

診療報酬改定にむけて

行政刷新会議「事業仕分け」の問題点について－

定例記者会見

2009年12月2日

社団法人 日本医師会

目 次

1. 行政刷新会議等の動向	1
2. 財務省の資料および解釈の問題点	3
2.1. 医師数の変化.....	3
2.1.1. 財務省作成資料について	3
2.1.2. 精神科医師数増加の背景	5
2.1.3. 産婦人科医師数減少の背景	7
2.1.4. 病院勤務医は減少しているのか	9
2.2. 開業医の年収および所得について.....	13
2.2.1. 診療報酬の使途	13
2.2.2. 経営リスクと給与	15
2.2.3. 個人開業医の所得の意味合い	17
2.2.4. 勤務医の給与水準	19
2.3. 開業医の実情.....	21
2.3.1. 労働時間	21
2.3.2. 休日・時間外診療	23
2.3.3. 開業医のストレス	25
2.3.4. 再診料	27
3. まとめ - 診療報酬改定にむけて -	29

1. 行政刷新会議等の動向

2009年11月11日から11月27日まで、行政刷新会議において「事業仕分け」が行われた。

行政刷新会議は、国民的な観点から、国の予算、制度などを刷新するため、2009年9月18日、閣議決定により設置された。「事業仕分け」はワーキンググループで行われているが、ワーキンググループは行政組織ではなく、評価者は官職ではない¹。

医療分野の主な項目は表1.1のとおりであるが、診療報酬が仕分けの対象である「事業」なのかどうかについては、一切説明されていない。また、後で示すように、財務省が事業仕分けのために提出した資料では、データが不適切に使用されており、財務省主導で結論を誘導しようとしているかのように見える。

表 1.1 行政刷新会議「事業仕分け」における主な医療分野の項目

番号	項目	ワーキンググループの評価結果
2-2	レセプトオンライン導入のための機器の整備等の補助	予算計上見送り
2-4	診療報酬の配分(勤務医対策等)	見直し
2-5	後発品のある先発品などの薬価の見直し	見直し
2-9	医師確保、救急・周産期対策の補助金等(一部モデル事業)	予算要求の縮減(半額)
2-11	社会保障カード	予算計上見送り

*出所:行政刷新会議「事業仕分け」第2WG評価コメント

¹ 参議院「参議院議員世耕弘成君提出いわゆる『事業仕分けチーム』の位置づけに関する質問に対する答弁書」, 内閣参質 173 第 18 号, 2009 年 11 月 17 日

また、財務省は、11月19日に、財務省ホームページ「平成22年度予算編成上の主な個別論点」に「医療予算について」との資料を掲載した。これは、「事業仕分け」に提出された資料とほぼ同じものであり、データの使用、解釈に問題がある。

財務省は、「客観的な情報・データをそろえ、患者、納税者、保険料負担者のすべて納得できるような議論を行うことは、厚生労働省の責務である」と述べている²。これまで日本医師会は、客観的なデータを示してきたが、財務当局はこれらをまったく顧みてこなかった。それどころか、今般、財務省自体が結論ありきでデータを不適切に使用していることに、不信感を抱かざるを得ない。

² 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）とりまとめコメント, 2009年11月11日

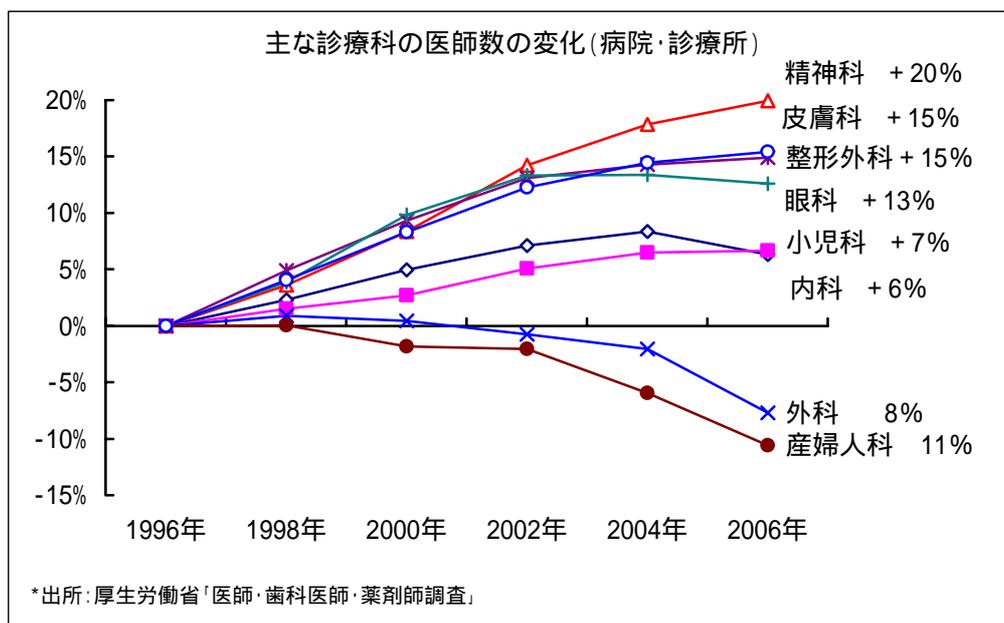
2. 財務省の資料および解釈の問題点

2.1. 医師数の変化

2.1.1. 財務省作成資料について

財務省は、事業仕分けに医師数の変化のグラフなどを提出し（図 2.1.1）、「医師不足は診療科別に偏りがある」「比較的风险や勤務時間が少ないと見られる診療科を中心に医師数が増えている」とし、「リスクや勤務時間に応じた評価を実現すべき」³であるとしている。

図 2.1.1 主な診療科の医師数の変化（病院・診療所）
財務省が行政刷新会議「事業仕分け」に提出した資料



内科：内科、心療内科、呼吸器科、消化器科（胃腸科）、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科 / 精神科：精神科、神経科 / 外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科

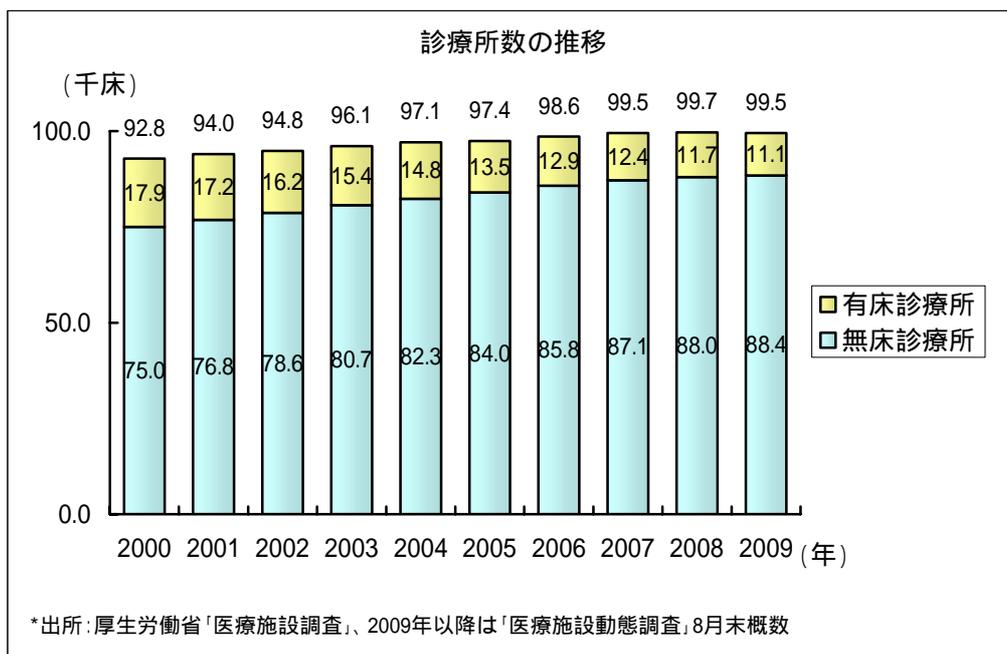
³ 行政刷新会議・第2ワーキンググループ「事業番号2-4 診療報酬の配分（勤務医対策等）論点等説明シート（予算担当部局用）」、2009年11月11日

しかし、財務省が提出した資料には問題点がある。

第一に、財務省は1996年までの変化しか示していない。また病院勤務医が診療所に流れているかのような認識を示しているが、直近では、診療所数は頭打ちになっている(図2.1.2)。

第二に、医師はリスクや勤務時間のみで診療科を決めているわけではない。診療科別医師数は、社会的背景や患者ニーズによって変化することを考慮すべきである。

図 2.1.2 診療所数の変化



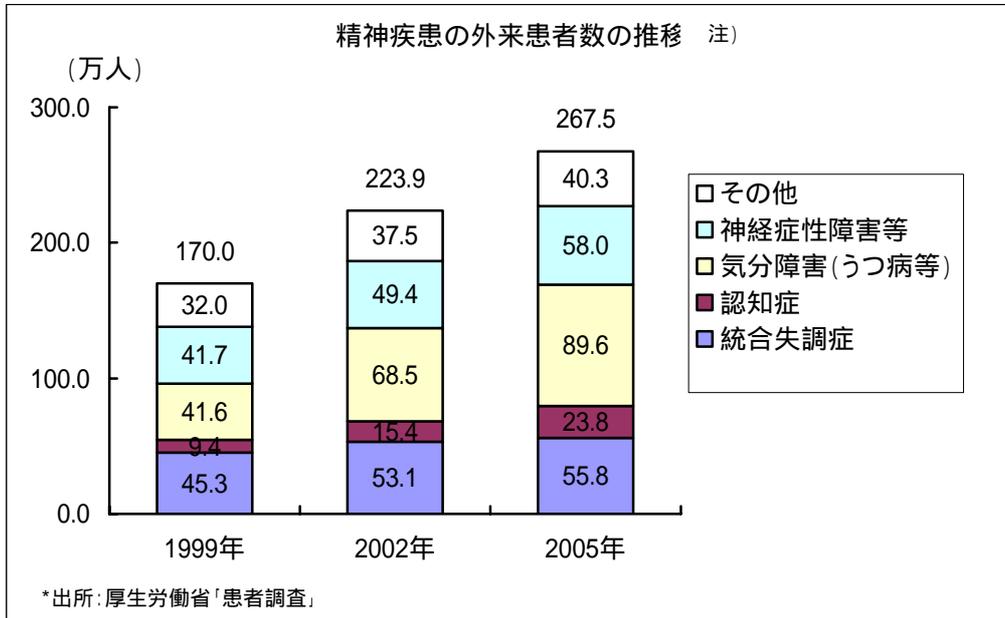
2.1.2. 精神科医師数増加の背景

財務省の資料では、精神科医師が10年前に比べて20%増加したことを示している。

しかし、自殺対策、高齢化にともなう認知症患者への対応、精神疾患の患者の増加などからみれば、精神科医師は決して十分ではない。たとえば、精神疾患の患者数の増加がある。精神疾患の外来患者数は1999年から2005年にかけて1.6倍、特に気分障害（うつ病等）の患者は2.2倍になっている（図2.1.3）。

財務省は、「比較的风险や勤務時間が少ないと見られる診療科を中心に医師数が増えている」としており、医師数が増加している診療科はリスクや勤務時間が少ないと認識している。精神科医師数は増加率がもっとも高いが、リスクや勤務時間が少ないためではない。患者ニーズの増加にともない、精神科診療所の新規開業が増加しているためであると推察される。財務省は、社会的背景や患者ニーズの変化にも目をむけるべきである。

図 2.1.3 精神疾患の外来患者数の推移



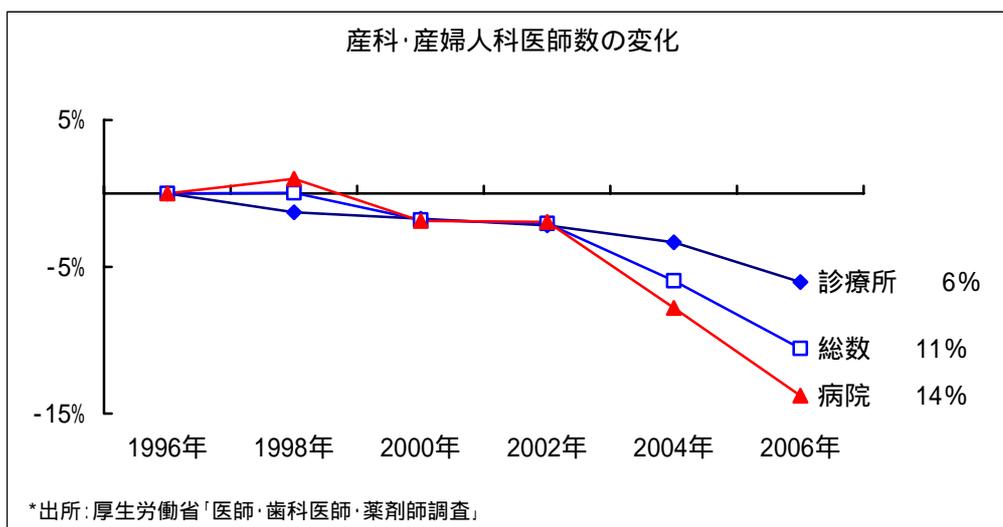
注) 値は、以下の項目において、総数から入院を除くことで算出。

- 統合失調症 : 「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」
- 認知症 : 「血管性及び詳細不明の痴呆、アルツハイマー病」
- 気分障害(うつ病等) : 「気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)」
- 神経症性障害等 : 「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」
- その他 : 「アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害」、「その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害」、「その他の精神及び行動の障害」、「てんかん」

2.1.3. 産婦人科医師数減少の背景

産科・産婦人科（以下、産婦人科）医師数は、10年前に比べて11%減少した（図 2.1.4）。これまでは、出生数の減少に伴い医師数が減少してきた面もある。しかし、最近ではハイリスクの出産が増加している。また、2004年から2006年にかけては、医師1人当たり出生数が増加しており、産婦人科医師不足がますます深刻になっていることを示している（図 2.1.5）。

図 2.1.4 病院・診療所別 産婦人科医師数の変化



一方で、病院、診療所別に見ると、産婦人科医師数は10年前に比べて、病院で14%減少したが、診療所では6%減に止まっている。また現在、分娩の47.3%は有床診療所で実施されている（図 2.1.6）。産婦人科の有床診療所の経営を健全化させ、病院の周産期医療の連携を強化すれば、病院勤務医の過重労働緩和にも大きく寄与できる。財務省は、診療所から病院への財源移転を求めているが、病院、診療所の両方の底上げが必要である。

図 2.1.5 産科・産婦人科医師 1 人当たり出生数

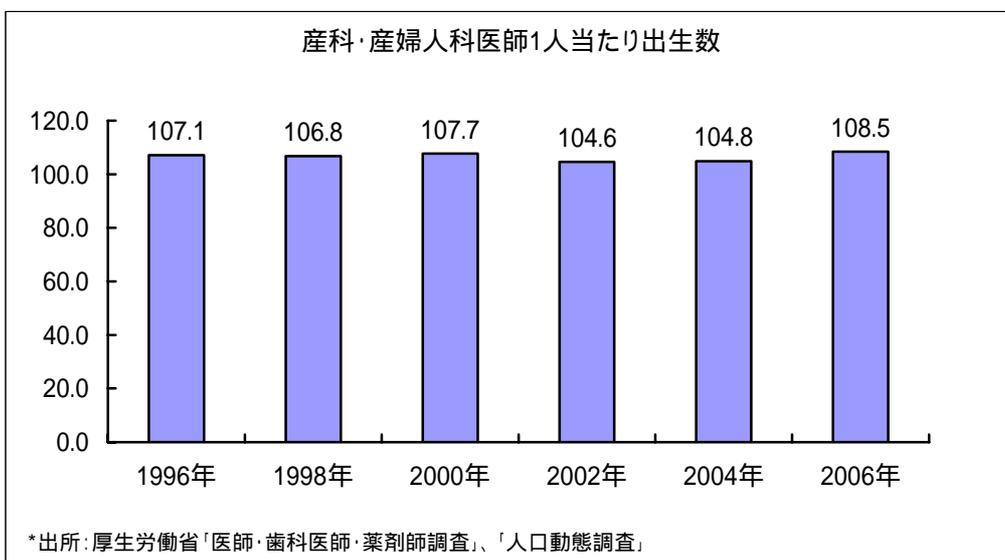
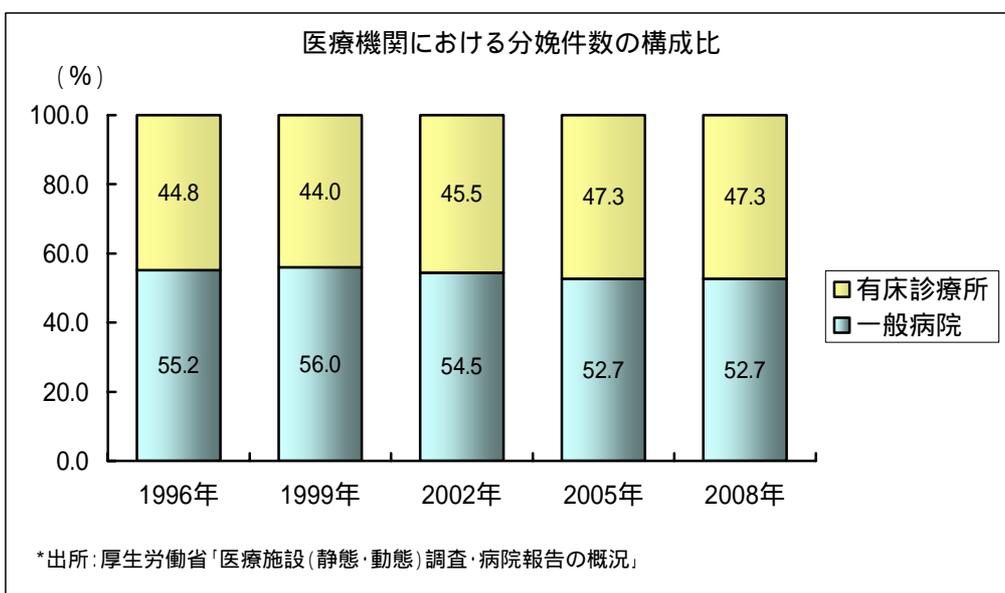


図 2.1.6 医療機関における分娩件数の構成比



2.1.4. 病院勤務医は減少しているのか

「勤務医師数は病院よりも診療所の方が増加しており、病院勤務医師数の割合は減っている」⁴と述べている。そして、病院を重点的に評価しなければ、医師不足の解消につながらないとの考え方も示している。

しかし、第一に、財務省は開設者と勤務医を混同している。第二に、医師数自体は病院勤務医のほうが増加している。

第一の問題点であるが、財務省が病院勤務医数として示している 16 万 8,327 人（2006 年）は、病院の開設者（開業医）を含む数字である（表 2.1.1）。財務省は結論ありきであるので、勤務医に開設者（開業医）が含まれていようがいまいが関係ないといった姿勢がうかがえる。

第二の問題点は、現実には病院勤務医のほうが増加している点である。

1998 年から 2006 年にかけて、病院医師数は 1 万 5,227 人増、診療所医師 1 万 1,380 人増であり、病院医師数のほうが増加している（表 2.1.2）。

⁴ 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

表 2.1.1 財務省が行政刷新会議「事業仕分け」に提出した資料 - 病院勤務医数 -

財務省が行政刷新会議の事業仕分けに提出した資料

	平成10年 (1998)	平成18年 (2006)	伸び率
病院勤務医	153,100	168,327	+ 9.9
診療所勤務医	83,833	95,213	+ 13.6

↓

病院勤務医の割合の変化
[平成10年] 64.6% [平成18年] 63.9%

表 2.1.2 医師数の変化の実際

(人)

		1998年	2006年	増減数	伸び率
病院	開設者	6,015	5,482	-533	-8.9%
	勤務医 注)	147,085	162,845	15,760	10.7%
	計	153,100	168,327	15,227	9.9%
診療所	開設者	66,461	71,192	4,731	7.1%
	勤務医	17,372	24,021	6,649	38.3%
	計	83,833	95,213	11,380	13.6%
合計		236,933	263,540	26,607	11.2%

病院医師数は、実数自体は増加しているが、病院勤務医の過重労働は深刻である。この背景には、そもそも医師不足であることのほか、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、医師不足に陥った大学医学部(医局)は、関連病院から医師を引き揚げた。その結果、医師の偏在、不足が起きた。さらに、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しまったため、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

日本では、1982年に医師数の抑制が決定され、医師養成数が削減されてきた⁵。このため、年齢構成がいびつになり、病院では39歳以下の若手医師が減少した(図 2.1.7)。このことは、現場で診療実務に携わる医師の減少を意味しており、若手医師に過重労働を強いることとなった。

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。

医療安全意識の高まりや診療以外の業務の増加

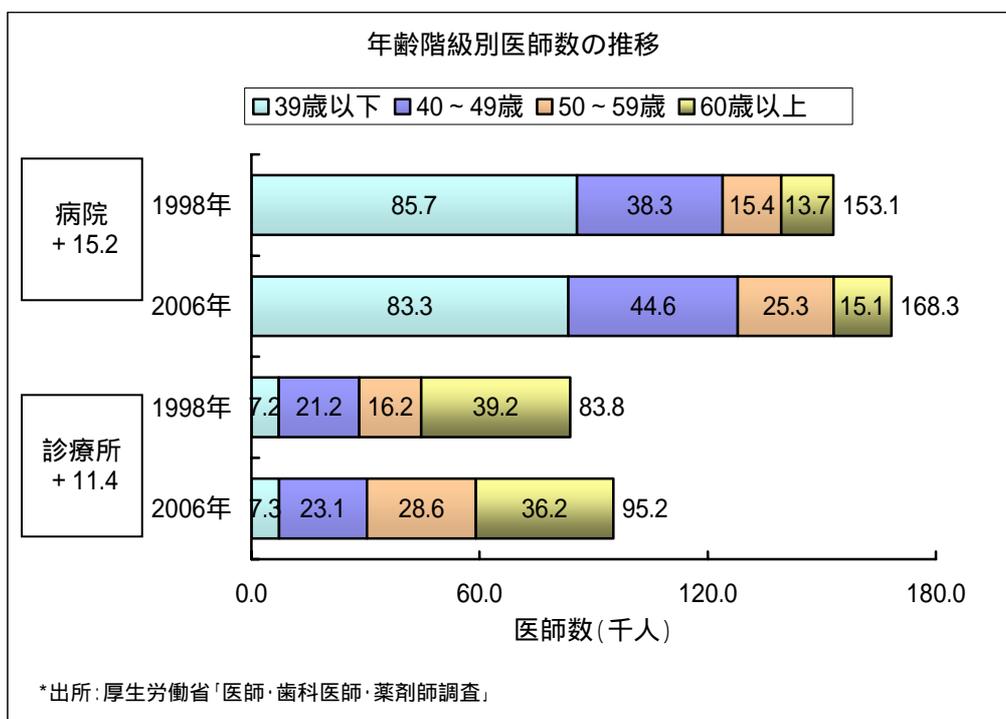
医療訴訟の不安が増加し、診療科別の偏在を招いた。患者・家族との話し合いの時間や書類作成などの業務も増えている。

⁵ 「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)

財務省は、診療所から病院へという財源移転を意図している。しかし、まずは、医師養成のための財源をきちんと確保し、中長期的な計画の下に、医師養成数、医師数を増加させるべきである。

同時に、勤務医の過重労働緩和のため、勤務医を適切に評価していくことも最重要課題である。そしてその際、診療所に勤務する 2 万 4,021 人の医師の存在も忘れてはならない。

図 2.1.7 年齢階級別医師数の推移



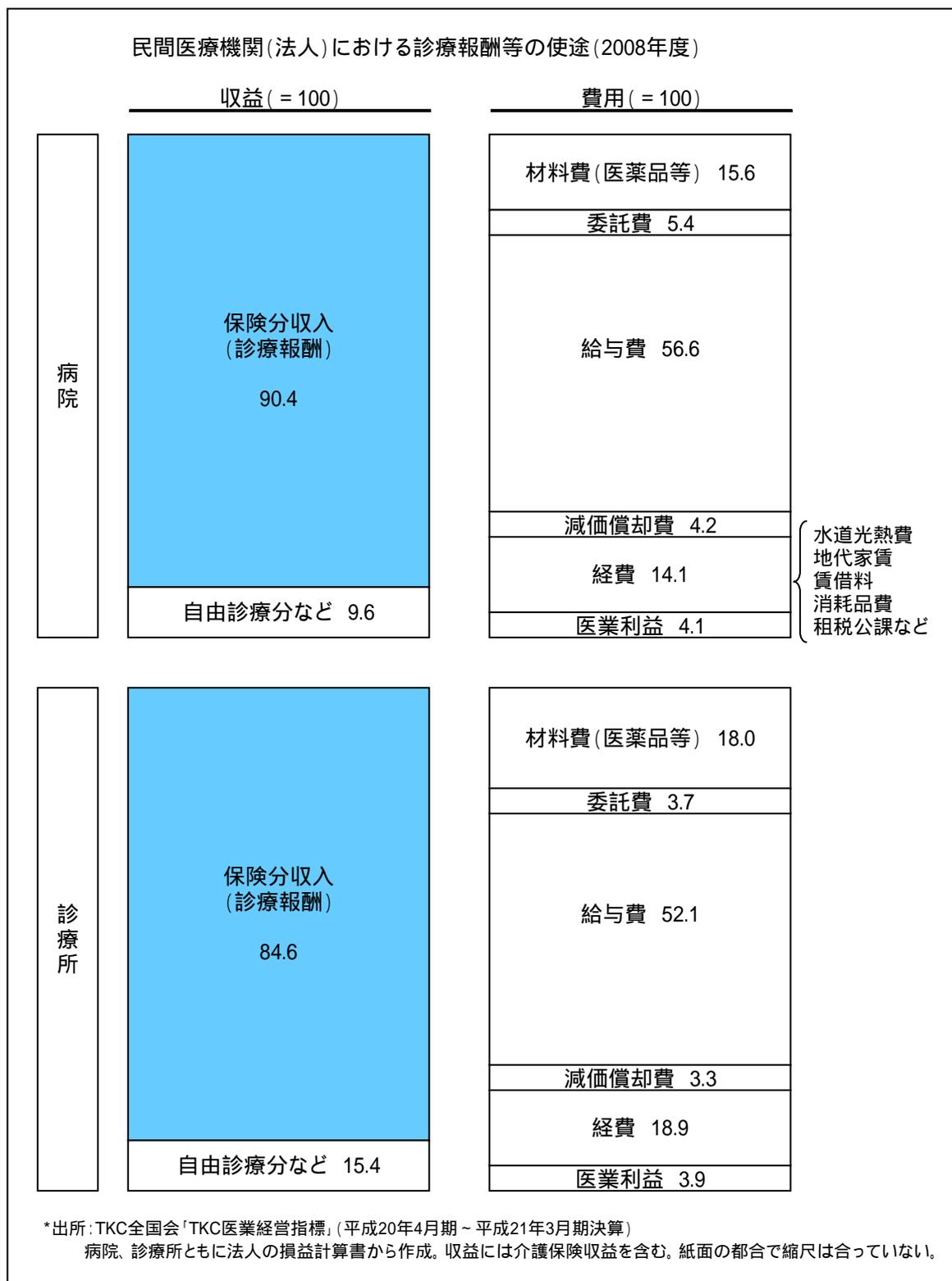
2.2. 開業医の年収および所得について

2.2.1. 診療報酬の使途

財務省は、一般に、「診療報酬イコール医師の報酬」といったイメージを与えているが、診療報酬は医師を含めた医療従事者全体の給与、医薬品費、委託費、施設整備等のために使われている（図 2.2.1）。

財務省が一般に間違った認識を与え、病院勤務医と開業医の対立構造に持ち込むべきではない。

図 2.2.1 診療報酬の使途



2.2.2. 経営リスクと給与

財務省は、病院勤務医と開業医の年収を比較している。そして、病院勤務医に比べて、開業医（法人等）の年収は 1.7 倍、開業医（個人）の収支差額は 1.7 倍であるとしている（図 2.2.2）。

法人の医療機関では、開業医も医師も「給与」として受け取るので比較は可能である。しかし、開業医には経営責任があることを考慮しなければならない。病院においても、経営者である病院長と勤務医とでは給与水準は異なり、病院長の給与は勤務医の 1.8 倍である（図 2.2.3）。

一般企業においても、経営責任に応じて給与にしかるべき差がある。産労総合研究所の調査によれば、取締役（経営陣）の報酬は課長の 2.0 倍であった（図 2.2.4）。

図 2.2.2 財務省が行政刷新会議「事業仕分け」に提出した資料

- 病院勤務医と診療所医師（開業医）の給与の比較 -

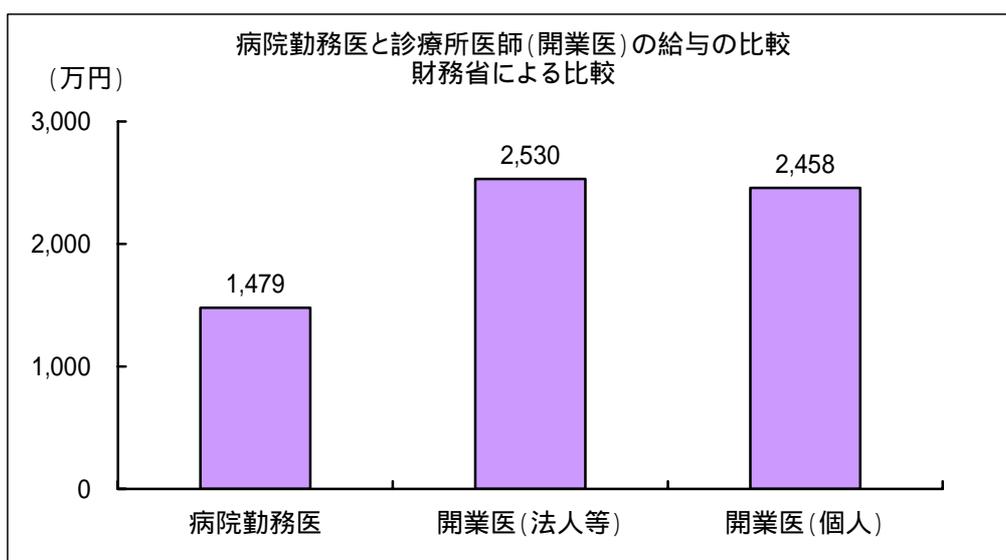


図 2.2.3 病院長（院長）と勤務医の年間給与比較

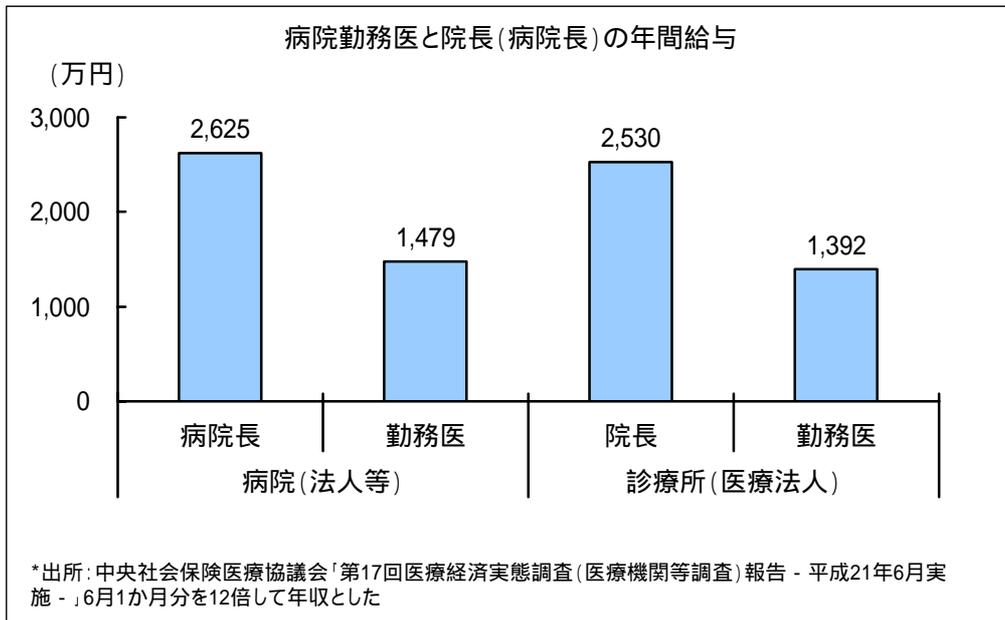
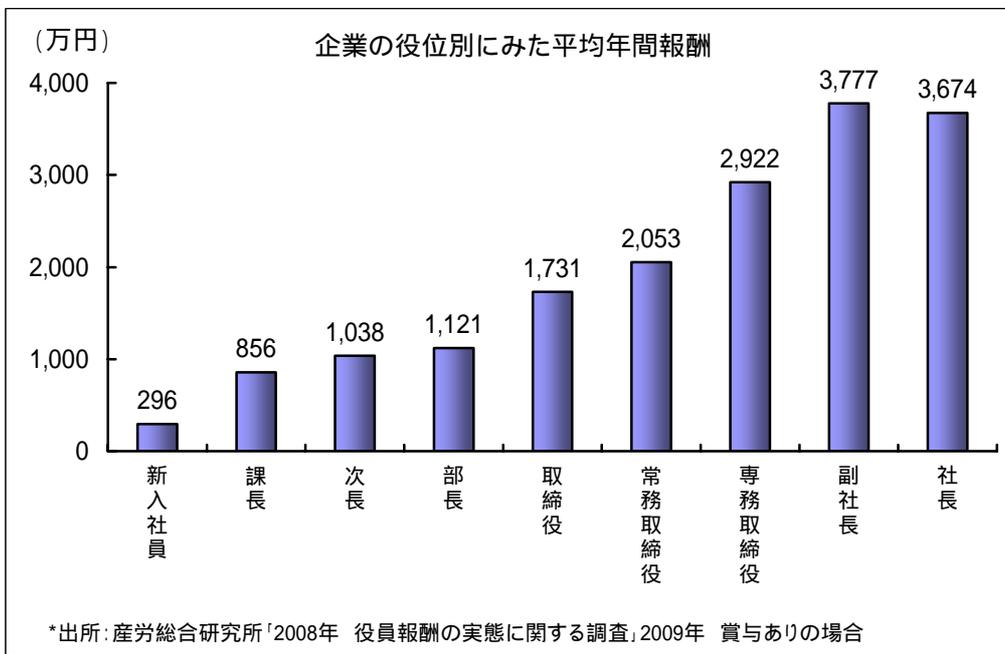


図 2.2.4 企業の役位別に見た年間報酬



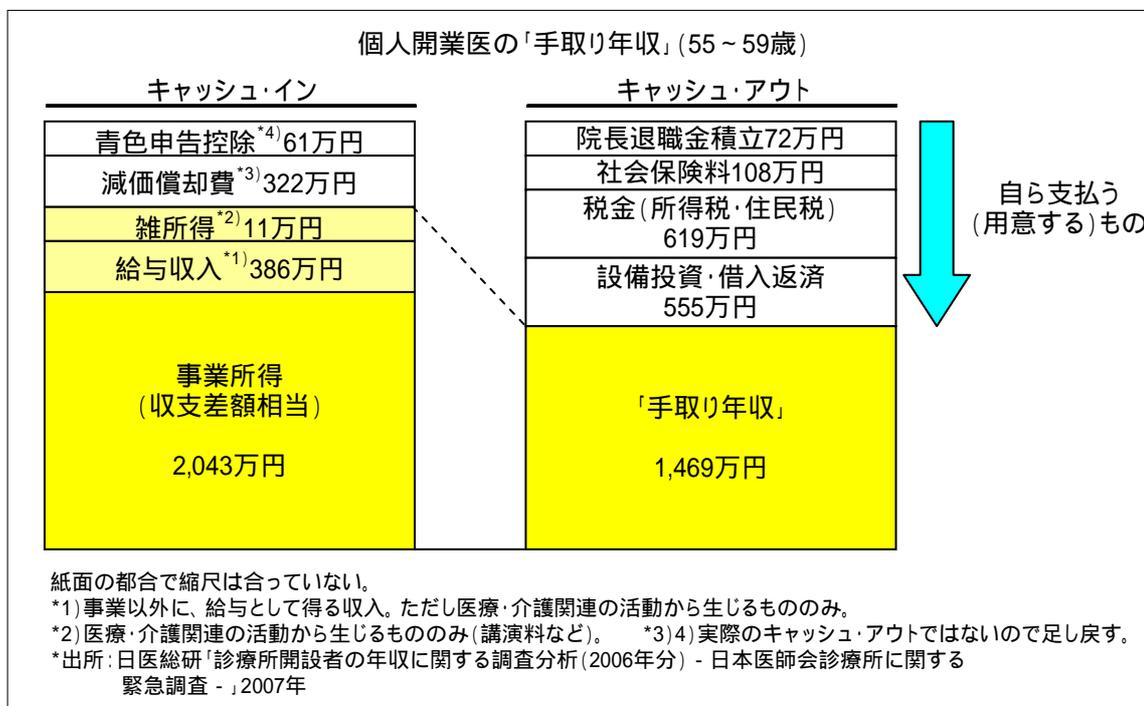
2.2.3. 個人開業医の所得の意味合い

財務省は、開業医(個人)の収支差額と勤務医の年収を比較している。しかし、開業医(個人)は利益などの中から、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。サラリーマンの年収との比較は不可能である。

しかしながら、財務省は開業医(個人)といわゆる「サラリーマン」である勤務医の比較をつづけている。そこで、日本医師会は2007年に開業医の所得等の実態調査を行い、サラリーマンとも比較できるよう「手取り年収」の試算を行った。

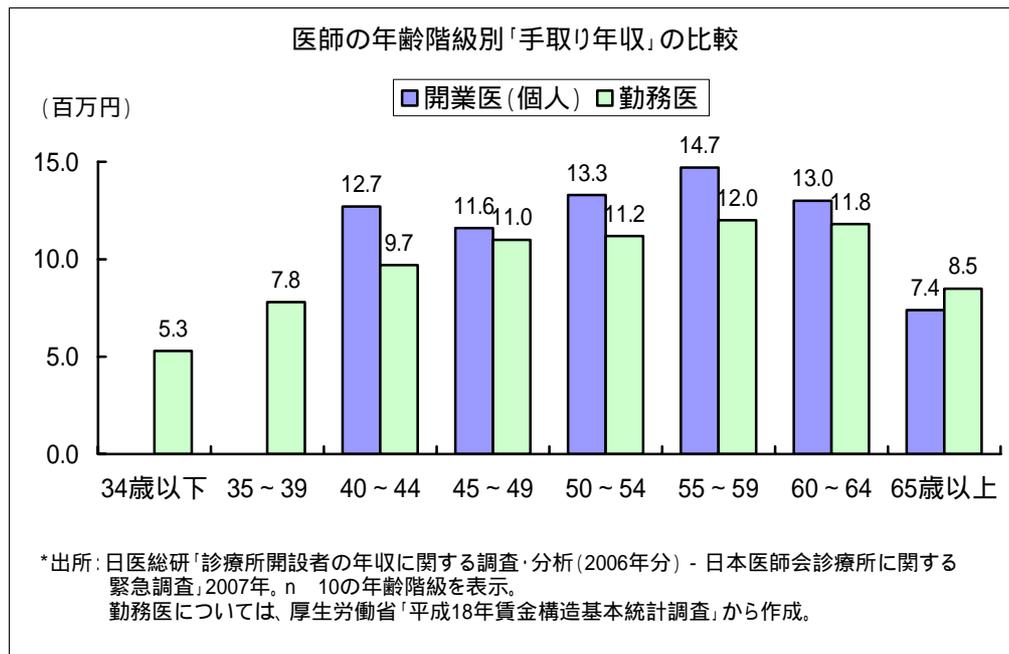
その結果、50歳代後半の開業医(個人)の場合、事業所得(収支差額相当)が2,043万円であっても、「手取り年収」は1,469万円と試算された(図 2.2.5)。

図 2.2.5 開業医の「手取り年収」 - 粗い試算 -



また、勤務医についても給与収入から社会保険料と税金を控除して「手取り年収」を試算した。その結果、開業医（個人）の「手取り年収」は、40～50歳代で、勤務医の約1.1～1.3倍であった（図 2.2.6）。

図 2.2.6 医師の年齢階級別「手取り年収」の比較

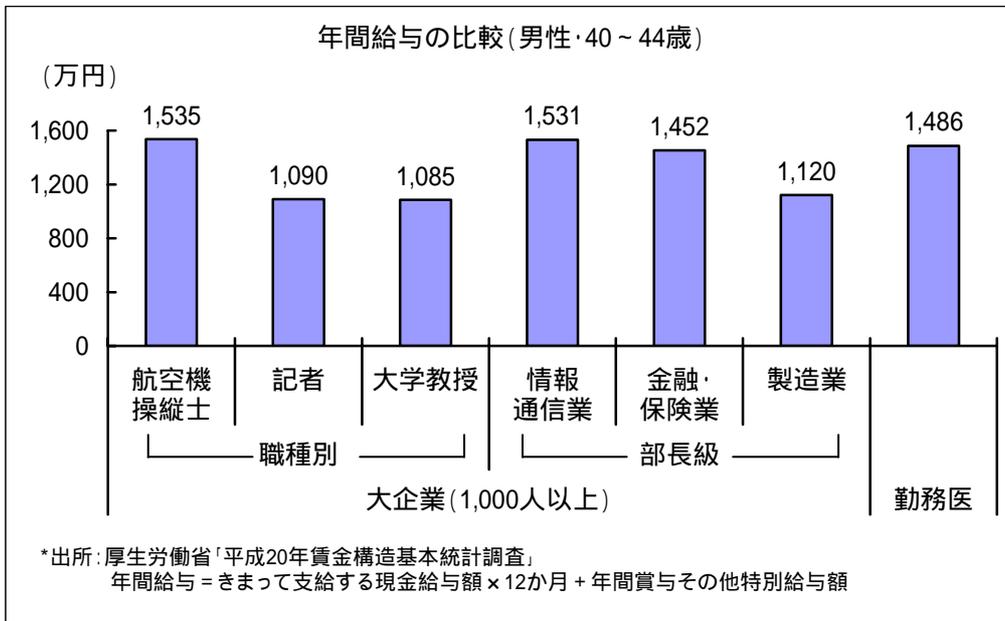


2.2.4. 勤務医の給与水準

財務省は、開業医と勤務医の年収比較に終始しているが、他業種の給与水準にも目をむけるべきである。

厚生労働省「賃金構造基本統計調査」によれば、勤務医（40～44歳、男性）の年間給与は1,486万円であるが、これは同年代の情報通信業の部長クラスよりも低い（図 2.2.7）。勤務医の給与水準が他の業種に比べて低いことこそが問題である。

図 2.2.7 年間給与の比較



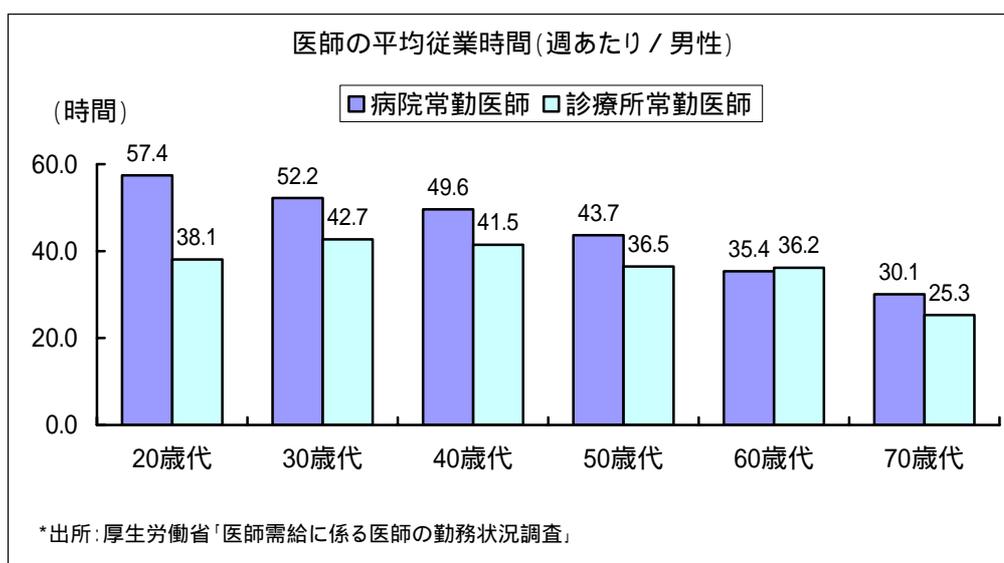
2.3. 開業医の実情

2.3.1. 労働時間

財務省は、医師の従業時間を比較し、「開業医は病院勤務医よりも平均勤務時間が少ない」⁶としている（図 2.3.1）。まず、財務省が使用したデータには、診療所勤務医も含まれており、厳密には「開業医」だけのデータではないことを指摘しておく、

図 2.3.1 医師の平均従業時間

財務省が行政刷新会議「事業仕分け」に提出した資料



また、財務省は「従業時間」のデータを使用しているが、開業医は診療所で業務に従事する以外に、さまざまな地域医療活動を行っている（表 2.3.1）。

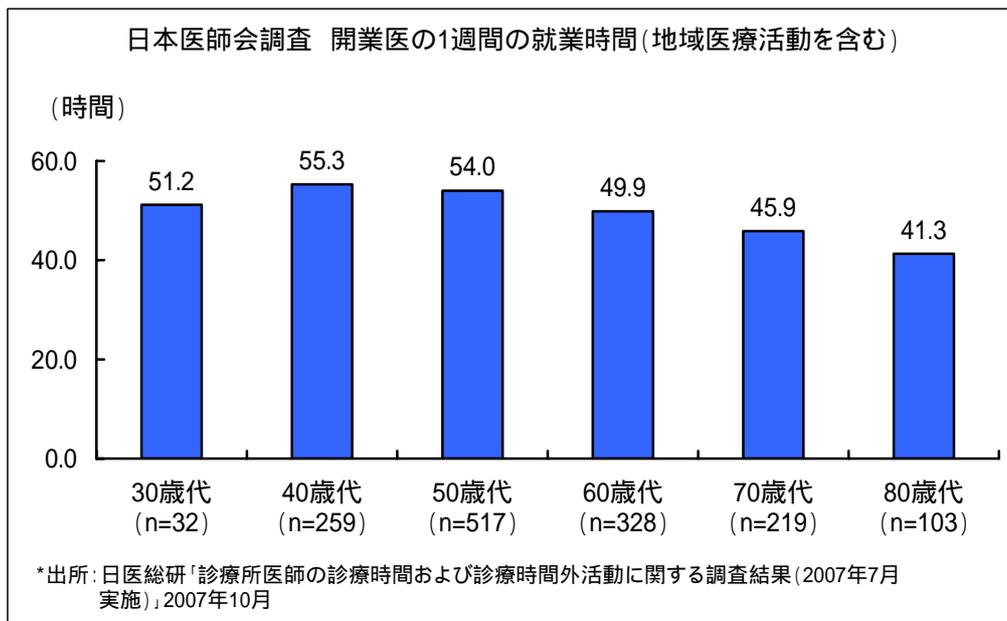
日本医師会が、地域医療活動時間も含めた開業医の就業時間(自己研修は除く)を調査したところ、開業医の1週間の就業時間は40歳代、50歳代では50時間以上であった（図 2.3.2）。

⁶ 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

表 2.3.1 開業医の地域医療活動の例

	主な活動内容
学校医・産業医等	児童生徒の定期健診、職場健診・健康相談、乳幼児健診、予防接種、がん・成人病検診、死体検案 など
救急対応	休日診療業務、平日夜間診療業務、小児初期救急平日夜間診療業務、電話相談業務 など
介護保険関係	介護保険認定審査会、ケアカンファレンス、主治医意見書の作成 など
行政・医師会等	防災会議、地域医療計画会議、障害者認定審査会など 医師会での各種会議・業務 など
地域行事	地域行事(マラソン大会など)救護班として出務、地域行事(市民公開講座)の講師 など

図 2.3.2 地域医療活動を含む開業医の就業時間



2.3.2. 休日・時間外診療

財務省は、「休日・時間外診療を受け付ける診療所が減っており、患者が病院に集中する傾向」⁷にあると述べている。しかし、財務省の資料から読み取れるのは休日・時間外の患者数の変化だけであり、受付診療所が減少していることは示されていない(表 2.3.2)。

表 2.3.2 診療所における休日・時間外診療の状況
財務省が行政刷新会議に提出した資料

財務省が行政刷新会議に提出した資料			
休日・時間外診療を実施している診療所			
・土曜日	〔午前〕 73%	〔午後〕 23%	〔18時以降〕 4%
・日曜日	〔午前〕 4%	〔午後〕 3%	〔18時以降〕 1%
・休日	〔午前〕 3%	〔午後〕 2%	〔18時以降〕 1%
・平日	(月曜日の場合) 〔18時以降〕 26%		
(出典) 経済財政諮問会議(第13回) 「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムについて」 (平成19年5月 臨時議員提出資料)			
診療所における休日・時間外の延べ診療患者数 (一月あたり)			
	1999年	2004年	
・休日	72.5万人	32.8万人	
・時間外(診療時間以外)	46.5万人	25.2万人	
・深夜(午後10時～午前6時)	7.0万人	2.2万人	
(出典)「平成19年度厚生労働白書」			

18 時以降を表示診療時間とする診療所の割合を見てみると、土日、平日ともむしろ増加しており、財務省が言うように「減って」いるというのはあたらない(図 2.3.3)。

⁷ 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

また表示時間は、あくまで予め掲げている時間である。表示時間として掲げていなくても、診療を行うことは少なくない。日本医師会が、表示時間にかかわらず 18 時以降に診療を行ったかどうかを調査したところ、土曜日でも無床診療所開業医の 7.7%、有床診療所開業医の 22.2%が、18 時以降に診療を行っていた(図 2.3.4)。

図 2.3.3 18 時以降を表示時間とする診療所の割合

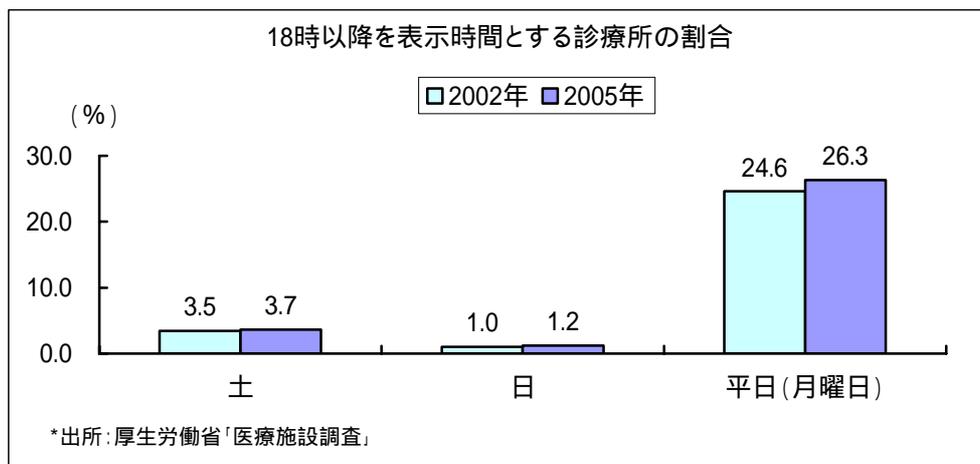
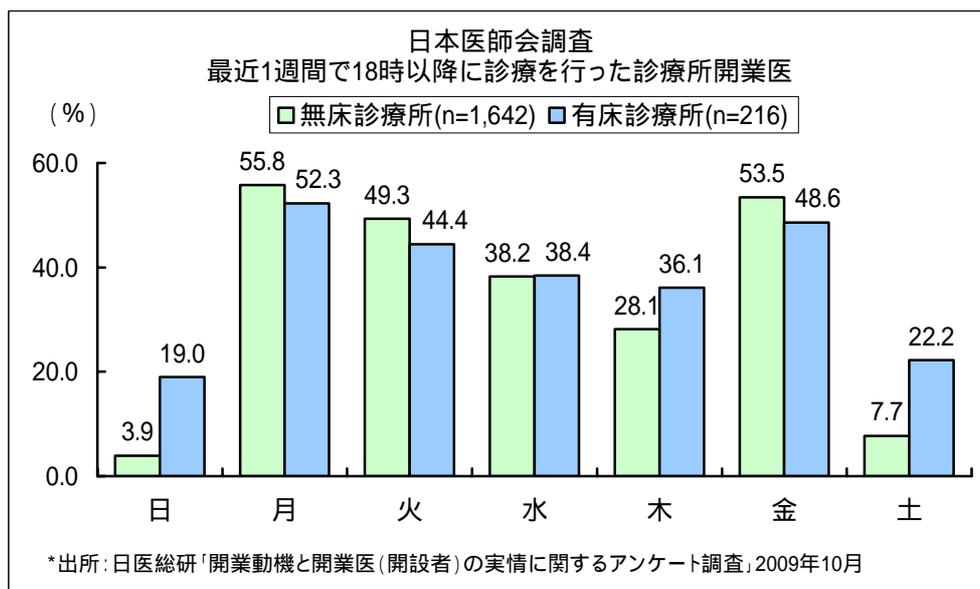


図 2.3.4 18 時以降に診療を行った診療所開業医の割合



2.3.3. 開業医のストレス

日本医師会は2009年7月に開業医の実情調査を実施し、その中で、「勤務医や研究者時代と比べて、過重労働やストレスはどの程度ですか」という質問を行った。

その結果、労働時間については、開業医の41.6%（かなり過重20.4%、やや過重21.2%）が勤務医時代より長くなったと回答していた（図2.3.5）。

また精神的ストレスに関しては、開業医の54.4%（かなり強い27.7%、やや強い26.7%）が勤務医時代より強くなったと回答していた（図2.3.6）。

ここで重要なことは、開業医のほぼすべてが勤務医を経験しており、勤務医経験を踏まえた上で回答しているということである。結果は、開業医の過重労働、精神的ストレスも看過できないものであった。勤務医、開業医と区別せずに、すべての医師への支援が必要である。

図 2.3.5 開業後の労働時間

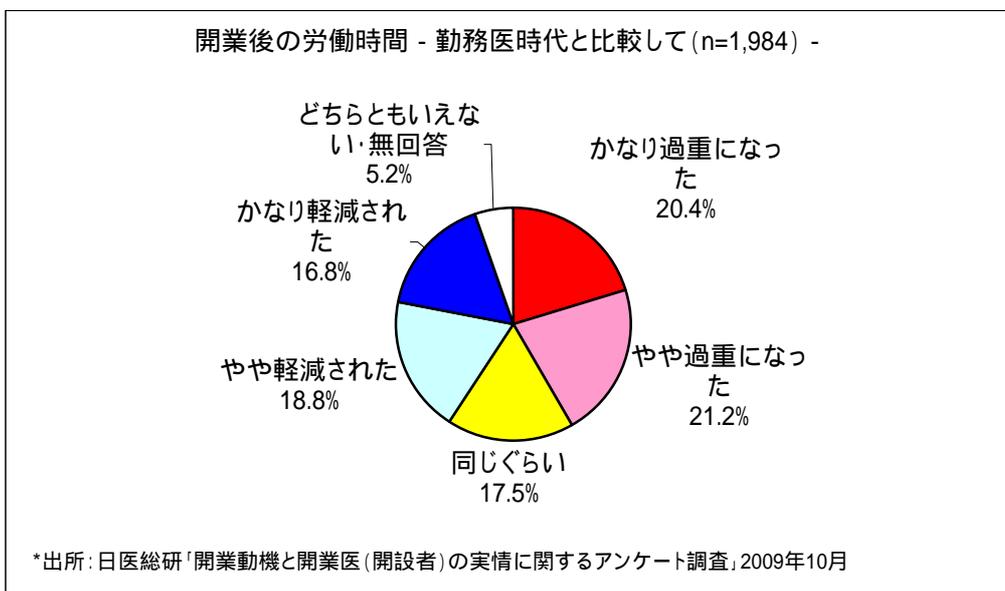
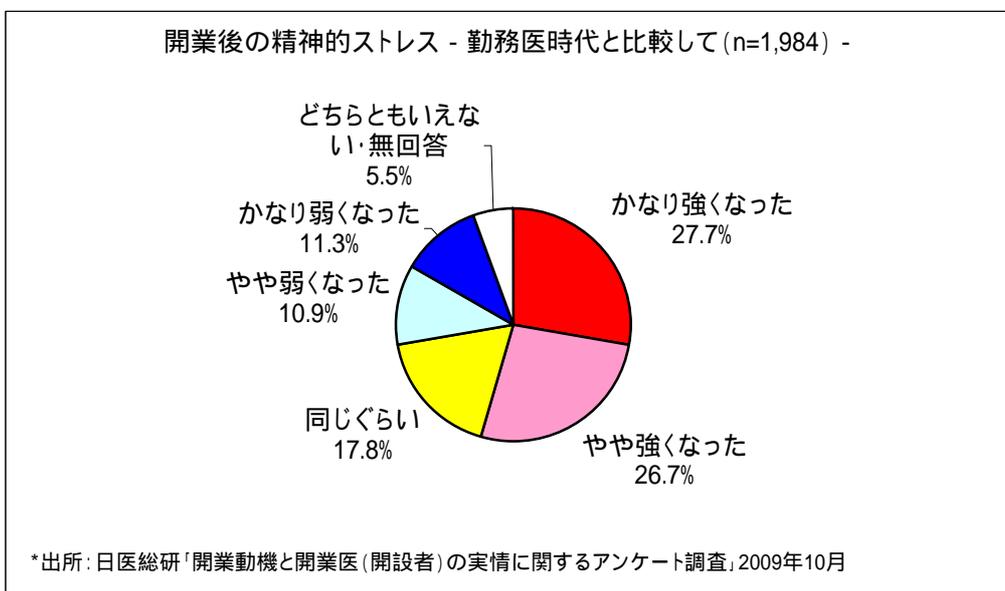


図 2.3.6 開業後の精神的ストレス



2.3.4. 再診料

財務省は行政刷新会議に提出した資料の中で、「基本的な診療料金について、診療所と病院で点数に格差がある例がある」⁸とし、現状の点数のみを示している。そしてここには、診療所の再診料を引き下げて病院と統一しようとする意図が見える（表 2.3.3）。

表 2.3.3 再診料等の違い 財務省が行政刷新会議に提出した資料

財務省が行政刷新会議に提出した資料		
再診料		
	診療所	71点
	病院(200床未満)	60点
(外来診療料)	病院(200床以上)	70点
特定疾患療養管理料		
	診療所	225点
	病院(100床未満)	147点
	病院(100床以上)	87点
	病院(200床以上)	-

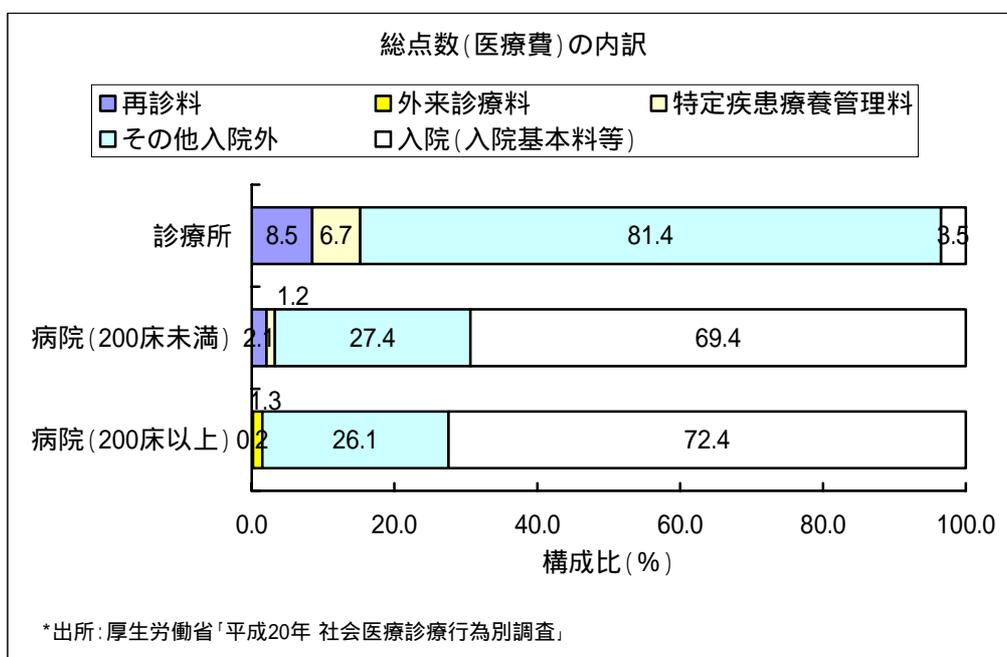
しかし、たとえば再診料については、診療所は外来、病院は入院という機能分担の下で、診療報酬上の評価が行われてきた。したがって、再診料を見直す以前に、まず、診療所、病院、それぞれの機能について、しっかりと議論すべきである。このことは、前回改定時に支払側委員、公益委員からも指摘があったが、今なお不十分である。

⁸ 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

また、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いる。したがって、同じ「再診料」であっても、
その定義はまったく異なる。診療所では再診料だけで総点数の 8.5%を占めてお
り、再診料の意味合いは非常に重い（図 2.3.7）。

財務省は現状の点数格差だけに着目しているが、きわめて一面的である。

図 2.3.7 総点数の内訳



3. まとめ - 診療報酬改定にむけて -

今般の事業仕分けは、「財務省主導」で進められてきた。新政権は、公約で政治主導を掲げている。財務省の一省主導、独走を許すべきではない。

また、報道によれば、財務省は、2010（平成22）年度予算編成で診療報酬を3%程度引き下げる査定方針を明らかにしたとある。そして財務省は、その抑制された財源の中で、配分の見直しを行なおうとしている。

これに対し、厚生労働大臣は診療報酬本体の増額を実現したいと述べている⁹。診療報酬の引き上げはまさに新政権の公約である。新政権には財務省主導を改め、政治主導で、政権公約にあるように診療報酬の増額を必ず実現していただきたい。

しかし、新政権が公約で重視している公的病院への財源の集中投入は認められない。民間医療機関は、公立病院等に比べて、はるかに厳しいコスト削減を行い、地域医療を支えている。また、医療は急性期医療だけではない。急性期、回復期、慢性期、通院、在宅医療など、どれかひとつが綻びても、国民は行き場を失う。地域医療全体が健全化し、より連携を強めることができるよう、日本医師会は診療報酬の全体的な引き上げを求める。

診療報酬の引き上げとともに、日本医師会は、患者一部負担割合の引き下げも要望する。経済環境、雇用環境に回復のきざしが見られず、国民が早期受診を控えているおそれがあるからである。

社会保障は平時の国家安全保障である。新政権が診療報酬の引き上げ、患者一部負担割合の引き下げを実現し、日本の医療を再生させることを期待する。

⁹ 長妻厚生労働大臣「ネットでプラスを実現したい」2009年11月19日、参議院厚生労働委員会