

決 議

我々全国公私病院連盟は1964年(昭和39年)7月に結成以来、患者の安全や安心、快適な医療環境など、医療の質を高めるために人的・金銭的投資を行ってきた。

しかしながら、稼働率90%以上でない採算ベースに合わないような診療報酬体系、入院医療費の設定が今回のような新型コロナウイルス感染症における混乱を招いた要因であると考える。

いつも全力疾走を強いられている病院には、災害やパンデミックに対応する余力もなく、民間病院では存続の危機にもなる。発熱者を受け入れたくても受け入れられないのである。

また、マスク・ガウン・消毒薬・人工呼吸器が足りなければ支障をきたす。

よって、効率至上主義、経済財政を重視してきた昨今の政策からの転換を強く求めるとともに、国民が将来にわたって安心できる社会的共通資本としての医療制度を確立するためにも、次の事項の実現を期し、ここに決議する。

記

1. 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院への財政支援について

新型コロナウイルス感染症の蔓延により、医師・看護師をはじめとする医療従事者、介護職員や事務員に至るまでが感染のリスクを背負い命がけでその対応にあたっている。

特に、病院が新型コロナウイルス感染症患者を受け入れるためには、外来・入院・救急等での当該患者に特化した人的・物的、受入・療養の準備が必要であり、それに係る財政的負担は莫大であるが、財政的支援の裏づけがないままでは、その対策も十分にはできない。

また、ひとたび新型コロナウイルス感染症患者を受け入れれば、医師・看護師を始めとして医療技術者等も、外来や病棟において、その患者専属にならざるをえず、動線等や診察室、病室も一般患者と別にしなければならない。

加えて、入院した当該患者への人的・物的費用は言うまでもなく経営を圧迫し、たとえ重症・急性期の状態を脱したとしても、新型コロナウイルス感染症患者を転院させることができず、仮に送れたとしても後方病院や施設でも初期受入病院と同等の感染症対策が必要である。

については、新型コロナウイルス感染症との戦いが長期化することに鑑み、医療従事者等の不安は解消できるものではないが、少しでもその不安を解消するためにも、具体的な財政上のさらなる支援を公言していただきたい。

なお、新型コロナウイルス感染症の蔓延を克服した暁には、効率至上主義・経済財政を重視してきた昨今の政策方針を転換し、感染症対策の強化(①CDC的機関の設立、②保健所機能の充実・強化、③感染症専門医等の育成・増員、④感染症病床を持つ病院へのさらなる財政支援)を図るべきであり、将来的に震災や気候変動による災害なども含めた火急の時への不断の備えを充実させるべきである。

2. 診療報酬に関すること

診療報酬改定の議論は、社会保障審議会の「医療保険部会」での議論がいつも先行し、「医療部会」がこれを後追いする形になっており、事業計画より収支予算ありきの議論になっているのは本末転倒である。

ここで決められた「診療報酬改定の基本方針」が、中央社会保険医療協議会（中医協）の議論の終盤に提示され、診療報酬改定率も年末の慌ただしい予算編成過程で決定されるため、中医協での検討内容が十分に反映され難くなっているうえに、改定点数や具体的内容等が示されないまま行われるパブリックコメントの募集や公聴会の開催も形骸化している。

については、診療報酬の改定にあたっては、社会保障審議会「医療部会」と「中医協」の議論を先行させ、その議論に基づき社会保障審議会「医療保険部会」での議論を進めるべきであり、加えて、予算原案提示前に改定予定項目のアウトラインを国民に示すとともに、その積算根拠を明らかにし、広く国民の理解を得るために十分な時間と機会を設けること。

なお、中・長期的には、病院と診療所の診療報酬体系を別にするものの検討も始めるべきである。

また、高額薬剤の出現によって、がん診療に特化した病院では材料費が3割以上となっていて、消費税の負担も上乗せされるためさらに負担が大きくなっているのので、高額薬剤に対する診療実績に見合った評価となるよう再検討すること。

さらに、AIやロボットを活用することが推奨され、特に歩行ロボットを利用したリハビリテーションは歩行速度・機能を改善するとの報告があるので、人材不足と医療スタッフの働き方改革のためにも、回復期リハビリテーション入院料ではリハビリ支援ロボットを用いたリハビリテーションを保険適用していただきたい。

3. 消費税に関すること

パンデミックとなった新型コロナウイルス感染症は人間社会に甚大な被害を与え続け、官民一体となった必死の努力にもかかわらず、未だに終息の気配を見せない。この事態に立ち向かう病院、医療者たちの姿は人々の心を打ち、医療の大変さと実情を知らせるものとなった。国民皆保険制度における通常の医療がぎりぎりの余裕のない状況で行われており、今回のような非常事態では医療崩壊が容易に起きることが明らかとなった。このような状況に、かつてない規模の医療援助がなされたが、それは前述のごとき国民の理解があつてのことと考える。今回、大きなダメージを受けた医療を立て直し、これからも社会保障の要としての役割を果たすため、医療機関に対する税制の見直しを要望する。

特に、医療に係る消費税は無税とされているため、その分は病院が負担し、診療報酬に加算することで補填されることになっている。これは患者にとって実質課税であり、また病院にとっても補填不足、病院規模や活動内容による不公平などの問題が存在し、さらに診療報酬改定や税率の改定時には複雑な対応が必要となっている。

現状の消費税非課税方式は病院にとって大きな負の制度である。一刻も早く根本的解決、すなわち課税制度とすることを要望する。

4. 勤務医不足に関すること

医師の大都市圏集中により、地方の特に中小病院の医師確保が困難になっており、医師の働き方改革を遵守しながら地域住民の健康を守ることは困難な状況になっている。

とりわけ、勤務医不足の最大の要因は、勤務医の地域・診療科・病診、さらには入院・外来・昼夜の偏在である。

については、医師の偏在是正をまずやるべきであり、医師の過剰地域と少ない地域との格差を解消し、地方の医療崩壊を食い止めるためにも、医師確保計画をなお一層進める必要があり、働き方改革は医師の偏在解消後に始めるべきである。

なお、医療従事者の需給に関する検討会「医師需給分科会」等において特に不足が明らかになった地域や診療科については、早急にその不足解消対策を講じるとともに、これらの偏在を解消するためにも規制枠の無い自由開業制度は見直すべきである。

また、医師不足の現状に鑑み、大学医学部定員の地域枠廃止や定員減は見送るべきである。勤務医はまだ足りない。

加えて、プロフェッショナルオートノミーでは、医師の偏在が解消されない。昭和時代から偏在はかえって進んでいる。今回のコロナウイルス感染症のパンデミックで感染症専門医、総合診療医、ICU医など、生命に関わる部門のマンパワー不足が露呈した。緩やかなマッチングか、補助金制度の具体的な施策を望む。

5. 医師の働き方改革に関すること

我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられてきたが、これを将来にわたって持続させるためには現状を変えていかなくてはならず、様々な課題を克服し、再び「医師の働き方」が特例として議論されることがないように取り組まなければならない。

しかしながら、働き方改革を進めるにあたっては、人口減少過疎地域での医師の長時間労働を是正し、時間外勤務を減少させるためにも医師の集約化を進める必要があり、必要な数の勤務医が輩出されるよう早期に医師偏在の是正計画を進めるとともに、人件費の増加により中小病院の経営の悪化をきたさないよう必要な財源について診療報酬等で担保すべきである。

とにかく、医師の偏在対策が一丁目一番地であり、働き方改革はその後でも構わない。三位一体でなく、最後にすべき事案である。

6. 医療提供体制に関すること

地域包括ケアシステム構築のためには、機能に応じた病院間、病院と診療所、医療と介護などの連携が不可欠である。これらの連携には地域の事情による様々な特徴があり、昨今推奨されている事例の展開が必ずしもすべての地域に適用するものではない。

については、医療資源や人的資源の豊富な一部の地域でしか実行できない方策を押しつけることなく、地域ごとに実現可能なシステムを構築すること。

また、「公立・公的病院の再編統合」にあたっては、単に一部のデータのみを基準とした再編・統合ありきの議論とするのではなく、地域の実情をふまえて議論を進めるべきであり、医師の地域偏在がある時点の診療実績を前提に議論することは、地方の医療提供体制の弱体化を招きかねず、地方創生に逆行するものである。

なお、紹介なし外来患者に対する定額負担の対象病院拡大については、一律に200床以上の病院にまで対象を拡大するのではなく、開業医の多寡などの地域の実情をふまえ再検討し直すべきである。

7. 電子カルテの統一に関すること

電子カルテなど医療分野のICT化については、医療安全と質の確保、医療情報の管理・相互交換などに大きく貢献し、また、今後の地域包括ケアシステムやオンライン診療への対応などにも必須条件となっている。

しかしながら、その導入費用は余りにも高額で、国際的に見ても極めて異常であり、さらに診療報酬改定に伴うソフト更新の費用など病院経営に対する負担は過大である。

また、今回の新型コロナウイルス感染症のパンデミックで近所の病院を支援した医療者は、異なる電子カルテに悩まされ、余計な労力を費やした。デジタル庁の仕事の一丁目一番地と考える。

については、病院における電子カルテについてはシステムの統一・標準化を進め、その導入・維持・更新などの費用についての国際的な比較・調査の下に、抜本的な価格の適正化をすること。

なお、その費用は診療報酬で評価するとともに、電子カルテをはじめとするシステムにかかる費用については、価格の妥当性や公平性を検討し、補助金など援助するなどして経営を圧迫しない制度を構築すべきである。

また、今回の新型コロナウイルス感染症対応病院に応援参加した医師や看護師等の現場医療人は、病院ごとに機能の異なる電子カルテに困惑し、感染防御の疲労感以上に異なった疲れ・負担を強いられた。

については、韓国や台湾と同様に、国が電子カルテシステムの様式を統一すべきであり、患者や医療人の利益より電子カルテシステム会社の利益を守る理由はない。

8. 精神科救急入院料

精神科救急入院料（いわゆるスーパー救急病棟）の届出病床数の上限（300床以下では60床以下に、300床を超えるときは2割以下とすること）を超えて病床を有する場合であっても、前回の改定では現状の病床数は認められていたが、令和2年度診療報酬改定において、「令和4年3月31日までの間」という期限が設けられた。

この期限設定は、精神科救急医療体制の崩壊に繋がるものであり、各県の精神科救急医療体制を検証したうえで、実状に合わせた基準となるよう見直しをすること。

9. 介護報酬の引き上げに関すること

就労人口の減少による介護職員の確保が一層困難な中、介護職を志す若者は多いにもかかわらず離職率が高い。特に介護サービスにおいては、多職種（看護職、栄養士、介護支援専門員等）が協働して利用者へサービスを提供しているが、介護職員と同様にその人手不足が深刻である。

また、介護職員の処遇改善加算が創設されたが、介護人材の採用難を改善するまでには至っていない。

については、介護報酬を引き上げて、若者が将来にわたって従事することができ、中高年者も意欲を持って就業できるよう尚一層の配慮をすること。

また、介護施設内での医療も今回のコロナ禍を機に、弾力的な運用可能な制度設計を急ぐべきである。

上記決議する。

令和3年6月24日

一般社団法人 全国公私病院連盟
令和3年度(第62回)定時総会