

医療サービスの機能強化と効率化・重点化
(行政刷新会議の評価結果等)

ワーキンググループB

B5-2

社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化

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

方向性

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

また、医療サービスの価格全体の前提となる診療報酬本体(医師の人件費等)については、

「据え置く」6名、「抑制」3名という意見があった
ことを重く受け止めて対応されたい。

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

論点①②

医師不足を改善するため、中期的に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 8名

医師不足を改善するため、リスクや勤務時間に応じて、診療科ごとの報酬
配分を見直す 9名

診療報酬本体(医師の人件費等)を

ア. 増やす 0名

イ. 据え置く 6名

ウ. 抑制 3名

その他 2名

(注:重複あり)

論点③

病院に対する加算を行った場合には、勤務医の人件費増につながるよう、
条件付けを行うべき 7名

病院に対する加算を行った場合には、勤務条件が厳しい診療科・部門の
勤務医に院内で重点的に処遇するよう、条件づけを行うべき 8名
病院に対する加算を行った場合には、勤務条件が厳しい診療科・部門の
病院勤務医の待遇を現在以上に改善する必要はない 0名
その他 3名
(注:重複あり)

とりまとめ(提言)

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

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

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

評価者の提言内容(評価シートに記載された提言事項)

(論点①)医療サービスの価格はどうあるべきか。

(論点②)今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。

- 勤務医の待遇改善、報酬アップ。但し、開業医でも、産科・小児科は待遇維持または改善すべき。
- 救急対応(急性期)の病院、医師への配分及び産科、小児科、内科、外科の報酬は上げ、皮膚科、眼科は大きく下げるべき。
- (開業医と勤務医の収入を)中長期的には均衡させる。
- (診療報酬本体を)極力抑制する。
- 地方における医師不足に対応するため、地域の国立大学病院の医学部に「県内枠」を設けて、地元の高校出身者を増やすことも検討すべき。
- ドイツのような公的医療保険における開業医の配置規制についても検討すべき。
- 開業医と勤務医のリスクや勤務状況をもっと直視した診療報酬のつけ方を改めてゆく。

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

- 「医師不足」がある以上、開業医と勤務医の平準化を進める方向で診療報酬配分を改めるべき。
- 眼科や皮膚科、泌尿器科といった医師数が増加している診療科には、特にターゲットを当てて診療報酬を引き下げる直接的な方策を講じるべき。
- 物価や民間企業の給与が下がる状況の下で、診療報酬本体のは据え置く(ゼロ改定)べき。今後も診療報酬改定時には、物価や民間企業給与の動向と連動させるべき。
- 勤務医に対して開業医の時間当たり報酬が相対的に高いため勤務医から開業医へシフトが生じている。これが医師不足の原因の一つ。格差を平準化させるべきだ。
- 診療別の価格が想定的に高い医師分野に民間が集まる傾向があるため、不足する診療科の報酬を想定的に引上げるべき。
- 自由参入(開業の場所、診療科目)にもかかわらず、医療サービスの価格が固定されており、医師の処遇は相当に恵まれている。報酬を引下げるべきだ。
- 公的病院の統合を進め、病床数を削減する。
- 医療は保険・公的負担で賄われている以上、厚労省は医療機関に対する管理を強化する。
- 供給側の効率化がここでの議論の中心であり、そのためには、病院・診療所でどのように機能分化が行われるべきかの議論が必要。
- ①規模による病院の機能に着目して、②勤務医であっても担っている機能に応じて、③報酬配分を見直すべき。その際、病院の集約化をすすめたり、医療法人のガバナンスの改革を行うべき。そのうえで、ホスピタルフィーの導入も検討すべき。
- 医療法人制度改革で法人のガバナンスをどのようにしていくのかの制度設計が必要になる。持分権の廃止だけで病院のガバナンスが改善するとは思えない。
- 医師不足、給与(収入)を含めて医師の待遇・格差の実態を正しく捉えることから議論を始めるべき。エビデンスベースの診療報酬の改正が不可欠。
- 中長期的には“ドクターフィー”の導入を。
- 当面は全病院調査(病院・医師センサス)の実施と実態の分析を。
- 診療報酬はマクロ＝総額を増やすのではなく政策目的に即したメリハリのある配分を。
- 医師不足の実態を地方自治体の方がより情報を有しているならば、診療報酬決定の一部(例士10%)を地方に分権化しては？
- 財政的に診療報酬が増やせない現状では勤務医の収入を増やす為に、開業医の収入を減らす方向も、タブーなく踏み込むべきだ。
- リスクの高い外科、産婦人科や、過労状態にある小児科の報酬はリスクや労働環境に応じて増加させるべき。
- 勤務医を増やす。開業医を減らす。メリハリをつけるべき。もちろん地域別の診療科別の医師不足の状況を勘案して、地域、診療科別のメリハリをつけるべき。
- 収入のみならず勤務時間や勤務地を考えないと医師不足は改善しないが、まず、当面の対応策と

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

して開業医と勤務医間の収入面での改善(平準化)を進める。

- 上記の方法論として、リスクが高い、また、勤務時間に応じて診療科ごとに報酬配分を見直す。病院に対してもリスクと勤務時間に応じて(診療報酬に応じて)人件費を割り当てるような制度を検討・導入する。
- 開業医・勤務医、診療科目によって上げるところと下げるところを設ける。

(論点③)病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

- 病院加算の内、一定の割合を Doctor Fee として勤務医に配分されるようにすべき。
- 上記中、条件の厳しい診療料の勤務医への Doctor Fee を厚くすることを義務付けるべき。
- ドクターフィーを導入する(中長期)
- 勤務医とのバランスをとるよう開業医への診療報酬は抑制
- 病院間の連携、看護師との業務分担の見直しの徹底
- 現行制度では病院経営の効率化＝収益性の向上を通じて勤務医の給与を増やすしかない?
- 地方の勤務医については定期的に都市部の大病院で検修を受けて技能の向上を促す仕組みがあっても良いのではないか?
- ドクターフィー、ホスピタルフィーの導入を通じて勤務医の待遇改善を進めるとともに、小病院を減らして大病院に集約化を促進すべき。
- 単純に給与を上げるだけでなく勤務医の労働時間、労働条件を改善するよう、病院数等の統合を図る。
- 各病院別の人件費割合や給与等を公開して政策評価の為の具体的な指標を定めるべき。
- 診療科別の給与や労働時間等も統計をとって公開すべき。
- 地域単位当たりの効率化が不足。公立病院などを垂直統合して、職能分化に基づく医療施設のダウンサイジングが必要。
- 医師でなくても可能な医療サービスは極力看護師、介護師でも供給可能に。これを行うことで医療コストを引き下げることが可能。同時に医師は医師でしかできない業務に従事可能。
- 病院に対してもリスクと勤務時間に応じて(診療報酬に応じて)人件費を割り当てるような制度を検討・導入する。
- 病院については、400床(又は500床以上)の病院と200床未満の中小病院は別けて考えるべき。前者は高次の医療サービスを担うが、後者は診療所とあまり変わらない。
- (選択肢①について)高次機能を担う大病院については、人件費増を認めてもいい。
- (選択肢②について)そのとおりである。
- (選択肢③について)高次機能病院と療養型病院とは区別して議論すべき。療養病床のあり方については、もう少し考える必要がある。
- 療養病床の監理及び診療報酬の改善について、現在の診療報酬の包括化の区分はまだ改善の余地がある。介護療養病床の他施設への転換をすすめるスピードをあげるべき。
- 地域医療、特に過疎地勤務の医師の報酬、待遇を改善(アップ)すべき。その為には、地域＝保険者が一定程度診療報酬を決められるよう、スピード感を持って決断すべき。
- 勤務条件が厳しい診療科目や地域の医師や看護職員の待遇改善につながるよう条件付けを行うべき。

施策・事業シート

医療サービスの機能強化と効率化・重点化

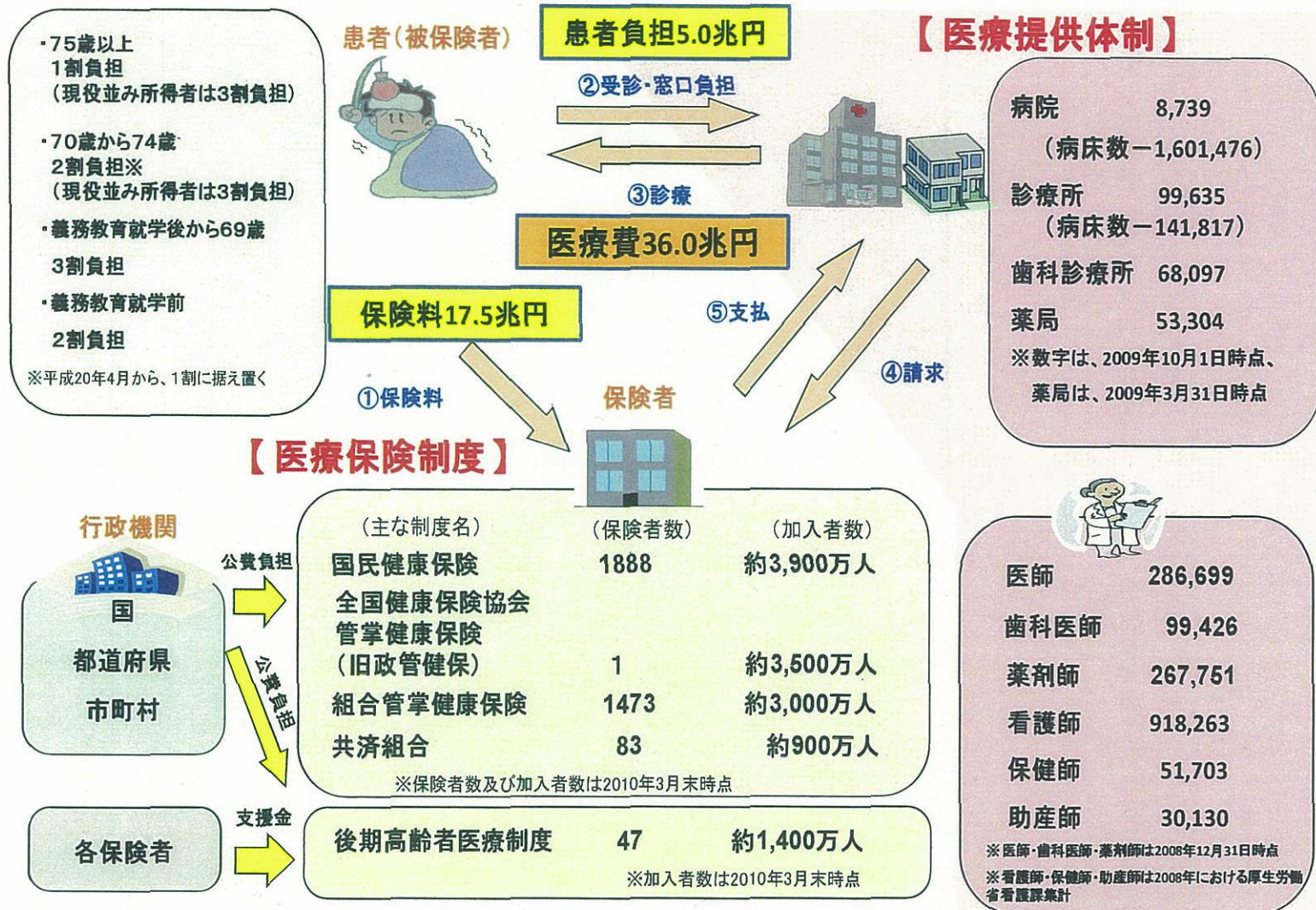
実施/事業名	医療サービスの機能強化と効率化・重点化						
担当府省庁	厚生労働省	担当部局庁・課室	保険局・医政局	作成責任者	保険局総務課長 木下 賢志 医政局総務課長 池永 敬康		
主な関係法令	医療保険制度:健康保険法、国民健康保険法、高齢者医療確保法 医療提供体制:医療法、医師法等			主な関係府省庁	財務省、総務省		
主な計画(閣議決定等)	社会保障・税一体改革成案(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)			主な審議会等	社会保障審議会医療保険部会・医療部会、中央社会保険医療協議会		
関係施策名	医療保険給付費国庫負担金等						
実施/事業目的 (ミッション/何のために)	○少子高齢化の進行、経済状況の変化、医療の高度化等に対応し、「社会保障・税一体改革成案」を踏まえ、地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図るとともに、セーフティネット機能を強化し、給付の重点化・制度運営の効率化を図り、誰もが良質な医療サービスを受けられるようにする。						
実施/事業目標 (ターゲット/どこまで)	○健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、各医療保険者に対し医療費等に要する費用の一部を負担する。(主な国庫負担割合:協会けんぽ:164/1000、市町村国保:34/100及び9/100、後期高齢者医療:3/12及び1/12等) ○国民が安心して良質な医療を受けることができる体制を整備する。						
主な手段	○国民健康保険制度、健康保険制度、高齢者医療制度 ○医療保険給付費国庫負担金等						
主な成果目標及び成果実績	成果指標		単位	20年度	21年度	22年度	目標値 (何年度)
		成果実績	-	-	-	-	-
		達成度:	-	-	-	-	-
主な対象 (N/P/E対象)	国民						
施策①	医療保険制度						
制度等 (主要6件)	①市町村国保 (1,723)	②協会けんぽ (1)	③健保組合 (1,473)	④後期高齢者医療 広域連合(47)	⑤国民健康保険組合 (165)		
	国民健康保険制度	健康保険制度	健康保険制度	後期高齢者医療制度	国民健康保険制度		
	8,555,005 百万円	4,451,273 百万円	3,344,264 百万円	11,040,294 百万円	496,810 百万円		
	2,937,358 百万円	955,626 百万円	2,841 百万円	3,543,944 百万円	301,140 百万円		
	36,059 千人	34,807 千人	29,951 千人	13,616 千人	3,475 千人		
名称	I 医療保険給付費 国庫負担金等	II 後期高齢者医療 制度事業費補助金	III 高齢者医療運営 円滑化等補助金	IV 健康保険組合給 付費等臨時補助金	V 国民健康保険組 合出産育児一時金 等補助金		
	8,741,306 百万円	6,314 百万円	30,879 百万円	1,642 百万円	4,729 百万円		
事業等 (主要)	全国健康保険協会 管掌健康保険(以下、「協会けんぽ」という。)、国民健康保険及び後期高齢者医療等の健全な運営を図るため、健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、医療費等に要する費用の一部を負担する。		後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」と言う。)に対して、後期高齢者医療に係る事業を円滑に実施するために、広域連合が実施する、健康診査事業、保険者機能強化事業及び特別高額医療費共同事業に要する経費の一部について補助するものである。	高齢者医療制度の基盤の安定化を図るため、被用者保険の保険者の後期高齢者支援金等の負担を緩和するための助成及び特定保健指導等の実施に対する助成を行う。	健康保険事業の運営に支障を来す恐れのある健保組合に対し、国庫補助により事業の円滑な運営を図り、解散抑止に資する。	国保組合に対し、①「出産育児一時金補助金」、②「高額医療費共同事業補助金」、③「国民健康保険特別対策費補助金(平成23年度から廃止)」を交付することにより、国民健康保険事業の適正な運営を確保するとともに、国保組合財政の安定化に資することを目的とする。	

施策②		医療提供体制				
制度等 (主要5种)	名称					
	給付費					
事業等 (主要)	名称	I. 医療提供体制推進事業	II. へき地における医療提供等の実施	III. 災害時における医療提供体制の確保	IV. チーム医療実証事業	
	予算額等	25,939百万円	1,385百万円	154百万円	365百万円	
事業概要		都道府県が策定する医療計画に基づき、救急医療対策、周産期医療対策、看護職員確保対策、歯科保健医療対策等の事業を実施するため、医療施設等の運営及び設備整備等に必要経費について財政支援を行う。	巡回診療等によるへき地における住民の医療の確保等のための財政支援を行う。	地震等大規模災害発生時に一人でも多くの命を救うため、急性期に活動する災害派遣医療チーム(DMAT)の養成や、被害状況等を迅速かつ的確に把握するための広域情報ネットワークの構築など、災害時における医療提供体制の確保のための財政支援を行う。	看護師、薬剤師等医療関係職種の利用の推進や役割の拡大によりチーム医療を推進し、各職種の業務の効率化・負担軽減等を図るとともに、質の高い医療サービスを実現するため、チーム医療の安全性や効果の実証を行う。	
名称		医療保険給付費 国庫負担金等	救命救急センター 運営事業	へき地医療拠点病院 運営事業	広域災害・救急医療 情報システム経費	チーム医療実証事業
役割分担	国の実施する必要性(国の主体による実施の可否)	全国健康保険協会管掌健康保険(以下、「協会けんぽ」という。)、国民健康保険及び後期高齢者医療等の健全な運営を図るため、健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、医療費等に要する費用の一部を負担するものであり、国が実施する必要がある。	医療計画に基づき行われる、救命救急センターの全国的な整備を推進するため、国が支援を行う必要がある。	へき地においては、地理的条件等から医療機関を容易に利用できない状況にある。このため、国がナショナルミニマムとして医療提供体制を支援し、等しく医療を受けられる環境を整備する責務がある。	広域災害医療体制の確保を図るため、国が主体となって、全国的な災害医療情報等の集約を行う必要がある。	本事業の目的は、「チーム医療」を全国的に推進、普及していくことにあるため、国で実施する必要性がある。また、「チーム医療」の推進は、医療提供体制に関する施策全般に関わるものであり他の施策と整合性をとらなければならず、また、医療関係職種の業務拡大という資格法上の対応にもつながる可能性があるため、国が関与する必要がある。
	地方との連携(役割分担)(地方公共団体による実施の可否)	-	国が運営方針を示し、県が医療計画を定め、県の要請に基づき医療機関が実施。	国が運営基準を作成し、都道府県が実施。	県が運営する救急医療情報センターと連動し、各地域の情報収集を行う。	-
	民間との連携(役割分担)(民間による実施状況)	-	-	-	-	本事業は、医療現場におけるチーム医療の取組の効果・課題等のデータを収集することを目的としており、医療機関に委託して実施している。
従事者数(概数)		医師数286,699人、歯科医師数99,426人、看護師918,263人等(平成20年現在)				
国内産業規模		-				

	課題	検討状況	
これまで指摘されている課題と検討状況	<p>地域の実情に応じた医療サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。</p> <p>※社会保障・税一体改革成案における医療提供体制に係る改革の主な検討項目</p> <p>①病院・病床機能の分化・強化と連携 ②地域間・診療科間の偏在の是正 ③在宅医療の充実</p>	<p>社会保障審議会医療保険部会・医療部会、中央社会保険医療協議会において検討中。</p>	
	<p>医療保険制度のセーフティネットとしての機能を強化するとともに、給付の重点化、制度運営の効率化を図る。</p> <p>※社会保障・税一体改革成案における医療保険制度改革の主な検討項目</p> <p>①短時間労働者への被用者保険の適用拡大 ②高額療養費の自己負担限度額の見直しと受診時における定額負担の導入 ③高齢者医療制度の見直し ④国保の財政基盤の安定化・強化・広域化</p>	<p>社会保障審議会医療保険部会において検討中。</p> <p>※被用者保険の適用拡大については、社会保障審議会短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会において、年金改革とあわせて検討中。</p> <p>※「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」を設け、事務レベルのワーキンググループを平成23年2月より計5回開催（平成23年10月24日には政務レベルの協議を開催）</p>	
	番号・対象(事業等)	評価結果	対応状況の概要
	34・後発品のある先発品などの薬価の見直し	<p>事業仕分け第1弾の評価結果を受け、「社会保障審議会医療保険部会（平成21年11月25日、12月8日）において『市販類似薬は保険外とする』ことについて議論を行った上で、保険外とすることは見送った。」とのことであり、その後、次回診療報酬改定に向けて事業仕分け第1弾における「後発品のある先発品などの薬価の見直し」の評価結果に則して、どの範囲を保険適用外にするかについての議論は行われていない。</p>	<p>「市販類似薬品は保険外とする」ことについては、医療保険部会において議論したところ（平成22年12月2日）、高齢の女性（漢方薬）や小児（うがい薬・かぜ薬）を中心に、国民生活に大きな影響を与えることとなるから、患者負担になるものであり、反対とのことであった。</p> <p>平成23年10月26日に開催された医療保険部会においても、「市販品類似薬品は保険外とする」ことについては、「安価な薬剤を選択しづらくなり、かえって高額な薬剤が増える」「日本の患者負担は小さくないが、その負担がさらに大きくなる」といった反対意見があった。</p>
35・その他医療関係の適正化・効率化（①レセプト審査の適正化対策）（②国保中央会・国保連に対する補助金（国保連・支払基金の統合））	<p>事業仕分け第1弾の評価結果を受け、『厚生労働省内に「審査支払機関の在り方に関する検討会」を設けて議論を行っている』とのことであるが、事業仕分け第1弾における「その他医療関係の適正化・効率化（①レセプト審査の適正化対策、②国保中央会・国保連に対する補助金（国保連・支払基金の統合）」の評価結果に則したレセプト審査率と手数料の連動及び国保連・支払基金の統合といった見直しが行われていない。</p>	<p>「レセプト審査率と手数料の連動」と「国保連と支払基金の統合」については、厚生労働省の「審査支払機関の在り方に関する検討会」において、平成22年4月以降11回にわたり議論を行い、同年12月に「議論の中間的整理」をとりまとめ、公表。その中で、</p> <p>①審査手数料と査定率との連動は、「審査委員会の審査は、医師又は歯科医師の専門的知見に基づく判断であり、審査手数料と査定率との連動は、査定のインセンティブになりえない。」</p> <p>②国保連・支払基金の統合は、「組織の在り方について、定量的な検証や効果・留意点を含め、統合と競争の観点から引き続き検討。」と整理されたところ。</p> <p>②について、支払基金と国保連では、審査手数料の引き下げとともに、審査の質の向上と判断基準の統一化のため、共通の「審査情報提供事例」の改訂・公表（23年9月）や、都道府県レベルの判断基準の統一化のための会議の設置（47都道府県のうち39都道府県で実施）に取り組んでいる。</p>	

<p>これまでの事業仕分け・規制仕分けにおける対象、評価結果、対応状況の概要</p>	<p>36・その他医療関係の適正化・効率化(③入院時の食費・居住費のあり方)</p>	<p>事業仕分け第1弾の評価結果を受け、「社会保障審議会医療保険部会(平成21年11月25日、12月8日)において、食費・居住費(光熱水費)の引上げの範囲・対象者、引き上げ額をどうするか等について議論を行った上で、見直しを盛り込むことについては見送った。」とのことであるが、その後、事業仕分け第1弾における「その他医療関係の適正化・効率化(③入院時の食費・居住費のあり方)」の評価結果に則した次回診療報酬改定に向けて入院時の食費・居住費の見直しが行われていない。</p>	<p>入院時の食費・居住費の見直しは、昨年の社会保障審議会医療保険部会において議論を行ったが、見直しを行わないとの合意が得られたため、23年度に対応は行っていない。 また、今年の社会保障審議会医療保険部会でも11月9日に議論を行ったが、負担の引き上げには、反対や慎重な意見が多かった。</p>
	<p>A-10所得水準の高い国民健康保険組合への補助金の見直し</p>	<p>見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)</p>	<p>平成22年12月の予算大臣折衝の結果、事業仕分けの結論に沿って見直しを行うこととし、国民健康保険法の改正が必要な事項は、平成24年4月からの実施を念頭に、前通常国会に提出することを目指していたが、一括改正を予定していた高齢者医療制度廃止法案の調整が整わず、前通常国会への提出は見送った。 国保組合に対する国庫補助の見直しについては、社会保障・税一体改革成案に盛り込まれているため、医療保険制度改革の一環として、次期通常国会への法案提出を目指している。 なお、法律改正が必要でない事項については、平成23年度から見直しを実施済。</p>
	<p>A-15高齢者医療運営円滑化等補助金</p>	<p>見直しを行う(運営に困難をきたしている保険者に限定)</p>	<p>対応済み(運営に困難をきたしている保険者に助成対象を限定)</p>
	<p>2-9 医師確保、救急・周産期対策の補助金等(一部モデル事業)</p>	<p>予算要求の縮減(半額)</p>	<p>○診療報酬改定を踏まえた削減、 ○真に必要な事業への絞り込みに伴う削減、 により予算要求からほぼ半額に縮減。</p>
	<p>A-9 医師確保、救急・周産期対策の補助金等</p>	<p>見直しを行う</p>	<p>診療報酬改定で対応可能な事業の廃止等を行うとともに、不用額を確実に反映。</p>
<p>特記事項</p>			

我が国の医療制度の概要



施策・事業シート(関連事業一覧)

施策/事業名		医療サービスの機能強化と効率化・重点化			
事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0021	中毒情報センター情報基盤整備費	財団法人日本中毒情報センターが行う以下の事業に必要な経費(情報システム運用経費等)について、財政支援を行う。 (1)化学物質等によって起こる急性中毒に関する情報の収集及び提供 (2)(1)により収集した情報の整理集積 (3)急性中毒に関する情報提供に必要な基礎資料の作成(4)24時間体制で医師の適切な指示が受けられる体制の確保	15	15	15
0022	救急医療支援センター運営事業	「救急医療支援センター」として、小児科を含む専門医を休日・夜間に常駐させ、ITネットワークを活用する等により、地域の二次医療機関及び救命救急センターの診断・治療の支援を行う医療機関に対して財政支援を行う。	109	109	109
0025	へき地における医療提供体制整備の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・へき地医療拠点病院等への医療従事者の派遣要請に関する事。 ・へき地医療拠点病院における医師・歯科医師等派遣登録業務、当該人材のへき地診療所等及び特例措置許可病院への派遣業務に係る指導・調整に関する事。 ・へき地医療拠点病院における巡回診療の実施に関する事。 ・へき地診療所等への医師の派遣(へき地診療所等の医師の休暇時等における代替医師の派遣を含む。)の実施に関する事。 ・へき地従事者に対する研修計画・プログラム作成、キャリア形成推進に関する事。 ・ドクタープール機能の機能の強化 ・へき地医療支援機構交流促進会議の開催。 	248	294	259
0026	へき地における医療提供等の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事。 ・へき地診療所等への代診医等の派遣及び技術指導、援助に関する事。 ・特例措置許可病院への医師の派遣に関する事。 ・派遣医師等の確保に関する事。 ・へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関する事。 ・総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関する事。 ・遠隔医療等の各種診療支援に関する事。 	1,408	1,385	1,337
0027	医療施設の耐震化	未耐震の災害拠点病院、救命救急センター、二次救急医療機関が行う耐震化のための新築、増改築、耐震補強工事について、各都道府県に基金を設置し費用を助成する。	36,059	21	21
0029	災害時における医療提供体制の確保	DMAT養成研修では災害時に限られた医療物資や場所・時間、また人的制約を受けるなど、非常に厳しい環境を想定した医療活動や、トリアージや航空機内での医療提供など特殊かつ専門的な知識を受講者に習得させるとともに、災害時を想定した実動訓練、ヘリコプターでの情報収集、広域災害に対応できる効果的な広域情報ネットワークの構築を行い、災害時の医療体制の確保を図る。	147	6,444	195

事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0030	へき地歯科巡回診療車運営事業	歯科医療の提供が不十分なへき地における住民(人口概ね15,000人)の歯科医療の確保を図るため、地方公共団体等が行う、巡回診療の施策に対する補助。(人件費、旅費、医薬品等購入費、自動車燃料費、自動車維持費)	6.4	4	4
0031	沖縄へき地歯科診療班運営事業	歯科医療の提供が不十分な沖縄県のへき地における住民の歯科医療確保を図るため、地方公共団体等が行う、巡回診療の施策に対する補助。(人件費、旅費、医薬品等消耗品費、会議費)	4.2	4.2	4.2
0032	離島歯科診療班運営事業	歯科医療の提供が不十分な離島における住民の歯科医療確保を図るため、地方公共団体等が行う、巡回診療の施策に対する補助。(人件費、旅費、医薬品等購入費)	1.9	1.9	1.9
0033	医療問題調査費	我が国における医療体制の一層の質的な充実等を図るため、現在の医療体制の問題やあり方等について検討会を開催して、有識者を招聘し検討を行う。	20	20	49
0034	医療機能情報集約システム経費	病院等から各都道府県に提出された医療機能情報について、各都道府県から厚生労働省に電子媒体で提出させ、当該情報を集約し、データベース化する。	12	12	12
0035	医療施設指導等経費	救急・災害・へき地医療及び院内感染に関する諸方策等の検討、医療計画の推進にかかる指導、医療機関の経営管理改善施策の推進、医療法人設立許可等の事務処理と適正な管理運営のための指導及び医療監視業務等の指導を行う。	9	9	9
0036	地域医療支援中央会議	「地域医療支援中央会議」を開催し、地域医療の確保に関する好事例の収集・調査・紹介を行う。	3	3	3
0037	地域医療推進専門家養成事業	医療計画の推進は、都道府県における主体的な施策の実施が必要である。そのため、地方自治体職員には、関係法令及び制度についての理解、関係データの収集、評価及び分析手法等の実践的技術、関係者間の調整能力等を身につけるための研修を行う。	2	2	2
0039	医療施設経営安定化対策費	医療施設経営に影響を与える諸制度や環境に関して、調査課題を設定した上で、民間シンクタンクの調査ノウハウ等を活用して調査研究するものである。	17	17	17

事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0045	医療施設の施設整備の支援	下記の事業等について病院等の建物の整備を行う場合の経費の補助を行う。 ・へき地関係:へき地医療拠点病院、へき地診療所、過疎地域特定診療所、へき地保健指導所、離島等患者宿泊施設 ・臨床研修関係:研修医のための研修施設、臨床研修病院、研修医環境整備 ・産科:産科医療機関施設整備 ・医療計画等の推進に関する事業 ・施設環境等の改善に関する事業 ・医療従事者の養成力の発揮に関する事業	8,315	9,263	4,842
0063	女性医師支援センター事業	・女性医師に関するデータベースをコンピュータに構築し、他方、医師の採用を希望する医療機関の情報収集を行い、就業希望条件が適合する女性医師に対して当該医療機関を紹介し、採用に至るまでの間の支援を行う。また、女性医師バンクの啓発普及並びに必要に応じて実情把握調査を行う。 ・就業を希望する女性医師に対して最近における医療についての知識及び技術を修得させ、現場復帰を容易にするための講習、医師の採用を希望する医療機関に対する環境整備等に関する講習会及び若手女性医師・女子医学生を対象として女性医師のキャリア継続に関する講習会等の実施及び支援を行う。	156	150	175
0066	看護師等養成所運営費	看護職員確保の一つである「養成力の確保」として、看護師等養成所の教育内容の充実を図り、看護教育の魅力を高め、養成所の運営の適正化を図るため、養成所の運営を行う。	4,937	4,577	4,512
0068	中央ナースセンター事業	求人・求職情報の提供や無料職業紹介など、潜在看護職員の再就業の促進を図る。	114	114	114
0069	看護職員確保対策特別事業	厚生労働大臣が認める者が創意工夫を凝らし、地域の実情に応じた効果的・効率的な看護職員の離職防止対策をはじめとした総合的な看護職員確保対策に関する特別事業について助成し、より具体的な事業展開を図る。	71	66	66
0217	医療保険給付費国庫負担金等	健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、各医療保険者に対し医療費等に要する費用の一部を負担する。 (主な国庫負担割合:協会けんぽ:164/1000、市町村国保:34/100及び9/100、後期高齢者医療:3/12及び1/12等)	8,072,046	8,393,427	8,741,306
0220	後期高齢者医療制度事業費補助金	①健康診査事業(補助率1/3) 生活習慣病の早期発見により、疾病の重症化を防ぐために実施する事業。 ②保険者機能強化事業(補助率1/2・定額補助) 後期高齢者の医療費の適正化及び保険料収納対策等の保険者機能強化に取り組むために実施する事業。 ③特別高額医療費共同事業(定額補助) 著しく高額な医療給付費の発生による後期高齢者医療制度の財政に与える影響を緩和するために実施する事業。	5,962	6,327	6,314

事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0222	高齢者医療運営円滑化等補助金	<p>①高齢者支援金等負担金助成事業 後期高齢者支援金等の拠出金負担が重い被用者保険の保険者(健保組合・共済組合)に対する助成事業(平成21年度までは社会保険診療報酬支払基金が助成事業を実施)</p> <p>②被用者保険運営円滑化推進事業 保険者が共同で組織した団体が実施する特定健康診断等の支援、法令に基づき高齢者医療関係業務を行う社会保険診療報酬支払基金のシステム改修等に対する助成事業(平成21年度までは社会保険診療報酬支払基金が助成事業を実施)</p>	32,949	31,663	30,879
0224	健康保険組合給付費等臨時補助金	法定給付費の増嵩により財政窮乏となっている健康保険組合(保険料率が93.4%以上、法定準備金割合が3か月相当未満、保険給付費等に要する保険料換算率(財源率)が59%超)を対象に、当該組合の給付費の一部を補助する。	2,441	1,845	1,642
0255	国民健康保険組合出産育児一時金等補助金	<p>①出産育児一時金(42万円)の1/4相当分を補助</p> <p>②一件当たり100万円を超える高額レセプトについて、全国国民健康保険組合協会において再保険事業を実施しているが、同事業に対する各国民健康保険組合が負担する拠出金の1/4相当分を補助</p> <p>③医療費適正化特別対策事業(レセプト点検体制の充実・強化、医療費通知の充実・強化等)及び適用の適正化特別対策事業(研修・広報、データ整備等)に対する補助並びに高齢者医療制度改正に伴う激変緩和のための補助(平成23年度から廃止)</p>	8,688	4,778	4,729
0833	医療の質の評価・公表等推進事業	<p>臨床指標を選定し、協力病院の臨床データを収集・分析し、臨床指標を用いた医療の質の評価・公表を行い、評価や公表に当たっての問題点の分析等を行う。</p> <p>・特定の分野について、評価・公表等を行う具体的な臨床指標を選定する。</p> <p>・関連する複数の医療機関から臨床データを集計・分析し、具体的な臨床指標の作成を行い、ホームページ等を通じて国民に対し公表する。</p> <p>・臨床データの提供のあった医療機関の関係者等による委員会を開催し、国民に有用な臨床指標の公表のあり方等に関する諸課題について分析・改善策の検討を行う。</p>	30	20	18
0835	医療計画に関する見直し等の検討・推進支援経費	<p>検討会において主に以下の点について検討を行う。</p> <p>1. 医療法第30条の6に基づく計画の目標達成状況等の調査、分析及び評価のあり方</p> <p>2. 医療法第30条の8に基づく、次期計画作成に向けての指針の改訂</p>	19	15	3

論点別シート

政策・施策・事業	医療サービスの機能強化と効率化・重点化	
視点	治療や薬にかかるお金(医療費)は誰が払っているのか。 なぜ医療費は増えるのか。高齢者が増えることが原因か。	
論点	1	医療サービスの価格はどうあるべきか
作成	厚生労働省	

● 国民医療費の負担(財源)

- 治療や薬にかかる費用(医療費)は、患者が窓口で払う定率の自己負担のほか、保険料と税(公費)によってまかなわれている。
- (※)国民医療費の負担(財源別) 平成21年度実績
国民医療費36兆円
うち、税(公費):14兆円(38%)、保険料:18兆円(49%)、患者負担:5兆円(14%)
- 医療費が増大すれば、税(公費)、保険料、患者負担のいずれもが増加し、国民負担の増につながる。

● 国民医療費の増加要因

- 国民医療費の増加率の要因別内訳をみると、人口の高齢化、医療の高度化等による影響が大きい。
- (※)国民医療費増加率の要因別内訳(平成20年度実績)
増加率:2.0
うち、診療報酬改定及び薬価基準改正による影響:▲0.82 人口増:▲0.1
人口の高齢化:1.3 その他:1.5
- 医療費は、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大し、2025年には61.2兆円となる見通し。
- (※)医療費の将来推計は、
「改革シナリオ」:サービス提供体制について機能強化や効率化を行った場合
(高齢者負担率の見直し後)
医療費の伸び率はケース①、パターン1 : 伸び率計3.3
うち診療報酬改定等:0.4 人口増:▲0.3 医療の高度化等1.9
人口の高齢化:1.1 提供体制の見直し等:0.1

● 医療サービスの価格について

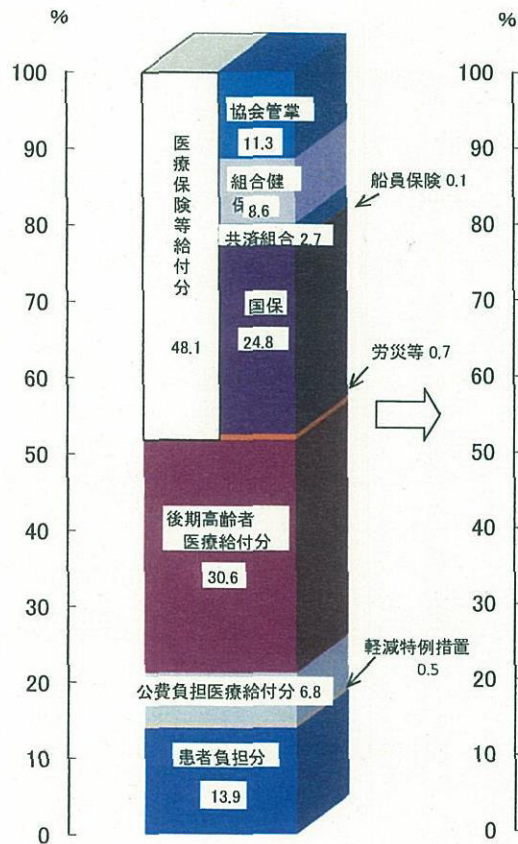
- 保険医療機関及び保険薬局が行う保険診療の価格は、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会(中医協)の議論を踏まえ、診療報酬として決定している。
- 診療報酬は、2年に1回改定される。改定は、
①予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
②社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
③中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施される。

(参考) 平成22年度 診療報酬+薬価等(ネットの改定率):+0.19%
(診療報酬本体:+1.55% 薬価:▲1.36%)

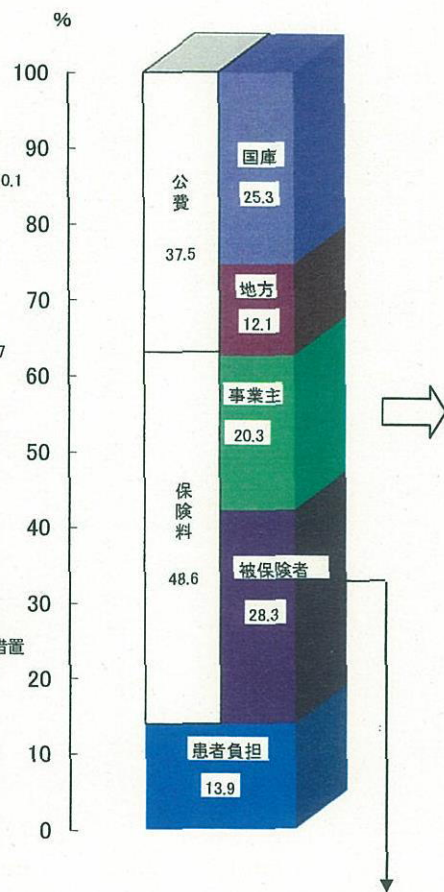
国民医療費の構造（平成21年度）

国民医療費 36兆67億円
一人当たり医療費 282,400円

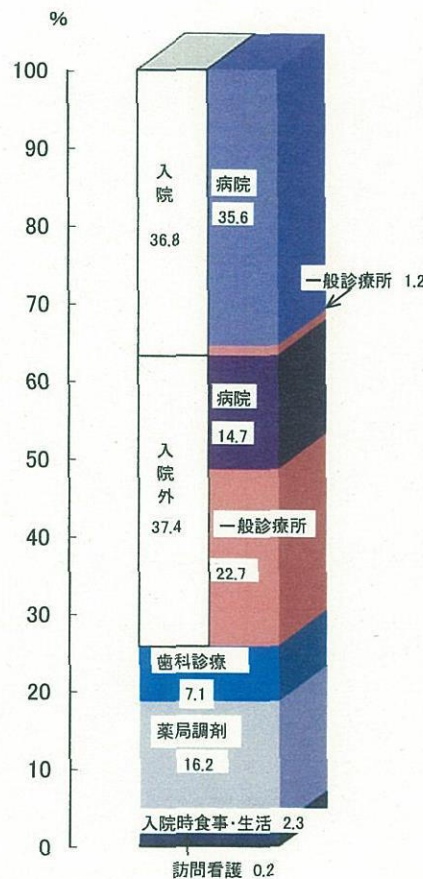
国民医療費の制度別内訳



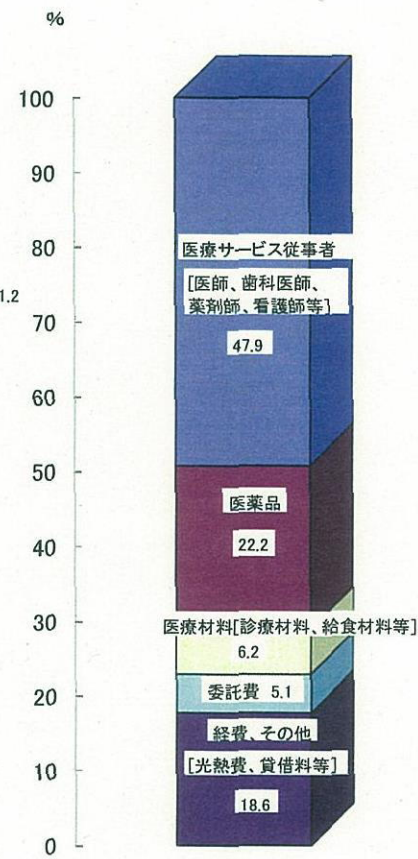
国民医療費の負担(財源別)



国民医療費の分配



医療機関の費用構造

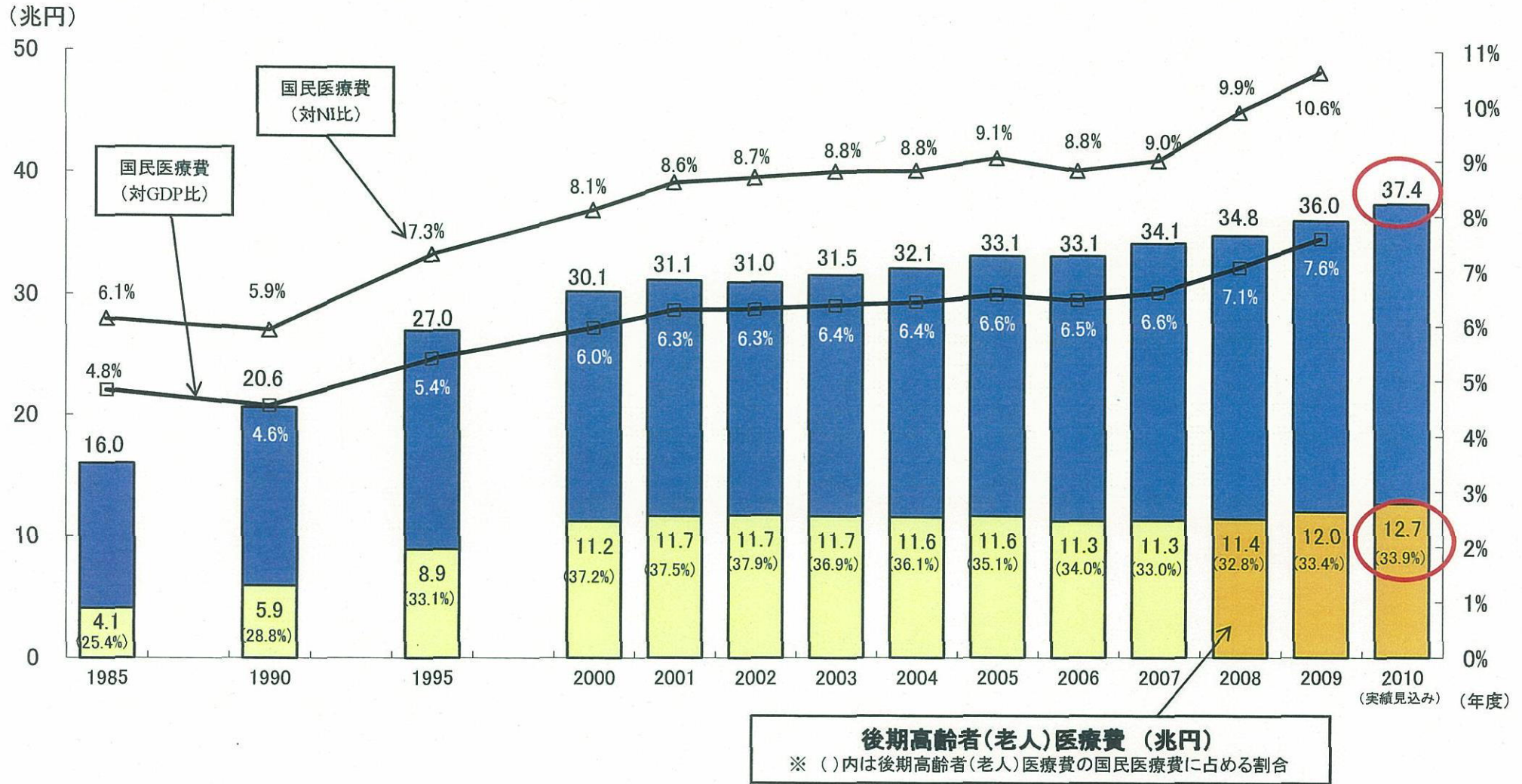


●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●平成21年度国民医療費、医療経済実態調査(平成21年7月)結果等に基づき推計

国民医療費の動向

- 国民医療費は、年々増加し、2010年には37.4兆円に達する見込み。
- そのうち、75歳以上の高齢者の医療費は12.7兆円であり、全体の約3割を占めている。



【出典】厚生労働省「国民医療費」、内閣府「国民経済計算確報」(2010年12月)

(注) 2010年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。

「平成20年度 国民医療費」厚生労働省(平成23年3月)

国民医療費増加率の要因別内訳の年次推移

(単位:%)

	63年度	平成 元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度
増 加 率	3.8	5.2	4.5	5.9	7.6	3.8	5.9
診療報酬改定 及び薬価基準 改正による影響	0.5	0.76	1.0	—	2.5	0.0	1.95
人 口 増	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2
人口の高齢化	1.3	1.3	1.6	1.5	1.6	1.5	1.5
そ の 他	1.6	2.7	1.5	4.0	3.0	2.0	2.1

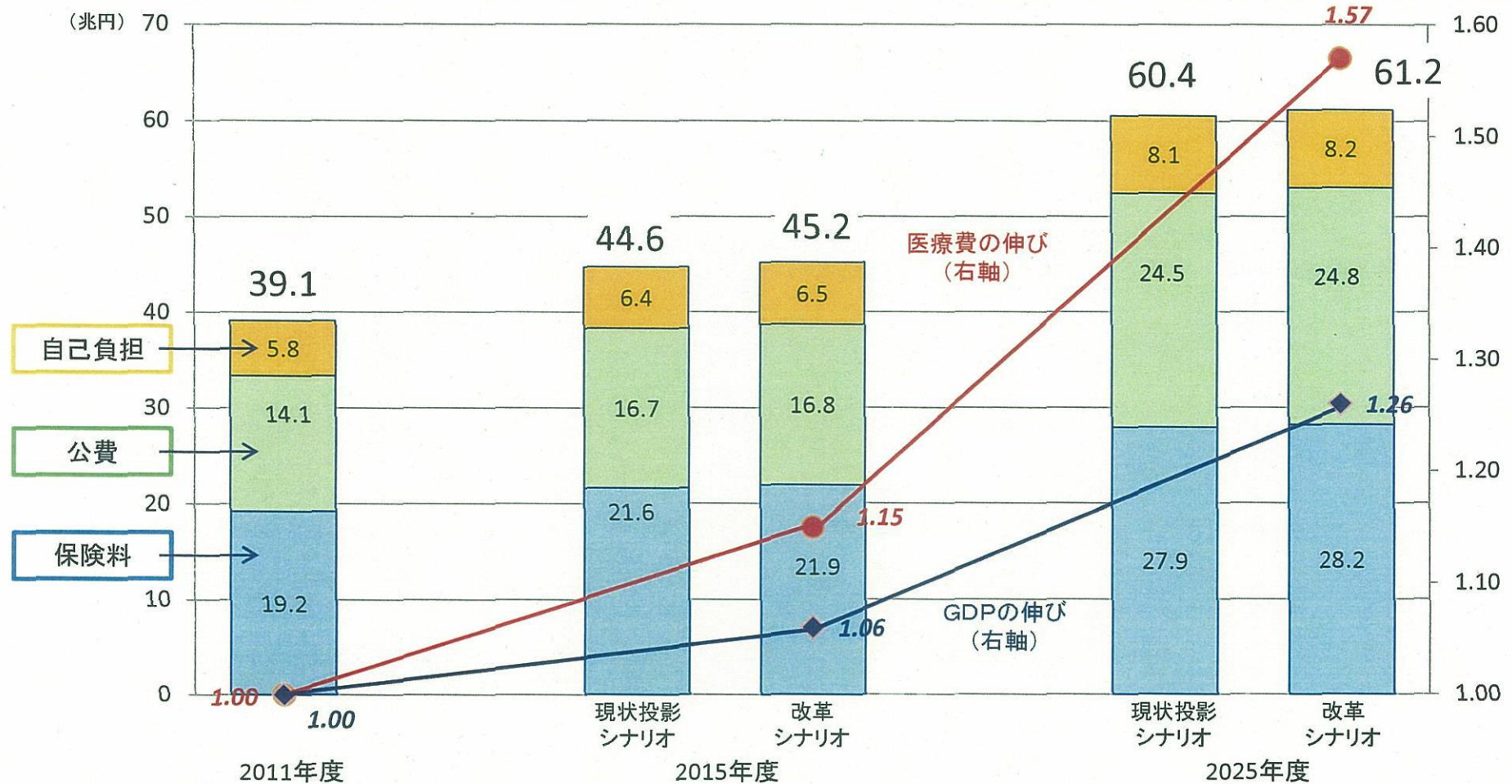
	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度
増 加 率	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	△ 1.8	3.2
診療報酬改定 及び薬価基準 改正による影響	0.75	0.8	0.38	△ 1.3	—	0.2	—
人 口 増	0.4	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3
人口の高齢化	1.6	1.7	1.7	1.6	1.7	1.7	1.6
そ の 他	1.7	2.8	△ 0.7	1.7	1.8	△ 4.0	1.3

	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度
増 加 率	△ 0.5	1.9	1.8	3.2	△ 0.0	3.0	2.0
診療報酬改定 及び薬価基準 改正による影響	△ 2.7	—	△ 1.0	—	△ 3.16	—	△ 0.82
人 口 増	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	△ 0.1
人口の高齢化	1.7	1.6	1.5	1.8	1.3	1.5	1.3
そ の 他	0.4	0.2	1.2	1.3	1.8	1.5	1.5

注: 平成8年度から平成14年度の増加率は、患者負担分推計額を訂正したため、各年度の報告書に掲載されている数値と異なる場合がある。

医療費の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に公費の増大は著しい。



- ※1 平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議資料で公表している将来推計のバックデータから作成。
- ※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
- ※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）
- ※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2011年度比。

診療報酬改定率の推移

	昭和59年	昭和60年	昭和61年	昭和63年	平成元年 ※消費税導入に伴う改定	平成2年	平成4年	平成6年
診療報酬	2.8	3.3	2.3	3.4	0.11	3.7	5.0	4.8
薬価等	▲5.1	▲2.1	▲1.6	▲2.9	0.65	▲2.7	▲2.5	▲2.1
診療報酬+薬価等 (ネットの改定率)	▲2.3	1.2	0.7	0.5	0.76	1.0	2.5	2.7

平成8年	平成9年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
3.4	1.7 (0.32)	1.5	1.9	▲1.3	±0	▲1.36	0.38	1.55
▲2.6	▲1.32 (0.45)	▲2.8	▲1.7	▲1.4	▲1.0	▲1.8	▲1.2	▲1.36
0.8	0.38 (0.77)	▲1.3	0.2	▲2.7	▲1.0	▲3.16	▲0.82	0.19

※平成9年における括弧内の数字は、消費税引き上げ（3%→5%）に伴う改定分

論点別シート

テーマ名	B5-2	社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化
視点	「医師不足」なのか。「医師不足」なら、その対策は。	
論点	3-1 3-2	今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。 病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。
作成	厚生労働省	

1. 現状の課題

- 国際的に見て人口当たり医師数が少なく、医師不足・偏在等への対応が急務。
(参考) 人口1,000人当たり臨床医師の国際比較
日本(2008): 2.2人 OECD単純平均(2009): 3.0人
- 国際的に見て人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者が少ない。一方で、医療技術の高度化等に伴い医療スタッフの業務は増大。
(参考) 人口1,000人当たり病床数(2009)
日本: 13.7床 アメリカ: 3.1床 フランス: 6.6床
病床100床当たり臨床医師数(2009)
日本(2008): 15.8人 アメリカ: 79.4人 フランス: 49.3人
- 一般病床の役割分担が不明確で、病院の人員配置も手薄。

2. 病院勤務医の待遇改善の実現に向けた対応

(1) 平成22年度診療報酬改定における対応

平成22年度診療報酬改定においては、10年ぶりのネットプラス改定を行い、医科入院については3.03%のプラスとするとともに、重点課題のうちの一つに病院勤務医の負担軽減を掲げ、重点的に評価を行った。

【具体的な内容】

- ① 医師事務作業補助者の配置に対する評価の充実
- ② 病院勤務医の負担軽減等に資する体制の整備を要件とする算定項目の拡大
- ③ 人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療の評価
- ④ 栄養管理や呼吸器装着患者の管理について他職種からなるチームによる取組を評価 等

(2) 平成22年度診療報酬改定の結果検証

上記の改定については、「平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(病院勤務医の負担軽減の状況調査)」において、その影響等を調査したところ。

- 平成22年度改定を期に取り組んだ勤務医の負担軽減策としては、医師事務作業補助体制26.0%、看護職員との役割分担12.1%、薬剤師との業務分担8.0%、その他コメディカルとの業務分担7.7%となっている。(施設調査)
- 効果があった取組としては、医師事務補助体制が47.4%、医師・看護職員の業務分担41.5%、医師薬剤師との業務分担33.5%、医師・その他コメディカルとの業務分担33.3%となっている。(施設調査)
- また、医師事務補助体制加算の効果については約5割の施設、栄養サポートチーム加算の効果については届出ありで約8割の施設が効果があったと回答している。
- 一方で、勤務医負担軽減に向けた今後の取り組みについて医師に質問したところ、「勤務負担感が大きく、勤務状況の改善が必要」44.4%、「勤務負担感は大きい、勤務状況は現状のままでもよい」19.9%、「勤務負担感は大きくないが、勤務状況の更なる改善が必要」11.3%となっており、勤務状況の改善が必要である理由としては、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性がある」65.6%、「業務を継続していけるか不安がある」50.9%、「過重勤務により身体的・精神的疾患を患う(患った)」45.0%となっている。

(3) その他の取組

診療行為の対価として医療機関に支払われる診療報酬による対応では、必ずしも医師の処遇改善に直結しないことから、診療報酬以外の手段も活用して、病院勤務医の勤務環境を整え、その負担軽減を図っており、

- ・救急、産科、新生児医療を担う勤務医等の手当への財政支援
 - ・病院内保育所の運営等に対する財政支援
- といった対策を実施している。

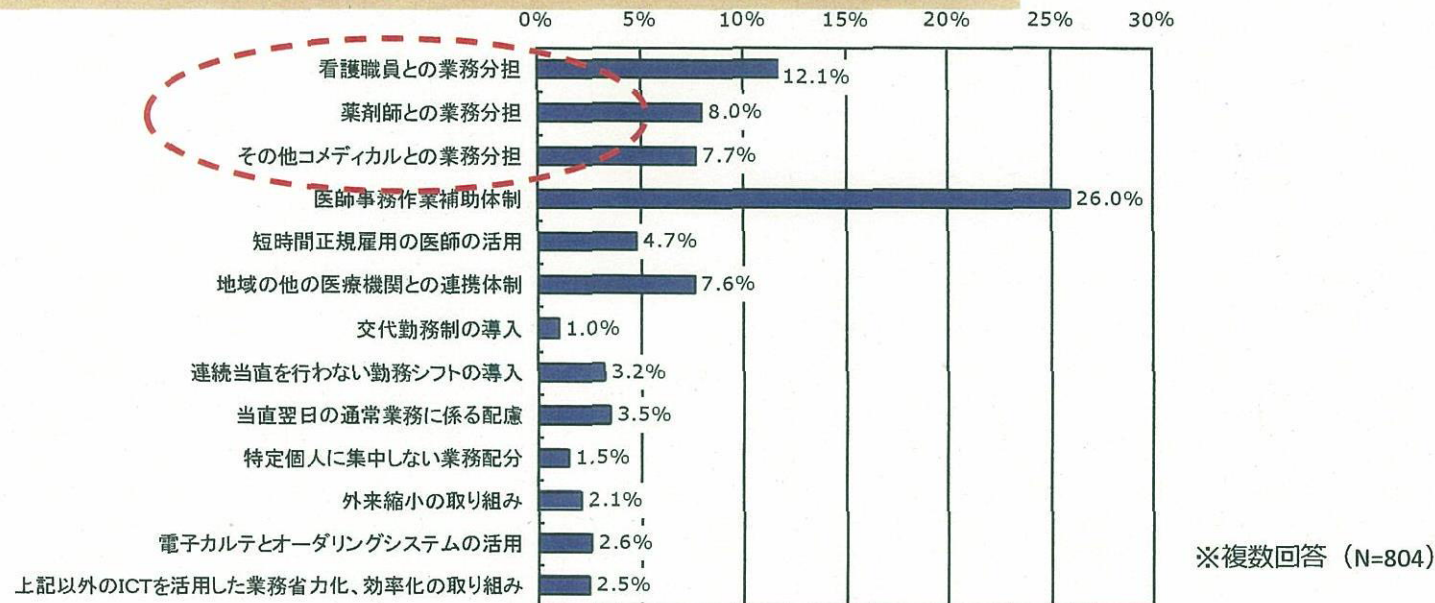
3. 今後の医療サービスの目指すべき方向

平成23年6月30日に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」において、「地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る」とされたところであり、そのような方向性に沿って取り組む。

【主な改革の方向性】

- 病院・病床の機能分化・強化と連携強化
 - ・急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化
 - ・拠点病院機能の強化
- 在宅医療提供体制の強化
 - ・在宅医療を担う病院、診療所等の計画的整備
 - ・連携拠点機能の整備
- 医師の確保・偏在対策、多職種の連携・協働によるチーム医療の推進
 - ・医師確保、医師の偏在是正に向けての都道府県の役割強化
 - ・医師、看護職員、介護職員など各職種の専門性向上と役割分担の見直し

平成22年度改定を期に取り組んだ内容(施設調査)

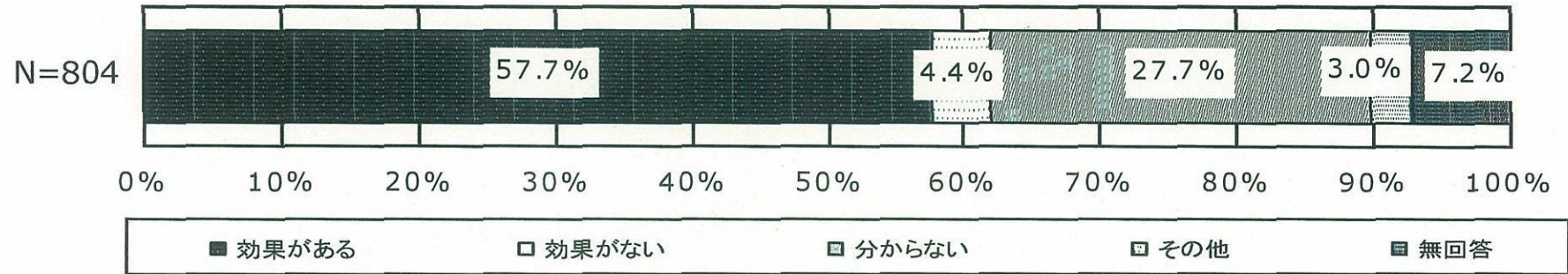


勤務医の負担軽減に効果があった取組(施設調査)

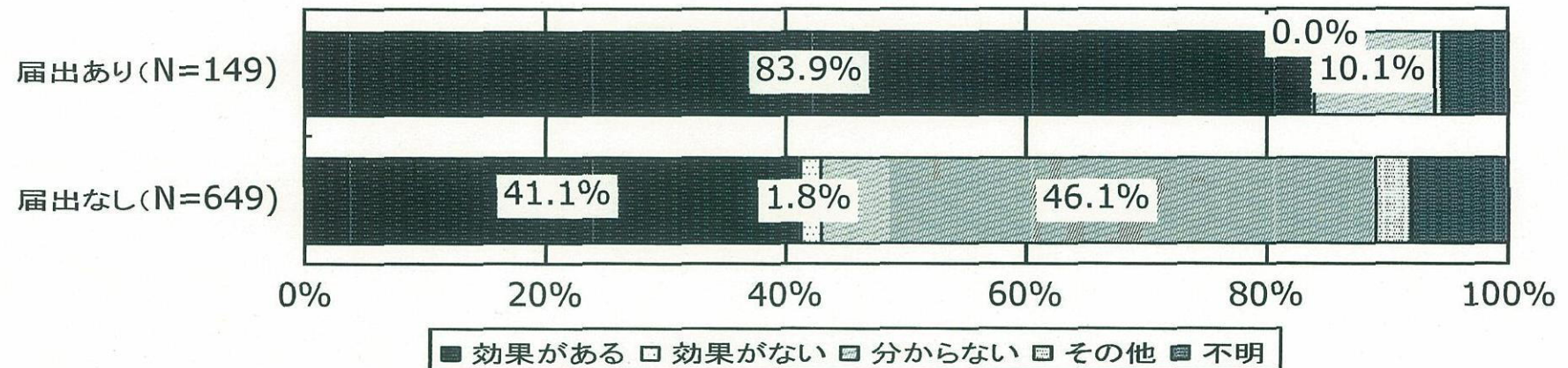


平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査) 病院勤務医の負担軽減の状況調査(速報)

医師事務作業補助体制加算の効果(施設調査)

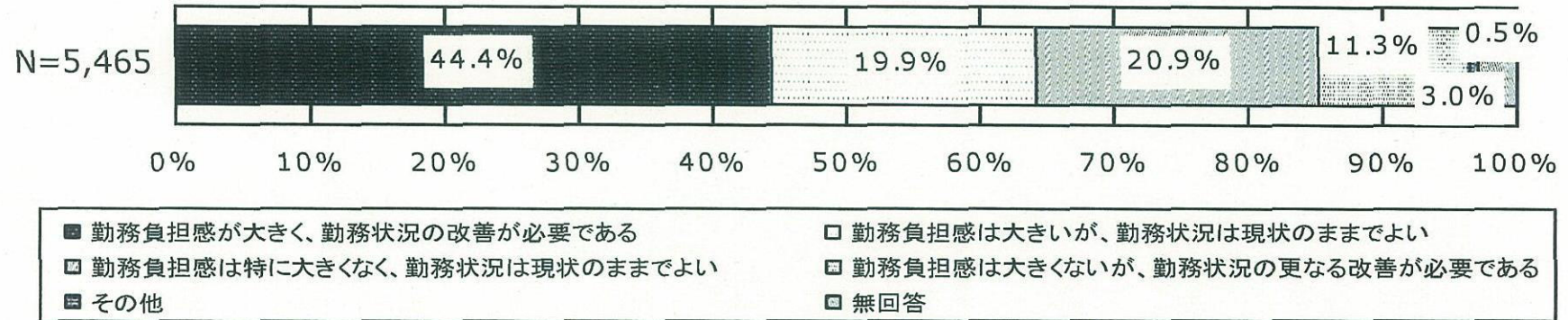


栄養サポートチーム加算の効果(施設調査)

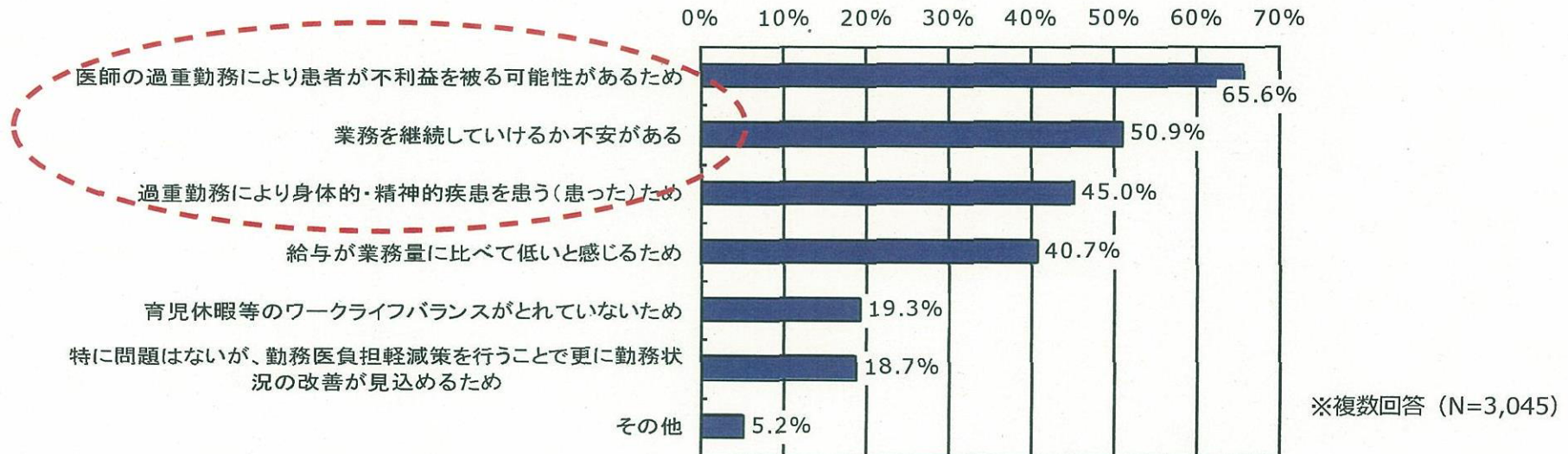


勤務医負担軽減に向けて(医師調査)

○勤務状況の改善の必要性



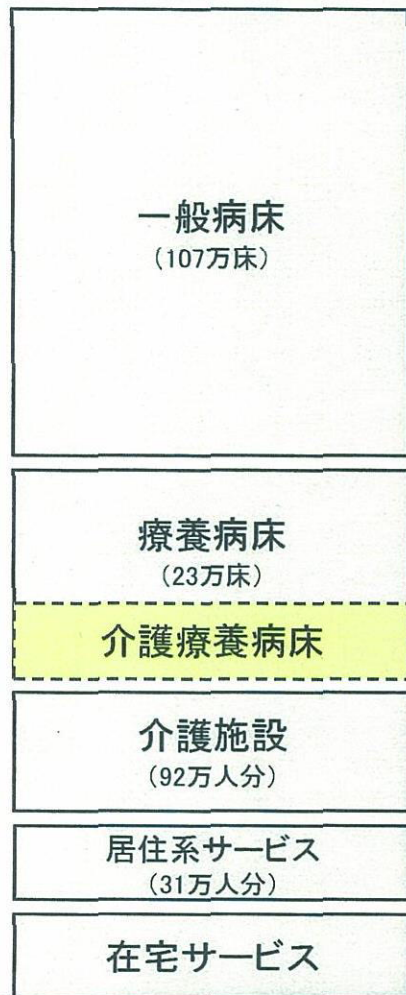
○勤務状況の改善が必要である理由



将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

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

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○在宅医療の充実

- ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
- ・訪問看護等の計画的整備 等

○在宅介護の充実

- ・地域包括ケア体制の整備
- ・ケアマネジメント機能の強化 等

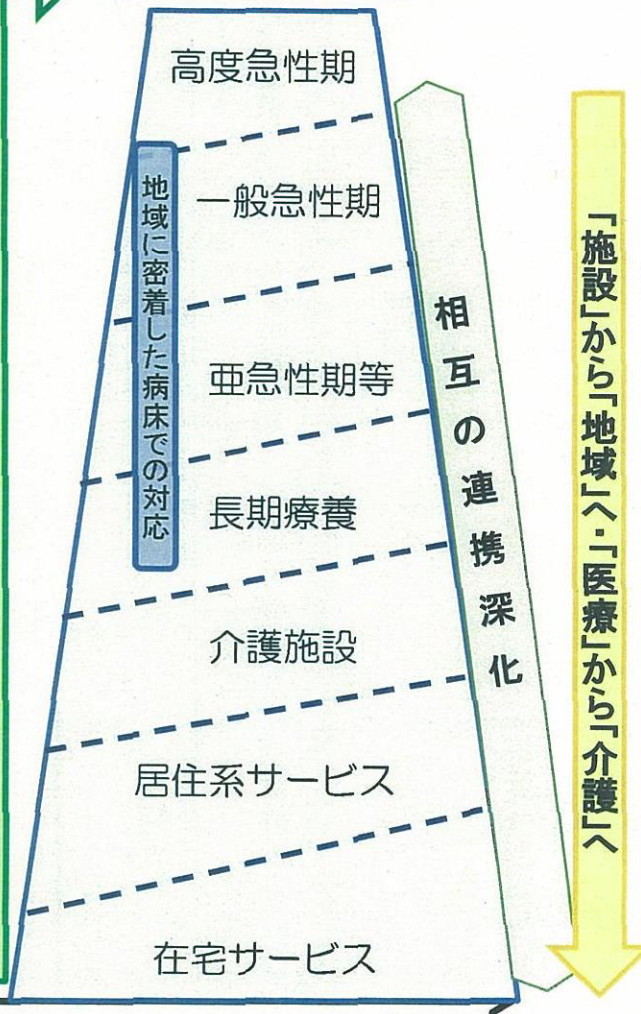
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

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

【2025(H37)年】

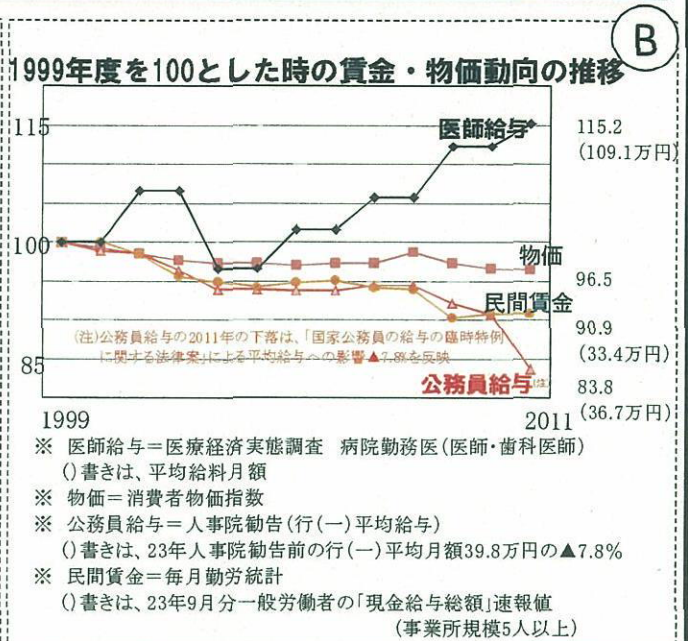
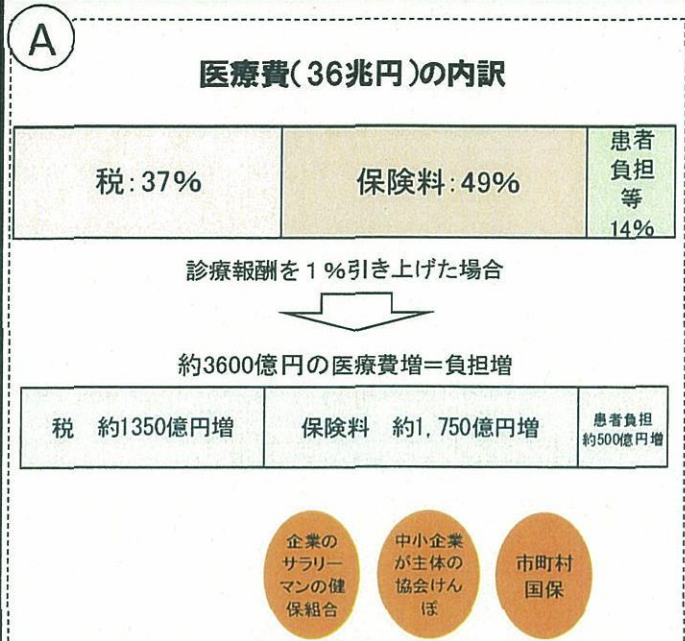


医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

論点別シート

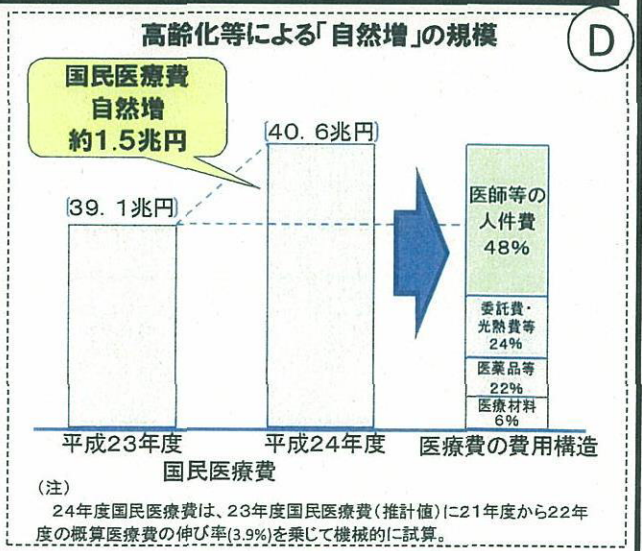
テーマ名	B5-2	社会保障: 医療サービスの機能強化と効率化・重点化
視点	・治療や薬にかかるお金(医療費)は誰が払っているのか。 ・なぜ医療費は増えるのか。高齢者が増えることが原因か。	
論点	1-1、2-1	医療サービスの価格はどうあるべきか。
作成	財政当局	

治療や薬にかかるお金(医療費)は誰が払っているのか？



- 医療費の約85%は税金・保険料で賄われており、医療費の増大は、国民負担増に直結。
- 公務員人件費、民間賃金は下落傾向、物価はデフレ傾向である中、医師給与は上昇。

なぜ医療費は増えるのか？

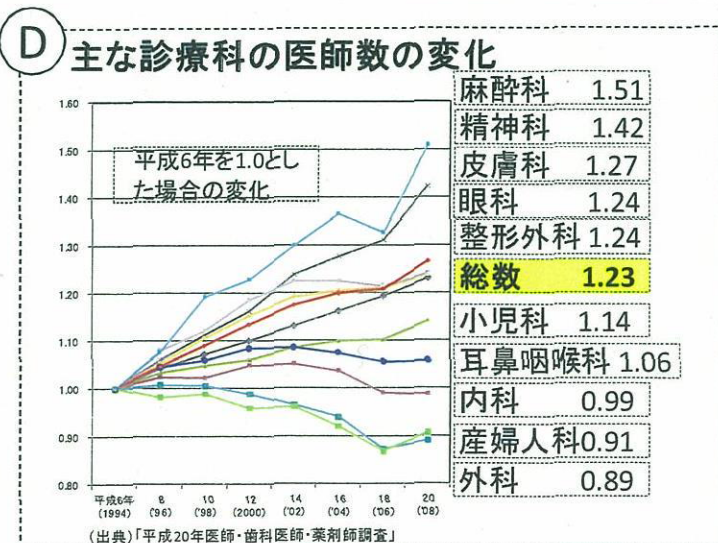
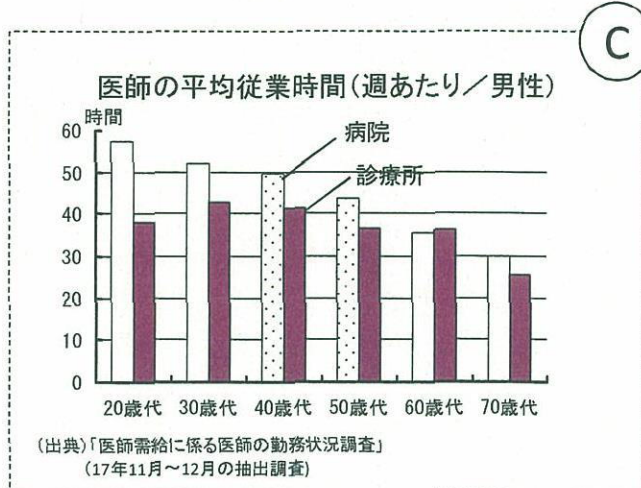
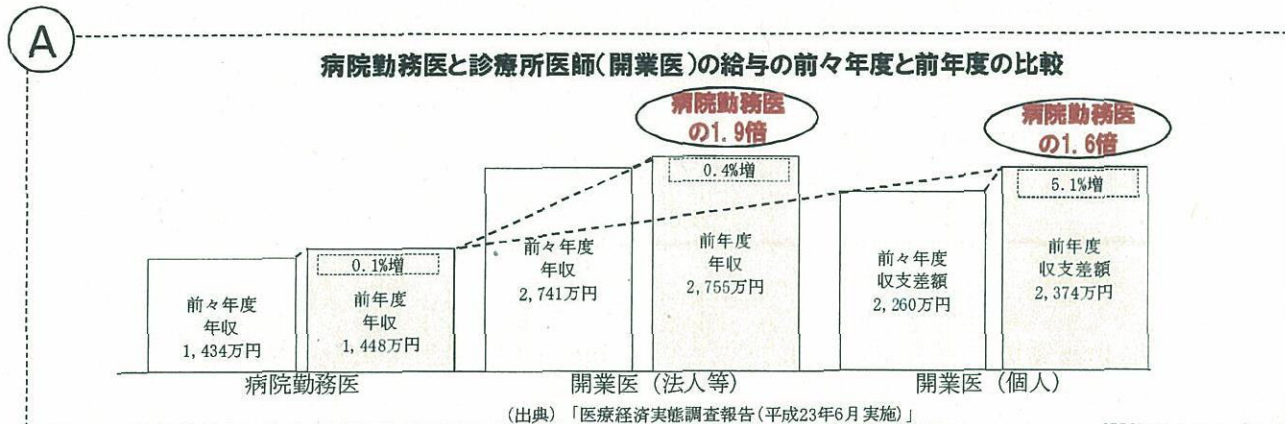


- 医療費が経済成長を上回って伸びる見込みであり、現在の医療保険制度は持続可能ではない。
- デフレ、民間賃金の動向、公務員人件費削減(さらに▲7.8%法案)を踏まえれば、診療報酬本体(医師の人件費等)の引上げは国民の理解を得られず、引下げはやむを得ないのではないか。

論点別シート

テーマ名	B5-2	社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化
視点	「医師不足」なのか。「医師不足」なら、その対策は。	
論点	3-1、3-2	<ul style="list-style-type: none"> ・今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。 ・病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。
作成	財政当局	

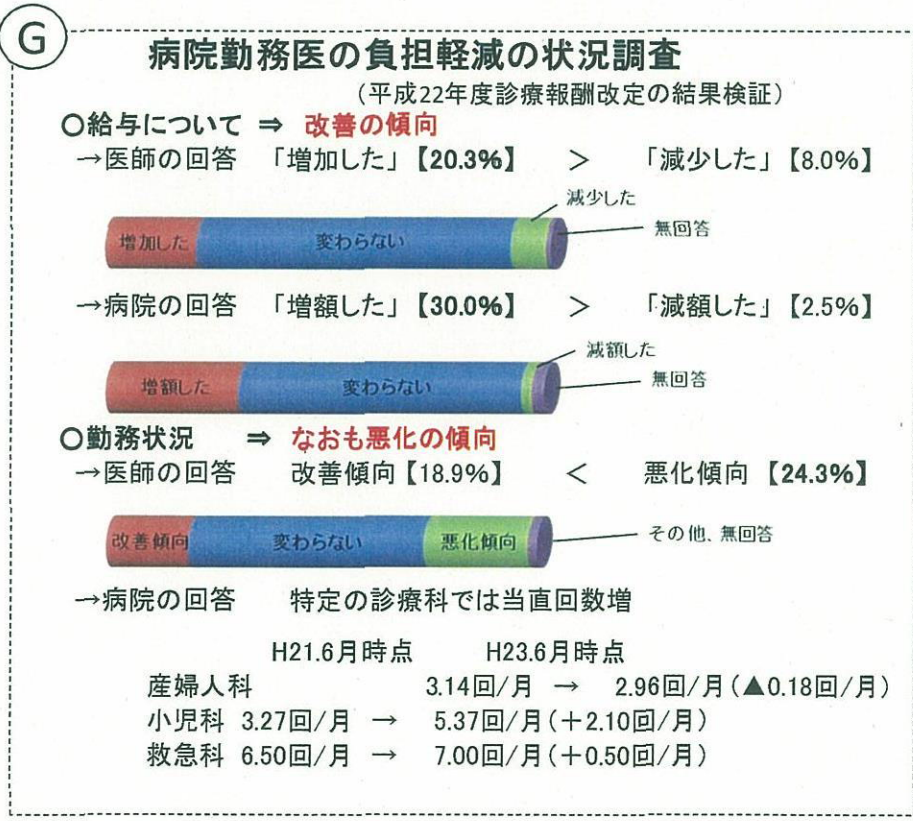
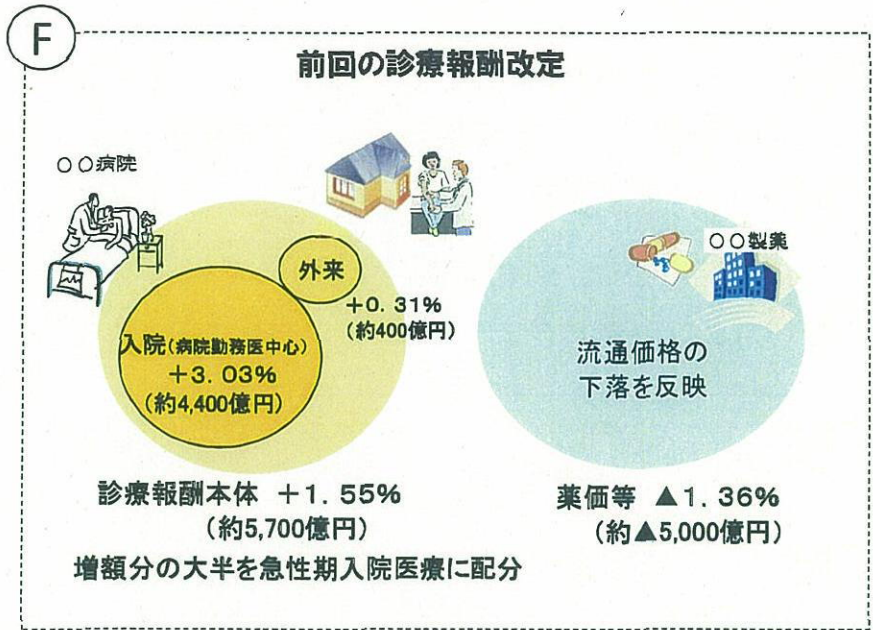
「医師不足」なのか？「医師不足」なら、その対策は？



E 診療科別医師収入(開業医)

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

(出典)「医療経済実態調査報告(平成23年6月実施)」引用



●診療科ごと、病院・診療所の間で、リスクや勤務時間に応じた診療報酬とすべく、配分を大幅に見直すべきではないか。それが、産科など特定の診療科や、地域の中核病院の医師不足の改善につながるのではないか

●特に、開業医と勤務医の報酬の平準化はさらに進めるべきであり、開業医と勤務医の収入を均衡させることを目指すべきではないか。