

424 愛知 共同行動 通信

発行：「424 愛知共同行動」事務局 愛知社保協地域医療委員会
(文責：長尾・☎052-871-7856)

財務省『財政審』4/15

22 年診療報酬改定に向け、「医療提供体制の改革なくして改訂なし」と牽制！ コロナ禍で破綻した『地域医療構想』を、撤回するどころか、より一層推進し、アクセル全開せよと言及！

財務省は4月15日「財政制度等審議会財政制度分科会」で『社会保障』（総論・年金・医療・介護・障害・子育て・その他）制度について集中議論を行いました。（財政審は財政健全化に向けた『建議』（毎年）をまとめており、今回は膨張する社会保障費をどう抑制するかをテーマに現状と今後の方向性を議論しました。）

「医療」分野に関する議論では、（以下、要旨）

コロナ禍における医療の現状を、人口当たりの病院数や病床数が欧米よりも多い中で、感染者数が少ないにもかかわらず医療提供体制がひっ迫した。これは、病院・病床当たりの医療従事者が少なく手薄であることが原因。実際に病床当たりの医療従事者が少ない医療機関では、新型コロナ患者の受入実績が少ない。つまり「医療資源が散在し、手薄な人的配置となっている我が国の医療提供体制の脆弱さの一端が明らかになった」とし、さらには「少子高齢化が進む中で、医療従事者を増加させるという選択肢に限界がある」と指摘し、「医療機関の役割分担の明確化や連携体制の構築などにより、人的資源の効果的な配置・活用が必要だ」と指摘しました。

こうした現状認識に基づき、

- ①2022 年診療報酬改定の議論を前に「医療提供体制の改革なくして診療報酬改定なし」と強い見解を主張しました。
- ②「地域医療構想の実現」「医療従事者の働き方改革」「医師偏在対策」の三位一体での推進が重要。時計の針を戻すのではなく、進めることが求められる」と強調。
- ③「急性期一般入院料1」（旧7対1相当）の算定病床数の適正化が進んでいないことから「医療資源が散在する低密度医療の現状の改革につながらなければ、財政資源としても散財となりかねない」と指摘し、「あり方の真摯な見直しが必要」（さらに算定基準を厳しくし限定していく方向を示唆？！）
- ④精神病床についても「地域医療構想と一層連携することが必要」（一般医療の必要病床数と同様の計画を求める？）
- ⑤コロナ禍における医療機関の経営危機は「マクロとしては減収を補い得る額が措置されている」との見方を示し、個別医療機関で対応が必要なケースもあるから、（今後は）「診療報酬の不足は診療報酬で補うことが自然」との理由から、前年同月や前前年同月を水準とした診療報酬の「概算払い」方式を提案。*但し、コロナ患者に対応していない医療機関への支援策は見直し、一定数のコロナ患者受入れをしている医療機関に限定する。
- ⑥医療機関の「事業報告書」をデータベース化し経営状況を迅速に把握、「見える化」を提案。

- 諸外国においても、病床数の減少と平均寿命の延伸を両立してきた。
- 我が国は、人口当たり病院数・病床数が諸外国に比べ多い一方、平均寿命も世界最高水準。しかし、都道府県別で示したとおり因果関係に立つものではなく、むしろ、病院・病床当たりの医療従事者数が手薄となり（医療資源の散在）、病院勤務医・看護師の長時間労働、「低密度医療」を招いてきた可能性がある（単純計算で臨床医は1人で5床（欧米では1～2床）は診なければならない計算になる）。その結果としての入院期間の長期化は患者のQOLを低下させる。
- 特に、精神病床が我が国の病床数を押し上げているが、精神医療について、病床数の多さや平均在院日数の長さが医療の質ひいては患者のQOLに結びついていない可能性があるほか、自殺率の高さなどの課題もある。

*分科会では、医療だけにとどまらず、社会保障制度全般について、「全世代型社会保障」の実現に向けた様々な

制度の運営に言及し、「社会保障制度を維持するには公的サービスの縮小と負担増は避けられない」を論議の基調として、コロナ禍でも改革（改悪であるが）を進める強いメッセージを發し、「社会保障制度」を所管する厚生労働省の今後の施策の具体化に強い圧力をかけています！厚労省が、財政審や政府の「骨太方針」での言及・方針設定を丸呑みした施策設定を行わないよう、さらなる地域医療の再生・拡充を求める共同行動を広げていく事が求められます！

◆医療提供体制の国別比較

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人あたり 病床数 (人口百万人あたり 病床数)	人口千人あたり 臨床医数	人口千人あたり 臨床看護職員数	1床あたり 臨床医数 (1病院あたり 臨床医数)	1床あたり 臨床看護職員数 (1病院あたり 臨床看護職員数)
日本	27.8 (16.1)	13.0 (66.2)	2.5	11.8	0.2 (37.7)	0.9 (177.7)
カナダ	— (7.5)	2.6 (19.3)	2.7	10.0	1.1 (141.0)	3.9 (515.6)
フランス	8.8 (5.4)	5.9 (45.4)	3.2	10.8	0.5 (69.8)	1.8 (237.5)
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0 (37.3)	4.3	13.1	0.5 (113.9)	1.6 (351.8)
イタリア	7.9 (7.0)	3.1 (17.5)	4.0	5.7	1.3 (226.9)	1.8 (327.6)
イギリス	6.8 (5.9)	2.5 (28.7)	2.8	7.8	1.1 (98.8)	3.1 (270.7)
アメリカ	6.1 (5.5)	2.9 (19.1)	2.6	11.8	0.9 (136.7)	4.1 (615.9)

(出所)「OECD Health Statistics 2020」,「OECD.Stat」

※2018年データ(ドイツ、アメリカは2017年データ)

※フランス、アメリカの臨床看護職員数は実際に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

- **新型コロナ入院患者を受け入れる役割の医療機関については**、収入面への対応として、
 - ・新型コロナ患者の受入れ病床に加え、体制確保のために休止した病床についても、**病床確保料**を支払うこととしている（緊急包括支援交付金）うえ、
 - ・昨年末より1床当たり最大1,950万円の支援を実施している（緊急支援事業補助金）。両者合計の措置額は約**1.6兆円**（※）。
 - ※緊急包括支援交付金の病床確保料についての、国から都道府県への交付額及び緊急支援事業の予備費決定額の合計
- これは新型コロナに対応しない医療機関、病床を持たない医療機関、歯科・調剤までを含めた医療機関全体の令和2年度の減収見込み推計額約1.7兆円に匹敵する規模であり、このうち病院分は**0.9兆円程度**にとどまり、**新型コロナ患者を受け入れる役割の病院の割合は4分の1弱**であることを踏まえれば、相対的に規模が大きい病院ほど新型コロナ患者を受け入れていることを加味するとしても、**マクロとしては、新型コロナ患者に対応する医療機関の減収を補い得る額が措置されている。**
- より具体的に**病院団体の調査**を見ても、**支援金が申請に沿って入金されれば医業利益の前年からのマイナスを補うことができると見込まれる。**

◆緊急包括支援交付金等（4.6兆円）のうち、新型コロナ入院患者を受け入れる役割の医療機関への収入面に対応する直接的な支援

補助の概要	措置額	執行額
病床確保料（緊急包括支援交付金） 新型コロナ患者や疑い患者の受入病床を確保した医療機関に対して、休止病床を含め、病床確保料を補助 1床1日あたり 重点医療機関 7.1～43.6万円 協力医療機関 5.2～30.1万円 その他の医療機関 1.6～9.7万円	1兆 2,953億円 ※国から都道府県への交付額	6,847億円 (2月末時点)
更なる病床確保のための緊急支援 受入病床を割り当てられた医療機関に対して、新型コロナ対応を行う医療従事者を支援して受入体制を強化するための補助 重症者病床数 × 1,500万円 その他病床数 × 450万円 疑い患者病床数 × 450万円 + 緊急事態宣言が発令された都道府県において、新たに割り当てられた確保病床数 × 450万円 ※緊急事態宣言が発令されていない都道府県では300万円	2,693億円 ※予備費決定額	1,588億円 ※3/21時点申請額
合計	1兆5,646億円	8,434億円

◆医療機関の減収額の推計

※レセプト点数の前年同月比から試算

	4月～1月までの 減収額※	12カ月分に換算
医科	1.2兆円	1.5兆円
病院	0.75兆円	0.9兆円
診療所	0.45兆円	0.5兆円
歯科	0.04兆円	0.1兆円
調剤	0.2兆円	0.2兆円
合計	1.4兆円	1.7兆円

約8,200の病院のうち、新型コロナ入院患者を受け入れる役割の病院は約2,000

- とはいえ、新型コロナ患者を受け入れる医療機関を個別に見た場合にこのような手厚い対応であっても減収することがあり得るのであれば、**財政面で受入れを躊躇することがないよう、より簡便かつ効果的な支援のあり方を検討することが、今後に備えるためにも、必要。**
 - そもそも、新型コロナ患者の診療については、累次の診療報酬上の特例的な対応が講じられており、減収が生ずるとすれば、医療機関が支払いを受ける診療報酬が新型コロナ前の水準と比較してなお不足することによって生ずる。
診療報酬の不足は診療報酬で補うことが自然であり、診療報酬上の対応の方が、執行の迅速性や措置の安定性・予見可能性も確保でき、日常から習熟している業務処理となるため医療機関の事務負担も少ないと考えられる。また、国による支援の成果やコストが医療（給付）費として「見える化」されるというメリットもある。
 - このため、新型コロナウィルス感染症の流行の収束までの臨時的措置として、今後、現在の新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、緊急包括支援交付金等に代えて、**前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべき。**
 - 具体的には、新型コロナの感染拡大の状況や病床使用率など医療提供体制の逼迫の状況に照らして対応が必要となる都道府県において、都道府県知事の同意を得て、①一定程度新型コロナの入院患者を受け入れること、②当該医療機関において医療従事者の処遇を維持・改善することを条件として、前年同月ないし前々年同月水準のいずれか多い方の診療報酬総額を基準として同水準が維持されるよう診療報酬を支払うこととしてはどうか。
- (注) 前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、例えば対前年同月ないし対前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能。
- 他方、**新型コロナに対応しない医療機関にも講じてきた多額の支援については、新型コロナへの対応に限られた財政資源を集中的に投入するという観点からも、これまでの支援についてその目的及び効果に遡った見直しが必要。**

◆東日本大震災等災害時における診療報酬の概算払い

診療録の滅失等の場合や被災後に診療を行った場合において、以下の算出方法で概算請求を行うことを認めた。

「直近3カ月の1日当たり診療報酬支払額」×「診療した実日数」

◆診療報酬による特例措置のイメージ

前年同月 又は
前々年同月の
診療報酬

当月
診療報酬

100 (1点10円)

80

20(減収)

1点12.5円で単価補正

(参考) 介護報酬における特例措置
(2021年介護報酬改定)

通所介護等の報酬について、感染症等の影響により、延べ利用数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3カ月間基本報酬の3%の加算を行う。