

中央社会保険医療協議会 総会（第115回） 議事次第

平成19年11月21日（水）

於 厚生労働省

専用第18～20会議室

議 題

- 平成20年度診療報酬改定について
- その他

## 健康保険受給権確認請求訴訟事件の概要

(平成18年行ウ第124号)

### 1 訴訟の概要

○原告 個人 被告 国

○背景及び請求の趣旨

- ・ 原告は平成13年以来、療養の給付の対象ではないLAK療法（活性化自己リンパ球療法の一技術。当時は高度先進医療に該当）を、保険診療との併用が認められていない医療機関において、保険診療と併用して受けていた。（いわゆる「混合診療」に該当）
- ・ その後、当該医療機関はLAK療法の保険診療との併用を行なわなくなったが、原告は、そもそも「混合診療」の禁止によりLAK療法を受けられなくなったとして、当該療法を保険診療と併用して受療できる地位の確認を求め、訴訟を提起したもの。（昨年3月24日提訴）

### 2 双方の主張

(1) 原告の主張

- ・ 混合診療を行う患者が保険診療であった部分も含めて保険給付を受けることができないことは、保険診療のみを受療する患者と比べ不平等である。
- ・ 法律の根拠なく、混合診療について保険給付を認めない（全額自己負担となる）ことは、租税法律主義に違反する。

(2) 被告（国側）の主張

- ・ 混合診療の禁止は、患者の不当な負担拡大の防止と、保険診療と関連して提供される医療技術の安全性等の担保を趣旨とした合理的な目的の制度。
- ・ 混合診療の禁止は、特定の場合に保険診療と自由診療の併用を認める保険外併用療養費制度（健康保険法第86条）の反対解釈や、患者からの法定一部負担金以上の費用徴収や特殊療法等を禁止する保険医療機関及び保険医療費担当規則により導かれる。

### 3 判決

平成19年11月7日(水) 東京地裁にて判決（国側敗訴）

主文：原告が、活性化自己リンパ球移入療法と併用して行われる、本来、健康保険法による保険診療の対象となるインターフェロン療法について、健康保険法に基づく療養の給付を受けることができる権利を有することを確認する。

理由：患者が保険診療に自由診療（保険診療以外の診療）を組み合わせた場合に、従来保険診療であった部分も含めて全て自由診療になるという解釈は、法律及び下位法令から根拠を見出すことは難しい。

※ 判決では、混合診療を原則として禁止する取扱いの是非（例：憲法違反の有無）については判断していない。

### 4 控訴

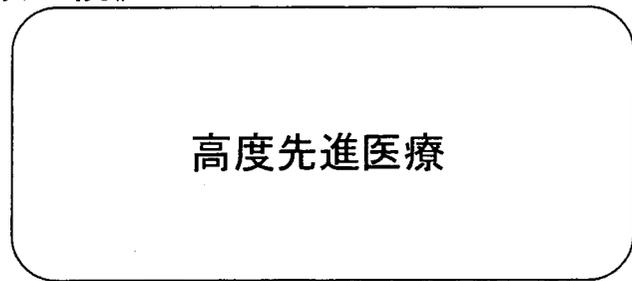
平成19年11月16日（金） 控訴

# 「混合診療」に関する制度の見直しについて

○「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から現行の特定療養費制度を見直し、保険外併用療養費として二つに再構成。(平成18年10月1日施行)

- ・「評価療養」・・・保険導入のための評価を行うもの  
(例)高度な医療技術、国内未承認薬で治験中のもの
- ・「選定療養」・・・保険導入を前提としないもの  
(例)特別の療養環境の提供(差額ベッド)、予約診療等

《改正前》



(高度で先進的な技術に限られる)



改正前は種々のものが混在

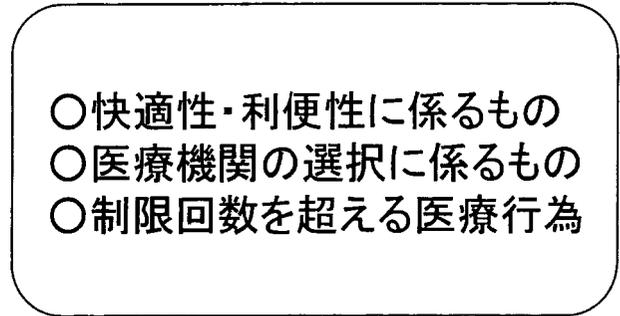
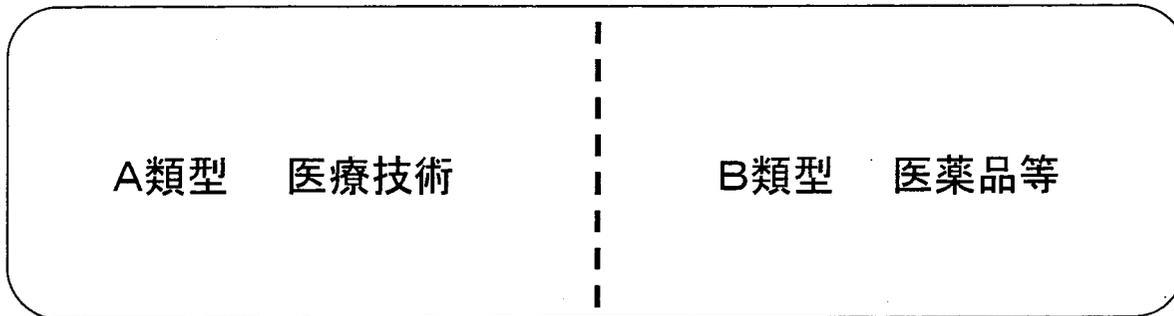
【 評 価 療 養 】

(保険導入のための評価を行うもの)

【 選 定 療 養 】

(保険導入を前提としないもの)

《改正後》

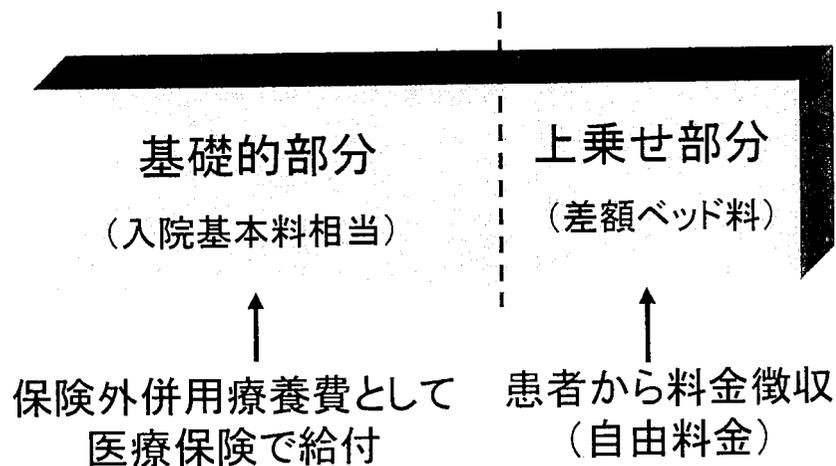


# 保険外併用療養費について

## 保険診療との併用が認められている療養

評価療養・・・安全性や有効性等の観点から、保険導入のための評価を行うもの  
選定療養・・・患者の選択に任せるべきであり、保険導入が前提とならないもの

### 保険外併用療養費の仕組み [差額ベッドの場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

### ○評価療養(6種類)

- ・ 先進医療(従来の高度先進医療を含む)
- ・ 医薬品の治験に係る診療
- ・ 医療機器の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用
- ・ 適応外の医薬品の使用

### ○選定療養(10種類)

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 小児う触の指導管理
- ・ 大病院の再診
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為

平成19年11月21日

中央社会保険医療協議会

会長 土田 武史 殿

中央社会保険医療協議会委員

竹	嶋	康	弘
鈴	木		満
中	川	俊	男
西	澤	寛	俊
邊	見	公	雄
渡	辺	三	雄
山	本	信	夫

### 平成20年度診療報酬改定に対する診療側の意見

国民が望む安心・安全で良質な医療を安定的に提供していくことは、医療提供者の重大な責務である。

しかし、長年にわたる医療費抑制策によって、地域医療提供体制は崩壊の危機に直面している。医療機関の倒産件数は、過去最悪のペースで増加しており、小児科を標榜する医療機関や、分娩を取扱う医療機関はここ10年間で著しく減少し、さらに救急医療も立ち行かなくなっている。

これらの状況は、結果的に国民の医療へのアクセスポイントを奪うことになり、わが国の医療制度の優れた特徴であるフリーアクセスが阻害されつつあることを表している。

診療報酬は過去3回連続してマイナス改定が実施されており、特に平成14年度と平成18年度には技術料である診療報酬本体が引き下げられた。その結果、病院、診療所、歯科診療所、薬局の経営は極めて厳しく、その存続さえ危ぶまれており、今や地域医療の確保を脅かしていることは明白である。

国民が望む医療提供体制の維持・発展は、安定した医業経営基盤の確立があって、はじめて成り立つものである。そのためには、根拠に基づいた適切な技術評価を反映した診療報酬改定が必要である。

以上の状況から、平成20年度診療報酬改定に当たって、診療報酬の大幅な引き上げの実現を強く要望するものである。

以上

# 1. 医科診療報酬について

# 目次

## I. 最近の医業経営の実態

1. 中医協「医療経済実態調査」の問題点
2. 経営安定性－損益分岐点比率－
3. 収益性－医業収入の変化および利益率－

## II. 診療報酬改定の要望

1. 診療報酬引き上げ要望のまとめ
2. 過去の診療報酬改定
3. 改定要望の背景
4. 計算方法
  - ① 地域医療を支えるためのコスト
  - ② 国民の安心を守るためのコスト(医療安全対策)
  - ③ 医療の質を確保するためのコスト
5. 今後の検討課題

# I . 最近の医業経営の実態

# 1. 中医協「医療経済実態調査」の問題点

中医協「医療経済実態調査」によると、病院・診療所とも個人立は医業収入が前回は増(増収)、また診療所(個人)では医業収支差も前回は増(増益)であった。

しかし、「TKC医業経営指標」によると、病院・診療所、法人・個人のいずれにおいても、前年比減収・減益であった。

中医協「医療経済実態調査」前回調査との比較  
—2007年6月実施—

「TKC医業経営指標」前年比  
2006年4月～2007年3月決算期

非定点の6月単月調査(含国公立)  
介護保険事業に係る収入のない医療機関の集計

定点の決算データ(除国公立)

	一般病院		一般診療所		
	法人	個人	法人	個人	
医業収入の前回比	-13.0%	22.9%	-2.8%	2.2%	
医業収支差の前回比 <sup>*1</sup>	—	-19.4%	-32.5%	2.2%	
医業収支差率 <sup>*2</sup>	-5.7%	5.7%	8.7%	34.8%	
施設数	前回	559	42	427	633
	今回	395	19	441	583

	病院		診療所	
	法人	個人	法人	個人
医業収入	-0.1%	-2.4%	-0.7%	-0.4%
経常利益	-21.8%	-11.7%	-16.1%	-0.1%
経常利益率 <sup>*4</sup>	3.9%	10.9%	5.2%	27.8%
施設数	656	44	3,011	2,406

減収  
減益

\*1 一般病院(法人)の前回比は、前回赤字、今回も赤字のため計算できない  
\*2 個人の医業収支差は院長報酬控除前  
\*3 個人の損益分岐点比率は計算できない

\*4 個人の経常利益は院長報酬控除前  
\*5 個人の損益分岐点比率は計算できない

\*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。

「TKC医業経営指標」\*1は、日本医師会がTKC全国会から資料提供を受け、分析を行っているものである。中医協「医療経済実態調査」と比較すると、定点調査で客体数も多く、決算データを対象としていることから信頼性が高い。

中医協「医療経済実態調査」は定点調査ではなく、かつ6月単月調査であるなどのため、問題が多い。

<p align="center"><b>「TKC医業経営指標」</b> 2006年4月～2007年3月期決算</p>	<p align="center"><b>中医協「医療経済実態調査」</b> 2007年6月実施</p>
<p align="center">客体数が多い 診療所<b>5,417</b>、病院<b>700</b> (国公立は含まれていない。)</p>	<p>介護保険事業に係る収入のない医療機関 診療所1,024、病院516</p> <p>介護保険事業に係る収入のある医療機関 診療所131、病院445</p>
<p align="center"><b>定点観測</b> 経年変化の把握に適している。</p>	<p align="center"><b>非定点が基本</b> 参考として定点観測のデータも公表されているが、客体数が少ない(一般病院70施設)。</p>
<p align="center"><b>決算データ</b> 年間を通じたデータであり、信頼性が高い。</p>	<p>・6月単月のアンケート調査 6月に発生しない費用は推計で回答するしかなく費用が小さく出やすい。逆に利益が大きく出やすい。</p>
<p align="center">1年前との比較(毎年調査)</p>	<p align="center">2年前との比較(隔年調査)</p>

\*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。

## 中医協「医療経済実態調査」定点調査ではないことの弊害(例)

中医協「医療経済実態調査」は、定点調査ではないため、調査年によって対象医療機関の平均病床数、平均従事者数が異なる。規模の違いは医業収入の増減に影響する。

たとえば、医業収入の前回比は一般診療所の個人・有床で+6.4%、その他・無床で+2.4%と増収になっているが、今回の調査対象施設は前回に比べて規模が大きいことも一因である。従事者1人当たり医業収入は、一般診療所の個人・有床で▲5.0%、その他・無床で▲5.2%と、マイナスに逆転する。

一般診療所の医業収入—中医協「医療経済実態調査」より— 金額単位：千円

		従事者数(人)		1施設当たり医業収入			従事者1人当たり医業収入		
		H17.6	H19.6	H17.6	H19.6	伸び率	H17.6	H19.6	伸び率
個人	有床	10.8	12.1	10,627	11,309	6.4%	984	935	-5.0%
	無床	5.9	5.7	5,953	6,211	4.3%	1,009	1,090	8.0%
	全体	6.5	6.3	6,566	6,709	2.2%	1,010	1,065	5.4%
その他	有床	17.4	16.4	17,569	16,897	3.8%	1,010	1,030	2.0%
	無床	8.7	9.4	10,595	10,853	2.4%	1,218	1,155	-5.2%
	全体	10.9	10.7	12,327	11,977	-2.8%	1,131	1,119	-1.0%

個人以外のすべて  
主として医療法人

従事者数は、速報の「機能別集計」の頁に記載されているものであり、介護保険収入ありかなしは明確でない。

※以下、特に断りのない限り、集計表1(介護保険事業に係る収入のない医療機関等の集計)のデータを用いる。

## 2. 経営安定性－損益分岐点比率－

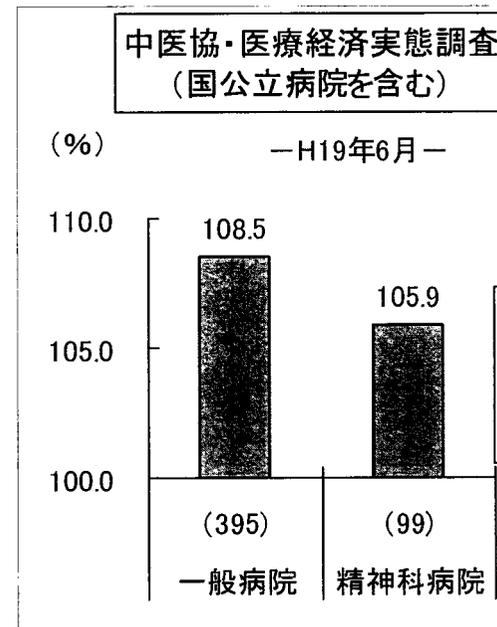
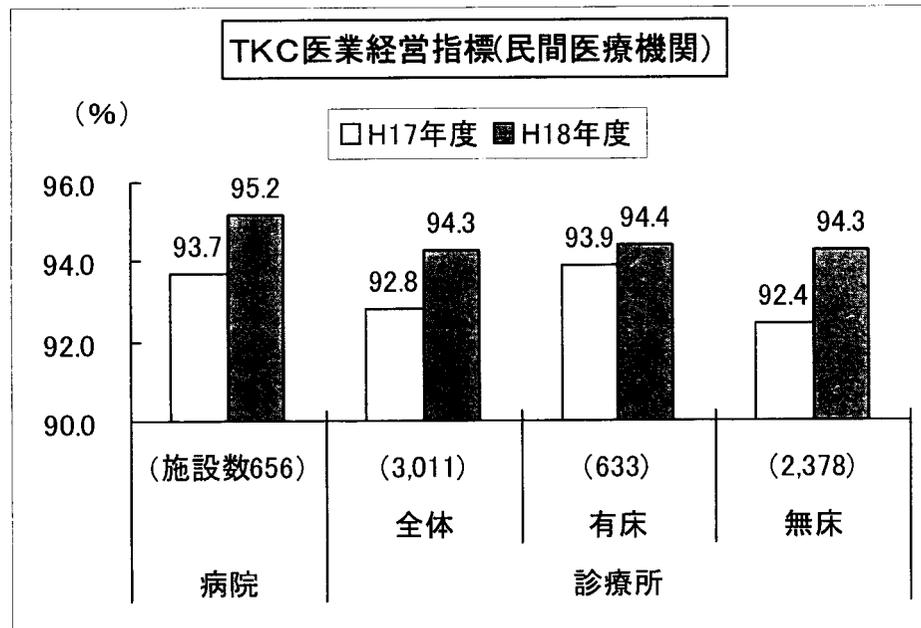
「TKC医業経営指標」\*1によると、経営安全性を示す損益分岐点比率は、民間医療機関で約95%となり、危険水域といわれる90%台に突入している。

中医協「医療経済実態調査」で国公立病院を含めて見た場合、病院では100%超と赤字であった。

損益分岐点比率：

90%以上(10%超の収入減で赤字)：危険／80～90%：普通／70～80%：やや優良／70%以下：優良  
判定のしかたは様々であり、80～90%を「注意」とするものもある。しかし、90%以上は「危険」という認識で一致している。

損益分岐点比率(法人)



「TKC医業経営指標」には国公立を含まないため、中医協「医療経済実態調査」で示した。

\*1 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。



## Ⅱ．診療報酬改定の要望

本資料は、2007年10月30日時点のデータにもとづいて作成したものである。

今後、新たなデータが公表されれば、計算結果が変化することもある。

# 1. 診療報酬引き上げ要望のまとめ

過去の厳しいマイナス改定により、医療機関の倒産、病床の縮小など、医療崩壊が現実化している。地域医療の崩壊を食い止め、フリーアクセスを堅持するために、診療報酬+5.7%の引き上げを要望する。

なお、緊急医師確保対策については、一般財源による措置の拡充を求める。また中長期的には対GDP総医療費を先進国並みにすることを目指す。

診療報酬		要望額(億円) 医療費ベース	要望率*1
	1 地域医療を支えるためのコスト	9,600	3.8%
	2 国民の安心を守るためのコスト (医療安全対策)	2,200	0.9%
	3 医療の質を確保するためのコスト	2,700	1.1%
	合計 (四捨五入差があるため内訳と合計が一致しない)	14,500	5.7%

\*1 最近の病院・診療所医療費25.3兆円に対する比率

中長期課題  
対GDP総医療費  
を先進国並みに

—2004年—

OECD平均 8.9%  
日本 8.0%

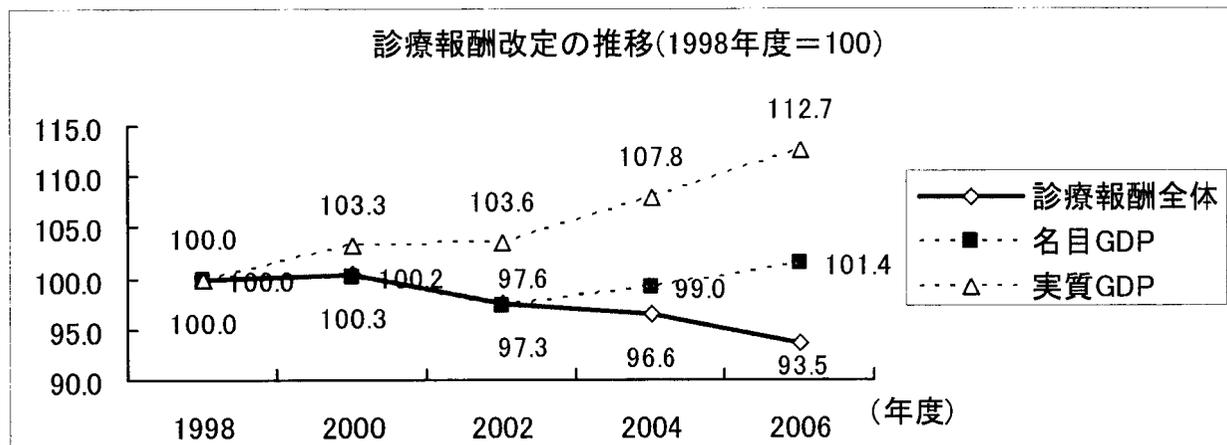


日本は10%強の  
医療費増が必要

緊急医師確保対策については  
一般財源で強力に措置

## 2. 過去の診療報酬改定

相次ぐマイナス改定により、診療報酬は1998年度に比べて6.5ポイント低下した。2004年度以降は、経済の伸びを下回っている。



(改定率)

	1998年度	2000年度	2002年度	2004年度	2006年度
本体部分	1.50%	1.90%	-1.30%	0.00%	-1.36%
医科	1.50%	2.00%	-1.30%	0.00%	-1.50%
歯科	1.50%	2.00%	-1.30%	0.00%	-1.50%
調剤	0.70%	0.80%	-1.30%	0.00%	-0.60%
薬価・材料部分	-2.70%	-1.60%	-1.40%	-1.05%	-1.80%
診療報酬全体	-1.20%	0.30%	-2.70%	-1.05%	-3.16%
1998年度=100	100.0	100.3	97.6	96.6	93.5

計算式(2002年度の場合)

$$\text{前年度}100.3 \times (1 - 2.70\%) = 97.6$$

### 3. 改定要望の背景

視点	背景・実態	考え方・手法
1 地域医療を支えるためのコスト	<p>日本の医療機関は全体で「赤字」である。</p> <p>2007年の医療機関倒産件数は9月までで39件であり、過去最高の2006年30件を上回る*1。</p> <p><small>*1 帝国データバンク調べ</small></p>	<p>地域医療の崩壊を食い止めるためには赤字から脱却する必要がある。</p> <p>さらに、環境変化に少しでも耐えられるよう、国公立病院を含め全体で、損益分岐点比率を最低98%とすべきである。</p> <p><small>※損益分岐点比率は、健全経営のためには90%未満であるべき指標。しかし民間医療機関でも約95%となっている(6頁)。民間医療機関の水準からみれば、90%未満とすべき。</small></p>
2 国民の安心を守るためのコスト(医療安全対策)	<p>国民ニーズがもっとも高まっている分野のひとつである。しかし、現在はそのためのコストがほとんど評価されていない。</p>	<p>少なくとも、現在かかっているコストについては評価すべきである。</p> <p>今後は、体制拡充の評価も課題である。</p>
3 医療の質を確保するためのコスト	<p>日本の医療は、医療従事者のボランティア精神で持ちこたえてきた側面もある。</p> <p>しかし、医療従事者は疲弊きっており、特定の診療科からの撤退も出てきている。</p>	<p>医療の質を確保するためには、人材やモノ等に対する適切な評価も必要である。</p> <p>一方で、景気は「回復している」と判断されている*2。</p> <p><small>*2 2007年10月月例経済報告後、大田大臣記者会見</small></p> <p>世間なみの賃金上昇率や物価上昇率も踏まえた手当てを行うべきである。</p>

## 4. 計算方法

### ① 地域医療を支えるためのコスト

損益分岐点比率は100%超で赤字である。まず赤字は解消し、最低限の収入変動には耐えられるよう、損益分岐点比率を98%とすることを目指す。そのために必要な引き上げ額は9,600億円である。

(兆円)

	現状*1	損益分岐点比率 98%の時の金額	
			増減
医業収入	25.3	26.2	0.96
医業費用	25.6	25.9	
変動費			
医薬品費・診療材料費	5.8	6.0	
委託費	1.5	1.6	
固定費			
給与費	13.7	13.7	
減価償却費	1.3	1.3	
その他経費	3.1	3.1	
医業収益	-0.3	0.4	

98%から逆算

民間医療機関の  
損益分岐点比率

病院 95.2%

診療所 94.3%

「TKC医業経営指標」より

↓

民間医療機関だけで見ても、  
病院・診療所ともに  
危機的状況にあることに  
変わりはない。

含国公立⇒

損益分岐点比率*2	101.7%	98.0%	
-----------	--------	-------	--

\*1 医療費は、厚生労働省「最近の医療費の動向」より、直近1年間の病院・診療所医療費。これを中医協「医療経済実態調査—平成19年6月実施—」(法人・その他)のコスト構成比で按分した。

\*2 損益分岐点比率は、(固定費÷(1-変動費率))÷医業収入で計算。変動費・固定費の厳密な切り分けは困難なため、変動費は医薬品費・診療材料費および委託費、固定費はそれ以外とした。

#### ※損益分岐点比率

100%超は赤字。98%とは、収入が2%以上減少すれば、赤字に転落する状態。10%程度の環境変化(患者減など)は容易に起こりうるので、健全経営のためには90%未満であるべき指標。上記の計算には、国公立病院も含み、最低限という意味で98%とした。現在、民間医療機関でも約95%となっている(6頁)が、民間医療機関の水準からみれば、90%未満とすべき指標。

\*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 国民の安心を守るためのコスト(医療安全対策)

最近の医療安全に関するコスト調査から推計すると、現在、入院患者にかかっている医療安全コストは約2,200億円である。診療報酬上「医療安全対策加算」があるが、ほとんど評価されていない。少なくとも現在のコスト(約2,200億円)は評価されるべきである。

入院患者にかかる医療安全コスト

		患者1人1日 当たりコスト (円)*1 ①	延べ患者数 (千人)*2 ②	費用 (億円) ①×②
病院	人件費	122.8	504,499	620
	材料費・委託費等 経費(研修費)	274.2		1,383
		9.3		47
	計	406.3		2,050
有床 診療所	人件費	258.0	27,067	70
	材料費・委託費等 経費(研修費)	333.6		90
		27.3		7
	計	618.9		168
合計	人件費			689
	材料費・委託費等 経費(研修費)	—	—	1,474
				54
	計	—	—	2,217

**現 状**  
医療安全対策加算  
(平成18年推計)

厚生労働省「平成18年 社会  
医療診療行為別調査」より  
全国1.3億円/月×12か月

医療安全対策加算は  
入院初日のみ50点(500円)

15.8億円

\*1 厚生労働省「平成18年度医療安全に関するコスト調査業務報告書」中医協・医療機関のコスト調査分  
科会資料(2007年6月18日)

\*2 病院は厚生労働省「病院報告」、診療所は同「医療施設調査」(いずれも2005年)

無床診療所および外来患者に対しても、医療安全コストがかかるのは当然であり、いずれも重要であるが、まずは入院から拡充を図るという意味で計算した。

### ③ 医療の質を確保するためのコスト

医療の質を確保するためには、優秀な人材、良質な医薬品・医療機器等が不可欠である。

ここでは、賃金上昇率、物価上昇率も考慮してコストを引き上げるという前提を置いた。必要引き上げ額は2,700億円である。

(兆円)

これまで計算してきた値を賃金・物価上昇率で延伸 損益分岐点比率を98%にする

科目	損益分岐点比率 98%の時 (9頁)	医療安全 対策コストの追加 (10頁)	①計	上昇率 (年率)		②上昇率 勘案後 ①×(1+上 昇率2年分)	損益分岐点 比率98% の時 (②をベー スとする)
				賃金	物価		
給与費	13.7	0.1	13.8	賃金	0.5%	13.9	13.9
医薬品費・診療 材料費、委託費	7.6	0.1	7.8	物価	0.5%	7.9	7.9
減価償却費	1.3		1.3	〃	0.5%	1.4	1.4
その他の経費	3.1	0.0	3.2	〃	0.5%	3.2	3.2
医業収益	0.4		0.4	—	—	0.4	0.4
計	26.2	0.2	(B) 26.5	—	—	26.71	(A) 26.72

参 考

厚生労働省の上昇率見込み

	2008年	2009年
賃金上昇率	2.3%	2.5%
物価上昇率	1.5%	1.8%

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—」

最近の平均値(2004年～直近)

賃金上昇率: ▲0.1%
消費者物価指数: ±0.0%

(A) - (B) = 0.27

損益分岐点比率	98.00%	—	—	—	98.03%	98.00%
---------	--------	---	---	---	--------	--------

98%から逆算

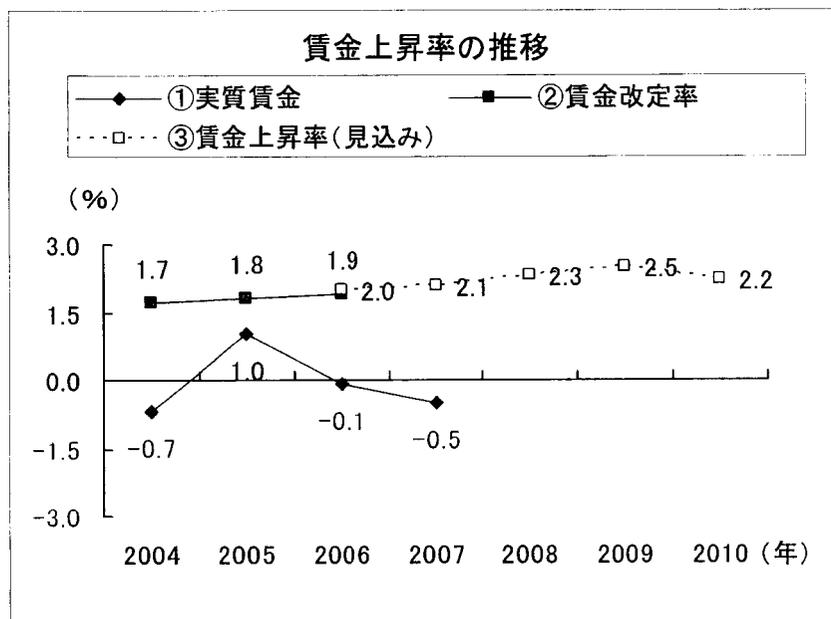
\*四捨五入差があるため内訳と合計が合わないところ等がある。

## 5. 今後の検討課題

以下の項目も重要課題であるが、今回の要望では織り込んでいない。一般財源で措置するもののほかは、今後、引き続き精査し、次回以降の改定で要望したい。

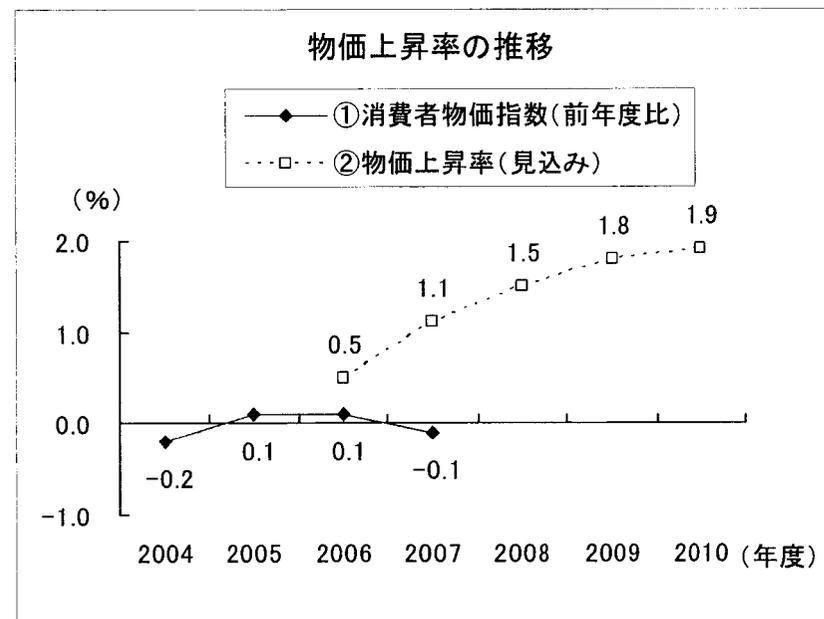
項目	今回対象にしていない理由
医師不足対策、医師の就労環境改善対策	一般財源で措置すべきである。
レセプトオンライン請求に向けての環境整備	特に初期導入コストについては、一般財源で措置すべきである。
医療事務軽減等のためのコ・メディカル要員増	役割分担の見直し(業務範囲、責任の所在等)を踏まえて検討する。
環境対策コスト等	今後、実態調査を踏まえて検討する。 例: 感染性廃棄物処理コスト、地球温暖化防止対策コストなど

# (参考)最近の賃金上昇率および物価上昇率



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	平均 (%)
①実質賃金	-0.7	1.0	-0.1	-0.5				-0.1
②賃金改定率	1.7	1.8	1.9					1.8
③賃金上昇率			2.0	2.1	2.3	2.5	2.2	2.2

- ①厚生労働省「毎月勤労統計調査」(5人以上の事業所)より。2007年は8月までの確報値の平均。
- ②厚生労働省「賃金事情等総合調査」(特定の大企業)より、2006年度は速報。
- ③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—」より低目推計。



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	平均 (%)
①消費者物価	-0.2	0.1	0.1	-0.1				0.0
②物価上昇率			0.5	1.1	1.5	1.8	1.9	1.4

- ①総務省「消費者物価指数」より。2007年は8月までの平均。生鮮食品を除く。
- ②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—」より低目推計。

## 2. 病院診療報酬について

病院医療の崩壊は現在進行中で、そのスピードと範囲はますます増大している。この原因は低医療費政策という誤った政策に起因している事は言うまでもない。

日進月歩の医学進歩、高齢者の増加、国民意識の変化によるニーズ増加など、すべて医療の質と量の増大に結びつく。これを圧縮する事により、我々病院は大きなダメージを受けてきた。これに止めを刺したのが平成18年度診療報酬改定 マイナス3.16%である。

日本病院団体協議会が、平成19年10月に加盟11病院団体を対象に実施した「病院経営の現況調査」によれば、平成18年度の病院収支は平成17年度に比して更に悪化し、調査対象2,778病院中1,195病院(43.0%)が赤字決算となった。

勤務医については、医師募集を行った1,991病院のうち全く医師を採用できなかった病院が505施設(25.6%)に達し、連鎖的に産科や小児科をはじめとする診療科の閉鎖も相次いでいる。

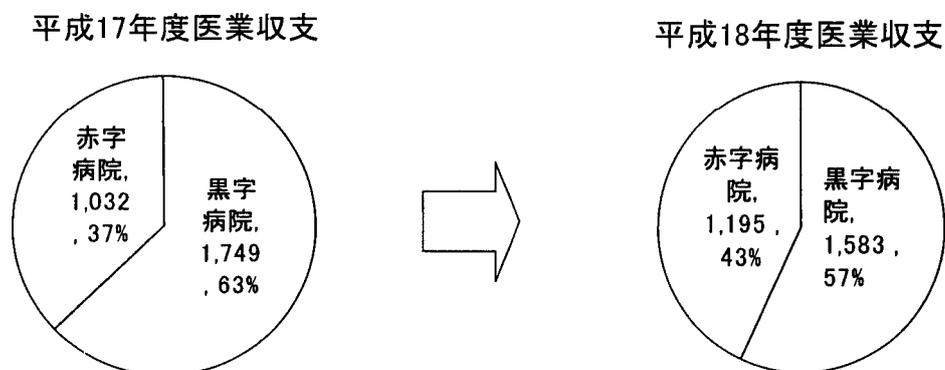
国民の健康を支える病院医療は地域における妊婦への救急対応の遅れで象徴されるように、その崩壊スパイラルが平成18年度の診療報酬引き下げを発端として確実に進行しつつある。病院医療のこの危機的な状況を打開するためには、診療報酬の大幅な引き上げ以外は不可能である。

関係各位におかれては、壊滅の危機に瀕している地域の病院医療の実態を直視され、平成20年度診療報酬改定率を決定されることを強く要望する。

## 日本病院団体協議会 「病院経営の現況調査」報告より明らかになった問題点

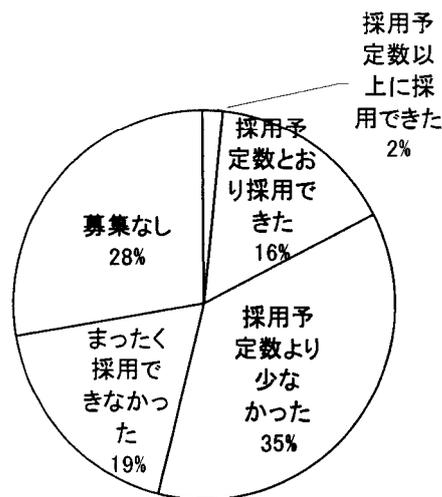
### 1. 医業収支の状況

平成17年度と比較して、診療報酬改定があった平成18年度は赤字病院の割合が6%増加していた。



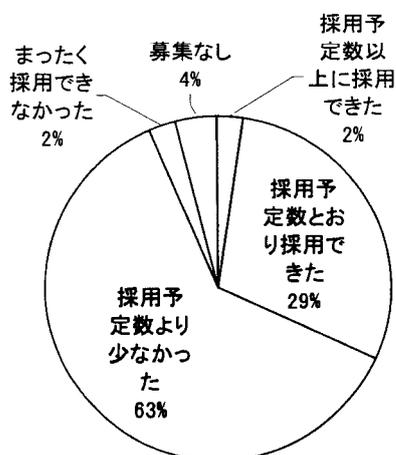
### 2. 平成18年度中の医師募集の状況

回答のあった2,746病院のうち、72%の病院が医師募集を行っているが、そのうち、予定通り採用できた病院は18%であり、54%の病院が採用予定数より少ない、あるいは全く採用できない状況であった。



### 3. 平成18年度中の看護師募集の状況

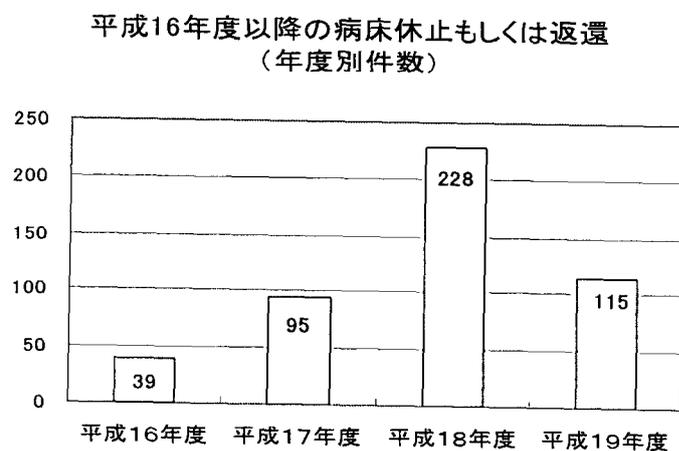
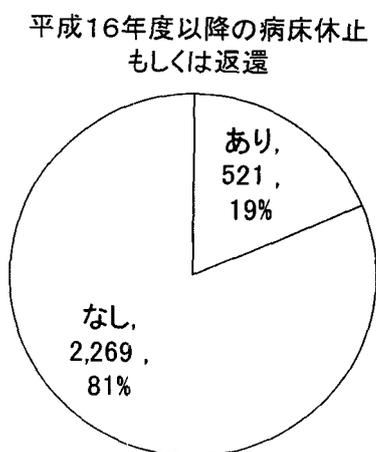
回答のあった2,731病院のうち、96%の病院が看護師募集を行っているが、予定通り採用できた病院は31%であり、65%の病院は採用予定数に達していない状況であった。



#### 4. 平成16年度以降の病床休止もしくは返還の状況

回答のあった2,790病院のうち、平成16年度以降に病床休止もしくは返還を行った病院は、521病院（19%）であった。

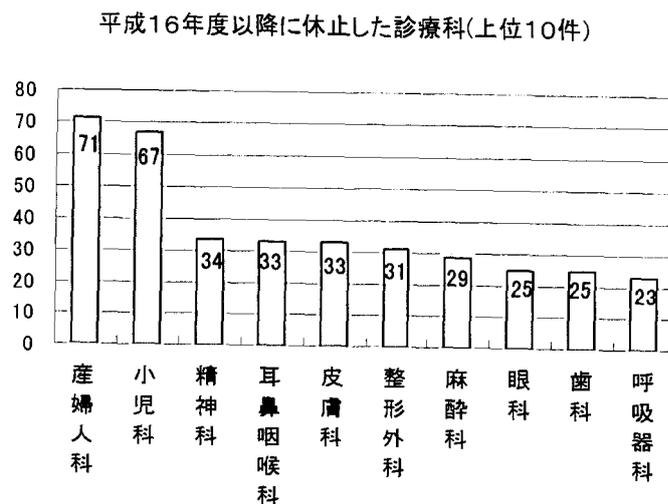
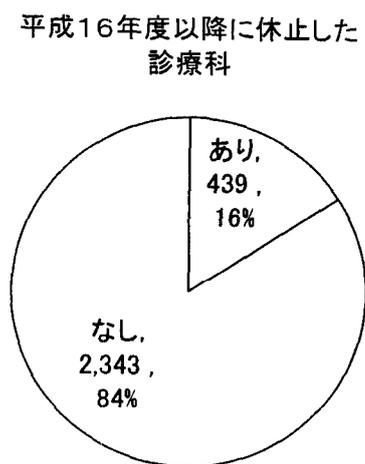
年度別にみると、診療報酬改定があった平成18年度以降に件数が増加していた。



#### 5. 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。

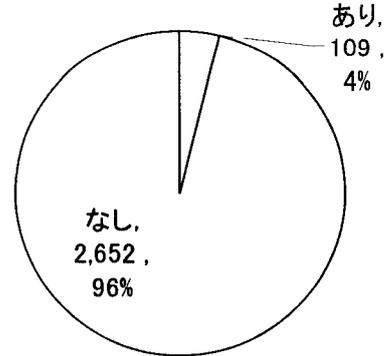
診療科別にみると、産婦人科（71件）、小児科（67件）が多かった。



## 6. 平成16年度以降の救急指定・輪番制の取り下げの状況

回答のあった2,761病院のうち、平成16年度以降に救急指定・輪番制を取り下げた病院は109病院あった。

平成16年度以降の救急指定・救急輪番制などの取り下げ



## 7. 今後の運営方針について

回答病院における現時点における今後の運営方針について調査したところ、「診療所への転換を検討」している病院は48病院、「介護施設（一部含む）への転換を検討」している病院は274病院、「閉院を検討」している病院は20病院であった。

	診療所への転換を検討		介護施設（一部含む）への転換を検討		閉院を検討	
	回答数	構成比	回答数	構成比	回答数	構成比
あり	48	1.77	274	9.97	20	0.74
なし	2,657	98.23	2,475	90.03	2,674	99.26
合計	2,705	100.00	2,749	100.00	2,694	100.00

以上より明らかになった問題点としては、

- 病院経営の悪化および医師・看護師の採用困難
- それに伴う病床休止・返還、診療科の休止、救急指定等の取り下げの存在
- 診療所・介護施設への転換、閉院を検討している病院の存在

などが挙げられる。

医療の質・安全の向上、全国における医療提供体制の整備を行うことは急務である。次期診療報酬改定における病院医療に対する十分な報酬増、都道府県・地域の実情に合わせた産婦人科・小児科・救急医療などに対する公私の区別の無い補助など、多面的な施策が必要である。

以上

### 3. 歯科診療報酬について

平成 18 年度診療報酬改定における歯科の改定率は▲1.5%とされたが、改定後の歯科医療費は対前年度比▲2.8%であり、平成 17 年度伸び率を考慮した場合の差は▲3.9%である。

この改定による収入の減少は、歯科医業経営を圧迫し、個々の歯科医療機関に過度の経営の効率化を強いている。このことは、先ごろ公表された医療経済実態調査の結果からも明らかである（収支差額前回比▲9.0%）。

一日も早い歯科医療機関の安定的な経営基盤の回復を図り、国民の歯の保存と口腔機能を維持するための適切な歯科医療を持続的に提供していくために、次期改定において大幅な引き上げを要望する。

### 次期診療報酬改定における要望について

平成 18 年度改定は、その基本的考え方において、「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、基本的な医療施策の方向性に沿って個別に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した。」とあるにも拘わらず、歯科医療のあるべき姿を否定した学問的または医療政策として根拠のない、単に診療報酬請求における過剰な規制という改定内容となっている。今後の改定は、あるべき歯科医療の構築に向けた政策にのっとり実施されるべきである。

これらの点を踏まえて、次の各項目の拡充が必要である。

#### 1. 歯科医療の安全確保のための費用

外科的処置が中心とならざるを得ない歯科診療において、スタンダードプリコーションに基づく感染対策を含む医療安全に関する取り組みに要する費用は、患者一人 1 回あたりのコストは 268 円である（出典：平成 18 年度医療安全に関するコスト調査業務報告書）。

現在、これに相当する費用は基本診療料の中で評価しているとされているが、現行評価に基づく収支状況では適正な医業経営基盤を脅かしており、早急な対応が必要であることから 4.6%が確保されるべきである。

## 2. 歯科医療の質の確保のための費用

実質的な検討や適切な検証が行われず、明確な根拠のないまま不合理かつ大幅な取り扱いの変更が加えられた、歯を保存したり口腔機能を維持するために必要な技術項目の適切な見直しが必要であることから、1.3%以上が確保されるべきである。

## 3. 後期高齢者歯科医療の拡充のための費用

- ・在宅歯科診療の適切な評価
- ・地域医療連携における病院歯科の適切な評価

## 4. 歯科医療の進歩による質の確保のための費用

- ・各学会の要望の実現

## 5. 歯科医業経営基盤の安定確保等のための費用

- ・不採算診療項目の適切な評価
- ・請求事務における簡素化
- ・その他必要事項

### 【まとめ】

以上の各項目の拡充のためには、歯科医療費ベースとして5.9%以上の改定率が必要である。

### 第 16 回医療経済実態調査結果速報に対する見解 「歯科診療所（個人立）の収支状況」

#### 1. はじめに

- 本調査は、医療機関における医業経営等の実態を明らかにする調査であり、次期改定の重要な検討資料であると考えます。
- 個人立歯科診療所の大部分は無床診療所であり、その経営規模は調査年によって変わるとは考えにくいので、前回と比較した伸び率はそのまま経営実態の変化と考えられる。
- 個人立歯科診療所の収支差額には、院長報酬のほかに多くの計上されない費用相当分が含まれる。

## 2. 第16回医療経済実態調査結果速報における歯科診療所（個人）の収支状況

（％は前回調査との比較）

○医業収入は3,455千円で、前回比89千円の減収（▲2.5％）であった。

○保険診療収入は2,984千円で、前回比92千円の減収（▲3.0％）であった。

○医業費用は2,228千円で、前回比31千円の増額（1.4％）であった。

○その結果、収支差額は1,229千円で、前回比122千円の大幅な減額（▲9.0％）となった。

### 3. 第13回～第16回の4回の医療経済実態調査に見る

#### 歯科診療所（個人）の収支状況の経年的変化の分析（表1）

- 1) 医業収入は毎回減少している。
- 2) 特に保険診療収入は毎回減少している。
- 3) 医業費用は今回の1.4%の増を除き、大幅に削減している。
- 4) 上記の結果、大幅な経費削減にもかかわらず収支差額は減少し、今回は過去最大の下げ幅となった。
- 5) 個人立における収支差額（122.9万円）には、①院長報酬のほかに、②建物・設備等の改築・更新の費用、③借入金の返済、④所用積立金（院長の退職金、法定福利費相当分等）が含まれる。  
借入金元本の年間返済額は272.3万円（月平均22.7万円）。（本結果速報109頁）
- 6) 収支差額から上記の②～④を引くと、本調査の一般病院の勤務歯科医師の給与（99.3万円、同83頁）を大幅に下回り、歯科診療所の勤務歯科医師の給与（55.0万円、同86頁）のレベルに近づく。

#### 4. まとめ

今後、医療安全をはじめとする患者への適切な歯科医療、さらに社会の求める高齢者への円滑な歯科医療提供のための体制整備、また歯科器械・材料費の上昇による経費の増加等、更なる費用の増加が見込まれるが、今回の医療経済実態調査における歯科診療所の収支状況の結果から、その診療所経営は極めて厳しい状況にあることが明確になった。

国民への安全で質の高い歯科医療を提供するためには、歯科診療所の基盤整備が不可欠であり、次期診療報酬改定において適切な評価が必要である。

資 料

表 1- 医療経済実態調査に見る歯科診療所（個人立）の収支状況の変化

日本歯科医師会

（1施設当たり収支）

区分	H13.6		H15.6		H17.6		H19.6	
	金額 千円	(伸び率) %	金額 千円	(伸び率) %	金額 千円	(伸び率) %	金額 千円	(伸び率) %
1. 医業収入	3,857	(▲6.4)	3,700	(▲4.1)	3,544	(▲4.2)	3,455	(▲2.5)
（保険診療収入）	3,358	(▲7.7)	3,279	(▲2.4)	3,076	(▲6.2)	2,984	(▲3.0)
2. 医業・介護費用	2,588	(▲5.9)	2,469	(▲4.6)	2,197	(▲11.0)	2,228	(1.4)
3. 収支差額	1,269	(▲7.5)	1,233	(▲2.8)	1,351	(9.6)	1,229	(▲9.0)

## 平成 18 年度医療費の動向における歯科医療費の状況

1. 歯科医療費は平成 18 年度改定を受けて、前年度より 700 億円の減額となった。  
医科歯科合計の総医療費の減額分 1200 億円の約 6 割を対総医療費構成割合 8%の歯科が負担した結果となった。  
これは異常である。
2. その結果構成割合はさらに減少し、8.0%から 7.7%に大幅ダウンした。
3. 前年度と対比した歯科医療費の伸び率は▲2.8%であり、平成 18 年度改定率、歯科本体▲1.5%をはるかに越え、さらに平成 17 年度の伸び率との差を見ると、▲3.9%と大幅な引き下げ結果となった。
4. 以上の結果から、歯科医療の大幅な引き上げを要求する。

# 平成18年度 医療費の動向

平成19年8月8日・中医協資料より作成

## 医療費の推移

(単位:兆円)

	総計	計	診療費			調剤	(参考) 入院外+ 調剤
			医科		歯科		
			入院	入院外			
平成13年度	30.4	27.1	12.4	12.1	2.6	3.3	15.4
平成14年度	30.2	26.6	12.3	11.7	2.6	3.6	15.2
平成15年度	30.8	26.9	12.6	11.7	2.5	3.9	15.7
平成16年度	31.4	27.2	12.7	11.9	2.5	4.2	16.1
平成17年度① (構成割合)	32.4 (100%)	27.8 (85.7%)	13.0 (40.1%)	12.2 (37.6%)	2.6 (8.0%)	4.6 (14.2%)	16.8 (51.8%)
平成18年度② (構成割合)	32.4 (100%)	27.6 (85.2%)	13.0 (40.0%)	12.1 (37.4%)	2.5 (7.7%)	4.7 (14.6%)	16.9 (52.1%)
②-①	<b>0.04</b>	<b>▲0.12</b>	<b>▲0.00</b>	<b>▲0.04</b>	<b>▲0.07</b>	0.15	0.11

診療費の減額分  
**1200億円**

構成比1割にも満たない  
歯科が診療費の減額分の  
約6割を負担した形であり、  
異常である。

**700億円**

※構成比率は  
8%から7.7%へ  
大幅減少!

## 医療費の伸び率（対前年度比）

平成19年8月8日・中医協資料より作成

（単位：％）

	総計	計	診療費			調剤	(参考) 入院外+ 調剤
			医科		歯科		
			入院	入院外			
平成13年度	3.2	1.9	1.8	1.9	1.9	16.5	4.7
平成14年度	▲0.7	▲1.9	▲0.3	▲3.9	▲0.4	9.7	▲1.1
平成15年度	2.1	1.0	2.0	0.7	▲2.0	9.9	2.9
平成16年度	2.0	1.1	1.2	1.3	0.3	7.8	2.9
平成17年度	3.1	2.2	2.2	2.5	1.1	8.7	4.1
平成18年度	0.1	▲0.4	▲0.0	0.3	▲2.8	3.4	0.7

平成18年度歯科診療報酬本体の  
改定率▲1.5%の2.6倍

**▲3.9%**

※制度改正や診療報酬改定の影響のない  
平成17年度の伸び率との差

## 4. 調剤報酬について

国民皆保険制度の中、薬剤師は、医薬品の適正使用を推進するという観点から、薬局および医療機関等の施設において、良質かつ適切な医療を提供することに貢献してきた。

しかし、長引く経済不況の影響から、平成14年度以降の診療報酬改定は、3回連続で診療報酬本体（技術料）の引き下げもしくは据え置きという厳しい状況が続いている。特に調剤報酬の場合は、調剤医療費に占める技術料の割合が約3割と低いことから、技術料ベースにおける影響が非常に大きい。また、薬剤料等の割合が約7割と高いために、薬価等改定分と合わせると薬局経営に大きな影響を及ぼしている。

中央社会医療協議会による医療経済実態調査は、同一客体による定点調査ではないことから、薬局の経営状態を的確に把握するには限界があるが、平成19年6月調査の速報結果を見る限り、薬局においては、収入減による影響を人件費等の圧縮で対応している状態であることが推測できる。

しかし、過剰な人件費の圧縮は、医療安全の確保に支障をきたすことにも繋がるため、これ以上の技術料の引き下げは回避しなければならない。

また今後は、さらなる後発医薬品の使用促進に対応していく上で、薬局における後発医薬品の備蓄・管理に係るコストの増加は不可避である。さらに、在宅医療の推進においても、薬局・薬剤師が積極的に参画・貢献できるよう応需体制を着実に整備する必要がある。

したがって、平成20年度調剤報酬改定については、薬剤師としての責務をきちんと果たすため、そして、薬局としてこれらの施策に対応するために、適切かつ必要な財源を措置していただくとともに、技術料の割合に応じた公平な改定率であることを要望する。

平成 19 年 11 月 21 日

中央社会保険医療協議会

会長 土田 武史 殿

中央社会保険医療協議会委員

石井 博史

対馬 忠明

小島 茂

勝村 久司

丸山 誠

高橋 健二

松浦 稔明

平成 20 年度診療報酬改定に関する 1 号側（支払側）の基本的考え方

- わが国の経済は、長期にわたる停滞からようやく脱却し、徐々に上向きつつあるが、国際的な環境を考えると、依然として不安定要因は大きい。他方、国民の多くは経済の回復を実感するに至っておらず、医療費に対する負担感が高まっている。また、人口構造の高齢化が進むなかで、医療費の増高が続いており、中長期的な視点に立ち、医療保険制度の持続性をいかに高めていくかが極めて重要な国民的課題となっている。
- 医療提供体制については、医療の質と効率性の向上を求める国民の声に応え、医療機関の機能分化と連携強化によって、効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を目指す医療法の改正が行われ、都道府県医療計画の策定等の具体的な取組みが進められている。しかし、その一方で、病院勤務医の負担の大きさ、産科・小児科における医師不足、在宅医療体制の未整備等の問題が指摘されている。
- 以上のことから、社会経済の実情や患者・国民の負担感を勘案すると、20 年度は診療報酬を引き上げる環境にはなく、改定は医療保険の財源を適切に配分することによって、医療における資源配分の歪みやムダを是正し、前記の問題に対応することを中心課題とすべきである。具体的には、外来医療や長期入院等の効率化をはかりつつ、勤務医の負担軽減と評価、急性期病院医療、