

財政制度等審議会建議に対する 日本医師会の見解

定例記者会見

2009年6月10日
社団法人 日本医師会

*2009年6月10日定例記者会見で配布した資料から一部変更したものを掲載しています。

社会保障費年2,200億円削減を撤回し、地域医療の全体的な底上げを

2009年6月3日、財政制度等審議会財政制度分科会において、「平成22年度予算編成の基本的考え方について」(以下、財政審建議)がとりまとめられた。

財政審建議は、社会保障費の自然増に対する年2,200億円(国の一般会計予算ベース)の削減について言及していない(※注)。しかし、「『基本方針2006』等でも示されている歳出改革の基本的方向性は維持する必要がある」(建議p12)とある。さらには、コスト縮減、給付の重点化等の効率化を求めており(建議p12)、財政中立の姿勢を崩していない。

長期にわたる医療費抑制の結果、病院・病棟の閉鎖、外来の休止が相次ぎ、医療難民、介護難民の不安が高まっている。

地域医療を再生するには、勤務医の過重労働を緩和し、病院、診療所が一体となって取り組まなければならない。そのためには、医療機関が健全に存続することが大前提であり、地域医療の全体的な底上げが必要である。あらためて、社会保障費削減の撤回を強く求める。

※注)昨年2008年6月3日の財政審建議では「社会保障についても、『基本方針2006』において、『過去5年間の改革(国の一般会計予算ベースで▲1.1兆円(国・地方合わせて▲1.6兆円に相当)の伸びの抑制)を踏まえ、今後5年間においても改革努力を継続する』とされている。平成21年度(2009年度)予算においても、これまでの歳出改革の方針に沿って、更なる給付の合理化・効率化に取り組まなければならない」と明記された。

財源についての日本医師会の提案

財政審建議では、日本医師会の財源についての提案が引用されたが(建議p19、建議資料p71)、医療費抑制、国民負担の観点からのみ引用されており、遺憾である。

日本医師会は、高齢者医療は保障の理念の下、主として公費で運営することを提案しており、そのための財源として、消費税などの検討や国の支出の見直しをあげている。

国民皆保険を守るための財源－日本医師会の提案－

消費税などの新たな財源の検討

安定財源として期待できるが、以下の点について整理が必要

- ① 年金、医療、介護をどの程度、消費税でまかなうのか？
- ② 社会保障の国と地方の役割、消費税の国と地方の配分
- ③ 医療機関における控除対象外消費税の問題

国の支出の見直しの継続

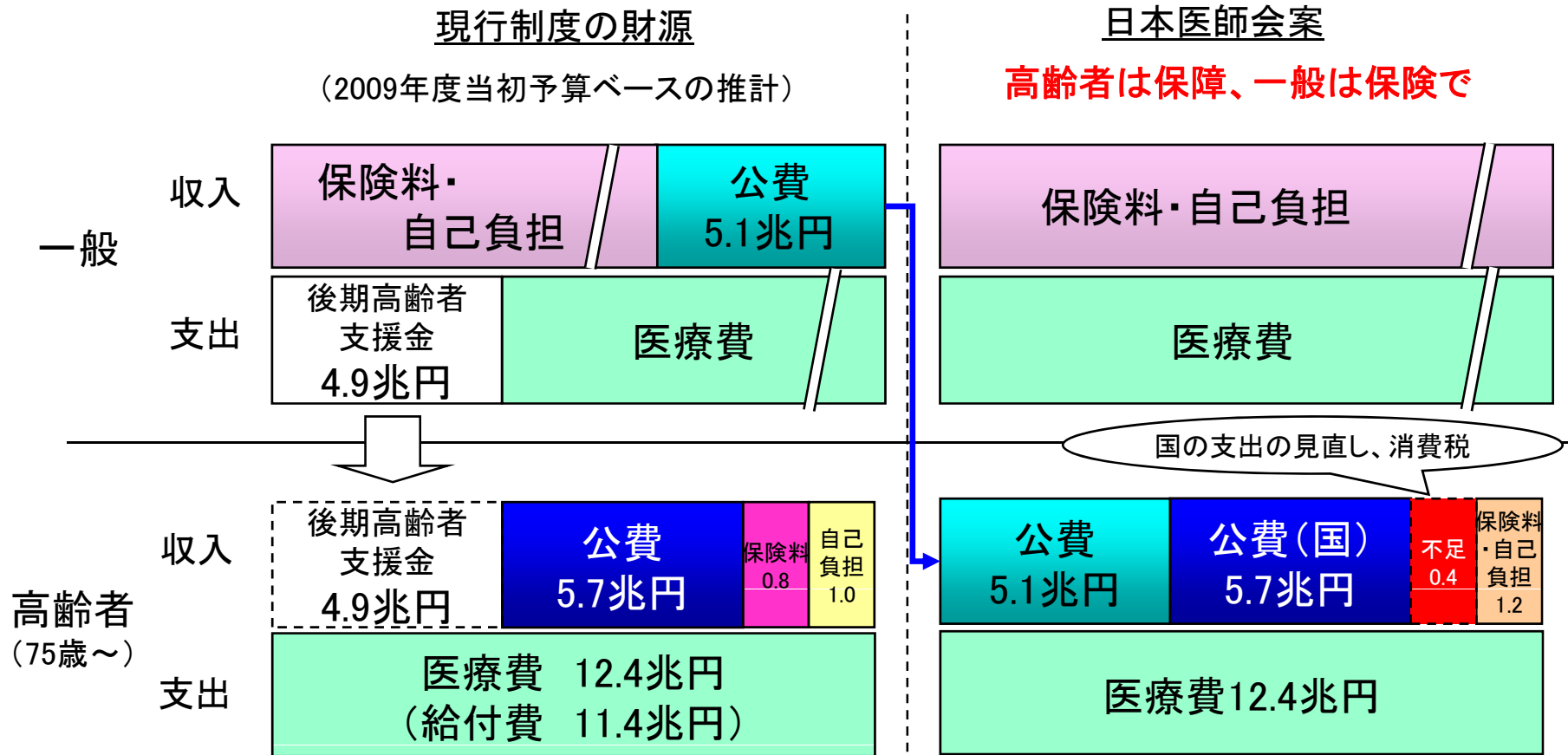
- ① 特別会計の決算を重視し、剰余金が発生しづらい仕組みに。剰余金が発生した場合には、原則一般会計へ繰戻し。
- ② 独立行政法人整理合理化計画のフォロー

公的医療保険料の見直し

- ① サラリーマンは年収約2,000万円、国保は世帯所得500万円台で保険料が上限に。年収や所得にできるだけ比例した保険料に。
- ② 健保組合(保険料率73.90)、共済組合等(国家公務員平均64.34)の保険料率を協会けんぽ(82.00)なみにし、財政調整を。

高齢者の医療は国が守る約束を

現在、一般医療保険にも公費が投入されているが、公費は高齢者に集中投入し、高齢者医療は保障の理念の下、主として公費(国)で運営する。また公費負担の不足分については、国の支出の見直しの継続や消費税などの検討により対応する。



*生活保護、精神保健福祉等の公費負担医療を除いて図示。四捨五入差があるため内訳と合計が合わないところがある。紙面の関係で縮尺は合っていない。

医師数増加についての日本医師会の見解

財政審建議は、2008年度および2009年度に大学医学部定員が1割を超えて増員されたことについて、「当審議会が行った医師会からのヒアリングにおいて示された、医師数は中長期的に1.1倍～1.2倍にすることが妥当、との考え方にも概ね沿う」(建議p13)としている。

しかし、日本医師会は医師数増加の前提として、財源の確保、教育制度の見直し、医師養成数の継続的な見直しを条件としている。単純に1.1倍～1.2倍で妥当としているわけではない。

日本医師会「グランドデザイン2009－国民の幸せを支える医療であるために－」(2009年2月)から要約

医師数増加に向けての考え方

- (1) 人口1,000人当たり医師数をOECD平均水準にする場合、1.5倍必要
- (2) 人口1,000人当たり医師数が全国平均(2.1人)以下の二次医療圏を平均なみにする場合、1.15倍必要
- (3) 病院長アンケートによると、病院長から見た必要医師数は1.1倍
(ただし病院によって到達目標が異なるなどのため、取り扱いには注意が必要)

医師数増加に向けての前提条件

1. 財源の確保
2. 医学部教育から臨床研修制度までの一貫した教育制度の確立
3. 医師養成数の継続的な見直し(遅くとも医師数が現状の1.1倍になる以前に抜本的な見直し)

病院と診療所の診療報酬配分の見直しについて

財政審建議は、診療所(開業医)に偏っている現状を見直し、病院に対する診療報酬を手厚くする必要があると述べている(建議p20)。

日本医師会の見解

病院勤務医と診療所開業医は、役割分担をしながら協力し、懸命に地域医療を支えている。財政審は、勤務医と開業医の対立構造に持ち込んでいるが、それは本質的な問題のすり替えである。

勤務医と開業医の年収を比較するのは、若手社員と企業の社長、あるいはサラリーマンと個人事業主の年収を比較するようなものであり、恣意的であると言わざるを得ない。

日本医師会は、勤務医の過重労働緩和を最優先課題と位置づける。同時に、診療所経営の健全化も緊急課題である。身近なかかりつけの医師だからこそ、早期受診、早期発見も可能であり、今後ニーズが高まる在宅医療を支えることもできる。病院の機能集約化が進む中、開業医が唯一の寄りどころだという地域も少なくない。

病院、診療所が一体となって地域医療を再生できるよう、診療報酬の大幅な引き上げによる全体的な底上げが必要である。

病院勤務医と開業医を比較することの問題点－日本医師会の見解－

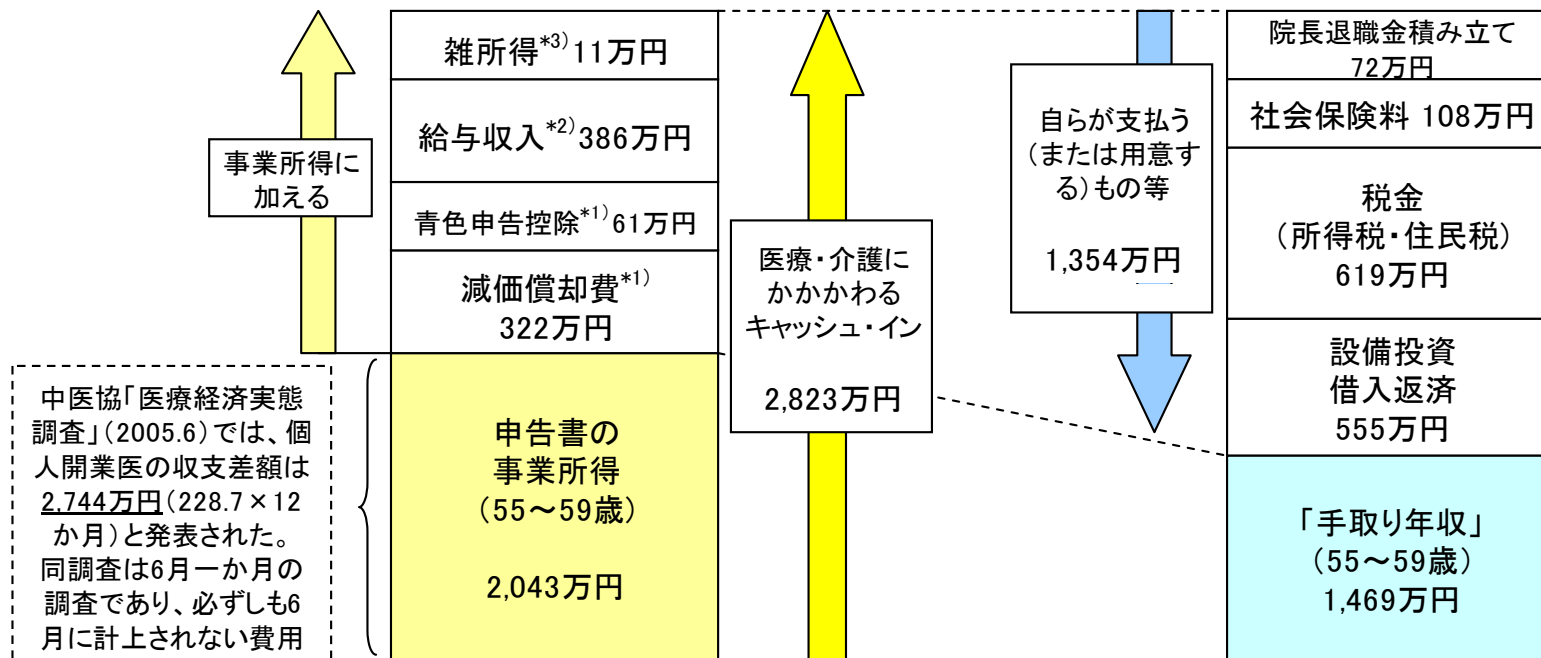
財政審建議は、病院勤務医と診療所医師（開業医）の給与を比較しているが（建議資料p63）、以下の点で問題がある。

1. 財政審は、病院勤務医と開業医（法人等）の年収を比較している。いずれも、法人から給与の支払いを受けているので比較はできる。しかし、開業医（法人等）は経営リスクを負い、債務保証をするなど、その意味合いがまったく異なる。企業においても、経営責任の重みによって給与にしかるべき段階がある。
2. 財政審は、病院勤務医の年収と開業医（個人）の収支差額を比較しているが、そもそもサラリーマンと個人事業主の比較はできない。開業医（個人）は、収支差額の中から、退職金相当額を留保し、事業にかかわる税金を支払い、借入金の返済も行う。
3. 病院と診療所の対立構造に持ち込むのではなく、むしろ勤務医の年収が低すぎることを考慮すべきである。

診療所(個人立)開設者の所得と「手取り年収」

診療所開設者の平均年齢は59.4歳^(※注)であるので、55～59歳のデータで示すと、個人立診療所開設者は事業所得としては2,043万円あるが、いわゆる「手取り年収」(サラリーマンの年収から社会保険料と税金を差し引いた部分に相当)といえる部分は1,469万円であった。

個人開業医の「手取り年収」-55～59歳-



中医協「医療経済実態調査」(2005.6)では、個人開業医の収支差額は2,744万円(228.7×12か月)と発表された。同調査は6月一か月の調査であり、必ずしも6月に計上されない費用(賞与、事業税、固定資産税、諸会費、保険料など)が漏れやすい。

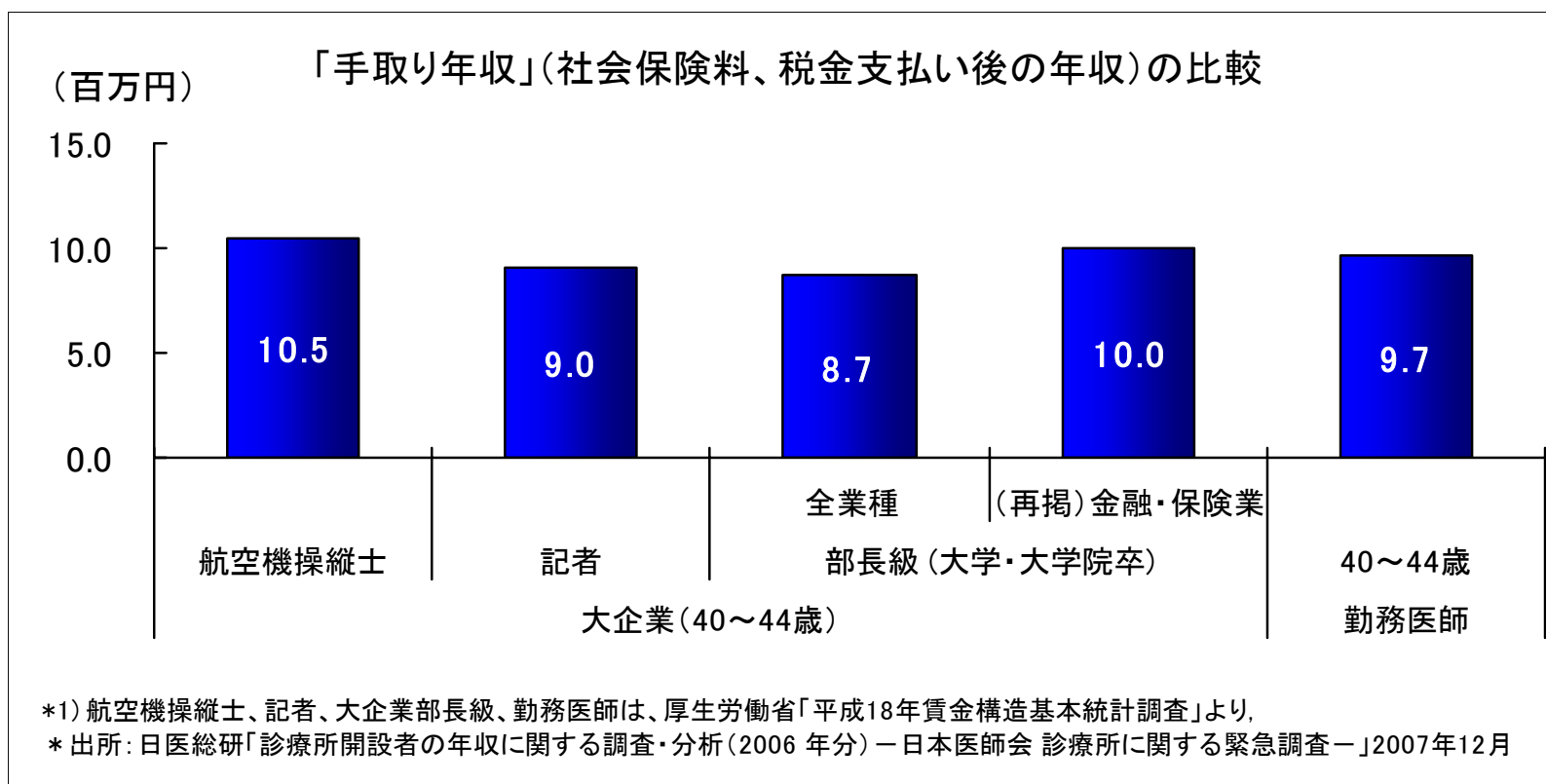
- *1) 減価償却費、青色申告控除は実際のキャッシュ・アウトではないので足し戻す。
 - *2) 事業以外に、給与として得る収入。ただし医療・介護関連の活動から生じるもののみ。
 - *3) 医療・介護関連の活動から生じるもののみ(講演料など)。
- ※紙面の都合により縮尺は合っていない

* 出所:(社)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10日 定例記者会見資料 p2

※注)厚生労働省「平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査」より、診療所の開設者(法人立も含む)の平均年齢。上記調査は個人開業医のみ。なお、「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」では平均年齢は58.0歳

勤務医の給与水準

勤務医の平均年齢が40.0歳^(※注)であるので、40～44歳で比較すると、勤務医の「手取り年収」は、大企業の記者よりやや高い程度であり、金融業などの部長クラスよりも低い水準であった。病院と診療所の対立構造に持ち込むのではなく、勤務医の年収が低すぎることを考慮すべきである。



※注) 厚生労働省「平成19年賃金構造基本統計調査」

医師の診療科や開業地域の規制について

財政審建議は、医師の偏在是正について、「医師が地域や診療科を選ぶこと等について、完全に自由であることは必然ではない」(建議p16)として、ドイツ、フランスの開業規制の例を示し(建議資料p66)、日本への規制の導入を示唆した。しかし、ドイツ、フランスは日本に比べてはるかに医師数が多い(次頁参照)。

日本医師会の見解

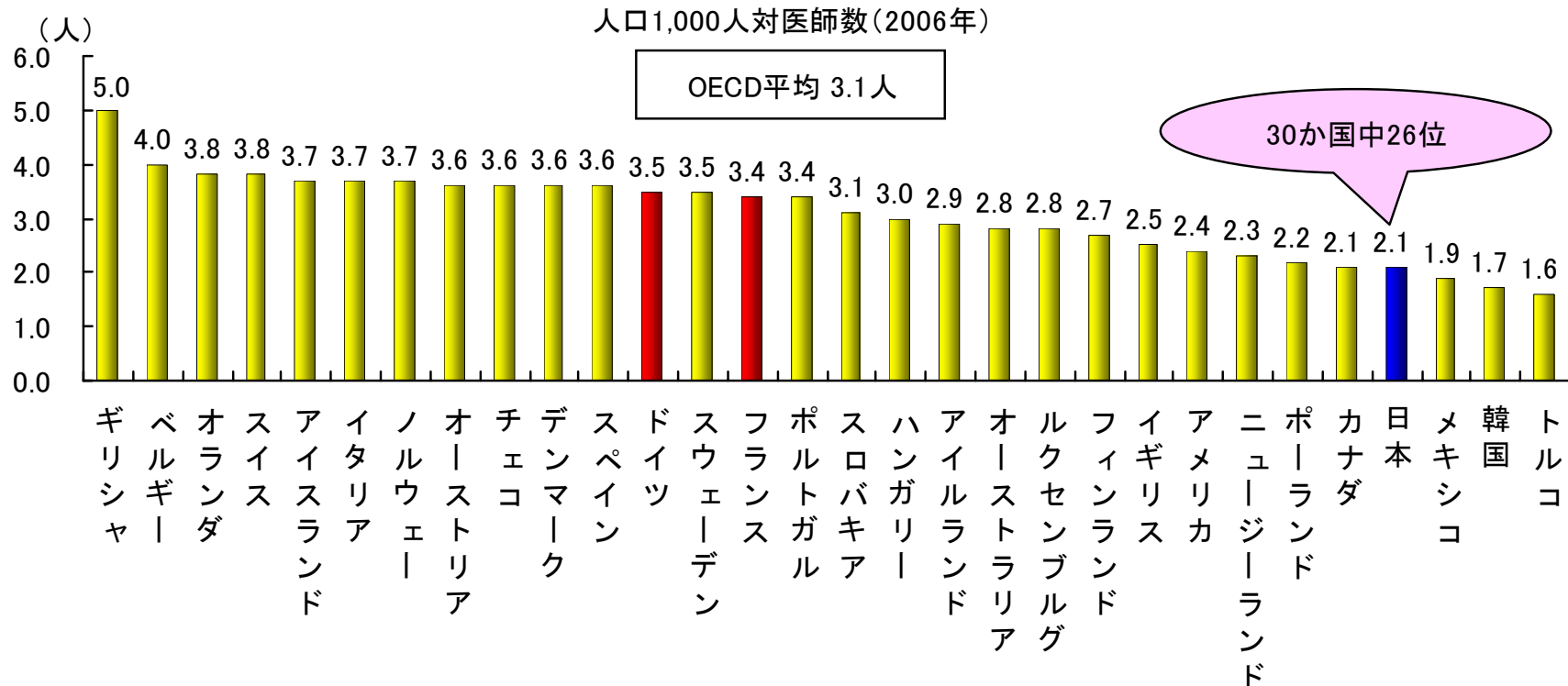
財務省は、診療科別医師数の増減のみを示したが(建議資料p61)、これは机上の計算であり、疾患別の患者数の増減や地域特性も考慮すべきである。

たとえば産婦人科医師や外科医師の減少は、きわめて厳しい過重労働や訴訟リスクの高さなどが原因である。財政審は精神科医師数の増加を指摘しているが、その背景には3万人を超える自殺者、うつ病患者や認知症患者の増加がある。高齢化にともなって増える疾患などもある。

第一に医師不足の解消を図ること、第二に医師が診療科にかかわらず安心して働ける環境づくりを行い、さらに「地域で医師を育てる」仕組みづくりが必要である。

人口1,000人対医師数

財政審は、ドイツ、フランスの開業規制の例を示し、日本への規制の導入を示唆した。しかし、人口1,000人対医師数はドイツ3.5人、フランス3.4人で、日本(2.1人)の1.6～1.7倍であり、同じ土俵で議論できるものではない。

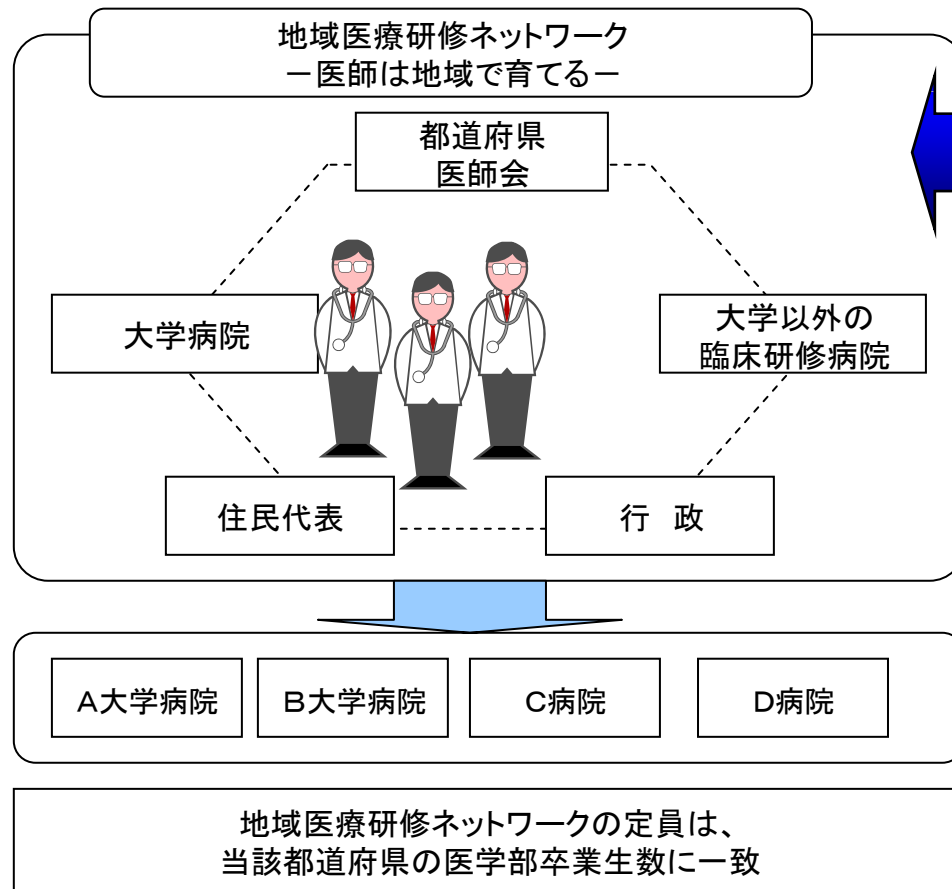


*出所: OECD Health Data 2008 - Version: December 2008。

オーストラリア、ギリシャ、ポルトガル、スウェーデン、デンマークは2005年、スロバキアは2004年

日本医師会の提案－地域で医師を育てる－

日本医師会は、「地域が医師を育てる」という理念の下で、偏在の解消を目指すべきと考える。その方策のひとつが、日本医師会が提言する「初期臨床研修制度の改革案」である。また、研修を終えた医師については、各都道府県の医療対策協議会において、地域の実態を踏まえて医師を配置し、医師が定着するような仕組みづくりが進んでいる。



研修医は初期研修の1年間、出身大学が所在する都道府県の地域医療研修ネットワークに所属し、都道府県内で施設間をローテーションして、地域医療の全体像を把握。

地域における医療対策協議会^(※注)の活性化

- －勤務環境の改善等による医師の確保
- －臨床研修後、地域で特定の要件を満たして従事した場合は奨学金免除など

※注)2007年に法制化された協議会。救急、へき地、災害、周産期、小児医療等における医師・医療従事者の確保等について、必要な施策を検討、策定。都道府県医師会をはじめとする行政・医育機関の医療関係者・住民代表等で構成。

医師の偏在は強制的に是正すべきか

財政審は、診療科別の医師数の増減を示し、偏在是正に規制的手法を用いることを示唆している。しかし医師不足の解消が最優先課題であり、同時に勤務医の負担軽減、地域の事情や社会的背景も考慮されなければならない。

※注)財政制度等審議会「平成22年度予算編成の基本的考え方について」(2009年6月3日)から要約

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 主な診療科別 医師数の変化 </div>	
(1996年から2006年)	
	増減率
精神科	20.0%
泌尿器科	16.8%
皮膚科	15.4%
整形外科	15.0%
眼科	12.6%
総数	8.3%
小児科	6.7%
内科	6.0%
外科	-7.7%
産婦人科	-10.6%

ア. 医師の偏在是正に向けた検討

- ① 医療費配分の見直し
 - ・ 診療所に偏っている現状を見直し、病院に対する診療報酬を手厚く
 - ・ 医師の能力等(経験や専門性)に応じた配分

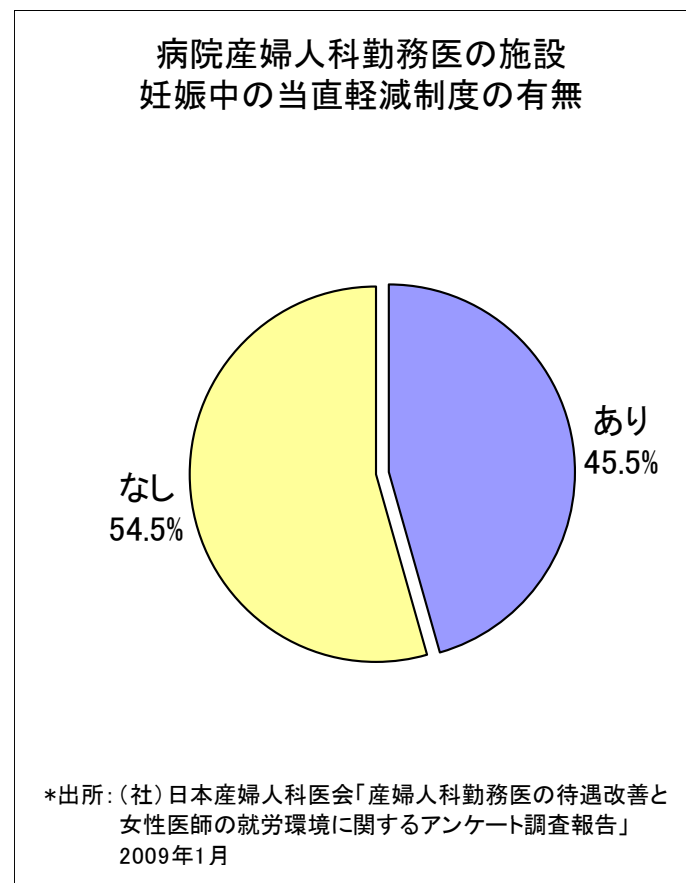
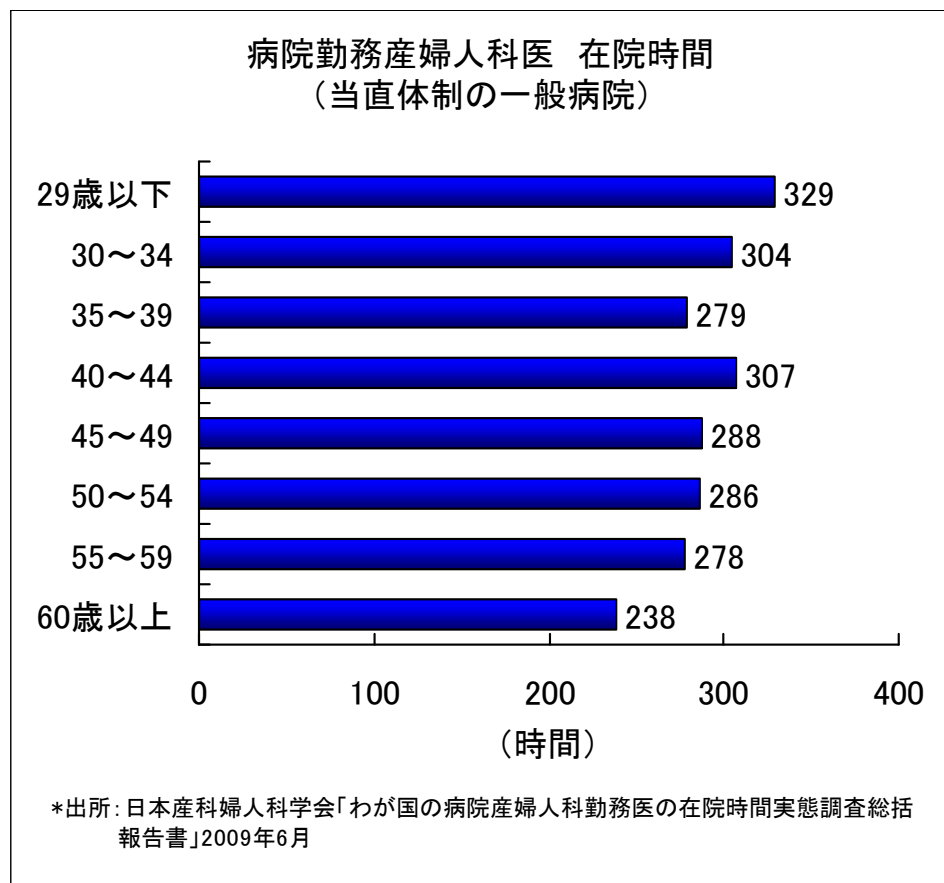
- ② 医師の適正配置に向けた検討
 「医師が地域や診療科を選ぶこと等について、完全に自由である必然はない」

- ③ 医療従事者間の役割の見直し

(参考)上記以外の医師数の変化: 麻酔科23.0%、放射線科16.5%、脳神経外科10.8%、耳鼻咽喉科0.9%

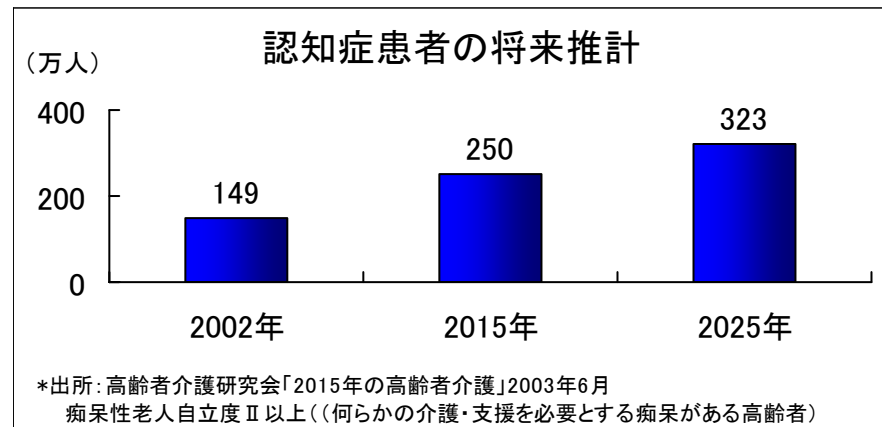
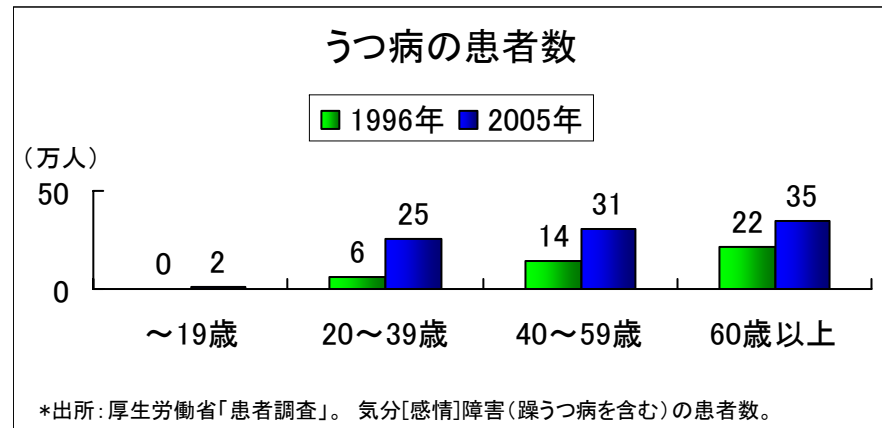
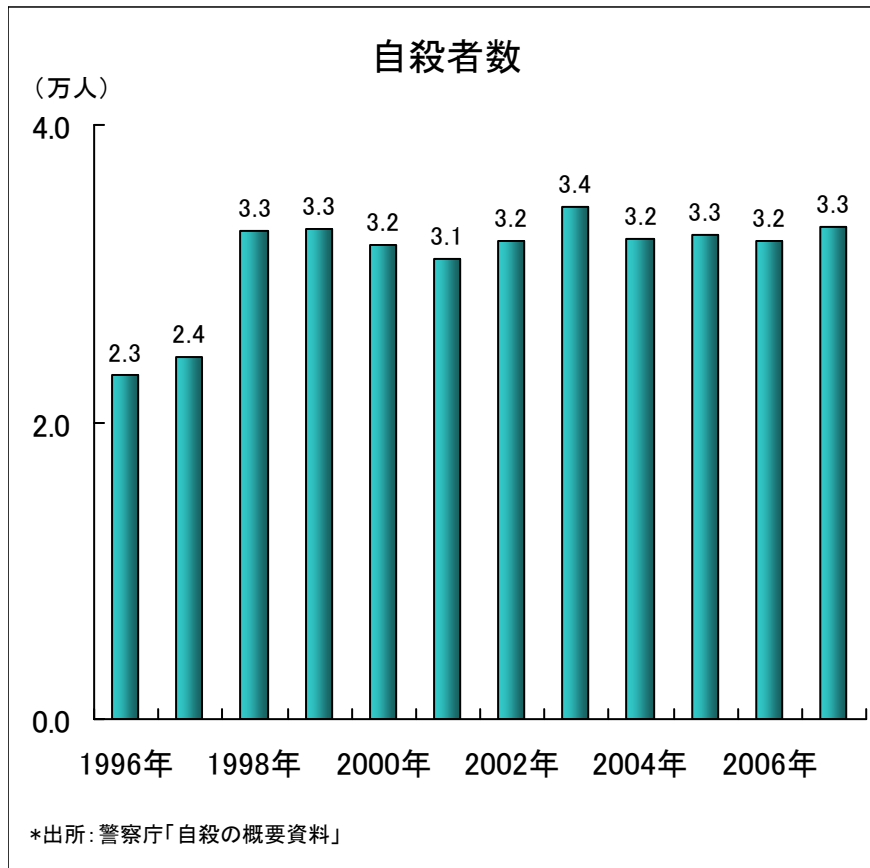
医師不足－産婦人科勤務医の労働環境－

産婦人科医師は、1996年から2006年にかけて1割以上減少した。産婦人科勤務医の勤務実態を見ると、病院の若手医師は、月300時間以上、在院している。また、女性医師にあっては妊娠中の当直軽減制度がある病院は半数未満である。こういった現状のまま医師を強制配置しても、定着する見込みがない。まずは、医師不足の解消、そして医師が安心して働ける環境づくりが重要である。



医師不足－精神科医師数と社会的背景－

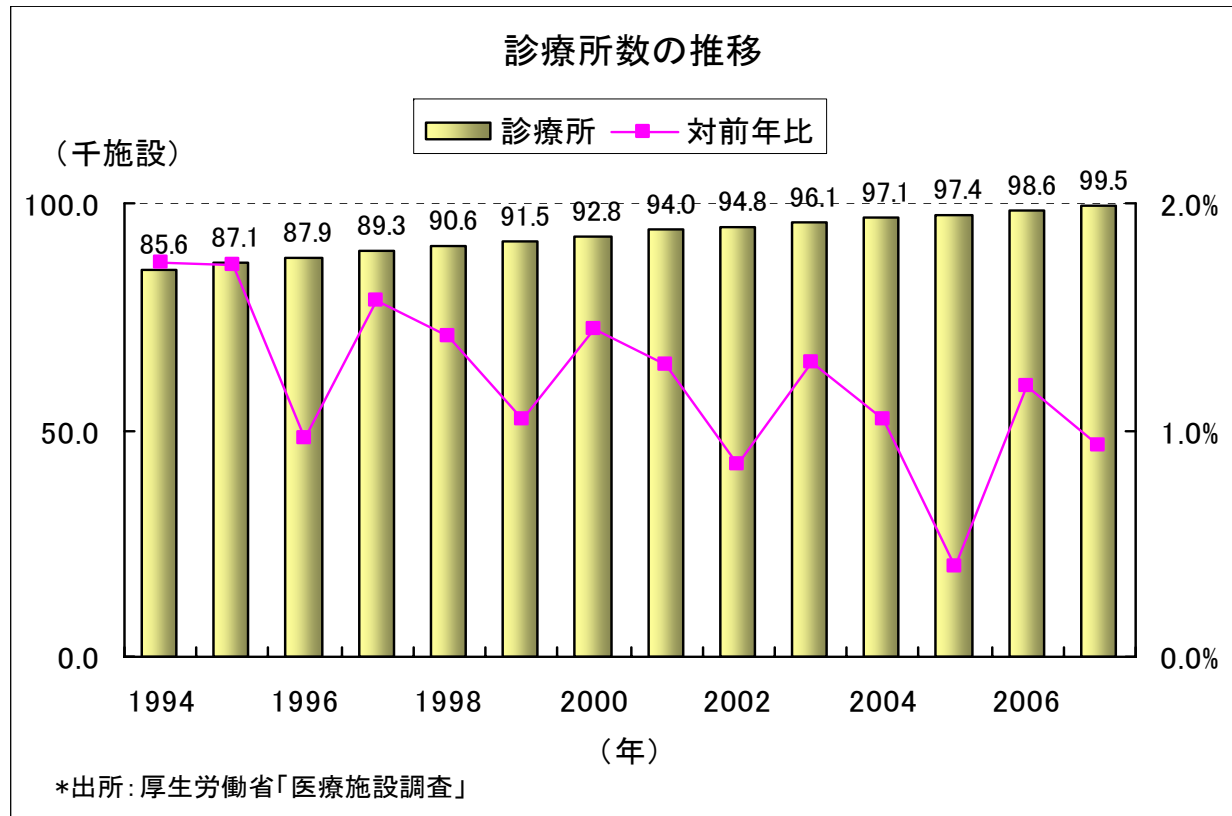
精神科医師は、1996年から2006年にかけて1.2倍に増加した。一方、自殺者は3万人を超えている。また、うつ病患者の20～39歳の患者は1996年から2005年にかけて4.2倍になった。2015年には認知症患者^(※注)が250万人に達するとの推計もある。社会的背景の深刻さを考慮すれば、精神科医師数は十分とはいえない。



※注) 認定調査員による「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」のデータをもとに2003年に推計。必ずしも正確なデータではないため、厚生労働省は2009年度から実態調査を行う予定(『認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト』～報告書～)2008年7月)

(参考)診療所数の推移

財政審建議は、「病院勤務医が厳しい状況に置かれていることによる一つの結果として、勤務医の開業志向が強まっている」（建議p14）としているが、診療所数は、1990年代には2%近い増加を示した年もあったが、最近では1%前後の伸びに止まっている。また、最近のデータを見ると、診療所数の伸びは頭打ちになっており、開業が魅力的で開業志向が高まっているとはいえない。



最近の診療所数
(件)

2008年3月	99,455
4月	99,459
5月	99,529
6月	99,581
7月	99,578
8月	99,559
9月	99,578
10月	99,673
11月	99,701
12月	99,682
2009年1月	99,497
2月	99,518

病院機能の効率化・高度化について

財政審建議は、社会保障国民会議の報告を引用し、「社会保障国民会議においても、『『選択と集中』の考え方に基づいて、病床機能の効率化、高度化、地域における医療機能のネットワーク化』が必要と報告されており、早急に具体化に向けた検討を進める必要がある」(建議p18)としている。

日本医師会の見解

社会保障国民会議は、急性期病院への資源の集中投入を打ち出しているが、財政審建議と併せて見れば、診療報酬の配分の見直しに通じるものである。

しかし、本来の医療機能の分化を果たしていくためには、急性期病院だけではなく、その連携先や受け皿も健全でなければならない。その上でこそ、急性期、慢性期、在宅医療を切れ目なく提供できる。

現在、身近な医療機関で、入院の受け入れ休止や、診療科の休止が起きている地域が少なくない。地域医療の崩壊を食い止めるために、医療費を増加する方向とし、かつ医療全体に対して資源の投入を行うべきである。

医師の能力に応じた診療報酬について

財政審建議は、医師の経験や専門性といった能力に応じて診療報酬を配分することを求めている(建議p15)。また、その論拠のひとつとして、アメリカの医師報酬を示している(建議資料p67)。

日本医師会の見解

アメリカは民間保険主導であり、所得の高低によって、受けられる医療の質、内容も異なる。報酬もドクターフィー(技術料)、ホスピタルフィーに区分されている。

一方、日本では、多くの国民が、所得の高低にかかわらず同じ医療を受けられる現在の仕組みを支持している。また、診療報酬は、専門性の高い医療を始め、それぞれの技術に応じて設定されている。

そのため、診療報酬で医師の技術差を評価するドクターフィーの導入ではなく、病院内で医師の能力に応じて給与額を決定し、評価すべきである。

しかし病院経営が非常に厳しいため、必ずしも医師を十分に処遇できていないのが現実である。この意味からも、医療機関経営の安定化が最優先である。

医療従事者間の役割分担の見直し

財政審建議は「高度な技術を有する看護師を積極的に養成しつつ、チーム医療の下で、医療従事者間の役割分担を進めることも検討すべきである」(建議p17)としている。

日本医師会の見解

チーム医療の下での役割分担の見直しについては異論はない。医師不足が解消されない現状においては、特にメディカルクラークの導入は、勤務医の過重労働緩和の視点から進められるべきである。

なお、看護師等の業務分担については、現行の保健師助産師看護師法の下で見直せる部分も大きい。日本医師会としても、「チーム医療」全体として捉え、メディカルコントロール(MC:指示・指導体制、教育、事後検証、再教育)の確立を前提に、業務分担の在り方について検討していきたい。

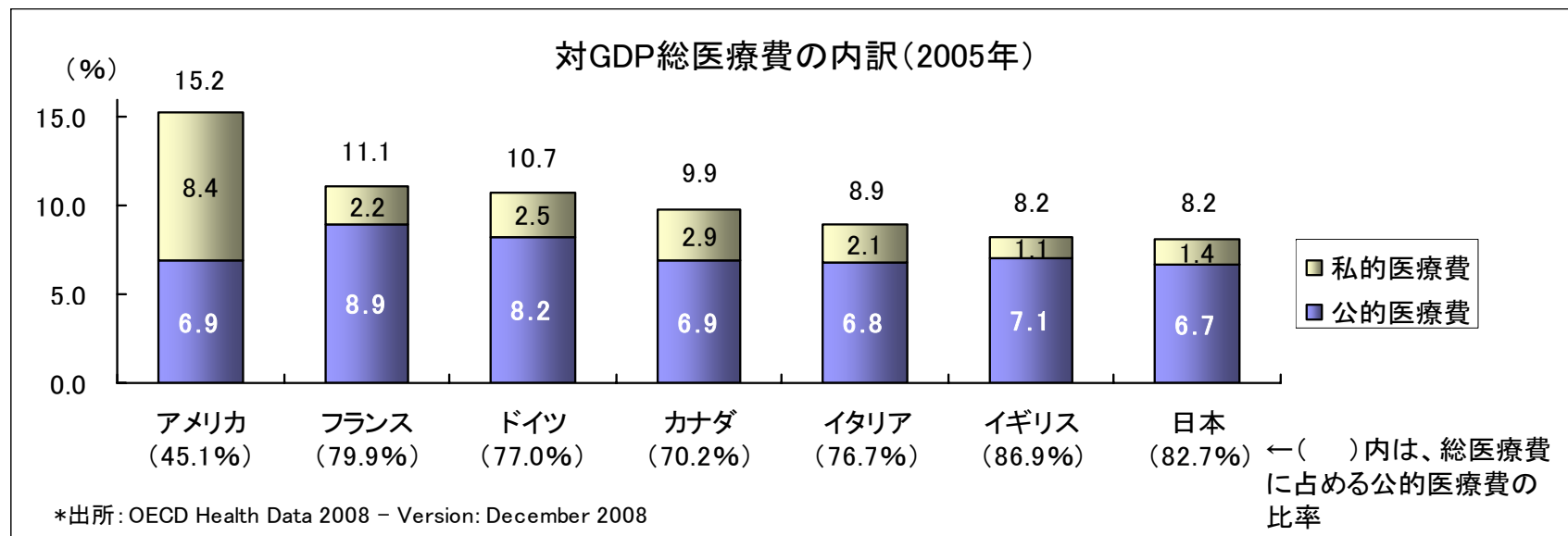
ただし、役割分担にあたっては、業務範囲とともに、責任の所在を明確にする必要がある。責任の所在を明確にしないまま、医師不足に名を借りて役割分担だけを先行させるべきではない。国民の不安は、産科、小児科、救急医療を始めとする「医師」不足にあるのであり、医師不足の解消が先決である。

私的医療費の増加について

財政審建議は、「我が国においては、私的医療支出の対GDP比が、主要国やOECD平均と比べて大きく下回っており、特に、民間保険等の割合は極めて小さくなっている」（建議p18～19）と指摘している。

日本医師会の見解

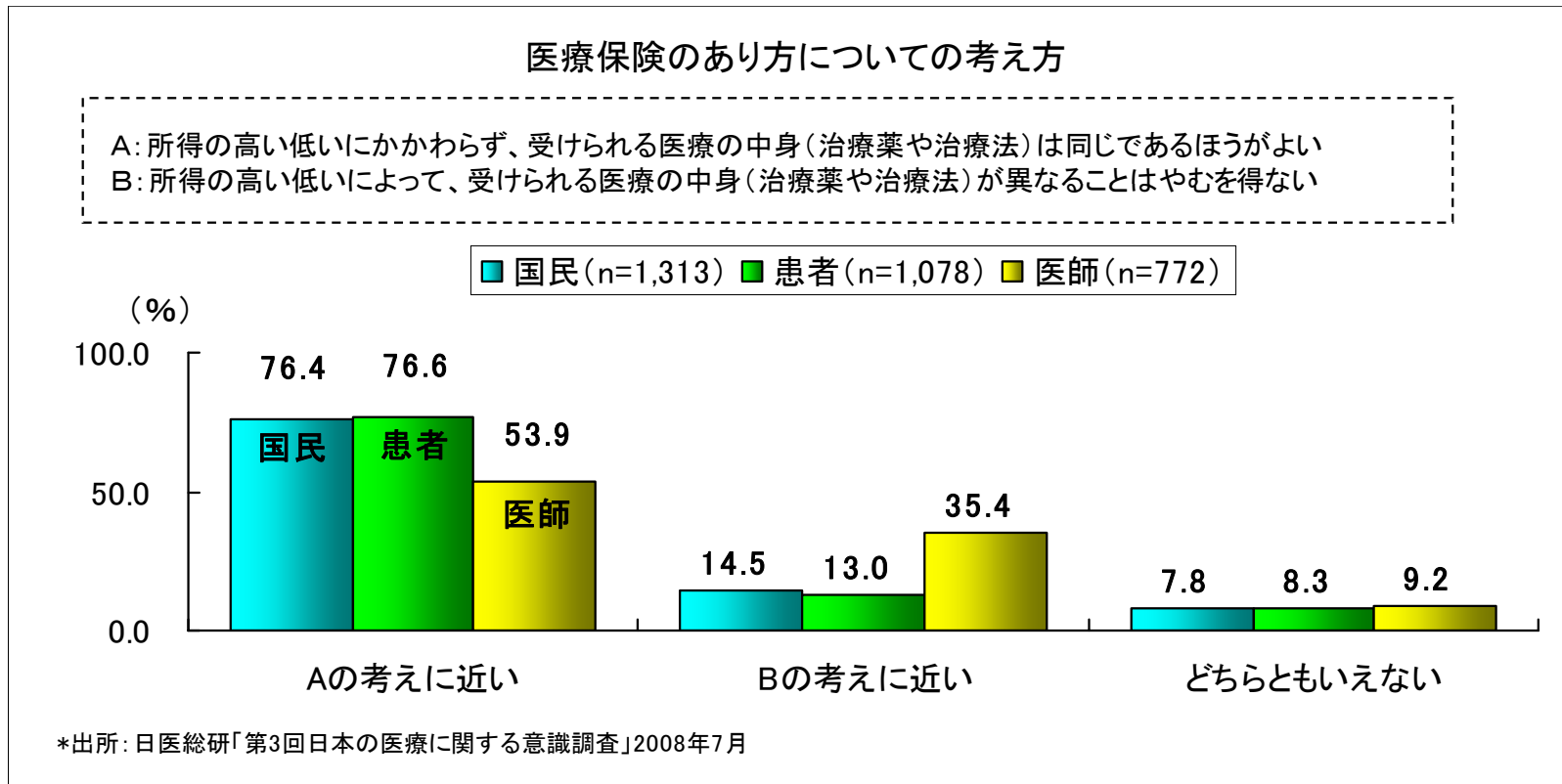
私的医療費の低さ以前に、公的医療費の低さを問題とすべきである。日本の対GDP公的医療費は6.7%に過ぎず、公的医療保険がメディケア（高齢者・障害者対象）、メディケイド（低所得者対象）だけのアメリカ（6.9%）よりも低い。医療費の絶対額が小さいためである。公的医療費と私的医療費の配分の問題以前に、医療費全体の引き上げが必要である。



混合診療の全面解禁について—国民・患者・医師の考え—

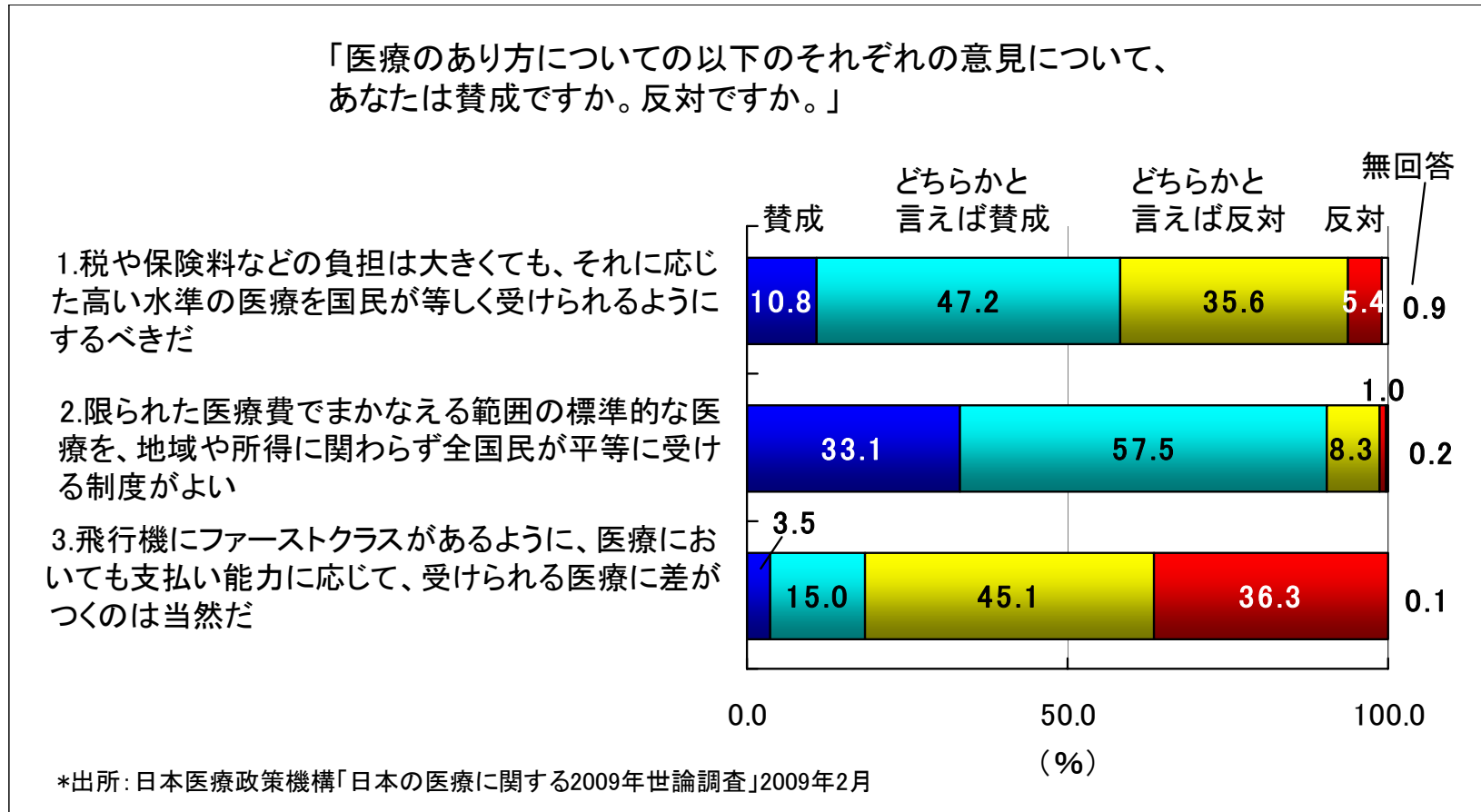
財政審建議には、「病院経営者のヒアリングにおいても、(中略)、いわゆる混合診療の解禁を望んでいる医療関係者も多いとの指摘があった」(建議p19)とあるが、ヒアリングでは、具体的な論拠は示されていない。

それどころか、国民・患者の8割近くは、現在の制度を支持している。医師については、「所得の高い低いによって、受けられる医療の中身が異なることはやむを得ない」も35.4%あるが、医療現場で直面する問題に対する苦悩のあらわれとも推察される。



混合診療の全面解禁について－国民の考え－

日本医療政策機構による国民への調査を見ても、飛行機のファーストクラスと同じように医療の格差を受け入れている人はほとんどいない。



- 調査時期：2009年1月
- 調査方法：調査員による訪問留置き
- 対象者：全国の20歳以上の男女1,650人(二段抽出法)
 - ・ 全国から、調査対象地域50地点を抽出(第一次抽出)
 - ・ 対象地域においてエリア抽出法により20歳以上の男女を各地点33名抽出(第二次抽出)
- 有効回収数：1,016(回答率62%)

混合診療全面解禁についての日本医師会の見解

混合診療には、以下のような問題点があり、解禁は認められない。有効性、安全性が確認された医療は個別検討し、普遍的な医療は必ず保険適用することを国民に保証すべきである。現在も、安全性や有効性の観点から保険導入のための評価を行う仕組み（評価療養）がある。この仕組みの下での評価の迅速化、透明化が課題である。

かつて規制改革会議では、「事前規制」から「事後監視・監督」への移行を図るとの意見もあったが^(※注)、医療の安全性は生死にかかわる。被害者が出てからでは遅い。

※注) 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第2次答申－経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革－」2002年12月

混合診療解禁の問題点

- (1) 保険外診療は、事前に有効性、安全性が認められていないために保険外となっているものである。これを保険と併用し、なんらかの問題が発生した場合、患者にとって不利益となるばかりか、公的保険の信頼性が損なわれる。
- (2) 「混合診療」が解禁され、新しい医療技術等は自己負担という流れができると、新たな医療技術等を保険下に組み入れようとするインセンティブが働きにくくなり、その結果、公的保険給付範囲が縮小する恐れがある。
- (3) 混合診療が解禁された場合、「全額自己負担」は、「保険診療の一部負担＋保険外診療の自己負担」になる。しかし、すべての国民に、保険外診療の自己負担が可能なわけではない。逆に保険給付範囲が狭まった場合、保険外となるものが出ることも予想され、所得の少ない国民にとっては負担増となる。

保険免責制の問題点

保険免責制は、医療費が小さいほど、患者負担割合が高くなる。現在、受診件数の約8割で使っている医療費は約2割である。すなわち、受診のほとんどは比較的小額な医療であり、患者負担が4割、5割近くに達しかねない。例として、平成20年8月審査分によれば、請求件数3,993万件のうち、80.2%(3,204万件)が1,400点未満(23.9%)となっている。(※注)

したがって、保険免責制の導入により、受診した際に5割近く負担するという事態になれば、公的医療保険からの離脱、公的医療保険の空洞化を招きかねない。また、免責額の引き上げによって保険給付範囲を狭め、医療における格差を助長するおそれもある。

3割負担で1回500円免責の場合

① 医療費	2,000円	5,000円	10,000円	30,000円
② 免責	500円	500円	500円	500円
③ = ① - ②	1,500円	4,500円	9,500円	29,500円
④ 患者一部負担 (③の3割負担)	450円	1,350円	2,850円	8,850円
患者負担合計 (② + ④)	950円 (4.8割負担)	1,850円 (3.7割負担)	3,350円 (3.4割負担)	9,350円 (3.1割負担)

※注) 社会保険診療報酬支払基金 平成20年11月理事会資料「請求明細書の状況(老人保健除く) 平成20年8月審査分」

保険免責制導入についての日本医師会の見解

高齢者だけでなく、もともと通院回数が少ない若い人の通院回数も減少している。通院しづらい雇用環境や経済的理由により、受診を控えているのではないかと推察される。低所得者層では実際に受診を抑制したという人が4割近くに達している。保険免責制を導入するなど、これ以上、自己負担を引き上げるべきではない。

(補足) 高齢者の通院回数減少の要因には、長期投薬もあると考えられる。慢性疾患の患者が多く、継続して医療機関を受診しているからである。一方、若年者は初診のみのケースも多いので、長期投薬の影響よりも、受診抑制の方に注意する必要がある。

