決 議

今年度の病院界は、診療報酬の大幅な引き上げなくして、病院の存続や地域医療の維持は不可能であるという深刻な実情を、社会全体に訴えざるを得ない状況にある。国立大学病院長会議を皮切りに、各病院団体からは「昨年のトリプル改定は、物価や賃金の上昇に追いつかない実質的なマイナス改定である」との声が相次いでおり、現場からは悲鳴ともいえる切実な訴えが上がっている。

本連盟においても、去る3月14日の理事会後の定例記者会見において、全国自治体病院協議会、全国公立病院連盟、全国厚生農業協同組合連合会、日本赤十字社病院長連盟、全国済生会病院長会、岡山県病院協会、日本私立病院協会、日本公的病院精神科協会の8つの構成団体が「期中改定は不可欠」との立場を表明した。

現在の診療報酬制度は、主に内科診療所を中心に、薬価差益を大きな収入源として設計されたものであり、技術料や外科系手術、多職種によるチーム医療への評価は軽視されるか、後から部分的に追加されたに過ぎず、その評価も極めて限定的である。

加えて、長年にわたる医療費抑制政策、外来に比して入院医療に手薄な報酬体系により、病院は体力を削がれ続けてきた。さらに、コロナ禍により基礎的な経営体力までもが著しく低下し、現在の報酬水準では、病院の改築や新鋭機器更新はもとより継続的運営すら危ぶまれる状況である。

こうした現状を踏まえると、個別の点数見直しも重要ではあるが、病院医療の根幹を支えるには入院基本料の大幅な引き上げが不可欠である。

よって本連盟は、以下のとおり決議し、強く要望するものである。

記

1. 診療報酬に関すること

(1) 診療報酬増額について

令和6年度診療報酬改定は、診療報酬本体の改定率から人件費や食事材料費への充当分を差し引き薬価等の引き下げを合わせると実質マイナス改定となり、本連盟が会員病院を対象に実施した「令和6年度病院経営実態調査」(令和6年6月調査)でも80.1%(集計対象578病院のうち463病院)の病院が赤字になっていることから、今後の状況はさらに悪化することは明白である

加えて、現在直面する急激な物価高騰を診療報酬に反映する仕組みがない上に、他産業のように価格転嫁もできないため病院経営の悪化に拍車を掛け、将来的な設備投資計画などにも支障を来たしている。

また、職員の処遇改善が急務となっているが、現行の診療報酬制度では専門職の職員を配置できて初めて算定ができる方式が主流になっているため、労働人口の減少も相まって容易には増収が見込めずに厳しい状況に追い込まれている。

については、病院収入の源は公定価格で決められた診療報酬であることから、医療従事者の賃上げによる処遇改善に加え、病院の施設運営に係る基礎的経費を物価・賃金等の上昇に応じて適切に診療報酬で賄える仕組みとし、恒久的に担保していただきたい。結論として入院基本料の大幅アップを要望する。

(2) 社会保障審議会「医療保険部会」と「医療部会」について

診療報酬改定の議論では、社会保障審議会の「医療保険部会」での議論が先行し、「医療部会」が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。

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「中央社会保険医療協議会」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る。

(3) 病院と診療所の報酬体系について

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。

2. 医療従事者確保に関すること

政府は「賃上げは成長戦略の要であり、物価上昇を上回る賃上げで国民所得と生産性の向上を図る」と提唱しているが、現在の診療報酬では人件費と物価上昇は賄えず、内部留保が無い中で賃上げをする原資は無い状況にある。

令和6年度診療報酬改定で「賃上げ・基本料等の引き上げ」と銘打ち「ベースアップ評価料」の創設及び「初再診料・入院基本料の増点」を原資に対象職種に対して賃上げが行われたが、今も尚一般企業との賃金格差は大きく、人材が一般企業等の他業界に流出し、医療業界を目指す人材はじり貧状態にある。

また、医療専門職種をはじめ事務職員に至る医療従事者の人材確保も極めて厳しい状況であり、人材確保のために医療業界人材紹介業者へ法外な手数料を支払っているのが現実である。

については、すべての医療関係職種が希望をもって就業できるようにするためにも、一般企業並みの賃金にするための賃上げ財政の支援をするとともに、教育機関等が定員割れすることなく人材を輩出することができるよう必要な財政支援をしていただきたい。

3. 医療に係る控除対象外消費税について

消費税は最終消費者が負担するという原則があるが、医療においては非課税とされているため病院が負担することになっており、その分は診療報酬に加算することによって補填することになっている。

しかしながら、近年の物価高騰により消費税の負担割合が増加しているが、2年ごとの診療報酬改定ではタイムラグがあり病院負担分を適切に補填することができない上に、補填についてもバラつきがあり信頼性・公平性に欠けている。

これらの状況を鑑み、現状の消費税非課税制度を解消して課税方式とするとともに、政府および厚生労働省の責任において医療に係る消費税問題の責任部署を明確にして早急に具体的な検討・解決を図るべきである。

4. 医師の偏在と働き方改革に関すること

(1) 医師の偏在について

全国的に診療科偏在が課題となっている麻酔科・外科・小児科等を始めとして、病院は医師確保に難渋しており、今後、現行の医療提供体制すら維持することが困難になることが予想される。

については、地域ごとの医師偏在の実態（診療科、病院と診療所、昼夜等）や、医療現場の取組の現状（労働時間、宿日直許可の取得や医師の業務改善状況、タスク・シェアリング及びタスク・シフティングの推進等）を把握して、必要に応じ柔軟に実効性・即効性のある対策を講じるとともに、地域医療の確保に支障が生じないよう必要な配慮をしていただきたい。

(2) 医師の働き方改革について

令和6年4月から時間外労働の上限規制が適用されたが、労働時間の実態を把握することが難しいなど改革を進めて行く上での課題は多い。

現在、救急医療、高度医療を提供できる体制を維持しながら、医師の働き方改革のためのDXを推進するとともに、タスクシフト／シェアの推進に伴うコメディカル職種を中心とした採用も進めているが、十分な診療報酬上の手当が無く、極めて厳しい状態となっている。

また、「宿日直許可」申請で対応している医療機関もあるが、根本的な解決にはなっていない状況にあり、今後、医師確保が一層困難になる悪循環に陥って地域医療を維持できなくなることが懸念される。

医師の働き方改革を推進するために全国の病院が行っている取り組みについて十分に把握するとともに、必要に応じ柔軟に実効性・即効性のある対策を講じ、地域医療の確保に支障が生じないよう取り計らっていただきたい。

5. 医療DX（電子カルテなど）に関すること

医療現場では電子カルテが根幹となり必要不可欠になっている。特に多職種による共同活動が進む病院医療において、電子カルテは指示の徹底・情報の共有・複数による安全確認など、最重要機器となっている。地域医療体制や医療連携が進む現状において情報交換は正確で迅速である必要があり、特にベンダーが異なる電子カルテでは互換性が必須となっている。

しかしながら、診療報酬改定の度に起こるソフトの改変、約5年ごととされる機種更新などの病院負担は多大であり、健全な医療活動を圧迫している。サイバー攻撃対策は高い費用を要し、現在の診療報酬では実施不可能であるので、これら費用の公的支援が必要である。

(1) 電子カルテ情報共有サービス

電子カルテ情報を全国の医療機関・患者間で共有する仕組みの準備が進められ、2025年度中の本格運用を目指すとされているため、既存電子カルテの標準化対応に向けたシステム改修の高額なコストが負担となっているが、現在の診療報酬や補助金では不十分で実施不可能な病院が出てくるので、係る費用の公的支援をしていただきたい。

(2) 病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策

国策として実施するマイナ保険証など医療DX化の進展に伴い、今や医療情報システムがクラウドやVPN（仮想専用ネットワーク）などによる外部接続することは避けられない。

病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策は必須であるが、EDR（Endpoint Detection and Response）やNDR（Network Detection and Response）などのセキュリティソリューションを独自に導入するにはコスト面で大きなハードルとなっている。

重要インフラである病院における医療情報システムの安全管理に要する費用の公的支援をしていただきたい。

(3) 医療DXの進め方と費用負担

医療DXを国が急速に進めている。しかし、詳細な全体像が見えない中で進めており医療機関に求めるシステム整備が五月雨式に生じている。システム整備に対して一定の補助金を提示されるが全く不足しており医療機関（特に病院）は大きな費用負担が発生している。診療所と異なり、病院における運用変更は整備する機器も多くなり費用が膨大となる。医療DXで行う詳細な全体像とそれに伴うシステム改修や機器整備の全体像を明確にしたうえで、それに伴うシステム改修や機器整備を国の責任で進めていただきたい。

6. 新たな地域医療構想について

医療を必要とする高齢者数の増加、生産年齢人口の減少に伴う医療従事者数の減少等も相まって、地域ごとの課題や求められる医療提供体制のあり方は異なっており、現在の診療報酬だけでは新たな地域医療構想に対応した医療提供体制の維持・構築は困難である。

持続可能な医療提供体制の確保について、地域住民が安心して生活できる医療提供体制を維持するためにも、国・都道府県において補助金の充実等地域の実情に応じた支援をしていただきたい。

なお、新たな地域医療構想の取りまとめにおいて、精神医療を新たに地域医療構想に位置付けることになり、今後、具体的な内容が検討されることになる。

近年、精神医療で扱う疾患は、発達障害やトラウマ関連障害、摂食障害、依存症など多様化しており、早期からの対応や予防が重要である。精神医療の枠に留まらず、保健や福祉、教育などを巻き込んだ体制づくりが必要であり、地域の生活を担っている都道府県等自治体の意見を取り入れたものとする。

また、医療関係団体については、公民それぞれの意見を聴取し、調整を図ること。

7. 感染症対応「看護要員と入院患者の比率」について

新型コロナウイルス感染症が5類に変更されたが、病床や検査の確保はもとより人員の確保や教育など、同感染症に対応するための体制は変更前と同様の体制を確保・維持しなければならないことから、手厚い加算点数にしていきたい。

また、同5類であるインフルエンザ感染症を含め、病院内ではクラスター等の発生を最も警戒し、緊張した運営を継続しているが、ひとたびクラスターが発生すればその対応に追われるばかりか、職員の罹患による人員数確保が困難となり、収入の根幹である入院基本料の維持に影響する。

については、「看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率」の特例措置を継続していただきたい。

8. 精神科医療について

(1) 所管を医政局へ移管

新たな地域医療構想の取りまとめにおいて、精神医療が新たに地域医療構想に位置付けられることになった。今後、身体疾患に対する医療と精神医療に対する医療の双方を必要とする患者への対応等、精神医療と一般医療との連携を推進していくことが益々重要となってくる。

精神医療と一般医療が垣根なくスムーズに行われるためにも、現在の精神医療の所管である社会・援護局から医政局に移管すること。

(2) 非自発的入院医療を高規格精神科病棟へ限定

急性期入院医療及び措置入院・医療保護入院等の非自発的入院医療については、質の高い入院医療及び退院後の適切なフォローアップが重要であり、高規格の精神科病棟に入院先を限定するべきである。

この分野においては、施設基準と医療費給付を一般病床並みとすること。

(3) 精神科が担う政策医療への支援の充実

精神科は、災害精神科医療、司法精神科医療、重度・慢性期の医療、児童・思春期精神科医療、重度依存症医療、身体合併症医療等の多岐に渡る政策医療の中心的役割を担っている。

これらの医療提供体制確保のためには診療報酬では担保できない多くの人員が必要である。そのための制度的・財政的支援を充実すること。

(4) 精神科病院勤務医師の地域偏在への抜本的な対策

精神科診療所は都市部に集中しており、地方ではいわゆる総合病院精神科が唯一の精神科医療機関であることが多い。精神疾患は薬物治療だけでなく長期にわたる療養指導が必要であり、外来患者は無制限に増え続け勤務医師の疲弊が著しい。

一般科のみならず精神科医師の提供体制についても抜本的な対策を講じること。

(5) 精神科医療提供体制の在り方を地域医療構想とともに検討

認知症ばかりでなく、若年者に広がるネット・スマホ・ゲーム依存は我が国の社会を根幹から揺るがす問題である。さらにアルコール使用障害やギャンブル依存への対策も不可欠であり、精神疾患は特殊なものではないという認識を持つ必要がある。

精神疾患の社会に与える影響を考えれば、最初から一般医療提供体制と同様な視点、プロセスにより検討し、一般医療と一体的に施行すること。

(6) 精神疾患に対応した感染症病床の整備

今般の新型コロナウイルス感染症での経験や改正された感染症法の趣旨を踏まえ、精神障害者や知的障害者、認知症患者にも対応可能な感染症病床の整備を検討すること。

上記決議する。

令和7年6月11日

一般社団法人 全国公私病院連盟
令和7年度(第66回)定時総会