

平成21年11月26日

自治体病院全国大会 2009

要望書

全国自治体病院開設者協議会
社団法人 全国自治体病院協議会
全国自治体病院経営都市議会協議会
全国知事会
全国都道府県議会議長会
全国市長会
全国市議会議長会
全国町村会
全国町村議会議長会
国民健康保険中央会

はじめに

自治体病院は、その地域に不足している医療に積極的に取り組むとともに、地域の医療機関や行政機関等との連携を図りながら、公平・公正な医療を提供し、地域住民の健康の維持・増進を図り、地域の発展に貢献することを使命としております。

このため、あらゆる地域において、住民のニーズに対応した適切な医療を提供するとともに、総合的医療機能を基盤にへき地医療、高度・特殊・先駆的医療等を担っております。さらには、医療従事者の研修の場としての役割を果たし、地域医療水準の向上や、地域住民が安心して医療を受けられる環境整備、並びに合理的かつ効率的な病院運営に日夜努めております。

しかしながら、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、全ての診療科において医師が不足しており、とりわけ、救急医療や小児科、産科、外科、精神科などは深刻であり、地域医療の確保もままならず、医師不足の解消は喫緊の課題となっております。さらに、病院勤務医の労働過重や看護師不足の問題は地域の医療崩壊を招いており、これらの問題は、開設者である首長と病院だけで改善することは極めて困難な状況にあります。

昨年4月の診療報酬改定においては、緊急課題として、小児科や産科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減に措置された部分もありますが、これまでのマイナス改定の影響が大きく、今回の改定によって各地域の医療が本来必要とされる機能を回復できたとは言えません。

また、今般の新型インフルエンザへの対応に携わった多くの自治体病院においては、新たな財政負担と診療への影響が生じております。

このような状況の中、本日、自治体病院全国大会を開催し、わが国の医療政策や経済政策を踏まえ、自治体病院が地域において真に必要な良質な医療を安全に、かつ、継続して提供できるよう、なお一層の取組みを行うことを決意いたしました。

つきましては、国及び関係機関等におかれては、以下の諸施策が適切に講じられるべきことについて、格別のご尽力を賜りますようお願い致します。

1. 医師確保対策について

1) 医師不足（地域偏在・診療科偏在）については、我が国に医師の適正配置の仕組み（諸外国では開業規制や地域、診療科の定員制等）がないことが一因である。各都道府県に設置されている「地域医療対策協議会」を活用し、さらなる実効性を高めるよう以下の仕組みを早急に構築すること。

①国と地方による恒常的な需給調整

各都道府県の地域医療対策協議会が、2次医療圏（全国348箇所）を単位として性別・年齢構成等を勘案した診療科ごとの現状に基づき必要な医師数を算出し、透明性を確保した上で地域医療対策協議会が需給調整を行える仕組みを構築すること。

②規制的手法導入の検討

2次医療圏内における病床規制に続く新たな需給調整に必要な開業規制と診療科ごとの医師数規制について導入の検討を行い、安心・安全・高度な医療提供体制を堅持できる施策を早急に実行すること。

③特定診療科への緊急対応

外科、産科、精神科などの勤務医の不足が原因で病床の一部休止や分娩取扱いの休止などを余儀なくされている実態を踏まえ、これらの診療科に従事する勤務医の養成確保を早急に行うこと。

2) 今年度創設されたへき地医療を担う医師の支援や医師確保困難地域への医師派遣、管制塔機能を担う救急医療機関の支援、女性医師等の離職防止・復職支援、短時間正規雇用や交代勤務制等を導入する医療機関への財政的支援等の医師確保に関する諸施策については、引き続き拡充すること。

3) 病院勤務医の過酷な勤務実態を踏まえ、労働過重の改善について、引き続き国民が安心できる良質な医療の提供をできるだけ多くの医師数を確保するため診療報酬の抜本的見直しを含む適切かつ、さらに充実した施策を講じること。

また、地域の救急及び産科医療を確保するための救急勤務医及び産科医等確保支援事業に係る救急勤務医手当については、本年4月以降に手当を創設、または増額している施設が対象となっているが、それ以前から既に実施している施設も対象となるよう所要の改善措置を講じること。

4) いわゆる総合診療に従事できる医師の養成に努めるとともに、専門医の養成・認定においては、地域医療従事等の評価を考慮した体系とするよう、国として早急な対策を講じること。

5) 医療関連死についての医師法第21条の改正については、厚生労働省から医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案並びに第三次試案が出されているが、医療関係者の間でも意見が分かれている部分がある。さらに幅広く活発な議論を行い、国民及び医療関係者の理解を得るように努め立法化を行うこと。

さらに、無過失補償制度については、産科以外の診療科についても早急に対応を進めること。

2. 新型インフルエンザ対策について

1) 感染拡大に伴い、地域の中核病院である自治体病院を受診する患者が急増している中、感染拡大の抑制を図るためには、自宅においても、手洗い、うがい等の感染予防対策等が重要であることから、新聞・テレビなどあらゆる媒体を活用し、国民に向け、継続的な啓発を早急に行うこと。

また、慢性呼吸器疾患・糖尿病などの代謝性疾患・腎臓機能障害などの基礎疾患がある者、乳幼児・妊婦・高齢者など新型インフルエンザに感染すると重症化するリスクが高い者等への予防や急な発熱などの感染症状が出た場合の対応についても、継続的な周知・啓発を早急に行うこと。

2) 感染拡大により、医療機器等の医療資機材の不足が懸念される中、医

療機関の診療に支障が生ずることがないように、必要な医療機器等の医療資
機材の確保と財政支援を行うとともに、病床の確保や風評被害による外来
患者減に伴う減収などの新たな財政負担に対する支援を行うこと。

3. 社会保険診療報酬の改定について

- 1) 昨年4月に行われた診療報酬改定では、緊急課題として病院勤務医の
負担の軽減に措置された部分もあるが、これまでのマイナス改定の影響が
大きく、各地域の医療が本来必要とされる機能を回復できていない状況に
ある。次回診療報酬改定に当たっては、全国自治体病院協議会の「平成
22年度診療報酬改定への重点要望」¹をはじめ、地方や日本病院団体協議
会の意見を十分に尊重し、自治体病院が担っている診療機能を十分評価し、
診療報酬上の拡充措置を講じ、医療技術の適正な評価と医療機関の機能的
コストなどを適切に反映した診療報酬体系とすること。
- 2) 現行のDPC制度では、自治体病院が担っている精神を含む救急や周産
期医療、へき地医療等の政策的な医療を評価する算定方式となっていない
ため、これらの政策的な医療を評価する加算措置の拡充を行うこと。
- 3) 救急医療、周産期医療については、平成21年度に地方交付税が増額
されているが、地方自治体の財政負担は依然大きい。地域住民の安全を
守る観点から継続して行えるよう診療報酬による評価をさらに引き上げ
ること。
- 4) 社会保険診療報酬に係る消費税制度のあり方を早急に改めること。

¹ P10～P13「平成22年度診療報酬改定への重点要望」(社)全国自治体病院協議会

4. 医師の臨床研修の円滑な推進について

初期臨床研修については、全国の自治体病院の多くが臨床研修病院として地域医療に関するカリキュラムの充実を図る等それぞれに熱心な取り組みを行っており、地域医療の実践に即した医師を育成している。

こうした幅広い基本的な診療能力を持った医師の養成と質の高い研修を確実なものとしていくための臨床研修制度の根幹を堅持できるよう国からの財政的支援の強化を図ること。

5. 公立病院改革プラン等について

1) 各自治体病院においては、公立病院改革プランを策定し効率的な経営にむけて具体的な取り組みが進められているところであるが、このプランの実施に当たって適時適切な助言・指導を行うこと。

また、各自治体病院では、安定した病院経営に向けて病床数の削減など経営改革に積極的に取り組んでいるところであるが、行革法による地方公務員の削減、給与の見直し等が求められ、自治体病院の効率的な経営を阻害する要因ともなっているため、医療制度改革、診療報酬改定に、柔軟かつ効率的に対応できるよう、規制は行わないこと。

2) 再編・ネットワーク化等における財政措置については、一定の財政措置が講じられているところであるが、基幹施設及びその他施設への出資・負担や既存施設の除却など財政負担が多額であり、合併特例債並みに交付税措置の割合を引き上げるなど、一層の充実を図ること。

6. 看護師確保対策について

我が国の病院に勤務する看護職員数は先進諸国と比較してもかなり少ない状況にあり、「第六次看護職員需給見通しに関する検討会」においても全国で約4万人の看護師の不足が報告されている。

地域性や患者の看護の必要度に応じた安全で質の高い看護を持続的に提供できるよう、国や関係機関においては診療報酬上の評価を見直し、関係法令の改正も視野に入れ、卒後臨床研修制度による指導体制整備、短時間勤務制度導入、24時間・夜間保育に対する財政的支援等をはじめとした就労環境整備、看護師養成・研修機関の充実など看護師確保と質の向上に対する諸施策を早急かつ積極的に実行すること。これに関連し、自治体病院における医療スタッフの定員制の緩和を促すこと。

7. 定員合理化計画について

国においては、平成22年度から新たな定員合理化計画を行うこととしているが、地方自治体においてはその規模や事務分担・事務移譲等を踏まえ、自主性を尊重するとともに、病院事業にあっては必要な医療スタッフの確保は医療体制を維持・充実し、医療収入を確保する根源でもあることから、自治体病院については定員規制の外枠とすること。

8. 周産期医療について

周産期医療については、自治体病院においてもNICU退院後のフォロー体制整備が間に合わず、入院が長期化している。これらの状況を解消するための後方ベッドの確保及び連携体制の強化に関する制度支援と人的支援を含めた適切な診療報酬上の措置を早急に講じること。

9. 精神科医療について

- 1) 自治体立の精神科病院及び精神科を有する一般病院は、重症例、急性期、身体合併症例、児童思春期、依存症治療等の民間病院では対応が難しい患者に重点的に対応するなど、精神科医療において重要な政策的役割を果たしているが、診療報酬がこうした自治体病院が担っている精神科医療

の実態を反映していないことから、手厚い医療を行っているほとんどの自治体において赤字経営を余儀なくされている。精神科に対する入院基本料等の引上げと重症例、児童思春期、依存症、身体合併症治療等に対する相応の診療報酬の加算を十分検討すること。

2) 平成13年度の第4次医療法改正により、総合病院や大学病院の精神科は特例からはずれ、医師16:1、看護師15:1以上とされたにもかかわらず、診療報酬上の対応がなされていない。精神科病棟入院基本料を実態にあわせて見直すこと。

また、単科精神科病院においても、早急に医師16:1、看護師15:1以上の医療体制を整備するよう医療法の精神科特例を廃止すること。

3) 現在、一般病院精神科が次々に縮小・閉鎖に追い込まれる危機的状況にあるが、我が国の精神科医療の提供体制を総合的に検討した上で、一般病院精神科の位置付けと役割を明確にし、一般病院精神科の抜本的な立て直し策を検討すること。

特に我が国の急性期医療の大部分を担うDPC適用の一般病院においても、精神障害についての疾病分類(MDC-17)をすでに策定しながら、精神科病棟においてはその適用を認めないなどの不合理的な点を早急に見直すこと。

4) 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の円滑な運用は、緊急の国家的課題であり、自治体立精神科病院にも協力が強く求められているところである。このことについて施設整備、人員確保等において、自治体が十分対応出来るような施策展開を引き続き図ること。

10. 財政措置等について

1) 病院事業にかかる地方交付税措置については、不採算地区病院、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、追加費用等について、その所要額を確実に確保するとともに充実を図ること。

また、医師不足地域では、病院勤務医の負担も通常の場合よりも一層厳しく医師不足の程度に応じて加速的に大きくなる。このことを適切に評価し支援することが更なる医師不足をくい止め、結果的に医師確保や経営改善に資する上で極めて有効かつ不可欠であり、このため、必要な手当等の処遇改善のための財政的支援の充実を図ること。

2) 現行の「過疎地域自立促進特別措置法」は平成21年度までの特別立法となっているが、過疎市町村に存在する自治体病院は数多くあり、こうした地域においては少子高齢化、医師不足等により地域医療の確保が深刻な状況であるとともに、市町村財政も一層厳しい状況となっている。

こうしたことに対処し、住民が安心・安全に暮らせるようにしていくためにも新たな過疎対策法を制定し、地域医療の確保のための対策や財政支援等の充実を図ること。

11. 高度な放射線治療の推進について

がん対策の推進には、我が国では普及が遅れている放射線治療を推進していくことが重要であり、近年、高度なX線による治療や粒子線による治療等、新たな治療効果の高い放射線治療が行われている。

放射線治療を推進するため、粒子線治療などの新しい放射線治療の保険適用を進めるとともに、適用に当たっては、治療に必要な診療報酬上の評価など放射線治療の普及促進のための措置を講ずること。

おわりに

今日の病院勤務医の絶対的不足、診療科・地域偏在の問題をはじめとして、我が国がおかれている「医療の貧困」とも形容すべき状況は、残念ながら、各般にわたり患者・国民にとって不本意かつ悲惨な現状をもたらしており、その傾向は日々悪化してきているとさえいえます。産科・小児科問題はその一端に過ぎません。

こうした中であって、このような状況を打開し、医療の質を確保しつつ持続可能な医療提供を行っていくため、上記に掲げた諸施策を速やかに実行に移すとともに、そのためにも医療分野に対し、必要かつ十分な資源配分が行われるよう、国として国民の命を守る観点から、総力を挙げて取り組んでいただくことを強く求めます。

平成 22 年度 診療報酬改定への重点要望（抜粋）

自治体病院は、あらゆる面で改善・効率化を意識しながら救急医療をはじめとした地域に必要な医療を提供しているが、それらの体制維持には診療報酬の適切な設定が不可欠である。

以下の 12 項目については地域医療の崩壊を防ぐ観点から早急に改正すること。

1. 一般病棟入院基本料の抜本的見直し

一般病棟入院基本料は、看護師の配置数だけで点数が決められているため、地域医療の中核を担う病院が医師をはじめとした多岐にわたる専門職を配置し、高額な医療設備を備え、高い医療機能体制を提供しても入院基本料には反映されない。

これら医師数も含めた診療機能によるコストを適切に反映した評価体系となるよう大幅な増額を行うこと。すなわち、「看護師の配置数による評価」から「診療機能によるコストを反映した評価」に再設計を行うこと。

2. DPC 制度における「緊急入院」の取扱い

急性期入院医療を提供する DPC 対象病院が「緊急入院」として即日入院を受入れるケースが総入院患者数の約 45%¹ を占めている。

「緊急入院」は、診断を確定するまでに多くの検査・撮影を行うが、「予定入院」との区別なく同様に包括して取り扱われるため、「予定入院」に比して採算が非常に悪い結果となっている。

DPC 対象病院が「緊急入院」を積極的に受入れることができるよう、「緊急入院」については入院後 48 時間に限り出来高とし、制度の持続性を高めること。

3. 急性期医療の評価

入院時医学管理加算（1 日 120 点）は、「急性期医療を提供する体制及び病院勤務医の負担の軽減に対する評価」として平成 20 年度に見直された項目だが、算定の基準が実態に即していないため、各都道府県の医療計画において 2 次救急、3 次救急を提供している病院のほとんどが当該加算を算定できていない現状に

¹ 厚生労働省 DPC 評価分科会 平成 19 年度「DPC 導入の影響評価に関する調査結果」から

ある（88施設）²。

以下の2つの基準については早急に見直すこと。

① 逆紹介と治癒の患者数が総退院患者数の40%以上

慢性疾患や悪性腫瘍など「治癒」すること自体稀な傷病は、「軽快」や「寛解」も含めること。

② 入院医療を提供している診療科の標榜

今日の医師不足・偏在の状況により、地域によっては小児科、産科などの入院医療を集約化によって対応している。限られた医療資源を有効に活用しなければならない現状から、精神科以外の診療科についても各地域の連携体制を考慮すること。

4. 再診の評価

病院の再診は、200床未満が診療所（71点）よりも低い評価（60点）であり、200床以上は、検査・処置のかなりの部分が包括化されているにもかかわらず診療所と同程度の評価（70点）である。

病院が備える多くの専門スタッフと高度医療機器によって提供している外来機能を適切に評価し、包括範囲の見直しと合わせて病院の再診料を引上げること。

5. 複数科受診の取扱い

病院は、患者が同じ日に複数の診療科を受診した場合に「2科目の初診」しか報酬を認められていないため、それ以外は病院の負担によって患者ニーズに対応している。

初・再診料は、受診の実態を踏まえ、医学的に専門性の異なる2人以上の医師が行ったそれぞれの初・再診行為を評価した体系に見直すこと。

同一日	現行	要望
初診	1科目 270点	3科目 68点
	2科目 135点	
	3科目 0点 →	
再診	1科目 60点（70点 ³ ）	2科目 70点
	2科目 0点 →	

² 平成21年3月25日中央社会保険医療協議会総会「主な施設基準の届出状況等」から

³ 200床以上の病院の再診は「外来診療料」

6. 13 対 1 精神病棟入院基本料の新設

医療法の改正により、大学病院・一般病院の精神病棟は 16 対 1 の医師配置を義務付けられるようになった。また精神科合併症患者をはじめ、さまざまな精神疾患や年齢層の患者を対象とした急性期病棟の様相を呈しているのが現状である。これらを評価するため、次の基準で「13 対 1 入院基本料」1,092 点（1 日につき）を新設すること。

[施設基準]

- ① 医師配置 16 対 1 以上
- ② 平均在院日数 60 日以内

7. リハビリテーション料 疾患別の廃止（理学療法料の復活）

現行の疾患別リハビリテーションは、重複する疾患や廃用症候群など整理困難な問題を抱えており、また、治療内容として理学療法、作業療法、言語聴覚療法の区別が無視されており、必要な治療別にすることが患者にとっても理解が得られるので理学療法料などへ改正すること。

8. 早期リハビリテーション加算の起算日

入院時（発症時・受傷時）において持続点滴・酸素吸入などのライフラインが接続されており、救命・治療に専念され、リハビリが実施できないことがある。発症・受傷日からの算定開始では「早期加算」の算定がほとんど出来ないため算定要件を見直し、リハビリが可能になった時点から同じ期間加算を取れるように改正すること。

9. 医師事務作業補助体制加算

人員を専従で配置しなければならないが、現状の点数では人件費すら賄えないため、評価を現行の 2 倍に引上げること。

10. 電子化加算

現状では 400 床以上の病院の電子化加算については除外されているが、平成 21 年 4 月からは 400 床未満の病院であってもレセプト電子請求等を行なっている病院については除外される。医療の効率化を図るに当たっては、IT 活用は欠かせない状況になっているが、現状は病院の負担によって IT 化が図られているため、効率化が進まない要因になっている。給付事務に関わらず、電子カルテ化まで対象とした加算措置を講じるべきである。

現行	要望
選択的要件を 1 項目でも満たしている場合 3 点	電子カルテの場合 30 点

また、20 年 4 月から標榜科が大幅に増え、各病院の任意でコードを使用しているが、レセコンのプログラム変更についての費用は病院負担となっている。そのため、診療科コードを共通コードとすること。

11. 栄養管理実施加算

入院当初から適切な栄養管理を行うことにより疾病の早期回復、重症化防止、感染症予防、薬物使用の適正化、入院期間の短縮、QOL の向上さらに医療費抑制効果にも有効となる。平成 18 年度診療報酬改正で 12 点/1 日で新設された栄養管理計画を計画通りに実施するには計画書の作成、再評価、退院評価に管理栄養士をはじめ他職種が時間と労力を要している。チーム医療の形作りはされたが今後更なる充実、専門性の向上を図る必要があることから、12 点から 20 点に評価を引上げること。

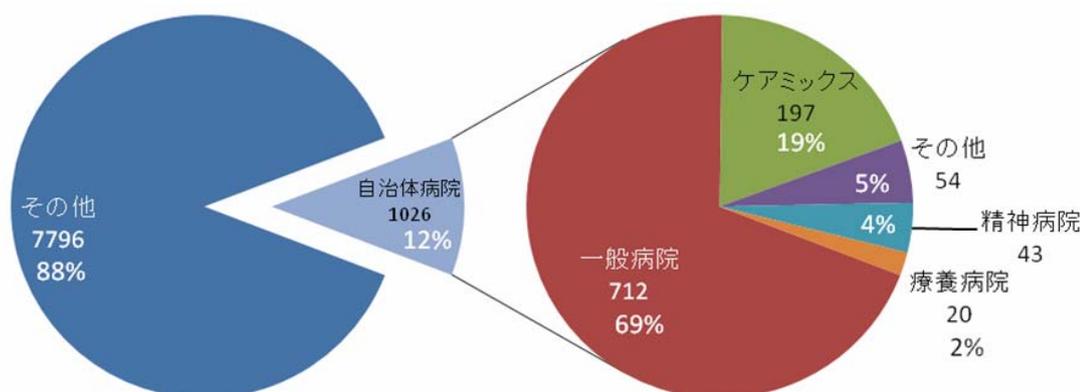
12. 精神科電気けいれん療法における麻酔料の新設加算

精神科専門療法の一つである電気けいれん療法は、差し迫った自殺の危険に対する最も有効な治療である。うつ病治療の面でもその有効性は薬物療法を 10% 上廻っている。ところが全身麻酔について麻酔管理料の算定がないため学会レベルでの麻酔科医の協力が十分に得られているとは云いがたい現状である。精神科医と麻酔科医との共働による療法であるため、麻酔料の新設（1 回 3,000 点）を行うこと。

自治体病院の機能

- 病院種別の自治体病院数
- 4疾病5事業における中核機能
- その他の政策医療における機能

病院種別 自治体病院数

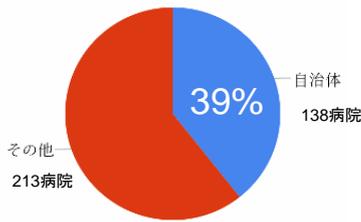


グルーピングの定義

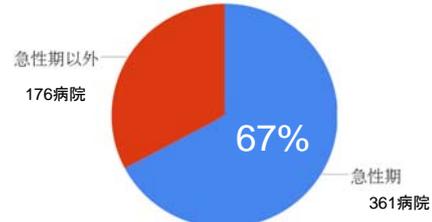
一般病院	一般病床が結核病床、精神病床を除いた総病床数の80%以上
療養病院	療養病床が結核病床、精神病床を除いた総病床数の80%以上
精神病院	精神病床が総病床数の80%以上
ケアミックス	上記以外の病院
その他	肢体不自由児及び重症心身障害児施設等

4疾病 中核機能

がん 拠点病院の全国シェア

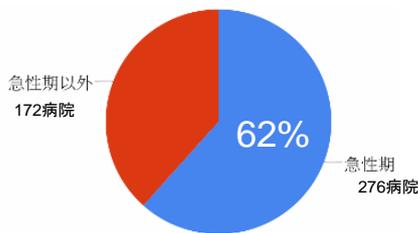


脳卒中 急性期対応の自治体病院数



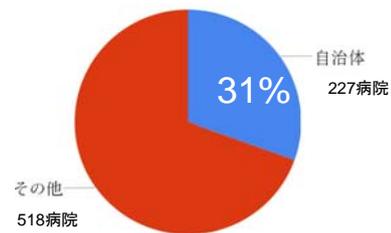
脳神経外科 or 神経内科標榜の自治体病院(537)を対象

急性心筋梗塞 急性期対応の自治体病院数



循環器科 or 心臓血管外科標榜の自治体病院(448)を対象

糖尿病 急性合併症治療の全国シェア

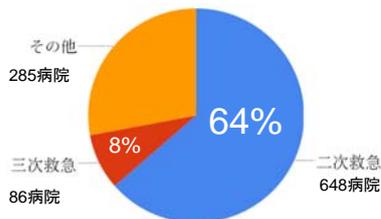


出典: 全国自治体病院開設者協議会「4疾病5事業に関する調査報告」2009.6.12

5事業 中核機能

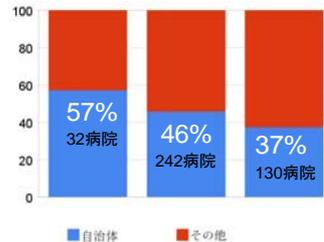
救急医療

体制別の自治体病院数



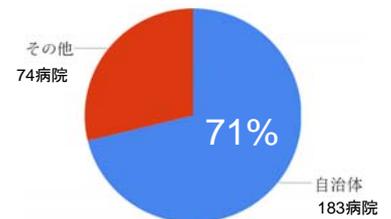
災害医療

災害医療センター等の全国シェア
基幹 地域 DMAT



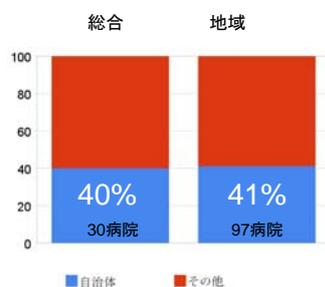
へき地医療

拠点病院の全国シェア



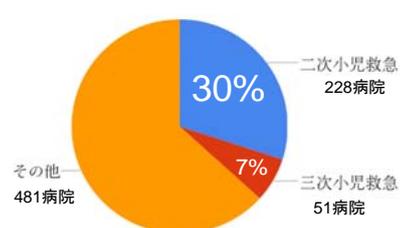
周産期医療

周産期母子医療センターの全国シェア



小児救急医療

体制別の自治体病院数

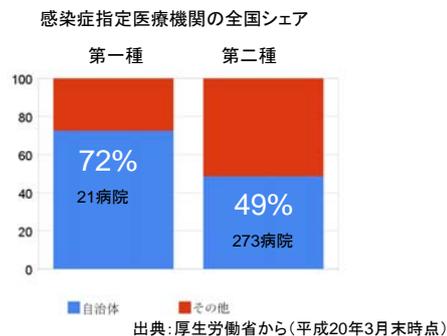


小児科標榜の自治体病院(760)を対象

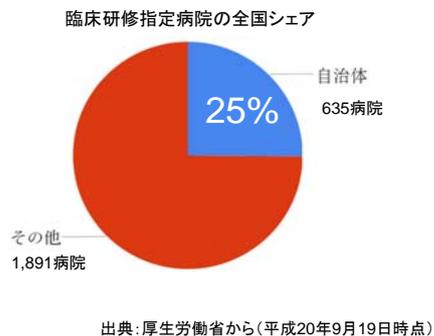
出典: 全国自治体病院開設者協議会「4疾病5事業に関する調査報告」2009.6.12

その他の政策医療

感染症対策



臨床研修



エイズ治療

