

令和2年5月

要 望 書

全国自治体病院開設者協議会
公益社団法人 全国自治体病院協議会

はじめに

全国の自治体病院は、地域医療の最後の砦として、都市部からへき地に至るさまざまな地域において、行政機関、医療機関、介護施設等と連携し、地域に必要な医療を公平・公正に提供し、住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献することを使命としております。地域住民の生命と健康を守ることが地域の担い手を地域に定着させるための基本であり、そのためには、とりわけ地域において救急、小児・周産期等の医療を確保することは論を待たないところです。現在進められている地方創生の要は、地域医療と教育、就業支援、街づくりの再生であり、「まち・ひと・しごと創生」のために自治体や自治体病院の役割は益々高まってきているといえます。

国内における新型コロナウイルス感染症感染者は日に日に増加を重ね、4月7日に緊急事態宣言が行われ7都府県が対象区域とされ、その後対象区域が拡大されました。

自治体病院は、感染症指定医療機関としての役割を感染症指定医療機関 596 病院中 300 病院（平成 31 年 4 月：一部重複）が担って各地域で診療対応を行っており、果たすべき役割、期待は一層大きなものとなっています。

このような中、新型コロナウイルス感染症への医療や、救急医療などの医療崩壊を招かないような対応が求められています。新型コロナウイルス感染症が感染拡大している現状において、全国の医療提供体制はひっ迫し、医師を含めた医療人材が不足し、疲弊している状態にあり、これまでの前提条件が当てはまらない状況にあるため、将来的な医師数や病床数等の医療提供体制に関する一連の議論を、いったん凍結し、感染終息後に仕切り直しするべきであります。

将来を見据えた地域の医療体制の確保のための「地域医療構想」の推進に関し、令和元年 9 月厚生労働省は、公立・公的医療機関等について再編統合等の再検討を求めるとして、具体的な病院名を公表し、地域が混乱する事態となりました。その後、厚生労働省は地方の意見を丁寧に聞き、関係予算を措置する等としましたが、地域医療構想調整会議における民間医療機関に係る議論の方針は不明確です。

地域医療構想の推進は公立公的、民間医療機関を問わず同一の視点で検証していく必要があります。各自治体立病院においても一層の経営改善と機能分化を進めていかなければなりません。地域により自治体病院の果たす役割は異なることから、地域ごとに、自治体病院の果たしている役割を踏まえて、公立公的、民間医療機関を問わず議論を進められる環境づくりが必要と言えます。

「医師の確保、医師偏在解消」は地域の医療提供体制確保の要です。自治体病院では、へき地・離島はもとより、地域における拠点病院等にあっても医師が不足しており、とりわけ救急医療や総合診療、小児科、産科、外科、整形外科、麻酔科、精神科などは深刻ですが、そのような中、地域医療を必死に確保しています。医師の地域偏在、診療科偏在、無床診療所の都市部への偏在を解消し、「医師確保・医師偏在対策」の実効性を確保するためには国の関与が不可欠です。

都道府県は、国が示す医師偏在指標により区域や目標医師数を設定した上で、医師の偏在対策を目的とする医師確保計画を策定することとされていますが、医師偏在指標は、限られた一定の条件で全国を相対的に比較したものであり、地域に必要な医療提供体制を十分に捉え切れていません。また、目標医師数についても、地方が必要としている医師数とかい離しており、これらを用いた医師偏在対策の手法では、へき地医療の確保など各自治体に取り組む医師確保対策が抑制され、ともすれば後退するのではないかという、強い危機感を持っています。

地域に医師を確保するには、大学医学部入学地域卒の継続、臨床研修における医師少数地域等における研修を半年間以上必修化、専門医研修における地方研修の必修化、医療機関管理者の医師不足地域勤務経験の条件化等により、地域に医師が循環する仕組みが不可欠です。

更には、女性医師の活躍を支援する環境整備が必要です。

医師の働き方改革に関する検討会報告書（平成 31 年 3 月 28 日）において、医師の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、今後目指す医療提供の姿と医療現場の新たな働き方が示されました。なお、引き続き検討することとされていた事項については、各検討会で議論が行われているところですが、地域医療の現場においては、医師の地域偏在、医師、看護師等の不足によりタスク・シフト、タスク・シェアの実施も容易ではなく、大学病院や基幹病院等から派遣された医師により救急医療等が実施されるなどの厳しい実態があります。

については、今後とも医療現場に混乱や支障を来たすことなく、医師をはじめとする医療関係者が適切に地域医療を担い、地域住民が安心して医療を受けられるよう、国においては、然るべく医師等医療人材確保への支援、診療報酬の見直しを含めた財政支援が行われるべきものと考えます。

消費税制度において、事業者である医療機関が支払う消費税については診療報酬により補填される仕組みとなっていますが、診療報酬による補填を超えて医療機関が負担している仕入れ税額相当額が生じ、特に公立病院の補填率は、他の開設主体の医療機関と比べ最も低く、経営を一層圧迫しています。そのような中で、10%に引き上げられた消費税にかかる負担については、各医療機関への公平な補填が求められます。

令和 2 年度診療報酬改定では、本体は 0.55%プラスとなりましたが、薬価・材料がマイナス 1.01%で、ネットではマイナス 0.46%でした。前回のネット 1.19%マイナスに引き続いてのマイナス改定となり、医療機関の経営は益々逼迫しており、医療機関のコストを反映した診療報酬体系が必要です。

東日本大震災から 9 年 2 か月が経過し、復興のステージは復興・創生期間に入り、関係者の尽力により復興に向けた取り組みが続いておりますが、いまだ必要な医療が十分に確保されている状態ではありません。

また、近年、地震、台風、集中豪雨、豪雪等の災害が頻発しております。

被災地において一日も早い復興が望まれるとともに、自然災害が頻発する我が国の医療提供体制の確保が強く望まれるところであります。

これらの課題は、開設者である首長と病院、都道府県が取組だけで改善することは困難であり、国レベルでの実効性ある施策が不可欠であります。

国民が、居住する地域にかかわらず国民皆保険制度の趣旨に沿って等しく適切な医療が受けられる体制を整えるためには、人的、物的、財政的な面での公的な支援が必要であり、2025年以降の超高齢社会に向けて、国、地方自治体、医療関係者が力を合わせ、このことを踏まえた適切な医療提供体制が確保できるよう、ここに要望いたします。

I 地域の医療提供体制の確保

1. 新型コロナウイルス感染症への医療体制について

新型コロナウイルス感染症への対応は社会における喫緊の課題である。

医療現場からは地域医療の崩壊を招かないよう切実な声が上がっており、令和2年度補正予算を含め以下について対応すること。

要望事項

1) 医療機関、医療従事者への支援

新型コロナウイルス感染症患者の診療に当たる病院は、医療従事者の不足、交代要員確保困難のため、人的支援体制を構築するとともに、感染の可能性が高い全ての医療従事者に危険手当が支給できるよう支援を講じること。

医療従事者の感染拡大防止、医療機関等での院内感染防止等医療体制の確保を図るため、新型コロナウイルス感染者を診察した医師や看護師等に感染が疑われる場合に、一定期間待機できる宿泊施設等の確保を支援すること。

また、医療崩壊を起こさないために発熱外来と PCR 検査体制を作り、陽性者をトリアージし、感染症指定病院に重症者のみが、他の医療施設、宿泊施設等がその他の感染者を受け入れる仕組みを構築すること。

2) 診療材料、医療機器の供給

院内感染防止のために、サージカルマスク、N95 マスク、フェイスシールド、消毒液、防護服等について、国が一括管理し医療機関へ速やかに供給すること。

人工呼吸器、体外式膜型人工肺【ECMO】、生体モニター等の機器を速やかに供給すること。

生命に直結するこれらの品は、緊急的に日本国内での供給・備蓄体制を早急に進めること。

3) 検査体制

地域で迅速に検査できる体制を整備し、迅速な診断に支障のないようにすること。

4) 財源補償

新型コロナウイルス感染症による診療体制の変更等による収益減少、費用増加については補償を考慮した支援を講じること。

5) 診療報酬での評価

新型コロナウイルス感染症患者の受け入れに関しては、診療報酬において適切に評価すること。

6) 関係職員研修体制の整備

ECMO チーム、人工呼吸器等の管理、持続血液透析濾過法（CHDF）の管理等に従事する職員の確保を図るために、研修体制の充実させること。

7) 風評被害、差別意識の排除対策

感染者やその家族、また、治療にあたる医療従事者やその家族などに対する人権や風評被害に配慮した対策を講じること。

8) 将来的な医療提供体制に関する議論の凍結

新型コロナウイルス感染症が感染拡大している現状においては、将来的な医師数や病床数等の医療提供体制に関する一連の議論を、いったん凍結し、感染終息後に仕切り直しすること。

2. 地域医療構想について

令和元年9月、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」が全国一律の基準により、突然公表されたことから、地域医療を確保している地域の公立病院が廃止されると受け止められ、地域、住民に不安を招いている。

再編統合は地域医療構想調整会議において議論され、その結論が尊重されることとされており、再編統合には病床のダウンサイジング、機能の分化・連携、集約化が含まれ、将来の持続可能な医療提供体制の構築を意味するとしても、そのようには理解されていない。

地域の実情、医療現場の声を踏まえ、地域住民の理解を得ながら、国と地方が協力して地域医療構想の実現を図ることが必要である。

このため以下の事項の速やかな実行を図ること。

要望事項

1) 地域医療構想は開設主体にかかわらず地域の実情に即して検討を進める

昨年、厚生労働省は全国一律の基準による分析のみで、再編統合等の再検討を求める公立・公的医療機関等のリストを公表したが、国民の命と健康を守る最後の砦である公立・公的医療機関等が機械的に再編統合される事態は、あってはならないことであり、地域医療構想の実現など地域医療の確保に向けた取組み推進に当たっては、個々の病院及び地域の個別事情を十分踏まえ、公民を問わず地域の病院について同一の視点に立ち、地方とも丁寧に協議をしながら検討を進めること。

また、公立・公的医療機関等の見直し期限については、新型コロナウイルス感染症の対応状況も考慮し、個々の病院及び地域の個別事情に即したものとなるよう、柔軟な取扱いをすること。

2) 地域医療確保に関する国と地方の協議の場を継続して開催し地方の意見を聞く

「地域医療構想の推進」、「医師の地域偏在対策」、そして「医師の働き方改革」を三位一体で推進していく総合的な医療提供体制改革を、国と地方が共通の認識をもって推進していくため、地域医療確保に関する国と地方の協議の場を継続的に開催し、地方の意見を確実に地域医療確保施策に反映させること。

3) 地域医療構想調整会議における地域の実情や地域住民の視点も踏まえた議論の活発化

自治体病院の役割は全国一律ではなく、地域により果たす役割は異なることから、地域医療構想調整会議において公立・公的医療機関の機能を議論する際には、地域の実情や地域住民の視点から、同様な機能を担う種々の開設主体の医療機関が、2025年以降の地域の医療機能を公平・適正で徹底した議論を行うよう国が支援すること。特に「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」を含む地域においても、公立・公的のみならず、地域で同様な機能を担う民間医療機関を対象とし議論出来るよう国が支援すること。

4) 再編・統合における財政支援について

病床のダウンサイジングを含む再編・統合においては、令和3年度以降も引き続き国が強力な支援を図ること。

5) 「地域医療介護総合確保基金」予算の増額、地域の実情に応じた配分

「地域医療介護総合確保基金」においては、公民の公平に配慮し自治体病院が十分活用できるように予算を確保し、機能転換（回復期病棟整備、離島、へき地の施設・医療機器整備等を含む）への財政支援を充実すること。

また、予算配分は公民の公平に配慮し、地域の実情に応じ在宅医療の充実や医療従事者の確保へ重点的に配分すると共に、事業区分間の配分の変更を可能とする等、柔軟な運用とすること。

関連し、既存病床から転換する介護医療院の財政上の位置づけを明確化し、運営に支障のないようにすること。

3. 医師確保、医師偏在解消について

医師不足・医師偏在解消の実効性を高めることが重要であり、医師の地域偏在、診療科偏在、無床診療所の都市部への偏在を解消するために、需給調整に必要な開業規制、診療科ごとの必要専門医数の養成と地域への配置、一定期間医師不足地域における勤務の義務付けなど、医療提供体制の均てん化施策を早急に実行することが必要である。

また、医療施設に従事する医師数 311,963 名のうち女性医師数は 68,296 名（21.9% 平成 30 年厚生労働省調査）であり、女性の割合は年々増加していることから、女性の視点を取り入れることや幹部職員としての活躍も望まれるところである。地域における医療提供体制を確保し、女性の活躍を支援するために、保育施設の整備、勤務負担軽減のシステム、職場・家族の理解など、環境の整備が必要である。

要望事項

1) すべての医療機関管理者は医師不足地域における勤務実績を条件化

医師偏在対策の実効性を確保するため、管理者が医師少数区域等における勤務経験を有する医師（認定医師）であることを要件とする医療機関を、公立・公的病院はもとよりすべての医療機関とし、医師が循環（継続）して医師不足地域に勤務する体制を形成すること。

2) 国の支援による医師偏在解消の実効性、即効性の確保

都道府県が策定する医師確保計画について国が適切に支援し、医師偏在対策の実効性、即効性を確保すること。

3) 地域毎の診療科別必要医師数の明確化と都道府県間の医師偏在の解消

地域ごとの診療科別必要医師数を明確化し、医師（専攻医・専門医・指導医等）を地域に配置する施策を確立すること。県域を越える医師偏在の解消は国の責任において実施すること。

4) 医学部入学の地域枠・地元出身者枠活用による医師の地方勤務推進

地方では医師の高齢化等のため診療所を廃止する事例や、地域包括ケア・在宅医療の実施の困難化により、病院への負担が増大している。地域に必要な医師が十分に確保されるまで医学部入学定員を減らさず、地域枠・地元出身者枠により地方勤務する医師を養成し、地方の診療所医師の確保、病院勤務医師の確保を推進すること。また、大学教育において総合診療専門医を適切に養成すること。

5) 医学部高学年と初期臨床研修の連続的な連携

大学高学年と初期臨床研修を一体的に運用することにより、高い一般診療能力を身につけた初期臨床研修医を育成し、医師少数の地域等で半年間以上臨床に携わるようにすること。

6) 女性医師が働きやすい環境の整備

医師不足を解消するに当たり、女性医師が出産、子育てなどで休職後復帰するための働きやすい環境の整備が必要である。

具体的には、出産、育児を希望する方に対しては、安心して臨めるよう休日や夜間を含め、院内保育・病児保育の体制整備、短時間勤務制度や当直・時間外勤務免除、在宅勤務制度などにより負担の軽減と家庭生活との両立を推進し、業務の代替等を検討するとともに、ライフイベントに応じた勤務等について相談できる窓口を設置するなどの対応が必要である。

また、職場復帰しやすい復帰支援プログラムの運用、ライフイベントに応じた働き方の職場における共通理解、家族の理解、周囲の意識の醸成、他職員との関係性への配慮等も必要である。

については、女性医師がさらに活躍できるよう、働きやすい環境の整備を総合的に図ること。

7) 医療人材確保に係る事業の継続

医療に携わる人材の確保に係る事業を中心に既存財源による事業を廃止して、「地域医療介護総合確保基金」事業への振替えがなされているが、深刻な医師・看護師不足を解決し地域医療を維持するため、安易な事業廃止は行わないこと。

4. 新専門医制度について

新専門医制度は、2018年度から開始されたが、専攻医が東京などへ集中する一方、地方では5年後、10年後の地域医療の確保が危ぶまれる状況が見受けられる。

また、期待される総合診療専門医は採用者数が少ない（1年目、2年目ともに約180名、3年目は約220名）。

加えて、幅広い領域に対応し指導医数も豊富な大学・大病院に専攻医が集中しやすい状況にあるが、一県一医大構想は各県の人口格差を配慮したものでないため、人口当たりの医学部定員の少ない道県では、都市部へ流入する事態によって重大な医師不足が生じている。

したがって、新専門医制度は専攻医及び指導医の東京を中心とした都市部等への集中を回避し、医師少数区域等での研修を必修化するなど、地方にバランスよく若手医師、女性医師及び指導医が配置されるような仕組みとし、地方勤務の促進を図られるなど、勤務医の地域偏在、診療科偏在が是正されるよう進めることが必要である。

要望事項

1) 医師の地域偏在・診療科偏在に及ぼす新専門医制度の影響の検証、及び必要な対策の実行

地域の実情等を十分踏まえるとともに、新専門医制度により医師の地域偏在や診療科偏在が助長されるようなことは決してあってはならない。

その上で国が責任をもって検証し、地域毎の医師必要数に応じて地方にバランスよく医師が配置されるよう、日本専門医機構及び関係学会に対して実効性のある対応を求める等、必要な対策を講じること。

2) 総合診療専門医のキャリアパスの整備

地域で期待される総合診療専門医養成のため、キャリアパスを明確にすること。

3) 医師少数区域等での研修を必修化し東京等への専攻医の集中を助長しない

新専門医制度により東京等に医師が集中せず、医師少数区域等での研修を必修化し地域医療が適切に確保されるようにすること。

4) 医学部定員の見直しは、都市部へ専攻医が集中しないよう地域実情を勘案

医学部定員の見直しが画一的・機械的に行われた場合、都市部への専攻医の集中が加速、温存される可能性があることから、地域の実情を勘案した柔軟な対応を行うこと。

5. 医療従事者の負担軽減及び医師等の働き方改革の推進について

要望事項

1) 医療従事者の負担軽減、及び医師等の働き方改革の推進に関する周知、必要に応じた財政的支援策

医療従事者の負担軽減、及び医師等の働き方改革を推進するにあたっては、実効性をもって進められるよう、医療機関のみならず、国民・行政・企業に対しても継続かつ十分な周知を図ること。

また、令和2年度診療報酬改定において医療従事者の負担軽減、及び医師等の働き方改革の推進が重点課題として対応を図られたところであるが、医療機関が着実に実行していく上では、様々な取組みに対して安定した財源が必要となる。例えばタスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進に係る人材確保や業務効率化のためのICTの導入等に要する費用のほか、医療機関の交代制勤務、時間外勤務等に要する費用など、経営への影響を考慮し持続可能な病院経営ができるよう、今般の診療報酬改定による効果等を検証し、必要に応じた財政支援策を講じること。

2) 医師の副業・兼業に係る労働時間管理の慎重な取扱い

医師不足の医療機関では、一般外来診療をはじめ宿日直勤務や、夜間・休日における救急診療の多くを大学病院や地域の基幹病院等から派遣されている医師によって支えられている。医師の副業・兼業に係る労働時間を通算する管理の取扱いについては、一般の労働者と同じような対応を医師の働き方に現行のままで当てはめれば、地域医療の崩壊を招く恐れが非常に強いことから、追加的健康確保措置のあり方を含め、地域医療を適正に確保できるようにされたい。

3) 地域の実情を踏まえた地域医療確保暫定特例水準の適用

都道府県が地域医療確保暫定特例水準の適用を認める医療機関を特定するにあたり、医療機関は医師労働時間短縮計画を策定し、タスク・シフティング、タスク・シェアリング等を計画的に推進することが要件となっているが、特に地方の医療機関では医師以外の医療従事者も不足していることから、地域の医療提供体制や当該医療機関の実情を踏まえるとともに、医療従事者の確保策や地域偏在対策等について、引き続き国において対応する必要があること。

4) 対応困難な医療機関に対する追加的支援策

医師の働き方改革を推進していくにあたり、都道府県が定期的に医療機関の取組状況に関する実態調査を実施した結果、特に医師不足等の地域医療提供体制の実情により個々の医療機関の取組みだけでは対応が困難と認められる場合は、当該医療機関の支援に関与し、また、国においては地域医療に影響を及ぼさないよう必要に応じて追加的支援策を講じること。

5) 医師の柔軟な働き方の推進

医師の働き方改革においては、少子高齢社会における地域の医療提供体制の確保、

医師偏在の解消などの課題を踏まえ、性別を問わず医師が働き続けられる環境を整備するため、短時間勤務、当直勤務免除、オンコール免除等の勤務が可能となるよう、柔軟な働き方を目指し推進すること。

6) 救急・高度医療を担う医療従事者の上限規制に関する取扱い

救急や高度医療を提供する医療機関において、病棟管理業務やオンコール対応、また、緊急手術や救命対応の際の診療補助を行う医療従事者等、緊急対応を行わざるを得ない職種の労働時間の上限規制について、地域の医療提供体制や実情を踏まえ、弾力的な措置を講じること。

6. 精神科医療について

要望事項

1) 非自発的入院医療を高規格精神科病棟へ限定化

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、精神科特例（昭和33年厚生省事務次官通知等）を廃止して施設基準と医療費給付を一般病床並みとすること。

2) 自治体病院精神科が担う政策医療への支援の充実

自治体病院精神科は、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。そのための制度的支援を充実すること。

3) 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なため、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が必要である。

4) 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する

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。精神科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され、一般医療と一体に施行されるべきである。

7. 医療人材の確保について

(1) 薬剤師確保対策について

病院等においては、チーム医療の推進や病棟薬剤業務の展開、さらには高齢化社会に伴う在宅医療患者への薬剤管理指導など、薬剤師の需要が拡大しているが、大手調剤薬局やドラッグストアの多店舗戦略等により、地方の自治体病院においては薬剤師の確保が厳しい状況であり、特に薬科大学(大学薬学部)が所在しない県内は、著しく厳しい。

平成24年から6年制課程修了薬剤師が就業しており、医師・歯科医師・薬剤師調査による就業先を平成22年と平成30年とを比較すると、薬剤師総数は約3.5万人増加し、そのうち薬局従事者は約3.5万人増加、医療施設従事者は約0.8万人増加、医薬品関係企業従事者は約0.6万人減少し、薬局従事者の増加が突出している。全国自治体病院協議会薬剤部会では全国での薬剤師募集・採用状況を継続調査しており、令和元年度の調査では、回答301病院の平均採用率は59.3%、募集しても1人も薬剤師を確保できなかった採用率0%の病院は110施設(36.5%)であり、昨年度調査に比べて約8ポイント増加している。募集人員数の一部しか確保できなかった病院74施設(24.6%)を合わせると、全体の約6割の病院において薬剤師確保が極めて厳しい状況にある。

要望事項

医療機関への薬剤師確保定着策の実施

国においては、医療の質の確保、チーム医療の推進、及び医師の過重労働を回避する観点からも、診療報酬の見直しや、医師・歯科医師と同様に6年間の教育を受ける病院薬剤師の業務と役割について適正な評価を行い、国が定める俸給表等の見直しを検討するなど、一層医療機関への薬剤師確保と定着が図れるよう、早急に対策を講じること。

(2) 看護師等確保対策について

超高齢化少子社会の到来、地域医療構想の進展により、看護の提供場所は医療機関から地域にまで拡大し、看護職の質・量の需要は今後益々高まる。一方、医療の高度化と専門化に応じた看護職の養成には時間がかかり、子育てや介護で夜勤を担う看護師等の確保はより困難になっている。医療の高度化・専門化に伴い、看護師等は生涯自己研鑽が求められている。また、診療報酬算定の要件に所定の研修受講が定められており、病院経営上も看護師等の研修受講は欠かせない。しかし、地方においては研修の機会が少なく、遠方での研修受講のために長期間の派遣を余儀なくされ、職員個人、医療機関ともに負担が大きい。地域包括ケアシステムを確固たるものにして、働き方改革を進めて必要な医療を提供し続けるためには、看護師等がそれぞれの専門性を発揮して活躍することが求められている。特に、診療の補助行為ができる特定行為研修を修了した看護師等の養成を速やかに進めることは喫緊の課題である。さらに、医療機関での入退院支援の充実、在宅ケア促進のための関係施設との連携や人材育成など、看護師等の役割は拡大・多様化しており、他職種が担うことのできる業務については、より一層の役割分担が求められている。

要望事項

1) 看護師等確保に向けた諸施策の実行と財政的支援

良質な看護を継続的に提供していくため、財政的支援も含め、看護師等確保のための諸施策を実行すること。

2) 看護職員需給見通しの精緻化

病院の機能分化、地域連携の推進、在宅療養支援等の新たな需要や都市部への看護師等の偏在などの状況を的確に把握し、きめ細かな看護職の需給見通しを策定すること。

3) 看護師等免許保持者のナースセンターへの届出制度の活用

看護師等免許保持者のナースセンターへの届出制度を活用して、潜在看護師等の復職支援処遇改善等を進めて確保につなげるとともに、制度を国民に周知して制度を実効あるものとする。

4) 地方における専門的研修機会増大のための Web 研修の整備と財政支援

地方における研修機会の増大を図るため、Web を活用した教育体制の整備、及び認定看護師等の養成教育機関への職員派遣等について、財政措置を含めた支援を行うこと。

5) 特定行為研修実施に対する財政的支援

特定行為研修制度の推進のため指定教育機関や実習協力機関に対し、研修の実施区分数や受講者数に応じた補助金の充実を図ること。

6) 看護業務の他職種への移譲促進

チーム医療の推進に伴い看護師等の役割も拡大している中で、安全かつ効率的な業務遂行を図るため、他職種が担うことのできる業務については、より一層の役割分担を促進していくこと。

(3) 医療人材確保に関する支援の充実

公立病院においては、既述の医師、薬剤師、看護師のみならず、調理員や看護助手、その他の医療スタッフについても、特に地方において人材の確保が困難となっている。また、委託の場合でも同様に人材確保難等から委託料の高騰を生んでおり、地域医療確保、病院経営に与える影響は多大なものとなっている。

また、働き方改革の推進や、特に公立病院においては令和 2 年度から会計年度任用職員制度が始まることなども人件費の増加の要因となり、病院運営に与える影響は多大である。

要望事項

地域医療確保の観点から、病院に勤務する医療スタッフの確保について早急に対策を講じること。また、人材確保難、制度改正に伴う人件費、委託費等の増加については、財政措置についても配慮されたいこと。

8. 医療事故調査制度について

要望事項

医療事故調査制度の国民への周知等

平成 27 年 10 月に開始された医療事故調査制度の趣旨が、国民に正しく伝わるよう適切に周知を図ること。

WHO ドラフトガイドラインでいうところの非懲罰性、秘匿性、独立性といった考え方に整合的な運用を、引き続き堅持されたいこと。

9. がん医療提供体制の充実について

高度急性期の医療機能の強化において、特に国民の 2 人に 1 人が罹患する「がん」の医療提供体制の充実が重要である。

(1) 粒子線治療について

とりわけ粒子線治療は生活の質を維持する効果に優れ、平成 28 年度に小児腫瘍に対する陽子線治療、及び切除非対応の骨軟部腫瘍に対する重粒子線治療が公的医療保険の適用となった。また、平成 30 年度の診療報酬改定では、新たに切除非対応の骨軟部腫瘍に対する陽子線治療、口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く頭頸部悪性腫瘍、及び限局性・局所進行性前立腺がんに対する粒子線治療が公的医療保険の適用となったところである。更に粒子線治療を望む多くの人が治療を受けられるようにすべきである。

要望事項

1) 有効性や安全性など適正な医療の提供と認められた粒子線治療に対する公的医療保険適用化または先進医療の継続

有効性や安全性など適正な医療の提供と認められた粒子線治療については、早期に公的医療保険を適用し、保険適用外のものについては先進医療を継続すること。

2) 粒子線治療に係る診療報酬額の適正な水準への引上げと地域を超えた連携体制の整備

建設費が大きく治療に要する実費用が高額な粒子線治療施設における治療について、治療施設が持続的に治療を実施できるよう診療報酬額を適正な水準に引き上げるとともに、既存施設を有効に活用するため、高度な放射線治療を受けられるよう地域を超えた患者紹介など、連携体制を整備すること。

(2) がん診療連携拠点病院（高度型）の要件見直しについて

要望事項

地域がん診療連携拠点病院（高度型）について、同一医療圏内で 1 か所のみ認められているところであるが、指定基準を満たした病院が複数ある医療圏については、地域がん診療連携拠点病院（高度型）の基準の均てん化の観点から、指定基準、及び診療実績を考慮し、必要に応じて同一医療圏内で複数を指定する制度とすること。

10. 医療分野における ICT 化の推進及び AI の導入・活用について

放射線専門医、病理専門医をはじめ、医師の不足地域における診療支援、女性医師の活躍等の観点等から、医療分野における ICT の推進は必要である。

また、電子カルテの運用、診療報酬上でのデータ提出を要件とする病棟の拡大、並びに遠隔診療・オンライン診療の導入、「全国がん登録制度」の運用等、ICT を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進が求められており、病院が負担する医療情報処理に係る費用は増大する一方である。さらに、医療・介護間の ICT ネットワークシステムの構築、情報の共有化と利活用による、円滑な医療・介護連携を実現することも求められている。

また、AI や IoT については、在宅、日常生活でのバイタル等の生体情報を取得し解析することが可能となり、診断の早期化、治療効果の確認等により、適切で効率的な医療ケア提供が図られるほか、大容量通信が可能な第 5 世代移動通信システム「5G」との組み合わせにより、遠隔診療サービスの高度化等に繋がるなど、医師不足地域等における診療支援の観点から、その導入・活用が期待されている。

要望事項

1) 国による医療分野における ICT の標準化と AI の導入・活用への財政措置の拡充

放射線専門医、病理専門医をはじめ、医師不足地域における診療支援、女性医師の活躍の観点等から、医療分野における ICT 化を積極的に推進し、国の標準化により医療機関での負担を最小限に抑えつつ、診療報酬をはじめとした必要な財政措置の拡充を図ること。

また、AI、IoT 及び 5G の導入・活用へ向けた診療報酬をはじめとした必要な財政措置を図ること。

2) マイナンバーカードを利用した健康保険のオンライン資格確認に係る財政措置の拡充

オンライン資格確認導入のための医療情報化支援基金による財政措置については、特に大規模病院において想定される導入経費に比して著しく不足していることから、令和 3 年 3 月からの円滑な実施に向けて直ちに制度の見直しを行い、財政措置の拡充を図ること。

1 1. 公立病院の運営の確保について

(1) 財政措置等について

病院事業にかかる地方交付税措置については、厳しい財政の状況下で、自治体病院が担う小児医療、救急医療、精神科医療、へき地医療、高度医療、周産期医療等の政策医療や不採算医療、更には医師の確保に配慮した制度の拡充が図られてきたところであるが、自治体はなお多額の負担をしている。

要望事項

公立病院に対する制度的・財政的支援をはじめ、地域医療の確保のために必要な措置の充実

社会経済情勢の動きに即してその所要額を確実に確保するとともに、公立病院に対する制度的・財政的支援をはじめ、地域医療の確保のために必要な措置の充実を図ること。

また、病院事業にかかる地方交付税措置を見直す場合においては、自治体病院の運営に支障を来たすことのないよう配慮されたいこと。

(2) 医療機関に対する消費税制度の改善について

診療報酬による消費税負担の補填不足が 2018 年に判明し、公立病院の補填率は 69%と公表され、2014 年度以降 3 ヶ年の 5%から 8%への引き上げに係る補填不足額は 400 億円以上と推計される。保険医療機関は療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならないと定められているが、診療報酬による控除対象外消費税の補填方法と補填点数は適正とは言い難く、公平で精緻な制度・運用が病院経営には必要である。

平成 31 年度与党税制改正大綱において、「社会保険診療に係る仕入れ税額相当分の補填のバラツキについては、診療報酬の配点の精緻化により是正」とされ、2019 年 10 月からの消費税率引き上げに伴う診療報酬による医療機関への補填は、シミュレーションによれば 100%前後と公表された。

しかし、このシミュレーションは入院基本料の区分等により分類・類型化された平均値であり、病院間のバラツキは解消されず、病院個別に 100%前後でなければ精緻化とは言えない。

要望事項

1) 厚生労働省は消費税率引き上げ後の診療報酬による補填状況を早期に検証し、補填のバラツキや不足があれば、配点の精緻化(付替え)により修正するか、診療報酬制度内にバラツキを調整する仕組みを創設する等により、病院個別に 100%の補填とすること。

2) あるいは、診療報酬での対応が限界であれば、課税措置への転換、ゼロ税率による還付等、抜本的に税制を改正すること。

Ⅱ 被災地への継続的支援と災害に対応する医療提供体制の構築

1. 東日本大震災の被災地における医療提供体制の確保

要望事項

1) 被災した医療機関の復興に向けた継続的な支援

被災した医療機関の復興に当たり、未だに労務費や建設資材等の高騰が続いていることから、被災地における復興計画期間を通じて安定した財源の確保を図ること。

2) 被災地における医療従事者確保への支援

地域の医療機関の復興に向け、長期的かつ継続的に医師や看護師等の医療関係職員を確保することが重要課題であり、また被災者の心のケアをはじめとした医療ニーズは多様化していることから、医療従事者の確保に対して支援を行うとともに、被災者の心のケア対策等の取組が安定的に実施可能となるよう確実な施策、財源措置を図ること。

2. 自然災害等による緊急時の医療提供体制確保への支援

要望事項

医療機関の震災対策、水害対策、雪害対策、停電対策等に対する支援を充実

大規模な自然災害が頻発する我が国の医療提供体制確保のために、医療機関の震災対策、水害対策、雪害対策、停電対策等に対する支援を充実すること。

おわりに

全国の自治体病院は、医師不足などの厳しい環境においても、住民生活に不可欠な質の保たれた医療を適切に提供するために懸命に努力を続けております。今後一層進展する高齢化に対しても、関係者と連携の上、地域を守る気概をもって医療を提供していく所存であります。

今般の地域医療構想、医師偏在の解消、医師の働き方改革等の実現において都道府県の役割が一層大きくなりますが、依然として国が果たす役割は制度整備や所要財源の確保など、基本的かつ重大であります。

国においては、以上13の事項について早急に取り組んで頂くよう強く要望いたします。