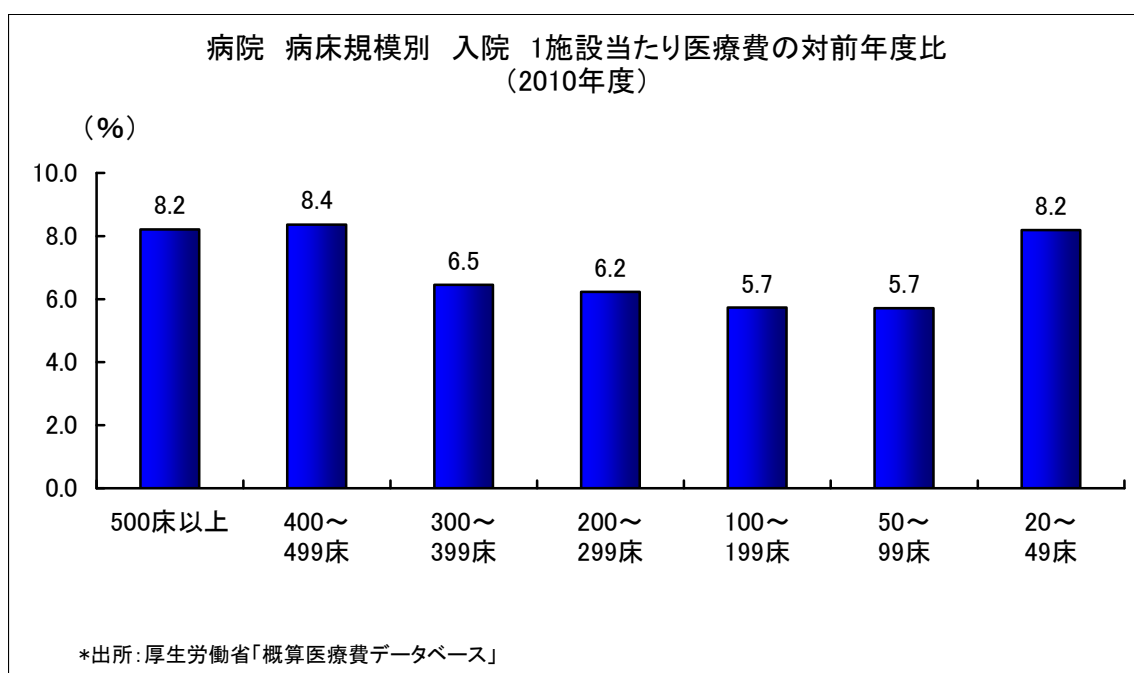
図 2.2.3 病院 開設者別 入院 1施設当たり医療費の対前年度比



病院 病床規模別 入院 1施設当たり医療費の伸び率

2010年度の病床規模別の入院1施設当たり医療費の対前年度比は、400～499床が8.4%と最も高い伸び率であった（図 2.2.4）。50床以上400床未満は、病床規模が大きいほど医療費の伸び率が高かった。

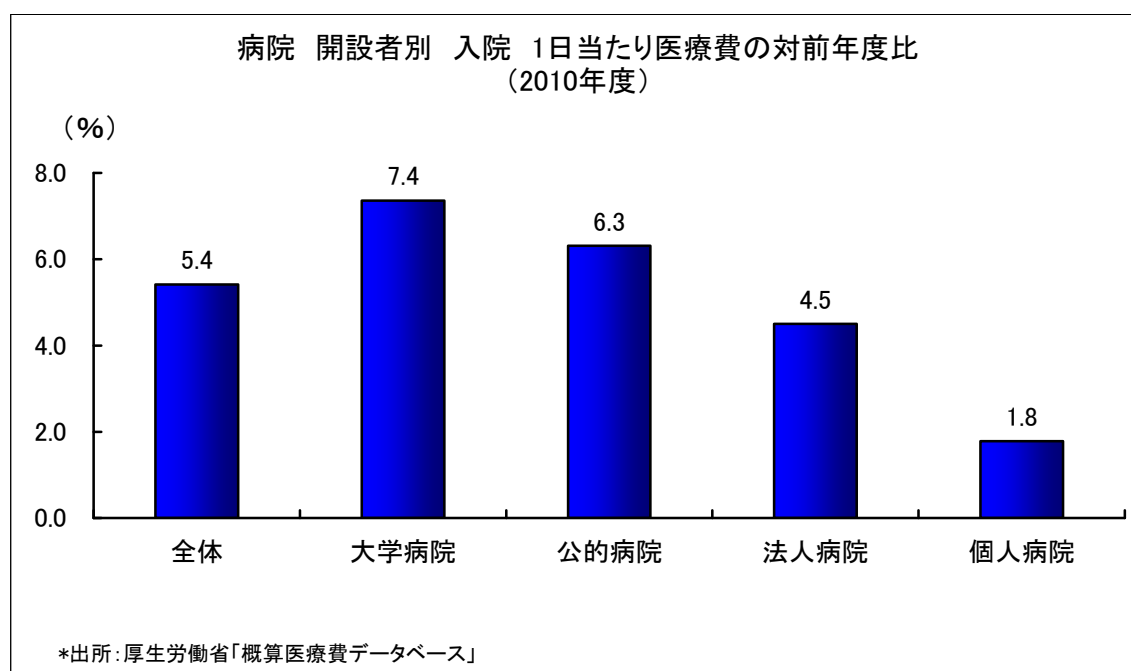
図 2.2.4 病院 病床規模別 入院 1施設当たり医療費の対前年度比



病院 開設者別 入院 1日当たり医療費の伸び率

2010年度の入院1日当たり医療費の対前年度比は、大学病院+7.4%、公的病院+6.3%、法人病院+4.5%であった(図 2.2.5)。個人病院は+1.8%と他に比べて伸びが小さかった。

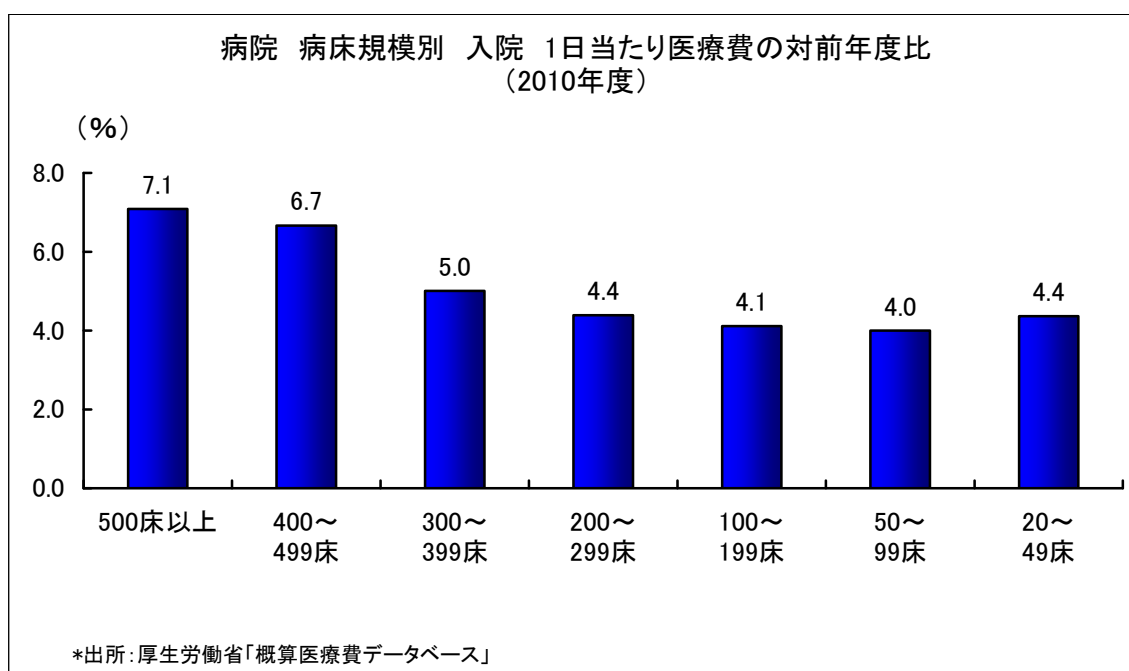
図 2.2.5 病院 開設者別 入院 1日当たり医療費の対前年度比



病院 病床規模別 入院 1日当たり医療費の伸び率

2010年度の病床規模別の入院1日当たり医療費の対前年度比は、おおむね病床規模が大きくなるにつれて高かった(図 2.2.6)。特に500床以上は+7.1%であった。

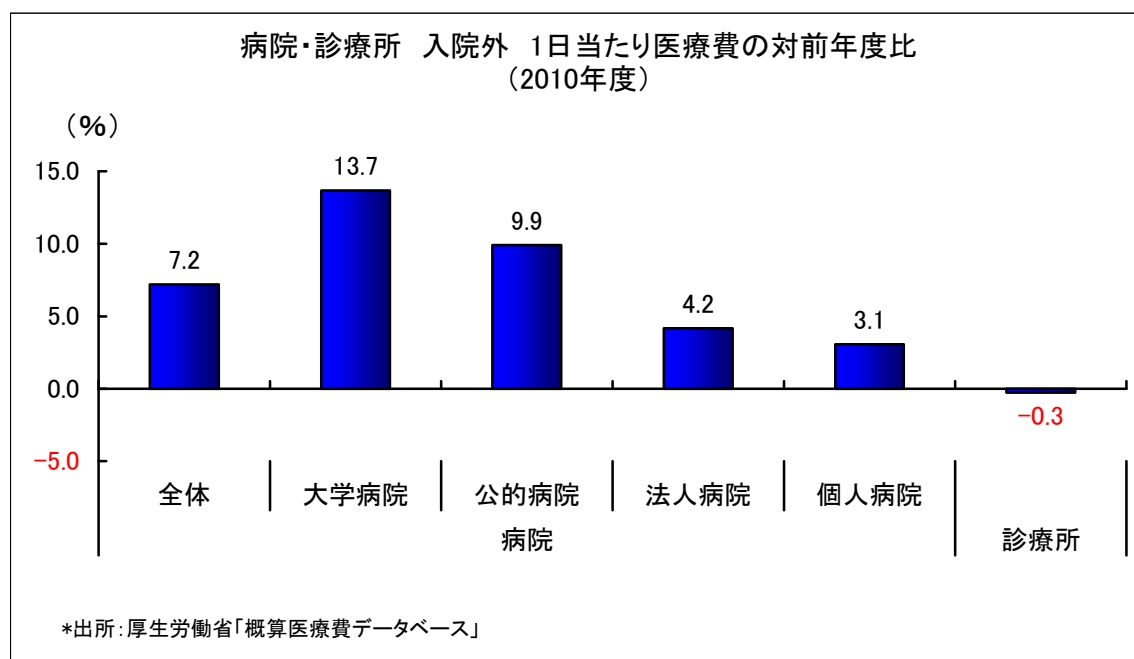
図 2.2.6 病院 病床規模別 入院 1日当たり医療費の対前年度比



病院・診療所 入院外 1日当たり医療費の伸び率

2010年度の入院外1日当たり医療費の対前年度比は、病院+7.2%、診療所▲0.3%で、診療所ではマイナスであった（図2.2.7）。病院では、大学病院が+13.7%と最も高く、公的病院+9.9%、法人病院+4.2%、個人病院+3.1%の順に高かった。

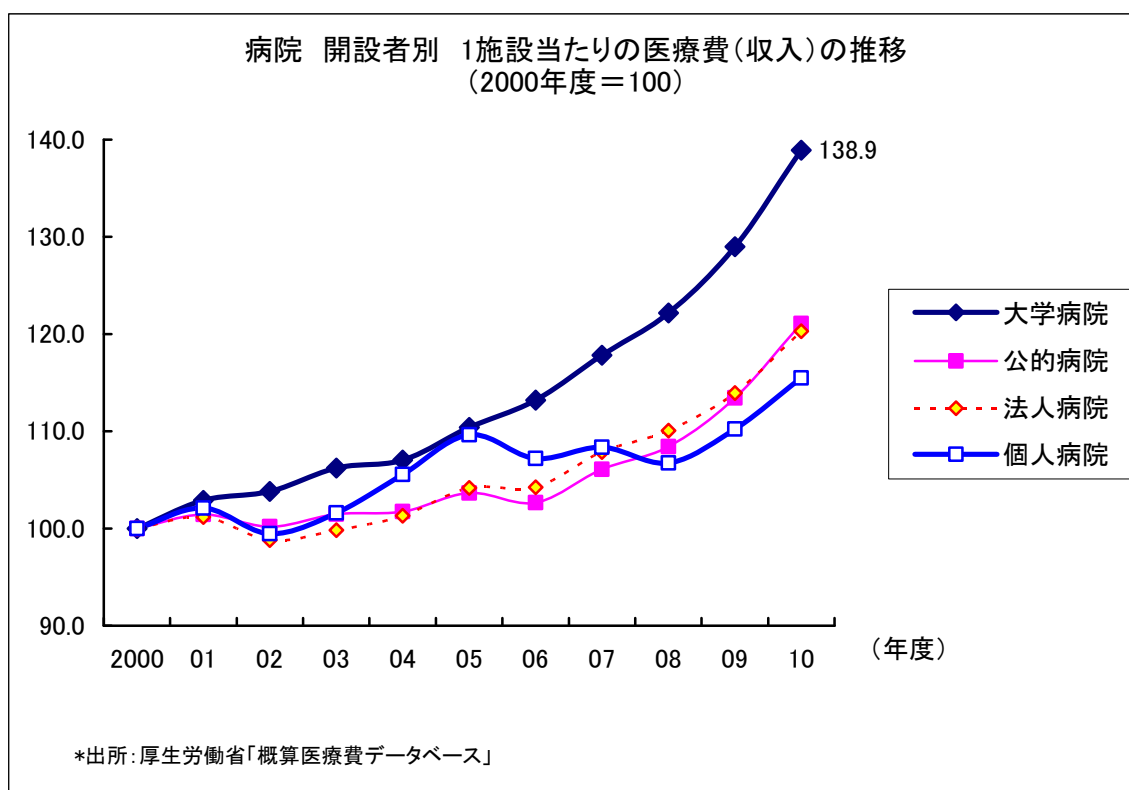
図 2.2.7 病院・診療所 入院外 1日当たり医療費の対前年度比



病院 開設者別 1施設当たり医療費の推移

開設者別の1施設当たりの医療費（収入）を見ると、2000年度を100とした場合、2010年度には大学病院は138.9になっている（図 2.2.8）。ここから、中期的に大学病院に医療費が集中していることが分かる。

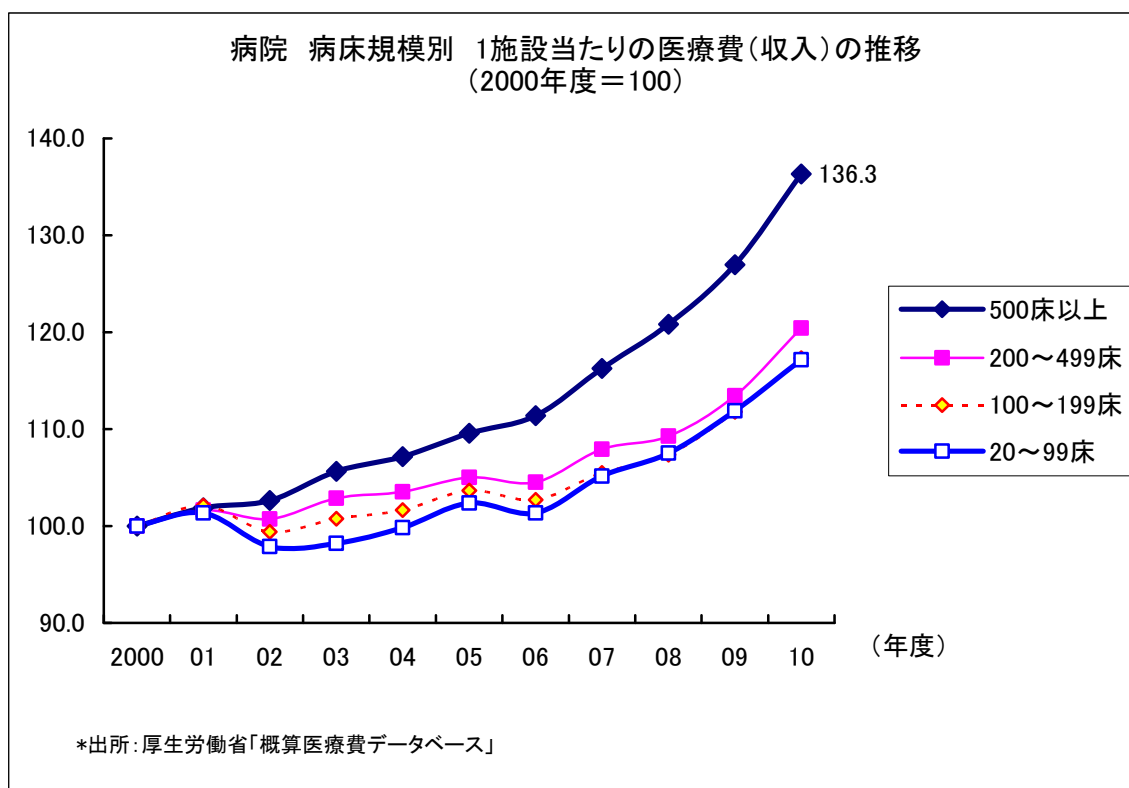
図 2.2.8 病院 開設者別 1施設当たり医療費（収入）の推移



病院 病床規模別 1施設当たり医療費の推移

病床規模別の1施設当たりの医療費（収入）を見ると、2000年度を100とした場合、2010年度には500床以上は136.3になっており、中期的に500床以上の病院に医療費が集中している。（図 2.2.9）。

図 2.2.9 病院 病床規模別 1施設当たり医療費（収入）の推移

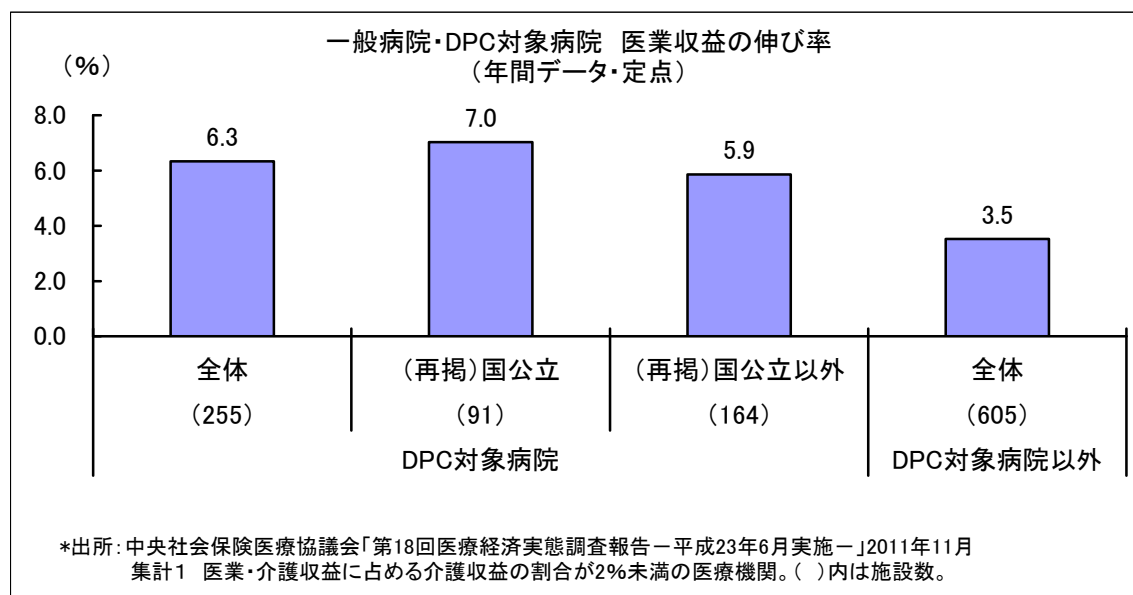


2.3. DPC病院の医療費

DPC対象病院 医業収益の伸び率

医業収益（収入）の伸び率を見ると、DPC対象病院で+6.3%、それ以外で+3.5%であり、DPC対象病院とそれ以外の出来高算定病院とで大きな差があった（図 2.3.1）。

図 2.3.1 一般病院・DPC対象病院 医業収益の伸び率（年間データ・定点）



※「医療経済実態調査」報告には、DPC 対象病院の結果が掲載されているだけで、DPC 対象病院以外についての独立した集計区分はない。そのため、ここでは全体から DPC 対象病院分を除いて、DPC 対象病院以外の推計を行なった。

DPCの方向性について

2008年10月22日、日本医師会は、中医協診療報酬基本問題小委員会において診療側委員として、以下のDPCの方向性に関する4本柱を確認した。ここで、出来高払いの病院を適切に評価することを求めたが、最近の診療報酬財源はDPC病院に集中している。

「DPCに関する方向性について」

2008年10月22日 中医協診療報酬基本問題小委員会 二号側提出資料

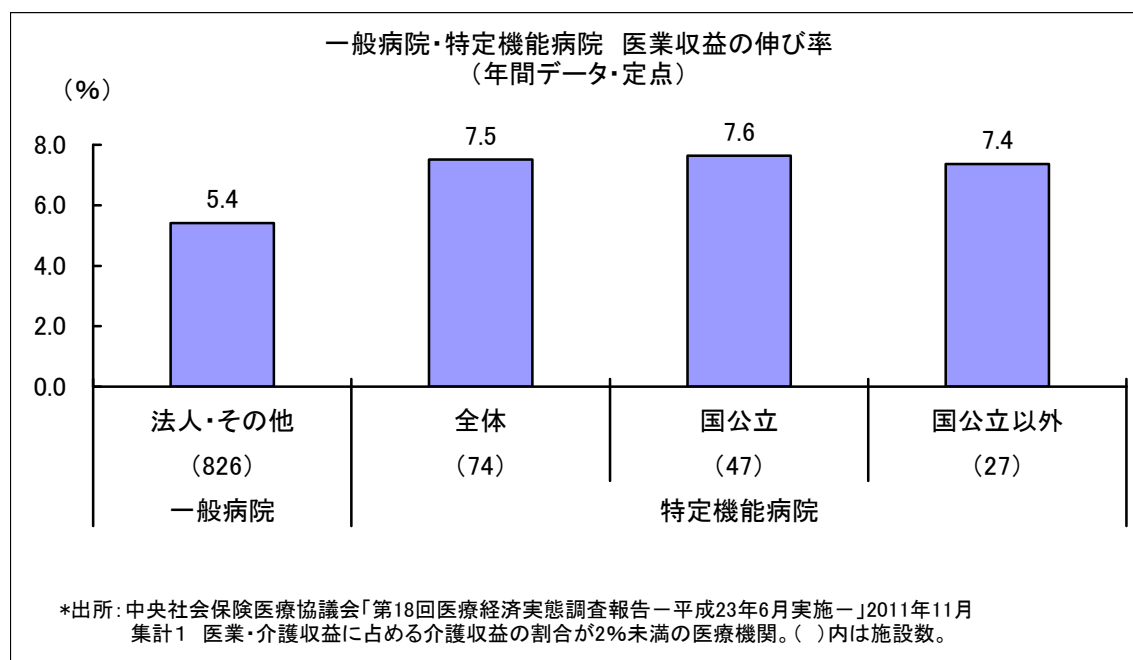
1. 急性期病院に対する診療報酬上の評価は、DPC、出来高払いの二本の柱である。
2. 急性期病院に対するコストを適切に反映した診療報酬のあり方について、検討する。
3. DPC、出来高払いを採用する急性期病院それぞれについて、適切に評価していく。
4. DPC 準備病院、DPC 対象病院ともに、個々の医療機関が、一定のルールの下に、自主的にDPCを辞退することができるようにする。

2.4. 特定機能病院の医療費

特定機能病院 医業収益の伸び率

医業収益の伸び率は、一般病院（法人・その他）では+5.4%であった（図2.4.1）。これに対して特定機能病院全体では+7.5%であり、一般病院の伸び率を2.1ポイント上回る大幅な伸びであった。

図 2.4.1 一般病院・特定機能病院 医業収益の伸び率（年間データ・定点）



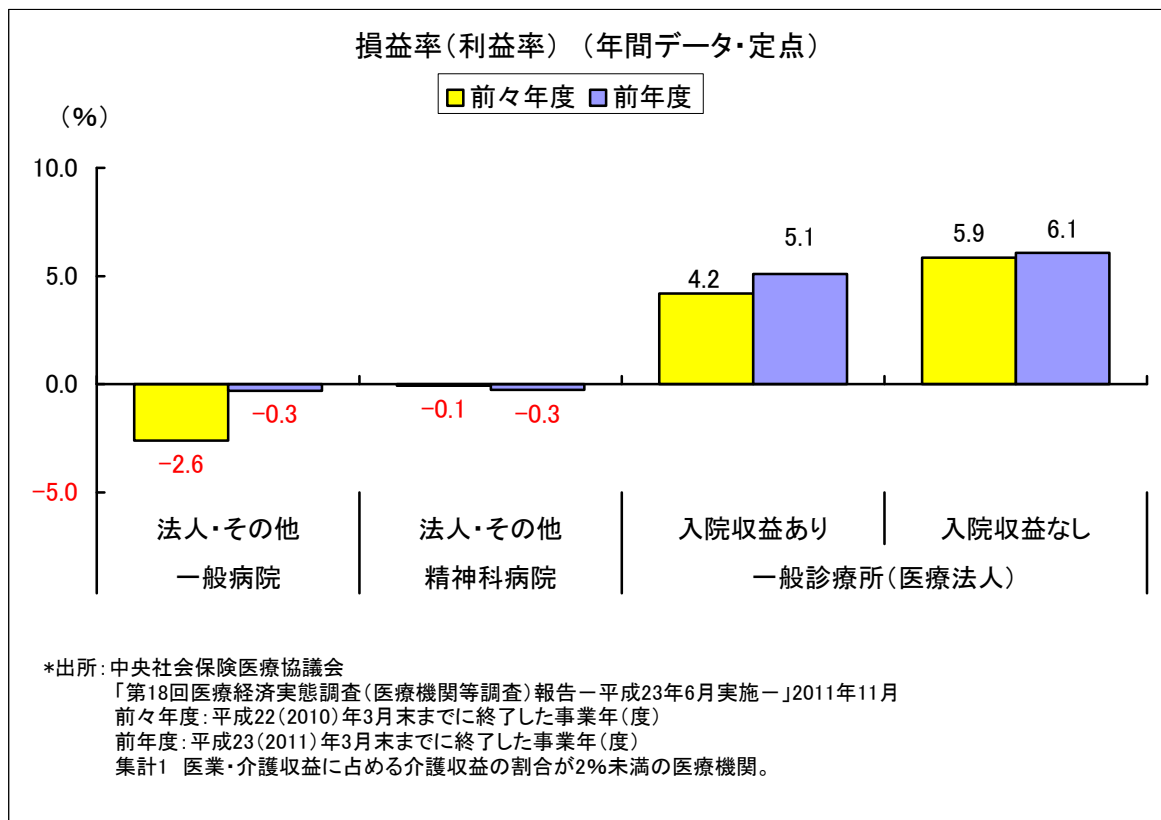
3. 日本の地域医療は再生したのか

3.1. 利益の動向

損益率

中医協「医療経済実態調査」によると、診療所では損益率（利益率）はやや改善したものの、病院では依然として赤字である。（図 3.1.1）。

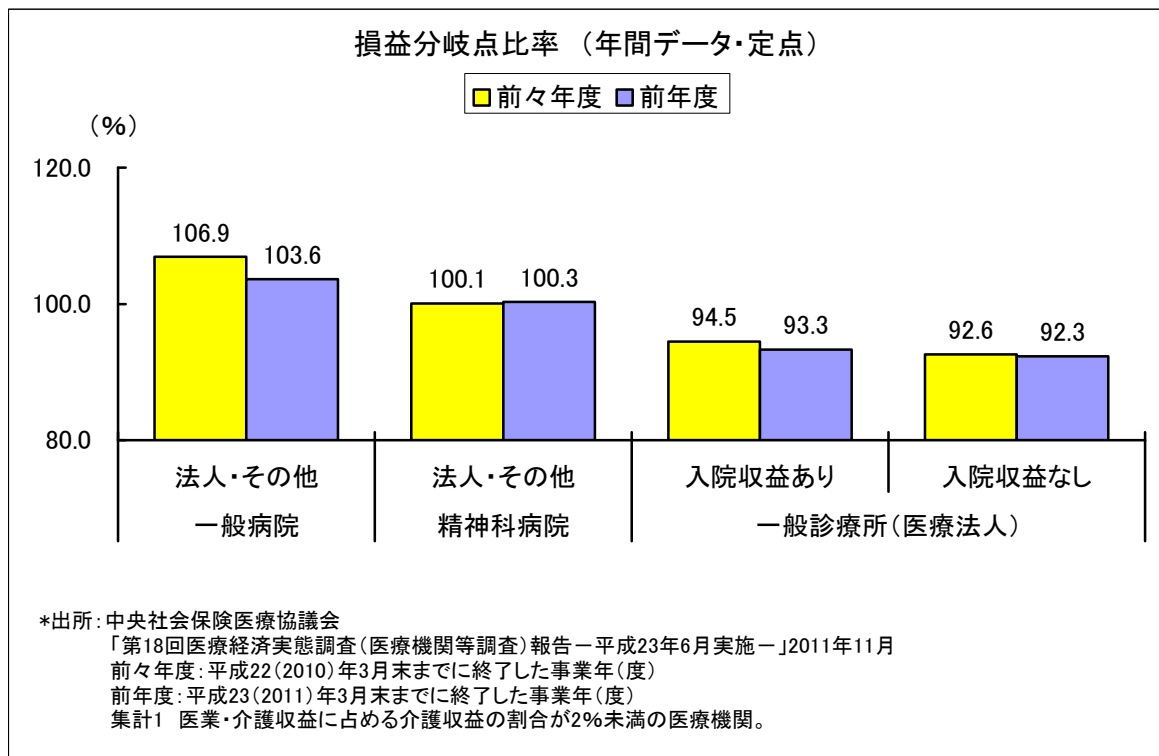
図 3.1.1 損益率（利益率）（年間データ・定点）



損益分岐点比率

診療所は利益率がやや改善したものの、損益分岐点比率は一般に「危険水域」とされる90%を超えている。病院では依然として赤字であるため、当然、損益分岐点比率は100%超である（図 3.1.2）。

図 3.1.2 損益分岐点比率（年間データ・定点）

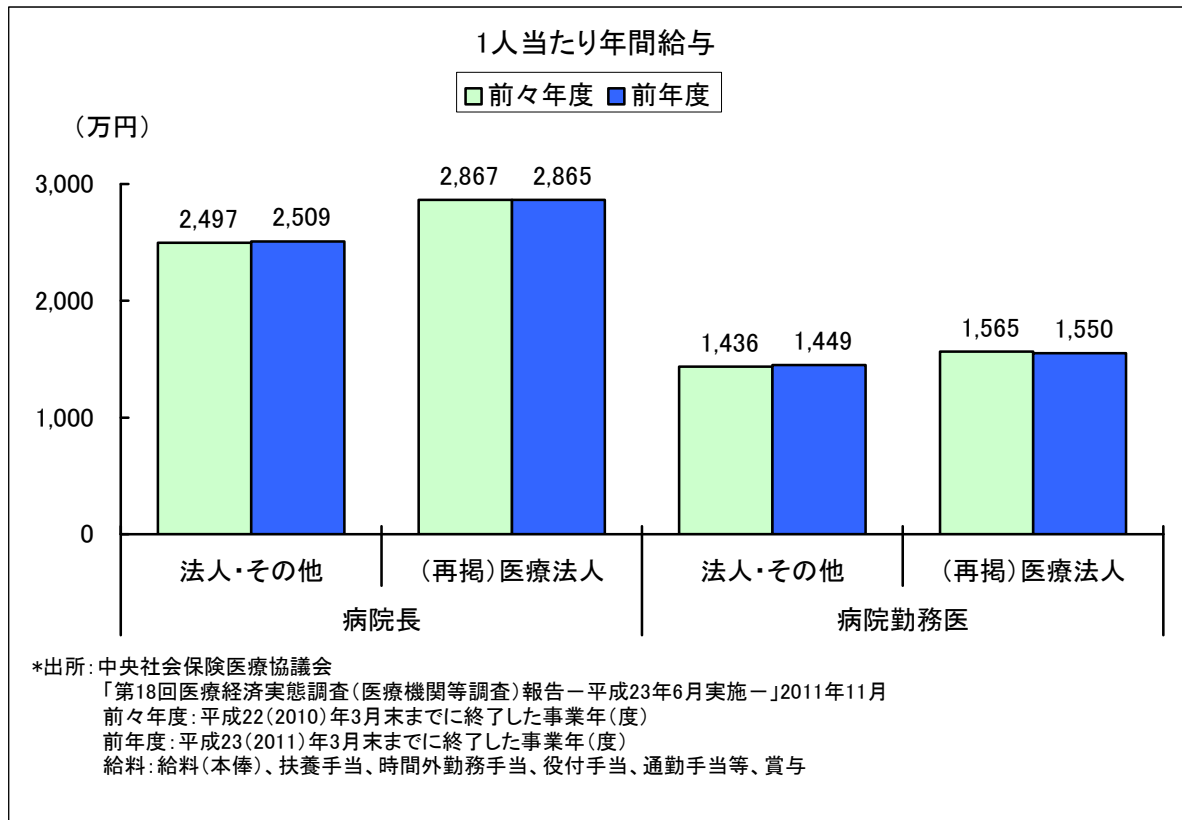


3.2. 病院勤務医の処遇

病院長・病院勤務医の給与は全体的には増加したが、医療法人では減少した（図 3.2.1）。

補助金収入がある国公立病院とは異なり、民間医療法人の原資はほとんどが診療報酬である。民間医療法人が、診療報酬改定後も、なお給与を削減せざるを得ない実態であることは深刻に受け止めるべきである。

図 3.2.1 1人当たり年間給与



4. 提言型政策仕分けに対する日本医師会の見解

4.1. 提言型政策仕分けについて

今般、野田総理大臣の指示で、提言型政策仕分けが実施された。

提言型政策仕分けは、「無駄や非効率の根絶といったこれまでの視点にとどまらず、主要な歳出分野を対象として、政策的・制度的な問題にまで掘り下げた検討を行い、改革を進めるに当たっての検討の視点や方向性を整理」するものとされている¹。

医療・介護分野に関しては、11月22日に、主として以下の「施策／事業」についての仕分けが実施された。

1. 医療サービスの機能強化と効率化・重点化
2. 後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
3. 介護サービスの機能強化と効率化・重点化

これらは、具体的には診療報酬、介護報酬を論点とするものであるが、そもそも、診療報酬、ひいては公的医療保険のあり方などが、「事業」として仕分けられるべきものなのか疑問である。

¹ 「行政刷新会議ワーキンググループ『提言型政策仕分け』の開催について」2011年11月11日、内閣府行政刷新会議事務局

4.2. 提言型政策仕分けの評価結果

提言型政策仕分けにおける、医療サービスの機能強化と効率化・重点化の評価結果（とりまとめ）は以下のとおりである²。診療報酬本体を「事業」として仕分け、据置き、抑制などの結論を出している。

社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化

提言（とりまとめ） 2011年11月22日

国民・地域のニーズを具体的に把握して、診療報酬の改定を行うべき。その中で、勤務医と開業医、また診療科間について、リスクや勤務時間に応じて報酬配分を大胆に見直す。また、医師不足改善のため、勤務医と開業医とのアンバランスや地域別・診療科別の医師不足の状況を踏まえて、メリハリの利いた診療報酬改定を早急に行うべき。また、中長期的には、開業医と勤務医の収入をバランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める。

また、医療サービスの価格全体の前提となる診療報酬本体（医師の人件費等）については、「据え置く」6名、「抑制」3名という意見があったことを重く受け止めて対応されたい。

加えて、中長期的な検討課題として提案された地域・診療科間の偏在の解消など、医師不足の問題に対応する医療供給体制の在り方について、社会保障審議会で検討の上、行政刷新会議に報告されたい。

また、診療報酬の加算が効果的に待遇改善につながるよう、勤務条件が厳しい診療科を中心に待遇改善につながる条件付けを行うべき。

² 「提言型政策仕分け 詳細と結果速報」2011年11月22日、内閣府行政刷新会議事務局

4.3. 提言型政策仕分けの問題点

4.3.1. 病院勤務医と開業医の給与比較

財政当局は、病院勤務医と医療法人の開業医の年収、個人立診療所の開業医の収支差額³を比較している（図 4.3.1）。しかし、病院勤務医と開業医の年収等はまったく意味合いが異なるので比較してはならない。

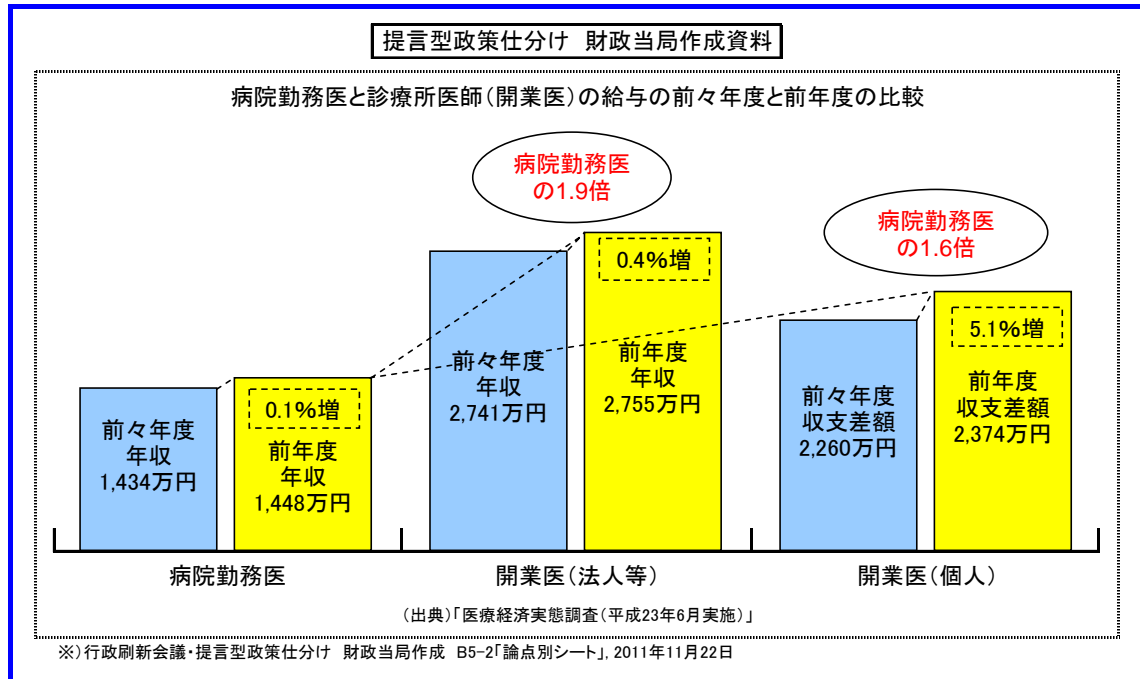
病院勤務医と開業医の年収等を比較することの問題点

1. 病院勤務医と医療法人の開業医は、いずれも法人から給与の支払いを受けているので年収の比較はできる。しかし、医療法人の開業医は債務保証などの経営リスクを負い、その意味合いがまったく異なる。企業においても、経営責任の重みによって給与にしかるべき段階がある。
2. 財政当局は、病院勤務医の年収と個人立診療所の開業医の収支差額も比較している。しかし、そもそもサラリーマンと個人事業主の比較はできない。個人立診療所の開業医は、利益などの中から事業にかかわる税金を支払い、その残りで退職金相当額を留保し、借入金がある場合にはその返済も行なっている。
3. 病院と診療所の対立構造に持ち込むべきではない。

※) ここでは、「開業医」とは「診療所の院長」と定義する。

³ 今回の「医療経済実態調査」から、「収支差額」は「損益差額」に変更されたが、財政当局作成資料では「収支差額」と表記されているため、本稿でも「収支差額」とした。

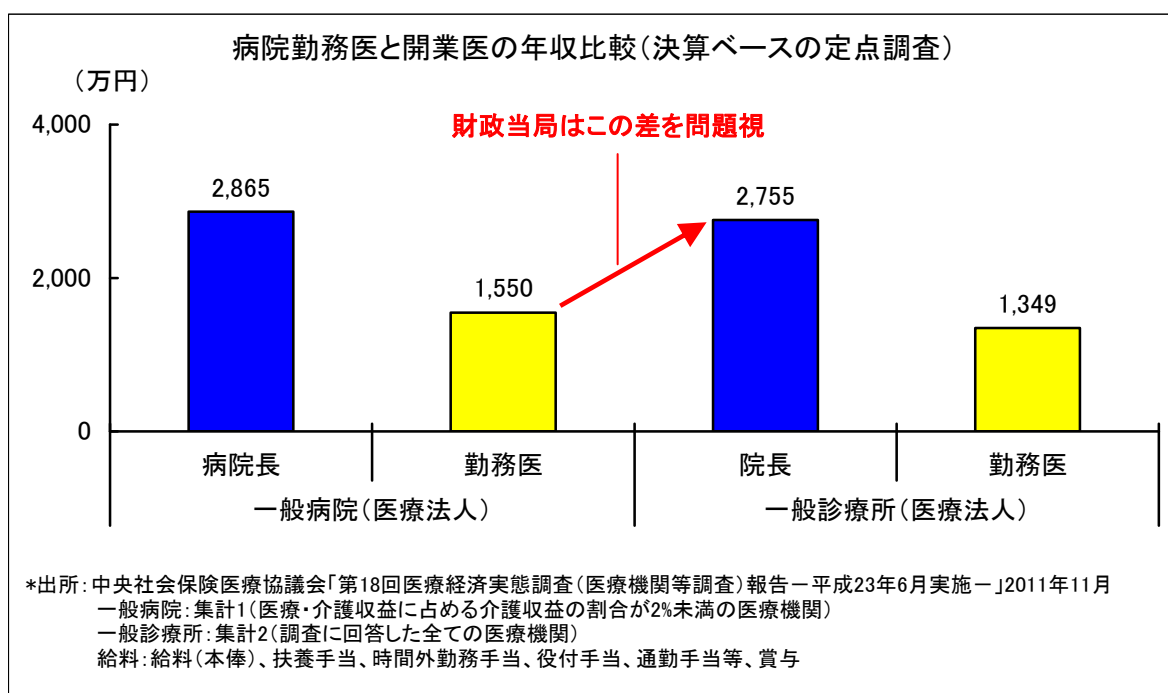
図 4.3.1 病院勤務医と開業医の給与比較



病院長（院長）と勤務医

財政当局は、医療法人の開業医と病院勤務医の給与を比較しているが⁴、病院においても病院長と病院勤務医の給与には開きがある（図 4.3.2）。経営責任がある病院長（院長）と勤務医の給与水準が異なることは当然であり、一般企業においても、経営責任に応じて給与にしかるべき差が見られる。

図 4.3.2 病院勤務医と開業医の年収比較（決算ベースの定点調査）



⁴ 財政当局は、病院については一般病院全体のデータ、一般診療所については法人等のデータを用いているが、ここでは医療法人同士で比較した。

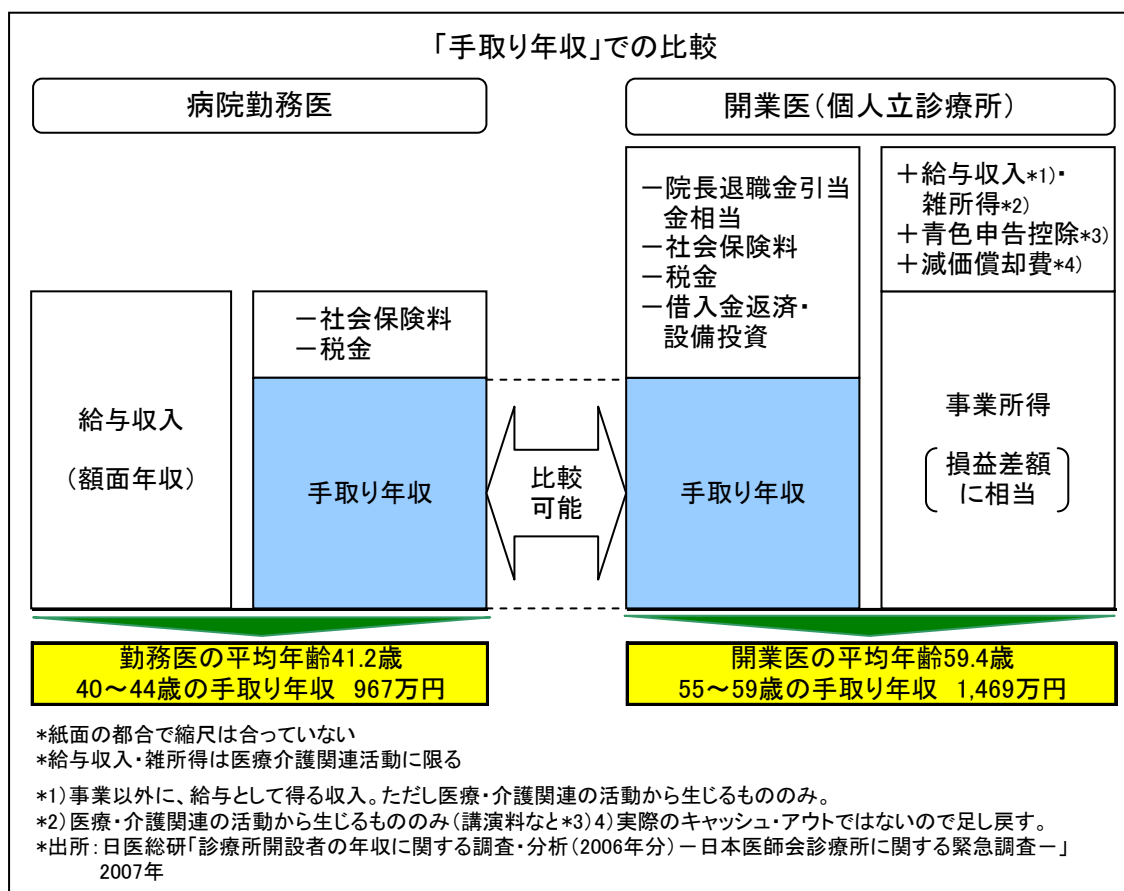
個人立診療所の開業医の「手取り年収」

財政当局は、個人立診療所の開業医の収支差額と病院勤務医の年収を比較している（図 4.3.1）。

しかし、個人立診療所の開業医は、利益などの中から事業にかかわる税金を支払い、その残りで退職金相当額を留保し、借入金がある場合にはその返済も行なう。病院勤務医の年収と比較することはできない。

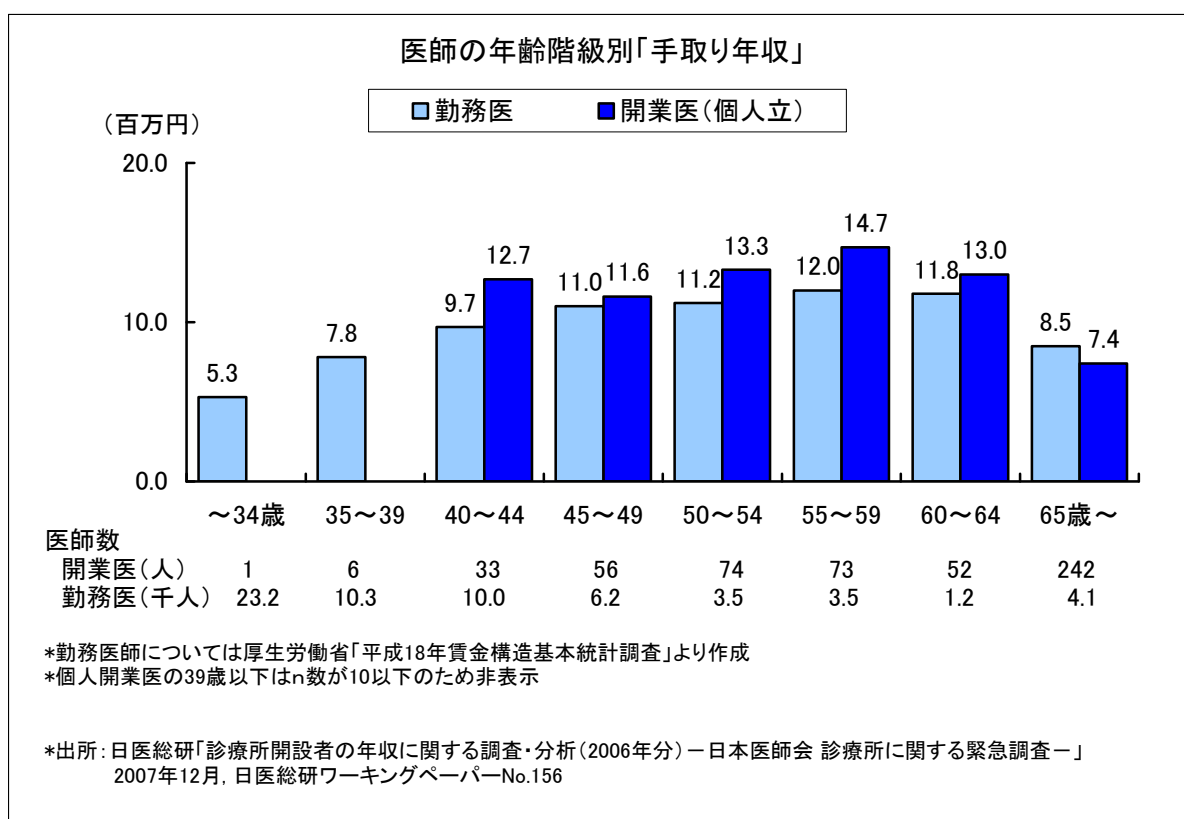
日本医師会が 2007 年に調査したところ、開業医（平均年齢 59.4 歳）の場合、事業所得は 2,043 万円、給与収入と雑所得を加えた総所得は 2,440 万円であったが、勤務医と比較できるよう「手取り年収」を計算したところ 1,469 万円であった（図 4.3.3）。

図 4.3.3 「手取り年収」での比較



勤務医（診療所を含む）と開業医の「手取り年収」を比較すると、勤務医の「手取り年収」は年齢とともに開業医の水準に近づき、65歳以上では、勤務医の「手取り年収」が開業医を上回っていた（図 4.3.4）。

図 4.3.4 医師の年齢階級別「手取り年収」



4.3.2. 診療所の休日・時間外診療

財政当局は、あたかも診療所の夜間診療が少ないといったデータを示しているが、ここに示されているのは「表示時間」別診療所数であり、実際に診療したかどうかを示すものではない（図 4.3.5）。

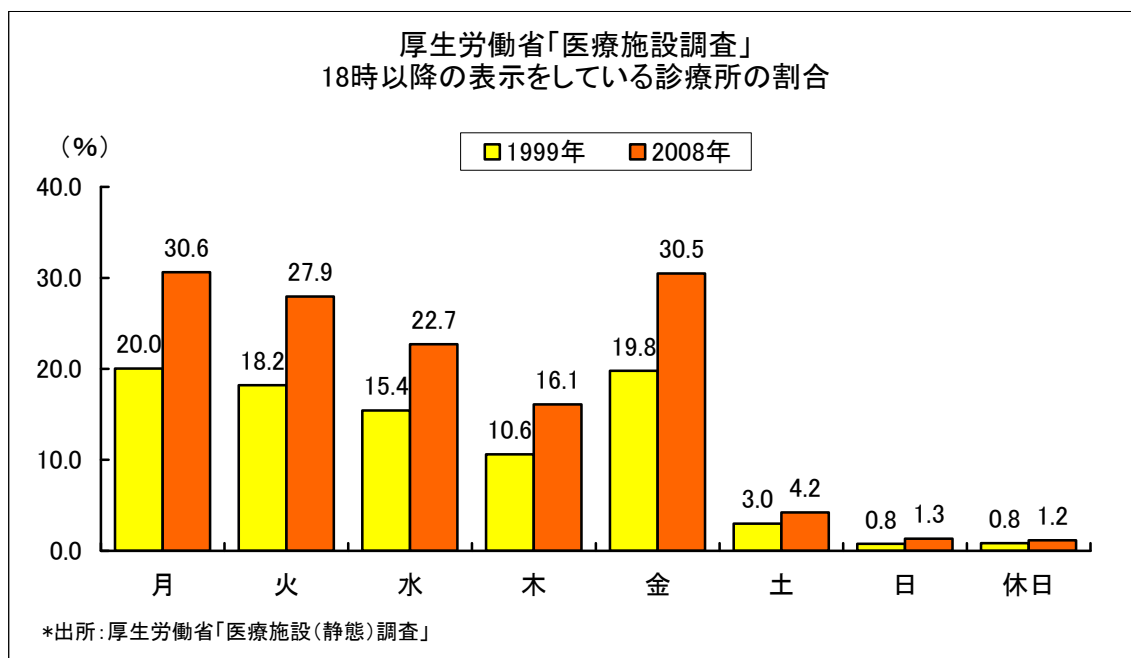
図 4.3.5 休日・時間外診療実施診療所数

提言型政策仕分け 財政当局作成資料			
休日・時間外診療実施診療所数			
○ 総診療所数:99,083(2008年10月)			
	午前	午後	18時以降
土曜日	71,652(73%)	23,139(23%)	4,191(4%)
日曜日	4,704(4%)	3,198(3%)	1,319(1%)
休日	2,472(2%)	2,065(2%)	1,160(1%)
平日			22,516(22%) ~30,352(31%)

(出典)「医療施設(静態)調査」
 ※)行政刷新会議・提言型政策仕分け
 財政当局作成 B5-2「論点別シート」,2011年11月22日

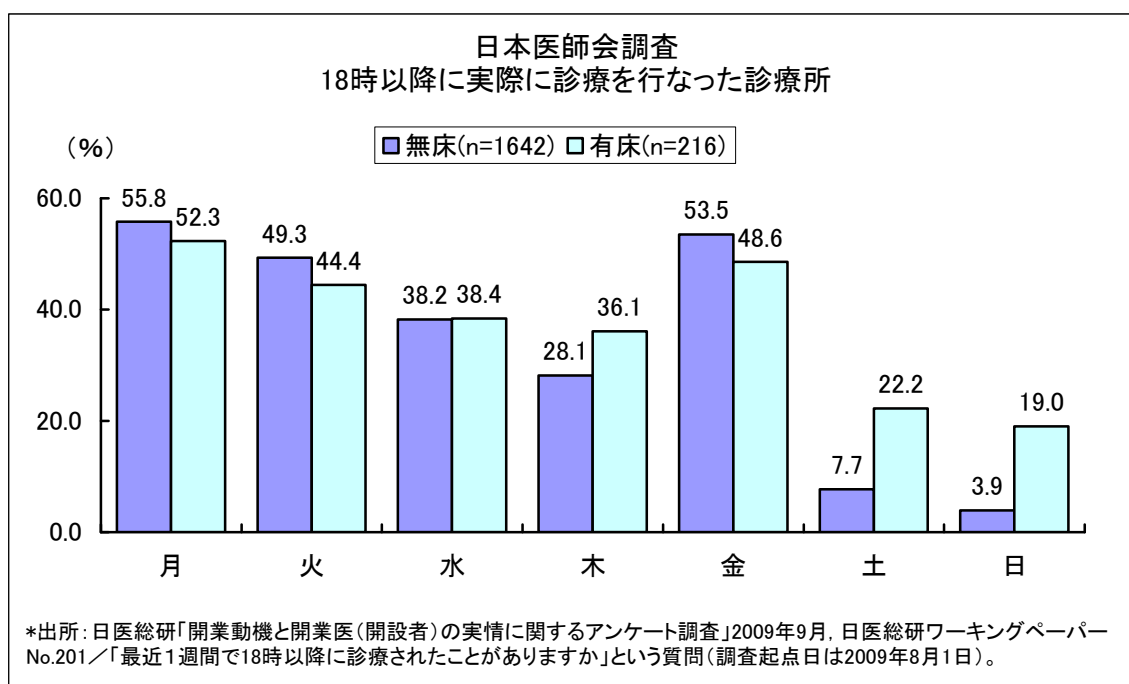
「表示時間」で比較しても、18時以降の診療時間を表示している診療所の割合は着実に増加している（図 4.3.6）。

図 4.3.6 厚生労働省「医療施設調査」 18時以降の表示をしている診療所の割合



また、日本医師会の調査によると、18時以降に実際に診療を行なった診療所の割合は、18時以降の表示をしている診療所の割合を大きく上回っていた（図4.3.7）。

図 4.3.7 日本医師会調査 18時以降に実際に診療を行なった診療所



4.3.3. 医師の従業時間・勤務時間

財政当局は、診療所医師の従業時間は病院医師よりも短いというデータを示している（図 4.3.8）。しかし、診療所医師は、学校医、産業医などの地域医療活動に従事していること、開設者は管理業務も行なっていることを考慮すべきである。

日本医師会が診療所医師（管理者）を対象に、地域医療活動等を加味した実質的な勤務時間を調査したところ、診療所医師（管理者）の実質勤務時間はおおむね週 50 時間以上であった（図 4.3.9）。

- ・ 「提言型政策仕分け」

従業時間：診療、教育、会議等の時間

（出所：平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金「日本の医師需給の実証的調査研究」）

- ・ 日本医師会調査

診療所医師の実質勤務時間＝

診療時間＋地域医療活動（学校医・産業医等、救急対応、介護保険関係、行政・医師会等、地域行事）＋診療所管理業務

病院勤務医の実質勤務時間＝

（始業から終業までの時間）－（休憩、自己研修）

図 4.3.8 医師の平均従業時間

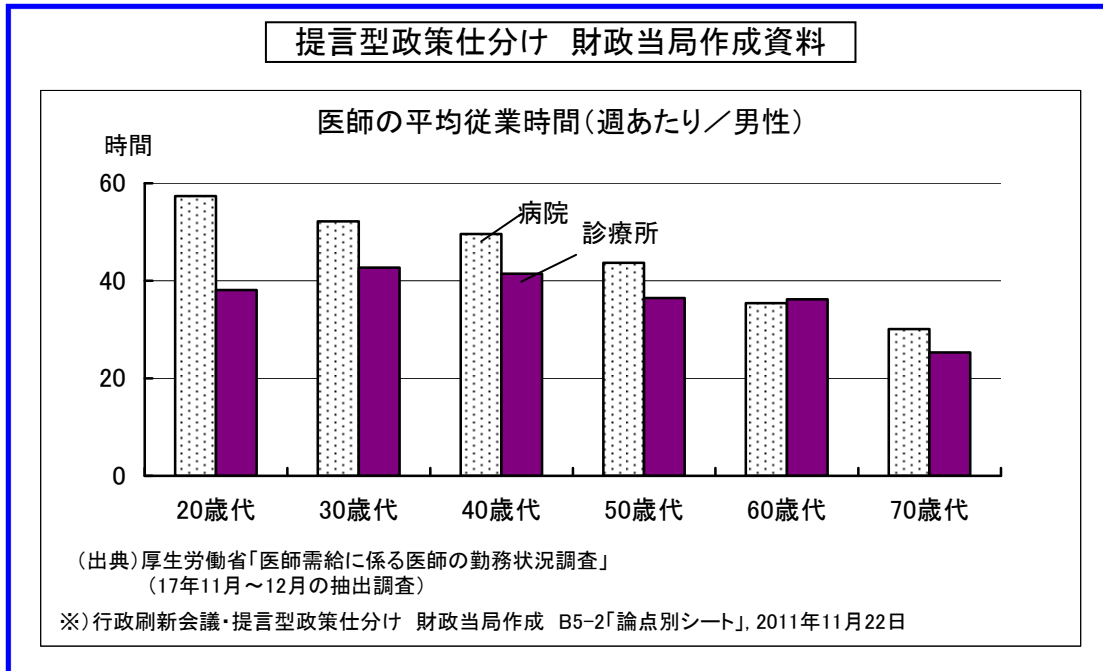
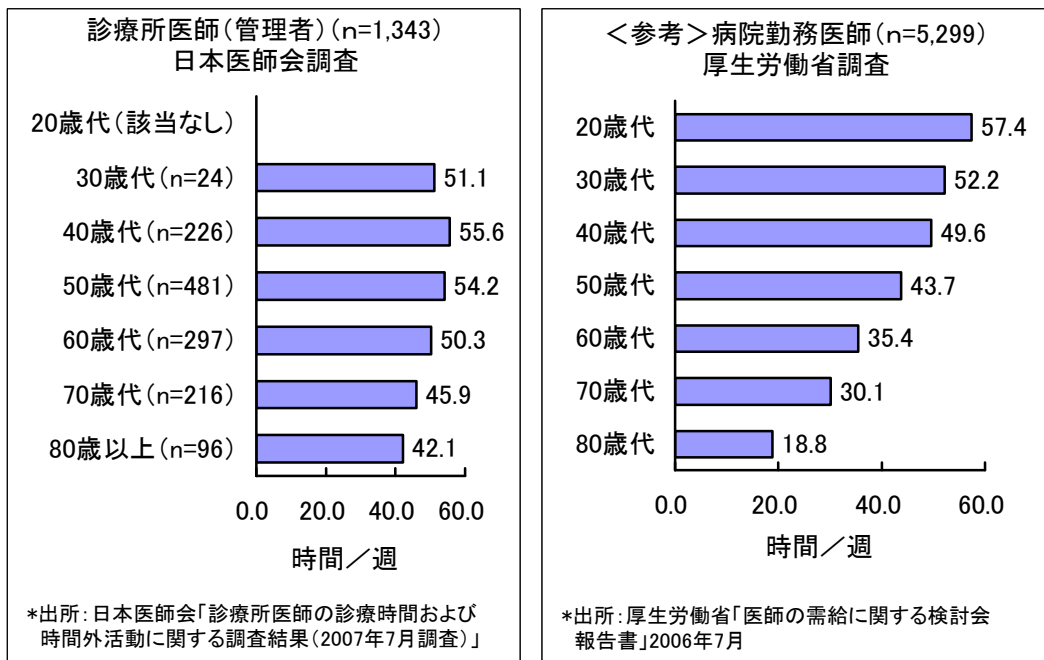


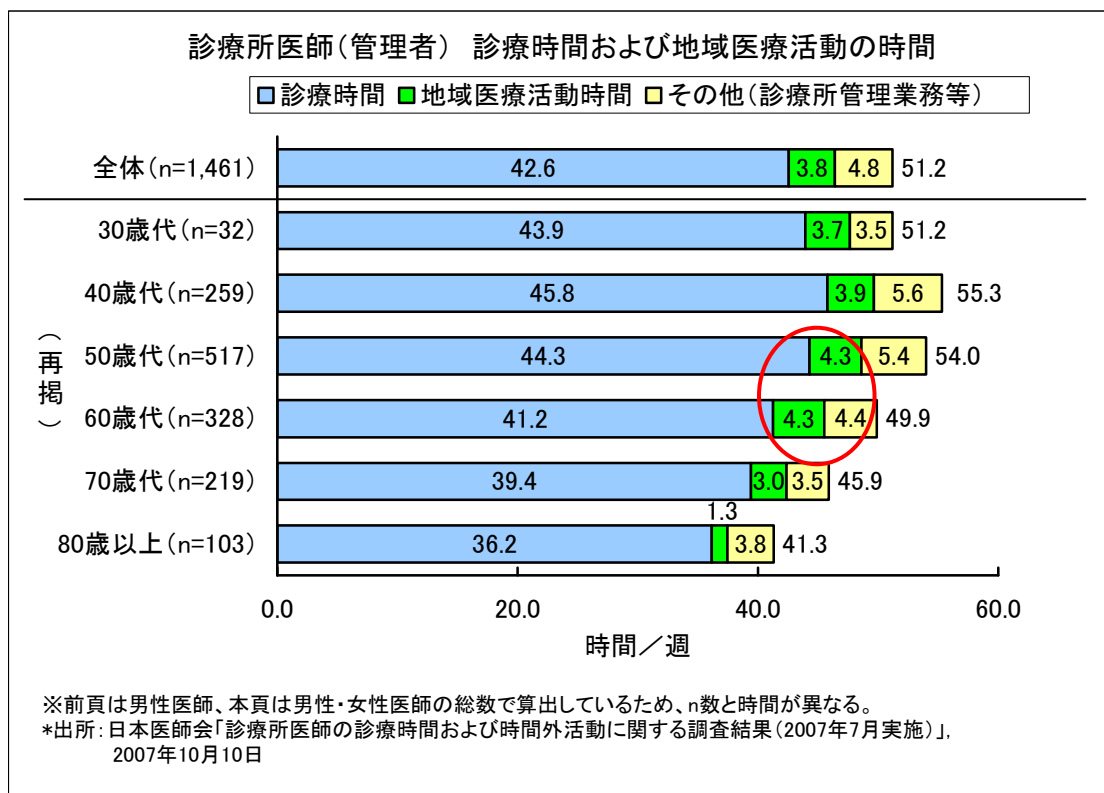
図 4.3.9 医師の実質的な勤務時間



診療所医師は、地域の学校医・産業医等、救急対応、介護保険関係、行政・医師会、その他多くの地域活動に従事している。これらの地域医療活動の時間は、50歳代、60歳代では、就業時間全体の4時間以上であり、8%台を占めている（図 4.3.10）。

就業時間＝診療時間＋診療時間外の地域医療活動などー自己研修

図 4.3.10 診療所医師（管理者）の就業時間

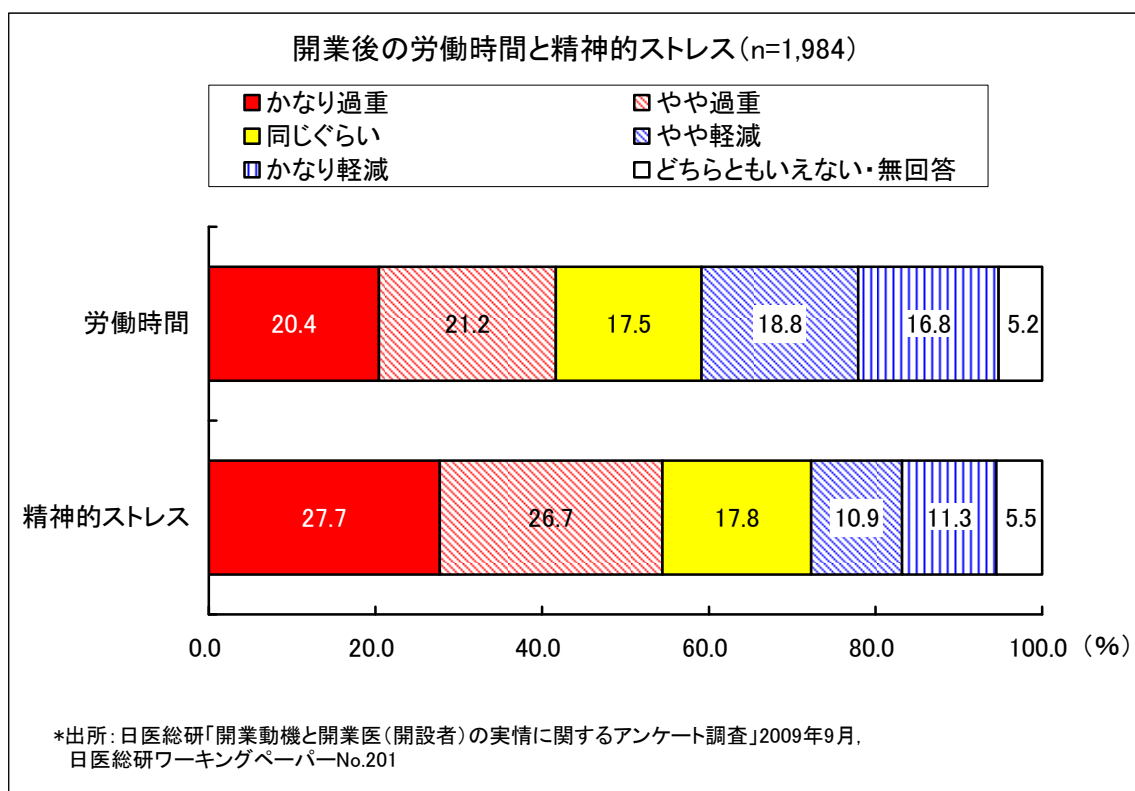


労働時間・精神的ストレス

日本医師会は、2009年に実施したアンケート調査で「開業された現在、勤務医や研究者時代と比べて、過重労働やストレスはどの程度ですか」という質問を行なった。その結果、労働時間については、「かなり過重になった」「やや過重になった」が41.6%であった（図 4.3.11）。

精神的ストレスは、「かなり強くなった」「やや強くなった」が54.4%であった。開業医は経営責任から、強い精神的ストレスを受けている。

図 4.3.11 開業後の労働時間と精神的ストレス

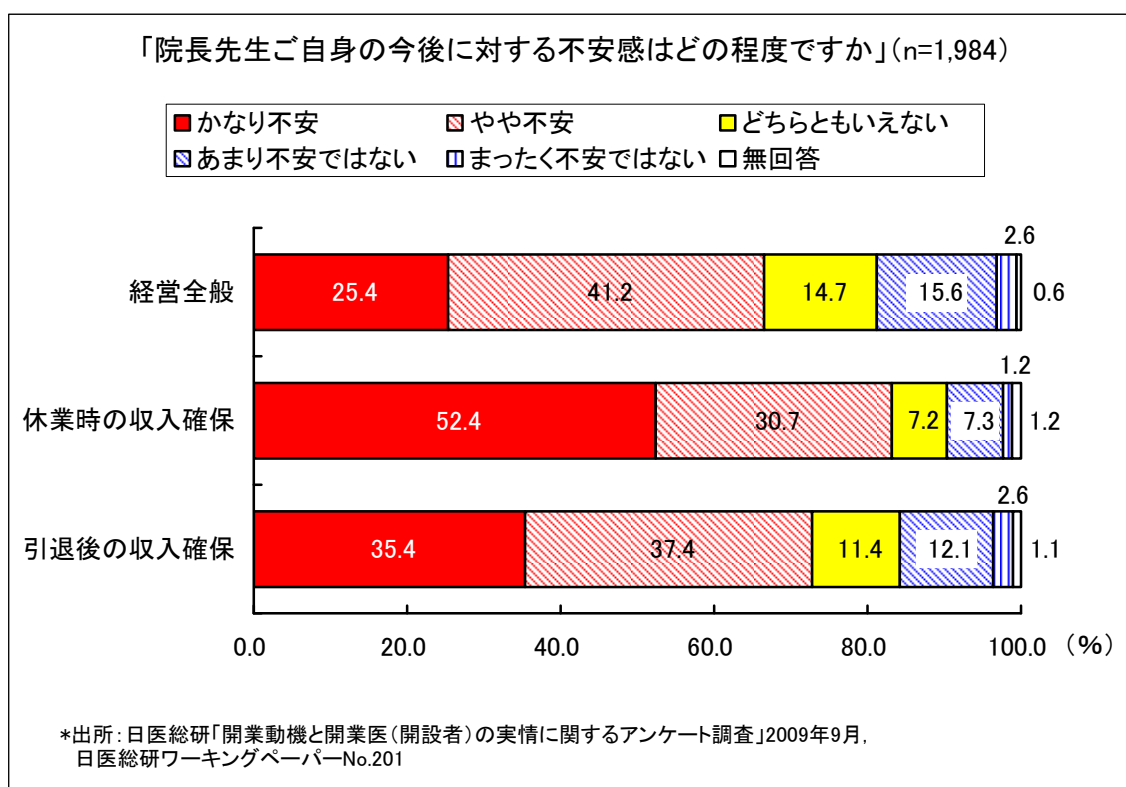


今後に対する不安

日本医師会が、開業医に対して今後に対する不安を質問したところ、開業医の66.5%が、今後の経営について「不安」（「かなり不安」「やや不安」）を感じていた（図 4.3.12）。

また、「休業時の収入確保」が「不安」とする回答が83.2%あり、休業補償のない開業医の不安感が大きく浮かび上がった。「引退後の収入確保（年金や退職金）」が「不安」という回答も72.8%で7割以上であった。

図 4.3.12 院長先生ご自身の今後に対する不安感はどの程度ですか



4.3.4. 診療科間の報酬配分の見直し

財政当局は、診療科別の医師収入に格差があることを示し、ここから、診療科間について、報酬配分を大胆に見直すという評価結果を誘導している（表 4.3.1）。

しかし、財政当局が示すデータには以下の問題がある。

1. 財政当局は、診療科別医師収入と言いながら、個人立診療所の収支差額を使用している。しかし、収支差額イコール年収ではない（23 頁参照）。
2. さらに財政当局のデータは、「医療経済実態調査」の 6 月単月調査のデータを単純に 12 倍したものであるが、単月調査に信頼性がないことは中医協でも確認済である。
3. しかも客体数が非常に少なく、診療科間の比較にはならない。

以上のような問題があるため、仮に「医療経済実態調査」の 2009 年と 2011 年を比較すると（実際には比較すべきではない）、たとえば、小児科は、2009 年 1,700 万円、2011 年 3,300 万円（1.9 倍）、整形外科は、2009 年 4,200 万円、2011 年 2,100 万円と、あり得ない数字になっている。

表 4.3.1 診療科別医師収入（開業医）

事業仕分け資料 (2009年)		提言型政策仕分け 財政当局作成資料 (2011年)	
診療科別医師収入(開業医)		診療科別医師収入(開業医)	
診療科名	収支差額	診療科名	収支差額
整形外科 (n=42)	約 4,200万円	眼科 (n=51)	約 3,500万円
眼科 (n=44)	3,100万円	小児科 (n=38)	3,300万円
その他 (n=15)	2,800万円	精神科 (n=10)	2,600万円
皮膚科 (n=34)	2,800万円	産婦人科 (n=20)	2,600万円
全体 (n=510)	2,500万円	皮膚科 (n=33)	2,600万円
産婦人科 (n=22)	2,500万円	全体 (n=565)	2,200万円
内科 (n=244)	2,300万円	整形外科 (n=47)	2,100万円
精神科 (n=15)	2,000万円	内科 (n=275)	1,900万円
外科 (n=22)	1,900万円	耳鼻咽喉科 (n=39)	1,900万円
耳鼻咽喉科 (n=32)	1,800万円	その他 (n=17)	1,500万円
小児科 (n=40)	1,700万円	外科 (n=35)	1,400万円

(出典)「医療経済実態調査報告(平成21年6月実施)」引用
 ※)行政刷新会議ワーキンググループ・配布資料
 事業番号2-4, 2009年11月11日
 n数は日本医師会が追加

(出典)「医療経済実態調査報告平成23年6月実施)」引用
 ※)行政刷新会議・提言型政策仕分け 財政当局作成
 B5-2「論点別シート」, 2011年11月22日
 n数は日本医師会が追加

「医療経済実態調査」非定点調査の問題点

今回の「医療経済実態調査」では、平成 23（2011）年 6 月単月調査（非定点）に、直近 2 事業年度の年間決算データの調査（定点）が追加された（表 4.3.2）。

非定点調査について、一般病院の社会保険関係法人に着目すると、施設数は平成 21 年 17 施設、平成 23 年 28 施設と、抽出率の引き上げにともなって増加した。一方、平均病床数は平成 21 年 324 床、平成 23 年 285 床であり、大幅に減少した。その結果、医業収益の伸び率は、6 月単月（非定点）では▲14.2%、直近 2 事業年度の年間決算データ（定点）では+5.2%と逆転している。

また、精神科病院の損益率は 6 月単月（非定点）では黒字、直近 2 事業年度の年間決算データ（定点）では赤字と逆転している。これまでは非定点調査だけであったが、今回もそのままであれば、精神科病院は「黒字」として扱われたことになる。

表 4.3.2 一般病院 有効回答・平均病床数・医業収益の伸び・損益率

6月単月 非定点調査

		有効回答施設数		平均病床数		医業収益の 伸び(%)	損益率 (%)
		H21.6	H23.6	H21.6	H23.6		
一般病院 法人・ その他	医療法人	465	696	143	137	▲ 0.5	4.8
	国立	23	40	419	401	11.4	5.1
	公立	135	190	241	232	13.6	▲ 7.6
	公的	44	64	355	352	0.6	1.9
	社会保険関係法人	17	28	324	285	▲ 14.2	2.2
	その他	73	137	216	231	5.4	1.9
	全体	757	1,155	192	188	4.6	0.8
精神科 病院	法人・その他全体	125	191	258	254	3.8	1.8
	個人	—	4	—	169	—	2.8
	全体	127	195	255	252	4.0	1.8

直近2事業年度 年間決算データ 定点調査

		有効回答施設数		平均病床数		医業収益の 伸び(%)	損益率 (%)
		前々年度	前年度	前々年度	前年度		
一般病院 法人・ その他	医療法人	700	700	137	137	4.7	4.8
	国立	40	40	401	401	6.4	5.2
	公立	193	193	233	233	6.1	▲ 9.5
	公的	64	64	352	352	5.1	2.5
	社会保険関係法人	28	28	285	285	5.2	0.4
	その他	137	137	231	231	5.1	2.1
	全体	1,162	1,162	188	188	5.3	0.4
精神科 病院	法人・その他全体	193	193	253	193	1.3	▲ 0.1
	個人	4	4	169	169	4.0	▲ 4.3
	全体	197	197	197	197	1.4	▲ 0.1

—は施設数が2未満であるため表示されていないもの

*出所: 中央社会保険医療協議会「第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告—平成23年6月実施—」2011年1集計2 調査に回答した全ての医療機関等の集計

「医療経済実態調査」6月単月調査の問題点

財政当局のデータは、「医療経済実態調査」の6月単月調査のデータを単純に12倍している。それによると、眼科は、2009年3,100万円、2011年3,500万円といずれも高水準である。しかし、眼科は、6月の医療費（医業収入）が明らかに高いという特徴があり、6月データは年間データをまったく反映しない（図 4.3.13）。

図 4.3.13 診療所 眼科 1施設当たり医療費（収入）の年間推移

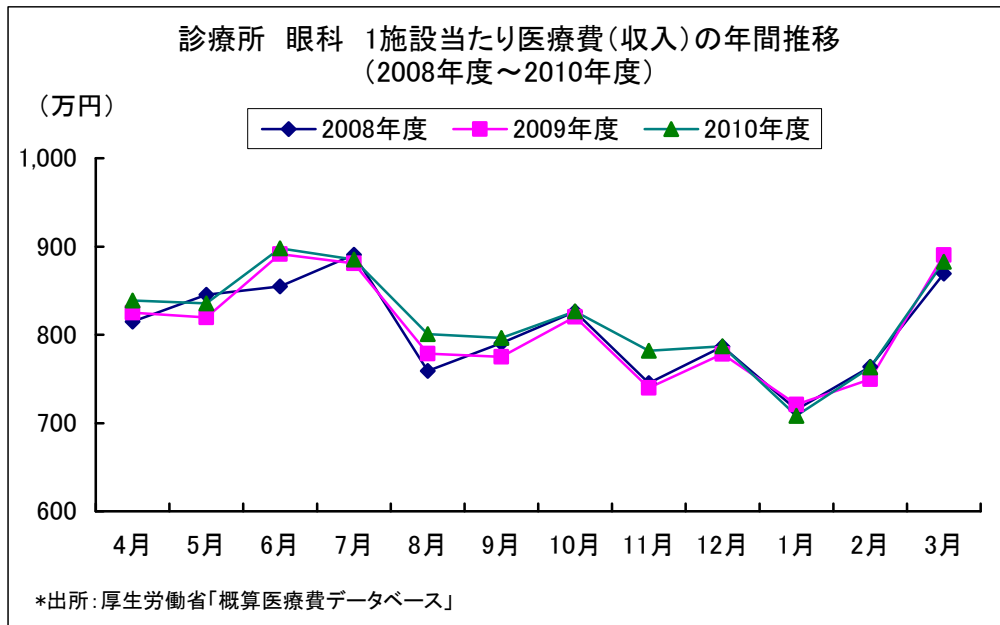
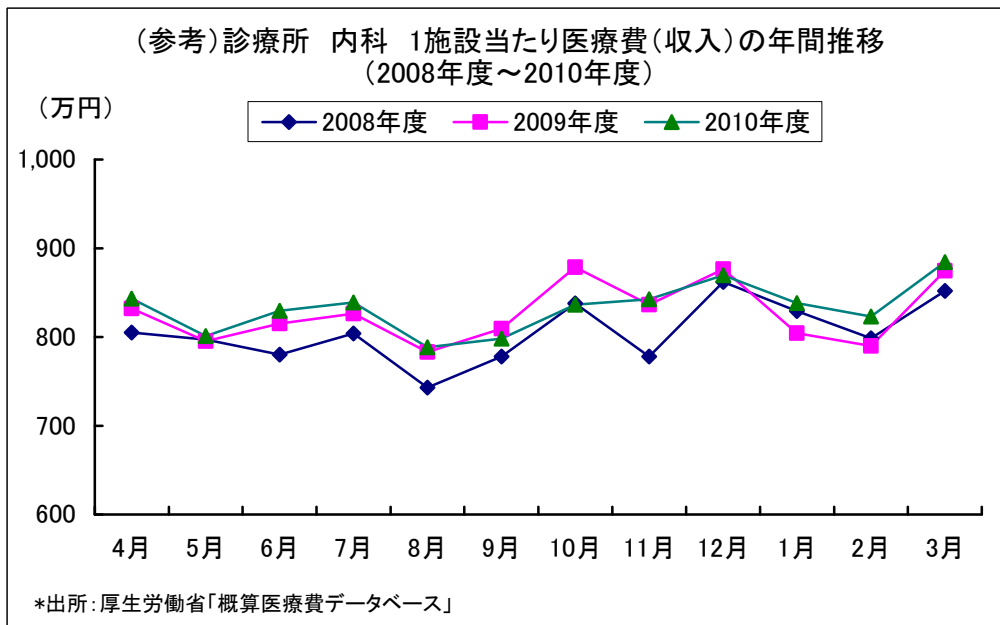


図 4.3.14 (参考) 診療所 内科 1施設当たり医療費（収入）の年間推移



4.3.5. 診療報酬の使途

財政当局は医療費の約48%が「医師等の人件費」という書き方をしており、人件費の多くが医師の給与であるように見える（図4.3.15）。

しかし、自治体病院を例に人件費の内訳を見てみると、医師の人件費は12.7%に過ぎず、看護師・准看護師24.4%、その他コ・メディカル6.4%、事務職員他4.5%である（図4.3.16）。医療費の半分近くが主として医師の人件費であるかのような間違った表現をすべきではない。

図 4.3.15 医療費の内訳

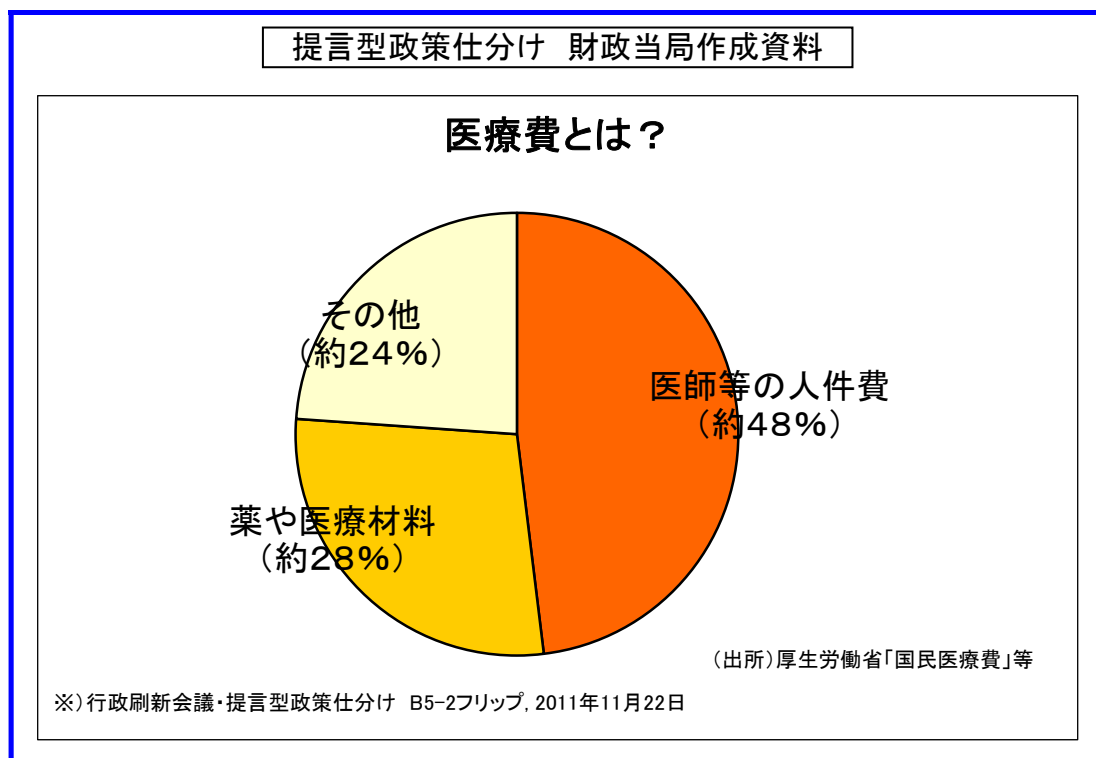
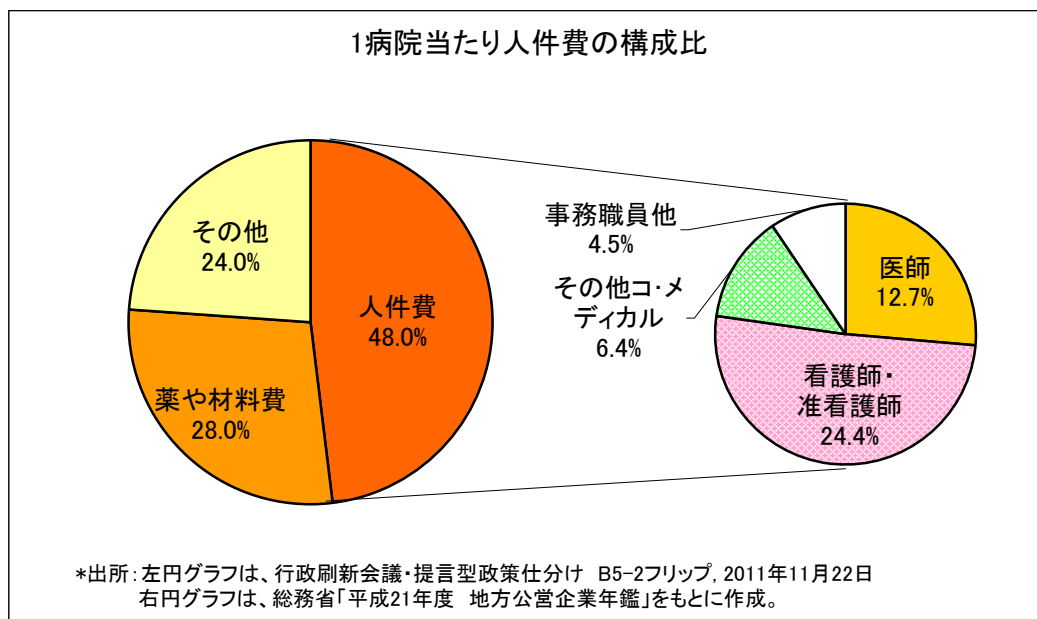


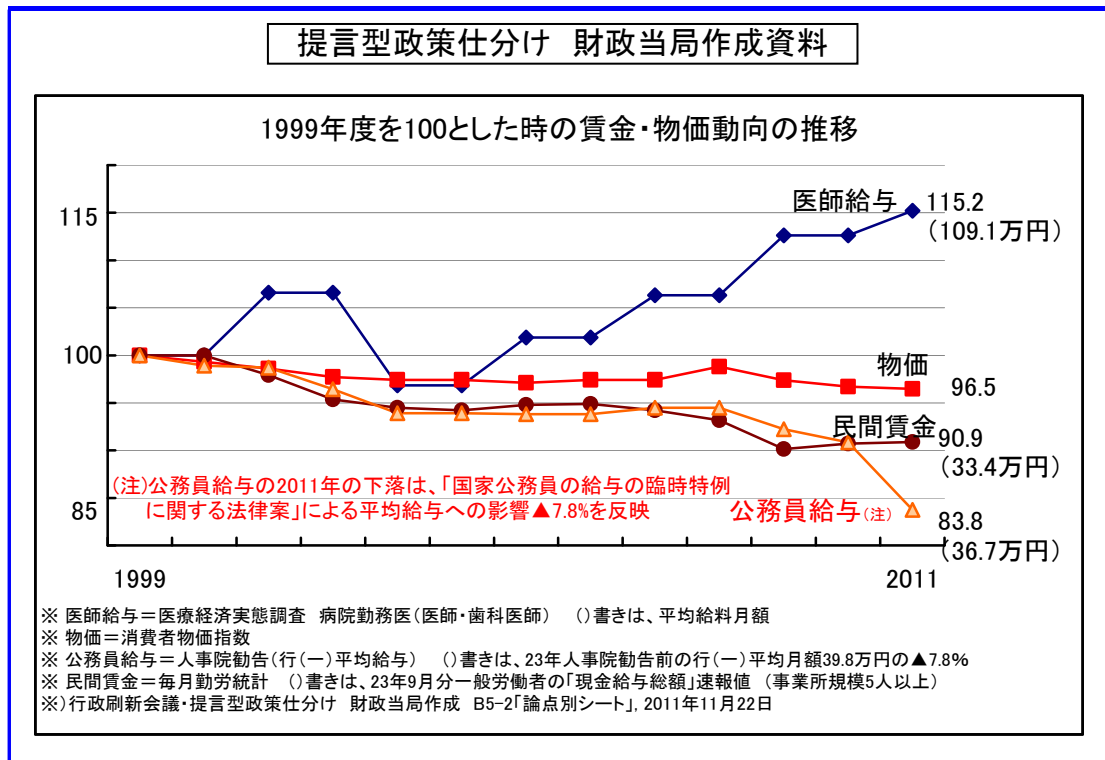
図 4.3.16 1 病院当たり人件費の構成比



4.3.6. 賃金・物価動向の推移

財政当局は、医師給与の上昇に比べて、賃金や物価が下落しているとしている（図 4.3.17）。しかし、医師給与は、近年、医療崩壊を食い止めるために政策的に引き上げられてきたということに考慮すべきである。また、ここで示されている医師給与は、「医療経済実態調査」の6月単月・非定点調査によるものであり、本来、経年推移を見ることはできない。

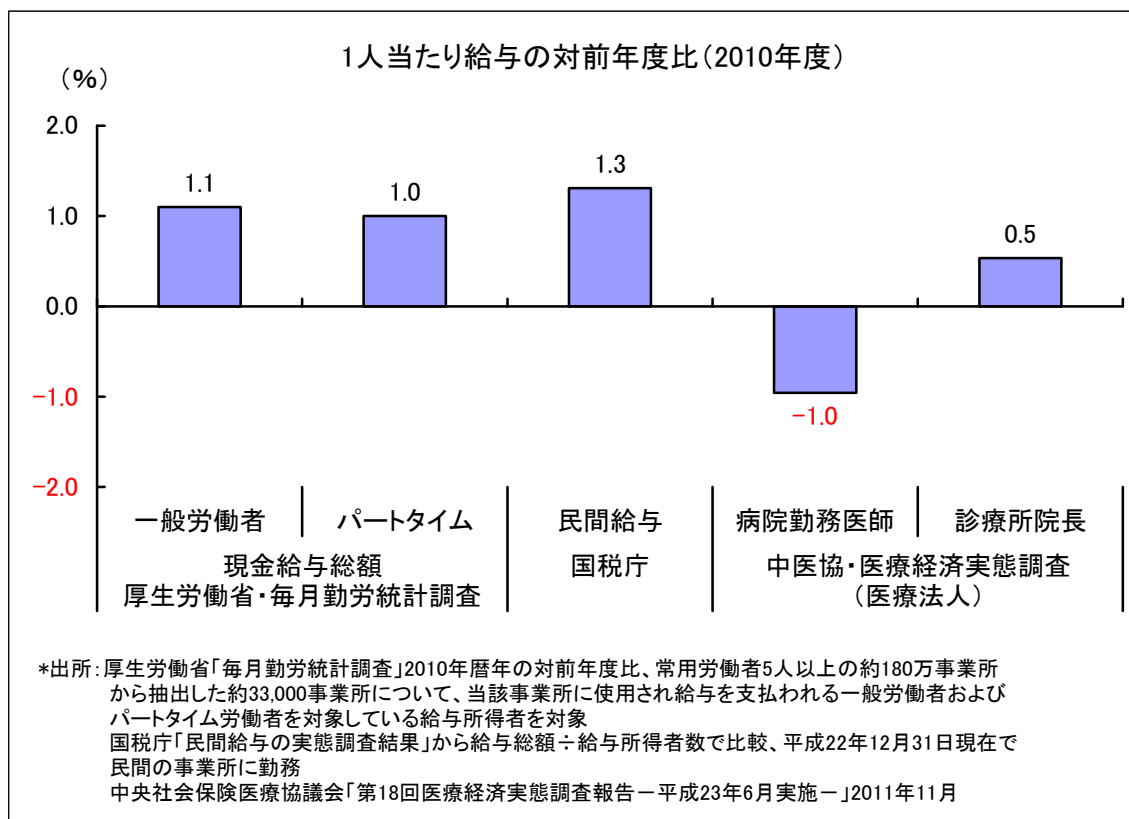
図 4.3.17 賃金・物価動向の推移



民間給与の実態

前回 2010 年度の診療報酬改定をはさんだ給与の伸び率に着目すると、厚生労働省「毎月勤労統計調査」では、一般労働者+1.1%、パートタイム労働者+1.0%である(図 4.3.18)。国税庁の「民間給与実態調査」では+1.3%であり、いずれも 1%以上の伸びである。これに対し、病院勤務医はマイナスであり、きわめて深刻である。診療所院長も横ばいに止まっている。

図 4.3.18 1人当たり給与の対前年度比(2010年度)

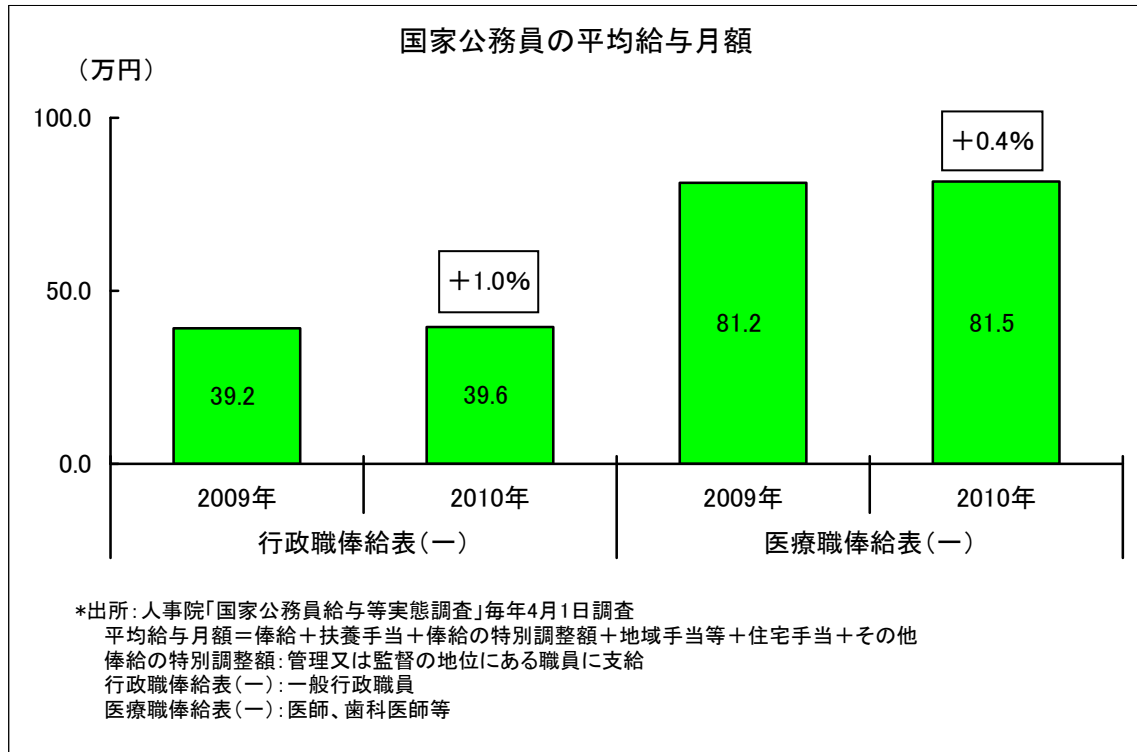


国家公務員給与の実態

国家公務員の給与は、人事院勧告を受けて決まる⁵。近年人事院は引下げ勧告をしてきたが、人事院勧告がマイナスでも、1人1人が昇進・昇給すれば平均給与は上昇する（図 4.3.19）。2010年度の平均給与の対前年度比は、行政職俸給表（一）で+1.0%、医療職俸給表（一）で+0.4%であった。

⁵ 2013年度末まで給与を平均7.8%減らす「国家公務員の給与の臨時特例に関する法律案」の成立を目指し、2011年度は人事院勧告の実施見送りを閣議決定した。

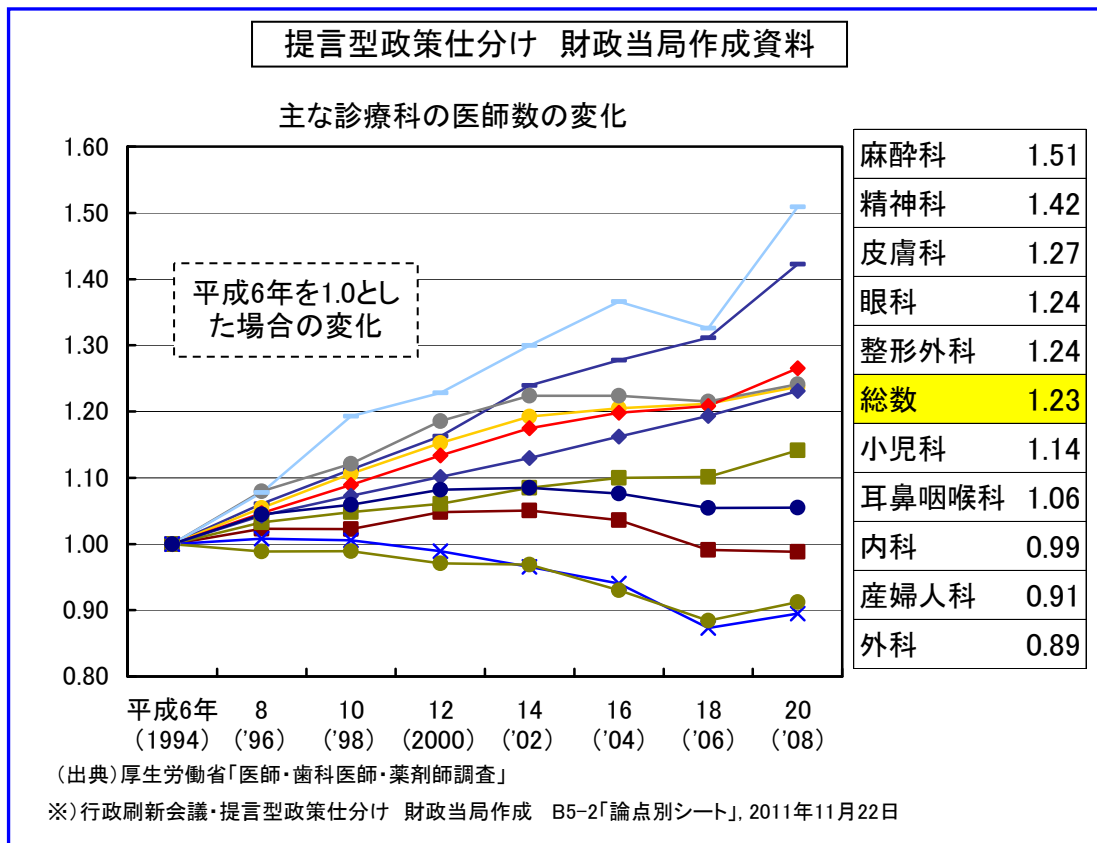
図 4.3.19 国家公務員の平均給与月額



4.3.7. 主な診療科の医師数について

財政当局は、特定の診療科に医師が偏在しているとしており、同資料によると、1994年から2008年にかけて麻酔科は1.51倍、精神科は1.42倍である（図4.3.20）。

図 4.3.20 主な診療科の医師数の変化



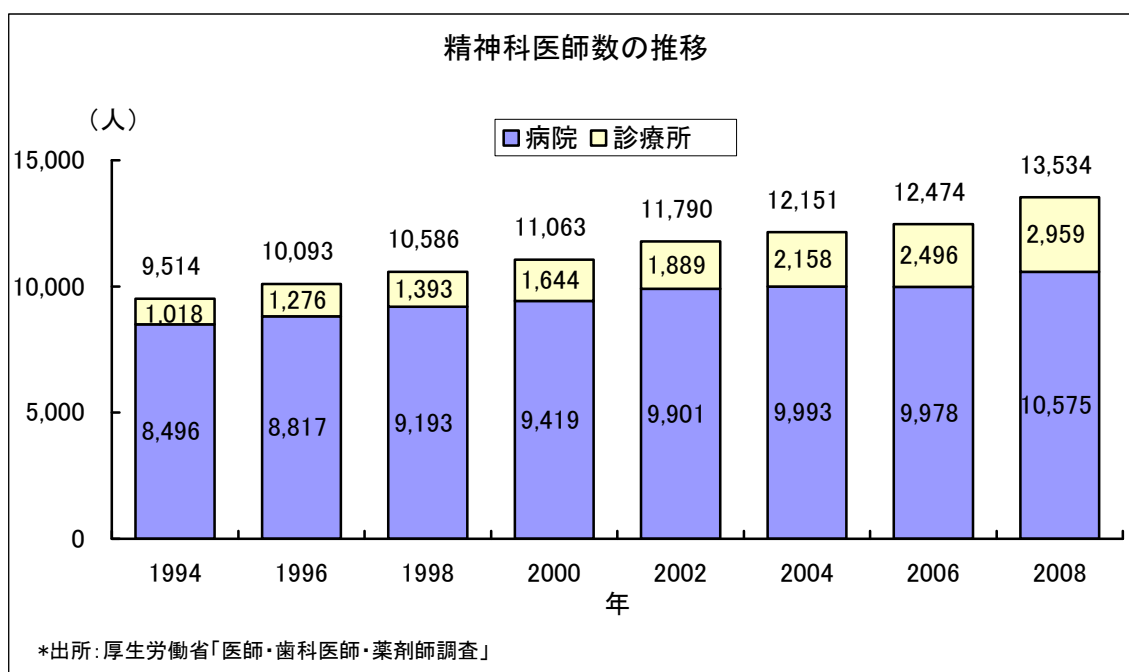
しかし、麻酔科医師については、1994年時点ではかなり少なかったもので、その後の伸びは、他の診療科と単純に比較できない。また精神科医師は診療所で増加しており、外来のうつ病患者や認知症患者の増加など、社会的ニーズによって増加している面もあると考えられる（表 4.3.3、図 4.3.21）。

表 4.3.3 医療施設に従事する医師数

	麻酔科	精神科	皮膚科	眼科	整形外科	総数	小児科	耳鼻咽喉科	内科	産婦人科	外科
1994年	4,683	9,514	6,493	10,174	15,577	220,853	13,346	8,448	71,106	11,039	24,718
2008年	7,067	13,534	8,214	12,627	19,273	271,897	15,236	8,936	70,263	10,012	22,112
(倍)	1.5	1.4	1.3	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.0	0.9	0.9

*出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図 4.3.21 精神科医師数の推移



5. 2012 年度の診療報酬改定にむけて

5.1. 日本医師会の要望

野田総理大臣は、就任前の 8 月に、2012 年度の診療報酬改定について、「基本的にマイナスはない」と発言された。日本医師会はこのことを文字どおり受け止め、2012 年度診療報酬改定にむけて、次の 3 点の確認、要望を行なう。

野田総理大臣（就任前）の発言

2010 年度診療報酬改定では、財務・厚労の立場で長妻昭前厚生労働相と厳しい交渉をした。次期同時改定は乾坤一擲のポイントになる。
基本的にマイナスはないだろう。

「民主党 あるべき社会保障と財源を考える会」2011 年 8 月 25 日

(Medifax 2011 年 8 月 26 日)

2012 年度の診療報酬改定にむけて
日本医師会の要望

1. 診療報酬は、前回を下回らないよう、全体（ネット）で引き上げることを。
2. 診療報酬改定率は、入院と外来にあらかじめ配分しないこと。配分の方法は中医協の議論にゆだねること。
3. 診療所・中小病院を中心に、不合理な診療報酬項目の是正を行なうこと。そのために、財源をしっかりと確保すること。

5.2. 不合理な診療報酬項目の見直しについて

5.2.1. 基本方針

日本医師会は、5月19日、当時の細川厚生労働大臣に、不合理な診療報酬についての見直しなどを行なうことを求めた。その基本方針は以下のとおりである。

個別重点項目の1つは、診療所、中小病院の再診料の見直しである。診療所、中小病院の再診料の水準を、以前の診療所の水準に戻し、さらに最低でも、前回改定における入院医療費改定率相当の引き上げを求める。

不合理な診療報酬項目の見直しにむけての 日本医師会の基本方針

1. 前回の診療報酬改定の結果、医療費が大規模病院に偏在し、地域医療がまさに危機的状態に瀕していることから、診療所、中小病院に係る診療報酬上の不合理を重点的に是正する。
2. 被災地では、患者、医療従事者が大きく移動しており、人員配置基準を満たせなくなっている医療機関が少なくない。また、その影響は全国に波及している。当面の間、人員や施設に関する基準の緩和を実施し、今回改定では、施設基準等を要件とする新たな診療報酬項目は創設しない。

5.2.2. 再診料・外来管理加算の検証

再診料

前回改定で、再診料は診療所では 71 点から 69 点に引き下げ、病院では 60 点から 69 点に引き上げて統一された。

これまで病院は入院、診療所は外来という役割分担の下、診療所では主たる財源である再診料が病院よりも高く設定されてきた。この役割分担の方向性は、社会保障国民会議でも踏襲されている。診療所の外来診療を高く評価することこそ、本来の姿である。

外来管理加算

前回改定で、外来管理加算のいわゆる 5 分ルール⁶を廃止した一方、簡単な症状の確認等を行ったのみの継続処方については、外来管理加算を算定できない取り扱いとした。厚生労働省は、算定回数が約 120 億円相当増加するとしたが、実際には算定回数は減少した。

以上のように、外来管理加算の算定回数増加分が過大に見積もられており、そのため、再診料など他の外来財源がきびしく抑制された。日本医師会は、診療所、中小病院の再診料の水準を以前の診療所の水準に戻し、さらに最低でも、前回改定における入院医療費改定率相当の引き上げを行なうことを求める。

⁶ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体観察を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

- 1 問診し、患者の訴えを総括する。
- 2 身体観察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。
- 3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。
- 4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

上記に規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね 5 分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診療開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

5.2.3. 不合理な診療報酬項目

日本医師会は、①地域ブロックからの意見、②社会保険診療報酬検討委員会からの意見、③基本診療料のあり方に関するプロジェクト委員会および医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会の議論—などをもとに、不合理な診療報酬項目の見直しについて検討を進めてきた（表 5.2.1）。そのうち、特に緊急性、重要性が高い項目を以下のとおり整理した（2011年10月12日までのものであり、今後の検討によって修正することがある）。

表 5.2.1 不合理な診療報酬項目の見直しについて

① 再診料および地域医療貢献加算の見直し 診療所、中小病院の再診料の水準を以前の診療所の水準に戻し、さらに最低でも、前回改定における入院医療費改定率 [※] 相当の引き上げを求める。また、地域医療貢献加算（診療所のみ対象）の要件をわかりやすく見直すよう強く求める。 ※2010年度医科入院改定率+3.03%（約4,400億円）
② 同一医療機関における複数科受診時の診療科別の評価 再診で複数科受診時、それぞれの診療科を適切に評価すべきである。
③ 入院中の患者の他医療機関受診の取扱いの見直し 入院元、受診先のそれぞれの医療機関は責任を持って診療行為を行っており、それぞれ適切に評価すべきである。
④ 有床診療所の入院基本料の引き上げ 医師や看護職員が医学的管理を行ない、密度の濃い医療を提供しながら、介護施設よりも評価が低いことは不合理であり、是正を求める。
⑤ 療養病棟入院基本料において複数の疾患等を合併している場合の医療区分の引き上げ 複数の疾患・状態が合併した場合、医療区分の評価の引き上げを要望する。
⑥ 療養病棟入院基本料における認知機能障害加算の再評価 認知症対策は国民的最重要課題のひとつであり、その専門的ケアを適切な水準で再評価することを要望する。
⑦ 療養病棟入院基本料の医療区分1の評価の見直し 医療区分1における医療の質を確保するため、ケア時間等を踏まえて評価を引き上げることを要望する。
⑧ 夜勤72時間ルールの緩和 看護職員の確保、医療および看護の質の確保のために、夜勤72時間以下とする要件等を大幅に緩和することを要望する。
⑨ 一般病棟入院基本料15対1の引き上げ 地域医療再生のために、一般病棟入院基本料15対1を最低でも改定前の水準に戻すことが必要である。
⑩ 特定疾患療養管理料における病床区分の見直し 特定疾患療養管理料の病床区分を一般病床数に改め、点数の統一を要望する。
⑪ 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院とそれ以外の在宅点数格差是正 在宅診療等以外も、在宅診療等と同じように在宅医療を行なっている場合には、同様の評価をすべきである。
⑫ 在宅ターミナルケア加算の見直し 在宅診療以外については、24時間対応の医療機関との連携を届け出た上で、要件を緩和し、在宅ターミナルケアについて十分に評価することを要望する。
⑬ コンピュータ断層診断の要件の見直し 他医療機関撮影のCT等の読影は、初診・再診に関わらず評価すべきである。
⑭ 処方日数の適正化 長期処方（たとえば30日以上）は、必要理由の記載を義務付けるようにすることを要望する。