

真の国難を乗り越えよう!!

全国自治体病院協議会

会長 邊見公雄



平成30年戊戌(ぼしゅつ、つちのえいぬ)の年、新年明けましておめでとございませう。診療報酬が下がることが予想されているこの時期に、「何とめだたい奴」とお叱りの声も聞こえてきます。今年には、感星直列の年

を迎えて

と厚労省医系技官300人のトップに立った医療技監の鈴木康裕氏は言っておられます。つまり、色々な改革が大津波の如く押し寄せる、というのを表した言葉です。因みに「医療技監」というのは、明治の森岡外務省の事務次官と同格の医務総監のようなポストを新しく創り、医療を取り巻く種々の難しい課題を医師という専門職の眼を通して解決しようという狙いがあります。

今、我々医療界はトリレンマに陥っています。その一つは医師の働き方

改革を、運送業や外食産業の中のトラック企業と同じ拘り定規な考えで労働を捉えていること。仲間の病院に対する労働基準監督署の立ち入りや指導、超勤手当支払いや指導、超勤手当支払い命令などのニュースがメディアを賑わせています。2年間の猶予が与えられてはいますが、早急に医療界の土俵に彼等を引きずり込み、こちらが主導権を持たなければこの国の医療、特に地方の救急や産科、周産期等の分野の医療は崩壊してしまつてしまう。

医師の労働の定義、つまり二つ目は診療報酬。チーム医療のために増員された人件費に見合うフィードバックが付きません。良質な高い医療を、やればやるほど赤字が出る構造の点数表です。診療所も大変ですので、病院と共にウィンウィンに出来るのが最良とは思っておられますが、国の財政状況から子や孫に大きな負担は、と思うと二つ目のジレンマです。そして三つ目は消費増税です。今でも病院は大きな非控除の税負担、つまり損税を負っています。税率が10%にアップしますと、長期的には社会保障の財源として心弾むのですが、短期的には負担増の苦しさは胸を締め付けます。

これら三つの問題の根底には共通する奥深いマズムがあります。それは少子化とそれに伴う人口減です。働き方も国の財政も全てはこれが地下で繋がっているのです。私は、団塊の世代が子作り出来なかった40年前から「少子化は高齢化の枕詞か?!」と警鐘を鳴らしておりましたが、当時の与党も野党も耳を貸してはくれませんでした。福祉の党と呼ばれる党だけが少し時間を割いてくれまし

たが、非力でした。当時は同じ状況だったフランスが第二子助成、第三子助成、第三子助成の政策をとり、今では合計特殊出生率2.01と2以上で危機を脱したの大違いです。最大の困難

は北朝鮮や中国ではなく、この問題なのです。医療界も院内児託所を一般開放するとか、出来る事からやりましょう。マザーケットの縮小を少しでも防ぐために...

お屠蘇と初詣では、この三つの解決策を天や神に祈るばかりです。今年が少子化反転元年になりましょう!!

2018年 正月 成徳市民病院院長(赤穂市民病院名譽院長)

ては住んでいる地域で医療を受けられないいわゆる「医療難民」が生じておられます。さて皆様は、「満蒙开拓団」をご存じでしょうか。第二次世界大戦前時の政府は、昭和恐慌で疲弊した農民を、国策で旧満州(中国東北部)や内モンゴルに入植者として送り込みました。その数約27万人のことです。大戦末期になり、多くの若者は軍隊にとられ、またそれまで守っていた関東軍は早く逃げだし、最後は老人、女性、子供のみになり、国から見捨てられた民(棄民)なのです。戦後悲惨な逃避行の結果、日本にたどり着いたのは11万人余りだったそうです。現在の日本ではどうでしょうか。このままの低医療費政策が続くと、地方の病院は存在そのものが危ぶまれ、閉院に追い込まれかねません。その時国は、「そのような医療施設のない地域に住むのは個人の責任」というのでしょ

うか。現代の「棄民」政策としか言いようがありません。経済優先で効率のみを追求し、すべてをアメリカのように個人の責任にしてしまつてしまつた。はたして日本の風土に合った政策と言えるのでしょうか。またこの「地方の医療機関が存続の危機に瀕している」という事実は、その地域の医療難民(将来の医療棄民)の人々しか理解できないのではしょう。国民受けをする大衆迎合政策を掲げ、その結果また多くの赤字国債を乱発することでしょう。そして「このままでは、国民皆保険制度の存続が危ぶまれる」として、医療費を制限する。はたして誰のために、そしてだれに恩恵のある政策なのでしょう。いつの日か、製薬会社や調剤チェーン会社のためではなく、真に国民のための医療制度ができる日が来ることを、初夢にしたいと思つています。(成田赤十字病院院長)

低医療費政策と「医療棄民」

日本赤十字社病院院長連盟

会長 加藤誠



新年明けましておめでとうございます。みなさまにはつつがなく新年を迎えられたことお慶び

申し上げます。今年のみなさまの関心事は、何と云っても間もなく決まる医療費改定の行方だと思つています。はたしてプラスでしょうか、マイナスでしょうか。本体だけでもプラスになってほしいものです。

近年の財務省主導の医療費削減政策の結果、公立、公的、私的を問わず多くの病院が、赤字でその存在自体に窮してお

ります。また地方では医師不足も加わり、科によつては住んでいる地域で医療を受けられないいわゆる「医療難民」が生じておられます。

着いたのは11万人余りだったそうです。現在の日本ではどうでしょうか。このままの低医療費政策が続くと、地方の病院は存在そのものが危ぶまれ、閉院に追い込まれかねません。その時国は、「そのような医療施設のない地域に住むのは個人の責任」というのでしょ

うか。現代の「棄民」政策としか言いようがありません。経済優先で効率のみを追求し、すべてをアメリカのように個人の責任にしてしまつてしまつた。はたして日本の風土に合った政策と言えるのでしょうか。またこの「地方の医療機関が存続の危機に瀕している」という事実は、その地域の医療難民(将来の医療棄民)の人々しか理解できないのではしょう。国民受けをする大衆迎合政策を掲げ、その結果また多くの赤字国債を乱発することでしょう。そして「このままでは、国民皆保険制度の存続が危ぶまれる」として、医療費を制限する。はたして誰のために、そしてだれに恩恵のある政策なのでしょう。いつの日か、製薬会社や調剤チェーン会社のためではなく、真に国民のための医療制度ができる日が来ることを、初夢にしたいと思つています。(成田赤十字病院院長)

働き方改革は地域医療を崩壊させる

岡山県病院協会

会長 難波義夫



初春のお慶びを謹んで申し上げます。本年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定が行われます。しかし、地域医療を担っている病院にとつてもっと重要な課題

は、働き方改革と思われまふ。確かに、医療者、特に医師、看護師の勤務は、長時間の時間外労働が強いられ、それを認容することは決して良いことではありません。

地域での(過疎地とは)言わないまでも、都会あるいは県庁所在地以外)看護師不足、また、医師の地域、診療科の偏在は著しいものがあり、地域の学生が増えているとはいえず、新しく始まる新卒の学生が増えるのは、在を冗長させるのではなく、懸念される状況があります。その中で、地

域で少ないスタッフで頑張っている2次救急また手術等の急性期医療も対応している病院として、休日勤務、時間外労働の制限は、今まで果たしてきた病院の機能を保つことは到底無理で、夜間の医師の勤務を通常の勤務にすると、コストだけでなく、通常の勤務時間のスタッフ減少にもなり、仕事を制限せざるを得ないこととなります。つまり、時間外に患者さんを診察することが、通常の診察時間内の患者さんへのしわ寄せが出ることになり

ます。しかし、時間外の患者さんを受け入れられなくなる一番困るのは、地域の住民の方々です。医師の労働は、実際の診療だけでなく、自己研鑽、研究等あり、特に研修医の労働と研鑽の別はフアジーであり、病院内にいる時間がすべて労働であるとは言えないのでは無いでしょうか。また、応召義務の問題もあり、病院では時間外でも、基本的に医師が不在とか病気がかかるといことではなく(当直医は、病気でなくても当直は不可避である)、深夜でも対応を要求されます。

今医師の働き方の議論が行われていますが、医師数がある程度多い大病院のやりくりだけで

国民の医療界への認識。理解は、残念ながらまだ不十分で、自分勝手、尊大で、厚かましく接してきます。その中で、いい医者を演じながら医療を行っていかなくてはなりません。その中で、労基法の法律を遵守するだけの行動にすぎないかもしれません。

さて、近年の気象変動の荒々しさ、自然災害の

規模などは観測史上最大という表現が繰り返されるような事態です。従来とはレベルの全く違う防災対策が必要となつてお

ります。一方、医療の世界でも医療機器の開発や、生物学的薬剤など新しい薬剤の開発、とくに劇的な効果を発揮する新薬の開発など荒波の如く押し寄せます。

面期的であるものの、そのあまりの高価格に適応と認可を巡って論議が続きます。費用対効果を見据えたステータスを迎え、またAI、ロボットなどによる医療介護が進

医療を守るために

日本私立病院協会

会長 中嶋昭



謹んで新年の御挨拶を申し上げます。今年には診療報酬、介護報酬の同時改定の年であり、新年の扉は医療界にとつてかなり重いものとなりそうです。困難があっても光を求めて押し開いていかねばなりません。

さて、近年の気象変動の荒々しさ、自然災害の

規模などは観測史上最大という表現が繰り返されるような事態です。従来とはレベルの全く違う防災対策が必要となつてお

ります。一方、医療の世界でも医療機器の開発や、生物学的薬剤など新しい薬剤の開発、とくに劇的な効果を発揮する新薬の開発など荒波の如く押し寄せます。

面期的であるものの、そのあまりの高価格に適応と認可を巡って論議が続きます。費用対効果を見据えたステータスを迎え、またAI、ロボットなどによる医療介護が進

平成30年 元日 新春

地域住民の信頼につながる事業を展開し、 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 会長 **雨宮 勇**



平成30年の新春を迎え、謹んでお慶び申し上げます。

J A組合員として地域住民の皆様方には、日頃よりJ A厚生事業にご理解とご協力を賜り厚く御礼を申し上げます。

厚生連において107の病院、66の診療所を拠点に地域医療を担っております。特に、平成28年度は、2万3381件の分娩を取り扱い、76万2千人の救急患者(うち、救急車の搬送者数19万4千人)に対応しました。また、延べ310万人の方々に健康診断を実施しております。

J A厚生事業を取り巻く環境は、度重なる診療報酬の引き下げや医師の地域偏在、診療科偏在の深刻化、さらには消費税

率8%の引き上げによる影響等で、依然として厳しい状況に置かれております。

このうち、平成30年度は、第8次3カ年計画の最終年度にあたり、計画達成に向けた取り組みをすすめてまいります。

第一は、「2025年に向けたサービス提供体制構築」です。医療計画の一部として策定された地域医療構想の実現に向け、将来の医療機能等を

築をすすめてまいります。さらに、平成30年度は、平成28年度に設定した厚生連間における看護人材の交流を検討し、マッチングをすすめてまいります。

第二は、「経営健全化」です。経営環境が厳しさを増す中、改善を要する厚生連の支援に重点を置いた取り組みを行うとともに、経営悪化を未然に防止するための取り組みをすすめてまいります。

また、消費税率引上げに伴う消費税負担の増大に備え、関係団体と連携した要請に取り組むことに加え、都内を中心とした大

学(医学部)との関係構築をすすめてまいります。

第三は、「事業実施条件の整備」です。診療・介護報酬改定の要望については、関係団体と連携して取り組むとともに、農山村地域に立地する厚生連特有の課題を解決するため、「農民の健康を創る会(自民党)を通じて要請活動を行ってまいります。

また、消費税率引上げに伴う消費税負担の増大に備え、関係団体と連携した要請に取り組むことに加え、都内を中心とした大

医師の働き方

全国公立病院連盟

会長 **石原 淳**



謹んで新年のお慶びを申し上げます。

昨春に全国公立病院連盟会長に就任致しました。改めてどうぞよろしくお願いたします。

会合同会議が岡山市で開催されましたが、晴れの国おかも、らしく晴天に恵まれ、また岡山県精神科医療センターの中島先生の名司会で大変有意義な総会となりました。

総会後は倉敷の美観地区にも立ち寄り、古くからの町並みが町ぐるみで保存・修復して実生活に活用され、さらに地域の活性化につながっている様子をのたりにし

感銘を受けました。議事では本連盟の特色でもある自由闊達な意見交換がなされましたが、その中心は「医師の働き方改革」であったかと思

います。日進月歩の医療情報、医療技術の習得・対応や、医療安全に基づく質の向上、高齢化の進展による救急医療をはじめとする地域医療需要の増加に加え介護との連携も求められるなど、医師

の仕事量は今後ますます増大してまいります。このような中でどうやって勤務医の労働環境を整備・改善していくか、各病院が苦心しながら取り組んでいる状況について意見交換されました。全公連としての政府に対する要望として、「医師の働き方改革」については、救急医療をはじめとする地域医療への影響を十分に配慮して慎重に検討を進めること。」とする一項目を加えた決議文を採択し、既に関係機関に届けております。

医師が労働者であるか否かについて、少なくとも勤務医はその勤務形態からすると法的には労働者と考えざるを得ないようです。また、その議論はさきおき、医師事務作業補助者の活用による負担軽減や業務の効率化、多様な勤務形態の採用、研究環境の整備、専門医などの資格取得支援など

医師の労働環境の改善や健康の維持、個々のワークライフバランスへの理解等が必要であることも自明の理でしょう。一方で、臨床の現場に機械的な勤務時間の規制を実施することは、特に救急をはじめとする地域医療の実態とかけ離れている部分があります。医師不足が深刻な地域の先生が発言には切実なものがありました。

医師という職業が貴賤ではなく特別な職業であることはその語源からも明らかです。ご存知の通り、professionとは元来神に誓って行う職業(聖職者、医師、弁護士等)であり、医師は公共の福祉に携わる者として、その自律(Autonomy)が担保されていない

医療の安全確保に資する観点から、(1)地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進(2)新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実(3)医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進(4)効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能

医療に携わる者で、現

医療に携わる者で、現

医療の安全性確保に一層の注力を

働き方改革や効率化の視点に流されずに

全国済生会病院協会

会長 **園田 孝志**



平成29年12月初め、社会保障審議会の医療保険部会と医療部会が平成30年度診療報酬改定の基本方針の案がまとまった。

平成11年の手術患者取引連立事件を契機として医療安全への関心が高まり、様々な対策が講じられてきた。その流れは、平成14年▲1.3%平成18年▲1.36%と診療報酬本体がマイナス改定となり、「医療崩壊」が叫ばれた時期も医療現場で脈々と続けられてきた。

しかし、満足な結果は得られていない。原因として、高齢化の進行もあり病態は一層複雑化し量的な負担も増大している。医療技術の進歩により診療内容は高度化している、働き手の確保や働き方の見直しなどが挙げられる。医療の安全性に与える前提条件は、むしろ悪化している。

医療に携わる者で、現

医療に携わる者で、現

医療に携わる者で、現

謹賀新年

一般社団法人 全国公私病院連盟

会長 **今泉 暢登志**

副会長 **邊見 公雄**

副会長 **中島 豊爾**

副会長 **石原 淳**

副会長 **加藤 幸男**

副会長 **加藤 誠**

副会長 **園田 孝志**

副会長 **難波 義夫**

副会長 **中嶋 昭**

謹賀新年
株式会社 公私病連共済会

代表取締役 **今泉 暢登志**

費用・効果の関係について再考する必要があると感じます。到達し獲得した科学や医学の進歩を後戻りさせるわけにはいきませんが、文明のアクセルを踏むことだけでなくブレーキやアイドリングストップ

料の使用・選択についても現場において費用対効果の意識を高め、追及する姿勢が重要と考えます。

(公益財団法人日産厚生会玉川病院理事長)

第3セッション

テーマ 認知症をどうする

全国公私病院連盟は、第29回「国民の健康会議」を10月17日(火)に「ヤクルトホール」で開催しました。今回のテーマは「認知症」で、長谷川和夫先生(認知症介護研究・研修センター名誉センター長、比留間ちづ子先生(若年認知症社会参加支援センター「ジョイント」所長、樋口恵子先生(NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長)にお話しを伺っています。...

「開く」会議会康



行天先生

【行天】最後のセッションでは、三人の方にお話を伺います。樋口恵子先生は『高齢社会をよくする女性の会』を主宰していて、最近では読売新聞の「人生案内」という身の上相談のコーナーで快刀乱麻のご回答をされています。それを読むために読売新聞を購読する人がいるぐらいです。...

歩、老いの坂を下っていく立場です。さて、90歳の高齢男性の方が認知症で、要介護4でしたけれども、徘徊中に轢死されました。その結果、JR東海が約800万円の賠償金を恵子さん夫妻に請求したことをご記憶かと思えます。...

裁判になりました。一番はJR側の完全勝訴でしたが、二番では世論が高まったことも影響して、別居している息子さんは免責されました。しかし奥様、今の私と同じ年齢で要介護1でしたが、奥様にのみ賠償が命

NPO法人高齢社会をよくする女性の会

理事長

樋口恵子先生

聞き手 邊見 公雄先生 (全国自治体病院協議会 会長)

聞き手 渡邊 古志郎先生 (横浜市立市民病院 名誉院長)

聞き手 行天 良雄先生 (医事評論家)



樋口先生

ぜられました。『認知症の人と家族の会』なども意見書を出して支援しましたが、私どもの会でも、このまま見過ごせないと思っていました。このケースは、医療や介護がどうより、法的な家族の責任がどうかですので、私どもを応援してください。...

基本的な人権としてきちんと位置づけるべきである。それが基本です。次に、これからの社会のあり方として、寛容な社会、このごろ排除の論理がはやっていくようです。...

いいというご意見もあります。しかし、何らかの形で認知症の方の起こした事件に対する賠償をすべきというごことは一致して

きようと、やはり違うと申し上げたいのです。そのようなことが自由に言えない中で、認知症の人、高齢者の人権と尊厳を大事にしないとい

当日の主なスケジュール

Table with 2 columns: Time and Content. Rows include: 1:00~1:05 (5) 開会挨拶 今泉 暢登志 (全国公私病院連盟 会長); 1:05~1:45 (40) テーマ① 認知症とは 話し手:長谷川 和夫 先生 聞き手:行天 良雄 先生; 1:50~3:00 (70) テーマ② 認知症と共に 話し手:比留間ちづ子 先生 聞き手:中島 豊爾 先生; 3:00~3:15 (15) 休憩; 3:15~4:50 (95) テーマ③ 認知症をどうする 話し手:樋口 恵子 先生 聞き手:邊見 公雄 先生 聞き手:渡邊 古志郎 先生 聞き手:行天 良雄 先生; 4:50~4:55 (5) 閉会挨拶 中嶋 昭 (全国公私病院連盟 副会長)

自営の税理士さんだったと思います。その方が少しおかしくなって、診断してもらったら、初期の認知症と言われた。以前、父はまだ仕事ができ、この日本のどこかの竹やぶの中、堀の内、森の陰に置き去りにしているのだと思います。一つ間違えば、私も置き去りにされかねない年齢になっています。...

第29回「国民の健

第29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



4面からつづく

~~~~~  
お願いしてはいたんですけれども、いなくなりまして。結局、数時間後に警察から見つかったと電話がありました。

徘徊というのは止められないんです。あっと思いう間に歩いていってしまいますからね。これでもし踏み切りに入って死んだら不幸ですし、なおかつ、それを止められなかったら賠償まで求められたら、もう社会的な生活はできないと思います。ずっとそばに付いているか、拘束する以外にないということになります。ですから、樋口先生のグループがまとめた要望書には全面的賛成です。

認知症に関して、私が一番初めにびびりしたのは、有吉和子さんの『恍惚の人』という本が出版された時です。こん

なことが起こるのかと。しかし今、病院の各病棟を見ていまして、恍惚の人の方が多いくらいです。小児科病棟以外ほとんど3〜4人おられます。

もう一つは、地域で見守ってあげなければ無理だと思えます。地域包括ケア制度というものができて、年寄りの子供も重症者も軽症者も、とにかく病院で治すというのではなく、地域で治そう、というのが今の厚労省の政策の中心になっていきますので、それに期待しています。答えはなにかどうかわかりませんが、



渡邊先生

先生は、嫌がる本人に対して、家族がどうやって病院へ行ってくれるかと。ここで、3人目の渡邊先生にご回答を伺いたいと思います。

【渡邊】かなりむちゃ振りですけど、臨床家の一人として申し上げたいことがあります。先ほど、横浜市立市民病院の先生に、今、市民病院には、認知症の患者さんがどれくらいいるかと聞いてみたんですけれども、入院患者さんの約3割くらいと。そして、それは認知症として

けれど…

【行天】今、お2人のお話を伺っていて、非常に考えさせられたのは、あまりにも高齢者が急激に増える中で、いい面もあれば悪い面もあって、このことを、すばらしい社会が誕生しているという捉え方をしているのか、将来めっちゃくちゃになって大変だと考えていくべきか。今日は、現場にいらっしゃる先生と、実際に困っている方と、皆様方の声を伺いたいと思っています。

今、渡見先生の家で大変な騒ぎがあったというお話がありました。樋口

【樋口】ありがとうございます。実は他にも質問がたくさんあるものから、次へ進んでよろしいですか。

【行天】はい、どうぞ。【渡邊】かなりむちゃ振りですけど、臨床家の一人として申し上げたいことがあります。先ほど、横浜市立市民病院の先生に、今、市民病院には、認知症の患者さんがどれくらいいるかと聞いてみたんですけれども、入院患者さんの約3割くらいと。そして、それは認知症として

他の理由で受診されて、ちょっと予備的検査を受けてみましようということになって、それで認知症がわかったという人が多いうです。

そこで、樋口先生からの問い掛けへの回答ですが、そのお婆さんは、自分が認知症と言われることを恐れて行きたくな

か。現実的な答えとしては、そのように思いました。

【樋口】ありがとうございます。実は他にも質問がたくさんあるものから、次へ進んでよろしいですか。

【行天】はい、どうぞ。【渡邊】かなりむちゃ振りですけど、臨床家の一人として申し上げたいことがあります。先ほど、横浜市立市民病院の先生に、今、市民病院には、認知症の患者さんがどれくらいいるかと聞いてみたんですけれども、入院患者さんの約3割くらいと。そして、それは認知症として

私自身は、若くして世を去った連れ合いの後を受け、全身全霊を込めて娘を育てたと思っております。ところが娘にしてみれば、口やかましい母親なんです(笑)。あちこちで男女平等をうたったえ、世の批判も受け、あ

まつさえ東京都知事選にまで立候補し、常に迷惑をかけ続けてきた親なんです。つまり、仲が悪いのです(笑)。

【行天】ありがとうございます。実は他にも質問がたくさんあるものから、次へ進んでよろしいですか。

【渡邊】ありがとうございます。実は他にも質問がたくさんあるものから、次へ進んでよろしいですか。

【行天】ありがとうございます。実は他にも質問がたくさんあるものから、次へ進んでよろしいですか。

【渡邊】ありがとうございます。実は他にも質問がたくさんあるものから、次へ進んでよろしいですか。

【行天】ありがとうございます。実は他にも質問がたくさんあるものから、次へ進んでよろしいですか。

【渡邊】ありがとうございます。実は他にも質問がたくさんあるものから、次へ進んでよろしいですか。



# 第29回 看護管理セミナー開催

全国公私病院連盟では、第29回「看護管理セミナー」を11月29日に開催しました。講師には、日本看護協会・会長の福井トシ子先生をお迎えして「地域包括ケアシステム構築における看護職の役割と診療報酬改定」をテーマにご講演いただきました。本号では福井先生のご講演の要旨を掲載します。なお、当日は引き続き、荒木暁子先生（日本看護協会・常任理事）、畑涼子先生（日本医療安全調査機構理事）にご講演いただきました。92名の参加者が聴講されました。

## 地域包括ケアシステムの構築における看護職の役割と診療報酬改定

福井トシ子 先生

2025年改革シナリ  
ンクポイントとなる2018年診療・介護報酬同時改定を迎える。一方で臨床や地域の現場に目を向ければ、団塊の世代が後期高齢期を迎える20

医療提供体制が変わるといえるのは、病院完結型から地域完結型に代わるということである。このような在宅医療への流れは、少子超高齢化という人口構造の変化や、財源が厳しく医療費適正化に向かっている中で提案されている。これらの流れから、看護にどのような役割が期待されているかというところを見据え、このような状況への期待に添えていかなければならない。



福井先生

た。これからは、またすっかり治っていない状態でも、患者さんは転院したり、在宅や地域に帰ることになる。このような状況への対応として、今、社会から求められる看護師像は大きく変化を遂げている。在宅医療を進め、医療費適正化を図ることや、地域包括ケアシステムの構築が進められているのも高齢者対応の一端である。説明資料などをよくみれば、地域包括ケアは「全世代型」ということになっているが、実際には高齢者が中心の地域包括ケアになっていることは否めない。

015年に公表した。高齢者はもちろん、母子も含め知的障害や精神障害、身体障害者についても、地域での暮らしをいかにして支えていくか、ということに焦点を当てている。必要性を提言している。

日本看護協会の将来ビジョンを抑えながら、地域包括ケアシステムにおける看護管理者、看護職の役割と次年度の報酬改定に向かって議論されている経過について共有する機会としたい。



看護管理セミナー会場のもよう

## 第29回「看護管理セミナー」(11月29日)スケジュール

会場：CIVIL研修センター秋葉原（東京都千代田区）

|                     |                                |                                    |
|---------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 時間                  | 開会挨拶                           | 一般社団法人<br>全国公私病院連盟<br>会長 今泉 暢登志    |
| 10:00<br>～<br>11:40 | 地域包括ケアシステムの構築における看護職の役割と診療報酬改定 | 公益社団法人<br>日本看護協会<br>会長 福井トシ子 先生    |
| 13:00<br>～<br>14:40 | 地域完結型医療における訪問看護ステーションの役割       | 公益社団法人<br>日本看護協会<br>常任理事 荒木 暁子 先生  |
| 15:00<br>～<br>16:40 | 再発防止委員会の取り組み—看護職に期待されること—      | 一般社団法人<br>日本医療安全調査機構<br>参事 畑 涼子 先生 |

# 第26回 医療事故防止セミナー開催

全国公私病院連盟では、第26回「医療事故防止セミナー」を11月10日に開催しました。講師には、日本医療安全調査機構の木村壮介先生をお迎えして「医療事故調査制度」2年目の現況」をテーマにご講演いただきました。本号では木村先生のご講演の要旨を掲載します。なお、当日は引き続き、畑涼子先生（日本医療安全調査機構理事）と後信先生（九州大学病院医療安全管理部・教授）にご講演いただきました。95名の参加者が聴講されました。

## 「医療事故調査制度」

2年目の現況

木村壮介 先生

「医療事故調査制度」は本年9月末で施行開始2年目を迎えました。詳細・分析には少し時間がかかりますがその傾向

一方が良いわけではなく、院内調査に外部委員が75%以上の事例で参加していることから、基本的に院内調査に当たって真摯な対応・努力をされていると受け止めています。



木村先生

を基本とし、医療への信頼を前提としています。このことを前提とした上で、医療機関の管理者は事故の判断を行うに当たり、「予期せぬ死亡」の原因究明と、再発防止を図ることになります。が、「事故」というマイナス

言として医療機関管理者へ伝えたのは153件で、医療機関での助言を参考に最終判断をしていただくことに利用していただいています。

センターに提出された「院内調査」の結果の報告書を見ると、発生した事故の具体的な部分にのみ焦点を当てておられる傾向が、たとえば病態をどのように把握しスタッフ間で共有していたか、急変前後のチームとしての対応・連携はどうか等、病院内のシステムという面から検討を頂き、再び起きないための対策を考えていただくことが重要と思われる。日本医師会に委託させていただいた研修への参加や、その資料

## 第26回「医療事故防止セミナー」(11月10日)スケジュール

会場：CIVIL研修センター秋葉原（東京都千代田区）

|                     |                               |                                       |
|---------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| 時間                  | 開会挨拶                          | 一般社団法人<br>全国公私病院連盟<br>会長 今泉 暢登志       |
| 9:50<br>～<br>11:30  | 「医療事故調査制度」<br>2年目の現況          | 一般社団法人<br>日本医療安全調査機構<br>常務理事 木村 壮介 先生 |
| 12:40<br>～<br>14:20 | 院内事故調査の具体的ポイント<br>～センターの視点から～ | 一般社団法人<br>日本医療安全調査機構<br>参事 畑 涼子 先生    |
| 15:00<br>～<br>16:40 | 医療現場における医療事故の報告、調査と患者への対応     | 九州大学病院<br>医療安全管理部<br>教授 後 信 先生        |

全国公私病院連盟では、「診療報酬請求事務セミナー」「看護管理セミナー」「医療事故防止セミナー」「病院原価計算セミナー」「DPCセミナー」を開催しています。また、「ハワイ」と「オーストラリア」へ医療視察研修団を派遣しています。詳細が決まりましたら、「公私病連ニュース」や本連盟のホームページでご案内いたしますので、どうぞご参加ください。※会員病院以外の方もご参加いただけます。

# 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29年  
6月調査

## 病院経営実態調査報告

内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

（定価 12,000 円＋税  
A4版 約 787 ページ）

経営上の指標を量的・質的に分析!!

平成29年  
6月調査

## 病院経営分析調査報告

内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

（定価 16,000 円＋税  
A4版 約 760 ページ）

平成29年  
6月調査

## 病院概況調査報告書

内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

（定価 18,000 円＋税  
A4版 約 674 ページ）

全国公私病院連盟のホームページから過去の調査の概要がご覧いただけます。

購入のお申し込みは、全国公私病院連盟へ  
TEL 03(3402)3891



付録：結果表 CD-ROM

### 第14回DPCセミナー（1月24日開催）於：CIVI研修センター秋葉原

|                       |                                  |                             |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 9:00~9:50             | 受付                               | 講師                          |
| 9:50~10:00            | 開会挨拶                             |                             |
| 10:00~11:40<br>(100分) | 最終段階を迎えたDPC/PDPS<br>- 調整係数の行方 -  | 東邦大学 医学部 特任教授<br>小山信彌 先生    |
| 11:40~13:00           | 休憩                               |                             |
| 13:00~14:40<br>(100分) | DPCがもたらした情報<br>- 地域分析や臨床指標への活用 - | 箕面市立病院 診療情報管理室長<br>佐々木美幸 先生 |
| 15:00~16:40<br>(100分) | DPC機能評価係数から見た<br>自院の強みと弱み        | 豊橋市民病院 院長<br>加藤岳人 先生        |

※参加をご希望の方は全国公私病院連盟へ (TEL 03-3402-3891)

## 全国公私病院連盟 団体保険のご案内

### 病院賠償責任保険等

- <基本補償> 病院賠償責任保険（医師特約・医療施設特約）
- <職員の補償>
  - 勤務医師賠償責任保険（包括契約）
  - 看護職賠償責任保険（包括契約）
  - 医療従事者賠償責任保険（包括契約） ほか
- <施設の補償>
  - 個人情報漏えい保険
  - 医療廃棄物排出者責任保険
  - 受託者賠償責任保険
- <利用者の補償> 医療施設利用者の傷害見舞費用担保追加条項
- <保育所の補償> 保育所賠償責任保険・保育所傷害保険

### 使用者賠償責任保険

過労死を含む労働災害において、医療機関の使用者が負担する民法上の損害賠償責任および解決のために支出する費用を補償します。

### 雇用慣行賠償責任保険

雇用上の差別やセクハラ・パワハラまたは不当解雇に起因する法律上の賠償責任、争訟費用等を補償します。

### 医療事故調査費用保険

### 医療法人向け役員賠償責任保険

### 現金総合保険

### 居宅事業者総合保険

### 疾病傷害休業補償制度

【問い合わせ先】

取扱代理店 株式会社公私病連共済会

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

### 今月(今年?)の一冊

## 白川静 常用字解

出版社：平凡社

白川 静 著



常用字解

昨年、以前から気になっていた白川静さんの本を書店で探した。IT音痴の私だが、最近漢字が読めても書けない場面が増えてきたので少し漢字の勉強をしようと思ったのである。どれも分厚いが、やはり白川学とも言われる程の漢字の成り立ちが面白いのではと。

「白川静 常用字解」を買った。著者は、文化勲章受章時に初めて新幹線に乗ったというような方で、生粋の学者。風貌も古武土然としており、漢学者を絵に描いたような人でもあった。

早速読んでみると、色々な漢字の解説がある。しばらくは毎日数文字ずつ目を通して、途中から止めてしまつてそのままにしていた。久しぶりに手に取り、昨年の流行語大賞の「忖度」を調べた。度はあり、準備が面白いのではと。

や支度などの意味で成り立ちも解ったが、付はなかった。全部で2136文字の字解があり、1日6文字程度で完読されてはどうだろうか(三日坊主なら百年かかるが)。

因みに今年の干支(十二支)の犬は、耳を立てた犬の象形から生まれており、生贄など、献、上の語源と推薦者・邊見公雄(全国公私病院連盟副会長、赤穂市民病院名誉院長)である。

また、もうすぐ終わる「平」成も次の元号を想像しながら。皆様も自分の名前や住所、職位などから始められてはいかが？

### 全国公私病院連盟 役員会だより

常務理事より報告があり、関連して「代表者会議」に出席している。今泉会長、「診療報酬実務者会議」に出席している。園田副会長と中瀬監事から報告があった。

⑥全国公立病院連盟「平成29年度 第86回総会」決議  
今泉会長から報告があった。

⑦邊見副会長からの報告  
邊見副会長が出席する各種審議会等の報告があった。主な報告事項は以下のとおり。

⑧第9回「地域医療構想に関するワーキンググループ」(11月20日)▽医療従事者の需給に関する検討会・第15回「医師需給分科会」(11月22日)▽社保審「医療部会」(11月24日)▽第13回「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」(11月30日)▽社保審審議会「医療部会」(12月6日)▽社保審審議会「医療部会」及び「医療部会」平成30年度診療報酬改定の基本方針(12月11日)▽日本医事新報12月2日 地方の現場視点でみる医師偏在対策と地方創生▽竹内先生ご逝去に際して、中国やみFAX

### 【主な報告事項】

①日病協「代表者会議」(11月24日)  
②日病協「診療報酬実務者会議」(12月13日)  
③日病協「代表者会議」(12月15日)  
日病協「代表者会議」および「診療報酬実務者会議」について原簿に

④第26回「医療事故防止セミナー」(11月10日)開催結果  
事務局より、「医療事故防止セミナー」の開催結果が報告された。

⑤「日本の病院精神科協会」設立総会と懇親会のご案内・設立趣意書  
中島豊爾副会長から、同協会の設立趣意について説明があった。

⑥「日本公的病院精神科協会」設立総会と懇親会のご案内・設立趣意書  
中島豊爾副会長から、同協会の設立趣意について説明があった。

⑦「医療部会」(11月24日)▽第13回「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」(11月30日)▽社保審審議会「医療部会」(12月6日)▽社保審審議会「医療部会」及び「医療部会」平成30年度診療報酬改定の基本方針(12月11日)▽日本医事新報12月2日 地方の現場視点でみる医師偏在対策と地方創生▽竹内先生ご逝去に際して、中国やみFAX

【主な協議事項】  
病院診療報酬改定対策などについて事務局より資料の説明があった。

# 重症度、医療・看護必要度が決着

## 公私病連ニュース

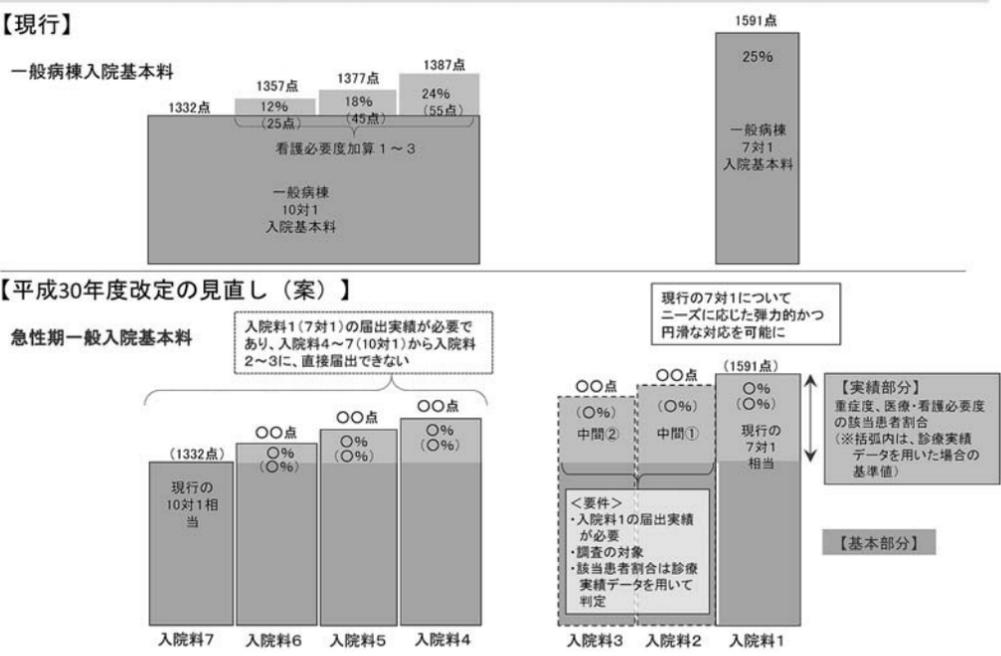
発行所  
一般社団法人全国公私病院連盟  
東京都渋谷区神宮前2-6-1  
食品衛生センター4階(150-0001)  
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389  
編集  
広報委員会  
毎月1日発行 年間購読料1,000円  
(購読料は会費に含まれます。)

### 急性期一般入院料1は30%

#### 入院料2は29%、3が28%、4は27%に

1月26日に中協の「総会」が開かれ、「診療側」と「支払側」で意見が分かれていた急性期一般入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合が、定義を見直したうえで、入院料1は30%、入院料2は29%、3が28%、4は27%とすることで決着した。

#### 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ



### 国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

「子」は、社会保障審議会が取りまとめた基本方針に沿っているため抽象的で具体的な改定内容や点数は分らないものの、寄せられたコメントは597件におよんだ。

また、1月19日には「東京ベイ幕張ホール」(千葉県千葉市)で、中協が主催する「公聴会」が開催されて約490名が参加している。公聴会では健保組合の立場、クリニック院長、病院理事長、薬剤師、行政担当者、患者代表など10名が意見を述べている。

その後、1月24日の中協「総会」で厚労省の事務局から「個別改定項目」が提示されている。「個別改定項目」では、「急性期一般入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合」について、前回の改定で必要度を見直したことを考えれば、現行の25%の水準は維持すべきであるとの意見が出され、議論が繰り返された。

その後も双方の主張は

う、そうなるかあという間に長時間労働と外部委託で賄うとなると大きな経営圧力となる。

当院でも超過勤務が80時間を超えないように、若手にコールが集中しないように、ベテランにもなるべくオンライン体制に入ってもらっているが、年齢構成が2極化しがちな地方の中小病院ではなかに、患者への説明は緊急でない限りは勤務時間内に行う、外科系であればできるだけ午前から手術を開始するなどの取り組みを始めている。

私が医師を始めた頃は、新人は奴隷といわれ大変ではあったが、

者も吸収しないと経営的には厳しくなる。なかなか一筋縄ではいかないように思う。

私が医師を始めた頃は、新人は奴隷といわれ大変ではあったが、

用しないであろう。それより医師の仕事へのモチベーションを高めるための時間、研究のための時間、勤務医であれば病院から命令による

### 時評

働き方改革といわれるとなんとなくしっくりこないのは、モーレツ美徳の世の端くれである私が生きてきた時代への郷愁によるものなのかもしれない。

しかし、労働集約型の代表といわれる医療界でどこに医師の長時間労働への対応は、今後の最重要課題であることとは間違いない。問題は、いづれも指摘されている。

当直は病棟管理当直であって救急患者の診察は本来業務でないの超過勤務として扱



### 悩ましかかな働き方改革

連盟 常務理事 黒柳隆之

に、若手にコールが集中しないように、ベテランにもなるべくオンライン体制に入ってもらっているが、年齢構成が2極化しがちな地方の中小病院ではなかに、患者への説明は緊急でない限りは勤務時間内に行う、外科系であればできるだけ午前から手術を開始するなどの取り組みを始めている。

私が医師を始めた頃は、新人は奴隷といわれ大変ではあったが、

業務、これらを合理的に評価する必要がある。当院でも昨年からは勤務時間管理を始めたが、上の4つでさえ勤務時間管理に反映する



公聴会のもよう

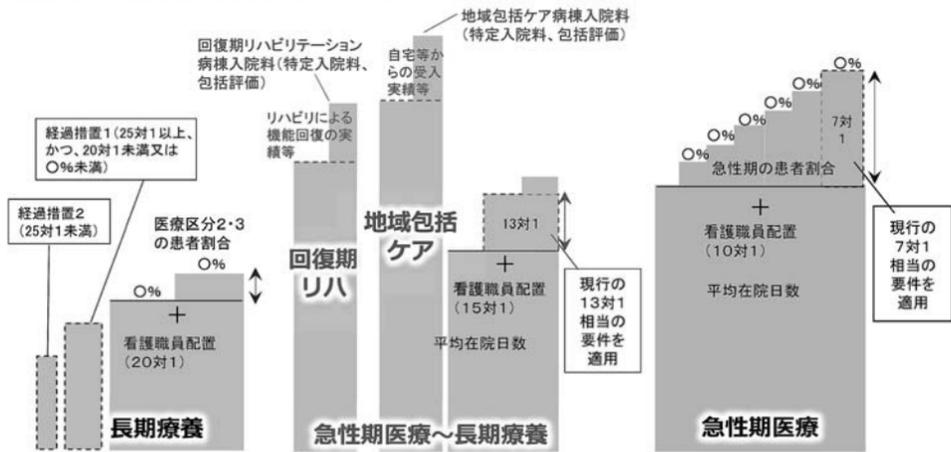
歩み寄りを見せなかったため、1月26日の中協「総会」で一時中断を挟

2面へつづく

昨日、保育所や公園などで、昔からの遊具が消えつつあるようだ。ブランコなどの動く遊具が撤収されている。理由は転倒・転落や手を挟むなどの危険を回避するため。事故防止に子ども達を守る職員の人手不足も影響している。やむをえない事情だが、安全を期すのと裏腹に、遊びの中で小さな危険を経験・学習できず、危なさを察知する感覚が磨かれないのではないかと、長じても危険なことに遭遇する時の鈍感さを危惧する。▼昨年末に新幹線であわや大惨事という出来事があった。異常な現象が生じたのに走行を続行した。これなどは、安全神話にどっぷり浸かり、リスク感覚が鈍麻していたというほかない。人は自然の脅威からドンドン離れ、安全地帯に隔離されてきている。そして自然は美しいだけでなく危険なものであるというのを忘れていく。▼リスクに溢れた医療の世界では、事故につながるような多くの決め事があり、機器類もミス回避に向け改善されている。それでも事故は皆無にならない。安全対策の仕組みの精緻化に加え、リスクを感知するセンサーも大事だと思うが、どのように身に付けていったらいいのか。幼児教育の課題と同様のものがある。

### 新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合  
 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)等を再編・統合  
 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記のイメージには含めていない。

1面からつづく

～～～

み公益委員が裁定案を出すことになって、最終的には、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の基準値の定義を見直したうえで、「急性期一般入院料1＝30%」「急性期一般入院料2＝29%」「急性期一般入院料3＝28%」「急性期一般入院料4＝27%」とする案が示され「支払側」と「診療側」がこれを承了した。

なお、1月26日と31日の「総会」では、答申に付す『附帯意見』の議論も行われ、今回改定で再編・統合した急性期一般

入院基本料などに係る「重症度、医療・看護必要度等」の指標について調査・検証することも、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討することなど20項目が了承されている。

これで平成30年度診療報酬改定に関する中医師協の議論はほぼ終了したことになる。順調に行けば予定どおり2月上旬に中医師協が加藤厚生労働大臣に対して答申する見込みとなった。

### 中医協・公益裁定案

### 急性期一般入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」の

### 該当患者割合の基準値について

平成30年1月26日

- 急性期一般入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の基準値について、公益委員の考えは以下のとおりである。
  - 急性期一般入院基本料の基準値については、1号側からは、急性期一般入院料1の基準値は、現行の25%から少なくとも30%に引き上げるべきであり、併せて「重症度、医療・看護必要度」の項目見直しが行われることを踏まえれば、さらに3～4%程度引き上げるべきとの意見があった。
  - 2号側からは、医療現場の実態から現行の25%は既に相当に高い水準であることや、急性期の医療機能が赤字傾向であること、前回改定で必要度を見直したことを考えれば、現行の25%の水準は維持すべきであるとの意見があった。
  - また、現行の10対1入院基本料である急性期一般入院料4～7の該当患者割合の基準値や評価を見直す必要かについて、今回の見直しは、7対1一般病棟の円滑かつ弾力的な対応を進めることが本旨であることを考えれば、今回改定では見直す必要性は乏しいと考えられる。
  - 急性期一般入院料1の該当患者割合を現行の25%(定義見直し後約28%)で維持したまま
  - 一方、今回改定では、入院基本料の評価体系を基礎部分と実績部分の組み合わせに再編・統合するほか、「重症度、医療・看護必要度」の項目の判定方法等についても見直すなど、将来に向けた大きな見直しを行うこととしている。また、医療経済実態調査の結果によれば、急性期病棟が赤字傾向であること、急性期一般入院料1～6の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の基準値(定義見直し後)については、今後の影響を調査・検証し、急性期一般入院基本料の適切な評価の在り方について、次期診療報酬改定に向けて引き続き検討を行うこととする。

| 該当患者割合の基準値<br>(見直し後の定義による該当患者割合) |     |
|----------------------------------|-----|
| 急性期一般入院料1                        | 30% |
| 急性期一般入院料2                        | 29% |
| 急性期一般入院料3                        | 28% |
| 急性期一般入院料4                        | 27% |

- 急性期一般入院料5及び6の基準値については、現行の18%及び12%に相同する推計値を設定する。
- 必要な経過措置を設ける。

### 全国公私病院連盟、日本病院会と共催で

### 診療報酬改定点数表説明会を開催へ

3月12日(東京・大田区「片柳アリーナ」)  
 3月13日(兵庫・中央区「ワールド記念ホール」)

いっしょにご注意ください。

【東京】3月12日(月)  
 会場「片柳アリーナ」  
 (東京都大田区西蒲田5-23-22 日本工学院専門  
 門学校蒲田キャンパス)

【神戸】3月13日(火)  
 会場「ワールド記念ホ

への参加をご希望の方は「全国公私病院連盟」のホームページから「申込書」をダウンロードして、FAXでお申込ください。

【神戸】3月13日(火) 会場「ワールド記念ホ

への参加をご希望の方は「日本病院会」のホームページから直接お申込

## 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29年6月調査 **病院経営実態調査報告** (定価 12,000円+税 A4版 約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29年6月調査 **病院経営分析調査報告** (定価 16,000円+税 A4版 約760ページ)

内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

平成29年6月調査 **病院概況調査報告書** (定価 18,000円+税 A4版 約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過去の調査の概要がご覧になれます。



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

# 第14回「DPC」セミナー開催

全国公私病院連盟は1月24日、東京のCIVIL研修センター秋葉原において、第14回「DPCセミナー」を開催した。当日は、小山信彌先生(東邦大学医学部特任教授)、加藤岳人先生(豊橋市民病院院長)、佐々木美幸先生(箕面市立病院診療情報管理室長・4面に掲載)の三氏にご講演いただいたので、講演の要旨を掲載することにする。なお、司会進行は本連盟の副会長・邊見公雄先生(公益社団法人全国自治体病院協議会会長)と本連盟の常務理事・原澤茂先生(済生会川口医療福祉センター総長)が行った。

## 最終段階を迎えた

### DPC/PDPS

調整係数の行方

東邦大学 医学部 特任教授

## 小山信彌先生



いつものように改定全体にまで話を広げている。外來・

特定療養費徴収の義務化は、400床規模まで広がり、クリニックにはかかりつけ機能のさらなる充実が求められている。病院は入院にましま

す特化した対応が迫られている。入院・

入院

更なるチーム医療の促進が、医師・看護師の負担軽減のみならず、働き方改革の余波もあり、さらに重要性が増してきている。病床の再編は、現時点ではまだ議論の途中ではあるが、7対1、10対1は急性期一般入院料、13対1、15対1は地域一般入院料、20対1は療養病棟入院料として見直しを行うおとしていく。評価は基本部分と、

初めに、平成30年度診療報酬改定が最終段階にきている。今回の改定は、日本の医療制度を大きく変えていくほど大きなインパクトを持っている改定であると考えている。外來機能はさらに機能分化し、入院医療では、救急医療の取り扱い、病棟再編は、慢性期から高度急性期まで一連の評価をしようとしている。もう7対1だ10対1だと議論しているような状況ではなく、なってきたのかもしれない。今回の講演では、DPC制度だけではなく、



DPCセミナー会場の様子

実績部分に分けて評価しようとしている。その中で最も注目を集めるのが7対1と10対1の間に、実績評価により最大7段階評価を行うおとしていく。こうなると、7対1をどうしても死守する必要があるようになってくるかもしれない可能性が出てくることになる。

## DPC機能評価係数からみた

### 自院の強みと弱み

豊橋市民病院 院長

## 加藤岳人先生



この制度のほぼ完成形といわれている、調整係数の廃止が行われる。群分けについては、3群を維持するが、名称を「DPC標準群」「大学病院本院群」「DPC特定病院群」とした。これは名称による「II群神話」を排除する目的があるものと考えている。機能評価と係数IIは、追加となった後発医薬品係数は機能評価係数Iに、重症度係数は廃止とし、基本軸として6項目とすることになった。保険診療係数は、適切なデータ提出では部位不明・詳細不明コードの評価は20から10%へ、未高度化傷病名は2%へと厳しくなった。救急医

療の評価も厳しくなり、救急医療管理加算2は半分の評価になる。全体では、激変緩和措置は継続する。短期滞在手術はDPC評価に戻す。また、DPC退院患者調査の見直しも行われている。

【目的】 DPCの機能評価係数の観点から自院の診療機能の強みと弱みを分析した。

【病院概要】 豊橋市は愛知県南東部の人口約38万人の都市で、周辺3市とともに人口約70万人の地方都市型二次医療圏を構成し、豊橋市民病院はその中核病院として急性期医療を担う。病床数は800(一般780)で、職員数は約1500(医師216)、主な機関指定は救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センターである。経営形態は財務一部適用。平成28年の患者動向は、救急

【分析手法】 係数分析にはDPC分析ベンチマークシステムEVE(Medical Data Vision Co.)、病院ダッシュボード(GLOBAL HEALTH CONSULTING)を用いた。

【結果】 機能評価係数Iは、その中核をなす入院基本料(7対1)や医師事務作業補助体制加算など、人員・人件費増を伴うものが多いため、それを補うための職員の負担軽減効果がみられた。

【結果】 機能評価係数Iは、その中核をなす入院基本料(7対1)や医師事務作業補助体制加算など、人員・人件費増を伴うものが多いため、それを補うための職員の負担軽減効果がみられた。

【結果】 機能評価係数Iは、その中核をなす入院基本料(7対1)や医師事務作業補助体制加算など、人員・人件費増を伴うものが多いため、それを補うための職員の負担軽減効果がみられた。

【結果】 機能評価係数Iは、その中核をなす入院基本料(7対1)や医師事務作業補助体制加算など、人員・人件費増を伴うものが多いため、それを補うための職員の負担軽減効果がみられた。

【結果】 機能評価係数Iは、その中核をなす入院基本料(7対1)や医師事務作業補助体制加算など、人員・人件費増を伴うものが多いため、それを補うための職員の負担軽減効果がみられた。

## 主催者挨拶

◆今泉会長

おはようございます。今日は全国各地から大勢の皆様にお集まりいただき、誠にありがとうございます。ご来賓の皆様、ご参加の皆様、誠にありがとうございます。

「告示」となります。その後、4月1日までの間に、あるいは、それ以降にも、山ほどの施設基準などに関する通知が出されます。

今回は、いわずと知れた大改定となりそうですので、様々な経過措置も講じられるでしょう。

厚生労働大臣から「諮問」があったところで、例年通りですと、2月7日前後に「答申」があり、3月上旬に「告示」となります。

その後、4月1日までの間に、あるいは、それ以降にも、山ほどの施設基準などに関する通知が出されます。

今回は、いわずと知れた大改定となりそうですので、様々な経過措置も講じられるでしょう。

## 第14回「DPCセミナー」プログラム



| 時間            | 演題                            | 講師                              |
|---------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 10:00 ~ 11:40 | 最終段階を迎えたDPC/PDPS - 調整係数の行方 -  | 東邦大学 医学部 特任教授(医療政策・渉外部門) 小山信彌先生 |
| 13:00 ~ 14:40 | DPCがもたらした情報 - 地域分析や臨床指標への活用 - | 箕面市立病院 診療情報管理室長 佐々木美幸先生         |
| 15:00 ~ 16:40 | DPC機能評価係数から見た自院の強みと弱み         | 豊橋市民病院 院長 加藤岳人先生                |

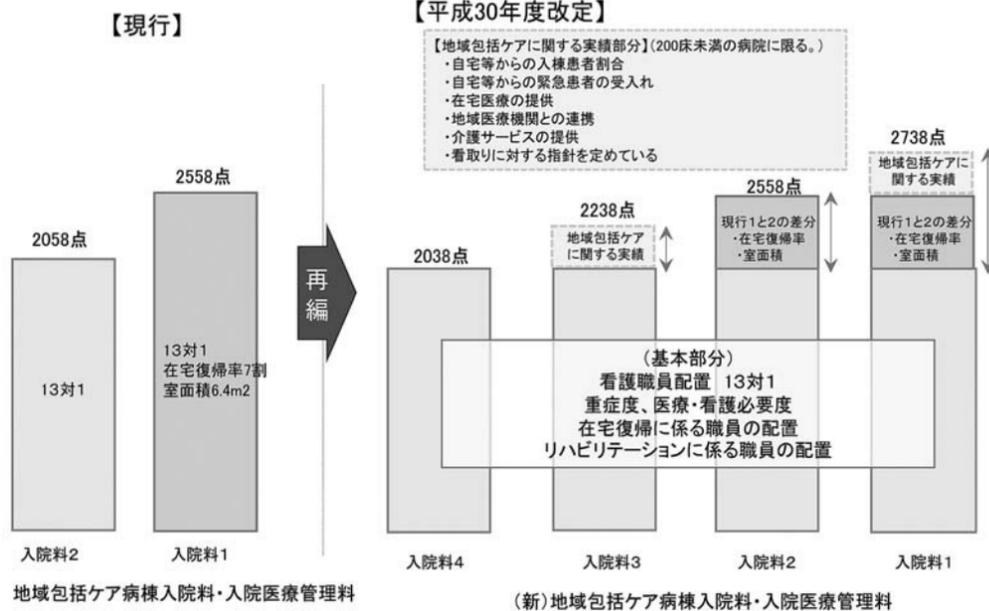
佐々木美幸先生のご講演の要旨は、4面に掲載しています。







地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ



2面からつづく

は療養病棟の病棟(入院医療管理料1、2、3及び4にあつては病室)単位で行うものであること。

チ、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。

リ 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。

ハ 許可病床数が20

イ 当該病棟において、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。

ロ 当病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6・4平方メートル以上であること。

ハ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ヘ 以下のa、b、c又はdのうち少なくとも2つを満たしていること。

ア、当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。

イ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ロ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ハ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ニ 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上であること。

ホ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ヘ 以下のa、b、c又はdのうち少なくとも2つを満たしていること。

ア、当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。

イ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ロ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ハ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

0床未満の保険医療機関であること。

ニ 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上であること。

ホ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ヘ 以下のa、b、c又はdのうち少なくとも2つを満たしていること。

ア、当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。

イ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ロ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ハ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料の算定回数が3月で100回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。

ト 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。

チ、介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスの同一敷地内の施設等で実施していること。

ニ 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上であること。

ホ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ヘ 以下のa、b、c又はdのうち少なくとも2つを満たしていること。

ア、当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。

イ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ロ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ハ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

1. 平成28年度に新たに追加した評価項目について、項目の定義及び当該患者に関する判定基準を一部見直す。

2. 医療機関が一定の要件を満たす場合には、当該患者割合の判定について、診療実績データを用いた判定方法を選択可能とする。

3. 上記の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等を総合的に勘案して、基準値の見直しとともに、急性期一般入院料2及び3において、許可病床数が200床未満の現行の7対1一般病棟に

において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。

※上記(2)のニ、ホ、ヘ及びトが、「診療実績の評価」に係る新たな要件。

ニ 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上であること。

ホ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ヘ 以下のa、b、c又はdのうち少なくとも2つを満たしていること。

ア、当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。

イ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ロ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

ハ 当該病棟において、在宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。

【評価項目の見直し】

「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目」

・モノタリシク及び処置等に係る得点(A得点)が1点以上、患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上、かつ「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」のいずれかに該当

【【新】一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る得点(C得点)が1点以上

・手術等の医学的状況が3点以上

・モノタリシク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

・モノタリシク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

・モノタリシク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

1割以内の一時的な変動」は適用としないため、3月の平均値が当該基準を下回る場合は直ちに変更の届け出が必要となる。」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」

【【新】一般病棟入院基本料】

「急性期一般入院料1の施設基準」

「急性期一般入院料2の施設基準」

「急性期一般入院料3の施設基準」

「急性期一般入院料4の施設基準」

「急性期一般入院料5の施設基準」

「急性期一般入院料6の施設基準」

「急性期一般入院料7の施設基準」

「急性期一般入院料8の施設基準」

「急性期一般入院料9の施設基準」

「急性期一般入院料10の施設基準」



2月7日の中医協のもよう

4面へつづく

3面からつづく

【総合入院体制加算1、2の施設基準】Ⅱ一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を3割5分以上、又は一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を3割以上入院させる病棟であること。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】「回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰの施設基準」

【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】

急性期一般入院料7を算定する病棟、10対1特定機能病棟入院基本料又は10対1専門病棟入院基本料にあつては、一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を7分以上、又は一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を6分以上入院させる病棟であること。

【看護補助加算1】地域一般入院料1及び2、13対1入院基本料(一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を6分以

上、又は一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を5分以上入院させる病棟に限る。)、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定する病棟であること。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】「回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰの施設基準」

【削除】一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものが0・5割以上であること。

【地域包括ケア病棟入院料】「地域包括ケア病棟入院料の施設基準」Ⅱ一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割以上、又は一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を8分以上入院させる病棟又は病室であること。

【特定一般病棟入院料】「特定一般病棟入院料の注7に規定する施設基準」Ⅱ一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を1割以上、又は一般病棟使用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を8分以上入院させる病室であること。

今月の一冊

今月の2冊+1



『森家の討ち入り』 諸田玲子 著 出版社：講談社



『雑貨の女鉄砲撃ち』 佐藤恵秋 著 出版社：徳間書店



『村上海賊の娘』 和田竜 著 出版社：新潮社

もう一冊は『雑貨の女鉄砲撃ち』

忠臣蔵や赤穂に関する本や文庫は、一応40年間お世話になり男児2人を授かった地でもあることから極力読みたい、ふるさと納税や観光大使で恩返しを急いでいる。今回『森家の討ち入り』(知られざる忠臣蔵)というちょっと変わった本が出てきた。副題に「田玲子さんについて」でその筆力に舌を巻いた記憶がある。この本は、4話で出てくる5話から成るオムニバスのような構成となっているが、第一話で判った。森家から浅野家に移って吉良邸討ち入りに加わった三人の志士の物語であった。最終章の「お道」と「お兼」の気持ちと私の気持ちは殆ど同じ。三百年以上も昔の人達の想いとは思えず、思わず感情移入。赤穂は三日もいれば一生居なくなる土地柄である。義理人情豊かで気候は温暖、山海の美味なる食べ物、そして何と云っても塩。最近では広島や三陸以上の牡蠣。とにかく一度来とつけろ(広島弁なら「来んしゃい」)。

新刊書籍のご案内

平成30年3月発行

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29年6月

「病院経営実態調査報告」

A4版 約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29年6月

「病院経営分析調査報告」

A4版 約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29年6月

「病院概況調査報告書」

A4版 約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 団体保険のご案内

病院賠償責任保険等

- ＜基本補償＞ 病院賠償責任保険 (医師特約・医療施設特約)
＜職員の補償＞ 勤務医師賠償責任保険 (包括契約)
・看護職賠償責任保険 (包括契約)
・医療従事者賠償責任保険 (包括契約) ほか
＜施設の補償＞ 個人情報漏えい保険
・医療廃棄物排出者責任保険
・受託者賠償責任保険
＜利用者の補償＞ 医療施設利用者の傷害見舞費用担保追加条項
＜保育所の補償＞ 保育所賠償責任保険・保育所傷害保険

使用者賠償責任保険

過労死を含む労働災害において、医療機関の使用者が負担する民法上の損害賠償責任および解決のために支出する費用を補償します。

雇用慣行賠償責任保険

雇用上の差別やセクハラ・パワハラまたは不当解雇に起因する法律上の賠償責任、争訟費用等を補償します。

医療事故調査費用保険

医療法人向け役員賠償責任保険

現金総合保険

居宅事業者総合保険

疾病傷害休業補償制度

【問い合わせ先】

取扱代理店 株式会社公私病連共済会

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

全国公私病院連盟 役員会だより

期日 2月16日(金) 会場 剛堂会館

師養成の在り方と地域医療に関する検討会 (1月29日)
▽諸外国における勤務医に対する労働時間規制について

【主な協議事項】
①後援名義使用の許可申請について
国際モダンホスピタルズ2018の後援名義使用についての依頼があり、了承された。

④平成30年度(第59回)定時総会 議事次第 担当(素案)

【主な報告事項】
①日病協「代表者会議」(1月26日)
今泉会長から日病協「代表者会議」の報告があった。

▽地域医療構想とその推進のための報酬改定(前・厚生労働省 医政局長 神田裕氏)
▽次世代医療基盤法の施行に向けた検討の状況について(内閣官房 健康・医療戦略室)

②平成30年度事業計画(素案)について
事務局より、本連盟の来年度の事業計画の素案の説明があり、3月24日の理事会で決定することとした。

③平成30年度 理事報酬策、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した。

▽第6回「今後の医

月9日)

程が報告された。

以上

# 点数表説明会を開催

## 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  
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

### 東京・蒲田の片柳アリーナで 厚労省は、疑義解釈の第1報を公表

全国公私病院連盟は日本病院会と共催で平成30年4月に改定される診療報酬点数表に関する説明会を3月12日(月)に東京・蒲田にある日本工学院専門学校「片柳アリーナ」で開催し、日本全国から病院関係者約3,200名が参加した。なお、厚労省保険局医療課から3月30日付けで今回の改定に係る「疑義解釈」が発出されている。また、4月1日から算定を行うためには、4月16日必着で施設基準の届出を地方厚生局へ届け出ることとなっている。

福祉センター(総長)の両氏が担当し、中谷氏から基づいて詳細な解説があった。

なお、講演の最後に質疑応答があり、同説明会は定刻どおり4時30分に終了した。

その後、厚労省からは3月30日付けで「疑義解釈」の第1報が発出されています。今号では紙面の都合でその一部を掲載しますが、全文は同省のホームページを参照してください。

【問1】〜【問22】略

【問23】加算1又は診療料1の施設基準において、「直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C000」往診料、

【問24】24時間の往診診療料(Ⅱ)(注1のイ)の場合に限る。を算定した患者の数の合計を算出することが規定された

【問25】手引きを参考にした抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組とは、①どのような調査

【問26】急性期一般入院料1及び7対1入院基本料1及び7対1入院基本料の施設基準にある、自宅等に退院するものの中に、同一の敷地内に介護医療院に退院した患者も含まれるか。

【問27】急性期一般入院料2及び3の施設基準の「厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査とは、①どのような調査



会場のもよう



今泉会長



中谷課長補佐



邊見副会長



原澤常務理事

#### 時評

「無理やり在宅」とか「お泊まりデイ」という言葉をご存じでしょうか。「無理やり在宅」とは病状が重くて在宅に耐えられなくても帰宅していただくこと、「お泊まりデイ」とは日中のみのサービスであるはずのデイサービス施設に宿泊している状況のことです。退院困難な方が遭遇する状況象徴する言葉です。最初にこの言葉を聞いたときには耳を疑いました。その後、状況は好転していません。



#### 都市部における 高齢者医療・福祉のひずみ

連盟 監事 中瀬 浩史

何十万円かの「おむつ代」が必要な場合も多く、本人負担の少ない特養には何年待って聞かれない状況が続いていました。有料老人ホームには入所時に数

十分でないままに2025年を迎えようとしています。都市部での高齢者の急増に対して、在宅医療の推進が打ち出されてきました。しかし高齢独居所

たとえば家族がいても、高齢者ケアに支払える金額は決して多いものではありません。深刻な経済状況が低所得者層に無理を強いて、「無理やり在宅」とか

「お泊まりデイ」という結果を生んでいます。都市部の中間層の二極化が著明となり、高齢化とともに生活困窮層に転落するケースが増えています。た

「お泊まりデイ」という結果を生んでいます。都市部の中間層の二極化が著明となり、高齢化とともに生活困窮層に転落するケースが増えています。た

「お泊まりデイ」という結果を生んでいます。都市部の中間層の二極化が著明となり、高齢化とともに生活困窮層に転落するケースが増えています。た

「お泊まりデイ」という結果を生んでいます。都市部の中間層の二極化が著明となり、高齢化とともに生活困窮層に転落するケースが増えています。た

千円円支払わないといけない施設もありま

す。徐々に施設利用時に必要なコストは軽減されてきましたが十分ではありません。都市部では受け皿が

帯や老老介護所帯は急増してきています。さう結果を生んでいま

施設入所が必要な場合に、都市部に適当な費用の施設がない場合には住み慣れた街を離

に起きていることをどのように対処するか心悩ませているのが実情です。

地方の疲弊・地域医療を崩壊させないという視点は重要ですが、格差社会あるいは新・階級社会という書物も出ています。都市部で進行する事態にも目を背けないでいただきたいと思

地方の疲弊・地域医療を崩壊させないという視点は重要ですが、格差社会あるいは新・階級社会という書物も出ています。都市部で進行する事態にも目を背けないでいただきたいと思

#### 鉛筆

国有地取引に関する決裁文書の書き換え問題で騒がしい。問題の文書が紛失したとか見つからなかったとか、果ては改竄までされていたといった果れた内容である。長期政権の驕りや跋扈ではないかと鋭い批判が起る。公文書の紛失や廃棄といったことは、日々診療情報の管理に腐心している我々にとって信じ難い▼

カルテの記載は時系列に正確でなければならぬ。ICや検査、治療の承諾書には互いの記名を行わなくてはならない。カルテには法的保存期間はある。永久保存が原則である。電子カルテによって保管スペースの負担等は軽減されたものの、そのメンテナンス、バージョンアップなどには莫大な費用がかかる。それらの費用は貴重な診療報酬を原資とせざるを得ない。誤字、脱字の訂正を含め、後からの改定は丸見えで、ましてや改竄は効かない▼カルテは誰のものか。治療に関するすべてを患者は知る権利を有すというのが現在の考え方である。開示請求には原則応じる義務がある。かなり一方的な責務ではあるが、命に関わる記録という緊張感の下でカルテの正確性が保たれ、改竄の破棄のといった非倫理的なことは排除される。政治行政の世界でも医療と同じく、国民の命に関わることであり、緊張感が必要である。



29年6月 病院運営実態分析調査の概要

全国公私病院連盟は日本病院会と例年6月を対象に実施している共同調査「病院運営実態分析調査」(平成29年6月調査・集計対象918病院)を取りまとめた。これによると、6月中の100床当たり「総費用」は2億1095万円、「総収益」は1億9896万円となり、未だ病院経営が厳しい状況にあることが示された。調査結果の概要は以下に掲載しているほか、本連盟ホームページでも公表しており、また、調査結果の詳細は書籍として3月23日に発刊している。

(1) 平均在院日数

病院総数で見ると14・84日(前年6月14・93日)となっており、開設者別にみると、自治体病院は14・27日(前年6月14・53日)、その他の公的病院は13・74日(前年6月13・65日)、私的病院は18・66日(前年6月18・26日)となっている。

(2) 病床利用率

病院総数で見ると73・18%(前年6月73・07%)となっており、病院の種類別にみると、一般病院73・22%(前年6月72・99%)、精神科病院72・30%(前年6月74・65%)となっている。

(3) 6月中の1病院当たり入院患者数

病院総数で見ると、6月中の1病院当たり入院患者数は、7531人(前年6月7378人)となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり153人の増加である。

(4) 6月中の1病院当たり外来患者数

病院総数で見ると、6月中の1病院当たり外来患者数は、1万2266人(前年6月1万2122人)となっている。

100床当たり収支金額、科目・年次別

Table with 4 columns: 科目, 平成27年6月, 平成28年6月, 平成29年6月. Rows include 総費用, 総収益, and various medical expenses and income items.

(5) 医師1人1日当たり診療収入

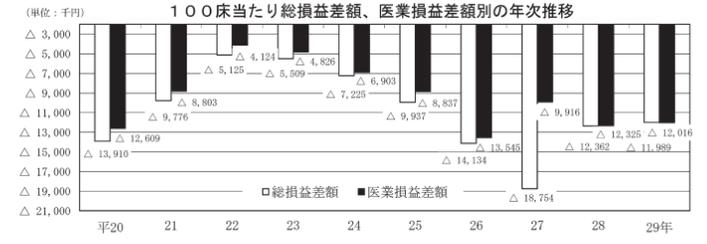
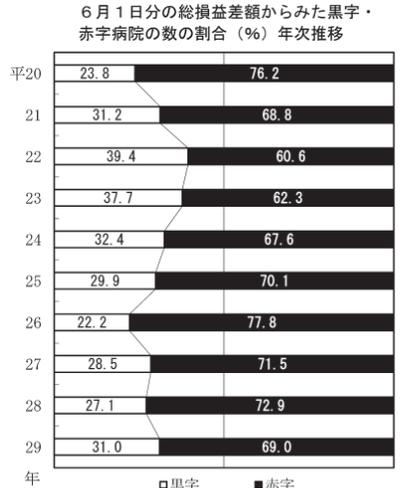
DPC以外の病院における外来の平均は12万2千円となっている。診療科別で見ると、外来で比較的高額なのは、泌尿器科18万2千円、眼科15万円、肛門外科14万7千円、整形外科13万2千円、内科13万円などである。

(6) 主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入

DPC以外の病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院では婦人科の9万4687円が最高額であるのに対して、最も小額なのは放射線科の1095万円(前年6月1万8961円)である。

6月中の総費用は2億1095万円(前年6月1億9896万円)増、総収益は1億9896万円(前年6月1億8776万円)増となっている。また、医療費用対医療収益比率は106・4%(前年6月106・2%)となっている。

6月1日分の総損益差額からみた赤字・赤字病院の数の割合(%)年次推移



今回の調査において回答があった629病院のうち31・0%(195病院)の病院が赤字となっており、赤字病院数の割合は69・0%(434病院)であった。開設者別で見ると、自治体病院324病院のうち11・7%(38病院)が赤字となっており、赤字病院は88・3%(286病院)であった。その他の公的病院では、195病院のうち45・1%(88病院)が赤字となっており、赤字病院は54・9%(107病院)であり、私的病院では、110病院のうち62・7%(69病院)が赤字となっており、赤字病院は37・3%(41病院)であった。

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟 一般社団法人 日本病院会

平成29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)

平成29年6月調査 病院経営分析調査報告 (定価 16,000円+税 A4版 764ページ)

平成29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)



購入のお申し込みは、全国公私病院連盟へ TEL 03(3402)3891

# 中医協・医療機関等における消費税率10%引き上げ時の対応

## 消費税率10%引き上げ時の対応で

中医協の診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税率負担に関する分科会」が3月30日に開催された。同分科会が開かれるのは2年ぶり。当日は、田中滋・前分科会長の後任分科会長として荒井耕一・橋本大学大学院商学研究科教授が選任されている。同分科会では今後、平成31年10月の消費税率10%引き上げに向けて、具体的な財源配分や配点方法などについて議論する。

社会保険診療における消費税率は、その性格から課税対象になじまないものとして社会政策的な配慮から非課税取引とされてきた。そのため、医療機関が仕入れにおいて負担する消費税、いわゆる控除対象外消費税は、平成元年(3%)の導入時、平成9年(5%)と平成26年(8%)の引き上げ時にそれぞれ診療報酬へ上乗せする方法で補填されている。

特に平成26年の消費税8%引き上げ時には、診療報酬とは別建てに高額投資への対応についての検討もされたが、『診療側委員』から、『診療側委員』による対応は補填部分不明確となり限界があるため、消費税率10%への

引き上げ時には税制上の抜本的な対応が必要であり、8%への引き上げ時点においては、複雑な対応をすべきではない。高額投資対応の財源を診療報酬改定の財源に求めるのであれば、高額投資を行った医療機関に対して、高額な投資を行っていない医療機関が負担することになるため、別の意味の不公平感が生じる」という意見、また、『支払側委員』からは、『医療機関が独自の経営

判断で行う設備投資に対して、患者や保険者が事後に補填することは理屈に合わず、加入者や事業者の理解を得るのが困難。今回の引き上げ分のみに対応することとすると、不公平感が完全には解消しないのに、システム改修等に膨大なコストがかかるため、効果がコトにおける財源としては5600億円が確保され、そのうち病院へ約1600億円、診療所へ600億円が配分されるよう補填が行われている。

判断で行う設備投資に対して、患者や保険者が事後に補填することを中心、また、その他の個別項目については上乗せしなれば不合理になると思われる項目等に対して補完的に上乗せすることとなることになり、これがその時点で取り得る最善の策となった。消費税率引き上げにおける財源として5600億円が確保され、そのうち病院へ約1600億円、診療所へ600億円が配分されるよう補填が行われている。



分科会のもよう

な。翌年(平成27年)には、この補填の状況把握した結果が報告されているが、補填状況にばらつきが見られるものの、マクロでは概ね補填されていると報告されている。

その結果、基本診療料(初・再診料、入院料)と調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に、また、その他の個別項目については上乗せしなれば不合理になると思われる項目等に対して補完的に上乗せすることとなることになり、これがその時点で取り得る最善の策となった。消費税率引き上げにおける財源として5600億円が確保され、そのうち病院へ約1600億円、診療所へ600億円が配分されるよう補填が行われている。

社会保険診療における消費税率は、その性格から課税対象になじまないものとして社会政策的な配慮から非課税取引とされてきた。そのため、医療機関が仕入れにおいて負担する消費税、いわゆる控除対象外消費税は、平成元年(3%)の導入時、平成9年(5%)と平成26年(8%)の引き上げ時にそれぞれ診療報酬へ上乗せする方法で補填されている。

特に平成26年の消費税8%引き上げ時には、診療報酬とは別建てに高額投資への対応についての検討もされたが、『診療側委員』から、『診療側委員』による対応は補填部分不明確となり限界があるため、消費税率10%への

引き上げ時には税制上の抜本的な対応が必要であり、8%への引き上げ時点においては、複雑な対応をすべきではない。高額投資対応の財源を診療報酬改定の財源に求めるのであれば、高額投資を行った医療機関に対して、高額な投資を行っていない医療機関が負担することになるため、別の意味の不公平感が生じる」という意見、また、『支払側委員』からは、『医療機関が独自の経営判断で行う設備投資に対して、患者や保険者が事後に補填することを中心、また、その他の個別項目については上乗せしなれば不合理になると思われる項目等に対して補完的に上乗せすることとなることになり、これがその時点で取り得る最善の策となった。消費税率引き上げにおける財源として5600億円が確保され、そのうち病院へ約1600億円、診療所へ600億円が配分されるよう補填が行われている。

その結果、基本診療料(初・再診料、入院料)と調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に、また、その他の個別項目については上乗せしなれば不合理になると思われる項目等に対して補完的に上乗せすることとなることになり、これがその時点で取り得る最善の策となった。消費税率引き上げにおける財源として5600億円が確保され、そのうち病院へ約1600億円、診療所へ600億円が配分されるよう補填が行われている。

### 全国公私病院連盟 役員会だより

期日 3月22日(木) 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」(2月21日)
- ②日病協「代表者会議」(2月23日)
- ③日病協「診療報酬実務者会議」(3月14日)
- ④第14回「DPCセミナー」(1月24日)開催結果
- ⑤平成30年度診療報酬改定点数表説明会(3月12日)開催報告
- ⑥中島副会長が委員長として出席している以下の審議会等について報告があった。

【主な協議事項】

- ①後援名義使用の許

## 全国公私病院連盟 団体保険のご案内

**病院賠償責任保険等**

- <基本補償> 病院賠償責任保険(医師特約・医療施設特約)
- <職員の補償> 勤務医師賠償責任保険(包括契約)
  - ・看護職賠償責任保険(包括契約)
  - ・医療従事者賠償責任保険(包括契約) ほか
- <施設の補償> 個人情報漏えい保険
  - ・医療廃棄物排出者責任保険
  - ・受託者賠償責任保険
- <利用者の補償> 医療施設利用者の傷害見舞費用担保追加条項
- <保育所の補償> 保育所賠償責任保険・保育所傷害保険

**使用者賠償責任保険**

過労死を含む労働災害において、医療機関の使用者が負担する民法上の損害賠償責任および解決のために支出する費用を補償します。

**雇用慣行賠償責任保険**

雇用上の差別やセクハラ・パワハラまたは不当解雇に起因する法律上の賠償責任、争訟費用等を補償します。

**医療事故調査費用保険**

**医療法人向け役員賠償責任保険**

**現金総合保険**

**居宅事業者総合保険**

**疾病傷害休業補償制度**

【問い合わせ先】  
取扱代理店 株式会社公私病連共済会  
TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

### 今月の一冊

## 原三信と日本最古の翻訳解剖書

出版社・石風社 原 寛 著

この本を頂いたのは作者の原土井病院理事長・原寛先生からである。昨年の当連盟移動理事会で別府駅に集合した際、先生と二人で屋敷を食った駅内のフアーストフード店で頂いた。外科医である私は洋の東西を問わず医学史、その中でも解剖

や手術、麻酔に関する歴史は特に興味があり、頂いてすぐに読んだ。丁度その頃、解体新書を翻訳した杉田玄白と前野良沢らの苦勞と葛藤を描いたNHKドラマの放映もあり、更に興味が深まった。黒田長政が福岡藩主となった後、藩医として任された原三信一家の物語で、六代原三信は長崎でオランダ外科術を学び、クルムスの「ターヘルアナムトミ」の翻訳本「解體新書」より87年前にレ

メリンの解剖書「小宇宙鑑」全巻を翻訳していたのである。これが一子相伝されてきた原三信家の家譜が物語の中心だが、江戸から幕末、明治へと動乱の時期の福岡・博多の動き、更には太平洋戦争の福岡空襲後の復興なども描かれ、福岡史の面もある。

貝原益軒や梅田雲浜、頭山満、そして日野原重明など歴史的な人達との交遊も描かれていて、特に筑前勤王党と島原や天草の乱では負傷者の治療を行い、本

郷や僧月照を一時的に匿い、弾圧されて獄に入ったかも知れないと書かれている。佐賀の乱では従軍医師として働き、西南の役や福岡の乱なども経験した。藩医の原家と同じく、藩医の原家と同じく、福岡藩の写真係だったのである。その後、子孫が医家を継いでいったようである。漢方全善、この騒動の時に建立された愛宕神社もその後、原家の守り神となり、近くに分院を建てているようである。

島原や天草の乱では負傷者の治療を行い、本

居宣長が医師であるのも本書で初めて知った。医師・弁護士で自民党代議士になった慶応出身の外科医吉川俊治氏の出自も良く判った。藩医の原家と同じく、福岡藩の写真係だったのである。その後、子孫が医家を継いでいったようである。漢方全善、この騒動の時に建立された愛宕神社もその後、原家の守り神となり、近くに分院を建てているようである。

島原や天草の乱では負傷者の治療を行い、本

治療のサルバル散で躍進した歴史もあり、コレラの流行の話もある。代々の医師免許の番号から当時の医師数を推計されるなど、原三信家を辿ると我が国の医学史が語れると感じる内容である。こんな身近に日本の医学史を彩る名家の公子孫がいられたことに驚ろかされた。

医学や福岡、北九州の歴史に興味のある方には是非読んでいただきたい一冊である。

推薦者：邊見公雄(全国公私病院連盟副会長、赤穂市民病院名誉院長)

# 消費税率10%を見据え

## 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

### 中医協、消費税負担に 分科会再開 税制上の抜本的な解決はいかに

中医協の「総会」が4月11日に開催され、診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」が再開されたことが報告された。同分科会では、消費税が10%に引き上げられた際の対応についての検討を始める。平成元年に導入された消費税は、社会政策的な配慮から課税対象になじまないものとされ、これまで診療報酬に補填する方法で対応されてきたが、補填状況はばらつきが見られる。政府・与党は税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し結論を得るとしているが、いずれにせよ税の公平性・透明性にかなうものとなることが期待される。

医療に係る消費税の税制のあり方については、平成28年度の税制改正大綱で「平成29年度の税制改正に際し、総合的に検討し、結論を得る」と始めて書き込まれ期待されていた。しかし、消費税の引き上げが先送りになったことから、平成29年度の税制改正大綱では「消費税が10%に引き上げられるまでに、総合的に検討し、結論を得る」とされ、平成30年度の税制改正大綱で「平成31年度税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し、結論を得る」とされているとこころ。(下表参照)

これまでは、社会保険診療にかかる消費税が非課税となっていたことから、消費税導入時の平成元年、平成9年と平成26年の引き上げ時に診療報酬へ上乗せすることで補填されてきたが、医療機関からはその補填額が十分に見合っていないこと、診療報酬の改定により不透明になってしまっていることなどに対する不満の声が上がっている。

また、平成26年の消費税率8%への引き上げ時には、診療報酬とは別建てで、高額投資をした場合の対応も検討されているが、これについては、診療側・支払側ともに、しないことで意見が一致したため、基本診療料への点数上乗せを主とした対応が行われている。

その後、平成27年8月に再開された分科会で、平成26年改定時の補填状況が報告されているが、それによると、医療機関等全体の補填はマクロでは概ねなされていたが、医療機関個別(病院・診療所、開設者、病棟の種類など)では補填状況にばらつきがあることが明らかになっている。

今回、平成31年10月の消費税率10%への引き上げを見据えて分科会が再開されたが、分科会での議論の範囲は、平成30年12月までに決まる平成31年度税制改正大綱に基づいて、医療に係る消費税のあり方について検討を行い、加えて、平成31年度予算編成において診療報酬の改定率が決定された後、それらに合わせた対応のように診療報酬で対応するかの基本的な考え方について議論を行うことと。具体的には、診療報酬への財源配分と配点方法等の議論に限られる。

成30年度なるべく早い時期に、薬価・特定保険医療材料価格調査などの必要な調査を行い検討の材料とする。

消費税が導入されてから30年が経とうとしているが、今こそ根本的な解決が望まれる。

これに伴い各種調査の実施も検討されており、平成30年度の調査結果も報告を受けています。

#### 時評

医療機関に対するクレーム件数は全国的に増加傾向にあります。当院でも様々なクレームの報告を受けています。特に多くなったと感じるのは、職員の接遇に関する苦情です。内容的には、非常に些細な事項が多いですが、患者さんやご家族は怒り心頭です。共通する背景は患者さんの思いがけない病気で、患者さんやご家族に多大なストレスが加わった状況下であるという事です。それにしてもいささか過剰反応ではないかと思つことがしばしばあります。

近年、日本人がキレやすくなったと言われます。実際、平成27年の国内暴行犯は約2万5千人で、過去20年で



連盟 理事 藤井 隆

#### リスクマネジメントとしての 接遇改善

約1万人以上増加しているとの統計があります。その原因と言われているのは2つあります。

1つ目は前頭葉の未発達です。前頭葉は自己抑制や感情コントロールを司る部分で、子供の頃に我慢や自己抑制が少なくことで未発達となり、何かについても我慢できない大人に育つという説です。

2つ目はパソコンやスマホを長時間使っていると、前頭葉の働きが鈍くなるといわれています。

またこの世界にも一定頻度、争いを好み、

当院でも最近、いわゆるモンスターペイシエント、モンスターファミリーに何人か遭遇しました。何回も昼夜は多大な時間とエネルギーを費やします。謝

室職員がクレーム対応しています。職員は常に組織で守っていかなくてはなりません。しかしながら、対応職員は多大な時間とエネルギーを費やします。謝

- 平成28年度税制改正大綱より抜粋 (平成27年12月16日) 自由民主党・公明党  
医療に係る消費税等の税制のあり方については、消費税率が10%に引き上げられることが予定される中、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ抜本的な解決に向けて適切な措置を講ずることができるよう、実態の正確な把握を行う。税制上の措置について、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、平成29年度税制改正に際し、総合的に検討し、結論を得る。
- 平成29年度税制改正大綱より抜粋 (平成28年12月8日) 自由民主党・公明党  
医療に係る消費税等の税制のあり方については、消費税率が10%に引き上げられるまでに、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ抜本的な解決に向けて適切な措置を講ずることができるよう、実態の性格な把握を行いつつ、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、総合的に検討し、結論を得る。
- 平成30年度税制改正大綱より抜粋 (平成29年12月14日) 自由民主党・公明党  
医療に係る消費税のあり方については、医療保険制度における手当のあり方の検討等と合わせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ、平成31年度税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し、結論を得る。

#### いる鉛筆

今回改定の収支シミュレーションが開始された。済生会熊本病院は微増らしいが、入院待ちも多くなり経営がしんどい状態にある病院でこうならば、給与増や人員増、空床の多い病院は更に厳しいと思われる。今回の改定は何が何でも急性期入院病床、特に7対1看護のベッドを減らすと方々の感がする。259点差の中に7つの緩やかな階段を付け降りやすくした配慮だけが救いである。これで浮いた財源は全て3師会に付けられた。「かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局」である。「病院で治す医療から地域で支え治す医療」の実現に向けて「時々入院、ほぼ在宅」の地域包括医療・ケアを促進するための改革である。この中でも今回は歯科の優遇振りが突出している。前の改定で全身麻酔による周産期口腔管理が術後誤嚥性肺炎防止のために評価されたが、今回は歯科歯科連携、チーム医療等かなり拡大されている。犠牲を払って頑張ったロビー活動が報われたか?と思つたりもする。3師会とは比べようもないが、病院界ももう少しロビー活動に力を入れなきゃ、と思う春愁である。風呂の中の尻のような議論はほぼ無効なものだから...

# 社会保険診療報酬

## 財務省が地域別の設定を提案 保険給付率の自動調整も

新年度になって財務省の財政制度等審議会「財政制度分科会」が続きざまに開かれている。4月11日の同分科会では、今後の医療・介護制度改革について3つの視点を掲げた。特筆すべきは「医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定」を柱として掲げていることだ。4月19日に開かれた厚生労働省の社会保障審議会「医療保険部会」でその件について議論になったが、委員からは慎重な対応を望む意見が大半を占めた。

4月11日の「財政制度分科会」で財務省から示された「医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定」(下図参照)における【論点】では、「高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。どのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的を示されてもいない」「平成30年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる」「国保の都道府県単位化を機に、地域別診療報酬の活用を検討するなど医療費適正化に向けて積極的に取り組もうという都道府県も現れている」と指摘されている。

化計画の達成に向けても柔軟に活用していくための枠組みを整備すべき」と提案がなされている。

特に、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用としては、①医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬1点単価の調整、②入院医療費の地域差是正等の観点

も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の具体的活用可能なメニューを国として示すとともに、今年度から開始する第三期医療費適正

【視点1】制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく(共助の対象は何か)  
①「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」  
②「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」  
③「少額の外來医療、OTC類似薬の処方など、小さなリスク」  
④「従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することすべき」

【視点2】必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する(公定価格と提供体制)  
①「公定価格の適正化・包括化」  
②「診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担性を考慮して、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬・薬価の適正化を進めるべき」  
③「医療提供体制の改革」これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で、必要なサービスを提供していくため、率的に提供していくため、医療提供体制について、都道府県を中心とするコントロールの仕組みを整備・充実していくべき」

【視点3】高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく(給付と負担のバランス)  
①「年齢ではなく能力に応じた負担」  
②「団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、後期高齢者の窓口負担の引上げ」など  
③「支え手減少下での医療費増加に対して、医療費の持続可能性を確保」  
④「負担の先送りを解消していくこと」  
⑤「支え手の負担能力を踏まえつつ、給付を見直し、給付と負担のバランスを整備・充実していくこと」

からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引き下げ、③調剤業務の需要に見合わない供給増(薬剤師や薬局数の増加)が生じた場合の調剤技術料の引下げが考えられる例として示された。

このことは4月19日に開かれた厚生労働省の社会保障審議会「医療保険部会」に報告された。

高齢者医療確保法第14条(診療報酬の特例)についての医療保険部会でのこれまでの議論は、①地域別診療報酬の特例については制度創設時からその実効性に疑問を持っている。平成29年5月に全国知事会・全国市長会・全国町村会が国に提出した「社会保障制度改革に関する緊急要請」にあるとおり、慎重に対応をお願いしたい、②どの地域においても同じ診療報酬

### 医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定

【論点】  
○ 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。どのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的示されてもいない。  
○ 平成30年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる。  
○ 国保の都道府県単位化を機に、地域別診療報酬の活用を検討するなど医療費適正化に向けて積極的に取り組もうという都道府県も現れている。

|                  |                                            |             |   |       |
|------------------|--------------------------------------------|-------------|---|-------|
| 全国一律(注)          |                                            | 全国一律        | × | = 医療費 |
| 診療報酬点数(厚生労働大臣告示) |                                            | 1点あたり単価 10円 |   |       |
| (例)              | 初診料 282点<br>入院基本料(7割) 1,591点<br>調剤基本料1 41点 |             |   |       |

(注) 入院基本料への地域加算(都市部に加算)など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用(考えられる例)  
○ 医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬1点単価の調整  
○ 入院医療費の地域差是正等の観点からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引下げ  
○ 調剤業務の需要に見合わない供給増(薬剤師や薬局数の増加)が生じた場合の調剤技術料の引下げ

【改革の方向性】(案)  
○ 都道府県における医療費適正化の取組みに資する実効的な手段を付与し、都道府県のカバナンスを強化する観点も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の具体的活用可能なメニューを国として示すとともに、今年度から開始する第三期医療費適正化計画の達成に向けても柔軟に活用していくための枠組みを整備すべき

### 中医協「総会」

中医協の「総会」が4月25日に開催され、平成30年度診療報酬改定に関する答申の附帯意見に関する事項の検討の進め方を議論した。

平成30年度診療報酬改定の影響については、答申附帯意見を踏まえて調査検証や検討を行う必要があり、それぞれの検討の場(検証部会、分科会等)において、今回の検証とともに、次期診療報酬改定に向けた調査及び必要な検討に入る。

答申附帯意見の第1項目に掲げられた、「今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等(救急医療に関する評価を含む)に係る『在宅復帰・病床機能連携率』『重症度、医療・看護必要度』『医療区分』『リハビリテーションの実績指数等の指標』及び『看護職員の配置の状況』についての調査・検証、特定機能病院入院基本料等その他の病棟の評価体系も含めた入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること」

「導入」では、「経済成長や人口動態を踏まえ、支え手の負担能力を超えるような医療費の増加があった場合に、ルールに基づき給付率を自動的に調整する仕組みについて検討し、人口減少が本格化する前に速やかに導入すべき」と提案された。

規則の見直しを踏まえ、地域加算の地域区分を見直したところ、国の官署の廃止に伴い対象から外れる地域が7地域あった。これについては、平成29年度末までの間、7級地とみなす経過措置が実施されている。

この取扱いについては、「国の官署がなくなったために人事院規則に定める地域から外れることとなった地域は、賃金や物価水準が変わったわけではないので、地域加算の趣旨を考えれば、引き続き地域加算の対象とすべきではないか」「社会保障の他制度とは地域区分の考え方や取扱いが異なっている」といった指摘があり、これらを含め、次回の診療報酬改定に向け改めて議論することとし、経過措置の対象となつて7地域については、経過期間を平成31年度末まで延長する。

各地で地域の予防推進や理想の医療提供体制の見直しの進捗を見つつ、慎重に検討することが必要、⑤高確法第14条については、保険者協議会で議論を踏まえるべきであるが、医療機関の経営や医療提供体制にも影響が及ぶものであるとの議論が、都道府県で議論するだけでなく、都道府県の医療審議会での議論も必要ではないか」との意見がある他、「都道府県の医療審議会が医療提供体制を主題とする一方、現在、保険者と医療機関は保険者協議会等を活用する枠組みの中で、

道府県による地域医療構想等の医療提供体制の見直しの進捗を見つつ、慎重に検討することが必要、⑤高確法第14条については、保険者協議会で議論を踏まえるべきであるが、医療機関の経営や医療提供体制にも影響が及ぶものであるとの議論が、都道府県で議論するだけでなく、都道府県の医療審議会での議論も必要ではないか」との意見がある他、「都道府県の医療審議会が医療提供体制を主題とする一方、現在、保険者と医療機関は保険者協議会等を活用する枠組みの中で、

各地で地域の予防推進や理想の医療提供体制の見直しの進捗を見つつ、慎重に検討することが必要、⑤高確法第14条については、保険者協議会で議論を踏まえるべきであるが、医療機関の経営や医療提供体制にも影響が及ぶものであるとの議論が、都道府県で議論するだけでなく、都道府県の医療審議会での議論も必要ではないか」との意見がある他、「都道府県の医療審議会が医療提供体制を主題とする一方、現在、保険者と医療機関は保険者協議会等を活用する枠組みの中で、

各地で地域の予防推進や理想の医療提供体制の見直しの進捗を見つつ、慎重に検討することが必要、⑤高確法第14条については、保険者協議会で議論を踏まえるべきであるが、医療機関の経営や医療提供体制にも影響が及ぶものであるとの議論が、都道府県で議論するだけでなく、都道府県の医療審議会での議論も必要ではないか」との意見がある他、「都道府県の医療審議会が医療提供体制を主題とする一方、現在、保険者と医療機関は保険者協議会等を活用する枠組みの中で、

平成28年度診療報酬改定における地域加算の見直しについて

地域加算の見直し  
診療報酬上の地域加算について、国家公務員の地域手当の見直しに伴い対象地域等を見直し。

| 【平成28年度改定前】 |     | 【平成28年度改定後】 |     |
|-------------|-----|-------------|-----|
| 地域加算(1日につき) | 点数  | 地域加算(1日につき) | 点数  |
| 1級地         | 18点 | 1級地         | 18点 |
| 2級地         | 15点 | 2級地         | 15点 |
| 3級地         | 12点 | 3級地         | 14点 |
| 4級地         | 10点 | 4級地         | 11点 |
| 5級地         | 6点  | 5級地         | 9点  |
| 6級地         | 3点  | 6級地         | 5点  |
|             |     | (新)7級地      | 3点  |

対象地域は、一般職の給与に関する法律(昭和25年法律第95号)第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域とする。

# 全国公私病院連盟

## 平成30年度「事業計画書」

全国公私病院連盟の3月22日(木)に開かれた「理事会」で、「平成30年度事業計画書」が了承されました。今後とも本連盟では、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の事業を推進します。

### 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・介護報酬同時改定の対応および平成32年度診療報酬改定に向けた対策の推進
- (2) 消費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) 専門医制度対策
- (3) 勤務医師確保対策
- (4) 労働負担軽減対策
- (5) 医療提供体制対策の推進
- (6) 地域医療構想対策
- (7) 看護師確保対策
- (8) 療養病床のあり方の検討
- (9) 「医療安全推進委員会」の運営
- (10) 死因究明制度対策
- (11) 医療安全確保対策
- (12) 医療基本法制定に向けた対応

### 3. 高齢者医療・介護対策の推進

- (1) 介護保険制度対策の推進
- (2) 適正な高齢者医療対策の研究および提言

### 4. 組織強化対策の推進

- (1) 加盟団体の組織強化の推進
- (2) 日本病院団体協議会(日病協)との連携
- (3) 「日病協(代表者会議)」の対応
- (4) 日病協「代表者会議」の対応
- (5) 日病協「診療報酬実務者会議」の対応
- (6) 「組織・定款対策委員会」の運営

### 5. 病院経営改善対策の推進

- (1) 病院の経営改善対策と税制対策の推進
- (2) 「医療・経営対策委員会」の運営

### 6. 調査活動の推進

- (1) 平成30年6月病院運営実態分析調査の実施

### 7. 広報活動の推進

- (1) 「公私病連ニュース」の発行(毎月)
- (2) 第30回「国民の健康会議」の開催
- (3) 「広報委員会」の運営(毎月)

### 8. 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
- (3) 期間：平成30年6月3日～6月8日(6日間)
- (4) オーストラリア医療視察研修団
- (5) 期間：平成30年6月3日～6月8日(6日間)
- (6) 講習会の開催
- (7) 第27回「診療報酬請求事務セミナー」(平成30年7月27日)
- (8) 第30回「看護管理セミナー」
- (9) 第27回「医療事故防止セミナー」企画協力
- (10) 第21回「病院原価計算セミナー」
- (11) 第15回「DPCセミナー」

### 9. 保険事業の推進

- (1) 病院賠償責任保険の取り扱い
- (2) 勤務医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



セミナーのまよう

1. 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定の対応および平成32年度診療報酬改定に向けた対策の推進

2. 消費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

5. 医療保険制度対策の推進

6. 専門医制度対策

7. 勤務医師確保対策

8. 労働負担軽減対策

9. 医療提供体制対策の推進

10. 地域医療構想対策

11. 看護師確保対策

12. 療養病床のあり方の検討

13. 「医療安全推進委員会」の運営

14. 死因究明制度対策

15. 医療安全確保対策

16. 医療基本法制定に向けた対応

17. 加盟団体の組織強化の推進

18. 日本病院団体協議会(日病協)との連携

19. 「日病協(代表者会議)」の対応

20. 日病協「代表者会議」の対応

21. 日病協「診療報酬実務者会議」の対応

22. 「組織・定款対策委員会」の運営

23. 病院の経営改善対策と税制対策の推進

24. 「医療・経営対策委員会」の運営

25. 平成30年6月病院運営実態分析調査の実施

26. 広報活動の推進

27. 「公私病連ニュース」の発行(毎月)

28. 第30回「国民の健康会議」の開催

29. 「広報委員会」の運営(毎月)

30. 研修活動の推進

31. 海外病院医療視察研修団の派遣

32. ハワイ医療視察研修団

33. 期間：平成30年6月3日～6月8日(6日間)

34. オーストラリア医療視察研修団

35. 期間：平成30年6月3日～6月8日(6日間)

36. 講習会の開催

37. 第27回「診療報酬請求事務セミナー」(平成30年7月27日)

38. 第30回「看護管理セミナー」

39. 第27回「医療事故防止セミナー」企画協力

40. 第21回「病院原価計算セミナー」

41. 第15回「DPCセミナー」

42. 保険事業の推進

43. 病院賠償責任保険の取り扱い

44. 勤務医賠償責任保険の取り扱い

45. 看護職賠償責任保険の取り扱い

46. 個人情報漏えい保険の取り扱い

47. 居宅事業者総合保険の取り扱い

48. 株式会社公私病連共済会(保険代理店)との連携

49. 特定退職金共済制度の推進と取り扱い

50. 医療・福祉関係団体との連携強化

51. その他必要な活動の推進

### 第27回「診療報酬請求事務セミナー」のご案内

#### 診療報酬改定のポイント解説と 病床機能再編への影響

#### ◆講義内容

- ・ 2018年診療報酬改定のポイント解説
- ・ 疑義解釈を含めた算定要件や施設基準等の確認
- ・ 改定による病床再編への影響と病院の方向性

講師：中林 梓 先生 (株)ASK 梓診療報酬研究所 所長

日時：平成30年7月27日(金) 10:00～16:20

会場：「CIVI 研修センター日本橋」(JR 神田駅南口より徒歩2分)

会場は『CIVI 研修センター日本橋』でライブ会場とサテライト会場での開催となりますが、ライブ会場の受付は終了いたしました。今後は、サテライト会場での申込受付となります。ご了承の上、お申し込みください。(※サテライト会場はライブ会場とは別フロアにありますが、音声・スライドがリアルタイムで流れます)

会費：有料 問合先：全国公私病院連盟

TEL：03-3402-3891

### 一般社団法人全国公私病院連盟 平成30年度(第59回)定時総会

期 日：平成30年6月20日(水)

会 場：全国町村会館(東京都千代田区永田町1-11-35)

#### 1. 記念講演(14:00～15:30)

演 題：日本の医療の構造改革 変わるのは今だっ!  
講 師：鈴木康裕 先生(厚生労働省 医務技監)

#### 2. 定時総会(15:40～16:50)

議 案：平成29年度事業報告書(案)  
平成29年度収支計算書(案)  
役員を選任、決議 一ほか

#### 3. 懇親会(17:00～18:30)

## 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29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29年6月調査 **病院経営分析調査報告** (定価16,000円+税 A4版 764ページ)

内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

### 病院概況調査報告書

平成29年6月調査 (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過去の調査の概要がご覧いただけます。



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



# 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

# 財政制度等審議会が建議

## プライマリバランス 2025年度までに黒字化を

財務省の「財政制度等審議会(会長―榊原定征・東レ(株)相談役)は5月23日、「新たな財政健全化計画等に関する建議」を麻生財務大臣に提出した。建議では、プライマリバランス(PB)黒字の確実かつ安定的な実現のため、「団塊の世代」が後期高齢者になり始める2022年度(平成34年度)よりも前までの間に、財政や社会保障制度の持続可能性の確保に向けて集中的に取り組むことが不可欠で、遅くとも「団塊の世代」が全て後期高齢者となる2025年度(平成37年度)までにPB黒字を安定的に確保しておく必要があると明記している。

同建議では、「早期の財政健全化の必要性」について、①これ以上の財政健全化の遅れは許されない。「後がない」という危機感を持って、プライマリバランス(PB)黒字を今度こそ確実かつ安定的に実現する必要がある。②早期の財政健全化は、国民の将来不安を和らげ、デフレ脱却・持続的な経済成長を実現するために不可欠の前提で、③後期高齢者の急増、金利上昇に伴う利払増、自然災害や経済危機の可能性等を見据え、2022年度よりも前までの間に集中的に財政健全化に取り組むことが不可欠であり、遅くとも2025年度までにPB黒字を安定的に確保しておく必要があると述べている。

また、「財政健全化に向けたこれまでの取組の進捗状況」については、①経済・財政再生計画の下、3年間の歳出改革の目安が達成されたこと、その中で予算の徹底的な効率化、より政策効果の高い施策への重点化など、予算の質の向上が図られてきたことは評価されるべき、②しかし、歳入・歳出両面の要因により、国・地方のPBの改善が進んでいないと分析している。

その上で、「新たな財政健全化計画」についての考え方を①経済・財政再生計画と同様の枠組みを基本とすべき。具体的には、『2021年度までの3年間に、大括りの歳出分野ごとに歳出の水準に関する規律を設けるとともに、

各分野の個別の改革について具体的な内容・工程を定めた上で、3年間の取組の進捗状況を検証し、必要に応じて歳入・歳出両面からの追加措置を検討する計画とすべき』、②歳出の水準に関する規律については、少なくとも、経済・財政再生計画の目安の考え方を踏まえ、今後も歳出改革をしつかり進めること、目標を確実に達成できるように設定すべき。新たな歳出増加要因に対しては、他の歳出の抑制等、安定財源を確保して対応すべき、③約束手おりの消費税率引上げが前提。税率が想定を下回る可能性などを踏まえて歳出改革を徹底し、PB黒字を確実に安定的に達成できる計画とすべき、④補正予算について

は、安易な編成を厳に慎むべき。仮に編成せざるを得ない場合には、財政健全化目標に及ぶ影響をしっかりと認識・考慮した上で、厳しい財政規律を堅持すべき一などまとめている。

建議では、社会保障費の伸びを抑制するための

を得ない場合には、財政健全化目標に及ぶ影響をしっかりと認識・考慮した上で、厳しい財政規律を堅持すべき一などまとめている。

この建議の内容が、今後政府がまとめる「骨太の方針2018」に、どこまで反映されるかは不透明だが、6月中には結論が出る。社会保障費抑制の具体的な数値目標は示されない模様。

具体的金額は示されなかったが、遅くとも2025年度までにPB黒字を確保しておく必要があると明記され、特に歳出の大半を占める社会保障費の抑制については、①医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定、②医療保険における後期高齢者の窓口負担の引き上げ、③医療保険の給付率を自動調する仕組みの導入一などの具体的な提案がなされている。(2面参照)

この建議の内容が、今後政府がまとめる「骨太の方針2018」に、どこまで反映されるかは不透明だが、6月中には結論が出る。社会保障費抑制の具体的な数値目標は示されない模様。

### 時評

今、国会では医療法・医師法改正案が審議の大詰めを迎えている。中心は何と云っても医師の需給と地域偏在についてである。



連盟 副会長 邊見 公雄

### 医療法・医師法改正案に思う

「何時でも誰でも何処でも、ほぼ平等に、ほぼ正確な医療が(何回でも)受けられる」という国民皆保険制度を和食より先に世界文化遺産に、というのが私の希望であった。(何回でも)には少し問題があり、平等や正確も少し不完全なこともあり取上げて述べた。この制度が2つの点で崩れ始めているのである。1つは貧民層の増加による無保険者の増加である。経済格差の拡大の故である。2つ目は医師の3大偏在。つまり地域偏在に診療所での産が出来るようになったり、奈良県の妊婦の所謂「たらい回し」の後大阪の国立循環器病センターでの死亡が話題になった。今の状態は、その時に隠岐の島でお産が出来なくなった、奈良県の妊婦の所謂「たらい回し」の後大阪の国立循環器病センターでの死亡が話題になった。今の状態は、その時に

は、医師の多い所と少ない所を可視化する、それも一年以内に都道府県が責任を持つというところである。今まではデータではなく感覚でやっていた。面積当たりで動いた人が地域医療支援病院の管理者に「なれる」というのに留まった。一昨年6月の第二次中間まとめに比べては、都道府県の会議の整理統合が行われたのは今回の改善点と評価したい。「役者変わって舞台変わらず、舞台変わって役者変わらず」の何も決まらぬ時間の無駄、と県庁所在地から遠い現役医療職からの嘆き節を聞かされていたから。小さな一歩か大きな一歩なのか。前進か後退か。もう暫く見てみたいと評価の難しい今回の改正である。(赤穂市民病院名誉院長)

様々な課題を積み残したまま新専門医制度が船出した。中でも医師偏在問題が多方面から最も懸念されていた。機構側の方針は偏在を今以上に助長しないというもの。現状の固定化につながる感もするが、今春Fタを開けてみてどうなったか▼登録総数を総人口で割ると、1万人当り専攻医密度は全国平均で0.66人。東京は1.33と約2倍の密度で突出している。登録数最少の宮崎では0.34で東京の約4分の1。多くの地方県でも同様であり、東京一極集中は否めない。5都県のシリングを設けたが、全国定員が総登録数の約2倍であり(初期研修は約1.1倍)、都会地で定員が充足されるなら地方で不足するのは必然▼2期目からでも早急に偏在是正に動かなければ、地域医療が破綻する所もあるだろう。しかし偏在問題は医療界だけで解決できるはずがなく、機構の中核的イシューでもないのではなか。人口問題とも関連する国の政策的課題と思う▼専攻医のグロスの数的バランスのみならず、各地域での診療領域毎の専門医の適正数と配置について、各学会、医療者が具体的に議論を進めなければ根本的な解決にならないと思われる。(S.S)



いる鉛筆

### 医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定

資料Ⅱ-1-30

#### 【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行うことが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。どのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的に示されてもいない。
- 平成30年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる。
- 国保の都道府県単位化を機に、地域別診療報酬の活用を検討するなど医療費適正化に向けて積極的に取り組もうという都道府県も現れている。

|                   |        |             |                                                                         |       |
|-------------------|--------|-------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|
| 全国一律 (注)          |        | 全国一律        |                                                                         | = 医療費 |
| 診療報酬点数 (厚生労働大臣告示) |        | 1点あたり単価 10円 |                                                                         |       |
| (例) 初診料           | 282点   | ×           | (参考)<br>①介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。<br>②かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。 |       |
| 入院基本料 (7日)        | 1,591点 |             |                                                                         |       |
| 調剤基本料 1           | 41点    |             |                                                                         |       |

- (注) 入院基本料への地域加算 (都市部に加算) など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。
- ◆ 医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用 (考えられる例)
- 医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬 1点単価の調整
  - 入院医療費の地域差は正等の観点からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引下げ
  - 調剤業務の需要に見合わない供給増 (薬剤師や薬局数の増加) が生じた場合の調剤技術料の引下げ

#### 【改革の方向性】(案)

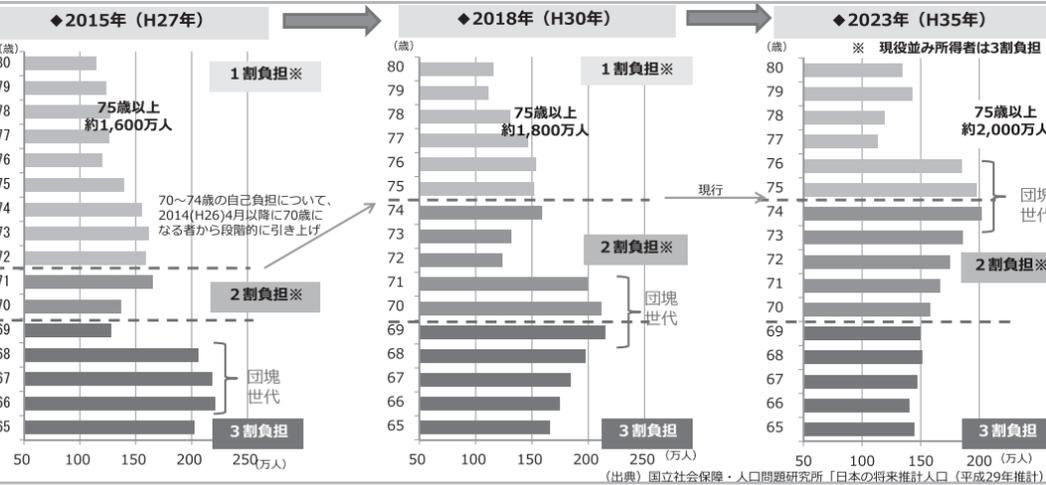
- 都道府県における医療費適正化の取組みに資する実効的な手段を付与し、都道府県のカバナンスを強化する観点も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の具体的に活用可能なメニューを国として示すとともに、今年度から開始する第三期医療費適正化計画の達成に向けても柔軟に活用していくための枠組みを整備すべき

### 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

資料Ⅱ-1-35

#### 【論点】

- 後期高齢者の定率の窓口負担は、現役世代よりも低い1割に軽減されている。他方、後期高齢者の人口は毎年増加。
- 2022年から団塊の世代が後期高齢者になり始めるが、現行制度の下では2割負担から1割負担に引き下がることになる。



#### 【改革の方向性】(案)

- 後期高齢者数や医療費が毎年増加し、これを支える現役世代の保険料や税の負担が重くなっていく中、世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、まずは75歳以上の後期高齢者の自己負担について2割負担とすべき。
- その際、現在70歳~74歳について段階的に実施している自己負担割合の2割への引き上げと同様に、75歳到達後も自己負担割合を2割のままとするに追加して、すでに後期高齢者となっている者についても、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。

### 財政制度等審議会が建議で提案

- ・ 医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定
- ・ 医療保険における後期高齢者の窓口負担の引き上げ
- ・ 医療保険の給付率を自動調整する仕組みの導入

建議では、具体的な抑 制の提案がされている が、「医療費適正化に向 けた地域別の診療報酬 の設定」では、「都道府県 における医療費適正化の取 組みに資する実効的な手 段を付与し、都道府県 のカバナンスを強化する観 点も踏まえ、医療費適正 化に向けた地域別の診療 報酬の具体的に活用可能 なメニューを国として示 すとともに、今年度から 開始する第三期医療費適 正化計画の達成に向けて も柔軟に活用していくた めの枠組みを整備すべ き」、「医療保険におけ る後期高齢者の窓口負担 の在り方」では、「後期高 齢者数や医療費が毎年増 加

し、これを支える現役世 代の保険料や税の負担が 重くなっていく中、世代 間の公平性や制度の持続 可能性を確保していく観 点から、まずは75歳以上 の後期高齢者の自己負担 について2割負担とすべ き。その際、現在70歳~ 74歳について段階的に実 施している自己負担割合 2割への引き上げと同 様に、75歳到達後も自己 負担割合を2割のままと することに加えて、すで に後期高齢者となってい る者についても、数年か けて段階的に2割負担に 引き上げるべき」、「医療 保険の給付率を自動的に 調整する仕組みの導入」 等

平成30年度からの国保 改革により、都道府県が 県内の医療費の水準や見 通しを踏まえた保険料設 定と住民への説明責任を 負うこととなり、県内の 医療提供体制の在り方と 一体的な検討を行うこと となる。

こうした中で、国保の 法定外繰入れ等の解消を 速やかに進め、受益と負 担を「見える化」するこ とで、規律ある財政運営 を進めることが大変重要 であり、適切なインセン ティブを設けながら、先 進事例を横展開していく べきである。

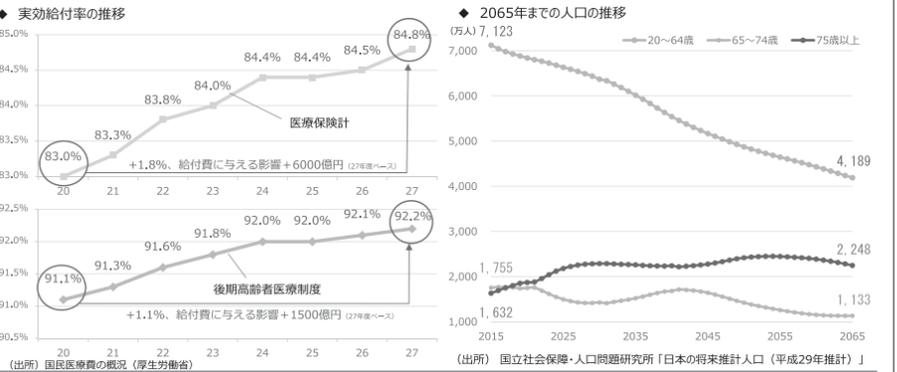
動態を踏まえ、支え手の 負担能力を超えるような 医療費の増加があった場 合に、ルールに基づき給 付率を自動的に調整する 仕組みの導入に向け、具 体的な方策について検討を 開始すべき」などが挙 げられている。詳細は以 下のとおり。

### 医療保険の給付率を自動的に調整する仕組みの導入

資料Ⅱ-1-39

#### 【論点】

- 今後、現役世代の人口が急速に減少する一方で、医療費は増加し、実効給付率も上昇。医療費が支え手の負担能力を超えて増加した場合に給付率を見直すことで、制度の持続可能性を担保していく必要。
- ※ 後期高齢者医療制度において、人口減少による現役世代の負担増の一部を後期高齢者の保険料引上げで自動的に調整する仕組みがあるが、後期高齢者の保険料負担も近年増加してきており、若年・後期高齢者を含めた負担全体の水準についても自動的に調整する視点が必要。
- 年金制度においては、平成16年に、給付率を自動的に調整するマクロ経済スライドを導入済み。



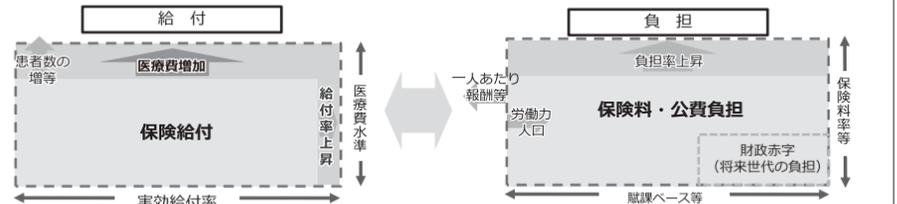
#### 【改革の方向性】(案)

- 経済成長や人口動態を踏まえ、支え手の負担能力を超えるような医療費の増加があった場合に、ルールに基づき給付率を自動的に調整する仕組みの導入に向け、具体的な方策について検討を開始すべき。

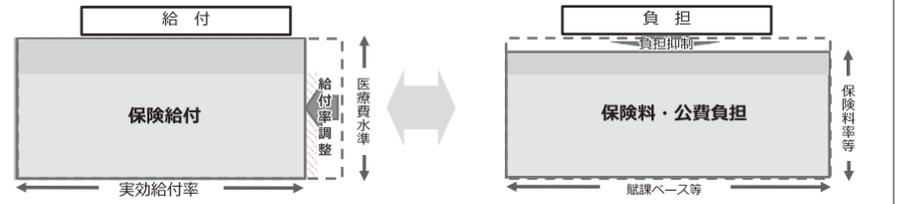
### 「給付率自動調整」のイメージ

資料Ⅱ-1-40

- ①高齢化・高度化による医療費増、②後期高齢者の増などによる実効給付率上昇により、医療給付費は増加。
- この負担を、今後大幅な減少が見込まれる支え手の負担率上昇で賄う必要。経済成長が進まない場合や、医療費が高騰する場合のリスクをすべて負担者が負う仕組みとなっている。
- さらに、現時点の給付費の一定割合は財政赤字で賄われており、その縮減も求められる。



- 「給付率自動調整」は、医療給付費や経済・人口の動向に応じて、支え手の負担が過重とならないよう、一定のルールに基づき給付率を調整 (自己負担を調整) することで、医療費や支え手の負担能力の変化の中で、将来にわたり公的保険制度の持続可能性を確保するもの。



確認する緊要関係の中 心として、高齢者医療保 法第14条を必要に応じて 柔軟に活用できるように していくことが重要であ る。同条では、医療費適 正化の観点から地域ごと の診療報酬の定めを行っ 得ることが規定されてい るが、平成18年の法律改 正で規定されて以来、こ れまで実施例はなく、ど のような内容の診療報酬 の定めが可能かについて 都道府県に具体的に示さ れていない。このため、都道府県における医 療費適正化の取組に資す る実効的な手段を付与 し、都道府県のカバナン スを強化する観点も踏ま え、医療費適正化に向け た地域別の診療報酬の具

体的に活用可能なメニ ューを国として示し、平 成30年度から開始した第 三期医療費適正化計画の 達成に向けて速やかに活 用できるようにしてい かなければならない。

(資料Ⅱ-1-30参照)

医療保険における後期高 齢者の窓口負担の在り方 (実効給付率) は、自己 負担割合が低い高齢者数 の増加や、医療の高額化 が進む中で高額療養費 (負担上限の影響等)によ り年々上昇しており、実 効自己負担率は年々低下 している。一方、医療費 の増加に加えて、こうし た実効給付率の上昇によ って増加する給付費の財 源を負担する支え手は、 今後長期にわたり大幅に 減少していく。それは、 支え手1人当たりの負担

が大きく増えることを意 味する。医療費の伸びが国民の 負担能力の伸びを上回っ た場合、現行の仕組みで は、負担増は基本的には 全て保険料率や公費負担 の上昇によって対応する こととされている。しか しながら、今後、長期間 にわたり「支え手の大幅 な減少」が見込まれる中、 過大な給付が抑制されな いまま、医療費の増加と 実効給付率の上昇による 影響を、支え手が払う保 険料・公費のみに負担増 という形でし寄せを統 括することには限界があ り、医療保険制度の持続 可能性を危うくする点で 重大な問題である。

このため、上述のよう に、診療報酬の抑制等医 療費そのものが増加しな いよう不断の努力を行っ ていくとともに、平成34 年度(2022年度)に向 けて高齢者の窓口負担 の見直し等を行った上 で、その後は、長期にわ たる人口減少を見据え医 療費を支える側の負担能 力の変化に対応し、実効 給付率を自動的に調整す る観点が求められる。医 療費そのものを抑制しつ つ、医療給付費や経済・ 人口の動向に応じて、支 え手の負担が過重となら ないように一定のルール に基づき給付率を調整 (自 己負担を調整) する仕 組みの導入に向け、具体 的な方策について検討を 開始すべきである。

(資料Ⅱ-1-39、40参 照)

# 平成29年度事業報告書(案)

一般社団法人全国公私病院連盟は平成30年度第2回理事会において、「平成29年度事業報告書(案)」をとりまとめた。同報告書は6月20日に開催される「平成30年度(第59回)定時総会」における議案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. 診療報酬改定運動の推進

本連盟では、平成30年度診療報酬改定に向けて、「平成29年度(第58回)定時総会(平成29年6月12日)」において、①診療報酬と介護報酬の同時改定にあたるため、医療施設や介護施設が混乱しないよう十分に議論を尽くすこと、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とともに、広く国民の理解を得て実施すること等を決議し、政府、厚労省、各政党、中医師会などに提出し、その実現に向けた要望活動を展開した。

また、本連盟が加盟する日本病院団体協議会(日病協)では、平成29年5月9日に、急性期病院を中心に経営状況が急激に悪化している実態等を鑑み、①入院基本料の評価基準の見直し、②急性期病床の重症度、医療・看護必要度の評価、③医療療養病床の方向性の早期決定と、看護配置基準・医療区分の見直しなど8項目を、さらに、平成29年11月9日には第

2回目として、先の8項目の要望内容を基本として、①全ての入院基本料の引き上げ、②重症度、医療・看護必要度と多職種の配置を主軸とした中長期的な入院基本料評価基準の抜本的見直しなど7項目を厚労省へ要望した。

なお、平成30年度診療報酬改定率については、平成29年12月18日に厚労大臣と財務大臣との間で、本体の改定率を0・55%引き上げることが合意されたが、その一方で、薬価等改定率が1・74%引き下げられた結果、全体で1・19%の引き下げとなった。

その後、平成30年1月12日に厚労大臣が「平成30年度診療報酬改定について」を中医師会へ諮問、中医師会は平成30年2月7日に同諮問に対して答申を行い、平成30年3月5日に告示がなされている。

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催で「平成30年4月改定診療報酬点数表説明会」を、平成30年3月12日に東京会場(片柳アリーナ)および平成30年3月13日に神戸会場

(ワールド記念ホール)において、厚労省から担当を招聘して開催し、両会場合わせて7000名を超える参加者があった。

地域包括ケアシステムの構築のためには、一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ってはならないことを政府、厚労省などに要望した。

また、平成30年度税制改正において、政府は最終消費者である患者に代わり病院が負担している消費税増税の無理や矛盾を認識し、その責任にお

いて早急かつ根本的に解決することなどについて、平成29年6月30日に厚労省へ、同年11月9日に自民党へ要望書を提出した。

以下に、平成30年度税制改正において、政府は最終消費者である患者に代わり病院が負担している消費税増税の無理や矛盾を認識し、その責任にお

いて早急かつ根本的に解決することなどについて、平成29年6月30日に厚労省へ、同年11月9日に自民党へ要望書を提出した。

②連盟「平成29年度(第58回)定時総会『決議』」(2017.6.13)  
③連盟「平成30年度税制改正要望(1)」(厚労省へ2017.6.30・自民党へ2017.11.9)  
④日病協「平成30年度診療報酬改定に係る要望(第2回)」(2017.11.9)

①「平成29年病院運営実態分析調査(平成29年6月調査)の概要」(2018.3.1)

①「平成29年病院運営実態分析調査(平成29年6月調査)の概要」(2018.3.1)

②「平成30年4月改定診療報酬点数表説明会(共催：一般社団法人日本病院会)」(東京日本病院会) (2018.3.12・神戸日本病院会) (2018.3.13)

③「海外医療視察研修団」(ハワイ医療視察研修団) (2018.3.13)

①「ハワイ医療視察研修団」(2018.3.13)

④「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑤「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑤「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑥「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑦「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑦「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑧「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑨「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑨「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑩「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑪「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)

⑪「平成30年6月調査」の概要」(2018.1.24)



国民の健康会議のもよう



診療報酬点数表説明会のもよう

8. 国民の健康会議  
国民に対して医療の諸問題について関心を高め理解を得るといふ観点から、第29回「国民の健康会議」を平成29年10月17日に東京・ヤクルトホールにおいて開催し、市民をはじめ医療関係者・団体などから385名が参加した。

9. 研修活動の推進  
研修活動については、国内ではセミナーおよび説明会の開催、海外では医療視察研修団等の派遣を行った。

10. 保険事業の推進  
保険事業については、本年度加入数は、病院賠償責任保険等1846、居宅事業者総合保険等182となった。

11. 医療・福祉関係団体との連携強化  
一般社団法人日本病院会および日病協を構成する病院団体、医療・福祉関係団体との連携強化に努めた。

## 全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟 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29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29年6月調査 **病院経営分析調査報告** (定価 16,000 円+税 A4版 764 ページ)  
内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

### 病院概況調査報告書

平成29年6月調査 (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過去の調査の概要がご覧になれます。



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

中医協

# 入院医療に関する分科会の再編・統合について

中医協の「総会」が5月23日に開催され、入院医療に関する分科会の再編・統合についてが議論



① 的検討の場となった。現在の「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」の二つの分科会を一つに統合した上で、分科会における技術的な検討課題の議論をより効率的に進められるよう、分科会の下に専門的な視点からの調査・分析を行う「キンググループ」を設置することが提案された(下図参照)。

二つの分科会は、中医協診療報酬基本問題小委員会の下の分科会として、入院医療の調査・分析を行う「キンググループ」を設置することが提案された(下図参照)。

入院医療等の調査・評価分科会  
DPC評価分科会  
現行

入院医療等の調査・評価分科会  
DPCワーキンググループ(仮称)  
診療情報・指標等ワーキンググループ(仮称)  
再編後のイメージ

## 産後ケアの全て

出版社・財界研究所 林 謙治 監修



今月はこの一冊にさせていただきます。きっかけは英国王室キャサリン妃が産後7時間退院されたことである。我が国の産後入院中の女性にテレビ局がインタビューすると「王室のようにケアチームがあれば大丈夫だ」と答えている。女性の社会進出を勧めるため、介護保険に母子保健を採り入れてはとの提言。座談会では、フィンランドの「ネウボラ」という妊娠前から就学前までの子供を抱える両親をサポートするアドバイザー機関の紹介や産後ケアの研究の推進、産後ケアの台湾の会社、街カフェの利用などが話されている。自治体など行政との協力の必要性、児童虐待やマタニティブルーなどに対する助産師による産後ケアの話。そして自民党女性局長で参議院議員の高階恵美子さんと公明党参議院議員の竹谷とし子さん、前内閣官房地方創生総括官の山崎史郎さんへのインタビューもある。お三方とも一億総活躍や少子化対策のために「産んで得した」と思わせるような産後ケアの必要性を訴えている。

家庭や職場、地域、行政など社会全体での産後ケアについて、現状と課題、今後の方向がよく判る一冊と思いを。

採り上げさせていたただいた。そろそろシルバークロニクルから抜け出し、ゴールドプランからエンゼルプランに注力しないことは韓国や台湾より人口の少ない国になってしまおう。それでよいのだろうか!? この本が示唆する項目のいくつかでもすぐに始めてほしい、というのが読後感、推奨するのである。

推薦者：邊見公雄(全国公私病院連盟副会長、赤穂市民病院名誉院長)

## 第27回「診療報酬請求事務セミナー」のご案内

- ◆ 講義内容
    - ・ 2018年診療報酬改定のポイント解説
    - ・ 疑義解釈を含めた算定要件や施設基準等の確認
    - ・ 改定による病床再編への影響と病院の方向性
  - ◆ 講師：中林 梓 先生 (株)ASK 梓診療報酬研究所 所長
  - ◆ 日時：平成30年7月27日(金) 10:00~16:20
  - ◆ 会場：「CIVI 研修センター日本橋」(JR 神田駅南口より徒歩2分)
- 会場は『CIVI 研修センター日本橋』でライブ会場とサテライト会場での開催となりますが、ライブ会場の受付は終了いたしました。今後は、サテライト会場での申込受付となります。ご了承の上、お申し込みください。(※サテライト会場はライブ会場とは別フロアにありますが、音声・スライドがリアルタイムで流れます)
- 会費：有料 問合せ先：全国公私病院連盟  
TEL：03-3402-3891

## 全国公私病院連盟 団体保険のご案内

- 病院賠償責任保険等**
    - <基本補償> 病院賠償責任保険(医師特約・医療施設特約)
    - <職員の補償>
      - ・ 勤務医師賠償責任保険(包括契約)
      - ・ 看護職賠償責任保険(包括契約)
      - ・ 医療従事者賠償責任保険(包括契約) ほか
    - <施設の補償>
      - ・ 個人情報漏えい保険
      - ・ 医療廃棄物排出者責任保険
      - ・ 受託者賠償責任保険
    - <利用者の補償> 医療施設利用者の傷害見舞費用担保追加条項
    - <保育所の補償> 保育所賠償責任保険・保育所傷害保険
  - 使用者賠償責任保険**

過労死を含む労働災害において、医療機関の使用者が負担する民法上の損害賠償責任および解決のために支出する費用を補償します。
  - 雇用慣行賠償責任保険**

雇用上の差別やセクハラ・パワハラまたは不当解雇に起因する法律上の賠償責任、争訟費用等を補償します。
  - 医療事故調査費用保険**
  - 医療法人向け役員賠償責任保険**
  - 現金総合保険**
  - 居宅事業者総合保険**
  - 疾病傷害休業補償制度**
- 【問い合わせ先】  
取扱代理店 株式会社公私病連共済会  
TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940

**全国公私病院連盟 役員会だより**

期日 5月17日(木) 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」(5月16日) 園田副会長と中瀬監事より報告があった。事より報告があった。② 平成30年度「ハワイ医療視察研修団」オーストラリア医療視察研修団の派遣について

事務局長より、「ハワイ医療視察研修団22名、オーストラリア医療視察研修団」18名が6月3日から6日間の予定で出発する旨の報告があった。

③ 邊見副会長からの報告

邊見副会長が出席する審議会等の報告があった。主な報告は以下について。

▽第23回「日本の医療と医薬品の未来を考える会」(4月25日) 医療従事者の需給に関する検討会(第20回)「医師需給分科会」(5月21日)▽第13回「地域医療構想に関するワーキンググループ」(5月16日)▽平成30年度(第1回)「日本医師会・全国自治体病院協議会 懇談会」(5月16日)

**【主な協議事項】**

① 平成30年度定時総会(6月20日) 議案審議事項について

▽平成29年度事業報告書(案)について

▽平成29年度収支計算書(案)・貸借対照表(案)・財産目録(案)・平成29年度当期未処分残余金処分計算書(案) (監査報告書) ② 定時総会「決議」(案)について

事務局長より、総会の議案である平成29年度収支報告等の説明があった。

また、「決議」については、(株)公私病連共済会より、病院賠償責任保険等の平成30年度取扱件数について報告があった。

以上

# 平成30年度 第59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  
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

よりの説明があった。ここで議長が中務先生に交代し、第3号議案「役員選任(案)」が上程され、遊見公雄副会長より3名の理事、1名の監事の交代の提案説明があり、満場一致で了承された。

最後に、園田孝志副会長が第5号議案「決議(案)」を朗読し、満場の拍手によって原案と探採された。

以上をもって議案審議は全て終了し、加藤幸男副会長が閉会の挨拶を行った。その後、記念講演、続いて懇親会が執り行われ、盛会裏に全日程が終了した。

本日の医療の構造改革は、鈴木医務技監は、昨今の人口構造や医療ニーズの変化、財政状況の悪化、医療技術の急速な進歩などにより、変らなければいけない様々な点を指摘するとともに、今回の平成30年度診療報酬と介護報酬の同時改定のポイントとして、①医療・介護サービス提供体制、②地域医療構想、③患者本位の医療分業―の視点から解説、最後には、将来に向けた私見を紹介した。

講演終了後には、受講者からの働き方改革、医療のICT化、消費税などについての質疑応答もあつた。

## 電子カルテ・導入・維持にかかる費用は診療報酬で

### かかる費用は診療報酬で

全国公私病院連盟は6月20日、「平成30年度定時総会」を「全国町村会館」(東京・千代田区永田町)において開催した。総会では平成29年度収支計算書等の各案が承認されたのち、電子カルテにかかる費用を診療報酬に求めるなど7項目の「決議(2面に掲載)」を満場一致で採択し、政府・与党をはじめ関係各所へ要望することにした。

総会では加藤誠副会長の開会宣言で始まり、島根事務局長の資格審査報告に続いて、今泉暢登志会長による開会挨拶(後掲)が行われた。

続いて、総会の審議に先立ち議長団の選出が行われたが、議長団は正会員7団体が輪番で務めて

総会では加藤誠副会長の開会宣言で始まり、島根事務局長の資格審査報告に続いて、今泉暢登志会長による開会挨拶(後掲)が行われた。

続いて、総会の審議に先立ち議長団の選出が行われたが、議長団は正会員7団体が輪番で務めて

総会では加藤誠副会長の開会宣言で始まり、島根事務局長の資格審査報告に続いて、今泉暢登志会長による開会挨拶(後掲)が行われた。

続いて、総会の審議に先立ち議長団の選出が行われたが、議長団は正会員7団体が輪番で務めて

総会では加藤誠副会長の開会宣言で始まり、島根事務局長の資格審査報告に続いて、今泉暢登志会長による開会挨拶(後掲)が行われた。

続いて、総会の審議に先立ち議長団の選出が行われたが、議長団は正会員7団体が輪番で務めて

総会では加藤誠副会長の開会宣言で始まり、島根事務局長の資格審査報告に続いて、今泉暢登志会長による開会挨拶(後掲)が行われた。



会場のもよう

## 今泉会長の総会挨拶

本日は全国公私病院連盟の「第59回定時総会」にお集まりいただき、誠にありがとうございます。

半年の経過措置期間の終了を数カ月後に控え、すでに方針が決まっている病院もあれば、今まさに

個別の報酬を算定するために、この4月より新報酬による運用が始まっています。

個別の報酬を算定するために、この4月より新報酬による運用が始まっています。

個別の報酬を算定するために、この4月より新報酬による運用が始まっています。

個別の報酬を算定するために、この4月より新報酬による運用が始まっています。

個別の報酬を算定するために、この4月より新報酬による運用が始まっています。

個別の報酬を算定するために、この4月より新報酬による運用が始まっています。



一般社団法人 全国公私病院連盟 会長 今泉 暢登志

## 会長 今泉 暢登志

あちらこちらに該当者がいないか人探しに奔走されましたが、万策尽きたといったところもあつたそうです。

さて、申し上げるまでもなく、団塊の世代が75歳になり始める

外消費税の問題でも、我々の意見をよく聞いていただきたいところなのですが、政治がご覧のような有様なのは残念な限りです。

に最適と思われる医療を提供した時、自ずと良い経営結果が伴う制度・政策であつて欲しい。

は今後とも引き続き、変わらぬご支援・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

県ではすべて人口が減少していく危機的な状況と警鐘を鳴らしていますが、あらためて少子化、人手不足が実感されるどころです。

最後には、古い住所録を引っ張り出して、

022年以降、社会保障費が大きく膨らみま

現在の病院界をとりまく環境は、「人口構造、医療のニーズの変化」「財政状況の悪化」「医療技術の急速な進歩」を踏まえ、今までに経験したことのない

大変革期に突入しています。本日は、厚生労働省医務技監の鈴木先生の海外出張からのご帰国の時間と重なり、後程ご講演いただきました。

「日本の医療の構造改革 変わるの、今だ」というテーマで講演をいただくことになっております。皆様

特に診療報酬では、

なかたつたようです。

最後には、古い住所録を引っ張り出して、

022年以降、社会保障費が大きく膨らみま

現在の病院界をとりまく環境は、「人口構造、医療のニーズの変化」「財政状況の悪化」「医療技術の急速な進歩」を踏まえ、今までに経験したことのない

大変革期に突入しています。本日は、厚生労働省医務技監の鈴木先生の海外出張からのご帰国の時間と重なり、後程ご講演いただきました。

「日本の医療の構造改革 変わるの、今だ」というテーマで講演をいただくことになっております。皆様

は今後とも引き続き、変わらぬご支援・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

国も終盤を迎えています。政府は今国会を「働き方改革法案、IR法案(カジノを含む統合型リゾート法案)国会」と名付け、両法案の成立を最優先としています。NHKの世論調査では、ともに反対が賛成を大幅に上回っています。また終盤になり、突然参議院の定数を増やし、合区による自民党議員の減少を防ぐとするなど、数に

「働き方改革法案、IR法案(カジノを含む統合型リゾート法案)国会」と名付け、両法案の成立を最優先としています。NHKの世論調査では、ともに反対が賛成を大幅に上回っています。また終盤になり、突然参議院の定数を増やし、合区による自民党議員の減少を防ぐとするなど、数に

平成30年度 定時総会

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以上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できる制度を確立するため、次の事項の実現を期し、ここに決議する。

1. 診療報酬に関すること
平成30年度の診療報酬改定は、団塊の世代が75歳以上となる2025年(平成37年)とそれ以降の社会・経済の変化や技術革新へ対応する節目となる改定とされ、特に入院医療の評価については新しい体系に再編・統合された。
しかしながら、社会保障審議会「医療保険部会」と「医療部会」の「平成30年度診療報酬改定の基本方針」の決定や、診療報酬改定率も12月から年末の慌

ただしい予算編成過程で決定されるため、中央社会保険医療協議会(中医協)での検討内容が十分に反映され難い。また、改定点数が示されないまま行われるパブリックコメントの募集や公聴会も形骸化している。
本来、診療報酬は十分論議を尽くし決定し、その積算根拠を明らかにして広く国民の理解を得るものとすべきである。
ついでには、予算原案提示前であっても、改定予定項目のアウトラインを開示すべきである。

病院の消費税増税を早急かつ根本的に解決すること。
(2) 喫緊の課題として、医療機関の負担する仕入消費税額が診療報酬に上乗せしたとき、非課税制度の下においても、その超過額の還付が可能となる税制上の措置を講ずること。

4. 医師(勤務医)の働き方改革に関すること

政府は今、働き方改革を政策の柱として推進中であるが、医師は一般労働者と異なり生涯学習者であり、ある意味職人の一面もある。一般労働者は高齢少子化の影響をもちに受け減少の一途であるが、その方針を勤務医にも一律性急に適用するのは反対である。
もちろん、健康を損なうような環境はどんな場合でも許されず、自主的な技術習得やキャリアアップの機会を制限するのは、受益者たる国民にも医療提供側にも裨益するものではない。

3. 勤務医不足に関すること

勤務医不足の最大の要因は、勤務医の地域偏在であり、今後はこれら偏在を解消し、開業の自由制度を見直す時期にきている。
また、医師の養成に当たっては、医療圏ごとの人口当たりに医師の需要がどのくらい必要かを正確に見極めることが最重要課題である。
差し当たっては、今「第196回国会」へ提出した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」における①医師少数地域等で勤務した医師を評価する制度の創設②都道府県における医師確保対策の実施③医師養成体制の強化④医師養成過程を通じた医師確保対策の充実⑤地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応に着実に実行すること。

5. 医療提供体制に関すること

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、病院と診療所、医療と介護などの連携が不可欠である。これらの連携には地域の事情による様々な特徴があり、医療費削減を目的とした在宅への誘導など画一的なものであってはならない。
医療資源や人的資源の豊富な一部の地域でしか実行できない方策を押しつけることな

6. 電子カルテに関すること

電子カルテなど医療分野のICT化については、医療安全と質の確保、医療情報の管理・相互交換などで大きく貢献し、また今後の地域包括ケアシステムやオンライン診療への対応などにも必須条件となっている。
しかしながら、その費用はあまりにも高額で国際的に見ても極めて異常である。さらには2年後ごとの診療報酬改定に伴うソフトの更新もあり、診療報酬を原資とする病院経営に対する負担は甚大である。

7. 介護保険制度に関すること

(1) 就労人口の減少による介護職員の確保は一層困難な中、介護職を志す若者は多いにもかかわらず離職率が高い現実がある。
ついでには、若者が将来にわたって従事することができ、また、中高年者も意欲を持って取り組めるよう、介護職員の処遇を介護報酬本体で担保すること。

(2) 介護の現場における職員の処遇改善の対象が介護職に限定されているが、介護サポーター(看護職、栄養士、介護支援専門員等)が協働して利用者へサービスを提供している。
ついでには、介護職に限定されている介護の現場における処遇改善の対象を多職種にまで拡大すること。

平成30年6月20日
全国公私病院連盟
右記決議する。

連盟人事

全国公私病院連盟の「平成30年度定時総会」が6月20日に全国町村会館において開催され、役員交代と顧問・特別参加の推薦が行われましたのでお知らせします。
【副会長】 小野 実、前橋赤十字病院院長
【新任】 中野 実、前橋赤十字病院院長
【退任】 中瀬浩史、大森赤十字病院院長
【顧問】 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
【特別参加】 牧野憲一、旭川赤十字病院院長
(以上、敬称略)

一般社団法人 全国公私病院連盟 役員名簿

(平成30年6月21日現在)

Table with columns for position (e.g., 会長, 副会長, 理事, 監事), name, and affiliation (e.g., 福岡赤十字病院 名誉院長, 赤穂市民病院 名誉院長).

# 骨太の方針2018を閣議決定

## — 少子高齢化の克服による

### 持続的な成長経路の実現めざし—

政府は6月15日、「経済財政運営と改革の基本方針2018」、いわゆる「骨太の方針2018」を閣議決定した。今回の同方針では、少子高齢化による成長制約の壁を打ち破るため、人づくり革命と生産性革命の具体策を示すと共に、働き方改革の実行・実現、さらには、一定の専門性・技能を有し、即戦力となる外国人材に関する新たな在留資格の創設などの方針を掲げている。

◆ ◆

なお、社会保障費については、具体的な数値目標は示されず、高齢化による増加分に相当する伸びに収めるという表現に留まった。2025年度に基礎的財政収支(プライマリーバランス)を黒字化する方策を検討するために、政府としては、2040年頃の社会保障の将来見通しを議論の素材として提供し、国民的議論を喚起することとしている。

「病床の転換や介護医療院への移行」については、これが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、病床のダウンサイジング支援の追加の方策を検討するとして見ている。

◆ ◆

「地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的な対応方針については、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進するとしている。

「公立・公的医療機関」については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進めるとしている。また、このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進めるとしている。

「医学部定員」については、2020年度、2021年度については、2019年度の定員を超える範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持するとして見ている。また、2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討している。

「一人当たり医療費の地域差平減」と「一人当たり介護費の地域差縮減」に向けては、国ともにも都道府県が積極的な役割を果たしつつ、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討するとしている。

「国保財政の健全化に向けて」は、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見え化を進めるとしている。

また、高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討するとしている。

「負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、自助と共助の役割分担の再構築」については、病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討するとしている。

## 社会医療診療行為別統計の概況

平成29年(2017)

(入院)1件 5万1990点

(入院外)1件 1342点

厚生労働省では6月21日、平成29年「社会医療診療行為別統計」の結果を取りまとめ公表している。

「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、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的に、毎年作成している統計結果。

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29年6月審査分として審査決定されたレセプト(医科診療と歯科診療の診療報酬明細書及び保険薬局の調剤報酬明細書)のうち、レセプト情報・特定健診情報データベース(NDB)に蓄積されている全数を集計の対象としている。

今回公表する結果は、

医科855万7千646点、歯科176万9千859点、保険薬局53万6千174点のレセプトについて集計したものである。

結果のポイントは以下のとおり。

1. 医科入院の診療の状況【表1、図1】

▽1件当たり点数は5万1999.7点(対前年2.0%増)

▽1日当たり点数は3998.6点(同3.7%増)

2. 医科入院外の診療の状況【表2、図2】

▽1件当たり点数は1341.6点(対前年1.7%増)

▽1日当たり点数は853.7点(同1.1%増)

3. 歯科の診療の状況

▽1件当たり点数は1099.4点(対前年2.1%増)

▽受付1回当たり点数は887.9点(同1.3%増)

4. 薬局調剤の状況

▽1件当たり点数は244.8点(対前年0.6%増)

▽1日当たり点数は84.8点(同0.7%増)

5. 後発医薬品の使用状況(薬剤種類数に占める割合)

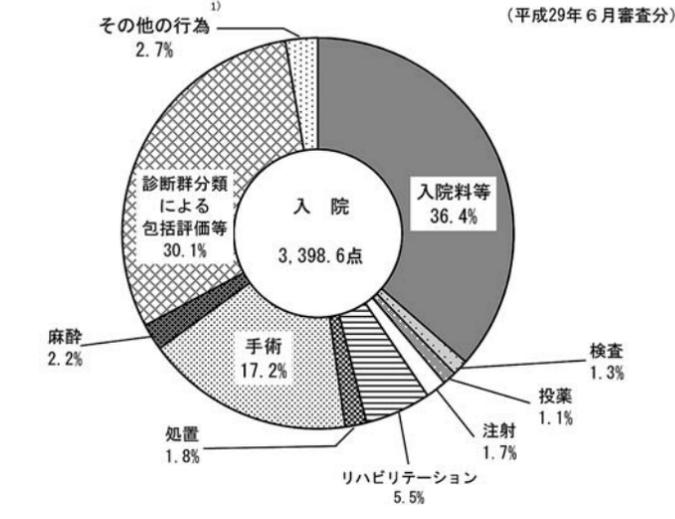
▽総数では64.1%(対前年3.8ポイント上昇)

▽入院では62.2%(同5.1ポイント上昇)

▽入院外(入院外・処方)では57.3%(同3.3ポイント上昇)

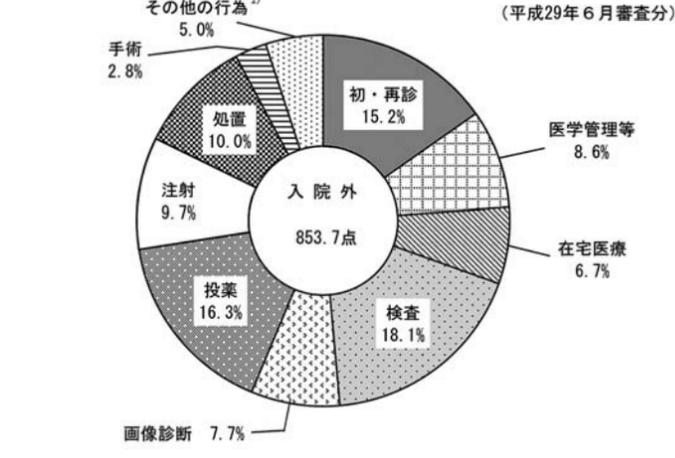
▽院外処方(薬局調剤)では66.2%(同3.8ポイント上昇)

図1 診療行為別にみた入院の1日当たり点数の構成割合



注: 1)「その他の行為」は、「初・再診」「医学管理等」「在宅医療」「画像診断」「精神科専門療法」「放射線治療」及び「病理診断」である。

図2 診療行為別にみた入院外の1日当たり点数の構成割合



注: 1)「その他の行為」は、「リハビリテーション」「精神科専門療法」「麻酔」「放射線治療」「病理診断」及び「入院料等(短期滞在手術等基本料1)」である。

〔医科診療〕

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

| 診療行為             | 1件当たり点数     |             |          |        | 1日当たり点数     |             |       |        |
|------------------|-------------|-------------|----------|--------|-------------|-------------|-------|--------|
|                  | 平成29年(2017) | 平成28年(2016) | 対前年      |        | 平成29年(2017) | 平成28年(2016) | 対前年   |        |
|                  |             |             | 増減点数     | 増減率(%) |             |             | 増減点数  | 増減率(%) |
| 総数 <sup>1)</sup> | 51 989.7    | 50 965.6    | 1 024.0  | 2.0    | 3 398.6     | 3 276.8     | 121.8 | 3.7    |
| 初診               | 58.9        | 58.5        | 0.5      | 0.8    | 3.9         | 3.8         | 0.1   | 2.5    |
| 再診               | 398.2       | 382.3       | 16.0     | 4.2    | 26.0        | 24.6        | 1.5   | 5.9    |
| 医学管理             | 83.8        | 81.2        | 2.6      | 3.2    | 5.5         | 5.2         | 0.3   | 4.9    |
| 在宅医療             | 680.8       | 679.8       | 1.0      | 0.1    | 44.5        | 43.7        | 0.8   | 1.8    |
| 検査               | 354.5       | 350.0       | 4.5      | 1.3    | 23.2        | 22.5        | 0.7   | 3.0    |
| 画像診断             | 583.7       | 591.0       | △ 7.4    | △ 1.3  | 38.2        | 38.0        | 0.2   | 0.4    |
| 投薬               | 888.2       | 890.7       | △ 2.5    | △ 0.3  | 58.1        | 57.3        | 0.8   | 1.4    |
| リハビリテーション        | 2 833.5     | 2 715.7     | 117.9    | 4.3    | 185.2       | 174.6       | 10.6  | 6.1    |
| 精神科専門療法          | 257.1       | 250.7       | 6.4      | 2.6    | 16.8        | 16.1        | 0.7   | 4.3    |
| 装置               | 930.8       | 926.5       | 4.4      | 0.5    | 60.8        | 59.6        | 1.3   | 2.2    |
| 手術               | 8 949.8     | 8 327.0     | 622.8    | 7.5    | 585.1       | 535.4       | 49.7  | 9.3    |
| 麻酔               | 1 150.0     | 1 071.9     | 78.2     | 7.3    | 75.2        | 68.9        | 6.3   | 9.1    |
| 放射線治療            | 151.4       | 152.0       | △ 0.6    | △ 0.4  | 9.9         | 9.8         | 0.1   | 1.3    |
| 病理診断             | 78.0        | 75.2        | 2.9      | 3.8    | 5.1         | 4.8         | 0.3   | 5.6    |
| 入院料              | 18 925.3    | 18 706.3    | 219.1    | 1.2    | 1 237.2     | 1 202.7     | 34.5  | 2.9    |
| 診断群分類による包括評価等    | 15 657.6    | 15 703.1    | △ 45.6   | △ 0.3  | 1 023.6     | 1 009.6     | 13.9  | 1.4    |
| (1件当たり日数)        | (15.30)     | (15.55)     | (△ 0.26) |        |             |             |       |        |
| 入院時食事療養等(単位:円)   | 25 774      | 26 272      | △ 498    | △ 1.9  | 1 685       | 1 689       | △ 4   | △ 0.3  |

注: 1) 「総数」には、「入院時食事療養等」を含まない。

〔医科診療〕

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

| 診療行為             | 1件当たり点数     |             |        |        | 1日当たり点数     |             |       |        |
|------------------|-------------|-------------|--------|--------|-------------|-------------|-------|--------|
|                  | 平成29年(2017) | 平成28年(2016) | 対前年    |        | 平成29年(2017) | 平成28年(2016) | 対前年   |        |
|                  |             |             | 増減点数   | 増減率(%) |             |             | 増減点数  | 増減率(%) |
| 総数 <sup>1)</sup> | 1 341.6     | 1 319.8     | 21.9   | 1.7    | 853.7       | 844.6       | 9.1   | 1.1    |
| 初診               | 204.4       | 203.5       | 0.9    | 0.5    | 130.1       | 130.2       | △ 0.2 | △ 0.1  |
| 再診               | 115.4       | 115.9       | △ 0.6  | △ 0.5  | 73.4        | 74.2        | △ 0.8 | △ 1.0  |
| 医学管理             | 89.5        | 88.0        | 1.5    | 1.7    | 56.9        | 56.3        | 0.6   | 1.1    |
| 在宅医療             | 242.4       | 239.1       | 3.3    | 1.4    | 154.3       | 153.0       | 1.2   | 0.8    |
| 検査               | 103.4       | 101.2       | 2.3    | 2.2    | 65.8        | 64.7        | 1.1   | 1.7    |
| 画像診断             | 218.1       | 221.5       | △ 3.4  | △ 1.5  | 138.8       | 141.7       | △ 3.0 | △ 2.1  |
| 投薬               | 130.7       | 119.9       | 10.8   | 9.0    | 83.2        | 76.7        | 6.4   | 8.4    |
| リハビリテーション        | 19.4        | 18.2        | 1.1    | 6.2    | 12.3        | 11.7        | 0.7   | 5.6    |
| 精神科専門療法          | 25.7        | 25.1        | 0.6    | 2.3    | 16.4        | 16.1        | 0.3   | 1.7    |
| 装置               | 133.7       | 129.9       | 3.8    | 2.9    | 85.1        | 83.2        | 1.9   | 2.3    |
| 手術               | 37.0        | 35.8        | 1.3    | 3.5    | 23.6        | 22.9        | 0.7   | 2.9    |
| 麻酔               | 5.2         | 5.1         | 0.1    | 2.2    | 3.3         | 3.3         | 0.1   | 1.6    |
| 放射線治療            | 6.5         | 6.4         | 0.1    | 1.3    | 4.1         | 4.1         | 0.0   | 0.7    |
| 病理診断             | 9.9         | 9.8         | 0.1    | 1.0    | 6.3         | 6.3         | 0.0   | 0.4    |
| (1件当たり日数)        | (1.57)      | (1.56)      | (0.01) |        |             |             |       |        |

注: 1) 「総数」には、「入院料等(短期滞在手術等基本料1)」を含む。

前年から50病院減少

病院数は8389に

厚生労働省「医療施設動態調査」

厚生労働省が公表した平成30年3月末の「医療施設動態調査」によると、病院の数は1年前(平成29年3月)に比べて50病院減少して8389病院になり、病床数は5377床減少して155万4524床となっていることが明らかに。

種類別にみた施設数

Table with 4 columns: 施設数, 平成29年3月, 平成30年3月, 増減数. Rows include 総数, 病院 (精神科, 一般, 療養, 地域), 一般診療所, 有床, 無床, 歯科診療所.

種類別にみた病床数

Table with 4 columns: 病床数, 平成29年3月, 平成30年3月, 増減数. Rows include 総数, 病院 (精神科, 感染症, 結核, 療養, 一般), 一般診療所, 歯科診療所.

6施設になっていること「8」では、地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等

の具体的な対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進することが明記されており、今後、さらなる病院数・病床数の減少が見込まれている。

今月の一冊

出版社：日本工業新聞社 井元 剛 著



平和を願う人工知能 純国産AIへの道

先日、東京大学の松尾豊先生のAIに関する講演を拝聴した。ディープラーニング協会の理事長も務められている先生の話は、まさに「眼から鱗」であった。アルファ碁は棋譜を読み込み名人にさえ勝つようになったが、ディープラーニングのAIは3時間あれば名人に勝てる強さになる

というのである。放射線診断や病理診断の医師、判例などを踏襲する裁判官などはすぐに追い抜かれ絶滅危惧種か？ただ情状的量などは無く、有期で何千年と無期以上の刑も...

特化型AIと汎用型AI。第2章は著者達が目指すAI開発、つまりNERI(神経進化型代理知能)と呼ぶレベル4の強いAI。第3章のAI活用最前線では、AI審査員や歯のモデルの作成、熊本の石垣修復など身近な例も挙げられており読み易い内容となっている。我々医学では、MRIやCTの診断、複数教養の副作用、健康状態の把握など、コイルセンサーや配送業務、銀行、不動産、学習塾、買い物代行等々、多方面での活用

も期待される。ロシアのプーチン大統領は、2017年9月に「AIを制する者が世界を制す」と講演した。習近平やトランプもサイバー攻撃問題で同じような発言をしている。アメリカのAIビッグ3はグーグルにフェイスブック、アマゾンであり、シリコンバレー以外にも大勢のエンジニアが生まれ、ニューヨークや中央部にも拠点が輩出している。日本のAI開発は欧米や中・露に比べかなり遅れているが、も

とも細かい作業が得意で基礎教育も高いのでAI技術者をちゃんと育て、AI大国を目指すべきであるとも主張している。最終章では「AIの開発を通じて世界平和を！」と締めている。戦後70年余の平和ボケ、軍需産業を持たない日本のAIこそ世界平和に貢献するとい

全国公私病院連盟 団体保険のご案内

病院賠償責任保険等

- ＜基本補償＞ 病院賠償責任保険 (医師特約・医療施設特約)
＜職員の補償＞ 勤務医師賠償責任保険 (包括契約)
・看護職賠償責任保険 (包括契約)
・医療従事者賠償責任保険 (包括契約)
＜施設の補償＞ 個人情報漏えい保険
・医療廃棄物排出者責任保険
・受託者賠償責任保険
＜利用者の補償＞ 医療施設利用者の傷害見舞費用担保追加条項
＜保育所の補償＞ 保育所賠償責任保険・保育所傷害保険

使用者賠償責任保険

過労死を含む労働災害において、医療機関の使用者が負担する民法上の損害賠償責任および解決のために支出する費用を補償します。

雇用慣行賠償責任保険

雇用上の差別やセクハラ・パワハラまたは不当解雇に起因する法律上の賠償責任、争訟費用等を補償します。

医療事故調査費用保険

医療法人向け役員賠償責任保険

現金総合保険

居宅事業者総合保険

疾病傷害休業補償制度

【問い合わせ先】

取扱代理店 株式会社公私病連共済会

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

第27回「診療報酬請求事務セミナー」のご案内

- ◆講義内容 ・2018年診療報酬改定のポイント解説
・疑義解釈を含めた算定要件や施設基準等の確認
・改定による病床再編への影響と病院の方向性

◆講師：中林 梓 先生 (株)ASK 梓診療報酬研究所 所長

◆日時：平成30年7月27日(金) 10:00~16:20

◆会場：「CIVI 研修センター日本橋」(JR神田駅南口より徒歩2分)

会場は「CIVI 研修センター日本橋」でライブ会場とサテライト会場での開催となりますが、ライブ会場の受付は終了いたしました。今後は、サテライト会場での申込受付となります。ご了承の上、お申し込みください。(※サテライト会場はライブ会場とは別フロアにありますが、音声・スライドがリアルタイムで流れます)

会費：有料 問合先：全国公私病院連盟

TEL：03-3402-3891

# 医療法・医師法改正案成立

## 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

### 医師偏在解消への期待も

### 附帯意見が22項目

医師の偏在対策を盛り込んだ「医療法及び医師法の一部を改正する法律案(2面参照)」が第196回通常国会で成立した。医師偏在解消に向け期待される。しかし、附帯決議が22項目付されており、同法案を施行する上で確実な実行が望まれる。附帯決議は以下のとおり。

医療法及び医師法の一部を改正する法律案に対する附帯決議

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

1. 医師偏在対策を進めるに当たっては、医療の高度化と専門分化、医療安全対策、医師の働き方改革、新たな専門医制度など、今後の医療の供給に影響を与え得る事項を総合的に勘案した上で、関係者の意見を尊重しながら、実効性ある対策を継続的に講ずること。
2. 地域における医療提供体制の確保については、居住する地域によって受けることができる医療に格差が生じないよう配慮し、医療従事者の過度の負担に依存するのではなく、限のある医療資源を有効に活用すること、その課題認識が社会において共有されるよう必要な対策を講ずること。
3. 病院勤務医の夜間・休日勤務や待機時間の実態を調査した上で、医師等の過労死・過労自殺等を防止する観点から、医師の地域偏在解消に向けた対策を強力に推進すること。
4. 外科、産婦人科、小児科、救急等の医師が不足する診療科の勤務医に対する勤務環境改善を更に促進すること。また、特に医師が不足する診療科の女性医師に対しては、出産・育児等のライフイベントについて特段の配慮が行われるよう必要な措置を講ずること。
5. 大学病院の大半が高度の医療の提供等を目的とする特定機能病院であることに鑑み、勤務する医師が経営上の観点から本来担うべき役割に専念できないような事態が生じないよう、大学病院に対する財政上の措置を含む適切な支援を行うこと。
6. 医師の地域間及び診療科間の偏在を是正するため、平成28年以降に新設された医学部を卒業した医師に対して、その創設の趣旨に則った進路が選択されているか検証すること。
7. 過疎地域等の医療を守るため、関係地方自治体と協議の上で、自治医科大学医学部の入学定員の更なる拡充を促すよう必要な対応をとること。
8. 医師が不足している地域においては看護師等の医療従事者も不足していることが多く考えられることから、当該地域においては医師以外の医療従事者の実効性ある

確保策も同時に講ずること。また、医師がその高度な医学的専門性を発揮し、本来担うべき業務に専念できるよう、抜本的なタスクシフトを進めるための具体的取組を検討すること。

9. 医師少数地域等で勤務した医師に対する認

10. 都道府県が医師少数地域等を設定するため医師偏在指標を定めるに当たっては、地域住民の年齢構成の推移、患者の流出入の状況、昼夜人口の変化など、地域の実情やニーズを適切に反映する客観的なデータをを用いて検討を行うこと。

11. 都道府県の地域医療対策協議会の機能強化及び外来医療の提供体制を協議する場の新設に当たっては、地域医療構想調整会議等の既存の会議と並立して非効率に陥ることのないよう配慮し、都道府県に対して既存の協議との一体的な運用を促すこと。

12. 地域医療対策協議会の運営が円滑に行われ、都道府県の医師確保対策が実効性のあるものとなるよう、同協議会の運営を支える都道府県の組織の機能強化などについて必要な支援を行うこと。

13. 医師偏在対策は大学医学部における医師養成段階から実施すべきものであることから、厚生労働省と文部科学省が連携して具体的施策を検討し、実施すること。

14. 地域医療に志のある若者が、医師として活躍する機会を増やすこと。また、医師の働き方改革を進めること。

### 時評

近年、医療を取り巻く環境の変化は、速く激しい。地域医療構想に始まり、今年4月の点数改正、働き方改革、医療法・医師法改正と続き、一方では、新専門医制度によって学会の権限が強化され、医師の自由は大幅に制約されてきた。医師になったばかりであれば、そのような流れに乗る他ないであろうが、病院を統括している立場からは、政府が何をしたいのかが見えてこない。私の記憶力が著しく低下したこと



連盟 顧問 中島 豊 爾

### 医師の原点に帰って、時を待つ

も原因であろうが、どうも政策に一貫性が欠けているように思えてならない。患者にとってもできるだけの良いことをすれば、自ずと報酬がついてくる時代は去った。この二つは、お互いに排斥しあうので、政策に一貫性がなれないも頷ける。一方、国家財政の極端な悪化には、政治家にも大きな責任がある。当然この

さままちな政策は、経済界と米国の要求にこたえること、国会議員が次の選挙で落ちないようすることなどに主眼があるように思われる。日本が直面している最大の国難は、人口減少である。しかし政府は、議論はすれど、日本人の純一性を守ることを大切にしている。政治家の多くが感じているのである。一方、日本と同じように人口減少に悩んだドイツは、大量の移民を受け入れて、人口を増やしている。三十年後の社会と生きると、政治の多くが活を思い描くことが、私を含め、皆さんにできるであろうか。世界は激しい気候変動の時代に入り、テクノロジ

口をつぐんでおこう。三十年後の社会と生きると、政治の多くが活を思い描くことが、私を含め、皆さんにできるであろうか。世界は激しい気候変動の時代に入り、テクノロジ

1. 遺伝子工学や汎用型AIが急速に進展するなど、私たちにとても見通すことができない変化に直面している。三十年後の世界を想定できなければ、適切な教育はできないし、安心して生きていくこともできない。自分たちの意思とは全く別のところで、大きな変化が起きている。かくなる上は、私たち医師はその本分に立ち帰り、救える人は救い、苦しみを和らげながら、しばし時を待つしかない。(地方独立行政法人岡山県精神科医療センター 理事 長)

平成30年7月豪雨にかかる被災地の皆様に  
加盟団体を代表し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

一般社団法人 全国公私病院連盟  
会長 今泉 暢登志

- 【全国公私病院連盟 加盟団体】
- 公益社団法人 全国自治体病院協議会
  - 全国公立病院連盟
  - 全国厚生農業協同組合連合会
  - 日本赤十字社病院長連盟
  - 全国済生会病院長会
  - 一般社団法人 岡山県病院協会
  - 日本私立病院協会

### 鉛筆

最近の事故や犯罪の報道には必ずといってよいほど核心場面の動画映像が伴う。ドライブレコーダーにせよスマホ映像にせよ、あらゆる所にカメラシステムが設置されている。中でも随所に設置されている監視カメラの威力は驚くべきものがあり、正しく天網恢恢の謂いに相応しく思えてしまう。人の行動、思想の規範としての神の概念は日本において曖昧であり、社会・ヒトを律するモラルの概念も希薄となっている。その代替として監視カメラが権威を持つ。中国では監視カメラ網を張り巡らせることにより体制の維持と治安に結び付けようとしている。言葉や文字よりも映像が優位な時代であり、記憶という検証できないものに隷属させてしまった発言や、公文書でも平然と行われる文字による記録の改竄に比べれば、編集という要素があるにせよ、なお映像は真実に迫る。医療の世界でも画像のウエイトが大きくなっている。過剰な検査と批判を受けながら、CT、MRIの分解能は圧倒的である。問題はそれを使いこなすヒトの問題であり、見過ぎたとか確認ミスといった批判に晒されかねない。指示を出すのは医師であるもの、ここでも監視しているのは画像システムであるような構図に映る。(A・N)

1面からつづく

学生の入学を推進し、地域枠の医師を当該地域に確実に定着させる観点から、地域枠について

は、地域枠以外の入試枠と峻別した上で学生の募集を促すことにより必要地域枠学生の確保が

15. 専門医制度を運営する一般社団法人日本専門医機構については、特

16. 厚生労働大臣が一構に對し意見を述べ又は必要措置を要請した場

19. 医師偏在対策に携わる都道府県職員が医療政策に精通し、医師養成

20. 地域における外来医療の需要は短期間で大きく変化し得ることから、外来医療に係る医療

21. 地域医療構想の実現に向けては、地域医療構想調整会議において、

22. 離島や山間部等の医師が不足している地域や病院へのアクセスにおいて、遠隔医療が

第196回通常国会で審議されていた「働き方改革を推進するための関係

そのほかの事情に配慮した多様な働き方を選択できる社会を実現する改革を

この医療界の参加する検討の場として設けられ

なご、今日の検討会には、日本医師会「医師の働き方検討委員会」で取

を預かっているという職業倫理から、医師は救急患者の受け入れや入院患者の急変があれば、宿直

に決めることが難しい」と述べている。

医師の自己研鑽については「医師の活動においては、自己研鑽と労働は、

医師の自己研鑽については「医師の活動においては、自己研鑽と労働は、

に決めることが難しい」と述べている。

医師の自己研鑽については「医師の活動においては、自己研鑽と労働は、

医師の自己研鑽については「医師の活動においては、自己研鑽と労働は、

医師の自己研鑽については「医師の活動においては、自己研鑽と労働は、

に決めることが難しい」と述べている。

医師の自己研鑽については「医師の活動においては、自己研鑽と労働は、

医師の自己研鑽については「医師の活動においては、自己研鑽と労働は、

医師の自己研鑽については「医師の活動においては、自己研鑽と労働は、

1. 厚生労働大臣は、医師少数地域等における医療の提供に

2. 都道府県は、医療計画において、医師偏在指標を踏まえて定

3. 都道府県は、地域医療対策協議会において、医師確保計画」とい

4. 都道府県の地域医療支援事務について、医師確保計画の実施に必要な事項につ

5. 臨床研修病院の指定権限及び臨床研修病院ごとの研修医定員

6. 医学技術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団

7. 都道府県は、二次医療圏等ごとに、診療

8. 構想区域における既存病床数が当該構想区域における将来の

9. この法律は、一部を除き、平成31年4月1日から施行するこ

# 医療界の意見を提出

## 平成31年3月までに取りまとめ

「医師の働き方改革に関する検討会」に  
第196回通常国会で審議されていた「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」が7月6日に成立。同法律案では、労働者がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する改革を

# 医療法及び医師法の

## 一部を改正する法律案の概要

1. 厚生労働大臣は、医師少数地域等における医療の提供に必要な経験を有する医師を認定することができるものとする。 2. 都道府県は、医療計画において、医師確保計画」とい

# オーストラリア医療視察・視察記

全国公私病院連盟は、平成30年度「オーストラリア医療視察研修団」を派遣した。一行は、公立ウェストミッド小児病院とアドベンティスト病院を視察したので、その視察記を掲載する。

## 団長 邊見公雄



6月3日、成田で簡単な自己紹介と旅程注意事項等の説明を受けた後出発し8日夕刻に成田に帰国、5泊6日のうち1泊は機中泊のスケジュールで添乗員の小林女史を加え総勢19名の視察団であった。視察研修先の病院は、シドニーの公立ウェ

アドベンティスト病院では、カフェテリアで昼食の後事務局から病院の概要やオーストラリアの医療制度などの説明を受け質疑応答。ここで色々とQ&Aが盛り上がり院内見学が早速となり、パスしてしまつた所もあった。この病院はオーストラリア有数の私立病院で、ニューサウスウェールズ州(シドニーのある州)で最初の私立病院。年間患者数が23万人余、ベッドは5200床、病床稼働率は70%程度の病院である。稼働率が低く赤字では？との質問に「これでは十分赤字経営」との答え。メデイケア以外の富裕層が患者のようで、登録医も千人以上とか。オーストラリアはメデイケアが国民保険みたい

なもので、給料の約20%。しかし歯科医療は保険外で、複数の歯の治療ならすくく百万円以上。現地のバスドライバーは二重国籍なので、飛行機代を払ってでも帰国し名古屋で治療するとか。初診だけで4万円払つたというガイドさんもいた。歯の病気になるらないよ、国民全体で気を付けているらしい。更には、扁桃腺で高熱が出てメデイケイドの病院へ行くところまで6カ月後の予約。そこで私立病院で1泊2日の入院で20万円かかったとの話もこの方から。要するに、私的保険に入っていないと安心は出来ず慢性の定期的治療のみがメデイケアで、というのが本当のようである。オーストラリアの医療は設備やスタッフの数は院内視察。病棟では肥満外科手術を受ける人のための病室を見学し、巨大なベッドや患者移動のためのリフト機能が備わっているのに驚きました。ICUは全て個室で、各部屋にはモニター類を含め先進機器が備え付けられていました。充実したトレーニング設備もあり、成人、妊婦等の人形を使って様々な条件設定でのシミュレーション実習や内視鏡手術の練習が自由にできるとのことでした。帰還した兵士のための動物療法が充実し、また連邦政府の薬物対策研究所として化学兵器の使用

日本より優れているが、患者さんのフリーアクセス、特に急性期疾患はメデイケアの公的病院で待ち時間が長く、民間保険を使って私立病院に行くしかないようである。高額の医療費の払い戻しも無いことなどは我が国と比べ劣っていると感じた。医師の給与は日本の3倍位とのことであるが物価も同様に高く、どちらが良いとも言えないようであるが、少なくとも外来診療は多くなさそうであった。病院が入院医療だけで成り立つシステム、それも70%の稼働率でも、というのは我が国の病院人にとっては夢のまた夢であろう。最後に、我々がドルフィンウォッチングとコアラ園を見学している時に、同行の神戸大学名誉

## ハワイ医療視察・視察記

全国公私病院連盟は、平成30年度「ハワイ医療視察研修団」を派遣した。一行は、トリプラー陸軍病院とハリ・モニ・メデイカルセンターを視察したので、その視察記を掲載する。

## 団長 西岡達矢



本年6月3日から8日までハワイホノルルの病院視察に参加しました。今年には看護師を主体とする総勢22名が参加。事前

に私が団長、福岡赤十字病院の古賀宗幸氏が副団長を拝命していました。成田空港で対面し、添乗員を交えての全員の挨拶(結団式)などの後20時20分にハワイに向け出発。約7時間半のフライトを経て、朝9時前にホノルル空港到着。昼食を取った後ホテルにチェックインし、夕食事と

りながら全員で研修の成功を願いました。翌日2つの病院を視察。視察には現地のベテラン通訳者2名が同行してくれました。最初はトリプラー陸軍病院を訪問。病院を紹介する広報専任担当者が存在することに驚きつつ、スライドで病院の歴史から現在の診療体制まで詳細に説明を受けました。この病院はダイアモン

ドヘッドの下でデントを張って診療を開始した人たちが起源となったもので、その後スペイン・アメリカ戦争などを経て拡大していき1941年の真珠湾攻撃での負傷者の急増を契機に新病院の建造やベッドの増床など大きな発展を遂げたようです。現在は日本を含む環太平洋の軍関係者・家族24万5千人が受診の対象者とのこと。1日当たりの平均受診者2479人、出産8件、手術38件、実際にケアできるベッドは194床で、稼働率60%との説明でした。その後2班に分かれ病

## 副団長 青木和子



教授の前田盛先生は教えるのいるセントウインセントホスピタルを訪問。帰国後に教える子の英文論文をいただいた。感謝感

謝。団長としての仕事も十分には果たせなかったにも係わらず、副団長の青木和子さんと添乗員の小林佐代子さんのお蔭で

全員無事帰国、日常生活に戻っております。(全国公私病院連盟副会長、赤穂市民病院(兵庫県)名譽院長)

あった。またスターライト・エクスプレスという名の院内放送スタジオは、訪れる子ども達の遊ぶ場に加え隔離されている子どもたちの為に病室に映画やゲームを放映している。運営は病院ではなく寄付金とボランティアで成り立っている。ソフト面では医療スタッフとパラメディカルスタッフの数も充実。美術コーディネーター、院内学級の先生、日帰り手術の患者に対してプレパレーションを専門に行っているナース、ブレイスベンチャー、病院のクレーム処理担当者、広報担当者など、多彩な方々から成り立っている。お話を伺っていると、皆さんが誇りを感じている。院内には多くのボランティアが出入りし、子どもたちのQOL向上に貢献している。その多くが定年でリタイアした方々。兄弟姉妹がいるために親の付き添いが出来ない患児のもとに「おじいちゃん・おばちゃん」として寄り添うこともあるそうだ。午後はシドニーアドベンティスト病院を訪問。事務局の方による病院の概要や医療制度などの説明を受けた。質疑応答に盛り上がりつつ、駆け足での院内見学となった。オーストラリアでは急性期疾患でメデイケアの公立病院を受診しようとする救急車も有料、トリアージされて5〜6

時間も待たされる。一般開業医(GP)を持ち、専門性が必要な紹介状を書いてもらい病院受診する。ただし任意保険でない公立で半年先の予約となる場合がある。ツアーガイドの方より、歯や扁桃腺の手術は飛行機代を払ってまで日本で治療すると聞いた。4、5日はフリータイム、ピットストリートモールへ出かけた。制服の学生がバス停で並んでバスを待っている風景に、かつてイギリス領であった名残がうかがえた。夜はライトアップされたシドニー湾内をクルージングしながら豪華デイナーに参加。5日目のブルーマウンテン観光では、前日の雨が上がり、スリーシスターズの名称の岩と眼下に広がる見事な雲海に「皆さんはフッキー」と言ったガイドの方の言葉がこの研修の総括をされた気になった。5日間の様々な話題に楽しく過ごした。翌早朝、全ての日程を終えて帰路へ、行きと違い快晴の空からハート形のハミルトン島を眼下に眺めた時、とても幸せな研修であったと感じた。団長の邊見先生と添乗員の小林さんにも果たせない6日間であつた大きなトラブルもなく楽しく、美味しく、大満足の視察研修であつたと感謝します。(佐野厚生総合病院(栃木県)看護師長)

### 第27回 診療報酬請求セミナー開く

## 中林 梓 先生を迎え

全国公私病院連盟は7月27日、東京都中央区の「CIVIL研修センター日本橋」において「第27回診療報酬請求セミナー」を開催し、中林梓先生(株)ASK梓診療報酬研究所所長)が「2018年度診療報酬改定のポイント解説と病床機能再編への影響」と題して講演をされ、400名を超える受講者があった。以下にご講演の要旨を掲載する。



中林先生

した改定となりました。急性病床は重症度、医療看護必要度をもとに、重症度の高い患者の割合で報酬も決めていくという仕組みとなりました。回復期リハビリテーション病棟入院料と地域包括ケア病棟入院料は回復期機能として大幅に増加させることを狙い、インセンティブの高い報酬体系となつていきます。療養病棟入院基本料も地域医療構想に沿った内容に変更となつていきます。今回の

2018年度診療報酬と介護報酬の同時改定が開始されました。6年に一度の同時改定であり、しかも少子・高齢化が進み、医療と介護のニーズも大幅に変わろうとする過渡期での改定です。厚生労働省は人口の最も多い年齢層である団塊の世代が全員75歳以上の後期高齢者となる2025年を高齢化のピークとみて、その時期の医療や介護の需要に見合う医療や

今改定の大きな特徴が入院医療の改定です。2025年の入院医療ニーズに対応出来る様に地域医療構想に大きくシフト

## 神になりたかった男 徳田虎雄

出版社：平凡社



出版者：山岡淳一郎 著

れない純粹で計算高く、ない好人物であった。物語に登場する平安山英盛氏は全国自治体病院協議会の常務理事として活躍し、7対1看護の導入で看護師が手薄になり研修指定病院の継続が難しくなつた時に共闘した。私が協議会の副会長(会長になる少し前)で中医学委員をしていた頃であり、西日本の雄である彼が「この制度で研修病院は駄目になる。日本の医療、医学の大損失、危機だ」と叫んだのを覚えている。保徳(やすとく) 戦争の代理戦争であった伊仙町長選挙の時には盛岡君から動員か軍資金が何でもとの依頼があつたが、公務員で薄給かつ遠くて交通の便も悪

## 医療革命の軌跡を追う

く暇もなし、と全て断つたのもこの本を読んだから。この盛岡君は徳洲会7人衆のトップ。弟さんの死亡の経緯もこの本でよく解つた。当時、沈痛極まりない様子で「弟が死んだ」と言っていたのに優しい言葉をかけなかつたことを今になって恥じている。多くの病院の設立や医師達と理事長との間の調整役であった彼が去つたのも陰を濃くした一因なのであろう。この本には、他にも大勢の知己が登場している。これは私が主人公と同時代で、また大学紛争で青年医師連合などに所属し、大学医局への入局を拒否したり逆に教授達から入局を拒否されたりし

て、ミッシェンが割と似ている徳洲会病院へ入職した人が多かったからであろう。この物語は泉佐野市民病院(現・りんくう総合医療センター)から始まる。泉州地区の医療砂漠の解消、つまり救急医療を始めとする医療提供体制に、断らない医療を持ち込んだ。アメリカ帰りで幼い時に弟を亡くして、彼の経歴からすると当然であろう。大阪は自治体病院が弱く、日赤や済生会といった公的病院の数も少ない。医師会の先生も夜間の救急には冷淡であつたから徳洲会病院発祥の地としては最適であつたらう。更には高度経済成長、日本列島改造、所得の倍増と時

宜も得ていた。交通事故や労災、急病も大変多い時期だったので。医師会や邦銀との戦いを乗り越えて、その先は政治の世界に向かう。「小医は病を治し、中医は人を治し、大医は国を治す」とおり自由連合を結成。しかし晩年は、組織ぐるみの選挙違反やALSの発症、同族経営の弊害…人生の最終章近くで陰の部分の色濃くなつてくるが、石原都知事との交流や当時の都立広尾病院の医療ミスによる患者死亡時の痛烈なコメントは今も私の耳に残り、胸に焼き付いている。医師ならば必ず読んでいただきたい一冊である。

推薦者：邊見公雄(全国公私病院連盟副会長、赤穂市民病院名誉院長)

## 全国公私病院連盟 団体保険のご案内

### 病院賠償責任保険等

- <基本補償> 病院賠償責任保険(医師特約・医療施設特約)
- <職員の補償>
  - 勤務医師賠償責任保険(包括契約)
  - 看護職賠償責任保険(包括契約)
  - 医療従事者賠償責任保険(包括契約) ほか
- <施設の補償>
  - 個人情報漏えい保険
  - 医療廃棄物排出者責任保険
  - 受託者賠償責任保険
- <利用者の補償> 医療施設利用者の傷害見舞費用担保追加条項
- <保育所の補償> 保育所賠償責任保険・保育所傷害保険

### 使用者賠償責任保険

過労死を含む労働災害において、医療機関の使用者が負担する民法上の損害賠償責任および解決のために支出する費用を補償します。

### 雇用慣行賠償責任保険

雇用上の差別やセクハラ・パワハラまたは不当解雇に起因する法律上の賠償責任、争訟費用等を補償します。

### 医療事故調査費用保険

### 医療法人向け役員賠償責任保険

### 現金総合保険

### 居宅事業者総合保険

### 疾病傷害休業補償制度

【問い合わせ先】

取扱代理店 株式会社公私病連共済会

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

入院医療の改定は、単なる点数の改定ではなく、2025年を視野にいれた地域医療構想の実現に向けた病床再編を促す改定ということが理解できたとおもいます。入院医療の評価を医療の需要に併せられるように、重症度、医療・看護必要度と実績指数などが評価の大部分を占めるようになっていきます。その現れです。あくまでも次回以降に続く改定と言えるでしょう。

前回の改定のポイントである「治し、支える医療」への転換が今回も着実に評価された内容となつていきます。「退院支援加算」が入院前の外来でのアセスメントを評価する報酬を組み入れ「入退院支援加算」となり、また「退院時共同指導料」でも対象となる従事者を拡充し、更には特別な関係で算定できなかった報酬も可能にするなど「支える医療」をより充実したものとしています。

外来医療でも、かかりつけ機能をより強化する為、地域包括診療料(地域包括診療加算)、認知症地域包括診療料(認知症地域包括診療加算)を充実させ、更に、機能強化加算80点が初診料の加算として新設されました。

また、今改定はICTの活用でクロスアップされていますが、オンライン診療料やオンライン医学管理等の新設も将来の医療の姿が見えてくるものといえます。

入院や外来診療だけでなく、在宅医療やリハビリなど医療と介護の連携を司る報酬も充実した内容となり、そのため算定要件など複雑になったものも多くあります。本セミナーにおいて、新設や改定された項目の算定内容の確認を行うと同時に、自院の病床機能の方向性を改めて確認して頂ければ幸いです。



会場のもよう

### 全国公私病院連盟

役員会だより

期日 7月20日(金)

会場 剛堂会館

【主な協議事項】  
①第30回「国民の健康会議」について  
②第30回「国民の健康会議」について

今泉会長より、本年の「国民の健康会議」

を10月3日(水)に開催し、テーマは高齢者の

このからの生活を考

える中での医療と介護

のかかりについてで

調整をしている旨の報

告があった。

その他、病院診療報

酬対策などについて議

論した。

なお、事務局より、

11月の理事会開催が11

月28日(水)に変更に

なつたことが報告され

た。以上

# 第30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  
集  
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

テーマにお話を伺います。  
3人目の講師は、井手麻利子先生(福岡赤十字訪問看護ステーション管理者・看護副部長)で、「訪問看護ステーションの実際の役割」についてのお話を伺います。  
4人目の講師は、田畑正久先生(龍谷大学教授)で、「医療と宗教の協働」についてのお話を伺います。  
最後は、行天良雄先生(医事評論家の司会)で、「高齢者のこれからの生活を考える」医療・介護のかかわりを中心に、「医療と宗教の協働」の先生方を囲んで聴衆の皆さんとの時間を予定しています。  
入場無料ですので、どうぞご参加ください。

いつ報告されるのか」との委員から問いに対し、厚労省事務局は、消費税法改正が原因で分析し結論を得てから、対応方針と併せて報告するとの説明があった。

### 10月3日 高齢者のこれからの生活を考える 「医療・介護のかかわり」をテーマに

全国公私病院連盟では、平成元年から毎年開催している「国民の健康会議」を10月3日(水)に「ヤクルトホール」(東京都港区東新橋)において開催します。迎えて30回目となる今回は「高齢者のこれからの生活を考える」医療・介護のかかわりをテーマに、各界の第一人者をお迎えしてお話を伺います。入場は無料ですので、どうぞご参加ください。(4面下に参加申込書)

全国公私病院連盟では、一般市民の方や医療関係者の方を対象として、昨今の医療・介護事情を分りやすく理解していただくために「国民の健康会議」を開催してきました。今年のテーマは、「高齢者のこれからの生活を考える」医療・介護のかかわりです。講師には、武久洋三先生(一般社団法人日本慢性期医療協会 会長)、「これからの高齢者の医療と介護」と題したお話を伺います。

法人平成博愛会博愛記念病院理事長)をお迎えし、「これからの高齢者の医療と介護」と題したお話を伺います。

次いで、栗原正紀先生(一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 名譽会長)、「医療と宗教の協働」の先生方を囲んで聴衆の皆さんとの時間を予定しています。

特に「消費税法改正」では、平成26年度の消費税法改正の結果(2面参照)が

本当に驚いた。そして怒りが湧き更には情けなく悲しくなった。厚労省のテーマ修正のことである。この省の定番、十八番、お家芸であるが今回は酷過ぎる▼2014年に消費税が5%から8%に引き上げられた際、診療報酬では100%補填、病院も95%補填と説明されていた。日本病院団体協議会でも85%の補填と主張。全国自治体病院協議会の内部調査では69%との数字もあった。ところが厚労省の修正テーマで、この4年間の病院の補填不足は888億円と示されたのである▼この間に2回の改定があり、我々は2回のチャンスを逃したことになる。

|             |                                         |                                                                                                          |
|-------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12:30~12:35 | 開会挨拶 (5分)                               | 今泉暢登志 会長 (福岡赤十字病院 名誉院長)                                                                                  |
| 12:35~1:35  | 「これからの高齢者の医療と介護」                        | 講師: 武久洋三 先生 (一般社団法人 日本慢性期医療協会 会長<br>医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長)<br>座長: 邊見公雄 副会長 (赤穂市民病院 名誉院長)                  |
| 1:35~2:15   | 「寝たきりにならないためのリハビリ」                      | 講師: 栗原正紀 先生 (一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 名譽会長<br>一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院 理事長)<br>座長: 園田孝志 副会長 (済生会唐津病院 院長) |
| 2:15~2:30   | 休憩 (15分)                                |                                                                                                          |
| 2:30~3:10   | 「訪問看護ステーションの実際の役割」                      | 講師: 井手麻利子さん (福岡赤十字訪問看護ステーション管理者・看護副部長)<br>座長: 今泉 暢登志 会長 (福岡赤十字病院 名誉院長)                                   |
| 3:10~3:50   | 「医療と宗教の協働」                              | 講師: 田畑正久 先生 (龍谷大学教授)<br>座長: 加藤 誠 顧問 (成田赤十字病院 名誉院長)<br>※ 聴衆の皆さんとの時間 (演者を囲んで)                              |
| 3:50~5:00   | 「高齢者のこれからの生活を考える」<br>～ 医療・介護のかかわりを中心に ～ | 司会: 行天良雄 先生 (医事評論家)                                                                                      |
| 5:00~5:05   | 閉会挨拶 (5分)                               | 中嶋 昭 副会長 (公益社団法人 龍谷大学 玉川病院 理事長)                                                                          |

時評  
m3.comに医師の働き方改革に関して邊見先生に聞くとして記事に対して114件のコメントが寄せられている。閲覧者数は1万件を超え、意見を寄せたのは114件であるから約1%であるが、いずれも医師(勤務医)は単なる労働者であり、訴えられない程度に適当にやれば十分、あえて医師の労働に関して種々問題を提起するのは、雇用者側が恣意的に都合よく解釈し、労基法を守ろうとしないからであるという意見や、地域医療が崩壊しても構わない、病院の破綻により国は本腰を入れる、医師不足・偏在のなか労働時間を遵守させる方法、病院の統廃合・集約を考へてから物を言



医師の働き方改革に係る  
m3.com Doctors Communityを見て  
連盟 副会長 小熊 豊

も良い、適当にやれば良いと考えるのは、妥当なところであろうか。人々の生命を預かり、命の尊厳を守るべき医師が発すべき言葉であるのか。医の原点を忘るうなか、マクロでは近

い将来医師が余ると言われる。日医総研などのシンクタンクも全く無力だったのか? それとも病院は他人事? 診療所は益税との調査結果もあり、そろそろ我々病院団体も独自のシンクタンクを持たねば同じ苦汁を飲み続けることになる。そもそも議論になるが、診療報酬による補填は無理筋、不合理であり病院の向上心を奪ってしまう。投資すればするほど損税が増え、何もしないほど有利なのだ。高度先進医療で世界に討って出ようという安倍内閣の政策とも整合性が無いように思えるが、早く課税にすべき、とまだ言えないのは何故だろう。(K・H)



中医協「総会」のもよう

# 中医協「医療機関等における消費税負担に関する分科会」 平成26年度の消費税補填率を修正

## 平成28年度の補填率は約92・5%

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」が7月25日に開催され、厚生労働省事務局より「控除対象外消費税の診療報酬による補てん状況について、平成28年度の調査結果」として、平成26年度の調査結果の『修正』についての報告があった。

消費税の導入当初より、医療（社会保険診療）は非課税となっていたことから、医療機関（病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局）の仕入れにかかる消費税については、診療報酬で補てんすることになっていた。

それに伴い、平成26年4月改定でも、消費税3%増税分を初・再診料と入院基本料等で補てんした。この補てん状況が実際にどのようなようになっていたかは、平成27年11月30日に、個々の医療機関の補てん状況（医療経済実態調査による消費税支出と、NDBデータによる補てん点数の比較）として公表されている。その結果をもって当時の厚生労働省事務局は、①医療機関等全体の補てん率は102・07%であった、②病院、一般診療所、歯

科診療所においては、補てん率がほぼ100%である一方、保険薬局においては補てん率が86・03%であった、③開設者別や病院機能別、入院基本料別で見ると、病院、一般診療所、歯科診療所において補てん率は概ね100%前後であったが、100%を下回っているものがあつたと評している。

この時の補てん状況調査でも指摘されていた、医療機関の種類ごとに補てん率のバラツキが生じていることについては、補てんのバラツキを是正して、より適切な補てんがなされるよう検討もなされている。

しかし、今回報告された「平成28年度補てん状況把握結果」を見ても、バラツキが是正されているとはいえない結果となっている。平成28年度の補てん状況を個別に見ると以下のとおり。

全体から推計された補てん率は約92・5%となっており、「病院」の補てん率は85・0%、「一般診療所」の補てん率は11・2%、「歯科診療所」の補てん率は92・3%と

## 平成28年度 補てん状況把握結果

(1施設・1年間当たり)

|       |               |               |               |               |
|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|       | 全体補填率         | 病院            | 一般診療所         | 保険薬局          |
| 全体    | 約92.5%        | 85.0%         | 111.2%        | 88.3%         |
| 病院    | 一般病院          | 精神科病院         | 特定機能病院        | こども病院         |
|       | 85.4%         | 129.0%        | 61.7%         | 71.6%         |
|       | 一般病棟入院基本料算定病院 | 療養病棟入院基本料算定病院 | 結核病棟入院基本料算定病院 | 精神病棟入院基本料算定病院 |
|       | 78.9%         | 107.5%        | 74.9%         | 84.1%         |
| 開設主体別 | 一般病院          |               |               |               |
|       | 医療法人          | 国立            | 公立            | 国公立除く         |
|       | 92.6%         | 84.7%         | 69.5%         | 91.1%         |
|       | 一般診療所         | 全体            | 個人            | 医療法人・その他      |
|       | 111.2%        | 127.9%        | 104.3%        |               |

入院基本料の届出別で見ると、「一般病棟入院基本料算定病院」の補てん率は74・9%、「精神科病院」の補てん率は78・9%となっており、「療養病棟入院基本料算定病院」の補てん率は107・5%、「結核病棟入院基本料算定病院」の補てん率は74・9%、「精神病棟入院基本料算定病院」の補てん率は84・1%となっている。

「医療法人病院」の補てん率は92・6%となっており、「国立病院」の補てん率は84・7%、「公立病院」の補てん率は69・5%、「国公立除く病院」の補てん率は91・1%となっている。

その一方、「一般診療

所」の補てん率は111・2%となっており、「個人」の補てん率は127・9%、「医療法人・その他」の補てん率は104・3%となっている。

また今回、平成26年度の補てん状況把握結果に間違いが見つかり、修正した結果が報告されている。

前回調査では、DPC病院の包括部分の補てん

率については、平成27年11月30日に報告されているが、その当時は、「全

体」の補てん率が102・07%であったという結果が報告されていた。これを新たに集計し直したところ、「全体の補てん率」は約90・6%となった。

同様に、「病院」の修正率は102・36%と報告されていたが、これが82・7%に修正され、「一般病棟入院基本料算定病院」は101・25%、「精神病院」は134・47%に修正された。

修正された結果、平成28年度の補てん率は約92・5%となった。

修正後、平成27年11月30日に報告されているが、その当時は、「全

体」の補てん率が102・07%であったという結果が報告されていた。これを新たに集計し直したところ、「全体の補てん率」は約90・6%となった。

同様に、「病院」の修正率は102・36%と報告されていたが、これが82・7%に修正され、「一般病棟入院基本料算定病院」は101・25%、「精神病院」は134・47%に修正された。

修正された結果、平成28年度の補てん率は約92・5%となった。

## 平成26年度 補てん状況把握結果

(1施設・1年間当たり)

|       |               |               |               |               |         |
|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------|
|       | 全体補填率         | 病院            | 一般診療所         | 保険薬局          |         |
| 修正後   | 約90.6%        | 82.9%         | 106.6%        | 88.6%         |         |
| 修正前   | 102.07%       | 102.36%       | 105.72%       | 86.03%        |         |
| 病院    | 一般病院          | 精神科病院         | 特定機能病院        | こども病院         |         |
|       | 修正後           | 82.7%         | 130.1%        | 61.4%         | 71.1%   |
|       | 修正前           | 101.25%       | 134.47%       | 98.09%        | 95.39%  |
|       | 一般病棟入院基本料算定病院 | 療養病棟入院基本料算定病院 | 結核病棟入院基本料算定病院 | 精神病棟入院基本料算定病院 |         |
|       | 77.8%         | 107.9%        | 66.4%         | 77.1%         |         |
|       | 99.21%        | 130.94%       | 82.58%        | 101.09%       |         |
| 開設主体別 | 一般病院          |               |               |               |         |
|       | 医療法人          | 国立            | 公立            | 国公立除く         |         |
|       | 修正後           | 92.0%         | 81.0%         | 69.3%         | 85.3%   |
|       | 修正前           | 106.21%       | 99.00%        | 92.49%        | 105.55% |
| 一般診療所 | 全体            | 個人            | 医療法人・その他      |               |         |
|       | 修正後           | 106.6%        | 129.9%        | 100.4%        |         |
|       | 修正前           | 105.72%       | 129.98%       | 94.71%        |         |

修正後、平成27年11月30日に報告されているが、その当時は、「全

体」の補てん率が102・07%であったという結果が報告されていた。これを新たに集計し直したところ、「全体の補てん率」は約90・6%となった。

同様に、「病院」の修正率は102・36%と報告されていたが、これが82・7%に修正され、「一般病棟入院基本料算定病院」は101・25%、「精神病院」は134・47%に修正された。

修正された結果、平成28年度の補てん率は約92・5%となった。

# 全国公私病院連盟が主催する

## 第27回「医療事故防止セミナー」(10/26) 第30回「看護管理セミナー」(10/31)

### 受講者を募集

全国公私病院連盟では、第27回「医療事故防止セミナー」を10月26日(金)に、第30回「看護管理セミナー」を10月31日(水)に開催します。「医療事故防止セミナー」では、日本医療安全調査機構の木村壯介先生を講師にお迎えし、「看護管理セミナー」では、日本看護協会会長の福井トシ子先生を講師としてお招きします。どうぞご参加ください。開催案内を留意しておりますので左記へご請求ください。

公私病連事務局 電話 03・3402・3899

#### 医療事故防止セミナー

期日：10月26日(金) 開始3年目の現状、今後の課題  
会場：CIVIL研修センター日本橋(東京都中央区)  
時間：午前9時55分～午後4時20分  
▼「再発防止の提言」の作成プロセスと提言内容の報告  
一般社団法人日本医療安全調査機構 木村壯介先生  
▼「看護職のメンタルヘルスケア」  
公益社団法人日本看護協会・会長

#### 看護管理セミナー

期日：10月31日(水) 福井トシ子先生  
会場：CIVIL研修センター日本橋(東京都中央区)  
時間：午前9時55分～午後4時30分  
▼平成30年度診療報酬改定 入院支援体制をいかにつくるか  
公益社団法人日本看護協会・常任理事 吉川久美子先生  
▼シンポジウム  
「ヘルシーワークプレイス(健康で安全な職場)」  
①ヘルシーワークプレイス(健康で安全な職場)をめざして  
座長 公益社団法人日本看護協会・常任理事 熊谷雅美先生  
②看護管理者が取り組むヘルシーワークプレイスづくり  
神奈川県がんセンター 副院長 伊藤清子先生  
③健全な夜勤・交代制勤務とヘルシーワークプレイス  
労働安全衛生研究所・産業疫学研究グループ部長 高橋正也先生  
④ナースも齢を重ねる。だから安心して働けるヘルシーワークプレイスをめざす  
公益社団法人日本看護協会・労働政策部長 橋本美穂先生

#### 今月の一冊



出版社：医学書院  
池上直己 著

### 医療管理

はプロのスキル向上、VI章の病床機能と医療連携は最近のテーマである地域医療構想や地域包括ケア病棟の重要性、診療報酬改定による医療計画への誘導などについて、その歴史と今後の行方が示唆されている。

を、病院機能評価の受審やリハビリテーションへの特化などによる病棟再編、減床決断による拡大路線からの決別、老健開設、地域包括ケア病棟の採用、電子カルテや「DTC」でも「My Life」の開発により多職種のみならず患者や家族、利用者との情報共有を実現している。利用者のウェケアアプリケーションソフトとして「Personal Network」(「個人の開発」)の開発など、今後の保健・医療・介護の連携のモデルケースであろう。

人事管理には特に注力していることもよく解る。その一例は病棟の主任看護師を電子カルテ管理室長に登用し、今では法人の理事としての重責を担う地位に抜擢している例。そして医師採用の基本は「名医より良医を」のコンセプト。これも地域医療人の真骨頂であろう。

SWOT分析による自院の立ち位置と将来構想、更には急性期病院との連携(開放的連携)による新規患者の確保、法人内の連携(閉鎖的連携)による既存の患者の確保など。これらにより利益率は4%前後と優良経営で、地方都市としては卓越した業務と経営で再投資も可能である。

今後、どのような一手を打つてくるか楽しみになるケーススタディである。病院経営に疲れ「堅い本などもう御免」という方はVII章だけ読んでほしい。一冊である。

推薦者：邊見公雄(全国公私病院連盟副会長、赤穂市民病院名譽院長)

「医療管理」という著作を発表した。I章からIII章は医療という分野の特殊性、医師や病院の歴史から始まり経営改革、人事管理と進み、新しく医療界に参入した方にも読みやすく判りやすい工夫がなされている。

V章の財務管理から現理事長が「老人病院」体質であった病院

「医療管理」という著作を発表した。I章からIII章は医療という分野の特殊性、医師や病院の歴史から始まり経営改革、人事管理と進み、新しく医療界に参入した方にも読みやすく判りやすい工夫がなされている。

V章の財務管理から現理事長が「老人病院」体質であった病院

「医療管理」という著作を発表した。I章からIII章は医療という分野の特殊性、医師や病院の歴史から始まり経営改革、人事管理と進み、新しく医療界に参入した方にも読みやすく判りやすい工夫がなされている。

V章の財務管理から現理事長が「老人病院」体質であった病院

## 全国公私病院連盟 『医療機関用サイバー保険』 新保険を発売

サイバー攻撃・情報漏えいリスクへの対策は万全ですか？

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

- 顧客情報・機密情報の漏えい
- システム・ネットワーク停止
- 信用力・ブランド力の低下

1 契約で上記リスクを包括的に補償

日本において検知されたサイバー攻撃の件数は急激に拡大しており、今後も増加していくものと考えられます。サイバー攻撃は、攻撃者の属性が、愉快犯から国家的活動まで多岐に渡り、攻撃手法も年々複雑化しています。また、サイバー攻撃は日々変化し、自社管理を徹底しても防ぎきることは困難な状況となっております。そこで この度、会員病院向けに『医療機関用サイバー保険』加入募集を始めました。是非、ご検討ください。

〈お問合せ先〉

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>取扱代理店</p> <p><b>株式会社 公私病連共済会</b></p> <p>〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 2-6-1<br/>食品衛生センター4階<br/>TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940<br/>受付時間：平日の午前9時から午後5時まで</p> | <p>引受保険会社</p> <p><b>損害保険ジャパン日本興亜 株式会社</b></p> <p>〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1<br/>TEL 03-3349-5113 FAX 03-6388-0153<br/>受付時間：平日の午前9時から午後5時まで</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

#### 全国公私病院連盟

##### 役員会だより

園田副会長より報告があった。  
④第30回「国民の健康会議」(10月3日) 今泉会長より、本年度のテーマが「高齢者のこれからの生活を考える」医療・介護のかわり」に決まったこと、武久洋三先生(日本慢性期医療協会会長)をはじめとする講師を招聘すること、30年7月豪雨における義援金を岡山県病院協会に送る報告があった。⑤第27回「医療事故防止セミナー」(10月26日) 今泉会長より、講師に一般社団法人日本医療安全調査機構の木村壯介先生を招聘すること、⑥第30回「看護管理セミナー」(10月31日) 今泉会長より、講師に公益社団法人日本看護協会の福井トシ子会長を招聘すること、⑦協賛名義使用の依頼について(2件) 2件の後援・協賛依頼があり了承された。⑧地域医療構想について 今井理事より、大阪府の現状について、提出された資料に沿って報告があった。その他、病院診療報酬対策、医療保険制度等対策、医療提供体制策、介護保険制度対策などについて議論した。

##### 主な報告事項

##### 主な協議事項

全国公私病院連盟から“講演会”のお知らせ

### 第30回「国民の健康会議」を開催します

どなたでもご参加できます。入場無料です。どうぞご参加ください。

日時：平成30年 **10**月**3**日(水) 午後12時30分～5時5分  
会場：**ヤクルトホール** (東京都港区東新橋1-1-19)

◆ メインテーマ ◆

## 高齢者のこれからの生活を考える～医療・介護のかかわり～

### ① 講演 **これからの高齢者の医療と介護**

講師 **武久洋三** 先生 一般社団法人 日本慢性期医療協会 会長  
医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

### ② 講演 **寝たきりにならないためのリハビリ**

講師 **栗原正紀** 先生 一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 名誉会長  
一般社団法人 是真会 長崎リハビリテーション病院 理事長

### ③ 講演 **訪問看護ステーションの実際の役割**

講師 **井手麻利子** 先生 福岡赤十字 訪問看護ステーション  
管理者・看護副部長 がん看護専門看護師

### ④ 講演 **医療と宗教の協働**

講師 **田畑正久** 先生 龍谷大学 教授

### ⑤ 聴衆の皆さんとの時間 (演者を囲んで)

## 高齢者のこれからの生活を考える ～医療・介護のかかわりを中心に～

司会 **行天良雄** 先生 医事評論家

一般社団法人  
主催 **全国公私病院連盟** (事務局 TEL 03-3402-3891)  
会長 **今泉暢登志** (福岡赤十字病院 名誉院長)

全国公私病院連盟 加盟7団体  
〔公益社団法人 全国自治体病院協議会・全国公立病院連盟・全国厚生農業協同組合連合会・  
日本赤十字社病院長連盟・全国済生会病院長会・一般社団法人 岡山県病院協会・日本私立病院協〕

#### ヤクルトホールへの交通手段

- ・JR新橋駅「銀座口」より徒歩3分
- ・都営地下鉄浅草線 新橋駅「汐留1番出口」より徒歩1分
- ・都営大江戸線 汐留駅より徒歩5分
- ・東京メトロ銀座線 新橋駅「2番出口」より徒歩2分
- ・ゆりかもめ 新橋駅より徒歩3分

※ヤクルトホールに駐車場はございませんので、近くの有料駐車場をご利用下さい。

#### 第30回「国民の健康会議」参加申込書

- 参加方法：この用紙にご記入のうえFAXしてください。(申込先FAX: 03-3402-4389)
- FAXがない場合は、この参加申込書を郵送してください。(郵送先: 〒150-0001東京都渋谷区神宮前2-6-1 全国公私病院連盟)

|              |                                              |       |  |
|--------------|----------------------------------------------|-------|--|
| 住所<br>入場券送付先 | ※ 〒 (施設名・団体名・会社名など 送付先もご記入ください。個人宅の場合は結構です。) |       |  |
| お名前          | ※                                            | ご職業   |  |
| 電話番号         |                                              | FAX番号 |  |

- 折り返し入場券を参加人数分郵送しますので、※印は必ず記入してください。
- お勤めになっていない方は、職業欄をご記入いただかなくても構いません。
- 何人でも参加できます。必要事項をご記入いただければ、お申込はこの用紙でなくても構いません。

# 消費税に関する要望を提出

## 日本病院団体協議会

# 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

# 消費税の補てん不足を鑑みて 新たな仕組みの創設を

全国公私病院連盟が加盟している「日本病院団体協議会」は9月12日、「医療機関の消費税問題に関する要望」を加藤厚生労働大臣宛に提出した。同要望では、今般発覚した診療報酬における補てん不足と計算違いの原因について、調査を行ってその結果を公表することや、各医療機関の消費税補てん相当額と控除対象外仕入れ税額を比較し、補てん不足がある場合は税制上での対応を可能とする新たな仕組みを創設することなどを要求している。要望内容は以下のとおり。

### 医療機関の消費税問題に関する要望

日本病院団体協議会  
平成30年9月12日

近年、病院経営は悪化しており、特に大規模急性期の経営悪化は顕著である。控除対象外消費税が経営悪化の大きな要因となっており、今回それを真実とするように、2014年度診療報酬改定における消費税引き上げ相対額の結果の計算違い、さらに補填不足が公表されたので、その経過を簡単に述べる。

2014年4月、消費税が5%より8%に引き上げられた。その際、非課税である社会保険診療報酬においては、初診料、再診料、入院基本料等に消費税分を補填する

という手法がとられた。

2015年2月、四病  
院団体協議会、日本病院  
団体協議会は、病院に関  
する消費税補填状況の調  
査を行い、全体の補填率  
は平均値76・1%、中央  
値84・2%でばらつきが  
大きい、特に400床以  
上の病院では70・5%し  
か補填されていない、等  
を発表した。また全国医  
学部長病院長会議も、国  
立大学病院における補填  
率は60%台に過ぎないと  
発表していた。

しかし、2015年11  
月、厚生労働省の調査結  
果では補填率全体102・36  
%、特定機能病院98・09  
%、等であり「補填の状  
況にはばらつきはみられ  
るものの、マクロではお  
おむね補填されている

。」「ということが公式  
見解とされた。

ところが2018年7  
月になって、2015年  
の調査では計算違いがあ  
り、実際の補填率は、2  
014年度全体90・6%、  
病院82・9%、特定機能  
病院61・4%等、201  
6年度全体92・5%、病  
院85%、特定機能病院61  
・7%、等であったこと  
が発表された。

日本病院団体協議会  
は、厚生労働省が行う調  
査の信頼性が失墜したと  
もいえるこのような結果  
を受け、消費税問題への  
対応として下記を要望す  
る。

1. 今回の診療報酬に  
おける補填不足、計算違  
いの原因について、詳細  
な調査を行うとともに、

その結果をすべて公表す  
ること。

2. 医療機関における  
2019年10月の消費税  
引き上げ時の対応につ  
いては、今後方針が決定さ  
れる。仮に診療報酬での  
対応が必要となった場  
合、上記調査の結果も踏  
まえ、すべての医療機  
関、特に病院機能別に公  
平となる補填を行うこ  
と。
3. 診療報酬による対  
応は2の手法を用いて  
も、個々の医療機関にお  
ける補填のばらつきは必  
ず残る。そこで、各医療  
機関の消費税補填相当額  
と控除対象外仕入れ税額  
を比較し、補填の過不足  
がある場合、税制上での  
対応を可能とする新たな  
仕組みを創設すること。
4. 病院経営の悪化の  
原因となっている控除対  
象外消費税、特に201  
4年度以降の補填不足に  
対し、有効な救済措置を  
創設すること。

以上

### 時評

当院は北海道東部、  
オホーツク医療圏の急  
性病院である。高齢  
多死社会を迎え、急性  
期病院としても「治す  
医療」と共に「適切な  
看取り医療」を提供す  
ることが求められてき  
ている。今般の診療報  
酬改定で「心不全患者  
に対する緩和治療」が  
認められ、当院におい  
ても循環器医師等の働  
きかけもあり、(Ad-  
vance Care Pla-  
ning: ACP)の  
熱心な勉強会・研修会  
が行われ、その後試験  
的に4病棟ではあるが  
ACPがスタートした



急性期病院におけるACP(アドバンス・  
ケア・プランニング)の試み  
連盟 副会長 吉田 茂夫

ところである。  
4年前新病院建設時  
に緩和病棟を新設し、  
四季折々や誕生会など  
の行事で、亡くなる直  
前の患者さんが家族や  
職員等と笑顔で写真に  
残る姿を見ることがあ  
る。今般の診療報酬改  
定で「心不全患者に対  
する緩和治療」が認め  
られ、当院においても循  
環器医師等の働きかけ  
もあり、(Advance Care  
Planning: ACP)の熱  
心な勉強会・研修会が  
行われ、その後試験的  
に4病棟ではあるがACP  
がスタートした

写っているのを見る  
ことが多かった。今  
回の対応は時宜にか  
変わらなければ終末期  
を送る場として一般病  
棟より良いのではと思  
っていた。又、私の  
昔々の経験でも、心不  
全患者や認知機能

低下を合併する急性肺  
炎や癌患者の増悪期に  
急性期病院で対応する  
ことは日常的に行われ  
ている。2回目、3回  
目入院となると、治療  
者の意志を最大限尊重  
する医師には患者余命

ない治療」とは知らな  
いので、本人の治療方  
針や人生最後の時間の  
過ごし方の希望が聞か  
れることなく亡くなる  
方も多い。ACPは患  
者の意志を最大限尊重  
する医師には患者余命

・修正作業を繰り返  
し、行うことにより死  
に備えるものである。  
それは患者の意向に  
沿った死にゆくプロセ  
スを援助し、不適切な  
医療介入を避け、残さ  
れた時間を有効に使っ  
てもらうためである。  
また医療機関側の良  
い点としては外来と病  
棟への連携、緩和病  
棟への転棟、紹介医療  
機関との連携時に、短  
時間にもかかわらず引き  
継ぎが出来る、その結  
果、患者さんの意志が  
継続尊重されることに  
よる「この病院に来て  
本当に良かった」と納  
得してもらえらる大き  
な効果が期待される。  
(北見赤十字病院院長)

心不全患者や認知機能  
低下を合併する急性肺  
炎や癌患者の増悪期に  
急性期病院で対応する  
ことは日常的に行われ  
ている。2回目、3回  
目入院となると、治療  
者の意志を最大限尊重  
する医師には患者余命

が短いことを知りなが  
ら診療となるが、他  
方患者さんは、前同様  
またまた退院する  
ことと考えると、本人・  
家族などと医療者が話  
し合い、カルテに書  
き、そして内容の加筆

東京医科大学の入試不正が報じられた。採点に  
関して男女差を付けた  
が、男女機会均等の精神  
からしても許容できるも  
のではない。大学側はそ  
の動機を、離職率の高い  
女性医師が増えれば医師  
不足になるからと本音を  
漏らした。この事件は、  
改めて女性医師増加に関  
する議論に火を付けた▼  
日本が医師数削減の愚策  
をとった90年代、先進国  
は医師養成数を増やした。  
その時期に女性比率  
も急激に上昇し、今や独  
仏英では40%を超え、若  
手では現在60%に達して  
いる。医師を増やす時期  
には男性も増えるが、女  
性比率が高くなるのは世  
界的傾向である。我国は  
全年齢では20%だが、最  
近年の医学部定員増に  
伴い女性比率も上がり、  
若年層では35%前後。全  
体でもいずれ欧州並みの  
40%前後になるだろう。  
自然の成り行きであり是  
非の問題ではない▼医師  
の世界が最も女性活躍が  
求められる。しかし現実  
は女性増加にうまく対応  
できていない。男女を問  
わずの就労環境整備や多  
様な勤務形態などの改革  
は必要だが、一つは、責  
任の大きさ、救急など労  
働負荷に比例したメリハ  
リのある給与体系の確立  
が必須か。待遇の不公平  
感をなくせば、診療科偏  
在の改善の一助にもなる。  
(S.S)

### 三師会と四病院団体協議会が提言

## 控除対象外消費税問題の解消のため 新たな税制上の仕組みについて提言

### 消費税率10%への引き上げに向けて

日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、四病院団体協議会(日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会)は8月29日に日本医師会館内で記者会見し、「控除対象外消費税問題解消のための新たな税制上の仕組みについて」の提言を発表した。この提言では、仕入れ税額を控除し還付を受けることが認められるのは課税に限ったことであり、このことは消費税の基本的な仕組みと相容れないという財政当局からの指摘を十分に承知した上で、医療に対する消費税への課税については国民の理解を得ることが困難であることを鑑みて、診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関ごとに消費税補てん額と個別の医療機関が負担した控除対象外仕入れ税額を比較して、申告によりその補てん不足に対応する新たな仕組みを創設することを提案している。以下に提言の要旨を掲載することとするので参照されたい。

#### 1. 新たな仕組みの提言

医療機関等(病院、一般診療所、歯科診療所、薬局、以下同じ)の控除対象外消費税問題の解消に向け、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、四病院団体協議会は、これまでの税制改正要望で非課税還付方式を要望してきた。これについて、仕入れ税額を控除し、還付を受けることが認められるのは課税に限ったことであるため、財政当局から消費税の基本的な仕組みと相容れないとの指摘があった。この点は十分に承知している。しかし、社会保障である医療に対する消費税の課税について国民(有

権者)の広い理解を得ることは困難である。そこで、控除対象外消費税問題の解消に緊急を要する中、医療界が一致団結できる具体的な対応として、新たな仕組みを提言する。

**新たな仕組みの提言**  
(1) 仕組みの概要  
診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関ごとに診療報酬本体に含まれる消費税補てん相当額(以下、消費税補てん額)と個別の医療機関等が負担した控除対象外仕入れ税額(医薬品・特定保険医療材料を除く)を比較し、申告により補てんの過不足に対応する。

#### 2. 新たな仕組みの実現のための諸課題

過去の経緯を振り返ると、平成26年12月、自由民主党・公明党「平成27年度税制改正大綱」において、「個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額を『見える化』することなどにより実態の正確な把握を行う」とこととされ、医療機関等の消費税問題に関する検討会で、原価構成の調査を実施した。

その結果、個々の「見える化」はきわめて困難であり、少なくとも消費税率5%までの部分については、マクロ的な比率で「見える化」を行う方が現実的であるというところで、おおむねの合意が得られている。

またこの後、平成27年12月にとりまとめられた自由民主党・公明党「平成28年度税制改正大綱」で、個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額の「見える化」に関する文言が削除されるに至った。

以上のことから、消費税率5%までの消費税補てん額については、マクロ的な比率を用いて把握

100%超であった。しかし、消費税率5%までの部分を含めれば、いずれの診療報酬においても補てん不足である。また、新たな仕組みをスタートする際には、補てんは正すこととし、導入後も診療報酬改定の都度、補てんのばらつきを検証・是正する。

平成26年に消費税率が8%に引き上げられた際には診療報酬改定で初診料、再診料、各入院基本料などに消費税対応分が上乗せされたので、これらの上乗せされた個々の診療報酬修正上乗せ率の平成9年までの計算率の平成9年までの計算率の正確な把握を行う」とこととされ、医療機関等の消費税問題に関する検討会で、原価構成の調査を実施した。

その結果、個々の「見える化」はきわめて困難であり、少なくとも消費税率5%までの部分については、マクロ的な比率で「見える化」を行う方が現実的であるというところで、おおむねの合意が得られている。

またこの後、平成27年12月にとりまとめられた自由民主党・公明党「平成28年度税制改正大綱」で、個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額の「見える化」に関する文言が削除されるに至った。

以上のことから、消費税率5%までの消費税補てん額については、マクロ的な比率を用いて把握

医療機関等の算定回数に乗じたものが消費税補てん額になる。

なお、平成26年の診療報酬改定で消費税対応を行った初診料、再診料、入院基本料などの診療報酬項目で、その後、組み替えが行われたものや、点数が変更されたものについては、そのうちの消費税対応分が何点なのかを明確にしておく必要がある。また、平成26年に対応した個々の点数を活用して計算するためには、DPCの場合には該当部分を抽出するプログラムが必要であり、その際には厚生労働省の対応を要する。

2-1 薬価・特定保険医療材料価格対応(略)

2-2 小規模医療機関等への対応(略)

3. 新たな仕組みの実現に向けて

平成元年に消費税率が導入され、社会保険診療が非課税とされた。それ以来、控除対象外消費税の問題は、医療機関等の経営上極めて大きな負担となっており、医療に係る税制の最重要課題を占めている。

その間、解決手段について様々な議論があり、課税転換を求める意見もあったが、社会保障である医療に対する消費税の「個別項目」については、基本診療料・調剤基本料との関係上、上乗せしなければ不合理なと思われる項目等に補完的に上乗せする」と整理された。この点は、個別項目の算定回数や、当該項目を算定する病院等の課税経費率等を分析し、その結果を踏まえて個別項目への配点を考える。

4. 財源配分の考え方

本体報酬に係る改定財源の配分については、平成26年度改定時には、医療費シェアと課税経費率の比率に応じて財源を按分することを基本とする。こととされたが、医療費シェアと課税経費率それぞれについて、平成26年度以降変動している。医科・歯科・調剤間では各料ごとに若干の変動はあるものの、振れ幅は大きくない。一方で、病・診間の補てん状況には影響を及ぼしていると考えられる。これらの変動をどう考えるか。

## 10%引き上げへの論点整理

### 中医協・消費税負担に関する分科会

中医協の診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」が9月19日に開催され、このたび発表された消費税の補てん誤りの経緯が報告されると共に、今後の10%引き上げ時に向けた論点の整理が行われた。

今回の誤りの内容をみると、DPC病棟の包括部分の補てんにおいて、NDBデータによる入院日数に、非DPC病棟の補てん点数(例：7対1)25点、10対1(21点)を乗じて推計していたが、NDBデータの抽出

今後、消費税率が10%に引き上げられた場合の議論を進めるにあたって、補てん項目への配点の考え方が以下のとおり整理されている。

①初・再診料と入院料の配分方法等について

平成26年度改定においては、病院と診療所での財源配分を行った上で、診療所に配分される財源について、ほぼ全額を初・再診料に配分、入院に配分される財源について、診療所に乗せた点数と同一の点数を初・再診料に配分し、入院料に上乗せすることとした。

②入院料の配点について

平成26年度改定時には、サンプル数が少ないことから、全体として、看護配置による区別はせず入院基本料種別ごとの課税経費率の平均値を適用することとした。一方で、医療機関等の消費税負担額を的確に把握する観点から、より細かくみていく。

③個別項目への配点について

平成26年度改定に当たっては、「可能な限り分かりやすい形で上乗せすることを重視すべき」と考えらる。



分科会のもよう

平成31年度 厚生労働省予算概算要求の姿

(平成30年度予算額) 31兆1,262億円 → (平成31年度要求・要望額) 31兆8,956億円 (対30年度増額) (+7,694億円)

一般会計

(単位:億円)

Table with 5 columns: 区分, 平成30年度予算額(A), 平成31年度要求・要望額(B), 増▲減額(C), 増▲減率. Rows include 一般会計, うち年金・医療等に係る経費, うち新しい日本のための優先課題推進枠.

平成31年度の一般会計概算要求・要望額が8月末に各省庁から財務省に提出され、合計額は102兆7658億円と過去最大となった。前年度予算額と比べて5兆530億円増となった。

平成31年度 厚生労働省予算概算要求 31兆8956億円を要求 各省庁の概算要求合計は102兆円超え

(2.5%増)となっており。このうち医政局が要求した額は2178億900万円となっており、平成30年度予算額より238億9500万円の増(12.3%増)を要求している。

平成31年度予算概算要求においては、人生100年時代を見据え、誰もが活躍できる一億総活躍社会の実現に向けて、働き方改革・人づくり革命・生産性革命や効果的・効率的な保健・医療・介護・福祉等の推進により、全世代型社会保障の基盤強化に取り組むことを柱として重点的な要求が行われている。

厚生労働省の概算要求における重点要求(抜粋)は以下のとおり。
●医療従事者の働き方改革の推進(21億円)
●介護職員の確保・処遇改善(60億円)
●介護職機能分化等による先駆的生産性向上モデル事業(仮称)の実施

率化に向けた取組の推進等
●医療分野における生産性向上の推進(24億円)

●災害医療体制の推進(4.2億円)
●災害拠点病院及びDMAT体制の強化、医療施設等の耐震化等の災害医療体制の充実

保基金による支援、都道府県の医療行政人材の育成等による地域医療構想の推進
●医師偏在対策の推進(1120億円)
●医師少数区域等で勤務した医師の認定制度開始に向けた調査・検討

平成31年度 一般会計概算要求・要望額

(平成30年9月7日)

Table with 4 columns: 前年度予算額, 平成31年度概算要求・要望額, 比較増▲減額. Rows include 皇室費, 国会, 裁判所, 会計検査院, 内閣・内閣本府等, 警察庁, 総務省, 財務省, 外務省, 文部科学省, 厚生労働省, 農林水産省, 経済産業省, 国土交通省, 環境省, 防衛省, 小計, 国債費, 合計.

健康寿命の延伸に向けた予防・健康づくり
●がんゲノム医療等の推進(45億円)
●データヘルス改革の推進(17億円)
●保健医療分野等の研究開発の推進(686億円)
●医薬品等に関する安全・信頼性の確保(17億円)



# 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

# 医療に係る消費税問題の解消を

## 医療保険制度内だけでの対応は困難

## 税制上の抜本解決が不可避

財政制度等審議会「財政制度分科会」が10月9日に開かれ、平成31年10月に行われる消費税率の10%への引き上げに伴って、医療機関等が負担する仕入税額相当額についての対応を、①医療保険制度内での対応とすること、②総額において医療機関等が負担する仕入税額相当額の範囲内での対応とすること」を基本的な考え方とすべきと提案した。

日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、四病院団体協議会(日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会)は8月29日に「控除対象外消費税問題解消のための新たな税制上の仕組みについての提言」を公表、この提言では、仕入れ税額を控除し還付を受けることが認められるのは課税に限ることであり、このことは消費税の基本的な仕組みと相容れないという財政当局からの指摘を十分に承知した上で、医療に対する消費税への課税については国民の理解を得ることが困難であることに鑑みて、診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関ごとに消費税補てん額と個別の医療機関が負担した控除対象外仕入れ

税額を比較して、申告によりその補てん不足に対応する新たな仕組みを創設することが提案されている。また、厚生労働省でも「平成31年度税制改正要望」を財務省に提出しているが、その際、「医療に係る消費税問題の抜本的な解決に向けた新たな措置」として、「医療に係る消費税等の税制のあり方については、医療保険制度における手当のあり方度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいと見られる負担の軽減、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ検討を行い、平成31年度税制改正に際し、この税制上の問題の抜本的な解決に向けて、個別の医療機関等の補てんの不足について、新たな措置を講ずる」ことを要望している。

しかし今回、財務省の財政制度等審議会「財政制度分科会」が10月9日に開催され、平成31年10月に行われる消費税率の10%への引き上げに伴った医療機関等が負担する仕入税額相当額についての対応を、①医療保険制度内での対応とすること、②総額において医療機関等が負担する仕入税額相当額の範囲内での対応とすること、③各科間、診療所・病院間(病院部門は更に各類型(特定機能病院など)間)において、各々の仕入れ税額相当額の総額に基づき財源配分を行った上で、更に各類型の中で看護配置基準別のデ

ータも用いるなど、できる限り精緻な対応とする

こと」といった点を基本的な考え方とすべきといった改革の方向性を示している。(下表参照)

なお、この日の財務省の財政制度等審議会「財政制度分科会」での議論

のテーマは社会保障だったが、平成30年度の診療報酬改定により入院基本料の名称を変更したことにも触れ、「旧7対1入院基本料を算定する際の基準の変更などが実施されたが、急性期に係る入院医療費がどの程度効率化されるのかは明らかではない」と言及し、「平成30年度診療報酬改定が、全体としての程度地域医療構想に沿った病床の再編・急性期入院医療費の削減につながっていくかについて、適切なKPIを設定したうえで、進捗を評価し、必要に応じて更なる要件厳格化等を次期改定において実施すべき」との改革の方向性を示している。

財政制度等審議会・財政制度分科会が示す  
消費税率引上げへの対応に関する改革の方向性(案)

今般の消費税率の引上げに伴い、医療機関等が負担する仕入税額相当額について対応するに当たっては、

- ① 医療保険制度内での対応とすること
- ② 総額において医療機関等が負担する仕入税額相当額の範囲内での対応とすること
- ③ 各科間、診療所・病院間(病院部門は更に各類型(特定機能病院など)間)において、各々の仕入税額相当額の総額に基づき財源配分を行った上で、更に各類型の中で看護配置基準別のデータも用いるなど、できる限り精緻な対応とすること

といった点を基本的な考え方とすべき。

### 時評

先月号で吉田茂夫先生が北見赤十字病院におけるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)を取り上げられた。今回は大阪府池田市の地域におけるACPの取り組みを紹介する。

超高齢多死社会を迎え「治し支える医療」を目指し、当院では総合内科医師、老人看護専門看護師が中心となり高齢者へのエンド・オブ・ライフ・ケアの実践に取り組む、また本人の意思を尊重した意思決定支援の基盤となる多職種連携の構築



連盟理事 今井 康陽

地域におけるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)啓発の取り組みと介護施設・在宅における心肺停止時のDNAR対応

は「もしものときは、自分の希望通りの医療が受けられるのか」といった質問が多く聞かれる。実際、心肺停止時のDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)指

示が困難である。平成30年9月には総務省消防庁から心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査結果が公開されているが、救急搬送の際には患者本人または患者の利益にかかわる代理者(家族)の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわなければならないこと、対応が喫緊の課題となっている。厚

生労働省、関連学会等からDNARを含む終末期医療に関するガイドラインが示されているが、医師の常在しない介護施設等では急変時に携った救急隊は、事前指示書による本人のDNARの意思が確認できたとしても医師によるDNAR指示が確認できない場合は心肺蘇生しながらの搬送

が原則である。このように患者本人のDNAR意思に沿えない要因として、救急対応に慣れない施設職員などからの救急要請、救急隊到着時に医師の指示を取れないことなどが挙げられる。高齢者の救急搬送が増加する現状において、法的な整備も必要と思われる。

地域包括システムにおいて、急性期病院から在宅まで切れ目のない医療、介護体制整備の一つとして、医師会や消防も含めた多職種連携によるACPの推進は重要な施策と考えられる。(市立池田病院総長)

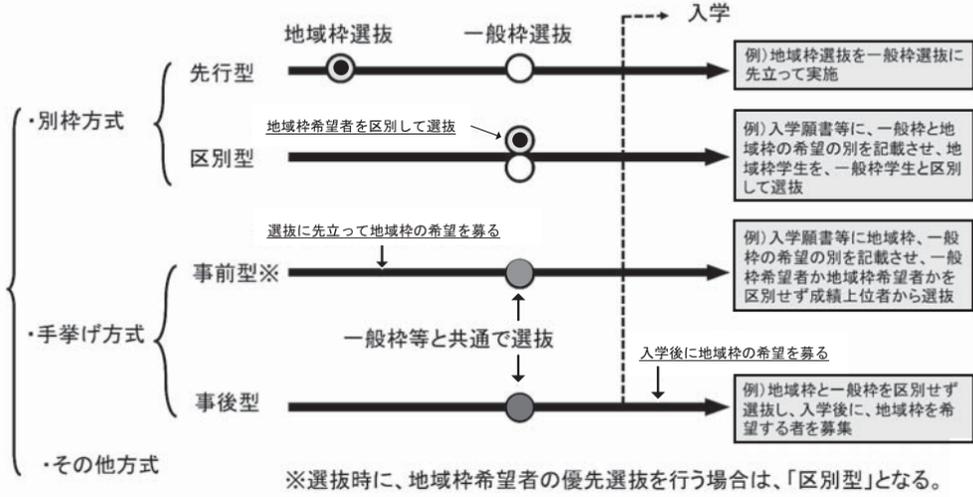
### 鉛筆

今年のノーベル生理学・医学賞が本庶佑先生に。日本人の受賞は26人目。おめでとございませう。T細胞の表面にある「PD-1」という分子とがん細胞が結合することにより、免疫細胞の働きを抑制することを発見。PD-1を利用した薬がオプジーボであり、がんの免疫療法は、手術、抗がん剤、放射線に次ぐ「第4の治療法」に。問題はその薬価。オプジーボは初めに年間発生数約500人の悪性黒色腫に適応が認められ、類似薬のない新薬の薬価は、開発費、製造費などの合計を患者数で割ることで決まるために、高額となった。その後、年間発生数約5万人の肺がんに適応が認められた。これは日本初の画期的な薬を高くしたいという役人と、もうけ主義の製薬会社の思惑が一致したため。肺がんを先に認めれば薬価は100分の1に。現在までに2万5千人が使用している。であれば50分の一か。今年の11月から当初の3分の1に下がるが、体重60kgの肺がん患者に一年使うと年間1090万円になる。それでも効くのは2〜3割。科学者の願いは研究の結果が多くの患者を救うことである。社会保障費が国家財政を破たんさせかねない現在の日本では、この薬価はいかがか。(M・K)

※精査継続中

### 地域枠学生選抜方法の類型

- ✓ 地域枠学生の選抜方法については、一般枠と別枠の募集定員を設ける「別枠方式」と、一般枠等と共通で選抜し、事前又は事後に地域枠学生を募集する「手挙げ方式」とに大別される。
- ✓ さらに、別枠方式については、一般枠に先行して選抜する「先行型」、一般枠と同時に選抜するものの、地域枠希望者を一般枠等とは区別して選抜する「区別型」、手挙げ方式については、選抜に先だって地域枠の希望を募る「事前型」、入学後に地域枠の希望を募る「事後型」がある。



## 医療従事者の需給に関する検討会「医師需給分科会」

### 医学部定員の地域枠の運用で「手挙げ方式」は認めず

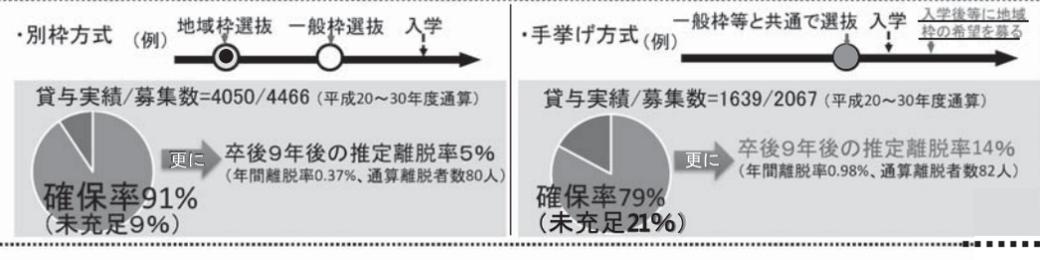
医療従事者の需給に関する検討会の「第23回医師需給分科会」が10月24日に開催され、医学部入学生定員に関する「地域枠」等と共通で選抜し、事前または事後に「地域枠」学生を募集する「手挙げ方式」(B)については、(A)に先行して選抜する「先行型」と、「一般枠」等と共通で選抜し、「地域枠」希望者を「手挙げ方式」(B)に先行して選抜する「区別型」がある。また、「手挙げ方式」(B)については、選抜に先だって「地域枠」の募集定員を設ける「別枠方式」(A)については、「一般枠」に先行して選抜する「先行型」と、「一般枠」等と共通で選抜し、「地域枠」希望者を「手挙げ方式」(B)に先行して選抜する「区別型」がある。また、「手挙げ方式」(B)については、選抜に先だって「地域枠」の募集定員を設ける「別枠方式」(A)については、「一般枠」に先行して選抜する「先行型」と、「一般枠」等と共通で選抜し、「地域枠」希望者を「手挙げ方式」(B)に先行して選抜する「区別型」がある。

※精査継続中

### 調査の結果(臨時定員関係)(暫定)

- 臨時定員関連の地域枠については、別枠方式の場合、募集数の91%に奨学金貸与実績があるのに対し、手挙げ方式だと79%しか貸与実績がない。
- 離脱の状況についても、別枠方式の場合、95%が義務履行すると推定されるのに対し、手挙げ方式だと86%しか義務履行されないと推定される。

|                  | 募集数         | 貸与実績        | 貸与実績%      | 離脱者数      | 年人           | 離脱率(年人%)     | 義務年限終了までの推定義務履行率% |
|------------------|-------------|-------------|------------|-----------|--------------|--------------|-------------------|
| 全体               |             |             |            |           |              |              |                   |
| 別枠方式(先行型)        | 2803        | 2482        | 89%        | 45        | 13849        | 0.32%        | 95%               |
| 別枠方式(区別型)        | 1663        | 1568        | 94%        | 35        | 7935         | 0.44%        | 94%               |
| <b>別枠方式(合計)</b>  | <b>4466</b> | <b>4050</b> | <b>91%</b> | <b>80</b> | <b>21784</b> | <b>0.37%</b> | <b>95%</b>        |
| 手挙げ方式(事前型)       | 906         | 718         | 79%        | 47        | 3416         | 1.38%        | 81%               |
| 手挙げ方式(事後型)       | 1161        | 921         | 79%        | 35        | 4913         | 0.71%        | 90%               |
| <b>手挙げ方式(合計)</b> | <b>2067</b> | <b>1639</b> | <b>79%</b> | <b>82</b> | <b>8329</b>  | <b>0.98%</b> | <b>86%</b>        |



希望を募る「事前型」と、入学後に「地域枠」の希望を募る「事後型」がある。ところが、今般、地域枠の履行状況等について、全国の都道府県を対象として、自県が奨学金を貸与する地域枠等の医学部生・医師の勤務状況等の調査をしていたところ、臨時定員関連の地域枠については、「別枠方式」(A)の場合には募集数の91%に奨学金貸与実績があるのに対し、「手挙げ方式」(B)の場合には79%しか貸与実績がないことが分かった。

また、離脱の状況についても調査したところ、「別枠方式」(A)の場合には95%が義務履行すると推定されるのに対し、「手挙げ方式」(B)の場合には86%しか義務履行されないと推定されることになっている。つまり、「別枠方式」(A)の(9%)の学生は奨学金の貸与を受けず、(5%)の学生が何らかの理由で当該地域に勤務しないことになるが、これが「手挙げ方式」(B)の場合には、2倍以上の(21%)の学生が奨学金の貸与を受けず、3

倍近い(14%)の学生が何らかの理由で当該地域に勤務しないことになり、厚生労働省はこの調査結果の精査を継続中。「地域枠」は、地域の医師不足解消のために臨時に設けられた特別枠。入学条件が緩和された一方、卒業後、県内の特定の地域や特定の診療科で一定期間勤務することが義務づけられていることから、一部の学生には不人気で定員割れになっている。

今回の調査で「手挙げ方式」(B)の場合に奨学金を受け取る者が少なく、義務不履行が多い理由の1因として、「地域枠」が当初の目的から外れて運用されており、特に一部の大学側では、入試の段階で「一般枠」と「地域枠」を区分せずに募集し、入学後に「地域枠」の募集をして「地域枠」の定員不足を補っていることなどから、同部会では今後、「手挙げ方式」(B)は認めないことを決めている。

当日、厚生労働省が示した「論点・仮題」「対応」の案は以下のとおり。

◆ 地域枠の選抜方法等について

▽地域枠の確保率、離脱率の状況を踏まえる

◆ 最終的に義務を全うする人数が設定枠数の7割程度であると推定される。一方、別枠方式による選抜であれば、9割程度が最終的に義務を全うすると推定される。

▽加えて、各都道府県

## 過労死等防止対策白書

平成30年度版(平成29年度年次報告)

### 日頃の対策が重要と

政府は10月30日に「過労死等防止対策白書」を閣議で了承し公表した。同日書は、過労死等防止対策推進法に基づき、国会に報告を行う法定白書であり、平成30年版で3回目。5つの重点業種・職種(教職員、IT産業、医療を中心)についての調査分析結果を記載している。

今号では、そのうちの「医療」における「過労死等」をめぐる調査・分析結果の一部を紹介する。

政府は10月30日に「過労死等防止対策白書」を閣議で了承し公表した。同日書は、過労死等防止対策推進法に基づき、国会に報告を行う法定白書であり、平成30年版で3回目。5つの重点業種・職種(教職員、IT産業、医療を中心)についての調査分析結果を記載している。

精神障害52件)、そのほか災害の体験・目撃をした(約8割)と特によく(52件のうち、悲惨な事故や災害の体験・目撃した(40件76.9%)、その発生時刻は深夜帯が多い(40件のうち、19件が深夜24時から8時に発生)。

また、その発病に関与したと考えられる業務によるストレス要因は、患者からの暴力や入院患者の自殺の目撃等の「事故」

精神障害52件)、そのほか災害の体験・目撃をした(約8割)と特によく(52件のうち、悲惨な事故や災害の体験・目撃した(40件76.9%)、その発生時刻は深夜帯が多い(40件のうち、19件が深夜24時から8時に発生)。

また、その発病に関与したと考えられる業務によるストレス要因は、患者からの暴力や入院患者の自殺の目撃等の「事故」

### 労働・社会面の調査

看護師の精神障害の労災支給決定(認定)された要因

| 要因                   | 件数 | (%)   |
|----------------------|----|-------|
| 1. 悲惨な事故や災害の体験・目撃をした | 40 | 76.9  |
| a. 暴言・暴力を体験          | 23 | 44.2  |
| b. 事件・事故・災害に遭遇       | 17 | 32.7  |
| 2. 医療事故・訴訟           | 2  | 3.8   |
| 3. 長時間労働             | 4  | 7.7   |
| 4. 上司・部下トラブル         | 4  | 7.7   |
| 5. セクシャル・ハラスメント      | 2  | 3.8   |
| 合計                   | 52 | 100.0 |

(資料出所) 労働安全衛生総合研究所過労死等防止調査センター「平成29年度過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」

過重労働防止に向けて実施している取組(病院調査・主なもの)

|                      |       |
|----------------------|-------|
| 医師事務作業補助者や看護補助者を増員   | 59.5% |
| メンタルヘルスに関する相談の窓口等を設置 | 55.2% |
| 院内保育施設を設置・充実         | 52.8% |
| 産業医等による保健指導を実施       | 49.8% |
| 当直・夜勤明けの休みを確保        | 47.2% |
| 他職種との分担を推進           | 41.7% |
| IT等の導入により業務負担を軽減     | 32.3% |
| 会議開催回数の減少、会議時間の短縮等   | 31.5% |

(資料出所) 厚生労働省「平成29年度過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業」(委託事業)

医療圏における特定の地域における診療義務を果たす以上、事実上、診療領域を完全に自由に選択することは難しく、地域枠の趣旨にも合致しないのではないか。

○都道府県知事は、地域枠の学生・医師を確実に確保することができるよう、地域医療対策協議会の協議を経た上で、原則、大学に対して、特定

の地域における診療義務を果たす場合には、診療領域についても、一定の制限が課されることについて、地域枠の選抜の際に明示しておくこととしてどうか。

時間外労働が発生する理由は、「医師」、「看護師」とともに、診断書、カルテ等又は看護記録等の書類作成(医師57.1%、看護職員57.9%、救急や入院患者の緊急対応(医師57.0%、看護師45.0%)が多い。

過重労働の防止のために実施している取組は、医師事務作業補助者や看護補助者を増員(59.5%)、メンタルヘルスに関する相談窓口等を設置(55.2%)が多い。

# 第27回 医療事故防止セミナー開催

全国公私病院連盟では、第27回「医療事故防止セミナー」を10月26日に開催しました。講師には、日本医療安全調査機構・常務理事の木村壯介先生をお迎えして、「『医療事故防止調査制度』開始3年目の現状、今後の課題」をテーマにご講演いただきました。本号では木村先生のご講演の要旨を掲載します。当日は引き続き、内田友子先生（日本医療安全調査機構・医療事故調査・支援事業部）、南須原康行先生（北海道大学病院・医療安全管理部長・教授）、鈴木利廣先生（すずかけ法律事務所・弁護士）にご講演いただき、96名の参加者が聴講しました。

## 「医療事故調査制度」開始3年目の現状、今後の課題

木村 壯介 先生

「医療事故調査制度」開始3年目の現状、今後の課題。本制度は、事故の判断を医療機関が行い、当該医療機関が主体的に院内事故調査すると定められています。事故を自ら振り返り、義務としての調査ではなく当該医療機関の担当者が主体となり、原則として外部委員の参加・協力を得て検証を行います。

本制度は、事故の判断を医療機関が行い、当該医療機関が主体的に院内事故調査すると定められています。事故を自ら振り返り、義務としての調査ではなく当該医療機関の担当者が主体となり、原則として外部委員の参加・協力を得て検証を行います。残念ながら死亡に至



木村先生

った医療事故に関する当該医療機関からの貴重な報告が再発防止の提言のもとになっていきます。センターで行う「再発防止に向けた提言」の作成は、センター内の「再発防止委員会」（医療関係者以外に、法律家、人

析部会」を設置します。この部会が個々の事例を分析し再発防止策提言を作成します。部会では院内調査から得られた報告内容を整理・分析するだけでなく、当該医療機関の協力の下にさらに深く内容を聴取、あるいは同じ内容を対象となる他の医療機関に対しても聞き直す等を行い、共通点、従来指摘されていなかった新たな内容を検証し、学会等のガイドラインとは異なる「死亡に至らないため」に焦点を当てた再発防止策を検討しています。



医療事故防止セミナー会場のもよう

「院内調査」を行うことは、医療機関にとっては負担であることも確かですが、個人の責任追及とならないためにも、基本となる手順に則り検証・分析することを前向きに捉え、対応して頂きたいと考えています。

# 第30回 看護管理セミナー開催

全国公私病院連盟では、第30回「看護管理セミナー」を10月31日に開催しました。講師には、日本看護協会・会長の福井トシ子先生をお迎えして「看護職のメンタルヘルスケア」をテーマにご講演いただきました。本号では福井先生のご講演の要旨を掲載します。当日は引き続き、吉川久美子先生（日本看護協会・常任理事）にご講演いただいた後、シンポジウム『ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）』を熊谷雅美先生（日本看護協会・常任理事）の司会で行い、164名の参加者が聴講しました。

## 看護職の

### メンタルヘルスケア

福井トシ子 先生

人は、誕生後、成長を遂げ、やがて老いを迎える。規則性と連続性を

い、ライフサイクルの中には、胎児期、乳幼児期、学童期、青年期、壮年期、老年期といった、発達上、特徴ある段階が存在し、これをライフステージという。看護職には、あらゆる場で看護の機能を発揮す



福井先生

職には、自己のライフスタイルも振り返りながら、心身の変化を自覚しつつ、健康を維持するための内部・外部環境を整えていく必要がある。しかし、看護職をはじめとする医療従事者は、専門職なのだから

義を再確認することや、健康管理について継続的な学習を行う機会を持つことが軽視され、メンタルヘルスケアの必要性が理解されながらも実践が伴っていないという状況はないだろうか。

養・運動により健康を維持し、やりがいをもって仕事を続けていきたいと考えていると思う。看護職が健康に働き続けるためには、「ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）」の考え方が重視される。今こそ、看護職一人ひとりの健康づくりに関して、組織と個人、そして社会が一丸となり取り組む時代である。

「自己の健康について十分理解しているだろうか」、「健康管理ができて当然」といった認識や組織風土（文化）になっていないのではないだろうか。このことから、組織全体で健康管理についての意識を高め、適切な栄養・休

## 第30回「看護管理セミナー」(10月31日)スケジュール

会場：CIVIL研修センター日本橋（東京都中央区）

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 時間                  | 開会挨拶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 一般社団法人<br>全国公私病院連盟<br>会長 今泉 暢登志   |
| 10:00<br>~<br>12:00 | 看護職のメンタルヘルスケア                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 公益社団法人<br>日本看護協会<br>会長 福井トシ子 先生   |
| 13:00<br>~<br>14:00 | 平成30年度診療報酬改定<br>入退院支援体制をいかに作るか                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 公益社団法人<br>日本看護協会<br>常任理事 吉川久美子 先生 |
| 14:15<br>~<br>16:30 | シンポジウム『ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）』<br>1. ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）をめざして<br>【座長】公益社団法人日本看護協会 常任理事 熊谷 雅美 先生<br>2. 看護管理者が取り組むヘルシーワークプレイスづくり<br>神奈川県立がんセンター 副院長 伊藤 清子 先生<br>3. 健全な夜勤・交代制勤務とヘルシーワークプレイス<br>独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所<br>産業疫学研究グループ 部長 高橋 正也 先生<br>4. ナースも齢を重ねる。<br>だから安心して働けるヘルシーワークプレイスをめざす<br>公益社団法人日本看護協会 労働政策部<br>部長 橋本 美穂 先生 |                                   |

## 第27回「医療事故防止セミナー」(10月26日)スケジュール

会場：CIVIL研修センター日本橋（東京都中央区）

|                     |                              |                                              |
|---------------------|------------------------------|----------------------------------------------|
| 時間                  | 開会挨拶                         | 一般社団法人<br>全国公私病院連盟<br>会長 今泉 暢登志              |
| 10:00<br>~<br>11:20 | 「医療事故調査制度」<br>開始3年目の現状、今後の課題 | 一般社団法人<br>日本医療安全調査機構<br>常務理事 木村 壯介 先生        |
| 11:20<br>~<br>12:20 | 「再発防止の提言」の<br>作成プロセスと提言内容の報告 | 一般社団法人日本医療安全調査機構<br>医療事故調査・支援事業部<br>内田 友子 先生 |
| 13:30<br>~<br>15:00 | 医療事故調査の実際                    | 北海道大学病院<br>医療安全管理部長・教授<br>南須原 康行 先生          |
| 15:20<br>~<br>16:20 | 医療事故防止とインフォームド・<br>コンセントについて | すずかけ法律事務所<br>弁護士<br>鈴木 利廣 先生                 |

社会保障審議会「介護給付費分科会」

介護職以外の処遇改善について議論

社会保障審議会の「介護給付費分科会」が10月15日に開催され、消費税が10%に引き上げられた際の処遇改善について議論した。

介護職員の処遇改善については、平成24年度に、介護報酬において介護職員の賃金改善に充てられることを目的とした処遇改善加算を創設。平成27年度に上乗せ評価を行う

区分(月額1万2千円相当)を設けるとともに、平成29年度に、介護職員の技能・経験等に応じた昇給の仕組みを構築した事業者について更なる上乗せ評価(月額平均1万円相当)を行う区分が創設されている。

今月の一冊

出版社・株式会社 久保田秀男 著



病院・クリニックの設計

「患者に選ばれる病院づくり」その実践

私の勤務する赤穂市民病院の設計者で1級建築士の久保田秀男氏。その彼が集大成とも言える著書を出した。それがこの本である。

彼の真骨頂は、患者本位のアメニティや安全と安心は勿論、職員や関連業者への気配りもなされているところである。特にアメニティの中心である「飯、風呂、糞」についてもしっかりと著者の考えが示されており、アメニティは自宅に近いのが最適と考えている私の考えに近い。最近重要性を増しているサブライチェーンやIT、更には安全・安心の中心である救命救急セン

手、リハ職、ソーシャルワーカー、看護職にも広げて欲しい。ただ、介護職員の処遇改善というところが損なわれてはいけない。介護従事者全体の賃金が低い。介護職員の賃金を低く、介護現場で働く従事者全体を考え改善すべき。基本的に労使間で進めるべきことという意見もあるが、まずは底上げが必要。細部にわたる柔軟な対応については、労使間の話し合いで済ませたい。このままの処遇改善加算は介護職員しか使えないが、介護現場はチームで働く。現場はチームで働く。現場はチームで働く。

時に免震装置の検査データの改ざん問題が報道された。いくら設計者が頑張っても現場がこれでは報われない。著者はどのような気持ちでこの本を書いたのか。今改めて読み返して一番注目したのは、敷地や駐車場などについて院長と同じような広角の視野が目立ったことである。以前から素晴らしい設計者であるとは思っていたが、20年前より一回りも二回りも大きくなり、老成と言え失礼だが大成したなあと感服している。医療関係者、建築関係者以外にも読んでほしい一冊である。

この稿を書き始めた

この稿を書き始めた

この稿を書き始めた

この稿を書き始めた

この稿を書き始めた

この稿を書き始めた

全国公私病院連盟 『医療機関用サイバー保険』 新保険を発売

サイバー攻撃・情報漏えいリスクへの対策は万全ですか？

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

- 顧客情報・機密情報の漏えい、システム・ネットワーク停止、信用力・ブランド力の低下

1 契約で上記リスクを包括的に補償

日本において検知されたサイバー攻撃の件数は急激に拡大しており、今後も増加していくものと考えられます。サイバー攻撃は、攻撃者の属性が、愉快犯から国家的活動まで多岐に渡り、攻撃手法も年々複雑化しています。また、サイバー攻撃は日々変化し、自社管理を徹底しても防ぎきることは困難な状況となっております。そこで この度、会員病院向けに『医療機関用サイバー保険』加入募集を始めました。是非、ご検討ください。

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

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

【加算での対応】(主な意見) 介護職職種の趣旨については理解するが、処遇改善は、本来は経営努力や労使間の調整で行うものであり、特定の職種で実施するのであれば、税で対応するものではないか。保険者側の意見を十分に聞いていた上で、介護職員の処遇改善は基本として、一定の範囲内で、事業所の裁量を認めてはどうか。他職種の処遇改善も必要であるが、現行の処遇改善加算でやってきた介護職員の処遇改善は変更せず確保することが前提。「10年以上8万円」が一人歩きしている感じが、今後、事実誤認がないよう説明も必要。

【加算での対応】(主な意見) 介護職職種の趣旨については理解するが、処遇改善は、本来は経営努力や労使間の調整で行うものであり、特定の職種で実施するのであれば、税で対応するものではないか。保険者側の意見を十分に聞いていた上で、介護職員の処遇改善は基本として、一定の範囲内で、事業所の裁量を認めてはどうか。他職種の処遇改善も必要であるが、現行の処遇改善加算でやってきた介護職員の処遇改善は変更せず確保することが前提。「10年以上8万円」が一人歩きしている感じが、今後、事実誤認がないよう説明も必要。

ら保険料が使われることになった。当初反対もしたが、議論の結果、加算で行うことになったと理解している。基本的な方針については異論はないが、通常の介護報酬の財源とは別途対応されるべきものではないか。分科会で議論する前から、保険料を使うことが実質的には決まっていることに違和感がある。利用者の負担が増えることがわかった。利用者負担が3割までになったことも負担になっているが、そこまでの増ではないと思っている。介護職員のためには、増えることも仕方ないというところで、利用者側もコンセンサス得られるだろう。今回の対応は歓迎したい。

全国公私病院連盟 役員会だより 期日 10月25日(木) 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」報告 ②日病協「診療報酬」報告 ③日病協「代表者会」報告 ④第30回「国民の健康」報告 ⑤第21回「病院原価計算セミナー」(平成31年1月30日)の開催 ⑥小野副会長からの報告 ⑦日本専門医機構「第6回理事会」(10月19日)概要 ⑧医療従事者の需給に関する検討会「第23回医師需給分科会」(10月24日)▽医師養成の過程から医師偏在是正を求める議員連盟 議員総会(10月24日) 【主な協議事項】 ①病院診療報酬対策、②医療保険制度等対策、③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

# 消費税負担の議論を整理

## 中医協・医療機関等における消費税負担に関する分科会

### 配点方法見直しシミュレーション

### なおも残る個別のバラツキ

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」が11月21日に開かれ、厚労省から配点方法を見直しシミュレーションをした結果が報告された。これによると、過去の配点不足に影響を及ぼしていた①算定回数、②課税経費率、③入院料の配点(入院料シエア)、④初再診料と入院料の配分を見直すことにより、マクロの補てん率が100%に近い値になるという。

医療機関等の仕入れに係る消費税については、消費税の導入当初から診療報酬で補てんする対応が図られてきたが、本年7月、過去の消費税補てん状況の検証調査の結果に誤りがあることが明らかになった。それまで厚生労働省は「補てん状況にばらつきは見られたものの、マクロでは概ね補てんされている」と説明してきたが、再検証した結果、特に病院の補てん率が不足しており、85%しかなかったことが明らかになっている。

分科会では、この補てん不足等を解消する方法として厚生労働省が再考した方法(①「算定回数」を直近の通年実績のNDデータを使用しして配点を行うこと、②「課税経費率」を入院基本料等の分類ごとにみること、③入院料の配点を病院種別

配点方法見直し後のシミュレーション結果(病院・診療所) (1施設1年間)

|                              | 病院               |                | 一般診療所            |                |
|------------------------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
|                              | 2016年度補てん状況調査の結果 | 今回のシミュレーションの結果 | 2016年度補てん状況調査の結果 | 今回のシミュレーションの結果 |
| 報酬上乗せ分(A)                    | 1786万円           | 2113万5千円       | 81万8千円           | 73万5千円         |
| 3%相当負担額(B)                   | 2100万5千円         | 2100万5千円       | 73万6千円           | 73万6千円         |
| 補てん差額(A-B)                   | ▲314万5千円         | 12万9千円         | 8万2千円            | ▲1千円           |
| 補てん率(A/B)                    | 85.0%            | 100.6%         | 111.2%           | 99.8%          |
| 医業・介護収益(C)                   | 29億6434万円        | 29億6761万5千円    | 1億3222万円         | 1億3213万7千円     |
| 医業・介護収益に対する補てん差額の割合[(A-B)/C] | ▲0.11%           | 0.00%          | 0.06%            | ▲0.00%         |
| 集計施設数                        | 994              |                | 1252             |                |

や入院料別ごとのシエアを考慮して補てん点数を決定することなどを了承したので、今回、新たな方法でシミュレーションした結果が報告された。修正前100.6%、一般診療所の補てん率は99.8%。

# 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  
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

このことで了承され、今後、中医協「総会」へ報告されることになった。分科会の委員からは「診療報酬で補てんすることとはもはや限界」という意見や「医療機関が検査や計算方法を不すべき」という意見があった。

なお、この消費税問題の結論は、今後、与党(自民党・公明党)「平成31年度税制改正大綱」にどのような明記されるか次第。昨年末の「税制改正大綱」では、「医療に係る消費税のあり方については、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特

に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ、平成31年度税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し、結論を得るとされていた。

また、厚生労働省は本年8月、「平成31年度税制改正要望」を財務省に提出しており、そこでは「医療に係る消費税等の税制のあり方については、医療保険制度における手当のあり方の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見、特に高額な設備投資にかかる負担が大きいとの指摘等も踏まえ、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ検討を行い、平成31年度税制改正に際し、この税制上の問題の抜本的な解決に向けて、個別の医療機関等の補てんの過不足について、新たな措置を講ずる」と要望されている。

さらに、三師会(日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会)と四病院団体協議会(日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会)は8月29日、医療界の最重要課題である控除対象外消費税問題の解消に向けた医療界全体の要望としている。

体の要望として「控除対象外消費税問題解消のための新たな税制上の仕組みについての提言」を公表している。この「新たな仕組み」では、①診療報酬への補てんを維持した上で、個別の医療機関等ごとに診療報酬本体に含まれる消費税補てん相当額と個別の医療機関等が負担した控除対象外仕入れ税額を比較し、申告により補てんの過不足に対応すること、②診療報酬への補てんは、消費税率10%への引き上げ時に医療機関等種類別の補てんのばらつきを丁寧に検証し、是正を行うこと一を要望している。

### 時評

病院で一定規模以上の建築物は、消防計画書の作成・届出と年2回以上の消火・避難訓練の実施が義務づけられています。恥ずかしながら自院の消火・避難訓練への初参加は院長に就任してからでした。これが「これぞ本場の火災時に患者・職員の安全が確保できるのか?」というのが率直な感想でした。



連盟 監事 中野 実

### 学芸会のような消火・避難訓練からの脱皮

消防計画書は量も多く、素人には難解で理解しきれず、叱咤時に直ちに役立つとは思えませんし、訓練活動もシナリオに沿った学芸会

活動では患者の救命は火災でシナリオと異なる状況が発生した場合に状況に応じた最善の活動ができるのか、不安も残りました。火災場所の棟棟から多くの

活動では患者の救命は火災でシナリオと異なる状況が発生した場合に状況に応じた最善の活動ができるのか、不安も残りました。火災場所の棟棟から多くの

折しも2018年4月に「一般社団法人日

皆さんにも本ガイドラインを参考に学芸会のような消火・避難訓練から脱皮することを勧めたいと思います。

前橋赤十字病院院長 (A.N)

### 鉛筆

プラスチックによる海洋汚染が問題となっている。海に漂うプラスチック製剤やその砕けたマイクロプラスチックによる海洋生命体への悪影響が最大の課題である。打ち上げられたクジラの内臓からビニール袋が検出されたのは深刻な現実を突きつけた。マイクロプラスチック自体は毒性を有さないが、有毒物質を吸着しやすく、それを取り込んだ魚介類から人にも害が及ぶ。ペットボトルやコンビニ袋、ストローなど大量生産で安価、使い捨ての物が元凶となつている。もはや地球環境への配慮を抜きにしては便利さの追求も成り立たない。使い捨てから循環活用への転換が求められる。医療の世界にも単回使用器具(SUD)の問題がある。SUD製品は利便性、品質の均一性、確実性、などによって、とくに感染予防や安全管理の面で医療製品を席巻している。使い回しという言葉は死語となった。使用後は医療廃棄物として特別に処分されるが、その量と費用等も甚大である。SUDの再利用製品化に関する検討は、まだ製造販売業者への要望段階に過ぎない。医療界としては費用の面からだけでなく地球資源、環境問題の立場からもより賢い視点と知恵が求められる。医療には眼前の患者と同様、地球の命を守る義務がある。

テーマ

高齢者のこれからの生活を考える

医療・介護のかかわり

全国公私病院連盟は10月3日(水)に第30回「国民の健康会議」をヤクルトホール(東京都港区)で開催しました。今年のテーマは「高齢者のこれからの生活を考える」医療・介護のかかわり」で、講師には武久洋三先生、栗原正紀先生、井手麻利子さん、田畑正久先生をお迎えしてお話を伺った後、医事評論家の行天良雄先生の司会で、先の4氏をパネリストに向かえたディスカッションを行いました。今号では、当日の様相を要約して掲載します。(文責事務局)

【意見】それでは、武久洋三先生の基調講演を始めさせていただきます。今年の「国民の健康会議」のテーマは「高齢者のこれからの生活を考える」医療と介護のかかわり」です。高齢者にはい



邊見副会長

【武久】ご紹介ありがとうございます。さて、日本の人口推移をみると、明治維新の頃の人口は3千万人ぐらいでしたが、その後の百年くらいの間に1億人も増えて、今後は逆に減っていきます。人口の減る国は衰退する一方ですから、予算も拡大できる訳がありません。医療費も同じです。

そして、日本の医療の特徴は、どこの病院にも診療所にも自由にいく、外来受診が多い、平均寿命は長いけれども健康寿命は短い、寝たきりが極端に多い、病床数が多い、平均在院日数が長いというところです。

「開く」会議

健康寿命と平均寿命の差は男女とも約10年あります。要するに、この健康なお年寄りを増やしていくというのが政府の方針なのですが、日本は、寝たきりがアメリカの5倍、スウェーデンの10倍もいます。どうしてこんなに多いのか。長く入院しているから、寝たきり率がそのまま平均在院日数の差となっている疑いがあります。

寝たきりは、主に急性期医療の治療中と、治療後の継続入院中に分かれます。高齢者が急性期病院に入院したら、重ければ絶対安静として膀胱に管を入れられ、長い間

リハビリもしないで入院させられる場合が多い。これはどういうことか。急性期病院には介護職の人が少ないので、看護師さんが全て行います。すると、おむつ換えをするのが大変なので膀胱に管を入れられてしまう。これでは本末転倒です。

今現在、急性期病院の入院患者さんの平均年齢は約70歳。要するに、入院患者さんの7〜8割はお年寄り、軽い人である。高齢の患者が救うと、高齢の患者が救急車で急性期病院に搬送されますと、臓器別専門医が治療することになります。しかし、特に後期高齢者だと、さまざまな臓器が悪くなっているため、総合的な治療が必要になってきます。

急性期医療を行う臓器別専門医は慢性期治療やリハビリは得意ではないと思われがちです。そこへ高齢者の入院が8割となってきたらもう大変です。

これからの高齢者の医療と介護

武久洋三先生



一般社団法人 日本慢性期医療協会 会長  
医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

急性期病院から慢性期病院に転院して来た患者さんの多くは、脱水や低栄養、電解質異常、高血糖などの異常をたくさん抱え、治らないままに紹介されてくる。どの程度か調べてみると、貧血の割合は、病院から紹介されて来た人は、自分で来た人の何倍もいて、血糖値が高い人も、圧倒的に病院から紹介されて来た人の方が多い。

アルブミンという栄養の指標を見ますと、普通は3ですけれども、急性期病院からリハビリ病院や慢性期病院に送られて来た患者さんの入院時のデータは1・4とか1・5と低い。残念ながら、紹介状の病名に脱水や低栄養状態であることを書いてくれている病院は7%、血液検査結果が異常値であることを示してきていた病院は1%しかありませんでした。

急性期病院の臓器別専門医の先生は、脱水や低栄養というものに対してあまり意識が高くないと思われがちです。後期高齢者ともなれば、急病になっても若者のようには治りません。病気になる前に低栄養や脱水などになっ

最近、入院して体重が減っていても無頓着なお医者さんが多い。体重が減るといことは栄養不足で、そうすると抵抗力が下がります。高齢者は一度マイナスになると回復が難しい。マイナスは水分やカロリー出納のマイナスで、筋力や精神状態のマイナスも関係してきます。お年寄りでも1日1500Kcalの栄養と1500mlの水分が必要ですから、これを要ですけれども、これを10日間、半分しか摂取できなかつたとする、マイナス7500Kcal、マイナス7500mlとなり

高齢者の生理を熟知していない急性期医療の臓器別専門医により、多くの高齢者が低栄養や脱水になっていることを、厚生労働省はよく知っています。今回の介護報酬改定において、低栄養や脱水などの改善が評価されました。無駄に長い期間入院して、人間の生理を無視して、ある臓器だけを治療することが他の臓器機能の悪化を来たしているという事に気づいていない方がいます。

少し前にこういう例がありました。90歳のお婆さんが熱を出して外来を受診し、気管支炎と診断されたんですが、2日後に容態が急変して入院しました。ここでちゃんと治療したんですけれど

第30回「国民の健康会議」スケジュール

期日：平成30年10月3日(水) 会場：ヤクルトホール(東京都港区東新橋1-1-19)

Table with 5 rows of event details including speaker names, titles, and affiliations. Row 1: 開会 (12:30) 挨拶 今泉 暢登志. Row 2: ①講演 これからの高齢者の医療と介護 講師 武久洋三 先生. Row 3: ②講演 寝たきりにならないためのリハビリ 講師 栗原正紀 先生. Row 4: ③講演 訪問看護ステーションの実際の役割 講師 井手 麻利子 さん. Row 5: ④講演 医療と仏教の協働 講師 田畑正久 先生. Row 6: ⑤聴衆の皆さんとの時間 (4人の講師を囲んで) 高齢者のこれからの生活を考える ~医療・介護のかかわりを中心に~ 司会 行天良雄 先生.

# 第30回「国民の健

2面からつづく

も、転院先の病院で肺炎から心不全を起して、急性腎不全になって亡くなった。お婆さんの家族が訴えて、地裁は医師の過失を認め、1210万円を支払った。初診から転院までの間、積極的な治療がなされなかったことで、肺炎と心不全が発症したか、進展したという判断でした。

そこで我々の16の病院で肺炎を調べたところ、死亡率は約10%。9割の人はよくなって帰っている。ある病院では11%亡くなっていますが、8回かかっても治っている人もいました。高齢者であっても、治るか悪くなるかは、やはり治療による

と、最近、何よりも患者本人の意思がどうなのか、予め話し合いをしておこうということで、アドバンス・ケア・プランニングを盛んに推奨しています。年をとって病気になるって、ご本人は決して入院して来た。90歳で入院して来た。それに對して「あなたはターミナルに近いです。いよいよの時はどうしたいですか?」と毎月聞かれたい。もう生きていく気がなくなりました。治療は結構です」と言われる、言わざるを得なくなるでしょうね。

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団が調査していますが、自分が望む医療について話し合ったことがある人は半数に満たず、治療方法を主体的に自分で決めたいと思っている人が8割近くいて、代理意思決定するのには配偶者という人が最も多かった。我々も奥さんを大事にしておかないと「夫はいつ死んでもいいです」なんて言われる恐れがある。(笑)

東京都の多摩地域の診療所で自宅死をたぐさん診ている新田國夫先生は、「治療の中止には厳しい前提条件を」とおっしゃっています。安易に家族の意向に従うことは絶対にダメだと言っている。では病院はどうしたいのか。私たち医療スタッフは、生きようとする患者の力となって病態を改善させるために最大限の努力をするべきですが、本当に治る見込みがなく、終末が近いと判断したら、私は「介護医療院」に転院して、痛みや苦しみを取り除いて、精神的安定を第一に考えた治療を行うべきだと思います。

介護医療院は、医療と介護と住まいの三つの機能を併せ持った新たな介護施設です。ここでは、短期入院や中長期の入院にも、積極的な治療やターミナルにも対応します。それから、在宅に復帰することもできる。ショートステイ的な機能もあって、いろいろな患者さんを見るのができます。今年4月からできたものですから、まだ数が多くありません。

また、認知症の中等度・高度な患者さんは精神科病院や介護保険施設にもたくさんいます。認知症患者は700万人にも及ぶと言われているので、今後は、認知症専門の介護医療院も必要なのではないかと思っています。

地域には人口5万人ぐらいに一つの地域多機能病院があって、人口20万人に一つぐらいの広域性の急性期病院があって、診療所や自宅、施設、いろいろな地域のケアセンターなどから患者が入ってくる。軽い人はこちから、重くて手術しないと、いけない人はこちへ、ある程度処置が終わって1週間たった患者さんは

こちへ、そしてまた自宅へと帰っていく。このような形(地域包括ケアシステム)が一番いいと言われています。地域包括ケアシステムは、既存の病院を中心として連携を組まないといけません。市町村別だと、ある機能を持った病院がない場合があり、また、地域包括ケアシステムでの医療・介護連携の中心的役割を果たすケアマネジャーも重要です。

在宅医療の99%は慢性期医療ですので、在宅医療でQOLを保ちながら継続するには、病状に変化が見られたらすぐに地域包括ケア病棟や地域多機能病院を受診して治療してもらって、早期に日常に戻る。在宅医療の4機能とは、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、それから看取りです。そして、病院はその地域で評価されなければその将来はない。誰に評価されるかというと、地域住民だけでなく、行政や地域の開業医、福祉施設等々であり、この方々から信頼されれば、その病院の地域での存在は盤石なものになると思います。

これは、患者さんの本意ではありません。また、地域多機能病院は、地域の在宅療養支援診療所のサポート役を担っていかないといいません。今後、病院での治療の必要がない患者さんは早期に退院して、施設入所者や在宅療養患者のある程度の医療ケアは施設や自宅でもやらないといけません。逆に、これらの患者の急変時には地域包括ケア病棟を有する地域多機能病院で受け入れる。このようにすることで、高齢の在宅患者がいきなり高度急性期病院へ行くことを避けるような制度を国としても考えています。在宅医療の4機能とは、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、それから看取りです。そして、病院はその地域で評価されなければその将来はない。誰に評価されるかというと、地域住民だけでなく、行政や地域の開業医、福祉施設等々であり、この方々から信頼されれば、その病院の地域での存在は盤石なものになると思います。

脳卒中になって救急車で大きな病院に運ばれたら、その病院がリハビリ病院に電話をかけて「脳卒中の患者さんが入りました。明日からリハビリの理学療法士が作業療法士を派遣してくれませんか」と、リハビリ病院は「はい、わかりました」と、その病院に職員を派遣します。そうすると、脳卒中になった次の日から集中的なリハビリを受けることができます。こうやって寝たきりをどんどん減らす、そうすると入院ベッドの数もそんなにたくさん要らなくなります。

そうしないと、あと7年の間に400万人も後高齢者が増えますから、ドラスティックに改革を進めなければなりません。我々医療提供者、また介護提供者は誰のために動くのか。それは国民のためです。これから病気になる後期高齢者が、一生懸命して差し上げるのが我々の使命だと思っています。

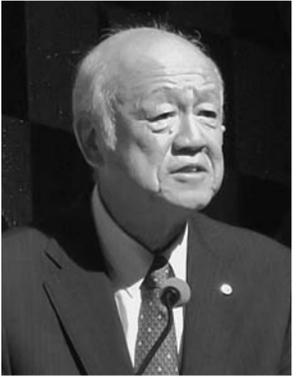
【意見】武久先生、どうもありがとうございます。現在の病院での状況、今後、慢性期医療を充実させることによって日本の医療費を減らすというか、今後の日本の医療をよくしていくという展望をお話いただきました。どうもありがとうございます。

## 今泉会長の開会挨拶

皆様こんにちは。全

時代も終わりを向かえようとしています。私どもが「国民の健康会議」を開こうと思

この「国民の健康会議」は、今回で30回目となります。つまり、平成元年が1回目でした。そして今、平成の



す。以来、一般市民の皆様、その時代に我が国が抱える医療問題、最近では介護問題なども含めて、疑問に思われていることに対して、分り易く理解していただくことに主眼を置いて開催してまいりました。

昨年は、お聴きになられた方も居られるかと思いますが、「認知症を取り上げました。『認知症』の診断名および『そのスケール』の開発者である長谷川和夫先生で本人からの

告白は今も耳に残っております。さて今日の我が国の現況をみますと、国立社会保障・人口問題研究所の推計でも、人口が増えるのは東京都だけ、他の道府県ですべて人口が減っていく

危険な状況と警鐘を鳴らしています。改めて少子化、人手不足が実感されるようになってきました。このように急速に進む少子高齢化、認知症増加を伴う介護・医療必要性の増加、人口減少による人材確保の困難など、現在のこれ等の環境の変化に対応する医療政策も、各医

療圏内の関係各施設が連携し対応していかざるをえない状況下にある訳です。そこで今回のテーマを「高齢者のこれからの生活を考える」、副題として「医療・介護のかかわり」と付けました。

ご来場の皆様もご承知のとおり、今までのような医療や介護を受けることが難しくなっていること、難しい言葉を使えば、社会保障制度の維持ができなくなりつつあること、そういうニュースをご覧になる機会が多いと思います。

「国民の健康会議」の

「国民の健康会議」の

「国民の健康会議」の

## 告白は今も耳に残っております

さて今日の我が国の

現況をみますと、国立

社会保障・人口問題研

究所の推計でも、人口

が増えるのは東京都だけ、他の道府県ですべて人口が減っていく危険な状況と警鐘を鳴らしています。改めて少子化、人手不足が実感されるようになってきました。このように急速に進む少子高齢化、認知症増加を伴う介護・医療必要性の増加、人口減少による人材確保の困難など、現在のこれ等の環境の変化に対応する医療政策も、各医

療圏内の関係各施設が連携し対応していかざるをえない状況下にある訳です。そこで今回のテーマを「高齢者のこれからの生活を考える」、副題として「医療・介護のかかわり」と付けました。

ご来場の皆様もご承知のとおり、今までのような医療や介護を受けることが難しくなっていること、難しい言葉を使えば、社会保障制度の維持ができなくなりつつあること、そういうニュースをご覧になる機会が多いと思います。

「国民の健康会議」の

「国民の健康会議」の

「国民の健康会議」の



# 寝たきりにならないためのリハビリ

## 栗原正紀 先生



一般社団法人 日本リハビリ  
 テーシオン病院・施設協会 名誉会長  
 一般社団法人 是真会  
 長崎リハビリテーション病院 理事長

【園田】第2席の演者の栗原正紀先生は、大学を卒業された後、脳神経外科医になられて急性期を長く経験され、今はリハビリテーション、特に回復期リハビリテーションという分野で頑張られておられます。



園田副会長

栗原先生には「寝たきりにならないために」というテーマでお話いただきます。よろしくお願ひいたします。

【栗原】武久先生のお話は大局的な、ある意味で日本の医療のあるべき姿を示したお話しでした。私の場合は、現場的な話、特に「医療と生活」ということを皆さんと一緒に考えたいと思います。初めに、私が救急医療をやっている時に出会った患者さんを紹介いたします。私の先生みたいなものです。以下、会場に写真を映しながら

この患者さんは交通事故で意識が戻らない状態

で、もう家族には植物状態と言われていました。22歳くらいだったと思います。気管切開があり、左手は固まって伸びない、鼻から管が入っている。私のリハビリの師匠に相談すると「なぜ寝かせている」と言われまして。その頃は「起こすのか？」と思いましたが、他に手だてもありませんので起こしました。

この人は当時の婦長さんですが、優しいから頭を手を添えている訳ではなくて、手を添えないと首がカクンと落ちてしまふから、どんどん起こして、風呂にも入れちゃえと。すると、気管切開がなくなりました。まだホトつとした状態で点滴をしていますが、首が座って落ちなくなりました。当時、この看護師は家族から鬼と呼ばれていました。担当を替えてくれと言われましたが替えてみませんでした。徹底してみんななかかわった。その後、ここまでの状態になったので、リハビリの専門病院に行くまでになりました。いま考えれば、奇跡でも何でもありませんが、当時の状況は

りませんが、当時はびっくりしませんでした。次の患者さんもおなじで、脳脊髄の障害で、何とかギリギリ命が助かった。当時は鼻から管を入れていました。

ご家族に、何とか家に連れて帰りたいので、鼻からの管を止めてくれと言われました。どうしたものかと議論して、管を口から入れることにしました。でも大変なのは毎食、朝昼晩に流動食を口から入れるために管を抜くことです。間歇的経管栄養法といえます。すると、だんだん口がモグモグと動き出しました。そして今、これが家に帰った状態です。全く別人ですね。何を言いたいかというと、「寝たきり」は「寝かせつきり」だということです。頑張ればここまでになる可能性がある。可能性を追求することができるのは、今の時代であればリハビリの専門病院だと思います。

20世紀の後半、慢性期医療と救急医療を典型的に分けていくと、救急医療は何とか命を助けなければいけないという時代が続きました。リハビリは温泉地ややるというのが典型例でした。2000年あたりになると、病院の中は寝たきりがいっぱいいます。これは医療が成り立たないこともあって、大きな転換期が来りました。介護保険制度です。もう一つ、積極的にリハビリをする場として回復期リハビリテーション病棟ができました。これも画期的で、そのことによって、救急医療とリハビリテーションが近づいていて、入院期間も短くなり、リハビリを積極的にやって家に帰ってもらう流れができていきました。

介護保険法第4条の中に、国民は自ら要介護状態になる可能性がある人に対してはリハビリをしなければいけません。残念ながら、一般の国民に徹底して啓発されなかつた。しかもそのリハビリにいかんと言われている。残念ながら、一般の国民に徹底して啓発されなかつた。しかもそのリハビリにいかんと言われている。残念ながら、一般の国民に徹底して啓発されなかつた。しかもそのリハビリにいかんと言われている。

これまで病院は、社会生活から隔離した世界で治療をするイメージづけられていました。生活と全く関係なく、朝から晩まで寝間着でいてもおかしいと感じない。これを抜本的に変えざるを得ません。医療の中にいかに生活という視点をを入れていくかを考えたと思っています。生活視野を入れた新たな医療では、どこかの病院でも基本的にリハビリと栄養

管理が大事だということに共有していただければと思います。これらの考え方を整理すると、今までの絶対安静等々から、「生活の視点をに入れて寝たきりにしない、ならない」ということになります。

◆ 年若い人も、障害があつても、地域社会の一員として暮らし続けられることが我々のリハビリテーションの考え方は、歩けるようになることを積極的に目指すという考え方です。入院した即座に住宅を改修し、車椅子で動けるような環境を設定して退院です。鼻から管を入れておられる人にとっては点滴をしてもら

の友人の医師がバチカンに呼ばれて、日本の実情を述べたら「クレイジー」と言われたそうです。管を入れた人がたくさんいるから。ここで皆さんに質問です。ポックリ逝きたい人は手を挙げてください。大勢いますね。では、私が皆さんに伝授します。手を取った人は「山奥か島で一人で暮らしてください」。あるいは「どんなことがあっても絶対に救急車を呼ばないでください」。これがポックリと逝く方法です。(笑)

日本では、消防に付随した救急システムが充実しています。基本的には津々浦々まで救急システムがちゃんと動くようになっていて、人を乗せた

ら、必死になって死なないうようにせんといかんのが救急隊です。もうピンポンコロリは考えないほうがいいというのが私の提案です。脳卒中で倒れたら迷感がかかるから、そういう理由がとんでもないんです。では、障害を持つ人は世の中の迷惑ですか？。明日は我が身です。そういう世の中ではいけません。

年をとっても障害の有無にかかわらず安心・安全な生活がその人らしく続けられる、そういうところに住みたいと思いませんか。でも誰かがつくってくれる訳ではありません。自分たちでつくる必要があります。そこで、医療や介護の中にリハビリテーションの役割

## 訪問看護ステーションの実際の役割

### 井手麻利子 さん



福岡赤十字訪問看護ステーション  
 管理者(兼)看護副部長 がん看護専門看護師

【今泉】それでは3席目に入ります。井手麻利子さんは訪問看護ステーションで実務をやっています。

ですので、今日は「訪問看護ステーションの実際の役割」ということで、井



今泉会長

手さんのお話を伺いたいと思います。【井手】ご紹介ありがとうございます。

うございます。私からは看護の部分のお話をさせていただきます。訪問看護はどういうことをやるのですかと聞かれた時に、私が「病院の看護師と同じことか？」と「顔をされる人が多くなります」と言っています。寄りのほうに患者さんがいます。24時間対応を求めている、年間20〜40人

の看護もさせていただきます。担当の看護師が携帯電話を持っていて、夜中でも携帯にかければ看護師が対応して、電話だけで済む場合もあります。必要であれば訪問します。リハビリテーションはあくまでもその人の能力をどんどん頑張らせて高めていくことです。どうしても障害が残ってしまうことがありますが、自立できなくなっても一人の社会的存在として、みんなで支え合えば、安心して暮らせる地域ができると思います。(拍手)

【園田】栗原先生、どうもありがとうございます。特に最近増えてきたのが心不全の患者さん。救急車で頻りに来られる人たちの中には、糖尿病、腎不全の患者さんもいます。こういう方たちは病院から帰る時はよく帰りますが、1〜2週間間隔くらいで繰り返して戻ってきます。なぜなら薬は山のように出され、食事の指導もされていますが、家に帰って1人だと、食事はコンビニ、薬はどれがどれだか分からなくなり、飲んだり飲まなかったりです。近くの病院で同じような降圧剤を処方され、2種類一緒に飲んで血圧が下がった、そういうことが起きています。しかし、それは家に行かないと分りません。頻りに救急車で運ばれて来て「またこの人が来た。何で？」ということになります。そこで訪問に入って見えてくるものがたくさんあります。

ですから病院から帰る時に少し不安だと思つた時は、ぜひ先生と相談して「訪問看護指示書」を書いてもらってください。訪問看護に入ってもらって生活習慣を整え、救急車で戻ってくる方を随分と減らさる。ぜひ利用していただきたいと思ひます。先ほど武久先生が体重のことをお話しされましたが、私たちはそういうことも全部管理しながら、病院の先生たちと連携をとって対応していきます。

私たちのステーションは、福岡赤十字病院との連携はもちろん、他とも連携をとっています。開業医の先生で、訪問診療はしないという先生でも、近くだったら行ってくださったりするので、私たちが全面的にバックアップするということが訪問診療をお願いしたりもしています。それでもまた在宅をやるお医者さんが少ないです。ですから利用されている方が「先生がいい」というと、意外と先生は喜んで行ってくれます。そのようにして在宅で診てくれる先生を増やしていきたいです。そして病状が非常に悪い方が頻りに行かなくてはいけない人のところには、訪問診療を専門に行っている先生が対応するのがいいと思います。

訪問看護ステーション  
 5面へつづく

4面からつづく

では、ご自宅で看護を必要としている人のところに行きます。寝たきりの人のところに行くと、いろいろイメージがあると思うのですが、そうではありません。

訪問看護は、基本的に看護師が1人で伺います。体のケアをする時に2人で行かないと難しい場合は2人で伺ったり、1日3回行ったほうがいい場合は1日3回行くとか、そういうプランニングもしながら伺っています。

役割としては、治療と患者さんの生活を結びつけてケアを行います。医療で訪問看護の場合は1時間〜1時間半とかですが、「介護保険」の場合はプランに沿った時間配分になります。病院で看護師がかかわる時間よりはずっと長いです。

私たちは最低でも約30分は患者さんのところにいます。その間に生活や体のことについていろいろ相談を受けます。薬のチェックもします。

そして患者さんの病状や病気を観察して起こり得ることを予測します。訪問看護は、患者さんが悪くなるように、何が原因となるかを一緒に考え、予防する役割もあります。

しかし、訪問看護を利用したいので「明日から来て」と言われても行きません。医師の先生がその人には訪問看護を入れたいほうがいいと思った場合、主治医が指示書を書いて、それから私たちが行きます。

合、主治医が指示書を書いて、それから私たちが行きます。では誰に相談したらいいのか。もちろん訪問看護ステーションに連絡してもいいんですが、病院だったらソーシャルワーカー、介護保険を利用されていたらケアマネジャーがいます。あとは地域包括支援センターに相談に行くとか、要するにいろいろの人に聞いてみる方がいいと思います。

どんな時に利用するか。できるだけ自宅での生活を希望している場合です。また、管が入っているけれど帰っていいと言われる場合、お風呂はどうしたらいいのかなどいろいろあると思うんです。そういった医療処置が必要な場合はぜひ訪問看護を入れていただきたいと思っています。

病院で急性期的治療が終わって、帰宅していいと言われるが少し心配だという場合、自信がなく入院を長引かせてしまうことが多い。そうしているうちに筋肉が落ちてくるので、帰っていいと言われるらその時が帰る時です。

訪問看護というのは看護師が家庭を訪問して、病状観察や療養生活のサポートをします。生活習慣の改善もします。ひとり暮らしの方が家に帰らたら、前の状態に戻ってしまったという場合でも誰かが1週間に1回、2週間に1回来るだけで全然違う。人が来るという

とやはりちょっと片づけのおつかい考えますよね。今週看護士さんが来るので少し頑張ろうと思いうこともあります。認知症があったので家に督促状が来たり、薬が山のようにあったり、それを全部整理して、薬局と連携し、民生委員と連携し、後見人制

度を取り入れたり、いろいろな調整をして地域でネットワークを組んでいいたら、今は何だかんだ言いながらも1人でお過ごしになっていきます。そういうことが可能になる。ご家族が一生懸命に家で面倒を見ておられる場合でも、時々看護師が来て「私たちが1時間ぐら

### 医療と仏教の協働



田畑正久先生  
龍谷大学大学院実践真宗学研究所 教授  
佐藤第二病院院長(大分県宇佐市)

【加藤】 それでは講演としては最後のセッションになります。講師は田畑正久先生です。医療は仏教と、あるいは生老病死とどうかわるか。今



加藤顧問

までの医療・介護・リハビリ・看護のお話とは、少し視点が変わったものになると思います。どうぞよろしくお願ひします。

【田畑】 秋月龍眼という方がいました。この方が埼玉医科大学で哲学を担当されていて、医学部の学生に、皆さんがこれから医療の世界で仕事をするとどういことは、人間が生まれて生きていく上

いいるので、ちょっと買物に行ってください」と言うのと、その時間だけでもリフレッシュできま。そういう役割も果たすことができます。本当に可能性は大きいです。やってみる、トライするということの大切さを私たちは日々在宅で見ているので、ぜひ相

談していただいて、知っていたらいいと思います。(拍手)  
【今泉】 訪問看護ステーションはますます重要になります。今回、井出さんからその仕事の実際を聞くことによって、皆さんに知っていただくことができたと思います。ありがとうございます。

で、必ず老いて病気で死ぬこと「生老病死」にかかわるのです。この生老病死の課題は、仏教が2500年の歴史をもつて取り組み、その解決方法を課題とする訳だから、医療に携わる者は仏教的素養を持つて欲しいと語りかけていました。

皆さん方は、日本の医療現場で宗教を見る機会はないと思いませんか。これは今までの歴史のなごりがあり、明治時代にドイツ医学を取り入れる時に、背景にある宗教性を抜きにして、医学知識と医学技術だけを取り入れて今日に至っています。

世界全体を見ると、多くの国には医療現場に宗教者がいる。日本では、生きていくうちに医療

◆ ◆  
中学の体操の先生をしていただいた星野富弘さんという方は、20歳代で首の頸椎の脊髄損傷で手足が麻痺し、車椅子で生活をしていてキリスト教に出会いました。この人が、命が大切だ、健康が大切だ、障害がないことが大切だと思っていた頃「生きる」のが苦しかった」と言っています。

もう一つ哲学的な思考を紹介すると、フランスの哲学者ポール・ワールは「人生の最後の15年、20年を『廢品』と思わせる文明は挫折している証拠だ」と。高血圧、糖尿病、不眠症で1カ月ずっと通院していた88歳になる患者さんが自宅で意識がなくなり倒れていた。てっきり脳血管障害だろうと脳外科で診たけれども異常がなかった。意識が戻ってきたので聞いてみると、処方した睡眠導入薬をたくさん飲んでいました。

回復して私のところに来て「私なんか役に立たない。みんなに迷惑をかけている。本当ならおぼろげに捨てられてしまふべきなのに、あの時あんなに眠りたかった」と言うのです。役に立たない、迷惑をかけるという考えを

わせる思考をしている私たちのありようを、フランスのポール・ワールは指摘しています。  
老・病・死をどう生きていくかといった時に、量的な視点ばかりではなく、質的視点を考えていくという文化状況が日本にない、いくら長生きしても喜ばない。まさに私の臨床現場で、高齢者の人たちが「年とって何もないことがないね。目は薄くなる、耳は遠くなる、膝は痛くなる、腰は痛くなる」と言っています。

大阪大学の哲学者の教授だった大塚顕先生は、フイヒテの研究をされています。フイヒテは17世紀の哲学者ですが、「死はどこにあるか」といえば、ほんとうに生を見ることのできる人間の死んだ目の中にあるだけである。したがって、人間は死ぬと言っている人は本当に生きていない人で、初めから死んでいる人だ。

あるんです。この後は大塚先生の言葉で、「仏教では『死ぬことは阿弥陀さんにまかしてあります』という人には死はありませぬ」という哲学者の言葉。生きるというものの質、老いるということの人間としての成熟を考えるとおもしろい。

もし、皆さん方があと千年も生きられるとしたら、もう手を挙げて万歳でしょう。あと千年も生きなきゃいけないのかとなる可能性は十分あります。私の従兄弟が49歳で腎臓がんで亡くなったのですが、生前に私は、緩和ケアに移ったらどうかとアドバイスしたら、彼が電話口で「明るい方向が見えないというのはいったまれないんだ」と。まさに戦後教育を受けてきた明るい未来があるということを生きてくるエネルギーにしている私たちがどのように生きるべきか、どう思っていますか。

97歳の女性の患者さんですが、発熱して、ご家族が「このままで大丈夫でしょうか」と。まさに取り越し苦労というか、老・病・死に振り回されていた。

97年間本当に長生きできてよかった、今日もまた命があったと言っている。一日を過ごす世界が、仏教でいう存在の満足という形で教えてくれている世界です。そういう意味で、医療の中で何のための健康で長生きか。多

くの人には食べなきゃ死ぬと思つて頑張つて食べているが、ある宗教者が「食べても死ぬんですよ」と言う。食べることも自分の生きるということをもう少し考えなければいけません。



私には医療が人間を救うか、仏教は人間を救うかという、確かに医療も人間を一時的に救うんだけれども、仏教の世界は本当に救うのではないかと思っております。

【加藤】 どうもありがとうございます。高年齢者のこれからの生活を考えていく原点に戻り、老いあるいは老いの入り口に入った時、長さはなく、質、どう生きるのかという根本的なことをお話しいただきました。この後は、4人の講師を交えたパネルディスカッションです。

た、あとお任せという世界を生きることができると。

会場の皆さんとの時間(4人の講師を囲んで)

# 高齢者のこれからの生活を考える

## 医療・介護のかかわりを中心に



司会

### 行天良雄 先生

医事評論家

【行天】皆様お疲れだと思いきや、これからの大事な時間と考えると、どうぞご協力をお願いいたします。



第30回「国民の健康会議」

主催：全国公私病院連盟 後援：厚生労働省



今月の一冊



出版社：財界研究所  
長 隆 監修

# 病院大連携時代へ

には若い時から積極的な発言と経営力で知られる星北斗理事長(公益財団法人星総合病院、新参者相次ぐ埼玉県で公的病院のリーダーである安藤昭彦院長(さいたま赤十字病院)、真打は医療機関の代表として菊地臣一名誉教授(元・福島県立医科大学理事長兼学長)、この方達が何を語るか概ね予想は立つものの、しっかりと一歩一度再確認し今後の私の活動の羅針盤にしたかったのである。

また、監修者の長隆氏(東日本税理士法人会長、監査法人長隆事務所代表)は総務省や厚生労働省の各種審議会、ワーキングなどで議論してきた仲間(論敵?)でもあり、特に地方の中小病院のあり方検討委員会(目的は、無くし方)検討

委員会のこともあるので要注意)で真つ向勝負をしたこともある方である。

良質な医療と優良な経営が相容れない人口減、財政難に悩む地方公立病院のあり方は約20年前から顕在化していた。しかし4年前の医療介護総合確保推進法で地域包括医療・ケアが国の大方針として確立され、病床機能報告制度により民間病院優遇、公立病院減床の地域医療構想が着々と進行している今こそ、この本を読んでみる価値が増している。本書のChapter3に出てくる厚生労働省医政局の佐藤美幸氏(医療経営支援課長)は最後に読んだ方がよいのでは...彼のフリーフィングを個人的にも会議でも受けたことがあるが、やはり現場のキー

また、この本の多くの部分が人口減が進むなか東日本大震災で追い討ちをかけられた地域、というのもよく理解できる。公立岩瀬病院のフェニックスの再生、特に産科の復活が今後の病院再生・地域再生のヒントにもなり得る。競争より協同の時代はすぐそこに来ているのである。

私が関与した兵庫県立柏原病院と柏原赤十字病院の統合(来年間)、兵庫県立姫路循環器病センターと社会医療法人製鉄記念広畑病院(旧・新日鐵広畑病院)の合併(5年後開院予定)なども成功例となることを願っている。静岡県の掛川市と袋井市、兵庫県の本木市と小野市のように隣接する2つの市民病院の合併は成功し易い一方、高知県のように県立と市立の合併は時代の流れになると思っていたがあまり進んでいない。

この本の著者のような改革者は恐らくは眠れぬ夜が続き、行間には汗と涙が詰まっているということを忘れてはいけない。誰でも可能ではなく、また多くの協力者も必要である。人的資源や財源の再分配からも、今後真つ先に必要ではなからうか。保険あって医療なしや無保険者の激増など、国民皆保険制度の空洞化が目立つ昨今、院長などの病院幹部などだけでなく、自治体の首長や議会関係者、一般市民にも読んでいただきたい一冊である。

推薦者：邊見公雄(全国公私病院連盟副会長、赤穂市民病院名誉院長)

## 全国公私病院連盟 役員会だより

期日 11月28日(水)  
会場 主婦会館

会議の冒頭で、日本看護協会の吉川久美子・常任理事より、日本看護協会が推進している「労働と看護の質向上」報告があった。

【主な報告事項】  
①日病協「診療報酬実務者会議」(11月21日)  
園田副会長と中野監事より報告があった。

【主な協議事項】  
①平成32年度「診療報酬改定要望」の依頼について  
事務局より、平成32年度の診療報酬改定に向けて、要望事項の提出に係る依頼があった。

【主な協議事項】  
①平成32年度「診療報酬改定要望」の依頼について  
事務局より、平成32年度の診療報酬改定に向けて、要望事項の提出に係る依頼があった。

【主な協議事項】  
①平成32年度「診療報酬改定要望」の依頼について  
事務局より、平成32年度の診療報酬改定に向けて、要望事項の提出に係る依頼があった。

### 第21回 病院原価計算セミナー 開催のお知らせ

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31年1月30日(水) 9:55～16:20

会場：CIVI研修センター日本橋(東京都中央区)

|                       |                                             |                                         |
|-----------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 9:00～9:55             | 受付                                          |                                         |
| 9:55～10:00            | 開会挨拶                                        | 全国公私病院連盟<br>会長 今泉 暢登志                   |
| 10:00～11:40<br>(100分) | 病院原価計算の<br>今日的課題とその対応                       | 聖路加国際大学<br>法人事務局長<br>渡辺 明良 先生           |
| 12:40～14:20<br>(100分) | 院内における財務・非財務<br>情報作成・共有の効果<br>A病院の事例と実験結果から | 横浜市立大学大学院<br>国際マネジメント研究科<br>准教授 黒木 淳 先生 |
| 14:40～16:20<br>(100分) | 病院原価計算の<br>考え方と活用事例                         | 済生会熊本病院<br>事務次長<br>田崎 年晃 先生             |

【お問合せ先】全国公私病院連盟 TEL 03-3402-3891 FAX 03-3402-4389

### 第15回 DPCセミナー 開催のお知らせ

全国公私病院連盟では、DPC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31年1月31日(木) 9:50～16:20

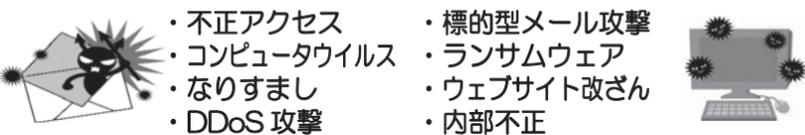
会場：CIVI研修センター日本橋(東京都中央区)

|                       |                                                   |                                  |
|-----------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------|
| 9:00～9:50             | 受付                                                |                                  |
| 9:50～10:00            | 開会挨拶                                              | 全国公私病院連盟<br>会長 今泉 暢登志            |
| 10:00～11:40<br>(100分) | DPC/PDPS導入とその<br>影響 ～大学病院でのDPCデータの活用を中心に～         | 聖マリアンナ医科大学<br>病院教授<br>川瀬 弘一 先生   |
| 12:40～14:20<br>(100分) | DPCデータによる病院マネジメントを考える ～診療情報データを扱う実務者から医療職へ伝えたいこと～ | 山形市立病院済生館<br>医療情報管理室<br>柏倉 夏枝 先生 |
| 14:40～16:20<br>(100分) | 地域中核病院におけるDPC/PDPSの活用 ～経営改善に向けて～                  | 市立池田病院<br>病院総長<br>今井 康陽 先生       |

【お問合せ先】全国公私病院連盟 TEL 03-3402-3891 FAX 03-3402-4389

## 全国公私病院連盟 『医療機関用サイバー保険』 新保険を発売

サイバー攻撃・情報漏えいリスクへの対策は万全ですか？



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

- 顧客情報・機密情報の漏えい
- システム・ネットワーク停止
- 信用力・ブランド力の低下

1契約で上記リスクを包括的に補償

日本において検知されたサイバー攻撃の件数は急激に拡大しており、今後も増加していくものと考えられます。サイバー攻撃は、攻撃者の属性が、愉快犯から国家的活動まで多岐に渡り、攻撃手法も年々複雑化しています。また、サイバー攻撃は日々変化し、自社管理を徹底しても防ぎきることは困難な状況となっております。そこで この度、会員病院向けに『医療機関用サイバー保険』加入募集を始めました。是非、ご検討ください。

＜お問合せ先＞

取扱代理店

引受保険会社

株式会社 公私病連共済会  
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 2-6-1  
食品衛生センター4階  
TEL 03-3402-3934 FAX 03-3402-3940  
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

損害保険ジャパン日本興亜 株式会社  
〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1  
TEL 03-3349-5113 FAX 03-6388-0153  
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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