

財政制度等審議会 財政制度分科会

平成23年11月28日(月)
10:00~12:00
於 第3特別会議室
(本庁舎4階 中-412)

1. 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
 - 一 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 社団法人日本医師会 副会長
 - ・ 亀田隆明 医療法人鉄蕉会 理事長
- その他

2. 配付資料

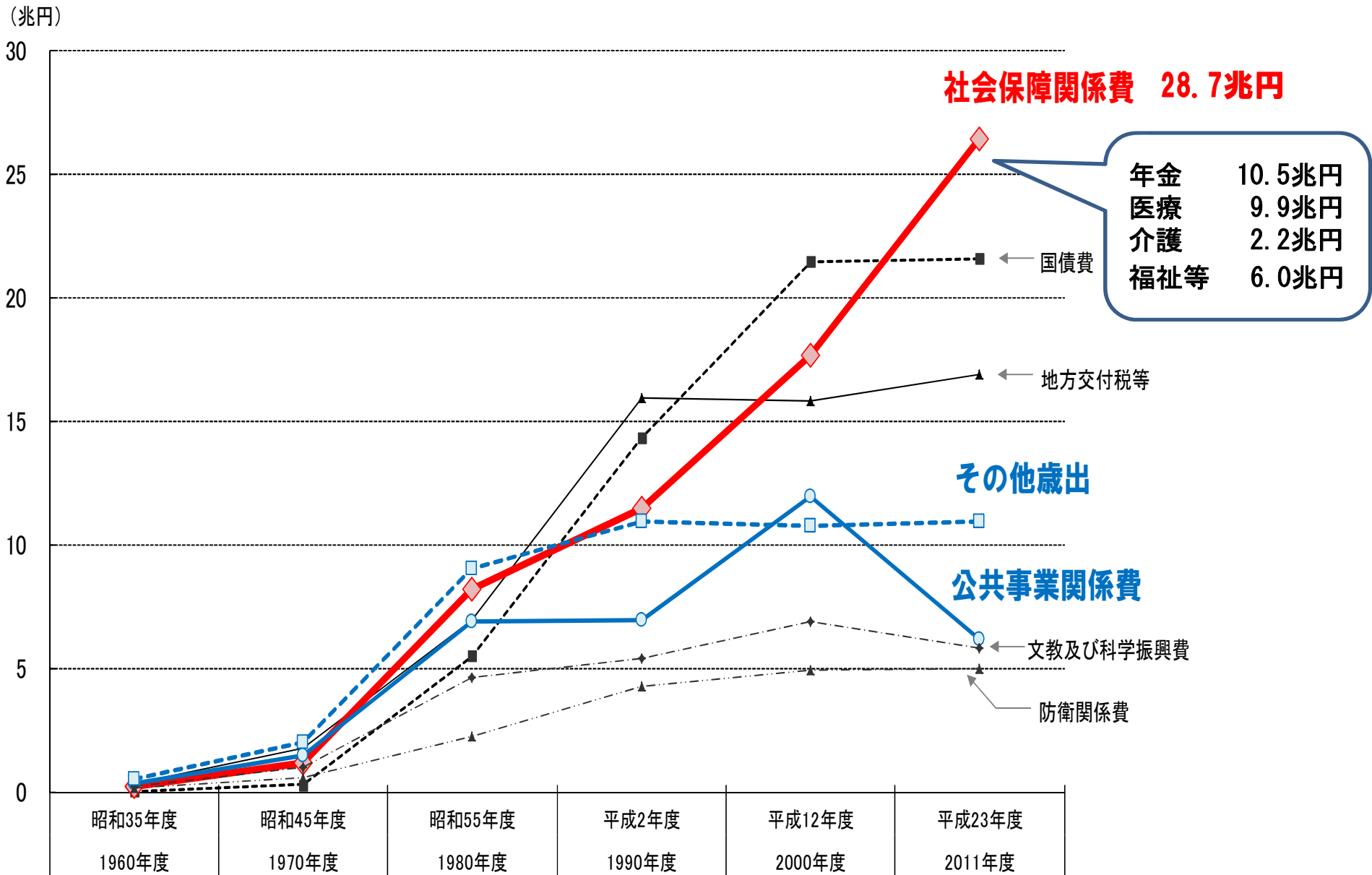
- 資料1 社会保障関係資料
- 資料2 中央社会保険医療協議会 提出資料
「次期診療報酬改定について」
- 資料3 社会保障審議会 介護保険部会 提出資料
「介護保険制度改正をめぐって」
- 資料4 社団法人日本医師会 提出資料
「平成24年度予算編成に向けての日本医師会の見解」
- 資料5 医療法人鉄蕉会 亀田隆明理事長 提出資料
「雇用を守り、医療崩壊を防ぐために」
- 資料6 財政制度分科会 法制・公会計部会委員名簿

社会保障関係資料

平成23年11月

財務省主計局

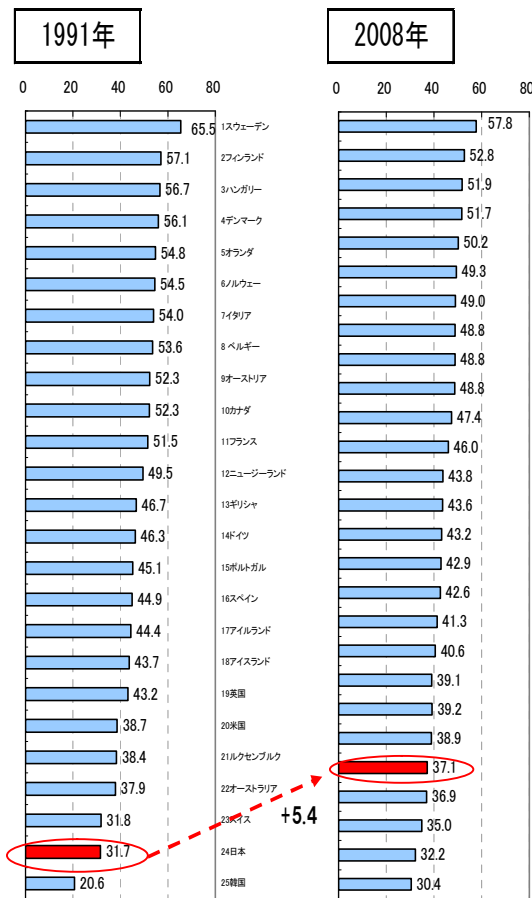
一般会計の主要経費別歳出額の推移



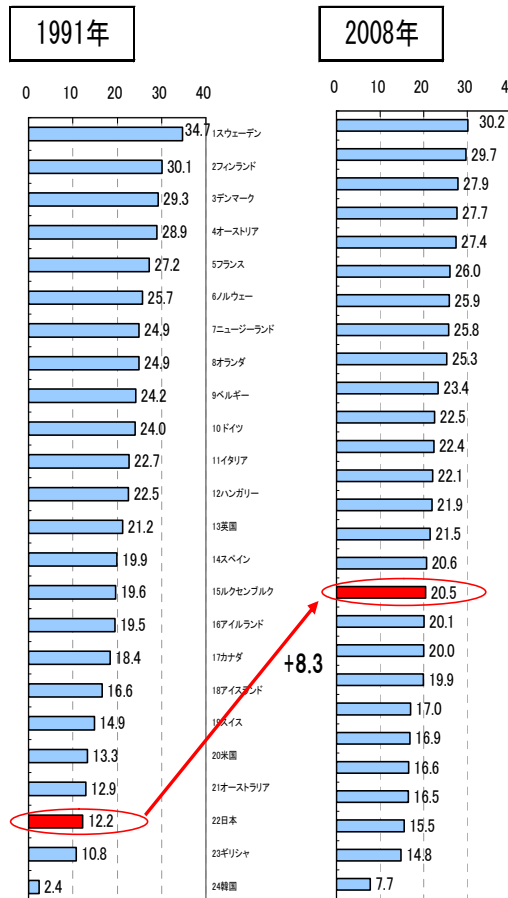
諸外国と比較した我が国の財政規模（社会保障、社会保障以外）

急速な高齢化を反映して社会保障支出は増大し、OECDで中位に。
一方で、社会保障以外の支出は、OECDで最下位に。

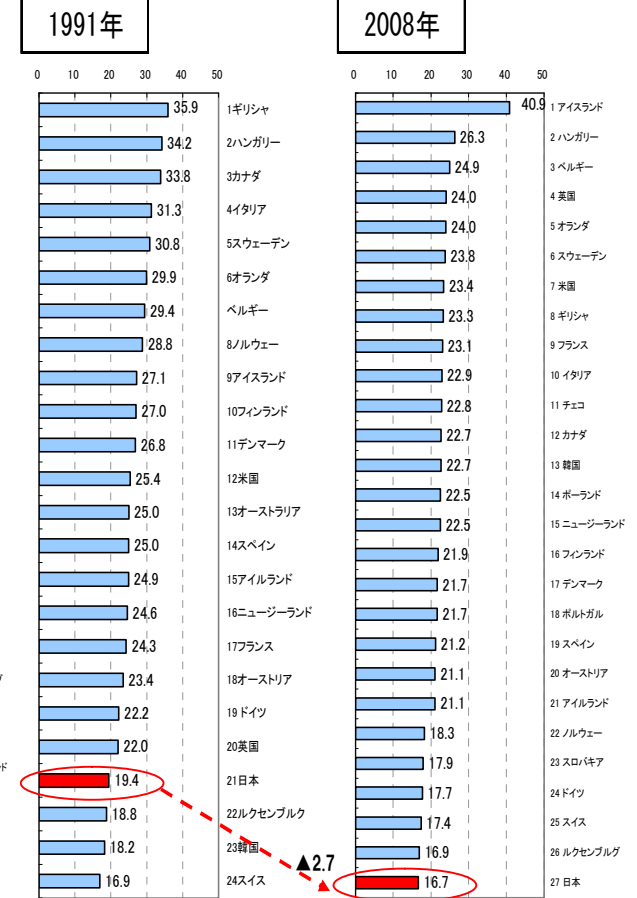
政府の総支出（対GDP比）



政府の社会保障支出（対GDP比）



政府の社会保障以外の支出（対GDP比）



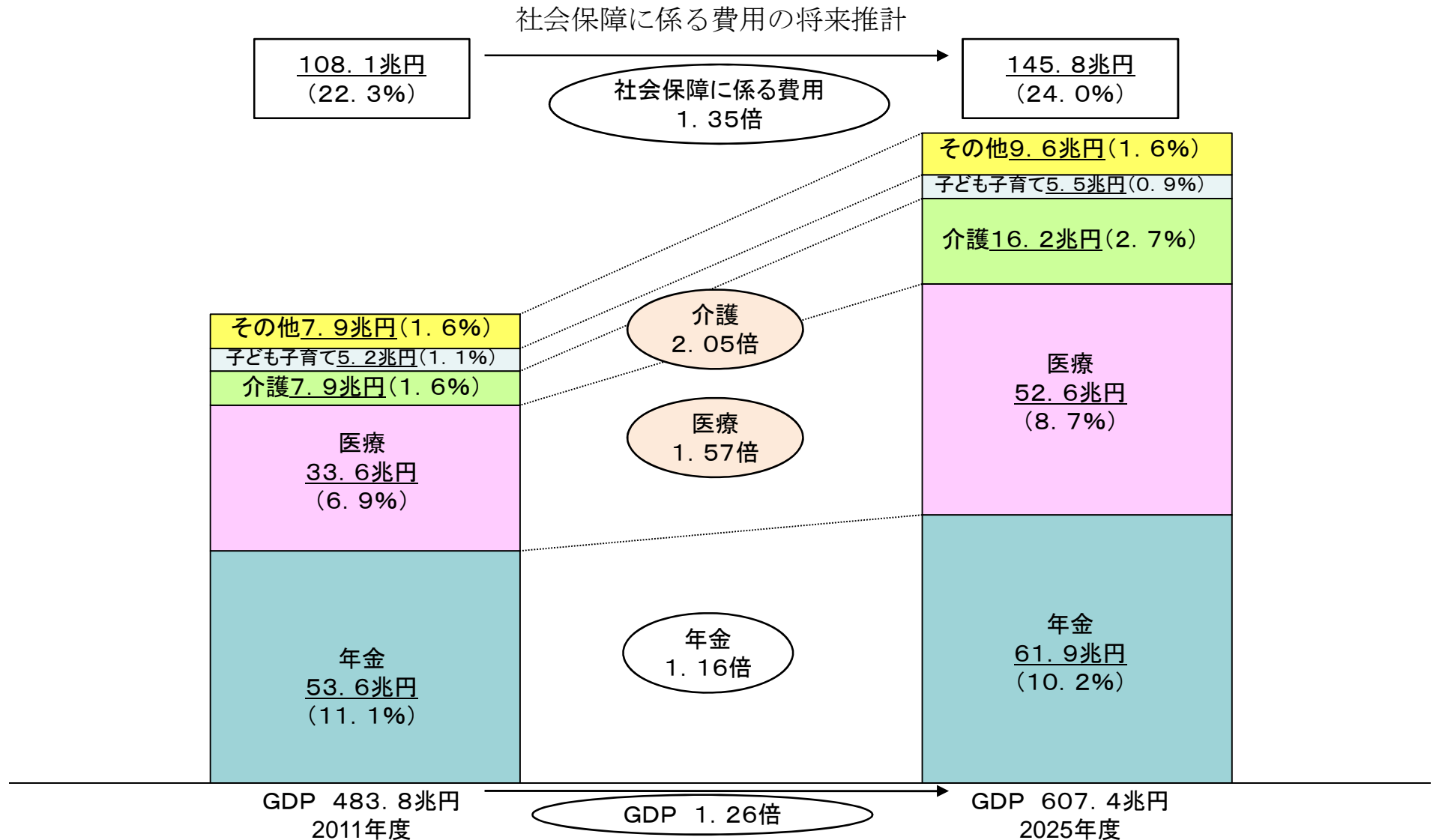
(出典) OECD「Economic Outlook 76」、同「National Accounts 2010 vol. II」、同「Stat Extracts National Accounts」
(注1) 数値は一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。
(注2) 2008年の数値は、ニュージーランドは2005年、カナダは2006年の値。

(出典) IMF「Government Finance Statistics Yearbook 2002」、OECD「Economic Outlook 76」、
同「National Accounts 2010 vol. II」、同「Stat Extracts National Accounts」
(注1) 数値は一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。
(注2) 2008年の数値は、ニュージーランドは2005年、カナダは2006年の値。

(出典) OECD「Economic Outlook 76」、同「National Accounts 2010 vol. II」、
同「Stat Extracts National Accounts」
(注1) 数値は一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。
(注2) 2008年の数値は、ニュージーランドは2005年、カナダは2006年の値。

社会保障制度の安定財源確保と効率化

今後、高齢化に伴って、医療・介護をはじめとして、経済成長や税金・保険料収入以上に支出が伸びると見込まれる。税制抜本改革による安定財源確保とともに、支出の抑制が必要。



(出典)平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議 参考資料1-1 「(参考推計)社会保障に係る費用の将来推計について」を基に作成。
 2025年度の社会保障に係る費用は医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、さらに、子ども子育てに係る機能強化を考慮しない場合の数値。
 (注)表記額は実額、()内の%表示はGDP比。

医療

診療報酬の改定率とは

診療報酬本体

前回 (22年)	+1.55 %
前々回 (20年)	+0.38 %
18年	▲1.36%
16年	± 0%
14年	▲1.3 %
12年	+1.9 %
10年	+1.5 %

医師、看護師の人的費など



薬価等

前回 (22年)	▲1.36 %
前々回 (20年)	▲1.2 %
18年	▲1.8 %
16年	▲1.0 %
14年	▲1.4 %
12年	▲1.7 %
10年	▲2.8 %

流通価格の下落を反映して
毎回マイナスとなる

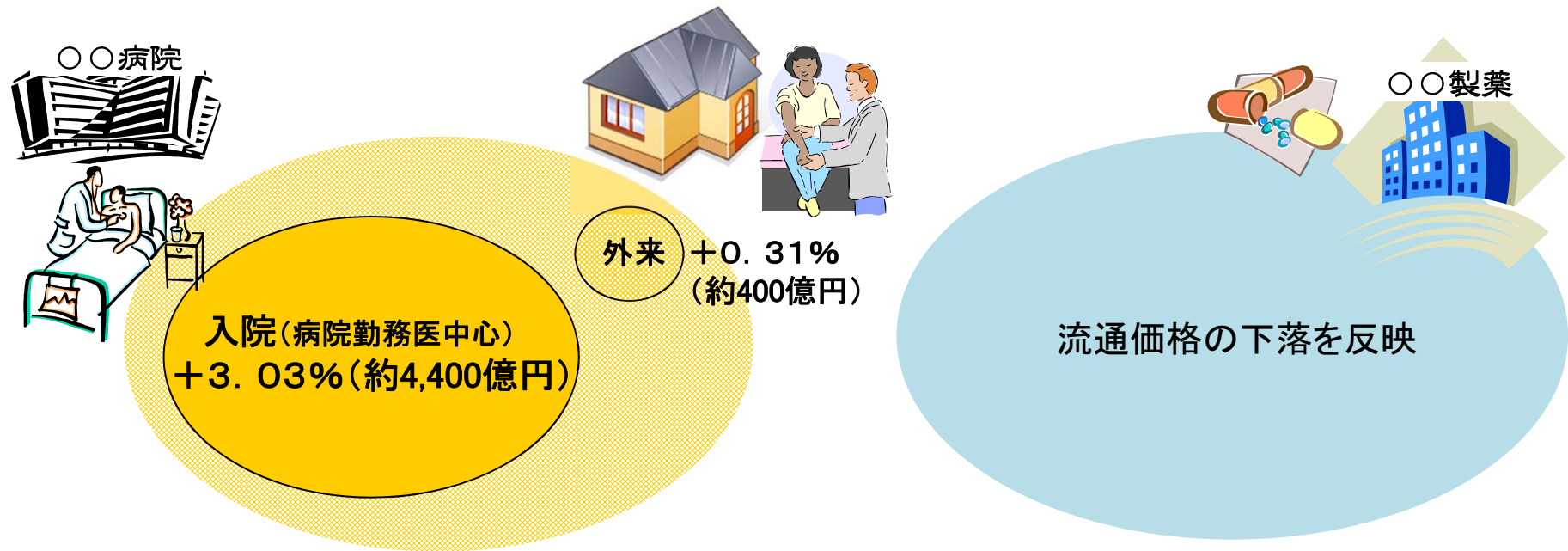


いわゆる「ネット」の
診療報酬改定率

22年	+0.19%
20年	▲0.82%
18年	▲3.16%
16年	▲1.0%
14年	▲2.7%
12年	+0.2%
10年	▲1.3%

前回の診療報酬改定

前回の平成22年診療報酬改定では、大幅な配分の見直しを行い、医師不足問題が深刻な病院勤務医や特定の診療科(産科・小児・救急・外科等)に重点配分。



診療報酬本体 +1.55%(約5,700億円)

増額分の大半を急性期入院医療に配分

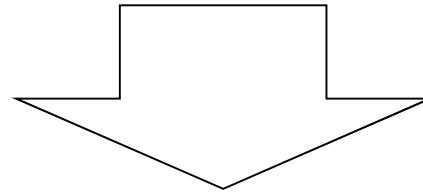
薬価等 ▲1.36%(約▲5,000億円)

医療費の増大が国民負担に及ぼす影響

医療費36兆円の内訳

税(公費): 37% (13.5兆円) [国: 25% (9.1)、地方: 12% (4.4)]	保険料: 49% (17.5兆円) [事業主: 20% (7.3)、被保険者: 28% (10.2)]	患者負担等 14% (5.0兆円)
---	--	----------------------

診療報酬を1%引き上げた場合

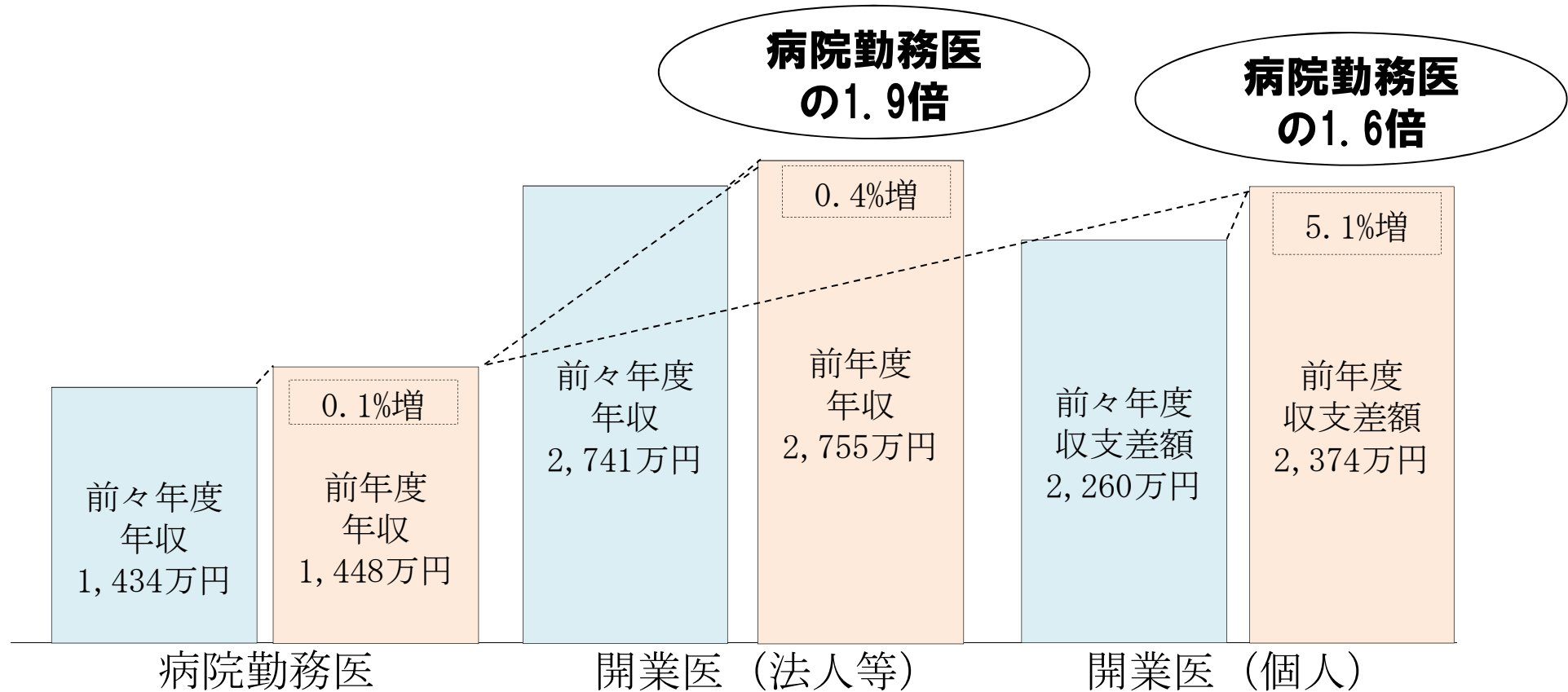


約3600億円の医療費増

税(公費) 約1350億円増 (うち国費約900億円増)	保険料 約1,750億円増	患者負担 約500億円増
---------------------------------	---------------	-----------------



病院勤務医と診療所医師(開業医)の給与の前々年度と前年度の比較



「医療経済実態調査報告(平成23年6月実施)」より

(注1) 病院勤務医については、介護収益が2%未満の医療機関の集計。

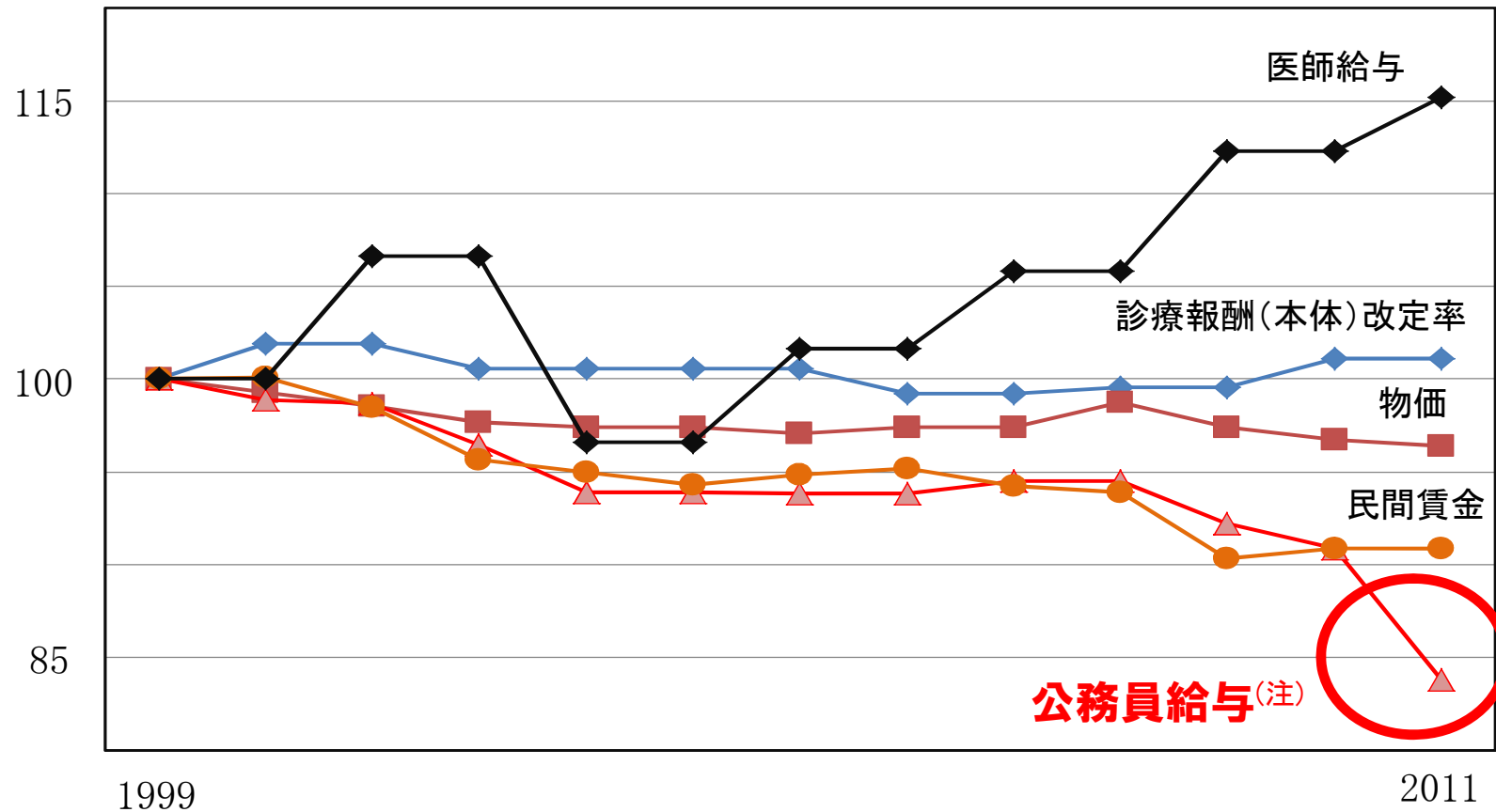
(注2) 開業医については、介護収益が2%未満の医療機関とそれ以外の病院を含めた集計。

(注3) 収支差額とは、保険診療収入等の医業収入から給与費や医薬品費等の医業費用を差し引いたもの。主に開設医師の報酬となる。

(注4) 平成23年度3月末までに終了する直近の2事業年度の数値であるため、対象期間にばらつきがある。

人件費カットやデフレ傾向との乖離

1999年度を100とした時の賃金・物価動向の推移

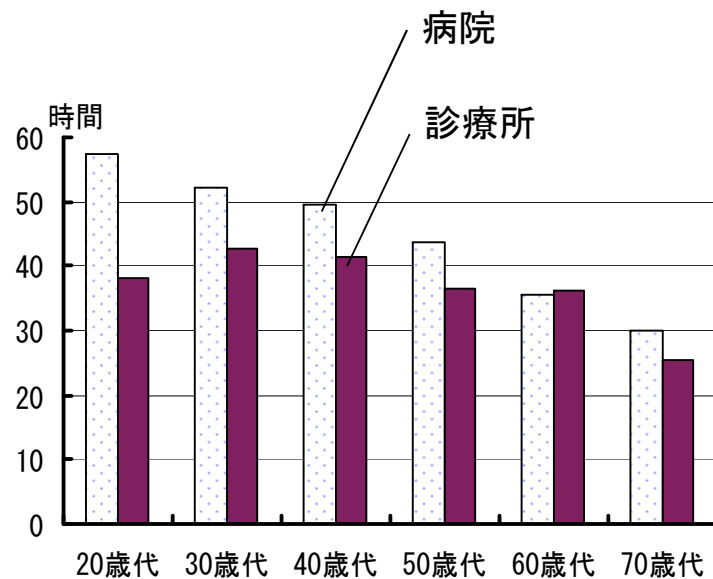


- ※ 医師給与=医療経済実態調査 病院勤務医(医師・歯科医師)
- ※ 物価=消費者物価指数
- ※ 公務員給与=人事院勧告(行(一)平均給与)
- ※ 民間賃金=毎月勤労統計

(注)公務員給与の2011年の下落は、「国家公務員の給与の臨時特例に関する法律案」による平均給与への影響▲7.8%を反映

病院勤務医と診療所医師(開業医)の勤務時間の比較

医師の平均従業時間(週あたり/男性)



(出典)「医師需給に係る医師の勤務状況調査」
(17年11月～12月の抽出調査)

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」

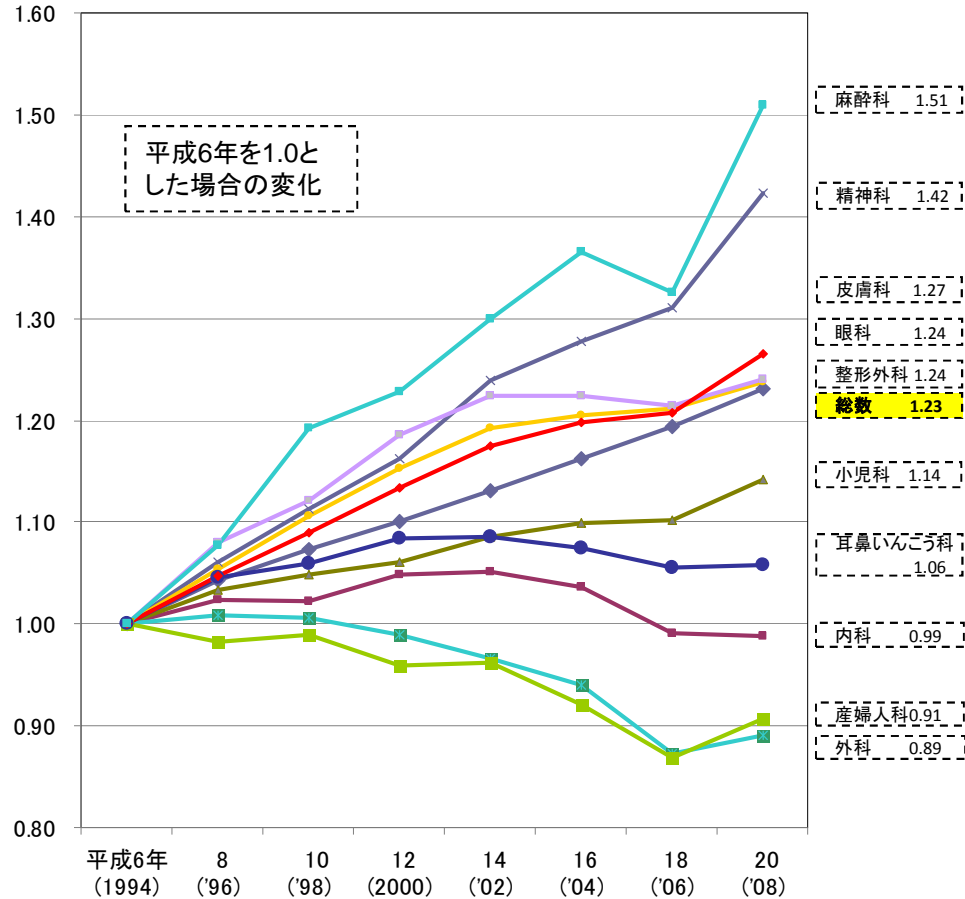
○ 診療所における休日・時間外の延べ診療患者数
(一月あたり)

	1999年	⇒	2004年
・ 休日	72.5万人		32.8万人
・ 時間外(診療時間以外)	46.5万人		25.2万人
・ 深夜(午後10時～午前6時)	7.0万人		2.2万人

(出典)「社会医療診療行為別調査」

診療科ごとの医師数の変化と収入

主な診療科の医師数の変化



(出典)「平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査」

診療科別医師収入(開業医)

診療科名	収支差額
眼科	約 3,500万円
小児科	3,300万円
精神科	2,600万円
産婦人科	2,600万円
皮膚科	2,600万円
全体	2,200万円
整形外科	2,100万円
内科	1,900万円
耳鼻咽喉科	1,900万円
その他	1,500万円
外科	1,400万円

(出典)「医療経済実態調査報告(平成23年6月実施)」引用

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進

先発品と後発品では成分が同じでも1.5～3.5倍の価格差がある。

<先発品と後発品で薬価の差が大きい例>
 ……高脂血症用剤(5mg 1錠)

先発品: 薬品 A 59.30円 (100)

後発品: 薬品 B 35.40円 (60)
 薬品 C 27.30円 (46)
 薬品 D 15.60円 (26)

<先発品と後発品で薬価の差が小さい例>
 ……X線造影剤(50ml 1瓶)

先発品: 薬品 E 5,335円 (100)

後発品: 薬品 F 3,985円 (75)
 薬品 G 3,651円 (68)
 薬品 H 3,239円 (61)

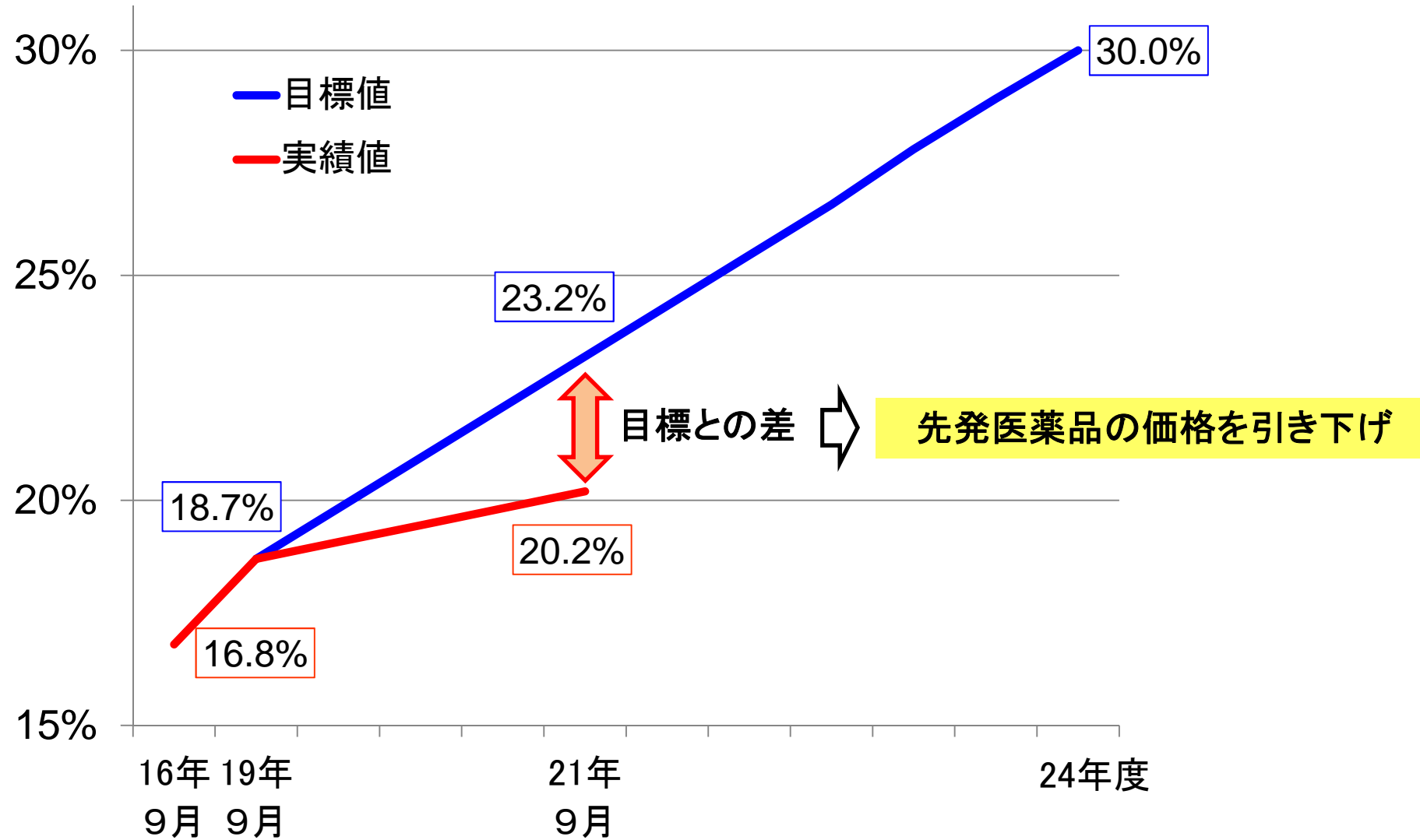
国名	ジェネリック医薬品シェア (単位: %) (2009年度)	
	数量	金額
日本	20.2	7.6
アメリカ	72	14
イギリス	65	26
ドイツ	63	24
フランス	23	12

(出典) 日本: 厚生労働省 2009年9月 薬価調査
 アメリカ、イギリス、ドイツ: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, Dec MAT 2009
 フランス: フランス政府・医療用品経済委員会(CEPS)報告

(注) 諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較できないことに留意が必要。

平成22年薬価改定における後発医薬品のある先発医薬品の薬価引き下げ

(後発医薬品シェア)



医療サービスの機能強化と効率化・重点化

- 論点① 医療サービスの価格はどうあるべきか。
- 論点② 今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。
- 論点③ 病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

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、また診療科目間について、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・診療科目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、社会保障審議会での検討の上、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。

行政刷新会議「提言型政策仕分け」(平成23年11月22日)におけるとりまとめ(方向性)

後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策

論点① 後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。

論点② 病院でも薬局でも買うことのできる薬の負担はどうあるべきか

先発品の薬価は後発医薬品(ジェネリック)の薬価を目指して大幅に引き下げ、医療費の支出と国民の負担を最小限にすべき。併せて、先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすることについて検討すべき。加えて、医師・薬剤師から主な先発品・後発品のリストを患者に提示する義務を課すことについても検討すべき。後発医薬品の推進のロードマップを作成し、行政刷新会議に報告すること。

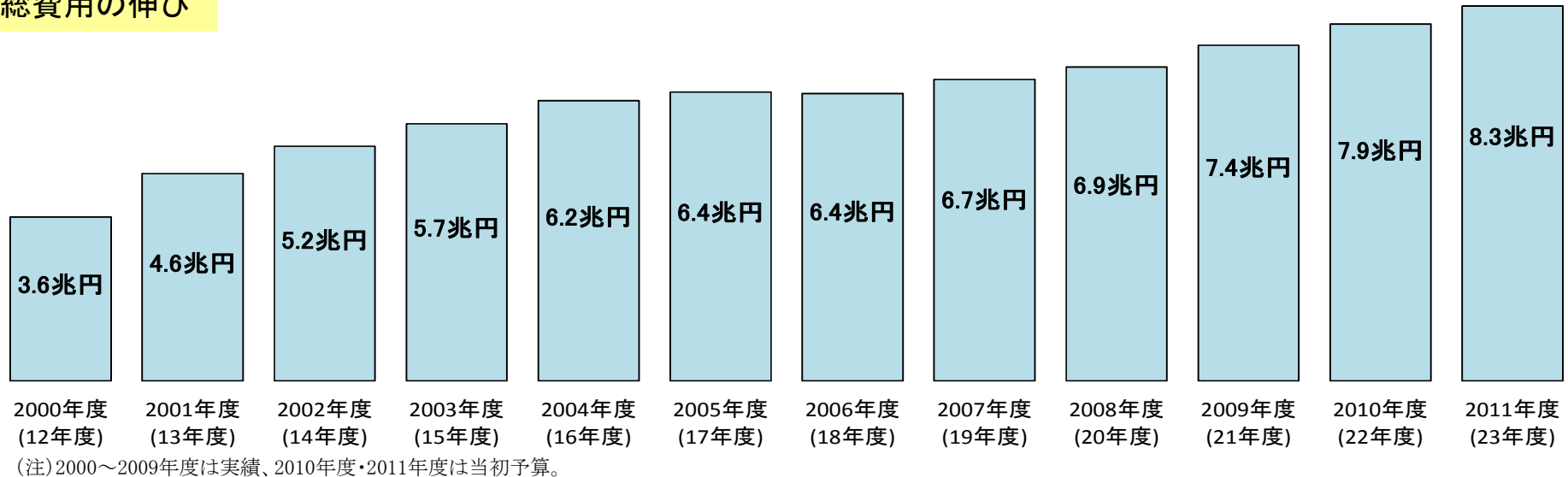
ビタミン剤など市販品類似薬については、自己負担割合の引き上げを試行すべき。さらに、一部医療保険の対象から外すことについても検討すること。

介 護

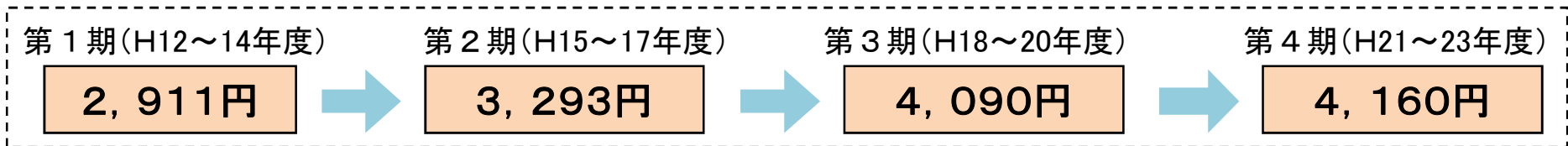
介護保険について

制度創設10年あまりで費用が2倍以上に伸びており、費用を抑制しなければ、長続きする制度とならない。

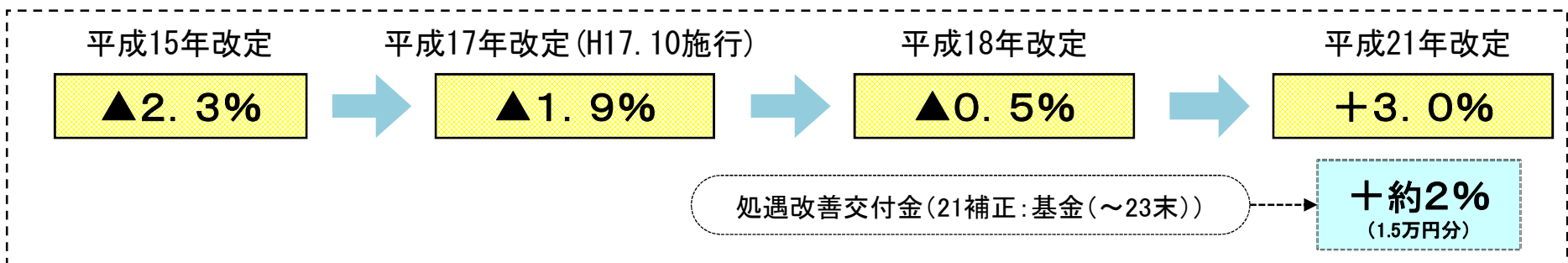
総費用の伸び



1号保険料の推移(加重平均)



過去の介護報酬改定



昨年11月の厚労省提出資料

社会保障審議会
介護保険部会資料より抜粋

国庫

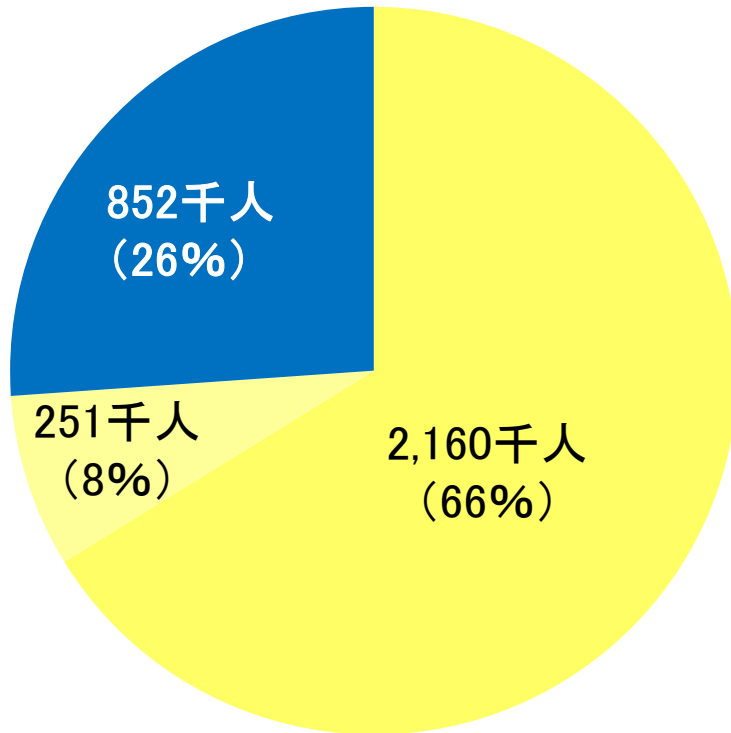
介護報酬プラス改定：500億円程度 +2%強の（1.5万円の介護職員処遇改善交付金相当）報酬改定
居宅サービスの充実 グループホーム家賃助成、認知症コーディネーター 配置などの認知症支援：80億円程度 複合型サービスなど
ユニット型個室の居住費の軽減：40億円程度 第1～2段階5千円、第3段階1万円の補足給付上乘せ

高所得者の自己負担引き上げ：▲110億円程度 第6段階の自己負担2割、高額介護サービス費の上限維持
居宅介護支援の自己負担導入：▲90億円程度 居宅介護支援月1千円、介護予防支援月5百円の自己負担
補足給付の支給要件の厳格化：▲20億円程度 市町村が施設入所前世帯の所得などを支給要件に追加可能
多床室の室料負担の見直し：▲40億円程度 第4段階以上から3施設の多床室の室料月5千円を徴収
軽度者の自己負担の引き上げ：▲120億円程度 予防給付の自己負担2割
第2号保険料の総報酬割1/2導入：▲640億円程度 第2号保険料の総報酬割1/3導入：▲430億円程度

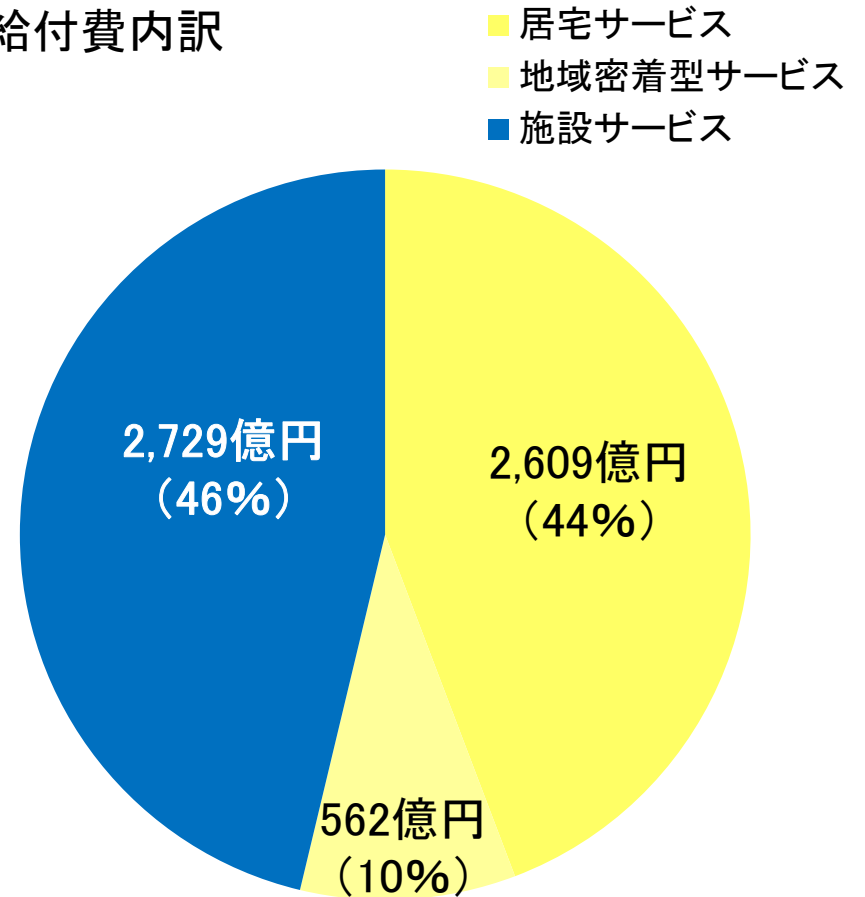
* 影響額は、第5期平均の年額。

サービス類型ごとの利用者数/給付費内訳等

○利用者内訳



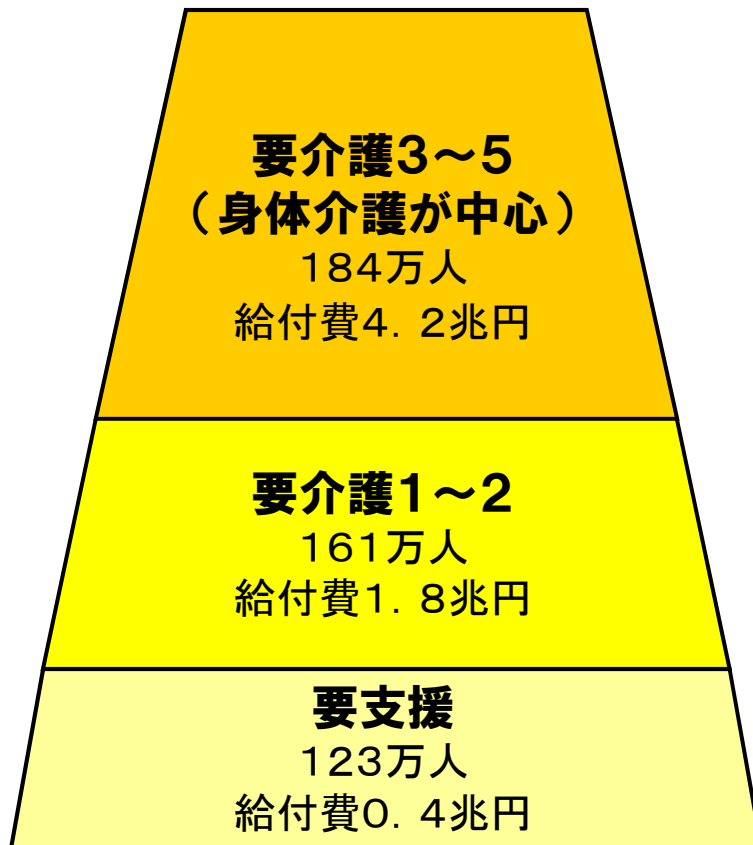
○給付費内訳



※ 補足給付分を含む

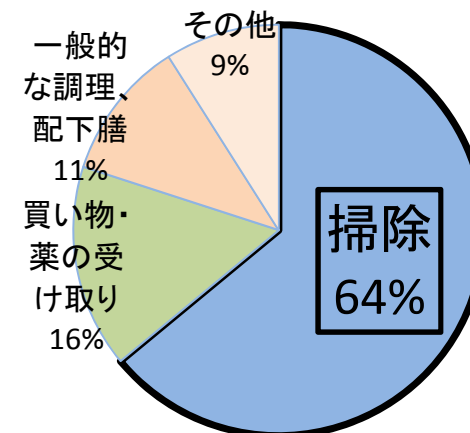
出典: 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年4月審査分)

軽度者介護について



区分	状態
要支援1	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能だが、何らかの支援を要する状態。(立ち上がり等)
要支援2	日常生活上の基本的動作について、ほぼ自分で行うことが可能だが、要支援1よりは支援を要する状態。(起き上がり等)
要介護1	要支援状態から、手段的日常生活動作を行う能力が低下し、部分的な介護が必要となる状態(起き上がり等)
要介護2	要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態(簡単な調理等)

「掃除」がサービスの半分以上を占める



生活援助サービスの内容

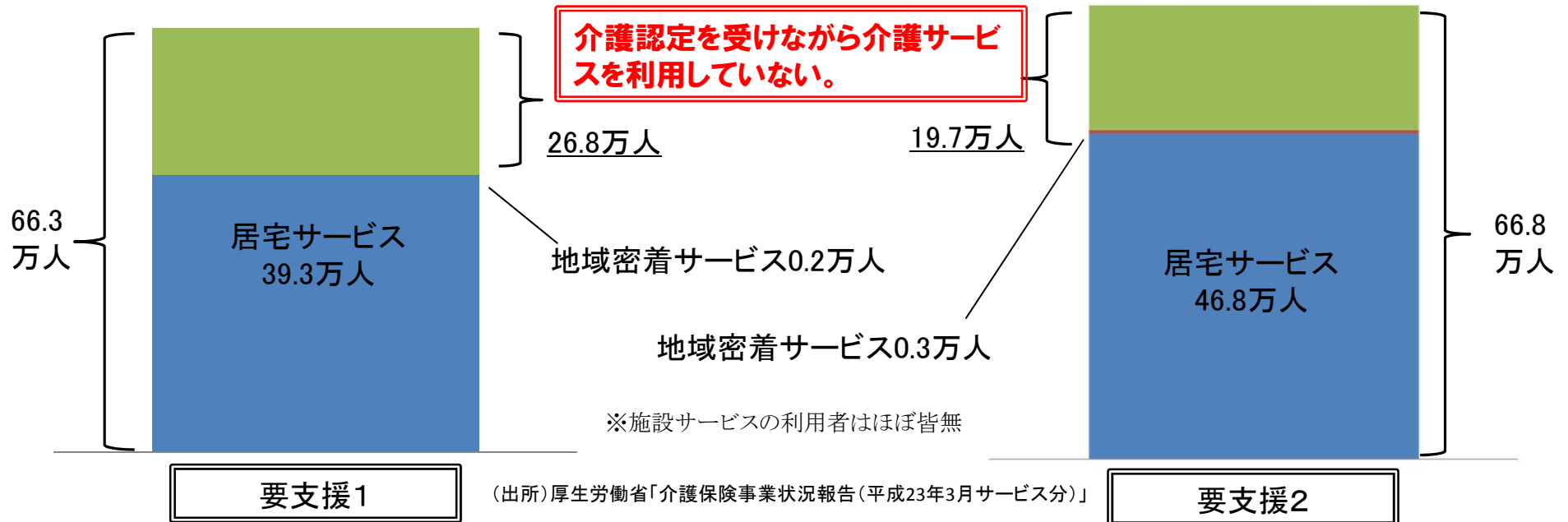
※ 自治体レベルでも、給付は重度者にシフトし、軽度者への給付は効率化すべきとの意見が見られる。
(財政制度等審議会ヒアリング・石川良一稲城市長、平成20年4月)

(注) 計数は平成20年度実績、生活援助のシェアは報酬単価により按分し、推計。

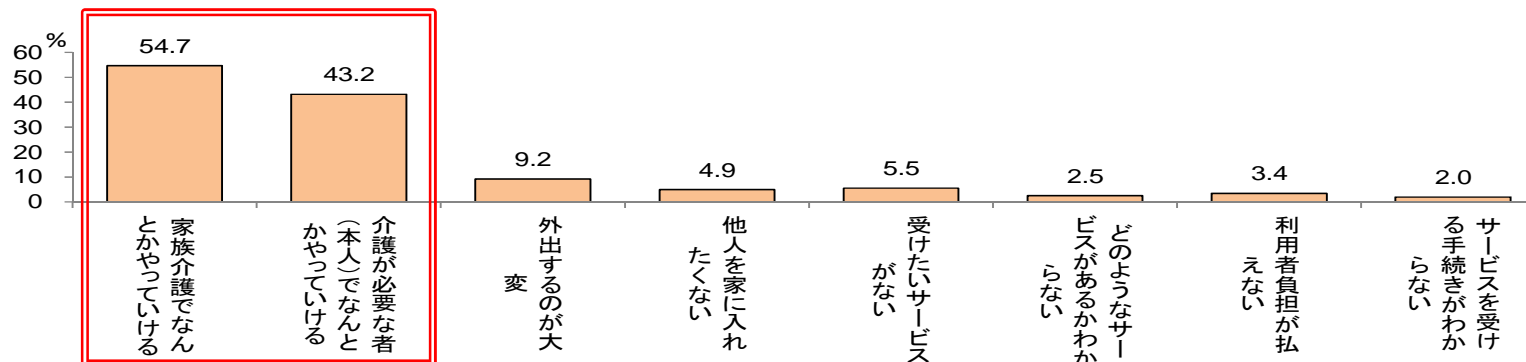
軽度者介護について②

「要支援」の認定を受けても、介護サービスを利用しない者が相当割合存在。

◎要支援1、2レベルの被保険者の介護サービス利用状況



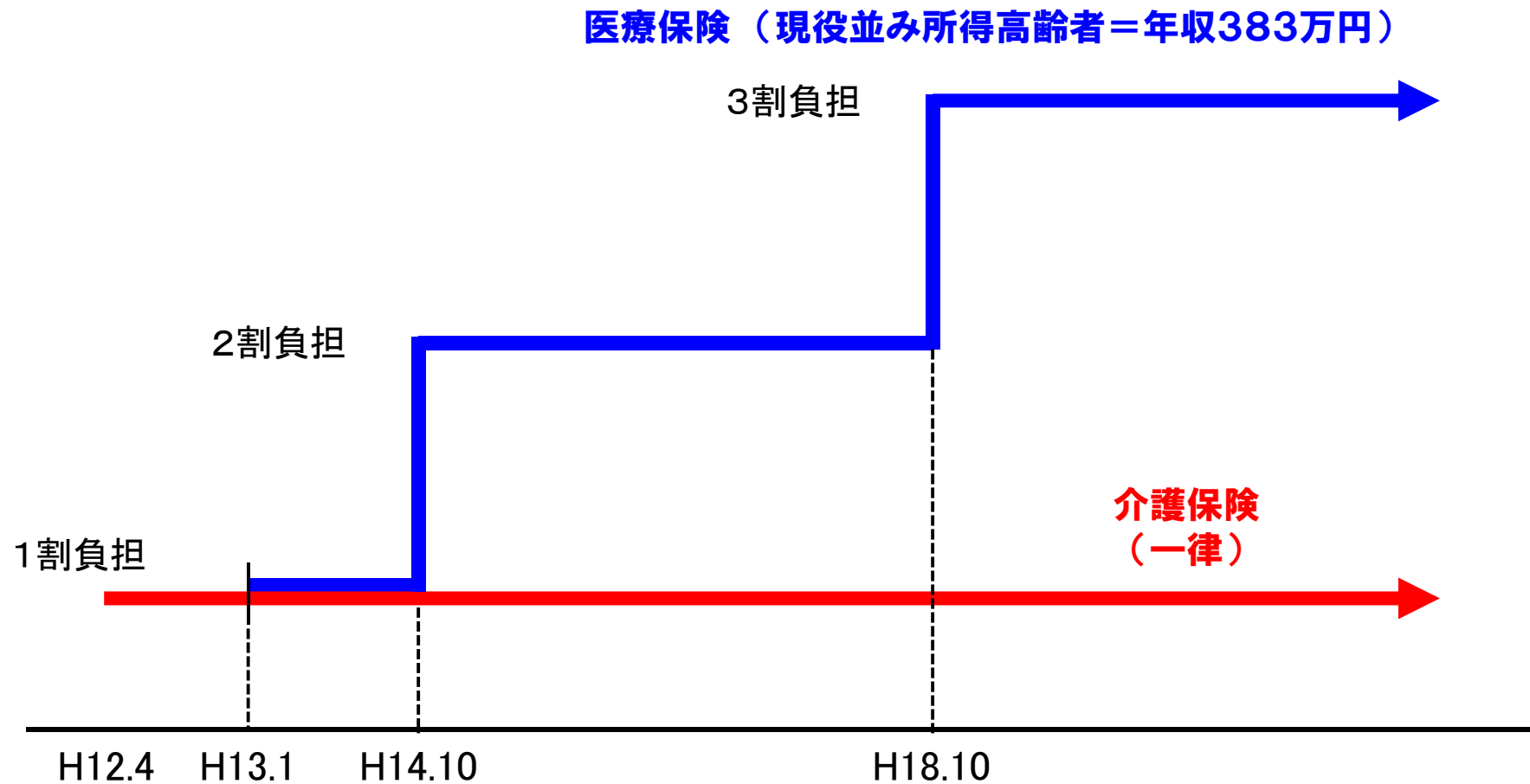
◎訪問系・通所系・短期入所サービス等を利用していない者の利用しなかった理由の割合(複数回答)



(出所)厚生労働省「平成22年国民生活基礎調査」

医療と介護の自己負担割合の推移

- 医療保険は、順次、自己負担割合を引き上げ。
- 介護保険の自己負担割合は1割のまま推移(引上げなし)。



(参考1) 医療保険(老人)のH13.1以前は、定額制
(参考2) 医療保険の現役並み所得者: 年収383万円(単身)
(参考3) 介護保険の現役並み所得者: 年収320万円

介護職員の処遇改善策に関するこれまでの経緯

平成20年12月
介護報酬改定率（+3.0%）の決定

平成21年4月～
介護報酬改定（+3.0%）を実施～（平成21～23年度）

平成21年5月 平成21年1次補正（約3,975億円）
介護職員処遇改善交付金（基金）（平成21年10月～23年度末）
→1人当たり平均月額1.5万円の賃上げに相当する額

平成23年12月
介護報酬改定率の決定

平成24年4月～
介護報酬改定を実施～（平成24～27年度）

介護職員の処遇改善について

<平成21年度介護労働実態調査結果>

「平成21年度**介護報酬改定**」に伴う
経営面での対応状況(複数回答)

①	基本給の引き上げ	30.4%
②	諸手当の導入・引き上げ	26.6%
③	教育研修の充実	21.4%
④	一時金の支給	19.2%

(出所) (財)介護労働安定センター「平成21年度介護労働実態調査」
※ 調査対象は全国の介護保険サービス事業を実施する事業所のうち
16,860事業所(うち回答があったのは、7,515事業所)。

<平成22年度介護労働実態調査結果>

「介護職員**処遇改善交付金**」に伴う
経営面での対応状況(複数回答)

①	一時金の支給	50.0%
②	諸手当の導入・引き上げ	29.8%
③	基本給の引き上げ	15.7%
④	教育研修の充実	15.3%

(出所) (財)介護労働安定センター「平成22年度介護労働実態調査」
※ 調査対象は全国の介護保険サービス事業を実施する事業所のうち
17,030事業所(うち回答があったのは、7,345事業所)。

「交付金では定期昇給はできない。一番いいのは介護報酬に入れ込むこと」(鳥取県社会福祉法人経営者)
「経営者が基本給を上げるには、介護報酬への飲み込みが必要」(民間介護事業推進委員会)
「介護報酬に飲み込んだ上で、処遇改善は、労使で協議すべき問題」(UIゼンセン同盟)
「処遇改善交付金は、報酬改定に飲み込むべき」(全国介護福祉会、土居慶大教授等)

「平成23年 介護事業経営実態調査」の結果について

○施設サービス

	平成20年	平成23年	収支差の増減
介護老人福祉施設(特養)	3.4%	9.3%	+5.9%
介護老人保健施設(老健)	7.3%	9.9%	+2.6%
介護療養型医療施設	3.2%	9.7%	+6.5%

(参考)全産業の売上高経常利益率

平成21年度 売上高経常利益率(%) [法人企業統計] 2.3% [中小企業実態基本調査] 1.3%

(介護給付費分科会 厚労省提出資料より抜粋)

○居住系サービス

	平成20年	平成23年	収支差の増減
訪問介護	0.7%	5.1%	+4.4%
通所介護	7.3%	11.6%	+4.3%

日経経済教室「黒字ため込む社会福祉法人」

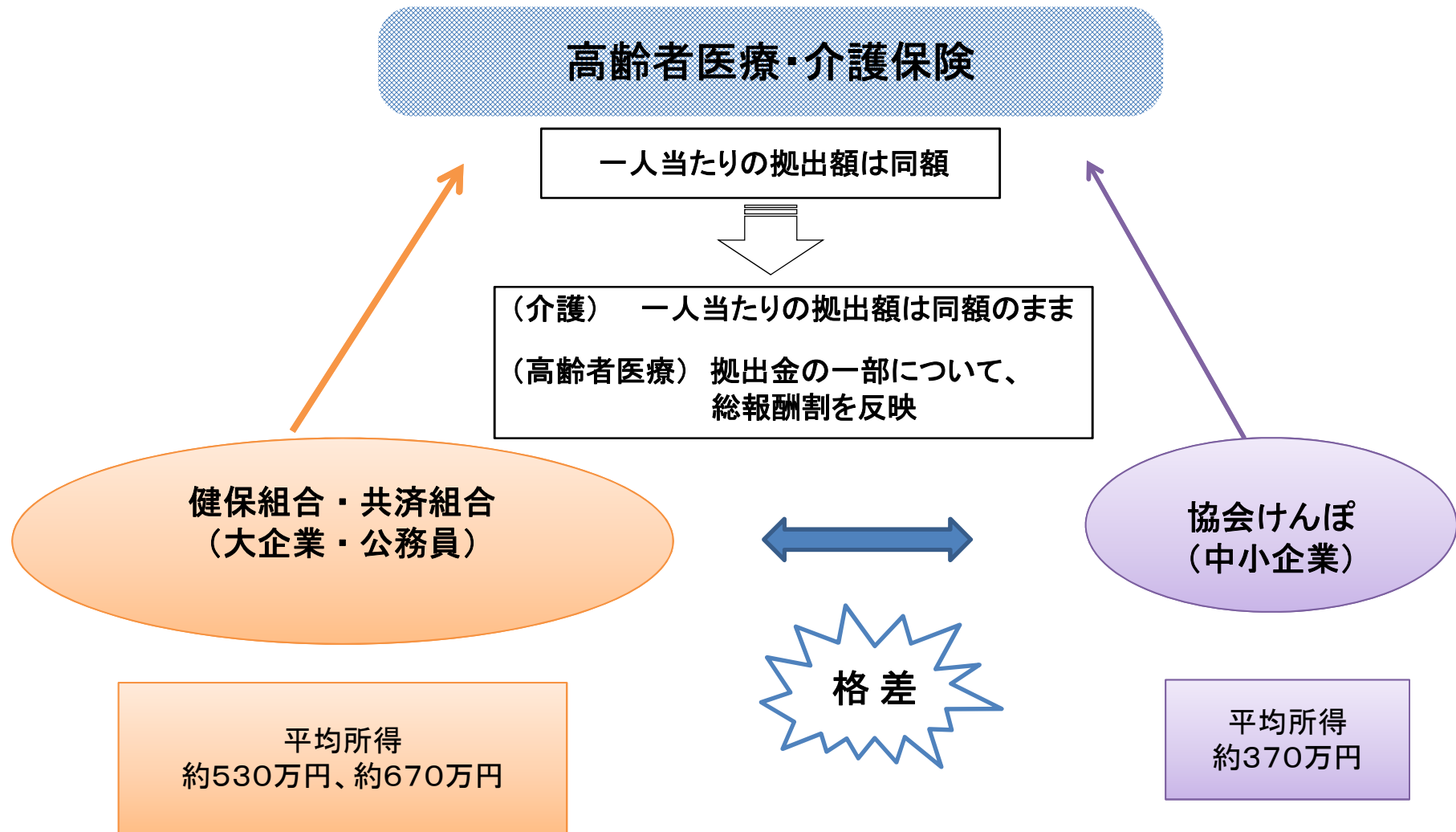
松山幸弘氏(キヤノングローバル戦略研究所主任研究員)(本年7月7日日経朝刊)

- 社会福祉法人のうち施設経営法人約1万6千について財務データを推計。その結果、施設を運営する社会福祉法人全体では黒字額が4451億円、純資産が12兆8534億円。
- 問題は、毎年の収支差額の黒字を蓄積した結果である純資産を社会還元しているかどうか。支出を純資産で割った値(社会還元度指数)でみると、純資産の社会還元に対する姿勢が、社会福祉法人ごとに大きく異なる。
- 黒字や補助金が社会還元されず純資産が増え続けるとすれば、それは公に返還するか、他の社会福祉法人に移管されてしかるべき。

<施設を運営する社会福祉法人の財務データ推計(2009年度)>

		収支差額 (億円)	純資産 (億円)	社会還元度 指数 = $\frac{\text{支出}}{\text{純資産}}$
病院あり 複合体	恩賜財団済生会	100	3,543	1.42
	聖隷福祉事業団	19	371	2.25
	その他	68	3,848	0.53
東京都 (病院なし)	病院なし複合体	68	1,860	0.58
	保育所	54	1,063	0.57
	障害者施設	54	981	0.59
	高齢者施設	81	3,317	0.37
	計(その他含む)	267	7,550	0.51
上記以外		3,997	113,222	0.51
合計		4,451	128,534	0.55

拠出金における総報酬割の導入



中小企業

保険料率：約9.3%

協会けんぽ

大企業

平均保険料率※：約7.7%

組合健保

保険料格差

※単純平均

医療・介護の保険料負担の格差

個別の健保組合の状況（22年度決算見込みベース）

【一人当たり総報酬額ベスト10】

順位	業態名	一人当たり 総報酬額 (万円)
1	出版・報道	1,201
2	教育	1,158
3	出版・報道	1,145
4	貿易	1,108
5	海上・航空	1,079
6	出版・報道	1,051
7	貿易	1,047
8	出版・報道	1,041
9	薬品	1,040
10	薬品	1,019
協会けんぽ		370

【保険料率が5%以下の組合】

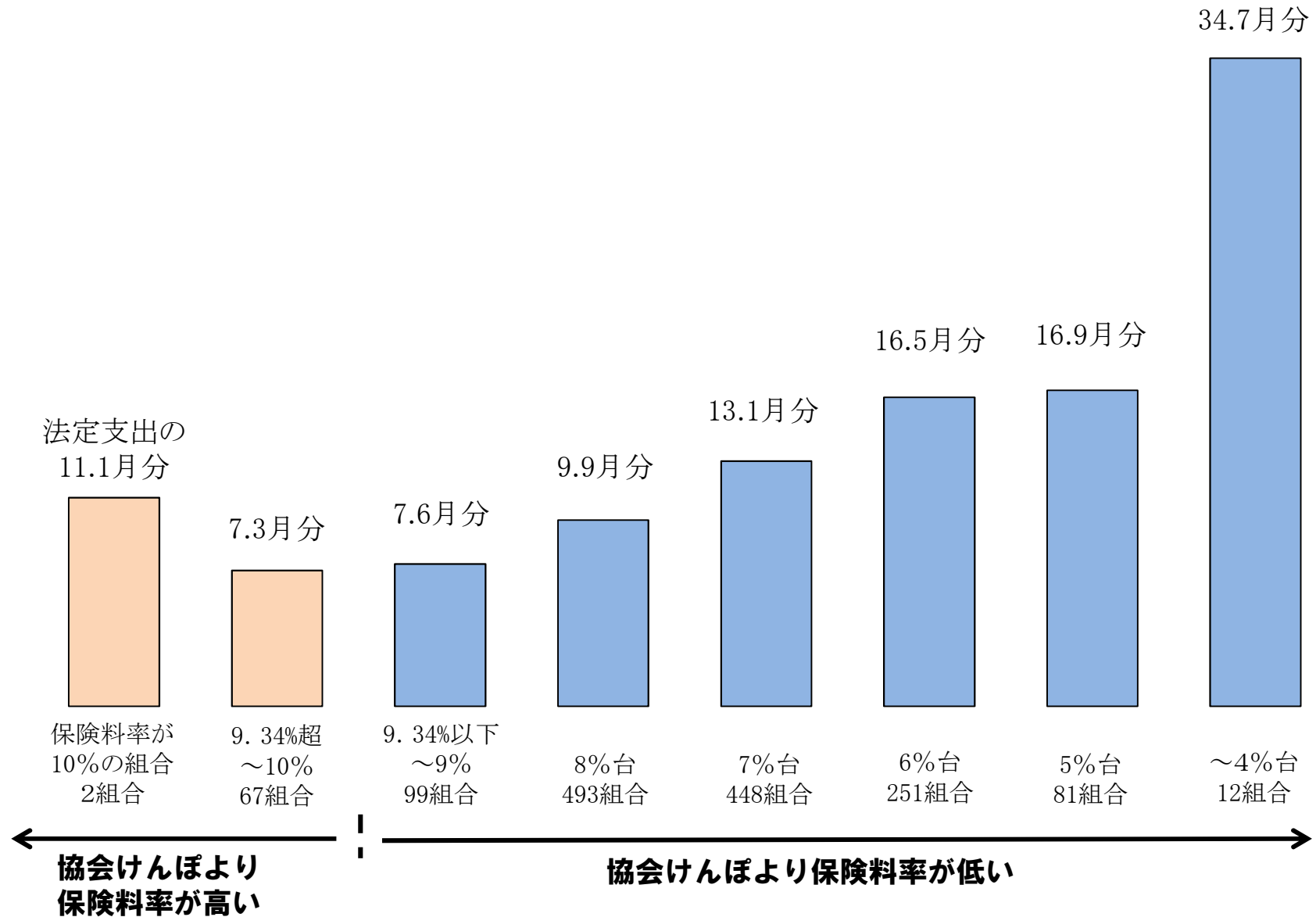
順位	業態名	保険料率 (%)
1	自動車販売・その他	3.12
2	電気機器/ほか1組合	4.00
4	証券・その他	4.40
5	出版・報道	4.50
6	銀行・金庫・公庫	4.60
7	出版・報道/ほか1組合	4.70
9	貿易/ほか2組合	4.80
12	教育	4.90
13	貿易/ほか8組合	5.00
協会けんぽ		9.34

【被保険者の負担分が2%以下の組合】

順位	業態名	保険料率 (%)
1	海上・航空	1.30
2	銀行・金庫・公庫	1.40
3	出版・報道	1.44
4	教育	1.45
5	貿易	1.50
6	出版・報道	1.51
7	貿易	1.54
8	銀行・金庫・公庫/ほか2組合	1.55
-	貿易/ほか2組合	~1.6
-	銀行・金庫・公庫/ほか2組合	~1.7
-	サービス・建設・その他/ほか9組合	~1.8
-	銀行・金庫・公庫/ほか11組合	~1.9
-	輸送用器具/ほか13組合	~2.0
協会けんぽ		4.67

健保組合の積立金の規模

3. 6兆円



※数値は、平成22年度決算見込額。

介護サービスの機能強化と効率化・重点化

- 論点① 介護保険制度を長続きさせるための方策は何か。
- 論点② 介護職員の処遇を改善するための方策は何か。
- 論点③ サラリーマンの介護保険料の分担の方法はどうあるべきか。

現役並みの所得がある者については、世代内の公平な支え合いの観点、医療保険とのバランスを考慮し、負担割合を見直すべき。あわせて、65歳以上の低所得者に対する保険料軽減策を強化すべき。また、**軽度の対象者に対する生活支援については、自立を促す観点で保険給付のあり方を見直すべき。**その際、重度化を予防する他の有効な手段の拡充についても合わせて検討すること。介護サービスについては、基本的には、施設中心から在宅介護中心に移行すべき。そのために、介護保険サービスとしっかり連携した良質な高齢者住宅を普及させるべき。

介護職員の処遇改善については、一時的な交付金よりも、介護報酬の中で対応すべき。あわせて、事業者の内部留保がある場合にはその活用を行うべき。これに関し、事業者の内部留保のデータやそれが適切な水準であるかどうかについて、介護報酬改定前までに行政刷新会議に報告すること。なお、処遇改善のために介護報酬を加算する場合には、現に処遇改善につながる仕組みを整備すること。

サラリーマン(40～64歳)の介護保険料については、世代内の公平な支え合いの観点から、所得に応じた拠出(総報酬割)を医療保険と同様にまずは一部導入すべき。さらに今後、高齢者の介護保険料を軽減し、所得に応じた拠出(総報酬割)を全部導入することについて検討すべき。

一体改革成案(6月30日政府与党決定)における医療・介護分野の改革案

<サービス提供体制の改革>

① 病院の再編統合・機能分化、人員増強

→ 平均在院日数を半減しながら、増大する急性期入院医療のニーズを吸収

② 在宅医療・介護を充実

→ ①②の理想的な姿を完成させる場合の公費増の試算が「0.6兆円程度」。

診療報酬・介護報酬の大胆な配分見直し、規制面の見直しなどの具体策を今後検討する必要。

<保険制度の見直し>

○短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

⇔ ●国保の低所得者保険料軽減

○介護納付金の総報酬割(人数割→所得に応じた負担に転換)

⇔ ●介護の低所得者保険料軽減

○軽度者に対する給付の見直し

○受診時定額負担(例:1回100円)

⇔ ●長期高額医療の患者に対する高額療養費
(月額負担上限)の見直し

○医薬品の患者負担の見直し(市販医薬品の価格水準を考慮)

●総合合算制度

○国保組合の国庫補助の見直し

●低所得者対策・逆進性対策

○高齢者医療の支援金の総報酬割、自己負担割合の見直しなど

→上記の取り組みをあわせて「1兆円弱程度」。充実策・効率化策をセットで具体的な検討を行う必要。

		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
II 医療・介護等	○ 地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化					
	～ 診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備					
	～ 病院・病床機能の分化・強化と連携(急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化等)		・ 平均在院日数の減少等 (▲4,300億円程度)			
	→ 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増 一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増 在宅医療等：2011年 17万人/日 → 2025年 29万人/日		○ 平均在院日数：2011年 19～20日程度 → 2025年 高度急性期：15～16日程度 一般急性期：9日程度 ○ 病床数：概ね現状水準 ○ 精神医療：2025年に在院日数1割程度減少		0.4兆円程度	1.3兆円程度
①	・ 在宅医療の充実等(診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等) (8,700億円程度)					
	→ 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増 一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増 在宅医療等：2011年 17万人/日 → 2025年 29万人/日					
	・ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等 ・ 施設のユニット化 (2,500億円程度)		・ 外来受診の適正化等(生活習慣病予防、医療連携、ICT、番号、保険者機能の強化等) (▲1,200億円程度) ・ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減 → 外来患者数：2025年に現行ベースより5%程度減少	・ 2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し ・ 基盤整備のための一括的な法整備：2012年目途に法案提出 ・ 2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現	△0.1兆円程度	△0.6兆円程度
	→ GH、小規模多機能：2011年 21万人/日 → 2025年 77万人/日 居住系・在宅介護：2011年 335万人/日 → 2025年 510万人/日		・ 介護予防・重度化予防 ・ 介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度) → 要介護認定者数：2025年に現行ベースより3%程度減少		0.1兆円程度	1.2兆円程度
	・ 上記の重点化に伴うマンパワー増強 ☆ (2,400億円程度) → 医療介護従事者：2011年 462万人 → 2025年 704～739万人 (1.6倍程度)				0.2兆円程度	0.4兆円程度
医療・介護①小計	充実計 (2015年)	～1.4兆円程度	重点化・効率化計 (2015年)	～0.7兆円程度	(上記の機能分化等が全て実現する場合の試算) ～0.6兆円程度	
					～2.3兆円程度	

		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年				
II 医療・介護等	○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策									
	a 被用者保険の適用拡大と 国保の財政基盤の安定化・強化・広域化	<ul style="list-style-type: none"> 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 → 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 市町村国保の財政運営の都道府県単位化 財政基盤の強化 (低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) ※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動	(=完全実施の場合▲1,600億円)	税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出  順次実施	～0.3兆円程度 …被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討	-				
	b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化	<ul style="list-style-type: none"> 1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円) ※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動	<ul style="list-style-type: none"> 介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,600億円) 軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 				～0.1兆円程度 …受診時定額負担等と併せて検討	-		
	c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化	<ul style="list-style-type: none"> 長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度) ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動	<ul style="list-style-type: none"> 受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円)ただし、低所得者に配慮。 						総合合算制度： 2015年の番号制度以降導入	総合合算制度 (～0.4兆円程度)
d その他	<ul style="list-style-type: none"> 総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提) 低所得者対策・逆進性対策等の検討 	<ul style="list-style-type: none"> 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し(医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す) 国保組合の国庫補助の見直し 	医療・介護②小計							
医療・介護②小計	1兆円程度 (改革の内容により変動)	～0.5兆円程度 (改革の内容により変動)		～1兆円弱程度	-					
医療・介護計	充実計 (2015年)	～2.4兆円程度 (改革の内容により変動)		重点化・効率化計 (2015年)	～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度				

次期診療報酬改定について

平成23年11月28日

東京大学大学院法学政治学研究科教授

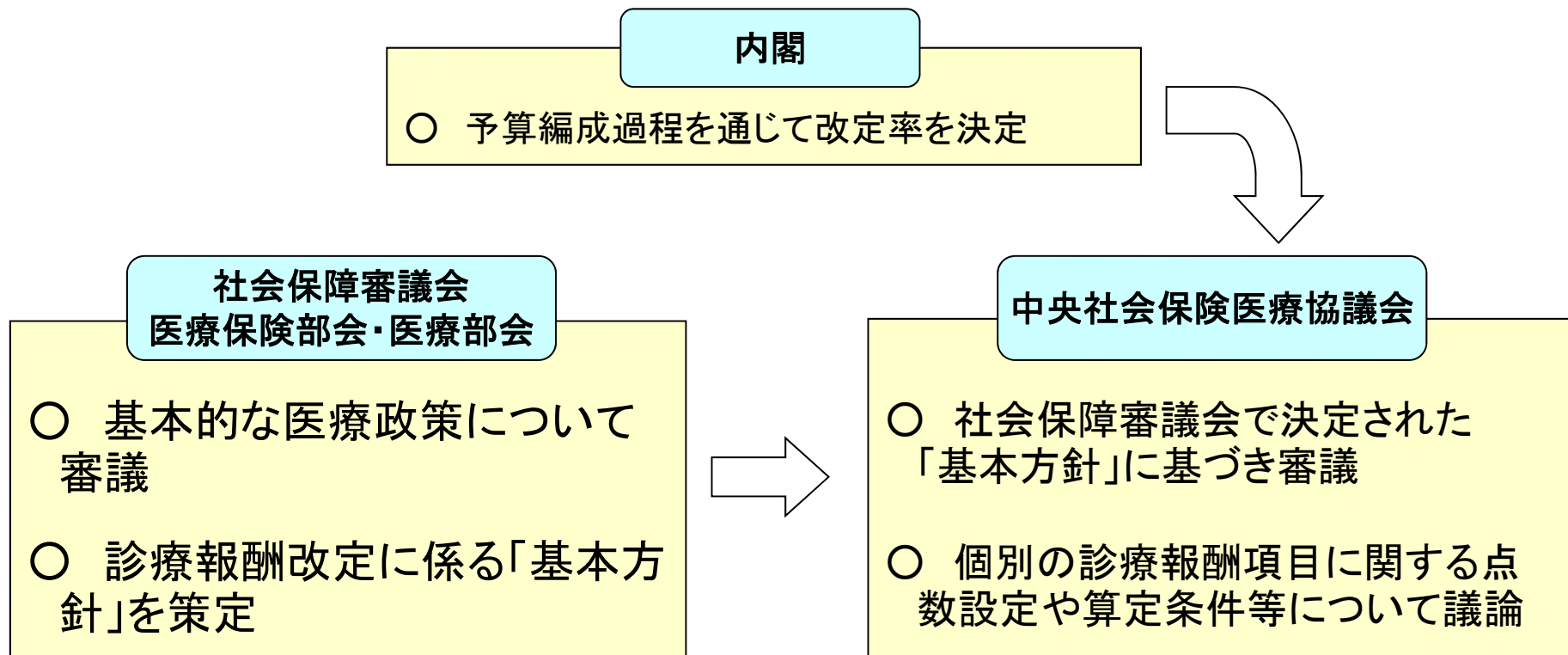
中央社会保険医療協議会会長

森田 朗

診療報酬改定における中央社会保険医療協議会の役割

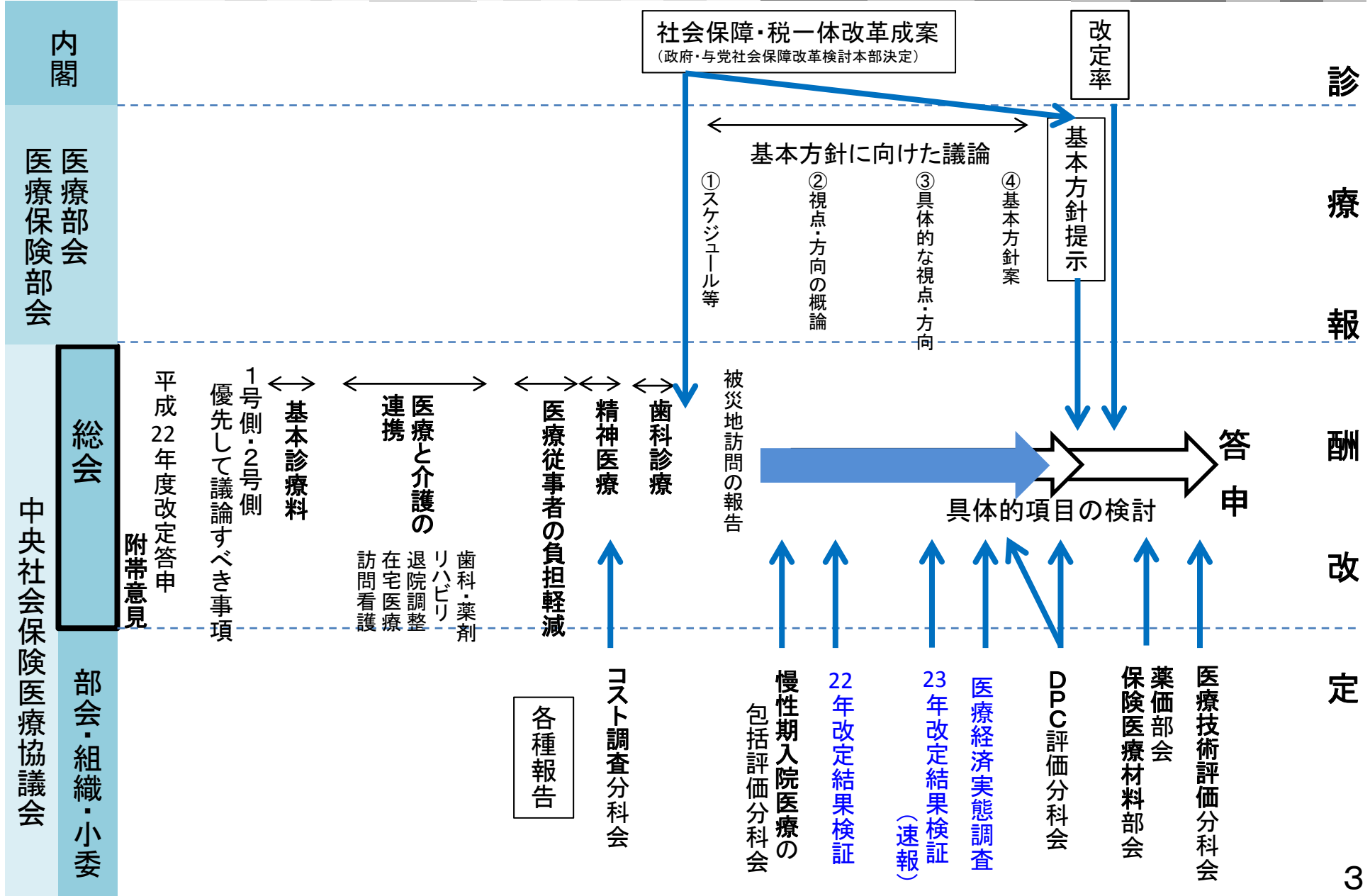
診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



次期診療報酬改定に向けた検討スケジュール

平成22年	9月	10月	11月	12月	平成23年	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成24年	2月	3月	4月
-------	----	-----	-----	-----	-------	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-------	----	----	----



中央社会保険医療協議会総会 開催状況

- 第194回 2011年7月27日
 - ・社会保障・税一体改革成案の報告について
- 第195回 2011年8月24日
 - ・被災地訪問・意見交換会の報告について
- 第196回 2011年9月7日
 - ・慢性期入院医療の包括評価分科会からの報告について
 - ・診療報酬改定結果検証部会からの本報告について
 - ・年末までの議論の進め方(その1)
- 第197回 2011年9月28日
 - ・年末までの議論の進め方(その2)
- 第198回 2011年10月5日
 - ・入院、外来、在宅医療について(総論)
- 第199回 2011年10月12日
 - ・外来管理加算、地域医療貢献加算について
 - ・明細書の無料発行義務化について
- 第200回 2011年10月19日
 - ・救急・周産期医療について
- 第201回 2011年10月21日
 - ・災害医療について
- 第202回 2011年10月26日
 - ・がん対策、生活習慣病対策、感染症対策について
- 第203回 2011年11月2日
 - ・精神科医療について
 - ・医療経済実態調査の報告について
- 第204回 2011年11月9日
 - ・在宅医療について(介護給付費分科会との打ち合わせの報告を含む)
 - ・後発医薬品の使用促進のための環境整備について
- 第205回 2011年11月11日
 - ・訪問看護、在宅歯科医療、在宅医療における薬剤師業務について
- 第206回 2011年11月16日
 - ・医薬品の薬価収載について
- 第207回 2011年11月18日
 - ・診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会からの報告
 - ・医療経済実態調査の結果に対する見解
- 第208回 2011年11月25日
 - ・医療提供体制(その1:入院医療/高度急性期・一般急性期、亜急性期等、長期療養、有床診療所、地域特性)
 - ・診療報酬改定に関する基本的な見解(各号意見)

中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会との
打ち合わせ会(2011年10月21日)
・医療と介護の同時改定に向けて(意見交換)

※ 議題は一部抜粋

社会保障・税一体改革

今回の診療報酬改定は、「社会保障・税一体改革成案」に沿って、2025年のイメージを見据えた、あるべき医療の実現に向けた第一歩。

社会保障・税一体改革成案(抄)

(平成23年6月30日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

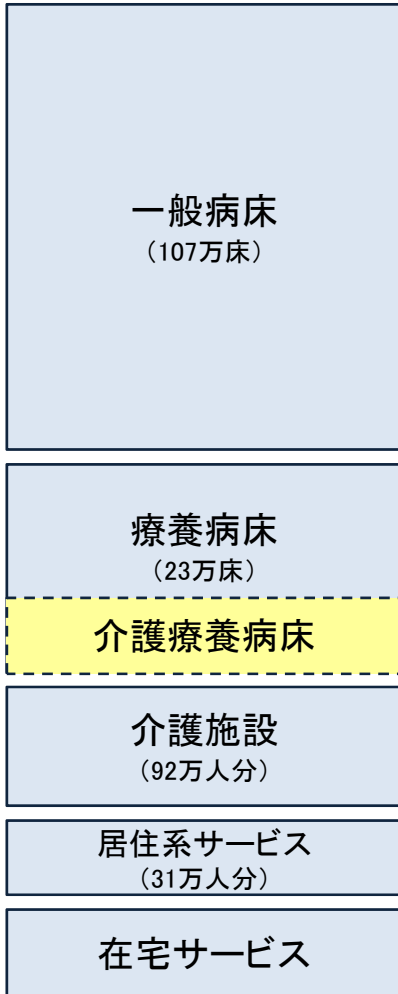
II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防
- 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。
 - a)～c) (略)
 - d) その他
 - ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し、国保組合の国庫補助の見直し

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- 在宅介護の充実
 - ・地域包括ケア体制の整備
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

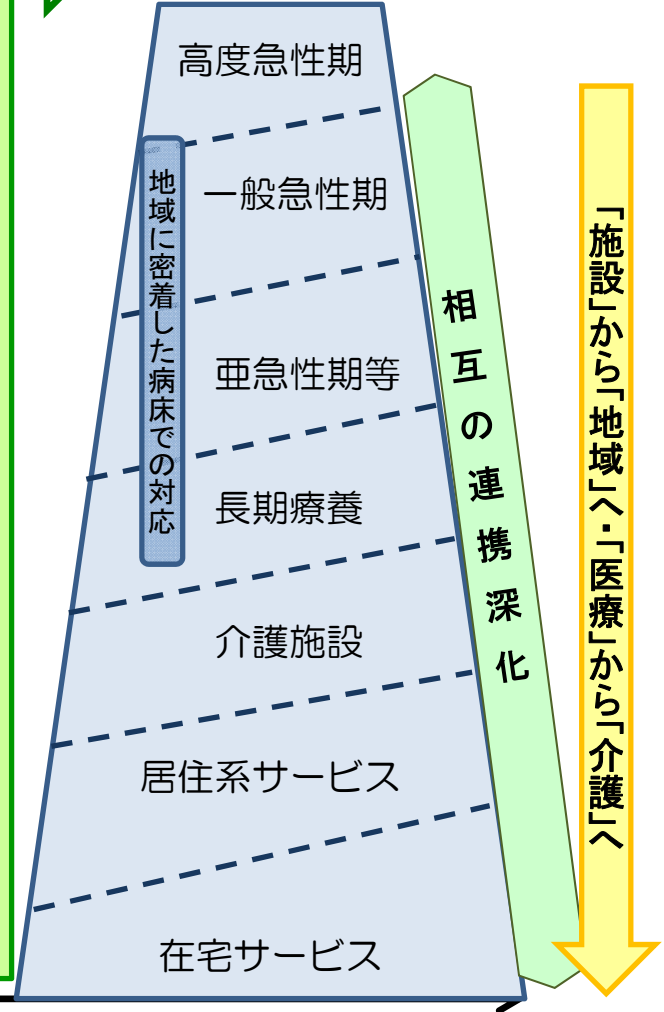
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

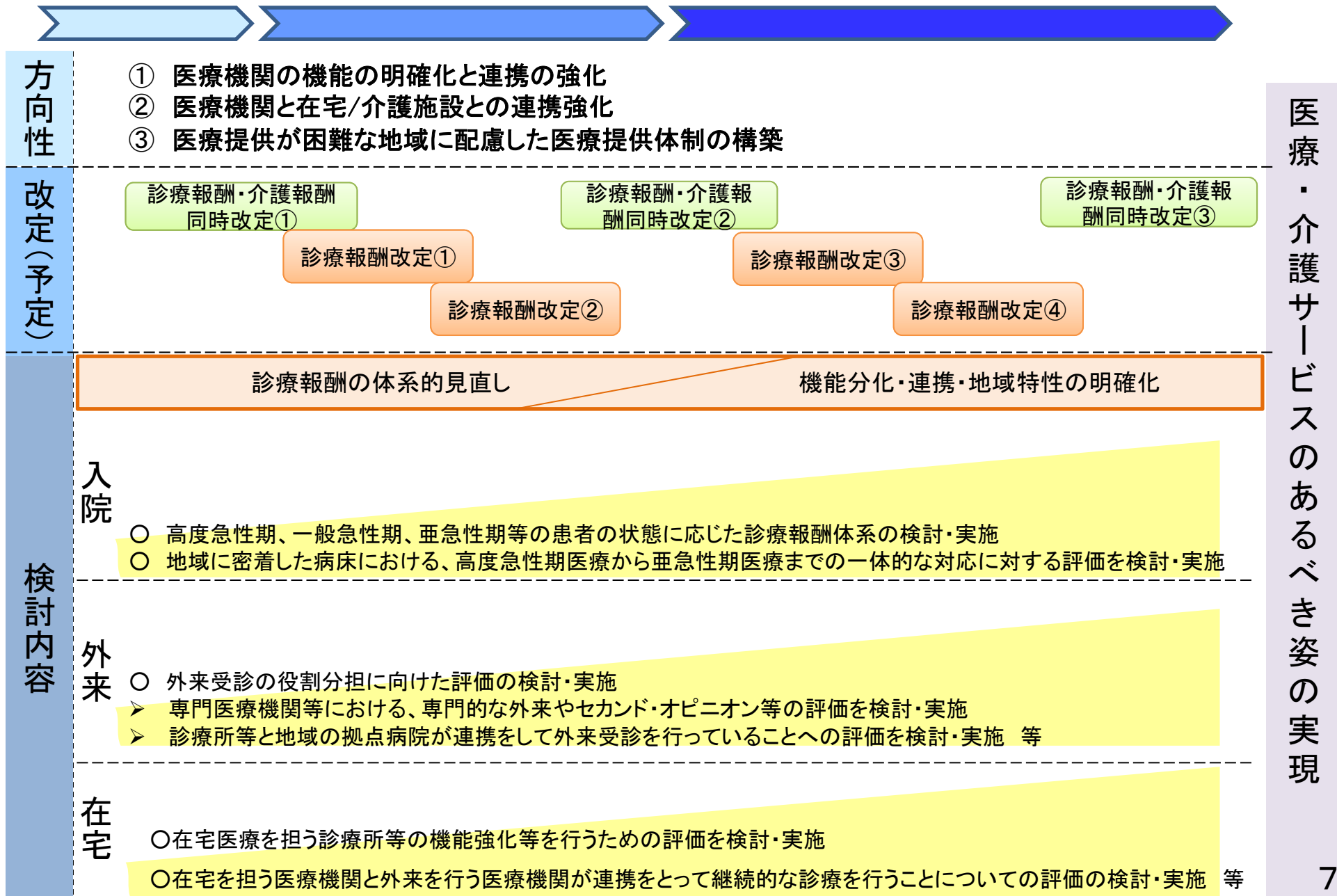
【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



平成24年度診療報酬改定に関連する調査

○ 医療経済実態調査

第18回医療経済実態調査

○損益差額構成比率(直近2事業年度)

・一般病院 ▲1.6→0.5%

・一般診療所(医療法人立) 5.5%→5.8%
(個人立)25.9%→26.9%

【1号側(支払側)委員の見解のポイント】

全体的な傾向として、一般病院の経営が改善し、一般診療所も黒字が続いており、安定した経営を維持している。厳しい経済・社会情勢や国民負担、保険者の財政状況なども考慮すると、患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬の引上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られない。

【2号側(診療側)委員の見解のポイント】

前回改定を受けて医業収益にある程度の伸びが見られたものの、これまでの相次ぐ診療報酬のマイナス改定によって経営状態が大きく悪化したところから少しばかりの改善を見せたに過ぎない。質の高い医療の提供に不可欠な設備投資、勤務医の処遇改善等を進めるためには、経営は依然として不安定。診療報酬の引き上げによる医療費全体の底上げを強く求める。

○ 薬価調査及び材料価格調査

〈今後調査結果を公表予定〉

平成24年度診療報酬改定における主な検討課題

- 社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定)に掲げられている、病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実等に向けた評価を検討する。
 - (例)・ 高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価
 - ・ 慢性期の入院医療に対する適正な評価
 - ・ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進 等

- 介護報酬との同時改定であるため、医療・介護の役割分担の推進や、地域での連携体制の構築に向けた評価を検討する。
 - (例)・ 病院からの地域への早期円滑な移行の促進に向けた取組
 - ・ 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携 等

- その他、医療保険制度の適正な運営を確保しながら、国民が安心して医療を受けることができるよう、充実すべき分野の評価や、適正化するべき分野の評価を検討する。
 - (例)・ 認知症に対する精神科医療の適切な評価
 - ・ 後発医薬品の使用促進 等

平成24年度診療報酬改定の基本方針（案）のポイント

（社会保障審議会医療保険部会・医療部会において議論中）

重点課題（案）

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

- **救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減**
チーム医療の推進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等
- **医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組**
在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

改定の視点（案）

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**
がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**
退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等
- **医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**
急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- **効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**
後発医薬品の使用促進策 等

将来に向けた課題（案）

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

介護保険制度改革をめぐって

神奈川県立保健福祉大学名誉教授
社会保障審議会 介護保険部会長
山崎 泰彦

1 改正の経緯①

2010年

- ・ 3／23 地域包括ケア研究会報告書
- ・ 5／31 介護保険部会審議開始
- ・ 6／22 閣議決定「財政運営戦略」
- ・ 10／26 24時間地域巡回サービスのあり方検討会「中間まとめ」
- ・ 11／25 介護保険部会「意見」とりまとめ(大筋合意)、30日公表
- ・ 12／14 閣議決定「社会保障改革の推進について」
- ・ 12／22 民主党厚生労働部門会議等「介護保険制度見直しに関する提言」

2 改正の経緯②

2011年

- ・ 2／25 24時間地域巡回型サービスのあり方検討会「報告書」
- ・ 3／11 改正法案「閣議決定」
- ・ 6／15 参議院本会議にて可決成立
- ・ 6／30 政府・与党社会保障改革検討本部決定
「社会保障・税一体改革成案」
- ・ 10／13 介護保険部会再開
- ・ 11／24 介護保険部会「議論の整理」とりまとめ

3 介護保険11年の評価

○介護保険の価値

- ・広範な推進勢力：市民運動、先進自治体、マスメディア
- ・社会保障構造改革の推進力：福祉を変え、医療を変える
- ・超党派の合意：菅大臣時代に立案、小泉大臣の下で成立
- ・社会保険方式として定着、税方式論の沈静化

○岐路に立つ介護保険

- ・家族・地域基盤の脆弱化と大都市部の急速な高齢化
- ・中央依存指向の高まり
- ・経済の停滞と財政の制約
- ・市民運動の足並みの乱れ

4 目指すべき将来像

○地域包括ケアシステムの実現

○居住機能とケア機能の分離:サービスの外付け

○地方分権の推進

○保険料財源と公費財源の役割の明確化

5 改正の条件

○有利な条件

- ・社会保障重視の政権、自然増の許容

○制約条件

- ・「財政運営戦略」と財源確保ルール
- ・平均保険料を月額5000円以内に抑える：政府・与党の意向
- ・封印された「被保険者の年齢の引き下げ」と消費税増税

6 介護保険部会の意見(2010・11)

○審議会のあり方

- ・分科会等と部会の違い
- ・論点に沿って議論を整理
- ・給付と負担の関係を含めて選択肢を提示
- ・その後の政策過程は政府・与党の責任

○介護保険部会「意見」

- ・合意事項: 地域包括ケアシステムの実現、人材確保と処遇改善
- ・両論併記: 給付と負担のバランス
 - 特に処遇改善交付金の扱い
 - 総報酬割導入の是非

7 民主党厚労部門会議等の提言(2010・12)

○最低限の改正にとどめ、給付と負担の見直しという厳しい選択を回避
税と社会保障制度全般にわたる改革論議と歩調を合わせる

- ・処遇改善交付金の継続、外付け
- ・サービスの充実：地域包括ケアシステムの実現等
- ・生活援助サービスの継続
- ・利用者負担の引き上げ(生活援助、ケアプラン)は行わない
- ・高所得者の2割負担：実態を把握し、慎重な検討が必要
- ・多床室の室料負担：一律の扱いとせず、利用実態を勘案し検討
- ・総報酬割：高齢者医療との兼ね合いもあり、拙速な導入は避ける
- ・低所得者対策：ユニット型個室の居住費軽減、公費福祉施策の拡充

8 社会保障・税一体改革：介護分野の対応

○地域包括ケアシステムの構築

- ・在宅介護・居住系サービスの充実
- ・ケアマネジメントの機能強化
- ・医療との連携
- ・施設のユニット化
- ・介護予防・重度化予防
- ・介護施設の重点化(在宅へ移行)
- ・マンパワー増強

○費用負担の能力に応じた負担の

強化と低所得者への配慮、保険
給付の重点化

- ・1号保険料の低所得者保険料軽
減強化

- ・介護納付金の総報酬割導入

- ・重度化予防に効果のある給付へ
の重点化

9 介護保険部会「議論の整理」(案)(2011・11)

- ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化 ○
- ・介護納付金の総報酬割導入 ○
- ・要支援者に対する給付 △
- ・ケアマネジメント △
- ・一定以上所得がある者に対する給付 ○
- ・多床室の給付範囲 △
- ・補足給付における資産等の勘案 ○
- ・介護施設の重点化 △
- ・処遇改善交付金の扱い:介護報酬による対応 ○

10 雑感

- 行政刷新会議「提言型政策仕分け」
「社会保障：介護サービスの機能強化と効率化と重点化」をめぐって
- 介護保険における総報酬割の根拠
保険者間の負担の公平＋地域間の給付（介護報酬）と負担の均衡
- 社会保険の制度間調整の選択肢
財政調整（保険料財源の移転）と国庫負担の重点配分
- 短時間労働者への社会保険適用
制度間の財政力格差の拡大⇒制度間調整の強化を必然化
- その他

平成24年度予算編成に向けての 日本医師会の見解

財政制度等審議会 財政制度分科会

2011年11月28日

社団法人 日本医師会

2012年度の診療報酬改定に向けての野田総理大臣の発言

野田総理は就任前の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」と発言した。

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」2011.8.25意見交換会における発言

* 出所 Medifax 2011.8.26

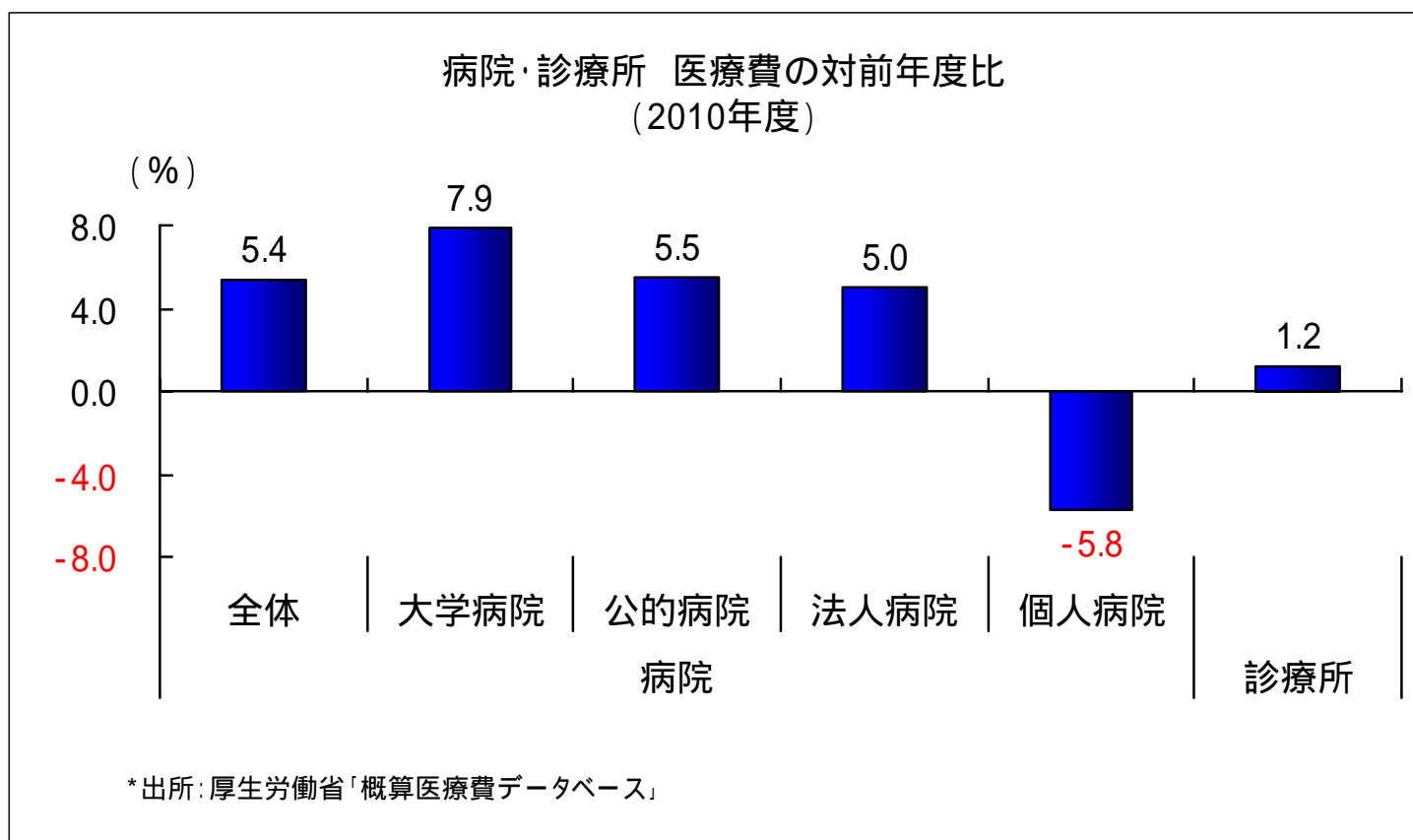
最近の診療報酬改定

前回の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%であった。急性期医療の充実、病院勤務医の負担軽減が重要であったことは理解できるが、地域医療は病院・診療所の連携の下に成り立っている。入院(主として病院)に偏った配分は不合理である。

		2002年度	2004年度	2006年度	2008年度	2010年度	
						改定率	金額
	入院	入院・外来の 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	2.70%	1.05%	3.16%	0.82%	+ 0.19%	+ 700億円

病院・診療所 医療費の伸び率

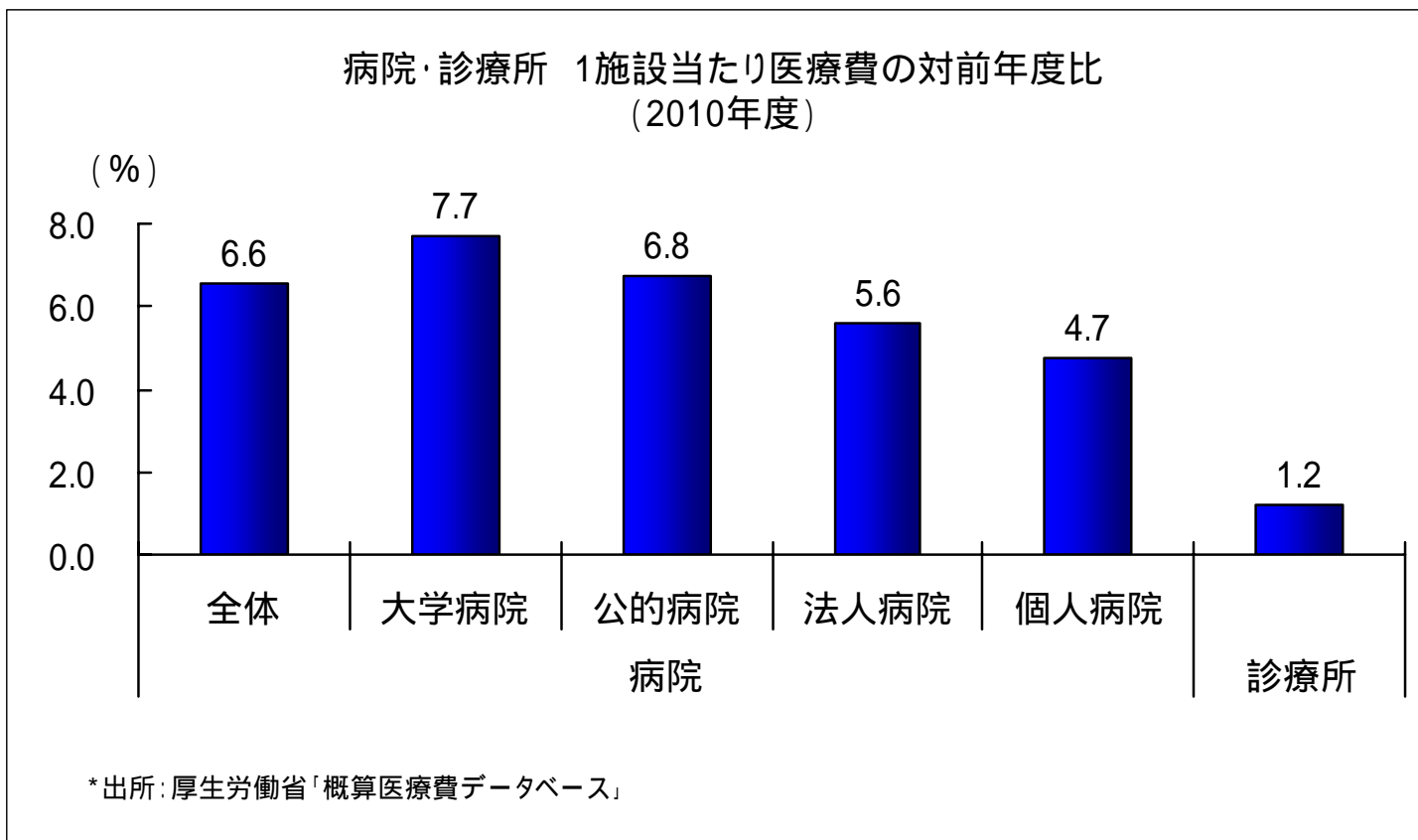
2010年度の医療費の対前年度比は、病院 + 5.4%、診療所 + 1.2%であった。病院の内訳を見ると、大学病院 + 7.9%、公的病院 + 5.5%、法人病院 + 5.0%、個人病院 5.8%であった。



病院・診療所 1施設当たり医療費の伸び率

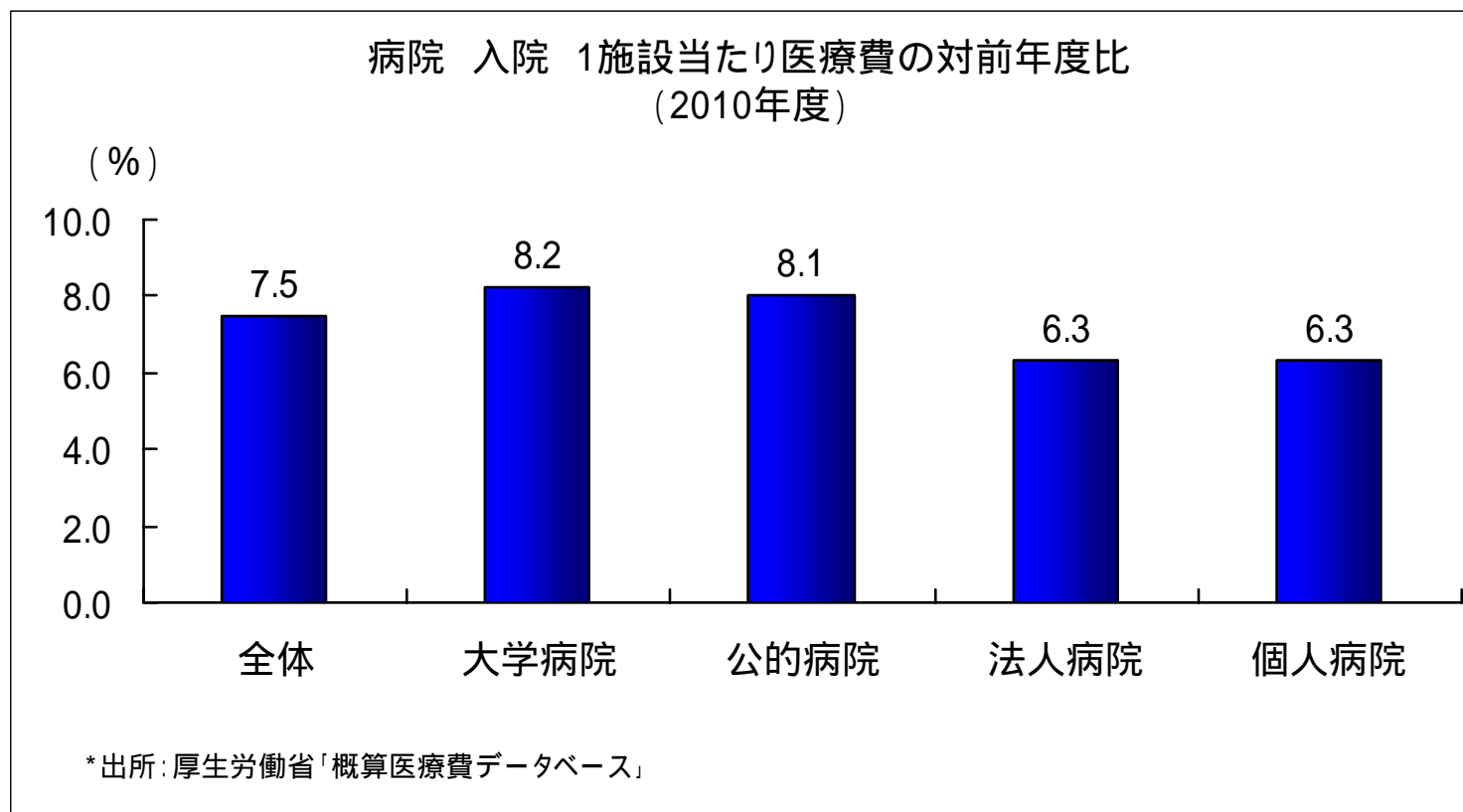
2010年度の1施設当たり医療費の対前年度比は、病院 + 6.6%、診療所 + 1.2%であった。

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



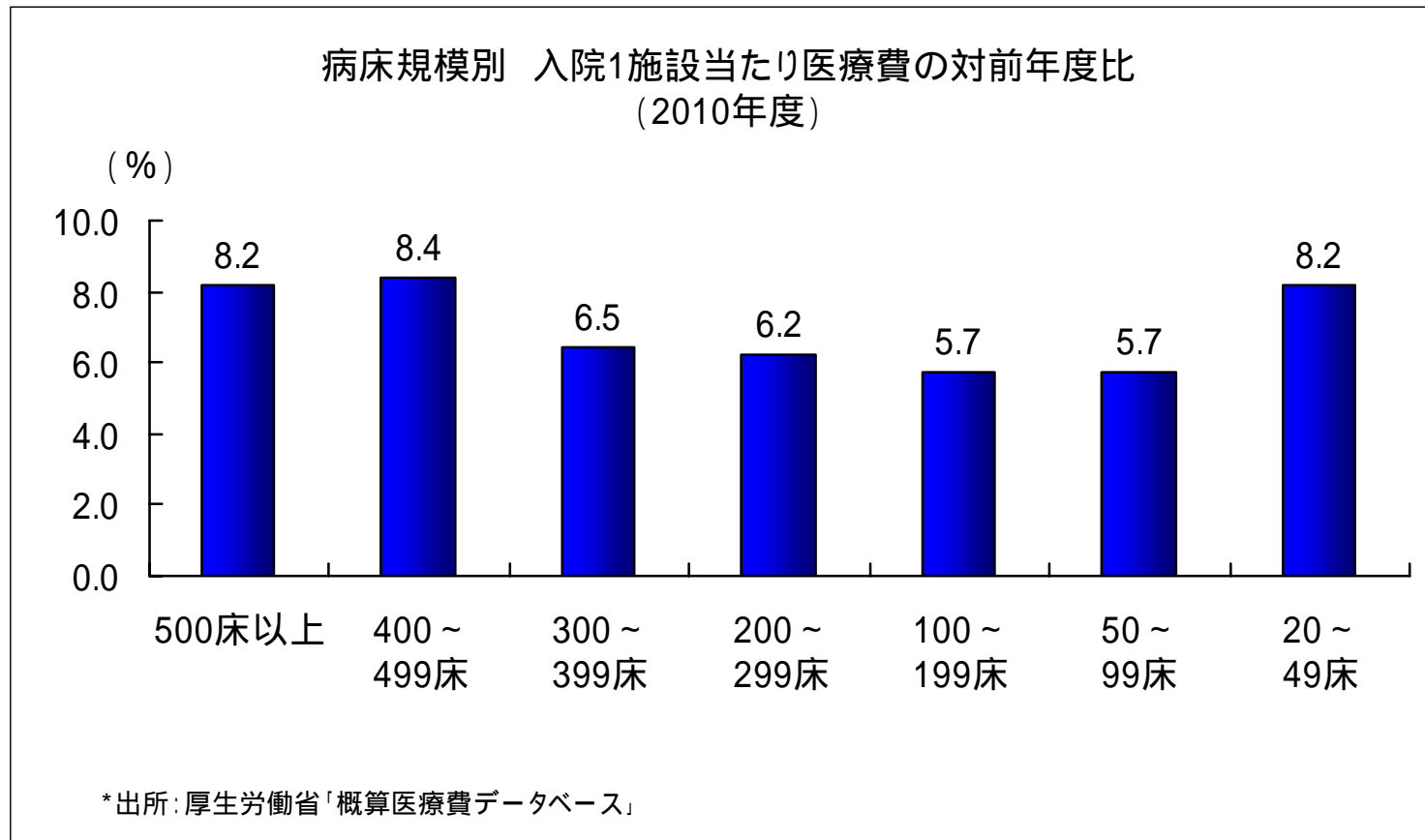
病院 開設者別 入院1施設当たり医療費の伸び率

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。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。大学病院の伸び率が最も高かった。



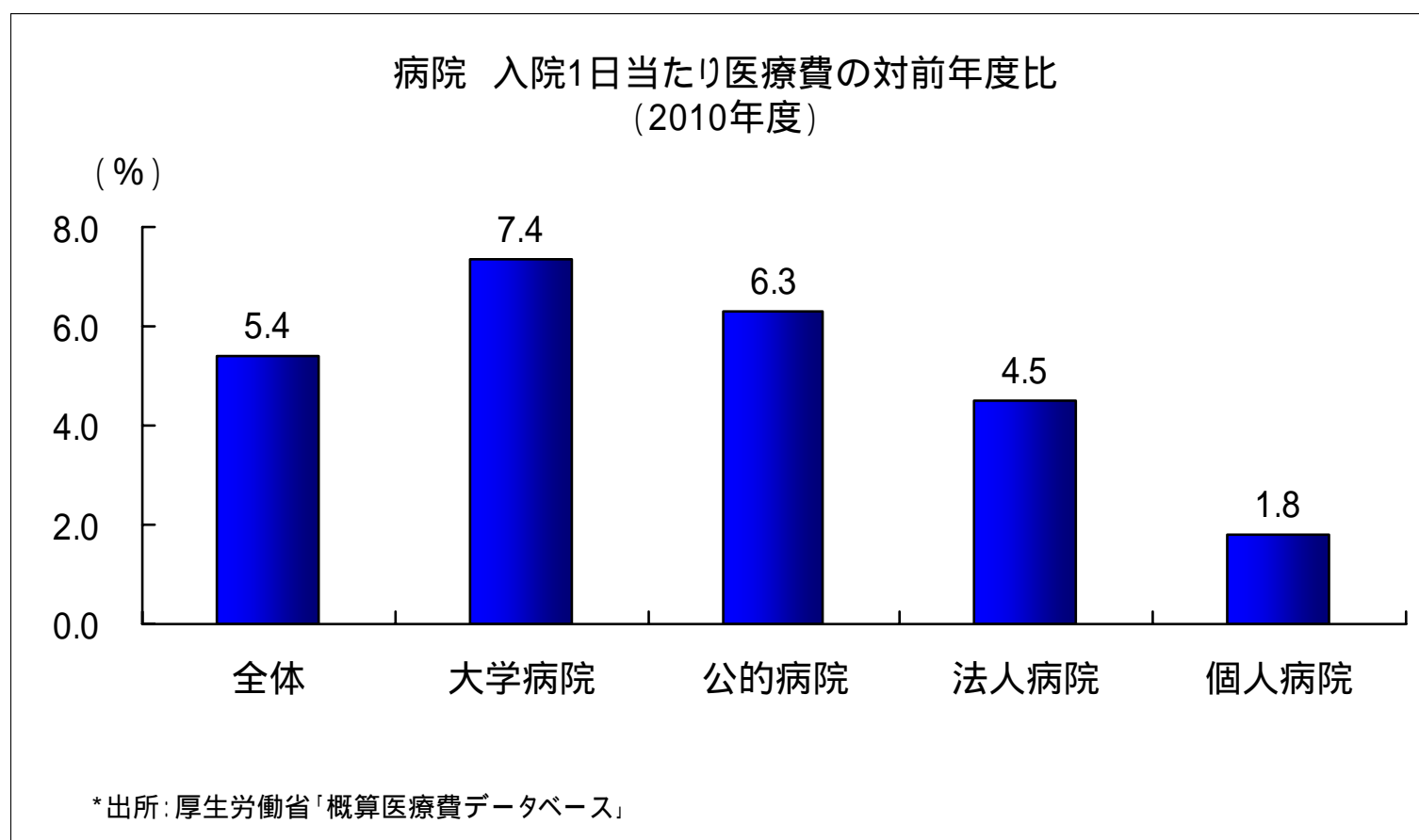
病院 病床規模別 入院1施設当たり医療費の伸び率

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床が最も高い伸び率であった。



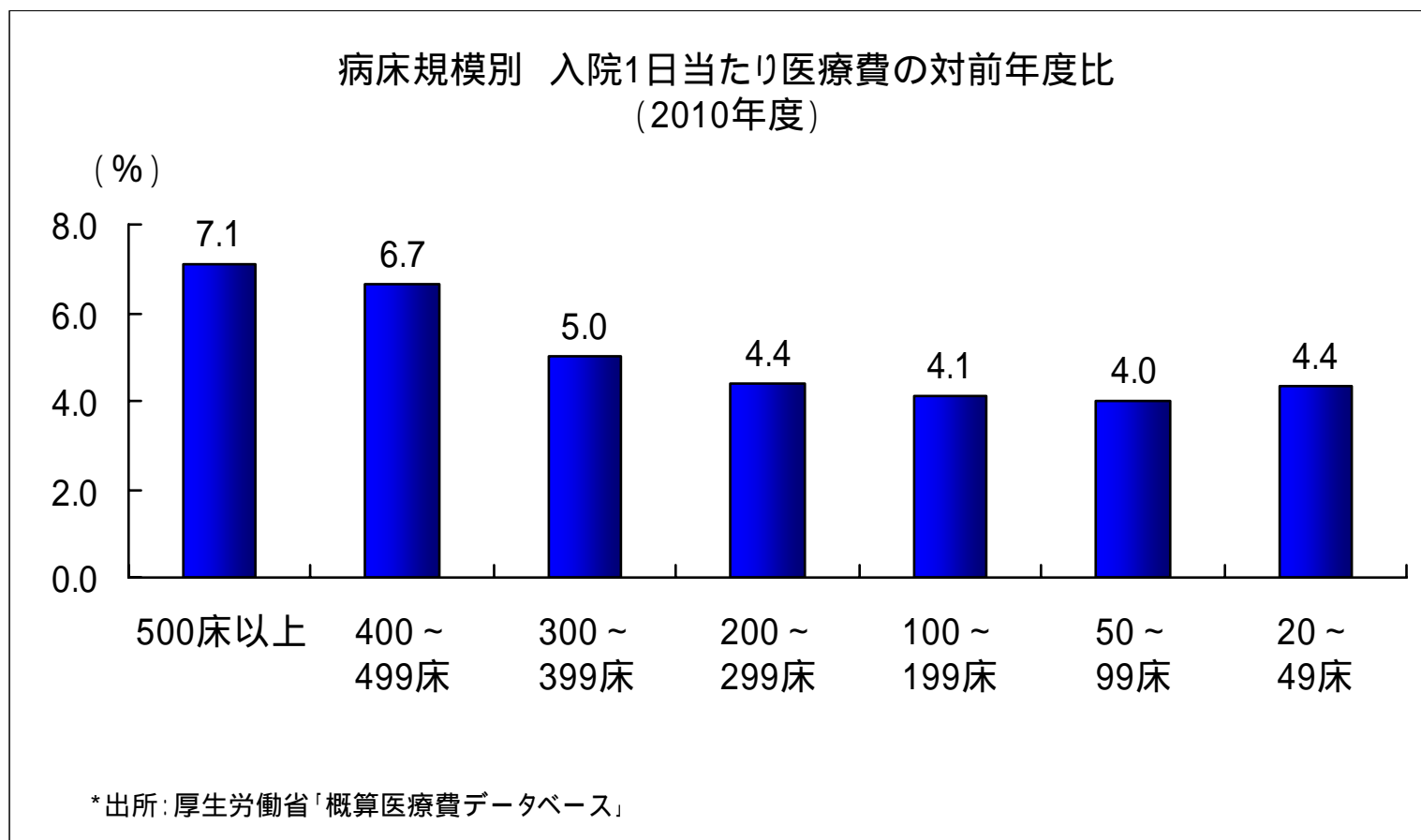
病院 開設者別 入院1日当たり医療費の伸び率

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。個人病院は、+ 1.8%と他に比べて伸びが小さかった。



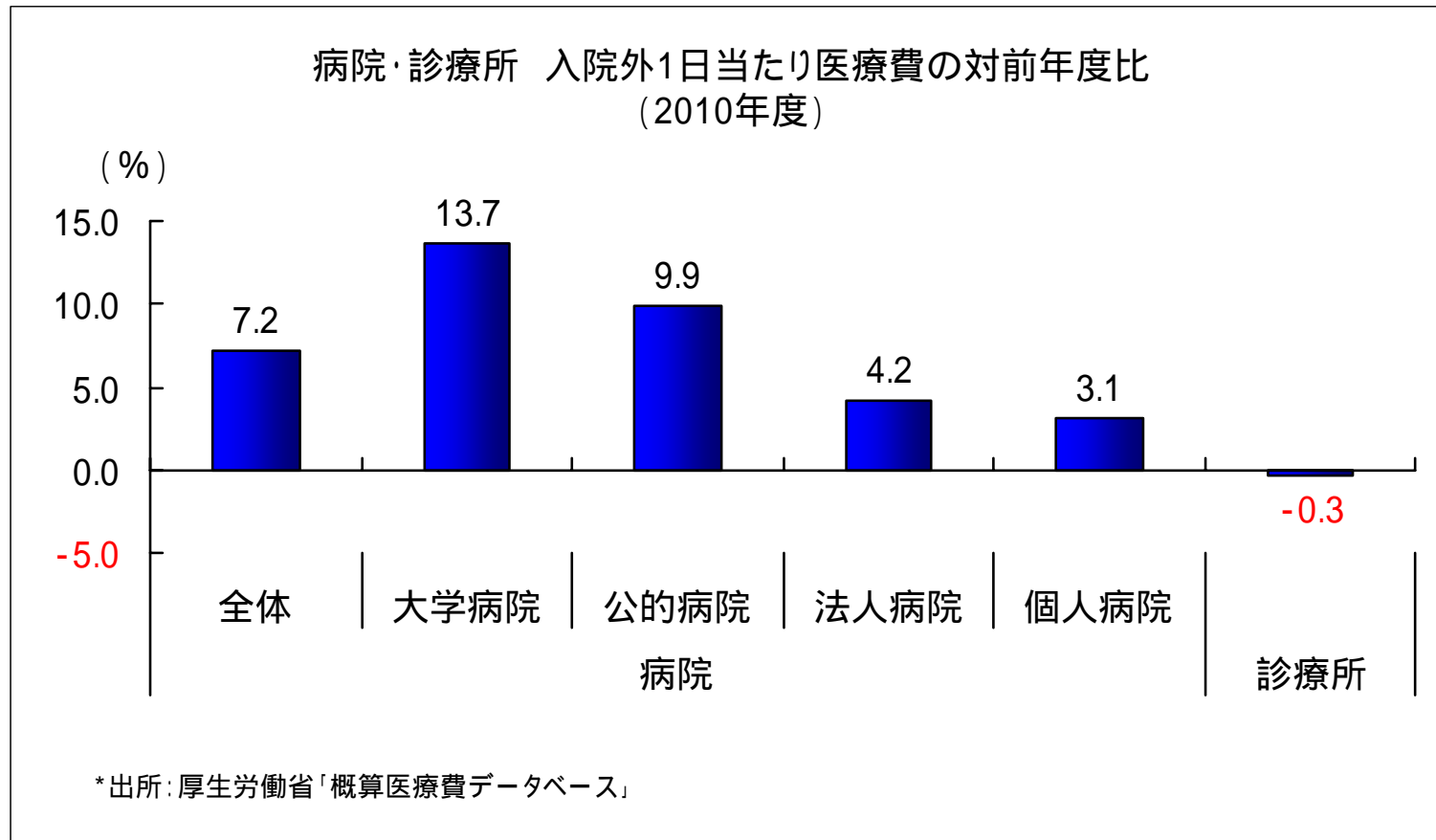
病院 病床規模別 入院1日当たり医療費の伸び率

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増加する傾向であった。500床以上が+7.1%で最も高い伸び率を示した。



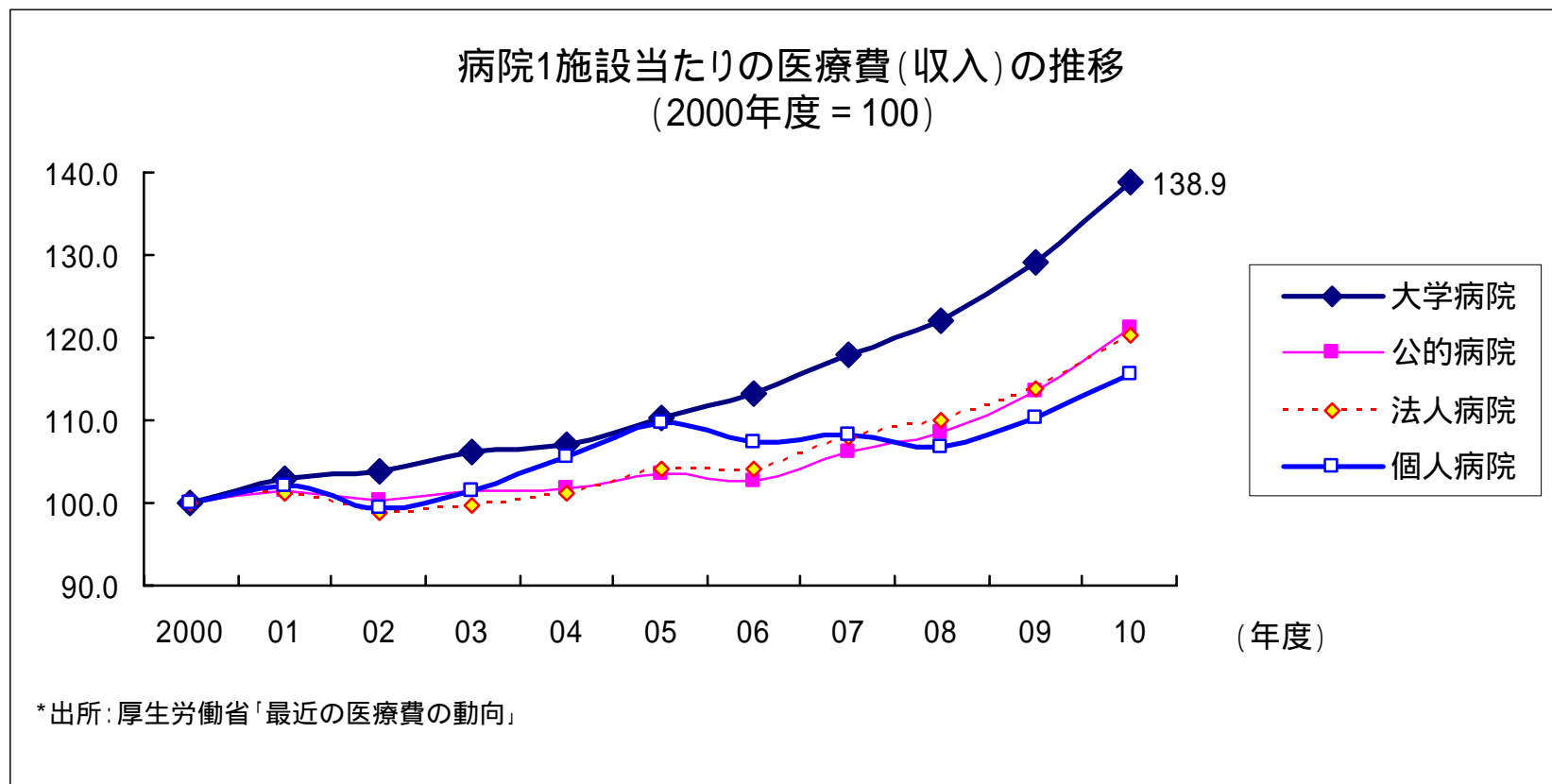
病院・診療所 入院外1日当たり医療費の伸び率

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%であった。病院の内訳を見ると、大学病院 + 13.7%で最も高く、公的病院、法人病院、個人病院の順に高かった。



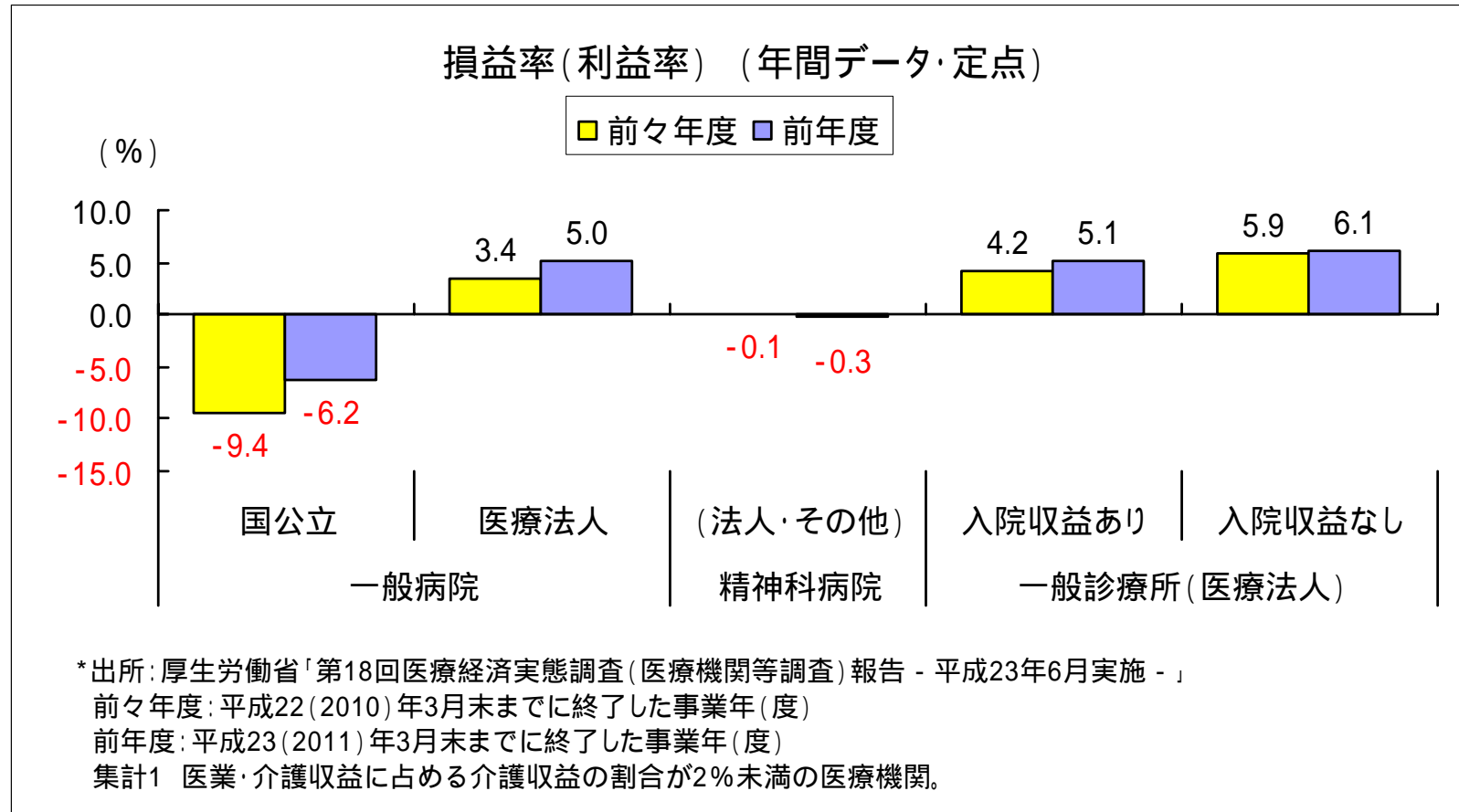
病院 開設者別 病院1施設当たりの医療費の推移

病院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年度に大学病院は138.9になっており、中期的には大学病院に医療費が集中していることが分かる。



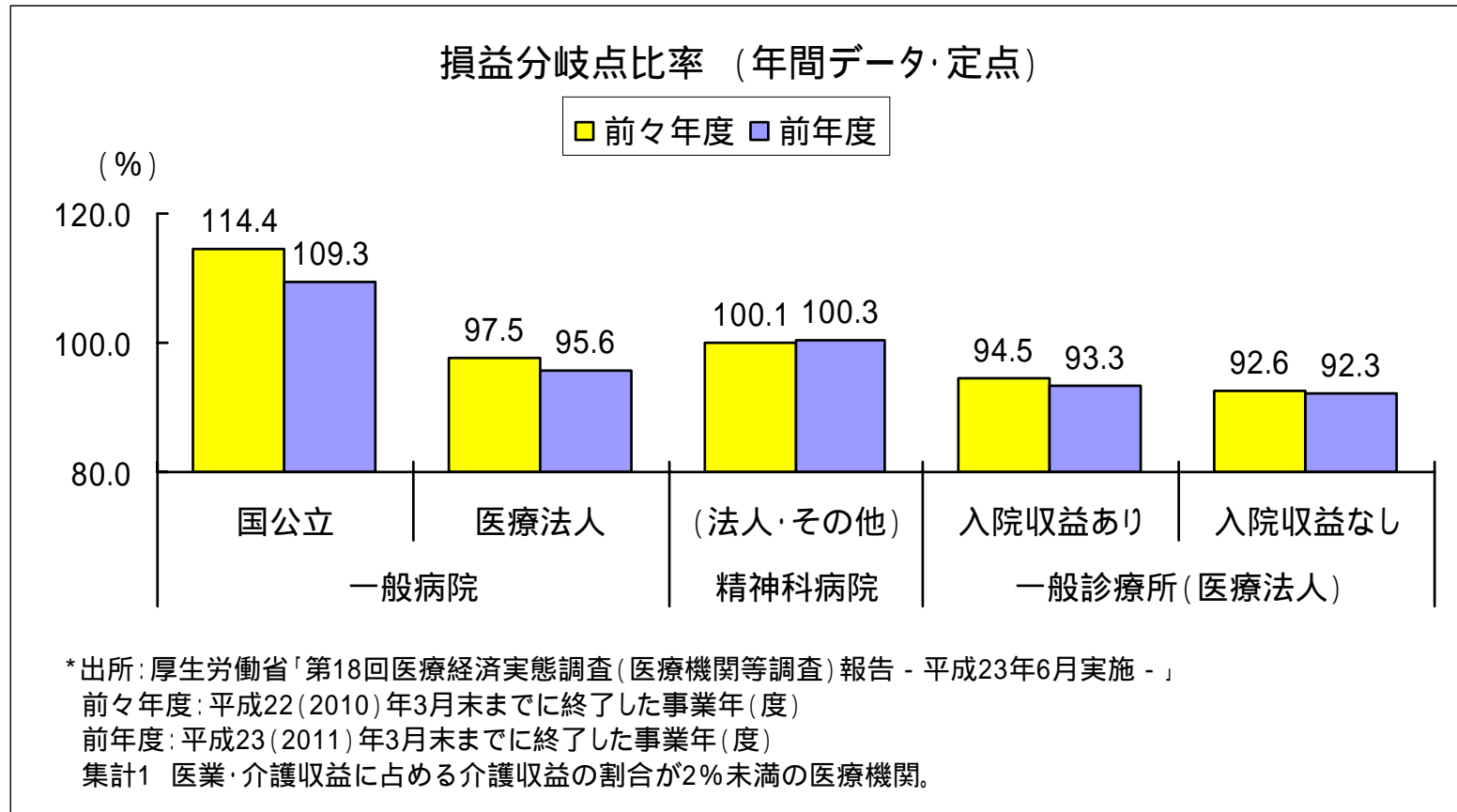
日本の地域医療は再生したのか(1 / 2)

中医協・医療経済実態調査によると、国公立病院は赤字であるものの、病院(精神科病院を除く)・診療所ともに損益率(利益率)は若干改善した。



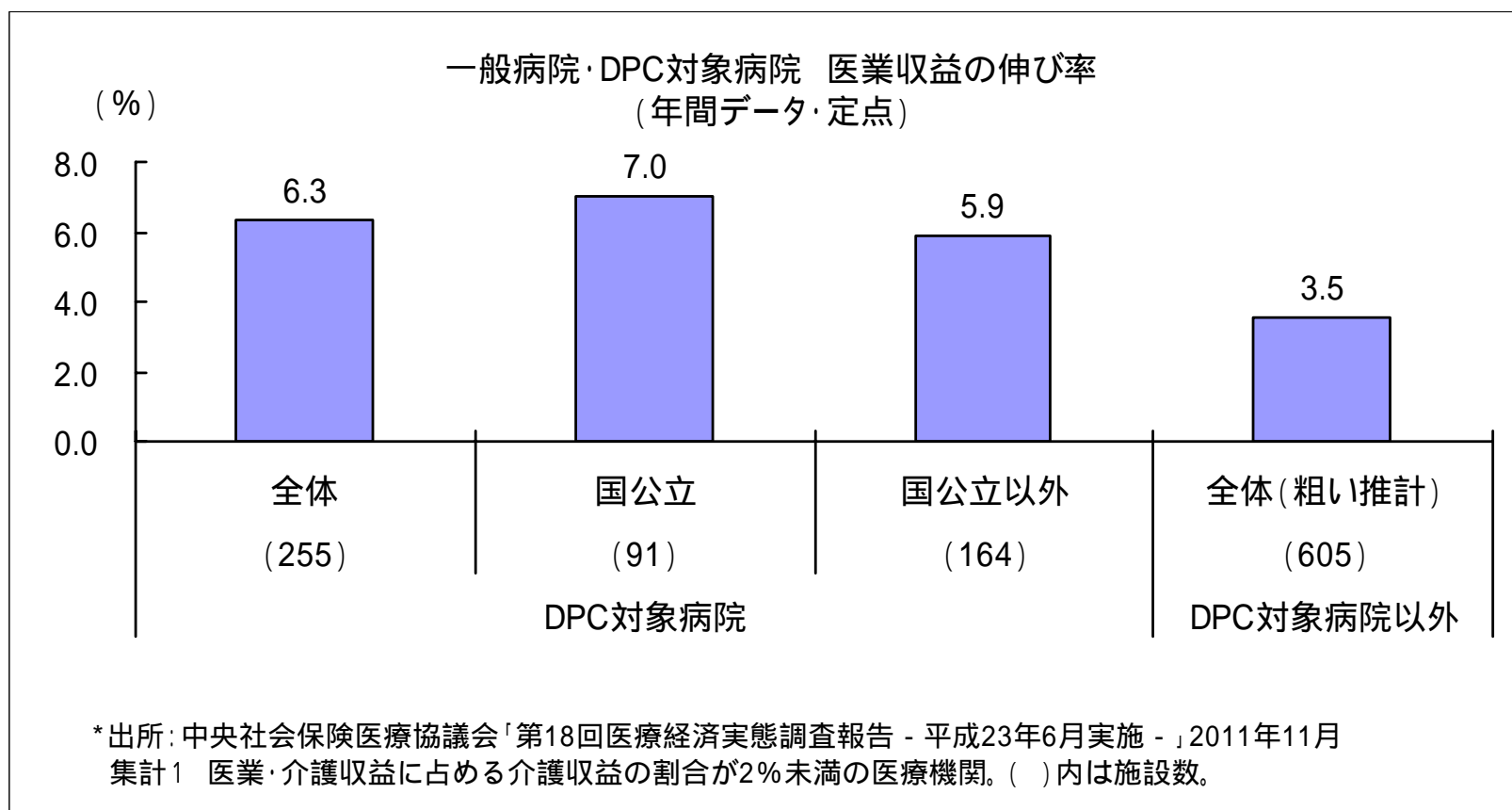
日本の地域医療は再生したのか(2 / 2)

利益率は改善したものの、損益分岐点比率は一般に「危険水域」とされる90%をはるかに超えている。



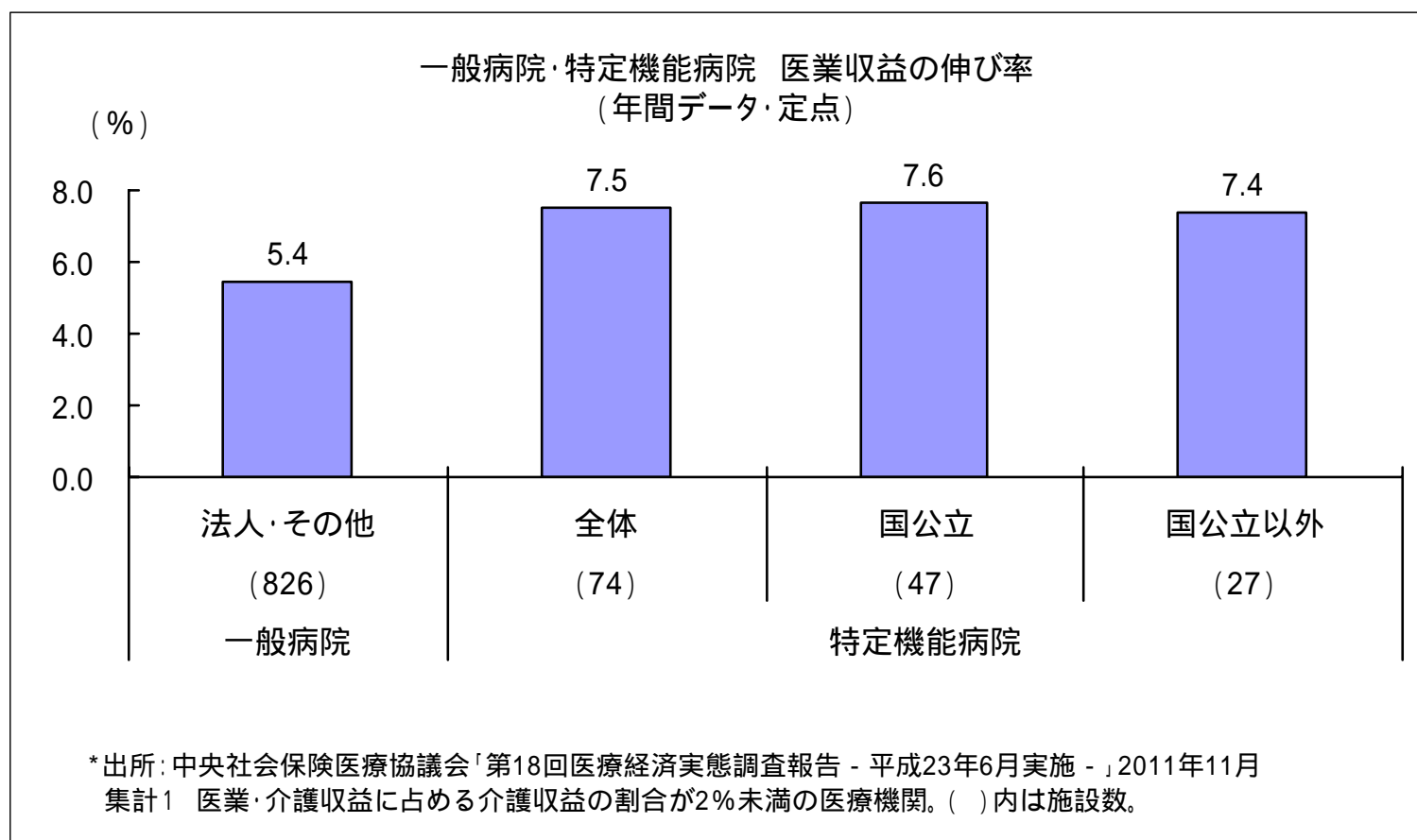
一般病院・DPC対象病院 医業収益の伸び率

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。



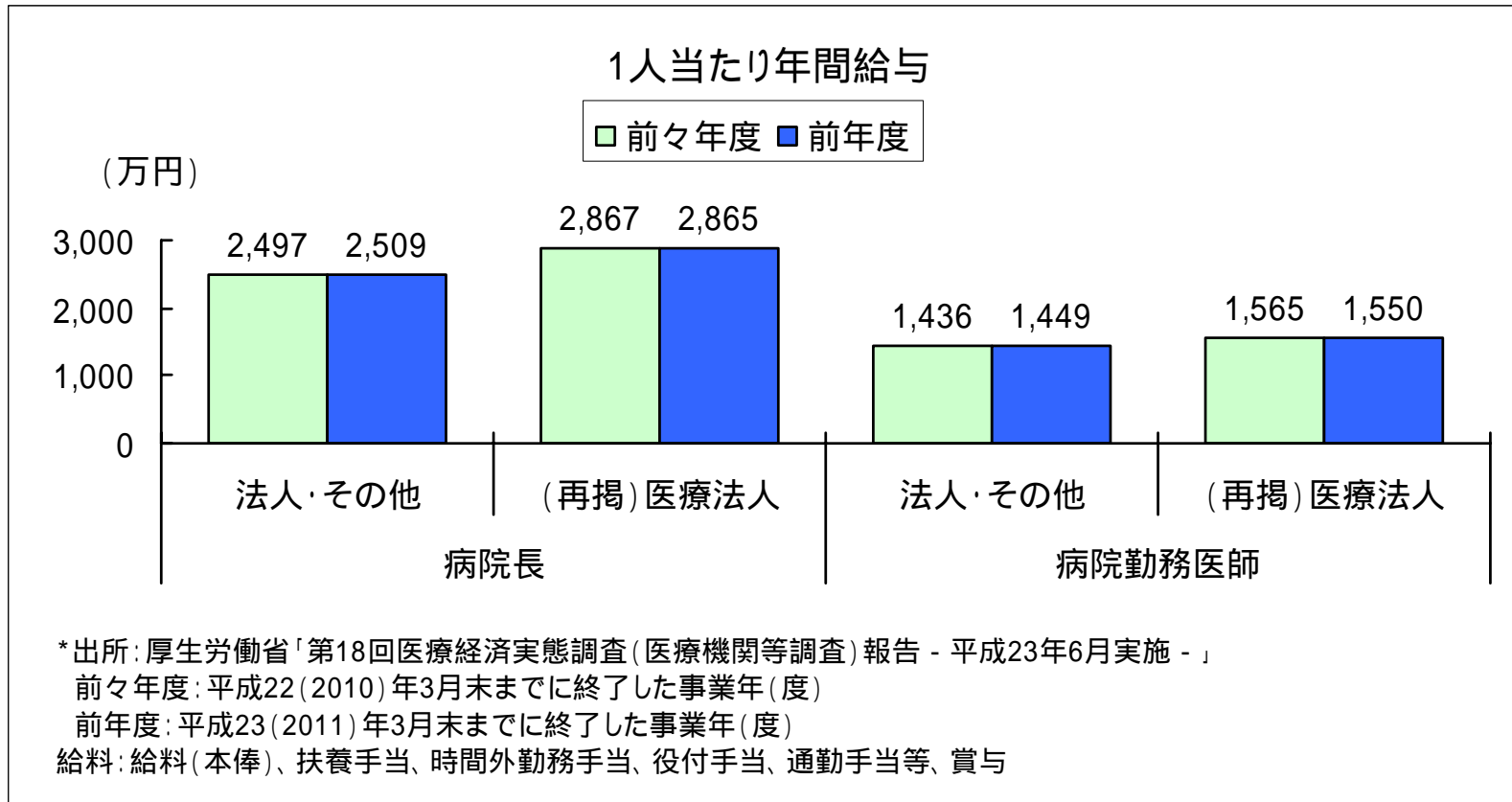
一般病院・特定機能病院 医業収益の伸び率

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。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。



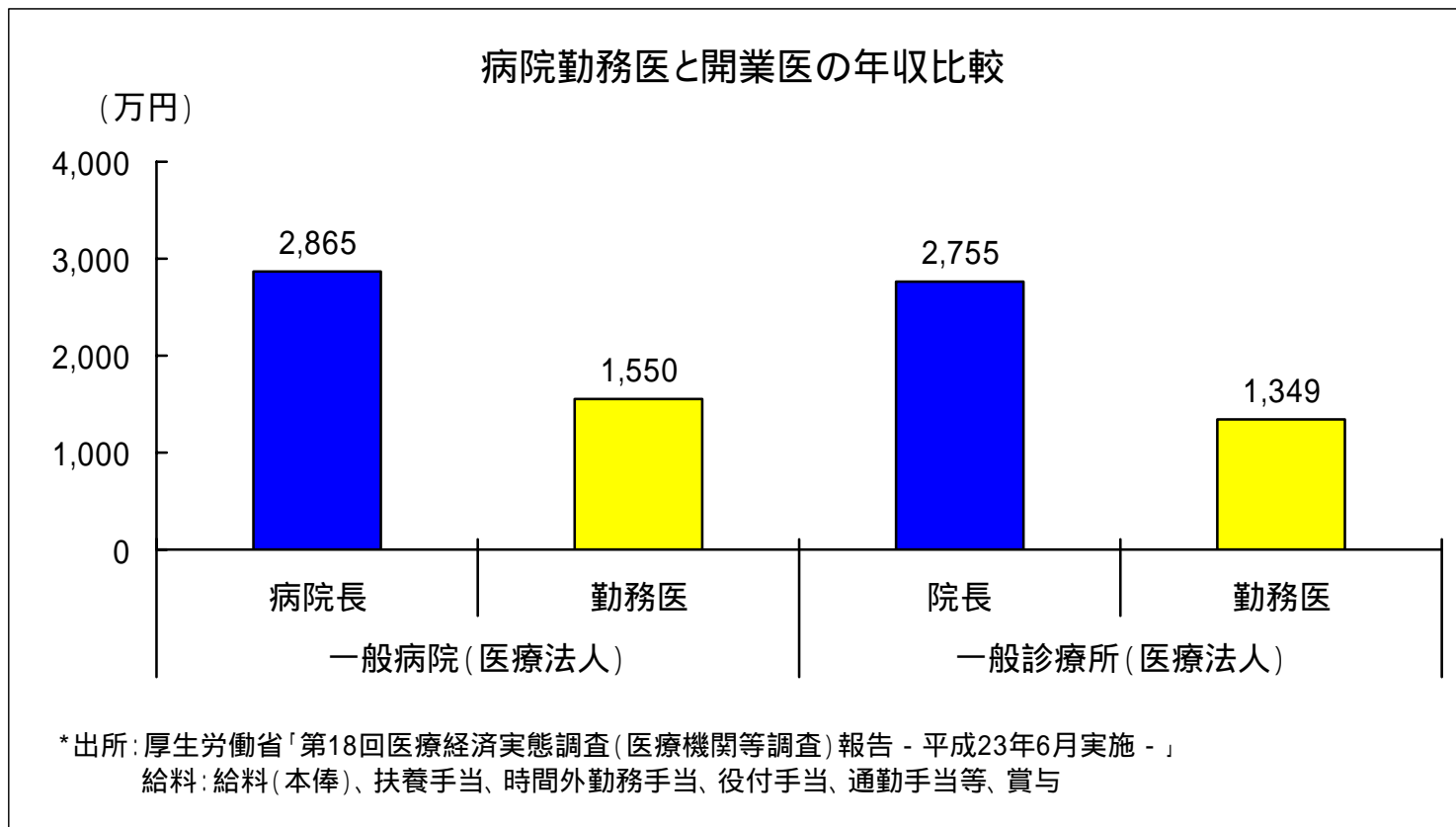
病院勤務医の処遇は改善したのか

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。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。民間医療法人では、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。



病院勤務医と開業医の年収比較

財政当局) は、開業医(法人等)の給与は、病院勤務医の1.9倍であるとしている。しかし、病院においても病院長の給与は病院勤務医の1.8倍である。経営責任のある病院長と病院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。



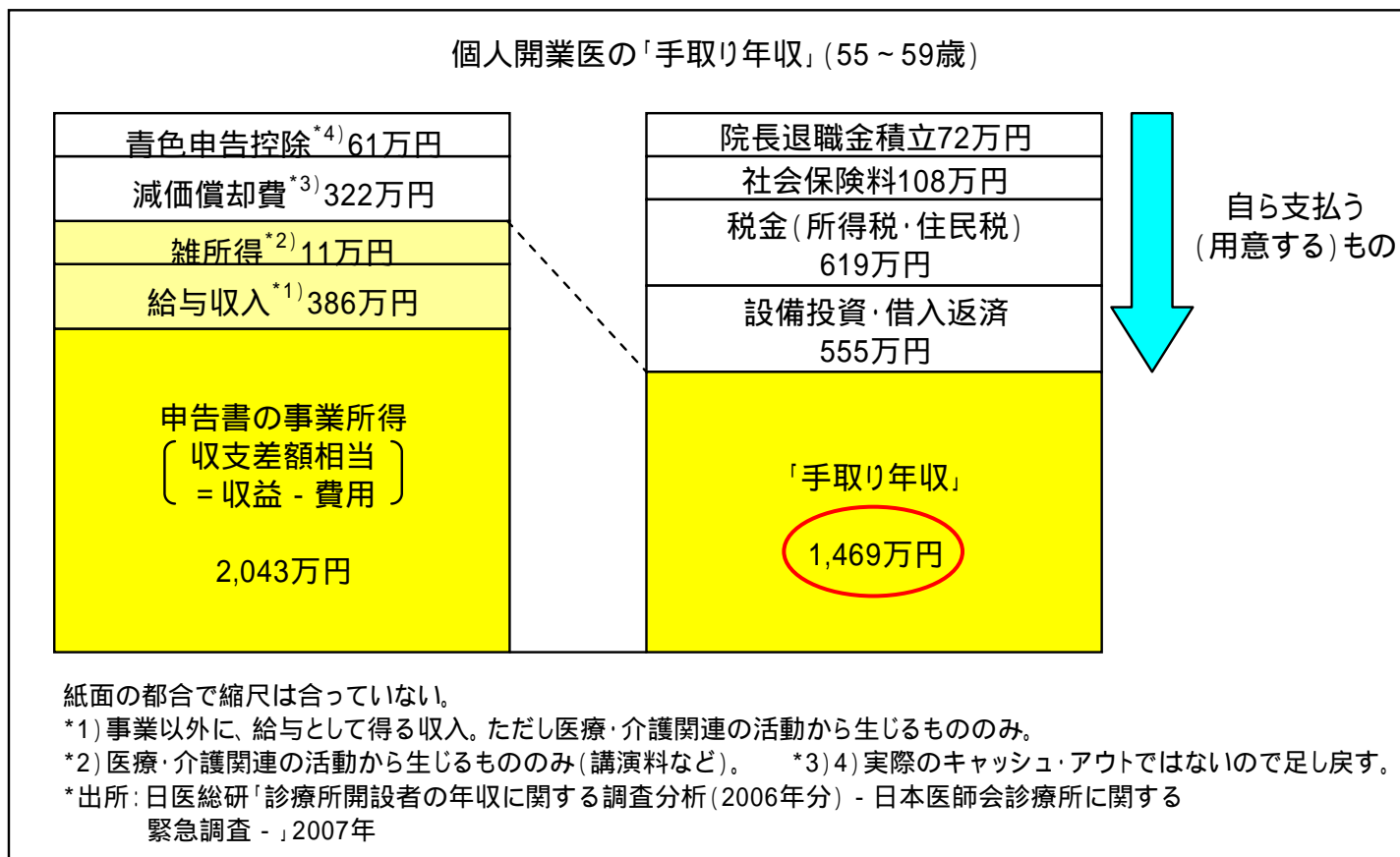
)行政刷新会議 提言型事業仕分け 財政当局作成 B5-2「論点別シート」, 2011年11月22日

病院勤務医と開業医の年収を比較することの問題点

1. 病院勤務医と開業医(法人等)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、開業医(法人等)は経営リスクを負い、債務保証をするなど、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. 病院勤務医の年収と開業医(個人)の収支差額を比較しているが、そもそもサラリーマンと個人事業主の比較はできない。開業医(個人)は、収支差額の中から、退職金相当額を留保し、事業にかかわる税金を支払い、借入金の返済も行う。
3. 病院と診療所の対立構造に持ち込むのではなく、むしろ勤務医の年収が低すぎることを考慮すべきである。

個人開業医の「手取り年収」

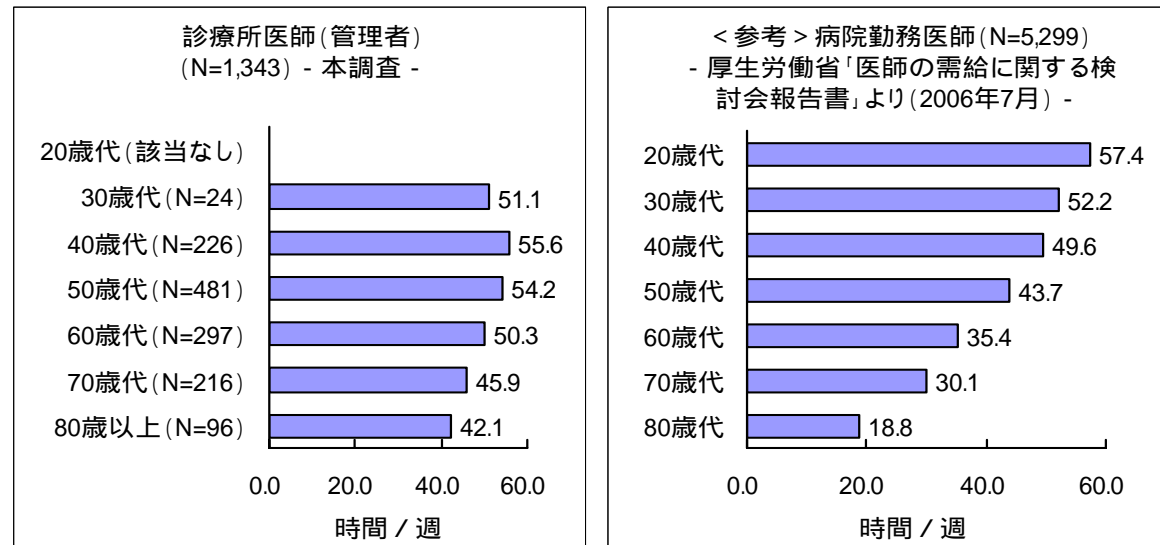
財政当局は、開業医(個人)の収支差額と病院勤務医の年収を比較している。しかし、開業医(個人)は、利益などの中から事業にかかわる税金を支払い、その残りで退職金相当額を留保し、借入金がある場合にはその返済もしなければならない。病院勤務医の年収と比較することはできない。



医師の平均従業時間

財政当局¹⁾は、1週間当たりの医師の平均従業時間²⁾は診療所の医師の勤務時間が短いというデータを示しているが、日本医師会の調査³⁾によると、勤務時間については、30歳代では診療所医師(管理者)、病院勤務医師ともに、ほぼ同じであった。40歳代以上では、診療所医師(管理者)のほうが勤務時間が長かった。

1週間の勤務時間の比較(男性医師の場合)



*診療所医師(管理者)のN数の多い男性で比較

滞在時間では、20歳代の病院勤務医師で週74.9時間(上記、厚生労働省報告書より)であったが、滞在時間には休憩時間および自己研修の時間が含まれる。

勤務時間:(診療所医師)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
休憩および自己研修は除く。

(病院勤務医師)始業から終業までの時間から休憩と自己研修を除いたもの。

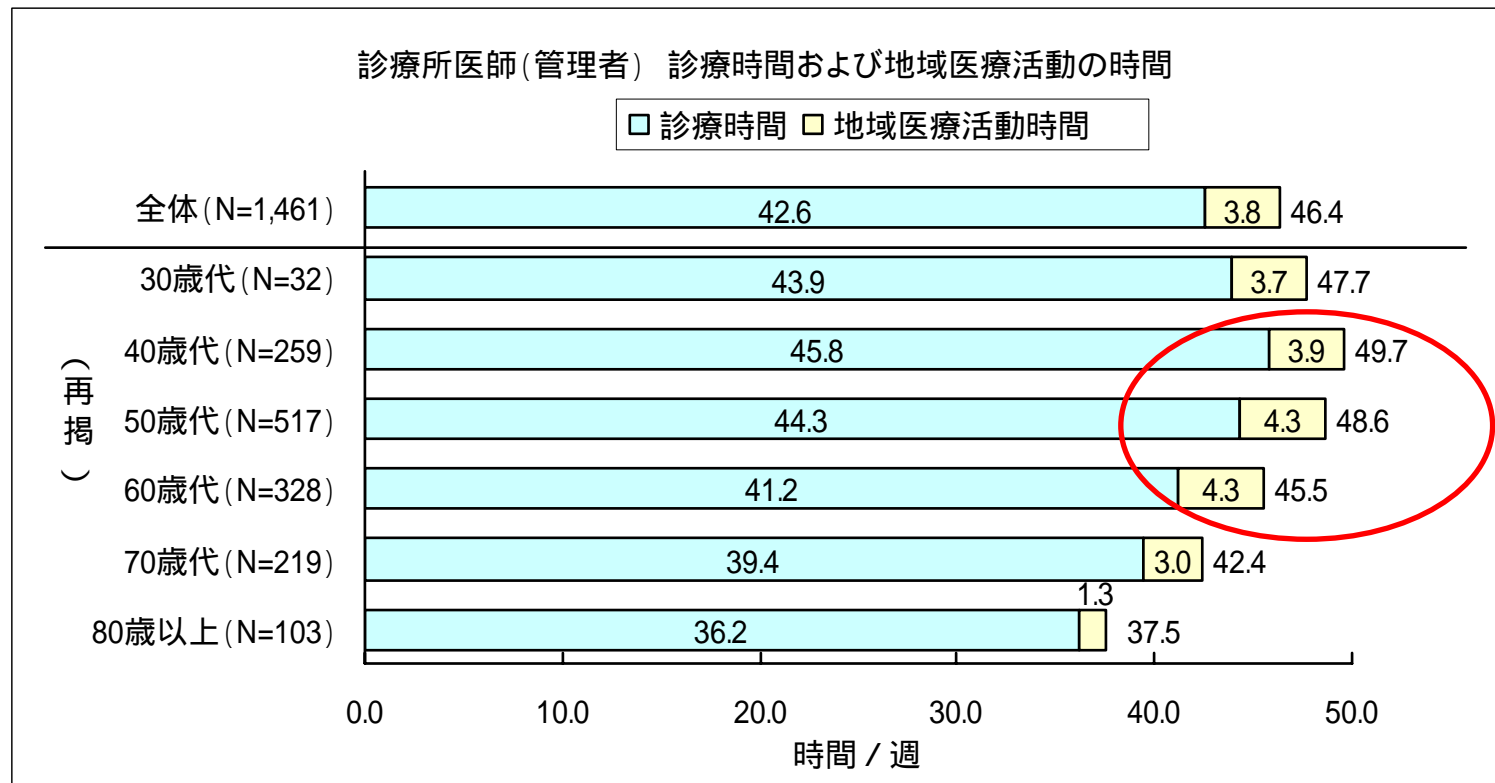
1) 行政刷新会議・提言型事業仕分け 財政当局作成 B5-2「論点別シート」, 2011年11月22日

2) 常勤のみ、「実際の始業・就業時間」より算出している。

3) (社)日本医師会「診療所医師の診療時間および時間外活動に関する調査結果(2007年7月実施)」, 2007年10月10日

診療時間および地域医療活動

日本医師会の調査)によると、診療所医師(管理者)は、1週間に平均して診療42.6時間の他、地域医療活動3.8時間、計46.4時間に従事している。40歳代では、合計50時間近くに達している。60歳代では、自らの診療時間は短くなるが、地域医療活動時間は週4時間以上であった。



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

) (社) 日本医師会「診療所医師の診療時間および時間外活動に関する調査結果(2007年7月実施)」, 2007年10月10日

診療科別医師収入(開業医)

診療科名	収支差額
眼科 (n=51)	約 3,500万円
小児科 (n=38)	3,300万円
精神科 (n=10)	2,600万円
産婦人科 (n=20)	2,600万円
皮膚科 (n=33)	2,600万円
全体 (n=565)	2,200万円
整形外科 (n=47)	2,100万円
内科 (n=275)	1,900万円
耳鼻咽喉科 (n=39)	1,900万円
その他 (n=17)	1,500万円
外科 (n=35)	1,400万円

財政当局)は、6月単月調査の個人開業医の収支差額を単純に12倍しているが、

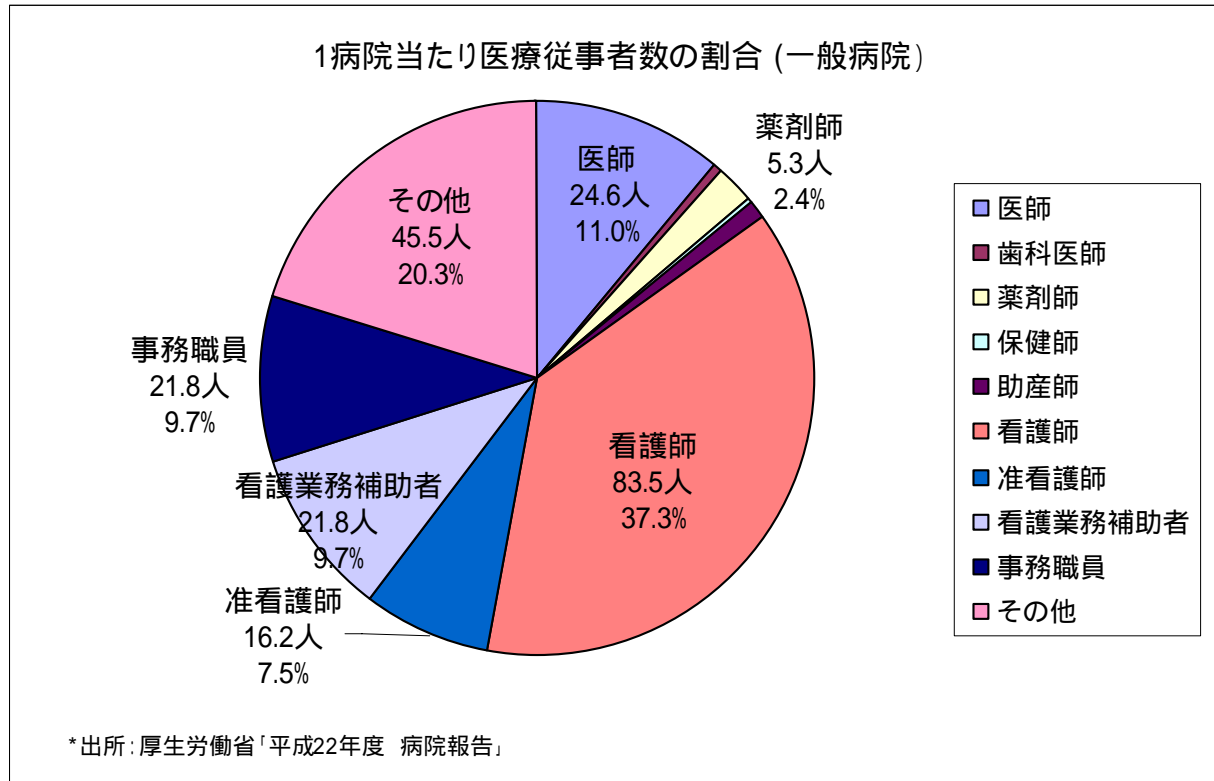
1. 単月調査に信頼性がないことは、中医協でも確認されている。
2. 個人開業医の収支差額イコール医師の給与ではない(17頁参照)。
3. 客体数も非常に少ない。

)行政刷新会議・提言型事業仕分け 財政当局作成 B5-2「論点別シート」, 2011年11月22日

診療報酬本体(医師の人件費等)について

財政当局は医療費の約48%が医師等の人件費¹⁾という資料を示しており、人件費の多くが医師の給与であるように見える。しかし、1病院あたりの医療従事者数の割合を見ると、医師は11%で、他の多くの職種と協働して、チーム医療を行なっているのが実状である。

医療費の半分近くが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。



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

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态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。

再診料・外来管理加算の検証

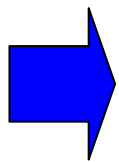
再診料(診療所71点 69点、病院60 69点)

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

いわゆる5分ルールを廃止した一方、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、実際には減少した。

すなわち、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不合理に引き下げられた。



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。

財政制度等審議会 財政制度分科会
2011年11月28日(月)

雇用を守り、医療崩壊を防ぐために

医療法人鉄蕉会 理事長
国立大学法人東京医科歯科大学 客員教授
亀田隆明

国民皆保険制度の堅持

1961年に始まった「国民皆保険」は素晴らしい制度であり、日本の豊かさを作ったインフラの一つである。

皆保険制度が国民に与える安心感は、何者にも代えがたく、また、皆保険制度の下で日本の医療が見せてきたパフォーマンスは、世界的にも評価された非常に優れたものであり、「皆保険」というコンセプトは、絶対に守り続けるべきである。

特に、大企業を中心にグローバル化が進む中、国家の最も大切な役割は、国民の安全・安心を守ることである。

優れた社会保障制度を持続するためには、国、国民が豊かであり続ける必要がある。

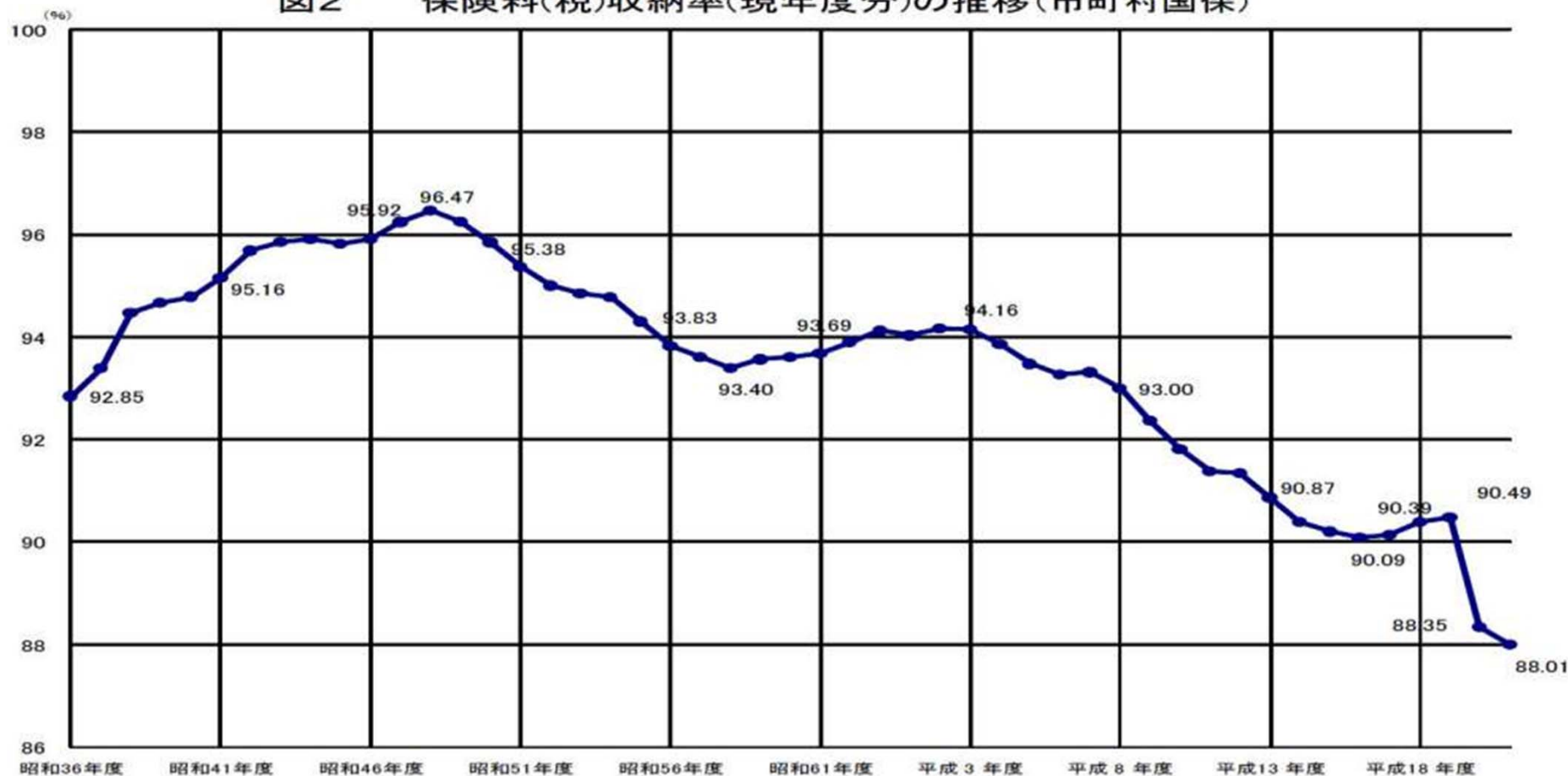
この20年、国民一人あたりのGDPは、国際比較で低下の一途を辿っている。

今、我が国に課せられている最大の課題は、過去の成功体験に囚われない、新しい形の成長戦略を実現していくことであり、医療も大きな役割を担うと考えている。

国民健康保険料(税)の収納状況

保険料(税)の収納率(21年度分)は、全国平均で前年度より0.34%ポイント低下し**88.01%**となり、国民皆保険になって以降の最低を更新した。

図2 保険料(税)収納率(現年度分)の推移(市町村国保)



(出所)厚生労働省「国民健康保険事業年報」(※平成21年度は速報値である。)

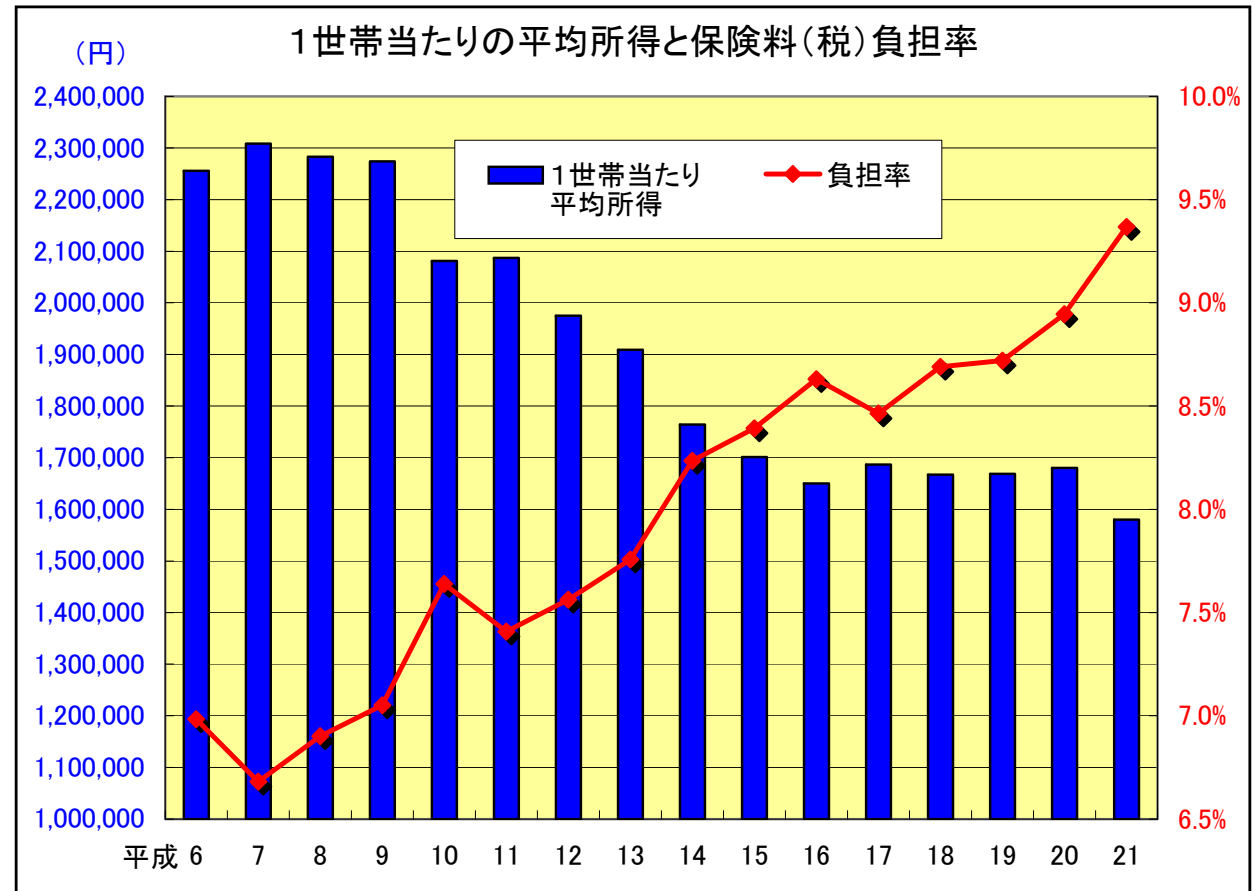
(注1)収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

(注2)平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。

国民健康保険1世帯当たりの平均所得と保険料(税)負担率

	年度 (平成)	1世帯当たり 平均所得	1世帯当たり 平均保険料 (税)調定額	負担率
		額(円)	額(円)	
全世帯	6	2,255,759	157,534	7.0%
	7	2,308,078	154,211	6.7%
	8	2,283,294	157,566	6.9%
	9	2,274,000	160,354	7.1%
	10	2,081,000	158,946	7.6%
	11	2,087,000	154,608	7.4%
	12	1,975,000	149,347	7.6%
	13	1,909,000	148,083	7.8%
	14	1,764,000	145,257	8.2%
	15	1,701,000	142,745	8.4%
	16	1,650,000	142,398	8.6%
	17	1,687,000	142,803	8.5%
	18	1,667,000	144,870	8.7%
	19	1,669,000	145,547	8.7%
20	1,680,000	150,271	8.9%	
21	1,580,000	148,014	9.4%	

資料:厚生労働省「国民健康保険実態調査」より



生活保護受給者の増加

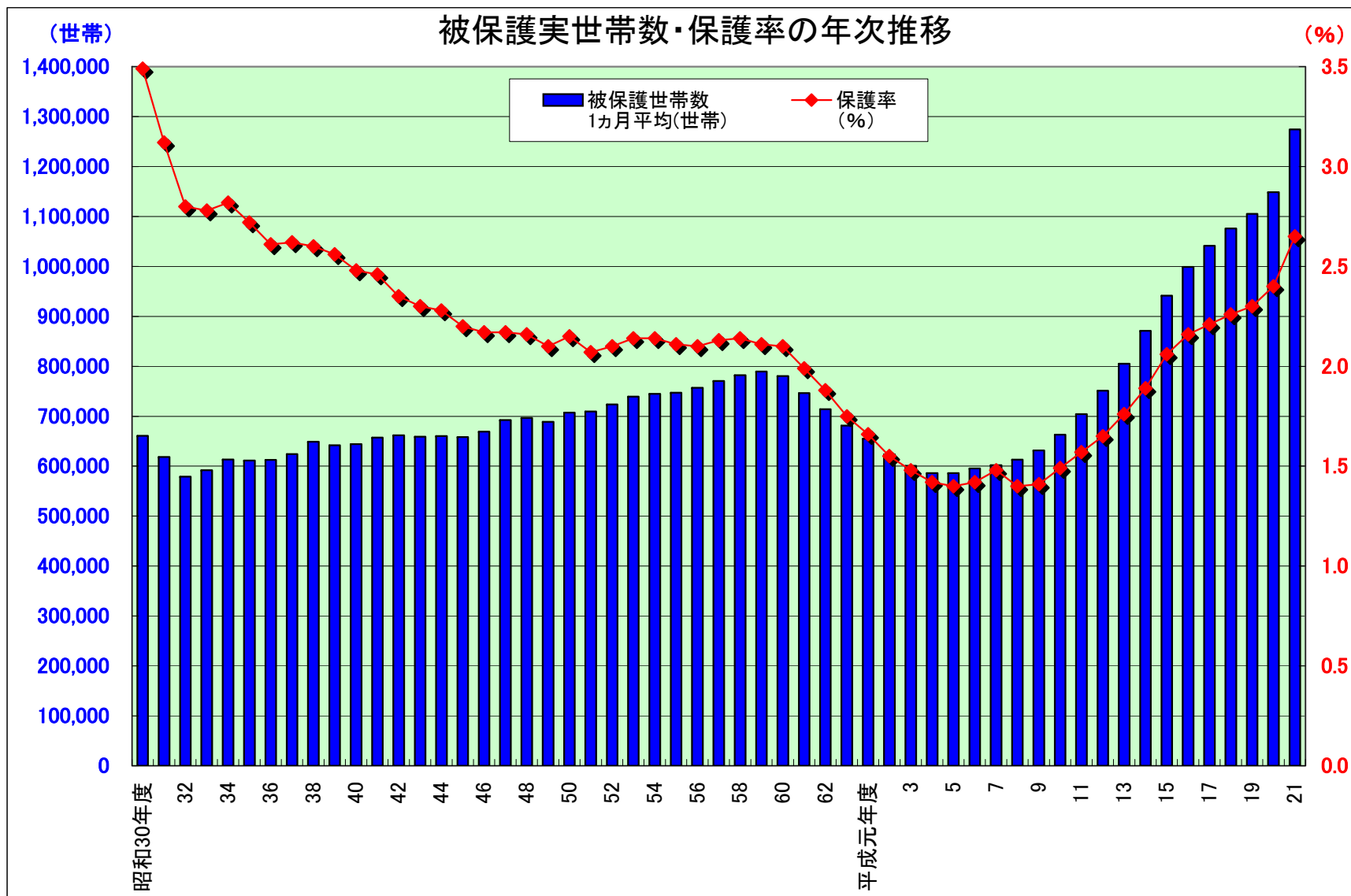
生活保護の受給者が2011年7月の段階で148万世帯、205万人にのぼり、支給額は3兆円を突破している。

生活扶助の基準額は、例えば東京都の場合、標準3人世帯で17万5170円。これに加え、必要に応じて住宅扶助が受けられ、医療費も無料となる。

さらに、高齢者単身世帯の**生活扶助基準額は8万820円**で、**国民年金の月額6万3000円**よりも多い。わずかな年金のなかから住宅費や医療費を捻出しなければならない国民年金受給者と比較すると、年金保険料を払ってこなかった生活保護受給者のほうがずっと優遇されているように見える。

日本の総世帯数約5195万世帯
(平成22年の国勢調査)

被保護実世帯数・保護率の年次推移

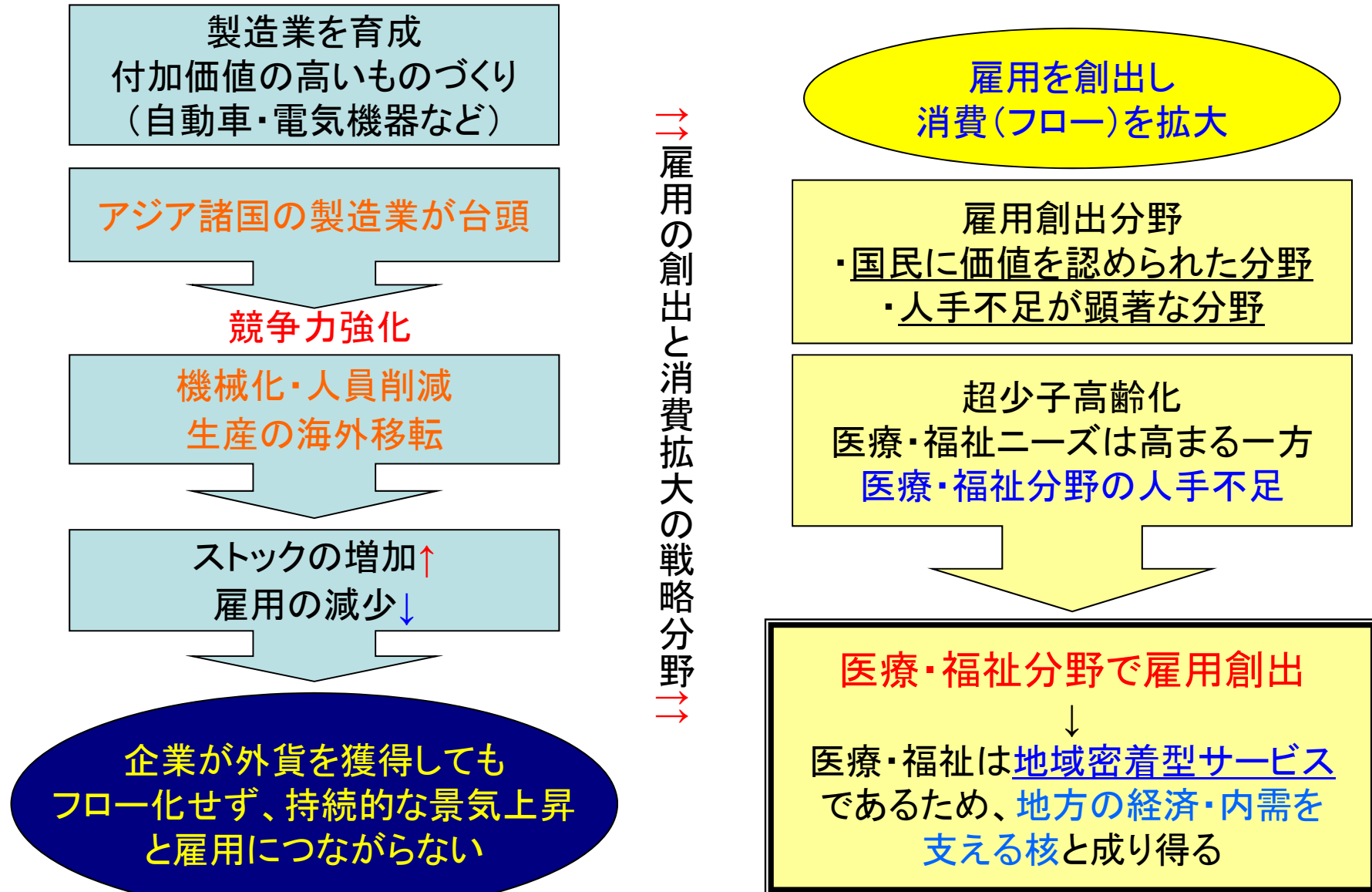


(注) 保護率の算出は、被保護世帯数(1か月平均)を「国民生活基礎調査」の総世帯数で除したものである。

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉行政業務報告」(福祉行政報告例)、「国民生活基礎調査」より作成

成長戦略と医療

1. 大規模かつ価値の高い雇用の創出と消費の拡大



平成22年度 診療報酬改定

全体改定率 +0.19%

診療報酬本体 +1.55%、薬価 ▲1.36%

医科本体 +1.74% (約4,800億円)

入院 +3.03% (約4,400億円)

外来 +0.31% (約400億円)

改定の影響

入院単価 4.3%増

(出所) 全国自治体病院協議会「平成22年度診療報酬改定影響率調査結果」を参照

主な産業別雇用者数（単位：万人）

年 月	農業、 林業	非農林業								
			製造業	卸売業、 小売業	医療、 福祉	建設業	運輸業、 郵便業	情報 通信業	金融業、 保険業	その他 の分野
平成14年平均	39	5,292	1,111	944	440	504	308	154	161	1,588
平成21年平均	50	5,410	1,015	935	588	422	332	185	161	1,688
増減	11	118	-96	-9	148	-82	24	31	0	100
一年平均の増減	2	17	-14	-1	21	-12	3	4	0	14

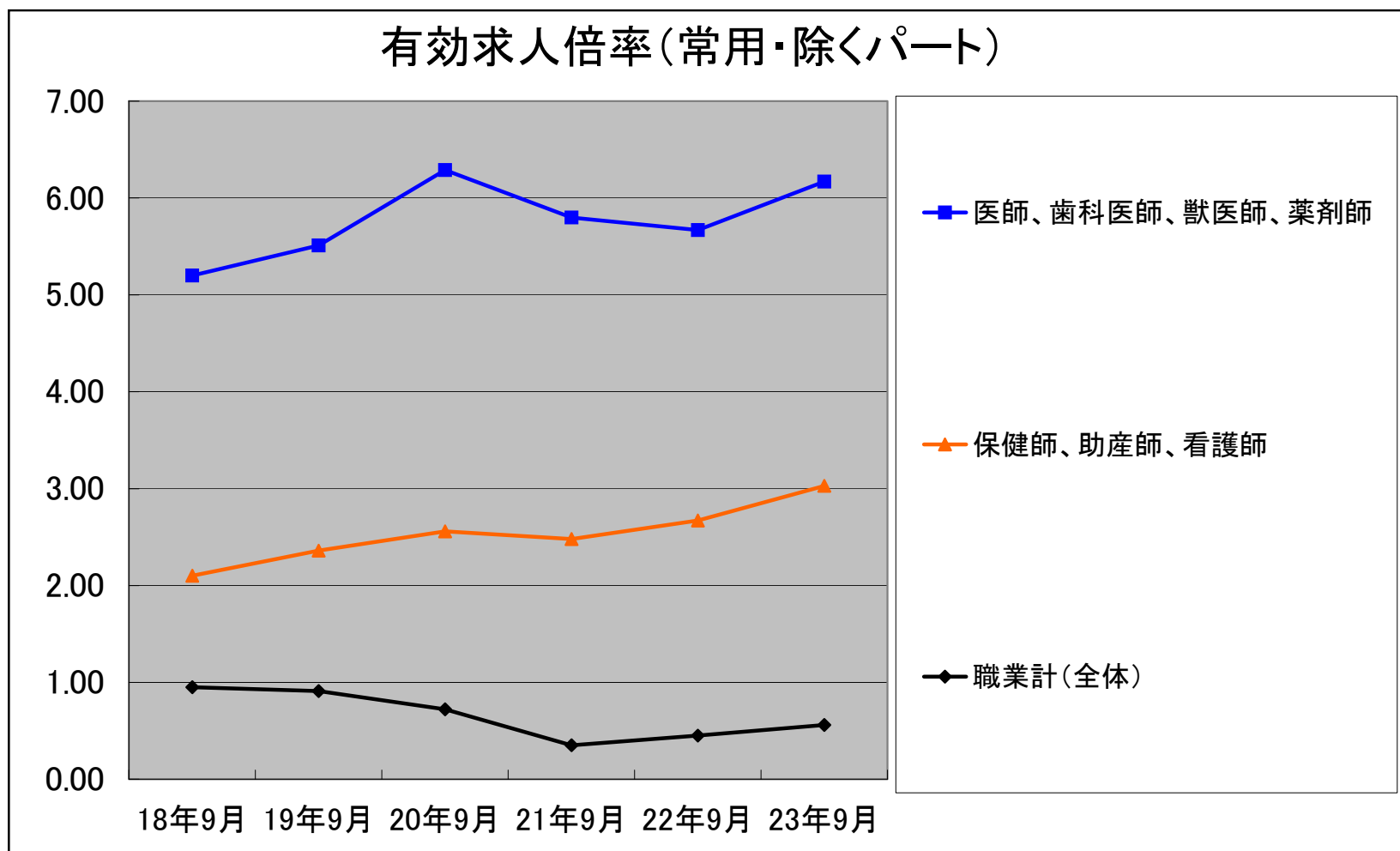
年 月	農業、 林業	非農林業								
			製造業	卸売業、 小売業	医療、 福祉	建設業	運輸業、 郵便業	情報 通信業	金融業、 保険業	その他 の分野
平成21年9月	51	5,419	1,008	937	596	408	331	184	156	1,722
平成23年9月	56	5,427	991	933	658	405	319	188	163	1,696
増減	5	8	-17	-4	62	-3	-12	4	7	-26
一年平均の増減	3	4	-9	-2	31	-2	-6	2	4	-13

（出所）総務省：労働力調査を参照して作成

ほとんどの産業で雇用が減少する中、医療・福祉はそれをカバーする形で突出して雇用が増加している。
平成22年4月の診療報酬プラス改定により、特に病院において大幅な雇用増加となった。

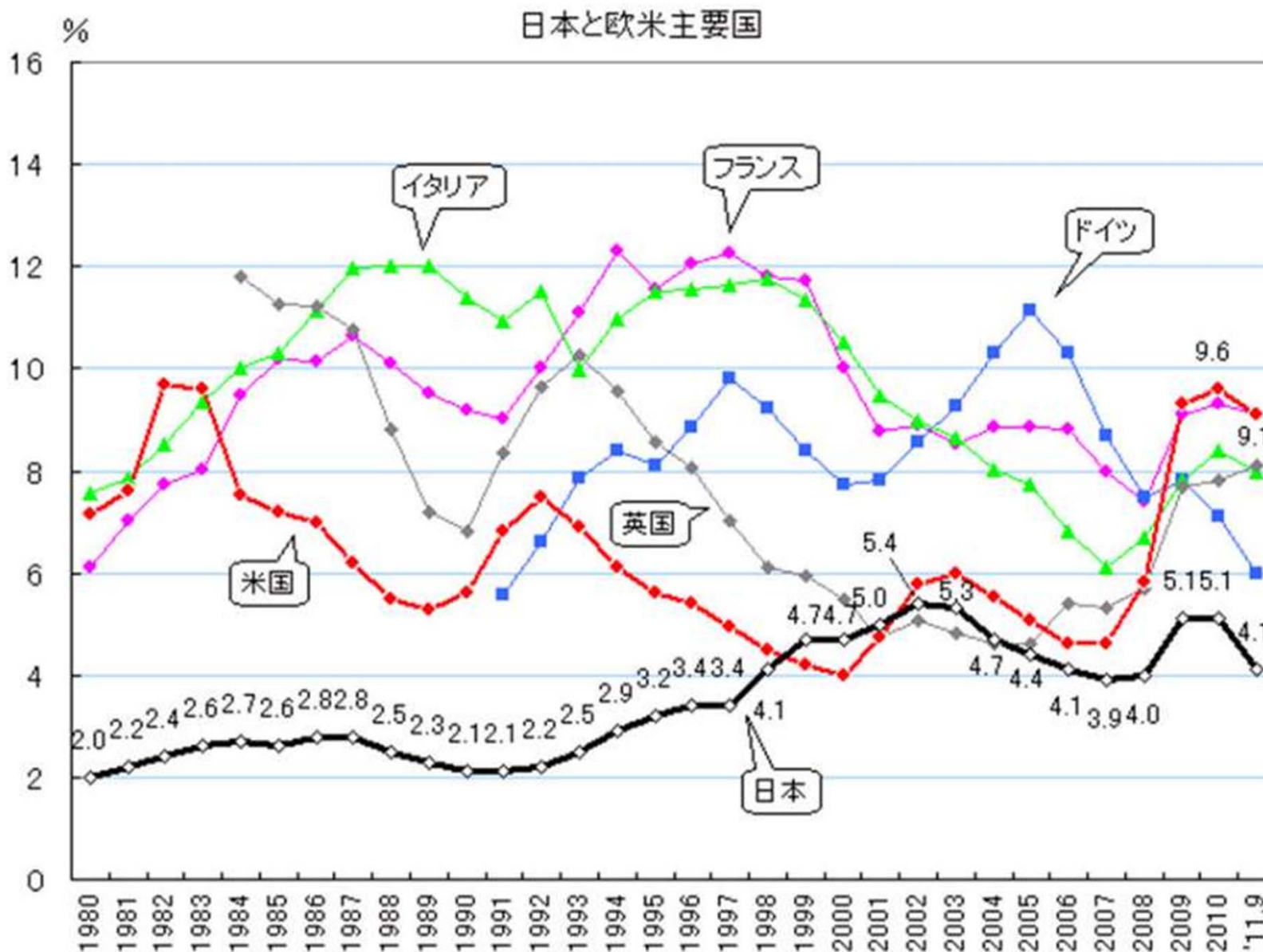
職業別一般職業紹介状況(常用・除くパート)

有効求人倍率	18年9月	19年9月	20年9月	21年9月	22年9月	23年9月
職業計(全体)	0.95	0.91	0.72	0.35	0.45	0.56
医師、歯科医師、獣医師、薬剤師	5.20	5.51	6.29	5.80	5.67	6.17
保健師、助産師、看護師	2.10	2.36	2.56	2.48	2.67	3.03



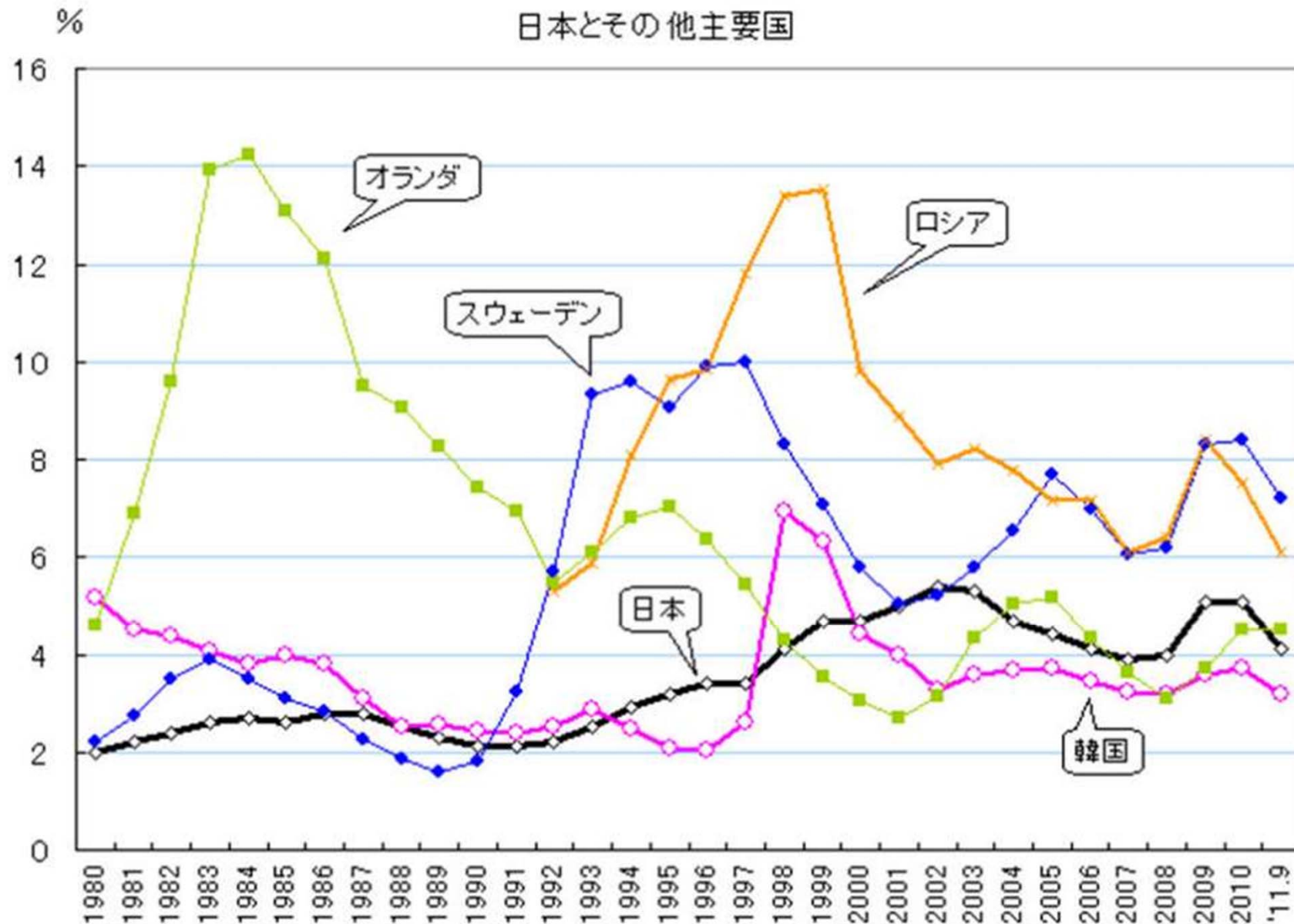
厚生労働省:「一般職業紹介状況」より

失業率の推移(日本と欧米主要国)



(出所) 社会実情データ図録

失業率の推移(日本とその他主要国)



(出所) 社会実情データ図録

自治体立病院100床あたりの収支

科 目	100床当たりの収支							
	自治体（都道府県・指定都市・市町村・組合等）							
	平成16年6月		平成18年6月		平成20年6月		平成22年6月	
	金額(千円)	医収比	金額(千円)	医収比	金額(千円)	医収比	金額(千円)	医収比
I 医業収益	127,322	100.0%	127,362	100.0%	124,949	100.0%	144,877	100.0%
I 医業費用	140,178	110.1%	146,751	115.2%	147,798	118.3%	159,761	110.3%
1. 給与費	73,395	57.6%	77,309	60.7%	78,797	63.1%	85,947	59.3%
2. 材料費	36,205	28.4%	36,749	28.9%	34,209	27.4%	37,404	25.8%
3. 経費	20,062	15.8%	21,352	16.8%	22,862	18.3%	24,535	16.9%
4. 減価償却費	9,293	7.3%	10,132	8.0%	10,382	8.3%	10,397	7.2%
5. 資産減耗損	283	0.2%	300	0.2%	478	0.4%	325	0.2%
6. 研究・研修費	615	0.5%	596	0.5%	707	0.6%	703	0.5%
7. 本部費分担金・役員報酬	324	0.3%	313	0.2%	363	0.3%	450	0.3%
医業収益－医業費用	△12,856	△10.1%	△19,389	△15.2%	△22,849	△18.3%	△14,884	△10.3%
II 医業外収益	2,838	2.2%	2,495	2.0%	2,626	2.1%	2,777	1.9%
II 医業外費用	5,338	4.2%	5,052	4.0%	4,462	3.6%	4,227	2.9%
うち支払利息	4,302	3.4%	4,160	3.3%	3,669	2.9%	3,228	2.2%
III 特別利益	245	0.2%	240	0.2%	362	0.3%	298	0.2%
III 特別損失	569	0.4%	680	0.5%	707	0.6%	564	0.4%
他会計負担金・補助金等収入（別掲）	(18,434)		(16,757)		(16,997)		(20,429)	
納付消費税（別掲）	(261)		(230)		(235)		(276)	
総収益（補助金等含まず）	130,404		130,097		127,936		147,952	
総費用（納付消費税含まず）	146,085		152,483		152,966		164,552	
総収益－総費用	△15,681		△22,386		△25,030		△16,600	
総収益－総費用（別掲を含んだ場合）	2,492		△5,859		△8,268		3,553	
調査病院数	659		599		599		579	
平均病床数	266		271		269		271	

（出所）全国公私病院連盟「平成20年 病院運営実態分析調査の概要」「平成22年 病院運営実態分析調査の概要」より

私的病院100床あたりの収支

科 目	100床当たりの収支							
	私的（医療法人・個人・公益・社会福祉法人等）							
	平成16年6月		平成18年6月		平成20年6月		平成22年6月	
	金額(千円)	医収比	金額(千円)	医収比	金額(千円)	医収比	金額(千円)	医収比
I 医業収益	125,590	100.0%	132,083	100.0%	134,089	100.0%	158,005	100.0%
I 医業費用	125,228	99.7%	131,612	99.6%	134,745	100.5%	152,436	96.5%
1. 給与費	64,396	51.3%	67,902	51.4%	70,855	52.8%	80,498	50.9%
2. 材料費	30,184	24.0%	31,754	24.0%	30,589	22.8%	36,472	23.1%
3. 経費	23,185	18.5%	23,629	17.9%	24,557	18.3%	26,025	16.5%
4. 減価償却費	5,396	4.3%	6,124	4.6%	6,659	5.0%	7,610	4.8%
5. 資産減耗損	150	0.1%	151	0.1%	98	0.1%	158	0.1%
6. 研究・研修費	487	0.4%	471	0.4%	509	0.4%	675	0.4%
7. 本部費分担金・役員報酬	1,431	1.1%	1,580	1.2%	1,478	1.1%	999	0.6%
医業収益－医業費用	362	0.3%	471	0.4%	△656	△0.5%	5,569	3.5%
II 医業外収益	2,114	1.7%	1,961	1.5%	1,961	1.5%	2,221	1.4%
II 医業外費用	2,241	1.8%	2,065	1.6%	2,249	1.7%	2,469	1.6%
うち支払利息	1,488	1.2%	1,405	1.1%	1,498	1.1%	1,431	0.9%
III 特別利益	421	0.3%	269	0.2%	358	0.3%	154	0.1%
III 特別損失	455	0.4%	483	0.4%	689	0.5%	476	0.3%
他会計負担金・補助金等収入（別掲）	(884)		(686)		(854)		(985)	
納付消費税（別掲）	(415)		(770)		(878)		(847)	
総収益（補助金等含まず）	128,126		134,313		136,407		160,380	
総費用（納付消費税含まず）	127,924		134,160		137,682		155,381	
総収益－総費用	202		153		△1,275		4,999	
総収益－総費用（別掲を含んだ場合）	671		69		△1,299		5,137	
調査病院数	273		279		319		307	
平均病床数	234		240		254		253	

（出所）全国公私病院連盟「平成20年 病院運営実態分析調査の概要」「平成22年 病院運営実態分析調査の概要」より

成長戦略と医療

2. 医療福祉分野における製造業の育成

製造業の成長が停滞
輸出による経済成長の停滞

BRICsや産油国など
巨大な人口を持つ国々が
経済成長するとともに
ヘルスケアへのニーズ
が高まっている。

→
→
→
医療福祉分野における製造業を育成
→
→

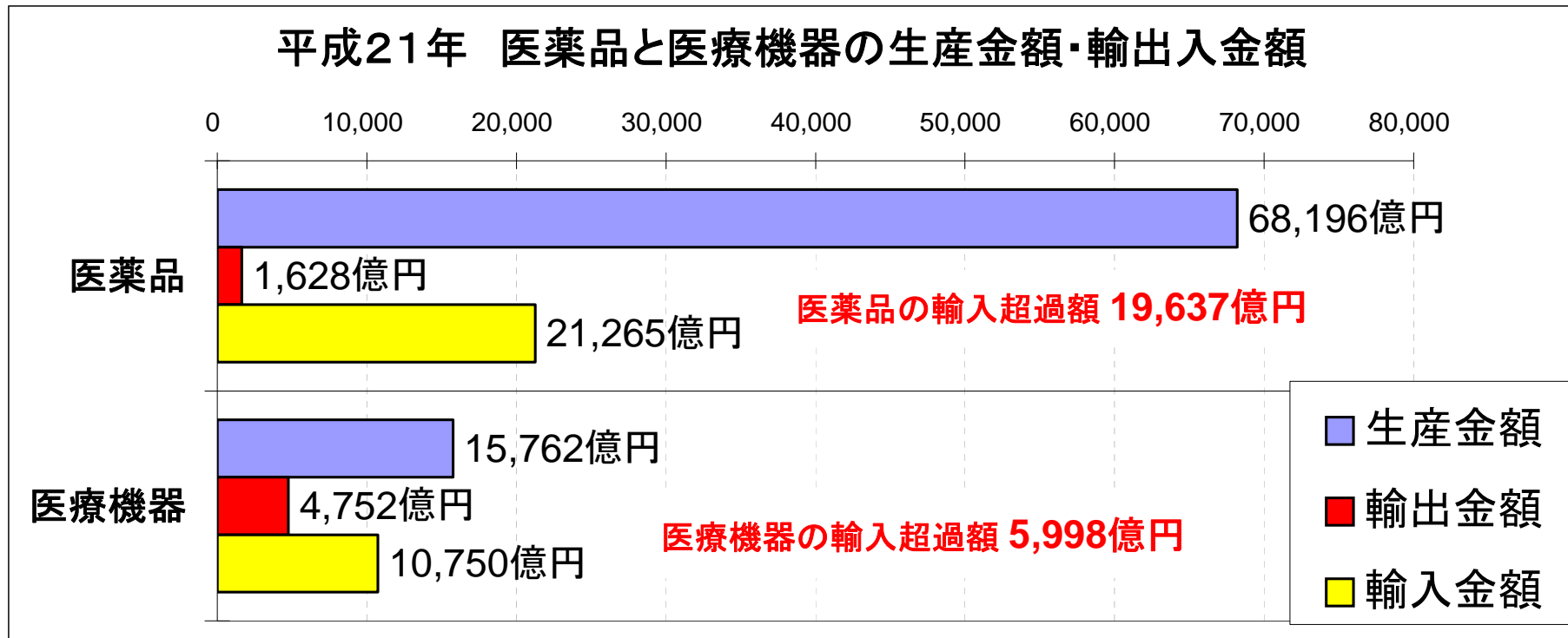
医薬品・医療機器の
世界市場は拡大を続けている

医薬品・医療機器は
輸入が輸出を
大幅に上回っている

バイオケミカルや精密機械の
製造は本来日本のお家芸のはず

↓
医療産業は製造業における
新成長分野として輸出拡大による
経済成長の核と成り得る

医薬品・医療機器産業を輸出産業として 育成する必要がある



厚生労働省:平成21年薬事工業生産動態統計年報を参考にして作成

医療機器の製造承認を得るまでのプロセス

アメリカ(FDA)

- ベンチャーからの申請前相談は無料～格安
- 全相談に対し回答期限が義務付けられ、文書が残る。
- 緩いGMP基準による試作品で臨床研究ができる。
- 治験は小規模から段階的に拡大し、GMP体制も段階的に強化してゆけばよい。
- ある程度治験が進むと、認可前でも患者本人が望めば、治療を受けられる。(高価、本人負担だが、認可前に収入！)
- ベンチャーキャピタルが充実

日本(厚労省)

- 高額:最近、ベンチャーには若干安くなったようだ。
- すべて口頭の回答(説明という名の指示、官側はメモを取り、次の提出資料が是正されていないと落第。)
- 大矛盾の医師主導治験制度
- 治験用の機器はGMP完全適合の本生産設備で作られたものによる。
- 認可前に治療用に販売するなどあり得ない。広告宣伝をしても薬事法違反となる。
- ベンチャーキャピタルの不備

GMPは、医療機器では正しくはQMS(Quality Management System)という。

【資料】(財)化学技術戦略推進機構(JCII)健康・医療専門部会事務局 日吉和彦氏「医療機器産業参入への道」より(2010)

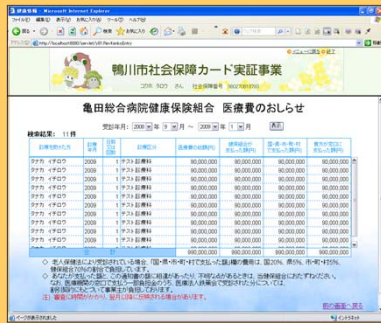
3. 医療分野におけるITの活用

IT技術の活用については、医療・介護・健康関連サービスや社会保障制度の情報がネットワーク化され連携することにより、効率的にサービスが提供され、重複したり多くの時間を費やしたりする無駄を排除することができる。さらには行政コストの大幅削減を可能にする。ただし、各サービスにある個人のデータを相互に関連付け、管理するためには、国民一人に一つ、統一のID「国民ID」を作ることが必須である。

社会保障カードサービス

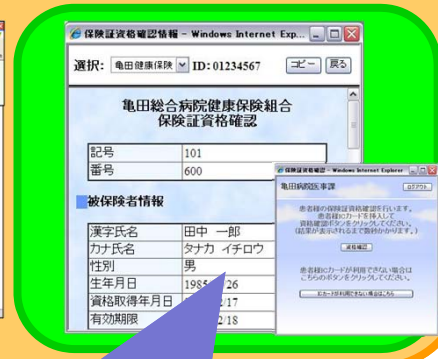
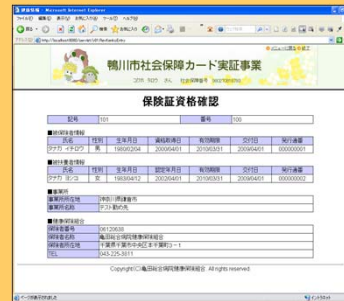
医療費のお知らせ

(鴨川市国民健康保険、亀田健康保険)
国民健康保険、社会健康保険における毎月の医療費額の閲覧



保険証資格確認 (亀田総合病院)

利用者本人による加入医療保険の確認
医療機関医事課における保険証資格確認及び、ID変換による受付業務



()サービス事業者名

年金情報閲覧 (日本年金機構)



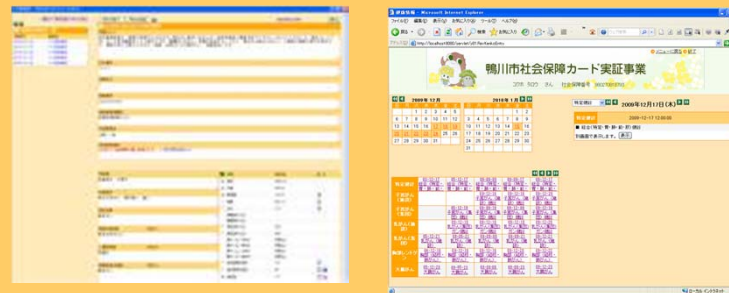
診療情報閲覧 (PLANET)

(医療法人鉄蕉会)
医療機関の受診情報の閲覧



健診情報閲覧

(鴨川市国民健康保険、亀田健康保険)
国保⇒総合健診、がん検診、社保⇒企業検診の閲覧



医療保険連携

(鴨川市国民健康保険、亀田健康保険)
加入者、脱退者登録により、国保、社保間において情報連携



- 利用者向けサービス
- 医療保険者向けサービス
- 医療機関向けサービス

医療におけるその他の問題点

1. 終末期医療の問題
2. 民間病院におけるキャピタルコスト(投資コスト)の問題
3. 混合診療の規制について
4. 医療機関における消費税問題

1. 終末期医療の問題

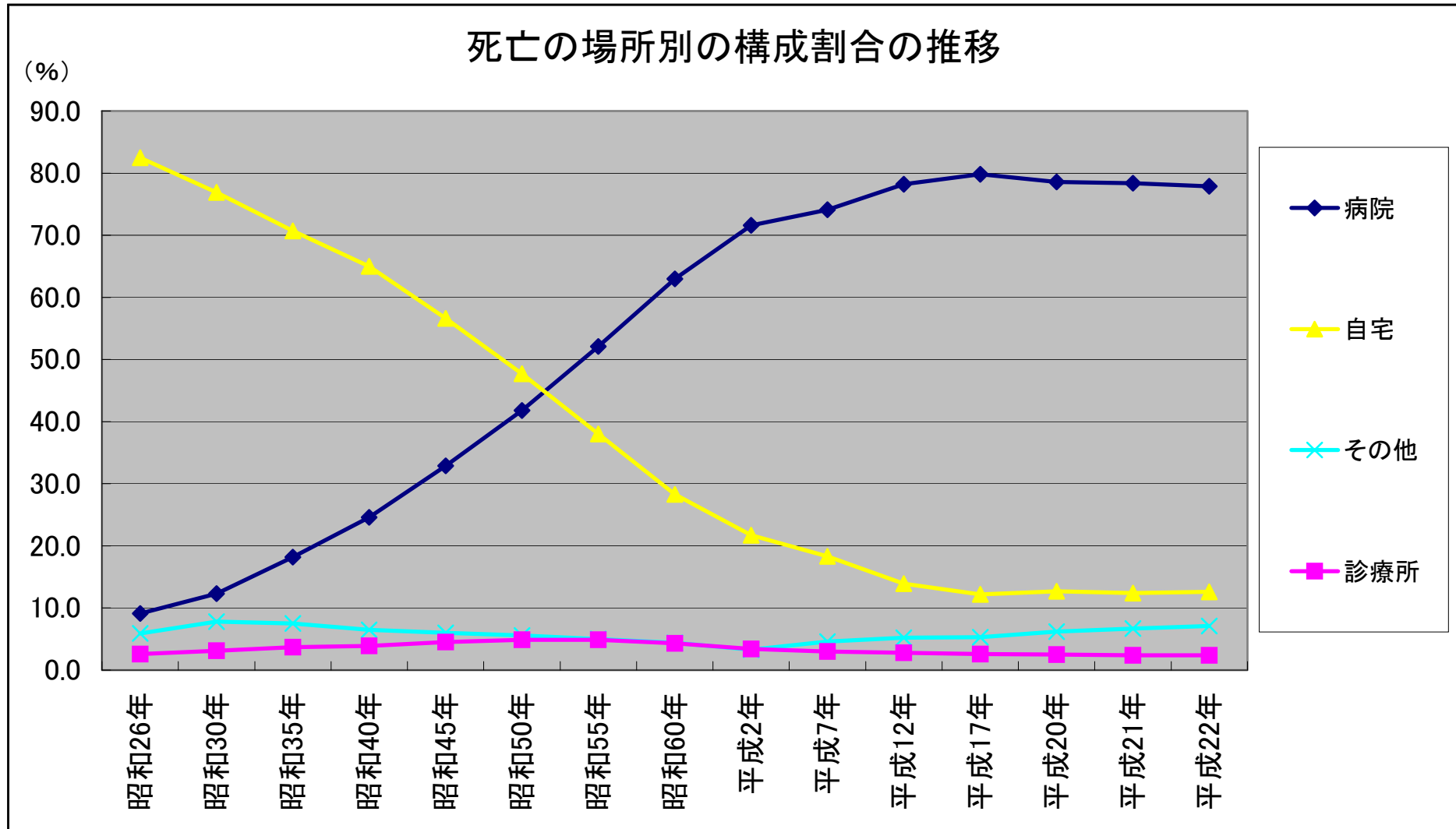
国民の8割近くが病院で終末期を迎え、短期間に多くの医療費を費やしている。

明らかに大きな治療効果が期待できない場合でも、病院では、いわゆる過剰診療になりがちであり、勤務医の疲弊の原因ともなっている。

例えば、一度人工呼吸器を始めてしまうと、助からないとわかっていても、家族が止めることを強く希望しても、止めることは許されない。

病院にとっても、家族にとっても、医療費の観点からも、大きな問題と言える。

死亡場所の推移



厚生労働省:「人口統計動態」より

終末期医療の問題の解決法の提言

1. 診療所における在宅医療の活性化

診療所の隣に在宅施設を整備し、かかりつけ医の在宅による看取りの負担を軽減する。

2. 有床診療所における看取り

有床診療所で看取る場合にも「在宅療養診療所のターミナルケア加算（10万円）」を適用する。

このような方法で、本人並びに家族の安心と満足度を向上し、勤務医の疲弊と医療費の無駄遣いを軽減させることができると思う。

2. 民間病院におけるキャピタルコストの問題

現代の高度医療では非常に大きな資本の投下が必要であるが、我が国の救急医療の60%、入院医療の70%が民間に委ねられている。

日本の民間病院における資本は、わずかな個人の自己資金に限られている。病院建設などには、数十億から数百億という大きな資金が必要となるが、診療報酬にキャピタルコスト部分が含まれているとは考えにくい。

診療報酬にその分が含まれているのであれば、公立病院の病棟などは公共事業として公的に投資されているはずであるから、**公立病院にはその分の診療報酬は不必要**である。

もし診療報酬にキャピタルコストが含まれていないのであれば、その分を**民間病院のキャピタルコスト**として別途加える必要がある。

現在の診療報酬制度の中にキャピタルコスト分が含まれていないのであれば…

福祉医療機構による制度融資を病院一件あたり数十億から数百億円にするなど大幅に融資規模の拡大をする必要である。

市場経済に左右される民間金融機関からの借入れは、政府による公定価格のもとに営まれる医療経営にとって大きなリスクを伴う。

もし、福祉医療機構が民営化されることにより、制度融資が使いにくいものになるのであれば、医療経営において極めて不利益を被る可能性がある。

最終的には民間病院のキャピタルコストについて、診療報酬制度の中で考慮するか、病院への出資について緩和するなど、政策的な措置が必要である。

3. 混合診療の規制について

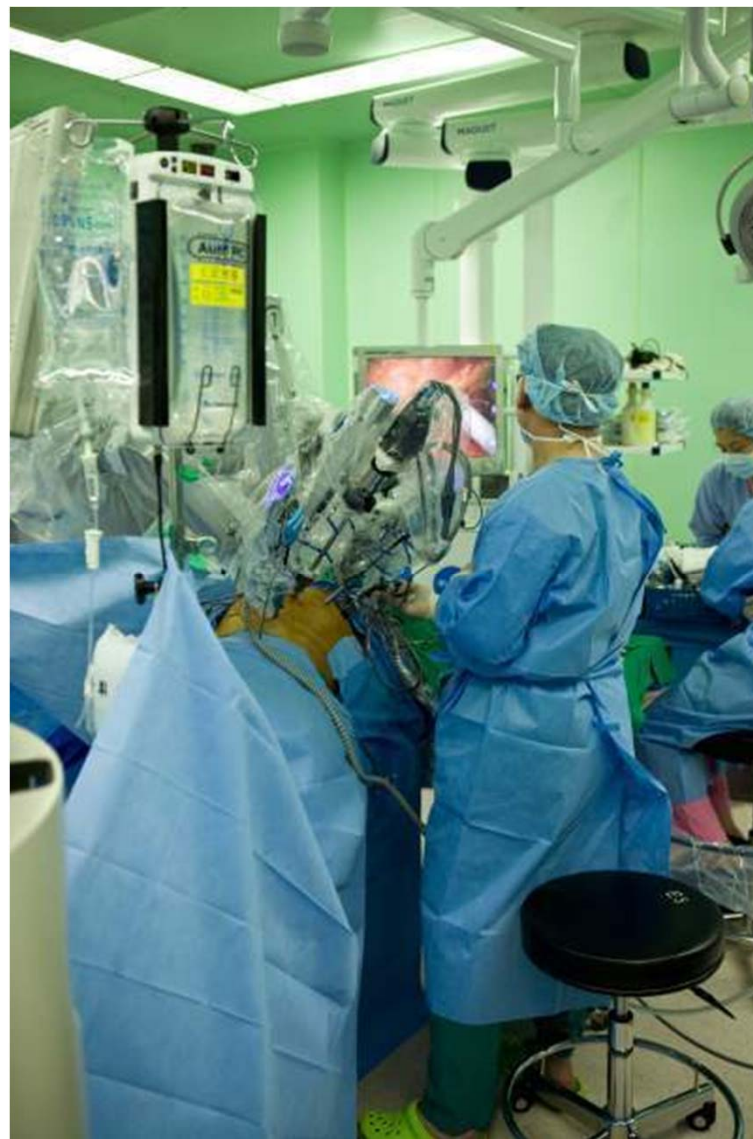
保険診療と併せて保険外診療も一部受けたことを理由に、保険料を払っているにもかかわらず、保険診療部分も「懲罰的に」全額自己負担とされるのは根拠に乏しい。

保険診療と保険外診療の併用の自由度を拡大すれば、患者の選択肢が増えるだけでなく、臨床にとっても医療技術の高度化につながる。また、保険外診療部分に民間保険の財源が加わることで、医療崩壊につながった医療費抑制を軽減することができる。

2011年10月25日に最高裁は「混合診療は原則禁止」の判断を下した。しかし裁判長は「混合診療原則禁止の妥当性が問われる場面を減少させる意味でも、さらに迅速で柔軟な運用が求められる」と述べ、また他の3人の裁判官からは保険外併用療養費制度の改善する必要があるとの個別意見が付けられた。

にんにく注射や自己多血小板血漿注入療法、いわゆる怪しい民間療法など、効果のエビデンスが乏しいものについては、規制を強化すべきである。保険診療でないことからほとんど野放し状態となっている場合が目につく。

Da Vinci 手術



Da Vinci 手術 請求額

da Vinci 手術 術式別請求額

部位	術式	A大学病院	B大学病院	C大学病院
食道癌	食堂亜全摘	400万円	先進医療準備中	-
胃癌	幽門側胃切除	240万円	-	-
	噴門側胃切除	240万円	-	-
	胃全摘	230万円	-	-
胆膵癌	膵頭十二指腸切除	420万円	-	-
結腸癌	結腸切除	260万円	先進医療準備中	-
	高位前方切除	250万円	-	-
直腸癌	低位前方切除	240万円	先進医療準備中	-
肝臓癌	肝外側区域切除	410万円	-	-
	肝区域切除	420万円	-	-
	肝葉切除	400万円	-	-
	肝拡大葉切除	390万円	-	-
肺癌	肺切除	240万円	先進医療準備中	-
縦隔腫瘍		-	先進医療申請中	-
前立腺癌	前立腺全摘	230万円	150万円	135万円
	膀胱全摘	-	先進医療申請中	-
子宮癌		-	先進医療申請中	-
心疾患	心房中隔欠損	-	先進医療準備中	-
	冠動脈剥離	-	先進医療準備中	-

セブランス病院（韓国）における ダヴィンチ手術件数

(2005. 7 ~ 2009. 12)

泌尿器科	1, 339
外科手術	1, 829
産婦人科	135
胸部外科	38
心臓血管外科	29
耳鼻咽喉科	43
神経外科	2
Total	3, 415件



日本におけるダヴィンチを使用した手術件数は、
2004年4月～2011年3月の7年間で1,045件に過ぎない。

先進医療及び施設基準の一例

診療報酬点数表

[告示] 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準

先進医療ごとに定める施設基準に適合する病院又は診療所において実施する先進医療

八十八 根治的前立腺全摘除術における内視鏡下手術用ロボット支援

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状
前立腺がん

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

- ① 専ら泌尿器科に従事し、当該診療科について5年以上の経験を有すること。
- ② 泌尿器科専門医であること。
- ③ 当該療養について2年以上の経験を有すること。
- ④ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として5例以上の症例を実施していること。

(2) 保険医療機関に係る基準

- ① 泌尿器科を標榜していること。
- ② 実施診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。
- ③ 麻酔科標榜医が配置されていること。
- ④ 臨床工学技士が配置されていること。
- ⑤ 病床を20床以上有していること。
- ⑥ 当直体制が整備されていること。
- ⑦ 緊急手術体制が整備されていること。
- ⑧ 24時間院内検査を実施する体制が整備されていること。
- ⑨ 医療機器保守管理体制が整備されていること。
- ⑩ 医療安全管理委員会が設置されていること。
- ⑪ 当該療養について5例以上の症例を実施していること。

4. 医療機関における消費税問題

社会保険診療報酬には消費税の導入時と、5%税率改定時に消費税分を加算補填して医療事業者の負担する消費税を軽減する措置が取られた。しかし、明確な算定根拠等が提示されていないため、社会保険診療報酬にどのように加算補填されたかが不明確な状態である。その後1998年度（平成10年度）から2006年度（平成18年度）までの社会保険診療報酬改定で▲7.96%の減額改定が行われたため、想定した加算補填の効果は事実上無くなっているものと考えられ、医療事業者の消費税負担は増大したと言える。

今後、消費税率が増加改定された場合、消費税の取扱いについてなんらかの措置が取られない限り、病院の経営成績に多大な影響を及ぼすこととなる。

医療法人鉄蕉会の消費税（試算）

消費税の試算			平成22年度実績	ゼロ税率の場合
仕入消費税額	①		777,962,652	777,962,652
売上消費税額	②		221,856,160	221,856,160
課税売上割合	③		14.08%	100% (注1)
控除税額	④	① × ③	109,573,718	777,962,652 (注2)
納付税額(▲還付税額)	⑤	② - ④	112,282,400	▲ 556,106,492
損税	⑥	① - ④	668,388,934	0

(注1) 課税売上割合：国内における資産の譲渡等の対価の合計額に占める課税資産の譲渡等の対価の合計額の割合。

(注2) 控除税額：仕入高に対する消費税額に課税売上割合を乗じて、消費税納税額から控除する額を算出する。

財政制度分科会 法制・公会計部会 委員名簿

＜委員＞	井伊 雅子	一橋大学国際・公共政策大学院教授	法制・公会計
	井堀 利宏	東京大学大学院経済学研究科教授	法制・公会計
	碓井 光明	明治大学大学院法務研究科教授	法制・公会計
◎	田近 栄治	一橋大学国際・公共政策大学院教授	法制・公会計
	富田 俊基	中央大学法学部教授	法制・公会計
＜臨時委員＞	会田 一雄	慶應義塾大学総合政策学部教授	公会計
	木村 琢磨	千葉大学大学院専門法務研究科教授	法制・公会計
	黒川 行治	慶應義塾大学商学部教授	公会計
	小林 麻理	早稲田大学政治経済学術院公共経営研究科教授	公会計
	清水 涼子	関西大学大学院会計研究科教授	公会計
	関川 正	日本公認会計士協会常務理事	公会計
○	中里 実	東京大学大学院法学政治学研究科教授	法制・公会計
	橋本 尚	青山学院大学大学院会計プロフェッション研究科教授	公会計
	長谷部 恭男	東京大学大学院法学政治学研究科教授	法制
	宗岡 徹	関西大学大学院会計研究科教授	公会計

(注) ◎は部会長、○は部会長代理