

提出委員
竹 嶋 康 弘
中 川 俊 男

医療現場の実態と診療報酬改定に むけての課題

社会保障審議会医療部会

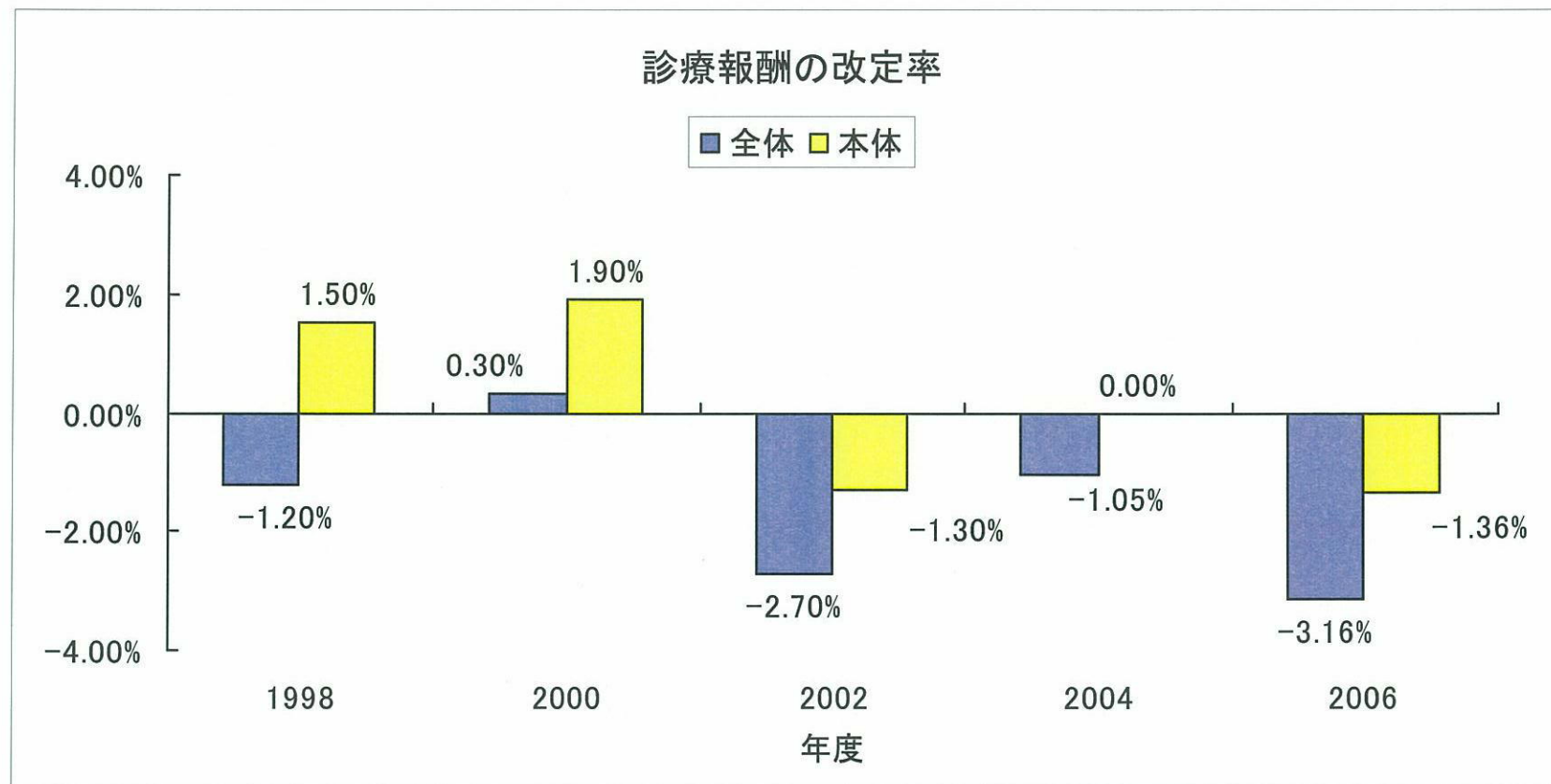
2007年11月22日
社団法人 日本医師会

目 次

1. 医療経営の実態
2. 医療崩壊の現実
3. 診療報酬改定にむけて
 - (1) DPCの問題点
 - (2) 「7対1」の問題点
 - (3) 医師の所得と給与の実態
 - (4) 改定率について

1. 医療経営の実態

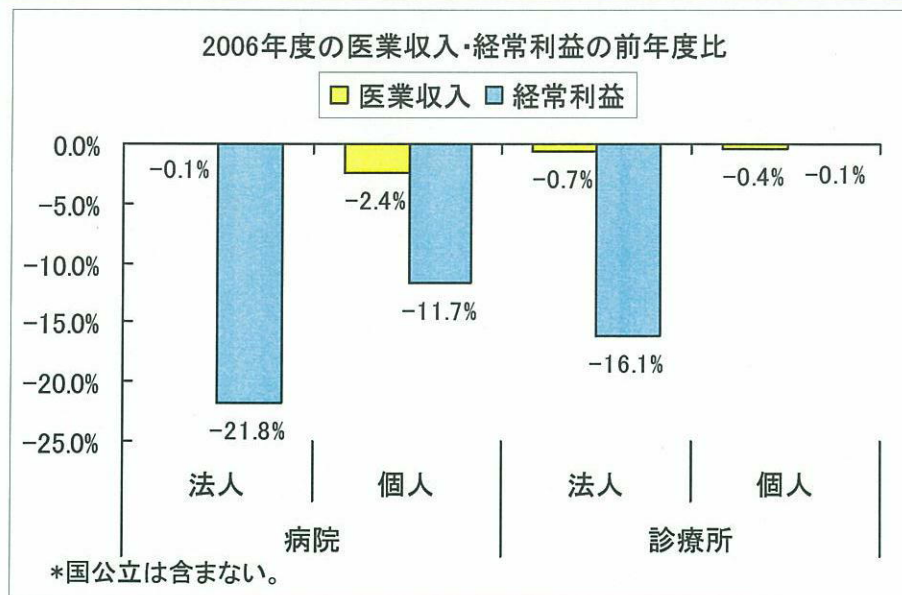
診療報酬は、1998年度以降、あいついで引き下げられている。



2006年度は、病院・診療所ともに減収・減益であった。

日本医師会は、医業経営の推移を的確に把握するため、信頼性の高い「TKC医業経営指標」*を用いて分析

TKC全国会「TKC医業経営指標」



- 一定点観測のデータ(経年変化の把握に適する)
- 客体数が多い: 診療所5,417、病院700
- 税務申告の元となる「決算データ」⇒実態を表す

中医協「医療経済実態調査」の問題点

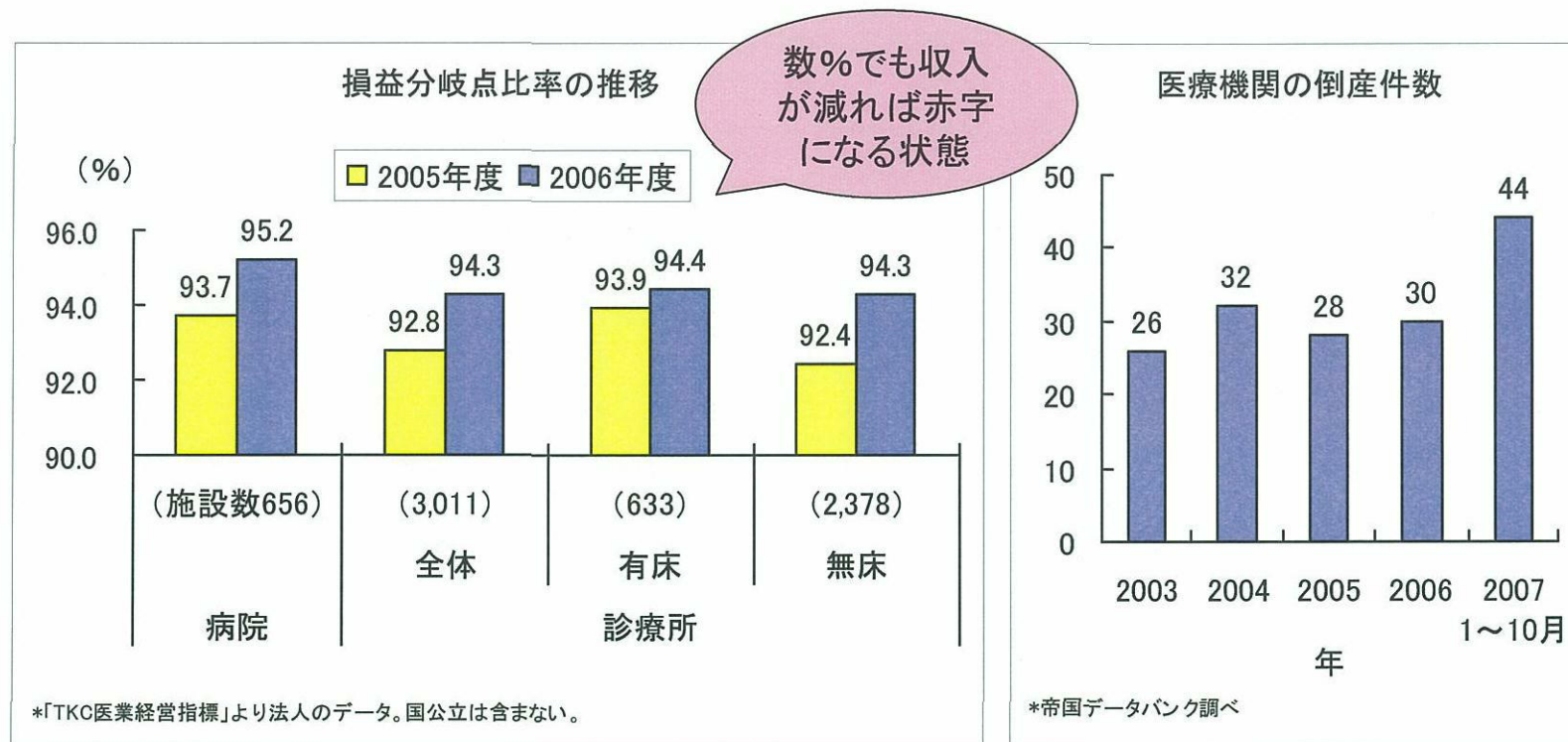
- 一非定点のデータ
 - 一客体数が少ない
診療所1,024、病院516
 - 一6月のアンケート調査
6月に発生しない費用は推測して回答するしかないため、費用が小さく出やすい。逆に利益が大きく出やすい。
- ↓
- 収益が良いように見えがち。



医業経営基盤が揺るげば、最低限の医療提供体制も維持できない。ましてや質の向上は不可能。

*TKC医業経営指標は、TKC全国会(会員数約9,500名の税理士、公認会計士のネットワーク)による編纂。第三者による信頼性の高いデータとして日本医師会が提供を受け、分析している。

病院・診療所の損益分岐点比率は90%を超え、「危険水域」に突入した。倒産件数も過去最多ペースである。



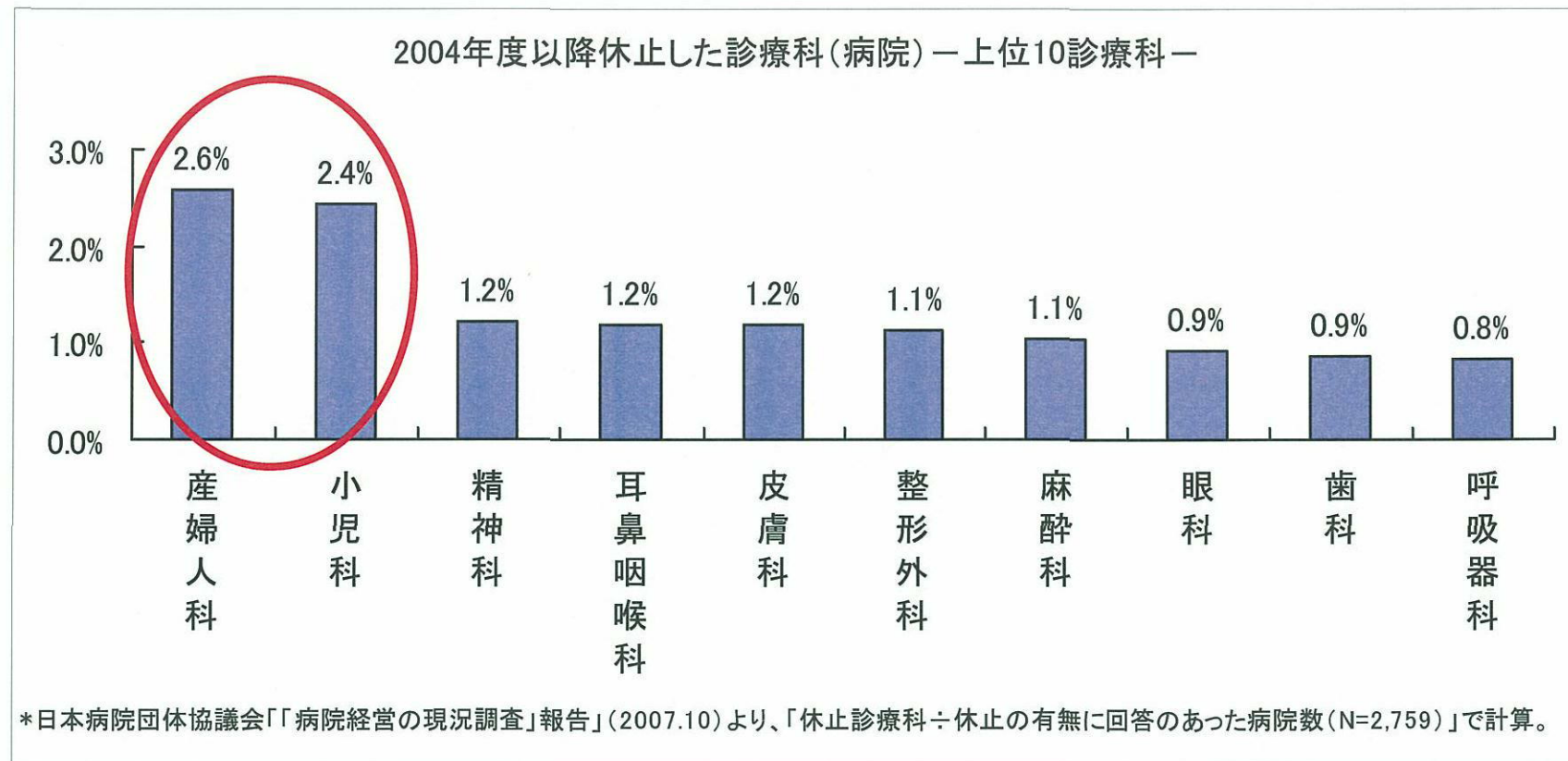
損益分岐点比率90%とは・・・

収入が10%超減れば赤字に転落することを意味する(低いほうが良い指標)。
環境変化によって10%程度が減ることは、容易に起こりうるので、損益分岐点比率は、最低90%未満であるべき指標とされている。

*TKC医業経営指標は、TKC全国会(会員数約9,500名の税理士、公認会計士のネットワーク)による編纂。第三者による信頼性の高いデータとして日本医師会が提供を受け、分析している。

2. 医療崩壊の現実

産婦人科・小児科を休止した病院も目立ちはじめた。



産婦人科では、分娩実施施設数が減っており、妊婦の救急受け入れが拒否されるケースもある。

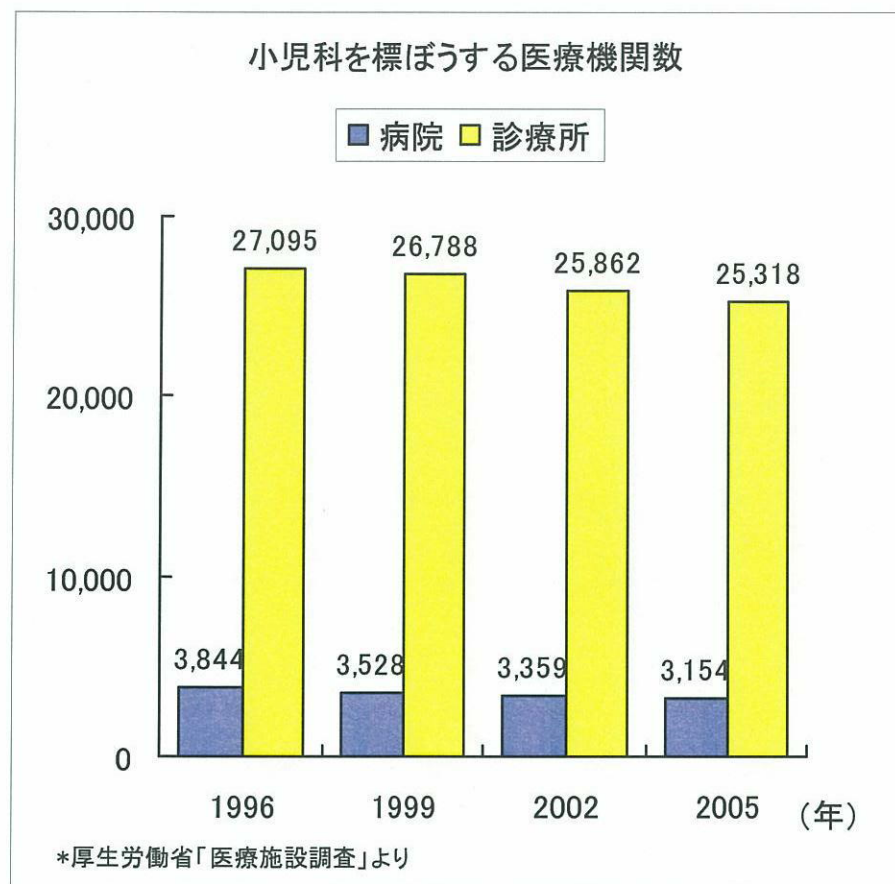


妊婦の搬送拒否件数(2006年)

北海道	132	石川県	3	岡山県	8
青森県	10	福井県	0	広島県	30
岩手県	9	山梨県	4	山口県	7
宮城県	70	長野県	13	徳島県	3
秋田県	0	岐阜県	10	香川県	6
山形県	0	静岡県	26	愛媛県	6
福島県	10	愛知県	40	高知県	3
茨城県	61	三重県	62	福岡県	69
栃木県	36	滋賀県	8	佐賀県	12
群馬県	37	京都府	23	長崎県	4
埼玉県	134	大阪府	282	熊本県	0
千葉県	142	兵庫県	166	大分県	8
東京都	528	奈良県	125	宮崎県	11
神奈川県	484	和歌山県	6	鹿児島県	25
新潟県	40	鳥取県	5	沖縄県	6
富山県	3	島根県	1	全国	2,668

*総務省消防庁「救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査の結果について」(2007.10)より。

小児科を標ぼうする医療機関も減っている。過労死する医師には、小児科医が少なくない。



医師の過労死・過労自殺(年齢は当時)

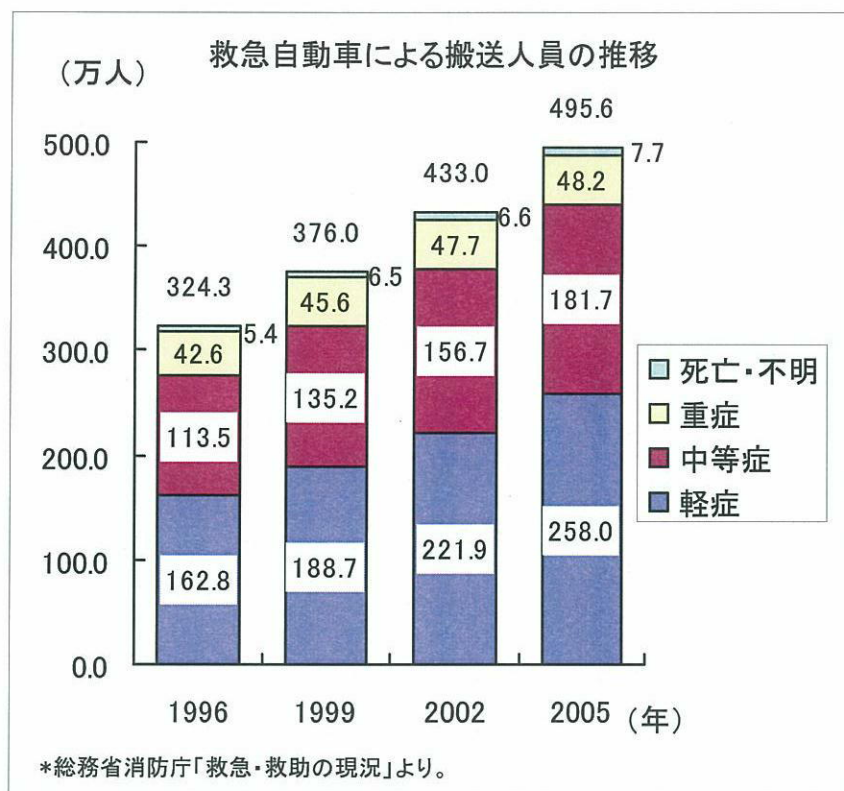
1992年4月	茨城・勤務医(外科)	29歳
1996年3月	大阪・勤務医(麻酔科)	33歳
1997年8月	千葉・勤務医(女性・小児科)	43歳
1998年8月	大阪・研修医	26歳
1999年8月	東京・勤務医(男性・小児科)	44歳
1999年9月	東京・部長医師	53歳
2000年9月	神奈川・研修医	30歳
2001年1月	沖縄・嘱託医	30歳
2001年6月	福岡・勤務医(内科)	43歳
2003年10月	北海道・勤務医(小児科)	31歳
2004年5月	東京(離島・歯科医師)	51歳
2004年5月	京都・勤務医(外科)	44歳
2006年4月	東京・研修医(女性)	26歳

*「週刊東洋経済」(2006.10.28、原典は日本医療労働組合連合会調べ)ほかから作成。

1か月に8回の当直。過労による「うつ」だとして、2007年3月に労災認定された。

救急医療については、軽症患者の増加が問題視されているが、中等症および重症の患者も増えている。

22都県では、患者を医療機関に届けるまでに30分以上かかっている。



119番通報を受けてから患者を医療機関に届けるまでの時間(2005年)

(分)

北海道	29.7	石川県	24.0	岡山県	27.4
青森県	31.1	福井県	26.6	広島県	27.6
岩手県	33.8	山梨県	30.5	山口県	27.9
宮城県	34.3	長野県	30.9	徳島県	26.3
秋田県	30.3	岐阜県	27.9	香川県	24.2
山形県	29.4	静岡県	30.2	愛媛県	29.5
福島県	33.4	愛知県	28.1	高知県	30.3
茨城県	31.4	三重県	30.8	福岡県	25.9
栃木県	31.9	滋賀県	27.4	佐賀県	31.4
群馬県	28.3	京都府	25.0	長崎県	26.7
埼玉県	33.8	大阪府	24.7	熊本県	30.2
千葉県	33.7	兵庫県	26.8	大分県	27.7
東京都	43.2	奈良県	32.6	宮崎県	31.4
神奈川県	30.9	和歌山県	29.2	鹿児島県	29.4
新潟県	33.3	鳥取県	29.6	沖縄県	27.8
富山県	25.6	島根県	31.9		
	1996年	1999年	2002年	2005年	
全国平均(分)	24.4	27.1	28.8	31.1	

*総務省消防庁「救急・救助の現況」より。

3. 診療報酬改定にむけて

(1) DPCの問題点

「平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果
および評価」中間報告概要」(2007.11.21診療報酬調
査専門組織DPC評価分科会)より

平均在院日数は短縮化されて
いる。

しかし、その一方で治癒率はい
ちじるしく低下している。

H15対象:平成15年度DPC対象病院(82)
＝特定機能病院

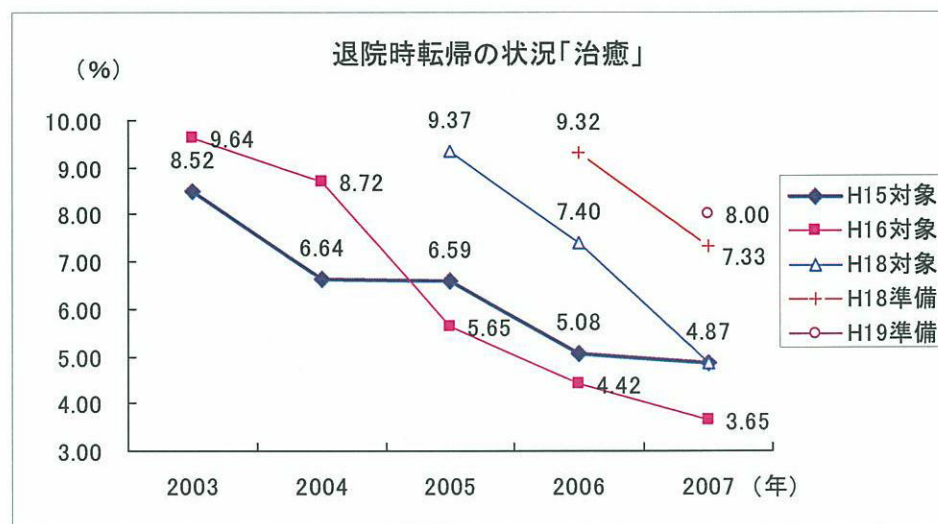
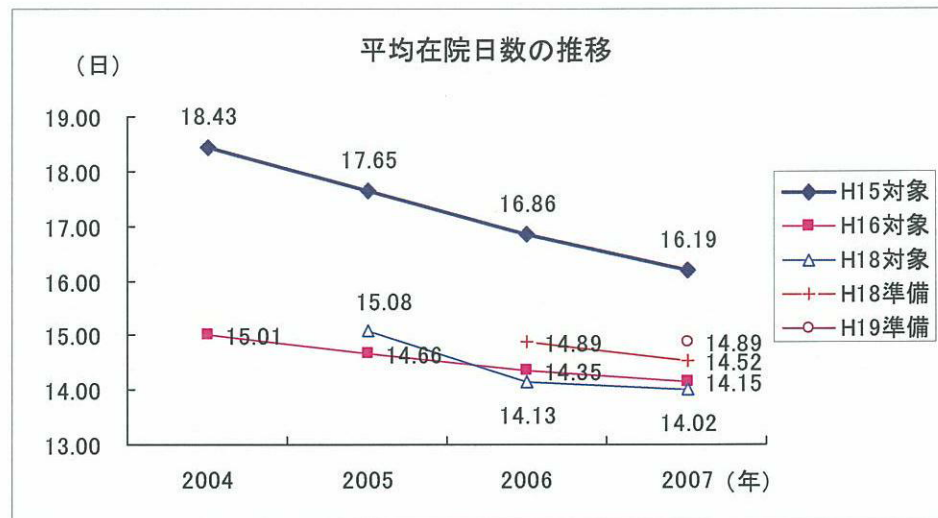
H16対象:平成16年度DPC対象病院(62)

H18対象:平成18年度DPC対象病院(216)

H18準備:平成18年度DPC準備病院(371)

H19準備:平成19年度DPC準備病院(698)

()内は病院数



前頁に示したように治癒率が低下する一方で、再入院率、特に同一疾患での6週間以内の再入院率が上昇している。

H15年度対象病院(特定機能病院)の例

2004年から2007年にかけて

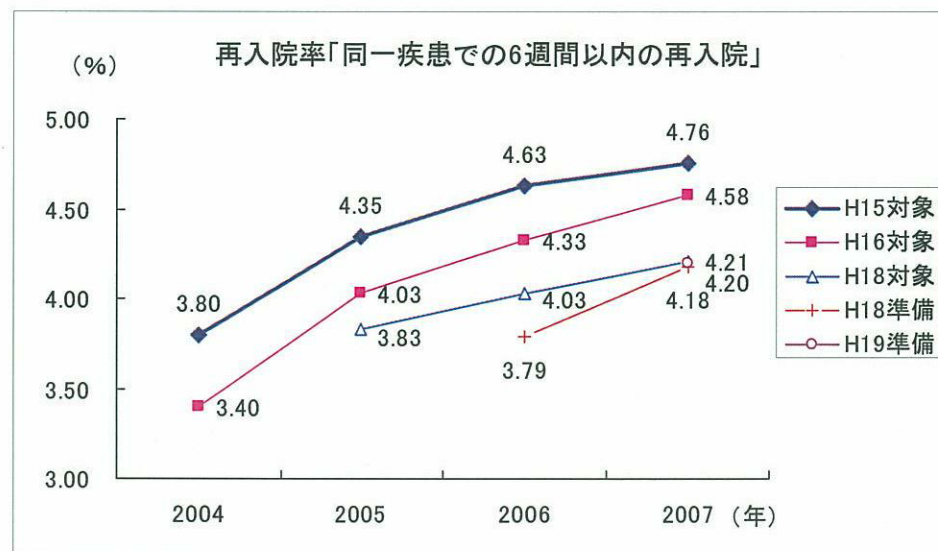
■ 再入院率: 16人に1人→13人に1人

■ 6週間以内の再入院率:
26人に1人→21人に1人

不十分な治療のまま退院しているのではないか？

疾病の悪化？

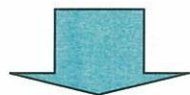
患者にとって危険であるばかりでなく、医療費の増大もまねきかねない。



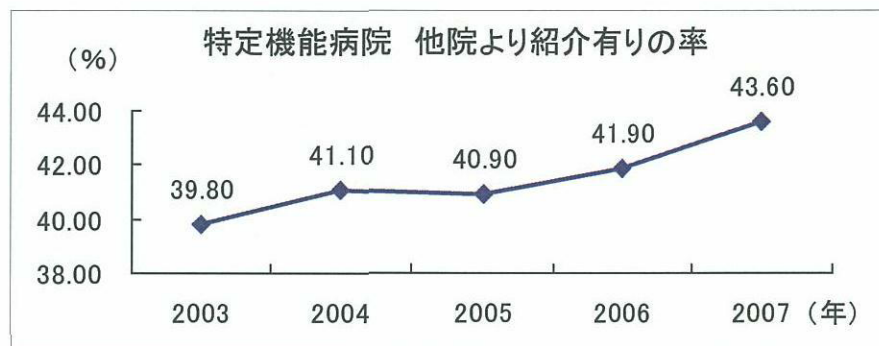
特定機能病院(H15対象病院)について

入院患者については、「他院より紹介有りの率」が増加している。

退院先では、「自院の外来」が増加し、「転院」が減少している。



- 特定機能病院は患者を地域から吸収しているが、退院の時には患者は地域に帰っていない。
- 治癒していないため、自院の外来に通わざるを得ないとも推察される。

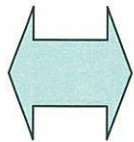


DPCは、現在までに様々な問題を浮き彫りにした。

DPC拡大に対する賛成意見に対して

中医協診療報酬調査専門組織DPC評価分科会では、DPCの拡大(具体的には、軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする案)について、次のような賛成意見が出されている。

- ・DPC導入による医療の効率化、透明化等のメリットを多くの急性期病院に広げるべきである。
- ・DPCの趣旨として、急性期入院医療を標準化する観点からは軽症の急性期も含めた入院医療を対象とするべきである。
- ・もとは重症を扱う病院から始まったが、実施してみると軽症を扱う病院でも適用できるメリットが様々あることがわかった。



しかし、DPC導入が医療の質を高めたという明確なエビデンスはまだない。現在は、調整係数によって(収入が)守られているだけである。

情報の透明化というが、4年経った今も、各病院の分析に資するデータが提示されているわけではない。

ましてや国民の信頼が高まるようなデータは一切公表されていない。

DPCの問題点(まとめ)

DPCという経済誘導により、平均在院日数は低下している。しかし、その影で、治癒率が大幅に低下し、再入院率が上昇しているのも事実である。

このままでは、患者が危険にさらされることになる。

また、DPCを支持する以下のような意見もあるが、現状では、それらを裏付けるものはない。

DPCを支持する意見

データを分析することによって、医療の質を高めることができる。

出来高では不必要な医療が実施される。

医療を標準化できる。

日本医師会の主張

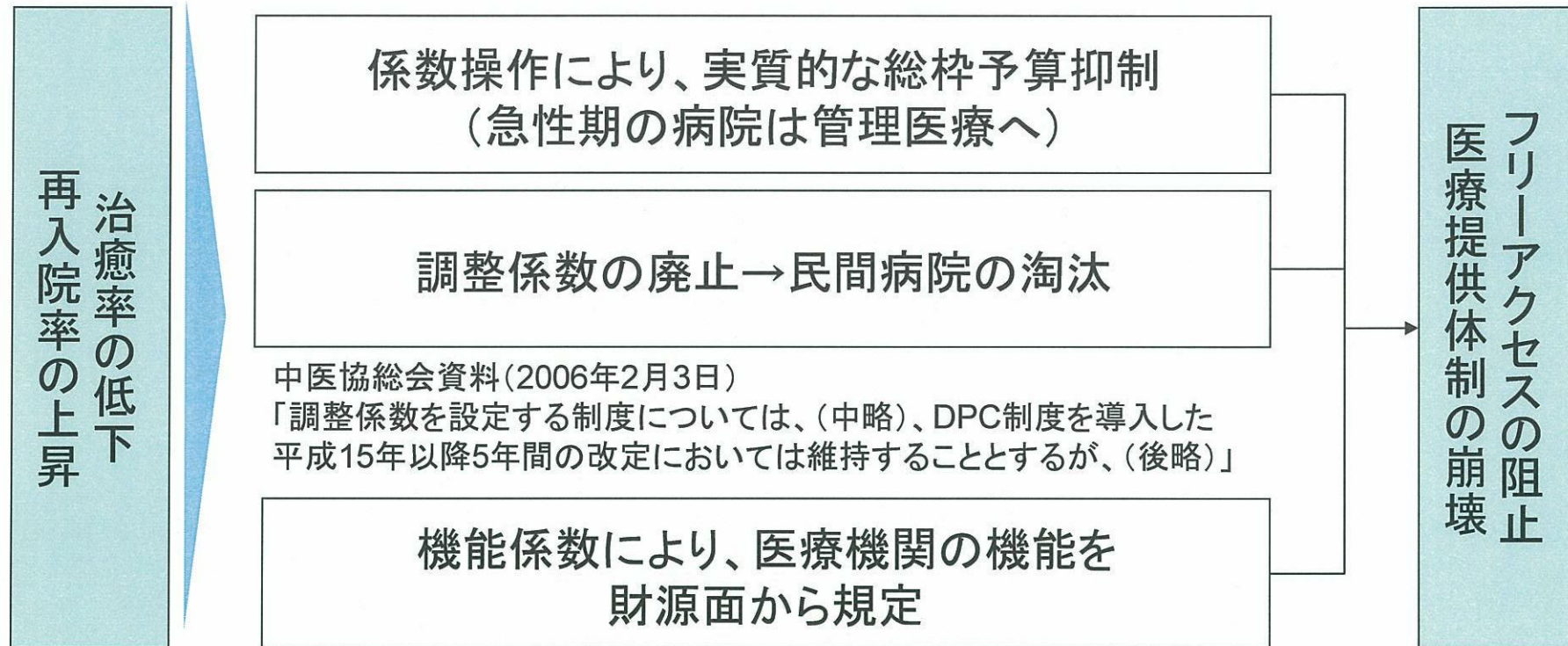
DPCは支払いの一方法である。医療の質向上とは関係ない。

DPCはすでに4年経っているが、医療の質向上に有用なデータ分析はなされていない。

包括払いでは、必要な医療が実施されないおそれもある。必要な医療をそれぞれの経済的裏打ちを持って行うのが筋である。

管理医療そのものであり、医師の裁量権が失われる。新たな医療、高度な医療へのインセンティブがなくなり、医療の平均水準が下がる。

DPCに対する日本医師会の主張



1. DPCの拡大は凍結
2. DPCの問題点を十分検証した上で、DPCを終了
3. 特定機能病院については、果たすべき機能・役割を勘案し、新たな評価指標を用いた新体系を創設

(2)「7対1」の問題点

中医協・医療経済実態調査

- ① 一般病院の13対1以上では、配置基準が高まるにつれ給与費率が高くなっており、7対1では赤字であった。15対1は医業収入が小さく赤字であった。
- ② 特定機能病院は、10対1の給与費率が高い上、医業原価もきわめて高く、7対1、10対1ともに赤字であった。

①一般病院(国公立および特定機能病院を除く)*1 42頁

②特定機能病院 43頁

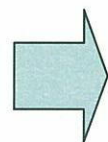
速報の機能別集計は、法人・個人合わせて示されているようである。費用・収支差額は法人・個人を合算できないが、参考値として示す。

金額単位：千円

	7対1(施設数65)		10対1(76)		13対1(42)		15対1(76)		特別(14)		7対1(38)		10対1(31)	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
医業収入	385,166	100.0%	237,556	100.0%	138,996	100.0%	86,332	100.0%	68,590	100.0%	1,751,804	100.0%	1,510,127	100.0%
100床当たり	161,834	—	147,550	—	109,446	—	70,189	—	100,868	—	197,053	—	180,637	—
医業費用	390,133	101.3%	237,207	99.9%	134,926	97.1%	87,580	101.4%	68,929	100.5%	1,864,001	106.4%	1,731,620	114.7%
給与費	202,184	52.5%	120,757	50.8%	68,109	49.0%	51,061	59.1%	37,281	54.4%	839,134	47.9%	790,546	52.3%
医業原価*2	100,085	26.0%	64,124	27.0%	28,704	20.7%	15,416	17.9%	12,614	18.4%	589,514	33.7%	567,630	37.6%
委託費	25,415	6.6%	13,342	5.6%	8,616	6.2%	5,068	5.9%	2,987	4.4%	112,086	6.4%	94,776	6.3%
減価償却費	19,976	5.2%	11,427	4.8%	8,290	6.0%	3,349	3.9%	3,571	5.2%	161,684	9.2%	128,293	8.5%
設備関係費	16,310	4.2%	9,706	4.1%	9,589	6.9%	4,013	4.6%	4,509	6.6%	73,761	4.2%	65,811	4.4%
経費	21,402	5.6%	16,589	7.0%	10,548	7.6%	8,037	9.3%	7,226	10.5%	80,714	4.6%	69,615	4.6%
その他	4,725	1.2%	1,269	0.5%	1,071	0.8%	635	0.7%	741	1.1%	7,108	0.4%	14,948	1.0%
医業収支差額	-4,967	-1.3%	349	0.1%	4,070	2.9%	-1,247	-1.4%	-339	-0.5%	-112,196	-6.4%	-221,493	-14.7%

*1 資料には「国公立を除く」としか記されていないが、そもそも本調査では特定機能病院は別途調査となっている。

*2 医業原価＝医薬品費＋給食食料費＋診療材料費・医療消耗器具備品費



「7対1」入院基本料を算定する病院は、給与費率が高く赤字である。特定機能病院では、医業原価率も高く赤字幅が大きい。
「7対1」は地域医療を混乱させたばかりでなく、「7対1」自体の経営も困難にさせているようである。

一般病棟入院基本料を算定する病院は、2006年5月から2007年5月にかけて、医療機関数が165、病床数が1万8,111床減少した。

		2006.5.1	2007.5.1	増減
一般病棟入院基本料	医療機関数	5,732	5,567	▲165
	病床数	723,484	705,373	▲18,111

過去1年間で、一般病棟入院基本料7対1を算定するところは、6.2%から23.1%に増加、特定機能病院では15.4%から36.5%に急増した。

	一般病棟入院基本料		特定機能病院入院基本料(一般)	
	2006.5.1	2007.5.1	2006.5.1	2007.5.1
届出病床数	723,484	705,373	61,068	63,484
7対1の病床数	44,831	162,730	9,382	23,178
比率	6.2%	23.1% (+16.9ポイント)	15.4%	36.5% (+21.1ポイント)

「7対1」についての日本医師会の主張

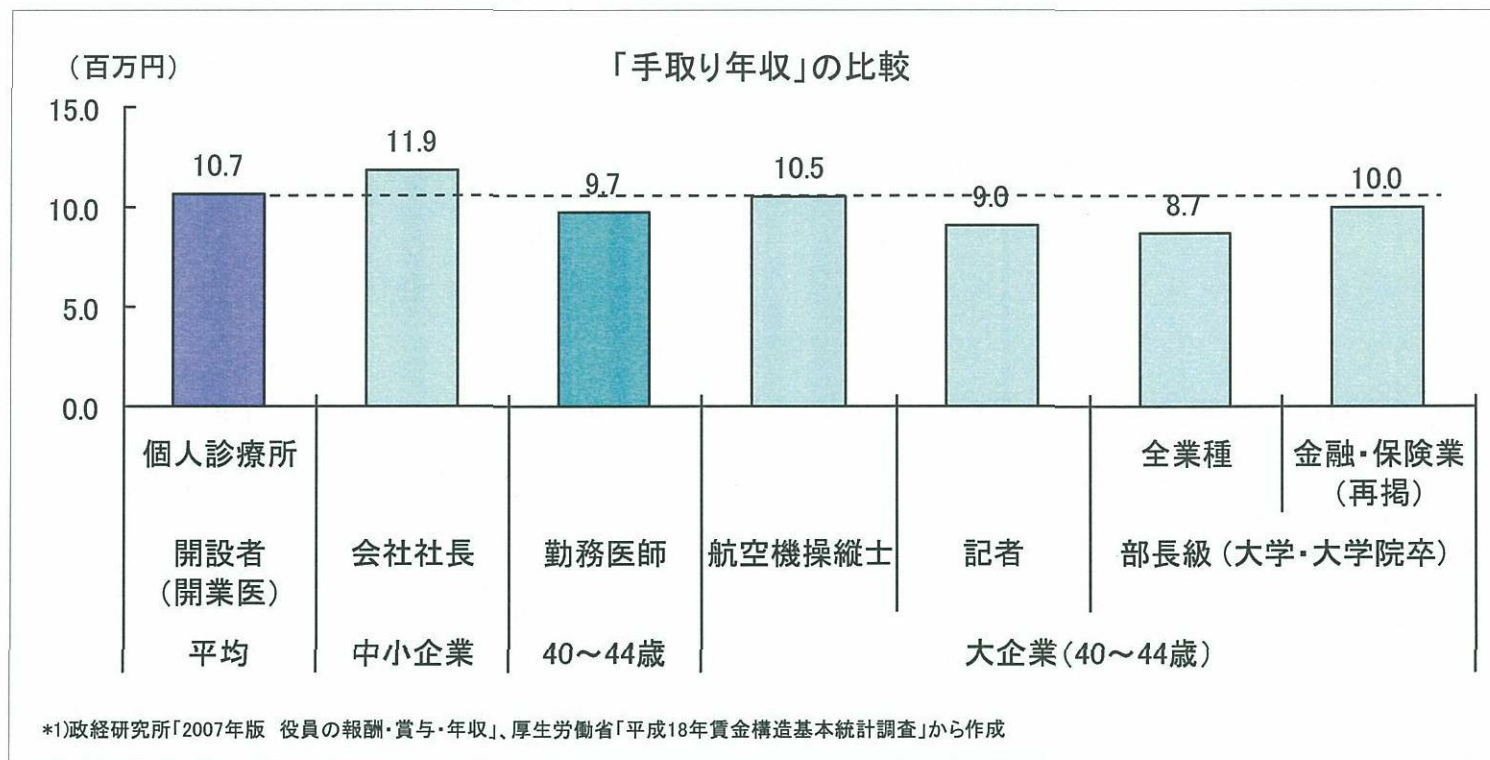
建議書(2007年1月31日)に「看護職員の募集・採用に当たって、地域医療の実情に配慮し、節度を持って行われるよう、強く期待したい」と記されたが、今日まで尊重されておらず大きな問題。

「7対1」の影響もあり、医療機関数、病床数が減少している。特定機能病院や大病院が「7対1」の算定を進めると、地方ではますます病棟が閉鎖される。

1. 「建議書」を踏まえて、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」の算定外とする

(3) 医師の所得と給与の実態

個人立診療所開設者の手取り年収の平均は、中小企業の経営者や、金融・保険業の部長クラスとほぼ同じ水準であった。



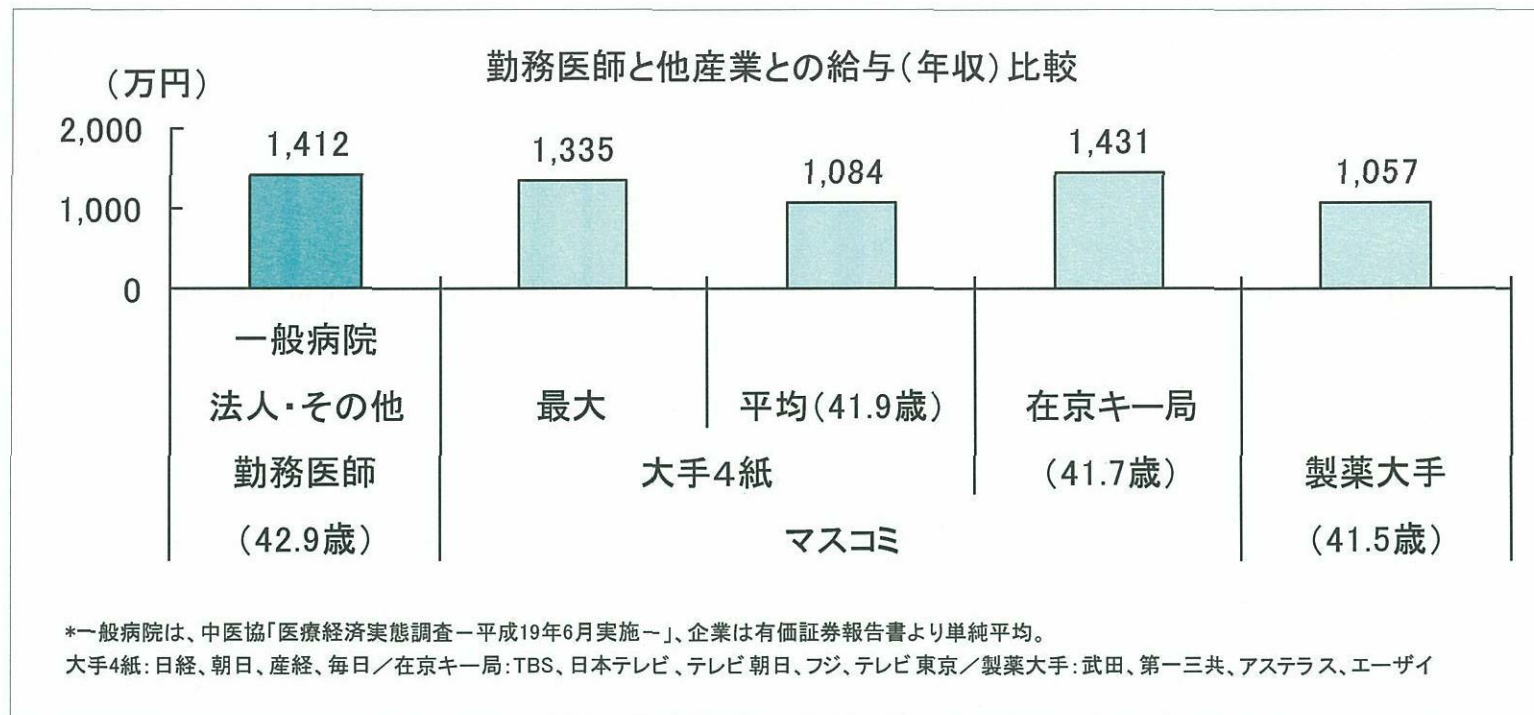
※開業医とサラリーマンを比較できるよう次の方法で「手取り年収」を計算した。

開業医の手取り年収＝事業所得＋(減価償却費＋青色申告控除＋給与収入＋雑所得)
 －(院長退職金積立相当額＋社会保険料＋税金＋設備投資・借入返済)
 給与所得者の手取り年収＝給与収入－社会保険料－税金

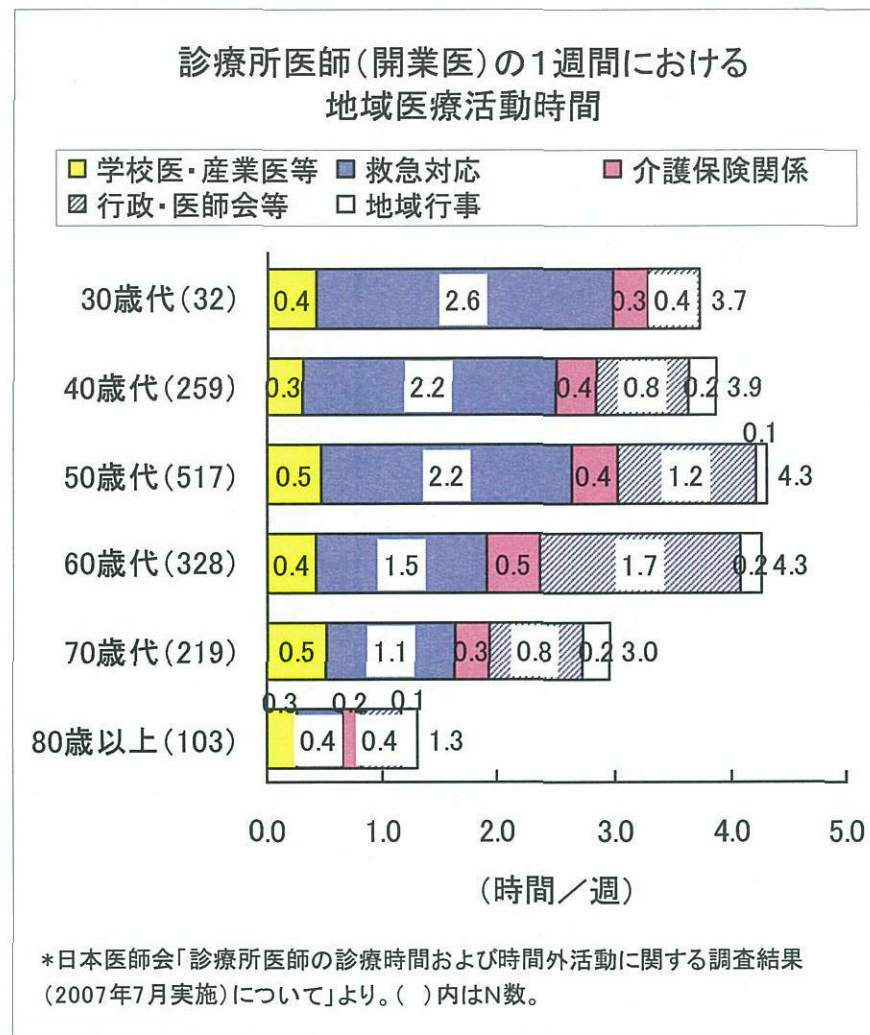
*日本医師会「診療所開設者の年収に関する調査結果(2006年分)」(2007年10月26日)より

病院勤務医師の給与は、大手マスコミ全社員の平均をやや上回る水準であった。製薬メーカーは平均1千万円以上であった。

勤務医師に比べて開業医の所得が高いとの指摘もあるが、むしろ、勤務医師の給与が低いのではないか。



勤務医師は、厳しい過重労働に追い込まれている。
一方、診療所医師（いわゆる開業医）は、地域医療への貢献を果たしている。



(4) 改定率について

前回(2006年度)の診療報酬改定以降、人事院勧告は+0.7%、消費者物価指数は+0.2%、企業物価指数は+4.9%。今後はさらに上昇が見込まれている。

	診療報酬 全体	人事院 勧告 (平均給与)	物価	
			消費者物価 指数	企業物価 指数
2006年度	▲3.16%	勧告なし	0.3%	3.0%
2007年度	改定なし	0.7%	▲0.1%	1.9%
2006～2007年	▲3.16%	0.7%	0.2%	4.9%

*物価は暦年で、2007年は1～9月の平均。

厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し－平成18年5月推計－」より経済前提A(並)ケース

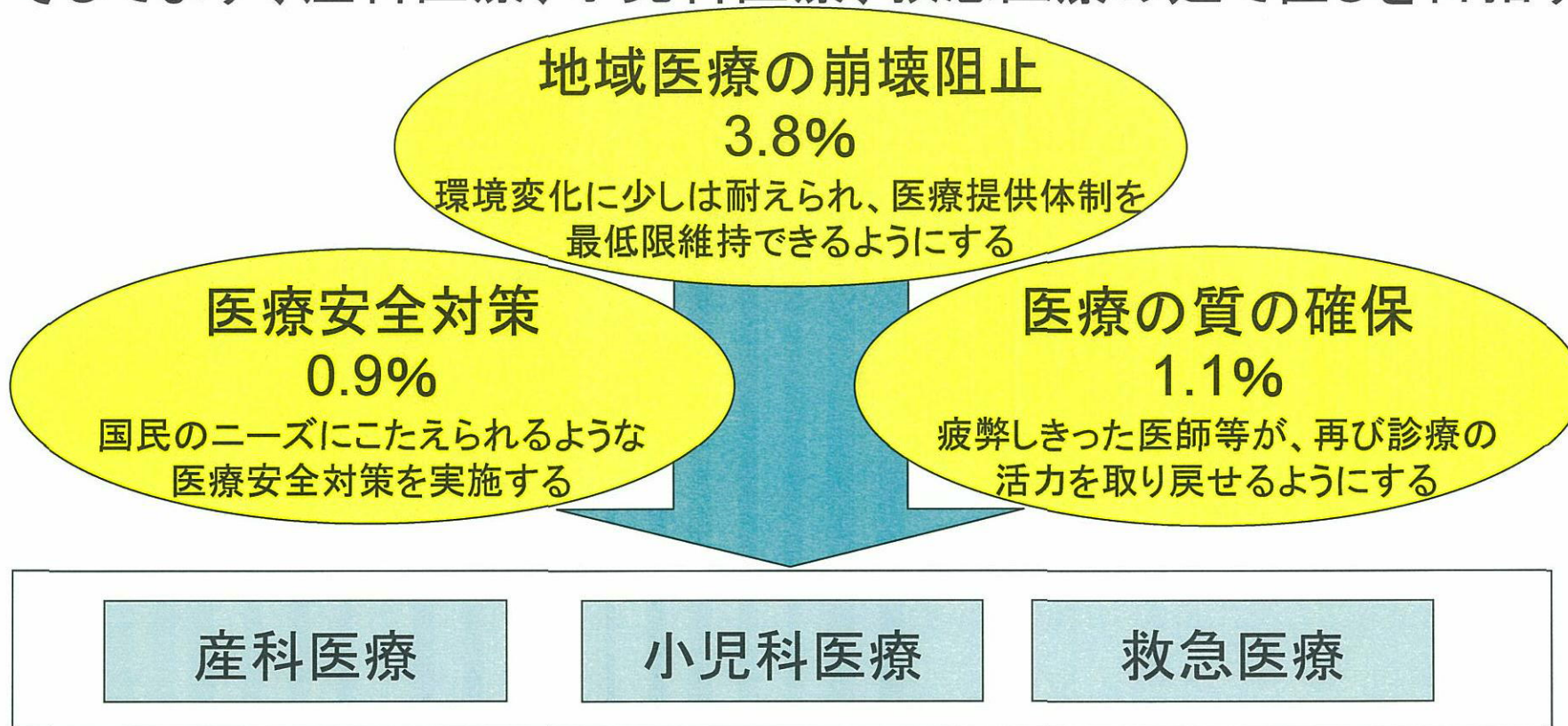
	賃金上昇率	物価上昇率
2008年度	3.1%	1.6%
2009年度	3.4%	1.9%

厚生労働省はこの前提をもとに医療給付費を将来推計している。

国民が安心できる医療のために

過去の厳しい診療報酬改定により、医療崩壊が現実化している。
地域医療の崩壊を食い止めるため、日本医師会は診療報酬+5.7%
の引き上げを要望する。

そしてまず、産科医療、小児科医療、救急医療の建て直しを目指す。



*診療報酬+5.7%についての詳しい考え方は、(社)日本医師会「2008(平成20)年度 診療報酬改定に向けて 要望書」(2007.10.30)
http://www.med.or.jp/teireikaiken/20071030_1.pdf