

二〇〇八年度診療報酬

改定では、勤務医不足対策の財源があまりに少なく、医療崩壊の危機を脱却できないだろう。

医科の技術料で0・42%アップというのは、平均年収が千四百万円の勤務医にとって約六万円にしかない。〇六年度改定でも小児科、産科、救急医療に千四百七十五億円の重点配分を行ったが、効き目はなかった。当面、勤務医の開業ブームにストッパーはかからないだろう。

根本的な問題は、医師経済学。48歳。

勤務医不足解消遠く

の絶対数が足りないとい



かわがち・こういち

東京医科歯科大学大学院教授

川渕孝一氏

だ。国は、まずその事実も評価すべき点もある。を認め①供給過剰にある一つは、従来の人員・歯科医師を医師に転向させる②海外の医学部を卒業した日本人に医師国家試験受験の機会を与える③外国人医師に対する臨床研修制度を拡大する――など、即効性のある方策を模索してはどうか。

今回ほど、診療報酬制度の限界が明らかになって改定はないが、それで

も評価すべき点もある。一つは、従来の人員・施設基準偏重の改定から、成果主義が導入された点。脳血管疾患や脊髄損傷の患者が入院する回復期リハビリテーション病棟で、重症な患者をより多く在宅に復帰させた場合には、一定の加算が付くことになった。しかし、漫然とリハビリをやっていた病院は減算される。

成果主義導入は評価

るので、きちんと患者の重症度を測定し、過度の早期退院をチェックする仕組みをつくる必要がある。

もう一つは、後発医薬品の使用促進に向けて処方せん様式が変更された点。患者負担の引き上げが続く中、特許が切れて廉価な後発品は魅力的だ。ただ、一部の後発品は「効き目が悪い」と指摘されるので「安かろう悪かろう」にならないよう、薬のプロたる薬剤師の職能が求められる。