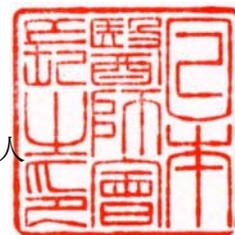


日医発第 809 号(総医 12)

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. 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		特定機能病院 外来診療料 90
2000	H12		74		59		外来診療料 (200床以上) 70
2002	H14	逡減制の導入 ^{※注2)}	81/74/37		65/59/30		68
2004	H16		73		58		72
2006	H18	診療報酬改定▲3.16%	71		57		70
2008	H20	病院の再診料引き上げ	71		60		70

※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

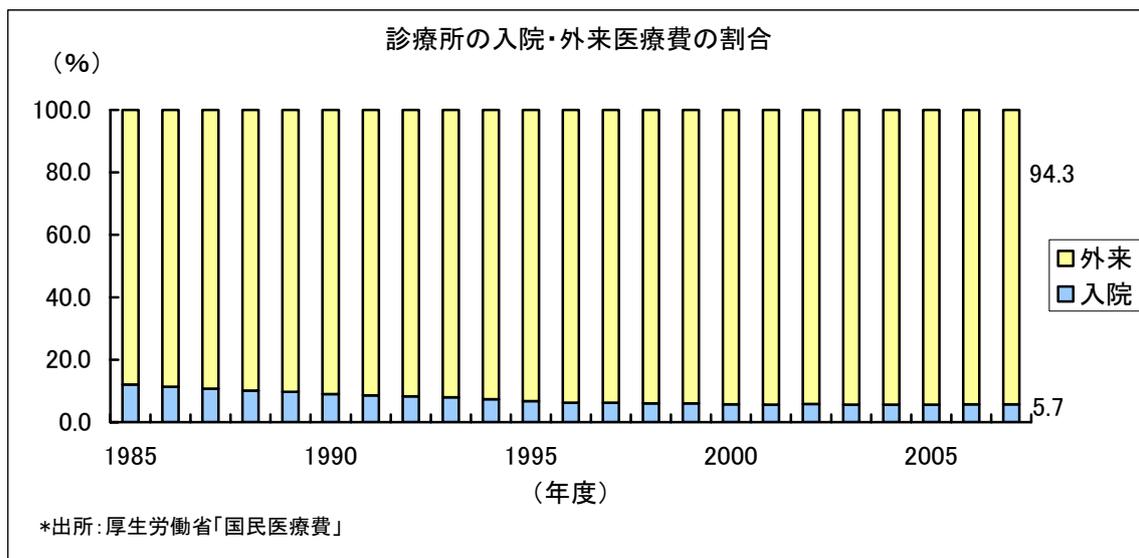
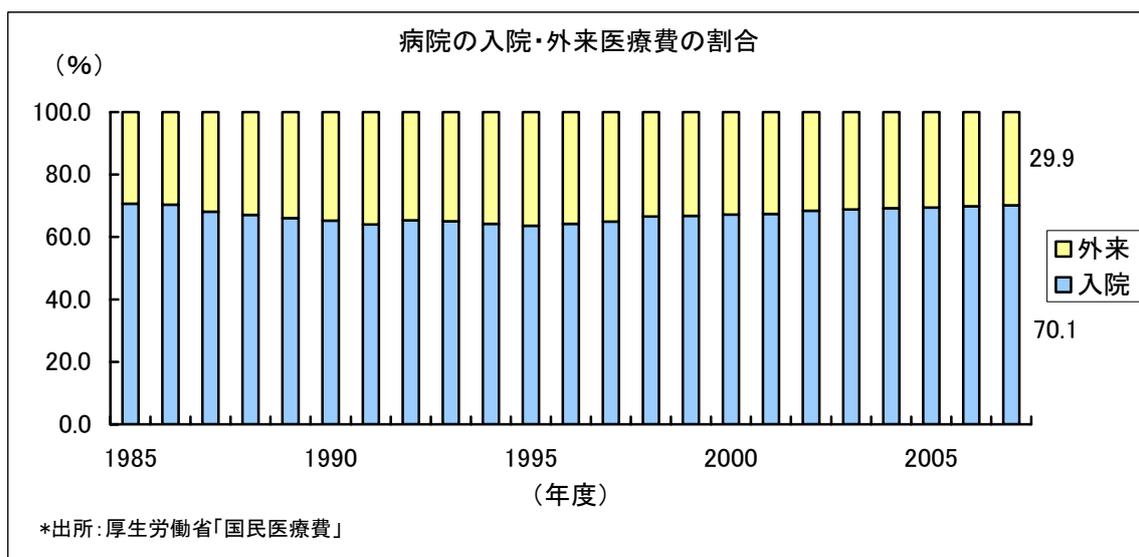


図 1.1.2 病院の入院・外来医療費の割合



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

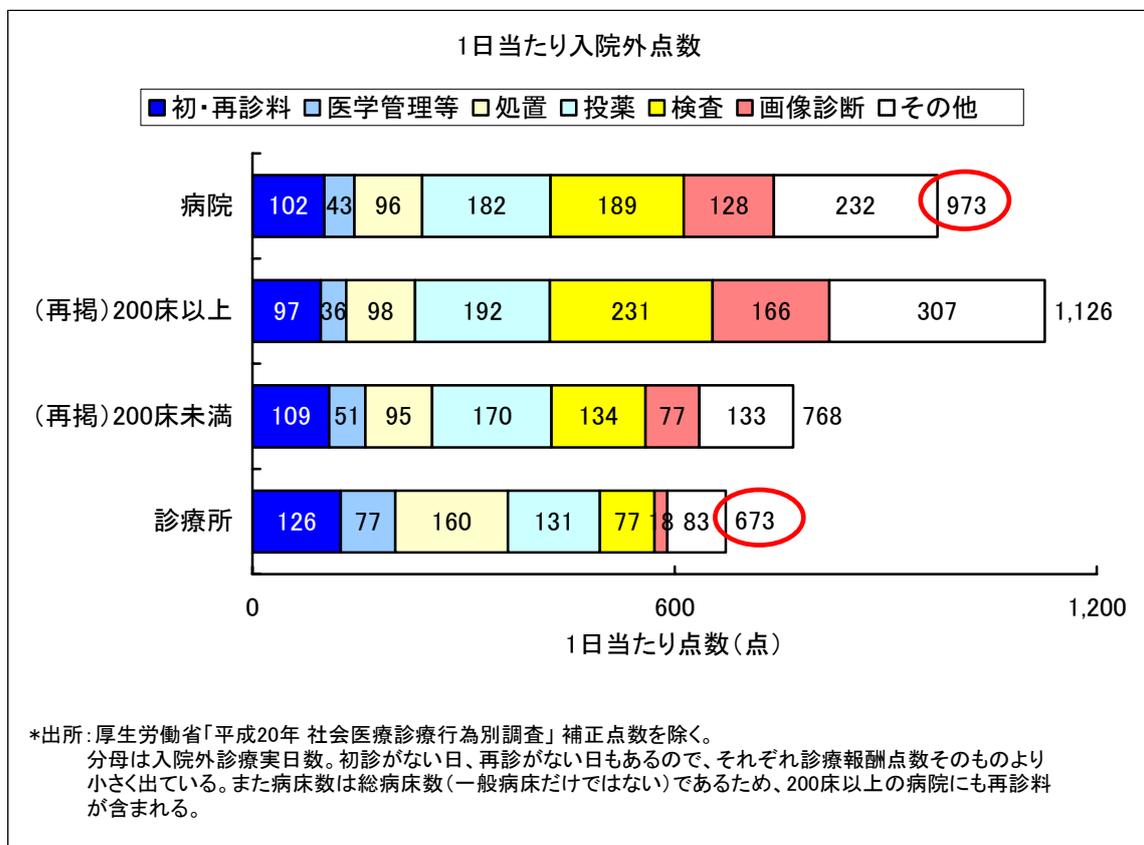
ここでは、「平成 20 年 社会医療診療行為別調査」を用いて分析した。今回の社会医療診療行為別調査（6 月 1 か月の抽出調査）は、入院外において、通年実績を示す「メディアス」（厚生労働省「最近の医療費の動向」）と大きな乖離があった。例年に比べて、人工腎臓を実施している診療所が多く抽出されたことが主な要因である。そのため、厚生労働省の事務局が中医協に提出している診療科別などの資料には、人工腎臓の影響を補正するための特別集計後のデータが使用されている。しかし、このデータは公開されていないので、本稿では特別集計を行っていないデータを使用している。

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



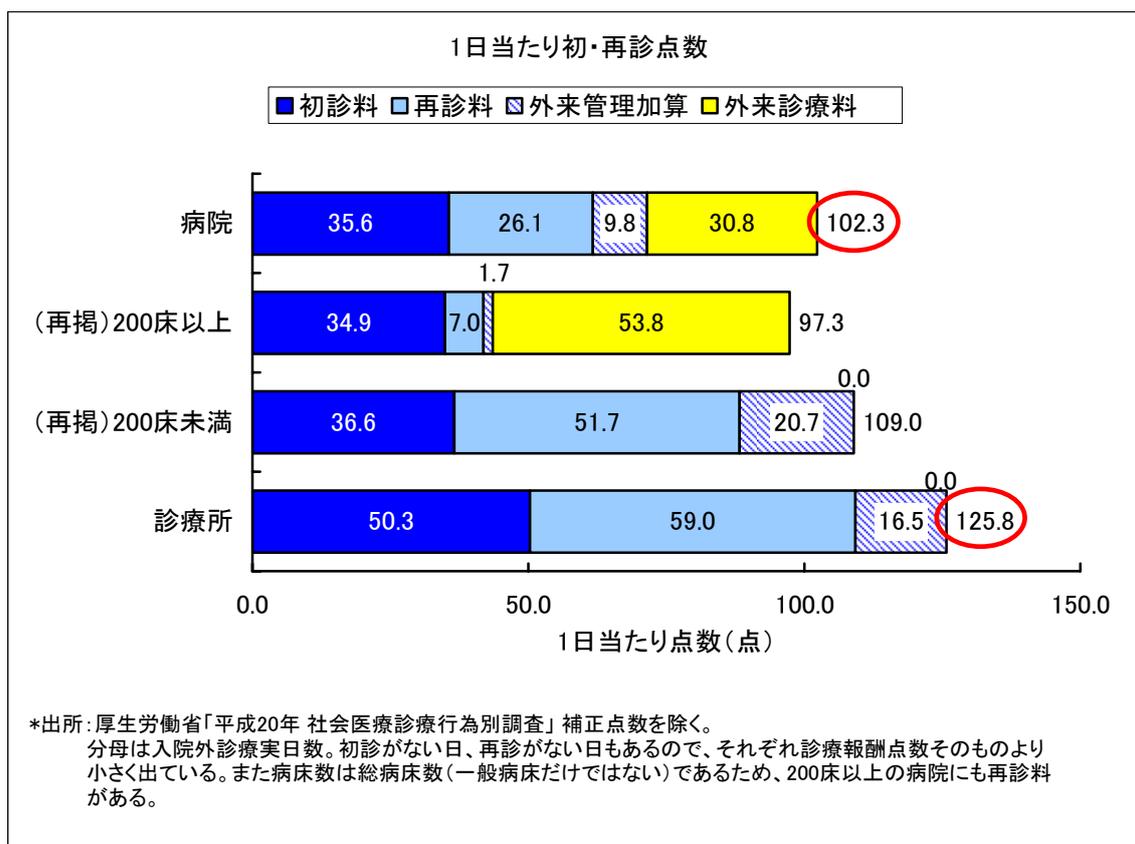
初・再診料：初診料、再診料、外来診療料（それぞれ加算を含む）

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）

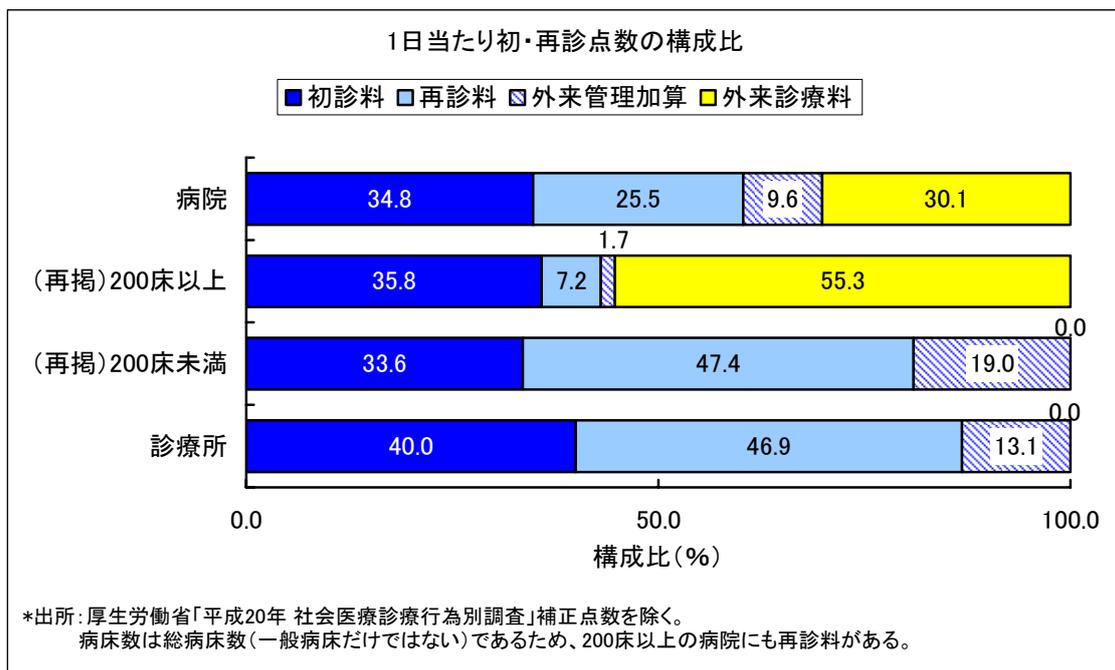
再診料：再診料（外来管理加算以外の加算を含む）

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

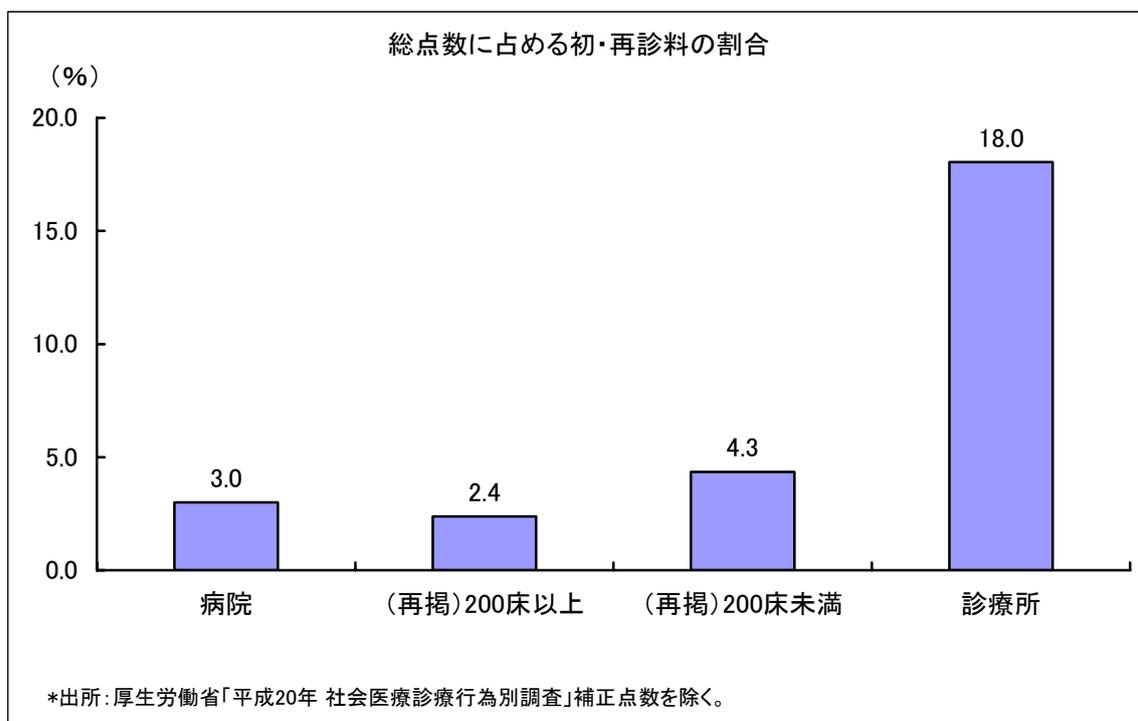


1.2.2. 医業経営における初・再診料の重み

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粹に医師の技術料（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。

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

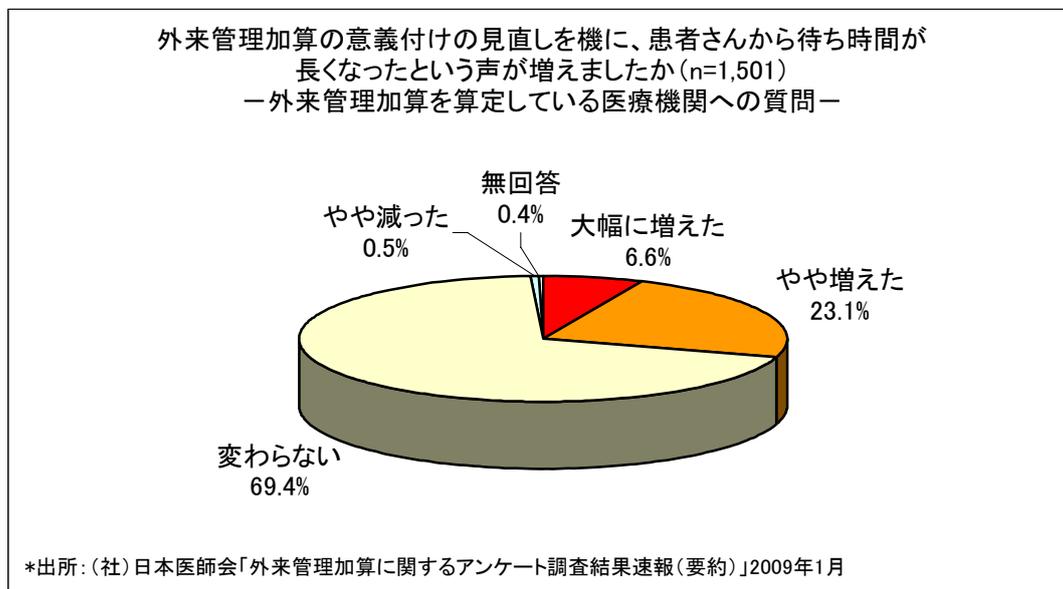
また、民主党は、2009年7月27日に発表した『民主党医療政策（詳細版）』において、「外来管理加算の5分要件に関しては、外来管理に時間要件はなじまないことを踏まえ、診療所負担の軽減を図るため撤廃します」としている。

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え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

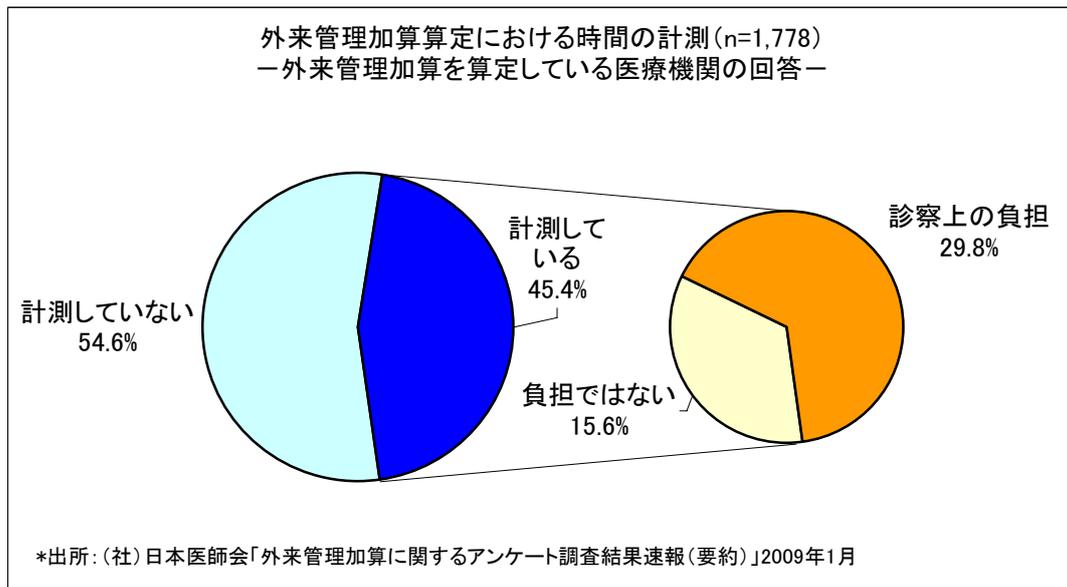


第二に、診察の妨げにもなっている。外来管理加算を算定している医療機関のうち、5分という時間の計測が診察上の負担になっているという回答が29.8%であった（図2.2.2）。

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

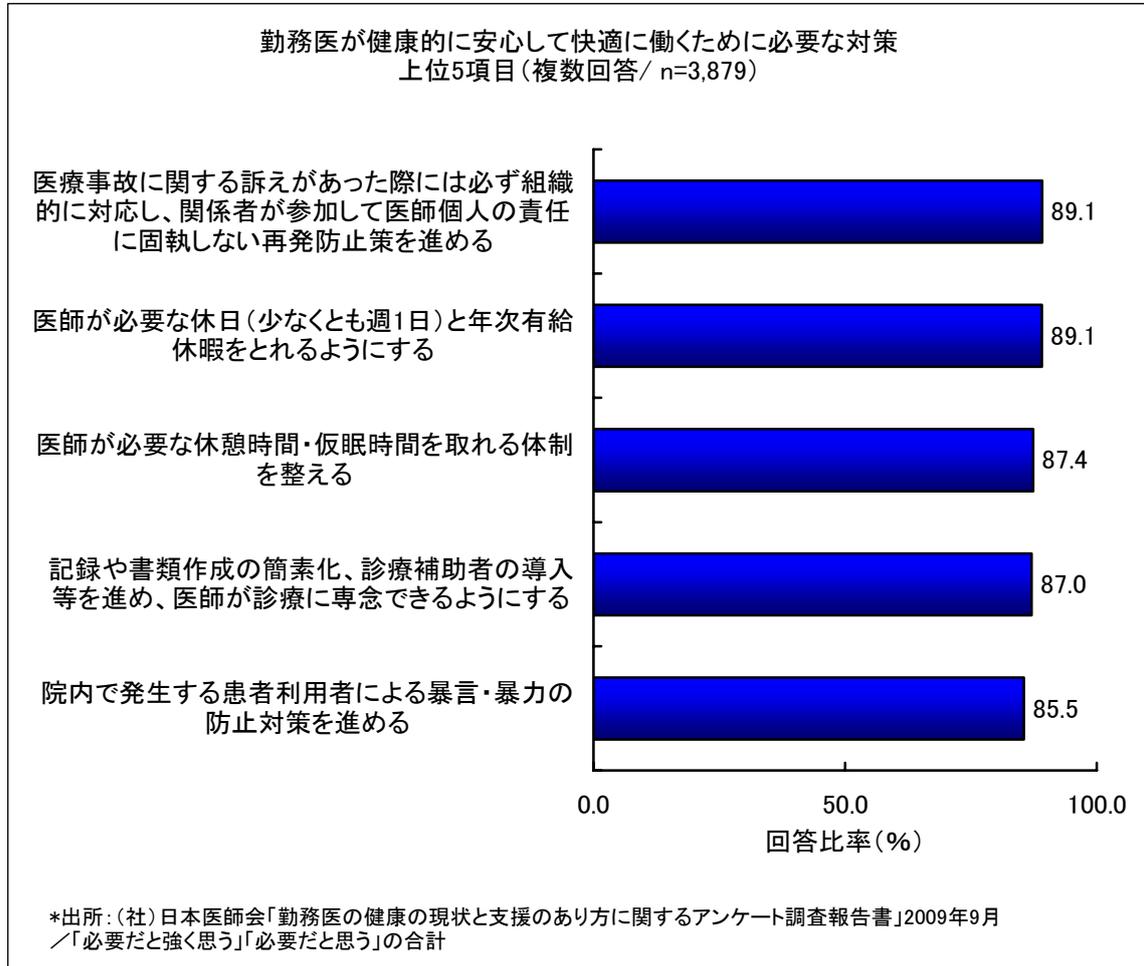
また日本医師会が実施した調査によれば、健康的に働くための対策として、勤務医は、医療事故への組織的な対応、休日の確保、過重労働の緩和などを挙げている。そして、これらに続いて、多くの勤務医が、書類の作成など診療以外の業務の軽減を求めている（図 3.1）。

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り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を算定できることになった。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。

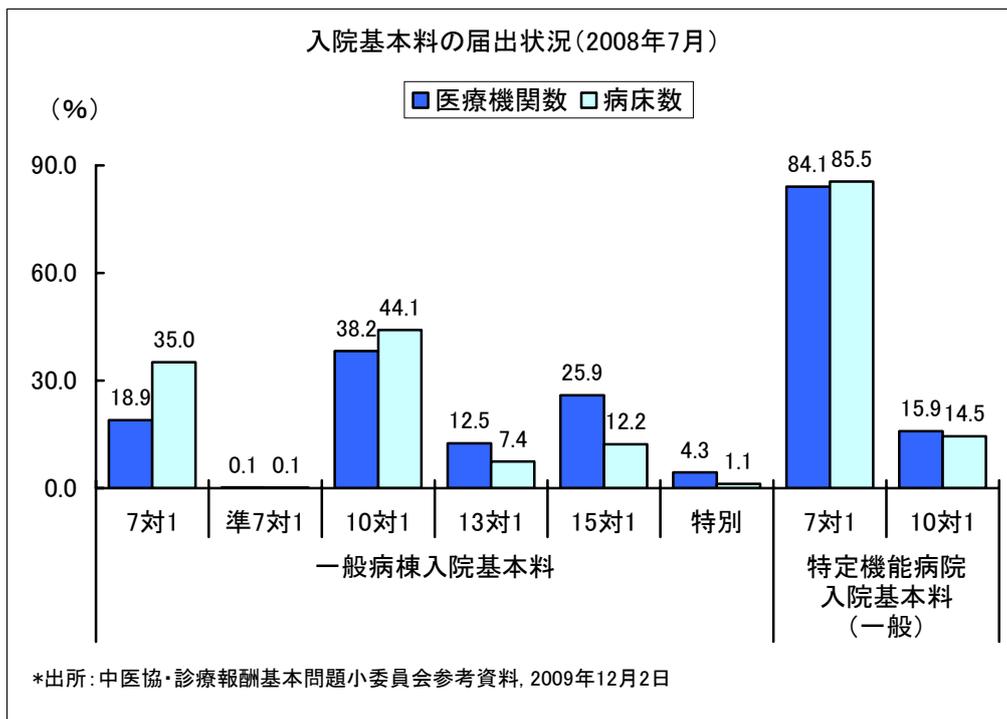
⁸ 「まずは建議書を踏まえまして、あくまでも看護必要度で7対1を評価すべきというところは非常に大事なところだろうと思います」「特定機能病院、これが行き過ぎた人員確保に走らないように、特定機能病院はほぼDPCでございまして、係数に何か知恵を出すことによりまして大学病院が7対1に走らなくてもいいような方法というのがないだろうか」2007年10月3日、中医協・診療報酬基本問題小委員会議事録

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。

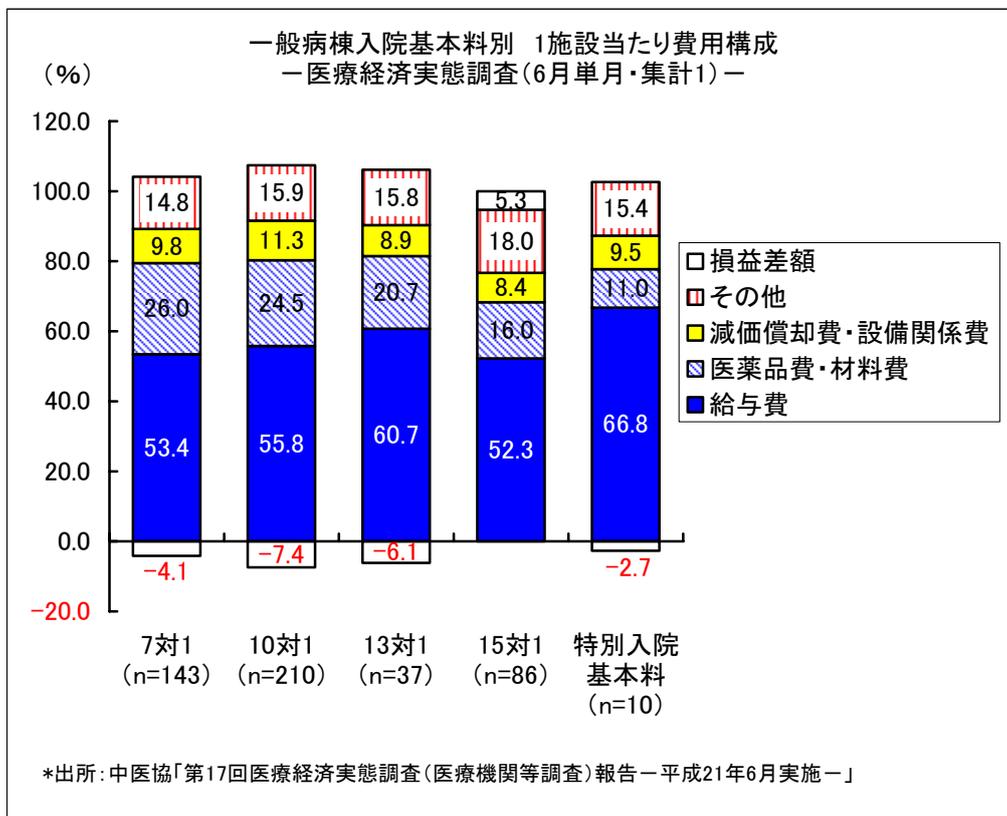
図 4.2.1 入院基本料の届出状況



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、もともと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。

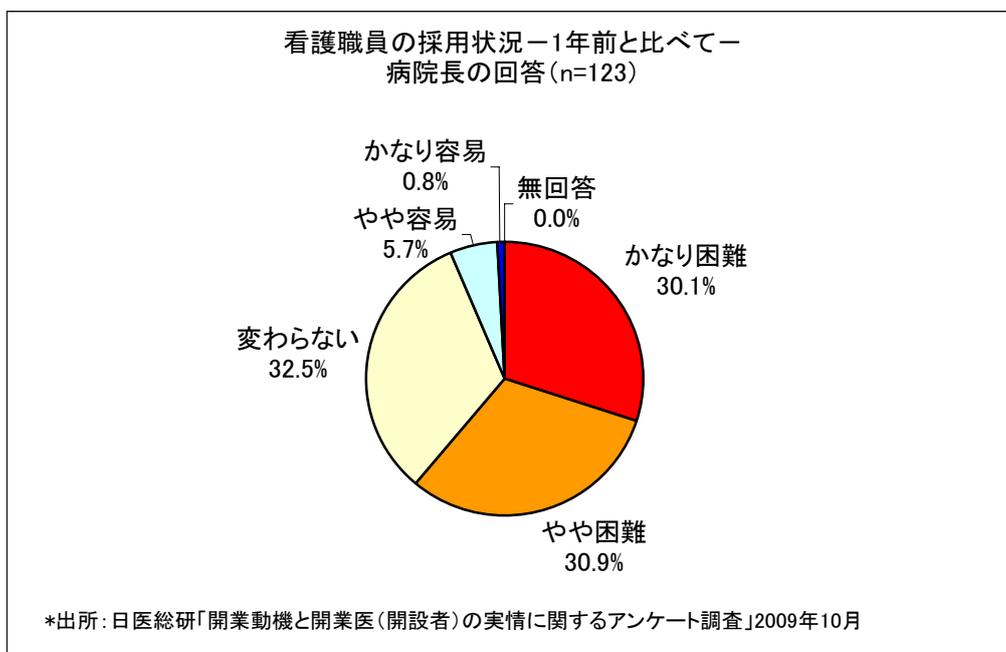
図 4.3.1 一般病棟入院基本料別の費用構成



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）と比べて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ます。

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がを要望する。

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大きいため、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

(点)

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

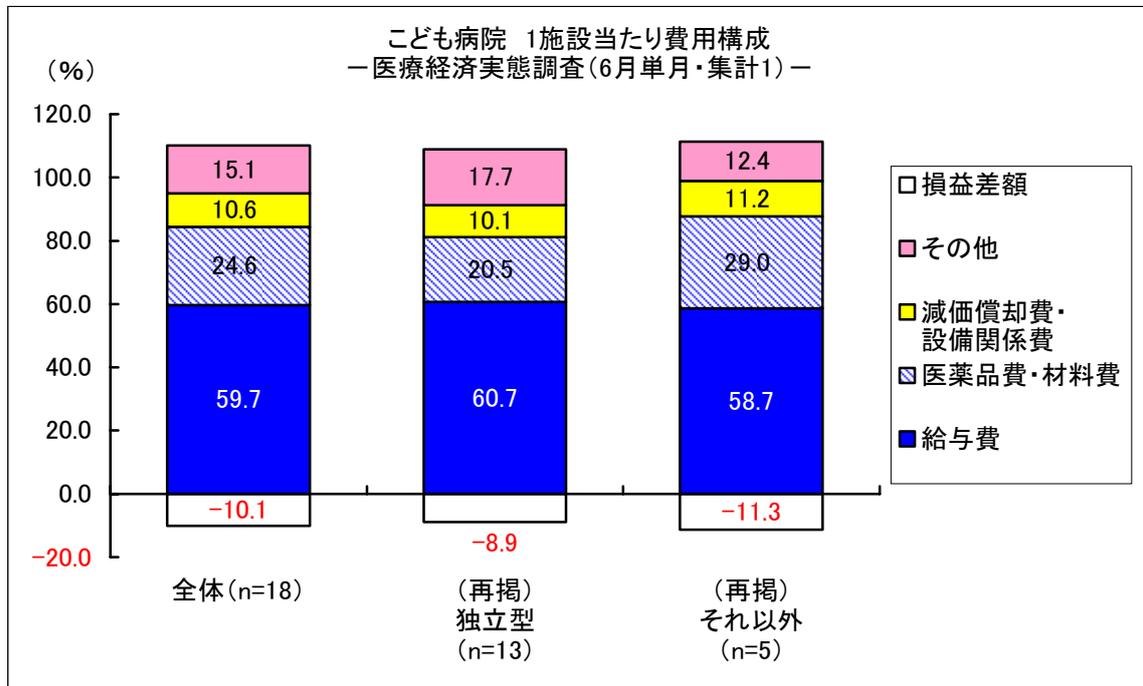
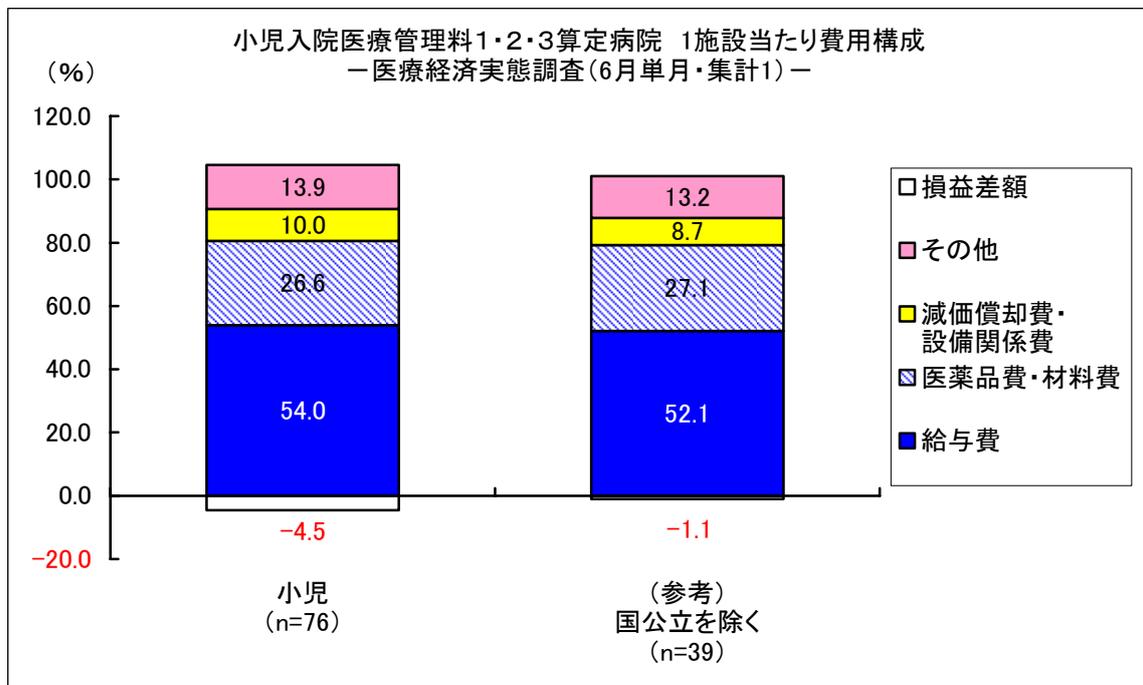


図 5.2 小児入院医療管理料1・2・3算定病院 1施設当たり費用構成



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

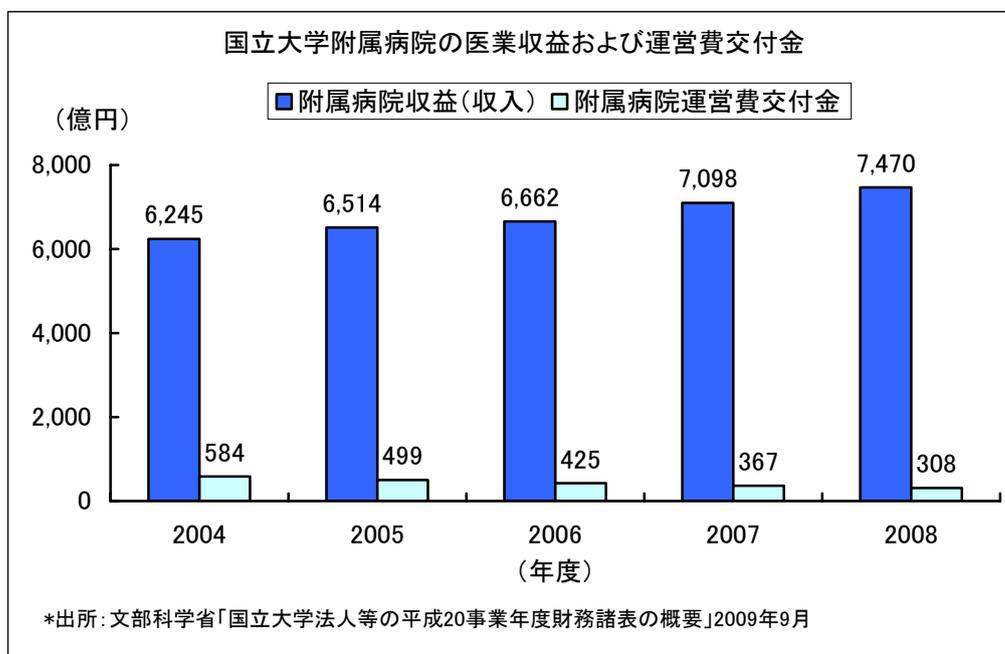
6.1. 特定機能病院の現状－大学病院を中心に－

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

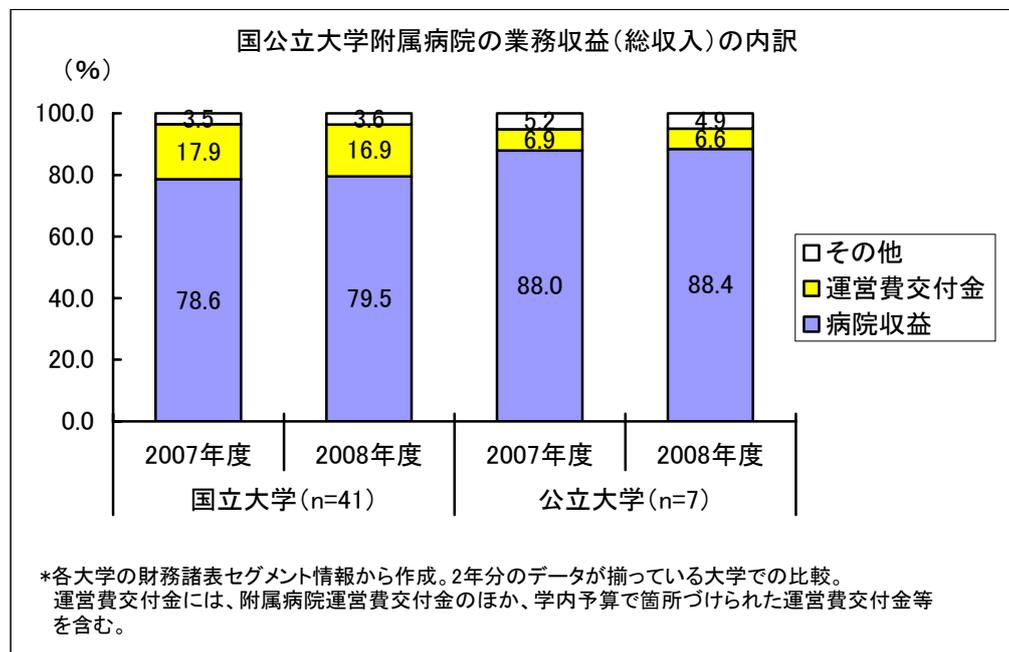


¹² 医療法第 4 条の 2

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

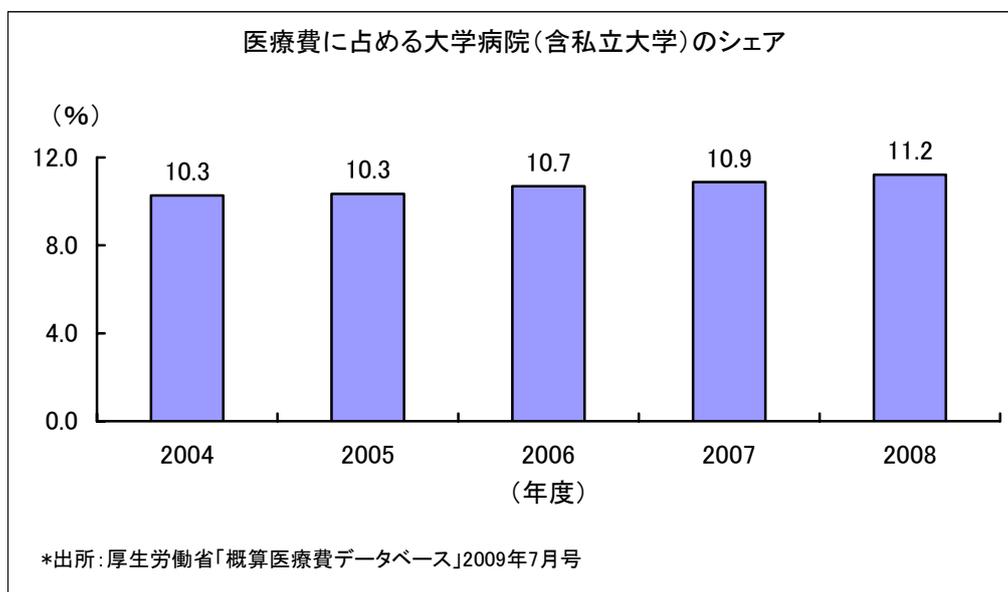
一方で、病院収益（収入）は年平均 4.6%の伸びで増加しており、総収入に占める病院収益の比重が上昇している（図 6.1.2）。教育、研修や高度医療を担う大学病院が、病院経営に汲々としなければならなくなっているのではないかと推察される。また、次に示すように、民間病院に与える影響も小さくない。

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) 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	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。

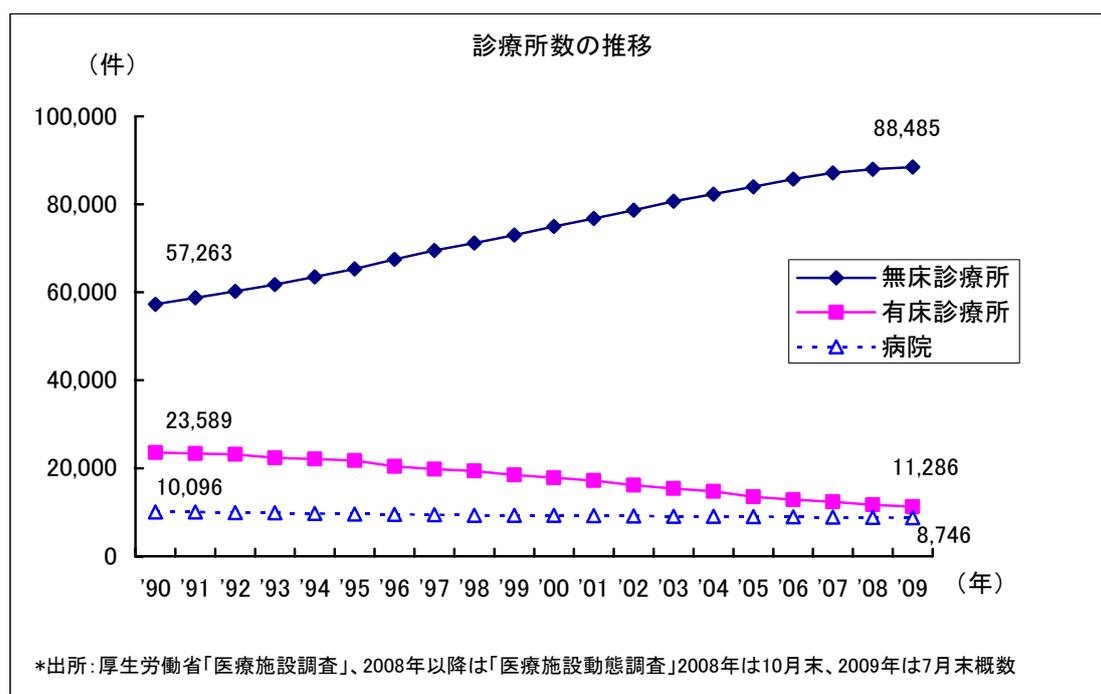
7. 有床診療所

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ため、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

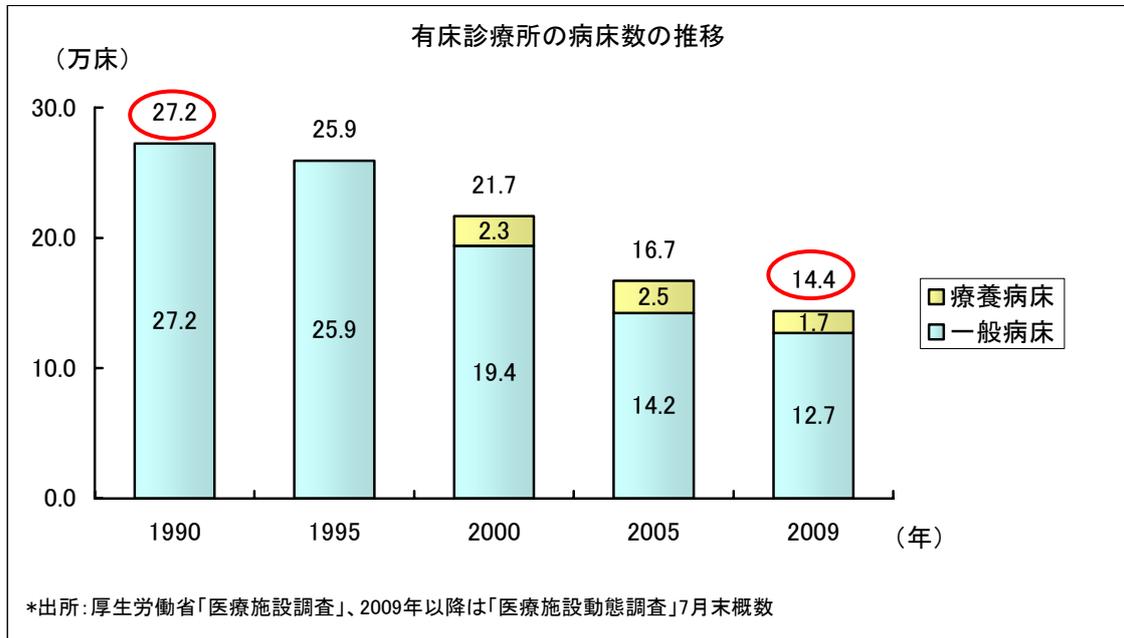
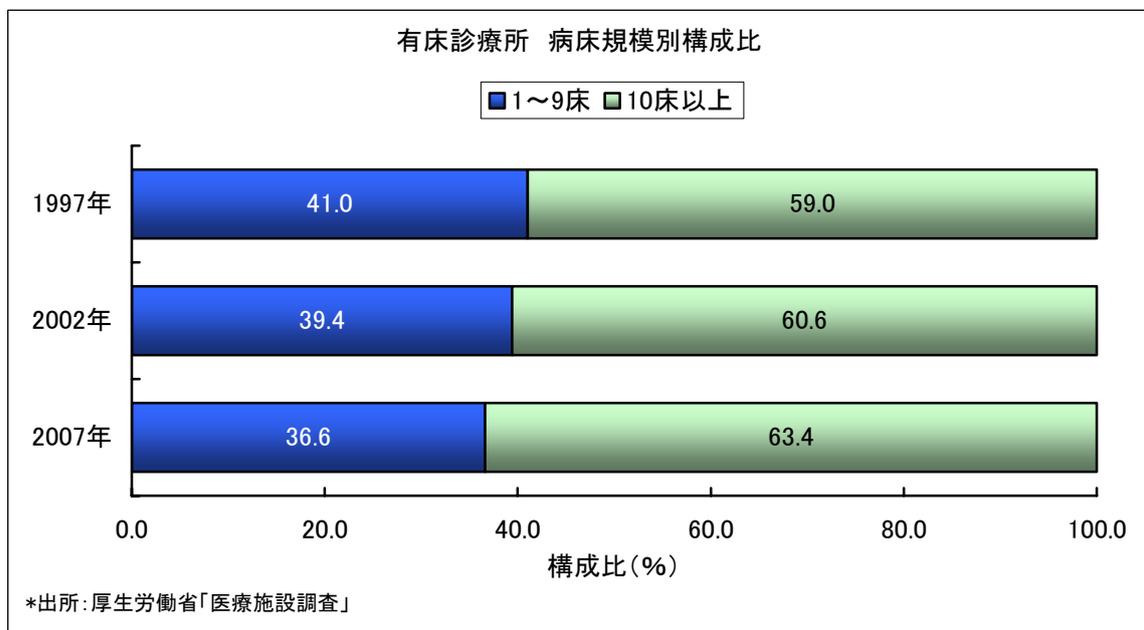


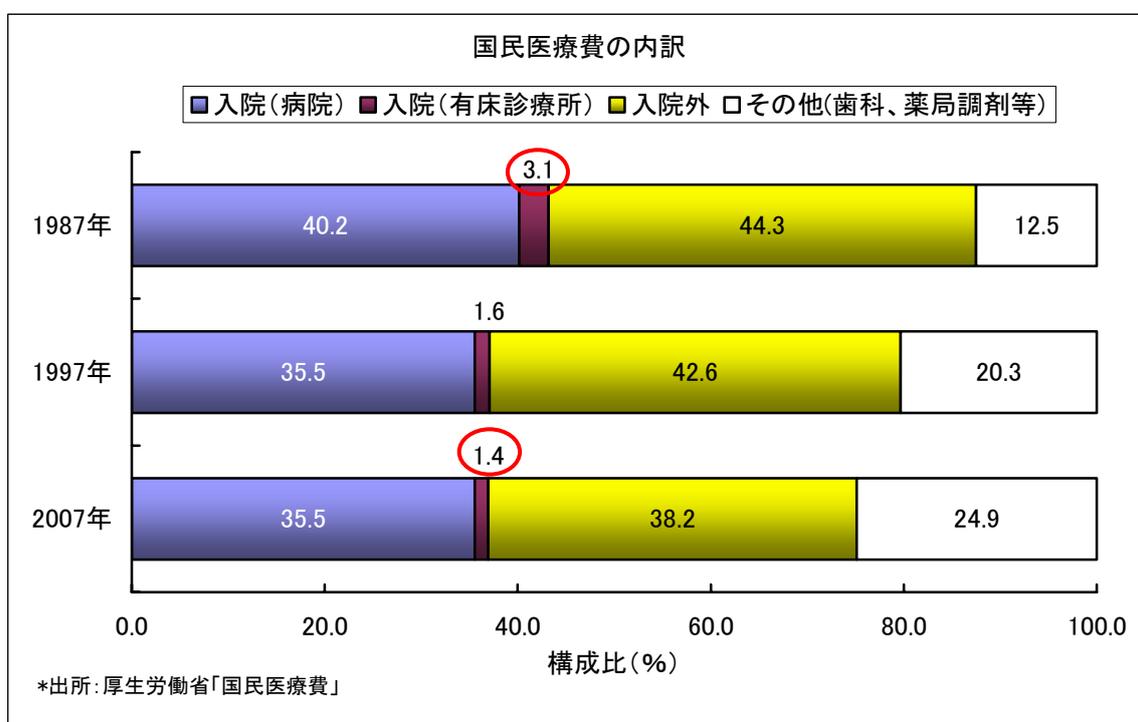
図 7.1.3 有床診療所 病床規模別構成比



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

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）。

図 7.2.1 入院期間別の患者比率（厚生労働省調査）

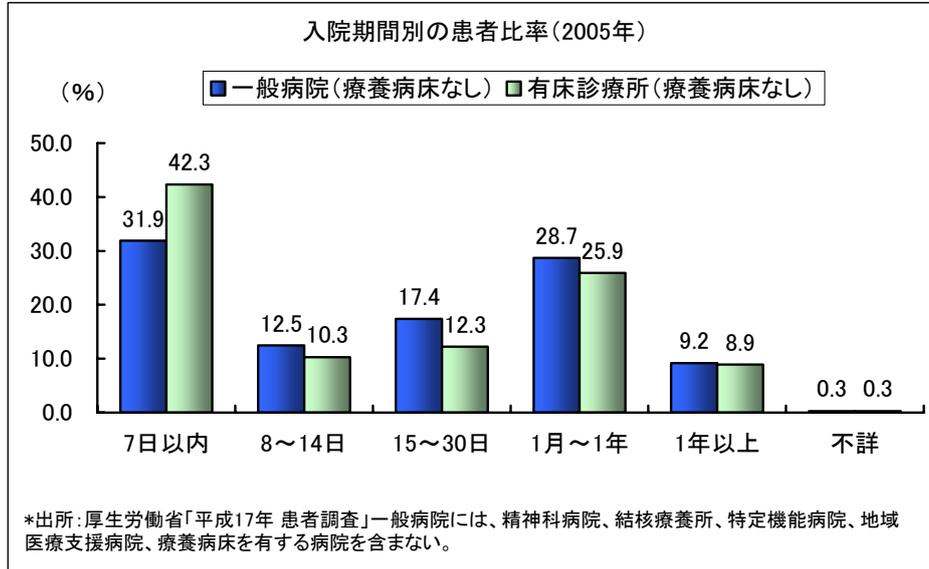
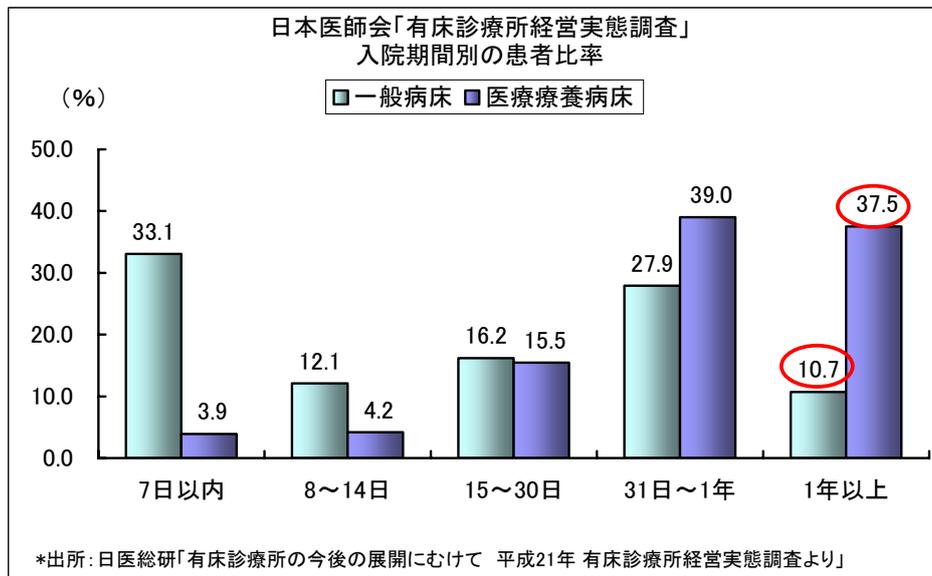


図 7.2.2 入院期間別の患者比率（日本医師会調査）



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

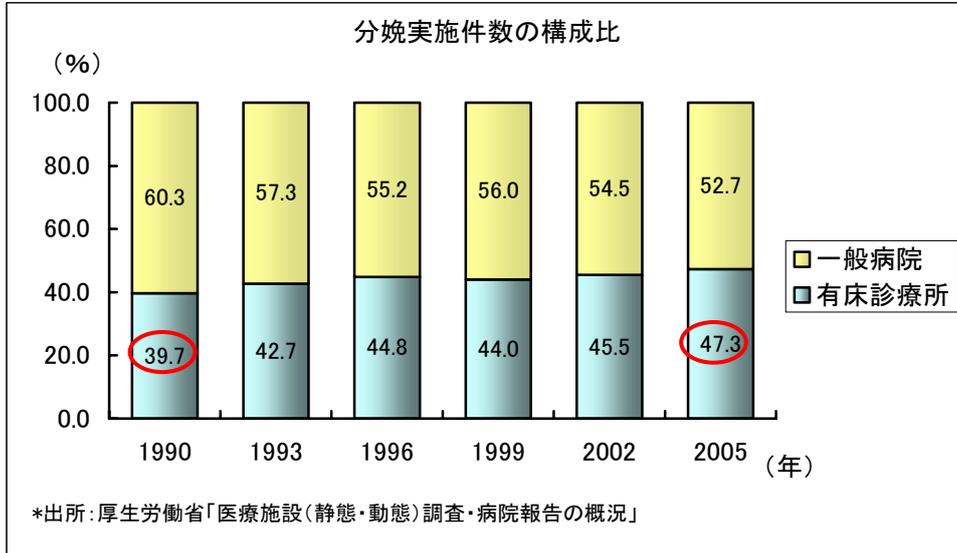


図 7.2.4 有床診療所の月間分娩件数

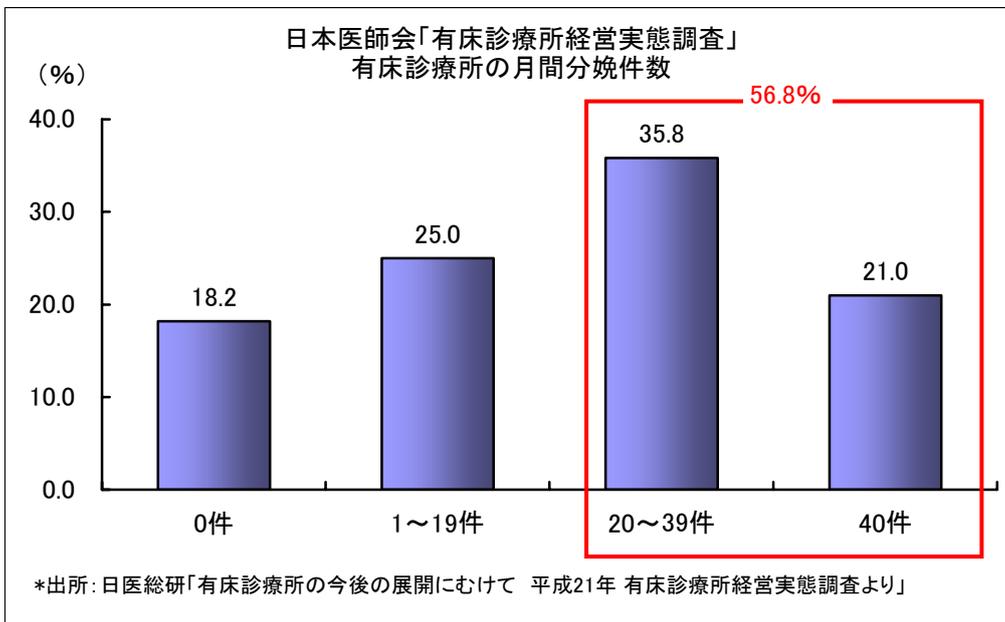
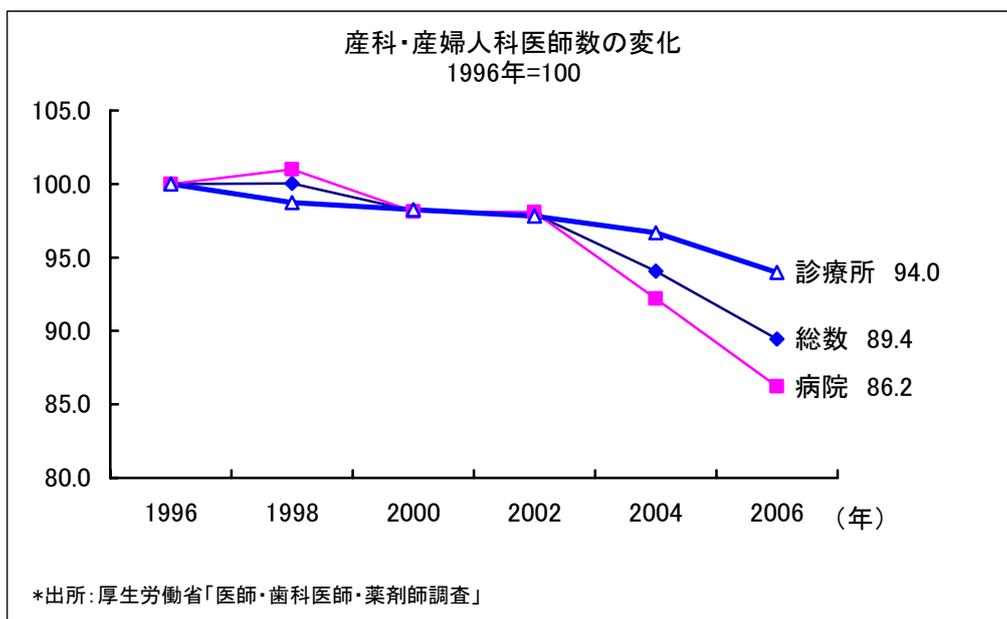


図 7.2.5 産科・産婦人科医師数の変化

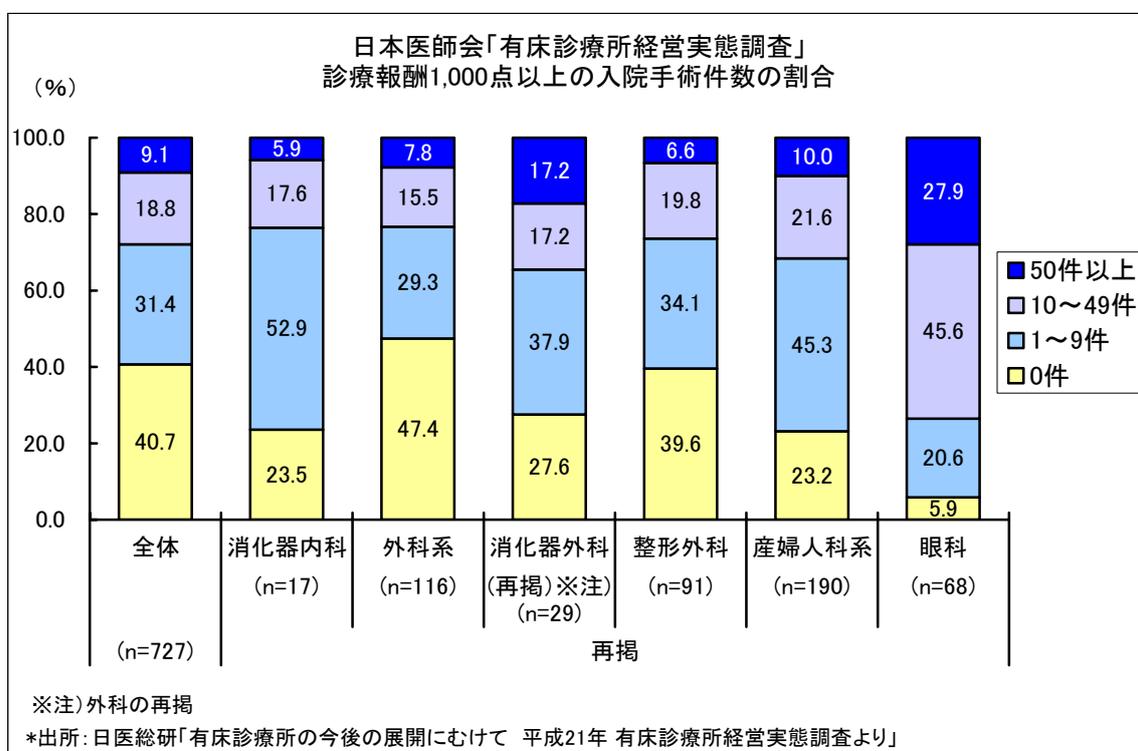


入院手術

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

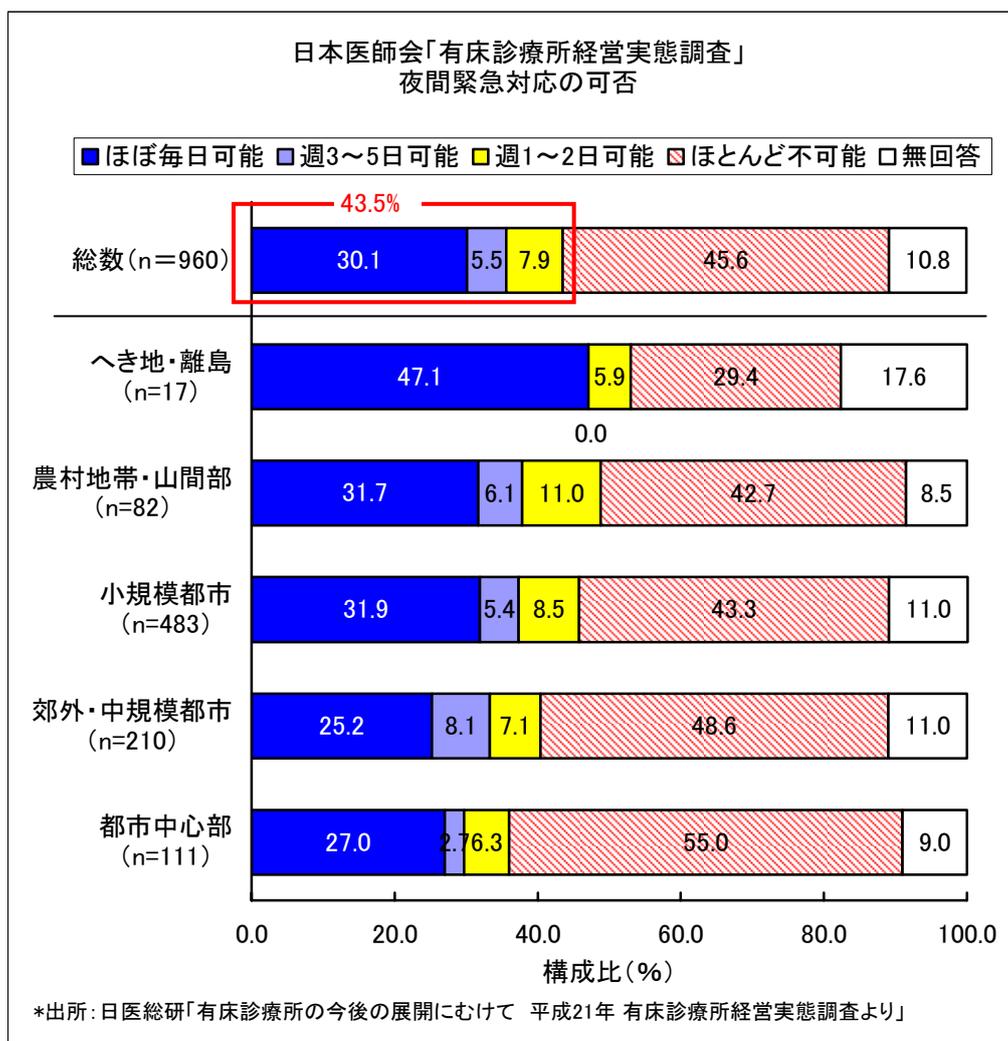


夜間救急

夜間・休日には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。

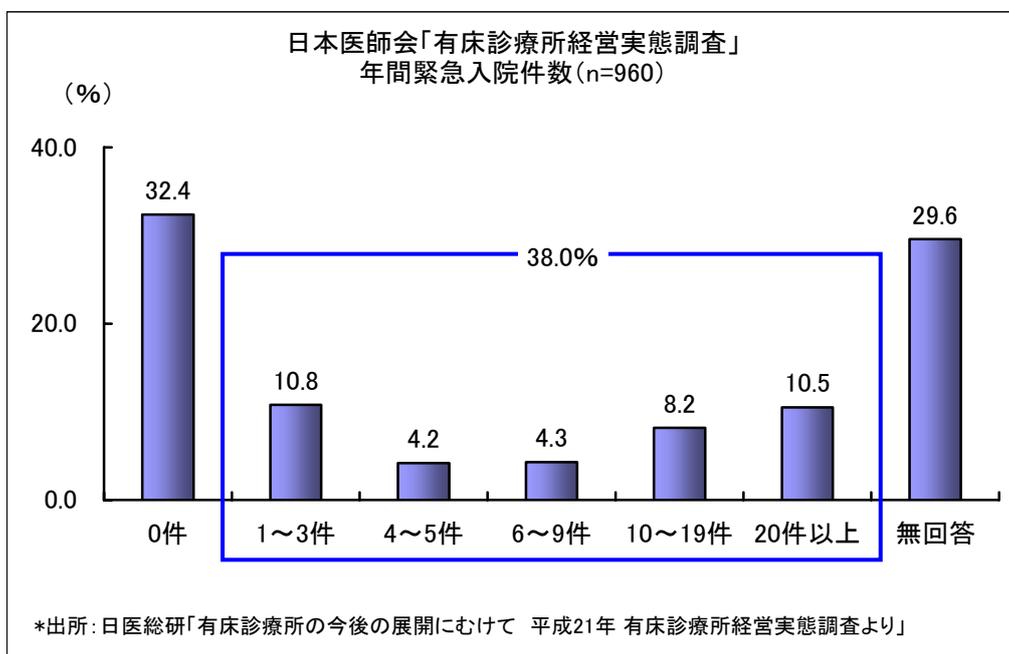
図 7.2.7 夜間緊急対応の可否



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

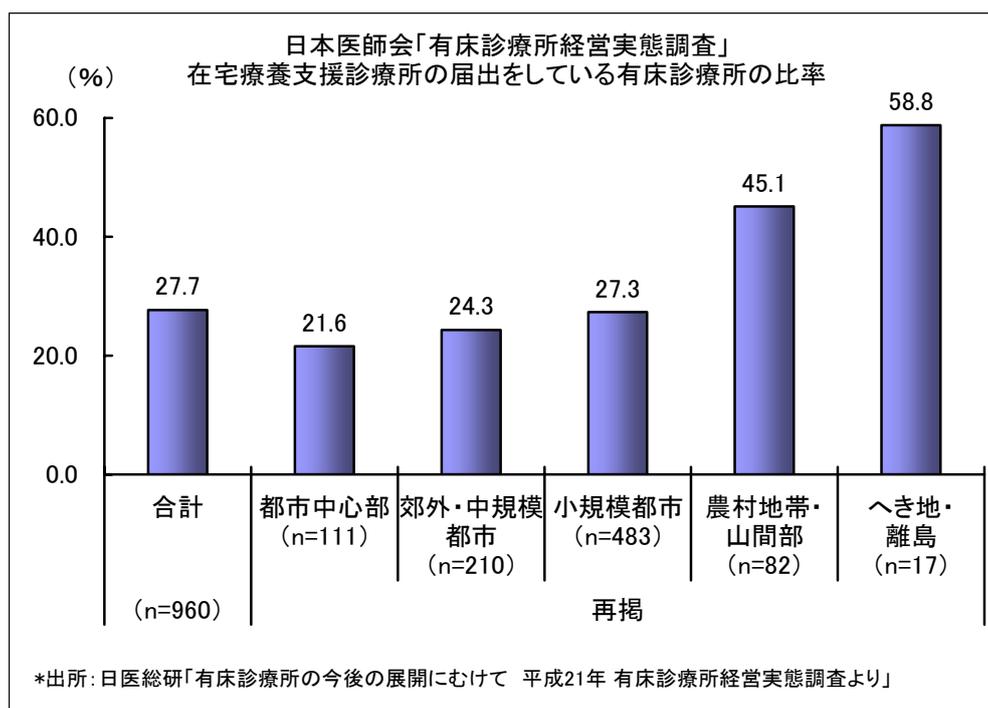


在宅医療

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



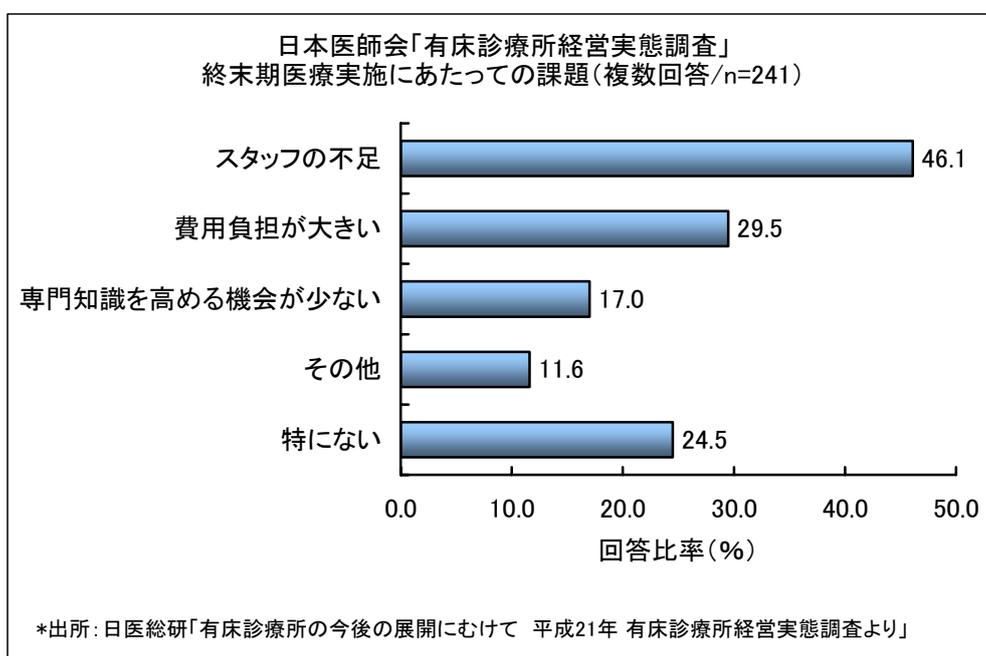
¹⁸ WAM NET登録件数（2009 年 11 月 20 日現在）

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

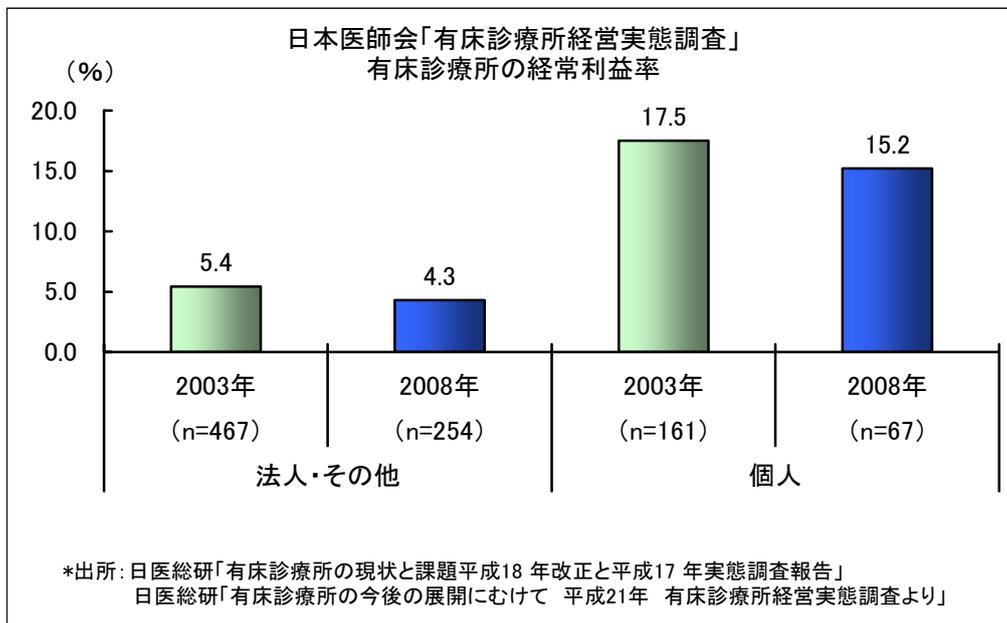
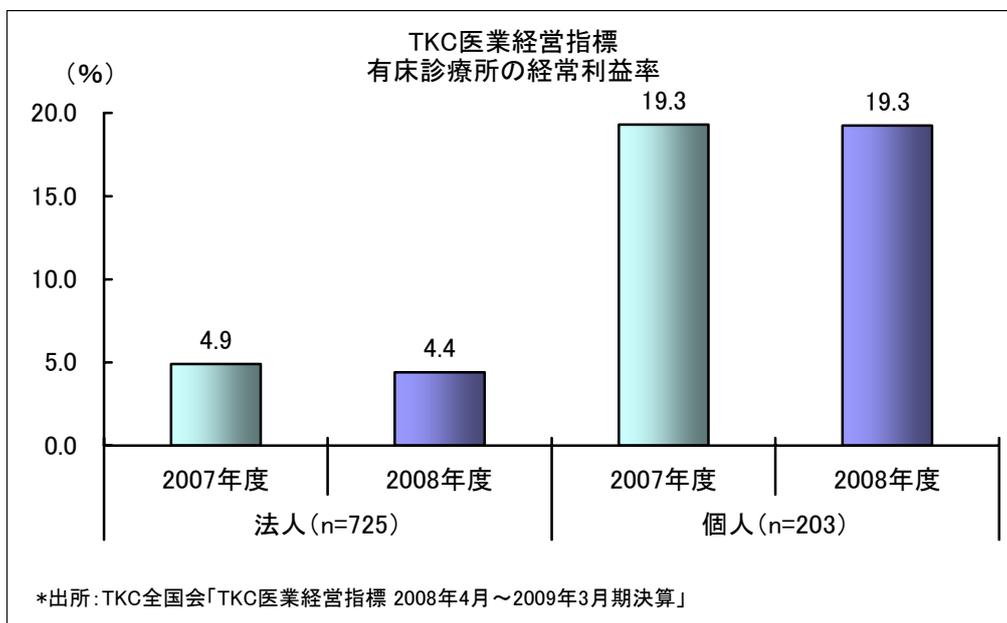


図 7.2.12 TKC 医業経営指標 有床診療所の経常利益率



※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、引き上げざるを得ない事情があるものと推察される。

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 地域別に見た給与费率（法人）

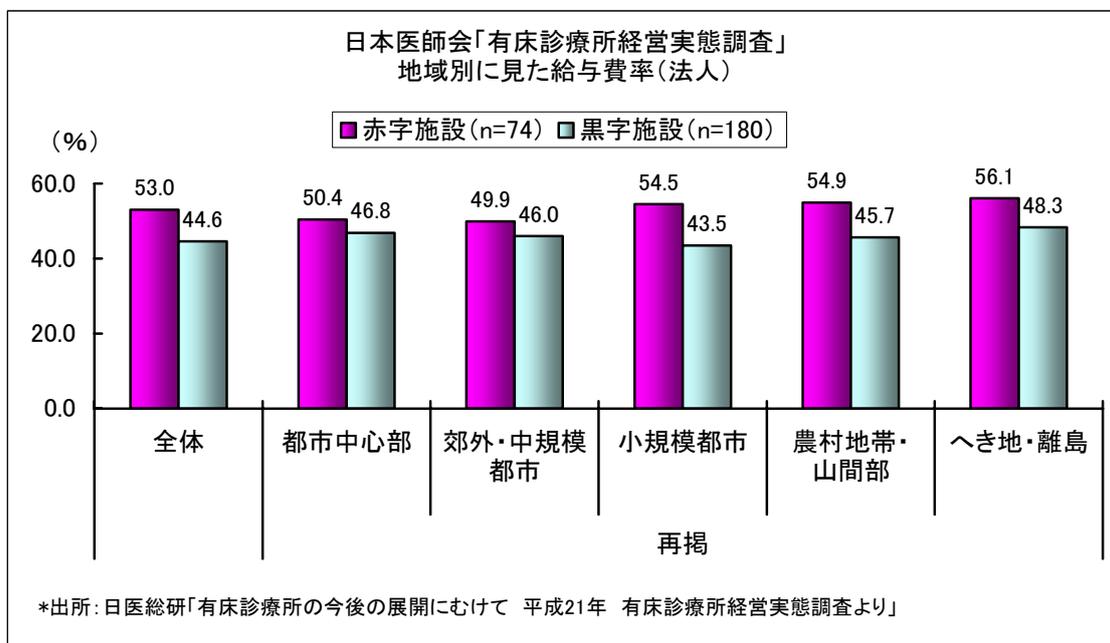
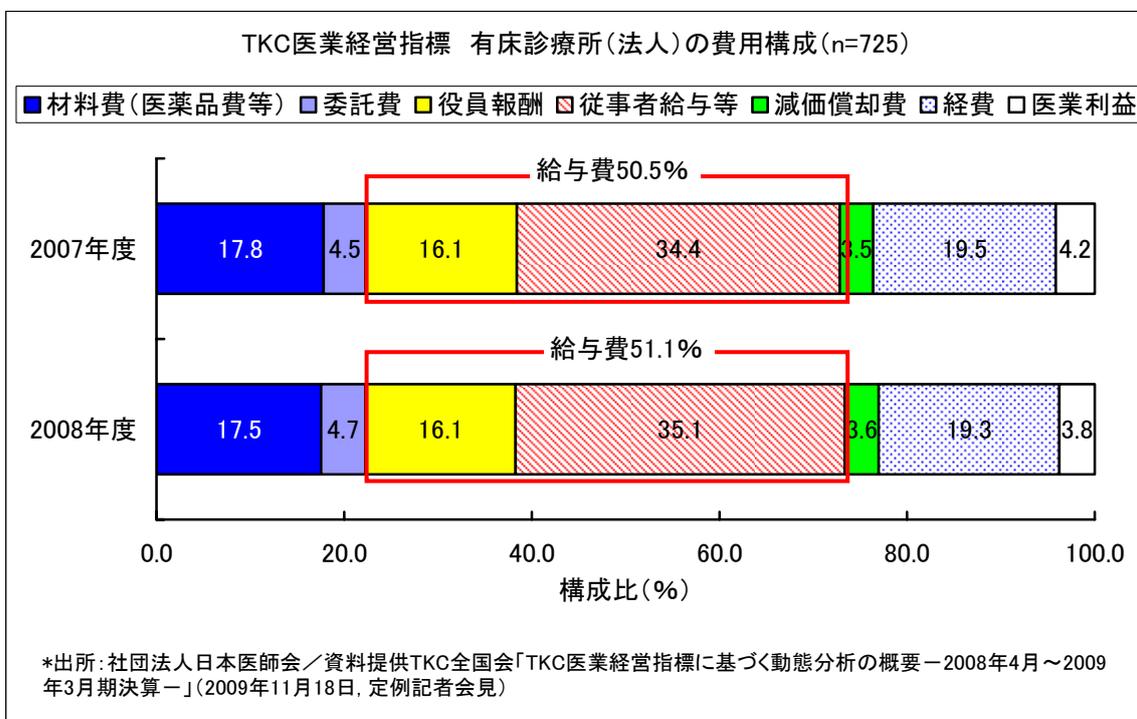


図 7.2.14 TKC 医業経営指標 有床診療所（法人）の費用構成



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

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

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

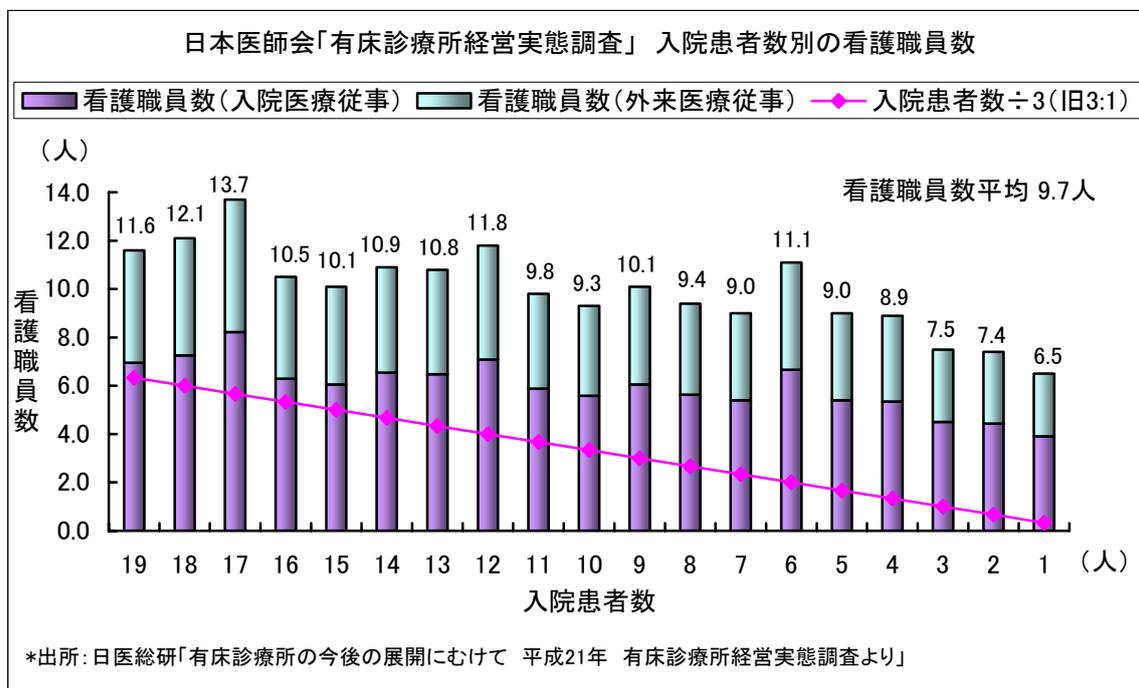
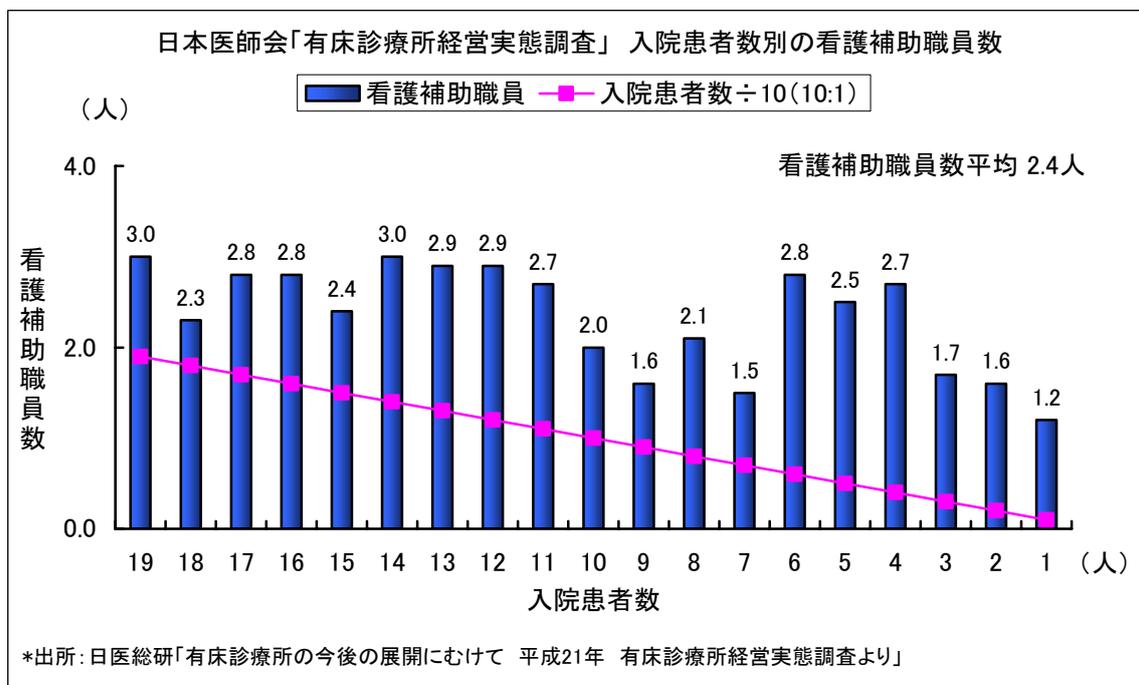


図 7.2.16 入院患者数別の看護補助職員数



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

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

定例記者会見

2009年12月16日

社団法人 日本医師会

目 次

1. がん対策	1
1.1. 地域連携.....	1
1.2. 放射線管理体制の評価.....	2
1.3. 外来化学療法を提供する体制の評価.....	2
1.4. 緩和ケアにおける丁寧な説明や指導に対する評価.....	3
1.5. 周術期等における療養指導の取り組みについての評価.....	4
1.6. 喫煙率の現状.....	5
1.7. ニコチン依存症管理料について.....	6

1. がん対策

2009年12月16日、中医協基本問題小委員会にがん対策についての論点が提示された。日本医師会は、がん対策を最重要課題であると認識している。しかし、財源に制限があることも事実である。いずれの論点も、診療報酬の大幅かつ全体的な引き上げが実現した場合には、積極的に取り組むべきと考える。そうでない場合には、重要度に応じて取り組む必要があり、重要度、優先度についても議論しておくべきである。

1.1. 地域連携

中医協で示された論点

がん治療に関して、拠点病院を中心とした地域の診療所等との連携の取り組みが進められているが、診療報酬上の評価をどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

がん拠点病院の負担軽減のため、連携する診療所を評価し、これを拡充させることには賛成である。また、がん拠点病院以外にがん対策に取り組む病院も少なくない。日本医師会は、拠点病院の連携先である診療所、がん拠点病院以外でがん対策に取り組む病院を評価することを要望する。

がん拠点病院には、中医協資料¹にも明示されたように以下の役割がある²。がん拠点病院は、診療そのものだけでなく、地域の医療機関に対する研修や情報提供にも重きを置くべきであり、それらを重点的に評価すべきである。

< がん診療連携拠点病院の役割 >

専門的ながん医療の提供

地域のがん診療の連携協力体制の構築（研修や診療支援、患者の受

¹ 「がん診療連携拠点病院制度」2009年12月16日、中医協・診療報酬基本問題小委員会参考資料

² 詳細は、厚生労働省健康局長「がん診療連携拠点病院の整備について」健発第0301001号、2008年3月1日

入・紹介等)

がん患者に対する相談支援及び情報提供

1.2. 放射線管理体制の評価

中医協で示された論点

治療法の選択において、放射線療法の重要性が高まる中、患者本人を含め、周囲の患者の被曝に十分配慮した安全な放射線管理体制について診療報酬上の評価をどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

放射線同位元素（RI）を用いた放射線治療については、症例数が増加しているにもかかわらず、施設数が減少しており、治療待機患者の約 5 割は 3 か月以上待ちであると報告されている。こうした現状にかんがみ、RI への評価に賛成である。

1.3. 外来化学療法を提供する体制の評価

中医協で示された論点

化学療法のレジメンが複雑化する中で、患者に対して薬剤の投与スケジュール、副作用とその対策等について詳細に説明するなど、より質の高い外来化学療法を提供する体制について診療報酬上の評価をどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

薬剤師の説明に対する評価が想定されているようであるが、がん治療も、チーム医療の下で提供されるものであり、チーム医療全体としての取り組みを評価すべきである。

1.4. 緩和ケアにおける丁寧な説明や指導に対する評価

中医協で示された論点

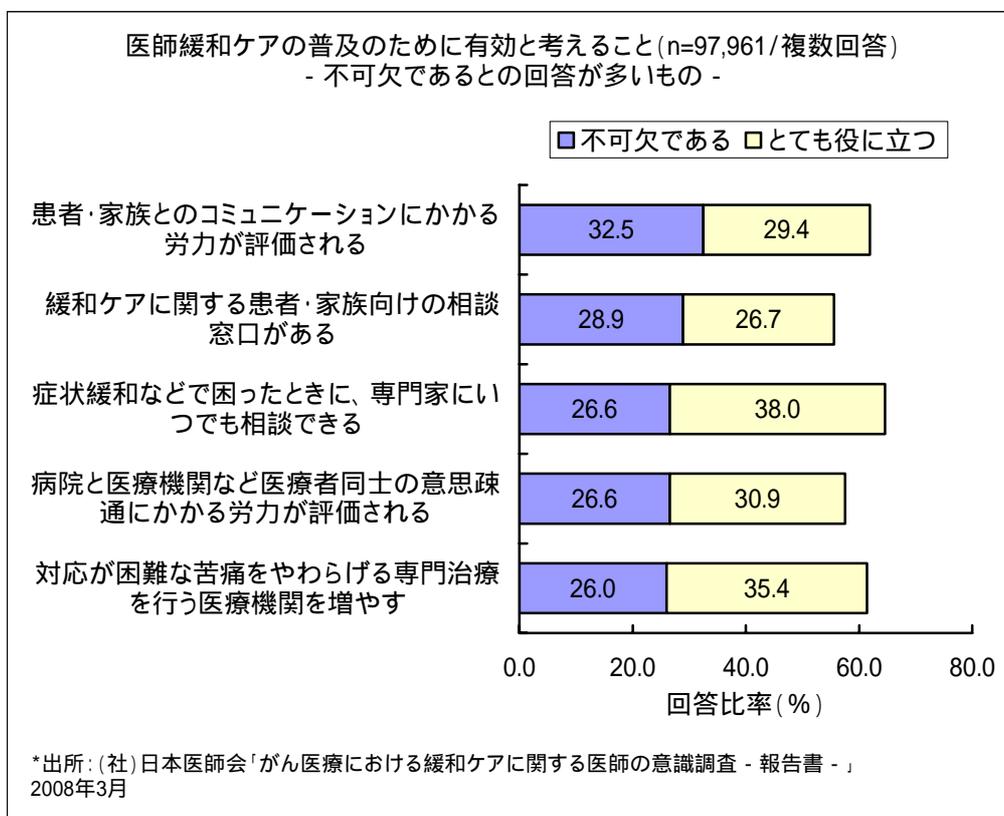
がん治療に関わる医療関係者が、初期からの緩和ケアを提供することが求められている中、がん患者に対する丁寧な療養上の説明や指導を行うことの診療報酬上の評価をどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

日本医師会は、2008年1月に「がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査」³を行った。それによると、緩和ケア普及のために不可欠であるとの回答が多かったのは、「患者・家族とのコミュニケーションにかかる労力が評価される」ことであった。このことから、病状や療養についての説明を評価することに賛成であるが、時間で測られかねない「丁寧な説明」ではなく、「適切な説明」に変更すべきである。

³ 平成 19 年度厚生労働省委託事業

図 1.4.1 医師緩和ケアの普及のために有効と考えること



1.5. 周術期等における療養指導の取り組みについての評価

中医協で示された論点

患者の体力低下を最小限にとどめ、早期に外来医療につなげるための周術期等における療養指導の取り組みについて診療報酬上の評価をどう考えるか。

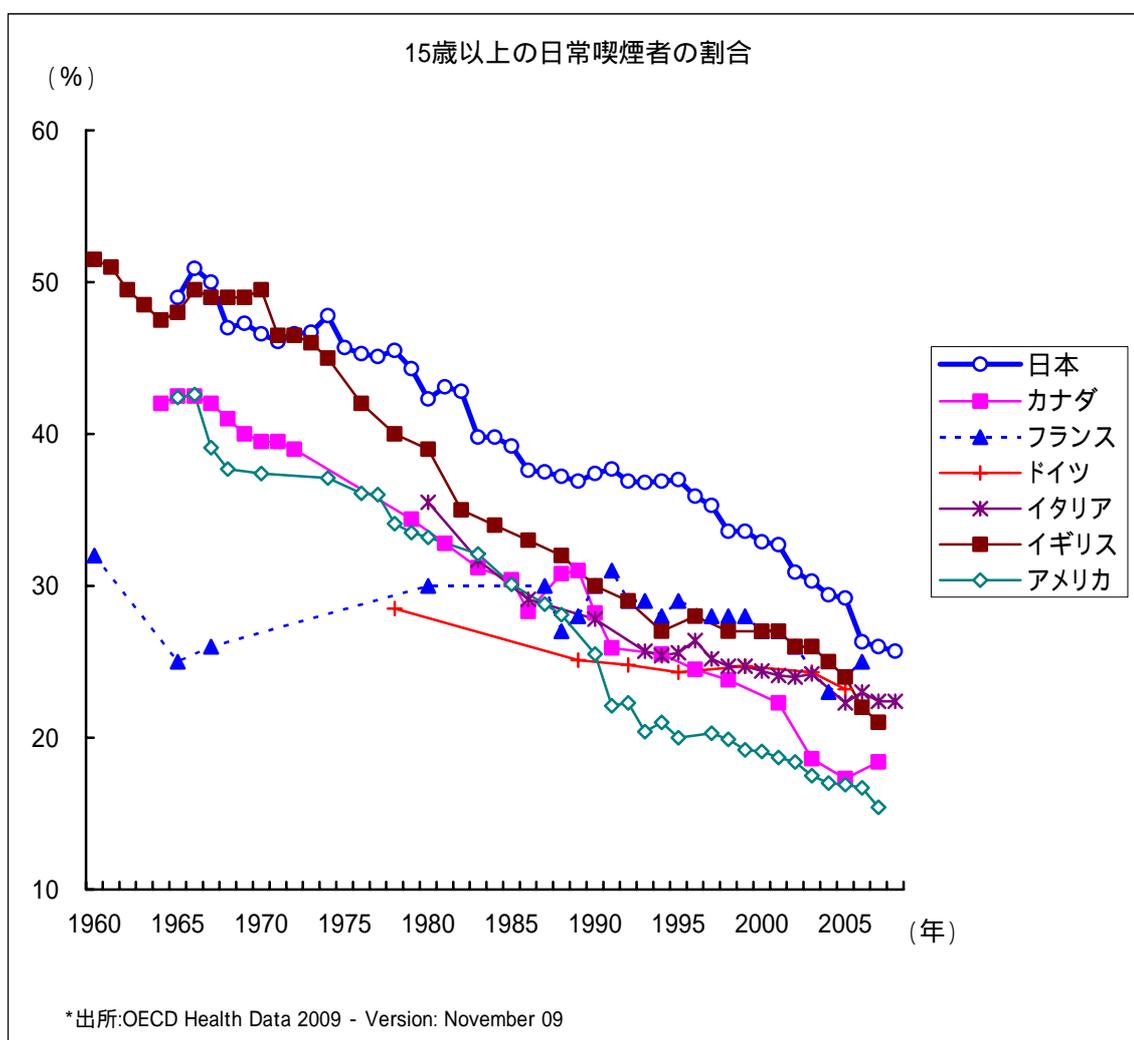
日本医師会の見解および要望

術後の合併症を予防し、後遺症を最小限にして、スムーズな術後回復に寄与することから、診療報酬上評価することに賛成である。ただし、たとえばリンパ浮腫指導管理料は、入院中1回しか算定できないが、患者の約3割が指導の内容を覚えていないことが報告されている。患者が退院後も継続してリハビリテーション等に取り組めるような評価も必要である。

1.6. 喫煙率の現状

「OECD Health Data 2009」によると、日本の喫煙率は25.7%（2008年）であり、G7の中でもっとも高い（図 1.6.1）。また、日本の喫煙率は高いだけでなく、もともと喫煙率が高くなかった国と同様の低下傾向にすぎないため、各国との差がほとんど縮小していない。

図 1.6.1 15歳以上の日常喫煙者の割合



1.7. ニコチン依存症管理料について

ニコチン依存症管理料は、2006（平成18）年改定で新設された。中医協診療報酬改定結果検証部会の調査結果⁴によれば、禁煙指導5回を終了した者の9か月後の禁煙継続率は49.1%と約5割であることが報告されている。

これを踏まえ、2009年12月16日の中医協基本問題小委員会には、ニコチン依存症管理料についての論点が示された。

中医協で示された論点

検証部会調査の結果を踏まえ、ニコチン依存症管理料のあり方についてどう考えるか。

日本医師会の見解および要望

禁煙は本来、自己責任原則で取り組むべきものであり、公的保険の範囲ではないという意見もあるが、一定の成果が出ていること、日本の禁煙対策が遅れをとっていることから、日本医師会は当面の間、ニコチン依存症管理料の算定に同意する。

しかし、保険適用の治療を受ける前に、まずは自己管理が重要である。厚生労働省としての禁煙対策をあらためてお示しいただきたい。

⁴ 「ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査 結果概要（速報）」2009年11月10日、中医協・診療報酬改定結果検証部会

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

定例記者会見

2009年12月16日

社団法人 日本医師会

目 次

1. これまでの経緯	1
1.1. 後発医薬品の使用促進にむけての診療報酬改定	1
1.2. 日本医師会のこれまでの調査および見解	3
2. 今回改定にむけての日本医師会の見解および要望	5
2.1. 薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し	5
2.2. 薬局における含量違い又は剤形違いの後発医薬品への変更調剤	5
2.3. 医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価	6
2.4. 保険医療機関及び保険医療費担当規則等の改正	7

1. これまでの経緯

1.1. 後発医薬品の使用促進にむけての診療報酬改定

後発医薬品については、2002（平成14）年の診療報酬改定において、後発品を処方した場合の処方せん料を、先発品を処方した場合よりも高くするなどの改定が行われた（表 1.1.1）。

2002年12月には、総合規制改革会議（当時）が「規制改革の推進に関する第2次答申」で、後発医薬品のさらなる使用促進を求めた。その後も、後継組織である規制改革・民間開放推進会議、規制改革会議が、後発医薬品の使用促進を主張した。

2007年6月、「経済財政改革の基本方針2007」が閣議決定され、後発医薬品について「平成24年度までに、数量シェアを30%（現状から倍増）以上」にすることになった。

これを受けて厚生労働省は2007年10月に「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」をとりまとめ、後発医薬品の使用促進を強化している。

2008（平成20）年の診療報酬改定では、処方せん様式が変更され、後発医薬品の変更に差し支えがあるという医師の署名等がなければ、患者の選択にもとづき薬局で後発医薬品に変更できるようになった。

表 1.1.1 後発医薬品の使用促進にかかわる主な診療報酬改定内容

改定年	内 容
2002年	<p>後発医薬品の処方についての評価</p> <p>処方せん料 53点 後発医薬品を含む処方 43点 その他 41点</p> <p>処方せん料 81点 後発医薬品を含む処方 71点 その他 69点</p> <p>後発医薬品の調剤についての評価</p> <p>(1) 医薬品品質情報提供料（新設） 10点(処方せん受付ごと) 後発医薬品に関する主たる情報を文書等で患者に提供し、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合に算定</p> <p>(2) 後発医薬品の調剤にかかる加算（新設） 2点(1調剤につき)</p>
2004年	なし
2006年	<p>- 処方せんの様式の変更</p> <p>「備考」欄中に新たに「後発医薬品への変更可」欄を設ける</p> <p>- 医薬品品質情報提供料の名称の見直しを行う。情報提供項目として、先発医薬品と後発医薬品との薬剤料の差に係る情報を加える。</p> <p>医薬品品質情報提供料 10点 後発医薬品情報提供料 10点</p>
2008年	<p>- 処方せんの様式の変更</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 処方医が後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、「後発医薬品への変更不可」欄に署名または記名・押印 ・ 署名等がない場合、薬局は患者の選択にもとづき後発医薬品へ変更可 <p>- 銘柄変更</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 処方医は変更しに差し支えがあると判断した場合、その旨を記載 ・ 変更不可等の記載がない場合、薬局薬剤師が患者の同意の下に別銘柄に変更可 <p>- 後発医薬品を調剤した処方せん受付回数が30%以上を評価</p> <p>後発医薬品調剤体制加算(新設) 4点</p> <p>- 後発医薬品を含む処方せん料の評価の廃止</p> <p>- 薬局における後発医薬品分割調剤の実施</p> <p>後発医薬品分割調剤(新設) 5点</p>

1.2. 日本医師会のこれまでの調査および見解

日本医師会は、2006年5～7月に日本医師会ホームページを通じ、医師を対象に「ジェネリック医薬品に関わる緊急調査」を行った。その結果、特に循環器系の薬剤について、副作用と推測される事例が報告されるなど、安全性が危惧された¹。

さらに日本医師会は、2007年9～10月に、病院長および特定機能病院の薬剤責任者を対象に「後発医薬品の使用に関するアンケート調査」を実施した。そのポイントは次のとおりである²。

- ・過去2年間で、何らかの問題があり、後発医薬品の中止事例があった病院の割合は35.0%、一方、先発医薬品の使用を中止したことがある病院の割合は61.7%であった。
- ・後発医薬品中止の根拠について、「供給体制の問題」が最も多く、次いで「品質の問題」であった。

調査結果によると、先発医薬品よりも後発医薬品の中止事例が少なかった。これは、医療機関では後発医薬品を使用していたとしても、後発医薬品を慎重に選択し、問題を回避しているためではないかと考えられる。また、特定機能病院を対象に調査した個別問題事例からは、後発医薬品の副作用の問題も多く報告されていた。

これらを踏まえ、日本医師会は、「後発医薬品は全く問題ないとは言えず、現時点では、後発医薬品を全面的に使用促進するにはリスクが高い。処方にあたっては、銘柄を指定するなど、医師の裁量権と責任を明確にする仕組みが必要」³との見解を示した。

¹ (社)日本医師会「ジェネリック医薬品に関わる緊急調査報告について」2006年9月12日、定例記者会見

² (社)日本医師会「『日本医師会 後発医薬品の使用に関するアンケート調査』結果報告」2007年11月9日、緊急記者会見

³ 2に同じ

前回 2008 年診療報酬改定にむけての、後発医薬品の使用促進に関する主な論点は表 1.2.1 に示すとおりである。

表 1.2.1 2008 年改定（前回改定）にむけての後発医薬品にかかわる議論

中医協で示された論点(要約)	日本医師会の見解
<p>1 (処方せん様式の変更) 処方医が、先発医薬品を後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合、「変更不可」欄に署名又は記名・押印を行う方式とすることとしてはどうか。</p>	<p>全体および個別の両方で「不可」のチェック欄があれば、医師の処方権の尊重(以下に示す疑義照会の問題等)を条件に、処方せん様式の見直しを受け入れる。 (改定結果) 処方医が後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、「後発医薬品への変更不可」欄に署名または記名・押印。 署名等がない場合、薬局は患者の選択にもとづき後発医薬品へ変更可。</p>
<p>2 (銘柄変更) 変更不可欄に署名等がない処方せんを受け付けた薬局の薬剤師が、患者が同意することを前提に、処方医に疑義照会することなく別銘柄の後発医薬品を調剤できることとしてはどうか。</p>	<p>疑義照会なしには反対。医師の処方権、裁量権が侵害される。銘柄指定であるからこそ、様々な問題が抑制されている。 (改定結果) 処方医は変更しに差し支えがあると判断した場合、その旨を記載。 変更不可等の記載がない場合、薬局薬剤師が患者の同意の下に別銘柄に変更可。</p>
<p>3 (剤形変更) 患者の選択に基づき、薬局において、同一の先発医薬品と同等であることが確認されている範囲で、別剤形の後発医薬品に変更できることとしてはどうか。</p>	<p>反対。薬剤の使用感には患者にとって大変重要な問題である。また薬剤師による剤形の変更は、医師の処方権を侵害する。 (改定結果) 改定見送り</p>
<p>4 (後発医薬品調剤への評価) 後発医薬品の調剤率が一定以上の薬局を重点的に評価してはどうか。</p>	<p>本来、後発品を利用するか否かは、医師と患者が決めるものである。経済誘導には賛成しかねる。 (改定結果) 後発医薬品調剤体制加算(4点)を新設</p>
<p>5 (後発医薬品処方せん料の廃止) これまで後発医薬品の処方を促進するために行ってきた処方せん料の評価を見直すこととしてはどうか。</p>	<p>論点1の医師の処方権の尊重が確保された上でのこと。ただし、勤務医の負担軽減財源に回せることも踏まえ、大筋賛成。 (改定結果) 後発医薬品処方せん料(2点)を廃止</p>
<p>6 (分割調剤) 患者の同意を得て、短期間、後発医薬品を試せるように分割調剤することについて、評価してはどうか。</p>	<p>現時点では反対。本来は医師が患者に説明するか、または薬剤師が医師に問い合わせた上で分割を行うべきである。点数をつけて誘導すべきではない。 (改定結果) 後発医薬品分割調剤(5点)を新設</p>

(社)日本医師会「中医協での検討に対する日本医師会の主張」2007年11月21日、定例記者会見

2. 今回改定にむけての日本医師会の見解および要望

2009年12月16日、中医協基本問題小委員会に後発医薬品の使用促進についての論点が提示された。これに対する日本医師会の見解は以下のとおりである。

2.1. 薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

中医協で示された論点（要約）

後発医薬品調剤体制加算の要件を、数量ベースでの後発医薬品の使用割合で規定することとしてはどうか（現在は処方せんベース）。

日本医師会の見解および要望

2007年10月の「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の目標値は、処方せんベースではなく、数量ベースであった。当初の目標に添う修正であることから、特段の問題はないが、今後は、処方せんなのか数量なのか、一貫して対応していただきたい。

2.2. 薬局における含量違い又は剤形違いの後発医薬品への変更調剤

中医協で示された論点（要約）

（1）含量変更

薬局において以下を条件に、処方医に改めて確認することなく、含量変更を認めることとしてはどうか。

ア．変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ

イ．患者に説明し同意を得ること

（2）剤形変更

薬局において患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確

認することなく、剤形変更を認めることとしてはどうか。

- (3) 含量変更、剤形変更が不可の場合、「剤形変更不可」等を記載することとしてはどうか。
- (4) 上記(1)及び(2)において、含量規格が異なる後発医薬品又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤を行った場合には、原則として、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。

日本医師会の見解および要望

(1) 含量変更

患者の同意如何にかかわらず、処方薬の問題は処方医の責任になる。薬局において、次回以降は、含量を変更以前に戻すことを条件にすべきである。

(2) 剤形変更

反対である。医療現場を担う医師の立場から見れば、たとえばカプセルが服用できないといった患者も少なくない。また、患者の同意が条件になっているが、理解が困難であったり、心情的に薬剤師のすすめを拒否できなかったりする場合もある。

- (3) 「変更不可」の記載は、診療の妨げにならないよう、チェック欄へのチェックでも良いようにすべきである。

- (4) 含量変更については、保険医療機関への情報提供を「原則として」とするのではなく、徹底させる。剤形変更については、情報提供の問題ではなく、上記(2)の理由から、薬局において処方医の確認なしに剤形変更することには反対である。

2.3. 医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価

中医協で示された論点(要約)

後発医薬品の採用品目割合が20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算として、診療報酬上の評

価を行うこととしてはどうか。

日本医師会の見解および要望

おおむね同意できるが、使用品目割合について考慮して評価すべきである。また、メーカーの供給体制の問題が懸念される。厚生労働省に、後発医薬品メーカーに対して、安定供給のための指導・管理を徹底することを要求する。また、指導・管理の具体的な方法については、診療報酬改定（2010年4月）までにお示しいただきたい。

2.4. 保険医療機関及び保険医療費担当規則等の改正

中医協で示された論点（要約）

現在は、保険医は、投薬等を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならないとなっている⁴。保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない旨を規定することとしてはどうか。

日本医師会の見解および要望

反対である。療養担当規則は、保険診療上の行動原理を規定したものである。患者への説明の内容にまで立ち入ることは、医師の裁量権の侵害である。

また、後発医薬品の使用は、そもそも医療費抑制のために促進されてきた。療養担当規則に、医療費およびその財源にかかわる内容を持ち込むべきではない。

⁴ 保険医療機関及び保険医療費担当規則 第20条の2 投薬

「投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項 各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)(以下「後発医薬品」という。)の使用を考慮するよう努めなければならない。」

2009年12月16日

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

社団法人 日本医師会

2009年12月9日、厚生労働省政務三役は「平成22年度診療報酬改定について」(以下、基本方針)を発表した。

今回の基本方針には改定率の数値目標は示されなかったが、長妻昭厚生労働大臣は、12月11日の記者会見で「財務省との交渉の中では、私達の考え方という数字を出して交渉に進むということになると思います」と述べている。今後、予算編成過程での具体的な改定率の提示が注目される。

基本方針についての日本医師会の見解は次のとおりである。

基本方針には「医療現場の努力により、効率的かつ質の高い医療を提供してきた」とあるが、医療現場の努力は限界を超えている。基本方針にまとめられたように、全体として「10年ぶりのネットプラス改定」は必須である。

また基本方針は、民主党のマニフェストを進化させ、急性期の入院医療に加え、「急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能を強化する」とされている。この点について評価するとともに、さらに外来医療への配慮を要望する。

日本医師会が繰り返し述べてきたように、医療は、急性期、回復期、慢性期、外来、在宅医療など、どれかひとつが綻びても崩壊する。勤務医も、開業医も、すべての医療従事者が疲弊している。

現在、厚生労働省と財務省との改定率の折衝が本格化している。日本医師会は、診療報酬の大幅かつ全体的な引き上げにむけ、厚生労働省政務三役に対してあらためて働きかけをしていく所存である。

平成 21 年 12 月 9 日

平成 22 年度診療報酬改定について

医療は国民の生活を支える最も重要な社会基盤の一つである。我が国の医療費（対 GDP 比）は国際的に見ても低水準であるが、医療現場の努力により、効率的かつ質の高い医療を提供してきた。

しかしながら、高齢化の進展による患者増などにより、医療現場は疲弊しており、特に救急・急性期の入院医療は危機的な状況にある。前回の診療報酬改定においても、厳しい勤務環境におかれている病院勤務医の負担軽減や、救急医療や周産期・小児医療の充実などを重点課題として取り組んだが、必ずしも十分な効果が出ていない現状にある。

例えば、有識者の研究によれば、急性期の入院医療を担う DPC 対象病院の年間の赤字は総額 3,500 億円にのぼると推計されている。また、平成 21 年度医療経済実態調査によれば、年間の緊急入院患者受け入れが 200 名以上の病院の経営実態は、補助金等による補填を行った後の総損益差額ベースで見ても、1 施設当たりで年間約 1 億円の赤字となっている。

こうした状況の下、三党連立政権合意では「医療費（GDP 比）」の先進国（OECD）並みの確保を目指すことが、また、民主党のマニフェストでは「医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬（入院）を増額する」ことが示されている。平成 22 年度診療報酬改定においては、これらを踏まえ、「国民の安全・安心を支える医療の再構築」に取り組んでいく必要がある。

具体的には、救急医療の充実など喫緊の課題に対応するため、急性期を中心とする入院医療に優先的かつ重点的に配分するとともに、急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能を強化する。さらに、手術等の医療技術の適正評価、医療の高度化への対応、医師補助業務の充実等を通じた勤務環境の改善、医療安全への取り組みなど、我が国の医療をめぐる課題に対応していくことが求められている。

これらを総合的に勘案すれば、薬価改定と医療材料価格改定により捻出される約 5,000 億円を全て診療報酬本体の財源として充当するとしても、これを超える規模の財源が必要であり、全体としては 10 年ぶりのネットプラス改定を行うことが必要である。

2009年12月16日

厚生労働省の診療報酬改定要求に対する 日本医師会の見解

社団法人 日本医師会

厚生労働省は、2010年度診療報酬改定にあたり、医科本体を1.73%前後引き上げるよう財務省に要求することが明らかになった。

過去3回の改定率をみると、医科本体は、2002年に1.30%、2006年に1.36%、それぞれ引き下げられ、2008年にようやく0.38%のプラス改定であった。過去3回の改定率の積み重ねは2.28%であり、今回の厚生労働省の要求は、この水準に多少は近く、ある程度の評価はできるが、まだなお不十分である。

厚生労働省は、診療報酬全体では0.35%の引き上げを求めている。しかし、診療報酬全体は、過去4回の改定で累計7.7%引き下げられた。

政権与党たる民主党は、衆議院議員選挙前に発表した「政策INDEX」で、総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで引き上げることが掲げていた。そのためには、医療費を約10%増加させる必要がある。

今回の診療報酬全体の改定率プラス 0.35%は、過去の経緯や民主党の到達目標からみれば、まったく不足していると言わざるを得ない。

医療現場は疲弊している。地域医療をたて直し、医療現場を元気づけるためには、医療現場が実感できる形の診療報酬の引き上げがなくてはならない。厚生労働省には、さらなる改定率の上積みを期待する。

厚生労働省は、診療報酬の大幅な引き上げが、患者負担の増加や保険料の上昇につながることに配慮したと報じられている。

日本医師会は、診療報酬の引き上げと同時に、患者負担の引き下げを求めており、そのための財源は、国が負担すべきと考える。

財務省は、あいかわらず診療報酬の配分の見直しを主張しているが、医療は生命の基盤であり、平時の国家安全保障といえる。国家予算全体の見直し、たとえば、民主党マニフェストに示された国家公務員の総人件費の2割削減などを着実に実行し、政策実現のための財源確保に努めるべきである。

新政権は「政治主導」をうたっている。公約実現のための財源を「財務省主導」で仕切られて良いはずがない。厚生労働大臣、政務三役には、政治主導の下、責任ある予算編成を行っていただくよう切に要望する。