

医師偏在対策の推進を

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」「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、地域の実情に応じて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」 Ⅱ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」 Ⅱ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」 Ⅱ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に、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」 Ⅱ上記の機能にあてはまらないが、集中的なりハビリテーション、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地域ニーズに応じた診療を行う。

「医療及び広域診療機能」 Ⅱ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な

連携を行う。

◆ ◆

同検討会は「医師偏在対策に関する取りまとめ」も行った。医師確保計画に基づく取組の更なる実効性を確保するためには国によるサポートを行いながら都道府県の地域の実情に応じた医師偏在対策を促進する必要がある。特に早急に医師確保を要する地域について、必要な医師が確保できず人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域など、へき地であっても人口規模

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。

国民医療の 確保のために 病院診療報酬の 引き上げを

年頭所感

2025年(令和7年)乙巳(きのとみ)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す。本当なら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、なかなかそう上手くは問屋(厚生労働省、その後ろ盾財務省)が卸してくれませ



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

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に加わりました。私は中医協委員の時、米国の外科医に青本の手術の部分を見せたら、

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が、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、薬、診療材料を多く必

ただで足が出る改定だったと思っています。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

消費もつ無理と判断し、地方の知事など首長さん達の声を後盾にした英断でした。文科省はやるなあと久し振りに留飲を下げました。この改定の中の小さな項目では医療資源の少ない所への配慮が少な

居らず奨学金などでずっと雇用。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

職種が頑張っても加算は消滅。働き手が少なくなる中でオールオア

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

吉田松陰は、刑死前日に「留魂録」を一通書き終え、一通を牢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う「留魂録」を手せず。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と。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礼を渡し、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、瞑すべし。(K・Y)

診療報酬を

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うございます。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・ベース調となり、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

のベ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ベ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く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。

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「宿直許可」申請で対応しました。が根本的な解決にはなつていません。長時間労働

の常態化に歯止めがかかり、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に先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の先にチームプレーが生まれます」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)

病院経営改善とより良い

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



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、その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。

医療従事者の配置に基

づく診療報酬加算制度は、医療の質の向上や患者へのきめ細やかなケアを目指して導入されたものですが、これに伴い業務内容が複雑化し、医療従事者の負担が増大しています。診療報酬の算定方法を見直し、医療従事者の負担軽減と医療の質向上を両立させるために制度を改革することは喫緊の課題なので決議文に盛り込み、政府への強い要望として提出しました。

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



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

民格差の是正なしには成り立たないのではないのか。公的病院には地域医療の達成を図るために都道府県知事が行使できる権限が課せられ、その見返りとして税制面等での医療法人と比べ優遇されている。

加えて公立病院においては、一般会計から多額の繰入金が入っている。したがって、セーフティネットや不採算部門は公的、公立病院が担わなくてはならないが、地域ごとに様々な割合で公民が混在する中、公民同じ土俵で対等にそれぞれの病院ができることを協力し合つには、残酷な格差を是正する必要があると思う。

また、医療者の多くは、いまだに公立・公的重視、高次病院・専門診療が上位という感覚が強く、大病院や大都市志向も根強い。必要な現場に、必要な人材が回っていきづらい。今後の需要を考えれば、頻度の高い高齢者救急の受け皿の増加が必須で、ジェネラリストの養成や待遇改善が必要であろう。「新たな地域医療構想」の実現のために公民を問わず、必要に応じた公平な資金投入がなされることを期待している。

本年が会員の皆様にとって素晴らしい年となる事を祈念しております。

(神奈川県済生会横浜市東部病院・院長)

2025年を迎えて

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、その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。

医療従事者の配置に基

づく診療報酬加算制度は、医療の質の向上や患者へのきめ細やかなケアを目指して導入されたものですが、これに伴い業務内容が複雑化し、医療従事者の負担が増大しています。診療報酬の算定方法を見直し、医療従事者の負担軽減と医療の質向上を両立させるために制度を改革することは喫緊の課題なので決議文に盛り込み、政府への強い要望として提出しました。

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)

医療従事者の配置に基

づく診療報酬加算制度は、医療の質の向上や患者へのきめ細やかなケアを目指して導入されたものですが、これに伴い業務内容が複雑化し、医療従事者の負担が増大しています。診療報酬の算定方法を見直し、医療従事者の負担軽減と医療の質向上を両立させるために制度を改革することは喫緊の課題なので決議文に盛り込み、政府への強い要望として提出しました。

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)

令和7年 新春 元旦

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



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。

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

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。

医療機関における人材確保や経営の安定化は依然として大きな課題です。特に、地域における医師の偏在解消に向けた総合的な対策が求められています。

このような変革の時代において、JA厚生連は地域に根ざした医療・介護サービスの提供者として、より一層の役割を果たしていく必要があります。

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。昨年の元旦には能登半島地震が起こり、石川県民、特に能登の住民はともつらい目にあいま

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ります。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

精神科病院の構造改革は待ったなしです。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っても過言ではなく、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。またへビ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）

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。「あんなに時間たっぷりあったのに…」と想つこの頃です。

昨年、1月1日能登半島地震で始まりました。本震の震度7、地表面での最大加速度2.828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

監視システムであるモニタリングポストが機能せずなど、かなり危険な状態であったという認識は皆さん無いのでは。11月28日連盟主催「医療事故セミナー」での石川県立中央病院岡田俊英院長のご講演で私は初めて知りました。冒頭、ご自宅電話が鳴って頭に走ったのは「ああ、原発が…」とのお話でした。

「県内唯一の基幹災害&原子力災害拠点病院」との事で、なるほどです。その後の獅子奮迅は「存じの通り。岡山県に原発は無く、また災害が少ないという

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。対策室を肝に銘じ、県協会一丸で備えたいところです。

財務省や経済財政諮問委員会会の押し波も大規模災害級ですが、国民は知らない。

（社会医療法人創和会しげい病院・理事長）

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



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。2024年度はそれ以上

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

立しているとの認識で、

借り入れの際には個々の

施設が銀行から借り入れ

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。

私が目をつけているの

はRPA・AIといった

IT技術の利用である。

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、それが負担になっている。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。私が目をつけているのはRPA・AIといったIT技術の利用である。

一般社団法人 全国公的病院連盟 加盟8団体	
公的病院連盟 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

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1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(日本メディカル給食協会・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2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邊見公雄会長を交えた総合討論を行いました。今号では当日の模様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



【渡邊】 第一部の司会を務めます渡邊です。第1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

ど3つのクリニックを統括されています。よろしくお願いします。

【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ないですが、町内にタイハツの滋



司会・渡邊氏

賀工場があつて独身寮があるので見かけ上は低いんです。それがなければ40%を超えていると思います。近江牛の故郷で人口が1万人なのに肉牛は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、『あえんぼクリニック』とい

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ていた先生が引退されたので引き継いだ『どうこんクリニック』、こ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。県医師会の理事になりまして県の地域医療対策協議会に参加するようになりまし。最初の会合の時に「厚労省から、各科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、滋賀県にはそういう基礎データがないから出せない。3年後に先送りする」と。それはないやろ」と思いました。私がつくつてみました。滋賀県内の内科系・小児科系診療所と病院をグループマップでプロットしたんです。約800カ所ありました。青色は内科系診療所、黄色は小児科系診療所、緑色は病

院という具合に。更に65歳未満の方が勤務している診療所だけピックアップしました。そうすると一目瞭然です。ここに琵琶湖大橋がありますが、それよりも下側(京都市に近い方)に点が集中しています。上の方(福井県に近い方)はスカスカ。この辺に私の実家が

あつ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、実際にこうして絵で見るとよくわかつていただけると思います。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年以上となつていきます。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療はできません。ですから医学部生のうち

は毎年7千人ぐらいやっています。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に集まっています。コロナの時には発熱外来が集中して、1年間で3千3百人ぐらいのコロナ陽性の患者さんを診ました。在宅患者さんに関しては年間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率がわかるのですが、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。

【雨森】 町内で亡くなるのが年120人ぐらい

【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、

【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、

【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、

【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、

【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、

【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、

【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、

【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し、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

【田村】 次の講師は田村隆さんです。日本メディ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。病院の食事がどのように提供されるか、どういった状況なのか教えていただきます。

【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し、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

【田村】 次の講師は田村隆さんです。日本メディ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。病院の食事がどのように提供されるか、どういった状況なのか教えていただきます。

【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し、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

【田村】 次の講師は田村隆さんです。日本メディ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。病院の食事がどのように提供されるか、どういった状況なのか教えていただきます。

【田村】 次の講師は田村隆さんです。日本メディ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。病院の食事がどのように提供されるか、どういった状況なのか教えていただきます。



田村隆氏

日本メディカル給食協会・副会長
淀川食品株式会社・代表取締役社長

【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し、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

【田村】 次の講師は田村隆さんです。日本メディ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。病院の食事がどのように提供されるか、どういった状況なのか教えていただきます。

【田村】 次の講師は田村隆さんです。日本メディ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。病院の食事がどのように提供されるか、どういった状況なのか教えていただきます。



病院の給食部門の収支

第34回「国民の

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。

病院の給食部門の収支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。

人材の確保も困難になっています。ここ30年間で調理師免許を取る人の数が約半分に減少しています。私は大阪に住んでいるんですけども、来年は万博が開催されるし、近い将来、統合型リゾート(IR)が開業したら一体どうなるかと…。

当社の状況になります。この6年間で70歳以上の従業員が占める割合が約2倍になりました。どの産業でも高齢化が進んでいます。人間は年齢とともに様々な機能が低下するのは当然ですが、これまで2人でできていた作業が3人必要になる、4人がかりでなければできないという事例が社内各部署で散見されています。

メデイカル給食業界特有の課題では、管理栄養士・栄養士が必要なのですが、令和7年に卒業する予定の大学生の就職意

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。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ていくと考えますが、厨房の人員が不足しても手間がかから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ことが不可欠ですが、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



## 梶原伸介氏

宇和島市病院事業管理者

【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】梶原先生とは、遠見先生がこんなに偉くなる前からの長い付き合い合いです。今回、東京に来て「苦悩する医療界」をテーマに話をしたら話そうかと考えたのですが、宇和島を一通り紹介して、それから当院のこと

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。これが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。そのためにも今後がんばっていきたいと思います。

【渡邊】積極的に外国の方に入っていただくという傾向はありますか。

【田村】「ごさいます。センターをお持ちの給食会社は、かなりたくさん海外技能実習生とか特定技能者を雇用されてい

て、今は358床で運営している。入院単価を上げるように努力しているけれども今後の運営がどうなるかは1年間様子をみないとわからないので、今大変な苦勞をしているところです。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

て、今は358床で運営している。入院単価を上げるように努力しているけれども今後の運営がどうなるかは1年間様子をみないとわからないので、今大変な苦勞をしているところです。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【渡邊】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。

【梶原】ありがとうございます。梶原先生のところで、医師の不足問題はありますか。



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つたとな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、食品卸とかいろん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。 ※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た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。日本は原薬を海外からの輸入に頼っていますので、海外で火事が起きたり事故や紛争があつたりすると日本に原薬が入ってきません。もう一つは「ジェネリック医薬品」の製造・品質管理の問題です。小林化工という企業が製造販売していた抗真菌剤に睡眠誘導剤が混入するという事案が発生しました。この問題に端を発して他社の製造管理や品質管理を調べたところ約14社が業務停止だつたり業務改善命令を受けるところになりました。とくに販売シェアの大きい企業の薬が出荷調整・制限されると、ドミノ式に他社の薬にも影響が出てしまつて、今の状態を助長しています。

なぜそういう製造が行われてしまつたかに触れたいと思いますが、国の方針が絡むところもあります。薬価が安いと医療費の抑制になるので、『後発医薬品』の使用率を令和5年度末までに全ての都道府県で80%以上にするという目標が掲げられ、結果として何とか達成しています。ただし「品質及び安定供給の信頼性の確保を柱に」の柱が折れてしまひました。『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。

この供給不足問題が2年近く継続している理由ですけれども、一つには『ジェネリック医薬品』の低価格があります。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ひました。また「多品目・少量生産」という問題もあります。効率化のため一つのラインで3〜5品目をつくつたりしますので、非常に複雑になっています。

最後に卸の話を少しさせていただくと、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お薬をお届けできるように努力しています。



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

【行天】 後半のディスカッションに入らせていただきます。前半では各界からの専門的なお話、現場の状況をご紹介いただきました。初めて聞いたという方もいれば、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、いつぐらいと考えておられますか。 【桃林】 劇的な解決方法はないので少しずつ積み上げていくしかないと思つたんです。あと数年はかかると思います。 【渡邊】 ありがとうございます。第一部はこれで終了し、第2部に引き継いでいただきたいと思ひます。

「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まして、その隣町に三池郡高田町というところがあつて、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。病院は当然の代から来年で80年になるのですが地域の医療に關わつてきました。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、何を考へて会長をしていたかと言うと、いわゆる医療というものは国民に開かれていないといけない。そして、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。

日医というのは基本的に医師の専門職能団体ですが、行天先生がおっしゃつたように、農協や経団連と匹敵する圧力団体である当時の教科書にも書かれていたぐらいなので、そういう認識を変えていこうと思ひました。日医というのは国民の健康と幸せを守るための組織なんですと…。

世界的に見ても、日本の医療は素晴らしいんです。どこが素晴らしいか

と云つと、病氣をした時に、自分の支払える範囲の中で最高の医療が受けられる。病氣をした時はみんなで助け合つ気持ち

が国民に定着している。それが社会の安定性をもたらしていると思ひます。ですから、我が国の公的医療保険による国民皆保険は、しっかり守らなければいけません。しかしながら、先ほど「報告をしていたいた

ように、医療現場にお金がない、人がいない、薬がない、という問題に直面しています。日医は、そういう問題と向き合つて国民の健康を守るために活動している組織だといつことをご理解いただければと思います。

【行天】 ありがとうございます。山口さんは「自身も病氣を経験されていて、医療を提供する側と患者側がお互いにその立場を認め合い、よりよい關係をつくる活動をなさつています。その活動というのも、俗な言葉で言う「いちゃもんをつける」ではなく「つなぐ」といふことです。その辺りのお考えを含めて、聞かせたいだきたいと思ひます。

【山口】 ご紹介ありがとうございます。COML(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

れからの日本の医療に廣めていくと記者会見まで開いて発表しました。逆に言いますと、今までは説明されていなかった、患者には情報が閉ざされていた。

私は、コムルがスタートした年、同じ月、あと2カ月で25歳という時に卵巣がんになりました。それが私が医療と出会うきっかけです。当時は、がん患者にがん伝えるのはタブーでした。自分の情報を教えてもらうことが苦慮するような時代でしたので、薬にしても、病院の薬剤部の中に薬の名前を切り取る係がいたと聞いています。ですから、私たち患者が薬を手にした時には、どんな種類の何という名前の薬なのか全くわからないようになっていました。

つべこべ言わずに飲めという非常に乱暴な時代でした。医療のように専門性の高いことの説明を患者が受けたつて理解できない、全ても患者さんにお任せするしかない、受け身で甘んじるしかない、と諦めている方が大半で、そこで、本当にそれでいいんですかと疑問を投げかけたのが原点で、私たちもしっかりと自立をして、主役になつて医療に参加できるように賢い患者になりましよう、そう呼びかけて活動がスタートしています。

この34年間貫いてきた信念は、患者と医療者は決して対立する立場ではないということです。本

来二人三脚で同じ目標に向かつて歩んでいく、前に進む。対立していたのでは前に進めないの、私たちは協働する医療を目指しました。この30数年で患者を取り巻く環境は大きく変化して、医師を初めとする医療者の皆さんが、本当に時間をかけて丁寧に詳しく、嘘偽りなく説明してくださるようになりました。35年前にはこうやって医療界の方の間に挟まつてお話をさせていただく機会はほとんどありませんでしたが、今は厚労省を初めとする様々な会議に患者の立場で参画をさせていただいています。

医療側あるいは行政、産業界、患者、それぞれ立場が違つて当然です。その立場を超えて同じものを目指していこう、そういう協働の議論をする場が少しずつできています。今後は、一般の医療を受診している患者さんや医療現場の人たちにも、これが一般的だと言えるような時代になることを目指していきたいと思います。

さて、日本の医療保険制度ですが、先進国の中でも先駆けて昭和36年に始まつた国民皆保険は、非常にありがたい制度で、この先も維持していただきたいと思ひています。その一方で、ここ10数年前と言つていいでしょうか、私自

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~


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

いないので教育自体を変えなきゃいけない。それに付随する法律も変えなきゃいけない。国民の意識も一から変えていかなきゃいけない。それはあまり現実的じゃないと思います。

今、大きな病院、例えば200床以上の病院や地域医療支援病院に紹介状なしで受診すると、7000円の特別料金を支払うことになっていま

【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5類にな

つてうやむやになっ

に、診療所の先生は高齢の方が多いです。あの時は、志村けんさんとか、いっぱい有名人が亡くなりましたし、気持ち

【山口】 コムルでは、様々な電話相談をこれまで7万件ほど受けていま

【行天】 細かい色々な問題がたくさんありますけれども、例えば、軽傷者が救急車を利用した場

【行天】 細かい色々な問題がたくさんありますけれども、例えば、軽傷者が救急車を利用した場

【行天】 細かい色々な問題がたくさんありますけれども、例えば、軽傷者が救急車を利用した場

教育は無駄になります。死に金になります。あなたの技術をしっかりとレセプトに書かないとあきま

【山口】 コムルでは、様々な電話相談をこれまで7万件ほど受けていま

【行天】 細かい色々な問題がたくさんありますけれども、例えば、軽傷者が救急車を利用した場

【行天】 細かい色々な問題がたくさんありますけれども、例えば、軽傷者が救急車を利用した場

【行天】 細かい色々な問題がたくさんありますけれども、例えば、軽傷者が救急車を利用した場

に、家庭医、総合診療専門医というお墨つきをも

【山口】 コムルでは、様々な電話相談をこれまで7万件ほど受けていま

【行天】 細かい色々な問題がたくさんありますけれども、例えば、軽傷者が救急車を利用した場

【行天】 細かい色々な問題がたくさんありますけれども、例えば、軽傷者が救急車を利用した場

【行天】 細かい色々な問題がたくさんありますけれども、例えば、軽傷者が救急車を利用した場

後の希望です。

【行天】 本当にお体に気をつけて、頑張ってくださいたいと思います。

【山口】 専門医制度のこと、プラスに感じないんですけど、19番目の基礎領域として総合診療専門医がで

【行天】 雨森先生のことでは、ものすごく一生懸命やっています。実績も出ていて、それでNHKも番組として取り上げた訳です。すばらしい地域医療をなさ

【雨森】 先ほど山口さんが、専門医制度ができてもプラスがなかったと言われたんですけど、総合診療専門医とい

ムのあり方について、いろんな団体間の綱引きが始まってしまいました。

【山口】 専門医制度のこと、プラスに感じないんですけど、19番目の基礎領域として総合診療専門医がで

【行天】 雨森先生のことでは、ものすごく一生懸命やっています。実績も出ていて、それでNHKも番組として取り上げた訳です。すばらしい地域医療をなさ

【雨森】 先ほど山口さんが、専門医制度ができてもプラスがなかったと言われたんですけど、総合診療専門医とい

意見にはなれなかったということなんです。

【雨森】 ロールモデルがいけないというような話を聞かれましたら、うちに来てもらったらい

【行天】 どうもありがとうございます。ご紹介いただきたいところですが、そろそろ時間のよう

【雨森】 先ほど山口さんが、専門医制度ができてもプラスがなかったと言われたんですけど、総合診療専門医とい

をお願いして、閉めていただきます。よろしくお願いします。

【中嶋】 行天先生の司会によるすば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

【行天】 どうもありがとうございます。ご紹介いただきたいところですが、そろそろ時間のよう

【雨森】 先ほど山口さんが、専門医制度ができてもプラスがなかったと言われたんですけど、総合診療専門医とい



【中嶋】 行天先生の司会によるすば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

【行天】 どうもありがとうございます。ご紹介いただきたいところですが、そろそろ時間のよう

【雨森】 先ほど山口さんが、専門医制度ができてもプラスがなかったと言われたんですけど、総合診療専門医とい

コロナ以降の受診抑制もあいまって、本日のテーマ「人なし、金なし」と

【中嶋】 行天先生の司会によるすば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

【行天】 どうもありがとうございます。ご紹介いただきたいところですが、そろそろ時間のよう

【雨森】 先ほど山口さんが、専門医制度ができてもプラスがなかったと言われたんですけど、総合診療専門医とい

## 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

★ 保険の詳しい内容は、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



# 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。

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医療及び広域診療機能)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

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・地域定着支援、②派遣

改組する。「オンライン診療の推進」については、オンライン診療の法定化・基準の明示、オンライン診療受診施設設置者における届出を行う。

「医師偏在対策」については、医師確保計画の実効性を確保。具体的には「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定と「医師偏在是正プラン(仮称)」の策定を行い、地域の医療機関の支え合いの仕組みとして、医師少数区域での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関を公的医療機関へ拡大する。

また、外来医師過多数区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等

### 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年とその先への撤退戦シナリオである。



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、社会保障国民会議は、負担と給付

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

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ともに、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。

1. 基本的な考え方  
▼将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築することが求められている。

▼人口は、全国的に生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。

▼医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の

救急搬送は増加し、在宅医療の需要も増加することが見込まれる。

▼地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

▼こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

▼歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者に対する

2面へつづく

### 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ールになっているし、診断・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の原点といっても過言ではなく、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る。電子カルテシステムは現在日本では45社のベンダーが各病院に高価格で売られている。ソフ

フトの関係で56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1015億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、厚労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。



1面からつづく

~~~~~  
についても、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かつ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、必要な見直しを行っていくべきである。

2. 具体的な改革の内容

(1) 新たな地域医療構想について

▼本学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た、「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

▼本学会における審議

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た、「医師偏在対策に関するとりまとめ」(別添2、2ページ下)の通りとする。

(3) 医療DXの推進について

①電子カルテ情報共有サービス

▼少子高齢化・人口減少が進展し、医療・介護の担い手確保が厳しくなる中で、より質が高く安全な医療を効率的に提供していくために、医療機関・薬局等で電子的な情報共有が不可欠である。そのため、必要な電子カルテ情報を医療機関・薬局等で共有する電子カルテ情報共有サービス(以下「共有サービス」)

を法律に位置づけ、令和7年度(2025年度)中に本格稼働を行うべきである。

▼具体的には、

(i) 医療機関等が電子カルテ情報(3文書6情報)を社会保険診療報酬支払基金等に対して電子的に提供することができ

る旨を法律に位置づけ

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情報を提供する都度の患者の同意取得を不要とする。他の医療機関等が、登録された3文書6情報を閲覧する際には患者の同意を必要とする。

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。(iv) 次の感染症危機に備えた対応として、医師等が感染症の発生届等を共有サービスを經由して感染症サーベイランスシステムに届け出ることができるようになるとともに、感染症対策上必要なのは、厚生労働大臣から社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」)等に対して必要な電子カルテ情報等の提供を求めることができることとする。

▼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等の運用費用を、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システムの標準化対応の改修を行うとともに、未導入の医療機関においては標準型

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(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告(医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(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、専門等機能)、広域な観点(医療及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保(実態に合わない報告見直しの求め)

② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

- ・必要病床数を越えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化(目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

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等の運用費用を、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システムの標準化対応の改修を行うとともに、未導入の医療機関においては標準型

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。

②マイナンバーカード

を活用した医療費助成の効率化(公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認)について

▼現状において患者が公費負担医療又は地方単独医療費助成(以下「医療費助成」)を受給するためには、マイナ保険証に加えて、医療費助成に係る紙の受給者証を医療機関・薬局に提示することが必要である。その結果、患者にとっては紙の受給者証を持参する手間が生じるとともに、医療機関・薬局にとっては正確な資格確認が行えないために、資格過誤請求が生じやすいなどの課題が発生している。

▼このため、マイナ保険証1枚で医療費助成のオンライン資格確認を実施できるようにすることで、患者にとっては紙の受給者証を持参する手間を軽減できるとともに、正確な資格確認による資格過誤請求の減少を通じて、自治体や医療機関・薬局の医療費の支払・請求に係る事務負担を軽減できるようになるなど、患者、自治体及び医療機関・薬局において様々なメリットが生じることになる。

▼医療費助成のオンライン資格確認については、令和5年度及び6年度に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ていくため、全国展開の体制を構築することが重要である。このため、自治体システムの標準化の取組の状況等を踏まえつつ、令和8年度以降、公費負担医療におけるオンライン資格確認を制度化するとともに、支払基金又は国保連において関連システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施するための法的整備を行うべきである。

▼今後の、透視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。

▼電子カルテシステムに記録される情報の保存期間の在り方について、関係者の意見や技術的課題等を踏まえて、検討すべきである。

▼保険者の負担については、共有サービスが一定程度普及し、その効果を見極め、保険者に確実にメリットが生じるようになってからにすべきと

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。

②マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化(公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認)について

▼現状において患者が公費負担医療又は地方単独医療費助成(以下「医療費助成」)を受給するためには、マイナ保険証に加えて、医療費助成に係る紙の受給者証を医療機関・薬局に提示することが必要である。その結果、患者にとっては紙の受給者証を持参する手間が生じるとともに、医療機関・薬局にとっては正確な資格確認が行えないために、資格過誤請求が生じやすいなどの課題が発生している。

▼このため、マイナ保険証1枚で医療費助成のオンライン資格確認を実施できるようにすることで、患者にとっては紙の受給者証を持参する手間を軽減できるとともに、正確な資格確認による資格過誤請求の減少を通じて、自治体や医療機関・薬局の医療費の支払・請求に係る事務負担を軽減できるようになるなど、患者、自治体及び医療機関・薬局において様々なメリットが生じることになる。

▼医療費助成のオンライン資格確認については、令和5年度及び6年度に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ていくため、全国展開の体制を構築することが重要である。このため、自治体システムの標準化の取組の状況等を踏まえつつ、令和8年度以降、公費負担医療におけるオンライン資格確認を制度化するとともに、支払基金又は国保連において関連システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施するための法的整備を行うべきである。

▼今後の、透視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。

▼電子カルテシステムに記録される情報の保存期間の在り方について、関係者の意見や技術的課題等を踏まえて、検討すべきである。

▼保険者の負担については、共有サービスが一定程度普及し、その効果を見極め、保険者に確実にメリットが生じるようになってからにすべきと

度に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ていくため、全国展開の体制を構築することが重要である。このため、自治体システムの標準化の取組の状況等を踏まえつつ、令和8年度以降、公費負担医療におけるオンライン資格確認を制度化するとともに、支払基金又は国保連において関連システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施するための法的整備を行うべきである。

▼今後の、透視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。

▼電子カルテシステムに記録される情報の保存期間の在り方について、関係者の意見や技術的課題等を踏まえて、検討すべきである。

▼保険者の負担については、共有サービスが一定程度普及し、その効果を見極め、保険者に確実にメリットが生じるようになってからにすべきと

医療費助成のオンライン資格確認については、令和5年度及び6年度に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ていくため、全国展開の体制を構築することが重要である。このため、自治体システムの標準化の取組の状況等を踏まえつつ、令和8年度以降、公費負担医療におけるオンライン資格確認を制度化するとともに、支払基金又は国保連において関連システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施するための法的整備を行うべきである。

▼今後の、透視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。

▼電子カルテシステムに記録される情報の保存期間の在り方について、関係者の意見や技術的課題等を踏まえて、検討すべきである。

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

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

- ・医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

- ・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む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

- ・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

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確保

- 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)・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- ・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

- ① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- ・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要
- ② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等の仕組みの効率的な確保
- ・都道府県から外来医師過多数区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場合への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

- ・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 保険医療機関の管理者要件

- ・保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

- ・診療所の承継・開業、地域定着支援(緊急に先行して実施)
- ・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)※保険給付と関連の乏しい派遣に当たるとではないとの意見あり
- ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- ・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

- ・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着のための全国的なマッチング支援

(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

DBの仮名化情報の活用

公的DBについて、仮名化情報の利活用を可能とし、他の公的DBの仮名化情報や次世代医療基盤法に基づく認定作成事業者のDBの仮名加工医療情報との連結解析を可能とする。仮名化情報を提供するDBについては、個人情報保護法上、個人情報の保有主体に求められるものと同等の安全管理措置や不適正利用の禁止、職員の義務等の措置を講ずる。仮名化情報を利用は「相当の公益

~~~~~

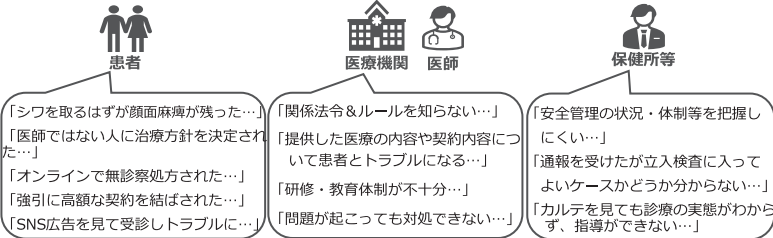
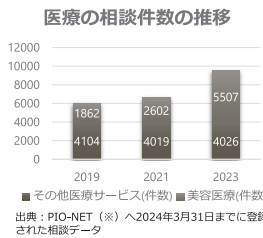
3面へつづく



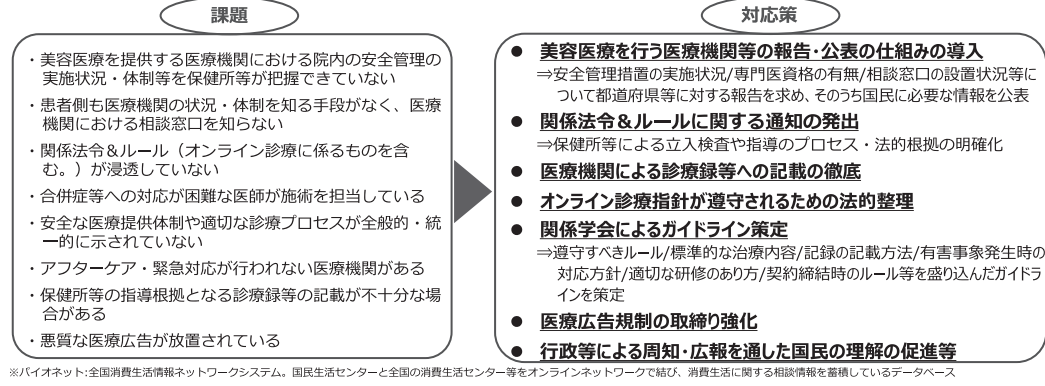
美容医療の適切な実施に関する検討会 報告書（概要）

別添3

1. 美容医療を取り巻く状況



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



※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

公的DB等の利用申請の受付、利用目的等の審査を一元的に行う体制を整備する。

▼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等、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に万全を期するとともに、利用・提供に当たっては、研究目的の公益性や研究内容、利用者のセキュリティ対策等を適切に審査するなど、十分な対策を講じるべきである。

また、医療等情報を用いて行われた研究の成果

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に万全を期するとともに、利用・提供に当たっては、研究目的の公益性や研究内容、利用者のセキュリティ対策等を適切に審査するなど、十分な対策を講じるべきである。

また、医療等情報を用いて行われた研究の成果

を位置づけることも、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。

運営会議は、理事長等の役員の選任、予算・決算の作成・変更、定款・事業計画等の作成・変更、医療DX中期計画の策定、その他の重要事項の議決を所掌するものとする。

（審査支払運営委員会（仮称）の設置）

審査支払業務について、新たに「審査支払運営委員会」（仮称）を設け、これまでの理事会と同様の4者構成16人の体制で運営し、運営委員は法人の役員とする。

審査支払に関する予算・決算や事業計画等については、審査支払運営委員会の専決事項とする。（医療DXの推進体制）

現在の常勤役員である理事長・理事の中に、情報通信技術に関する高度かつ専門的な知識を有する理事（CIO）を加えることとする。医療DX関連業務については、運営会議における全体方針の決定を受けて、理事長

・CIO等が中心となって、執行していく体制とする。

▼支払基金が実施する医療DX関連業務に対する国の方バナンスを適切に発揮するため、国が「医療DX総合確保方針」（仮称）を定め、それに基づき、支払基金が「医療DX中期計画」（仮称）を策定することとする。

▼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。

▼こうした改組に当たっては、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の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。

（4）美容医療の適切な実施について

▼本部会における審議も踏まえ「美容医療の適切な実施に関する検討会」においてとりまとめ「美容医療の適切な実施に関する報告書」（別添3、3ページ上）の通りとする。

（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関して、その適切かつ有効な実施を図るための基準を定め、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。

（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るものの、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。

▼一般社団法人立の医療機関の非営利性について、医療法人と同程度の確認が可能となるよう、開設時などにおいて新たに各種事項の届出を求めるべきである。あわせて、自治体に対して、非営利性の確認のポイントを示すべきである。

▼こうした見直しを行った上で、一般社団法人が開設する医療機関について必要に応じて引き続き対策を検討すべきである。

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的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。

一冊目はノーベル文学賞受賞ハン・ガンさんの『すべての、白いものたちの』である。読み易く、新幹線とリレーつばめで移動した佐賀県への道程とその宿舎での夕食までの一日で読了した。

小説というより詩集の感じ、韻を踏む感じが、おくるみから寿衣まで白いものづくし。産後すぐ亡くなった姉や兄の事、全体的に暗い。笑うのもしくわらうのである。陰を流るの中心にした中原中也を連想した。

ちょうど尹大統領の戒厳令騒ぎでコメントを出していた。光州事件の光州生まれなのだ。ポーランドの翻訳家ユスチナさんと友人、ナチスに殲滅されたワルシャワ蜂起の舞台も後書きで触れている。朝鮮半島は中日に、ポーランドは独露により常に侵略されてきたので、どうしても暗い文章になってしま

うのだろうか？

◇ ◇ 一冊だけで評価は失礼なので、二冊目に『菜食主義者』を読み選考委員の考えが解った。ストーリーもプロットも秀逸、場面展開も歌舞伎的というかドラ

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Jan Bと同じ様に衰退する国家ではこんな物語になるのだらうと。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1つだらう。こちらを優先してお読み頂きたい。

また、お詫びをい。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「おいしい」って何やる？』(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つては、憎つくきりターであるが発信力・実行力などとても敵わない。一本参りまし

たである。広島サミットでのお好み焼きなどアイデアマンであり、おもてなし上手である。 題は最近のTVなどグルメ番組で「おいしい」の連発、大安売りが料理をタメにしてしまつのではとの危惧から、やむにやまれぬ出版に至ったのである。茶道、書道と同じ「道」の域にまで高めたいとの思いに逆行するのを見かねての吐露である。

外国人に占領されな

い様に、地元の常連(なじみ)に部屋や席を安くして確保するなど、インバウンドバブルで浮かっている創業者、1代目で成り上りの店と老舗の「ほんま」の店の違い、「うまみ」を5番目の味覚として世界に。

ご飯に牛乳の学校給食に注文。食育は教育の基本。京都府立大学に和食文化学科を創

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。こうでなくっちゃ。

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、和食はかなりの苦労話。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労を笑い飛ばして記述。ネアカ人間の特徴。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、何と言つてもお爺ちゃん子。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。

次回は正月9連休中、始めと終わりはゴ

『すべての、白いものたちの』

ハン・ガン／著 斎藤真理子／訳 河出書房新社／刊

『菜食主義者』

ハン・ガン／著 きむ・ふな／訳 CUN(クオン)／刊

『ほんまに「おいしい」って何やる？』

村田吉弘／著 集英社／刊

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。

- 期 日 : 令和7年 2 月 27 日(木)
- 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
- 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)
- 講演テーマと講師 :

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

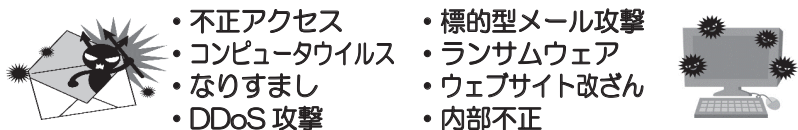
- ◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細は、全国公私病院連盟のホームページ <https://www.byo-ren.com/> をご覧ください。
- ◆ お問い合わせ e-mail アドレス [seminar@byo-ren.com](mailto:seminar@byo-ren.com)  
お問い合わせ電話番号 03-6284-7180

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います。

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月始期以降は「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。

SJ21-06251 2021/08/30



# 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2億4415万円となった一方、6月中の「総収益」は2億2538万1千円、「医業収益」は2億1960万1千円となり、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。

この調査は、「病院経営実態調査報告」「病院経営概況調査報告書」「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」は、そのうち603病院で集計を行っている。

## 調査結果の概要

### (1) 平均在院日数

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3113、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

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・

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」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」は、そのうち603病院で集計を行っている。

## 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

点で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数%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。

外国人の取り組み姿勢が他の職員や入居者に良い影響をもたらす、などの評価を得て、今年にはさらに10余名を病院の看護助手として採用予定である。採用に

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。

昨年、外国人労働者の視察も兼ねたウズベキスタン研修に参加する機会を得た。毎年人口が80万人増加し平均年齢29歳と日本より20歳以上若い国の発展の勢いを実感した。これ

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

北海道厚生連でも現在10名程度の特定技能外国人を特養の介護員として、2名を厨房調理員として採用している。周囲からは、勤勉で想像以上に働ける、

あたるは母国との文化・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

関では学生の大学・都会志向もあり特に地方の看護専門学校で定員の割れ・閉校が広がり、看護師不足に拍車がかかっている。看護師確保には養成支援のほ

年6月には技能実習制度に代わり新たに「育成就労制度」ができた(施行は令和9年度予定)。目的も開発途上地域の人づくりへの協力・国際貢献から人手

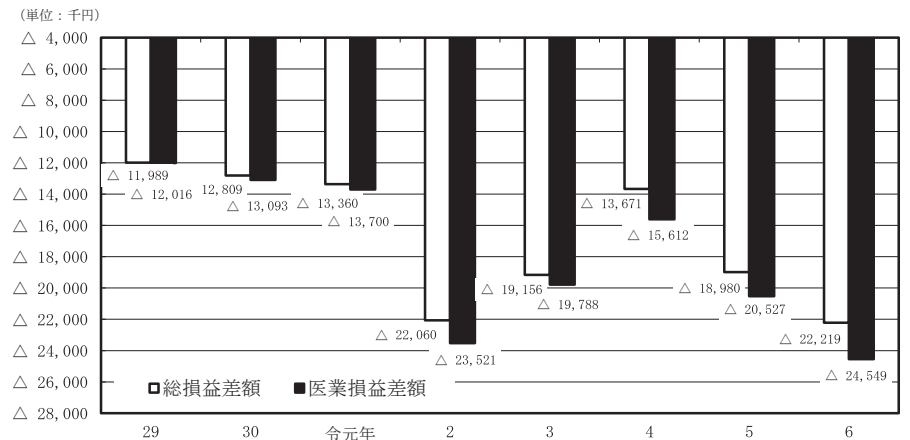
札幌厚生病院・院長) (JA北海道厚生連) (S・S)

(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。

また、一般病院の病床規模別に病床利用率の高い方から順にみると、①600～699床72・29%、②700床以上71・22%、③500～599床70・35%、④400～499床69・76%、⑤100～199床69・72%、⑥200～299床69・54%、⑦300～399床67・12%、⑧20～99床63・41%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



## いる鉛筆

昨年末に令和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での補充があるが、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だろう。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える必要がある。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)



# 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

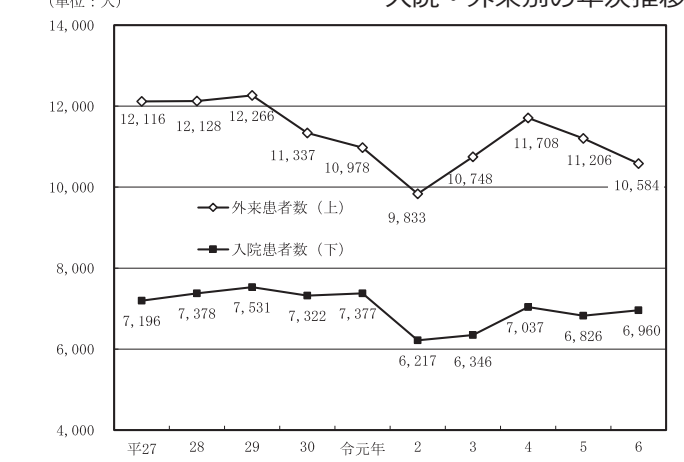
| 開設者   | 病床規模 | 総数    | 20～   | 100～  | 200～  | 300～  | 400～  | 500～  | 600～  | 700床～ |
|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|       |      |       | 99床   | 199床  | 299床  | 399床  | 499床  | 599床  | 699床  |       |
| 総数    |      | 13.01 | 22.05 | 20.90 | 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    | 20～   | 100～  | 200～  | 300～  | 400～  | 500～  | 600～  | 700床～ |
|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|     |      |       | 99床   | 199床  | 299床  | 399床  | 499床  | 599床  | 699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 |

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、リハビリ科55万5千円、脳神経外科42万2千円、整形外科40万1千円、神経内科39万8千円などである。DPC以外の病院における外来の平均は10万5千円となっている。診療科別で見ると、外来で比較的高額なのは、肛門外科21万6千円、消化器外科17万8千円、呼吸器内科16万2千円、泌尿器科16万3千円などである。DPCの病院における入院の平均は22万3千円となっている。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。DPCの病院における外来の平均は11万2千円となっている。診療科別で見ると、外来で比較的高額なのは、泌尿器科20万2千円、呼吸器内科18万5千円、内科17万円、眼科15万5千円、消化器内科15万1千円などである。

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



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。DPC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、入院では心臓血管外科の16万9866円が特に高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万6204円である。外来では呼吸器内科の3万8044円をはじめ、消化器外科3万4165円、外科3万348円などが高額であるのに対し、最も小額なのは麻酔科の5707円である。患者1人1日当たり診療収入を主な診療科別にみると図2および図3のようになっている。

6月中の総費用は2億4760万円(前年6月比・伸び率2.1%増)、医療費用は2億4415万円(前年6月比・伸び率1.9%増)となっている。また、医療費用のうち給与費は1億2529万円(前年6月比・伸び率3.5%増)、材料費は6362万1千円(前年6月比・伸び率2.1%減)、経費は3798万6千円(前年6月比・伸び率2.1%増)となっている。なお、材料費のうち薬品費は3843万6千円(前年6月比・伸び率2.0%減)となっており、経費のうち委託費は2011万8千円(前年6月比・伸び率6.2%増)となっている。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。

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】

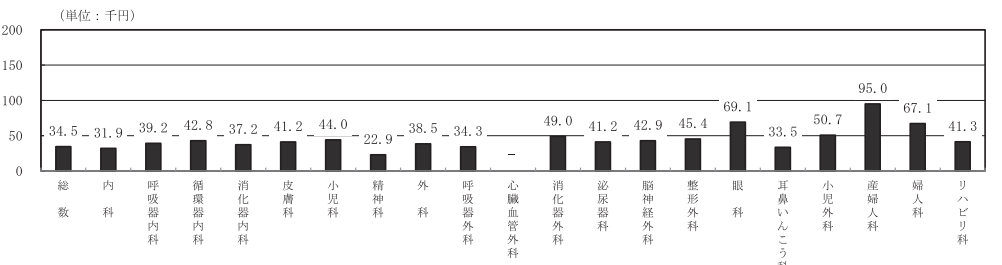


図2-2 主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

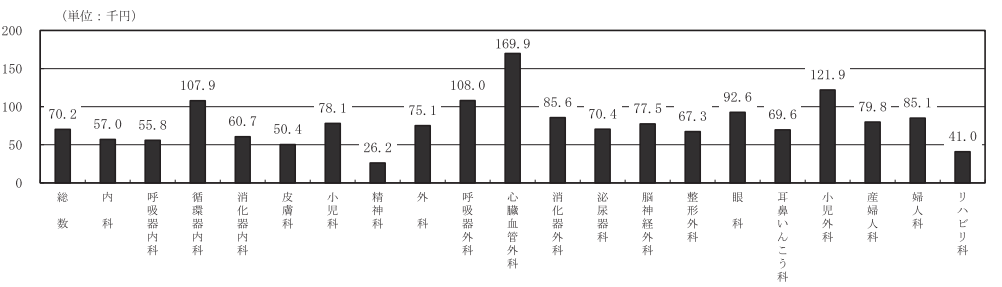


図3-1 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

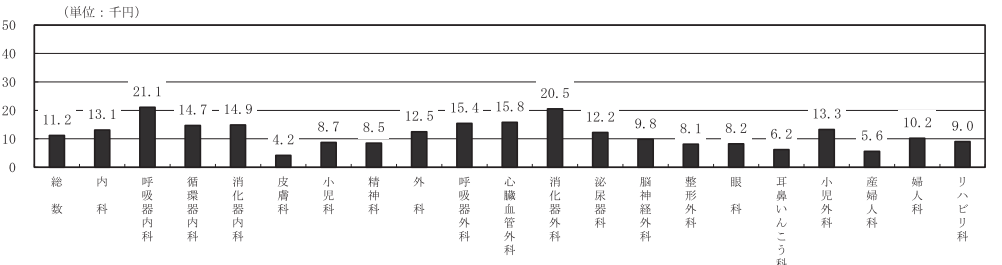
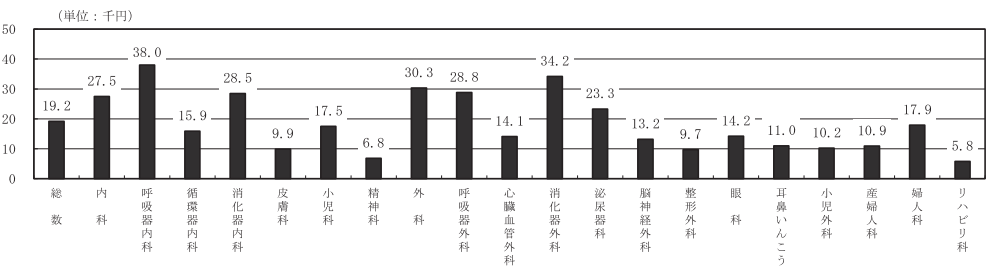


図3-2 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】



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。

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。また、総収益は102.6(前年6月102.0)となっており、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。

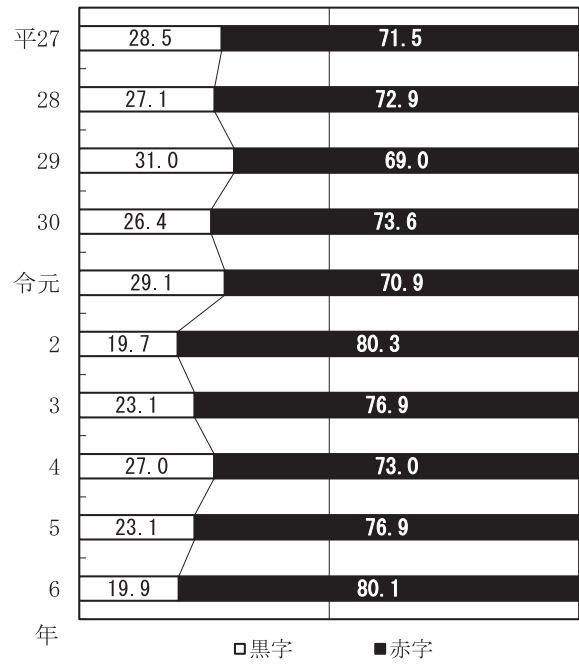
差額の状況 総費用は2億4760万円(前年6月比・伸び率2.1%増)であるのに対して、総収益は2億2538万1千円(前年6月比・伸び率0.9%増)となっており、総収支から総費用を差し引くと▲22221万9千円(前年6月▲1898万円)の赤字となっている。その結果、総費用対総収益比率は、109.9%(前年6月108.5%)となっている。

【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

3面へつづく



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



【留意事項】資料利用上

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。

(13) 常勤職員1人当たり平均給与月額

### の注意事項

(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

ア. 費用科目(医療費用中の資産減耗損および特別損失、法人税・住民税イ. 収益科目(医療外収益中の受取利息配当金、その他の医療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(医療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、医療外費用中の支払利息

②臨時給与(賞与等)の計上方法

「令和6年度本俸(基本給)÷令和5年度本俸(基本給)×令和5年度賞与支給総額×12分の1を計上

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て支給される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。

# 令和7年6月 病院運営実態

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。

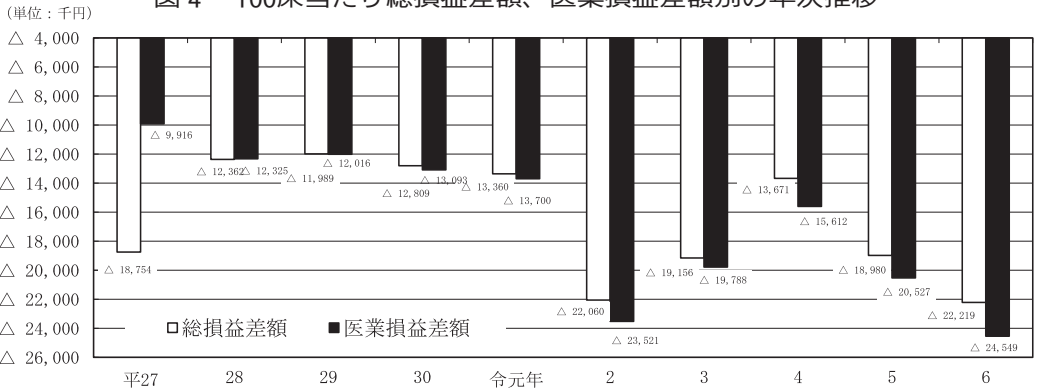
開設者別でみると、自治体病院255病院のうち5・5%(14病院)が黒字となっていて、赤字病院は94・5%(241病院)であった。(この場合、不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金や補助金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。)その他の病院では186病院のうち26・3%(49病院)が黒字となっていて、赤字病院は73・7%(137病院)であり、私的病院では137病院のうち38・0%(52病院)が黒字となっていて、赤字病院は62・0%(85病院)であった。

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



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 約 780 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

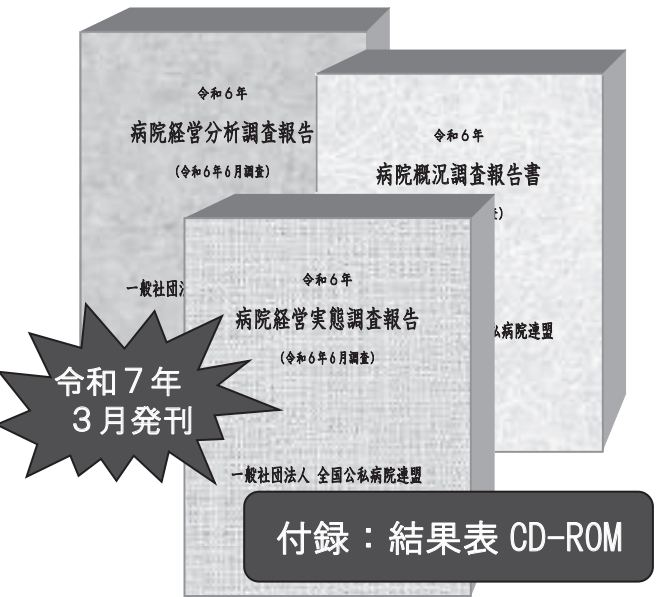
(定価 16,000 円＋税
A4 版 約 750 ページ)

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 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



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

今年の正月は日並ひで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議員を増やす会のリーダーでもある)と私の京都オフィスにお見えになった時は約2時間半熱弁を振るわれた。

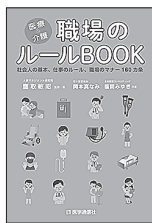
本人と礼子夫人からの聞き取り、つまりオリジナル・ヒストリーを文字に起こしたものである。記憶違いを防ぐ為に秘書の方も同席したという。生家や血縁から始まる。医者や政治家が多い。藏内修治氏も。父も九州帝国大学医学部卒。旧福岡4区(小倉が中心)から立候補、田中六助との死闘。田中角栄の面接を通じて、初めは中川一郎氏を師とし、急死の後は渡辺グループ、そして中曽根派。選挙や日常、事務所や秘書、政治家の裏話を洗

「地域医療を担う医師の確保を目指す知事会」でのサミットで私が基調講演した時も最前列でお聞き頂き適切なコメントも頂いた。色々な活躍で若くして大臣にもなられた。庄三郎氏の一番の功績は橋本内閣時の郵政民営化を止めた事。新自由主義、市場原理主義をストップ。医師会だけでなく、炭労や部落解放同盟などから支持された珍しい自民党代議士。若い時、米国で公衆衛生学を学んだのも活かしている。脳死問題、健康保険法改正、介護保険制定などは医師としての立場から選良としても活躍。YKKや三角大福中の評価も、この人ならではの「政治家はお世辞家になつては駄目」との信念。

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



全国公私病院連盟 役員会だより

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)
中村副会長と意見交換
長より報告があった。

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

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フォームよりお申込ください。
- ・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もございますので、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
- ・日本赤十字社病院長連盟
- ・日本私立病院協会

- ・全国公立病院連盟
- ・全国済生会病院長会
- ・日本公的病院精神科協会

- ・全国厚生農業協同組合連合会
- ・岡山県病院協会

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

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

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
〔※〕初診時に所定点数を加算
〔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)

令和7年4月～

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を登録できる体制(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%」となるのは「12%」とする。
※2 適用時期の3月前のレセプ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日から令和7年3月31日まで、マイナ保険証を基本とする仕組みへと移行した。ことや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

加算点数に差を設ける。厚労省保険局医療課は2月28日付「医療DX推進体制整備加算の取扱いに関する疑義解釈(その1)」を発売したので以下に抜粋して掲載する。

【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設ける。電子処方箋を導入し、電子処方箋の導入の有無に関する要件を具体化した上で既に導入した医療機関において「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を「15%」を算定するに当たっては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、マイナ保険証利用率実績の要件を「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。

【答】電子処方箋を導入し、加算1～3を算定する場合、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。



太田先生



会場のもよう

2024年改定の議論に中医協2号側委員として参加した者として病院医療の現状に関してお話ししたい」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)

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。

国民医療の確保のために

病院診療報酬の引き上げを

である。

●施設基準通知の第1の9の3(3)及び6(3)について
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割以上の医療機関が、加算3及び加算6を算定するに当たっては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、マイナ保険証利用率実績の要件を「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。

全国公私病院連盟 DPCセミナー開く

全国公私病院連盟は2月27日に「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、講師に太田圭洋先生(名古屋記念財団・理事長)など4氏をお迎えしてお話を伺った。太田先生は「日本の病院経営は非常に厳しい状況に置かれている。なぜそのような状況に我々は陥っているのか。その状況を打開するためには何をしなければならぬのか。」

時評

昨年は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。厚生労働白書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「こころの健康は、人間の健康を支える土台であるとともに、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ころの健康に対して、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



連盟 理事

中瀬 真治

今あらためて、共同体としての「地域」がキーワード

はなく、誰もが向き合い、ともに社会づくり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

誰もが安心して自分らしく暮らすことができよう、重層的な連携による支援体制を構築する」とされ、地域共生社会の実現に向かっていく上で欠かせない

なされることとなりま

ジされたところ、ここはボジティブに捉えたいと思います。精神科病院が患者さんの生活の場ともなっていた時代にも過言ではないでしょう。

(JA三重厚生連 鈴鹿厚生病院・院長)

いろ鉛筆

昨年の医療施設、介護施設の閉院、倒産が続いてないほどに多くなったか。今年はさらに増えるのではないかと。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。いつもの小手先の支援でお茶を濁そうというところか。地方を嫌って都会に出てしまいう若者が多く、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の削減を考えているが、今子供が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なっているのでは。それとも社会保障費(医療費・介護費)を減らさるだけ減らそうという、政府の今までの無策に対する若者の反乱か、逃散か。

(K・M)

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こととする。

診療情報管理士としての
の取り組み〜これまで
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・PDS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・PDS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。この注目には当の診療情報管理士はかなり戸惑った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つたわけだが、DPCにより臨床的正しい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コード

イング」への意識改革が必要となった。多少の戸惑いを抱えていようが、診療情報管理士が施設のDPC体制構築と継続に関与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いくらい実施し、本請求に備える。安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、診療報酬改定による変更点に合わせた運用の見直しなどに関与することになる。更に成熟期にはデータ収集手法は確立されており、データの精度管理と分析業務に移行していくこととなる。いかなる時期にあつても医療資源病名の選択とICD-10コードの確認はもれなく診療情報管理士の役割として受け持つが、これも安定すればよほどのレアケースでもない限り問題は起こらず、「正しいコーディング」より「正しいデータ」となり、情報の



会場のもよう

カバー範囲は拡大していく。

DPC制度も安定してきたところだが、今年度の診療報酬改定ではDPC制度からの退出ルール

DPC制度を活用した
医療情報の可視化と
職員の意識改革

辰巳 哲也



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、新たなフーズ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、各コード情報、収集デー



(座長) 邊見会長

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。支出面では経費節約に



病院改革と医療DX

長堀 薫

いま当院は、日本のフロンティアとして医療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革新することなので、医療DXは医療の在り方を大きく変えることとなります。残念ながらDXに関して、日本は先進国のスタンダードから大きく後れを取っています。トップのデンマークなどでは、

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ー これまでと、これからとー」 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

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。

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データベー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による退院サマリー、診療情報提供書などの文書作成
⑥よこすか・みづら二次医療圏を中心とした医療介護情報Electronic Health Record（xヘルスネット）の展開
講演では、定量的な成果も含めて報告いたします。

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：止セセミナー)(企画協力：日(日)～11月28日(金)の6日間
- (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

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

ウ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

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〕

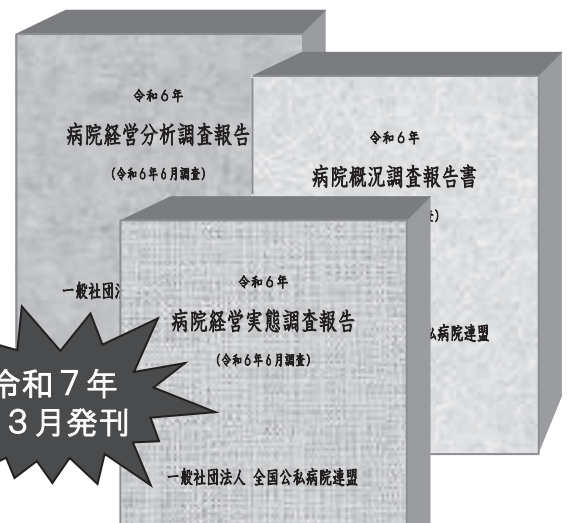
経営上の指標を量的・質的に分析!!
令和6年6月調査 **病院経営分析調査報告**
内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

〔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〕

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」。読まないかんと思っていたが「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、石鎚山に次ぐ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)で性根が曲がることなく少女となり、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恋に落ちる。養母が亡くなり、年老いた養父を見るか、彼との恋を取るか、山小屋の幼馴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、人生模様が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

者にも親しい剣山を是非知って欲しい。

◆ ◆ ◆
もう一冊は『ゆとり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回お会いしたただけだが、この本を送って下さった。

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つ。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、自然流といつか普通に人間同志というか、久しぶりに胸に落ちる。人

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、赤い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

『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

『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

『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

『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

『天涯の花』宮尾登美子著 集英社文庫/刊

『天涯の花』宮尾登美子著 集英社文庫/刊

【主な報告事項】
①日病協「診療報酬実務者会議」(2月19日)
【主な協議事項】
①令和7年度「事業計画(案)」について
②日病協「代表者会議」(2月28日)
③令和7年度「定時総会」の決議事務局案内
④後援名義の使用許可申請について
⑤全国公私病院連盟のホームページについて
以上



全国公私病院連盟の代表者会議(2月28日)

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もございますので、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上げを要望する。

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
基本的な2年に1度の診療報酬改定では、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、少子超高齢社会の到来により、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ついておらず、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)の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、各企業・ベンダーが昨今の物価高騰、人件費高騰の影響でシステム・機器更新に際して、巨額の費用を求めて来るケースが増えており、病院経営

営を著しく圧迫する原因となっている。これら医療DXの推進に係る費用に対しては、適切に評価する仕組みの導入を要望する。

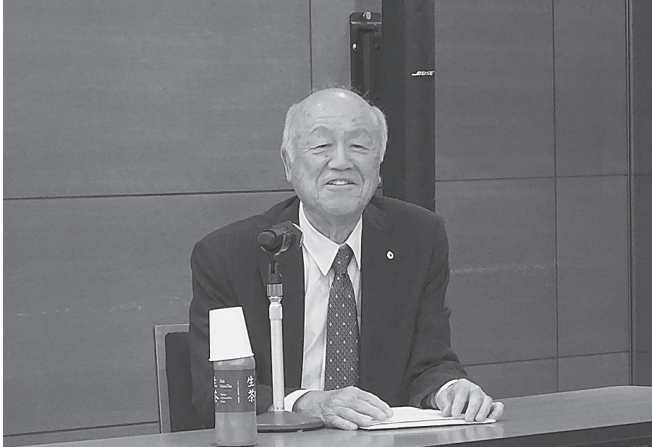
5. 入院時食事療養費に
対する継続的かつ適切な評価
令和6年度(2024年度)診療報酬改定では、約30年ぶりに入院時食事療養費について、一食当たり30円のプラス評価となった。その後の食

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料費・人件費・給食委託費高騰に見合う適切な評価を要望する。

今泉暢登志先生を悼んで

全国公私病院連盟

会長 遠見公雄



今泉先生(撮影:2019年6月19日「定時総会」)

役職上書かせていただく。

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浜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

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	連盟一同・ 会長 遠見公雄
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	名誉会長	

大規模な山林火災が続いている。数年前、オーストラ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ふ。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。ここに至って人家・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違いないの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な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)

いる鉛筆

大規模な山林火災が続いている。数年前、オーストラ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ふ。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。ここに至って人家・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違いないの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な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

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

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

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

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。

私試するよう、医学生、若手医師に対する積極的なリクルート活動を始め、SNSなどを活用した広報活動を展開、老朽化した病院の建て替えも功を奏

かと思えば今度は『医師偏在は正なしの』医師の働き方改革』がやってきた。

同じ仕事量を、少ない時間でこなすには労働者の頭数が必要だ。

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。しかし社会保障への投資は、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、歴史上最大の国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 いわき市病院事業管理者)

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。

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。

無理難題

連盟 常務理事

新谷 史明



し、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

医師の偏在を是正せず、毎年研修医はフルマツチするようになっています。呼吸器内科医も感染症専門医もいない中で、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

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。

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

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つていくことから、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。

診療報酬は公定価格であるが、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ことが病院経営の悪化に拍車を掛け、将来的な設備投資計画等にも支障を来している。

また、医療界においても労働人口の減少が叫ばれている中、現行の診療報酬制度では専門職の職

省へ、同年11月21日に自民党へ要望書を提出した。

4. 調査活動の推進

また、医療DXが今後定ができる方式が主流になつていくため、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。本連盟では、会員病院等を対象に「令和6年病院運営実態分析調査」(令和6年6月調査)を実施したところ、80・1%の病院(集計対象578病院のうち463病院)が赤字になつていくことから、今後の状況がさらに悪化することは明白であることを厚労省はじめ関係各所に訴えた。

3. 病院経営改善対策の推進

病院経営改善対策については、病院経営改善の一助となるよう病院関係者の知識向上を目的とした「診療報酬請求事務セミナー」および「DPCセミナー」を開催して対策を講じた。

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。

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

5. 要望・調査結果の公表

以下は、調査結果



第34回「国民の健康会議」のもよう(10月2日)



連盟創立60周年記念式典のもよう(7月11日)

公表先

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

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。

また、8月には本連盟ホームページを刷新して本連盟の諸活動をより広く周知するとともに、各種セミナーや新規事業である「サポーターズクラブ」の募集において一定の成果を得ることができた。

なお、参集形式の「理事会」「総会」終了後には「記者会見」を開催し、本連盟の活動の周知に努めた。

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」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。

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「CIVIL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」

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、招待者をお迎えして記念祝賀会を開催した。

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20338(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、招待者をお迎えして記念祝賀会を開催した。

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

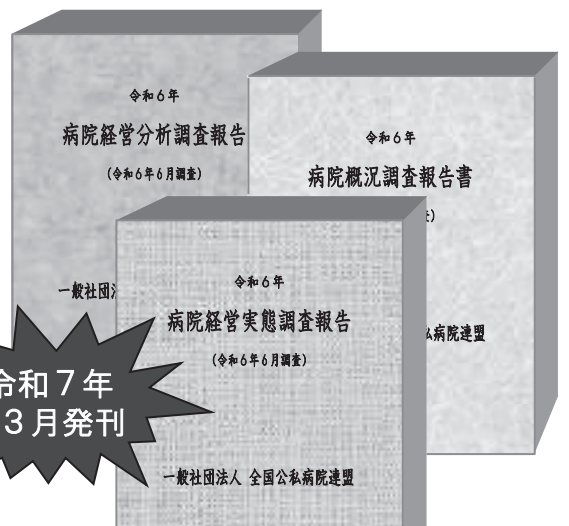
〔定価 16,000 円＋税
A4 版 742 ページ〕

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になれます



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)

「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。

なる地域の歴史を残そうと苦悶する人達が主人公。

妨げている現実や自然保護の難しさ、藍色の黒潮の海が西太平洋に繋がっているという話

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」(日本医療企画)と日本歯科医師会会長・高橋英登先生の『ずっと元氣』をかな

「藍」は阿波徳島の物語と思つたから。私は育った徳島県と交流大使を仰せつかつているので。しかし5つの短編から成り「藍」は最後であった。目次が無かつたのでいつ出て来るのか4編を読み終つて判つた。

「星隕つ 駅通」である。北海道遠軽への隕石と閉鎖間近の駅通に関わる地域の人間模様である。

「駅通」というのを知らなかつたので少し賢くなった気がした。東京一極集中で廃村に

1編目は「夢化けの島」。山口県萩沖の見島での地質学者の女性と、等間から祖父や父のルーツの萩焼の陶土を求めて旅する男2人が島への高速船で知り合い、島の粘土を探す物語。2編目は「狼犬ダイアリー」。舞台は奈良県東吉野村。絶滅したオオカミを探す物語。主人公はパニック障害から逃れるべく散村、奈良と三重の県境

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。

現在「診療報酬改定結果検証部会」で令和6年度改定に係る検証調査を

『藍を継ぐ海』
伊予原新／著
新潮社／刊



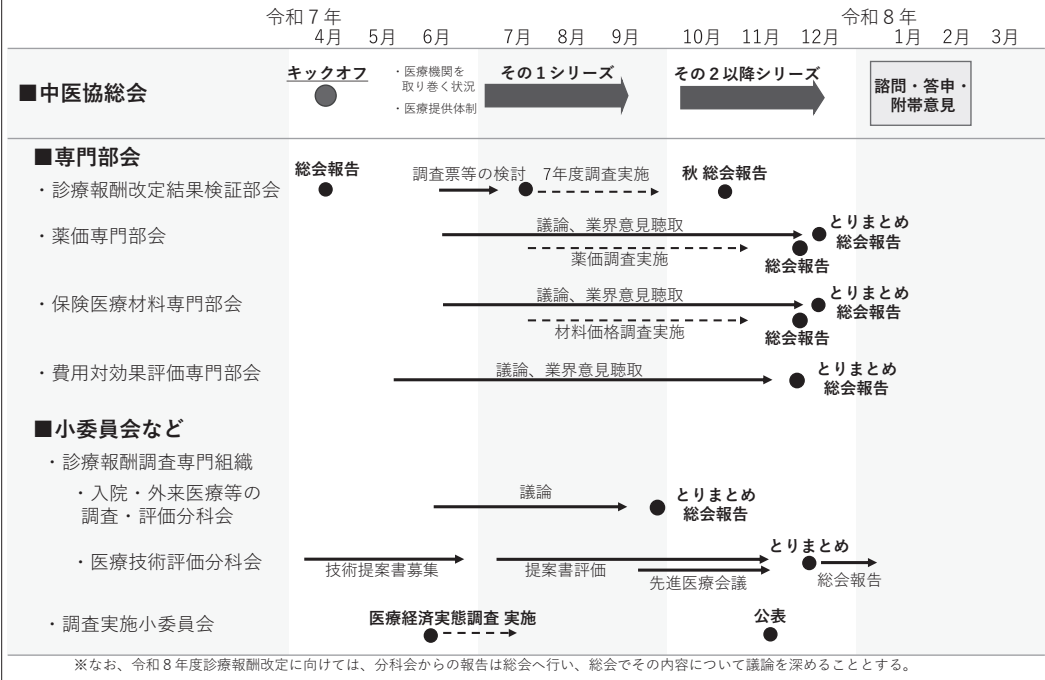
「藍を継ぐ海」は、阿波徳島の物語と思つたから。私は育った徳島県と交流大使を仰せつかつているので。しかし5つの短編から成り「藍」は最後であった。目次が無かつたのでいつ出て来るのか4編を読み終つて判つた。

「星隕つ 駅通」である。北海道遠軽への隕石と閉鎖間近の駅通に関わる地域の人間模様である。

「駅通」というのを知らなかつたので少し賢くなった気がした。東京一極集中で廃村に

1編目は「夢化けの島」。山口県萩沖の見島での地質学者の女性と、等間から祖父や父のルーツの萩焼の陶土を求めて旅する男2人が島への高速船で知り合い、島の粘土を探す物語。2編目は「狼犬ダイアリー」。舞台は奈良県東吉野村。絶滅したオオカミを探す物語。主人公はパニック障害から逃れるべく散村、奈良と三重の県境

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。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もございますので、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

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

第35回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟

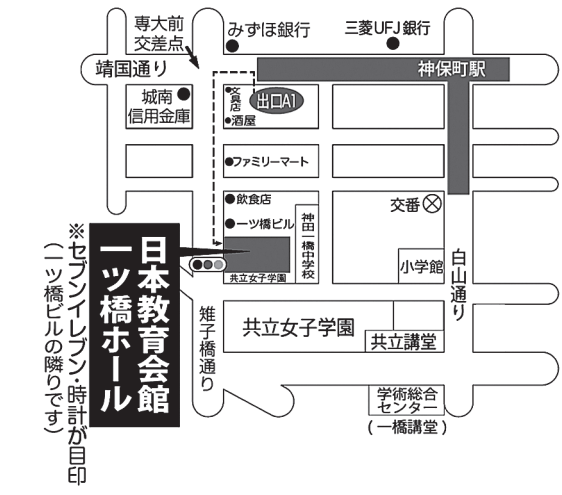
“人生100年を生き抜こう”をテーマに
10/2(木)、日本教育会館「一ツ橋ホール」で

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。入場は無料ですのでどうぞご参加ください。

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1部では、本連盟の特別参与の渡邊古志郎先生(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。



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

左のQRコードを(利)用ください。

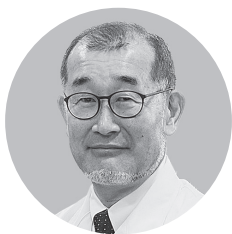
問合先〓全国公私病院連盟事務局TEL:03(6284)7180
「日本教育会館」の所在地〓東京都千代田区一ツ橋2-6-2

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】	【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 NTT東日本関東病院 院長 口腔フレイル防止 深田 拓司 氏 大阪府歯科医師会 会長 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 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 司会 渡邊古志郎 氏 横浜市立市民病院 名誉院長
14:40 ~ 15:00	休憩
15:00 ~ 16:50 【110分】	【第2部】 対談 行 天 良 雄 氏 医事評論家 川嶋 みどり 氏 日本赤十字看護大学 名誉教授 遠見 公雄 全国公私病院連盟 会長 赤穂市民病院 名誉院長 司会 中嶋 昭 氏 日産厚生会玉川病院 名誉院長
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しき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。



病院における

薬剤不足の現状と課題

連盟 常務理事 鎌田 修 博

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

大され、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。特定の家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。

(K・Y)

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日に開催された中医協「総会」には厚生労働省保険局医療課から「医療機関を取り巻く状況」についての資料が提出されて議論が行われている。資料では、病院の100床当たり事業収益は増加（＋10.3％）しているが、その要因についてどのよう

が増加していることやその要因についてどのように考えるか、③今後、医療機関の収支を踏まえた診療報酬の評価の検討を行うに当たって、更にどのような分析を行っているか、人件費などの課題が示されている。

【医療機関の収支状況の分析】
▽医療法人の経常利益率については、2022年度から2023年度にかけて、平均値及び中央値はどの類型（病院・無床診・有床診）も低下傾向にある。最も頻繁に現れる値（最頻値）はその類型においても0.0％～1.0％である。

▽事業利益率はその病院類型においても低下傾向にあり、2023年度は療養病院を除いてマイナスである。特に一般病院については全体平均よりも低い利益率となっている。

▽病院の100床当たり常勤換算従業者数は、2017年と2023年を比較すると8.0％（年平均で1.3％）増加している。

▽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、きまって支給する現金給与額が11.2％、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。

▽従事者の年齢上昇による人件費の増加が生じており、看護師では6年間で0.8％、リハビリ系職種では6年間で3.0％に相当する。また、看護職員に占める看護師比率の上昇による人件費の増加が生じており、6年間で看護職員の人件費の1.1％に相当する。

▽今後、医療機関の収支を踏まえた診療報酬の評価の検討を行うに当たって、更にもどのような分析を行っているか。

▽国民医療費は全体として増加傾向にあり、診療種別類にみても同様である。内訳で見ると、1日当たり医療費は入院・外来ともに増加傾向にある。患者数は、2020年度に大きく減少、その後2023年度にかけて回復がみられる。

▽事業利益率はその病院類型においても低下傾向にあり、2023年度は療養病院を除いてマイナスである。特に一般病院については全体平均よりも低い利益率となっている。

▽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、きまって支給する現金給与額が11.2％、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。

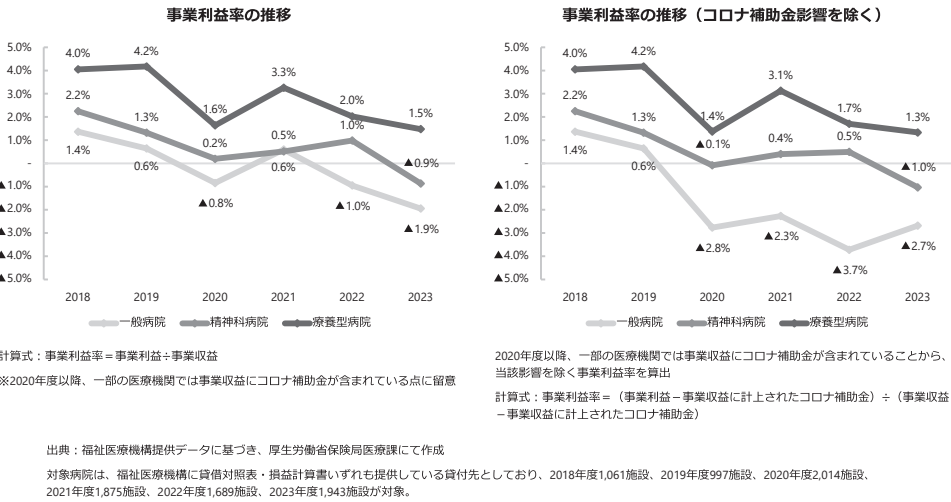
▽従事者の年齢上昇による人件費の増加が生じており、看護師では6年間で0.8％、リハビリ系職種では6年間で3.0％に相当する。また、看護職員に占める看護師比率の上昇による人件費の増加が生じており、6年間で看護職員の人件費の1.1％に相当する。

▽今後、医療機関の収支を踏まえた診療報酬の評価の検討を行うに当たって、更にもどのような分析を行っているか。

▽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。

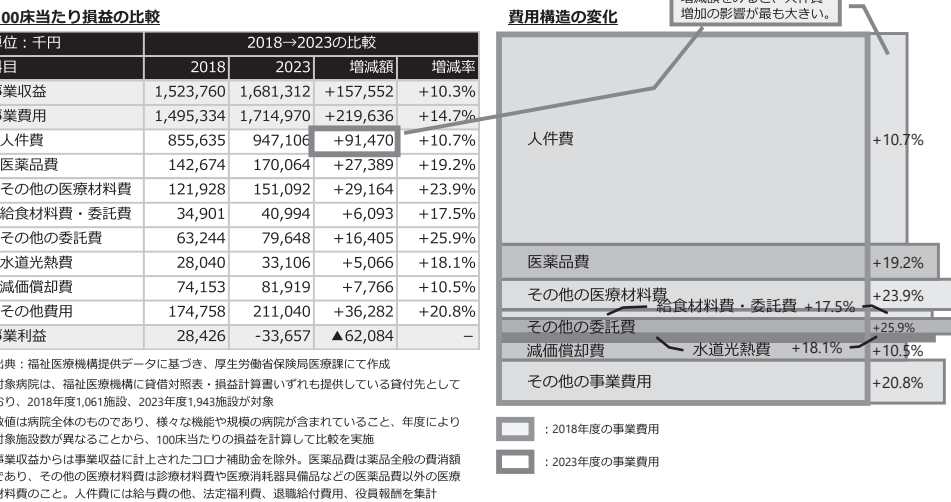
病院の事業利益率の推移

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。



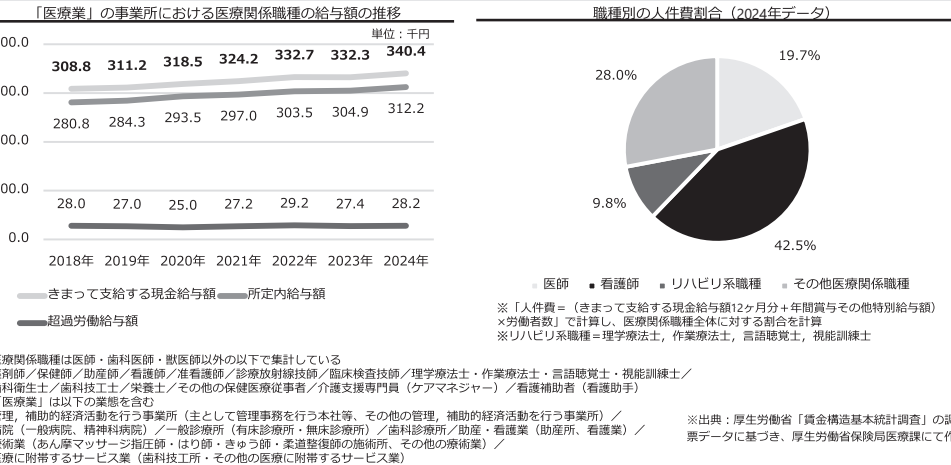
病院の収支構造の変化

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。



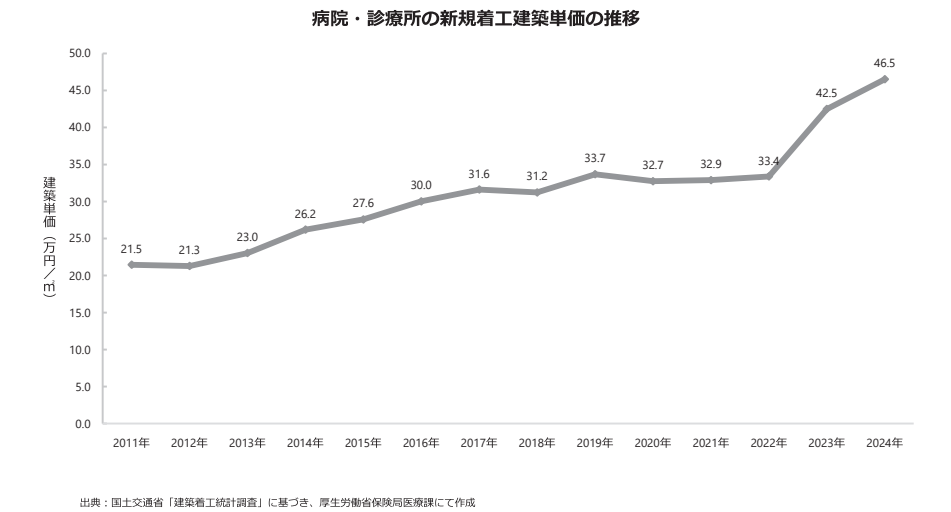
人件費：給与単価について② | 給与額の全体傾向

- 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。
- 2024年データの労働者数を基にした人件費割合を見ると、医師以外では看護師やリハビリ系職種の割合が大きく、2職種で約半数を占めている。これらの職種の給与額が特に医療関係職種全体の給与額にも影響している可能性がある。



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。



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、社会保障関係費の実質的な伸びを「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している。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の構築（財政各論Ⅱ）
財務省（4月23日）

※医療分野（抜粋）
Ⅱ 質の高い医療の効率的な提供

（1）医療提供体制の改革
■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

■我が国の医療提供体制の現状と課題

▼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、病床病床当たりの医師数は少ない。また、MRIやCTスキャナーの台数が極めて多く、1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。

▼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縮減し、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。

■医療提供体制の構築に向けた施策の方向性

▼令和7年国会に提出された医療法等改正法案に基づき、今後、それぞれの地域において、新たな地域医療構想の策定と医師偏在の是正が進められることになる。

新制度の施行に際しては、高齢化はもとより、現役世代・働き手の減少や患者の受診行動の変化を的確に捉え、希少な医療資源の最大限の活用につながる医療提供体制の構築が可能となるよう、実効的な取組を進めていく必要。

▼また、あるべき医療提供体制は一朝一夕で構築できるものではない。今後の社会経済環境の変化や医療分野での技術革新等も踏まえつつ、時機を逸することなく、次

なる改革を実現することができるよう、不断の検討を図る必要がある。

【改革の方向性】（案）
地域医療構想の策定に当たって、これまでの病床の機能分化・連携の推進に加え、地域における医療機関ごとの役割分担の明確化が一層図られるよう、国として実効的なガイドラインを作成するべき。

▼病院と診療所で働く医師について

▼一貫して増加している日本の医師数の勤務状況をみると、病院勤務の医師が着実に増加しているものの、診療所で働く医師も増加を続けてきている。

▼病院で働く医師の勤務先の病床規模を見ると、大規模病院に集約しているとは言えない状況。また、2000年代以降の医学部定員の増加の影響を受けた世代が「開業適齢期」を迎える中

施行が本格化する「かかりつけ医療機能報告制度」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つても、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。

（2）診療報酬改定

▼効率的で質が高く、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。

■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。

▼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。

具体的には、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「医師手当事業」の財源確保のための改定での対応、③の方策を検討する必要がある。

【改革の方向性】（案）
令和8年度診療報酬改定においては、2024年度の医療機関の経営状況について、年末に判明する医療経済実態調査等のデータを精緻に分析した上で、国民負担の軽減と必要な医療保障のバランスを図りながら、メリハリある対応を検討する必要。

※本来は、掘り下げた議論を行うためにも、医療施設の経営状況をリアルタイムで、職種別給与などを含む完全な形で見える化することが重要。

■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、規制的な手法を含め、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、

を活用し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促していくべき。

■外来診療所の地域偏在の是正

▼医師偏在対策のため、経済的インセンティブについては、新たな診療報酬上のディスインセンティブ措置を組み合わせたことが有効。

このことは、メリハリの効いた政策誘導という観点のみならず、医師少数区域への財政支援を継続的に実施していくに当たり、国民負担を軽減する観点からも重要。

具体的には、客観的な基準に照らして、ある地域の特定の診療科に係る医療サービスが過剰であるかと判断される場合には、需要の掘り起こしが発生しているとみなし、当該医療サービスを「特定過剰サービス」として減算の対象とすることが考えられる。

▼ただし、一律の減算は必ずしも適当ではないと考えられることから、特定過剰サービスを対象とした（診療科ごとの）アウトカム指標を設定・

評価した上で、当該評価においてアウトカムが良好と判定された場合には、付加価値を適正に生んでいるとみなし、当該減算措置の対象から除外するといったことも考えられる。

▼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」の負担はあるが、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、適切なアウトカム指標を導入とセットで、「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、アウトカム指標に応じた減算措置に加え、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

■入院時の部屋代
▼医療機関への入院コ

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。

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『ずっと元氣』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1000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る。因みに事務局長は

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歳をお迎えになる畏友、大先輩の行天良雄先生との対談。国民の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

はもっと早く目にしていたらと歯ぎり(入れ歯で鳴らない。8109で「泣」)。

8020運動やオーラルフレイル防止、口腔内ケアで誤嚥性肺炎を防ぐ、歯科歯科連携で手術での入院期間を短縮など、色々な面で健康寿命延伸、医療費削減に貢献。私は当時、中医協委員だったので歯科代表のサポートにと、外科医だった私も頑張ったのを覚えている。

軒と口臭、両方とも私の悩みの種である。睡眠時無呼吸症候群のシーパップも1年余りで投げ出し、皆と離れて寝る程ひどい軒。糖尿病で歯周病で膿漏もあり、ガムや仁丹でごまかしても駄目な臭い。複雑数などより優先して口腔ケアを教えたい。また歯科の診療報酬は低すぎる。デンタルベッド患者さんでいつも埋まっているのに赤字とは?何回見に行っても患者さん一杯なの

推薦者：邊見英雄(全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長)



『未来の医療界を牽引するリーダーたちへ』日本医師会長回顧録 横倉義武／著 日本医療企画／刊



『ずっと元氣をかなえる歯科患者学』高橋英登・高見澤たか子／著 クインテッセンス出版株式会社／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

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覧ください。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もございますので、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
- ・日本赤十字社病院長連盟
- ・日本私立病院協会

- ・全国公立病院連盟
- ・全国済生会病院長会
- ・日本公的病院精神科協会

- ・全国厚生農業協同組合連合会
- ・岡山県病院協会

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

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

選見公雄会長を再選

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。本連盟の役員の任期は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、選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など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)

選見公雄会長は開会挨拶を行った後、選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副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挨拶をいただいた。その後、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。

【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 ～



全国公私病院連盟の「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。

会長所信

一般社団法人 全国公私病院連盟 会長 選見公雄



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がん剤が出ています。また、手術ロボットのダビ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、あの空白は本人の気力や天・神仏の力と小生は考えておりました。今は30種以上の資格を持つ方々が支えています。例えば、臨床工学士(C.E: Clinical Engineering)。この方達は、人工心臓、人工呼吸器、人工腎臓、輸液ポンプ(Intusion pump)などを使って他のスタッフを助けます。また、機器の保守点検もしてくれるので安心して自分の業務に専念できます。昔は業者に電話して修理しに来てもらったり大変でした。もしこの方達がいなければ、今回のコロナでの死者はかなりの増えたと身震いします。医療連携のキーパーソンMSW(Medical Social Worker)も新しい分野でしょう。地域医療連携室は病院の大きな部分を占めています。紹介・逆紹介など病病連

携、病診連携、さらに医療と介護の連携にもなくてはならない方々です。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。食材の値上げだけでなく、光熱水費も期中改定しても米価と同じく追いついてない状況が続いています。この様に、稀にみるインフレ状態は2年での1度の公定価格の診療報酬改定の制度設定時にはおそく想定していなかった筈です。本連盟の病院運営実態分析調査では約8割の病院が赤字、史上最悪の収支状況です。ぜひ政府一丸となって対策を講じて欲しいと願っています。

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申を受けて出される、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かった。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が抑えられ、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)

全国公私病院連盟

令和7年度 第66回 定時総会



会場のもよう



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年が経ちましたが、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した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

で病院はごも苦しい状態です。「日本病院団体協議会(日病協)」も5項目の緊急要望を出して政府に訴えています。【日病協が要望している5項目】
1. 入院基本料の引き上げ
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
1と2は厚労省より上の政府が取りまとめる「骨太の方針」が基となっています。つまり、社会保障費の伸びは高齢者の増加分以内に抑えろと。これでは医療界はやっていけません。

書については重井文博副会長(社会医療法人創和会しげい病院・理事長)、「令和7年度収支予算書」については牧野憲一(旭川赤十字病院名富院長・特別顧問)から報告があった。続いて、本年度は2年に1度の改選期にあたるため第3号議案「役員選任案」が選見会長から提案され、加盟団体から推薦された理事と監事の候補者が了承された後、「会長・副会長・常務理事」の互選を行うために総会を一時中断して「理

事会」が開催され、選見会長の再選が了承されている。(3面に役員名簿を掲載)その後、再開された総会で第4号議案「顧問・特別参与の推薦」が上程され異議なく了承、第5号議案の「決議案」を三角隆彦副会長(神奈川県済生会横浜市中部病院・院長)が朗読し、満場一致で承認されている。最後に望月泉副会長(八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長)が閉会挨拶を行った。総会は終了した。

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」との声が相次いでおり、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。

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。

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ず、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。

については、病院収入の源は公定価格で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

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。

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もの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

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

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
全国的に診療科偏在が課題となつている麻酔科・外科・小児科等を始めとして、病院は医師確保に難渋しており、今後、現行の医療提供体制すら維持することが困難になることが予想される。

5. 医療DX(電子カルテなど)に関すること
医療現場では電子カルテが根幹となり必要不可欠になっている。特に多職種による共同活動が進む病院医療において、電

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ための賃上げ財政の支援をするともに、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。

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、最重要機器となつている。地域医療体制や医療連携が進む現状において情報交換は正確で迅速である必要があり、特にベンダーが異なる電子カルテでは互換性が必須となつている。

しかしながら、診療報酬改定の度に起こるソフトの改変、約5年ごととされる機種の更新などの病院負担は多大であり、健全な医療活動を圧迫している。サイバー攻撃対策は高い費用を要し、現在の診療報酬では実施不可能であるので、これら

重要な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五雨式に生じている。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

確認したうえで、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5類に変更されたが、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いことから、手厚い加算点数にしていただきたい。

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、緊張した運営を継続しているが、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数確保が困難となり、収入の根幹である入院基本料の維持に影響する。

については、「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

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

3面へつづく

2面からつづく

~~~~~  
応等、精神医療と一般医療との連携を推進していくことが益々重要となってくる。

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・援護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。

この分野においては、施設基準と医療費給付を一般病床並みとする。

(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。

これらの医療提供体制確保のためには診療報酬では担保できない多くの人員が必要である。そのための制度的・財政的支援を充実すること。

(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

## 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」で役員の改選が行われ、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 北村 立(石川県立ころの病院院長)

常務理事 中野 実(前橋赤十字病院院長)



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)

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)



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)

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)



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)

常務理事 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)

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)

理事 髭 修平(北海道厚生農業協同組合連合会札幌厚生病院院長)

理事 辻 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)

監事 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)



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 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 岡田俊英(石川県立中央病院院長)

【短信】  
全国公私病院連盟からのお知らせ



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)

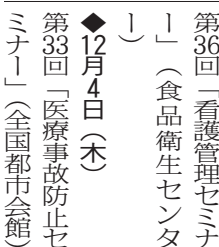
理事 松浦 弘(福岡県済生会福岡総合病院名誉院長)

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)

監事 青墳(あおつか)信之(成田赤十字病院院長)

◆12月4日(木)  
第33回「医療事故防止セミナー」(全国都市会館)

◆11月20日(木)  
第36回「看護管理セミナー」(食品衛生センター)



### 一般社団法人 全国公私病院連盟 加盟正会員および所在地一覧

|                               |                                                                                                                   |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一般社団法人<br>全国公私病院連盟<br>会長 邊見公雄 | 〒111-0042<br>東京都台東区寿 4-15-7<br>食品衛生センター7階<br>TEL 03-6284-7180 FAX 03-6284-7181<br>e-mail byo-ren@jb3.so-net.ne.jp |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                 |                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 公益社団法人<br>全国自治体病院協議会<br>会長 望月 泉 | 〒102-8556<br>東京都千代田区平河町 2-7-5<br>砂防会館 本館7階<br>TEL 03-3261-8555 FAX 03-3261-1845 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                     |                                                                                    |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 全国公立病院連盟<br>会長 辻井正彦 | 〒578-8588<br>大阪府東大阪市西岩田 3-4-5<br>市立東大阪医療センター内<br>TEL 06-6781-5101 FAX 06-6781-2194 |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

|                                     |                                                                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 全国厚生農業協同組合連合会<br>代表理事<br>会長 長谷川 浩 敏 | 〒100-6827<br>東京都千代田区大手町 1-3-1<br>JA ビル 27階<br>TEL 03-3212-8000 FAX 03-3212-8008 |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                        |                                                                                  |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 日本赤十字社病院長連盟<br>会長 中房祐司 | 〒105-0012<br>東京都港区芝大門 1-1-3<br>日本赤十字社ビル西館6階<br>TEL 03-5733-4296 FAX 03-5733-4297 |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

|                      |                                                                                          |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 全国済生会病院長会<br>会長 三角隆彦 | 〒230-8765<br>神奈川県横浜市鶴見区下末吉 3-6-1<br>神奈川県済生会横浜市東部病院内<br>TEL 045-576-3000 FAX 045-567-3525 |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

|                              |                                                                                 |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 一般社団法人<br>岡山県病院協会<br>会長 重井文博 | 〒700-0024<br>岡山県岡山市北区駅元町 19-2<br>岡山県医師会館5階<br>TEL 086-250-1124 FAX 086-250-3458 |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|                     |                                                                                |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 日本私立病院協会<br>会長 中村哲也 | 〒111-0042<br>東京都台東区寿 4-15-7<br>食品衛生センター7階<br>TEL 03-5830-7503 FAX 03-5830-7504 |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

|                                  |                                                                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 一般社団法人<br>日本公的病院精神科協会<br>会長 北村 立 | 〒700-0915<br>岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16<br>岡山県精神科医療センター内<br>TEL 086-225-3821 FAX 086-234-2639 |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

◆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」)



全国公私病院連盟

|             |                             |                |
|-------------|-----------------------------|----------------|
| 第2部<br>【対談】 | ぎょうてん・よしお<br>行天良雄氏          | 医事評論家          |
|             | かわしま・みどり<br>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<br>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) |                |



協賛：公私病連共済会

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

SJ24-05793 2024/08/07

[illegible]







| 第564号                               |  | 公私病連ニュース                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 2025年(令和7年)8月1日(金曜日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | (2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1面からつづく<br>~~~~~                    |  | 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】については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税收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年春季労使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【Ⅰ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(＋1600億円程度)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(＋1400億円程度)を上乗せし、＋3000億円程度とした】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。                       |  | した後、黒字幅が一定水準を超えた場合には、経済成長等に資するような政策の拡充を通じて経済社会に還元することをあらかじめルール化することについても検討に着手していく。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 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】については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税收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年春季労使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【Ⅰ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(＋1600億円程度)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(＋1400億円程度)を上乗せし、＋3000億円程度とした】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。                       |  |
| 2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針                 |  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ●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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| (1) 全世代型社会保障の構築                     |  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 医療・介護・障害福祉等の公定価格の分野の賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保がしっかりと図られるよう、コストカット型からの転換を明確に図る必要がある。このため、これまでの歳出改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、次期報酬改定を始めとした必要な対応策において、2025年春季労使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。                                                                                                                                                                            |  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| ●中長期的な時間軸を見据えた全世代型社会保障の構築           |  | 現役世代が急速に減少し、高齢者数がピークを迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 持続可能な社会保障制度のための改革を実施し、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、OTC類似薬の保険給付の在り方の見直しや、地域フォーミユラリの全国展開、新たな地域医療構想に向けた病床削減【Ⅱ人口減少等により不要となると推定される一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ調査を踏まえて次の地域の抑制努力も継続しつつ、医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底、がんを含む生活習慣病の重症化予防とデータヘルスの推進などの改革について、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。 |  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| ●中長期的な介護提供体制の構築                     |  | 迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸も視野に入れ、現役世代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・省力化を実現し、職員の負担軽減や資質向上につなげるとともに、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。現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現するため、各種データ分析・研究を始めEBPMによるワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制するとともに、全世代型社会保障の将来的な姿を若者も含め国民に分かりやすく情報提供する。 |  | 制の確保等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 迎える2040年頃を見据えた中長期的な時間軸も視野に入れ、現役世代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・省力化を実現し、職員の負担軽減や資質向上につなげるとともに、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。現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現するため、各種データ分析・研究を始めEBPMによるワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制するとともに、全世代型社会保障の将来的な姿を若者も含め国民に分かりやすく情報提供する。 |  |
| ●中長期的な医療提供体制の構築                     |  | 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發揮される制度整備、医療機能分化・連携や医療・介護連携、救急医療体制の確保、必要な資機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た医師派遣の充実、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、都道府県のガバナンス強化等を進める。地域医療構想について、地域での協議を円滑に進めるため、医療機関機能・病床機能の明確化、国・都道府県・市町村の役割分担など、2025年度中に国がガイドラインを策定し、各都道府県での2026年度以降の新たな地域医療構想の策定を支援する。                                                                                           |  | 制の確保等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 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發揮される制度整備、医療機能分化・連携や医療・介護連携、救急医療体制の確保、必要な資機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た医師派遣の充実、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、都道府県のガバナンス強化等を進める。地域医療構想について、地域での協議を円滑に進めるため、医療機関機能・病床機能の明確化、国・都道府県・市町村の役割分担など、2025年度中に国がガイドラインを策定し、各都道府県での2026年度以降の新たな地域医療構想の策定を支援する。                                                                                           |  |
| ●最先端の医療を含めた小児周産期医療体制の確保             |  | こうした医師の適正配置のための支援の在り方について、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医学教育を含めた総合的な診療能力を有する医師の育成、医師養成過程の取組と併せて、2025年末までに検討を行う。地域の医師確保への影響にも配慮し、医師の偏在は正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。また、偏在対策を含む看護職員の確保・養成や訪問看護におけるICT活用を含む看護現場におけるDXの推進、在宅サービスの多機能化といった在宅医療・介護の推進に取り組む。                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 果を検証する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | こうした医師の適正配置のための支援の在り方について、全国的なマッチング機能やリカレント教育、医学教育を含めた総合的な診療能力を有する医師の育成、医師養成過程の取組と併せて、2025年末までに検討を行う。地域の医師確保への影響にも配慮し、医師の偏在は正の取組を進め、医師需給や人口減少等の中長期的な視点に立ち、2027年度以降の医学部定員の適正化を進める。また、偏在対策を含む看護職員の確保・養成や訪問看護におけるICT活用を含む看護現場におけるDXの推進、在宅サービスの多機能化といった在宅医療・介護の推進に取り組む。                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| ●がん、循環器病等の疾患に応じた対策等                 |  | 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老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・2026年度を目途に標準的な出産費用の自己負担の無償化に向けた対応を進める。妊婦健診における公費負担を促進する。」「出産後の」機能を拡充するほか、小児周産期医療について、地域で総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 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・重点化を含めた必要なる支援を行う。安全で質の高い無痛分娩を選択できる環境を整備する。                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 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老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・2026年度を目途に標準的な出産費用の自己負担の無償化に向けた対応を進める。妊婦健診における公費負担を促進する。」「出産後の」機能を拡充するほか、小児周産期医療について、地域で総合的な対策のパッケージを順次実施し、その効果を検証する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| ●がん、慢性腎臓病対策、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、慢性疼痛等の疾患 |  | がん対策、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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | にこうした対策、難病対策、移植医療対策、アレルギー対策、依存症対策、難聴対策、栄養対策、受動喫煙対策、科学的根拠等に基づく予防接種の促進を始めとし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。連送業での睡眠時の無呼吸対策、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や啓発、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。                                                                                                                                                                                                     |  | にこうした対策、難病対策、移植医療対策、アレルギー対策、依存症対策、難聴対策、栄養対策、受動喫煙対策、科学的根拠等に基づく予防接種の促進を始めとし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。連送業での睡眠時の無呼吸対策、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や啓発、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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |



# 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実行し、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  
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実行し、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

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。

当該削減が実現した際には、「一定の合理性のある試算」【※2】に基づけば、約1兆円の医療費削減効果と計算されるなど、一定規模の入院医療費の削減効果が期待でき

る。

その上で、感染症等に対応する病床は確実に確保しつつ、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に鑑み、

「介護・障害福祉従事者の処遇改善法案」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)」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。

【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)

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<br>(2024)<br>8月審査分 | 令和5年<br>(2023)<br>6月審査分 | 対前回     |        | 令和6年<br>(2024)<br>8月審査分 | 令和5年<br>(2023)<br>6月審査分 | 対前回    |        |
|               |                         |                         | 増減点数    | 増減率(%) |                         |                         | 増減点数   | 増減率(%) |
| 総数            | 61 028.2                | 60 230.4                | 797.8   | 1.3    | 4 219.9                 | 4 027.5                 | 192.4  | 4.8    |
| 初・再診          | 64.2                    | 62.3                    | 1.9     | 3.0    | 4.4                     | 4.2                     | 0.3    | 6.6    |
| 医学管理等         | 478.7                   | 482.2                   | △ 3.5   | △ 0.7  | 33.1                    | 32.2                    | 0.9    | 2.7    |
| 在宅医療          | 87.2                    | 87.0                    | 0.2     | 0.2    | 6.0                     | 5.8                     | 0.2    | 3.7    |
| 検査            | 660.6                   | 619.0                   | △ 158.5 | △ 19.3 | 45.7                    | 54.8                    | △ 9.1  | △ 16.6 |
| 画像診断          | 316.8                   | 318.1                   | △ 1.4   | △ 0.4  | 21.9                    | 21.3                    | 0.6    | 3.0    |
| 投薬            | 536.4                   | 503.3                   | 33.1    | 6.6    | 37.1                    | 33.7                    | 3.4    | 10.2   |
| 注射            | 1 445.3                 | 1 169.8                 | 275.5   | 23.6   | 99.9                    | 78.2                    | 21.7   | 27.8   |
| リハビリテーション     | 3 399.2                 | 3 395.3                 | 3.9     | 0.1    | 235.0                   | 227.0                   | 8.0    | 3.5    |
| 精神科専門療法       | 312.8                   | 318.0                   | △ 5.1   | △ 1.6  | 21.6                    | 21.3                    | 0.4    | 1.7    |
| 処置            | 896.0                   | 934.4                   | △ 38.3  | △ 4.1  | 62.0                    | 62.5                    | △ 0.5  | △ 0.8  |
| 手術            | 11 401.4                | 11 185.7                | 215.7   | 1.9    | 788.4                   | 748.0                   | 40.4   | 5.4    |
| 麻酔            | 1 399.4                 | 1 365.4                 | 34.0    | 2.5    | 96.8                    | 91.3                    | 5.5    | 6.0    |
| 放射線治療         | 205.1                   | 194.1                   | 11.0    | 5.7    | 14.2                    | 13.0                    | 1.2    | 9.3    |
| 病理診断          | 98.2                    | 97.6                    | 0.6     | 0.7    | 6.8                     | 6.5                     | 0.3    | 4.1    |
| 入院料等          | 20 531.2                | 21 396.9                | △ 865.8 | △ 4.0  | 1 419.7                 | 1 430.8                 | △ 11.1 | △ 0.8  |
| 診断群分類による包括評価等 | 18 236.7                | 17 901.4                | 335.3   | 1.9    | 1 261.0                 | 1 197.0                 | 64.0   | 5.3    |
| 入院時食事療養費(円)   | 25 459                  | 25 331                  | 128     | 0.5    | 1 760                   | 1 694                   | 67     | 3.9    |

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<br>(2024)<br>8月審査分 | 令和5年<br>(2023)<br>6月審査分 | 対前回    |        | 令和6年<br>(2024)<br>8月審査分 | 令和5年<br>(2023)<br>6月審査分 | 対前回    |        |
|           |                         |                         | 増減点数   | 増減率(%) |                         |                         | 増減点数   | 増減率(%) |
| 総数        | 1 478.5                 | 1 480.9                 | △ 2.4  | △ 0.2  | 99.6                    | 1 007.1                 | △ 10.5 | △ 1.0  |
| 初・再診      | 192.7                   | 192.7                   | 0.0    | 0.0    | 129.9                   | 131.1                   | △ 1.1  | △ 0.9  |
| 医学管理等     | 140.8                   | 144.3                   | △ 3.4  | △ 2.4  | 94.9                    | 98.1                    | △ 3.2  | △ 3.2  |
| 在宅医療      | 123.5                   | 121.3                   | 2.2    | 1.9    | 83.2                    | 82.5                    | 0.8    | 1.0    |
| 検査        | 280.4                   | 273.1                   | 7.3    | 2.7    | 189.0                   | 185.7                   | 3.3    | 1.8    |
| 画像診断      | 108.4                   | 106.2                   | 2.2    | 2.0    | 73.1                    | 72.2                    | 0.8    | 1.1    |
| 投薬        | 155.8                   | 179.9                   | △ 24.1 | △ 13.4 | 105.0                   | 122.4                   | △ 17.3 | △ 14.2 |
| 注射        | 209.5                   | 196.9                   | 12.5   | 6.4    | 141.2                   | 133.9                   | 7.3    | 5.4    |
| リハビリテーション | 25.9                    | 23.9                    | 2.0    | 8.4    | 17.4                    | 16.2                    | 1.2    | 7.4    |
| 精神科専門療法   | 26.9                    | 26.9                    | 0.0    | 0.0    | 18.2                    | 18.3                    | △ 0.2  | △ 0.8  |
| 処置        | 123.0                   | 132.5                   | △ 9.5  | △ 7.2  | 82.9                    | 90.1                    | △ 7.2  | △ 8.0  |
| 手術        | 60.5                    | 55.1                    | 5.4    | 9.7    | 40.8                    | 37.5                    | 3.3    | 8.8    |
| 麻酔        | 5.0                     | 5.0                     | 0.0    | 0.0    | 3.3                     | 3.4                     | △ 0.0  | △ 0.8  |
| 放射線治療     | 10.4                    | 9.7                     | 0.7    | 6.9    | 7.0                     | 6.6                     | 0.4    | 5.9    |
| 病理診断      | 11.8                    | 10.7                    | 1.1    | 10.1   | 8.0                     | 7.3                     | 0.7    | 9.2    |

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)

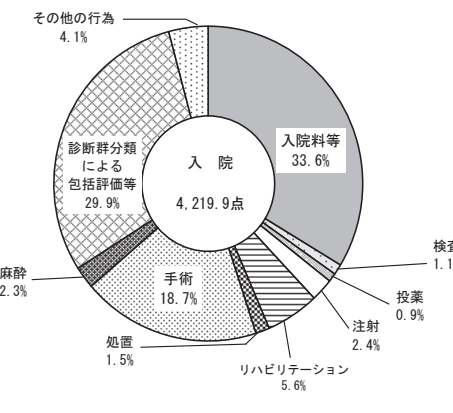
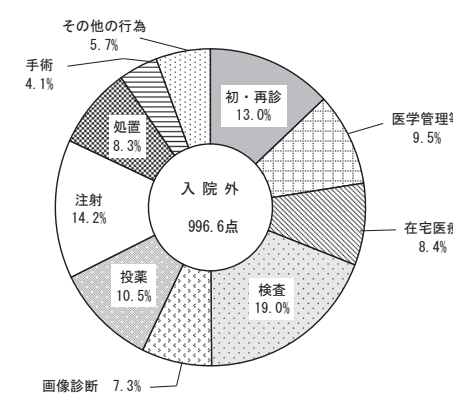


図2. 診療行為別にみた入院外の1日当たり点数の構成割合(令和6年8月審査分)



象月を6月審査分から8月審査分に変更したため、令和5年以前の数値との比較には留意が必要となる。

●1件当たり点数は6万1028.2点(対前回1.3%増)

●1日当たり点数は4219.9点(対前回4.8%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1日当たり点数は99.6点(対前回10.7%増)

●1件当たり点数は6万1028.2点(対前回1.3%増)

●1日当たり点数は4219.9点(対前回4.8%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1日当たり点数は99.6点(対前回10.7%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1件当たり点数は6万1028.2点(対前回1.3%増)

●1日当たり点数は4219.9点(対前回4.8%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1日当たり点数は99.6点(対前回10.7%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1件当たり点数は6万1028.2点(対前回1.3%増)

●1日当たり点数は4219.9点(対前回4.8%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1日当たり点数は99.6点(対前回10.7%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1件当たり点数は6万1028.2点(対前回1.3%増)

●1日当たり点数は4219.9点(対前回4.8%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1日当たり点数は99.6点(対前回10.7%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1件当たり点数は6万1028.2点(対前回1.3%増)

●1日当たり点数は4219.9点(対前回4.8%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1日当たり点数は99.6点(対前回10.7%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1件当たり点数は6万1028.2点(対前回1.3%増)

●1日当たり点数は4219.9点(対前回4.8%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)

●1日当たり点数は99.6点(対前回10.7%増)

●1件当たり点数は996点(対前回10.5%増)



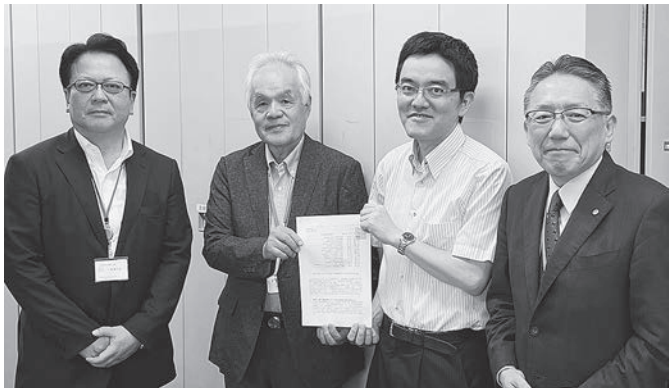




令和8年度  
診療報酬

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経験したことのない極めて厳しい状況に追い込まれていることから、【第1報】で要望した

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

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】

令和7年度に入ってもインフレ基調は変わらず、

物価高騰、人件費高騰令和7年春闘賃上げ率2年連続で5%超）は続いており、病院経営は更に深刻な状況へと悪化しています。病院医療は地域社会における最も重要なインフラの一つです。適切に診療報酬が上からなければ、地域で必要とされる病院が経営難から機能不全に陥り、「助かるべき命が助からない」という本当の意味での医療崩壊が始まります。一旦崩壊した医療インフラは簡単に立ち直る事は出来ません。その危機的状況を回避させるためにも、前回総論的な要望【第1報】でお願いしましたように、基本的な入院料を堅実に引き上げて頂くと共に、より適切な医療サービスの提供が出来る様、改めて13項目の要望【第2報】を提出します。

1. 重症度、医療・看護必要度について内科系

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

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、一般病棟利用の重症度、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

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

おり、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つつある。加えて大きな問題は、病院の建て替えがでなくなってきた

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

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



連盟 常務理事 川嶋 成乃亮

これら病院は本来なら、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

境となっており、また患者動線や安全の観点からも不適な構造とな

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

域の医療の問題は解決できない。加えて、包括的医療を行う、あるいはかかりつけ機能を

有す、地域に密着した病院も存続する必要がある。都市部において

（大阪府済生会中津医療福祉センター総長）

とれる。(K・M)

いる鉛筆

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

現代はどうか。介護保険は、ほとんどが人件費である。それを外国人に任せては、大部分が外国に行ってしまう。日本の若者が働きたくなるような金額にすれば、人手不足は解消し、各種の税が国に入る。高齢者が多く、医療費がかさむというが、高齢者の多くは、高血圧、糖尿病等であり、薬はほとんどがジェネリックであり、日本の製品である。問題は、難病や悪性腫瘍のための薬であり、これらの多くは外国製である。つまり薬代は外国に流れる。製薬会社の開発の怠慢か、財務省の研究費をケチった結果か。今回当

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、精神病床が正当に評価されることを要望します。

5. 外来・在宅ベースアップ、入院ベースアップ評価料の適切な評価の見直しと、全職種を対象へ

令和7年度春闘の賃上げ率が2年連続で5%越えと言われている中で、我々医療界の人材が他産業に移動し、益々人手不足に拍車がかかることが無い

2面へつづく



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1面からつづく<br>~~~~~                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 送件数に加え、「年間000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。                                            |  | 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。                                                                                           |  |
| 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<br>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、救急患者連携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。                                                                                                           |  | 8. 医師事務作業補助体制加算の更なる評価<br>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ますが、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、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場合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、年間緊急入院患者の要件がまだまだ厳しく要件の更なる緩和を求めます。 |  | 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<br>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が新設されました。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。 |  |
| 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<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 入院・外来医療等の調査・評価分科会<br>これまでの検討状況(中間まとめ)                                                                                                                                                                       |  | 11. 内視鏡手術支援機器を用いる手術及びロボット手術(タヴィンチ、ヒノトリ等)の評価<br>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/タヴィンチ・ヒノトリ等)は機器の国内導入は増加、症例数も増加しており、医学                                                                                                                                               |  |
| も症例数が満たせない場合の安全・有用性に関する評価も高まっています。一方で手術時に使用する消耗品や機器類のメインテナン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、費用実態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                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                             |  | 的な見直しでは追いつ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関しては、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については、昨今の急激な物価高により、定期                                                                                                                          |  |
| る仕組みの構築と評価の見直しを要望します。<br>13. 高額医薬品管理料の新設<br>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。<br>以上                                                                                                                                  |  |
| 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。 |  | 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こと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う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。                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ⑦急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ⑧急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ⑨急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ⑩急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ⑪急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ⑫急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ⑬急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ⑭急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ⑮急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ⑯急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ⑰急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ⑱急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ⑲急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ⑳急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㉑急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㉒急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㉓急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㉔急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㉕急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㉖急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㉗急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㉘急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㉙急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㉚急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㉛急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㉜急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㉝急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㉞急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㉟急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㊱急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㊲急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㊳急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㊴急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㊵急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㊶急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㊷急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㊸急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㊹急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㊺急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㊻急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㊼急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| ㊽急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ㊾急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                      |  | ㊿急性期入院医療の標準化を進めるという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。                                                                                                                                                          |  |
| 【分科会での評価・分析に関する意見】<br>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、中小規模の病院にくまな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いった意味で、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指数が低い病院があり、特にDPC標準病院群ではそのような病院が多いことから、単純に手術件数ではなく、手術の難易度を考慮することも必要ではないかとの意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                    |  | ⑤DPC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意見があった。                                                                                                                          |  | 【1-3】その他<br>~~~~~<br>3面へつづく                                                                                                                                                                                                                                     |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2面からつづく                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
| ▼専門病院について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
| は、許可病床数別に見ると、200床以上の病院と比較して、200床未満の病院で専門病院の割合が多い。200床未満の専門病院では、救急搬送件数が少ないものの、全身麻酔手術件数が多い病院が見受けられた▼有人離島からなる二次医療圏の病院では、救急搬送受入件数が少なく、年間3000件を超えるような病院がなかった▼子ども病院では、同じ救急搬送件数を受けている一般病院と比較して手術件数が多く傾向にある一方で、救急搬送件数の地域シェア率が4分の1を超える医療機関はなかった。                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
| 【分科会での評価・分析に関する意見】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ①子ども病院は、新生児の救急搬送が減っており、一般的な成人を診療する病院とは質が異なるので、別の枠で捉えることも必要ではないかとの意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      |
| ②離島において現場でできることは限られていると思うため、現場の一線で頑張っている医療機関や、流入を受け入れる医療機関を評価する必要性があるのではないかとこの意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ③離島ではリモートの診療や患者搬送機能の向上等の資源を投入していることが、今後必要ではないかとの意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                      |
| 【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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ■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】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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 料を算定した患者の「医療資源を最も投入した傷病名」には、ばらつきがあった▼「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」を算定する病院について、その多くが、二次救急医療施設」「三次救急医療施設」であり、約6割の病院が年間救急搬送件数4000件以上であったが、一部には年間救急搬送件数が1000件未満である病院や、救急部門を有していない病院もあった▼年間全身麻酔件数は、多くの病院で1000件以上であったが、一部には500件未満の病院もあった▼「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「A205」2超急性期脳卒中加算又は「K1784」経皮的脳血栓回収術を一定回数実施しているが、一部には、これらの治療を実施していない病院もあった▼「特定集中治療管理料」「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、救急搬送され入院した患者は約38%であり、全身麻酔を受けた患者は約58%であった。いずれも受けていない患者は、約14%であった。 |                                                                                                                                                                      |
| ▼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である▼「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」を算定する病院について、その多くが、二次救急医療施設」「三次救急医療施設」であり、約6割の病院が年間救急搬送件数4000件以上であったが、一部には年間救急搬送件数が1000件未満である病院や、救急部門を有していない病院もあった▼年間全身麻酔件数は、多くの病院で1000件以上であったが、一部には500件未満の病院もあった▼「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、その多くが「A205」2超急性期脳卒中加算又は「K1784」経皮的脳血栓回収術を一定回数実施しているが、一部には、これらの治療を実施していない病院もあった▼「特定集中治療管理料」「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、救急搬送され入院した患者は約38%であり、全身麻酔を受けた患者は約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】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |
| 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この意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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を踏まえると、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現行の「治療室内に常時勤務」との要件は厳しいものであり、治療室外に医師がいる場合であっても治療室の患者に対する適切な対応が可能な体制が整っている場合もあるのではないかとこの意見があった。                                                                       |
| ④医師の働き方改革の趣旨を踏まえると、宿日直ではない体制の維持は必要である。一方で、医師の確保が困難である状況なども踏まえた上で、集中治療室のあるべき姿について検討を進める必要があるのではないかとこの意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ⑤令和6年度診療報酬改定において、「特定集中治療室管理料1、2」の届出を行う施設から支援を受けることを評価する「特定集中治療室遠隔支援加算」を新設した▼「特定集中治療室遠隔支援加算」は、被支援側の医療機関の所在について直接的な要件はないものの、被支援側への支援を行う医療機関について、その支援する医療機関に、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が含まれていることを要件としている▼「特定集中治療室管理料5、6」を算定する医療機関のうち、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在するものは、全国に25箇所であった▼「特定集中治療室遠隔支援加算」を算定する医療機関について、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に立地する医療機関は1施設のみであり、それ以外の医療機関は4                                                                                                | 【分科会での評価・分析に関する意見】                                                                                                                                                   |
| ①地域において必要な役割を果たしている集中治療室であることを前提として、集中治療を専門とする医師等の不足が見込まれる地域に対しては、遠隔支援を活用することが有効であると考えられるとの意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ②集中治療を専門とする医師の確保が困難な状況であり、医師少数区域以外にもこのような医師が不足している地域があることが予想されるとの意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 【今後の検討の方向性】                                                                                                                                                          |
| ■救急搬送件数や年間全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院の治療室とそれ以外の病院の治療室において、その重症度等がどのように異なっているのか、更に分析を進める。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ■専任の医師が宿日直を行う医師ではない「特定集中治療室管理料1、4」を算定する治療室と、専任の医師が宿日直を行うことができる「特定集中治療室管理料5、6」を算定する治療室における専任の医師の違いについて、更に分析を進める。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ■救急搬送件数や年間全身麻酔手術実施件数が一定以上である病院の治療室とそれ以外の病院の治療室において、その重症度等がどのように異なっているのか、更に分析を進める。                                                                                    |
| 【3】DPC/PDPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
| ▼令和6年度診療報酬改定後、地域包括医療病棟等への病棟再編を伴うDPC制度からの退出等により、DPC対象病院数は減少している▼DPC対象病院の内訳は経時的に変化しており、DPC対象病院のうち、全許可病床に占めるDPC算定を行う病床（以下「DPC算定病床」という）の割合が50%未満の病院は増加傾向にある▼また、DPC算定病床以外の病床を保有するDPC対象病院数も、高い水準で推移している。                                                                                                                                                                                                                                                               | 【3-1】機能評価係数Ⅱ（複雑性係数）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 【3-2】再入院・再転棟ルール                                                                                                                                                      |
| ▼複雑性係数について、令和6年度診療報酬改定に向けた議論において、診療対象とする診断                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ①同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、明らかにする必要があるのではないかといった意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ②DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| 【分科会での評価・分析に関する意見】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ①同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、明らかにする必要があるのではないかといった意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ②DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ①同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、明らかにする必要があるのではないかといった意見があった。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ②DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ③同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、明らかにする必要があるのではないかといった意見があった。                                                                               |
| ④DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑤令和6年度診療報酬改定後、地域包括医療病棟等への病棟再編を伴うDPC制度からの退出等により、DPC対象病院数は減少している▼DPC対象病院の内訳は経時的に変化しており、DPC対象病院のうち、全許可病床に占めるDPC算定を行う病床（以下「DPC算定病床」という）の割合が50%未満の病院は増加傾向にある▼また、DPC算定病床以外の病床を保有するDPC対象病院数も、高い水準で推移している。                                                                                                                                                                                                                                                     | ⑥DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ⑦DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑧DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑨DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ⑩DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑪DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑫DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ⑬DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑭DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑮DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ⑯DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑰DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ⑱DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ⑲DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑳DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㉑DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㉒DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㉓DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㉔DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㉕DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㉖DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㉗DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㉘DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㉙DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㉚DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㉛DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㉜DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㉝DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㉞DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㉟DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㊱DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㊲DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㊳DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㊴DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㊵DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㊶DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㊷DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㊸DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㊹DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㊺DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㊻DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㊼DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㊽DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㊾DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㊿DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋀DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋁DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋂DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋃DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋄DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋅DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋆DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋇DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋈DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋉DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋊DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋋DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋌DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋍DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋎DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋏DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋐DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋑DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋒DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋓DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋔DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋕DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋖DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋗DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋘DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋙DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋚DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋛DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋜DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋝DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋞DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋟DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋠DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋡DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋢DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋣DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋤DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋦DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋧DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ㋨DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転 |
| ㋩DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ㋪DPC制度において、入院初期を重点評価するため、入院期間Ⅰの1日当たりの点数を相対的に高く設定している▼患者を短期間で退院・再入院させ、単価の高い入院期間Ⅰを繰り返して算定する事例に対応する観点から、一定の条件を満たす再入院及び再転棟については、一連の入院とみなすこととし、累次の改定を行ってきた▼DPC病棟からの転棟後、再転</                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                      |



全国公私病院連盟

|             |                             |                |
|-------------|-----------------------------|----------------|
| 第2部<br>【対談】 | ぎょうてん・よしお<br>行天良雄氏          | 医事評論家          |
|             | かわしま・みどり<br>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<br>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) |                |

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

司会で、行天良雄先生  
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（利

問合先〓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



“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

◆ 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。

◆ お問い合わせ電話番号 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

1人を抱える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、質が高く効率的な地域医療・介護提供体制を全国で確保する。

▽質が高く効率的な医療提供体制の確保Ⅱ806億円

▽地域包括ケアシステムの更なる深化・推進Ⅱ2457億円

▽救急・災害医療提供体制の確保Ⅱ124億円

▽小児・周産期医療提供体制の確保Ⅱ26億円

▽医療・介護分野におけるDXの推進Ⅱ

▽がん対策、循環器病対策等の推進Ⅱ449億円

▽肝炎対策の推進Ⅱ53億円

▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進Ⅱ1740億円

▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進Ⅱ34億円

▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等Ⅱ

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Ⅱ371億円

【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Ⅱ10兆4849億円

▽国民健康保険への財政支援Ⅱ3071億円

▽被用者保険への財政支援Ⅱ1253億円

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Ⅱ1326億円

【以下略】

## いる鉛筆

連日、新聞折込にカメフラやオーディオ、着物などの引き取りチラシが入ってくる。世界情勢の不安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っ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…。貧しさ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なる。勿論、十羽一絛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。

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・タスクシニ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・介護の複合ニ

▽がん対策、循環器病対策等の推進Ⅱ449億円

▽肝炎対策の推進Ⅱ53億円

▽難病・小児慢性特定疾病対策、移植医療対策の推進Ⅱ1740億円

▽歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進Ⅱ34億円

▽感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等Ⅱ

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Ⅱ371億円

【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Ⅱ10兆4849億円

▽国民健康保険への財政支援Ⅱ3071億円

▽被用者保険への財政支援Ⅱ1253億円

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Ⅱ1326億円

【以下略】

## 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近代的国家であることが特徴となっている。



連盟 常務理事 佐能 量雄

## 少子高齢化

リカ、中国に続いてドイツが世界第3位で、ついで前まで3位だった日本は4位となり2024年にドイツに抜かれた形で続く。が、2025年にはイ

の対応失敗、長期的な視点で欠いた政策や経営、人への投資の不足と賃金・格差の問題、そして短期的な自己利益を優先する風潮、なども挙げられている。

会保障・人口問題研究所が4月に公表した将来推計人口)になると試算されていることだ。とんでもない話だ、と思いたいが、人口予測はほぼ間違いは

のはずなのだが、とてもない悲惨な道を歩もうとしている!!日本の未来を変える最終チャンスは、今(現在)しかない!!と、強く思っている。適齢期を過

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にも抜かれて5位に後退する。日本の国力衰退の主な理由は、人口減少と少子高齢化である。技術革新の遅れや産業構造の変化へ

しかし、更に心を痛めるのは、少子化が原因で100年後の2120年には人口が500万人を割り込んで4973万人(国立社

きた勝手気ままな未婚・独身の男女から高額

の税金を集めて、子を産み子育てに取り組み家族に多額のお金で支援を用意する!!などの政策を工夫して実施するべき時である。

取り返しのつかない事にならないよう、国民一人一人が正しい知識と判断を持って、日本国民がみんな大好きな今の日本社会の中で沢山の日本人の子供を育てることができるように、より愛すべき愛しい国家に築き上げるよう願うばかりである。(社会医療法人光生病院 理事長・院長)

## 令和8年度 厚生労働省予算概算要求の姿

### 一般会計

(単位: 億円)

| 区分                 | 令和7年度<br>予算額(A) | 令和8年度<br>要求額(B) | 増▲減額(C)<br>(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 裁量の経費           | 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っているので、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、消費税率、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。



# 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。

【主要施策】（抜粋）

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

今後も人口減少・高齢化が続く中、各地域において、将来の医療需要を見据えつつ、新たな感染症等や、地震災害・風水害等の自然災害など、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を整備・構築する必要がある。

また、令和7年通常国会に提出した医療法等改正法案を踏まえ、新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む医療提供体制全体の課題解決を図るものへ位置付けを見直すことや、医療機関機能に

着目した医療機関の機能分化・連携の推進等に取り組むとともに、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の実現のため、重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援等に取り組む。また、「医療計画」「地域医療構想」「医師の働き方改革」「医師偏在対策」「外来機能の明確化・連携」等、かかりつけ医療機能の確保など各種施策を一体的に推進する。

加えて、在宅医療については、効率的で持続可能な在宅医療の提供体制を確保するため、第9次医療計画への反映も見据え、新たに、求められる在宅医療の機能（①退院支援②日常の療養支援③急変時の対応④看取り）におけるICT技術等の活用のある方を検討する

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構想ガイドラインに即した、都道府県の取組や、医療機関の連携・再編・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。

## 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。

### 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)                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ・地域医療介護総合確保基金(注1) 613 億円(613 億円)<br>・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                                                                                                                                                | 医師・医療従事者の働き方改革の推進                                                                                            |
| 156.1 億円(123.9 億円)                                                                                                                                             | 111.4 億円(106.2 億円)                                                                                           |
| ・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)<br>・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)<br>・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)<br>・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 | ・地域医療介護総合確保基金を活用した勤務医の労働時間短縮の推進(注2) 95.3 億円(95.3 億円)<br>・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 2.0 億円(0 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)                                                                                           |
| ・かかりつけ医療機能が発揮される制度整備の推進<br>・災害/救急/へき地医療体制、ドクターヘリ、在宅医療の推進<br>・歯科口腔保健・歯科保健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)                                                                                             |
| ・看護現場におけるICT活用の推進<br>・特定行為研修の推進<br>・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)                                                                                           |
| ・医療の国際展開の推進<br>・外国人患者の受入環境の整備<br>・新興感染症対応力強化事業 等                                                                                                               |                                                                                                              |

### 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) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ・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 億円の内数(統合補助金266.5 億円の内数)<br>・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)<br>・地域小児医療体制強化事業 3.8 億円＋統合補助金282.8 億円の内数(統合補助金266.5 億円の内数) 等 |                 |
| 上記の他、医療機関等における医療機能の充実、医師偏在の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」に基づく医療施設の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。<br>(注2) 地域医療介護総合確保基金の内数。<br>(注3) 東日本大震災復興特別会計に計上。                                                             |                 |

### 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) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| ・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)<br>・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)<br>・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) |
| ・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)<br>・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)<br>・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)   |
| ・小児医薬品開発支援体制強化事業 0.4 億円(0.3 億円)<br>・未承認薬等アクセス確保事業 0.5 億円(0 億円)<br>・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) |
| ・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)  |
| ・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)<br>・抗菌薬等医薬品備蓄体制整備 5.8 億円(0 億円)<br>・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) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| ・保健医療情報利活用推進関連事業 5.3 億円(5.3 億円)<br>・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)<br>・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

|                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ・死因究明等の推進 3.5 億円(2.7 億円)<br>・国立ハンセン病療養所における良好な療養環境の整備 332.4 億円(309.6 億円)<br>・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)<br>・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。<br>※項目間で一部経費の重複あり。                                                                                                                                              |  |

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

4億7500万円

病床機能の分化・連携に向けた病床機能報告及び外来機能の分化・連携に向けた外来機能報告の集計等を引き続き実施するほか、医療法等改正法案が成立した場合、令和8年度から新たに開始される医療機関機能報告の

集計等を行う。

(2) 医療計画等に基づく医療体制の推進

①かかりつけ医療機能が發揮される制度整備の推進 18億6900万円

②ドクターヘリ活用の推進 100億1100万円

地域において必要な救

急医療が適時適切に提供できる体制の構築を目指すし、早期の治療開始、迅速な搬送を可能とするドクターヘリの運航に必要な経費の支援を拡充するとともに、ドクターヘリによる診療の効果検証を行うため、ドクターヘリの症例データの収集等を行う。

③救急医療体制の推進 11億8400万円

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。

④災害医療体制の推進 20億9600万円

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等の機能發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。

⑦医療安全の推進 11億5400万円

更なる医療安全の確保を推進するため、医療事故調査結果を収集・分析し、再発防止に向けた普及啓発等を行う医療事故調査・支援センターの運営等の取組を更に進める。

⑧歯科口腔保健・歯科保健医療提供体制の推進 30億3000万円

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。

他方、一部の市町村では、独自に積極的な医師確保の取組を実施しており、より地域に密着した市町村が主体となつて都道府県と連携して医師確保に取り組むことも重要であるため、市町村が都道府県と連携して取り組む医師確保対策についてのモデル事業を実施する。

④総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業 5億6200万円

総合診療医の養成を全国的に進めるため、総合診療医センターを各プロックに整備し、体制の強化を図るとともに、臓器別の専門的な診療に従事してきた中堅以降の医師等を主な対象として、その後のキャリアにおいて総合的な診療能力を持つ医師として活躍するために必要な研修等の実施に必要な支援を行う。

~~~~~

3面へつづく

今後、発生が想定される南海トラフ地震や首都直下地震等の大規模災害の発生等に備えて、災害拠点病院等や災害等のリスクの高い地域に所在する医療機関等の体制強化や施設整備に対する支援等を行う。

新興感染症への対応や大規模災害発生直後の被災地における迅速な活動調整等を目的としたDMAT事務局等の体制拡充や、地域における災害等の危機管理を指導する専門家の養成等を図るとともに、ドクターヘリを活用した災害時の患者搬送調整を行うドクターヘリ支援本部をDMAT事務局内に設置する。

⑤へき地保健医療対策の推進 27億100万円

無医地区等のへき地に居住する住民に対する医療提供体制の確保を図るため、へき地診療所、巡回診療等を行うへき地医療拠点病院等への支援を行う。

⑥在宅医療の推進 3億1200万円

人生会議(ACP)の普及・啓発活動を更に推進するとともに、在宅医療の推進に向けて、第8次医療計画で位置づけた

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等の機能發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。

⑦医療安全の推進 11億5400万円

更なる医療安全の確保を推進するため、医療事故調査結果を収集・分析し、再発防止に向けた普及啓発等を行う医療事故調査・支援センターの運営等の取組を更に進める。

⑧歯科口腔保健・歯科保健医療提供体制の推進 30億3000万円

(3) 医師偏在是正に向けた対策の推進

①医師偏在是正に向けた広域マッチング事業 2億円

全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数地域との医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うための財政支援を行う。

②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

今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師を確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを重点医師偏在対策支援区域と設定

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
12億4000万円

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的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)12億2000万円

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い、好事例として横展開する。

⑦専門医認定支援事業
11億83000万円

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みを推進し、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。

(4)医師・医療従事者の働き方改革の推進
①勤務医の労働時間短縮の推進195億3300万円

勤務医の働き方改革を推進するため、地域医療介護総合確保基金により、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み医療機関に対する勤務環境改善等のための支援を行う。

a.働きやすく働きがいのある職場づくりに向けた環境の整備
①医療従事者勤務環境改善推進事業130000万円

各都道府県に設置されている医療勤務環境改善支援センターが行う管内の医療機関に対する助言等の機能を向上させ、医療勤務環境改善支援センターの体制の充実を図るため、研修会の実施や有識者等の派遣を行う。

②医療専門職支援人材確保・定着支援事業110000万円

医師・看護師等の医療専門職から医師事務作業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・シフティ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。

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12億円

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。

b.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
①長時間労働医師への面接指導の実施に係る研修事業110000万円

医療機関は時間外・休日労働が月100時間以上となることを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。

【以下略】

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)

地域医療構想の実現に向け、医療機関の開設者が、医療機関の再編に伴い取得する土地又は建物に係る登録免許税及び不動産取得税の軽減措置について、適用期限を2年延長するとともに、当該措置の対象となる要件、税率及び課税標準の見直しを行う。

▽医療継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の延長(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診療報酬以外部分に係る事業税の軽減措置の存続(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が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診療報酬以外の部分に係る事業税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)

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診療報酬以外部分に係る事業税の軽減措置の存続(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が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診療報酬以外の部分に係る事業税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)

税、贈与税、消費税、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、地方消費税)

税制上の優遇措置を受けるための要件(診療費の上限)について、訪日外国人診療に伴う医療機関の負担に鑑み、訪日外国人に対して請求できる診療費の上限を緩和する。

▽厚生農業協同組合連合会の法人税非課税措置の要件の見直し(法人税、法人住民税、事業税、事業所税)

厚生農業協同組合連合会の法人税非課税措置の要件の見直し(法人税、法人住民税、事業税、事業所税)

厚生農業協同組合連合会の法人税非課税措置の要件の見直し(法人税、法人住民税、事業税、事業所税)

厚生農業協同組合連合会の法人税非課税措置の要件の見直し(法人税、法人住民税、事業税、事業所税)

厚生農業協同組合連合会の法人税非課税措置の要件の見直し(法人税、法人住民税、事業税、事業所税)

会が行う医療保健業を収益事業から除外するため

の要件の一つである各医療施設ごとの特別の療養環境に係る病床の病室差額の「平均額が5000円以下」の要件について、経営環境の変化に対応することが可能となるよう、病室差額料に関する要件の見直しを行うこと。

▽セルフメディケーション推進のための医療費控除の特例措置の拡充(所得税、個人住民税)

セルフメディケーションを更に推進する観点から、医療費控除の特例措置を恒久化も視野に入れ継続するとともに、税制によるインセンティブ効果をより強化するため、税制の対象範囲の拡大及び非課税措置の延長(所得

税、個人住民税)

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(印紙税、国民健康保険税)

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支援金等を含める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係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)

社会保障審議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。

- 期 日：令和7年11月27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)13,200円(税込)
：会 員 外(1名につき)15,400円(税込)
- 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	「感染症が起こ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



こちらからもお申込みいただけます。

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②」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

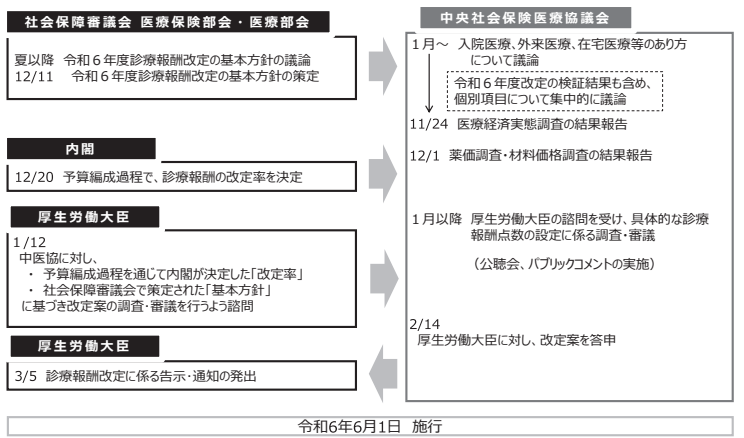
めて、12月上旬には「令和8年度診療報酬改定の基本方針」を公表することになっている。

中医協でポイントとなる行程は、中医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2月20日)し、厚生労働大臣から中医協に対して、予算編成過程を通じて内閣

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
論点	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月上旬 基本方針 発表		12月8日 12/11 基本方針 発表	12月8日

(参考) 令和6年度診療報酬改定のスケジュール【実績】



が決定した改定率と社会保障審議会を取りまとめた「基本方針」に基づき改定案の調査・審議を行うよう諮問(前回の諮問は、年明け1月12日、厚生労働大臣に答申(前回

聴会の開催とパブコメの募集を経て、中医協が厚生の答申は2月14日)、診療報酬改定に係る告示は3月5日だった。

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

ポリタン高崎「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。

【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 講師 三宅友美 氏 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」 (地方独立行政法人東京都立病院機構 講師 宮崎 隆 氏 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～」 (NTT 東日本関東病院 品質保証室 室長、NTT 東日本 講師 村岡修子 氏 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

「**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

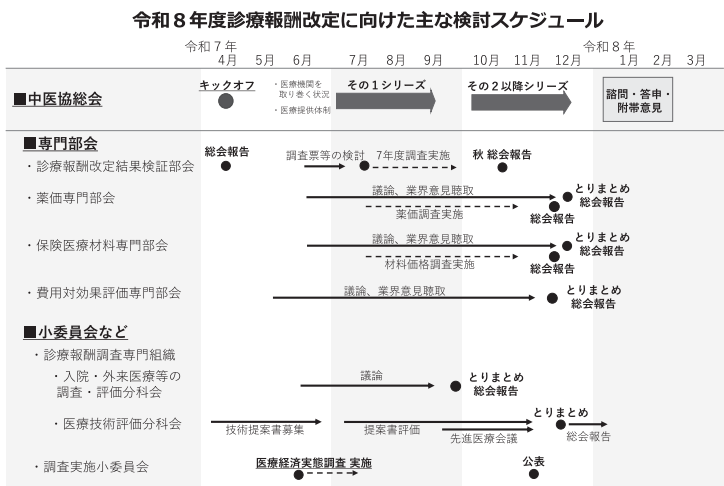
の来年度予算編成の過程
で政府が診療報酬改定率
府が決めた改定率の範囲
で次期改定を検討するよ

を決定する。厚労大臣は、年明け早々に中医協に対して、社会保障審議会「医療保険部会」と「医

う諮問する。これを受け
た中医協は、協議の結果
を厚労大臣に答申するこ
とになる。

療部会」がまとめた「令和8年度診療報酬改定の基本方針」に沿って、政

9月26日の社会保障審議会「医療保険部会」、10月3日の同「医療部会」



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、将来の公的精神科医療について考えたいと思います。



Dr. J. H. Kim

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

（以下公精協）が、全国公私立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、自収自弁で

しかし、我が国の精神科医療は、いわゆる日当点は診療科の中で最低で、構造的に赤字運営となっています。これは、精神科特例（医師の数が3分の1

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、暴力などから施設など

このような中、当院は臍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臍内有数である一方、刑事訴訟法と医療観察法に基

の、現在、機構精神科病院全体の持続可能性に疑義が生じている状況です。

（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター・院長）

観察法ベッドの過半数は、我々が指定されております。そもそも、都道府県に精神病院を設置する義務がありまして、この点を取つても精神科分野の公的医療の必要性は明ら

でも許される)など、戦後の精神医療提供体制の不足に対する妥協と同時に、精神医療が福祉という側面も包含することと無関係ではないからと思われます。しかし、今や精神

に入所できない認知症の人までも入院する多様な病棟構造となり、従前のスタッフ数や質では十分な医療が行えず、自収自弁である我々は苦しい経営を強いられています。

づく鑑定入院も多数の件数がありながらも、昭和40年代に建てた病棟がいまだ現役であり、雨漏りなどの修理に追われています。

には、「令和8年度診療報酬改定の基本方針について」のたたき台が示されて、今後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

て、どのようなものが考
えられるか議論が始まっ
ているが、この基本方針
の構成をベースとしつつ
も、近年の社会情勢・医
療を取り巻く状況を踏ま
えた方向を探っていく。

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つ、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況や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人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性	【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 年頃を見据えた、全ての地域・世代的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「①「治す医療」と②「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」③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/ログ/ラソ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、前回の議論や中医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】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】安全・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実体化▼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】効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上	【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

明治維新により土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、中央集権を目指す動きがあり、その筆頭は三河以来の名門旗本、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の増強を図り、薩摩や長州等雄藩から滅し、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、にわかにわかたれる勝は、徳川家より日本が大事と考えた▼重大な決断には、極めた大局的な視点の大切さを示唆している。

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日開かれた中医協「総会」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う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、救急に関しては、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。

⑦急性期一般入院料2は救急搬送が10000件未満に集中しているが、急性期一般入院料1でも10000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。

【1-2】拠点的な急性期機能

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意見があった。

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。

【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シフト/シエア【11】病床における多職種でのケア【12】外来医療【13】情報通信機器を用いた診療【14】入院から外来への移行【15】賃上げ・処遇改善【16】人口・医療資源の少ない地域における対応【17】個別的事項【18】中長期的に検討すべき課題―は省略しています。

加算と急性期充実加算の病院を一体的に見ると、実績要件を満たす項目が多いほど、病床数、常勤医師数、救急搬送、全身麻酔手術が多く、より拠点的な急性期の病院という見方ができるのではないかとの意見があった。

⑥総合入院体制加算と急性期充実実体制加算の経緯は異なるが、地域医療における役割をわかりやすく示すためにも、精神医療等の必要な要件を組み入れつつ、各評価の趣旨を生かして統合して見直すことも考えられるのではないかとの意見があった。

ではないか。その際には、心臓血管外科などの専門特化型と総合型で一長一短があることを考慮して、検討する必要があるのではないかとの意見があった。

⑦総合入院体制加算3は実績要件をあまり満たしていないが、人口の少ない地域で届出が多いことも踏まえ、地域性に一定の配慮をすることや、人口20万人の医療圏でも、1病院は算定でき、一定の地域医療を支えることができるように、地域性に配慮しつ

つ、例えばシエアを踏まえた評価や、人口の少ない地域用の評価体系等について、整理してはどうかとの意見があった。

⑧病院に勤務する精神科医が減少しており、総合病院に精神科病床がない二次医療圏が多く存在しているため、精神科医療提供体制を考慮して検討する必要があるのではないかとの意見があった。

【1-3】その他

①子ども病院は、新生児の救急搬送が減っており、一般的な成人を診療する病院とは質が異なるので、別の枠で捉えることも必要ではないかとの意見があった。

②離島において現場でできることは限られていると思われるため、現場の1線で頑張っている医療機関や、流入を受け入る医療機関を評価する必要性があるのではないかとの意見があった。

③離島ではリモートの診療や患者搬送機能の向上等の資源を投入していくことが、今後必要ではないかとの意見があった。

理でできるのではないかと
の意見があった。

④「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、超急性期脳卒中加算、経皮的血栓回収術の実績がゼロないし少ない病院が一定数存在している。脳卒中ケアユニットは、HBPの投与、血栓回収術の実績が一定程度ある病院が設置すべきという点について検討すべきではないかとの意見があった。

【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、明らかにする必要があるのではないかという意見があった。

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を踏まえると、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

する病院とは質が異なるので、別の枠で捉えることも必要ではないかとの意見があった。

②離島において現場でできることは限られていると思われるため、現場の1線で頑張っている医療機関や、流入を受け入る医療機関を評価する必要性があるのではないかとの意見があった。

③離島ではリモートの診療や患者搬送機能の向上等の資源を投入していくことが、今後必要ではないかとの意見があった。

【1-3】その他

①子ども病院は、新生児の救急搬送が減っており、一般的な成人を診療する病院とは質が異なるので、別の枠で捉えることも必要ではないかとの意見があった。

②離島において現場でできることは限られていると思われるため、現場の1線で頑張っている医療機関や、流入を受け入る医療機関を評価する必要性があるのではないかとの意見があった。

③離島ではリモートの診療や患者搬送機能の向上等の資源を投入していくことが、今後必要ではないかとの意見があった。

はないかとの意見があっ
た。

④現行の「治療室内に常時勤務」との要件は厳しいものであり、治療室外に医師がいる場合であっても治療室の患者に対する適切な対応が可能な体制が整っている場合もあるのではないかとの意見があった。

④医師の働き方改革の趣旨を踏まえると、宿直直ではない体制の維持は必要である。一方で、医師の確保が困難である状況なども踏まえた上で、集中治療室のあるべき姿

評価すべきではないかとの指摘があった。

④地域医療係数における派遣医師数の定義は、特定機能病院の基礎的基準における医師派遣の定義と整合的に検討すべきではないかとの意見があった。

【3-2】再入院・再転棟ルール

①同作業グループにおいて、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用に係る現行のルールの更なる周知徹底を図るべきではないかとの指摘があった。

~~~~~

3面へつづく

定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」と定義された点や、機能評価係数が、「急性期」を反映する係数として設計された点等から、複雑性係数について、これらの価値を反映する指標とすべきではないかとの意見があった。

③複雑性係数については、入院初期を特に重視する趣旨で、入院日数の25%time値までの包括範囲出来高点数により

として、集中治療を専門とする医師等の不足が見込まれる地域に対しては、遠隔支援を活用することが有効であると考えられるとの意見があった。

②集中治療を専門とする医師の確保が困難な状況であり、医師少数区域以外にもこのような医師が不足している地域があることが予想されるとの意見があった。

【2-4】重症患者対応体制強化加算

①「重症患者対応体制強化加算」の施設基準において、「急性期充実実体制加算」の届出医療機関であることが要件となっていることにより、特定機能病院が当該加算を算定できない。特定機能病院が算定対象外となる理由や意義について見直すべきではないかとの意見があった。

【2-3】特定集中治療室遠隔支援加算

①地域において必要な役割を果たしている集中治療室であることを前提

はないかとの意見があっ  
た。

【2-3】特定集中治療室遠隔支援加算

①地域において必要な役割を果たしている集中治療室であることを前提

になつていないのではない  
かといった指摘があった。

②同一傷病による再転棟については、転棟後7日間を超える場合であっても、原則として一連の入院として扱うことすべきではないかとの意見があった。

【3-3】持参薬ルール

①同作業グループにおいて、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用に係る現行のルールの更なる周知徹底を図るべきではないかとの指摘があった。

~~~~~

3面へつづく

【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、明らかにする必要があるのではないかという意見があった。

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を踏まえると、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

【3-2】再入院・再転棟ルール

①同作業グループにおいて、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用に係る現行のルールの更なる周知徹底を図るべきではないかとの指摘があった。

~~~~~

3面へつづく

【3-3】持参薬ルール

①同作業グループにおいて、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用に係る現行のルールの更なる周知徹底を図るべきではないかとの指摘があった。

~~~~~

3面へつづく

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。

③④点数設定方式  
①DPC／PDPs等

作業グループにおいて、多くの診断群分類で在院日数の分布は正の歪度を有していることから、在院日数の中心傾向の指標として、平均在院日数は適切でないのではないかと、といった指摘や、特定の在院日数の患者数が顕著に多い診断群分類について、制度上、特定の日数までの在院を促すインセンティブが内在しているのではないかとこの意見があった。

③点数設定方式における入院期間Ⅱについて

日当たり入院数の最大値に対する日ごとの入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関が一定数存在していることを踏まえ、病床稼働率を過度に重視した病院経営を行うと、病床の活用が硬直的になり、柔軟な対応をできなくなることから、必ずしも高い病床稼働率を維持しなくてもよい設計とすべきではないかとの意見があった。

③点数設定方式における入院期間Ⅱについて (中略)

は、在院日数の標準化が進んでいる診断群分類を中心として、原則として、平均在院日数から在院日数の中央値に移行すべきではないかとの意見があった。

④一方で、入院期間Ⅱを在院日数の中央値に移した場合、一部の診断群分類では入院期間Ⅱが著しく変化しうることから、激変緩和措置を設けるべきではないかとの意見があった。

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実際に包括期の病棟で受け入れているかを指標とすることを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うるのではないかとこの意見があった。

いといった事由がないか、維持期の薬剤として使われうるか、薬価と入院料の関係等の視点を踏まえ、使用や受入の状況

について検討を深めてはどうかとの意見があった。

⑧抗癌性腫瘍剤や生物学的製剤を長期に使用

がら維持期を過ごす患者が増えていることは事実であり、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟との間に除外

に議論を行うべきではないかとの意見があった。

⑤④質の高いリハビリテーション医療の推進

## 【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そつした病棟でみる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、整形外科の標ぼう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のではないかとこの指摘があった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。

③高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んではどうかとの意見があった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。

③高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んではどうかとの意見があった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。

③高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んではどうかとの意見があった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。

③高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んではどうかとの意見があった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。

③高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んではどうかとの意見があった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。

③高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んではどうかとの意見があった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。

③高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んではどうかとの意見があった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。

③高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んではどうかとの意見があった。

## 【5】回復期リハビリ

### テーション病棟入院料

【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。

患者も選別せずに入院を受け入れてほしいという当初の理念と食い違いが生じるため、慎重に検討すべきとの意見があった。

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ついて、分析を深め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、

れている実態があるかを含め、原因について検討、分析すべきとの意見があった。

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ついて、分析を深め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、

れている実態があるかを含め、原因について検討、分析すべきとの意見があった。

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ついて、分析を深め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、

れている実態があるかを含め、原因について検討、分析すべきとの意見があった。

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ついて、分析を深め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、

### 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」<br>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～」<br>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」<br>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～」<br>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「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(医事評論家)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

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| 1:00~1:05                                     |
| 開会 挨拶:全国公私病院連盟 副会長 中村哲也                       |
| 1:05~3:00【第1部】各界からの報告                         |
| 司会:渡邊吉志郎 先生(横浜市立市民病院・名誉院長)                    |
| ①【ロコモティブシンドローム防止】<br>大江隆史 先生(NTT東日本関東病院・院長)   |
| ②【口腔フレイル防止】<br>深田拓司 先生(一般社団法人大阪府歯科医師会・会長)     |
| ③【認知症防止】<br>繁田雅弘 先生(一般社団法人日本認知症ケア学会・理事長)      |
| ④【尿失禁防止】(女性を中心に)<br>巴ひかる 先生(石心会さやま総合クリニック・顧問) |
| 3:00~3:10 休憩                                  |
| 3:10~4:50【第2部】対談                              |
| 司会:中嶋 昭 先生(日産厚生会 玉川病院・名誉院長)                   |
| ① 川嶋みどり 先生(日本赤十字看護大学・名誉教授)                    |
| ② 行天 良雄 先生(医事評論家)                             |
| 4:50~5:00                                     |
| 閉会 挨拶:全国公私病院連盟 副会長 中村哲也                       |



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

★ 保険の詳しい内容は、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。

- 期 日：令和7年11月27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) 13,200円(税込)  
：会 員 外(1名につき) 15,400円(税込)
- 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」<br>～患者遺族と医療対話推進者の実践から～<br>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」<br>～安全強化は病院パフォーマンスを高める～<br>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       | 「感染症が起こりにくい病院の文化をつくるには」<br>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」<br>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



こちらからお申込みいただけます。



国民医療の  
確保のために  
病院診療報酬の  
引き上げを

| Response                | Percentage |
|-------------------------|------------|
| U.S. is responsible     | 56.2%      |
| U.S. is not responsible | 43.8%      |

10月21日、女性初の内  
閣総理大臣、高市早苗  
が誕生した。たか派、  
傾といわれているが、

# 損益率▲7.3%、物価高騰が追い打ち

字、精神科病院では令和5年度59・8％、令和6年度66・0％の赤字割合になっていた。

なお、令和6年度にお

と、令和8年度の予算編

(医療)

|        |    |
|--------|----|
| 2023年度 | 27 |
| 2024年度 | 3  |
| 2023年度 | 27 |
| 2024年度 | 27 |
| 2023年度 |    |
| 2024年度 |    |
| 2023年度 |    |
| 2024年度 |    |

■ 赤字 0%

では、医療従事者の賃上  
げによる処遇改善に加  
えて、昨今の諸物価高  
騰も相まって深刻な状  
況が赤字に陥つており、

益率」をみると▲7・3%のマイナスになっている。その内訳を開発者別検討が行われる。改定率を決定し、中医協で具体的内容についての

全  
一  
療養  
精神  
■ 黑

**黒字/赤字割合**  
(医業利益 黒字/赤字割合)

| 病院種別  | 年度     | 黒字 (%) | 赤字 (%) |
|-------|--------|--------|--------|
| 全体    | 2023年度 | 33.8%  | 66.2%  |
|       | 2024年度 | 32.8%  | 67.2%  |
| 一般病院  | 2023年度 | 27.1%  | 72.9%  |
|       | 2024年度 | 27.3%  | 72.7%  |
| 療養型病院 | 2023年度 | 47.0%  | 53.0%  |
|       | 2024年度 | 47.0%  | 53.0%  |
| 精神科病院 | 2023年度 | 40.2%  | 59.8%  |
|       | 2024年度 | 34.0%  | 66.0%  |

■ 黒字 ■ 赤字

生理学賞、物理学賞はやはり基礎研究の充実から生まれた賜物と考える。

# 医療経済実態調査を報告

中医協

※ 損益率は、(医業・介護収益 - 医業・介護費用) ÷ (医業・介護収益)。  
 ※ 【】内は総損益率(医業・介護収益+その他の医業・介護関連収益 - 医業・介護費用 - その他の医業・介護関連費用) ÷ (医業・介護収益)。  
 ※ 医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の病院がある(特定機能病院等は含まない)。  
 ※ R1年度、R2年度のデータは第23回医療経済実態調査の結果から、R3年度、R4年度のデータは第24回医療経済実態調査の結果から引用。

「自助」「互助」「共助」「公助」は、社会的支援を段階で示す概念として災害・福祉分野で広く用いられる。自助は自らの努力による備え、互助は公的制度に依らない近隣同士の助け合い、共助は制度やルールによる支援、公助は行政による救済を指す。地域包括ケアにおいては、自助は自己健康管理、互助は地域コミュニティによる支え、共助は保険・年金、公助は生活保護などの公的扶助として位置づけられる。これを医療に置き換えれば、

現在、病院経営はかつてない危機的状況を迎えている。四病院団体協議会の「2025年度病院経営定期調査の中間報告」によれば、2024年度は全

議会は2025年度補正予算での早急な病院支援、2026年度診療報酬改定での10%超の引き上げ、病院における診療報酬にかかる消費税への抜本的対策

大綱プラス改定、公助としての緊急的な財政支援は不可欠であろう。

一方で、国の財政状況も深刻である。令和7年度の社会保障関係

にはとまらない。歳出の不足分を支える国債の発行残高は、令和7年度末には1129兆円、GDPの2・4倍に達すると見込まれており、GDP比1・

価すること、より多くの病院が持続可能な経営へ向かう契機となることを期待したい。  
 （青梅市病院事業管理者兼市立青梅総合医療センター院長）

ている。高市新総理には、これまで以上に財政出動を行い、医療政策として5〜10%増す方向で、令和8年度の診療報酬改定を行ってほしいと切望する。



連盟 理事 大友 建一郎

# 医療機関の自助・互助

# 財政逼迫下で求められる

自助は病院の経営努力、互助は病院団体などの連携・共同活動、共助は医療保険制度、公助は国や自治体による財政支援といえる。

国の病院の73・9％が赤字であり、2024～2025年6月単月比較では赤字病院の割合はさらに拡大している。これを受けて同協

などを国に要望した。背景には診療報酬制度に関する構造的な問題が多々指摘されており、現下の状況では、共助としての診療報酬費は38兆円、一般会計歳出の33％に達している。さらなる財政支出の必要性は物価高対策、少子化問題、防衛費など医療・介護だけ

5以下の他の主要先進国をはるかに引き離している。限られた財源の下で、公助と共助に依存することも難しくなっている。

は、教育と医療の充実にあろうことはノーベル賞受賞からも見えてくる。教育と医療には十分な予算措置が必要であろうし、この点現状では医療

$$(\text{H}\cdot\text{S})$$



1 施設当たり損益状況（年度）

(1) 一般病院【全体】

(単位：千円、％)

|                   | 金 額       |           | 構成比率  |       | 金額の<br>伸び率 |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-------|------------|
|                   | 前々年度      | 前年度       | 前々年度  | 前年度   |            |
| I 医業収益            | 3,543,551 | 3,631,670 | 99.8  | 99.8  | 2.5        |
| II 介護収益           | 7,185     | 7,373     | 0.2   | 0.2   | 2.6        |
| III 医業・介護費用       | 3,817,178 | 3,906,280 | 107.5 | 107.3 | 2.3        |
| (うち)水道光熱費         | 73,392    | 77,271    | 2.1   | 2.1   | 5.3        |
| IV 損益差額（I＋II－III） | ▲266,442  | ▲267,236  | ▲7.5  | ▲7.3  | —          |
| 施 設 数             | 732       |           |       |       |            |
| 平均病床数             | 172       | 171       | —     |       |            |

(2) 一般病院【医療法人】

(単位：千円、％)

|                   | 金 額       |           | 構成比率  |       | 金額の<br>伸び率 |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-------|------------|
|                   | 前々年度      | 前年度       | 前々年度  | 前年度   |            |
| I 医業収益            | 1,884,992 | 1,921,069 | 99.8  | 99.8  | 1.9        |
| II 介護収益           | 4,498     | 4,600     | 0.2   | 0.2   | 2.3        |
| III 医業・介護費用       | 1,910,374 | 1,944,288 | 101.1 | 101.0 | 1.8        |
| (うち)水道光熱費         | 37,540    | 38,917    | 2.0   | 2.0   | 3.7        |
| IV 損益差額（I＋II－III） | ▲20,885   | ▲18,619   | ▲1.1  | ▲1.0  | —          |
| 施 設 数             | 402       |           |       |       |            |
| 平均病床数             | 125       | 125       | —     |       |            |

(3) 一般病院【国立】

(単位：千円、％)

|                   | 金 額       |           | 構成比率  |       | 金額の<br>伸び率 |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-------|------------|
|                   | 前々年度      | 前年度       | 前々年度  | 前年度   |            |
| I 医業収益            | 5,770,992 | 5,953,129 | 99.9  | 99.9  | 3.2        |
| II 介護収益           | 7,530     | 7,704     | 0.1   | 0.1   | 2.3        |
| III 医業・介護費用       | 6,113,889 | 6,284,149 | 105.8 | 105.4 | 2.8        |
| (うち)水道光熱費         | 150,939   | 163,780   | 2.6   | 2.7   | 8.5        |
| IV 損益差額（I＋II－III） | ▲335,368  | ▲323,317  | ▲5.8  | ▲5.4  | —          |
| 施 設 数             | 24        |           |       |       |            |
| 平均病床数             | 268       | 268       | —     |       |            |

(4) 一般病院【公立】

(単位：千円、％)

|                   | 金 額       |            | 構成比率  |       | 金額の<br>伸び率 |
|-------------------|-----------|------------|-------|-------|------------|
|                   | 前々年度      | 前年度        | 前々年度  | 前年度   |            |
| I 医業収益            | 5,540,778 | 5,697,534  | 99.8  | 99.8  | 2.8        |
| II 介護収益           | 10,752    | 11,246     | 0.2   | 0.2   | 4.6        |
| III 医業・介護費用       | 6,499,909 | 6,762,086  | 117.1 | 118.5 | 4.0        |
| (うち)水道光熱費         | 123,502   | 131,500    | 2.2   | 2.3   | 6.5        |
| IV 損益差額（I＋II－III） | ▲948,379  | ▲1,053,305 | ▲17.1 | ▲18.5 | —          |
| 施 設 数             | 130       |            |       |       |            |
| 平均病床数             | 224       | 221        | —     |       |            |

(5) 一般病院【公的】

(単位：千円、％)

|                   | 金 額       |           | 構成比率  |       | 金額の<br>伸び率 |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-------|------------|
|                   | 前々年度      | 前年度       | 前々年度  | 前年度   |            |
| I 医業収益            | 9,267,638 | 9,478,873 | 99.9  | 99.9  | 2.3        |
| II 介護収益           | 10,654    | 10,814    | 0.1   | 0.1   | 1.5        |
| III 医業・介護費用       | 9,792,336 | 9,880,034 | 105.5 | 104.1 | 0.9        |
| (うち)水道光熱費         | 172,619   | 181,975   | 1.9   | 1.9   | 5.4        |
| IV 損益差額（I＋II－III） | ▲514,045  | ▲390,347  | ▲5.5  | ▲4.1  | —          |
| 施 設 数             | 51        |           |       |       |            |
| 平均病床数             | 304       | 301       | —     |       |            |

(6) 精神科病院【全体】

(単位：千円、％)

|                   | 金 額       |           | 構成比率  |       | 金額の<br>伸び率 |
|-------------------|-----------|-----------|-------|-------|------------|
|                   | 前々年度      | 前年度       | 前々年度  | 前年度   |            |
| I 医業収益            | 1,423,435 | 1,418,542 | 100.0 | 100.0 | ▲0.3       |
| II 介護収益           | 73        | 75        | 0.0   | 0.0   | 2.7        |
| III 医業・介護費用       | 1,489,264 | 1,507,910 | 104.6 | 106.3 | 1.3        |
| (うち)水道光熱費         | 46,045    | 47,899    | 3.2   | 3.4   | 4.0        |
| IV 損益差額（I＋II－III） | ▲65,756   | ▲89,293   | ▲4.6  | ▲6.3  | —          |
| 施 設 数             | 182       |           |       |       |            |
| 平均病床数             | 233       | 231       | —     |       |            |

医療経済実態調査  
病院の損益差額▲7.3％

中央社会保険医療協議  
会で実施した「第25回医  
療経済実態調査」の集計  
結果のうち、「1施設あ  
たりの損益状況（年度）」  
の「損益差額（構成比  
率）」を見ると以下のよう  
になっている（※各表  
は、連盟で抜粋して作成  
したもの）。

（1）一般病院【全体】  
732病院  
①前々年度Ⅱ▲2億6  
642万2千円（構成比  
率▲7.5％）  
②前年度Ⅱ▲2億67  
23万6千円（構成比率  
▲7.3％）  
（2）一般病院【医療法  
人】402病院  
①前々年度Ⅱ▲208  
8万5千円（構成比率▲  
1.1％）  
②前年度Ⅱ▲1861  
万9千円（構成比率▲1  
.0％）  
（3）一般病院【国立】  
24病院  
①前々年度Ⅱ▲5億1  
404万5千円（構成比  
率▲5.5％）  
②前年度Ⅱ▲3億90  
34万7千円（構成比率  
▲4.1％）  
（6）一般病院【精神科  
病院】182病院  
①前々年度Ⅱ▲657  
5万6千円（構成比率▲  
4.6％）  
②前年度Ⅱ▲8929  
万3千円（構成比率6.・  
3％）

①前々年度Ⅱ▲3億3  
536万8千円（構成比  
率▲5.8％）  
②前年度Ⅱ▲3億23  
31万7千円（構成比率  
▲5.4％）  
（4）一般病院【公立】  
130病院  
①前々年度Ⅱ▲9億4  
837万9千円（構成比  
率▲17.1％）  
②前年度Ⅱ▲10億53  
30万5千円（構成比率  
▲18.5％）  
（5）一般病院【公的】  
51病院  
①前々年度Ⅱ▲5億1  
404万5千円（構成比  
率▲5.5％）  
②前年度Ⅱ▲3億90  
34万7千円（構成比率  
▲4.1％）

【注】調査の時期  
「前年（度）」は令和6  
年4月から令和7年3月  
末までに終了した事業年  
（度）、「前々年（度）」は  
令和5年4月から令和6  
年3月末までに終了した  
事業年（度）の2期間、  
について調査している。  
（注1）医業・介護収益に  
占める介護収益の割合が  
2％未満の病院の集計  
（特定機能病院等は含ま  
ない）。  
（注2）「I医業収益」に  
は、「新型コロナウイルス  
感染症関連の補助金」  
は含まれていない。

【注3】「構成比率」は、  
その連合会、国民健康保  
険組合）、個人などを含  
む全体である。  
（注6）「国立」とは、  
国、独立行政法人国立病  
院機構、国立大学法人、  
独立行政法人労働者健康  
安全機構、国立高度専門  
医療研究センター、独立  
行政法人地域医療機能推  
進機構である。  
（注7）「公立」とは、都  
道府県立、市町村立、地  
方独立行政法人立病院。  
（注8）「公的」とは、日  
赤、済生会、北海道社会  
事業協会、厚生連、国民  
健康保険団体連合会。

（参考）年度別の損益率の状況②（一般診療所）

|       | 一般診療所（医療法人）   |            |                       |            |                       |            |
|-------|---------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|------------|
|       | 一般診療所<br>（全体） |            | うち有床診療所<br>（入院診療収益あり） |            | うち無床診療所<br>（入院診療収益なし） |            |
|       | 損益率<br>平均値    | 損益率<br>中央値 | 損益率<br>平均値            | 損益率<br>中央値 | 損益率<br>平均値            | 損益率<br>中央値 |
| 令和元年度 | 6.5%          | 3.2%       | 3.0%                  | 1.4%       | 7.1%                  | 3.4%       |
| 令和2年度 | 3.8%          | 0.2%       | 2.7%                  | 1.0%       | 4.0%                  | 0.0%       |
| 令和3年度 | 7.1%          | 3.9%       | 6.4%                  | 3.1%       | 7.3%                  | 4.1%       |
| 令和4年度 | 8.3%          | 5.8%       | 4.7%                  | 4.0%       | 9.2%                  | 6.0%       |
| 令和5年度 | 8.3%          | 5.6%       | 2.5%                  | 1.4%       | 9.3%                  | 6.1%       |
| 令和6年度 | 4.8%          | 2.7%       | 1.4%                  | ▲0.4%      | 5.4%                  | 3.0%       |

（参考）年度別の損益率の状況③（歯科診療所・保険薬局）

|       | 歯科診療所      |            |            |            | 保険薬局       |            |
|-------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|       | （医療法人）     |            | （個人）       |            | （法人）       |            |
|       | 損益率<br>平均値 | 損益率<br>中央値 | 損益率<br>平均値 | 損益率<br>中央値 | 損益率<br>平均値 | 損益率<br>中央値 |
| 令和元年度 | 6.6%       | 3.1%       | 29.7%      | 29.9%      | 6.6%       | 4.7%       |
| 令和2年度 | 6.3%       | 2.8%       | 28.1%      | 28.0%      | 6.4%       | 4.0%       |
| 令和3年度 | 9.0%       | 5.3%       | 24.9%      | 24.6%      | 5.7%       | 4.6%       |
| 令和4年度 | 8.4%       | 4.1%       | 24.6%      | 24.1%      | 5.4%       | 4.2%       |
| 令和5年度 | 5.4%       | 2.4%       | 27.6%      | 27.1%      | 5.1%       | 5.0%       |
| 令和6年度 | 5.5%       | 3.4%       | 27.6%      | 26.4%      | 4.9%       | 4.6%       |

|       | 歯科診療所      |            |            |            | 保険薬局       |            |
|-------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|       | （医療法人）     |            | （個人）       |            | （法人）       |            |
|       | 損益率<br>平均値 | 損益率<br>中央値 | 損益率<br>平均値 | 損益率<br>中央値 | 損益率<br>平均値 | 損益率<br>中央値 |
| 令和元年度 | 6.6%       | 3.1%       | 29.7%      | 29.9%      | 6.6%       | 4.7%       |
| 令和2年度 | 6.3%       | 2.8%       | 28.1%      | 28.0%      | 6.4%       | 4.0%       |
| 令和3年度 | 9.0%       | 5.3%       | 24.9%      | 24.6%      | 5.7%       | 4.6%       |
| 令和4年度 | 8.4%       | 4.1%       | 24.6%      | 24.1%      | 5.4%       | 4.2%       |
| 令和5年度 | 5.4%       | 2.4%       | 27.6%      | 27.1%      | 5.1%       | 5.0%       |
| 令和6年度 | 5.5%       | 3.4%       | 27.6%      | 26.4%      | 4.9%       | 4.6%       |



社会保障審議会「医療保険部会」「医療部会」

令和8年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)

社会保障審議会の「医療保険部会」が11月20日、「医療部会」が11月25日に開催され、「令和8年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)」を了承した。今後、骨子案の方向性を踏まえて12月上旬に成案が取りまとめられると、この基本方針と政府が年末の令和8年度予算編成の過程で決定する改定率に沿って、中医協で具体的な診療報酬改定の内容を検討することになる。「令和8年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)」は以下のとおり。

令和8年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)

1. 改定に当たつての基本認識

【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、現役世代の負担の抑制努力の必要性】

▼現下、日本経済は持続的な物価高騰・賃金上昇の中にあり、30年続いたコストカット型経済から脱却し、新たなステージに移行しつつある。一方で、医療分野は公定価格によるサービス提供が太宗を占めているため、この経済社会情勢の変化に機動的な対応を行うことが難しく、サービス提供や人材確保に大きな影響を受けていることから、医療機関等の経営の安定や現場で働く幅広い職種の賃上げに確実につながる的確な対応が必要な状況である。

▼高齢化による増加分

増加していくこと、また65歳以上の高齢者人口については、増加する地域・減少する地域と地域差が生じていくことが見込まれる。こうした人口構造や地域ごとの状況の変化に対応するため、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「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、地域完結型の医療提供体制を構築する必要がある。

▼また併せて、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、働き方改革による労働環境の改善、医療DXやタスクシフト・シェア等の医療従事者の業務負担軽減の更なる推進が必要である。

【2040年頃を見据えた、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】

▼2040年頃に向けては、全国的に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歳以上人口が

グ／ロスへの対応が求められている。また、デジタル化された医療情報の積極的な活用を促進することや、医療現場においてAI・ICT等を活用し、更なる医療DXを進めていくことが、個人の健康増進に寄与するとともに、より効果的・効率的かつ安心・安全で質の高い医療を実現していくために重要である。

▼医療分野のイノベーションの推進により創薬力・開発力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めた必要な医薬品・医療機器等を国民に安定的に供給し続けるための生産供給体制の構築等の取組を通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

【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】

▼制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持し、次世代に継承するためには、経済・財政との調和を図りつつ、限られた人材の中で、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。

▼そのためには、「経

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応【重点課題】

■基本的視点

▼医療機関等は、現下の持続的な物価高騰により、事業収益の増加以上に、人件費、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の事業費用が増加しており、事業収益が悪化している状況にある。また、2年連続5%を上回る賃上げ率であった春闘等により、全産業において賃上げ率が高水準となっている中、医療分野では、事業収益の悪化を背景に、全産業の賃上げ水準から乖離し、人材確保も難しい状況にあり、厳しい状況に直面している。

▼医療機関等が資金繰り悪化等により、必要な医療サービスが継続できない事態は避けなければならないことから、物価高騰による諸経費の増加を踏まえた対応や、必要な処遇改善等を通じた、医療現場を支える医療従事者の賃上げ・人材確保のための取組を進めることが急務である。

▼加えて、医師の働き方改革を進め、全ての医療従事者が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。また今後は、ICT、AI、IoT等の利活用の推進や、診療報酬上求める基準の柔軟化等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行っていく必要がある。

●具体的方向性

▼医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費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

・医療従事者の処遇改善

・業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進

・タスク・シェアリング、チーム医療の推進

グ／タスク・シフティング、チーム医療の推進

●基本的視点

▼2040年頃を見据えては、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据えた上で医療提供体制を構築していく必要があると、それに向けて、医療機関の機能に着目した分化・連携、病床の機能分化・連携等の入院医療を始めとして、外来医療・在宅医療、介護との連携を図ることが重要である。

▼併せて、こうした医療提供体制の構築に当たっては、更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中で、ICT、AI、IoT等の利活用の推進等により医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行うこと、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進等により多職種が連携して医療現場を支えること、また都市部と比較して人口減少がより顕著な地方部の人口・医療資源の少ない地域を支援すること等により、どの地域でも必要な医療機能を保することが必要である。

●具体的方向性

▼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

・患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備

・人口の少ない地域の実情を踏まえた評価

▼「治し、支える医療」の実現

・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能(緊急入院等)を担う医療機関の評価

・円滑な入退院の実現

・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進

▼かかりつけ医療機能、かかりつけ歯科医療機能、かかりつけ薬剤師機能の推進

▼外来医療の機能分化と連携

・大病院と地域のかかりつけ医療機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進

▼質の高い在宅医療・訪問看護の確保

・地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関等の評価

・重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価

▼人口・医療資源の少ない地域への支援

▼医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を保するための取組

・業務の効率化に資するICT、AI、IoT

等々の利活用の推進(再掲)

・タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進(再掲)

▼医師の地域偏在対策の推進 等

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

■基本的視点

▼患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価等の客観的な評価を進めながら、イノベーションを推進し、新たなニーズに対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

●具体的方向性

▼患者にとつて安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

・身体的拘束の最小化の推進

・医療安全対策の推進

▼アウトカムにも着目した評価の推進

・データを活用した診療実績による評価の推進

▼医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価

・電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進

・外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進

▼質の高いリハビリテーションの推進

・発症早期からのリハビリテーション介入の推進

進

・土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実

▼重点的な対応が求められる分野への適切な評価

・救急医療の充実

・小児・周産期医療の充実

・質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

・質の高い精神医療の評価

・難病患者等に対する適切な医療の評価

▼感染症対策や薬剤耐性対策の推進

▼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

●基本的視点

▼高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していることが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、医療資源を効率的・重点的に配分するという観点も含め、制度の安定性・持続可能性を高める

不断の取組が必要である。

▼医療関係者が協力して、医療サービスの維持・向上を図るとともに、効率化・適正化を図ることが求められる

●具体的方向性の例

▼後発医薬品・バイオ後続品の使用促進

▼OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し

▼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

・医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率性かつ有効・安全な利用体制の確保

▼電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進

・重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方への対応

・医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進

・医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方性の推進

・電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進(再掲)

▼外来医療の機能分化と連携(再掲)

▼医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価(再掲)

~~~~~

4面へつづく

第36回 診療報酬請求事務セミナー

2026年3月27日(金)～4月30日(木)
WEBセミナー (オンデマンド配信)

講演 1 180分



2026年度診療報酬改定のポイントと経営対応

(株)ASK 診療報酬研究所 代表取締役

中林 梓 先生

講演 2 120分



精神科関連の2026年度診療報酬改定内容と対応策

(株)リンクアップラボ 代表取締役

酒井 麻由美 先生

【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。

申込方法

全国公私病院連盟のHP内申込フォームよりお申込みください。



全国公私病院連盟

検索

5営業日以内にメールにて参加費用や振込先等をご連絡いたします。

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

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

問合せ先



一般社団法人

全国公私病院連盟

東京都台東区寿4-15-7食品衛生センター7階 TEL : (03)6284-7180 mail : seminar@byo-ren.com

全国公私病院連盟
第36回「診療報酬請求事務セミナー」
開催のお知らせ

全国公私病院連盟は第36回「診療報酬請求事務セミナー」(WEBセミナー)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。申込等の詳細はホームページをご覧ください。

3面からつづく
〜〜〜〜〜〜

掲等

3. 今後の課題

▼我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、持続可能な「全世代型社会保障」を実現するためには、診療報酬制度のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、国や地方自治

体の補助金等の予算措置等により社会保障が支えられていることを踏まえ、総合的に政策を講じることが求められる。

▼現下のような持続的な物価高騰・賃金上昇局面において、諸経費や設備投資の増加及び処遇改善に対応するための支援を、保険料負担の抑制努力の必要性にも配慮しつつ、報酬措置においても適時適切に行えるよう検

討する必要がある。

▼患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療提供体制を、実現していくとともに、国民の医療保険制度に対する納得感を高めるため、政府において、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくこと、また、国民に対して社会保障制度の意義等に関する丁寧な説

明を行い、理解を得いくことや、国民が議論の場へ参加する機会が重要である。

▼予防・健康づくりやセルフケアの推進、ヘルスリテラシーの向上等が図られるよう、住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等の全ての関係者が協力・連携して国民一人一人を支援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備に引

き続き取り組むことが必要である。

▼医療DXへの投資は医療機関等のコストの増加だけではなく業務負担の軽減や医療の質の向上に繋がるものであることから、その推進により、国民の健康の増進、地域医療連携の円滑化、将来にわたる安心・安全で質の高い医療サービスを実現することが必要である。

第21回「DPCセミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では「DPC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8年 2月 25日(水)
- 会 場 : 「全国都市会館」(東京都千代田区平河町 2-4-2)
- 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)
- 講演テーマと講師 :

オリエンテーション・開会挨拶 (10:00~10:10)	
10:10~11:20	「2040年に向けた新たな地域医療構想」 ～地域類型と医療機関機能から考える今後の病院経営の目標～ 講師 石川ベンジャミン光一 氏 (国際医療福祉大学 大学院教授)
昼食休憩 (11:20~12:20)	
12:20~13:30 ビデオ講演	「医療DXとクラウドネイティブ」 講師 高橋 泰 氏 (国際医療福祉大学 大学院教授)
13:40~14:50	「診療報酬改定2026が示す今後の地域医療」 講師 牧野憲一 氏 (旭川赤十字病院 名誉院長・特別顧問)
15:00~16:10	「事務部門におけるDXの推進」 ～AIによるレセプトチェックと患者通院支援アプリの導入～ 講師 橋場哲也 氏 (国立大学法人旭川医科大学 事務局医事課 課長補佐)
閉会挨拶 (16:10~16:15)	

- ◆ 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



こちらからもお申込みいただけます。

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：2025年11月1日～2026年11月1日

※いつからでも中途加入が可能です。

くお問合せ先く

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

- ★ 保険の詳しい内容は、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覧ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。



SJ25-09325 2025/11/04