

第25回社会保障審議会医療部会	参考資料5
平成23年12月8日	

行政刷新会議「提言型政策仕分け」 における提言 (B5-2 社会保障：医療サービスの 機能強化と効率化・重点化)

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。

(論点③)病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

提言(とりまとめ)

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

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

加えて、中長期的な検討課題として提案された地域・診療科間の偏在の解消など、医師不足の問題に対応する医療供給体制の在り方について、社会保障審議会で検討の上、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①、②

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	8名
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	
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	9名
との報酬配分を見直す	
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
	(※複数回答)

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	7名
がるよう、条件付けを行うべき	
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	8名
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	
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	0名
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	
その他	3名
	(※複数回答)

評価シートに記載された各評価者の提言内容

<論点①、②>

- 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。

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

- 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、改めていく。
- 「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。
- 診療別の価格が相対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相対的に引上げるべき。
- 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±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・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、介護士でも供給可能に。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。

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

- 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。