

日医発第 863 号(総医 14)

平成 22 年 1 月 6 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会
会長 唐澤 祥 人



「再診料についての日本医師会の見解」の送付について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より本会会務運営に際しご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本日 1 月 6 日、日本医師会定例記者会見において、標記の件について公表いたしましたので、当該資料をご送付方々ご案内申し上げます。

本資料は、中医協で今後、議論が行われることになっている病院と診療所の再診料格差の是正策が一部メディアに具体的方法として報道されたことに対し、改めて再診料の意味について見解をまとめました。なお、本資料は中医協の全委員および厚生労働省政務三役にもお送りしました。

貴会におかれましても、今後多くの方々の目に触れ、議論に資していただきたくご期待申し上げます。本資料につきましては、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

2010年1月6日

再診料についての日本医師会の見解

社団法人 日本医師会

1 2010（平成22）年改定に対する日本医師会の見解

2010年の診療報酬改定は、診療報酬全体で+0.19%、医科本体では+1.74%（入院+3.03%、外来+0.31%）のプラス改定であった。2002年以降のマイナス改定の流れを止めたことは評価できるが、医療再生を実現するにはほど遠い改定率である。

そもそも新政権である民主党の公約は、総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで引き上げることであった。疲弊する医療現場は、医療費増加を掲げた新政権に大きな期待を寄せた。日本医師会も診療報酬改定にむけ、大幅かつ全体的な引き上げを求めた。しかし、今回の改定率はあまりにも小幅であり、医療現場の希望を失望に変えることになった。

このうえさらに、厚生労働省は診療所の再診料を引き下げる方向であると報道されている。医療は切れ目なく提供されなければならない、病院だけでなく、診療所の経営もともに建て直さなければ、地域医療の再生はない。

わずかな財源ではあるが、日本医師会はあらためて、浅くとも診療報酬を全体的に引き上げること、その上で、病院勤務医対策のために、より多く配分することを主張する。

2 再診料について

(1) 中医協における議論および報道等の経緯

2009年11月6日、中医協基本小委で再診料の議論が行われた。診療側委員は、新政権の下、医療費が増加するのであれば統一に賛成すると述べ（当時は診療報酬改定率決定前）、低いほう（病院）を高いほう（診療所）に合わせることを条件であるとした¹。

また基本小委は、2009年12月16日に病診の再診料統一に合意したと報道された²。このとき、委員長が「今後の議論で、どちらかを引き下げなければいけないなど、意見が分かれるかもしれないが、現段階では統一を目指す方向で検討することで一致したい」³と述べたと報じられているように、統一の方法論までが決定されたわけではなかった。

しかし、2009年12月27日、共同通信から、厚生労働省が再診料について、「現在710円の診療所を引き下げる一方、600円の病院を引き上げて650円前後で一本化する考え」を示したとの記事が配信された。

さらに、2010年1月6日付メディファクスには、再診料について「足立政務官は『病院の点数を診療所に合わせる判断を中医協がすることはあり得ない』と述べ、現行の診療所の点数は引き下げることになるとの見通しを示した」とある⁴。

また、足立政務官は、再診料を引き下げて得た財源で、不採算の

¹ 「今回の政権の方針の中で医療費の積み上げということをされるんだろうと私は信じておりますので、そうなのであれば、統一すればいいのではないですかと私は思います。ただ、一つ条件があるのは、低いほうを高いほうに合わせてくださいと、それだけでございます。つまり、診療所にとってもこれを下げていただくということの論拠、根拠というのはいない。つまり、片一方を上げて、片一方を下げて真ん中で落としましょうという話ではないだろうということをまず思っておりますということが1つです。」2009年11月6日、中医協基本小委議事録より

² 日本医事新報 No.4470 (2009年12月26日) p12

³ メディファクス 2009年12月16日 5785号-2

⁴ メディファクス 2010年1月6日 5793号

診療科を「手厚く加算すればよい」と述べたと報じられている。

(2) 再診料についての日本医師会の見解および主張

① 診療所再診料引き下げ報道について

再診料格差の是正策については、今後、中医協で議論することとなっている。しかし 2009 年 12 月 27 日に、一部メディアに具体的な方法がリークされた。報道をきっかけに既成事実化しようとしているようであり、きわめて遺憾である。厚生労働省に対し、情報漏えいにいたる経緯および報道の真意について説明を求める。

さらに、2010 年 1 月 6 日には足立政務官が診療所の再診料引き下げの見通しを示したと報道された。厚生労働大臣の諮問機関である中医協の議論に対し、政務官の立場から政治的に圧力をかけるものであり、日本医師会は、こうしたやり方を断じて容認することはできない。

② 再診料の統一に対する日本医師会の見解

日本医師会は、病院の再診料を引き上げて、診療所の再診料に統一していく方向に賛成である。

現在の病院 60 点、診療所 71 点はいずれも不十分であり、本来は、ともに引き上げるべきである。しかし、今回（2010 年）改定の財源は非常に限られたものである。したがって、まず今回は、病院の引き上げ幅をある程度多くして診療所の水準に近づけ、次回以降、再診料のあり方について十分な議論を行った上で、より高い水準での統一を図ることを提案する。

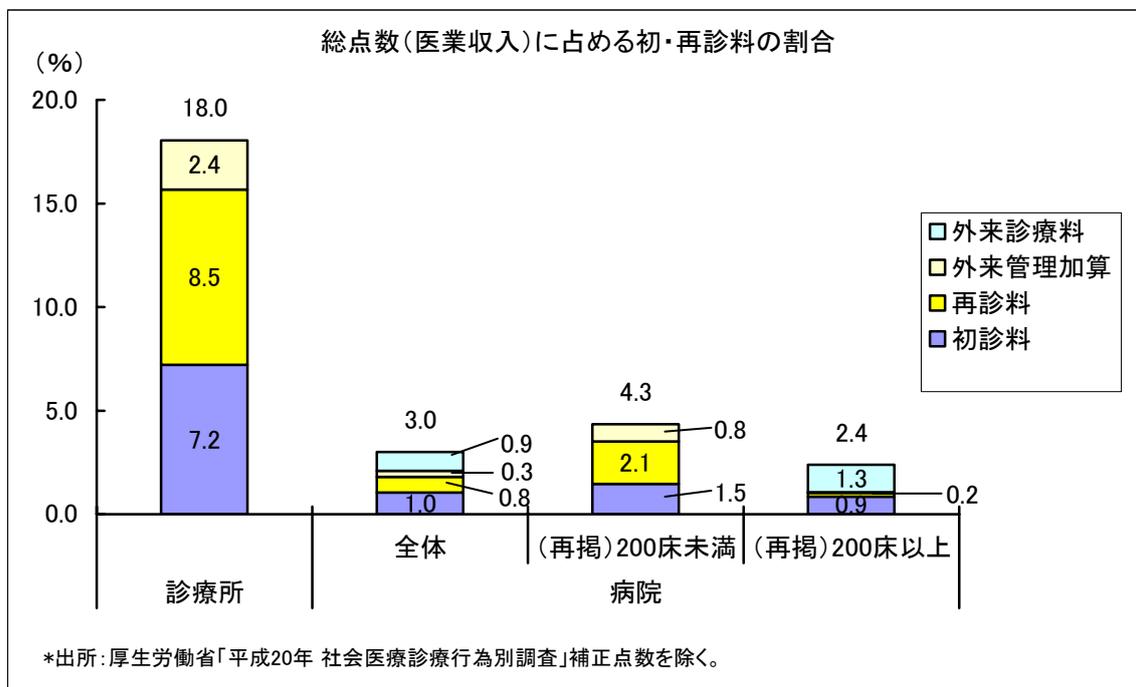
また前述のように厚生労働省足立政務官が診療所の再診料を引き

下げる方針であるとの報道もあるが、日本医師会は、診療所の再診料引き下げに反対である。

病院は入院診療収入なども多いが、診療所の収入の8.5%は再診料によるものである(図2.1)。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、減価償却費、光熱水費、事務経費などが含まれる。再診料の重みの大きい診療所にとって、再診料の引き下げは、医業経営上、きわめて大きな打撃である。

また、急性期医療の後方支援病床としての機能を担う有床診療所も、再診料などの外来収入で入院の赤字をカバーしている現状が報告されており⁵、再診料を引き下げれば、貴重な入院施設を失うことにもなりかねない。

図 2.1 総点数(医業収入)に占める初・再診料の割合



⁵ 「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」日医総研ワーキングペーパーNo.204, 2009 年 11 月

③ 診療科間格差の調整に対する日本医師会の見解

2010年1月6日付けメディアファクスによれば、厚生労働省足立政務官の発言等から、診療科間の格差を是正するため、再診料を引き下げるかわりに、特定の診療科が算定できる加算を設けることを示唆している。

しかし、前述のように再診料は、すべての診療科に共通の技術料、経営コストである。日本医師会は、たとえ加算が創設された場合でも、再診料を引き下げることに反対である。

診療科間の配分の見直しの背景には、行政刷新会議の「事業仕分け」がある。財務当局は、事業仕分けに、個人診療所の整形外科の収支差額が約4,200万円、眼科約3,100万円とする資料を提出し、「平均よりも2割以上高い収支差額（＝医師の給与）」⁶の診療科があるとして、「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、第一に、これまで日本医師会が指摘してきたように、個人診療所の収支差額イコール医師の給与ではない。個人立の診療所は収支差額などの中から、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。勤務医の給与と比較できるものではない。

第二に、財務省は医療経済実態調査を使用しているが、同調査は、6月単月調査であること、客体数が少ないことなど、問題も多い。そのため、日本医師会は、これまで一定の客体数が確保されており、定点調査である「TKC 医業経営指標」をもとに分析を行ってきた。

無床診療所を例に比較すると（事業仕分けに提出されたデータは無床・有床合算値）、医療経済実態調査の損益差額（収支差額に相当）は、整形外科約4,300万円、眼科約3,000万円であり、事業仕分け

⁶ 行政刷新会議「事業仕分け」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

で示されたように整形外科が突出している（図 2.2）。

しかし、「TKC医業経営指標」では、婦人科の税引前当期利益（損益差額に相当）が低いとは言えるものの、医療経済実態調査の整形外科のように突出したデータは見られなかった（図 2.3・図 2.4）。

図 2.2 中医協 医療経済実態調査 損益差額（2009年）
－入院診療収益なしの診療所（個人）－

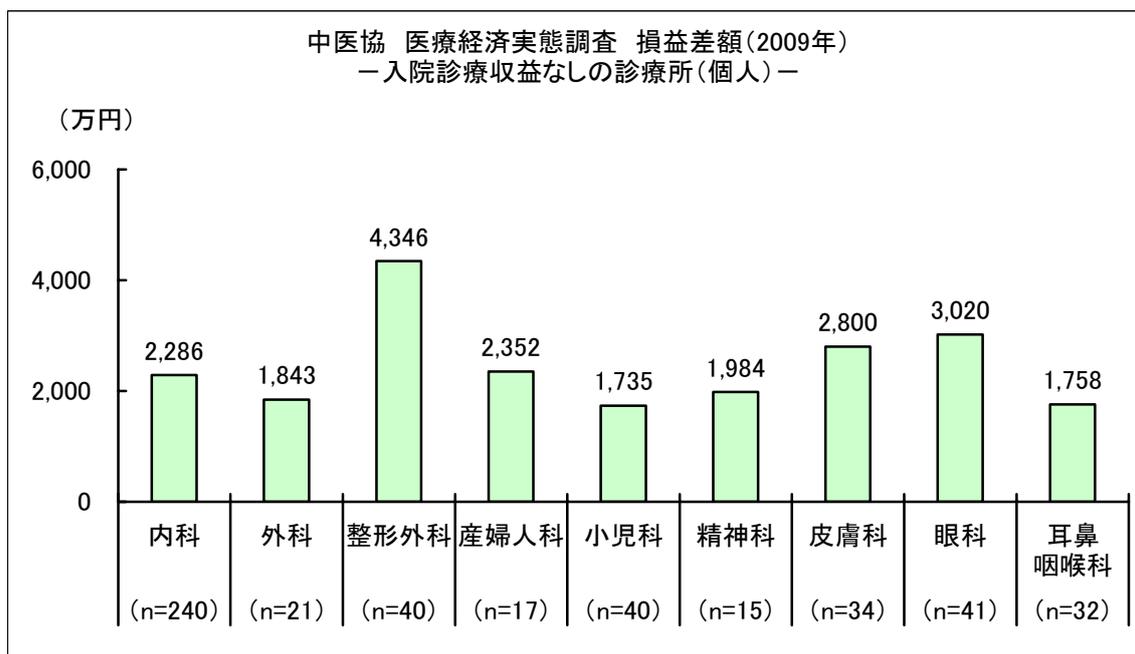


図 2.3 TKC 医業経営指標 税引前当期利益 (2008 年度)
 ー無床診療所(個人)／院内処方ー

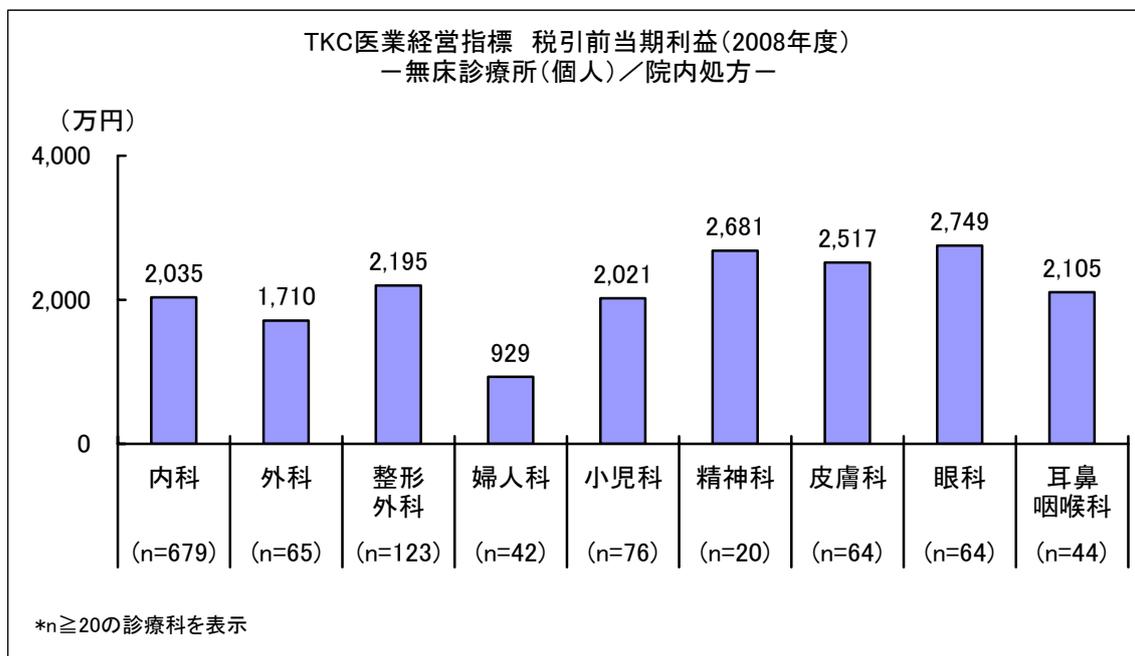
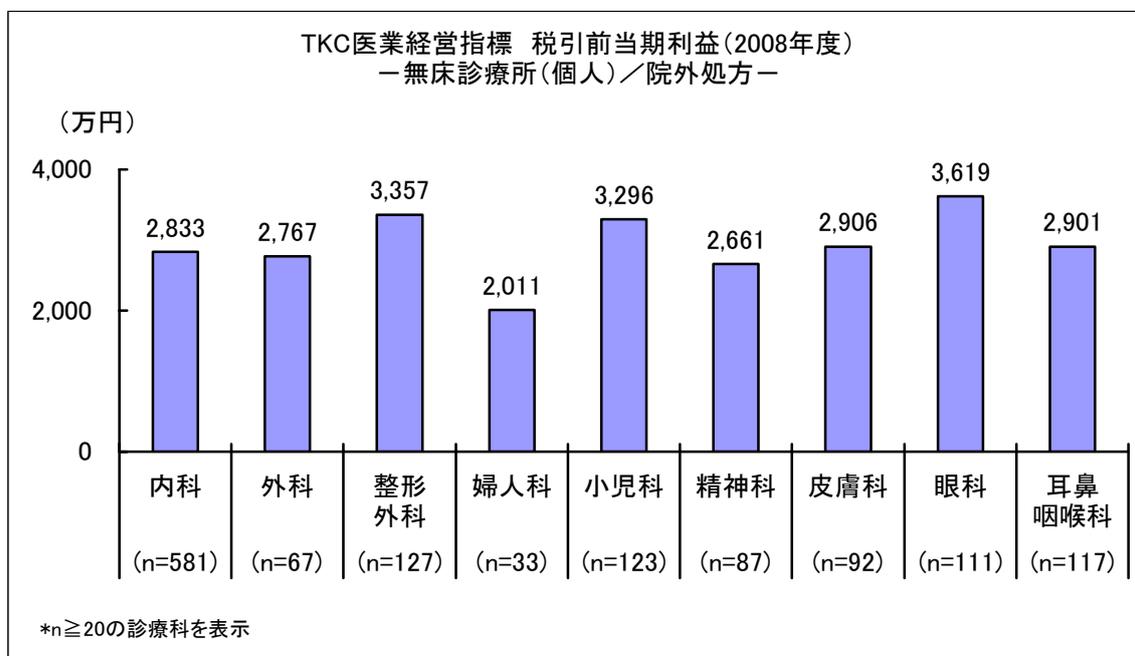


図 2.4 TKC 医業経営指標 税引前当期利益 (2008 年度)
 ー無床診療所(個人)／院外処方ー



TKC医業経営指標によれば、法人の診療所においても、損益分岐点比率はほとんどの診療科で 95%以上の危機的状況にある（図 2.5・図 2.6）。一般に、損益分岐点比率は 80%以下で優良、90%以上で危険とされているが、ここに示したすべての診療科が 90%以上である。

また TKC 医業経営指標は定点調査であるので経年比較が可能であるが、ほとんどの診療科で損益分岐点比率が悪化している。

【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 件以下の場合は、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 2.5 TKC 医業経営指標 損益分岐点比率
 ー無床診療所(法人)／院内処方ー

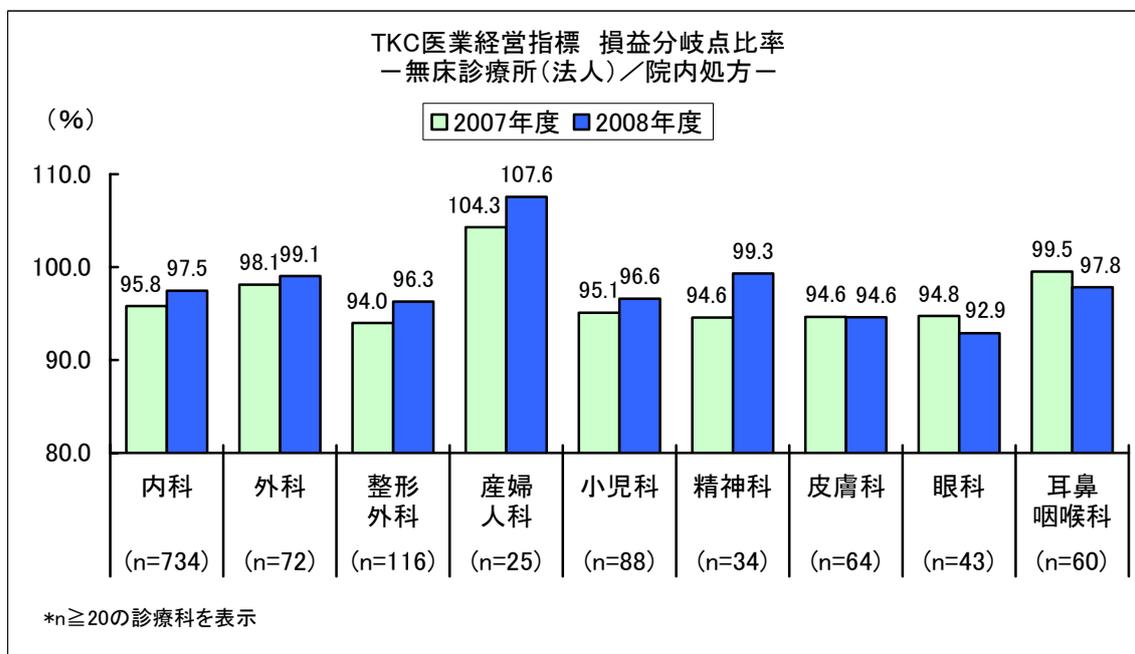
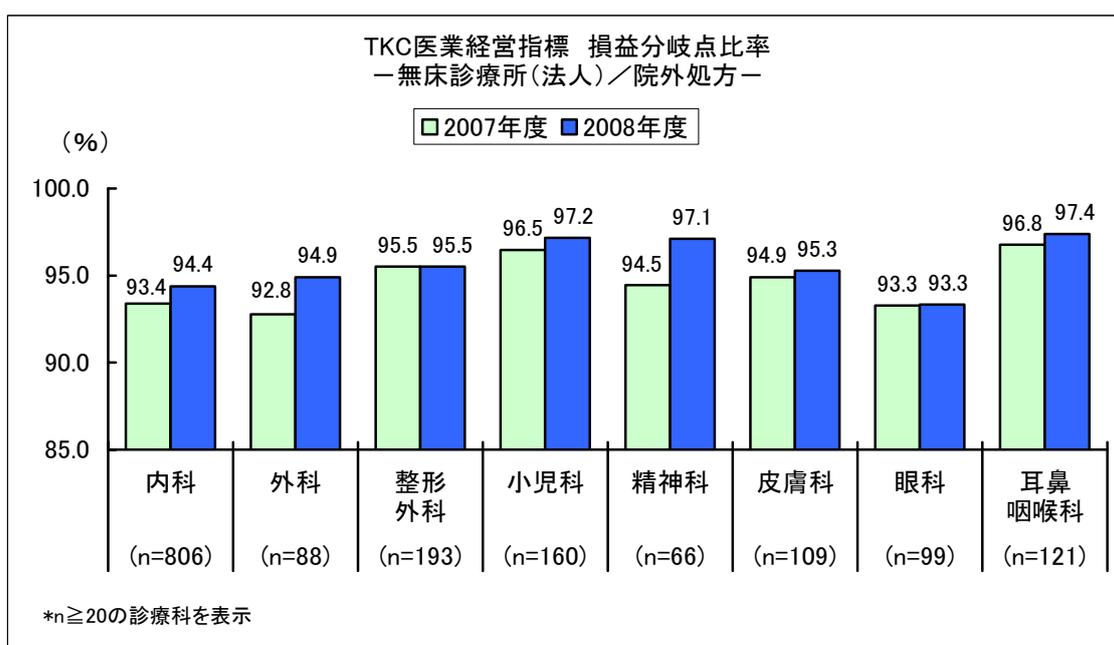


図 2.6 TKC 医業経営指標 損益分岐点比率
 ー無床診療所(法人)／院外処方ー



診療科の役割、機能を精査せず、信頼性の担保されていない医療経済実態調査などから得られた収支格差を、加算で調整していくという方法論はきわめて安易である。にもかかわらず、財務当局が診療科間の配分の見直しを求めているのは、今後医療費を増加することであっても、診療所においては財政中立を維持するという布石であると危惧される。

これまで、財務当局は財政中立の下、病院と診療所の対立を図ってきた。さらに今回の診療科間の配分の見直しは、診療所間の無用な対立、分断を通じて医療全体の弱体化を招き、地域医療の崩壊がさらに深刻化する。医療再生が至上命令である中において、理念や根拠があいまいな配分の見直しを断じて容認することはできない。