

巻頭
言

いまこそ発想の転換を

| 会長 山崎 學



コロナ禍に始まった医療環境の悪化は令和6年度診療報酬改定が不十分だったこともあり、病院の経営状態はかつて経験しなかった最悪な状態に陥っている。コロナ禍に加えてロシアのウクライナ侵攻によりエネルギー価格の上昇とウクライナ産の小麦不足は世界的な穀物相場を押し上げ、加えて我が国では「働き方改革」という悪手で流通価格の急騰、労働市場の不安定化を招き、生活関連物資を中心とした価格高騰が続いている。こうした社会環境の変化は病院経営を直撃し、大部分の病院は赤字経営に陥り、医療従事者はインバウンド景気に沸く観光業、好景気なIT業界に引き抜かれて慢性的な人手不足になっている。こうした人手不足は医療に限らず、介護業界でも同じで医療・介護含めて人員配置で評価している現行の診療報酬体系では一部の病棟を休床にしたり、介護施設では閉鎖に追い込まれたりする施設が激増している。もともと株式会社立の施設は供給過剰状態であったので大きな問題になっていないが、少子高齢化によって人口が急速に減少している地域の中小規模病院にとっては死活問題になっている。こうした中で喫緊に検討したい項目がある。

まずは診療報酬体系である。入院基本料・特定入院料を含めて人員配置基準・施設基準をもとに算定する仕組みになっており、かつて7対1看護基準がつけられた時に大学病院までもが日本全国を回り、老若男女問わず年齢制限なく、看護師集めに奔走した。その結果として3万床予定だった病床は20万床に膨れ上がり、その後、重症度を追加して追い出しにかかったが15万床の7対1病床が現存している。少子化により医療従事者の不足が予想される中で、アウトカム評価を中心とした診療報酬体系を抜本的に変える必要に迫られている。

次は医療・介護の給与体系の平均化である。介護業界の給与についてはマスコミに大きく取り上げられたこともあって処遇改善加算が付き、医療機関で働く事務部門、介護福祉士、看護助手の給与を大幅に上回る結果になり、医療現場から介護現場に多くの職員が流れる要因になっている。この問題については医療現場では介護福祉士、看護助手に処遇改善加算を付けると准看護師・看護師と給与が逆転してしまうといった理由で消極的な意見が大勢を占めていたが、介護現場で処遇改善加算の対象となる職種は医療現場においても加算を求めていく必要があると考えている。その結果として准看護師・看護師との給与逆転が起きれば次の段階としてその逆転を解消する要求を出していきたいと思う。

最後に医療に関する消費税問題である。従来の物品税から形を変えた消費税は平成元年4月1

日3%,平成9年4月1日5%(国4%+地方1%),平成26年4月1日8%(国6.3%+地方1.7%),令和元年10月1日標準税額10%(国7.8%+地方2.2%),軽減税率8%(国6.24%+地方1.76%),と上げた経緯がある。このうちで平成26年の税率改正では引き上げ分の3%について社会保障・税一体改革で従来高齢者向けといわれていた医療介護だけではなく子育て・教育無償化を拡充する財源に充当することが明記された。医療における消費税について当初は税務当局から課税方式の検討を示唆されたが、当時の日本医師会の担当者が非課税方式を主張したことから非課税方式が導入されて現在に至っている。結果として導入時の失策により多くの病院で控除対象外消費税が発生して赤字経営になる大きな要因になっている。

平成元年の消費税導入時より診療報酬に上乘せする形で補填されているが3%,5%,8%引き上げ時の補填部分については、その後の診療報酬改定で補填項目が削除されるなどして8%までは消費税項目が明確になっていない。また、診療報酬で補填したことによって医療投資が比較的少ない慢性期の医療機関にとっては益税になっているという指摘もある。急性期対応病院と主に慢性期対応の病院とでは控除対象外消費税負担に大きな差が出てきており、特に大学病院では毎年10億円近い損税を負担して経営を圧迫していると聞く。しかし慢性期対応病院でも病院の増改築や大規模修繕などの高額出費になると多額の税負担が生じることになる。また病院建築、改築、高額医療機器購入時の不動産取得税・消費税の償却制度についても黒字あつての償却であり、昨今のように赤字経営では先取りされた税の償却ができない状態にある。税の公平性の観点から考えても医療における消費税のあり方について抜本的な改革を要求していかなければならないと考えている。