

第3回各医師会長連絡協議会

※と き 平成22年3月11日(木) 17:00

※と ころ ホテルニューオータニ博多 4階「鶴の間」

1. 開 会

2. 会長挨拶

3. 座長選出

4. 各医師会からの提案事項

- 1) 日本医師会代議員の選出について(北九州市八幡医師会)

<資料1>

5. 連絡協議事項

- 1) 平成22年度の地域産業保健センター事業について

<資料2>

- 2) 朝日新聞医療コーナー執筆について

- 3) がん診療連携クリティカルパスの作成について

<資料3>

6. 講 演

『医師が持つべき基本理念 — 社会保障立国論 及び 平成22年度診療報酬改定について』

中央社会保険医療協議会委員

日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員長 安達 秀樹 氏

『最近の日医総研の活動について』

日本医師会総合政策研究機構研究部専門部長 前田 由美子 氏

7. 閉 会

<参考資料> 診療報酬点数改定説明会日程

第3回各医師会長連絡協議会提案事項

日本医師会代議員の選出について

日本医師会代議員会は、日本医師会の最高意思決定機関であり、代議員は、日医に加入している16万人の会員の代表であります。

この会員の代表である代議員の人選につきまして、現在、福岡県ではブロックの割当人数を決めて選出されているかと思いますが、代議員の選出が開業医に偏っているという指摘もありますので、勤務医代表の枠を設けられるお考えはないのか、更には任期や年齢制限を設けて選出するお考えはないかお尋ねいたします。

北九州市八幡医師会

会長 白石昌之

都道府県医師会 第1号 第4号

第12号 第1号 第1号

27502 (現12月12日)

責

2

(地II209)

平成22年1月22日

都道府県医師会
産業保健担当理事 殿

日本医師会常任
今村



地域産業保健センター事業に関する調査の協力依頼について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から地域産業保健センター事業の推進につきましては、種々ご高配をいただき深く感謝いたしております。

このたびの政権交代により、国の各種事業については、継続的な事業の見直しが行われ、地域産業保健センター事業についても見直しが行われております。地域産業保健センター事業については、これまでに指摘された課題（別添1）などを踏まえ、厚生労働省の「地域における産業保健活動の推進に関する検討会」や日本医師会の「産業保健委員会」においても、そのあり方について検討を行っているところであります。

厚生労働省の検討会では、地域産業保健センターに係る見直し項目の一つとして、委託先を都道府県単位に集約させ一体的に実施する方法の検討も行われております。また、日本医師会の今期産業保健委員会答申案においても、都道府県単位の共同運営方式について提言をいただく予定になっております。

これまで地域産業保健センター事業が郡市区医師会の献身的な取り組みにより支えられてきたこと等をふまえると、具体的実施に向けた詳細かつ十分な検討が必要であり、さらに都道府県医師会や郡市区医師会の意見や意向もふまえずに実施することは現場の混乱を招くことが必至であることから、厚生労働省に対して地域産業保健センター事業の見直しに当たっては、都道府県医師会や郡市区医師会等の意見や意向を十分踏まえたものとなるよう要望を行ってまいりました。

特に、平成22年度からの都道府県単位の実施については、慎重に対応をするよう要請

していたにもかかわらず、この度本会に連絡もなく、各労働局に対して通知が出されたところでは、

そこでこのたび、急速、現時点で考えられる地域産業保健センター事業の見直し案（別添1）とともに、その実現可能性について、別添2のアンケート調査により、ご意見をいただくことといたしました。

地域産業保健センター事業は大変重要な課題であることから、見直しに際しては十分時間をかけて慎重に調査・審議するべきものと理解しておりますが、事情ご賢察いただき、本アンケート調査実施につきまして貴職の特段のご協力をお願い申し上げます。なお、本アンケート調査結果につきましては、1月28日（木）開催の産業保健委員会で検討させていただく予定にしております。

つきましては、ご多用のところ、急なお願いで大変恐縮に存じますが、別添2のアンケート用紙にご回答いただき、平成22年1月27日（水）までに、FAX（03-3946-5786）で本会地域医療第2課までお送りいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

地域産業保健センター事業の見直し案について

1. 課題

地域産業保健センター事業については、限られた予算内において郡市区医師会の献身的な取組みにより、地域の小規模事業場の労働者の健康保持増進に大変重要な役割を果たしてきているところです。

本事業の実施方法等については、郡市区医師会から、

- ①事務作業が複雑であり、また、事務委託費（事務補佐員の謝金等）の請求が十分に
行うことができない。
- ②地域ごとに委託額が決まっており、科目間流用率20%ではニーズに合わせて柔軟
に委託費を使用することが難しい。
- ③労働局等が実施する会計監査に対応することが手間である。
などの御意見が寄せられる等、改善が必要な状況にあります。

2. 地域産業保健センター事業の見直し案

(1) 都道府県単位の事業を受託団体が実施する事項

①健康相談、個別事業場訪問等の業務の実施方法

受託団体は、郡市区医師会等の協力により、従前より本センター事業の業務を実施している担当者等（コーディネーター、医師及び保健師等）を確保（雇用など）し、医療機関等における健康相談窓口の開設や個別事業場訪問等の事業の実施者になります。また、コーディネーターを郡市区医師会等の協力により、郡市区医師会等の事務所に配置する。

各地域における健康相談窓口等において、担当の地域が容易に理解できるよう、従前通り「〇〇〇地域産業保健センター」の名称を使用することは可能とする*。

〔※ 労働者等の健康相談窓口の利用者は、その所属する事業場の所在地等によらず、都道府県内の、どの健康相談窓口でも利用できることとする。〕

②都道府県内の業務の取りまとめ等

①で確保したコーディネーター等のうち、都道府県庁所在地等に配置される者などが総括的な役割を担うこととし、他のコーディネーターとの連絡、調整、好事例の普及のための指導等を行うとともに、都道府県単位の事業の受託者の担当者と共同で事業報告の取りまとめ等の業務を行う。

なお、都道府県医師会の総括コーディネーターと郡市区医師会のコーディネーターは兼務が可能です。

③事業にかかわる費用の支払い

受託団体は、医師等にその実績に対する謝金等をコーディネーターを通して支払います。

④運営協議会等

郡市区医師会等の協力により、都道府県単位及び監督署単位で地域の産業保健に関して知識を有する者を委員とする運営協議会等を開催する。

(2) 郡市区医師会が協力する事項

都道府県単位の事業の受託者に対し、以下の事項について協力すること等が考えられる。

- ①都道府県単位の事業の受託者からの要請を受け、健康相談等を実施する医師、保健師、コーディネーター等の紹介等の協力を行う。
- ②都道府県単位の事業の受託者から要請があった場合、郡市区医師会事務所に、コーディネーターが業務を行うスペースを提供する。（都道府県単位の事業の受託者から郡市区医師会に対し要する費用を支払う。）
- ③都道府県単位の事業の受託者の要請を受けて、監督署単位の規模で実施する運営協議会に出府する。
- ④医師等には、その実績に対する謝金等をコーディネーター等を通じて支払う。

(3) 想定される実施体制の例

例1、例2の通り

3. 改善が期待される内容

都道府県単位で事業を実施すると、以下のような改善が期待されます。

<課題の①について>

郡市区医師会は事業を直接受託しませんので、契約行為や支払い等の事務を都道府県単位の事業の受託団体が行い、郡市区医師会に所属する医師等は健康相談窓口サービスの実施等に専念することができるようになります。また、地域産業保健センター事業と医師会の事務との区別が困難であること等の理由により、事務委託費の請求が十分に行えないようなケースが改善されます。

なお、謝金等は業務を行った者に直接、事業の受託団体から支払われます。

<課題の②について>

契約数が監督署単位から都道府県単位となることで、契約ごとの委託費の額が増え、活動が盛んな地域に重点的に委託費を投入することもできるようになり、かつ、科目間流用の額自体も増えることになる等により、柔軟に委託費を使用することができるようになります。

<課題の③について>

郡市区医師会は事業を直接受託しませんので、会計監査に対応する必要がなくなります。

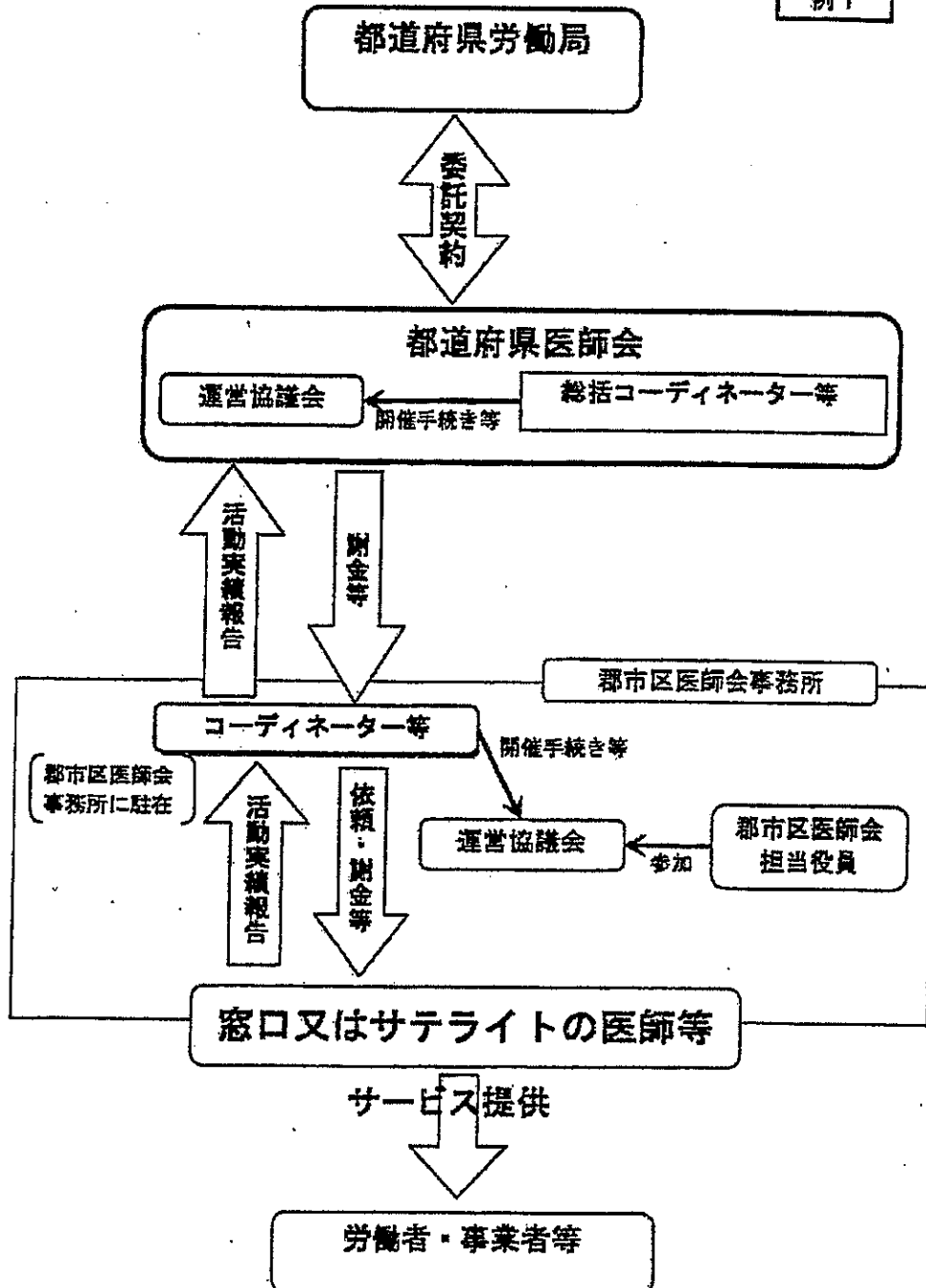
この他、総括的な役割を担うコーディネーターが他のコーディネーターとの連絡、調整、指導等を行うことにより、ある地域における好事例が都道府県全域に普及しやすくなる等の効果が期待されます。

<その他>

都道府県内における産業保健サービスの平準化が期待されます。

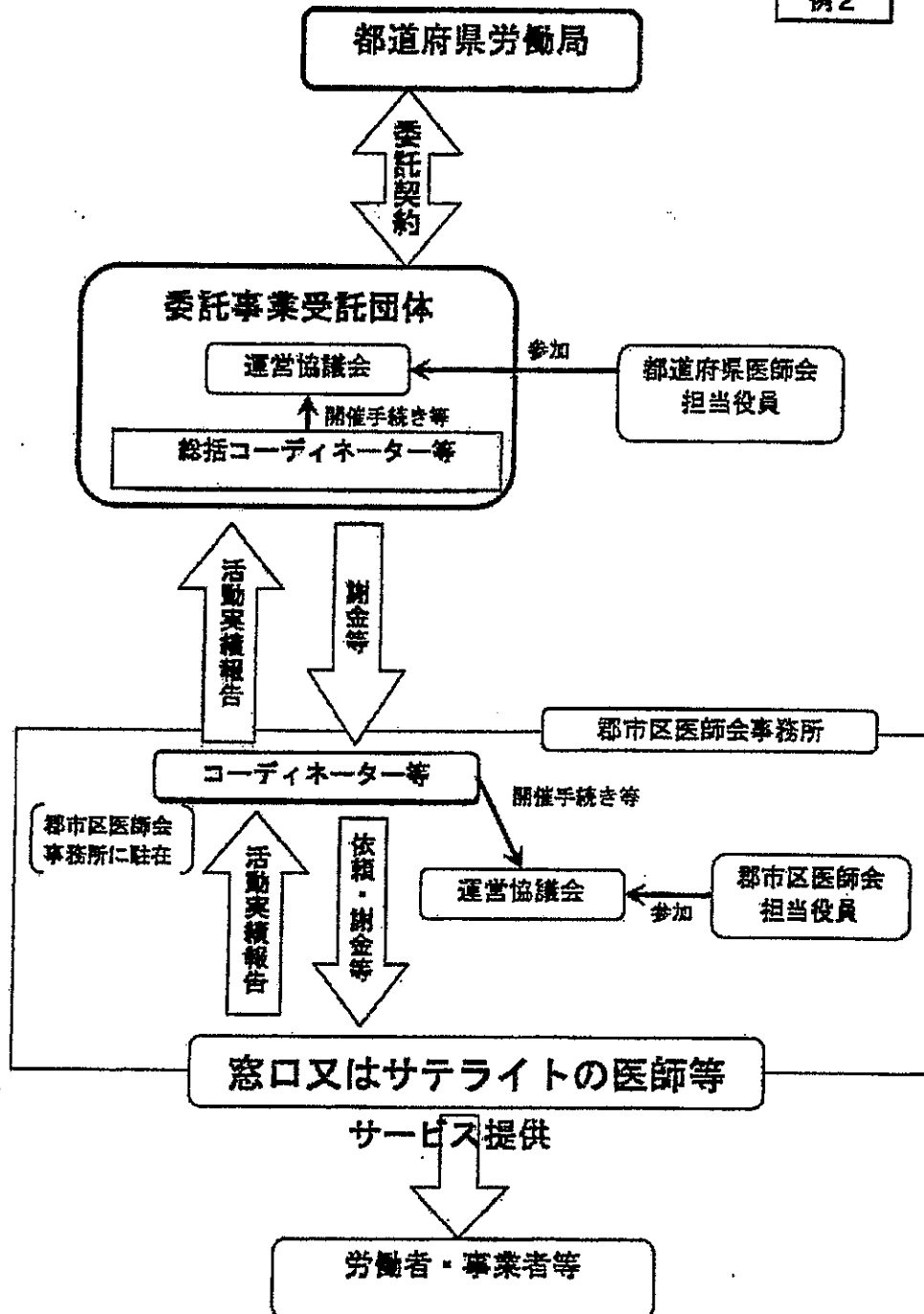
＜現時点で考えられる実施体制＞

例1



＜現時点で考えられる実施体＞

例 2

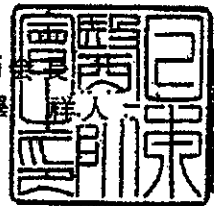


日医発第924号（地Ⅱ212）

平成22年 1月 26日

都道府県医師会長 殿

日本医師会
唐澤



地域産業保健センター事業の見直しに対する
日本医師会の対応について

標記の件につきましては、本日開催の役員打ち合わせ会におきまして、地域産業保健センター事業において、これまで郡市区医師会が担ってきた役割や実績をふまえて、見直しによって想定される改善内容、平成22年度からの実施に際しての課題等について、協議いたしました。

その結果、本会といたしましては、引き続き地域産業保健センター事業を推進していくことを決定いたしました。ただし、平成22年度からの実施につきましては、別紙のとおり対応させていただくこととなりましたので、ご報告申し上げます。

このたびは、大幅に実施体制が変更され、それに伴う十分な検討時間もなく、また多くの解決すべき課題や諸事情もある中、重大なご決断をいただくこととなり、大変恐縮に存じますが、医師会が地域産業保健センター事業を運営する重要性についてご勘案いただき、地域産業保健センター事業の実施につきまして、ご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

地域産業保健センター事業の見直しに対する日本医師会の対応について

1. 確認事項

- ① 国民の生命と健康を守るという医師会の使命
- ② 地域産業保健センター事業が小規模事業場の労働者の健康管理に大きく貢献
- ③ 長年にわたる郡市区医師会の献身的な取組みにより築かれた地域産業保健センター事業に対する労働者の信頼や期待

2. 見直し内容

従来の監督署単位から都道府県単位に変更（平成22年度から全国一斉）

3. 見直しに伴って想定される改善内容

- ① 契約行為や支払い等の事務を都道府県単位の事業の受託団体が行い、郡市区医師会所属医師等は健康相談窓口サービスの実施等に専念。本事業と医師会事務との区別が困難等の理由により、事務委託費の請求が十分に行えないケースが改善。
- ② 契約数が都道府県単位となることで、契約毎の委託費の額が増え、活動が盛んな地域に重点的に委託費を投入可能。科目間流用の額が増加し、柔軟に委託費を使用可能。
- ③ 郡市区医師会は、会計監査に対応する必要がない。地域の好事例が都道府県全域に普及しやすくなる等の効果が期待。
- ④ 都道府県内における産業保健サービスの平準化が期待。

4. 見直し案を平成22年度から実施する際の課題

- ① 受託団体の負担増加
- ② 郡市区医師会との調整などの準備期間の不足

6. 以上のことをふまえ検討した結果

日本医師会としては、引き続き地域産業保健センター事業を推進していくが、平成22年度からの実施については、アンケート調査の回答を尊重し、次のように対応する。

1. 平成22年度からの実施可能な医師会

- ① 当該医師会が受託する場合
競争参加資格取得等を円滑に行えるよう情報提供等に努める。
- ② 当該医師会の友好団体等が受託し当該医師会が協力する場合
円滑実施に向けて情報提供に努める。

2. 見直し案に賛同するが平成22年度からの実施が困難である医師会

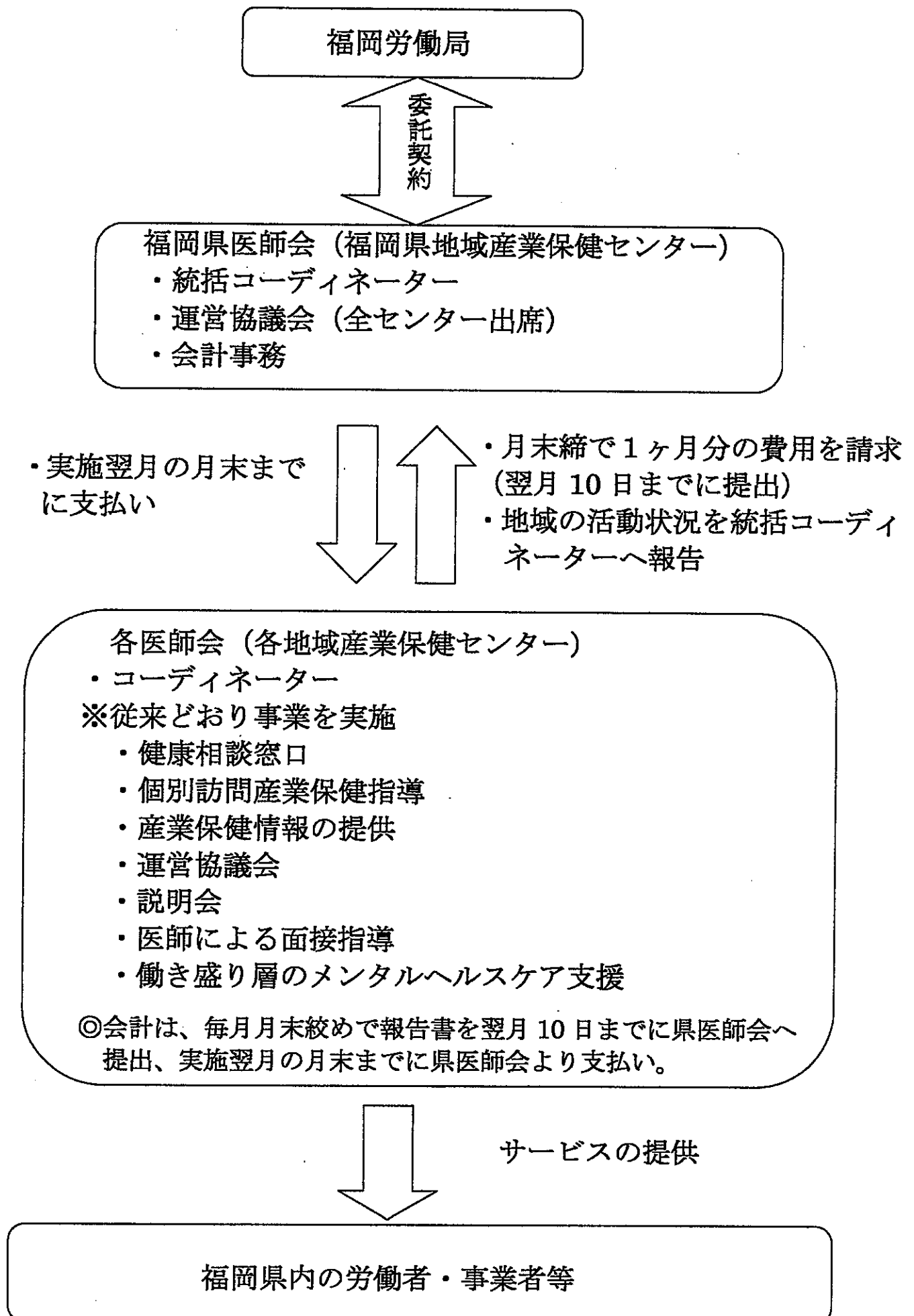
平成23年度からの実施に向けて準備をしていただくよう、情報提供に努める。

3. 見直し案に対して賛同いただけない医師会

将来的に理解を得られるよう情報提供に努める。

なお、平成22年度から地域産業保健センター事業を実施するためには、受託を希望する団体が同事業に応募するための競争参加資格取得申請を1月中に行うことが必要である。したがって、平成22年度から受託可能な医師会、受託可能性のある医師会等、見直し案に賛同いただける医師会においては、とりあえず1月中に競争参加資格の申請を行っていただきながら、公示期間（2月19日～3月1日予定）までに対応を決定していただく。

平成22年度 福岡県地域産業保健センター事業 実施体制



がん診療連携クリティカルパス作成についての提案

福岡県がん対策推進協議会

連携

福岡県がん診療連携協議会

地域連携クリティカルパス WG

①ひな形のたたき台の作成

連携・調整

福岡県医師会

がん診療連携運営委員会

⑤ひな形（案）について検討

②ひな形のたたき台の提案

④ひな形（案）の提案

各地域別連携パス調整会議（4ブロック）

胃・大腸がん

メンバー構成

- ・ 4ブロック医師会代表
- ・ ブロック毎病院リーダー（がん拠点病院）

③ひな形（案）の作成

肺がん

〃

③〃

乳がん

〃

③〃

肝がん

〃

③〃

がんの地域医連携クリティカルパス作成に向けて

○疾患別（胃・大腸・肝・乳・肺がん）の4ブロックにおけるリーダー

※がん種毎の全体リーダーは九州がんセンターとする。

ブロック	胃・大腸がん	肝がん	乳がん	肺がん
北九州	産業医科大学病院	(未定)	北九州市立医療センター	北九州市立医療センター
福岡	九州がんセンター	九州医療センター	九州医療センター	九州がんセンター
筑豊	飯塚病院	飯塚病院	田川病院	飯塚病院
筑後	聖マリア病院	久留米大学病院	久留米大学病院	久留米大学病院
全体	九州がんセンター			

診療報酬点数改定説明会日程

【診療所対象】

日 時	ブロック	会 場	対象医師会
3月23日(火) 19:00 ～21:00	筑 後	石橋文化ホール 久留米市野中町1015 TEL0942-33-2271	久 留 米 大 牟 田 八 女 筑 後 甘 木 朝 倉 小 郡 三 井 大 川 三 瀧 柳 川 山 門 浮 羽
3月24日(水) 19:00 ～21:00	北 九 州	ウェルシティ小倉(九州厚生年金会館) 北九州市小倉北区大手町12-3 TEL093-592-5401	北 九 州 市 遠 賀 中 間 京 都 豊 前 築 上
3月26日(金) 19:00 ～21:00	福 岡	福岡サンパレス 福岡市博多区築港本町2-1 TEL092-272-1123	福 岡 市 筑 紫 糸 島 粕 屋 宗 像 九 州 大 学 福 岡 県 庁
3月29日(月) 19:00 ～21:00	筑 豊	田川文化センター 福岡県田川市平松町3-36 TEL0947-44-6470	直 方 鞍 手 田 川 飯 塚

【病院対象】

日 時	会 場
3月30日(火) 14:00～ 16:00	福岡国際会議場3階メインホール 福岡市博多区石城町2-1 TEL092-262-4111

第3回各医師会会長連絡協議会

「医師が持つべき基本理念－社会保障立国
論及び平成22年度診療報酬改定について」

京都府医師会副会長

中医協委員

安 達 秀 樹

日本の医療費の使われ方

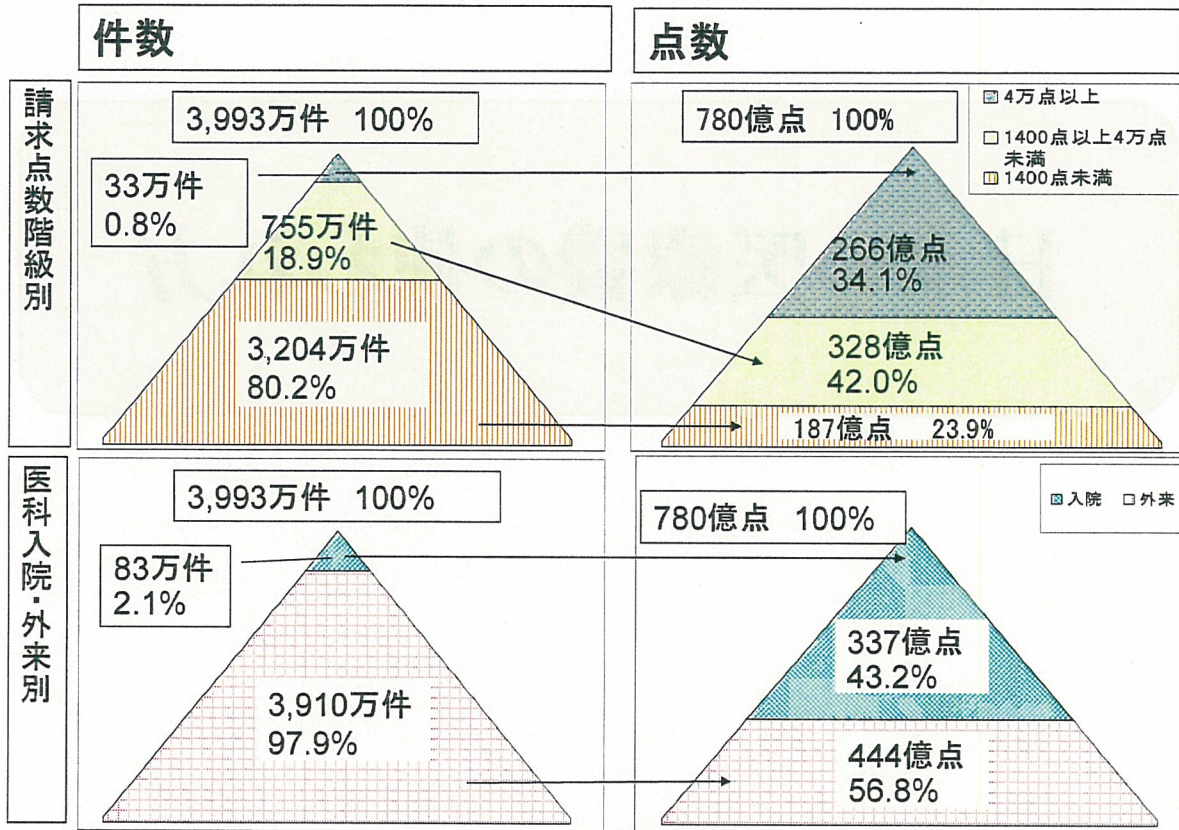
1

診療報酬請求の分析

2

請求明細書の状況（老人保健除く）

平成20年8月審査分



出典: 支払基金理事会(平20. 11. 28)※ 再審査調整等の数値を含まない。

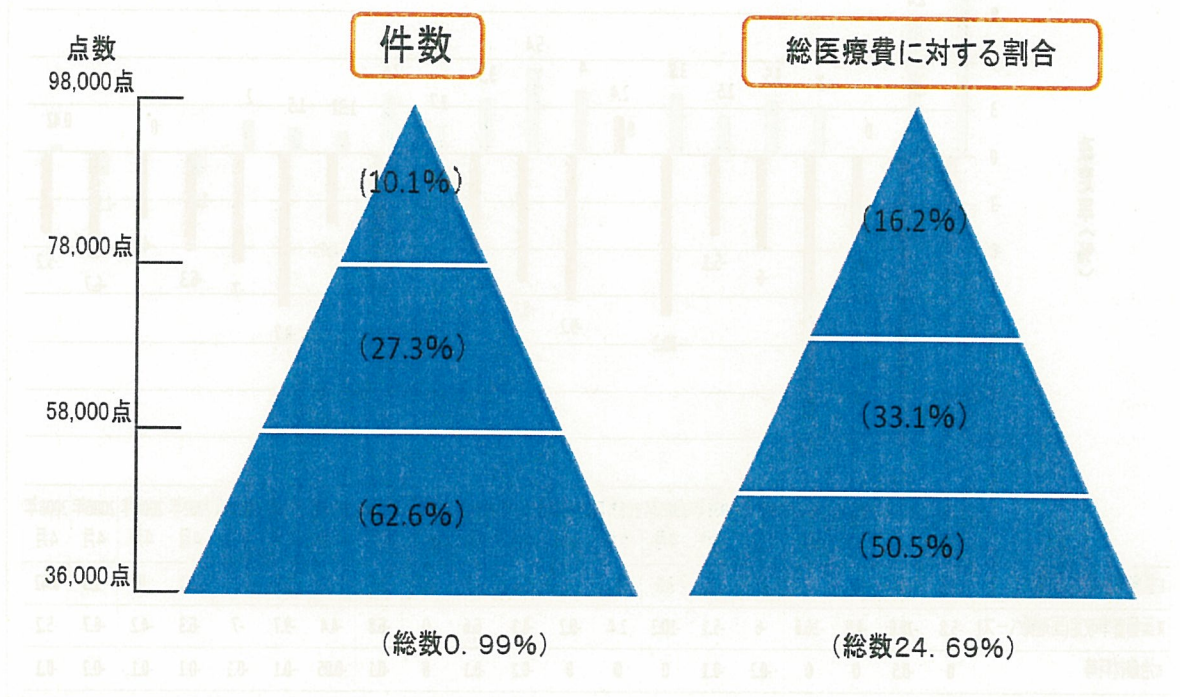
3

レセプト1件当たり点数階級別件数・医療費(平成19年6月診療分)

外来・入院別	レセプト点数			レセプト点数上位からの%	全体の医療費に占める割合
入院	100,000	～		0.13	12.96
入院	98,000	～	100,000	0.14	13.23
入院	96,000	～	98,000	0.14	13.40
入院	94,000	～	96,000	0.15	13.95
入院	92,000	～	94,000	0.16	14.23
入院	90,000	～	92,000	0.17	14.62
入院	88,000	～	90,000	0.18	15.03
入院	86,000	～	88,000	0.19	15.49
入院	84,000	～	86,000	0.21	15.96
入院	82,000	～	84,000	0.22	16.47
入院	80,000	～	82,000	0.23	16.96
入院	78,000	～	80,000	0.25	17.50
入院	76,000	～	78,000	0.27	18.25
入院	74,000	～	76,000	0.28	18.73
入院	72,000	～	74,000	0.31	19.54
入院	70,000	～	72,000	0.33	20.24
入院	68,000	～	70,000	0.35	20.85
入院	66,000	～	68,000	0.37	21.57
入院	64,000	～	66,000	0.40	22.26
入院	62,000	～	64,000	0.43	23.06
入院	60,000	～	62,000	0.46	23.95
入院	58,000	～	60,000	0.50	25.18
入院	56,000	～	58,000	0.54	26.08
入院	54,000	～	56,000	0.58	27.15
入院	52,000	～	54,000	0.62	28.06
入院	50,000	～	52,000	0.66	29.08
入院	48,000	～	50,000	0.72	30.27
入院	46,000	～	48,000	0.77	31.32
入院	44,000	～	46,000	0.83	32.53
入院	42,000	～	44,000	0.88	33.63
入院	40,000	～	42,000	0.93	34.52
入院	38,000	～	40,000	1.01	35.87
入院	36,000	～	38,000	1.12	37.65

4

10万点以上を除く上位1% (=36000点まで)



5

特に高額なレセプトにおいては
高額になる程

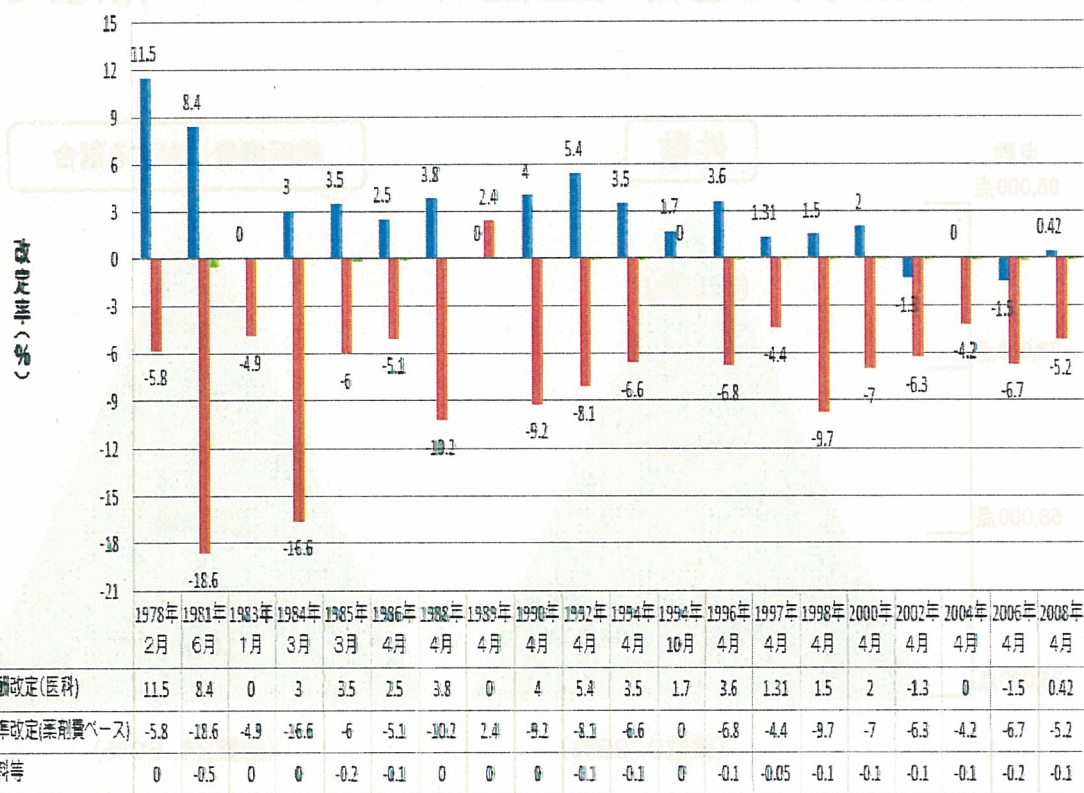
技術料 ≪ 物の価格

となる

例：生体肝移植 60～70万点
手術料 6万点

6

診療報酬改定及び薬価基準改定の経緯



入院基本料等一覧表

入院基本料一覧表<診療>		
種別	点数	点数
一般病棟入院基本料 7対1	1	1,555点
10対1	1	1,300点
13対1	1	1,042点
15対1	1	954点
特定機能病院入院基本料	点数	点数
一般病棟 7対1	1	1,555点
10対1	1	1,300点

特定入院料一覧表	
種別	点数
救命救急入院料 1	9,700点～7,490点
救命救急入院料 2	11,200点～8,890点
特定集中治療室管理料	8,750点～7,330点
ハイケアユニット入院医療管理料	3,700点
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	5,700点
新生児特定集中治療室管理料	8,500点
総合周産期特定集中治療室管理料 1 母体・胎児	7,000点
2 新生児	8,600点
広範囲燃焼特定集中治療室管理料	7,890点
一過性重症患者入院医療管理料	8,890点～7,690点
特殊疾患入院医療管理料	1,943点
小児入院医療管理料 1	4,500点
小児入院医療管理料 2	3,600点
小児入院医療管理料 3	3,000点
小児入院医療管理料 4	2,100点
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	1,690点
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	1,595点
亜急性期入院医療管理料 1 (特定機能を除く)	2,050点
亜急性期入院医療管理料 2 (特定機能を除く)	2,050点
特殊疾患病棟入院料 1	1,943点
特殊疾患病棟入院料 2	1,570点
緩和ケア病棟入院料	3,780点

種別	点数	点数
精神科病棟入院基本料 10対1	1	1,240点
15対1	1	800点
18対1	1	712点
20対1	1	658点
特定機能病院入院基本料	点数	点数
精神科病棟 7対1	1	1,311点
10対1	1	1,240点
15対1	1	839点

種別	点数
精神科救急入院料 1	3,431点～3,031点
精神科救急入院料 2	3,231点～2,831点
精神科急性期治療病棟入院料 1	1,900点～1,600点
精神科急性期治療病棟入院料 2	1,600点～1,500点
精神科救急・合併症入院料	3,431点～3,031点
精神科看護病棟入院料	1,090点
認知症病棟入院料 1	1,330点～1,180点
認知症病棟入院料 2	1,070点～1,020点

総医療費とその内訳

総医療費 33兆円

〔内訳〕

- ▣ 医療サービス従事者等 約23.9兆円(72.4%)
- ▣ 薬剤 約7兆円(21.2%)
- ▣ 医療材料 約2.1兆円(6.4%)

(平成17年度)

メトトレキサートの薬価

薬品名	含有量	剤形	価 格 (円)				適応症
			H12	H14	H16	H21	
メトトレキサート	2.5mg	錠剤	50.6	49.5	48.6	45.9	悪性リンパ腫、白血病など
リウマトレックス	2.0mg	カプセル剤	431.5	417.4	405.7	344.3	関節リウマチ
メトトレキサート (後発品 4社販売)	2.0mg	錠剤				189.1 ～ 211.3	関節リウマチ

日本と欧米諸国における医療機器の販売価格比較(円)

	ペースメーカー	冠動脈ステント
日本	160～170万	35万
アメリカ	60～70万	20万
ドイツ	40～50万	10万
フランス	40～50万	30万

11

虫垂炎(盲腸) 手術入院の都市別治療

都市	費用	入院日数
ニューヨーク	約244万円	1日
ロサンゼルス	約194万円	1日
ロンドン	約114万円	5日
ソウル	約51万円	7日
北京	約49万円	4日
日本	約38万円	7日
ホーチミン	約33万円	4日

12

社会保障立国論

13

社会保障立国論の提案

- 1) 日本医師会の普遍的政策論が必要
 - ▣ 政策を動かす原動力
 - ▣ 現在の「日医グランドデザイン」は各論
- 2) 会員の求心力として
 - ▣ 開業医と勤務医の一体化
 - ▣ 何故、日医は選挙で20万票しかとれないのか

14

社会保障立国論の内容(試案)

第1章 世界の先進国における社会保障政策の変遷と現況

- I) 資本主義先進国における保守2大政党制の成り立ち
- II) スウェーデンの税制と社会保障 =(兵庫県医師会のシンポジウム)
- III) アメリカの市場原理主義とフィランソロフィー =(20. 11. 1シンポジウム-李啓充氏)
- IV) 日本の現状 -真の保守2大政党制を目指して-
(付)ローマ法王 経済教書

第2章 社会保障論の展開

- I) 政治への信頼の回復-国家予算の透明化、官僚機構改革 =(20. 11. 1シンポジウム-田中滋氏)
- II) 「負担」と「保障」論からの脱却-「預託」と「保障」への意識改革 =(20. 11. 1シンポジウム-ディスカッション)
- III) 「悪平等」を廃し「弱肉強食」にならない第3の道の模索 =(府医社会保険研究委員会)
- IV) 社会保障の経済効果 =(厚生労働白書+日医社会保険診療報酬検討委員会(眼科医会資料))

15

社会保障立国論の内容(試案)

第3章 日本の社会保障

- I) 現状と問題点
 - 1) 医療提供体制と診療報酬体系 =(日医社会保険診療報酬検討委員会)
 - 2) 介護提供体制と介護報酬 =(府医21年度医療推進協議会)
 - 3) 障害者自立支援法
 - 4) 生活保護
 - 5) 年金
- II) 自己負担、公費負担、企業負担(諸外国との比較) =(20. 11. 1シンポジウム資料)

第4章 あるべき社会保障の形-提言-

- I) 第3章の問題点の解決策 =(社会保障国民会議報告の評価)
- II) 日本経済との関係 =(社会保障国民会議報告の評価)
- III) 国民負担のあり方 =(社会保障国民会議報告の評価)

16

市民向け医療シンポジウム 日本の社会保障の現状と将来 ～ 社会保障の充実が可能か～

2008. 11. 1 シルクホール

17

出典：平成20年11月1日開催 市民向け医療シンポジウム「日本の社会保障の現状と将来」李啓充氏講演

日本の医療はなぜ崩壊の危機に 瀕するようになったのか？

レッドソックスとヤンキースが明暗を分けているのは何故か？



金は出すが口は出さない



金も出すが口も出す

日本の医療が「崩壊」の危機に瀕している最大の理由：
国の「オーナー」を気取る人たちが、医療に金を出さないく
せに、うるさく口だけを出しているから。

18

「オーナー」を気取る人たちの言い分

「公」を減らす

小さな政府

国民負担率（実は事業主負担）を小さく保つ

「民」を増やす

民間医療保険市場の拡大（混合診療の解禁）

株式会社病院の解禁

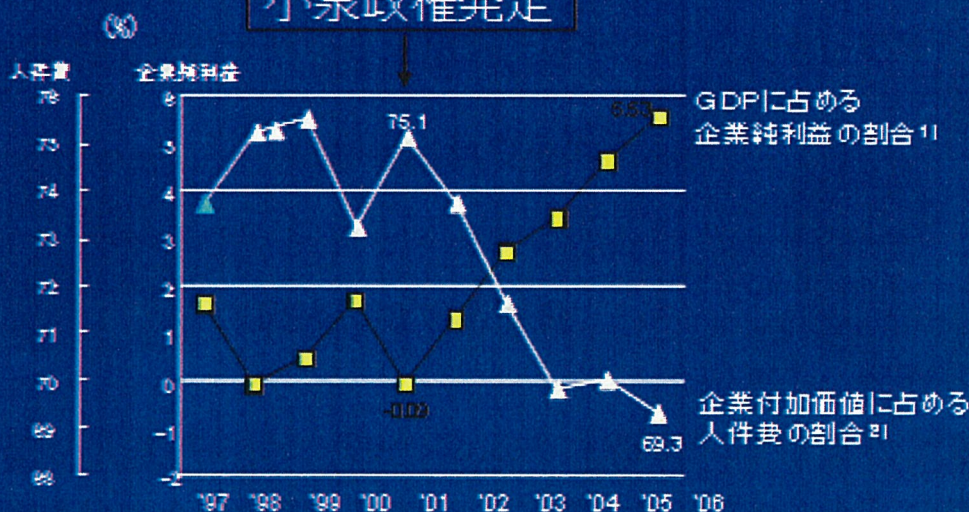
アメリカ型の医療制度を目指す

19

出典：平成20年11月1日開催 市民向け医療シンポジウム「日本の社会保障の現状と将来」李啓充氏講演

財界一人勝ち体制の確立

小泉政権発足



- 1) 企業純利益は財務省・財務総合政策研究所「法人企業統計調査」（平成13年度～18年度）、GDPは内閣府「国民経済計算雑誌（平成18年度）」に拠った。
- 2) 企業付加価値に占める人件費の割合は、財務省・財務総合政策研究所「法人企業統計調査」（平成13年度～18年度）に拠った。

20



(アエラ 2005年4月18日号)

「医療改革」の「外圧」

日米規制改革及び競争政策イニシアチブ（「年次改革要望書」：米通商代表部が毎年作成）

これまでは郵政改革がメイン・ターゲットだったが、次の大きなターゲットは医療改革（混合診療と株式会社の病院経営参入）

「米国大使館、米国生命保険協会、在日米国商工会議所、日本の外務省もすべて、『郵政の次は医療』と口をそろえる」

国民医療費は増えてきたか 1997-2006

45歳～64歳

8.74兆円→9.02兆円

24.5万円→25.7万円

65歳以上

68.4万円→64.4万円

70歳以上

80.2万円→71.8万円

75歳以上

92.8万円→79.5万円

国民医療費(一般診療医療費) 1997-2006

45歳～64歳

6.97兆円→6.60兆円

19.5万円→18.8万円

65歳以上

55.7万円→51.3万円

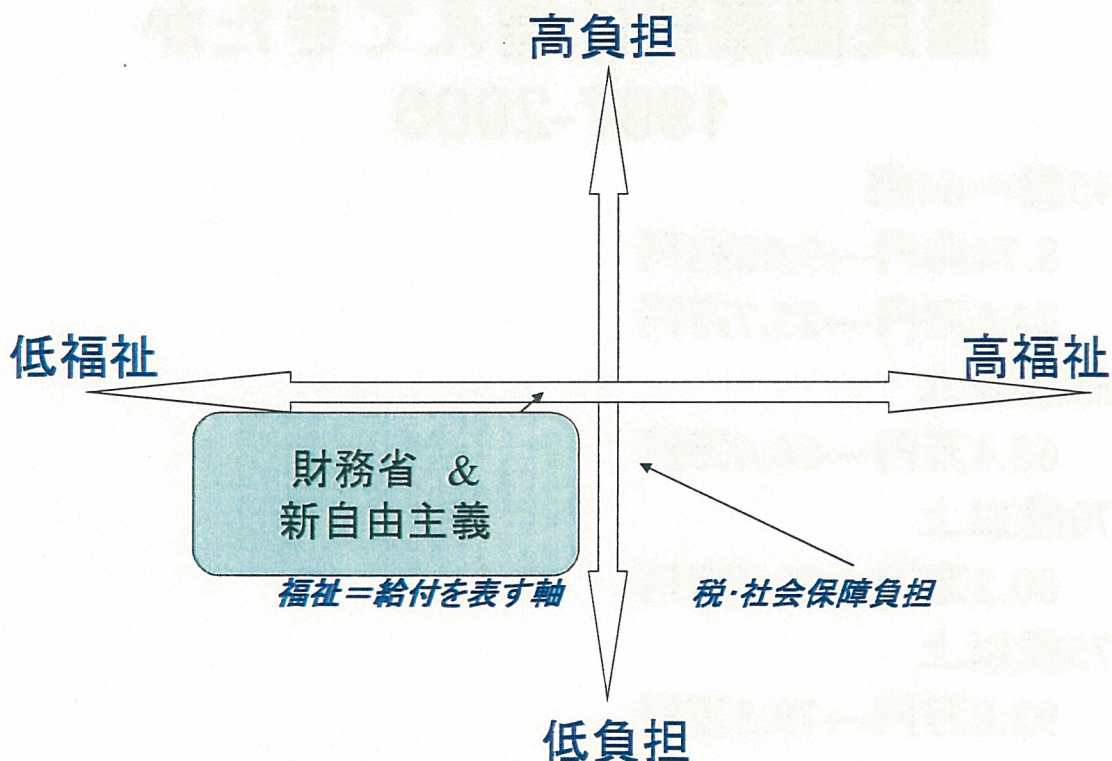
70歳以上

65.0万円→58.0万円

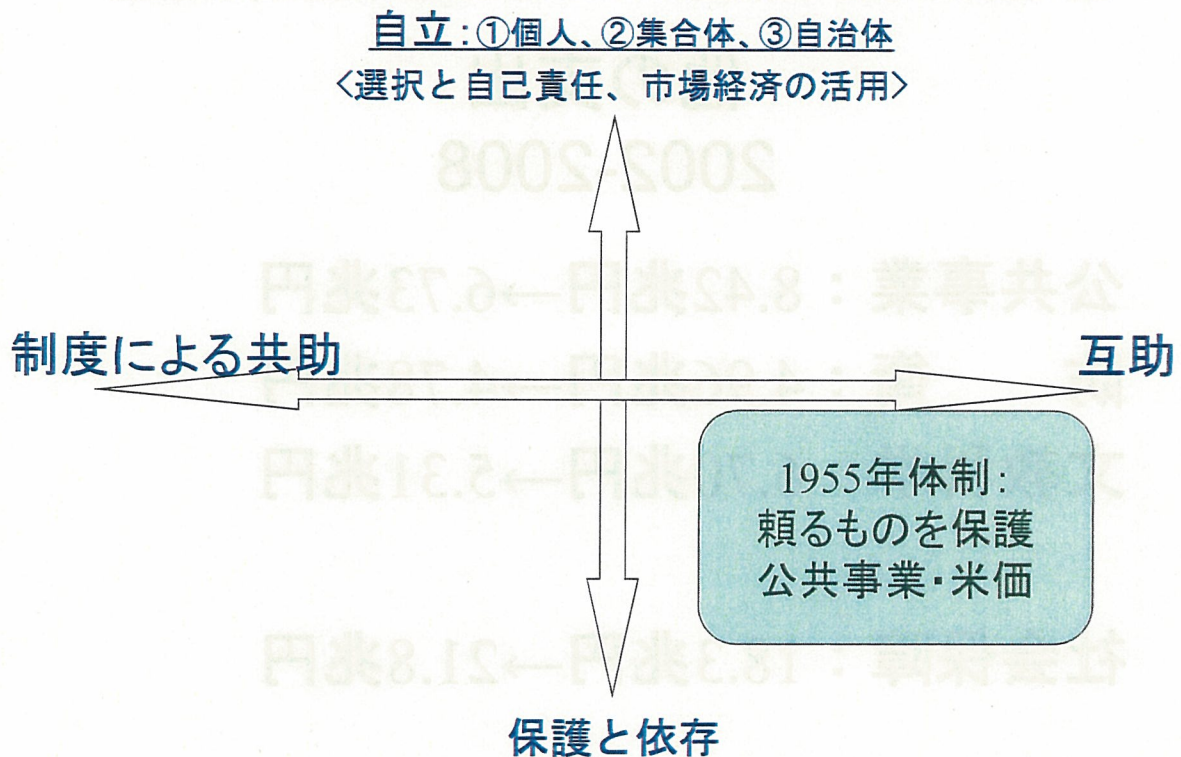
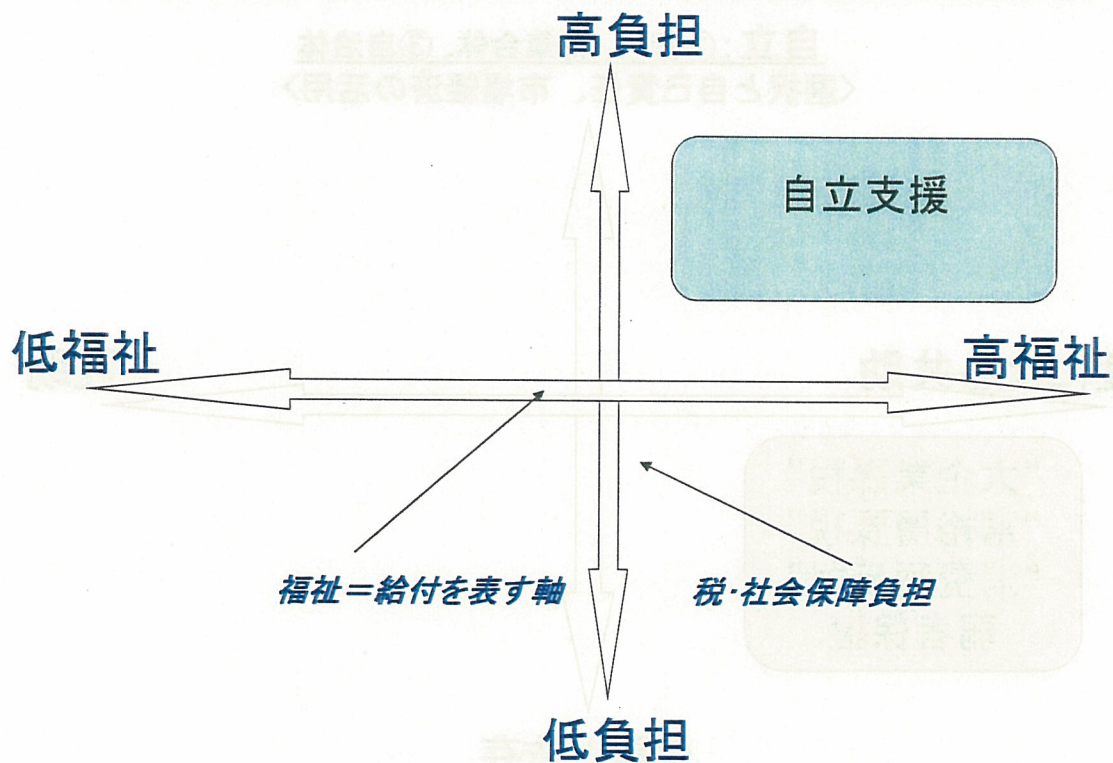
75歳以上

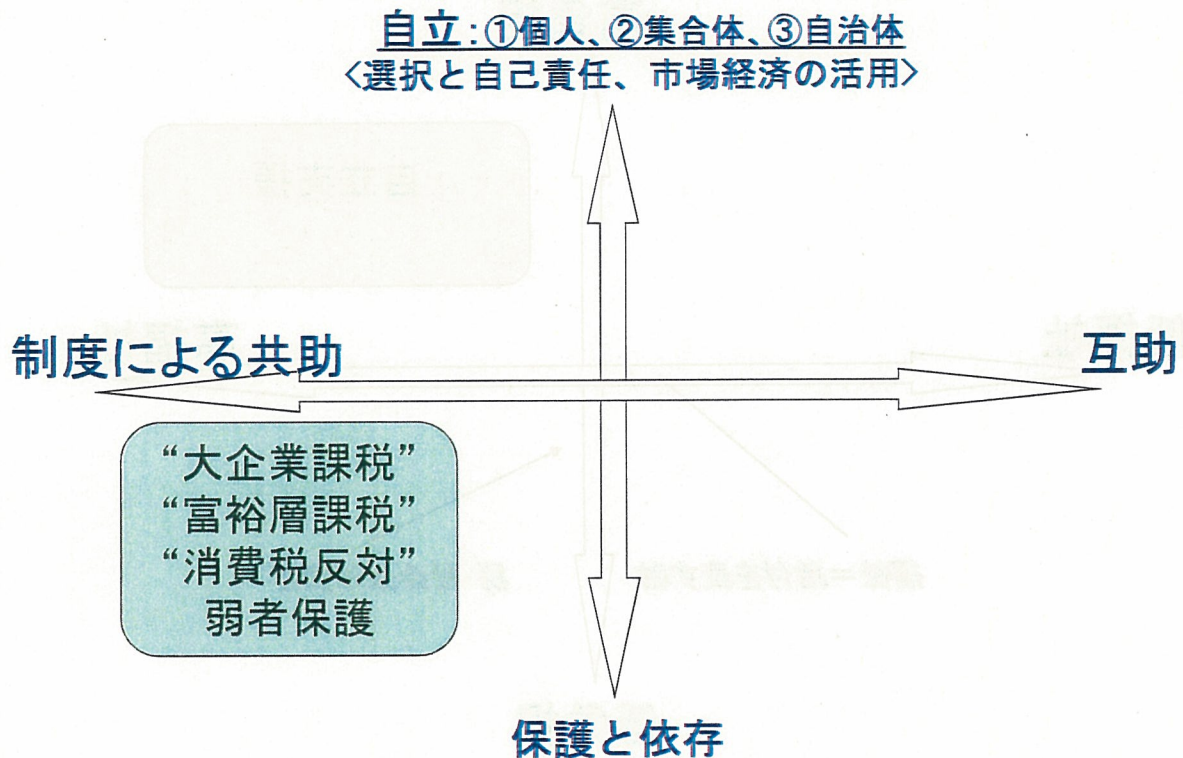
74.6万円→64.9万円

23



24





27

他の支出 2002-2008

公共事業：8.42兆円→6.73兆円

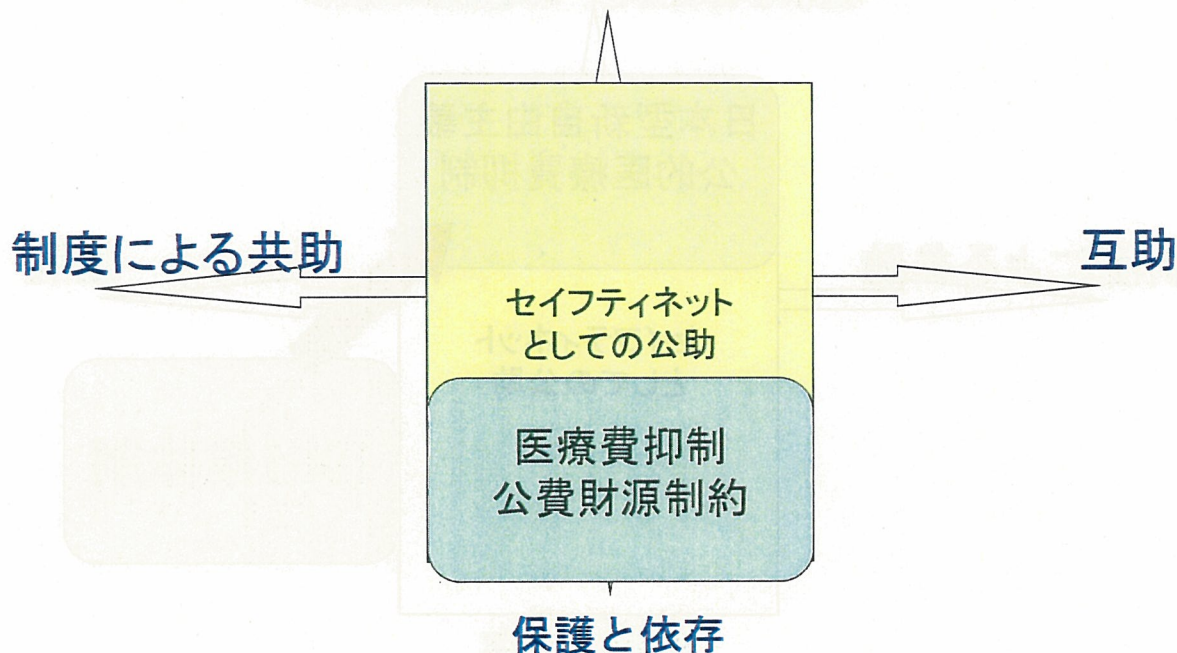
防衛：4.96兆円→4.78兆円

文教科学：6.70兆円→5.31兆円

社会保障：18.3兆円→21.8兆円

28

自立：①個人、②集合体、③自治体
〈選択と自己責任、市場経済の活用〉



詭弁

「高齢化に伴う社会保障費拡大ゆえに国債発行残高増」

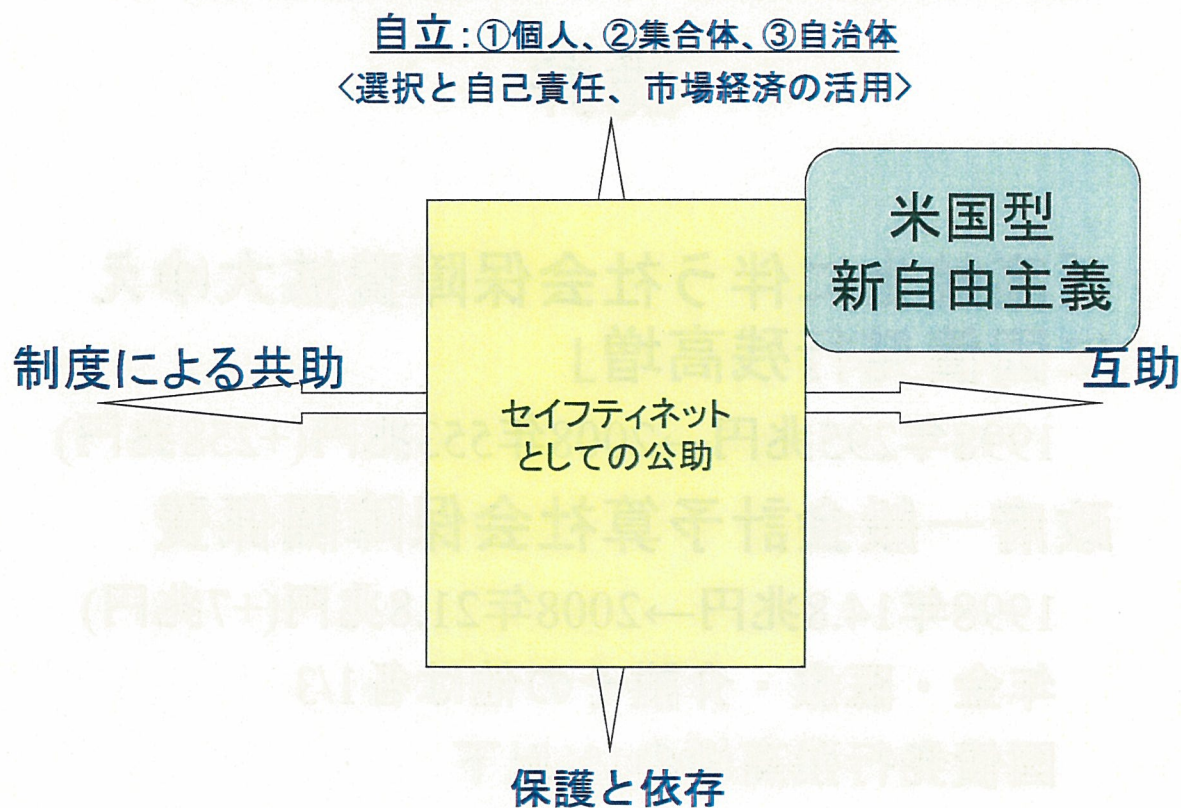
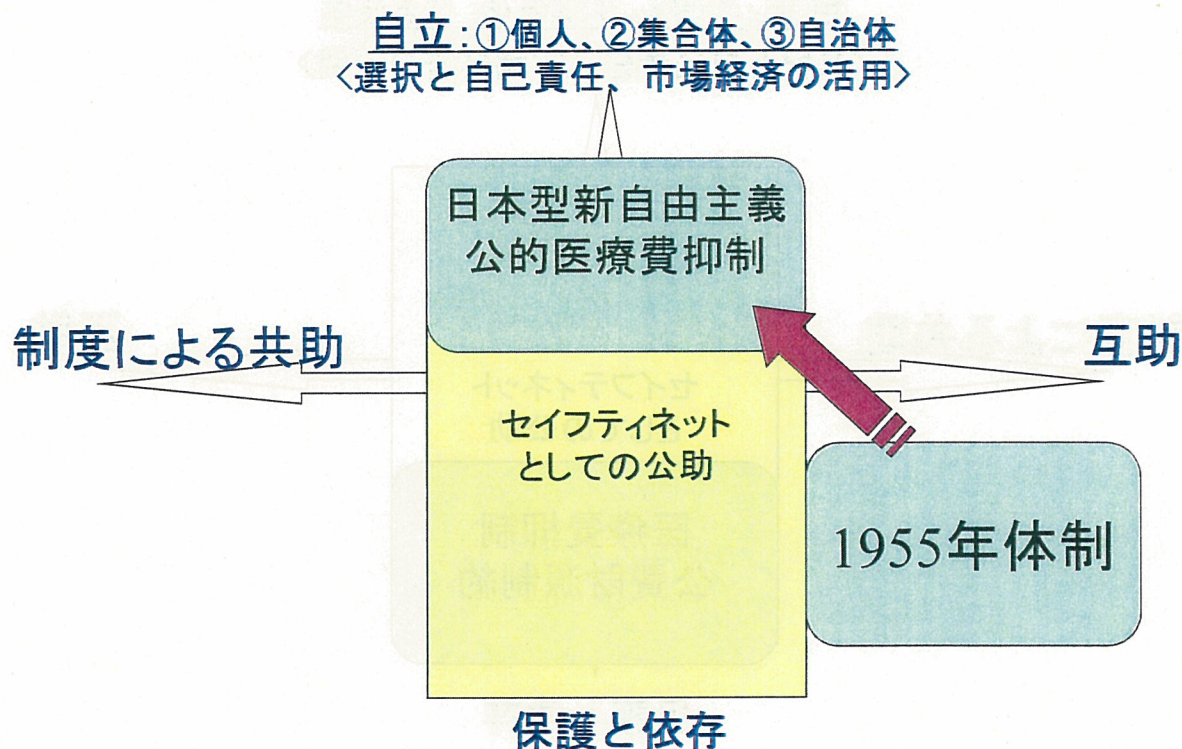
1998年295兆円→2008年553兆円(+258兆円)

政府一般会計予算社会保障関係費

1998年14.8兆円→2008年21.8兆円(+7兆円)

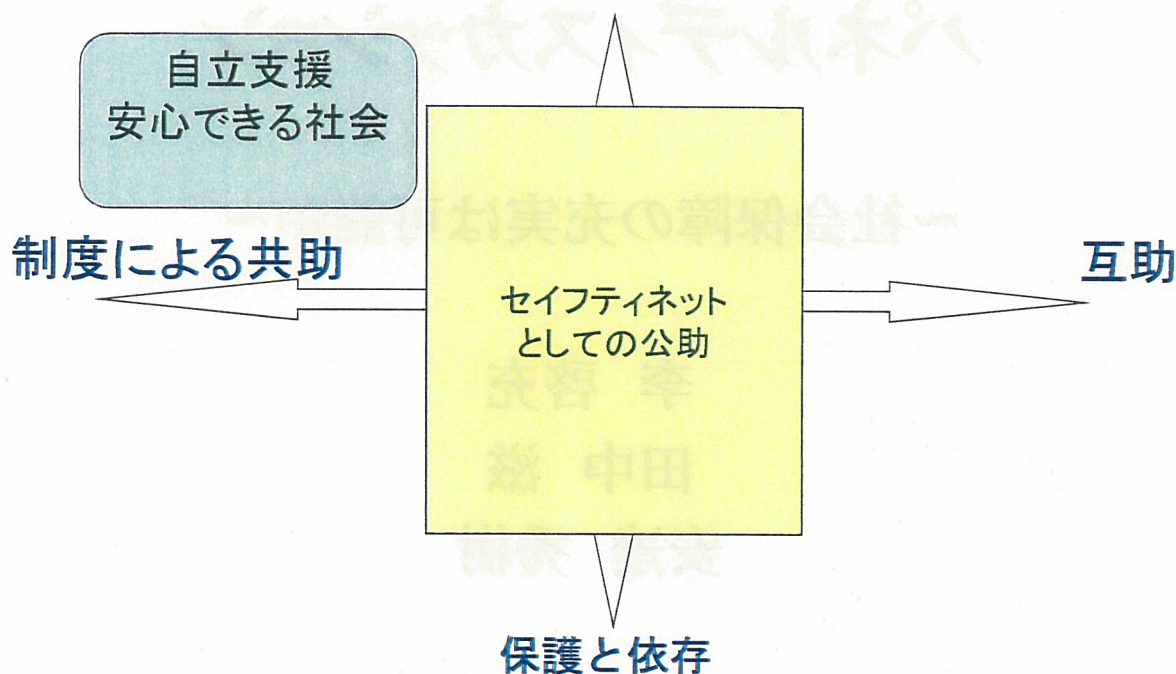
年金・医療・介護その他は各1/3

国債発行残高増の1%以下



自立：①個人、②集合体、③自治体

〈選択と自己責任、市場経済の活用〉



医療のあり方

医療はパターンリズムでもなく消費者主権でもなく

患者・住民との共同生産

自立支援

社会の安心感を支える医療

信頼に支えられた医療

パネルディスカッション

～社会保障の充実は可能か～

李 啓充
田中 滋
安達 秀樹

35

医療提供体制とセフティーネット

1)アメリカ

- 4000万人の無保険者
- 公的保険は、メディケアー(65歳以上)と
メディケイド(低所得者)だけ
- フィランソロフィーが支える非営利病院

2)日本

- 国民皆保険制度
- 生活保護(医療券の発行)
—どの医療機関にもかかれる

36

社 会 保 障 と 財 源

- 1)「国の借金800兆円」
 - ・日本は借金大国か？
 - ・一般会計の黒字化を目標にした
2200億円／年の社会保障費削減
 - ・特別会計は？
- 2)将来推計としての負担のあり方
個人・企業・地方自治体・国
- 3)日本の総医療費と国民総生産
- 4)社会保障(医療・介護)の経済効果
- 5)少子高齢化社会

37

1)「国の借金800兆円」

- ▣ 日本は借金大国か？
- ▣ 一般会計の黒字化を目標にした
2200億円／年の社会保障費削減
- ▣ 特別会計は？

38

日本の貸借対照表：2006年度

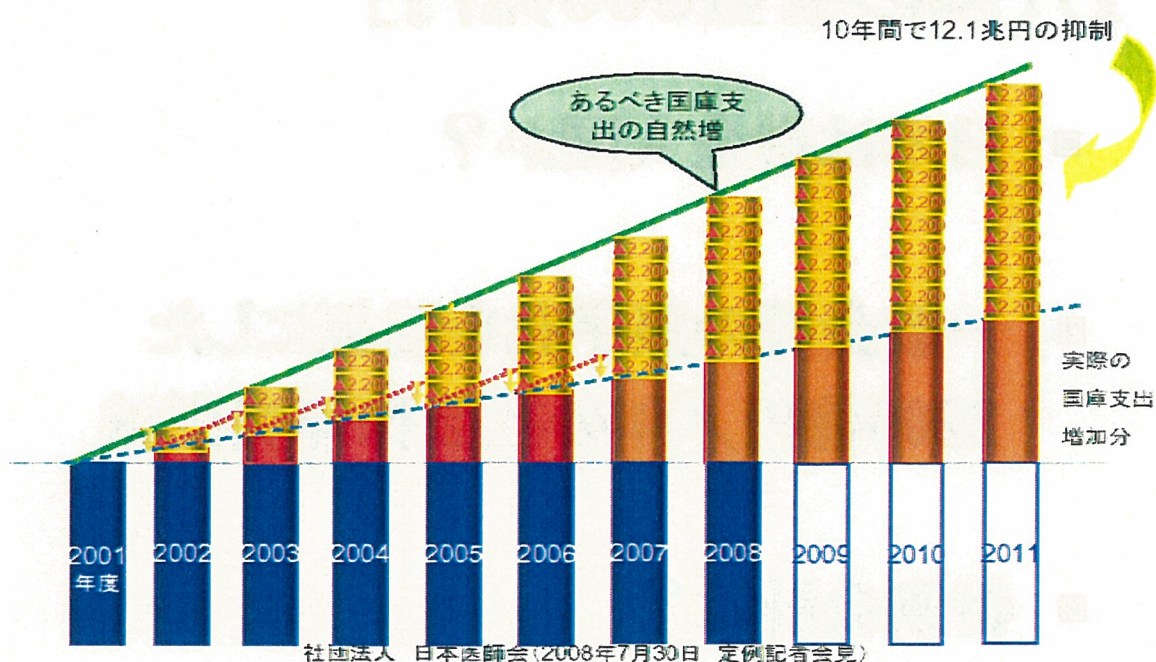
(一般会計・特別会計)

資産の部	単位＝兆円	負債の部	単位＝兆円
現金・預金	37.5	政府短期証券	65.5
有価証券	91.2	公債	651.5
未収金等	15.3	借入金	23.1
貸付金	217.2	預託金	58.3
運用預託金	96.6	公的年金預かり金	144.8
貸倒引当金	-1.9	退職給与引当金等	14.9
有形固定資産	178.2	その他の負債	23.1
無形固定資産	0.3	負債合計	981.2
出資金	65.6		
その他の資産	4.0	資産・負債差額	277.3
資産合計	703.9		

日経新聞2008.8.23より

39

一般会計の黒字化を目標にした2200億円／年の 社会保障費削減



40

特別会計は？

図1 国の決算の全体像(推計)－2006年度－

一般会計		特別会計	
歳入	歳出	歳入	歳出
49.1 歳収	18.0 国債	18.0 国債(一般会計から)	113.0 債務償還(国債・借入金)及び利子
	16.7 地方交付税	16.7 地方交付税(一般会計から)	
	20.6 社会保障	13.0 一般会計からの繰入	
27.5 国債	7.7 公共事業	25.6 公債金	
	5.3 文部・科学	56.0 借入金	16.0 地方交付税
	4.8 防衛	34.2 保険料 〔年金・医療・介護・労働〕	25.6 財政融資資金へ
7.9 その他	8.3 その他	101.0 その他 〔前期繰越金など〕	48.2 国民への給付
			12.6 その他 〔補助金・人件費・経費等〕

特別会計
一般会計に繰り戻されたもの、特別会計間の繰入・繰出(重複分)、国債償還、財政融資資金利子は予め除いてある

財務省決算書から一部推計して作成

(連結推計) 歳入301.2兆円 歳出249.0兆円*

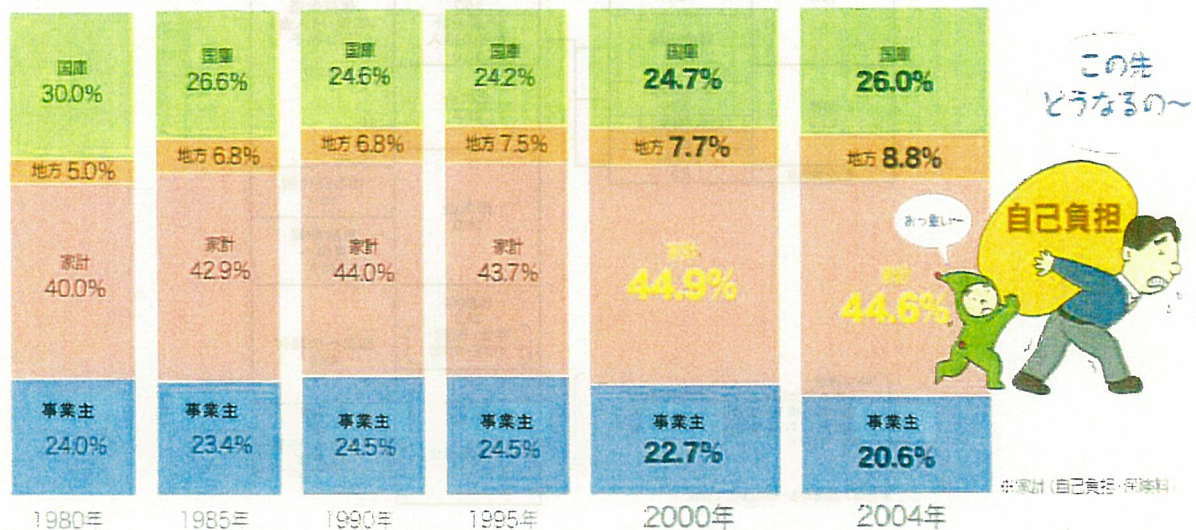
*1 連結額は、一般会計と特別会計の合計から一般会計から特別会計への繰入分等を除いて計算。
四捨五入差のため合計が一致しないところがある。

日経総研ワーキングペーパー
国家財政の分析(2)より

2) 将来推計としての負担のあり方 個人・企業・地方自治体・国

2) 将来推計としての負担のあり方

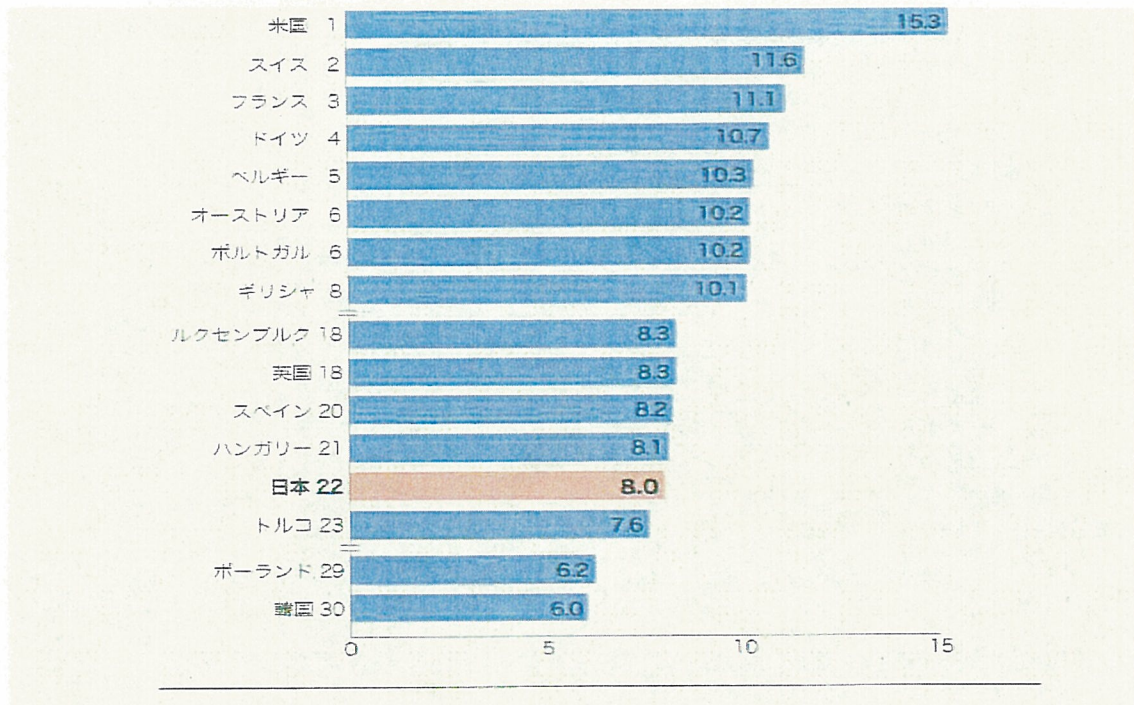
個人・企業・地方自治体・国



3) 日本の総医療費と国民総生産

3) 日本の総医療費と国民総生産

■OECD諸国の医療費対GDP比率(2005年)



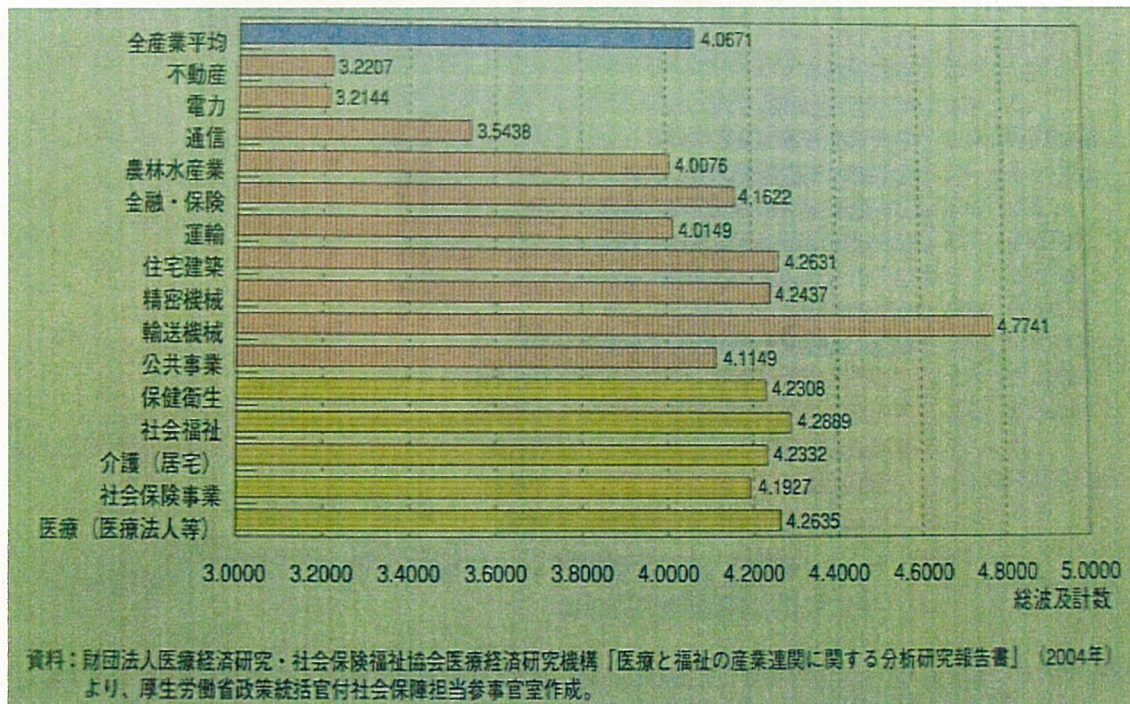
45

4) 社会保障(医療・介護)の経済効果

46

4) 社会保障(医療・介護)の経済効果

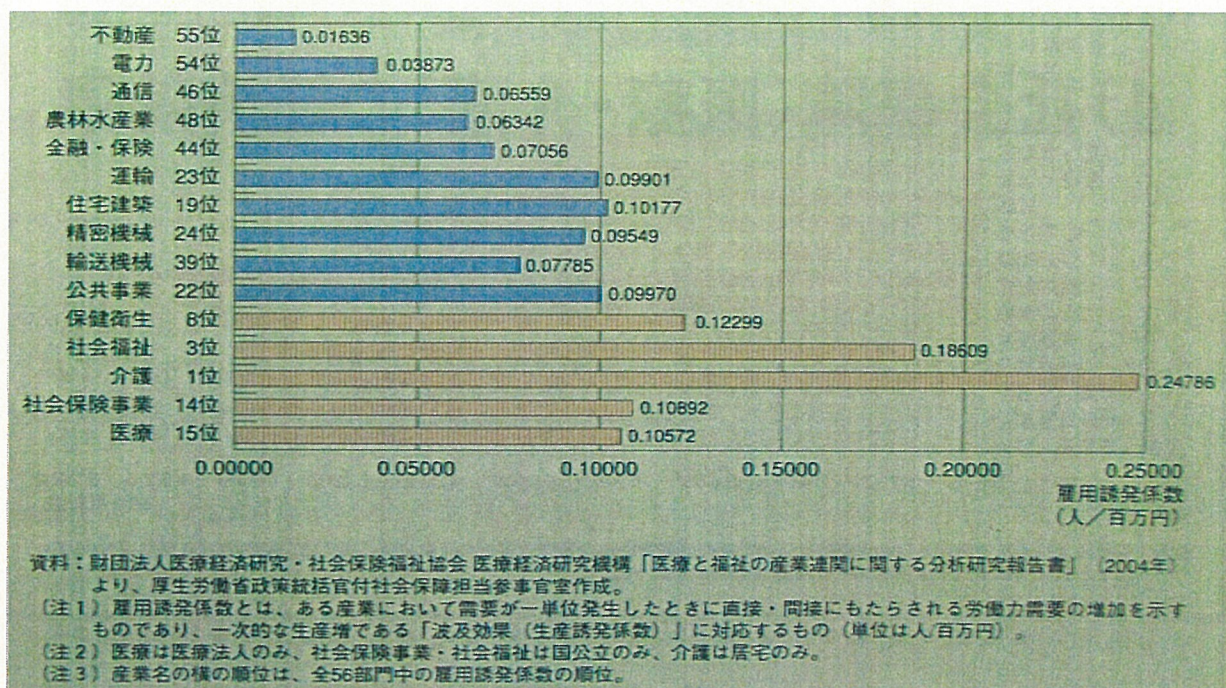
産業連関表による総波及効果



47

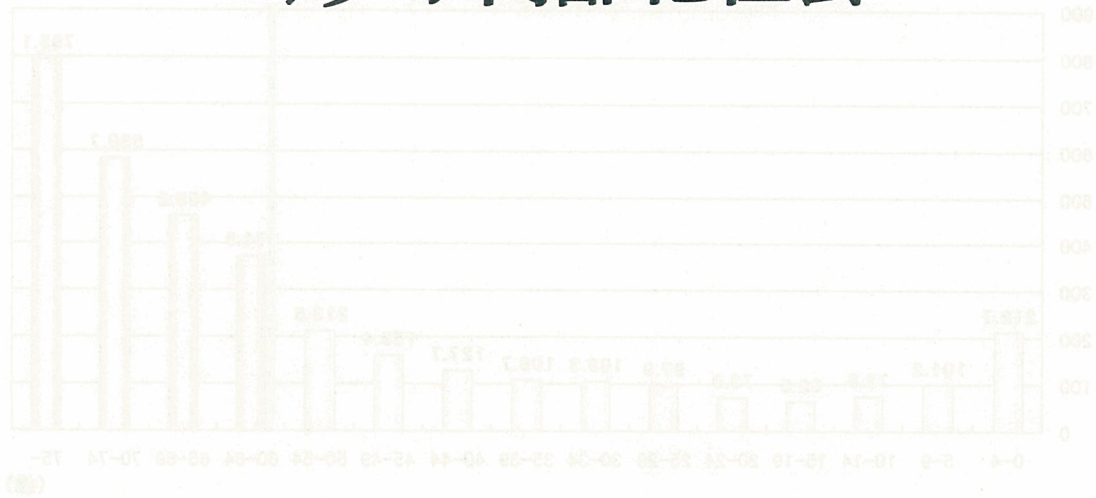
4) 社会保障(医療・介護)の経済効果

雇用誘発係数における主要産業と社会保障産業の比較



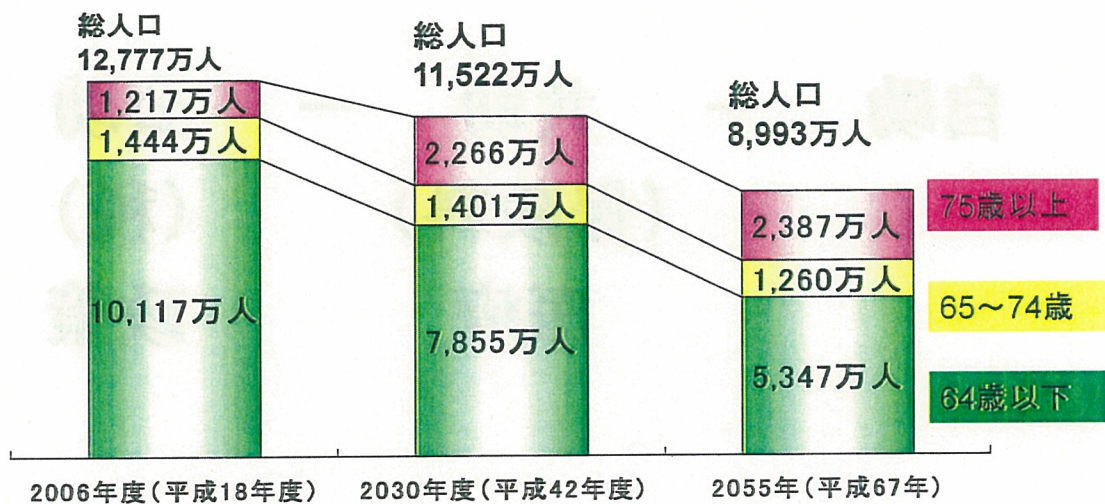
48

5) 少子高齢化社会



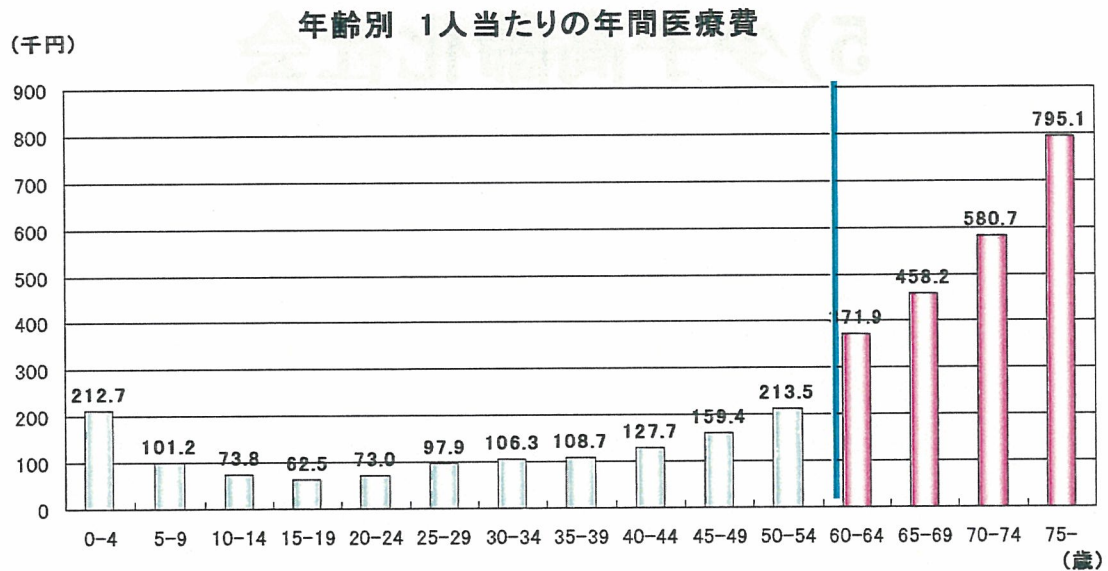
5) 少子高齢化社会

日本の将来推計人口



5) 少子高齢化社会

国民1人当たりの年間医療費



51

5) 少子高齢化社会

自助 — 共助 — 公助

(保険料) (税)

医療 政策

52

社会保障の考え方

負担(税をとられる) と 保障

から

預託(預ける) と 保障

への意識の変革を

53

最後に

人間社会の全構成員は、相互の援助を必要としている。

その必要な援助が、愛情から、感謝から、友情と尊敬から、相互に提供される場合は、その社会は繁栄し、そして幸福である。

アダム・スミス(「道徳的感情論」)

54

決 議

2008. 11. 1 シルクホール

55

決 議(案)

小泉政権によって導入された「市場原理主義による政治経済の運営」が日本社会にもたらした大きな変化に多くの国民が、今、悲鳴をあげている。

その中でも特に、医療・介護など社会のセーフティーネットとしての社会保障の後退は、日本社会の現状と将来に最も深刻な影響を与えている。

「米百俵」「痛みを分かち合え」と国民に説明されたこの政策転換は、バブル崩壊後の日本経済の立て直しのための緊急避難的政策であったはずである。

「市場原理主義」の継続を望む一部の人々によって、経済財政諮問会議主導の政治運営が今日も続けられ、「社会保障費2,200億円削減の経年的遂行」に象徴される社会保障の圧縮が強化継続されることを我々は容認しない。

我々は、社会保障を充実させ、国民が等しく自らの将来の安心と安全を実感できる社会の構築が真の政治の責任であると考え、
よって、以下を要求し決議する。

記

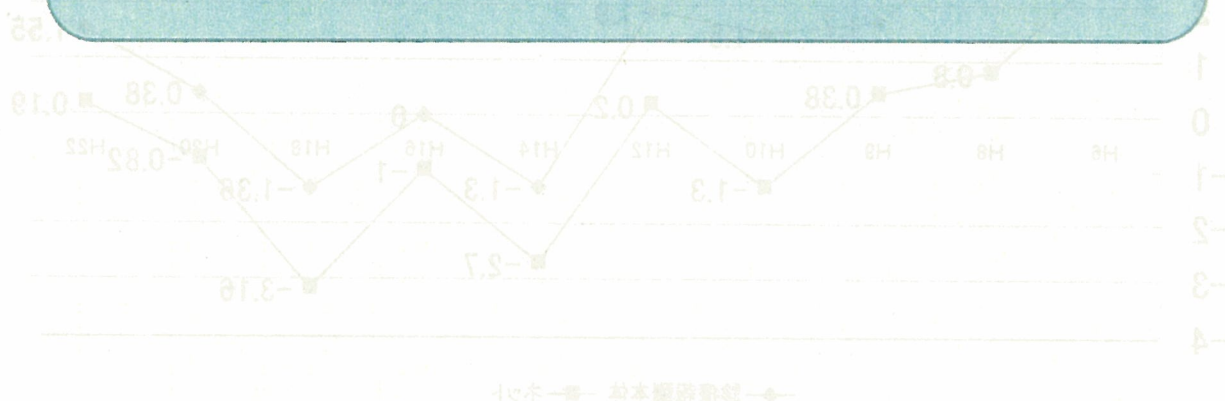
- 一. 社会保障費の年2,200億円削減政策の撤廃
- 一. 特別会計を含む国家予算の透明化
- 一. 社会保障立国に向けた政策への抜本的変換

2008年11月1日

京都府医療推進協議会 府民集会
「社会保障の現状と将来～社会保障の充実が可能か」

56

平成22年度診療報酬改定について



57

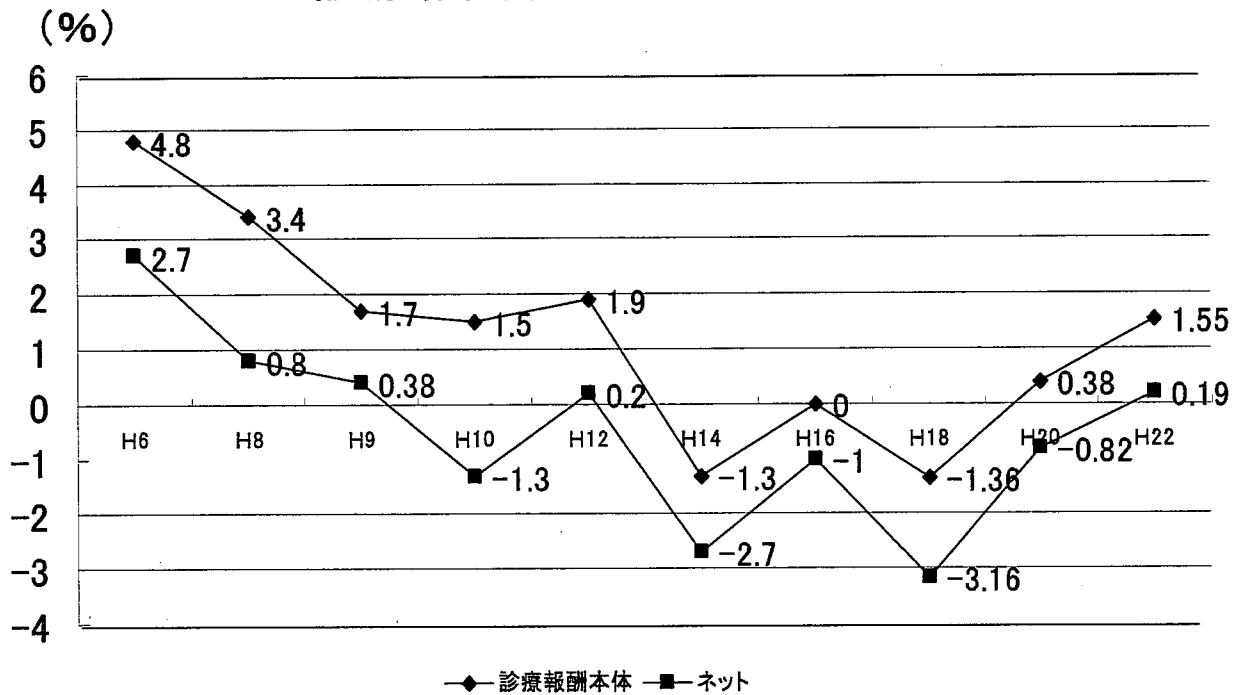
改定率ネット+0.19% (約700億円)

平成12年度以来のネットプラス改定

1. 診療報酬改定(本体)	2. 薬価改定等
改定率 +1.55% (約5,700億円)	改定率 ▲1.36% (約5,000億円)
各科改定率 医科 +1.74% (約4,800億円)	薬価改定 ▲1.23% (薬価ベース ▲5.75%)
入院 +3.03% (約4,400億円) 外来 +0.31% (約400億円)	材料価格改定 ▲0.13%
歯科 +2.09% (約600億円) 調剤 +0.52% (約300億円)	○ 別途、後発品の置き換え効果の精算を行う。(約600億円) (平成22年度予算 大臣折衝資料)
○ 急性期入院医療に概ね4,000億円程度を配分。 ○ 再診料や診療科間の配分の見直しを含め、従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急・産科・小児科・外科の充実等を図る。 (平成22年度予算 大臣折衝資料)	

58

診療報酬改定の改定率の推移



59

診療報酬と薬価基準の改定状況

単位: %

年 度	診 療 報 酬 (本 体)		薬 価 等	ネッ
	改 定 率	各科改定率	引上げ率(医療費ベース)	
平成12年度 (2000)	+1.9	医科: +2.0 歯科: +2.0 これに加え0.5% (歯科用貴金属の国際価格変動対応) 調剤: +0.8	▲1.7 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	+0.2
平成14年度 (2002)	▲1.3	医科: ▲1.3 歯科: ▲1.3 調剤: ▲1.3	▲1.4 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	▲2.7
平成16年度 (2004)	±0	医科: ±0 歯科: ±0 調剤: ±0	▲1.0 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	▲1.0
平成18年度 (2006)	▲1.36	医科: ▲1.50 歯科: ▲1.50 調剤: ▲0.60	▲1.8 (うち医療材料の引下げ▲0.2)	▲3.16
平成20年度 (2008)	+0.38	医科: +0.42 歯科: +0.42 調剤: +0.17	▲1.2 (うち医療材料の引下げ▲0.1)	▲0.82
平成22年度 (2010)	+1.55	医科: +1.74 歯科: +2.09 調剤: +0.52	▲1.36 (うち医療材料の引下げ▲0.13)	+0.19

60

社会保障審議会「基本方針」

平成21年12月8日

1. 重点課題

- 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- 病院勤務医の負担の軽減
(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)

2. 4つの視点

- 充実が求められる領域を適切に評価していく視点
- 患者からみ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
- 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
- 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

3. 後期高齢者医療

- 75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

61

「基本方針」に基づく主要改定項目 (1/3)

1. 重点課題

(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- ① 地域連携による救急患者の受入れの推進について
- ② 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について
- ③ 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化について
- ④ 手術の適正評価について

(2) 病院勤務医の負担の軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)

- ① 入院医療の充実を図る観点からの評価について
- ② 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について
- ③ 地域の医療機関の連携に対する評価について
- ④ 医療・介護関係職種との連携に対する評価について

62

「基本方針」に基づく主要改定項目 (2/3)

2. 4つの視点

(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

- ① がん医療の推進について
- ② 認知症医療の推進について
- ③ 感染症対策の推進について
- ④ 肝炎対策の推進について
- ⑤ 質の高い精神科入院医療等の推進について
- ⑥ 歯科医療の充実について
- ⑦ 手術以外の医療技術の適正評価について
- ⑧ イノベーションの適切な評価について

(2) 患者からみ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

- ① 医療の透明化に対する評価について
- ② 診療報酬を患者等に分かりやすいものとするに対する評価について
- ③ 医療安全対策の推進について
- ④ 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について
- ⑤ 疾病の重症化予防について

63

「基本方針」に基づく主要改定項目 (3/3)

2. 4つの視点

(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- ① 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について
- ② 回復期リハビリテーション等の推進について
- ③ 在宅医療の推進について
- ④ 訪問看護の推進について
- ⑤ 在宅歯科医療の推進について
- ⑥ 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について
- ⑦ 調剤報酬について

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- ① 後発医薬品の使用促進について
- ② 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について
- ③ 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

3. 後期高齢者医療

75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

64

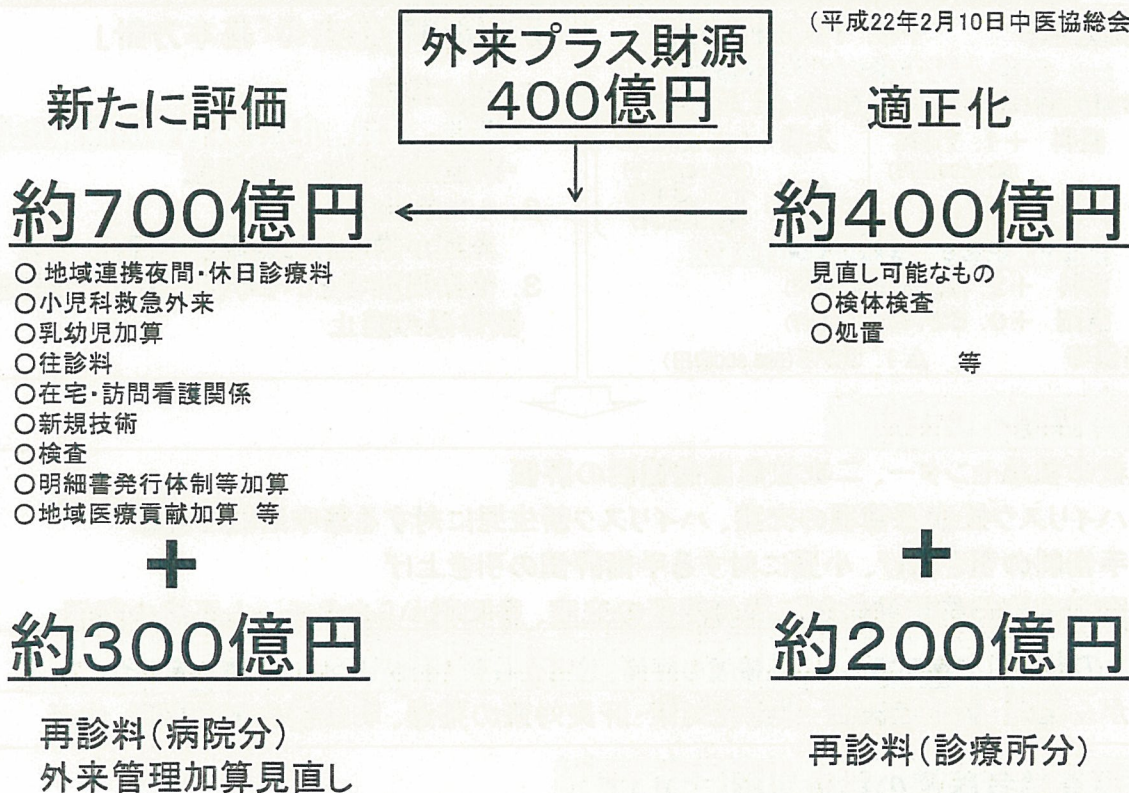
平成22年度改定のポイント

1. 10年振りのネットプラス改定
 2. 社会保障費年2,200億円の削減が行われず、
薬価・材料の引下げ分が使えた
 3. 医科：歯科：調剤の配分が
従来の1:1:0.4が1:1.2:0.3とされた
 4. 財務省主導
 - (1)医療崩壊の解消に向けた改定と期待するも、異例の
財源枠(医科改定率のうち、入院：+3.03%、
外来：+0.31%)と枠がはめられた
 - (2)後発医薬品のある先発医薬品の引下げ財源
 - (3)事業仕分け結果を忠実に反映
- ⇒ 中医協の権限縮小

65

外来に関する財源

(平成22年2月10日中医協総会資料)

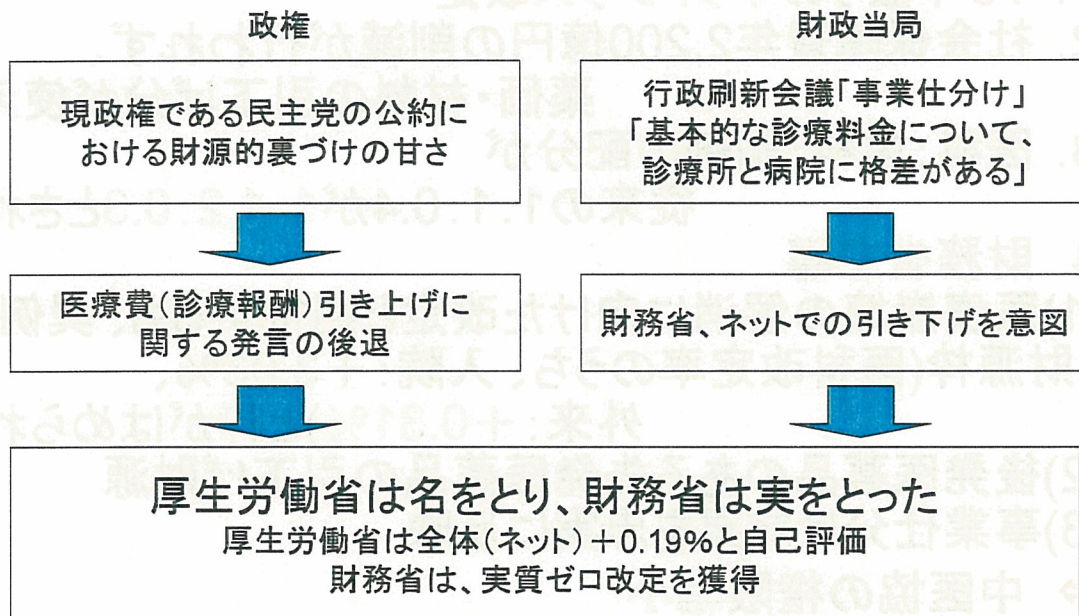


※金額は粗い試算

66

今回の診療報酬改定を振り返って

診療所再診料引き下げありきの財務省主導の改定



67

平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬（本体） +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74% (約4,800億円)	入院 +3.03% (約4,400億円)
	外来 +0.31% (約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

社会保障審議会の「基本方針」

1. 重点課題

・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
・病院勤務医の負担軽減

2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

4つの視点（充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など）

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

68

救急医療の評価の充実について

救急入院医療の充実

➤ 充実した体制の救命救急センターの評価

救命救急入院料 充実度評価A加算 500点 → 1,000点

➤ 二次救急医療機関における入院医療の評価

救急医療管理加算 600点 → 800点

乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点

➤ 手厚い急性期入院医療の評価

ハイケアユニット入院医療管理料 3,700点 → 4,500点

地域の連携による救急外来の評価

➤ 病院・診療所の小児科医師の連携による救急外来の評価

地域連携小児夜間・休日診療料1(24時間対応なし) 350点 → 400点

地域連携小児夜間・休日診療料2(24時間対応あり) 500点 → 550点

➤ 病院・診療所の医師の連携による救急外来の評価

⑨ 地域連携夜間・休日診療料 100点

69

産科・小児医療の評価の充実について

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

➤ ハイリスク分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき) + 対象拡大

➤ 緊急搬送された妊産婦の受入の評価

妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日) + 対象拡大

新生児集中治療の評価

➤ ハイリスク新生児に係る集中治療の評価

新生児特定集中治療室管理料 8,500点 → 10,000点

➤ NICUよりハイリスク児を直接受入れる後方病床の評価

⑨ 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点

小児の入院医療の充実

➤ 地域の小児救急入院医療を担う医療機関の評価

⑨ 小児入院医療管理料 2(区分新設) 4,000点

(特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を認める)

70

病院勤務医の負担の軽減について

病院勤務医の事務負担の軽減

➤ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助体制加算 (入院初日)

25対1	50対1	75対1	100対1		15対1	20対1	25対1	50対1	75対1	100対1
355点	185点	130点	105点	➡	810点	610点	490点	255点	180点	138点

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

手厚い人員体制による入院医療の評価

➤ 7対1病棟、10対1病棟における看護補助者の配置の評価

⑨ 急性期看護補助体制加算1(50対1配置) 120点(14日まで)

⑨ 急性期看護補助体制加算2(75対1配置) 80点(14日まで)

多職種からなるチームによる取組の評価

➤ 栄養サポートチームによる栄養改善の取組の評価

⑨ 栄養サポートチーム加算 200点(週1回)

➤ 呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた取組の評価

⑨ 呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

71

手術料の適正な評価について

外保連試案を活用した手術料の引き上げ

- 主として病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行点数を30%から50%増とすることを目安とし、

**脳動脈瘤頸部クリッピング、大動脈瘤切除術など
約1800項目のうちの約半数程度を増点**



小児に対する手術評価の引き上げ

- 3歳未満の小児に係る手術に加え、3歳以上6歳未満の小児についても**乳幼児加算**の対象とする

新規医療技術の保険導入

- 先進医療専門家会議及び医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。

腹腔鏡下肝部分切除術、肝門部胆管癌切除術及びバイパス術を併用した脳動脈瘤手術など約80項目の新規手術を保険導入

72

明細書発行の推進について

明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局
 - ⇒ 正当な理由のない限り、原則として**明細書を無料**で発行
 - 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
 - ② 自動入金機の改修が必要な場合
- 注) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。
- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局
 - ⇒ 明細書発行に関する状況を**院内掲示**する
 - 院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、費用徴収の有無、その金額など



診療報酬上の支援

- **明細書の無料発行等**を行っている診療所の評価
 - (新) 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)

73

急性期の入院医療の評価

早期の入院医療の評価

- 一般病棟入院基本料において**入院早期の加算**を引き上げる
 - 14日以内の期間の加算 428点 → 450点(1日につき)

急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価

- 一般病棟入院基本料等(10対1入院基本料)の届出医療機関において、**患者の重症度・看護必要度を測定し、評価**を行っていることを評価

(新) 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)



一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置	1 寝返り
2 血圧測定	2 起き上がり
3 時間尿測定	3 座位保持
4 呼吸ケア	4 移乗
5 点滴ライン同時3本以上	5 口腔清潔
6 心電図モニター	6 食事摂取
7 シリンジポンプの使用	7 衣服の着脱
8 輸血や血液製剤の使用	
9 専門的な治療・処置	

74

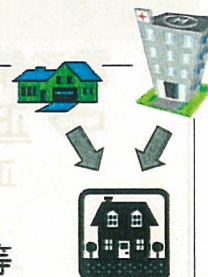
急性期医療に対する後方病床機能の強化

初期加算の創設(有床診療所の一般病床)

➤ 有床診療所一般病床が担う後方病床機能の評価

⑨ 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定。

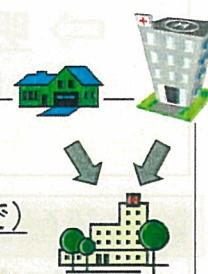


初期加算の創設(病院の療養病床及び有床診療所の療養病床)

➤ 療養病床が担う後方病床機能の評価

⑨ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



75

地域医療を支える有床診療所の評価



有床診療所入院基本料の再編成

➤ 実態を踏まえた評価区分の見直し

【改定後】

【現行】			【改定後】		
有床診療所 入院基本料1 (看護職員5人以上)	～7日	810点	有床診療所 入院基本料1 (看護職員7人以上)	～14日	760点
	8～14日	660点		15～30日	590点
	15～30日	490点		31日	500点
	31日～	450点	有床診療所 入院基本料2 (看護職員4～6人)	～14日	680点
有床診療所 入院基本料2 (看護職員1～4人)	～7日	640点		15～30日	510点
	8～14日	480点		31日	460点
	15～30日	320点	有床診療所 入院基本料3 (看護職員1～3人)	～14日	500点
	31日～	280点		15～30日	370点
				31日	340点

初期加算の創設

➤ 後方病床機能の評価

⑨ 有床診療所一般病床初期加算(100点、7日まで)
救急・在宅等支援療養病床初期加算(150点、14日まで)

➤ 医師配置加算の見直し

医師配置加算1(60点→88点)
医師配置加算2(60点)

➤ 入院基本料等加算の拡充

新たに「無菌治療室加算」等を有床診療所でも算定可能に

76

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

在宅復帰後も含めた地域連携診療計画の評価

- 回復期等の病院を退院した後の療養を担う医療機関・介護施設等との連携を含めた**3段階の地域連携診療計画**を評価

現行		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料	600点



⑨
⑨

改定後		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料1	600点
	地域連携診療計画退院計画加算	100点
在宅復帰後	地域連携診療計画退院時指導料2	300点

介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携の評価

- **入院中の医療機関の医師等とケアマネジャーが共同して**、患者に対し、退院後に利用可能な介護サービス等について指導を行った場合の評価を新設

⑨ 介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

77

がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院に係る評価

- **がん診療連携拠点病院**におけるカンサーボード、院内がん登録等の更なる充実を評価

がん診療連携拠点病院加算 400点 → 500点

- **がん診療**に係る地域連携の評価

⑨ がん治療連携計画策定料 750点(退院時)

⑨ がん治療連携指導料 300点(情報提供時)

がん治療の評価

- 複雑化、高度化する**外来化学療法**の評価

外来化学療法加算1 500点 → 550点

- **放射線治療病室**におけるRI内用療法等の管理の評価

放射線治療病室管理加算 500点 → 2,500点

がん患者リハビリテーションの評価

- がんの特性に配慮した**がん患者リハビリテーション**の評価

⑨ がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)

78

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応

- 新型インフルエンザが大流行した状況において、療養病棟に入院する場合、**一般病棟入院基本料の算定**を認め、検査や投薬等については**出来高での算定**を可能とする。

陰圧室管理の評価

- 陰圧室管理環境整備に対する評価

【二類感染症患者療養環境特別加算】

1 個室加算 300点

⑨ 2 陰圧室加算 200点

結核病棟の評価

- 結核病棟における平均在院日数要件の見直し
7対1入院基本料、10対1入院基本料における平均在院日数要件をなくす。
- 小規模な結核病棟におけるユニットのルールを明確化
小規模な結核病棟についてユニット化のルールを明確化するとともに、病床種別ごとに平均在院日数の計算を行うこととする。

79

地域の連携による疾患対策の評価について

肝炎対策の充実

- 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎患者に対する**インターフェロン治療計画**を策定し、**副作用等を含めた詳細な説明**を行うことを新たに評価
⑨ 肝炎インターフェロン治療計画料 700点
- 肝炎治療の専門医療機関と連携して**肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関**の評価
⑨ 肝炎インターフェロン治療連携加算 50点

認知症医療の評価

- 認知症の専門医療機関において、認知症の**鑑別診断及び療養方針の決定**を行うことを評価
⑨ 認知症専門診断管理料 500点
- 認知症の専門医療機関と連携した**地域の医療機関における認知症患者の診療**の評価
⑨ 認知症患者地域連携加算 50点

80

精神医療の評価の充実について

精神入院医療の充実

➤ 手厚い看護配置の精神病棟の評価

⑨ 精神科病棟入院基本料 13対1 920点

(一定の割合以上の重症者の受入が要件、10:1も同様)

➤ 身体合併症に対応する精神病棟の評価

精神科身体合併症管理加算 $\frac{300\text{点}}{200\text{点}}$ → 350点

➤ 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

児童・思春期精神科入院医学管理加算 650点 → 800点

専門性の高い精神医療の評価

➤ うつ病に対する精神専門療法の評価

⑨ 認知療法・認知行動療法 420点

➤ アルコール依存症に対する専門的治療の評価

⑨ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 200点(30日以内)
100点(31日以上60日以内)

81

手術以外の医療技術の適正な評価について

先進医療技術の保険導入(手術以外)

- 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、
胎児心超音波検査及びHPV-DNA診断など
5項目の新規技術を保険導入

新規保険収載提案技術等の保険導入(手術以外)

- 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の
保険導入及び既存技術の再評価を行う。
イメージガイド下放射線治療(IGRT)、特殊光を用いた画像強調
観察を併用した拡大内視鏡検査など約170項目を評価

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

- 新規医療材料等に対応する技術料の設定及び診療実態に即し
た評価体系の見直し
局所陰圧閉鎖処置、一酸化窒素吸入療法など
11項目において新設及び見直し

82

再診料等の見直しについて

外来管理加算の見直し

- 時間の目安(いわゆる**5分ルール**)については**廃止**
- 「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、**要件を追加**
多忙等の理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合は算定不可

再診料の見直し

- **再診料**の病診統一
再診料(診療所) 71点 → 再診料 69点
再診料(病院) 60点

地域医療貢献に対する評価

- 患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有している診療所を評価
(新) 地域医療貢献加算 3点(再診料に加算)

83

医療安全対策の推進について

医療安全対策の充実

- **医療安全対策**の評価
医療安全対策加算(専従の医療安全管理者) 50点
➡ (新) 医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点
(新) 医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点
- **感染防止対策チーム**による抗菌薬適正使用等の取組の評価
(新) 感染防止対策加算 100点

医薬品安全管理の充実

- **医薬品安全管理**の評価
(新) 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

医療機器安全管理の充実

- **医療機器安全管理**の評価
医療機器安全管理料1 50点 → 100点
医療機器安全管理料2 1,000点 → 1,100点

84

人工腎臓の適正な評価について

評価体系の変更

- 外来/入院による区分から慢性維持透析/その他による区分へ
の見直し
- 薬価の引き下げに伴う**包括点数の見直し**

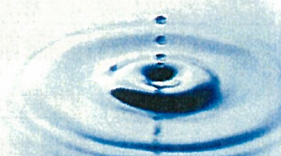
外来の患者 → 慢性維持透析の場合（区分変更）

4時間未満	2,117点 → 2,075点
4時間以上5時間未満	2,267点 → 2,235点
5時間以上	2,397点 → 2,370点
その他の場合	1,590点 → 1,580点

透析液水質確保加算

- **人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準を達成した場合の評価**

③ 透析液水質確保加算 10点



85

質が高く効率的な急性期入院医療の推進(DPC)

診療報酬改定の反映

- 入院基本料の早期の加算の引き上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、診断群分類点数表、医療機関別係数に反映

DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

- 調整係数による“上積み相当部分”のうち、**25%を新たな機能評価係数に置き換え**
- 以下の項目を新たな機能評価係数として導入
データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数、救急医療係数

診断群分類点数表の設定方法の見直し

- 診断群分類分岐のさらなる精緻化
- 点数設定の階段見直し(2種類→3種類)
- DPCにおける包括範囲の見直し

86

療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の再編成

➤ 評価区分の見直しと適正化

(単位:点)

【現行】

【算定要件】25:1配置
ただし医療区分2・3が6割以上の場合は20:1配置が必要

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	885	1,320	1,709
ADL 区分2	750		
ADL 区分1		1,198	



【改定後】

療養病棟入院基本料 1

【算定要件】20:1配置(医療区分2・3が6割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

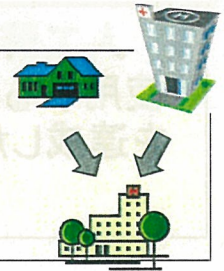
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

➤ 日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

初期加算の創設

➤ 後方病床機能の評価

- ⑨ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)
急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



87

疾患別リハビリテーションの充実

脳血管疾患に対するリハビリテーションの充実

➤ 脳血管疾患等リハビリテーションの評価の引き上げ

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点 → 245点(1単位につき)

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点 → 200点(1単位につき)

発症・術後早期の運動器リハビリテーションの充実

➤ 充実した体制による入院中の運動器リハビリテーションを評価

⑨ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点(1単位につき)

発症早期からのリハビリテーションの充実

➤ 早期リハビリテーション加算の引き上げ

早期リハビリテーション加算 30点 → 45点(1単位につき)

維持期のリハビリテーション

➤ 介護保険によるリハビリテーションの提供状況等を踏まえ、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供は継続

88

回復期リハビリテーション等の推進

回復期リハビリテーションの評価

- **回復期リハビリテーション病棟入院料**に、提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設けるとともに、評価を引き上げる

回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点→1,720点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること
- ・新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点→1,600点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること



亜急性期におけるリハビリテーションの充実

- **亜急性期病床**において充実したリハビリテーションを提供している場合を評価

(新)リハビリテーション提供体制加算 50点(1日につき)

89

在宅医療の評価について

訪問診療の評価

- **患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料**の評価

往診料 650点 → 720点

- **小児に対する在宅医療**の評価

(新)在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点

(新)退院時前在宅療養指導管理料 乳幼児 加算 200点

在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で**地域の在宅医療を支える病院**の評価

在宅療養支援病院の要件見直し

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- **入院医療から在宅医療への移行を推進**するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

在宅移行早期加算 100点

(新)

90

訪問看護の推進について①

患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる**訪問看護ステーション数の制限の緩和**

① **末期の悪性腫瘍等の利用者**で、訪問看護が**毎日必要**な利用者
2カ所→**3カ所**

② **特別訪問看護指示書の指示期間中**に週4日以上**の訪問看護**が
必要な利用者

1カ所→**2カ所**

患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

➤ **安全管理体制の整備**を要件とし**訪問看護管理療養費の引上げ**

訪問看護管理療養費(初日)	7,050円 → 7,300円
(2日目～12日目まで)	2,900円 → 2,950円

安全管理体制:

- ① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。
- ② 訪問先で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているなど

91

訪問看護の推進について②

乳幼児等への訪問看護の推進

➤ **乳幼児等への訪問看護の評価**

① 乳幼児加算(3歳未満)	500円※1 / 50点※2 (1日につき)
② 幼児加算(3歳以上6歳未満)	500円※1 / 50点※2 (1日につき)



訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

➤ 在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、**ターミナルケア**を行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、**医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合**においても評価

訪問看護ターミナルケア療養費※1 / ターミナルケア加算※2

患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ **重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)**のある者を重症者管理加算※1 / 在宅移行管理加算※2の対象として追加

※1 訪問看護療養費、※2 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

92

訪問看護の推進について③

患者の状態に応じた訪問看護の充実

- 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者^(注)に対し、看護師等が同時に複数の看護師等を行う訪問看護の評価

(新) 複数名訪問看護加算^{※1} / 複数名訪問看護・指導加算^{※2} (週1回)
 (看護師等の場合) 4,300円^{※1} / 430点^{※2}
 (准看護師の場合) 3,800円^{※1} / 380点^{※2}

(注) 対象となる利用者

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

※1 訪問看護療養費、※2 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

93

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の更なる使用促進

薬局における取組の評価等

- 後発医薬品の調剤数量の割合に応じて段階的な加算を適用
 後発医薬品調剤体制加算 4点 (処方せんベースの調剤率 30%以上)
 → 6点、13点、17点 (数量ベースの調剤率 20, 25, 30%以上)
- 「変更不可」欄に署名等のない処方せんの場合、含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を認める

※ 変更後の薬剤料が増えないことと、患者の同意を得ることが条件

含量違いの例 : 処方薬(10mg 1錠) → 後発医薬品(5mg 2錠)

類似した別剤形の例: 処方薬(カプセル剤) → 後発医薬品(錠剤)

医療機関における取組の評価

- 後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価した上で、使用を進める体制の評価(入院基本料への加算)

(新) 後発医薬品使用体制加算 30点

※ 採用品目数の割合が20%以上であること

94

検体検査の評価の充実について

検体検査管理加算(Ⅳ)の新設

➤ 大規模病院における手厚い検査体制の評価

現行		改定後	
検体検査管理加算(Ⅰ)	40点	検体検査管理加算(Ⅰ)	40点
検体検査管理加算(Ⅱ)	100点	検体検査管理加算(Ⅱ)	100点
検体検査管理加算(Ⅲ)	300点	検体検査管理加算(Ⅲ)	300点
		⑨ 検体検査管理加算(Ⅳ)	500点

(臨床検査技師10名以上)

検体検査実施料の見直し

➤ 人手のかかる検査等の評価(医療技術評価分科会)

細菌培養同定検査など 約20項目を見直し

外来迅速検体検査加算

➤ 外来受診中に結果が判明し治療方針へ反映される迅速検査の評価

外来迅速検体検査加算(5件まで) 5点 → 10点

95

効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

検体検査実施料の適正化について

➤ 衛生検査所等調査による実勢価格に基づく実施料の見直し

検体検査約620項目のうち
末梢血液一般検査など 約40項目を見直し

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

➤ 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術

早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740点 → 長径2cm以上 7,000点
その他のポリープ・粘膜切除術 5,730点 → 長径2cm未満 5,000点

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

➤ 使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき

眼科学的検査(矯正視力検査、精密眼圧測定など)	5項目
耳鼻科学的検査(標準純音聴力検査など)	2項目
内視鏡検査(喉頭ファイバースコープなど)	2項目
皮膚科処置(いぼ冷凍凝固法など)	4項目

を見直し

96

エックス線撮影料

デジタル撮影の新設

- デジタル撮影はアナログ撮影と比較して多くの利点を有している。
平成21年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを
踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別する。

E002 撮影

現行	
1 単純撮影	65点
2 特殊撮影	264点
3 造影剤使用撮影	148点
4 乳房撮影	196点



改定後		
1 単純撮影	イ アナログ撮影	60点
	ロ デジタル撮影	68点
2 特殊撮影	イ アナログ撮影	260点
	ロ デジタル撮影	270点
3 造影剤使用撮影	イ アナログ撮影	144点
	ロ デジタル撮影	154点
4 乳房撮影	イ アナログ撮影	192点
	ロ デジタル撮影	202点

電子画像管理加算

現行	
1 単純撮影	60点
2 特殊撮影	64点
3 造影剤使用撮影	72点
4 乳房撮影	60点



改定後	
1 単純撮影	57点
2 特殊撮影	58点
3 造影剤使用撮影	66点
4 乳房撮影	54点

※ デジタル
映像化処理
加算は廃止

97

後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者診療料関連の点数の廃止

- ・心身全体の管理を行う担当医の評価は高齢者に限って行われるべきでない
- ・本点数と機能が重複している生活習慣病管理料を全年齢対象とする

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

薬剤管理指導料退院時服薬指導加算

→ 退院時薬剤情報管理指導料



➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止 (栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)

98

先進医療からの保険導入

◎ 先進医療専門家会議で先進医療:103技術(平成22年1月現在)のうち、平成21年6月末までに実績報告が提出された94技術^{※1}について保険導入等を検討した。

→ 12技術が保険導入が適切と考えられ、中医協で承認された

- (1) 胎児心超音波検査
- (2) 子宮頸がん病変のHPV-DNA
- (3) 腹腔鏡下肝部分切除術
- (4) エキシマレーザーによる治療的角膜切除術
- (5) 神経変性疾患のDNA診断
- (6) 膀胱水圧拡張術(間質性膀胱炎に係るものに限る。)
- (7) 強度変調放射線治療
- (8) 抗EGFR抗体医薬投与前におけるKRAS遺伝子変異検査
- (9)^{※2} 腋窩リンパ節郭清術の実施前におけるセンチネルリンパ節の同定及び生検
(触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係るものであって、放射性同位元素及び色素を用いて行うものに限る。)
- (10)^{※2} 腋窩リンパ節郭清術の実施前におけるセンチネルリンパ節の同定及び生検
(触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係るものであって、色素を用いて行うものに限る。)
- (11)^{※2} 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節の同定、転移の検索及び遺伝子診断
(触診及び画像診断の結果、悪性黒色腫の遠隔転移が認められないものであって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていないものに限る。)
- (12)^{※2} 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節の同定及び転移の検索
(触診及び画像診断の結果、悪性黒色腫の遠隔転移が認められないものであって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていないものに限る。)

※1 この94技術には、平成20年7月から平成21年6月末までの実績報告のある第2項先進医療(90種類)に加えて、同期間に第3項先進医療(高度医療)としての実績報告があり、かつその後に第2項先進医療として承認された技術(4種類、※2参照)が含まれる。

※2 上記(9)～(12)については、2種類の第3項先進医療(高度医療)として実績を重ねた後、平成21年8月に医薬品(放射性同位元素及び色素)の薬事承認が得られたため、同年10月1日より4種類に再編成した上で第2項先進医療として実施されることになって現在に至る。

最近の日医総研の活動について

福岡県医師会

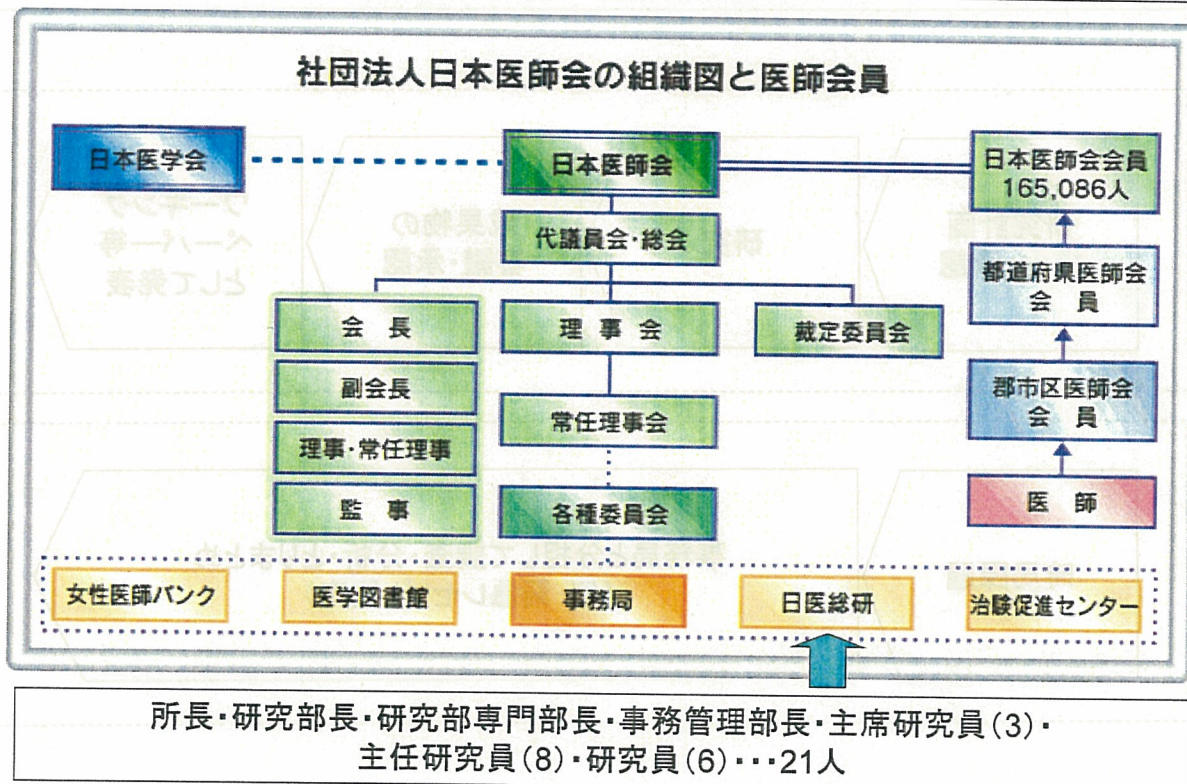
第3回各医師会長連絡協議会

2010年3月11日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

日医総研とは



2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

1

日医総研の研究員

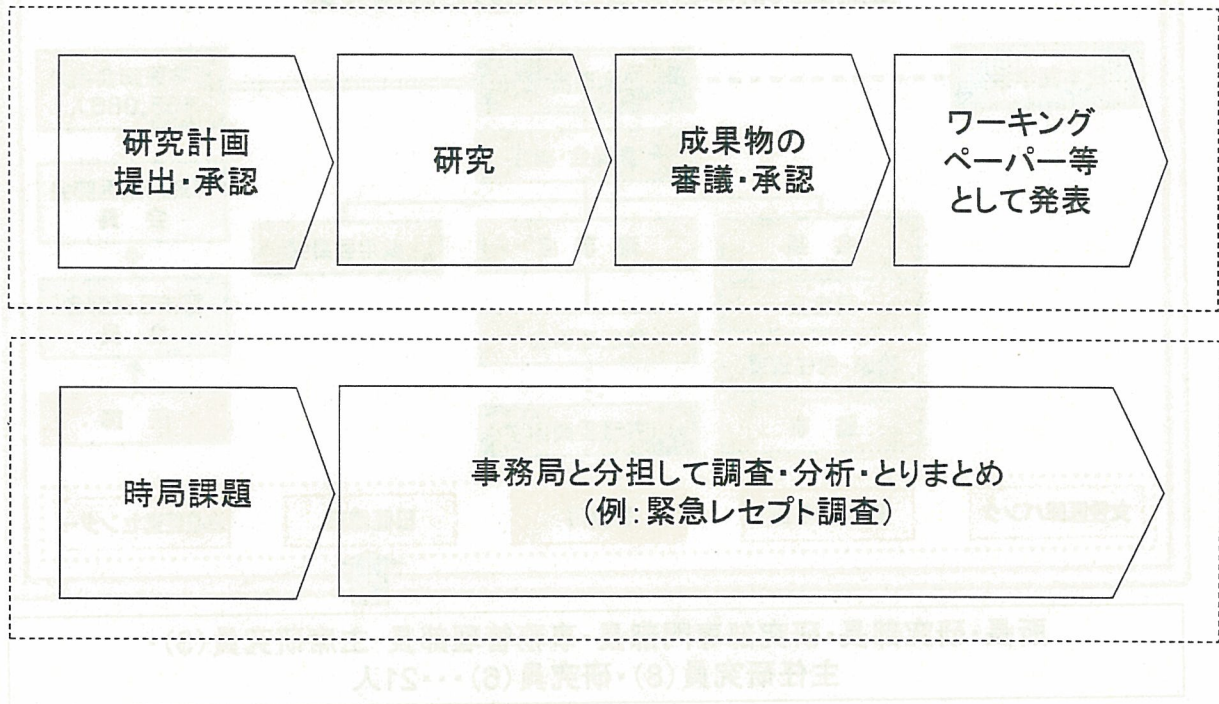
所長	竹嶋康弘
研究部長	澤倫太郎
研究部専門部長	前田由美子
事務管理部長	西澤直衛
主席研究員(3)	江口成美、尾崎孝良、畑仲卓司
主任研究員(8)	秋元宏、上野智明、角田政、西川好信、水谷渉、 森宏一郎、矢野一博、吉田澄人
研究員(6)	坂口一樹、佐藤和孝、鮫島信仁、出口真弓、野村真美、渡辺愛

特別研究員	尾身茂、武見敬三
客員研究員	窪寺健、谷田一久、土居文郎、永田高志、前田正一、松尾博哉
海外駐在研究員	奥田七峰子、佐瀬恵理子、ポールタルコット、三浦淑子
非常勤研究員	池上直巳、大道久、田中滋、マイケル・R・ライシュ

2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

2

日医総研の活動の流れ



2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

3

日医総研のワーキングペーパー等(2009年度)

社会保障政策・医療政策

二次医療圏別に見た医師不足と医師偏在(2008年版)	前田
医療関連データの国際比較	
開業動機と開業医(開設者)の実情に関するアンケート調査	
国家財政の分析 ―総予算・独立行政法人・「埋蔵金」―	
2008年度診療報酬改定後の医療費の動向分析	
DPCという診療報酬政策についての病院経営面からの分析	
国民皆保険制度の崩壊を止めるために ―患者一部(窓口)負担割合引き下げ等の検討―	
医療費抑制政策下での医療費分析	
医療・介護の経済波及効果と雇用創出効果	
市場原理主義が日本と日本の医療にもたらしたもの	

2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

4

日医総研のワーキングペーパー等(2009年度)

共同利用施設・医業経営等

平成20年度における特定健診等の実施状況と平成21年度の特定健診委託契約に関する考察	吉田・尾崎
平成21年度 医師会共同利用施設訪問看護ステーションの運営に関する実態調査	野村
地域医療を担う医師会病院等の運営課題把握のための研究	畑仲・吉田・佐藤
医師会臨床検査・健診センターの運営実態等に関する調査	吉田・佐藤
建設セカンドオピニオン提供体制のあり方に関する研究	畑仲
建設段階に応じた建設セカンドオピニオンに関する方法論の研究	畑仲・尾崎
老朽化した医師会館等整備対応のための建設実態把握に関する研究	畑仲
医療機関の安定的・持続的存続のための施設整備資金調達に関する研究	畑仲・尾崎・角田・吉田
臨床検査部門における特定健診基本健診項目の基準値の実態	佐藤・吉田

2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

5

日医総研のワーキングペーパー等(2009年度)

社会調査等

患者の期待権と無過失補償制度	尾崎
労働党政権による英国NHS改革はどう進んでいるか？	森
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	江口・出口
医師不足問題をどう捉えるべきか？	森
米国医療関連産業の政治力、米国政府の対日圧力、およびそれらがわが国の医療政策に与えてきた影響	坂口
病院・介護保険施設における地球温暖化対策自主行動計画フォローアップ等に関する調査研究	畑仲
「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」訪問看護ステーション調査	野村・出口
医師確保策 ―15ヶ国における産科医調査―	江口

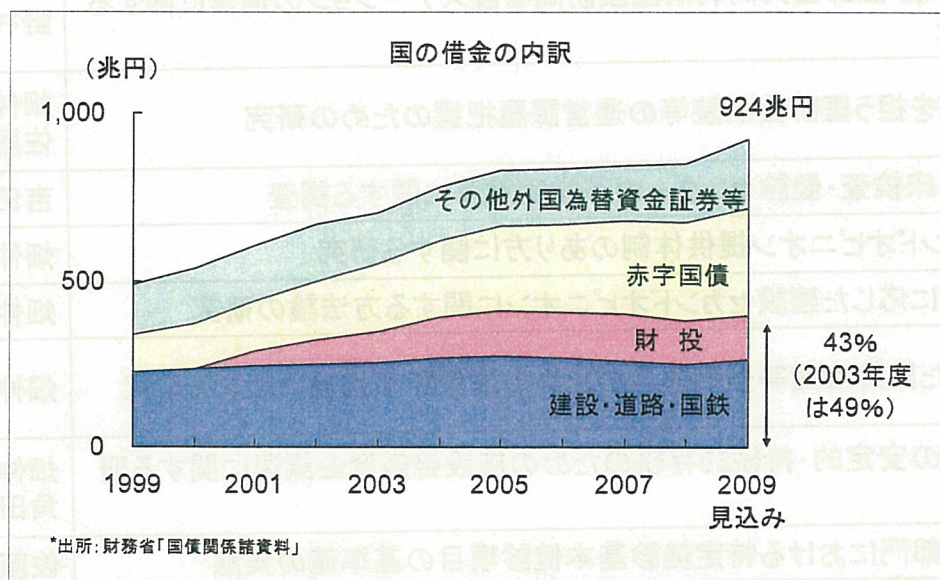
2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

6

「市場原理主義が日本と日本の医療にもたらしたもの」より

国の借金の4割強は「ハコモノ整備」のためのもの。社会保障費などが不足した場合に発行する特例国債(赤字国債)の割合は約3割。

日本の国債は「60年償還ルール」であり、現在も60年前の借金を引きずっている。

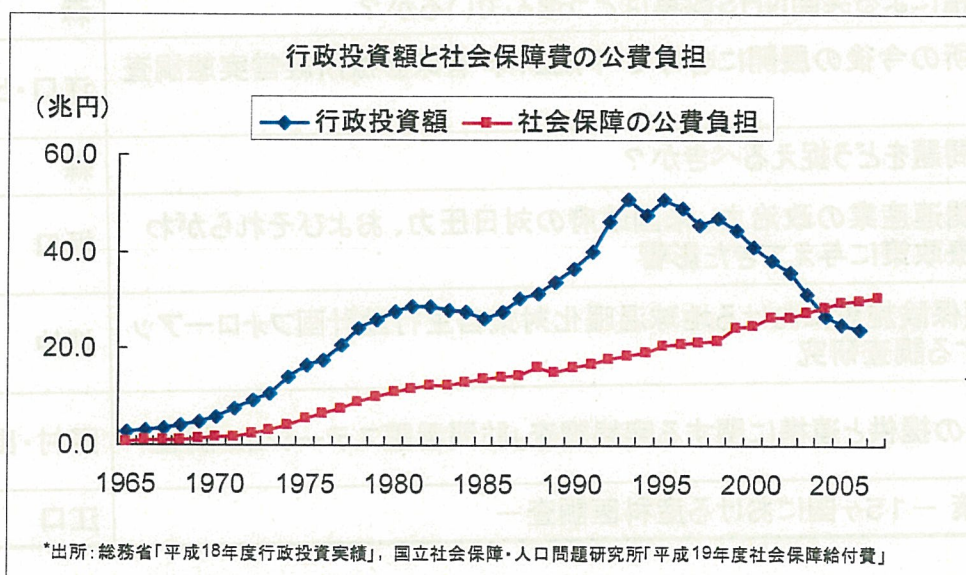


2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

7

「市場原理主義が日本と日本の医療にもたらしたもの」より

日本全体で見ると、社会保障費の公費負担が行政投資を上回るようになったのは、数年前のことである。



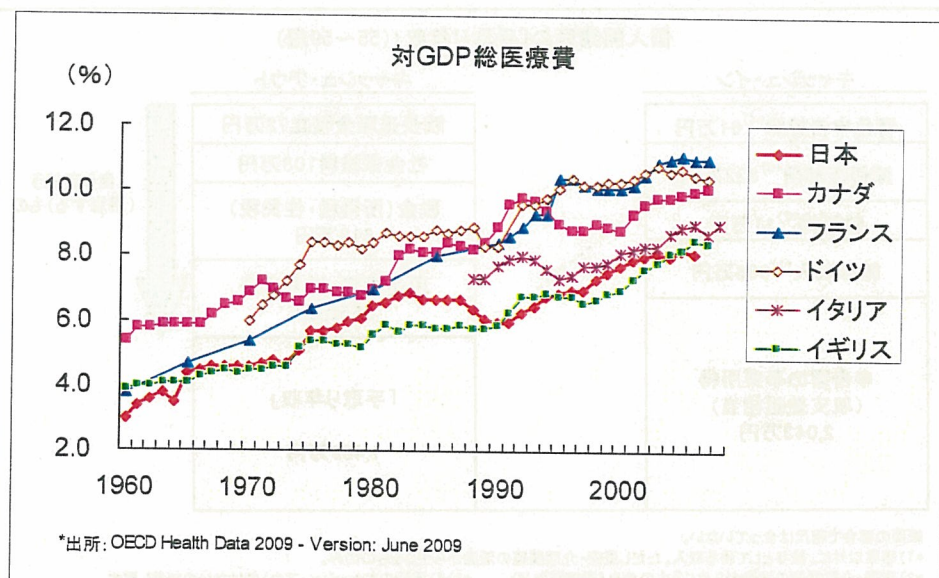
2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

8

「医療関連データの国際比較」より

日本の対GDP総医療費は、高度経済成長後の一時期に先進国に近づこうとした時期があったものの、長年にわたって低い水準を推移してきた。

一方、G7でかつて医療費水準があまり高くなかった国では、医療費を大胆に引き上げた時期がある。



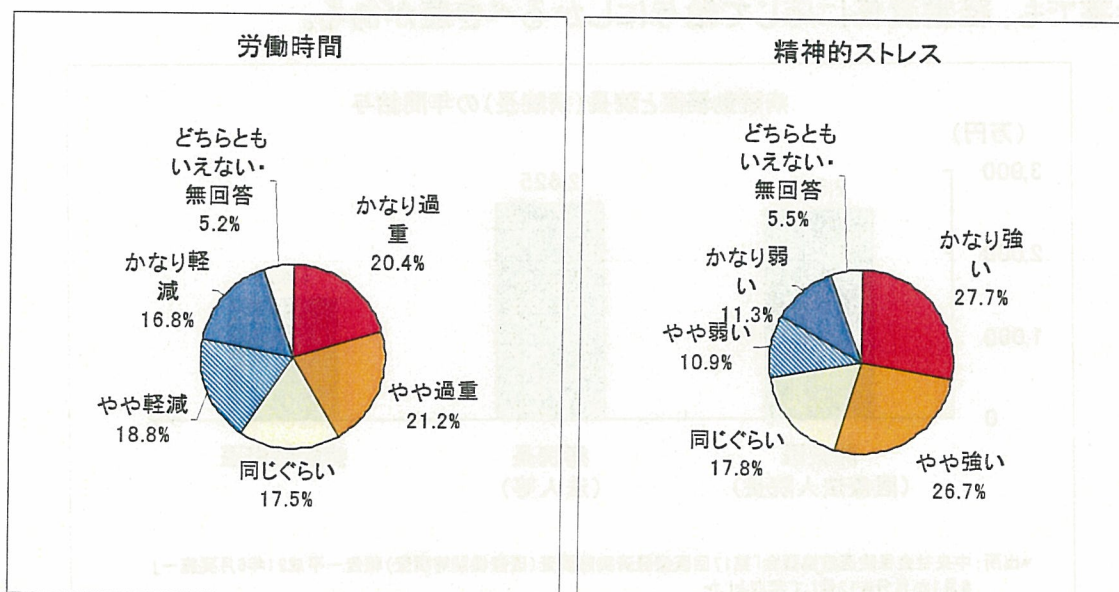
2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

9

「開業動機と開業医(開設者)の実情に関するアンケート調査」より

開業後も勤務医時代の過重労働が解消されているわけではない。
開業医の半数以上が、精神的ストレスの増加を感じている。

開業後の労働時間精神的ストレス(n=1,984)ー勤務医時代と比較してー

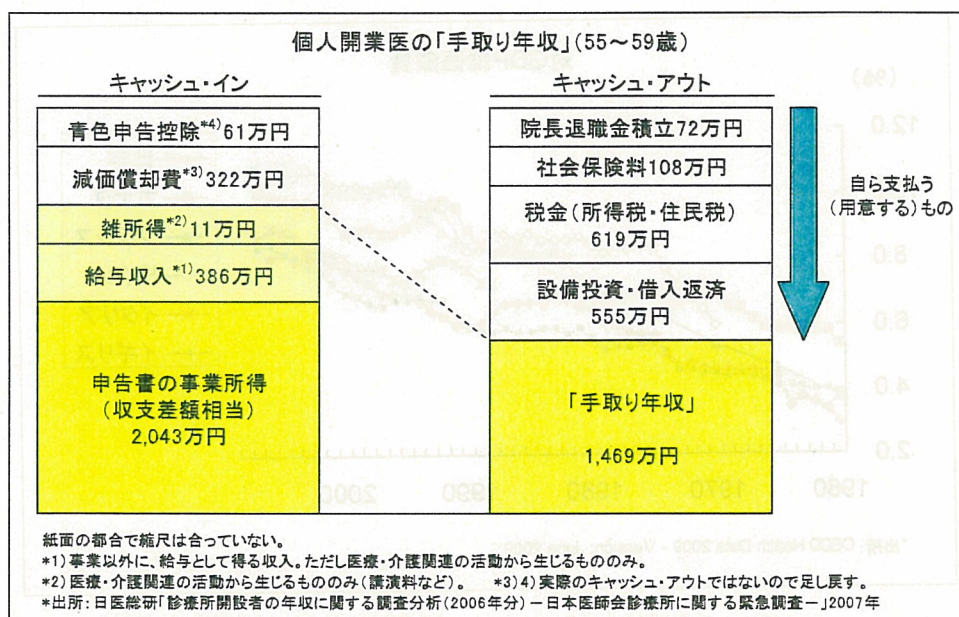


2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

10

事業仕分けの問題点(1)

財務省は、開業医(個人)の収支差額と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、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。サラリーマンの年収との比較は不可能。

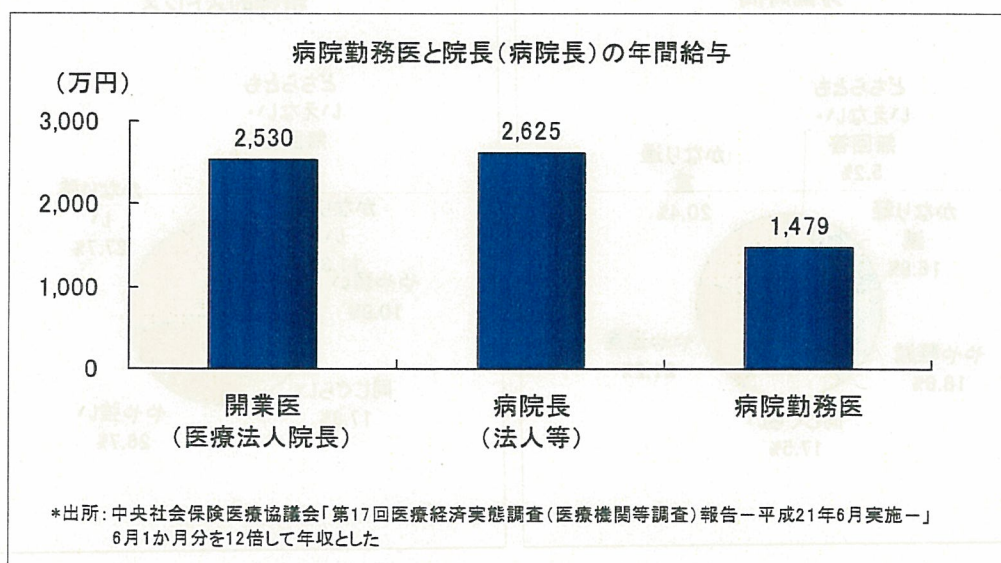


2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

11

事業仕分けの問題点(2)

財務省は、開業医(法人等)の給与は、病院勤務医の1.7倍であるとした。法人等では、院長も医師も「給与」として受け取るので比較は可能である。しかし、院長(病院長)には経営責任があることを考慮しなければならない。病院においても、経営者である病院長と勤務医とでは給与水準は異なり、一般企業でも、経営責任に応じて給与にしかるべき差がある。

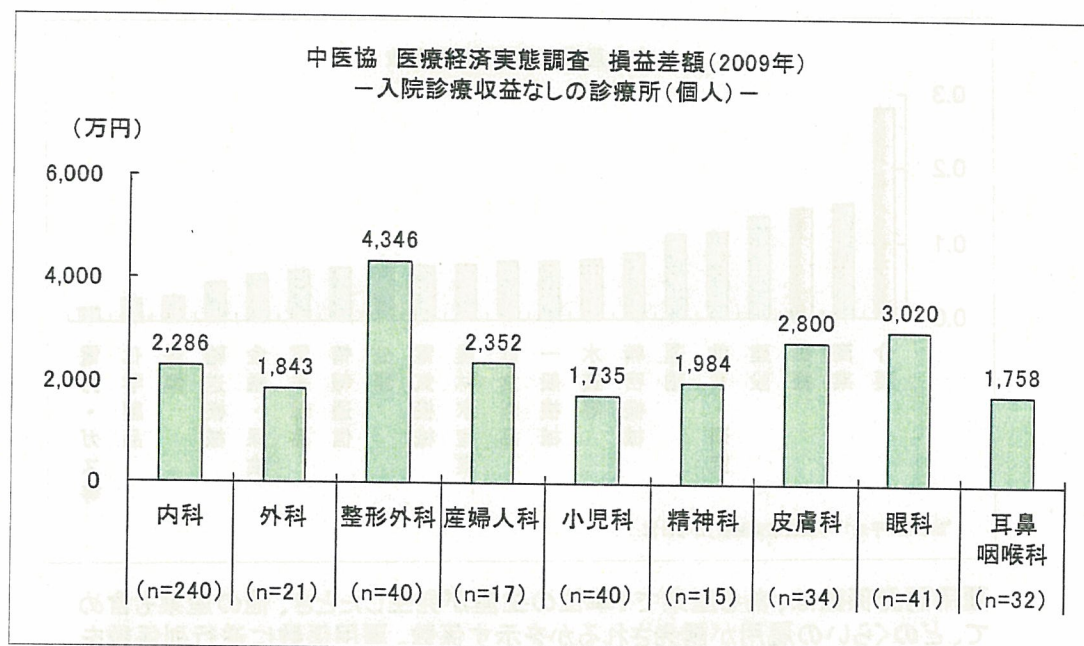


2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

12

中医協・医療経済実態調査の問題点

財務省は、医療経済実態調査を用いて、「収入が高い診療科の報酬は見直すべき」と主張した。しかし、同調査は、基本的に6月単月調査であり、客体数も少ない。

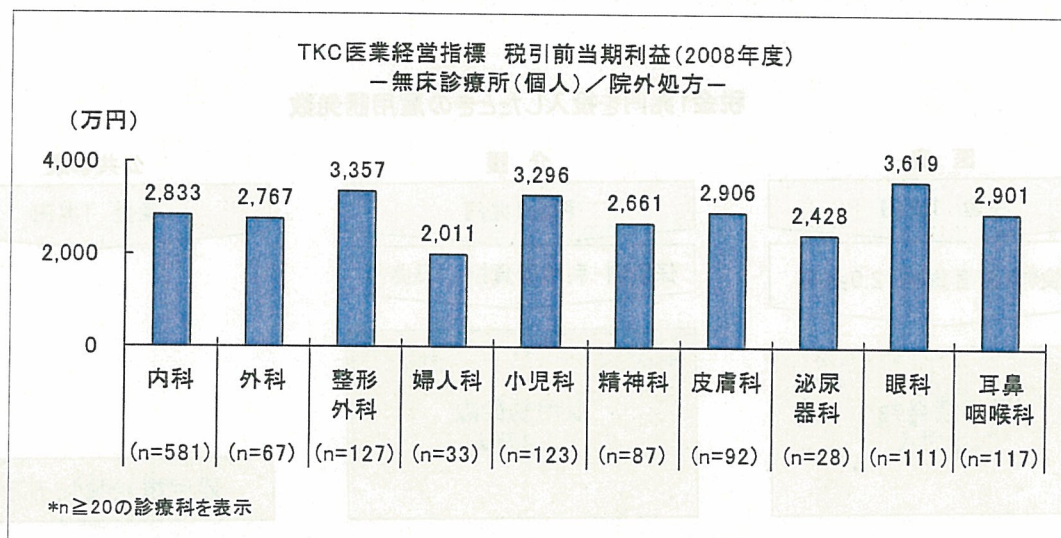


2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

13

TKC医業経営指標

決算データであり、一定の客体数が確保されているTKC医業経営指標では、婦人科の利益が少ないとはいえものの、突出した診療科は見られない。



【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。

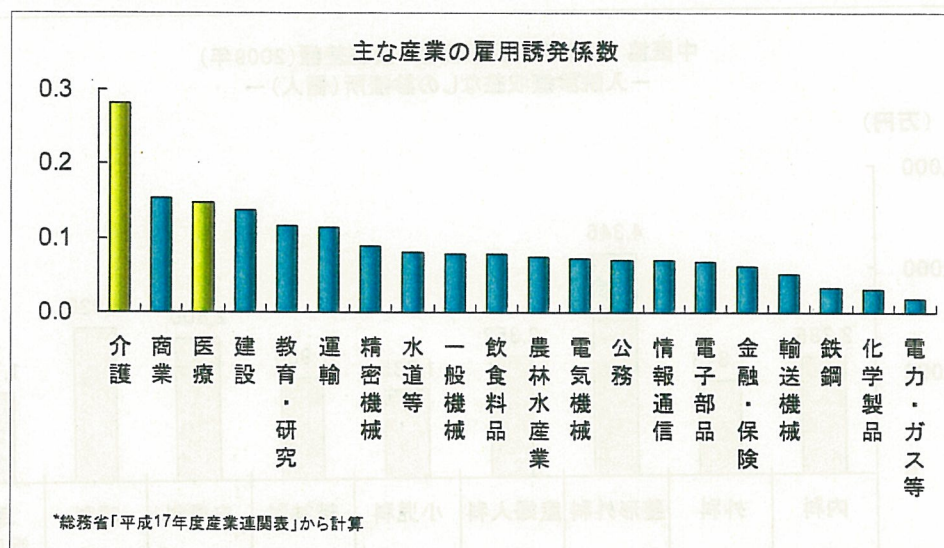
「TKC医業経営指標(M-BAST)」の編集に際しては、TKC会員、すなわち職業会計人の守秘義務を完全に擁護するため、調査対象先については、本書の財務データとして収録してよいかどうかの確認が個々のTKC会員に対して行われ、承認を得ることができなかった財務データは収録データから削除されています。また、一切の編集作業は、TKC会員名および病院の名称等を、あらかじめプログラムによって無条件に削除した上で、その複数の平均値を算出して編集されています。さらに、分類集計したデータが2件以下の場合、全体のデータには含めていますが個別の表示は省略されています。(出典:TKC医業経営指標(M-BAST))

2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

14

「医療・介護の経済波及効果と雇用創出効果」より

生産波及効果は公共事業のほうが大きいですが、医療、介護は雇用係数が非常に高く、医療、介護の雇用誘発係数は公共事業よりも高い。



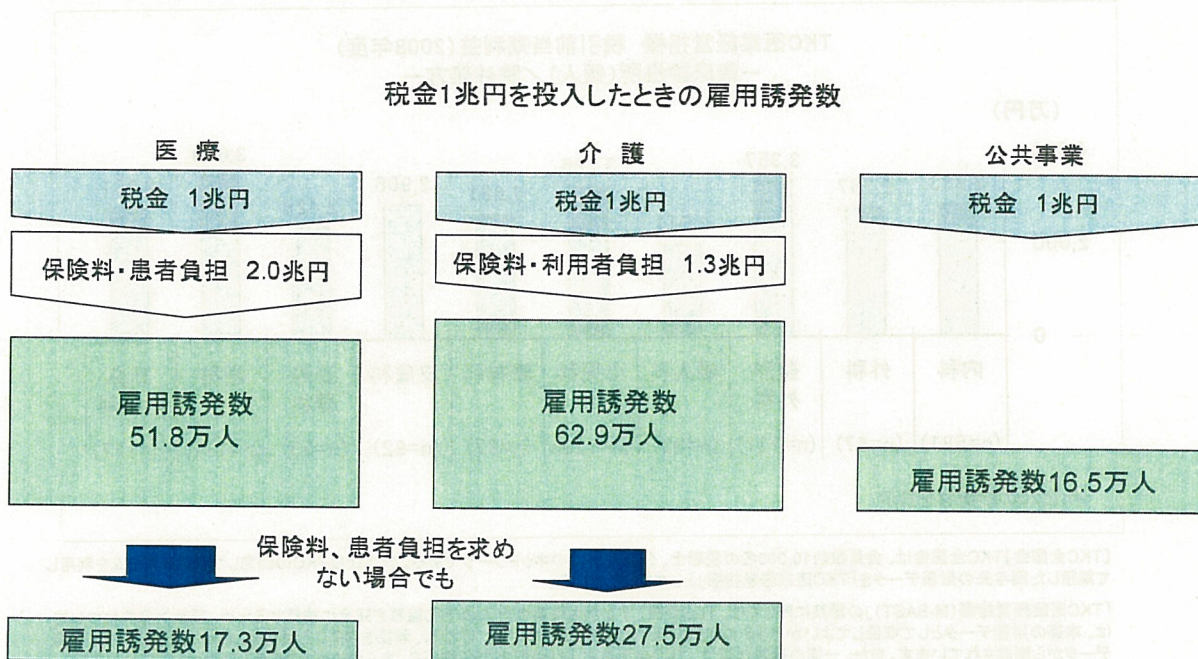
雇用誘発係数は、ある産業で1単位の生産が発生したとき、他の産業も含めて、どのくらいの雇用が誘発されるかを示す係数。雇用係数に逆行列係数を掛けて計算する。

2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

15

「医療・介護の経済波及効果と雇用創出効果」より

医療、介護にそれぞれ税金1兆円を投入すれば、100万人以上の雇用を創出できる。



2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

16

「二次医療圏別に見た医師不足と医師偏在(2008年版)」より

OECD加盟国間で医師数を比較する際には、一般に人口1,000人当たり医師数が用いられるが、医師数そのものだけでなく、人口もきわめて重要な要素。

二次医療圏	医療施設従事医師数		人口(万人)			人口1,000人対医師数		
	2006年	2008年	2007.3.31	2009.3.31	減	2006年	2008年	増
福岡・糸島	4,772	4,890	146.4	148.5		3.26	3.29	↑
粕屋	410	454	26.4	26.9		1.55	1.69	↑
宗像	247	225	15.1	15.1	↓	1.64	1.49	
筑紫	681	740	41.7	42.1		1.63	1.76	↑
朝倉	148	145	9.2	9.1	↓	1.60	1.60	
久留米	1,867	1,886	46.7	46.4	↓	4.00	4.06	↑
八女・筑後	263	269	14.2	14.0	↓	1.86	1.92	↑
有明	595	571	25.0	24.4	↓	2.38	2.34	
飯塚	486	506	19.4	19.2	↓	2.50	2.64	↑
直方・鞍手	188	179	11.8	11.7	↓	1.59	1.53	
田川	251	244	14.4	14.1	↓	1.74	1.73	
北九州	3,099	3,188	113.3	112.5	↓	2.74	2.83	↑
京築	274	260	19.4	19.3	↓	1.41	1.35	

*出所:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」

2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

17

「二次医療圏別に見た医師不足と医師偏在(2008年版)」より

地域の医師は、大学(医局)からの引き揚げだけでなく、事件性のある要因や病院経営形態の変化によっても集団で異動する。

減少数の多い二次医療圏

精神科

都道府県	二次医療圏	医療施設従事医師数(人)			増減率
		2006年	2008年	増減数	
長崎県	県央	53	45	-8	-15.1%
長野県	佐久	22	15	-7	-31.8%
福岡県	京築	23	16	-7	-30.4%

整形外科

都道府県	二次医療圏	医療施設従事医師数(人)			増減率
		2006年	2008年	増減数	
大阪府	大阪市	573	558	-15	-2.6%
千葉県	千葉	148	134	-14	-9.5%
福岡県	久留米	101	90	-11	-10.9%

*出所:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

2010.03.11 日本医師会総合政策研究機構

18

医療政策の提言に資するために

- 現場の声を分析する
 - ・まず現場の声が必要
 - ・しかし、それだけでは方向性は決まらない
- データをわかりやすく示す
 - ・誰に向けて、何のために示すのか