



福岡県医師会第1729号(地)

平成21年12月22日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公印省略)

「診療報酬改定にむけての日本医師会の見解」他資料送付について

寒冷の候、貴職ますますご盛栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般、日本医師会において、12月9日までの記者会見で公表された「1. 初・再診料について」「2. 入院料について」「3. 有床診療所」「4. 入院基本料について」を、別添のとおり「診療報酬改定にむけての日本医師会の見解」として総括された旨連絡が参りました。

また、12月16日の記者会見で「5. がん対策等について」「6. 後発医薬品の使用促進について」及び「厚生労働省政務三役による診療報酬改定にむけての基本方針に対する日本医師会の見解」が公表され、日本医師会ホームページ(定例記者会見)に掲載されておりますのでご参照下さい。

つきましては、貴会におかれましても本件にご了知頂くとともに、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

副会長 廣瀬真恵
会長 丸山 泉



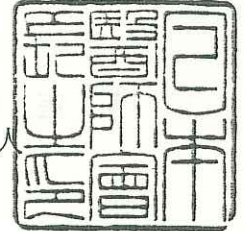
日医発第 809 号(総医 12)

平成 21 年 12 月 16 日

都道府県医師会 会長 殿

日本医師会

会長 唐 澤 祥 人



「診療報酬改定にむけての日本医師会の見解」他資料送付について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より会務運営に際しましてご尽力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、中医協では、診療報酬の改定率決定に向けた動きが本格化しております。本会におきましても、中医協の議論に沿って、「診療報酬改定にむけての日本医師会の見解」と題して、記者会見で見解を表明して参りました。

このたび、12 月 9 日までの記者会見で公表した「1. 初・再診料について」「2. 入院料について」「3. 有床診療所」「4. 入院基本料について」を、「診療報酬改定にむけての日本医師会の見解」として総括し、1 冊にまとめましたのでお送り申し上げます。

また、12 月 16 日の記者会見で公表した「5. がん対策等について」「6. 後発医薬品の使用促進について」および「厚生労働省政務三役による診療報酬改定にむけての基本方針に対する日本医師会の見解」につきましても同封申し上げます。これらの内容は、12 月 15 日の理事打合会でご了承をいただいております。

なお、表記資料は公表の都度、すべての中医協委員および厚生労働省政務三役にお送りしております。

貴会におかれましても、今後多くの方々の目に触れ、議論に資することをご期待申し上げます。なお、本資料は日本医師会ホームページ定例記者会見資料および文書管理システムにも掲載していることを併せてお知らせします。

先生におかれましては、お忙しいところ恐縮でございますが、何卒ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

敬 具

【添付資料】

1. 診療報酬改定にむけての日本医師会の見解《総括》—既報—
2. 診療報酬改定にむけての日本医師会の見解《5. がん対策等について》
3. 診療報酬改定にむけての日本医師会の見解《6. 後発医薬品の使用促進について》
4. 厚生労働省政務三役による診療報酬改定にむけての基本方針に対する日本医師会の見解



診療報酬改定にむけての日本医師会の見解

2009 年 12 月 16 日

社団法人 日本医師会

目 次

1. 再診料	1
1.1. これまでの経緯	1
1.2. 初・再診料の現状	5
1.2.1. 1日当たり入院外点数	6
1.2.2. 医業経営における初・再診料の重み	9
1.3. 日本医師会の見解および要望	10
1.3.1. 再診料について	10
1.3.2. 中期的な基本診療料（外来）の見直しにむけて	11
2. 外来管理加算	13
2.1. これまでの経緯	13
2.2. 外来管理加算の問題点と日本医師会の要望	14
3. 病院勤務医の負担軽減	16
4. 入院基本料	19
4.1. これまでの改定の経緯	19
4.2. 現在の入院基本料の算定状況	21
4.3. 入院基本料別の経営状況	22
4.4. 看護職員不足の実態	23
4.5. 日本医師会の見解および要望	24
4.5.1. 日本医師会の基本的スタンス	24
4.5.2. 2010年改定に向けての要望	25
5. 小児の入院医療	29
6. 特定機能病院の入院基本料	32
6.1. 特定機能病院の現状—大学病院を中心に—	32
6.2. 日本医師会の見解および要望	35
7. 有床診療所	40
7.1. 有床診療所の現状	40
7.2. 有床診療所の役割と経営—有床診療所経営実態調査より—	44
7.2.1. 調査の概要	44

7.2.2.	有床診療所の役割・機能.....	45
7.2.3.	有床診療所の経営状態.....	55
7.3.	日本医師会の見解および要望.....	62
1	.....	1
2	.....	3
3	.....	1
4	.....	1
5	.....	1
6	.....	1
7	.....	1
8	.....	1
9	.....	1
10	.....	1
11	.....	1
12	.....	1
13	.....	1
14	.....	1
15	.....	1
16	.....	1
17	.....	1
18	.....	1
19	.....	1
20	.....	1
21	.....	1
22	.....	1
23	.....	1
24	.....	1
25	.....	1
26	.....	1
27	.....	1
28	.....	1
29	.....	1
30	.....	1
31	.....	1
32	.....	1
33	.....	1
34	.....	1
35	.....	1
36	.....	1
37	.....	1
38	.....	1
39	.....	1
40	.....	1
41	.....	1
42	.....	1
43	.....	1
44	.....	1
45	.....	1

1. 再診料

1.1. これまでの経緯

初・再診料の推移

1985 年、再診料が、病院については入院機能を、診療所については外来機能を重点的に評価する目的で、病院、診療所別に区分された（表 1.1.2）。

1992 年には初診料も病院、診療所別に区分された（表 1.1.1）。同時に、それまで総合病院（当時）では、初診料が診療科ごとに算定されていたが、これが廃止された。

その後も、診療所は外来、病院は入院という機能分担の下で、診療報酬上の評価が行われてきた。

再診料については、1992 年には内科再診料が再編され、外来管理加算が導入された。このとき同時に診療所の再診料が引き下げられた。また 2006 年には診療報酬マイナス 3.16%改定の下で、診療所、病院ともに再診料が引き下げられたが、病院は入院、診療所は外来を重点評価するとの方針は一貫していた。

2008 年 4 月改定では、病院の再診料が引き上げられ、現在、再診料は診療所 71 点、病院 60 点である。

表 1.1.1 初診料の推移

(点)

年			診療所		病院	
			甲表※注)	乙表	甲表	乙表
1984	S59		甲表160・乙表135			
1985	S60		甲表180・乙表150			
1992	H4	総合病院における各診療科ごとの初診料算定の廃止	208	205	198	195
1994	H6		221		208	
1996	H8		270		250	
1998	H10		270		250	
2000	H12		270		250	
2002	H14		270		250	
2004	H16		274		255	
2006	H18		270			
2008	H20		270			

※注) 甲表: 診察科、簡単な検査料、簡易な注射の技術料等、処方料を一括して基本診療料として支払うもの

表 1.1.2 再診料の推移

(点)

年			診療所		病院	
			甲表※注1)	乙表	甲表	乙表
1984	S59		甲表65・乙表38			
1985	S60		70	39	66	38
1992	H4	外来管理加算新設	55	53	45	43
1994	H6		61		50	
1996	H8		70		59	
1998	H10		74		59	
2000	H12		74		59	
2002	H14	通減制の導入※注2)	81/74/37		65/59/30	
2004	H16		73		58	
2006	H18	診療報酬改定▲3.16%	71		57	
2008	H20	病院の再診料引き上げ	71		60	

※注1) 甲表: 診察科、簡単な検査料、簡易な注射の技術料等、処方料を一括して基本診療料として支払うもの

※注2) 2003年度に廃止

病院・診療所の外来医療費の推移

診療所では、2007 年度には医療費に占める外来（入院）医療費の割合は 94.3% であり、医療費（医業収入）の 9 割以上を外来が占めている（図 1.1.1）。

病院では、入院医療費の比率が 70.1% であり、外来医療費は 29.9% である（図 1.1.2）。

図 1.1.1 診療所の入院・外来医療費の割合

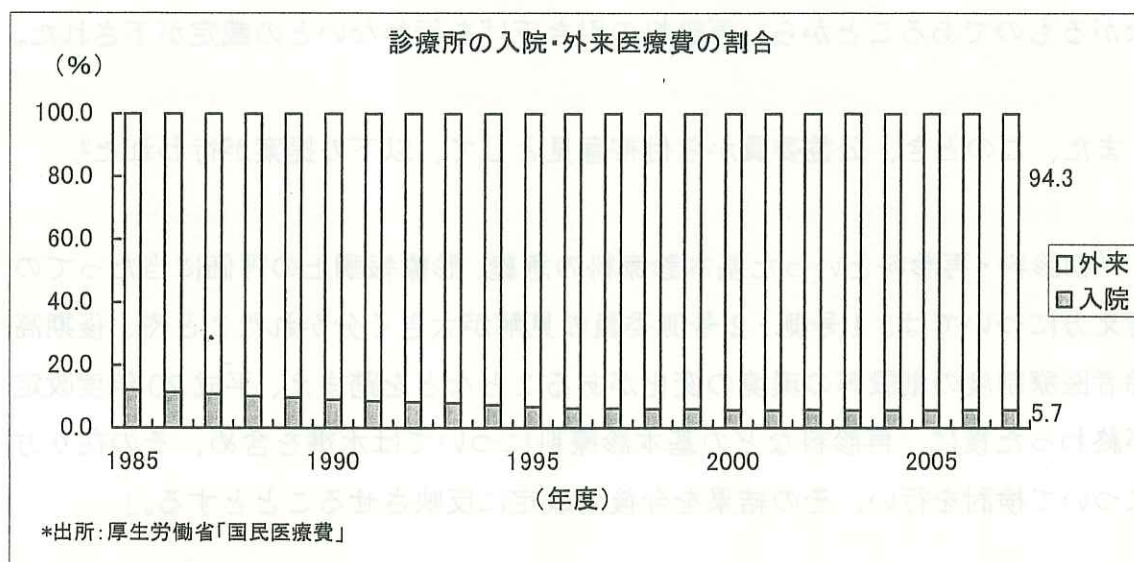
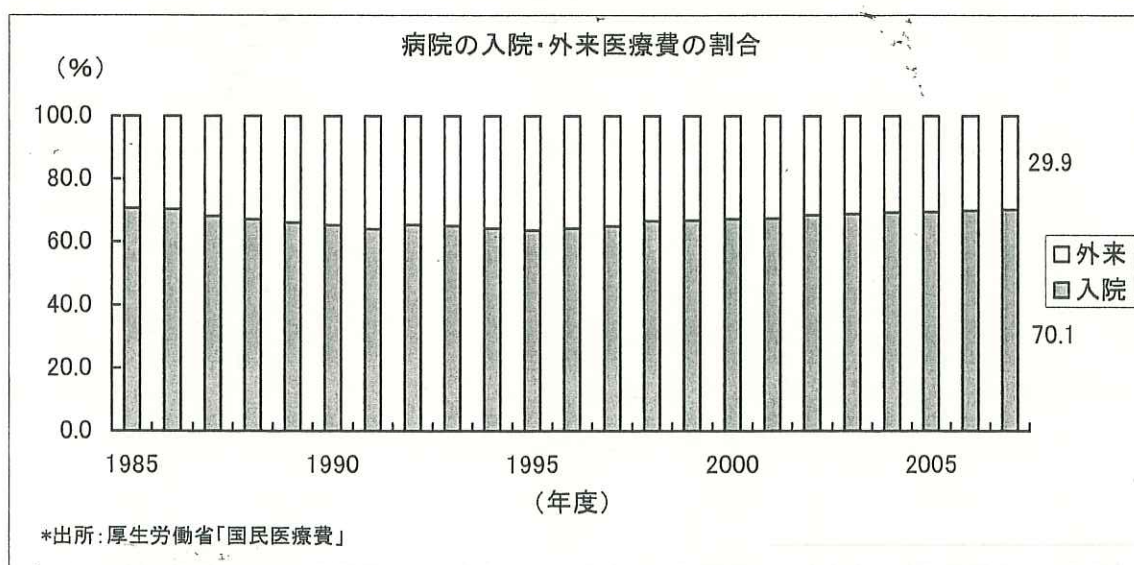


図 1.1.2 病院の入院・外来医療費の割合



2008 年 4 月の診療報酬改定における議論

2008 年 4 月の診療報酬改定では、病院・診療所の再診料格差および外来管理加算の見直しなどが大きな論点であった。再診料の見直しについては、1 号側（支払側）委員から、本来は、機能や技術の議論が必要との指摘もあったが¹、時間的制約もあって、そのまま検討が進められた。

そして最終的には、公益委員から、外来管理加算については見直す（5 分要件を導入する）ものの、外来管理加算の見直しは実質的な再診料の引き下げにつながるものであることから、再診料の引き下げを行わないとの裁定が下された。

また、このとき、公益委員から付帯意見として、以下の提案が行われた²。

「初診料・再診料といった基本診療料の意義、診療報酬上の評価に当たっての考え方については、1 号側・2 号側委員の見解が大きく分かれたことや、後期高齢者医療制度の創設等の環境の変化があることなどを踏まえ、平成 20 年度改定が終わった後に、再診料などの基本診療料については水準を含め、その在り方について検討を行い、その結果を今後の改定に反映させることとする。」

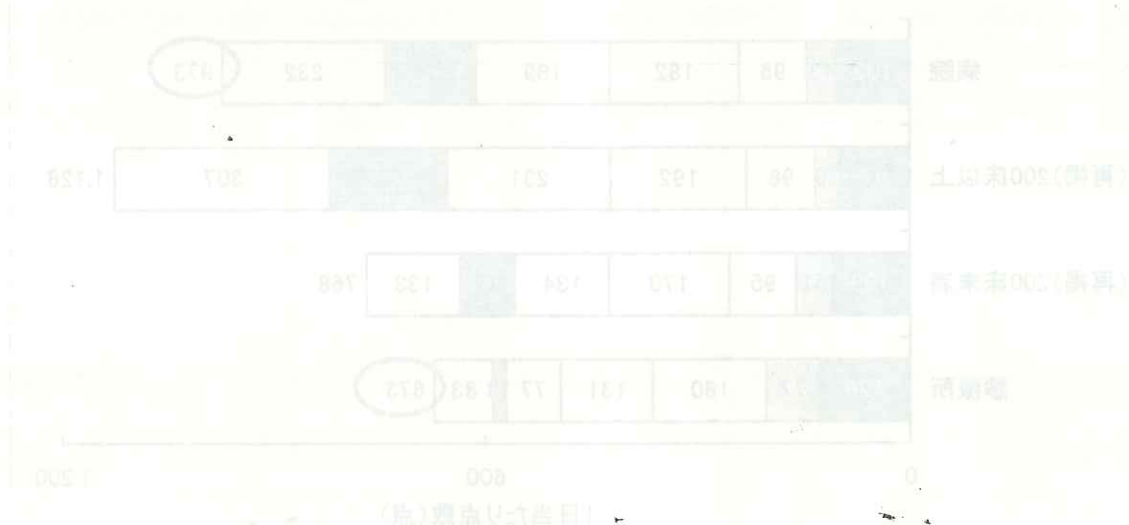


¹ 「こういった機能でありますとか、技術でありますとか、そういった評価そのものの議論が本当は必要なのだろうと思う」2008 年 1 月 18 日、中医協・基本問題小委員会議事録

² 「病院勤務医支援に関する公益委員の提案」2008 年 1 月 30 日、中医協総会提出資料

1.2. 初・再診料の現状

ここでは、「平成 20 年 社会医療診療行為別調査」を用いて分析した。今回の社会医療診療行為別調査（6 月 1 か月の抽出調査）は、入院外において、通年実績を示す「メディアス」（厚生労働省「最近の医療費の動向」）と大きな乖離があった。例年に比べて、人工腎臓を実施している診療所が多く抽出されたことが主な要因である。そのため、厚生労働省の事務局が中医協に提出している診療科別などの資料には、人工腎臓の影響を補正するための特別集計後のデータが使用されている。しかし、このデータは公開されていないので、本稿では特別集計を行っていないデータを使用している。

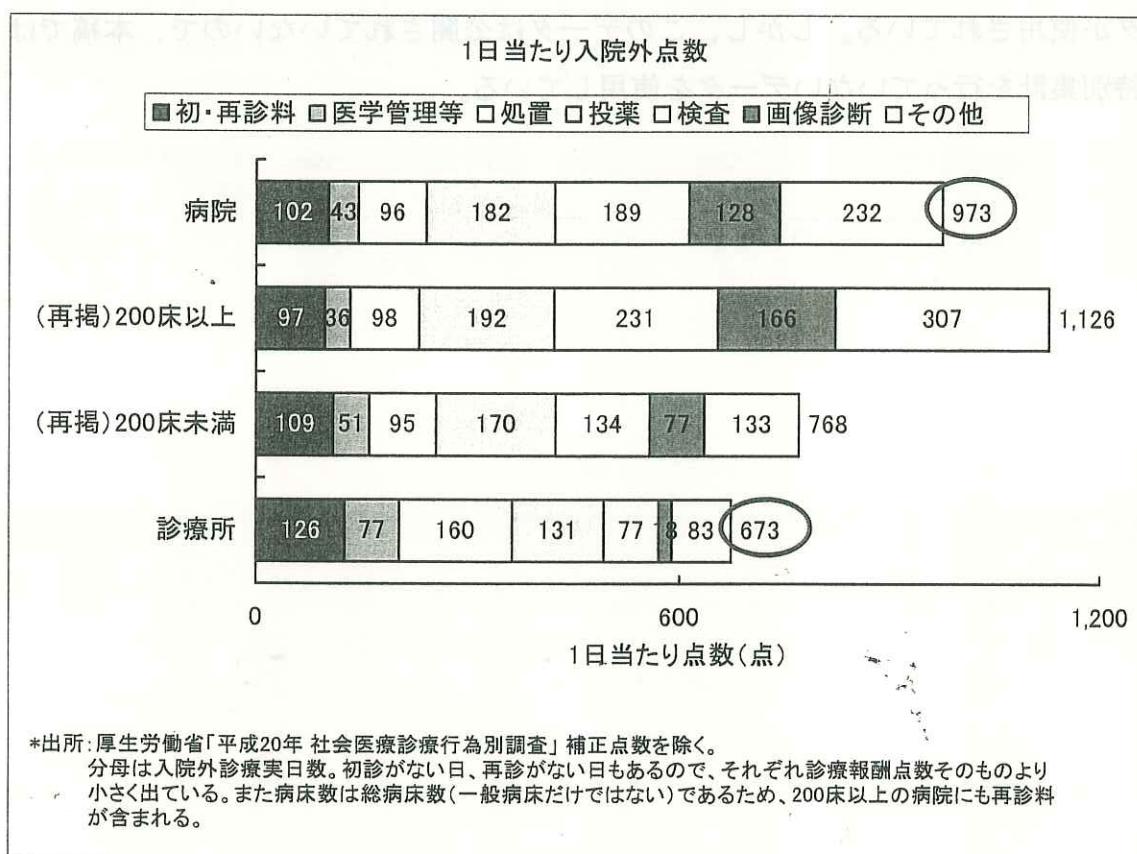


1.2.1. 1日当たり入院外点数

入院外（外来）全体

1日当たり入院外点数は病院のほうが高く、病院 973 点、診療所 673 点である。病院は初・再診料は低いが、検査、画像診断などの点数が高いためである（図 1.2.1）。

図 1.2.1 1日当たり入院外点数



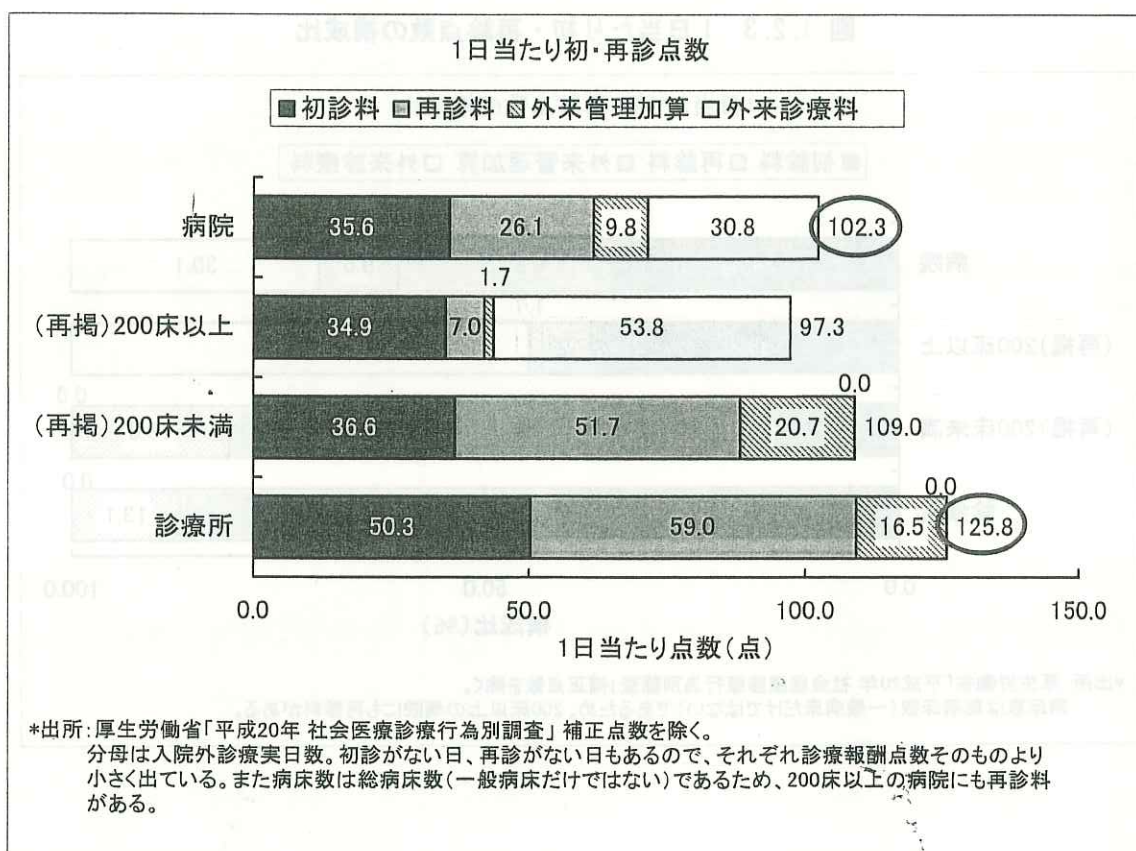
初・再診料：初診料、再診料、外来診療料（それぞれ加算を含む）

医学管理等：特定疾患療養管理料、小児科外来診療料、診療情報提供料、薬剤情報提供料など

初・再診料のみ

初・再診料に限ってみると、1日当たり初・再診点数（外来管理加算を含む）は診療所のほうが高い。1日当たり初・再診点数は、病院 102.3 点、診療所 125.8 点である（図 1.2.2）。

図 1.2.2 1日当たり初・再診点数



初・再診料

初診料：初診料（加算を含む）

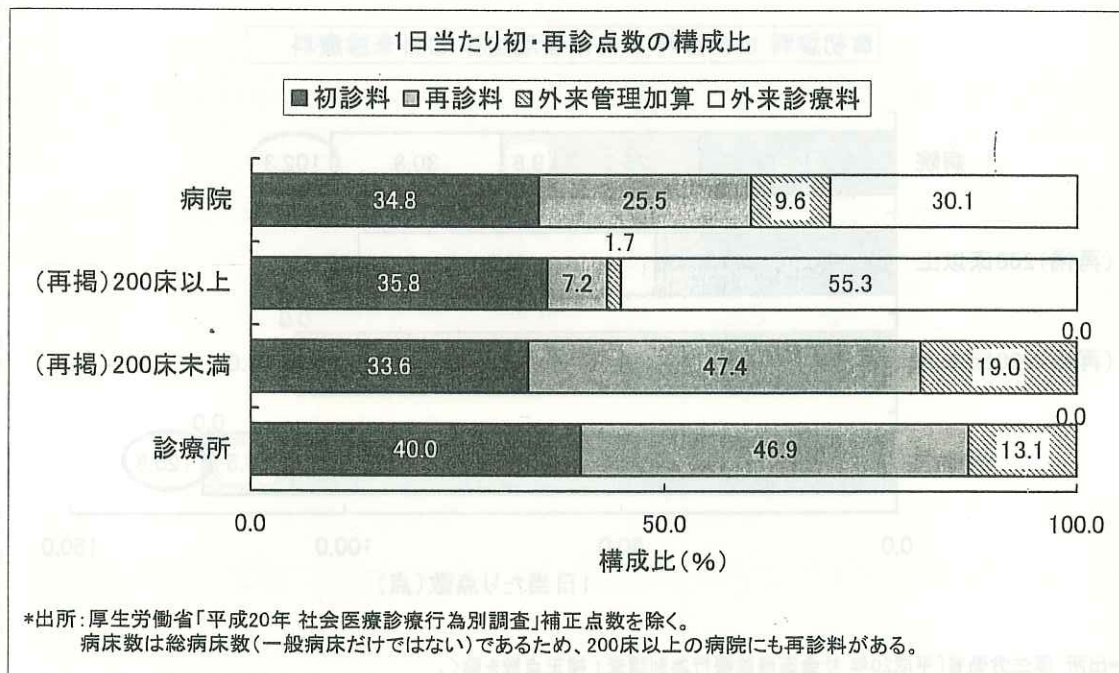
再診料：再診料（外来管理加算以外の加算を含む）

外来管理加算：外来管理加算

外来診療料：一般病床 200 床以上の医療機関において算定する（再診料は算定しない。
加算を含む）

構成割合で見ると、診療所は初診料の割合が大きいという特徴がある。1日当たり初・再診点数に占める初診料の割合は、200床未満の病院 33.6%、診療所 40.0%である（図 1.2.3）。その分、診療所では外来管理加算の割合が小さい。外来管理加算の割合は、200床未満の病院 19.0%、診療所 13.1%である。

図 1.2.3 1日当たり初・再診点数の構成比

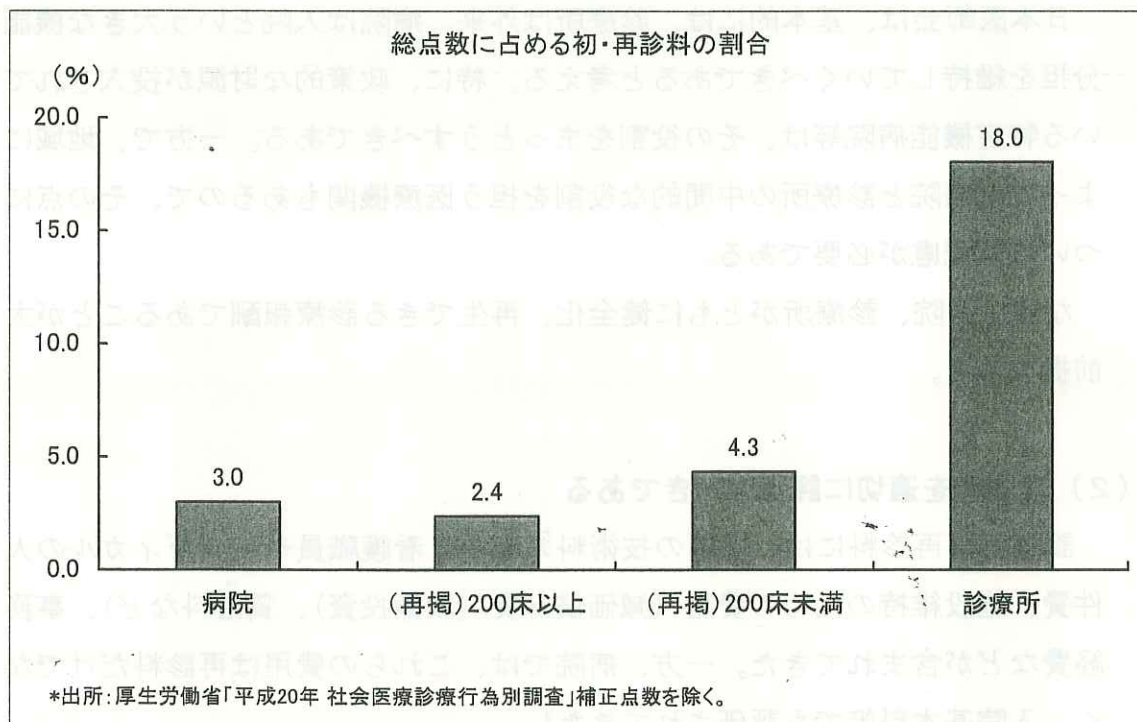


1.2.2. 医業経営における初・再診料の重み

総点数（医療費または医業収入に相当）に占める初・再診料の割合は、200 床以上の病院が 2.4%、200 床未満の病院が 4.3%、診療所が 18.0%である（図 1.2.4）。

診療所では、初・再診料が医業収入の 2 割近くに達しており、初・再診料の重みは非常に重い。

図 1.2.4 総点数に占める初・再診料の割合



1.3. 日本医師会の見解および要望

1.3.1. 再診料について

(1) 病院・診療所の機能分担について十分に議論すべきである

まず、診療所、病院、それぞれの機能について、しっかりと議論すべきである。このことは、前回改定時に支払側委員、公益委員からも指摘があった。

診療所は地域住民にとって身近な医療機関である。早期発見、早期治療、継続的な医学管理が必要な慢性疾患の外来治療を担うことが期待される。病院は、病床を有する医療機関であり、その主たる役割は入院機能である。

日本医師会は、基本的には、診療所は外来、病院は入院という大きな機能分担を維持していくべきであると考え。特に、政策的な財源が投入されている特定機能病院等は、その役割をまっとうすべきである。一方で、地域によっては病院と診療所の中間的な役割を担う医療機関もあるので、その点については配慮が必要である。

なお、病院、診療所がともに健全化、再生できる診療報酬であることが大前提である。

(2) 再診料を適切に評価すべきである

診療所の再診料には、医師の技術料のほか、看護職員やコメディカルの人件費、施設維持のための費用（減価償却費（設備投資）、賃借料など）、事務経費などが含まれてきた。一方、病院では、これらの費用は再診料だけでなく、入院基本料等でも評価されてきた³。

再診料で何を評価すべきかをあらためて整理し、適切に評価すべきである。仮に現在の再診料が純粋に医師の技術料（無形の技術料を含む）を評価するものであるとしても、現在の病院 60 点、診療所 71 点は、いずれも不十分であり、引き上げるべきである。

³ 厚生労働省は、病院のキャピタルコストは「一般的にはこの入院基本料や加算と呼ばれるものの中に含まれているというふうに理解するべき」としている。2009年6月10日、中医協・基本問題小委員会議事録

(3) 2010 年改定にむけて

病院、診療所ともに再診料の引き上げが求められるが、病院の経営体力を強化し、病院勤務医に手厚くするため、病院の引き上げ幅をある程度多くすべきである。

また再診料が医師の技術料を評価するものであるという観点から、病院で複数科受診をした際に、それぞれ算定できるようにすべきであるとの主張は理解できる。

1.3.2. 中期的な基本診療料（外来）の見直しにむけて

(1) 「モノ」と「技術」を分離すべきである

現在、医薬品、診療材料、医療消耗器具備品などのいわゆる「モノ」が、手術、処置に包括され、医師の技術の評価をより不透明なものにしている。

技術料中心の診療報酬体系を確立し、医師の技術料や医療関係職種の人件費を適切に評価するためには、「モノ」と「技術」の分離を行い、技術料を引き上げることが求められる。同時に、現在評価されていない「モノ」の評価を行うことも必要である。

(2) 「ドクターフィー」については十分な検討が必要である

医師の技術料を評価する手段として、「ドクターフィー」の導入が議論されている。地域や診療科間の医師不足・偏在の解消、医師個人のモチベーション向上のため、能力に応じた一定の評価が必要であることは理解できる。

しかし、医師の能力評価はこれまで本格的には行われておらず、困難を極めることが予想される。現在、一刻を争う医療再生の中で、医療現場に混乱をもたらしかねない新たな制度を導入することには賛成できない。

まず、診療報酬全体を引き上げ、病院が医師を十分に評価できる経営体力を持てるようにすることを優先すべきである。

なお、公立病院における給与費の高さ、それによる赤字は、年功序列的な給与体系が一因であると考えられる。したがって、日本医師会としては、医師

および医療関係職種の評価のあり方について検討することに異議はなく、前向きに協力していきたいと考える。

「ついでに」直員の（来社）経験基本基礎的限中 5.5.1

「ついでに」直員の（来社）経験基本基礎的限中 5.5.1

「ついでに」直員の（来社）経験基本基礎的限中 5.5.1

「ついでに」直員の（来社）経験基本基礎的限中 5.5.1

「ついでに」直員の（来社）経験基本基礎的限中 5.5.1

「ついでに」直員の（来社）経験基本基礎的限中 5.5.1

2. 外来管理加算

2.1. これまでの経緯

2008 年 4 月改定まで

外来管理加算は、診療所および一般病床 200 床未満の病院で、処置、リハビリテーション等を行わず計画的な医学管理を行った場合に算定できる。1992 年の診療報酬改定で導入された。

2007 年 11 月 2 日、中医協の診療報酬基本問題小委員会（以下、基本小委）で、「患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等に要する時間の目安を設けてはどうか」との論点が示された。

2007 年 12 月 7 日の基本小委では、厚生労働省事務局から「平均診療時間が 5 分以上である医療機関が 9 割」との分析結果が報告され、2008 年 1 月 16 日、基本小委の資料において「5 分要件」が示された。

日本医師会は、医療の質は時間で計れるものではないこと、外来管理加算は計画的な医学管理を行った場合に算定されるものであり、診察時間だけで評価されるものではないとあらためて主張し、時間要件に反対した。また支払側委員からも、5 分という時間の目安についてはもう少し議論を行う必要があるとの発言があった⁴。

最終的には、公益委員の裁定によって、2008 年 4 月改定において、外来管理加算に「5 分要件」が追加された。

2008 年 4 月改定後

日本医師会は、2008 年 11 月に「外来管理加算に関するアンケート調査」を実施した。その結果、「5 分要件」の導入により、診察時間や待ち時間が長くなり、患者に負担をかけている可能性もあること、時間の計測が診察の妨げになっていることなどが浮かび上がった。

⁴ 『5 分以上という時間の目安』がいいかどうかは、やはりもう少し議論をする必要があるだろう」2008 年 1 月 16 日、中医協基本小委議事録

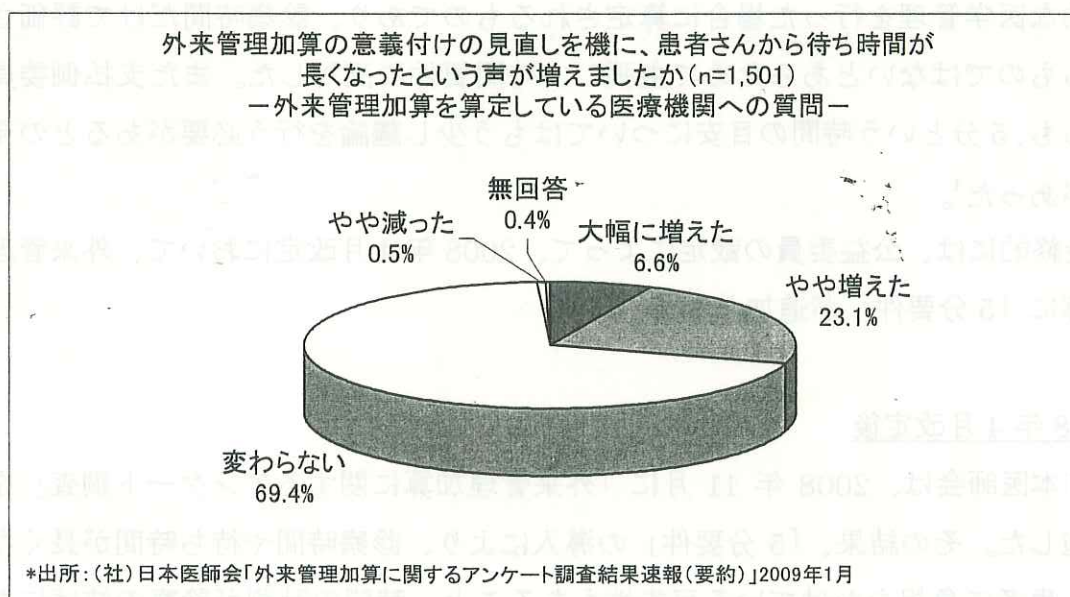
また、民主党は、2009年7月27日に発表した『民主党医療政策（詳細版）』において、「外来管理加算の5分要件に関しては、外来管理に時間要件はなじまないことを踏まえ、診療所負担の軽減を図るため撤廃します」としている。

2.2. 外来管理加算の問題点と日本医師会の要望

日本医師会「外来管理加算に関するアンケート調査」から明らかになった「5分要件」の問題点をあらためて示す。

第一に、患者に負担をかけていることが問題である。回答医療機関の29.7%で、「待ち時間が長くなった」という患者の声が増加したとの回答であった（図2.2.1）。

図 2.2.1 患者からの「待ち時間が長くなった」という声の変化

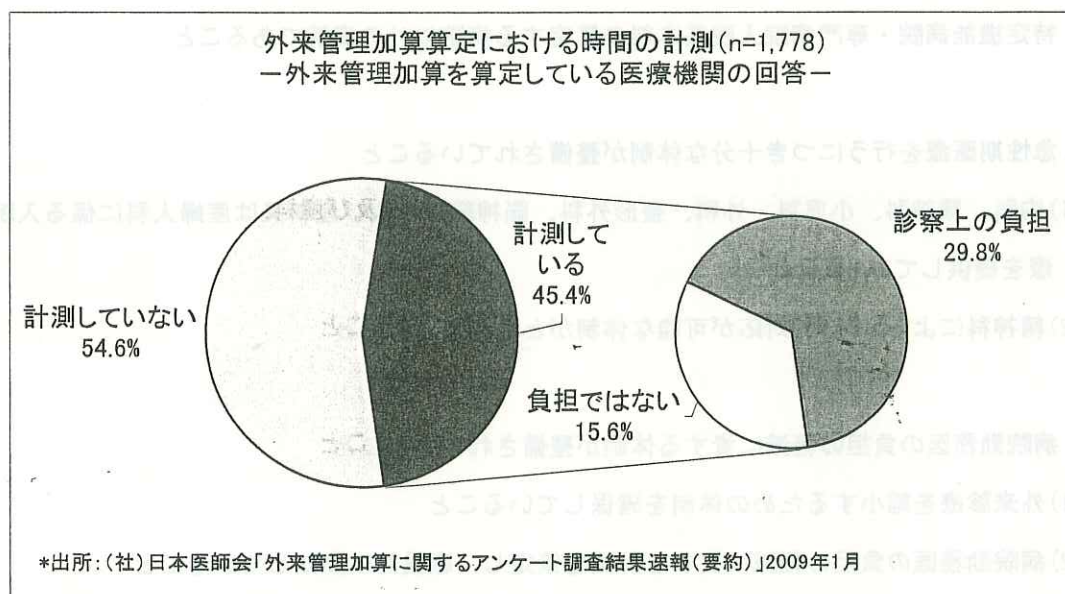


第二に、診察の妨げにもなっている。外来管理加算を算定している医療機関のうち、5分という時間の計測が診察上の負担になっているという回答が29.8%であった（図2.2.2）。

中医協・診療報酬改定結果検証部会が行った調査⁵でも、患者の9割近くは、時間要件の導入によって診察内容に変化があったと感じていない。また患者の6割近くは、外来管理加算に時間の目安は必要ではないと回答していた。

このように、外来管理加算の時間要件は、医師にとっても、患者にとっても最善の医療の妨げになっている。「5分要件」の撤廃を強く求める。

図 2.2.2 外来管理加算算定時の時間の計測の負担



計測している「時計、ストップウォッチ等で正確に計測している」
「時計などを見ながら、おおむね計測している」

診察上の負担「非常に負担」「やや負担」

負担ではない「どちらともいえない」「あまり負担ではない」「まったく負担ではない」

⁵ 「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査報告書」2009年5月20日、中医協総会提出資料

3. 病院勤務医の負担軽減

2008年4月改定では、入院時医学管理加算の要件が見直され、外来の縮小など勤務医の負担軽減のための取り組みを行っている病院が評価されることになった。

しかし、これは、高度医療、救急医療が充実している大病院、地域の中核病院に対する評価であり、算定できる病院はきわめて限定的であった。地域で救急医療等に熱心に取り組む中小病院はほとんど算定できず、これらの病院の勤務医負担の軽減に何ら寄与していない。地域医療を支える中小病院も対象となるよう、算定要件を見直すべきである。

入院時医学管理加算（1日につき120点）の主な算定要件

1. 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
2. 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
 - (1) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科に係る入院医療を提供していること
 - (2) 精神科による24時間対応が可能な体制がとられていること
3. 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
 - (1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
 - (2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画を策定し、職員等に周知していること
 - (3) 特別な関係にある医療機関での勤務時間を含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること
4. 急性期医療に関する実績を相当程度有していること

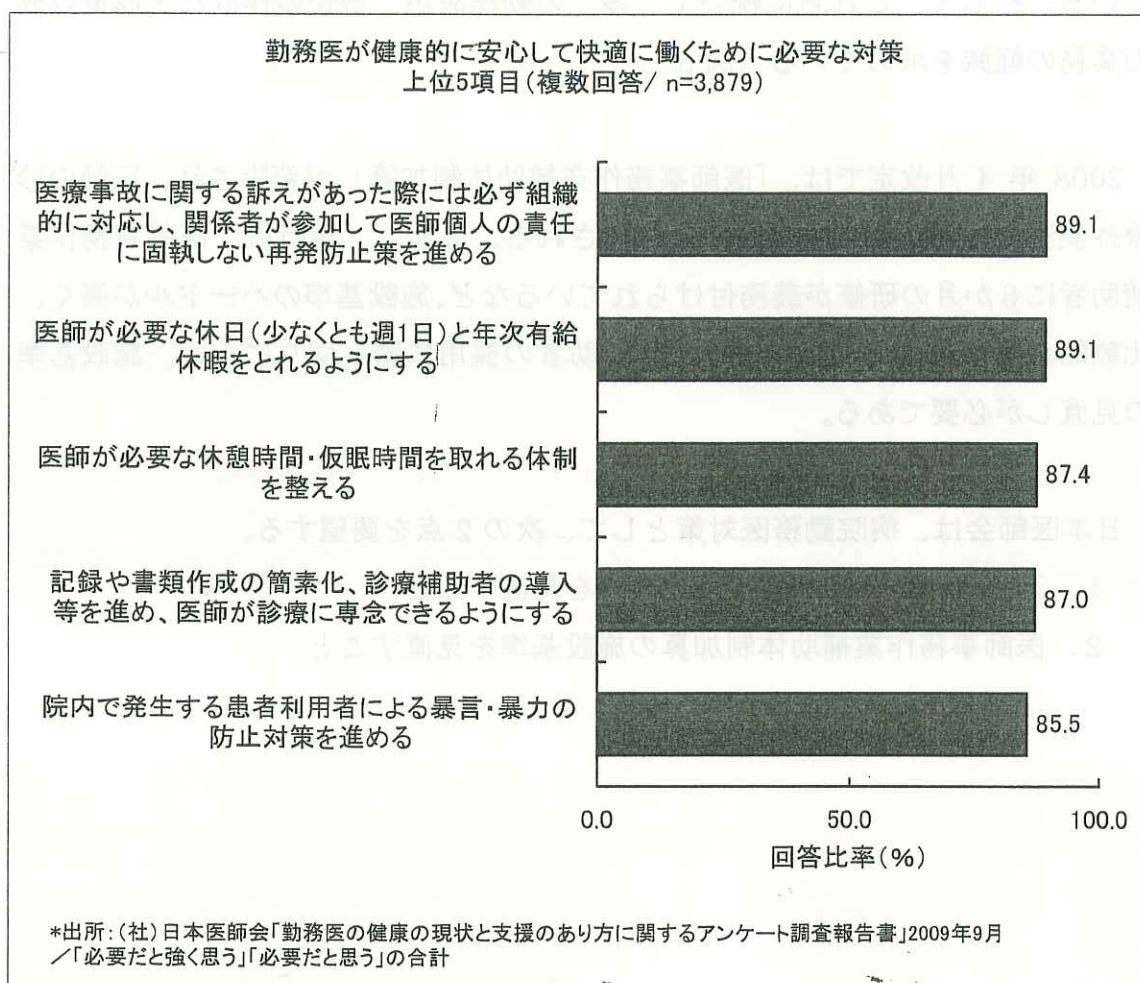
また日本医師会が実施した調査によれば、健康的に働くための対策として、勤務医は、医療事故への組織的な対応、休日の確保、過重労働の緩和などを挙げている。そして、これらに続いて、多くの勤務医が、書類の作成など診療以外の業務の軽減を求めている（図 3.1）。

2008 年 4 月改定では、「医師事務作業補助体制加算」が新設され、医師の診療外業務の軽減に寄与するものと期待される。しかし、現行は、医師事務作業補助者に 6 か月の研修が義務付けられているなど、施設基準のハードルが高く、比較的余裕のある病院でなければ、補助者の採用に踏み切りにくい。施設基準の見直しが必要である。

日本医師会は、病院勤務医対策として、次の 2 点を要望する。

1. 入院時医学管理加算の算定要件を見直すこと
2. 医師事務作業補助体制加算の施設基準を見直すこと

図 3.1 勤務医が健康的に安心して快適に働くために必要な対策



4. 入院基本料

4.1. これまでの改定の経緯

2006 年改定

急性期医療の看護職員配置は、従来 4 対 1、2 対 1 などに区分されていたが、配置基準を上回る体制を整備している病院も少なくなかった。そこで、急性期医療についてメリハリをつけた評価を行うことを目的に、2006 年改定で入院基本料が再編され、7 対 1 入院基本料が新設された。

7 対 1 の導入により、看護職員の確保が激化することが予想された。日本医師会は、2006 年に「看護職員の需給に関する調査」を行ったが、その結果から、病院が計画どおりに看護配置基準を引き上げた場合、全国で約 2 万床が削減され、看護職員が約 7 万人必要になると推計された⁶。

また、中医協では、必ずしも急性期医療を担っていない病院が届け出をしているとの指摘もあった⁷。

これらの状況を踏まえ、中医協は、2007 年 1 月 31 日に厚生労働大臣あてに看護配置の見直しを求める建議書を提出した（表 4.1.1）。

表 4.1.1 看護配置についての中医協「建議書」

中医協「建議書」(2007年1月31日)から抜粋

- 1 看護職員の配置数等を満たした病院について届出を認めるという現行の7対1入院基本料の基準を見直し、急性期等手厚い看護が必要な入院患者が多い病院等に限って届出が可能となるようなものとする。
- 2 手厚い看護を必要とする患者の判定方法等に関する基準の在り方について、必要な研究に早急に着手し、その結果を踏まえて、平成20年度の診療報酬改定において対応すること。
- 3 看護職員確保に関する各般の施策について、積極的に取り組むこと。

⁶ (社)日本医師会「看護職員の需給に関する調査—2006 年 10 月調査—」2007 年 1 月 17 日、定例記者会見

⁷ 「目的を外れて、必ずしも急性期医療を担っている、あるいは担っていけるとは言い切れない医療機関にも貴重な看護職員の集積がなされている」2007 年 1 月 17 日、中医協・総会議事録

2008 年改定

中医協の建議書には、「看護職員の募集・採用に当たって、地域医療の実情に配意し、節度を持って行われるよう、強く期待したい」と記されていた。しかし、看護職員の確保はその後も困難をきわめ、看護職員不足から、病床の閉鎖にいたる例もあった。

そこで、日本医師会は、2008 年改定にむけて、次のように主張した⁸。

1. 「建議書」を踏まえ、あくまでも看護必要度で「7 対 1」を評価すべき
2. 特定機能病院、主として大学病院が、行き過ぎた人員確保に走らないよう、特定機能病院は「7 対 1」の算定外とすべき

中医協での議論を経て、2008 年改定では、患者の状態等を測定し、これを得点評価した看護必要度基準を満たす場合にのみ 7 対 1 を算定できるようになった。また、医師配置が基準を満たさない場合には、準 7 対 1 を算定するという減額処置も導入された（特定機能病院は適用外）。

同時に、地域の急性期医療を担う医療機関を評価する目的で、10 対 1 入院基本料が 1,269 点から 1,300 点に引き上げられた。

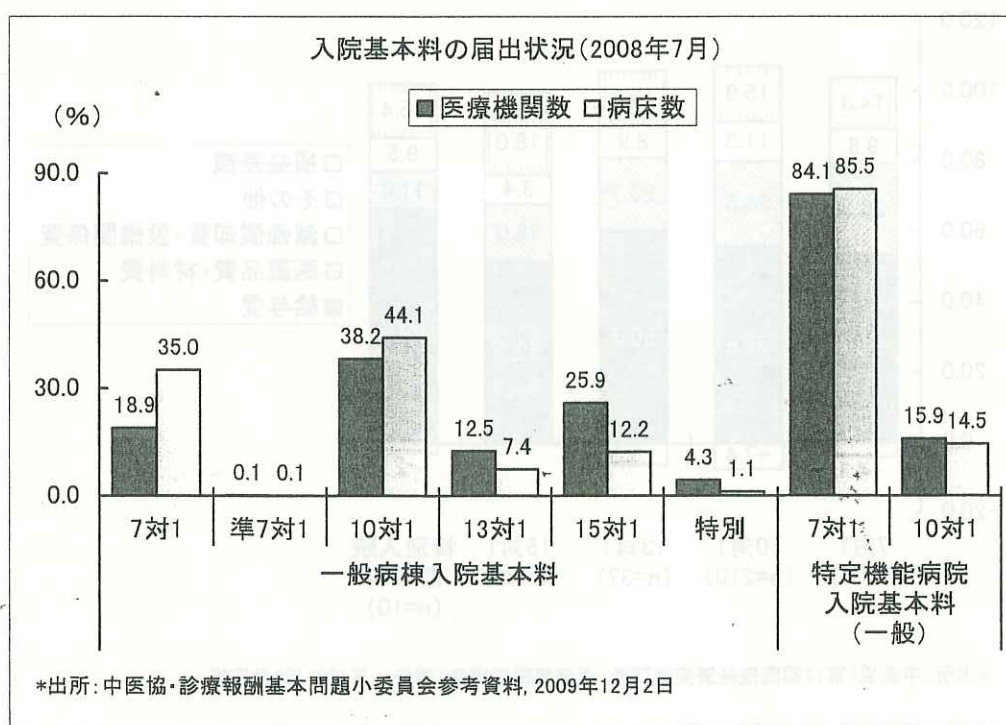
⁸ 「まずは建議書を踏まえまして、あくまでも看護必要度で 7 対 1 を評価すべきというところは非常に大事なところだろうと思います」「特定機能病院、これが行き過ぎた人員確保に走らないように、特定機能病院はほぼ DPC でございますので、係数に何か知恵を出すことによりまして大学病院が 7 対 1 に走らなくてもいいような方法というのがないだろうか」2007 年 10 月 3 日、中医協・診療報酬基本問題小委員会議事録

4.2. 現在の入院基本料の算定状況

2008年7月時点で7対1を届け出ている医療機関は、一般病棟入院基本料を算定する医療機関の18.9%、病床ベースでは35.0%である（図4.2.1）。

特定機能病院では、医療機関の84.1%、病床ベースでは85.5%が7対1の届出を行っている。一方、特定機能病院の15.9%は10対1であり、今後、これらの病院が7対1届出のため、あらたに看護職員の確保に乗り出してくる可能性もある。

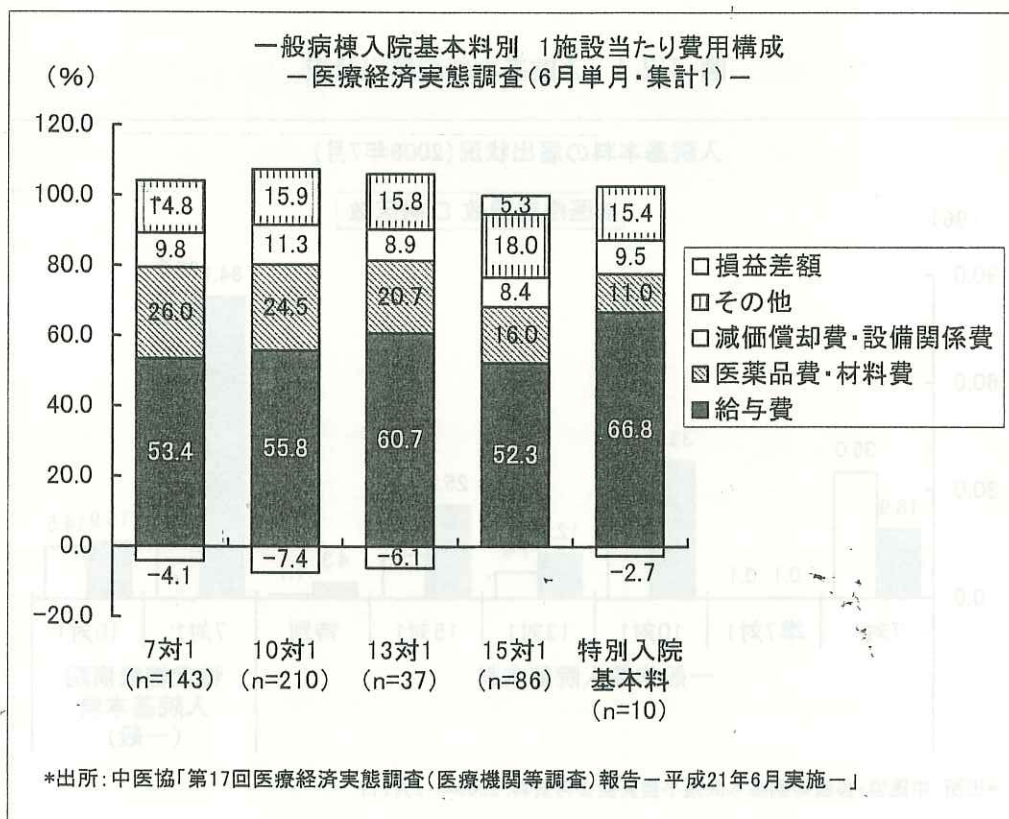
図 4.2.1 入院基本料の届出状況



4.3. 入院基本料別の経営状況

2008年改定で10対1入院基本料が引き上げられたが、中医協の医療経済実態調査によれば、10対1の損益差額比率は▲7.4%であり、もっとも赤字幅が大きかった（図4.3.1）。また、損益差額比率は7対1でも▲4.1%、13対1でも▲6.1%の赤字であった。

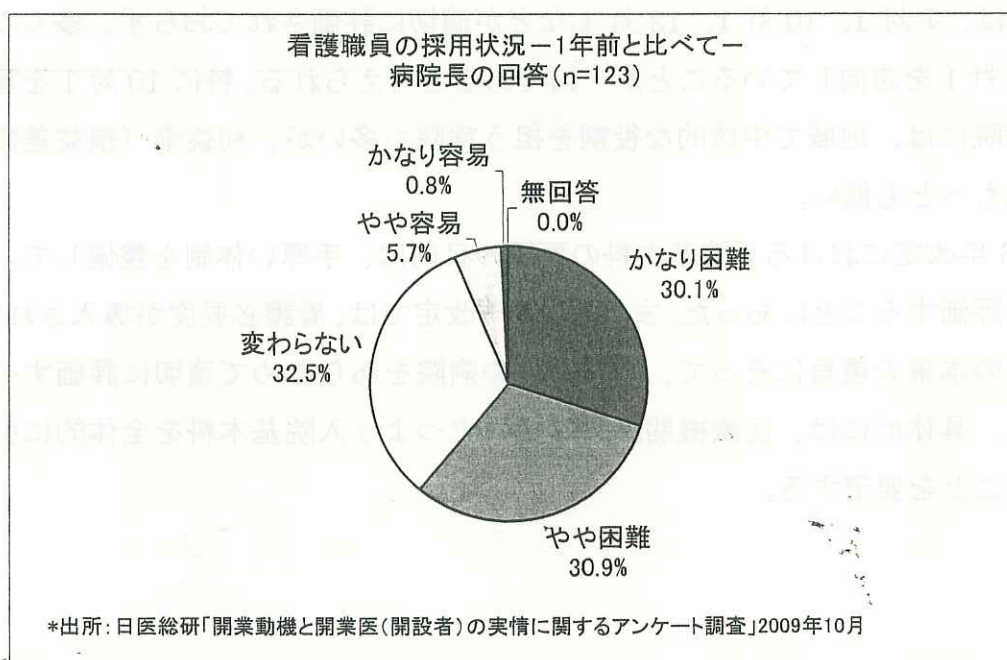
図 4.3.1 一般病棟入院基本料別の費用構成



4.4. 看護職員不足の実態

日本医師会は、2009年7月にアンケート調査を行い、病院の開設者（病院長）に対して、1年前と比べて看護職員の採用に変化があったかを質問した。その結果、病院長の61.0%が看護職員の採用がさらに困難になった（かなり困難になった30.1%、やや困難になった30.9%）と回答しており、ここ1年間で、ますます看護職員の確保が困難になっていることが明らかになった（図4.4.1）。

図 4.4.1 1年前（2008年7月頃）と比べた看護職員の採用状況



4.5. 日本医師会の見解および要望

4.5.1. 日本医師会の基本的スタンス

入院基本料について、日本医師会は医療の質を評価するという視点から、より適切な評価を行うべきであると考えている。

7 対 1 入院基本料導入後、看護職員を大量採用する病院があった一方、看護職員を確保できない病院もあり、地域医療に打撃を与えた。さらに日本医師会の調査によれば、看護職員の確保はますます困難になっている。

これは、7 対 1、10 対 1、13 対 1 などが適切に評価されておらず、多くの病院が 7 対 1 を志向していることが一因であると考えられる。特に 10 対 1 を算定する病院には、地域で中核的な役割を担う病院も多いが、利益率（損益差額比率）はもっとも低い。

2006 年改定における入院基本料の再編の目的は、手厚い体制を整備している病院を評価することにあった。また 2008 年改定では、看護必要度が導入された。これらの本来の趣旨にそって、それぞれの病院をあらためて適切に評価すべきである。具体的には、医療機関経営が成り立つよう入院基本料を全体的に引き上げることを要望する。

4.5.2. 2010 年改定に向けての要望

2009 年 12 月 2 日に、中医協・診療報酬基本問題小委員会で議論された主な論点に関する日本医師会の要望および見解は以下のとおりである。

(1) 7 対 1 入院基本料について

中医協で示された論点（要約）

1. 2008 年改定で 7 対 1 に重症度・看護必要度の基準を入れたことをどう評価するか。
2. 現在、7 対 1、10 対 1 では看護補助加算を算定できないが（13 対 1、15 対 1 は算定できる）、看護要員の評価についてどう考えるか。

日本医師会の要望および見解

1. 日本医師会は、「数合わせ」のための過度な看護職員確保が行われることを懸念し、かねてより看護必要度で評価すべきであると主張してきた。今後も看護の内容および質の評価を継続すべきである。
2. 医療および看護の質を担保するために、看護補助要員についても適切な評価をすべきであり、看護補助加算を 7 対 1、10 対 1 にも適用することを要望する。

(2) 13 対 1・15 対 1 入院基本料等

中医協で示された論点（要約）

1. 13 対 1、15 対 1 の長期入院患者の評価をどう考えるか。
2. 精神病棟入院基本料に 13 対 1 を新設するか(現状は 10 対 1 と 15 対 1)。

日本医師会の要望および見解

1. 中医協・慢性期入院医療の包括評価分科会の調査から、13 対 1、15 対 1 では 91 日以上入院患者は約 2 割であり、医療区分を適用した場合、医療療養病棟の患者と比較して、医療区分 2 が多いという点が類似しているという結果が示された⁹。

しかし、同調査は分析対象が非常に少ないなど問題も多く、報告書でも「新たな横断的調査を実施する必要」があるとされている。同調査にもとづいて議論を行うことは、間違った結論を導くおそれがあるので、現時点で議論の俎上に載せるべきではない。

また、慢性期は包括評価という大きな流れが作られつつあるが、日本医師会は必要な医療を制限し、医療から患者を締め出すおそれがある包括評価には原則反対である。

2. 精神病棟入院基本料に 13 対 1 を新設した場合、その看護師の配置基準から、多くの総合病院精神科が算定することになると予想される。本来、総合病院精神科は身体合併症患者の受け皿としての機能が求められているが、現在、総合病院精神科での身体合併症患者の受け入れは全病床の約 2 割にとどまっている。本来の機能の強化を図るため、13 対 1 を新設する場合には、合併症患者の受け入れが進むような要件の設定や精神科身体合併症管理加算の見直しを併せて検討すべきである。

⁹ 中医協・診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成 20 年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」, 「平成 20 年度一般病棟で提供されている医療の実態調査」2009 年 9 月 18 日, 中医協・診療報酬基本問題小委員会資料

(3) 亜急性期の入院医療の評価について

中医協で示された論点（要約）

1. 平均在院日数の短縮化、在宅医療の進展等に伴う後方病床としての亜急性期病床の評価についてどう考えるか。
2. 亜急性期病床におけるリハビリテーション提供機能の評価についてどう考えるか。

日本医師会の要望および見解

第一に、平均在院日数の短縮化を前提に議論を進めるべきではない。第二に、亜急性期入院管理料が算定される病棟に転床された場合、一部負担が大幅に上昇し、患者の理解を得にくい診療報酬になっている。

地域連携に一定の効果があると思われるが、患者にとってわかりやすい内容にし、また算定できる患者の要件を緩和すべきである。

(4) 入院基本料を算定する病棟における看護師等の配置について

中医協資料に示された論点（要約）

1. 病棟単位の届出についてどう考えるか。
2. 夜勤従事者の取り扱いについてどう考えるか。

日本医師会の要望および見解

1. 現在は、入院基本料はひとつの届出区分を選択しなければならないが、運用上は傾斜配分が可能である。まず、この運用ルールを周知徹底すべきである。看護職員確保がますます深刻になっている中での病棟単位の届出には反対である。

2. 現在、看護職員の夜勤については次のようなルールがある。
- (1) 看護職員1人当たりの月平均夜勤時間を72時間以内とする。
 - (2) 上記算出式の対象には、①夜勤専従者、②1人当たりの月平均夜勤時間が16時間以下の者は含まない。
 - (3) 各病棟における夜勤を行う看護職員数は2人以上（病床数にかかわらず2人以上）とする。

しかし、施設基準を満たす看護職員の確保が困難であるため、医療機関は夜勤人数の削減、病床数の削減、病棟の閉鎖などで対応してきた。

一方、多様な就業形態へのニーズが高まっており、厚生労働省も、多様な働き方の選択肢を拡大することを推進している¹⁰。多様な就業形態の提示は、深刻化する看護職員の偏在、不足を打開するためにも有効である。

日本医師会は、看護職員の確保、医療および看護の質の確保のためにも夜勤72時間ルールの緩和を求める。

¹⁰ 厚生労働省『『人口減少社会』に対応できる企業を目指して』
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudouseisaku/worksharing02/index.html>

5. 小児の入院医療

こども病院

こども病院（除く特定機能病院）の損益差額比率は全体で▲10.1%、独立型で▲8.9%、それ以外で▲11.3%であった（図 5.1）。

小児入院医療管理料 1・2・3 算定病院

2008 年 4 月改定では、要件以上に手厚い人員配置をしている医療機関があることから、小児入院医療管理料が再編された（表 5.1）。

従来の小児入院医療管理料 1・2・3 は、現在の小児入院医療管理料 2・3・4 に相当する。中医協の医療経済実態調査では、従来のカテゴリで「小児入院医療管理料 1・2・3」として区分されているが、これらの病院の損益差額比率は▲4.5%、民間病院でも▲1.1%であった（図 5.2）。

表 5.1 小児入院医療管理料の再編

旧		新(2008年4月改定)	
		小児入院医療管理料1	4,500
小児入院医療管理料1	3,600	小児入院医療管理料2	3,600
小児入院医療管理料2	3,000	小児入院医療管理料3	3,000
小児入院医療管理料3	2,100	小児入院医療管理料4	2,100

図 5.1 こども病院 1施設当たり費用構成

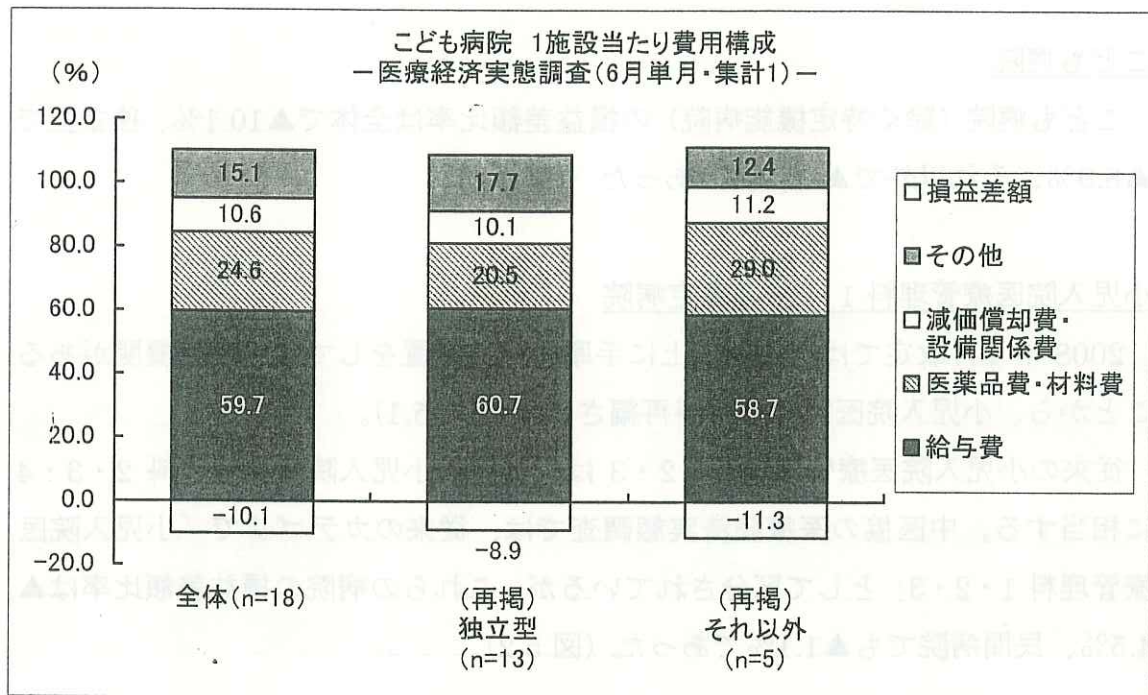
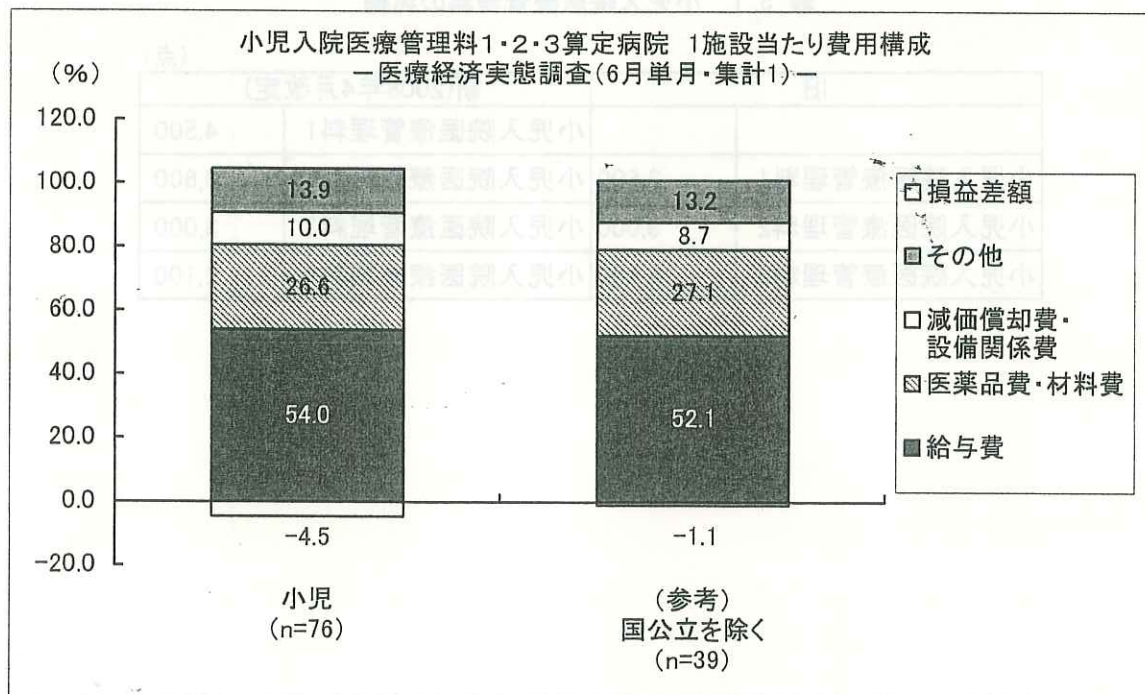


図 5.2 小児入院医療管理料 1・2・3 算定病院 1施設当たり費用構成



こども病院、小児入院医療管理料算定病院ともに依然として赤字である。小児の入院は季節的な変動が大きく、稼働率が安定しないことも一因である。また、2008年4月改定で新設された「小児入院医療管理料1」算定病院は、全国で35病院に止まっている¹¹。

日本医師会の要望

日本医師会は、小児の入院医療については、次の点を要望する。

1. 小児医療提供体制を確保するため、政策的な財源の投入（補助金）などを強化すること
2. 季節的な変動にも対応できるよう、小児入院医療管理料の算定要件を緩和すること



¹¹ 「主な施設基準の届出状況等」 2009年3月25日、中医協総会提出資料。
小児科を標榜する病院は3,015病院（2007年10月1日現在）。厚生労働省「平成19年医療施設（動態）調査」

6. 特定機能病院の入院基本料

6.1. 特定機能病院の現状－大学病院を中心に－

特定機能病院は、高度先端医療を提供し、かつ高度医療の研修を担う病院である¹²。現在、大学附属病院や国立がんセンターなど 83 病院が承認されている¹³。

特定機能病院のうち、国立大学附属病院が 42 病院、公立大学附属病院が 8 病院、私立大学附属病院が 29 病院、その他が 4 病院である。

国立大学は 2004 年 4 月に独立行政法人に移行したが、運営費交付金の減少が著しい。国立大学附属病院の運営費交付金は 2004 年度には 584 億円であったが、2008 年度には 308 億円になり、ほぼ半減した（図 6.1.1）。

図 6.1.1 国立大学附属病院の医業収益および運営費交付金

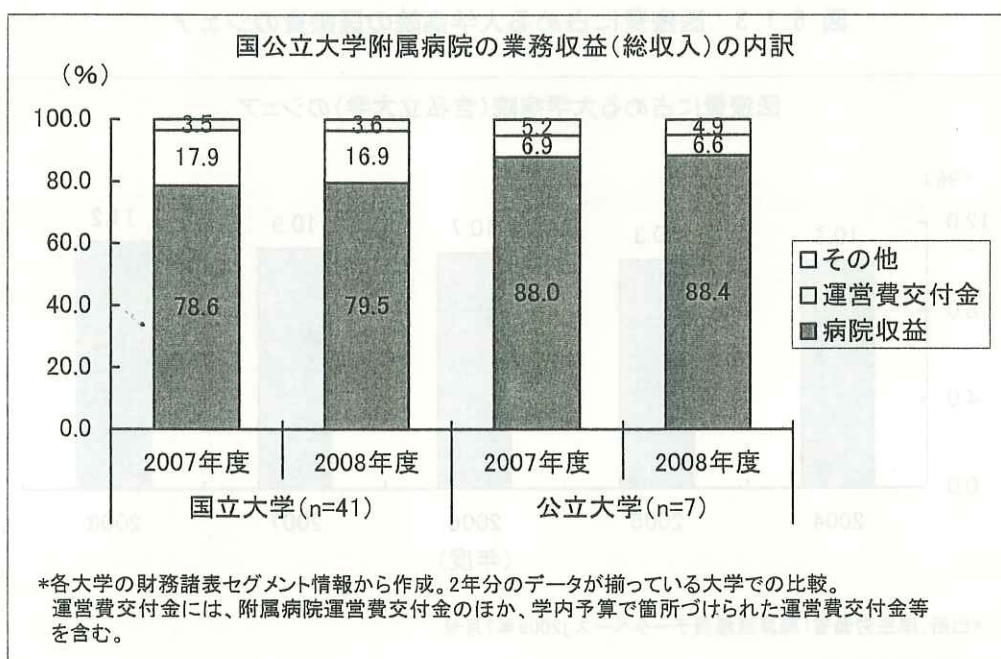


¹² 医療法第4条の2

¹³ 全国医政関係主管課長会議資料「特定機能病院の承認状況」2009年3月5日

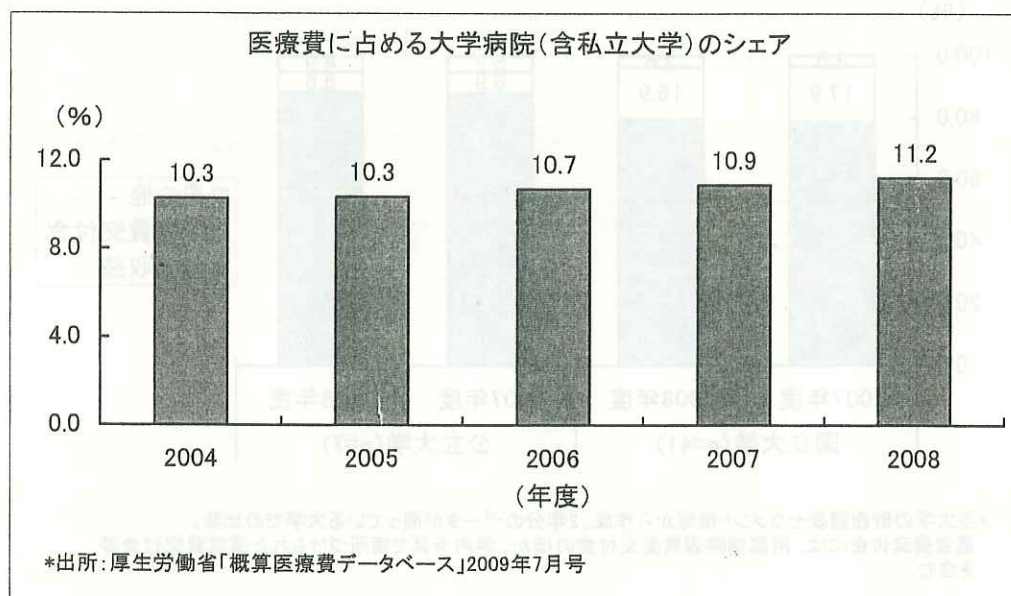
一方で、病院収益（収入）は年平均 4.6%の伸びで増加しており、総収入に占める病院収益の比重が上昇している（図 6.1.2）。教育、研修や高度医療を担う大学病院が、病院経営に汲々としなければならないのではないかと推察される。また、次に示すように、民間病院に与える影響も小さくない。

図 6.1.2 国公立大学附属病院の業務収益（総収入）の内訳



厚生労働省の概算医療費データベースによれば、医療費に占める大学病院医療費のシェアが高まっている（図 6.1.3）。これは逆に公的病院や民間病院のシェアが縮小していることを示している。今後、大学病院などが病院経営を強化していけば、診療報酬が全体的に引き上げられない限り、大学病院と民間病院等との競争が激化する。

図 6.1.3 医療費に占める大学病院の医療費のシェア



6.2. 日本医師会の見解および要望

日本医師会は、2008 年改定前の中医協審議において、特定機能病院、主として大学病院が人材確保に走らないよう、特定機能病院を 7 対 1 の算定外としてはどうかとの提案を行った¹⁴。また DPC についても、そもそも特定の機能に着目して導入された支払い方式であり、対象を特定機能病院に限定すべきであると主張してきた¹⁵。

昨今、国公立大学附属病院などが独立行政法人化するなど、特定機能病院を取り巻く環境が大きく変化している。そこであらためて、日本医師会として、特定機能病院における入院基本料のあり方について見解を示しておきたい。

1. 特定機能病院は一般の病院の入院基本料とは別の体系にすべきである

7 対 1 入院基本料が導入された際、看護職員の大量新卒採用に踏み切った大学病院があり、地域によっては深刻な看護職員の偏在と不足を招き、民間病院へ打撃を与えた。一方、特定機能病院は高度先端機能を担う役割があり、日本医師会はその役割を尊重している。

したがって、特定機能病院がその役割をまっとうし、かつ一般の病院と看護職員の確保などで競合しないよう、日本医師会は特定機能病院と一般の病院を区分すべきと考える。具体的には、7 対 1 のように看護職員を要件としないかわりに、その役割を評価した適切な包括的点数を設定すべきである。

2. 特定機能病院に対する政策的支援が必要である

高度先端医療の提供やその教育は、日本の医療の未来を切り拓く根幹である。独立行政法人化により、国公立大学附属病院等は自律した経営が求められているが、未来の医療は国家として支えるべきであり、運営費交付金等の政策支援については、一定の水準を維持すべきと考える。

¹⁴ 「特定機能病院、これが行き過ぎた人員確保に走らないように、特定機能病院はほぼ DPC でございしますので、係数に何か知恵を出すことによりまして大学病院が 7 対 1 に走らなくてもいいような方法というのがないだろうか」2007 年 10 月 3 日、中医協・診療報酬基本問題小委員会議事録

¹⁵ (社)日本医師会「DPC 対象病院の拡大に関する見解」2006 年 9 月 12 日、定例記者会見

参考資料

大学附属病院のセグメント情報(2007年度)

国立大学法人

	業務 収益 (億円)	(再掲)		業務 費用 (億円)	(再掲) 人件費	対業務収益(%)		
		病院収益	運営費 交付金			病院 収益	運営費 交付金	人件費
旭川医科大学	165.5	136.3	23.9	163.9	59.2	82.4	14.5	35.8
北海道大学	292.0	218.5	65.5	257.9	113.5	74.8	22.4	38.9
弘前大学	173.5	141.5	29.5	163.5	67.4	81.5	17.0	38.8
東北大学	349.1	270.0	56.8	339.9	132.8	77.4	16.3	38.0
秋田大学	144.7	123.6	17.1	141.1	56.5	85.4	11.8	39.0
山形大学	138.8	114.7	21.9	133.6	59.1	82.6	15.8	42.6
筑波大学	194.1	168.8	19.9	186.1	74.2	87.0	10.3	38.2
群馬大学	216.4	179.2	29.8	211.5	76.2	82.8	13.8	35.2
千葉大学	228.5	189.0	34.5	222.3	88.8	82.7	15.1	38.9
東京医科歯科大学	270.0	203.8	62.8	232.7	86.2	75.5	23.2	31.9
東京大学	540.0	353.2	130.4	515.3	189.9	65.4	24.2	35.2
新潟大学※注1)	233.2	184.6	42.8	226.0	94.0	79.2	18.4	40.3
富山大学	143.9	119.7	21.8	139.1	60.2	83.2	15.1	41.8
金沢大学	227.0	185.9	34.5	222.5	83.0	81.9	15.2	36.6
福井大学	134.6	117.1	14.9	126.7	53.9	87.0	11.1	40.0
山梨大学	146.8	121.1	23.3	134.3	56.4	82.5	15.8	38.4
信州大学	199.3	155.3	38.8	193.5	72.5	77.9	19.4	36.4
岐阜大学	191.8	136.4	46.6	195.7	67.0	71.2	24.3	34.9
浜松医科大学	140.7	116.4	21.3	132.1	57.4	82.7	15.2	40.8
名古屋大学	290.1	232.1	50.5	281.9	101.2	80.0	17.4	34.9
滋賀医科大学	157.6	135.1	19.2	156.4	64.3	85.7	12.2	40.8
京都大学	350.0	247.1	70.1	331.2	132.7	70.6	20.0	37.9
大阪大学	356.7	254.2	89.2	316.9	123.8	71.3	25.0	34.7
神戸大学	256.9	208.6	42.2	258.5	101.5	81.2	16.4	39.5
三重大学	166.9	137.1	25.9	156.3	65.2	82.1	15.5	39.1
鳥取大学	178.8	146.9	27.8	165.7	67.2	82.1	15.5	37.6
島根大学	133.1	106.1	23.8	126.1	59.9	79.7	17.9	45.0
岡山大学	256.9	213.4	36.5	259.2	103.3	83.1	14.2	40.2
広島大学	250.8	199.6	40.3	239.2	100.4	79.6	16.1	40.0
山口大学	183.5	154.9	23.2	169.9	70.8	84.4	12.6	38.6
徳島大学	203.8	150.1	48.4	194.0	77.3	73.6	23.8	37.9
香川大学	143.0	117.2	23.3	136.5	60.9	81.9	16.3	42.6
愛媛大学	157.6	123.1	31.5	145.9	62.0	78.1	20.0	39.4
高知大学	136.5	117.1	16.6	130.2	56.0	85.8	12.1	41.0
九州大学	396.4	292.0	90.6	399.1	160.8	73.7	22.9	40.6

※注1) 医歯学総合病院

国立大学法人(つづき)

	業務 収益 (億円)	(再掲)		業務 費用 (億円)	(再掲) 人件費	対業務収益(%)		
		病院収益	運営費 交付金			病院 収益	運営費 交付金	人件費
佐賀大学	139.9	115.5	22.5	128.1	57.7	82.6	16.1	41.2
長崎大学	212.9	168.6	39.4	209.6	98.9	79.2	18.5	46.4
熊本大学	215.6	175.2	32.1	224.2	83.9	81.3	14.9	38.9
大分大学	145.8	123.5	19.4	139.2	60.3	84.7	13.3	41.4
宮崎大学	147.4	122.7	22.4	138.6	58.7	83.2	15.2	39.8
鹿児島大学※注2)	187.8	147.7	35.8	188.1	90.8	78.7	19.0	48.4
琉球大学	151.0	118.7	30.3	140.3	61.9	78.6	20.1	41.0
平均	213.1	167.7	38.0	204.1	82.6	80.1	17.0	39.3

※注2) 歯学部附属病院を含む

公立大学法人

	業務 収益 (億円)	(再掲)		業務 費用 (億円)	(再掲) 人件費	対業務収益(%)		
		病院収益	運営費 交付金			病院 収益	運営費 交付金	人件費
札幌医科大学	199.4	187.3	3.7	195.4	87.1	94.0	1.9	43.7
福島県立医科大学	175.1	150.2	16.4	169.3	71.4	85.8	9.4	40.8
横浜市立大学	185.9	151.8	26.8	185.1	83.4	81.7	14.4	44.9
名古屋市立大学	192.8	162.5	17.4	186.2	80.2	84.3	9.0	41.6
京都府立医科大学	-	-	-	-	-	-	-	-
大阪市立大学	239.0	197.4	24.5	245.3	110.4	82.6	10.2	46.2
奈良県立医科大学	245.7	230.7	5.6	233.0	92.0	93.9	2.3	37.4
和歌山県立医科大学	200.0	184.7	4.7	186.7	77.9	92.3	2.3	38.9
平均	205.4	180.7	14.1	200.2	86.0	87.8	7.1	41.9

*出所: 各法人の財務諸表。運営費交付金には、附属病院運営費交付金のほか、附属病院に箇所付けられた特定運営費交付金等及び学内予算において箇所付けられた標準運営費交付金の収益化額を含む。

大学附属病院のセグメント情報(2008年度)

国立大学法人

	業務 収益 (億円)	(再掲)		業務 費用 (億円)	(再掲) 人件費	対業務収益(%)		
		病院収益	運営費 交付金			病院 収益	運営費 交付金	人件費
旭川医科大学	177.9	146.4	26.4	170.2	63.6	82.3	14.8	35.8
北海道大学	288.4	227.5	52.8	260.5	113.9	78.9	18.3	39.5
弘前大学	176.9	147.2	26.0	166.8	66.1	83.2	14.7	37.4
東北大学	364.0	282.2	57.8	355.4	141.5	77.5	15.9	38.9
秋田大学	157.1	130.2	22.1	147.1	59.4	82.9	14.1	37.8
山形大学	144.3	118.7	22.8	141.6	59.5	82.3	15.8	41.2
筑波大学	208.4	179.7	23.2	203.9	81.2	86.3	11.1	38.9
群馬大学	219.9	183.1	29.5	218.5	76.4	83.3	13.4	34.8
千葉大学	250.2	208.5	35.0	243.5	97.6	83.3	14.0	39.0
東京医科歯科大学	282.1	215.6	62.7	247.4	87.6	76.4	22.2	31.1
東京大学	556.6	373.6	124.1	529.3	196.5	67.1	22.3	35.3
新潟大学※注1)	231.6	185.6	39.4	228.4	94.8	80.1	17.0	40.9
富山大学	151.3	124.6	23.3	149.1	61.6	82.4	15.4	40.7
金沢大学	240.1	197.5	35.2	241.7	90.3	82.2	14.7	37.6
福井大学	135.0	117.4	15.1	130.0	56.3	87.0	11.2	41.7
山梨大学	150.5	123.8	23.9	139.5	59.5	82.3	15.9	39.5
信州大学	204.0	167.0	31.1	197.1	74.6	81.8	15.2	36.6
岐阜大学	203.3	147.3	48.9	193.6	68.3	72.4	24.0	33.6
浜松医科大学	146.9	122.4	21.1	139.6	58.3	83.3	14.4	39.7
名古屋大学	315.6	246.9	58.7	302.5	106.6	78.2	18.6	33.8
滋賀医科大学	166.3	143.1	19.7	166.9	67.2	86.0	11.8	40.4
京都大学	366.1	268.2	64.3	352.9	143.6	73.2	17.6	39.2
大阪大学	371.5	271.5	84.4	334.2	123.9	73.1	22.7	33.3
神戸大学	271.8	226.5	37.5	275.8	111.1	83.4	13.8	40.9
三重大学	167.3	136.6	26.6	161.3	67.5	81.7	15.9	40.4
鳥取大学	180.4	153.3	23.6	166.4	68.2	85.0	13.1	37.8
島根大学	140.1	110.1	25.1	134.9	62.5	78.6	17.9	44.6
岡山大学	273.1	230.0	35.7	277.2	107.5	84.2	13.1	39.4
広島大学	254.4	206.5	39.2	242.6	107.5	81.1	15.4	42.2
山口大学	193.1	162.2	25.5	175.0	73.7	84.0	13.2	38.1
徳島大学	206.4	154.9	46.4	196.1	78.8	75.0	22.5	38.2
香川大学	145.1	118.6	23.0	141.3	63.1	81.7	15.9	43.5
愛媛大学	164.7	132.4	29.3	153.4	63.5	80.4	17.8	38.6
高知大学	148.0	125.9	19.0	140.5	58.3	85.1	12.8	39.4
九州大学	397.5	300.3	83.3	397.3	161.5	75.5	20.9	40.6

※注1) 医歯学総合病院

国立大学法人(つづき)

	業務 収益 (億円)	(再掲)		業務 費用 (億円)	(再掲)	対業務収益(%)		
		病院収益	運営費 交付金			病院 収益	運営費 交付金	人件費
					人件費			
佐賀大学	152.2	126.8	23.3	136.4	62.1	83.3	15.3	40.8
長崎大学	222.5	177.5	38.7	225.2	96.8	79.8	17.4	43.5
熊本大学	233.2	184.0	40.0	229.3	88.9	78.9	17.1	38.1
大分大学	154.9	132.0	19.9	147.3	63.3	85.2	12.8	40.8
宮崎大学	－	－	－	－	－	－	－	－
鹿児島大学 ^{※注2)}	189.6	150.8	34.2	183.1	85.5	79.5	18.0	45.1
琉球大学	153.2	124.3	26.6	147.0	66.6	81.1	17.4	43.5
平均	223.3	177.6	37.7	214.4	86.2	80.7	16.2	39.1

※注2) 歯学部附属病院を含む

公立大学法人

	業務 収益 (億円)	(再掲)		業務 費用 (億円)	(再掲) 人件費	対業務収益(%)		
		病院収益	運営費 交付金			病院 収益	運営費 交付金	人件費
札幌医科大学	197.5	184.5	6.2	195.4	91.7	93.4	3.2	46.4
福島県立医科大学	184.1	159.8	14.5	179.6	78.0	86.8	7.9	42.4
横浜市立大学	201.8	163.3	30.2	198.6	88.5	80.9	15.0	43.8
名古屋市立大学	198.2	171.9	15.5	192.3	82.4	86.7	7.8	41.6
京都府立医科大学	213.8	189.7	8.1	213.8	98.1	88.7	3.8	45.9
大阪市立大学	259.0	217.3	23.8	258.0	114.4	83.9	9.2	44.2
奈良県立医科大学	246.4	231.4	4.3	237.5	94.8	93.9	1.7	38.5
和歌山県立医科大学	203.2	189.9	4.0	189.5	77.1	93.5	2.0	37.9
平均	213.0	188.5	13.3	208.1	90.6	88.5	6.3	42.6

*出所: 各法人の財務諸表。運営費交付金には、附属病院運営費交付金のほか、附属病院に箇所付けられた特定運営費交付金等及び学内予算において箇所付けられた標準運営費交付金の収益化額を含む。

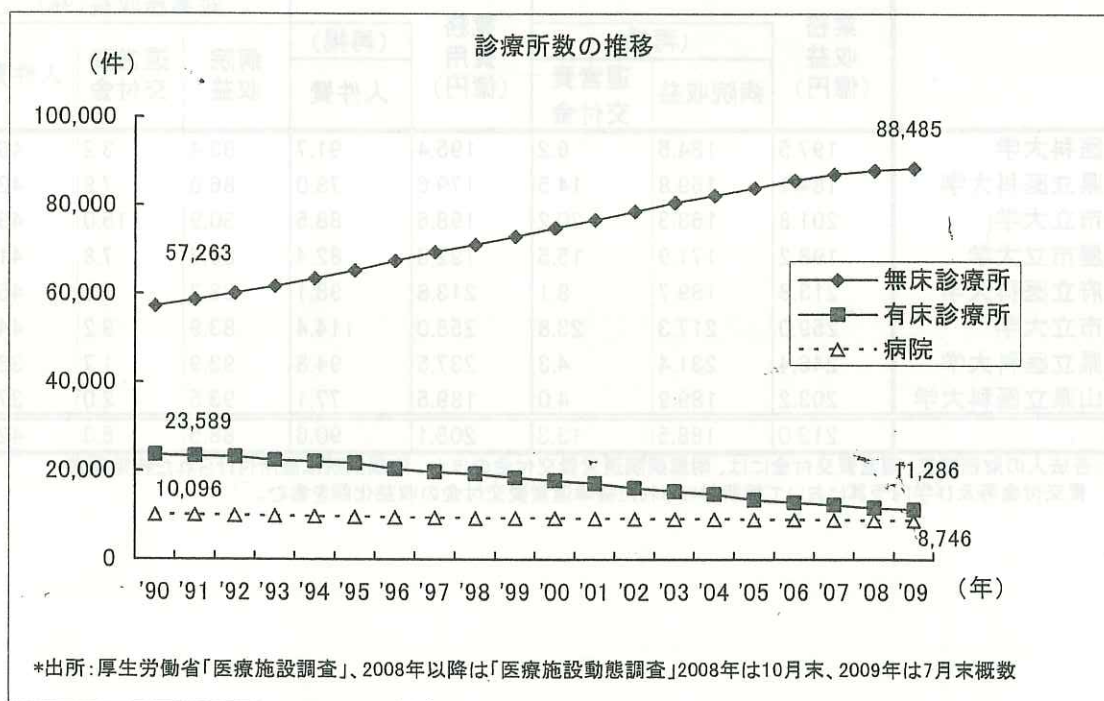
7. 有床診療所

7.1. 有床診療所の現状

施設数および病床数

有床診療所数は1990年には2万3,589施設であったが、2009年には1万1,286施設になっており、この間に1万2,303施設（▲52.2%）失われた（図 7.1.1）。特に、ここ10年間は1日に約2件のペースで減少している。

図 7.1.1 診療所数の推移



また、有床診療所の病床数は、1990年には27.2万床あったが、その後、現在までに47.2%減少し、2009年7月には14.4万床になった（図7.1.2）。

有床診療所数および病床数減少の中で、比較的病床数の多い診療所の比率が高まっている。10床以上の有床診療所は、1997年には59.0%であったが、2007年には63.4%になっており、小規模の有床診療所が撤退していることを示している（図7.1.3）。

逆にいえば、1施設当たり平均病床規模が年々増加しているので、有床診療所の1施設当たり医業収益（医業収入）や利益の平均値が上昇する傾向にある。このことは、有床診療所の経営状態を評価する際に、必ず考慮しておかなければならない。

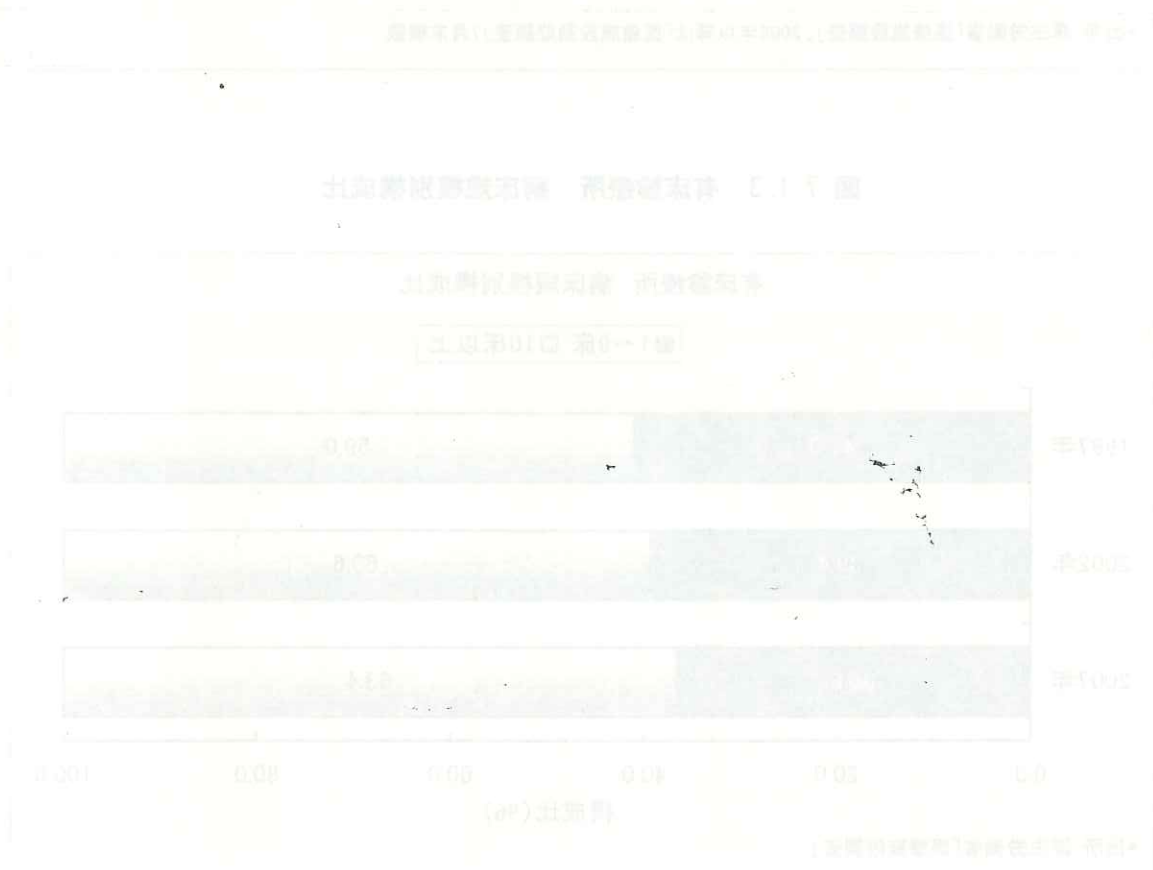


図 7.1.2 有床診療所の病床数の推移

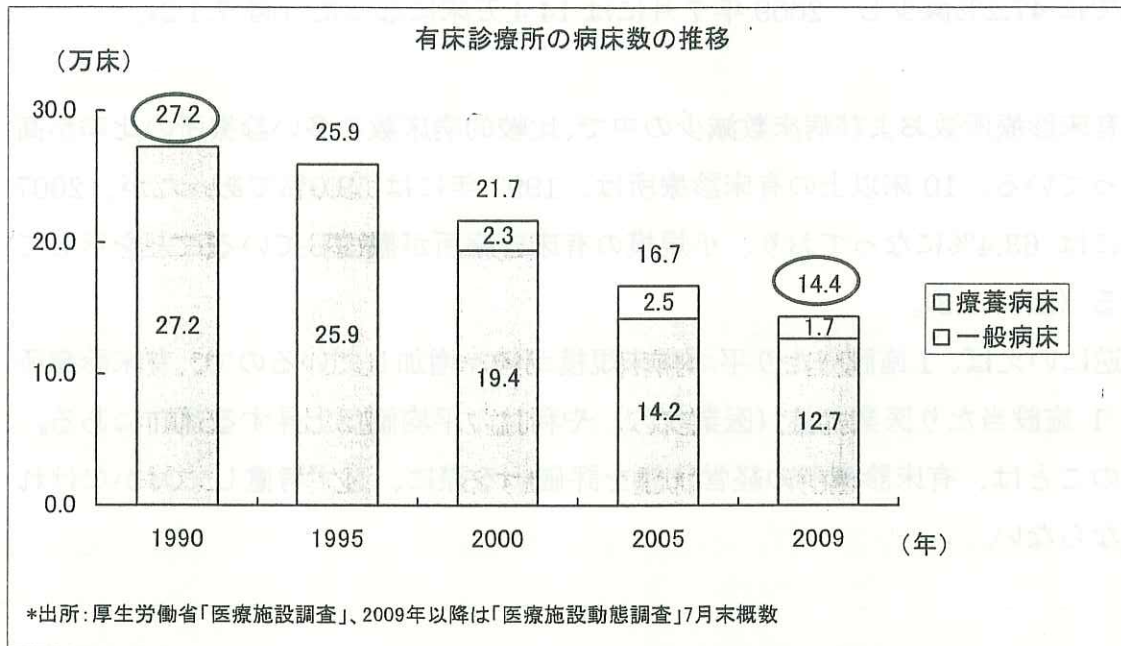
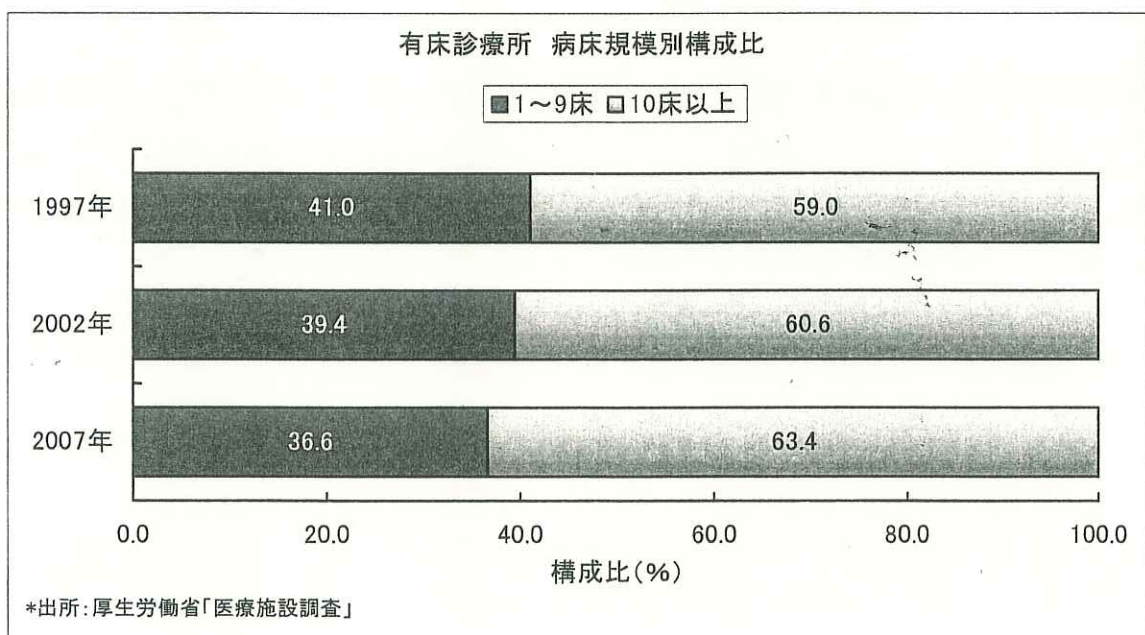


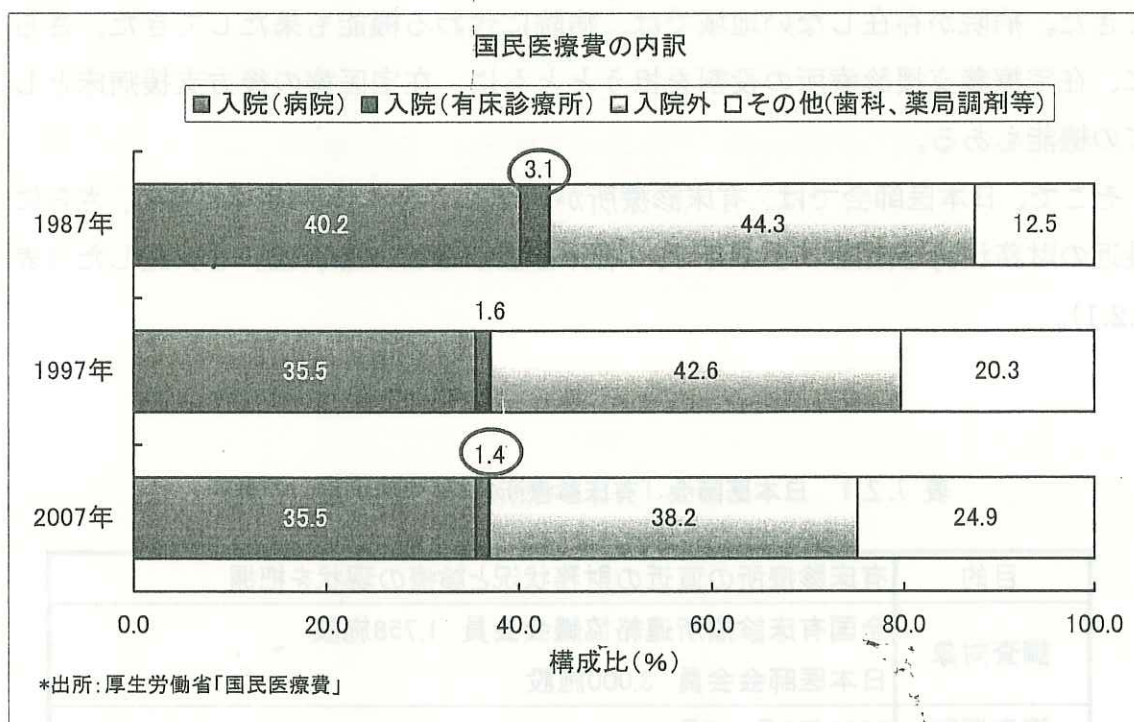
図 7.1.3 有床診療所 病床規模別構成比



医療費

有床診療所数および病床数の減少にともなって、医療費に占める有床診療所の入院医療費の割合がきわめて小さくなっている。有床診療所の入院医療費の割合は、約 20 年前の 1987 年度には 3.1% であったが、2007 年度には 1.4% になっている（図 7.1.4）。

図 7.1.4 国民医療費の内訳



7.2. 有床診療所の役割と経営—有床診療所経営実態調査より—

7.2.1. 調査の概要

有床診療所は2009年7月末時点で11,286施設あり、14万3,832病床を有している。このうち、一般病床が12万7,080床、療養病床が1万6,752床である。

有床診療所は、急性期医療からの退院患者の受け皿としての役割だけでなく、周産期医療など専門性の高い医療や、夜間・休日を含めた緊急時の医療も担ってきた。病院が存在しない地域では、病院に代わる機能も果たしてきた。さらに、在宅療養支援診療所の役割を担うとともに、在宅医療の後方支援病床としての機能もある。

そこで、日本医師会では、有床診療所が果たしている役割および機能、さらに最近の財務状況を把握する目的で、「有床診療所経営実態調査」を実施した（表7.2.1）。

表 7.2.1 日本医師会「有床診療所経営実態調査」の概要

目的	有床診療所の直近の財務状況と診療の現状を把握
調査対象	全国有床診療所連絡協議会会員 1,758施設 日本医師会会員 3,000施設
調査期間	2009年6月～7月
調査方法	郵送法
回収結果	回収数1,556施設(回収率32.7%) 有効回答数1,062施設(有効回答率22.3%) ※回収数1,556施設(協議会会員640、日本医師会会員916) のうち、2008年以前に休床あるいは無床化した施設を除く

*出所：日医総研「有床診療所の今後の展開にむけて 平成21年 有床診療所経営実態調査より」

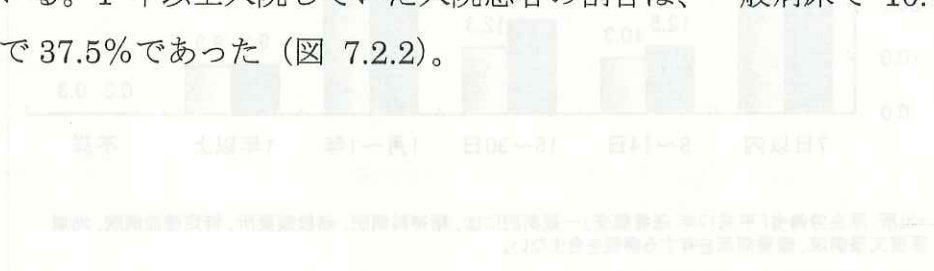
7.2.2. 有床診療所の役割・機能

(資料を産科土庫) 率出番最の院間院間人 1.5.6 図

急性期医療から在宅・介護までの受け皿として

有床診療所は、急性期医療を担う一方で、在宅医療あるいは介護施設と病院とをつなぐ受け皿としての機能を持つ。このため、2005 年時点では、有床診療所では病院と比べて、短期間の入院患者が多い傾向にあった（図 7.2.1）。

しかし、日本医師会の調査によると、入院が長期化している患者の割合が高くなっている。1 年以上入院していた入院患者の割合は、一般病床で 10.7%、療養病床で 37.5%であった（図 7.2.2）。



(資料を産科土庫) 率出番最の院間院間人 5.5.7 図

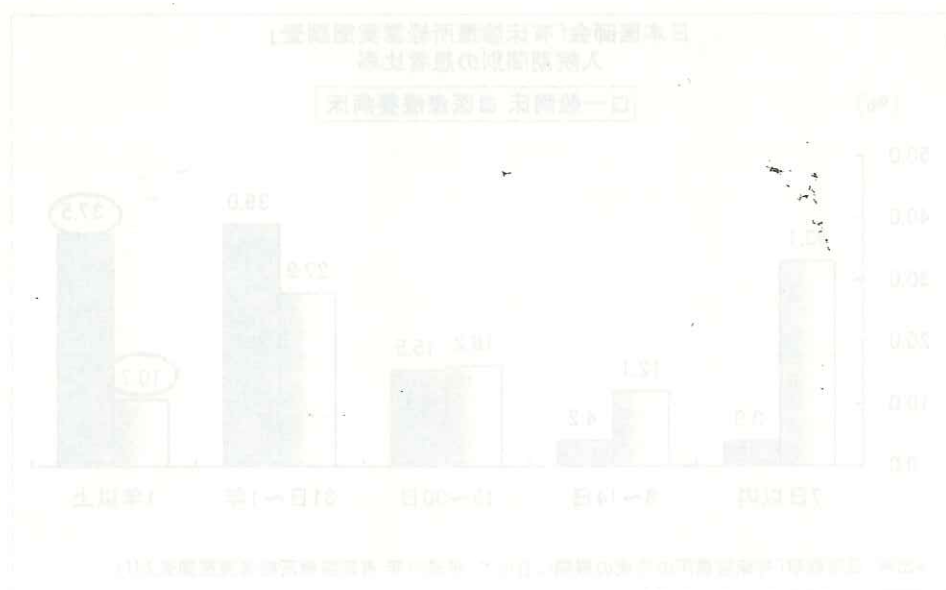


図 7.2.1 入院期間別の患者比率（厚生労働省調査）

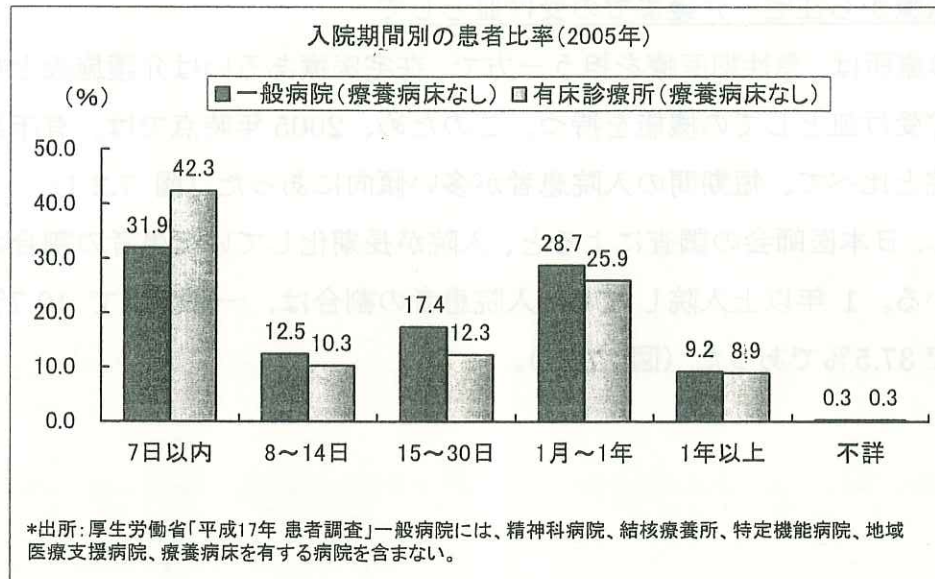
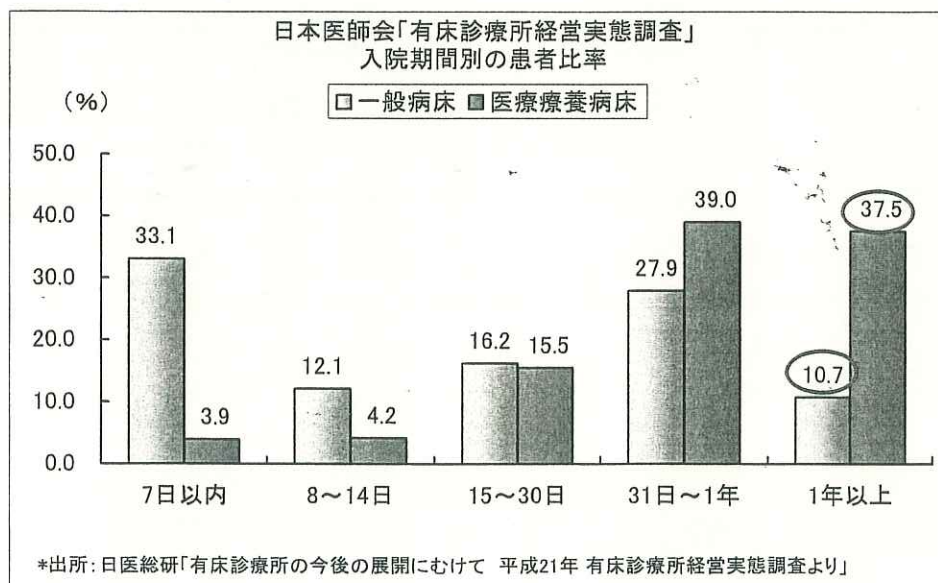


図 7.2.2 入院期間別の患者比率（日本医師会調査）



周産期医療

近年、病院で産科・産婦人科を休止する施設もあり、有床診療所の分娩実施施設としての役割が高まっている。有床診療所における分娩は1990年には全分娩実施件数の39.7%であったが、2005年には47.3%と半数近くに達している（図2.2.3）。

また、日本医師会の調査によると、有床診療所の6割近くが月20件以上の分娩を実施している（図7.2.4）。さらに、産科・婦人科の亜急性期と慢性期の患者が合わせて16.7%を占めるなど¹⁶、産科・産婦人科有床診療所は、分娩以外の分野でも地域の病院の受け皿となっていることがわかる。

今般の行政刷新会議の「事業仕分け」に、財務省が提出した資料¹⁷には、産科・産婦人科医師数が減少していることが示されている。財務省が示した産科・産婦人科医師数は、病院・診療所の合計数であるが、診療所の産科・産婦人科医師数は、病院ほどには減少していない（図7.2.5）。

産科の有床診療所を再生させることで、病院の周産期医療との連携も強化され、病院勤務医の負担軽減および産科・産婦人科医不足に寄与できる可能性がある。



¹⁶ 日医総研ワーキングペーパー「平成20年有床診療所の現状把握のための調査」, 2008年11月18日

¹⁷ 行政刷新会議・第2ワーキンググループ「事業番号2-4 診療報酬の配分（勤務医対策等）論点等説明シート（予算担当部局用）」, 2009年11月11日

図 7.2.3 分娩実施件数の構成比

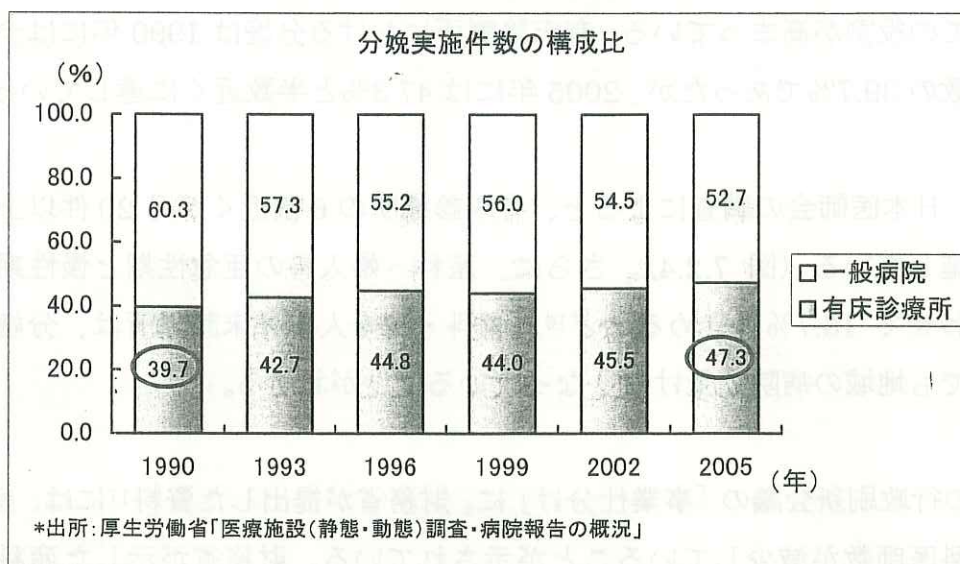


図 7.2.4 有床診療所の月間分娩件数

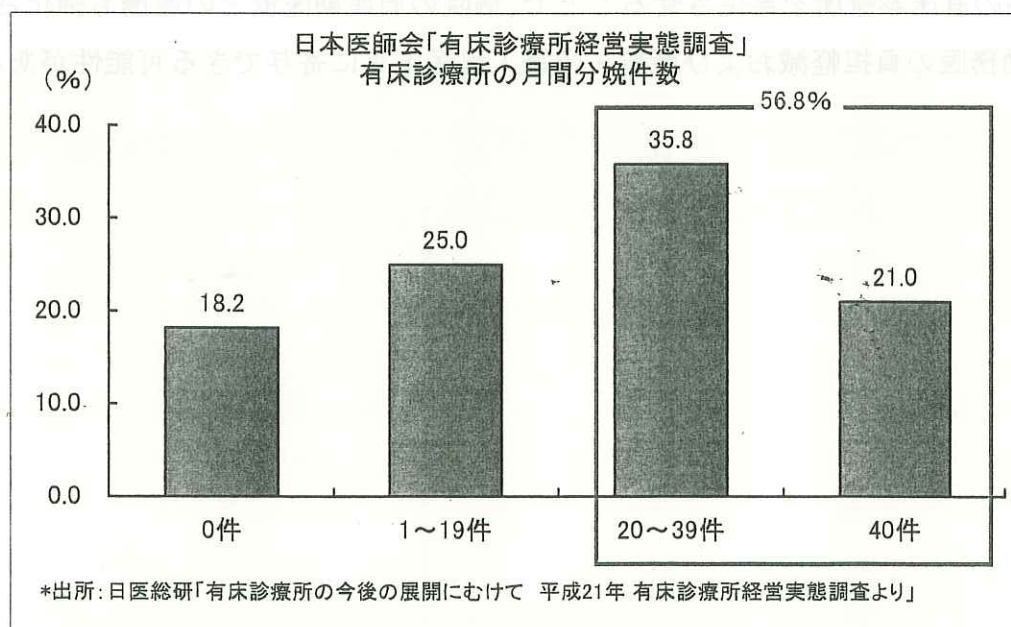
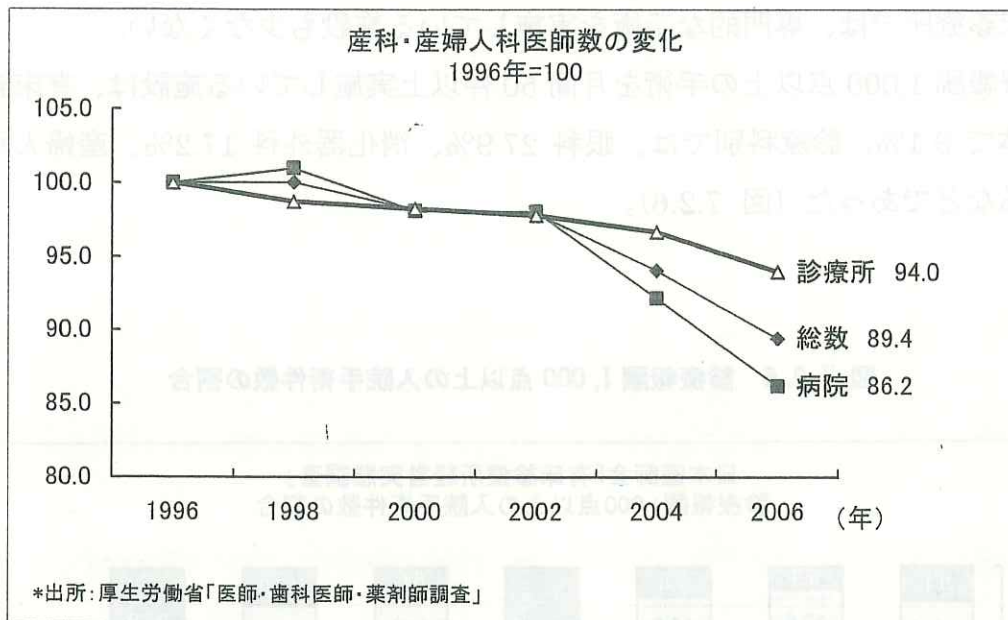


図 7.2.5 産科・産婦人科医師数の変化

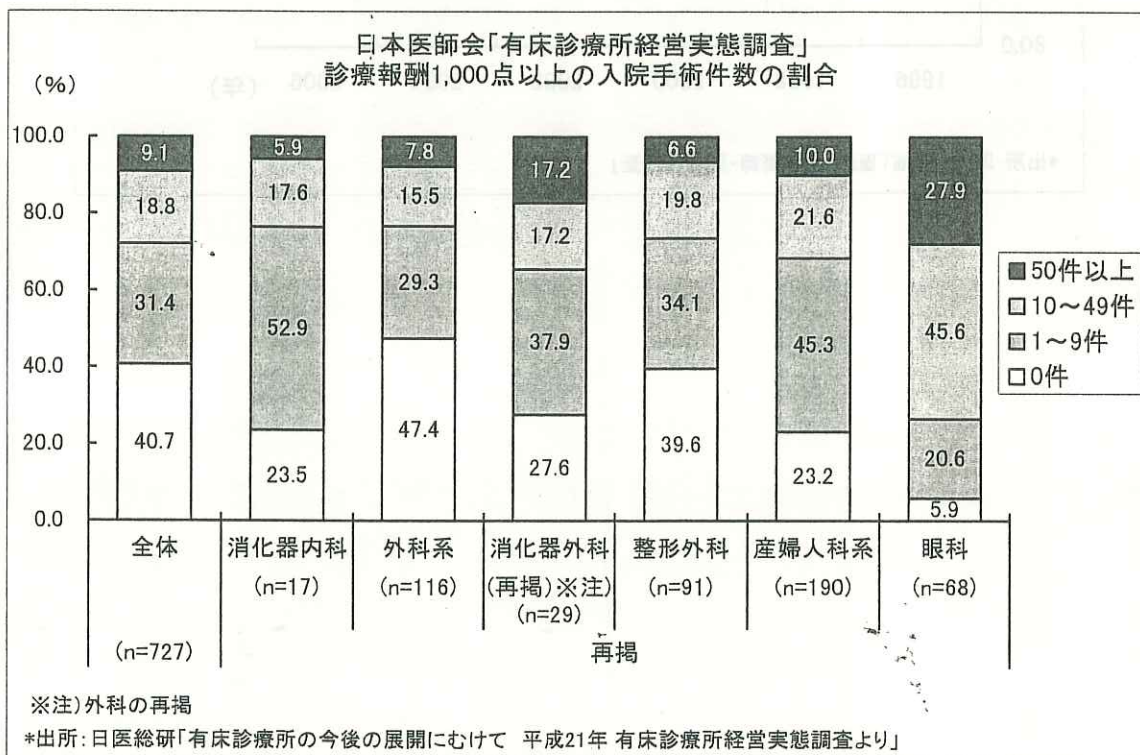


入院手術

有床診療所では、専門的な手術を実施している施設も少なくない。

診療報酬 1,000 点以上の手術を月間 50 件以上実施している施設は、有床診療所全体で 9.1%、診療科別では、眼科 27.9%、消化器外科 17.2%、産婦人科系 10.0%などであった（図 7.2.6）。

図 7.2.6 診療報酬 1,000 点以上の入院手術件数の割合

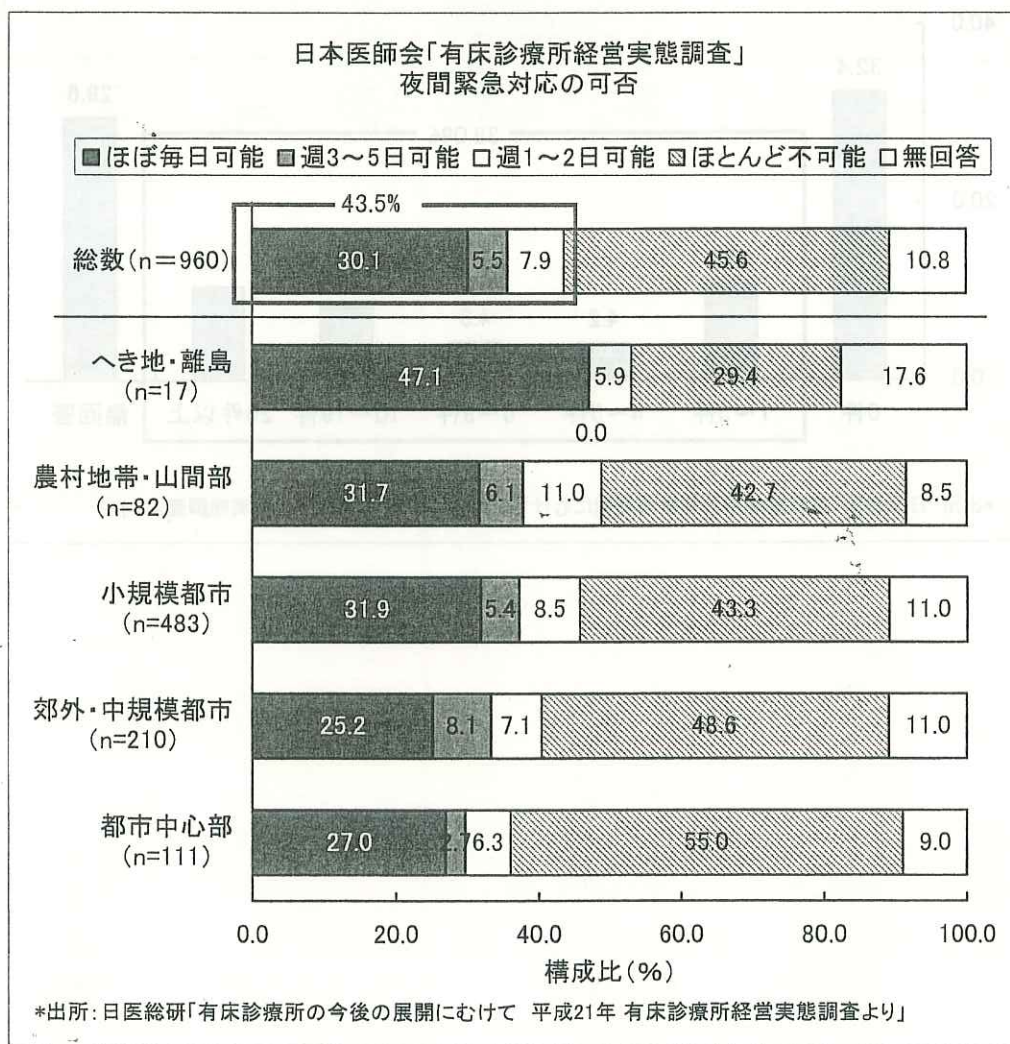


夜間救急

夜間・休日にほぼ毎日対応できる有床診療所は全体の 30.1%であった。また週 1～2 日以上対応できる有床診療所は 43.5%であった（図 7.2.7）。

毎日対応できる施設は、へき地や農村等で多く、へき地・離島で 47.1%、農村地帯・山間部で 31.7%、小規模都市で 31.9%であった。特に、へき地・離島では半数近くで毎日対応可能であり、有床診療所が緊急時に対応できる施設としても重要な役割を果たしていることが明らかになった。

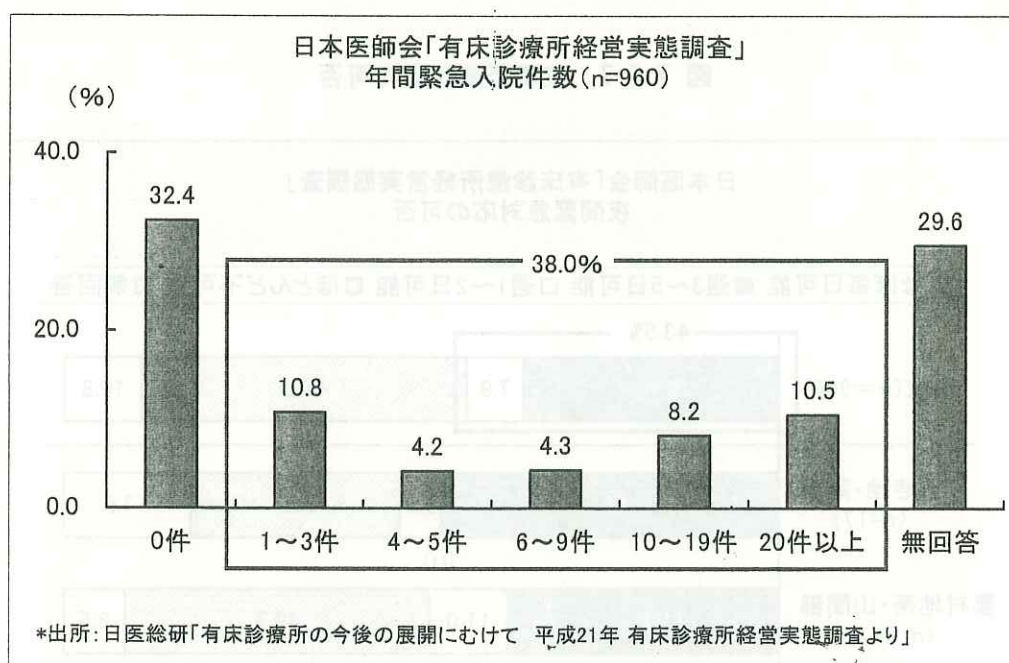
図 7.2.7 夜間緊急対応の可否



患者の急変による緊急入院

過去 1 年間に緊急入院を受け入れた有床診療所は 38.0%であり、これらの施設での年間平均受け入れ件数は 11.2 件であった（図 7.2.8）。同じ比率、件数で全国換算すると、全国の有床診療所は少なくとも約 9 万件の緊急入院を受け入れていることになる。

図 7.2.8 緊急入院の受け入れ件数

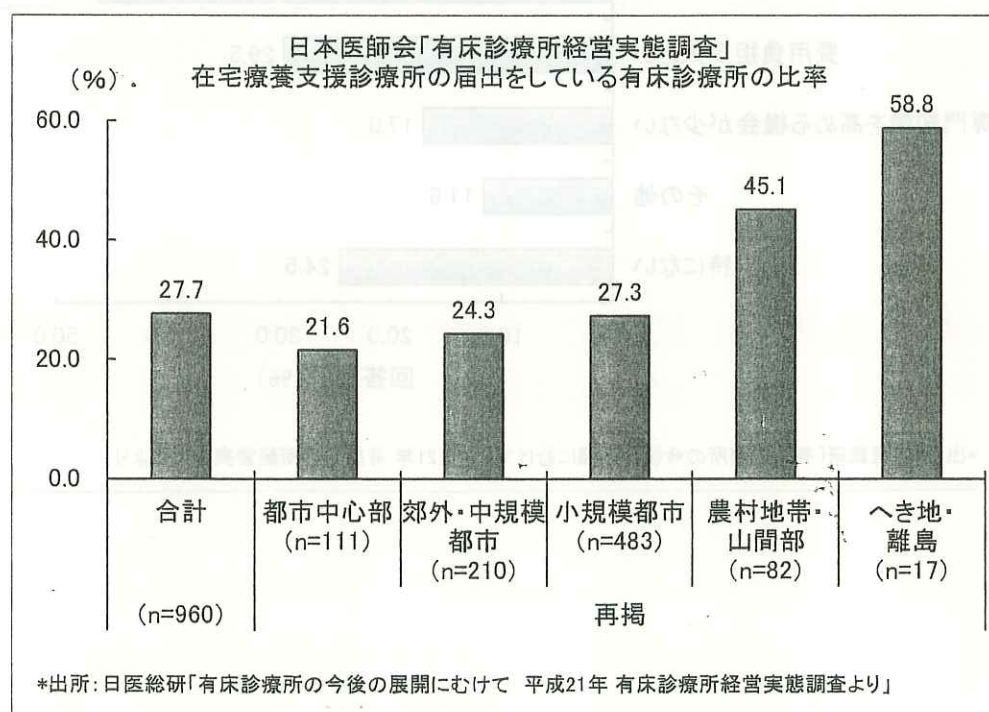


在宅医療

有床診療所は 11,286 施設（2009 年 7 月現在）、うち在宅療養支援診療所は 1,887 施設¹⁸（2009 年 11 月）で約 16.7%、無床診療所は 88,485 施設、うち在宅療養支援診療所は 9,645 施設¹⁹で約 10.9%である。有床診療所は無床診療所に比べて、在宅療養支援診療所の届出をしている施設が多い。

今回の日本医師会の調査では、有床診療所の 27.7%が在宅療養支援診療所の届出を出していた（図 7.2.9）。特に地方ほど届出施設の比率が高く、へき地・離島では 58.8%、農村地帯・山間部では 45.1%であった。

図 7.2.9 在宅療養支援診療所の届出をしている有床診療所の比率



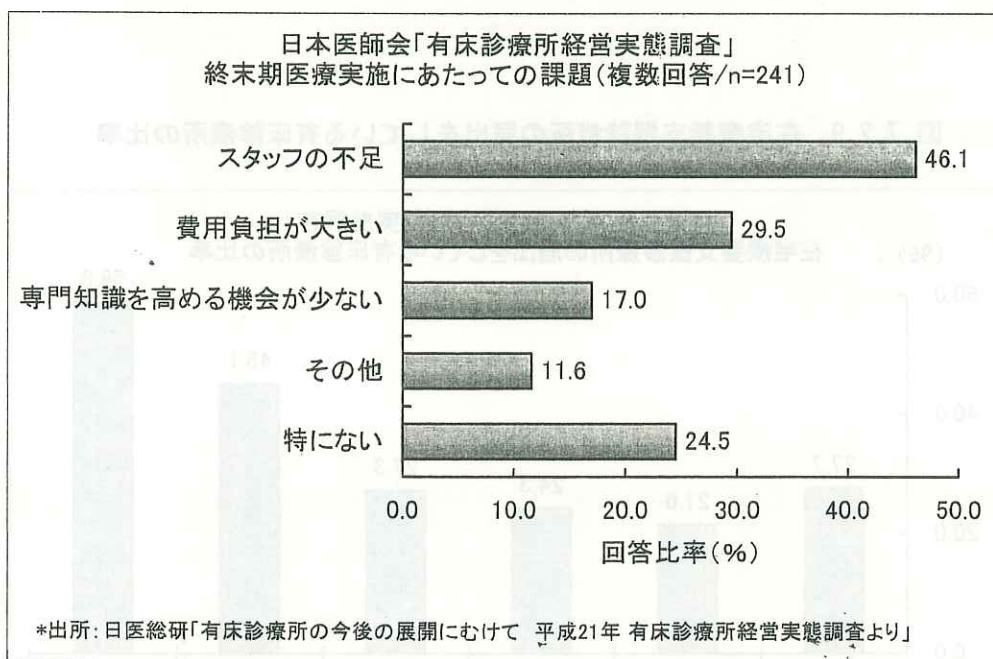
¹⁸ WAM NET 登録件数（2009 年 11 月 20 日現在）

¹⁹ 無床診療所の在宅療養支援診療所数は、WAMNET ホームページから直接値が取得できないため、在宅療養支援診療所数（11,532 施設）から有床診療所の在宅療養支援診療所数を差し引くことで算出した。

終末期医療

有床診療所は終末期医療にも取り組んでいる。特に内科系施設の 58.5%は終末期医療を実施している。しかし、終末期医療実施にあたっての課題も多く、「スタッフの不足」を挙げている施設が 46.1%、「費用負担が大きい」を挙げている施設が 29.5%であった（図 7.2.10）。

図 7.2.10 終末期医療実施にあたっての課題



7.2.3. 有床診療所の経営状態

経常利益率

有床診療所経営実態調査によると、有床診療所（法人）の経常利益率は、2003年 5.4%、2008年 4.3%であり、1.1 ポイント悪化した（図 7.2.11）。有床診療所（個人）は 2003年 17.5%、2008年 15.2%であり、2.3 ポイント悪化した。

定点観測である TKC 医業経営指標をあわせて示すと、有床診療所（法人）は 2007 年度 4.9%、2008 年度 4.4%であり、0.5 ポイント悪化した（図 7.2.12）。有床診療所（個人）は 2007 年度 19.3%、2008 年度 19.3%であり横ばいであった。

有床診療所は、より規模の大きい施設の割合が高まってきているが、有床診療所（個人）では、経常利益率は良くても横ばい、有床診療所（法人）では、有床診療所経営実態調査、TKC 医業経営指標ともに悪化傾向を示していた。

【TKC 全国会】

TKC 全国会は、会員数約 10,000 名の税理士、公認会計士のネットワークである。株式会社 TKC の開発した会計システムを利用して集積した関与先の財務データを「TKC 医業経営指標」として集計している。

「TKC 医業経営指標（M-BAST）」の編集に際しては、TKC 会員、すなわち職業会計人の守秘義務を完全に擁護するため、調査対象先については、本書の財務データとして収録してよいかどうかの確認が個々の TKC 会員に対して行われ、承認を得ることができなかった財務データは収録データから削除されています。また、一切の編集作業は、TKC 会員名および病医院の名称等を、あらかじめプログラムによって無条件に削除した上で、その複数の平均値を算出して編集されています。さらに、分類集計したデータが 2 件以下の場合、全体のデータには含めていますが個別の表示は省略されています。（出典：TKC 医業経営指標（M-BAST））

図 7.2.11 有床診療所の経常利益率

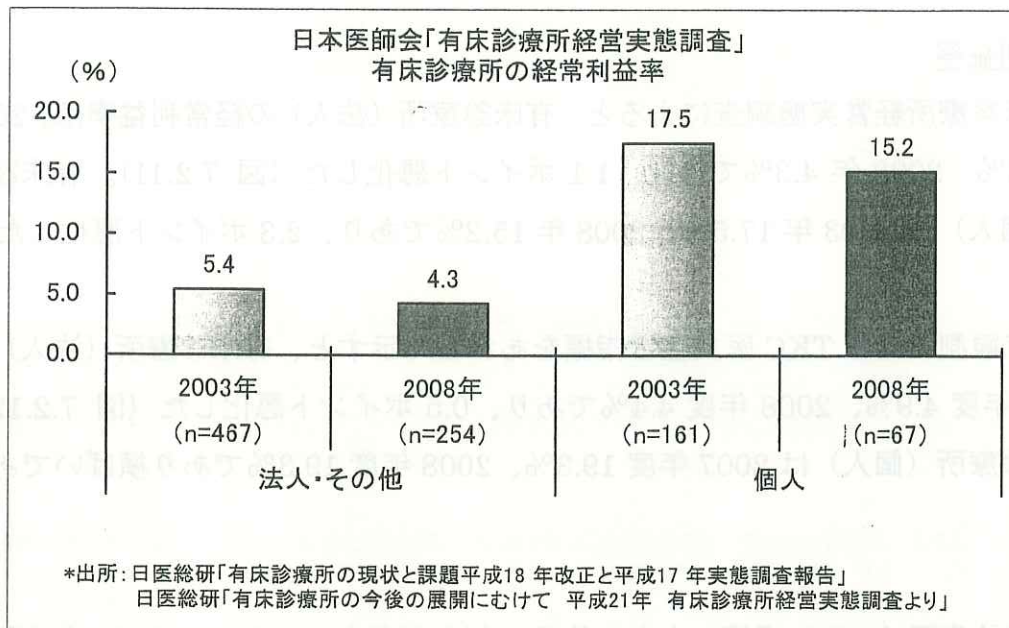
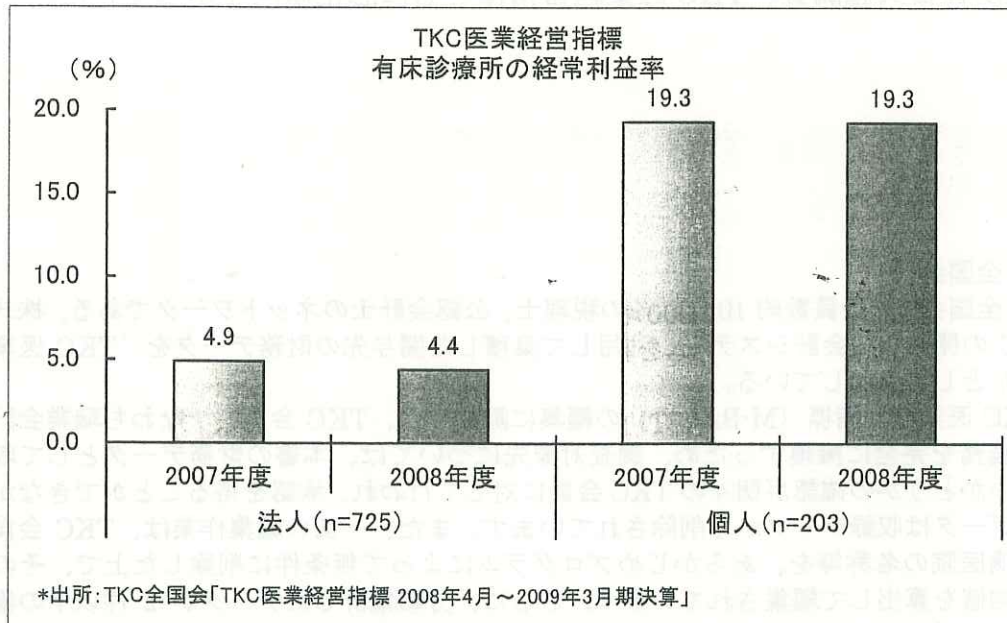


図 7.2.12 TKC 医業経営指標 有床診療所の経常利益率



※注) 個人は、経常利益に院長給与相当が含まれる。個人（いわゆる個人開業医）の場合は、税引前当期利益の中から、事業にかかわる税金を支払い、借入金の返済を行うなどして、その残りが退職金相当額を含む院長所得になる。

赤字施設と黒字施設の比較

赤字施設と黒字施設を比較したところ、赤字施設では、次のような特徴が明らかになった（表 7.2.2）。

- ・ 平均在院日数が長い
- ・ 緊急入院件数が多い
- ・ 入院収益、外来収益ともに小さい
- ・ 外来診療収益の割合が小さい
- ・ 給与費率が高い

これらのことから、赤字施設では、医業収益が抑えられているために、入院にかかる人件費負担が大きいこと、また外来診療収益が小さく赤字をカバーできないことがうかがえる。

表 7.2.2 赤字施設と黒字施設の比較

	赤字施設 (n=74)	黒字施設 (n=180)
開設者年齢(歳)	64.3	62.6
届出総病床数(床)	17.0	16.4
病床稼働率(6月の調査日時点)	72.4%	68.6%
常勤医師(人)	1.4	1.8
平均在院日数(日) (一般病床のみの施設)	31.2	24.4
緊急入院件数(年間、回)	14.2	9.9
入院収益(千円)	62,296	65,095
外来収益(千円)	140,769	188,083
入院収益の割合	30.7%	25.7%
外来収益の割合	69.3%	74.3%
給与費率	53.0%	44.6%

*出所：日医総研「有床診療所の今後の展開にむけて 平成21年 有床診療所経営実態調査より」

給与費率

赤字施設は黒字施設に比べて給与費率が高いが、特に地方部でその傾向が顕著であった（図 7.2.13）。

また、TKC 医業経営指標を見ても、2007 年度から 2008 年度にかけて有床診療所の給与費率が増加し、医業利益が縮小している（図 7.2.14）²⁰。これは、役員報酬は横ばいであるが、従事者給与等が増加しているためである。この背景には、看護職員不足の中、看護職員定着のために給与水準を維持、引き上げるを得ない事情があるものと推察される。

項目	2007年度	2008年度	単位
給与費率	8.5%	9.1%	(%)
役員報酬	1.0%	1.0%	(%)
従事者給与等	7.5%	8.1%	(%)
施設経費	1.5%	1.5%	(%)
医業利益	0.5%	0.4%	(%)
医業損失	-0.1%	-0.2%	(%)
合計	8.9%	9.4%	(%)
黒字施設	8.5%	9.1%	(%)
赤字施設	9.5%	10.1%	(%)
平均	8.9%	9.4%	(%)
標準偏差	0.5%	0.5%	(%)

²⁰ TKC 医業指標については、社団法人日本医師会／資料提供 TKC 全国会「TKC 医業経営指標に基づく動態分析の概要－2008 年 4 月～2009 年 3 月期決算－」（2009 年 11 月 18 日、定例記者会見）参照。
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20091118_2.pdf

図 7.2.13 地域別に見た給与費率（法人）

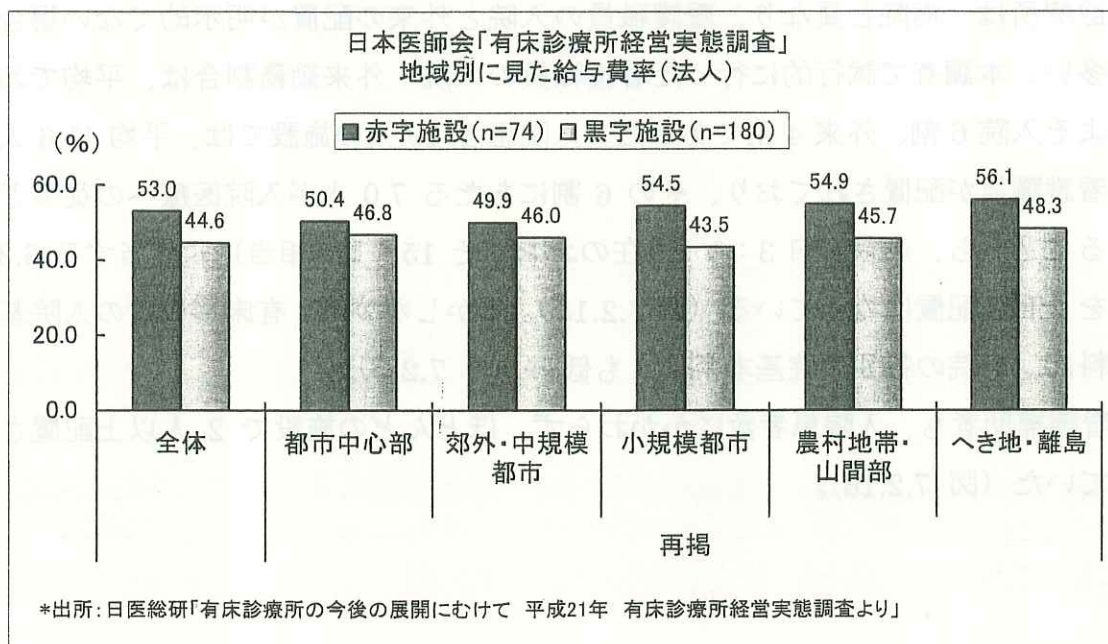
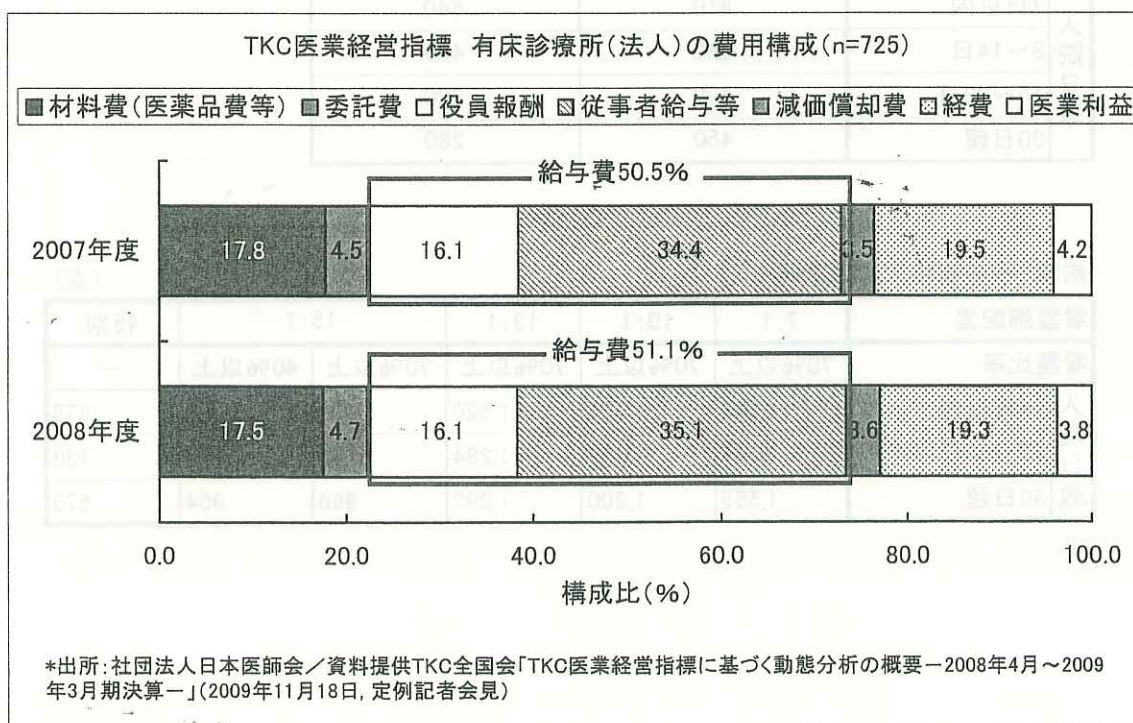


図 7.2.14 TKC 医業経営指標 有床診療所（法人）の費用構成



看護職員の配置

給与費負担が重い背景には、看護職員が手厚く配置されている実態もある。有床診療所は、病院と異なり、看護職員の入院と外来の配置が明示的でない場合が多い。本調査で試行的に行った看護職員の入院・外来勤務割合は、平均でおよそ入院 6 割、外来 4 割であった。入院患者 19 人の施設では、平均 11.6 人の看護職員が配置されており、その 6 割にあたる 7.0 人が入院医療への従事となることから、病院の旧 3:1（現在のおおよそ 15:1 に相当）に相当する 6.3 人を上回る配置になっている（図 7.2.15）。しかしながら、有床診療所の入院基本料は、病院の特別入院基本料よりも低い（表 7.2.3）。

看護補助者も、入院患者数にかかわらず、ほとんどの施設で 2 人以上配置されていた（図 7.2.16）。

表 7.2.3 入院基本料の比較

有床診療所 入院基本料		(点)	
看護職員数		5人以上	1人以上5人未満
入院 日数	7日以内	810	640
	8～14日	660	480
	15～30日	490	320
	30日超	450	280

病院 一般病棟入院基本料							(点)
看護師配置		7:1	10:1	13:1	15:1		特別
看護比率		70%以上	70%以上	70%以上	70%以上	40%以上	—
入院 日数	14日以内	1,983	1,728	1,520	1,394	1,382	875
	15～30日以内	1,747	1,492	1,284	1,158	1,146	730
	30日超	1,555	1,300	1,092	966	954	575

図 7.2.15 入院患者数別の看護職員数

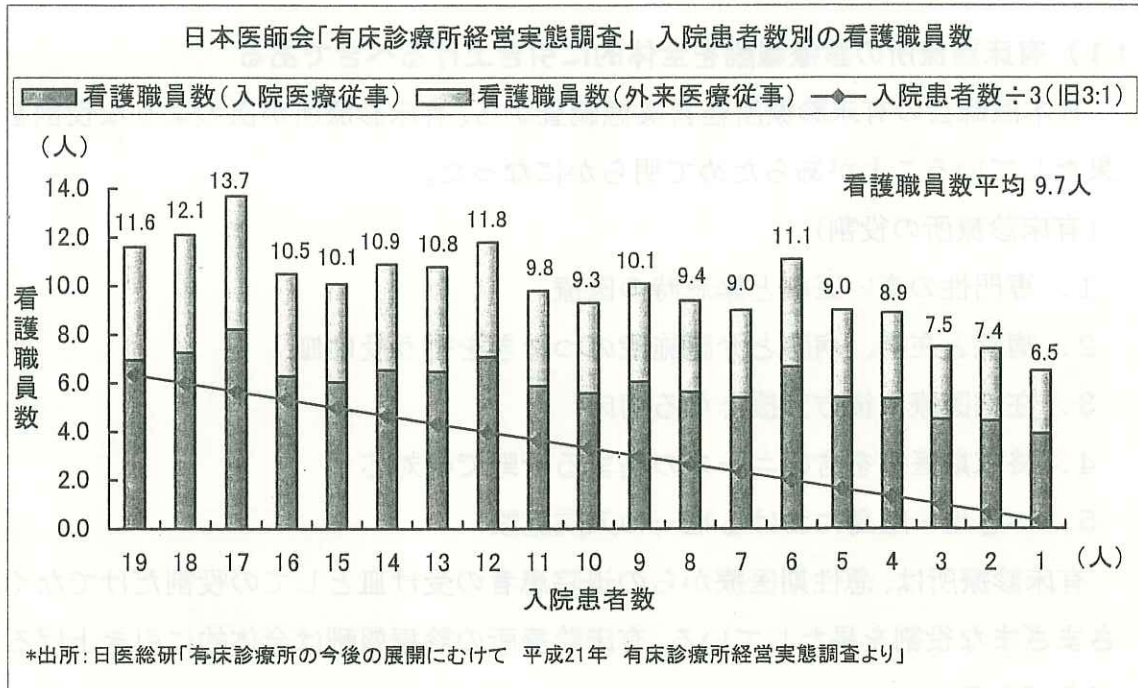
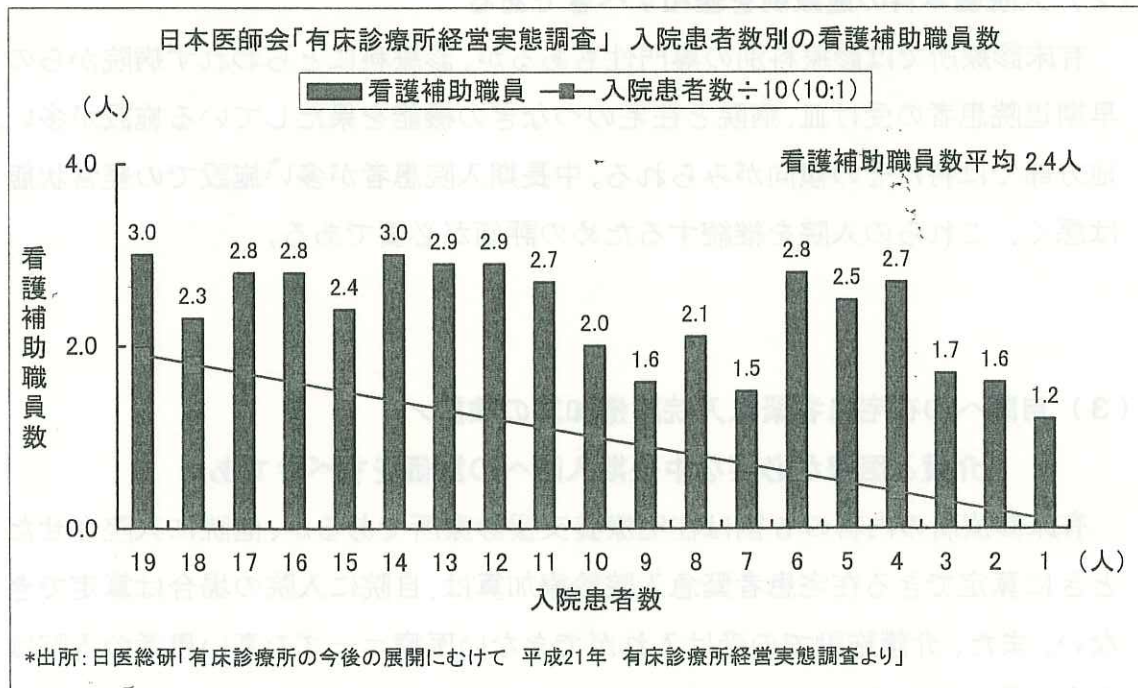


図 7.2.16 入院患者数別の看護補助職員数



7.3. 日本医師会の見解および要望

(1) 有床診療所の診療報酬を全体的に引き上げるべきである

日本医師会の有床診療所経営実態調査から、有床診療所が次のような役割を果たしていることがあらためて明らかになった。

(有床診療所の役割)

1. 専門性の高い医療と緊急時の医療
2. 病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行う受け皿
3. 在宅医療の後方支援となる病床
4. 終末期医療を含むニーズの高まる分野での対応
5. へき地・離島における唯一の入院施設

有床診療所は、急性期医療からの退院患者の受け皿としての役割だけでなく、さまざまな役割を果たしている。有床診療所の診療報酬は全体的に引き上げるべきである。

(2) 入院基本料の逓減制を緩和すべきである

有床診療所では診療科別の専門性もあるが、診療科にとらわれず病院からの早期退院患者の受け皿、病院と在宅のつなぎの機能を果たしている施設が多い。地方部では特にその傾向がみられる。中長期入院患者が多い施設での経営状態は悪く、これらの入院を継続するための評価が必要である。

(3) 自院への在宅患者緊急入院診療加算の検討／

介護と医療が必要な中長期入院への評価をすべきである

有床診療所の内科の5割は在宅療養支援診療所であるが、他院に入院させたときに算定できる在宅患者緊急入院診療加算は、自院に入院の場合は算定できない。また、介護施設での受け入れができない医療ニーズの高い患者の入院は長期化する例が多く、中長期の入院基本料の引き上げが必要である。

(4) 地域医療連携を確保するため、基本料を底上げすべきである

24 時間対応の有床診療所が軽症・中等症の入院患者を受け入れるには適正な人員配置が必要である。緊急入院はぎりぎりの状態で行われており、緊急入院の数が多い施設では経営状態が悪い傾向がみられる。緊急入院に安全に対応できる体制を敷くために、人件費をまかなえる入院基本料の再評価が必要である。

(5) 手厚い看護要員配置を入院基本料で評価すべきである

有床診療所では看護職員配置を入院・外来一体でカウントするが、今回の有床診療所経営実態調査では、看護職員の約 6 割が入院医療に従事しているという結果がある。19 人の入院患者の施設では、平均 11.6 人の看護職員が配置されており、入院医療への従事が 7.0 人となり、病院の旧 3:1 に相当する 6.3 人を上回る配置である。手厚い看護職員配置を行っている有床診療所の入院基本料の評価が必要である。

図 7.3.1 介護報酬と有床診療所の入院基本料の比較

介護施設サービス費等(多床室)

(単位)

	看護	介護	単位	
			(要介護3)	(要介護5)
介護療養型医療施設(診療所)	6:1	6:1	879	982
介護療養型医療施設(病院)	6:1	6:1	966	1,164
療養型経過型介護療養	8:1	4:1	1,012	1,194
介護療養型老人保健施設	6:1	6:1	1,012	1,164
介護老人保健施設	3:1※注1)		915	1,022
介護老人福祉施設	3:1※注2)		792	933

※注1)看護職員数は総数の7分の2程度

※注2)入所者数30人以下の場合:看護1人、31人以上50人以下の場合:看護2人、51人以上130人以下の場合:看護3人
131人以上の場合:看護3人に加え、50又はその端数を増すごとに1人加える。

有床診療所 入院基本料

(点)

看護職員数		5人以上	1人以上5人未満
入院日数	7日以内	810	640
	8～14日	660	480
	15～30日	490	320
	30日超	450	280