

健保連の提言に対する日本医師会の見解

2007年7月4日

社団法人 日本医師会

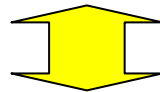
健康保険組合連合会

『これからの医療提供体制と健保組合の役割(提言)』2007年6月14日

「「医療連携体制」の構築(医療計画)や療養病床の廃止・削減(医療費適正化計画)の成否は、将来的な医療費水準に大きな影響をもたらすことになる。これらの計画を実効性のあるものとするために、医療提供体制の具体的な改革とともに、保険者に対しても重要な役割が求められている」(3頁)



保険者として医療費抑制を図るもの
立場は異なるが、厚生労働省の医療費抑制策に同じ



これ以上の医療崩壊は断じて認められない

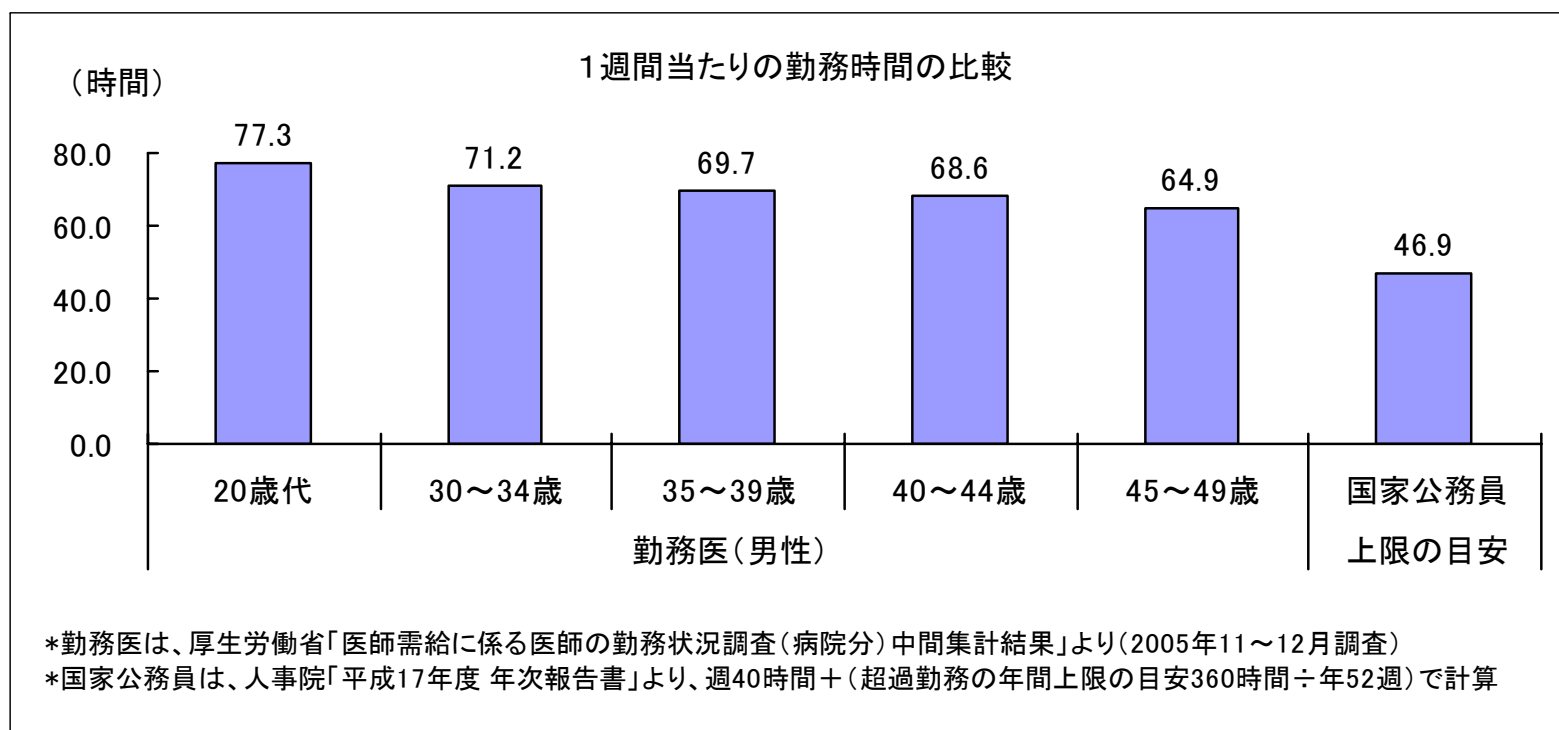
日本の医療現場の実態

医師の偏在と不足	－日本の人口千人当たり医師数は、1人当たりGDPが平均以上の国の中で最下位(日本2.0人、OECD平均3.1人)。 －医事関係訴訟の増加(10年間で1.7倍:1996年575件、2005年999件)と刑事訴追の不安(福島県立大野病院における産婦人科医の逮捕など) －小児科を標ぼうする施設は10年間で6ポイント減少(1996年35.2%、2006年29.2%)。分娩実施施設は10年間で27%減少(1996年3,991、2006年2,933)。 －20代勤務医は週77時間勤務。開業医は地域医療活動を評価されない実態。 －新医師臨床研修制度により、都市部や高報酬の医療機関に研修医が集中、偏在(2006年は応募8,402人に対し、募集11,306人)。
地域医療の崩壊	－特定機能病院(主として大学病院)が、「7対1」算定のため、看護師を大量引き抜き。計画どおりに進めば、看護師不足のため、地方を中心に2万床の一般病床が閉鎖される(2006年91万床、2008年89万床)。
孤独死が現実化する社会	－高齢者(75歳以上)のみの世帯人口比率の増加(1995年22.5%、2005年33.2%)。 －患者実態を踏まえれば長期療養病床は2012年に26万床必要(国の計画は15万床)。最悪11万人の「医療難民」が発生。新たな介護施設等が整備されなければ、介護難民も最大15万人発生。

健保連の提言における主な問題点(1)

「病院と診療所の医師の所得格差、病院の医療従事者の過密な労働状況等にも配慮しながら、医療費を配分」(健保連提言5頁)

20歳代の勤務医は週77時間以上勤務しており、過重労働の実態は明らかである。



診療所医師（開業医、特に医師会員）は、それぞれ分担して地域の保健・医療・福祉活動を担っている。

また、個人立の診療所では、収支差から、税金を支払い、借入金返済、設備投資等も行わなければならない、実質可処分所得は約1,000万円である。

開業医（医師会員）が担う地域の保健・医療・福祉活動の一例

- 救急対策（急患センター出務、休日診療、夜間診療）、電話相談
- 学校医、産業医、警察医
- 予防接種、乳幼児検診、がん・成人病検診、健康相談
- 感染症対策、安全・災害対策委員
- 保健・福祉計画等の策定委員
- 地域の行事における救護所等への出務
- 介護保険対応（主治医意見書、介護保険認定審査会、ケアマネジメント評価委員会等）
- 公的医療保険維持のための保険診療に関する研修会等

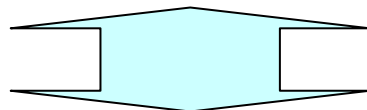
開業医（個人立診療所）の可処分所得（粗い試算）

無床診療所	
収支差 2,728万円 (月227万円)	税金1,113万円
	借金返済353万円
	退職金相当140万円
	実質的な 可処分所得 (多くても) 1,121万円
減価償却費はキャッシュフロー上、足し戻せるが、設備投資額と相殺するものとした。	減価償却費263万円
	設備投資・積立金

*中医協「医療経済実態調査（平成17年6月実施）」から計算。
 *詳細は「『医療経済実態調査結果速報－平成17年6月実施－』に関する分析」日医総研ワーキングペーパーNo.118, 2005年11月

健保連の提言における主な問題点(2)

「「総合診療医(仮称)」の養成を積極的に行うことが最も重要」「標榜診療科目に「総合診療科」を加えること」(6頁)



総合科の問題点

- ー「初期診療を総合科医」とするようなことは、患者から医療機関を自由に選択できる権利を奪う。
- ーすべての医師が総合科医になるわけではなく、結果的にアクセスポイントが減少する。地域格差も広がりがねない。

総合科医の問題点

- ー新たな認定制度を設置することで、官僚の権益が拡大する。
- ー地域の医療提供体制全体の管理統制にもつながる。

人頭払いなど
次の医療費抑制
への布石

フリーアクセスの崩壊