

# 第1部

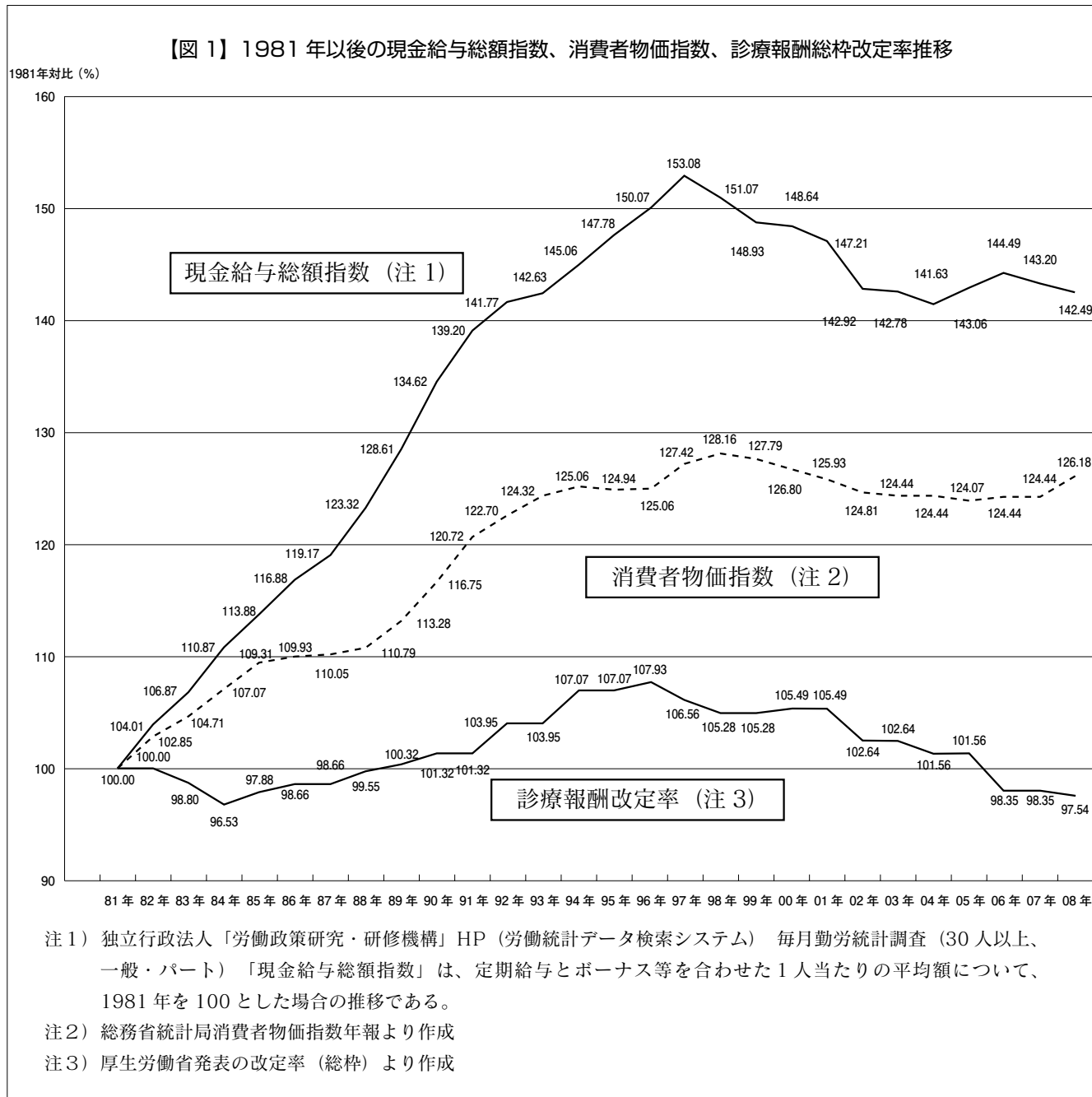
## 必要な医療が健康保険証で受けられるために

I 診療報酬と国民医療 .....	8
II 現行の診療報酬の基本的な問題点 .....	18
III 患者、国民をめぐる状況 .....	21
IV 医療機関をめぐる状況 .....	24
V 「医療崩壊」を食い止めるために、 診療報酬大幅引き上げと患者負担軽減を .....	30

## I 診療報酬と国民医療

### 1 1980年代より続く診療報酬抑制政策

1980年代以降政府の公的医療費抑制政策が顕著になってきました。1981年を100とした場合の現金給与総額指数（30人以上で一般・パートを含む）は2008年には142.49%で、消費者物価指数は126.18%になっていますが、診療報酬総枠改定率は、97.54%にまで落ち込んでいます。（図1）



1980年代以降の公的医療費抑制策によって診療報酬が抑制されてきましたが、2001年に発足した小泉内閣以降、2002年（▲2.7%）、2004年（▲1.05%）、2006年（▲3.16%）、2008年（▲0.82%）と、4回連続のマイナス改定が実施されました。

これにより 2002 年から 2009 年までの 8 年間に失われた国民医療費は、13 兆円を超えています。(表 1)

このマイナス改定が、必要な機材・機器の更新さえもままならない状況を生み出し、医師不足・看護師不足による医療提供体制の崩壊に拍車をかけています。

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	合計
国民医療費(兆円)	30.2	30.8	31.4	32.4	32.4	33.4	34.1	34.1	258.8 兆円
改定率	▲2.70%	—	▲1.05%	—	▲3.16%	—	▲0.82%	—	
改定率(01年対比)	▲2.70%	▲2.70%	▲3.72%	▲3.72%	▲6.76%	▲6.76%	▲7.53%	▲7.53%	
影響額(兆円)	▲0.815	▲0.832	▲1.168	▲1.205	▲2.190	▲2.258	▲2.568	▲2.568	▲13.604 兆円

※ 国民医療費の出典は、医療費の動向 (厚生労働省保険局調査課)。ただし、データのない 2009 年部分は 2008 年データを使用。

## 2 診療所つぶし、中小病院つぶしの改定

マスコミで大きく取り上げられている病院勤務医の労働条件の悪化や「医療崩壊」は、長年にわたり政府が実施してきた医師養成数削減政策や医療費抑制政策が招いた結果です。

これを解決するためには、OECD 諸国と比べてあまりにも低い医師養成数や医療費総枠を大幅に拡大すべきです。

ところが、2008 年の診療報酬改定では、「骨太方針 2006」で定めた 2011 年度までに 1 兆 1 千億円の社会保障費自然増を抑制するという政策に縛られた結果、総枠で▲0.82%の改定枠の中で病院勤務医対策を実施することとなり、厚生労働省は診療所から病院へ 400 億円強の医療費を移動させるために、次の改定を実施しました。

- ア) 外来管理加算への時間要件の導入
- イ) 軽微な処置の初・再診料への包括
- ウ) デジタル映像化処理加算の廃止
- エ) 検査判断料の引き下げ

この改定は、①そもそも度重なる診療報酬引き下げの中で、診療所にも余裕がないにもかかわらず、診療所の診療報酬を削ったこと、②病院勤務医対策といいながら、上記の改定内容は 200 床未満の病院にも大幅なマイナス改定をもたらすものであったこと、などにより、地域医療を担っている開業医や中小病院に大きな打撃を与えました。

特に「外来管理加算」は、「問診と身体診察を行い、患者さんに症状や療養上の注意点を説明し、要点を診療録に記載する」、「概ね 5 分を超えて直接診察を行い、診療録に時間要件に該当する旨を記載する」ことを要件に追加しましたが、これは、患者さんの病態の個別性を全く無視したものです。

中医協検証部会が行った患者調査では、「診察時間の長さに対する評価」、「診療内容に対する満足度」とも外来管理加算の「算定あり」と「算定なし」で差がなく、「時間の目安」については、必要でないとの回答が過半数となっています。(表 2)

設問	回答	外来管理加算算定	
		あり	なし
診療時間の長さ	ちょうどよい	85.6%	87.0%
診療内容に対する満足度	とても満足している・満足している	87.2%	83.2%
時間の目安に対する考え	時間の目安は必要でない	54.4%	57.6%
	時間の目安は必要だ	34.4%	33.1%

※ 2009 年 4 月 22 日中医協診療報酬改定結果検証部会資料より

さらに、2009年6月25日に公表された社会医療診療行為別調査の概況によると、2008年6月審査分は、前年同月と比較して、外来管理加算の算定回数が診療所で約1,700万回、病院で約170万回減少していることが判明しました。

これは、年間の金額に換算すると、診療所で1,060億円、病院で106億円の減収になり、厚生労働省がこれまで発表した外来管理加算への時間要件等の導入による影響額（200億円程度）を大幅に上回るものでした。

厚生労働省は、勤務医対策といって外来管理加算の改定を行いましたが、その結果は、開業医と中小病院の医師に大きな負担を強いることとなり、医療崩壊をさらに広げるものとなっています。

勤務医対策は重要です。そのためには、勤務医に対する直接支援を行うことは当然ですが、同時に、地域の第一線医療を担う開業医や中小病院が十分な医療を提供できるようにすることが必要であり、次回改定では、2008年改定で導入した外来管理加算の時間要件等のルールを撤回すべきです。

### 3 リハビリテーションへの日数制限の導入

リハビリテーションは、「実用的な日常生活における諸活動の実現を目的」（平成20年3月5日保医発第0305001号保険局医療課長通知）として行われるものであり、特に高齢者については、日常生活動作の回復はもちろんのこと、何もしなければ低下していく機能を維持することや、機能低下を極力最小限に抑えることが重要です。

ところが、2006年の診療報酬改定では、リハビリテーションに日数制限（疾患別に90日、150日、180日）が導入され、機能回復を目的とした場合でも特に厚生労働大臣が定める状態をのぞいて、日数制限を超えて健康保険でリハビリテーションを受けることができなくなりました。

これに対して、改定直後から「リハビリ診療報酬改定を考える会」を中心とする48万の署名に象徴されるような患者さんと医療担当者の共同した日数制限撤廃の運動が取り込まれ、2007年4月には改定時期でないにもかかわらず異例のリハビリ再改定が行われました。

再改定では、①障害者リハビリテーションの対象患者や先天性又は進行性の神経・筋疾患は日数制限から除外、②改善の見込みがある場合に日数制限から除外できる対象が若干拡大されました。

しかし、こうした改善はされたものの、日数制限そのものは廃止されず、リハビリテーションを継続すれば機能低下を防ぐことができるにもかかわらず、十分なリハビリテーションが提供できない事態が続いています。

### 4 包括点数の拡大でフリーアクセスが制限

診療報酬は、原則として実施した医療行為ごとに費用が支払われますが、あらかじめ定めた一定の範囲については、何を実施しても同じ報酬を支払う「包括点数」という報酬設定があります。

包括点数は、様々な検査や治療を行えば行うほど赤字になることから、重症の患者さんに必要な医療が提供できなくなる恐れがあります。

2008年の診療報酬改定で新設された「後期高齢者診療料」も包括点数の一つで、医学管理等、検査、画像診断、処置の費用が包括されています。

この点数は、「糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症」など13の疾患のいずれかに罹患した患者さんに算定しますが、包括して費用を支払っているために、例えば糖尿病でA医療機関を受診している患者さんが、高血圧でB医療機関を受診される場合は、どちらか一方の医療機関でしか算定できない扱いです。

なお、「後期高齢者診療料」を算定する場合は、あらかじめ地方厚生（支）局に届出をしなければなりません。届け出た施設は内科診療所の23.7%にとどまり、届け出はしたものの、1人の患者さんにも算定していない医療機関が89.5%にもものぼっています。

その理由について5月18日の中医協に報告された調査結果では、①患者が後期高齢者診療料を理解することが困難（61.6%）、②他の医療機関との調整が困難（52.7%）、③現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難（51.9%）などとなっています。

厚生労働省は、医療費削減のために包括点数を拡大しようとしています。包括点数は、必要に応じた検査や治療を制限し、患者さんのフリーアクセスすら制限しかねません。

一方、以前から外来の看護料や医療相談を含めた事務職員の労働、一部の処置や検査は、初診料や再診料、入院料に包括されて別に算定できませんでしたが、算定できない範囲が毎回の改定で広がっています。

2008年改定では、医科では、初診料や再診料に含まれ別に算定できない対象に一部の処置（9項目）や一部の検査（6項目）が追加されました。歯科でも、4項目の処置や手術等が別に算定できなくなりました。

厚生労働省は、「これらの検査や処置を保険の対象から除外したのではなく、初診料や再診料等に含めただけ」と言っています。

しかし、包括された検査や処置を実施すればするほど赤字になってしまいますので、実質的には必要な検査や処置を患者さんが受けられないことになってしまいます。

## 5 長期入院に対する規制の強化

### (1) 一般病棟で長期入院ができない仕組み

一般病棟の入院料は、入院患者さんに対する看護職員比率によって異なりますが、職員比率を満たすだけでなく、入院患者さん全体の平均在院日数を満たさなければなりません。

種別	診療報酬	看護配置	看護師比率	平均在院日数
7：1入院基本料	15,550円	平均で常時患者 7人に1人	70%以上	19日以内
10：1入院基本料	13,000円	平均で常時患者 10人に1人		21日以内
13：1入院基本料	10,920円	平均で常時患者 13人に1人		24日以内
15：1入院基本料	9,660円	平均で常時患者 15人に1人	70%以上	60日以内
	9,540円		40%以上	
特別入院基本料	5,750円	上記未満	上記未満	なし

※ 入院基本料には、医師・看護職員・事務職員等の人件費や基礎的技術料、室料、入院設備の原価償却費を含む。

例えば、一般病棟で入院患者さん7人に看護職員1人を常時配置している7：1入院基本料（1日15,500円）は、平均在院日数を19日以内にしなければなりません。

7：1の看護職員を配置していても、平均在院日数が25日であれば15：1入院基本料（1日9,660円）しか算定できず、100ベッドの病院では、1月で1,767万円もの減収となってしまいます。（表3）

このように、一般病棟では診療報酬によって長期入院が困難となるよう規定されているのです。

## (2) 療養病棟に入院する「医療区分1」の診療報酬を大幅に引き下げ

2006年の診療報酬改定で、療養病棟（長期の入院医療を行う病棟）の診療報酬の仕組みが変更され、厚生労働大臣が定めた3段階の「医療区分」によって診療報酬に格差がつけられ、入院患者さんの半数を占める医療区分1の診療報酬が実際にかかる費用の8割程度に引き下げられました。

厚生労働省は、医療区分1に分類された患者さんは、入院医療が必要ないかのように宣伝していますが、「毎日リハビリを実施していても、発症後30日を超えた場合」や、「喀痰吸引を毎日実施していても、回数が1日に8回未満の場合」、「脱水症状があっても、発熱はしていない場合」など、在宅での療養が困難な状態であっても医療区分1とされます。

診療報酬改定にあたり、厚生労働大臣の諮問を受けて審議をする「中央社会保険医療協議会」（中医協）に設けられた「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」が作成した調査報告書でも、「医療区分1に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されていることについては、当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない」（2007年3月28日）と指摘しています。

ところが、2008年改定ではこの報告が全く生かされず、医療区分1の診療報酬は据え置かれ、医療区分2・3の診療報酬は引き下げられました。

この結果、これまでは医療区分2・3の収入でなんとか医療区分1の患者さんを少しは入院させることができましたが、それすら困難な状況が生じています。

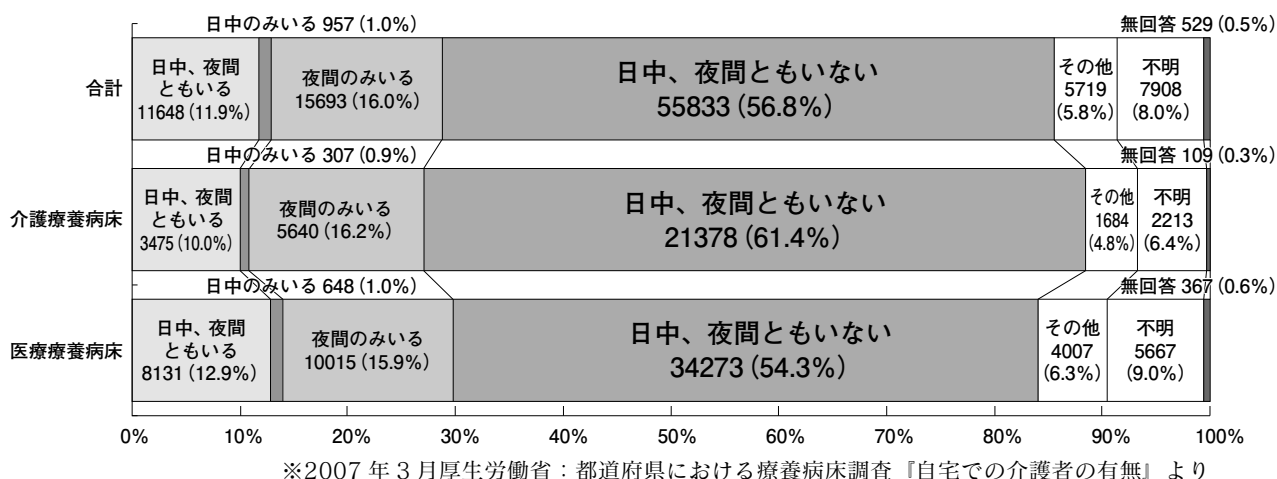
なお、2006年6月に成立した医療「改革」関連法によって、介護療養型医療施設を2012年度で廃止することが決まりました。

しかし、2007年3月7日に厚生労働省老健局が発表した都道府県における「療養病床アンケート調査」では、日中・夜間とも介護できる人がいないとの回答が、「医療療養病床（54.3%）」「介護療養病床（61.4%）」にものぼっており、この状況は今も改善されていません。（図2）

必要なのは、介護体制のない自宅に帰すことを前提とせず、介護者のいない要介護者が必要な医療と介護が受けられるよう、介護療養病床廃止を白紙撤回するとともに、医療療養病床の診療報酬を引き上げることでないでしょうか。

なお、介護療養病床の廃止と医療療養病床削減については、患者さんからも医療現場からも大きな反対の声が大きく出され、2009年7月までに全自治体の23%にあたる10道府県議会と418市区町村（合併市町村での採択を含めると426）が療養病床削減計画中止等を求める意見書を採択しています。

【図2】療養病床入所者の自宅での介護の有無

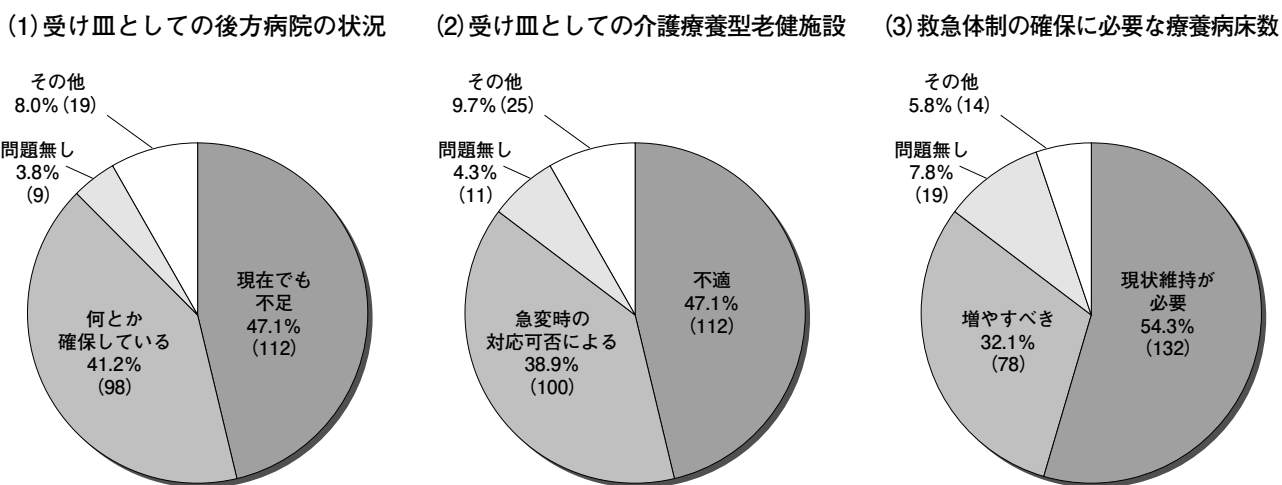


また、2008年10～11月に保団連・保険医協会が急性期病院に対して実施した「療養病床削減に関する影響調査」によると、①後方病院は現在でも不足、②介護療養型老人保健施設は受け皿として不十分、③療養病床の維持・増加が必要、であることが明らかとなっています。(図3)

療養病床廃止・削減による介護難民・療養難民問題についてはマスコミでも大きく取り上げられ、介護療養病床廃止の撤回を求める国会議員は与野党を問わず大きく広がっています。

一日も早く、介護療養病床廃止の撤回と医療療養病床の削減計画の見直しを行うべきです。また、医療療養病床における医療区分に医学的な根拠はありません。療養病床において必要な医療が提供できるよう、医療区分を廃止し療養病床の診療報酬を引き上げるべきです。

【図3】急性期病院に対する「療養病床削減に関する影響」調査結果



※2008年10～11月に急性期病院に対して実施した「療養病床削減に関する影響調査」(全国保険医団体連合会)、12都府県：247病院より回答

### (3) 脳卒中の後遺症患者及び認知症患者から長期入院を取り上げ

重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者は、長期にわたる入院が必要です。

2008年改定では、こうした患者さんが主として入院する障害者施設や特殊疾患施設の入院料の算定対象から、「脳卒中の後遺症患者及び認知症患者」が除外されました。また、一般病棟で長期入院する高齢者は通常の一般病棟入院基本料が算定できず「後期高齢者特定入院基本料」として入院点数が大幅に引き下げられますが、重度障害者等であれば入院基本料が減額されない扱いとなっています。しかし、この重度障害者等の対象からも「脳卒中の後遺症患者及び認知症患者」が除外されました。

脳卒中後遺症や認知症の患者さんを差別するこうした扱いに大きな批判の声がよせられた結果、厚生労働省は、一般病棟について「転院や退院に向けて努力をし、その旨を地方厚生（支）局に文書で届け出た場合は、通常の一般病棟入院基本料を算定できる」とする通知を2008年9月5日に発出しました（保医発第0905001号保険局医療課長通知）。

ただし、障害者施設や特殊疾患施設の入院料の算定対象から除外する扱いは変更されていません。

## 6 診療報酬の抑制は、患者負担を増加させる

いま、多くの病院が「差額ベッド」を患者さんに求めています。それは、診療報酬だけでは医療機関を維持する費用を賄えなくなってきたことが大きな原因です。

入院基本料には、医師や看護職員、事務職員の人件費や室料を含んでいますが、今の報酬では病棟設備などを更新することが困難です。

政府・厚生労働省は、健康保険で支払う診療報酬を抑えるために、保険給付範囲の縮小や保険外負担を拡大してきました。

差額ベッドを徴収できる要件について、昔は個室や2人部屋に限られていましたが、今では、4人部屋でもカーテン等の間仕切りがあり、小机や椅子などを準備すれば差額ベッド代を徴収できることになっています（医療機関の都合による当該室への入院を除く）。

また、差額ベッドに加えて、「200床以上病院の紹介患者以外の初診」、「180日を超える入院」、「制限回数を超える医療行為」等が保険給付の外に追いやられ、健康保険の範囲だけでは治療が完結しない事態が拡大しています。

診療報酬を抑制して保険外負担を拡大すれば、必要な医療が健康保険だけでは受けられなくなってしまう。患者さんから医療を奪う保険外負担の拡大は、絶対に認められません。

## 7 崩壊する歯科医療

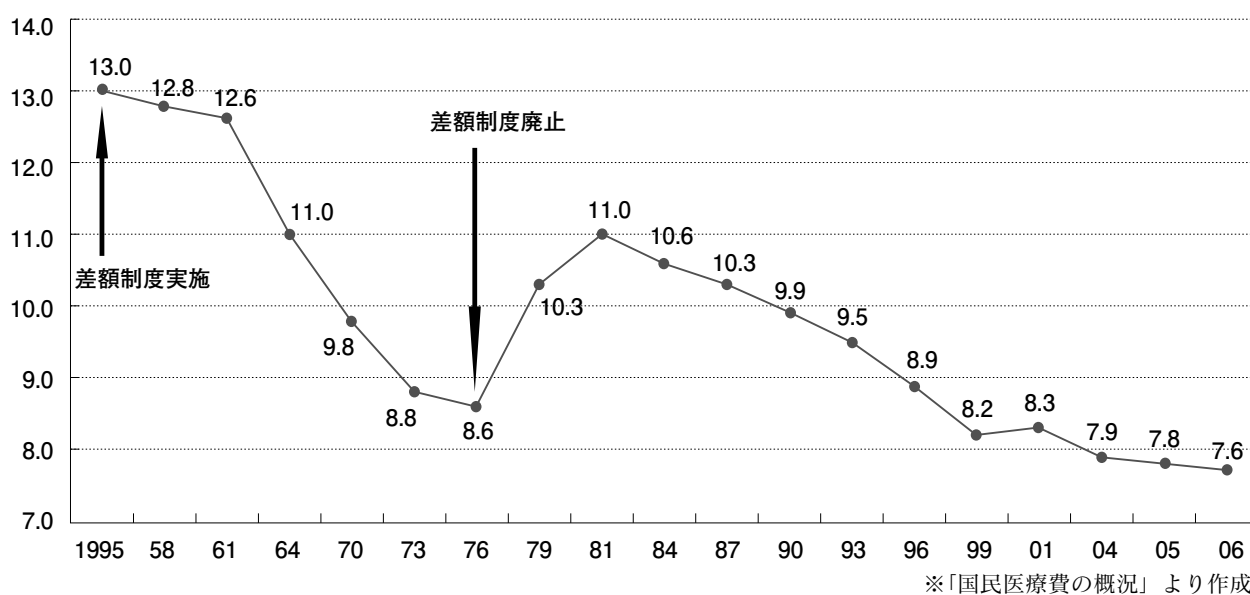
「国民医療費に占める歯科医療費の割合」は1955年には13.0%でした。しかし、歯科差額制度（実際にかかる費用の一部しか診療報酬では評価せず、実際にかかる費用と診療報酬との差額を自費負担とする）の中で急速に歯科医療費の割合が低下し、1976年には8.6%となりました。

その後、患者・国民の強い批判を受けて1976年に歯科差額制度が廃止されて診療報酬が引き上げられた結果、81年までは歯科医療費の割合が増加しました。

ところが、1980年代以降の公的医療費抑制政策の中で、特に歯科の診療報酬が低く抑えられ、再び歯科医療費割合は低下し、2006年には7.6%にまで引き下がっています。（図4）



【図 4】 国民医療費に占める歯科医療費の割合



具体的には、初診料・再診料は、1988年までは医科・歯科同額でしたが、その後、医科・歯科の初診料と再診料は、大きな格差がつけられてきました。

現在、医科の初診料は、病院・診療所とも2,700円ですが、歯科の初診料は、1,820円です。また、医科の再診料は、病院が600円、診療所が710円であるのに対して、歯科は400円です。患者さん1人当たりの診療時間は、医科に比べて歯科が何倍もかかるのに、診療報酬は逆転しています。

さらに、2007年12月に小池晃参議院議員が提出した質問主意書で、歯科では、20年間も診療報酬が据え置かれているものが73項目にのぼることがわかりました。

この指摘を受け、2008年改定で数項目の引き上げが行われましたが、全く不十分です。

また、医科では毎回の改定で新規技術の保険導入がされていますが、歯科では新規技術の保険導入が30年間にわたりほとんど行われていませんでした。

2008年改定では、歯科でも新規技術の保険導入が一部行われましたが、新規導入された技術料は非常に低点数のため、実施する医療機関は少ないのが実態です。これではせっかく導入された新規技術が普及されません。また、多くの患者さんが待ち望んでいる「金属床義歯」の保険導入や、自然の歯に近いセラミックをつかった「メタルボンド」は、いまだ保険に導入されていません。

前回改定後の2008年9月に「保険で良い歯科医療を」全国連絡会が実施した歯科患者アンケート調査では、「健康保険のきかない歯科治療や新しい治療技術・材料を保険に取り入れること」について、賛成が84.8%となっています。(表4)

口は、人間の健康と生活の基本です。しっかりと噛むことで、全身の健康状態を高めます。最近では、糖尿病の管理をはじめ、致命的な疾患に至る高血圧症や動脈硬化、歯性感染症、誤嚥性肺炎、認知症の予防など、全身の健康にとって口腔機能を維持することが重要であることが一層明らかとなってきました。

「いつまでも、健康でいたい」

この願いを実現するためには、口腔管理が非常に重要であり、2010年改定では、歯科の診療報酬を大幅に引き上げ、新規の技術を正当な点数で保険導入することが必要です。

【表4】 歯科患者アンケート

「健康保険のきかない歯科治療や新しい治療技術・材料を保険に取り入れること」について

	件数	%
賛成	170	85.0%
反対	19	9.5%
その他	11	5.5%
計	200	100.0%

※「保険で良い歯科医療を」全国連絡会患者アンケート（2008年9月実施）より

## 8 改定ルールの問題

### (1) 診療報酬の改定率や基本的な医療政策が、中医協で審議されない

2005年に実施された中医協の機能と役割の変更で、診療報酬の改定率は政府・内閣が責任を持ち、基本的な医療政策の審議は社会保障審議会で審議することとなってしまいました。

しかし、診療報酬改定率は、医療現場の実態を把握して全体的な医療政策のあり方のもとに検討されるべきです。そのためには、中医協で審議され、その結論を尊重して政府・内閣が予算案を作成し、国会で十分に議論すべきです。

また、基本的な医療政策の審議についても医療現場の意見を十分に反映させることが必要です。そのためには、中医協での審議を重視すべきであり、医療現場の代表がほとんど参加していない社会保障審議会が決定権を持つやり方は誤りです。

### (2) 改定内容に医療現場の意見が反映されづらい

診療報酬改定にあたり、新規医療技術の評価及び既存技術の再評価は、2003年度から学会等に技術評価提案書の提出を求め、中医協医療技術評価分科会で検討しています。

新規医療技術の導入にあたっては、①普及性、②有効性、③効率性、④安全性、⑤技術的成熟度、⑥倫理性・社会的妥当性を考慮した上で保険導入するか否かが決められることとされていますが、提案書には「予想される医療費への影響額（増・減）」の記載欄が設けられており、有効性や安全性が確立していても医療費削減効果がないものは導入されない危険性があるとの指摘があります。

新規医療技術の導入にあたって重要なことは、有効性と安全性です。新たな技術を保険導入することによって例え医療費を押し上げたとしても、有効性と安全性が確保されるのであれば保険診療に導入すべきです。

なお、こうした学会からのルートをつくったことで、新技術の保険導入や既存技術の再評価に対する医療現場からの意見を重視しない傾向が生まれています。

学会のエビデンスを重視することは当然必要ですが、学会会員は大病院の勤務医が比較的多く、日常的に地域で診療を行っている開業医の知見は、必ずしも反映されていません。

地域で実際に多くの患者さんに医療を提供しているのは、開業医や中小病院であり、そこに働く医療スタッフです。

こうしたことから、保団連では、現場の医療従事者が患者・国民の声を診療報酬改定に反映されることができるよう、次の改善を求めています。

- ① 中医協委員の数を増やして、現場の医療従事者や患者・国民の代表を中医協委員に加えること。

② 中医協委員の数を増やした場合でも、中医協に委員を出していない様々な医療関係団体や患者団体等からの意見聴取を十分に行えるシステムを構築すること。

なお、厚生労働省は、改定内容の大枠が決定してから、改定内容の骨子についてパブリックコメントを募集していますが、極めて短期間での意見募集しかしておらず、また寄せられた意見がどう反映されたかも明らかにされません。

パブリックコメントの募集や公聴会の実施等をさらに改善して続けることは当然ですが、それとは別に、改定内容の大枠を決定する前から、医療現場からの要求を聞き、診療報酬改定に反映させるシステムを構築すべきです。

### (3) 改定内容の周知期間が確保されていない

診療報酬は、厚生労働大臣の告示で基本的な内容が決められ、担当課が発出する通知によって具体的な算定ルールが決まっています。

ところが、4月1日から改定が実施されるというのに、大臣告示は2月に出されますが、通知は3月中旬にならなければ明らかにされません。また、訂正・追加通知は4月に入ってから出されるのが通例という異常な状態が毎回行われています。

これは、厚生労働省の準備不足が医療の現場に大混乱をもたらし、何よりも患者さんに不利益をもたらしています。

こうした事態にならないよう、診療報酬改定にあたっては、官報告示から実施までの周知期間を少なくとも3カ月以上設け、少なくとも1カ月以上前には通知を出し、新点数の算定開始日までに不明確な解釈を残さないようにすべきです。

## II 現行の診療報酬の基本的な問題点

### 1 あまりにも低い技術料評価

#### (1) 医科

① 下記のような「不払い労働」とも言うべき不合理評価が、数多くあります。

例1	初・再診料	同日に2つ目の診療科を初診で受診する場合を除き、同日に複数の診療科を受診しても、一つの科のみの診察料を算定する。(他の科の医師の診察行為は、無報酬)
例2	処置料・検査料	2008年改定で、下記が初診料(2,700円)・再診料(病院600円、診療所710円)に含まれて別に算定できなくなりました。 ※下記の( )内は改定前の評価 ＜血液検査＞ β-リポ蛋白(150円)、MAO(230円)、HCG分画定性(700円)、AFP(340円)、ヴィダール反応(3,500円)、リウマチ因子スクリーニング(170円)、抗DNA抗体(600円)、α1-酸性糖蛋白測定(420円)、ナイアシンテスト(850円) ＜処置＞ 熱傷処置「100cm未満のうち第1度熱傷」(1,350円)、皮膚科軟膏処置「100cm未満」(450円)、消炎鎮痛等処置の湿布処置のうち「その他のもの」(240円)、眼処置のうち洗眼及び点眼(250円)、耳処置のうち点耳及び簡単な耳垢除去(250円)、鼻処置のうち鼻洗浄(120円)
例3	入院時	・入院患者への薬剤の処方料は算定できません。 ・入院患者への眼処置など12の処置料は算定できません。 ・入院患者への皮下・筋肉注射、静脈内注射、500ml未満の点滴注射の手技料は算定できません。
例4	外来看護	・外来の看護料は算定できません。
例5	医療相談	・医療相談を含めた事務職員の労働は、入院の一部を除き評価されません。

② 下記のように、低い報酬に据え置かれている点数も数多くあります。

例1	再診料	病院(複数科目受診でも) 600円 医科診療所(複数科目受診でも) 710円 歯科診療所 400円
例2	処置	眼処置(外来250円 入院0円) 耳処置(外来250円 入院0円) 鼻処置(外来120円 入院0円) 口腔、咽頭処置(外来120円 入院0円)
例3	採血料	静脈血採血(外来110円 入院0円) その他採血(外来60円 入院0円)
例4	リハビリテーション	運動器リハビリ(II) 呼吸器リハビリ(II) とも マンツーマンでリハビリを20分間行って800円
例5	入院料	有床診療所入院基本料(31日以上) 医師の診察や看護、室料を含め1日2,800円

## (2) 歯科

① 下記のような「不払い労働」とも言うべき不合理評価が、数多くあります。

例1	従来から算定出来ないもの	○義歯作成の際の「補強線」(2002年改定で廃止：1装置1,000円) ○義歯作成の際の「遊離端義歯加算」(2002年改定で廃止：850円) ○義歯作成の際の「ろう着」(2002年改定で廃止：600円)
例2	2008年改定で算定できなくなったもの	2008年改定で、初診料(1,820円)・再診料(400円)に含まれて別に算定できなくなりました。( )内は改定前の評価 ○ラバーダム防湿法(1顎100円) ゴムのマスクのようなものを治療する歯にかぶせ、唾液やその他の感染から歯を守るもの ○歯肉息肉除去手術(540円)  2008年改定で、歯冠修復に含まれて別に算定できなくなりました。( )内は改定前の評価 ○エナメルエッチング・エナメルボンディング加算(430円) EE・EB ○研磨(140円)

② 下記のように、低い報酬に長年据え置かれている点数が数多くあります。

検査	スタディモデル(口腔の模型作成)	50点(1970年(S45)より39年間)
処置	被せ物の除去・複雑な除去	15点・30点(1975年(S50)より34年間)
	知覚過敏処置	40点・50点(1985年(S60)より24年間)
手術	歯槽骨形成手術	110点(1981年(S56)より28年間)
麻酔	伝達麻酔手技料	38点(1988年(S63)より21年間)
	浸潤麻酔手技料	23点(1988年(S63)より21年間)
歯冠修復・欠損補綴	咬合採得(噛み合わせ)	14点(1978年(S53)より31年間)
	硬質レジンジャケット冠(硬いプラスチックの被せ物)	750点(1978年(S53)より31年間)
	入れ歯の粘膜調整(Tコンデ)	110点(1981年(S56)より28年間)

(2009年7月現在)

③ 医科では毎回の改定で多くの新規技術が保険適用されていますが、歯科の場合、新たに保険に組み込まれた技術はほとんどありませんでした。

この問題を保団連で指摘した結果、前回の改定では、新規技術の保険導入が一定行われました。

2000年	・初期う蝕小か裂溝
2002年	
2004年	・睡眠時無呼吸の口腔内装置
2006年	・機械的紙面清掃
2008年	・歯周組織再生誘導手術 ・接着ブリッジ ・う蝕歯無痛的窩洞形成加算(レーザー応用) ・非侵襲性歯髓覆罩法 ・静脈内鎮静法 ・肺血栓塞栓症予防管理料

しかし、新規導入された技術料はあまりにも低すぎ、これではせっかく導入された新規技術が普及されません。

## 2 医療安全の確保や情報提供にかかる費用が保障されていない

院内感染防止をはじめとした医療安全確保や、患者さんへのインフォームドコンセントの徹底などが、医療を提供する上で非常に重要です。

2007年4月から医療安全確保のための対応が全ての医療機関に義務付けられました。

医療安全の確保を徹底するためには、かなりの人員や予算を必要としますが、現在の診療報酬では、これらの費用はまったく評価されていません。

また、医科・歯科を問わず、処置や手術、在宅療養で使用する医療材料や薬剤については、個別評価されていないものが少なくなく、これらは医療機関や患者さんの負担になっています。

## 3 諸外国と比べて高い薬、材料、医療機器の価格の圧縮を

健康保険で使用する薬は、流通価格調査に基づいて薬価が定められており、今では医療機関の購入価格と薬価の差はほとんどないか、薬によっては逆ザヤになっています。

諸外国と比べて高い薬価は、製薬メーカーが医療機関への納入価格を高くしていることが原因の一つであり、これは、後発（ジェネリック）医薬品でも同様です。高額な薬価については、流通価格だけでなく製造原価も調査するなど適正価格かどうかの点検を行い、必要に応じて是正をさせるべきです。

また、2007年5月16日に開催された「財政制度等審議会」に財務省が提出した資料によると、心臓ペースメーカー価格は、諸外国の2～7倍、冠動脈ステント価格は、諸外国と比べて最大5倍、PTCAカテーテルの価格は、諸外国の2～8倍も高くなっており、高い購入価格が医療機関の経営を圧迫していきます。（表5）

医療機器メーカーの収入は、間接的に公的医療費によって賄われているわけですから、これらの価格設定が適正であるのか、診療報酬の仕組みとは別に、各メーカーを調査し、必要に応じて是正勧告をするべきです。

【表5】医療機器の価格比較

	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
<b>■ PTCA カテーテル：諸外国の2～8倍</b> 狭心症や心筋梗塞など、冠動脈が狭窄する虚血性心疾患の治療法である経皮的冠動脈形成術に使われる管。					
JETRO 調査 <sup>1)</sup>	30万円	7～8万円	—	5～6万円	6～9万円
医療経済研究機構 <sup>2)</sup>	25.7万円	7.1万円	5.8～8.7万円	7.7～14.7万円	3.4～5.7万円
日医総研調査 <sup>4)</sup>	17.2万円	2.5～3.6万円	—	—	—
<b>■冠動脈ステント：諸外国の最大5倍</b> 金属製のメッシュ状のチューブで、狭窄部位に植え込むことで血管壁を支持し血流を改善させる医療用具。					
JETRO 調査 <sup>1)</sup>	35万円	20万円弱	10万円強	10万円弱	30万円強
厚生科学研究 <sup>3)</sup>	33.8万円	—	6.4～10.5万円	—	—
日医総研調査 <sup>4)</sup>	31.8万円	9.2～17.6万円	—	—	—
<b>■ペースメーカー：諸外国の2～7倍</b> 不整脈の治療及び心臓の鼓動停止の防止のための機器。					
JETRO 調査 <sup>1)</sup>	160～170万円	60～70万円	30～35万円	30～35万円	40～50万円
医療経済研究機構 <sup>2)</sup>	143.1万円	78.3万円	22～57.3万円	37万円	—
日医総研調査 <sup>4)</sup>	116～148万円	27.3～75.6万円	—	—	—
出典 1) 「対日アクセス実態調査報告書」1996日本貿易振興協会 (JETRO) 2) 医療経済研究機構 1997 (日本以外の国については、購買力平価による換算) 3) 2000年度厚生科学研究「新医療用具の保険償還価格設定のあり方に関する研究」 4) 日医総研 2006.1.17「日医総研ワーキングペーパー 特定保険医療材料の内外価格差の実態」					

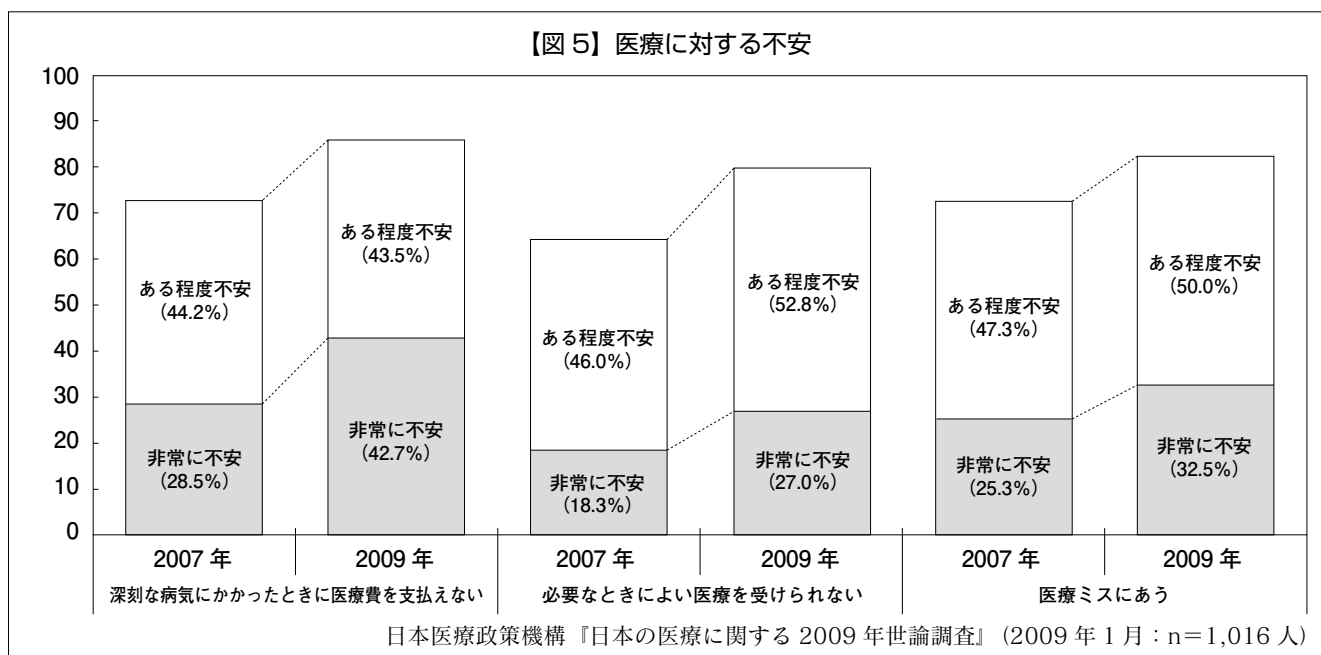
※ 2007年5月16日財政制度等審議会資料「医療のコスト構造」より

### Ⅲ 患者、国民をめぐる状況

#### 1 医療費の支払いに86%が不安

日本医療政策機構が2009年1月に実施した「日本の医療に関する2009年世論調査」によると、医療に対する不安として、「必要なときによい医療を受けられない」(80%)、「深刻な病気にかかったときに医療費を払えない」(86%)との回答が、いずれも前回より大幅に増加していました。(図5)

特に、20代・30代の若者や、非正規雇用者で医療費に対する不安が広がっています。



#### 2 政府に対する要望は、医療・福祉・年金の充実

2008年(平成20年)6月に実施した「国民生活に関する世論調査(内閣府)」では、今後政府に対して力を入れてほしいと思うことについて「医療・年金等の社会保障構造改革」を挙げた者の割合が72.8%ともっとも高く、2位は「高齢社会対策」(57.2%)、3位は「景気対策」(56.1%)となっていました。

「医療・年金等の社会保障構造改革」の選択肢は、1999年(平成11年)調査までは「医療・福祉・年金の充実」となっていたものです。他に選択肢が提起されませんので、「医療・福祉・年金の充実」を要望する人たちは、この回答を選ぶことになります。

#### 3 格差社会の広がり、高まる日本の貧困率

いま、「格差社会」の広がりが大きな問題となっています。

「ワーキング・プア」といわれる、働いているのに生活保護水準以下の暮らししかできない世帯は、656万世帯で全世帯の18.7%(週刊エコノミスト2006年7月25日号:2002年総務省・就業構造基本調査より推計)にのぼっています。

さらに、OECD対日経済審査報告より作成した「OECD諸国の相対貧困率比較(2000年)」を見ると、日本はアメリカに次いで、第二位の相対貧困率になっています。(図6)

「相対貧困率」とは、税金や社会保障の負担額を除いた可処分所得が、18歳以上65歳

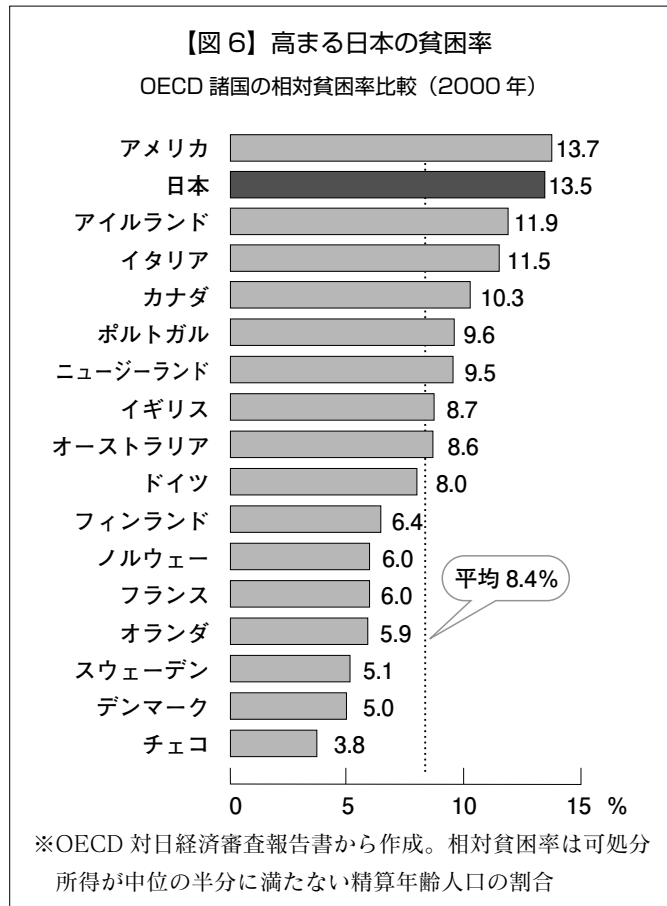
以下の生産年齢人口の所得分布の中央値の半分に満たない生産年齢人口の割合をさします。

また、生活保護世帯も、2009年3月には、119万2,745世帯に達しています。

「貧困と格差」が広がった根源について、OECDの「対日経済審査報告」(2006年7月)は、「非正規労働者の割合の増大が、日本における市場所得の格差拡大の主要な理由」と指摘しています。

これは、98年、2003年の労働基準法「改正」によって、一挙に非正規雇用が拡大したことによります。

特に、2008年における15～34歳の若年層(3,056万人)では、就業者62.2%(1,869万人)に対して、フリーターは5.7%(170万人)、無業者が2.1%(64万人)となっています。(2009年3月25日総務省統計トピックスNo.36「若年の就業は、今」より)



#### 4 450万世帯が国保料滞納

2008年6月1日現在で、国民健康保険料を滞納しているのは453万世帯で、全市町村国保の世帯数(2,171万世帯)の20.09%に達しています。(表6)

高額な保険料が支払えず、国保証を取り上げられ資格証明書(医療機関の窓口では10割を支払わないといけない)を交付された世帯は、33万8,850世帯に広がっており、受診抑制による死亡もおきています。

	2005年 平成17年	2006年 平成18年	2007年 平成19年	2008年(速報) 平成20年
市町村国保全世帯数	24,897,226	25,302,112	25,508,260	21,717,837
滞納世帯数	4,701,410	4,805,582	4,746,032	4,530,455
滞納世帯の割合	18.90%	19.00%	18.60%	20.90%

※平成20年度国民健康保険(市町村)の財政状況について(速報)より

保険料滞納の原因は、低所得者にとってあまりにも高い国民健康保険料にあります。

国保加入世帯の平均年収は166万9千円ですが、年に14万5千円が国保料として徴収され(表7)、加入世帯の27.4%を占める「所得なし」世帯からも1世帯当たり24,957円(年)の保険料(税)が徴収されています。

所得に比べてこれほど保険料が高い原因は、1984年に「窓口負担を含めた国保医療費」の45%だった国庫負担が、現在では、「窓口負担を除く国保の医療給付費」の43%(窓口負担を含めた国保医療費に換算すると34%程度)に引き下げられたことによります。

資格証明書を交付された場合の受診率は、一般被保険者受診率の53分の1程度である



など、医療が受けられない事態となっており、国保証を交付されている世帯でも、高額な自己負担のために受診を手控えるなど、まさに、国民皆保険は空洞化しています。

【表7】 国保保険料率の変遷

			1973年 昭和48年	1975年 昭和50年	1990年 平成2年	1995年 平成7年	2000年 平成12年	
全世帯平均保険料率			2.73%	3.85%	6.30%	6.68%	7.56%	
軽減世帯平均保険料率			—	—	23.50%	22.10%	21.20%	
		2001年 平成13年	2002年 平成14年	2003年 平成15年	2004年 平成16年	2005年 平成17年	2006年 平成18年	2007年 平成19年
全世帯	平均所得	190.9万円	176.4万円	170.1万円	165.0万円	168.7万円	166.7万円	166.9万円
	平均保険料	148,083円	145,257円	142,745円	142,398円	142,803円	144,870円	145,547円
	平均保険料率	7.76%	8.23%	8.39%	8.63%	8.47%	8.69%	8.72%
軽減世帯	平均所得	16.6万円	17.4万円	21.5万円	21.3万円	21.4万円	22.0万円	21.9万円
	平均保険料	36,482円	36,515円	39,056円	39,508円	39,952円	40,132円	40,190円
	平均保険料率	21.92%	20.99%	18.20%	18.58%	18.63%	18.22%	18.32%

※ 厚生労働省保険局：各年度「国民健康保険実態調査報告」より。平均所得及び平均保険料は、年額。

※ 軽減世帯は、2割、5割、7割減免を受けている世帯の総数

## IV 医療機関をめぐる状況

### 1 実態と乖離した財政制度審議会建議

#### (1) 診療所の医療費を引き下げれば、地域医療は崩壊

…必要なのは、病院と医科・歯科診療所の全ての医療費総枠拡大

財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会（西室泰三会長：（株）東京証券取引所グループ取締役会長兼代表執行役）は、「平成22年度予算編成の基本的考え方について」の建議（意見書）を6月3日に財務大臣に提出しました。

建議は、「社会保障費抑制路線の堅持と消費税増税」を打ち出しており、社会保障の充実と国民生活改善を願う国民世論と乖離したものです。

医療分野では、勤務医の平均年収（約1,415万円）が、開業医の概ね半分程度であるとして、「診療報酬が診療所に偏っている現状を見直し、病院に手厚く配分する」こと等を掲げています。

しかし、度重なる診療報酬引き下げで、そもそも診療所にそんな余裕はありません。

医科の診療所は、外来患者の7割を診ていますが、この10年間で外来患者一人当たりの月平均医療費は、16.63%も引き下がっています。

これは、医科の平均（▲12.14%）よりもさらに大きな引き下げ率です。歯科についても医科診療とほぼ同数の引き下げ（▲16.11%）ですが、引き下げ額は医科診療所よりも大きくなっています。（表8）

これでは、10年前よりも低い医療費で患者さんの診療をせざるを得ないこととなり、このままでは、医療技術の進歩や医療の安全性に配慮した医療の提供が困難となってしまいます。

【表8】1件当たり請求額（外来患者の月平均医療費）

		1997年	2007年	差
医科	総数	17,230円	15,138円	▲2,092円（▲12.14%）
	精神病院	15,277円	16,781円	+1,504円（+9.84%）
	特定機能病院	15,932円	17,369円	+1,437円（+9.02%）
	療養病床を有する病院	18,426円	14,310円	▲4,116円（▲22.34%）
	一般病院	17,251円	15,155円	▲2,096円（▲12.15%）
	診療所	13,334円	11,116円	▲2,218円（▲16.63%）
歯科		15,971円	13,398円	▲2,573円（▲16.11%）

※ 社会医療診療行為別調査報告より

また、財政制度等審議会は医業収支差の平均値で診療所の医師と病院勤務医を比べていますが、最頻値では、個人立医科無床診療所が年1,495万円、個人立歯科診療所が年912万円です。（表9）（表10）

個人立の医療機関における医業収支差は、医療機関自体の再生産のための費用も含まれますので、医師本人の収入はさらに低くなり、こうした諸経費を反映した法人立の医科無床診療所では年1,764万円の赤字、歯科診療所では年648万円の赤字となっています。

職種	平均年齢	平均給与月額	ボーナスを含む場合の推計
医科長	48.4 歳	1,137,734 円	約 1,700 万円
医師	39.3 歳	907,938 円	約 1,380 万円
歯科医師	39.7 歳	749,406 円	約 1,140 万円
看護師	34.0 歳	333,899 円	約 500 万円

※ 平成 18 年「職種別民間給与実態調査」より

		医科有床診療所 (集計 1 表)		医科無床診療所 (集計 1 表)		歯科診療所 (集計 2 表)	
		個人	法人等	個人	法人等	個人	法人等
平均値	医業収入	11,308,734	16,897,164	6,210,758	10,853,360	3,455,029	6,770,848
	医業費用	7,948,751	15,698,218	3,985,151	9,846,763	2,228,042	6,028,485
	<b>収支差</b>	<b>3,359,983</b>	<b>1,198,946</b>	<b>2,225,608</b>	<b>1,006,598</b>	<b>1,228,997</b>	<b>759,978</b>
最頻値	医業収入	8,574,358	12,510,901	4,068,879	8,355,371	2,850,807	5,060,155
	医業費用	6,814,722	13,883,068	2,822,665	9,831,062	2,088,649	5,608,259
	<b>収支差</b>	<b>1,759,636</b>	<b>▲ 1,372,167</b>	<b>1,246,213</b>	<b>▲ 1,475,692</b>	<b>762,611</b>	<b>▲ 545,380</b>

※ 2007年6月実施「医療経済実態調査結果」より

さらに、この 10 年間の診療所数の推移を見ると、診療所数の伸びが経年的に低下しており、2008 年度は対前年比で僅か 0.1%しか伸びていません。また、歯科診療所数の伸びも経年的な低下傾向にあります。(表 11)

		99年	2000年	01年	02年	03年	04年	05年	06年	07年	08年
医科	実数	92,025	93,130	94,231	95,258	96,326	97,277	98,247	98,860	99,571	99,682
	前年比	1,163	1,105	1,101	1,027	1,068	951	970	613	711	111
歯科	実数	62,809	63,585	64,453	65,267	65,982	66,701	67,250	67,441	67,879	68,101
	前年比	940	776	868	814	715	719	549	191	438	222

※ 厚生労働省「医療施設動態調査」より

救急医療や高度な専門医療は、主として大規模病院がその役割を担っていますが、大病院がこうした役割を担うためには、日常的な医療を中小病院や診療所がしっかりと果たしている必要があります。

ところが、特に 2008 年改定では、診療所と中小病院が算定する外来管理加算の算定要件を変更し、処置・検査の一部を算定できなくしたため、地域医療を第一線で支えてきた診療所や中小病院が疲弊しています。

こうした中でさらに診療所から病院へ配分見直しを行えば、確実に地域医療は崩壊してしまいます。

医療費総枠を拡大せずに、診療所から急性期病院へ診療報酬を振り向ける「財政中立」の手法では、根本問題は何ら解決しないことは、08 年度の改定以降も病院勤務医の過重労働がほとんど改善されていないことから明らかです。

今、重要なことは、病院、医科・歯科診療所を問わず、診療報酬を 10%以上引き上げることです。

なお、公的病院が不採算になっている背景には、診療報酬の低さとともに、独立採算制

の強要があります。

公的病院は、救急医療や不採算医療を行っています。

国は、公的病院を黒字化するか民間へ売却又は統廃合を強要する「公的病院改革ガイドライン」に沿った改革プランを2008年度中に立てることを自治体に義務付け、赤字自治体に国が介入できる「財政健全化法」が2009年4月から施行されましたが、こうしたやり方をやめ、救急医療や不採算医療の提供を確保するために国庫負担、公費負担を投入できるようにすることも、あわせて必要です。

また、建議では、医師不足解消のために、保険医定数制や保険医過剰地域で1点当たりの単価（10円）を減額できる方式の導入、患者さんのフリーアクセスの制限などを図ろうとしています。

わが国の国民皆保険制度の根幹である自由開業医制とフリーアクセスを否定すれば、地域医療はさらに崩壊してしまいます。

医師の本格的な養成と、医師が安心して働ける環境改善に思いきって公費を投入することが、地域医療の再生への大道です。

## (2) 建議の本音は、医療の営利化

「建議」では、フランスで開業医が協約料金（診療報酬）以外の請求が可能であるとの資料を出し、混合診療解禁派の病院の理事長に意見を述べさせています。

また、日本の民間医療保険の対GDP比は0.2%であり、OECD平均（0.7%）と比べて「極めて小さい」と強調しています。

しかし、①私的医療費支出が1.5%の日本よりも低い英国（1.1%）を除いている、②日本の生保の特約に医療保険がついている、③フランスが非営利の共済組合による自己負担補完の民間医療保険であり政府の関与が強い、ことなどを勘案すればこうした指摘は適当ではありません。

最近、日本で入院の自己負担分をカバーする医療保険が販売されましたが、「患者のため」と称した領収明細書発行義務化の狙いが本当はどこにあったのか、保険免責制度の導入を含めた患者負担の引き上げの本当の狙いがどこにあったのかが一層はっきりしてきました。

また、「建議」では、「レセプトオンライン化等による医療のIT化の推進などに積極的に取り組む必要がある」としています。

患者さんが受けた医療の費用は、患者さんごとに1カ月分を「診療報酬明細書（レセプト）」にまとめて翌月審査支払機関に請求しますが、このレセプトには、患者さんの氏名、生年月日、病名、検査や治療の内容が詳細に記載されています。

このように患者さんの個人情報の詰まったレセプトですので、これまでは個人情報漏れないように留意し、紙媒体又は電子媒体で審査支払機関に請求しています。しかし、政府・厚生労働省は、原則として2011年度から全ての医療機関にレセプト請求をオンラインで行うよう義務付けました。

このままでは、医師の腕がいかにも良くてもコンピュータでのレセプト作成と送信ができなければ、保険診療ができなくなります。

また、患者さんの情報がオンラインで送信されることにより、情報漏えいや個人情報の二次利用の危険性も高まります。

保団連は、このような危険性のあるレセプトオンライン請求には反対をしており、全国の開業医の先生方が神奈川地裁、大阪地裁にオンライン請求義務化の撤回を求めて提訴し

ています。

## 2 医師の絶対数不足と広がる労働強化

人口千人当たりの日本の医師数は 2.09 人で、OECD30 カ国中 27 位です。日本の医師数を OECD 平均（千人当たり 3.10）にするには、約 13 万人不足しています。（表 12）

【表 12】 OECD 加盟諸国における人口 1000 人対比医師数・看護師数

人口 1000 人対比医師数 (OECD 加盟 30 カ国平均 3.10)					人口 1000 人対比看護師数 (OECD 加盟 30 カ国平均 9.56)						
1	ギリシャ	5.35	16	スロバキア	3.06	1	ノルウェー	31.92	16	カナダ	9.02
2	ベルギー	4.03	17	アイルランド	3.03	2	アイルランド	15.50	17	オランダ	8.69
3	オランダ	3.93	18	フィンランド	2.95	3	スイス	14.89	18	チェコ	8.01
4	ノルウェー	3.86	19	ルクセンブルグ	2.87	4	ベルギー	14.84	19	フランス	7.73
5	スイス	3.85	20	オーストラリア	2.81	5	デンマーク	14.30	20	スペイン	7.54
6	オーストリア	3.75	21	ハンガリー	2.78	6	アイスランド	14.00	21	オーストリア	7.37
7	アイスランド	3.72	22	イギリス	2.48	7	ルクセンブルグ	11.02	22	イタリア	7.03
8	イタリア	3.65	23	アメリカ	2.43	8	スウェーデン	10.83	23	スロバキア	6.32
9	スペイン	3.65	24	ニュージーランド	2.31	9	アメリカ	10.57	24	ハンガリー	6.12
10	スウェーデン	3.58	25	ポーランド	2.19	10	フィンランド	10.25	25	ポーランド	5.18
11	チェコ	3.57	26	カナダ	2.18	11	イギリス	10.02	26	ポルトガル	5.11
12	ポルトガル	3.51	27	日本	2.09	12	ドイツ	9.94	27	韓国	4.16
13	ドイツ	3.50	28	メキシコ	1.96	13	ニュージーランド	9.93	28	ギリシャ	3.21
14	フランス	3.37	29	韓国	1.74	14	オーストラリア	9.66	29	メキシコ	2.35
15	デンマーク	3.17	30	トルコ	1.51	15	日本	9.35	30	トルコ	2.01
出典：OECDヘルスデータ 2009（各国 2007 年。ただし、ギリシャ、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、オーストラリア、日本は 2006 年。スロバキアは 2004 年）					出典：OECDヘルスデータ 2009（各国 2007 年。ただし、デンマーク、ルクセンブルグ、スウェーデン、フィンランド、日本、ギリシャは 2006 年。オーストラリア、ベルギー 2005 年。スロバキアは 2004 年）						

医師養成数増加を求める声が広がる中で、2008 年 6 月になって政府は、医学部の定員削減を定めた 1997 年の閣議決定を事実上撤回し、医師養成数の増加に転じましたが、今の増加数では全く不十分です。さらなる養成数の拡大とともに、養成に対する国庫助成の拡大が求められています。

また、看護師数も人口千人当たりで 9.35 人であり OECD30 カ国中 15 位です。

日本の看護師数を OECD 平均（千人当たり 9.56）にするには、3 万人不足です。

こうした中で、日本医療労働組合連合会が 2007 年 4 月に発表した「医師の労働実態調査」では、病院勤務医師の 3 割が「過労死ライン」である月 80 時間以上の超過勤務を行っており、3 割近くの医師が「前月の休みゼロ」で、36 時間以上の連続勤務を経験した医師は、49.1%にもものぼっています。

こうした状況は現在も改善されておらず、病院勤務医の労働条件改善は急務です。しかし、診療所の医師や歯科医師にも長時間労働が広がっていることを見ておく必要があります。

2008 年 8 月～9 月に実施した保団連「開業医の実態・意識基礎調査」では、1 日の実労働時間が 11 時間以上の診療所が、医科で 14.5%、歯科で 15.6%になっており、その割合は年々高くなっています。（表 13）

【表 13】 1日の実労働時間

	医科			歯科		
	2000年	2004年	2008年	2000年	2004年	2008年
5時間未満	6.4%	3.9%	4.2%	2.1%	2.6%	2.3%
5～7時間未満	23.8%	16.7%	15.7%	8.8%	9.6%	8.8%
7～9時間未満	42.6%	42.2%	38.1%	52.6%	51.4%	42.1%
9～11時間未満	17.9%	23.4%	26.9%	26.7%	26.2%	30.3%
11時間以上	7.9%	13.2%	14.5%	9.2%	9.7%	15.6%
不明	1.3%	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.8%

※ 保団連「開業医の実態・意識基礎調査」より

### 3 改善には診療報酬の引き上げが必要

入院患者さんに対する医師数も看護職員数も諸外国に比べて非常に低いのが実態です。(表 14)

これは、日本では一般病棟の医師は患者さん 16 人に 1 人、看護職員は患者さん 1.4 人に 1 人 (平均して常時 7 : 1) までしか診療報酬で評価していないからです。

医療事故を防止し、行き届いた医療を提供するためには、医師や看護職員を諸外国並みに雇用できる診療報酬引き上げが必要です。

【表 14】 100 ベッド当たりの人員

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
医師数	14.9 人	41.6 人	46.7 人	69.0 人	76.3 人
看護職員数	66.8 人	117.8 人	105.8 人	335.9 人	331.2 人

※ OECD ヘルスデータ 2008 より

また、病院勤務医の労働条件悪化の原因の一つには、診療所や中小病院が地域医療に果たす役割の低下があります。

病院勤務医の労働条件改善のために病院の診療報酬を引き上げることは当然ですが、長年に渡って低医療費政策のもとに置かれている診療所の診療報酬についても増やす必要があります。

### 4 医師の年収は高いのか

医師の年収は、勤務医で平均 1,380 万円 (39.3 歳)、開業医の最頻値で 1,495 万円 (58.0 歳) です。歯科医師は、勤務医で 1,140 万円 (39.7 歳)、開業歯科医師では 912 万円 (49.8 歳) です。

この年収は、本当に高いのでしょうか。

上場企業平均年収ランキングで明らかにされている企業の平均収入と同程度であり、賃金構造基本統計資料によれば、大企業の課長や部長の平均年収と大きな差はありません。大学で 6 年間の教育を経て国家試験に合格し、その後も研修を重ねながら、長時間労働で日々患者さんの命と向き合う職業としては、高すぎるとはいえないのではないのでしょうか。(表 15)

【表 15】 平均年収		
職業	平均年収（ボーナスを含む）	出典
野村ホールディングス	1,135 万円 (38.8 歳)	※ 1
三井物産	1,443 万円 (41.7 歳)	※ 1
三菱商事	1,423 万円 (42.8 歳)	※ 1
東京海上ホールディングス	1,445 万円 (41.3 歳)	※ 1
三井住友海上グループホールディングス	1,416 万円 (46.1 歳)	※ 1
住友商事	1,373 万円 (42.2 歳)	※ 1
フジテレビ	1,576 万円 (45.9 歳)	※ 1
テレビ朝日	1,322 万円 (41.2 歳)	※ 1
日本テレビ	1,321 万円 (40.3 歳)	※ 1
三菱 UFJ フィナンシャル	1,140 万円 (39.5 歳)	※ 1
三井住友フィナンシャル	1,301 万円 (41.0 歳)	※ 1
エーザイ	1,077 万円 (41.5 歳)	※ 1
アステラス製薬	1,020 万円 (40.3 歳)	※ 1
部長（規模 100 人以上・大卒）	1,126 万円	※ 2
課長（規模 100 人以上・大卒）	918 万円	※ 2

出典（※ 1：上場企業平均年収ランキング）（※ 2 平成 20 年賃金構造基本統計資料）

## 5 不十分な医療従事者の評価

看護師は、月に 8 回も夜勤をしているにもかかわらず、平均年収は、約 500 万円です。

これは、診療報酬で、看護職員 1 人当たりの年間入院看護料が年間 500 万円程度で設定されているためです。

2000 年 4 月の診療報酬改定で、「入院時の医師の診察・管理料（入院時医学管理料）」、「看護料」「室料（入院環境料）」が統合されて「入院基本料」となったため、看護職員の費用をいくらで計算しているかがわかりにくいのですが、2000 年 3 月までの看護料は、別々に評価されており、そのときの入院看護料の設定は約 500 万円でした。その後、入院基本料に大きな変動はありませんので、現在も約 500 万円程度で評価していると考えられます。

一方、外来の看護については、診療報酬では評価されていません。夜勤もありませんので、開業医で働く看護職員の給与はかなり低くなります。

また看護については、まがりなりにも独立した評価がされていたので、賃金や労働環境についても改善が図られてきましたが、その他の職種については、国家資格を持っている場合でも診療報酬への位置付けが低く、ケースワーカーや事務職などについては、診療報酬の評価はまったくありません。

## V 「医療崩壊」を食い止めるために、診療報酬大幅引き上げと患者負担軽減を

### 1 社会保障費総枠抑制の中止だけでは医療崩壊は止まらない

6月23日に政府は、「骨太の方針2009」を閣議決定するとともに、7月1日には2010年度予算の概算要求基準（シーリング）を閣議了解しました。

6月23日の記者会見で与謝野財務大臣は、2010年度予算編成において社会保障費2,200億円削減をせず、高齢化によって増加する社会保障費の自然増を「そのまま認める」としましたが、これでは2010年改定で診療報酬を引き上げる財源が確保されません。

小泉内閣発足以来削減された社会保障費（国庫負担）の累積額は、2009年度までにすでに8兆5,600億円となっています。

2001年度からの自然増抑制を行わなかった場合と対比すれば、2009年度単年度だけで1兆6,200億円もの社会保障予算が削減されており、2011年度まで社会保障費抑制が実施されれば、その累積削減額は12兆9千億円にもなります。

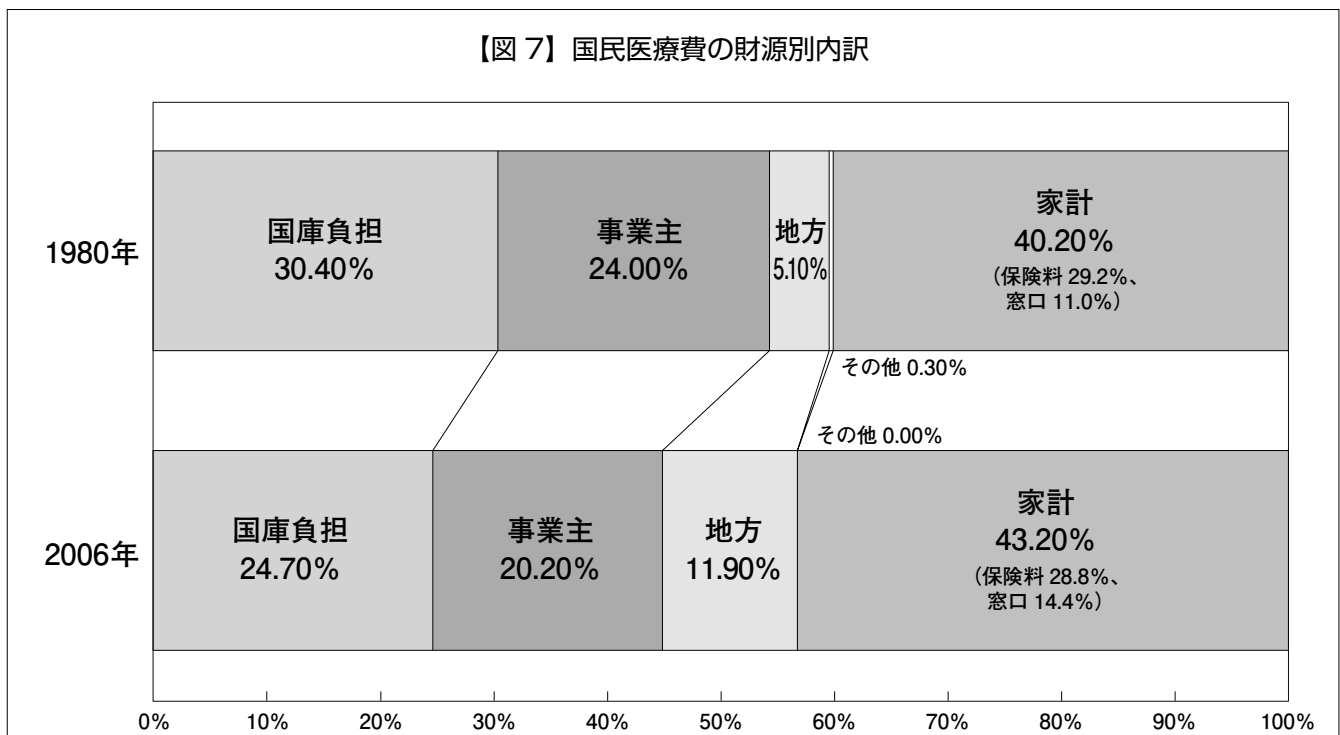
6月23日の記者会見で与謝野財務大臣は、「2011年度に累積して自然増を1兆1千億円抑えるということについては、別に変わっているわけではない」と述べていますが、医療崩壊から脱却するためには、診療報酬の大幅引き上げが必要であり、社会保障費の総枠抑制そのものをやめるだけでなく、社会保障費の総枠拡大に踏み出す必要があります。

### 2 「医療崩壊」の根本原因は、公的医療費抑制政策にあります

「医療費の財源」は、①保険料、②国や地方自治体の負担、③事業主（企業）負担、④患者窓口負担によって賄われます。

1980年代以降、公的医療費抑制政策が顕著になってきました。

保険料の国庫負担と企業負担が縮小され、被保険者の保険料や窓口負担など国民負担が大幅に拡大されています。（図7）



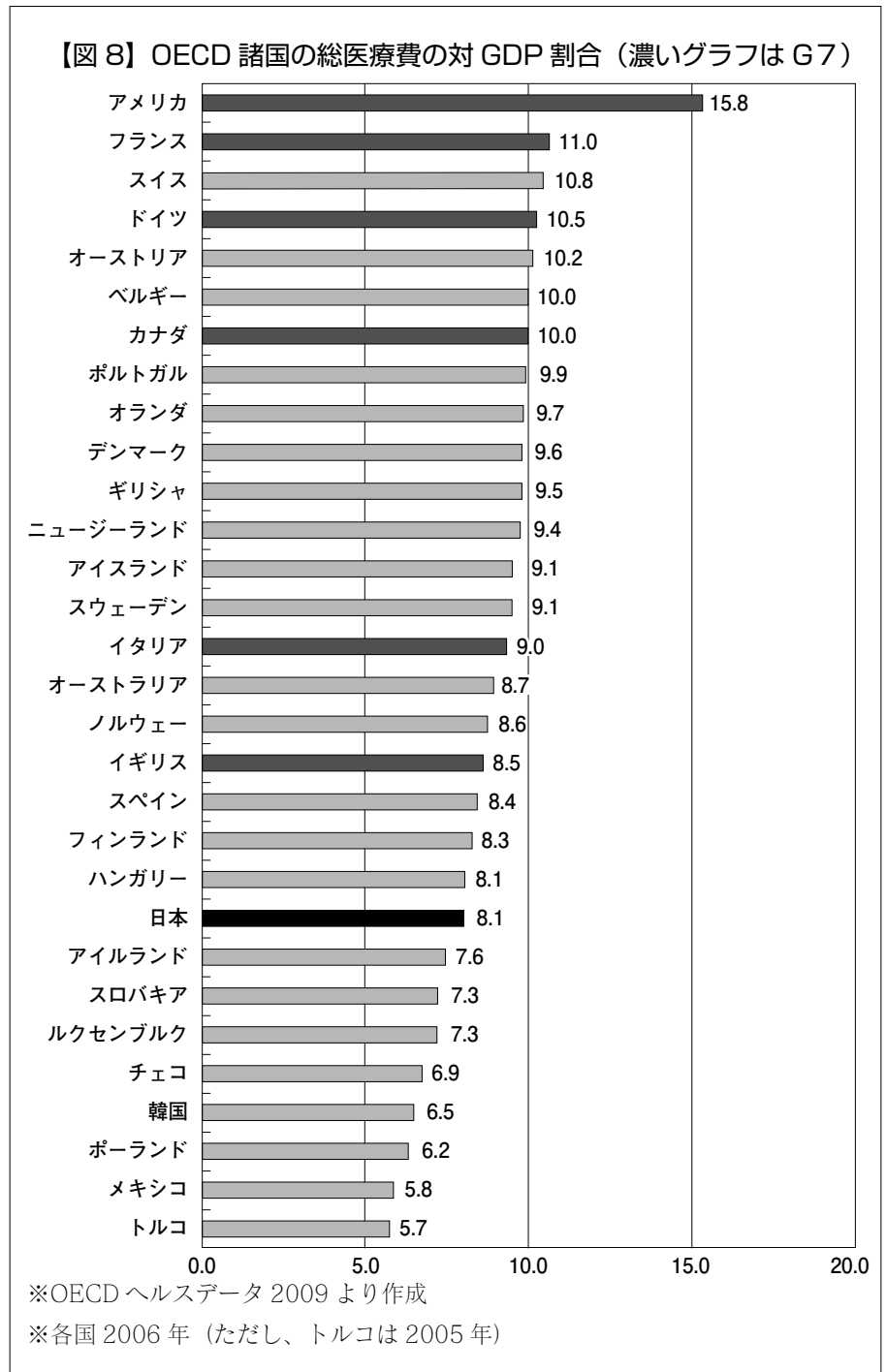
※ 厚生労働省「国民医療費の概況」より作成



2001年に発足した小泉内閣のもとで、社会保障の切り捨てと営利化を柱の一つとする「構造改革」が推進されてきました。

医療分野では国民負担が拡大されるとともに、診療報酬改定では、2002年、2004年、2006年、2008年と4回連続のマイナス改定が行われてきました。

こうした結果、OECDヘルスデータ2009によれば、対GDP比総医療費支出で、日本はOECD加盟30カ国中21位となっており、先進7カ国で最低になっています。(図8)



### 3 窓口負担と保険料の軽減に全力をあげます

日本の窓口負担は、定率で高額なため、診療報酬を引き上げるとそれが患者負担増につながってしまいます。

日本では、医学の進歩や医療環境を改善しようとするれば、それが直ちに患者負担増に直結してしまうのです。

「世界の医療制度改革（OECD2004 編著：明石書店 2005 年発行）」によると、OECD加盟30カ国の中で、原則無料がイギリスやカナダなど12カ国、少額の定額制がドイツなど8カ国であり、定率制をとっている国でも、オーストラリア（15%：入院は負担なし）、スイス（10%）、ルクセンブルグ（5%：入院は少額な定額）、ベルギー（10～25%、入院は少額な定額）、フランス（3割：ただし、補完的な公的保険で負担はほとんどない）

というのが実態で、日本の患者窓口負担の高さは際立っています。(表 16)

【表 16】 OECD 諸国の患者窓口負担	
原則無料	カナダ、デンマーク、チェコ、ギリシャ（入院は少額な定額）、ハンガリー、イタリア、オランダ、ポーランド、スロバキア、スペイン、トルコ、イギリス
定額制（少額）	ドイツ、ノルウェー（入院は負担なし）、フィンランド（18歳未満負担なし）、アイスランド（入院は負担なし）、アイルランド（人口の35%は無料）、ニュージーランド（入院は負担なし）、ポルトガル、スウェーデン
定率制（少額）	オーストラリア（15%：入院は負担なし）、スイス（10%）、ルクセンブルグ（5%：入院は少額な定額）、ベルギー（10～25%、入院は少額な定額）、フランス（3割：ただし、補完的な公的保険で負担はほとんどない）、
定率制（高額）	韓国（外来30～55%、入院20%）、日本（一般30%、3歳未満20%）

※世界の医療制度改革 OECD2004 編著 明石書店 2005 年発行より作成  
 ※アメリカ、メキシコは、全国民を対象にした公的医療保険制度がない。

他の先進諸国では、日本のような高額な窓口負担はありませんし、定率の窓口負担を課す国もほとんどありません。それは、患者窓口負担が受診抑制につながり、必要な医療の提供を妨げるからです。実際に、窓口負担が強化されることに過重な負担に耐えかねて治療の中断や受診の手控えがおきています。

全国保険医団体連合会は、診療報酬の引き上げ・改善によって医学の進歩や医療環境の改善を図るとともに、次の患者負担の引き下げを要求しています。

- ① 国庫負担と企業負担を増やして、患者の窓口負担を軽減すること。子どもと高齢者の窓口負担は無料にすること。
- ② ホテルコスト、食事、180日超入院、日数超リハビリテーションなどを保険給付に戻し、新たな保険給付外しを行わないこと。
- ③ 患者負担を増大させ、患者から医療を受ける権利を奪う混合診療の解禁や保険外併用療養費の拡大を行わないこと。保険外併用療養の全てを保険導入の検討対象とすること。

#### 4 診療報酬引き上げと窓口負担軽減の財源はあります

日本の医療は、大きな成果をあげてきました。WHO の健康達成度は世界で 1 位、平等性は 3 位になるなど国際的に高い評価も受けています。

しかし、この間のあまりにも厳しい医療費削減が、この成果を台無しにしようとしていることを、これまでみてきた様々な問題が示しています。

日本の医療保険制度は、今大きな岐路に立たされているのです。

全国保険医団体連合会では、診療報酬引き上げと患者負担の軽減を要求していますが、財源はあるのでしょうか。

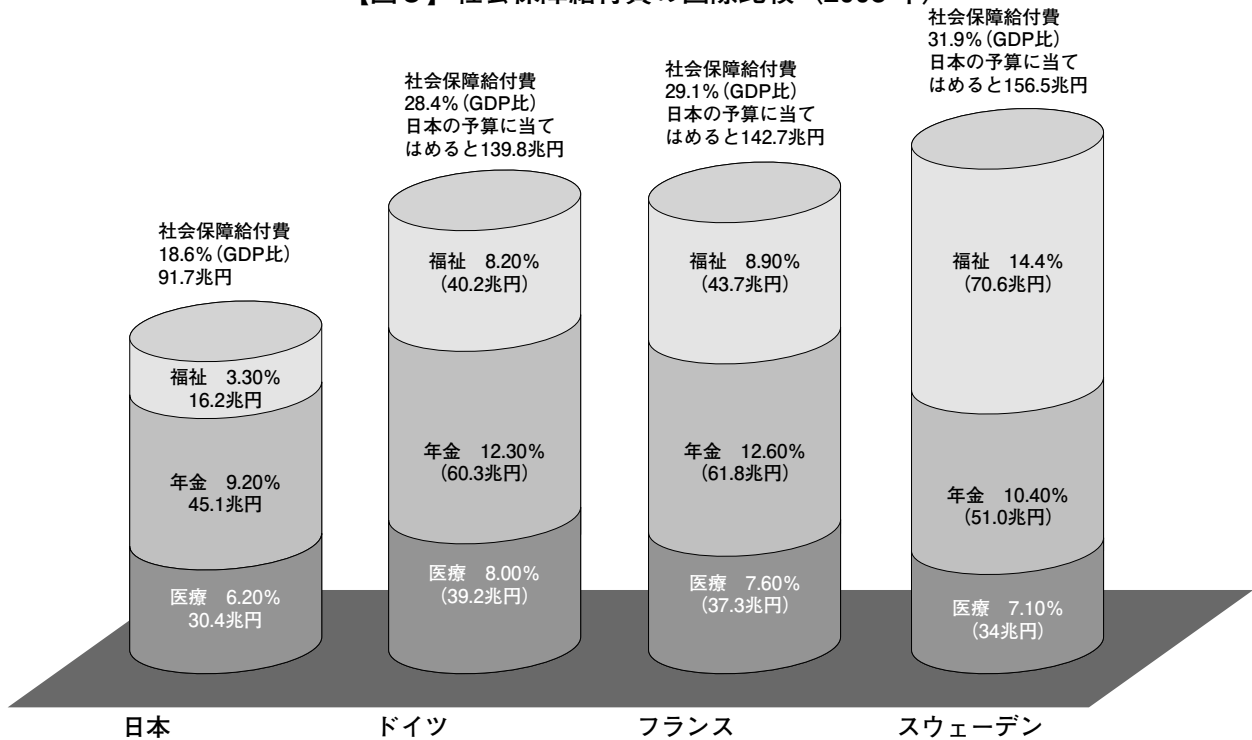
日本の社会保障給付費の水準は、世界からみてどうなっているのでしょうか。

国内総生産（GDP）に占める社会保障給付費の割合を、ILO（国際労働機関）が定める基準にもとづき、「医療」「年金」「福祉他」とその合計について、比較してみました。

医療給付費の対 GDP 比をドイツ並みにすれば 8.8 兆円予算が増やせます。フランス並みで 6.9 兆円、スウェーデン並みにした場合でも 3.6 兆円の予算が増やせるのです。(図 9)

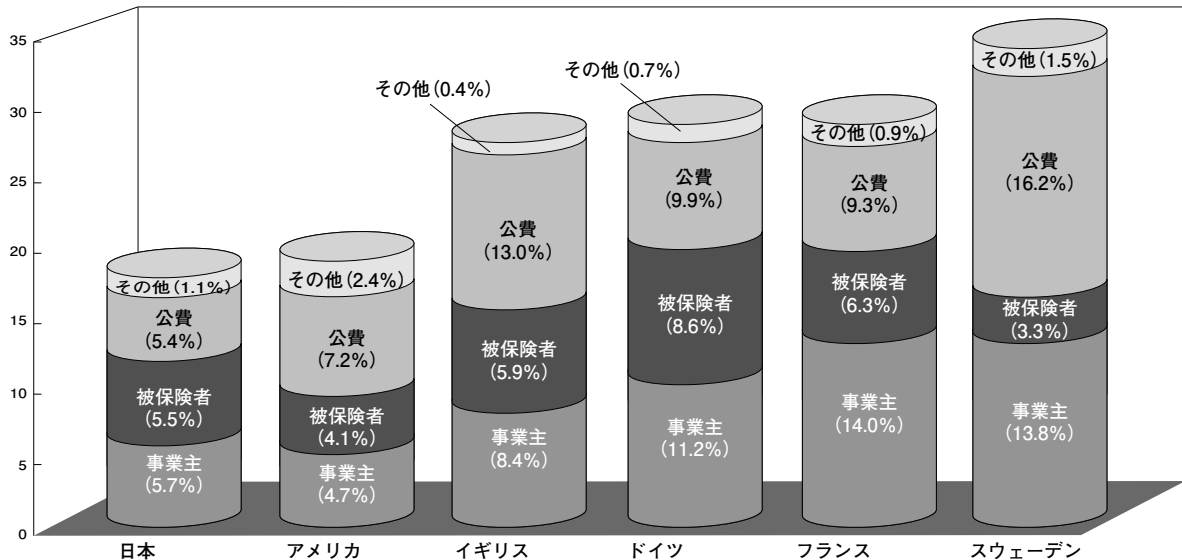
一方、社会保障財源の国際比較をみると、日本は、事業主負担と公費負担が非常に少なく、被保険者負担が多いのが特徴です。(図 10)

【図9】 社会保障給付費の国際比較 (2003年)



※ 経済財政諮問会議 (2007年10月17日) に外添厚生労働大臣が提出した「社会保障給付費の国際比較 (2003)」に、日本の名目 GDP (490兆5000億円) を当てはめて計算

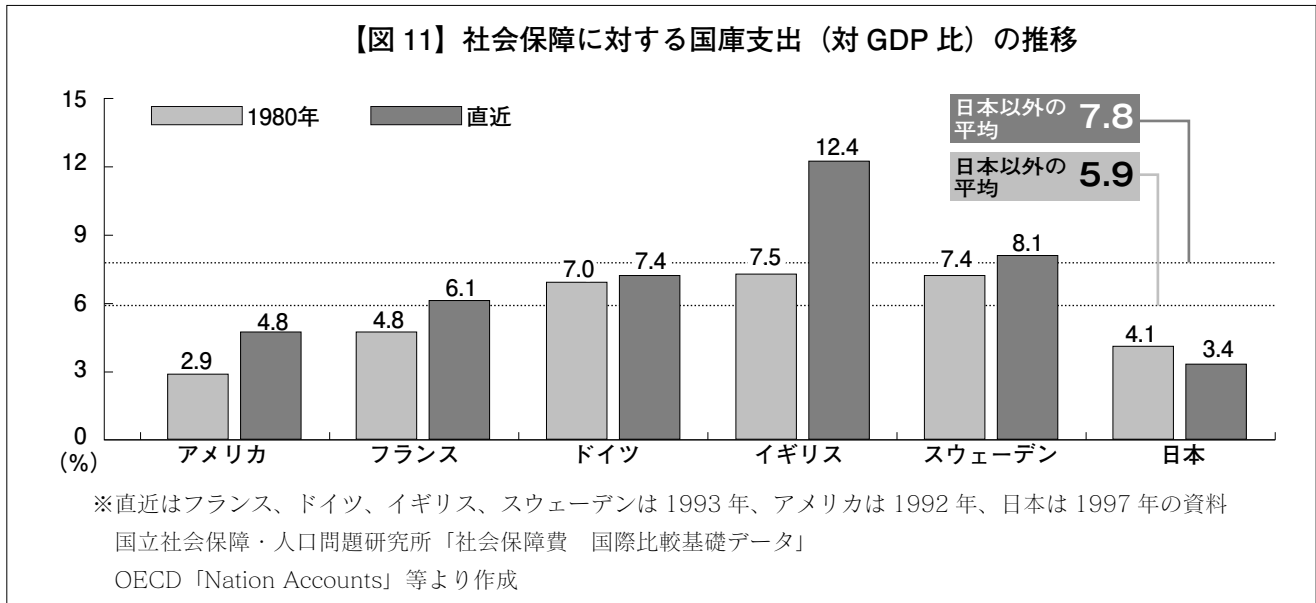
【図10】 社会保障財源の対 GDP 比の国際比較



※ 2007年6月9日「社会保障の在り方に関する懇談会 (第10回)」厚生労働省提出資料  
 ※ 日本<2002年> (国立社会保障・人口問題研究所「平成14年社会保障給付費」、(GDPは内閣府「国民経済計算確報」名目GDPより)  
 ※ アメリカ<1995年> (ILO「Cost of Social Security」)  
 ※ イギリス・ドイツ・フランス・スウェーデン<2000年> (EUROSTAT「European social statistics-Social protection - Expenditure and receipts 1991-2000 2003ed」)

さらに、政府が社会保障に対してどれだけ国庫支出を増やしているかを、国内総生産(GDP)に占める割合で比較してみましょう。

日本以外の5カ国をみると、平均で5.9%から7.8%へと、国庫支出を増やしているのに対し、日本だけが4.1%から3.4%に、その割合を低下させています。(図 11)

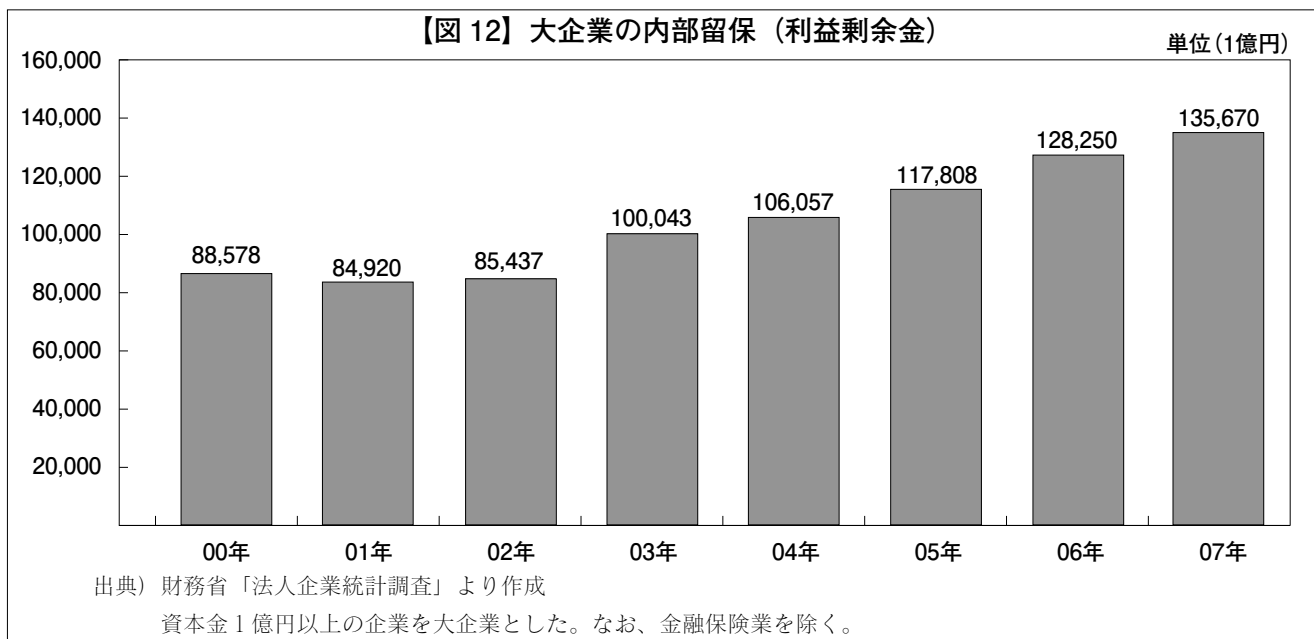


1980年代から1990年代にかけて20年間は先進各国で、高齢人口の増加が頭打ちとなるなか、日本だけが世界のスピードで高齢人口を増やした期間でもありました。

日本の姿勢が、世界の流れと比べていかに異常であるか明らかです。

一方、国民生活が圧迫され、医療や社会保障が切り捨てられる一方で、大企業の内部留保は大きく膨らんでいます。(図 12)

国と企業が、他の先進国並みの負担をすれば、診療報酬引き上げと、患者負担の軽減を同時に実施することは十分に可能なのです。



## 5 消費税は、社会保障を後退させます。

内閣府は6月9日に、消費税率を5%から段階的に12%に増税することで財政「健全化」目標を達成するとした試算を経済財政諮問会議に提出しました。

一方、日本経団連（御手洗富士夫会長）は、2009年2月17日に消費税率を2025年度までに17%程度まで段階的に引き上げる社会保障「改革」の提言を発表しています。

政府や財界は、消費税で社会保障費を賄うという考え方を示していますが、低所得者ほど重い負担を強いられる逆進性をもつ消費税は、年金をはじめとする社会保障の財源としてもっともふさわしくない税金です。

また、2008年10月21日に経済協力開発機構（OECD）が発表した「格差は拡大しているか」と題する報告書では、「消費税は格差を拡大する」と指摘しています。

報告書によれば、OECD加盟30カ国中24カ国平均で、格差を示すジニ係数が消費税導入前の0.299から、消費税導入後は0.321と大きく拡大しています。

また、報告書では、24カ国の消費税の影響を分析した研究で、①消費税の重い負担が低所得者に集中すること、②全般的な消費課税は、個別的な物品課税よりも低所得者の負担となることが示されています。

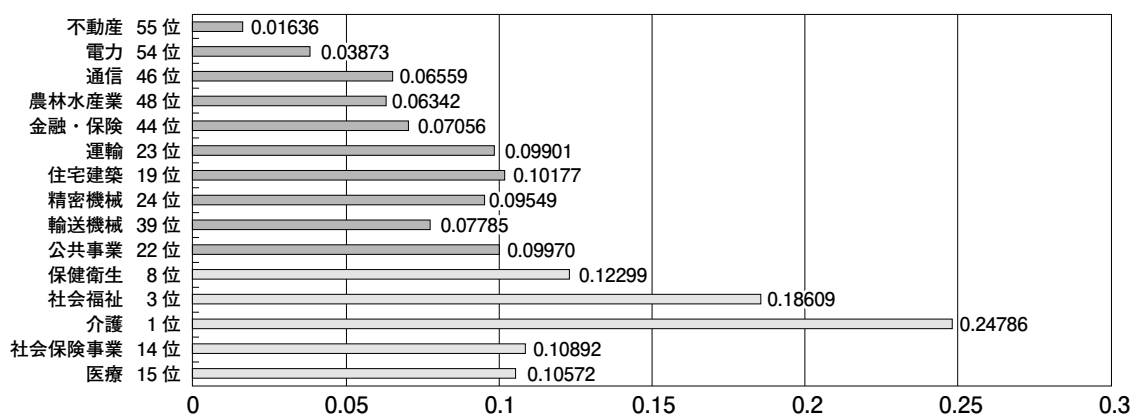
この結果からも、消費税を引き上げて社会保障の財源にするという主張は、大きな誤りであるといえます。

社会保障の財源は、消費税増税ではなく、他の先進国並みに国と企業負担を拡大して賄うべきです。

## 6 医療は、単なる消費ではありません

平成7年版の厚生白書では、「(医療は)サービスの消費に伴う直接的な便益以上のもの、すなわち人的、社会的便益をもたらす投資的側面を持つサービスであると認識されている」とし、医療部門の生産1単位が他産業に1.79の影響を与えているとしています。

【図13】 社会保障分野の雇用誘発効果



出典) 平成20年版厚生労働白書より

資料: 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構「医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書」(2004年)より、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室作成。

(注1) 雇用誘発係数とは、ある産業において需要が1単位発生したときに直接・間接にもたらされる労働力需要の増加を示すものであり、一次的な生産増である「波及効果(生産誘発係数)」に対応するもの(単位は人/百万円)。

(注2) 医療は医療法人のみ、社会保険事業・社会福祉は国公立のみ、介護は居宅のみ。

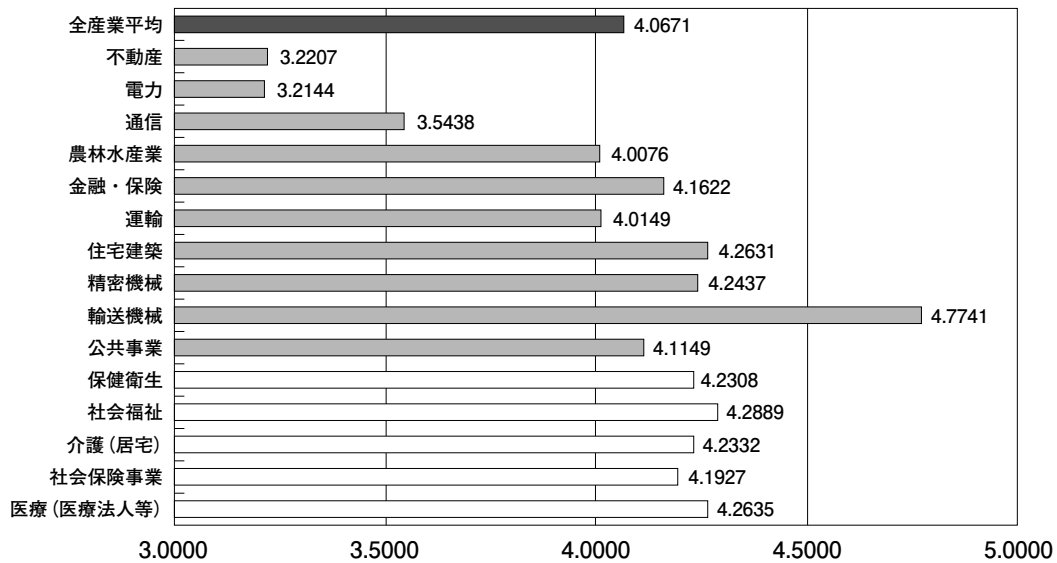
(注3) 産業名の横の順位は、全56部門中の雇用誘発係数の順位。

一方、全産業部門に1単位の需要が発生した場合の医療部門の影響率は1.00で、「医療活動が活発になれば他部門に与える効果を通じて経済全体を活性化するが、反面、他部門から受ける効果はないため、経済全体が活発になったからといって医療サービスが増産されることは少ないということを示しています」と記述されています。

したがって、医療の改善のためには診療報酬引き上げが不可欠であり、診療報酬を引き上げることによって他の産業の活性化が図れるのです。

また、平成20年版の厚生労働白書でも、医療分野の雇用誘発係数が全産業56部門中15位と高く(図13)、産業連関表による総波及効果が医療(4.2635)は全産業平均(4.0671)よりも高いことを示しています。(図14)

【図14】産業連関表による総波及効果



出典) 平成20年版厚生労働白書より

資料: 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構「医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書」(2004年)より、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室作成。

## 7 患者、国民と医療担当者の共同の取り組みを

「国民皆保険制度」は、1956年の「医療保障制度に関する勧告」で提言され、1961年4月から実施されました。

これは、日本国憲法第25条の規定「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」を具現化したものです。

国民皆保険制度は、しっかりと診療報酬の下支えがあつてはじめて成り立つものです。

政府・財界は、医療や社会保障に対する企業負担の縮小と営利企業の参入を目的として公的医療費抑制政策を押し進め、診療報酬改定をそのテコとしてきました。

その結果、諸外国と比べて低い診療報酬と高額な窓口負担のために、「必要な医療が提供できない」、「必要な医療が受けられない」事態が広がっています。

こうした状況を改善し、いつでも、どこでも、誰でもが、必要な医療を健康保険で受けられるようにするためには、診療報酬の引き上げと窓口負担の引き下げが必要です。

いま、各地で、患者・国民と医療担当者の共同の取り組みが進んでいます。医療崩壊を食い止め、医療危機を打開するためには、この取り組みをさらに大きく広げていくことが重要です。