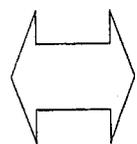


DPC拡大に対する賛成意見に対して

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。

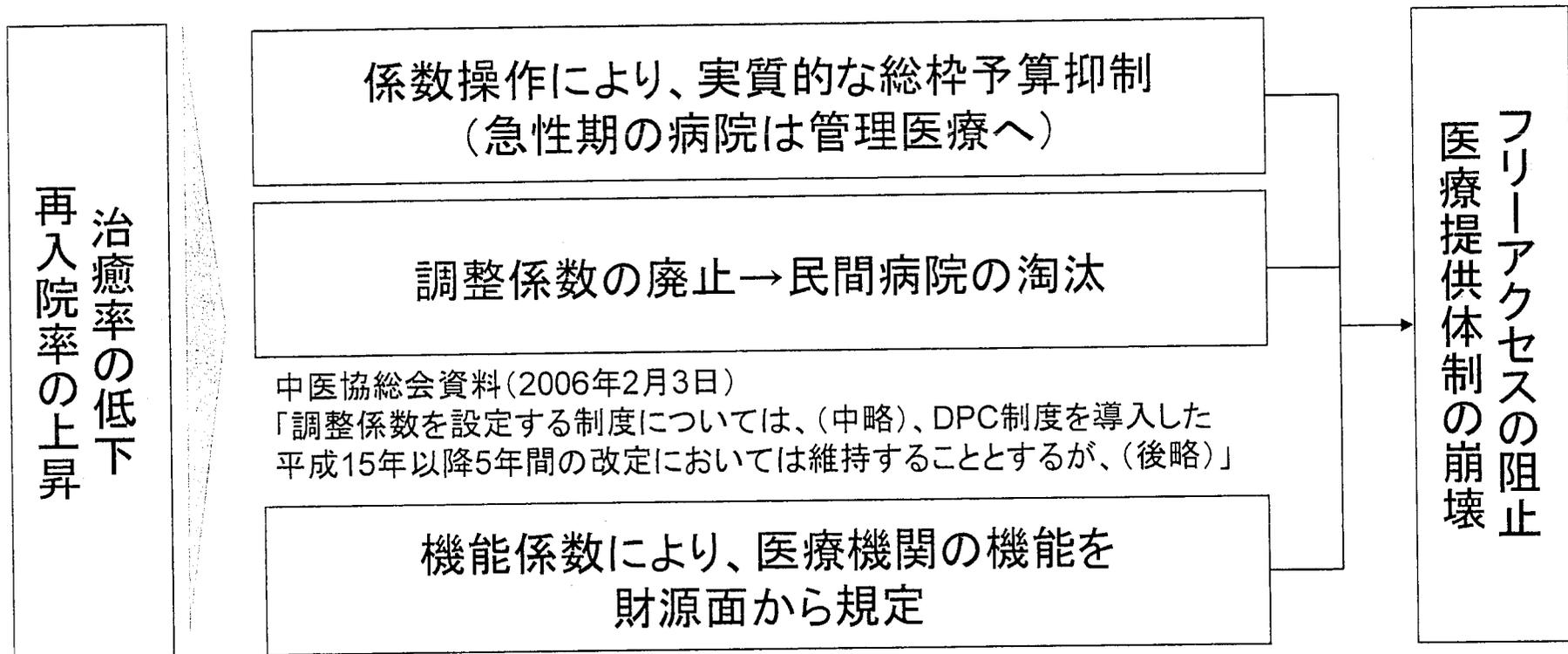
日本医師会の主張

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

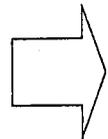
速報の機能別集計は、法人・個人合わせて示されているようである。費用・収支差額は法人・個人を合算できないが、参考値として示す。

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

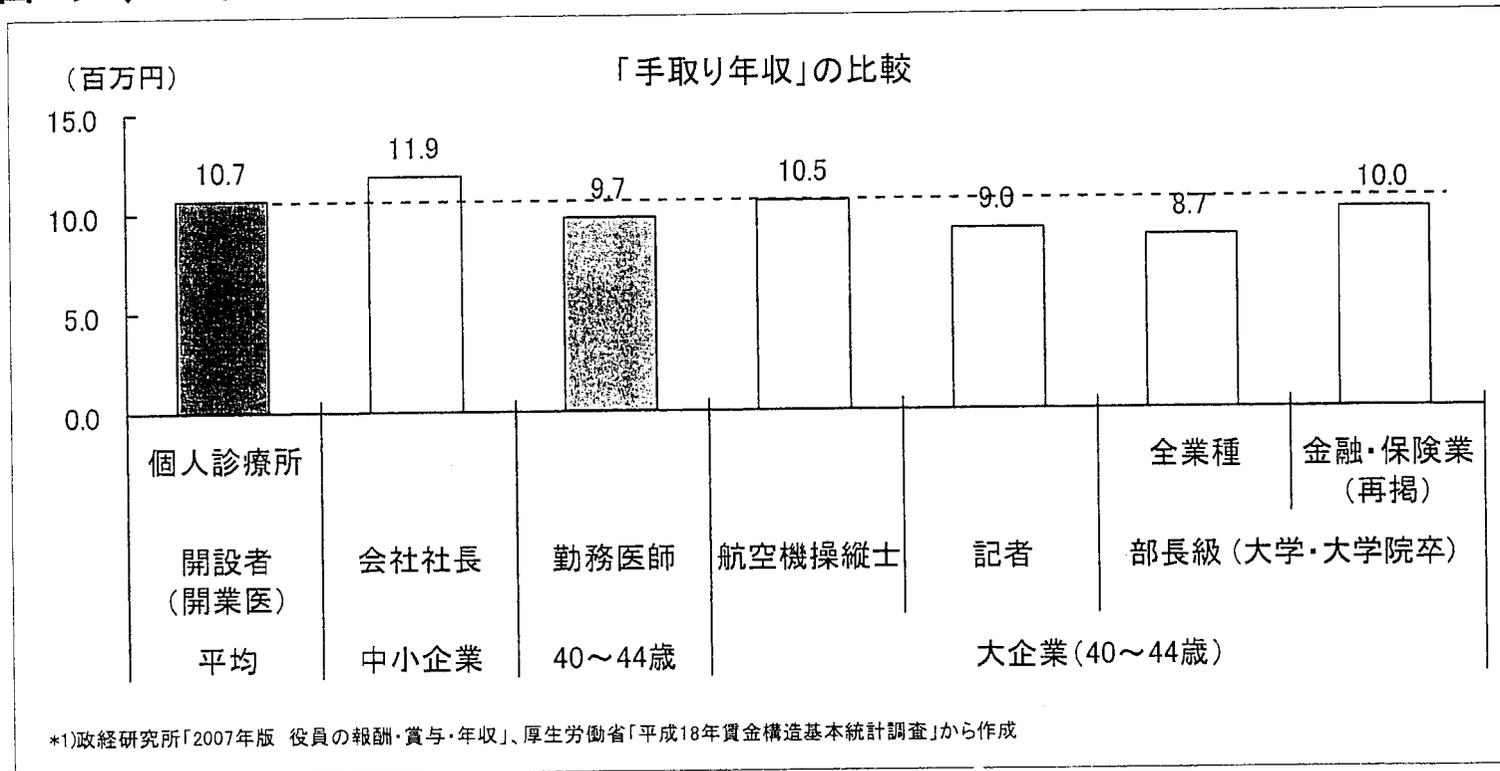
建議書(2007年1月31日)に「看護職員の募集・採用に当たって、地域医療の実情に配慮し、節度を持って行われるよう、強く期待したい」と記されたが、今日まで尊重されておらず大きな問題。

「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。



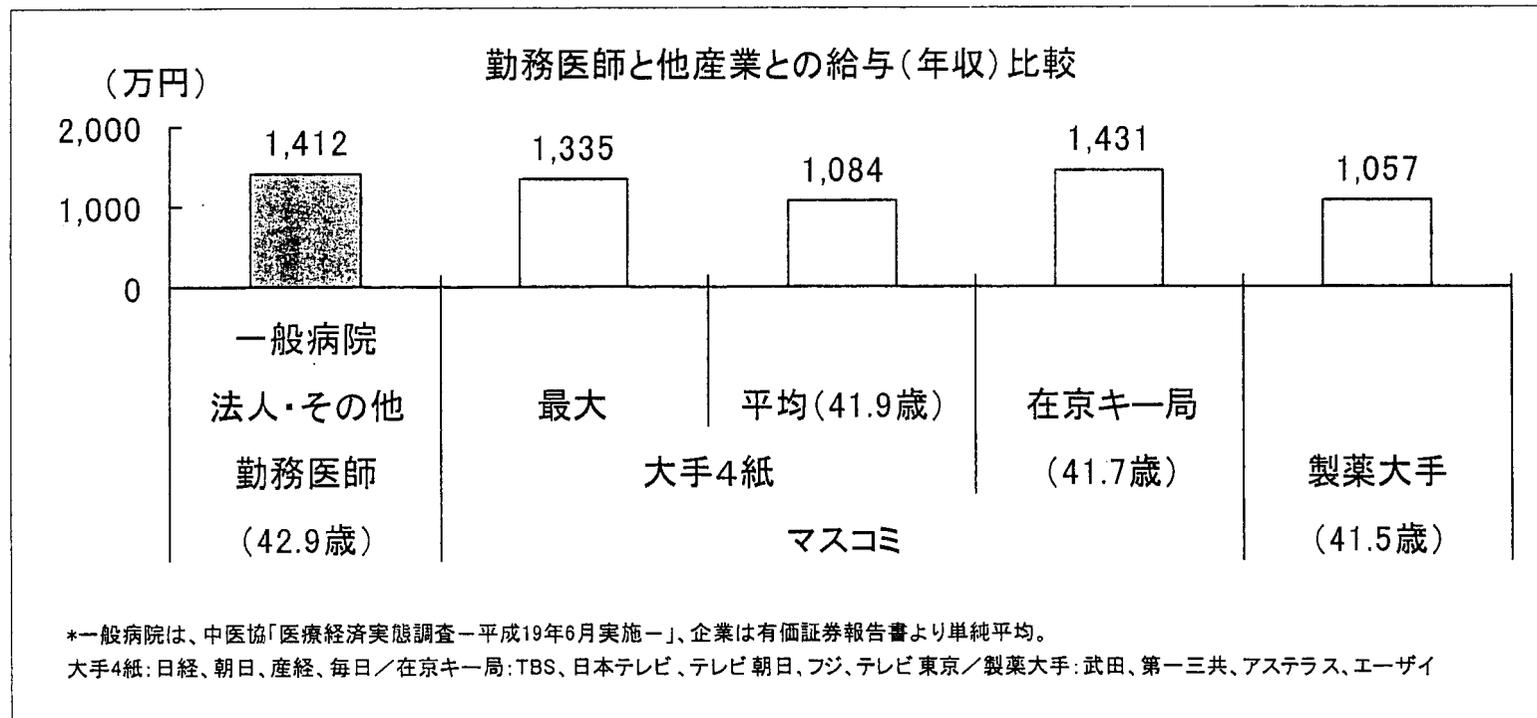
※開業医とサラリーマンを比較できるように次の方法で「手取り年収」を計算した。

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

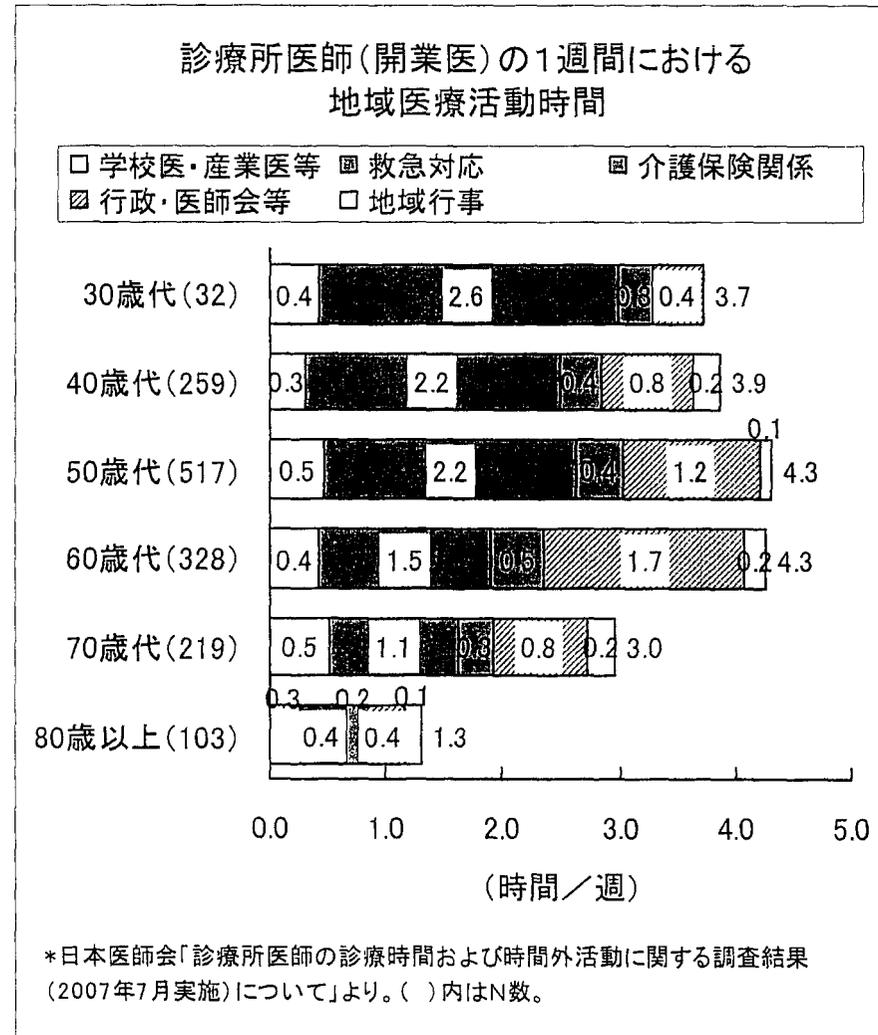
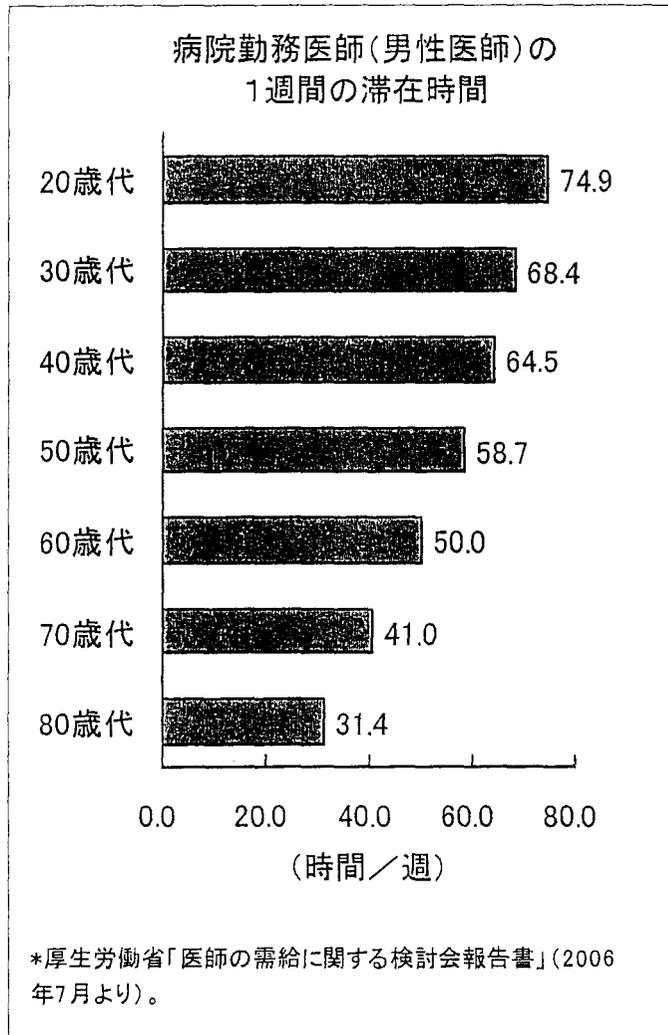
*日本医師会「診療所開設者の年収に関する調査結果(2006年分)」(2007年10月26日)より

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ー平成18年5月推計ー」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%

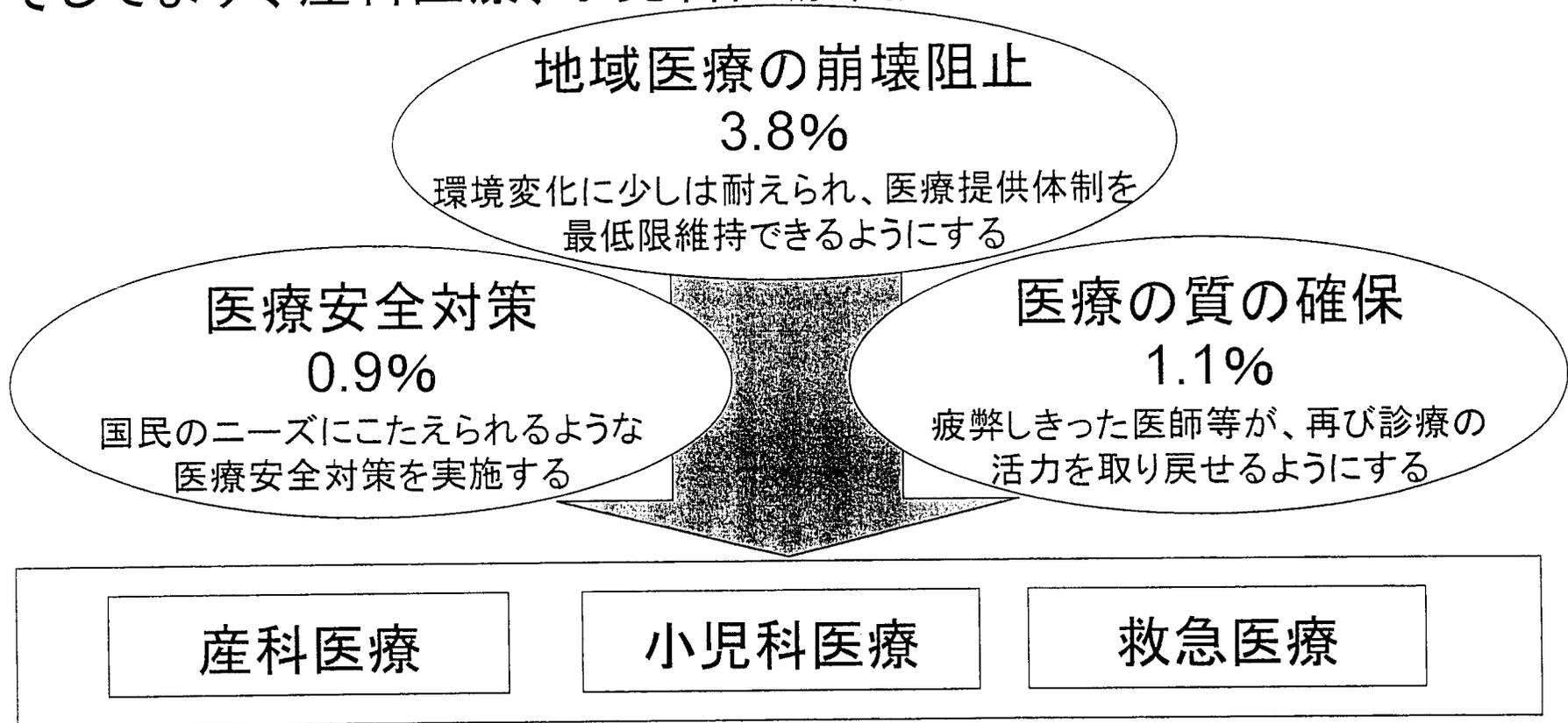


厚生労働省はこの前提をもとに医療給付費を将来推計している。

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