

# 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集  
集  
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

療費ベースで1%を超え  
る引き下げが決まり、薬  
価で1400億円程度、  
ジェネリックの推進で  
500億円程度、あわせ  
て1900億円を確保す  
る目処が立った。当初の  
削減目標1700億円を  
200億円上回ることに  
なるが、200億円を診  
療報酬に換算すると0・  
2%に相当する。その他  
では、いわゆる「門前薬  
局」の報酬引き下げ等で  
財源を確保することも視  
野に入れ、今回の改定率  
が決着している。

◇ ◇  
改定率が決まったこと  
から、中医協では、新年  
早々にも社会保障審議会  
が定めた「平成28年度診  
療報酬改定の基本方針」  
に沿った形でこれまでの  
議論の論点整理を行う。  
平成26年度の診療報酬  
改定では、平成26年1月  
15日に「地方公聴会」を  
開催するとともに、同日、  
厚生労働大臣から中医協  
に対して「平成28年診療  
報酬改定」について具体  
的に検討するよう「諮問」  
があった。これを受けた  
中医協は、平成26年2月  
15日に「答申」し、平成  
26年度の告示は3月5日  
に行われている。

今後、中医協では、こ  
れまでの論点整理を基  
に、平成28年度診療報酬  
改定に向けた具体的な点  
を及ぼした災害でも、  
それを経験した人間が  
いなくなれば風化して  
行くでしょう。約30  
0年前の富士山の噴火  
を記録したものは、も  
はや神話に近く、約90  
年前の関東大震災を思  
ひ起こすこと今から  
約40年前、多摩川(東  
京)の堤防が決壊し、  
川沿いの家屋が流され  
る光景がテレビで中継  
されました。未曾有の  
水害が及ぼした影響  
で、今なお不便を強い  
られている方々に、  
早々の春が訪れること  
を願っています。鬼怒  
川は過去に何度か水害  
を引き起しています。

◇ ◇  
厚労省の事務局は、あ  
くまでシミュレーション  
と説明しているが、同時  
に7対1から10対1入院  
基本料に変更する場合に  
限り、一時的に複数の入  
院基本料の届出を認める  
という緩和策まで提示し  
ており、今後の対応が注  
目される。

◇ ◇  
なお、「平成28年度税  
制改正大綱」が12月16日  
に決定し、医療に係る消  
費税の課税のあり方につ  
いては、「特に高額な設  
備投資にかかる負担が大  
きい」との指摘を踏まえ、  
平成29年度税制改正に際  
し、総合的に検討し結論  
を得る」と明記された。

昨年11月30日に開催さ  
れた中医協の「医療機関  
等における消費税負担に  
関する分科会」で、平成  
26年改定での補てん状況  
にばらつきがみられたこ  
とが指摘されている。

# 全体でマイナス0・84%

## 診療報酬本体は0・49%引き上げ

平成28年度診療報酬改定率は、診療報酬本体を0・49%引き上げるこ  
とで決着した。その一方で薬価等は1・33%引き下げる。これにより全  
体で0・84%の引き下げとなることが決まった。さらに、薬の市場拡大  
再算定による見直しを含めれば実質1・03%の引き下げとなる。

「診療報酬本体」の内訳は、①「診療報酬本体」の内訳は、③いわゆる大型門前薬局を講ずるとしている。厚生労働省は昨年8月  
末の「平成28年度厚労省  
予算概算要求」に際し、  
「高齢化等に伴う増加  
額」として6700億円  
の増額を要求していた  
が、財務省は5000億  
円以内に圧縮するよう要  
求しており、この時点で  
診療報酬本体のマイナス  
改定を示唆していた。

その差額が1700億  
円あったため、政府は、  
中医協で行っている「医  
療経済実態調査」による  
医療機関等の経営状況と  
「薬価本調査」による実  
勢価格との乖離の動向を  
見て改定率の判断をする  
ことになった。

その後、11月4日に中  
医協に報告された「医療  
経済実態調査」では、病  
院を中心に赤字傾向が拡  
大していた等のことから  
「薬価本調査」の結果  
が目ざされていたが、12

月4日の中医協に報告さ  
れた同調査の速報値によ  
ると、薬価の乖離率(現  
行薬価×販売総量の総和  
と実販売単価×販売総量  
の総和の乖離状況を調べ

たことさえ知りません  
でした。  
東日本大震災では、  
ここまで津波が来たとい  
うことを記録した80  
数年前の石碑が残って  
いたことが話題になり  
ました。また、「津波

の世に伝えることがで  
きます。エジプトの石  
碑から当時の暮らしぶ  
りを知ることができる  
ように、石に刻めば数  
千年後の人々に伝える  
ことができます。この  
二つは史実です。日本  
代に伝え残して置きた  
いと思うことがたくさ  
んあります。紙に書く  
か、石に彫るか、格言  
でも捨るか、まだ決め  
かねていますが、新年  
を迎えるにあたり、次  
世代への継承を抱負の  
一つに加え、本連盟の  
運営に全力を注ぐつも  
りです。

今年一年、皆様にと  
って良い年であること  
を祈念いたしております。  
(茨城西南医療センタ  
ー病院名誉院長)

新年明けましておめで  
とございます。今年  
は申す、申は「伸ばす」と  
いう意で充実を表す字だ  
そうです。今年はどうで  
しょうか?▼12年前は、  
中越地震で70人弱が死亡  
という悲しい出来事の一  
方、スポーツ界ではアテ  
ネオリンピックで北島優  
勝、イチローがメジャー  
リーグ最多安打記録と  
嬉しいニュースもありま  
した。ヨソ様やマツケン  
サンバ、ラストサムライ  
、ハリウッド、ハ  
ウルの動く城、気合だ  
、世界の中心で愛を叫  
ぶ、養老孟司のバカの壁  
などが12年前の申年で  
す。今年はどうな事が起  
ころのでしょうか?▼さ  
で、この稿がお目にとま  
る頃には診療報酬改定率  
が出ていると思います。  
マイナス幅の小さなこと  
を願うばかりです。消費  
税は政治がらみ、それも  
1強の官邸に働きかける  
しか効果のないことは明  
白です。官邸の強さは軽  
減税率で税調会長の首を  
挿げ替えたことでも判り  
ます▼成田への国際医療  
福祉大学の新設は、戦  
略特区という錦の御旗  
で審議会などは通さず、  
候補も国際医療福祉大だ  
け。政・官・学・財、皆  
が「安倍の一声」で動い  
ている感があります。医  
療の消費税課税、損税還  
付の声は初夢に終わるの  
でしょうか?

### いる鉛筆

新年明けましておめで  
とございます。今年  
は申す、申は「伸ばす」と  
いう意で充実を表す字だ  
そうです。今年はどうで  
しょうか?▼12年前は、  
中越地震で70人弱が死亡  
という悲しい出来事の一  
方、スポーツ界ではアテ  
ネオリンピックで北島優  
勝、イチローがメジャー  
リーグ最多安打記録と  
嬉しいニュースもありま  
した。ヨソ様やマツケン  
サンバ、ラストサムライ  
、ハリウッド、ハ  
ウルの動く城、気合だ  
、世界の中心で愛を叫  
ぶ、養老孟司のバカの壁  
などが12年前の申年で  
す。今年はどうな事が起  
ころのでしょうか?▼さ  
で、この稿がお目にとま  
る頃には診療報酬改定率  
が出ていると思います。  
マイナス幅の小さなこと  
を願うばかりです。消費  
税は政治がらみ、それも  
1強の官邸に働きかける  
しか効果のないことは明  
白です。官邸の強さは軽  
減税率で税調会長の首を  
挿げ替えたことでも判り  
ます▼成田への国際医療  
福祉大学の新設は、戦  
略特区という錦の御旗  
で審議会などは通さず、  
候補も国際医療福祉大だ  
け。政・官・学・財、皆  
が「安倍の一声」で動い  
ている感があります。医  
療の消費税課税、損税還  
付の声は初夢に終わるの  
でしょうか?

1. 診療報酬本体	+0.49%
各科改定率	医科 +0.56%
	歯科 +0.61%
	薬剤 +0.17%
2. 薬価等	
① 薬価	▲1.22%
上記のほか、	
・市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%	
・年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施により、▲0.28%	
② 材料価格	▲0.11%

「診療報酬本体」の内訳は、③いわゆる大型門前薬局を講ずるとしている。厚生労働省は昨年8月  
末の「平成28年度厚労省  
予算概算要求」に際し、  
「高齢化等に伴う増加  
額」として6700億円  
の増額を要求していた  
が、財務省は5000億  
円以内に圧縮するよう要  
求しており、この時点で  
診療報酬本体のマイナス  
改定を示唆していた。

その差額が1700億  
円あったため、政府は、  
中医協で行っている「医  
療経済実態調査」による  
医療機関等の経営状況と  
「薬価本調査」による実  
勢価格との乖離の動向を  
見て改定率の判断をする  
ことになった。

その後、11月4日に中  
医協に報告された「医療  
経済実態調査」では、病  
院を中心に赤字傾向が拡  
大していた等のことから  
「薬価本調査」の結果  
が目ざされていたが、12

月4日の中医協に報告さ  
れた同調査の速報値によ  
ると、薬価の乖離率(現  
行薬価×販売総量の総和  
と実販売単価×販売総量  
の総和の乖離状況を調べ

たことさえ知りません  
でした。  
東日本大震災では、  
ここまで津波が来たとい  
うことを記録した80  
数年前の石碑が残って  
いたことが話題になり  
ました。また、「津波

の世に伝えることがで  
きます。エジプトの石  
碑から当時の暮らしぶ  
りを知ることができる  
ように、石に刻めば数  
千年後の人々に伝える  
ことができます。この  
二つは史実です。日本  
代に伝え残して置きた  
いと思うことがたくさ  
んあります。紙に書く  
か、石に彫るか、格言  
でも捨るか、まだ決め  
かねていますが、新年  
を迎えるにあたり、次  
世代への継承を抱負の  
一つに加え、本連盟の  
運営に全力を注ぐつも  
りです。

今年一年、皆様にと  
って良い年であること  
を祈念いたしております。  
(茨城西南医療センタ  
ー病院名誉院長)

新年明けましておめで  
とございます。今年  
は申す、申は「伸ばす」と  
いう意で充実を表す字だ  
そうです。今年はどうで  
しょうか?▼12年前は、  
中越地震で70人弱が死亡  
という悲しい出来事の一  
方、スポーツ界ではアテ  
ネオリンピックで北島優  
勝、イチローがメジャー  
リーグ最多安打記録と  
嬉しいニュースもありま  
した。ヨソ様やマツケン  
サンバ、ラストサムライ  
、ハリウッド、ハ  
ウルの動く城、気合だ  
、世界の中心で愛を叫  
ぶ、養老孟司のバカの壁  
などが12年前の申年で  
す。今年はどうな事が起  
ころのでしょうか?▼さ  
で、この稿がお目にとま  
る頃には診療報酬改定率  
が出ていると思います。  
マイナス幅の小さなこと  
を願うばかりです。消費  
税は政治がらみ、それも  
1強の官邸に働きかける  
しか効果のないことは明  
白です。官邸の強さは軽  
減税率で税調会長の首を  
挿げ替えたことでも判り  
ます▼成田への国際医療  
福祉大学の新設は、戦  
略特区という錦の御旗  
で審議会などは通さず、  
候補も国際医療福祉大だ  
け。政・官・学・財、皆  
が「安倍の一声」で動い  
ている感があります。医  
療の消費税課税、損税還  
付の声は初夢に終わるの  
でしょうか?

# 迎春送冬 年末に想う

全国自治体病院協議会

会長 邊見公雄



皆様 新年明けましておめでとうございます。

昨年の医療界は、一昨年のスタッフ細胞のよう

# を 迎 え て



## 組合員・地域住民の健康で 文化的な生活を支援し、 地域社会の発展に貢献する

全国厚生農業協同組合連合会 経営管理委員会 加倉井 豊 邦

J A組合員・地域住民の皆様方には、日頃より J Aの厚生事業にご理解とご協力を賜り衷心より

厚く御礼を申しあげま す。 J A厚生連は、全国34 の厚生連において110 の病院、65の診療所を擁 有し、地域医療を担い、年 間2760万人の方々に 医療サービスを提供する とともに、300万人の 住民の健康で文化的な生 活を支え、地域社会の発 展に貢献できるよう事業 推進の支援を行うことと

第一は、「2025年 に向けたサービス提供体 制の構築」です。都道府 県の地域医療構想策定お よび調整にかかる検討状 況や、都道府県から公表 される「病床機能報告」 の分析結果等のデータ提 供に努めるなど各厚生連 における取組みの支援を 行うこととしておりま す。また、地域包括ケア システム等地域の実情に あわせた厚生連の介護サ ービスへの取組みを支援 するとともに、環境変化 を踏まえた保健事業の今 後の方向性を検討してま いります。

第二は、「経営健全化」 です。アドバイザーも活 用しつつ厚生連の経営改 善の取り組みを支援し、 あわせて、本会の経営診 断機能の強化をはかるこ ととしております。ま さら、J Aグループ内 をはじめ自治体等との連 携を強化し厚生事業の継 続・発展に向けた環境整 備等に取組みたいこと としております。

厚生連は、J Aグルー プの一員として、J A組 合員・地域住民の保健・ 医療・高齢者福祉にかか るニーズに合ったサービ スの提供に努めてまいり ます。皆様方より一層 のご理解とご協力を賜り ますようお願い申しあ げ、新年のご挨拶とさせ て頂きます。

謹んで新年の御挨拶を 申し上げます。 日本人複数名のノーベ ル賞受賞やラグビー日本 代表の大活躍など誇らし いニュースによって日本 が沸きました。また様々 な問題が浮かび上がった もの2020年の東京 オリンピックへ向けてホ テルや競技関係施設の建

模病院と中小規模、公的 病院と私的病院など、 様々な要因による格差が 広がっています。病床機 能報告制度、地域医療構 想などの推進はこの様な 病院格差をさらに拡げて いく危険性を持ち、地域 において重要な機能を果 たしている病院であって も医療機能整備の滞りに 流されてしまうのではな いかという懸念が湧いて きます。

それらのことは医療機 能の集約化、効率的体制 づくり、医療費の削減の ことも検討に値す る。このように、給付 範囲を見直す場合、疾病 の程度だけでなく、一律 に年齢だけでなく、家計 の所得・資産や医療負担 に関する割合を把握した ううえで、考慮されるもの でしょう。このように、 自己負担に多様な変化を つけることは、かなり複 雑で作業が困難になると 思われます。今後、自己 負担の在り方の議論が同 様な方向に進むのかが注 目されます。

場当たりの改革をす るのではなく皆が痛みを分 ち合い、日本を守って いく姿勢が求められてい ます。

果で認められました。口 ぽつぽつと日A Lが 続きそうです。 外科医になりたて、駆 け出しの頃はゴルフと釣 りは御法度でした。麻雀 や囲碁、将棋は勸奨され ていたのです。特に麻 雀は、室内遊戯で人数も 多く5人打ちか6人打ち での職種も診療に直行 可能ということで院長も 一押し。今では癒着と言 われる製薬会社の方も参 加、時には患者さんも見 切る夢のような大らか なるリスクとの費用対効

患者申出療養制度とそ れを受けての臨床研究 核病院の選定、指定難病 の拡大(56→306疾 病)、入院食事代の値上 げ、診療報酬改定への財 政等審議会の過剰な介 入、新設医大の誕生(特 に成田は国家戦略区東京 としてフリーパス)、こ れらは全て官邸主導であ る。政・官・財・学の皆 が官邸の意のまま。NH Kなどのメディアも手 中

導力やコンプライアンス の遵守が求められていま す。再び起きた日歯連の 違法献金や柔整師の暴 力団による詐欺、福太郎 などドックチェインの 調剤報酬不正は何を言 っても、医療界から追 放すべき悪例です。真面 目な医療人にとって腹立 たい限りです。

イン等どのように対応 しなければならない気もす る新年である。 復興6年 丙申 正月 (赤穂市民病院名誉院 長)

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

私的病院の医療 日本私立病院協会

会長 中嶋 昭

設、交通網整備工事など 1964年東京オリンピ ックの高度成長期とも見 まがうような光景も目に します。

政策方針からすれば必然 ではないか、という声も 聞かされてきそうですが、 長期的視点で見ると必要を 感じます。国民皆保険制 度による統一診療報酬体 系の下では、医療そのもの に官・民の差も、また 公・私差もない、医療は すべて公的な行為です。

その中でいかに政治が 変わろうと、いかに社会 構造や医療状況が変化し ようと、病院は社会的責 任として自院の機能や存 続を保持しなければなら ず、変 化し対応せざるを得ませ ん。その姿は必死であり 健気です。とくに私的病 院において個別責任は明 確であり、公のマインド を持つその活動こそ国家

健全な医療・財政改革を 岡山県病院協会

会長 難波 義 夫

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

病床数の削減が必要と各 報で大きく取り上げら れ、医療機関だけにな るのではと心配させられ たようです。ただ、4つ の病床機能が十分に理解 されずに報告され、実際 の機能との乖離もあり、 秋に行われた2回目の報 告の結果が待たれること

# 平成28年 新春 元旦

## 診療報酬改定の年 確かな社会保障を守る配慮を

全国済生会病院協会

会長 園田孝志



新年明けましておめでとうございます。昨年7月より前会長の岡留先生の後任として全国済生会病院協会の会長を仰せつかりました。よろしくお願いたします。

今年は何と言っても診療報酬改定の年です。その内容と影響が懸念されます。6月に閣議

決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」のもと、マイナズ改定が既定方針の如くなっています。すなわち、直近3年間の社会保障関係費の実質的増加が1.5兆円程度である基調が目安となっています。

今年もよりよくお願いたします。今年もよりよくお願いたします。今年もよりよくお願いたします。

改定率ばかりでなく、各種加算の要件の厳格化が図られる見通しであり、特に前回改定では7対1病床からの転換が思惑通りに進まなかったことを受けて、7対1入院基本料の基準となる重症度、医療・看護必要度の見直しが行われます。

アシステムの展開、消費税率問題の帰趨、新専門医療の動向からも目が離せません。制度による影響もさることながら、最近患者・利用者の要求水準が高くなっています。

医療機関と協力しながら地域特性に応じて地域医療に貢献し、医療・福祉の総合的サービスを一層推進していく所存です。

くも私的病院のノウハウの取得によってなされるべきで、その際、民の活用こそこれからの医療と国家財政を支える基盤になり得ると考えるものです。

格差の拡大が進む中で、もともと格差を負った役割を期待されていると認識のもと、病院長連盟を中心に92病院が結束してグループ力を強め、当連盟等、病院団体の一

要素としてとらえず、柔軟な対応によって合理性、効率性を追求し独自の立場を築いてきた私的病院の活動にご支援をお願い致します。

員として超少子高齢化、人口減少社会に立ち向かうとしていきます。

## 原点に帰り、使命を見直す

日本赤十字社病院長連盟

会長 若杉健三



謹んで新年のお慶びを申し上げます。

昨年の重大ニュースは、医療界に身を置く者として、強い関心を抱く2つの出来事がありました。

企業経営上の不正が相次いで発覚しました。創業時にかげられた高い理念と社会に対する責任を忘れ、目先の営業利益に目がくらんだ結果であったのでしようか。

医療の原点に帰り、理念と社会に対する責任を今一度見つめ直す事が新年のスタートにあたり必須な事と思われま。

ほぼ全県に設置された総数92の赤十字病院は、700床以上の大病院から100床以下の小規模病院まであり、立地も大都市から山間僻地まで多彩な構成となっており、機能も高度急性期から僻地医療まで、わが国の病院の縮図と言えるグループであり、歴史的に地域に支えられて創立され、地域の共有財産として育って来た病院群です。

## 消費税増税の解消を望む

全国公立病院連盟

会長 瀬戸嗣郎



新年あけましておめでとうございます。

昨年、イスラム国の脅威が全世界を覆い、これまでになく平和の危機が心配される一年でした。

民により社会の根幹が揺らぎかねない欧州の現状と比較すると、わが国が抱える少子高齢化の問題や医療界における課題などは、また人間の叡智と努力で解決可能でさほど深刻なものではないとさえ思っています。

え置き、薬価は1%以上の低減、トータルでマイナズ改定であります。10月末に明らかになった2014年度の「医療経済実態調査」の結果は、前回改定と消費税増税の影響を如実に反映しています。

公立病院では新会計基準の導入による給与費の伸びも大きいのですが、やはり消費税アップが診療報酬によつて適正に補填されなかった、ならびに補填の効果が不公平であった結果であることが周知されています。

厳しい状況にあった過去2年間よりさらに病院経営が悪化するようであれば、設備投資の先送り、雇用の制限をせざるを得ず、結果として医療の質にも悪影響を及ぼすのは必然です。

去2年間よりさらに病院経営が悪化するようであれば、設備投資の先送り、雇用の制限をせざるを得ず、結果として医療の質にも悪影響を及ぼすのは必然です。

去2年間よりさらに病院経営が悪化するようであれば、設備投資の先送り、雇用の制限をせざるを得ず、結果として医療の質にも悪影響を及ぼすのは必然です。

去2年間よりさらに病院経営が悪化するようであれば、設備投資の先送り、雇用の制限をせざるを得ず、結果として医療の質にも悪影響を及ぼすのは必然です。

## 謹賀新年

株式会社

公私病連共済会

代表取締役 高橋 正彦

## 謹賀新年

一般社団法人

全国公私病院連盟

- 会長 高橋 正彦
- 副会長 邊見 公雄
- 副会長 中島 豊爾
- 副会長 瀬戸 嗣郎
- 副会長 奥澤 星二郎
- 副会長 若杉 健三
- 副会長 岡留 健一郎
- 副会長 難波 義夫
- 副会長 中嶋 昭

# 平成28年度改定で要望書を提出

日本病院団体協議会(日病協)は、平成27年7月3日に「平成28年度診療報酬改定に関する要望」10項目(①入院基本料の病棟群単位での選択制導入、②看護職の夜勤72時間ルールの見直し、③入院基本料等における「重症度・医療・看護必要度」の見直し、④医療を推進するためのコスト分析及びその反映、⑤地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価、⑥入院中の他医療機関受診時における制度の見直し、⑦医療事務作業補助体制加算の見直し、⑧維持期リハビリテーションの維持、⑨処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算の施設基準の要件緩和、⑩調剤薬局の役割の明確化、院内調剤と院外調剤の不均衡是正)について要望していたが、12月1日、次期改定に向けた議論が終盤に入った時点で、これまでの中央社会保険医療協議会(中医協)の審議状況を鑑みて以下の8項目について厚労省へ要望書を提出した。要望書の内容は以下のとおり。

1. 入院医療提供体制について
  - (1) 入院基本料の病棟群単位での選択制導入(再要望)
 

平成26年10月に施行された病棟機能報告制度では、「高度急性期・急性期」「回復期・慢性期」の機能区分により病棟単位で届出を行うこととされている。

このような法的措置に合わせて、単独もしくは「複数」の病棟で「病棟群」を設定し、病棟群ごとに最適な入院基本料を算定できるようにすることを要望する。

合わせて、その際は「病棟群」内での看護師数傾斜配置も可能とすることも要望する。
  - (2) 入院基本料等における「重症度・医療・看護必要度」の見直し(再要望)
 

現行の「重症度・医療・看護必要度」は、急性期の病状を必ずしも反映しておらず、医療現場に
2. 救急医療の評価の見直し
 

近年、高齢化の進展に伴い救急搬送件数は増加の一途をたどり、その多くを二次救急医療機関で対応している。救急医療の24時間体制での提供には、人的配置を含め多額のコストを費やしている
3. 維持期リハビリテーションの継続(再要望)
 

維持期リハビリテーションについては、平成28年4月1日以降も医療によるリハビリテーションが必要となる患者が数多く存在する。その一方、介護保険によるデイケア(通
4. 入院中の他医療機関受診時における制度の見直し(再要望)
 

入院中の他医療機関受診時の減額措置を撤廃し、当該入院主病名以外の治療に関して、他医療機関を受診した場合にも関わらず、診療報酬上の評価が不十分であり、救急指定を返上する医療機関も増加してきている。
5. 医療を推進するためのコスト分析及びその反映(再要望)
 

今回の「医療経済実態調査」の結果からも明らかになったとおり、病院経営は悪化しており、医療を推進するためのコスト分析及びその反映に対しては特段の対策を講じることが要望する。

(中略)

また、ICT化の推進は、メインパーソナル、が登録制、地域包括ケアシステムなどには必須になること、医療の質向上による患者への貢献に加え、病院運営において多くの効果が見込めると考えるが、これに要する医療機関側のコストについては評価されていない。については、ICT化推進のための診療報酬上の評価を要望する。
6. 同一日複数科受診の

## 評価

がんをはじめ集学的治療を推進すべき患者、多くの基礎疾患を抱えている患者、同一の傷病で多くの症状を訴える患者など、多様な患者を受け入れる病院では、このような患者について専門性を活かした各診療科の連携による診療を行うっており、3診療科以上が関与することも多い。

同一日に複数科を受診することは、患者の身体的負担の軽減になり、また、医師の専門性を活かした各科協調による医療の提供であり、その診療科の専門性は、当然個別に評価されるべきである。

したがって、原則すべての診療科の初診および再診を評価して、減算することなく算定できるようにすることを要望する。

7. チーム医療における多職種連携の評価

多職種の連携による食事指導への積極的な関与は、患者の早期退院やQOLの向上に効果的であり、医療の質の向上に寄与するとともに医療従事者の負担軽減につながっている。

については、関与する医療従事者の専門性を評価するとともに、高齢化、がん・精神疾患などの患者の増加に合わせて、多職種連携による食事指導の評価と施設基準の緩和を要望する。

以上

## 全国公私病院連盟

### 役員会だより

期日 12月18日(金)

会場 剛堂会館2階

【主な報告事項】

①日病協「代表者会議」(11月27日)

②日病協「診療報酬実務者会議」(12月9日)

③日病協「代表者会議」(12月18日)

④第27回「国民の健康会議」の開催結果

⑤国民医療推進協議会「国民医療を守るための総決起大会」(12月9日)

⑥第12回「DPCセミナー」(11月10日)の開催結果

⑦第27回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑧第18回「IFHIM A(診療情報管理協会国際連盟)国際大会」の寄付金について

⑨第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑩第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑪第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑫第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑬第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑭第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑮第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑯第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑰第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑱第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑲第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑳第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉑第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉒第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉓第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉔第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉕第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉖第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉗第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉘第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉙第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉚第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉛第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉜第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉝第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

## 第27回「国民の健康会議」の開催結果

事務局長より報告があった。

中嶋副会長より報告があり、日本病院会がすでに同内容の要望書を提出しており、その動向を見て本連盟の対応を検討することになった。

⑤国民医療推進協議会「国民医療を守るための総決起大会」(12月9日)

⑥第12回「DPCセミナー」(11月10日)の開催結果

⑦第27回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑧第18回「IFHIM A(診療情報管理協会国際連盟)国際大会」の寄付金について

⑨第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑩第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑪第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑫第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑬第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑭第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑮第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑯第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑰第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑱第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑲第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

⑳第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉑第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉒第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉓第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉔第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉕第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉖第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉗第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉘第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉙第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉚第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉛第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉜第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉝第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉞第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㉟第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㊱第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㊲第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㊳第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

㊴第18回「看護管理セミナー」(11月13日)の開催結果

## 第18回 病院原価計算セミナー 開催のご案内

一般社団法人全国公私病院連盟では、病院原価計算に関する知識を向上させ、今後の経営戦略に活用できるセミナーを企画いたしました。この機会にぜひご参加ください。

日時：平成28年1月25日(月) AM9:55~PM4:40  
会場：「コクヨホール」(東京都港区港南1-8-35) ※JR「品川駅」港南口より徒歩2分  
会費：有 料

時間	内容	講師
9:00~9:55	受付	
9:55~10:00	開会挨拶	
10:00~11:40 (100分)	病院原価計算の実践ポイントと済生会 SMART の運用	済生会川口総合病院 財務・法務課 課長 清水吉則 先生
11:40~13:00	休憩(昼食)	
13:00~14:40 (100分)	病院における原価計算の現状と有効化	一橋大学大学院 商学研究科 教授 中央社会保険医療協議会 公益委員 荒井耕 先生
15:00~16:40 (100分)	病院原価計算の実務と病院経営への活用	聖路加国際大学 常任理事・法人事務局長 渡辺明良 先生

お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟 〒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) 3891 FAX 03 (3402) 4389

## 全国公私病院連盟

# 『医療事故調査費用保険』

### 医療事故調査制度の施行にともない、新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。

本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

<お問合わせ先>

株式会社 公私病連共済会

TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

SJNK15-10432

# 公聴会(於:埼玉県)開かれる

## 中央社会保険医療協議会



公聴会のもよう

### 重症度等基準該当患者割合25%は困難

### 本連盟・原澤常務が意見陳述

中央社会保険医療協議会(中医協)は、1月13日に厚生労働大臣から「平成28年度診療報酬改定」について諮問を受けたことに伴い、「平成28年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」を取りまとめたパブリックコメントを募集、1月22日には、埼玉県さいたま市において「公聴会」を開催した。公聴会では一般から応募のあった10名が指名を受け意見を述べている。

公聴会は、埼玉県さいたま市の「浦和ロイヤルパインズホテル」において、中医協の公益委員、1号(支払側)委員、2号(診療側)委員の全委員が出席して行われた。

当日は、はじめに中医協の田辺昭昭会長(東京大学大学院法学政治学研究所教授)から挨拶があった。支払側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

支払側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

支払側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

支払側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

支払側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

支払側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

支払側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

支払側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

次いで診療側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

次いで診療側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

次いで診療側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

次いで診療側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

次いで診療側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

次いで診療側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

次いで診療側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

次いで診療側を代表して発言した。その後、支払側と診療側から公聴会に先立ち発言があった。

## 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集  
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

### 時評

病院団体が直面している諸課題には、診療報酬改定、地域医療構想策定、控除対象外消費税の問題と来年四月の消費税増税、更に日本専門医機構の動向などがある。これらについても地域の病院にとっては死活問題である。また中期的には社会保険費の抑制傾向は続くであろうし、長期的にも人口動態の変化と国家財政の破綻状況を常に念頭に置いておく必要がある。要するに、政治家による国家運営にどれだけ医療人

が影響を与え得るのかにかかっているが、仙台、成田への医学部の新設など、政治家にとっては票になることが優先されているように見えて悲しい。

は、重症度、医療・看護必要度について、現在、AB項目の一部を見直すとともに、その該当患者割合を現行の15%から25%に引き上げる方針が中医協で議論されていることについて、日本病院団体協議会に所属する病院で厚生労働省が提示する同様の条件に則して緊急シミュレーションを実施したところ、約半数の病院が基準をクリアできなくなり、特に内科系の総合病院が厳しい状況になることが報告された。

このことから、医療崩壊につながることを懸念し、激変緩和の措置として、25%の基準案を引き下げ、月変動が大きい側面があることも指摘している。

救急医療管理の評価については、地域包括ケアシステムの推進のためにも、地域の救急医療体制の整備は重要であることから、とりわけ、夜間休日救急搬送医療管理料の増額、救急医療管理料のさらなる評価も提案した。とくに勤務医負担軽減の観点からの当直夜勤の体制評価が不十分であることを上げた。

今後、中医協では平成28年度診療報酬改定に向けた具体的な検討(いわゆる短冊の議論、具体的な項目に関する点数の上げ下げ、施設基準設定などの議論)に入る。診療側と支払側の意見に隔りもあるが、着地点を見出し、2月上旬の答申を目指すことになる。



私たちは何と戦っているのか?

連盟 副会長 中島豊爾

は、ネット改定率マイナス1.03%である。国は予定通り、社会保障費の自然増として見込まれた約6700億円を5000億円程度に圧縮すること

は、ネット改定率マイナス1.03%である。国は予定通り、社会保障費の自然増として見込まれた約6700億円を5000億円程度に圧縮すること

は、ネット改定率マイナス1.03%である。国は予定通り、社会保障費の自然増として見込まれた約6700億円を5000億円程度に圧縮すること

今年四月の診療報酬の改定率は本体プラス0.49%となったが、本連盟を含む各病院団体及び日本医師会の政治への影響力がこれを表現したのである。と

情勢の不安定化は一気に増大した。しかも中国及びロシアは領土拡大を国是として、帝国主義的に日々邁進している。日本を含めた先進各国は、低金利下で

ベノミクスを楽観視するわけにはいかない。安倍政権になって健康寿命が平均寿命よりも強調されるようになった。これを真実とすれば「生きている限り

は、ネット改定率マイナス1.03%である。国は予定通り、社会保障費の自然増として見込まれた約6700億円を5000億円程度に圧縮すること

は、ネット改定率マイナス1.03%である。国は予定通り、社会保障費の自然増として見込まれた約6700億円を5000億円程度に圧縮すること

### いる鉛筆

診療報酬改定は、本体部分を0.49%(約500億円)引き上げたが全体では0.84%(約1700億円)引き下げ、との2年連続のマイナス改定であった。この改定をNHKが本部分分を医師の人員費引き上げと報じていたのは愛嬌だったが、この引き上げは、参院選前に医師会等に配慮したものと言われている。いくらマイナス改定を続けても人口の高齢化もあり医療費を含む社会保障費は、今後も上昇し続けることが予想される

中医協

個別改定項目を提示

2月上旬の答申へ向け最終局面

中医協「総会」が1月27日に開催され、厚労省の事務局から、平成28年度診療報酬改定にかか

7対1入院基本料等の施設基準の見直し

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、項目及び基準の見直しを行う。

評価項目の見直し

▽A項目(モニタリング及び処置等) 1〜6略 7 専門的な治療・処置 ①〜⑩略 ⑪無菌治療室での治療 ⑫救急搬送(●日間) ⑬新設 ⑭B項目(患者の状況等) ⑮寝返り ⑯削除(起き上がり) ⑰削除(座位保持) ⑱13略 ⑲危険行動(新設) ⑳診療・療養上の指示が通じる(新設)

▽M項目(手術等の医学的状況) ①新設 ②開頭の手術(●日間) ③開胸の手術(●日間) ④開腹の手術(●日間) ⑤骨の観血的手術(●日間) ⑥胸腔鏡・腹腔鏡手術(●日間) ⑦全身麻酔・脊髄麻酔(●日間) ⑧救命等に係る内科的治療(●日間) ⑨一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準 ⑩次のいずれかの基準を満たすこと ・モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上 ・モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上 ・手術等の医学的状況に係る得点(M得点)が1点以上

7対1入院基本料

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を●割●分(●割●分)が1点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点(M得点)が1点以上。

急性期看護補助体制加算

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直しに伴い、各入院料の施設基準に定められている該当患者割合要件を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては●割●分以下に引き下げる。

重症患者を受け入れて

10対1病棟に対する評価の充実 ①一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直しに伴い、10対1入院基本料を算定している病棟について、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に該当する患者を受け入れていた病棟に、評価を見直す。

看護必要度加算

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料 ①看護必要度加算1 ②看護必要度加算2 ③看護必要度加算3 ④看護必要度加算4 ⑤看護必要度加算5 ⑥看護必要度加算6 ⑦看護必要度加算7 ⑧看護必要度加算8 ⑨看護必要度加算9 ⑩看護必要度加算10

施設基準

①届出可能な保険医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院を含む)を届け出ている病棟を●割●分(●割●分)が1点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点(M得点)が1点以上。

在宅復帰率の要件見直し

⑦対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)、専門病院入院基本料(7対1)を算定する病棟について、在宅復帰率を推進する観点から自宅等に退院した患者の割合に關する基準の見直しを行う。

地域包括ケア病棟入院料の見直し

④地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の包括範囲から、手術、麻酔にかかる費用を除く。

算定要件

①集中治療室を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数に制限を設ける。 ②以下の施設基準を届け出ている保険医療機関又は許可病床数が500床以上の病院においては、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を除く)の届出は1病棟に限る。

別々に定める基準

①療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を看護職員30対1に読み替えたものを満たすこと。

経過措置

平成28年3月31日に当該入院基本料の届出を行っている病棟については、平成●年●月●日までの間、上記の基準を満たしている病棟とする。

医師事務作業補助体制の評価

①医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師が患者の診療中に行う文書作成の補助業務(診断書作成補助・診療録の代行入力)に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」で

在宅復帰率の要件見直し

⑦対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)、専門病院入院基本料(7対1)を算定する病棟について、在宅復帰率を推進する観点から自宅等に退院した患者の割合に關する基準の見直しを行う。

療養病棟入院基本料2

療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価を算定する。

療養病棟入院基本料2

療養病棟入院基本料2の施設基準に、「当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者の割合の合計が●割以上」を加える。

地域包括ケア病棟入院料の見直し

④地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の包括範囲から、手術、麻酔にかかる費用を除く。

算定要件

①集中治療室を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数に制限を設ける。 ②以下の施設基準を届け出ている保険医療機関又は許可病床数が500床以上の病院においては、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を除く)の届出は1病棟に限る。

別々に定める基準

①療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を看護職員30対1に読み替えたものを満たすこと。

経過措置

平成28年3月31日に当該入院基本料の届出を行っている病棟については、平成●年●月●日までの間、上記の基準を満たしている病棟とする。

医師事務作業補助体制の評価

①医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師が患者の診療中に行う文書作成の補助業務(診断書作成補助・診療録の代行入力)に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」で

在宅復帰率の要件見直し

⑦対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)、専門病院入院基本料(7対1)を算定する病棟について、在宅復帰率を推進する観点から自宅等に退院した患者の割合に關する基準の見直しを行う。

案 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

Table with 4 columns (A, B, C, D) and 7 rows of evaluation items. Includes tables for '創傷処置', '呼吸ケア', '心電図モニター', '専門的な治療・処置', '患者の状況等', and 'M手術等の医学的状況'.

Table with 2 columns (A, B) and 7 rows of evaluation items. Includes tables for '開頭の手術', '開胸の手術', '開腹の手術', '骨の観血的手術', '胸腔鏡・腹腔鏡手術', '全身麻酔・脊髄麻酔手術', and '救命等に係る内科的治療'.

①開頭の手術(○日間) A得点が2点以上かつ B得点が3点以上の患者 または ②開胸の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ③開腹の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ④骨の観血的手術(○日間) M得点が1点以上の患者

①開頭の手術(○日間) A得点が2点以上かつ B得点が3点以上の患者 または ②開胸の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ③開腹の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ④骨の観血的手術(○日間) M得点が1点以上の患者

①開頭の手術(○日間) A得点が2点以上かつ B得点が3点以上の患者 または ②開胸の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ③開腹の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ④骨の観血的手術(○日間) M得点が1点以上の患者

①開頭の手術(○日間) A得点が2点以上かつ B得点が3点以上の患者 または ②開胸の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ③開腹の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ④骨の観血的手術(○日間) M得点が1点以上の患者

①開頭の手術(○日間) A得点が2点以上かつ B得点が3点以上の患者 または ②開胸の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ③開腹の手術(○日間) A得点が3点以上の患者 または ④骨の観血的手術(○日間) M得点が1点以上の患者

(3面に続く)

(2面から続く)
勤務時間を含める。
「業務の場所」
医師事務作業補助体制
加算1を算定する場合
は、医師事務作業補助者
の延べ勤務時間数の8割
以上の時間において、医
師事務作業補助の業務が
病棟又は外来において行
われていること。なお、
医師の指示に基づく診断
書作成補助及び診療録の
代行入力に限っては、実
施の場所を問わず、病棟
又は外来における医師事
務作業補助の業務時間に
含めることができる。

■看護職員の月平均夜勤
時間数に係る要件等の見
直しと緩和
◎月平均夜勤時間数の算
出にあたり、計算に含ま
れる者の要件を見直す。
「入院基本料の施設基
準」
カ月平均夜勤時間数の
計算に含まれる実人員数
及び延べ夜勤時間数につ
いては、次の点に留意す
ること。
①専ら夜勤時間帯に従
事する者は、実人員数及
び延べ夜勤時間数に含ま
ないこと。
②夜勤時間帯に看護要
員が病棟勤務と外来勤務
等を兼務する場合は、当
該看護要員が夜勤時間帯
に当該病棟で勤務した月
当たりの延べ時間を、当
該看護要員の月当たりの
延べ夜勤時間(病棟と病

棟以外の勤務の時間を含
む)で除して得た数を、
夜勤時間帯に従事した実
人員数として算入するこ
と。
◎手術・処置の時間外等
加算1の施設基準の見直
し
◎手術・処置の時間外等
加算1については、算定
施設届出の際に、算定す
る診療科を列記している
が、全科届出の場合に
は、1日当たりの当直医
師数(当該保険医療機関
の常勤医師であること。
以下・未満)の者は含
まないこと。
④7対1入院基本料及
び10対1入院基本料以外
の病棟の実人員数及び延
べ夜勤時間数には、月当
たりの夜勤時間数が●時
間(以下・未満)の者は
含まないこと。
■常勤配置の取扱いの明
確化
◎育児休業後等の従事者
が短時間勤務制度を利用
し、正職員として勤務す
る場合、育児・介護休業
法で定める期間は、週●
時間以上の勤務で常勤扱
いとす。

◎回復期リハビリテーシ
ョン病棟におけるアウト
カムの評価
◎回復期リハビリテーシ
ョン病棟を有する保険医
療機関については、当該病
棟におけるリハビリテー
ションの実績が一定の水
準に達しない保険医療機
関については、回復期リ
ハビリテーション病棟入
院料を算定する患者に対
して1日に6単位を超え
て提供される疾患別リハ
ビリテーション料を、回
復期リハビリテーション
病棟入院料に包括する。

「算定要件」
(1) 保険医療機関にお
ける回復期リハビリテー
ション病棟におけるリハ
ビリテーションの提供実
績が一定の水準以上であ
るとは、過去6か月間に
当該保険医療機関で回復
期リハビリテーション病
棟入院料を算定する患者
に提供された疾患別リハ
ビリテーションの1日平
均実施単位数が6単位以
上であることをいう。た
だし、過去6か月間に回
復期リハビリテーション
病棟入院料を算定した患
者が●人未満の場合を除
く。
(2) 効果に係る実績が
一定の水準を下回ると
は、過去6か月間に当該
保険医療機関の回復期リ
ハビリテーション病棟か
ら退院した全ての患者
(計算対象から除外され
る患者を除く)について
は、①の総和を②の総和
で除したものが一定数未
満である状態をいう。
①退院時のFIM得点
(運動項目)から入院時
FIM得点(運動項目)
を控除したもの
②各患者の入院から退
院までの日数を、当該患
者の入院時の状態に応じ
た算定上限日数で除した
もの
(3) 在棟中に一度も回
復期リハビリテーション
病棟入院料を算定しなかつ
た患者及び在棟中に死
亡した患者は、(2)の算
出から除外する。また、
入棟日において次に該当
する患者については、毎

月の入棟患者数の●分の
●を超えない範囲で、
(2)の算出から除外で
きる。
①FIM運動項目得点
が●点以下のもの
②FIM運動項目得点
が●点以上のもの
③FIM認知項目得点
が●点未満のもの
④年齢が●歳以上のもの
(4) 高次脳機能障害の
患者が過去6か月の入院
患者の●%を超える保険
医療機関においては、高
次脳機能障害の患者を
(2)の算出から全て除
外することができる。こ
の場合、(3)については
は、「毎月の入棟患者数
の●分の●」を、「毎月
の入棟患者数のうち高次脳
機能障害の患者を除いた
患者数の●分の●」と読
み替えるものとする。
(5) 在棟中にFIM得
点(運動項目)が1週間
で●点以上低下した患者
については、(2)の算出
において、当該低下の直
前の時点をもって退院し
たものとみなして扱って
よい。
◎各医療機関別係数の見
直しに係る対応
(1) 調整係数の見直し
に係る対応
①DPC/PDPS
は、今回の改定も含め2
回の改定を目的に段階的
に基礎係数と機能評価係
数IIへの置換えを進める
こととされており、今回
改定においては、調整部
分の75%を機能評価係数
IIに置き換え、残りの調
整部分を「暫定調整係数」
として設定する。
「医療機関Aの暫定調整
係数」= (「医療機関A
の調整係数(※)」-
「医療機関Aの属する医
療機関群の基礎係数」)
×0.25
※「調整係数」は制度
創設時(平成15年)の定
義に基づく
②制度全体の移行措置
に伴う個別の医療機関別
係数の変動についても、
激変緩和の観点から一定
の範囲内(医療機関係数
別係数の変動の影響によ
る推計診療報酬変動率
(出来高部分も含む)に
基づき、2%程度を超え
て変動しない範囲)とな
るよう暫定調整係数を調
整する措置も併せて講ず
る。
(2) 基礎係数(医療機
関群の設定等)に係る対
応
医療機関群について
は、「DPC病院I群」
「DPC病院II群」の3
群による構成を引き続き
維持することとし、「D
PC病院II群」の選定に
係る実務要件について内
科系技術の評価を追加す
るなど必要な見直しを行
う(「別表1」参照)。な
お、各要件の基準値(カ
ットオフ値)は、前年度
のDPC病院I群の実績
値に基づき設定する。
(3) 機能評価係数Iの
見直し
従前の評価方法を継続
し、その他の入院基本料
等加算の見直し等につい
て、必要に応じて機能評
価係数Iに反映させる。
(4) 機能評価係数IIの
見直し
①機能評価係数IIの各
係数への報酬配分(重み
指数)に加え、重症度指
数(注)は等分とする。た
だし、各係数の重み付け
に関しては標準化を行
う。
②現行の評価項目(7
指数)に加え、重症度指
数(注)などによる分布を
明らかにし、厚生労働行
政の基礎資料を得ること
を目的として、2年に1
度実施されている。医師
法・歯科医師法・薬剤師
法に基づき、医師・歯科
医師・薬剤師が厚生労働
大臣に届け出た各届出票
を調査の対象および客体
としている。

「算定要件」
(1) 保険医療機関にお
ける回復期リハビリテー
ション病棟におけるリハ
ビリテーションの提供実
績が一定の水準以上であ
るとは、過去6か月間に
当該保険医療機関で回復
期リハビリテーション病
棟入院料を算定する患者
に提供された疾患別リハ
ビリテーションの1日平
均実施単位数が6単位以
上であることをいう。た
だし、過去6か月間に回
復期リハビリテーション
病棟入院料を算定した患
者が●人未満の場合を除
く。
(2) 効果に係る実績が
一定の水準を下回ると
は、過去6か月間に当該
保険医療機関の回復期リ
ハビリテーション病棟か
ら退院した全ての患者
(計算対象から除外され
る患者を除く)について
は、①の総和を②の総和
で除したものが一定数未
満である状態をいう。
①退院時のFIM得点
(運動項目)から入院時
FIM得点(運動項目)
を控除したもの
②各患者の入院から退
院までの日数を、当該患
者の入院時の状態に応じ
た算定上限日数で除した
もの
(3) 在棟中に一度も回
復期リハビリテーション
病棟入院料を算定しなかつ
た患者及び在棟中に死
亡した患者は、(2)の算
出から除外する。また、
入棟日において次に該当
する患者については、毎

機能評価係数IIの見直し

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 平成28年改定 (Revised 2016). Rows include ①保険診療指数, ②効率性指数, ③複雑性指数, ④カバー率指数, ⑤救急医療指数, ⑥地域医療指数, ⑦後発医薬品指数. Arrows indicate changes like '見直し' (Review) or '新設' (New).

Table with 2 columns: 平成28年改定 (Revised 2016) and 係数標準化 (Coefficient Standardization). Rows include ①保険診療指数, ②効率性指数, ③複雑性指数, ④カバー率指数, ⑤救急医療指数, ⑥地域医療指数, ⑦後発医薬品指数, ⑧重症度指数. Symbols like X, O, and Δ indicate standardization status.

は、今回の改定も含め2
回の改定を目的に段階的
に基礎係数と機能評価係
数IIへの置換えを進める
こととされており、今回
改定においては、調整部
分の75%を機能評価係数
IIに置き換え、残りの調
整部分を「暫定調整係数」
として設定する。
「医療機関Aの暫定調整
係数」= (「医療機関A
の調整係数(※)」-
「医療機関Aの属する医
療機関群の基礎係数」)
×0.25
※「調整係数」は制度
創設時(平成15年)の定
義に基づく
②制度全体の移行措置
に伴う個別の医療機関別
係数の変動についても、
激変緩和の観点から一定
の範囲内(医療機関係数
別係数の変動の影響によ
る推計診療報酬変動率
(出来高部分も含む)に
基づき、2%程度を超え
て変動しない範囲)とな
るよう暫定調整係数を調
整する措置も併せて講ず
る。
(2) 基礎係数(医療機
関群の設定等)に係る対
応
医療機関群について
は、「DPC病院I群」
「DPC病院II群」の3
群による構成を引き続き
維持することとし、「D
PC病院II群」の選定に
係る実務要件について内
科系技術の評価を追加す
るなど必要な見直しを行
う(「別表1」参照)。な
お、各要件の基準値(カ
ットオフ値)は、前年度
のDPC病院I群の実績
値に基づき設定する。
(3) 機能評価係数Iの
見直し
従前の評価方法を継続
し、その他の入院基本料
等加算の見直し等につい
て、必要に応じて機能評
価係数Iに反映させる。
(4) 機能評価係数IIの
見直し
①機能評価係数IIの各
係数への報酬配分(重み
指数)に加え、重症度指
数(注)は等分とする。た
だし、各係数の重み付け
に関しては標準化を行
う。
②現行の評価項目(7
指数)に加え、重症度指
数(注)などによる分布を
明らかにし、厚生労働行
政の基礎資料を得ること
を目的として、2年に1
度実施されている。医師
法・歯科医師法・薬剤師
法に基づき、医師・歯科
医師・薬剤師が厚生労働
大臣に届け出た各届出票
を調査の対象および客体
としている。

女性の医師、20%超える

平成26年(2014)
医師・歯科医師・薬剤師調査の結果
昨年12月7日、厚生労
働省は、平成26年「医師
・歯科医師・薬剤師調査」
の結果を取りまとめ公表
した。
同調査によると、「医
師・歯科医師・薬剤師の
数」は、いずれも、届出
数は前回調査(平成24年)
に比べ増加し、「医師数」
31万1205人(前回調
査に比べ7937人、2
・6%増)、「歯科医師数」
10万3972人(同14
21人、1・4%増)、「薬
剤師数」28万8151人
(同8099人、2・9
%増)となっていた。
これを「女性の「医
師・歯科医師・薬剤師の
数」と割合で見ると、「女
性の医師」6万3504
人、20・4%(前回調査
に比べ3863人、6
・5%増)、「女性の歯科医
師」2万3428人、22
・5%(同1133人、
5・1%増)、「女性の薬
剤師」17万5657人、
61・0%(同4869人、
2・9%増)となってい
る。
主たる診療科が「小児
科」の医師数は1万67
58人(前回調査に比べ
418人、2・6%増)、「
産科」の医師数は1
万1085人(同217
人、2・0%増)、「主たる
診療科が「外科(注)」
の医師数は2万8043
人(同12人、0・0%減)
となっている。
(注)外科、呼吸器外科、
心臓血管外科、乳腺外
科、気管食道外科、消化
器外科(胃腸外科)、肛門
外科、小児外科をいう。
従来地の都道府県別に
みた医療施設に従事する
人口10万人当たりの医師
数で見ると、全国では2
33・6人で、前回調査
に比べ7・1人の増で、
最も多いのは京都府(3
07・9人)、次いで東京
都(304・5人)、徳島
県(303・3人)とな
っており、最も少ないの
は埼玉県(152・8人)、
次いで茨城県(169
・6人)、千葉県(182
・9人)となっている。
「医師・歯科医師・薬
剤師調査」は、医師・歯

施設の種別にみた医師数

Table showing the number of doctors by facility type (Total, Medical facilities, Nursing facilities, etc.) for Heisei 26 (2014) and Heisei 24 (2012), including growth rates and population per 100,000.

数を追加した8指数によ
り評価を行う。また、保
険診療指数、カバー率指
数、地域医療指数、後発
医薬品指数について必要
な見直しを行う。
(除く)などによる分布を
明らかにし、厚生労働行
政の基礎資料を得ること
を目的として、2年に1
度実施されている。医師
法・歯科医師法・薬剤師
法に基づき、医師・歯科
医師・薬剤師が厚生労働
大臣に届け出た各届出票
を調査の対象および客体
としている。

# 「開く」健康会議

全国公私病院連盟は昨年12月2日(水)に東京・新橋の「ヤクルトホール」において、第27回「国民の健康会議」を開催した。

当日は、はじめに山川静夫先生(元NHKアナウンサー・エッセイスト)をお招きし、「まさかの病気から復活へ」をテーマに、行天良雄先生(医事評論家)が聞き手となつて対談が行われた。

続いて、山海嘉之先生(筑波大学大学院教授・サイバニクス研究センター長)、CYBERDYNE株式会社代表取締役社長/CEO、内閣府ImpACTプログラムマネージャー(ジャニー)をお招きし、「革新のロボット技術が拓く医療・介護の未来」をテーマに映像を交えた講演とデモンストレーションが行なわれた。

最後に、行天先生の司会により、「今、国民が望むもの」をテーマにパネルディスカッションが行われた。パネリストは、高本眞一先生(三井記念病院院長)、山口俊晴先生(がん研究会有明病院院長)、

【行天】私もNHKに長く勤めておりましたが、華々しく活躍した山川さんと私では、ちょっと違い過ぎるので…。

【山川】とんでもございませぬ。私は現役時代に、大変怖い先輩で、私は今82歳ですが、何とか生きています。

【行天】あんなに元気で華々しく「紅白歌合戦」やらで大活躍していた山川さんが病気になるなんていうので、そのことを伺いたいんですが、どうなさったんですか。

【山川】初めは脳梗塞ですね。宮田輝さんが紅白の司会をすつとやっていたんですけれど、参議

院選挙に立候補して当選しちゃったんです。それで、紅白の司会をやっているうちに、言葉がオロオロになっちゃったんです。口が利かない。家に、これは大変だと私の上に乗っちゃったんです。動かさなきゃいけないという俗説を信じて…。私の上に乗られたらどうしようもない。「苦しい」とも「どいてくれ」とも言えないんです。熱海にいる私の同級生のお医者さんに電話をしたら「すぐに救急車だ」と言うので、家内が呼んだわけです。プーカープーカー鳴らさないで来てくれと言ったのに鳴らして来ましてね。救急車に乗ったんですけども、



## まさかの病気から復活へ

### 対談

#### 元NHKアナウンサー・エッセイスト 山川 静夫 先生

まして、正月もお屠蘇で始まり、ふるさとの静岡へ帰ったり、東京の友達と飲んだりしていた。1月16日に、久しぶりに家族と鍋を囲んで、その後、テレビを見ようと思つて畳の上に横になつて肘枕をしようとしました。ところが、肘が効かないんです。何だろうと思つているうちに、言葉がオロオロになっちゃったんです。口が利かない。家に、これは大変だと私の上に乗っちゃったんです。動かさなきゃいけないという俗説を信じて…。私の上に乗られたらどうしようもない。「苦しい」とも「どいてくれ」とも言えないんです。熱海にいる私の同級生のお医者さんに電話をしたら「すぐに救急車だ」と言うので、家内が呼んだわけです。プーカープーカー鳴らさないで来てくれと言ったのに鳴らして来ましてね。救急車に乗ったんですけども、

受け入れてくれる病院がないんですよ。まず大森の日赤病院がため。救急車の車内から電話で交渉するんですが、探したけれど全部だめ。最後に荏原(えはら)病院ということになったんです。

荏原病院と聞いてびっくりしました。そこは昔の伝染病院で、敷地は広いけれども、東京都内で一番汚いことで有名だったんです。とにかくサイレンを鳴らしながら荏原病院へ着きました。ところが昔のイメージと違ってホテルみたいな病院が出現したんですよ。私は、言葉は出ませんでしたけれども、いやあ、すごいなと思つた。

当直の先生がちょうど神経内科のお医者さんだったんです。MRIを撮つて、病名は心原性脳塞栓症。心臓にできた血栓が言語中枢に飛んで血管を詰まらせた。それから治療が始まったわけです。

私はアナウンサーですから、まずしゃべらなければならぬと思つたんです。荏原病院は週に2回通院したんですけれども、リハビリがちょっと軽い。厳しくやっても患者は苦しいんですけれども、あんまり軽いのも不安に思つたんです。

早く治すには自分で積極的にやろうと思つたんです。プーカープーカー鳴らさないで来てくれと言ったのに鳴らして来ましてね。救急車に乗ったんですけども、

練習をやりません。それを一生懸命やりました。今になってわかるんですけども、死んだ細胞は絶対に戻らない。その周りになる細胞を活性化することによってリハビリは成り立つわけなんです。一生懸命に毎日やりました。当時も血栓を溶かす薬があつたんですが、認可されていなかったんです。私は話せませんが、私の友人で話をしている「やりましょう」ということになりました。それを使つたので、早く効果があつたんです。

そのときに、病院というのは本当に忙しいものだなと思つた。いろいろな人たちと仲よくなつたんですが、看護婦さんに「山川さんがもし社食を食べていると気が落ちてくるんですよ。美味いものを食べさせてくれませんか…。不味いもの食わすよ。塩分とかのところがあつたんですけど、味つけはちょっと工夫してもらえないかなと思つたりしました。

その後、今度は心不全になつてしまいました。散歩をしようと思つたら心臓が苦しくて歩けなくなりました。荏原病院の循環器科へ行った。それで電気ショックをかけるというんですね。全身麻酔で電気ショックをかけたら不整脈が治りました。心房細動が起きていたんです。心房細動は治つていなくても、薬を飲んで緩和しておきます。心不全が治つたと思つて、5月に京都へ行って帰ってきたら腹が痛くな

つちやいまして、外科へ行きまして、これは大腸がんの一步前、横行結腸から下行結腸の間にある細胞を活性化することによってリハビリは成り立つわけなんです。一生懸命に毎日やりました。当時も血栓を溶かす薬があつたんですが、認可されていなかったんです。私は話せませんが、私の友人で話をしている「やりましょう」ということになりました。それを使つたので、早く効果があつたんです。

そのときに、病院というのは本当に忙しいものだなと思つた。いろいろな人たちと仲よくなつたんですが、看護婦さんに「山川さんがもし社食を食べていると気が落ちてくるんですよ。美味いものを食べさせてくれませんか…。不味いもの食わすよ。塩分とかのところがあつたんですけど、味つけはちょっと工夫してもらえないかなと思つたりしました。

その後、今度は心不全になつてしまいました。散歩をしようと思つたら心臓が苦しくて歩けなくなりました。荏原病院の循環器科へ行った。それで電気ショックをかけるというんですね。全身麻酔で電気ショックをかけたら不整脈が治りました。心房細動が起きていたんです。心房細動は治つていなくても、薬を飲んで緩和しておきます。心不全が治つたと思つて、5月に京都へ行って帰ってきたら腹が痛くな

持ちになるので…。今の丸くなって明るくなりました。あれだったらまだいいんですけども、機械は情がないですね。ロボットは人を助けませんが勝負をする、ロボットが勝つたりするわけじゃないから、この相手には負けてやろうかなと思つたりすることはない。

お医者さんも、もうちょっと温かい言葉をかけてくれたらいいと思つたりします。ご飯もそうだけれども、不味いものを食べさせられたら沈みません。励まされたらうれい。そういう人間の感情みたいなものを大事にしてくれるとうれしいです。

【行天】三つの大きな病気で、どのくらいお金を使つたんですか。

【山川】僕は、健康保険以外にも保険に入つていて、たまたま、うまくいったらいいですよ。ちょうど期限が切れる寸前に病気が

【山川】反省します(笑)。僕は現役中に仕事一途で、多忙な生活をしていました。家内には相当負担をかけた。健康問題にしても、NHK時代の定期健

【山川】父は神主ですから、神様が起きているから悪いことはしないようにと…。当然ですね。天網恢恢疎にして漏らさず、悪いことをしても神様がわかっているって口酸っぱく言われました。母は、「静夫の人生の前半は父と母の徳によって生きています。後半はおまえの徳で生きていくしかない。おまえの徳が子供の前半にかかっている。だから、お前が徳を積みあげれば、前半は幸せになる」とよく言っていました。

なかなか親身になって感じなかったんですが、助けられたと思うのは、自宅で脳梗塞になつたこと。新橋や銀座で飲んでいて路上で倒れたら、助からなかったですからね。家で倒れて、すぐに救急車だと助言して

くれた友達、治療してくれたお医者様、そういう人たちに心から感謝しています。

人間を助けるのは医療、それから運と気力。パーセンテージとしては、医師が大半でしょうけれども…。アナウンサーがしゃべれなくなったら終わりのだという恐怖感がありハビリに奮い立たせた。自分の意志で24時間やらなきゃだめだと思つた。

それから、今のお医者さんは、とにかくデータをパッと打ち込んで、あとは機械やロボットが応援してくれる。一面では便利だし、患者を救うことになるし、いい面もあるんですけども、昔のお医者さんの方が情に厚かった。

ホケ老人が同じことを何遍も聞くけれども、親切に説明して欲しい。そういうことが昔と今ではちょっと違うんじゃないかな。そういう心は大切にして欲しい。

バランスの問題だと思つた。忘年会のシーズンですが、忘年会は年末に大騒ぎをするみたいになつていまして、中国では忘年の思想があまりなくて、年を考へず、若者と年寄りが親睦を結ぶ、深い関係を持つてお互いに話し合つて理解し合おうということらしいんです。それが「忘年」、年寄りが、今の若い人

## 第27回「国民の健康会議」

主催 一般社団法人 全国公私病院連盟 後援 厚生労働省



【山川】僕は、健康保険以外にも保険に入つていて、たまたま、うまくいったらいいですよ。ちょうど期限が切れる寸前に病気が

【山川】父は神主ですから、神様が起きているから悪いことはしないようにと…。当然ですね。天網恢恢疎にして漏らさず、悪いことをしても神様がわかっているって口酸っぱく言われました。母は、「静夫の人生の前半は父と母の徳によって生きています。後半はおまえの徳で生きていくしかない。おまえの徳が子供の前半にかかっている。だから、お前が徳を積みあげれば、前半は幸せになる」とよく言っていました。

なかなか親身になって感じなかったんですが、助けられたと思うのは、自宅で脳梗塞になつたこと。新橋や銀座で飲んでいて路上で倒れたら、助からなかったですからね。家で倒れて、すぐに救急車だと助言して

くれた友達、治療してくれたお医者様、そういう人たちに心から感謝しています。

人間を助けるのは医療、それから運と気力。パーセンテージとしては、医師が大半でしょうけれども…。アナウンサーがしゃべれなくなったら終わりのだという恐怖感がありハビリに奮い立たせた。自分の意志で24時間やらなきゃだめだと思つた。

それから、今のお医者さんは、とにかくデータをパッと打ち込んで、あとは機械やロボットが応援してくれる。一面では便利だし、患者を救うことになるし、いい面もあるんですけども、昔のお医者さんの方が情に厚かった。

ホケ老人が同じことを何遍も聞くけれども、親切に説明して欲しい。そういうことが昔と今ではちょっと違うんじゃないかな。そういう心は大切にして欲しい。

バランスの問題だと思つた。忘年会のシーズンですが、忘年会は年末に大騒ぎをするみたいになつていまして、中国では忘年の思想があまりなくて、年を考へず、若者と年寄りが親睦を結ぶ、深い関係を持つてお互いに話し合つて理解し合おうということらしいんです。それが「忘年」、年寄りが、今の若い人

# 第27回 「国民の健



(4面から続く)

「……、それではだめ。若い人の言うことばかりもだめ。うまくミックスしていくことが大事だと思うんです。ですから、医療の問題も、古い状態だけではだめだと思っ、機械やコンピュータに頼るだけでもだめ。」

【行天】お医者さんを選ぶのも寿命、運みたいなもので、人間関係でその医者に惚れたら、その医者にずっと……が一番いい気がするんです。いろんなお医者さんにかかること、この人が言うんだから従おう、という時があるでしょう。

【山川】ありますね。循環器の先生が今とても親切に教えてくれていますけれども、この人は慎重派です。外科の先生は豪放磊落という感じ。お酒

の量に関して「絶対飲まないほうがいい」と言われる先生と「適度」と言う先生がいる。このバランス、自主的にこのくらい飲んだら多いとか調整しています。

【山川】あまり養生を言われると人生が楽しくないですね。病人でも、人生を楽しみませんか

【行天】それは自分で決めるんですか。信用したお医者さんに「やめなさい」と言われたらやめま

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

## 講演

筑波大学大学院 教授・サイバニクス研究センター長  
CYBERDYNE株式会社 代表取締役社長/CEO  
内閣府IMPACT プログラムマネージャー

### 山海嘉之先生



## 革新的ロボット技術が招く 医療・介護の未来

【山海】「山」「海」と書いて「さんかい」と申しています。筑波大学に所属していますけれども、研究成果をきちんと社会に還元することを目指しています。国の制度も変わって、大学発ベンチャーを進めながらですが、様々な製品を出荷できる

【山海】「山」「海」と書いて「さんかい」と申しています。筑波大学に所属していますけれども、研究成果をきちんと社会に還元することを目指しています。国の制度も変わって、大学発ベンチャーを進めながらですが、様々な製品を出荷できる

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

【行天】楽しいお話をあ

【山海】「山」「海」と書いて「さんかい」と申しています。筑波大学に所属していますけれども、研究成果をきちんと社会に還元することを目指しています。国の制度も変わって、大学発ベンチャーを進めながらですが、様々な製品を出荷できる

(6面へ続く)

(5面から続く)

中を2回起こして、お医者さんからは、もう歩行は困難と言われていました。主治医の方と相談されてHALを使うことになり、2カ月後にはどうとうHALを外してジョギングをするという、改善が非常に著しい方です。
次の患者さんは、脳脊髄炎を起して、4年間寝たきりでした。ずっと寝ていると、体が硬くなり、運動療法やリハビリの世界では、筋肉をほぐせばいいという時期もありました。
ところが、脳から命令がきちんと行かなくなる

と、体の局所的なところで別の神経ルートができ上がって、それで体がカチカチになるのが原因だとわかってきました。ですから、揉んだり伸ばしたりするのは、関節が固まらないようにするにはいいのですが、本質的な改善にはなりにくい。
脳や脊髄といった中枢神経と言われる部分が少し改善しているとしたら何とかなると思いながら、こんな状態と思うようにいきません。そこで、ポトックスという薬

が、頬に注射すると、にっこり笑って筋肉が動かない。運動神経と筋肉の間のシナプス結合を弱めていく薬です。
この方にポトックスを注射しますと、カチカチの状態が一旦プランと、やわらかくなります。やわらかくなっても、筋肉と神経の間のシナプス結合が弱まったというところは、やはり思うようには動かない。ところがポリオの患者さんのときも、非常に小さな信号さえ出ていると動くといいこと

がわかっていました。この薬はよく美容の方で使います。
自分の意思で足を動かさ始めて、数週間後にはこらうって歩行訓練モードに入っていくこともできるようになりました。
薬とロボットの新しい組み合わせが、次のチャレンスの分野をつくることになりました。
脳の状態を見てみると、体が動かなくなると、何が動かないかというところ、何とかしなければいけないということ、人間は一生懸命頑張ろうとします。動きが悪くなった状況の中で頑張ろうとしますが、本来やるべき頑張りの方向と違っているとやっていると、脳

ましたら腫瘍マーカーがほとんど下がっていく。その外来には10年も20年も生きている患者さんもおられて、何とかなると思われました。
ところが1年ぐらいいちますと、腫瘍マーカーが少しずつ上がる。外来に行くたびに祈るような思いでした。何とか下がってくれと思っていて、心の中で泣きたい気持ちでした。女房は「私は死ぬことは怖くない」と言っていて、最後までその姿勢を崩しませんでした。本当に立派だったと思います。
抗がん剤が効かなくなってきたから半年ぐらいいつて、もう本当に最後のところですが、今度は脳に転移しました。その当時、私は東大病院に入院させて放射線を受けた

ほつがほとんど過活動状態になって、適切な状態ではなくなってきました。ここに運動中枢の非常に重要な部分が1カ所あります。ここが興奮すると、例えば体が動くときに、そうではないところが興奮しています。HALを使うと、ここが興奮したときだけ動いてくれます。そうすると、適切なところだけが残って、脳の状態も整ってくることになりました。
こういうことを繰り返しながら、HALはどうとうヨーロッパ全域で医療機器になりました。

日本では11月25日に医療機器の承認が得られました。これによって、この装置は医療機器として、病院で使えるようになりました。あとは保険の問題です。
残りの時間で様々な例をご紹介します。こちらは腰などに使うバージョンです。腰の痛みは、私たちが仕事をするときには必ず出てくる問題です。どうすれば腰を守ることができるか、介護現場では、大体7割から8割の方が慢性的な腰痛持ちになっているわけです。

この腰に使うバージョンでは、65kgの物を持つて、10何回も屈伸を繰り返すことができます。センサーを腰にベタッと張って、脳から出てくる意思を検出します。この意思に従って、ロボットは人体の一部として動いてくれる。介護現場でも作業現場でも使える、建設会社や工場でも使われています。
重要なことは、スパーマンをつくりたいわけではありません。体を守りながら、腰を守りながら、長期間、安全に仕事ができる、そういう職場をつくらせていきたいという思いです。
今日はロボットを持ってきましたので、実際に

デモンストレーションをしてみましょう。
※壇上でデモンストレーション。
ほんの少し信号が検出できるだけで、ロボットが機能改善を助けてくれる、そういうものが出来上がりました。こんなものは、SFの本を探してもありません。それぐらいもう先へ動いている。そういう時代がこれから。そういうことを、この講演を通じてお伝えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

デモンストレーションをしてみましょう。
ほんの少し信号が検出できるだけで、ロボットが機能改善を助けてくれる、そういうものが出来上がりました。こんなものは、SFの本を探してもありません。それぐらいもう先へ動いている。そういう時代がこれから。そういうことを、この講演を通じてお伝えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

デモンストレーションをしてみましょう。
ほんの少し信号が検出できるだけで、ロボットが機能改善を助けてくれる、そういうものが出来上がりました。こんなものは、SFの本を探してもありません。それぐらいもう先へ動いている。そういう時代がこれから。そういうことを、この講演を通じてお伝えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

### パネルディスカッション

## 今、国民が望むもの



司会 医事評論家 行天良雄 先生

【行天】パネルディスカッションのテーマは「国民が望むもの」です。国民が望むもの、一般の方が今、医療に関して、何を一番心配なさっているか、戦争もないし、物が豊かにあふれ、不満はあっても国民皆保険制度はうまく機能しています。病という方が一の場合の対応も、ほどほどに

皆様方安心していらっしやる。世界的に見たら日本は恵まれています。現時点でどういう点を考えていらっしゃるのか、本日、3人の先生をお招きしました。
まず、三井記念病院の高本先生にお話していただきます。秋葉原には三つ有名なものがあって、一番有名なのは電気屋、

2番目はAKB、3番目が三井記念病院です。高本先生お願いします。
【高本】こんにちは。私自身の女房の経験から「患者の家族になった時」というタイトルで本にしまして、今まではあまり話してこなかったのですが、もう亡くなって数年経ちますのでお話ししたいと思います。
私と女房は同じ年、今から7年前に亡くなりました。その11年前に初期の乳がんが診断され、当時は温存療法が大流行の時代で、初期のがんでから、主治医の先生も女房も温存療法を選択しま

した。リンパ腺も郭清し、放射線もかけたので大丈夫だと思っていました。ところが4年ぐらいいつて、局所に再発したんです。それで局所も取って、これで大丈夫だろうと思っていました。ところが、3〜4年経ってからは、腰骨に転移しました。シヨックでした。女房に申しわけないことをした、あのとき全摘すればどういう気持ちもありました。でも、それはそうやって決断したわけだからと受けとめて、化学療法でできるだけのことをしてやろうと思いました。最初に化学療法を始め

ましたら腫瘍マーカーがほとんど下がっていく。その外来には10年も20年も生きている患者さんもおられて、何とかなると思われました。
ところが1年ぐらいいちますと、腫瘍マーカーが少しずつ上がる。外来に行くたびに祈るような思いでした。何とか下がってくれと思っていて、心の中で泣きたい気持ちでした。女房は「私は死ぬことは怖くない」と言っていて、最後までその姿勢を崩しませんでした。本当に立派だったと思います。
抗がん剤が効かなくなってきたから半年ぐらいいつて、もう本当に最後のところですが、今度は脳に転移しました。その当時、私は東大病院に入院させて放射線を受けた

とになりましたが、そのときには先が見えていましたので、在宅医療を選びました。
最初はこちらと元気なものですから、家族は何とか希望を持ちたいと考えるものです。しかし、少しずつ体は衰えていききました。
その間、結婚して35年

とができました。
エンドステージという在宅医療になりますと、短い3日とか、1週間ぐらいいいかもたないといえます。私が点滴をコントロールして、少しずつ痛み止めは使いました。自分でも本を読ませてもらったので、私が読んでいた本を、最後の1年半、私



三井記念病院 院長 高本眞一 先生

は女房とともに生きることでできたという感じを持つことができました。このことから、最後の最後に患者さんとともに生きることを非常に大事だと感じました。私は今、三井記念病院で患者さんとともに生きるという医療を、できるだけやりたと思っています。
【行天】何と言葉をつないでいいかわかりませんが、お医者さんが家族を看取るという意味でしんどいとお感じになって。
次に、東京に有明という地域がございます。オリンピック絡みでも大変に変わっているところで、がんといえは、国立がんセンター病院か、がん研有明病院か、というぐらいに関係者には知られていきます。山口先生、お願いします。
【山口】がん研究会有明

病院の山口です。7月に院長になったばかりで、2キロ太ってしまいました。一番の理由は、手術をあまりやらなくなったことです。私のストレスはものすごく減ってメタボへまっしぐらという感じでした。
さて、群馬大学病院で、腹腔鏡手術により8人も死んでしまったという事件を皆さんご存じだと思います。この病院は「特定機能病院」の指定を受けている病院で、この指定を受けているのは大学病院を中心として、日本に84しかありません。高度医療を確実にやれる、新しい高度医療を開発できる、教育ができる。この三つができる病院が「特定機能病院」です。日本の高度医療を担う病院として、診療報酬でも優遇されています。スタッフも多いし設備も

整っています。
がん研有明病院は2011年に特定機能病院になりました。その際に、最先端のことをやっていたから優勝だと思っていたら大間違いで、一番厳しかったのは医療安全管理についてです。
高度な医療をやるには安全管理が最優先だということです。認定を受けるための半分以上の努力は医療安全管理体制の整備に費やしました。
今回、この特定機能病院で医療安全管理上の問題が起きた。多くの特定機能病院がきちんとやっているのに、信頼を失ってしまったことでは、非常に腹立たしい事件です。こういうことがある。日本の外科のレベルは低いと思う方がおかしくないかもしれません。しかし、大腸がんの手術後死亡率は、日本は0

・4%。1000人いたら4人。アメリカは2%が亡くなる。5倍の差があります。イギリスとかベルギーに至ってはさらに悪い状況です。外国で大腸がんが見つかったら、日本に帰ってきて手術を受けたほうがいい。これは消化器だけでなく循環器の手術もそうです。日本人独特の、まめめで細かくて丁寧な性格に要因があるのと、保険制度がいいと思うからです。
例えば、胃切除術の症例数は10万例のデータがある。胃全摘のデータも5万件ある。これはアメリカにもないデータです。胃の切除は4割ぐらいが腹腔鏡で行われている。大腸がんの低位前方切除術は直腸がんですけれども、50%ぐらいが今

(7面へ続く)

(6面から続く)

〜〜〜〜〜〜  
います。何万例も行われている。全然新しい手術ではなく、日常の手術になっている。

全体死亡率は、開腹も含めると、胃の切除では1・07%、大体1%前後です。ところが、腹腔鏡手術死亡率は0・43%で低い。どの手術もそうなんです。腹腔鏡手術が安全だというわけではなく、胃



がん研究会有明病院 院長 山口俊晴 先生

で、1人亡くなった時点でストップをかけたらいんですけれども、そういう手続きが十分にできなかった。病院内でこういうことが起きていたかわかっていなかった。これはやはり特定機能病院として失格と言わざるを得ないということを取り消されたわけです。

◇ ◇  
食道がんになって、外科の先生のところに行く。先生もいろいろと話を聞いてくださいます。先生もいろいろと話を聞いてくださいます。先生もいろいろと話を聞いてくださいます。

◇ ◇  
当院の状態を振り返ってみますと、がんの専門医はたくさんいますが、それをサポートする循環器の先生が手薄です。連携はとっていませんけれど、今後本当にがんの専門病院としてやっていくのかと聞いたら、私はやっていけないと思います。

◇ ◇  
今日は、「医療界、今年10大ニュース」というのを毎年つくっていますので、ご紹介します。1番目のニュースは、「医療事故調査制度発足」で、政権交代があった7・8年前から、医療事故、予期せぬ死亡が起こったときには、その原因を調べて再発を防止しようという構想がありました。二度と同じような間違いをしてはいかないというところで、私はずっといけないと思っています。

◇ ◇  
8番目は、「指定難病拡大」。今の総理大臣は、難病には理解があります。指定が56の疾患から306に増えました。9番目は、「臨床研究中核病院選定」。患者申出療養制度というのができまして、それに対応するために、新しい、まだ保険適

◇ ◇  
10番目は、「新設医大2校決定」。40年ぶり新・新設医大が2校決定しました。仙台の東北医科薬科大学と成田の国際医療福祉大学です。番外には、公立病院改革第2次ガイドラインができたこと。公立病院は非効率だ、頑張れということが出されました。

◇ ◇  
消費税は、みなさんに知っていただきたいことの一つです。患者さんのためにいい器械を買っても消費税が8%かかる。病院の経営は、100億円投資しても1億円プラスかマイナスです。投下資本利益率が1%。普通の産業は大体4・5%。病院への消費税をかけたら、病院は新しい建物を買ったら、病院は新しい建物を建てられない。患者さんにいいアメニティや医療が提供できません。

◇ ◇  
今日の山川さんのお話のように、大きな手術を受けて入院を繰り返しても高額療養費制度などで救われていることは、大変素晴らしいことである。その一方で、病院ではお医者さんが忙しく動いていらして話もできないくらい。山口先生のところはどうでしょうか。

◇ ◇  
【高本】患者さんは医療費を払うときに、消費税分は何円ですとやられて支払ってはいません。ところが、病院は薬を買うにも、消費税を払っています。この分は全部病院の負担になっていて、病室もぎりぎりです。ですから、消費税で破産する病院も出てくると思います。国民の皆さんはこのことを知らないと思います。

◇ ◇  
【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。

「肝臓も、腹腔鏡ではごくごく簡単なものしか認められていない。難しいものをやろうとすると合併症が多くなって大変です。肝切除術は簡単ではなくて、普通は開腹です。データをみると、2方3400件やっていますけれども、腹腔鏡をやっているのはわずか5・1%で、ごく一部の施設でしかやっていない。その死亡率を、開腹も含めてみると3・69%、腹腔鏡は2・27%で、技術レベルの高いところで慎重にやればそんなに危険ではない。ただ、あまり経験がないのに難しい手術をやる」とあいつ結果になる。

「8人も続けて見過ごしたことが一番大きな問題で、1人亡くなった時点でストップをかけたらいんですけれども、そういう手続きが十分にできなかった。病院内でこういうことが起きていたかわかっていなかった。これはやはり特定機能病院として失格と言わざるを得ないということを取り消されたわけです。」

「食道がんになって、外科の先生のところに行く。先生もいろいろと話を聞いてくださいます。先生もいろいろと話を聞いてくださいます。先生もいろいろと話を聞いてくださいます。」

「今日、監視が非常に厳しいわけですね。本来あんなことは起こり得ないわけです。監視が非常に厳しいわけですね。本来あんなことは起こり得ないわけです。」

「3番目は、「特定機能病院取り消し」。4番目は、「腹腔鏡肝切除、死亡例相次ぐ」。これは、山口先生にお話ししたいことがあります。」

「5番目は、「ドラッグチェーン福太郎など調剤報酬不正相次ぐ」。調剤薬局で患者に説明してないとか、薬剤師がいないのに説明したような報酬を得ていたこと。これは不正請求に当たります。6番目は、「看護師の特定行為研修開始」。これから人口が減っていくわけですから、医師にできる

「【高本】患者さんは医療費を払うときに、消費税分は何円ですとやられて支払ってはいません。ところが、病院は薬を買うにも、消費税を払っています。この分は全部病院の負担になっていて、病室もぎりぎりです。ですから、消費税で破産する病院も出てくると思います。国民の皆さんはこのことを知らないと思います。」

「【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。」

「【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。」



全国自治体病院協議会 会長 全国公私病院連盟 副会長 邊見公雄 先生

「【高本】患者さんは医療費を払うときに、消費税分は何円ですとやられて支払ってはいません。ところが、病院は薬を買うにも、消費税を払っています。この分は全部病院の負担になっていて、病室もぎりぎりです。ですから、消費税で破産する病院も出てくると思います。国民の皆さんはこのことを知らないと思います。」

「【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。」

「【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。」

「【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。」

「肝臓も、腹腔鏡ではごくごく簡単なものしか認められていない。難しいものをやろうとすると合併症が多くなって大変です。肝切除術は簡単ではなくて、普通は開腹です。データをみると、2方3400件やっていますけれども、腹腔鏡をやっているのはわずか5・1%で、ごく一部の施設でしかやっていない。その死亡率を、開腹も含めてみると3・69%、腹腔鏡は2・27%で、技術レベルの高いところで慎重にやればそんなに危険ではない。ただ、あまり経験がないのに難しい手術をやる」とあいつ結果になる。

「8人も続けて見過ごしたことが一番大きな問題で、1人亡くなった時点でストップをかけたらいんですけれども、そういう手続きが十分にできなかった。病院内でこういうことが起きていたかわかっていなかった。これはやはり特定機能病院として失格と言わざるを得ないということを取り消されたわけです。」

「食道がんになって、外科の先生のところに行く。先生もいろいろと話を聞いてくださいます。先生もいろいろと話を聞いてくださいます。先生もいろいろと話を聞いてくださいます。」

「今日、監視が非常に厳しいわけですね。本来あんなことは起こり得ないわけです。監視が非常に厳しいわけですね。本来あんなことは起こり得ないわけです。」

「3番目は、「特定機能病院取り消し」。4番目は、「腹腔鏡肝切除、死亡例相次ぐ」。これは、山口先生にお話ししたいことがあります。」

「5番目は、「ドラッグチェーン福太郎など調剤報酬不正相次ぐ」。調剤薬局で患者に説明してないとか、薬剤師がいないのに説明したような報酬を得ていたこと。これは不正請求に当たります。6番目は、「看護師の特定行為研修開始」。これから人口が減っていくわけですから、医師にできる

「【高本】患者さんは医療費を払うときに、消費税分は何円ですとやられて支払ってはいません。ところが、病院は薬を買うにも、消費税を払っています。この分は全部病院の負担になっていて、病室もぎりぎりです。ですから、消費税で破産する病院も出てくると思います。国民の皆さんはこのことを知らないと思います。」

「【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。」

「【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。」

「【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。」

「【高本】当院には、それなりに就職希望者はいますけれども、田舎の病院になりますと、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。医学そのものが随分細分化されました。内科でも10近くに分化されています。外科は、昔は心臓外科も呼吸器科も、あるいは一般外科もみんな1人の医者がやっていた時代がありましたけれども、今は五つ六つに分かれていて、そういうふうに分化されてきて、さらに専門科がありますから、どうしていいかというところがあります。それが、お医者さんを集めるのは大変です。我々も決して足りていないわけではない。」

(8面へ続く)

(7面から続く)

れども来たがりますね。

外科医が減っているとい

うのは、仕事がつらい

からではなくて、本来自

分たちのできることがで

きないから辛いんです

ね。外科医というのは、1

週間に3例手術をしてい

る人に「4件やってみな

いか」と言う、「はい」と

言います。でも、今まで

4件やっていた人に「週

に1件でいいよ」と言う

と「やめる」と言います。

そういう人種です。

我々が卒業したころ

は、外科のあらゆること

ろいろ相談を受けませ

が、依然として大問題な

のは、どう治療したら

いかという相談です。切

った方がいいのか、切らな

いほうがいいのか。

最近ドクターが患者

に「お決めください」と

投げるんですね。肝心か

なめの決断を患者にさせ

る。私は、医者の診断、

判断というのは、あなた

はこうすべきだ」という

ことを決めるのが仕事だ

と思うんですけれども、

どうでしょうか。

【山口】私が古い病院に

ちらにしますかと聞くこ

ともあります。大動脈で

すと、大動脈置換するの

か、あるいは今はステン

トグラフトというのでもあ

りまして、そういう選択

肢があって、ほとんど同

じ場合は患者さんに「ど

うしますか」と聞きます。

手術のやり方が二つあ

ったら、メリットとデメ

リットをお話して患者

さんの意見も聞く。こっ

ちの方がいいというサジ

エスチョンはしませけれ

ど、同じぐらいのときは

患者さんに決めてもらう

先生どうですか。むちゃ

ですか。

【湯見】100歳以上に

なるも、もう何で死んで

もいんじゃないですか。

か。そんな気がしませ

ね。

医療の進歩とか、自分

の節制とか、機械の助け

山海先生のHAIも使っ

たりして、100歳まで

はいけるんじゃないかな

と思いますけれど、10

0歳以上のことはわから

ないですね。

【行天】がんに関連して、

山口先生に率直なご意見

いらつしやると思うんで

す。一般の人が混乱しな

いようにプレーキをかけ

ることほしくないですか。

湯見先生どうなんですか。

【湯見】これは難しいい

ですね。絶対ということ

を証明するための実験を

しないといけない。前立腺

がんとか甲状腺がんとか

ゆっくり進むものは、手

術するよりも放ってお

て、天寿がんといいませ

か、亡くなったときに解

剖したらわかるという

人もあるわけですね。治

療した人と治療しない人

とに、医療や医療保険や

医療制度を、教育する

取組があまりにも少な

い。私、前にも言った

か、複雑な一回も助

か。切実な問題です。

【行天】早期のがんが

見つかり始めた50年か

60年前に、やはり同じ

ような議論がありました。

【高本】私は患者さん

とともに生きようと言

っているんですけど、基

本的に医療は、医療

者が患者さんを治す

こと、医療者の力、医

療者が医学をどれだけ

で、ほとんどわかっ

ないという答えが大

目なんでしょうか。普

通の言葉で話すと大

事なんです。

【山口】おっしゃると

お、患者さんとのコ

ミユニケーションが

大事です。先ほど目

を見ないでモニター

ばかり見て話をする

医者があるというこ

とで、話した相

手の目が点になってい

ないかどうかわって

はだめです。

【行天】お医者さんの

ういことのために国

力が非常に必要です。で

きたら、医学部の試験

科目を国語のほうにシ

フトしていいくらい、

複雑数はやらなくて

いい。

【山口】おっしゃると

お、それよりも、相

手の言うことをきちん

と理解できる。それ

から、難しいことを

易しく説明できる

能力を問うべきだ

と思います。それが

将来的には、今の

コミュニケーション

全国公私病院連盟

役員会だより

期日 1月15日(金)

会場 剛堂会館2階

【主な報告事項】

①日病協「代表者会

議」(12月18日)

中嶋昭副会長から

報告があった。

②平成27年度版「病

院経営分析調査報

告」「病院概況調

査報告」(神戸)3月

16日(横)あり方

に関する検討

会」の報告があ

った。その他、女

い、本年3月の理事

視察研修団の派遣

について、見積もり

を取って検討した

結果、両視

察ともにTCI(機)

において実施する

ことが提案さ

れた。平成28

年度診療報酬改

定に伴う点数

表説明会を日本

病院会と共催

で、3月15日

び地域医療支

援病院の

採用状況につ

交換があった。

【主な協議事項】

①平成28年度理事

会(素案)につ

き、事務局長

より、西海外

事務局長より、

その後、病院

診療報酬改

定対策、医療

保険制度等

対策、医療提

供体制対策

について議論

した。

以上

以上

全国公私病院連盟

『医療事故調査費用保険』

医療事故調査制度の施行にともない、新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。

本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

<お問い合わせ先>

株式会社 公私病連共済会

TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

SJNK15-10432

# 研修開始の延期求め声明

## 全国公私病院連盟

# 公私病連ニュース

発行所  
一般社団法人全国公私病院連盟  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL.03(3402)3891 FAX.03(3402)4389

編集  
集  
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

平成28年度  
診療報酬改定を答申  
中央社会保険医療協議会

## 新専門医制度による

## 地域医療の崩壊を懸念

一般社団法人全国公私病院連盟は、平成29年度に開始が予定されている新専門医制度の研修開始について、延期するよう声明を出し、関係各位に対し実現を呼びかけている。新専門医制度については、専攻医の研修期間中における身分保障(給与、健康保険など)の制度設計がなされていないなど未だ不備点が多く、このままでは地域医療の崩壊につながる懸念があることから、その開始を平成29年度に拘泥せず、精緻化するまで延期すべきであるとしている。

(平成29年)度に拘泥せず、精緻化するまで延期すべきである。

以上

平成28年2月25日  
一般社団法人  
全国公私病院連盟

## 新専門医制度の 研修開始は延期すべき

全国公私病院連盟は下記等の理由により、2017年(平成29年)度に予定されている新専門医制度の研修開始の延期を要望する。

【理由】

- ▼日本専門医機構の社員構成が極めて不自然である。専門医を育てる雇用する病院の団体を社員に加えるべきである。
- ▼専攻医の研修期間中における身分保障(給与、健康保険など)の制度設計がなされておらず、人権侵害にもなりかねない。
- ▼地方大学における地域医師や自治医大卒業医師たちの診療科選択や義務事項との整合性が示されておらず、多大な負担を強いる可能性がある。
- ▼救急や総合診療領域からサブスペシャリティへの道程は困難であり、希望する専攻医の負担が大きい。
- ▼基幹病院は大学病院や都市部の大病院に限られるため、専攻医の都市集中は現状以上となり、医師の地域偏在を増幅させる。
- ▼領域によっては指導専門医の不足などにより、地域医療の崩壊につながる。

地方大学すら基幹病院に該当せず、専門医育成に大きな地域格差が生じている。

指導医や症例数などの条件が整っていないにもかかわらず地域や病院規模によっては専攻医が確保できず、地域医療が崩壊する。

上記等に関して日本専門医機構の権限は限定されており、本制度実施への最重要事項である統括的責任主体が確定していない。

以上のことから、本制度には未だ不備が多く、地域医療の崩壊につながる懸念があることから、その開始は2017年

## 時評

診療報酬マイナスイラストの修羅場を前に、「何を呑気なことを」とお叱りを受けるでしょうが、本連盟の理事拜命を期に繋がった縁に感謝して、ご挨拶申し上げます。

私は平成27年4月に病院長に就任しましたが、副院長を7年間勤めてきたものの、院長としての技量、知識、人脈等の不足を自覚していました。そこで、京都大学外科学教室の先輩でもある、邊見公雄・全国自治体病院協議会会長に、「院長と



連盟 理事 森本泰介

## 縁は不思議なもの

た情報に価値があると感じ、理事会に入れて頂いた邊見副会長はじめ理事関係者の皆様に感謝しています。

また、初めて出席した際に、事務局の方か

副会長(大学の同級生)だけで、配布される膨大な資料に戸惑いながらも、「邊見情報の解説」を聞いておられます。徐々に重要なポイントが解ってきまし

た。入手した情報は、翌週の病院幹部会議で報告しています。地域医療構想や診療報酬改定等の医療制度大改革の大波を受ける今だからこそ、ここで収集した情報は、岡山の川崎先生が、「森本先生はもしかして松江のご出身ですか?」と問われたので、「はい。」とお答えしたら、「おそらくあなたのお爺さんかと思いましたが、私が若い頃



答申書を手交する田辺・中医協会長(左)と竹内・厚労副大臣(右)

盟では、日本病院会と共催で今回の診療報酬改定の理解に資するための説明会を「神戸」と「横浜」で開催する。説明会には、厚労省保険局医療課へ担当官の派遣を依頼している。

新専門医制度は、2017のスタートに向けて準備がすすまれている。地方都市で300床台の病院を管理・運営している立場で本制度の問題点をat randomに挙げてみた。基幹施設から連携病院への専攻医派遣が、指導医がいて、症例が多いという条件となると、研修施設は自ずと大学病院や都市部の大病院に集中すると思われる。

いずれ専門医更新やSubspecialtyの資格取得も加わる事を考えると、なおさら大病院志向となる事は明白であり、本制度は医師の地域偏在を助長するのではないかと懸念される。一方、連携病院からみると同年代の医師は、これまで自前の後期研修医か、大学医局から各診療科へ派遣された常勤医師で2~3年の周期での交代であり、病院の実践部隊の中核となる層で患者からも職員からも「当院の医師」として、信頼を得ていたものであり、短期滞在でのローテーションとなると患者にとっても病院にとっても「Passenger」となりかねず、診療上も経営上もデメリットとなる事が危惧される。また、短期ローテーションとなる専攻医の処遇など不確定部分も多い。▼専門医機構はすでに「走りながら課題の解決法を考えて行く」方針の様であるが、より具体的に、内容に踏み込んだ制度設計がなされない大きな混乱が生じかねない。

(K・W)

# の全貌決まる

## 個別改定項目(抜粋)

- 7対1入院基本料等の施設基準の見直し(一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し)
- ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)
- ②抗悪性腫瘍剤の内服の

- ③麻薬の使用(注射剤のみ)
- ④麻薬の内服・貼付、坐剤の管理
- ⑤放射線治療
- ⑥免疫抑制剤の管理
- ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)
- ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)
- ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用
- ⑩ドレナージの管理
- ⑪無菌治療室での治療(新設)
- ⑫救急搬送(2日間)(新設)
- ⑬8救急搬送(2日間)(新設)
- ⑭A項目(モニタリング及び処置等)
- ⑮B項目(患者の状況等)
- ⑯9寝返り
- ⑰(削除) 起き上がり
- ⑱(削除) 座位保持
- ⑲10移乗
- ⑳11口腔清潔
- ㉑12食事摂取
- ㉒13衣服の着脱
- ㉓14危険行動(新設)
- ㉔15診療・療養上の指示が通じる(新設)
- ㉕C項目(手術等の医学的状況)
- ㉖16開頭の手術(7日間)(新設)
- ㉗17開胸の手術(7日間)(新設)
- ㉘18開腹の手術(5日間)(新設)
- ㉙19骨の観血的手術(5日間)(新設)
- ㉚20胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)(新設)
- ㉛21全身麻酔・脊髄麻酔の手術(16から20を除く)(2日間)(新設)
- ㉜22救命等に係る内科的治療(2日間)(新設)
- 【基準の見直し】
- 【一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準】

管理  
 次のいずれかの基準を満たすこと  
 ・モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上  
 ・モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上  
 ・手術等の医学的状況に係る得点(C得点)が1点以上  
 「地域包括ケア病棟入院料」における一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準  
 モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が1点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点(C得点)が1点以上。

2. 一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」の項目の見直しに伴い、各入院料の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う。

【7対1入院基本料】  
 一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること。  
 【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】  
 一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては0.6割以上入院させる病棟であること。

【経過措置】  
 平成28年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。  
 また、平成28年3月31日に当該入院料の届出を行っている病棟(病床数200床未満の保険医療機関が有するものに限る)であって、当該入院料の病棟単位の届出を行わないものにおいて、7対1入院基本料の施設基準については、平成30年3月31日までに限り、一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合について、2割5分を2割3分と読み替えたものを満たす必要がある。

【重症患者を受け入れて10対1病棟に対する評価の充実】  
 一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しに伴い、10対1入院基本料を算定している病棟について、一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者を受け入れている割合に応じて看護必要度加算の評価を見直す。

【看護必要度加算(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料)】  
 イ 看護必要度加算1 55点  
 ロ 看護必要度加算2

45点  
 ハ 看護必要度加算3 25点(新設)  
 【施設基準】  
 イ 看護必要度加算1  
 一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を2割4分以上入院させる病棟であること。  
 ロ 看護必要度加算2  
 一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割8分以上入院させる病棟であること。  
 ハ 看護必要度加算3  
 一般病棟使用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割2分以上入院させる病棟であること。

【経過措置】  
 平成28年3月31日に看護必要度加算1又は2の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、それぞれ看護必要度加算2又は3の基準を満たしているものとする。

【在宅復帰率の要件見直し】  
 7対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)、専門病院入院基本料(7対1)を算定する病棟について、在宅復帰を推進する観点から自宅等に退院した患者の割合に関する基準の見直しを行う。

【在宅復帰率の要件見直し】  
 7対1一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)、専門病院入院基本料(7対1)を算定する病棟について、在宅復帰を推進する観点から自宅等に退院した患者の割合に関する基準の見直しを行う。

【施設基準等】  
 【総合入院体制加算】  
 総合入院体制加算1 40点  
 総合入院体制加算2 80点(新設)  
 総合入院体制加算3 120点  
 【施設基準等】  
 ①年間の手術件数が800件以上であること。  
 ②当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度に係る評価におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。  
 ③公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

【施設基準等】  
 ①年間の手術件数が800件以上であること、また実績要件について全て満たしていること。  
 ②精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む)があり、以下のいずれかを満たすこと。  
 イ 精神科リエンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届出を行っていること。  
 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上であること。  
 ③当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度に係る評価におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。  
 ④公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。  
 ⑤年間の手術件数が800件以上であること、また実績要件について全て満たしていること。

【施設基準等】  
 ①年間の手術件数が800件以上であること、また実績要件について全て満たしていること。  
 ②精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む)があり、以下のいずれかを満たすこと。  
 イ 精神科リエンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届出を行っていること。  
 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上であること。  
 ③当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度に係る評価におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。  
 ④公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。  
 ⑤年間の手術件数が800件以上であること、また実績要件について全て満たしていること。

【施設基準等】  
 ①年間の手術件数が800件以上であること、また実績要件について全て満たしていること。  
 ②精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む)があり、以下のいずれかを満たすこと。  
 イ 精神科リエンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届出を行っていること。  
 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上であること。  
 ③当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度に係る評価におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。  
 ④公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。  
 ⑤年間の手術件数が800件以上であること、また実績要件について全て満たしていること。

【施設基準等】  
 ①年間の手術件数が800件以上であること、また実績要件について全て満たしていること。  
 ②精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む)があり、以下のいずれかを満たすこと。  
 イ 精神科リエンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届出を行っていること。  
 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上であること。  
 ③当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度に係る評価におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。  
 ④公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。  
 ⑤年間の手術件数が800件以上であること、また実績要件について全て満たしていること。

### 診療報酬改定 点数表説明会のご案内

全国公私病院連盟は、日本病院会と共催で、診療報酬改定に関する説明会を「神戸」と「横浜」で開催します。「神戸」会場は定員となりましたが、「横浜会場」には、まだご参加できますので、ご検討ください。

#### ● パシフィコ横浜「国立大ホール」

期 日：3月16日(水)

時 間：午後1時30分～4時30分

※ 厚生労働省保険局医療課から講師を派遣していただき、ご説明いただきます。

一問い合わせ先

全国公私病院連盟

TEL 03-3402-3891

# 診療報酬改定

2面からつづく  
~~~~~  
されていないため廃止する。

## ■医師事務作業補助体制の評価

1. 勤務医の負担軽減の効果をより一層推進する観点から、医師事務作業補助体制加算については、加算1の評価を充実する。

2. 療養病棟入院基本料や精神病棟入院基本料を算定する病棟についても医師事務作業補助体制加算の対象に加える。

3. 特定機能病院については、医師事務作業補助体制加算2は、その本

来の機能に含まれることから、前回改定で新設された医師事務作業補助体制加算1に限り評価の対象とする。

## ■看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直しと評価

月平均夜勤時間数の算出にあたり、計算に含まれる者の要件を見直す。

「入院基本料の施設基準」  
力 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数については、次の点に留意すること。

①専ら夜勤時間帯に従事する者は、実人員数及び延べ夜勤時間数に含まれないこと。

②夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護要員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間数を、当該看護要員の月当たりの延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務の時間を含む)で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

③7対1入院基本料及び10対1入院基本料の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含むこと。

④7対1入院基本料及び10対1入院基本料以外の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は含まないこと。

## ■常勤配置の取扱いの明確化

1. 施設基準上求められる常勤の従事者が、労働基準法に定める産前・産後休業及び育児・介護休業法に定める休業を取得している期間については、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者が常勤換算方法により施設基準を満たすことを原則認める。

2. 育児休業後の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。

手術・処置の時間外等加算1については、算定施設届出の際に、算定する診療科を列記しているが、全科届出の場合には、1日当たりの当直医師数(当該保険医療機関の常勤医師であること。また、ICU等に勤務する医師は除く)に応じて、手術前日の当直回数の制限を緩和する。

【手術・処置の時間外等加算1】  
【施設基準】  
②現行通り  
③②の当直等を行った日が年間12日以内(当直医師を毎日6人以上配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあつては24日以内)であること。

2. 育児休業後の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。

手術・処置の時間外等加算1については、算定施設届出の際に、算定する診療科を列記しているが、全科届出の場合には、1日当たりの当直医師数(当該保険医療機関の常勤医師であること。また、ICU等に勤務する医師は除く)に応じて、手術前日の当直回数の制限を緩和する。

【手術・処置の時間外等加算1】  
【施設基準】  
②現行通り  
③②の当直等を行った日が年間12日以内(当直医師を毎日6人以上配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあつては24日以内)であること。

1. 「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等を改正し、特定機能病院及び一般病棟500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養に加え、定額の徴収を責務とする。

2. 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5000円(歯科は3000円)、再診については2500円(歯科は1500円)とする。

3. 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくして良い場合を定める。

【緊急その他やむを得ない事情がある場合】  
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者  
その他、定額負担を求めなくて良い場合  
①自施設の他の診療科を受診中の患者  
②内科と歯科の間で院内紹介した患者  
③特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者  
④救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者  
⑤外来受診後そのまま入院となった患者  
⑥地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者  
⑦治験協力者である患者  
⑧災害により被害を受けた患者  
⑨労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者  
⑩その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

4. 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

【一般病棟入院基本料】  
注12 ADL維持向上等体制加算80点  
【算定要件】  
①ア)カ略  
(新設)キ 自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、多職種のカンファレンスで共有していること。  
(新設)ク 必要に応じて他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカン

ファレンスで共有していること。  
(新設)ケ 必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動、参加について、その優先順位と共有し、把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。  
(新設)コ 専従又は専任者を含む5名以下の常勤理学療法士等を定めた上、当該者のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り算定できる。  
【施設基準】  
当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という)が2名以上又は専従の常勤理学療法士等1名と専任の常勤理学療法士等が1名以上配置されていること。

廃用症候群に対するリハビリテーション料(一)及び(二)を新たな疾患別リハビリテーション料として設ける。  
(新設) 廃用症候群リハビリテーション料  
1 廃用症候群リハビリテーション料(一)(1)単位 1180点  
2 廃用症候群リハビリテーション料(二)(1)単位 1146点  
3 廃用症候群リハビリテーション料(三)(1)単位 77点

身体疾患を有する認知症患者のケアに関する評価  
身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。  
(新設) 認知症ケア加算  
1 14日まで 150点  
2 15日以降 30点  
(新設) 認知症ケア加算  
1 14日まで 30点  
2 15日以降 10点  
【施設基準】  
認知症ケア加算1  
(1)保険医療機関内に、①②により構成される認知症ケアに係るチームが設置されている。  
①認知症患者の診療に十分な経験と知識のある専任の常勤医師  
②認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師  
③認知症患者の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士  
(2)(1)のチームは、身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。  
認知症ケア加算2  
(1)認知症患者が入院する病棟には、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数配置す

る。  
(2)身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。  
■身体合併症を有する精神疾患患者の受入れ体制の確保  
1. 一般病院が、精神科病棟の求めに応じて、身体合併症を有する精神疾患患者の転院を受け入れた場合(新設) 精神疾患診療体制加算1 11000点(入院初日)

2. 一般病院において、身体合併症を有する精神疾患患者を併せ持つ救急搬送患者を精神保健指定医等の精神科医が診察した場合(精神科を標榜していない病院が、他の保険医療機関の精神科医に対診を求めた場合を含む。)  
(新設) 精神疾患診療体制加算2 3300点(入院初日から3日以内に1回)  
■いわゆる「総合病院」の精神科病棟における手厚い医師配置の評価  
1. 精神科急性期治療病棟入院料1における精神科急性期医師配置加算を、入院基本料等加算に組み替える。  
4面へつづく

# 日本病院団体協議会

## 平成28年度人事

### 議長に神野氏、副議長に原澤氏

日本病院団体協議会(日病協)議長・楠岡英雄・国立病院機構大阪医療センター院長)の「代表者会議」が2月26日に開催され、平成28年度の議長には、現同協議会の副議長の神野正博氏(日本社会医療法人協会副会長)が、副議長には原澤茂氏(全国公私病院連盟常務理事・済生会川口総合病院長)が就任することが決まった。日病協の議長および副議長は、加盟団体の1年ごとに持ち回りで担うことになっており、新体制は4月から1年間となる。



写真(右)楠岡氏、(中)神野氏、(左)原澤氏

3面からつづく

2. 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する病棟に加え、精神病棟入院基本料等を算定する精神病棟を有する総合病院であって、手厚い医師配置を行い、精神疾患患者の身体合併症治療や、身体傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者の診療について、一定の実績を有する場合に、1.の加算の算定を可能とする。

1. 看護師に必要な精神科での勤務年数を、専門看護師(精神看護)に求められる経験年数を参考に緩和する。

2. 精神医療の経験を有する常勤精神保健福祉士等の専従要件について、患者数に応じ、専任も選択できる見直し。

【精神科リエンチーム加算】(週一回)＝300点

【施設基準】

(1) 以下の3名以上から構成される精神科リエンチームが設置されていること。

①5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師

②精神科の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師

③精神病院又は一般病院での精神医療の経験を3年以上有する専従の常勤精神保健福祉士等(中略)

(3) (1)の③に掲げる専従の常勤精神保健福祉士等は、当該精神科リエンチームが週に15人以上の患者を診療する場合には、専任の常勤精神保健福祉士等とすることが可能。

【救急患者の受入れ体制の充実】

1. 時間外・休日・深夜における再診後に緊急で入院となった場合であっても再診料及び外来診療料の時間外・休日及び深夜加算を算定可能とする。

2. 夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実するとともに、現在、土

曜日だけに限定されている時間外加算について、午前8時以前と午後6時以降の時間に限り他の曜日でも算定可能とする。(中略)

【夜間休日救急搬送医学管理料】

200点→600点

【救急医療管理加算1の対患者の拡大】

1. 救急医療管理加算について、緊急力テール治療・検査又はt-PA療法が必要なるものを加算1の対象に加えるとともに評価をより充実し、加算2の評価を適正化する。

【救急医療管理加算1】

＝900点

【対象患者】

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ 意識障害又は昏睡

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

キ 広範囲熱傷

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ 緊急手術、緊急力テール治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

【救急医療管理加算2】

＝300点

【一般処方加算の見直し】

後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般処方されている場合の評価を新設する。

【処方せん料】

一般処方加算1＝3点(新設)

一般処方加算2＝2点

【算定要件】

一般処方加算1

交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般処方されている場合に算定できる。

一般処方加算2

交付した処方せんに1品目でも一般処方された医薬品が含まれている場合に算定する。

全国公私病院連盟 役員会だより

期日 2月19日(金)

会場 剛堂会館

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」(1月20日)

原澤・加藤常務理事から報告があった。

②日病協「代表者会議」(1月28日)

中嶋昭副会長から報告があった。

なお、平成28年度の同協議会の副議長に、全国公私病院連盟が就任するよう依頼があったことが報告された。

③日病協「診療報酬実務者会議」(2月17日)

原澤・加藤常務理事より「オーストラリア医療視察研修団」のご報告があった。答申直後であったことか、万代・猪口両中医学委員から詳細な報告を受けた内容が報告された。

④第18回「病院原価計算セミナー」開催結果(1月25日)

⑤「平成28年4月改定診療報酬点数表説明会」開催案内

事務局から、加盟団体に参加の依頼があった。今次改定に関する質問がある場合は、告示後の3月7日(月)までに事務局へ提出することになった。

⑥平成28年度「ハワイ医療視察研修団」おとになった。あわせ医療視察研修団のご報告があった。答申直後であったことか、万代・猪口両中医学委員から詳細な報告を受けた内容が報告された。

⑦「国民の健康会議」のテーマもアンケートをとることになり、3月の理事会で議論することになった。

また、平成29年4月から予定されている新専門医制度の研修開始に際して、本連盟の声明を出すことが了承され、文面については会長・副会長に一任された。

その他、病院診療報酬対策、医療保険制度等対策、医療提供体制対策、介護保険制度対策について議論があった。

### 平成28年度 海外医療視察研修団の募集

全国公私病院連盟では、ハワイとオーストラリアに医療視察研修団を派遣します。ぜひご参加ください。

詳細は、パンフレットをご用意しておりますので、下記へお問い合わせください。

- ハワイ医療視察研修団
 

期間：6月5日(日)～6月10日(金) 6日間

視察先：クアキニメディカルセンター 他
- オーストラリア医療視察研修団
 

期間：6月19日(日)～6月24日(金) 6日間

視察先：セント・ジョージ病院 他

一問い合わせ先

全国公私病院連盟 TEL 03-3402-3891

## 全国公私病院連盟 『医療事故調査費用保険』

医療事故調査制度の施行にともない、新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。

本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

<お問合わせ先>

株式会社 公私病連共済会

TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

SJNK15-10432

# 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集  
廣報委員会  
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

り、横浜会場の開会挨拶  
は邊見公雄副会長(公益  
社団法人全国自治体病院  
協議会会長)が行い、原  
澤茂常務理事(埼玉県済  
生会川口総合病院院長)

が司会進行と質疑応答を  
行った。最後に、中嶋昭  
副会長(公益財団法人日  
産厚生会玉川病院院長)  
が閉会の挨拶をして盛会  
のうちに終了した。

厚労省の社会保障審議  
会・医療部会では、「専門  
医養成の在り方に関する  
新専門医制度について  
は、全国公私病院連盟に  
おいて、諸所の問題点を  
指摘する声をかんがみ、  
今回新設した同委員会に  
おいて、今後、集中的に  
審議することになってい  
る。

なでしてジャパンが散  
ってしまった。期待が大  
きかっただけに失望感も  
強い。しかし、非難の声  
は聞こえて来ない。誰も  
がこの4~5年間のワー  
ルドカップやオリンピック  
などなどでの圧倒的成  
果に喜び、敬愛し声援し  
てきた▼外国勢からは明  
らかに見劣りする体力で  
健気に対抗する姿、どん  
な窮地からでも見事に逆  
転する逞しさに喝采を送  
ってきた。声援と期待に  
確かにいつも応えてき  
た。しかし、強く完成さ  
れたチームであったが故  
に、世代交代のないほ  
ろ同メンバーであること  
に一抹の不安が感じられ  
た。そして今回の五輪予  
選の結果であった。今ど  
きは決して流行らない  
「滅び」の美学すら感じ  
るところがあった。人も  
チームも老いる。その老  
いていく過程や姿にヒト  
は共有した思いや時代を  
見、感慨を覚える▼医療  
界は28年度の診療報酬改  
定によって新しいスター  
トを切る。そこではあの  
貧困な医療環境をドラス  
チックに改善した7対1  
看護体制が厳しく追い詰  
められている。社会保障  
費が切りの詰られる中、  
ほんの一瞬到達した豊か  
な人員による安全な医療  
は寂しく立ち去り、必要  
度に応じた効率的医療に  
置き換わった。どこか  
でしこに通じる姿に映  
る。信頼される医療には  
常に直視し改革が必要  
であるが、人員と環境は  
豊かでありたい。

# 診療報酬点数表説明会開く

公私病連、日病と共催で



横浜会場の模様(上)と横浜会場司会の原澤先生(下左)、邊見先生(下右)



林修一郎先生

説明会には、神戸と横浜の両会場ともに、厚生労働省の保険局医療課から、林修一郎課長補佐を招聘し、平成28年度診療報酬改定についての説明を受けた。また、講演の最後には林課長補佐から、

平成28年度の診療報酬改定が3月4日に告示されたことに伴い、一般社団法人全国公私病院連盟は、一般社団法人日本病院会と共催で、今回の改定に資するための説明会を3月15日に「神戸会場」(神戸国際展示場「2号館」)、翌16日に「横浜会場」(パシフィコ横浜「国立大ホール」)において開催し、両会場あわせて7000余名の病院関係者が参加した。なお、厚労省保険局医療課が、改定における「疑義解釈」を発売しているもので、2面×5面に掲載する。

## 両会場 7000人余が参加 厚労省 疑義解釈通知を発売

号では、その一部を2、5面に掲載するが、全文

は厚労省のホームページに掲載されている。なお、3月15日の神戸会場の説明会は日本病院会が、3月16日の「パシフィコ横浜」で行った説明会は全国公私病院連盟が事務担当を担っており、

### 時評

恐らく全国で一番遅い方だと思いますが、先日ようやく長野市を中心とした長野医療圏では地域医療構想調整会議が行われました。議題は「医療圏における医療供給体制の課題について」と「地域医療構想の策定に向けた今後の取り組みの方向性について」でした。

議事の内容はもっぱら病床機能分化、再編が中心で、いわば病床の取り合い状態になりそうな難しい雰囲気でした。地域で中核になるような大きな病院は高度急性期、急性期病



連盟 理事 木村 薫

### 地域医療構想は、 本当に実現可能なのか

床が極端に足りずどうやって増やすか、慢性期の病床はかなり減らさないといけないのにならざるを得ないのかの議論は一向に進みません。そもそも国の考えた

2025年に向けての地域包括ケアシステムの整備では、その地域を1つの病院とみなし、医師をはじめとするすべての医療職が協力してその地域の医

一方で国は夫婦で共働きをしてGDPを上げ、税収を増やして増大する医療費を賄うと言っています。家で介護をしながら仕事をするという事は難しく、この矛盾をどう解

高齡化社会になれば病気が増え、医療費が増えるのは当然のことです。減らすような努力や工夫は必要ですが、むやみに慢性期病床を減らすのはいかに

(JA長野厚生連 篠ノ井総合病院 名譽院長)



神戸会場の模様

## 社会保障審議会・医療部会 専門医養成の在り方に関する専門委員会 3月25日に初会合開く

専門委員会」の第1回目の会合を3月25日に開催した。平成29年度に開始

消すのでしょか? 少子化対策で子どもを産んで安心して育てられる様にと子育て支援が進んでいるように、年寄りを介護しながら安心して仕事ができる社会にしたいと思

新専門医制度については、全国公私病院連盟においても、①専攻医の身分保障が未設定、②基幹病院が大学病院や都市部の地域偏在を助長する、③日本専門医機構の社員構成が不自然で、病院の意見を反映できていないなどを理由に、地域医療の崩壊を懸念し、その開始を延期するよう求めた。そして今回の五輪予選の結果であった。今ど

# 医科診療報酬点数表関係 疑義解釈(その1)

厚生労働省保険局医療課

厚生労働省保険局医療課では、3月31日付けで、平成28年度診療報酬改定に関する「疑義解釈(その1)」を発売しました。今号では、その一部を掲載することにします。全文は厚生労働省のホームページをご覧ください。

## ●一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

【問1】「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に係る評価票、評価の手引き(以下、本紙では「※評価の手引」と表記)において、一部の評価項目において看護職員以外の職種が実施または評価するところがあるが、①具体的などの項目で、どのような職種が評価できるのか。②事務職員や看護補助者でも可能か。

【答】①看護職員以外の職種が実施する可能性のある項目については、「看護職員等」として「看護職員等」として実施する内容について、実施する内容については、各職種の実施できる業務範囲に基づいて実施されたものが評価の対象となり、当該項目について各職種が記録したものと評価の根拠となる。また、各職種の業務範囲の項目であれば、院内研修を受けた上で評価者として評価することができる。②できない。ただし、転記や入力することとは可能。

## 【問2】「※評価の手引」

【問1】「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の「無菌治療室の治療」の定義に「無菌治療室で6時間以上行った場合に評価する」とあるが、①治療開始時刻は入室時刻としてよいか。②入室した時刻が19時の場合、評価の対象となるか。③午前5時に無菌治療室を退室し多床室に移動した場合、対象となるか。

【答】①よい。②対象とならない。③対象とならない。

【問3】「※評価の手引」において、「C手術等医学的状況」において、手術の開始時刻及び終了時刻が0時をまたぐ場合、日数はどのように数えるのか。

【答】手術が終了した日を手術当日として評価する。

【問4】「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のC項目(以下、本紙では「※一般C項目」と表記)の共通事項において、「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象とする」とあるが、

【問5】「※一般C項目」の「開腹手術」において、「腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法(腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む)」により手術が行われた場合に評価することあるが、腹壁を切開しない方法で腹腔・骨盤腔又は後腹膜腔の臓器に達する手術は対象となるのか。

【答】対象とならない。

【問6】「※一般C項目」の骨の手術の「骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術(指、手、足の手術は除く)」において、区分番号「K033」筋膜移植術、区分番号「K034」腱切離・切

除術(関節鏡下によるものを含む)、区分番号「K035」腱剥離術(関節鏡下によるものを含む)、区分番号「K036」5-2「腱滑膜切除術、区分番号「K037」腱縫合術、区分番号「K037-2」アキレス腱断裂手術、区分番号「K039」腱移植術(人工腱形成術を含む)、区分番号「K040」腱移行術、区分番号「K042」骨穿孔術、区分番号「K043」骨挿入術、区分番号「K066」関節鏡下関節切離術、区分番号「K066-2」関節鏡下関節滑膜切除術、区分番号「K066-4」関節鏡下滑液膜摘出術、区分番号「K067」関節鏡摘出手術、区分番号「K067-2」関節鏡下関節鏡摘出手術は含まれるか。

【答】含まれる。

【問7】「※一般C項目」の骨の手術の「骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術(指、手、足の手術は除く)」において、区分番号「K320」アブミ骨摘出術・可動化手術等、頭頸部の骨の切除・移植を要する手術は含まれるか。

## 【問8】「※一般C項目」

骨の手術の「下肢・骨盤の骨接合に係る手術」において、区分番号「K044」骨折非観血的整復術、区分番号「K061」関節脱臼非観血的整復術は含まれるか。

【答】含まれない。

【問9】「※一般C項目」の骨の手術の「下肢・骨盤の骨接合に係る手術」について、抜釘術は含まれるか。

【答】含まれない。

【問10】「※一般C項目」の骨の手術の「骨悪性腫瘍に係る手術」において、区分番号「K439」下顎骨悪性腫瘍手術、区分番号「K442」上顎骨悪性腫瘍手術等、頭頸部の骨に対する悪性腫瘍の手術は含まれるか。

【答】含まれる。ただし、軟骨のみの操作で骨の操作を伴わないものは対象とならない点に留意すること。

【問11】「※一般C項目」の「全身麻酔の手術」について、静脈麻酔によるものも含まれるか。

【答】静脈麻酔で行われたものうち、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔として実施されたものであれば含まれる。

## 【問12】「※一般C項目」

救命等に係る内科的治療における③侵襲的な消化器治療の中に、「内視鏡による胆道・膵管に係る治療」とあるが、区分番号「K682-3」内視鏡的経鼻胆道ドレナージ術、区分番号「K685」内視鏡的胆道結石除去術、区分番号「K686」内視鏡的胆道拡張術、区分番号「K687」内視鏡的乳頭切開術、区分番号「K688」内視鏡的胆道ステント留置術、区分番号「K708-3」内視鏡的膵管ステント留置術は含まれるか。

【答】含まれる。

【問13】ADL維持向上等体制加算

【問14】ADL維持向上等体制加算を算定する病棟で専任者として登録する理学療法士等は、疾患別リハビリテーション料の専任者と兼務できるか。

【答】できる。

【問15】ADL維持向上等体制加算について、登録した理学療法士等が当該病棟で6時間以上勤務した日に算定できるとされているが、複数の理学療法士等の勤務時間を合算して6時間以上となれば算定できるか。

【答】できない。少なくとも一人の理学療法士等が、当該病棟で6時間以上勤務している必要がある。

【問16】「※一般C項目」の救命等に係る内科的治療における③侵襲的な消化器治療の中に、「内視鏡による胆道・膵管に係る治療」とあるが、区分番号「K682-3」内視鏡的経鼻胆道ドレナージ術、区分番号「K685」内視鏡的胆道結石除去術、区分番号「K686」内視鏡的胆道拡張術、区分番号「K687」内視鏡的乳頭切開術、区分番号「K688」内視鏡的胆道ステント留置術、区分番号「K708-3」内視鏡的膵管ステント留置術は含まれるか。

【問17】看護職員の月平均夜勤時間の計算方法が見直されたが、4週間を単位として計算している医療機関について、①4週間が4月1日をまたぐ場合、改定前あるいは改定後のどちらの計算方法で計算すればよいか。②①の場合に、4週間の始期をリセットし、平成28年4月1日から計算を開始することができるか。

【答】①改定前の計算方法で計算すること。②平法で計算し要件を満たしていることを確認した上であれば、4月1日から計算を開始してもよい。

【問18】転棟した患者は入院期間を通して10対1の入院基本料を算定すること。なお、既にレセプト請求している場合は、前月まで遡りレセプトを取り下げ、修正して請求し直すこと。

【問19】看護補助者を配置する場合、必ず主として事務的業務を行う看護補助者を行うか。

【問20】看護補助者を配置する場合は、必ず主として事務的業務を行う看護補助者を配置しなければならないか。

【問21】配置する必要があるか。

【問22】夜勤時間特別入院基本料は、過去に月平均夜勤時間超過減算や夜勤時間特別入院基本料を算定していた場合でも算定できるか。

【問23】夜勤時間特別入院基本料の届出に当たり、事前に医療勤務環境改善支援センターに相談する必要があるか。

【問24】届出の前後いずれもよいが、相談状況及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生(支)局長に提出すること。

## ●療養病棟入院基本料

【問25】別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票の手引き」33「うつ症状に対する治療をよいか。①JCI(Joint Commission International)の「大学医療センター病院プログラム」又は「病院プロクラム」②ISO(国際標準化機構)9001の認証

【問26】救急医療管理加算

【問27】救急医療管理加算における「緊急力アテリ治療・検査」について、緊急の消化器出血に対する経力アテリ止血術も含まれるか。

【問28】看護職員夜間配置加算

【問29】平成28年3月31日において、現看護職員夜間配置加算を算定する保険医療機関が、平成28年4月以降において看護職員夜間12対1配置加算を算定するために、新たに届出が必要となるか。

【問30】看護業務の軽減に資する業務管理等に関する項目のうち「業務開始時刻が、直近の勤務開始時刻の概ね3面へつづく

【問31】看護業務の軽減に資する業務管理等に関する項目のうち「業務開始時刻が、直近の勤務開始時刻の概ね3面へつづく

【問32】看護業務の軽減に資する業務管理等に関する項目のうち「業務開始時刻が、直近の勤務開始時刻の概ね3面へつづく

2面からつづく

量に依り一時的に所属病棟以外の病棟へ応援にいく等のシステムである。

②常に、夜勤時間帯を含まれた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組んだ上で応援等は必要ないと判断したのであれば、運用実績がある等とみなす。③特に限定していない。

【問47】看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目の夜の夜勤の数について、①どのよう数えるか。例えば16時間夜勤の場合は、16時間を1回の夜勤と数えるのかそれとも深夜・深夜と数えて2回と数えるのか。②夜勤と夜勤の間に休日を挟む場合は、連続しないかと数えてよいか。

【問48】看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目の工について、①「各部署の業務量を把握・調整するシステム」とはどのようなシステムか。②各部署の業務量を把握しているが、既に適切な配置をしておらず病棟間の応援等の実績がない場合は、要件を満たさないのか。③「各部署」は、当該加算を算定している病棟のみか。

【問49】看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目の院内保育所の設置について、①毎日開所していないと該当しないのか。②保育所が院内ではなく、同一敷地内に設置、道路をはさんだビルを賃貸して運営又は近隣の認定保育所と定員の一部を契約している等の場合は該当する。③病児保育のみを実施している場合は該当するか。

【問50】院内保育所の保育時間に夜勤時間帯のうち4時間以上含まれる日が週5日以上ある場合は該当する。なお、4時間以上とは、連続する4時間ではなく、夜勤時間帯の中で保育時間が重複する時間の合計が4時間の場合も該当する。②運営形態は問われないが、設置者が当該医療機関であるか。また、保育料の補助のみ等の実際に保育所を設置・運営していない場合は含まない。③該当しない。

【問51】急性期看護補助体制加算／看護補助加算（看護量を一括で把握し、業務量に応じ一時的に所属病棟以外の病棟へ応援にいく等のシステムである。）

【問52】区分番号「A2 07-3」急性期看護補助体制加算及び区分番号「A214」看護補助加算について、所定の研修を修了した看護師長等の配置とあるが、看護師長等とは副師長、主任でもよいか。

【問53】緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料において、「公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病棟）」と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院とあるが、従前の公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価の「緩和ケア機能」の認定を受けている場合は対象となるか。

【問54】緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料の施設基準である「がん診療連携の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。」について、下記は該当すると考えてよいか。①公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定②ISO(国際標準化機構)9001の認証

【問55】精神科等の経験を3年以上有する専任の常勤の看護師に必要な入院患者の看護とはどのようなものをいうのか。

【問56】歯科医師連携加算について、栄養サポートチームの構成員として継続的に診療に従事している場合は、院外の歯科医師であっても差し支えないとされているが、どの程度診療に従事しているものとみなされるか。

【問57】感染防止対策加算において、感染制御チームによる1週間に1回程度の院内巡回が施設基準として規定されたが、①院内の巡回は施設基準で定められている構成員全員で行う必要があるのか。②院内巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。③①そのとおり。④必要性に応じて各部署を巡回すること。なお、少なくとも各病棟を毎日巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っている月がないこと。

【問58】病棟薬剤業務実施加算②について、算定対象となっている入院料ごとに届出を行うことは可能か。

【問59】退院支援加算①について、全ての病棟で要件を満たさなくても、一部の病棟で要件を満たせば、当該病棟において加算を算定できるか。

補助者活用に関する研修

【問52】区分番号「A2 07-3」急性期看護補助体制加算及び区分番号「A214」看護補助加算について、所定の研修を修了した看護師長等の配置とあるが、看護師長等とは副師長、主任でもよいか。

【問53】緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料において、「公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病棟）」と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院とあるが、従前の公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価の「緩和ケア機能」の認定を受けている場合は対象となるか。

【問54】緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料の施設基準である「がん診療連携の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。」について、下記は該当すると考えてよいか。①公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定②ISO(国際標準化機構)9001の認証

【問55】精神科等の経験を3年以上有する専任の常勤の看護師に必要な入院患者の看護とはどのようなものをいうのか。

【問56】歯科医師連携加算について、栄養サポートチームの構成員として継続的に診療に従事している場合は、院外の歯科医師であっても差し支えないとされているが、どの程度診療に従事しているものとみなされるか。

【問57】感染防止対策加算において、感染制御チームによる1週間に1回程度の院内巡回が施設基準として規定されたが、①院内の巡回は施設基準で定められている構成員全員で行う必要があるのか。②院内巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。③①そのとおり。④必要性に応じて各部署を巡回すること。なお、少なくとも各病棟を毎日巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っている月がないこと。

【問58】病棟薬剤業務実施加算②について、算定対象となっている入院料ごとに届出を行うことは可能か。

【問59】退院支援加算①について、全ての病棟で要件を満たさなくても、一部の病棟で要件を満たせば、当該病棟において加算を算定できるか。

【問60】注4に掲げる地域連携診療計画加算は、相手先の医療機関との間で地域連携診療計画が作成・共有されているか。必ずしも相手先の医療機関が当該加算を算定している必要はないか。

【問61】退院支援加算で配置されている退院支援部門の看護師及び各病棟において退院支援及び地域連携業務に専従する看護師が、退院支援として

【問62】身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

【問63】「注2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

【問64】認知症ケア加算の算定には、認知症の確定診断が必要か。

【問65】「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクⅢ以上かどうかは、誰が判断するのか。

【問66】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問67】認知症ケア加算1の施設基準にある「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問68】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

当する。

【問69】リエンチーム加算

【問70】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問71】夜間休日救急搬送医療管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

【問72】区分番号「A3 02」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。

【問73】不可。当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入ることが想定される場合等、緊急性かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。

【問74】現時点では、以下のいずれかの研修である。①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修②日本看護協会が認定している看護系大学の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【問75】回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知(12)ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーション」の提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

【問76】回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入院した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができる」とあるが、当該月に入院した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができるか。

【問77】回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの実績の評価(留意事項通知区分番号「A308」)回復期リハビリテーション病棟入院料(12)ア)及び実績指数の評価(留意事項通知区分番号「A308」)において、「入院し、退院する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問78】算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問79】算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問80】算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問81】算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問82】算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問83】平成28年1月1日時点で許可病床数500床未満であり地域包括ケア病棟入院料を2病棟以上届け出ていた保険医療機関が、平成28年1月1日時点で許可病床数が500床以上となる場合、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。また同様に、平成28年1月1日時点で許可病床数500床未満であり地域包括ケア病棟入院料を2病棟以上届け出ていた保険医療機関が、平成28年1月1日時点で許可病床数が500床以上となる場合、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。

【問84】平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料を2病棟届出しており、かつ許可病床数が500床以上、または救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケア病棟入院料、アユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び、小児特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関について、平成28年4月以降、許可病床数の増床、地域包括ケア病棟入院料又は救命救急入院料等の新たな届出を行うことができるか。

【問85】地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を複数維持する場合はできない。平成28年4月以降、増床や新たな届出を行う場合には、地域包括ケア病棟入院料の取下げ等により、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を1病棟以下とする必要がある。

か。②院内巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。

【問62】身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

【問63】「注2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

【問64】認知症ケア加算の算定には、認知症の確定診断が必要か。

【問65】「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクⅢ以上かどうかは、誰が判断するのか。

【問66】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問67】認知症ケア加算1の施設基準にある「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問68】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問69】リエンチーム加算

【問70】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問71】夜間休日救急搬送医療管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

【問72】区分番号「A3 02」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。

【問73】不可。当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入ることが想定される場合等、緊急性かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。

【問74】現時点では、以下のいずれかの研修である。①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修②日本看護協会が認定している看護系大学の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【問75】回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知(12)ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーション」の提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

【問76】回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入院した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができる」とあるが、当該月に入院した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができるか。

【問77】回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの実績の評価(留意事項通知区分番号「A308」)回復期リハビリテーション病棟入院料(12)ア)及び実績指数の評価(留意事項通知区分番号「A308」)において、「入院し、退院する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問78】算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

退院後訪問指導を実施してよいか。

【問62】身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

【問63】「注2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

【問64】認知症ケア加算の算定には、認知症の確定診断が必要か。

【問65】「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクⅢ以上かどうかは、誰が判断するのか。

【問66】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問67】認知症ケア加算1の施設基準にある「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問68】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問69】リエンチーム加算

【問70】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問71】夜間休日救急搬送医療管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

【問72】区分番号「A3 02」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。

【問73】不可。当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入ることが想定される場合等、緊急性かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。

【問74】現時点では、以下のいずれかの研修である。①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修②日本看護協会が認定している看護系大学の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【問75】回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知(12)ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーション」の提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

【問76】回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入院した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができる」とあるが、当該月に入院した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができるか。

【問77】回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの実績の評価(留意事項通知区分番号「A308」)回復期リハビリテーション病棟入院料(12)ア)及び実績指数の評価(留意事項通知区分番号「A308」)において、「入院し、退院する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問78】算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

送医療管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

【問62】身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

【問63】「注2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

【問64】認知症ケア加算の算定には、認知症の確定診断が必要か。

【問65】「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクⅢ以上かどうかは、誰が判断するのか。

【問66】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問67】認知症ケア加算1の施設基準にある「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問68】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問69】リエンチーム加算

【問70】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問71】夜間休日救急搬送医療管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

【問72】区分番号「A3 02」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。

【問73】不可。当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入ることが想定される場合等、緊急性かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。

【問74】現時点では、以下のいずれかの研修である。①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修②日本看護協会が認定している看護系大学の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【問75】回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知(12)ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーション」の提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

【問76】回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入院した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができる」とあるが、当該月に入院した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができるか。

【問77】回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの実績の評価(留意事項通知区分番号「A308」)回復期リハビリテーション病棟入院料(12)ア)及び実績指数の評価(留意事項通知区分番号「A308」)において、「入院し、退院する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問78】算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

で実際に除外した患者を除外して行う。1日あたり

【問62】身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

【問63】「注2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

【問64】認知症ケア加算の算定には、認知症の確定診断が必要か。

【問65】「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクⅢ以上かどうかは、誰が判断するのか。

【問66】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問67】認知症ケア加算1の施設基準にある「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問68】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問69】リエンチーム加算

【問70】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問71】夜間休日救急搬送医療管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

【問72】区分番号「A3 02」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。

【問73】不可。当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入ることが想定される場合等、緊急性かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。

【問74】現時点では、以下のいずれかの研修である。①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修②日本看護協会が認定している看護系大学の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【問75】回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知(12)ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーション」の提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

【問76】回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入院した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができる」とあるが、当該月に入院した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができるか。

【問77】回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの実績の評価(留意事項通知区分番号「A308」)回復期リハビリテーション病棟入院料(12)ア)及び実績指数の評価(留意事項通知区分番号「A308」)において、「入院し、退院する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

【問78】算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。

かかわらず、当該病棟に入棟又は退院することをいう。従って、例えば、

【問62】身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

【問63】「注2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

【問64】認知症ケア加算の算定には、認知症の確定診断が必要か。

【問65】「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクⅢ以上かどうかは、誰が判断するのか。

【問66】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問67】認知症ケア加算1の施設基準にある「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問68】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

【問69】リエンチーム加算

【問70】認知症ケア加算1の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエンチームの専任看護師との兼務が可能か。

【問71】夜間休日救急搬送医療管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

【問72】区分番号「A3 02」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。

【問73】不可。当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入ることが想定される場合等、緊急性かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。

【問74】現時点では、以下のいずれかの研修である。①日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修②日本看護協会が認定している看護系大学の「老年看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程③日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【問75】回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知(12)ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーション」の提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

【問76】回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入院した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができる」とあるが、当該月に入院した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を除外することができるか。

【問77】回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの実績の評価(留意事項通知区分番号「A308」)回復期リハビリテーション病棟入院料(12)ア)及び実績指数の評価(留意事項通知区分番号「A308」)において、「入院し、退院する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退院することをいうのか。



4面からつづく

象となる。なお、認知療法・認知行動療法3を算定する面接は対象とならないので留意すること。

●依存症集団療法

【問151】「依存症に対する集団療法に係る適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

【答】現時点では、以下のいずれかの研修が相当する。①独立行政法人精神・神経医療研究センターが実施する「認知行動療法的手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」②日本アルコール・アディクション医学会が実施する「認知行動療法的手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」

●精神科デイ・ケア等

【問152】週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する患者に対し作成する診療計画の様式は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式46の2を用いてもよいのか。

【答】用いることができる。なお、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を実施する期間等が記載されている様式は問わない。

【問153】従前より区分番号「1009」精神科デイ・ケア「大規模な

もの」では、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成することとされているが、今後、1年以上精神科デイ・ケア等を継続して実施している患者に対し、診療計画を作成の上、週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合は、別に診療計画を作成する必要があるのか。

【答】単一の診療計画で差し支えない。ただし、1年以上継続している患者に週4日以上精神科デイ・ケア等を実施する場合は、別に診療計画を作成する必要がある。また、適切であれば算定できる。

●手術

【問162】区分番号「K047」難治性骨折電磁波電気治療法、区分番号「K047-2」難治性骨折超音波治療法及び超音波骨折治療法について、鎖骨を対象に実施した場合も算定できるのか。

【答】医学的に妥当かつ適切であれば算定できる。

【問163】区分番号「K044」骨折非靱血的整復術を行った後に、区分番号「K047-3」超音波骨折治療法を実施した場合、当該点数を算定できるのか。

【答】算定できない。

【問164】区分番号「K773-5」腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の施設基準に規定されている「当該療養」とは、「腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）」を示しているのか。

【答】そのとおり。

●放射線治療

【問179】区分番号「M001-4」の「注3」粒子線治療適応判定加算について、キャンサーボードにおいて適応判定が実施された粒子線治療の患者については、当該加算は算定できないのか。

【答】当該適応判定加算は、必要に応じてキャンサーボードにおいて適応判定等が実施可能な体制を有していることを評価するものであり、施設基準を満たしていれば、粒子線治療を行う個々の患者に対して当該適応判定等が実施されなくても算定できる。

【問180】区分番号「M001-4」の「注3」粒子線治療適応判定加算に係るキャンサーボードの届出の様式は自由とされているが、どのような項目の記載が必要なのか。

【答】自施設のキャンサーボードに係る様式については、キャンサーボードの目的、構成者の情報（診療科、職種、氏名等）及び開催頻度が記載されているとともに、開催記録（開催日時、参加者名及び症例毎の検討内容等）を適切に保存することが規定されている。

実施している患者について、医師の指示により、他の疾病の治療に併せて、外来栄養指導を実施することとなった場合、「初回」の指導料を新たに算定できるか。

【問184】同一の保険医療機関において、ある疾病に係る治療の外来栄養指導を継続的に

【問185】入院栄養指導を実施した患者が退院し、同一の保険医療機関において外来栄養指導を実施することとなった場合、その最初の外来指導時に「初回」の指導料を算定することはできるか。

【問186】栄養サポートチーム加算と入院栄養指導料は同一週に算定できるか。

●外来栄養指導料

【問187】栄養管理が概ね経管栄養法による市販の流動食によって行われている患者について、経口による食事の摂取を進めるため、経口摂取の量を徐々に増やし、経管栄養法による市販の流動食と経口摂取を併用する場合、この期間の食事療養費等は「流動食のみを算定する」として算定できるか。

【問188】自院で調理した流動食を使用した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額ではなく、通常の額を適用できると考えてよいのか。

●入院時食事療養費・入院時生活療養費

【問189】市販の半固形タイプの経腸栄養用食

品のみを経管栄養法により提供した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額が適用されると考えられるか。

【問190】ケトン食は「てんかん食」とみなしてよいのか。

【問191】「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」について、「がん検診等」の「等」には具体的に何が含まれるのか。例えば、人間ドックで精密検査の指示を受けた場合は含まれるのか。

【問192】「地域に他当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を事実的に担っている患者」への該当性は、具体的にどのような基準で判断すればよいのか。

●大病院定額自己負担

【問197】定額負担に消費税は含まれるのか。例えば、医科の初診の金額について、消費税を含めて5000円

【問200】「地域に他当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を事実的に担っている患者」への該当性は、具体的にどのような基準で判断すればよいのか。

●明細書無料発行

【問206】自己負担のない患者への明細書は、患者から求めない場合も発行しなければならないのか。

は可能と考えられることから、当該要件には該当しない。▽当該地域において通常用いる交通手段によって当該保険医療機関から15分程度で移動できる距離に当該診療科を標榜する保険医療機関がある場合▽当該診療科において、紹介状を有しない患者に対し、選定療養として定額負担の徴収実績を有する場合ただし、近隣の医療機関における応需体制が乏しい等、実態上近隣の医療機関との機能分化を行うことが困難と地域医師会等が認めた場合にはこの限りでない。

【問201】標榜する診療科の区分は、地方公営企業の設置条例で定める診療科という認識でかまわないか。（内科の場合、「呼吸器内科」、「消化器内科」、「循環器内科」、「腎臓内科」、「神経内科」、「血液内科」、「肝臓内科」、「緩和内科」、「腫瘍内科」、「糖尿病内科」）

【問202】定額負担を求めなくて良い場合の「自費診療の患者」の定義は何か。（例えば、保険証を所持せず受診した場合に自費扱いとした場合にも負担を求めることは可能か。）

【問205】①初診時に紹介状を持たず受診したため初診の定額負担を徴収した患者の再診時に、他医療機関に紹介する旨の申出を行ったにもかかわらず当該院での受診を希望した場合には、定額負担の対象となるのか。②再診の定額負担については、受診の都度徴収を行うのか。

●明細書無料発行

【問206】自己負担のない患者への明細書は、患者から求めない場合も発行しなければならないのか。

【問207】明細書の無料発行は、がん未告知の患者に対しても必要なのか。

●費用負担が全額公費により行われる場合を除き、対象となる。生活保護については、健康保険と公費併用のものは対象となる。

【問209】公費負担医療であれば、全ての明細書無料発行の対象となるのか。例えば、生活保護受給者は対象となるのか。

# 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    | 20~99床 | 100~199床 | 200~299床 | 300~399床 | 400~499床 | 500~599床 | 600~699床 | 700床~ |
| 総数    | 14.48 | 24.29  | 22.05    | 17.63    | 14.44    | 12.92    | 12.34    | 12.38    | 13.22 |
| 自治体   | 13.93 | 25.40  | 20.35    | 15.47    | 13.81    | 12.95    | 12.23    | 12.20    | 12.32 |
| その他公的 | 13.85 | 43.42  | 21.80    | 17.79    | 15.19    | 12.61    | 11.85    | 12.10    | 12.05 |
| 私的    | 17.09 | 16.95  | 24.75    | 23.48    | 14.91    | 13.84    | 15.20    | 13.35    | 16.72 |

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    | 20~99床 | 100~199床 | 200~299床 | 300~399床 | 400~499床 | 500~599床 | 600~699床 | 700床~ |
| 平成23 | 74.45 | 71.79  | 73.28    | 72.67    | 72.02    | 74.53    | 78.60    | 76.66    | 76.50 |
| 24   | 72.50 | 70.88  | 71.66    | 69.91    | 69.18    | 72.74    | 76.70    | 74.85    | 76.76 |
| 25   | 72.92 | 68.19  | 72.45    | 73.02    | 71.01    | 72.30    | 76.71    | 71.33    | 75.97 |
| 26   | 72.39 | 67.54  | 71.64    | 69.60    | 68.90    | 72.52    | 75.99    | 75.86    | 77.44 |
| 27   | 72.82 | 68.10  | 71.10    | 71.04    | 70.93    | 72.35    | 75.56    | 75.34    | 77.61 |

## 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、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ため、一般社団法人日本病院会と協力して例年6月を対象に実施している共同調査の概要は以下のとおり。

この調査は、一般社団法人全国公私病院連盟が、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ため、一般社団法人日本病院会と協力して例年6月を対象に実施している共同調査の概要は以下のとおり。

一般社団法人全国公私病院連盟と一般社団法人日本病院会が例年実施している共同調査「病院運営実態分析調査」(平成27年6月調査)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2億828万6千円で前年同月比9.3%増、「医療費用」は1億944万7千5百円で前年同月比4.6%増となった。一方、「総収益」は1億895万3千2百円で前年同月比7.5%増、「医療収益」は1億845万9千9百11円で前年同月比7.1%増となったが、総収益から総費用を差し引くと187万5千4百円の赤字、医療収益から医療費用を差し引くと991万6千円の赤字となり、病院経営が依然として厳しい状況にあることが示された。なお、同調査の詳細は書籍として3月29日に発行されている。

## 調査結果の概要

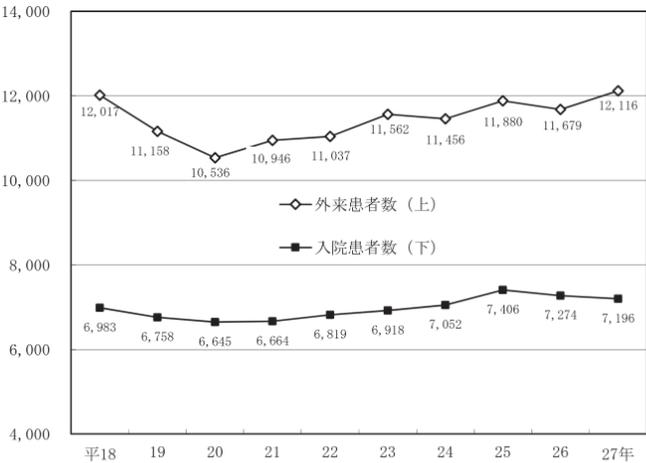
病院等35である。(※国立・大学付属病院等は、この概要における掲載を省略している。)

なお本調査は、病院経営分析調査報告、「病院経営実態調査報告」、「病院概況調査報告書」の3冊にまとめて一般社団法人全国公私病院連盟および一般社団法人日本病院会から発行されている。

年6月93・0人、看護部門職員のうち看護師80・0人(前年6月79・1人)となっている。その他、薬剤部門職員4・8人、放射線部門職員4・4人、検査部門職員5・9人、リハビリ部門職員7・5人、栄養(食事)部門職員3・3人となっている。

また、一般病院の病床規模別に病床利用率の高さから順にみると、①

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



(1) 平均在院日数  
病院総数でみると15・12日(前年6月15・55日)となっており、開設者別にみると、自治体病院は14・73日(前年6月15・29日)、その他公的病院は13・99日(前年6月14・56日)、私的病院は18・13日(前年6月18・30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、①500~599床12・34日、②600~699床12・38日、③400~499床12・92日、④700床以上13・22日、⑤300~399床14・44日、⑥200~299床17・63日、⑦100~199床22・05日、⑧20~99床24・29日となっている。これを開設者別病床規模別にみると表1のようになっている。

(2) 病床利用率  
病院総数でみると72・89%(前年6月72・51%)となっており、病院の種類別にみると、一般病院72・82%(前年6月72・39%)、精神科病院74・31%(前年6月75・19%)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さから順にみると、①

外来の平均は7・5人

比較的高額なのは、リハビ

比較的高額なのは、リハビ

比較的高額なのは、リハビ

比較的高額なのは、リハビ

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】

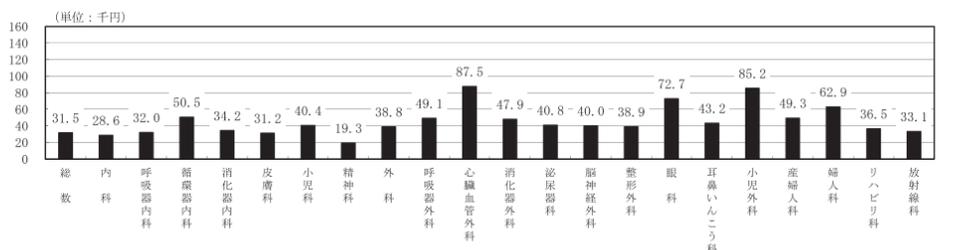


図2-2 主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

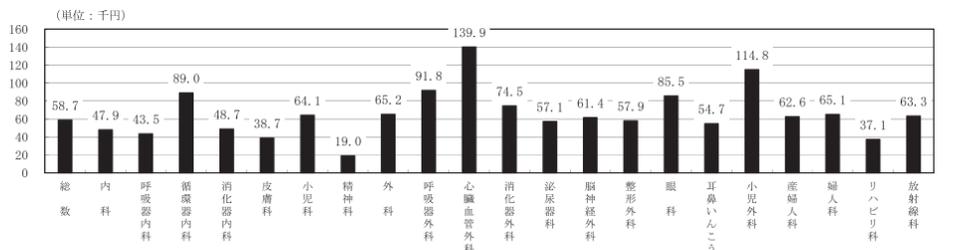


図3-1 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

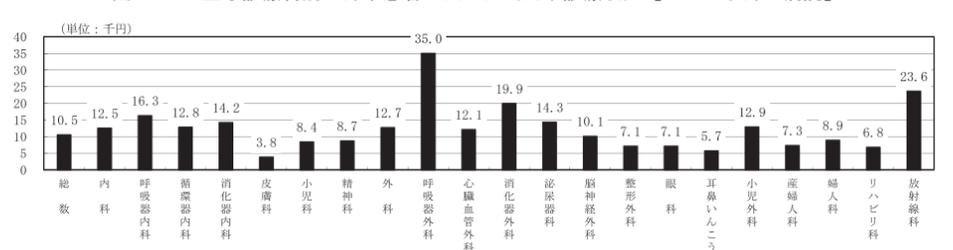
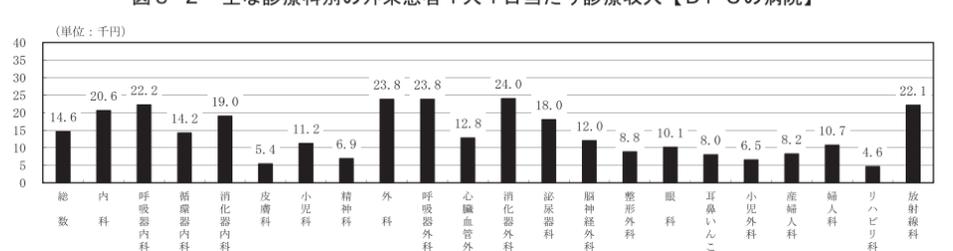
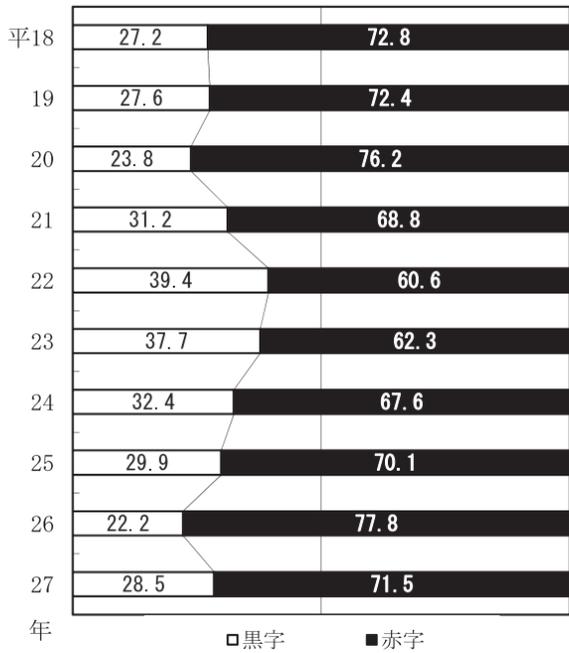


図3-2 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】



7面へつづく

図4 6月1日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



# 27年6月 病院運営実態

6面からつづく

～外来では消化器外科の2万3956円をはじめ、外科2万3802円、呼吸器外科2万3793円、呼吸器内科2万2156円、放射線科2万2124円などが高額であるのに対し、最も小額なのはリハビリ科の4614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2-1、2-2および図3-1、3-2のようになっている。

(9) 100床当たり収支金額

6月中の総費用は2億828万6千円(前年6月比・伸び率9.3%増)、医療費用は1億9447万5千円(前年6月比・伸び率4.6%増)となっている。また、医療費用のうち給与費は1億31万7千円(前年6月比・伸び率3.5%増)、材料費は4903万6千円(前年6月比・伸び率7.5%増)、経費は2965万(前年6月比・伸び率7.5%増)となっている。

2万8千円(前年6月比・伸び率3.6%増)となっている。

なお、材料費のうち薬品費は2892万5千円(前年6月比・伸び率6.5%増)となっており、経費のうち委託費は1516万4千円(前年6月比・伸び率6.0%増)となっている。

6月中の総収益は1億8953万2千円(前年6月比・伸び率7.5%増)、医療収益は1億8455万9千円(前年6月比・伸び率7.1%増)となっている。また、医療収益のうち、入院収入は66.2(前年6月67.1)、外来収入は30.0(前年6月29.3)となっている。

(10) 100床当たり総損益差額および医療損益差額の状況

総費用は2億828万6千円(前年6月比・伸び率9.3%増)であるのに対し、総収益は1億8953万2千円(前年6月比・伸び率7.5%増)となっており、総収益から総費用を差し引くと△1875万4千円(前年6月△1413万4千円)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108.0%)となっている。

医療費用は1億9447万5千円(前年6月比・伸び率4.6%増)であるのに対し、医療収益は1億8455万9千円(前年6月比・伸び率7.1%増)となっており、医療収益から医療費用を差し引くと△991万6千円(前年6月△1354万5千円)の赤字となっている。その結果、医療費用対医療収益比率は、105.4%(前年6月107.9%)となっている。

とした場合、総費用は12.9(前年6月110.5)で、前年に比して費用の割合が増加している。総費用のうち給与費が54.4(前年6月56.5)と5割以上を占め、材料費は26.6(前年6月26.5)であり、そのうち薬品費は15.7(前年6月15.8)、経費は16.1(前年6月16.6)、そのうち委託費は8.2(前年6月8.3)となっている。

また、総収益は102.7(前年6月102.3)となっているのに対して、入院収入は66.2(前年6月67.1)、外来収入は30.0(前年6月29.3)となっている。

(11) 100床当たり総損益差額および医療損益差額の状況

総費用は2億828万6千円(前年6月比・伸び率9.3%増)であるのに対し、総収益は1億8953万2千円(前年6月比・伸び率7.5%増)となっており、総収益から総費用を差し引くと△1875万4千円(前年6月△1413万4千円)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108.0%)となっている。

医療費用は1億9447万5千円(前年6月比・伸び率4.6%増)であるのに対し、医療収益は1億8455万9千円(前年6月比・伸び率7.1%増)となっており、医療収益から医療費用を差し引くと△991万6千円(前年6月△1354万5千円)の赤字となっている。その結果、医療費用対医療収益比率は、105.4%(前年6月107.9%)となっている。

表3 100床当たり収支金額、科目・年次別

| 科 目           | (金額単位：千円) |         |         |          |          |
|---------------|-----------|---------|---------|----------|----------|
|               | 平成23年6月   | 平成24年6月 | 平成25年6月 | 平成26年6月  | 平成27年7月  |
| 【 費 用 】       |           |         |         |          |          |
| 総 費 用         | 172,509   | 175,440 | 181,918 | 190,510  | 208,286  |
| I 医療費用        | 168,419   | 171,481 | 177,476 | 185,914  | 194,475  |
| 1. 給与費        | 88,160    | 91,164  | 94,914  | 96,946   | 100,317  |
| 2. 材料費        | 42,315    | 41,918  | 42,944  | 45,609   | 49,036   |
| うち薬品費         | 25,346    | 25,355  | 25,816  | 27,151   | 28,925   |
| 3. 経費         | 25,666    | 25,553  | 26,676  | 28,586   | 29,628   |
| うち委託費         | 13,000    | 12,835  | 13,123  | 14,308   | 15,164   |
| 4. 減価償却費      | 10,342    | 10,645  | 10,742  | 12,138   | 12,999   |
| 5. 資産減耗損      | 274       | 409     | 314     | 444      | 425      |
| 6. 研究・研修費     | 729       | 762     | 802     | 874      | 1,007    |
| 7. 本部費分担金等    | 933       | 1,030   | 1,083   | 1,318    | 1,062    |
| II 医療外費用      | 3,391     | 3,038   | 3,144   | 3,293    | 3,720    |
| III 特別損失      | 699       | 920     | 1,298   | 1,303    | 10,090   |
| 【 収 益 】       |           |         |         |          |          |
| 総 収 益         | 167,000   | 168,215 | 171,981 | 176,376  | 189,532  |
| I 医療収益        | 163,593   | 164,578 | 168,639 | 172,369  | 184,559  |
| 1. 入院収入       | 109,317   | 109,990 | 113,268 | 115,668  | 122,137  |
| 2. 室料差額収入     | 2,017     | 2,059   | 2,016   | 2,028    | 2,272    |
| 3. 外来収入       | 48,273    | 48,333  | 49,396  | 50,576   | 55,361   |
| 4. 公衆衛生活動収入   | 1,236     | 1,334   | 1,256   | 1,340    | 1,541    |
| 5. 医療相談収入     | 1,978     | 1,949   | 1,863   | 1,985    | 2,252    |
| 6. その他の医療収入   | 771       | 913     | 840     | 772      | 997      |
| II 医療外収益      | 2,649     | 2,816   | 2,517   | 3,306    | 3,442    |
| III 特別利益      | 758       | 821     | 826     | 701      | 1,532    |
| 総収益 - 総費用     | △ 5,509   | △ 7,225 | △ 9,937 | △ 14,134 | △ 18,754 |
| 医療収益 - 医療費用   | △ 4,826   | △ 6,903 | △ 8,837 | △ 13,545 | △ 9,916  |
| 総費用/総収益×100   | 103.3     | 104.3   | 105.8   | 108.0    | 109.9    |
| 医療費用/医療収益×100 | 103.0     | 104.2   | 105.2   | 107.9    | 105.4    |
| 病 院 数         | 993       | 719     | 616     | 645      | 643      |
| 平 均 病 床 数     | 290       | 302     | 319     | 314      | 308      |

差し引くと△991万6千円(前年6月△1354万5千円)の赤字となっている。その結果、医療費用対医療収益比率は、105.4%(前年6月107.9%)となっている。

(12) 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

(※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・赤字状況を判別した場合の病院数の割合である。)

今回の調査において回答のあった病院643院のうち28.5%(183病院)の病院が黒字とな

っている。赤字病院数の割合は71.5%(460病院)であった。これを年次別にみると図4のようになっている。

開設者別で見ると、自治体病院357病院のうち9.8%(35病院)が黒字となっており、赤字病院は38.7%(41病院)であった。

(13) 常勤職員1人当たり平均給与月額

常勤職員1人当たり平均給与額は42万8千円であり、職種別にみると、医師107万6千円、看護師35万7千円、准看護師32万7千円、看護業務補助者19万8千円、薬剤師38万7千円、その他の医療技術員34万4千円、事務職員30万8千円、技師・事務職員25万8千円となっている。

**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。

## 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 一般社団法人 日本病院会

収支の状況を統計的に把握!!

平成27年6月調査 **病院経営実態調査報告** (定価 12,000円+税 A4版 787ページ)

内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

経営上の指標を量的・質的に分析!!

平成27年6月調査 **病院経営分析調査報告** (定価 16,000円+税 A4版 770ページ)

内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

平成27年6月調査 **病院概況調査報告書** (定価 18,000円+税 A4版 674ページ)

内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

全国公私病院連盟のホームページから調査の概要がご覧になれます。



平成28年3月発刊

付録：結果表 CD-ROM

購入のお申し込みは、全国公私病院連盟へ TEL 03(3402)3891

# 平成28年度事業計画書

## 一般社団法人 全国公私病院連盟

一般社団法人全国公私病院連盟の理事会が3月25日に開催され、今年度の「事業計画書」が了承された。本連盟では今年度の事業として、平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けた対策や平成29年4月の消費税増税に向けた損税解消対策の推進をはじめ、毎年行っている病院運営実態分析調査の実施および報告書の発行、国民の健康会議や各種セミナー開催、海外医療視察研修団の派遣等の諸活動を推進する。本年度の事業計画は以下のとおり。

本連盟では、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。

### 記

#### 1. 診療報酬および介護報酬対策運動の推進

- (1) 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けた対策の推進
- (2) 平成29年4月の消費税増税に向けた損税解消対策の推進
- (3) 中央社会保険医療協議会への病院の意見反映
- (4) 「診療報酬対策委員会」の運営

#### 2. 医療制度対策の推進

- (1) 医療保険制度対策の推進
- (2) 医療提供体制対策の推進
- (3) 地域医療構想対策
- (4) 専門医制度対策
- (5) 勤務医師確保対策および労働負担軽減対策
- (6) 看護師確保対策

#### 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
- (3) 組織強化対策の推進
- (4) 加盟団体の組織強化の推進
- (5) 日本病院団体協議会(日病協)との連携
- (6) 日病協「代表者会議」の対応

#### 4. 調査活動の推進

- (1) 病院の経営改善対策と規制対策の推進
- (2) 医療・経営対策委員会
- (3) 調査活動の推進

#### 5. 広報活動の推進

- (1) 「公私病連ニュース」の発行(毎月)
- (2) 第28回「国民の健康会議」の開催(10月5日)
- (3) 「広報委員会」の運営(8月を除く毎月)

#### 6. 研修活動の推進

- (1) 海外病院医療視察研修団の派遣
- (2) ハワイ医療視察研修団(平成28年6月5日～6月10日(6日間))
- (3) オーストラリア医療視察研修団(平成28年6月19日～6月24日(6日間))
- (4) 第13回「DPCセミナー」

#### 7. 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) 個人情報漏えい保険の取り扱い
- (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
- (8) 医療・福祉関係団体との連携強化
- (9) その他必要な活動の推進

#### 8. 病院経営改善対策の推進

- (1) 平成28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

#### 9. 調査委員会の運営

- (1) 「調査委員会」の運営

#### 10. 広報活動の推進

- (1) 「公私病連ニュース」の発行(毎月)
- (2) 第28回「国民の健康会議」の開催(10月5日)
- (3) 「広報委員会」の運営(8月を除く毎月)

#### 11. 研修活動の推進

- (1) 海外病院医療視察研修団の派遣
- (2) ハワイ医療視察研修団(平成28年6月5日～6月10日(6日間))
- (3) オーストラリア医療視察研修団(平成28年6月19日～6月24日(6日間))
- (4) 第13回「DPCセミナー」



昨年の「国民の健康会議」の様相

#### 【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」(2月17日・3月16日)

②日病協「代表者会議」(2月26日・3月25日)

③本連盟「新専門医制度の研修開始を延期する声明」(2月25日)

④中嶋副会長より報告があった。

⑤本連盟「新専門医制度の研修開始を延期する声明」(2月25日)

⑥事務局より報告があった。

⑦事務局より報告があった。

⑧事務局より報告があった。

⑨事務局より報告があった。

⑩事務局より報告があった。

⑪事務局より報告があった。

⑫事務局より報告があった。

⑬事務局より報告があった。

⑭事務局より報告があった。

⑮事務局より報告があった。

#### 【主な協議事項】

①全国公私病院連盟の事務局より、平成29年度から開始予定の新たな「専門医制度」について、未だ不備が多く、地域医療崩壊に繋がる懸念があることから、研修開始を延期する声明を関係各所へ提出した旨の報告があった。

②平成28年度事業計画(案)および収支予算書(案)について事務局より提案があり、異議なく了承された。

③第28回「国民の健康会議」

事務局より、出演者選定のため役員等に行ったアンケート結果について説明があった。

その他、病院診療報酬改定対策、医療保険制度等対策、医療提供体制対策等について事務局より資料の説明があった。

以上

事務局より報告があった。

事務局より報告があった。

事務局より報告があった。

事務局より報告があった。

事務局より報告があった。

事務局より報告があった。

事務局より報告があった。

事務局より報告があった。

事務局より報告があった。

### 全国公私病院連盟

## 『医療事故調査費用保険』

医療事故調査制度の施行にともない、新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。

本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

＜お問合わせ先＞

株式会社 公私病連共済会

TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

SJNK15-10432

### 第25回 診療報酬請求事務セミナー 開催のご案内

#### 『平成28年度診療報酬改定における算定・運用ポイントと自院の医療機能構築に向けての取り組み』

講師：中林 梓 先生 (株)ASK 梓診療報酬研究所 所長

日時：平成28年7月28日(木) AM9:55～PM4:45

会場：「コクヨホール」(JR「品川駅」港南口より徒歩2分)

会費：有料

講義内容：(1)「平成28年度診療報酬改定で注意すべき算定ポイントと留意事項の確認【その1】」(110分)

(2)「平成28年度診療報酬改定で注意すべき算定ポイントと留意事項の確認【その2】」(120分)

(3)「新点数における10月以降への課題と病床機能構築に向けて医事課が取り組むべき事項」(80分)

お問合せ先

一般社団法人

全国公私病院連盟

〒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)3891 FAX 03(3402)4389

# 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集  
廣報委員会  
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

病院損壊により、2病棟のうち1病棟使用不可。入院患者64人が転院または退院済み。(4月16日、午後7時)

自力で動けない患者96人をDMATで搬送調整中。(4月17日、午前10時30分)

自力で動けない患者13人をDMATにより搬送し、さらに、患者74人の退院または転院が完了した。残りの患者9人のうち8人をDMATにより追加搬送し、残りの患者1人の搬送を実施済み。(4月20日、午後8時)

⑥精神科病院関係  
病院のライフラインの途絶などのため、益城病院、希望ヶ丘病院、あおば病院、小柳病院において、転院等が必要となった全ての入院患者について

熊本県熊本地方を震源とする地震の被災地の皆様に  
加盟団体を代表して衷心よりお見舞い申し上げます  
一日も早い医療提供体制の復興のために  
加盟団体と協力して取り組んでまいります

全国公私病院連盟 会長 高橋正彦

【加盟団体】  
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  
全国済生会病院長協会  
岡山県病院協会  
日本私立病院協

今、専門医制度が問題となっている。全国公私病院連盟は他の病院団体に先駆けて延期要望の声明を出した。専門医機構のガバナンス、学会偏重の社員や理事の構成、プログラムの厳しさ故の研修施設の大学集中、地域医療崩壊の危惧、専攻医の身分保障、ダブルボンドの問題、更には9年間の地方勤務が義務付けられている自治医科大学卒業生や地域枠の卒業生の問題、初期研修との関連、既に専門医となっている方の更新、等々問題は山積である▼ちよど今、厚労省では地域医療構想により各二次医療圏ごとの病床数や医療機能が明確になりつつある。また、医療従事者の需給検討委員会や文科省のモデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会も開かれている。これら全てをまとめて卒前・卒後初期研修や専門医制度を考える良いチャンスではないかと考えている▼在宅医療の中心的役割のかけつけ医や総合診療専門医の問題も大きな関りがある。何も焦って急ぐべきではない。特区と解釈改憲で何でも可能、という様な拙速を好む風潮の中我々々々ちゃんと正論を述べるべきである。控除対象外消費税と並んで当連盟の真価が正に問われる時期であろう。

# 熊本県 熊本地方を震源とする地震発生

## 多くの病院が被災

### 政府は激甚災害に指定

4月14日の午後9時26分頃、熊本県熊本地方を震源とする震度7の地震が発生、その後、16日の午前1時25分頃にも再び同地方を震源とする震度7の地震が発生した。気象庁は、16日未明の地震が本震で、14日の地震は前震であったとの見解を発表。また、本震以降、熊本県阿蘇地方や大分県でも規模の大きな地震が相次いで発生したことから、政府は4月25日、熊本、大分両県で相次ぐ地震を激甚災害に指定した。

43人を全て転院済み。(4月16日)

④西村病院(192床)  
病院損壊により、入院患者96人を系列施設に転院済み。(4月16日、午後2時)

⑤くまもと森都総合病院(199床)

熊本、鹿児島、福岡、阿蘇やまなみ病院において転院が完了。(4月17日、正午)

76人の患者搬送の要請が2面へつづく

熊本市内の避難所では、ノロウイルスの感染者も出始めた。避難生活も2週間を過ぎたことから、今後、中・長期的な対策が迫られている。

厚労省が把握している地震発生時の病院の被害状況とその対応は以下のとおり。

◆ 特別対応が必要となった医療機関における対応

①熊本市市民病院(437床)  
倒壊の危険から、入院患者の他院への搬送が必要となったため、県内外の病院等に、救急車、ヘリ等で323人全員の患者搬送を実施済み。(4月16日、午後2時45分)

②熊本セントラル病院(308床)  
4月16日、午前1時30分頃スプリンクラーが作動し、建物7階(東館、西館)がほぼ水浸状態となり、入院患者約200人(車いす約170人、ストレッチャー約30人)の他院への搬送が必要となった。このため、自衛隊、消防の協力を得て、全ての患者について、16日中に県内外の他の医療機関に患者搬送を実施済み。(4月16日、午後11時)

③東熊本病院(52床)  
病院のライフラインが途絶したため、入院患者

④熊本赤十字病院(400床)  
4月16日未明以降、患者の過剰状態となっていたが、済生会グループからの医師派遣やドクヘリによる患者搬送により、状況は改善。(4月17日、午前1時)

⑤熊本県内において、患者受け入れ困難に陥っていた主な医療機関の状況

⑥熊本県内において、患者受け入れ困難に陥っていた主な医療機関の状況

### 時評

最近の医療界は、新専門医制度の開始時期の問題と、平成28年度の診療報酬改定の話題が喧しい。前者に対しては2月25日、全国公私病院連盟として大きく8項目の正当な理由をもって研修開始時期の延期を求める声明を出した。本制度の導入

後進のために進路を決めていかねばならぬと考える。診療報酬改定での大きな話題の一つが、「重症度、医療・看護必要度」の15%から25%

急性期病院は更に機能を研ぎ澄まし急性期に特化していくと、今回改定でも結果として経済的な優遇が受けられると思う。徒らに

会長(全国自治体病院協議会会長)のご意見にも見られるように、病院ではなく、健院という地域コミュニティとしての考え方は素晴らしいと感じられた。このような構想があつてこそ「地域完結型医療」が完成するものであり、100点ではないかと思われるが、60点、80点の医療体制の下、自助、共助

の基盤となる病院の建設も夢のかたちのひとつかもしれない。

## 今後の医療情勢

連盟 理事 宮田完志

本制度の推移は公私病連として重大な関心を持って見守る必要があると同時に、正しい方向に進んでいくために医師全てが声を上げ、地域住民のため

%への引き上げである。最終的にC項目が追加になったため25%をクリアできる施設が増えるであろうが、平成30年の改定時期には更なるパーセンテージ

各施設は対応に追われつつある。出発点は医療費抑制、機能別病床の再編にあるとはいえず、病院のとるべき対応は自院らしい姿の追求ではないだろうか。

一方、先日の上見副

(名古屋第一赤十字病院院長)

10力所程度の病院が、建物の倒壊リスクやライフラインの途絶などにより、他病院への患者の搬送が必要となったが、既に大半の病院で搬送を完了した。

熊本県内において、患者受け入れ困難に陥っていた主な医療機関の状況

1面からつづく

あり。21日に D M A T、自衛隊が宮崎県内の病棟に搬送完了。

南阿蘇村及びその周辺の状況を把握するため、2名の職員が現地入りし、2医療施設について状況把握を行い、既に他の支援が入っていることを確認。(4月17日、午後2時26分) 阿蘇医療センターは電力が復旧し、通常診療を再開。(4月18日、正午)

国立病院機構熊本医療センター及び熊本赤十字病院において、患者集中による、小児科医の疲弊が激しいことから、厚生労働省の調整により、県が日本小児科学会へ派遣要請を実施し、4月18日に2名、4月19日に1名が現地入り。4月22日に1名(交替要員)の現地入りを調整済み。(4月22日、午前9時)

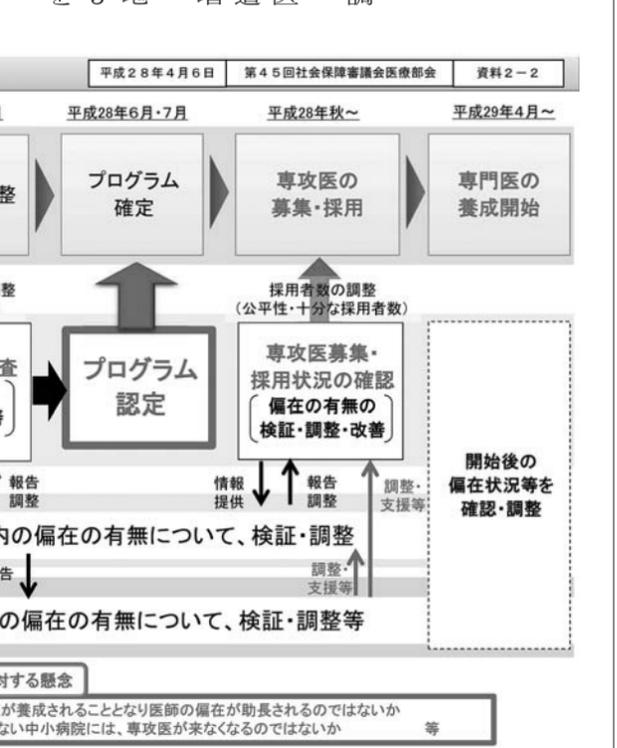
被災した医療機関に水、食料や看護師等の不足状況を毎日確認し、ニーズを聞き取って、担当部局や関係団体等に着実につなげ、早期の改善を図る。4月21日時点で、食料に関して要望がある5施設のうち、4施設に对应済、飲料水に関して要望がある4施設のうち、2施設で対応済み。また、看護師に関しての要望については、国立病院機構2施設(熊本医療センター、熊本再春荘病院)に九州内の国立病院機構4病院から11名を4月19日に派遣済み。

(4月20日、午後8時) 被災した医療機関から患者の転院を受け入れのために所定病床数を上回る患者を入院させることとなった等の理由により、入院基本料の減額を行わないこと等診療報酬上の取扱いに関する事務連絡を厚生局、関係団体等に周知。4月17日に被災地で転院を受け入れる医療機関に直接伝達済み。(4月17日、午後6時)

被災者への医療・健康管理・こころのケア D M A T以外の医療チーム等の活動状況は以下の通り。(4月23日、午後6時) J M A T(日本医師会災害医療チーム) 65チーム、A M A T(全日本病院協会災害時医療支援活動班) 3チーム、国立病院機構 5チーム、地域医療機能推進機構 2チーム、日本赤十字社 17チーム、社会福祉法人 恩賜財団済生会 4チーム、災害支援ナース(日本看護協会) 15チーム。

### 社会保障審議会「医療部会」で 専門医養成の在り方委員会の報告

社会保障審議会の「医療部会」が4月6日に開催され、同部会の下に設置された「専門医養成の在り方に関する専門委員会」の初会合の様子が報告された。なお、同委員会の委員長には永井良三氏(自治医科大学学長)が就任している。

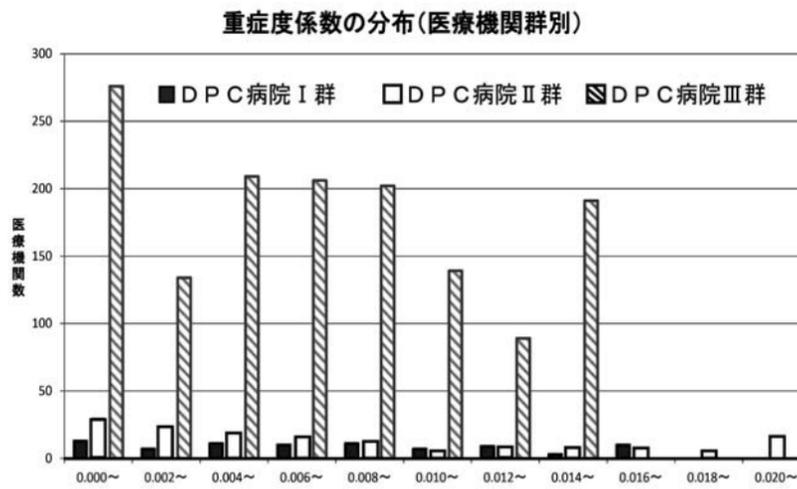


## DPC病院1667病院に 重症度係数が特定区分で突出

中医協の「総会」が4月13日に開催され、厚生労働省から、今回の診療報酬改定におけるDPC制度(DPC/PPDS)の対応結果について報告があった。

厚労省によると、今回の改定でDPC対象病院は1667病院(I群II群III群)となり、DPC算定病床数は89万2956床となっている。これにより、DPC対象病院は全一般病院の約19.7%、DPC算定病床数は全一般病床の約5.5%となっている。

重症度係数の分布(医療機関群別) 重症度係数を導入したと、DPC III群では、「0.000以上0.002未満」と「0.014以上0.016未満」の区分が著しく高くなっている。また、II群の「0.020以上」にも数十病院が分布していることが見てとれる。



目的は「副傷病や手術の有無等に基づいて、患者に必要な医療資源の投入量を報酬に反映すること」とされており、C C Pマトリクスの導入等により、重症度をよりきめ細かく反映する方向で議論が進められている。診断群分類上同じ分類であっても、より濃密な医療を必要とする重症患者が一定数発生することから、調整係数の廃止に向けて、そのような患者の診療に対して一定程度の配慮を行うための係数となっている。

【4月上旬】 都道府県への情報提供が、診療側委員からは、「DPCはほとんど精緻化されているが、今回のプラス改定では、基礎係数、医療機関別係数、機能評価係数IIの重症度、暫定調整係数、などへ、どのような軽重を持って配分しているのか示して欲しい」との意見が述べられた。

【4月中旬】 診療領域ごとの地域医療に配慮したプログラム内容の審査 ①大病院だけ/特定の医療グループだけで構成されるプログラムの是正 ②必要な地域医療の研修が含まれていることを確認・調整 ③過去5年間に研修実績のある医療機関が連携施設に入らざる調整 ④診療領域ごとに、研修施設のない二次医療圏が中心に専門医が養成されることとなり、医師の偏在が助長されるのではないかと、また、研修に必要な症例数の得られない中小病院には、専攻医が来なくなるのではないかと、意見が相次ぎ、地域医療の崩壊を心配する同制度の懸念を払拭できないという。

【5月】 診療領域ごとのプログラムの全国レベルの審査 ①全国の専攻医数集積数が、過去実績値の1.2倍以下となるよう調整 ②都道府県ごとの専攻医数について、都市部は厚生労働省に報告。

【6月中旬】 都道府県と連携したプログラムの調整等 ①都道府県からの改善必要事項を踏まえ、都道府県と連携してプログラムを調整するとともに、都道府県が必要とする情報の提供、調整の助言等 ②全ての調整が終了後、プログラム認定前に厚生労働省に報告。

### 財政制度審議会 高価な新薬について 国頭氏からヒアリング

財務省の財政制度等審議会「財政制度分科会」(会長 吉川洋・立正大学教授)が4月4日に開催され、国頭英夫氏(日赤医療センター化学療法科部長)から小野薬品工業の抗がん剤「オプジーボ」と医療保険財政の関係について意見を聞いた。国頭氏は、少なくとも見積もっても5万人がこの薬の使用対象となり、これらの患者が1年間同薬を

「たった1つの新薬が国を破綻させる」という懸念を示した。吉川分科会長は「医療保険制度を維持するためにも、医師に財政面でもリーダシップを発揮して欲しい」と述べた。

その後も、保険者によるデータ分析を通じた医療機関の質の評価などを促す仕組みを検討する方向性を示した。ワーキンググループでは、4月中旬にも報告書を取りまとめ経済財政・一体改革推進委員会に提出し、その後、経済財政諮問会議を経て「骨太の方針2016」へ反映させる。

【4月中旬】 診療領域ごとの地域医療に配慮したプログラム内容の審査 ①大病院だけ/特定の医療グループだけで構成されるプログラムの是正 ②必要な地域医療の研修が含まれていることを確認・調整 ③過去5年間に研修実績のある医療機関が連携施設に入らざる調整 ④診療領域ごとに、研修施設のない二次医療圏が中心に専門医が養成されることとなり医師の偏在が助長されるのではないかと、また、研修に必要な症例数の得られない中小病院には、専攻医が来なくなるのではないかと、意見が相次ぎ、地域医療の崩壊を心配する同制度の懸念を払拭できないという。

社保審・医療保険部会 第3期医療費適正化計画の一部改正へ 医療費適正化第3期計画(平成30年から35年度)について、早期に計画を策定した都道府県は平成29年度から前倒しで実施できるように、今夏にも大臣告示を出す方向で検討を開始した。都道府県は、医療費目標を推計するための算定式(外来・入院)を策定。医療費の適正化の数値目標を設定する。

# 平成27年度事業報告書

## 一般社団法人 全国公私病院連盟

全国公私病院連盟の「平成28年度(第1回)理事会」が4月22日に開催され、「平成27年度事業報告書(素案)」が了承された。同報告書は6月17日に開催される「平成28年度(第7回)定時総会」における審議事項として諮られる。同報告書の内容は以下のとおり。

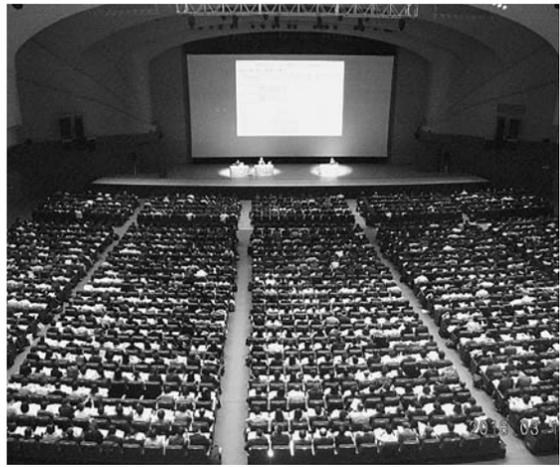
### 1. 診療報酬改定対策の推進

本連盟では、平成28年度診療報酬改定に向けて、「平成27年度(第56回)定時総会(平成27年6月30日)」において、①病院が抱える消費税の問題については、最終消費者である患者に代わって病院が負担している無理や矛盾を政府が認識し、その責任において早急かつ根本的に解決すること、②診療報酬改定は、根拠に基づき十分議論した上で決定し、その算出根拠を明らかにすること、③広く国民の理解を得て実施すること等を決議し、政府、厚生省、各政党、中医学委員などに提出し、その実現に向けた要望活動を展開した。

重症度、医療・看護必要度の見直し、④医療を推進するためのコスト分析の実施とその反映等10項目を、さらに、平成27年12月1日には第2回目として、先の10項目の実現を再要望することにもなっている。①救急医療の評価の見直し、②同一日複数科受診の評価等8項目を厚生省へ要望した。

また、平成28年度診療報酬改定率については、平成27年12月21日に厚生大臣と財務大臣との間で、診療報酬本体の改定率を0.49%とすることを合意されたが、その一方で、薬価等改定率を-38%引き下げることになり、その結果、全体で0.84%の引き下げ、さ

また、本連盟など主要12病院団体に組織する日本病院団体協議会(日病協)では、平成27年7月3日に、病院医療の質の向上と国民の納得を得られる診療報酬制度の構築を目的とし、①入院基本料の病棟単位での選択制導入、②看護職の夜勤72時間ルールの見直し、③入院基本料等における



2016.3.16 点数表説明会 (パシフィコ横浜)

本連盟ではこの告示を受け、一般社団法人日本病院会と共に「平成28年度改定診療報酬点数表説明会」を、平成28年3月15日に神戸会場(神戸国際展示場)および平成28年3月16日に横浜会場(パシフィコ横浜)において、厚生省から担当

官を招聘して開催し、両会場合わせて7000名を超える参加者があった。

また、平成29年度に予定されている新専門医制度の研修開始については、本制度には未だ不備な点が多く、地域医療の崩壊につながる懸念があることから、その開始を平成29年度に拘泥せず、精緻化するまで延期すべきであるとする声明を平成28年2月25日に出して、この実現について関係各位に賛同を呼びかけた。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、平成29年度に予定されている新専門医制度の研修開始については、本制度には未だ不備な点が多く、地域医療の崩壊につながる懸念があることから、その開始を平成29年度に拘泥せず、精緻化するまで延期すべきであるとする声明を平成28年2月25日に出して、この実現について関係各位に賛同を呼びかけた。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

部の医療資源や人的資源の豊富な地域でしか実行できない方策を押しつけることなく、地域ごとに実現可能なシステムを構築すべきであり、医療費削減を目的とした画一的な在宅への誘導があつてはならないことを政府、厚生省などに要望した。

また、平成29年度に予定されている新専門医制度の研修開始については、本制度には未だ不備な点が多く、地域医療の崩壊につながる懸念があることから、その開始を平成29年度に拘泥せず、精緻化するまで延期すべきであるとする声明を平成28年2月25日に出して、この実現について関係各位に賛同を呼びかけた。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

また、本連盟では、平成28年度税制改正要望について、①病院の消費税問題を早急かつ根本的に解決すること、②事業税の非課税扱いを存続すること、③等7項目について、平成27年7月23日に厚生省へ、同年11月17日に自民党へ要望した。

**新刊書籍のご案内** 付録: 結果表CD-ROM

平成28年3月発刊

発行: 一般社団法人 全国公私病院連盟 一般社団法人 日本病院会

収支の実態を統計的に把握! 調査月: 平成27年6月

**「病院経営実態調査報告」**

A4版 787ページ [本体価格 12,000円+税]  
 主な内容: 経営収支の状況・医療収支の状況・給与費の状況など

経営上の指標を量的・質的に分析! 調査月: 平成27年6月

**「病院経営分析調査報告」**

A4版 770ページ [本体価格 16,000円+税]  
 主な内容: 患者および医師1人1日当たりの診療報酬額など

調査月: 平成27年6月

**「病院概況調査報告書」**

A4版 674ページ [本体価格 18,000円+税]  
 主な内容: 病床利用率・平均在院日数・設備保有状況など

調査月: 平成27年6月

〈お申込み・お問合せ〉書籍購入申込書をご希望の方は、本連盟宛にFAXでご請求ください。  
 TEL 03(3402)3891 FAX 03(3402)4389

### 医科診療報酬点数表関係

## 疑義解釈(その2)

厚生労働省保険局医療課

厚生労働省保険医療課 掲載することになりますので、4月25日付けで、平成28年度診療報酬改定に関する「疑義解釈(その2)」を発売しました。今号では、その一部を

【問1】区分番号「A001」再診料の注5並びに注6に規定する加算及び区分番号「A002」外来診療料の注8並びに注9に規定する加算については、所定の入院料と別算定可能となったが、当該加算については、入院後に入院中の保険医療機関において別疾患で再診を受けた場合であっても算定可能であるか。

【答】算定できない。●一般病棟用の重症度、医療・看護必要度、療養病棟入院基本料

【問2】「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に係る評価票評価の手引きについて、「A702 タリントク及び処置等」の「8 救急搬送後の入院」において、「救急搬送後の入院は、救急用の自動車(市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る)又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され」とあるが、転院搬送の場合も対象となるのか。

【答】緊急時の転院搬送を実施した場合については、点滴を実施した日から30日間まで本項目に該当する。とあるが、点滴の実施期間が30日未満であった場合にも点滴開

【問3】療養病棟入院基本料注11の規定により、100分の95に相当する点数を算定する場合に、特別入院基本料等加算を算定してよいか。

【問4】療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分」に係る評価票17の、酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る)について、「なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合について

【問5】入院基本料の算定について、①夜勤時間特別入院基本料について、「それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる」とあるが、この所定点数は、加算を含まない入院基本料の点数(例7対1入院基本料1591点)を100分の70として算定してよいか。

【問6】認知症ケア加算1の認知症ケアチームは、週1回以上、各病棟を巡回することとなっているが、巡回の際、当該チームメンバー全員で行う必要があるか。

【問7】精神疾患診療体制加算2又は医療区分1の患者に相当する場合の各病棟区分別の入院基本料を算定する場合であっても適用されるのか。

## 全国公私病院連盟

### 6月17日に「定時総会」開催

一般社団法人全国公私病院連盟では、6月17日に主婦会館プラザエフ(東京都千代田区六番町)において「平成28年度(第57回)定時総会」を開催する。

当日は午後2時より、神野直彦先生(東京大学名誉教授)による記念講演が行われた後、午後3時30分より定時総会が行

【問1】区分番号「A001」再診料の注5並びに注6に規定する加算及び区分番号「A002」外来診療料の注8並びに注9に規定する加算については、所定の入院料と別算定可能となったが、当該加算については、入院後に入院中の保険医療機関において別疾患で再診を受けた場合であっても算定可能であるか。

【答】算定できない。●一般病棟用の重症度、医療・看護必要度、療養病棟入院基本料

【問2】「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に係る評価票評価の手引きについて、「A702 タリントク及び処置等」の「8 救急搬送後の入院」において、「救急搬送後の入院は、救急用の自動車(市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る)又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され」とあるが、転院搬送の場合も対象となるのか。

【答】緊急時の転院搬送を実施した場合については、点滴を実施した日から30日間まで本項目に該当する。とあるが、点滴の実施期間が30日未満であった場合にも点滴開

【問3】療養病棟入院基本料注11の規定により、100分の95に相当する点数を算定する場合に、特別入院基本料等加算を算定してよいか。

【問4】療養病棟入院基本料の「医療区分・ADL区分」に係る評価票17の、酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る)について、「なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合について

【問5】入院基本料の算定について、①夜勤時間特別入院基本料について、「それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる」とあるが、この所定点数は、加算を含まない入院基本料の点数(例7対1入院基本料1591点)を100分の70として算定してよいか。

【問6】認知症ケア加算1の認知症ケアチームは、週1回以上、各病棟を巡回することとなっているが、巡回の際、当該チームメンバー全員で行う必要があるか。

【問7】精神疾患診療体制加算2又は医療区分1の患者に相当する場合の各病棟区分別の入院基本料を算定する場合であっても適用されるのか。

定時総会では、①平成27年度事業報告書案、②平成27年度収支計算書案、③平成27年度事業計画書報告書・平成27年度収支予算書報告書の各議案審議等が行われた後、「決議」を採択する。

【主な報告事項】  
①日病協「代表者会議」(3月25日)  
中嶋昭副会長から報告があった。

【主な報告事項】  
①平成28年度定時総会(6月17日)議案審議事項について

日赤院長連盟 会長に加藤先生就任  
4月12日付けで、日本赤十字社病院長連盟の会長に加藤誠先生(成田赤十字病院院長)が就任されましたので、お知らせいたします。

【主な報告事項】  
①日病協「代表者会議」(3月25日)  
中嶋昭副会長から報告があった。

【主な報告事項】  
①平成28年度定時総会(6月17日)議案審議事項について



【主な報告事項】  
①日病協「代表者会議」(3月25日)  
中嶋昭副会長から報告があった。

【主な報告事項】  
①平成28年度定時総会(6月17日)議案審議事項について

## 全国公私病院連盟

### 『医療事故調査費用保険』

医療事故調査制度の施行にともない、新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

＜お問合わせ先＞  
株式会社 公私病連共済会  
TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

# 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集  
集  
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

「関係者の役割」と「専攻医定員枠」  
新専門医制度で各案提示  
— 専門医養成在り方専門委員会 —

熊本地震発生から1ヵ月を過ぎたが、気象庁はまだ地震終息宣言を出していない。多くの人が亡くなり、避難所、車の中で、被災者が不自由な生活を強いられている。熊本では、1889年のM6.3の地震以後、大きな地震が発生しておらず、耐震対策が遅れていた。市庁舎、熊本市民病院、熊本城等主要な(公共)施設、多くの民家が破壊された。今回の地震の特徴は、最初、本震と思われた予震に次いで本震が発生したこと、日奈久、布田川断層帯等九州を横断する断層帯に一致して発生したこと、未だ終結の見込みが立っていないことである。地震学者によれば、日本は地震活動期に入り、今後、中央トラフ等の地震も起こりうるとのこと。古来、地震雷火事親父が怖いものとされてきた。親父は台風(大風)を指すとも言われているが、言葉通りの親父ならば、とうにその地位を失った。この世に怖いものは数多くあるが、やはり地震が最も恐ろしい。断層帯付近の住人は転居が、転居不要な地域でも家(部屋)の耐震化が必要だが、容易ではない。いざ大地震に直面したら避難する時の判断が難しい。後は祈るしかないか! (K・W)

# 病院の損税対応が急務

## 消費税引き上げ延期 社会保障の財源はどこで

安倍首相は6月1日に記者会見を開き、平成29年度に予定していた消費税の10%への引き上げを見送ることを発表した。その一方、平成32年度に基礎的財政収支を黒字化する目標は維持するとしている。なお、平成28年度税制改正大綱では、病院が負担している消費税について、「平成29年度税制改正に際し、総合的に検討し、結論を得る」と明記されている。

堅持します。そのため、ぎりのタイミングである2019年10月には消費税を10%へ引き上げることとし、30か月延期することとします。その際、軽減税率を導入いたします」と話した。

「平成29年度における専門医養成に向けた関係者の役割」と「平成29年度における専攻医定員枠の設定方針案」を提示して議論が行われた。

保の観点から必要な施設が漏れていないか確認し、施設の追加要望を各領域研修委員会に提出  
②管内の連携施設から、ローテート期間等のローテート方針、指導医配置の方針等に関する改善要望を取りまとめ各領域研修委員会に提出  
③地域枠医師の受入れ等に追加的に必要となるプログラム別定員枠の増員要望を取りまとめ各領域研修委員会に提出  
(3)各領域研修委員会、学会IIプログラムの調整・実質的認定  
①各都道府県から提出された研修施設の追加調整  
②各都道府県から提出

安倍首相は6月1日、午後6時から記者会見し、「世界経済はこの1年余りの間に想像を超えるスピードで変化し、不透明感を増しています。最大の懸念は、中国など新興国経済に『陰り』が見えることです。リーマンショックの時に匹敵するレベルで原油などの商品価格が下落し、さらに、投資が落ち込んだこと、新興国や途上国の経済が大きく傷ついています。これは、世界経済が『成長のエンジン』を失いかねないということであり、世界的な需要の低迷、成長の減速が懸念されます」と指摘。

計画では、本年度中に前者の策定を行うべく、2025年に向けて人口動態の推移と医療受給について国の推計が示されました。静岡県では本年3月に第

慢性期病床数の削減と、回復期病床数の増床が必要になることが示唆されていますが、県内8医療圏別の推計に基づき、各医療圏でどのような医療提供

議でも県行政と連携して、「地域包括ケア」のめざす目標に近づけるように努力しています。福祉を含めた様々な生活支援サービスがバラバラに提供されるのではなく、日常生活の場で包括的・継続的に提供できるようにすることが必要ですし、「治す医療」から「治す医療」へのパラダイムシフトが求められていることに先住方のご理解、ご協力賜れば幸いです。



来るべき社会変革に向けて  
連盟 監事 神原啓文

（静岡県立総合病院名 善院長・静岡県社会福祉協議会会長・静岡リハビリテーション病院 院長）

「我が国への国際的な信頼を確保しなければならぬ。そして、社会保障を次世代に引き渡していく責任を果たす。安倍内閣のこうした立場は、揺

「保育園落ちた日本死ぬ!!」の過激発言が、世に大きな論議を引き起こしている。昨今でも大きな変革の時代に向かっています。高齢化と人口減少により支え手の負担が高まる中、これらの社会保障制度を維持していくには、現行制度の見直し

2回の地域医療調整会議が開かれ、医療需給の詳細な予測が提示されました。県内の65歳以上の高齢化率は既に26%を超え、人口減少が徐々に進行している現状から、急性期および

立した排除されたりせず、社会の構成員として能力を発揮でき、互いを支え合うというソーシャル・インクルージョンの考えに基づき、改正介護保険制度に取り組みしています。子ども子育て支援、子が

新専門医制度に関する論点(委員長私案)の概要  
(平成28年4月27日)

1. 専門医養成の主な特徴

新専門医制度においては、地域医療への混乱を防ぐために、都道府県に設置される協議会が主体的な役割を果たすことが望まれる。具体的には、協議会は、都道府県毎の定員と基幹病院の作成したプログラム(一次プログラム)をもとに、地域にあった育成プログラム(二次プログラム)となるよう管内の施設や日本専門医機構と調整を行い、専攻医の身分や待遇についても監督・指導する役割を担うべきではないか。

2. 専門医機構と都道府県の協議会の役割

専門医機構は全体のシステムの評価とアドバイスなどを中心に行い、各学会が領域毎のプログラムの考え方を示すこととし、プログラムの作成は基幹病院が行い、地域医療に配慮したプログラムとするための調整は都道府県毎の協議会が担うべきではないか。そのための責任と権限をどのように与えるかについて、専門医機構が認定をどのように行うかを含め、議論が必要である。

3. 専攻医数の募集枠の設定

専攻医が都会に偏在しないように、需要と供給の関係を把握することが重要である。すなわち専門医の需要に応じて診療科毎かつ都道府県毎に専攻医の定員を設定する必要がある。各領域の希望者数をそのまま定員とするのか、診療科間で調整を行うかについては議論が必要である。定員が定まったのちに、都道府県の協議会は二次プログラムを作成する。各領域の募集専攻医数は、全国の総数(希望者数または調整後の希望者数)の1.1~1.2倍程度とするのが妥当ではないか。都道府県毎の定数の定め方は、患者数、都道府県の面積などを反映する必要がある。

ただし現時点では、都道府県毎の専攻医の定員の設定に必要なデータの蓄積や協議会の体制が十分でないことから、当面は従来どおり各学会が専門医養成プログラムに関し中心的役割を担うこととして試行的に運用してはどうか。都道府県毎の定数は、過去3年間の採用実績の1.1~1.2倍を全国の定員枠とした上で、都市部以外の道県に対してより配慮してはどうか。

Table with 2 columns: Issue/Point and Explanation/Detail. Topics include: 1面からつづく, 平成29年度における専攻医定員枠の設定方針, 過去の採用実績の1.0倍, 都道府県以外の都道府県別の採用実績の1.2倍とする, 都道府県ごとの定員枠は、診療領域ごとに、各都道府県のプログラムごとの定員枠を合計した値とする, 診療領域ごとの定員枠は、各都道府県の定員枠を診療領域ごとに合計した値とする, 研修医の希望状況調査に基づく希望者数を踏まえ、診療領域ごとの定員枠について必要な調整を行い、当該補正割合に応じて都道府県ごと・プログラムごとの定員枠を...

地方大学すら基幹病院に該当せず、専門医育成に大きな地域格差が生じている。⑦指導医や症例数などの条件が整っていない。⑧上記等に関する条件が整っていない。⑨地方大学における地域枠医師や自治医科大学卒業医師たちの診療科選択や義務事項との整合性が示されておらず、多大な負担を強いられる可能性がある。⑩救急や総合診療領域からサブスペシヤリティへの道程は困難であり、希望する専攻医の負担が大きい。⑪基幹病院は大学病院や都市部の大病院に限られるため、専攻医の都市集中は現状以上となり、医師の地域偏在を増幅させる。⑫領域によっては指導専門医の不足などによって

医師需給分科会・中間まとめ

医師の地域・診療科偏在解消へ

管理者要件に特定地域での勤務検討

厚労省の医療従事者の需給に関する検討会「医師需給分科会」が5月19日に開催され、同分科会の「中間取りまとめ」が了承された。これによると、将来の医師需要推計(全国レベル)は、①上位の需要推計の場合、平成45年(2033年)頃に約32万人で医師需給が均衡し、平成52年(2040年)には医師供給が約1.8万人過剰。②中位の需要推計の場合、平成36年(2024年)頃に約30万人で医師需給が均衡し、平成52年(2040年)には医師供給が約3.4万人過剰。③下位の需要推計の場合、平成30年(2018年)頃に約28万人で医師需給が均衡し、平成52年(2040年)には医師供給が約4.1万人過剰。ただし、医師の地域や診療科による偏在は解消する兆しがなく、このため、管理者要件に、特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを「臨床研修病院」「地域

医療支援病院」「診療所」などの管理者要件とすることを検討する。中間とりまとめでは「これまでの医学部定員の増員により、全国的な医師数の増加を図るとともに、医師が勤務地や診療科を自由に選択する」という自主性を尊重した地域偏在対策を講じてきたが、地域における医師不足は解消していない。また、医師の養成は中長期の期間を要することや、医学部の進学者が増加すれば、他の領域の人材不足等を招くおそれがあるとの指摘等を踏まえれば、今後、医師の地域偏在対策の議論を進めていくことが特に重要である」とまとめている。

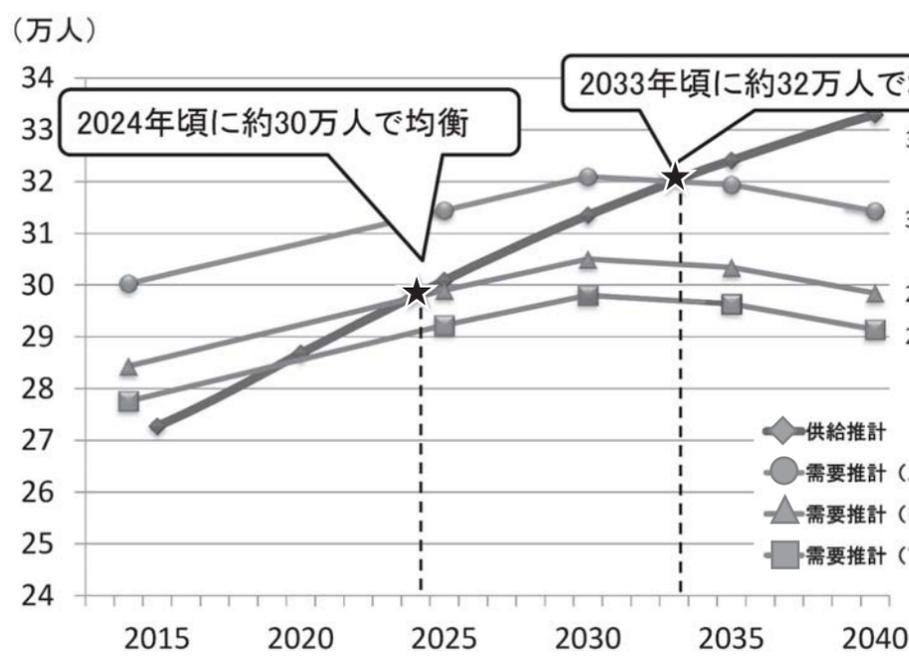
①最も医師の需要が大きくなると仮定した上位推計においては、平成37年(2025年)には31.4万人に、平成52年(2040年)には31.5万人まで。②一定程度医師の需要が大きくなると仮定した中位推計においては、平成37年(2025年)及び平成52年(2040年)には29.9万人に、平成52年(2040年)には29.2万人に増加すると推計された。③最も医師の需要が小さくなると仮定した下位推計においては、平成37年(2025年)及び平成52年(2040年)には29.9万人に、平成52年(2040年)には29.2万人に増加すると推計された。

①入院医療(精神科)については、患者調査の受療率、将来人口の構成等を踏まえ、一定の幅を持って算出。②外来医療(訪問して行う診療を含む)については、レセプトデータに

基づく受療率、将来人口の構成等を踏まえ、一定の幅を持って算出。③介護老人保健施設における医療については、介護給付費実態調査に基づく入所率に将来人口構成を反映して算出

▼医師の供給推計については、平成27年(2015年)では27.4万人であるものが、平成37年(2025年)には30.3万人に、平成52年(2040年)には30.3万人に増加すると推計された。▼また、分科会における参考人の意見も踏まえ、30~50代の男性医師の仕事を一人当たりの医師の仕事量の基準として設定し、女性医師は育児等を勘案してその0.8、60歳以上の高齢医師はその0.8、研修医は1年目・2年目それぞれその0.3、0.5として見込んだ。

医師の需給推計結果



※今後の議論を踏まえ、推計結果は変更しうる。

# 財務省・財政制度審議会が建議

## 医療の高度化への対応で

### 費用対効果を保険制度に組込

財務省の「財政制度審議会」（会長＝吉川洋・立正大学経済学部教授）は5月18日、これまでの議論を集約した「『経済・財政再生計画』の着実な実施に向けた建議」をとりまとめ、麻生財務大臣に提出した。建議では、財政健全化目標の達成に向けた取組には、「経済・財政再生計画」の着実な実施が不可欠であるとして、2020年度までの国・地方のプライマリーバランス（PB）黒字化、その後の債務残高対GDP比の安定的な引き下げという財政健全化目標を堅持するとともに、計画で示された一般歳出の水準等の目安に沿って編成された平成28年度予算は目標達成に向けた第一歩で、計画はスタートしたばかりであることから、手綱を緩めるような状況には全くないと明言。今後とも、目安および改革工程表に沿って、経済財政再生計画を着実に実施していくことが不可欠としている。

### 建議

#### 1. 社会保障

平成28年度予算における社会保障関係費の総額は32兆円と、既に一般歳出の55・3%を占めている中で2020年代初頭には「団塊の世代」が後期高齢者（75歳以上）となり始める。後期高齢者は、前期高齢者（65歳～74歳）と比べて、1人当たりの医療費・介護費が高く、1人当たりの国庫負担で見ると、医療費が約4倍、介護費が約9倍と大きく増加する。こうしたことから、今後も高齢化の進行に伴い、医療・介護分野を中心として、社会保障関係費が増加していくことが見込まれている。

また、高齢化のみならず、いわゆる「医療の高度化」も、社会保障関係費の伸びの要因となる。「医療の高度化」については、その恩恵を患者が享受できるようにしていくことが求められる。

このように、社会保障関係費については、様々な伸びの要因がある中で、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、受益と負担のバランスがとれた持続可能な社会保障制度を構築していくため、今後とも、社会保障の効率化や制度改革に不断に取り組んでいかなければならない。この点については、「特に若い世代が社会保障に対して不安感を抱いていることが、個人消費の伸び悩みの要因の一つとなっている」と考えられる」と指摘もあつた。こうした不安感を取り除いていくために

も、国民に社会保障制度の将来の姿を示しながら、改革に取り組む必要がある。

こうした中で、経済・財政再生計画において、社会保障関係費の伸びについて、「平成30年度までの目安」や「平成32年度におさめることを目指す水準」が決定されるとともに、同計画に盛り込まれた社会保障分野において、44の改革検討項目について、昨年末に、審議会での建議の内容を踏まえた形で改革工程表が取りまとめられた。

これらの進展は改革の前進として評価できるが、改革検討項目の具体化については今後検討に着手するものも多く、改革工程表が真に実効的なものとなるかどうかは、これからの関係者の取組に懸かっている。

経済・財政再生計画の初年度である平成28年度予算における社会保障関係費の伸びは、診療報酬の適正化等により、対前年度44・2億円の増と目安に沿ったものとなったが、今後、計画に示された3年間・5年間の目安を確実に達成しつつ、持続可能な制度を次世代に引き継ぐ責任を果

たしていくためには、改革工程表に沿った社会保障制度改革の着実な実行が不可欠である。改革の実効性を高めるため、今後進められる改革の具体的な内容についての検討に当たっては、これまでの当審議会の建議で示した改革の方向性や内容を十分に踏まえたものとすることを強く求めたい。

今回の建議においては、こうした観点から、改革工程表の具体化に向けた今後の対応について、7つの主要分野（①医療・介護提供体制の改革、②インセンティブ改革、③公的サービスの産業化、④負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、⑤薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、⑥年金、⑦生活保護）について述べてきた改革の方向性・内容の基本的考え方や主なポイントを改めて指摘する。

#### ▼医療・介護提供体制の改革

改革に係る制度的枠組みがある程度構築されている分野であり、より効果的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築していく観点から、改革工程表に掲げられたKPIを踏まえ、実効性を確保するための取組を進めていくべき分野である。

具体的には、改革の早期実現を図る観点から、地域医療構想や医療費適正化計画の早期策定を引

き続き促していく必要がある。その際、医療費適正化計画については、入院について、地域医療構想との整合性を確保するとともに、外来について、データ分析に基づく重複投薬の是正等に向けた取り組みを推進する必要がある。加えて、都道府県による病床再編や地域差是正に向けた努力を支援するための取組について、改革工程表に沿って、着実に実施していくべきである。

また、改革の実効性を確保の観点から、平成29年度末に廃止が予定されている介護療養病床から効

率的なサービス提供体制への転換について、療養病床の地域差の是正と併せ、患者・利用者の状態に即した効率的な医療・介護サービスを提供できるものとする必要がある。加えて、都道府県による病床再編や地域差是正に向けた努力を支援するための取組について、改革工程表に沿って、着実に実施していくべきである。

## 政府の規制改革会議が答申

### 診療報酬審査の効率化と在宅看取りなど見直しを

#### 在宅看取りなど見直しを

政府の「規制改革会議」（議長＝岡素之・住友商事相談役）が5月19日、「規制改革に関する第4次答申（終わりなき挑戦）」を安倍首相に提出した。

健康・医療分野では、我が国は質の高い医療サービスを低コストで受けられる国民皆保険制度を確立し、世界に冠たる長寿社会を実現してきたが、平均寿命の延伸により高齢者が増え続けている一方で、依然として少子化に歯止めがかかっておらず、平成27年10月1日現在で総人口に占める65歳以上の高齢者の割合は26・7%に達していることを指摘。

高齢化の進展によって医療・介護等の社会保障に係る費用は毎年増加の一途をたどる中、国民一

人一人が将来にわたって健康寿命を延ばし、豊かな暮らしを維持していくことが求められており、従来からの発想にとらわれないこと、医療・介護制度を不断に見直ししていく必要があることを強調している。

特に、国民が自ら病気を予防し健康管理を行うための健康増進の取り組みを推進するとともに、医療分野等におけるICTの活用を積極的に進めることにより、医療・介護分野の経営資源を有効に活用し、国民のニーズに合った効率的かつ

確保の観点からの入院時の光熱水費相当額原則患者負担化、かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担の導入等）について、改革工程表に沿って検討を進め、平成28年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講じる必要がある。

▼薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革

平成28年度診療報酬改定においては、国民負担に軽減の観点からの後発薬

製品の価格の引下げや、大型前薬局に対する調剤基本料の引下げが図られるなど、一定の進展がみられたが、調剤報酬をはじめとして当審議会が主張してきた改革はなお途上であり、更なる取組が必要である。同改定の内容やその効果を検証した上で、今後の医療費の動向等を踏まえながら、診療報酬・薬価等の更なる適正化に向けて、次期改定においても引き続き改革を進めていくべきである。

この他、制度改革事項（医療・介護を通じた居住に係る負担の公平性の改革）

特定保健用食品における審査手続の見直しについて検証している。

具体的な規制改革項目では、①診療報酬の審査の効率化と統一性の確保、②在宅での看取りにおける規制の見直し、③薬局における薬剤師不在時の一般用医薬品の取扱いの見直しなどを上げた。

「診療報酬の審査の効率化と統一性の確保」で指摘したのは以下のとおり。

ア 診療報酬の審査の在り方に関する検討組織の設置と具体的検討【検討組織の設置は措置済み、平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得る】

この原因の一つとして、支払基金のICTに

関する知見不足や経営のガバナンス不全などが指摘されており、公的医療保険の費用の適切かつ円滑な審査・支払を担う機関としての資質不足が懸念されている。

この審査・支払に関する業務は、健康保険組合や協会けんぽなどの保険者から委託されているものであるが、現在、競争原理が働いておらず、実質的な業務独占状態に近い。このため、支払基金自身の自助努力による効率化には限界があるとの指摘もあり、過去数度にわたる自己改革の機会が与えられてきたにもかかわらず、抜本的な構造改善には至っていないと評価されている。

したがって、現在の支払基金を前提とした組織体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直し、平成28年夏を目処に方針を整理し、平成28年内に結論を得る。

は、審査における判断基準の明確化や統一性の確保が必要との指摘がある。また、審査業務の効率性を継続的に高めていくためには、審査の透明性の向上や医療機関及び保険者の理解促進を図る必要性も指摘されている。

したがって、社会保障及び国民健康保険の診療報酬の審査において、ICTの最大限の活用により人手を要する事務手続を極小化し、業務の最大限の効率化、高精度化、透明性の向上、並びに医療機関及び保険者の理解促進を図るため、以下について具体的に検討し、結論を得る。

a 医師の関与の下で、全国統一的かつ明確な判断基準を策定すること

b 上記判断基準に基づく精度の高いコンピュータチェックの実施を可能とすること（医学的判断を要する審査対象を明確化すること）

c コンピューターチェックに適したレセプト形式の見直しを行うこと

d レセプトの請求段階における記載漏れ・誤記などの防止措置を構築すること

e 審査結果の通知及び審査基準の情報開示をICTの活用により効率的に行うこと

f 医師による審査における医学的判断を集約し、継続的にコンピュータチェックに反映する仕組みを構築すること

※g, h, i 略

# 中医協、費用対効果の検証へ オプジーボなど 高額な医薬品対象に

## — 中医協・費用対効果評価分科会 —

中医協の「費用対効果評価専門部会」が4月27日に開催され、費用対効果評価の試行検証をするにあたって対象となる品目を検討した。費用対効果評価の選定基準に当てはまらなかったのは医薬品が7品目(左表参照)と医療機器が5品目。

具体的には、医薬品ではC型慢性肝炎のソバルディ、ハーボニー、悪性黒色腫・非小細胞肺癌のオプジーボなどで、いずれも薬価が高く、今後予想される売り上げも巨額になることが指摘されている。これらは昨年度に、すでに保険収載されており、新薬の保険収載を待っていた患者にとっては朗報だった。

その後、5月4日の財務省の財政制度審議会では、オプジーボの使用を想定する肺がん患者すべてにこの薬を使うと1兆7500億円となり、このままでは保険財政が破綻するという試算が提示された。そのため、同審議会が5月18日に麻生財務相に提出した建議では、医療の高度化に伴う社会保障費の伸びを抑えるため、費用対効果を保険財政に取り組みこと

を提案している。基本的に、新薬については、薬価算定組織で保険収載の適否が検討され、類似の薬と比較、類似する薬がなければ原価計算方式、また、諸外国との比較も含めて薬価を定め、最終的に中医協の「総会」で承認を得て保険収載される。5月18日の「総会」でも、薬価算定組織から提案された新薬品が27品目あったが、いずれも異議なく承認された。

認められ、一週間後の5月25日に薬価収載されている。事実上、薬価算定組織で決めた値段で、そのまま保険収載される仕組みになっている。

薬価の改定は2年に1度で、改定前年に中医協が薬価調査を実施し、実勢価格との乖離率から年度別の引き下げ幅を決めている。その他、保険収載時の試算より大幅に売場拡大再算定の対象にな

【医薬品】類似薬効比較方式：5品目

| 販売名<br>(製造販売業者名)        | 主な<br>適応症  | 補正加算<br>の加算率 | ピーク時<br>予測売上高 | 選定理由                                                      |
|-------------------------|------------|--------------|---------------|-----------------------------------------------------------|
| ソバルディ<br>(ギリアド・サイエンシズ)  | C型<br>慢性肝炎 | 100%         | 987億円         | 補正加算の加算率が最も高い<br>10%以上の補正加算が認められたもの<br>の中で、ピーク時予測売上高が最も高い |
| ハーボニー<br>(ギリアド・サイエンシズ)  |            | 0%           | 1190億円        | 類似品                                                       |
| ヴィキラックス<br>(アッヴィ)       |            | 0%           | 608億円         | 類似品                                                       |
| ダクルインザ<br>(ブリストル・マイヤーズ) |            | 40%          | 222億円         | 類似品                                                       |
| スンベブラ<br>(ブリストル・マイヤーズ)  |            | 0%           | 159億円         | 類似品                                                       |

【医薬品】原価計算方式：2品目

| 販売名<br>(製造販売業者名)  | 主な<br>適応症        | 補正加算<br>の加算率 | ピーク時<br>予測売上高 | 選定理由                                   |
|-------------------|------------------|--------------|---------------|----------------------------------------|
| オプジーボ<br>(小野薬品工業) | 悪性黒色腫            | 60%          | 31億円          | 営業利益率の加算率が最も高い                         |
| カドサイラ<br>(中外製薬)   | HER2陽性<br>の再発乳癌等 | 10%          | 170億円         | 10%以上の加算が認められたものの中で、<br>ピーク時予測売上高が最も高い |

なっている。再算定に係る品目を指定し、当該企業においてデータ提出の準備を開始。再分析グループにおいて再分析に係る準備を開始。

▽夏頃  
費用対効果評価専門組織において、分析方法等の事前確認

▽平成28年度内  
該当企業によるデータ提出の締め切り。再分析グループによる再分析を開始

▽平成29年度以降  
費用対効果評価専門組織において、総合的評価を実施。薬価算定組織及び保険医療材料専門組織において、評価結果に基づき再算定を実施し、価格算定案を作成し費用対効果評価再算定の実施

## 全国公私病院連盟 役員会だより

期日 5月20日(金)  
会場 剛堂会館

【主な報告事項】  
①日病協一代表者会  
議(4月22日)  
中嶋昭副会長から報告があった。  
②日病協「診療報酬  
実務者会議」(5月18日)  
原澤常務理事から、  
診療報酬改定後の各病  
院の状況および本年度  
から試行的に実施され  
る費用対効果評価の検  
証対象となった高額な  
医薬品への対応が話題  
になっていた旨の報告  
があった。

③「北米高齢者医療・  
福祉研修団」の派遣  
事務局から同視察団  
募集の依頼があった。  
④ハワイおよびオー  
ストリア医療視察研  
修団の派遣  
事務局から、ハワイ  
医療視察研修団には26  
名、オーストリア医  
療視察研修団には22名  
の応募があった旨の報  
告があった。

⑤「医療従事者の需給  
に関する検討会・医師  
需給分科会」(5月19日)  
同分科会が中間取り  
まとめを公表し、医師  
の偏在対策について  
は、一定の地域や診療  
科に従事する管理者要  
件を検討することにな  
ったことが報告された。  
なお、遊見副会長が  
熊本県の被災地を視察  
した際の報告があった  
後、村岡参与(熊本赤

十字病院・副院長兼事務部長)より、当日から現在に至るまでの状況について報告があった。

②平成29年度税制改正要望(たき台)  
事務局より資料の説明があり、意見を募ることになった。

その他、③病院診療報酬対策、④医療保険制度対策、⑤医療提供体制対策、⑥介護保険制度対策について、事務局から資料の説明があり議論した。

【主な協議事項】  
①平成28年度定時総会(6月17日)議案審議事項について  
事務局から、平成27年度事業報告書案、平成28年度事業計画および予算(補正)、決議案について説明がありました。

また、5月11日に神戸にて  
①病院賠償責任保険等・平成28年度取扱い件数について  
以上

## 全国公私病院連盟

# 『医療事故調査費用保険』

### 医療事故調査制度の施行にともない、 新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。

本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

<お問合わせ先>

株式会社 公私病連共済会

TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

SJNK15-10432



## 平成28年度



## 米国・カナダ高齢者医療・福祉研修団の募集

全国公私病院連盟では、米国(ボストン)とカナダ(トロント・バンクーバー)へ高齢者医療・福祉研修団を派遣します。どうぞご参加ください。パンフレットをご希望の方は、全国公私病院連盟の事務局へお問い合わせください。

全国公私病院連盟 事務局

TEL 03-3402-3891 Fax 03-3402-4389

|   |          |                                   |
|---|----------|-----------------------------------|
| 1 | 9月20日(火) | 【羽田】17:40発→トロント着→トロント発→ボストン22:29着 |
| 2 | 9月21日(水) | ボストン(終日) 午前：病院視察 午後：高齢者施設視察       |
| 3 | 9月22日(木) | ボストン市内視察 16:25発 → トロント18:17着      |
| 4 | 9月23日(金) | トロント(終日) 午前：病院視察 午後：高齢者施設視察       |
| 5 | 9月24日(土) | トロント(終日) ナイアガラ、ナイアガラ・オンザ・レイク視察    |
| 6 | 9月25日(日) | トロント11:10発→バンクーバー13:40着 市内視察      |
| 7 | 9月26日(月) | バンクーバー13:40発                      |
| 8 | 9月27日(火) | 【成田】15:25着                        |

# 平成28年度 第57回定時総会開く

## 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集  
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

### 新会長に今泉暢登志氏が就任 高橋正彦氏は名誉会長に

全国公私病院連盟の「平成28年度(第57回)定時総会」が6月17日に東京・千代田区の主婦会館プラザエフで開催され、新会長に今泉暢登志氏(福岡赤十字病院名誉院長)が就任した。なお、総会では、病院の消費税増徴問題の解決など11項目の決議を満場一致で採択している。

総会は、奥澤星二郎副会長が開会宣言を行った後、高橋正彦会長が開会挨拶を行った。来賓には、日本病院会の堺常雄会長をお迎えし、祝辞をいただいた後、議長団の選出が行われ、全国自治体病

院協議会から推薦された仙賀裕先生(茅ヶ崎市立病院院長)と日本私立病院協会から推薦された下田重人先生(医療法人社団緑真会世田谷下田総合病院院長)が就任した。まず第1号議案の「平成27年度事業報告書(案)」

程され、異議なく了承された。次いで、第2号議案「平成27年度収支計算書(案)貸借対照表(案)、財産目録(案)」が中嶋昭副会長から上程され、小島靖監事より監査報告があり、

続いて上程された「平成27年度当期未処分残余金処分計算書(案)」と一括して異議なく了承された。その後、「平成28年度事業計画書」および「平成28年度収支計算書」について難波義夫副会長から報告があった。

次いで、第3号議案「役員の変更(案)」について、邊見公雄副会長から提案理由の説明があり、新理事に全国公立病院連盟から推薦された内藤広郎氏(みやぎ県南中核病院院長)と石川浩三氏(大津赤十字病院院長)が就任した。

#### 総会記念講演

### 神野直彦先生

(東京大学名誉教授)



総会に先立ち、神野直彦先生(東京大学名誉教授)をお迎えし、「社会保障を財政学から考える」をテーマに記念講演が行われた。

長、全国済生会病院院長より推薦された園田孝志氏(済生会唐津病院院長)の4名の就任が提案され、異議なく了承された。ここで、新しい理事を交えて「臨時理事会」が開催されたが、「臨時理事会」の結果については、邊見公雄副会長から報告があり、新会長に今泉暢登志氏を選任したことが報告された。今泉新会長は会長就任にあたり所信を述べている(左記)。

引き続き、高橋正彦氏(会長)を名誉会長、若杉健三氏(副会長)と岡留健一郎氏(副会長)を顧問に推戴することが三副会長が閉会挨拶を行った。一年間投与すると、一人3500万円かかると言われていて、効果がある人は約2割であり、投与前に効果のある人の見極めは不可能なこと。▼もともと年間約500人の悪性黒色腫の適応として、認可されたものであり、開発費の高い薬が患者の少ない疾患に適応となると、薬価は高くても当然ですが、問題は症例の多い疾患に適応が追加されても、次の保険改定の時期まで、薬価が変わらないことです。現在「胃がん」「前立腺がん」「大腸がん」「腎細胞がん」等にも治療が行われており、さらに適応疾患が増える可能性があります。年5万人に投与されると年間1兆7500億円かかります。(平成26年度薬剤費7・2兆円のほぼ4分の1)▼今後は適応を増やす時点で薬価を考慮する必要があります。また「費用対効果」の「効果」とはなんぞでしょうか。「経済的効果」であれば、100歳の人への「経済的効果」と40歳の人への「経済的効果」ではおのずから異なるでしょう。人はどこまで延命を希望するのか。日本人の「死生観」も問われています。(M・K)



第57回定時総会のもよう

### 今泉会長の就任挨拶



ごことになりました。思い振り返ってみると、私が、初めて全国公私病院連盟の理事になったのが、平成15年のことでした。

このたび、全国公私病院連盟の会長という私には、少々荷が重い人事を拝命いたしました。今泉と申します。

現在、日本病院会の副会長としておりました。当時の会長は、竹内正也先生でした。竹内先生は、中国との医学交流に大変な情熱を注いでおられましたので、私も訪中に同行させて

いただきました。現地で大歓迎を受けたことを、つい先日のこのように思い出します。

竹内先生の後を引き継がれた、篠原寛休先生は、会長に就任後、わずか半年で、理事会の途中で倒れられ、そのままお亡くなりになってしまいました。

思えば、私も、いろいろな場面で、お世話になっておりました。高橋先生とは、病院会の副会長という立場で、数年一緒に仕事をさせていただきました。

私には、元々は、福岡赤十字病院におりましたが、定年で退職し、その後、ご縁があり、現在は、同じ福岡県内にある医療法人の病院の院長としておられます。

そのお陰といたします。全国公私病院連盟は、昭和39年に、病院の大同団結を御旗に掲げ、創設されました。それ以来、半世紀が過ぎ、我々の医療界、病院界をとりまく環境は、これまで以上に経験したことのない、大きな変革期を向かえています。

それゆえに、公的・私的、地方と都市、大病院と中小病院、様々な立場の方々との情報交換ができる、この全国公私病院連盟の集まりは、大変有意義だと思っております。

国民医療を守るためには、今後とも病院団体の団結が不可欠です。体調に気をつけながら、福岡と東京を往復いたします(現在に至る)

全国公私病院連盟では、6月17日に開催された「平成28年度(57回)定時総会」において「決議」を採択し、関係各位にその実現方について要望することになった。決議の全文を以下に掲載する。

### 決議

一般社団法人全国公私病院連盟は昭和39年7月に結成以来、全国の医療提供体制の整備と病院の経営基盤安定のため半世紀にわたり活動を続けてきた。

そして今、急速な少子高齢社会の進展と社会環境の構造変化、医療技術の進歩に伴って、病院医療には、高度な専門性と安全・安心、質の向上がなお一層求められる時代となった。

よって我々は、国民が将来にわたって安心して医療制度を確立するために、次の事項の実現を期し、ここに決議する。

1. 熊本県熊本地方を震源とする地震に関すること

今回の熊本地方を震源とする地震に関しては、本連盟としても加盟団体に所属する会員病院に対して最大限の支援をすることとするが、国においても可及的迅速かつ長期的に、財政支援をはじめとするあらゆる支援を行い、被災地および近接地域の復興に努めること。

2. 消費税に関すること

社会保険診療報酬は非課税であることから、控除対象外消費税については病院の負担となっている。この部分については平成元年の消費税導入から平成26年4月の8%引き上げに至るまで、診療報酬に上乗せして補填する方法がとられてきた。

しかし、この方法は患者にとつて実質課税であり、またその補填率は不十分であるばかりか病院の規模や機能によってバラツキが大きく、適格性、透明性など税の原則に反している。

よって政府は、本来最終消費者である患者に代わって、病院が負担している無理や矛盾を認識し、その責任において病院の消費税負担を早急かつ根本的に解決すること。

3. 診療報酬に関すること

診療報酬は公定価格として医療技術および病院運営コストなどを適切に反映したものであるべきであり、その改定については中医師等において2年以上にわたって検討されている。

しかしながら、その改定率の決定は年末の慌ただしい予算編成過程でなされ、中医協等での検討

4. 医学部の新設に関すること

現状不足とされている医学部定員は今後の人口減に伴い調整が必要となるなど、柔軟な対応が求められる。

また、新たな医学部の設置は大勢の教育スタッフや医療スタッフを必要とし、その地域の医療を混乱させ崩壊を招きかねない。

よって、医学部定員の増減は既存の医学部においてなされるべきであり、新たな医学部の設置は行うべきではない。とあつてはならない。

(2) 地域包括ケアシステム構築のためには、機能に応じた病院間の連携、病院と診療所の連携、医療と介護の連携が不可欠であり、また、こ

5. 医師不足に関すること

近年の医師不足の最大の要因は医師の診療科偏在や地域偏在である。診療科選択や開業の自由制度を見直し、一定の義務化を課すなどの検討が必要である。

6. 新専門医制度に関すること

新専門医制度については、未だ不備な点が多く、地域医療の崩壊につながる懸念があることから、その開始を平成29年度に拘泥せず、種々の懸念を払拭する制度設計ができるまで延期すべきである。

7. 医療提供体制に関すること

(1) 地域医療構想策定のための医療需要と各医療機能(①高度急性期、②急性期、③回復期、④慢性期)の必要量の推計にあたっては、地域における実情を十分に勘案すること。

特に、地域医療構想策定後に、画一的な診療報酬点数で誘導することがあつてはならない。

(2) 地域包括ケアシステム構築のためには、機能に応じた病院間の連携、病院と診療所の連携、医療と介護の連携が不可欠であり、また、こ

8. 患者申出療養に関すること

患者は墓をも抱く思いでこの患者申出療養を求める可能性があり、様々な

9. 介護保険制度に関すること

(1) 医療・介護機能の再編により病床数が削減され、また、平成27年度にわたって就業するに相応しい職業となるよう、

10. 医療のIT化に関すること

(1) 医療の安全管理と質の確保のためにIT化は必須のものとなつてい

11. 医療基本法に関すること

平成28年6月17日  
一般社団法人  
全国公私病院連盟  
第57回定時総会

12. 医療基本法に関すること

従来、わが国の医師法をはじめ医療関連法は、患者の権利と医療従事者の義務のみによってなされてきた。

よって、医療基本法を制定し、患者の義務と医療従事者の権利についても併せて議論し法制化すること。

以上決議する。  
平成28年6月17日  
一般社団法人  
全国公私病院連盟  
第57回定時総会

これらの連携には地域の事情によって様々な特徴があり、医療費削減を目的とした画一的な在宅への誘導があつてはならない。

したがって、医療資源や人的資源の豊富な一部地域でしか実行できない方策を押しつけることなく、地域ごとに実現可能なシステムを構築すること。

これらの連携には地域の事情によって様々な特徴があり、医療費削減を目的とした画一的な在宅への誘導があつてはならない。

したがって、医療資源や人的資源の豊富な一部地域でしか実行できない方策を押しつけることなく、地域ごとに実現可能なシステムを構築すること。

これらの連携には地域の事情によって様々な特徴があり、医療費削減を目的とした画一的な在宅への誘導があつてはならない。

したがって、医療資源や人的資源の豊富な一部地域でしか実行できない方策を押しつけることなく、地域ごとに実現可能なシステムを構築すること。

これらの連携には地域の事情によって様々な特徴があり、医療費削減を目的とした画一的な在宅への誘導があつてはならない。

したがって、医療資源や人的資源の豊富な一部地域でしか実行できない方策を押しつけることなく、地域ごとに実現可能なシステムを構築すること。

これらの連携には地域の事情によって様々な特徴があり、医療費削減を目的とした画一的な在宅への誘導があつてはならない。

したがって、医療資源や人的資源の豊富な一部地域でしか実行できない方策を押しつけることなく、地域ごとに実現可能なシステムを構築すること。

これらの連携には地域の事情によって様々な特徴があり、医療費削減を目的とした画一的な在宅への誘導があつてはならない。

したがって、医療資源や人的資源の豊富な一部地域でしか実行できない方策を押しつけることなく、地域ごとに実現可能なシステムを構築すること。

### 一般社団法人全国公私病院連盟 役員名簿 (平成28年6月17日現在)

|      |        |                                   |
|------|--------|-----------------------------------|
| 会長   | 今泉 暢登志 | 福岡赤十字病院 名誉院長                      |
| 副会長  | 邊見 公雄  | 赤穂市民病院 名誉院長                       |
| 副会長  | 中島 豊爾  | 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 理事長         |
| 副会長  | 瀬戸 嗣郎  | 静岡県立こども病院 院長                      |
| 副会長  | 奥澤 星二郎 | 佐野厚生農業協同組合連合会 佐野厚生総合病院 院長         |
| 副会長  | 加藤 誠志  | 成田赤十字病院 院長                        |
| 副会長  | 園田 孝志  | 済生会唐津病院 院長                        |
| 副会長  | 難波 義夫  | 特定医療法人社団同仁会 金光病院 理事長・院長           |
| 副会長  | 中嶋 昭   | 公益財団法人日産厚生会 玉川病院 院長               |
| 常務理事 | 小野 成樹  | 赤穂市民病院 院長                         |
| 常務理事 | 石原 淳   | 横浜市立市民病院 院長                       |
| 常務理事 | 加藤 幸男  | 愛知県厚生農業協同組合連合会 江南厚生病院 名誉院長        |
| 常務理事 | 宮田 完志  | 名古屋第一赤十字病院 院長                     |
| 常務理事 | 原澤 茂   | 埼玉県済生会川口総合病院 院長                   |
| 常務理事 | 佐能 量雄  | 社会医療法人 光生病院 理事長・院長                |
| 常務理事 | 中村 哲也  | 医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院 理事長            |
| 理事   | 森本 泰介  | 京都市立病院 院長                         |
| 理事   | 内藤 広郎  | みやぎ県南中核病院 院長                      |
| 理事   | 木村 薫   | 長野県厚生農業協同組合連合会 篠ノ井総合病院 名誉院長       |
| 理事   | 石川 浩三  | 大津赤十字病院 院長                        |
| 理事   | 川嶋 成乃亮 | 大阪府済生会中津病院 院長                     |
| 理事   | 忠田 正樹  | 岡山赤十字病院 院長                        |
| 理事   | 遠山 正博  | 公益財団法人日産厚生会 佐倉厚生園病院 院長            |
| 理事   | 原寛     | 社会医療法人 原土井病院 理事長                  |
| 理事   | 酒井 雅司  | 社会福祉法人緑風会 緑風荘病院 理事長               |
| 監事   | 神原 啓文  | 地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立総合病院 名誉院長   |
| 監事   | 桃野 哲   | 仙台赤十字病院 院長                        |
| 監事   | 小島 靖   | 医療法人財団宏寿会 介護老人保健施設グリーンポート恵比寿 元施設長 |

### 一般社団法人全国公私病院連盟 名誉会長・顧問・特別参与名簿(平成28年6月17日現在)

|      |        |                                  |
|------|--------|----------------------------------|
| 名誉会長 | 竹内 正也  | 日本カトリック医療施設協会 顧問                 |
| 名誉会長 | 高橋 正彦  | 茨城県厚生農業協同組合連合会 茨城西南医療センター病院 名誉院長 |
| 顧問   | 堺 常雄   | 一般社団法人 日本病院会 会長                  |
| 顧問   | 山本 修三  | 一般社団法人 日本病院会 名誉会長                |
| 顧問   | 星 和夫   | 社会福祉法人慈生会 ベトレヘムの園病院 顧問           |
| 顧問   | 土井 章弘  | 一般財団法人操風会 岡山旭東病院 院長              |
| 顧問   | 大濱 紘三  | 元 広島県病院事業管理者                     |
| 顧問   | 村上 信乃  | 総合病院国保旭中央病院 名誉院長                 |
| 顧問   | 行天 良雄  | 医事評論家                            |
| 顧問   | 若杉 健三  | 大分赤十字病院 名誉院長                     |
| 顧問   | 岡留 健一郎 | 福岡県済生会福岡総合病院 院長                  |
| 特別参与 | 阿曾 佳郎  | 藤枝市立総合病院 名誉院長                    |
| 特別参与 | 渡邊 古志郎 | 横浜市立市民病院 名誉院長                    |

### 新任役員紹介



石川理事



内藤理事



園田副会長

平成27年(2015)

社会医療診療行為別統計の結果

厚生労働省は6月15日、平成27年「社会医療診療行為別統計」の結果を取りまとめ公表した。「社会医療診療行為別統計」は、医療の給付の受給者に係る診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的に毎年作成されている。社会保険診療報酬支払基金支部、国民健康保険団体連合会に提出され、平成27年6月審査分として審査決定されたレセプトのうち、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)に蓄積されている全数を集計の対象としている。今回公表された結果は、医師8174万1701件、歯科1654万2570件、保険薬局5010万2782件のレセプトについて集計したもので、平成26年までは「社会医療診療行為別調査」という名称だったが、平成27年からは全数の集計対象をNDBに蓄積されたレセプトとし、これまで行ってきたレセプトを収集する統計調査を行わなくなったため名称を変更している。

I 診療行為・調剤行為の状況
【医科診療】
1. 診療行為の状況
(1) 医科の入院における1件当たり点数は5万237.8点で、前年に比べ429.8点、0.9%増加している。
1日当たり点数は311.1点で、前年に比べ7.3点、2.4%増加している。

1日当たり点数は827.4点、前年に比べ7.4点、0.9%増加している。診療行為別にみると、「入院料等」13.6点、1.7%増加している。診療行為別にみると、「検査」148.0点(構成割合17.9%)が最も高く、次いで「投薬」143.4点(同17.3%)、「初・再診」130.8点(同15.8%)の順となっている。1件当たり日数は1.58日、前年に比べ0.05日減少している。

診療行為別の構成割合をみると、後期医療は、一般医療と比べ「入院料等」の割合が高く、「手術」「診断群分類による包括評価等」の割合は低くなっている。
1件当たり日数は、一般医療13.25日、後期医療18.45日となっている。
(2) 医科の入院外における1件当たり点数は、一般医療1180.9点、後期医療1685.1点となっている。
1日当たり点数は、一般医療794.4点、後期医療904.3点、年齢階級別にみると、「65〜74歳」941.1点、1.7%増加している。次いで「40〜64歳」898.2点となっている。「0〜14歳」537.4点が最も低くなっている。診療行為別の構成割合をみると、後期医療は、一般医療と比べ「在宅医療」の割合が高く、「初・再診」の割合は低くなっている。
1件当たり日数は、一般医療1.49日、後期医療1.86日となっている。

「療養病床を有する病院」と「一般病院」で診療行為別の構成割合を比べると「療養病床を有する病院」で「入院料等」「リハビリテーション」の割合が高くなっている。
1件当たり日数は、病院16.13日、診療所9.60日、病院を種類別にみると、「療養病床を有する病院」21.36日、「一般病院」12.02日となっている。
(2) 医科の入院外における1件当たり点数は、病院2095.4点、診療所1043.5点となっている。
1日当たり点数は、病院1362.9点、診療所652.9点、病院を種類別にみると、「特定機能病院」2218.8点、8点、最も高く、「精神科病院」895.8点、最も低くなっている。診療行為別の構成割合をみると、診療所は、病院と比べ「初・再診」「医学管理等」の割合が高く、「画像診断」「注射」の割合は低くなっている。
1件当たり日数は、病院1.54日、診療所1.60日となっている。

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・1件当たり日数

Table with columns for medical behavior, fiscal year (2015, 2014), and metrics: 1件当たり点数, 1日当たり点数, 1件当たり日数. Includes sub-categories like 総初診, 再診, etc.

注: 「総数」には「入院時食事療養等」を含まない。

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・1件当たり日数

Table with columns for medical behavior, fiscal year (2015, 2014), and metrics: 1件当たり点数, 1日当たり点数, 1件当たり日数. Includes sub-categories like 総初診, 再診, etc.

注: 「総数」には「入院料等(短期滞在手術等基本料1)」を含む。

【結果のポイント】

- 1. 医科入院の診療の状況
・1件当たり点数は50,237.8点(対前年0.9%増)
・1日当たり点数は3,190.6点(同0.2%増)
2. 医科入院外の診療の状況
・1件当たり点数は1,309.6点(対前年1.2%減)
・1日当たり点数は827.4点(同1.7%増)
3. 歯科の診療の状況
・1件当たり点数は1,228.0点(対前年2.0%減)
・1日当たり点数は667.1点(同2.1%増)
4. 薬局調剤の状況
・1件当たり点数は1,120.7点(対前年2.4%増)
・受付1回当たり点数は894.8点(同4.6%増)
5. 後発医薬品の使用状況(薬剤種類数に占める割合)
・総数では54.5%(対前年3.7ポイント上昇)
・入院では52.0%(同5.5ポイント上昇)
・院内処方(入院外・投薬)では50.4%(同3.4ポイント上昇)
・院外処方(薬局調剤)では55.9%(同3.6ポイント上昇)

1. 診療行為別の構成割合をみると、後期医療は、一般医療と比べ「入院料等」の割合が高く、「手術」「診断群分類による包括評価等」の割合は低くなっている。
1件当たり日数は、一般医療13.25日、後期医療18.45日となっている。
(2) 医科の入院外における1件当たり点数は、一般医療1180.9点、後期医療1685.1点となっている。
1日当たり点数は、一般医療794.4点、後期医療904.3点、年齢階級別にみると、「65〜74歳」941.1点、1.7%増加している。次いで「40〜64歳」898.2点となっている。「0〜14歳」537.4点が最も低くなっている。診療行為別の構成割合をみると、後期医療は、一般医療と比べ「在宅医療」の割合が高く、「初・再診」の割合は低くなっている。
1件当たり日数は、一般医療1.49日、後期医療1.86日となっている。

「療養病床を有する病院」と「一般病院」で診療行為別の構成割合を比べると「療養病床を有する病院」で「入院料等」「リハビリテーション」の割合が高くなっている。
1件当たり日数は、病院16.13日、診療所9.60日、病院を種類別にみると、「療養病床を有する病院」21.36日、「一般病院」12.02日となっている。
(2) 医科の入院外における1件当たり点数は、病院2095.4点、診療所1043.5点となっている。
1日当たり点数は、病院1362.9点、診療所652.9点、病院を種類別にみると、「特定機能病院」2218.8点、8点、最も高く、「精神科病院」895.8点、最も低くなっている。診療行為別の構成割合をみると、診療所は、病院と比べ「初・再診」「医学管理等」の割合が高く、「画像診断」「注射」の割合は低くなっている。
1件当たり日数は、病院1.54日、診療所1.60日となっている。

【医科診療及び薬局調剤】
1. 薬剤料の比率
医科総点数に薬局調剤を合算した点数に対する薬剤料の割合は、入院は9.6%、前年に比べ0.3ポイント上昇、入院外は41.1%、前年に比べ0.6ポイント上昇している。そのうち「投薬」又は「注射」で使用された薬剤料の割合は、入院8.7%、入院外39.4%となっている。
2. 薬剤料の状況
明細書1件における使用薬剤の種類数について、院内処方、院外処方別に薬剤種類数別件数
3. 薬剤種類数の状況
明細書1件における使用薬剤の種類数について、院内処方、院外処方別に薬剤種類数別件数
4. 薬剤種類別にみた薬剤の使用状況(略)
5. 後発医薬品の使用状況(略)

# 高橋会長の総会挨拶



「平成28年度(第57回)定時総会」を開催するにあたり一言ご挨拶を申し上げます。

さて先日、安部首相は、消費税の10%への引き上げを先延ばしすることを決断いたしました。

10%に引き上げる際、さすがに病院が負担している消費税問題も必ずや解決されると思っております。今回の判断を評価するにはもう少し時間が必要でしょうし、参議院選挙の結果も気になります。

また先月、オバマ大統領が広島を訪問し哀悼の意を捧げたことは、私の人生の中でも、大変記憶に残る出来事でした。

8月には、ブラジルのリオでオリンピックが開かれます。光陰矢のごとしと申します。昭和39年の東京オリンピックの際、信濃町で行っていた実習を抜け出してマラソンの応援をしたことが昨日のことのように思われます。

私もアスリートに負けないくらい元気、と言いたいところですが、篠原先生の急逝を受けてこの会の会長を務めて参りましたが、そろそろ後任に引き継ぐ時が来たと思っております。

そちらの方は、あらためて皆様でご審議いただきたいと思っております。

最後になりますが、病院で働く若い人達と仕事をすることができ、そういう病院づくりのために、諸先生方には今後とも、まい進していただくことを願っております。開会の挨拶に替えさせていただきます。

## 疑義解釈(その4)

厚生労働省保険局医療課は6月14日付で平成28年度診療報酬改定における「疑義解釈(その4)」を発出しました。本号では、紙面の関係で「退院支援加算」に関する部分のみ掲載いたしますので、参考としてください。

Q 退院支援加算の施設基準における専従者は、非常勤でも良いのか。A 不可。ただし、平成28年3月31日に退院調整加算を算定していた保険医療機関で、平成28年4月1日以降退院支援加算2を算定している保険医療機関において、従前から非常勤の専従者を配置している場合にあっては、平成30年3月31日までは非常勤であっても差し支えない。

Q 退院支援加算1の施設基準に、過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料等、介護支援連携指導料の点数が当該入院料に含まれており、別途算定できない場合の取扱いがどうか。A 不可。退院支援加算1と退院支援加算2は、各保険医療機関において、いずれか片方を届け出るものである。

Q 退院支援加算1に於いて、原則として入院後3日以内に患者の状況

を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出することである。

Q 退院支援加算1に於いて、原則として入院後3日以内に患者の状況

を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出することである。

Q 退院支援加算1に於いて、原則として入院後3日以内に患者の状況

を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出することである。

Q 退院支援加算1に於いて、原則として入院後3日以内に患者の状況

を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出することである。

**全国公私病院連盟 役員会だより**

期日 6月17日(金) 会場 主婦会館プラザエフ

【主な報告事項】  
①日病協「代表者会」の提言(6月11日)について報告があった。  
②日病協「診療報酬」(6月17日) 議案審議事項  
③平成29年度税制改定(6月15日) 原簿常務理事より報告があった。  
④退院副会長からの報告  
⑤退院副会長からの報告

【主な協議事項】  
①平成28年度定時総会(6月17日) 議案審議事項  
②平成29年度税制改定(6月15日) 原簿常務理事より報告があった。  
③退院副会長からの報告  
④退院副会長からの報告

**平成28年度 米国・カナダ高齢者医療・福祉研修団の募集**

全国公私病院連盟では、米国(ボストン)とカナダ(トロント・バンクーバー)へ高齢者医療・福祉研修団を派遣します。どうぞご参加ください。パンフレットをご希望の方は、全国公私病院連盟の事務局へお問い合わせください。

全国公私病院連盟 事務局  
TEL 03-3402-3891 Fax 03-3402-4389

|   |          |                                   |
|---|----------|-----------------------------------|
| 1 | 9月20日(火) | 【羽田】17:40発→トロント着→トロント発→ボストン22:29着 |
| 2 | 9月21日(水) | ボストン(終日) 午前:病院視察 午後:高齢者施設視察       |
| 3 | 9月22日(木) | ボストン市内視察 午後16:25発 → トロント18:17着    |
| 4 | 9月23日(金) | トロント(終日) 午前:病院視察 午後:高齢者施設視察       |
| 5 | 9月24日(土) | トロント(終日) ナイアガラ、ナイアガラ・オンザ・レイク視察    |
| 6 | 9月25日(日) | トロント11:10発→バンクーバー13:40着 市内視察      |
| 7 | 9月26日(月) | バンクーバー13:40発                      |
| 8 | 9月27日(火) | 【成田】15:25着                        |

Q 退院支援加算1の施設基準に、過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数に係る要件があるが、回復期リハビリテーション病棟入院料等、介護支援連携指導料の点数が当該入院料に含まれており、別途算定できない場合の取扱いがどうか。A 不可。退院支援加算1と退院支援加算2は、各保険医療機関において、いずれか片方を届け出るものである。

Q 退院支援加算1に於いて、原則として入院後3日以内に患者の状況

を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出することである。

Q 退院支援加算1に於いて、原則として入院後3日以内に患者の状況

を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出することである。

Q 退院支援加算1に於いて、原則として入院後3日以内に患者の状況

を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出することである。

Q 退院支援加算1に於いて、原則として入院後3日以内に患者の状況

を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出することである。

**全国公私病院連盟 『医療事故調査費用保険』**

医療事故調査制度の施行にともない、新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。

本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

<お問合わせ先>  
株式会社 公私病連共済会  
TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940  
SJNK15-10432

# 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集  
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

# 新専門医制度1年延期へ

## 地方の医師不足は深刻 新体制では懸念の払拭を

一般社団法人日本専門医機構の社員総会が7月25日に開催され、新専門医制度の開始を1年間延期し、平成30年度(2018年)開始とすることが決まった。なお、日本専門医機構では、理事長に吉村博邦氏(北里大学名誉教授)、副理事長に松原謙二氏(日本医師会副会長)と山下英俊氏(山形大学医学部長)を選出し、新体制の下で再スタートした。

全国公私病院連盟では、新専門医制度の開始にあたって2月25日に声明(声明要旨)①専攻医の研修期間における身分保障の制度設計がない。②基幹病院は大病院や都市部の大病院に限られ、専攻医の都市集中は現状以上となり、医師の地域偏在を増幅させる。③指導医や症例数などの条件が整っていない。④地域医療が確保できず、地域医療が崩壊する(等)を出し、地域医療の崩壊につながる現行制度の開始を延期すべきと主張してきた。

6月7日には、日本医師会と四病院団体協議会が、日本専門医機構と本診療領域を担う学会に対して、①新たな専門医の仕組みを平成29年度から抽速に行うのではなく、地域医療を崩壊させることのないよう、一度立ち止まって、検討の場を設け、指導医を含む医師および研修医の偏在の深刻化が起らないかどうか集中的な精査を早急に行うこと。②日本専門

医機構については、地域医療を担う医療関係者や患者の意見が十分に反映されるよう、ガバナンスや運営について抜本的に見直すことと一等を要望したところ、塩崎厚生労働大臣は、同日に「日本専門医機構と各学会は大変なご努力をされてきたものと認識していますが、改めて地域医療を担う医療関係者や地方自治体など、幅広い方々からの要望や意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をされることを期待します」との談話を発表。その後6月17日の記者会見でも、日本医師会と四病院の要望書や大臣談話の趣旨を踏まえ、一度立ち止まって、新たな検討の場における精査を踏まえて判断するよう求めた。

その結果、7月25日に

開かれた日本専門医機構の社員総会で正式に1年間の延期が決定された。今後、新理事長に吉村氏を迎えた日本専門医機構では、専門医の質の確保と地域への配慮を同時に実現すべく、関係学会との調整を開始する。

### 時評

6月1日の国会終了後に安倍総理は、来年4月導入予定であった消費税率8%↓10%の引き上げを2年半再延長し、その際に軽減税率を導入することを表明した。世界的な需要低迷により更なる景気悪化のリスクがあり、消費税引き上げは内需を腰折れさせかねないことが理由であった。



### 園田孝志

連盟 副会長

## 躊躇せず社会保障の安定財源確保を目指すべき

015年10月に8%↓10%の引き上げが決定されていた。2012年12月発足の安倍内閣のもと8%への引き上げは予定通り実施されたが、2014年11月安

源確保が遅れたことは確かだ。12兆円以上が失われた。消費税に頼らず経済規模拡大によって税収を増やす考え方もあるが、高齢化の進行で確実に増加する

### 第28回「国民の健康会議」開催のお知らせ

全国公私病院連盟は毎年恒例の「国民の健康会議」(第28回)を10月5日(水)に東京都港区東新橋の「ヤクルトホール」で開催します。詳細はホームページまたは「公私病連ニュース」9月号でお知らせしますので、どうぞ期待ください。



日本医師会の会長室にて  
(左)横倉・日医会長、(右)今泉・連盟会長

## 連盟の今泉・新会長 横倉会長を表敬訪問

全国公私病院連盟の今泉・新会長は、7月14日(木)に日本医師会の横倉義武会長を表敬訪問した。

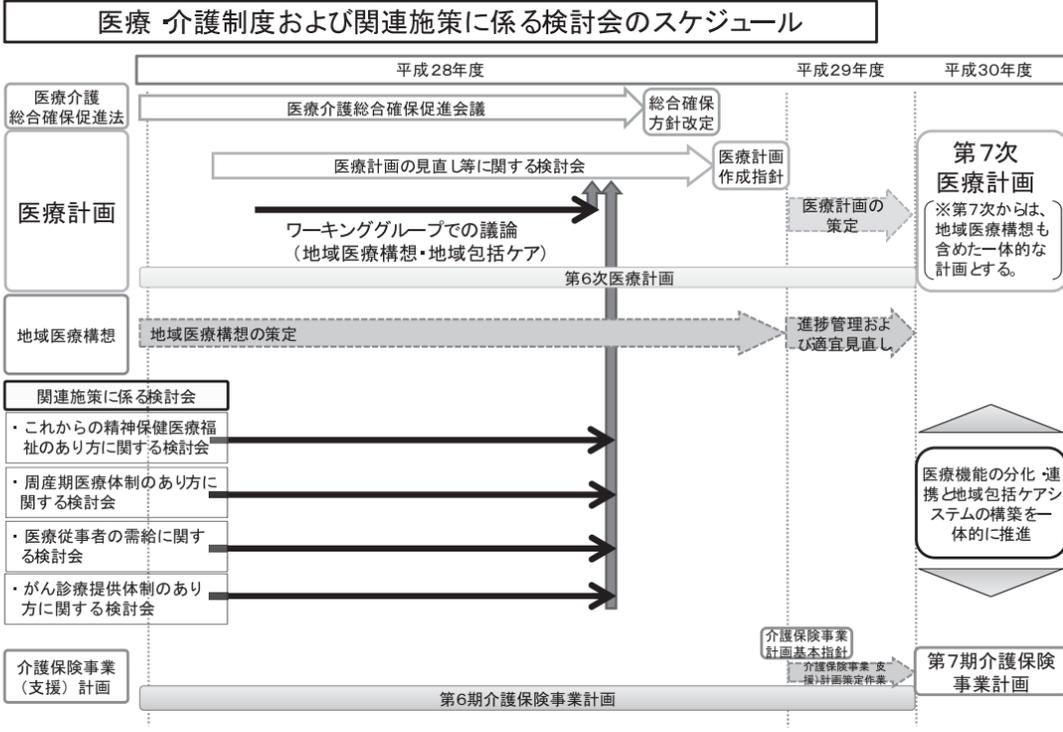
リオのオリンピックが始まる。首都を見下ろすコロンボのキリスト像は圧倒的存在感で、ブラジルの経済問題も大統領の弾劾問題も治安の危険もすべてを包み込んで見守る。巨大なモニメントが強烈な効果を演出している。欧米やラテン系におけるモニメントは周囲を席巻して印象深く、ギリシャ・ローマ時代からの磨き上げた芸術性と強烈なメッセーシ性の伝統が根付いている。込められた形而上の発信力は強い。対して、日本の記念碑や野外彫刻はどこか鮮明でない。プロンズの色が緑濃い日本の環境に溶け込んでしまいうようなコントラストの見栄えの点に加えて、強力な主張も発しない。むしろ周囲の環境に溶け込んでいく。騎馬の補正成は孤獨に皇居を見守っており、露座におわします鎌倉の大仏は静かに美男であられる。日本のモニメントは静的であり、主義、主張、攻撃性を抑え、その存在は協調的である。▼いま世界中でISのテロによる殺戮やアメリカの銃乱射事件など対立による悲劇が止まらない。対比的に5月に開催された伊勢・志摩サミットが全く何事もなく終了したことが奇跡ともいわれている。銅像にもまた各々の国民性の表出がある。彼我のモニメントの違いを思う。(A.N)

# 平成30年度へ向け

# 今秋に議論集中

平成30年度に予定される診療報酬改定は介護報酬との同時改定になる一方、「第7次医療計画」の関連施策に係る各検討会では、医療計画策定に向けた議論を本格化させている。第7次医療計画からは地域医療構想も含まれた一体的な計画となる。中心となるのは「地域包括ケアシステム」の具体化に向けた議論を進めるべく、関係者からのヒアリングが行われている。

「医療計画の見直し等に関する検討会」では、高年齢者の医療費負担を引き上げる議論が始まった。70歳以上が負担する月ごとの高額療養費の上限について年内に結論を得る。社会保険審議会の「療養病床の在り方等に関する特別部会」も今年中の結論を目指している。この特別部会では、がん診療拠点病院の要件見直しに着手している。



者からのヒアリングが行われている。「医療計画の見直し等に関する検討会」では、第6次医療計画の策定後の課題を踏まえた上で、第7次医療計画の策定についての議論が始まった。7月15日に開かれた会合では、基準病床の算定方法に関して議論した他、医療計画における医師確保に関する目標設定や、CTとMRIなどの医療機器の人口当たり配置状況について論点に挙げられている。

「医療従事者の需給に関する検討会」では、すでに中間取りまとめが報告されており、上位・中位・下位の3パターンで需給推計が示されたほか、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」では、がん診療拠点病院の要件見直しに着手している。

このほか、社会保険審議会の「介護保険部会」が7月20日に開催され、軽度者への支援のあり方について議論がなされている。具体的にはサービスの対象者を要介護3以上に重点化させることにより介護保険の持続可能性を図るとしている。

7月15日に開催された社会保険審議会の「医療保険部会」では、高齢者の医療費負担を引き上げる議論が始まった。70歳以上が負担する月ごとの高額療養費の上限について年内に結論を得る。社会保険審議会の「療養病床の在り方等に関する特別部会」も今年中の結論を目指している。

全国公私病院連盟は7月26日、厚生労働省に対して、「平成29年度税制改正要望」について要望書を提出した。

とりわけ病院の消費税問題は喫緊の課題であり、政府の責任に即して早急に解決することを要望している。

要望書の内容は以下のとおり。

- 消費税**
  - 1. 消費税率は、またその補填率に十分であるにもかかわらず、病院の規模や機能によってバラツキが大きい。適格性、透明性を高めること。
  - 2. 非課税であることが、控除対象外消費税に代わって、病院が負担すること。
  - 3. 相統税・贈与税の納税負担を軽減すること。
  - 4. 法人税
    - 1. 医療法人についても、取引相場のない株式等についての相統税・贈与税の納税猶予制度と同様の制度を創設すること。
    - 2. 医療法人の固定資産税を軽減すること。
    - 3. 公共性意味合いの深い病院建築物・医療機器、看護職員宿舎および介護老人保健施設など介護関連施設、福祉用具などの固定資産税を軽減すること。
    - 4. 病院建物(鉄骨鉄筋コンクリート造のもの)の法定耐用年数について、実態に即し、現行39年を31年に短縮すること。
  - 5. 減価償却資産の耐用年数等に関する省令
    - 1. 病院建物の耐用年数の短縮
    - 2. 減価償却資産の耐用年数等に関する省令
- 事業税**
  - 1. 事業税の非課税扱いを存続すること
  - 2. 地域医療を確保するには、医療機関の円滑な事業承継がさらに図られ、医薬水準の維持向上が期待できるものであることが望ましいことから、持分のある医療法人に対して、特定医療法人に対する軽減措置を講ずること。
  - 3. 高価医療用機器等の特別償却制度の適用
- 相統税・贈与税の納税負担を軽減すること**
- 医療法人の法人税率を軽減すること**
- 地域医療を確保するには、医療機関の円滑な事業承継がさらに図られ、医薬水準の維持向上が期待できるものであることが望ましいことから、持分のある医療法人に対して、特定医療法人に対する軽減措置を講ずること。**
- 高価医療用機器等の特別償却制度の適用**

## 平成29年度 税制改正要望について

この部分については、担している無理や矛盾を認識し、その責任において病院の消費税負担を早急かつ根本的に解決すること。

2. 事業税

3. 相統税・贈与税の納税負担を軽減すること

4. 法人税

5. 固定資産税

6. 相統税特別措置法

7. 減価償却資産の耐用年数等に関する省令

7月26日に開かれた「経済財政諮問会議」では、平成29年度予算概算要求は、前回の「療養病床の在り方等に関する検討会」が示した新たな選択肢(①医療機能を内包した施設類型II患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンを想定、②医療を外から提供する「住まい」と医療機関の併設型)について、年内に結論を出すことが求められている。

消費税率の10%への引き上げは先送りされたが、政府は平成30年度(2020年度)にプライマリーバランス黒字化達成の目標を掲げている。

7月27日に開催された「高額の薬剤への対応」について議論した。これまで薬価については、類似薬効比較方式を原則とし、比較薬が存在しない場合は原価計算方式により、薬価が決められていたが、最近、単価が著しく高く、市場規模の極めて大きな薬剤が見られるようになっており、さらには、効能・効果の追加や用法・用量の拡大により当初の想定を超え、大幅に市場が拡大している。

中医師協の「総会」が7月27日に開催され、「高額の薬剤への対応」について議論した。これまで薬価については、類似薬効比較方式を原則とし、比較薬が存在しない場合は原価計算方式により、薬価が決められていたが、最近、単価が著しく高く、市場規模の極めて大きな薬剤が見られるようになっており、さらには、効能・効果の追加や用法・用量の拡大により当初の想定を超え、大幅に市場が拡大している。

「最適な薬剤対応」について議論した。これまで薬価については、類似薬効比較方式を原則とし、比較薬が存在しない場合は原価計算方式により、薬価が決められていたが、最近、単価が著しく高く、市場規模の極めて大きな薬剤が見られるようになっており、さらには、効能・効果の追加や用法・用量の拡大により当初の想定を超え、大幅に市場が拡大している。

中医師協では、このように

「最適な薬剤対応」について議論した。これまで薬価については、類似薬効比較方式を原則とし、比較薬が存在しない場合は原価計算方式により、薬価が決められていたが、最近、単価が著しく高く、市場規模の極めて大きな薬剤が見られるようになっており、さらには、効能・効果の追加や用法・用量の拡大により当初の想定を超え、大幅に市場が拡大している。

中医師協では、このように

「最適な薬剤対応」について議論した。これまで薬価については、類似薬効比較方式を原則とし、比較薬が存在しない場合は原価計算方式により、薬価が決められていたが、最近、単価が著しく高く、市場規模の極めて大きな薬剤が見られるようになっており、さらには、効能・効果の追加や用法・用量の拡大により当初の想定を超え、大幅に市場が拡大している。

中医師協では、このように

「最適な薬剤対応」について議論した。これまで薬価については、類似薬効比較方式を原則とし、比較薬が存在しない場合は原価計算方式により、薬価が決められていたが、最近、単価が著しく高く、市場規模の極めて大きな薬剤が見られるようになっており、さらには、効能・効果の追加や用法・用量の拡大により当初の想定を超え、大幅に市場が拡大している。

中医師協では、このように



7月27日の中医師協・総会のもよう。傍聴希望者が多く2会場で開催された。

# ハワイ

## 医療視察研修団・視察記

全国公私病院連盟は、平成28年度「ハワイ医療視察研修団」26名を、6月5日から10日までの6日間にわたり派遣した。一行は、クアヒナメディカルセンターとトリプラー陸軍病院を視察して帰国した。以下に視察記を記載する。

### 団長 佐藤元昭



平成28年度「ハワイ医療視察研修団」の団長佐藤元昭氏。

「医療視察研修団」は平成28年6月5日(日)、北は岩手、南は大分から総勢26人の医療関係者が成田空港の会議室に集合、結団式を行い22時発の日本航空782便でハワイに向けて出発。約7時間の飛行

訪問。まず、訪れたのはクアヒナメディカルセンター。これは日系人が建てた病院で、ハワイ大学医学部の教育関連病院にもなっている。はじめに広報等を担当している看護師から病院の概要や日米の医療事情の違いなどのレクチャーがあり、その後2つのグループに分かれ院内見学。一般外来はなく、外来は救急のみ、あとは入院というシステム。救急患者のいわゆる「たらいまわし」については以前はあったが、今は法律で禁止されていて、救急は必ず診なければならぬという。他の医療機関へ行ってもらう場合もその病院が責任をもって紹介するというところから成田を後にした。

オーーストラリア到着は午前6時過ぎ、日本との時差は1時間しかないのに、寝不足以外の体内時計の狂いはなさそうだ。添乗員さんのおかげで入国もスムーズに行き、ホテルに入るまでの間はシドニー市内視察があった。オペラハウスやハーバーブリッジなどの名所を専用バスで巡ってもらい、気分は観光旅行！翌日、本題の医療視察となり、シドニー市内の2カ所の病院を見学させてもらった。まず1カ所目は、シドニーアドベニスホテル病院。ここは、ニューサウスウェールズ州で初めての私立病院で、病床520床、年間患者数23万7250人

しい。ちなみに救急車は有料である。そして、急患室から入院となるか、帰宅させるかは数時間以内に決定しているとのこと。急患室で1泊とか1日くらいは経過観察というふうなことはまれとのことであった。ここは250床の病院だが、常勤スタッフは約千人、その他に非常勤スタッフやかなり多くのボランティアがいて院内で多様な活動を行っているようであった。われわれの案内の補助をしてくれたい方もボランティアの女性二人であった。病院経営はビジネスといった感じもあるが、アメリカからしく色々ところから結構な寄付もあるとのことであった。次にトリプラー陸軍病院を訪問。この病院はアメリカ陸軍第三軍、海兵隊、沿岸警備隊の軍人、退役軍人、軍属及びその家族専用のアジア太平洋地域で最も大きな軍病院である。病院敷地内に入るためには軍服を着た兵士のチェックがある。院内は軍服を着た医療関係者がいて普通の病院とは雰囲気が違っている。案内した看護師も迷彩服に編み上げブーツといった格好であった。はじめに講堂で概要説明があり、2つのグループに分かれ見学。ICUでは身体拘束について同意書などについているか

聞いたところ、案内の看護師が少し緊張した。自由の国アメリカでは身体拘束はテリケートな問題で、そのような同意書はないとのこと。生命に危険があれば同意書など関係なく、必要な行動をとることにしているとのことであった。両病院とも男性の看護師が多いという印象だが、その理由の一つは看護師の給料がよく、社会的地位も高いため、もとは女性が多い職業であったが、ハワイでは男性が進出しているのだとのことであった。そして定年がない。70歳代の看護師もいたという。ただ、能力主義は徹底しているようで、年齢に関係なく仕事

最終日にはシーサイドのレストランで楽しい研修打ち上げパーティー。皆それぞれ有意義だったとの感想であった。今回の研修が円滑で快適にできたのは、添乗員さんの気配り、目配りのおかげであった。お礼を申し上げます。(岩手県立一戸病院 理事)

|                                       |                                    |                                         |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|
| 日時：平成28年10月28日(金) 午前9時45分～午後4時50分     |                                    |                                         |
| 会場：家の光会館 7階「コンベンションホール」 東京都新宿区市谷船原町11 |                                    |                                         |
| 9:00~9:45                             | 受付                                 | 講師                                      |
| 9:45~9:50                             | 開会挨拶                               |                                         |
| 9:50~11:30                            | ヒューマンファクターの基礎知識 ~ 医療安全のために ~       | 早稲田大学 理工学術院 教授 小松原 明 哲 先生               |
| 11:30~12:40                           | 休憩(昼食)                             |                                         |
| 12:40~14:20                           | クライシス・コミュニケーションの基本と実践              | 公益財団法人 日本広報協会 広報・危機管理コンサルタント 平 能 哲 也 先生 |
| 14:40~16:20                           | 法的視点からみた医療現場のクレーム 実情からクレーム対応を中心として | 棚瀬法律事務所 弁護士 棚 瀬 慎 治 先生                  |
| 16:20~16:50                           | 医療機関における情報漏えい対策 ~ ソーシャルメディアを中心に ~  | 損保ジャパン日本興亜 リスクマネジメント株式会社 医療リスクマネジメント事業部 |

お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟 〒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)3891 FAX 03(3402)4389

# オーーストラリア

## 医療視察研修団・視察記

全国公私病院連盟では、平成28年度「オーーストラリア医療視察研修団」22名を6月19日から24日までの6日間にわたってオーーストラリアに派遣した。一行は、シドニーアドベニスホテルとセントジョージ病院を視察して帰国した。以下に視察記を記載する。

### 団長 村田和也



平成28年度「オーーストラリア医療視察研修団」の団長村田和也氏。

「医療視察研修団」は平成28年6月19日(木)、北は岩手、南は大分から総勢22人の医療関係者が成田空港の会議室に集合、結団式を行い22時発の日本航空782便でハワイに向けて出発。約7時間の飛行

訪問。まず、訪れたのはクアヒナメディカルセンター。これは日系人が建てた病院で、ハワイ大学医学部の教育関連病院にもなっている。はじめに広報等を担当している看護師から病院の概要や日米の医療事情の違いなどのレクチャーがあり、その後2つのグループに分かれ院内見学。一般外来はなく、外来は救急のみ、あとは入院というシステム。救急患者のいわゆる「たらいまわし」については以前はあったが、今は法律で禁止されていて、救急は必ず診なければならぬという。他の医療機関へ行ってもらう場合もその病院が責任をもって紹介するというところから成田を後にした。

オーーストラリア到着は午前6時過ぎ、日本との時差は1時間しかないのに、寝不足以外の体内時計の狂いはなさそうだ。添乗員さんのおかげで入国もスムーズに行き、ホテルに入るまでの間はシドニー市内視察があった。オペラハウスやハーバーブリッジなどの名所を専用バスで巡ってもらい、気分は観光旅行！翌日、本題の医療視察となり、シドニー市内の2カ所の病院を見学させてもらった。まず1カ所目は、シドニーアドベニスホテル病院。ここは、ニューサウスウェールズ州で初めての私立病院で、病床520床、年間患者数23万7250人

聞いたところ、案内の看護師が少し緊張した。自由の国アメリカでは身体拘束はテリケートな問題で、そのような同意書はないとのこと。生命に危険があれば同意書など関係なく、必要な行動をとることにしているとのことであった。両病院とも男性の看護師が多いという印象だが、その理由の一つは看護師の給料がよく、社会的地位も高いため、もとは女性が多い職業であったが、ハワイでは男性が進出しているのだとのことであった。そして定年がない。70歳代の看護師もいたという。ただ、能力主義は徹底しているようで、年齢に関係なく仕事

最終日にはシーサイドのレストランで楽しい研修打ち上げパーティー。皆それぞれ有意義だったとの感想であった。今回の研修が円滑で快適にできたのは、添乗員さんの気配り、目配りのおかげであった。お礼を申し上げます。(岩手県立一戸病院 理事)

|                                       |                                    |                                         |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|
| 日時：平成28年10月28日(金) 午前9時45分～午後4時50分     |                                    |                                         |
| 会場：家の光会館 7階「コンベンションホール」 東京都新宿区市谷船原町11 |                                    |                                         |
| 9:00~9:45                             | 受付                                 | 講師                                      |
| 9:45~9:50                             | 開会挨拶                               |                                         |
| 9:50~11:30                            | ヒューマンファクターの基礎知識 ~ 医療安全のために ~       | 早稲田大学 理工学術院 教授 小松原 明 哲 先生               |
| 11:30~12:40                           | 休憩(昼食)                             |                                         |
| 12:40~14:20                           | クライシス・コミュニケーションの基本と実践              | 公益財団法人 日本広報協会 広報・危機管理コンサルタント 平 能 哲 也 先生 |
| 14:40~16:20                           | 法的視点からみた医療現場のクレーム 実情からクレーム対応を中心として | 棚瀬法律事務所 弁護士 棚 瀬 慎 治 先生                  |
| 16:20~16:50                           | 医療機関における情報漏えい対策 ~ ソーシャルメディアを中心に ~  | 損保ジャパン日本興亜 リスクマネジメント株式会社 医療リスクマネジメント事業部 |

お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟 〒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)3891 FAX 03(3402)4389

平成28年3月発行 新刊書籍のご案内 付録：結果表CD-ROM

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟 一般社団法人 日本病院会

収支の実態を統計的に把握！ 調査月：平成27年6月

**「病院経営実態調査報告」**  
A4版 787ページ [本体価格 12,000円+税]  
主要内容：経営収支の状況・医療収支の状況・給与費の状況など

経営上の指標を量的・質的に分析！ 調査月：平成27年6月

**「病院経営分析調査報告」**  
A4版 770ページ [本体価格 16,000円+税]  
主要内容：患者および医師1人1日当たりの診療報酬額など

調査月：平成27年6月

**「病院概況調査報告書」**  
A4版 674ページ [本体価格 18,000円+税]  
主要内容：病床利用率・平均在院日数・設備保有状況など

〈お申込み・お問合せ〉書籍購入申込書をご希望の方は、本連盟宛にFAXでご請求ください。  
TEL 03(3402)3891 FAX 03(3402)4389

全国公私病院連盟

診療報酬請求事務セミナー開く

中林先生が講演

全国公私病院連盟は7月28日(木)に「第25回診療報酬請求事務セミナー」を開催した。当日は、ASK梓診療報酬研究所所長の中林梓先生をお迎えし、「平成28年度診療報酬改定における算定・運用ポイントと自院の医療機能構築に向けての取り組み」について講演いただいた。以下にその要旨を掲載することにする。



中林梓先生

今回の診療報酬改定の基本指針からみると、改定の大きなポイントが2つ浮かび上がってきた。一つは「治す医療」

から「治し、支える医療」への転換です。「治す」だけの医療に対してより「支える」医療までを担う、すなわち患者の暮らしを支えることを評価する点数設定がなされている点です。もう一つは、今改定は単独の改定ではなく、2025年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての改定で

あるという点です。つまり、医療政策全般を俯瞰したうえで、今改定の内容となつていきます。7対1の要件の厳格化も、その流れにそったものでしょう。「病気を治す医療」から「病気を治す医療」から「病気を治す医療」にシフトする方向性が打ち出された点が最も大きい点でしょう。背景には、団塊の世代が全員75歳以上となる「2025年問題」があります。今後の高齢化を見据え、これまでの「医療イコール治療」に加え、「支える」というメッセージが重要です。この「支える」点を最も意識するのは、新設された「退院支援加算1」でしょう。「施設から在宅へ」の強い意向がうかがえます。退院支援・地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士の配置が求められています。これは治す業務ではなく支える業務だけの人が

プログラム

Table with 4 columns: Time, Duration, Content, and Answer/Response.

も要件に入っており、また介護との連携なくしては退院支援なしという観点から、これは治す業務だけではなく支える業務だけの人が

者の退院後、入院していた病院の看護師が訪問看護に出向き在宅療養を支えるという考えです。今までは入院中のみ管理指導を行っていた病院が、退院後もその患者さんを支え続けることを評価した点も注目されます。高齢者が増加するということは、退院調整がより必要になることで、介護保険も活用しながら患者さんの暮らしを守るといふ地域包括ケアシステムの考え方が反映された改定ではないでしょうか。医療機関は「治療」から「治療し支えていく」ために自院が出来ること、算定可能な診療報酬に取り組んでいくことが今回改定のポイントといえるでしょう。



西澤 理氏

連盟役員人事

全国公私病院連盟は、7月22日(金)に「臨時総会」を開催し、加盟団体である全国厚生農業協同組合連合会より推薦された木村重理(長野厚生農業協同組合連合会)と井総病院(院長)の退任に伴う新理事の推薦について承認を得た。

役員会だより 7月22日(金) 期日 都市センターホール

【主な報告事項】 ①日病協「診療報酬実務者会議」(6月15日) 原澤常務理事より報告があった。 ②日病協「代表者会議」(7月1日) 今泉会長より報告があった。

③日病協「診療報酬実務者会議」(7月13日) 加藤誠副会長と原澤理事から報告があった。 ④日病協「代表者会議」(7月22日) 今泉会長と原澤常務理事から報告があった。 ⑤意見副会長から以下の諸会議等の報告があった。 ⑥日本病院会「病院長・幹部職員セミナー」(8月18日、19日) 今泉会長から参加について依頼があった。 ⑦「サイバーリスク対策に関するセミナー」(10月13日)の開催について

がん

罹患数約101万例

死亡数約37万人

国立研究開発法人 国立がん研究センター

国立研究開発法人国立がん研究センターが、がん研究センターが「がん」と診断される数を示す罹患数と死亡数の統計予測を算出した。これによると、2016年のがん統計予測では、罹患数予測が101万2000例で、100万例を超える予測結果が算出されている。

増加の主な原因は日本の高齢者人口の増加と指摘した。がん罹患数予測を男女別で見ると、男性57万6千100例、女性43万4千100例。2015年の予測(98万2千100例)と比較すると、男女計で約2万8千例増加している。

男性の平均寿命 80・79年 女性の平均寿命 87・05年

厚生省調査

厚生労働省は7月27日、「平成27年簡易生命表」を取りまとめ公表した。「簡易生命表」は、日本に

きられるかという期待値などを、死亡率や平均余命などの指標によって表した。これによると、男性の平均寿命は80・79年となり、過去最高(平成26年の80・50年)を更新。女性の平均寿命も87・05年となり、過去最高(平成26年の86・83年)を更新した。

全国公私病院連盟

『医療事故調査費用保険』

医療事故調査制度の施行にともない、新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

<お問合わせ先>

株式会社 公私病連共済会

TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

SJNK15-10432

# 第28回 「国民の健康会議」開催へ

## 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集  
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

### 森氏(歴史)、横倉氏(日本医師会)を迎え

### 10月5日(水)、東京・ヤクルトホールで

全国公私病院連盟では、恒例の「国民の健康会議」を10月5日(水)、ヤクルトホール(東京・新橋)で開催する。出演は、森重昭氏(歴史研究家)、横倉義武氏(日本医師会会長)、草刈隆氏(小倉台柏戸クリニック所長)、折田雄一氏(折田医院院長)、渡邊古志郎氏(本連盟特別参与)。司会を行天良雄氏(医事評論家)で、聞き手を邊見公雄氏(全国自治体病院協議会会長)が務める。今号では行天氏の「司会を務めるにあたって」を掲載することにした。入場無料(定員550名)。参加をご希望の方は本連盟事務局へ(Tel 03・3402・3891)。

### 「国民の健康会議」の

### 司会を務めるにあたって

医事評論家 行天良雄

全国公私病院連盟が医療関係者だけでなく、広く一般の方々に医療の本質を訴え続けてきた「国民の健康会議」が、今年28回目を迎えます。

例年どおり、取り上げたいテーマは山のようにあります。そこで、今回は文字通り、国民が医療に何を期待しているかに焦点を絞ってみました。

一般の方々が一番気にしていることは、お医者さんの「役割」と「存在」です。病診連携とか地域包括などという言葉では

なく、見立てが正しく腕も良い専門性と、それ以上に望まれる、寄り添ってくれる人柄です。

このことは、東日本大震災で嫌になるほど考えさせられました。

この大前提の後に、開業のお医者さんと、病院のお医者さんの見方の違い、自分の年齢、健康の程度、そして特に住んでいる地域の違いの中で、生命をどう預けたらよいかと考えたしています。

切羽詰まった病気の方から、体のことなど全く

考えていない一方で、この幅はあまりに広く深いのですが、日本は同年代の人よりも、国民皆保険という、あり方としてまだ続いています。

人ひとりの生命への対応はもろろん大切ですが、この恵まれすぎた体制をどこまで続けていけるか、そのために皆が真剣に、しかも前向きに考えていくべき時だと思えます。

そこで、今回はまず、5月27日のオバマ大統領

### プログラム

|                    |                                                                                                                                                        |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11:30~             | 開場・受付                                                                                                                                                  |
| 13:00~13:05        | 開会<br>挨拶：今泉 暢登志 (全国公私病院連盟 会長)                                                                                                                          |
| 13:05~13:55 (50分)  | 「オバマ大統領に抱きしめられた私」<br>歴史研究家 森 重昭 (もり・しげあき)<br>聞き手 医事評論家 行天良雄 (ぎょうてん・よしお)                                                                                |
| 13:55~14:05        | 休憩 (10分)                                                                                                                                               |
| 14:05~15:05 (60分)  | 「期待される お医者さん」<br>公益社団法人 日本医師会 会長<br>横倉義武 (よこくら・よしたけ)<br>聞き手 全国自治体病院協議会 会長・全国公私病院連盟 副会長<br>邊見公雄 (へんみ・きみお)                                               |
| 15:05~15:15        | 休憩 (10分)                                                                                                                                               |
| 15:15~16:55 (100分) | 「急変する時代に 頼られ 慕われる 医療を」<br>司会 医事評論家 行天良雄 (ぎょうてん・よしお)<br>出演 小倉台柏戸クリニック 所長 草刈 隆 (くさかり・たかし)<br>折田医院 院長 折田雄一 (おりた・ゆういち)<br>全国公私病院連盟 特別参与 渡邊 古志郎 (わたなべ・こしろう) |
| 16:55~17:00        | 閉会<br>挨拶：中嶋 昭 (全国公私病院連盟 副会長)                                                                                                                           |

の世界を感動させた、あの抱きしめた話から入ります。

恵まれた皆保険は、あ

げて70年以上に及ぶ平和が基盤です。この有難味というか、奇蹟をもたらしたものは、国家の運命

原因探索を至上と考えていた方向が、老後の健康状態の維持、さらには

対象数の減少で生まれのゆとりと、高まる期待に込める第一歩は、「ふ

点にリーダーとして立つ日本医師会の横倉義武会長に、夢というより、実行できる具体的な見解を

それが今、家族の変容で論議されていますが、医療の姿も科学技術の進展という華々しさに引きずられ、効率という経済性とともに、原点である人と人のふれ合いが薄れだしています。

和が続く限り、長寿の安定は続いていくことでしよう。そして日本国民の大半は、その中核にお医者さんを置き、新しい社会構造の中で、特に優れた人格者としてのお医者さんへの期待は高まっています。

全く唐突のようではありませんが、頼られ、感謝される姿を取り戻さないことを間合はるべきです。日本の医療現場を見てみたいと思います。

まず、その壮大な転換点にリーダーとして立つ日本医師会の横倉義武会長に、夢というより、実行できる具体的な見解を

もありませんが、日本人という独特の民族性も評価されだしています。

抱きしめる、ハグするという習慣は日本では日常に少ない訳ですが、母子関係の姿としては世界屈指といわれています。

しかし、人類全体の平和が続く限り、長寿の安定は続いていくことでしよう。そして日本国民の大半は、その中核にお医者さんを置き、新しい社会構造の中で、特に優れた人格者としてのお医者さんへの期待は高まっています。

述べていただきます。

そして、組織医療の一方を支える全国公私病院連盟の邊見公雄副会長に、どこをどう変えていくべきか忌憚なく話し合っていたいただきます。

その後、そうはいって

もという、今の現場で人々とともに苦労している三人の方に、まず立場の違いの中でのお考えと実態を述べていただき、医療側の方々での話し合いをすすめて、さらに会場にお越しいただいている一般の方々からも、国民の一人としての考えやご希望などを交歓していただきたいと思います。

### いる鉛筆

久しぶりにフラジール五輪の体操男子団体戦を見た。小野に鉄棒に始まり遠藤、具志堅、加藤など黄金期にはよく見たが、ロシアや中国に負けてからは見ていなかった。

▼見事優勝という結果を見終わった後、どういった地域医療構想を思い浮かべた。例えば内村のように柱となる地域中核病院、ひねり王子の白井は高度先進病院、山室は回復期病院、加藤と田中は慢性期や在宅医療か。各分野にスペシャリストがいて軸がある。これが地域完結医療成功の秘訣であろう。監督は国から都道府県に。IOCや体協から各協議団体へというふうなものである。

▼問題は、体操などスポーツと異なり、しっかりとコーチ陣がないことである。都道府県の健康福祉部や二次医療圏の保健所には人材が不足がちで、厚労省に研修派遣しているのが現状である。

▼選手の自主性とプロフェッショナルオートノミーとは少し違う気がする。また日本の医療には、体育分野のような科学的育成プログラムが欠如しているようにも感じている。このため、医療の解る経済学者、経済の解る医療人を育てようとする余前から取り組んでいるが、残念ながら未だ道半ばである。

(H)・(K)・(J)

# 中医協・薬価専門部会

## オプジーボなど高額な薬剤の対応へ

### 来年3月に中間まとめ

中医協の「薬価専門部会」が8月24日に開催され、オプジーボなど高額な薬剤への対応案が示された。

対応案では「市場規模の極めて大きな薬剤への薬価の対応」や「効能追加等による大幅な市場規模拡大への薬価の対応」などについて検討を行うとしている。

具体的には、9月に国内外の業界団体からのヒアリングを行うほか、最

適使用推進のためのガイドラインの医療保険上の取扱い案を検討するとともに、来年3月に薬価に係る緊急的な対応の「中間まとめ」を行う。

オプジーボは昨年「悪性黒色腫」で保険適用が認められたが、その際の想定患者は470人程度だった。その後、肺がんの一部でも保険適用がなされ、今後も拡大が予定されている。このままだと保険財政に大きな影響

を及ぼすと考えられているが、現在の薬価改定は制度上2年に一度が原則。急激に市場が拡大した場合に期中でも引き下げをするかが注目されている。高額な薬剤への対応案は以下のとおり。

**高額な薬剤への対応案**

I. 検討課題

1. 薬価制度を含めた次期改定に向けた取組

(1) 市場規模の極めて

大きな薬剤への薬価の対応

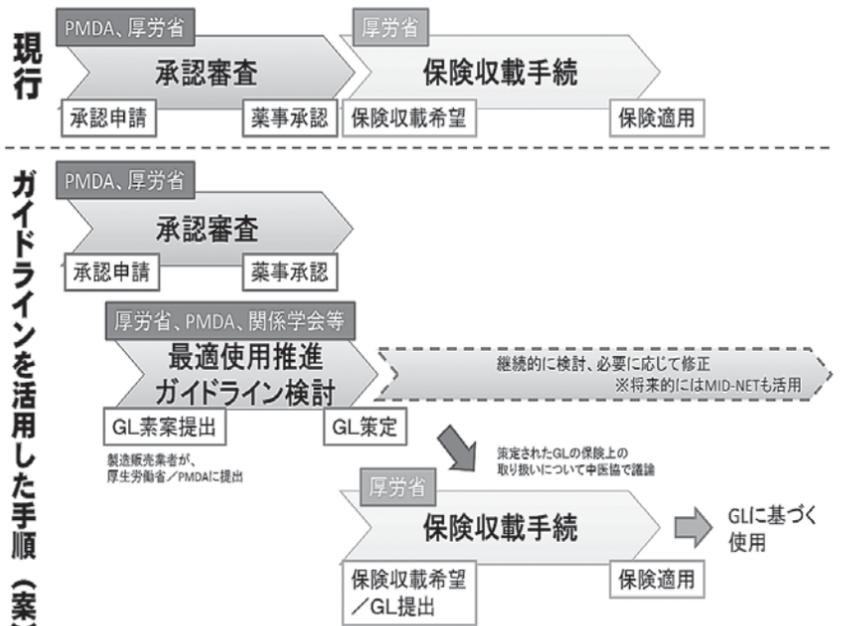
(1) 薬価のあり方について

- ・改定期期について
- ・算定根拠について
- ・市場拡大再算定、効能変化再算定及び用法用量変化再算定との関係
- (3) 使用方法、経済性等の観点を踏まえた医療保険制度上の取扱い

市場規模の極めて大きな薬剤及び効能追加等による大幅な市場規模拡大のあった薬剤に係る以下の対応

①新規作用機序医薬品の最適な使用を進めるためのガイドライン(最適用推進GL)の医療保険制度上の取扱いについて

### 承認から保険収載までの手順



### 時評

平成25年からスタートした第6次医療計画の策定にあたり、厚労省は各都道府県に対して2次医療圏の見直しを促した。見直しの基準は、①人口20万人以下、②入院の流入率20%未満、③入院の流出率20%以上であった。宮城県においても従来の7医療圏のうち、この3条件全てに該当したのが、当院のある仙南医療圏を含めた4医療圏だった。宮城県では仙南医療圏以外は再編の対象となり、7医療圏から4医療圏



連盟 理事 内藤 広郎

### 都市部以外の 中規模医療圏の抱える悩み

に再編されることになった。当時、この3条件に該当する医療圏は全国で32都道府県、87医療圏あったが、見直しを行ったのは宮城県、栃木県、徳島県の3県

1km、当時の人口:約18万人)はそのまま存続したが、前途は多難である。なぜなら、厚労省の統計でも医療圏の人口が20万人以下の場合には流入率1流

は、リーダーシップをとる自治体がないため、解決への道は遠くなる。このような医療圏において地域医療構想を実践するためには、地域医療介護総合確保基金による再編統合に

は、リーダーシップをとる自治体がないため、解決への道は遠くなる。このような医療圏において地域医療構想を実践するためには、地域医療介護総合確保基金による再編統合に

は、リーダーシップをとる自治体がないため、解決への道は遠くなる。このような医療圏において地域医療構想を実践するためには、地域医療介護総合確保基金による再編統合に

は、リーダーシップをとる自治体がないため、解決への道は遠くなる。このような医療圏において地域医療構想を実践するためには、地域医療介護総合確保基金による再編統合に

のみであった。それだけ医療圏に手を加えることが行政区分などの問題などからも難しいことを物語っている。このようにして仙南医療圏(面積:1555

出率の傾向が顕著で、面積が1000km以上の場合には流出率は変わらぬが流入率が低下して傾向が判明しているから、その上、都市部以外の医療

少に転じる予測だ。人口20万人以下の都市部の自治体の思惑が優先されることになるから、特に、医療圏内に似たような人口規模の自治体が複数ある場合

地域医療を支えてきた歴史があり、それぞれの自治体の思惑が優先されることになるから、特に、医療圏内に似たような人口規模の自治体が複数ある場合

は、リーダーシップをとる自治体がないため、解決への道は遠くなる。このような医療圏において地域医療構想を実践するためには、地域医療介護総合確保基金による再編統合に

は、リーダーシップをとる自治体がないため、解決への道は遠くなる。このような医療圏において地域医療構想を実践するためには、地域医療介護総合確保基金による再編統合に

は、リーダーシップをとる自治体がないため、解決への道は遠くなる。このような医療圏において地域医療構想を実践するためには、地域医療介護総合確保基金による再編統合に

は、リーダーシップをとる自治体がないため、解決への道は遠くなる。このような医療圏において地域医療構想を実践するためには、地域医療介護総合確保基金による再編統合に

### 第28回 看護管理セミナー 開催のご案内

日時:平成28年11月29日(火) AM 10:00 ~ PM 4:40 会費:有料  
会場:損保ジャパン日本興亜日本橋ビル2階「会議室」(東京都中央区日本橋2-2-10)

|                    |                                                 |                                 |
|--------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|
| 9:00~9:55          | 受付                                              | 講師                              |
| 9:55~10:00         | 開会挨拶                                            |                                 |
| 10:00~11:40 (100分) | スペシャリストが活躍する病院をめざす                              | 済生会横浜市東部病院 副院長 兼 看護部長 熊谷雅美先生    |
| 11:40~13:00        | 休憩(昼食)                                          |                                 |
| 13:00~14:40 (100分) | 平成28年度診療報酬改定における当院での対応 ~退院支援加算1を取得するまでの取り組みと現状~ | 武蔵野赤十字病院 医療連携センター 副センター長 齋藤恭子先生 |
| 15:00~16:40 (100分) | 医療機関における悪質クレームの対応                               | 筑波大学 医学医療系 准教授 三木明子先生           |

お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟 〒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) 3891 FAX 03 (3402) 4389

### 第25回 医療事故防止セミナー 開催のご案内

日時:平成28年10月28日(金) 午前9時45分~午後4時50分  
会場:家の光会館7階「コンベンションホール」 東京都新宿区市谷船河原町11

|             |                                    |                                     |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 9:00~9:45   | 受付                                 | 講師                                  |
| 9:45~9:50   | 開会挨拶                               |                                     |
| 9:50~11:30  | ヒューマンファクターの基礎知識 ~ 医療安全のために ~       | 早稲田大学 理工学術院 教授 小松原明哲先生              |
| 11:30~12:40 | 休憩(昼食)                             |                                     |
| 12:40~14:20 | クライシス・コミュニケーションの基本と実践              | 公益財団法人 日本広報協会 広報・危機管理コンサルタント 平能哲也先生 |
| 14:40~16:20 | 法的視点からみた医療現場のクレーム 実情からクレーム対応を中心として | 棚瀬法律事務所 弁護士 棚瀬慎治先生                  |
| 16:20~16:50 | 医療機関における情報漏えい対策 ~ソーシャルメディアを中心に~    | SOMPOリスケアマネジメント株式会社 医療リスクマネジメント事業部  |

お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟 〒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) 3891 FAX 03 (3402) 4389

# 「国民の健康会議」開催の歴史

全国公私病院連盟が主催する「国民の健康会議」は、平成元年から毎年開催してきました。この会の開催の目的は、一般の方々に医療等について分りやすく理解していただくことで、その時々々のテーマを取り上げて講演やシンポジウム・パネルディスカッションを行ってきました。今回、ご参考にご覧いただく開催履歴を掲載します。本年の開催は10月5日(水)です。どうぞご参加ください。



第2回「国民の健康会議」のもよう

▼シンポジウム  
「わが国の医療はこれだけ良いか」  
司 会 寺田守氏(本連盟副会長)

▼シンポジウム  
「わが国の病院医療はこれだけ良いか」  
司 会 寺田守氏(本連盟副会長)

▼シンポジウム  
「わが国の医療費は高いか安いのか」  
司 会 竹内正也氏(国立医療・病院管理研究所所長)▽伊賀六一氏(東京都病院協会会長)▽三宅史郎氏(日本大学総合研究所教授)▽有田幸子氏(日本看護協会会長)▽大熊由紀子氏(朝日新聞論説委員)

▼シンポジウム  
「わが国の医療費は高いか安いのか」  
司 会 竹内正也氏(国立医療・病院管理研究所所長)▽伊賀六一氏(東京都病院協会会長)▽三宅史郎氏(日本大学総合研究所教授)▽有田幸子氏(日本看護協会会長)▽大熊由紀子氏(朝日新聞論説委員)

▼シンポジウム  
「わが国の医療政策はどうかあるべきか」  
司 会 寺田守氏(本連盟副会長)

▼シンポジウム  
「わが国の医療はこれだけ良いか」  
司 会 寺田守氏(本連盟副会長)

▼シンポジウム  
「わが国の病院医療はこれだけ良いか」  
司 会 寺田守氏(本連盟副会長)

▼シンポジウム  
「わが国の医療費は高いか安いのか」  
司 会 竹内正也氏(国立医療・病院管理研究所所長)▽伊賀六一氏(東京都病院協会会長)▽三宅史郎氏(日本大学総合研究所教授)▽有田幸子氏(日本看護協会会長)▽大熊由紀子氏(朝日新聞論説委員)

▼シンポジウム  
「わが国の医療費は高いか安いのか」  
司 会 竹内正也氏(国立医療・病院管理研究所所長)▽伊賀六一氏(東京都病院協会会長)▽三宅史郎氏(日本大学総合研究所教授)▽有田幸子氏(日本看護協会会長)▽大熊由紀子氏(朝日新聞論説委員)

▼シンポジウム  
「わが国の医療政策はどうかあるべきか」  
司 会 寺田守氏(本連盟副会長)

▼シンポジウム  
「わが国の医療はこれだけ良いか」  
司 会 寺田守氏(本連盟副会長)

▼シンポジウム  
「わが国の病院医療はこれだけ良いか」  
司 会 寺田守氏(本連盟副会長)

▼シンポジウム  
「わが国の医療費は高いか安いのか」  
司 会 竹内正也氏(国立医療・病院管理研究所所長)▽伊賀六一氏(東京都病院協会会長)▽三宅史郎氏(日本大学総合研究所教授)▽有田幸子氏(日本看護協会会長)▽大熊由紀子氏(朝日新聞論説委員)

▼シンポジウム  
「わが国の医療費は高いか安いのか」  
司 会 竹内正也氏(国立医療・病院管理研究所所長)▽伊賀六一氏(東京都病院協会会長)▽三宅史郎氏(日本大学総合研究所教授)▽有田幸子氏(日本看護協会会長)▽大熊由紀子氏(朝日新聞論説委員)

▼シンポジウム  
「わが国の医療政策はどうかあるべきか」  
司 会 寺田守氏(本連盟副会長)



第13回「国民の健康会議」のもよう

3面からつづく

医療

司会 行天良雄氏  
【第19回】  
平成19年11月9日、会場「ヤクルトホール」

▽講 演  
「ジャーナリストから見た現在の医療問題」  
櫻井よしこ氏(ジャーナリスト)  
▽シンポジウム  
「もうだまっちはいられない 危機にひんする日本の医療」  
司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
出演者 矢崎義雄氏(独立行政法人国立病院機構理事長) 本田宏氏(済生会栗橋病院副院長) NPO法人「医療制度研究会」代表理事 井上俊明氏(日経BP社医療局編集委員) 二木立氏(日本福祉大学大学院委員長) 同大学福祉社会開発科科長

▽講 演  
「上手な医療の受け方」  
日野原重明氏(聖路加

国際病院理事長)  
▽シンポジウム  
「安心できる医療を求め

司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
出演者 佐藤敏信氏(厚生労働省保険局医療課長) 辻本好子氏(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長) 邊見公雄氏(赤穂市民病院院長) 中央社会保険医療協議会委員

出演者 邊見公雄氏(赤穂市民病院名誉院長) 中央社会保険医療協議会委員 本連盟副会長 全国自治体病院協議会会長 中村哲也氏(板橋中央総合病院理事長) 本連盟常務理事 辻本好子氏(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長) 櫻井充氏(民主党参議院議員)  
【第22回】  
平成22年11月30日、会場

出演者 麗澤大学名誉教授 舞原節子氏(姫路聖マリア会理事長) 高見澤たか子氏(ソノイクシオン作家) 星和夫氏(ベトレヘムの園病院顧問)  
【第23回】  
平成23年11月16日、会場「ヤクルトホール」  
▽基調講演  
「人と人間と社会」  
垣添忠生氏(日本対がん協会会長)

和蘭診療所所長) 岩田文英氏(佐渡総合病院副院長) 大島伸一氏(国立長寿医療研究センター理事長) 総長 大井玄氏(東京大学名誉教授)  
【第25回】  
平成25年11月12日、会場「ヤクルトホール」  
▽シンポジウム  
「超高齢・多死時代の病院」  
司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
出演者 中村秀一氏(内閣官房社会保障改革担当室長) 医療介護福祉政策研究フォーラム理事長 樋口恵子氏(NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長) 植松治雄氏(大阪府医師会顧問) 元日本医師会会長 南砂氏(読売新聞東京本社編集局総務)

(日本創成会議人口減少問題検討分科会座長) 邊見公雄氏(全国自治体病院協議会会長)  
▽シンポジウム「わかりにくい医療の問題についてお答えします」  
司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
出演者 高橋正彦氏(本連盟会長) 中嶋昭氏(本連盟副会長) 渡邊古志郎氏(本連盟特別

・エッセイスト)  
▽講 演  
「革新的ロボット技術が招く医療・介護の未来」  
山海嘉之氏(筑波大学大学院教授) サイバニクス研究センター長  
▽シンポジウム  
「今、国民が望むもの」  
司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
出演者 高本真一氏(三井記念病院院長) 山口俊晴氏(がん研究会有明病院院長) 邊見公雄氏(本連盟副会長) 全国自治体病院協議会会長

【第27回】  
平成27年12月2日、会場「ヤクルトホール」  
▽対 談  
「まさかの病気から復活へ」  
司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
対談者 山川静夫氏(元NHKアナウンサー)



毎回たくさんの参加者が

治太郎氏(麗澤大学名誉教授) 舞原節子氏(姫路聖マリア会理事長) 高見澤たか子氏(ソノイクシオン作家) 星和夫氏(ベトレヘムの園病院顧問)  
【第23回】  
平成23年11月16日、会場「ヤクルトホール」  
▽基調講演  
「人と人間と社会」  
垣添忠生氏(日本対がん協会会長)

和蘭診療所所長) 岩田文英氏(佐渡総合病院副院長) 大島伸一氏(国立長寿医療研究センター理事長) 総長 大井玄氏(東京大学名誉教授)  
【第25回】  
平成25年11月12日、会場「ヤクルトホール」  
▽シンポジウム  
「超高齢・多死時代の病院」  
司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
出演者 中村秀一氏(内閣官房社会保障改革担当室長) 医療介護福祉政策研究フォーラム理事長 樋口恵子氏(NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長) 植松治雄氏(大阪府医師会顧問) 元日本医師会会長 南砂氏(読売新聞東京本社編集局総務)

(日本創成会議人口減少問題検討分科会座長) 邊見公雄氏(全国自治体病院協議会会長)  
▽シンポジウム「わかりにくい医療の問題についてお答えします」  
司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
出演者 高橋正彦氏(本連盟会長) 中嶋昭氏(本連盟副会長) 渡邊古志郎氏(本連盟特別

・エッセイスト)  
▽講 演  
「革新的ロボット技術が招く医療・介護の未来」  
山海嘉之氏(筑波大学大学院教授) サイバニクス研究センター長  
▽シンポジウム  
「今、国民が望むもの」  
司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
出演者 高本真一氏(三井記念病院院長) 山口俊晴氏(がん研究会有明病院院長) 邊見公雄氏(本連盟副会長) 全国自治体病院協議会会長

【第27回】  
平成27年12月2日、会場「ヤクルトホール」  
▽対 談  
「まさかの病気から復活へ」  
司会 行天良雄氏  
【医事評論家】  
対談者 山川静夫氏(元NHKアナウンサー)



第27回「国民の健康会議」のもよう

サイバーリスク対策に関するセミナーのご案内

今日、不正アクセス等サイバー攻撃によって、電子データの損壊、システム・ネットワークにおける不具合や情報漏えいといった事案の発生が、金融・事業会社のみならず公教育の分野にまで及び、その被害は増大しています。医療機関においても、いわゆる番号制度の普及を背景として情報管理のあり方が問われるとともに、各地域における様々な連携の枠組みの構築が進められる流れにあって、安全かつ安定したネットワークの整備はもとより、リスク管理とその責任体制の明確化を含む情報セキュリティの確保がより一層求められています。本セミナーでは、医療機関におけるセキュリティリスクの状況と国の対策、サイバーリスクに対する総合的な対策のあり方について解説いたしますのでご活用いただきたくご案内申し上げます。

- 1. 日 時 平成28年10月13日(木) 午後2時~5時30分
- 2. 場 所 野村コンファレンスプラザ新宿
- 3. 定 員 100名(先着順)
- 4. 会 費 3,000円
- 5. 主 催 公益社団法人 全国自治体病院協議会  
一般社団法人 全国公私病院連盟 (TEL03-3402-3891)

全国公私病院連盟

『医療事故調査費用保険』

医療事故調査制度の施行にともない、新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。

本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

<お問い合わせ先>

株式会社 公私病連共済会

TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

SJNK15-10432



平成29年度厚生労働省予算概算要求

31兆1217億円

対前年度8108億円増を要求

厚生労働省は平成29年度予算概算要求額として31兆1217億円を財務省に提出(表1参照)した。この額は前年度要求額より8108億円(7%)増えており、高齢化等に伴う増額分は6400億円を見込んでい

とおり。
I. 地域医療介護総合確保基金による医療介護提供体制改革
社会保険・税一体改革を著実に進めるため、医療介護総合確保推進法に基づく諸施策を推進し、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することにより、地域における適切な分化・連携を進め、質が

表1 平成29年度厚生労働省予算概算要求の姿



一般会計

Table showing budget breakdown for general account with columns for 28年度予算額, 28年度要求・要望額, 増減額, and 増減率.

表2 平成29年度一般会計概算要求・要望額

平成28年9月6日 (単位 億円)

Main table of budget requirements by ministry/department, including columns for 前年度予算額, 概算要求額, 要望額, 計, and 比較増減額.

(注1) 地方交付税交付金等の概算要求額は、税収等について機械的試算を行い置ききしたものである。(注2) 計数については、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は合致しないものがある。(注3) 各府省から要求・要望のあった金額をそのまま集計したものであり、精査の結果、金額の変動がありうる。

高く効率的な医療提供体制を進めて行く。地域医療構想については、平成27年度から各都道府県において、策定に向けた議論が進められており、順次策定されている。平成29年度は地域医療構想を踏まえた病床の機能分化・連携に関する事業を含めた基金の都道府県計画が策定され、事業が一層本格化することなどから、国としては、これらを支援するための地域医療介護総合確保基

金の拡充が求められる。II. 質が高く効率的な医療提供体制の確保
II. 質が高く効率的な医療提供体制の確保
II. 質が高く効率的な医療提供体制の確保

II. 質が高く効率的な医療提供体制の確保
II. 質が高く効率的な医療提供体制の確保
II. 質が高く効率的な医療提供体制の確保

III. 医療分野の研究開発の促進及び医療関連産業の活性化
III. 医療分野の研究開発の促進及び医療関連産業の活性化
III. 医療分野の研究開発の促進及び医療関連産業の活性化

IV. 各種施策
IV. 各種施策
IV. 各種施策

IV. 各種施策
IV. 各種施策
IV. 各種施策

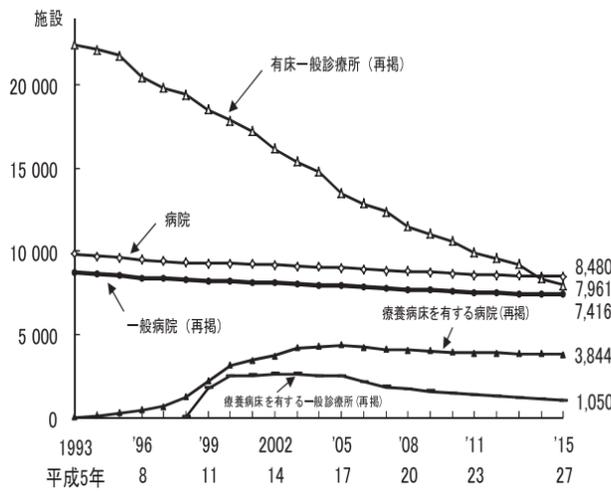
IV. 各種施策
IV. 各種施策
IV. 各種施策

(2) 革新的な医薬品・医療機器等の実用化促進のための環境整備
①クリニカル・イノベーション・ネットワークの構想の推進 22億9400万円
②世界に通じる国産医療機器創出のための支援体制の整備 2億1700万円
③ゲノム情報を活用した医療の実現に係る基盤整備事業 3億円
④アジアを中心とした国際連携型グローバル臨床研究ネットワーク拠点形成 4億円
⑤電子化医療情報を活用した疾患横断的コホート研究情報基盤整備事業 10億円
(3) 医療分野の研究開発の促進等
①質の高い臨床研究の推進 40億5600万円
②再生医療の臨床研究・治験の推進に向けた取組 2億5800万円
(4) 医療の国際展開
①医療の国際展開の推進 8億8800万円
②医療機関における外国人患者受入体制の充実 2億9800万円
(5) 後発医薬品の使用促進
①後発医薬品の使用促進 1億3600万円
IV. 各種施策
①国立高度専門医療研究センター及び国立病院機構における政策医療等の実施 478億4900万円
②医療分野のICT化の推進 2億1300万円

表1 施設の種別にみた施設数

Table with 4 columns: 施設数, 対前年増減数, 構成割合(%), 平成27年(2015). Rows include 総数, 病院 (精神科, 一般), 一般診療所 (有床, 無床), 歯科診療所 (有床, 無床).

図1 医療施設数の年次推移



厚生労働省は9月6日、平成27年の「医療施設(動態)調査」と「病院報告」の結果(年報)を取りまとめ公表した。「医療施設(動態)調査」は、全国の医療施設(病院・診療所)の数や病床数、診療科目などの動向を把握するため、医療施設から提出された開

「病院報告」は、全国の医療施設(病院、療養病床を有する診療所)からの報告を基に、毎月、1日平均在院・外来患者数、病床利用率、平均在院日数などを、また、年一回、病院の職種別従事者数(医師、看護師、事務職員など)を集計した。主な結果は以下のとおり。

この1年間に病床の規模を変更した病院は428病院で、このうち増床した病院は145病院、減床した病院は283病院となっている。

また、「産科」を標ぼうする一般病院は1353病院で、前年と比べて8病院減少していた。

「病院報告」による「病院の患者数」をみる。「1日平均在院患者数」は125万5404人で、前年と比べて5777人減少しており、「1日平均外来患者数」は136万6693人で、前年と比べて5421人減少していた。

「病院の平均在院日数は29.1日となっており、前年と比べて0.8日短縮している。

また、「産科」を標ぼうする一般病院は1353病院で、前年と比べて8病院減少していた。

「病院報告」による「病院の患者数」をみる。「1日平均在院患者数」は125万5404人で、前年と比べて5777人減少しており、「1日平均外来患者数」は136万6693人で、前年と比べて5421人減少していた。

「病院の平均在院日数は29.1日となっており、前年と比べて0.8日短縮している。

また、「産科」を標ぼうする一般病院は1353病院で、前年と比べて8病院減少していた。

「病院報告」による「病院の患者数」をみる。「1日平均在院患者数」は125万5404人で、前年と比べて5777人減少しており、「1日平均外来患者数」は136万6693人で、前年と比べて5421人減少していた。

「病院の平均在院日数は29.1日となっており、前年と比べて0.8日短縮している。

また、「産科」を標ぼうする一般病院は1353病院で、前年と比べて8病院減少していた。

「病院報告」による「病院の患者数」をみる。「1日平均在院患者数」は125万5404人で、前年と比べて5777人減少しており、「1日平均外来患者数」は136万6693人で、前年と比べて5421人減少していた。

「病院の平均在院日数は29.1日となっており、前年と比べて0.8日短縮している。

図2 病床の種別にみた病院病床数の年次推移

表2 病床の種別にみた病床数

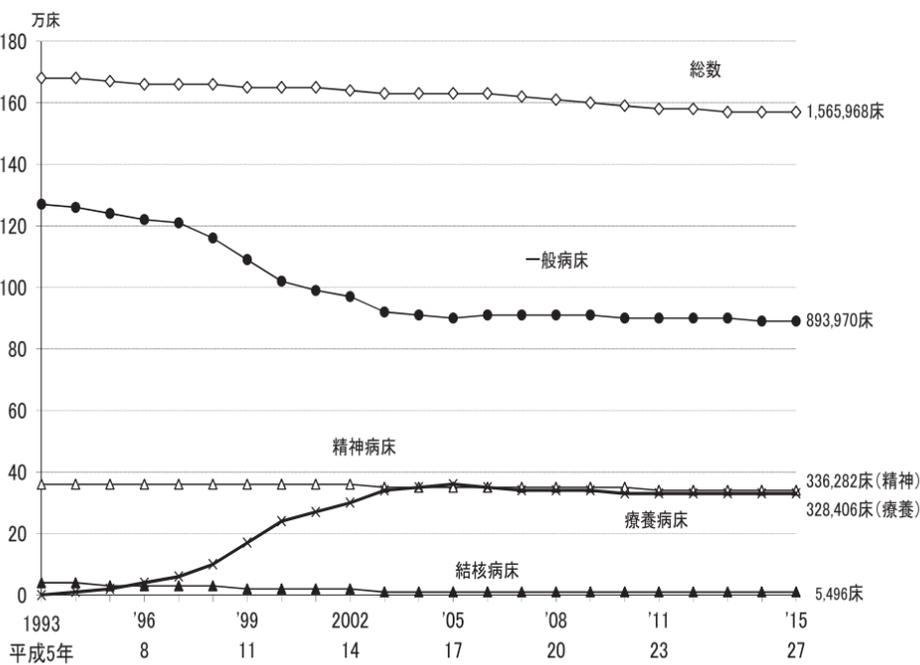


Table with 4 columns: 病床数, 対前年増減数, 構成割合(%), 平成27年(2015). Rows include 総数, 病院 (精神病床, 精神科, 一般, 感染症, 結核, 療養), 一般診療所 (有床, 無床), 歯科診療所, 療養病床総数(A)+(B).

また、「産科」を標ぼうする一般病院は1353病院で、前年と比べて8病院減少していた。「1日平均在院患者数」は125万5404人で、前年と比べて5777人減少しており、「1日平均外来患者数」は136万6693人で、前年と比べて5421人減少していた。

第28回 看護管理セミナー 開催のご案内

日時:平成28年11月29日(火) AM10:00~PM4:40 会費:有料
会場:損保ジャパン日本興亜日本橋ビル2階「会議室」(東京都中央区日本橋2-2-10)

日程:演題:講師

Table with 3 columns: 時間, 内容, 講師. Rows include 受付, 開会挨拶, スペシャリストが活躍する病院をめざす, 休憩(昼食), 平成28年度診療報酬改定における当院での対応, 医療機関における悪質クレームの対応.

お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟 〒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) 3891 FAX 03 (3402) 4389

第25回 医療事故防止セミナー 開催のご案内

日時:平成28年10月28日(金) 午前9時45分~午後4時50分
会場:家の光会館7階「コンベンションホール」 東京都新宿区市谷船原町11

Table with 3 columns: 時間, 内容, 講師. Rows include 受付, 開会挨拶, ヒューマンファクターの基礎知識, 休憩(昼食), クライシス・コミュニケーションの基本と実践, 法的視点からみた医療現場のクレーム, 医療機関における情報漏えい対策.

お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟 〒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) 3891 FAX 03 (3402) 4389



# 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389  
編集  
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

# 社会保障費の抑制策を提言

## 平成29年度の予算編成で

財務省の財政制度等審議会「財政制度分科会」が10月4日に開催され、平成29年度予算編成へ向けた議論のなかで、高額薬剤(オプジーボ)の薬価を速やかに適正水準まで引き下げるなどの改革案が提示された。後日、安倍首相は検討を加速することを指示している。

# 高額薬剤の薬価引き下げを

## 財政制度等審議会・財政制度分科会

吉川分科会長は会議後の記者会見で「財源が非常に限られ、ただでさえ財政赤字の問題、消費税率引上げの延期という現実がある。そうした中で大きなリスクはしっかりと支え合う、例えば大きな経済的な負担が生じて家計が破綻してしまうことがないように共助、つまり医療保険、介護保険でしっかりと支えるようにしよう」と、小さなリスク、例えば医療の場合の風邪、介護の場合の軽度者については自助努力を、あるいは自己負担を広げてよいではないか、これが財審の基本的な考え方だろうと思」と述べている。当日提示された「医療」の改革の方向性は以下のとおり。

(負担限度額)

- ▼高額療養費の見直し(負担限度額)
- 【改革の方向性】(案) 高齢者の高額療養費について、速やかに、外来特例を廃止することも、自己負担上限について、所得区分に応じて、現役と同水準とすべき。
- ▼高額療養費の見直し(所得基準)
- 【改革の方向性】(案) 「現役並み所得」の判定方法について、現役世代との公平性の観点から、収入の多寡を適切に反映する仕組みとなるよう、速やかに見直すべき。
- ▼入院時の光熱水費相当額に係る負担の見直し(案)
- 【改革の方向性】(案) 入院時生活療養費について、在宅療養等との公平性を確保する観点から、難病患者・小児慢性特定疾患患者等を除く全ての病床について、居住費(光熱水費相当)の負担を求めていくべき。
- ▼かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入
- 【改革の方向性】(案) 「かかりつけ医」を普及させつつ、外来の機能分化を進めていくため、一定の要件を満たす「かかりつけ医」以外を受診した場合の受診時定額負担(診療所は低額とし、病院は規模に応じてより高額を設定)を導入すべき。
- ▼スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率のあり方
- 【改革の方向性】(案) 例えば第2類・第3類とされているものなど、長らく市販品として定着しているOTC医薬品に類似する医療用医薬品は、①保険給付の対象から外すこととするか、②保険給付として残すのであれば、OTC医薬品を購入した場合との負担のバランスの観点から、一

定の追加的な自己負担を求めることとすべき。あわせて、医療用医薬品のうち安全性など一定の要件を満たすものは自動的にに市販品として販売可能となるよう、スイッチOTC化のルールを明確化すべき。

▼後期高齢者の保険料軽減特例の見直し(低所得者)

【改革の方向性】(案) 4月の薬価改定に対応が間に合わなかった高額薬剤について速やかに適正水準まで薬価改定を行うとともに、適正な使用に係るガイドラインの遵

守を保険償還の条件とするべき。

▼高額薬剤の薬価等のあり方(当面の対応)

【改革の方向性】(案) 10月21日(金)、安倍首相は官邸で平成28年(第17回)「経済財政諮問会議」を開催した。当日は「GDP統計を軸とした経済統計の改善」と「経済・財政一体改革、社会保障改革」についての議論が行われ、安倍首相は、経済・財政一体改革の各論の議論に入った社会保障改革について、民間議員から①大都市圏や一人当たりの医療費が高い都道府県から率先して改革に取り組みべき②保険者や事業者が給付の適正化に自ら取り組むインセンティブを強化すべき

に検討すべき。

▼生活習慣病治療薬の処方あり方

【改革の方向性】(案) 薬剤の適正使用の推進の観点から、生活習慣病治療薬等について処方ルールを設定すべき。

### 時評



## 観光立国の光と影

連盟 副会長 加藤 誠

本年9月28日の読売新聞地方版にこのよう  
な記事が載りました。  
「機内で発症した東南  
アジアの女性が千葉県  
救急医療センターに運  
ばれ、治療したが旅行  
保険に入らなく、その  
の医療費約800万円  
の内160万円しかも  
らえず、その後も未払  
い」とのこと。また昨  
年成田空港の近くに開  
院したT病院も東南ア  
ジアの外国人から「そ  
の治療は頼んでいな  
い」と支払いを拒否さ  
れたとのこと。当院も  
外国人からの未払いが  
毎年300万円前後あ  
ります。昨年4月に成  
田空港に、LCC(格安  
航空機)専用のター  
ミナルが完成し、LCC  
が増えたためか、今  
年度の外国人からの未  
収金は、4月から8月  
までですでに300万  
円を超えています。  
政府は2020年ま  
でに外国人旅行者をほ  
ぼ倍の年間4000万  
人が訪日することを期  
して、観光立国を目指  
しています。観光立国  
を目指すことは、地  
方経済にとっても活  
性化につながり良い  
ことですが、その陰  
でLCC利用客が増え  
ると旅行保険に入ら  
ない旅行者が増え、結  
果として医療費の増  
加や、救急医療の質  
の低下、救急医療の  
負担の増大など、光  
と影の両面があるこ  
とが懸念されています。  
政府は「少子化対策  
」と称して、いろいろ  
やっているようですが、  
生活困窮者の出産に  
対しては無策であ  
り、外国人未払いと  
同じように、政府の  
声だけの政策の犠牲  
になるのは、当院の  
赤十字病院というの  
はひびきでしょうか。  
(成田赤十字病院院  
長)

### いる鉛筆

平成28年は診療報酬改定に始まり、新専門医制度の一年先送り、7対1看護基準の厳格化等、あまり明るい話題が少ない医療界であったが、10月3日に大変なビッグニュースが日本に飛び込んできた。ノーベル賞の自然科学分野での日本人三年連続受賞である。医学博士賞は大隅良典・東京工業大学栄誉教授が、その栄に浴された▼大隅教授は、酵母を長年にわたって研究され、オートファジーという現象を解明された。今後の医療、医学の発展にも大いに貢献することが期待されている。ノーベル賞という世界最高の賞を毎年のように日本人が受賞し、そのたびに日本人であることを誇らしく思っている人も多いためである。しかし、自然科学分野の研究体制は日本では諸外国に後れを取っており、何年かのうちにノーベル賞を取ることができなくなるのではないかと、危惧されている▼貧弱な予算、設備では世界に伍することは難しくなることは目に見えている。かつて「一番じゃなきゃ駄目なんです」か、二番では駄目ですかと言った議員がいたが、一番であることが必要なこともある。このような時代だからこそ、世界の医学会をリードするのは日本人の夢であり誇りである。(K・M)







横倉先生



邊見先生

【邊見】この「国民の健康会議」は、今年で28回目になります。現職の日本医師会長をお招きするのは初めてです。これ

もひとえに本連盟の今泉会長が長年にわたり地元福岡で医療に貢献されてきたこと、行天先生が昔から横倉先生と大変親しかったおかげです。

私も横倉先生と少なからず縁がありますが、一番覚えてるのは、島根県松江市で行われた会合の後、夜中の風呂場でお会いして、親しく本音でいろいろお話しができたことを思い出します。

【横倉】皆さんはじめまして、ご紹介にあずかりました横倉です。会長の今泉先生とは、福岡県の病院協会で父の代からお世話になってます。今も医師会と病院会の懇談会でいろいろと指導いただいています。今日は

した。従兄の一人はそこで亡くなり、その弟は薬剤師でしたが、やはり原爆症に苦しみながら最終的には肺がんで亡くなりました。そういう思いが、私には肺がんで亡くなりませんでした。そういう思いが、私には肺がんで亡くなりませんでした。そういう思いが、私には肺がんで亡くなりませんでした。

お招きいただきありがとうございます。今、邊見先生からご紹介いただきましたが、行天先生と初めてお会いしたのは昭和60年頃でした。私は福岡県のみやま市、当時は三池郡高田町でしたが、その農村部で育ちました。戦時中、福岡市から疎開していましたが、そこには医師がいませんでした。終戦後、父が3年間の約束で診療所を始めました。しかし、父がいなくなると無医村に近くなるもので、医村に近くなるものではないので、住み続けることになりました。私は今もその父が残した病院を継いでいます。みやま市の人口が4万5000人ぐらいですが、そこでは救急からハリまで唯一の病院というところで医療を行っています。

【邊見】どうぞよろしくお願いします。早速ですが、今、地域医療構想とか、地方創生とかで、地域、地方と言われているところの中で、医療の占める役割について、このあたりから横倉先生のご意見をお伺いしたいと思います。

【横倉】今、地域包括ケアとか地域医療ビジョン、地域医療計画という

ことで、いろいろな医療提供体制をどう変えていくかという話が進められています。その中で、医師のあり方とは何かをもう一度考えなければいけないと医師会の中でもいろいろ議論をしているところなんです。やはり医師の基本は、健康に不安がある方、もしくは病気になる方、もしくは寄り添う、患者さんが困ったときにどう相談に乗っていかうかということが一番です。

【邊見】やはり東京一極集中は避けられませんね。医療や教育には、行き過ぎた集約はだめだと思えます。その点、みやま市は4万5000人ですか。私の地元の赤穂市は、人口が減少していて、とうとう5万人を割りました。昔は、赤穂3代5万石、といって5万人の人がいたのですが、討ち入りがあった約300年前より減ってしまいました。

【横倉】かかりつけ医と先生のお話をお聞かせください。

【横倉】かかりつけ医と先生のお話をお聞かせください。

【邊見】やはり東京一極集中は避けられませんね。医療や教育には、行き過ぎた集約はだめだと思えます。その点、みやま市は4万5000人ですか。私の地元の赤穂市は、人口が減少していて、とうとう5万人を割りました。昔は、赤穂3代5万石、といって5万人の人がいたのですが、討ち入りがあった約300年前より減ってしまいました。

【横倉】かかりつけ医と先生のお話をお聞かせください。

【横倉】かかりつけ医と先生のお話をお聞かせください。

【横倉】かかりつけ医と先生のお話をお聞かせください。

【邊見】ありがとうございます。医療や教育には、行き過ぎた集約はだめだと思えます。その点、みやま市は4万5000人ですか。私の地元の赤穂市は、人口が減少していて、とうとう5万人を割りました。昔は、赤穂3代5万石、といって5万人の人がいたのですが、討ち入りがあった約300年前より減ってしまいました。

【横倉】かかりつけ医と先生のお話をお聞かせください。

【横倉】かかりつけ医と先生のお話をお聞かせください。

【横倉】かかりつけ医と先生のお話をお聞かせください。

聞き手 全国自治体病院協議会 会長 全国公私病院連盟 副会長 邊見 公雄

### 期待される お医者さん 横倉 義武 先生



# 急変する時代に

## 頼られ慕われる医療を

司会

出演 医事評論家 行天良雄 先生

小倉台柏戸クリニック 所長

草刈 隆 先生

折田医院 院長

折田 雄一 先生

全国公私病院連盟 特別参与

渡邊 古志郎 先生



司会

行天良雄

【行天】本日はお集まりいただきありがとうございます。日本医師会の横倉先生と、全国公私病院連盟の邊見先生の対談は、私が想像した以上に二人のお人柄がよく出ていて、これからの医療者さんは、そういう目的で必要なということ、皆様によくわかっていただけたことだと思います。草刈先生からお聞きし

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、



草刈先生

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、

【草刈】草刈と申します。先ほど邊見先生からお話が出ましたが、2001年に労働省と厚生労働省になりました。一緒にするにはそれなりの工夫をするべきだったのに、しないまま一緒にしてしまっただけです。私は既に日赤に行っていましたので、口を挟む機会はありませんでしたが、



パネルディスカッションの様子

7面へつづく

6面からつづく

と、私は必ず救急医に病状を伝えて紹介状を書き、必要があれば救急車、タクシーに連絡します。患者さんは病院へ行くだけで、あとは何も考えなくていい環境をつくりたい。そういう道づくりに、ルートに乗せてあげ



折田先生

て、心配しておられます。私は、それが自然の経過だということをお話します。ご家族は「私の母がだんだん悪くなっていくのは私の介護や看護が悪いからだ」と思っていました。それが自然の道だっ

たんですね。安心しましたとおっしゃいました。私はそれまでに繰り返してお話したはずですが、患者さんご家族も、事態が迫ってこないと感じない。知識と悟ることとは別なものです。ですから私は自分では一般医と呼んでおりますが、一般医と同じ言葉を何度も繰り返さないと思

ない、80〜90歳のお年寄りは自分ではどうしていいかわからない。それから私が考えるのは、医師の言葉と患者さんの理解は全く異なるということです。90歳を過ぎていて乳がんで老衰の患者さんがいました。だんだん食べなくなった、飲みまなくなったと言っ

患者さんの理解度です。私は、心臓のバイパス手術を69歳のときに行っています。例のごとくインフォームドコンセントが1時間ほどありまし

た。私の女房がそれを知ったとき、私は後ろに座っていました。終わって廊下に出た、女房に聞きまして、「今の話わかった?」「何にもわからない」「なぜ判を押したの?」「押さない前に進まないじゃありませんか?」

一月ほど前に診た患者さんですが、もう病院で手がつけられなくなっ

【折田】私自身、80歳を超えたので、外来診療は週5日の午前中と週1回の夕方のみです。

【折田】私自身は往診を売りにしたことはありませんが、20年、30年と乗る舎で極貧の生活を送り、12年後に医学部に入るまでの生活、大学での生活、いろいろなことを雑談風、エッセー風な記事にしてきました。医療記事よりもそちらの方が評判はいいようです。

大変ではないですか。【折田】私自身、80歳を超えたので、外来診療は週5日の午前中と週1回の夕方のみです。

【折田】私自身は往診を売りにしたことはありませんが、20年、30年と乗る舎で極貧の生活を送り、12年後に医学部に入るまでの生活、大学での生活、いろいろなことを雑談風、エッセー風な記事にしてきました。

【折田】私自身は往診を売りにしたことはありませんが、20年、30年と乗る舎で極貧の生活を送り、12年後に医学部に入るまでの生活、大学での生活、いろいろなことを雑談風、エッセー風な記事にしてきました。



草刈 隆、折田 雄一、渡邊古志郎

19年のお生まれです。渡邊先生は、横浜市立市民病院の院長をしていらっ

【折田】私自身は往診を売りにしたことはありませんが、20年、30年と乗る舎で極貧の生活を送り、12年後に医学部に入るまでの生活、大学での生活、いろいろなことを雑談風、エッセー風な記事にしてきました。

【折田】私自身は往診を売りにしたことはありませんが、20年、30年と乗る舎で極貧の生活を送り、12年後に医学部に入るまでの生活、大学での生活、いろいろなことを雑談風、エッセー風な記事にしてきました。



渡邊先生

診が有効なのかどうなのかという議論は確かにありますが、これはまた別の機会に議論させていただきますかと思

【折田】私自身は往診を売りにしたことはありませんが、20年、30年と乗る舎で極貧の生活を送り、12年後に医学部に入るまでの生活、大学での生活、いろいろなことを雑談風、エッセー風な記事にしてきました。

【折田】私自身は往診を売りにしたことはありませんが、20年、30年と乗る舎で極貧の生活を送り、12年後に医学部に入るまでの生活、大学での生活、いろいろなことを雑談風、エッセー風な記事にしてきました。

7面からつづく

今、例として、泌尿器科の先生のところへ直接行っていいものだろうかというお話がありました。もちろんお行きになっていただければ結構です。ですが、大病院に入院するととなかなか時間がかかるという問題もありますので、かかりつけ医の先生から近所の泌尿器科の開業医の先生を紹介してもらうという道もあるかと思えます。

生方に、かかりつけ医をしていただいているというのが実態です。しかし私どもは、例えば耳鼻科の先生であろうとも、患者さん方が信頼できる先生であればそういう機能まで持ってもらえればというので、今努力をしております。

また、年齢的に高齢者の方たちのためにあるのかということですが、そこではないと思います。特に今、子供さんには、小児のかかりつけ医が非常に重要だという話があります。小児のかかりつけ医についても、小児科の先生方が非常に努力して今頑張っているという状況です。それを診療報酬でもう少し後押しするよう

うな仕組みも、今年の4月からスタートしていただければと思っております。かかりつけ医の制度はまだ始まったばかりですが、何かこれが社会的に定着してもらえればという思いです。東京圏では実は結構多い。私としては、かかりつけというのであれば一通かかってくれと。【横倉】そこが在宅総合診療科(在宅診療)という診療報酬の制度がありました。それと外来総合診療科という制度がありました。そのときは、患者さんは登録しなさいということになりました。医師が診察をして診療報酬を請求するとき

### 今月の一冊

病院監査とはじめ

出版社：薬事日報社

久道 茂 著



この本を読んで思ったのは「何をやってもらいたい人は居るんだなあ」ということ。著者は東北大学公衆衛生学講座教授、医学部長、宮城県立がんセンター総長、宮城県病院事業管理者、日本医学会副会長、国立がんセンター監事等々を歴

### 病院監査とはじめ

任。更には茂堂久(もどうひさし)のペンネームで作家活動。監事などというのには名誉職だろうと思っていたら、この本の出版。私が自治体病院院長22年間でなかなか判らなかつたり、判つても実行できずに地団駄踏んでいたことを見事にクリア。病院の監査は殆どが会計士や弁護士による財務監査、コンプライアンス等が主流で、本当に重要な業務監査は怠られていた。本来、病院の監査において、監事2人制にして必ず1人は医師が

加わるべきで、このことよりの業務が適正に執行されているかどうかを検証すべきなのである。また、FD(Faculty Development)つまりスタッフの研修や教育、能力向上などや、ガバナンスの適否なども必要。特に、アウトソーシング会社の業務履行保証人を決めておくことなどは初め

に、その1人の先生しかダメですよという仕組みをつくらなければ。それでかえって混乱が起きて、その制度自体がなくなつたということがありました。ですからこのところは非常に難しいところがあります。私は、いま行天先生がおっしゃったように、自分ばかり知らないけれども、患者さんがかかりつけ医を身近に感じてもらうようになってくれば、この制度は徐々に定着してくるとい

### 事業継続計画も重要である。知的財産保護や院内・敷地内全面禁煙の厳守、医療保険制度の熟知など、当たり前のことの重要性も再認識する必要がある。

特定機能病院の東京女子医大や群馬大学など、我が国最高レベルの医療機関で相次いだ死亡事故は、国民に医療に対する不信感を募らせた。こういう今だからこそ関係者、特に病院開設者や幹部必読の一冊である。

推薦者：遠見公雄(全国公私病院連盟副会長、赤穂市民病院名誉院長)

【行天】ありがとうございます。このお話は東京ですと一応はご理解いただけます。なぜかというところ、割合たたくさん医療機関がありまして、むしろジョイントをどうするかということの方が問題です。その一方で、何科だろうが医師がいるだけで、もう幸せだという地区がものすごく多い。面積でいいたら、日本の9割ぐらいいはそうではないでしょうか。

### 【意見】

今、横倉先生がおっしゃったように、在宅診療の悪夢というか、失敗した制度をまた財務省の財政制度等審議会が数日前に出してきました。

【行天】どうもありがとうございます。結論どうしようも、会場から追加のお話、アドバイスをいただくことができて、よかったと思います。よりよい医療という問題を考え、よいお医者さんに一人でも寄り添ってもらいたいため、ぜひ今後とも協力いただければと思っております。本日は長時間にわたりありがとうございます。

【主な報告事項】  
①日病協「診療報酬機構理事会」(9月7日)  
▽社会保険審議会「医療部会」(9月14日)  
▽第7回医師需給分科会(9月15日)  
▽第3回地域医療構想に関するワーキンググループ(9月23日)  
▽第6回日本専門医機構理事会(10月5日)  
【その他】  
(株)公私病連共済会より、新規保険の案内があった。

### 全国公私病院連盟

役員会日より  
期日 10月11日(火)  
会場 剛堂会館  
報告  
④ 遠見副会長からの報告  
② 医療保険制度対策事務局より資料の説明があった。  
③ 医療提供体制対策事務局より資料の説明があった。

### 【主な報告事項】

① 日病協「診療報酬機構理事会」(9月7日)  
② 社会保険審議会「医療部会」(9月14日)  
③ 第7回医師需給分科会(9月15日)  
④ 第3回地域医療構想に関するワーキンググループ(9月23日)  
⑤ 第6回日本専門医機構理事会(10月5日)

### 【その他】

(株)公私病連共済会より、新規保険の案内があった。

## 全国公私病院連盟

# 『医療事故調査費用保険』

### 医療事故調査制度の施行にともない、新保険を発売

全国公私病院連盟では、医療事故調査制度の施行にともない、本制度における医療機関の負担に備えて、院内事故調査にかかる費用を補償するための、会員向け新保険の取扱いをしています。

補償の対象となるのは、院内事故調査にかかる費用で、遺体の保管や搬送の費用、解剖やAi、院内調査委員会に招へいする有識者(外部委員)にかかる謝金や交通費、などになります。本保険の加入資格は、全国公私病院連盟の会員病院となり、医療機関個別で加入するよりも低廉な保険料でご加入いただくことができます。

<お問合わせ先>

株式会社 公私病連共済会

TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

SJNK15-10432

# 医師需給の議論、早期再開を

## 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  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

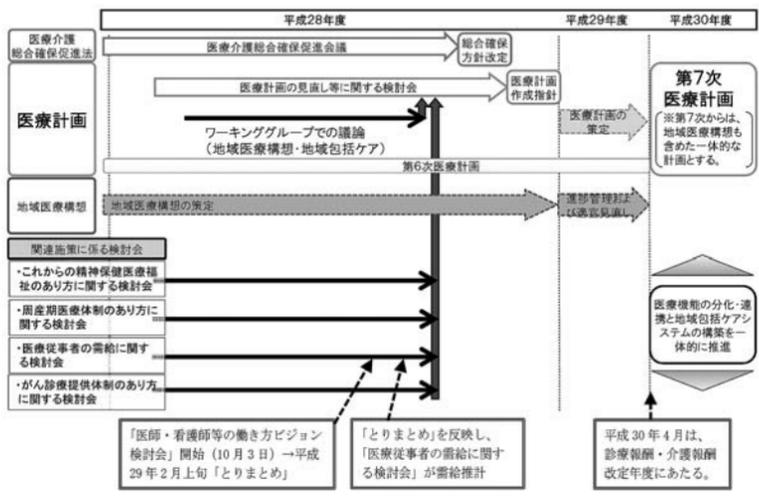
編集  
広報委員会  
毎月1日発行 年間購読料1,000円  
(購読料は会費に含まれます。)

国民医療の  
確保のために  
病院診療報酬の  
引き上げを

### 医師・看護師等の働き方ビジョン検討会が発足 望ましい働き方を緊急に取りまとめ

平成30年度からの第7次医療計画・第7期介護保険事業計画の策定に向け、関係審議会では議論が急ピッチで進んでいる。医療計画の見直しにあたっては、医療従事者(医師・看護師)の需給のあり方の検討が進んでいたが、その前に急遽「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が設けられ、この検討会で2月上旬にまとめる医師等の働き方ビジョンを反映させて需給推計を策定することになった。

「新たな医療の在り方」やAIの発展③地域包括ケアの推進④地域医療構想を踏まえた病床機能の「分化」など大きく変化を取り巻く環境が今後、①多死社会の到来②ICT 看護師等の確保に当たっ



ては、こうした変化を踏まえた新しい働き方の検討を行って、需給を定める必要があることになり、来年2月には望ましい医療従事者の働き方ビジョンが示される。これに先立ち「医療従事者(医師等)の需給に関する検討会」では、年末までに検討すべき医師の配置に係る対策(直接的な対策)として10項目、②医師の就業環境改善等に関する対策(間接的な対策)として4項目が上げられていたが、本格的な議論を前に数回にわたり予定した会合が開かれず、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の進捗状況を見守る状況が続いてい

「医療従事者の需給に関する検討会」で年末までに検討すべき医師の配置に係る対策(直接的な対策)として10項目、②医師の就業環境改善等に関する対策(間接的な対策)として4項目が上げられていたが、本格的な議論を前に数回にわたり予定した会合が開かれず、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の進捗状況を見守る状況が続いてい

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

「医療従事者の需給に関する検討会」で年末までに検討すべき医師の配置に係る対策(直接的な対策)として10項目、②医師の就業環境改善等に関する対策(間接的な対策)として4項目が上げられていたが、本格的な議論を前に数回にわたり予定した会合が開かれず、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の進捗状況を見守る状況が続いてい

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

い、卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討▽医学教育において、地域医療の向上への貢献に関し、早期の動機づけ。

でに検討すべきとして上がっていた全14項目は以下のとおり。

1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)
  - (1) 医学部▽いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行う
  - (2) 臨床研修▽臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する募集定員倍率のなお一層の縮小を検討▽道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮▽募集定員の配分等に對する道府県別の権限を一層強化▽臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討。
  - (3) 専門医▽国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、都道府県等の調整等に関する権限を明確化する。
  - (4) 医療計画による医師確保対策の強化▽▽医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定し、専門医等の定員の調整に利用▽将来的に医師偏在等が続く場合に、十分な診療科の診療所の開設について、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討。
  - (5) 医師の勤務状況等のデータベース化▽医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討。
  - (6) 地域医療支援センターの機能強化▽地域医療支援センターについて、所在地の医療機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化。
  - (7) 都道府県から国等への対策の求め▽都道府県が、国、関係機関等に必要となることについて検討。
  - (8) 管理者の要件▽特定地域・診療科で一定期間診療に従事すること、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件とする。
  - (9) フリーランス医師への対応▽医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討。
  - (10) 医療従事者の継承税制▽地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討。

2. 医師の就業環境改善等に関する対策(間接的な対策)
  - (1) 女性医師の支援(略)
  - (2) 技術革新に対応した医療提供(略)
  - (3) チーム医療(略)
  - (4) サービス受益者に係る対策(略)

とを検討。

とを検討。

とを検討。

### 時評

今年10月9日、アメリカ次期大統領に共和党のドナルド・トランプ氏が選出された。各マスコミは驚きを隠さず、金融界も不安に駆られた。しかし、翌日にはトランプの政策がアメリカ経済に有利と

思われたのか、トランプが現実的対応を見せたことを好感して、全体的には落ち着いた動きを取り戻した。トランプの暴言は、大統領に当選するためのマスコミ操作の手管であって、これからは大統領として自分の政策を遂行する

ためにマスコミを活用することになるだろう。

私はトランプの勝利は十分にあると思っていたし、その方が相当の混乱があっても、歴史の差を背景に、移民問題も加わり、没落していく白人中間層は立ち上がらざるを得なかったのである。また、E.U.離脱の決定も、結果を得ない。

世界の国々を見てみると、自国の利益を第一とする動きが極めて盛んになっている。イギリスの国民投票によるEU離脱の決定も、結果を得ない。

世界の国々を見てみると、自国の利益を第一とする動きが極めて盛んになっている。イギリスの国民投票によるEU離脱の決定も、結果を得ない。



連盟 副会長 中島 豊 爾

### 社会矛盾の発露としてのトランプ次期大統領

史は十年早く進むのではないかと考えている。新自由主義的政策が東西冷戦の終結によって加速され、富める者はますます富み、中間層は没落の憂き目に

あつては、この貧富の差の拡大を背景に、移民問題も加わり、没落していく白人中間層は立ち上がらざるを得なかったのである。また、E.U.離脱の決定も、結果を得ない。

世界の国々を見てみると、自国の利益を第一とする動きが極めて盛んになっている。イギリスの国民投票によるEU離脱の決定も、結果を得ない。

世界の国々を見てみると、自国の利益を第一とする動きが極めて盛んになっている。イギリスの国民投票によるEU離脱の決定も、結果を得ない。

味深い。(A.N)

いる鉛筆

地域医療構想WG

地域医療構想調整会議での議論の進め方を整理

第7次医療計画の策定にあたって「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」で作成した指針の検討が行われ、意見の整理が行われている。WGで整理された意見は「I. 基準病床数と病床の必要量・必要病床数」の「関係性」と「II. 協議の場(地域医療構想調整会議)での議論の進め方」に示されている。Iでは、基準病床数の算定にあたって、①入院率、②患者の流出率、③病床の利用率、④入院受療率、⑤介護施設対応可能数等、⑥今後病床の整備が必要となる構想区域への対応一などの整理が行われ、IIでは、医療提供体制構築の方向性を共有するために、地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うか明確にする際に調整の場を設けるとされた。

また議論する内容及び進め方の整理(1)医療機能の役割分担

①構想区域における将来の医療提供体制を構築していただくための方向性の共有

▼構想区域における医療機関の役割の明確化

▼将来の医療提供体制を構築していただくための方向性を共有する

②病床機能報告における将来の病床機能報告の転換を予定している医療機関の役割の明確化

▼病床機能報告においては、6年後の病床機能も報告されていることから、将来に病床機能の転換を予定している医療機関についても、その転換の内容が地域医療構想の方向性と整合性のあるものとなっているかという点について確認。

③新規に参入してくる医療機関や、増床を行う医療機関の拡大を行う医療機関等への対応

④今後、高齢化が急速に進み、医療需要の増加が大きい見込まれる地域において、増床等の整備の必要が生じる。この場合においても、共有した方向性を踏まえ、将来の医療提供体制を構築する

▼上記以外の構想区域における中心的な医療機関が担う医療機能等

▼上記以外の医療機関については、これらの医療機関との連携や、これらの医療機関が担わない医療機能(例えば、重症心身障害児に対する医療等)や、地域の多様な医療ニーズを踏まえ、それぞれの役割を明確化

⑤将来の病床機能の転換を予定している医療機関の役割の明確化

▼病床機能報告においては、6年後の病床機能も報告されていることから、将来に病床機能の転換を予定している医療機関についても、その転換の内容が地域医療構想の方向性と整合性のあるものとなっているかという点について確認。

⑥新規に参入してくる医療機関や、増床を行う医療機関の拡大を行う医療機関等への対応

⑦共有した方向性を踏まえ、各医療機関は将来の担うべき医療機能に向けた病床機能等の転換や、既存の機能の充足を図る

⑧病床機能分化・連携に向けた方策の検討

⑨将来の医療提供体制を実現するために必要な事項の検討

⑩共有した方向性を踏まえ、地域における病床機能の分化・連携を図る

⑪共有した方向性を踏まえ、各医療機関がどの病床機能に今後機能転換するかを明確にする

⑫「不足又は充足すべき医療機能について、将来の医療需要の動向を見据え、整備すべきストラクチャー、マンパワー等の見込みなど」のような事項についても検討

⑬各医療機関の有する医療資源を基に、対応が必要な事項について、医療機器等のストラクチャーの共同利用や、連携した方策を検討(例)回復期の医療提供体制を構築するために、医療法第7条第5項の行使も視野に入

⑭また、新規に参入してくる医療機関に対しては、病院の開設の許可を待たず、調整会議への出席を求め、方向性を踏まえ、地域に必要な医療機能等について、理解を深めてもらうよう努める。

⑮既存の医療資源だけでは対応できない事項については、財政的支援の必要性等を検討し、地域医療介護総合確保基金の都道府県計画への反映について検討

⑯地域住民への啓発

⑰共有した方向性を踏まえ、医療へのかかり

⑱そのための、調整会議で行われている議論について、広く住民に伝え、地域における医療提供体制の課題等の共有を図るため、議事の内容等をホームページ等を通じて、情報提供(例)か

⑳そのための、各都道府県においては、地域医療構想の策定後、できるだけ速やかに調整会議を開催することが望ましい。

㉑調整会議の定期的な開催による情報の共有等に留意すべき事項

㉒調整会議の開催時期等

㉓調整会議の開催時期等

㉔調整会議の開催時期等

平成29年度予算編成に関する建議

社会保障費の伸びを5千億円以内に

— 財政制度等審議会 —

財務省の「財政制度等審議会」は11月17日、平成29年度予算の編成等に

①「建設」では、我が国の「財政の現状と課題」として、①経済成長の道筋を確かなものとし、平成31年10月に確実に消費税率を引き上げるべき。他方、消費税率の引上げの環境整備の必要性を踏まえ、給付の抑制・適正化を行うとともに、給付に付いた負担を軽減すること、受給と負担のアンバランスを一刻も早く解消し、将来不安を払拭すべきとの考え方を示した。

②「社会保障費」では、我が国の「財政の現状と課題」として、①経済成長の道筋を確かなものとし、平成31年10月に確実に消費税率を引き上げるべき。他方、消費税率の引上げの環境整備の必要性を踏まえ、給付の抑制・適正化を行うとともに、給付に付いた負担を軽減すること、受給と負担のアンバランスを一刻も早く解消し、将来不安を払拭すべきとの考え方を示した。

③「社会保障費」では、我が国の「財政の現状と課題」として、①経済成長の道筋を確かなものとし、平成31年10月に確実に消費税率を引き上げるべき。他方、消費税率の引上げの環境整備の必要性を踏まえ、給付の抑制・適正化を行うとともに、給付に付いた負担を軽減すること、受給と負担のアンバランスを一刻も早く解消し、将来不安を払拭すべきとの考え方を示した。

④「社会保障費」では、我が国の「財政の現状と課題」として、①経済成長の道筋を確かなものとし、平成31年10月に確実に消費税率を引き上げるべき。他方、消費税率の引上げの環境整備の必要性を踏まえ、給付の抑制・適正化を行うとともに、給付に付いた負担を軽減すること、受給と負担のアンバランスを一刻も早く解消し、将来不安を払拭すべきとの考え方を示した。

⑤「社会保障費」では、我が国の「財政の現状と課題」として、①経済成長の道筋を確かなものとし、平成31年10月に確実に消費税率を引き上げるべき。他方、消費税率の引上げの環境整備の必要性を踏まえ、給付の抑制・適正化を行うとともに、給付に付いた負担を軽減すること、受給と負担のアンバランスを一刻も早く解消し、将来不安を払拭すべきとの考え方を示した。

⑥「社会保障費」では、我が国の「財政の現状と課題」として、①経済成長の道筋を確かなものとし、平成31年10月に確実に消費税率を引き上げるべき。他方、消費税率の引上げの環境整備の必要性を踏まえ、給付の抑制・適正化を行うとともに、給付に付いた負担を軽減すること、受給と負担のアンバランスを一刻も早く解消し、将来不安を払拭すべきとの考え方を示した。

⑦「社会保障費」では、我が国の「財政の現状と課題」として、①経済成長の道筋を確かなものとし、平成31年10月に確実に消費税率を引き上げるべき。他方、消費税率の引上げの環境整備の必要性を踏まえ、給付の抑制・適正化を行うとともに、給付に付いた負担を軽減すること、受給と負担のアンバランスを一刻も早く解消し、将来不安を払拭すべきとの考え方を示した。

第7次医療計画の策定にあたって「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」で作成した指針の検討が行われ、意見の整理が行われている。WGで整理された意見は「I. 基準病床数と病床の必要量・必要病床数」の「関係性」と「II. 協議の場(地域医療構想調整会議)での議論の進め方」に示されている。Iでは、基準病床数の算定にあたって、①入院率、②患者の流出率、③病床の利用率、④入院受療率、⑤介護施設対応可能数等、⑥今後病床の整備が必要となる構想区域への対応一などの整理が行われ、IIでは、医療提供体制構築の方向性を共有するために、地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うか明確にする際に調整の場を設けるとされた。

また議論する内容及び進め方の整理(1)医療機能の役割分担

①構想区域における将来の医療提供体制を構築していただくための方向性の共有

▼構想区域における医療機関の役割の明確化

▼将来の医療提供体制を構築していただくための方向性を共有する

②病床機能報告における将来の病床機能報告の転換を予定している医療機関の役割の明確化

▼病床機能報告においては、6年後の病床機能も報告されていることから、将来に病床機能の転換を予定している医療機関についても、その転換の内容が地域医療構想の方向性と整合性のあるものとなっているかという点について確認。

③新規に参入してくる医療機関や、増床を行う医療機関の拡大を行う医療機関等への対応

④今後、高齢化が急速に進み、医療需要の増加が大きい見込まれる地域において、増床等の整備の必要が生じる。この場合においても、共有した方向性を踏まえ、将来の医療提供体制を構築する

▼上記以外の構想区域における中心的な医療機関が担う医療機能等

▼上記以外の医療機関については、これらの医療機関との連携や、これらの医療機関が担わない医療機能(例えば、重症心身障害児に対する医療等)や、地域の多様な医療ニーズを踏まえ、それぞれの役割を明確化

⑤将来の病床機能の転換を予定している医療機関の役割の明確化

▼病床機能報告においては、6年後の病床機能も報告されていることから、将来に病床機能の転換を予定している医療機関についても、その転換の内容が地域医療構想の方向性と整合性のあるものとなっているかという点について確認。

⑥新規に参入してくる医療機関や、増床を行う医療機関の拡大を行う医療機関等への対応

⑦共有した方向性を踏まえ、各医療機関は将来の担うべき医療機能に向けた病床機能等の転換や、既存の機能の充足を図る

⑧病床機能分化・連携に向けた方策の検討

⑨将来の医療提供体制を実現するために必要な事項の検討

⑩共有した方向性を踏まえ、地域における病床機能の分化・連携を図る

⑪共有した方向性を踏まえ、各医療機関がどの病床機能に今後機能転換するかを明確にする

⑫「不足又は充足すべき医療機能について、将来の医療需要の動向を見据え、整備すべきストラクチャー、マンパワー等の見込みなど」のような事項についても検討

⑬各医療機関の有する医療資源を基に、対応が必要な事項について、医療機器等のストラクチャーの共同利用や、連携した方策を検討(例)回復期の医療提供体制を構築するために、医療法第7条第5項の行使も視野に入

⑭また、新規に参入してくる医療機関に対しては、病院の開設の許可を待たず、調整会議への出席を求め、方向性を踏まえ、地域に必要な医療機能等について、理解を深めてもらうよう努める。

⑮既存の医療資源だけでは対応できない事項については、財政的支援の必要性等を検討し、地域医療介護総合確保基金の都道府県計画への反映について検討

⑯地域住民への啓発

⑰共有した方向性を踏まえ、医療へのかかり

⑱そのための、調整会議で行われている議論について、広く住民に伝え、地域における医療提供体制の課題等の共有を図るため、議事の内容等をホームページ等を通じて、情報提供(例)か

⑳そのための、各都道府県においては、地域医療構想の策定後、できるだけ速やかに調整会議を開催することが望ましい。

㉑調整会議の定期的な開催による情報の共有等に留意すべき事項

㉒調整会議の開催時期等

㉓調整会議の開催時期等

㉔調整会議の開催時期等

く、進捗のチェックが困難であることから、レセプトを活用して病棟ごとの診療行為の分析を行って、病床機能ごとの定量的な基準を次期病床機能報告時まで明確化する

③「医療・介護提供体制の確保(かかりつけ医療以外を受診した場合の定額負担の導入・地域医療構想に沿った医療提供体制の実現・療養病床の効率的なサービス提供体制への転換・医療費適正化計画の策定・実現など)

④「公定価格の適正化」

⑤「医療・介護提供体制の確保(かかりつけ医療以外を受診した場合の定額負担の導入・地域医療構想に沿った医療提供体制の実現・療養病床の効率的なサービス提供体制への転換・医療費適正化計画の策定・実現など)

⑥「公定価格の適正化」

⑦「医療・介護提供体制の確保(かかりつけ医療以外を受診した場合の定額負担の導入・地域医療構想に沿った医療提供体制の実現・療養病床の効率的なサービス提供体制への転換・医療費適正化計画の策定・実現など)

「目安」を確実に達成するため、次年度に負担を先送りすることなく、その伸びを5000億円に抑えるべきと提言している

「かかりつけ医」以外を受診した場合の定額負担の導入については、一定の要件を満たす

# 第25回 医療事故防止セミナー開く

全国公私病院連盟が主催する「第25回医療事故防止セミナー」が10月28日、東京都新宿区・家の光会館「コンベンションホール」において開催された。午前中の講義では、小松原明哲先生（早稲田大学理工学術院教授）が「ヒューマンファクターの基礎知識」と題して、午後の講義では平能哲也先生（日本広報協会広報アドバイザー）が「クライシス・コミュニケーションの基礎と実践」、棚瀬慎治先生（棚瀬法律事務所弁護士）が「法的観点から見た医療現場の実情」と題して講演された後、SOMPOリスケアマネジメント株式会社のコンサルタントが情報漏えい対策について説明を行った。以下に各講師による講演の要旨を掲載する。

## 小松原 明哲 先生



「チーム医療でのポイントである。まず、ものが言いやすい雰囲気を作ること、その上で、相手に自分の言いたいことが伝わる適切な言葉遣いをするのが求められる。後者について、特に「話を聞き合わせる」という言葉が求められる。

「チーム医療でのポイントである。まず、ものが言いやすい雰囲気を作ること、その上で、相手に自分の言いたいことが伝わる適切な言葉遣いをするのが求められる。後者について、特に「話を聞き合わせる」という言葉が求められる。

「チーム医療でのポイントである。まず、ものが言いやすい雰囲気を作ること、その上で、相手に自分の言いたいことが伝わる適切な言葉遣いをするのが求められる。後者について、特に「話を聞き合わせる」という言葉が求められる。

## 棚瀬 慎治 先生



「チーム医療でのポイントである。まず、ものが言いやすい雰囲気を作ること、その上で、相手に自分の言いたいことが伝わる適切な言葉遣いをするのが求められる。後者について、特に「話を聞き合わせる」という言葉が求められる。

「チーム医療でのポイントである。まず、ものが言いやすい雰囲気を作ること、その上で、相手に自分の言いたいことが伝わる適切な言葉遣いをするのが求められる。後者について、特に「話を聞き合わせる」という言葉が求められる。

## 平能 哲也 先生



「チーム医療でのポイントである。まず、ものが言いやすい雰囲気を作ること、その上で、相手に自分の言いたいことが伝わる適切な言葉遣いをするのが求められる。後者について、特に「話を聞き合わせる」という言葉が求められる。

「チーム医療でのポイントである。まず、ものが言いやすい雰囲気を作ること、その上で、相手に自分の言いたいことが伝わる適切な言葉遣いをするのが求められる。後者について、特に「話を聞き合わせる」という言葉が求められる。



会場のもよう

「チーム医療でのポイントである。まず、ものが言いやすい雰囲気を作ること、その上で、相手に自分の言いたいことが伝わる適切な言葉遣いをするのが求められる。後者について、特に「話を聞き合わせる」という言葉が求められる。

【主な報告事項】  
 ①日病協「診療報酬実務者会議」(10月19日)  
 ②日病協「代表者会議」(11月2日)  
 ③日病協「診療報酬実務者会議」(11月16日)  
 ④日病協「代表者会議」(11月18日)

【主な協議事項】  
 ①日本病院団体協議会「診療報酬実務者会議」委員の交代について  
 ②日本病院団体協議会「診療報酬実務者会議」委員の交代について  
 ③日病協「代表者会議」委員の交代について  
 ④日病協「代表者会議」委員の交代について

# 第28回 看護管理セミナー開く

全国公私病院連盟が主催する「第28回看護管理セミナー」が11月29日、東京都中央区・損保ジャパン日本興亜日本橋ビルにおいて開催された。午前中の講義では、熊谷雅美先生(済生会横浜市東部病院副院長兼看護部長)が「スペシャリストが活躍する病院をめざす」と題して、午後の講義では齋藤恭子先生(武蔵野赤十字病院医療連携センター副センター長)が「平成28年度診療報酬改定における当院での対応」退院支援加算1を取得するまでの取り組みと現状、三木明子先生(筑波大学医学医療系准教授)が「医療機関における悪質クレームの対応」と題して講演された。以下に各講師による講演の要旨を掲載する。

## 熊谷雅美先生

日本は今、世界に類を見ない少子高齢社会にあり、医療・福祉を取り巻く環境が、加率的に変化し続けている。そのような背景のなかで、国民の生命・健康・暮らしを支えるために、看護に対する期待はますます大きくなっている。

## 三木明子先生

悪質クレームとは、要求の根拠が正当でない。根拠があるが、要求内容が過大である。●理不尽な要求 ●相暴な行動をとる ●要求を通すまであらゆる方法を用いる ●最も適切な役割を割り担えたらしく、チーム医療の進化・深化を促している。こういった看護のスペシャリストのロール・モデルによって、看護が創られ、伝承されていく。

## 齋藤恭子先生

武蔵野赤十字病院は、病床数611床の高度急性期病院である。平成18年地域医療支援病院の承認を受け、地域医療体制の中核を担う病院として医療連携の構築に取り組んできた。

院日数の短縮、および地域包括ケアの推進にいくことを目的に、退院支援加算が新設された。武蔵野赤十字病院も、4月から退院支援加算2、7月からは退院支援加算1の算定を開始した。診療報酬は加算在りきではない。ツールとして取り入れ、調整のしくみが病院に定着することによって、在

当院では、7人の専門看護師、35人の認定看護師、NP1名が活躍している。おもに専門看護師らは、これからの高度急

以下3つの視点から診療報酬改定の対応について述べる。  
1. 社会的背景から退院支援・調整の必要性を考える  
2. 武蔵野赤十字病院における退院支援加算1の施設基準・算定要件を満たすための仕組みづくりと現状  
3. 病棟看護師の退院支援能力の向上に伴う波及効果

悪質クレームとは、他者に対する共感性が全くなく、相手の立場や迷惑を考えない。●自分だけは特別だと思っている(特権意識) ●揺さぶりをかけて相手の力を見定め、相手を弱く見れば徹底的に攻撃する

●常に被害者意識を持ち、羞恥や侮辱を受けとめやすい ●自分自身の目的を達成するまで要求を繰り返す特徴を有する。そのため、悪質クレームに関する研修やトレーニングを実施していないと、いざという時に職員は対応できない。

### 今月の一冊



外科医の眼 SURGEON 田口信子 著 出版社：医学通信社 森田博義(横浜通信病院 院長/外科医) 著

## 外科医の眼

「腹腔鏡や胸腔鏡などの内視鏡を使って手術を行う時代になったからである。もう自分の出番ではないと感じた私は、後継の柱となる人を手術研修のため先進施設へ派遣し、引退の方向を選んだ。ちょうど日本病院団体協議会が結成され、中央社会保険医療協議会(中医協)委員に選ばれた。私が学生の頃は「外見合の席に現れなかつた。私は冷や汗をかきながら、相手の方々がよい方達で事なきを得たが、また、どうも私は開腹手術をしなかった日は寝つきが悪かった。乳癌や甲状腺手術では物足りず「腹膜を見ないといつも言っていたらしく、最も共感するのは患者さんの「活き」である。同じ程度の進行癌や重症疾患で同じ手術を行っても、「活き」によってその後の長期の術後状態は違ってくる。どうして？」

この本を読んでもう感じたことは、私より少し若い著者が現在の外科の問題点を全て体感しているという点である。私には常々、今の外科は「手術から器術(奇術ではない)へ変わった」と言っている。それは、病変部を手で触れることな

**全国公私病院連盟**

**『使用者賠償責任保険・雇用慣行賠償責任保険』**

大幅な割引適用！専用特約付帯！

**新保険を発売**

全国公私病院連盟では、昨年12月からのストレスチェックの義務化にともない、さまざまな事業主の労務管理上のリスクに対応するための「使用者賠償責任保険」、「雇用慣行賠償責任保険」について、会員病院向けに加入募集をはじめました。

近年、職員の労働災害に対して事業主の安全配慮義務違反など民法上の賠償責任や、雇用上の差別やセクハラ・パワハラなどで事業主が賠償責任を負うケースもあります。

賠償が高額になる事例もありますので、是非ご検討ください。

<お問い合わせ先>  
株式会社 公私病連共済会  
TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

SJNK16-11703 2016/11/14