

# 日本医師会の提言

- 新政権に期待する -

2009年10月14日

社団法人 日本医師会



## 目 次

第1部 総論 .....	1
1. 社会保障費削減政策を振り返る .....	1
(1) 社会保障費削減の経緯 .....	1
(2) 社会保障費年2,200億円削減の意味 .....	3
(3) 社会保障費の削減が医療費に与えたインパクト .....	4
2. 医療崩壊の実態 .....	5
(1) なぜ地域医療は崩壊したか .....	5
(2) 相次ぐ休診・閉鎖 .....	7
(3) 救急医療「受け入れ困難」 .....	9
(4) 医療難民・介護難民の不安 .....	11
(5) 医師の疲弊 .....	13
(6) 民間医療機関経営の危機 .....	17
3. 医師不足対策 .....	19
(1) 医師数抑制の結果 .....	19
(2) なぜ、いま医師不足なのか .....	20
(3) 必要医師数についての日本医師会の考え .....	23
(4) 医師養成数についての日本医師会の考え .....	24
(5) 医師配置を優先すべき診療科と目標医師数 .....	25
4. 国民皆保険を守る財源についての検討 .....	27
(1) 公的医療保険を支える財源 .....	27
(2) 保険料上限の見直し .....	28
(3) 保険料率の公平化 .....	30
5. 国民皆保険を守るための日本医師会緊急提言 .....	31
(1) 医療崩壊を食い止めるため、診療報酬の大幅な引き上げを ....	32
(2) 患者一部負担割合の引き下げを .....	37
6. 医療・介護の強化によって日本の再生を .....	41

第2部 各論 .....	43
1. 日本医師会「高齢者のための医療制度」 .....	43
(1) 2008年度に始まった後期高齢者医療制度創設の経緯 .....	43
(2) 日本医師会「高齢者のための医療制度」の基本的スキーム .....	45
(3) 高齢者の疾病特性 .....	46
(4) 高齢者医療費の9割を公費で保障 .....	49
2. 新医師臨床研修制度を見直し、地域で医師を育てる .....	51
(1) 日本医師会の「初期臨床研修制度」改革案 .....	51
(2) 地域医療研修ネットワーク .....	53
3. 2010年度の診療報酬改定において解決すべき課題 .....	55
(1) レセプトオンライン化への配慮 .....	55
(2) 外来管理加算5分要件の撤廃 .....	57
4. 医療機関経営を揺るがす課題 .....	59
(1) 控除対象外消費税 .....	59
(2) 未収金問題 .....	61



## 第1部 総論

### 1. 社会保障費削減政策を振り返る

#### (1) 社会保障費削減の経緯

小泉構造改革の下、2002年度から2006年度までの5年間で、社会保障費の国庫負担が1.1兆円削減された(表1-1-1)。このうち医療分野での削減額が6,807億円であり、削減額全体の65%を占める。さらに、医療費の削減の7割以上は、診療報酬の引き下げによるものであった。

その後、「基本方針2006」(いわゆる「骨太の方針2006」)で、2007年度から2011年度までの5年間も、それまでと同様に社会保障費の伸びを抑制することが決定され、社会保障費の国庫負担は毎年2,200億円削減されることになった(注：2002年度から2006年度までは5年間で1.1兆円の削減であり、年によって削減額は異なっている。しかし、2007年度以降は、機械的に年2,200億円とされた)。

表1-1-1 社会保障(国庫負担)の削減内訳(2002～2006年度)

(億円)

	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	合計	構成比
社会保障費の自然増	9,400	9,100	9,100	10,800	8,000	46,400	-
うち医療	5,500	3,200	3,900	4,500	3,000	20,100	-
<b>削減額合計</b>	<b>-3,000</b>	<b>-2,200</b>	<b>-1,254</b>	<b>-601</b>	<b>-3,490</b>	<b>-10,545</b>	<b>100%</b>
<b>医療</b>	<b>-2,800</b>	<b>0</b>	<b>-717</b>	<b>0</b>	<b>-3,290</b>	<b>-6,807</b>	<b>65%</b>
診療報酬改定	-1,830		-717		-2,390	-4,937	47%
医療制度改革	-970				-900	-1,870	18%
介護報酬改定		-300			-90	-390	4%
年金		-1,150	-100	-100	-110	-1,460	14%
その他	-200	-750	-437	-501		-1,888	18%

\*参議院厚生労働調査室資料などを参考に作成。2004～2006年度には、三位一体改革の中でも社会保障費の国庫負担が削減されており、これと合わせて全体で1.1兆円削減された。

社会保障費の削減はすでに限界に来ており、年 2,200 億円の削減のために、さまざまな方法をとらざるを得なかった。

そのひとつが、2008 年度予算における政管健保（当時）国庫負担の「肩代わり」である（表 1-1-2）。2008 年 2 月に、健保組合・共済組合が政管健保に 1,000 億円を支援する特例支援法案が国会に提出され<sup>1</sup>、3 月には予算が成立した。しかし、特例支援法案は審議未了のまま、廃案になったため「肩代わり」は実現せず、2008 年度の第 2 次補正予算にあらためて国庫負担 1,000 億円を計上して手当てした。

2009 年度予算では、年金特別会計の特別保健福祉事業資金を清算して 1,370 億円、一般財源化される道路特定財源の一部を削減して 600 億円を確保せざるを得ないなど、年 2,200 億円削減のための財源探しは混迷をきわめていた。

表1-1-2 社会保障(国庫負担)の削減内訳(2007年度以降)

(億円)

	2007年度	2008年度	2009年度
社会保障費の自然増	7,700	7,500	9,100
うち医療	2,800	3千億円台半ば	3,900
<b>削減額合計</b>	<b>-2,200</b>	<b>-2,200</b>	<b>-2,200</b>
<b>医療</b>	<b>0</b>	<b>-1,880</b>	<b>-230</b>
診療報酬・薬価等改定		-660	
被用者保険による政管健保支援(肩代わり)		-1,000	
後発医薬品の使用促進		-220	-230
介護報酬改定			
年金			
雇用保険の国庫負担縮減	-1,800		
生活保護の見直し	-400		
その他の制度・施策の見直し		-320	
特別保健福祉事業資金の清算			-1,370
一般財源化される道路特定財源の一部削減			-600

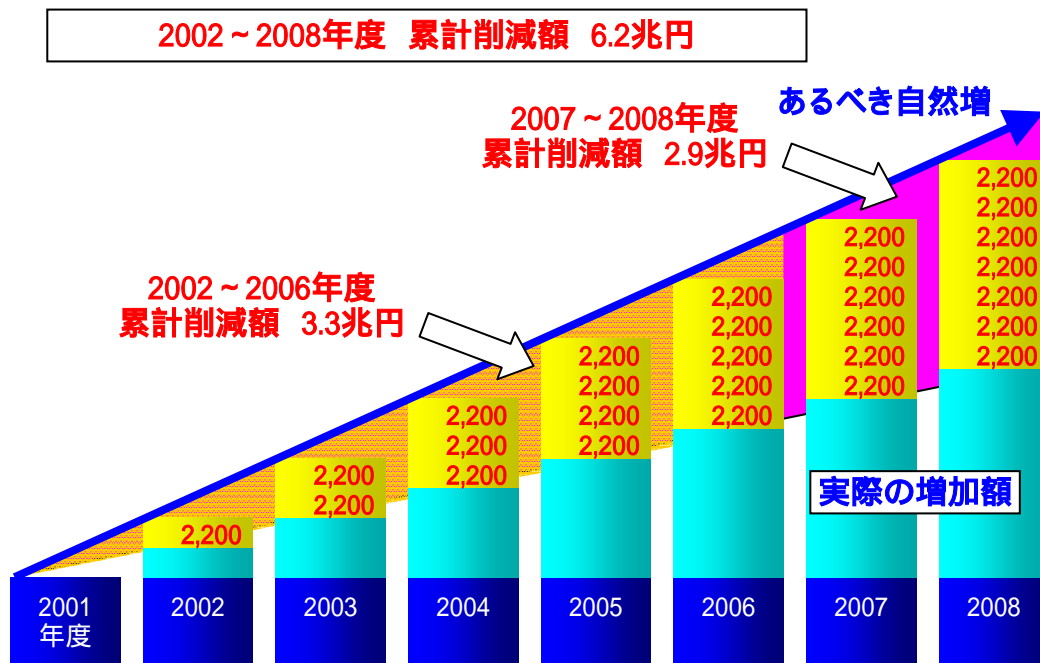
<sup>1</sup> 2008 年 2 月 8 日、「平成 20 年度における政府等が管掌する健康保険の事業に係る国庫補助額の特例及び健康保険組合等による支援の特例措置等に関する法律案」第 169 通常国会提出

( 2 ) 社会保障費年 2,200 億円削減の意味

社会保障費には、高齢化や医療の高度化などのため、自然増というものがある。たとえば、ある1年目に、社会保障費が自然増にそって伸びようとする( 図1-1-1 )。これを 2,200 億円削減する。2年目に、ふたたび自然増にそって伸びようとする。さらに 2,200 億円を削減する。この時点で、もともと予定された自然増との差は 4,400 億円であり、1年目の 2,200 億円と合わせて累計 6,600 億円が削減されたことになる。

このようにして、社会保障費は 2002 年度から 2006 年度までの 5 年間で累計 3.3 兆円が失われた。その後も社会保障費の削減は進み、すでに決算が終わっている 2008 年度までに失われた社会保障費は累計 6.2 兆円に達している。

図1-1-1 社会保障費(国庫負担)の累計削減額





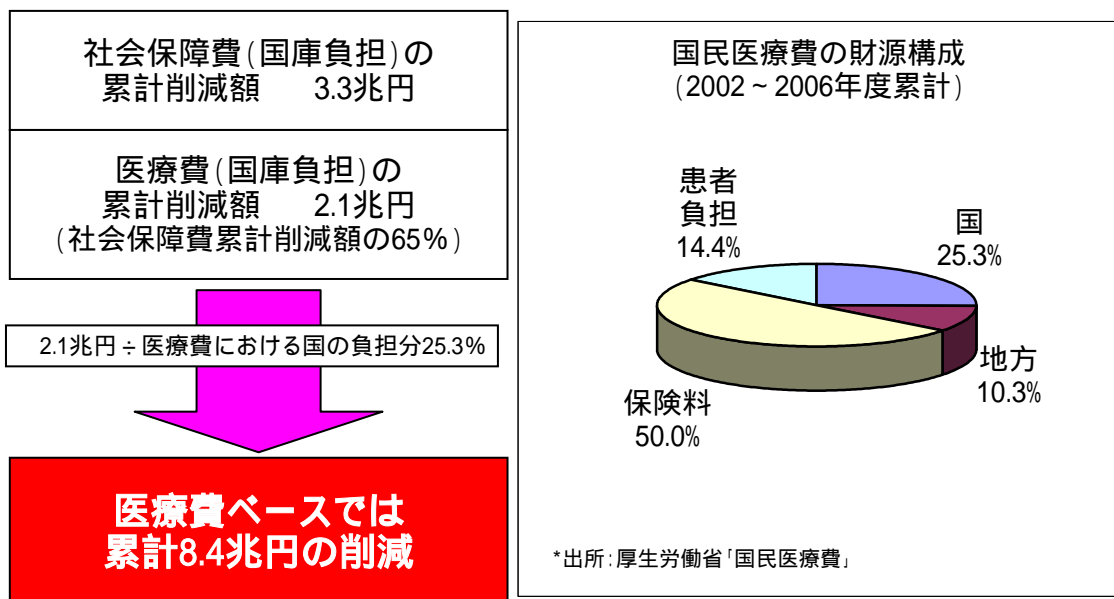
### (3) 社会保障費の削減が医療費に与えたインパクト

2002年度から2006年度まで、社会保障費の国庫負担の累計削減額は3.3兆円である(図1-1-2)。このうちの約65%は医療分野での削減であったので、医療費の国庫負担分は累計2.1兆円(3.3兆円×65%)削減されたと言える。

またこの間、国民医療費に占める国庫負担の割合は25.3%であった。国民医療費は、給付割合が変更されない限り、国庫負担の削減に比例して縮小する。したがって、国民医療費はこの5年間に累計8.4兆円(2.1兆円÷25.3%)<sup>注)</sup>削減されたことになる。

社会保障費年2,200億円の削減と言っても、それが累積していけば非常に大きな打撃となる。2006年度時点で、地域医療は崩壊の危機にあったが、その後も社会保障費削減政策が続けられ、医療崩壊が現実のものとなったのである。

図1-1-2 社会保障費年2,200億円削減のインパクト(2002～2006年度)



注) 四捨五入差があるので、計算と結果が合わない箇所がある。

## 2. 医療崩壊の実態

### (1) なぜ地域医療は崩壊したか

医療費抑制政策が続いた結果、全国で、病院や診療所の閉鎖、病棟や診療科の休止が特別なことではなくなっている。

その直接的な要因は診療報酬の引き下げである。診療報酬本体は、2002年度に1.3%、2006年度に1.36%引き下げられた(表1-2-1)。医師不足、医療の高度化、患者ニーズの高まりなどにより医師の労働が過重になっているが、十分な手当てをすることができず、勤務医だけでなく開業医の疲弊も招いた。医療安全、コメディカル確保のための財源もなく、安全や医療の質を脅かした。最低限の医療提供体制を維持するための設備投資もままならなくなった。

表1-2-1 最近の診療報酬改定の内容(医療費ベース)

	2002年度	2004年度	2006年度	2008年度
本体部分	-1.3%	0.0%	-1.36%	0.38%
医科 <sup>注)</sup>	-1.3%	0.0%	-1.50%	0.42%
歯科	-1.3%	0.0%	-1.50%	0.42%
調剤	-1.3%	0.0%	-0.60%	0.17%
薬価・材料価格	-1.4%	-1.0%	-1.8%	-1.2%
薬価	-1.3%	-0.9%	-1.6%	-1.1%
(薬価ベース)	-6.3%	-4.2%	-6.7%	-5.2%
材料	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.1%
診療報酬全体	-2.7%	-1.05%	-3.16%	-0.82%

注) 医師の技術料に相当する部分。医師の給与費だけでなく、すべての従事者の給与費、医療機器や設備コスト、事務経費などもカバーしている。

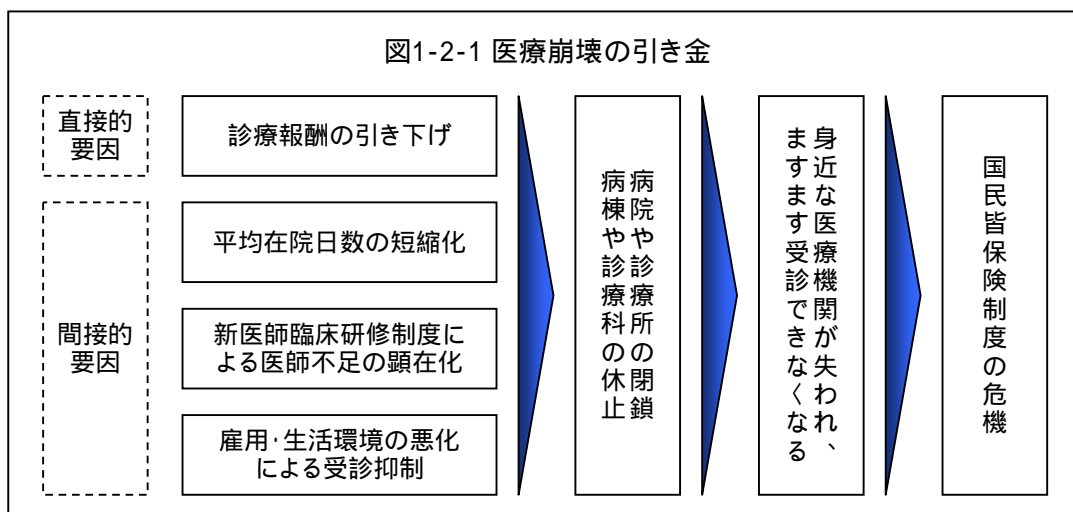
医療崩壊の間接的要因のひとつは、平均在院日数の短縮化政策である（図1-2-1）。

平均在院日数を短縮化し、早期退院できれば、生活の質(QOL:Quality of Life)が高まると言われている。しかし、病院は病床稼働率が下がった病棟を維持できなくなり、病棟の閉鎖にいたる事例が少なくない。もともと病床が過剰だったのではないかとの指摘もあるが、地域住民にとって身近な病棟の閉鎖は不安である。

療養病床の再編も、平均在院日数短縮化の一環である。療養病床を維持しては経営が成り立たない低い診療報酬が設定され、療養病床の削減が進められている。このため、高齢者を中心に、医療難民や介護難民になるのではないかと不安が強まった。

2004年に導入された新医師臨床研修制度（各論で詳述）も、医療崩壊の間接的要因のひとつである。初期研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが多くなり、大学医学部の教室（医局）は、関連の医療機関から医師を引き揚げざるを得なくなった。その結果、派遣先の医療機関では医師を手当てできず、外来の休止や、病棟の閉鎖に追い込まれた。

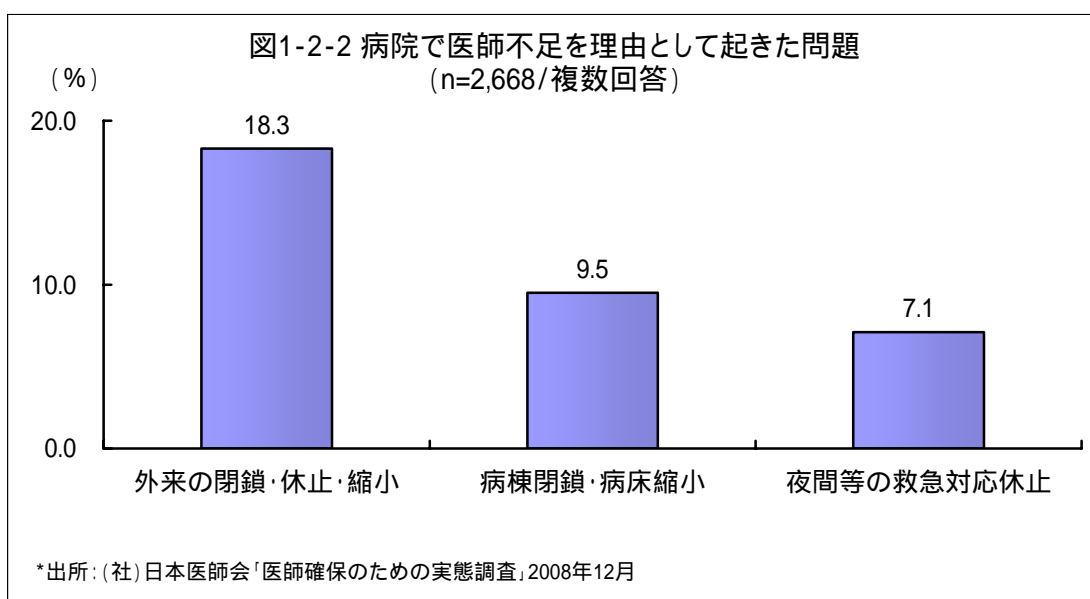
最近では、雇用環境の悪化、生活環境の悪化から、早期に受診しにくくなっているケースもあるようである。患者数の減少は、医療機関の経営を悪化させ、医療機関の閉鎖、縮小につながっていく。



(2) 相次ぐ休診・閉鎖

日本医師会は、2008年、医師不足の現状についてアンケート調査を行った。その結果、医師不足を理由として外来の閉鎖・休止をした病院が約2割、病棟を閉鎖したり病床を縮小したりした病院が約1割あることが明らかになった(図1-2-2)。

また、新聞各紙でも、毎月、全国の休診事例が報道されている(表1-2-2)。



日本医師会「医師確保のための実態調査」

全国の病院および都道府県医師会を対象に、医師不足の実態把握のために行った調査

調査期間: 2008年9月26日～10月20日

調査対象および有効回答数

	配付数	有効回答数	有効回答率
臨床研修プログラム参加病院(全数) <sup>注1)</sup>	2,433	1,296	53.3%
一般病院(1/2抽出) <sup>注2)</sup>	2,880	1,250	43.4%
精神科病院(1/5抽出) <sup>注3)</sup>	227	122	53.7%
病院	5,540	2,668	48.2%
都道府県医師会	47	47	100.0%

注1) 大学病院を含む      注2,3) 臨床研修病院は含まない

表1-2-2 最近2年間の報道事例

2007年

9月	東京 滋賀	東十条病院、10月末で全科休診 医師不足・経営悪化 お産を救え！近江八幡市医療センター出産受け付け中断	産経 産経
10月	埼玉 群馬	東松山市民病院、救急診療来月末で休止 医師が4年前から半減 群馬県立がんセンター、医師不足で婦人科休診、来春再開目指す	読売 <sup>1)</sup> 日経
11月	兵庫	明石市民病院出産受け入れ休止へ 医師減を受け来年6月から	朝日
12月	愛知	公立尾陽病院 医師不足でピンチ 愛知4町運営、半減見込み	毎日

2008年

1月	北海道	北見赤十字病院3月末で内科休診 医師全員退職へ	毎日
2月	茨城	筑西市民病院 病院赤字地域ずしり 医師不足でフロア閉鎖	朝日
3月	佐賀 長崎 石川 岐阜 秋田	県立病院好生館：通常出産、来月から休診 医師1減に伴い 県立島原病院 小児科、22日から休診 医師確保めど立たず 山中温泉医療センター7月から産科休診へ 医師確保できず 大垣市民病院精神神経科休診へ 5月から、医師の補充できず 雄勝中央病院、1病棟閉鎖へ 由利組合総合は出産制限	毎日 読売 <sup>3)</sup> 読売 <sup>1)</sup> 朝日 読売 <sup>1)</sup>
4月	岩手 広島	山田の県立病院で内科外来休診 今月から常勤医不在 安佐市民病院小児科、土祝夜間救急診療休止、日曜日だけに	読売 <sup>1)</sup> 毎日
5月	山梨	市立甲府病院6～7月 消化器科医が全員退職へ	毎日
6月	愛媛	三島病院が小児科休診	読売 <sup>2)</sup>
7月	大阪	がん拠点3割、医師不足 診療に深刻な影 手術待ち延長	朝日
8月	福島	相馬総合病院 産婦人科、新規外来休止 常勤医退職で	読売 <sup>1)</sup>
9月	千葉 鹿児島	市原・南総病院休診、職員らの賃金未払い 出水総合医療センター、常勤内科医4 2人へ、市が緊急対策本部設立	朝日 読売 <sup>3)</sup>
10月	山口	防府の県立総合病院・呼吸器内科、専門医退職し休診	朝日
11月	大阪	大阪・市立豊中病院：産科、水曜休診に 医師不足で 来年から	毎日
12月	岡山	児島市民病院、産婦人科休診に、地区の分娩可能医療機関なくなる	毎日

2009年

1月	宮崎	県立延岡病院 医師6人退職へ 腎臓内科・神経内科休診見込み	読売 <sup>3)</sup>
2月	静岡	清水厚生病院、医師不足で休棟 空き病棟、特養ホームに	朝日
3月	福岡 長野 奈良	北九州市立門司病院、小児科の入院休止へ 小諸厚生総合病院、医師不足で来月以降の分娩中止 県立奈良病院を4月から66床休床へ	毎日 毎日 朝日
4月	三重 宮城	志摩病院、産婦人科が休診 県内公立22病院、約300床削減へ	朝日 朝日
5月	兵庫	加古川市民病院、内科医不足、病棟閉鎖危惧の声も	毎日
6月	大分	竹田医師会病院、小児科を休診	読売 <sup>3)</sup>
7月	島根	巴南町・国保診療所、医師退職、常勤ゼロに	朝日
8月	青森	かかりつけ不在危機、診療所29カ所減	朝日
9月	静岡	富士宮市立病院、産婦人科の診療制限へ	読売 <sup>1)</sup>

\*日経テレコンで、「病院」「閉鎖」「休止」「休診」をキーワードに大手5紙を検索し、見出しや記事を要約した。

\*1)東京読売新聞、2)大阪読売新聞、3)西部読売新聞

### (3) 救急医療「受け入れ困難」

医療費抑制政策と医師不足により、救急医療の現場に十分な医師を配置することができなくなった。そのため、救急医療における速やかな受け入れも困難になった。

119番通報を受けてから、救急車が現場に到着するまでの時間はそれほど伸びていない(図1-2-3)。しかし、現場から医療機関までの搬送時間は、特に2004年以降、毎年約1分ずつ延びている。

そして、47都道府県中32都道府県で、119番通報を受けてから医療機関に搬送されるまでの時間が30分を超えている(図1-2-4)。

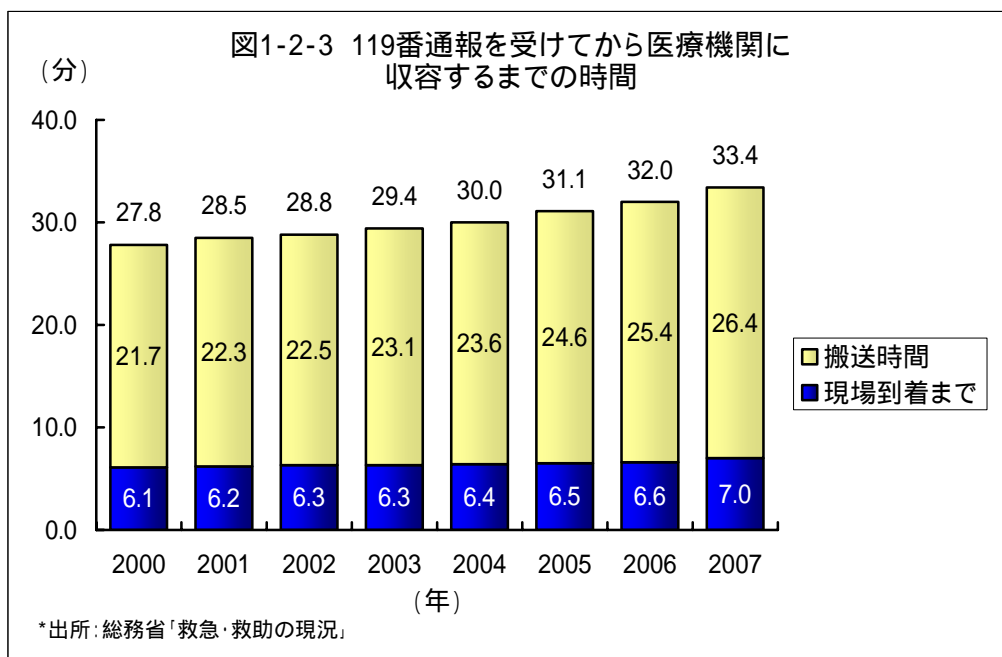
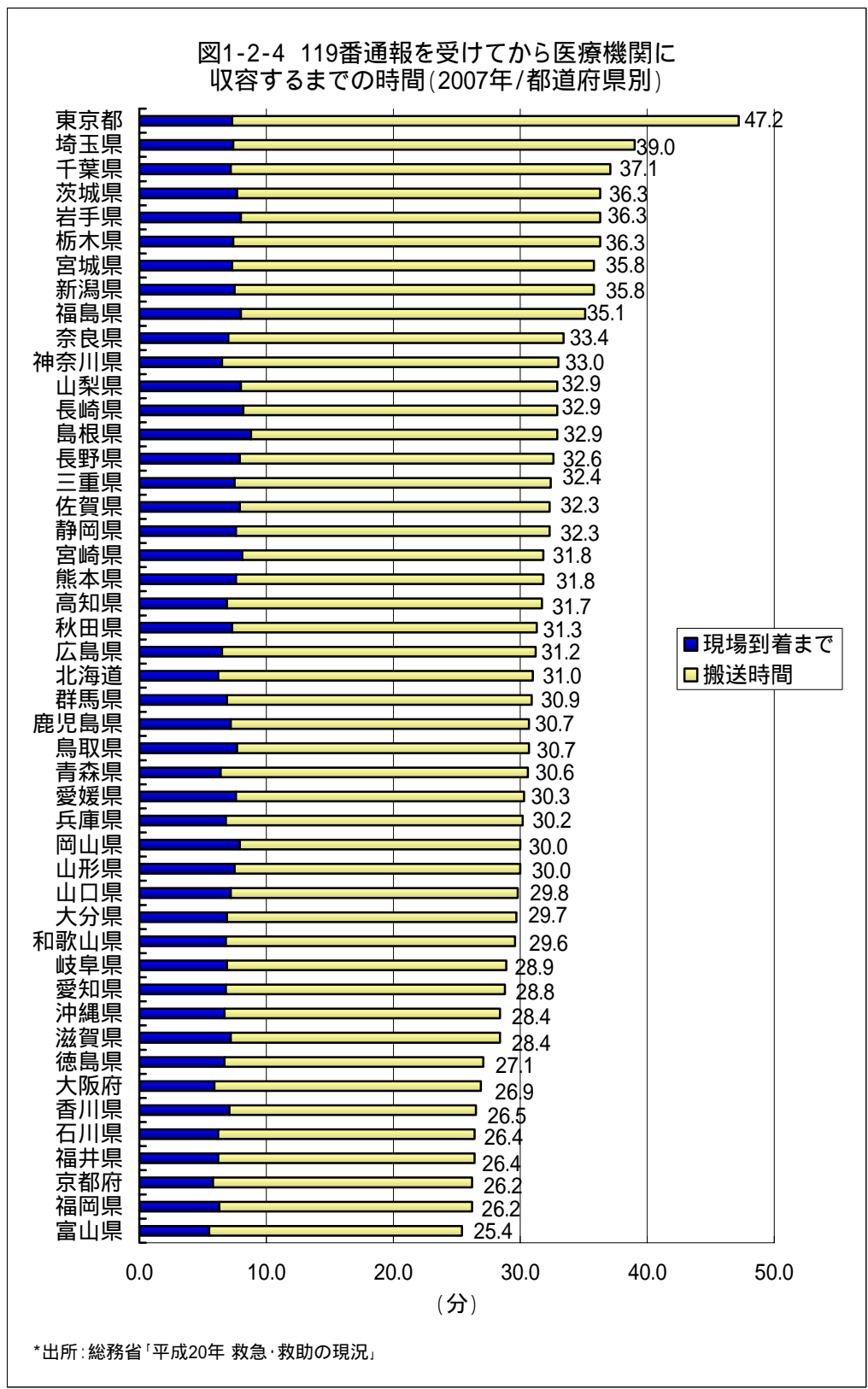


図1-2-4 119番通報を受けてから医療機関に  
収容するまでの時間(2007年/都道府県別)



\*出所:総務省「平成20年 救急・救助の現況」

#### (4) 医療難民・介護難民の不安

厚生労働省は、2006年に32.2日あった平均在院日数を、2012年に29.8日にするとの目標を掲げた<sup>2</sup>。厚生労働省の目標値は、一般病床も、療養病床も、精神病床も含んだ平均値で、これらの平均をとること自体意味がない。しかし、厚生労働省は、医療費を抑制するため、特に在院日数の長い療養病床を減らし、平均在院日数を下げようとした。

厚生労働省は、2005年に25万床あった医療療養病床を、2012年には15万床にする計画を立てた<sup>3</sup>。そして、「社会的入院」の患者を退院させなければ医療機関の経営が成り立たないよう、診療報酬を引き下げた。また、2005年に15万床あった介護療養病床を2012年に廃止することも決定された。

日本医師会は2006年に療養病床における患者実態調査を行った。その結果、厚生労働省が「社会的入院」とした患者の約2割が、医学的管理・処置を必要としていることが明らかになった<sup>4</sup>。

その後、厚生労働省は計画を見直し、2012年に医療療養病床を22万床にするとした(図1-2-5)。しかし、日本医師会が実態調査にもとづいて試算したところ、2012年には医療療養病床は26万床、また介護施設などで15万人分の新たな受け皿が必要であると推計された。厚生労働省が計画を撤回しない限り、医療難民が4万人以上発生する可能性がある。このまま介護療養病床が廃止され、新たな介護施設等の整備が進まない場合には、介護難民が発生するおそれもある。

2009年現在、医療療養病床はまさに26万床ある。療養病床再編計画を凍結し、最低限、現状の医療療養病床を維持すべきであり、それを可能にする診療報酬にすべきである。

---

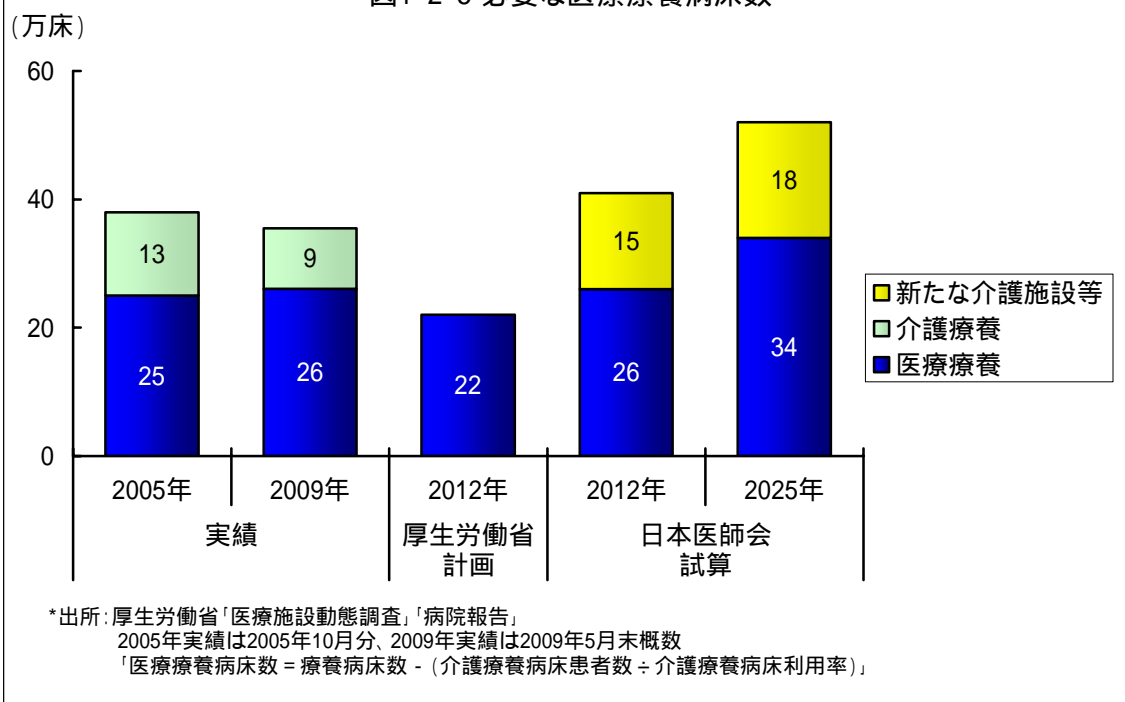
<sup>2</sup> 「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画」2008年9月8日、厚生労働省告示第442号、[http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/info02\\_73.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/info02_73.pdf)

<sup>3</sup> 「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」2008年3月31日、厚生労働省告示第149号

<sup>4</sup> (社)日本医師会「「療養病床の再編に関する緊急調査」報告」2006年10月  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20061025\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20061025_2.pdf)



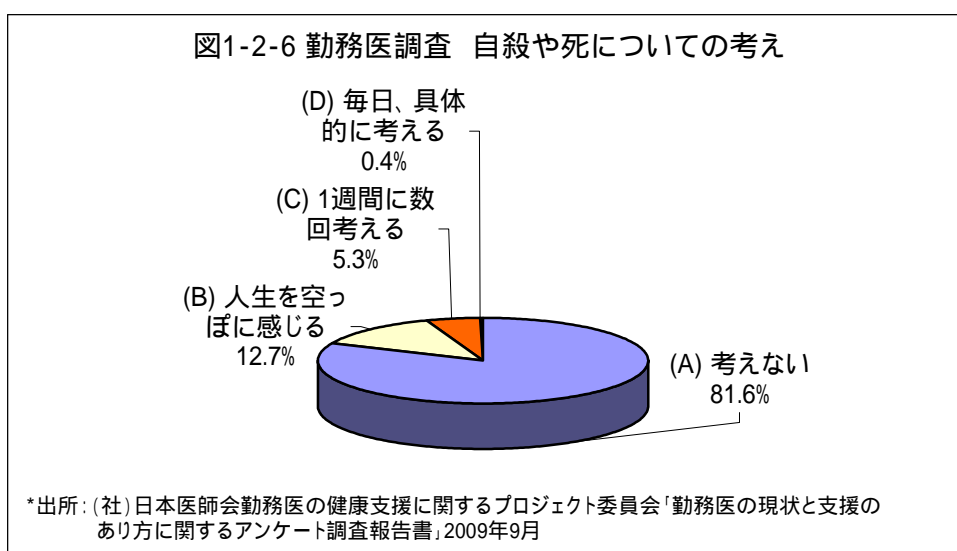
図1-2-5 必要な医療療養病床数



## (5) 医師の疲弊

日本医師会に設置された「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」の調査によれば、勤務医の5.7%は、週に何度も自殺や死について考えていた(図1-2-6)。

勤務医の過重労働、精神的ストレスは深刻である。



- (A) 死や自殺について考えることはない
- (B) 人生を空っぽに感じ、生きている価値があるかどうか疑問に思う
- (C) 自殺や死について、1週間に数回、数分間にわたって考えることがある
- (D) 自殺や死について1日に何回か細部にわたって考える、または、具体的な自殺の計画を立てたり、実際に死のうとしたことがあった

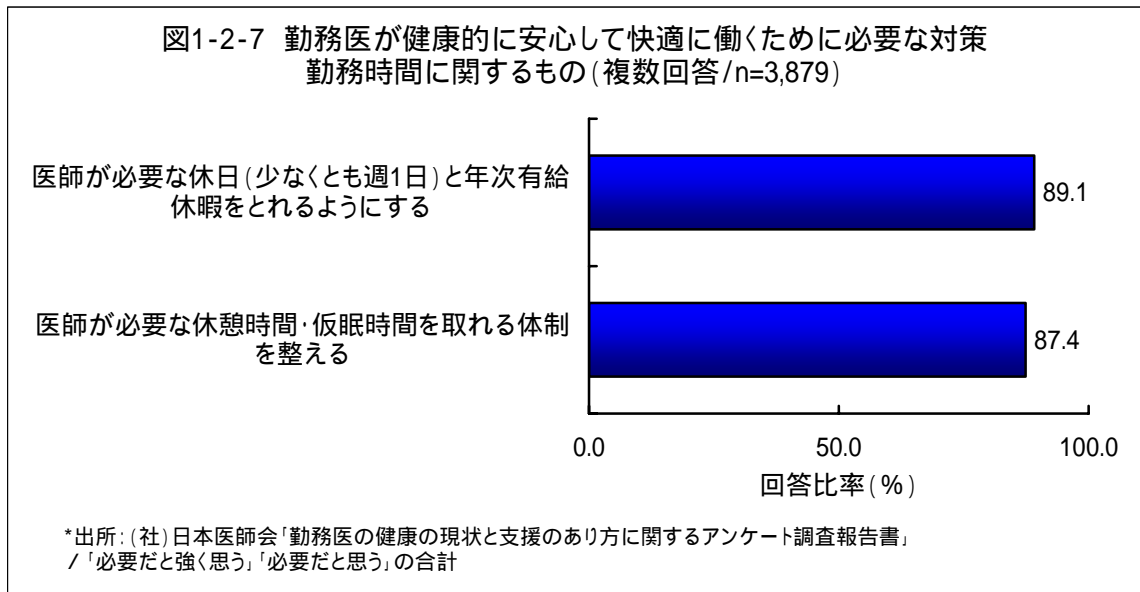
### 日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会 「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」

#### 調査対象および回答状況

日本医師会会員で勤務医の区分に属している約8万人から1万人を無作為抽出  
有効回答数4,055人、有効回答率40.6%

調査期間: 2009年2～3月

日本医師会が勤務医に対して行った調査では、勤務医の約 9 割が、健康的に安心して快適に働くために、「少なくとも週 1 日の休日と年次有給休暇」が必要であると回答していた（図 1-2-7）。ほとんどの医師が週 1 日休めない過酷な労働実態をあらわしている。また、「休憩時間・仮眠時間」も勤務医の 9 割近くが必要だとしており、オンコール（待機）で、いつときも休めない現状を示している。



勤務医の過重労働が深刻であることは言うまでもないが、開業医の疲弊も看過できない。

日本医師会は、開業医に対して、勤務医や研究者時代と比べたときの労働時間、精神的ストレス、業務負担などの変化を調査した。それによると、労働時間については、開業後に「過重になった」「かなり過重になった」「やや過重になった」が41.6%であった(図1-2-8)。特に自宅で開業しているケースで、拘束時間が勤務医時代より長くなったという記述が少なくなかった。

開業後の精神的ストレスは、「強くなった」「かなり強くなった」「強くなった」が54.4%であり、半数以上が精神的ストレスの増加を感じていた(図1-2-9)。

日本医師会「開業動機と開業医(開設者)の実情に関するアンケート調査」

調査対象

日本医師会会員のうち診療所または病院の開設者  
都道府県別に、診療所は1/20抽出、病院は1/10抽出

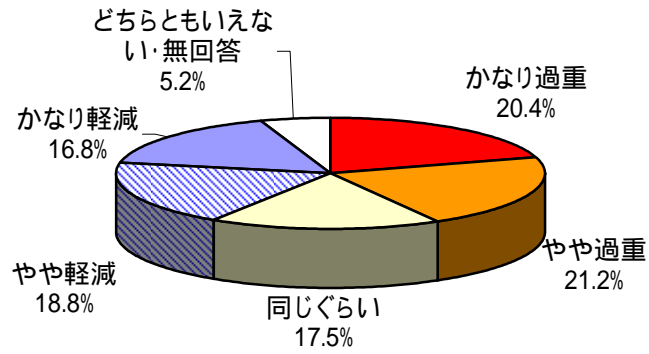
調査期間

2009年7月～8月(基準日2009年8月1日)

回答状況

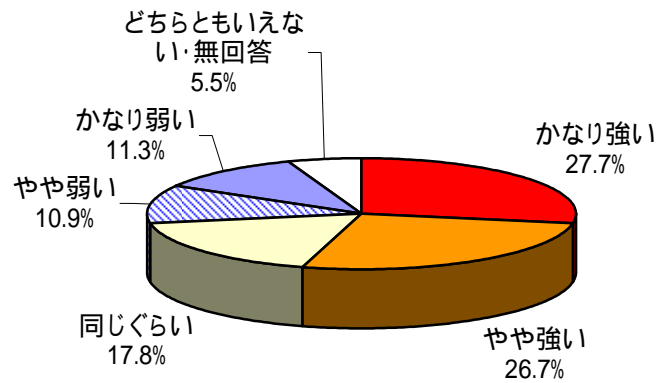
	診療所	病院	合計
調査対象数	3,584	390	3,974
有効回答数	1,861	123	1,984
有効回答率	51.9%	31.5%	49.9%

図1-2-8 開業後の労働時間 - 勤務医時代と比較して -  
(n=1,984)



\*出所: (社)日本医師会「開業動機と開業医(開設者)の実情に関するアンケート調査」2009年9月

図1-2-9 開業後の精神的ストレス - 勤務医時代と比較して -  
(n=1,984)



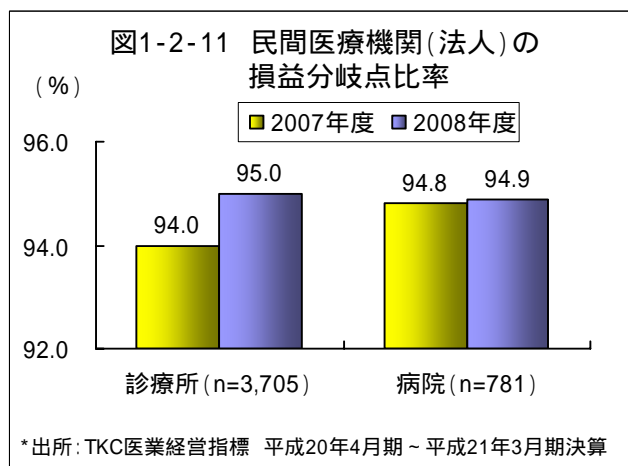
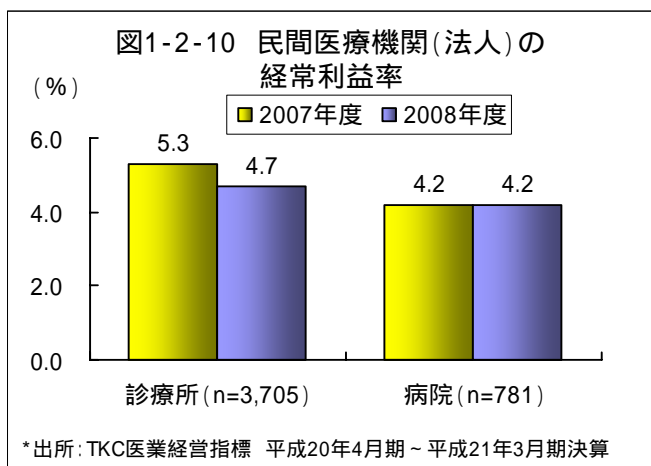
\*出所: (社)日本医師会「開業動機と開業医(開設者)の実情に関するアンケート調査」2009年9月

## (6) 民間医療機関経営の危機

2008年度の診療報酬改定では、医科本体は+0.42%のプラス改定であった。医科本体のプラス改定分は医療費ベースでは1,000億円強に相当する。これに加え、診療所の報酬を400億円強引き下げて、病院に約1,500億円の財源が投入された。これにより、民間医療機関では、診療所の経営状態はさらに悪化しただけでなく、病院経営の改善にもいたらなかった。

経常利益率は、診療所では、2007年度の5.3%から、2008年度には4.7%に低下した(図1-2-10)。病院は2007年度4.2%、2008年度4.2%とまったく横ばいであった。

損益分岐点比率は、診療所では、2007年度94.0%から2008年度には95.0%に悪化した(図1-2-11)。損益分岐点比率は一般に90%を超えると危険とされている指標である。診療所の場合、収入があと5%超減少すれば赤字になる水準であり、きわめて危険である。病院も損益分岐点比率は、2007年度には94.8%、2008年度には94.9%であり、まったく改善が見られなかった。



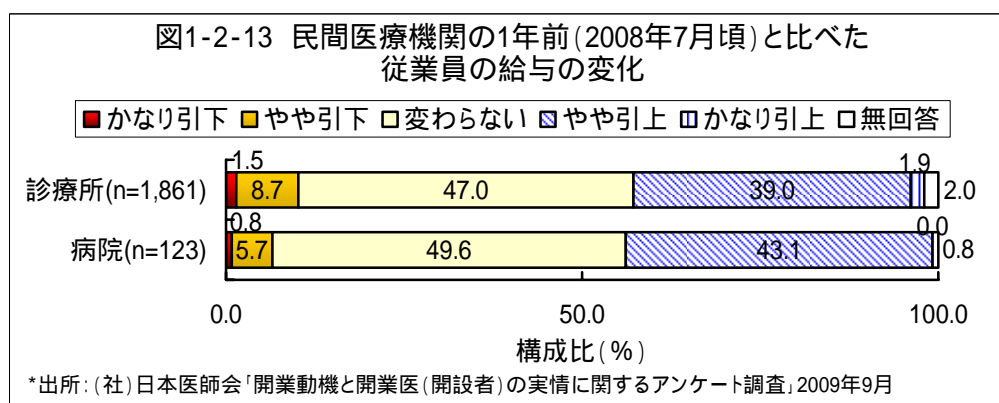
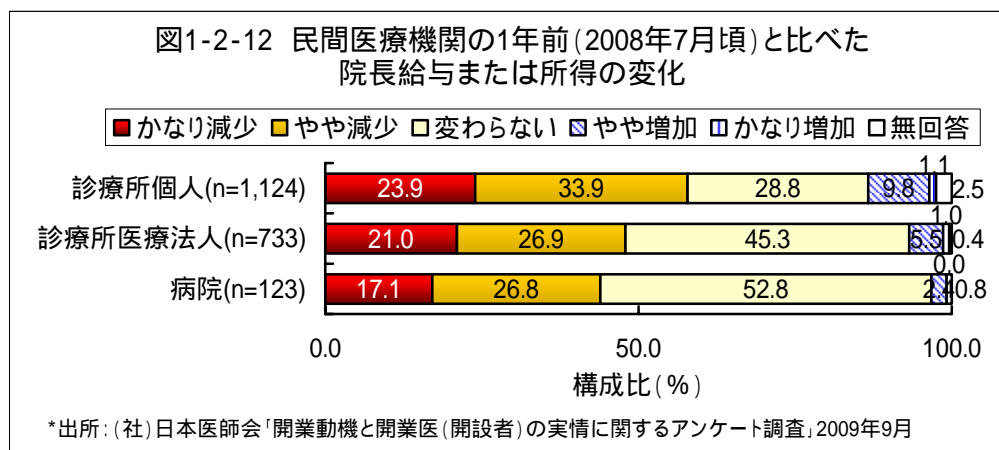
### TKC 全国会

TKC 全国会は、会員数約11,000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))

損益分岐点比率が悪化しているのは、院長給与を高く据え置いたままにしているためではないかとの指摘もある。しかし、経営状態が悪化すれば、投資や借り入れを行えなくなるので、赤字にしてまで院長給与を高くしておくということはない。日本医師会が行った調査でも、2008年から2009年にかけて、個人診療所の6割、医療法人の診療所の半数近くで、院長給与は減少している（図1-2-12）。病院でも4割強で減少していた。

一方、民間医療機関は、医師不足・看護師不足のために、従業員給与を引き上げるを得ない実態であり、これが損益分岐点比率悪化の一つの要因になっていると考えられる（図1-2-13）。



#### 損益分岐点比率

「売上高＝費用」になる売上高を損益分岐点売上高という。損益分岐点比率は、「{固定費÷(1-変動費率)}÷売上高」で算出すべきであるが、ここでは簡易的に(給与費+減価償却費+経費)を固定費とし、材料費・委託費を変動費として算出している。低いほど良い指標であり、一般に80%以下で優良企業、90%以上は危険といわれている。

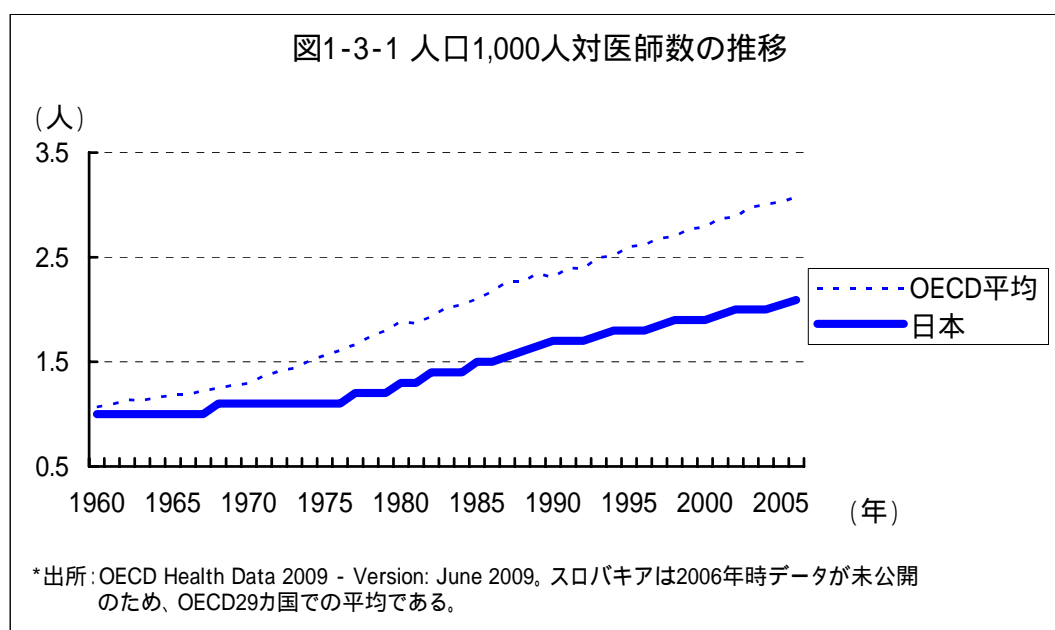
財務省「法人企業統計調査」から計算すると、大企業(資本金10億円以上)は平均71.1%、中小企業(資本金1千万円以上1億円未満)は平均91.1%である。

### 3. 医師不足対策

#### (1) 医師数抑制の結果

日本の医師数は、1960年代まではOECD加盟国平均をやや下回る程度であった(図1-3-1)。しかし、1982年に「医師及び歯科医師については、全体として過剰を招かないように配置し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める」ことが決定され、医師数が抑制されることになった<sup>5</sup>。さらに1997年にも、引き続き医学部定員の削減に取り組むことが確認された<sup>6</sup>。

この間、OECD諸国と日本の人口1,000人当たり医師数の格差は広がり続けた。2006年現在、人口1,000人当たり医師数はOECD加盟国平均3.1人に対し、日本は2.1人である<sup>7</sup>。



<sup>5</sup> 「今後における行政改革の具体化方策について」1982年9月閣議決定

<sup>6</sup> 「財政構造改革の推進について」1997年6月3日閣議決定

<sup>7</sup> OECDデータは、病院、診療所、介護老人保健施設の医師のみを対象としている。医師数全体(医育機関の臨床系以外、行政機関等に勤務の医師および無職の医師を含む)では、日本の人口1,000人対医師数は2.2人。



## (2) なぜ、いま医師不足なのか

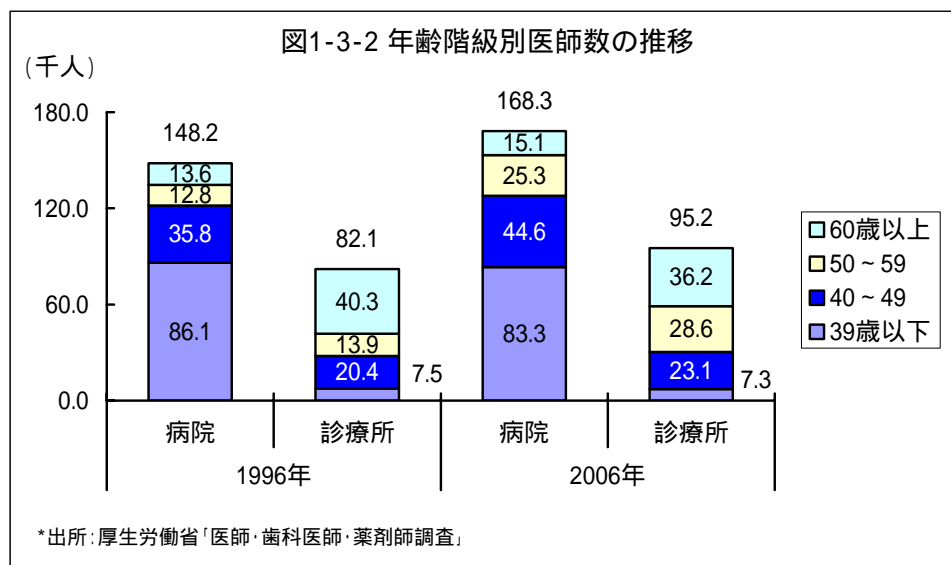
1980年代以降、日本の医師数はOECD加盟国平均をかなり下回ってきた。いま、あらためて医師不足が問題になっている背景には、次のような要因があげられる。

### 新医師臨床研修制度の導入

2004年4月に始まった新医師臨床研修制度によって、初期研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが多くなり、地域的な医師の偏在が起きた。医師不足に陥った大学医学部(医局)は、地域に派遣していた医師を引き揚げた。しかし、もともと日本は医師不足であった上、医療費抑制政策によって、医療機関が医師を適切に処遇する財源もなくなっていたため、医師を引き揚げられた病院で、新たな医師を確保することが困難になった。

### 医師の年齢構成の変化

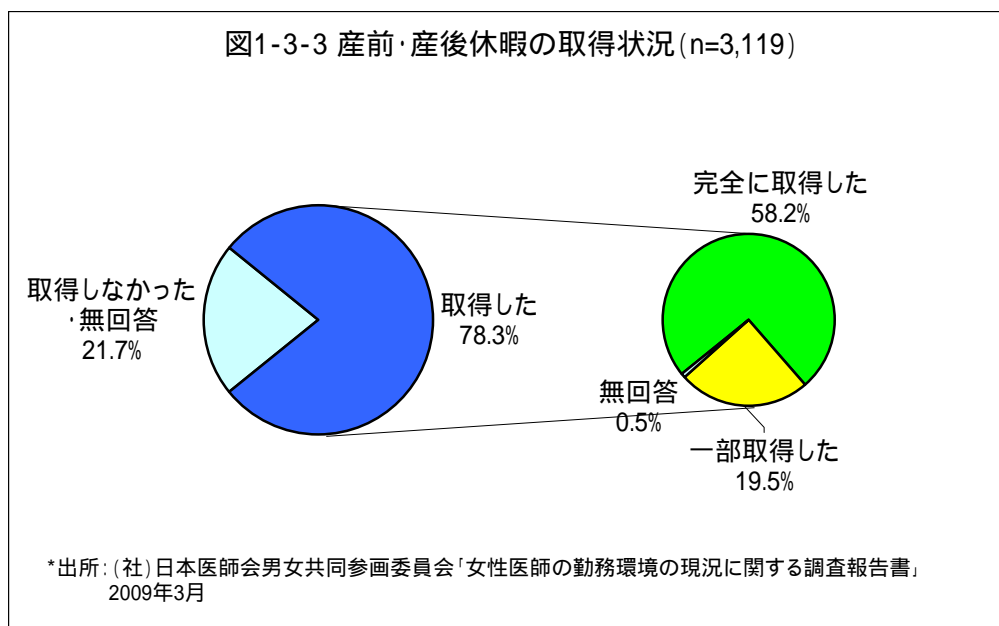
医師数抑制の結果、医師の年齢構成が変化している。1996年から2006年にかけて、医師数は病院で20.1千人、診療所で13.1千人増加した(図1-3-2)。病院の医師数のほうがより多く増加しているが、病院では39歳以下の若手医師が減少している。このため、現場の医師不足に拍車をかけ、若手医師に過重労働を強いることになった。



## 女性医師の勤務環境の整備の遅れ

女性医師の割合が増加しているが、女性医師への配慮が十分ではなく、貴重な戦力を失っている。

2006年の女性医師の比率は17.2%であり、特に20歳代では3人に1人以上(35.8%)が女性医師である。しかし、女性医師が働き続けるための環境整備はあまり進んでいない。日本医師会男女共同参画委員会が実施した「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」によると、出産経験のある女性医師のうち、産前・産後休暇を完全に取得できた女性医師は58.2%に止まった(図1-3-3)。産前・産後休暇中および育児休業中の身分保障がないケースも少なくない。



### 日本医師会男女共同参画委員会・日本医師会医師再就職支援事業 「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」

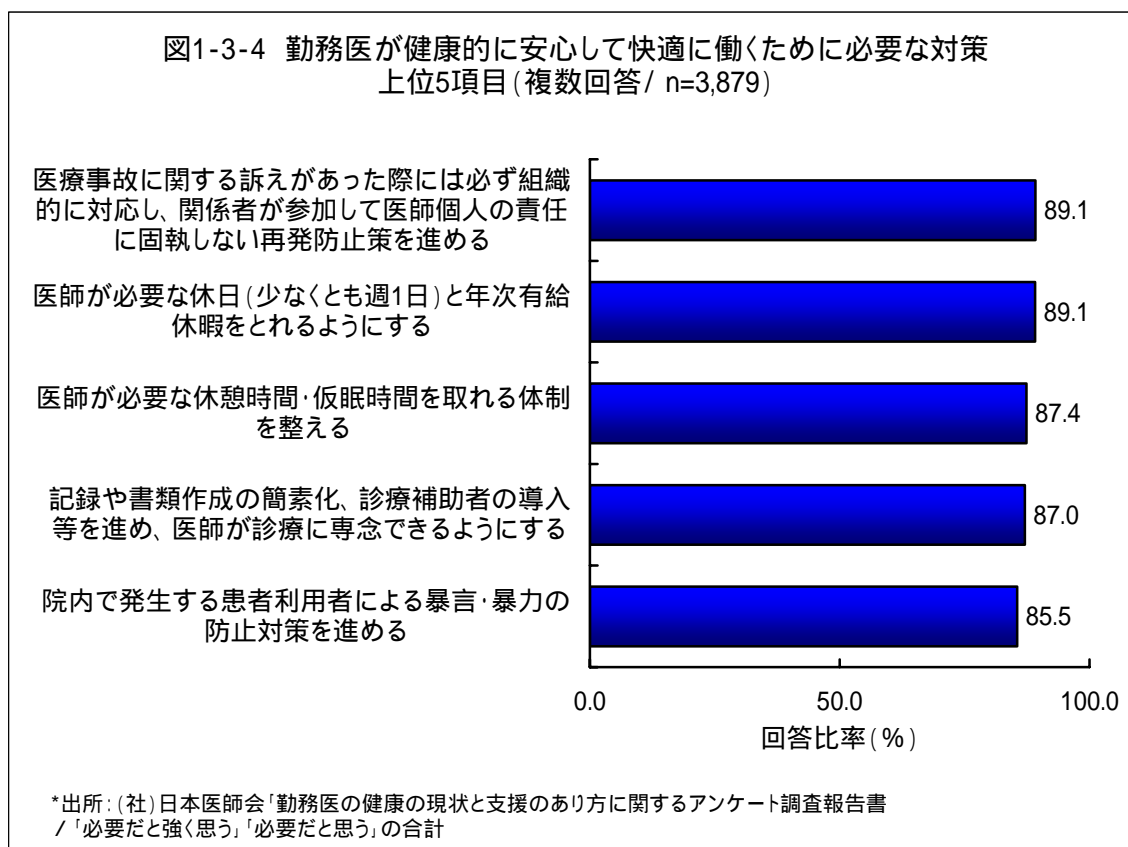
調査対象	国内全病院(8,880施設)に勤務する女性医師
調査期間	2008年12月～2009年1月
回収数	回収数7,497、有効回答数7,467(有効回答率49.7%)

### 医療安全意識の高まりや診療以外の業務の増加

近年、医療安全意識が高まり、医師は医療訴訟の不安におびえている。日本医師会の調査でも、安心して働くために必要な対策としてもっとも上位であったのは、医療訴訟への対策であった（図 1-3-4）。

つぎに、過重労働の緩和を求める声が多く、これに書類の作成など、診療以外の業務の軽減が続いている。また、患者との対応にも苦慮している様子が見えがえた。

このように、勤務医の業務、勤務医を取り巻く環境が複雑化していることも、勤務医の疲弊の要因であり、診療に専念できる環境づくりが必要である。



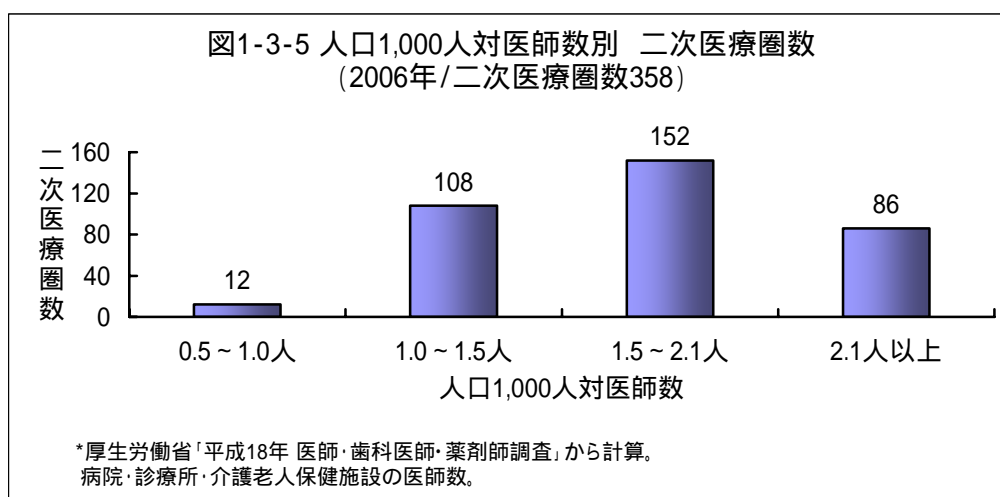
### (3) 必要医師数についての日本医師会の考え

必要医師数について、第一に、日本の医師数を OECD 加盟国平均なみにするとする。この場合、医師数を約 1.5 倍にする必要がある。

第二に、特に医師不足である地域の底上げを図ることを検討する。医師数が全国平均以上の二次医療圏では医師数を据え置き、全国平均未満の二次医療圏(全体の 76.0%)では、全国平均の 2.1 人に引き上げる(図 1-3-5)。このとき必要な医師数は 30.8 万人になり、現状の 1.15 倍である。

日本の医師数は到達目標としては、現状の 1.5 倍である。しかし、日本は人口減少社会に転じている。また、医師を取り巻く診療以外の業務の軽減などによって医師不足がやや解消する可能性もある。したがって、日本医師会は、医師数を中長期的に現状の約 1.1 倍～1.2 倍にすることが妥当と考える。

なお、現在の病院勤務医の過重労働を解消するためには、必ずしも十分な医師数ではないので、医師の偏在解消、病院勤務医の負担軽減のための対策をあわせて行う必要がある。



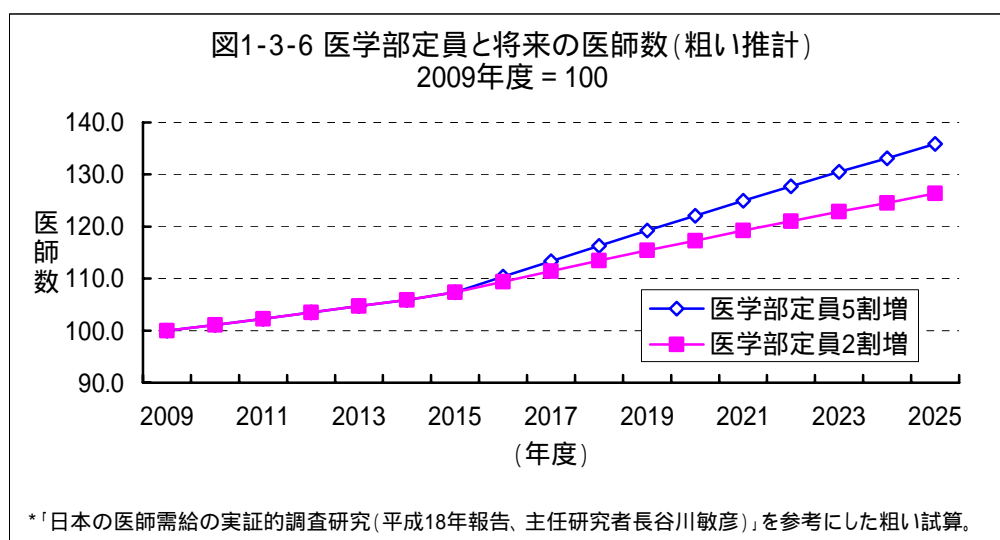
#### (4) 医師養成数についての日本医師会の考え

2009年度の医学部入学定員は8,486人である。2010年度から医学部定員を1.5倍増の12,729人にするとする。医師数は2016年に現状の1.1倍に、2020年に現状の1.2倍になると推計される(図1-3-6)。医学部定員1.2倍増では、医師数は2017年に1.1倍、2022年に1.2倍になると推計される。

中長期目標としての医師数1.1倍～1.2倍を達成するためには、医師養成数(医学部定員数)1.2倍増では、やや時間がかかりすぎる。医師養成数を現状の1.5倍近いレベルに増員する必要がある。

なお、その際には、財源の確保が最優先であることは言うまでもない。同時に医学部教育から臨床研修制度までの一貫した改革が必要である(各論で詳述)。また、環境変化を踏まえて医師養成数を継続的に見直していく。

- 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)



#### ( 5 ) 医師配置を優先すべき診療科と目標医師数

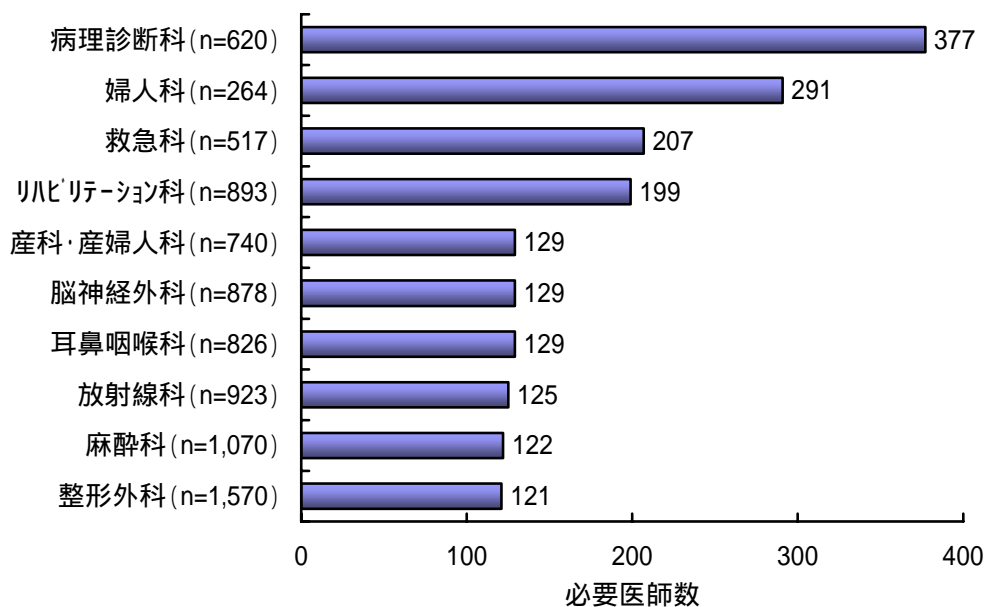
日本医師会は、2008年10月に実施した「医師確保のための実態調査」( 詳細前述 ) において、医師不足の実態を調査するとともに、病院長に、病院の役割や機能から見て必要な医師数を質問した。

調査では、現状の経営状態にかかわらず、必要医師数の回答を求め、現状の医師数との比較を行った。

その結果、病院長から見て医師配置の必要性が高い診療科は、病理診断科、婦人科、救急科、リハビリテーション科などであった( 図 1-3-7 )。病理診断科は、現状の医師数が少ないために必要性が高く出ている面もあるが、婦人科や救急科の医師が必要とされていることがあらためて浮かび上がった。

日本医師会は、医師養成数、医師数について継続的に見直していく必要があると考えるが、このとき、診療科別の過不足についても、継続的に医療現場の実態を調査していくべきである。

図1-3-7 病院長から見たときの病院で必要な医師数  
上位10診療科(現状 = 100)



\*出所: 日医総研「医師確保のための実態調査」2008年12月

アンケート調査では、次のように質問しているが、自院の経営上可能な範囲で回答されたケースもあると推察されるなど、病院によって必ずしも必要医師数の定義を一定にできない。このため、結果の取り扱いには注意が必要である。

<質問> 貴院にとって最低必要医師数は何人ですか？

- ・ 医療法上の医師配置標準を満たしているかどうかにかかわらず、貴院の役割や機能から見て、最低必要医師数をご記入ください。
- ・ 現在、産科がない場合でも、地域医療のために貴院では産科医師が必要といった場合には、産科の欄に医師数を入れてください。
- ・ 貴院の現状の経営状態にかかわらず、お答えください。

## 4 . 国民皆保険を守る財源についての検討

### ( 1 ) 公的医療保険を支える財源

日本医師会は、国民皆保険を守る財源を捻出するため、次の 3 点を同時に検討する必要があると考える ( 図 1-4-1 )。

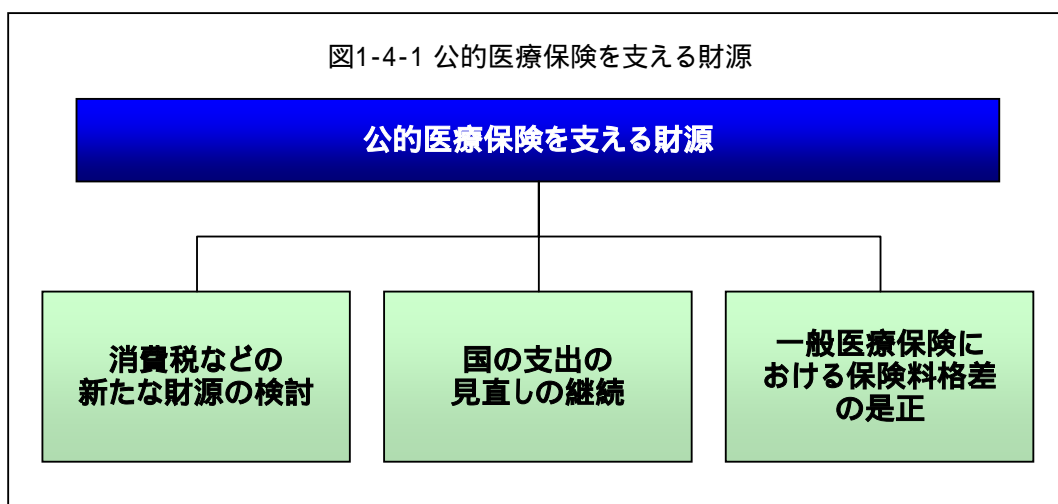
消費税などの新たな財源の検討

国の支出の見直しの継続

一般医療保険における保険料格差の是正

2009 年 9 月に発足した新政権は、4 年間は消費税率を引き上げない方針であるが、消費税については整理しておくべき課題も多い。4 年間で国民が消費税について理解、議論するための好機ととらえ、検討を継続したい。

また、一般医療保険においては、保険料率に上限があるため、高所得者のほうが有利な仕組みになっている。被用者保険においては、主として中小企業のサラリーマンが加入する、平均給与のもっとも低い協会けんぽで保険料 ( 2009 年 9 月分から都道府県別保険料率 ) が最も高くなっている。このような被保険者、保険者間の格差の是正を提案する。





## (2) 保険料上限の見直し

### 被用者保険

被用者保険の保険料計算式は、次のとおりである。報酬月額が117.5万円以上の場合、標準報酬月額は121万円として計算され、標準賞与の上限は540万円である。つまり、保険料は年収1,950万円(約2,000万円)までしか比例しない。

$$\text{保険料} = (\text{標準報酬月額} + \text{標準賞与額}) \times \text{保険料率}$$

2008年には年収2,000万円超の給与所得者が22.4万人、給与総額は7兆3,112億円である。年収2,000万円を超える部分について、保険料が完全に年収に比例した場合、約2,000億円の増収になると試算される(図1-4-2)。

### 国民健康保険

国民健康保険の1世帯当たりの保険料計算式は、次のとおりである(表1-4-1)。都市部では資産割を賦課しないところが多い。

$$\begin{aligned} \text{保険料} = & (\text{所得} - \text{基礎控除}) \times \text{所得割率} + (\text{固定資産税} \times \text{資産割率}) \\ & + (\text{均等割額} \times \text{世帯人数}) + \text{平等割} \end{aligned}$$

国民健康保険料の賦課限度額は、一般医療保険分で約47万円、後期高齢者支援金分で約12万円である。一般医療保険分では、おおむね所得570万円で、賦課限度額に到達する。

国民健康保険では、所得の細かいデータがないので、完全に所得に比例させた場合の保険料を計算できない。仮に、所得1,000万円の世帯の保険料を一律100万円にするとした場合、予想される増収額は約1,300億円である。

表1-4-1 国民健康保険の平均的な保険料計算式(一般医療保険分)

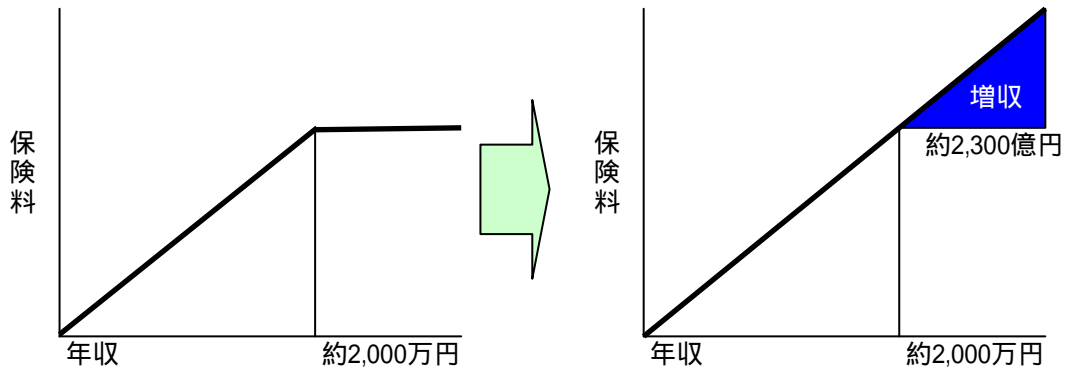
県庁所在地で、所得割の算定基礎が旧ただし書き方式で、かつ資産割を課さない保険者

所得割		均等割		平等割額(円)
所得	所得割率(%)	均等割額(円)	世帯人数(人)	
前年所得 - 基礎控除33万円	7.61	21,025	1.8	22,080

\*参考資料: 国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成20年度版 国民健康保険の実態」  
厚生労働省「国民健康保険事業月報」

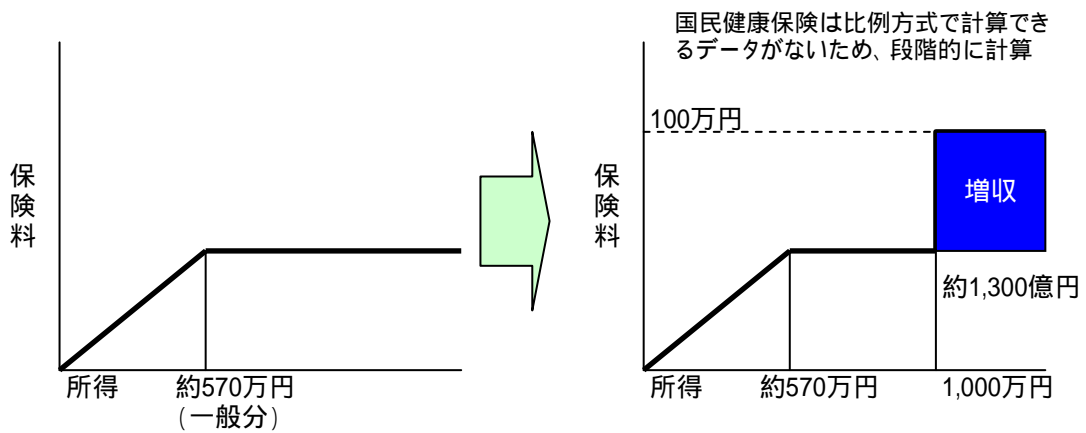
図1-4-2 保険料上限の見直しイメージ

被用者保険



\*参考資料: 国税庁「平成20年分民間給与実態統計調査 - 調査結果報告 - 」

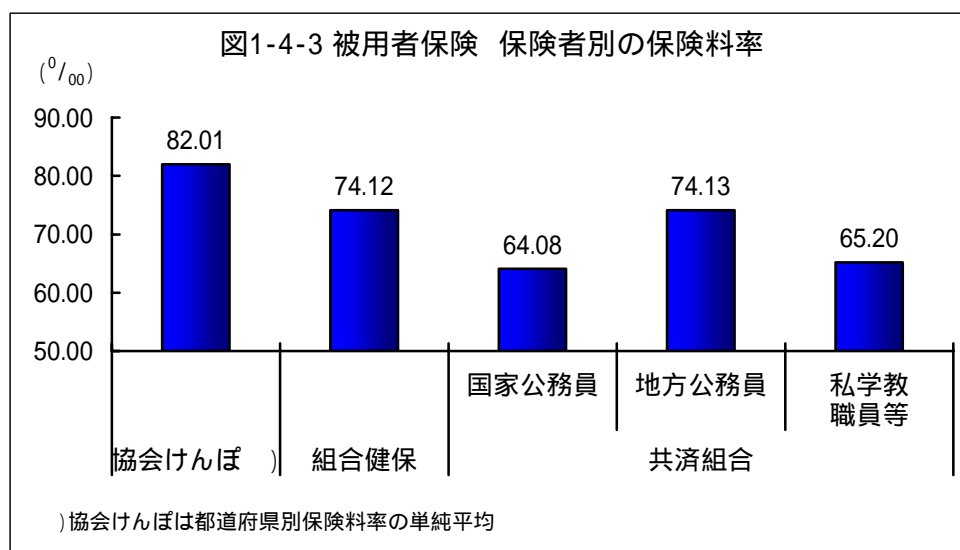
国民健康保険



### (3) 保険料率の公平化

主として中小企業のサラリーマンが加入する協会けんぽの保険料率は82.01‰(都道府県別保険料率の単純平均)である(図1-4-3)。これに対して、主に大企業のサラリーマンが加入する組合健保の保険料率は74.12‰である。共済組合の保険料率は、国家公務員、私学教職員等は60‰台である。共済組合は、休業給付、災害給付も行っており、他の保険者とは異なるが、ここでは医療給付部分の保険料だけを示している。

組合健保、共済組合の保険料率を協会けんぽと同じ水準に公平化し、保険者間の財政調整財源とすることを提案する。



\* 出所: 全国健康保険協会「保険料額表」  
健康保険組合連合会「平成21年度健保組合予算早期集計結果の概要」2009年9月  
財務省「平成19年度国家公務員共済組合事業統計年報」2009年3月  
地方公務員共済組合協議会「平成19年度地方公務員共済組合等事業年報」2009年3月  
日本私立学校振興・共済事業団「平成19年度私学共済制度事業統計」2008年8月

## 5 . 国民皆保険を守るための日本医師会緊急提言

医療崩壊が現実化し、身近な医療機関がなくなりつつある。また、雇用環境、生活環境の悪化から、早期の受診を控えるようになっているのではないかと懸念される。

身近な医療機関が健全に存続し、国民が経済的負担を心配することなく、いつでも医療機関にかかれる社会に戻さなくてはならない。日本医師会は、以下の緊急提言を行う。

### 国民皆保険を守るための日本医師会緊急提言

- 1 . 診療報酬の大幅かつ全体的な引き上げにより、地域医療の崩壊を食い止める
- 2 . 患者一部負担割合を引き下げ、経済的理由による受診抑制を起こさない

(1) 医療崩壊を食い止めるため、診療報酬の大幅かつ全体的な引き上げを

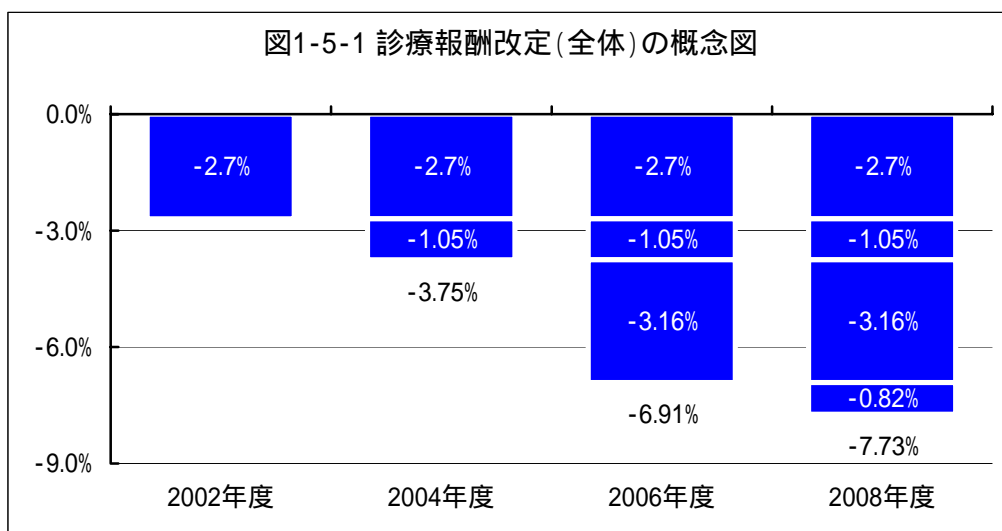
「基本方針 2001」(いわゆる「骨太の方針」)によって進められた聖域なき構造改革、それを引き継いだ「基本方針 2006」によって、診療報酬は 2002 年度以降、改定のたびに引き下げられた。2002 年度から 2008 年度の間引き下げられた診療報酬は累計 7.7%である(図 1-5-1)。日本医師会は、診療報酬の大幅かつ全体的な引き上げを求める。

**診療報酬は大幅に引き上げるべきである**

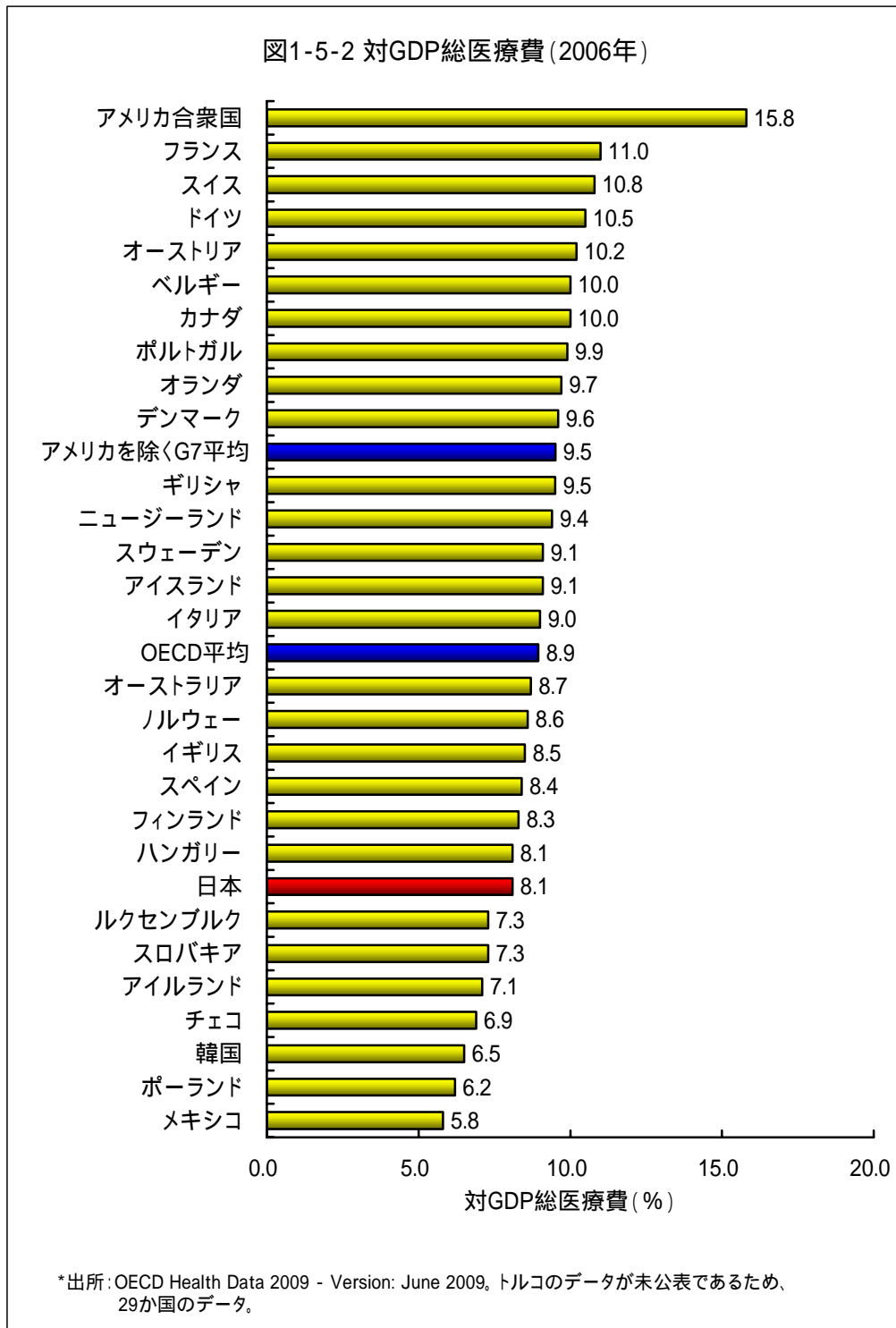
長期にわたる医療費抑制政策によって、医療機関の経営健全性は大きく損なわれた。その結果、医療現場が疲弊しただけでなく、安全で質の高い医療の提供が難しくなった。

**診療報酬は全体的に引き上げるべきである**

産科・小児科・救急医療の充実、病院勤務医の過重労働緩和は最優先課題である。同時に、地域医療全体の底上げが必要である。医療は、病院と診療所の連携の下、切れ目なく提供されなければならない。身近な診療所から病院への紹介、病院での急性期医療、回復期医療、退院後の診療所への通院、在宅医療、すべてが健全化してこそ、安心の医療がもたらされる。

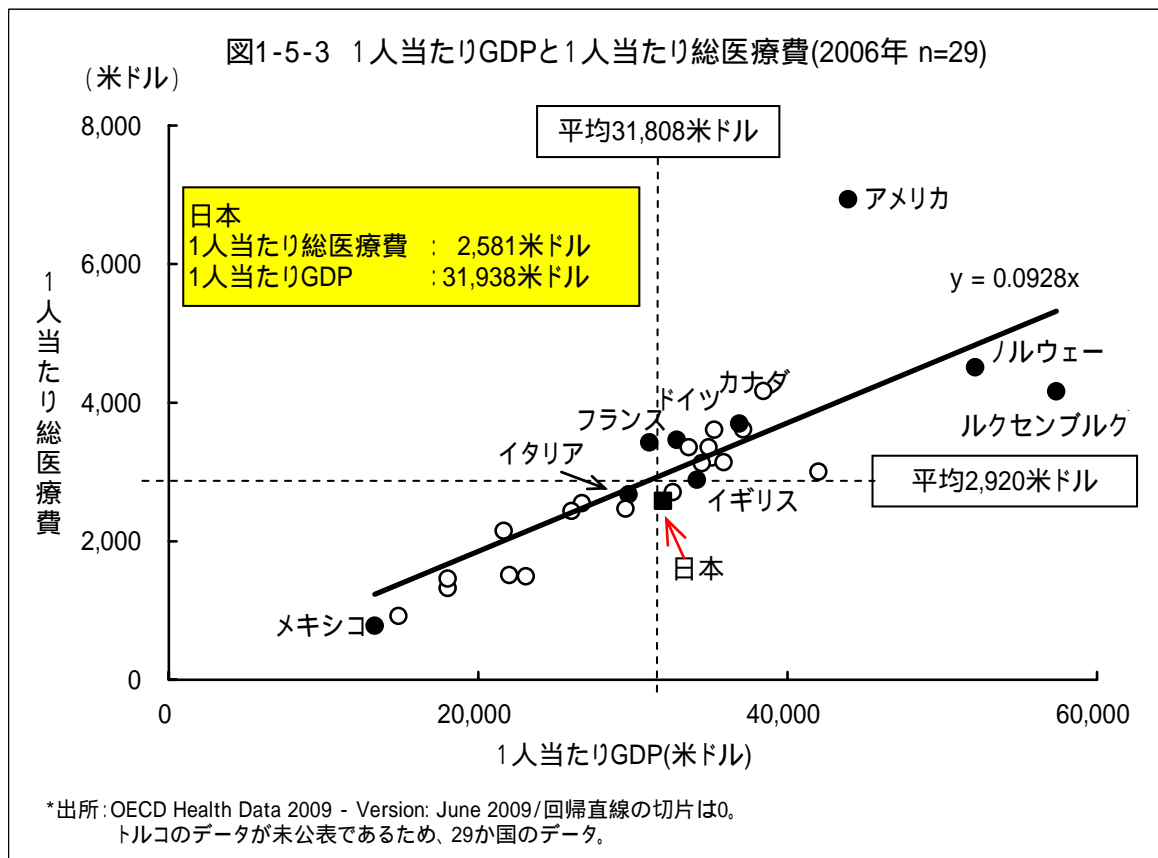


2006年の対GDP総医療費のOECD加盟国平均は8.9%である(図1-5-2)。日本は8.1%で、29か国中21位である。日本の医療費をOECD加盟国の平均水準にするためには、医療費を約10%引き上げなければならない。



OECD 加盟国の 1 人当たり GDP と 1 人当たり総医療費は、ほぼ相関している (図 1-5-3)。日本は、1 人当たり GDP は OECD 平均以上であるが、1 人当たり総医療費は平均以下である。日本の経済力に対応した 1 人当たり総医療費にするには、医療費を約 15% 引き上げる必要がある。

国民には経済力に見合った医療を受ける権利がある。日本は、対 GDP 総医療費で先進国なみになるには医療費を約 10% 増加、1 人当たり GDP および総医療費の関係から見ると医療費を約 15% 増加させる必要がある。これらを踏まえ、日本医師会は医療費を 10% ~ 15% 引き上げることは過度な目標ではなく、きわめて適切な水準であると考えられる。

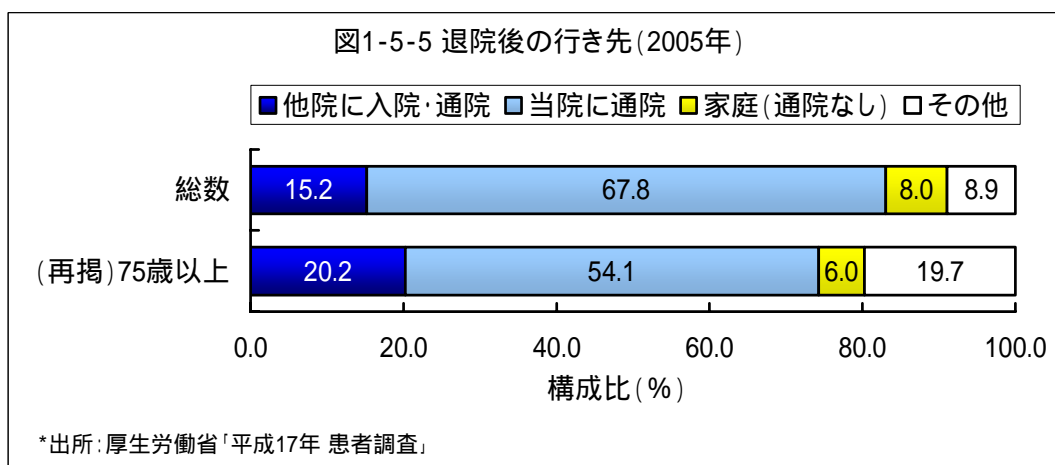
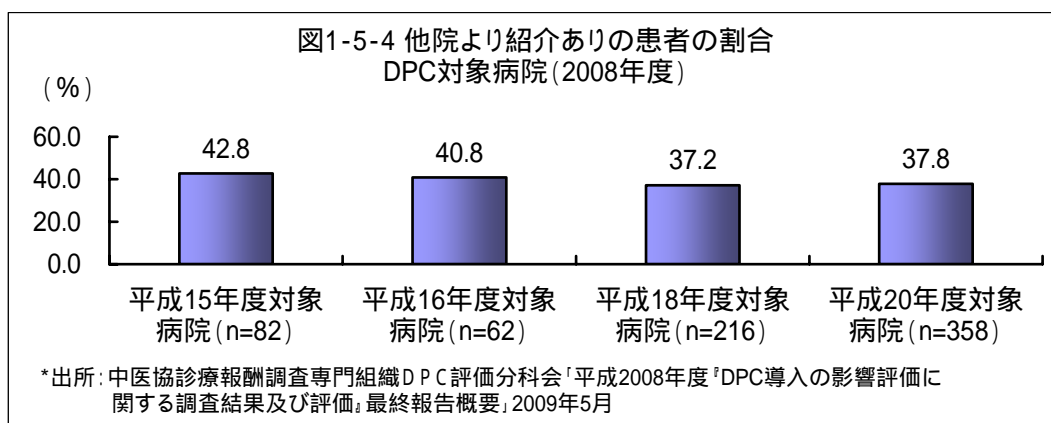


診療報酬はまた、全体的に引き上げるべきである。

2008年に設置された社会保障国民会議は、「専門的医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実」<sup>8</sup>を前提に、医療・介護費用のシミュレーションを行った。

しかし医療は、急性期医療だけでは成り立たない。病院、診療所、介護施設等が連携し、亜急性期、回復期、慢性期、外来、在宅医療、介護が切れ目なく提供されなければならない。

たとえば、急性期医療の例としてDPC対象病院を見ると、入院患者の4割前後は他の病院や診療所からの紹介である(図1-5-4)。また、厚生労働省「平成17年患者調査」によれば、退院患者の15.2%、特に高齢者(75歳以上)の20.2%は他の医療機関に入院、通院している(図1-5-5)。



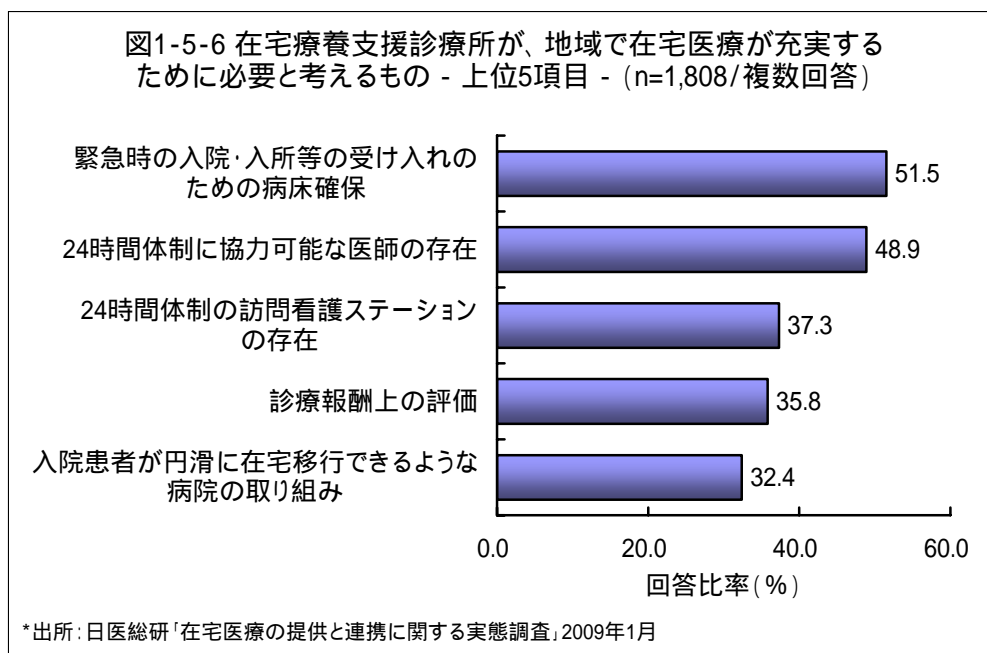
<sup>8</sup> 社会保障国民会議「第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ」2009年6月



また、2008年7月1日時点で、在宅療養支援診療所が11,450施設（当時の診療所全体の約11%）届け出られているが<sup>9</sup>、他の医療機関や医師、医療従事者との連携が切実な問題になっている（図1-5-6）。在宅医療も、病院などとの連携があってこそ充実を図ることができる。

厳しい医療費抑制政策が続き、病院が淘汰されたり、身近な通院先がなくなったりした地域もある。病院勤務医だけでなく、開業医も疲弊している。つまり日本の地域医療全体が崩壊しているのである。

安心の医療を提供していくためには、急性期病院だけでなく、その連携先、受け皿も健全でなければならない。医療全体の底上げが必要である。



#### DPC 対象病院

DPC (Diagnosis Procedure Combination) という診断群分類に基づき診療報酬の一部が包括化されている。DPC 対象病院は、急性期入院医療を提供する病院で、DPC 評価の下で支払いを受けている病院。

#### 在宅療養支援診療所

24時間連絡及び往診可能な体制である診療所。2006年4月に新設された。

<sup>9</sup> 厚生労働省「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

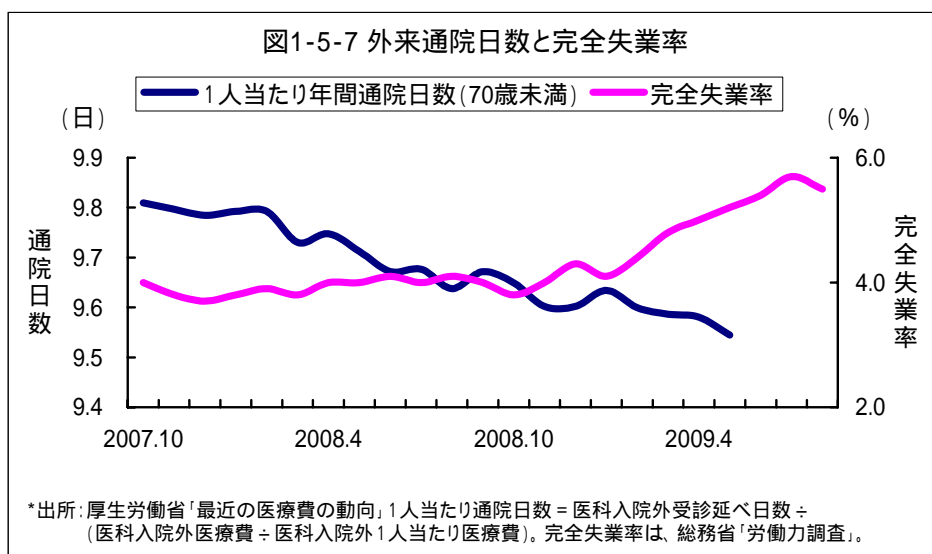
## (2) 患者一部負担割合の引き下げを

2009年8月の完全失業率は5.5%（季節調整値）であり、前月7月に比べると0.2ポイント低下したが、2008年下期以降の悪化傾向に歯止めがかかっていない（図1-5-7）。

これと同時に、現役世代の通院日数が減少している。「自分がいつリストラ対象になるかわからない。会社を休んだり、会社に遅れたりしてまで、診察を受けに行っている場合ではない」という受診抑制が起きているのではないかと懸念される。

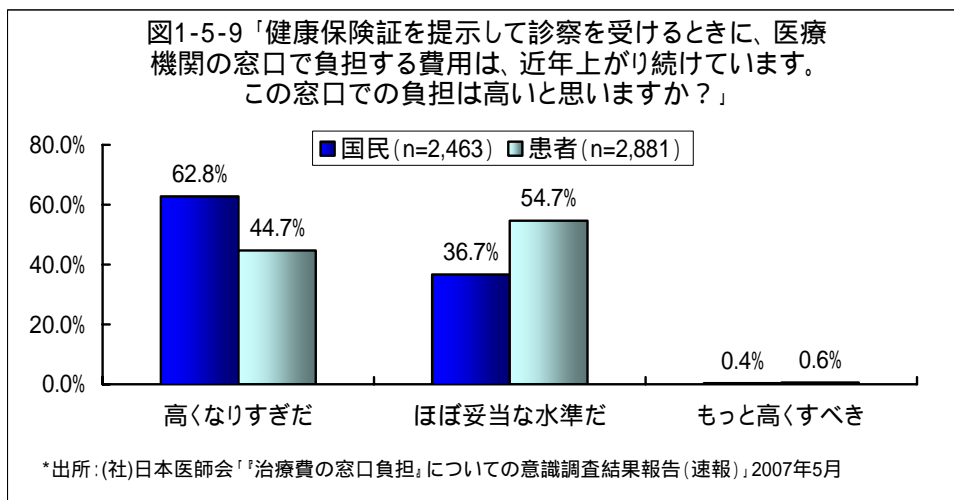
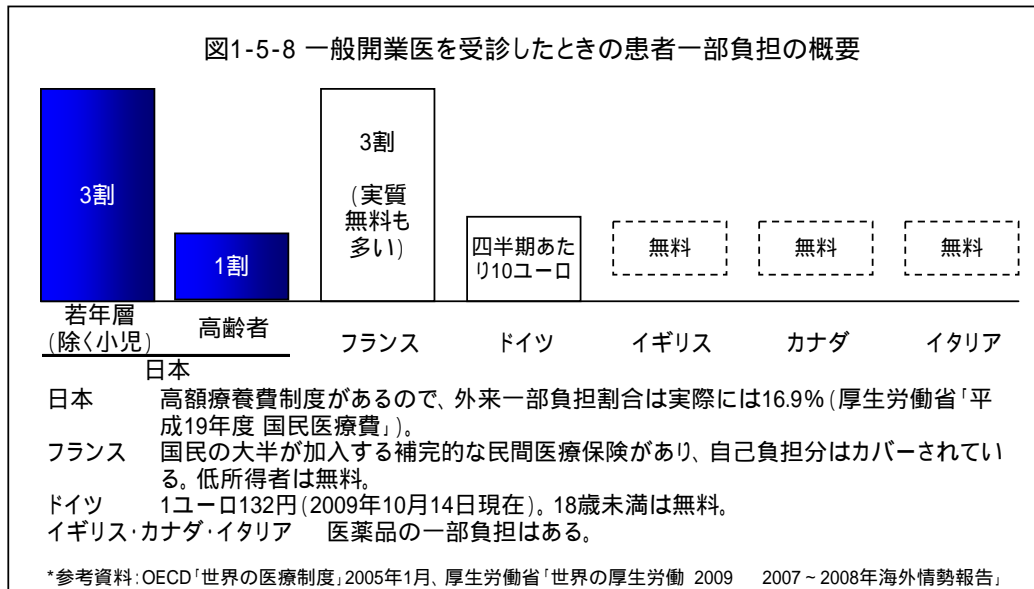
受診抑制が生じる背景には、日本の患者一部負担割合の高さもある。日本の現役世代の一部負担割合は3割である（図1-5-8）。フランスも日本と同じ3割であるが、大半の国民が補完的な民間医療保険に加入しており、実質的に一部負担の支払いがないケースも多い。ドイツは、定額制で四半期当たりの上限は約1,320円である。日本では、四半期当たりの1人当たり外来医療費は28,300円<sup>注)</sup>であるので、ドイツの定額負担分は、日本でいえば5%弱にしかない。また、イギリス、カナダ、イタリアは、医薬品の一部負担はあるものの、診療費は無料である。

国民や患者からも、患者一部負担が高いとの声がある。日本医師会の調査によれば、窓口での患者負担が「高くなりすぎだ」と感じている国民が62.8%、患



注) 厚生労働省「平成19年度国民医療費」より、0~74歳の一般診療医療費(入院外)。

者では 44.7%あった（図 1-5-9）。国民に比べて患者の負担感がやや低く、受けた医療と負担とに納得していることがうかがえるが、それでも「高くなりすぎだ」との声は半数近い。



日本医師会「『治療費の窓口負担』についての意識調査」  
治療費の未払い問題についての意識調査

	国民	患者
地域	全国	7都道府県 13郡市区医師会
調査対象	満20歳以上の男女	満20歳以上の男女
サンプル	4,000	3,250
実施期間	2007年3月9日～3月12日	2007年3月下旬～5月上旬
回収率	65.6%	89.0%

日本医師会は経済的理由により、医療を受けない、受けられないということがないように、外来患者一部負担割合を引き下げを提案する（図 1-5-10）。

患者一部負担割合は、外来、入院ともに高いが、まずは早期発見、早期治療が重要であり、そのために、外来の引き下げを優先する。特に、子育ての心配をなくし、少子化対策を支援するため、義務教育修了までの外来医療費の無料化を目指す。

#### 日本医師会の外来患者一部負担割合引き下げの提案

1. 0歳から義務教育就学期間中は、外来患者一部負担を無料にする。
2. 義務教育修了後の現役世代については、現在の3割負担を2割負担に引き下げる。
3. 70歳以上は一律1割負担にする<sup>注)</sup>。

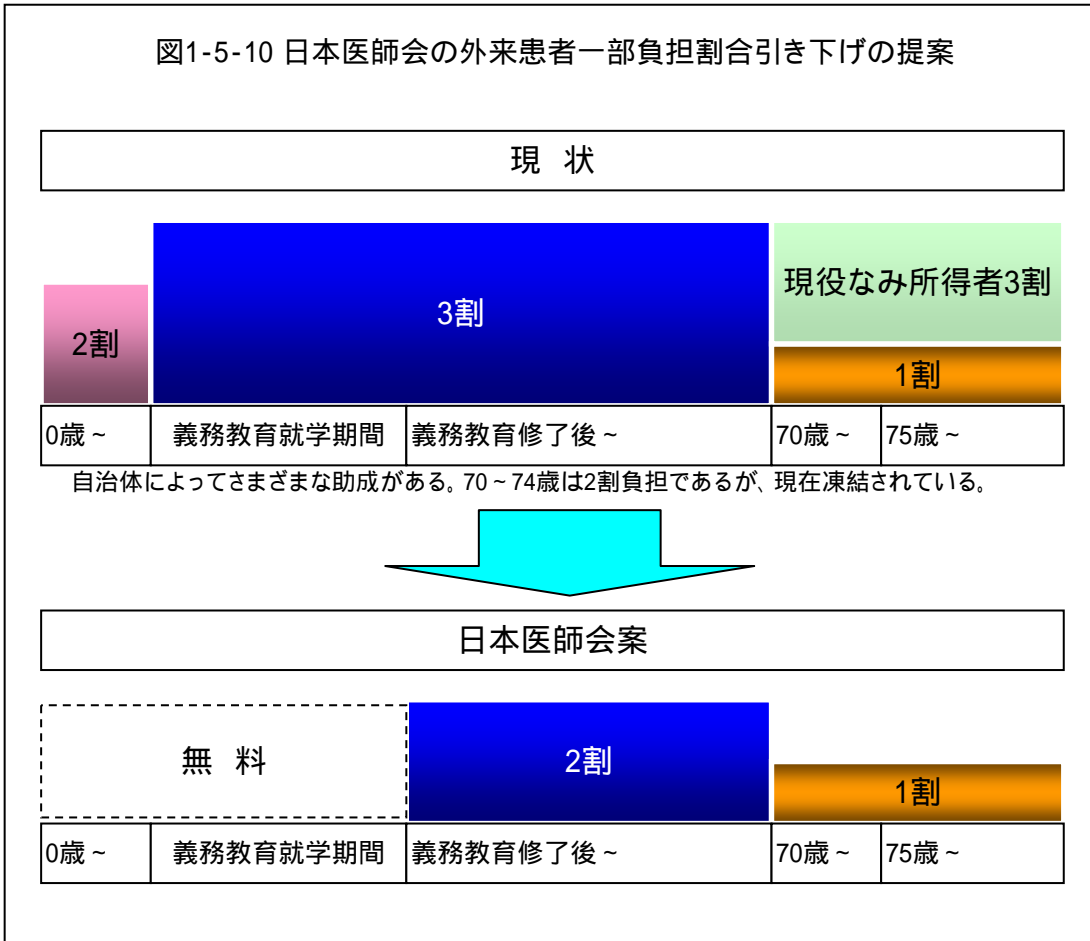
注)・70～74歳は現行法では2割負担であるが、現在は凍結されている。

・70歳以上の現役並み所得者は3割負担である。

日本医師会の提案を実行した場合、追加で必要になる給付費は約1.0兆円と推計される。厚生労働省は、患者一部負担割合を引き下げると受診率が上がり、医療費が増加するとし、その関係式（長瀬式）を示してきた。それにもとづいて計算すると、追加で必要になる給付費は約1.8兆円と推計される（各歳別の1人当たり国民医療費や実際の外来一部負担割合のデータがないため粗い試算である）。

外来患者一部負担割合を引き下げするためには、給付割合を引き上げる必要があり、給付費を増額しなければならない。給付費は公費および保険料を財源としているが、国民生活の厳しい実態を踏まえ、保険料の引き上げではなく、公費での対応を求めたい。

図1-5-10 日本医師会の外来患者一部負担割合引き下げの提案



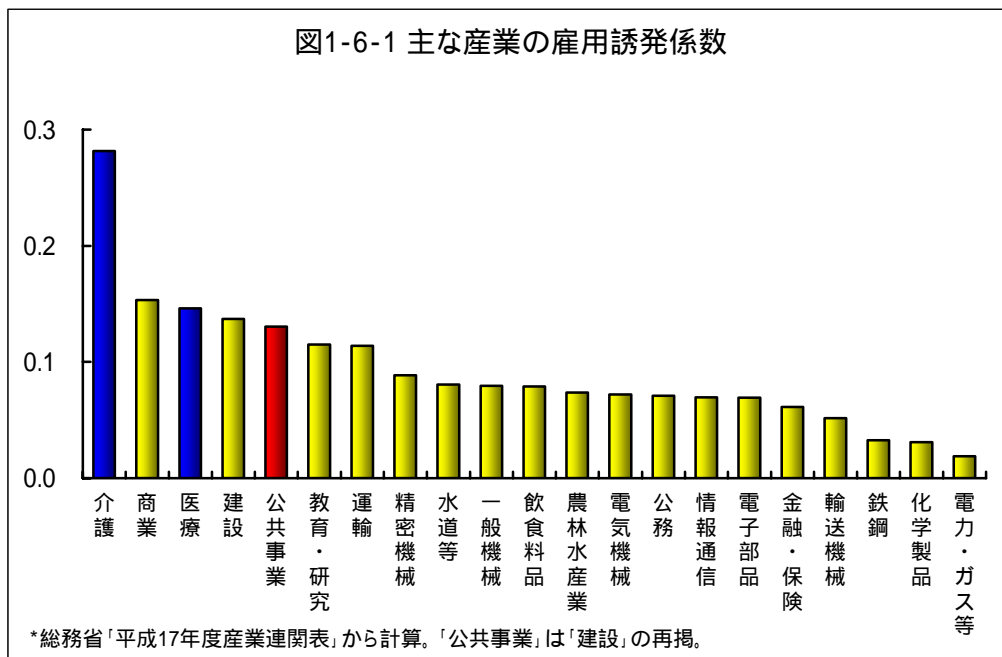
## 6. 医療・介護の強化によって日本の再生を

雇用環境の悪化は、医療においては受診抑制を生じさせ、症状を重症化させる懸念がある。雇用の拡大は最優先課題である。

以下、総務省「平成17年(2005年)産業連関表」を用いて、医療・介護分野の経済波及効果、雇用創出効果を計算した<sup>10</sup>。

1単位の生産を行うときに投入される雇用者数を雇用係数という。雇用係数は「医療」0.083526、「介護」0.193889であり、介護の雇用係数は産業小分類184部門の中でもっとも高かった(図1-6-1)。

雇用係数に生産波及の大きさを加味したものが雇用誘発係数であり、1単位の生産が発生したとき、他の産業も含めてどのくらいの雇用が誘発されるかを示す。雇用誘発係数は、「医療」0.146036、「介護」0.281432であり、いずれも雇用を下支えすると言われてきた「公共事業」の0.130486よりも高い。



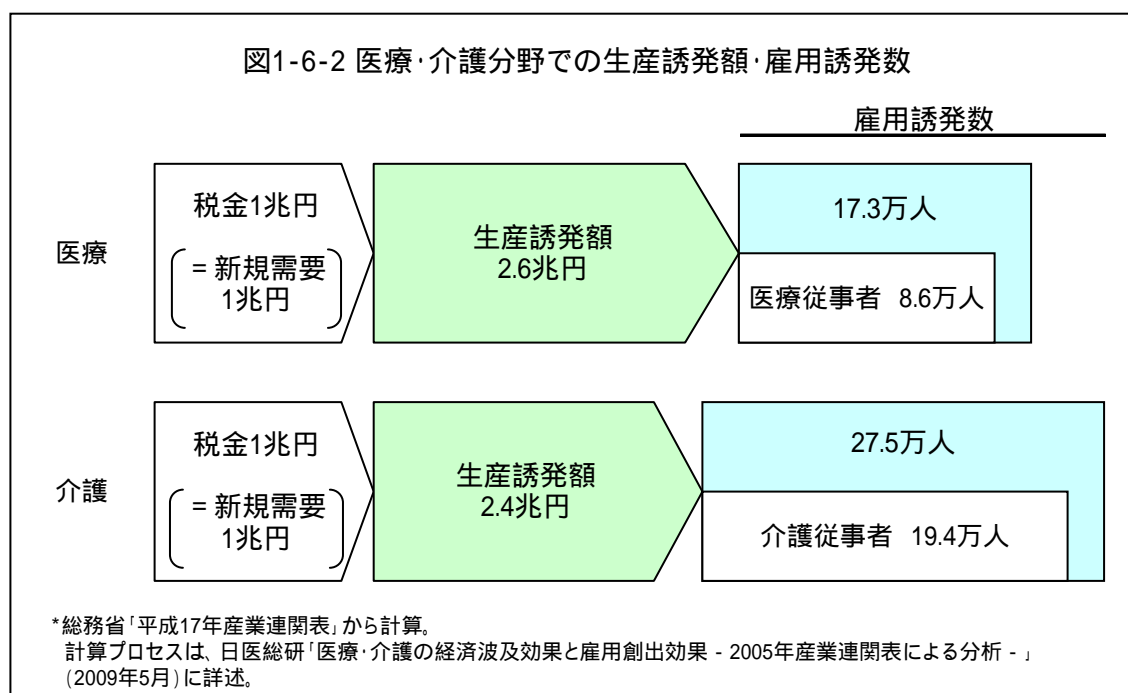
<sup>10</sup> 詳細は、日医総研「医療・介護の経済波及効果と雇用創出効果 - 2005年産業連関表による分析 - 」2009年5月

医療、介護に税金 1 兆円を投入すると考える。現在の仕組みでは税金（公費）を投入すれば、これに比例して保険料と患者一部負担も増える。しかし、ここでは税金のみを投入し、保険料や患者一部負担は引き上げない、つまり 1 兆円の税金を投入し、医療費（新規需要）が 1 兆円増加するという前提で計算する。

医療、介護それぞれに税金 1 兆円を投入した場合の生産誘発額は、医療では 2.6 兆円、介護では 2.4 兆円である（図 1-6-2）。さらに、他の産業の生産に波及して誘発される雇用者数は、医療では 17.3 万人、介護では 27.5 万人であり、あわせて 44.8 万人の雇用創出効果が期待できる。

医療・介護は他の産業に比べて、大きな雇用誘発力をもつ。雇用拡大のための財政出動は、将来の経済成長をもたらす可能性も高い。また先に提案した外来患者一部負担割合の引き下げは、受診抑制を回避し、早期発見、早期治療を通じて、健康な就労人口を増加させる。

医療費、介護費は、成長社会実現のための投資である。経済成長はまた、税収増をもたらし、国民に充実した社会保障給付として還元される。医療、介護こそ、日本の内需拡大を支え、日本を再生させるのである。



## 第2部 各論

### 1. 日本医師会「高齢者のための医療制度」

#### (1) 2008年度に始まった後期高齢者医療制度創設の経緯

1997年、医療制度抜本改革議論の過程で、厚生省（当時）が高齢者医療制度について独立型、財政調整型の2案を提示した。その後、1998年には、厚生省（当時）の医療保険福祉審議会制度企画部会で、独立保険方式、突き抜け型などについて議論が行われ、同部会の意見書で「独立した仕組みとする考え方とこうした独立した仕組みは適切ではないという2つの考え方がある」とまとめられた。

さらに、2001年3月、厚生労働省は「医療制度改革の課題と視点」をとりまとめ、老人医療費拠出金の増大が保険者財政を圧迫していること、世代間の負担が均衡を失っていることから、高齢者医療制度改革が必要であるとし、4つの類型を提示した（表2-1-1）。

健保連は当時「突き抜け型」を支持していたが、2005年に方針を転換し、高齢被保険者（65歳以上）からも保険料を徴収し、拠出金制度を廃止する「独立型」を提案した。連合は、「突き抜け方式」による「退職者健康保険制度（仮称）」を提案している。

厚生労働省は、年齢構成に応じた財政支援を軸に新制度を検討していたが、2002年11月、自民党の医療基本問題調査会が、75歳以上を対象とする独立型の医療保険を示し、2003年3月に高齢者の独立型保険を織り込んだ「医療制度改革の基本方針」が閣議決定された。

さらに2005年10月には、厚生労働省が「医療制度構造改革試案」を発表し、運営主体や費用負担のあり方、保険料の年金天引きが示された。

翌2006年6月14日には「高齢者の医療の確保に関する法律」を含む医療制度改革関連法案が成立し、2008年4月に後期高齢者医療制度（同法第4章）が創設された。



従来、75歳以上の高齢者は、国民健康保険または被用者保険に加入していた。保険料は国民健康保険では世帯単位で支払い、被用者保険では被用者本人が支払って被扶養者は直接支払ってはいなかった。2008年4月以降、75歳以上の高齢者は、独立した医療保険の下、被保険者として全員が保険料を支払うことになった。

表2-1-1 高齢者医療制度の類型と支持団体

類型	内容および支持団体
独立方式	すべての高齢者を対象とする各医療保険制度から独立した高齢者医療保険制度 日本医師会、経団連、経済同友会、健保連(2005年以降)
突き抜け方式	被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、被用者保険グループ全体で支援 連合
年齢リスク構造調整方式	現行の保険者を前提とし、加入者の年齢構成の違いによって生じる医療費支出の相違を調整
一本化方式	現行の医療制度を一本化し、すべての者を対象とする新たな医療保険制度 国保中央会、全国市町村会、全国町村会

\*厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」(2001年3月)ほかから作成

## (2) 日本医師会「高齢者のための医療制度」の基本的スキーム

高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は、高齢者にとって大きな負担になる。したがって、高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、日本医師会は、「保障」の理念の下に運営される「高齢者のための医療制度」を提案する。

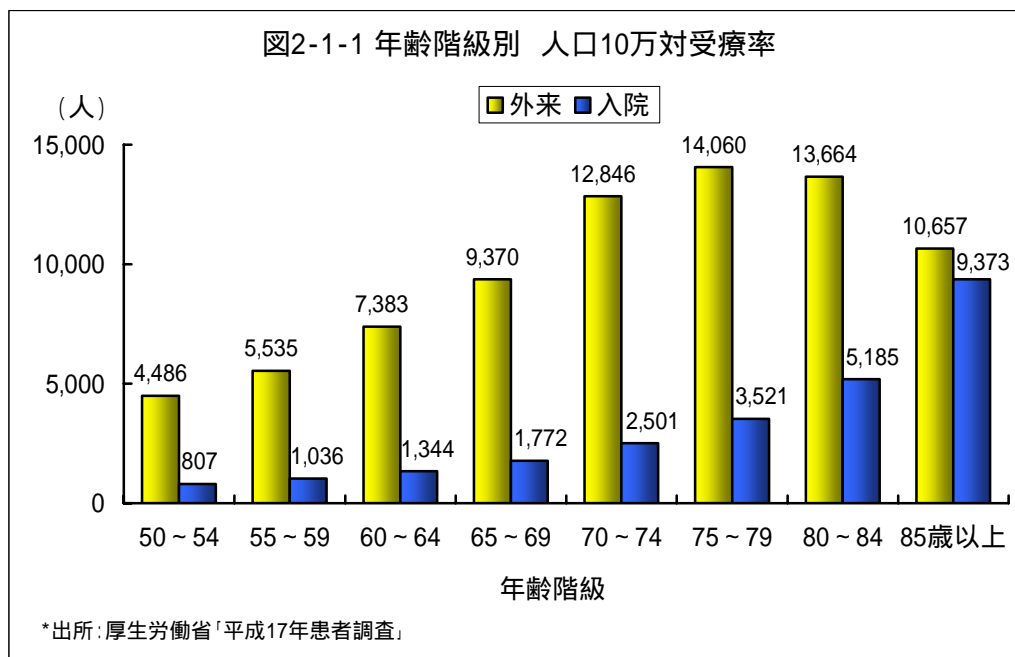
### 日本医師会「高齢者のための医療制度」基本的スキーム

1. 保障の理念の下、75歳以上の高齢者を手厚く支える
2. 若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで、切れ目のない医療を提供する
3. 医療費の9割は公費(主として国庫)負担とする
4. 保険料と患者一部負担をあわせて医療費の1割とし、患者一部負担割合は所得によらず一律とする
5. 運営主体は都道府県とする

### (3) 高齢者の疾病特性

若者から高齢者まで、医療は切れ目なく、公平に提供されなければならない。これは大原則である。さらに高齢者は、疾病発症リスク等がそれまでの年齢とは異なってくるので、より手厚い医療が必要である。

高齢者の特性を見てみると、第一に受療率の高さがあげられる。外来受療率は75～79歳がピークである(図2-1-1)。入院受療率は75歳を超えると年齢とともに急速に上昇する。



第二に、高齢になると罹患する疾病が異なってくる。生活習慣病について見ると、75歳未満では悪性新生物の受療率がもっとも高いが、75歳以上では脳血管疾患が悪性新生物を上回る（図 2-1-2）。高齢者では疾病が長期化しやすく、脳血管疾患の在院日数は75歳以上では100日を超えるためである（図 2-1-3）。悪性新生物の在院日数も74歳までは1か月未満であるが、75歳以上では1か月を超えている。

このように、高齢者は疾病が発症するリスクが高まり、長期療養が必要になるため、より十分な医療が提供されなければならない。さらに受診抑制を生じさせないよう、患者の経済的負担にも配慮し、特に手厚く支える必要がある。

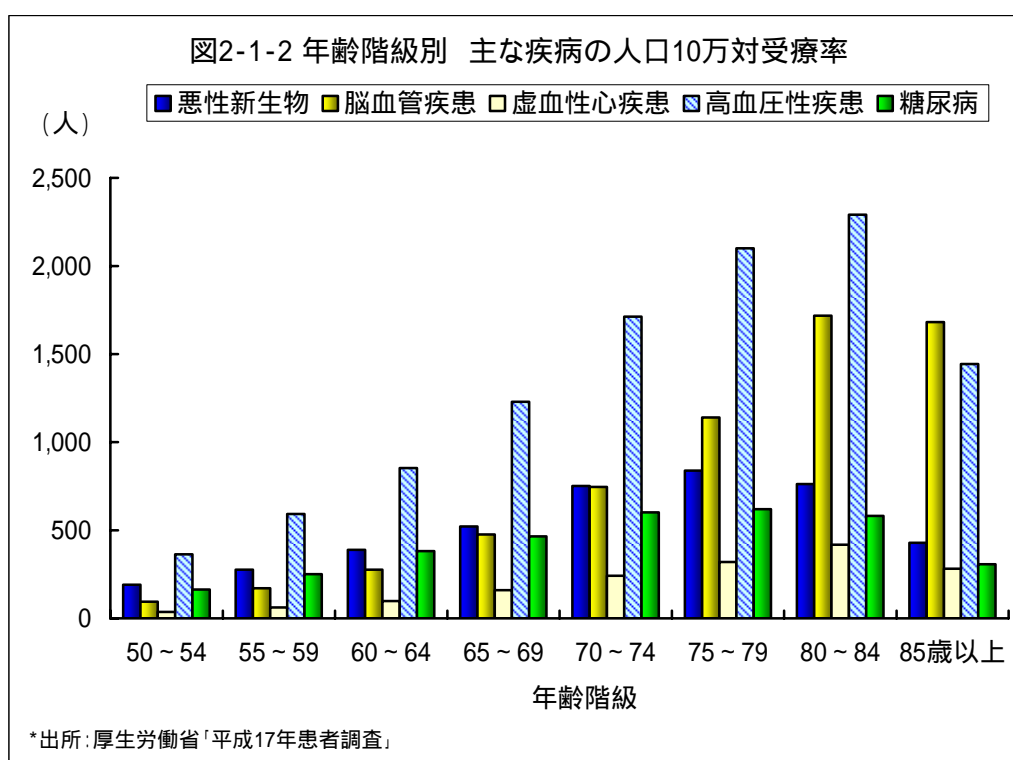
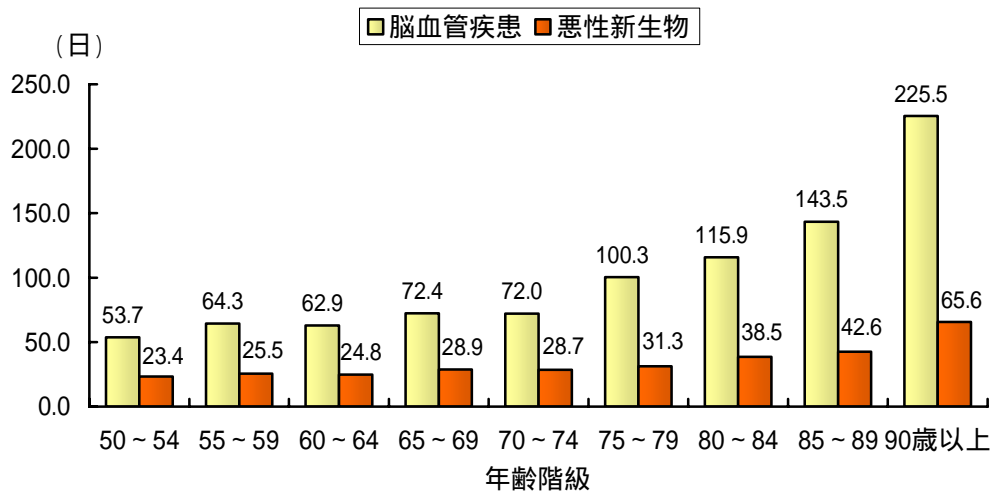


図2-1-3 年齢階級別 平均在院日数



\*出所:厚生労働省「平成17年患者調査」

#### (4) 高齢者の医療費の9割を公費で保障

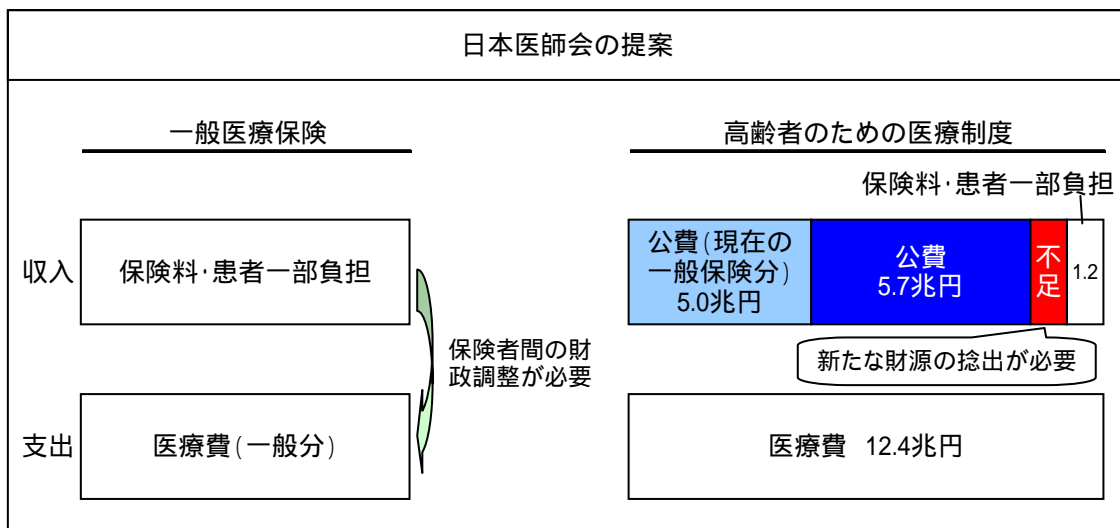
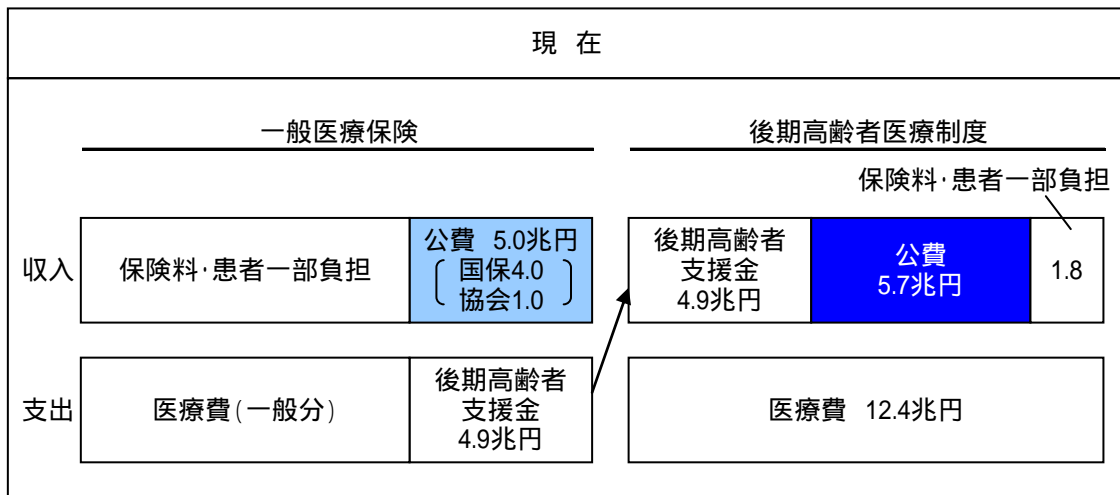
日本医師会は高齢者の医療費に対する公費（主として国庫）負担割合を9割にすることを主張する（図 2-1-4）。そのため、現在、現役世代の医療保険（以下、一般医療保険）にも投入されている公費を「高齢者のための医療制度」に集中させ、一般医療保険は保険原理で運営する。

2009年度には、後期高齢者の医療給付費は11.4兆円であり、公費が5.7兆円投入されている。一般医療保険には国民健康保険、協会けんぽに対し合計5.0兆円の公費が投入されている。一方で、一般医療保険は後期高齢者支援金を4.9兆円支出している。保険者全体で見れば、一般医療保険は、受け取った公費とほぼ同じ額の後期高齢者支援金を支出していることになる。

そこで、まず、公費は「高齢者のための医療制度」に集中させる。現行は、高齢者の保険料は給付費の約1割、患者一部負担は医療費の約1割である。日本医師会案では、保険料と患者一部負担をあわせて医療費の1割としているので、その分の財源が不足する。これについては、国の支出の見直しや、消費税などの新たな財源の検討を行って捻出する必要がある。

一般医療保険は、現役世代の医療費を、現役世代の保険料と一部負担でまかなう制度にする。後期高齢者支援金の負担がなくなるので、世代間の不公平感は解消される。しかし、一般医療保険の中でも財政基盤の弱い国民健康保険や協会けんぽがもたなくなる。そのため、現在、保険者によって異なっている保険料格差を公平化するなどした上で、保険者間の財政調整を行うことが不可欠である。

図2-1-4 高齢者の医療費の財源(2009年度当初予算ベース)



\*参考資料:厚生労働省「第4回高齢者医療制度に関する検討会資料」2009年1月、厚生労働省保険局「国保財政の現状」2008年12月、厚生労働省「全国健康保険協会の全体の収支の見込み」2008年12月

## 2. 新医師臨床研修制度を見直し、地域で医師を育てる

### (1) 日本医師会の「初期臨床研修制度」改革案

2004年4月に、プライマリ・ケアの充実を目的として、新医師臨床研修制度が導入された。新医師臨床研修制度の教育的意味や効果は、医師が育っていくプロセスを見て評価すべきであり、評価には10年程度の期間が必要である。しかし、初期研修医が大学病院以外の病院を選択するケースが増えたため、医師不足が顕在化した。また、現行制度は、初期研修後に専門科の決定を行うため、教育的効果が薄いとも言われている。

そこで、日本医師会は、医学部教育から切れ目のない初期臨床研修制度を確立し、十分な臨床対応能力のある医師を育成するため、初期臨床研修制度の改革案を提案する(表2-2-1)。

#### 初期研修期間

現行制度では初期研修期間は2年間であるが、改革案では1年間とする。同時に、医学部における臨床実習の充実を図る。医学部5年生は、大学病院において内科を中心とした各専門領域の臨床実習を行う。医学部6年生は、大学病院および大学病院以外の病院でも臨床実習を行う。

医学部教育からトータルで考えれば、初期研修としては1年間で十分にプライマリ・ケアの充実に対応できると考えられる。

しかし、問題は、現状、医師免許を持たない医学部5年生、6年生の臨床実習が事実上、見学実習になっていることである。この背景には、「医師でなければ、医業をなしてはならない」という医師法第17条の規定がある。この法律を厳格に適用すると、医学部教育においては臨床実習は行えない。日本の医療の質向上という視点から、国民の理解を得ながら柔軟に解釈し、運用していく必要がある。



## 専門科の決定

改革案では初期研修前に自分自身が専門としたい診療科の決定を行う。研修前に専門科を決定することで、研修医は自分の位置づけを明確にしながら初期研修に取り組むことができる。他方、指導医側も研修医の専門科の位置づけを考えながら必要性や重要度に応じて、指導内容を決めていくことができる。

## 研修内容

日本医師会の改革案では、十分な臨床対応能力のある医師を育てるため、救急蘇生、全身管理等、侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門において、基本的診療能力の獲得を目指す。

現行制度では、内科（6か月）、外科（3か月）、救急・麻酔科（3か月）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療（各1か月）、選択科目（残り期間）となっているが、改革案では各診療科の研修期間は自由に決定できる。また、各研修医は専門科を選択済みであるので、その専門科の指導医に相談して、自身の研修プログラムを策定する。

表2-2-1 新医師臨床研修制度の改革案

	日本医師会の改革案	現行制度
医学部教育と初期研修	医学部6年間+初期研修1年間 医学部5年生、6年生は臨床実習を行う 5年生:大学病院で内科中心の実習 6年生:大学病院以外の病院でも実習	医学部6年間+初期研修2年間 医学部5年生、6年生は事実上の見学実習
専門科の選択	初期研修前に決定	初期研修後に決定
研修内容	侵襲性を伴う診療行為を中心とした部門の基本的診療能力の獲得を目的としたプログラム 各診療科の研修期間は自由設定	1年目 内科6か月、外科3か月、 救急・麻酔科3か月 2年目 小児科、産婦人科、精神科、 地域保健・医療を各1か月 残りは選択科目
研修体制	大学病院と大学病院以外の研修病院が連携して、地域内でローテーション	各病院単位
研修医の配置	都道府県ごとの地域医療研修ネットワークが、初期研修医の希望を踏まえて研修病院を決定	臨床研修病院を単位として、マッチングを実施

## (2) 地域医療研修ネットワーク

日本医師会は、「地域で医師を育てる」という理念の下、初期臨床研修を「地域医療ネットワーク」単位で行うことを提案する(図 2-2-1)。

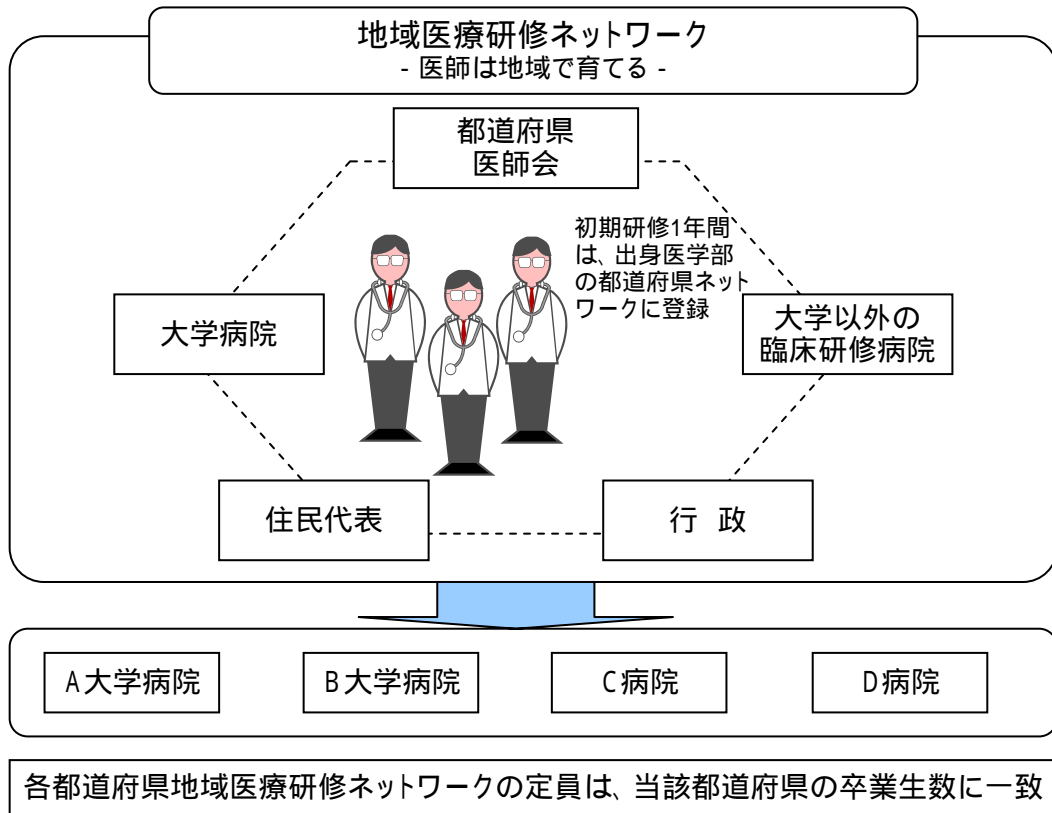
研修医は初期研修の 1 年間、出身大学が所在する都道府県単位で設置される地域医療研修ネットワークに所属し、都道府県内で大学病院と大学病院以外の病院をローテーションして、地域医療の全体像を経験する。地域医療研修ネットワークは、都道府県医師会、大学、臨床研修病院、行政、住民代表で構成される。現行制度は、卒業生数に対して過大な募集定員数となっており、各病院の症例数や条件の差などにより、病院間や地域間で医師の偏在を加速させている面がある。そこで、都道府県地域医療研修ネットワークの定員は卒業生数に一致するように調整する。

あわせて、2007 年に設置された「地域における医療対策協議会」を活性化し、地域型の奨学金制度の拡充や、へき地に勤務する医師の支援などを通じて、医師の偏在解消を目指す。

### 地域における医療対策協議会

従来、都道府県ごとに設置されていたが、2007 年にあらためて法制化された。救急、へき地、災害、周産期、小児医療等における医師および医療従事者の確保等について、必要な施策を検討する。行政、都道府県医師会長、病院関係者、大学その他の医療従事者の養成に関係する機関、医療を受ける立場にある住民などで構成される。

図2-2-1 地域医療研修ネットワーク



### 3 . 2010 年度の診療報酬改定において解決すべき課題

#### ( 1 ) レセプトオンライン化への配慮

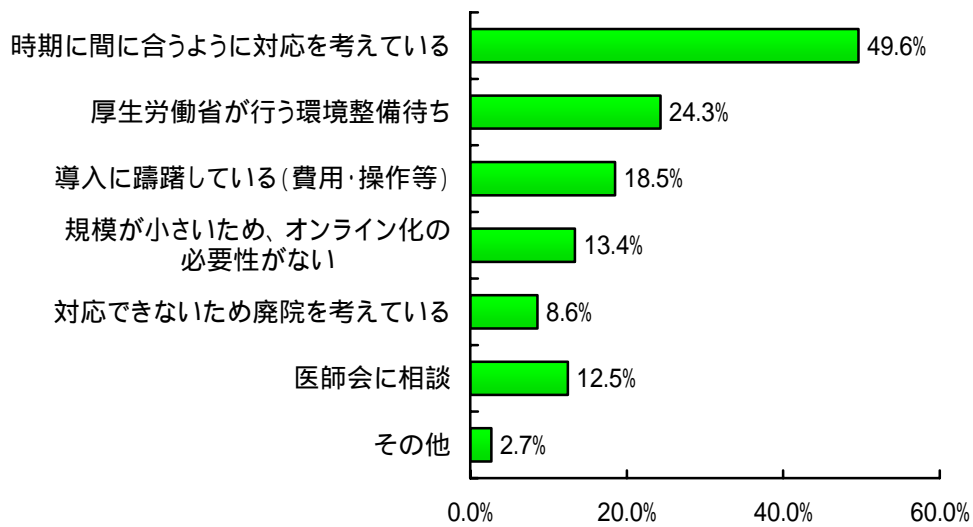
レセプトオンライン請求は、2008 年 4 月から段階的に義務化されており、2013 年 4 月以降に完全義務化される予定である。

2008 年 3 月には、「規制改革推進のための 3 か年計画」(閣議決定)で、「義務化において現行以上の例外規定を設けないこと」として完全義務化の徹底が求められた。

日本医師会は 2008 年に医療機関に対し、オンライン請求義務化への対応状況についての調査を行ったが、「レセプトオンライン化に対応できないため廃院を考えている」という医療機関が 8.6%であった(図 2-3-1)。特に、医療が崩壊しつつある地方において、地域医療の確保に尽力され貴重な戦力である高齢の開業医が、廃業に追い込まれようとしていた。

2009 年 3 月、「規制改革推進のための 3 か年計画(再改定)」が閣議決定され、その措置事項として、「地域医療の崩壊を招くことのないよう、自らオンライン請求することが当面困難な医療機関等に対して配慮する」とされた。この言葉どおり、完全義務化を強いるのではなく、自ずとオンライン化が進むような施策とすべきである。すなわち、現段階では、電子媒体での提出を認め、セキュリティの確保や医療費助成制度の電子請求対応などの環境整備を図りつつ、なおかつ、インセンティブを設けるなど柔軟に対応すべきである。

図2-3-1 レセプトオンライン請求義務化への対応(複数回答)



\*出所: (社)日本医師会「レセプトオンライン請求義務化に関するアンケート調査報告速報値」  
2008年7月

日本医師会「レセプトオンライン請求義務化に関するアンケート調査」

調査対象 都道府県医師会に所属する病院、診療所の開設者 71,799

調査期間 2008年3月～4月

回答状況 有効回答42,130、有効回答率58.7%

## (2) 外来管理加算 5 分要件の撤廃

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点数である。

2007 年 11 月、中医協の診療報酬基本問題小委員会で、「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、翌 12 月、「外来管理加算について、5 分以上という時間の目安を設ける」との叩き台が提出された。

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、診療時間だけで評価されるものではないことを主張し、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<sup>11</sup>。

結局、いわゆる「5 分要件」の導入については結論が出ず、両論併記<sup>12</sup>の上、パブリックコメント、公聴会にかけられた。そして 2008 年 1 月の中医協総会において、公益委員から、外来管理加算に「5 分要件」を追加する裁定が行われた。

日本医師会が実施した調査によると、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%あり、「5 分要件」が診察の妨げになっている実態が浮びあがった(図 2-3-2)。また、「待ち時間が長くなった」という患者の声が増加したとの回答も 29.7%あり、患者に負担をかけていることも明らかになった(図 2-3-3)。

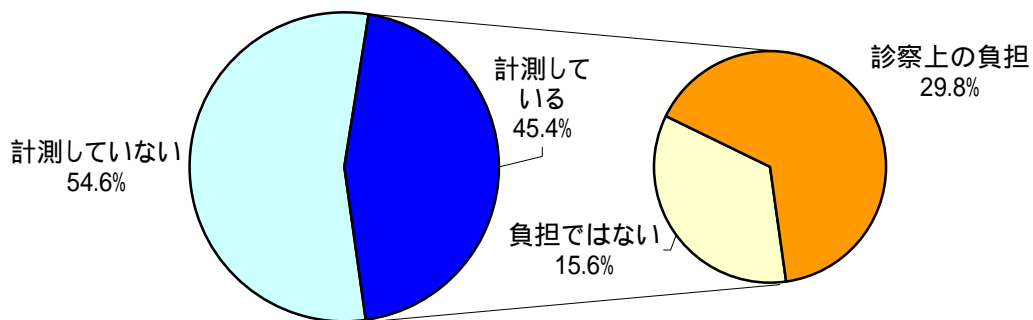
医師にとっても、患者にとっても最善の医療の妨げになっている「5 分要件」は、速やかに撤廃されるべきである。

<sup>11</sup> 2008 年 1 月 16 日 中医協基本小委議事録「『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」

<sup>12</sup> 中央社会保険医療協議会「平成 20 年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」2008 年 1 月 18 日

「患者にとって分かりやすい診療報酬体系とするためにも、患者への懇切丁寧な説明や計画的な医学管理等を評価している外来管理加算について、5 分以上という時間の目安を設けるべき、という意見があった一方、外来管理加算は無形の技術に対する評価であり、時間のみで算定について判断すべきではない、との意見があった。」

図2-3-2 外来管理加算算定における時間の計測 (n=1,778)  
 - 外来管理加算を算定している医療機関の回答 -



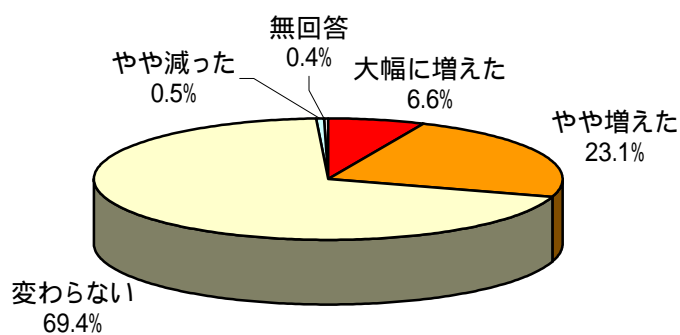
\*出所: (社)日本医師会「外来管理加算に関するアンケート調査結果速報(要約)」,2009年1月

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」

図2-3-3 外来管理加算の意義付けの見直しを機に、患者さんから待ち時間が長くなったという声が増えましたか (n=1,501)  
 - 外来管理加算を算定している医療機関への質問 -



\*出所: (社)日本医師会「外来管理加算に関するアンケート調査結果速報(要約)」,2009年1月

## 4. 医療機関経営を揺るがす課題

### (1) 控除対象外消費税

医療機関における社会保険診療は非課税であり、患者から消費税を徴収しない（図 2-4-1）。しかし、社会保険診療のための医薬品などの仕入れ代金、医療機器などの購入代金には消費税がかかるので、医療機関が消費税分を負担している。

日本医師会の調査によれば、医療機関が負担している控除対象外消費税は、社会保険診療収益等の 2.22% を占めていた（図 2-4-2）。そのうち、設備投資から生じる部分が 0.35%、医薬品や材料から生じる部分が 1.12%、その他の仕入れや購入から生じる部分が 0.74% である。

厚生労働省は、過去に診療報酬 1.53%（1989 年改定 0.76%、1997 年改定 0.77%）を上乗せし、控除対象外消費税については解決済としてきた。上乗せ分 1.53% のうち、薬価分が 1.1% あるので、この分は、実際の負担とほぼ均衡する。しかし、設備投資やその他から生じる負担分については、まったく補てんされていない。

厚生労働省は、早急に実態を把握し、診療報酬改定や税制改正によって改善を図るべきである。

図2-4-1 一般的な取引と社会保険診療

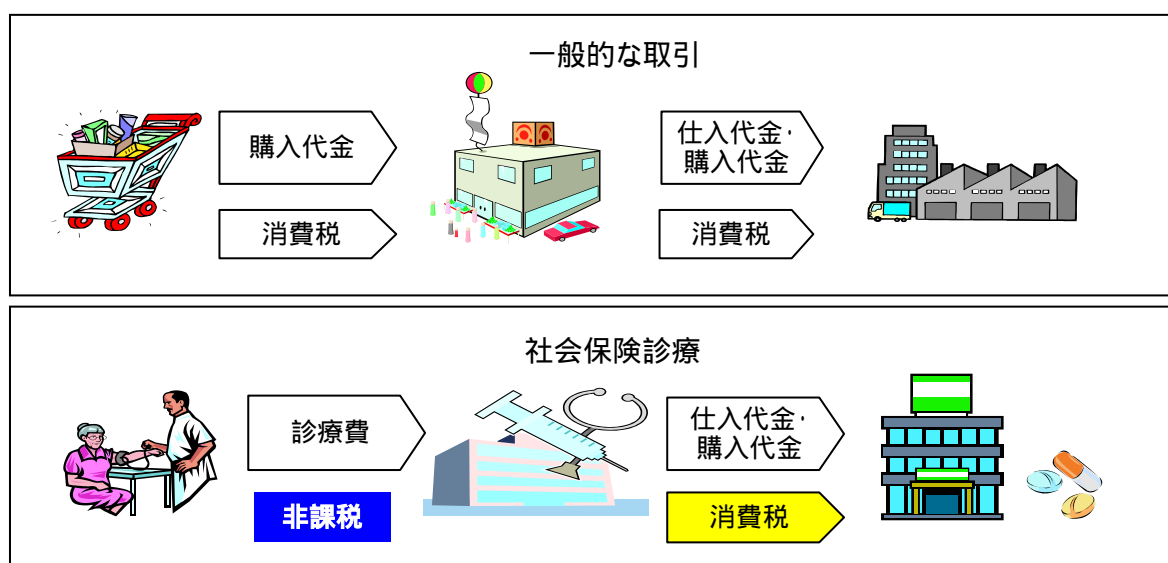
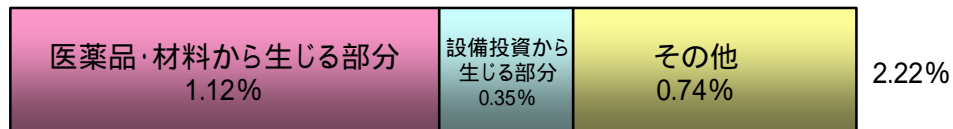




図2-4-2 医療機関の控除対象外消費税  
 - 社会保険診療収益に占める割合 -  
 (2007年度)



過去に診療報酬で補てんとされている部分



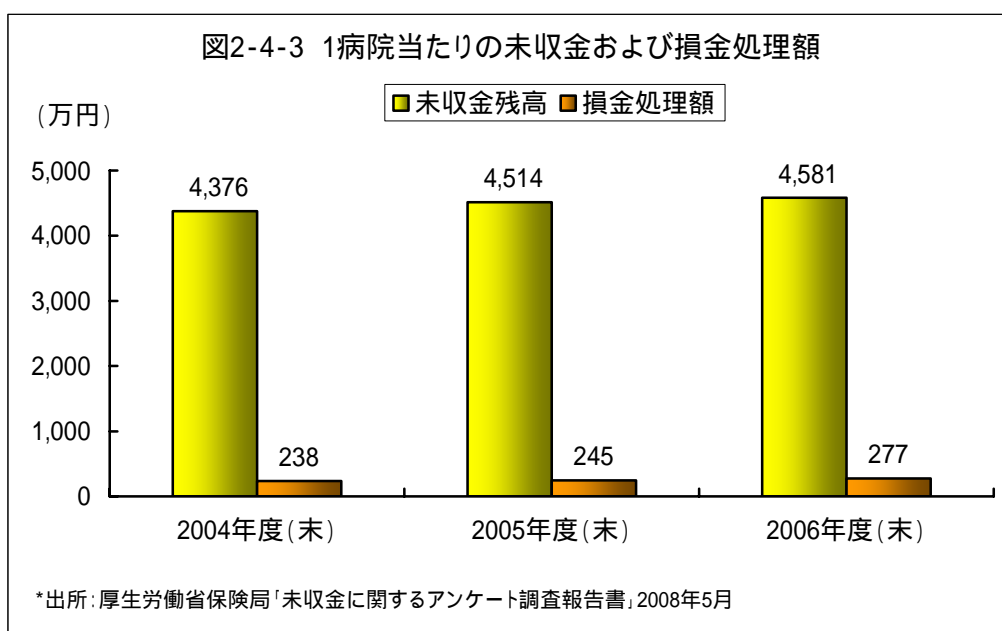
\*出所: 日医総研「消費税の実態調査 結果報告(概要)」2009年4月

日医総研「消費税の実態調査」

調査対象 日本医師会の会員医療機関  
 対象期間 2006年度、2007年度  
 調査期間 2008年6月～7月  
 対象数 病院:1,643施設 診療所:5,942施設  
 有効回答率 2006年度:15.9%、2007年度:15.0%

## (2) 未収金問題

医療機関における未収金問題も深刻である。厚生労働省の「未収金に関するアンケート調査」によれば、2006年度末の1病院当たり未収金残高は4,581万円であった(図2-4-3)。また2006年度には、病院が負担した損金処理額は、1病院当たり277万円であった。



### 厚生労働省・医療機関の未収金問題に関する検討会 「未収金に関するアンケート調査」

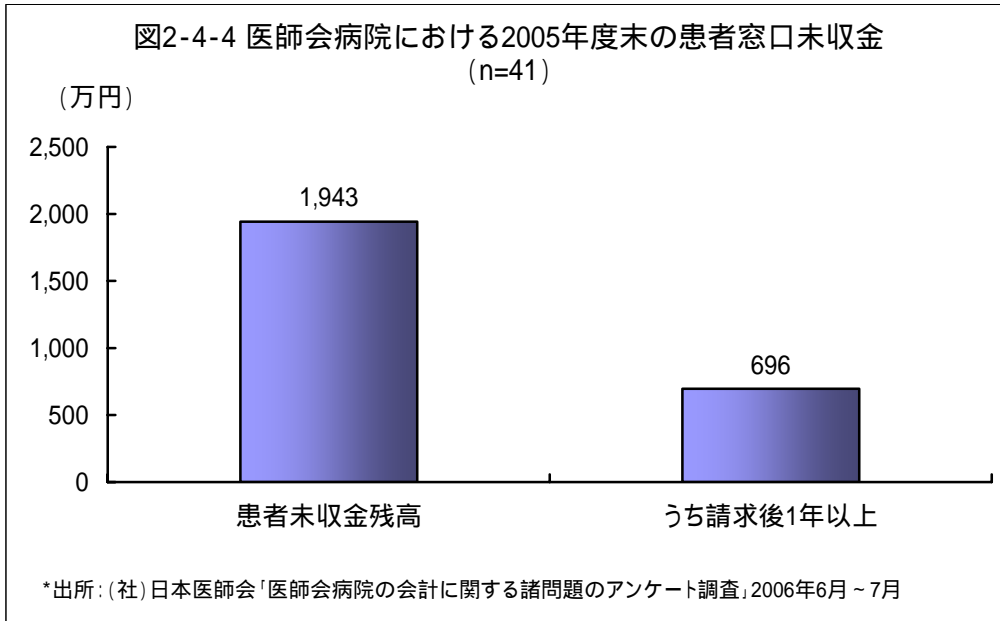
調査対象 四病院団体協議会<sup>注)</sup>に加盟する施設のうち約1/2抽出した2,844病院

調査期間 2007年12月～2008年3月(基準日2008年2月29日)

回答状況 回収数812件、回収率28.6%

注) 社団法人日本医療法人協会、社団法人日本精神科病院協会、  
社団法人日本病院会、社団法人全日本病院協会

日本医師会が医師会立病院に対して行った調査でも、1病院当たりの未収金残高は1,943万円であった(図2-4-4)。このうち請求後1年を経過した未収金残高は696万円であり、年間医業収益の約0.8%を占めていた。1年間において、数日分の医業収益が未収金によって失われたことになる。



日本医師会「医師会病院の会計に関する諸問題のアンケート調査」

医師会病院の患者窓口未収金(平成17年度末時点)の分析

対象 医師会病院87(医師会立69、医師会が運営18)

回答状況 有効回答51、有効回答率58.6%