

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もある。このことから、まず早急に取り組む地域の対策として「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」を設定した上で、「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定、優先的かつ重点的に対策を進めるとしている。

なお、医師が不足する地域における勤務を促進するためには、経済的インセンティブを通じて意欲をもって勤務する環境を整備することが重要であると指摘した。

謹賀新年
株式会社
公私病連共済会
代表取締役 邊見 公雄

謹賀新年
一般社団法人
全国公私病院連盟
会長 邊見 公雄

新たな地域医療構想等に関する検討会が取りまとめ

「新たな地域医療構想等に関する検討会」は12月10日、これまでの議論の取りまとめを行った。現行の地域医療構想では、「病床数の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論がなされていく」などが指摘されており、2040年に向けた地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携等に関する事項を定めている。

医療機関機能に着目して同構想を策定・推進することに伴って、医療機関から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設する。具体的には、二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」「在宅医療等連携機能」「急性期拠点機能」「専門等機能」を位置付けるとともに、広域な観点で確保すべき医療機関機能として「医療育及び広域診療機能」を位置付ける。医療機関は、これらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について報告同報告に当たっては、地域の実情に応じた一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、複数の医療機関機能を報告することも想定している。

新たな地域医療構想における医療機関機能の「名称と定義」は以下のとおり。

「高齢者救急・地域急性期機能」 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

「在宅医療等連携機能」 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。「急性期拠点機能」 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。「専門等機能」 上記の機能にあてはまらないが、集中的なりハビリティシオン、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を行う。

源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。「専門等機能」 上記の機能にあてはまらないが、集中的なりハビリティシオン、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を行う。

「医療育及び広域診療機能」 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点で求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要に応じて連携を行う。

年頭所感

2025年(令和7年)乙巳(きのこみ)あけましておめでとうございます。

昨年創立60周年の当連盟は新しい一歩を踏み出す年でもありません。本年は正月らしい目出度い話や医学・医療の目覚ましい進歩などをお話したいのですが、なかなかそう上手には問屋(厚生労働省、その後ろ盾財務省)が卸してくれませ

日本維新、令和新選組などが議員立法的に。自公の一部議員も賛成を頂きました。読者諸兄姉もお目にしたかも知れません。全42病院のうち32病院が赤字、総額260億円。生命にかかると機器、薬品、診療材料を多く必

夢を追い続けよう!!

一般社団法人 全国公私病院連盟
会長 邊見 公雄



邊見 公雄

先日、国立大学病院長会議が悲痛な記者会見を開きました。読者諸兄姉もお目にしたかも知れません。全42病院のうち32病院が赤字、総額260億円。生命にかかると機器、薬品、診療材料を多く必

ただで足が出る改定だっただけです。新しい資本主義の核となる病院医療、特に地域医療が破綻しつつあります。これに気が付いて、この法案が出てきたのでしょうか?!

最も驚いたのは新設医大が2校、1校は日用品、診療材料を多く必

居らず奨学金などでやっとなら。しかし数年で寿退職、あるいは奨学金の義務年限後は退職して高給の食品メーカーなどに移ってしま

2025年 元旦(赤穂市民病院・名誉院長)

いる鉛筆
吉田松陰は、刑死前日に「留魂録」を一通書き終え、一通を半名主沼崎吉五郎に託した。沼崎は三宅島に流されたが、十数年間これを守り抜き明治七年赦免。松陰の義弟榎取素彦を訪ねた。榎取は「留魂録」は秋に届き、あなたの苦勞は無駄骨だったといふ「留魂録」を入手せず。これを知った塾生野村靖は怒り、萩の一通は紛失し、師の真筆は、沼崎の持つ一通のみ、いかなる対価を払っても入手し大切に保管しなければ師に顔向けできない。明治九年、沼崎が野村を訪れ、野村は沼崎の希望より多いお札を渡し、沼崎は喜び、もう一通書きかけの「諸友に語る書」を渡した。松陰は当初、肉親への「永訣書」、塾生らへの「諸友に語る書」を書き始めたが、後者を途中で中断し、新たに「留魂録」を書いたことが判った。その後の沼崎の消息は不明。野村靖は、死後も師のそばにとの強い願いにより、師の遺骨の眠る東京若林の松陰神社内の「吉田寅次郎藤原矩方墓」の側に埋葬された。現在、この三書は秋の松陰神社「至誠館」に保管。沼崎吉五郎の功績は大であり、萩の松陰神社の隣にある塾生らを祭る松門神社に、平成二十七年、特例で合祀された。以って、願すべし。(K・Y)

2025年を迎えて

診療報酬を 考える

考える

公益社団法人
全国自治体病院協議会

会長 望月 泉



新年明けましておめでとございます。令和7年を迎え、皆様の今年一

年のご健康、ご多幸を祈念申し上げ、年頭のご挨拶を申し上げます。

さて、昨年6月、診療報酬改定がありました。報酬改定が、昨今の病院経営はきわめて厳しく悲鳴が聞こえてきます。今回全国の会員病院を対象に、2024年上半期(4月～9

月)の収支及び通期決算見込みについて緊急調査を実施しました。人件費、診療材料費、委託費、光熱費の大幅な増加が影響し、医療収益が増加しても、それを上回る医療費用の上昇によって経営が悪化しています。

2024年度通期決算見込みですが、医療収益は対前年度比10・8%と増加ですが、医療費用が15・2%と大幅に増大し、医療収支比率は89・7%から85・5%に大幅に減少です。医療利益の1病院当たりの平均を見ますと、対前年比200床未満▲84百万円、200床以上399床以下▲497百万円、400

床以上▲839百万円と急性期大病院の経営状況が極めて悪く医療提供体制に不安を感じます。現在、諸物価が上がり続けており、経費の増大が病院経営を圧迫しています。デフレからコスト・プッシュ型インフレーションにシフトし、資源高や円安により輸入品の価格が上がることで生じるインフレです。医療機関では診療報酬が2年間で設定されており、固定で設定されており、2年間は物価が上がっても医療収益には変化がありません。石破茂内閣総理大臣は「物価に負けない賃上げ」を実施するとしています。一般消費者物価が高騰し、人事院

のペースアップの勧告もあり、人件費も引き上げざるを得ません。今回の診療報酬改定で、ベア2・5%分は診療報酬でアップとなつていますが、人事院勧告のモデル試算で月収で4・4%の賃上げとなり、賞与、諸手当を鑑みますと5%以上となり、病院の自助努力だけでは今回のペースアップには対応できません。インフレ局面において、医療機関の収入の柱である診療報酬で病院運営にかかる諸経費を賄うことができない状況は明白であり、物価に連動した診療報酬の改定を望みます。また、地方ではあらゆる職種において人の雇用が難しく、医療においてもとくにライセンスのある職種の雇用が困難をきわめています。現状の診療報酬体系は医師をはじめ多職種の人を増やせば高得点になる仕組みですが、このやり方は少子化が続きわが国ではとくに地方では限界となつてきているのではないのでしょうか。

日本の医療提供体制を大きく左右する診療報酬のあり方を国民全体を巻き込みながら考えなければいけないと思います。(八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長)

医師の働き方改革が もたらす仕事の質と量は？

日本私立病院協会

会長 中村 哲也



謹んで新年のご挨拶を申し上げます。

医師の働き方改革は2019年3月に勤務医の時間外労働、7月には宿直許可基準等の取り扱いが通知され運用が始まりました。そして、昨年の

4月から医師の働き方改革の本丸である「労働時間の上限規制」が施行されました。改革の目的は、医師の労働時間、業務管理、業務負担などの改善であり、改革によって医師の健康を確保するほか、全ての医療専門職のスキルを活かして自発的に対応し、質や安全が保たれた医療を持続的に提供していくことです。医師の働き方改革が必

要な理由は言うまでもありませんが、労働時間の実態を把握することが難しいなど、改革を進めていくうえでの課題も少なくはありません。おそらく多くの医師が施設以外でも勤務をするなど兼業しており、実態を把握しきれない状態です。現在はアナログが中心となつていますが、よりICT化の促進が求められています。時間外労働の上限規制に関しては、複数の医療機関で「宿直直許可」申請で対応しました。が根本的な解決にはなっていないと。長時間労働を全国一律のルールの下に行うのではなく地域ごとに独自性を持った医療構想を行う権限をこれまで以上に自治体に付与して欲しい。これまでも地域の独自性はある程度は確保されてきたとは思いますが、予算の配分等にはかなりの規制がかかり、地域の現状とは異なる方向性がしばしば感じられました。

病院経営改善とより良い 医療環境の実現に向けて

医療環境の実現に向けて

全国公立病院連盟

会長 辻井 正彦



全国公立病院連盟は100床以上の病院からなる現在約100の会員病院を有する病院団体で、創立100年を迎えました。総会では、各支部から提出された議題に基づき、会員病院からの回答

を事前に収集し、それを元に議論を行い、各病院が直面する問題への対策を検討するとともに、政府に対する要望をまとめた決議文を策定します。令和6年の総会では、まず「長年にわたる診療報酬の抑制策に加え、急激な人件費や物価、エネルギー価格の高騰が経営を圧迫し、公立病院の経営状況は既に破綻し始めている」という問題が重

要な議題となりました。また、医師の四大偏在(地域偏在、診療科偏在、病院・診療所偏在、総合医・専門医偏在)の是正や、診療機能の分担/医療介護連携を重視した地域医療構想の再検証についても議論され、適切な財政支援を行うことを強く要望する決議文を政府に提出することが決まりました。

議題審議においては、「医療DXの取り組み」や「特定行為研修終了看護師の活用方法」「ポストコロナ時代における病院収支の改善策」などに

関して病院経営の効率化や医療の質の向上に向けた様々な重要な提言がなされました。その中の「タスクシフト/シェアの取組」についての審議で、米沢市立病院の長岡院長から「タスクシフト/シェアは非常に重要だが、実際にはタスクそのものが減っていない」「診療報酬の算定や施設基準の届出要件を満たすためには、さらなる人員配置が求められる」という結果としてタスクが増加している「限られた医療資源で効果的な医療提供体制を構築するためには、タスクの削減(タスクリダクション)を図ることが急務である」という意見を頂戴しました。

2025年が、高齢化社会で質の高い医療と介護の提供に不可欠な病院の経営の改善とより良い医療環境の実現に向けた重要な年となることを期待しています。(市立東大阪医療センター・総長)

新たな地域医療構想に 期待すること

全国済生会病院長会

会長 三角 隆彦



新年明けましておめでとございます。本年もどうぞ宜しくお願い致します。

いよいよ本年を目標として設定された「地域医療構想」の最終年に達した。来年以降は全国の医

療・介護需要がピークとなる2040年に向けた準備を各地域で進めようという「新たな地域医療構想」が始まる。新たな構想を実現するために、ふたつの事を考えていくべきかと思う。一つ目は、「地域医療構想」とは「地域ごとに最適な医療構想」との理解である。現状や今後の医療・介護の需要は地域ごとに全く異なる。これ

を全国一律のルールの下に行うのではなく地域ごとに独自性を持った医療構想を行う権限をこれまで以上に自治体に付与して欲しい。これまでも地域の独自性はある程度は確保されてきたとは思いますが、予算の配分等にはかなりの規制がかかり、地域の現状とは異なる方向性がしばしば感じられました。二つ目は、公民のイコールフティングを検討すべきという点である。現在、様々の経営母体、規模、機能の病院が、公民入り混じってそれぞれの地域で医療を支えている。昨今、ほとんどの病院の経営が苦しくなる中、大改革を行う事は公

して練習と思考の質に拘り、自ら考え、工夫して練習し、必要と思う鍛錬に妥協を許さない厳しさを先にチームプレーが生まれます。それでこそ、「勝利至上主義」とは一線を画した「成長至上主義」であり、本当に一人ひとりが「Enjoy」できるのだと話されました。医師の働き方と高校野球では分野が違いすぎますが、限られた時間でできることの質をレベルアップしていくためには「自ら考え、工夫して練習し、必要と思う鍛錬に妥協を許さない厳しさを先にチームプレーが生まれる」は共通していると考えます。(医療法人社団明芳会板橋中央総合病院 理事長)

令和7年 新春 元日

令和7年という変革の年に際して

全国厚生農業協同組合連合会
代表理事会長

長谷川 浩敏



令和7年の新春を迎え、謹んでお慶び申し上げます。日頃よりJA厚生事業にご理解とご協力を賜り厚く御礼を申し上げます。農業情勢では、昨年5月に「農政の憲法」である「食料・農業・農村基本法」の改正案が成立し、わが国の農業は歴史的な転換点を迎えました。

医療情勢でも、医療・介護・障害福祉の報酬トリアル改定が実施され、医療提供体制の大きな転換点となりました。この改定では、高齢者に視点をあつめた地域包括ケアシステムの更なる推進や医療機能の分化・連携の強化が図られました。特に在宅医療の充実や介護サービスとの連携強化、リハビリテーションの質の向上などが重点的に評価される結果となりました。

一方で、昨年は物価高騰が続き、エネルギーコストや医療材料費、建築費等の上昇により、多くの医療機関が経営面で厳しい状況に直面しています。特に、診療報酬が公定価格であるため、コスト増加分を価格に転嫁できず経営を圧迫する要因となっており、地域医療の持続に関する懸念が高まっています。本年においては、団塊

の世代の多くが75歳以上となる年となり、国の地域医療構想の実現に向けた重要な年となります。厚生労働省は、さらに2040年を見据えた医療・介護提供体制の構築を目指しており、地域包括ケアシステムの深化や医療機能の分化・連携のさらなる推進が求められています。また、医師の働き方改革が本格的に始動し、医療現場では労働時間管理の厳格化や勤務環境の改善が急務となっています。同時に、医療DXの加速により、電子カルテの標準化や全国医療情報プラットフォームの構築など、効率的で質の高い医療サービスの実現に向けた取組が進められています。

わが国の精神医療が新たな一歩を踏み出す年にしたい

一般社団法人
日本公的病院精神科協会
会長 北村 立



謹んで、令和7年、新年のご挨拶を申し上げます。昨年、元日は能登半島地震が起り、石川県民、特に能登の住民はともつらい目にあま

した。1年経過した今も復興は遠く、本年も全国のみなさま方からの温かいご支援をお願いするとともに、今年こそは穏やかな年になることを切に願うばかりです。さて、昨年開催された「新たな地域医療構想」において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクト「△」には日本公的病院精神科協会(公精協)の代表として参加し、民間の精神科病院団体と同じ土俵で議論しました。精神医療も地域医療構想の対象になれば、それぞれの地域ごとで総合病院精神科や単科精神科病院、精神科クリニックの役割を明確にする必要があると見られます。精神科地域包括ケア病棟や包括的支援マネジメントにより、精神疾患をもつ人の退院支援、地域定着支援が一層具体的になつていくと見られます。

精神科病院の構造改革は待たなす。地域に目を向ければ、アルコールばかりでなく、ギャンブルや市販薬などの依存症、ひきこもり、児童虐待、高齢者の孤独や孤立、8050問題や老々介護など、精神科関連の問題があふれており、学校や職場でもメンタルヘルスは重要な課題です。精神医療保健福祉が整わなければわが国の未来はないといつても過言ではなく、その点において、公精協が果たすべき役割は重大です。本来、精神医療保健福祉は公的機関が請け負うべきものだからです。「巳」という字は胎児の形を表した象形文字で、子宮が胎児を包む様子を表すそうです。また、へびが冬眠から覚めて地上に這い出すことから、草木が芽を出し「新しい種子が生まれる」という意味もあるそうです。以上より、巳年は力を蓄えていたものが芽を出す「起点」の年、脱皮することから「再生と誕生」の年、巳(み)と実(み)を掛けて「実を結ぶ」年などと言われるそうです。今年が、わが国の新しい精神医療の出発点となるよう、思う存分やらせていただくと考えています。(石川県立こころの病院・院長)

発想を変え

新たな取り組みが必要な時

日本赤十字社病院長連盟
会長 牧野 憲一



1月はグループとしての経営力を強化している。今後はさらにグループとしての財務体質の強化も目指すことを計画している。現在は個々の施設が独自に立てているとの認識で、借入れの際には個々の施設が銀行から借入れを行っている。当然利息分の資金が外部に流出する。一方で財務状況の良い病院は銀行に預金するがその利息は借入と比べればはるかに低い。そこで、今後はグループ内で

資金を融通することにより資金の外部流出を防ぐというものである。グループ一丸となって健全な病院運営を目指して行く。今、赤十字病院のみならず多くの病院が赤字に苦しんでいる。個々の病院が経営改善の努力をしているが従来の方法では改善が難しい。他の業界からは病院の労働生産性の低さを指摘される。労働集約型産業である医療業界は利益率が低い。今後は思い切った手段により労働生産性を上げる取り組みが必要となる。私が目を付けているのはRPA・AIといったIT技術の利用である。

真にメリットが見える改革(DX)となる。私はこの取り組みをデジタルタスクシフティングと名付けている。これからは発想を大きく転換して業務を見直し労働生産性を高める必要がある。(旭川赤十字病院・院長)

2023年度の決算で赤十字病院グループの多くの病院が赤字となり、グループ全体で200億円以上の赤字であった。これにより赤十字病院グループ

に業績が悪化している。診療報酬改定2024は昨今の物価高、人件費高に対応しておらず、医療機関の経営を圧迫する結果となった。赤十字病院グループが、長年続けてきたグループ運営からグループ経営に舵を切ったことは昨年の年頭所感で述べたとおりである。これにより赤十字病院グループ

医療職が行う業務の中で文書作成や記載・記録が明らかに増加しており、それが負担になつていく。日常診療における文書記載、診療情報提供書の作成、カンファレンスの記録、さらには患者への説明・同意取得の記録をIT技術により自動化できればかなりの効率化が図れる。生産性は向上する。

働き方改革によりタスクシフティングが叫ばれているが、最近シフト先の人材確保も出来ないう。それが今後さらに悪化する。国が進めている余りメリットの見えない医療DXに振り回されている医療業界であるが、

一般社団法人 全国公私病連連盟 加盟8団体	全国公立病院連盟
公法社団法人 全国自治体病院協議会	日本赤十字社病院長連盟
全国厚生農業協同組合連合会	一般社団法人 岡山県病院協会
全国済生会病院長会	一般社団法人 日本公的病院精神科協会
日本私立病院協会	

お疲れ様でした。で、今年もきつとお疲れ様です。

一般社団法人
岡山県病院協会
会長 重井 文博



今年、「古い皮を脱ぎ捨て、新しい姿に生まれ変わる」ですが、変わるなら大学生をやり直したいです。「あんなに時間と想つこの頃です。

昨年、1月1日能登半島地震が始まりました。本震の震度7、地表面での最大加速度2.82ガルは半島先端の震央ではなく、60km南西に遠く離れた志賀町で観測された。なんと志賀原発の真北わずか11kmであった。使用済核燃料プール水が溢れ出た。変圧器が破損し5回線中2回線が全く使えなかった。事故時の

一般認識から、東日本大震災直後の南関東からの避難、移住が目立ちました。ですが、少し距離は離れますが愛媛県西端、豊後水道に飛び出す佐田岬に伊方原発があります。必ず来る南海トラフ。発災したら瀬戸内海は放射能汚染で死の海に、と危惧するも関心は今一つの様です。倉敷市真備町での豪雨水害、51人の水死は僅か6年半前のこと。自院のハード面での被害は無かったものの、職員が何名か被災しました。対策室立ち上げの最中に、女性職員から「避難先の広い駐車場が水没してきて車から降り、自動販売機の上で助けを待っている。もう電池が切れる」。途切れ途切れの電話に、室

(社会医療法人創和会 しいげい病院・理事長)

健康会議「開く

苦悩する医療界 をテーマに ～人なし・金なし・薬なし～

10月2日(水)、日本教育会館「一ツ橋ホール」で

全国公私病院連盟は昨年10月2日に、日本教育会館「一ツ橋ホール」(東京都千代田区一ツ橋)において、第34回「国民の健康会議」を開催しました。今回のテーマは「苦悩する医療界～人なし・金なし・薬なし～」で、第一部は渡邊古志郎氏(横浜市立市民病院・名誉院長)の司会により、①雨森正記氏(医療法人滋賀家庭医療学センター・理事長、弓削メディカルクリニック・院長)、②田村隆氏(日本メデイカル給食協会・副会長、淀川食品株式会社・代表取締役社長)、③梶原伸介氏(宇和島市病院事業管理者)、④桃林孝次氏(株式会社スズケン執行役員・病院統括部長)の4氏から各界の状況を報告していただき、第二部では、行天良雄氏(医事評論家、全国公私病院連盟・顧問)の司会により、⑤横倉義武氏(日本医師会・名誉会長)、⑥山口育子氏(ささえあい医療人権センターCOML・理事長)をお迎えし、⑦全国公私病院連盟の渡見公雄会長を交えた総合討論を行いました。今号では当日の様相を事務局で取りまとめて掲載します。【文責事務局】

滋賀家庭医療学センター・理事長
弓削メディカルクリニック・院長

雨森正記氏



ど3つのクリニックを統括されています。よろしくお願ひします。

【雨森】こんにちは。私からは「医師の地域偏在と総合診療専門医の養成」というテーマでお話をさせていただきます。と思います。

私は大学を卒業して病院に勤務した後、5年目に滋賀県の竜王町に赴任して、それ以来36年間、診療所で診療を行っています。竜王町は琵琶湖の南東部にあって人口は約1万1千人。高齢化率は28%です。以外に低いと思うかもしれませんが、町内にタイハツの滋

【渡邊】第一部の司会を務めます渡邊です。第一部では、本日のテーマである「苦悩する医療界～人なし・金なし・薬なし～」に沿った各界からの報告を伺って、後半の総合討論につなげたいと思います。最初にお迎えするのは雨森正記先生です。自治医科大学を卒業され、現在は滋賀家庭医療学センターの理事長として弓削メディカルクリニックな



司会・渡邊氏

う私が最初に赴任した国保診療所の管理委託、昨年の4月から近づくで開業された先生が引退されたので引き継いだ『どろこんクリニック』の三つの診療所を経営している形になります。さて、4年前から滋賀県医師会の理事になりました。県の地域医療対策協議会に参加するようになり、最初の会合の時に「厚労省から、各料の専門医の養成について、県内で年間何人必要なのか出せと言われたけれども、滋賀県には3千頭います。以下スライド使用

写真をご覧のとおり、周りは田んぼ、その中にボットンとあるのが滋賀家庭医療学センターです。ここで「地域の医療と介護を支える家庭医療の拠点」を目指して、『弓削メディカルクリニック』という本院以外にも、『あえんほクリニック』とい

に近い方)に点が集中しています。上の方(福井県に近い方)はスツカスカ。この辺に私の実家があって兄が診療しているのですが今年65歳になりましたので点が消えましたが、ここに約3万人が住んでいて、65歳未満の方が勤務している診療所は2つだけ。正直言って在宅医療は65歳以上だとシンドイです。私は64歳ですけど、1人で24時間365日在宅医療なんてではへんわと。皆さんもニュースで聞いたことがあると思いますけれども、実際にこうして絵で見るとよくわかっていただけだと思います。

次に、日本の医師教育について説明させていだきますと、医学部6年、卒後初期研修2年、卒後後期研修3年以上となっています。医学部4年が終わったところで共用試験に合格しないと患者さんの診察はできません。ですから医学部生のうち

本は毎年7千人ぐらいいやっています。校医・園医はやっていただけるところがなくて私のところもやっています。コロナの時は発熱外来が集中して、1年間で3千3百人ぐらいいやりました。在宅患者さんを診ました。在宅患者さんに関しては何年間50名ほどの看取りをさせていたでいます。県内の市町別自宅死亡数がわかるのですが、竜王町は小さな街で人の目が行き届いているので孤独死は年間1人いるかないかです。これは悪性腫瘍、がんの末期で自宅で死亡される方の割合ですけれども約4割のがんの患者さんが自宅で亡くなっています。在宅医療専門でもっとたくさんやっておられるところはありますけれども、私のところの特徴は若い先生と一緒にやることです。

私たちが目指しているのは「普通の家庭医」と言っておりまして、幅広く外来の診療ができる、普通に予防・教育ができる、普通に在宅医療・在宅の看取りができる、普通に多職種や地域の住民と協働できる、普通にその町で楽しく生きていく。私たちは質の高いという普通のことができない。かかりつけ医を養成したいと考えています。それがひいては医療を通じた街づくりになると思いますので、これからの地域医療の参考にさせていただくと幸いです。

【渡邊】ありがとうございます。【雨森】それは皆さんに伺いたいです。私はもういたし方ないかなと思つていますが、少なくとも何か街や地域の力をつけて横の繋がりをよくしていく。竜王町は昔ながらの街なので今のところ何とかやっていてるという感じですが、ご意見もあろうかと思ひます。しかし、病院給食に関しては固有の難しい問題があります。以下スライド使用

【田村】ご紹介ありがとうございます。ほとんどどの産業が同じような課題に直面していて、物価高騰、賃金上昇、人材不足で人の確保が大変です。これらの課題を解決するには、一般的に考えれば値上げをすればいいじゃないかと。国も賃上げを推奨しています。人が不足しているから企業努力で合理化やIT化をすればいいという

【渡邊】次の講師は田村隆氏です。日本メデイカル給食協会の副会長で、淀川食品株式会社の社長さんです。病院の食事を推奨しています。各病院の管理栄養士の作成ルールも多種多様で

【田村】私自身も5面へつづく

【田村】私自身も5面へつづく

【田村】私自身も5面へつづく

【田村】私自身も5面へつづく

【田村】私自身も5面へつづく

◆テーマ◆ 苦悩する医療界 ～人なし・金なし・薬なし～

第一部 (東界からの報告)	出演	雨森正記氏 (医療法人滋賀家庭医療学センター・理事長、弓削メディカルクリニック・院長)	田村隆氏 (公益社団法人日本メデイカル給食協会・副会長、淀川食品株式会社・代表取締役社長)	梶原伸介氏 (宇和島市病院事業管理者)	桃林孝次氏 (株式会社スズケン 執行役員・病院統括部長)	渡邊古志郎氏 (横浜市立市民病院・名誉院長)
第二部 (総合討論)	出演	横倉義武氏 (日本医師会・名誉会長、社会医療法人弘恵会 ヨコクラ病院・理事長)	山口育子氏 (認定NPO法人 ささえあい医療人権センター COML(コムル)・理事長)	渡見公雄氏 (全国公私病院連盟・会長、赤穂市民病院・名誉院長)	行天良雄氏 (医事評論家)	

後援：厚生労働省
協賛：公私病連共済会

一般社団法人 全国公私病院連盟

加盟8団体
公益社団法人 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・日本赤十字社病院連盟・全国済生会病院協会・一般社団法人 岡山県病院協会・日本私立病院協会・一般社団法人 日本公的病院精神科協会

第34回「国民の」



病院の給食部門の収支

4面からつづく

す。品数、1品当たりのグラム数、食材の制限、ニンジンは一週間に何回以上使ってはいけないとかいう食品禁止事項もあったりします。硬さ、繊維質がどこまで許容できるか、そういった細かいルールもあります。

病院給食は大別して『一般普通食』と『特別治療食』に分かれます。食事形態も非常にたくさんありまして、主食のお米だけでも「米飯」「軟飯」「全粥」「五分粥」「三分粥」「ミキサー食」と複雑で、とても手間がかかります。作業もチェックも大変なので多くのスタッフが必要となり、人件費が増加する要因となっています。

状況を見ますと多くの病院が赤字です。平成29年度の調査では1人1日当たり『費用』が2454〜2475円かかるのに、『収入』は1920円と公定価格で決まっているからです。今年の6月から27年ぶりに1食当たり30円上がって2010円になりましたが、1食当たり670円(保険給付180円、自己負担490円)、朝昼晩3食で2010円。これで、食材費、調理にかかる加工費、人件費、水道光熱費、設備費、全てを賄わなくてはなりません。

状況を見ますと多くの病院が赤字です。平成29年度の調査では1人1日当たり『費用』が2454〜2475円かかるのに、『収入』は1920円と公定価格で決まっているからです。今年の6月から27年ぶりに1食当たり30円上がって2010円になりましたが、1食当たり670円(保険給付180円、自己負担490円)、朝昼晩3食で2010円。これで、食材費、調理にかかる加工費、人件費、水道光熱費、設備費、全てを賄わなくてはなりません。

識調査によると我々のような食品サービス業、給食とかフードサービスを目指される方が極端に少ないんです。まさに「人なし」の現実を突きつけられています。

給食会社各社もこの状況を打破すべく様々な手段で合理化に向けた努力をしていますが、一つ提案したいのは、食事箋を全国で統一するのは難しいとしても、その地域の中で統一ができないかということだと思います。学校給食には地域ごとにセンターがあります。病院給食でも同じようなことができれば合理化できると考えています。その後は、個別対応とか形態加工の標準化です。その個別対応は本当に必要なのか。基本的には今後増えたいと考えますが、厨房の人員が不足しても手間がかかれないという現実が差し迫っています。

人手不足を解決するには仕事の魅力を上げるのが不可欠ですが、特に管理栄養士の仕事内容は、病院直営と委託会社で随分違うという現実があります。委託会社に勤めていただいても病院の方に転職するケースが後を絶たないんです。同じ国家資格を持っていても直営と委託では業務内容が結構違います。例えば、一定の要件を満たした給食会社、管理栄養士であれば、病院の仕事もできます。250床以下の病院であれば直営の管理栄養士と同じような仕事の委託をしてもいいです。と、そういったことをよく検討いただけないかなと思っています。

【渡邊】3人目の講師は梶原伸介先生です。梶原先生は徳島大学医学部を卒業後、愛媛県立今治病院、愛媛大学医学部附属病院、町立津島病院を経て、市立宇和島病院、同院の院長、現在は宇和島市病院事業管理者という立場にいます。よろしくお願ひします。



梶原伸介氏

宇和島市病院事業管理者

【梶原】梶原先生とは、梶原伸介先生がこんな偉くなる前からの長い付き合いですが、今回、東京に来て「苦悩する医療界」をテーマに話をしようかと思いましたが、まずは皆さんに宇和島を紹介して、それから当院のこと

話をしたいと思います。宇和島市は、松山市から100kmぐらい、車で大体1時間20分。愛媛のずっと南にあります。現在の人口は約6万7千人です。平成17年に市町村合併をした頃には約10万人いたのですが、毎年1千5百人ぐらい減っていきまして。高齢化率は41.1%です。蜜柑がおいしいところで、もう極早生(こくわせ)が出ていますし、暖まごんなどというブランド蜜柑もあります。それから「鯛めし」が有名です。

病院のことを紹介しますと、今こそ新しくきれいな病院になりましたが、戦前からこの地域を守ってきた病院です。宇和島高校が、宇和島東高校が、宇和島南予救急救命センターを併設。平成16年に臨床研修指定病院になりましたので、優秀な若い先生が来

ます。一般病院でも採用できるようなりましたので結構入っています。【渡邊】5年前に何日か入院したんですけれども、その時の食事は昔と比べて格段においしいと思えましたよ。

【田村】常にレベルアップしないといけないという思いで取り組んでいますので、またご指摘いただければと思います。経営上は大変な状況です。手術件数はほとんど変わらない。やることはやっています。【渡邊】影響がかなり強いと思います。病院の経営状況は、私が院長になった時に新病院にするための返さないといけないお金があったので約5億3千万円の赤字でした。それ以外は大体赤字です。【田村】自治体病院は人件費比率が高いのですが当院は50%を超えています。

【梶原】やはり急性期病棟が多いので減らしていく方向にあります。当院では今は358床で運用していますが、毎年の人口減にともなう患者も減っていくので、元にはもどらんかなと。田舎は財政規模が小さいし、住民は1次産業、魚の養殖とかミカン栽培をしていて他の産業もないものですから、人口減にともなう財政的にも大変だと思えます。今はまだ大丈夫ですが、将来的にはわかりません。

した病院給食を提供していくことは、国民の健康維持と増進のために重要な任務であると僭越ながら思っています。そのために今後がんばっていきたく思います。

【渡邊】積極的に外国の方に入っていたらいいという傾向はありますか。

【田村】ございます。センターをお持ちの給食会社は、かなりたくさんありますので、またご指摘いただければと思います。

【渡邊】5年前に何日か入院したんですけれども、その時の食事は昔と比べて格段においしいと思えましたよ。

【田村】常にレベルアップしないといけないという思いで取り組んでいますので、またご指摘いただければと思います。

【渡邊】影響がかなり強いと思います。病院の経営状況は、私が院長になった時に新病院にするための返さないといけないお金があったので約5億3千万円の赤字でした。それ以外は大体赤字です。

【梶原】やはり急性期病棟が多いので減らしていく方向にあります。当院では今は358床で運用していますが、毎年の人口減にともなう患者も減っていくので、元にはもどらんかなと。田舎は財政規模が小さいし、住民は1次産業、魚の養殖とかミカン栽培をしていて他の産業もないものですから、人口減にともなう財政的にも大変だと思えます。今はまだ大丈夫ですが、将来的にはわかりません。

す。病院の食事は「まずい・冷たい・早い」と言われていました。早いというのは夕食の時間が早いという意味で、昔は夕方4時ぐらいに給食が配膳されていました。これからはつくる側の事情なんですね。早く帰って帰りたい、患者様のためというよりは厨房の職員側の都合でした。私たち給食会社にとって良質で安定

した病院給食を提供していくことは、国民の健康維持と増進のために重要な任務であると僭越ながら思っています。そのために今後がんばっていきたく思います。

【渡邊】積極的に外国の方に入っていたらいいという傾向はありますか。

【田村】ございます。センターをお持ちの給食会社は、かなりたくさんありますので、またご指摘いただければと思います。

【渡邊】5年前に何日か入院したんですけれども、その時の食事は昔と比べて格段においしいと思えましたよ。

【田村】常にレベルアップしないといけないという思いで取り組んでいますので、またご指摘いただければと思います。

【渡邊】影響がかなり強いと思います。病院の経営状況は、私が院長になった時に新病院にするための返さないといけないお金があったので約5億3千万円の赤字でした。それ以外は大体赤字です。

株式会社スズケン
執行役員・病院統括部長

桃林孝次氏



役割です。もしお客様が直接メーカーに一品一品頼んで配達してもらおうとすると無駄が多いので、そこを繋ぐことを御が担っています。

【渡邊】 第1部の最後は桃林孝次さん、スズケンの病院統括部長です。スズケンという会社は医薬品の卸(おろし)をしていますので、医薬品の現状をお話いただきます。

【桃林】 このような機会をいただきありがとうございます。スズケンという会社は、愛知県の名古屋市に本社を置く創業91年の会社で、鈴木謙三商店から始まっているのでスズケンです。医薬品卸というのは普通の卸業、食品卸とかいろいろな卸がありますが大きく機能は変わりません。薬を運ぶ物流機能、販売機能を持ち合わせています。

少し違つのは、医薬品と卸というのは非常に情報が大切ですので情報機能を持っているところです。

※以下スライド使用
日本全国に病院は約8千あります。診療所がざつと10万軒、薬局6万軒と言われているので約17万軒のお得意様があつて、そこに対して約1万7千品目の医薬品だけではなく医療材料・診断薬も含めてご注文いただいているものをお届けするのが

生じたかというところ、一つには原薬入手難があります。出荷制限がかかっている品目の約半分が1錠20円以下の薬です。また原薬が円安の影響により高騰している利益が圧迫され、経営が悪化しています。卸にも責任があるのですが、市場獲得のために安売りをしてきたので値が低くなつてしまっています。また「多品目・少量生産」という問題もあります。

最後に卸の話を少しさせていたと、今、1日の業務のうち約2割が出荷調整の対応に追われています。これを人件費に換算すると約548億円の損失になります。アンケートによると過去1年以内に退職(転職)を検討した従業員は割合は55%に達しました。今の状況は卸の経営も環境も非常に圧迫しています。そんな状況なんです、私たちが何とか患者様に薬をお届けできるように努力しています。

【行天】 後半のディスカッションに入らせていただきます。前半では各側からの専門的なお話、現場の状況を紹介いただきました。初めて聞いたという方もいけば、現実の問題として直面されている方もいらっしゃると思います。

【行天】 後半のディスカッションに入らせていただきます。前半では各側からの専門的なお話、現場の状況を紹介いただきました。初めて聞いたという方もいけば、現実の問題として直面されている方もいらっしゃると思います。

【渡邊】 供給が回復するのは、いつくらいと考えるのがいいと思います。ただ品質及び安定供給の信頼性の確保を柱に...の柱が折れてしまっています。『後発医薬品』のメーカーも結構無理な体制で製造をして目標を達成していた訳です。

【渡邊】 ありがとうございます。第一回はこれで終了し、第二回は引き続き進んでいきたいと思います。

【行天】 ありがとうございます。山口さんは「ささえあい医療」

【横倉】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【山口】 紹介ありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【横倉】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【山口】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【横倉】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ



日本医師会・名誉会長
ヨコクラ病院・理事長

横倉義武氏



認定NPO法人ささえあい医療
人権センターCOML・理事長

山口育子氏



全国公私病院連盟・会長

邊見公雄



司会
医事評論家

行天良雄氏

「国民の健康会議」では8年ほど前に「期待される医者と」というようなテーマで対談させていただきました。福岡県には、三池炭鉱という炭鉱町があり、その隣町に三池郡高田町というところがあった。今は三つの町が合併して「みやま市」となりましたけれども、農業が主体の町です。病院は当然じゃない状況のなかで、父の代から来年で80年になるのですが地域の医療に関わってきました。そういう私がどうしてか、今から14年ほど前に日医の仕事をするようになり、8年間も会長を務めさせていただきました。その当時、何を考え会長をしていかかと言った、いわゆる医療というものは国民に開かれていなくて、地域を大事にしなきゃいけない。ですから、地域医療の再興を一つの大きなテーマとして会長を務めさせていただきました。

【行天】 ありがとうございます。山口さんは「自身も病気を経験されている」とおっしゃっています。その辺りのお考えを含めて、お話を聞かせていただきたいと思つています。

【山口】 紹介ありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【横倉】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【山口】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【横倉】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【山口】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【横倉】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

【山口】 紹介いただきありがとうございます。COOML(コムル)が活動をスタートしたのが1990年なので現在35年目に入りました。活動を始めた当時、日医の第2次生命倫理懇談会がインフォームドコンセントを「説明と同意」と訳して、こ

6面からつづく

身が問題意識を持って... 高額の療養費制度で... 他国にはない恵まれた制度なんです...

【邊見】 私は京都大学出身なんです... 田舎には医者がいない... 病院の経営は赤字、そして薬も来ない...

【行天】 ありがとうございます... 非常に問題になっています... 偏在の問題は、地域的な偏在と診療科の偏在が...

【行天】 診察所、いわゆる開業している先生方の多くが専門医、専門を... 診察所、いわゆる開業している先生方の多くが専門医、専門を...

【邊見】 私が院長をして... 兵庫の田舎の中小病院です... コレステロールだけ...



【行天】 山口さん、いかがですか... 偏在について専門医制度がプラスになったとは感...

【邊見】 職業選択の自由、プロフェッショナル・オートノミー... 地域医療に貢献したいと思っています...

【邊見】 おっしゃるとおりですね... 医学部を出ているような子は都会育ちで裕福な家が多い...

【行天】 いろいろなケースがありましてね... 私が明日から銀座で美容外科をやりますと言...

【邊見】 私も患者さんには携帯番号を教えてください... 実は携帯番号を渡しておく方が、かかって...

【行天】 ドイツは法律で決めているんですね... ドイツにはGP登録制度というのがあって、住民はかかりつけ医を登...

7面からつづく

録し、原則としてその医師が診療を行うことになっていきます。日本もそうしたらいいという意見もあるんですけども、私は今の日本にはそぐわないと思うんです。そもそも医学教育自体が登録制を念頭に置いて教育して

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

【行天】 コロナの時に、かかりつけ医が診てくれなかったという問題が起きました。かかりつけだと思っていたので受診しようとしたら、熱があるんだつたら来ないでくださいと。病院でも一時期そういう状態がありました。このことは、かかりつけ医を議論するよい機会だったので、コロナがら類になつてつらむやになつてし

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2024年11月1日～2025年11月1日 ※いつからでも中途加入が可能です。

＜お問合せ先＞

Table with 2 columns: 取扱代理店 (株式会社 公私病連共済会) and 引受保険会社 (損害保険ジャパン 株式会社)

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。



後の希望です。【行天】 本当にお体に気をつけて、頑張ってください。【山口】 専門医制度のこと、プラスに感じないで、19番目の基礎領域として総合診療専門医が活躍するということに、私もとても期待をしています。【中嶋】 行天先生の司会による素晴らしい討論がありまして、皆様方の心に深く残って、これからの活動、医療に生かしていただけるのではないかと御礼を申し上げます。



【中嶋】 行天先生の司会による素晴らしい討論がありまして、皆様方の心に深く残って、これからの活動、医療に生かしていただけるのではないかと御礼を申し上げます。【行天】 どうもありがとうございます。【雨森】 ロールモデルがないというふうな話を聞かれましたら、うちに来てもらったらいいです。若い女性の先生で頑張っている人もいっぱいいます。子育てをしたり、お産をして育児をしたり、お産をしながら勤務している先生もいっぱいいます。ぜひともご紹介いただきたいと思っています。

クがありまして、当初は自らの命を投げ出すような働きぶりでも奮闘する医療者の姿があり、医療現場の実態が十分に報道されて社会的な理解が進み、医療サイドとしてはようやく日の目を見たという思いでありました。公的資金や社会的支援によってどうにか危機を乗り切りましたが、パンデミックがおさまってみると、今度は過剰な交付であったということによって求められ、さらに、令和6年度診療報酬改定では、一転して抑制される結果になっています。そして、ひたひたと忍び寄ってくる人口減による人手不足、食料材料費や物価・光熱費の高騰、

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

2040年頃に向けた医療提供
体制の総合的な改革に関する意見

社会保障審議会「医療部会」(12/25)

2040年頃に向けた意見を 社保審医療部会が取りまとめ

社会保障審議会「医療部会」は昨年末「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」を公表した。同意見では「2040年頃を見据えた新たな地域医療構想」「医療DXの推進」「オンライン診療の推進」「美容医療への対応」の他、「医師偏在対策」では①医師確保計画の実効性の確保、②地域の医療機関の支え合いの仕組み、③経済的インセンティブ等について述べている。

今回、社保審「医療部会」が公表した意見では、

「2040年頃を見据えた新たな地域医療構想」については、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想を策定するとしている。病床の機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)については「回復期機能」を「包括期機能」として位置付ける。また、医療機関機能(①高齢者救急・地域急性期機能、②在宅医療等連携機能、③急性期拠点機能、④専門等機能、⑤保育及び広域診療機能)の報告制度を創設し、二次医療圏を基本とした地域での協議、都道府県単位での協議、在宅医療等により狭い区域での協議

医療提供体制の総合的な改革を

「医療DXの推進」については、電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用を図るとともに、マイナ保険証一枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備を行う。また、公的データベースの利用促進などの医療情報の二次利用を推進するとともに、社会保険診療報酬支払基金を医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に

への短縮)を連携して運用することとした。なお、医師偏在対策に係る経済的インセンティブとして、重点医師偏在対策支援区域における支援を実施する。具体的には①診療所の承継・開業・地域着定支援、②派遣

医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)、③医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援をすることも、全国的なマッチング機能の活用、医師養成過程を通じた取組を行う。「美容医療への対応」については、美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入を行う他、関係学会によるガイドライン策定を行う。

社会保障審議会医療部会においては、医療提供体制の改革について審議を重ねて来たところであり、これまでの議論を踏まえ、以下のとおり意見をとりまとめた。厚生労働省においては本部会の意見を踏まえ、医療提供体制の改革に必要な事項について可能なものから速やかに取り組むとともに、更に所要の検討を進め、医療法等の改正を行うなど改革に取り組む、着実にその実施を図りたい。

さらに、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となるが見込まれ、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト・シェア等に着実に推進していくことが重要となる。医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者の業務の省略化、効率化など、いわゆるコスパの大きな武器となっていく。電子カルテシステムは現在日本では4〜5社のベンダーが各病院に高価格で売られている。ソフトの関係で5〜6年に1回の割合で更新を余儀なくされている。400床前後の病院では本体と各分野別システムが一体となつて10〜15億円という大金がかかる。また、悪いことに各ベンダーの電子カルテは互換性が全くなく今後の日本医療の根幹となる医療情報の共有化の阻害要因になっている。ベンダー同士が共通言語で、お互いが共有できるように、かつ安価で利用できるように、国、厚生省が主導し改善していただきたい。その後にはマイナポータルを組み立てても国民の理解は得られると思う。

時評

新たな地域医療構想の取りまとめが公表された。医療介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や、現役世代の医療需要減少に対応すべく、治す医療と治し支える医療を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療介護提供体制を構築する、2040年とこの先への撤退戦シナリオである。

の透明化を通じて国民の合意形成を図り、社会保障の持続可能性と機能強化の両者を提起した画期的なものに思えた。その後、社会保障と

革の目的と政策の方向性は二度の政権交代を通じて引き継がれ、医療介護分野の優先課題と位置づけられた。但しリーマンショックと東日本震災は我が国

医療提供体制構築のためのツールであり、機能分化と連携推進は、市場原理でも国家統制でもなく、データによる制御を基本的に据え、関係者が自主的に取組むことが核心である。我々医療者は、今後もこの哲学を堅持し、設立母体の壁を超えて団結し、地域に立脚した連携以上・統合未満で支配関係のない真の地域医療連携推進法人「的」存在として生き延び、新たな保健・医療・福祉の創造に挑むべきである。



連盟 副会長 浦田 士郎

地域医療構想の10年

税の一体改革審議の末、2012年11月に社会保障制度改革国民会議が設置された。首班交代が毎年繰り返され、分りにくい展開であったが、社会保障国民会議で描かれた改

の財政バランスを疲弊させ、社会保障と財政規模の均衡を一層深刻に考へての議論展開となった。2013年8月の最終報告書(医療介護分野)では「病院完結型

19年の公立公的医療機関再検証対象施設の公表であった。そもそも地域医療構想は、医療計画の一部であれ上位概念であり、効果的で質の高い

地域医療構想前史から顧みれば、福田・麻生政権下の2008年1月からの社会保障国民会議は、負担と給付

「JA愛知厚生連安城更生病院 名誉院長

(H・S)

いる鉛筆

岸田政権下に導入されたDX(デジタルトランスフォーメーション)は医療面では欠かせないツ

断・診療の進歩に貢献してきている。医療事務系に不可欠な医事会計システムはその恩恵に浴している。ほとんどの病院に導入されている電子カル

テはDXの原点といつても過言ではなく、ITの進化によって院内の各部

署で活用され、医師・看護師をはじめ医療従事者の業務の省略化、効率化

など、いわゆるコスパの大きな武器となっていく。電子カルテシステムは現在日本では4〜5社の

ベンダーが各病院に高価格で売られている。ソフトの関係で5〜6年に1回の割合で更新を余儀

なくされている。400床前後の病院では本体と各分野別システムが一体となつて10〜15億円とい

う大金がかかる。また、悪いことに各ベンダーの電子カルテは互換性が全くなく今後の日本医療の

根幹となる医療情報の共有化の阻害要因になっている。ベンダー同士が共通言語で、お互いが共有

できるように、かつ安価で利用できるように、国、厚生省が主導し改善していただきたい。その後にはマイナポータルを組み立てても国民の理解は

得られると思う。

(H・S)

1面からつづく

ついても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用的重要性が指摘されている。

▼これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保することを旨として、医療提供体制を整備していく必要がある。

▼こうしたことを踏まえ、新たな地域医療構想の策定を進め、医師偏在の是正を総合的に推進し、医療分野のデジタル・トランスフォーメーションを確実に着実に推進することで、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築していくことが必要である。

▼なお、これらの対策は、その実施状況を踏まえ、効果を把握した上で、必要な見直しを行うべく、いくべきである。

▼本部会における審議も踏まえ「新たな地域医療提供体制の現状と目指すべき方向性」

療構想等に関する検討会」においてとりまとめ「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」(別添1、2ページ上)の通りとする。

(2) 医師偏在対策について

▼本部会における審議も踏まえ「新たな地域医療構想等に関する検討会」においてとりまとめ「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」(別添1、2ページ上)の通りとする。

▼「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築

▼「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築

る。法令に根拠を設けることにより、個人情報保護法の第三者提供に係る本人同意取得の例外として、3文書6情報を提供することとする。

る。法令に根拠を設けることにより、個人情報保護法の第三者提供に係る本人同意取得の例外として、3文書6情報を提供することとする。

る。法令に根拠を設けることにより、個人情報保護法の第三者提供に係る本人同意取得の例外として、3文書6情報を提供することとする。

機能病院、その他救急・災害時における医療提供を担う病院等の管理者に対する体制整備の努力義務を設けることとする。

機能病院、その他救急・災害時における医療提供を担う病院等の管理者に対する体制整備の努力義務を設けることとする。

機能病院、その他救急・災害時における医療提供を担う病院等の管理者に対する体制整備の努力義務を設けることとする。

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

電子カルテ等の導入を進める。システムの必要な運用保守を行いながら、電子カルテ情報を登録することとする。

電子カルテ等の導入を進める。システムの必要な運用保守を行いながら、電子カルテ情報を登録することとする。

電子カルテ等の導入を進める。システムの必要な運用保守を行いながら、電子カルテ情報を登録することとする。

の意見も踏まえ、速やかな普及に向けて国としてあらゆる方策を講じるべきである。

の意見も踏まえ、速やかな普及に向けて国としてあらゆる方策を講じるべきである。

の意見も踏まえ、速やかな普及に向けて国としてあらゆる方策を講じるべきである。

度(183自治体(22都道府県、161市町村)が先行実施事業に参加しているところ、メリットを全国規模で広げようとするため、全国展開の体制を構築することが重要である。

度(183自治体(22都道府県、161市町村)が先行実施事業に参加しているところ、メリットを全国規模で広げようとするため、全国展開の体制を構築することが重要である。

度(183自治体(22都道府県、161市町村)が先行実施事業に参加しているところ、メリットを全国規模で広げようとするため、全国展開の体制を構築することが重要である。

▼医療機関の電子カルテシステムの改修について、国は十分な支援を行うとともに、電子カルテシステム未導入の医療機関への標準型電子カルテの普及を速やかに進めるべきである。

▼医療機関の電子カルテシステムの改修について、国は十分な支援を行うとともに、電子カルテシステム未導入の医療機関への標準型電子カルテの普及を速やかに進めるべきである。

▼医療機関の電子カルテシステムの改修について、国は十分な支援を行うとともに、電子カルテシステム未導入の医療機関への標準型電子カルテの普及を速やかに進めるべきである。

▼今後、透析情報や蘇生処置に関する情報、看護や歯科に関する情報等を共有対象に追加することについて、医療関係者の意見を聴きながら速やかに検討を進めるべきである。

▼今後、透析情報や蘇生処置に関する情報、看護や歯科に関する情報等を共有対象に追加することについて、医療関係者の意見を聴きながら速やかに検討を進めるべきである。

▼今後、透析情報や蘇生処置に関する情報、看護や歯科に関する情報等を共有対象に追加することについて、医療関係者の意見を聴きながら速やかに検討を進めるべきである。

また、電子カルテ情報の利用停止等を求める患者の要望がある場合には、その対応について検討を行うべきである。

また、電子カルテ情報の利用停止等を求める患者の要望がある場合には、その対応について検討を行うべきである。

また、電子カルテ情報の利用停止等を求める患者の要望がある場合には、その対応について検討を行うべきである。

また、電子カルテ情報の利用停止等を求める患者の要望がある場合には、その対応について検討を行うべきである。

また、電子カルテ情報の利用停止等を求める患者の要望がある場合には、その対応について検討を行うべきである。

また、電子カルテ情報の利用停止等を求める患者の要望がある場合には、その対応について検討を行うべきである。

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

別添1

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

- (1) 基本的な考え方
・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(2) 病床機能・医療機関機能
① 病床機能
② 医療機関機能報告
③ 構想区域・協議の場
(3) 地域医療介護総合確保基金
(4) 都道府県知事の権限
(5) 国・都道府県・市町村の役割
(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

▼共有サービスは、患者(被保険者)、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関において

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

別添2

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

- ① 医師偏在の是正に向けた基本的な考え方
② 全ての世代の医師へのアプローチ
③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

- 今後の医師偏在対策の具体的な取組
(1) 医師確保計画の効率的な実施
(2) 地域医療機関の支え合いの仕組み

- ① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)
② 医師偏在是正プラン(仮称)
③ 保険医療機関の管理者要件
④ 全国的なマッチング機能の支援等
⑤ リカレント教育の支援
⑥ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定
⑦ 医師偏在指標のあり方
⑧ 医師養成過程を通じた取組
⑨ 診療科偏在の是正に向けた取組

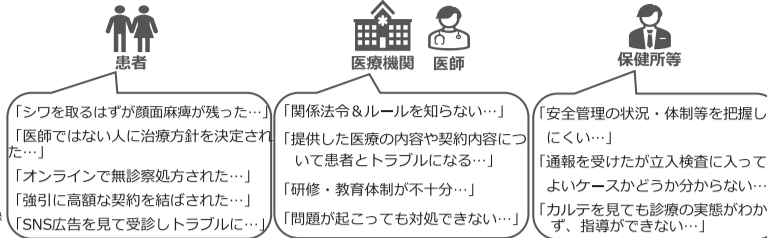
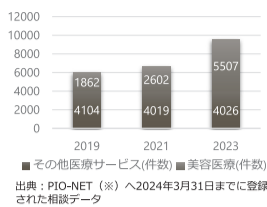
要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮
(3) 経済的インセンティブ
(4) 全国的なマッチング機能の支援等
(5) リカレント教育の支援
(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定
(7) 医師偏在指標のあり方
(8) 医師養成過程を通じた取組
(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

3面へつづく

美容医療の適切な実施に関する検討会 報告書(概要) 別添3

1. 美容医療を取り巻く状況

医療の相談件数の推移



2. 美容医療がより安全に、より高い質で提供されるに当たっての課題と対応策

課題	対応策
<ul style="list-style-type: none"> 美容医療を提供する医療機関における院内の安全管理の実施状況・体制等を健保所等が把握できていない 患者側も医療機関の状況・体制を知る手段がなく、医療機関における相談窓口を知らない 関係法令&ルール(オンライン診療に係るものを含む。)が浸透していない 合併症等への対応が困難な医師が施術を担当している 安全な医療提供体制や適切な診療プロセスが全般的・統一的に示されていない アフターケア・緊急対応が行われない医療機関がある 健保所等の指導根拠となる診療録等の記載が不十分な場合がある 悪質な医療広告が放置されている 	<ul style="list-style-type: none"> 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入 ⇒安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等について都道府県等に対する報告を求め、そのうち国民に必要な情報を公表 関係法令&ルールに関する通知の発出 ⇒健保所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化 医療機関による診療録等への記載の徹底 オンライン診療指針が遵守されるための法的整理 関係学会によるガイドライン策定 ⇒遵守すべきルール/標準的な治療内容/記録の記載方法/有害事象発生時の対応方針/適切な研修のあり方/契約締結時のルール等を盛り込んだガイドラインを策定 医療広告規制の取組み強化 行政等による周知・広報を通じた国民の理解の促進等

※バイオネット:全国消費生活情報ネットワークシステム、国民生活センターと全国の消費生活センター等をオンラインネットワークで結び、消費生活に関する相談情報を蓄積しているデータベース

2面からつづく

性がある場合」に認めることとし、利用目的や内容に応じて必要性やリスクを適切に審査する。さらに、匿名化情報の利用に当たっては、クラウドの情報連携基盤上で解析等を行いデータ自体を相手に提供しないことを基本にするとともに、匿名化情報よりも厳格な管理を担保するため、厚生労働大臣による利用者に対する措置要求の義務や、利用者に対する従業者の監督の義務、罰則等を上乗せで設ける。

(iii) 公的DB等の利用

電子カルテ情報の二次利用に当たっては、電子カルテに入力された病名の取扱いや、留意すべき点があるため、今後のガイドライン等の作成においては、医療関係者等の意見を十分に聴いて検討を進めるべきである。

▼医療等情報は機微な情報であるため、二次利用に当たって、特定の個人が識別されることや情報漏洩が生じないよう、情報セキュリティ対策等について、国民・患者に十分周知するとともに、医療現場や介護現場の理解を得ながら、丁寧に進めるべきである。

▼電子カルテ情報の二次利用に当たっては、電子カルテに入力された病名の取扱いや、留意すべき点があるため、今後のガイドライン等の作成においては、医療関係者等の意見を十分に聴いて検討を進めるべきである。

また、医療等情報を用いて行われた研究の成果

④ 社会保険診療報酬支払基金の抜本改組

▼「医療DXの推進に関する工程表」(令和5年6月2日医療DX推進本部決定)に基づき、支払基金について、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組する。

▼改組に当たっては、審査支払機能を適切に維持することを基本的な考え方とした上で、法人の名称、目的、業務及び組織体制について、以下の見直しを行うこととする。

(i) 名称

法人の業務(診療報酬の審査支払業務と医療DX関連業務)を適切に表現した名称を検討する。併せて、医療DXに関する有能な技術者を確保できるよう、医療DXの実施主体として相応しい名称を検討する。

(ii) 目的・業務

法人の目的に、医療DXの推進及び医療DXに関する基盤の整備・運営

を位置づけることとし、法人の本来の業務として、医療DX関連業務を位置づける。

(iii) 組織体制

▼運営会議(仮称)の設置

現行の理事会に代えて、新たな意思決定機関として、「運営会議(仮称)」を設置する。運営会議は、学識経験者、被保険者、地域行政、保険者、診療担当者で構成する。保険者には地域保険の立場を代表する者を加える。

▼また、支払基金のサイバーセキュリティ対策の強化として、重大なサイバーセキュリティインシデントや情報漏洩等の発生時に、厚生労働大臣への報告を義務づけることとする。

▼このように改組に当たっては、支払基金が特別民間法人であるという点や審査支払業務に従事する職員的心情等に十分配慮すべきである。また、改組後の組織運営に要する費用の負担の在り方については、審査支払業務と医療DX関連業務の両方を担っていくこと等を踏まえて、検討すべきである。

(5) オンライン診療について

▼具体的には、オンライン診療を定義し、オンライン診療を行う医療機関の管理者が講ずべき措置について、その適切な実施を定める。オンライン診療を行う医療機関の管理者は、当該基準を遵守することとする。

▼加えて、オンライン診療の受診の場を定義し、当該場の設置者は所在地の都道府県知事に届け出ることとした上で、オンライン診療の受診の場の設置者は必要な事項を公表することとする。

▼その上で、引き続き実態把握を進めつつ、オンライン診療の実施における遵守事項(医薬分業の観点、地域医療に与える影響の把握等)を検討するべきである。加えて、今後、医師と医師の間で実施する形態(DtoD)等の観点についても検討を進めるべきである。

(6) その他

① 認定医療法人制度の延長について

▼認定医療法人制度の活用は進んでいないものの、医療法人全体としては、「持分なし医療法人」への移行が十分に進んでおらず、多くの「持分あり医療法人」が存在することから、認定医療法人制度を延長し、移行をさらに促進すべきである。

② 一般社団法人が開設する医療機関の非営利性の徹底について

▼医療法では、医療機関の開設者は営利を目的としてはならないこととされているところ、昨今、一般社団法人による医療機関の開設事例が増加しており、非営利性の観点で疑義が生じている。

医師の働き方改革・コンプライアンス・医業収益に大きく貢献
Significant contributions to physician work styles, improved compliance, and increased medical practice revenues.

医師事務作業補助者

医師が本来実施すべき専門性の高い業務に専念する環境を作る中で、働き方改革を受けた戦略的な人材活用が求められています。エヌジェシーの医師事務作業補助者は、医師のタスクシフトを強力に推進し、幅広い知識と技術で、医師のパートナー、そして事務のスペシャリストとして活躍します。

医療現場の人材確保に革新をもたらす
We offer innovative recruiting packages for healthcare organizations.

スカウトブル派遣

ノウハウの継承や内製化の必要性から、職員を直接雇用する医療機関が増加しています。しかし、人材不足が深刻な状況で、求める人材を見つけることは極めて困難です。エヌジェシーの「スカウトブル派遣」は、将来的な正社員採用を前提に医療機関様と弊社がスタッフの人選及び目標管理手法を用いて、高いモチベーションを維持したスタッフを中長期に紹介する新しいスタイルの派遣サービスです。人材のミスマッチや優秀な人材の流出など、雇用に関する課題を解決します。

今月の一冊

今月は3冊

マティック。

韓国社会の家長的儒教一家の次女が夢のお告げで菜食主義に。その為に不幸連鎖で転落していく暗い物語。少子化、学歴重視、Kor cas No.2からJapan Eitと同じ様に衰退する国家ではこんな物語になるのだろうか。ユッケや焼き肉の国で何で。とも。肉欲(性欲)描写もすごい。木や林、森など植物と人物との対比も視点の一つだろう。こちらを優先してお読み頂きたい。

また、お詫びを一つ。韓国の病院建築の本を読んでいると、白色は陰陽五行説で金を表わし、韓国人のNo.1嗜好色らしい。少し感じが違っていたようだ。

おせち料理は食べ飽きましたか？

三冊目は『ほんまに「おいし」って何やろ?』(集英社)菊乃井3代目主人、村田吉弘著である。

著者は和食を世界文化遺産にした京都老舗料亭の主人である。次の世界文化遺産は国民皆保険制度と憲法第9条を唱えていた私にとって、憎つくきりターゲットであるが発信力・実行力などとても敵わない。一本参りませ

た。私も京都府公立大学法人の経営審議会委員でもあり、医食同源なので大賛成。料理屋や料亭は公共物とも意識が高い。こうでな

フランスは文化省が財務省よりランクが上。フレンチのユネスコ無形文化遺産には世界中が納得、和食はかなりの苦勞話。修業も学生時代にヨーロッパ遍歴、名古屋での板前修業とかかなりの苦勞を笑い飛ばして記述。ネア力人間の特徴。何事も余白80%で残心が肝腎とも(流石)。

美山荘の主人の中東氏、天龍寺平田老師、瓢亭14代目高橋氏との関わりなど恵まれた交友もあり、何と云ってもお爺ちゃん子。今は後進の育成と日本中の海で海草を育てる事業を。

近々私は菊乃井は無理なので無碍山房へお弁当を食べに行くぞ。

今回は正月9連休中、始めと終わりはゴ

ルフ打ち納め打ち始め7日間で5冊読み、最も面白かった「自見庄三郎回顧録」と、兵庫県知事や宝塚歌劇団で問題になったパワハラなど防止の「会社のルール」を紹介したい。

推薦者：邊見公雄(全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長)

『すべっの、白いものたちの』

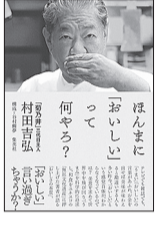
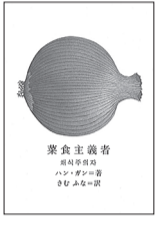
ハン・ガン／著 齋藤真理子／訳 河出書房新社／刊

『菜食主義者』

ハン・ガン／著 きむ・ふな／訳 CUCON(クオン)／刊

『ほんまに「おいし」って何やろ?』

村田吉弘／著 集英社／刊



設。私も京都府公立大学法人の経営審議会委員でもあり、医食同源なので大賛成。料理屋や料亭は公共物とも意識が高い。こうでな

フランスは文化省が財務省よりランクが上。フレンチのユネスコ無形文化遺産には世界中が納得、和食はかなりの苦勞話。修業も学生時代にヨーロッパ遍歴、名古屋での板前修業とかかなりの苦勞を笑い飛ばして記述。ネア力人間の特徴。何事も余白80%で残心が肝腎とも(流石)。

全国公私病院連盟

第20回「DPCセミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では、「第20回 DPCセミナー」を下記により開催しますので、ご参加ください。

- 1. 期 日 : 令和7年 2月27日(木)
- 2. 会 場 : 「全国都市会館」3階 第2会議室 東京都千代田区平河町 2-4-2
- 3. 参加費 : 会員病院(1名につき) 14,300円(税込) : 会員外(1名につき) 16,500円(税込)
- 4. 講演テーマと講師 :

10:00 ~11:30 (90分)	「診療報酬改定と今後の病院医療」 講師 太田圭洋氏 社会医療法人 名古屋記念財団 理事長
昼食休憩	
12:30 ~13:30 (60分)	「診療情報管理士としての取り組み - これまでと、これからと -」 講師 山本真希氏 国際医療福祉大学 三田病院 診療情報管理士
13:45 ~14:45 (60分)	「DPC制度を活用した 医療情報の可視化と職員の意識改革」 講師 辰巳哲也氏 国民健康保健南丹病院組合 京都中部総合医療センター 院長
15:00 ~16:00 (60分)	「病院改革と医療DX」 講師 長堀 薫氏 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 院長

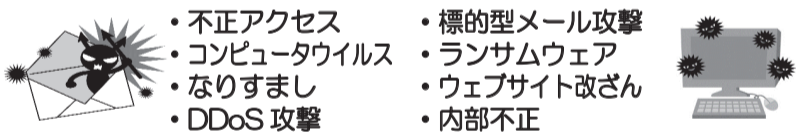
◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細は、全国公私病院連盟のホームページ <https://www.byo-ren.com/> をご覧ください。

◆ お問い合わせ e-mail アドレス seminar@byo-ren.com お問い合わせ電話番号 03-6284-7180

全国公私病院連盟 『医療機関用サイバー保険』

個人情報漏えい保険からサイバー保険に変わります。

サイバー攻撃・情報漏えいリスクへの対策は万全ですか？



- 不正アクセス
- コンピュタウイルス
- なりすまし
- DDoS 攻撃
- 標的型メール攻撃
- ランサムウェア
- ウェブサイト改ざん
- 内部不正

顧客情報・機密情報の漏えい

システム・ネットワーク停止

信用力・ブランド力の低下

1 契約で上記リスクを包括的に補償

近年サイバー攻撃は件数の増加、攻撃手法の複雑化により、自社管理を徹底しても防ぎきることは困難な状況となっております。

全国公私病院連盟では、会員病院向けに『医療機関用サイバー保険』をご案内しております。

「オールリスクプラン」「情報漏えい限定プラン」が選べます。

2021年7月より「個人情報漏えい保険」は販売停止となるため、2022年2月以降は「サイバー保険」に変わります。

〈お問合せ先〉

取扱代理店	引受保険会社
株式会社 公私病連共済会 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 2-6-1 食品衛生センター4階 TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940 受付時間: 平日の午前9時から午後5時まで	損害保険ジャパン 株式会社 〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1 TEL 03-3349-5113 受付時間: 平日の午前9時から午後5時まで

このチラシは、概要を説明したものです。詳しい内容については、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

病院経営の悪化が明白に

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

病院運営実態分析調査結果まとまる

経年の抑制に経費高騰が追い打ち

全国公私病院連盟が例年6月を対象に実施している「病院運営実態分析調査」(令和6年6月調査)の結果がまとまった。これによると、6月中の100床当たり「総費用」は2億4760万円、「医業費用」は2億415万円となった一方、6月中の「総収益」は2億2538万1千円、「医業収益」は2億196万1千円となり、総収益から総費用を差し引いた100床当たりの「総損益差額」は▲2221万9千円の赤字、医業収益から医業費用を差し引いた100床当たりの「医業損益差額」も▲2454万9千円の赤字となり、費用の増高を収入で賄えない状況となっている。同調査結果の概要は以下のとおり。

調査の概要

この調査は、一般社団法人全国公私病院連盟が例年6月を対象に実施している調査で、病院運営の実態を把握して病院の運営管理改善の資料とする。また、診療報酬体系改善のための資料を得ることを目的としており、調査の対象は、一般社団法人全国公私病院連盟に加盟している団体に所属する病院と本調査に協力する病院である。

調査結果の概要

また、今回の調査において集計対象とした病院数は812(調査協力を依頼した病院数311、回答率26.1%)であり、その内訳は開設者別にみると、自治体病院387(構成比47.7%)、

の3冊にまとめて一般社団法人全国公私病院連盟から発刊されるが、報告書のうち「病院経営分析調査報告書」と「病院概況調査報告書」は、本調査に回答した812病院で集計を行い、「病院経営実態調査報告書」は、そのうち603病院で集計を行っている。

【注】国立・大学付属病院等は、この概要における掲載を省略している。

(1) 平均在院日数

病院総数でみると13.52日(前年6月13.18日)となっており、開設者別にみると、自治体病院は13.18日(前年6月12.71日)、その他の公的病院

は12.71日(前年6月12.42日)、私的病院は16.09日(前年6月15.54日)となっている。

また、一般病院の病床規模別に平均在院日数の短い方から順にみると、①600〜699床10.55日、②500〜599床10.86日、③400〜499床11.45日、④700床以上11.79日、⑤3000〜3999床12.71日、⑥2000〜2999床16.16日、⑦1000〜1999床20.90日、⑧200〜999床22.05日となっている。これを開設者別病床規模別にみると表1(2ページ参照)のようになっている。

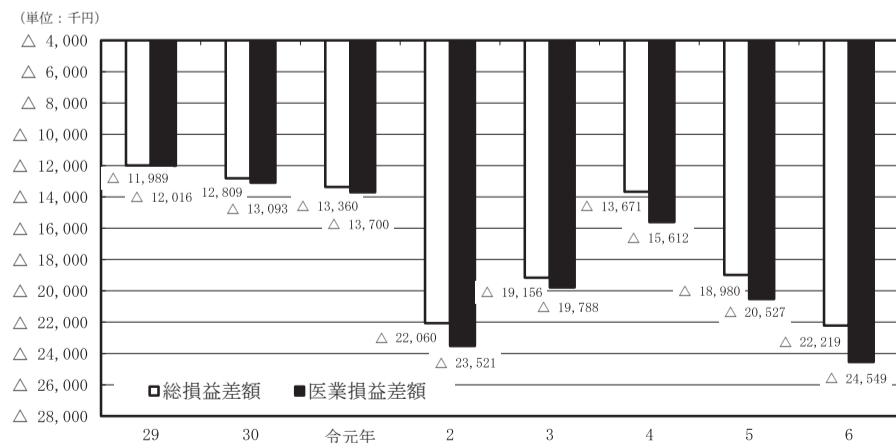
(2) 病床利用率

病院総数でみると69.19%(前年6月68.22%)となっており、病院の種類別にみると、一般病院69.43%(前年6月68.38%)、精神科病院64.17%(前年6月63.81%)となっている。

(3) 一般病院における100床当たり職員数

職員総数は194.9人(前年6月190.5人)となっており、職種別にみると、医師25.2人(前年6月24.7人)、看護部門職員104.0人(前年6月101.5人)、看護部門職員のうち看護師92.6人(前年6月90.2人)となっている。その他、薬剤部門職員6.1人、放射線部門職員5.6人、検査部門職員7.3人、リハビリ部門職員10.9人、栄養(食事)部門職員3.6人となっている。

100床当たり総損益差額、医業損益差額別の年次推移



時評

多くの病院で減益となり赤字解消への対応が喫緊の課題となっているが、同時に医療・介護の人材不足も今後の大きな問題である。

当院でも清掃委託会社が清掃ロボットを導入し、院長室の清掃は外国人労働者に代わった。



連盟 理事 髭 修平

医療・介護の人材不足と外国人労働者

点が外国人労働者が初めて200万人を突破し、うち医療・福祉関係は約9万人で毎年20%の増加、特定技能としての介護は約2万人と報告されている。

令和元年に外国人の在留資格として「特定技能」が創設され、昨不足分野における人材の育成・確保に改められ労働力確保の目的がより明確となった。

わが国の介護職員の必要数は今後15年間に約30万人の増加が見込まれ、国内だけで増員を賄うのは困難であり、人材源として外国人労働者が注目されている。令和5年10月末時点で想像以上に働ける、

あつては母国との文化・宗教・ルールの違い、技術や言語の教育体制、生活のサポートなど様々な配慮が必要であるが、今後不可欠な存在として拡大する

昨年未だ令和6年の出生数が70万人を割り込むと報告された。2022年に80万人を割って以来2年間で急激な減少である。コロナ禍による婚姻数の減少が拍車をかけた。出生率もとうとう1.2を下回る。生産年齢人口の減少はすでに様々な社会事業に負の影響を与え始めている▼対策としてAIやロボットなどの活用による生産性向上への補充があるが、建設・介護・一次産業など人力が必要な職種では、移民の導入にも頼らざるを得ない。中長期滞在の在留外国人数は近年急激な増加をみている。昨年は人口比27%となり、前年より約11%増加した。移民・難民受け入れの多いドイツでは人口比17%にも上り、治安の悪化などが現実のものとなった。受け入れ制限など排外主義的な右翼政党の台頭をきたし、欧米の潮流となってきた▼文化・風習・宗教・言語の異なる民族との共生は容易でないのだから。わが国はまだ移民を増やす余裕があるが、長期的視点を持ってその適正な規模を考へる必要がある。また日本社会に適応しているようサポート体制の整備拡充が求められる。さらには、人口減少に伴う不便さについて甘受する心構えも大切だと思う。(S.S)

いる鉛筆

分析調査の概要

表1 一般病院の平均在院日数、開設者別、病床規模別

開設者	病床規模	総数	平均在院日数							
			20~99床	100~199床	200~299床	300~399床	400~499床	500~599床	600~699床	700床~
総数		13.01	22.05	20.90	16.16	12.71	11.45	10.86	10.55	11.79
自治体		12.50	27.28	20.95	15.43	12.49	11.05	10.80	10.60	10.98
その他公的		12.56	33.58	20.88	14.62	12.75	11.90	10.50	10.61	10.77
私的		15.34	14.96	20.87	19.49	13.12	11.45	12.59	9.31	15.69

表2 一般病院の病床利用率、病院規模別

年次	病床規模	総数	病床利用率							
			20~99床	100~199床	200~299床	300~399床	400~499床	500~599床	600~699床	700床~
令和2		65.65	64.35	68.79	65.24	64.13	63.00	66.95	65.98	67.65
3		65.83	64.85	67.21	63.59	63.43	64.08	68.34	67.72	69.25
4		67.86	62.00	69.54	66.37	64.91	68.12	69.60	71.10	68.51
5		68.38	64.27	69.68	65.19	66.98	67.92	69.66	71.25	70.99
6		69.43	63.41	69.72	69.54	67.12	69.76	70.35	72.29	71.22

1面からつづく

(4) 6月中の1病院当たり入院患者数

病院総数で見ると、6月中の1病院当たり入院患者数は、1万584人(前年6月1万1206人)となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり622人の減少である。これを年次別にみると図1上の折れ線グラフのようになっている。

(5) 6月中の1病院当たり外来患者数

病院総数で見ると、6月中の1病院当たり外来患者数は、1万584人(前年6月1万1206人)となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり622人の減少である。これを年次別にみると図1上の折れ線グラフのようになっている。

(6) 医師1人1日当たり取扱い患者数

入院の平均は3.5人(前年6月3.4人)となっている。診療科別で見ると、入院で取扱う患者が多いのはリハビリ科11.7人、精神科9.3人、整形外科6.8人などで、少ないのは歯科1.6人、小児外科1.8人、麻酔科1.9人などである。

(7) 医師1人1日当たり診療収入

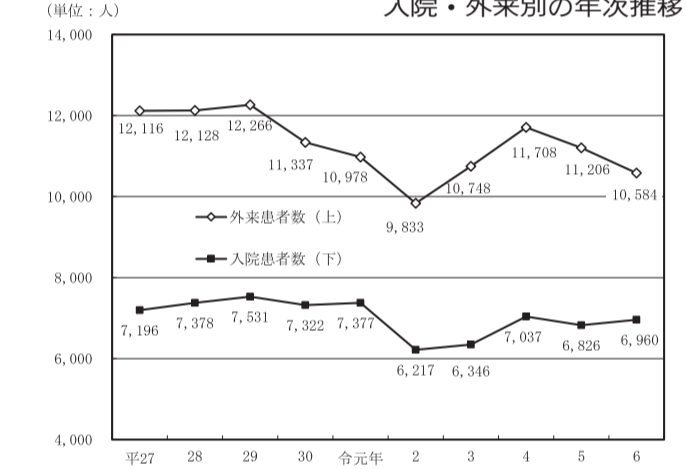
DPC以外の病院における入院の平均は25万6千円となっている。診療科別で見ると、入院で比較的高額なのは、心臓血管外科48万5千円、整形外科44万6千円、循環器内科41万9千円、脳神経外科41万5千円、リハビリ科35万6千円などである。

(8) 主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入

DPC以外の病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院では産婦人科の9万5036円が最も高額な対して、2万2930円である。

外来では、肛門外科2万8811円をはじめ、放射線科2万5809円、呼吸器内科2万1078円などが高額であるのに対し、最も小額なのは麻酔科の4542円である。

図1 6月中の1病院当たり患者数、入院・外来別の年次推移



(9) 100床当たり収支金額

6月中の総収益は2億2538万1千円(前年6月比・伸び率0.9%増)、医療収益は2億1960万1千円(前年6月比・伸び率0.3%増)となっている。また、医療収益のうち、入院収入は1億4659万円(前年6月比・伸び率1.9%増)、外来収入は6634万9千円(前年6月比・伸び率2.4%減)となっている。

100床当たり収支金額を科目・年次別にみると表3のとおりになっている。

6月中の総費用は2億4760万円(前年6月比・伸び率5.3%)と5割以上を占め、材料費は29.0(前年6月29.7%)であり、そのうち薬品費は17.5(前年6月17.7%)、経費は17.3(前年6月17.0%)、そのうち委託費は9.2(前年6月8.6%)となっている。

また、総収益は102.6(前年6月102.2%)となっており、そのうち入院収入は66.8(前年6月65.7%)、外来収入は30.2(前年6月31.0%)となっている。

(10) 医療収益100対収支金額割合

医療収益を100.0とした場合、総費用は112.7(前年6月111.0%)で、前年に比して費用の割合が増加している。総費用のうち給与費が57.1(前年6月55.3%)と5割以上を占め、材料費は29.0(前年6月29.7%)であり、そのうち薬品費は17.5(前年6月17.7%)、経費は17.3(前年6月17.0%)、そのうち委託費は9.2(前年6月8.6%)となっている。

また、総収益は102.6(前年6月102.2%)となっており、そのうち入院収入は66.8(前年6月65.7%)、外来収入は30.2(前年6月31.0%)となっている。

差額の状況

総費用は2億4760万円(前年6月比・伸び率5.3%)であるのに対して、総収益は2億2538万1千円(前年6月比・伸び率0.9%増)となっており、総収益から総費用を差し引くと▲2454万9千円(前年6月▲52万7千円)の赤字となっている。その結果、医療費用対医療収益比率は、111.2%(前年6月109.4%)となっている。

なお、この調査では、総費用は、医療費用+医療外費用+特別損失であるが、総収益は、医療収益+医療外収益+特別利益であり、不採算部門等

【注】他会計負担金・補助金等は総収益から控除した。また、6月1カ月分の総費用と総収益の差額により黒字・赤字状況を判断した場合の病院数の割合である。

今回の調査において回数

図2-1 主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

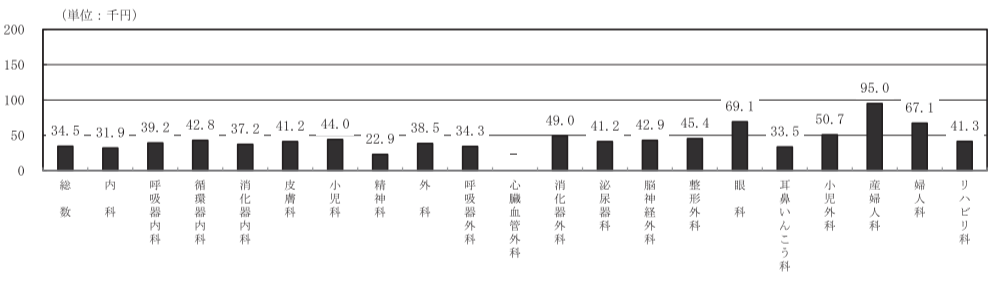


図2-2 主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

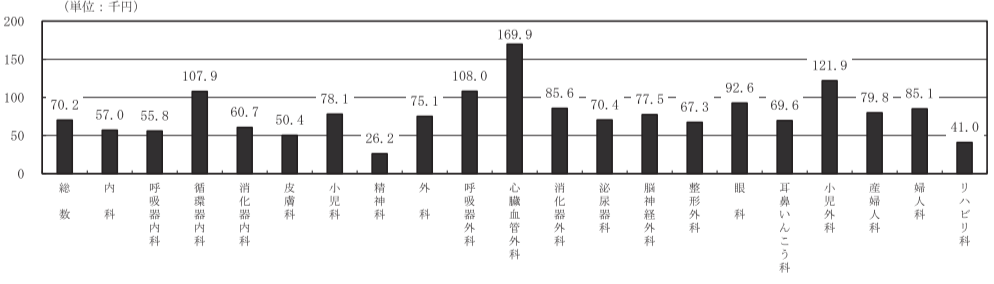


図3-1 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

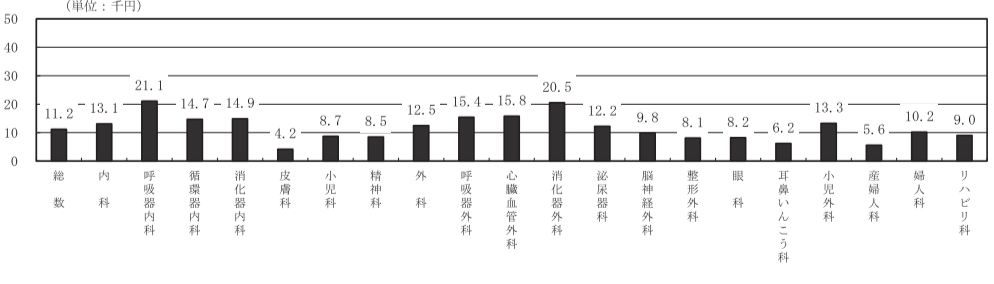


図3-2 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

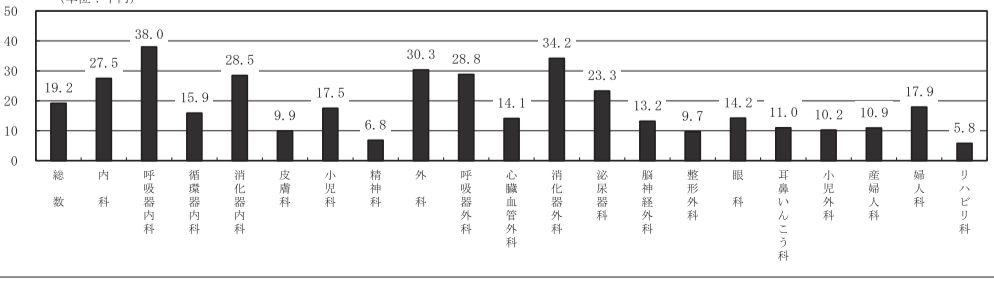
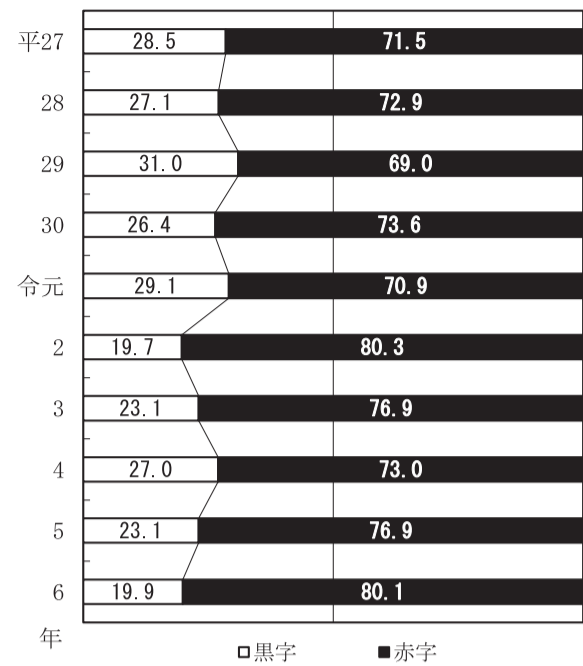


図5 6月1カ月分の総損益差額からみた黒字・赤字病院の数の割合(%) 年次推移



2面からつづく

答のあった病院578院のうち19.9%(115病院)の病院が黒字となっていて、赤字病院数の割合は80.1%(463病院)であった。これを年次別にみると図5のようになっている。

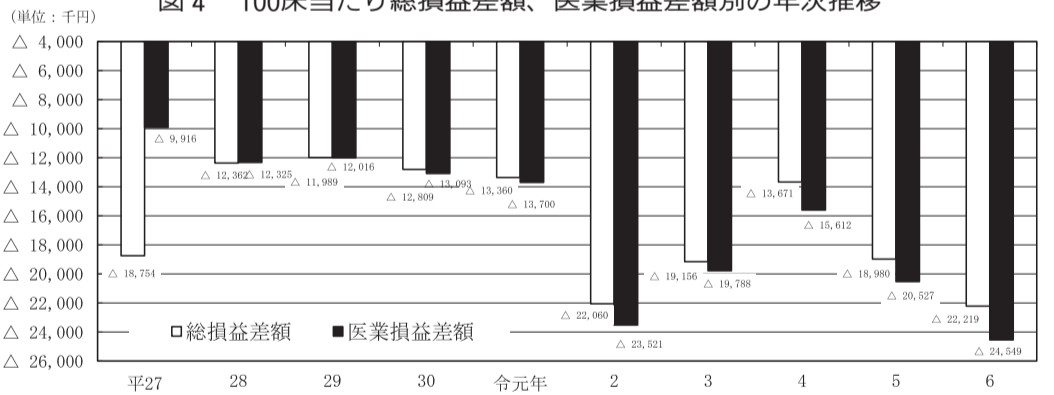
開設者別で見ると、自治体病院255病院のうち5.5%(14病院)が黒字となっていて、赤字病院は94.5%(241病院)であった。(この場合、不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金や補助金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。)その他の公的病院では186病院のうち26.3%(49病院)が黒字となっていて、赤字病院は73.7%(137病院)であり、私的病院では137病院のうち38.0%(52病院)が黒字となっていて、赤字病院は62.0%(85病院)であった。

表3 100床当たり収支金額、科目・年次別

(金額単位：千円)

科目	令和2年6月	令和3年6月	令和4年6月	令和5年6月	令和6年6月
【費用】					
総費用	215,538	227,157	235,871	242,391	247,600
I 医業費用	212,478	223,705	233,230	239,553	244,150
1. 給与費	111,738	115,390	119,324	121,033	125,290
2. 材料費	52,839	58,591	62,850	64,980	63,621
うち薬品費	32,309	35,565	37,425	39,202	38,436
3. 経費	32,039	33,805	35,415	37,214	37,986
うち委託費	16,761	17,844	18,613	18,939	20,118
4. 減価償却費	13,673	13,814	13,600	14,118	14,941
5. 資産減耗損	229	244	187	194	216
6. 研究・研修費	900	793	810	840	883
7. 本部費分担金等	1,059	1,068	1,045	1,173	1,213
II 医業外費用	2,407	2,165	2,119	2,127	2,775
III 特別損失	653	1,287	521	711	675
【収益】					
総収益	193,478	208,001	222,200	223,411	225,381
I 医業収益	188,957	203,917	217,618	219,026	219,601
1. 入院収入	124,498	130,718	142,044	143,843	146,590
2. 室料差額収入	2,111	2,049	2,200	2,210	2,325
3. 外来収入	58,832	65,883	68,491	67,995	66,349
4. 公衆衛生活動収入	1,227	2,184	1,888	1,936	1,663
5. 医療相談収入	1,981	2,352	2,365	2,599	2,252
6. その他の医業収入	308	730	630	444	421
II 医業外収益	4,016	3,204	3,622	3,681	4,955
III 特別利益	505	880	960	704	825
総収益 - 総費用	△ 22,060	△ 19,156	△ 13,671	△ 18,980	△ 22,219
医業収益 - 医業費用	△ 23,521	△ 19,788	△ 15,612	△ 20,527	△ 24,549
総費用/総収益×100	111.4	109.2	106.2	108.5	109.9
医業費用/医業収益×100	112.4	109.7	107.2	109.4	111.2
病院数	659	593	500	520	578
平均病床数	295	299	320	310	310

図4 100床当たり総損益差額、医業損益差額別の年次推移



(13) 常勤職員1人当たり平均給与月額

常勤職員1人当たり平均給与額は45万1千円であり、職種別にみると、医師107万9千円、看護師38万3千円、准看護師32万1千円、看護業務補助者24万3千円、薬剤師39万2千円、その他の医療技術員34万7千円、事務職員31万4千円、技能労務員27万7千円となっている。

(1) 調査における基礎数値は、6月分の集計数値または6月30日現在の数値である。

(2) 集計対象病院数が表によって異なるのは、回答がなかった設問を集計対象から除いているためである。

(3) 概要の中で、「自治体」とは、都道府県・指定都市・市町村・組合が開設する病院ならびに地方独立行政法人立の病院、「その他公的」とは、日赤・済生会・厚生連・社会保険関係団体等が開設する病院、「私的」と

は、医療法人・個人等が開設する病院である。

(4) 収益・費用は、当該年度6月中に調査対象病院が提供した医療サービスへの対価(収益)および、それを提供するために消費した対価(費用)について計上することを原則とし、それ以外は以下の①④のように計上することとしている。

①前年度実績・当該年度中支払予定額の12分の1額を計上した科目

a. 前年度実績の12分の1額を計上した科目

②臨時給与(賞与等)の計上方法

別損失、法人税・住民税イ. 収益科目医業外収益中の受取利息配当金、その他の医業外収入および特別利益、他会計負担金・補助金等収入

b. 当該年度1カ年間の支払予定額の12分の1額を計上した費用科目

医業費用の経費中の租税公課、保険料および減価償却費(前年度末現在資産総額に基づいて算定された総額の12分の1額)、研究・研修費、本部費分担金、医業外費用中の支払利息

③経費中の「光熱水費(燃料費を含む)」の計上方法

令和5年度間の消費量×令和6年6月の単価×12分の1を計上

④給与費は、令和6年6月中の発生額で毎月きまってしまう給与額を計上したが、給与改定等による給与の差額を6月中に支給した場合の差額支給分は除外している。

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発行：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

令和6年6月調査

病院経営実態調査報告

内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

〔定価 12,000 円+税 A4版 約780 ページ〕

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和6年6月調査

病院経営分析調査報告

内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

〔定価 16,000 円+税 A4版 約750 ページ〕

令和6年6月調査

病院概況調査報告書

内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

〔定価 18,000 円+税 A4版 約670 ページ〕

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます



令和7年3月発行

付録：結果表 CD-ROM

ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

今月の一冊

今月は2冊

今年の正月は日並いで9連休だったので読書が捗った。沢山未読の贈呈本などを消化した。その中で一番面白く、また認識を新たに

いざらいに話している。饒舌は有名で病院団体も乾杯前にはやらせないとの暗黙の内規。2022年の英子お嬢さんの選挙の折、礼子夫人と笹野貞子元議員(党派は異なるが女性

の活躍も素晴らしい。私の居た田舎へもお見えになり「病院学会で挨拶させて」と。現職議員でも紹介だけだったので、交流会の二次会でお願いが、こ

でも「かつばえいせんが止まらなかつた。国民新党で金融担当大臣も。地元愛も抜群で北九州空港など多くの功績。もつと軽い方かと思っていたが、ず

つとずつと凄いな。初めは「先輩久し振りに」と。怪訝な顔を私に持たせていた。2冊目は『医療&介護 職場のルールBOOK』。OK!社会人の基本、仕事のルール、職場の

『自見庄三郎回顧録』。郵政民営化を止めた男。伊藤隆/編。自見庄三郎/著。中央公論新社/刊

『医療&介護 職場のルールBOOK』。社会人の基本、仕事のルール、職場のマナー150カ条。人事マネジメント研究所 鷹取敏昭/監修。著。日本経営協会 岡本真なみ・名南経営コンサルティング 福岡みゆき/共著。医学通信社/刊

『自見庄三郎回顧録』。郵政民営化を止めた男。伊藤隆/編。自見庄三郎/著。中央公論新社/刊

『医療&介護 職場のルールBOOK』。社会人の基本、仕事のルール、職場のマナー150カ条。人事マネジメント研究所 鷹取敏昭/監修。著。日本経営協会 岡本真なみ・名南経営コンサルティング 福岡みゆき/共著。医学通信社/刊

『自見庄三郎回顧録』。郵政民営化を止めた男。伊藤隆/編。自見庄三郎/著。中央公論新社/刊

『医療&介護 職場のルールBOOK』。社会人の基本、仕事のルール、職場のマナー150カ条。人事マネジメント研究所 鷹取敏昭/監修。著。日本経営協会 岡本真なみ・名南経営コンサルティング 福岡みゆき/共著。医学通信社/刊

『自見庄三郎回顧録』。郵政民営化を止めた男。伊藤隆/編。自見庄三郎/著。中央公論新社/刊

全国公私病院連盟 役員会だより

【主な報告事項】 期日 2月14日(金) 会場 WEB開催

①日病協「代表者会議」(1月24日) 概要について

②令和7年度「事業計画(案)」について

③令和7年度「理事等」の日程について

④令和7年度「定時総会」について

⑤第35回「診療報酬請求事務セミナー」(7月にWEB開催)

⑦名義後援の使用許可申請について

【主な事務連絡】 ①第20回「DPCセミナー」(2月27日)開催案内

以上

【主な報告事項】

①令和6年度「病院運営実態分析調査」の総会」について

②令和7年度「事業計画(案)」について

③令和7年度「理事等」の日程について

④令和7年度「定時総会」について

⑤第35回「診療報酬請求事務セミナー」(7月にWEB開催)

⑦名義後援の使用許可申請について

【主な事務連絡】 ①第20回「DPCセミナー」(2月27日)開催案内

以上

以上

以上

以上

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか? 雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか? 労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間: 2024年11月1日~2025年11月1日 ※いつからでも中途加入が可能です。

Table with 2 columns: 取扱代理店 (株式会社 公私病連共済会) and 引受保険会社 (損害保険ジャパン 株式会社)

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。

第35回「診療報酬請求事務セミナー」ご案内

全国公私病院連盟では、「第35回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。病院関係職員皆様のご参加をお待ちしております。

第35回診療報酬請求事務セミナー WEBセミナー (オンデマンド配信) 視聴期間 令和7年7月1日(火)~7月31日(木) 講演1 2024年度診療報酬改定の振り返りとその後発出された変更通知や180分 疑義解釈、期中改定の内容と対応策 講師 (株)ASK梓診療報酬研究所 代表取締役 中林 梓 先生 ※収録日: 6月3日 講演2 精神科医療の2024年改定の振り返りと2026年改定に向けた対応策 120分 講師 (株)リンクアップラボ 代表取締役 酒井 麻由美 先生 ※収録日: 6月4日 申込方法 本連盟HP内のWebフォームよりお申し込みください。 参加費用 下記団体に加盟している病院(会員病院) 1施設につき 11,000円(税込) 上記団体以外の病院(非会員病院) 1施設につき 13,200円(税込) 申込・振込期限 視聴期間終了日まで申込・振込可能 【視聴時の注意事項】 職場やご自宅で視聴できます。スマートフォンやタブレットでもご視聴いただけます。 期間中は同一施設内であれば、何名様でも何度でもご視聴いただけます。 録画のため講師への質疑応答はできませんので、ご了承ください。 資料はPDFで公開予定です。ダウンロード・プリントアウトしてご利用ください。 動画及び資料の無断転載や複製等を禁止します。 視聴機器、インターネット環境はご自身でご用意ください。

医療DX推進体制整備加算の見直し

医療DX推進体制整備加算の見直し

令和6年10月～令和7年3月

令和7年4月～

医療DX推進体制整備加算1	11点
医療DX推進体制整備加算1(歯科)	9点
医療DX推進体制整備加算1(調剤)	7点
【施設基準(医科医療機関)】(要旨)	
(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)	
医療DX推進体制整備加算2	10点
医療DX推進体制整備加算2(歯科)	8点
医療DX推進体制整備加算2(調剤)	6点
【施設基準(医科医療機関)】(要旨)	
(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)	
医療DX推進体制整備加算3	8点
医療DX推進体制整備加算3(歯科)	6点
医療DX推進体制整備加算3(調剤)	4点
【施設基準(医科医療機関)】(要旨)	
(4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)	

医療DX推進体制整備加算1(医科)	12点	(歯科) 11点	(調剤) 10点
医療DX推進体制整備加算2(医科)	11点	(歯科) 10点	(調剤) 8点
医療DX推進体制整備加算3(医科)	10点	(歯科) 8点	(調剤) 6点
【施設基準(医科医療機関)】(要旨)			
(4) 電子処方箋管理サービスに処方情報登録できる体制(原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有していること。			
医療DX推進体制整備加算4(医科)	10点	(歯科) 9点	
医療DX推進体制整備加算5(医科)	9点	(歯科) 8点	
医療DX推進体制整備加算6(医科)	8点	(歯科) 6点	
【施設基準(医科医療機関)】(要旨)			
(*) 電子処方箋要件なし			

マイナ保険証利用率(注)利用率は通知で規定			
適用時期	令和6年10～12月	令和7年1～3月	令和7年4～9月
利用率実績	令和6年7月～	令和6年10月～	令和7年1月～ ^{※2}
加算1・4	15%	30%	45%
加算2・5	10%	20%	30%
加算3・6	5%	10%	15% ^{※1}

※1 小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年(令和6年1月1日から同年12月31日まで)の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。
 ※2 適用時期の3月前のレポート件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。
 ※3 令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目途に検討、設定。

電子処方箋の推進を後押し

「医療DX推進体制整備加算」のマイナ保険証利用率の実績要件について、令和6年12月2日からマイナ保険証を基本とする仕組みへと移行したことでこれまでの利用率の実績を踏まえつつ、今後も多くの医療機関・薬局が医療DX推進の

「医療DX推進体制整備加算」のマイナ保険証利用率の実績要件について、令和6年12月2日からマイナ保険証を基本とする仕組みへと移行したことでこれまでの利用率の実績を踏まえつつ、今後も多くの医療機関・薬局が医療DX推進の

「問1」令和7年3月31日時点で既に医療DX推進体制整備加算の施設基準を満たしている医療機関は、令和7年4月1日までにマイナ保険証利用率の実績要件を「15%以上」とすることが可能であるが、この場合は同年4月1日までに新たな様式による施設基準の届出が必要である。

【答】電子処方箋を導入する場合、加算1～3を算定する要件は「15%以上」ではなく、「12%以上」とすることが可能であるが、この場合は同年4月1日までに新たな様式による施設基準の届出が必要である。

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

発行所
一般社団法人 全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

2024年改定の議論に
参加した者として病院医療の現状についてお話ししたい」と述べ、「診療報酬改定と今後の病院医療」をテーマに講演を行った。(2面に関連記事)

【問1】令和7年3月31日時点で既に医療DX推進体制整備加算の施設基準を満たしている医療機関は、令和7年4月1日までにマイナ保険証利用率の実績要件を「15%以上」とすることが可能であるが、この場合は同年4月1日までに新たな様式による施設基準の届出が必要である。



会場のもよう

【訂正とお詫び】
公私病連ニュース559号(令和7年3月1日)1面「いろ鉛筆」において「中長期滞在の在留外国人数は近年急激な増加をみている。昨年は人口比27%となり、前年より約11%増加した」とあるのは、「人口比2.7%」の間違いでした。編集部より、筆者および読者の皆様にお詫びして訂正させていただきます。

【いろ鉛筆】
昨年の医療施設、介護施設の閉院、倒産が続き、今年さらには増えるのではないか。病院や介護施設では、諸物価や人件費の高騰、人手不足。診療所では、医師の高齢化や後継者不足。そこで政府は診療所の後継者に補助金を出し、後継者を探索するという。地方を嫌って都会に出てしまおう若者が多く、医師といえども例外ではない。今直美が問題になっているが、若者の間に「今だけ、金だけ、自分だけ」の風潮が流行っており、その医師版ではないか。政府は高校などの教育費削減を考えているが、今子供のいる家庭は助かるだろうが、それが少子化の真の原因だろうか。おそろく多くの若者は、日本の未来に夢も希望も見いだせなくなっているのではないかと。毎月100時間以上働いても病院は赤字続き。これでは働く意欲もなくなる。タイパの悪い外科を選ばない研修医、コスパの良い直美を選ばない研修医も今の医療制度、医療保険制度に夢も希望もなくしているのでは。それとも社会保障費(医療費・介護費)を減らさなければならぬという、政府の今までの無策に対する若者の反乱か、逃散か。(K・M)

時評

昨年是我が国の精神医療政策において、「地域」をキーワードとするトピックがいくつかありました。厚生労働省では初めてメンタルヘルスがテーマに取り上げられました。その中で、「この健康は、人間の健康を支える土台である」とも、社会とのつながりにも深く関係している「私たち一人ひとりは同じ社会に暮らす隣人のこの健康に対して、決して無関係ではない」とし、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、相互に助け

合つ一人として地域に参加することの実現を目指すことと記されています。また、この健康と不調は、いずれも精神障がいの有無によって規定されるものでなく、誰もが向き合えるべきことと認識を進めるべきとの認識です。

6月の診療報酬改定では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の考え方が色濃く反映されました。先立つ令和3年3月に同検討会の報告書がまとめられ、このシステムで「精神障害の有無や程度にかかわらず、

もの位置付けられていきます。12月には精神医療も新たな地域医療構想に位置付けることが適当とされ、今後、十分な時間をかけて施行に向けた取り組みが

こうした動きの背景のひとつに昨今の精神疾患の構造変化が挙げられることがありますが。しかし、依然として長期入院は統合失調症に罹患している患者さんが多数を占めており、彼/彼女らが地域移行できる社会でなければ本来目指す共生社会には程遠いと思われる。地域がコミュニティとして、その機能を如何に発揮できるか、わたしたち精神保健医療福祉に携わる者だけでなく、広く世の中に問われると言っても過言ではないでしょう。

(JA三重厚生連 鹿厚生病院・院長)



今あらためて、
共同体としての「地域」がキーワード

連盟 理事 中瀬 真治

はなく、誰もが向き合えるべきことと認識を進めるべきとの認識です。

6月の診療報酬改定では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の考え方が色濃く反映されました。先立つ令和3年3月に同検討会の報告書がまとめられ、このシステムで「精神障害の有無や程度にかかわらず、

もの位置付けられていきます。12月には精神医療も新たな地域医療構想に位置付けることが適当とされ、今後、十分な時間をかけて施行に向けた取り組みが

こうした動きの背景のひとつに昨今の精神疾患の構造変化が挙げられることがありますが。しかし、依然として長期入院は統合失調症に罹患している患者さんが多数を占めており、彼/彼女らが地域移行できる社会でなければ本来目指す共生社会には程遠いと思われる。地域がコミュニティとして、その機能を如何に発揮できるか、わたしたち精神保健医療福祉に携わる者だけでなく、広く世の中に問われると言っても過言ではないでしょう。

連盟 理事 中瀬 真治

(JA三重厚生連 鹿厚生病院・院長)

第20回「DPCセミナー」開く

全国公私病院連盟は2月27日、第20回「DPCセミナー」を全国都市会館(東京都千代田区平河町)において開催した。講師には、太田圭洋先生(名古屋記念財団・理事長)、山本真希先生(国際医療福祉大学三田病院・事務運営部医事課医療情報管理室)、辰巳哲也先生(京都中部総合医療センター・院長)、長堀薫先生(横須賀共済病院・院長)の4氏をお迎えしてお話を伺った。今号では、山本・辰巳・長堀先生の講演要旨を掲載する。

診療情報管理士としての 取り組み〜これまで と、これからと〜

山本真希



我々、診療情報管理士の業務に大きく影響を与えたものが2つある。一つは電子カルテの普及、もう一つはDPC-PPD PSの導入である。電子化以前は主として対物業務が中心であり、まず、失くさないことに注力しつつ、ほとんどすべてが手書きの診療記録から退院患者統計のための「正しいICD-10コーディング」の実践にほとんどの労力が注がれていた。DPC-PPD PSでは、最も医療資源を投じた傷病についてはICD-10の分類コードを基本に制度設計されたことで診療

情報管理士への注目度が一気に上がった。この注目の注目は当然診療情報管理士はかなりの戸惑うことになったと思う。これまで行ってきた「正しいICD-10コーディング」の目的は医師の診断をコードで正確に描出すること、科学的に妥当であること、ICDのコーディングルールに忠実であること、臨床研究に耐えることであり、いわゆる保険病名とは明確に線引きすることにあったわけだが、DPCにより臨床的正確さはもちろんだが診療報酬算定のためのコーディングが優先されるようになった。これまで馴染んできたルールとは異なるDPCコーディングルールに適応せざるを得なくなり、「正しいICD-10コーディング」より「正しいDPCコーディング」への意識改革が必要となった。



会場のもよう

必要となった。多少の戸惑いを抱えていたが、診療情報管理士が施設のDPC体制構築と継続に与りしないことはあり得ない。ただし、その関与のありようは施設のDPC体制の成熟度により異なる。導入期は最も多くの対応と関与が必要になる。DPCへ移行した場合のシミュレーションに必要な情報提供から、円滑な運用のための各部署との連携、役割分担の整理、そして何より傷病とICD-10コード説明は懇切丁寧にしつこく繰り返す。実施し、本請求に備える。定期には係数に影響する情報の収集、モニタリングが主となり、診療報酬データとなり、情報の

京都中部総合医療センターは京都市のすぐ隣の京都府南丹医療圏(2市1町人口12万8951人・高齢化率36.7%)に位置する464床、31診療科からなる総合病院で京都府政策医療の拠点となっている。病院長就任後における病院経営への取り組みについて紹介する。

収入面では医療経営コンサルタントと契約を行い、地域における自院の強みと弱みを把握して経営戦略を策定する仕組みづくりを行ってきた。各部署一人ひとりに責任を持たせるとともに皆で情報を共有化し、多くの職員が同じ方向性を持ち、前へ進むことを指示した。DPCデータを分析して医療情報を効率的に

が盛り込まれ、新たなラエースの始まりを感じている。導入期と同様の感覚がある。診療情報管理士には改めて傷病選択、C制度からの退出ルール

これらの取り組みの結果、DPCにおける医療機関別係数は平成29年度1.3116であったものが、令和5年度には1.4545まで増加し、係数による増収額が毎年6億〜8億円程度となり、大きな収益インパクトに繋がったと考えている。さらに急性期入院診療単価は平成30年度5万9705円/日であったものが、令和5年度には6万6041円/日まで増加した。

いま当院は、日本のフロントランナーとして医療DX(デジタルトランスフォーメーション)を進めています。DXはデジタル技術で生活の質を向上させることなので、医療DXは医療の在り方を大きく変えることとなります。わが国ではほぼ手つかずの医療DXを手掛けることは、実はチャンスです。デジタル技術が機能しやすいターゲットを自由に狙い定め、適切で効果的なアプローチをすること競争相手はほぼなく、

デジタル技術を開発することも重要ですが、最も心がけたのはあくまで臨床現場の改善に資することです。「取り組みやすいこと」「結果が出やすいこと」「コストがかからないこと」の3点をベースに、IT企業と以下の開発を進めてきました。

- ①音声入力できる電子カルテの開発による病棟回診等での業務効率化
- ②デバイスに組み込んだインフォームドコンセント(IC)支援システムの活用
- ③画像認識による薬剤の鑑別システム
- ④救急患者情報の一元管理システム
- ⑤生成AIによる退院サマリ、診療情報提供書などの文書作成
- ⑥よこすか・みつら二次医療圏を中心とした医療介護情報Electronic Health Record「X」ネットワーク」の展開

一斉見積りの実施や安価な商品への切替を推進するとともに、院内のコスト意識醸成に取り組んでいく。

全国的に行った。特に診療材料については平成29年からスケールメリットを活かした価格交渉が得意な事業者と契約を行い、

(1) 全国のデータベースに基づいた価格交渉を行い、ベンチマークと乖離の大きい商品や購入数量の多い商品に対して、

共同購入を活用して、選定メーカーへの集約等を行い、全国のスケールメリットを活かした価格削減を継続してきた。院内で足並みを揃えた価格削減を推進することで、令和5年までの6年間で目標としていた削減額の約1.94倍(合計削減額2億6300万円)を達成することができた。

今後も経営強化プランのもと、経営改革に取り組みだけでなく、地域連携の仕組みを強化し、医療機関との役割分担、連携強化を推進し、地域完結型医療システムの維持・構築に努め、病院ブランドの構築に尽力していきたいと考えている。

開発資金も手に入りやすいフルオーシャンです。7年前から取り組む内閣府のAIホスピタルプロジェクトでは、病院に存在する膨大なルーティンワークをデジタル技術にタスクシフトし、「過重労働に喘ぐスタッフの負担を軽減すること」と「患者によりよい療養環境を提供すること」の一石二鳥を狙ってきました。より高度なAIなど

果も含めて報告いたしました。



辰巳哲也

DPC制度を活用した医療情報の可視化と職員の意識改革

管理・可視化することも、各種の委員会からの情報を共有化させ、常にベンチマークと比較した指導料・算定加算などの成績を把握し、隙がない健全経営を続けるよう務めた。

病院改革と医療DX

長堀 薫

「診療報酬改定と今後の病院医療」

「診療情報管理士としての取り組み〜これまでと、これからと〜」

当日のスケジュール:

10:00~11:30	「診療報酬改定と今後の病院医療」 講師 太田圭洋氏 (社会医療法人 名古屋記念財団 理事長)
12:30~13:30	「診療情報管理士としての取り組み〜これまでと、これからと〜」 講師 山本真希氏 (国際医療福祉大学 三田病院 診療情報管理士)
13:45~14:45	「DPC制度を活用した医療情報の可視化と職員の意識改革」 講師 辰巳哲也氏 (国民健康保険南丹病院組合 京都中部総合医療センター 院長)
15:00~16:00	「病院改革と医療DX」 講師 長堀薫氏 (国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 院長)



(座長) 中野常務理事

全国公私病院連盟

令和7年度・事業計画書

全国公私病院連盟の「理事会」が3月14日に開催され、令和8年度・事業計画書が承認されている。全国公私病院連盟では、国民医療の確保と会員病院はもとより全国の病院の医療・保健・福祉活動に資するため次の事業を推進する(以下)としている。

- 1. 診療報酬および介護報酬対策運動の推進
(1) 令和8年度診療報酬改定に向けた対策の推進
(2) 控除対象外消費税の解消対策の推進
(3) 中央社会保険医療協議会への病院の意見反映
(4) 次期介護報酬改定に向けた対策の推進
2. 医療制度対策の推進
(1) 医療保険制度対策の推進
(2) 専門医制度対策
(3) 勤務医師確保対策および労働負担軽減対策
(4) 医療提供体制対策の推進
①地域医療構想対策
②看護師確保対策
③療養病床のあり方の検討
(5) 医療基本法制定に向けた対応
3. 高齢者医療・介護対策の推進
(1) 介護保険制度対策の推進
(2) 適正な高齢者医療対策の研究および提言
4. 組織強化対策の推進
(1) 加盟団体の組織強化の推進
(2) 日本病院団体協議会(日病協)との連携
①日病協「代表者会議」の対応
②日病協「診療報酬実務者会議」の対応
(3) 委員会活動の活性化
5. 病院経営改善対策の推進
(1) 病院の経営改善対策
(2) 税制対策の推進
6. 調査活動の推進
(1) 令和7年6月病院運営実態分析調査の実施および報告書の発行
(2) 病院経営健全化のために必要な調査の実施
7. 広報活動の推進
(1) 「公私病連ニュース」の発行
(2) 第35回「国民の健康会議」の開催(期日：令和7年10月2日(木)、会場：日本教育会館)
(3) 「広報委員会」の運営

- 8. 研修活動の推進
(1) 講習会の開催
①第35回「診療報酬請求事務セミナー」(WE Bセミナー)
②第36回「看護管理セミナー」
③第33回「医療事故防止セミナー」(企画協力：日(日)〜11月28日(金)の6日間)
(2) 海外病院医療視察研修団の派遣
①ハワイ医療視察研修団
期間：令和7年11月23日(日)〜11月28日(金)の6日間
9. 保険事業の推進
(1) 病院賠償責任保険の取り扱い
(2) 勤務医師賠償責任保険の取り扱い
(3) 看護職賠償責任保険の取り扱い
(4) 医療機関用サイバー保険の取り扱い
(5) 居宅事業者総合保険の取り扱い
(6) 株式会社公私病連共済会(保険代理店)との連携
(7) 特定退職金共済制度の推進と取り扱い
10. 医療・福祉関係団体との連携強化
11. その他必要な活動の推進

- (株)公私病連共済会
④第21回「DPCセミナー」
⑤第36回「診療報酬請求事務セミナー」(WE Bセミナー)

全国公私病院連盟
ハワイ医療視察研修団募集のお知らせ

当連盟海外医療視察研修団につきましては、令和2年より中止しておりましたが、今回ハワイ研修のみ再開させていただくこととなりました。ぜひ皆様のご参加をお待ち申し上げます。

- 1. 期 日：令和7年11月23日(日)〜11月28日(金)
2. 募集人員：25名程度(最少催行人員10名)
3. 旅行費用：575,000円 《10名様以上の場合》
496,000円 《15名様以上の場合》
425,000円 《20名様以上の場合》
398,000円 《25名様以上の場合》
4. 申込締切：令和7年6月30日(月)
5. 視察先(予定)：The Queen's Medical Center

クィーンズメディカルセンターは、医療の質の高さに定評があり、米国で優れた病院として数多くの認証を受けている総合病院です。優れた医療機関を認証する米国のJCから認証を受けているほか、米国で優れた看護師教育プログラムを提供する医療機関を認証するANCC(全米の6%の病院のみ取得)からも認証されています。
特にがん治療では、優れた医療提供のほかに、患者・家族の心理的・経済的サポートを行う「キャンサーナビゲーション」を構築し信頼を集めています。

◆ 研修の詳細や参加の申込方法は、全国公私病院連盟ホームページの新着情報からご覧ください。

全国公私病院連盟ホームページ https://www.byo-ren.com/

◆ お問い合わせ e-mail アドレス info@byo-ren.com

- (株)公私病連共済会
④第21回「DPCセミナー」
⑤第36回「診療報酬請求事務セミナー」(WE Bセミナー)
⑥令和8年度改定診療報酬点数表説明会
(2) 海外病院医療視察研修団の派遣
①ハワイ医療視察研修団
期間：令和7年11月23日(日)〜11月28日(金)の6日間
9. 保険事業の推進
(1) 病院賠償責任保険の取り扱い
(2) 勤務医師賠償責任保険の取り扱い
(3) 看護職賠償責任保険の取り扱い
(4) 医療機関用サイバー保険の取り扱い
(5) 居宅事業者総合保険の取り扱い
(6) 株式会社公私病連共済会(保険代理店)との連携
(7) 特定退職金共済制度の推進と取り扱い
10. 医療・福祉関係団体との連携強化
11. その他必要な活動の推進



「診療報酬請求事務セミナー」のもよう



「国民の健康会議」のもよう



「医療事故防止セミナー」のもよう



「理事会」(愛知県名古屋市)のもよう

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

令和6年6月調査 病院経営実態調査報告
内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

〔定価 12,000 円+税 A4 版 785 ページ〕

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和6年6月調査 病院経営分析調査報告
内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

〔定価 16,000 円+税 A4 版 742 ページ〕

令和6年6月調査 病院概況調査報告書
内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

〔定価 18,000 円+税 A4 版 631 ページ〕



令和7年3月発刊

付録：結果表 CD-ROM

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます

ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

今月の一冊

今月は2冊

今月の一冊目は『天涯の花』宮尾登美子著(集英社文庫)である。作者は私の育った阿波の隣国「土佐のお人じやけん。読まないかん」で思っていたが、鬼龍院花子の生涯や「天璋院篤姫」などTVや映画の画像を見てしまった。舞台は高校と大学で2回登った剣山、四国第2の高山、西日本でも宮之浦岳、石鍾山に次ぐ3番目の霊山、神仰の山である。生後まもなく捨て子として吉野川の畔の三加茂に生後60日位の女の子が捨てられる。名は平珠子。祖谷に伝わる平家落人伝説の平家一族かも?愛光園という養護施設(この大楠がある施設には近所の兄ちゃんが勤めていた。後に園長。私も隣の中学校と軟式野球遠征試合時に横を通って

いた)で性根が曲がる事なく少女となり、剣山中腹の神社へ養女となり山の厳しい生活に入る。山は厳しいが、珠子は花が好きでこの山にしかないキレンゲシヨウマを特に好んでいた。この花に似たヒロインが本の題に。山の住人は測候所と山小屋、稀に登山者しかいない。これが皆好人物。ある日、遭難した高山植物写真家を訪ねる。養母が亡くなり、年老いた養父を見るか、彼との恋を染と結婚するかという悩みもある。

一代記の多い宮尾作品だが、これは20歳のヒロインで終わっている。恋愛小説、山岳小説としては少し食いたらないが、私の近所の物語、吉野川中流と名前には似合わない初級総合診療医の鑑の様な日常生活が描かれている。特に在宅での看取りは波乱万丈だが、人生模様は凝縮されて病院での看取りより人間的だと再認識した。若者にも優しい視線、自分が腕白以上だったからか。ペットにも言

葉とは裏腹に深い愛情。自分では田舎医者を名乗っているが、どんな病院でも指導者になれる医学知識とマネジメント能力を備えた方と、文章から読み取れる。

私の知るところでは、放射線科医と病理医はいつも画像を見て生活しているせいか、人物描写が上手である。表情、服装、所作をよく観察、性格も的中してしまふ。観察、診断の力が仕事以外の日常でも働いている様だ。文中にもある様に、患者に寄り添うなんていうのでなく、自然流というか普通に人間同志というか、久しぶりに胸に落ちる。人

が丘クリニック便り(駒草出版)。この本の中には、卓越した死生観を持った老人が何人も出てくる。著者は達人と名付けている。著者は岩手県滝沢市で診療所を営む放射線科専門医の高橋邦尚先生。私のNPOが八幡平市で望月泉先生のお世話で令和5年10月に開催した地域交流会で1回お会いしたのだが、この本を送って下さった。

総合診療医の鑑の様な日常生活が描かれている。特に在宅での看取りは波乱万丈だが、人生模様は凝縮されて病院での看取りより人間的だと再認識した。若者にも優しい視線、自分が腕白以上だったからか。ペットにも言

や動物、田畑など自然も含めて周りを愛する地域愛。大きく言えば地球愛が著者の生き様であろう。

小山田先生、渡辺先生、樋口先生、佐々木先生から望月先生、宮田先生まで続く岩手県立中央病院の系譜に続く流れの一端を、この本で垣間見た気がした。本人は賞は大嫌いらしいが、赤ひげ大賞の有力候補と拝察している。若い医師や医療人には是非、待合室にも置いて欲しい一冊である。

推薦者: 邊見公雄(全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長)



『天涯の花』宮尾登美子著 集英社文庫/刊



『ゆとりが丘クリニック便り』高橋邦尚著 駒草出版/刊

全国公私病院連盟

役員会だより

期日 3月14日(金)
会場 スクワール麹町3階「錦華」

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」(2月19日)

②日病協「代表者会議」(2月28日)

北村副会長から報告があった。
③海外病院医療視察研修団(ハワイ)のご案内

④令和7年度「収支予算書(案)」について

⑤令和7年度「定時総会」の決議事務局案内

【主な協議事項】

①令和7年度「事業計画(案)」について

②令和7年度「事業計画(案)」について



以上

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか?

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか?

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間: 2024年11月1日~2025年11月1日
※いつからでも中途加入が可能です。

〈お問合せ先〉

Table with 2 columns: 取扱代理店 (株式会社 公私病連共済会) and 引受保険会社 (損害保険ジャパン 株式会社)

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。



SJ24-05793 2024/08/07

第35回「診療報酬請求事務セミナー」ご案内

全国公私病院連盟では、「第35回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。病院関係職員皆様のご参加をお待ちしております。

第35回診療報酬請求事務セミナー WEBセミナー (オンデマンド配信)

視聴期間 令和7年7月1日(火)~7月31日(木)

※配信期間が前後する場合がございます。

講演1 2024年度診療報酬改定の振り返りとその後発出された変更通知や180分 疑義解釈、期中改定の内容と対応策
講師 (株)ASK梓診療報酬研究所 代表取締役 中林 梓 先生 ※収録日: 6月3日

講演2 精神科医療の2024年改定の振り返りと2026年改定に向けた対応策 120分
講師 (株)リンクアップラボ 代表取締役 酒井 麻由美 先生 ※収録日: 6月4日

申込方法

- 本連盟HP内のWebフォームよりお申し込みください。
4/30までに申込の方に限り、中林先生・酒井先生への質問を皆様から事前に募ります。
申込受付後、5営業日以内にメールにて請求書と質問専用フォームURLをご案内いたします。
全ての質問に回答できない場合がございますので、ご了承ください。
質問締切後、視聴期間中もお申し込みは可能です。



全国公私病院連盟 検索

参加費用 下記団体に加盟している病院(会員病院) 1施設につき 11,000円(税込)

- 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

上記団体以外の病院(非会員病院) 1施設につき 13,200円(税込)

申込・振込期限 視聴期間終了日まで申込・振込可能

【視聴時の注意事項】

- 職場やご自宅で視聴できます。スマートフォンやタブレットでもご視聴いただけます。
期間中は同一施設内であれば、何名様でも何度でもご視聴いただけます。
録画のため講師への質疑応答はできませんので、ご了承ください。
資料はPDFで公開予定です。ダウンロード・プリントアウトしてご利用ください。
動画及び資料の無断転載や複製等を禁止します。
視聴機器、インターネット環境はご自身でご用意ください。

お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟 〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階 Mali: seminar@byo-ren.com

2026年度診療報酬改定要望

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

日本病院団体協議会が

入院基本料の大幅引き上げを要望

全国公私病院連盟が加盟する「日本病院団体協議会(日病協)」は4月16日、「令和8年度(2026年度)診療報酬改定に係る要望書【第1報】」を取りまとめて厚生労働省へ提出した。同要望書では、病院のおかれている窮状を鑑み、①入院基本料の引上げ、②診療報酬が物価高騰や人件費高騰に適切に対応する仕組みの導入、③人員配置を基本要件とした従来型の診療報酬体系の抜本的な見直し、④医療DX推進に係る費用に対する適切な評価、⑤入院時食事療養費に対する継続的かつ適切な評価の5項目の実現を要望している。なお、今回の要望は総論に関するもので、今後、各論についても第2報で要望することとしている。第1報の内容は以下の通り。

令和8年度(2026年度)診療報酬改定に係る要望書【第1報】

日本病院団体協議会

新型コロナウイルス感染症によるパンデミックが明け、社会や経済の情勢も大きく変化し、エネルギー価格の上昇や円安、また経済がインフレ基調に変化したことで、物価高騰・人件費が高騰するなか、前回令和6年度(2024年度)診療報酬改定を迎えた。

総務省が令和7年1月24日発表した令和6年度(2024年度)消費者物価指数(総合指数)は2020年を100として108.5であり前年比2.7%の上昇だった。また2024年12月の消費者物価指数(CP

I、2020年=100)は変動の大きい生鮮食品を除く総合指数が109.6となり、前年同月と比べて3.0%上昇した。一般企業は物価・賃上げコスト増を商品やサービス提供価格に転嫁できるが、我々医療機関はコスト増を診療報酬に上乗せすることが出来ない。令和6年度診療報酬改定率が0.88%と低く抑えられた影響で、病院経営はこれまで経験のない極めて厳しい状況に置かれている。

1. 入院基本料の引上げ
諸物価・人件費・各委託費高騰、建築費高騰など医療提供に必要となるコスト上昇分に対して、病院経営の持続性を確保し、質の高い医療サービス提供を維持し、患者への適切なケアを継続することが可能となるよう、入院基本料の大幅な引き

められる。そのためにも、社会保障予算に関しても、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」と言う見直しを求められる。これらの点を踏まえ、日本病院団体協議会としては、次期令和8年度(2026年度)診療報酬改定に於いて、以下の5項目について要望する。

2. 診療報酬が物価高騰や人件費高騰に適切に対応する仕組みの導入
診療報酬改定では、物価・人件費高騰のスピードに対応出来ない為、病院経営が悪化しており、結果として医療提供サービスの質の低下につながるリスクが高い。コスト上昇に迅速に対応できる診療報酬上の新たな仕組み(自動調整システム、加算制度等)を導入することを要望する。

3. 人員配置を基本要件とした従来型の診療報酬体系の抜本的な見直し
人口減少、少子高齢化の到来により、医療スタッフの確保は困難を

極めており、更に看護補助者や事務職員等の処遇は、一般企業の賃上げには追い付いておらず、他業種への人材流出に歯止めが掛からない。従来「人員配置基準ありき」の診療報酬体系を柔軟化し、医療提供実施の質やアウトカム評価、(医療サービス提供の質を維持する為)プロセス評価等の仕組みを、段階的に導入する事を要望する。

4. 医療DX推進に係る費用に対する適切な評価
医療のマンパワーの確保が困難な中で、医療の質を維持するためには、医療の効率化、医療DXの推進は避けられない。しかし医療DXの推進にはかなりの初期投資と、維持費(ランニングコスト)、人材育成が必要となる。電子カルテにして

も、社会保険予算に関しても、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」と言う見直しを求められる。これらの点を踏まえ、日本病院団体協議会としては、次期令和8年度(2026年度)診療報酬改定に於いて、以下の5項目について要望する。

5. 入院時食事療養費に
対する継続的かつ適切な評価
令和6年度(2024年度)診療報酬改定では、約30年ぶりに入院時食事療養費について、一食当たり30円のプラス評価となった。その後の食

料費・人件費高騰、給食委託費高騰を踏まえ、期中改定(中間年改定)として、更に一食あたり20円の引き上げとなった。しかしこれら引き上げを加味しても各医療機関における給食部門はほぼ赤字の状態から改善していない。食事療養費については引き続き現状の食材費・人件費・給食委託費高騰に見合う適切な評価を要望する。

搬送後も意識が戻らず急逝、その後を引き継いだ高橋正彦会長が神経難病と苦難が続いた際、中嶋昭先生と九州へお願ひ行脚して今泉先生に救世主的に当連盟の会長に御就任いただいたのが昨日のように思い出される。ゴルフも御一緒させていただき、コロナが落ち着き移動理事会で復活の矢先に逝かれ残念で堪らない。我々後輩が今泉先生の御意思を継ぎ、当連盟の歴史を輝かすし先生に報いる術はないと信じる今日此の頃である。

今泉先生は、1963年(昭和38年)九州大学医学部の御卒業、第1外科入局、その後、米国ユタ州立大学へ留学され、人口臓器の研究に従事、帰国後はインターンをされた国家公務員共済組合連合会済の町病院の手術室長に就任された。その後、唐津赤十字病院の外科部長や副院長、2002年(平成14年)から福岡赤十字病院の院長に。2007年(平成19年)から日本赤十字社病院長連盟の会長となられた。当連盟ではその4年前から3年間は理事、次の年から1年間は常務理事として活躍されていた。日本病院会では2010年(平成22年)から9年余副会長として活躍されていた。

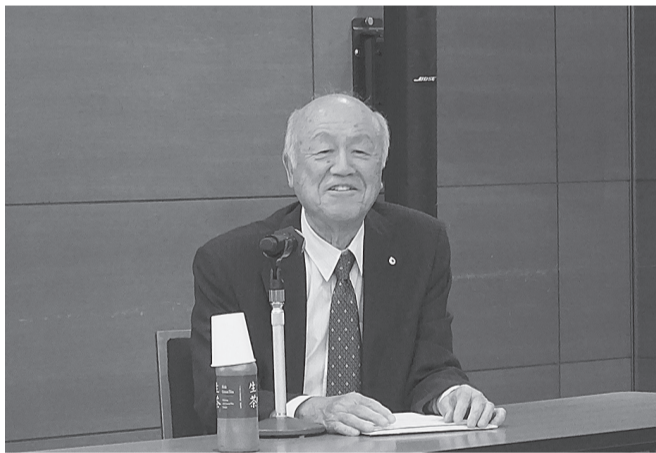
当連盟は篠原寛休会長が会議中に脳出血で救急

大規模な山林火災が続いている。数年前、オーストリアで発生した山火事は約半年も続き、億に及ぶ動物が焼死したという。もともと彼の地では自然発火による山火事が発生し、ユーカリなどが燃えやすい樹木のため拡大し易い▼昨年からは今年初めにはハワイ・マウイ島やロスアンジェルスの大規模森林火災で多くの人家が巻き込まれ焼失した。湿度の高い日本でも年間1200件ほどの山林火災が発生しているが大規模にならず済むことが多かった。ここに来て人家・集落を巻き込み、しかも同時多発する山火事が発生している▼隣国の韓国でも同時期に発生し、消火に難渋している。報が流れる。高温や乾燥、強風など異常気象とされる状況が背景に。懸命の消火活動にもかかわらず延焼・拡大していく炎を見ながら、結局のところ雨が降ることを祈るしかなかった。鎮火・制圧を報じられても再び起こることへの不安は消えない▼ひしひしと感じる地球規模の環境変化を現すものにも違いないに米大統領トランプは一州知事の対策の問題だと矮小化する。地球温暖化対策や環境保全に後ろ向き姿勢が地球を焼き尽くすことにならなければよいが、今日もまた彼の咆哮に身の毛がよだつ。(N・A)

今泉暢登志先生を悼んで

全国公私病院連盟

会長 邊見公雄



今泉先生(撮影:2019年6月19日「定時総会」)

今泉暢登志名譽会長の訃報を小生のNPOへのFAXで目にした時には何かの間違いか、事故にでも巻き込まれたのか、病気とは無関係ではないかと半信半疑の態であった。WEBの理事会には当連盟でも日本病院会でもいつもお顔が映っていたので、牧野副会長にお訪ねし大動脈解離とお伺

いしてやっとなりに落ちた。健康そのもので、「奥様にやめろと言われながら自動車も運転している」とお聞きしていた程度で、コロナで少しお元気で、コロナで少し出不精になったこと以外、どこも悪くないとおっしゃっていたので...

今泉先生を偲ぶ文を書くことは筆が進まないが、

今泉先生の全国公私病院連盟での御略歴

2003年4月~2006年5月	理事
2006年5月~2007年4月	常務理事
2007年4月~2008年3月	副会長
2008年6月~2016年6月	顧問
2016年6月~2019年6月	会長
2019年6月~	名譽会長

連盟一同・
会長 邊見公雄

今泉暢登志先生ありがとろごいきました。安らかに眠りください。

いる鉛筆

大規模な山林火災が続いている。数年前、オーストリアで発生した山火事は約半年も続き、億に及ぶ動物が焼死したという。もともと彼の地では自然発火による山火事が発生し、ユーカリなどが燃えやすい樹木のため拡大し易い▼昨年からは今年初めにはハワイ・マウイ島やロスアンジェルスの大規模森林火災で多くの人家が巻き込まれ焼失した。湿度の高い日本でも年間1200件ほどの山林火災が発生しているが大規模にならず済むことが多かった。ここに来て人家・集落を巻き込み、しかも同時多発する山火事が発生している▼隣国の韓国でも同時期に発生し、消火に難渋している。報が流れる。高温や乾燥、強風など異常気象とされる状況が背景に。懸命の消火活動にもかかわらず延焼・拡大していく炎を見ながら、結局のところ雨が降ることを祈るしかなかった。鎮火・制圧を報じられても再び起こることへの不安は消えない▼ひしひしと感じる地球規模の環境変化を現すものにも違いないに米大統領トランプは一州知事の対策の問題だと矮小化する。地球温暖化対策や環境保全に後ろ向き姿勢が地球を焼き尽くすことにならなければよいが、今日もまた彼の咆哮に身の毛がよだつ。(N・A)

邊見会長、病院の窮状を訴える ～ 立憲民主党のWTで ～



立憲民主党WTのもよう

立憲民主党の「第3回 公立・公的病院改革ワーキングチーム」(座長＝岡本充功・衆議院議員)が4月7日に開催され、全国公私病院連盟の邊見

公雄会長が出席して病院経営の窮状を訴えた。他には、岩手県医療局の小原重幸局長が岩手県立病院の経営が逼迫している状況を説明した。

**中 医 協 ・ 検 証 調 査
精 神 医 療 等 実 施 状 況**

中医協の「診療報酬改定結果検証部会」が4月9日に開催され「精神医療等の実施状況調査」の結果が報告された。病院調査の有効回収数は330件。主な調査結果は以下のとおり。

施設調査(病院)

①施設概要

- 精神科病棟の入院料については「精神療養病棟入院料」が42・1%で最も多い。
- 救急体制
 - 救急告示の有無をみると「救急告示あり」が39・1%、「救急告示なし」が53・6%であった。
 - 精神科病院では「救急告示なし」が77・6%、精神科を有する特定機能病院では「救急告示あり」が86・5%であった。
 - 精神科救急医療体制整備事業への参加の有無については「参加している」が63・6%、「参加していない」が33・3%であった。
 - 精神科病院では「参加している」が76・6%、精神科を有する特定機能病院では「参加していない」が67・6%であった。
 - 精神科救急医療体制整備事業に「参加している」と回答した210施設における種別は「病院群輪番型施設」が67・1%
- ④入院支援部門の状況
 - 入院支援及び地域連携業務を担う部門の設置有無において、330施設のうち「設置している」は76・1%、「設置していない」は22・1%であった。
 - ⑤精神科入院支援加算の算定状況
 - 精神科入院支援加算の算定状況において、330施設のうち「届出あり」は26・4%、「届出の予定はない」は66・4%であった。
 - ⑥精神科地域包括ケア病棟入院料
 - 精神科地域包括ケア病棟入院料の届出有無について「届出あり」は27・7%、「届出はないが届出予定」が3・0%、「届出の予定はない」が92・4%であった。
 - ⑦精神科地域包括ケア病棟入院料
 - 当該入院料を届け出していない理由について「満たすことが難しい要件がある」は74・8%であった。満たすことが難しい要件としては、「病棟の1日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が、常時、当該病棟の入院患者の数の13対1以上であること」と「措置入院患者等を除いた当該病棟の入院患者のうち7割以上が、入院した日から6月以内に退院し、自宅等へ移行すること」がそれぞれ49・1%と最も多かった。
 - ⑧心理支援加算
 - 心理支援加算の算定にあたっての課題について、算定件数が1件以上であった102施設のうち「対象となる患者の基準に該当しないが、支援を必要としている患者がいる」は63・7%、次いで「2年を超えて支援が必要となる場合がある」は59・3%、「月2回以上の支援を行う場合がある」40・7%であった。
 - ⑨精神科訪問看護の状況
 - 精神科訪問看護の実施については「病院が行っている」が46・4%、「行っていない」が32・1%であった。
 - 精神科訪問看護に携わる職員数については「保健師・看護師」が平均3・3人で最も多かった。
 - ⑩身体的拘束を予防・最小化する取組の状況
 - 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定の有無については「策定あり」が94・2%、「策定なし」が5・2%であった。
 - 院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定の有無については「策定あり」が89・4%、「策定なし」が9・7%であった。
 - 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容については、「院内の身体的拘束の実施状況の把握」が89・4%、「行動制限最小化委員会」の設置」が87・3%であった。

時 評

震災から3年たった2014年、私は原発事故被災地近くの市立病院の院長に就任した。大学の部活の先輩から日医ニュースの勤務医の頁への投稿依頼があり、今で言う「医師少数区域」で、2012年には原発事故の影響で臨床研修医が一人も採用できなかった悲劇と、大学に医師派遣を要請しても所詮無い物ねだりであること、自前で研修医を集めて育てるしか医師不足に対する解決策がないことを綴った。

それから11年、原発事故の負のイメージを乗り越え、一息ついた。いろいろな問題はあつたにせよ、大学医局は医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマッチするようになつた。呼吸器内科医も感染症専門医もない中で、新型コロナウイルス感染症のパンデミックを重点基幹施設として乗り切り、一息ついた。

医師の少ない過疎地域にも医師を供給している。従来の医局制度の崩壊により、地域医療に対する医師供給に責任を持つ部署がなくなつてしまつた。いわゆる

や死語と化した。ほんの少しのベースアップ評価料で人事院勧告並の賃上げをさせ、おまけにこの物価高騰、社会主義経済である診療報酬制度では

5%、前年比で3・2%も増えた。米国トランプ大統領が世界各国に押し付けている無理難題、相互関税政策で今後世界の経済がどう推移するの

か門外漢の私にはわからない。しかし社会保険への投資は、人への投資、長い目で見れば経済の活性化、国力を

増強させることにつながるはずである。国は何を目指しているのか、歴史上最大の困難と言われる人口減少社会の中で、為政者の力量が問われるところである。

(いわき市医療センター 管理職)

1 いわき市病院事業

無理難題

連盟 常務理事 新谷史明

全国公私病院連盟

ハワイ医療視察研修団募集のお知らせ

当連盟海外医療視察研修団につきましては、令和2年より中止していましたが、今回ハワイ研修のみ再開させていただくこととなりました。ぜひ皆様のご参加をお待ち申し上げます。

- 期 日：令和7年 11月23日(日)～11月28日(金)
- 募集人員：25名程度(最少催行人員10名)
- 旅行費用：575,000円 《10名様以上の場合》
496,000円 《15名様以上の場合》
425,000円 《20名様以上の場合》
398,000円 《25名様以上の場合》
- 申込締切：令和7年6月30日(月)

5. 視察先(予定)： The Queen's Medical Center

クィーンズメディカルセンターは、医療の質の高さに定評があり、米国で優れた病院として数多くの認証を受けている総合病院です。優れた医療機関を認証する米国のJCから認証を受けているほか、米国で優れた看護師教育プログラムを提供する医療機関を認証するANCC(全米の6%の病院のみ取得)からも認証されています。

特にがん治療では、優れた医療提供のほかに、患者・家族の心理的・経済的サポートを行う「キャンサーナビゲーション」を構築し信頼を集めています。

◆ 研修の詳細や参加の申込方法は、全国公私病院連盟ホームページの到着情報からご覧ください。
全国公私病院連盟ホームページ <https://www.byo-ren.com/>

◆ お問い合わせ e-mail アドレス info@byo-ren.com

全国公私病院連盟

令和6年度事業報告書(案)

全国公私病院連盟では「令和6年度事業計画書」に基づき諸活動を展開しました。今号では「令和6年度事業報告書(案)」の概要を掲載します。なお、同報告書(案)は、6月11日に開催される「令和7年度(第65回)全国公私病院連盟定時総会」に諮られます。

令和6年度 事業報告書案

全国公私病院連盟では、令和6年度事業計画書に基づき下記の諸活動を展開した。

記

1. 診療報酬改定対策運動の推進

本連盟では、医療従事者の処遇改善が急務となっていることから、その賃上げに加え諸物価の高騰に相当する費用を診療報酬に上積みするよう要望してきたが、政府、厚労省の対応は期待外れに終わった。

2. 医療提供体制対策の推進

医師の働き方改革については、令和6年4月から時間外労働の上限規制等が適用されることにより、特に地方の病院で医師確保が一層困難になり地域医療を維持できなくなるおそれがあることから、実効性(即効性)のある医師の偏在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ための必要な配慮を講じるよう、政府、厚労省などに要望した。

3. 病院経営改善対策の推進

また、医療DXが今後さらに展開し重要性が増すなか、ソフトの改変や機種更新などで多額の病院負担が健全な医療活動を圧迫している電子カルテとサイバー攻撃対策費用の公的支援を行うよう、政府、厚労省などに要望した。

4. 調査活動の推進

調査活動については、毎年6月を調査対象月とする「病院運営実態分析調査」を実施し、令和7年2月に「令和6年病院運営実態分析調査(令和6年6月調査)」の概要を取りまとめ公表するとともに、同年3月に報告書「病院経営実態分析調査報告」および「病院概況調査報告書」を発刊した。

5. 要望・調査結果の公表

以下に要望、調査結果の概要を掲載する。



第34回「国民の健康会議」のもよう(10月2日)

等の公表を行った。

(1) 要望等

①「令和6年度(第65回)定時総会『決議』」 要望日：令和6年6月13日

要望先：厚労省(大臣・副大臣・政務官以下関係局長・審議官・課長)、中医協委員、自民党・公明党、衆参議院厚生労働委員会委員など

②「令和7年度税制改正要望について」 要望日：令和6年8月21日

要望先：厚労省・政策統括官

③「令和7年度予算・税制改正及び一般政策に関する要望」 要望日：令和6年11月21日

要望先：自民党



連盟創立60周年記念式典のもよう(7月11日)

会場：全国都市会館 参加：53名

③第32回「医療事故防止セミナー」 期日：令和6年11月28日

会場：全国都市会館 参加：67名

④第20回「DPCセミナー」 期日：令和7年2月27日

会場：全国都市会館 参加：138名

9. 保険事業の推進

保険事業については、本年度加入数は、病院賠償責任保険等2038(うち勤務医個人1096)、居宅事業者総合保険等178となった。

10. 医療関係団体との連携強化

本連盟が加盟する日本病院団体協議会(日病協)を始め、日病協を構成する各病院団体、その他の医療関係団体との連携強化に努めた。

11. その他

本連盟が令和6年7月11日に創立60周年を迎えたことを記念し、同日に「都市センターホテル」(東京都千代田区平河町)において「記念式典」を開催した。当日は松本吉郎先生(日本医師会会長)の「記念講演」が行われた後、招待者をお招きし、記念祝賀会を開催した。

7. 国民の健康会議

国民に対して医療の諸問題について関心を高め理解を得るといった観点から、令和6年10月2日に第34回「国民の健康会議」を「苦悩する医療界へ人なし・金なし・薬なし」をテーマに、日本教育会館「二ツ橋ホール」において開催し、市民をはじめ医療関係者・団体など152名が参加した。

6. 広報活動の推進

広報活動については、毎月「広報委員会」を開催して内容の充実を行いながら「公私病連ニュース」を第548号から第559号まで12回発行し、本連盟の諸活動の状況および最新の医療界の情報などを提供した。

8. 研修活動の推進

研修活動については各種セミナーを開催した。①第34回「診療報酬請求事務セミナー」 期日：令和6年7月26日 会場：CIVV研修センター 日本橋 参加：131名

②第35回「看護管理セミナー」 期日：令和6年10月25日

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

病院経営実態調査報告

内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

(定価 12,000 円+税 A4版 785 ページ)

経営上の指標を量的・質的に分析!!

病院経営分析調査報告

内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

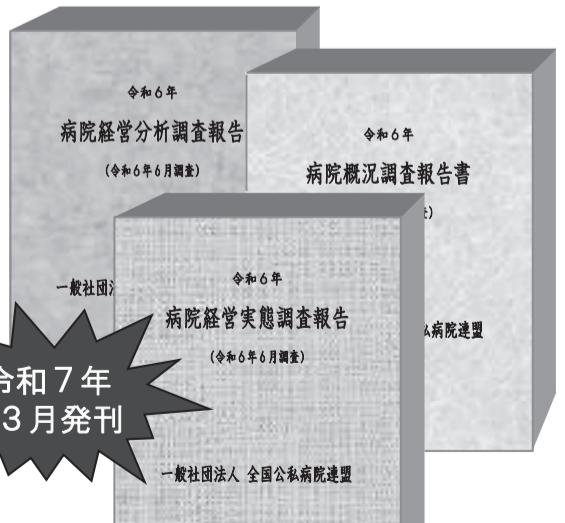
(定価 16,000 円+税 A4版 742 ページ)

病院概況調査報告書

内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

(定価 18,000 円+税 A4版 631 ページ)

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧いただけます



令和7年 3月発刊

付録：結果表 CD-ROM

ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

今月の一冊

今月は3冊(実は1冊5編)

一冊目は『藍を継ぐ海』伊予原新著(新潮社)、直木賞受賞作品である。賞の作品はミ

「大高の山」近くに移住したWEBの仕事をしている女性である。村の人々との触れ合

なる地域の歴史を残そうと苦悶する人達が主人公。

5編目が読みたかった『藍を継ぐ海』である。ビーチコミ

2冊目の横倉日本医師会名誉会長『未来の医療を牽引するリーダーたちへ』(日本医療

推薦者：邊見公雄(全国公私病院連盟会長) 赤穂市民病院名誉院長

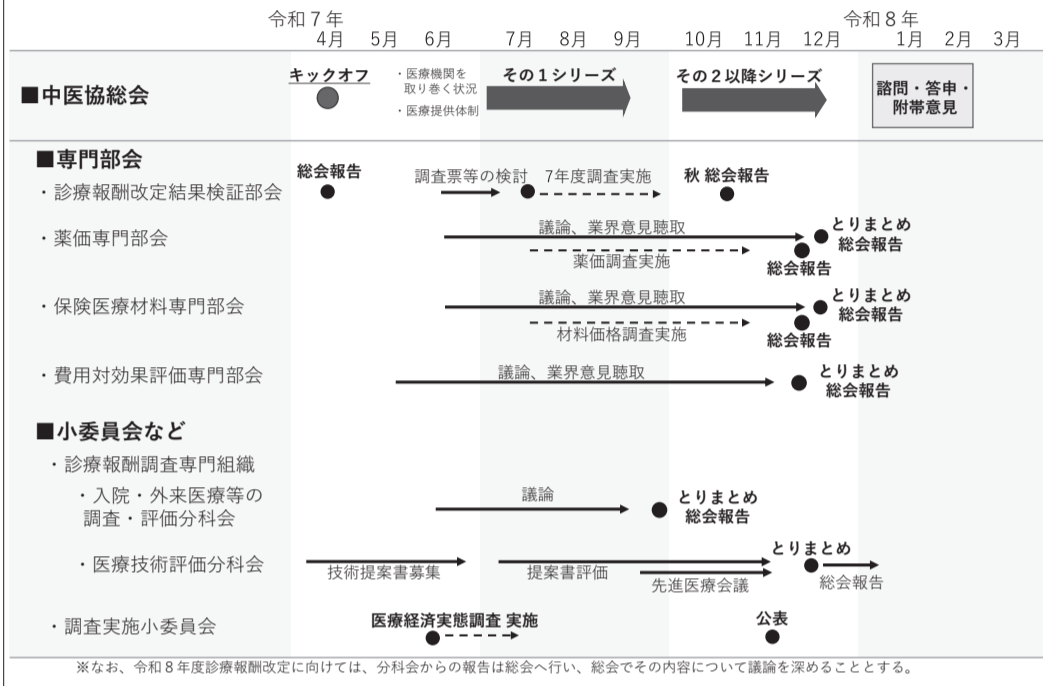


『藍を継ぐ海』 伊予原新著 新潮社/刊

令和8年度改定までの中医協スケジュール

4月9日の中医協「総会」に「令和8年度診療報酬改定に向けたスケジュール」が示された。

令和8年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール(案)



全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか?

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか?

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2024年11月1日～2025年11月1日 ※いつからでも中途加入が可能です。

〈お問合せ先〉

Table with 2 columns: 取扱代理店 (株式会社 公私病連共済会) and 引受保険会社 (損害保険ジャパン 株式会社)

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ」に掲載しておりますのでご確認ください。



SJ24-05793 2024/08/07

第35回「診療報酬請求事務セミナー」のご案内

全国公私病院連盟では、「第35回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。

第35回診療報酬請求事務セミナー WEBセミナー(オンデマンド配信)

視聴期間 令和7年7月1日(火)～7月31日(木)

- 講演1 2024年度診療報酬改定の振り返りとその後発出された変更通知や180分 疑義解釈、期中改定の内容と対応策
講演2 精神科医療の2024年改定の振り返りと2026年改定に向けた対応策 120分

申込方法

- 本連盟HP内のWebフォームよりお申し込みください。
4/30までに申込の方に限り、中林先生・酒井先生への質問を皆様から事前に募ります。

参加費用

- 下記団体に加盟している病院(会員病院) 1施設につき 11,000円(税込)
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、日本赤十字社病院連盟、全国済生会病院協会、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

申込・振込期限

視聴期間終了日まで申込・振込可能

【視聴時の注意事項】

- 職場やご自宅で視聴できます。スマートフォンやタブレットでも視聴いただけます。
期間中は同一施設内であれば、何名様でも何度でも視聴いただけます。

第35回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

“人生100年を生き抜こう”をテーマに 10/2(木)、日本教育会館「一ツ橋ホール」で

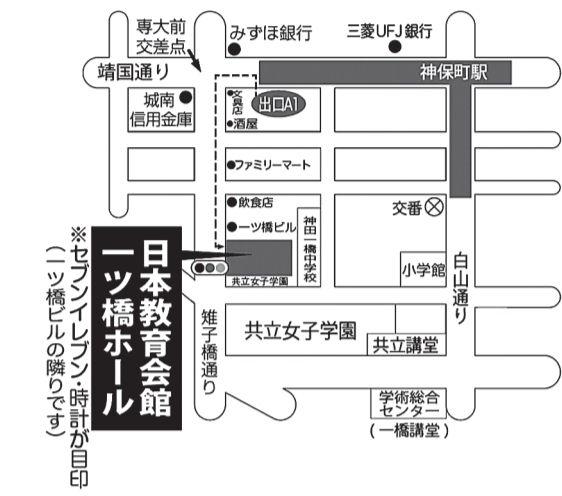
全国公私病院連盟では、平成元年から開催している「国民の健康会議」を10月2日(木)に日本教育会館「一ツ橋ホール」(東京都千代田区一ツ橋)において開催します。迎えて35回目となる今回は、「人生100年を生き抜こう!!」をテーマに、各界の先生方をお迎えしてお話を伺います。入場は無料です(ご来賓様参加ください)。

今回の「国民健康会議」テーマは「人生100年を生き抜こう!!」です。

第1部では、本連盟の特別参加の渡邊古志郎先生(横浜市立市民病院・名誉院長)の司会により、「ロコモティブシンドローム防止」について大江隆史先生(NTT東日本関東病院・院長)、「口腔フレイル防止」について深田拓司先生(一般社団法人大阪府歯科医師会・会長)、「認知症防止」について、繁田雅弘先生(一般社団法人日本認知症ケア学会・理事長、東京慈恵会医科大学・名誉教授、栄樹庵診療所・院長)、「尿失禁防止」について巴ひかる先生(社会医療法人石心会さやま総合クリニック・泌尿器科部長、埼玉石心会病院泌尿器科・顧問)の

4先生にお話を伺いまして、本連盟の遠見公雄(赤穂市民病院・名誉院長)も加えて対談が行われます。

入場は無料ですが、参加については事前の申し込みをお願いします。全国公私病院連盟のホームページより参加のお申し込みができます。



左のQRコードを利
用ください。

問合せ先 全国公私病院連盟事務局 TEL: 03(6284)7180
「日本教育会館」の所在地 東京都千代田区一ツ橋2-6-2



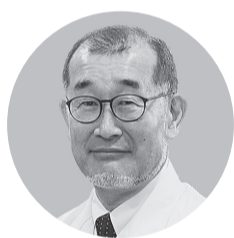
第35回「国民の健康会議」スケジュール

12:00 ~	開場・受付
13:00 ~ 13:05	開会 挨拶: 遠見 公雄 (全国公私病院連盟・会長)
13:05 ~ 14:45 【100分】	<p>【第1部】 各界専門家の講演</p> <p>ロコモティブシンドローム防止 大江 隆史 氏 NTT東日本関東病院 院長</p> <p>口腔フレイル防止 深田 拓司 氏 大阪府歯科医師会 会長</p> <p>認知症防止 繁田 雅弘 氏 日本認知症ケア学会理事長、東京慈恵会医科大学名誉教授、栄樹庵診療所院長</p> <p>尿失禁防止 巴 ひかる 氏 さやま総合クリニック泌尿器科部長、埼玉石心会病院泌尿器科顧問</p> <p>司会 渡邊古志郎 氏 横浜市立市民病院 名誉院長</p>
14:40 ~ 15:00	休憩
15:00 ~ 16:50 【110分】	<p>【第2部】 対談</p> <p>行天良雄 氏 医事評論家</p> <p>川嶋 みどり 氏 日本赤十字看護大学 名誉教授</p> <p>遠見 公雄 氏 全国公私病院連盟 会長 赤穂市民病院 名誉院長</p> <p>司会 中嶋 昭 氏 日産厚生会玉川病院 名誉院長</p>
16:50 ~ 17:00	閉会 挨拶: 中嶋 昭 (全国公私病院連盟・顧問)

時評

医療現場では救急や手術で必須の薬剤まで不足して治療上の困難に直面している。ソルコテフは他のステロイド薬ではカバールシキれない作用を有しているため、不足、欠品は救急や手術の現場の負担を増大させている。さらにはキシロカインの不足により縫合処置を断るクリニックも出てきている。

この背景には、製薬企業の生産体制の問題、原材料の供給制約、さらには国際情勢の影響がある。まず生産体制として医薬品の



連盟 常務理事 鎌田 修博

病院における 薬剤不足の現状と課題

安定供給には、製造ラインの適切な維持と品質管理が不可欠である。しかし、一部の企業では経営上の理由から生産縮小や停止が相次ぎ、それが供給不足に直結している。ソルコテフは他のステロイド薬ではカバールシキれない作用を有しているため、不足、欠品は救急や手術の現場の負担を増大させている。さらにはキシロカインの不足により縫合処置を断るクリニックも出てきている。

この背景には、製薬企業の生産体制の問題、原材料の供給制約、さらには国際情勢の影響がある。まず生産体制として医薬品の

を引き起こしている。特に、ジェネリック医薬品の分野では、価格競争が激化し、採算が取れなくなることで生産撤退する企業も少なくない。さらに岸田政権

大きな、製薬業界からは強い抗議が表明されている。

次に、原材料の供給制約も大きな問題となっている。厚労省の調査では後発薬の原料の

国政策に起因するフェンタニル不足は手術時に麻酔の維持を困難にしている。

これらの問題に対処するためには、いくつかの解決策が考えられる。特定の国や地域への依存を減らし、リス

(JA)神奈川県厚生連伊勢原協同病院・院長

いる鉛筆

高杉晋作と松下村塾の双璧と謳われた久坂玄瑞は、頭脳明晰で弁舌も立ち、塾生の信頼も厚く、師松陰も高く評価し、妹文と結婚させた。師松陰の刑死後は、主に京で尊王攘夷の活動をし、公家と交流して朝廷を動かそうとした。その結果、朝廷は幕府に攘夷を迫り、決行日を決めさせ、決行日、久坂らは、下関海峡で無謀にも外国船に次々と砲撃し、意気揚々と京に戻り朝廷より賞賛された。(その後、外国の軍艦により下関の砲台は壊滅)さらに倒幕の狼煙をあげる機会にと大和行幸を企てたが、倒幕の意思の全くない孝明天皇の意を受けた公家・会津・薩摩等による八・一八の政変により、計画は成功直前に潰れた。長州の誠意を認めるよう軍事力で御所に迫ったが、幕府側の大軍と戦闘となり敗れ、久坂は自刃▼一方、高杉は上海渡航時、欧米列強の軍事力に屈した清国の現状を見て、攘夷の不可を悟り、幕府を倒し、士農工商の身分制度を廃した新たな統一国家日本こそが唯一の道だと、師松陰を再認識し、攘夷派から距離を置いた。高杉は、師松陰に欠いて、長州人から日本人になったが、久坂は長州人のまま死んだ。残念ながら久坂は高杉に遠く及ばなかった。

(KY)

中央社会保険医療協議会

令和8年度診療報酬改定に向け

医療機関を取り巻く状況を説明

令和8年度診療報酬改定に向けた本格的な検討が始まり、4月23日に開催された中協「総会」には厚生労働省保険局医...

踏まえて、①近年の医療機関の経営状況の実態やその要因についてどのよう...

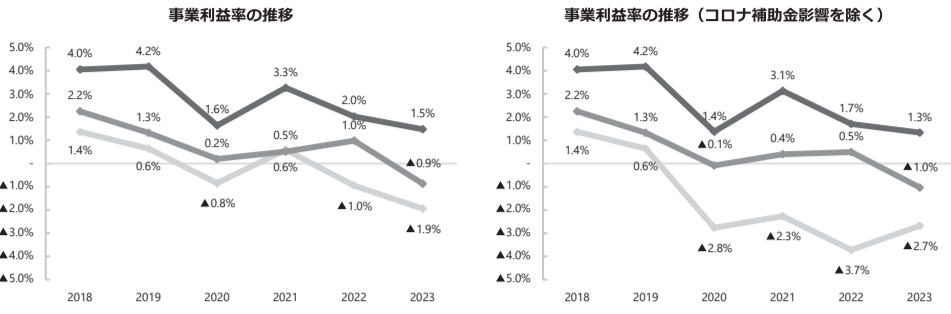
【現状】 厚労省保険局医療課 令和7年4月23日 医療機関を取り巻く状況について(図表は抜粋)...

【分析】 事業収益は増加(10.3%)しているが、その要因については、2023年度に...

【課題】 近年の医療機関の経営状況の実態やその要因について、どのように考えるか...

病院の事業利益率の推移

事業利益率は各病院類型のいずれも低下傾向にあり、療養型病院以外はすべてマイナスとなっている。また、コロナ補助金の影響を除外すると、より利益率は低下している状況。

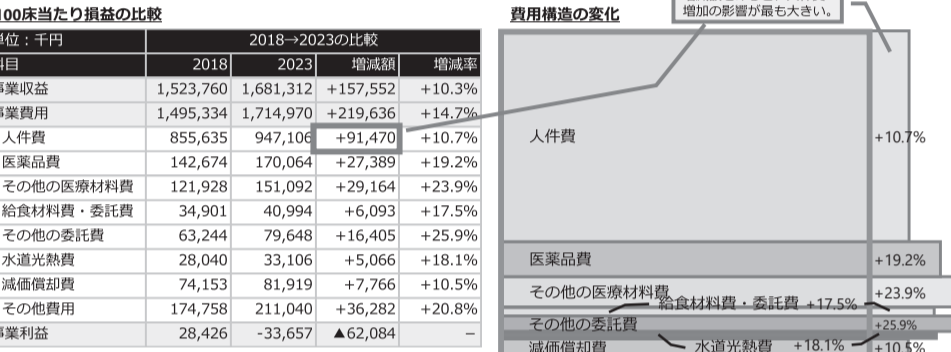


計算式: 事業利益率 = (事業利益 - 事業収益) / 事業収益 ※2020年度以降、一部の医療機関では事業収益にコロナ補助金が含まれている点に留意

出典: 福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成 対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先として...

病院の収支構造の変化

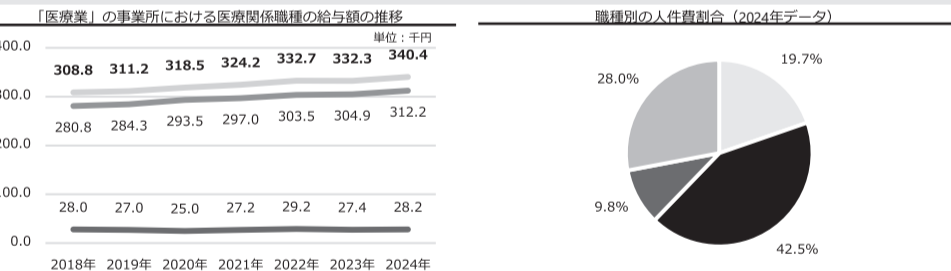
2018年度と2023年度の病院の100床当たり損益を比較すると、事業収益の増加(+10.3%)以上に事業費用が増加(+14.7%)したため、事業利益が悪化。金額ベースでは、費用の50%超を占める人件費増加の影響が最も大きい。



出典: 福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成 対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先として...

人件費: 給与単価について② | 給与額の全体傾向

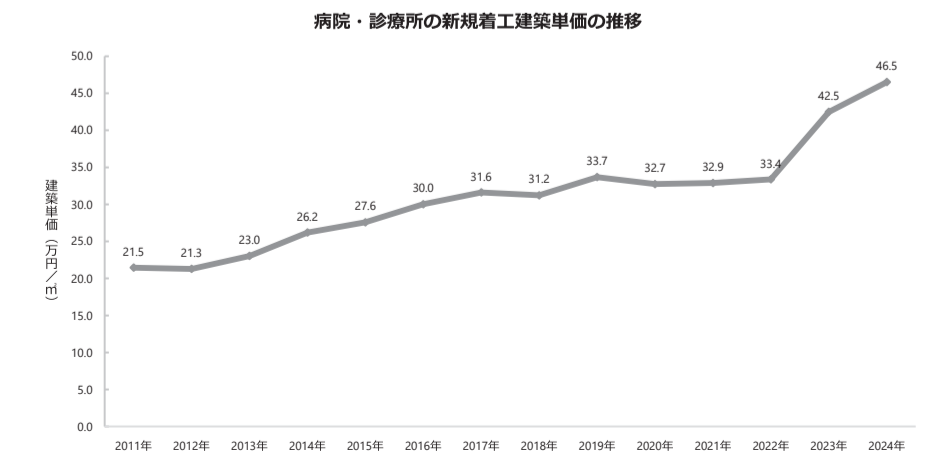
- 医療関係職種の給与額はおおむね増加傾向にあり、2018年と比較した2024年時点の6年間の増加率は、きままって支給する現金給与額が+10.2%、所定内給与額が+11.2%、超過労働給与額が+0.6%となっている。



「医療業」の事業所における医療関係職種の給与額の推移 職種別の人件費割合(2024年データ)...

設備投資コスト: 建築費① | 病院・診療所の新規着工建築単価の推移

新規に着工された病院・診療所の建築単価は増加傾向にある。



出典: 国土交通省「建築着工統計調査」に基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

財務省「財政制度等審議会・財政制度分科会」

社会保障関係費は、メリハリある予算編成を

財務省の「財政制度等審議会・財政制度分科会」が4月23日に開かれ、「持続可能な社会保障制度の構築」に向けた議論を行った。財務省は予算編成にあたって、①社会保障関係費については、過去10年間、経済・物価動向に適切に配慮しつつ、社会保障を持続可能なものとするための改革を行うことで、メリハリある予算編成を実施し、社会保障関係費の質的な伸びを「高齢化による伸びに抑える」との方針を達成してきた。②直近で診療報酬改定が行われた2024年度予算、2025年度予算(政府原案)においても、制度改革・効率化等に取り組み、「高齢化による伸びに抑える」との方針に沿った姿を実現しつつ、年金スライドや人事院勧告等を踏まえた対応など経済・物価動向等への配慮や少子化対策の充実、報酬改定等について適切に措置されている。③今後も、この考え方に沿ったメリハリのある予算編成を実施していくことが重要として、今回、財務省が考える改革の方向性が示されているので以下に抜粋して掲載する。

持続可能な社会保障制度についていくことが肝要。
 財務省(4月23日)
 Ⅱ 質の高い医療の効率的な提供

改革

効率的な医療提供体制の構築(総括)
 ▲今後も人口減少が進む中で、地域医療を支える関係者が一丸となり、地域の希少な医療資源を可能な限り効率的に活用することによって、持続可能な地域医療提供体制を構築していくことが不可欠。

▼具体的には、高齢化等の患者像の変化やコロナ後の受診行動の変化に的確に対応し、病院機能の再編・統合や分科・連携を推進するとともに、日常的な幅広い疾患には地域全体で効率的に対応できるよう、地域に分散する医療資源を集約化し

院機能の高度医療への重点化を図るとともに、診療所を含めた外来機能の集約を推進していくべき。
 ▲日本では、諸外国と比べて、総病床数が多く、平均在院日数も長い。人口千人当たりの医師数は少なくないが、病床床面積あたりの医師数は少ない。また、MRIやCTスキャンの台数が極めて多く、一人当たり外来受診回数も多い。医療費と相関性が高いとされる病床数は西高東低の傾向。

我が国の医療提供体制の現状と課題

▲更に、診療所については、都市部で増加傾向にある一方、1診療所当たりの従事者数が少なく、非効率な運営体制となっているとの指摘もある。
 【改革の方向性】(案)
 人材確保も困難となる中、できる限りコストを削減し、医療資源を効率的に活用することで、質の高い医療を提供する必要がある。

地域の実情に応じ、病床数の適正化を図り、入院機能が本格化する「かかりつけ機能報告制度」の後押しともなるようなメリハリのある改定とすべき。
 ▲診療報酬改定に係る基本的な考え方
 ▼医療費(薬剤費等除く)の伸びは、「医療費の単価の伸び」と「患者等の人口要因の伸び」で構成され、全体として医療機関の収入増となつて人件費や物件費(薬剤費等を除く)が賄われている。日本経済が過去長らくデフレに直面し、賃金や物価水準が上昇しない中にあるため、我が国の医療費は、高齢化等の人口要因に加え、診療報酬改定(政策的な価格変更)により概ね上昇を続けてきた。

診療報酬改定(総括)

▲効率的に質が高く、患者本位の医療提供体制を構築していくのと軌を一にする形で、あるべき診療報酬体系を構築していくことが重要。

▲こうした医療費の増嵩は、現役世代の社会保障負担を含む国民負担の増加に直結するものであり、国民皆保険を堅持するために、病院と診療所では経営状況や費用構造等に差異があることにも配慮しつつ、全体として診療報酬の適正化を図ることが必要。

▲診療報酬の経営状況を踏まえた対応
 ▼令和6年度診療報酬改定は、病院・診療所の2022年度の経営状況(医療経済実態調査・財務省機動的調査に基づくデータ・診療所の利益率は、それぞれ9・7%、8・8%)を踏まえて実施。
 ▼直近で把握可能な2023年度の医療機関の経営状況については、厚生労働省が全国の医療法人の事業報告書等を集計したデータを確認したところ、無床診療所のみを経営する医療法人の利益率は8・6%であり、中小企業の全産業平均である3・6%よりも高い水準であった。(なお、1法人当たりの本来業務に要した費用については、診療所・病院ともに微増)

診療報酬改定(総括)

▲効率的に質が高く、患者本位の医療提供体制を構築していくのと軌を一にする形で、あるべき診療報酬体系を構築していくことが重要。

▲こうした医療費の増嵩は、現役世代の社会保障負担を含む国民負担の増加に直結するものであり、国民皆保険を堅持するために、病院と診療所では経営状況や費用構造等に差異があることにも配慮しつつ、全体として診療報酬の適正化を図ることが必要。

▲診療報酬の経営状況を踏まえた対応
 ▼令和6年度診療報酬改定は、病院・診療所の2022年度の経営状況(医療経済実態調査・財務省機動的調査に基づくデータ・診療所の利益率は、それぞれ9・7%、8・8%)を踏まえて実施。
 ▼直近で把握可能な2023年度の医療機関の経営状況については、厚生労働省が全国の医療法人の事業報告書等を集計したデータを確認したところ、無床診療所のみを経営する医療法人の利益率は8・6%であり、中小企業の全産業平均である3・6%よりも高い水準であった。(なお、1法人当たりの本来業務に要した費用については、診療所・病院ともに微増)

改革の方向性(案)

▲診療報酬は、保険償還の対象となるサービスの価格(単価)であり、サービスの供給(量)次第では、国民負担の軽減には直接はつながらないが、あるべき医療提供体制の構築との整合性を図りつつ、不断の合理化・適正化を進めていく必要がある。

▲2026年度診療報酬改定は、これまで進めてきた「2025年に向けた改革」のバトンを引き継ぎ改定であり、新たな地域医療構想や医師偏在対策の強化、そして、

実効性のある診療報酬上の対応とあわせて、令和8年度予算編成過程での検討とされた。
 具体的に、2026年度診療報酬改定では、①外来医師過多区域での要請・勧告に従わない場合の減算措置、②より一般的な形で医師偏在是正に資する報酬上の仕組みによる対応、③「医師手当」の財源確保のための改定での対応、の3つの方策を検討する必要がある。

改革の方向性(案)

▲医師の偏在是正のうち、特に、診療所の地域間偏在を解決するために、2026年度診療報酬改定において、真に実効性のある診療報酬上の仕組みを創設することが不可欠。あらゆる方策を検討すべき。

▲外来診療所の地域偏在の是正
 ①地域別単価の導入について
 ▼医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するため、2024年12月、厚労省において、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が決定され、規制的手法を含め、必要な制度的な対応が令和7年国会に提出された医療法等の改正で図られる見込み。

▲一方で、経済的インセンティブについては、

改革の方向性(案)

▲医師の偏在是正のうち、特に、診療所の地域間偏在を解決するために、2026年度診療報酬改定において、真に実効性のある診療報酬上の仕組みを創設することが不可欠。あらゆる方策を検討すべき。

▲外来診療所の地域偏在の是正
 ①地域別単価の導入について
 ▼医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するため、2024年12月、厚労省において、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が決定され、規制的手法を含め、必要な制度的な対応が令和7年国会に提出された医療法等の改正で図られる見込み。

▲一方で、経済的インセンティブについては、

改革の方向性(案)

▲医師の偏在是正のうち、特に、診療所の地域間偏在を解決するために、2026年度診療報酬改定において、真に実効性のある診療報酬上の仕組みを創設することが不可欠。あらゆる方策を検討すべき。

▲外来診療所の地域偏在の是正
 ①地域別単価の導入について
 ▼医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するため、2024年12月、厚労省において、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が決定され、規制的手法を含め、必要な制度的な対応が令和7年国会に提出された医療法等の改正で図られる見込み。

▲一方で、経済的インセンティブについては、

改革の方向性(案)

▲医師の偏在是正のうち、特に、診療所の地域間偏在を解決するために、2026年度診療報酬改定において、真に実効性のある診療報酬上の仕組みを創設することが不可欠。あらゆる方策を検討すべき。

▲外来診療所の地域偏在の是正
 ①地域別単価の導入について
 ▼医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在を是正するため、2024年12月、厚労省において、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が決定され、規制的手法を含め、必要な制度的な対応が令和7年国会に提出された医療法等の改正で図られる見込み。

▲一方で、経済的インセンティブについては、

ストのうち、「光熱水費」や「室料」については、「医療」そのものではなく、医療技術や薬剤に適切にファイナンスするという医療保険の本来の役割を果たし続けるとの観点からは、保険給付の対象外とすべきと考えられる。
 ▼現状、65歳以上の一般病床・精神病床の入院患者と、65歳未満の全ての患者は、「室料」はもとより、「光熱水費」の負担がない。
 65歳以上の療養病床の入院患者に限っては、「光熱水費」の負担はありますが、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)では徴収される「多床室の室料」は負担していない。これら自己負担となっていない部分の費用についてには、医療保険でカバーされている。
 ▼在宅医療を受ける患者との公平性の観点や、医療法上の病床区分で診療報酬上の取扱いを変え、医療費負担を軽減する観点から、適切なアウトカム指標の導入とセットで、「特定過剰サービス」に対する減算措置を導入すべき。また、「特定過剰サービス」に係る保険給付については、アウトカム指標に準じた減算措置に加えて、各年度の「基準額」を超過した場合の精算措置の導入についても検討すべき。
 III 保険給付範囲の在り方の見直し
 (2) 高額薬剤への対応、入院時の部屋代
 ▼医療機関への入院コ

今月の一冊

今月は2冊

今月は5月号で掲載できなかった医療界の2大リーダー、日本医師会会長回顧録『未来の医療界を牽引するリーダーたちへ』名誉会長横倉義武氏と、現在日本歯科医師会長の高橋英登先生から頂いた『ずつと元気をかなえる歯科患者学』の2冊である。

横倉先生は日本だけでなく世界医師会長という最高位にあっても常に「かかりつけ医」としての立場を忘れずに活動。医師会が地域包括医療の中心になり、世界文化遺産として残したい「国民皆保

険制度」と相俟って、長寿大国、人生100年時代を創るのに貢献したのを振り返っておられる。若手医師の皆さん方にはどうして医師になったのか？どんな医師になりたいか？どんな医師になりたかったのか、初心を忘れずに!!と。

また、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化をも実現する為に「日本健康会議」という経済界・自治体・医療界・メディアなどで構成する大組織を立ち上げ、三村明夫会頭(日本商工会議所)、老川祥一会長(読売新聞グループ本社)と3人で代表を務められていて、因みに事務局局長は

渡辺俊介先生(色々な所で交流した)。ワーキンググループで取り組んだ「健康なまち・職場づくり宣言2020」(8つの宣言)は予想以上に実現した。宣言4、5が大きな貢献だった。今2025年は5つの宣言を掲げている。最後は今年99歳をお迎えになる長友、先輩の行天良雄先生との対談。国民健康会議の総司会を今年で35回仕切って頂いている医療評論家の草分け(NHK他)との対談は実に内容である。是非お読み下さい。

2冊目の歯科患者学

健康なまち・職場づくり宣言2020
宣言1 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
宣言2 かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を1500市町村、広域連合を47団体とする。
宣言3 予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。
宣言4 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社(法人)以上とする。
宣言5 協会けんぽ等保険者や商工会議所等のサポートを得て健康宣言に取り組む企業を3万社以上とする。
宣言6 加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。
宣言7 予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
宣言8 品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用動向など、使用割合を高める取り組みを行う。

『未来の医療界を牽引するリーダーたちへ』日本医師会会長回顧録 横倉義武/著
『ずつと元気をかなえる歯科患者学』高橋英登・高見澤たか子/著
日本医療企画/刊
版株式会社/刊

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？
雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。
また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？
労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2024年11月1日～2025年11月1日
※いつからでも中途加入が可能です。

お問合せ先
取扱代理店 株式会社 公私病連共済会
引受保険会社 損害保険ジャパン 株式会社

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。
SJ24-05793 2024/08/07

第35回「診療報酬請求事務セミナー」のご案内

全国公私病院連盟では、「第35回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。病院関係職員皆様のご参加をお待ちしております。

第35回診療報酬請求事務セミナー
WEBセミナー(オンデマンド配信)
視聴期間 令和7年7月1日(火)～7月31日(木)
講演1 2024年度診療報酬改定の振り返りとその後発出された変更通知や180分 疑義解釈、期中改定の内容と対応策
講演2 精神科医療の2024年改定の振り返りと2026年改定に向けた対応策120分
申込方法
参加費用 下記団体に加盟している病院(会員病院) 1施設につき 11,000円(税込)
申込・振込期限 視聴期間終了日まで申込・振込可能

【視聴時の注意事項】
お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

**国民医療の確保のために
病院診療報酬の引き上げを**

令和7年度 第66回 定時総会

全国公私病院連盟



会場のもよう

邊見公雄会長を再選

入院基本料を大幅に引き上げる要望を決議

全国公私病院連盟の令和7年度「定時総会」が6月11日(水)に「食品衛生センター」された。本連盟の役員任期は2年間で今年が改選の年にあたっていることから互選が行われ、邊見公雄会長の再選が了承されている。総会では入院基本料の大幅な引き上げを求めると8項目にわたる決議を満場一致で採択した。(2〜3面に決議の全文を掲載)

当日は、浦田士郎副会長(JA愛知厚生連安城更生病院・名誉院長)が

開会宣言を行った後、邊見会長が開会挨拶を行った。続いて、来賓としてお迎えした厚生労働大臣の仁木博文先生と日本病院会会長の相澤孝夫先生にご挨拶をいただいた後、議長団の選出が行われ、全国公立病院連盟から推薦された小野寺知哉先生(地方独立行政法人静岡市立静岡病院・理事長)と日本私立病院協会から推薦された長尾建樹先生(公益財団法人日産厚生会佐倉厚生園病院・院長)の両氏により議事が進められた。

第1号議案「令和6年度事業報告書案」は辻井正彦副会長(地方独立行政法人市立東大阪医療センター・理事長)から上程があり了承され、第2号議案の「令和6年度収支計算書案、貸借対照表案、財産目録案」は中村哲也副会長(医療法人社団明芳会板橋中央総合病



来賓の相澤先生



来賓の仁木先生

新型コロナウイルスが5類になって2年が経ちました。患者さんの数はなかなか戻って来ません。セルフメディケーションや予防が進んだらいいのは社会全体では良いことですが、病院経営は大変です。令和の米騒動と言われるような諸物価の高騰

新型コロナが5類になって2年が経ちました。患者さんの数はなかなか戻って来ません。セルフメディケーションや予防が進んだらいいのは社会全体では良いことですが、病院経営は大変です。令和の米騒動と言われるような諸物価の高騰

会長所信

一般社団法人 全国公私病院連盟 会長 邊見公雄



医療は日進月歩なので、その分は皆持ち出しになります。例えば、白血病は少し前迄(平成の初め頃)は不治の病でした。小生の知人の内科医は診断が決まってしばらくして世捨て人的に丹波篠山の別荘に籠り、社会との交際を絶つて亡くなった。今では水泳の池江選手のようにオリンピックにも出られます。雲泥の差です。

しかし、これらも高額薬剤なくては実現できません。本庶先生のオプジーボなど続々と著効な抗癌剤が出ています。また、手術ロボットのダビドンチに見られるような高額医療機器も先進医療には不可欠です。

支出の増加は何と言っても人件費で、医療は最も人手を要する仕事です。昔の「医」の字は、矢の傷を医師・薬剤師・看護師の3つの職で囲う、あ

【記念講演】
神野正博先生が講演
テーマ 地域と病院の持続可能性を考える
～ 2つの災害にどう向き合うか ～

「まず、冷たい、(夜)早い」などの不満が多かったのですが、今は適時適温で様変わり、そのためには人員や設備も増強しなければならず、委託の場合には業者が少なく言い値に近い高負担となっています。

また、入院時の食事も「まずい、冷たい、(夜)早い」などの不満が多かったのですが、今は適時適温で様変わり、そのためには人員や設備も増強しなければならず、委託の場合には業者が少なく言い値に近い高負担となっています。



「定時総会」に先立ち、神野正博先生(社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院・理事長)をお迎えして「地域と病院の持続可能性を考える」2つの災害にどう向き合うか」をテーマに「記念講演」が行われた。

今年も7月を迎え半年が過ぎ、春・秋のない異常気象が続いている。ここ数年に渡り病院経営が厳しくなっている。価格転嫁ができない医療費は公定価格であり、インフレ傾向による医療材料費の高騰と人件費の増大によって利益を圧縮するどころか、赤字の拡大が広がっている。2〜3年前から企業の賃金アップは、5〜7%であるが、診療報酬で認められているベースアップ評価額は2〜3%で半分以下、医療人材は以前から少なかったことに拍車がかかり、病床の稼働率を下げている▼毎年語られている財政審から答甲を受けて出される、いわゆる「骨太の方針」が6月中旬に出された。2年に1回の診療報酬改定の前年の今年(2025年)の骨太の方針は、高齢化の伸びの範囲内に抑制の文言が入っていない。この「抑制」の二文字が骨太の方針に書かれると、高齢化に伴う自然増を一定程度抑制し社会保障費の伸びを抑えられ、改定率が低くなる▼しかし今後とも日本の医療の根幹を担っている病院医療は大幅な改定がない限り崩れていくであろうし、世界に冠たる国民皆保健制度の危機が到来するであろう。2026年度改定を期待したい。(H・S)

いる鉛筆

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」との声を相次いでおり、現場からは悲鳴ともいえる切実な訴えが上がつている。

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、外來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、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。

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料費への充当分を差し引き薬価等の引き下げを合わせた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厳しい状況に追い込まれている。

ついでに、病院収入の源は公定価格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

全国公私 病院連盟 令和7年度定時総会「決議」

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と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

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、一般企業並みの賃金にすることを賃上げ財政の支援をすることで、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

以上の課題は多い。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アディカル職種を中心とした採用を進めているが、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

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、最重要機能として実施する。マイン保険証など医療DX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5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。

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頻りに変更されたが、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。

ついでに、「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) 所管を医政局へ移行

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は、公民それぞれ

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ており、2025年度中本格運用を目指すこととされている。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あるので、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

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ように、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。

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。ついでに、「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。

2面からつづく

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・保健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。

(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。

(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。

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。

一般社団法人 全国公私病院連盟 役員名簿

6月11日(水)に開催された全国公私病院連盟の「令和7年度(第66回)定時総会」で役員の変更が行われ、会長には邊見公雄氏(赤穂市民病院・名誉院長)が再選されました。今号では役員名簿を掲載します。

会長 邊見公雄(赤穂市民病院名誉院長)

副会長 中房祐司(福岡赤十字病院院長)

副会長 望月 泉(八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長)

副会長 三角隆彦(神奈川県済生会横浜市東部病院院長)

副会長 辻井正彦(地方独立行政法人市立東大阪医療センター理事長)

副会長 重井文博(社会医療法人創和会しげい病院理事長)

副会長 浦田士郎(愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院名誉院長)

副会長 中村哲也(医療法人社団明芳会板橋中央総合病院理事長)

副会長 鎌田修博(神奈川県厚生農業協同組合連合会伊勢原協同病院院長)

副会長 北村 立(石川県立ころの病院院長)

常務理事 野村幸博(地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院副理事長兼統括病院長)

常務理事 川嶋成乃亮(大阪府済生会中津医療福祉センター総長)

常務理事 新谷史明(いわき市病院事業管理者)

常務理事 佐能量雄(社会医療法人光生病院理事長・院長)

常務理事 佐々木敬(公益財団法人佐々木研究所理事長)

常務理事 女屋光基(独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター院長)

常務理事 女屋光基(独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター院長)

理事 大友建一郎(青梅市病院事業管理者兼青梅総合医療センター院長)

理事 荒川穰二(北見赤十字病院院長)

理事 松浦 弘(福岡県済生会福岡総合病院名誉院長)

理事 小關(こせき)剛(医療法人社団筑波記念会筑波記念病院理事長)

理事 青墳(あおつか)信之(成田赤十字病院院長)

理事 尚志(岡山赤十字病院名誉院長・地域医療連盟顧問)

理事 中瀬真治(三重県厚生農業協同組合連合会鈴鹿厚生病院院長)

理事 遠山正博(公益財団法人日産厚生会佐倉厚生園病院名誉院長)

一般社団法人 全国公私病院連盟 会長 邊見公雄	〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階 TEL 03-6284-7180 FAX 03-6284-7181 e-mail byo-ren@jb3.so-net.ne.jp
公益社団法人 全国自治体病院協議会 会長 望月 泉	〒102-8556 東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館 本館7階 TEL 03-3261-8555 FAX 03-3261-1845
全国公立病院連盟 会長 辻井正彦	〒578-8588 大阪府東大阪市西岩田3-4-5 市立東大阪医療センター内 TEL 06-6781-5101 FAX 06-6781-2194
全国厚生農業協同組合連合会 代表理事 会長 長谷川 浩 敏	〒100-6827 東京都千代田区大手町1-3-1 JAビル27階 TEL 03-3212-8000 FAX 03-3212-8008
日本赤十字社病院長連盟 会長 中房祐司	〒105-0012 東京都港区芝大門1-1-3 日本赤十字社ビル西館6階 TEL 03-5733-4296 FAX 03-5733-4297
全国済生会病院長会 会長 三角隆彦	〒230-8765 神奈川県横浜市鶴見区下末吉3-6-1 神奈川県済生会横浜市東部病院内 TEL 045-576-3000 FAX 045-567-3525
一般社団法人 岡山県病院協会 会長 重井文博	〒700-0024 岡山県岡山市北区駅元町19-2 岡山県医師会館5階 TEL 086-250-1124 FAX 086-250-3458
日本私立病院協会 会長 中村哲也	〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階 TEL 03-5830-7503 FAX 03-5830-7504
一般社団法人 日本公的病院精神科協会 会長 北村 立	〒700-0915 岡山県岡山市北区鹿本町3-16 岡山県精神科医療センター内 TEL 086-225-3821 FAX 086-234-2639

理事 木原康樹(地方独立行政法人神戸市市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院病院長)	理事 大友建一郎(青梅市病院事業管理者兼青梅総合医療センター院長)
理事 松浦 弘(福岡県済生会福岡総合病院名誉院長)	理事 荒川穰二(北見赤十字病院院長)
理事 小關(こせき)剛(医療法人社団筑波記念会筑波記念病院理事長)	理事 石川悦久(医療法人社団駿栄会御殿場石川病院理事長)
監事 青墳(あおつか)信之(成田赤十字病院院長)	監事 岡田俊英(石川県立中央病院院長)
◆12月4日(木) 第33回「医療事故防止セミナー」(全国都市会館)	◆10月2日(木) 第35回「国民の健康会議(日本教育会館「二ツ橋ホール」)
◆11月20日(木) 第36回「看護管理セミナー」(食品衛生センター)	◆10月2日(木) 第35回「国民の健康会議(日本教育会館「二ツ橋ホール」)

【短信】
全国公私病院連盟からのお知らせ
全国公私病院連盟では左記の催しを開催しますのでご参加ください。詳細は随時ホームページでお知らせします。

第35回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟

“人生100年を生き抜こう”をテーマに 10/2(木)、日本教育会館「一ツ橋ホール」で

全国公私病院連盟では、平成元年から開催している「国民の健康会議」を10月2日(木)に日本教育会館「一ツ橋ホール」(東京都千代田区一ツ橋)において開催します。迎えて35回目となる今回は、「人生100年を生き抜こう!!」をテーマに、各界の先生方をお迎えしてお話を伺います。入場は無料です(ご参加ください)。

今回の「国民健康会議」のテーマは「人生100年を生き抜こう!!」です。第一部(午後1時)は、本連盟の特別参事の渡邊古志郎先生の司会により、「ロコモティブシンドローム防止」について、大江隆史先生、「口腔フレイル防止」について、田拓司先生、「認知症防止」について、繁田雅弘先生、「尿失禁防止」について、巴ひかる先生のお話を伺います。第二部(午後3時より)では、本連盟の顧問の中嶋昭先生のお話を伺います。

入場は無料ですが、参加については事前の申し込みをお願いします。全国公私病院連盟のホームページより参加のお申し込みができます。下のQRコードをご利用ください。



問合せ先 全国公私病院連盟事務局 TEL: 03-6284-7180
所在地 東京都千代田区一ツ橋2-6-2

第1部 【各界専門家の講演】	ロコモティブシンドローム防止	大江隆史 氏 <small>おおえ・たかし</small>	NTT東日本関東病院 院長
	口腔フレイル防止	深田拓司 氏 <small>ふかた・ひろつか</small>	一般社団法人大阪府歯科医師会 会長
	認知症防止	繁田雅弘 氏 <small>しげた・まさひろ</small>	一般社団法人日本認知症ケア学会 理事長、東京慈恵会医科大学 名誉教授、栄樹庵診療所 院長
	尿失禁防止 (女性中心に)	巴ひかる 氏 <small>ともえ・ひかる</small>	社会医療法人石心会 さやま総合クリニック 泌尿器科部長、埼玉石心会病院泌尿器科顧問
(司会) 渡邊 古志郎 氏 (横浜市立市民病院・名誉院長)			

第2部 【対談】	行天良雄 氏 <small>ぎょうてん・よしお</small>	医事評論家	
	川嶋みどり 氏 <small>かわしま・みどり</small>	日本赤十字看護大学 名誉教授	
	邊見公雄 氏 <small>へんみ・きみお</small>	全国公私病院連盟 会長	
	(司会) 中嶋 昭 氏 (日産厚生会玉川病院・名誉院長)		

一般社団法人 **全国公私病院連盟** 協賛：株式会社 **公私病連共済会**

全国公私病院連盟 加盟8団体

公益社団法人 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・一般社団法人 岡山県病院協会・日本私立病院協会・一般社団法人 日本公的病院精神科協会

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2024年11月1日～2025年11月1日
※いつからでも中途加入が可能です。

＜お問合せ先＞

取扱代理店	引受保険会社
株式会社 公私病連共済会 〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階 TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194 受付時間：平日の午前9時から午後5時まで	損害保険ジャパン 株式会社 〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1 TEL 03-3349-5113 受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。

SJ24-05793 2024/08/07

全国公私病院連盟から新刊のご案内

- 発行：一般社団法人 全国公私病院連盟
- 令和6年6月調査 **病院経営実態調査報告** (定価 12,000円+税 A4版 785ページ)
内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など
 - 令和6年6月調査 **病院経営分析調査報告** (定価 16,000円+税 A4版 742ページ)
内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など
 - 令和6年6月調査 **病院概況調査報告書** (定価 18,000円+税 A4版 631ページ)
内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など
- 全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧いただけます

調査項目	令和6年6月調査	令和6年6月調査	令和6年6月調査
1) 総数	1,043	1,043	1,043
2) 西暦	1,043	1,043	1,043
3) 病院種別	1,043	1,043	1,043
4) 診療科目	1,043	1,043	1,043
5) 病床数	1,043	1,043	1,043
6) 医師数	1,043	1,043	1,043
7) 看護師数	1,043	1,043	1,043
8) 介護士数	1,043	1,043	1,043
9) 事務員数	1,043	1,043	1,043
10) 収入	1,043	1,043	1,043
11) 経費	1,043	1,043	1,043
12) 利益	1,043	1,043	1,043
13) 設備投資	1,043	1,043	1,043
14) 借入金	1,043	1,043	1,043
15) 負債	1,043	1,043	1,043
16) 純資産	1,043	1,043	1,043
17) 総資産	1,043	1,043	1,043
18) 総負債	1,043	1,043	1,043
19) 総純資産	1,043	1,043	1,043
20) 総収入	1,043	1,043	1,043
21) 総経費	1,043	1,043	1,043
22) 総利益	1,043	1,043	1,043
23) 総設備投資	1,043	1,043	1,043
24) 総借入金	1,043	1,043	1,043
25) 総負債	1,043	1,043	1,043
26) 総純資産	1,043	1,043	1,043
27) 総総資産	1,043	1,043	1,043
28) 総総負債	1,043	1,043	1,043
29) 総総純資産	1,043	1,043	1,043

ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

経済財政運営と改革の基本方針2025(今日より明日はよくなる)と実感できる社会へ(「骨太の方針2025」)を閣議で了承した。「骨太の方針2025」は、政府の重要課題や年末の予算編成の方向性を示すものとなっている。

政府は6月13日、「経済財政運営と改革の基本方針2025」(今日より明日はよくなる)と実感できる社会へ(「骨太の方針2025」)を閣議で了承した。「骨太の方針2025」は、政府の重要課題や年末の予算編成の方向性を示すものとなっている。

「骨太の方針2025」は、政府の重要課題や年末の予算編成の方向性を示すものとなっている。

「賃上げを起点とした成長型経済を実現」と明記

政府は6月13日、「経済財政運営と改革の基本方針2025」(今日より明日はよくなる)と実感できる社会へ(「骨太の方針2025」)を閣議で了承した。「骨太の方針2025」は、政府の重要課題や年末の予算編成の方向性を示すものとなっている。

「骨太の方針2025」は、政府の重要課題や年末の予算編成の方向性を示すものとなっている。

「骨太の方針2025」は、政府の重要課題や年末の予算編成の方向性を示すものとなっている。

骨太の方針2025 閣議で承了

賃上げを起点とした成長型経済を実現します!

賃上げを起点とした成長型経済を実現します!

賃上げを起点とした成長型経済を実現します!

賃上げを起点とした成長型経済を実現します!

3 「投資立国」「資産運用立国」の実現

4 国民の安心・安全の確保

5 中長期的に持続可能な経済社会の実現

1 物価上昇を上手に賃上げ

2 地方創生2.0の推進

骨太の方針2025のなかの「全世代型社会保障の構築」で取り上げられたのは、

▼医療・介護・障害福祉

▼持続可能な社会保障制度のための改革実行

▼現役世代の保険料負担を

現状や税収等を含めた財

「年収の壁」への対応

「年収の壁」への対応

▼中長期的な介護提供体制の確保

▼中長期的な医療提供体制の確保

含む国民負担軽減を実現

▼中長期的な介護提供体制の確保

▼中長期的な医療提供体制の確保

「これまでに(歳出)削減の方針が示すように、年末の予算編成時に2024年度の削減目標が勝利できなかった頃には臨床研修医制度や医師の働き方改革によりパワハラはうに生き残るのは困難

「これまでに(歳出)削減の方針が示すように、年末の予算編成時に2024年度の削減目標が勝利できなかった頃には臨床研修医制度や医師の働き方改革によりパワハラはうに生き残るのは困難

「これまでに(歳出)削減の方針が示すように、年末の予算編成時に2024年度の削減目標が勝利できなかった頃には臨床研修医制度や医師の働き方改革によりパワハラはうに生き残るのは困難

「これまでに(歳出)削減の方針が示すように、年末の予算編成時に2024年度の削減目標が勝利できなかった頃には臨床研修医制度や医師の働き方改革によりパワハラはうに生き残るのは困難

「これまでに(歳出)削減の方針が示すように、年末の予算編成時に2024年度の削減目標が勝利できなかった頃には臨床研修医制度や医師の働き方改革によりパワハラはうに生き残るのは困難

「これまでに(歳出)削減の方針が示すように、年末の予算編成時に2024年度の削減目標が勝利できなかった頃には臨床研修医制度や医師の働き方改革によりパワハラはうに生き残るのは困難

「これまでに(歳出)削減の方針が示すように、年末の予算編成時に2024年度の削減目標が勝利できなかった頃には臨床研修医制度や医師の働き方改革によりパワハラはうに生き残るのは困難

「これまでに(歳出)削減の方針が示すように、年末の予算編成時に2024年度の削減目標が勝利できなかった頃には臨床研修医制度や医師の働き方改革によりパワハラはうに生き残るのは困難

「これまでに(歳出)削減の方針が示すように、年末の予算編成時に2024年度の削減目標が勝利できなかった頃には臨床研修医制度や医師の働き方改革によりパワハラはうに生き残るのは困難

医療崩壊のリスクがある」と、多くの病院団体が声を上げる。今の診療報酬価格が下げれば病院経営が成り立たず、サービスの低下を恐る。地域単位でも崩壊すれば回復するのは相当に難しい。賃金上昇の波、物価の高騰、DX投資の負担、消費税の増徴に事業者数の増加が加わった支出の増大、診療報酬が全く追いついていない。一方、わが国の医療・福祉の生産性の低さも長く課題とされてきた。労働生産性は一人のスタッフが提供する医療サービスの多寡であるが、経済的には分子は医療収益から経費等を差し引いた額となる。各種疾患での死亡率比較で算出した医療の質は、G7諸国の中でトップとの論文があるが、生産性はOECD諸国内で下位グループ、G7の中では最下位である。長時間労働、無駄な作業の多さ、IT活用の遅れなど様々な要因がある。低い報酬と為替相場による過小評価もある。働き方改革で長時間労働の是正が始まったが、今後の人出不足の深刻化の中では、一般の理解を得ながらの業務改善による生産性向上は必須であろう。そして我が国の良質な医療を展開し続けるためには、何よりも診療報酬の大幅アップが求められる。(S・S)

1面からつづく

した取組を通じて、金利が上昇する局面において、大災害や有事に十分に対応する財政余力を確保し、将来の経済・財政・社会保障の持続可能性を確保していく。

そうした中、金利のある世界において、我が国の経済財政に対する市場からの信認を確保するための取組が重要である。このため、2025年度から2026年度を通じて、可能な限り早期の国・地方を合わせたPB黒字化を目指す。

で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費【II社会保障関係費】の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する【I】については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労働交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。非社会保障関係費【II令和7年度予算の非社会保障関係費は、近年の物価上昇率の変化を反映した令和6年度予算の増(11600億円程度)と同水準を維持しつつ、公務員人件費の増により実質的に目減りしないよう、相当額(11400億円程度)を上乗せし、13000億円程度とした【I】及び地方財政についても、第3章第4節「物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し」も踏まえ、経済・物価動向等を適切に反映する。

税制改革

骨太方針2024等も踏まえ、コストカット型経済から脱却し、成長型経済への移行を実現するとの基本的考え方の下、経済成長と財政健全化の両立を図るとともに、少子高齢化、グローバル化等の経済社会の構造変化に対応したあるべき税制の具体化に向け、包括的な検討を進める。

本格的な少子高齢化・人口減少が進む中、技術革新を促進し、中長期的な社会の構造変化に耐える強靱で持続可能な社会保障制度を確立する。このため、「経済・財政新生計画」に基づき、持続可能な社会保障制度を構築するための改革を継続し、国民皆保険・皆年金を将来にわたって維持し、次世代に継承することが必要である。

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

物価上昇局面の対応や格差の是正及び所得再分配機能の適切な発揮を始める。非社会保障関係費【II令和7年度予算の非社会保障関係費は、近年の物価上昇率の変化を反映した令和6年度予算の増(11600億円程度)と同水準を維持しつつ、公務員人件費の増により実質的に目減りしないよう、相当額(11400億円程度)を上乗せし、13000億円程度とした【I】及び地方財政についても、第3章第4節「物価上昇に合わせた公的制度の点検・見直し」も踏まえ、経済・物価動向等を適切に反映する。

でに結論が得られるよう検討する。また、事業者の経営形態やサービス内容に応じた効果的な対応を検討する。

制の確保等

医療・介護サービスを抱える高齢者や独居高齢者の負担を軽減しつつ、年齢に関わりなく、能力に応じて負担し、個性を活かして支え合う「全世代型社会保障」の構築が不可欠である。改革工程を踏まえ、医療・介護DXやICT、介護テクノロジー、ロボット・デジタルの実装やデータの二次利用の促進、特定行為研修を修了した看護師の活用、タスクシフト/シェアなど、医療・介護・障害福祉分野の生産性向上を推進し、職員の負担軽減や資質向上につなげる。地域医療連携推進法人、社会福祉連携推進法人の活用や小規模事業者のネットワーク構築による経営の協働化・大規模化や障害福祉サービスの地域差の是正を進める。医療機関、介護施設、障害福祉サービス等事業者の経営情報の更なる見える化を進める。医療・介護・障害福祉分野の不適切な人材紹介の問題について実効性ある対策を講ずる。

2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、コロナ後の受診行動の変化も踏まえ、質が高く効率的な医療提供体制を全国で確保する。このため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進めつつ、かかりつけ医療機能の発揮される制度整備、医療機能分化・連携や医療・介護連携、救急医療体制の確保、必要な資材の更新を含むドクターヘリの安全かつ持続可能な運航体制の確保、大学病院・中核病院に対する支援を通じて医師派遣の充実、臨床実習に専念できる環境の整備、適切なオンライン診療の推進、減少傾向にある外科医師の支援、都道府県の方バンス強化を進める。

制の確保等

医療・介護サービスを抱える高齢者や独居高齢者の負担を軽減しつつ、年齢に関わりなく、能力に応じて負担し、個性を活かして支え合う「全世代型社会保障」の構築が不可欠である。改革工程を踏まえ、医療・介護DXやICT、介護テクノロジー、ロボット・デジタルの実装やデータの二次利用の促進、特定行為研修を修了した看護師の活用、タスクシフト/シェアなど、医療・介護・障害福祉分野の生産性向上を推進し、職員の負担軽減や資質向上につなげる。地域医療連携推進法人、社会福祉連携推進法人の活用や小規模事業者のネットワーク構築による経営の協働化・大規模化や障害福祉サービスの地域差の是正を進める。医療機関、介護施設、障害福祉サービス等事業者の経営情報の更なる見える化を進める。医療・介護・障害福祉分野の不適切な人材紹介の問題について実効性ある対策を講ずる。

最先端の医療を含めた小児周産期医療体制の確保を図るため、産科・小児科医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ、医療機関の連携・集約化を始めた肺炎等の感染症対策、更年期障害や骨粗しょう症など総合的な女性の健康支援を推進する。連送業での睡眠時無呼吸対策、睡眠障害の医療アクセス向上と睡眠研究の推進、睡眠ガイド等の普及啓発、健康経営の普及、睡眠関連の市場拡大や企業支援に一層取り組む。

働き方に中立的な年金制度の構築

公的年金については、働き方に中立的な制度を構築する観点から、改正年金法を踏まえ、更なる被用者保険の適用拡大や在職高齢年金制度の見直しを進めるとともに、いわゆる「年収の壁」への対応として、「年収の壁」支援強化パッケージ」の活用を促進する。

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

に、がん、循環器病等の疾患に、がん、循環器病対策、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患

自民、公明、維新 3党合意

自由民主党、公明党、日本維新の会は6月6日、持続可能な社会保障制度のための改革を話し、国民負担の軽減を実現するため病床再編の拡大を図ることなどを「骨太の方針」に明記することで合意した。合意の概要は以下のとおり。

自由民主党、公明党、日本維新の会 合意

自由民主党、公明党、日本維新の会は、持続可能な社会保障制度のための改革を話し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、以下の通り合意する。

1. 社会保障改革による国民負担の軽減を実現するための3党の協議体の成果の一環として、次の2点を実現する。

(1) 病床再編の拡大人口減少等により不要となると推定される、約11万床【※1】の一般病

【別紙】

医療需要等の変化を踏まえた一定の合理性のある試算
(厚生労働省の調査に基づく日本維新の会の試算)

1. 必要予算額の試算

- 削減し得る病床の総計(厚生労働省調べ)
 - ▽一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数: 約5万6千床
 - ▽精神病床の基準病床数を超える病床数: 約5万3千床
 - ▽合計: 約11万床
- 病床の効率化・適正化を加速化する場合
 - ▽約11万床の不要病床について、2年間で加速化して効率化する場合、5.5万床/年の適正化が必要。
- 現在の政府事業をベースに、当該事業を拡大した場合の必要資金
 - A. 病床の削減: 一般病院等に対して、1床あたり約410万円(4,104千円)の給付金を支給(令和6年度補正予算事業を参照)
 - B. 病床の機能転換: 以下を行う病院に対して、病床あたり2千万円の給付金の支給と仮定(対象は約250病床と推計)
 - ・7対1→地域包括医療病床又は地域包括ケア病床へ転換
 - ・10対1→地域包括ケア病床への転換
 - C. 医療機関の業態変更: 以下を行う病院に対して、1病院あたり2千万円の給付金の支給と仮定(対象は約250病院と推計)
 - ・在宅療養支援病院又は後方支援病院の取得
- 財政試算(必要予算額)
 - A. 5.5万床/年×410万円=2,255億円/年
 - B. 250病床×2千万円=50億円/年
 - C. 250病院×2千万円=50億円/年
 - A+B+C=2,355億円/年≒約2,400億円/年(4,800億円/2年)

2. 効率化・適正化総額の試算

- 病床の削減(一般病院+ケアミックス病院)
 - ▽一般病院1床あたり医業収益: 22,932千円/床年≒2,300万円/床年
 - ▽ケアミックス病院1床あたり医業収益: 14,255千円/床年≒1,400万円/床年
 - ▽(2,300+1,400)万円/床年÷2×(5.6万床÷2)=5,180億円/年
- 病床の削減(精神科病院)
 - ▽精神科病院1床あたり医業収益: 7,049千円/床年≒700万円/床年
 - ▽700万円/床年×(5.3万床÷2)=1,855億円/年
- 病床の削減(全体)
 - ▽不要となる病床の総計11万床の全てを完遂する場合
 - 5,180億円/年+1,855億円/年=7,035億円/年≒7,000億円/年≒1.4兆円/2年
- 財政試算(適正化効果額)
 - ▽必要予算額: 約2,400億円/年
 - ▽削減総額: 約7,000億円/年
 - ▽適正化効果額(最大): 7,000-2,400=4,600億円/年≒5千億円/年(約1兆円/2年)

その上で、感染症等に
対応する病床は確実に確保し、削減される病床の区分や病床の稼働状況を、代替する在宅・外来医療等の増加等を考慮した上で、精査を行う。

【※1】一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神科病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数(厚生労働省調べ)。

【※2】別紙参照

(2) 医療DXの加速化現時点の電子カルテ普及率が約50%であること
に鑑み、普及率約100%を達成するべく、5年以内の実質的な実現を見据え電子カルテを含む医療機関の電子化を実現する。

また、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子カルテを通じた医療情報の社会保険診療報酬支払基金に対する電磁的提供を実現する。

2. 上記を踏まえ、政府提出の「医療法等の一部を改正する法律案」に対し、上記の病床再編の拡大及び医療DXの加速化について、本則及び附則において所要の修正を行った上で、本年の国会における成立を図る。

3. 介護・障害福祉従事者の処遇改善が喫緊の課題であること鑑み、

「介護・障害福祉従事者処遇改善法案」と比較してより安定的・効果的かつ機動的な対応の必要性を認識した上で、政府が過去に実施した措置を念頭に、報酬改定「例・平成29年度臨時改定の処遇改善加算拡充(1万円相当等)」や予算措置「例・平成21年度補正予算による処遇改善の交付金措置(1.5万円相当)、令和3年度補正予算による処遇改善の交付金措置(9千円相当)等」を組み合わせて、機動的に必要な対応を行う。

4. 上記1〜3に加え、引き続き3党の協議体において、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、社会保障改革に関する真摯な協議を継続する。その際に協議する施策については、「自由民主党、公明党、日本維新の会合意」(令和7年2月25日)に基づき、令和7年末までの予算編成過程(診療報酬改定を含む)で論点の十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、令和8年度から実行に移す。

また、令和8年度以降の措置については「骨太の方針2025」に記載し、令和8年度以降の予算に反映させる。なお、本合意について、3党は、政府提出の「医療法等の一部を改正する法律案」の本年における成立に限定して責任をもって努力することとする。

以上

厚生労働省は6月25日、「令和6(2024)年社会医療診療行為別統計の結果」を公表した。「社会医療診療行為別統計」は、医療保険制度における医療の給付の受給者に係る診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的に、毎年作成しているもので、社会保険診療報酬支払基金支部、国民健康保険団体連合会に提出され、令和6年8月審査分として審査決定された医療保険制度のレポート(医科診療と歯科診療の診療報酬明細書及び保険薬局の調剤報酬明細書)のうち、匿名医療保険等関連情報データベース(NDB)に蓄積されている全数を集計の対象としている。令和6年度の診療報酬改定より改定の施行月が従来の4月から6月となったことに伴い、集計対

医科・入院 4219点/日
医科・入院外 996点/日
「令和6年 社会医療診療行為別統計」
(令和6年8月審査分)

表1. 診療行為別にみた入院の1件当たり点数・1日当たり点数

診療行為	1件当たり点数		1日当たり点数	
	令和6年(2024)8月審査分	令和5年(2023)6月審査分	令和6年(2024)8月審査分	令和5年(2023)6月審査分
総数	61,028.2	60,230.4	4,219.9	4,027.5
初・再診	64.2	62.3	1.9	3.0
医学管理等	478.7	482.2	3.5	3.3
在宅医療	87.2	87.0	0.2	0.2
検査	660.6	819.0	4.5	5.8
画像診断	316.8	318.1	1.4	2.1
投薬	536.4	503.3	3.7	3.3
注射	1,445.3	1,169.8	10.2	7.8
リハビリテーション	3,399.2	3,395.3	23.5	22.7
精神科専門療法	312.8	318.0	2.1	2.1
処置	896.0	934.4	6.2	6.5
手術	11,401.4	11,185.7	78.4	74.0
麻酔	1,399.4	1,365.4	9.9	9.1
放射線治療	205.1	194.1	1.5	1.3
病理診断	98.2	97.6	0.7	0.7
入院料等	20,531.2	21,396.9	149.8	143.8
診断群分類による包括評価等	18,236.7	17,901.4	128.1	119.7
入院時食事療養費等(円)	25,459	25,331	178	1,694

図1. 診療行為別にみた入院の1日当たり点数の構成割合(令和6年8月審査分)

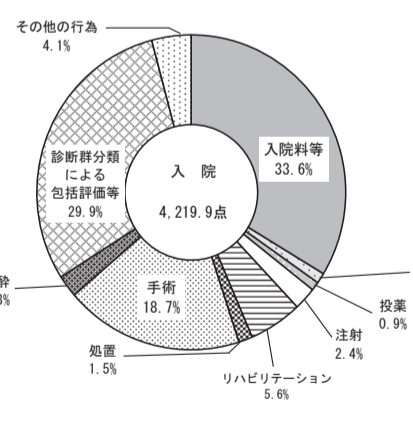


図2. 診療行為別にみた入院外の1日当たり点数の構成割合(令和6年8月審査分)

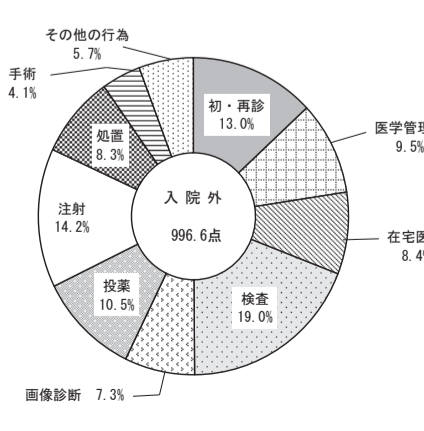


表2. 診療行為別にみた入院外の1件当たり点数・1日当たり点数

診療行為	1件当たり点数		1日当たり点数	
	令和6年(2024)8月審査分	令和5年(2023)6月審査分	令和6年(2024)8月審査分	令和5年(2023)6月審査分
総数	1,478.5	1,480.9	996.6	1,007.1
初・再診	192.7	192.7	0.0	1.3
医学管理等	140.8	144.3	0.4	0.9
在宅医療	123.5	121.3	0.2	0.2
検査	280.4	273.1	2.1	2.1
画像診断	108.4	106.2	0.7	0.8
投薬	155.8	179.9	1.0	1.2
注射	209.5	196.9	1.5	1.4
リハビリテーション	25.9	23.9	0.2	0.2
精神科専門療法	26.9	26.9	0.0	0.2
処置	123.0	132.5	0.8	0.9
手術	60.5	55.1	0.4	0.4
麻酔	5.0	5.0	0.0	0.0
放射線治療	10.4	9.7	0.0	0.0
病理診断	11.8	10.7	0.0	0.0

【結果のポイント】

1. 医科入院の診療の状況

- ▼1件当たり点数は6万1,028.2点(対前回1.3%増)
- ▼1日当たり点数は4万2,199.9点(対前回1.3%増)
- ▼入院料等(33.6%)の状況
- ▼1件当たり点数は1万2,451.1点(対前回0.4%減)
- ▼1日当たり点数は9万9,660.6点(対前回1.0%減)

2. 医科入院外の診療の状況

- ▼1件当たり点数は1万4,788.5点(対前回0.2%減)
- ▼1日当たり点数は996.6点(対前回1.0%減)

3. 院外処方率

- ▼院外処方率は11.5%となり、診療所

4. 薬局調剤の状況

- ▼1件当たり点数は1万1,504.4点(対前回4.7%増)
- ▼1日当たり点数は9万9,660.6点(対前回1.0%減)

5. 薬局調剤の状況

- ▼1件当たり点数は1万1,504.4点(対前回4.7%増)
- ▼1日当たり点数は9万9,660.6点(対前回1.0%減)

6. 後発医薬品の使用状況(薬剤種類数に占める割合)

- ▼総数は82.4%(対前回2.4ポイント上昇)
- ▼入院は77.2%(対前回2.6ポイント上昇)
- ▼院外処方(入院外・投薬)は70.8%(対前回3.1ポイント上昇)
- ▼院外処方(薬局調剤)は84.6%(対前回2.1ポイント上昇)

第35回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟

“人生100年を生き抜こう”をテーマに 10/2(木)、日本教育会館「一ツ橋ホール」で

全国公私病院連盟では、平成元年から開催している「国民の健康会議」を10月2日(木)に日本教育会館「一ツ橋ホール」(東京都千代田区一ツ橋)において開催します。迎えて35回目となる今回は、「人生100年を生き抜こう!!」をテーマに、各界の先生方をお迎えしてお話を伺います。入場は無料です(ご参加ください)。

今回の「国民健康会議」テーマは「人生100年を生き抜こう!!」です。第一部(午後1時)は、本連盟の特別参加の渡邊古志郎先生の司会により、「ロコモティブシンドローム防止」について、大江隆史先生、「口腔フレイル防止」について、田拓司先生、「認知症防止」について、繁田雅弘先生、「尿失禁防止」について、巴ひかる先生、「尿失禁防止」について、川嶋みどり先生をお迎えして、本連盟の邊見公雄も加えて対談が行われます。入場は無料ですが、参加については事前の申し込みをお願いします。全国公私病院連盟のホームページより参加のお申し込みができます。下のQRコードをご利用ください。

第1部 【各界専門家の講演】	ロコモティブシンドローム防止	おおえ・たかし 大江隆史氏	NTT東日本関東病院 院長
	口腔フレイル防止	ふかた・ひろつか 深田拓司氏	一般社団法人大阪府歯科医師会 会長
	認知症防止	しげた・まさひろ 繁田雅弘氏	一般社団法人日本認知症ケア学会 理事長、東京慈恵会医科大学 名誉教授、栄樹庵診療所 院長
	尿失禁防止 (女性中心に)	ともえ・ひかる 巴ひかる氏	社会医療法人石心会 さやま総合クリニック 泌尿器科部長、埼玉石心会病院泌尿器科顧問
(司会) 渡邊 古志郎 氏 (横浜市立市民病院・名誉院長)			

第2部 【対談】	ぎょうてん・よしお 行天良雄氏	医事評論家	
	かわしま・みどり 川嶋みどり氏	日本赤十字看護大学 名誉教授	
	へんみ・きみお 邊見公雄	全国公私病院連盟 会長	
	(司会) 中嶋 昭 氏 (日産厚生会玉川病院・名誉院長)		

主催： 一般社団法人 全国公私病院連盟 後援：厚生労働省

全国公私病院連盟 加盟8団体
公益社団法人 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・一般社団法人 岡山県病院協会・
日本私立病院協会・一般社団法人 日本公的病院精神科協会

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2024年11月1日～2025年11月1日
※いつからでも中途加入が可能です。

＜お問合せ先＞

取扱代理店

引受保険会社

株式会社 公私病連共済会

損害保険ジャパン 株式会社

〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

食品衛生センター7階

TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194

TEL 03-3349-5113

受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。



SJ24-05793 2024/08/07

問合せ先：全国公私病院連盟事務局 TEL: 03(6284)7180
所在地：東京都千代田区一ツ橋2-16-2



全国公私病院連盟から新刊のご案内

発行：一般社団法人 全国公私病院連盟

令和6年6月調査 **病院経営実態調査報告** (定価 12,000円+税 A4版 785ページ)
内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

令和6年6月調査 **病院経営分析調査報告** (定価 16,000円+税 A4版 742ページ)
内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

令和6年6月調査 **病院概況調査報告書** (定価 18,000円+税 A4版 631ページ)
内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

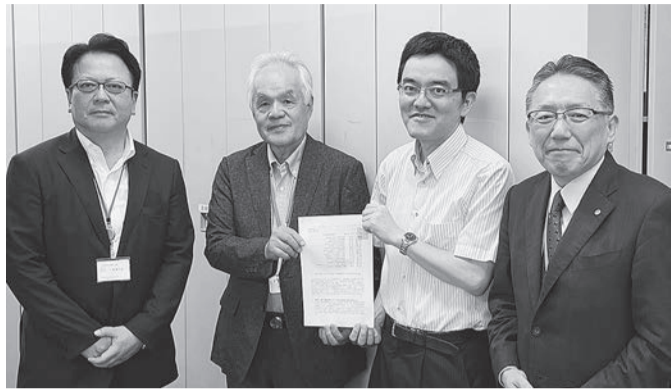
全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧いただけます

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
総計	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
1) 総計	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
2) 内科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
3) 外科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
4) 産科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
5) 小児科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
6) 皮膚科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
7) 泌尿科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
8) 眼科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
9) 耳鼻科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
10) 歯科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
11) 理学療法科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
12) 作業療法科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
13) 言語聴覚科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
14) 看護科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
15) 放射線科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
16) 検査科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
17) 薬剤科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
18) 感染制御科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
19) 健康増進科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
20) 健康増進科(併設)	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
21) 健康増進科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
22) 健康増進科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
23) 健康増進科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
24) 健康増進科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
25) 健康増進科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
26) 健康増進科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
27) 健康増進科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331
28) 健康増進科	142	135	161	171	181	191	201	211	221	231	241	251	261	271	281	291	301	311	321	331

ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

令和8年度診療報酬改定要望・第2報

日本病院団体協議会



右から、日病協・神野副議長(全日本病院協会会長)、厚労省保険局・林医療課長、日病協・望月議長(全国自治体病院協議会会長)、日病協・診療報酬実務者会議津留委員長(全日本病院協会常任理事)

日病協は4月16日に昨今の物価・人件費等の高騰に鑑み、「入院基本料の大幅な引き上げ」など総論的な実現を求めた【第1報】の要望書を提出しているが、病院経営がこれまで以上に厳しくなっていること、【第1報】で要望した追いついていない状況に、【第2報】で要望したインフレ基調は変わらな

5項目の実現に加え、今回の【第2報】では13項目の実現について要望している。要望の内容は以下のとおり。
令和8年度診療報酬改定に係る要望書【第2報】

日本病院団体協議会(日病協)議長望月泉・全国自治体病院協議会会長は7月16日、「令和8年度診療報酬改定に係る要望書【第2報】」を厚労省へ提出した。【第2報】では「重症度、医療・看護必要度について内科系急性期患者の適切な評価の見直し」など13項目の実現を要望している。

重症度、医療・看護必要度

内科系急性期患者の適切な評価など

急性期患者の適切な評価の見直し

令和6年度診療報酬改定における、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しについて、内科系の急性期患者が評価されにくいという内科系評価指標関

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人 全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

2. 高齢急性期患者の受け入れに適切に機能する地域包括医療病棟入院料の見直し
地域包括医療病棟入院料については、2040年に向けて今後増加が見込まれる高齢者救急、高齢急性期患者に対応する病棟機能として、令和6年度改定で新設されましたが、重症度、医療・看護必要度の基準も含め、施設基準が非常に厳しく、急性期一般入院料1(7対1)の届け出要件を満たせなくなった病棟の受け皿としての意味合いにやや偏った施設基準であったとも言えます。急性期一般入院料と地域包括ケア病棟入院料との中間

明治15年10月1日安積疏水が完成した。3年の月日と当時の国家予算の3分の1をかけて、奥羽山脈にトンネルを掘り、猪苗代湖の水を安積原野(黒磯側)に流した。大久保利通の計画。ただし着工前に暗殺され、あまりにも高額なため、一時中止も検討されたが、伊藤博文が後を継ぎ完成。大久保いわく「先の内乱鎮圧(西南戦争等)のために、外国から多くの武器弾薬を買入れた。かなりの金額が海外に流れた。しかし、この工事費は奥州人の懐に入る」と

時評

現在の診療報酬制度では、病院の経営は成り立たなくなってきた。各病院団体からは、診療報酬の引き上げを始め、様々な改革案の要望が出されている。加えて大きな問題は、病院の建て替えができてなくなってきたことである。NHKの調査では、全国の病院の27%が法定の耐用年数を超える築40年以上の病棟を有しているという。

め、全国的にほとんどの病院で建て替え計画が中座している。原因は建築費の急な高騰である。厚労省の調査では、2014年と比べ20

い、というのが建設会社の話である。病院というのは社会インフラとして欠かせないものである。老朽化した病院・病棟は、快適とは程遠い入院環境

し多くの精神科病院が、新設後30年以上も経過している特定入院料等を算定せざるを得ず、医療資源投入量が診療報酬に十分に反映されていないため、精神科が正当に評価されることを要望します。



病院建て替えの補助制度の創設を望む

連盟 常務理事 川嶋 成乃亮

これらの病棟は本来なら、建て替えの対象となるものである。ところが現在、私の所属する済生会の病院を

24年では、1平米あたりの建築費が1.8倍増加したとしている。しかし実感的にはもっと上昇しているように思われる。建築費は、今後も更に上がっていく下がることはない

をなす病院においては切実な問題である。支援が期待できる財政規模の大きい自治体の病院はともかく、財政規模の小さい自治体の公立病院や、済生会などの公的病院、あるいは民間病院では、財政的に建て替えが非常に難しい。大規模な公立病院に病院機能を集約化することのみでは、地域医療の大幅削減の実現性の問題は別個に、病院建て替えのための補助金を新たに創設してほしい。その場合、闇雲に病院建て替えに補助をするのではなく、地域での役割、重要性を考慮し、その病院の補助の程度を決める必要がある。そのため、より高いレベルでの地域医療構想の充実が強く望まれる。

(大阪府済生会中津医療福祉センター総長)

(K・M)

1面からつづく

よりに、他産業と同じ水準で賃上げが出来る様に、外来・在宅ベースアップ評価料、入院ベースアップ評価料の適切な評価の見直しを要望します。また加算対象外職員(事務職員・その他)に対しては各医療機関が持ち出しでベースアップを行っている場合があり、人件費負担増が医療経営を悪化の要因となっています。医療機関職員の全ての職種を評価対象にすることを要望します。

6. 在宅救急患者の受入と下り搬送受入側に関する、包括期・慢性期医療への評価

今後軽症、中等症の高齢者救急が増加するに当たり、包括期・慢性期の病棟において、在宅で急変した高齢のマルチモビリティ患者を、直接受け入れる場合の更なる評価を求めます。また、適切な下り搬送の評価として、救急患者運搬搬送料が新設されましたが、搬送先の後方医療機関に於いても、夜間休日の受け入れを強化する場合の評価や、救急患者を3次救急医療機関等まで迎えに行き転院搬送する場合の新たな評価を求めます。

7. 地域医療提供体制確保加算 救急車1000台以上でも評価する仕組み

地域医療提供体制確保加算による評価は、令和4年度改定より、年間2000台以上の救急車搬送件数に加え、「年間1000台以上の救急搬送件数かつ総合周産期特定集中治療室等の届出」が追加されました。今後地域での2次救急を担う中小病院等における高齢者救急医療受け入れ体制を確保する為に、周産期医療又は小児救急医療の実績がない場合であっても年間1000台以上の救急車搬送件数で算定が可能となるよう評価の見直しを求めます。

8. 医師事務作業補助体制加算の更なる評価

医師事務作業補助体制加算は、これまでも診療報酬改定で毎回評価を上げて頂いており、今後医師の働き方改革を更に推進し、医師の負担軽減を図る為にも、医師事務作業補助体制加算1において病床数15対1の配置以上に加配した1の配置の医師事務作業補助体制加算の更なる評価を求めます。また施設基準においては、年間緊急入院患者数の要件がまだまだ厳しく要件の更なる緩和を求めます。

9. 医療DX推進に係る、実質を反映する更なる評価

医療機関が、情報通信技術(ICT)を活用し、医療の質向上や業務効率化を図ることで、患者満足度向上、医療従事者の負担軽減、そして病院経営の安定化等の多くのメリットをもたらすことを目的とし、医療DXの推進体制を整備した場合に算定できる加算として、

医療DX推進体制整備加算や医療情報取得加算が新設されています。しかし、電子処方箋システムや医療情報取得システム(管理側)の整備・改修に於いて、医療機関経営も不安定な中、既に多額の投資費用が発生しており、補助金等のみで安心安全な電子処方箋システム等の構築・完備・維持が可能な状況とは言えません。適切な診療報酬による評価を要望します。

10. 医師の働き方改革に係る「宿日直許可基準」の取扱いと特定集中治療室の医師要件の緩和

医師の働き方改革の一環として、特定集中治療室(ICU)や新生児特定集中治療室(NICU)の宿日直許可基準の取扱いが令和6年度改定で明確化され、宿日直を行う医師を配置するICUに低い点数の特定集中治療室管理料5・6が新設された。宿日直許可を得れば大幅な減収となり、一方で上位管理料や加算を取得するためにICU等勤務医について夜勤とすれば、翌日の医師確保が困難となる等の影響が大きいため、評価の見直しを要望します。

11. 内視鏡手術支援機器を用いる手術及びロボット手術(ダヴィンチ、ヒトトリ等)の評価

内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術(以下ロボット手術/ダヴィンチ・ヒトトリ等)は機器の国内導入は増加、症例数も増加しており、医学

的安全性・有用性に関する評価も高まっている。一方で手術時に使用する消耗品や機器類のメイントランクス費用等については、通常の腹腔鏡下手術よりもかなり割高であり、費用差に合わせた評価を要望します。また算定の為の施設基準(年間症例数)が厳しく、巨額の設備投資を行っている

も症例数が満たせない場合も届出を取り下げる事になります。今後安全で低侵襲のロボット手術活用が推進されるよう、基準の緩和を要望します。

12. 加算として取り扱われる医療材料等の評価の見直し

特定保険医療材料の価格については、昨今の急激な物価高により、定期的な見直しは追い付いていない現状があります。また「無菌調剤処理」や「自動縫合器」、「自動吻合器」など加算として評価される材料については、長期間評価の見直しが行われないまま放置されているものも存在します。特定保険医療材料の価格上昇に迅速に対応出来る仕組みの構築と評価の見直しを要望します。

13. 高額医薬品管理料の新設

超高額医薬品の薬事承認が相次いでおり、使用額は年々増加しています。超高額医薬品は使用に至るまでの適切かつ慎重な薬剤保管(低温フリーザ等)、解凍作業等が必要であり、医療機関で

はその管理コストが必要となります。また(患者側の都合等による)当該薬剤の使用不可・破損のリスクを負うばかりか、やむを得ぬ理由により投薬が中止となった場合には、当該医薬品費用を負担しなければなりません。超高額医薬品の管理料の新設を要望します。

以上

① 小さな二次医療圏において、救急搬送の評価をどうするかという視点から、救急車の受入実態にに応じた診療報酬上の評価を行うという観点も重要な意見があった。

② 人口や医療機関の規模を考えた際に、患者数だけでなく、地域におけるシエアも考えていくべきとの意見があった。その際、5疾病6事業等で二次医療圏とは違う圏域であることや、他県からの流入についても配慮すべきとの意見があった。

③ 急性期の機能として高度な手術等は待つことや他の地域で治療を受けることもできるが、救急医療に関してはできないので、特に救急医療を評価すべきではないかとの意見があった。

④ 人口20万人未満の二次医療圏を支える医療機関を評価する仕組みが重要な意見があった。

⑤ 急性期入院医療の標準化を進めるといってDPC制度の本来の目的や、地域で医療の機能を担っていることを正しく評価する観点から、急性期の一般病棟はDPC制度に参画することが望ましいのではないかとの意見があった。

⑥ 夜間・深夜の受入割合は病院によってかなり差が大きいので、救急に關しては、24時間対応できているかどうかということも高く評価すべき項目なのではないかとの意見があった。

【分科会での評価・分析に関する意見】

① 医師の供給の観点から、人的な資源、効率的な運用という点で、中小規模の病院にうまく配置するというより、働き方改革等も踏まえ、集約化も行っていくべきとの指摘があった。

② 人口規模20万人の医療圏で救急搬送患者の地域外流出を見るときは、意味で、それを加味した地域内シエア、その地域の中で完結している患者における地域内シエアのデータも重要との意見があった。

③ 総合性については、新たな地域医療構想では急性期拠点機能として明示されていないが、今後、地域医療を行うという観点から、この拠点での重要な要素ではないかとの意見があった。

④ 手術件数が2000件を超えていても外保連を標榜し、入院医療を提示する傾向があり、同規模の病院においてカバール率指数も高い傾向があった。DPC特定病院群のうち、殆どの医療機関は、急性期一般入院基本料1の届出を行っており、また、約7割の医療機関は、急性期充実体制加算1の届出を行っている。

入院・外来医療等の調査・評価分科会 これまでの検討状況(中間まとめ)

「入院・外来医療等の調査・評価分科会」では、令和6年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、その調査結果の分析・技術的課題に関する検討を行っているが、8月6日の中医師「総会」に「これまでの検討状況(中間まとめ)」が報告されている。該当項目は「急性期入院医療」「高度急性期入院医療」「DPC/PDPS」など15項目にわたるので、今回その検討結果の概要の一部を掲載することとする。全文は厚労省のホームページから入手できる。

【1】急性期入院医療

▼看護配置7対1の入院基本料の届出病床数は平成26年以降減少傾向となり、その後横ばいであるが、令和5年から再び減少傾向となり、令和6年に大きく減少した▼急性期一般入院料2・6については、平成24年以降、令和5年まで減少傾向であったが、令和6年に増加した▼急性期一般入院料1を算定している病院のうち、約半数は地域包括ケア病棟、回復期

リハビリテーション病棟、又は療養病棟を届け出ているケアミックス病院となっている▼20万人未満の二次医療圏では約8割の医療圏で、急性期充実体制加算や総合入院体制加算を届け出ている病院がない一方で、20万人以上の二次医療圏では、9割以上の医療圏で、急性期充実体制加算又は総合入院体制加算のいずれかを届け出ている病院があった▼急性期入

院医療を評価するDPC制度について、DPC制度により算定する病床数は、急性期一般入院基本料等に該当する病床の約85%を占める一方で、急性期一般入院基本料の届出を行う医療機関のうち、約1800の医療機関は、DPC制度に参加しておらず、出来高による算定を行っている▼令和6年度診療報酬改定において、DPC制度の適切な運用を図りつつ、救急搬送件数にばらつきがある病院が多かった。救急搬送件数は比較的多くないものの、地域の救

急搬送の多くをカバーしている最大救急搬送受入医療機関の地域シエア率(当該医療機関の年間救急搬送受入件数/所属二次医療圏内の全医療機関の合計救急搬送受入件数)は高い傾向にあった▼年間1500件を超える救急搬送受入のある病院を持つ医療圏は113医療圏、年間1200件を超える救急搬送受入のある病院を持つ医療圏は127医療圏であった▼全身麻酔手術を年間500件以上実施している病院のうち、救急搬送件数500件未満の病院では、急性期充実体制加算対象手術件数がわずかである病院が多くみられた▼夜間・深夜の救急搬送受入割合は、急性期一般入院料1算定病院で高かった。また、急性期一般入院料1を算定している病院においても深夜の受入割合にはばらつきがあり、深夜の受入割合は10~30%である病院が多かった。

【分科会での評価・分析に関する意見】

① 小さな二次医療圏において、救急搬送の評価をどうするかという視点から、救急車の受入実態にに応じた診療報酬上の評価を行うという観点も重要な意見があった。

② 人口や医療機関の規模を考えた際に、患者数だけでなく、地域におけるシエアも考えていくべきとの意見があった。その際、5疾病6事業等で二次医療圏とは違う圏域であることや、他県からの流入についても配慮すべきとの意見があった。

③ 急性期の機能として高度な手術等は待つことや他の地域で治療を受けることもできるが、救急医療に関してはできないので、特に救急医療を評価すべきではないかとの意見があった。

④ 人口20万人未満の二次医療圏を支える医療機関を評価する仕組みが重要な意見があった。

⑤ 急性期入院医療の標準化を進めるといってDPC制度の本来の目的や、地域で医療の機能を担っていることを正しく評価する観点から、急性期の一般病棟はDPC制度に参画することが望ましいのではないかとの意見があった。

⑥ 夜間・深夜の受入割合は病院によってかなり差が大きいので、救急に關しては、24時間対応できているかどうかということも高く評価すべき項目なのではないかとの意見があった。

【1-2】拠点的な急性期機能

① 人口規模の大きな二次医療圏で救急搬送件数も多くなる傾向があり、急性期充実体制加算や総合入院体制加算の多くは、人口20万人の二次医療圏より大きな医療圏で算定されていた▼救急搬送件数4000件の病院では、多くの病院が急性期充実体制加算又は総合入院体制加算を算定している▼急性期充実体制加算や総合入院体制加算を算定している病院でも、地域の救急搬送件数がそれほど多くない病院でも、地域の救急搬送件数の半数以上をカバーする病院があった▼各都道府県の手術件数最大の病院(大学病院本院除く)では、概ね全ての病院が年間手術件数2000件を超えていた▼同程度の手術実施例件数の病院でも、外保連手術指数にはばらつきがみられ、手術数が多くなるほど、指数が一定以上の病院の割合が高くなる傾向があった▼総合入院体制加算・急性期充実体制加算を算定している病院では、その他の病院と比較して、より複数の診療科を標榜し、入院医療を提示する傾向があり、同規模の病院においてカバール率指数も高い傾向があった▼DPC特定病院群のうち、殆どの医療機関は、急性期一般入院基本料1の届出を行っており、また、約7割の医療機関は、急性期充実体制加算1の届出を行っている。

【1-3】その他

⑤ DPC制度において、入院基本料と総合入院体制加算、急性期充実体制加算との関係を組み合わせて、新たに病院群の定義を検討することもあり得るのではないかとの意見があった。

③ その他

⑤ DPC制度において、入院基本料と総合入院体制加算、急性期充実体制加算との関係を組み合わせて、新たに病院群の定義を検討することもあり得るのではないかとの意見があった。

③ その他

⑤ DPC制度において、入院基本料と総合入院体制加算、急性期充実体制加算との関係を組み合わせて、新たに病院群の定義を検討することもあり得るのではないかとの意見があった。

③ その他

⑤ DPC制度において、入院基本料と総合入院体制加算、急性期充実体制加算との関係を組み合わせて、新たに病院群の定義を検討することもあり得るのではないかとの意見があった。

③ その他

⑤ DPC制度において、入院基本料と総合入院体制加算、急性期充実体制加算との関係を組み合わせて、新たに病院群の定義を検討することもあり得るのではないかとの意見があった。

2面からつづく

【今後の検討の方向性】
急性期機能に関する
指標について、一般的な
急性期機能と拠点的な急
性期機能のそれぞれにつ
いて、救急搬送件数、手
術件数、総合性の観点か
ら検討する。

【2】高度急性期入院医療

【2-1】特定集中治療
室等を有する病院

【今後の検討の方向性】
その際、救急搬送件
数や手術件数の絶対数だ
けでなく、地域で果たす
役割を評価する観点か
ら、地域や医療機関の状
況を踏まえて、地域シェ
ア率等の指標について、
更に分析を進める。

【2-1】特定集中治療
室等を有する病院
▼特定集中治療室管理
料等の届出医療機関数と
治療室の届出病床数は、
長期的にはやや増加傾向
にある▼「特定集中治療
室管理料」「ハイケアユ
ニット入院医療管理料」
を算定した患者のうち、
救急搬送された患者は約
58%であった。いずれも受
けていない患者は、約14
%であった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】

【今後の検討の方向性】
急性期機能に関する
指標について、一般的な
急性期機能と拠点的な急
性期機能のそれぞれにつ
いて、救急搬送件数、手
術件数、総合性の観点か
ら検討する。

【2-2】特定集中治療
室管理料の医師配置要件

【今後の検討の方向性】
その際、救急搬送件
数や手術件数の絶対数だ
けでなく、地域で果たす
役割を評価する観点か
ら、地域や医療機関の状
況を踏まえて、地域シェ
ア率等の指標について、
更に分析を進める。

【2-2】特定集中治療
室管理料の医師配置要件
▼令和6年度診療報酬
改定において、専任の医
師を治療室へ常時配置す
ることが要件となってい
る入院料については、そ
の専任医師について宿日
直を行う医師ではないこ
とを明確化し、専任の医
師を治療室へ常時配置す
る必要のない「特定集中
治療室管理料5、6」を
新設した▼令和6年度診
療報酬改定以降、新設し
た「特定集中治療室管理
料5、6」の届出医療機
関・病床数が大幅に増加
した。その多くの治療室
において、変更前には特
定集中治療室管理料1、
4が算定されていた。近
年増加傾向であったハイ
ケアユニット入院医療管
理料の病床数は減少して
いた。

【3】DPC/PDPS

【分科会での評価・分析
に関する意見】

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

【分科会での評価・分析
に関する意見】
▼「特定集中治療室管
理料1」から「特定集
集中治療室管理料5、
6」へ届出を変更した理
由としては、「専任医師
が当該治療室において宿
日直勤務を行っており、
交代勤務体制が組めない
ため」が最も多かった。

2割の医療機関が、DPC
制度からの退出につい
て、「直ちに退出する予
定である」または「直ち
にはないが、今後退出
を検討している」と回答
し、このうち約4割の医
療機関が病床の転換を予
定しており、転換先とし
ては、「地域包括医療病
棟」及び「地域包括ケア
病棟」が多かった▼ま
た、DPC制度に参加し
たクリニックとしては、医
療の標準化や平均在院日
数の短縮といった点が挙
げられた▼「急性期
医療の標準化の推進に関
する調査」については、
DPC算定可能病床を有
する出来高算定病院にお
けるDPC制度への参加
意向については、調査対
象となった404医療機
関のうち、「現時点で参
加は検討していない」と
回答した医療機関は約86
%であり、その理由とし
ては、「DPC制度に参
加する必要性を感じない
ため」が最も多く、次い
で「診療報酬の算定上、
DPC制度に参加しない
利点が多い」と回答し
た。

(以下略)

第35回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟

“人生100年を生き抜こう”をテーマに 10/2(木)、日本教育会館「一ツ橋ホール」で

全国公私病院連盟では、平成元年から開催している「国民の健康会議」を10月2日(木)に日本教育会館「一ツ橋ホール」(東京都千代田区一ツ橋)において開催します。迎えて35回目となる今回は、「人生100年を生き抜こう!!」をテーマに、各界の先生方をお迎えしてお話を伺います。入場は無料です。どうぞご参加ください。

今回の「国民健康会議」のテーマは「人生100年を生き抜こう!!」です。第一部(午後1時)は、本連盟の特別参加の渡邊古志郎先生の司会により、「ロコモティブシンドローム防止」について、大江隆史先生、「口腔フレイル防止」について、田拓司先生、「認知症防止」について、繁田雅弘先生、「尿失禁防止」について、川嶋みどり先生、「生活に合わせた介護」について、中嶋昭先生のお話を伺います。第二部(午後3時)は、本連盟の顧問の中嶋昭先生のお話を伺います。

入場は無料ですが、参加については事前の申し込みをお願いします。全国公私病院連盟のホームページより参加のお申し込みができます。下のQRコードをご利用ください。



問合せ先 全国公私病院連盟事務局 TEL: 03-6284-7180
所在地 東京都千代田区一ツ橋2-6-2
「日本教育会館」の所

第1部 【各界専門家の講演】	ロコモティブシンドローム防止	大江隆史 氏 <small>おおえ・たかし</small>	NTT東日本関東病院 院長
	口腔フレイル防止	深田拓司 氏 <small>ふかた・ひろつか</small>	一般社団法人大阪府歯科医師会 会長
	認知症防止	繁田雅弘 氏 <small>しげた・まさひろ</small>	一般社団法人日本認知症ケア学会 理事長、東京慈恵会医科大学 名誉教授、栄樹庵診療所 院長
	尿失禁防止 (女性中心に)	巴 ひかる 氏 <small>ともえ・ひかる</small>	社会医療法人石心会 さやま総合クリニック 泌尿器科部長、埼玉石心会病院泌尿器科顧問
(司会) 渡邊 古志郎 氏 (横浜市立市民病院・名誉院長)			

第2部 【対談】	行天良雄 氏 <small>ぎょうてん・よしお</small>	医事評論家	
	川嶋みどり 氏 <small>かわしま・みどり</small>	日本赤十字看護大学 名誉教授	
	邊見公雄 氏 <small>へんみ・きみお</small>	全国公私病院連盟 会長	
	(司会) 中嶋 昭 氏 (日産厚生会玉川病院・名誉院長)		

主催： 一般社団法人 全国公私病院連盟 後援：厚生労働省

全国公私病院連盟 加盟8団体
公益社団法人 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・一般社団法人 岡山県病院協会・
日本私立病院協会・一般社団法人 日本公的病院精神科協会

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2024年11月1日～2025年11月1日
※いつからでも中途加入が可能です。

〈お問合せ先〉

取扱代理店	引受保険会社
株式会社 公私病連共済会 〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階 TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194 受付時間：平日の午前9時から午後5時まで	損害保険ジャパン 株式会社 〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1 TEL 03-3349-5113 受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。



SJ24-05793 2024/08/07

第36回「看護管理セミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では「看護管理セミナー」を開催します。この機会に皆様のご参加をお待ちしております。

- 期 日：令和7年11月20日(木)
- 会 場：「食品衛生センター」(東京都台東区寿4-15-7)
- 参加費：会員病院(1名につき) 16,500円(税込)
：会員外(1名につき) 19,800円(税込)
- 講演テーマと講師：

10:00～11:30	「看護の将来ビジョン2040」 講師 秋山智弥 氏 (公益社団法人日本看護協会 会長)
昼食休憩 (11:30～12:30)	
12:30～13:30	「現場から街へ、街から未来へ～看護管理者が拓く地域創生への挑戦～」 講師 三宅友美 氏 (洛和会ヘルスケアシステム 洛和会本部看護部門 総看護部長)
13:45～14:45	「レジリエントでサステナブルな看護部をつくる」 講師 宮崎 隆 氏 (地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター副院長・看護部長)
15:00～16:00	「変革を導く看護管理者の力～つなぐ・かえる・ささえる～」 講師 村岡修子 氏 (NTT東日本関東病院 品質保証室 室長、NTT東日本総務人事部医療センタ DX医療推進部門担当部長)

- ◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細については、全国公私病院連盟のホームページ <https://www.byo-ren.com/> をご覧ください。
- ◆ お問合せ電話番号 03-6284-7180

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円
【安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保】
▽各医療保険制度などに関する医療費国庫負担率の引き上げ
▽国民健康保険への財政支援⇒307.1億円
▽被用者保険への財政支援⇒125.3億円
II. 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着に向けた三位一体の労働市場改革の推進と多様な人材確保の支援
【多様な人材の活躍促進と職場環境改善に向けた取組等】
▽多様な働き方の実現に向けた環境整備、仕事と育児・介護の両立支援、ワーク・ライフ・バランスの促進⇒132.6億円

連日、新聞折込にカメフラやオーデオ、着物などの引き取りチラシが入ってくる。世界情勢の不穏さの中で金価格が暴騰しているが、そのことと呼応しているのか金銀・宝石の類の高値買取を持ち掛ける▼戦後復興期から世界の経済大国となつた日本はバブル期を迎え世界のブランド品を買い漁った。やがてバブルが弾け、経済力にも陰りが見え始めると質屋にブランド品が持ち込まれるように…。貧しきのイメージが付きまとう。質屋はリサイクルショップと名を変え、飽食の時代を迎えた日本社会にしっかりと根を下ろした▼現在の引き取り業の隆盛であるが、そこには別の要素が加わる。若い世代は親の土地や財産よりも便利な都会や快適な住まいを選ぶ。代々引き継がれた家宝も高価だった家財も引き取るのは業者と。勿論、十羽一絡げ二束三文の世界である▼団塊世代と呼ばれた集団がそろそろ終活期を迎え、物への執着から解放する断捨離が流行る。断捨離とはある方の造語らしいが何やら舍利とか舍利子といった仏教語を想起させ、悟りに導くような響きがある。とは言え割り切れない思いは引きずる。自分の棺桶に世界的な名画を入れてくれと遺言した富豪もいたが…(N.A)

4865億円増の34兆7929億円を要求

各省庁が8月末に「令和8年度予算概算要求」を財務省に提出したところ、総額は122兆4454億円、前年度と比べて7兆2476億円の増となった。厚労省は34兆7929億円、前年度と比べて4865億円の増を要望、このうち医政局分は2047億円を要望(2面参照)している。厚労省が要望している主な予算は以下のとおり。

(単位：億円)

区分	令和7年度 予算額(A)	令和8年度 要求額(B)	増▲減額(C) (B)-(A)
一般会計	343,064	347,929	4,865
うち 年金・医療等に係る経費(注3)	325,871	329,387	3,516
うち 裁量的経費	7,263	8,245	982
うち 義務的経費(注4)	9,930	10,297	367

(注1) 令和7年度予算額は、当初予算額である。
(注2) 計数は、それぞれ四捨五入によるので、端数において合計と合致しないものがある。
(注3) 年金・医療等については、前年度当初予算額にいわゆる自然増を加算した範囲内で要求し、予算編成過程において、高齢化による増加分に相当する伸びに、経済・物価動向等を踏まえた対応(「基本方針2025」)に相当する増加分を加算。
(注4) 年金・医療等に係る経費を除く。
(注5) 物価高対策を含む重要政策等については、必要に応じて、事項のみの要求も含め、適切に要求・要望を行い、予算編成過程において検討。
(注6) 消費税率引上げとあわせ行う社会保障の充実及び「新しい経済政策パッケージ」で示された介護人材の確保については、消費税収、地方消費税収並びに重点化及び効率化の動向を踏まえ、予算編成過程において検討。また、過去の年金国庫負担繰り延べの返済などについても予算編成過程において検討。

令和8年度「厚生労働省予算概算要求」における重点要求(抜粋)
I. 社会の構造変化に対応した保健・医療・介護の構築
【医療・介護・障害福祉分野の質上げ・経営の安定・人材確保等】
日本経済が新たなステージに移行しつつあるこ

とが明確になる中で、これまでの改革努力を継続しつつ、現場で働く幅広い職種の方々の賃上げや昨今の物価上昇の影響といった経済・物価動向等への的確な対応とともに、DX、タスクシフト・タスクシェア等を計画的に進めることで、賃上げ・経営の安定・人材確保等につながるよう、次期報酬改定を始めとした必要な対応策を講ずる。
【地域医療・介護の提供体制の確保】
2040年頃を見据え、医療・介護の複合二

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円

時評

2020年の世界の主要国における高齢化率(そのエリアに住む全人口のうち、65歳以上の人口が占める割合)をみると、高齢化率の世界トップ3は、日本(28.6%)、ドイツ(21.7%)、フランス(20.8%)となっている。いずれの国もいわゆる先進諸国であり、バリアフリー化をした建物が多いなど、高齢者が暮らしやすい国づくりを行っていることが特徴となっている。

高齢化は良いことだ！としても、少子化は絶対に認められない事象である。
経済大国(GDP)のランキングではアメリカ、中国に続いてドイツが世界第3位で、ついで日本は4位となり、2024年にドイツに抜かれた形で続く。2025年にはイ

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円

▽がん対策、循環器病対策等の推進⇒44.9億円
▽肝炎対策の推進⇒53億円
▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進⇒174.0億円
▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進⇒34億円
▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等
国立健康危機管理研究機構と連携し、次なる感染症危機への対応に万全を期すとともに、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現に向けた取組の加速や健康・医療・介護の国際展開等により国際保健課題対策に係る貢献を促進する。
▽次なる感染症危機に備えた体制強化⇒37.1億円



少子高齢化 連盟 常務理事 佐能量雄

高齡化は良いことだ！としても、少子化は絶対に認められない事象である。
経済大国(GDP)のランキングではアメリカ、中国に続いてドイツが世界第3位で、ついで日本は4位となり、2024年にドイツに抜かれた形で続く。2025年にはイ

高齡化は良いことだ！としても、少子化は絶対に認められない事象である。
経済大国(GDP)のランキングではアメリカ、中国に続いてドイツが世界第3位で、ついで日本は4位となり、2024年にドイツに抜かれた形で続く。2025年にはイ

高齡化は良いことだ！としても、少子化は絶対に認められない事象である。
経済大国(GDP)のランキングではアメリカ、中国に続いてドイツが世界第3位で、ついで日本は4位となり、2024年にドイツに抜かれた形で続く。2025年にはイ

高齡化は良いことだ！としても、少子化は絶対に認められない事象である。
経済大国(GDP)のランキングではアメリカ、中国に続いてドイツが世界第3位で、ついで日本は4位となり、2024年にドイツに抜かれた形で続く。2025年にはイ

高齡化は良いことだ！としても、少子化は絶対に認められない事象である。
経済大国(GDP)のランキングではアメリカ、中国に続いてドイツが世界第3位で、ついで日本は4位となり、2024年にドイツに抜かれた形で続く。2025年にはイ

高齡化は良いことだ！としても、少子化は絶対に認められない事象である。
経済大国(GDP)のランキングではアメリカ、中国に続いてドイツが世界第3位で、ついで日本は4位となり、2024年にドイツに抜かれた形で続く。2025年にはイ

厚生労働省・医政局

令和8年度概算要求の概要

要求額2047億円

厚生労働省「医政局」は、今後も人口減少、高齢化が続く中、将来の医療需要を見据えつつ、新たな感染症等や自然災害など緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるような質の高い効率的な医療提供体制の整備・強化を行うとともに、医師偏在対策及び医師・医療従事者の働き方改革など各種施策を一体的に推進する。我が国の医薬品産業、医療機器産業の競争力強化に向けた取り組みを推進していくことは不可欠であり、魅力のある環境づくりを通じて創薬力の強化及び国際競争力の強化を図る。後発医薬品においては生産性の向上、人材の育成等ガバナンスの強化、業界再編や企業間の連携・協力の推進を行う。医療DXを通じたサービスの効率化・質の向上を実現することにより、国民の保健医療の向上を図るとともに最適な医療を実現するための基盤整備を推進するため2047億円を要望。主な項目は以下のとおり。

「将来を見据えた地域医療構想の実現に向け、病床の機能分化・連携に関する取組と併せて、居宅等における医療の提供や医療従事者の確保に関する取組についても、引き続き、地域医療介護総合確保基金による支援を行う。」

新たな地域医療構想は、2040年頃を見据え、入院だけでなく、外来・在宅医療、介護連携等も含めた構想とし、医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）に着目した連携・再編・集約化の取組を行うこととしており、令和7年度に国で構想ガイドラインを作成、令和8年度以降都道府県で新たな地域医療構想策定の議論を行う予定であり、引き続き、地域医療介護総合確保基金により集約化の取組を加速化させるため支援を行う。

また、勤務医の働き方改革を推進するため、医師の労働時間が長時間となる医療機関に対する大学病院等からの医師派遣や、医師の労働時間短縮に取り組む医療機関に対する勤務環境改善等のための支援を行う。

さらに、医師の偏在対策を推進するため、地域の実情に応じた取組に対し、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を実施する。

加えて、女性医療職等の離職防止及び再就業を促進するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、病院内保育所の運営費や施設整備に対する支援を実施する。

②入院・外来機能の分化・連携推進等に向けたデータ収集・分析事業

③地域医療介護総合確保基金(注1) 613億円(613億円)
④入院・外来機能の分化・連携推進等に向けたデータ収集・分析事業 4.8億円(3.9億円)等

⑤地域医療介護総合確保基金を活用した医師偏在対策の推進(注2) 95.3億円(95.3億円)
⑥ICT機器を活用した勤務環境改善の推進に向けたモデル医療機関調査支援事業 2.0億円(0億円)等

⑦地域医療介護総合確保基金(注1) 5.6億円(4.6億円)等

⑧地域医療介護総合確保基金(注1) 11.9億円(11.3億円)
⑨特定行為研修の推進
⑩多様なニーズに合わせた看護師の確保等

⑪国際保健への戦略的取組及び感染症対策の体制強化 117.1億円(111.2億円)
⑫医療の国際展開の推進
⑬外国人患者の受入環境の整備
⑭新興感染症対応強化事業 等

⑮小児・周産期医療体制の充実 26.6億円(7.5億円)
⑯周産期母子医療センター運営事業 9.1億円(統合補助金282.8億円の内訳(統合補助金266.5億円の内訳)
⑰無痛分娩を含めた地域連携周産期医療体制モデル事業 6.0億円(0億円)
⑱地域小児医療体制強化事業 3.8億円(統合補助金282.8億円の内訳(統合補助金266.5億円の内訳)等

⑲創薬力強化に向けたイノベーションの推進と医薬品等の安定供給確保 56.2億円(44.5億円)
⑳創薬基盤強化支援事業(医療系ベンチャー育成支援事業) 9.2億円(9.3億円)
㉑優れた医療機器の創出に係る産業振興拠点強化事業 8.8億円(0億円)
㉒クリニカル・イノベーションネットワーク(CIN)構想の推進 31.4億円(30.7億円)等

㉓国際競争力のある治験・臨床試験環境の整備 38.3億円(30.3億円)
㉔新規モダリティ対応ヒト初回投与試験体制整備等事業 0.9億円(0億円)
㉕国際共同治験ワンストップ相談窓口事業 1.5億円(0億円)
㉖医療技術実用化総合促進事業 30.6億円(26.6億円)等

㉗ドラッグラグ・ドラッグロスの解消 1.5億円(0.3億円)
㉘小児医薬品開発支援体制強化事業 0.4億円(0.3億円)
㉙未承認薬等アクセス確保事業 0.5億円(0億円)
㉚未承認薬等迅速解消促進調査事業 0.4億円(0億円)等

㉛研究開発によるイノベーションの推進 18.6億円(18.7億円)
㉜がん・難病の全ゲノム解析等の推進事業 13.0億円(13.0億円)等

㉝医薬品等の安定供給の推進 22.1億円(3.6億円)
㉞医薬品安定供給・流通確認システムの機能追加にかかる設計・開発及び運用・保守事業 7.0億円(0億円)
㉟抗がん剤等医薬品備蓄体制整備 5.8億円(0億円)
㊱医療機器等のサプライチェーンリスク評価及び安定供給確保事業 0.5億円(0億円)等

㊲医療DXの推進 55.0億円(25.7億円)
㊳保健医療情報活用推進関連事業 5.3億円(5.3億円)
㊴医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業 3.0億円(11.0億円)
㊵電子カルテ情報共有サービスに関する国民・医療従事者等への周知広報事業 2.0億円(0億円)等

㊶各種施策 3.5億円(2.7億円)
㊷国立がんセンター等における良好な療養環境の整備 332.4億円(309.6億円)
㊸国立病院機構における医療政策等の実施 13.5億円(11.8億円)
㊹東日本大震災からの第3期復興・創生期間における地域医療の再生支援(注3) 60.6億円(34.9億円)等

①かかりつけ医療機能が発揮される制度整備の推進 18億6900万円
②ドクターヘリ活用を推進 10億1000万円

③救急医療体制の推進 11億8400万円
④救急医療体制の整備を図るため、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センター等への支援を行う。

⑤災害医療体制の推進 20億9600万円

⑥在宅医療の推進 3億1200万円

⑦医療安全の推進 11億5400万円

⑧医師確保の取組は、都道府県において医師確保計画に基づき進められており、地域医療介護総合確保基金や診療所の承継・開業支援事業等の補助事業により、都道府県の取組に対して国が費用の一部を支援している。

⑨市町村による医師確保対策支援モデル事業 8000万円

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等の機能発揮による在宅医療提供体制の整備や、ICT導入による連携強化のための都道府県に対する伴走支援等を行う。

⑩医療安全の推進 11億5400万円
⑪医師確保の取組は、都道府県において医師確保計画に基づき進められており、地域医療介護総合確保基金や診療所の承継・開業支援事業等の補助事業により、都道府県の取組に対して国が費用の一部を支援している。

⑫市町村による医師確保対策支援モデル事業 8000万円

⑬救急医療体制の推進 11億8400万円
⑭救急医療体制の整備を図るため、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センター等への支援を行う。

⑮災害医療体制の推進 20億9600万円

⑯在宅医療の推進 3億1200万円

⑰医療安全の推進 11億5400万円

⑱医師確保の取組は、都道府県において医師確保計画に基づき進められており、地域医療介護総合確保基金や診療所の承継・開業支援事業等の補助事業により、都道府県の取組に対して国が費用の一部を支援している。

⑲市町村による医師確保対策支援モデル事業 8000万円

⑳創薬力強化に向けたイノベーションの推進と医薬品等の安定供給確保 56.2億円(44.5億円)
㉑創薬基盤強化支援事業(医療系ベンチャー育成支援事業) 9.2億円(9.3億円)
㉒優れた医療機器の創出に係る産業振興拠点強化事業 8.8億円(0億円)
㉓クリニカル・イノベーションネットワーク(CIN)構想の推進 31.4億円(30.7億円)等

㉔国際競争力のある治験・臨床試験環境の整備 38.3億円(30.3億円)
㉕新規モダリティ対応ヒト初回投与試験体制整備等事業 0.9億円(0億円)
㉖国際共同治験ワンストップ相談窓口事業 1.5億円(0億円)
㉗医療技術実用化総合促進事業 30.6億円(26.6億円)等

㉘ドラッグラグ・ドラッグロスの解消 1.5億円(0.3億円)
㉙小児医薬品開発支援体制強化事業 0.4億円(0.3億円)
㉚未承認薬等アクセス確保事業 0.5億円(0億円)
㉛未承認薬等迅速解消促進調査事業 0.4億円(0億円)等

㉜研究開発によるイノベーションの推進 18.6億円(18.7億円)
㉝がん・難病の全ゲノム解析等の推進事業 13.0億円(13.0億円)等

㉞医薬品等の安定供給の推進 22.1億円(3.6億円)
㉟医薬品安定供給・流通確認システムの機能追加にかかる設計・開発及び運用・保守事業 7.0億円(0億円)
㊱抗がん剤等医薬品備蓄体制整備 5.8億円(0億円)
㊲医療機器等のサプライチェーンリスク評価及び安定供給確保事業 0.5億円(0億円)等

㊳医療DXの推進 55.0億円(25.7億円)
㊴保健医療情報活用推進関連事業 5.3億円(5.3億円)
㊵医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業 3.0億円(11.0億円)
㊶電子カルテ情報共有サービスに関する国民・医療従事者等への周知広報事業 2.0億円(0億円)等

㊷各種施策 3.5億円(2.7億円)
㊸国立がんセンター等における良好な療養環境の整備 332.4億円(309.6億円)
㊹国立病院機構における医療政策等の実施 13.5億円(11.8億円)
㊺東日本大震災からの第3期復興・創生期間における地域医療の再生支援(注3) 60.6億円(34.9億円)等

①かかりつけ医療機能が発揮される制度整備の推進 18億6900万円
②ドクターヘリ活用を推進 10億1000万円

③救急医療体制の推進 11億8400万円
④救急医療体制の整備を図るため、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センター等への支援を行う。

⑤災害医療体制の推進 20億9600万円

⑥在宅医療の推進 3億1200万円

⑦医療安全の推進 11億5400万円

⑧医師確保の取組は、都道府県において医師確保計画に基づき進められており、地域医療介護総合確保基金や診療所の承継・開業支援事業等の補助事業により、都道府県の取組に対して国が費用の一部を支援している。

⑨市町村による医師確保対策支援モデル事業 8000万円

⑩医療安全の推進 11億5400万円
⑪医師確保の取組は、都道府県において医師確保計画に基づき進められており、地域医療介護総合確保基金や診療所の承継・開業支援事業等の補助事業により、都道府県の取組に対して国が費用の一部を支援している。

⑫市町村による医師確保対策支援モデル事業 8000万円

医政局 令和8年度概算要求の概要

概算要求額 2,047.0億円 (1,794.2億円)

※金額は令和8年度概算要求額、①内は令和7年度当初予算額

○今後も人口減少、高齢化が続き、将来の医療需要を見据えつつ、新たな感染症等や自然災害など緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるような質の高い効率的な医療提供体制の整備・強化を行うとともに、医師偏在対策及び医師・医療従事者の働き方改革など各種施策を一体的に推進する。

○我が国の医薬品産業、医療機器産業の競争力強化に向けた取り組みを推進していくことは不可欠であり、魅力のある環境づくりを通じて創薬力の強化及び国際競争力の強化を図る。後発医薬品においては、生産性の向上、人材の育成等ガバナンスの強化、業界再編や企業間の連携・協力の推進を行う。

○医療DXを通じたサービスの効率化・質の向上を実現することにより、国民の保健医療の向上を図るとともに、最適な医療を実現するための基盤整備を推進する。

1. 将来の医療需要等を見据えた医療提供体制の整備・強化

地域医療構想の実現に向けた取組の推進 621.2億円(620.0億円)

- ①地域医療介護総合確保基金(注1) 613億円(613億円)
- ②入院・外来機能の分化・連携推進等に向けたデータ収集・分析事業 4.8億円(3.9億円)等

一体的に推進

総合的な医療提供体制改革を実施

医師偏在是正に向けた対策の推進 156.1億円(123.9億円)

医師・医療従事者の働き方改革の推進 111.4億円(106.2億円)

- ③重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業 20.0億円(0億円)
- ④地域医療介護総合確保基金を活用した医師偏在対策の推進(注2) 95.3億円(95.3億円)
- ⑤医師偏在是正に向けた広域マッチング事業 2.0億円(0億円)
- ⑥総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業 5.6億円(4.6億円)等

医療計画等に基づく医療体制の推進 599.3億円(556.2億円)

- ⑦かかりつけ医療機能が発揮される制度整備の推進
- ⑧災害/救急/へき地医療体制、ドクターヘリ、在宅医療の推進
- ⑨歯科口腔保健・歯科医療提供体制の推進、医療安全の推進 等

看護業務の効率化及び看護確保の推進 16.9億円(11.3億円)

- ⑩看護現場におけるICT活用の推進
- ⑪特定行為研修の推進
- ⑫多様なニーズに合わせた看護師の確保 等

国際保健への戦略的取組及び感染症対策の体制強化 117.1億円(111.2億円)

- ⑬医療の国際展開の推進
- ⑭外国人患者の受入環境の整備
- ⑮新興感染症対応強化事業 等

3. 創薬力強化に向けたイノベーションの推進と医薬品等の安定供給確保

有望なシーズの医薬品・医療機器等への実用化の促進 56.2億円(44.5億円)

- ①創薬基盤強化支援事業(医療系ベンチャー育成支援事業) 9.2億円(9.3億円)
- ②優れた医療機器の創出に係る産業振興拠点強化事業 8.8億円(0億円)
- ③クリニカル・イノベーションネットワーク(CIN)構想の推進 31.4億円(30.7億円) 等

国際競争力のある治験・臨床試験環境の整備 38.3億円(30.3億円)

- ④新規モダリティ対応ヒト初回投与試験体制整備等事業 0.9億円(0億円)
- ⑤国際共同治験ワンストップ相談窓口事業 1.5億円(0億円)
- ⑥医療技術実用化総合促進事業 30.6億円(26.6億円) 等

ドラッグラグ・ドラッグロスの解消 1.5億円(0.3億円)

- ⑦小児医薬品開発支援体制強化事業 0.4億円(0.3億円)
- ⑧未承認薬等アクセス確保事業 0.5億円(0億円)
- ⑨未承認薬等迅速解消促進調査事業 0.4億円(0億円) 等

研究開発によるイノベーションの推進 18.6億円(18.7億円)

- ⑩がん・難病の全ゲノム解析等の推進事業 13.0億円(13.0億円) 等

医薬品等の安定供給の推進 22.1億円(3.6億円)

- ⑪医薬品安定供給・流通確認システムの機能追加にかかる設計・開発及び運用・保守事業 7.0億円(0億円)
- ⑫抗がん剤等医薬品備蓄体制整備 5.8億円(0億円)
- ⑬医療機器等のサプライチェーンリスク評価及び安定供給確保事業 0.5億円(0億円) 等

上記の他、革新的医薬品等実用化支援基金事業及び後発医薬品製造基盤整備基金事業については、予算編成過程で検討する。

4. 医療DXの推進

医療DXの推進 55.0億円(25.7億円)

- ①保健医療情報活用推進関連事業 5.3億円(5.3億円)
- ②医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業 3.0億円(11.0億円)
- ③電子カルテ情報共有サービスに関する国民・医療従事者等への周知広報事業 2.0億円(0億円) 等

上記の他、医療情報化支援基金及び医療分野のDXの更なる推進については、予算編成過程で検討する。

5. 各種施策

- ①死因究明等の推進 3.5億円(2.7億円)
- ②国立がんセンター等における良好な療養環境の整備 332.4億円(309.6億円)
- ③国立病院機構における医療政策等の実施 13.5億円(11.8億円)
- ④東日本大震災からの第3期復興・創生期間における地域医療の再生支援(注3) 60.6億円(34.9億円) 等

※デジタル庁計上分含む。
※項目間で一部経費の重複あり。

2. 小児・周産期医療体制の充実

小児・周産期医療体制の充実 26.6億円(7.5億円)

- ①周産期母子医療センター運営事業 9.1億円(統合補助金282.8億円の内訳(統合補助金266.5億円の内訳)
- ②無痛分娩を含めた地域連携周産期医療体制モデル事業 6.0億円(0億円)
- ③地域小児医療体制強化事業 3.8億円(統合補助金282.8億円の内訳(統合補助金266.5億円の内訳)等

上記の他、医療機関等における物価高騰への支援、「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」に基づく経済的インセンティブ及び「第1次国土強靱化実施中期計画」に基づく「医療施設耐震化等」については、予算編成過程で検討する。

(注1) 地域医療介護総合確保基金は消費税財源であるため概算要求の段階では事項要求とし前年同額を計上。
(注2) 地域医療介護総合確保基金の内訳。
(注3) 東日本大震災復興特別会計に計上。

④総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業 15億6200万円

⑤へき地保健医療対策の推進 27億1000万円

⑥在宅医療の推進 3億1200万円

⑦重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業 20億円

⑧在宅医療の推進 3億1200万円

⑨医療安全の推進 11億5400万円

⑩医師確保の取組は、都道府県において医師確保計画に基づき進められており、地域医療介護総合確保基金や診療所の承継・開業支援事業等の補助事業により、都道府県の取組に対して国が費用の一部を支援している。

⑪市町村による医師確保対策支援モデル事業 8000万円

⑫救急医療体制の推進 11億8400万円

⑬救急医療体制の整備を図るため、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センター等への支援を行う。

⑭災害医療体制の推進 20億9600万円

⑮在宅医療の推進 3億1200万円

⑯医療安全の推進 11億5400万円

⑰医師確保の取組は、都道府県において医師確保計画に基づき進められており、地域医療介護総合確保基金や診療所の承継・開業支援事業等の補助事業により、都道府県の取組に対して国が費用の一部を支援している。

⑱市町村による医師確保対策支援モデル事業 8000万円

3面へつづく

2面からつづく

⑤ 大学における恒久定員内地域枠設置促進事業 2億4000万円

地域枠学生を受入れ育成する大学において、都道府県の取組と連携しながら、医学部定員の恒久定員内への地域枠の設置等を含む地域への定着の取組を促進させるとともに、専門研修やそれ以降の医師のキャリアにおける地域定着の状況等を効果的に把握するための基盤整備を推進し、医師の偏在対策及び医学部定員適正化を両立しつつ、地域における質の高い医療の効果がかつ効率的な提供に資するために必要な財政支援を行う。

⑥ 医師等働き方調査事業(長時間労働の傾向にある診療科を中心とした医療機関の勤務環境改善に係る調査研究及び支援事業) 2億2000万円

各医療機関における時間外・休日労働の状況や勤務環境改善に向けた取組状況等について、個別のテーマ毎に必要な調査を行い、実態把握や課題抽出等を行う。特に長時間労働となつている医療機関を中心に、労働時間短縮にかかる総合的な取組を行う医療機関を選定し、伴走型の具体的な支援を行いながら勤務環境の改善を推進するとともに、支援を通じて課題の抽出及び効果的手法等の知見について調査分析を行う。好事例として横展開する。

⑦ 専門医認定支援事業 1億8300万円

医師の地域偏在、診療科偏在の是正に向けたより一層の取組を推進し、充実させるため、専門医の認定と養成プログラム等の評価・認定を行う一般社団法人日本専門医機構や地域医療に配慮した研修体制の構築に取り組み都道府県や医療機関への支援を図る。

⑧ ICT機器を活用した勤務環境改善の推進に向けたモデル医療機関調査支援事業 2億円

ICTの活用で医師をはじめとした医療従事者全体の労働時間短縮に取り組む医療機関を支援するとともに、当該医療機関における円滑な導入プロセスや既存システムとの連携、導入効果等を調査分析して好事例として横展開する。

⑨ 医師の健康確保措置の仕組み等、医師の働き方改革の実現に向けた取り組み 1億1000万円

医療機関は長時間・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる長時間労働医師に対して健康確保のために面接指導を実施することが義務付けられているため、長時間労働医師が勤務する医療機関において、面接指導体制を整備することを目的として研修システムや教材(eラーニング等)を活用した研修を実施するとともに、ロールプレイ研修等を実施することにより効果的な研修事業を行う。

⑩ 補助者や看護補助者等の医療専門職支援人材へのタスク・シフトニングの推進を図るため、医療専門職支援人材の業務内容や魅力の紹介を行うとともに、定着支援に資する研修プログラムの開発や医療機関向けの研修等を行う。

⑪ ICT機器を活用した勤務環境改善の推進に向けたモデル医療機関調査支援事業 2億円

ICTの活用で医師をはじめとした医療従事者全体の労働時間短縮に取り組む医療機関を支援するとともに、当該医療機関における円滑な導入プロセスや既存システムとの連携、導入効果等を調査分析して好事例として横展開する。

⑫ 医師の健康確保措置の仕組み等、医師の働き方改革の実現に向けた取り組み 1億1000万円

医療機関は長時間・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる長時間労働医師に対して健康確保のために面接指導を実施することが義務付けられているため、長時間労働医師が勤務する医療機関において、面接指導体制を整備することを目的として研修システムや教材(eラーニング等)を活用した研修を実施するとともに、ロールプレイ研修等を実施することにより効果的な研修事業を行う。

⑬ 医師・看護師等の医療専門職から医師事務作業

厚生労働省 令和8年度税制改正要望

厚生労働省は8月29日に「令和8年度税制改正要望事項」を財務省に提出した。主な要望は以下のとおり。

健康・医療

▽地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の延長及び拡充(登録免許税、不動産取得税)

▽医療法人の社会保険料負担の軽減措置の存続(事業税)

▽医療事業の安定性・継続性を高め、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に資するため、さらに、健康診断や予防接種など自治体や主体となつて行う事業を実施していることも踏まえ、医療法人の社会保険料負担の軽減措置を存続する。

▽社会医療法人等が行う訪日外国人の自由診療に係る診療費要件の緩和(所得税、法人税、相続税、贈与税)

▽医療法上の持分なし医療法人への移行計画の認定制度の延長に伴い、その

の制度を前提とした特例措置について、適用期限を3年延長する。

▽重点医師偏在対策支援区域で承継・開業する診療所への税制上の支援(登録免許税、固定資産税、都市計画税、不動産取得税)

医師偏在対策について、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保するため、重点医師偏在対策支援区域で承継・開業する診療所に対し、①登録免許税軽減措置、②一定期間の固定資産税・都市計画税軽減措置、③不動産取得税軽減措置を行う。

▽社会保険診療報酬の事業税非課税措置の存続(事業税)

社会保険診療の高い公益性に鑑み、社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置を存続する。

▽医療法人の社会保険料負担の軽減措置の存続(事業税)

医療事業の安定性・継続性を高め、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に資するため、さらに、健康診断や予防接種など自治体や主体となつて行う事業を実施していることも踏まえ、医療法人の社会保険料負担の軽減措置を存続する。

▽社会医療法人等が行う訪日外国人の自由診療に係る診療費要件の緩和(所得税、法人税、相続税、贈与税)

医療法上の持分なし医療法人への移行計画の認定制度の延長に伴い、その

の制度を前提とした特例措置について、適用期限を3年延長する。

▽重点医師偏在対策支援区域で承継・開業する診療所への税制上の支援(登録免許税、固定資産税、都市計画税、不動産取得税)

▽所得控除額の算出方法の見直しを行う。

▽試験研究を行った場合の法人税額等の特別控除の拡充及び延長(所得税、法人税、住民税)

我が国の成長力・国際競争力を高めるには、中長期的に企業の研究開発投資の増加を促し、国際的に遜色のないイノベーションの醸成を促すことが必要。

特に、科学とビジネスの近接化時代中、我が国の戦略技術領域に対する研究開発投資を拡大し、大学等における戦略研究拠点との産学連携を促進する見直し等を行う。

▽特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等に係る非課税措置の延長(所得税)

特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等に関する税制上の所要の措置(紙税、国民健康保険)

病床転換助成事業の期限が延長された場合には、当該事業に係る印紙税の非課税措置及び国民健康保険税に病床転換助成金を含む措置を引き続き存続する。

▽国民健康保険税の課税限度額の見直し及び低所得者に対する国民健康保険税の軽減判定所得の見直し(国民健康保険税)

①国民健康保険税の基礎課税額、後期高齢者支援金等課税額及び介護納付金課税額の限度額の見直し並びに子ども・子育て支援納付金課税額の限度額の設定を行う。

②低所得者に対する国民健康保険税の軽減判定所得の見直しを行う。

▽全世代型社会保障構築のための税制上の所要の措置(所得税、法人税、相続税、贈与税、登録免許税、消費税、たばこ税、印紙税、国税徴収法、租税条約等実施特例法、国外送金等調書法、個人住民税、法人住民税、事業税、固定資産税、都市計画税、不動産取得税、事業所税、国民健康保険税、徴収規定)

国民健康保険税の軽減措置の対象となる世帯の軽減判定所得について、経済動向等を踏まえ、所要の見直しを行う。

▽全世代型社会保障構築のための税制上の所要の措置(所得税、法人税、相続税、贈与税、登録免許税、消費税、たばこ税、印紙税、国税徴収法、租税条約等実施特例法、国外送金等調書法、個人住民税、法人住民税、事業税、固定資産税、都市計画税、不動産取得税、事業所税、国民健康保険税、徴収規定)

社会保険審査会等において検討を行い、その検討結果を踏まえて税制上の所要の措置を講ずる。

【以下略】

第33回「医療事故防止セミナー」のお知らせ

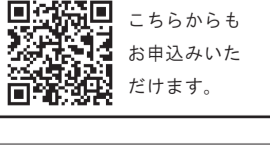
●テーマ 病院経営に効く医療安全 エンゲージメントがパフォーマンスを変える

全国公私病院連盟では「医療事故防止セミナー」を開催します。この機会に皆様のご参加をお待ちしております。

- 1. 期 日 : 令和7年 11月 27日(木)
- 2. 会 場 : 「食品衛生センター」(東京都 台東区 寿 4-15-7)
- 3. 参加費 : 会員病院(1名につき) 13,200円(税込)
: 会員外(1名につき) 15,400円(税込)
- 4. 講演テーマと講師 :

開会挨拶 (10:00~10:10)	
10:10~11:20	「患者・市民参画で医療者と創る医療安全と対話推進」 ~患者遺族と医療対話推進者の実践から~ 講師 豊田郁子氏 (患者・家族と医療をつなぐ NPO法人 架け橋・理事長)
昼食休憩 (11:20~12:20)	
12:20~13:30	「医療安全の世界的潮流」 ~安全強化は病院パフォーマンスを高める~ 講師 小松康宏氏 (群馬大学 名誉教授 医療安全教育センター・顧問)
13:40~14:50	「感染症が起りにくい病院の文化をつくるには」 講師 坂本史衣氏 (医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院・院長補佐)
15:00~16:10	「職員のメンタルヘルス対策」 講師 相馬孝博氏 (千葉大学病院 医療安全管理部長・教授)

◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細は、ホームページ <https://www.byo-ren.com/> をご覧ください。【TEL】03-6284-7180



社会保障審議会 議論のスケジュール

9月4日開かれた社会保障審議会「医療部会」に「令和8年度診療報酬改定の基本方針」を取りまとめるにあたっての議論のスケジュールが示された。

同部会では、この日は「前回改定の振り返り」を行っているが、今後、9月下旬から10月上旬にかけて「基本認識、基本的視点、具体的方向性①」の議論、10月下旬までに「基本認識、基本的視点、具体的方向性②」の議論を行い、11月下旬に「骨子案」を取りまとめる。

また、12月上旬には「令和8年度診療報酬改定の基本方針」を公表することになっている。

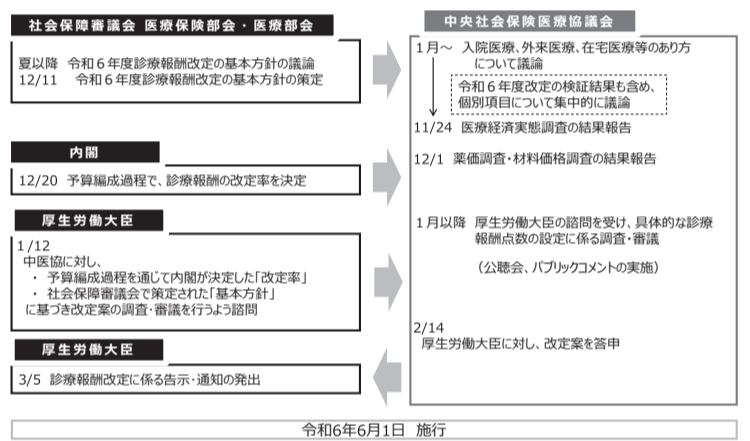
中協協でポイントとなる行程は、中協協が現在行っている「医療経済実態調査」(前回公表は11月24日)と「薬価調査・材料価格調査」(前回公表は12月1日)の結果なども踏まえ、内閣が年末の令和8年度予算編成の過程で「診療報酬改定率」を決定(前回決定は12月20日)し、厚生労働大臣から中協協に対して、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率と社会保障審議会に取りまとめる「基本方針」に基づき、年明け1月12日、厚生労働大臣に答申(前回

改定率と社会保障審議会が取りまとめる「基本方針」に基づき、年明け1月12日、厚生労働大臣に答申(前回

基本方針の議論のスケジュール (イメージ)

	【イメージ】令和8年度改定 (日付は令和7年)		【実績】令和6年度改定 (日付は令和5年)	
	医療保険部会	医療部会	医療保険部会	医療部会
前回改定の振り返り	8月28日	9月4日	8月24日	8月25日
基本認識、基本的視点、 具体的方向性①	9月下旬～10月上旬		9月29日	9月29日
基本認識、基本的視点、 具体的方向性②	10月下旬		10月27日	11月1日
骨子案	11月下旬		11月29日	11月29日
基本方針(案)	12月上旬		12月8日	12月8日
	12月上旬 基本方針 発表		12/11 基本方針 発表	

(参考) 令和6年度診療報酬改定のスケジュール【実績】



全国公私病院連盟 役員会だより

期日 9月4日(木)
会場 ホテルメトロ
ポリタ、高崎「おしど
り」

※9月の「理事会」は、会場を群馬県高崎市に移動して開催しました。

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」(8月13日)

中野常務理事と園田顧問から報告があった。
②日病協「代表者者会議」(8月29日)
中村副会長から報告があった。

③望月副会長からの報告

第2回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(8月8日)及び第3回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(8月27日)

望月副会長より、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」の報告があった。

④第35回「診療報酬請求事務セミナー」開催結果

【主な協議事項】

①第33回「医療事故防止セミナー」(11月27日)

②後援名義の使用許可申請について

【事務連絡】

①第35回「国民の健康会議」(10月2日)のご案内

②第36回「看護管理

セミナー」(11月20日)について

③次回以降の「理事会」等の日程

④前回「理事会」(8月8日)議事録案

※「理事会」終了後、会場を移して懇親会が開かれた。

以上



「理事会」のもよう



「懇親会」のもよう

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2024年11月1日～2025年11月1日
※いつからでも中途加入が可能です。

＜お問合せ先＞

取扱代理店

引受保険会社

株式会社 公私病連共済会

〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7

食品衛生センター7階

TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194

受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

損害保険ジャパン 株式会社

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

TEL 03-3349-5113

受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。



SJ24-05793 2024/08/07

第36回「看護管理セミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では「看護管理セミナー」を開催します。この機会に皆様のご参加をお待ちしております。

- 期日：令和7年11月20日(木)
- 会場：「食品衛生センター」(東京都台東区寿4-15-7)
- 参加費：会員病院(1名につき) 16,500円(税込)
：会員外(1名につき) 19,800円(税込)
- 講演テーマと講師：

10:00～ 11:30	「看護の将来ビジョン2040」 講師 秋山智弥氏 (公益社団法人日本看護協会 会長)
昼食休憩 (11:30～12:30)	
12:30～ 13:30	「現場から街へ、街から未来へ ～看護管理者が拓く地域創生への挑戦～」 (洛和会ヘルスケアシステム 洛和会本部 看護部門 総看護部長) 講師 三宅友美氏
13:45～ 14:45	「レジリエントでサステナブルな看護部をつくる」 (地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター副院長・看護部長) 講師 宮崎隆氏
15:00～ 16:00	「変革を導く看護管理者の力～つなぐ・かえる・ささえる～」 (NTT東日本関東病院 品質保証室 室長, NTT東日本 総務人事部医療センタ DX 医療推進部門担当部長) 講師 村岡修子氏

- ◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細については、全国公私病院連盟のホームページ <https://www.byo-ren.com/> をご覧ください。
- ◆ お問合せ電話番号 03-6284-7180

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

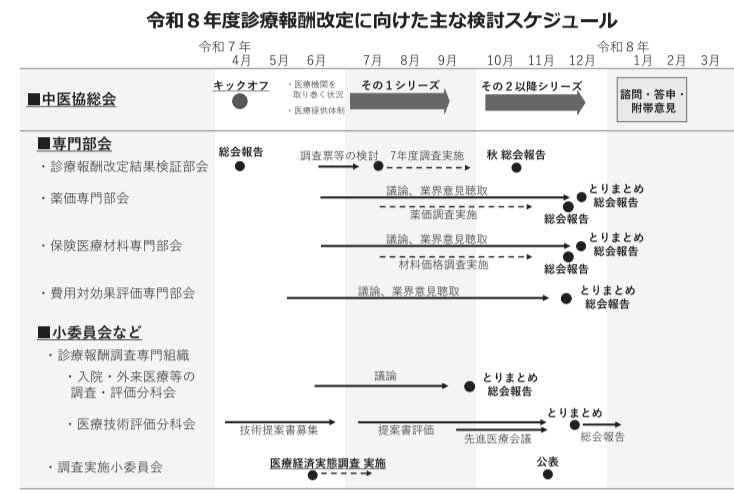
次期診療報酬改定 基本方針の議論

社保審「医療保険部会・医療部会」 基本認識・視点、方向性など検討開始

社会保障審議会「医療保険部会」が9月26日、同「医療部会」が10月3日に開かれ、「令和8年度診療報酬改定の基本方針」について(基本認識、基本的視点、具体的方向性)の議論が始まった。年末に向け各調査結果を取りまとめが出揃うと改定の議論は終盤に入る。

次期診療報酬改定に向けた議論を進めている中、医療部会では、令和6年度診療報酬改定に係る答申書に付帯意見等で今後の課題等とされていた事項について、専門的な立場から調査や検討を行っていたが、このたび「入院・外来医療等の調査・評価分科会」における検討結果がまとまり報告されている(2~3面参照)。今回の特徴としては、分科会の報告は「診療報酬基本問題小委員会」の議論を経ることなく直接「総会」にすることになった。これにより、今後は「総会」において、その議論を深めることになる。

改定までのスケジュールは、現在実施している「医療経済実態調査」「薬価調査」等の結果が「総会」に報告されると、その結果を基に病院をはじめとする医療機関等の経営状況を把握して、年末



には、「令和8年度診療報酬改定の基本方針」について(基本認識、基本的視点、具体的方向性)の議論を進めていく上での、①基本認識、②基本的視点、③具体的な方向性について、

時評

当院は千葉県にある国立病院機構(以下機構)の精神科単科病院です。今回機会を頂きましたので、現在の機構精神科を紹介させていただきます。将来的に、精神科医療について考えたいと思います。

当院は、機構や全国自治体病院協議会などの公的精神科病院団体を中心に設立された日本公的病院精神科協会(以下公精協)が、全国公私病院連盟に加盟したことが縁で、機構病院で初めて入会させていただきました。機構とは、独立行政法人のなかの中期目標管理法人で、自取自弁で



連盟 常務理事 女屋 光基

我が国の公的精神科医療の現在地

ある一方、5年ごとに継続についての評価を受けています。

また、機構の病院のうち精神科中心の病院は1割弱を占めるにすぎませんが、国等の設置した精神科病院の位置付けで、精神保健福祉法の措置入院の受け入れ施設で、かつ医療観察法の指定入院医療機関です。今では機構精神科ベッドは全体の1%程度を占めるにすぎませんが、一方医療

観察法ベッドの過半数は、我々が指定されており、その中でも、都道府県に精神科病院を設置する義務があり、この点を取ってみても精神科分野の公的医療の必要性は明らかです。しかし、今や精神科医療も第8次医療計画にも加わり、さらに5疾病6事業の中の一つに指定され、統合失調症が過半を占めた時代から、発達障害や虐待児などの問題から、救急入院の数も県内多数である一方、刑事訴訟法と医療観察法に基

このような中、当院は県精神科救急の基幹病院として参加し、多数の措置入院患者を受け入れ、夜間の精神科救急入院の数も県内多数である一方、刑事訴訟法と医療観察法に基

令和8年度診療報酬改定の基本方針(基本認識、基本的視点、具体的方向性)

これまでの「診療報酬改定の基本方針」においては、①改定に当たっての基本認識に続いて、②改定の基本的視点と具体的な方向性を示している。令和8年度改定においても、これまでの基本方針の構成をベースとして、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえたものとしてはどうか。その際、改定に当たっての基本認識や各視点の具体的な検討の方向について、どのようなものが考えられるか。

① 改定に当たっての基本認識		
「基本認識」の例	考えうる記載	
【例】日本経済が新たなステージに移行しつつある中で物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の保険料負担の抑制努力の必要性を踏まえつつ、地域の医療提供体制を維持し、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う	【例】▼物価高騰・賃金上昇、人口の減少、支え手が減少する中での人材確保の必要性などの医療機関等を取り巻く環境の変化や、現役世代の保険料負担の抑制努力の必要性を踏まえつつ、地域の医療提供体制を維持し、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う	
【例】2040年頃を見据え、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築	【例】▼2040年頃に向けては、生産年齢人口は減少するものの、医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上人口は増加していくため、これに対応する医療提供体制の構築▼「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療提供体制の構築▼働き方改革による労働環境の改善、医療従事者の業務負担軽減の更なる推進	
【例】医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現	【例】▼医療技術の進歩や高度化を国民に還元するとともに、ドラッグ/デバイス・ラグ/ロスへの必要な対応を行うほか、医療現場における更なる医療DX・ICTの活用により、質の高い医療を実現する▼医療分野のイノベーションを推進し、創薬力・開発力を維持・強化	
【例】社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和	【例】▼「経済財政運営と改革の基本方針2025」等に沿った対応を行う	
② 改定の基本的視点と具体的方向性		
「基本的視点」の例と「具体的方向性」の例における記述は、前回の議論や中協での議論を参考に整理	「基本的視点」の例	「具体的方向性」の例
【例】物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応	【例】▼医療機関等が直面する食料料費等の各種費用の高騰を踏まえた対応▼賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組	【例】▼医療機関等が直面する食料料費等の各種費用の高騰を踏まえた対応▼賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
【例】2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進	【例】▼患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価▼「治し、支える医療」の実現▼かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価▼外来機能分化と連携▼医療資源の少ない地域への支援▼医師偏在対策の推進▼タスクシフト/シェア、チーム医療の推進	【例】▼患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価▼アウトカムにも着目した評価の推進▼重点的な対応が求められる分野への適切な評価(救急医療、小児医療、周産期医療等)▼口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進▼地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化▼イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等
【例】安心・安全で質の高い医療の実現	【例】▼医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価▼アウトカムにも着目した評価の推進▼重点的な対応が求められる分野への適切な評価(救急医療、小児医療、周産期医療等)▼口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進▼地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化▼イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等	【例】▼OTC類似薬等の薬剤供給の在り方の検討▼費用対効果評価制度の活用▼市場実勢価格を踏まえた適正な評価

いる鉛筆

明治維新により農工商の身分制度が廃止され、四民平等となり、一君万民制の中央集権体制の基礎ができた(誰が推進したかは別の機会に)▼幕末、幕府も旧来の幕藩体制では欧米列強に対応できないと、中央集権を旨とする動きがあり、その筆頭は三河以來的の名門旗本、小栗上野介(再来年の大河ドラマ主人公)である。彼は仏からの借款で横須賀製鉄所を建設して名を残しているが、さらに仏より返済計画困難な程の莫大な借款をして、陸海軍の格段の軍力増強を図り、薩摩や長州等藩から滅し、徳川家の大統領による中央集権国家を構想した(身分制度は不変)▼これを聞いた勝海舟は、日本を仏の属国か植民地にするつもりかと、老中に猛抗議した。この借款問題は仏の国内事情により立ち消えとなり、事なきを得た。小栗は、真面目優秀で、条約批准のため渡米もしており、決して国際情勢に疎かった訳ではないが、あまりにも徳川家旗本としての関係が長く、そのため徳川幕府がなくなっても良いとの判断ができなかった。その点、にわか旗本である勝は、徳川家より日本が大事と考えた▼重大な決断には、極めて大膽な視点の大切さを示唆している。

(K・Y)

入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果

10月1日開かれた中協「総合」に「入院・外来医療等の調査・評価分科会」における検討結果(とりまとめ)が報告された。同分科会の検討結果では、令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見等で今後の課題等とされていた事項について、専門的な立場から調査や検討を行って評価・分析した結果と、同分科会の意見が明記されている。今号では検討された各項目のうち、同分科会等での評価・分析に関する意見を紹介することとした。(全文は厚労省のHPを参照してください)

【1】急性期入院医療

【1-1】一般的な急性期機能

①小さな二次医療圏において、救急搬送の評価をどうするかという視点から、救急車の受入実態に応じた診療報酬上の評価を行うという点も重要な意見があった。

②人口や医療機関の規模を考えた際に、患者数だけでなく、地域におけるシエアも考えていくべきとの意見があった。その際、5疾病6事業等で二次医療圏とは違う圏域であることや、他県からの流入についても配慮すべきとの意見があった。

③急性期の機能として高度な手術等は待つことや他の地域で治療を受けることもできるが、救急医療に際してはできないので、特に救急医療を評価すべきではないかとの意見があった。

④人口20万人未満の二次医療圏を支える医療機関を評価する仕組みが重要との意見があった。

⑤急性期入院医療の標準化を進めるといってDPC制度の本来の目的や、地域で医療の機能を担っていることを正しく評価する観点から、急性期の一般病床はDPC制度に参画することが望ましいのではないかとの意見があった。

⑥夜間・深夜の受入割合は病院によってかなり差が大きいので、救急に際しては、24時間対応できているかどうかということも高く評価すべき項目ではないかとの意見があった。

⑦急性期一般入院料2は救急搬送が1000件未満に集中しているが、急性期一般入院料1でも1000件未満の病院が相当数ある。また、救急搬送や全身麻酔手術が多いほど出来高点数が高く、同じ入院料1のなかでも医療資源投入量に差があるとの意見があった。

⑧専門病院や子ども病院と一般の病院で少し状況が異なることには配慮する必要があるかもしれないが、医療機関の機能という観点から、入院料1を今までとおり一つのグループとして扱うべきではないのではないかとの意見があった。

⑨救急搬送件数が増加するほど、医療費用が増加し、医療利益や経常利益が悪化するため、抜本的な見直しや、こうした施設を維持するための評価が必要との意見があった。

⑩救急搬送件数が増加し、新たな地域医療構想では急性期拠点機能として明示されていないが、今後、地域医療を行うという観点から、この拠点での重要な要素ではないかとの意見があった。

⑪救急搬送件数が多い病院では、特定集中治療室・ハイケアユニットの医療資源投入量が多くなる傾向がある一方で、全身麻酔実施件数は、ハイケアユニットにおける医療資源投入量と逆比例している。全身麻酔実施件数が多い施設では、各手術において安定した治療・術後管理が行われているとの意見があった。

⑫急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

⑬急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

⑭急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

【2】高度急性期入院医療

【2-1】特定集中治療室等を有する病院

①集中治療室等の役割は、救急搬送された重症患者や術後患者の管理を担うことである。これらの役割を踏まえると、救急部門の設置や一定の救急患者受入件数、一定の全身麻酔手術の実施件数などの実績がある病院において、治療室が必要となるのではないかとの意見があった。

②救急搬送件数が多い病院では、特定集中治療室・ハイケアユニットの医療資源投入量が多くなる傾向がある一方で、全身麻酔実施件数は、ハイケアユニットにおける医療資源投入量と逆比例している。全身麻酔実施件数が多い施設では、各手術において安定した治療・術後管理が行われているとの意見があった。

③急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

④急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

⑤急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

⑥急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

【3】DPC/PDPS

【3-1】機能評価係数

①DPC/PDPS等作業グループにおいて、複雑性係数の評価方法について検討するに当たっては、複雑性係数が、何を評価するものであるか、明らかにする必要はあるのではないかとの意見があった。

②今後、救急医師の確保が一層困難となることが見込まれる状況が踏まえると、特定集中治療室の医師配置要件は緩和する方向での検討が必要ではないかとの意見があった。

③急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

④急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

⑤急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

⑥急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

⑦急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

⑧急性期入院医療は、急性期充実体制加算は、施設基準として共通する部分が多く、実績要件の充足状況については、総合入院体制加算1と急性期充実体制加算2と急性期充実体制加算3が似ている。また、総合入院体制

2面からつづく

②具体的には、DPC算定を行う場合は、入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品は、院内で処方されるのが原則であることやDPC算定を行う場合の入院料の中には、一般的に入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品の薬剤料が含まれていることについて、患者への説明を求めるべきではないかとの意見があった。

③また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

④また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

⑤また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

⑥また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

⑦また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

⑧また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

⑨また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

⑩また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

⑪また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

⑫また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

【4】包括的な機能を担う入院医療

【4-1】地域包括医療病棟入院料

①多疾患を有する救急患者は、搬送時点で急性期病棟と地域包括医療病棟のいずれが適しているか判断が難しいとの意見があった。

②急性期病棟と地域包括医療病棟の双方を有している場合に、患者像は大きな違いはなく、どのような患者を地域包括医療病棟でみてくのか、高齢者において頻度の高い疾患をどうした病棟でみるかということも考えられるのではないかとこの意見があった。

③手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標榜がある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいためではないかとの指摘があった。

④手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標榜がある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいためではないかとの指摘があった。

⑤手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標榜がある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいためではないかとの指摘があった。

⑥手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標榜がある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいためではないかとの指摘があった。

⑦手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標榜がある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいためではないかとの指摘があった。

⑧手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標榜がある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいためではないかとの指摘があった。

⑨手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標榜がある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいためではないかとの指摘があった。

⑩手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標榜がある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいためではないかとの指摘があった。

⑪手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標榜がある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいためではないかとの指摘があった。

【4-2】地域包括ケア病棟入院料

①地域包括ケア病棟の患者数上位2疾患が白内障や大腸ポリープであることについては、病棟の役割をふまえてどのように評価するかといった観点で検討が必要ではないかとの意見があった。

②新たな地域医療構想のとりまとめが行われたが、まだ医療法は審議中、かつガイドラインの議論は始まっていないため、診療報酬のみで先に議論を進めたいという慎重な意見があった。

③地域包括ケア病棟の3つの機能について、病院単位で救急受入等を評価すると、結局ほとんど急性期の病棟に入院している場合があるため、形だけの救急告示ではなく、実際に果たしている後方支援機能等を評価する仕組みが必要ではないか、との意見があった。

④緊急入院等を多く受け入れている地域包括ケア病棟は一定の評価を検討すべきではないかとの意見があった。

⑤後方支援の加算について、病棟の役割という観点では何割程度を實際に包括期の病棟で受け入れていくかを指標とする考え方もあるのではないかとこの意見があった。

⑥介護施設からの入院を多く受け入れている地域包括医療病棟があり、その役割に照らせば加算等の評価対象としてもよいことを検討しようとの意見があった。

⑦後方支援機能は地域の拠点を担う上で重要と考えるが、指標として検討された加算の現行の施設基準では、200床や400床といった病床規模の制限が設けられていない。地域の医療資源を有効に活用できるように、柔軟に見直しを検討してもよいのではないかとこの意見があった。

⑧「80歳以上」や「認知機能が低い」患者と患者全体とでFIM利得に大きな差はなく、FIMが改善しないから受け入れていないかというところではないことから、実績指数の計算対象から除外する必要は乏しいのではないかとこの意見があった。

⑨自宅復帰を目指す上で、FIM下位項目の得点が2点から3点に上がるのと、5点から6点に上がるのでは意味が異なる可能性があるため、FIM利得には現れない効果を見落とさないよう、評価を検討すべきではないかとの意見があった。

⑩重症患者と実績指数の除外基準両方に該当する患者が増えていることが理解するが、重複しないようにすると、重症な

薬剤の差があることや、除外薬剤そのものの考え方について改めて検討する必要があるのではないかとこの意見があった。

【5】回復期リハビリテーション病棟入院料

①回復期リハビリテーション病棟において、心大血管リハビリテーションの算定回数が少ないことについて、心大血管リハビリテーションを届け出ている施設が少ないため、分析を深めてはどうかとの意見があった。

②令和6年度改定後も運動器リハビリテーション料について6単位を超えて実施している患者が相当数いるが、単位数が増えなくてもFIM利得がほとんど変わっていないため、6単位を超えるリハビリを実施できる対象に拡大してはどうかとの意見があった。

③廃用症候群リハビリテーション料について、7単位以上でFIM利得が小さくなる傾向が認められたことや、かなり多くの廃用症候群リハビリテーションを実施している施設があることを踏まえると、疾患別リハビリテーション料の算定上限単位数の在り方について検討する必要があるのではないかとこの意見があった。

④令和6年度改定後も運動器リハビリテーション料について6単位を超えて実施している患者が相当数いるが、単位数が増えなくてもFIM利得がほとんど変わっていないため、6単位を超えるリハビリを実施できる対象に拡大してはどうかとの意見があった。

⑤廃用症候群リハビリテーション料について、7単位以上でFIM利得が小さくなる傾向が認められたことや、かなり多くの廃用症候群リハビリテーションを実施している施設があることを踏まえると、疾患別リハビリテーション料の算定上限単位数の在り方について検討する必要があるのではないかとこの意見があった。

⑥高次脳機能障害について、特に就労支援に関しては、かかりつけ医等との密な連携に対してより評価をすべきではないかとの意見があった。

⑦退院前訪問指導は回復期リハビリテーション病棟における実施割合は3〜5%ほどであるが、多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合った評価があれば、より実施されるのではないかとこの意見があった。

⑧退院前訪問指導は回復期リハビリテーション病棟における実施割合は3〜5%ほどであるが、多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合った評価があれば、より実施されるのではないかとこの意見があった。

⑨退院前訪問指導は回復期リハビリテーション病棟における実施割合は3〜5%ほどであるが、多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合った評価があれば、より実施されるのではないかとこの意見があった。

⑩退院前訪問指導は回復期リハビリテーション病棟における実施割合は3〜5%ほどであるが、多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合った評価があれば、より実施されるのではないかとこの意見があった。

⑪退院前訪問指導は回復期リハビリテーション病棟における実施割合は3〜5%ほどであるが、多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合った評価があれば、より実施されるのではないかとこの意見があった。

【5-1】実績指数

①ほぼ全ての患者が実績指数の計算除外基準に該当している施設もあり、現行の基準で病棟の機能を正しく評価されているのか疑問であるため、除外基準を見直すべきではないかとの意見があった。

②「80歳以上」や「認知機能が低い」患者と患者全体とでFIM利得に大きな差はなく、FIMが改善しないから受け入れていないかというところではないことから、実績指数の計算対象から除外する必要は乏しいのではないかとこの意見があった。

③自宅復帰を目指す上で、FIM下位項目の得点が2点から3点に上がるのと、5点から6点に上がるのでは意味が異なる可能性があるため、FIM利得には現れない効果を見落とさないよう、評価を検討すべきではないかとの意見があった。

④重症患者と実績指数の除外基準両方に該当する患者が増えていることが理解するが、重複しないようにすると、重症な

薬剤の差があることや、除外薬剤そのものの考え方について改めて検討する必要があるのではないかとこの意見があった。

⑤回復期リハビリテーション病棟において、心大血管リハビリテーションの算定回数が少ないことについて、心大血管リハビリテーションを届け出ている施設が少ないため、分析を深めてはどうかとの意見があった。

⑥令和6年度改定後も運動器リハビリテーション料について6単位を超えて実施している患者が相当数いるが、単位数が増えなくてもFIM利得がほとんど変わっていないため、6単位を超えるリハビリを実施できる対象に拡大してはどうかとの意見があった。

⑦廃用症候群リハビリテーション料について、7単位以上でFIM利得が小さくなる傾向が認められたことや、かなり多くの廃用症候群リハビリテーションを実施している施設があることを踏まえると、疾患別リハビリテーション料の算定上限単位数の在り方について検討する必要があるのではないかとこの意見があった。

⑧高次脳機能障害について、特に就労支援に関しては、かかりつけ医等との密な連携に対してより評価をすべきではないかとの意見があった。

⑨退院前訪問指導は回復期リハビリテーション病棟における実施割合は3〜5%ほどであるが、多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合った評価があれば、より実施されるのではないかとこの意見があった。

第36回「看護管理セミナー」のお知らせ

- 期 日 : 令和7年 11月20日(木)
- 会 場 : 「食品衛生センター」(東京都台東区寿4-15-7)
- 参加費 : 会員病院(1名につき) 16,500円(税込)
: 会員外(1名につき) 19,800円(税込)
- 講演テーマと講師 :

10:00~11:30	「看護の将来ビジョン2040」 講師 秋山智弥氏 (公益社団法人日本看護協会 会長)
昼食休憩 (11:30~12:30)	
12:30~13:30	「現場から街へ、街から未来へ ~看護管理者が拓く地域創生への挑戦~」 講師 三宅友美氏 (洛和会ヘルスケアシステム洛和会本部 総看護部長)
13:45~14:45	「レジリエントでサステナブルな看護部をつくる」 講師 宮崎 隆氏 (地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 副院長・看護部長)
15:00~16:00	「変革を導く看護管理者の力~つなぐ・かえる・ささえる~」 講師 村岡修子氏 (NTT 東日本関東病院 品質保証室 室長, NTT 東日本 総務人事部医療セクタ医療推進部門担当部長)

◆ 参加の申込方法や注意事項などは、全国公私病院連盟のホームページ <https://www.byo-ren.com/> をご覧ください。



会場のもよう

全国公私病院連盟は10月2日(木)に日本教育会館二ツ橋ホール(東京都千代田区)において

今年のテーマは

「人生100年を生き抜こう!!」

全国公私病院連盟

「国民の健康会議」を開催

10月2日、日本教育会館で

「国民の健康会議」を開催しました。迎えて35回目となる今回は「人生100年を生き抜こう!!」をテーマに、各界の第一人者をお招きしてお話を伺いました。

第1部では、渡邊吉志郎先生(横浜市立市民病院・名誉院長)の司会により、大江隆史先生(NTT東日本関東病院・院長)による「ロコモティブシンドローム防止」について、深田拓司先生(一般社団法人大阪府歯科医師会・会長)による「口腔フレイル防止」について、繁田雅弘先生(一般社団法人日本認知症ケア学会・理事長)による「認知症防止」について、巴ひかる先生(石心会さやま総合クリニック・顧問)による「尿失禁防止(女性を中心に)」についてお話を伺いました。

第2部では、中嶋昭先生(日産厚生会玉川病院・名誉院長)の司会により、川嶋みどり先生(日本赤十字看護大学・名誉教授)と行天良雄先生(医学評論家)の対談を行いました。

当日の様子は、公私病連ニュースの令和8年1月号に掲載予定です。

当日のスケジュール

Table with 4 rows of event schedule: 1:00~1:05 (開会), 1:05~3:00 (第1部 各界からの報告), 3:00~3:10 (休憩), 3:10~4:50 (第2部 対談), 4:50~5:00 (閉会).



繁田先生



深田先生



大江先生



行天先生



川嶋先生



巴先生



中嶋顧問



渡邊特別参与



中村副会長

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2024年11月1日～2025年11月1日 ※いつからでも中途加入が可能です。

〈お問合せ先〉

Table with 2 columns: 取扱代理店 (株式会社 公私病連共済会) and 引受保険会社 (損害保険ジャパン 株式会社).

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。



SJ24-05793 2024/08/07

第33回「医療事故防止セミナー」のお知らせ

●テーマ 病院経営に効く医療安全 エンゲージメントがパフォーマンスを変える

全国公私病院連盟では「医療事故防止セミナー」を開催します。この機会に皆様のご参加をお待ちしております。

- 1. 期 日 : 令和7年11月27日(木)
2. 会 場 : 「食品衛生センター」(東京都台東区寿4-15-7)
3. 参加費 : 会員病院(1名につき)13,200円(税込) / 会員外(1名につき)15,400円(税込)
4. 講演テーマと講師 :

Table with 2 columns: Time slot and Speaker/Topic. Includes sessions for 10:10-11:20, 12:20-13:30, 13:40-14:50, and 15:00-16:10.

◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細は、ホームページ https://www.byo-ren.com/ をご覧ください。【TEL】03-6284-7180



こちらからお申込みいただけます。