

平成19年11月22日(木)
10時00分～12時00分
霞が関東京會館

第4回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

平成20年度診療報酬改定の基本方針(案)について

(配付資料)

資 料 平成20年度診療報酬改定の基本方針(案)

参 考 資 料 病院勤務医の負担に係る問題について

平成20年度診療報酬改定の基本方針（案）

平成19年 月 日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成20年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- (1) 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠である。
- (2) 今回改定においても、前回改定に際して当部会が策定した「平成18年度診療報酬改定の基本方針」（平成17年11月）に示した「基本的な医療政策の方向性」、「4つの視点」等（別紙参照）を基本的に継承すべきである。
- (3) その上で、地域医療の現状を踏まえ、医師確保対策として、産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることについて、今回診療報酬改定における全体を通じた緊急課題として位置付けるべきである。

2 今回改定の基本方針（緊急課題と4つの視点から）

【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減

産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を図るためには、産科や小児科への重点評価を行いつつ、病院内での取組及び病院が所在する地域での取組を推進することが必要となる。

（産科・小児科への重点評価）

- ア 産科や小児科の診療科における病院勤務医の負担軽減を図る観点から、産科医療については、ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応が充実するよう、また、小児医療については、これまでの評価の充実等も踏まえつつ、特に手厚い体制の専門的な医療を提供する医療機関に対しての評価の在り方について検討するべきである。

(診療所・病院の役割分担等)

イ 病院勤務医の負担軽減や診療所と病院との機能分担と相互連携を進める観点から、診療所における開業時間の夜間への延長が進むための評価や、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する評価の在り方について検討するべきである。

(病院勤務医の事務負担の軽減)

ウ 病院勤務医の負担軽減を重点的に図るためには、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制の充実を促進するための評価の在り方について検討するべきである。

(1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

患者本位の医療を実現するためには、まず患者から見てわかりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。

(医療費の内容の情報提供)

ア 平成18年度診療報酬改定では、保険医療機関に対し医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、さらに、患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行する仕組みの在り方について検討するべきである。

(分かりやすい診療報酬体系等)

イ 平成18年度診療報酬改定では、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組を行ったが、医療費の内容の分かる領収書や明細書の発行の広がりも踏まえ、分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件について、さらに必要な見直しを行うべきである。

(生活を重視した医療)

ウ 患者の生活を重視する視点から、がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価の在り方について検討するべきである。また、例えば、生活習慣病に罹患したサラリーマン等が無理なく継続して受診できるよう、夕刻以降に診療所の開業時間の延長を進めるための評価の在

り方について、検討するべきである（緊急課題のイの一部再掲）。

（保険薬局の機能強化）

エ 診療所の開業時間延長の推進に伴い、患者が必要な医薬品の提供を受けられるようにするため、地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価の在り方について検討するべきである。

※ 「病院勤務医の事務負担の軽減」（緊急課題のウ）は、この(1)の視点にも位置付けられる。

(2) 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを充実していくことが必要である。

（質が高い効率的な入院医療の推進）

ア 医療法改正を踏まえ、病院等の医療機能の分化・連携を図るとともに、医療資源を効果的・効率的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、引き続き、平均在院日数の短縮に取り組んでいくことが必要である。このため、入院医療の評価の在り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の拡大等について、引き続き、検討するべきである。

（質の評価手法の検討）

イ 医療の質については、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側が具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、提供された医療の結果により質を評価する手法についても検討していくべきである。

（医療ニーズに着目した評価）

ウ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、

適切な評価の在り方について検討するべきである。

(在宅医療の推進)

エ 在宅医療については、緩和ケアに関するニーズの高まりなど在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所等を中心とした医療関係者間の連携や、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。

(歯科医療の充実)

オ 歯科診療に関する指針の見直し等を踏まえ、口腔機能を含めた総合的な管理と併せ、歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」(緊急課題のア)、「診療所・病院の役割分担等」(同イ)、「病院勤務医の事務負担の軽減」(同ウ)は、この(2)の視点にも位置付けられる。

(3) 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域については、国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。

(がん医療の推進)

ア 「がん対策推進基本計画」に基づき、がん医療の推進が求められているが、放射線療法や化学療法の普及、がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価の在り方について検討するべきである。

(脳卒中対策)

イ 脳卒中については、高齢化の進展とともに、患者数が急増しており、発症後生命が助かったとしても後遺症が発生する頻度が高いことから、医療計画に沿って、発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。

(自殺対策・子どもの心の対策)

ウ 我が国の自殺者の増加に対応するため、内科等で身体症状を訴える患者でうつ病等の可能性がある場合に精神科医療と連携する取組や、救急外来に搬送された自殺企図者に対して再度の自殺企図の防止のための精神科医を含めた総合的な診療が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。

また、子どもの心の問題については、必要な医療が十分に提供されるよう、長時間や長期間にわたることが多い外来診療や、心の問題を専門に取り扱う医療機関についての評価の在り方について検討するべきである。

(医療安全の推進と新しい技術等の評価)

エ 医療の基礎である医療安全の更なる向上の観点から、このための新しい取組等に対する評価の在り方を検討するべきである。また、医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。

(イノベーション等の評価)

オ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策について検討するべきである。

(オンライン化・IT化の促進)

カ 保険医療機関においては、レセプトのオンライン化が段階的に義務付けられることとなっており、これを含めたIT化は、患者、医療機関、保険者、審査支払機関等それぞれにメリットがある。オンライン化が義務付けられる時期が到来していない保険医療機関において、引き続き、オンライン化への対応を含めたIT化が積極的に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」(緊急課題のア)、「病院勤務医の事務負担の軽減」(同ウ)は、この(3)の視点にも位置付けられる。

(4) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。

(新しい技術への置換え)

ア 医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討すべきである（(3)のエの一部再掲）。

(後発品の使用促進等)

イ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策について検討すべきである（(3)のオの再掲）。

(市場実勢価格の反映)

ウ 医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

(医療ニーズに着目した評価)

エ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討すべきである（(2)のウの再掲）。

(その他効率化や適正化すべき項目)

オ 平成18年度診療報酬改定においては、コンタクトレンズに係る診療等に関して適正化を行ったところであるが、実態を十分に踏まえて、さらに効率化・適正化すべきと認められる項目については、適正な評価を行うよう検討すべきである。

3 後期高齢者医療の診療報酬体系

後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」（平成19年10月10日。後期高齢者医療の在り方に関する特別部会）が定められたところであるが、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）においては、この趣旨を十分に踏まえた上で審議が進められることを希望する。

4 終わりに

中医協におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

平成18年度診療報酬改定の基本方針(抄)

平成17年11月25日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方(抄)

- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
 - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき適切な選択を行うなど患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
 - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質(QOL)を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
 - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、経済・財政とも均衡がとれ、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。

- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
 - ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点
 - ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
 - ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
 - ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。

- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

病院勤務医の負担に係る問題について

項目

- 1 病院勤務医の負担に係る問題について(まとめ)・・・ P 1
- 2 病院勤務医数の推移等 P 2
- 3 都道府県別の医師数等 P 4
- 4 病院勤務医の勤務時間等 P11
- 5 病床規模別外来数 P13
- 6 勤務医の負担増の理由等 P14
- 7 病院における休止した診療科の状況 P17
- 8 救急について P18
- 9 小児科について P22
- 10 産婦人科について P25
- 11 緊急医師確保対策について P28

病院勤務医の負担に係る問題について(まとめ)

1 病院勤務医数の変遷

- (1) 病院勤務医数の増加率は、診療所勤務医数の増加率と比較して、近年少なくなっている。
(平成10年から平成16年までの増加率:病院勤務医6.9%、診療所勤務医10.9%)
- (2) 病院勤務医を診療科別に見ると、小児科は微増しているが、産婦人科は減少しており、診療科間で異なる傾向が見られている。

2 病院勤務医の勤務時間

- (1) 病院勤務医は診療所勤務医に比べて、勤務時間が長い傾向がある。
 - ・ 病院勤務医:自己研修、休憩等を除いた勤務時間 平均48時間/週
:自己研修、休憩等を含めた勤務時間 平均63時間/週
 - ・ 診療所勤務医:自己研修、休憩等を除いた勤務時間 平均40時間/週 弱
- (2) 病院勤務医の外来にかかる時間は、自己研修、休憩等を含めた勤務時間のうち、約1/4を占める。

3 時間外の対応

救急搬送の内訳としては、軽症の割合が多く、18時以降も通常の診療時間帯と同様に多くの救急搬送に対応している。

4 病院勤務医の負担の原因(日本病院会「勤務医に関する意識調査報告」、厚生労働省「医師需給に係る医師の勤務状況調査」の結果より)

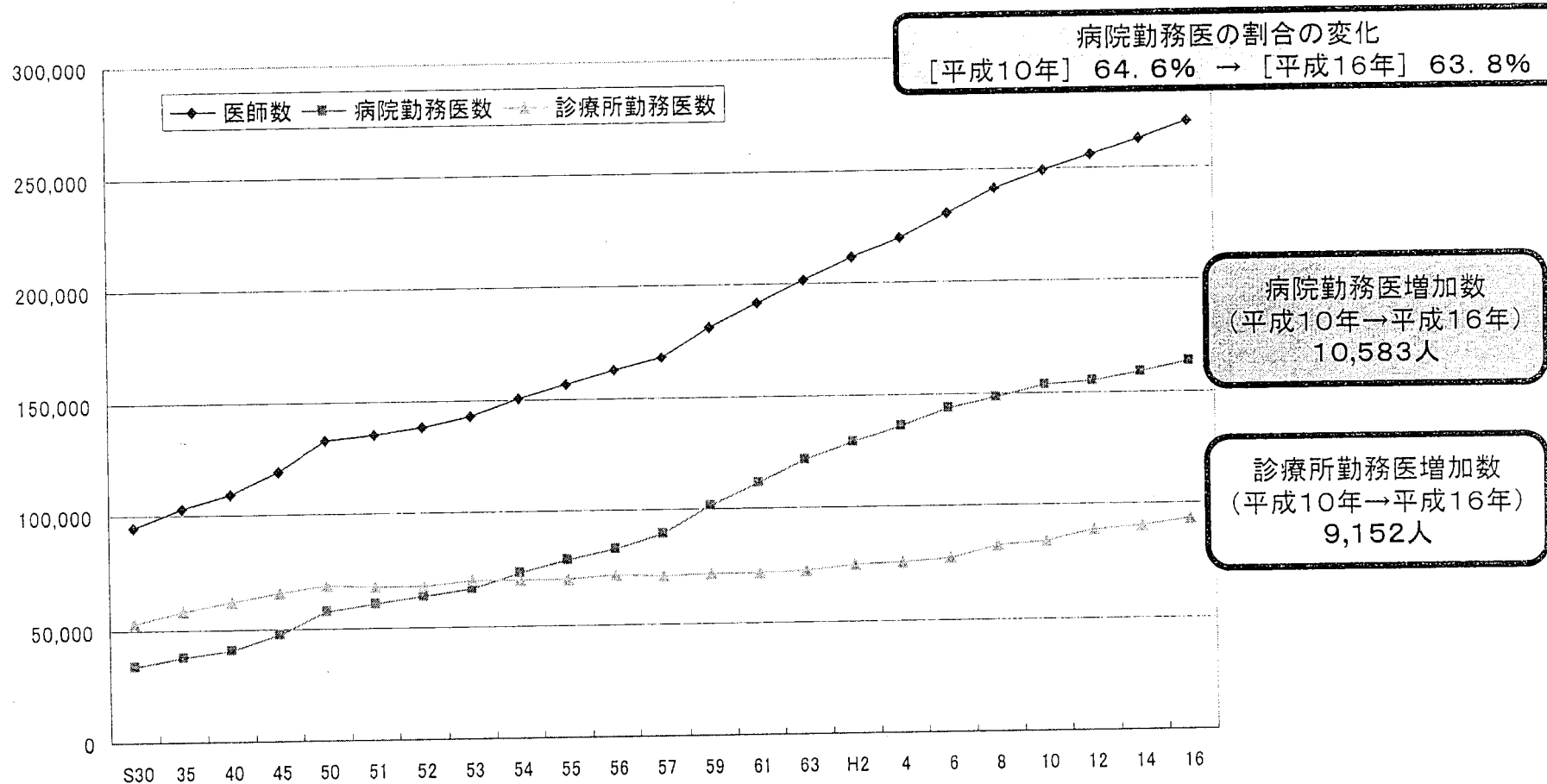
病院勤務医の負担が増えている人の割合は、増加しており、その理由として

①患者・診療時間の増加、②書類への対応、③診療外業務(会議等)の増加 等があった。

また、負担を減らす方法として、①医師を増やすことの他に、②医師以外の職員に業務を移すこと等があった。

医師数の年次推移

○ 平成10年から平成16年において、病院勤務医は10,583名(6.9%)、診療所勤務医数は9,152名(10.9%)増加。(病院・診療所の合計では19,735人(8.3%)増加)

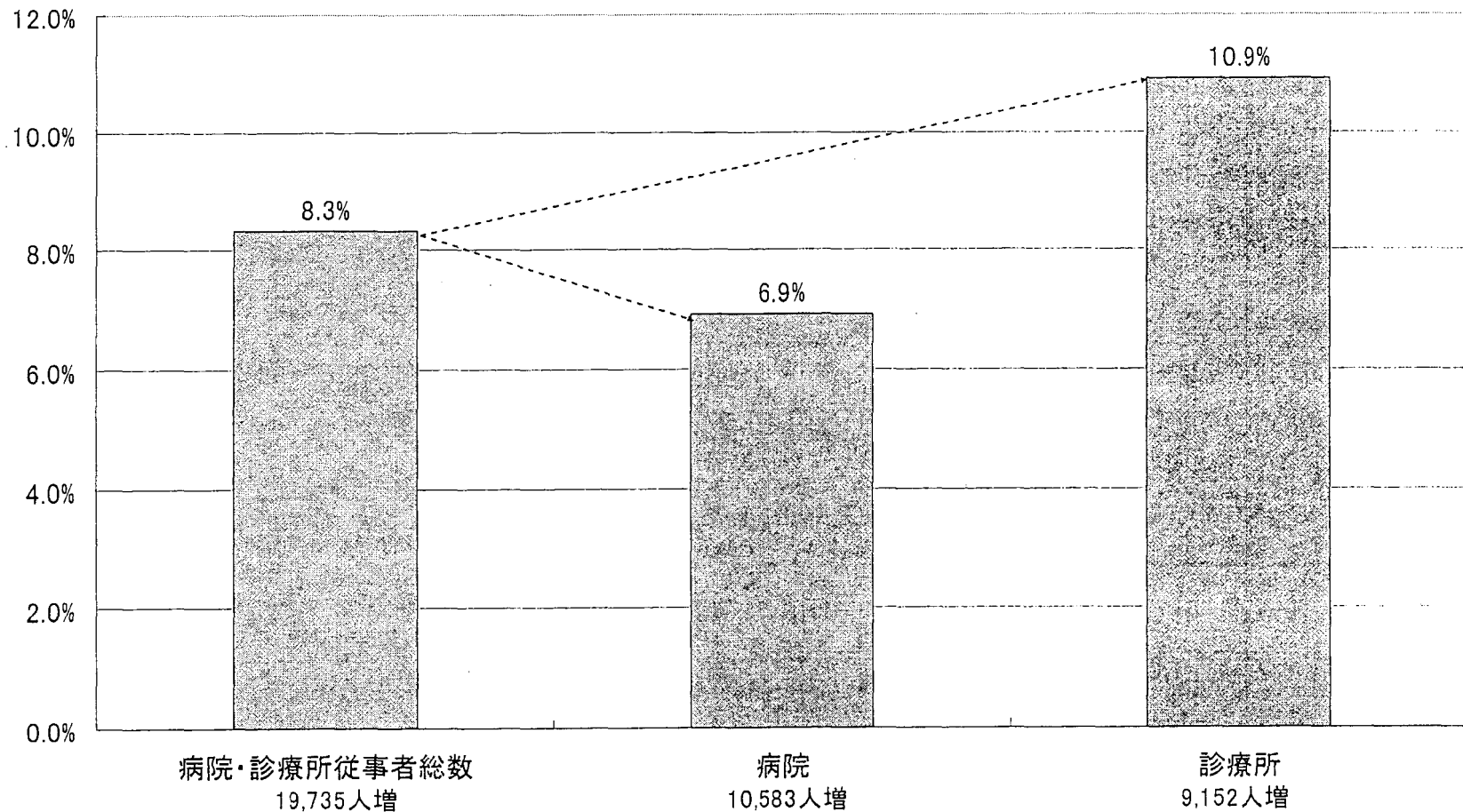


平成16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

病院・診療所の勤務医師数の変化

- 平成10年から平成16年において、病院勤務医師は10,583名(6.9%)、診療所勤務医師数は9,152名(10.9%)増加しており、病院勤務医師数の増加率は、診療所勤務医師の増加率と比較して、近年少なくなっている。
- なお、病院・診療所の合計では19,735人(8.3%)増加。【平成10年から平成16年の医師数の変化】

平成10年から平成16年にかけての医師数の増加率



都道府県別にみた人口10万人対医師数

- 都道府県別に見て、人口10万人対医師数は134.2(埼玉県)から282.4(徳島県)まで存在。
(人口10万人対従事医師数で見ると、129.4(埼玉県)から264.2(東京都)まで存在。)
- しかし、平成10年から16年において、東京都、大阪府の医師が顕著に増加している事実はなく、医師が大都市に一極集中しているとまでは必ずしもいえない。

	平成10年	平成16年	
	(総医師数)	(総医師数)	(従事医師数)
全国	196.6	211.7	201
北海道	192.8	216.2	203.6
青森	168.3	173.7	164
岩手	168.8	179.1	167.9
宮城	184.7	201	188
秋田	177.1	193.2	181.9
山形	177.2	198.8	184.2
福島	167.5	178.1	171
茨城	136.4	150	142.3
栃木	181	200.2	189.8
群馬	187.9	201.4	192.2
埼玉	116.5	134.2	129.4
千葉	138.3	152	146
東京	264.4	278.4	264.2
神奈川	164.2	174.2	167.4
新潟	168.8	179.4	166.9
富山	207.6	230.4	213.6
石川	253.5	252.8	238.8
福井	197.1	212.4	202.7
山梨	180.8	193	186.8
長野	171.9	190.9	181.8
岐阜	156.8	171.3	165
静岡	157.7	174.9	168.5
愛知	175	184.9	174.9

	平成10年	平成16年	
	(総医師数)	(総医師数)	(従事医師数)
三重	175.6	184.3	176.8
滋賀	176.3	200.8	189.7
京都	262.9	274.8	258.3
大阪	228.9	244.6	231.2
兵庫	193.7	207.1	197.3
奈良	180.2	204.3	196.7
和歌山	221.4	247.8	236.8
鳥取	255.8	280.6	258.3
島根	228.1	253	238.1
岡山	237	258.8	246.3
広島	222.9	237	224.9
山口	216.6	237.9	224.1
徳島	263.3	282.4	262.4
香川	233.7	249.7	236.6
愛媛	219.3	233.2	223.9
高知	258.3	273.6	261.4
福岡	252.1	268	253.2
佐賀	209.7	228.2	216.4
長崎	237.8	262.5	247.2
熊本	239.7	247.5	235.4
大分	219.4	238.5	226.9
宮崎	199.2	218.4	206.9
鹿児島	211.7	224.3	212.9
沖縄	176.6	204.9	196.3

	人口10万人対医師数の 平成10年→平成16年の増加率
全国	107.7%(196.6 → 211.7)
東京	105.3%(264.4 → 278.4)
大阪	106.9%(228.9 → 244.6)
愛知	105.7%(175.0 → 184.9)

(参考) 総医師数

全国平均 … 211.7人
 最大都道府県 … 徳島県(282.4人)
 最小都道府県 … 埼玉県(134.2人)

最大と最小の差は、約2.1倍

出典: 厚生労働省大臣官房統計情報部
 平成16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

注) 総医師数…医師・歯科医師・薬剤師調査に届け出た全ての医師の数
 従事医師数…総医師数のうち、医療機関(病院・診療所)に勤務する医師の数

二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数

各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域が見られる。

平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差
北海道	203.6	上川中部	284.6	3.0倍	石川県	238.8	石川中央	303.0	2.4倍	岡山県	246.3	県南東部	282.6	2.2倍
		根室	95.8				能登北部	124.4				高梁・阿新	127.4	
青森県	164	津軽地域	241.6	2.6倍	福井県	202.7	福井・坂井	276.2	2.6倍	広島県	224.9	呉	276.3	1.6倍
		西北五地域	94.7				奥越	104.9				広島中央	174.3	
岩手県	167.9	盛岡	247.4	2.4倍	山梨県	186.8	甲府地区	311.5	3.3倍	山口県	224.1	宇部・小野田	364.9	2.3倍
		二戸	102.7				東部	93.8				萩	159.9	
宮城県	188	仙台	291.6	6.5倍	長野県	181.8	松本	295.5	2.6倍	徳島県	262.4	東部Ⅰ	302.0	1.7倍
		黒川(※1)	45.1				木曾	114.5				西部Ⅱ	179.2	
秋田県	181.9	秋田周辺	250.4	2.5倍	岐阜県	165	岐阜	213.7	1.8倍	香川県	236.6	高松	301.8	2.2倍
		湯沢・雄勝	101.0				中濃	120.2				小豆	140.3	
山形県	184.2	村山	225.6	1.8倍	静岡県	168.5	西遠	219.8	2.6倍	愛媛県	223.9	松山	267.9	1.6倍
		最上	126.3				北遠	84.7				今治	165.8	
福島県	171	県北	223.4	2.2倍	愛知県	174.9	尾張東部	317.1	4.9倍	高知県	261.4	中央	293.8	1.9倍
		南会津	99.4				尾張中部	64.2				高幡	151.4	
茨城県	142.3	つくば	322.2	4.0倍	三重県	176.8	中勢伊賀	228.5	1.6倍	福岡県	253.2	久留米	385.9	3.1倍
		常陸太田・ひたちなか	80.1				東紀州	145.4				京築	126.0	
栃木県	189.8	県南	235.7	2.0倍	滋賀県	189.7	大津	307.4	2.8倍	佐賀県	216.4	中部	277.8	1.9倍
		県西	118.4				甲賀	110.4				西部	149.9	
群馬県	192.2	前橋	368.6	2.8倍	京都府	258.3	京都・乙訓	341.4	3.3倍	長崎県	247.2	長崎	318.4	3.0倍
		太田・館林	131.8				山城南	104.2				上五島	106.0	
埼玉県	129.4	西部第二	222.3	2.6倍	大阪府	231.2	大阪市	315.2	1.9倍	熊本県	235.4	熊本	352.8	3.2倍
		児玉	84.8				中河内	163.5				阿蘇	109.9	
千葉県	146	安房	253.4	3.0倍	兵庫県	197.3	神戸	254.9	2.0倍	大分県	226.9	別府遠見	295.0	2.3倍
		夷隅長生	84.3				西播磨	128.7				東国東	128.6	
東京都(※3)	264.2	区中央部(※2)	1,190.6	9.6倍	奈良県	196.7	中和	236.5	1.6倍	宮崎県	206.9	宮崎東諸県	283.3	2.5倍
		西多摩	123.5				西和	146.4				西都児湯	114.4	
神奈川県	167.4	川崎南部	232.8	2.0倍	和歌山県	236.8	和歌山	313.3	2.1倍	鹿児島県	212.9	鹿児島	319.9	3.2倍
		県央	116.6				那賀	146.8				熊毛	100.0	
新潟県	166.9	新潟	311.2	3.1倍	鳥取県	258.3	西部	351.9	2.0倍	沖縄県	196.3	南部	235.2	1.6倍
		十日町	99.6				中部	176.7				宮古	149.7	
富山県	213.6	富山	257.7	1.5倍	島根県	238.1	出雲	360.1	2.7倍					
		新川	167.5				雲南	133.4						

※1 黒川(大和町、大郷町、富谷町、大衡村)

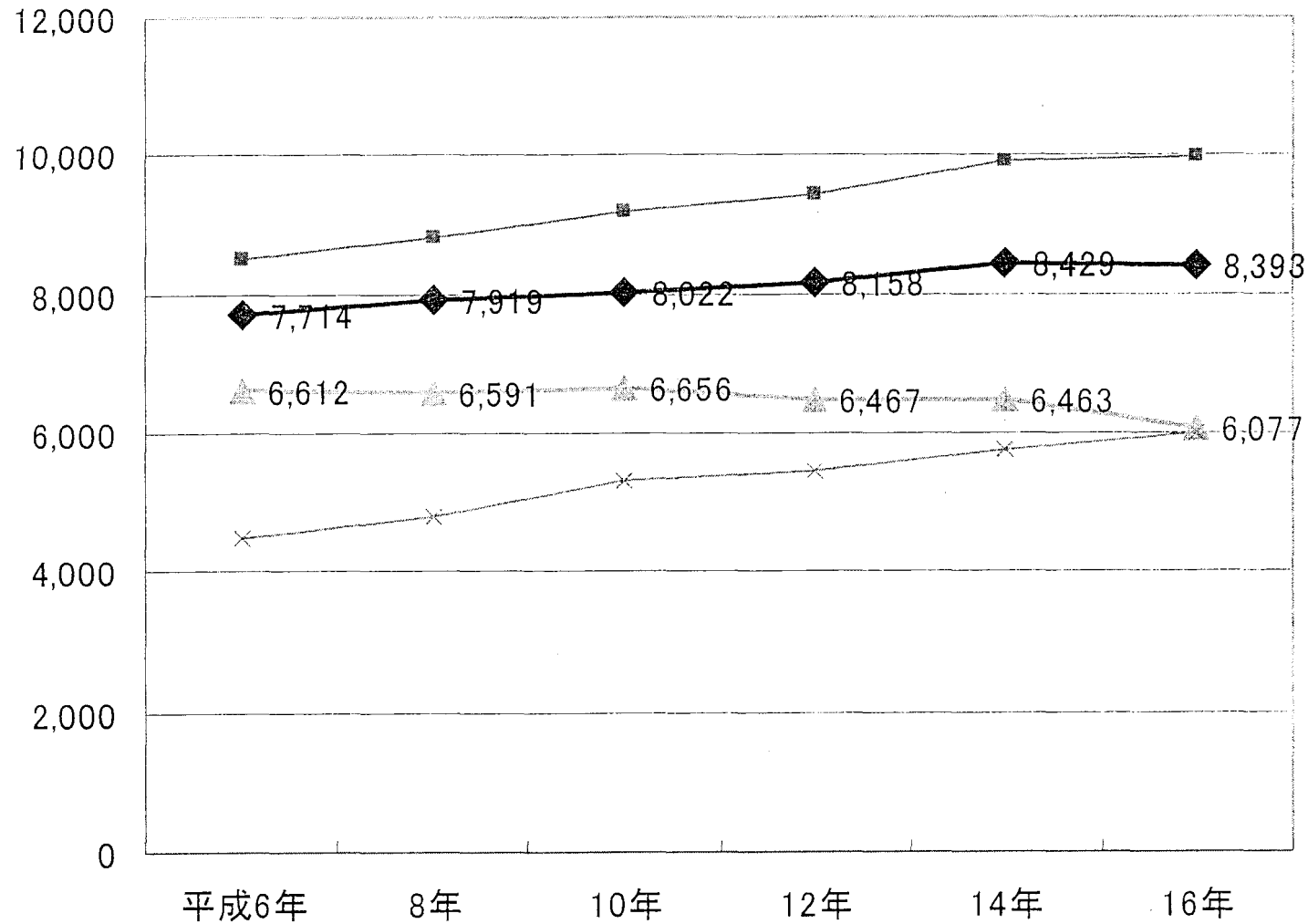
※2 区中央部(千代田区、中央区、港区、文京区、台東区)

※3 島しょ医療圏を除く。

主たる診療科別の病院勤務医数の年次推移

病院に勤務する小児科医は微増、産婦人科医は減少傾向

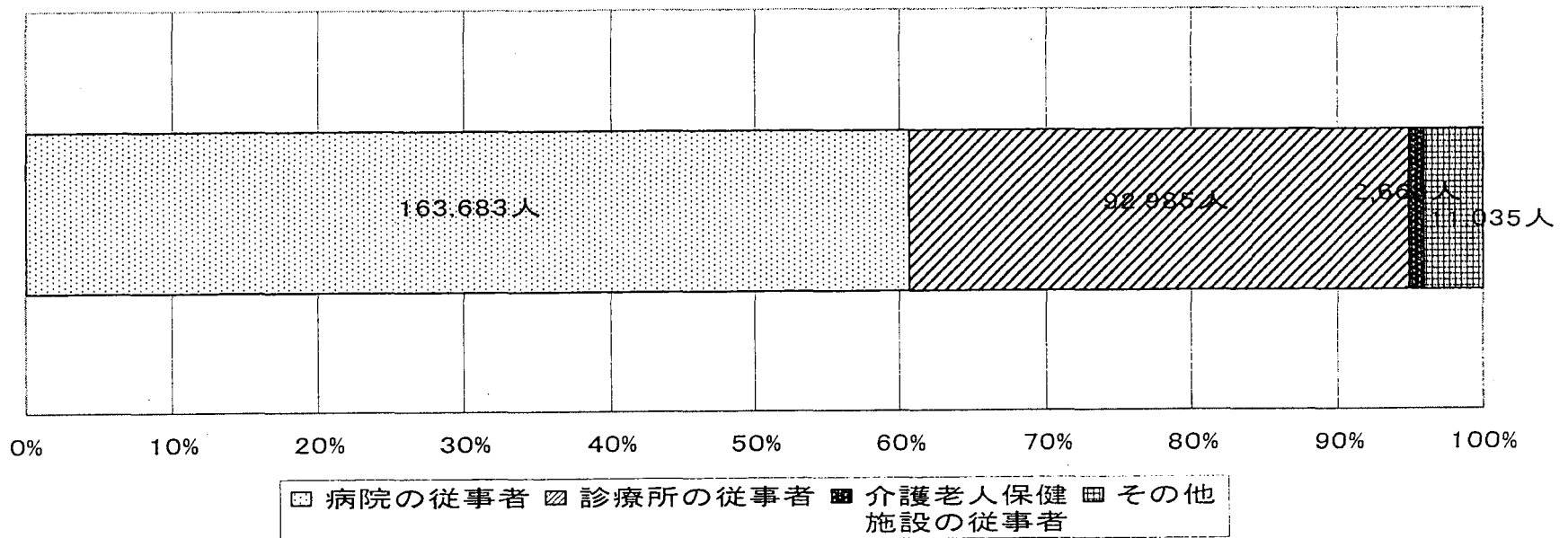
※ 内科・外科を除く
 内科: 34,788人(H16)
 外科: 18,147人(H16)



平成16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

施設別の医師の構成割合

医師届出数	病院の従事者		診療所の従事者	介護老人保健施設の従事者	その他
		医育機関付属の病院の従事者			
270,371人	163,683人	43,423人	92,985人	2,668人	11,035人
100.0%	60.5%	16.1%	34.4%	1.0%	4.1%



平成16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

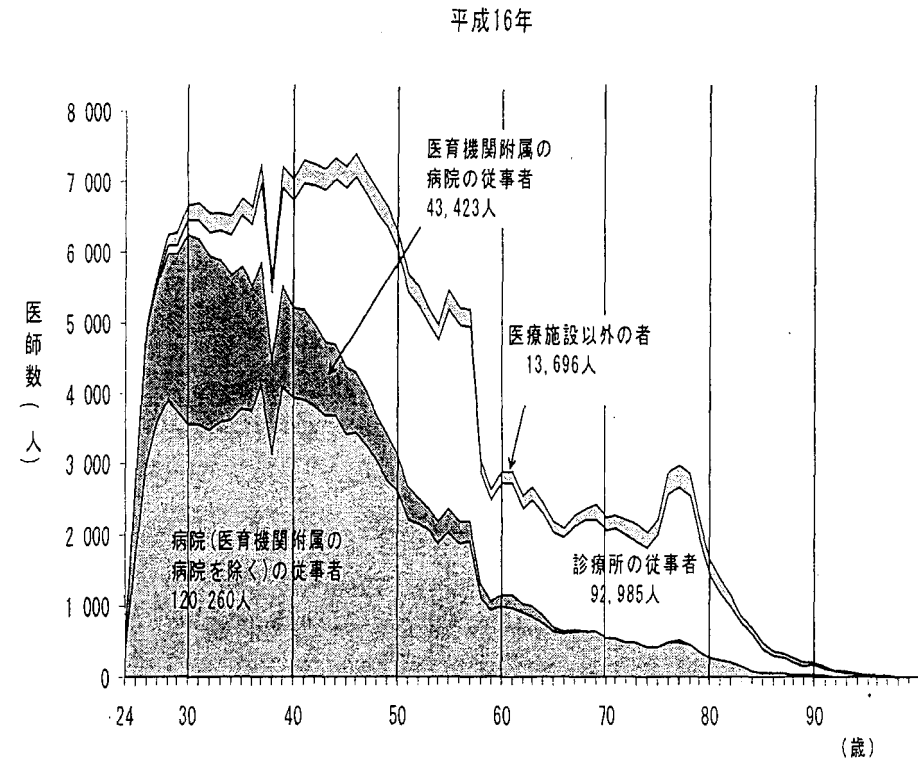
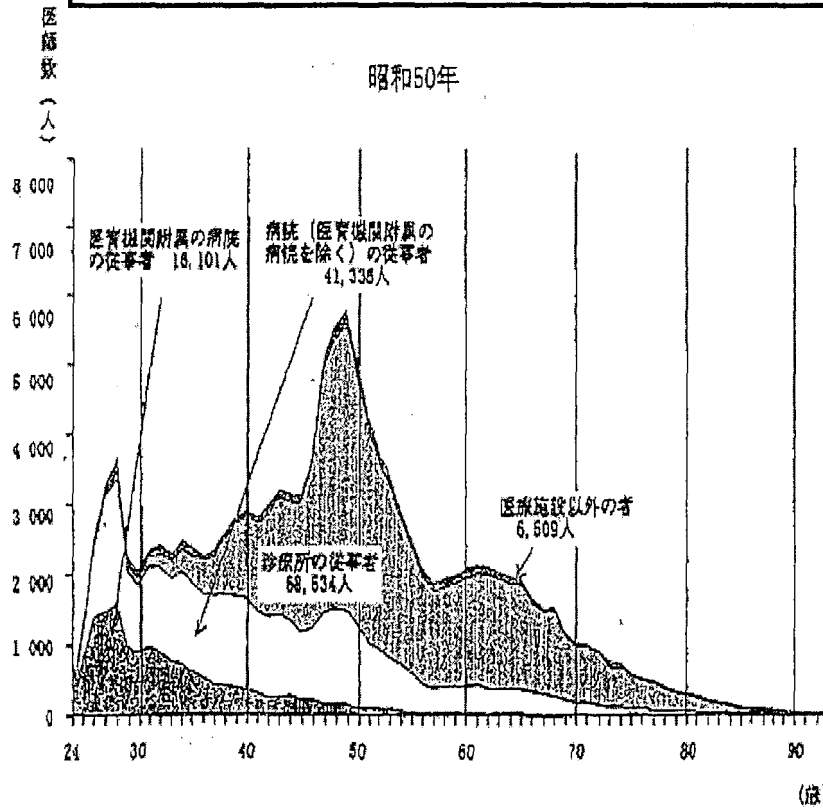
病院の新入院患者数・手術数と医師数との関係

	平成14年 ①	平成17年 ②	増減数(②-①)	増加率
一般病院数 (一般病床を有する病院)	8,116	7,952	-164	-2.0%
新入院患者数(一般病床)	12,889,614	13,338,638	449,024	3.5%
全身麻酔件数 (静脈麻酔は除く)	148,543	167,744	19,201	12.9%
手術実施件数 (開頭・人工心肺・悪性腫瘍)	40,998	46,721	5,723	14.0%
悪性腫瘍手術実施件数(再掲)	31,563	36,569	5,006	15.9%
平均在院日数(一般病床)	22.2	19.8	-2.4	-10.8%
一般病院の病床利用率	80.1%	79.4%	-0.7%	-0.9%
一般病院の医師数	166,291	171,876	5,585	3.4%

- ・ 新入院患者数は各年間の患者数 (病院報告)
- ・ 全身麻酔・手術実施件数は9月中に一般病院で実施した件数(医療施設調査)
- ・ 医師数は10月1日現在のもの(常勤換算) (病院報告)

施設種別の医師数(年齢別)

○ 1県1医大制度により、多くの医師が養成されたが、その初期の世代は、平成16年データでは50歳代中～後半に相当し、病院勤務から診療所勤務へシフトしている。

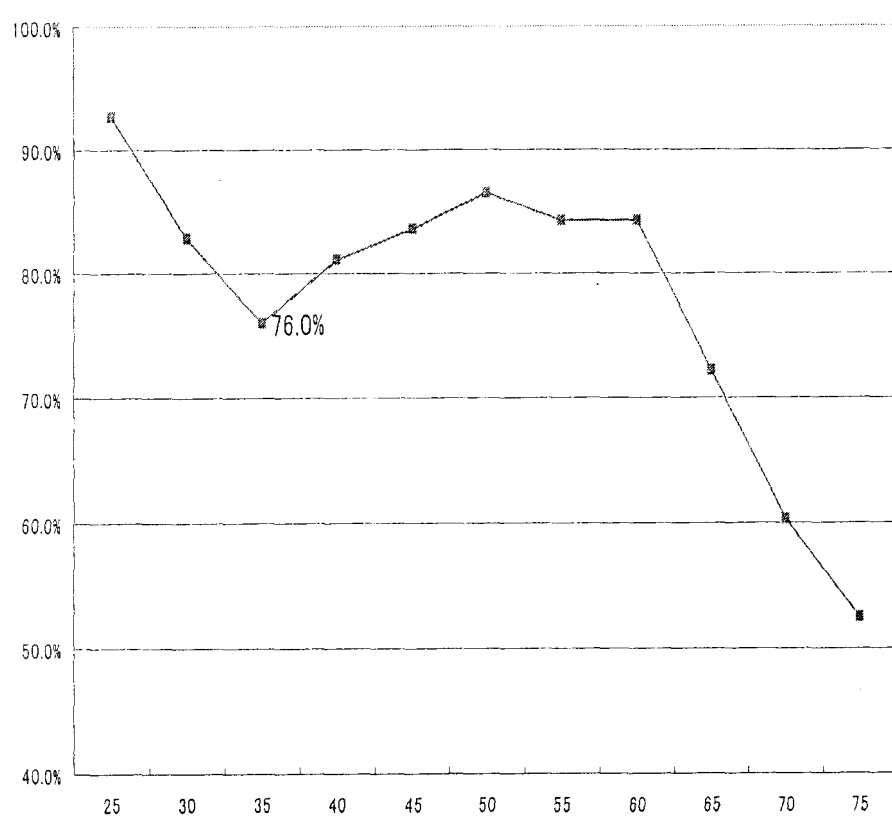


	病院従事者 (医育機関除く)	医育機関従事者	診療所従事者	医療施設以外の者
昭和50年	41,335	16,101	68,534	6,509
平成16年	120,260	43,423	92,985	13,696
増加割合	2.9	2.7	1.4	2.1

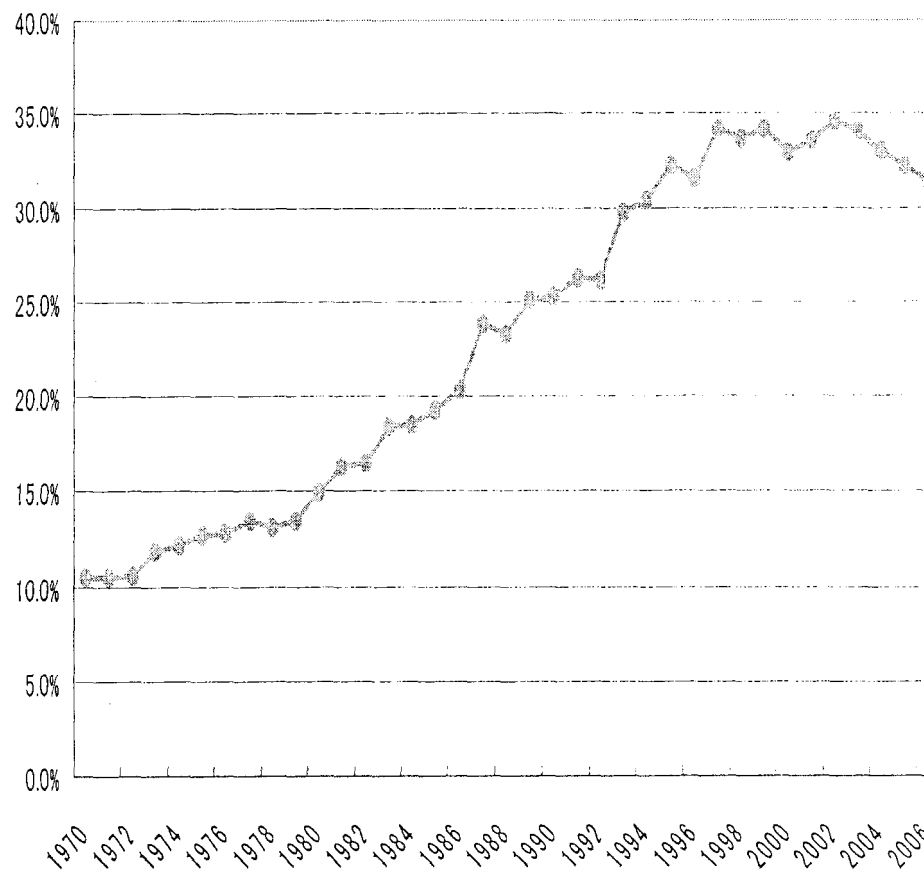
医師・歯科医師・薬剤師調査

女性医師の就業状況

女性医師の就業率



医学部入学者数に占める女性の割合

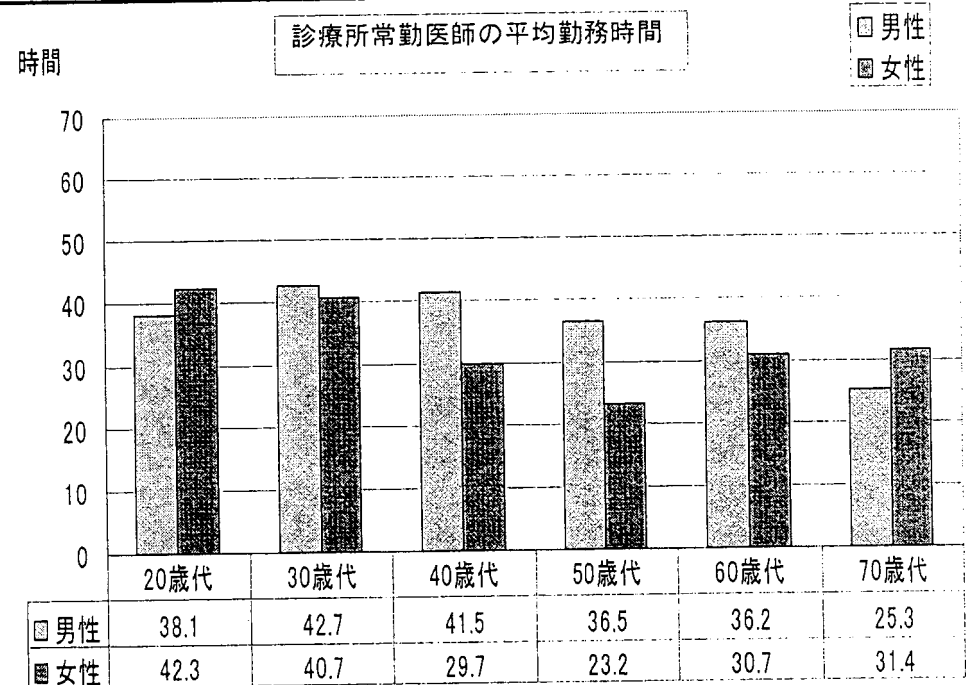
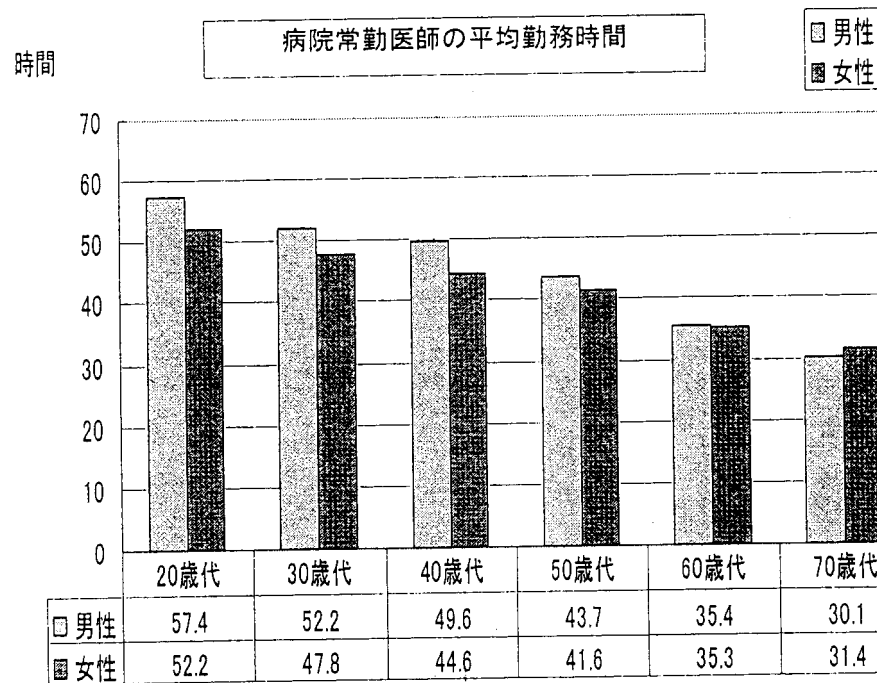


(注) 医師が25歳で卒業すると仮定した場合の就業率である。
 「日本の医師需給の実証的調査研究」(主任研究者 長谷川敏彦)

文部科学省 学校基本調査

「医師需給に係る医師の勤務状況調査」による医師の勤務時間

- 医師の勤務時間について調査を行い、233病院から、病院常勤医師4077人の有効回答を得、650診療所から、診療所常勤医師536人の有効回答を得た。
- 医師が医療機関に滞在する時間のうち、診療・教育・会議等の時間を合計し、休憩時間・自己研修・研究等を除いたものを勤務時間とすると、年齢階級別の勤務時間は下記の通りであった。
(病院常勤医師の平均勤務時間は平均で週48時間であるが、診療所常勤医師の平均勤務時間は平均すると週40時間を下回っている。)
- 休憩時間や自己研修・研究等に充てた時間を含めた滞在時間を勤務時間とすると、病院常勤医師の場合、平均すると合計で週63.3時間であった。

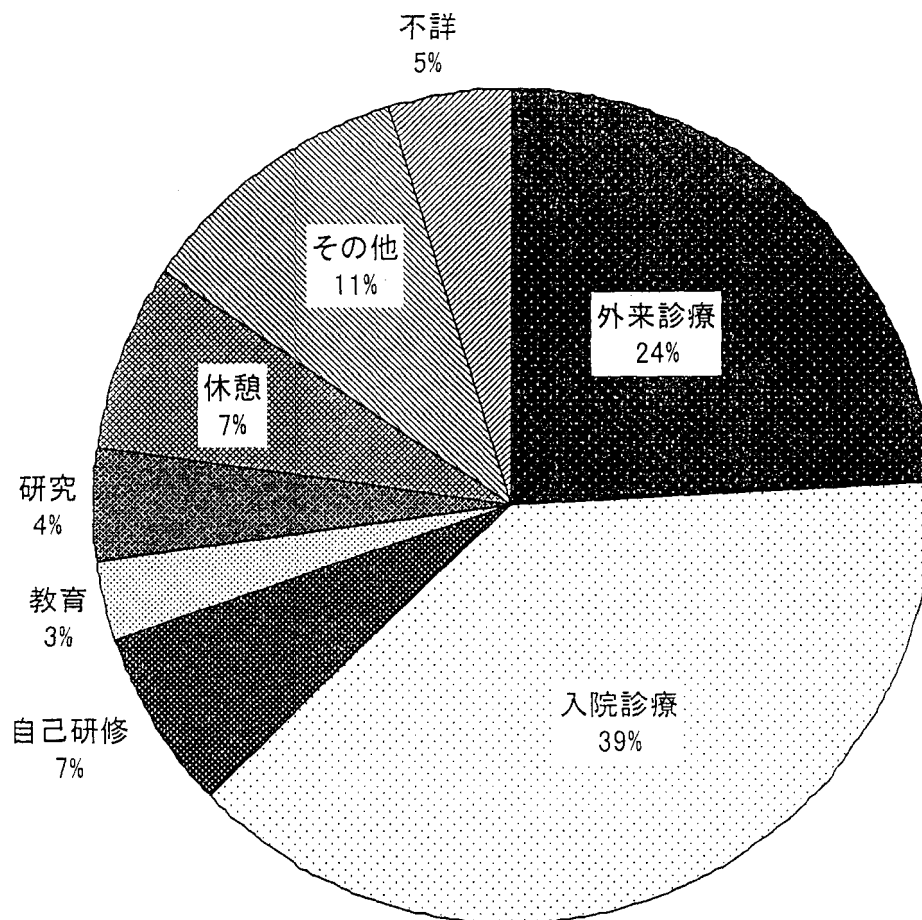


平成18年3月 医師需給に係る医師の勤務状況調査

(調査期間は、平成17年末から平成18年初頭のうち任意の1週間である。) 11

病院勤務時間(自己研修、休憩等を含めた滞在時間)の内訳
 (常勤のみ)(勤務時間毎の平均時間/週)

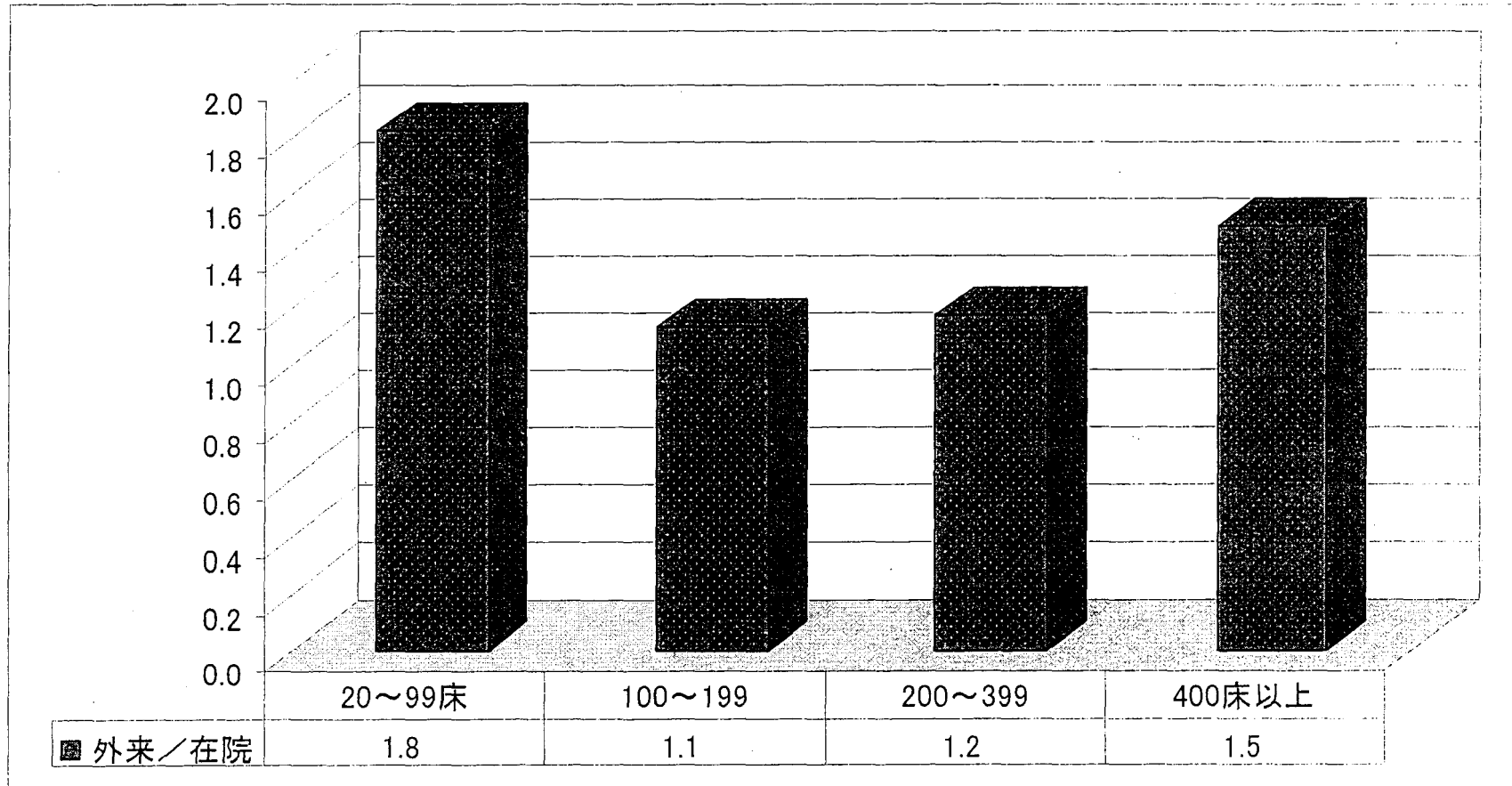
	勤務時間
外来診療	15.3
入院診療	24.4
自己研修	4.4
教育	2.0
研究	2.7
休憩	4.7
その他	6.8
不詳	3.0
計	63.3



平成18年3月 医師需給に係る医師の勤務状況調査

病床規模別の外来患者／在院患者について

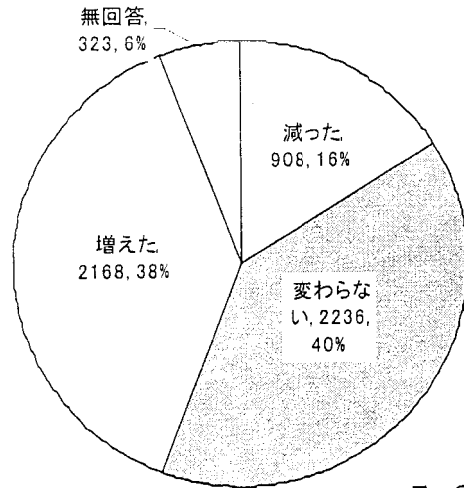
- 診療所の規模に近い医療機関については、1日当たり外来患者／在院患者は大きいものの、400床以上になると病床数が多くなるにつれ、外来患者／在院患者が大きくなり、大規模な医療機関になるほど外来患者への対応が多くなること示される。



平成17年 医療施設調査

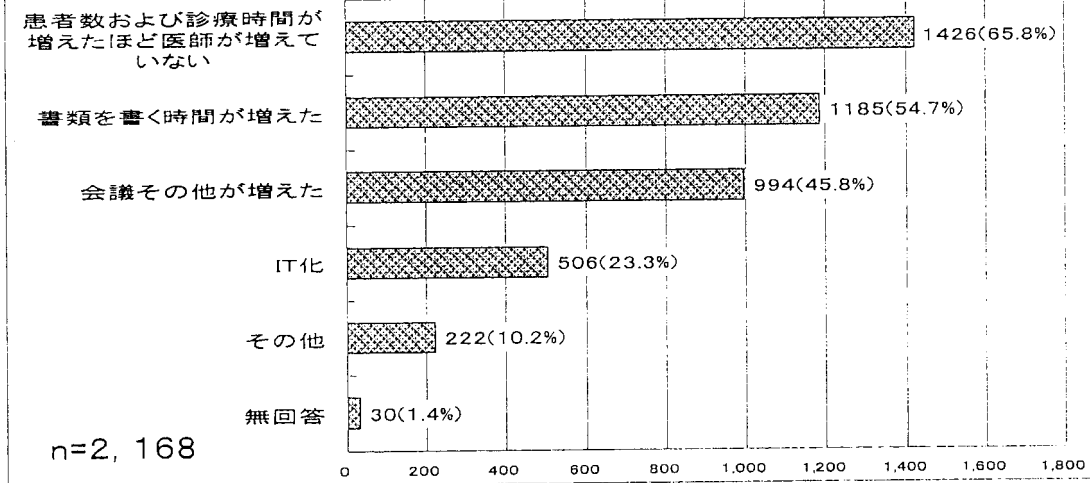
病院勤務医の負担が増えた理由

5年前と比較した勤務時間



n=5,635

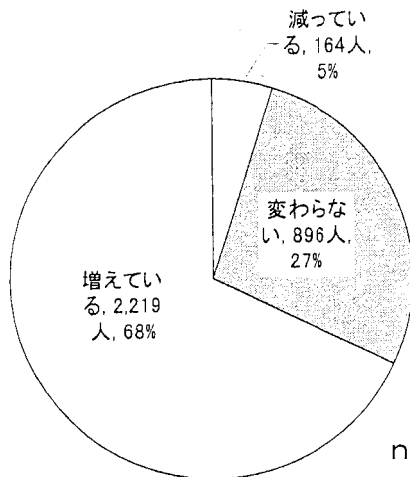
増えている理由



n=2,168

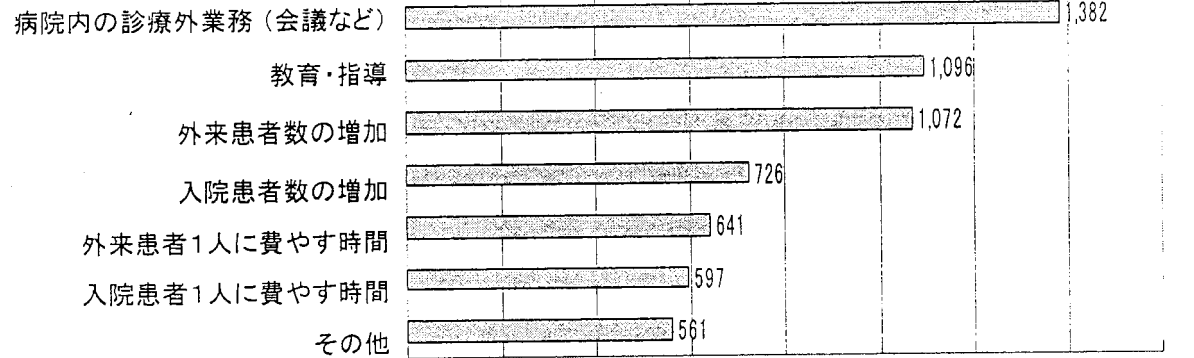
平成19年3月 日本病院会 勤務医に関する意識調査報告

3年前と比較した勤務負担



n=3,279

増えている理由

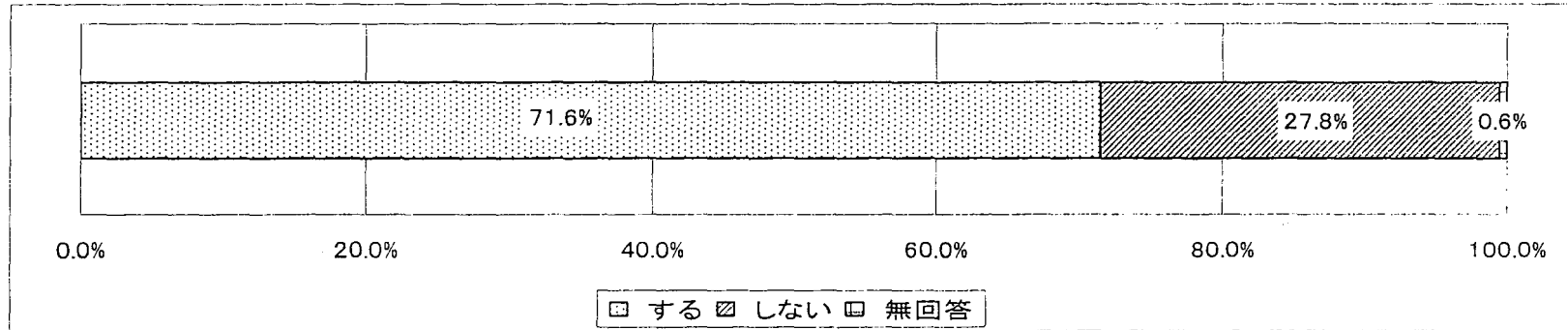


n=2,219

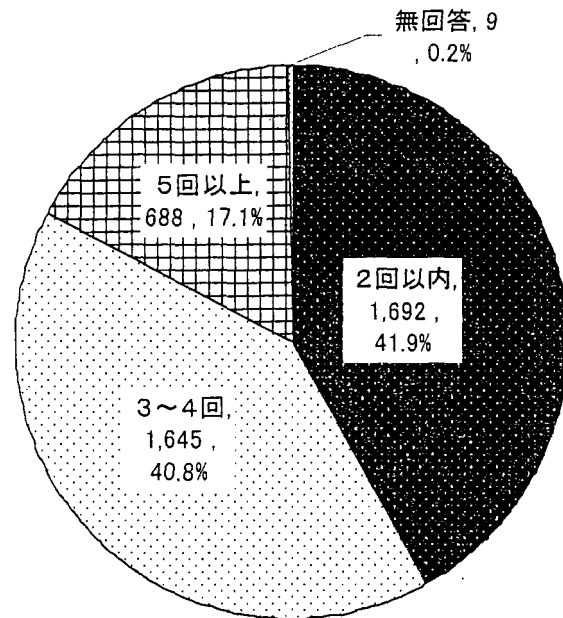
平成18年3月 医師需給に係る医師の勤務状況調査（中間報告2）

夜間当直の状況

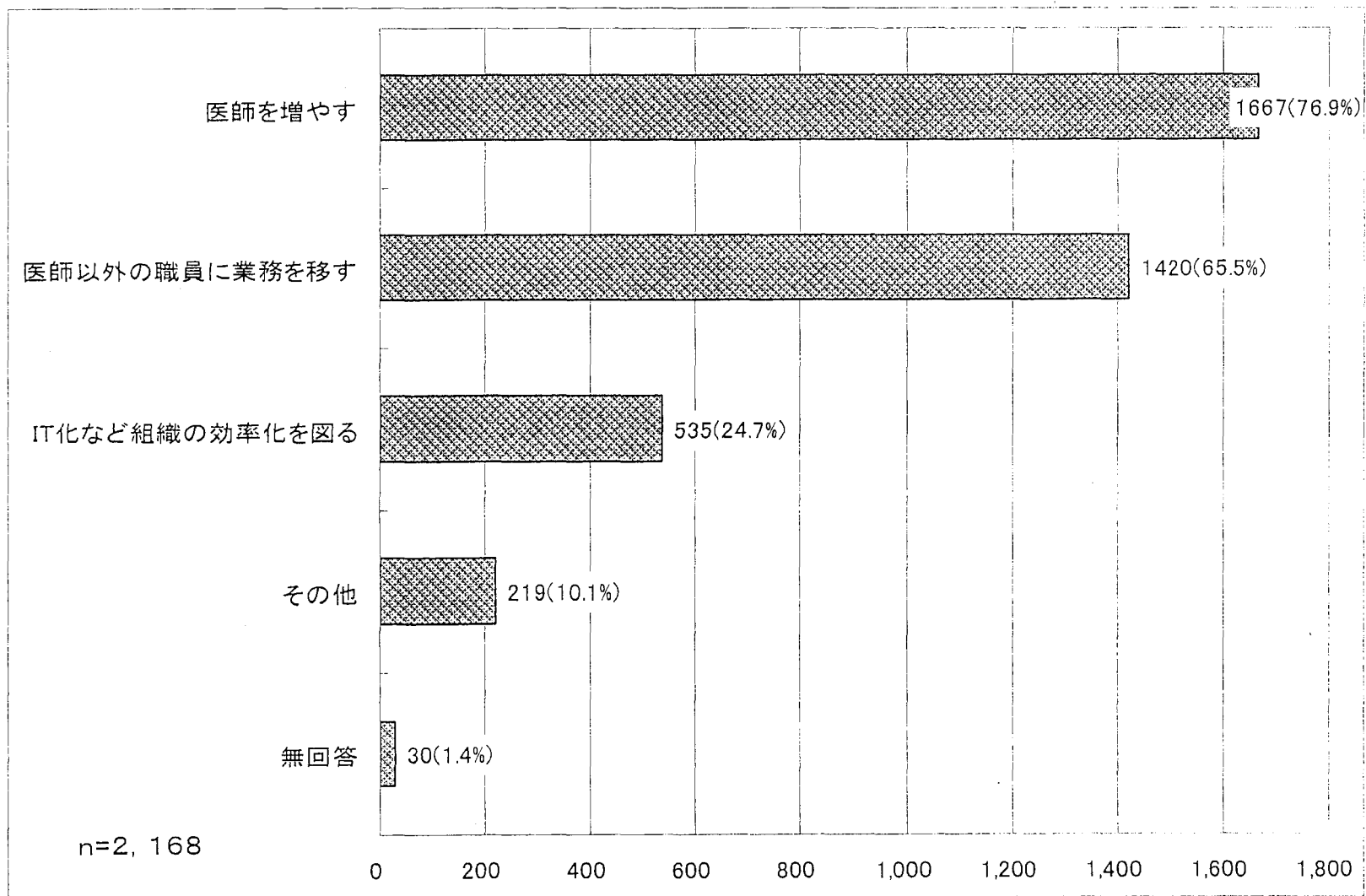
夜間当直の実施割合 n=5,635



夜間当直の実施回数（1ヶ月平均回数）



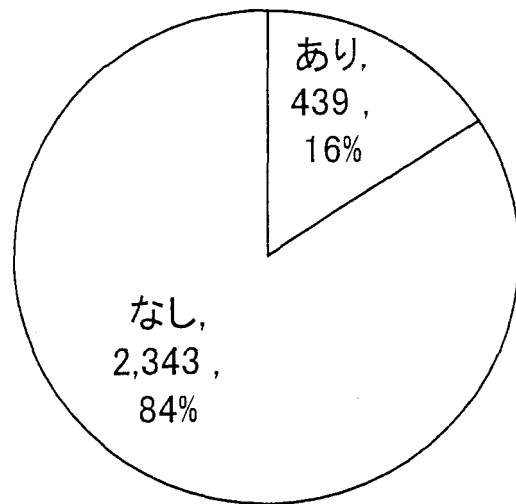
勤務医の負担を減らすにはどうしたらよいか



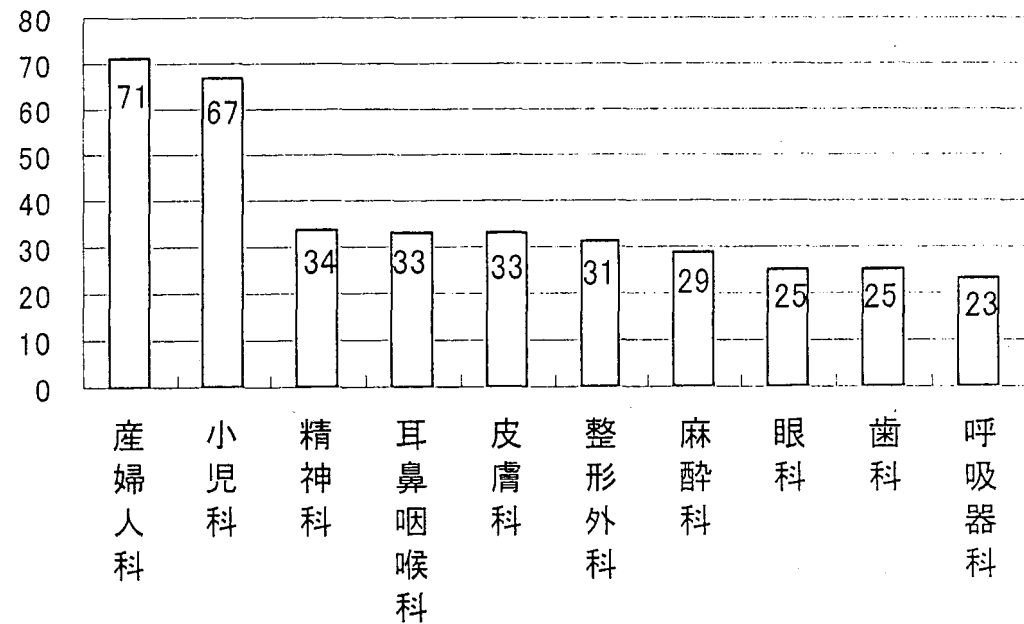
平成16年度以降に休止した診療科の状況

○ 回答のあった2,782病院のうち、平成16年度以降に診療科を休止した病院は439病院(16%)であった。診療科別にみると、産婦人科(71件)、小児科(67件)が多かった。

平成16年度以降に休止した診療科



平成16年度以降に休止した診療科(上位10件)



平成19年10月 日本病院団体協議会「病院経営の現況調査」

救急について

救急医療体系図

救命救急医療(24時間)

- ・救命救急センター(186カ所)
- ・新型救命救急センター(16カ所)

平成19年3月31日現在

- ・総合周産期母子医療センター(64カ所)
- ・地域周産期母子医療センター(210カ所)

平成19年4月1日現在
(未熟児等)

入院を要する救急医療(休日・夜間)

- ・病院群輪番制病院(408カ所)
- ・共同利用型病院(10カ所)

平成19年3月31日現在

入院を要する小児救急医療(休日・夜間)

- ・小児救急医療支援事業(144地区)
- ・小児救急医療拠点病院(28カ所(60地区))

平成18年9月1日現在

初期救急医療(休日・夜間)

- ・在宅当番医制(654地区)
- ・休日夜間急患センター(511カ所)

平成19年3月31日現在

小児初期救急センター

小児救急に関する電話相談(休日・夜間)

小児救急電話相談事業(41カ所)
「#8000」

平成19年9月1日現在

大人の救急患者

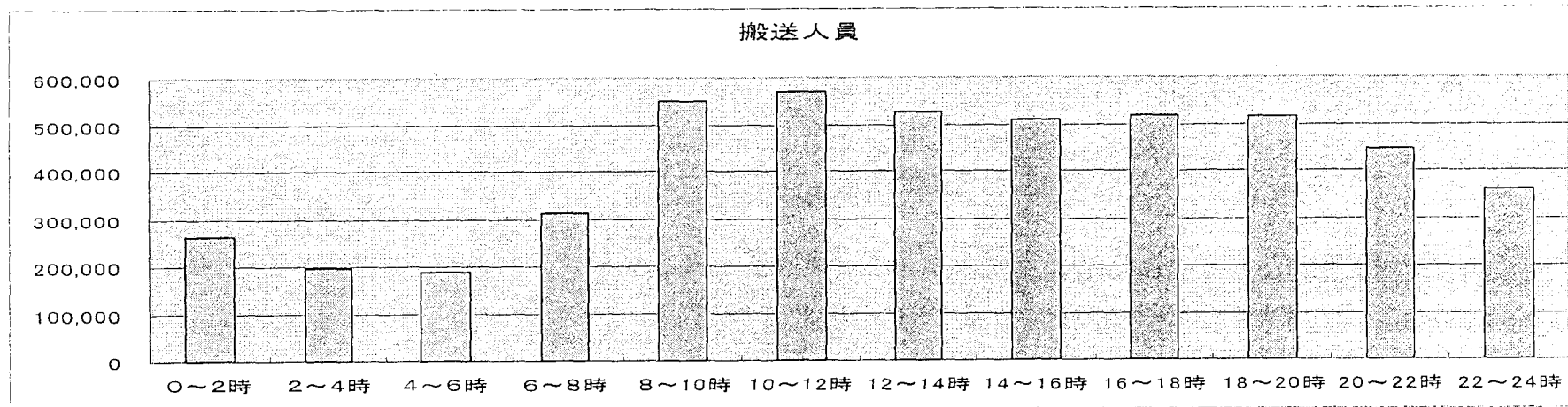
子どもの救急患者

救急医療の現状①

救急自動車による搬送人数の増加と軽症者の割合

救急自動車による搬送	平成8年度	平成11年度	平成14年度	平成17年度
全搬送人員	3,247,129	3,761,119	4,331,917	4,958,363
軽症者の数	1,628,072	1,886,784	2,219,052	2,579,910
軽症者の割合	50.1%	50.2%	51.2%	52.1%

救急自動車による搬送人員のうち軽症者の割合は約半数を占め、10年間で軽症者数は、全搬送人数の増加に伴い約95万人の増加となっている。



覚知時刻による搬送人員は、18時以降も通常の診療時間帯と同様に多い。

救急医療の現状②

救急医療に関する施設整備の推移

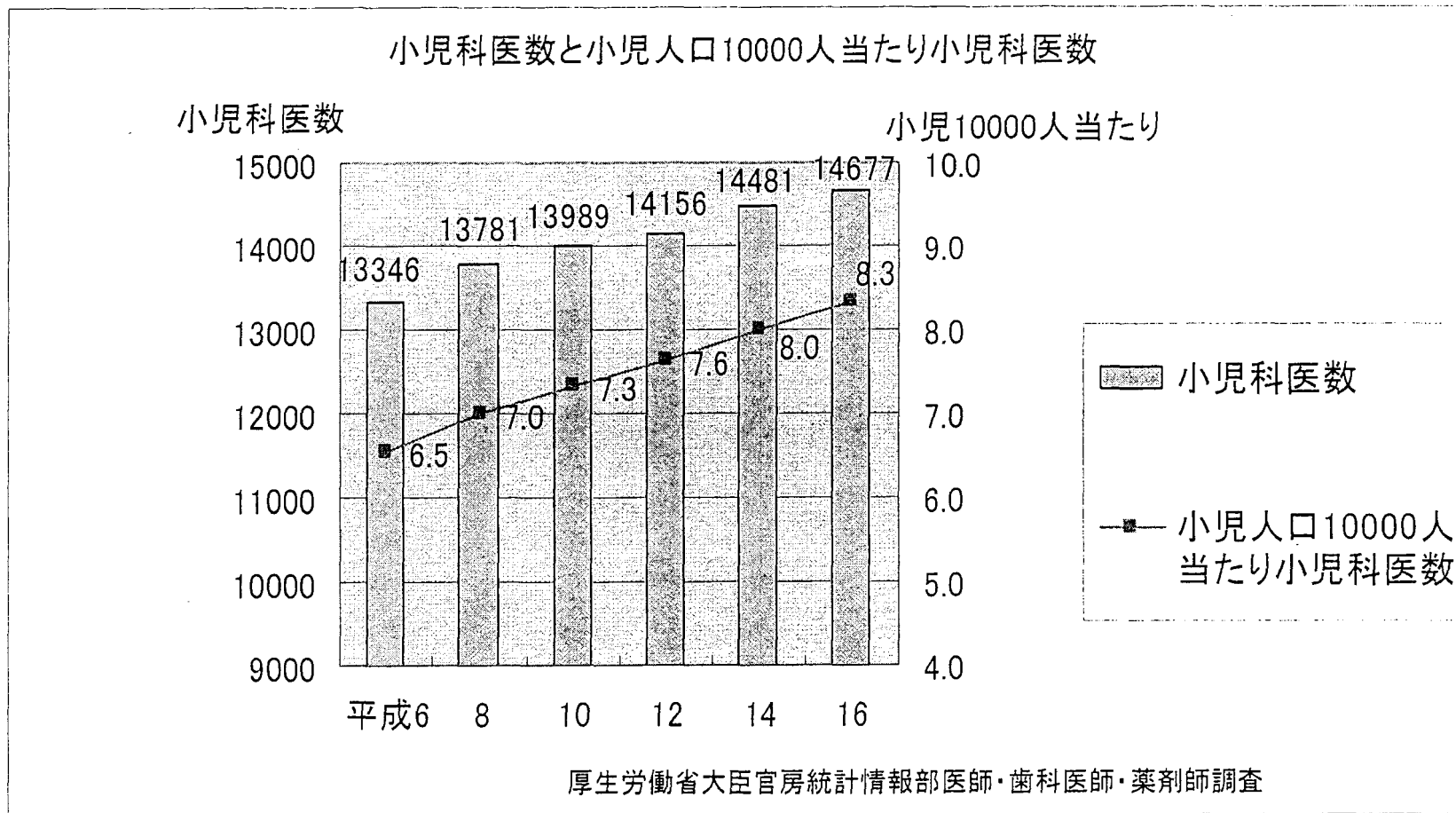
	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
初期救急 (休日夜間急患センター)	504	509	510	512	508	511
初期救急 (在宅当番医制実施地区数)	678	686	683	677	666	654
入院を要する救急 (施設数)	3,289	3,271	3,253	3,228	3,214	3,153
入院を要する救急 (輪番制地区数)	403	403	403	411	411	408
救命救急センター	160	165	165	178	189	201

救命救急センターは増加傾向にあるものの、他の施設についてはおおむね横ばい状態である。

小児科について

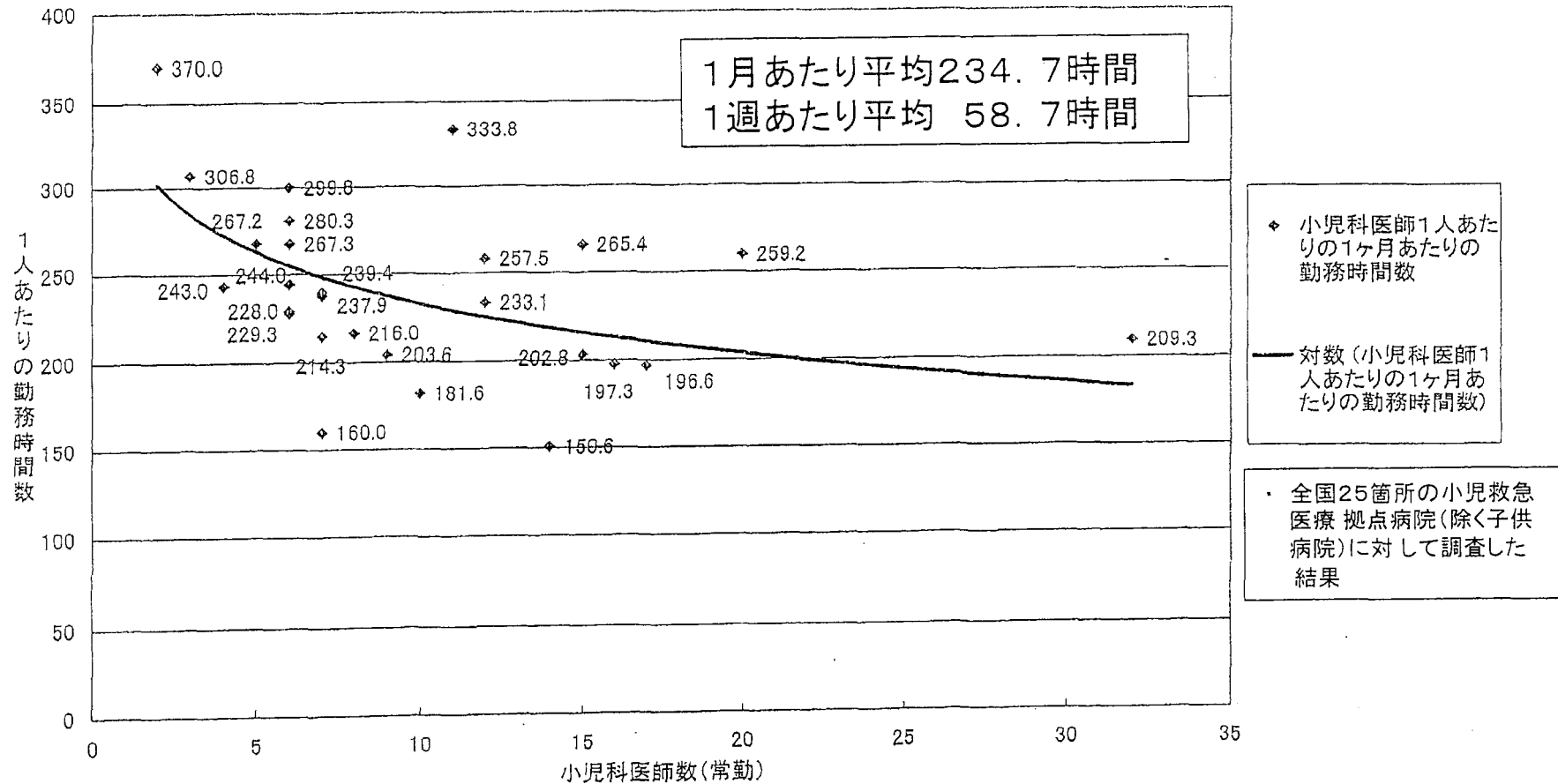
小児科医数と小児人口10,000人当たり小児科医数

平成10年から平成16年において、小児科医数及び小児1万人あたりの小児科医数は増加している。都道府県別にみても、ほぼ全ての都道府県で増加している。



小児救急医療拠点病院に勤務する小児科医師数と勤務時間

小児科医師1人あたりの1ヶ月あたりの勤務時間数（平成17年11月）

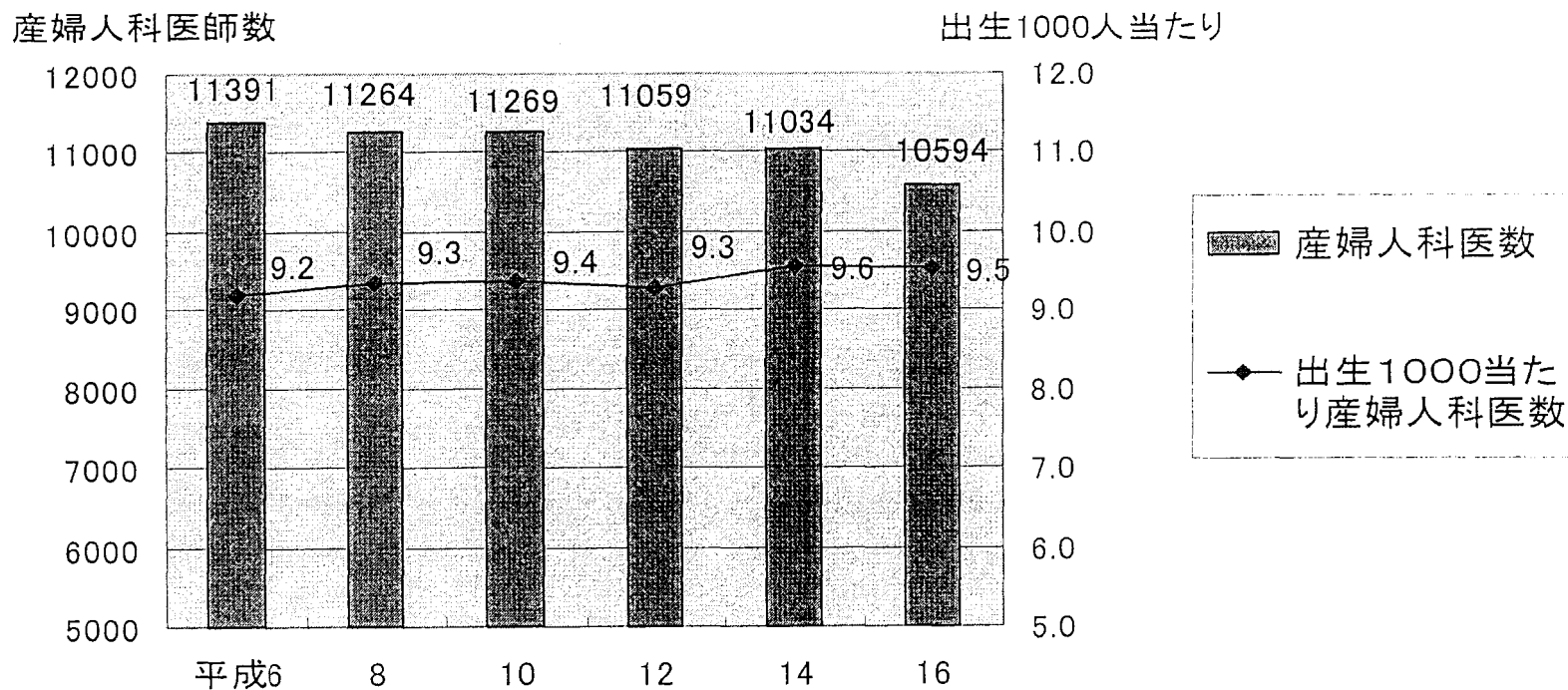


産婦人科について

産婦人科医数と出生1000人当たり産婦人科医数推移

全国的には、産婦人科医は減少しているものの、出生数あたりの産婦人科医は横ばい。また、都道府県における産婦人科医の増減には差がある。(産婦人科医とは、産科及び産婦人科を主な診療科として医療機関において従事している医師)

産婦人科医数と出生1000人当たり産婦人科勤務医数推移



厚生労働省大臣官房統計情報部医師・歯科医師・薬剤師調査

病院における産婦人科の勤務状況

- 青森県で産科・婦人科を標榜する17病院※に勤務する産婦人科医52名に対してアンケート調査を実施。(※一部県外の病院を含む。大学付属病院は除く。)
- 回答率
 - ・ 15施設(88.2%)
 - ・ 34医師(65.4%)
- 結果の概要
 - ・ 週当たり平均勤務時間数:68時間
 - ・ 月当たり当直回数:8回
(宅直の場合には、月当たり18日)

緊急医師確保対策について

緊急医師確保対策について (平成19年5月31日 政府・与党)

1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築

医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。

2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。

3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。

4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。

5. 医療リスクに対する支援体制の整備

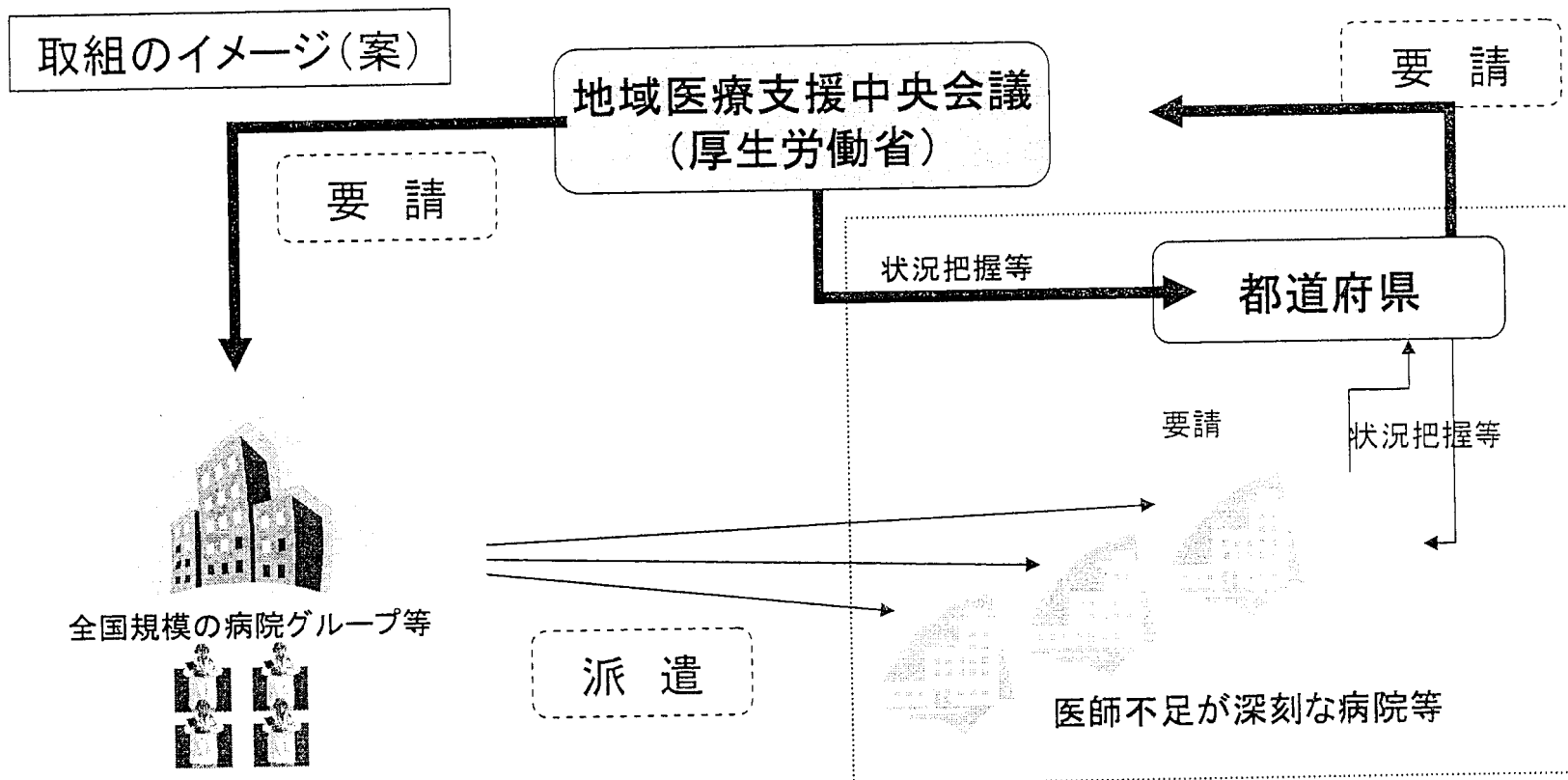
産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度(医療事故調査会)の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。

6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域枠の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。

1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的 医師派遣システムの構築

災害時の医師派遣の仕組みに準じ、都道府県からの要請に応じ、医師不足の深刻な病院に対し、全国規模の病院グループ等から、ローテーションで医師を派遣する体制を国レベルで整備することを想定している。



2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

病院勤務医の過重労働を解消するため、

- ①病院に勤務する医師の働きやすい環境の整備
- ②医師の業務を補助する医療補助者等の配置の推進
- ③地域医療を支える病院に対する支援の拡充

①病院に勤務する医師の働きやすい環境の整備のため、
「交代勤務制」等の導入を進め、医師の勤務時間の短縮を図る。

②医師の業務を補助するため、
・医師を補助する医療補助者の配置を進めるとともに、
・院内助産所や助産師外来を普及し、助産師の活用を進める。

③地域医療を支える病院に対する財政支援等を充実するため、
・自治体病院等への財政支援を充実する。



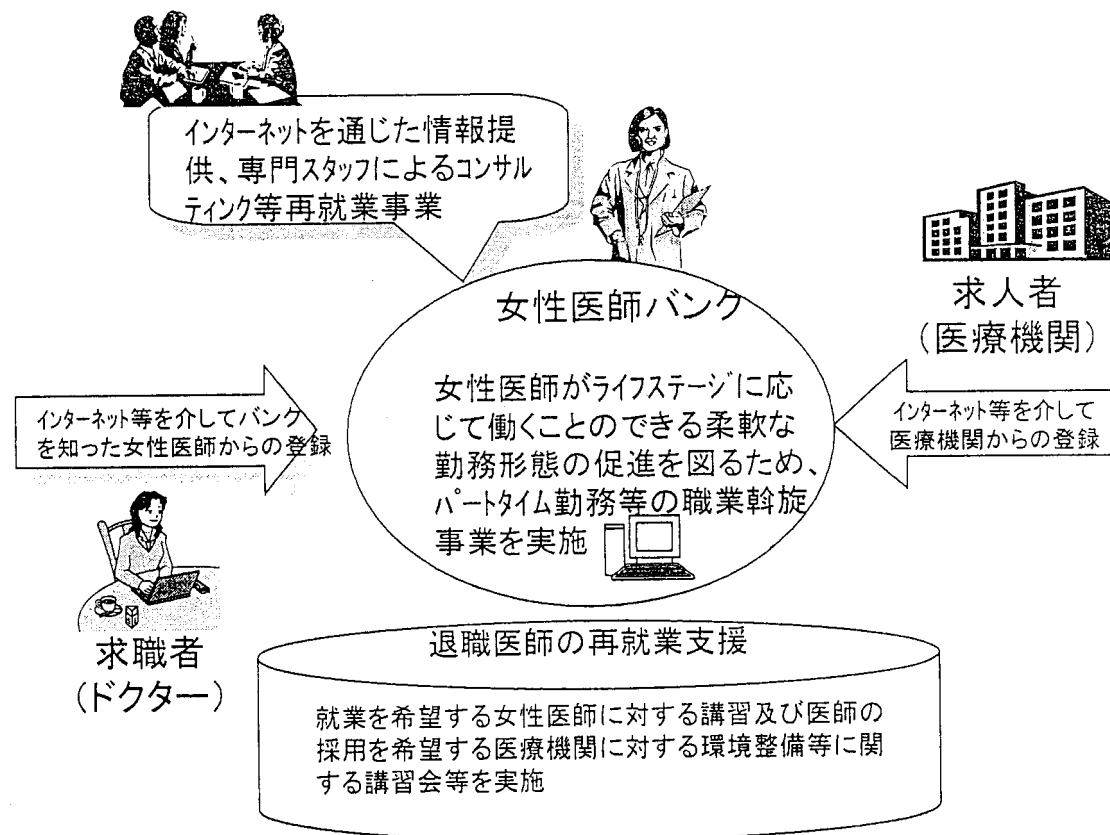
3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

- ・女性の医師や看護職員が利用しやすい保育所(院内保育所、24時間保育、病児保育等)を普及する。
- ・離職している女性医師が、復職するために必要な研修を実施する病院等への支援や、現在実施中の女性医師バンクの実施体制の充実を図り、復職支援を支援する。

【保育所等の充実】

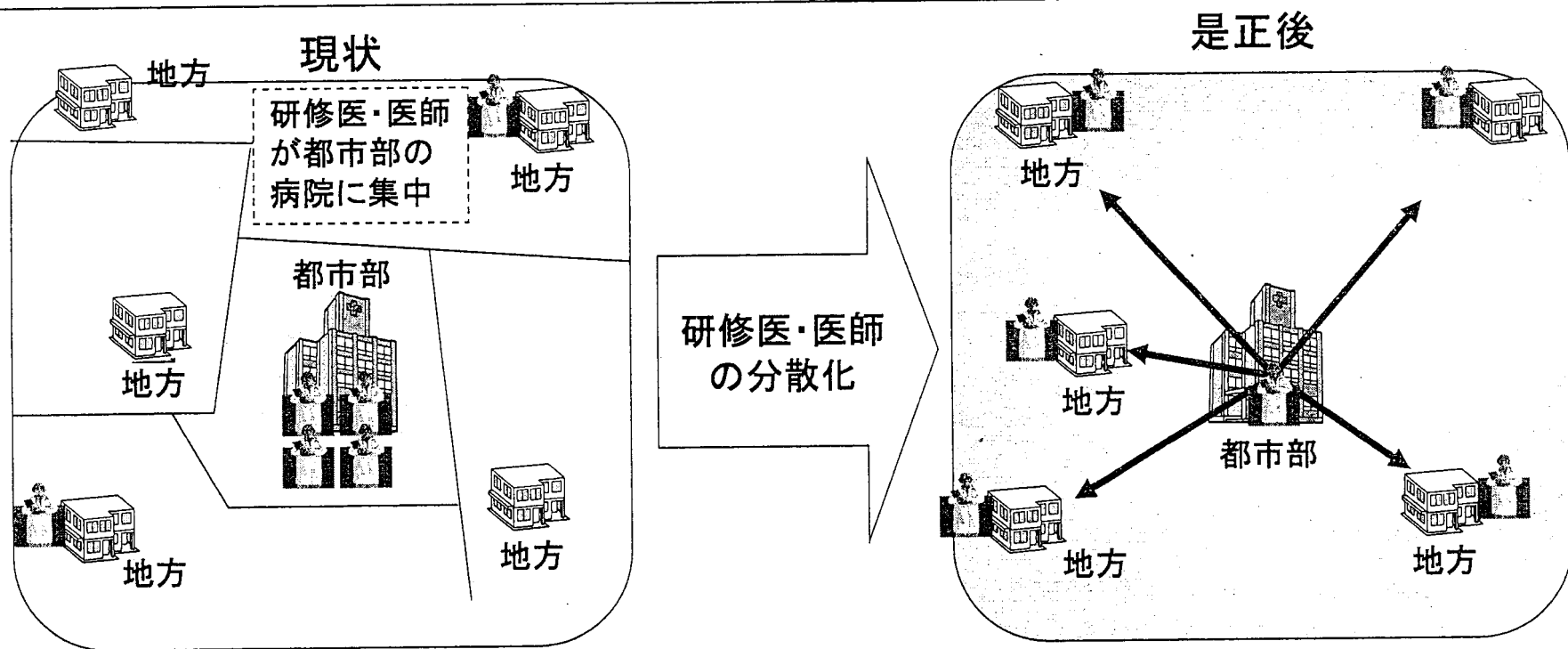


【女性医師バンクの拡充など】



4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

- ① 研修医の都市への集中の是正のため、臨床研修病院の定員数を削減する。
- ② 大学病院を含む臨床研修病院の臨床研修の在り方を見直し、地域への医師派遣機能を有する病院を優遇する。
- ③ 臨床研修後の専門医（医師国家試験合格後5～6年で到達）に向けた研修について、地域医療への従事を要件とすることや、その研修を行う病院については、医師派遣機能を有することを要件とすることなどを検討する。



5-1. 産科医療補償制度

分娩時の医療事故により障害を受けた方々の早期救済と、医療紛争の早期解決に資する産科補償制度を速やかに実現する(19年度中からの実施を目指す)。

通常の妊娠・分娩

脳性麻痺と
なった場合

補償金の支払い

医療機関側に
過失あり

賠償

(医師賠償責任保険等への求償)

事故原因の究明

医療機関側に
過失なし

補償なし

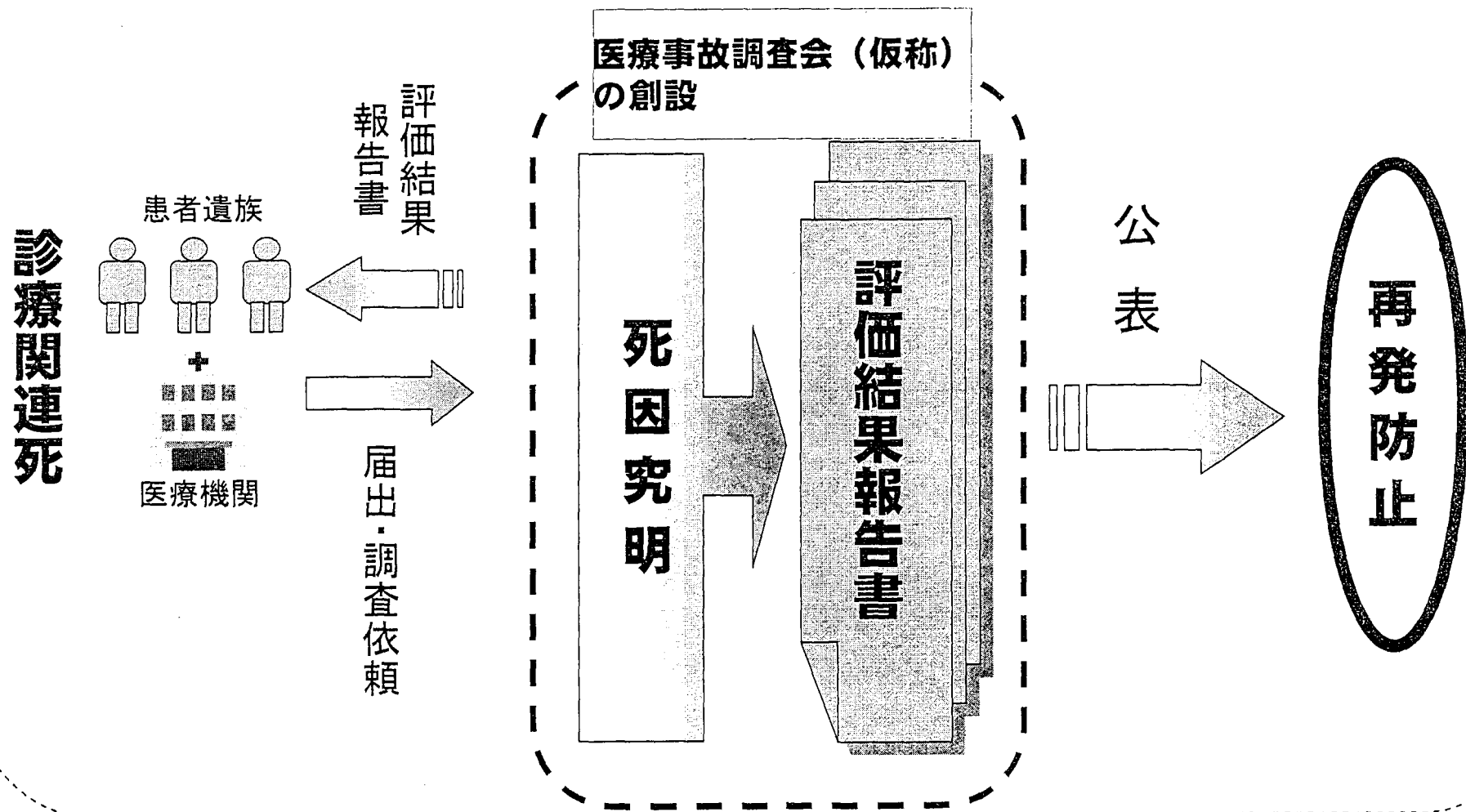
今までは

無過失補償制度の創設

- 早期救済
- 紛争の早期解決
- 原因究明・再発防止

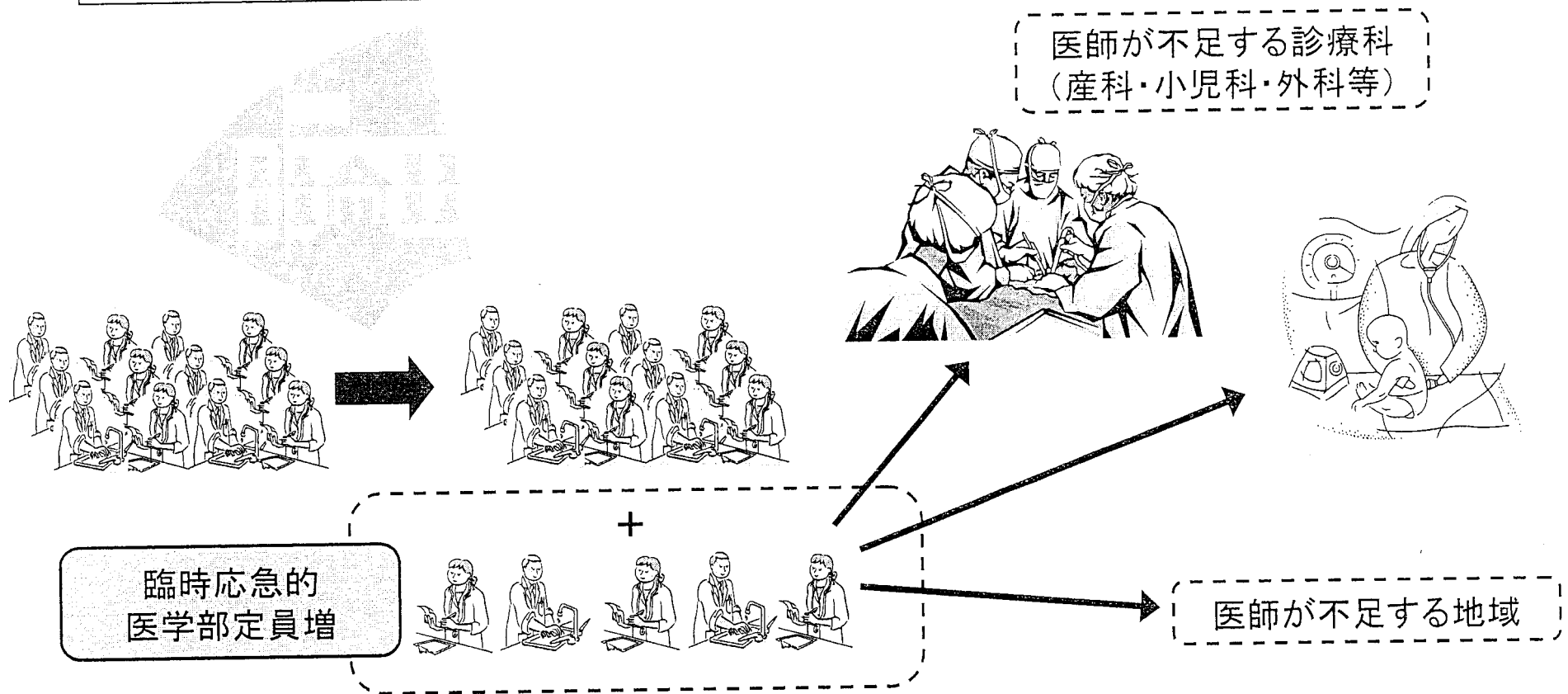
5-2. 診療行為に係る死因究明制度の構築(イメージ)

診療行為に係る死因究明制度を構築することにより、医療死亡事故の真相の解明と医師の責任範囲の明確化を図る。



6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

- ・医師が不足する地域や診療科で勤務する医師を養成するための医学部定員を、一定期間、臨時応急的に増加する。
- ・地域への医師の定着を図るため、大学医学部における地域枠の拡充のための誘導策を充実する。



平成19年11月22日

社会保障審議会医療部会
部会長 鴨下 重彦 殿

社会保障審議会医療部会委員
小島 茂
島村勝巳
堤 健吾

「平成20年度診療報酬改定の基本方針」について

「基本方針」の策定に当たって、我々は、医療サービスの受給者である患者・国民や企業、保険者の立場から、医療保険の財源の配分を見直す機会である診療報酬改定について、当部会に10月31日に提示された考え方・方向性を概ね理解するとともに、特に要望したい事項を下記の通り取りまとめた。

記

1. 20年度診療報酬改定の基本的視点

患者一部負担の相次ぐ引上げにより、医療費負担の家計への影響が増し続けているなか、患者・国民の医療に関するコスト意識や要求・不満が高まりつつある。また、近年は医療現場から、産科・小児科をはじめとする医師不足や勤務医の過重労働等により、病院医療が深刻な状況にあるとの声も聞かれるようになった。

平成20年度の診療報酬改定は、経済・社会状況とのバランスや、上記のような状況を踏まえつつ、患者・国民の負担に見合った安心と納得の医療を確立するとともに、高齢社会における医療保険制度の持続性を高めることを基本的視点とすべきである。

その際は、診療報酬の引上げにより患者・国民に新たな負担を強いることなく、まずは医療における資源配分の歪みやムダを徹底的に見直し、その上で、保険財源を国民のニーズが高い分野に優先的に配分できるよう、関係者が一致協力すべきである。

2. 保険財源の適切な配分

(1) 病院・診療所の役割分担と資源配分の見直し

産科・小児科医療、夜間・休日の救急医療など、患者・国民のニーズが高い分野や、病院勤務医の負担軽減につながるような分野に保険財源を優先的に配分するために、病院、診療所の役割分担・資源配分を見直すべきである。

このため、病院、診療所の初再診料の見直し、長期入院の是正、診療所の医師による休日・夜間の診療の評価、大幅な医業収益を計上し続ける診療科の評価の見直し、医師が診療に専念できるようにするための専門的な人材配置の評価等を行うべきである。

また、医療の効率化や診療報酬体系の簡素化の観点から、診療報酬の包括払い方式を拡大す

べきである。入院医療については、急性期における包括払い方式のあり方について検討するとともに、急性期以外の入院医療についても、患者分類を用いた包括評価を一般病床まで拡大すべきである。外来医療については、一定範囲の診療行為を包括化した新たな点数の創設を急ぐべきである。なお、包括払い方式の拡大にあたっては、医療の質が確保されるような方策を併せて検討すべきである。

(2) 医療機関の連携の強化

医療機関の機能分化・連携の推進は、医療提供体制の効率化のみならず、病院勤務医の負担軽減にも繋がると考えられる。

連携の推進のために、「地域連携クリティカルパス」の効果を検証しつつ診療報酬の対象となる疾患を段階的に拡大するとともに、患者の円滑な退院支援を目的とした医師や看護師による指導、他の医療機関や介護事業者等との患者に関する情報共有等を適切に評価すべきである。

(3) 自宅・居住系施設における医療(居宅医療)の推進

自宅・居住系施設等、医療機関以外の様々な場所における療養生活を希望する患者・国民を積極的に支援する観点から、患者が居宅医療にスムーズに移行できるよう、居宅医療を実施する医療機関や訪問看護ステーションによる訪問診療・訪問看護について評価するとともに、施設間の情報共有・連携を適切に評価すべきである。

また、居宅に対して外部から提供しうる医療行為を、介護保険との整合性を確保しつつ整理・体系化すべきである。

(4) 後発医薬品の使用促進

革新的な新薬を適切に評価していくとともに、後発医薬品の使用促進により、薬剤費を適正化していくことが急務である。

患者・国民が後発医薬品を選択できる環境整備の観点から、処方せん様式を「後発医薬品への変更不可」欄への署名方式に変更し、医療機関・調剤薬局の「療養担当規則」に後発医薬品に関する患者への説明義務と、後発医薬品を処方・調剤する努力規定を盛り込むべきである。

3. 徹底した医療情報の開示・透明化

医療における選択性を高め、患者・国民が医療に積極的に参加できるよう、明細書付きの領収書の無料交付や医療機関が取得している診療報酬上の施設基準に関する情報を電子的手法により公開する制度の導入等、医療情報の開示・透明化を徹底すべきである。

また、現行の複雑な診療報酬体系を簡素化し、患者・国民にわかりやすい体系とするとともに、審査・支払を円滑に行う観点、疾病動向や医療費に関する調査・分析を容易にする観点から、レセプト様式およびその記載要領についても早急に見直すべきである。

以上

第4回社会保障審議会医療部会 意見書 平成19年11月22日

東京SP研究会 代表 佐伯晴子

平成20年度診療報酬改定の基本方針(案)について

上記の議事にあたって、国民の立場から疑問と要望を述べる。

要点

- ① 都道府県の医療計画をベースにした医療連携に取り組む医療機関を評価すべき
 - ② 妊娠全般を保険の対象とし、妊娠時の安心を提供することで少子化対策に努めるべき
妊婦と胎児の健康管理を評価すべき
 - ③ 中医協に出産年代の女性をメンバーに入れ、②の具体化を図るべき
-
- ① 都道府県の医療計画には住民のニーズが反映されると期待される。その中でも、医療連携の具体的な姿が描かれることは、住民が安心して暮らすために必要である。しかしながら現状は個々の医療機関の恣意的とも言える開設と閉鎖が、利用者である住民との話し合いもなく一方的に進められている。住民の声より医療コンサルタント等の経営アドバイスを優先するのは、そもそも診療報酬体系のあり方に問題があるからではないか。医療資源が適性に活用されるよう、公共財として医療を見直し整備する必要がある。その医療機関が地域住民に求められる役割を果たしているかどうか、住民あるいは住民の代表が査定し、実際に連携に積極的な医療機関や医療従事者に対しては診療報酬で評価すべきである。
 - ② 高齢者に対する医療が細かく設定されるなら、もう一方の命の自然な営みに対しても同等の目配りを設定すべきである。これは主張し続けていることであるが、妊娠・出産・育児は次世代育成の大事業として全力をあげて取り組むべきである。ハイリスク出産を未然に防ぐことについては異論はないであろう。どの妊娠もつねにハイリスクになる可能性があることを考えると、すべての妊娠ケースについて十分なケアがなされるよう配慮すべきである。いずれ避けることのできない死に至るまでの医療を細かく評価すると同時に、新しい生命、国民の仲間を迎えるための診療報酬上の評価を具体的に考え、誰もが安心して生める国にすべきである。
 - ③ 診療報酬を議論するのは、医療の当事者(ステークホルダー)全員でなければおかしい。とくに若い世代の一般人女性がメンバーに入っていないのが、妊娠や出産について見直すための議論が進まない原因ではないか。繰り返すが、医療は医療提供側のためのものではない。国民・住民の安心のために整えられる社会の基盤である。どのような医療を行うのかについて、国民・住民と行政および医療提供側が協議し合意を形成するのが本筋である。医療の具体的な形を決める議論の場である中医協に、出産世代の女性メンバーを複数加え、②の具体化を図るべきである。これ以上無為無策を続けることは次世代に対して申し訳ない。

平成19年11月20日

「医療に関する国民意識調査」

—調査結果報告の要旨—

健康保険組合連合会

健保連は本年9月に、国民の皆様にも医療問題について幅広くアンケート形式による意識調査を実施致しました。この度、結果を取りまとめましたので、ご報告致します。

1. **医療機関の受診のあり方**…「最初にきまった医師を受診し、医師の判断で必要に応じて病院等を受診する」に賛成する回答が過半数。ただし、登録医制のような厳格な方法には不安を感じている。

日頃からきまった医師ないしは医療機関を受診している方が回答者全体の73.0%。また、病気になるといつも相談する医師がいる方のうち、82.8%の方が一般診療所を受診しています。

医療機関の受診のあり方については、「最初にきまった医師を受診し、医師の判断で必要に応じて病院等を受診する」という考え方に賛成する回答が53.0%と過半数を占めました。その理由としては「自分だけで適切な医療機関を選ぶことが難しい」（67.2%）、「自分のことを良く知っている医師を受診した方が安心」（60.9%）という回答が上位となっています。

ただし、賛成した方でも、一般診療所の医師を事前に選んで登録しておき、最初にその医師を必ず受診し、救急以外では病院を自由に受診できないといった厳格な方法には、何らかの不安を感じるとの回答が79.3%にのぼっています。

2. **医療への満足度**…「不満」を持つとの回答が5割近くあり、「医療機関への要望がある」との回答は8割に迫る。「待ち時間を短く」「病気の状態や治療法の説明」「夜間・休日の救急時の診察」が要望の上位に。

医療機関への要望としては、「待ち時間を短くして欲しい」（70.2%）、「病気の状態や治療法をよく説明して欲しい」（53.4%）、「休日や夜間でも、救急の時は診察して欲しい」（42.4%）が上位に上がりました。

また、今後の医療のあり方については「医療従事者の確保・育成」（71.5%）とともに、「夜間・休日の救急医療体制の整備」（64.1%）、「長期入院できる医療機関の整備」（48.8%）が上位にあがっています。

3. **医療費について**…国民医療費は「高い」が7割を超え、個人負担は「重い」が8割近くに。医療費をまかなう方法は「税金」、抑制方法は「ジェネリック」と「病気の予防」。

健保連が平成10年に調査した結果に比べて、国民の負担について「窓口負担」（33.9%→48.2%）、「保険料」（54.9%→62.2%）、「医療費そのもの」（52.4%→60.6%）の全ての項目で、重いと感じるという回答が増加しましたが、特に「窓口負担」の回答数が最も増加しました。

「医療費を抑制するには？」という問には「ジェネリック医薬品の普及」との回答が60.9%を占め、次いで「特定健診・保健指導等による病気の予防」が53.5%となっています。

4. **ジェネリック医薬品について**…服用した感想は「効き目」、「安全性」、「窓口負担」ともに高評価。

服用したことがある方はまだ少数派ですが、服用した方のうち「効き目は変わらない」「安全性に不安を感じなかった」という回答がそれぞれ72.7%、73.9%となっており、「窓口負担がかなり安くなった」との回答も46.7%となっています。

5. **医療保険者への満足度**…健保組合は共済組合に次いで2位。今後、充実を希望するサービスは「医療機関情報の提供」、「医療費の補助」、「健診事業」。

各医療保険者への満足度を、回答者が所属する医療保険の管掌別にクロス集計したところ、健保組合加入者の満足度は共済組合に次いで高くなっています。また、充実を希望するサービスについては「医療機関情報の提供」（39.0%）、「医療費の補助」（38.6%）、「健診事業」（30.2%）などが上位を占めています。

以上

医療に関する国民意識調査

－ 調査結果報告 －

I 調査の概要

1 調査の目的

- 本調査「医療に関する国民意識調査」は、昨今の医療制度改革の流れの中で、一般国民が現在の医療に対して抱いている様々なニーズ等のデータを広く収集・分析し、今後の医療政策の検討に資する基礎資料を整備することを目的として実施した。

2 調査の方法と内容

1 調査対象

- (株)日本リサーチセンターが保有する全国のNRCパネル64,087人から、地域・都市規模等の母集団比率に応じて層化し、2,000人を抽出した。

2 調査方法

- アンケート法（自記式：郵送発送・郵送回収）
- 実施時期：平成19年9月
- 回収数：1,263人（回収率63.2%）

3 調査内容

- 調査内容は下記の通り。

図表 1-1 調査内容

区 分	内 容
基本属性項目	年齢、性別、所在地、世帯類型、職業、加入している医療保険 特定健診・保健指導の認知度、後期高齢者医療制度の認知度、受診状況 等
調査項目	決まって相談・受診する医師、医療機関の状況 高齢期における療養場所に関する意向 終末期医療に関する意向 現在の医療の満足度 医療機関への要望 わが国の医療のあり方として希望すること 医療費に関する意向 ジェネリック医薬品の認知度・服用経験・服用した感想 医療保険者からのサービスの満足度・充実を期待するサービス 等

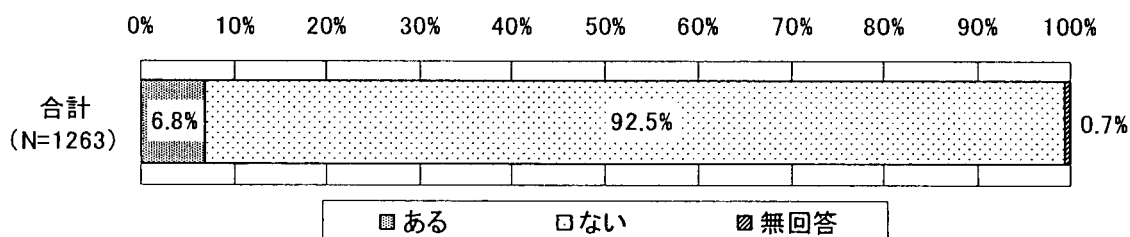
Ⅱ 結果の概要

1 医療機関のかかりかた

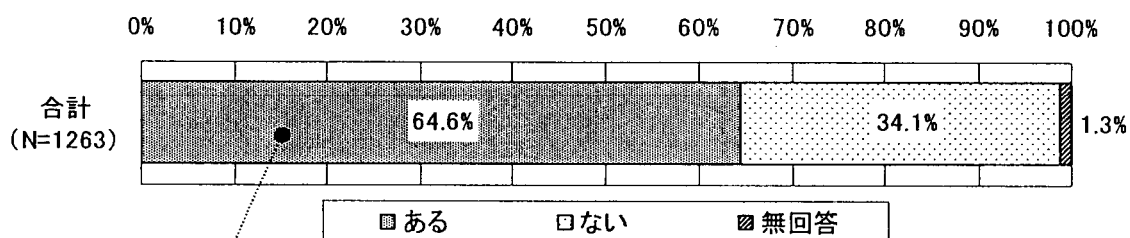
1 最近1年間での受診状況

- 入院の経験 6.8%
- 外来の経験 64.6%（そのうち 21.3% [対象者全体の 13.8%] は重複受診の経験あり）

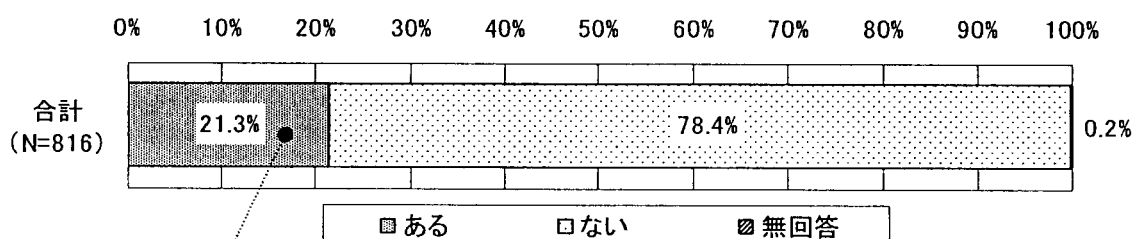
図表 2-1 最近1年間での入院の有無



図表 2-2 最近1年間での外来受診の有無



図表 2-3 同じ病気やケガで同時期に複数医療機関を受診した経験の有無

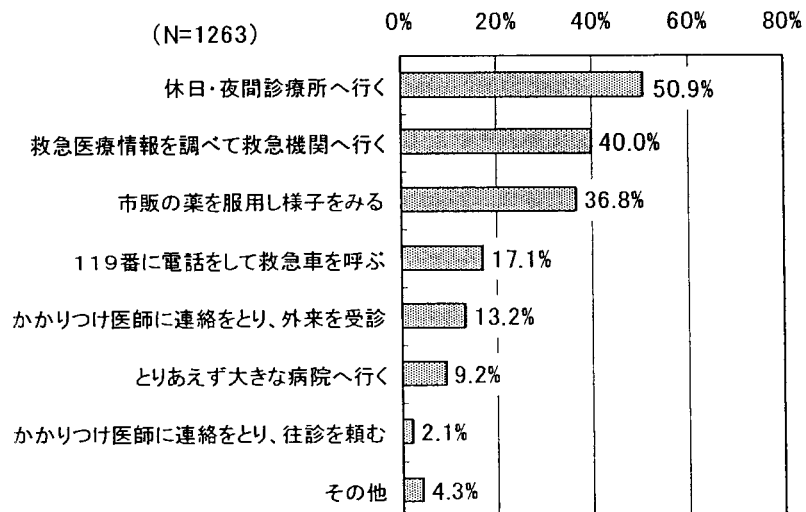


図表 2-4 同じ病気やケガで同時期に複数医療機関を受診した理由

[N=174]		件数	割合
先に受診していた医療機関・医師からの紹介で、他院で専門的な検査等を受けた		76	43.7%
先に受診していた医療機関・医師からの紹介で、他院のセカンドオピニオン外来を受診した		7	4.0%
先に受診していた医療機関・医師の診察内容等に不満があり、自分の判断で他院を受診した		70	40.2%
その他		27	15.5%

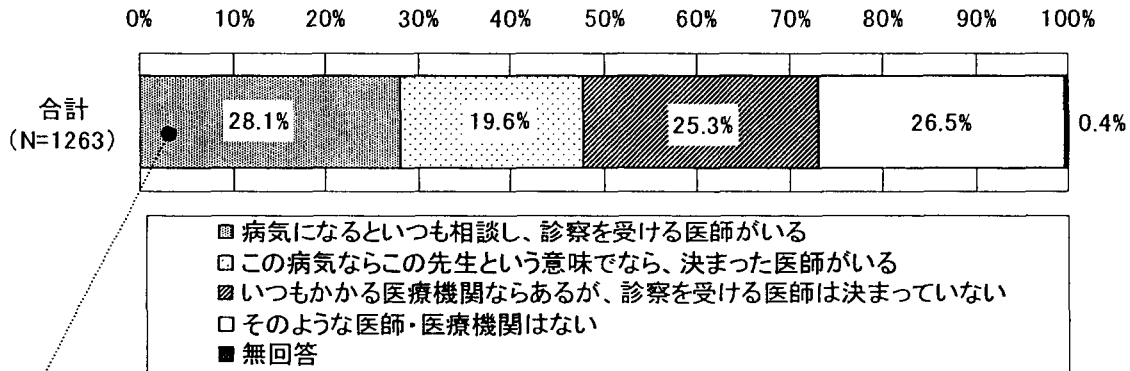
- 救急時の対応：第1位 休日・夜間診療所へ行く 50.9%
- 第2位 救急医療情報を調べて救急医療機関へ行く 40.0%
- 第3位 市販の薬を服用し様子を見る 36.8% . . .等

図表 2-5 深夜や休日などに具合が悪くなったときの対応（複数回答）

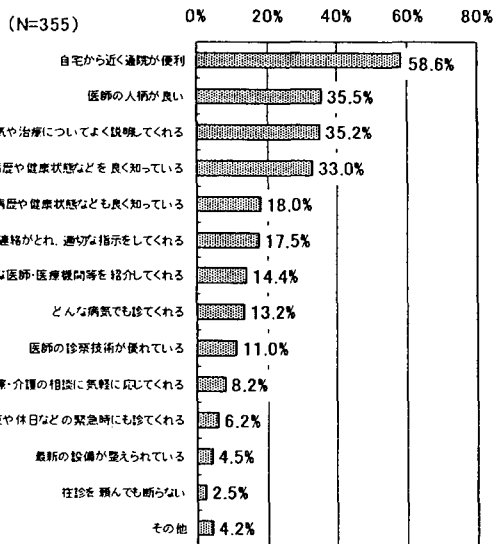


2 日頃から健康相談や、病気のときにきまって受診している医師・医療機関の有無

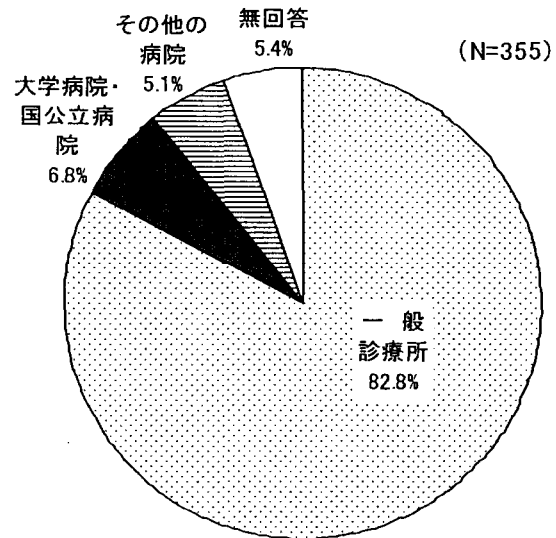
図表 2-6 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無



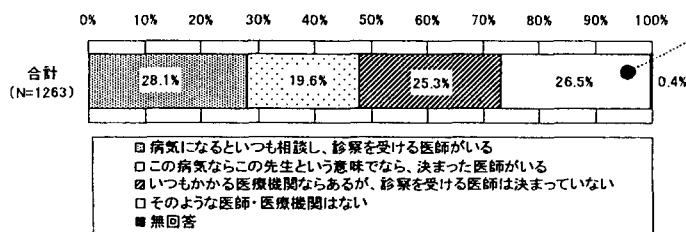
図表 2-7 その医師に決めた理由（複数回答）



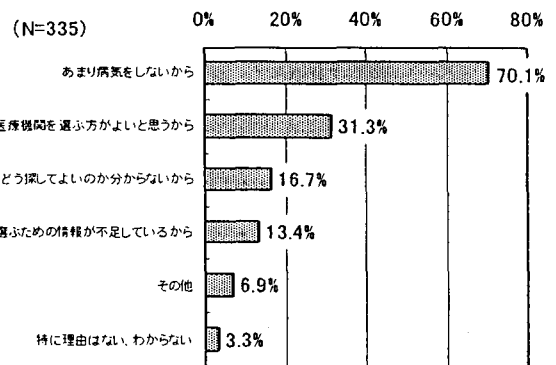
図表 2-8 その医師のいる医療機関



図表 2-6 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無 [再掲]

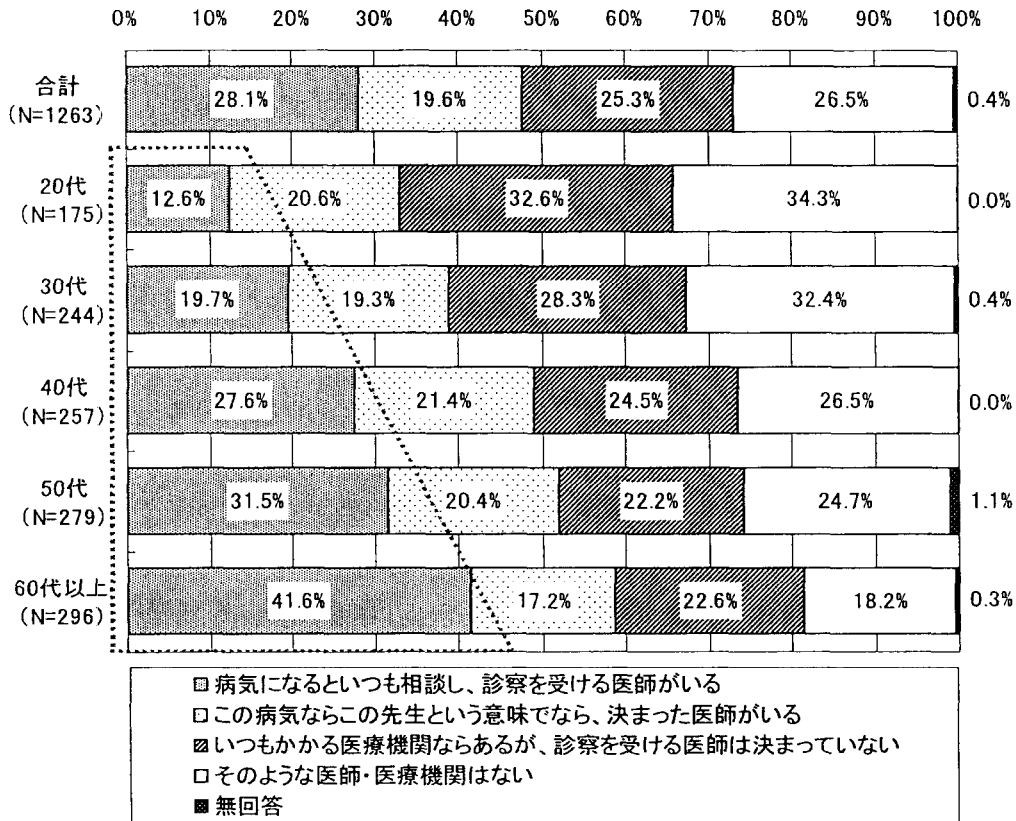


図表 2-9 きまった医師・医療機関をもたない理由（複数回答）



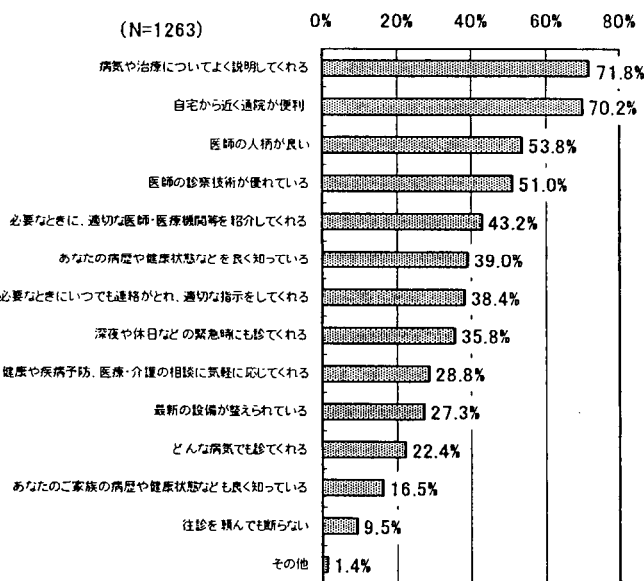
○ 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無について年齢階層別にみると、病気になるといつも相談し、診察する医師がいるとの回答は、年齢階層が上がるるとともにその割合が増加傾向にあることがわかる。

図表 2-10 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無；年齢階層別



3 日頃から健康相談や、病気のと きにきま っ て受診している医師・医療機関への期待

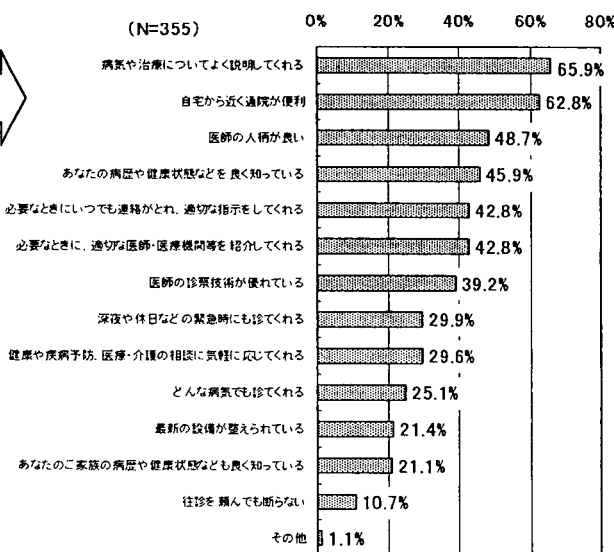
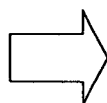
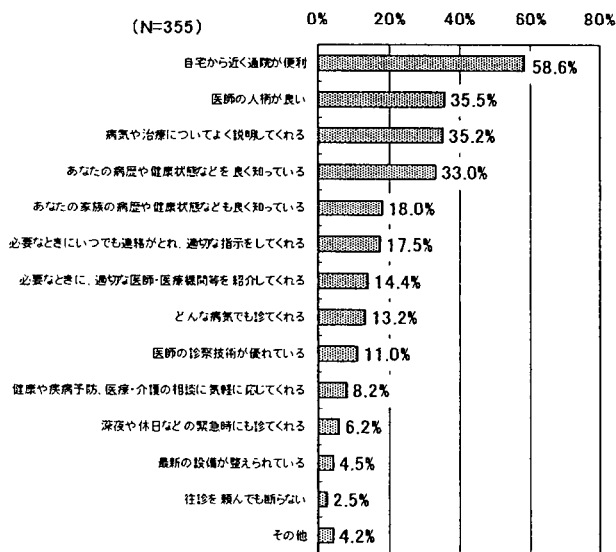
図表 2-11 日頃から相談・受診している医師・医療機関へ現在期待すること（複数回答）



[参考] 日頃から相談・受診している医師がいる人：その医師に [決めた理由] と [現在期待すること]

図表 2-7 その医師に決めた理由 [再掲]

図表 2-12 現在期待すること



図表 2-13 [その医師に決めた理由] よりも [現在期待すること] において順位を上げたもの

	決めた理由	期待すること
病気や治療についてよく説明してくれる	3位	1位
必要ときにいつでも連絡がとれ、適切な指示をしてくれる	6位	5位
必要ときに、適切な医師・医療機関等を紹介してくれる	7位	6位
医師の診察技術が優れている	9位	7位
深夜や休日などの緊急時にも診てくれる	11位	8位
健康や疾病予防、医療・介護の相談に気軽にに応じてくれる	10位	9位
最新の設備が整えられている	12位	11位

4 医療機関の受診のあり方に関する考え方

○ 以下のAとBの2つの考え方についての賛否について回答を求めた。

A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する

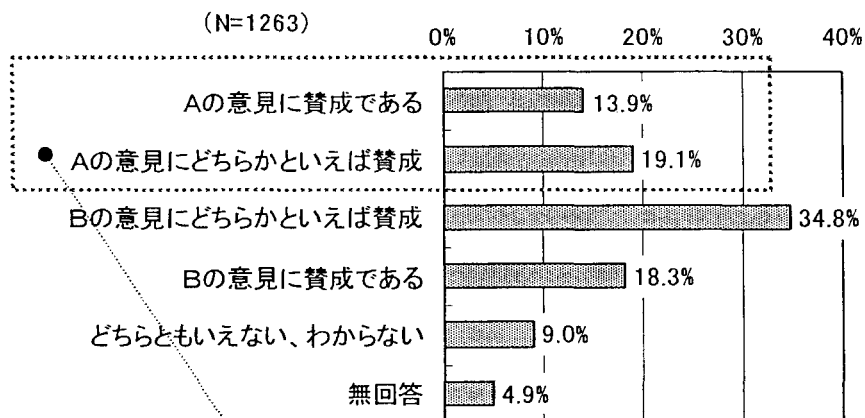
B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する

Aの考え方に賛成・どちらかといえば賛成：33.0%

Bの考え方に賛成・どちらかといえば賛成：53.0%

どちらともいえない・わからない：9.0%

図表 2-14 医療機関の受診のあり方に関する考え方

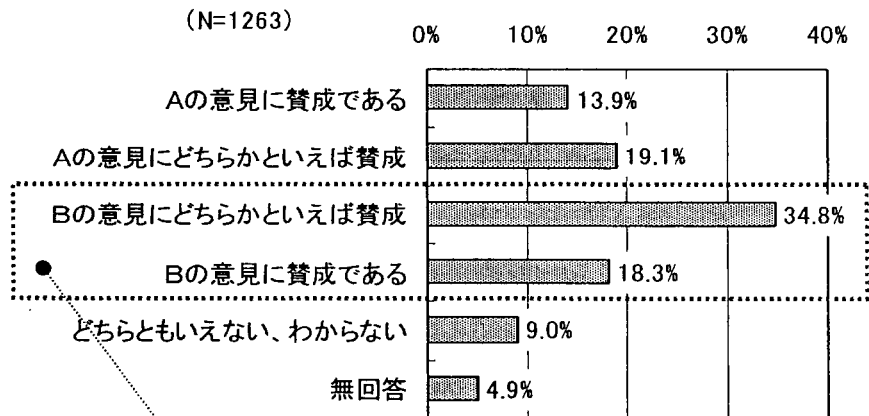


図表 2-15 Aの意見に賛成の理由（複数回答）

[N=417]	件数	割合
その都度、そのときの症状に応じて専門医に診察をしてほしいから	342	82.0%
いつも同じ医師の診断ばかり受けていては不安だから	93	22.3%
いつも高度な医療機能をもつ大病院を受診したいから	77	18.5%
その他	18	4.3%
わからない	7	1.7%

- A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する
- B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する

図表 2-14 医療機関の受診のあり方に関する考え方 [再掲]



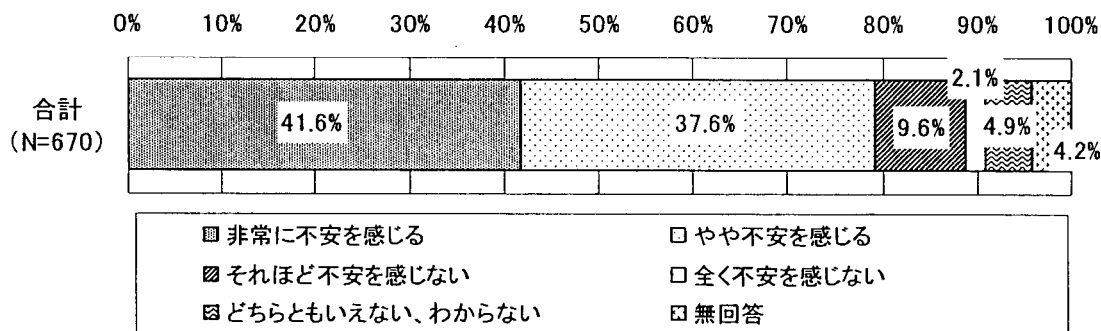
図表 2-16 Bの意見に賛成の理由 (複数回答)

[N=670]	件数	割合
自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから	450	67.2%
自分のことを良く知っている医師にまずは受診した方が安心だから	408	60.9%
医師によって診断結果が異なるのが不安だから	81	12.1%
その他	22	3.3%
わからない	3	0.4%

○ さらに、例えば、一般診療所の医師を事前に選んで登録しておき、体に何か不調を感じたときには、最初にその医師を必ず受診し、救急以外では病院を自由に受診できないとした場合の感想を求めた。

非常に不安を感じる・やや不安を感じる：79.3%

図表 2-17 上記の想定の場合の感想

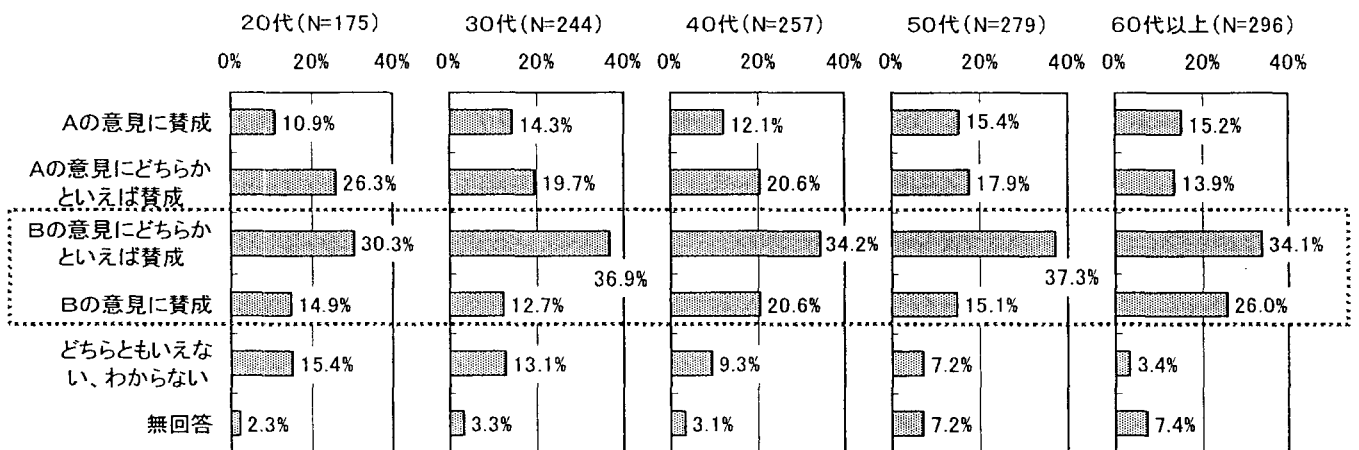


A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する

B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する

- AとBの2つの考え方についての賛否について年齢階層別にみると、いずれの年齢階層においてもBの意見にどちらかといえば賛成との回答が3割を超えている。
- また、60歳以上の年齢層では、Bの意見に賛成の回答割合が他の年齢階層に比べてやや高くなっている。

図表 2-18 医療機関の受診のあり方に関する考え方；年齢階層別

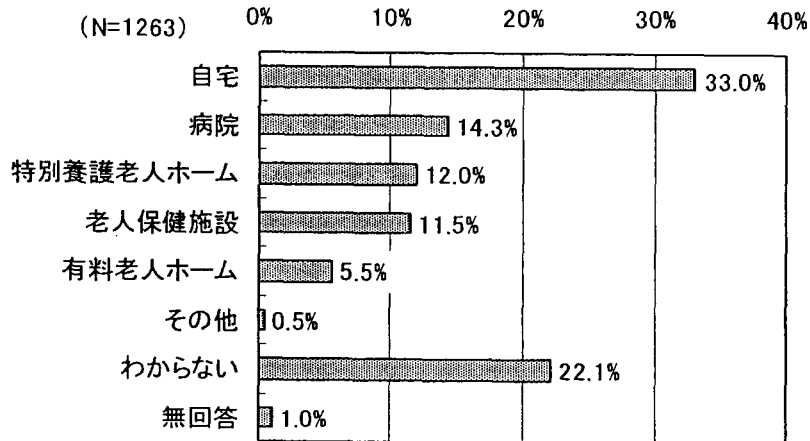


2 在宅医療について

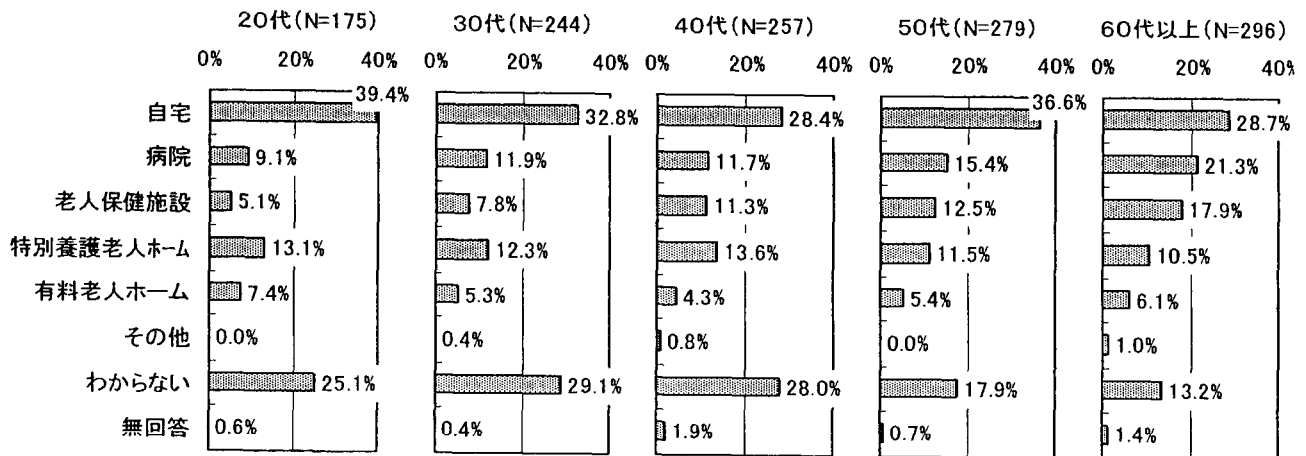
1 高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所

- 第1位 自宅 33.0% 第2位 病院 14.3% 第3位 特別養護老人ホーム 12.0%
- 年齢階層が上がるに従って希望する割合が増加する療養場所
：病院、老人保健施設

図表 2-19 高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所



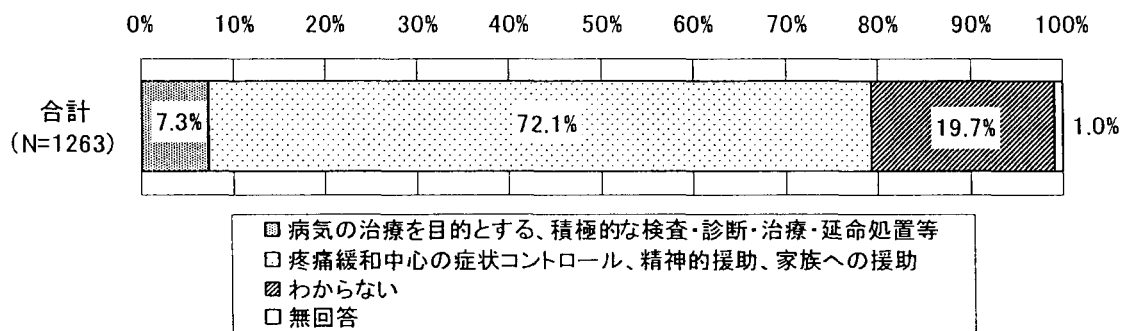
図表 2-20 高齢期に寝たきりになった場合に希望する療養場所；年齢階層別



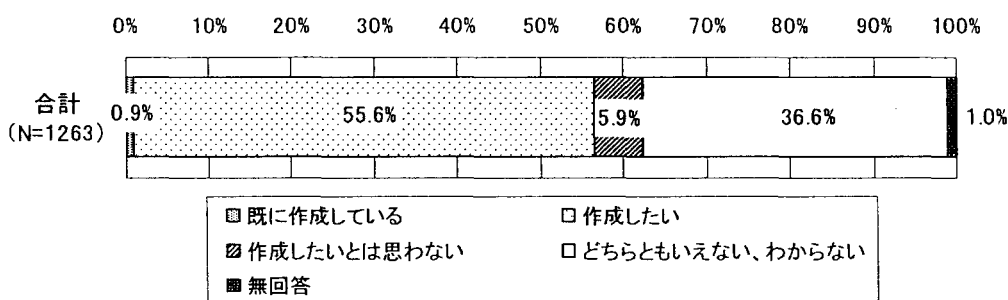
2 終末期医療に関する考え方

- 疼痛緩和中心の症状コントロール、精神的援助、家族への援助を受けたい：72.1%
- 終末期医療を受けたい場所：第1位 自宅31.0% 第2位 緩和ケア施設29.4%
- 自宅で最期まで療養するために必要なこと
 第1位 往診・訪問診療をしてくれる医師 74.2%
 第2位 介護してくれる家族 74.0% ……等

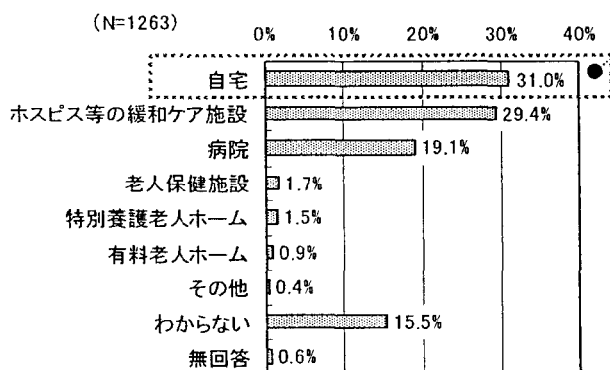
図表 2-21 希望する終末期医療の内容



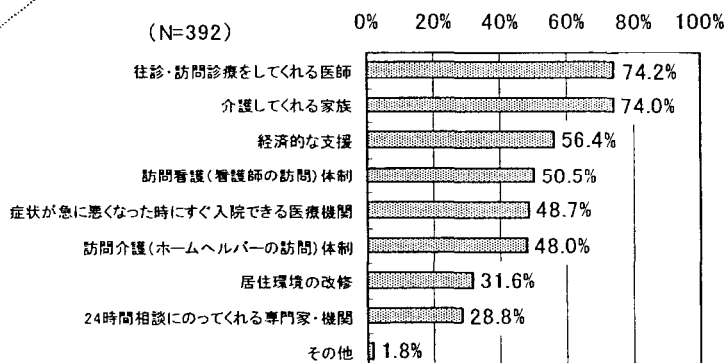
図表 2-22 事前の意思確認書の作成意向



図表 2-23 終末期医療を受けたい場所



図表 2-24 自宅で最後まで療養するために必要なこと（複数回答）

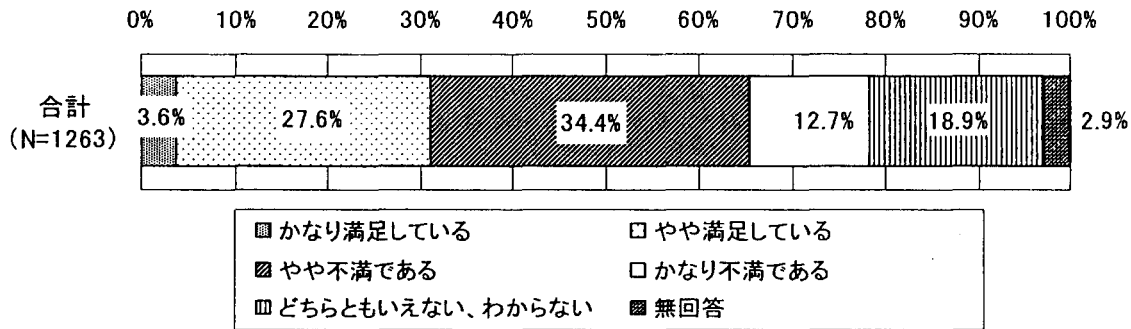


3 医療全般について

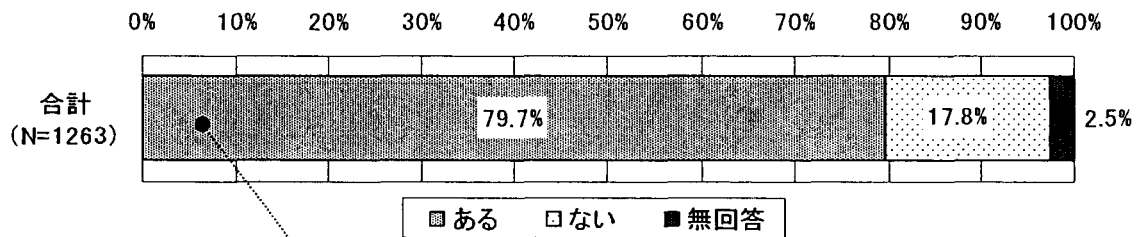
1 現在の医療の満足度・医療機関への要望

- 現在の医療にかなり満足・やや満足：31.1%
- 現在の医療にかなり不満・やや不満：47.1%
- どちらともいえない・わからない：18.9%

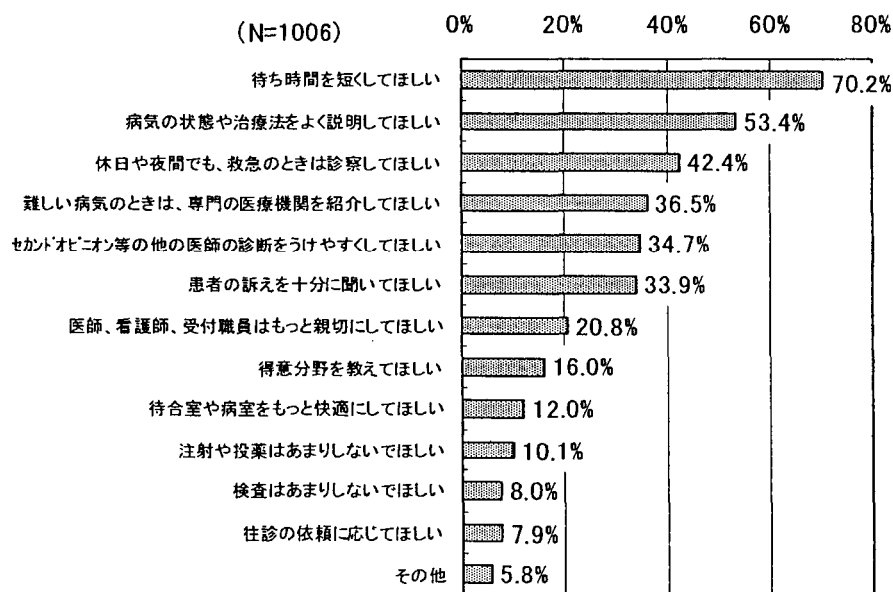
図表 2-25 現在の医療の満足度



図表 2-26 医療機関への要望の有無



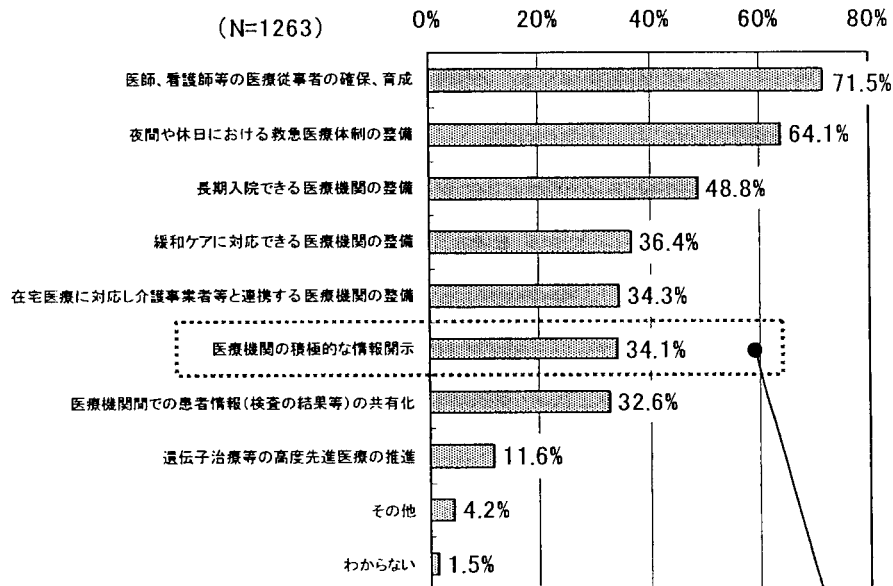
図表 2-27 要望の内容（複数回答）



2 今後のわが国の医療のあり方として希望すること

- 第1位 医師、看護師等の医療従事者の確保・育成 71.5%
- 第2位 夜間や休日における救急医療体制の整備 64.1%
- 第3位 長期入院できる医療機関の整備 48.8% . . . 等

図表 2-28 今後のわが国の医療のあり方として希望すること（複数回答）

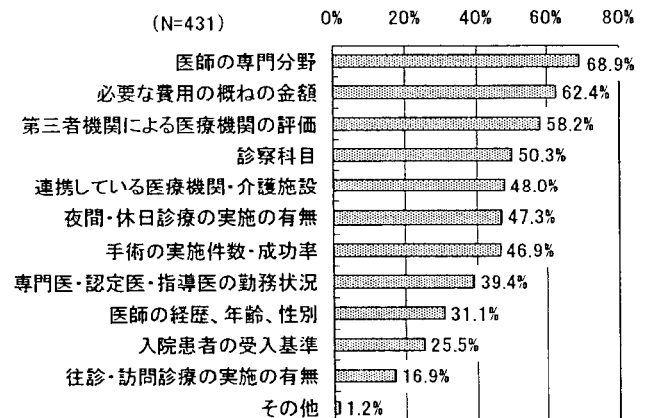
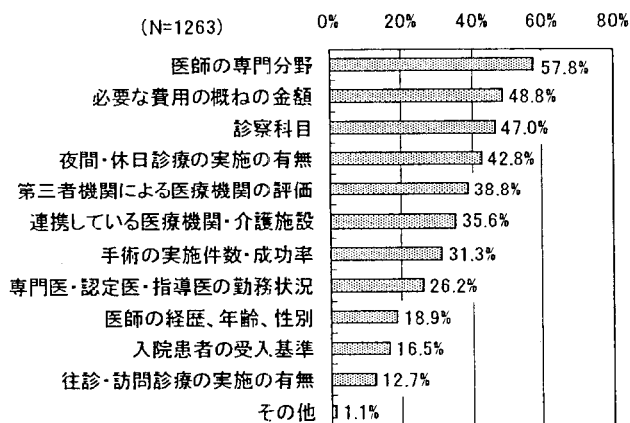


- 「医療機関の積極的な情報開示」に関連して、対象者全員に**医療機関の情報として特に欲しいこと**について回答を求めた。

図表 2-29 医療機関の情報として特に欲しいこと（複数回答）

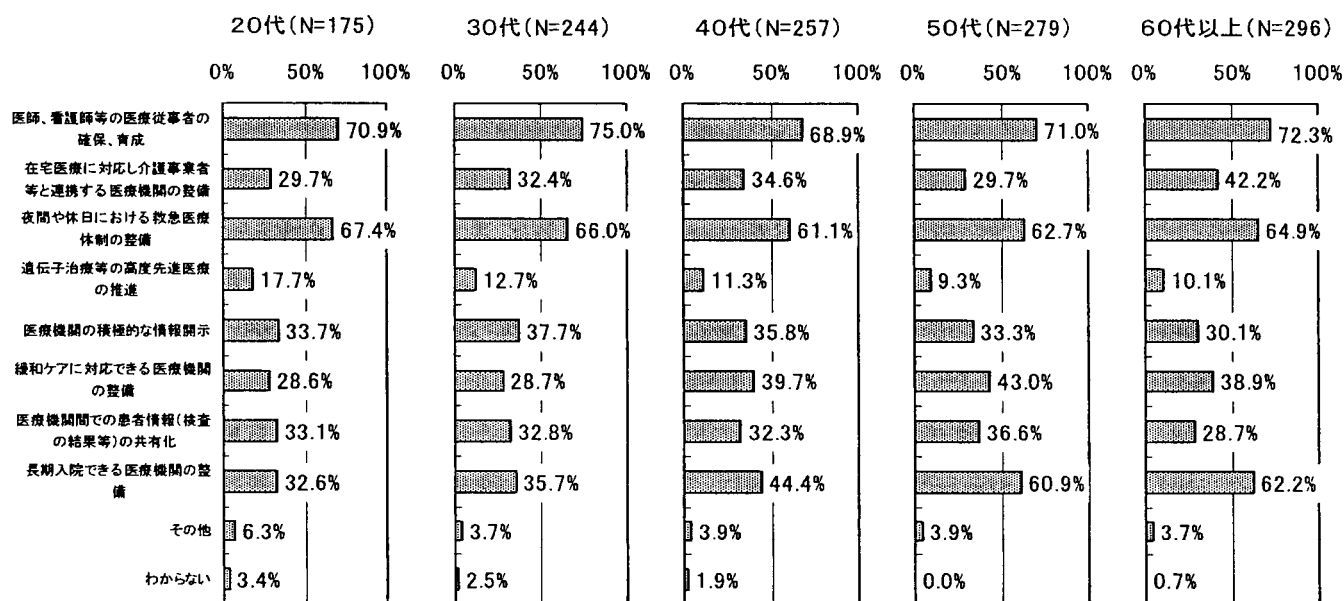
【対象者全員】

【医療機関の情報の積極的な開示を希望した者】



- 今後のわが国の医療のあり方として希望することについて年齢階層別にみると、いずれの年齢階層においても**医師、看護師等の医療従事者の確保・育成**と**夜間や休日における救急医療体制の整備**との回答の割合が多い。
- また、年齢階層が上がるにしたがって、**長期入院できる医療機関の整備**との回答割合が多くなっている。

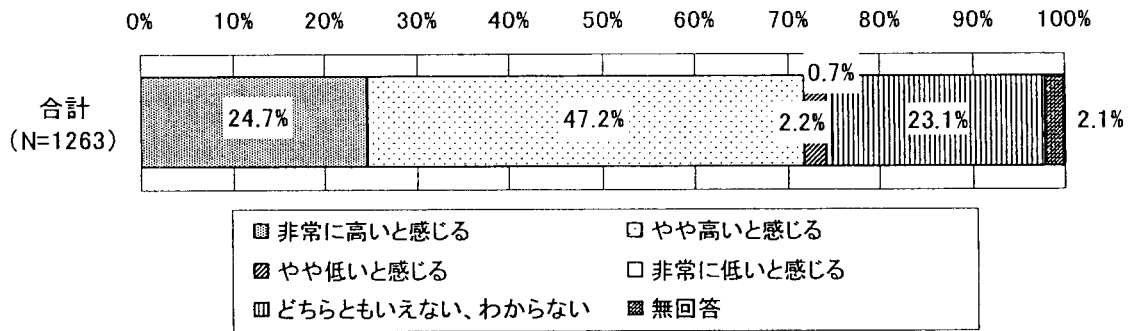
図表 2-30 今後のわが国の医療のあり方として希望すること（複数回答）；年齢階層別



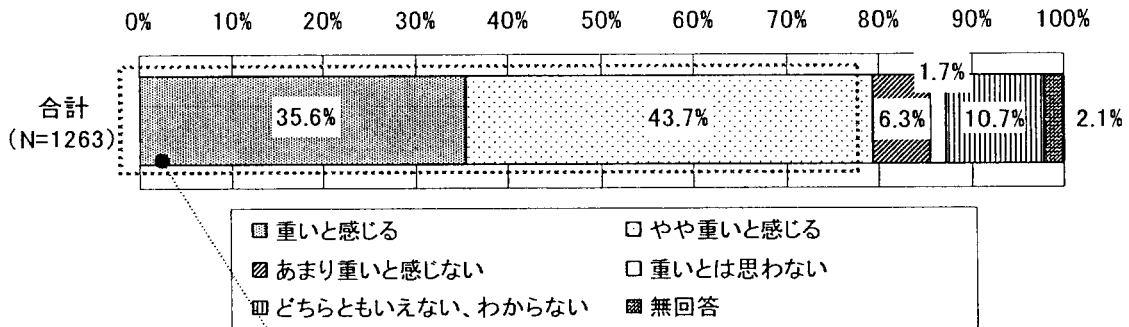
3 わが国の医療費について

- わが国の平成 17 (2005) 年度の国民医療費 33 兆 1289 億円についての考え
 非常に高いと感じる・やや高いと感じる：71.9%
 非常に低いと感じる・やや低いと感じる：2.9%
 どちらともいえない・わからない：23.1%

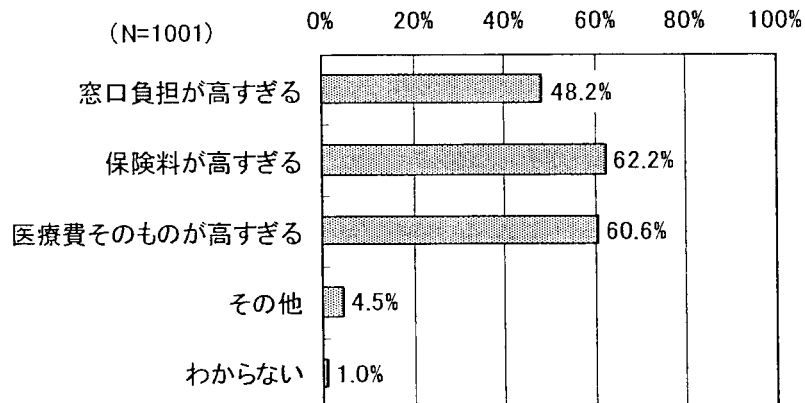
図表 2-31 わが国の国民医療費についての考え



図表 2-32 医療費に係る国民の負担（保険料・税金・患者負担）についての考え

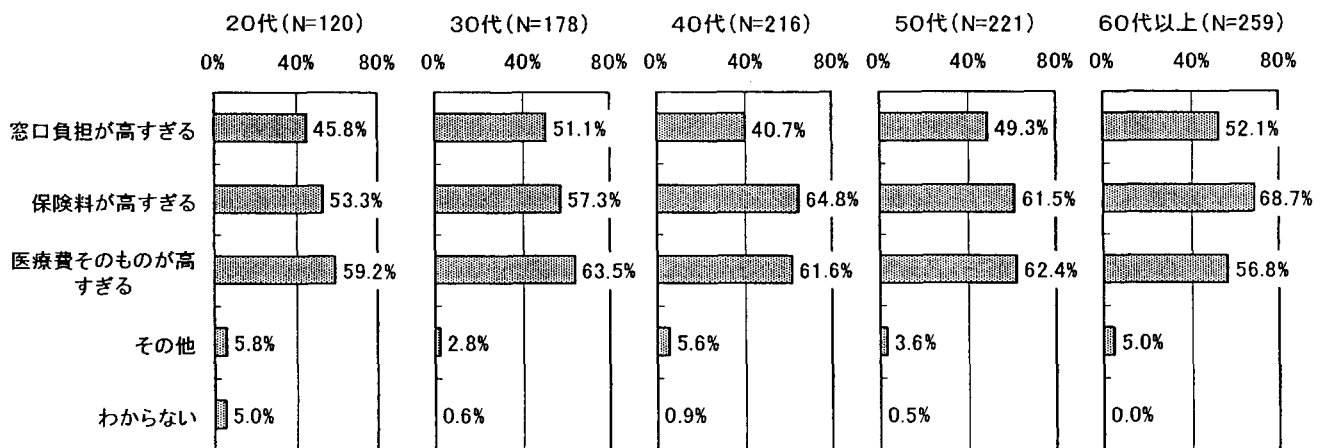


図表 2-33 国民の負担が重いと考える点（複数回答）



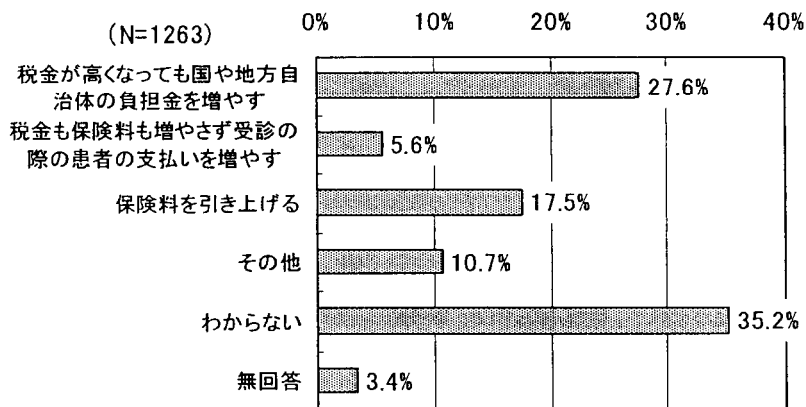
- 国民の負担が重いと感じる点について年齢階層別、加入している主要な医療保険別にみると、年齢階層別では、いずれの年齢階層においても同様の回答傾向にあった。ただし、**医療費そのものが高すぎる**との回答割合が、年齢階層が上がるにつれてやや増加傾向にあることがわかる。
- また、回答割合の多かった主要な加入医療保険別にみると、いずれの医療保険においてもほぼ同様の回答傾向にあった。

図表 2-34 国民の負担が重いと感じる点（複数回答）；年齢階層別

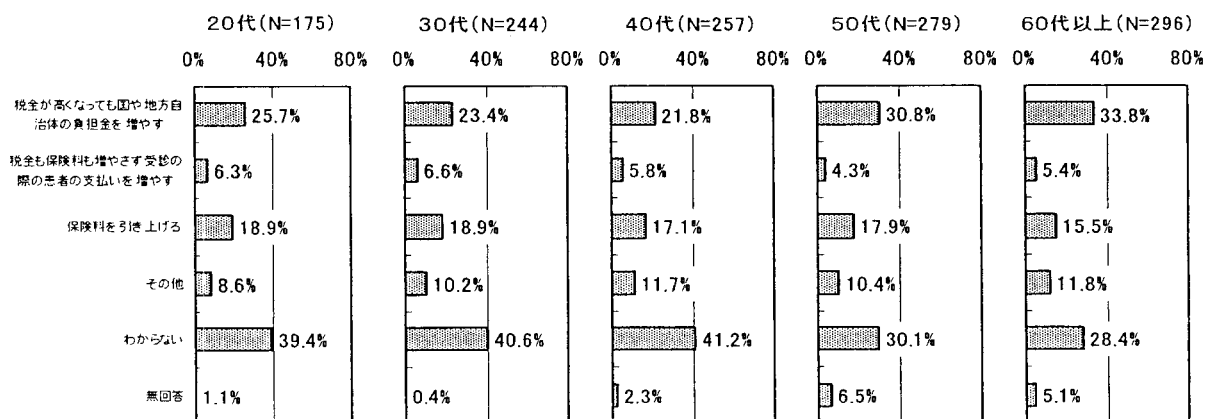


- わが国の増加する医療費を
まかなう方法：税金による国・地方自治体の負担金 27.6%
保険料を引き上げる 17.5% . . . 等

図表 2-35 増加する医療費をまかなう方法として望ましいもの

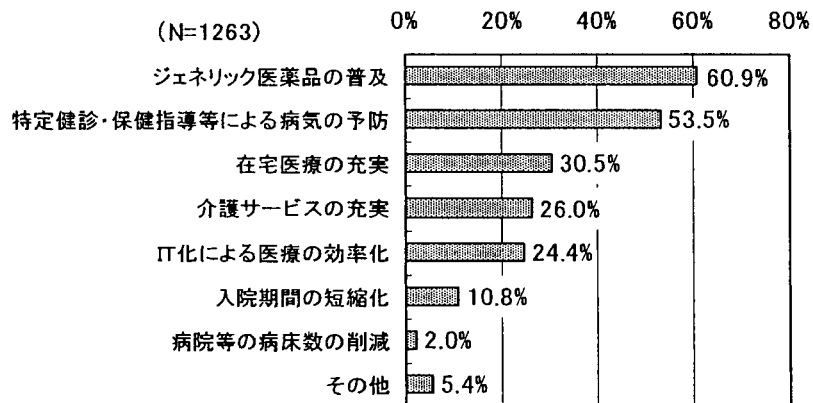


図表 2-36 増加する医療費をまかなう方法として望ましいもの；年齢階層別



- わが国の増加する医療費を抑制する方法
 - 第1位 ジェネリック医薬品の普及 60.9%
 - 第2位 特定健診・保健指導等による病気の予防 53.5%
 - 第3位 在宅医療の充実 30.5% . . . 等

図表 2-37 増加する医療費を抑制する方法として望ましいもの（複数回答）



4 ジェネリック医薬品（後発医薬品）について

○ ジェネリック医薬品を知っている人 74.4%

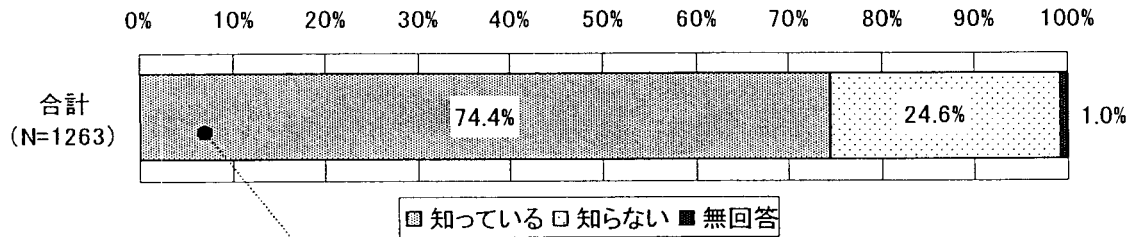
このうち、ジェネリック医薬品の服用経験のある人 17.6%（対象者全体の13.1%）

ジェネリック医薬品を知っていて服用経験のない人の服用しない理由

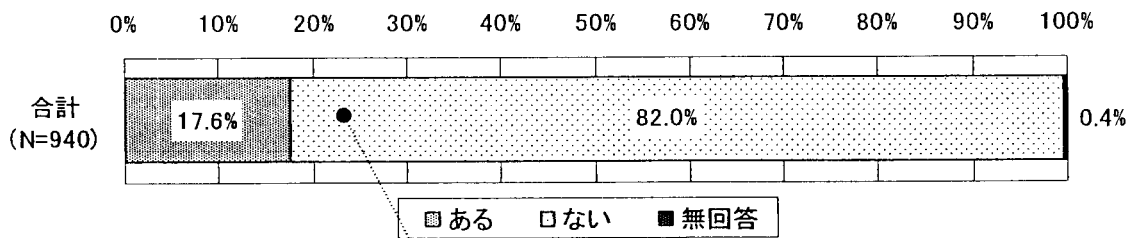
第1位 医療機関や薬局の薬剤師にジェネリック医薬品を勧められたことがない 52.5%

第2位 病気をしないため、薬を処方されたことがない 46.0%・・・等

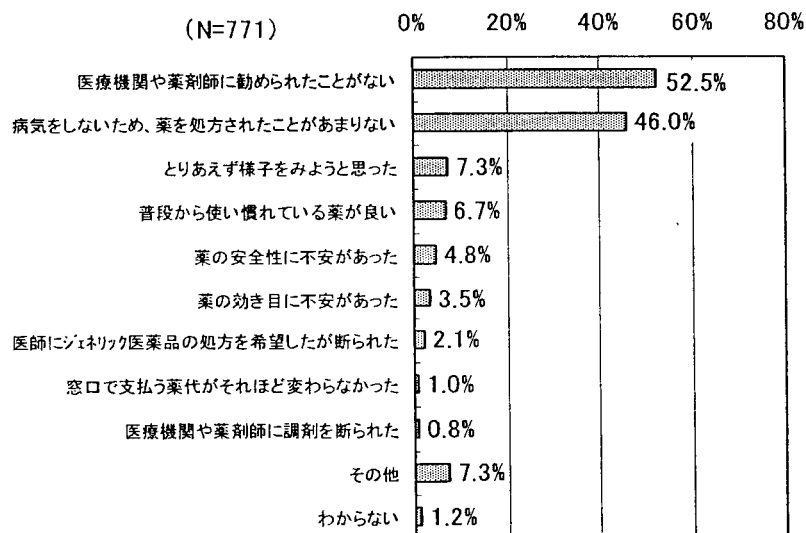
図表 2-38 ジェネリック医薬品の認知度



図表 2-39 ジェネリック医薬品の服用経験の有無



図表 2-40 服用しなかった理由（複数回答）



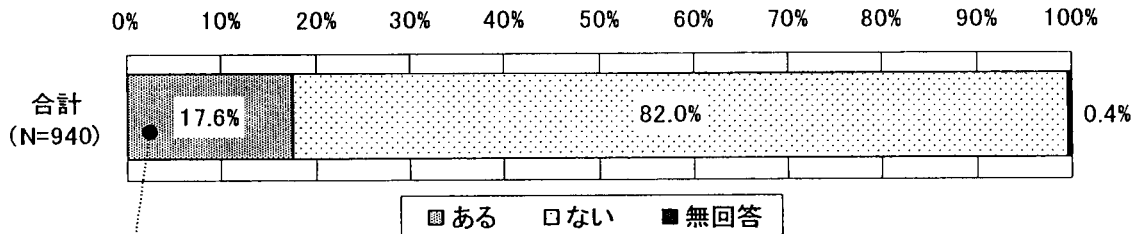
○ ジェネリック医薬品を知っていて服用経験のある人に感想を求めた。

薬の効き目：変わらない 72.7%

薬の安全性：不安を感じなかった 73.9%

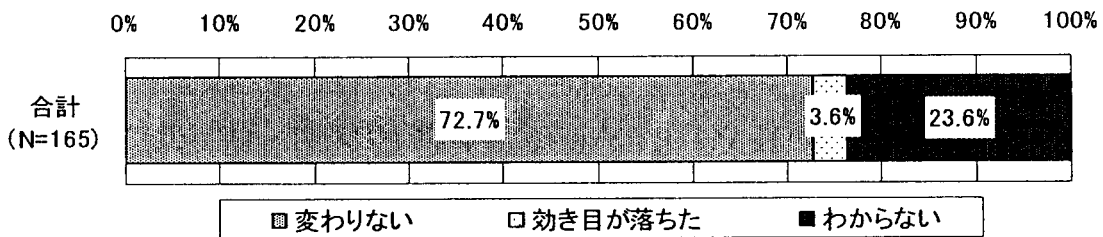
窓口での負担：かなり安くなった 46.7%

図表 2-41 ジェネリック医薬品の服用経験の有無 [再掲]

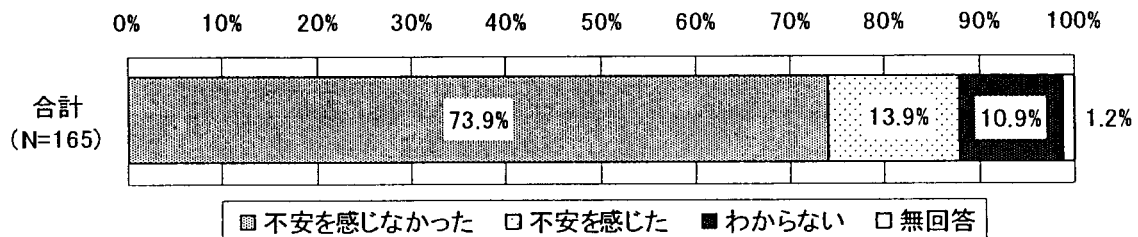


図表 2-42 服用した感想

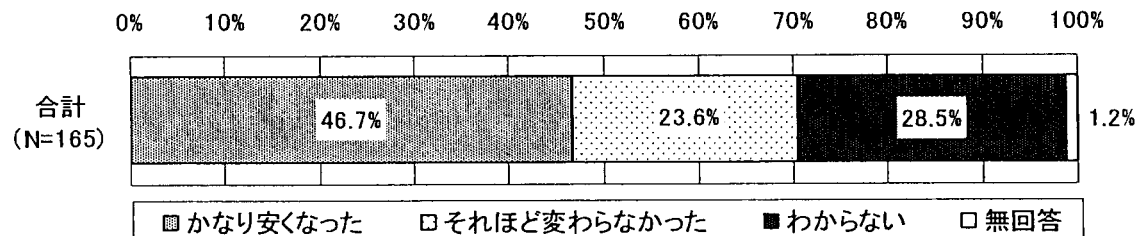
(1) 薬の効き目



(2) 薬の安全性



(3) 窓口での負担



5 医療保険者からのサービスの満足度・充実への期待

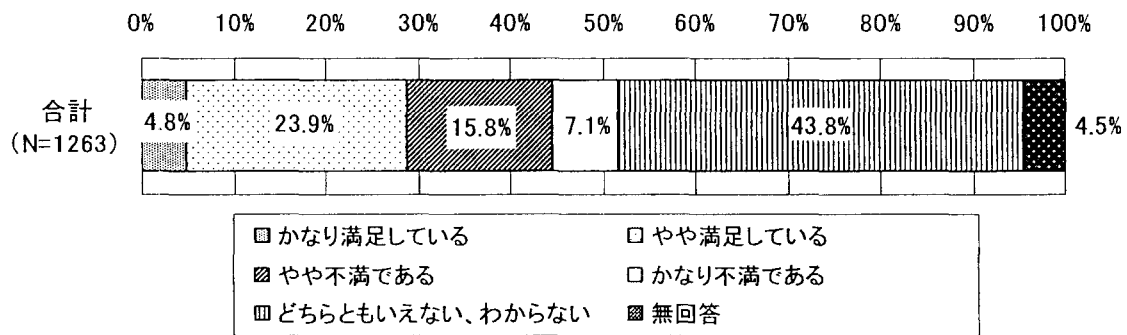
○ 医療保険者からのサービスの満足度

かなり満足・やや満足：28.7%

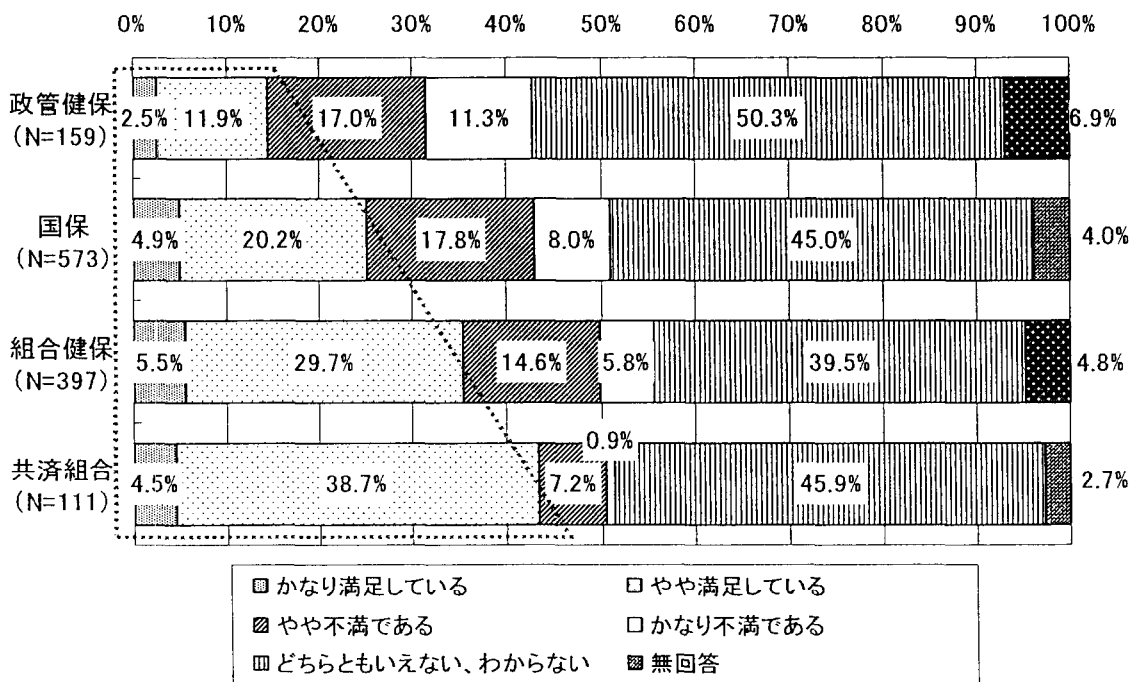
かなり不満・やや不満：23.0%

どちらともいえない・わからない：43.8%

図表 2-43 医療保険者からのサービスの満足度

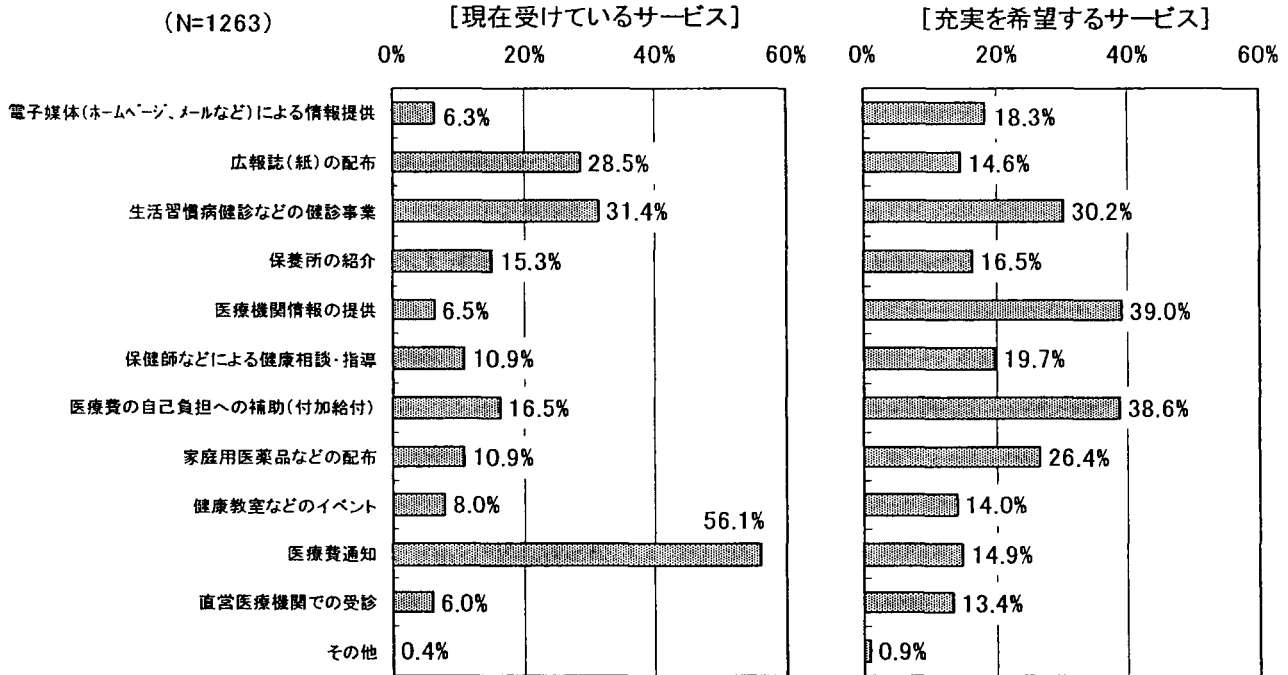


図表 2-44 医療保険者からのサービスの満足度；主要な加入医療保険別



- 今後充実を希望するサービス
 - 第1位 医療機関情報の提供 39.0%
 - 第2位 医療費の自己負担への補助 38.6%
 - 第3位 生活習慣病健診などの健診事業 30.2% . . .等

図表 2-45 医療保険者から [現在受けているサービス] と [充実を希望するサービス] (複数回答)



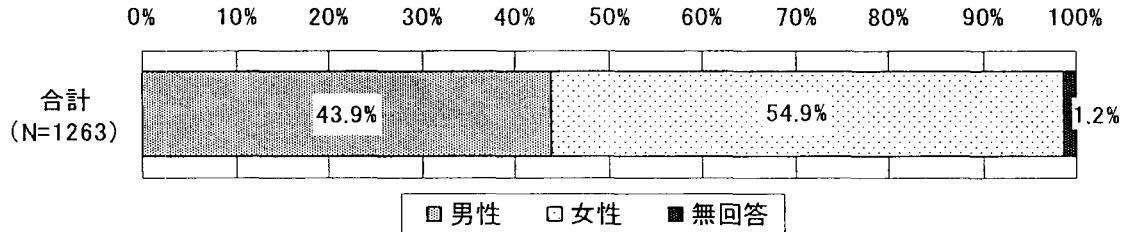
4 回答者の状況

1 性別・年齢

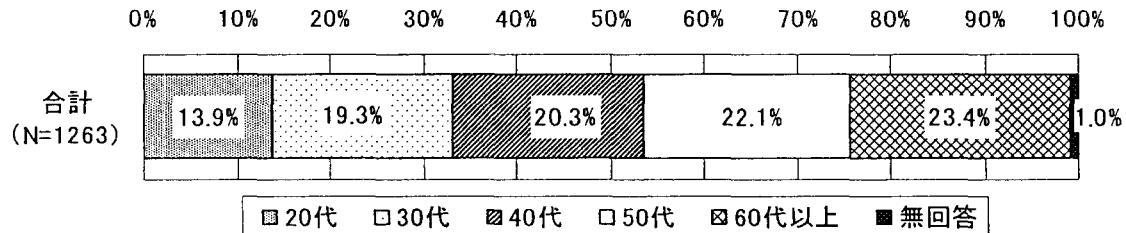
○ 年齢 平均 46.9 歳 [N=1,251]

男性 平均 47.3 歳 [N=554] 女性 平均 46.5 歳 [N=693]

図表 2-46 性別

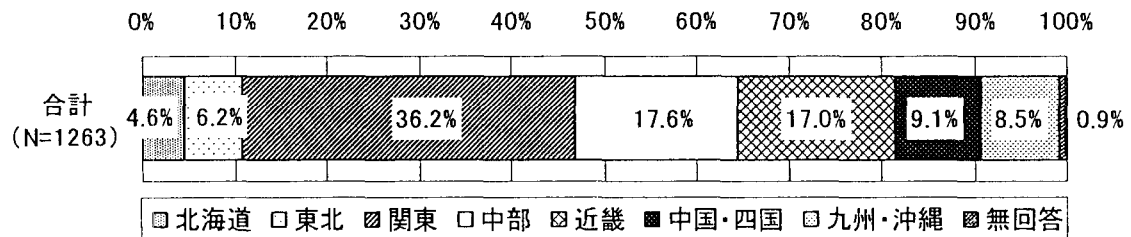


図表 2-47 年齢



2 所在地

図表 2-48 所在地（地域ブロック）



※北海道以外の地域ブロックに含まれる都府県は以下の通り。

東北：青森県・岩手県・宮城県・秋田県・山形県・福島県

関東：茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県

中部：新潟県・富山県・石川県・福井県・山梨県・長野県・岐阜県・静岡県・愛知県

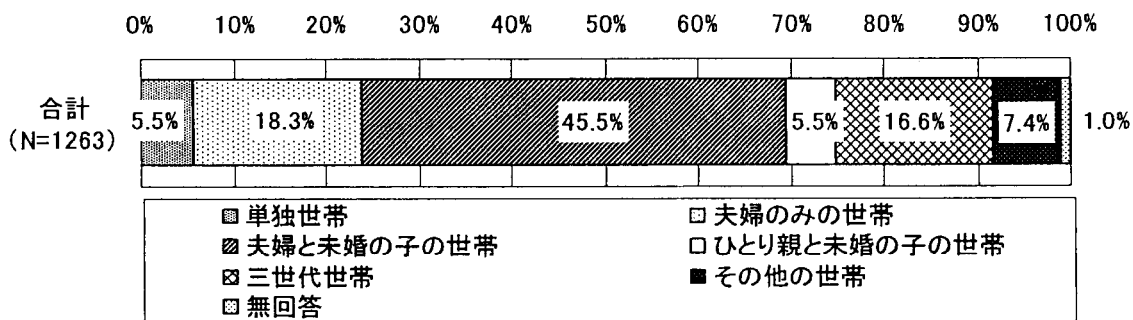
近畿：三重県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県

中国・四国：鳥取県・島根県・岡山県・広島県・山口県・徳島県・香川県・愛媛県・高知県

九州・沖縄：福岡県・佐賀県・長崎県・熊本県・大分県・宮崎県・鹿児島県・沖縄県

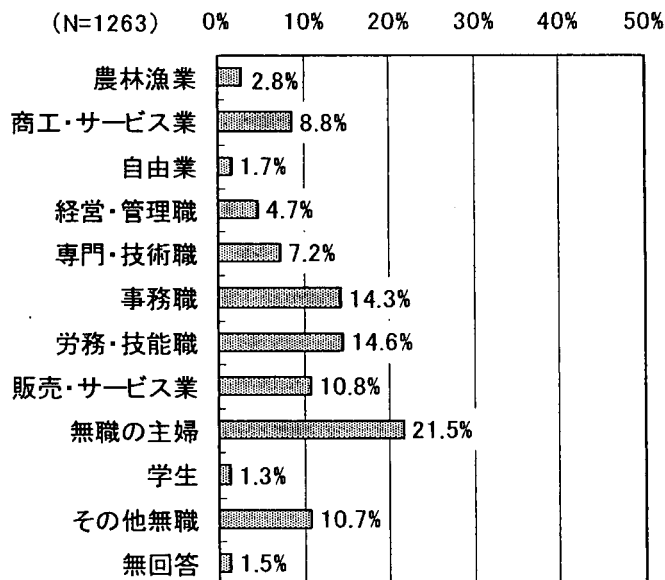
3 世帯類型

図表 2-49 世帯類型



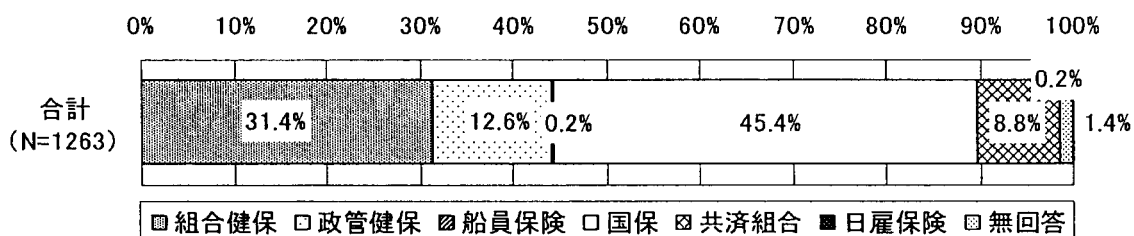
4 職業

図表 2-50 職業



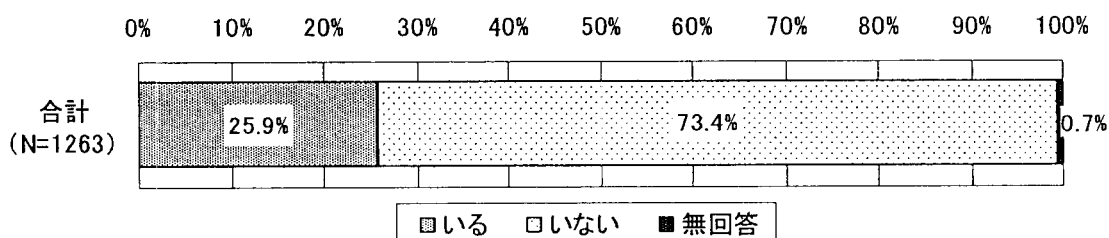
5 加入している医療保険

図表 2-51 加入している医療保険

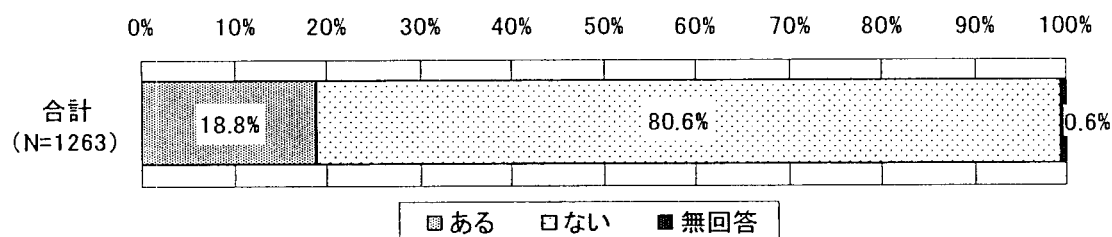


6 在宅での看護・看取りの経験の有無

図表 2-52 寝たきりなどにより在宅医療・介護の必要な家族がいた経験の有無

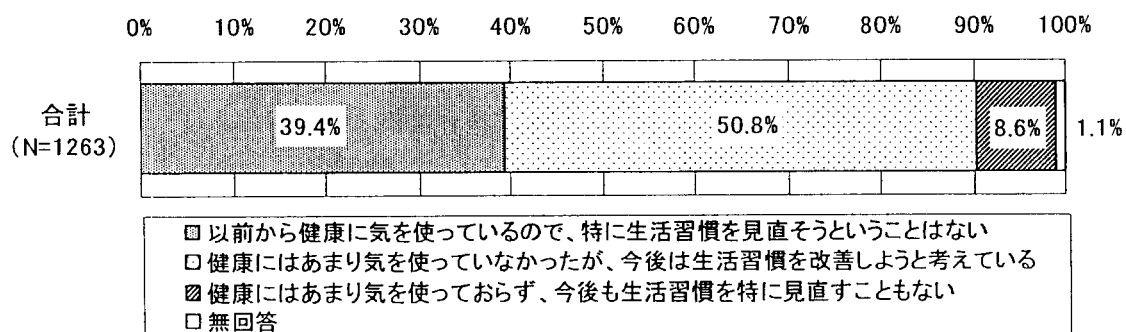


図表 2-53 家族・親族の誰かを在宅で看取った経験の有無

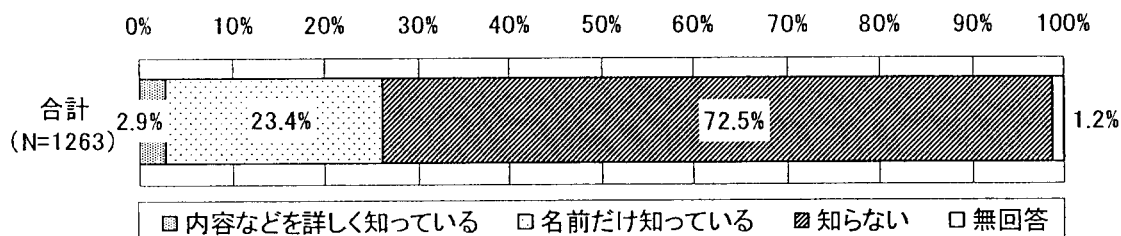


7 その他

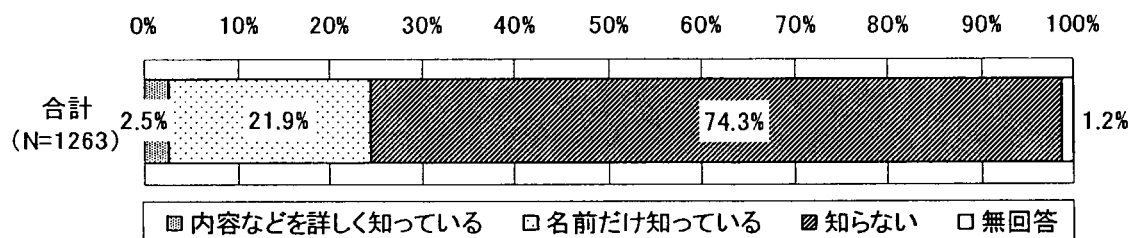
図表 2-54 最近のメタボリックシンドローム関連報道による健康意識の変化



図表 2-55 特定健康診査・特定保健指導に関する認知状況



図表 2-56 後期高齢者医療制度に関する認知状況



※回答の代表性について

○年齢

	回答結果		H17国勢調査	
	回答数	構成割合	回答数	構成割合
20代	175	13.9%	15,630,647	15.1%
30代	244	19.3%	18,490,638	17.9%
40代	257	20.3%	15,806,457	15.3%
50代	279	22.1%	19,051,663	18.5%
60代以上	296	23.4%	34,216,634	33.2%
無回答	12	1.0%	—	—
合計	1,263	100.0%	103,196,039	100.0%

○地域

	回答結果		H17国勢調査	
	回答数	構成割合	回答数	構成割合
北海道	58	4.6%	5,627,737	4.4%
東北	78	6.2%	9,634,917	7.5%
関東	457	36.2%	41,494,836	32.5%
中部	222	17.6%	21,773,742	17.0%
近畿	215	17.0%	22,760,030	17.8%
中国・四国	115	9.1%	11,762,204	9.2%
九州・沖縄	107	8.5%	14,714,528	11.5%
無回答	11	0.9%	—	—
合計	1,263	100.0%	127,767,994	100.0%

※H17国勢調査の結果は全年齢での人口構成比

医療に関する国民意識調査

アンケート調査へのご協力をお願い

この調査は、国民の皆様が、現在の医療に対してどのようなご要望やお考えをお持ちであるのかを知り、医療保険者として今後の医療政策の検討に資する基礎資料を整備することを目的とします。

この調査の対象となる方は、本年8月時点で満20歳以上の方から無作為に選ばせていただきました。また、お答えになった内容は、上記の目的にのみ使用し、統計的に処理いたしますので、皆様にご迷惑をおかけすることは一切ございません。

どうぞ、率直なご意見、お考えをお聞かせください。本調査の趣旨をご理解くださいまして、よろしくご協力をお願い申し上げます。

平成19年9月

健康保険組合連合会

ご記入にあたってのお願い

1. 封筒の宛名のご本人についてのご記入をお願いいたします。
2. 各設問のご回答については、該当する番号に○をつけていただくものと、具体的な数値等を記入していただくものがあります。
3. 該当する番号に○をつけていただく設問では、1つだけ選ぶタイプの設問と、複数選ぶタイプの設問があります。
4. 設問によっては、回答していただく方が限られる場合がありますので、矢印やことわり書きにご注意ください。
5. 全ての設問へのご記入が済みましたら、お手数ですがこのアンケートを同封の返信用封筒に入れ、9月28日（金）までにご返送ください。
6. ご不明の点がございましたら、下記までお問合せください。

アンケートに関するお問合せは、下記までお願いいたします。>

【調査実施委託機関】

株式会社日本リサーチセンター

調査部 担当 萩原、蔵田
フリーダイヤル 0120-030-551 (平日 10:00~17:00)
〒103-0023 東京都中央区日本橋本町 2-7-1 NOF 日本橋本町ビル
ホームページ <http://www.nrc.co.jp>



「たいせつにしますプライバシーマーク」は、個人情報について十分な保護策を講じている企業・団体に対して(株)日本情報処理開発協会が認定していることであらうものです。

「ISO9001」は、国際標準化機構が認定している品質の国際規格です。弊社は1999年に取得いたしました。

* (株)日本リサーチセンターは公式認証資格であるプライバシーマークを取得しております。

はじめに、あなたご自身についてお尋ねします。

問1 あなたの性別はどちらですか。

01 男性

02 女性

問2 あなたの年齢をご記入ください。

満

歳（平成19年〇月〇日現在）

問3 あなたがお住まいの都道府県はどちらですか。

01 北海道	02 青森県	03 岩手県	04 宮城県	05 秋田県	06 山形県
07 福島県	08 茨城県	09 栃木県	10 群馬県	11 埼玉県	12 千葉県
13 東京都	14 神奈川県	15 新潟県	16 富山県	17 石川県	18 福井県
19 山梨県	20 長野県	21 岐阜県	22 静岡県	23 愛知県	24 三重県
25 滋賀県	26 京都府	27 大阪府	28 兵庫県	29 奈良県	30 和歌山県
31 鳥取県	32 島根県	33 岡山県	34 広島県	35 山口県	36 徳島県
37 香川県	38 愛媛県	39 高知県	40 福岡県	41 佐賀県	42 長崎県
43 熊本県	44 大分県	45 宮崎県	46 鹿児島県	47 沖縄県	

問4 同居しているご家族をすべてお選びください。（○をいくつでも）

01 一人暮らし

02 配偶者（又はパートナー）

03 子ども

04 自分の父親

05 自分の母親

06 義理の父親

07 義理の母親

08 あなた又は配偶者の兄弟姉妹

09 あなた又は配偶者の祖父母

10 あなたの孫

11 その他（

）

問5 あなたの職業はどれですか。（○を1つ）

01 農 林 漁 業

例. 農業、牧畜、造園業、林業、漁業など

02 商工・サービス業

例. 卸売業、小売業、飲食店、理髪店、修理店など

03 自 由 業

例. 開業医、弁護士、宗教家、著述業、茶華道師匠など

04 経 営 ・ 管 理 職

例. 官公庁の課長級以上、民間会社・団体の課長級以上

05 専 門 ・ 技 術 職

例. 病院勤務医師、裁判官、研究所研究員など

06 事 務 職

例. 一般事務職員、教員、事務機械オペレーター、新聞記者など

07 労 務 ・ 技 能 職

例. 各種技能工、運転手、電話交換手、職人、守衛など

08 販 売 ・ サ ー ビ ス 職

例. 販売店員、外交員、ウェイトレス、理・美容師

09 無 職 の 主 婦

10 学 生

11 そ の 他 無 職

問6 あなたの加入している**医療保険**はどれですか。(○を1つ)

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 01 組合管掌健康保険 | 02 政府管掌健康保険 |
| 03 船員保険 | 04 国民健康保険(国保組合を含む) |
| 05 共済組合(公務員、私立学校教職員) | 06 日雇保険 |

問7 最近「**メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)**」について、テレビ・新聞等で頻繁に紹介されています。これらの報道から、あなたは、ご自分の食生活や運動習慣等を見直し、健康により気をつけようと思いましたか。(○を1つ)

- | |
|---|
| 01 以前から健康には気を使っているので、特に生活習慣を見直そうということはない |
| 02 健康にはあまり気を使っていなかったが、今後は生活習慣を改善しようと考えている |
| 03 健康にはあまり気を使っておらず、今後も生活習慣を特に見直すこともない |

問8 平成20(2008)年4月より、40歳~74歳の被保険者・被扶養者を対象に、医療保険者が実施することを義務付けられた「**特定健康診査・特定保健指導**」をご存知ですか。

- | | |
|---------------------|--------------|
| 01 内容などについて詳しく知っている | 02 名前だけ知っている |
| 03 知らない | |

問9 平成20(2008)年4月より、75歳以上の後期高齢者を対象に創設される新しい医療制度である「**後期高齢者医療制度**」をご存知ですか。

- | | |
|---------------------|--------------|
| 01 内容などについて詳しく知っている | 02 名前だけ知っている |
| 03 知らない | |

問10 この1年間に病気やケガ、出産で、医療機関に**入院**したことがありますか。

- | | |
|-------|-------|
| 01 ある | 02 ない |
|-------|-------|

問11 この1年間に病気やケガで、医療機関の**外来を受診**したことがありますか。

- | | |
|-------|-------------|
| 01 ある | 02 ない【⇒問12】 |
|-------|-------------|

問11-1【問11で01を選んだ方のみ】あなたは、**同じ病気やケガで、同時期に複数の医療機関にかかった**ことがありますか。

- | | |
|-------|-------------|
| 01 ある | 02 ない【⇒問12】 |
|-------|-------------|

問11-2【問11-1で01を選んだ方のみ】その**理由**は何ですか。(○をいくつでも)

- | |
|--|
| 01 先に受診していた医療機関・医師からの紹介で、他院で専門的な検査等を受けた |
| 02 先に受診していた医療機関・医師からの紹介で、他院のセカンドオピニオン外来を受診した |
| 03 先に受診していた医療機関・医師の診察内容等に不満があり、自分の判断で他院を受診した |
| 04 その他 () |

医療機関のかかりかたについてお尋ねします。

問 12 あなたには、日頃から健康の相談をしたり病気をしたときに、きまって診察を受ける医師・医療機関がいますか。(○を1つ)

- 01 病気になるといつも相談し、診察を受ける医師がいる
- 02 この病気ならこの先生という意味でなら、決まった医師がいる 【⇒問 13】
- 03 いつもかかる医療機関ならあるが、診察を受ける医師は決まっていない 【⇒問 13】
- 04 そのような医師・医療機関はない

問 12-1 【問 12 で 01 を選んだ方のみ】 その医師に決めた主な理由は何ですか。(○をいくつでも)

- 01 自宅から近く通院が便利だから
- 02 必要なときにいつでも連絡がとれ、適切な指示をしてくれるから
- 03 医師の人柄が良いから
- 04 病気や治療についてよく説明してくれるから
- 05 健康や疾病予防、医療・介護の相談に気軽に応じてくれるから
- 06 どんな病気でも診てくれるから
- 07 深夜や休日などの緊急時にも診てくれるから
- 08 往診を頼んでも断らないから
- 09 あなたの病歴や健康状態などを良く知っているから
- 10 あなたのご家族の病歴や健康状態なども良く知っているから
- 11 最新の設備が整えられているから
- 12 医師の診察技術が優れているから
- 13 必要なときに、適切な医師・医療機関・訪問看護ステーション等を紹介してくれるから
- 14 その他 ()

問 12-2 【問 12 で 01 を選んだ方のみ】 その医師のいる医療機関はどれですか。(○を1つ)

- 01 一般診療所 (医院・クリニック)
- 02 大学病院・国公立病院
- 03 その他の病院

問 12-3 【問 12 で 04 を選んだ方のみ】 日頃から健康の相談をしたり、病気をしたときにきまって診察を受ける医師・医療機関を持たない主な理由は何ですか。(○をいくつでも)

- 01 あまり病気をしないから
- 02 その都度、適当な医療機関を選ぶ方がよいと思うから
- 03 適当な医療機関を選ぶための情報が不足しているから
- 04 適当な医療機関をどう探してよいのか分からないから
- 05 その他 ()
- 06 特に理由はない、わからない

問 13 あなたが、日頃から健康の相談をしたり、病気をしたときにきまって診察を受ける医師・医療機関に期待することをお選びください。また、問 12 で「01 病気になるといつも相談し、診察を受ける医師がいる」を選んだ方についても、現在期待することについてお選びください。(○をいくつでも)

- 01 自宅から近く通院が便利であること
- 02 必要なときにいつでも連絡がとれ、適切な指示をしてくれること
- 03 医師の人柄が良いこと
- 04 病気や治療についてよく説明してくれること
- 05 健康や疾病予防、医療・介護の相談に気軽に応じてくれること
- 06 どんな病気でも診てくれること
- 07 深夜や休日などの緊急時にも診てくれること
- 08 往診を頼んでも断らないこと
- 09 あなたの病歴や健康状態などを良く知っていること
- 10 あなたのご家族の病歴や健康状態なども良く知っていること
- 11 最新の設備が整えられていること
- 12 医師の診察技術が優れていること
- 13 必要なときに、適切な医師・医療機関・訪問看護ステーション等を紹介してくれること
- 14 その他 ()

問 14 あなたは、あなたご自身やご家族が深夜や休日などに具合が悪くなったときに、主にどのような対応をしていますか。(○をいくつでも)

- 01 病気になるといつも相談し、診察を受ける医師に連絡をとり、外来を受診する
- 02 病気になるといつも相談し、診察を受ける医師に連絡をとり、往診を頼む
- 03 休日・夜間診療所へ行く
- 04 救急医療情報を調べて、救急医療機関（病院・診療所）へ行く
- 05 とりあえず大きな病院へ行く
- 06 市販の薬を服用し様子を見る
- 07 119 番に電話をして救急車を呼ぶ
- 08 その他 ()

問 15 医療機関の受診のあり方として、現在、次のAとBの2つの考え方について議論されています。あなたはどちらに賛成しますか。(○を1つ)

A. 病気の症状の程度に関わらず、病院と診療所の区別なく自分の選んだ医療機関を受診する

B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する

- 01 A の意見に賛成である
- 02 A の意見にどちらかといえば賛成である
- 03 B の意見にどちらかといえば賛成である
- 04 B の意見に賛成である
- 05 どちらともいえない、わからない

問 15-1 【問 15 で 01 又は 02 を選んだ方のみ】 その理由は何ですか。(○をいくつでも)

- 01 いつも高度な医療機能をもつ大病院を受診したいから
- 02 いつも同じ医師の診断ばかり受けていては不安だから
- 03 その都度、そのときの症状に応じた専門医に診察をしてほしいから
- 04 その他 ()
- 05 わからない

問 15-2 【問 15 で 03 又は 04 を選んだ方のみ】 その理由は何ですか。(○をいくつでも)

- 01 自分のことを良く知っている医師にまずは受診した方が安心だから
- 02 医師によって診断結果が異なるのが不安だから
- 03 自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから
- 04 その他 ()
- 05 わからない

問 15-3 【問 15 で 03 又は 04 を選んだ方のみ】 例えば、一般診療所の医師を事前に選んで登録しておき、体に何か不調を感じたときには、最初にその医師を必ず受診し、救急以外では病院を自由に受診できないとしたら、どのようにお感じですか。(○を1つ)

- 01 非常に不安を感じる
- 02 それほど不安を感じない
- 03 やや不安を感じる
- 04 全く不安を感じない
- 05 どちらともいえない、わからない

在宅医療についてお尋ねします。

問 16 例えば、あなたが高齢期に何らかの病気やケガをして、寝たきりに近い状態になった場合、**どこで療養生活を送りたい**と考えますか。(○を1つ)

- | | | |
|--------------|------------|-----------|
| 01 自宅 | 02 病院 | 03 老人保健施設 |
| 04 特別養護老人ホーム | 05 有料老人ホーム | 06 その他() |
| 07 わからない | | |

問 17 あなたの家族の中に、現在も含めて今までに、寝たきりなどになって、**在宅での医療・介護が必要になった方**がいらっしゃいますか。

- | | |
|-------|--------|
| 01 いる | 02 いない |
|-------|--------|

問 18 あなたは今までに、**ご家族や親族等を在宅で看取ったこと**(病人を亡くなるまで看病したこと)がありますか。

- | | |
|-------|--------|
| 01 ある | 02 いない |
|-------|--------|

問 19 例えば、あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、どのようにしたいですか。

(1) **どのような医療**を受けたいですか。(○を1つ)

- | |
|---|
| 01 病気の治療を目的として、積極的な検査・診断・治療・延命処置などを受けたい |
| 02 疼痛緩和※中心の症状コントロール、精神的援助、また家族への援助などを受けたい |
| 03 わからない |

※疼痛緩和：痛みなどの、病気による不快な症状や、愁訴を緩和・軽減することです。

(2) 自分の終末期医療(死期が迫っている際の医療)の受け方について、事前に**意思確認書**のようなものを作成しておきたいと考えますか。(○を1つ)

- | | |
|----------------|--------------------|
| 01 既に作成している | 02 作成したい |
| 03 作成したいとは思わない | 04 どちらともいえない、わからない |

(3) **どこで終末期の医療**を受けたいですか。(○を1つ)

- | | | |
|--------------------|--------------|------------------|
| 01 自宅 | 02 病院 | 03 ホスピス等の緩和ケア施設※ |
| 04 老人保健施設 | 05 特別養護老人ホーム | 06 有料老人ホーム |
| 07 その他() 08 わからない | | |

※緩和ケア施設：末期がん等による疼痛を主とした不快な症状や、不安に苦しむ患者の身体の諸症状を和らげ、平穏な心を取り戻すために援助し、本来のその人らしさを発揮して生命を全うすることを目的とする施設です。

(4) 【問 19 (3) で 01 を選んだ方のみ】 **自宅で最期まで療養するためには、主に何が重要だ**とお考えですか。(○をいくつでも)

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 01 往診・訪問診療をしてくれる医師 | 02 訪問看護(看護師の訪問)体制 |
| 03 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制 | 04 24時間相談にのってくれる専門家・機関 |
| 05 介護してくれる家族 | 06 居住環境の改修 |
| 07 症状が急に悪くなったときに、すぐ入院できる医療機関 | 08 経済的な支援 |
| 09 その他() | |

医療全般についてお尋ねします。

問 20 現在の医療に対してどのようにお感じですか。(○を1つ)

- | | |
|--------------------|-------------|
| 01 かなり満足している | 02 やや満足している |
| 03 やや不満である | 04 かなり不満である |
| 05 どちらともいえない、わからない | |

問 21 これまでの経験から、医療機関に対して何かご要望がありますか。

- | | |
|-------|--------------|
| 01 ある | 02 ない【⇒問 22】 |
|-------|--------------|

問 21-1【問 21 で 01 を選んだ方のみ】特にどのようなご要望がありますか。(○をいくつでも)

- | |
|----------------------------------|
| 01 病気の状態や治療法をよく説明してほしい |
| 02 患者の訴えを十分に聞いてほしい |
| 03 検査はあまりしないでほしい |
| 04 待ち時間を短くしてほしい |
| 05 往診の依頼に応じてほしい |
| 06 注射や投薬はあまりしないでほしい |
| 07 医師、看護師、受付職員はもっと親切にしてほしい |
| 08 難しい病気ときは、専門の医療機関を紹介してほしい |
| 09 休日や夜間でも、救急のときは診察してほしい |
| 10 待合室や病室をもっと快適にほしい |
| 11 得意分野を教えてください |
| 12 セカンドオピニオン等の他の医師の診断をうけやすくしてほしい |
| 13 その他 () |

問 22 今後のわが国の医療のあり方として、特に望ましいことは何ですか。(○をいくつでも)

- | |
|---|
| 01 医師、看護師等の医療従事者の確保・育成 |
| 02 往診等の在宅医療に対応し、訪問看護ステーションや介護事業者等と連携する医療機関の整備 |
| 03 夜間や休日における救急医療体制の整備 |
| 04 遺伝子治療等の高度先進医療の推進 |
| 05 医療機関の積極的な情報開示 |
| 06 緩和ケアに対応できる医療機関の整備 |
| 07 医療機関間での患者情報（検査・画像診断の結果等）の共有化 |
| 08 長期入院できる医療機関の整備 |
| 09 その他 () |
| 10 わからない |

問 23 医療機関を選ぶにあたり、何を参考にしていますか。(○をいくつでも)

- 01 病気になるといつも相談し、診察を受ける医師に相談する
- 02 家族、友人、知人からの意見を聞く
- 03 新聞、雑誌、本などの情報を調べる
- 04 電話帳を調べる
- 05 インターネットの情報を調べる
- 06 その他 ()
- 07 特になし

問 23-1 医療機関の情報として特に欲しいと思う情報の内容はどれですか。(○をいくつでも)

- 01 診療科目
- 02 専門医・認定医・指導医の勤務状況
- 03 医師の専門分野
- 04 医師の経歴、年齢、性別
- 05 夜間・休日診療の実施の有無
- 06 往診・訪問診療の実施の有無
- 07 手術の実施件数・成功率
- 08 入院患者の受入基準
- 09 必要な費用の概ねの金額
- 10 連携している医療機関・介護施設
- 11 第三者機関による医療機関の評価
- 12 その他 ()

問 24 平成 17 (2005) 年度の日本の国民医療費は 33 兆 1289 億円で、国民所得に対する割合は 9.01%です。あなたは日本の医療費をどのように感じますか。(○を 1 つ)

- 01 非常に高いと感じる
- 02 やや高いと感じる
- 03 やや低いと感じる
- 04 非常に低いと感じる
- 05 どちらともいえない、わからない

問 25 平成 17 (2005) 年度の日本の国民 1 人当たり医療費は 25 万 9300 円です。この医療費は保険料や税金、医師にかかった時の患者負担などの形で国民が負担しています。あなたはこの負担をどのように感じますか。(○を 1 つ)

- 01 重いと感じる
- 02 やや重いと感じる
- 03 あまり重いと感じない 【⇒問 26】
- 04 重いとは思わない 【⇒問 26】
- 05 どちらともいえない、わからない 【⇒問 26】

問 25-1 【問 25 で 01 又は 02 を選んだ方のみ】あなたが重いとお考えになっているのはどのような点ですか。(○をいくつでも)

- 01 医師にかかったときの自己負担費用が高すぎる
- 02 保険料が高すぎる
- 03 医療費そのものが高すぎる
- 04 その他 ()
- 05 わからない

問 26 **増加する医療費を賄う方法**として、あなたはどの方法がよいと思いますか。(○を1つ)

- | |
|--|
| 01 税金が高くなっても国や地方自治体の負担金を増やすほうがよい |
| 02 保険料を引き上げるほうがよい |
| 03 税金も保険料も増やさずに医師にかかったときの患者の支払いを増やすほうがよい |
| 04 その他 () |
| 05 わからない |

問 27 **増加する医療費を抑制する方法**として、あなたはどの方法がよいと思いますか。(○をいくつでも)

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 01 病院等の病床数の削減 | 02 入院期間の短縮化 |
| 03 在宅医療の充実 | 04 介護サービスの充実 |
| 05 ジェネリック医薬品(後発医薬品)の普及 | 06 IT化による医療の効率化 |
| 07 特定健診・保健指導等による病気の予防 | 08 その他 () |

問 28 あなたは**ジェネリック医薬品(後発医薬品)**を知っていますか。

- | | |
|----------|----------------|
| 01 知っている | 02 知らない【⇒問 29】 |
|----------|----------------|

問 28-1【問 28 で 01 を選んだ方のみ】ジェネリック医薬品を服用したことがありますか。

- | |
|-------|
| 01 ある |
| 02 ない |

問 28-2【問 28-1 で 02 を選んだ方のみ】**服用しなかった理由**は何ですか。(○をいくつでも)

- | |
|---------------------------------------|
| 01 病気をしないため、薬を処方されたことがあまりないから |
| 02 医師にジェネリック医薬品の処方を希望したが、断られたから |
| 03 医療機関や薬局の薬剤師にジェネリック医薬品を勧められたことがないから |
| 04 医療機関や薬局の薬剤師にジェネリック医薬品の調剤を断られたから |
| 05 普段から使い慣れている薬が良いから |
| 06 薬の効き目に不安があったから |
| 07 薬の安全性に不安があったから |
| 08 窓口で支払う薬代がそれほど変わらなかったから |
| 09 とりあえず様子をみようと思ったから |
| 10 その他 () |
| 11 わからない |

問 28-3【問 28-1 で 01 を選んだ方のみ】**服用した感想**はいかがでしたか。(○をそれぞれ1つ)

(1) 薬の効き目	01 変わらない	02 効き目が落ちた	03 わからない
(2) 薬の安全性	01 不安を感じなかった	02 不安を感じた	03 わからない
(3) 窓口での負担	01 かなり安くなった	02 それほど変わらなかった	03 わからない

問 29 あなたが加入している医療保険者（健保組合、政管健保、国民健康保険等）からのサービスについてどのように感じですか。（○を1つ）

01 かなり満足している	02 やや満足している
03 やや不満である	04 かなり不満である
05 どちらともいえない、わからない	

問 29-1 医療保険者からどのようなサービスを受けていますか。また、どのようなサービスの充実を希望しますか。それぞれについて、該当するものを全て選び欄内に○をおつけください。

	現在受けているサービス (該当するもの○)	充実を希望するサービス (該当するもの○)
01 電子媒体（ホームページ・メールなど）による情報提供		
02 広報誌（紙）の配布		
03 生活習慣病健診などの健診事業		
04 保養所の紹介		
05 医療機関情報の提供		
06 保健師などによる健康相談・指導		
07 医療費の自己負担への補助（付加給付）		
08 家庭用医薬品などの配布		
09 健康教室などのイベント		
10 医療費通知		
11 直営医療機関での受診		
12 その他（ ）		

質問は以上です。ご協力誠にありがとうございました。
記入漏れがないかをご確認のうえ、平成19年9月28日（金）までに、
同封の返信用封筒に入れてご返送ください。

提出委員
竹 嶋 康 弘
中 川 俊 男

医療現場の実態と診療報酬改定に むけての課題

社会保障審議会医療部会

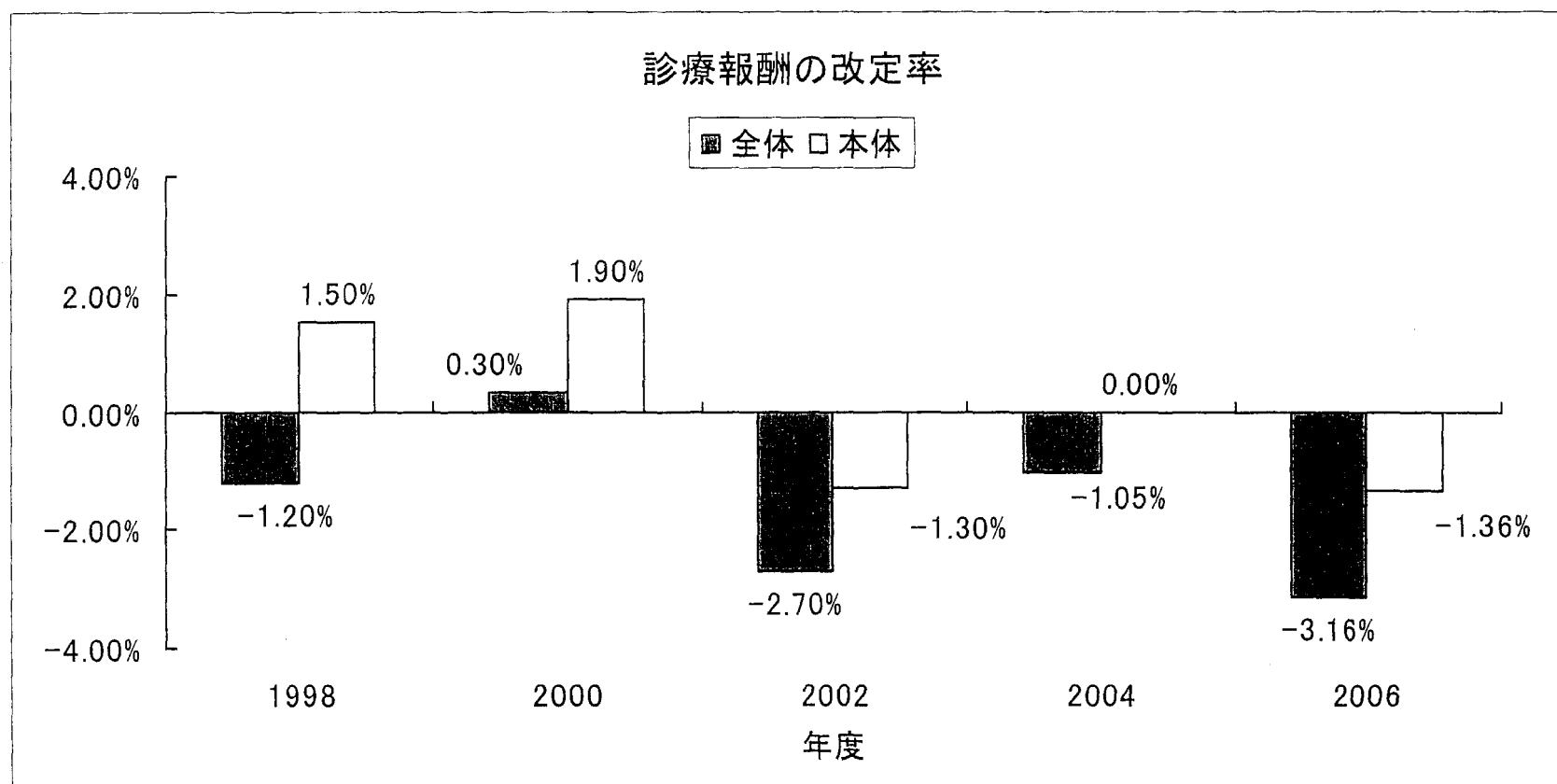
2007年11月22日
社団法人 日本医師会

目次

1. 医療経営の実態
2. 医療崩壊の現実
3. 診療報酬改定にむけて
 - (1) DPCの問題点
 - (2) 「7対1」の問題点
 - (3) 医師の所得と給与の実態
 - (4) 改定率について

1. 医療経営の実態

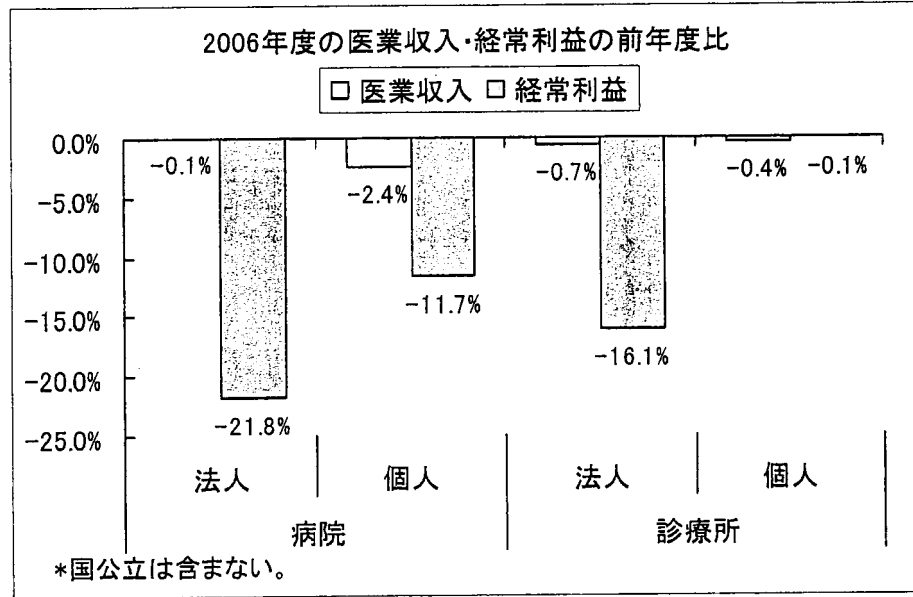
診療報酬は、1998年度以降、あいついで引き下げられている。



2006年度は、病院・診療所ともに減収・減益じめつに。

日本医師会は、医業経営の推移を的確に把握するため、信頼性の高い「TKC医業経営指標」*を用いて分析

TKC全国会「TKC医業経営指標」



- 一定点観測のデータ(経年変化の把握に適する)
- 客体数が多い: 診療所5,417、病院700
- 税務申告の元となる「決算データ」⇒実態を表す

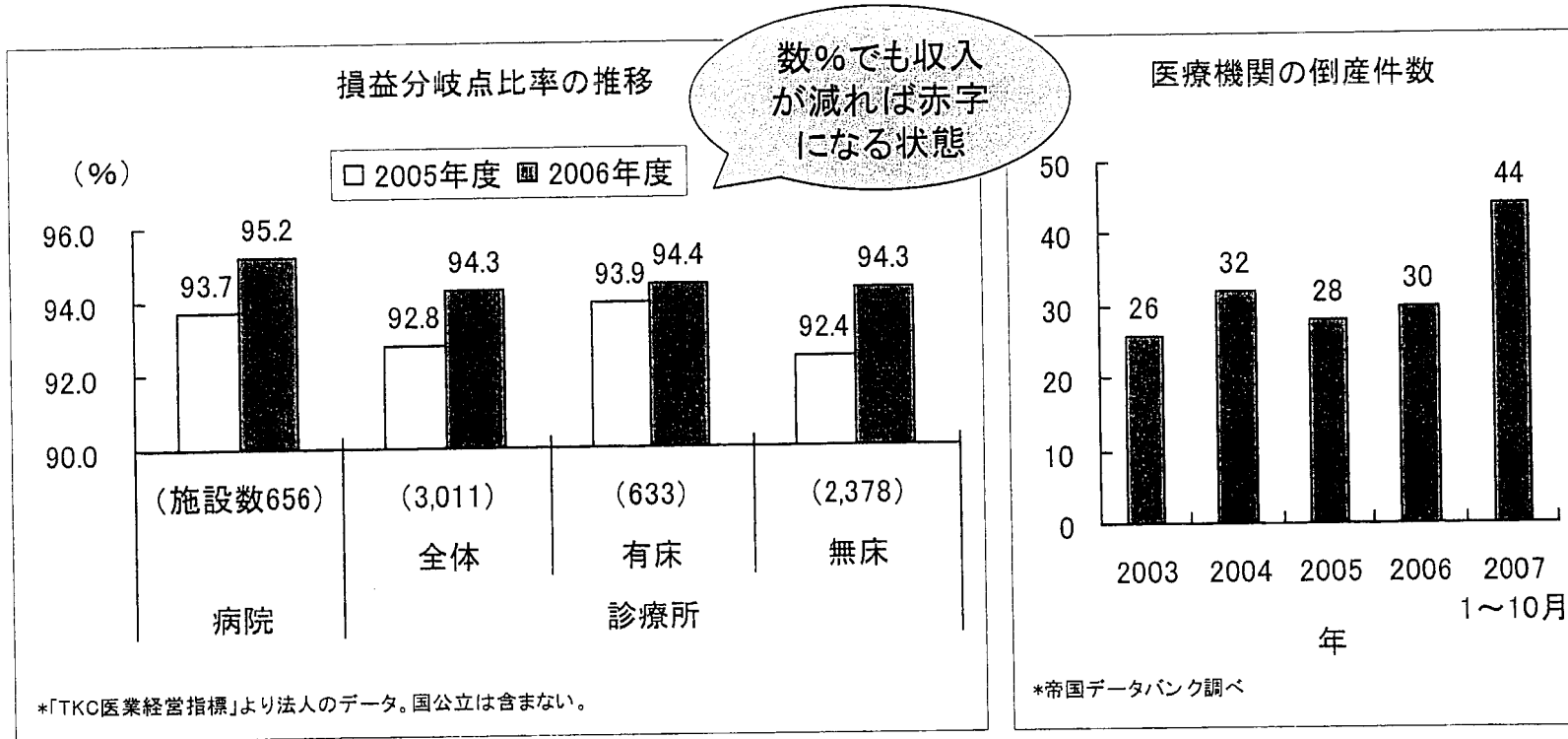
中医協「医療経済実態調査」の問題点

- 非定点のデータ
 - 客体数が少ない
診療所1,024、病院516
 - 6月のアンケート調査
6月に発生しない費用は推測して回答するしかないため、費用が小さく出やすい。逆に利益が大きく出やすい。
- ↓
- 収益が良いように見えがち。

医業経営基盤が揺るげば、最低限の医療提供体制も維持できない。ましてや質の向上は不可能。

*TKC医業経営指標は、TKC全国会(会員数約9,500名の税理士、公認会計士のネットワーク)による編纂。第三者による信頼性の高いデータとして日本医師会が提供を受け、分析している。

病院・診療所の損益分岐点比率は90%を超え、「危険水域」に突入した。倒産件数も過去最多ペースである。

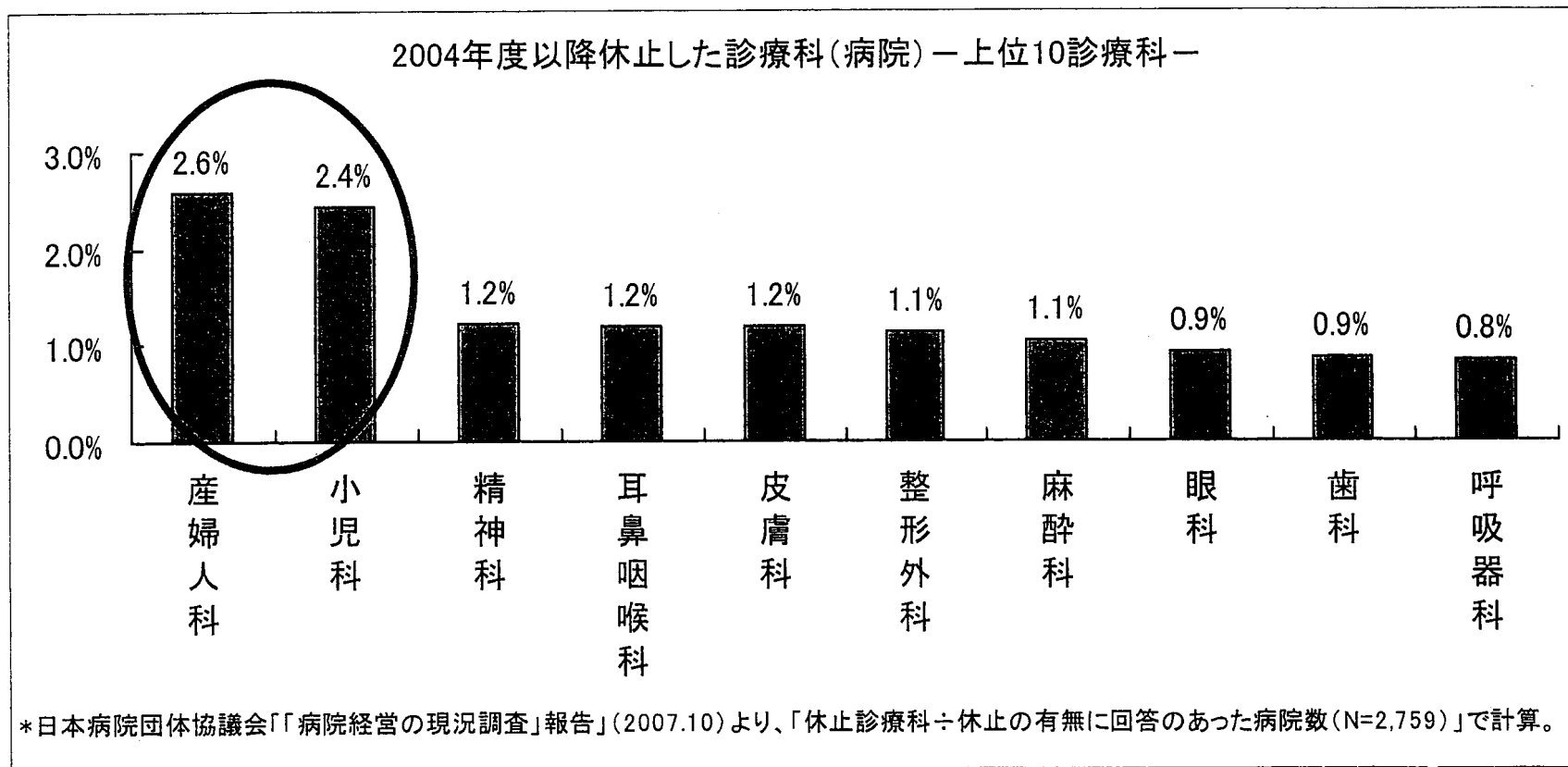


損益分岐点比率90%とは・・・
 収入が10%超減れば赤字に転落することを意味する(低いほうが良い指標)。
 環境変化によって10%程度が減ることは、容易に起こりうるので、損益分岐点比率は、最低90%未満であるべき指標とされている。

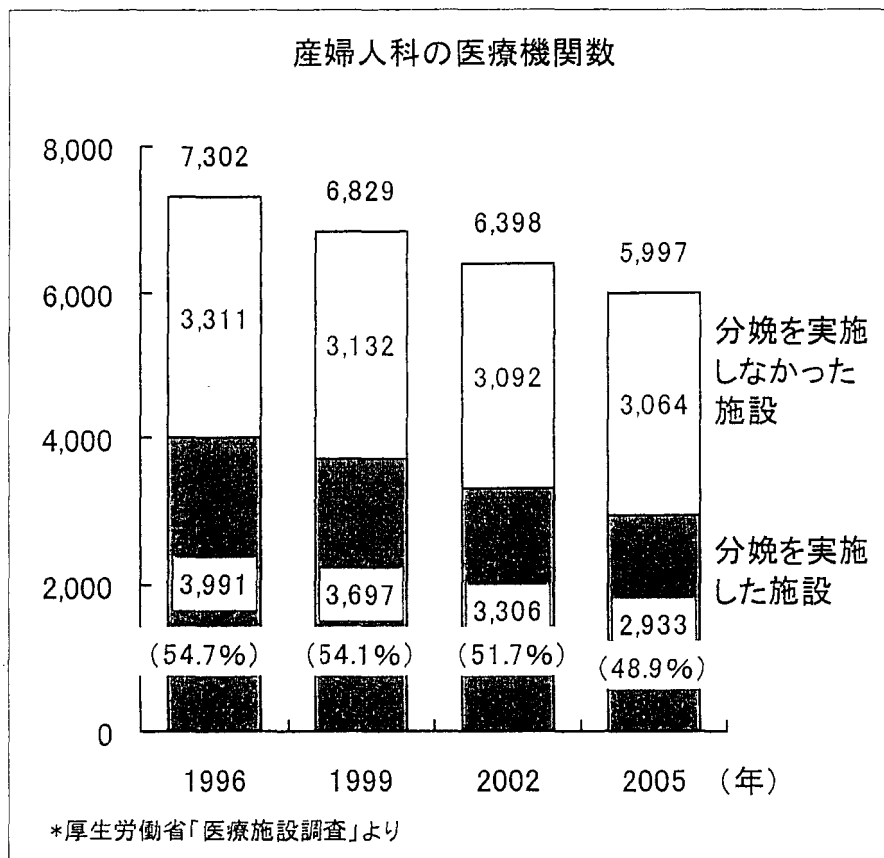
*TKC医業経営指標は、TKC全国会(会員数約9,500名の税理士、公認会計士のネットワーク)による編纂。第三者による信頼性の高いデータとして日本医師会が提供を受け、分析している。

2. 医療崩壊の現実

産婦人科・小児科を休止した病院も目立ちはじめた。



産婦人科では、分娩実施施設数が減っており、妊婦の救急受け入れが拒否されるケースもある。

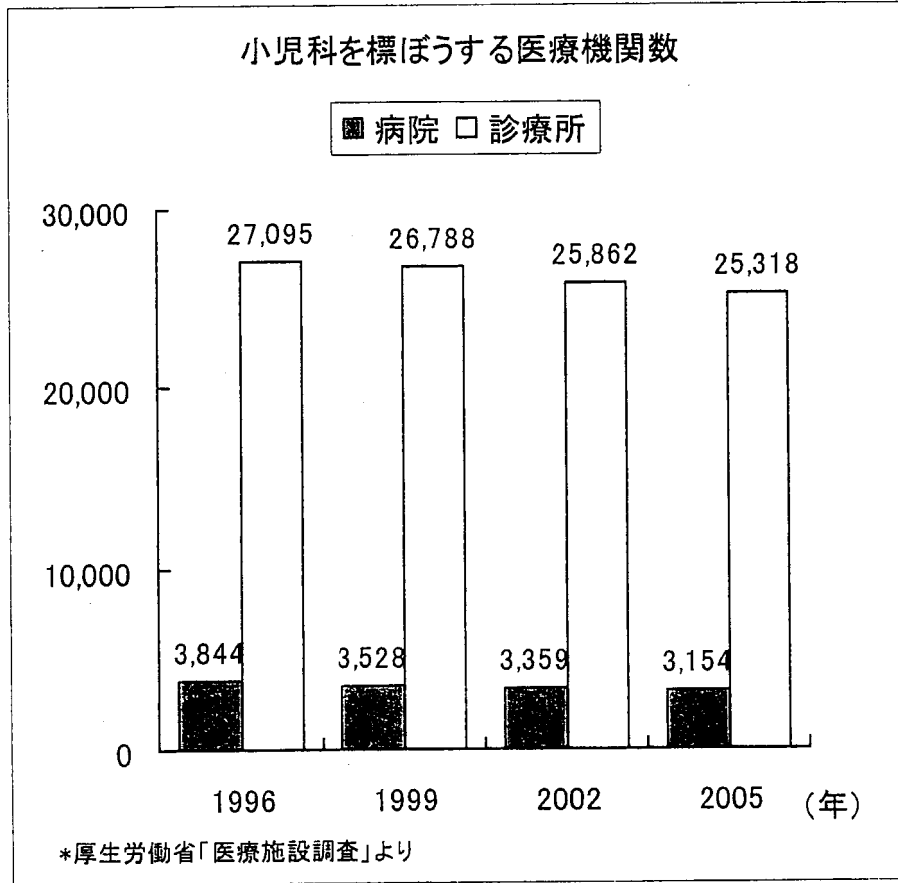


妊婦の搬送拒否件数(2006年)

北海道	132	石川県	3	岡山県	8
青森県	10	福井県	0	広島県	30
岩手県	9	山梨県	4	山口県	7
宮城県	70	長野県	13	徳島県	3
秋田県	0	岐阜県	10	香川県	6
山形県	0	静岡県	26	愛媛県	6
福島県	10	愛知県	40	高知県	3
茨城県	61	三重県	62	福岡県	69
栃木県	36	滋賀県	8	佐賀県	12
群馬県	37	京都府	23	長崎県	4
埼玉県	134	大阪府	282	熊本県	0
千葉県	142	兵庫県	166	大分県	8
東京都	528	奈良県	125	宮崎県	11
神奈川県	484	和歌山県	6	鹿児島県	25
新潟県	40	鳥取県	5	沖縄県	6
富山県	3	島根県	1	全国	2,668

*総務省消防庁「救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査の結果について」(2007.10)より。

小児科を標ぼうする医療機関も減っている。過労死する医師には、小児科医が少なくない。



医師の過労死・過労自殺(年齢は当時)

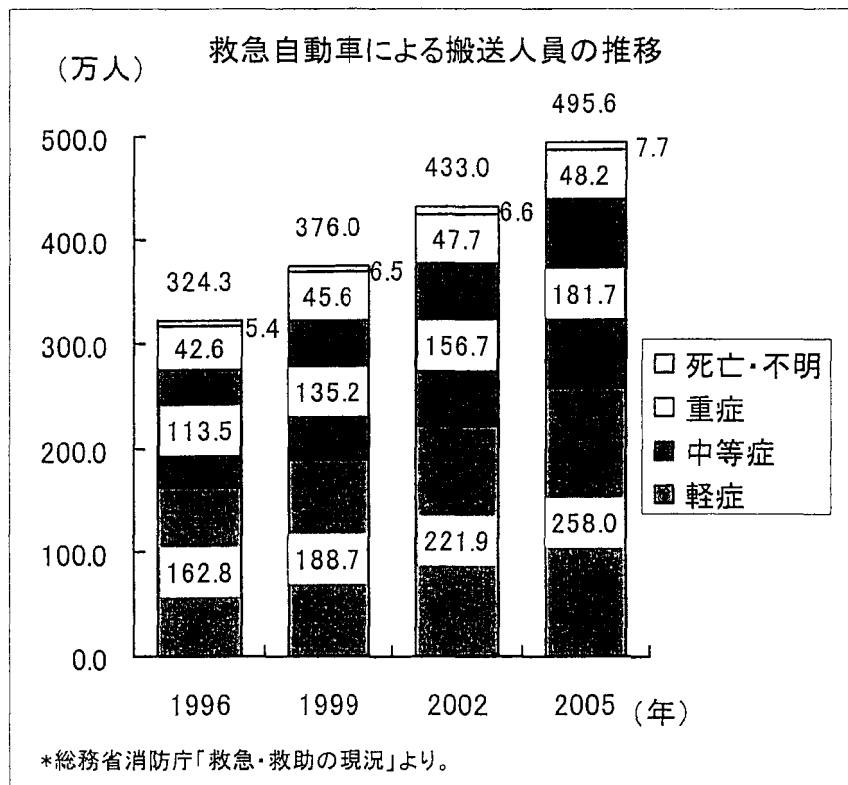
1992年4月	茨城・勤務医(外科)	29歳
1996年3月	大阪・勤務医(麻酔科)	33歳
1997年8月	千葉・勤務医(女性・小児科)	43歳
1998年8月	大阪・研修医	26歳
1999年8月	東京・勤務医(男性・小児科)	44歳
1999年9月	東京・部長医師	53歳
2000年9月	神奈川・研修医	30歳
2001年1月	沖縄・嘱託医	30歳
2001年6月	福岡・勤務医(内科)	43歳
2003年10月	北海道・勤務医(小児科)	31歳
2004年5月	東京(離島・歯科医師)	51歳
2004年5月	京都・勤務医(外科)	44歳
2006年4月	東京・研修医(女性)	26歳

*「週刊東洋経済」(2006.10.28、原典は日本医療労働組合連合会調べ)ほかから作成。

1か月に8回の当直。過労による「うつ」だとして、2007年3月に労災認定された。

救急医療については、軽症患者の増加が問題視されているが、中等症および重症の患者も増えている。

22都県では、患者を医療機関に届けるまでに30分以上かかっている。



119番通報を受けてから患者を医療機関に届けるまでの時間(2005年) (分)

北海道	29.7	石川県	24.0	岡山県	27.4
青森県	31.1	福井県	26.6	広島県	27.6
岩手県	33.8	山梨県	30.5	山口県	27.9
宮城県	34.3	長野県	30.9	徳島県	26.3
秋田県	30.3	岐阜県	27.9	香川県	24.2
山形県	29.4	静岡県	30.2	愛媛県	29.5
福島県	33.4	愛知県	28.1	高知県	30.3
茨城県	31.4	三重県	30.8	福岡県	25.9
栃木県	31.9	滋賀県	27.4	佐賀県	31.4
群馬県	28.3	京都府	25.0	長崎県	26.7
埼玉県	33.8	大阪府	24.7	熊本県	30.2
千葉県	33.7	兵庫県	26.8	大分県	27.7
東京都	43.2	奈良県	32.6	宮崎県	31.4
神奈川県	30.9	和歌山県	29.2	鹿児島県	29.4
新潟県	33.3	鳥取県	29.6	沖縄県	27.8
富山県	25.6	島根県	31.9		
		1996年	1999年	2002年	2005年
全国平均(分)		24.4	27.1	28.8	31.1

*総務省消防庁「救急・救助の現況」より。

3. 診療報酬改定にむけて

(1) DPCの問題点

「平成19年度「DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」中間報告概要」(2007.11.21診療報酬調査専門組織DPC評価分科会)より

平均在院日数は短縮化されている。

しかし、その一方で治癒率はいちじるしく低下している。

H15対象:平成15年度DPC対象病院(82)
=特定機能病院

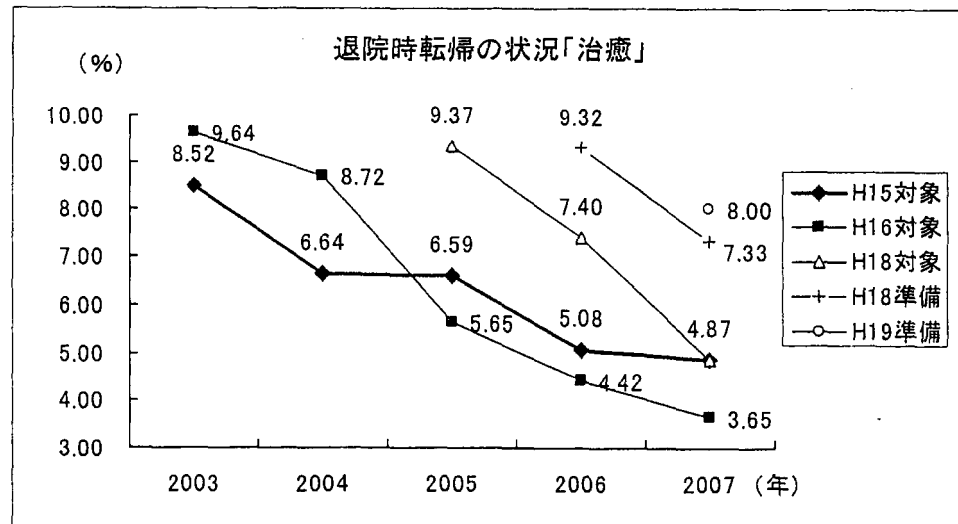
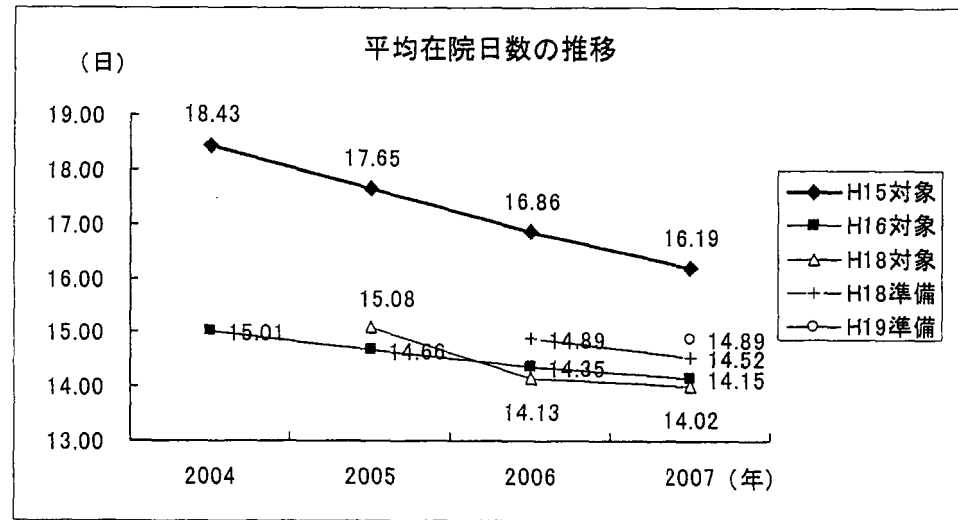
H16対象:平成16年度DPC対象病院(62)

H18対象:平成18年度DPC対象病院(216)

H18準備:平成18年度DPC準備病院(371)

H19準備:平成19年度DPC準備病院(698)

()内は病院数



前頁に示したように治癒率が低下する一方で、再入院率、特に同一疾患での6週間以内の再入院率が上昇している。

H15年度対象病院(特定機能病院)の例

2004年から2007年にかけて

- 再入院率: 16人に1人→13人に1人
- 6週間以内の再入院率:
26人に1人→21人に1人

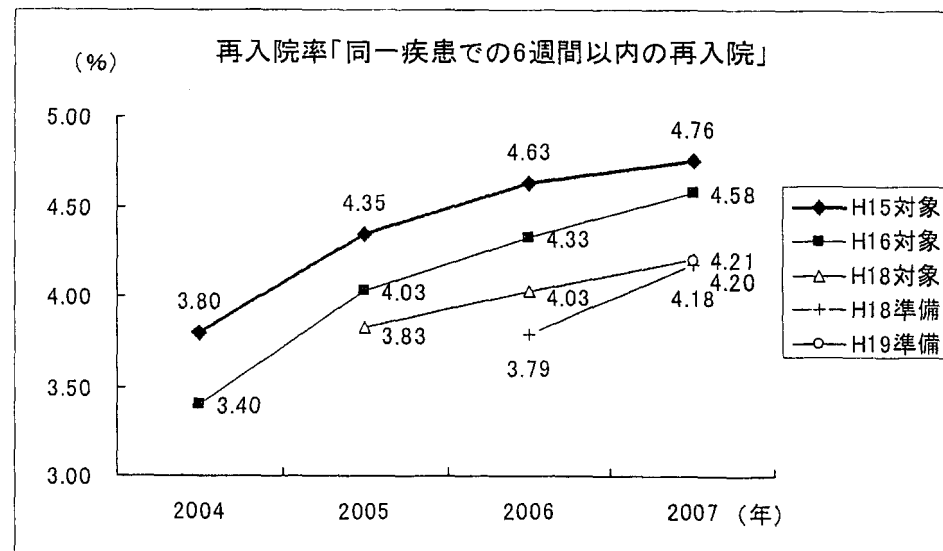
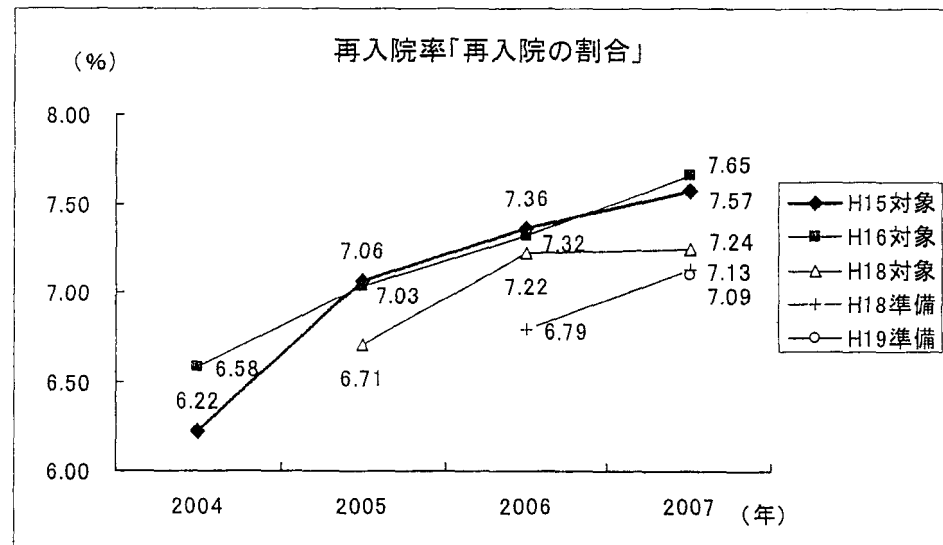
不十分な治療のまま退院しているのではないか？

↓

疾病の悪化？

↓

患者にとって危険であるばかりでなく、医療費の増大もまねきかねない。



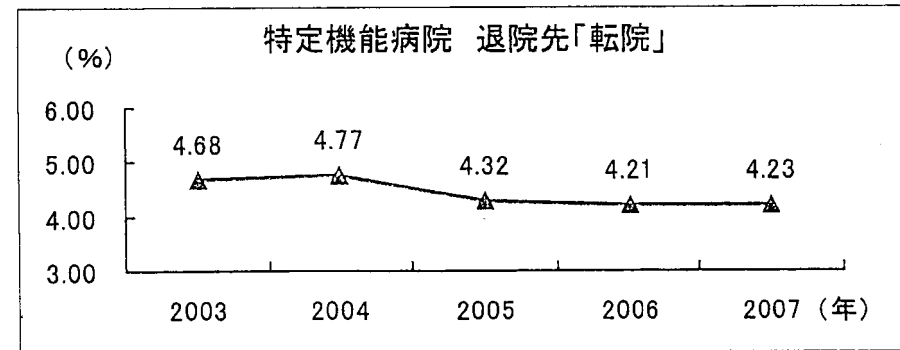
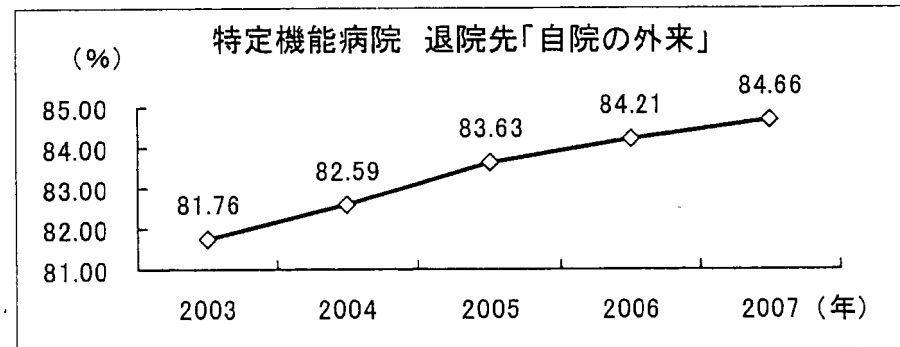
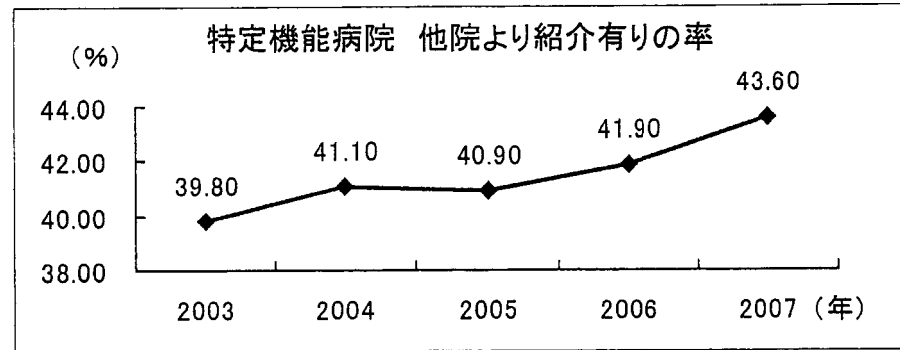
特定機能病院(H15対象病院)について

入院患者については、「他院より紹介有りの率」が増加している。

退院先では、「自院の外来」が増加し、「転院」が減少している。



- 特定機能病院は患者を地域から吸収しているが、退院の時には患者は地域に帰っていない。
- 治癒していないため、自院の外来に通わざるを得ないとも推察される。

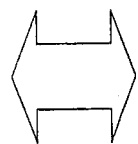


DPCは、現在までに様々な問題を浮き彫りにした。

DPC拡大に対する賛成意見に対して

中医協診療報酬調査専門組織DPC評価分科会では、DPCの拡大(具体的には、軽症の急性期入院医療も含めてDPCの対象とする案)について、次のような賛成意見が出されている。

- ・DPC導入による医療の効率化、透明化等のメリットを多くの急性期病院に広げるべきである。
- ・DPCの趣旨として、急性期入院医療を標準化する観点からは軽症の急性期も含めた入院医療を対象とするべきである。
- ・もとは重症を扱う病院から始まったが、実施してみると軽症を扱う病院でも適用できるメリットが様々あることがわかった。



しかし、DPC導入が医療の質を高めたという明確なエビデンスはまだない。現在は、調整係数によって(収入が)守られているだけである。

情報の透明化というが、4年経った今も、各病院の分析に資するデータが提示されているわけではない。

ましてや国民の信頼が高まるようなデータは一切公表されていない。

DPCの問題点(まとめ)

DPCという経済誘導により、平均在院日数は低下している。しかし、その影で、治癒率が大幅に低下し、再入院率が上昇しているのも事実である。

このままでは、患者が危険にさらされることになる。

また、DPCを支持する以下のような意見もあるが、現状では、それらを裏付けるものはない。

DPCを支持する意見

データを分析することによって、医療の質を高めることができる。

出来高では unnecessary な医療が実施される。

医療を標準化できる。

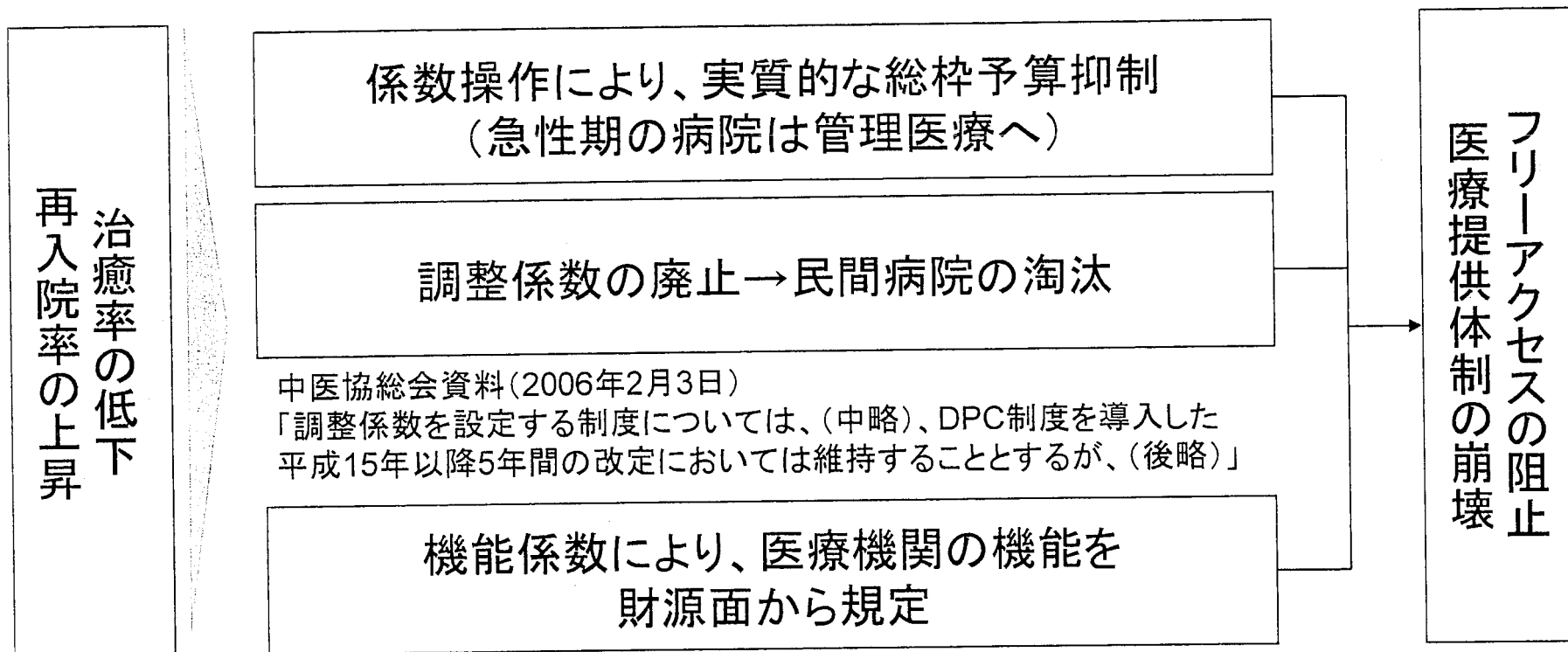
日本医師会の主張

DPCは支払いの一方法である。医療の質向上とは関係ない。
DPCはすでに4年経っているが、医療の質向上に有用なデータ分析はなされていない。

包括払いでは、必要な医療が実施されないおそれもある。必要な医療をそれぞれの経済的裏打ちを持って行うのが筋である。

管理医療そのものであり、医師の裁量権が失われる。新たな医療、高度な医療へのインセンティブがなくなり、医療の平均水準が下がる。

DPCに対する日本医師会の主張



1. DPCの拡大は凍結
2. DPCの問題点を十分検証した上で、DPCを終了
3. 特定機能病院については、果たすべき機能・役割を勘案し、新たな評価指標を用いた新体系を創設

(2)「7対1」の問題点

- ① 一般病院の13対1以上では、配置基準が高まるにつれ給与費率が高くなっており、7対1では赤字であった。15対1は医業収入が小さく赤字であった。
- ② 特定機能病院は、10対1の給与費率が高い上、医業原価もきわめて高く、7対1、10対1ともに赤字であった。

①一般病院(国公立および特定機能病院を除く)*1 42頁

②特定機能病院 43頁

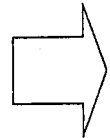
速報の機能別集計は、法人・個人合わせて示されているようである。費用・収支差額は法人・個人を合算できないが、参考値として示す。

金額単位:千円

	7対1(施設数65)		10対1(76)		13対1(42)		15対1(76)		特別(14)		7対1(38)		10対1(31)	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
医業収入	385,166	100.0%	237,556	100.0%	138,996	100.0%	86,332	100.0%	68,590	100.0%	1,751,804	100.0%	1,510,127	100.0%
100床当たり	161,834	—	147,550	—	109,446	—	70,189	—	100,868	—	197,053	—	180,637	—
医業費用	390,133	101.3%	237,207	99.9%	134,926	97.1%	87,580	101.4%	68,929	100.5%	1,864,001	106.4%	1,731,620	114.7%
給与費	202,184	52.5%	120,757	50.8%	68,109	49.0%	51,061	59.1%	37,281	54.4%	839,134	47.9%	790,546	52.3%
医業原価*2	100,085	26.0%	64,124	27.0%	28,704	20.7%	15,416	17.9%	12,614	18.4%	589,514	33.7%	567,630	37.6%
委託費	25,415	6.6%	13,342	5.6%	8,616	6.2%	5,068	5.9%	2,987	4.4%	112,086	6.4%	94,776	6.3%
減価償却費	19,976	5.2%	11,427	4.8%	8,290	6.0%	3,349	3.9%	3,571	5.2%	161,684	9.2%	128,293	8.5%
設備関係費	16,310	4.2%	9,706	4.1%	9,589	6.9%	4,013	4.6%	4,509	6.6%	73,761	4.2%	65,811	4.4%
経費	21,402	5.6%	16,589	7.0%	10,548	7.6%	8,037	9.3%	7,226	10.5%	80,714	4.6%	69,615	4.6%
その他	4,725	1.2%	1,269	0.5%	1,071	0.8%	635	0.7%	741	1.1%	7,108	0.4%	14,948	1.0%
医業収支差額	-4,967	-1.3%	349	0.1%	4,070	2.9%	-1,247	-1.4%	-339	-0.5%	-112,196	-6.4%	-221,493	-14.7%

*1 資料には「国公立を除く」としか記されていないが、そもそも本調査では特定機能病院は別途調査となっている。

*2 医業原価＝医薬品費＋給食用材料費＋診療材料費・医療消耗器具備品費



「7対1」入院基本料を算定する病院は、給与費率が高く赤字である。特定機能病院では、医業原価率も高く赤字幅が大きい。「7対1」は地域医療を混乱させたばかりでなく、「7対1」自体の経営も困難にさせているようである。

一般病棟入院基本料を算定する病院は、2006年5月から2007年5月にかけて、医療機関数が165、病床数が1万8,111床減少した。

		2006.5.1	2007.5.1	増減
一般病棟入院基本料	医療機関数	5,732	5,567	▲165
	病床数	723,484	705,373	▲18,111

過去1年間で、一般病棟入院基本料7対1を算定するところは、6.2%から23.1%に増加、特定機能病院では15.4%から36.5%に急増した。

	一般病棟入院基本料		特定機能病院入院基本料(一般)	
	2006.5.1	2007.5.1	2006.5.1	2007.5.1
届出病床数	723,484	705,373	61,068	63,484
7対1の病床数	44,831	162,730	9,382	23,178
比率	6.2%	23.1% (+16.9ポイント)	15.4%	36.5% (+21.1ポイント)

「7対1」についての日本医師会の主張

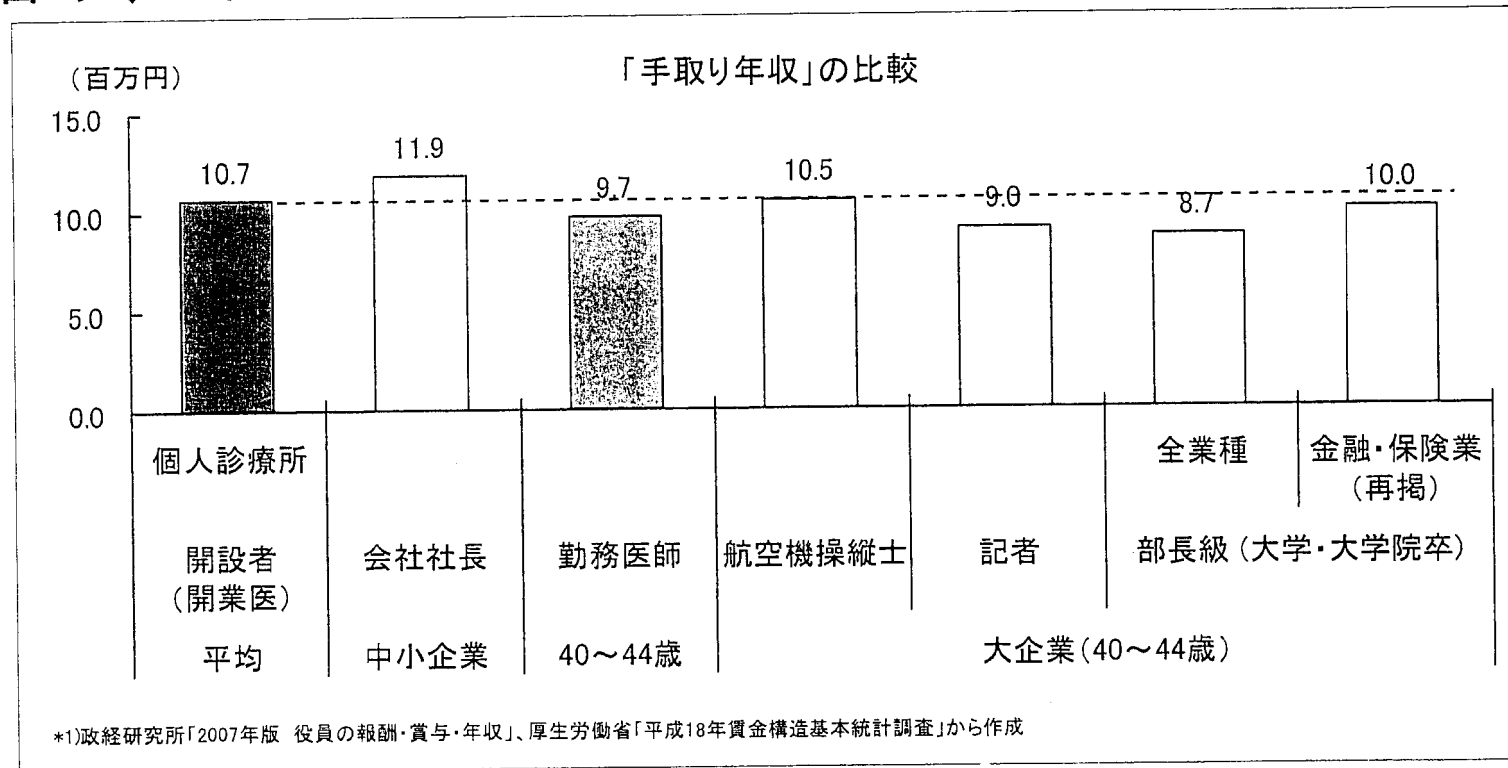
建議書(2007年1月31日)に「看護職員の募集・採用に当たって、地域医療の実情に配慮し、節度を持って行われるよう、強く期待したい」と記されたが、今日まで尊重されておらず大きな問題。

「7対1」の影響もあり、医療機関数、病床数が減少している。特定機能病院や大病院が「7対1」の算定を進めると、地方ではますます病棟が閉鎖される。

1. 「建議書」を踏まえて、あくまでも看護必要度で「7対1」を評価すべき。
2. 特定機能病院、主として大学病院が、行き過ぎた人員確保に走らないよう、特定機能病院は「7対1」の算定外とする

(3) 医師の所得と給与の実態

個人立診療所開設者の手取り年収の平均は、中小企業の経営者や、金融・保険業の部長クラスとほぼ同じ水準であった。



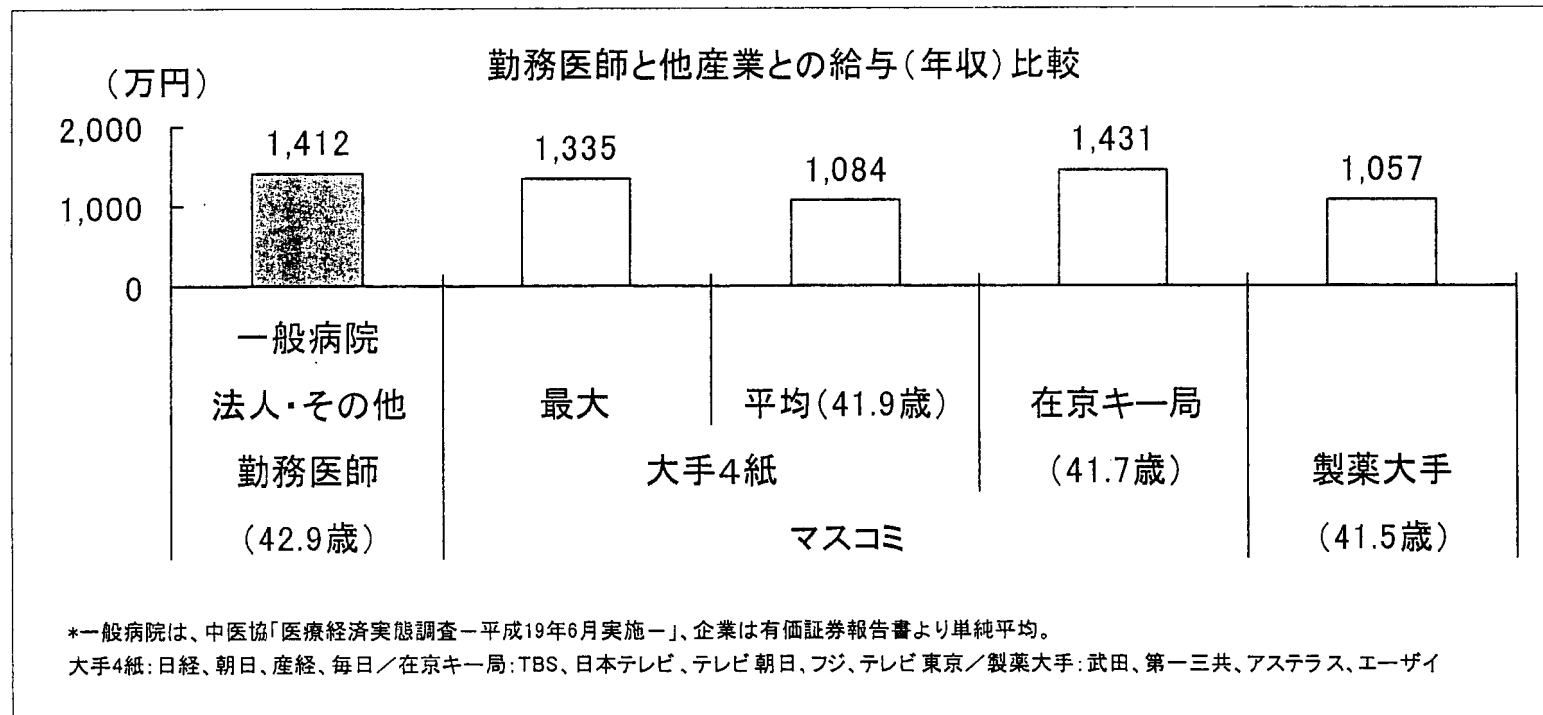
※開業医とサラリーマンを比較できるように次の方法で「手取り年収」を計算した。

$$\begin{aligned} \text{開業医の手取り年収} &= \text{事業所得} + (\text{減価償却費} + \text{青色申告控除} + \text{給与収入} + \text{雑所得}) \\ &\quad - (\text{院長退職金積立相当額} + \text{社会保険料} + \text{税金} + \text{設備投資} \cdot \text{借入返済}) \\ \text{給与所得者の手取り年収} &= \text{給与収入} - \text{社会保険料} - \text{税金} \end{aligned}$$

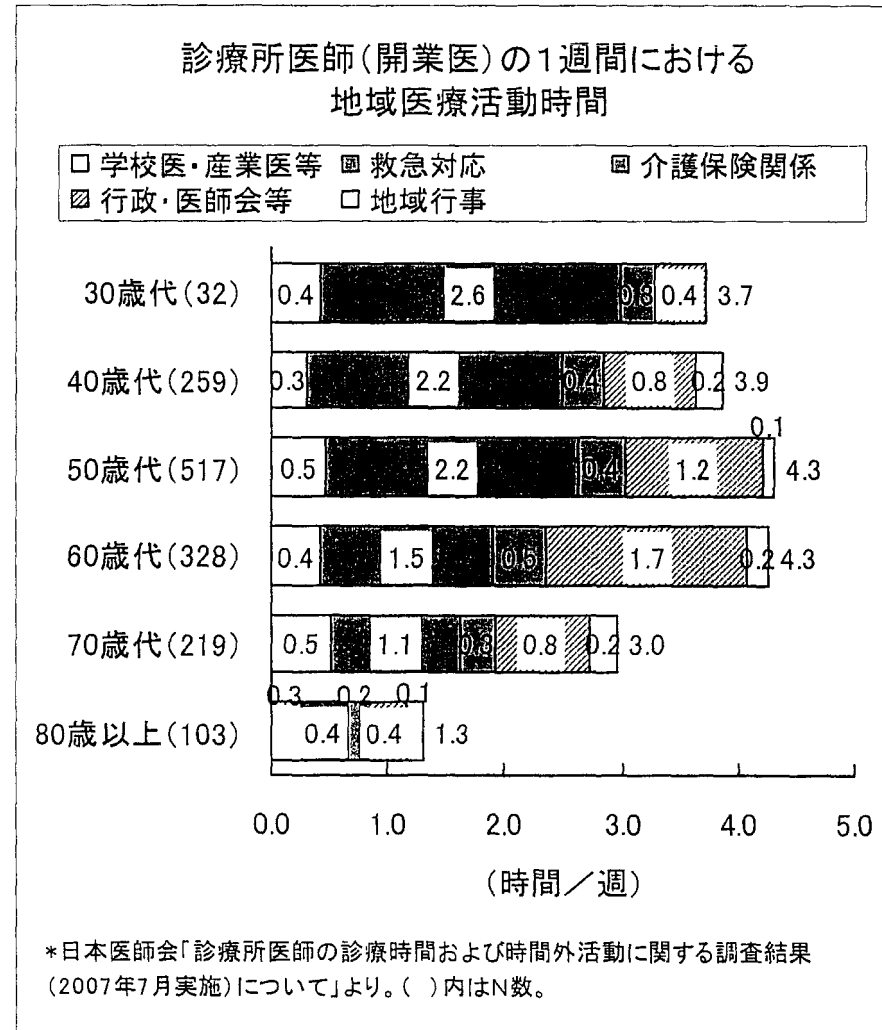
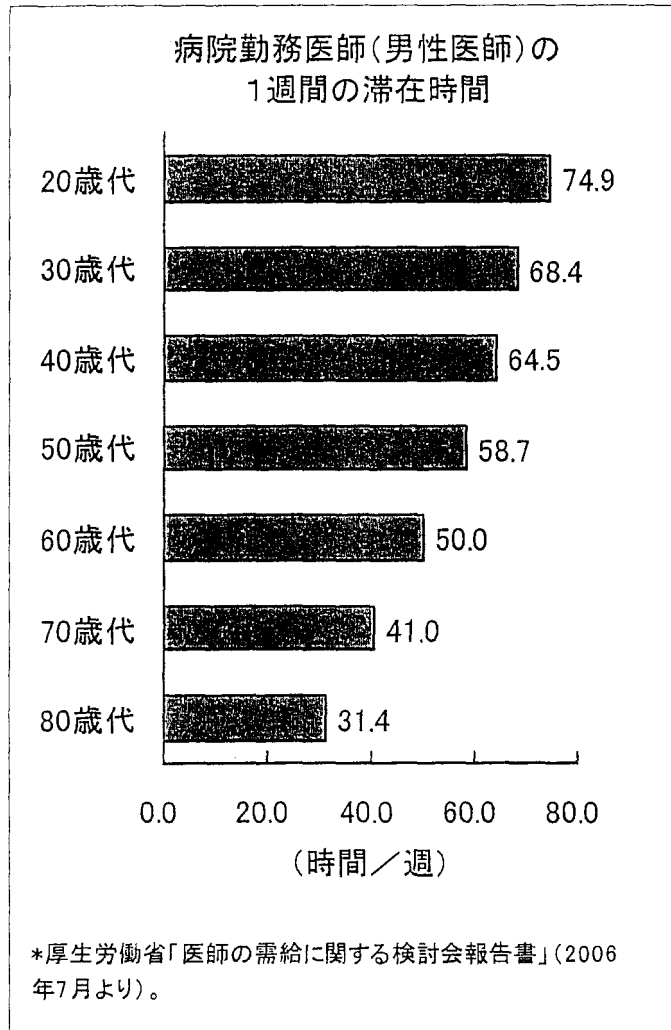
*日本医師会「診療所開設者の年収に関する調査結果(2006年分)」(2007年10月26日)より

病院勤務医師の給与は、大手マスコミ全社員の平均をやや上回る水準であった。製薬メーカーは平均1千万円以上であった。

勤務医師に比べて開業医の所得が高いとの指摘もあるが、むしろ、勤務医師の給与が低いのではないか。



勤務医師は、厳しい過重労働に追い込まれている。
 一方、診療所医師（いわゆる開業医）は、地域医療への貢献を果たしている。



(4) 改定率について

前回(2006年度)の診療報酬改定以降、人事院勧告は+0.7%、消費者物価指数は+0.2%、企業物価指数は+4.9%。今後はさらに上昇が見込まれている。

	診療報酬 全体	人事院 勧告 (平均給与)	物価	
			消費者物価 指数	企業物価 指数
2006年度	▲3.16%	勧告なし	0.3%	3.0%
2007年度	改定なし	0.7%	▲0.1%	1.9%
2006~2007年	▲3.16%	0.7%	0.2%	4.9%

*物価は暦年で、2007年は1~9月の平均。

厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し—平成18年5月推計—」より経済前提A(並)ケース

	賃金上昇率	物価上昇率
2008年度	3.1%	1.6%
2009年度	3.4%	1.9%

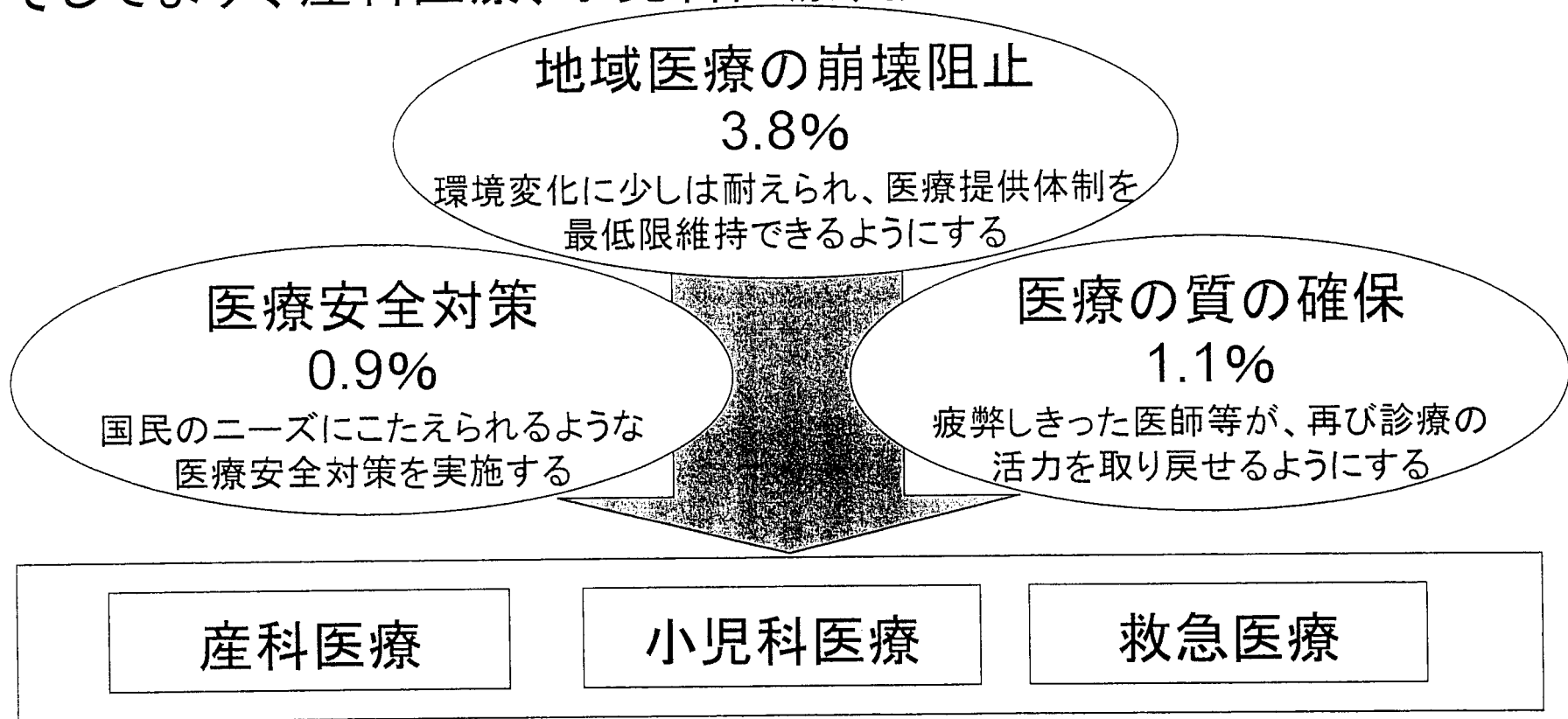


厚生労働省はこの前提をもとに医療給付費を将来推計している。

国民が安心できる医療のために

過去の厳しい診療報酬改定により、医療崩壊が現実化している。
地域医療の崩壊を食い止めるため、日本医師会は診療報酬+5.7%
の引き上げを要望する。

そしてまず、産科医療、小児科医療、救急医療の建て直しを目指す。



*診療報酬+5.7%についての詳しい考え方は、(社)日本医師会「2008(平成20)年度 診療報酬改定に向けて 要望書」(2007.10.30)
http://www.med.or.jp/teireikaiken/20071030_1.pdf

社会保障審議会医療部会員各位

11月15日 全国市長会理事・評議員合同会議において、「医療制度改革及び医師確保対策の推進に関する決議」を決定いたしましたので、参考として配布させていただきます。 11月22日 宮古市長 熊坂 義裕

医療制度改革及び医師確保対策の推進に関する決議

我が国の社会保障給付費は、高齢化の進展等に伴い大幅に増加し続けている現状にあることから、給付費の抑制、高齢者世代と現役世代の負担の公平等を図るため、平成18年度の医療制度改革において、後期高齢者医療制度の創設や生活習慣病の予防など医療費適正化のための総合的な対策が打ち出され、現在、法施行に向けた諸準備が進められている。

一方、近年、新医師臨床研修制度の発足を契機として、自治体病院をはじめ全国の病院等における医師不足や診療科の偏在等が顕著となり、医療に対する住民の不安や医療サービスの低下を招き、深刻な社会問題となっている。

よって、国は、医療制度改革を着実に推進するとともに、医師不足等を解消し、地域における適切な医療提供体制を確保するため、下記事項について万全の措置を講じられるよう強く要請する。

記

1. 医師等の確保対策

- (1) 医師不足の解消や地域ごと・診療科ごとの医師偏在の是正を図るため、地域における充足状況を早急に調査した上で、都道府県域を越えた需給調整システムや医師派遣体制を構築するとともに、医学部の定員を更に増やす等、医師の絶対数を確保するための特段の措置を講じること。
- (2) 産科・小児科医等の不足が深刻な診療科において、医師の計画的な育成、確保及び定着がなされるよう、実効ある施策及び財政措置の充実を図ること。
- (3) 看護師等の養成・確保を図るため、養成機関の充実や勤務条件の改善等適切な措置を講じるとともに、財政措置等の充実を図ること。
- (4) 医学部入学に際し、実効ある「地域枠」を設けること。また、地域医療を担う医師を養成するための「奨学金制度」や医学部に「専門講座」等を設けるとともに、十分な財政措置を講じること。

2. 療養病床の再編

療養病床の再編については、医療の必要性が高い患者への適切な医療提供体制を確保するとともに、地域の実態に即した施策となるよう、万全の措置を講じること。

3. 後期高齢者医療制度等の円滑な施行

- (1) 政府与党において決定された高齢者(70~74歳)の窓口負担の1割から2割への引上げ及び後期高齢者の一部(被用者保険の被扶養者)の保険料負担の凍結については、必要な情報を早急に提供するとともに、十分な財政措置を講じること。
- (2) 後期高齢者医療制度創設に伴う電算システム開発経費等について、既に多大な財政負担が生じている上、新たに再改修の財政負担が生じているので、国の責任において万全の措置を講じること。
- (3) 後期高齢者医療制度の円滑な運営には、国民の理解と協力が不可欠であるため、国においても制度の趣旨や内容について十分な広報を行うこと。

4. 健診・保健指導に係る財政措置等

市町村国保及び後期高齢者医療広域連合が実施する健診・保健指導に係る人件費、電算システム経費等について、地域の実態を踏まえ十分な財政措置を講じるとともに、保健師等の人材が確保できるよう、適切な支援策を講じること。

以上決議する。

平成19年11月15日

全国市長会