

平成24年度予算編成に向けての 日本医師会の見解

民主党社会保障と税の一体改革調査会・税制調査会合同総会

2011年12月15日
社団法人 日本医師会

財政制度等審議会・財政制度分科会について

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。

1. 前回2010年度診療報酬改定の分析

最近の診療報酬改定率

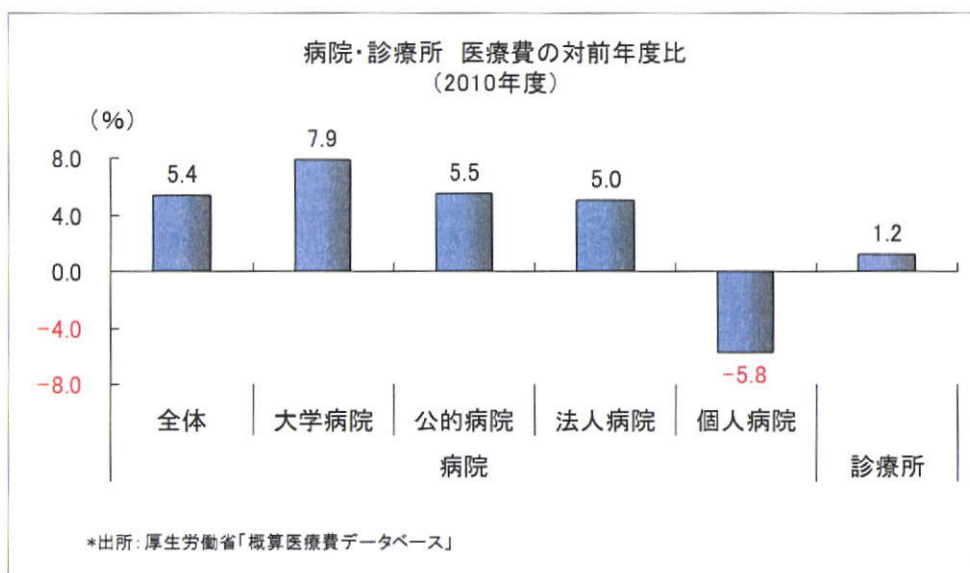
前回の診療報酬改定率は全体で+0.19%であり、10年ぶりのプラス改定であった。しかし、医科本体改定率は、入院+3.03%（急性期4,000億円、その他400億円）、外来+0.31%であり、入院（主として病院）に偏った配分であった。

	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
					+0.31%	400億円
外来						
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

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

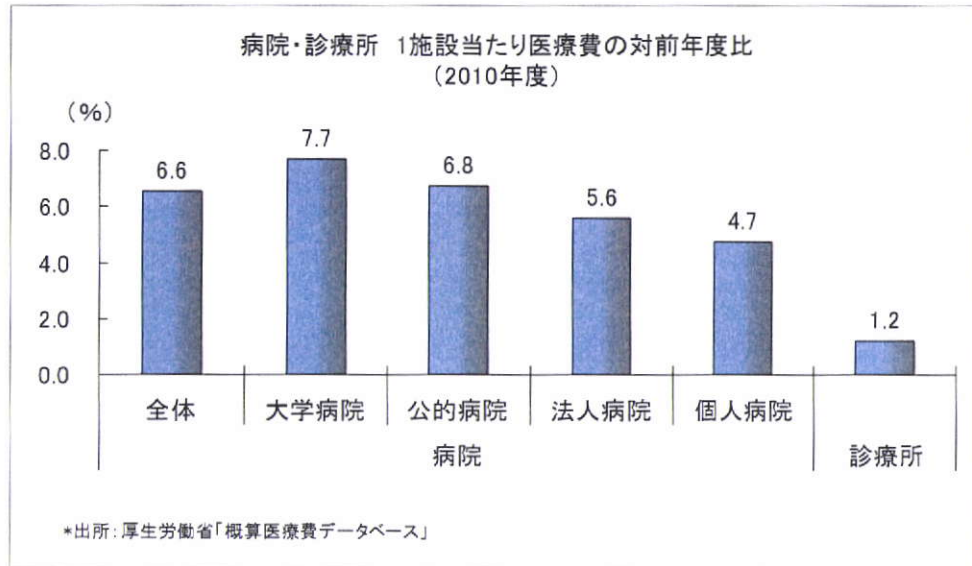
2010年度の医療費の対前年度比は、病院+5.4%、診療所+1.2%であった。病院の内訳を見ると、大学病院では+7.9%、公的病院+5.5%、法人病院+5.0%、個人病院は施設数が減少していることもあり▲5.8%であった。



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。

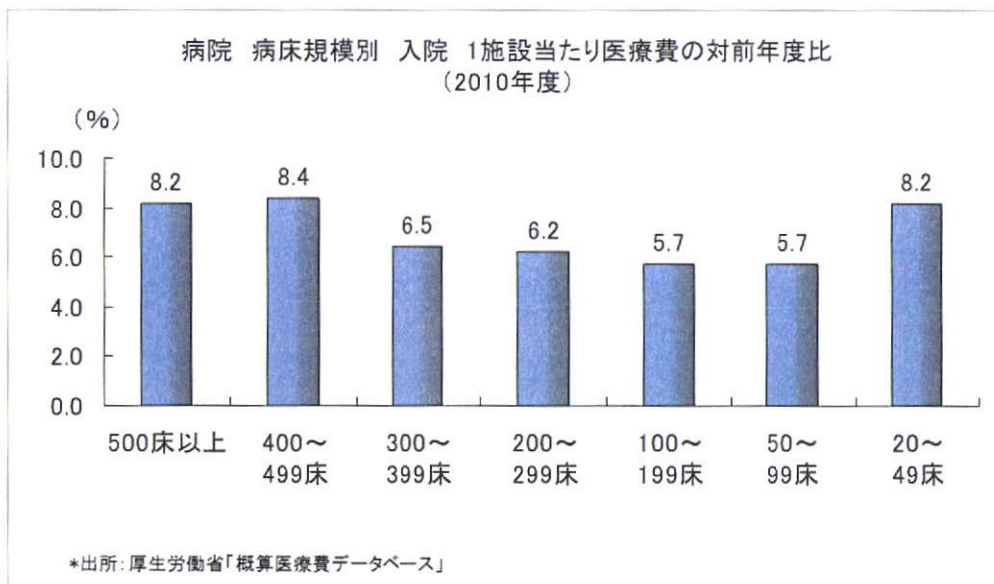


社団法人 日本医師会

6

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。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。

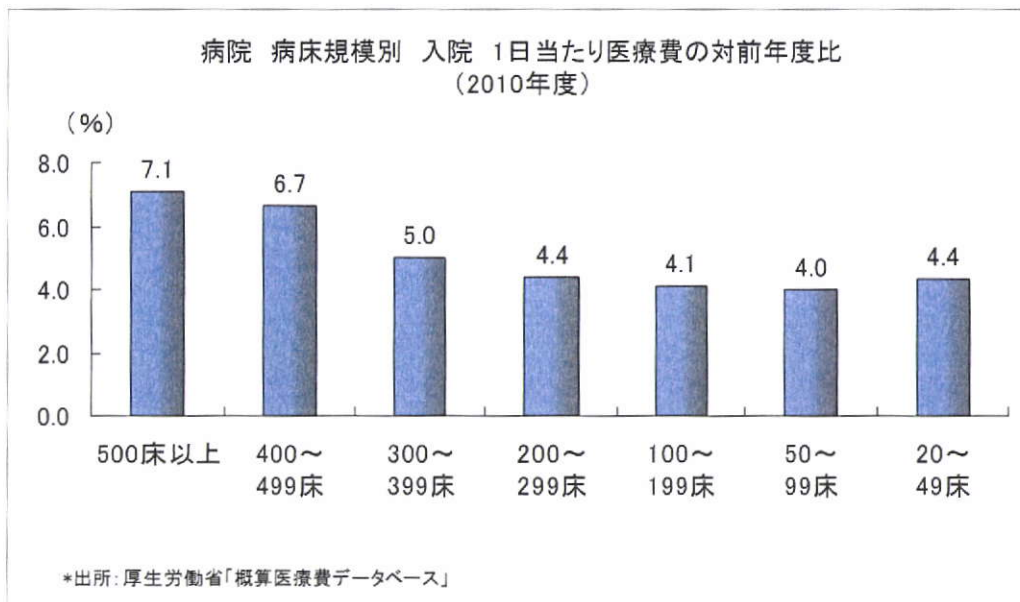


社団法人 日本医師会

7

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。特に500床以上は+7.1%であった。

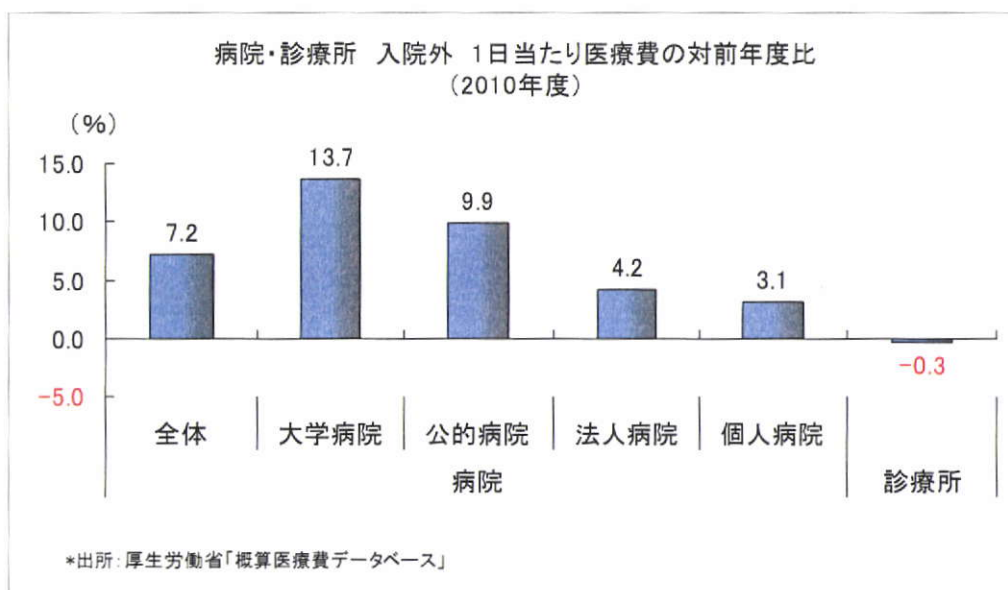


社団法人 日本医師会

8

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。病院では、大学病院が+13.7%で最も高く、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。

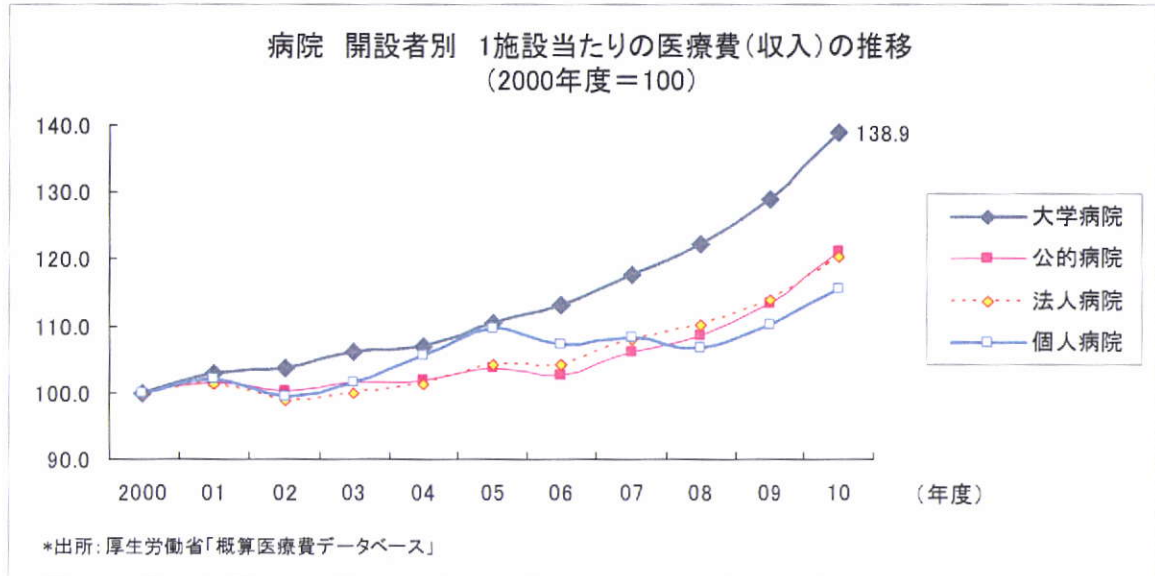


社団法人 日本医師会

9

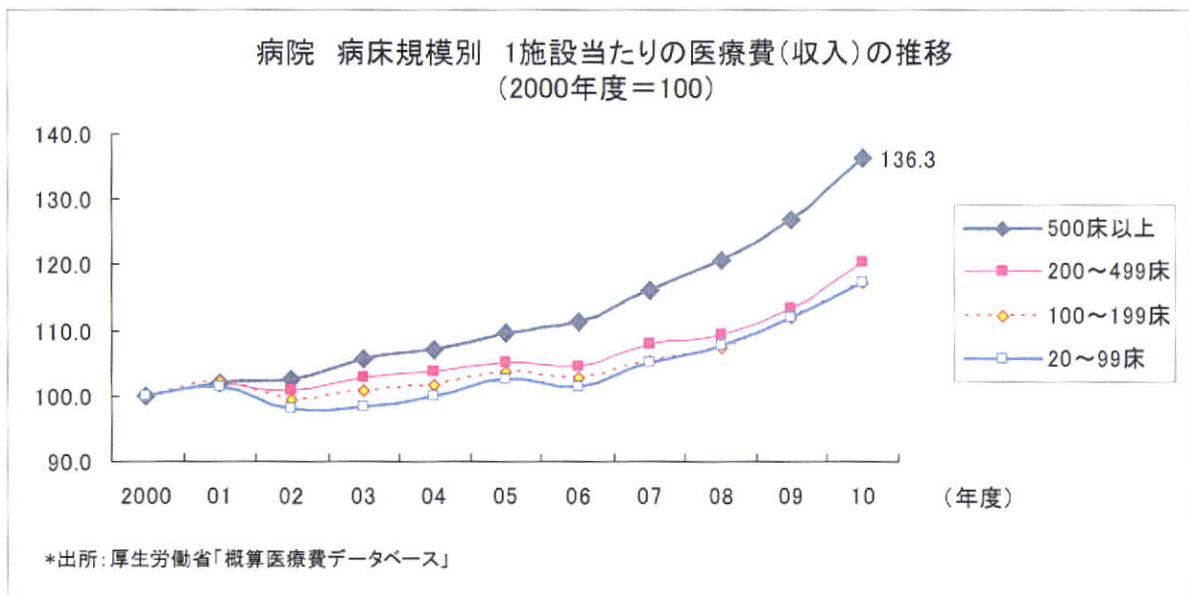
病院 開設者別 1施設当たり医療費の推移

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年度に大学病院は138.9になっている。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。



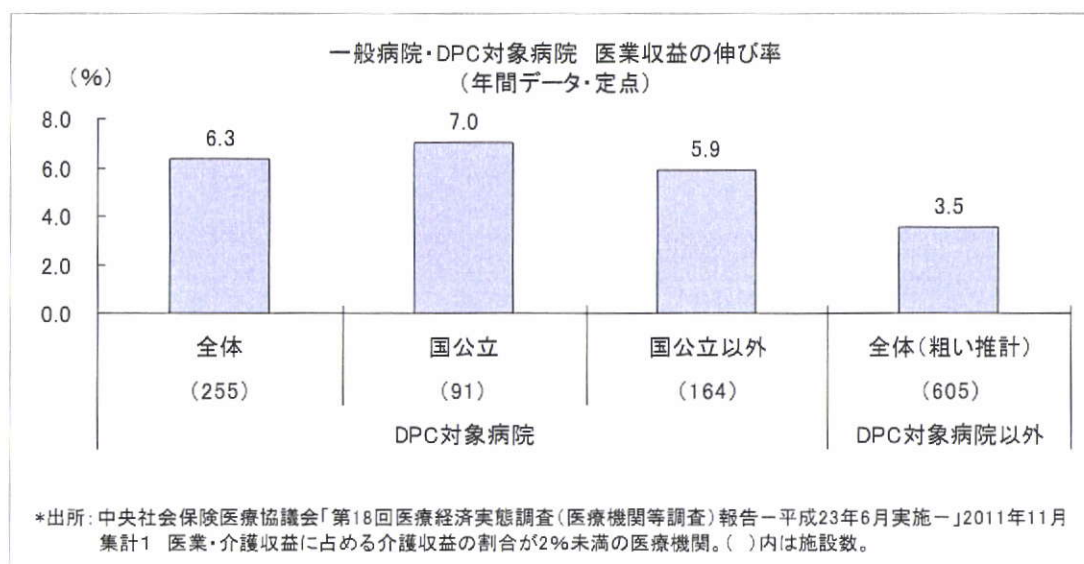
病院 病床規模別 1施設当たり医療費の推移

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。



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。



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。

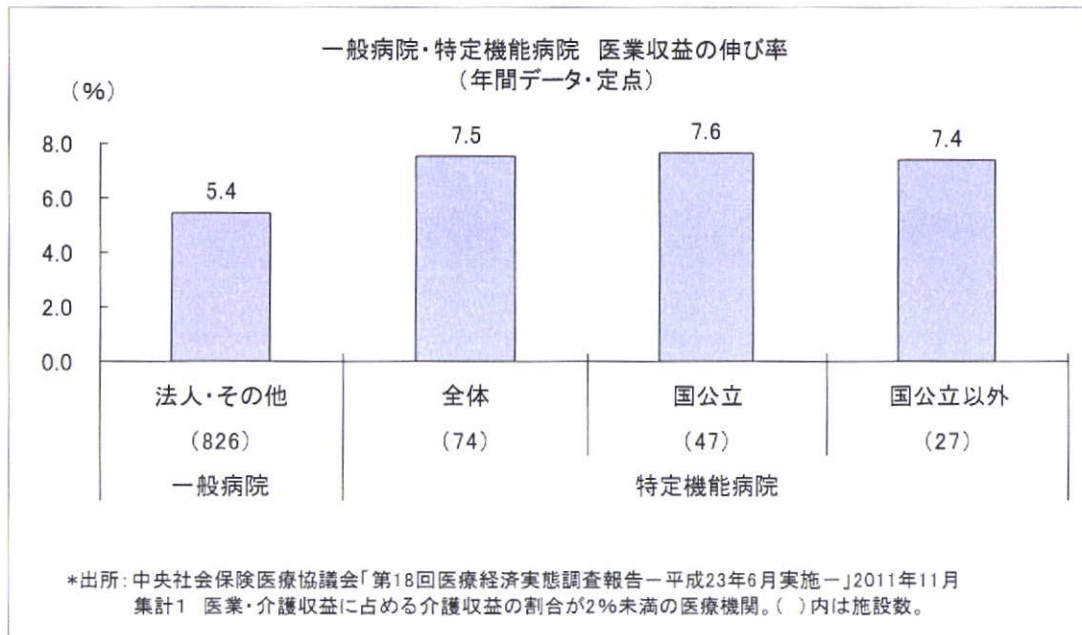
ここで、出来高払いの病院を適切に評価することを求めたが、最近の診療報酬財源はDPC病院に集中している。

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。

*出所:「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

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。

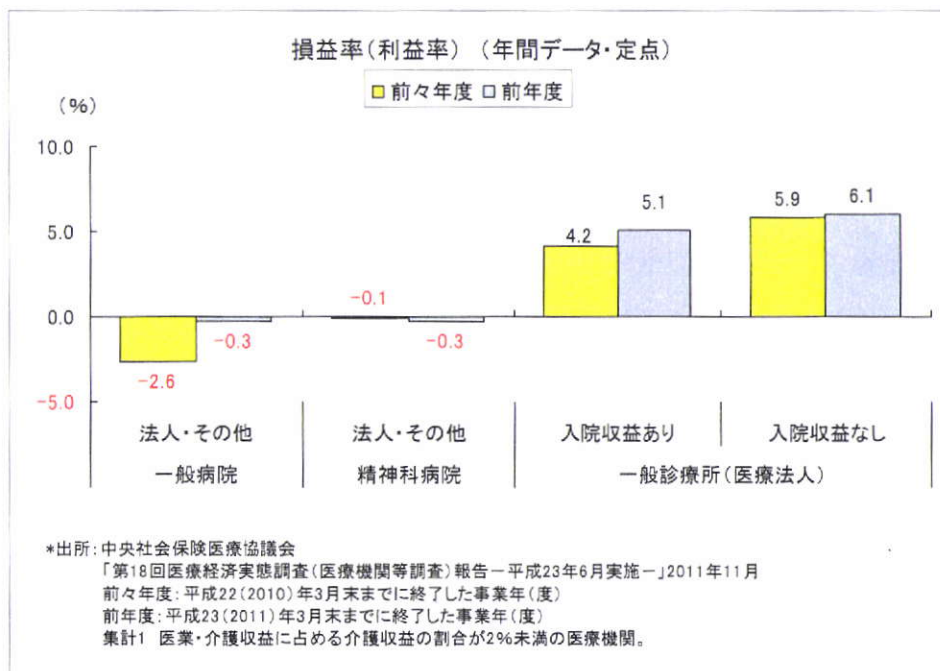


社団法人 日本医師会

14

日本の地域医療は再生したのか — 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。

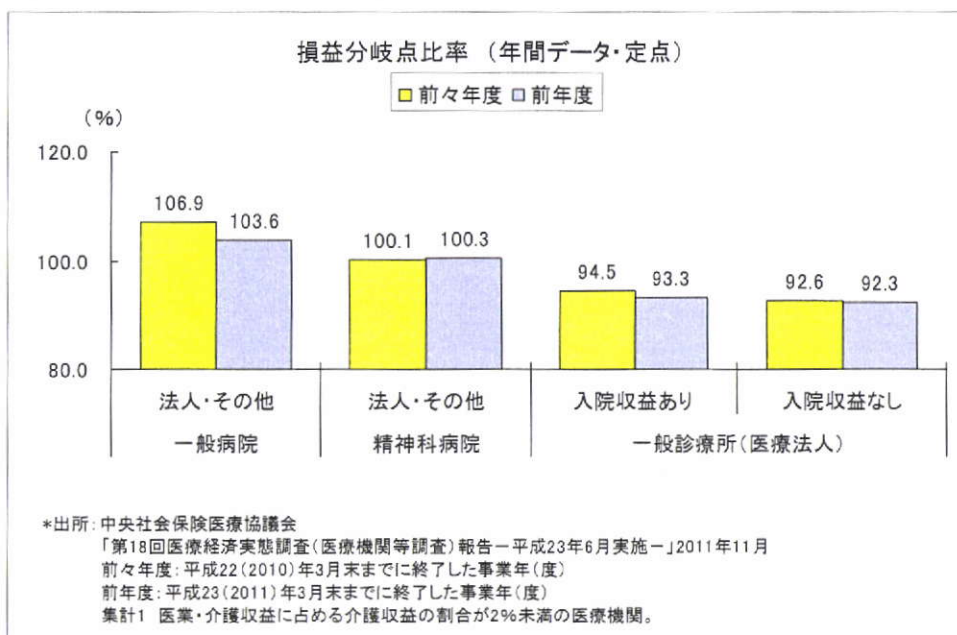


社団法人 日本医師会

15

日本の地域医療は再生したのか — 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。

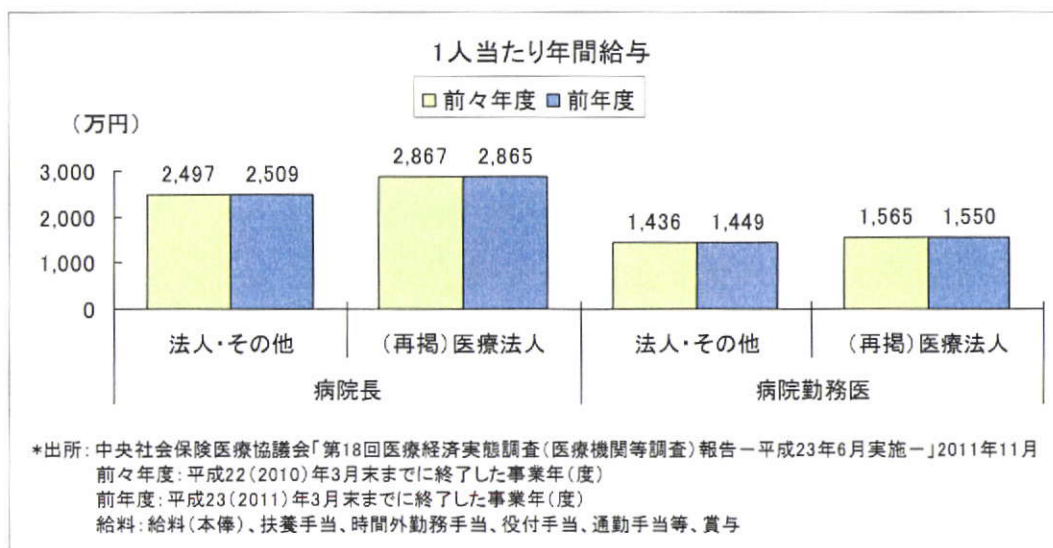


社団法人 日本医師会

16

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。



社団法人 日本医師会

17

2. 提言型政策仕分けに対する見解

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※)。

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。

※)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

提言型政策仕分けの評価結果

医療サービスの機能強化と効率化・重点化の評価結果は以下のとおりである。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。

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。

*出所：内閣府行政刷新会議事務局「提言型政策仕分け 詳細と結果速報」2011年11月22日
<http://sasshin.go.jp/shiwake/detail/2011-11-22.html>

社団法人 日本医師会

20

提言型政策仕分けの問題点

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を比較している。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。

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。

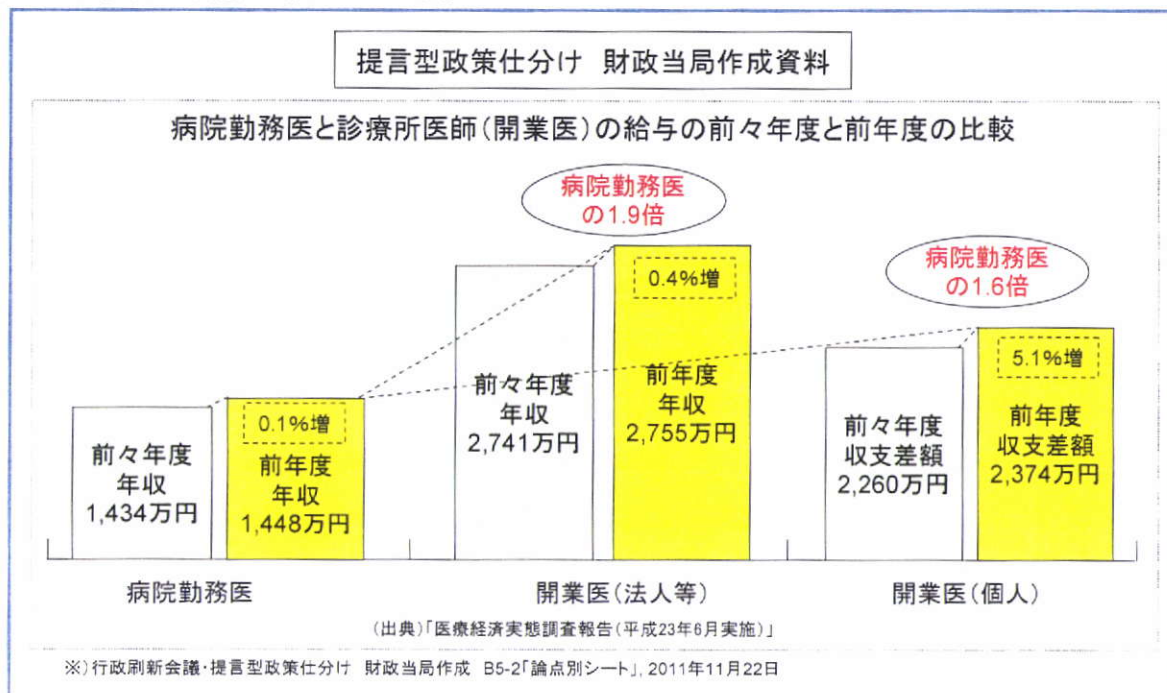
※ここでは、「開業医」とは「診療所の院長」と定義する。

社団法人 日本医師会

21

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を比較している。

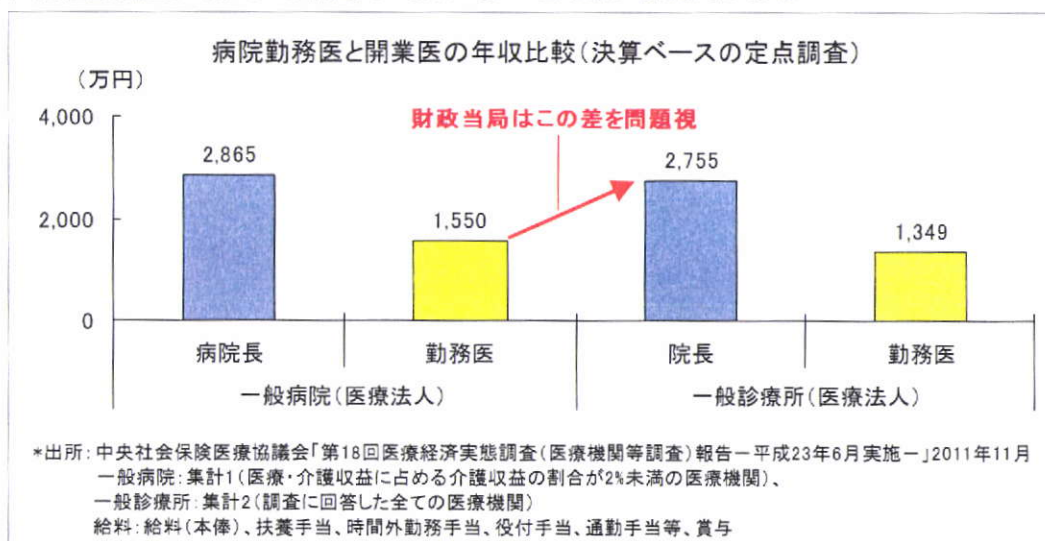


社団法人 日本医師会

22

病院勤務医と開業医の年収比較

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、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。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。



※)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。

社団法人 日本医師会

23

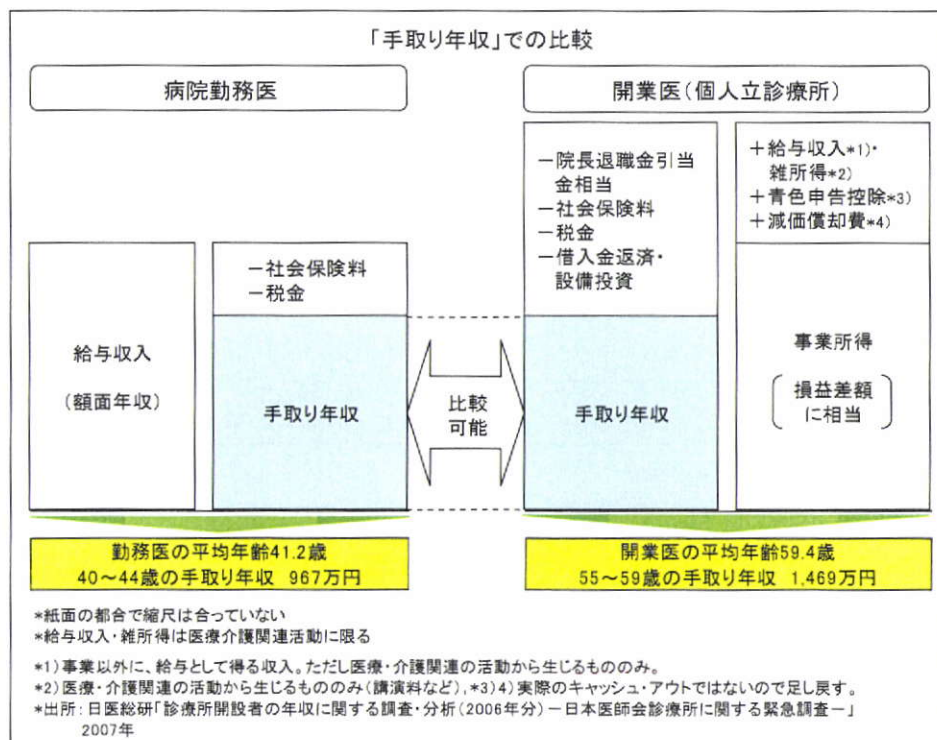
病院勤務医と開業医の年収比較

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。

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。

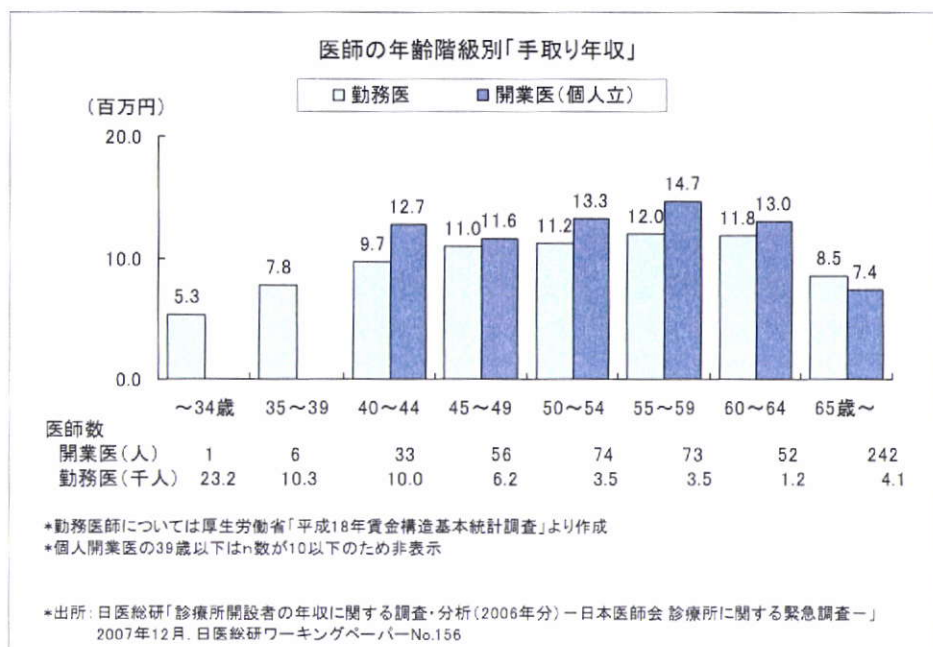
日本医師会が2007年に調査したところ、開業医(平均年齢59.4歳)の場合、事業所得は2,043万円、給与収入と雑所得を加えた総所得は2,440万円であったが、勤務医と比較できるよう「手取り年収」を計算したところ1,469万円であった。

「手取り年収」での比較



医師の年齢階級別「手取り年収」

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。



社団法人 日本医師会

26

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。

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%)

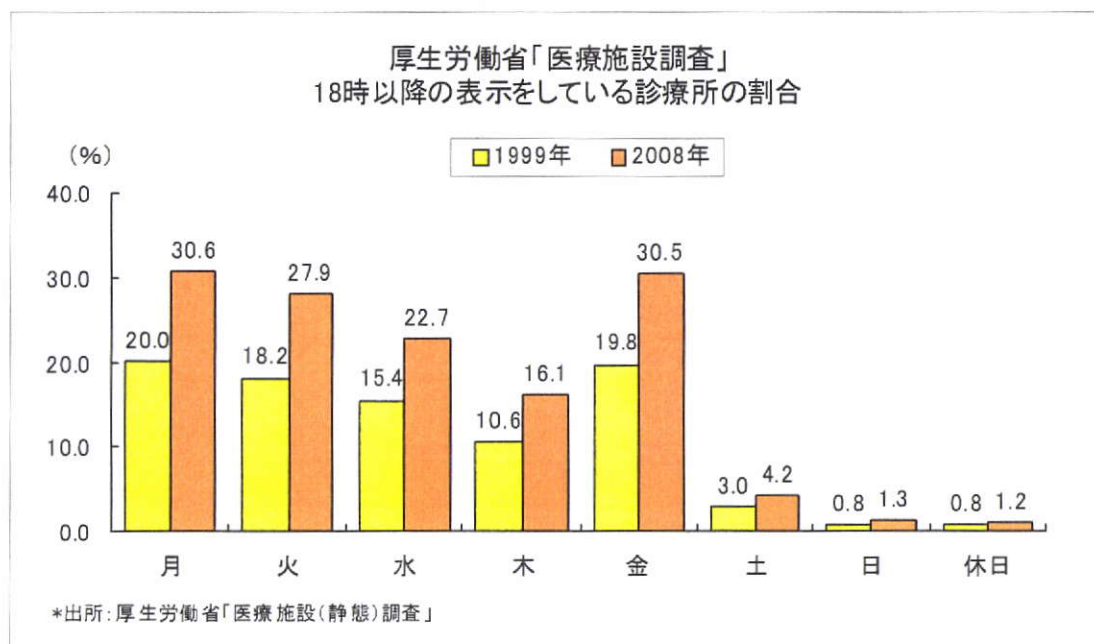
(出典)「医療施設(静態)調査」
 ※) 行政刷新会議・提言型政策仕分け
 財政当局作成 B5-2「論点別シート」, 2011年11月22日

社団法人 日本医師会

27

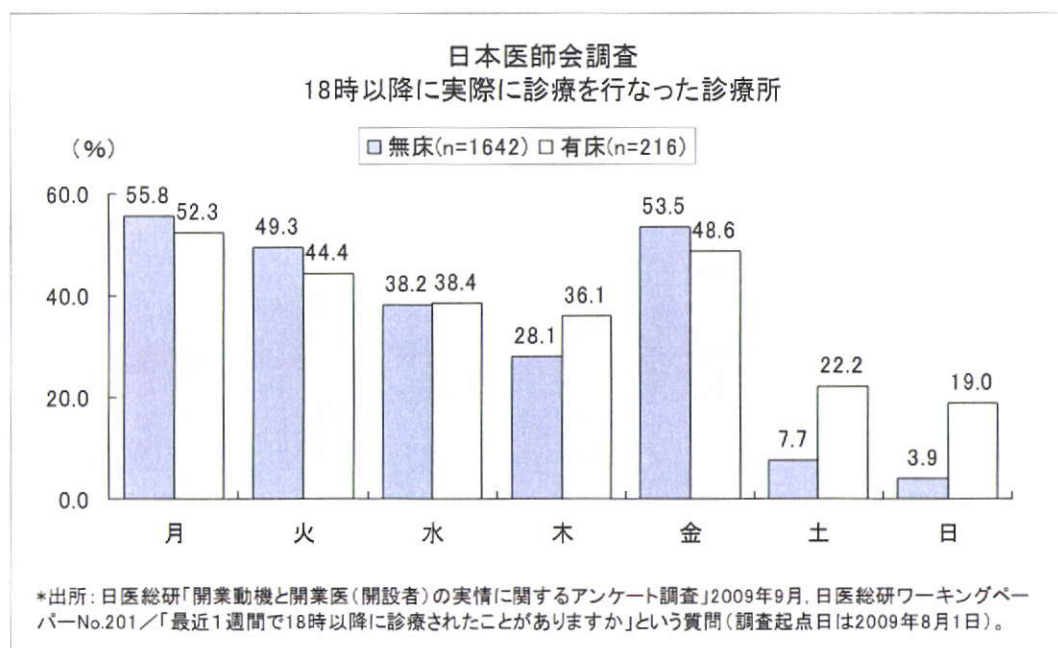
診療所の時間外診療(1/2)

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



診療所の時間外診療(2/2)

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。



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。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。

・「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＝

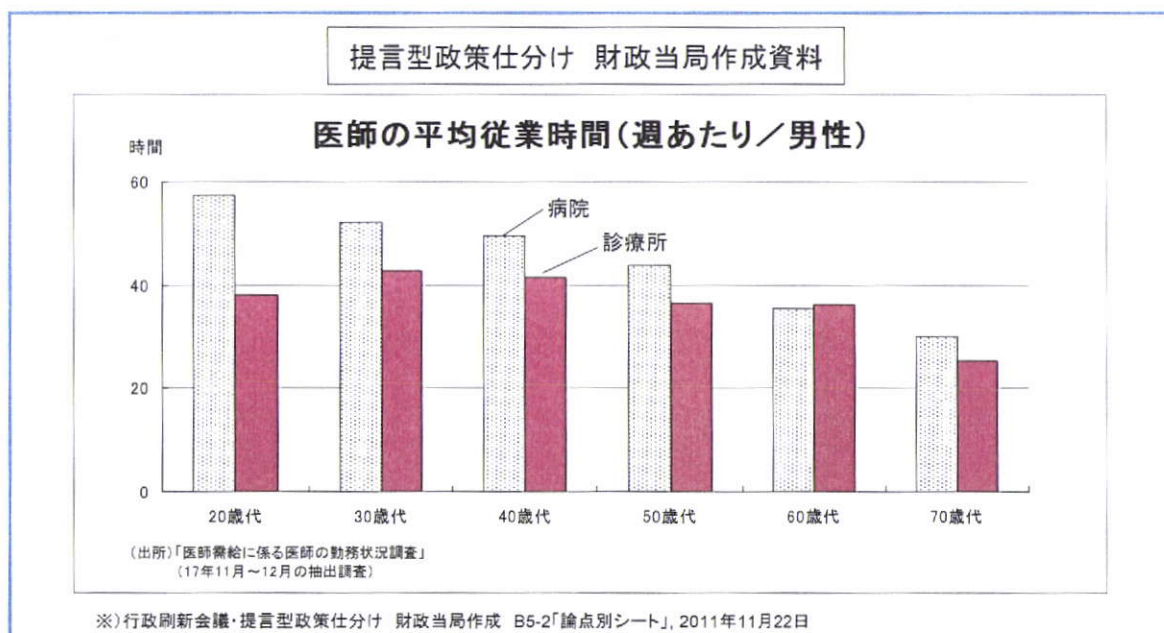
診療時間＋地域医療活動(学校医・産業医等、救急対応、
介護保険関係、行政・医師会等、地域行事)＋診療所管理業務

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)

医師の平均従業時間

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。

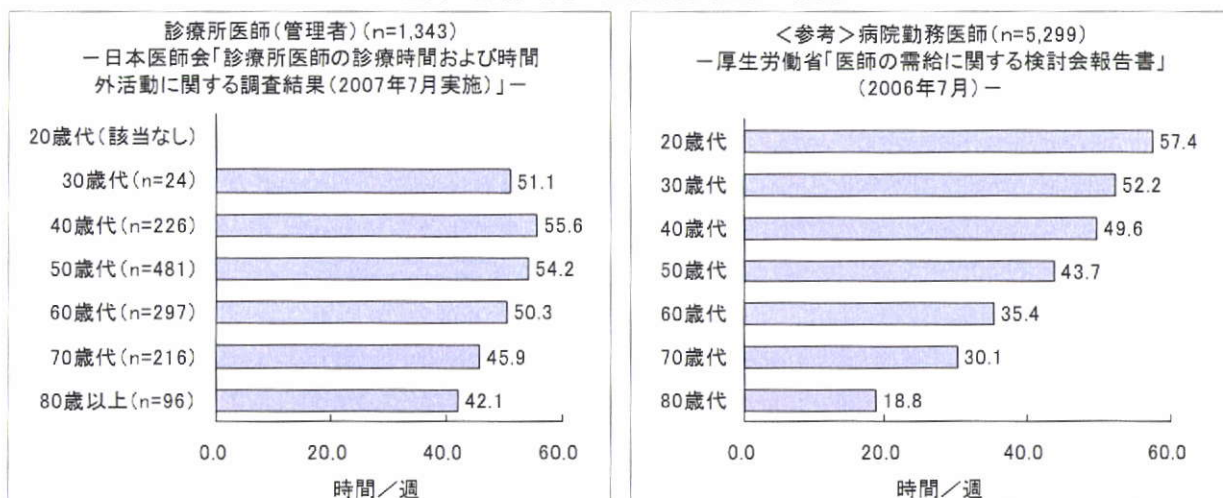


※)従業時間:診療、教育、会議等の時間

医師の実質的な勤務時間

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。また、開設者は管理業務も行なっている。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、40歳代以上では診療所医師(管理者)のほうが長かった。

1週間の勤務時間の比較(男性医師の場合)

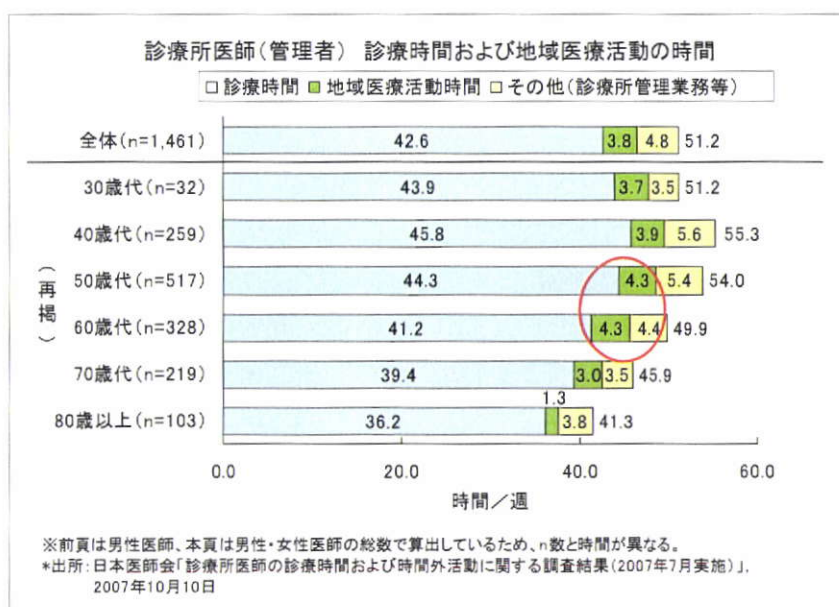


診療所医師: 診療時間+地域医療活動(学校医・産業医等、救急対応、介護保険関係、行政・医師会等、地域行事)+診療所管理業務
 病院勤務医師: 始業から終業までの時間から休憩と自己研修を除いたもの。
 ※ここでは男性医師のみを対象としているため、30頁のn数とは異なる。

社団法人 日本医師会

診療所医師(管理者)の地域医療活動

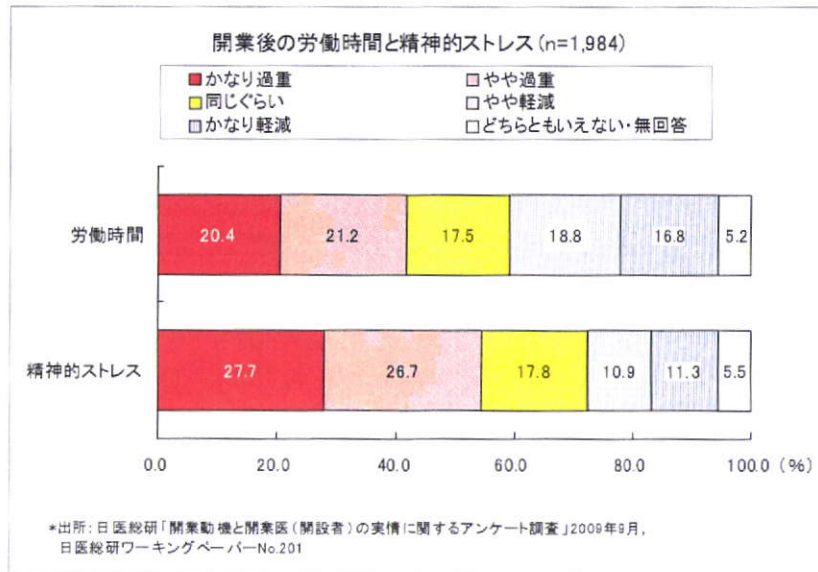
診療所医師は、地域の学校医・産業医等、救急対応、介護保険関係、行政・医師会、その他多くの地域活動に従事している。これらの地域医療活動の時間は、50歳代、60歳代では、就業時間全体の4時間以上であり、8%台を占めている。



※前頁は男性医師、本頁は男性・女性医師の総数で算出しているため、n数と時間が異なる。
 *出所: 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

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。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。

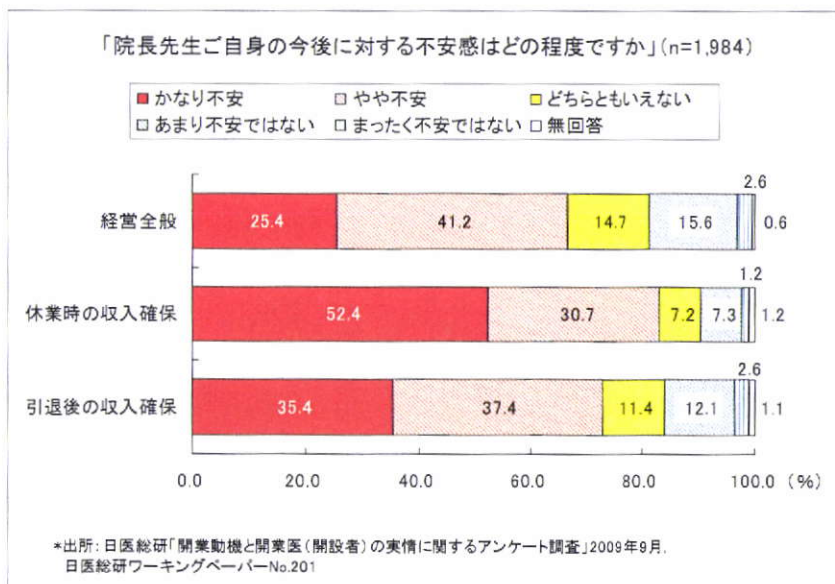


社団法人 日本医師会

34

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。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。



社団法人 日本医師会

35

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。

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。

診療科別医師収入(開業医)

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。

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「単月・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事業年度の決算データの調査(定点)が追加された。

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。

一般病院 有効回答数・平均病床数・医業収益の伸び・損益率

一般病院 有効回答数・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

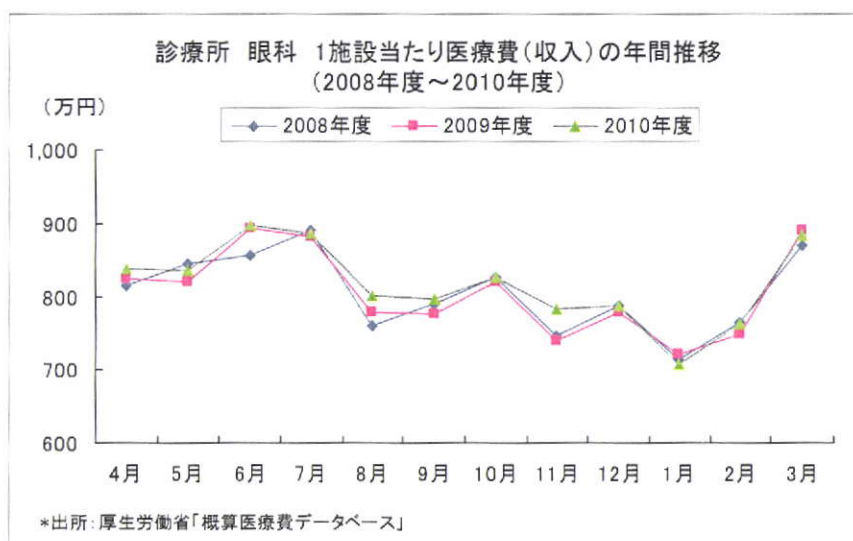
			有効回答施設数		平均病床数		医業収益の 伸び(%)	損益率 (%)
			前々年度	前年度	前々年度	前年度		
一般病院	法人・ その他	医療法人	700	700	137	137	4.7	4.8
		国立	40	40	401	401	6.4	5.2
		公立	193	193	233	233	6.1	▲ 9.5
		公的	64	64	352	352	5.1	2.5
		社会保険関係法人	28	28	285	285	5.2	0.4
		その他	137	137	231	231	5.1	2.1
		全体	1,162	1,162	188	188	5.3	0.4
精神科 病院	法人・その他全体	193	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11月)
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。

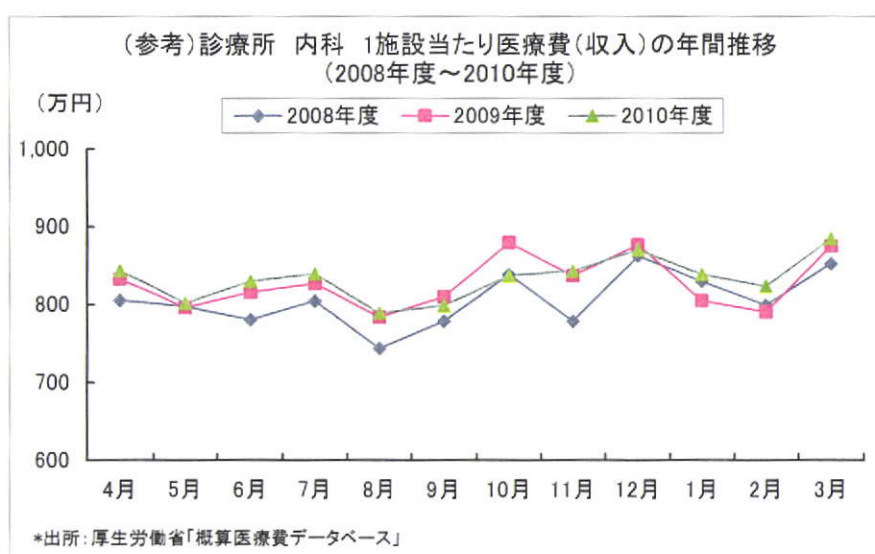


社団法人 日本医師会

40

「医療経済実態調査」6月単月調査の問題点

(参考)診療所 内科 1施設当たり医療費(収入)の年間推移



社団法人 日本医師会

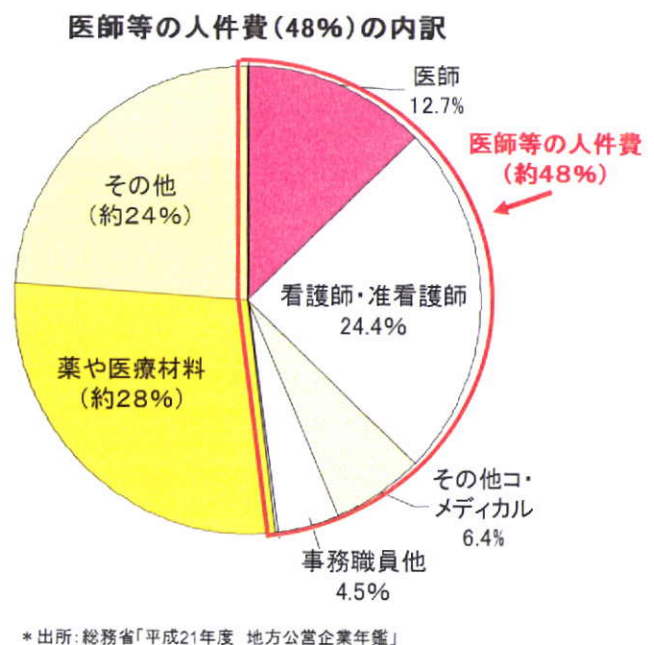
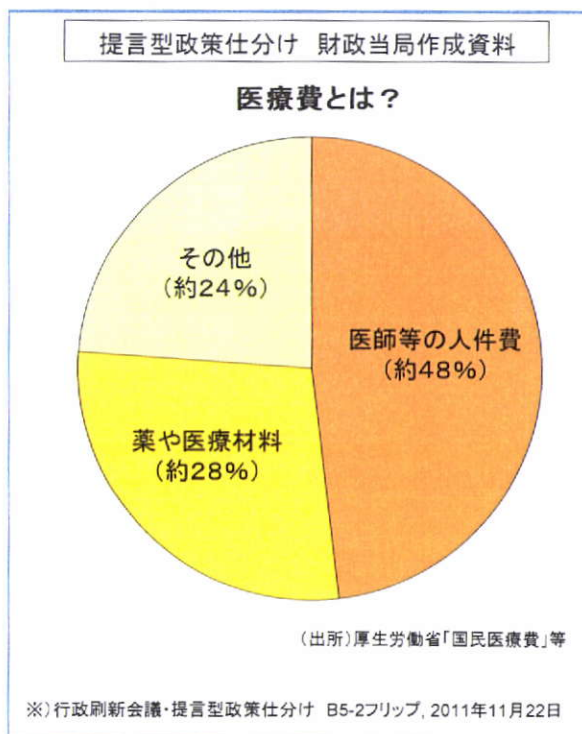
41

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。

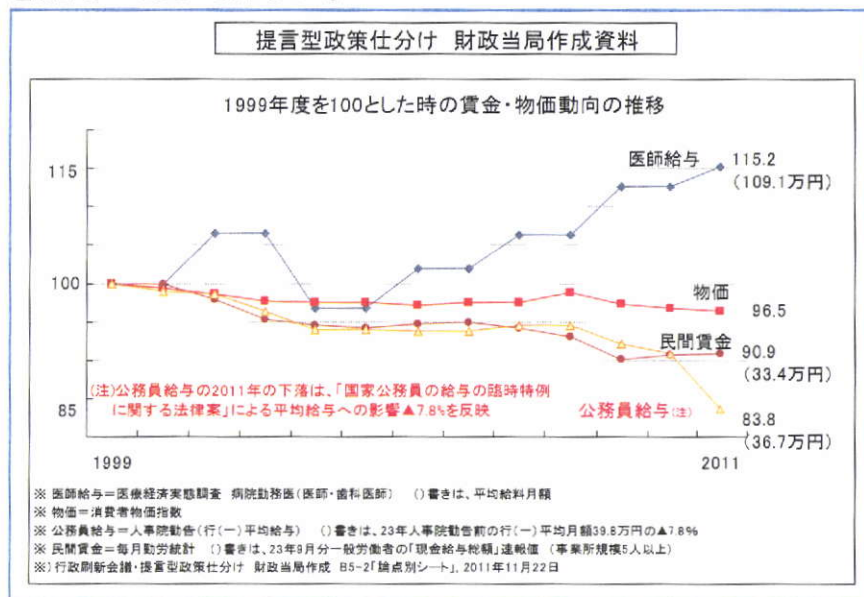
しかし、「医師等の人件費」48%の内訳について、自治体病院を例に分解してみると、医師の人件費は12.7%に過ぎず、看護師・准看護師24.4%、その他コ・メディカル6.4%、事務職員他4.5%である。医療費の半分近くが主として医師の人件費であるかのような間違った表現をすべきではない。

診療報酬の使途



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。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。

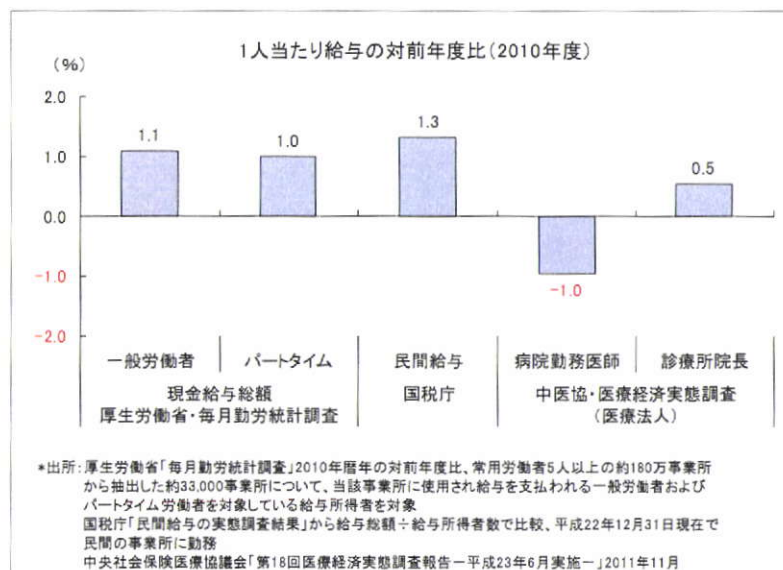


社団法人 日本医師会

44

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。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。

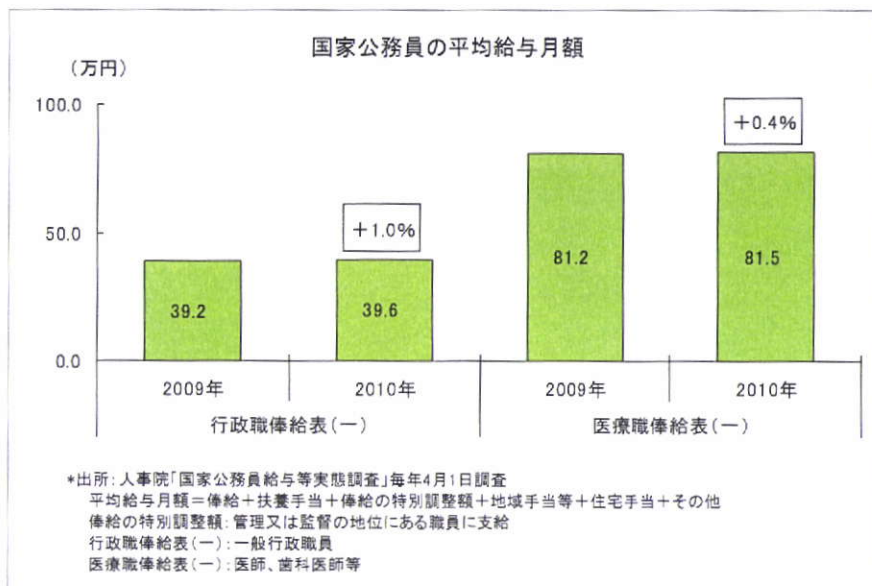


社団法人 日本医師会

45

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。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。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。

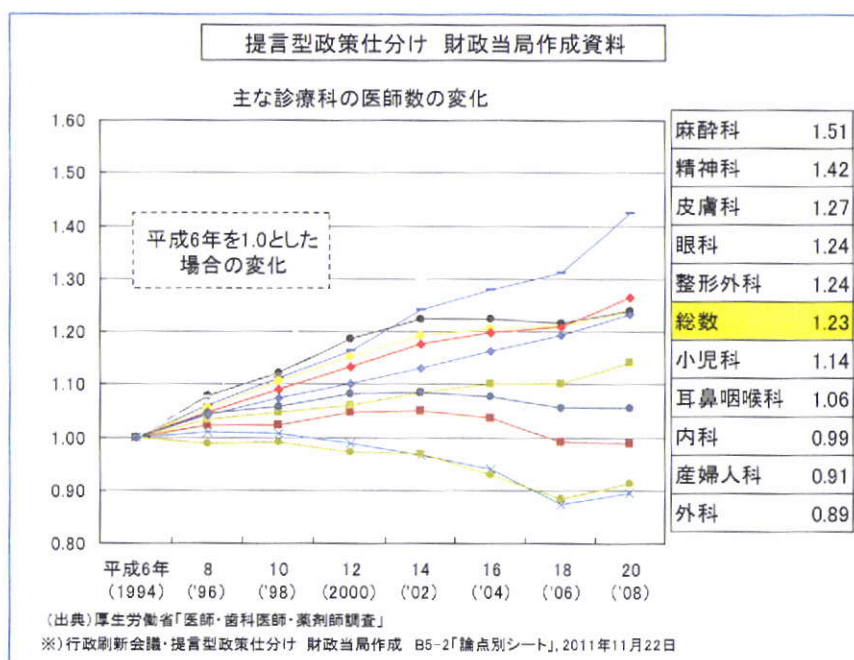


社団法人 日本医師会

46

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。



社団法人 日本医師会

47

主な診療科の医師数について

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。

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」



社団法人 日本医師会

3. 2012年度の診療報酬改定にむけて

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。

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

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。

1. 診療報酬は、前回は下回らないよう、全体(ネット)で引き上げる
こと。
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。

不合理な診療報酬項目の見直しについて

日本医師会は、5月19日、当時の細川厚生労働大臣に、不合理な診療報酬項目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

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。

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。

そのうち、特に緊急性、重要性が高い項目を次頁以降のとおり整理した(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)。

不合理な診療報酬項目の見直しについて(1/2)

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。 <small>※2010年度医科入院改定率+3.03%(約4,400億円)</small>
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ていながら、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。

不合理な診療報酬項目の見直しについて(2/2)

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 在支診等以外も、在支診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 在支診以外については、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。

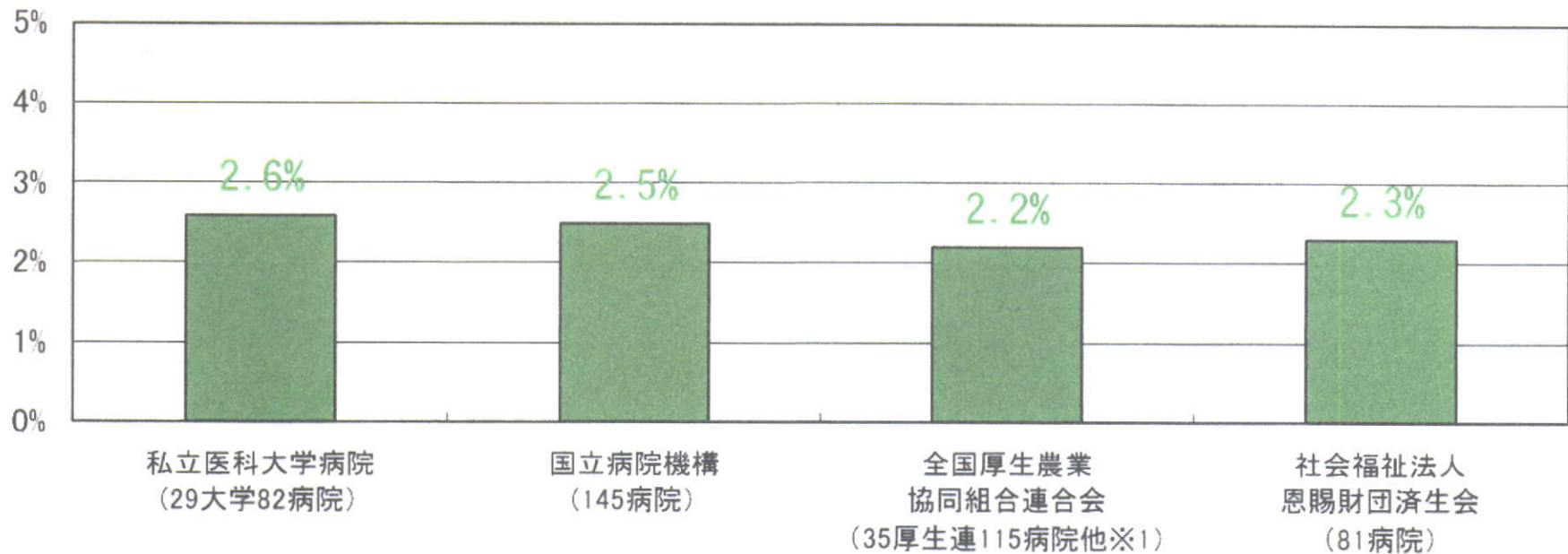
控除対象外消費税問題の実態と
日本医師会の考え方

平成23年12月15日
日本医師会

控除対象外消費税・負担の現状

控除対象外消費税の負担は、社会保険診療報酬の2%を上回っている(病院)。

社会保険診療収入に占める控除対象外消費税の割合(平成21年度)

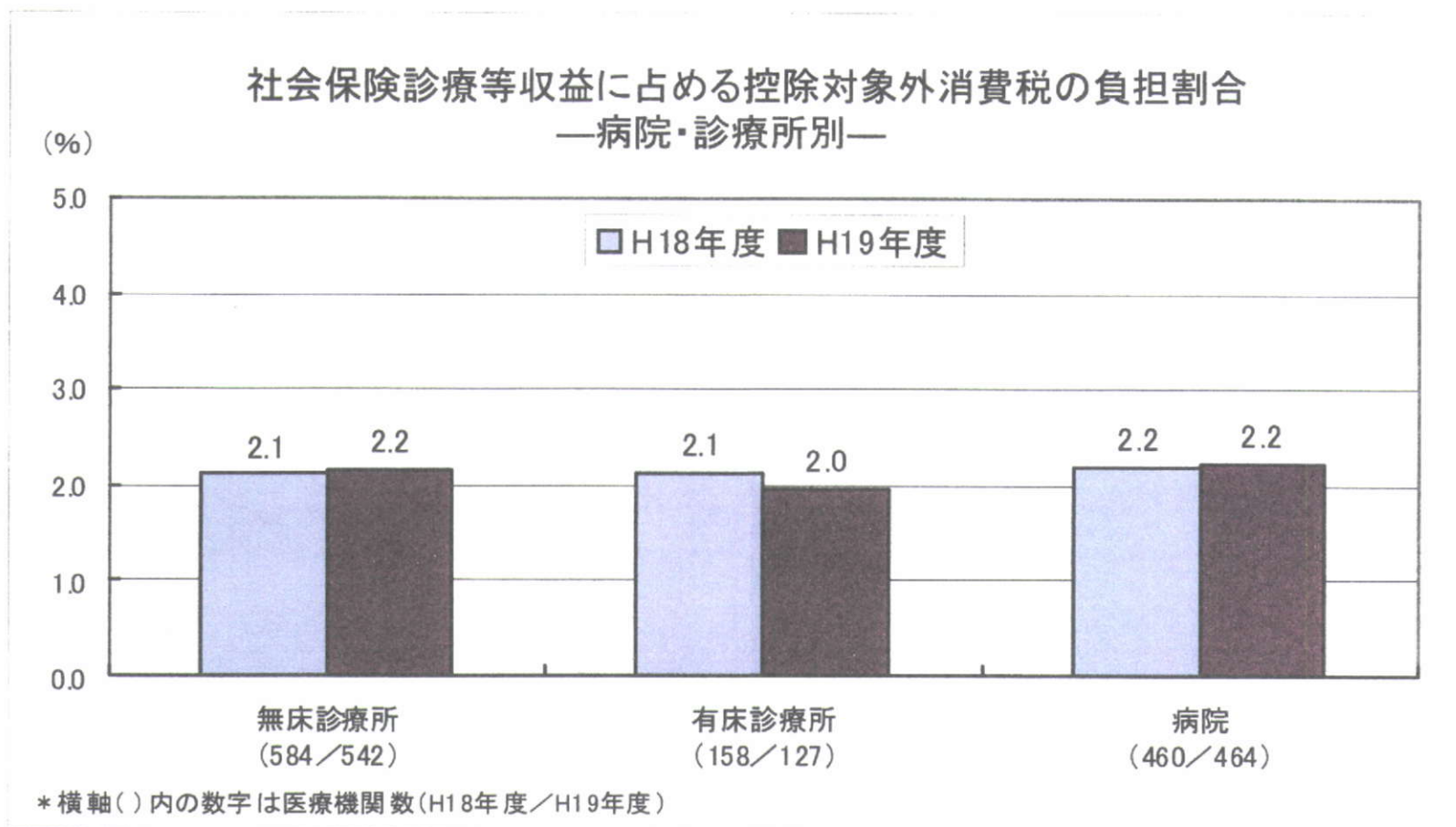


	私立医科大学病院	国立病院機構	全国厚生農業協同組合連合会	社会福祉法人恩賜財団済生会
1病院当り 控除対象外消費税 (百万円)	392	128	125 (※2)	128

※1 病院の他、66診療所、328介護保険実施施設を含む。

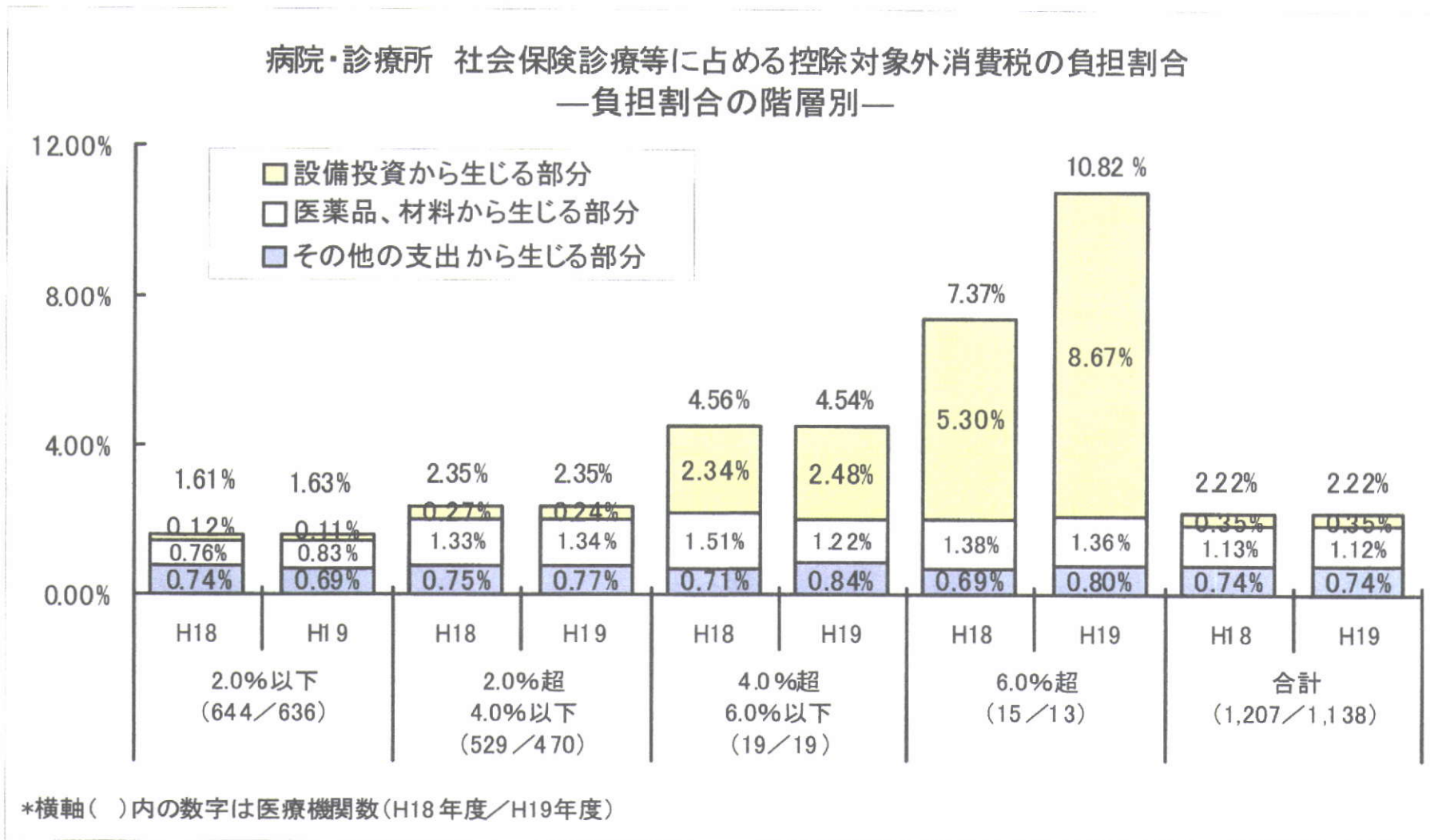
※2 関連する診療所及び介護保険実施施設分を含む。

病院と有床診療所、無床診療所で、負担割合に有意な差は認められない。



日医総研 消費税の実態調査より

負担割合の多寡による階層化してみると、
 控除対象外消費税のうち、「■設備投資から生じる部分」が最大の変動要因であり、それは、
 ごく一部の医療機関に集中している。
 「■その他の支出から生じる部分」だけでも0.74%。過去の上乗せ分0.43%を上回っている。



日医総研 消費税の実態調査より

控除対象外消費税に対する現行の対応

控除対象外消費税の問題に対して、過去において、
診療報酬に1.53%が上乗せされ、解決済みとされてきた。..?

平成元年 診療報酬改定

改定率(全体): 0.76%

診療報酬(本体) : 0.11%

薬価 : 0.65%

平成9年 診療報酬改定

改定率(全体): 0.77%

診療報酬(本体) : 0.32%

薬価 : 0.40%

特定保険医療材料 : 0.05%

合計1.53%上乗せ

診療報酬への上乗せ・・・？

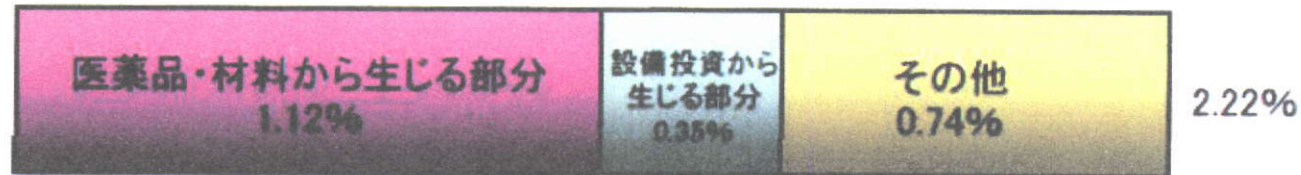
診療報酬(本体)に上乗せされた0.43%(H元年0.11%、H9年0.32%)は、その後の改定で検証されていないため、行方がわからない。
また、そもそも上乗せされた項目は、合計36項目に過ぎない。

平成元年及び平成9年に改定された代表的な診療報酬点数項目

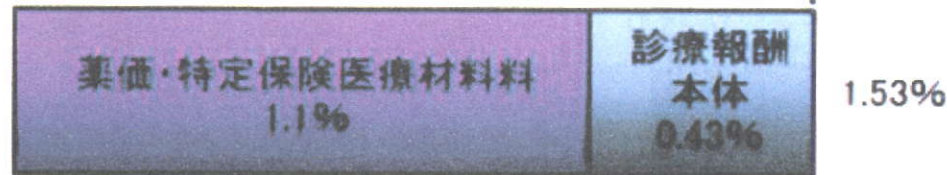
1. その後、改定で包括されてしまった点数項目：
入院時基本診療料 基準寝具加算【平成元年対応：+1点】
2. その後、改定で下げられてしまった点数項目：
血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白(定量)【平成元年対応：+5点】
3. その後、改定で無くなってしまった点数項目：
注射料 点滴回路加算【平成元年対応：+1点】
4. もともと消費税と全く関係のない点数項目：
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔【平成9年対応：+300点】

控除対象外消費税の実態

医療機関の控除対象外消費税
— 社会保険診療等収益に占める負担割合 —
(H19年度、N=1138)



過去に診療報酬で補てんしたとされている部分



いわゆる
損税

*出所: 日医総研「消費税の実態調査 結果報告(概要)」2009年4月

「日本医師会の提言 — 新政権に期待する —」(2009.10.14 日本医師会) より

各特例制度の減税規模

	社会保険診療 に対する 事業税非課税措置	医療法人の自由診療 に対する 事業税軽減措置	四段階制 (所得税・法人税)	(参考) 消費税の いわゆる「損税」 = 医療機関の 消費税負担
減税規模	▲880億円	▲14億円	▲256億円	2,330億円
備考	平成24年度減収見込、 厚労省平成24年度要望 資料より	平成24年度減収見込、 厚労省平成24年度要望 資料より	<ul style="list-style-type: none"> ・財務省平成22年度試算、 会計検査院報告書より ・この試算は、申告書に記載され た実額経費が実際にかかった経 費をもれなく記帳されていることを 前提にしているが、経費を正確に 把握できていない場合も多いとみ られるため、過大な見積もりと なっている可能性が大きい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・平成22年度推計値、 日医による試算 ・診療報酬への消費税分上乗せ 1.53%がきちんとなされている と仮定した試算。

民主党 社会保障と税の一体改革調査会・
税制調査会合同総会 提出資料

平成 23 年 12 月 15 日

社団法人 日本歯科医師会
日本歯科医師連盟

平成24年度歯科診療報酬改定に対する要望

平成23年12月1日
社団法人日本歯科医師会
日本歯科医師連盟

長期にわたった医療費抑制策は、自然増の無い歯科医療を崩壊させ始めた。平成22年度の久しぶりのプラス改定により回復の端緒については、依然として再建の道は遠い。このような状況にあっても、われわれは、人生の始まりから最後の段階まで、歯科医療を通して国民の健康を守ることを使命としてきた。本年8月に成立した「歯科口腔保健の推進に関する法律」は、これを歯科医療の価値として明確に掲げたものである。

さらに3月に発生した東日本大震災は、被災地の再建は被災者の健康無しでは不可能だという厳然たる事実を突きつけた。しかし、被災者の健康は、被災という非常時の対応ではなく、平時の医療提供体制、すなわち充実した公的医療保険制度のみが、それを守ることが出来る。これは、今回の大災害によって学んだ、われわれの歴史的な教訓である。

われわれは、歯科医療を「生きる力を支える生活の医療」と定義し、国民の健康を守るために、困難な状況下にあっても努力をし続け、その成果は、「健康日本21」や、その他の調査研究によって、国民の平均寿命や健康寿命の延伸に貢献してきたことが、明確な事実として示された。さらにわが国の各界を代表する人々によって構成された『生きがいを支える国民歯科会議』の提言にも、歯科医療への大きな期待が寄せられている。

このような歯科関係者の努力の成果や国民の期待にもかかわらず、国民医療費における歯科医療費は、この10年間2兆5千億円を推移し、伸び率は0.07%に過ぎない。先般公表された第18回医療経済実態調査によれば、歯科診療所(個人)は、単月調査で損益差額は遂に100万円を下回り前回比17.2%減少し、経営状況は依然として厳しいままである。

日本歯科医師会は、歯科診療所・病院が長年に亘り厳しい経営状況にあることを訴え続け、過去の診療報酬改定の都度、その改善を強く要望してきたが、必要とされる歯科医療を提供するには未だ程遠く、地域歯科医療関係者は明日の希望を見出せない状況にある。

医療は、それを必要とする人々のもとに、必要とされる質と量を提供しなければならない。その意味で歯科医療の充実こそが、世界に例の無い速さで迎いつつある超高齢社会の困難な課題を解決する道であり、それが今必要とされていると、われわれは確信している。

以上により、日本歯科医師会は平成24年度改定において、診療報酬体系の改善と適切な診療報酬の見直しのための要望として、歯科医療費ベースで4.7%以上の改定率を要望する。

また、これまでの改定後の歯科医療費の変化が推計と大きく乖離している事例が散見されることから、改定率の配分時の十分な検討が必要であると共に、臨床現場の実情を反映せず、過度に事務作業を求める不合理かつ細部にわたる通知による取扱いを改めるよう強く求める。

【具体的要望事項】

○安心・安全な歯科医療の評価と安定的な歯科医療提供体制確保への評価

かかりつけ歯科医による安定かつ持続的な地域歯科医療の提供と安心かつ安全な診療体制を確保するための費用等の評価をふまえた初・再診料の段階的な引上げのため1.01%以上を要望する。

○上記に加えて、今般の改定が介護保険との同時改定という点を踏まえつつ、下記項目について所要の改定を行うために3.7%以上を要望する。

1. 歯科医療の充実のための歯科技術料の適切な評価

(1) 将来の適切な在宅医療の提供につなげるための外来高齢者に対する「歯を残す技術」と「口腔機能回復のための技術」の評価

(2) 全世代にわたる重症化予防と生活の質（QOL）の向上に資する技術の評価

(3) 長期にわたり据え置きされている診療行為に関し専門学会によるタイムスタディ調査等を活用した適切な評価

2. 在宅歯科医療の推進と適切な評価

(1) 通院困難な患者の求めに適切かつ柔軟に対応できる訪問歯科診療の体系の見直しとそれに応じた評価

(2) 摂食機能障害等を有する在宅療養患者等への口腔機能訓練及び専門的口腔ケアに対する適切な評価

(3) 居宅等治療の困難な状況下における技術の適切な評価

(4) 在宅療養患者等の長期にわたる口腔機能維持管理技術の適切な評価

(5) 医療保険と介護保険の効果的な連携を図るための体系上の整理

3. 新規技術を含む適切な歯科医療の充実

(1) 新規技術の保険導入と普及促進のための適切な評価

(2) 保険外併用療養費制度の活用

(3) 患者にとって価値のある医学的管理や情報提供に対する評価

4. 病院歯科の適切な評価

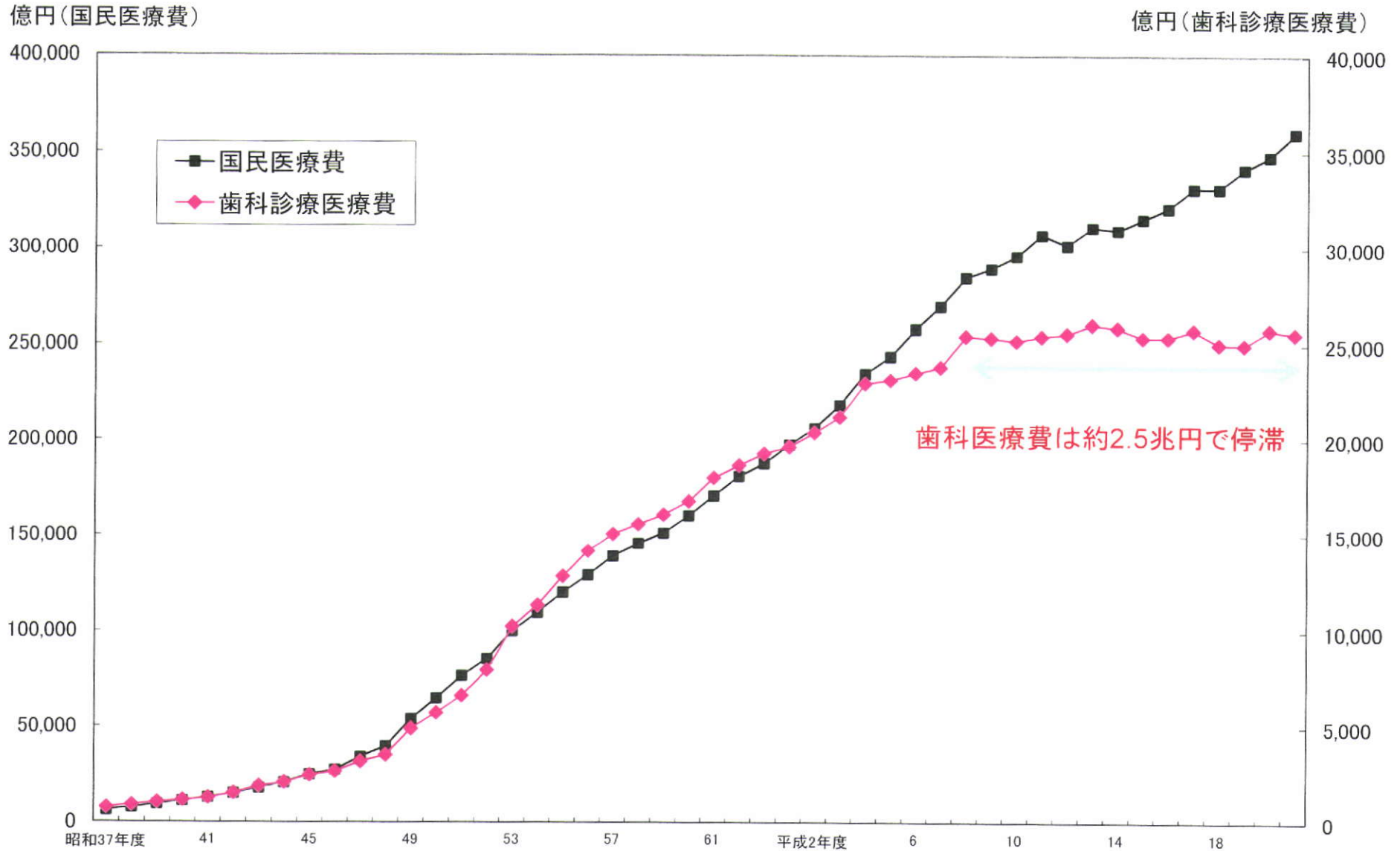
(1) 二次歯科医療機関としての後方支援機能の充実と評価

(2) 入院患者の周術期等における口腔管理技術の評価とチーム医療の推進

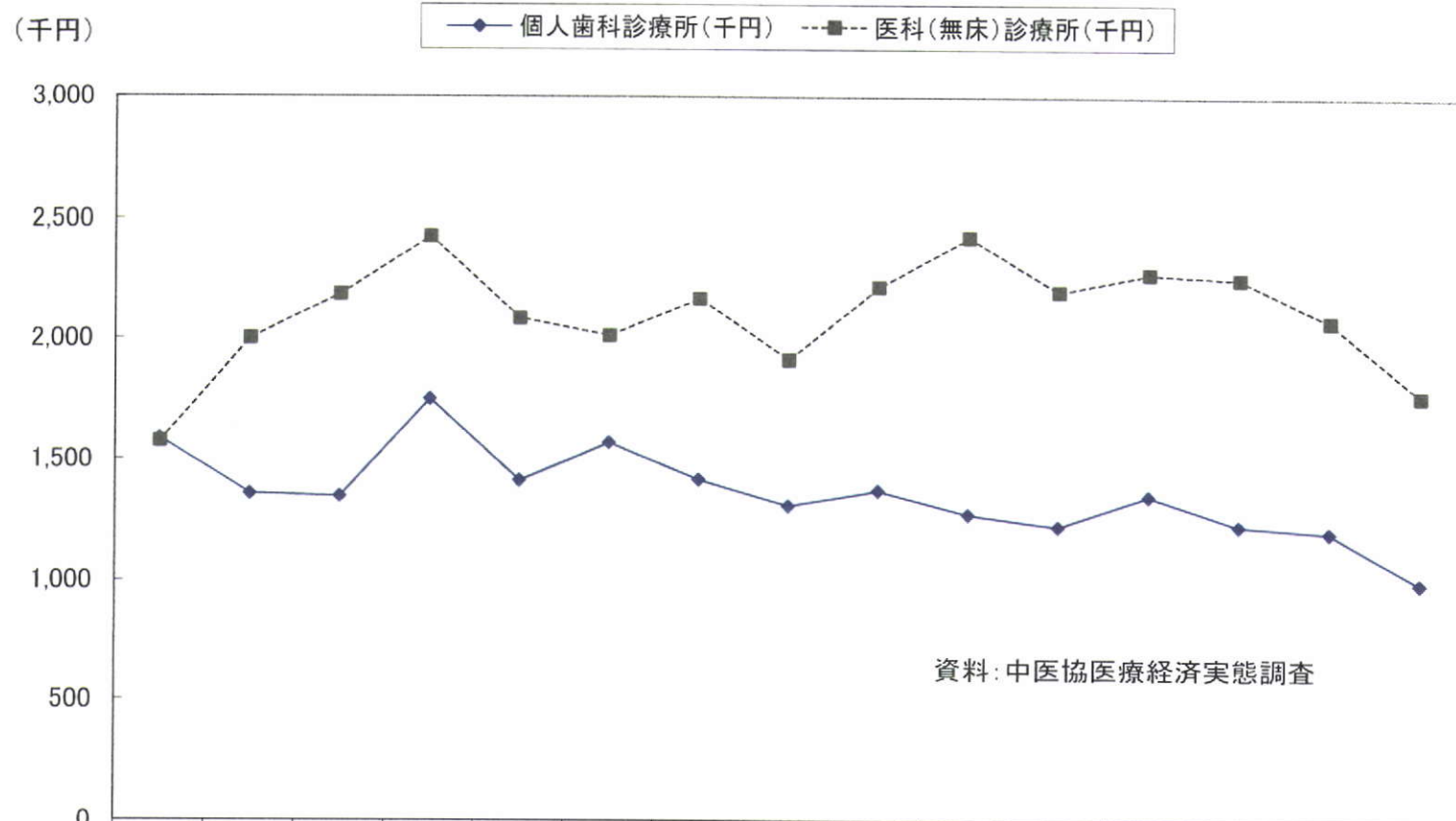
(3) 退院時・後の医療連携の拠点としての機能強化のための評価

— 以 上 —

国民医療費と歯科診療医療費(昭和37年～平成21年)



個人歯科診療所の収支差額の推移(医科無床診療所との比較)



	昭56年	59年	62年	平元年	3年	5年	7年	9年	11年	13年	15年	17年	19年	21年	23年
—◆— 個人歯科診療所(千円)	1,585	1,355	1,344	1,750	1,410	1,569	1,415	1,308	1,372	1,274	1,225	1,351	1,229	1,202	995
--■-- 医科(無床)診療所(千円)	1,574	2,000	2,184	2,427	2,083	2,012	2,167	1,913	2,217	2,427	2,198	2,273	2,253	2,075	1,769

* H19以降は入院診療なし施設と有床(入院診療なし)から無床診療所の値を算出

平成22年度診療報酬改定について

全体改定率 +0.19%

1 診療報酬改定（本体）

改定率 +1.55%

各科改定率 医科 +1.74%

（入院 +3.03%
外来 +0.31%）

歯科 +2.09%

調剤 +0.52%

2 薬価改定等

改定率 ▲1.36%

薬価改定 ▲1.23%（薬価ベース ▲5.75%）

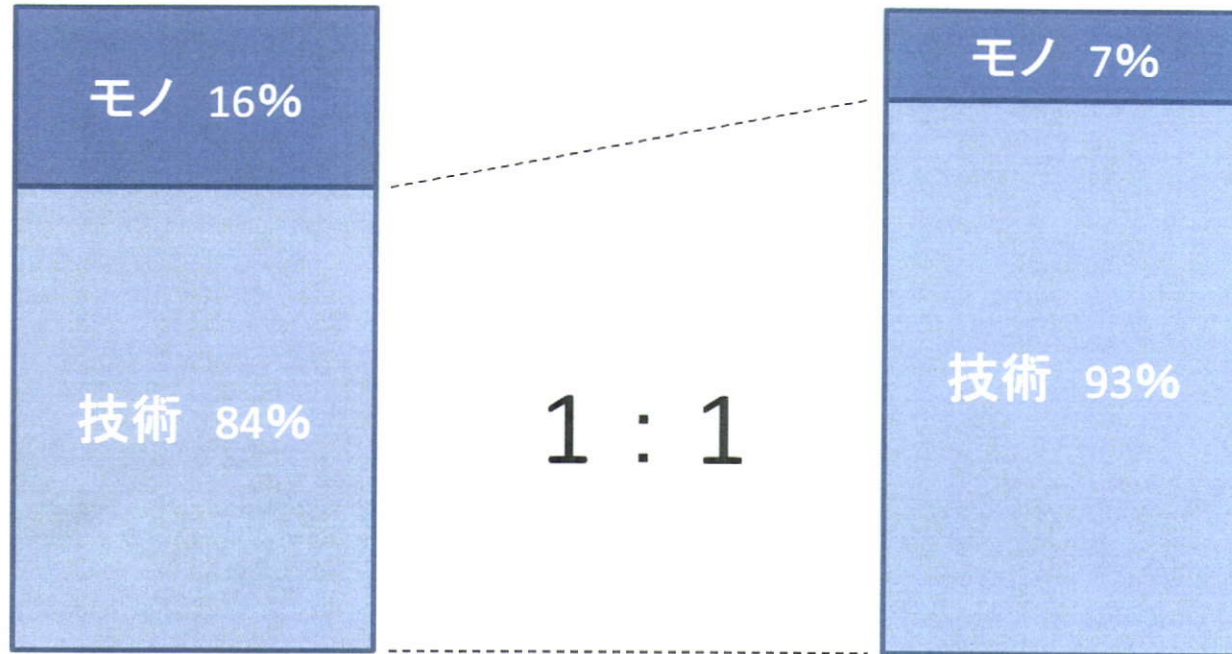
材料価格改定 ▲0.13%

1 : 1.1~1.2

医科

歯科

1 : 1



消費税について以下の措置を講ぜられたい

－消費税－

- ① 社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度を、仕入税額控除が可能な課税制度に改め、かつ患者負担を増やさない制度に改善されたい。
- ② 上記課税制度に改めるまでの緊急措置として、医療機器、診療用建物等の消費税課税仕入対象資産の仕入れに係る消費税額については、その全額の仕入税額控除を認める特例措置を創設されたい。

控除対象外消費税（損税）の影響

平成21年度医療経済実態調査速報値(平成20年通年分)から推計

消費税率	5%	10%	15%	(簡易課税を選択と仮定)
I 医業収入	42,015	42,320	42,625	
保険診療収入	35,613	35,613	35,613	
保険外収入	6,402	6,707	7,012	
II 医業費用	28,661	29,469	30,278	
III 収支差額(I - II)	13,354	12,851	12,349	
消費税課税対象費用額	16,099	16,907	17,714	
消費税額	767	1,537	2,311	
1. 保険収入補填額(0.9%分)	318	318	318	
2. 仕入税額控除(簡易課税)	152	305	457	
3. 年間消費税収支差額	297	914	1,536	
実際の消費税収支差額(保険収入補填額なし)	614	1,232	1,853	
補填不足を補うために必要な引上率	0.83%	2.57%	4.31%	
控除対象外消費税額の保険診療収入に対する割合(参考)	1.73%	3.47%	5.21%	

単位:千円

平成21年度は予算の関係で速報値のみとなり、消費税課税対象外費用のデータが含まれない。土地賃借料、損害保険料、租税公課、寄付金、支払利息について影響率が少なく、ここ数回の調査で変化が少ないため数回のデータをまとめて参考値として推計した。

控除対象外消費税（損税）の影響（簡易課税を選択と仮定）（本会推計）

- 平成21年度医療経済実態調査結果から控除対象外消費税額は1歯科医療機関あたり年間約61.4万円であり、消費税補填分として社会保険診療報酬に上乘せたとされている補填率0.9%分を差し引くと、損税額は1歯科医療機関あたり年間約29.7万円となります。損税解消には、0.83%の社会保険診療報酬の引き上げが必要となります。
- 消費税が10%となると2.57%、15%では4.31%の引き上げが必要となります。
- 現在の社会保険診療報酬における消費税分の補填率は0.9%と言われていますが、既に消滅していると考えると、それぞれ、1.73%、3.47%、5.21%の引き上げが必要となります。
- すなわち、消費税5%の場合で歯科医療機関全体での負担額は約214～446億円にもなります。

社会保障と税の 一体改革に対する意見

日本薬剤師会
平成23年12月15日

1

国家的な命題

- ✓ 我が国の誇る皆保険制度の安定した維持と運営
- ✓ 国民が安心して生活し、安全な医療の提供が受けられる体制の確保
- ✓ 少子－高齢社会を目前に、それを支えられる社会的インフラの整備
- ✓ 医師－歯科医師－薬剤師－看護師等の役割、業務分担と連携により、適切な入院から終末期に至る医療提供体制の確保

2

国家的命題の内包する課題

- ◆ 社会保障費、とりわけ医療費の急増傾向
- ◆ 世界的規模での経済状況の悪化に伴う税収の減少
- ◆ 給与水準の低迷による保険料収入の減少、とそれに伴う給付財源の枯渇
- ◆ 社会保障制の根幹に関わる重大事
- ◆ 放置すると、制度崩壊の恐れ！！

3

国民から見た望ましい医療保険制度

在るべき姿

- ▶ 何時でも、何処でも、誰でも、健康に不安があったら医療サービスが受けられる仕組み
- ▶ 提供される医療サービスは患者間で格差感がないもの
- ▶ 提供される医療は高質である
- ▶ 医療の提供を受けた患者の負担は、あまり大きくない仕組み

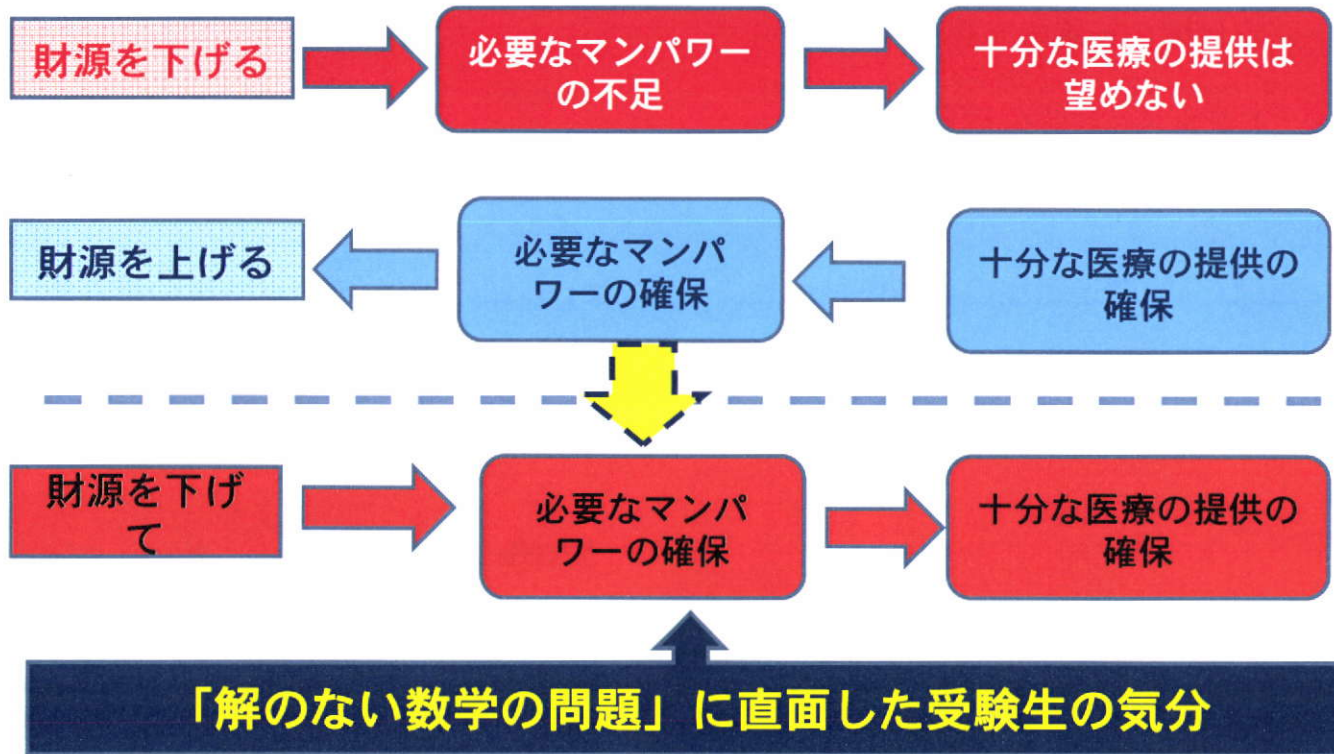
「質の高い医療を安価で自由に提供されたい」⇒実現できるとは思えない？希望

「我が国の皆保険制度」は国民の希望を実現し、安心して働き・生活できる環境を確保

世界中から羨望の視線で見られる、医療保険制度の完備した国

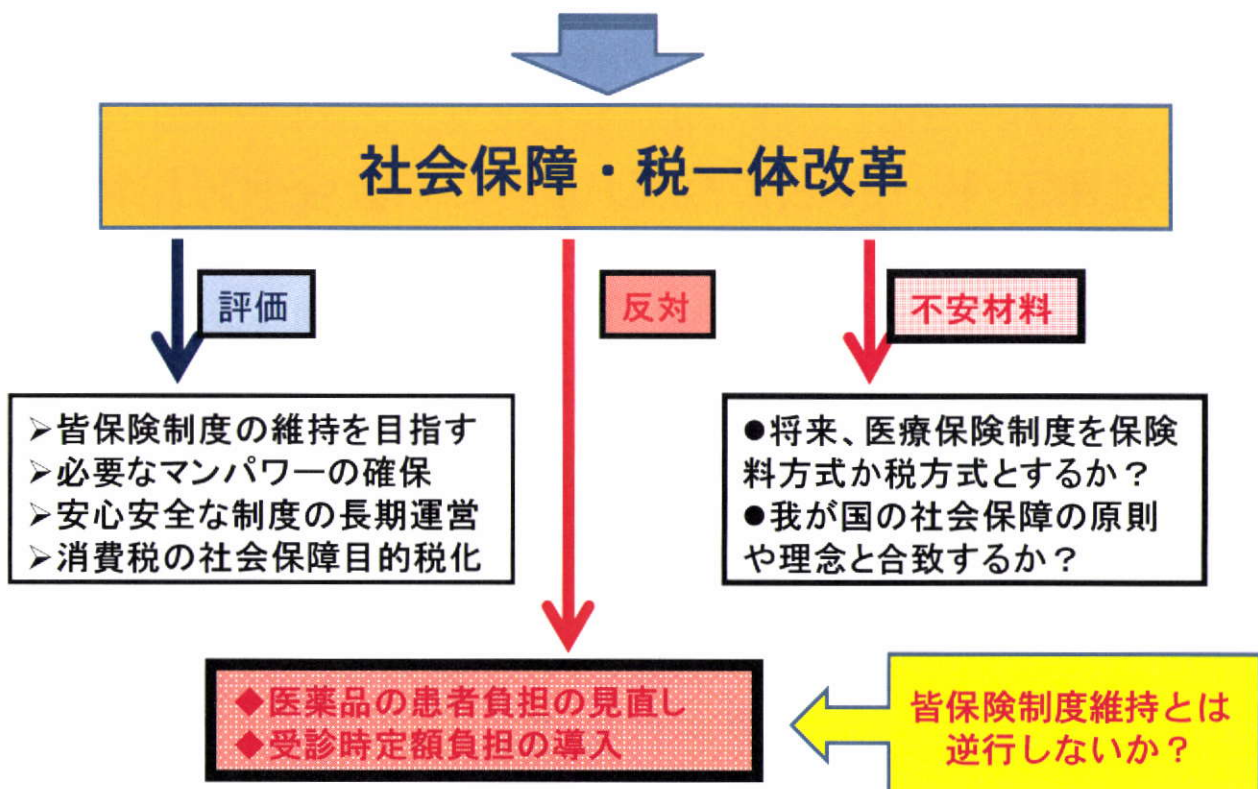
4

完備した制度を維持する上での課題



5

難解な問題を解決する手段



6

国民が安心できる社会保障制度の維持・確保には

少子・高齢社会のさらなる進展を目前にした論点

- 医療保険の一層の充実
- それを支える財源の確保
- 医療と介護の密接な連携
- 医療・介護関連職種専門性が十分に発揮できる体制の確保(チーム医療の推進)
- 外来・入院から在宅医療に至るまでのシームレスな医療・介護提供体制の構築

直面する課題：

「完備された医療保険制度等の安定的な運用」

かつ

「費用負担を上げず、財源を抑制する」

適切な「解」は？

財源論に偏重せず、慎重かつ十分な検討が不可欠

社会保障と税の一体改革に伴う 消費税引き上げによる薬局への影響

- ・「社会保障・税一体改革成案」の中で、「社会保障給付の規模に見合った安定財源の確保に向け、まずは、2010年代半ばまでに段階的に消費税率(国・地方)を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」ことが記載されています。
- ・今後、消費税の引き上げに伴い、保険薬局における「控除対象外消費税」が増加して、薬局経営に大きく影響することが予想されます。

控除対象外消費税の実態

- ・調剤報酬は、消費税導入時及び消費税額引き上げ時に、消費税対応分として引き上げが行われていますが、十分補填されているとは言えません。
- ・日本薬剤師会において実施した「薬局の税制関係調査結果」を基に試算すると、1薬局当たり4.18%（490万円）の控除対象外消費税が発生しています。

参考：診療報酬消費税対応分の引き上げ

	平成元年改定	平成9年改定	合計
改定率	0.76%	0.77%	1.53%

9

保険調剤（社会保険診療報酬）等に係る消費税の非課税制度の見直し

- ・保険調剤（社会保険診療報酬）等に係る消費税の非課税制度を、ゼロ税率ないし軽減税率による課税制度に改めていただきたい。
- ・課税制度に改めるまでの措置として、設備機器、増改築費用等について、税額控除を認める措置を創設していただきたい。

10

一般用医薬品に関する取り扱い

- ・ 一般用医薬品は、疾病の治療、症状の改善、生活習慣病等に伴う症状発現の予防、健康の維持・増進等を目的とするものであります。
- ・ 国民にとって一般用医薬品は医療、健康の保持・増進等のために必要なものであり、消費税の引き上げに伴い、国民が一般用医薬品の購入を躊躇することが考えられます。
- ・ 国民の健康を守るため、社会的政策配慮から、ゼロ税率課税ないし軽減税率課税に改めることを要望します。