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。）

全世代型 社会保障改革の方針

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

紹介状なし 大病院受診の患者負担拡大

政府の「全世代型社会保障検討会議」は12月14日に改革の方針を取りまとめ、翌15日の閣議で了承された。最終報告では、紹介状なしで大病院を受診した患者が初診時にしている負担（5000円）を7000円以上に改めるほか、一定の所得（年収200万円以上）がある75歳以上の高齢者が医療機関で支払う窓口負担割合を1割から2割に引き上げる方針が示された。

現行の紹介状なしで受診する場合の定額負担については、①特定機能病院と一般病床200床以上の地域医療支援病院は、現行の選定療養の下で定額の徴収が責務、②定額負担は、徴収する金額の最低金額として、初診は5000円（歯科は3000円）、再診は2500円（歯科は1500円）を設定、③緊急その他やむを得ない事情がある場合は定額負担を求めない―となっている。

定額負担を求めなくても良い「緊急その他やむを得ない事情」にあたるのは、救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者。その他「定額負担を求めなくて良い場合」に、自施設の他の診療科を受診中の患者、医科と歯科の間で院内紹介した患者、特定健診・がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者等が定められている。

今般、「全世代型社会保障検討会議」では、「医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」として検討を進めた。

最終報告では、特定機能病院と一般病床200床以上の地域医療支援病院に紹介状なしで外来受診した場合の定額負担（初診5000円）を地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大することが示された。【図1参照】

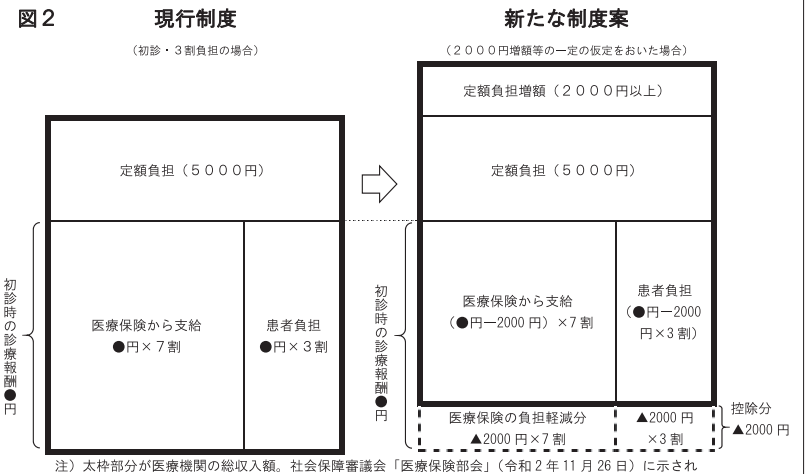
また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（初診の場合2000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充するとしている。【図2参照】

図1　定額負担の対象病院の範囲拡大のイメージ

病院の種類 ／ 一般病床数	特定機能病院（86病院） 地域医療支援病院（607病院）	その他	全　体
２００床以上	現在の定額負担（義務）対象病院 ６６６病院（7.9%） （414病院（400床以上） 252病院（200～399床））	紹介患者への外来を基本とする医療機関 ６６８病院（8.2%） （124病院（400床以上） 564病院（200～399床）） 拡　大	１３５４病院
２００床未満	２７病院（0.3%）	７０３１病院（83.6%）	７０５８病院
全　体	６９３病院	７７１９病院	８４１２病院

注）病床数は一般病床の数で、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点のもの。
全世代型社会保障検討会議（令和2年12月14日）資料をもとに全国公私病院連盟で作成。

図2



注）太枠部分が医療機関の総収入額。社会保障審議会「医療保険部会」（令和2年11月26日）に示された現行制度と見直し案は同額になるという資料を参考に全国公私病院連盟で作成した負担のイメージ。

年頭所感

絆を絶やさずに

一般社団法人　全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

辛丑の年、明けましておめでとうございます。

昨年は、コロナパンデミックにより多くの学会や研究会、我々の連盟と同様に各種の総会、当然ながら同窓会や同門会、県人会なども延期や中止、縮小、オンライン化されてしまった。甲子園の高校野球や鹿児島国体、次の滋賀までもがである。それでも五輪だけは強行？

私が卒業した大学の外科教授も3人のうち2人が退官したが、予定されていた記念の会は中止になってしまった。これはいつか何かと兼ねて行えるかも知れないが、痛恨は90歳で死去された外科の名誉教授の葬儀に極く少数しか集まれなかったことである。遺族の方々の御意向もあったのだろうが、参列したくてあろう方々に病院関係者が多く、四国で通夜や葬儀でクラスターが発生したとの報道直後であったことも大きく影響した。

連盟の仲間であった星和夫先生や高橋正彦先生も家族葬と後で知らされ、お見送りできなかったのも悔やまれる。冠婚葬祭までもが対象とは…。

人と社会の絆、縁、結など繋がりの糸が細くなり今にも切れそうで、私のようなアナログ人間には本当に辛い世の中になってしまった。これが長く続くと団結、纏まりは消えてしまうのではと危惧している。緩んだ紐はなかなか締まらない筈である。

本題に入る。当連盟の今後のあり方についてである。国民の健康会議は中止。これは診療報酬説明会と並んで他の病院団体にはない二大事業の一つである。理事会もハイブリッドの開催が多くなった。せめて役員退任時や就任時等には集まりたいと考えているが、これもコロナ次第であろう。連盟56年の伝統ある組織を何とか守りたいものである。

今回のことは東京の7密（政・官・財・報・法・教・皇）が解消しない限り長引くと思っている。そこで私は、コロナの終息と人生寿命の終息との競争と考え、予防を徹底し移動時間の短縮や自院での業務との両立などの利点も多々あることも判ってきた。今後、毎回東京に集まる会議は減少するのであろう。

また、会長になったらやろうと思っていた事にも支障が出ている。一つは、社会保障に関連した各界のオピニオンリーダーや泰斗の方々に年数回はお話を聞く機会を持ちたいと思っていたが、かなり厳しくなった事である。既にお会いした方ならオンラインでも問題はないのかも知れないが、面識もない異分野、異業種の方々に電話一本、手紙一通ではお願いしにくい。もう一つは連盟賛助会の立ち上げである。各分野の核となりそうな数社に声掛けをしていたが、やはりトップの方に直にお会いしてお願いするのが筋ではと延び延びになっていることである。何か良い知恵があればご教授いただきたい。

特効薬の出現や有効ワクチンの接種普及には少し時間がかかりそうである。コロナさんの弱毒化、草食化が待ち遠しい新年である。それでも希望と夢のあるハッピーな年となりますように!!

（赤穂市民病院名誉院長）

いろ鉛筆

師走に、はやぶさ2のカプセルが宇宙から帰還。久方ぶりの明るいニュースで、技術立国の面目躍如。生物の起源、太陽系の起源に迫るものとして期待されている。暗い世相の中、胸のすく思いだ▼コロナ禍の中の新年。心身のストレスに耐えコロナ診療に奮闘されている方々に、深い敬意と感謝を表します。感染拡大防止と社会経済活動維持のトレードオフ。両立の最適解を導くのは難しいだろうが、政府の司令塔機能には疑問符が付く。効果的な経済補償、緊急の医療支援、行動制限の判断などがtoo lateであったのは否めない。春先には医療崩壊阻止が最優先命題であったが、徐々にその意識が薄らいで数倍の流行になり、現場は苦境に陥った。常に医療キャパから逆算しつつ社会的対策を講じ、当面付き合っていくしかない▼医療体制の脆弱性も浮き彫りにされた。貧弱な感染検査体制、重症者対応の施設・人材の不足、等。緊急時に備え平時から医療に余裕が必要だが、それには国主導のオペレーションと支援が欠かせない。喉元を過ぎないうちに早々に、行政、医療界ともども昨年の検証を行い今後に生かしてほしい。さて、ワクチンが人類の救世主になりえるか。　（S・S）

を迎えて

令和3年は新型コロナウイルス感染症を克服できるか

公益社団法人　全国自治体病院協議会
会長　**小熊　豊**

新年あけましておめでとうございます。令和3年が始まりましたが、皆様、相変わらず新型コロナウイルス感染症（コロナ）対応に、お忙しい日々をお過ごしのことと存じます。

昨年はコロナに振り回された1年でした。国内パンデミック第1波の発生以来、第2波、第3波と流行し、第1波では緊急事態宣言が発せられて比較的早期に収束し、第2波では若年中心の軽症者が多かったため油断が生じたのか、第3波ではGoToキャンペーンなど経済対策を重視し、政府と専門家会議との意思疎通の問題も取り沙汰され、大流行を来しました。感染拡大防止と経済活動の相反する2つの命題に、まさに翻弄されたと言って良いと思います。

この間、全てのコロナ患者受入れ病院では、院内のゾーニングを行い、一般医療を圧縮し、看護職員等を感染症体制に再編して、懸命に対応に当たって参りました。PPEが不足し、医学的知識に乏しい新興感染症に、自らの危険性を顧みず懸命に治療に取り組んでいただけましたこと、過酷な負担に耐え黙々と業務に取り組んでいただいたこと、心から感謝と敬意を表させていただきます。住民からは感謝の声や支援の動きをいただき、我々の誇りに繋がっています。このことは我々病院勤務者のみでなく、診療所や介護保健施設、保健行政に携わる方々にもそっくり当てはまるところで、ご苦労に頭の下がる思いです。

現在、ワクチンの生産が外国企業を中心に取り組まれています。いずれも有効率が高く、副作用が少ないと言われておりますが、異例の扱いで対応しようとしており、作用機序、使用量、有効期間、副作用等々、十分に聞き及んでいない所もあって、期待を寄せていいのか半信半疑の状態です。治療薬に関しても種々開発が進んでいると聞いていますが、WHOではレムデシビルの使用が有効性に繋がったとは報告していません。反面、コロナ対応にステロイドや抗凝固剤等と組み合わせて有効であり、生存率の向上に寄与しているという話も耳にしています。いずれにしろ、まだまだ治療薬の開発には時間がかかるようです。

令和3年がこうした課題を克服し、コロナ撲滅のターニングイヤーになることを強く願っています。適切な治療法、予防法が確立するまで、我々は感染予防を徹底し、可能な限りの体制でコロナに向かわなければなりません。皆さんの引き続いてのご活躍をお願い致しますとともに、今年1年が皆様方にとりまして幸多き年になりますことを、ご期待申し上げます。

（砂川市立病院名誉院長）

たゆたえど、沈まず

一般社団法人　岡山県病院協会
会長　**難波　義夫**

新年あけましておめでとうございます。

昨年は、コロナ禍に世界中が翻弄された一年でした。いまだ、先行きが見通せない状況だと思います。最初は、東京、大阪をはじめとする大都市中心でしたが、人の交流の再開に伴い、地方での感染者数の増加、クラスターの発生が広がってきました。岡山県でも、夜の町から始まり、病院、施設、事業所でのクラスターの発生が起こりましたが、病院間の連携等で医療のひっ迫状態は今のところ（11月中旬）回避できているようです。コロナ禍は今後も長期化のようで、自殺者増加数のほうがコロナ関連死より多いということですので、国も簡単には大胆な社会活動の抑制には踏み切れないのでしょう。

このような状況で、患者さんの受診のありようも変わってきており、地域医療構想、働き方改革、医師の偏在、人口減少等の対応を真剣に考えなければなりません。

表題の言葉ですが、フランスのパリ市の標語で、市章に併記されており、ラテン語で書かれていますが、「揺れはするが沈没はしない」ということらしいです。市章は波の上に帆船が描かれており、パリを一つの船に例えて、不安定で揺れはするが決して沈没はしないということです。

パリは長い間、多くの支配権下で人間の争いが続き、時には栄え、時には廃れかけたり、最近では第二次世界大戦でナチスに4年間占領されました。それでもパリは世界一流の都市であり続けたのです。「沈みさえしなければ、前に進める、揺れたっていいのだ」ということでしょう。

ナチスがパリを去るとき、ヒットラーはコルティッツ将軍にパリの街が次第にカラーになって映りだされるというすてきなエンディングの映画になっています。

医療の世界も、非常に厳しい時代になっていきそうで、適切な対応をしないと今まで培った制度がとんでもない方向に行ってしまいそうです。どんなに揺らされようとも、沈むことなく前に進みたいものです。

（医療法人社団同仁会　金光病院　理事長・院長）

コロナ禍の新年に思う

日本赤十字社病院長連盟
会長　**石川　浩三**

令和3年の新春を迎え、謹んでお慶び申し上げます。

昨年は、新型コロナ感染症に始まり、感染症対策とその対応に明け暮れた一年でした。誰もが過去に経験したことのない禍なので、如何に対策を講じるか、行政も、医療機関も、国民も、正解がわからないままに、それぞれが試行錯誤で努力してきました。

緊急事態宣言により、一定の効果が検証できた半面、経済への影響も甚大でした。人の移動や複数名での飲食による感染拡大リスクについては誰もが認識しているものの、そのコントロールは極めて難しいことです。

政府や都道府県はもちろんのこと、我々病院はなお一層厳しく行動制限に取り組まなければなりません。個人の自由を守る一方で、医療人としての自覚を持ち行動自粛を責務と考えてほしいものです。各施設で、職員の行動制限ルールを提示し、経時的に見直すことが必要だと思います。

新型コロナ患者の受け入れで医療提供体制にも影響が出てきました。以前は感染症指定病院で完結していた感染症体制でしたが、今回はその他の病院・診療所を含めたほとんどすべての医療機関が関与して、それぞれの機能を分担しています。

ここで大切なことは、新型コロナ以外の一般診療や救急体制を堅持するために、施設ごとの医療機能の明確化とスムーズな医療連携システムの構築だと考えます。そこには、無症状あるいは軽症患者を入所させる宿泊施設も含まれます。11月から実施された、かかりつけ医による発熱者の診療・検査医療施設の設置と電話相談の有効活用および入退院調整（コントロール体制）が行政機関と医療機関の協力の下でより一層充実されることが望まれます。

医療経営への影響は言うまでもありません。令和2年度は、設備整備や空床補償などの補助金がある一定額補填されますが、行政も限られた財源の中で、いつまでも期待できるものではないでしょう（もちろん、補助に対する要望は声高に継続していかなければなりません）。

各病院で、今後のウィズコロナあるいはビヨンドコロナ時代を生き抜くための戦略が必要です。以前と同じ患者数とくに新入院患者数が見込めるのかしっかり検証して、診療科別の必要病床数を見直し、結果として病床削減（ダウンサイジング）とそれに伴う人員削減をも考慮すべきかもしれません。

しかし、今回のような感染症や災害に対応するための予備機能を確保するとなると、なかなか舵取りは難しい状況です。

新型コロナに負けない新たな医療体制の下で、各病院の診療・経営の体力が強化され、新たな光が望める年になりますようご祈念申し上げます。

（大津赤十字病院院長）

病院医療へのエール

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。

新型コロナウィルス感染症のパンデミックで全世界が大きな痛手を受けました。しかも未だにその終息に至っていません。患者数の減少や検査、手術、健診等の落ち込みに加え、院内感染や職員の感染による病院機能停止の危険性など、病院医療はかつてないほどの危機的状況に直面したままです。

その病院で献身的にコロナと戦う医療者の姿は人々の心を打ち、多くの感謝・支援が送られ、病院が社会保障の要であることへの理解が深まりました。まだまだ予断を許さない状況ですが、院内感染や職員感染を防止して任務を果たして頂きたいと願うものです。

従来、広域拡大感染症への対応は国・公立、公的病院の役割とされ、感染症指定病院が決められてきました。しかし今回の新型コロナのような未知で感染力の強いものに対しては、その枠組みだけでは対応し切れず、感染拡大初期から混乱を生じてしまいました。

今回のコロナ感染症患者受け入れ実績を病院機能別にみると、急性期病床を持つ病院の30％、二次救急病院の31％、三次救急の86％、ICUを有する病院の75％でありました。公私の別では国・公立の367病院、公的の519病院に対し民間病院は380病院であり、民間では受け入れ可能とした病院の76％が受け入れており、いずれも公立、公的と遜色ない数値でありました。重傷者でオーバーフローを起こしかねない指定病院等を懸命にバックアップした姿が浮かび上がります。

レスピレーターやECMOを使用するような重傷者に対応できる病院は感染症指定病院の他に三次救急レベルやICU機能を有するところとなりますが、医療体制として

（3面に続く）

謹賀新年
全国公私病院連盟

令和3年元旦 新春

新型コロナウイルス感染症への取り組みを通じて 地域医療を守る

全国厚生農業協同組合連合会
経営管理委員会会長 山野 徹

令和3年の新春を迎え、謹んでお慶び申しあげます。

JA組合員ならびに地域住民の皆様方には、日頃よりJA厚生事業にご理解とご協力を賜り厚く御礼を申しあげます。

昨年から、新型コロナウイルス感染症が世界各地で猛威を振るっております。新型コロナウイルス感染症に罹患された方々にお見舞い申しあげますとともに、亡くなられた方々のご冥福を心よりお祈り申しあげます。

また、全国の医療機関で働く皆様におかれましては、感染予防対策、コロナ患者の受入対応等で、大変な状況が続いているかと存じます。日々奮闘する皆様のご苦労に心より敬意を表しますとともに、同感染症の一刻も早い収束を願っております。

JA厚生連では、新型コロナウイルス感染症の国内発生時から多くのコロナ患者を受け入れてきました。その一方で、経営面では厳しい状況に追い込まれています。受診控えや予定入院の延期等によって、入院患者・外来患者ともに大きく減少したほか、各種健診活動の中止等により、健診受診者数も大幅に減少しました。とりわけ、コロナ患者を受け入れている病院は、受入れに伴う風評被害も相まって、大変厳しい状況となっております。

こうした状況をふまえ、JA全厚連では、厚生連の経営支援を最重要課題に位置付け、様々な活動を行ってきました。

特に、補助金の獲得や福祉医療機構からの優遇融資について、各厚生連の担当者と緊密な連携を行うとともに、各厚生連の情報を収集し、好事例の紹介を行いました。これらの取り組みによって一定の経営改善の兆しが認められるものの、経営上の損失を補うにはまだ十分でないことから、引き続き補助金獲得のための要請活動等を行っていくこととしています。

要請活動については、各医療団体とも連携して行っており、昨年4月、地方に多くの病院を有する6団体で構成する「地域医療を守る病院協議会」として要請を行ったほか、7月には、JA厚生連と同じ公的医療団体である日本赤十字社・社会福祉法人恩賜財団済生会と連携し、厚生労働省等へ要請活動を行いました。

こうした要請活動等を通じて、少しずつではありますが、医療機関に対する支援も拡充されつつあると感じております。各医療団体が連携し、医療現場の窮状について、引き続きしっかりメッセージを発信していくことが重要であると考えます。

令和3年においても、当面は新型コロナウイルス感染症への対応が大きな課題になるかと思いますが、JA全厚連役職員一丸となって地域医療を守るため、しっかりとした取り組みを進めてまいる所存ですので、引き続き、皆様方におかれましても、より一層のご理解とご協力を賜りますようよろしくお願い申しあげます。

新型コロナウイルス感染症の早期収束を願う

全国済生会病院長会
会長 園田 孝志

新年明けましておめでとうございます。令和3年となりました。

令和2年は新型コロナウイルス感染症の拡がりによって年頭には想像もしなかったひどい状況になりました。晴れの舞台となるはずだった東京オリンピックが延期されたのをはじめ、様々なイベントが予定通りあるいは従来通りには実施できませんでした。個人一人一人にも、仕事から余暇まであらゆる場面の生活様式に制約と変化がもたらされました。

病院も大きな影響を受けました。重点医療機関あるいは協力医療機関として、コロナウイルス感染症患者や疑い患者の対応にあたった病院では、病床を確保しつつ、手術などの高度医療を控えました。職員や患者さんにコロナ感染者が出た病院も大きな影響を受けたのは勿論です。

患者さんの受診行動にも大きな変化がありました。感染を恐れたり、緊急性や必要性が低いと自己判断したりで、著しい受診抑制がおこり、入院外来とも患者数が大きく減少しました。結果として経営面では大きなマイナスが生じています。

これに対し、国は補正予算を立て支援策を講じました。実行する都道府県の判断や対応は一様ではありませんが、年度半ば過ぎからその効果は行き渡りつつあります。済生会でも9月以降経営指標は改善に向かっていますが、まだまだ深刻な状況にあります。今後も、コロナ感染症の影響がある限りは支援策が継続されなければ病院経営の維持は極めて難しいに状況あると感じています。

コロナ感染症の影響は医療分野は勿論のこと広範囲に及んでいます。業種によっては影響は極めて深刻で、そのため多くの人が職を失ったり、給与が減少したりしています。生活の基盤が大きく揺らぐことになっています。特に女性や非正規雇用者にしわ寄せがきているとのデータもあり、自殺者数が前年を大きく上回っています。

社会福祉法人である済生会には、生活困窮者のための無料・低額診療制度があります。また、なでしこプランという生活困窮者支援制度も持っています。これらの制度や雇用の場を用意することでコロナ感染症の影響で困窮されている方を支えることができればと感じています。

令和2年終盤に米英で新型コロナウイルス感染症に対するワクチンが認可されて接種が始まりました。今後国内でも接種が始まります。副作用もなく予防効果が発揮され、コロナウイルス感染症が一日も早く収束するように心より願います。

彩りや潤いのある日々が戻ってくることを期待して新年の挨拶とします。

（済生会唐津病院院長）

日常診療における感染症への備え

全国公立病院連盟
会長 石原 淳

新年あけましておめでとうございます。

全国公立病院連盟では、令和2年度の総会を市立東大阪医療センター（院長　辻井正彦先生）のお世話になり11月26日に大阪市で開催予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の急拡大を受け、開催直前に中止を決定しました。このような時こそ会員が一堂に会し明日からすぐに役立つ知識を共有したいとの思いで現地開催にこだわってきましたが、結果として参加を予定していただいた皆様には大変ご迷惑をおかけしました。新年早々ですが、この場を借りてお詫び申し上げます。

さて、感染症の医療提供体制の確保に関しては、国が感染症法に基づき定める「基本指針」に即して各都道府県が「予防計画」を策定し、感染症指定医療機関の整備や感染症患者の移送体制の確保等を行う取組が進められています。また、地域の医療提供体制の確保に関しては、国が医療法に基づき定める「基本方針」に即して各都道府県が「医療計画」を策定し、5疾病5事業（２０２４年度からの第8次医療計画では6事業か?）に関する医療連携体制構築等の取組が進められています。

これらの取組は、今回のＣＯＶＩＤ−19パンデミックを機に、新興・再興感染症の感染拡大を想定し議論されているものです。今後の災害的な感染拡大に備えることは極めて大事なことですが、その前提として、改めて平時の感染症対応のあり方について見直す必要があると感じます。

どこの病院でも一般感染症は日常的に全ての診療科で対応しており特別なものではありません。病棟では季節性インフルエンザやノロウイルス感染症で悩まされる季節もあり、水痘や麻疹などの空気感染症の院内発症で病棟閉鎖をせざるを得ないこともあります。多剤耐性菌や結核の疑いについても注意が必要です。しかし、外来や病棟における感染症のリスクについて充分に意識し配慮されている施設は意外に少ないように思います。院内感染防止のためには、感染症指定医療機関でなくても、感染症対応病床を一定数設置し日常的に積極的に使用すべきであると考えます。

ＣＯＶＩＤ−19市中感染の拡大に伴い、全国の多くの病院では一般床で患者を受け入れています。各病院では感染防止対策を整え、ＰＰＥの不足も解消されていると思いますが、残念なことに医療施設でのクラスター発生が頻発しています。感染症指定医療機関においても多くの患者を一般床でも受け入れており、このフェーズになると感染症指定医療機関の感染症専用ベッドと感染症を専門とする医療者だけでは業務が成り立ちません。パンデミックに迅速に対応するためには、今後より多くの急性期病院において感染症対応病床を整備するとともに平時から使用し、人材の育成も計ることが必要なのではないでしょうか。

（横浜市立市民病院院長）

（2面から続く）

は急性期機能を持つ民間病院が欠かせない構造が浮かびあがります。これまで進められてきた地域医療構想に広域感染症対策が抜けていたことが指摘され、俄かに構想の見直しが叫ばれています。

この点に関しては既に平成25年、ＳＡＲＳを対象とした新型インフルエンザ特別措置法が制定され、パンデミック時医療体制の策定もなされていましたが、今回の経験・反省を踏まえ体制を見直し、感染症指定病院から協力病院、受け入れ可能病院と整備し、しかも平時医療活動を阻害しない柔軟性のある医療体制を再構築する必要があります。そして個別病院においてもまた経営負担とならないようなＩＣＴなど感染対策活動や人員確保が必要です。診療報酬を唯一の資源とする民間病院にとって、現状では全く余裕がなく、上記を踏まえた見直しを望むものです。

長年の懸案となっている消費税問題の速やかな解決を含め、社会保障の基盤である病院が常に健全で余裕を持った活動を出来るように社会的理解と財政的支援を望みます。

（公益財団法人日産厚生会　玉川病院理事長）

謹賀新年
株式会社
公私病連共済会
代表取締役　遉見 公雄

今月の一冊

『もっとよくわかる！医療ビッグデータ』と『安藤忠雄　仕事をつくる―私の履歴書―』

今月の一冊目は『もっとよくわかる！医療ビッグデータ　オミックス、リアルワールドデータ、AI医療・創薬』。オンライン診療やゲノム医療、AI創薬など今回の新型コロナウイルスの世界的パンデミックスにより一段と重要性が深まり、進展のスピードが早まっている分野に関する本である。拙著の本のお返し的に著者の田中博東京医科歯科大学名誉教授からいただいたものである。

『もっとよくわかる！医療ビッグデータ』
田中　博／著
羊土社／刊

地域医療福祉情報連携協議会会長でもある著者とはその関係で親しくさせていただいていたが、先進医療の大家であることは退官記念式典での業績紹介や論文の一部でしか知らなかった。

ゲノムオミックス医療やゲノムコホート型バイオバンク、DNAマイクロアレイ、次世代シーケンサー、eMERGE計画、アイスランドのGCPR（遺伝子情報）データベース、ディープラーニングと自己符号化…。皆様はこのうちのいくつお判りであろうか？

『安藤忠雄　仕事をつくる―私の履歴書―』
安藤忠雄／著
日本経済新聞出版社／刊

とにかくゲノムなどは私の医学部卒業後に現れた学問で、アナログ人間の私では辞書を片手に一日に数ページしか進まない日もあり、久しぶりに骨の折れる頭の痛い本であった。チェスや囲碁の世界にはAIとディープラーニングが強い影響を及ぼしているが、我々医療界も先進医療とかAIによる医用画像診断、創薬などはポジティブに受け入れざるを得ない状況なのであろう。

少々難解ではあるが、ビッグデータやゲノムなどの最前線の状況の一端はご理解いただけるものと思う。是非お読みいただきたい、或いは飾っておくだけでもいい一冊である。

端から一冊目は読みたくないと思われる方や一冊目で疲れた方のために、元気の出る一冊をご紹介したい。安藤忠雄さんの『仕事をつくる』。彼の履歴書である。

彼の母の生家との養子縁組、そこでの祖母の躾、喧嘩に明け暮れた幼少時代、双子の弟の後を追ってプロボクサーデビュー、中学校の数学の先生との出会い、旅の重要性、特に建築行脚、大阪の財界人や80年代の文化人との交流、出世作である住吉の長屋や直島の地中美術館、事務職員や家族、犬とのエピソード、阪神淡路大震災の経験。更には次世代の子供達や学生に対する愛情と教育への熱意、エール大学や東京大学での経験と感想も記されている。代表作の建物の写真を見るだけでも楽しい。

とにかく東京や権威に阿（おもね）ない姿勢や人生哲学には共感でき、最近の新型コロナでその弊害が露わとなった7密一極集中の東京人にも読んでほしい本である。建築家として独学で生き抜き、膵癌で上腹部の内臓をほぼ切除した後もトークショーで2時間座らずに語る姿とともに、一言一句が腑に落ちる一冊でもある。

余談ではあるが、乳頭部腫瘍と膵頭十二指腸切除、その数年後の膵全摘を執刀したのは私の後輩である北野病院副院長寺嶋宏明先生。このことは安藤氏本人もトークショーなどで言っているので守秘義務違反の御指摘はご容赦を。

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

外来における小児診療等に係る評価

中医協の「総会」が12月14日に開催（持ち回り開催）され、以下の対応が了承されましたのでお知らせします。

◇　◇

1．外来における小児診療等に係る評価

感染予防策の実施について、成人等と比較して、

・親や医療従事者と濃厚接触しやすいため（抱っこ、おむつ交換など）、感染経路が非常に多く、感染予防策の徹底が重要であること

・訴えの聴取等が困難であり、全ての診療等において、新型コロナウイルス感染症を念頭においた対策が必要であること

などから、より配慮が求められる6歳未満の乳幼児への外来診療等に対する評価が必要

↓小児特有の感染予防策（※）を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に▽医科においては、100点▽歯科においては、55点▽調剤については、12点　に相当する点数を、特例的に算定できることとする。※「小児の外来診療におけるコロナウイルス感染症2019(COVID－19)診療指針」を参考に感染予防策を講じた上で、保護者に説明し同意を得ること。

2．新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援

新型コロナウイルス感染症の回復後においても、感染対策を実施するための体制整備が必要

↓新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を3倍に引き上げる。

※これまでの臨時特例　二類感染症患者入院診療加算（1倍）250点↓今回の見直し　二類感染症患者入院診療加算（3倍）750点

訃報

高橋正彦先生ご逝去

高橋正彦先生

全国公私病院連盟の名誉会長、高橋正彦先生（JA茨城県厚生連　茨城西南医療センター病院名誉院長）におかれましては、令和2年11月24日にご逝去されましたので謹んでお知らせ申し上げます。（享年78歳）

高橋先生には、平成19年6月に本連盟の常務理事にご就任いただいて以来、平成23年10月から副会長、その後、平成24年12月9日に篠原寛休会長が急逝されましたことに伴い、平成25年2月に本連盟の会長にご就任いただき、ご指導を賜りました。

その後、平成28年6月に会長の職を今泉暢登志先生に引き継がれた後は本連盟の名誉会長としてご指導を賜りました。

高橋先生の生前のご功績を偲びご冥福をお祈り申し上げます。

全国公私病院連盟　役員会だより

期日　12月11日（金）オンライン会議
時間　午後2時～4時

会議の冒頭で邉見会長より、高橋正彦名誉会長のご逝去について報告があり、役員一同で黙祷を捧げた。

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」（11月18日）
中野監事と園田副会長より報告があった。

②日病協「代表者会議」（11月27日）
富所副会長と邉見会長より報告があった。

③日病協「診療報酬実務者会議」（12月9日）
中野監事と園田副会長より報告があった。

④小熊副会長からの報告
小熊副会長より、「第29回地域医療構想に関するワーキンググループ」（11月25日）の報告があった。

⑤邉見会長からの報告
邉見会長と小熊副会長より、「第15回国民医療協議会総会」（12月2日）の報告があった。

⑥「コロナ・感染症対策特別セミナー」（11月19日）開催結果

【主な協議事項】

①病院診療報酬対策について
②医療保険制度等対策について
③医療提供体制対策について
④介護保険制度対策について

①～④について事務局より説明があり協議した。

その他、新型コロナウイルス感染症対策等について情報交換をした。

以上

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

＜お問合せ先＞
取扱代理店　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　食衛生センター４階
TEL03-3402-3934　FAX03-3402-3940
（受付時間：平日の午前９時から午後５時まで）

引受保険会社　損害保険ジャパン　株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL03-3349-5113　FAX03-6388-0153
（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までお問合せください。

SJNK19-04282　2019/07/18

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。）

緊急事態宣言再び

コロナ患者の入院受入病院を支援
更なる病床の確保で加算を追加

新型コロナウイルス感染症が急速に拡大して医療提供体制が逼迫していることを受け、菅首相は1月7日に記者会見を開いて緊急事態宣言を再発令することを表明した。昨年春の緊急事態宣言に続き2度目。緊急事態措置を実施する区域は、感染者数が急増している東京都・神奈川県・埼玉県・千葉県で、期間は1月8日（金）から2月7日（日）までの1カ月間。

菅首相は記者会見で、「一貫して大事なのは医療体制です。必要な方には必要な医療を提供いたします。病床がひっ迫する1都3県において、コロナ対応の病床を大幅に増やすことができるようにします。このため、民間病院を始め、新たに対応病床を増やしていただいた場合には、1床当たり450万円の補助を従来の支援に上乗せして実施をします。これにより、重症者の病床であれば、1床当たり約2000万円の強力な支援が行われます。また、各知事の要請があれば、自衛隊の医療チームがいつでも投入することができるように、万全の体制を整えております」と述べている。

◇　◇

政府は昨年12月25日、新型コロナウイルス感染症が拡大して受入病床が逼迫してきたため、受入病床と人員を確保するために令和2年度予備費から2693億円を支出して重症病床等の緊急支援をすることを閣議で了承した。確保した病床数に応じて、①新型コロナ患者の重症者病床は1床当たり1500万円、②新型コロナ患者のその他の病床は1床当たり450万円、③協力医療機関の新型コロナ疑い患者病床は1床当たり450万円―を上限額として補助をする。補助の対象となる経費は、令和2年12月25日から令和3年3月31日までにかかる以下の①と②の経費。

①**新型コロナ対応を行う医療従事者の人件費（新型コロナ対応手当、新規職員雇用にかかる人件費等、処遇改善・人員確保を図るもの）**

▽①により、新型コロナ患者の入院受入医療機関が新型コロナ対応を行う医療従事者の処遇改善・確保に取り組む。

▽新型コロナ対応手当の額、支給する職員の範囲は、治療への関与や院内感染・クラスター防止の取組への貢献の度合いなどを考慮しつつ、医療機関が決定。

②**院内等での感染拡大防止等に要する費用（消毒・清掃・リネン交換等委託、感染性廃棄物処理、個人防護具購入等）**

▽②により、消毒・清掃・リネン交換等の委託料に活用することが可能。看護師等の負担軽減の観点から、医療機関は、これらの業務を民間事業者に委託できる。

▽②の経費は、補助基準額の3分の1を上限。例えば、補助基準額が7500万円の場合、②の経費への補助金の使用は2500万円が上限となり、補助基準額の補助を受ければ、①の医療従事者の人件費への補助金の使用は5000万円以上となる。

▽新型コロナ対応手当の額、支給する職員の範囲は、治療への関与や院内感染・クラスター防止の取組への貢献の度合いなどを考慮しつつ、医療機関が決定。

②**院内等での感染拡大防止等に要する費用（消毒・清掃・リネン交換等委託、感染性廃棄物処理、個人防護具購入等）**

▽②により、消毒・清掃・リネン交換等の委託料に活用することが可能。看護師等の負担軽減の観点から、医療機関は、これらの業務を民間事業者に委託できる。

▽②の経費は、補助基準額の3分の1を上限。例えば、補助基準額が7500万円の場合、②の経費への補助金の使用は2500万円が上限となり、補助基準額の補助を受ければ、①の医療従事者の人件費への補助金の使用は5000万円以上となっていた。

そして今回、2回目の緊急事態宣言の発令に伴って前述の交付要綱が改正され、緊急事態宣言が発令された都道府県において緊急的に新たに受入病床を確保する場合に450万円を加算する追加措置が講じられた。緊急事態宣言は大阪府・京都府・兵庫県・愛知県・岐阜県・福岡県・栃木県にも発令され、対象は11都府県に広がっている。

なお、1月13日、緊急事態宣言の発令に伴って前述の交付要綱が改正され、緊急事態宣言が発令された都道府県において緊急的に新たに受入病床を確保する場合に450万円を加算する追加措置が講じられた。緊急事態宣言が発令されていない都道府県においても新規割当分についての加算がある。

更なる病床確保のための新型コロナ患者の入院受入医療機関への緊急支援（＋加算措置の追加）

○　感染者の急増により、新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫し始めている中で、さらに必要となる**新型コロナ患者の受入病床と人員を確保**するため、今年度中の緊急的な措置として、**新型コロナ患者の受入病床を割り当てられた医療機関に対して、新型コロナ対応を行う医療従事者を支援して受入体制を強化するための補助**を行う。（国直接執行）

1．対象医療機関

○ 病床確保計画の最終フェーズとなった都道府県又は病床が逼迫し受入体制を強化する必要があると判断した都道府県が、国に申し出て、国が認めた場合、当該都道府県において新型コロナ患者・疑い患者の受入病床を割り当てられている医療機関

・緊急事態宣言が発令された都道府県は国への申出が不要。
・都道府県は、病床が逼迫する地域に限定して、国に申し出ることも可能。
・医療機関は、申請時点で確保病床の病床使用率が25%以上であること※。医療機関は3/31まで、都道府県からの患者受入要請を正当な理由なく断らないこと。医療機関は2/28までに申請を行うこと。
※ 令和2年12月25日以降新たに割り当てられた確保病床は除く。新たに割り当てられた確保病床は補助の対象。

2．補助基準額

○ 確保病床数※に応じた補助（①～③の合計額）
① 新型コロナ患者の重症者病床数×1,500万円
② 新型コロナ患者のその他病床数×450万円
③ 協力医療機関の疑い患者病床数×450万円
※ 令和2年12月25日から令和3年2月28日までの最大の確保病床数

＋

〔令和3年1月7日付けの交付要綱改正〕
○ 緊急事態宣言が発令された都道府県において、緊急的に新たに受入病床を確保する観点からの加算
（今般の予備費の適用以降新たに割り当てられた確保病床数（新型コロナ患者の重症者病床数及びその他病床数）※1）×450万円の加算　※2
※1 令和2年12月25日から令和3年2月28日までに新たに割り当てられた確保病床
※2 緊急事態宣言が発令されていない都道府県も新規割当分について300万円の加算

3．対象経費

○ 令和２年12月25日から令和3年3月31日までにかかる以下の①及び②の経費

① 新型コロナ対応を行う医療従事者の人件費（新型コロナ対応手当、新規職員雇用にかかる人件費等、処遇改善・人員確保を図るもの）
・①により、新型コロナ患者の入院受入医療機関が新型コロナ対応を行う医療従事者の処遇改善・確保に取り組む。
・新型コロナ対応手当の額、支給する職員の範囲は、治療への関与や院内感染・クラスター防止の取組への貢献の度合いなどを考慮しつつ、医療機関が決定。

② 院内等での感染拡大防止等に要する費用（消毒・清掃・リネン交換等委託、感染性廃棄物処理、個人防護具購入等）
・②により、消毒・清掃・リネン交換等の委託料に活用することが可能。看護師等の負担軽減の観点から、医療機関は、これらの業務を民間事業者に委託できる。
・②の経費は、補助基準額の1/3を上限。例えば、補助基準額が7500万円の場合、②の経費への補助金の使用は2500万円が上限となり、補助基準額の補助を受ければ、①の医療従事者の人件費への補助金の使用は5000万円以上となる。

4．所要額　2,693億円（令和2年度予備費）

5．スケジュール

・12/25(金)　予備費使用の閣議決定、交付要綱の発出、都道府県からの申出受付開始、補助金の申請受付開始

国民医療のために　確保のための病院診療報酬の引き上げを

時評

いつでも何度でもPCR検査を

連盟　顧問　**村上信乃**

昨年国内で最初のコロナ患者が発見されてから丁度1年過ぎた本年1月15日現在、国内で約31万人、世界では約9千万人がコロナに感染し、死亡者も国内で約4千人、世界では約197万人と、なお猛威をふるっています。

この感染症の特徴は高齢者の死亡率が高い事で、我が国でも死亡者の80%が70歳以上と報告されています。特に介護施設居住者の占める割合が世界中で共通して高く、英国で37%、フランスで50%、スペイン66%、日本17%と報告されています。

このような状況下、勤務している介護老人保健施設へコロナを持ち込まないため、職員に私的外出の可能な限りの自粛を求めている手前、施設長たる自分も毎週のゴルフや市民オーケストラへの練習参加等の私的外出を全て控えていました。入所者や職員は勿論その家族の発熱にも神経をとがらせたこの1年でしたが、幸い今まで感染は起こっていません。

そんな中、英国ではでのPCR検査は感染が疑われる者か濃厚接触者に限られ、無症状者には認められていません。発症2日前から強い感染力を有する本症では、医療従事者や介護従事者が無症状感染者であった場合、通常通りに勤務すれば患者や入所者にうつしてしまう危険性があります。一旦クラスターが発生すると死者数増加、介護崩壊、医療崩壊と深刻な事態になってしまいます。

従って、無症状感染者の洗い出しのために、医療や介護の施設職員には公費で定期的なPCR検査を行う制度の確立が強く望まれます。昨年11月に、かかる施設での任意のPCR検査を補助金対象とする通達が出されましたが、これも施設毎に上限額の決まっている「緊急包括支援交付金」の枠内からですので、自由に検査をする事は出来ません。

また、第3波では家族内感染が増加していますので、職員家族への検査の充実も望まれます。現状では家族が発熱した場合にPCR検査を受ける事にはかなりの制約があるようです。

有効なワクチン接種が軌道に乗る迄の間は、「いつでも何度でも」公費でPCR検査を受けられる体制の整備が、クラスター発生防止に不可欠と考えます。

（総合病院国保旭中央病院・名誉院長）

いろは鉛筆

令和2年度第3次補正予算案および令和3年度予算案が発表になった。補正予算15・4兆円のうち、コロナ感染防止に4・3兆円。医療提供体制強化に、2次補正で2兆9892億円、3次補正で1兆6447億円。来年度予算は、コロナ予備費5兆円を含む106兆6097億円となり、9年連続最大予算。保健所の体制強化や国立感染研の増員も含まれる▼もともと医療提供体制では、今後の減る人口の年齢構成に合わせた疾病に対しての病床数に減らす予定。効率のみを追求する医療提供体制のどこに「コロナを診る」余裕があるのか。医療は最大のセーフティネットであり、余裕がなければできない▼いまさらながらの医療提供体制強化はまさに「泥縄」である。今回の「緊急事態宣言」も遅いし、内容も不十分。しかし今後、「羹（あつもの）に懲りて膾（なます）を吹く」ようになればよいが、数年後は、「喉元過ぎれば熱さ忘れる」となり、オオカミ（パンデミック）など来ないではないかと、少年（国立感染研）の言うことを聞かなくなるのではと危惧される。

（K・M）

新型コロナウイルス感染症で特例対応

（医療機関における感染症対策に係る評価）

初診・再診　1回あたり5点を加算
入院料によらず　1日あたり10点を加算

昨年の12月18日に開催された中医協の「総会」で、新型コロナウイス感染症を踏まえた診療に係る特例対応が了承された。必要な感染症対策を講じたうえで、初診・再診については1回当たり5点を加算、入院については入院料によらず1日当たり10点を加算できる。同加算の算定は令和3年4月から。概要は以下のとおり。

令和2年12月18日 中医協・総会

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、誰もがウイルスを保有している可能性があることを考慮して、外来や入院を問わず、全ての患者の診療に対して感染予防策の徹底が必要であること等を踏まえ、特例的に以下の対応をする。（令和3年4月～）

なお、この特例的な対応については、令和3年9月末までの間行うこととする。「同年10月以降については、～延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応する」こととする。

【各医療機関等における感染症対策に係る評価】

●新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、誰もがウイルスを保有している可能性があることを考慮して、全ての患者の診療等に対して感染予防策の徹底及び施設の運用の変更が求められる状況であり、必要な感染症対策に対する評価が必要

→「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第4版」等を参考に、

・全ての患者の診療において、状況に応じて必要な個人防護具を着用した上で、感染防止に十分配慮して患者への対応を実施する

・新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員研修を行う

・病室や施設等の運用について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行う

等の感染予防策を講じることについて、外来診療、入院診療等の際に以下の点数に相当する加算等を算定できることとする。

検討を行う

等の感染予防策を講じることについて、外来診療、入院診療等の際に以下の点数に相当する加算等を算定できることとする。

◆初診・再診（医科・歯科）等については、1回当たり5点

◆入院については、入院料によらず、1日当たり10点

◆調剤については、1回当たり4点

◆訪問看護については、1回当たり50円

●そのほか、新型コロナウイルス陽性患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、298点を算定できることとする。

◆　◆

昨年12月14日、2020年度の第3次補正予算で、6歳未満の乳幼児への外来診療等に対しては、小児特有の感染予防策等を講じた上で外来診療等を実施した場合に、初再診に関わらず患者ごとに医科100点、歯科55点、調剤12点を特例的に算定できることを了承。新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関においては、二類感染症患者入院診療加算250点を見直し、3倍の750点に引き上げることを了承している。

【令和2年12月14日・中医協・総会】

1．外来における小児診療等に係る評価

●感染予防策の実施について、成人等と比較して、

・親や医療従事者と濃厚接触しやすいため（抱っこ、おむつ交換など）、感染経路が非常に多く、感染予防策の徹底が重要であること

・訴えの聴取等が困難であり、全ての診療等において、新型コロナウイルス感染症を念頭においた対策が必要であること

などから、より配慮が求められる**6歳未満の乳幼児への外来診療等**に対する評価が必要

→小児特有の感染予防策（※）を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に

▽医科においては、100点

▽歯科においては、55点

▽調剤についても、12点

に相当する点数を、特例的に算定できることとする。

※「小児の外来診療におけるコロナウイルス感染症2019（COVID-19）診療指針」を参考に感染予防策を講じた上で、保護者に説明し、同意を得ること。

2．新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援

●新型コロナウイルス感染症の回復後においても、感染対策を実施するための体制整備が必要

→新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の**評価を3倍に引き上げる。**

※二類感染症患者入院診療加算（1倍）250点→二類感染症患者入院診療加算（3倍）750点

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応（案）

○　新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い 、誰もがウイルスを保有している可能性があることを考慮して、外来や入院を問わず、全ての患者の診療に対して感染予防策の徹底が必要であること等を踏まえ、特例的に以下の対応をすることとしてはどうか。（令和３年４月～）

○　なお、この特例的な対応については、令和３年９月末までの間行うこととする。「同年10月以降については、～延長しないことを基本の想定としつつ、感染状況や地域医療の実態等を踏まえ、年度前半の措置を単純延長することを含め、必要に応じ、柔軟に対応する」こととする。

各医療機関等における感染症対策に係る評価

- 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、誰もがウイルスを保有している可能性があることを考慮して、全ての患者の診療等に対して感染予防策の徹底及び施設の運用の変更が求められる状況であり、必要な感染症対策に対する評価が必要
  - → 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第４版」等を参考に、
    - **全ての患者の診療**において、状況に応じて**必要な個人防護具を着用**した上で、感染防止に十分配慮して患者への対応を実施する
    - **新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員研修**を行う
    - **病室や施設等の運用**について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行う

  等の感染予防策を講じることについて、外来診療、入院診療等の際に以下の点数に相当する加算等を算定できることとする。
    - ◆ 初診・再診（医科・歯科）等については、１回当たり５点
    - ◆ 入院については、入院料によらず、１日当たり10点
    - ◆ 調剤については、１回当たり４点
    - ◆ 訪問看護については、１回当たり50円
- そのほか、新型コロナウイルス陽性患者への歯科治療を延期が困難で実施した場合については、298点を算定できることとする。

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応（案）

○　新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、小児に対する診療の実態や、新型コロナウイルス感染症から回復した後の継続的な治療の必要性の観点から、感染が急速に拡大している間、期中における臨時異例の措置として、以下の対応をすることとしてはどうか。

1．外来における小児診療等に係る評価

- 感染予防策の実施について、成人等と比較して、
  - ・親や医療従事者と濃厚接触しやすいため（抱っこ、おむつ交換など）、感染経路が非常に多く、感染予防策の徹底が重要であること
  - ・訴えの聴取等が困難であり、全ての診療等において、新型コロナウイルス感染症を念頭においた対策が必要であること

  などから、より配慮が求められる**６歳未満の乳幼児への外来診療等**に対する評価が必要
  - → 小児特有の感染予防策（※）を講じた上で外来診療等を実施した場合、初再診に関わらず患者毎に
    - ○ 医科においては、100点
    - ○ 歯科においては、 55点
    - ○ 調剤についても、 12点

    に相当する点数を、特例的に算定できることとする。
    - ※ 「小児の外来診療におけるコロナウイルス感染症2019（COVID-19）診療指針」を参考に感染予防策を講じた上で、保護者に説明し、同意を得ること。

2．新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院支援

- 新型コロナウイルス感染症の回復後においても、感染対策を実施するための体制整備が必要
  - → 新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れた医療機関において、必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合の評価を３倍に引き上げる。

※　これまでの臨時特例　二類感染症患者入院診療加算（１倍）250点　→　今回の見直し　二類感染症患者入院診療加算（３倍）750点

※1面からつづく

令和2年度新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業補助金に関するQ&A（令和3年1月7日第2版）抜粋

［補助基準額］

【Q17】補助基準額（補助上限額）について、いくらになりますか

【答】補助基準額（補助上限額）については、確保した受入病床の次の種別ごとに、それぞれ次に定める額の合計額となります。

①新型コロナ患者の重症者病床＝1床あたり1500万円

〈緊急的に新たに受入病床を確保する観点からの加算措置〉

・新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言により緊急事態措置を実施すべき区域とされた都道府県において、令和2年12月25日から令和3年2月28日までの間に新たに割り当てられた受入病床については、1床あたり450万円を加算

・上記に該当しない都道府県において、令和2年12月25日から令和3年2月28日までの間に新たに割り当てられた受入病床については、1床あたり300万円を加算

②新型コロナ患者のその他病床＝1床あたり450万円

〈緊急的に新たに受入病床を確保する観点からの加算措置〉

・新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言により緊急事態措置を実施すべき区域とされた都道府県において、令和2年12月25日から令和3年2月28日までの間に新たに割り当てられた受入病床については、1床あたり300万円を加算

③協力医療機関の新型コロナ疑い患者病床＝1床あたり450万円

例えば、新型コロナウイルス感染症緊急事態措置を実施すべき区域とされた都道府県において、重症者病床を5床（そのうち新たに割り当てられた受入病床は2床）、その他病床を10床（そのうち新たに割り当てられた受入病床は3床）確保している場合は、1億4250万円（＝1500万円×5床＋450万円×2床＋450万円×10床＋450万円×3床）が補助基準額（補助上限額）となります。

※確保した受入病床数については、令和2年12月25日から令和3年2月28日までの間の最大の確保病床数とします。

※「重症者病床」は、「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備に関する調査報告について（依頼）（その3）」（令和2年9月29日付け事務連絡）に基づき毎週行っている病床調査において、報告されている重症者病床のことを言います（新型コロナ患者の重症者の治療に必要な設備と、設備の活用に必要十分な人員体制の双方を有する病床が該当します）。

【Q19】補助基準額（補助上限額）の計算に当たりカウントされる「確保した受入病床」について、病床確保計画の準備病床は対象になりますか。

【答】「確保した受入病床」については、「即応病床」のことであり、病床確保計画の「準備病床」は対象となりません。

※「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和2年6月19日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）（参照）

▽即応病床（略）

▽準備病床（略）

なお、医療機関の申請書提出後でも、都道府県から増床の要請があり、割り当てられた受入病床が増えた場合、医療機関は、令和3年2月28日の申出期限まで、申請書の差し替えを行うことが可能です。

※病床使用率25%以上の要件については、令和2年12月25日以降新たに割り当てられた受入病床には適用されません。

追悼

星　和夫先生を偲んで

故・星　和夫先生

星　和夫先生（青梅市立総合病院名誉院長）が令和2年11月1日にご逝去されました（享年93歳）。星先生には、平成2年に本連盟の役員にご就任いただいて以来、長年にわたりご指導を賜ってまいりました。今号では、星先生のご生前にご親交が厚かった4人の先生に追悼の原稿をご寄稿いただきましたので掲載させていただきます。

星和夫先生を偲ぶ
～星先生から学んだこと～

土井章弘

星先生との出逢いは、2006年に岡山県病院協会副会長に就任して、全国公私病院連盟の理事として参加したことに始まります。公私病院連盟の会議や行事だけでなく、高柳和江先生が設立された「癒しの環境研究会」のメンバーとしても先生と多くの交流をさせていただきました。

星先生が企画された公私病院連盟主催の「ギリシャの医跡を巡る旅（2007）」や「英国医学の歴史を巡る旅（2009）」、星先生が参加できなかった最後の企画であるルルド巡礼を含む「南フランス医学の歴史を巡る旅（2010）」などへの参加を通じて、先生の人柄に接することができたことは私の人生に新たな彩りを与えてくれました。

2004年に星先生が院長としてご活躍されていた青梅市立総合病院へ見学をお願いした時には、「一泊し、遊びに来てください」とのお言葉に甘えて訪問をさせていただきました。

多摩川渓谷に沿った宿をお世話頂き、素晴しい景観を楽しみました。翌日の病院見学では、屋上の薔薇庭園やトリック絵画など、多くの「癒しの環境」を拝見し、療養環境や職場環境の大切さを教えていただきました。

この見学は、岡山旭東病院で『医療とアートの融合』を目指して実践してきた私にとって大変心強く思えるものでした。

奥多摩渓谷の一望できる景勝の地に建ち、緑に囲まれ、四季折々の美しい自然環境を活かした青梅市立総合病院の経営は、原義人病院管理者に引き継がれています。

青梅市は多摩川の源流で、江戸時代から、江戸で火事があった際には青梅から展望できたため、多摩川を利用して復興のための木材を筏で運び、いざという時のために植林して森林を育てるリスクマネージメントが行われていたと説明していただいたことは今でも印象に残っています。

また、青梅市の誇る川合玉堂美術館・吉川英治記念館などへ先生自ら丁寧に案内して下さり、人をもてなすとはこのようなことだとも学ばせて頂きました。

星先生が担当されていた日本病院会の経営管理者通信教育の医学概論を、次に譲りたいとの相談を受けた時、後継者として医跡を尋ねた旅にも同道されていた杉田克生先生（現千葉市養育センター長　千葉大学特任教授）を推薦しました。趣旨をお話した杉田先生が快く講義を引き受けてくださったことを星先生も大変喜ばれ、少しは先生のお役に立てたかなと思っています。

星先生から学んだことは沢山ありますが、特筆すれば、①職員や患者さんにとって自然環境を含め「癒しと安らぎのある療養環境」の大切さ、②「医の源流を巡る旅」を通じて、広くて深い学識の大切さ、③人間的魅力（優しさ、包容力、実行力）の素晴らしさです。

先達としての先生に近づける様に私も人生の最終コースを歩んで行きたいと思っています。

星先生、ありがとうございました。

（公益財団法人操風会　岡山旭東病院　総院長）

平成15年５月10日～18日　フランス医療事情視察調査団の一行
［左から１人目］星　和夫先生〔全国公私病院連盟　副会長（当時）〕
［左から３人目］竹内正也先生〔全国公私病院連盟　副会長（当時）〕
［右から３人目］遠山正道先生〔全国公私病院連盟　会長（当時）〕
［右から２人目］邉見公雄・全国公私病院連盟　現会長

名ツアコンとの不思議な出会い

行天良雄

初めてお目にかかった日のことは、あまりにも鮮明に覚えています。私の最高の秀作と自負しているＮＨＫ特集「日本の条件・あなたのあすを誰が看る」の制作中であり、石原裕次郎の医療費が考えられないくらい安く、ピッツバーグ大学のスターツル教授との話を対比させ、日本がいかに恵まれているかを慶應義塾大学でロケを行った山場の日でした。

夕方、先約の東京医科歯科大学の村上忠重先生をお訪ねしました。名前の通り何となく重々しい方でしたが、「胃ガン」だけでなく、月に数回はお邪魔していました。

◇　◇

裕次郎というビッグスターとの対談がうまくいって、ハイになり過ぎていた私に引きずれられたのか、くだけた話に花が咲き、留学された折りの思い出などを腹を抱え笑いに興じていました。

◇　◇

その最中、ドアがノックされ、およそ雰囲気とはかけ離れていた生真面目ドクターが、恐る恐るではなく、キョトンとした表情で入ってみえました。

◇　◇

あり得ない状況に戸惑っておられたのが星先生でした。

◇　◇

あんなに怖い、馬鹿真面目な村上先生の笑いこけた姿など見たことがありません。あなたは不思議な人だと何回どころか何百回も聞かされました。

出会いがあまりに劇的であったせいか、兄弟みたいな中嶋副会長が呆れるくらい親しくしていただきました。

◇　◇

「星ツアー」と称されていた海外の旅行は、すべて心に残る内容とグループの楽しさでした。華岡青洲旧居を訪ねていた折り、お宅にご不幸があったにもかかわらず奥様だけを帰京させたり、とにかくグループの方々に楽しさをと気配りは抜群でした。

ギリシャのツアーで、ヒポクラテスのショーを手配してくださったのですが、解散して、ヒポクラテスに扮していた役者が、迎えに来た子供と手をつないで坂を下っていたシーンを黙って見続けていた星先生の顔が何故か心に引っかかっています。青梅の病院のパンとワインの組み合わせが改めて思い返されます。

村上先生の引き合わせは「この先生はメスも切れるが、文もたつんです。洋の東西にわたる医学史の分野は、趣味の域を超えています。きっとあなたの仕事の役にたちますよ」でした。

それ以上のすばらしい人間味を味合わせていただきました。ありがとうございました。

◇　◇

お世話になった妻も、「このコロナ騒ぎの行く末を星先生にゆっくり伺いたい。ペストの石碑を何カ所も連れて行っていただいたことが、カミュ以上に役に立っている」とのたもうています。

（元ＮＨＫ解説委員）

お世話になりました

村上信乃

私の師である国保旭中央病院初代病院長の故・諸橋芳夫先生は生前、院内の会議でしばしば星先生のお名前を口に出されました。当時多くの病院団体の長を務め、病院界のリーダーであった諸橋先生は、全国の病院の状況をよくご存知で、経営がよく、地域住民の健康を守る使命を立派に果たしている病院は、その良い点を挙げて、そこの病院長を名指しで誉めておられました。そんな諸橋先生のお気に入りの病院長のひとりが星先生でした。

特に星先生への評価は高く、青梅市立総合病院にもしばしば伺っていたようです。病院に付属する昔の医学資料を展示した博物館もお気に入りで、とうとう旭中央病院にも、ご自分がコツコツと集めた骨董などを中心に医学資料館を作ってしまわれました。

そんなわけで、お目にかかる前から有能な先生であることは分かっていたのですが、諸橋先生が亡くなられ、私が後任院長になってから、星先生とお付き合いするようになって、あらためて先生の凄さが分かりました。

表面は穏やかですが、その経営手腕の剛腕ぶりは諸橋先生そっくりで、師を亡くして心細い思いの私に、色々とアドバイスをして頂き大変心丈夫でした。特に薬の購入価については「そんな高い値段で買ってはダメです」とお叱りを受け、安く購入する交渉法を教えて頂きました。

更に「すべては患者のため」が口癖の諸橋先生と同様に患者さんを大切にされており、病院は癒しと安らぎの空間である事を重視され、当院の環境整備に数々のご教示を頂きました。

また、先生は医学の歴史に造詣が深く、毎年公私病連盟の主催する「医学史の旅」の企画を中心になってなさいました。私も何回かその旅に家内共々参加させて頂きましたが、どの旅行もよく企画されており、豊かな時間を過ごさせて頂きました。ギリシャ時代から近代までの西洋医学の歴史を現場で解説して頂いたのですが、そのあまりの博識ぶりに圧倒されました。何度も各地を旅行されておられて、現地の事情もよくご存知で、普通の観光客の行きそうもないお店などにも連れて頂きました。

マルセイユでは馬油の石鹸の店を案内して頂き、家内などその製品の肌触りのよさに後々まで重宝しておりました。

イスタンブールでは、どうしてもみんなに味合わせたいと、苦労して見つけた現地のレストランで、サバのサンドイッチを食べさせて頂きました。「どうです、美味しいでしょう」と仰っていらした先生の得意げな笑顔が今でも懐かしく想い出されます。

（総合病院国保旭中央病院　名誉院長）

星先生の思い出

中嶋　昭

星先生の訃報が届き、呆然としている。公私ともに本当にお世話になった。このコロナのせいで見送ることもできなかった残念な思いと、語りつくせない感謝の念でいっぱいで、心の整理がつかない。只々ご冥福をお祈りするばかりである。

星先生はとにかく博識でその話は多彩で面白かった。基軸は医学・医療にあるものの時代を超え、国境を越え古代ギリシアから近年の東南アジアの医療事情まで話題は世界を飛び回った。

大学の講師時代はそのあまりの多才さに煙たがられ、不遇だったこともあったと聞いた。しかし、胃癌研究の泰斗　村上忠重教授時代になるとすぐにその才能に光が当たり開花していった。当時の外科において花形であった早期胃癌研究会事務局の責任者として、全国の外科、内科、病理などの教授や研究者たちと交流されるようになった。

その人柄と才能は誰からも〝星さん〟〝星先生〟と親しまれ信頼された。博識から紡ぎだされる話の面白さに教授もびっくりし、海外学会にはよく同行を命じられ、また学会・研究会に限らず色々な無理難題の処理を頼まれた。

教授の趣味である宝石の原石を買うため当時の香港の九龍城のような猥雑な所に入り込み、値段交渉をしている間に危険な雰囲気となってしまいホウホウの体で逃げだした！という思い出話は何回も伺った。余程の恐怖だったのであろう。

〝本当にヒト使いの荒い教授だった！〟とは言われるものの、自室には教授の顔写真があり、敬愛されていた。

星先生の語学の才能は抜群であった。独語、英語そして胃癌の研究でイリとの交流が始まるとスペイン語も、と展開していく。もともと医学史や医学語源の研究からラテン語の造詣深く、スペイン語の会話はあっという間の修得であった。アルゼンチンやウルグアイからの留学生たちも星先生とは遠慮せず母国語で話していた。

大学助教授から青梅市立総合病院の院長に赴任される。万年赤字に悩む自治体病院の経営者として、とにかくまともな状態になるまでは経営に専念する！と一心不乱であった。病院の収支を黒字化し、改装もままならず草臥れて居た病棟・外来を清潔に明るくし、時あたかも病院機能評価が始まった頃で、あの青梅市立総合病院が〝癒しと安らぎ〟のナンバーワン病院として顕彰されるに至った。

ここからの活動・業績についてはご存知の方も多いであろう、全国自治体病院協議会や日本病院会そして全国公私病院連盟での活躍に繋がる。院長を辞し病院管理者を依頼されたときには、〝年一回の医学史の旅が出来ることを条件〟として引き受けたとお聞きした。

その星先生が企画したギリシア・エーゲ海やローマへの医学の歴史を巡る旅に多くの先生方が参加され、楽しまれた。

本当に多くの方々に親しまれ、懐かしがられる星先生であった。合掌！

（公益財団法人日産厚生会　玉川病院理事長）

今月の一冊

外出自粛中の皆様への3冊

今月も3冊ご紹介したい。1冊目は『眼の誕生』。著者はアンドリュー・パーカー、渡辺政隆・今西康子共訳である。

昨春に買い求めていたのであるが、冒頭から読んでいると生物学や地質学の専門用語で疲れ、後半を読むと「なんだ、こんな簡単なことか」というのが初読の感想であった。中抜けになっていたのでコロナを機にじっくりと再読、完読した。

今から5億4千3百万年前のカンブリア紀の生物大進化の謎を解いた新仮説「光スイッチ説」。眼の誕生で、視覚によって喰うか喰われるかということから進化したという説である。食べられないために硬い甲羅や色々な変化を遂げたという大進化論で、ダーウィンやウォーレスの環境による小進化とは全く異なる爆発的進化に結び付いたという仮説である。

『眼の誕生』
アンドリュー・パーカー／著
渡辺政隆・今西康子／訳
草思社／刊

その証拠としてカナディアンロッキーのバージェス動物群化石を挙げている。まさに「眼から鱗」の物語である。〝はやぶさ〟が小惑星リュウグウから持ち帰った砂や石から生命の起源が解るかもと興味のある方は必読の書である。375頁と少々疲れはするが…。

『江戸を造った男』
伊東潤／著
朝日新聞出版／刊

2冊目は、私が嫌いな一極集中7密の東京、その前身の『江戸を造った男』である。著者伊東潤のデビュー十周年記念作品である。

浅学の私にとって江戸は家康と道灌が造ったものとだけしか知らなかった。この本は、明暦大火後の都市改造計画を実行し、太平洋や日本海の沿岸航路の開発、淀川の治水工事や越後の銀山開発などで富を築いた豪商河村七兵衛、後に得度して瑞賢の一代記である。

『コロナ危機後の医療・社会保障改革』
二木 立／著
勁草書房／刊

仕事師、篤志家、今でいうベンチャーの如き一生である。仲間も皆一芸に秀でた技術屋、物づくり大国の面々で全て仕事が趣味という集団のトップの物語である。幕閣にも保科正之や堀田正俊のような理解者がおり、かの新井白石もサポーターとして登場する。

当時の医療事情もよく解り、銀山での下肢切断では麻酔の無い時代の様子がよく描かれている。河内平野の治水では河川の浚渫、付け替え、拡張など色々な工法、工夫がなされて面目躍如である。水が大切なことは先日非業の死を遂げられたアフガンの中村哲先生の例でもお判りのように、地域住民にとっては死活問題なのである。瑞賢のやり方、つまり利害が相反する中での事業の進め方は現代に通じるものが多い。彼の人生は、物を売るのではなく文中にあるように「男を売る」というのがピッタリとよく似あう。

話は逸れるが、私が好きだった安美錦関の安治川部屋の「安治川」は、彼が治水のために作った川。洪水を治め安んじさせるため「安治川」と名付けられたとか。

3冊目は畏友二木立先生が書かれた『コロナ危機後の医療・社会保障改革』である。

先生からいただいたが、まだ目次と序章しか読んでいない。しかし先生の見通しは私と違って鋭い。一日も早く紹介したいので完読する前にご紹介したい。本来の書評とは少々立ち位置が違っているかも知れないが、勇み足をお許しいただきたい。

一日も早く非常事態を終わらせるのが第一ではあるが、そのためにも読書と室内スクワット、腕立て伏せ、腹筋運動で頭と体の維持をされておくこともお勧めしたい。

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

コロナの臨時取扱い・事務連絡

厚生労働省の保険局医療課が「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（その32）を1月8日付で、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（その33）を1月13日付で発出していますのでお知らせします。

「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」（その32）

医療課・1月8日

【問1】新型コロナウイルス感染症患者を地域包括ケア病棟入院料等の特定入院料を算定する病棟に入院させた場合、どの入院基本料又は特定入院料を算定するのか。

【答】「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」（令和2年2月14日厚生労働省保険局医療課事務連絡）問1の「診療報酬上の施設基準の要件を満たさない患者が入院した場合」に準じ、医療法上の病床種別と当該特定入院料が施設基準上求めている看護配置等により算定する入院基本料を判断の上、当該入院基本料を算定することとして差し支えない（一般病床の地域包括ケア病棟に入院の場合は13対1の看護配置を求めていることから、地域一般入院基本料を算定）。なお、入院料の変更等の届出は不要である。

【問2】新型コロナウイルス感染症以外の疾病により入院している者であって、入院中に新たに新型コロナウイルス感染症が疑われた場合に、やむを得ない理由で他の保険医療機関を受診させた場合、受診先の保険医療機関においてB001―2―5院内トリアージ実施料は算定できるか。

【答】「新型コロナウイルス感染症（COVID―19）診療の手引き」に従い、院内感染防止等に留意した対応を行っている場合、算定可。ただし、DPC算定病棟に入院中の患者については入院中の保険医療機関において算定することとし、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

【問3】新型コロナウイルス感染症以外の疾病により入院している者であって、入院中に新たに新型コロナウイルス感染症が疑われた場合に、他の保険医療機関の保険医が対診を行った場合、B001―2―5院内トリアージ実施料は算定できるか。

【答】算定不可。

【問4】新型コロナウイルス感染症であることが疑われる患者に対して、必要な感染予防策を講じた上で外来診療を実施し、その後直ちに当該患者を入院させた場合、B001―2―5院内トリアージ実施料は算定できるか。

【答】「新型コロナウイルス感染症（COVID―19）診療の手引き」に従い、院内感染防止等に留意した対応を行っている場合、算定可。なお、当該患者をDPC算定病棟に入院させた場合であっても同様に算定可。

【問5】保険医療機関において、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定している患者であって、新型コロナウイルス感染症であることが疑われるものに対し、必要な感染予防策を講じた上で診察を実施した場合、B001―2―5院内トリアージ実施料は算定可能か。

【答】算定可。

【問6】SARS―CoV―2・インフルエンザ核酸同時検出は、小児科外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、小児かかりつけ診療料、手術前医学管理料又は在宅がん医療総合診療料と併算定可能か。

【答】「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その30）」（令和2年11月11日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の2．において示したとおり、併算定可。

【問7】インフルエンザウイルス抗原定性は、小児科外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料又は在宅がん医療総合診療料と併算定可能か。

【答】併算定不可。

【問8】「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その31）」（令和2年12月15日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の1の（3）の加算について、小児の患者本人と対面せず、患者の家族等のみに対し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合でも算定できるのか。

【答】算定できない。

◇　◇

「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い」（その33）

医療課・1月13日

【問1】令和2年2月14日付事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」問1に「実際に入院した病棟（病室）の入院基本料・特定入院料を算定する」とあるが、新型コロナウイルス感染症患者を、都道府県から受け入れ病床として割り当てられた療養病床に入院させた場合、一般病床とみなして、一般病棟入院基本料を算定することとしてよいか。

【答】差し支えない。

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）　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

<お問合せ先>
取扱代理店　**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
食衛生センター４階
TEL03-3402-3934　FAX03-3402-3940
（受付時間：平日の午前９時から午後５時まで）

引受保険会社　**損害保険ジャパン　株式会社**
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL03-3349-5113　FAX03-6388-0153
（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までお問合せください。

SJNK19-04282　2019/07/18

病院経営の窮迫が浮き彫りに

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人全国公私病院連盟
東京都渋谷区神宮前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

損益赤字が過去最大

令和2年 病院運営実態分析調査まとまる

全国公私病院連盟が例年6月を対象に実施している「病院運営実態分析調査」の令和2年6月調査の結果がまとまった。同調査によると、令和2年5月25日に緊急事態宣言が解除され、徐々に通常診療に移行しつつある中、受診控え等の影響が未だ大きく、総収益から総費用を差し引いた「総損益差額」、「医業収益から医業費用を差し引いた医業損益差額」とも過去10年間で最大の赤字額となり、このコロナ禍が病院経営に甚大なる影響を及ぼし、経営窮迫に陥っていることが改めて示された。

まず「100床当たり収支金額」をみてみると、6月中の総費用は2億1553万8千円（前年6月比・伸び率1・2%減）、医業費用は2億1247万8千円（前年6月比・伸び率0・9%減）となっている。また、医業費用のうち給与費は1億1173万8千円（前年6月比・伸び率0・3%増）、材料費は5283万9千円（前年6月比・伸び率2・1%減）、経費は3203万9千円（前年6月比・伸び率1・2%減）となっている。なお、材料費のうち薬品費は3230万9千円（前年6月比・伸び率0・4%減）となっており、経費のうち委託費は1676万1千円（前年6月比・伸び率1・2%増）となっている。

一方、6月中の総収益は1億9347万8千円（前年6月比・伸び率5・5%減）、医業収益は1億8895万7千円（前年6月比・伸び率5・8%減）となっている。また、医業収益のうち、入院収入は1億2449万8千円（前年6月比・伸び率6・6%減）、外来収入は5883万2千円（前年6月比・伸び率2・0%減）となっている。

この結果を踏まえて100床当たりの総損益差額および医業損益差額の状況をみてみると、総収益から総費用を差し引いた総損益差額は△2206万円（前年6月△1336万円）の赤字となっており、医業収益から医業費用を差し引いた医業損益差額も△2352万1千円（前年6月△1370万円）の赤字となっている。

【注】この調査では、不採算部門等の医療に対し地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金等を控除して集計している。

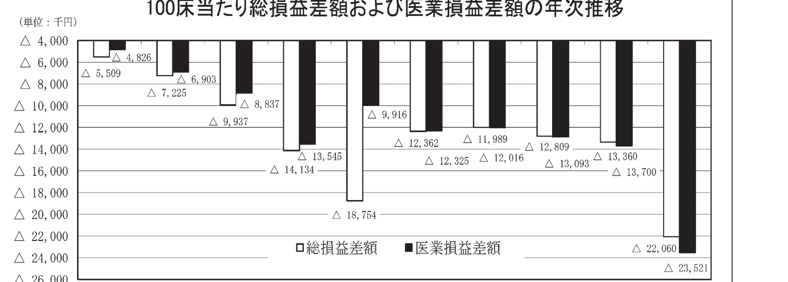
～2面に関連記事を掲載～

100床当たり収支金額、科目・年次別

（金額単位：千円）

科目	平成28年6月	平成29年6月	平成30年6月	令和元年6月	令和2年6月
【費用】					
総費用	206,501	210,950	211,176	218,132	215,538
Ⅰ 医業費用	201,708	206,751	207,190	214,310	212,478
1.給与費	104,156	107,251	107,926	111,451	111,738
2.材料費	52,019	52,658	52,568	53,945	52,839
うち薬品費	30,595	30,903	31,075	32,431	32,309
3.経費	29,496	30,805	30,477	32,426	32,039
うち委託費	15,497	15,990	16,070	16,568	16,761
4.減価償却費	13,646	13,613	13,931	14,073	13,673
5.資産減耗損	491	400	323	349	229
6.研究・研修費	972	1,056	955	990	900
7.本部費分担金等	928	968	1,010	1,076	1,059
Ⅱ 医業外費用	3,262	3,025	2,865	2,464	2,407
Ⅲ 特別損失	1,531	1,174	1,121	1,358	653
【収益】					
総収益	194,139	198,961	198,367	204,772	193,478
Ⅰ 医業収益	189,383	194,735	194,097	200,610	188,957
1.入院収入	125,838	129,191	129,637	133,350	124,498
2.室料差額収入	2,246	2,254	2,306	2,404	2,111
3.外来収入	57,089	58,776	57,783	60,056	58,832
4.公衆衛生活動収入	1,550	1,761	1,555	1,720	1,227
5.医療相談収入	2,133	2,432	2,277	2,365	1,981
6.その他の医業収入	527	322	503	715	308
Ⅱ 医業外収益	3,486	3,467	3,688	3,404	4,016
Ⅲ 特別利益	1,269	759	582	758	505
総収益 － 総費用	△ 12,362	△ 11,989	△ 12,809	△ 13,360	△ 22,060
医業収益 － 医業費用	△ 12,325	△ 12,016	△ 13,093	△ 13,700	△ 23,521
病院数	638	629	644	635	659
平均病床数	315	320	310	306	295

100床当たり総損益差額および医業損益差額の年次推移



時評

高齢者の新型コロナウイルス感染症

連盟 常務理事 今井康陽

世界中で新型コロナウイルスが猛威を振るい続ける中、我が国も感染が拡大し第3波の渦中にある。我が国の高齢化率は世界で最も高く、コロナ禍において入院を要する患者や重症者の割合が増加し、都市部を中心にコロナ患者対応病床の逼迫が生じる一因ともなっている。高齢者施設においてはクラスターが多数発生し、保健所はその対応に追われ、濃厚接触者の洗い出しなどで後手に回る状況が続いている。医師や看護師の確保などで課題は残るが、ワクチン接種に期待がかかるところである。また、定期的なスクリーニングPCR検査や人員増強による感染対策強化といった感染拡大予防策も急務である。

新型コロナウイルス感染症で入院した高齢者は、肺炎などの急性期疾患によるダメージや入院という環境変化に加え、隔離状況下で家族とも面会できず、身体機能や認知機能の低下は免れないなど、極限のストレス状態に置かれている。勝手に病室から出てくる、マスクをとるなど感染対策の徹底が難しい認知症患者と接する医療従事者の身を守ることと合わせて重要な課題である。コロナ患者対応病棟においても高齢患者に対しては早期から専門家の介入を行うことが、患者の身体・認知機能の維持と医療従事者の安全につながることになる。そこで、当院では感染対策に加え、高齢者サポートチームが中心となって、せん妄等の症状への薬物療法を含めた対策を行っている。また、身体機能の維持・向上を目的とした早期リハビリ介入も感染対策を取ったうえで行っている。

加えて、高齢の新型コロナウイルス感染患者の場合、周囲とのコミュニケーションが十分にとれなくなる可能性が高く、重症化した場合の高度医療行為や心肺蘇生を要する状況でのDNARに関するアドバンス・ケア・プランニング（ACP）も重要である。日本老年医学会は、新型コロナウイルス感染症流行期においても可能な限り自分が希望する最善の医療およびケアを受ける権利を保障するため、高齢者に対する早期のACP推進を提言している。

超高齢社会となった我が国を新型コロナウイルスが直撃し、急増する高齢者施設での感染、保健所機能の脆弱性、感染症病床やICUの絶対的な不足など多くの課題が顕在化した。次期医療計画における「新興感染症対策」事業に期待したい。

（市立池田病院　総長）

お知らせ

日本公的病院精神科協会が加入

全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

2月12日開催の本連盟「理事会」において「日本公的病院精神科協会（公精協）」（会長＝中島豊爾・地方独立行政法人岡山県精神科医療センター理事長）の本連盟への加入が認められました。

精神科の現状や活動が他の診療科からはなかなか理解しにくいので、加入することは大変良いと言う意見が多く、またコロナによる精神的なストレスが増えている現状からもタイムリーという賛成意見が続出、全会一致で認められたものです。公精協の正式な入会は4月1日からとなります。

本連盟としては、8番目の会員となります。中島会長はじめ皆様の今後の活動を期待しております。3月の本連盟「臨時総会」で理事（副会長・常務理事）の選任を行いますので、新しい役員が決まりましたら改めてお知らせします。

いろ鉛筆

新型コロナ感染症に関する非常事態宣言下に様々なことに変化が起きる。特に三蜜を避けることが最も身近で有効な手段として認識され、テレワークやWEB会議、個食の推進など市民生活の姿は一変している。不要不急の題目の下に移動には抑制が掛かり、過密通勤ラッシュの姿はない▼代わりに自転車の走り回る姿が激増した。コロナ下の移動手段として最もふさわしいものの一つではあるが、問題も多い。ママチャリと呼ばれるようなごく身近な存在であるが故に、交通ルールやマナーの構築が徹底されないままでの現状に危険が伴う。宅配業の自転車は時間に追われ前のめりで走り、周囲への配慮に疑問を感じる。高性能・高速の車種も増え、運転している本人たちの自信に比べ状況は危うい▼かつて見た東南アジアや中国における経済発展途上時のあの道路、広場を埋め尽くす自転車群の姿はご免被りたいが、ヨーロッパ並みの自転車文化にはして欲しい。CO_2問題、エコロジカル、健康管理…様々なメリットを有する自転車であるから、ベビーカーへの視線同様支援的に見守りたいが、自転車車線の分離や駐輪場の整備、何といっても交通ルールの徹底が急務と思われる。どこか医療のコロナ対策に通じるものがある。（N・A）

令和2年 病院運営実態分析調査の概要（抜粋）

（1）平均在院日数

病院総数でみると14・98日（前年6月14・84日）となっており、開設者別にみると、自治体病院は14・41日（前年6月14・58日）、その他公的病院は13・74日（前年6月13・56日）、私的病院は18・49日（前年6月17・84日）となっている。

一般病院の病床規模別に平均在院日数の短い方から順にみると、①600〜699床11・39日、②500〜599床11・91日、③700床以上12・33日、④400〜499床12・55日、⑤300〜399床14・39日、⑥200〜299床16・62日、⑦100〜199床23・85日、⑧20〜99床23・86日となっている。

（2）病床利用率

病院総数でみると65・85%（前年6月74・60%）となっており、病院の種類別にみると、一般病院65・65%（前年6月74・80%）、精神科病院70・05%（前年6月70・35%）となっている。

一般病院の病床規模別に病床利用率の高い方から順にみると、①100〜199床68・79%、②700床以上67・65%、③500〜599床66・95%、④600〜699床65・98%、⑤200〜299床65・24%、⑥20〜99床64・35%、⑦300〜399床64・13%、⑧400〜499床63・00%となっている。

一般病院の病床利用率、病院規模別の年次推移

年次＼病床規模	総数	20〜99床	100〜199床	200〜299床	300〜399床	400〜499床	500〜599床	600〜699床	700床〜
平成 28	72.99	66.53	71.06	71.24	70.82	73.36	74.97	76.82	77.19
29	73.22	67.38	71.89	71.32	72.54	72.13	75.98	75.33	76.81
30	73.36	67.55	71.99	72.33	71.68	72.65	75.15	76.35	78.07
令和 元	74.80	68.98	73.87	75.27	73.59	72.79	76.74	78.32	77.37
2	65.65	64.35	68.79	65.24	64.13	63.00	66.95	65.98	67.65

（3）一般病院における100床当たり職員数

職員総数は182・8人（前年6月179・8人）となっており、職種別にみると、医師22・5人（前年6月22・0人）、看護部門職員100・0人（前年6月99・5人）、看護部門職員のうち看護師87・9人（前年6月87・2人）となっている。その他、薬剤部門職員5・5人、放射線部門職員5・1人、検査部門職員6・6人、リハビリ部門職員10・2人、栄養（食事）部門職員3・6人となっている。

（4）6月中の1病院当たり入院患者数

病院総数でみると、6月中の1病院当たり入院患者数は、6217人（前年6月7377人）となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり1160人の減少である。

（5）6月中の1病院当たり外来患者数

病院総数でみると、6月中の1病院当たり外来患者数は、9833人（前年6月10978人）となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり1145人の減少である。

（6）医師1人1日当たり取扱い患者数

入院の平均は3・7人（前年6月4・3人）となっている。診療科別でみると、入院で取扱う患者が多いのはリハビリ科13・7人、精神科12・2人、肛門外科7・3人などで、少ないのは放射線科1・5人、小児外科および歯科1・6人などである。

外来の平均は6・6人（前年6月7・0人）となっている。診療科別でみると、外来で取扱う患者が多いのは皮膚科14・0人、眼科12・2人、泌尿器科9・7人、歯科9・5人、肛門外科9・4人、整形外科およびリハビリ科9・2人などが多く、少ないのは麻酔科1・8人、小児外科2・4人、心臓血管外科2・7人、呼吸器外科2・9人などである。

（7）医師1人1日当たり診療収入

DPC以外の病院における入院の平均は26万5千円となっている。診療科別でみると、入院で比較的高額なのは、リハビリ科58万8千円、脳神経外科42万9千円、整形外科41万2千円、神経内科39万3千円などである。

DPC以外の病院における外来の平均は11万円となっている。診療科別でみると、外来で比較的高額なのは、眼科16万4千円、泌尿器科15万3千円、整形外科13万3千円、消化器外科13万2千円、消化器内科12万5千円などである。

DPCの病院における入院の平均は20万9千円となっている。診療科別でみると、入院で比較的高額なのは、肛門外科53万5千円、リハビリ科52万8千円、心臓血管外科49万1千円、整形外科40万7千円、脳神経外科39万6千円などである。

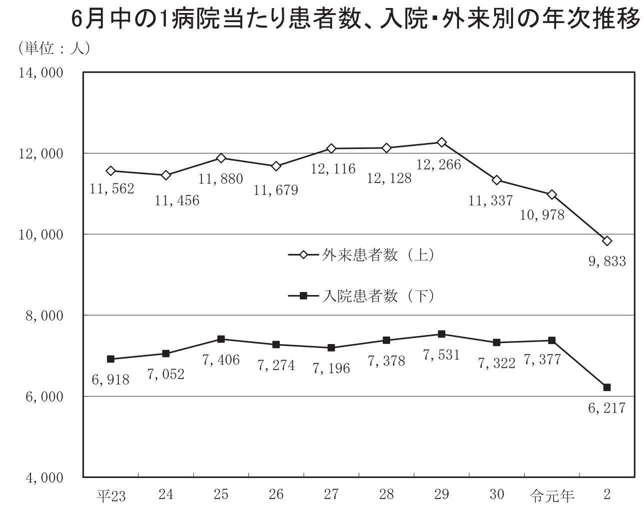
DPCの病院における外来の平均は11万1千円となっている。診療科別でみると、外来で比較的高額なのは、呼吸器内科21万4千円、泌尿器科21万3千円、内科17万5千円、眼科14万9千円、肛門外科13万7千円などである。

（8）主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入

DPC以外の病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院では産婦人科の10万7358円が高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の1万9865円である。外来では呼吸器外科の2万9417円をはじめ、小児外科2万7818円、放射線科2万5720円などが高額であるのに対し、最も小額なのは皮膚科の3799円である。

DPCの病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院では心臓血管外科の15万6824円が特に高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万1643円である。外来では呼吸器内科の4万1742円をはじめ、呼吸器外科3万4865円、消化器外科3万4955円などが高額であるのに対し、最も小額なのは麻酔科の4082円である。

6月中の1病院当たり患者数、入院・外来別の年次推移



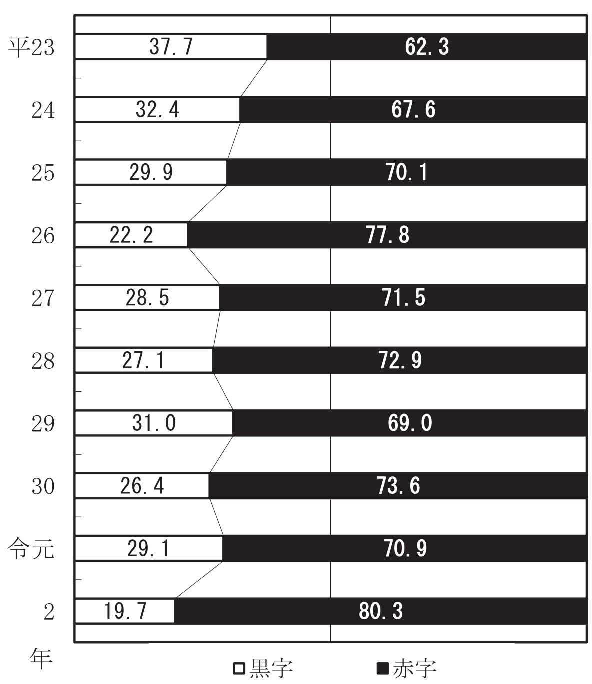
（9）6月1カ月分の総損益差額からみた黒字・赤字病院の数の割合

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

今回の調査において回答のあった病院659院のうち19・7%（130病院）の病院が黒字となっていて、赤字病院数の割合は80・3%（529病院）であった。

開設者別でみると、自治体病院296病院のうち7・8%（23病院）が黒字となっていて、赤字病院は92・2%（273病院）であった。（この場合、不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。）その他公的病院では、190病院のうち21・6%（41病院）が黒字となっていて、赤字病院は78・4%（149病院）であり、私的病院では、173病院のうち38・2%（66病院）が黒字となっていて、赤字病院は61・8%（107病院）であった。

6月1カ月分の総損益差額からみた黒字・赤字病院の数の割合（%）年次推移



（10）常勤職員1人当たり平均給与月額

常勤職員1人当たり平均給与額は42万4千円であり、職種別にみると、医師106万8千円、看護師35万6千円、准看護師31万4千円、看護業務補助者21万7千円、薬剤師37万7千円、その他の医療技術員33万1千円、事務職員29万7千円、技能労務員25万7千円となっている。

本連盟ホームページで本概要をご覧になれます。

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

収支の状況を統計的に把握!!

令和２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!!

令和２年６月調査 **病院経営分析調査報告**　定価 16,000 円＋税　A4 版 約 758 ページ

内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

令和２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。

購入のお申し込みは、全国公私病院連盟へ

TEL　03（3402）3891

追悼

高橋正彦先生を偲んで

全国公私病院連盟の名誉会長、高橋正彦先生（ＪＡ茨城県厚生連　茨城西南医療センター病院名誉院長）におかれましては、令和2年11月24日にご逝去されました(享年78歳)。高橋先生には、平成19年に本連盟の常務理事にご就任いただいて以来、平成23年から副会長、その後、平成24年12月9日に篠原寛休会長が急逝されましたことに伴い、平成25年2月に本連盟の会長にご就任いただきました。平成28年6月に会長の職を今泉暢登志先生に引き継がれた後は本連盟の名誉会長としてご指導を賜りました。高橋先生の生前のご功績を忍びご冥福をお祈り申し上げます。今号では、高橋先生のご生前にご親交が厚かった4氏に追悼の原稿をご寄稿いただきましたのでご掲載させていただきます。

故・高橋正彦先生

追悼の辞

全国公私病院連盟
名誉会長　今泉暢登志

本連盟名誉会長・故高橋正彦先生と初めてお会いしましたのは、平成22年4月当時の「社団法人・日本病院会」の第11代として新会長に就任された堺常雄先生の下、こちらも全員新しく構成された6人の副会長にお互いに選出された時でした。その時以来毎月行われる会長・副会長会、続く常任理事会、日本病院会が主催する諸種の事業、委員会などでご一緒し、ご交誼を深めていきました。

高橋先生は慶応義塾大学医学部を卒業され、同大学外科学教室へ入局され初期研修を修練された後、小児外科を専攻されました。その後、国立小児病院などで更なる研鑽を積まれ、筑波大学小児外科教室の講師に就任され、昭和59年から2年間アメリカ・ハーバード大学マサチューセッツ総合病院に客員研究員として留学されました。アメリカでは、多方面の分野で有意義な体験をされたようで、帰国後の日本病院会での会合の折に、しばしばアメリカでの事例を具体的に話されて居られたのを想起しております。

帰国され、筑波大学に復職されていましたが、その後現在の茨城西南医療センター病院の副院長、院長を歴任された後、名誉院長になられています。この間、全国的には全国厚生連病院長会長、日本小児救急医学会、日本農村医学会、茨城県救急医学会などその他数種の学会役務を常に信念を持って、積極的に牽引的立場で務めて来られたようです。

また一方地域においても、厚生労働省地域医療支援中央会議、茨城県の医師会、病院協会、学校保健会、救急業務高度化推進協議会などにも役務に就き貢献され、中でも救急医療に関する功績に対しては、厚生大臣や知事から表彰を受けられておられます。

以上のように高橋先生の素晴らしい経歴の概略を述べてきましたが、これらも先生の持ち前の人柄が、小児外科を選ばれたように基盤が優しい性格の上に、博識故に物事に常に信念を持って積極的に対処して来られた結果だと思っております。日本病院会での毎月行われていた会議でも約3年間ご一緒しましたが、諸般の議題に対する意見・問題点、人事に関する意見等などに対しても常に明確に述べられて居られたのを、私は感心して聴いていました。

そして、平成24年12月に本連盟の第8代会長に就任されました。急な就任経過ではありましたが、それまでの連盟の諸会議、事業など、持ち前の気性で無難で順調にスタートされました。私も連盟には「顧問」として毎月の役員会には出席していましたので、高橋先生が会長として連盟の内外に相変わらず積極的に対応されながら、また新規に日本病院会に順じて「会長・副会長会議」を始めたりもされ、感心しながら注目していました。

高橋先生の人柄・性格などについては述べて来ましたが、私生活では早起きで毎朝3時半起床、その後読書をされてから近所を散策され、その後出勤されて居られていたようです。本当にそれなりに規律正しく充実した元気な日々を過ごされていたようです。

その先生がある時期から体調を壊され、遂には平成28年6月連盟総会で会長職を辞職され名誉会長に就任されました。それ以降はご自宅でお過ごしになっておられたようですが、特に昨今のような情勢も影響し、再びお会いする事もなく突然の訃報をお受けしました。コロナ禍の今こそ高橋先生のご意見をお伺いしたかったと思い、残念な気持ちで一杯です。今となっては、ただ先生のご冥福を心よりご祈念致します。

〝合掌〟

（福岡赤十字病院　名誉院長）

「一般社団法人全国公私病院連盟」の会長が急逝されたため、当時7名の副会長の中の一人であった高橋先生が日本病院会の副会長を兼務されていたのを辞し、平成25年2月に本連盟の第8代会長に就任されました。急な就任経過ではありましたが、それまでの連盟の諸会議、事業など、持ち前の気性で無難で順調にスタートされました。私も連盟には「顧問」として毎月の役員会には出席していましたので、高橋先生が会長として連盟の内外に相変わらず積極的に対応されながら、また新規に日本病院会に順じて「会長・副会長会議」を始めたりもされ、感心しながら注目していました。

高橋先生の人柄・性格などについては述べて来ましたが、私生活では早起きで毎朝3時半起床、その後読書をされてから近所を散策され、その後出勤されて居られていたようです。本当にそれなりに規律正しく充実した元気な日々を過ごされていたようです。

その先生がある時期から体調を壊され、遂には平成28年6月連盟総会で会長職を辞職され名誉会長に就任されました。それ以降はご自宅でお過ごしになっておられたようですが、特に昨今のような情勢も影響し、再びお会いする事もなく突然の訃報をお受けしました。コロナ禍の今こそ高橋先生のご意見をお伺いしたかったと思い、残念な気持ちで一杯です。今となっては、ただ先生のご冥福を心よりご祈念致します。

〝合掌〟

（福岡赤十字病院　名誉院長）

高橋正彦先生の御逝去を悼む

全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

まさか星和夫先生に続き高橋先生の訃報の知らせを受けることになるとは！　星先生は天寿に近かったですが、高橋先生は私と同世代でまだまだ大丈夫と高を括っていました。体調不良で会長を辞され、消息を伺う機会も少なくなっておりましたが、数日前に事務局と「便りの無いのは良い便り」と言っていた矢先の訃報でした。

高橋先生と全国公私病院連盟でのお付き合いはそう長くはありませんが、日本病院会から数えるとかれこれ20年近くのお付き合いとなります。同学年で同じ外科医ということもあり、また私が中医協委員の時には手術や救急医療の評価が低すぎると学会の夜などに遅くまで議論したことも、つい昨日の出来事のように想起されます。特に先生が院長を務められていた茨城県西南部は夜には救急砂漠状態と言われておりましたが、それを一手に引き受け病院の躍進に繋げられたご功績は大きなものがあると伺っております。

また一番の思い出は、当時の篠原会長が理事会の途中で倒れられ、東京逓信病院に救急搬送された時のことです。理事会終了後に先生と中嶋先生、私の3人で病院に行き担当の医師から画像診断、病名、予後などをお聞きしたのですが、かなり厳しい状況とのこと。篠原先生の全快を祈りながら近くの喫茶店で当面の会の運営などを遅くまで話し合いました。

しかし残念ながら篠原先生は一度も目覚めることなく10日後にお亡くなりになられました。この間先生は、中嶋先生や事務局とともに御家族を励まされ、また役員との連絡などに御尽力いただいたのです。

そして篠原先生御逝去の後は皆様御承知のとおり、第8代会長に御就任いただくこととなりました。篠原先生の会長就任後まだ半年しか経っておらず、誰方も途方に暮れる中でのお願いでした。

「ＪＡ厚生連は一人も会長を出していない」とか「中嶋先生と私が全力で応援させていただく」とか色々とお願いしたものです。ちょうど日本病院会の役員交代の時期でもあり、やっと御就任いただけたのです。そしてこの危機を見事に乗り切られたのですが、再選された後に不運にも体調を崩され、平成28年6月に会長を辞され名誉会長に就任されました。急な就任経過ではありましたが、それまでの連盟の諸会議、事業など、持ち前の気性で無難で順調にスタートされました。私も連盟には「顧問」として毎月の役員会には出席していましたので、高橋先生が会長として連盟の内外に相変わらず積極的に対応されながら、また新規に日本病院会に順じて「会長・副会長会議」を始めたりもされ、感心しながら注目していました。

高橋先生の人柄・性格などについては述べて来ましたが、私生活では早起きで毎朝3時半起床、その後読書をされてから近所を散策され、その後出勤されて居られていたようです。本当にそれなりに規律正しく充実した元気な日々を過ごされていたようです。

その先生がある時期から体調を壊され、遂には平成28年6月連盟総会で会長職を辞職され名誉会長に就任されました。それ以降はご自宅でお過ごしになっておられたようですが、特に昨今のような情勢も影響し、再びお会いする事もなく突然の訃報をお受けしました。コロナ禍の今こそ高橋先生のご意見をお伺いしたかったと思い、残念な気持ちで一杯です。今となっては、ただ先生のご冥福を心よりご祈念致します。

〝合掌〟

（福岡赤十字病院　名誉院長）

古武士の風格

全国公私病院連盟
副会長　中嶋　昭

高橋先生の訃報が届いた。いつも〝誰よりも早く起きて朝の読書と運動は欠かさないのだ！〟と力強くおっしゃっておられたので、まだまだお元気にお過ごしだとばかり思っていた。ご冥福をお祈りする。

高橋先生には古武士の雰囲気があった。明確な信念のもとに築き上げた自説を真っ向から主張し、展開された。周囲の動揺や迷いに〝一刀両断〟のごとき迫力で決断を迫られた。中でも救急医療についてはご自身の実績の基に迫力のある論理を展開された。〝救急医療こそ医療の原点、その充実は病院長の使命である！〟と常々言われていた。

1979年当時、小生は茨城県厚生連の取手協同病院に赴任したことがある。その時〝猿島というところにも厚生連病院がある。苦労しているらしい〟との噂を聞いた。いかにも地方の小さな農協病院といった伝聞であった。当方も若輩の外科医として救急医療などに血道をあげていた時で、少人数でやっている大変さを思い遣り、共感を持っていた。

その猿島協同病院で高橋先生が副院長～院長として苦労されていたことを知った。救急の場において応需義務は医師として当然のことである、断るなどとはけしからん！との信念で、当直医たちを説得し、埒が開かないときには派遣先の医局にねじ込み、人事に豪腕を振った！とご本人からお聞きした。

それらの結果、院長として猿島協同病院というローカルな病院を、遂には救急救命センターも有する地域中核病院の茨城西南医療センター病院へと発展させられた。救急医療展開の成功例として全国的にも名を馳せ、病院学会などで講演・披瀝されていた。

全国公私病院連盟の会長に就任されて以降ご一緒する機会が増えた。どのような場でも結論の長引く愚図愚図とした論議は敬遠され、明確な素早い決断を下された。

大きな会における記念講演演者の選出はいつも悩ましく長引いてしまう。しかし先生の決定は早かった。平成27年の連盟創立50周年記念式典では〝俺の後輩で研修医の時指導したから！〟と、宇宙医学について向井千秋さんに決定し、また翌年の国民の健康会議では〝自分がいた筑波大学で医療ロボットの開発をやっているから！〟とサイバーロボット研究の山海嘉之さんに決め、やや牽強付会な人選にも覚えたが、結果は両人とも見事な講演で聴衆の方々の絶賛を浴びた。

その決断は剣豪の白刃の一閃のごとき鋭さと確かさを思わせるものであった。自説を上段の構えで振り下ろす！そのようなイメージが今でも浮かぶ。畏敬の念をもって感謝をささげたい！高橋正彦先生、有難うございました。

（公益財団法人日産厚生会　玉川病院理事長）

高橋先生との想い出

前・全国厚生連常務理事
瀧　幹男

高橋先生、ご苦労様でした。先生を知ったのは私が全国厚生連に入会し10年ちょっと経った頃でした。先生がおられた茨城県厚生連は水戸協同病院、高萩協同病院、土浦協同病院、取手協同病院、猿島協同病院があり、このうち先生は昭和63年に副院長で猿島協同病院に赴任してきました。

この病院は、県東部の猿島郡境町に位置し、ＪＲ宇都宮線「古河駅」からバスで40分、東武伊勢崎線「東武動物公園駅」からいずれもバスで40分の埼玉県、栃木県、千葉県に隣接している医療過疎地で、立地条件が悪く小規模（１４８床）の慢性的な赤字病院でした。

今でいえば統合・閉鎖に近い病院でした。

しかし、先生が平成3年に院長に就任後、立地条件は今と変わらないのに黒字転換したのです。平成6年には茨城西南医療センター病院に名称変更し、平成12年には病床数３００床弱で救急救命センター指定を受けたのです。その際、茨城県厚生連の事務方と一緒に厚生省医務局指導課(当時)との救命救急センター指定打ち合わせに同行しました。

当時は救急救命センターは人口１００万人に1カ所と言われており、さらに病床数は中小規模であり、全国の厚生連病院の中でも、救命救急センター指定病院は帯広厚生病院、土浦協同病院、厚生連高岡病院、佐久総合病院等の大病院ばかりでした。しかし、厚生省は圏域ではなく、隣接する埼玉県、千葉県も考慮した圏域をもってして承認してくれたのには驚いた次第でした。

ちょうどその頃、全国の厚生連に経営改善に寄与した病院を紹介し、自病院の経営に寄与しうることを目的に、全国厚生連内に病院経営改善研究会を立ち上げました。最初に、全国の厚生連の経営担当部署の部課長30数名で東京からバスで訪れたのが茨城西南医療センター病院でした。その時にこの病院をどのようにして経営改善していったかをとくとくと説明する高橋先生の姿がありました。

その後、全国厚生連病院長会の会長時代（平成16年～20年）、平成17年からは全国公私病院連盟

4面へつづく

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

<お問合せ先>
取扱代理店　**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
食衛生センター４階
TEL03-3402-3934　FAX03-3402-3940
（受付時間：平日の午前９時から午後５時まで）

引受保険会社　**損害保険ジャパン　株式会社**
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL03-3349-5113　FAX03-6388-0153
（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までお問合せください。

SJNK19-04282　2019/07/18

3面からつづく

の常務理事、副会長を経て、平成25年には歴代の会長は必ず私的病院の先生でしたが、ここで初めて公的病院の先生が会長になりました。その間、平成28年に連盟の名誉会長になるまで毎月の理事会でお会いしていました。

先生は、「瀧君、病院の経営改善の第一は救急医療の取り組みだ」といつも顔を合わせるたびに言っていましたね。連盟では昭和40年代から3年に一度「病院部門別原価計算調査」を行い、私も若かりし頃は調査に協力する厚生連病院の調査票のチェックを行っていました。膨大な量の調査で作成する病院も大変でしたが、この調査結果をもとに厚生省等に診療報酬改定要求を行い、大変説得力のある調査でした。救急部門はいつも大きな赤字でした。当然、救急部門は24時間対応で、医師、看護師等の人件費等に比べ、診療報酬はそこまで評価した点数にはなっていませんでしたが、先生は、断らない医療を提供すれば必ず地域住民の信頼を得、他部門にも大きな影響を与えるものだと常々おっしゃっていましたね。近年の診療報酬改定では救急部門が評価されてきており、今となって思い起こせば先生の救急医療の取り組みこそが経営改善のすべてだと思っています。

若い頃の先生は目がくちょっと強面の印象でしたが、年を取るごとに好々爺の先生に変身し、時々「瀧君、お酒でも飲もうや」と会議終了後に行ったものです。「東京はいいなあ、綺麗な娘がいて」を聞きながら、先生の自宅は常磐線の土浦駅手前の荒川沖駅だと思いますが、私は上野駅の終電を逃すまいといつも腕時計を見ながら飲んでいたことを思い出します。

また、うろ覚えなのですが、先生は車の運転が好きだったんですね。近年、当連盟の職員が先生の自宅を訪ねた際、先生が自ら車を運転して最寄りの駅まで送迎してくれたことや、先生が昭和59年に米国・ハーバード大学マサチューセッツ総合病院に留学し、帰国の際には家族で米国東部から西部を横断したなんてことをお酒を飲みながら聞き入ったこともありましたね。

私も昨年、介護保険証が交付される歳になり、先生から言わせるとまだまだお前は若造だといわれるでしょうが、本当にあの世があるのだったら、またいつかお酒を酌み交わしましょう。

平成21年４月28日～５月８日　日中医学交流訪問団を派遣
[前列中央　書類を持つ]　竹内正也　先生〔全国公私病院連盟　会長(当時)〕
[前列　竹内会長の左側]　高橋正彦　先生〔全国公私病院連盟　常務理事(当時)〕

全国公私病院連盟　役員会だより

期日　２月12日（金）オンライン会議
時間　午後２時～４時

【主な報告事項】

①日病協「代表者会議」（12月18日）
寺坂副会長と遵見会長より報告があった。

②日病協「診療報酬実務者会議」（1月20日）
中野監事と園田副会長より報告があった。

③日病協「代表者会議」（1月22日）
園田副会長と遵見会長より報告があった。

④遵見会長からの報告
遵見会長より以下の報告があった。

▽「第５回ＬＭＣ研究集会～Ｗｉｔｈコロナで変わる地域医療・介護と教育～」（1月23日）▽「第1回2022年度専門医養成数に関する検討協議会　全体会議」（1月28日）▽その他（医事新報、週刊社会保障への寄稿記事）

【主な協議事項】

①新規会員の加入について（案）
「日本公的病院精神科協会（公精協）」（会長＝中島豊爾・地方独立行政法人岡山県精神科医療センター理事長）から、本連盟への加入申請があり、異議なく了承された。公精協の本連盟への正式加盟は本年４月１日より。

②令和2年度収支計算書（令和3年2月補正）（案）について
事務局より提案があり了承された。

③令和２年度「病院運営実態分析調査の概要」（案）について
事務局より報告があり了承された

④令和３年度「定時総会」（案）について
事務局より説明があった。

⑤後援名義使用の許可申請について
１件の申請があり了承された。

その他、新型コロナウイルス感染症対策等について情報交換をした。

以上

今月の一冊

今月もコロナで3冊4巻

まず1冊目は、先月号で簡単に予告させていただいた二木立先生の『コロナ危機後の医療・社会保障改革』を改めてご紹介する。先生はいつも複眼視の鋭い視点から賛成、反対、同意、疑問と立場をはっきりと確立されている。また歴史的な流れからの予想も参考になる一冊で、新型コロナウイルス感染症が医療を含む社会保障に弱い追い風になるかもと推論しているのは興味深い。第1波終了時の執筆なので現在の第3波や変異株にまでも当てはまるのかどうか?多分「イエス」なのであろう。バラ色のシナリオでも地獄のシナリオでもない中間シナリオに落ち着くと言っている。

『コロナ危機後の医療・社会保障改革』
二木　立／著
勁草書房／刊

地域医療構想は少し見直すべきとの主張は筆者も同感。地域包括ケアはネットワークでシステムではないとも。伴走型支援、コロナ復興税の提唱。地域共生社会の重要性とその中心にある多職種協働。民間病院の持ち分放棄とそれへの補助金等両手で賛成できる論調が多く、すらすら読めた。歎異抄の悪人正機説まで引用しての解説でより納得できる。予防医学が医療費を抑えヘルスケア産業（健康産業）が成長を支える、というデータに基づかない主張の千三つ官庁経産省をこっぴどくやっつけ拍手喝采である。久し振りに二木節を堪能させていただいた。読後暫くは余韻に酔うほどである。

『医療崩壊の真実』
渡辺さちこ・アキよしかわ／著
エムディエヌコーポレーション／刊

2冊目は渡辺さちこ、アキよしかわ両氏共著の『医療崩壊の真実』である。今回の新型コロナウイルスで日本の病院がどれほどの影響を受けたか、それをDPCデータを用いて解り易く説いている。まず医療崩壊の定義は?から始まる。我が国のマスコミのいい加減さにはレッドカードを。医療提供者、病床やICU、人工呼吸器やECMOなどの機器供給の脆弱性、PPE（医療用防護装備）や消毒液も仮想敵国頼みの怪しさ、台湾や韓国から一周遅れのIT（今回はオンライン）、受診控えや長期投与での外来患者減少、予定手術の延期や検診後の下流の手術の減少による入院収入の減、素泊まり入院の不合理、大打撃を受けたコロナ患者受け入れ病院の経営、救急医や総合診療医が少な過ぎる我が国の現状等々。DPCデータから洗い出された我が国の医療の課題が記されている一冊である。医療従事者のみならず患者や一般市民も必読の書であることを保証する。

『いとまの雪』
伊集院　静／著
角川書店／刊

最後の2冊は、京都新聞に連載され今回単行本として発刊された『いとまの雪』（上下2巻）である。著者は先日病魔に倒れた伊集院静。私が観光大使で40年勤めた市民病院がある赤穂市が舞台の忠臣蔵、大石内蔵助の物語である。経済的な裏打ち（パイオニアは漫画家の白土三平?）と人物の会話が魅力的である。従前は評判芳しからぬ家老大野九郎兵衛も大河ドラマの光秀と同じく赤穂では見直されており、著者も取り上げている。現在、伊集院氏が日経新聞に連載中の「ミチクサ先生」での夏目漱石と正岡子規の会話も素晴らしく、病気回復後は更に磨きがかかっているように感じる。いずれも映画化やテレビ化は難しいのであろうが、実現すれば必見した い。

私の元へは友人や知人から色々な本や雑誌が届く。自分史的なものもあり、皆様もコロナ禍を機にそれを始められることをお勧めしたい昨今の気分である。

推薦者：遵見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

日本公的病院精神科協会が加盟

全国公私病院連盟に新会員
公精協が加入し8団体に

全国公私病院連盟に4月1日付で「日本公的病院精神科協会（公精協）」が新たに加入し、全国公私病院連盟の加盟正会員は8団体となった。なお、全国公私病院連盟では3月12日（金）に「臨時総会」「臨時理事会」を開催し、公精協の中島豊爾会長を本連盟の副会長に互選した。

全国公私病院連盟は他の病院団体が病院を会員としているのとは異なり、病院団体が正会員となっていて、これまでの加盟正会員は、▼全国自治体病院協議会▼全国公立病院連盟▼全国厚生農業協同組合連合会▼日本赤十字社病院長連盟▼全国済生会病院長会▼岡山県病院協会▼日本私立病院協会―の7団体だったが、今回、「**日本公的病院精神科協会（公精協）**」の加入を受けて8団体となった。

全国公私病院連盟では、2月12日の「理事会」で公精協からの加入申請を承認。3月12日に開催した「理事会」で公精協から推薦された3名の理事の推薦を同日に「臨時総会」を開催して承認し、引き続き「臨時理事会」を開催して『副会長』と『常務理事』の互選を行った。公精協の加盟を受けての本連盟人事は次のとおり。

連盟・副会長＝中島豊爾氏（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター・理事長）

連盟・常務理事＝女屋光基氏（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター・院長）

連盟・理事＝北村　立氏（石川県立高松病院・院長）

なお、「**一般社団法人日本公的病院精神科協会の概要**」は以下のとおり。

【設　立】
平成30年4月2日

【代表者】
会長　中島豊爾

【事務所】
〒700―0915
岡山県岡山市北区鹿田本町3―16
地方独立行政法人岡山県精神科医療センター内
TEL　086―225―3821
FAX　086―234―2639

【設立の目的】
質の高い精神科医療の提供と人材育成を推進し、精神疾患を有する者の幸福とわが国の精神科医療の発展に寄与するとともに、広く国民の精神保健福祉の向上に資することを目的とする。

新会員団体の紹介

この度は全国公私病院連盟の構成団体として受け入れて頂くことになり、心から感謝し、厚く御礼申し上げる次第です。

日本公的病院精神科協会（公精協・JPAP）は、「質の高い精神科医療の提供と人材育成を推進し、精神疾患を有する者の幸福とわが国の精神科医療の発展に寄与するとともに、広く国民の精神保健福祉の向上に資することを目的に、平成30年4月に発足した若い団体です。この目的に賛同される病院は、病床の有無に関わらず参加していただけます。

全国公私病院連盟に加盟するにあたって

一般社団法人　日本公的病院精神科協会
会長　**中島豊爾**

これまで長きにわたり、日本の精神科医療を代表するかのように思われてきた日本精神科病院協会（日精協）に、私たち公的病院は参加することもできませんでした。また、日精協は私的精神科病院の経営者団体であり、精神障害者や精神科医の意見を必ずしも代表しているわけではありません。このような状況が続く中で、日本の精神科医療の質の向上は遅々として進まず、障害者の福祉も取り残されてきました。

そこで、私たち公的医療機関の医師が政策提言や国への要望活動を行える団体を立ち上げることで、民間病院（日精協）と対峙し、切磋琢磨することにより、日本の精神科医療のさらなる向上を目指す組織としております。現在の参加団体は、独立行政法人国立病院機構、全国自治体病院協議会、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、独立行政法人労働者健康安全機構であり、138病院が加入しています。さらなる拡大と発展を目指しています。

全国公私病院連盟の構成員と重なるところもございますが、あくまでも精神科医療の専門団体として活動して参りますので、どうぞよろしくお願いいたします。

（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター・理事長）

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

一般社団法人日本公的病院精神科協会の概要

【設　立】　平成30年4月2日

【代表者】　会長　中島豊爾

【事務所】
〒700-0915　岡山県岡山市北区鹿田本町3-16
地方独立行政法人岡山県精神科医療センター内
HP　https://kouseikyo.jp/
TEL　086-225-3821　FAX　086-234-2639
Email　jpap@kouseikyo.jp

【目　的】
質の高い精神科医療の提供と人材育成を推進し、精神疾患を有する者の幸福とわが国の精神科医療の発展に寄与するとともに、広く国民の精神保健福祉の向上に資することを目的とする。

【会員数】
会員数　138病院（R3.4.1現在）

いろ鉛筆

新渡戸稲造の名著「武士道」の一節に吉田松陰の辞世「かくすればかくなるものと知りながら已むに已まれぬ大和魂」とあるが、著者の誤りである。これは、松陰が下田で海外密航に失敗し江戸に護送される途中、高輪泉岳寺を過ぎる時、自分の心情を赤穂義士に重ねて詠んだ歌である▼松陰の辞世は二首あり、一首は父母への「永訣の書」の一「親思ふこころにまさる親ごころけふの音づれ何ときくらん」もう一首は、松陰が処刑前日に書き終えた塾生友人に宛て「留魂録」と題した遺書の冒頭「身はたとひ武蔵の野辺に朽ぬとも留置まし大和魂」松陰は留魂録の没収を恐れ同じものを二部作成。一部を遺品の中に、一部を牢名主沼崎吉五郎に「赦免されたら長州人に届けてほしい」と託した。松陰の心配は杞憂に終り、留魂録は塾生の藩士から萩に送られ、塾生達が回読し書写したが、幕末の混乱で紛失▼が、明治になり奇跡が起きる。赦免され東京に戻った沼崎は松陰死後十七年間肌身離さず隠し持ち汗にまみれ変色した留魂録を塾生野村靖に届けた。この松陰直筆の原本は萩の松陰神社に大切に保管され、沼崎のおかげで、日本史上珠玉の書を読むことができる。

（K・Y）

新型コロナウイルス感染症で特例対応

(医療機関における感染症対策に係る評価)

初診・再診　1回あたり5点を加算
入院料によらず　1日あたり10点を加算

昨年の12月18日に開催された中医協の「総会」で、新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例対応が了承された。必要な感染症対策を講じたうえで、初診・再診については1回当たり5点を加算、入院については入院料によらず1日当たり10点を加算できる。同加算の算定は令和3年4月から。厚生労働省の保険局医療課は2月26日付で、同対応の診療報酬の取り扱いについて事務連絡を発出している。

厚生労働省保険局医療課(令和3年2月26日・事務連絡)

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その35)【抜粋】

1.「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い(その31)」(令和2年12月15日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下、「12月15日事務連絡」という)に係る対応について

12月15日事務連絡において、「令和3年度(令和3年3月診療分以降)の取扱いについては、令和3年度予算編成過程において検討すること」としていたところであるが、新型コロナウイルスの感染が拡大している間、小児の外来における診療等については、特に手厚い感染症対策を要することを勘案し、12月15日事務連絡の1の取扱いは、令和3年9月診療分まで継続することとする。また、12月15日事務連絡の2の取扱いについては、当面の間、継続することとする。

2. 各医療機関等における感染症対策に係る評価

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、全ての患者及び利用者の診療等については、特に手厚い感染症対策を要することを勘案し、特に必要な感染症対策を講じた上で診療等を実施した場合、令和3年4月診療分から9月診療分まで以下の取扱いとする。

なお、その診療等に当たっては、患者及び利用者又はその家族等に対して、院内感染防止等に留意した対応を行っている旨を十分に説明すること。

(1) 外来診療等及び在宅医療における評価

①特に必要な感染予防策を講じた上で診療を行い、医科診療報酬点数表(以下、「医科点数表」という)の次に掲げる点数を算定する場合、「A001再診料」注10に規定する時間外対応加算1に相当する点数(5点)(以下、「医科外来等感染症対策実施加算」という)をさらに算定できること。

▼ア　初診料▼イ　再診料(注7に規定する電話等による再診を除く)▼ウ　歯科訪問診療料▼エ　訪問歯科衛生指導料▼オ　在宅患者訪問薬剤管理指導料▼カ　在宅患者緊急時等カンファレンス料

③特に必要な感染予防策を講じた上で、必要な薬学的管理及び指導を行い、調剤報酬点数表の次に掲げる点数を算定する場合、調剤報酬点数表における「調剤料」注6に規定する自家製剤加算のうち、錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬における、予製剤による場合の加算に相当する点数(4点)(以下、「調剤感染症対策実施加算」という)をさらに算定できることとすること。

▼ア　訪問看護基本療養費▼イ　精神科訪問看護基本療養費

(2) 入院診療における評価

保険医療機関において、特に必要な感染予防策を講じた上で診療を行い、次に掲げる点数を算定する場合、一日につき「A218地域加算(6級地)」の2倍に相当する点数(10点)(以下、「入院感染症対策実施加算」という)をさらに算定できることとすること。

▼ア　医科点数表の第1章第2部第1節に規定する入院基本料▼イ　医科点数表の第1章第2部第3節に規定する特定入院料▼ウ　医科点数表の第1章第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料

3. 新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科治療の実施について

必要な感染予防策を講じた上で実施される新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科治療を評価する観点から、新型コロナウイルス感染症患者に対し、歯科治療の延期が困難で実施した場合にあっては、2(1)②に規定する項目に加え、歯科点数表の「A000初診料」注6に規定する歯科診療特別対応加算、注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1及び注11に規定する歯科診療特別対応地域支援加算に相当する点数を合算した点数(298点)(以下、「新型コロナ歯科治療加算」という)を算定できることとする。

なお、この取扱いは令和3年4月診療分からの取扱いとする。

4. その他の診療報酬の取扱いについて

別添のとおりとする。

(別添)

【問1】2について、患者及び利用者の診療等において、「特に必要な感染予防策」とは、どのようなものか。

【答】「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き」等を参考に、感染防止等に留意した対応を行うこと。

(感染防止等に留意した対応の例)＝▽状況に応じて、飛沫予防策や接触予防策を適切に行う等、感染防止に十分配慮して患者及び利用者への診療等を実施すること▽新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員への周知を行うこと▽病室や施設等の運用について、感染防止に資するよう、変更等に係る検討を行うこと。

【問2】2(1)について、外来診療において特に必要な感染予防策を講じて診療等を行う保険医療機関等において、「新型コロナウイルスの感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」(令和2年4月10日厚生労働省医政局医事課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)及び「歯科診療における新型コロナウイルスの感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」(令和2年4月24日厚生労働省医政局歯科保健課、医薬・生活衛生局総務課事務連絡)に基づき、電話や情報通信機器を用いた診療又は服薬指導を実施した場合、医科外来等感染症対策実施加算、歯科外来等感染症対策実施加算及び調剤感染症対策実施加算を算定することができるか。

【答】算定できない。

【問3】2(1)③について、調剤基本料の注4

3面へつづく

時評

新型コロナワクチン接種
前後の問題・課題について

連盟　常務理事
石川浩三

我が国の新型コロナウイルス感染拡大は、第3波の峠を越え落ち着く気配が見え隠れしてきました。首都圏の緊急事態宣言の解除に政府は頭を悩まされている中、医療従事者向けのワクチン接種が開始されました。ワクチン接種は、我々医療従事者のみならず一般市民にとっても朗報で一定の安心感を与えるものであるが、それに伴う問題・課題も多く、その点をしっかり認識して結果としてよい方向に向かってほしいと願っています。

そこで、私なりの問題点を3点列挙して、私見を述べさせて頂きます。

まず、接種体制についてです。行政の担当が、医療従事者については都道府県であり、高齢者をはじめとする一般市民については市町村となっています。

ので、将来に向けての良い財産となりました。ワクチン接種場所については、各地域で異なりますが、我々の地域の医療従事者は原則として医療施設内で行う一方で、高齢者をはじめとする一般市民は原則として集団接種会場としました。その根拠は、不特定多数の市民を医療施設内に入れることによる感染拡大リスクを重視したからです。自施設を使用しない代わりに、必要なスタッフの派遣協力をすることで市の理解を得ました。接種体制に関しては、担当医療者の感染防止と会場施設内のクラスター防止に努めることが最重要と考えます。

次に、医療現場における医療提供体制への影響についてです。ワクチン接種したことで、感染リスクが減ることへの安心感が得られることはよいことですが、そのために感染防御対策への気のゆるみが生じないか、今のところ濃厚接触の基準が緩むわけではありません。これが徹底されれば、ワクチン接種後に明るい兆しが見えてくるでしょう。

最後に接種後の市民の気持ちと生活様式の変化についてです。市民の気持ちとしては、医療者以上に、安心感と開放感が生まれるでしょう。それが集団免疫を獲得する前に生活様式に現れると、大変です。くれぐれも、市民への啓発の重要性を説いていきましょう。

以上に述べた問題・課題が杞憂に終わることを願ってやみません。

(大津赤十字病院・名誉院長)

2面からつづく

又は注7に該当する場合、調剤感染症対策実施加算を算定できるのか。

【答】算定できる。

【問4】２（１）③について、処方箋を同時に複数枚受け付けてアからキまでに掲げる点数を複数回算定する場合、調剤感染症対策実施加算も複数回算定できるのか。

【答】２（１）③アからキまでに掲げる点数を複数回算定する場合であっても、１回に限り算定できる。

【問5】２（１）③キについて、医師の指示により分割調剤を行う場合、調剤感染症対策実施加算を分割回数で除して算定するのか。

【答】調剤を行うごとに、分割回数で除していない点数で算定できる。

【問6】２（１）③について、調剤技術料の時間外加算等の算出の際に用いる、調剤基本料を含めた調剤技術料（基礎額）に調剤感染症対策実施加算は含まれるのか。

【答】含まれない。

【問7】２（１）④について、特に必要な感染予防策を講じた上で訪問看護を行う訪問看護ステーションにおいて訪問看護感染症対策実施加算を算定する場合にどのような取扱いとなるか。

【答】各利用者について、令和3年4月1日以降に、1回目の訪問看護を行い、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した日に訪問看護感染症対策実施加算を算定することができる。その後は、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の30回の算定につき1回、訪問看護感染症対策実施加算を算定することができる。

訪問看護療養費明細書の訪問看護情報提供療養費2の記載欄に算定回数及び算定金額を記載するとともに、「心身の状態」欄に以下の例により訪問回数を記載すること。

※　以下略

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入準備状況

１．現在の申込状況

オンライン資格確認の導入予定施設数　（ 2021/ 2 /21 時点）

＜顔認証付きカードリーダー申込数＞

74,830　施設（ 32.8 %）／228,276　施設

【内訳】

病院	3,530 ／	8,284	施設	42.6%
医科診療所	21,883 ／	89,113	施設	24.6%
歯科診療所	19,168 ／	70,937	施設	27.0%
薬局	30,249 ／	59,942	施設	50.5%

※　病院の申込割合は４割超（４ 県で6 割超）
　　薬局の申込割合は5割超（３ 県で6 割超）

※　公的医療機関等は、国立病院機構、労働者健康安全機構、JCHO 、国家公務員共済連合会は100 %、都道府県立病院92.5 %、市町村立病院85 %
（その他の公的医療機関等における申込状況は厚生労働省HPに掲載）

目標：医療機関等の6 割程度での導入（ 令和3 年3 月時点）、概ね全ての医療機関等での導入（令和5年3月末）を目指す
（令和元年9月デジタル・ガバメント閣僚会議決定）

【参考：健康保険証の利用の申込】
2,706,944 件　カード交付枚数に対する割合 8.2 %

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】
有効申請受付数：　約3,766 万枚（人口比　29.6% ）
交付実施済数：　約3,292 万枚（人口比　25.9% ）

２．課題

○ 新型コロナウイルス感染症の影響に加えて、メリットが分かりづらいので開始されてから導入を検討したいなど、まだ導入への様子見がある。

○ 病院などでは、システムベンダによる見積もりが過大になる傾向。

※ その他、世界的な半導体不足によりパソコンが枯渇しており（※特に受付の場所を取らないため需要が大きいノート型PC）、調達に遅れ

３．今後の対応

○ ３月末の追加的な財政支援策の締切に向けて、全医療機関等に対してリーフレットを再送付するとともに、医療関係誌に広告を掲載する。また、導入意向調査を行う。

○ 大手システムベンダーに対して見積の適正化を依頼するとともに、個別医療機関からの相談に対応していく。

○ 導入医療機関等における事例を紹介するHP を作成し、導入のメリットを具体的な・イメージしやすい形で伝えていく。

○ 引き続き、三師会等医療関係団体からの働きかけを依頼する。

オンライン資格確認システムの導入準備状況
「顔認証付きカードリーダー申込数」は32・8％

3月4日に開かれた社保審の「医療保険部会」に、「医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入準備状況」が報告された。これによると、2月21日時点で「顔認証付きカードリーダー申込数」は、22万8276施設のうち7万4830施設（32・8％）に留まっていた。申込の内訳をみると、『病院』は8284病院のうち3530病院（42・6％）、『薬局』は5万9942施設のうち3万2499施設（50・5％）で申し込み済だったが、『医科診療所』では8万9113施設のうち2万1883施設（24・6％）、『歯科診療所』では7万9937施設のうち1万9168施設（27・0％）に留まっている。

なお、政府は令和5年3月末までに概ねすべての医療機関等での導入を目指しており、そのためには令和3年3月時点で6割程度の導入を目指している。厚労省では、導入が進まないことに関する課題として、①新型コロナウイルス感染症の影響に加えて、メリットが分かりづらいので開始されてから導入を検討したいなど、まだ導入への様子見がある、②病院などでは、システムベンダによる見積もりが過大になる傾向がある、③世界的な半導体不足によりパソコンが枯渇しており、特に受付の場所を取らないために需要が大きいノート型PCなどの調達に遅れ―などがあることを把握している。

厚労省では3月末の追加的な財政支援策の締め切りに向けて全医療機関等に対してリーフレットを再送付するとともに医療関係誌に広告を掲載する他、導入意向調査を行い、大手システムベンダに対しては見積の適正化を依頼するとともに、個別医療機関からの相談に対応するとしている。

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!
令和２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!!
令和２年６月調査　**病院経営分析調査報告**　（定価 16,000 円＋税　A４版　約 758 ページ）
内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

令和２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。

2021 年３月　発刊

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
総会

令和2年度改定、経過措置の延長
令和3年9月30日まで

令和2年度診療報酬改定で令和2年9月30日までの経過措置が講じられていたもののうち、実績要件に係る項目については令和3年3月31日まで延長することが認められていたが、今般、コロナ対応等により医療提供体制に大きな影響を与える可能性があることから、この経過措置の期限を令和3年9月30日まで延長することが3月10日の中医協「総会」で了承されている。

ただし、医療機関等の実情を適切に把握する観点から、新たに、医療機関等において実績を記録することを求めた上で、該当入院料等が下がる場合や基準を満たさなくなる等の場合には、①基準を満たさなくなった項目及びその実績値、②新型コロナウイルス感染症への対応等の有無、③基準を満たさなくなった理由―などの実績の届出を求めることにしている。

なお、厚生労働省保険局医療課は、令和3年3月10日に経過措置を設けた施設基準等の取扱いについては今後事務連絡で示す旨の事務連絡を発出している。同事務連絡は以下のとおり。

◆　◆

令和2年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準等の取扱いについて

令和2年度診療報酬改定において、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第4号）により示した令和3年3月31日を期限として設けた経過措置については、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、その期限を令和3年9月30日まで延長することとし、別途、通知等の改正を行う予定としているので、予めご了知いただきたい。

なお、経過措置の期限延長の対象となる事項については、**【別添】**を参照すること。

また、保険医療機関等の実情を適切に把握する観点から、新たに、保険医療機関等において実績を記録することを求めた上で、該当入院料等の基準を満たさなくなる等の場合には、実績の届出を求めることとするが、その取扱いについては、別途、事務連絡でお示しする予定としているので、あわせてご了知いただきたい。

【別添】　**令和３年３月３１日を期限とする経過措置が設けられた項目一覧**

出典：令和３年３月１０日、中央社会保険医療協議会資料（総―２－３）抜粋（一部改変）
※経過措置の期限を令和３年９月３０日まで延長する予定

項　目	経過措置
重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和２年３月３１日時点で、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核、特定（一般病棟）、専門）、看護必要度加算（特定、専門）、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算１、地域包括ケア病棟入院料又は特定一般病棟入院料の注７を算定している病棟又は病室については、令和３年３月３１日までの間に限り、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとする。
入退院支援加算３	令和２年３月３１日時点で、入退院支援加算３の届出を行っている保険医療機関は、同時点で配置されている「入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和３年３月３１日までの間に限り、「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の施設基準を満たしているものとする。
回復期リハビリテーション病棟入院料１・３	令和２年３月３１日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟については、令和３年３月３１日までの間に限り、「リハビリテーションの効果に係る実績の指数」「管理栄養士の配置」（１に限る）に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月３１日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和３年３月３１日までの間に限り、入退院支援部門に係る施設基準を満たしているものとする。
地域包括ケア病棟入院料（特定一般入院料の注７も同様）	令和２年３月３１日時点で、地域包括ケア病棟入院料１又は３の届出を行っている病棟又は病室については、令和３年３月３１日までの間に限り、診療実績に係る施設基準を満たしているものとする。
機能強化型訪問看護管理療養費	令和２年３月３１日時点で、機能強化型訪問看護管理療養費１、２又は３を届け出ている訪問看護ステーションについては、令和３年３月３１日までの間に限り、看護職員割合に係る基準を満たすものとみなす。

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

<お問合せ先>
取扱代理店　**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
食衛生センター４階
TEL03-3402-3934　FAX03-3402-3940
（受付時間：平日の午前９時から午後５時まで）

引受保険会社　**損害保険ジャパン　株式会社**
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL03-3349-5113　FAX03-6388-0153
（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までお問合せください。

SJNK19-04282　2019/07/18

全国公私病院連盟　役員会だより

期日　3月12日（金）
時間　午後1時～3時
オンライン会議

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」（2月17日）
中野監事と園田副会長より報告があった。

②日病協「代表者会議」（2月26日）
難波副会長と邉見会長より報告があった。

③小熊副会長からの報告
小熊副会長より「第31回地域医療構想に関するワーキンググループ」（2月12日）の報告があった。

④邉見会長からの報告
邉見会長より以下の報告があった。
▽日本専門医機構「第2回2022年度専門医養成数に関する検討協議会全体総会」（2月12日）▽第18回「地域医療を守る病院協議会」（3月2日）

【主な協議事項】

①令和3年度収支予算書（案）について
事務局より、令和3年度収支予算書（案）について説明があり、了承された。

②令和3年度「定時総会」について
邉見会長より、令和3年度「定時総会」の決議に寄せられた意見についての報告と今後の予定について説明があった。

③臨時総会提出議案の承認について
邉見会長より、日本公的病院精神科協会（公精協）が4月1日から本連盟の正会員となるにあたり、公精協から本連盟理事の推薦があった旨の報告があり承認された。
その後、令和2年度臨時総会において「役員の選任（案）」が審議され、異議なく了承された。

④副会長・常務理事の互選について
邉見会長より、令和3年度「定時総会」の決議に寄せられた意見についての報告と今後の予定について説明があった。
③臨時総会提出議案の承認について
邉見会長より、日本公的病院精神科協会（公精協）が4月1日から本連盟の正会員となるにあたり、公精協から本連盟理事の推薦があった旨の報告があり承認された。
その後、令和2年度臨時総会において「役員の選任（案）」が審議され、異議なく了承された。

⑤「第29回日本慢性期医療学会」後援ならびに開会式のご臨席のお願い
事務局より、日本慢性期医療協会から「第29回日本慢性期医療学会」後援について依頼があったことが報告され、了承された。

▼本連盟・副会長
中島豊爾氏（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター・理事長）
▼本連盟・常務理事
女屋光基氏（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター・院長）
▼本連盟・理事
北村　立氏（石川県立高松病院・院長）

以上

緊急事態宣言解除

菅首相は3月18日、緊急事態宣言を3月21日限りで解除することを発表。それに伴い「新型コロナウイルス感染症対策本部」が「緊急事態宣言解除後の新型コロナウイルス感染症への対応」を取りまとめた。
同対応における「医療提供体制の充実」の概要は以下のとおり。

【医療提供体制の充実】

各自治体で今回の感染拡大局面での課題を点検・改善し、次の感染拡大時に確実に機能する体制に進化させ、「相談・受診・検査」～「療養先調整・搬送」～「転退院・解除」まで、一連の患者対応が目詰まりなく行われ、病床・宿泊療養施設が最大限活用される流れを確保。

▼次の感染拡大に備え、概ね4月中を目途に「検査体制整備計画」を見直し。

▼解除後も病床・宿泊療養施設の確保に万全を期すとともに、感染者が短期間に急増する場合の緊急的な患者対応を行う体制もあらかじめ検討し、早急に対応方針を定める。

▼地域で一般医療とコロナ医療の両立について改めて協議し、病床・宿泊療養・自宅療養の役割分担の徹底や総合的な調整体制の整備により病床活用を効率化した上で、患者受入が実際に可能なコロナ病床・宿泊療養施設を確保。5月中までに「病床・宿泊療養施設確保計画」を見直し。

▼医療機関の役割分担の徹底、医療人材の確保、後方支援医療機関、退院患者を受け入れる高齢者施設等の確保や転院から生体肝移植。後半は、高齢者医療からケアへと、認知症や尊厳死・安楽死の問題や、小生も創設者の1人であるイヴ・ジネスト氏から講演と実技を見せて頂いたが「ユマニチュード」にまで向き合っている。

また、著者はギターの弾き語りが上手く、患者・入所者・スタッフとのコミュニケーションや職場のアメニティを高めているのは特記すべきで、無芸大食の筆者はかなり口惜しいと思う才人でもある。著者のいつも患者の抱える困難に正面から向き合う姿勢がほとばしっている良書である。同門贔屓でなく、推薦したい1冊である。

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

支援の仕組みの導入等により、実効的に病床を確保・活用することを徹底。

▼病床確保・活用の状況及び感染状況を適切にモニタリングし、感染拡大防止策に適時適切に反映。

（以下略）

今月の一冊

今月も3冊（4冊？）

今月は「北条五代（上下巻）」をまず紹介したい。

我々関西人は当時の首都・京を中心に歴史を見ているので、北条氏は初代早雲と、秀吉に大軍で攻められ滅びた五代氏直しか知らない。石垣山一夜城や、正宗遅参詫びなど、勝ち馬の物語はかなり有名であるが、関東圏の方々も私達とあまり変わらないのではと思っている。敗者の歴史はどうしても、埋もれたり、無くなったり、消されたりするからであろう。昨年、コロナ禍でのNHK大河ドラマの光秀のように見直されているのも少しずつある。この欄で以前取り挙げた「じんかん」（今村翔吾著）の松永弾正久秀などもそうである。

この北条氏も初代早雲と、滅亡した五代氏直だけは知っていても、二代氏綱、三代氏康、四代氏政を知っているのは余程の歴史通か小田原市民ぐらいではなかろうか？　北条氏は功利より義を取る。特に民百姓に手厚い税率（4公6民）で他の領主ほど農民から搾取せず、共生による民生・善政を行った。

この本の特長は、火坂雅志氏と伊東潤氏の共著であること。しかもコラボではなくてリレーである事が大層珍しい。五代のうち二代で火坂氏が急逝した後、三代から伊東氏が継いだので、巻末エッセイにある様に衣鉢を継いだのである。

敢えて言わせて頂ければ、初代の伊勢新九郎（後の早雲）や風魔小太郎（北条氏に仕えた忍者）がよく知っているからか面白い。しかし、代を継ぐに連れて登場人物が多くなり、版図が広くなり、地名が多くなる。また、離合集散で敵と味方はよく変わり、地図と城主、国境を記して読まないと頭の整理ができず、少し疲れる感がある。一族に皆、氏の名が付くので混同しやすいのもある。しかし、五代百年の歴史は私の勤める赤穂の浅野三代五十年の倍も栄えている。北条氏の遺臣が徳川二百六十年の江戸幕府の政治にも関り、継承されたというのも興味深い。

次は我が郷里・徳島の先輩、畏友の武久洋三先生から贈られた「令和時代の医療・介護を考える」である。

健康寿命の増進や地域医療構想、総合診療医の重要性、〝なんちゃって急性期〟など、全編にわたって武久節が冴え渡っている。131ページ、図表41に私案としての病期別病床機能分類に著者の考えが纏められているが、多分この方向に進むと小生も同感である。

最後の1冊は、阿曽沼克弘著「歌う外科医、介護と出逢う」である。

当連盟副会長の中嶋昭先生が率いる日本私立病院協会理事の医療法人ガラシア会施設長・石丸伸司氏から頂いた。巻末に著者のサインがあり、大学外科の後輩。赤穂に近い倉敷の病院に居たり、熊本大学小児外科の特任教授の時に講演に招かれたりしていたので一気に読んだ。著者の医療・介護への遍歴の書である。前半は外科医、小児外科、胆道閉鎖症

『北条五代』
火坂雅志・伊東　潤／著
朝日新聞出版／刊

『令和時代の医療・介護を考える』
武久洋三／著
中央公論事業出版／刊

『歌う外科医、介護と出逢う』
阿曽沼克弘／著
京都大学学術出版会／刊

公私病連ニュース

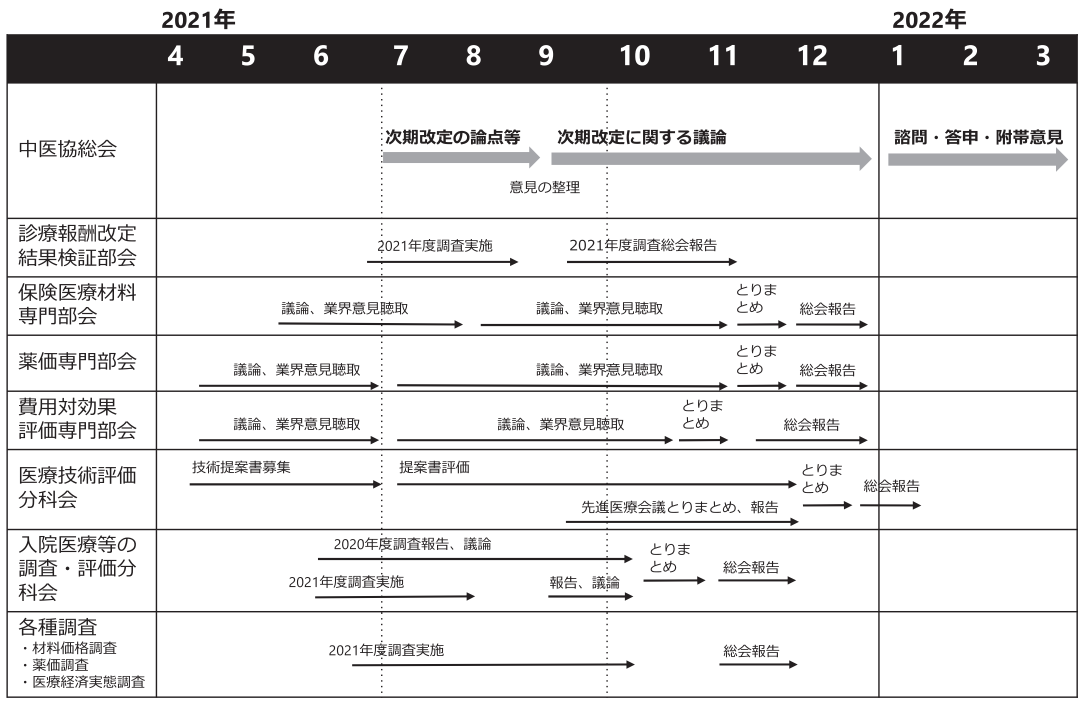
発行所
一般社団法人全国公私病院連盟
東京都渋谷区神宮前2-6-1
食品衛生センター4階(150-0001)
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389
編集
広報委員会
毎月1日発行　年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます。)

国民医療の確保のために病院診療報酬の引き上げを

次期改定検討スケジュール

中央社会保険医療協議会

次期診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）



日本病院団体協議会が令和4年度改定へ向け要望提出

中央社会保険医療協議会（＝中医協）の「総会」が4月14日に開催され、令和4年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュールが左表のように示された。7月から次期改定の論点整理を行い、9月から本格的な議論に入ることになっているが、今回はコロナ禍のために日程が非常にタイトになっている。中医協の各部会・分科会では順次調査報告が出たところで議論を進めることになるが、通常だと秋口に「医療経済実態調査」（＝実調）による医療機関の経営状況が明らかになったところで『支払側』と『診療側』がそれぞれ実調の結果を分析し、それに基づく意見を表明して、次期診療報酬改定に係る中医協としての意見を整理することになる。

その一方で「社会保障審議会（医療保険部会、医療部会）」は「令和4年度診療報酬改定に係る基本方針」の取りまとめを進め、政府は年末の令和4年度予算編成の過程で診療報酬改定率を決定、年明けに中医協に対して、①社会保障審議会で取りまとめた診療報酬改定の基本方針、②政府が決定した診療報酬改定率ーを基に「令和4年度診療報酬改定」をするよう意見を求め（諮問）、それを受けた中医協が個別項目の点数等を決めて答申が行われることになる。

◆　◆

全国公私病院連盟など15病院団体が加盟する「日本病院団体協議会」（令和3年度議長＝斉藤正身・日本リハビリテーション病院・施設協会会長）は4月16日、「令和4年度診療報酬改定に係る要望書【第1報】」を厚生労働省の濱谷保険局長宛に提出した。

要望書では、①複数の病院団体の調査で明らかになったように、新型コロナウイルス感染症の拡大により多くの病院の経営が急激に悪化、地域医療の維持が不安定な状況となっている、②医療の効率化を追求するのみではなく、今後の新興感染症の到来に対応するには、ある程度幅を持った病床稼働も必須であることが明らかとなったーことから、病院経営を維持するには、政府の緊急包括支援交付金による病院医療への支援の継続と、病院医療への診療報酬上の評価の拡充が必要であると指摘している。

また、2024年に法施行される医師の働き方改革や地域医療構想の推進等、医療提供体制の大変革が求められていることから、新型コロナウイルス対応を行いながら地域における医療体制を維持していくためには適切な診療報酬上の措置が不可欠であるので、病院の入院基本料を大幅に増点するよう求めている。

（2面参照）

時評

コロナ後の急性期病院運営

連盟　常務理事　川嶋　成乃亮

新型コロナウイルスの流行は一向に収束しそうになく、各自治体はその病床確保に躍起となっている。今回のCOVID−19の入院診療の中心となり、特に重症者の診療にあたっている病院の多くは高機能急性期病院であり、それぞれの地域で中核的役割を果たしている病院である。これらの病院が今後も新興感染症大流行時の診療の中心となって行くには問題点がある。

COVID−19診療と一般診療の両立運営は実に難しく、特に重症患者を受け入れている病院において問題が大きい。予定外入院、救急医療の制限に加えて、他の疾病による重症者診療にまで手が回らなくなる。このような体制下で、COVID−19診療にあたってきた急性期病院が、新型コロナの流行が一段落した時に、それまでの診療体制に戻ろうとしても、もう戻れなくなっているのではないかということが危惧される。

急性期病院の経営はずっと厳しく、必死で集患を行い、稼働率を保ちながらも、平均在院日数を短縮させ、様々な加算を取得するなどの経営努力を行ってきた。そのあり方が、新型コロナ対応ですっかり変わってしまい、なにより院内感染を防ぐことが重要となり、稼働率や平均在院日数はもとより、収益性や利益の確保も二の次になろうとしている。

令和2年度に関しては、病床確保を目的とした、過剰ではないかとも思われるほどの補助金により、多くの病院は赤字を免れるであろう。しかしながら、これまで必死に収益をあげ利益を得ようとしてきたのとは異なる運営体制となった病院が、流行が落ち着き補助金収入がなくなると、経営的にやっていけるかは疑問である。加えて、地域における患者の流れ、患者層が変わり、以前のような患者獲得が困難になっている可能性もある。

補助金支援を続けていくのも、一つの手段かもしれないが、それでは不健全な経営を生み出すだけである。補助金で成り立つ経営は組織運営の劣化を生み出す。好ましいのは、余裕を持った経営ができるような診療報酬の体系にすることである。

今回のコロナ禍は、医療が最大の社会インフラであることを改めて認識させ、有事に対しての、インフラ整備が行われていなかったことが明らかとなった。

医療を市場原理に任せるのではなく、『公共財』としてとらえ、有事にも余裕を持って対応できる医療体制になるような、平時からの診療報酬制度の見直しが必要と考える。

◇　◇

大阪府済生会中津病院・院長（大阪府済生会中津医療福祉センター・総長）

いろ鉛筆

新型コロナウイルス感染症の拡大が1年以上経過する昨今において、病院経営は益々厳しいものになってきている。患者を受入れている病院は交付金でなんとか減収を補っているが、そうでない病院は赤字が増大し破産寸前である。コロナ禍における病院経営の困難さは、どの経営者も直面しているし、withコロナにおいては従来の診療報酬では行き詰まることは誰しも疑わない。これまでは経済理論のMMT理論で、国債をどんどん増して大きな政府を作ることも考えられたし、今現在の国債依存度は世界最高位に位置している▼withコロナにおける診療報酬のあり方は、抜本的に変える必要があると考える。病床稼働率を100％近くまで稼働させないと黒字にならない診療報酬では、所詮いつ発生し、入院させないといけない患者には対応できないし、今日あるコロナ病床は、当然余力をもたなければならない。2019年に地域医療構想WGが公開した病床の再編・統合にあがった公的病院440病院においては、コロナ対応でその余力を発揮したことが証明されている▼病院経営を可能にする診療報酬体系とは、規模の大小により異なるものの、まずその規模に似合った利益を確保し、その上に実際に行われた医療行為に対して相応の対価を払うということである。病院とはいえ一企業であり、医師・看護師らの職員に給与などを十分支払えるような仕組みにする必要がある。

（H・S）

日本病院団体協議会

令和４年度診療報酬改定にかかる要望書

全国公私病院連盟など15病院団体が加盟する「日本病院団体協議会」（議長＝斉藤正身・日本リハビリテーション病院・施設協会会長）は４月16日、「令和４年度診療報酬改定に係る要望書【第１報】」を厚生労働省の濵谷保険局長宛に提出した。同要望書では、新型コロナウイルス感染症の拡大により多くの病院の経営が急激に悪化して地域医療の維持が不安定な状況となっていることから、政府の緊急包括支援交付金による病院医療への支援継続はもちろんのこと、病院経営を維持するために次期診療報酬改定において診療報酬上の評価と拡充が必要であるとして以下の６項目を要望している。

令和４年度療報酬改定に係る要望書【第１報】

日本病院団体協議会
令和３年４月16日

令和2年度に実施された診療報酬改定では、改定の基本方針として、健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現に加えて、医師等の働き方改革の推進、社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和などが掲げられ、本体0・47％のプラス改定（救急病院における特例的対応＋0・08％）がなされた。

しかし、複数の病院団体の調査で明らかになったように、新型コロナウイルス感染症の拡大により、多くの病院の経営が急激に悪化し、地域医療の維持が非常に不安定な状況となっている。また、医療の効率化を追求するのみではなく、今後の新興感染症の到来に対応するには、ある程度幅を持った病床稼働も必須であることが明らかとなった。したがって、政府の緊急包括支援交付金による病院医療への支援の継続はもちろんのこと、病院経営を維持するには、病院医療への診療報酬上の評価の拡充と継続が必要である。

日本病院団体協議会は、このような厳しい環境下での改定であることを踏まえ、医療提供体制の更なる向上と持続可能性を追求するために、次期診療報酬改定において、牽下の病院団体共有の項目を中心に以下の６項目を要望する。

記

１．適切な入院基本料の設定

現在、多くの調査結果が示すように、新型コロナウイルス感染症の拡大により、病院の経営状況は大幅に悪化している。そのような中、病院は2024年に法施行される医師の働き方改革や地域医療構想の推進等、医療提供体制の大きな変革が求められている。

新型コロナウイルス対応を行いながら、これら大規模な改革に対応し地域における医療体制を維持していくためには、適切な診療報酬上の措置が不可欠である。病院の入院基本料を大幅に増点していただきたい。

２．働き方改革、多職種協働、タスクシェア・タスクシフトを進めるための診療報酬上の評価、基準緩和

病棟における看護師、薬剤師、管理栄養士、介護福祉士、リハビリスタッフ等、多職種チームによる入院医療の提供は働き方改革を進めるためにも重要である。病棟における多職種の協働が促進するよう診療報酬上、配置基準・加算等を検討いただきたい。

また救急救命士、特定看護師、臨床工学技士等を病院医療において活用することも有効であり、それらの職種へのタスクシェア・タスクシフトを促進するための診療報酬点数の新設を検討いただきたい。

さらに、常勤要件、専従要件等については、医療の質を確保しつつ、働き方改革を推進するため、より柔軟に入院医療が提供できるよう、人員配置に関する基準緩和をすすめていただきたい。

３．地域における医療機能の分化・連携を推進するための診療報酬上の評価

病院の機能分化と連携がすすむ中で、入院中に他院を受診する必要性と機会が増大している。入院中に他院を受診する場合に行われる入院料の減算の制度を根本的に見直していただきたい。

また高額薬剤を使用している患者の転院先が限定されることがあるため、地域における患者の適切な機能の病院への移動が妨げられている現状がある。

これを改善するため、特定入院料算定病棟や医療療養病棟における高額薬剤の出来高請求を認めていただきたい。

４．医療におけるＩＣＴを推進するための診療報酬上の評価

医療におけるＩＣＴ化の推進は重要であり、医療の質向上ならびに医療の効率化に不可欠である。多くの病院が電子カルテの導入にとどまらず地域医療ネットワークの構築やオンライン診療への対応、オンライン資格確認システムの新規導入など多額のＩＣＴ投資を行っている。病院のＩＣＴ化をより推進し医療提供体制の生産性を向上させるため、病院におけるＩＣＴ化コストを賄うための診療報酬上の評価を行っていただきたい。

また、国による医療・介護等の情報基盤整備を推進するとともに、互換性のある電子カルテシステムの基準を示していただきたい。

５．救急医療の充実と評価

2020年改定において、働き方改革への対応として地域医療体制確保加算が新設された。算定要件は救急搬送件数2000件以上など厳しい基準となっており、1000件以上2000件未満の医療機関は「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」による補助の対象とされた。しかし当事業は要件の厳しさから全国的に補助金利用は低迷しており、地域の救急医療体制を維持していく施策としては不十分である。救急医療体制を充実するためにも地域医療体制確保加算の算定要件のさらなる緩和を行っていただきたい。

また夜間休日救急搬送医学管理料の算定要件の緩和とさらなる評価、救急医療管理加算の更なる評価をおこなっていただきたい。

６．食事療養費の見直し

入院中に提供する食事療養費は、ほぼすべての病院において提供の形態を問わず大幅な赤字となっている。特に近年は給食スタッフの不足による確保困難から人件費が高騰しており、業務委託の場合、委託業者からの値上げ要請に応じざるをえない状況であり、赤字幅が拡大している。

長年にわたり食事療養費は据え置かれてきており、療養の一手段として必須となっている食事療養費を適切な水準に見直していただきたい。

以上

政府・省庁
厚労

病床確保の見直しを要請
緊急時には一般医療の制限も

政府は3月18日、新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言を3月21日で終了することを発表し、合わせて宣言解除後の対応を決定した。これを受けた厚生労働省は3月24日に都道府県に対して今後の感染拡大に備えた医療提供体制に関する通知を発出している。同通知では、感染者が急増した場合には、一般医療を制限して病床を確保することなどを視野に入れた対策を講じることなどが含まれている。通知の概要は以下の通り。

今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について（概要）

医療提供体制整備（Ⅰ章・Ⅲ章）

①緊急事態宣言の解除後においても、病床・宿泊療養施設の確保に万全を期すとともに、感染拡大が短期間で急速に生じる場合もあり得ることから、感染者数の大幅増（例えば今冬の1日当たり最大感染者数の2倍程度）を想定した緊急的な患者対応を行う方針・体制を早急に検討し、②の中間報告と併せて、4月中に報告。

※なお、上記体制は一般医療を相当程度制限せざるを得ないものであり、時限の緊急避難的な対応であることに留意する必要がある。

【検討事項】例えば1日当たり最大新規感染者数が2倍程度になったときの最大療養者（入院、宿泊療養、自宅療養の患者）を、国が示した方法に基づき算出した上で検討。

１．患者の療養先の確保

▽予定入院・手術の延期等緊急的な病床確保方策の策定

▽健康管理を強化した宿泊療養施設の稼働

▽自宅等で療養とならざるを得ない方への健康観察体制の確保（パルスオキシメーターの活用、往診・オンライン診療・訪問看護等による地域の医療機関での健康観察・健康管理）等

２．患者の入院・療養調整の体制確保

▽保健所・都道府県調整本部における入院・療養調整業務に係る応援体制の整備等

▽入院・療養調整の業務フローの見直し（入院・療養先調整を調整本部で一括実施、調整本部の体制強化等）

②これまでの取組に加え、地域で一般医療との両立も含めたコロナ医療について改めて具体的に協議・合意し、患者受入が実際に可能な病床を最大限確保。その際、昨夏の療養者数の推計を基本としつつ、現在の確保病床以上で見直すこととし、医療機関間の役割分担の徹底、医療従事者確保、後方支援病院確保など、実効性のある病床を最大限積み上げ、5月中に病床・宿泊療養施設計画を見直し。

医療提供体制整備後の運用（Ⅱ章）

▼一連の患者対応の状況や一般医療への影響度合いに関する確認項目を国が示し、これに基づき、各都道府県が、状況を確認し改善できる体制を構築。（療養先調整中人数、後方支援医療機関への待機件数等により患者フローの目詰まりの状況、救急搬送困難事案件数やＩＣＵの使用率等により一般医療への影響度合いを確認）

▼新規感染者数の増加傾向が2週間継続した場合のモニタリングを行い、感染防止対策に反映。②で最大限積み上げた病床を超える場合や、短期間で急激な感染拡大が生じた場合には①の緊急的な患者対応を行う体制に切り替え。（強力な感染防止対策が必要）

第30回 診療報酬請求事務セミナー【ＷＥＢセミナー】
2020年改定の振り返りと次回改定の方向性
～ コロナ禍での診療報酬対応と地域医療構想や働き方改革への影響 ～

講師：**中林 梓** 先生 （ＡＳＫ 梓診療報酬研究所 代表取締役）

◆◆◆ 例年７月に実施しているセミナーです。昨年に引き続きＷＥＢ形式で開催しますのでご参加ください。◆◆◆

視聴期間 ： 令和３年７月１４日（水）１０：００頃 ～ 令和３年７月２０日（火）２３：５９（７日間）
講義時間 ： 約３００分程度を予定しています。

参 加 費 ： ① 会 員 １病院につき １１，０００円（税込）
② 非会員 １病院につき １６，５００円（税込）

（ １病院につき１アカウントを発行します。１アカウントで複数の同時ログインはできません。
アカウントの追加をご希望の場合、１アカウントにつき、１，１００円（税込）で発行します。 ）

お申込み方法
全国公私病院連盟のホームページより、お申込みください。（申込期限：６月３０日）

お問い合せ先
全国公私病院連盟 ＴＥＬ：０３（３４０２）３８９１ ＦＡＸ：０３（３４０２）４３８９

令和2年度　事業報告書（案）

4月9日に開催された全国公私病院連盟の「理事会」に「令和2年度事業報告書（案）」が報告された。同報告（案）は、6月24日に開催する「全国公私病院連盟・令和3年度（第62回）定時総会」に諮られる。「令和2年度事業報告書（案）」は以下のとおり。

本連盟では、令和2年度事業計画書に基づき下記の諸活動を展開した。

記

1．新型コロナウイルス感染症対策

本連盟では、新型コロナウイルス感染症患者数の爆発的拡大が懸念される状況下にあった令和2年4月、新型コロナウイルス感染症との戦いが長期化することを鑑み、少しでも病院職員の不安を解消するために、①人工呼吸器をはじめとして、マスク・防護服・ガウン・消毒用アルコール等の品不足の解消、②新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院に対する財政援助、③一般外来患者の受診控えや入院制限などによる病院収入の補填―などに対して、政府が具体的な財政支援を明言するよう要望書を提出した。【要望書「新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院への緊急財政支援についての要望」(2020.4.2)】

次いで、日本国内における新型コロナウイルスへの感染状況が日々拡大の一途をたどり、国民はもとより多くの企業においても大きな不安と混乱を招いている状況下にあったことから、改正新型インフルエンザ対策等特別措置法に基づく緊急事態宣言を早急に発出するよう要望書を提出した。【要望書「改正新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言についての要望」(2020.4.6)】

また、新型コロナウイルス感染症患者に対峙する医療機関や医療者への補償が確立していないことから、新型コロナウイルス感染症に対峙する医療機関や医療者に対する補償制度を確立するよう要望書を提出した。【要望書「新型コロナウイルス感染症に係る緊急要望」(2020.6.5)】

さらに、本連盟「令和2年度（第61回）定時総会」（令和2年6月）の「決議」においても、病院が新型コロナウイルス感染症患者を受け入れるためには、外来・入院・救急等での当該患者に特化した人的・物的、受入・療養の準備が必要であり、それに係る財政的負担は莫大であるが財政的支援の裏づけがないままではその対策も十分にできないことから、具体的な財政上の支援を政府が公言するよう要望するとともに、将来的には、効率至上主義・経済財政を重視してきた昨今の政策方針を転換し、感染症対策の強化（①CDC的機関の設立、②保健所機能の充実・強化、③感染症専門医等の育成・増員、④感染症病床を持つ病院への財政支援）を図り、災害なども含めた緊急時の備えを充実させることを提言した。

なお、新型コロナウイルス感染症が病院経営に及ぼす影響を調査するため、令和2年6月に「新型コロナウイルス感染症に関する病院経営影響度緊急調査」実施し、新型コロナウイルス感染症を受け入れている病院はもとより、受け入れていない病院においても大幅な減収となっていることを公表して、その窮状を訴えた。

2．診療報酬改定運動

令和2年度の診療報酬改定は、診療報酬本体が0・55%の引き上げとなった一方で、薬価が0・99%の引き下げ、材料価格が0・02%の引き下げとなったことから、全体では0・46%の引き下げという厳しい結果となった。

本連盟では「令和2年度（第61回）定時総会」（令和2年6月）において、診療報酬改定率が毎回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くなっていることから、予算編成前に診療報酬改定項目のアウトラインを国民に示すとともに、その積算根拠を明らかにして国民の理解を得るための十分な時間と機会を設けること等の要望を決議し、政府、厚労省、各政党、中医協委員などに提出し、その実現に向けた要望活動を展開した。

3．医療提供体制対策

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。

4．介護保険対策

介護職を志す若者が多いにもかかわらず離職率が高く、加えて少子化等によりその確保が一層困難になっており、また、看護職や栄養士をはじめとする多職種も同様に人手不足が深刻であることから、介護報酬本体でその処遇を担保することを政府、厚労省などに要望した。

5．病院経営改善対策

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

また、次期税制改正において、もはや診療報酬で控除不能相当分の消費税を補てんし続けることに限界があることから、国民のコンセンサスの下に診療報酬を課税扱いとするなどの新たな方法を検討することなどについて、令和2年8月28日に厚労省へ、同年10月29日に自民党へ要望書を提出した。

6．調査活動

調査活動については、コロナ禍における病院経営の窮状を明らかにすべく、令和2年4・5月を調査対象月とした「新型コロナウイルス感染症に関する病院経営影響度緊急調査」を実施し、令和2年7月にその集計結果を公表した。

また、毎年6月を調査対象月としている「病院運営実態分析調査」を例年通り実施し、令和3年2月に「令和2年　病院運営実態分析調査（令和2年6月調査）の概要」を発刊した。

7．要望・調査結果の公表

以下の要望、調査結果等の公表を行った。

（1）要望等

①「新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院への緊急財政支援について」(2020.4.2) 要望先：内閣総理大臣、厚生労働大臣

②「改正新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく緊急事態宣言についての要望」(2020.4.6) 要望先：内閣総理大臣、厚生労働大臣

③「新型コロナウイルス感染症に係る緊急要望」(2020.6.5) 要望先：内閣総理大臣、厚生労働大臣

④「令和2年度（第61回）定時総会『決議』」(2020.7.6 ※要望日) 要望先：厚労大臣・副大臣・政務官以下関係局長・審議官・課長、中医協委員、自民党、公明党、衆参議院厚生労働委員会委員など

⑤「令和3年度税制改正要望について」要望先：厚労省政策統括官 (2020.8.28 ※要望日) ：自民党 (2020.10.29 ※要望日)

（2）調査結果の公表

①「新型コロナウイルス感染症に関する病院経営影響度緊急調査集計結果」(2020.7.27 連盟ホームページ、令和2年8月号公私病連ニュースに公表)

②「令和2年　病院運営実態分析調査（令和2年6月調査）の概要」(2021.2.12) 公表先：厚労大臣・副大臣・政務官以下関係局長・審議官・課長、中医協委員、自民党、公明党、衆参議院厚生労働委員会委員など

8．広報活動

広報活動については、毎月「広報委員会」を開催し、記事内容の充実を行いながら「公私病連ニュース」を第500号から第511号まで12回発行し、本連盟の諸活動の状況および最新の医療界の情報などを提供した。

9．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う観点から、平成元年より例年開催してきたが、令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から開催を見送った。

なお、前回の参加者を対象に開催方法についてのアンケートを実施し、令和3年度の開催方法等について検討した。

10．研修活動

研修活動については、新型コロナウイルス感染症への感染防止の観点から当初の計画の一部を変更し以下のセミナーを開催した。なお、例年実施している海外への医療視察研修団については派遣を見送った。

①第29回「診療報酬請求事務セミナー」(2020.11.25)

②日病協「新型コロナウイルス感染症への対応に係る診療報酬の概算請求③医療法・診療報酬上の配置機銃の緩和措置期間の延長など、6項目を厚労省へ要望した。

【参考：要望書】

①日病協「新型コロナウイルス感染症における病院に対する支援等に関する要望書」(2020.5.25)

②日病協「新型コロナウイルス感染症への対応に係る診療報酬に関する要望書」(2020.6.3)

③日病協「全世代型社会保障検討会議中間報告への提言」(2020.11.10)

④日病協「2021年度薬価改定および2020年度第3次補正予算に関する要望について」(2020.12.10)

（2020.11.19 WEB開催）参加施設数48

11．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2034（うち勤務医個人1081）、居宅事業者総合保険等182となった。

12．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本連盟が加盟する日本病院団体協議会（日病協）並びに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。

なお、日病協では、令和2年6月3日に新型コロナウイルス感染症への対応に係る診療報酬に係る①入院基本料、初再診料及び外来診療料の大幅な増額②診療報酬の概算請求③医療法・診療報酬上の配置機銃の緩和措置期間の延長など、6項目を厚労省へ要望した。

令和3年度　事業計画書

2月12日に開催された全国公私病院連盟の「理事会」で「令和3年度事業計画書」が了承された。「令和3年度事業計画書」は以下のとおり。

本連盟では、国民医療の確保と会員病院はもとより全国の病院の医療・保健・福祉活動に資するため、次の事業を推進する。

記

1．診療報酬および介護報酬対策運動の推進

（1）令和4年度診療報酬改定に向けた対策

（2）消費税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

2．医療制度対策の推進

（1）新型コロナウイルス感染症対策の推進

（2）医療保険制度対策の推進

（3）専門医制度対策

（4）勤務医師確保対策および労働負担軽減対策

（5）医療提供体制対策の推進

①地域医療構想対策

②看護師確保対策

③療養病床のあり方の検討

（6）医療基本法制定に向けた対応

3．高齢者医療・介護対策の推進

（1）介護保険制度対策の推進

（2）適正な高齢者医療対策の研究および提言

4．組織強化対策の推進

（1）加盟団体の組織強化の推進

（2）日本病院団体協議会（日病協）との連携

①日病協「代表者会議」の対応

②日病協「診療報酬実務者会議」の対応

（3）委員会活動の活性化

5．病院経営改善対策の推進

（1）病院の経営改善対策

（2）税制対策の推進

6．調査活動の推進

（1）令和3年6月病院運営実態分析調査の実施および報告書の発行

（2）病院経営健全化のために必要な調査の実施

7．広報活動の推進

（1）「公私病連ニュース」の発行（毎月）

（2）第32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）講習会の開催

①第30回「診療報酬請求事務セミナー」

②第32回「看護管理セミナー」

③第29回「医療事故防止セミナー」

④第17回「DPCセミナー」

⑤第2回「コロナ・感染症対策特別セミナー」

⑥令和4年4月改定診療報酬点数表説明会

※海外病院医療視察研修団の派遣は中止する。各種講習会の開催は新型コロナウイルス感染症の状況を見極めながら検討し、開催する場合は主にWEB開催とする。

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

10．医療・福祉関係団体との連携強化

11．その他必要な活動の推進

今月の一冊

この３冊

まちづくり財団助成事業）の審査員を10年余り御一緒し、井戸県政のお手伝いをさせていただいた。日本の在宅ホスピスのパイオニアのお一人である。

キューブラーロスの「死の受容」プロセス、イソップの「酸っぱい葡萄」、患者さん達との伴走・並走、ＡＣＰやマルチンルターの言葉。以前、聞いたり見たり学んだのに忘れていたことを一杯思い出させてくれる一冊である。

この本はホスピスの母シシリーサンダースの看取りの基本「あなたは、あなたであるから大事なのです」を患実に実践している母と息子の活動報告と捉えている。私の勤務地の近く、姫路市にも在宅ホスピス協会のリーダーで大学の2年後輩、大頭信義先生が大活躍であることも付記しておく。

2冊目は中央社会保険医療協議会(中医協)での戦友、東邦ホールディング会長や日本医薬品卸業連合会長もお務めになった松谷高顕氏から御恵贈いただいた本を紹介したい。

『皆保険と医薬品産業の未来に向けて～薬価制度70年を振り返る』である。

薬価政策研究会が著し社会保険研究会の出版である。社会保険旬報で2018年から2020年にかけて13回連載したものを一冊にまとめた本である。インタビュアーはこれまた中医協専門委員の長野明氏。最近はフェイスブックでお孫さんとの好々爺ぶりを拝見している。和田勝氏や厚労官僚で私も色々と接点のあった磯部氏、城氏、武田氏も登場している。

国民皆保険を守る薬価。今回のコロナで露呈されたキードラッグの国外生産の危うさ。セファゾリン問題では私も警鐘を鳴らしたが、振り向きもしなかった政官財。医・薬・食は教育と同じ社会的共通資本であるが、ワクチンではインドにも後れをとり黄色の日本人は白人の欧米人が終了後に接種、というのが私の描く最悪のシナリオである。的中しないことを祈っているが…。私は菅首相の登場や東京一極集中のリスクなども一昨年に出版した遺言集「令和の改新」で的中させているので不安である。

3冊目は『ゴルゴ13、第140巻、世界的大流行』である。御存知さいとうたかを氏の著。8年前の発行時にCOVID－19のパンデミックを見事に予想している。トランプ大統領が「このウイルスは武漢の細菌兵器研究所から出された」と唱えた時、この人はゴルゴの愛読者では?と一瞬思ったりした。今こそ読むべきマンガ教養書としてお勧めしたい。

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

『がんになった緩和ケア医が語る「残り2年」の生き方、考え方』
関本　剛／著
宝島社／刊

『皆保険と医薬品産業の未来に向けて～薬価制度70年を振り返る』
薬価政策研究会／著
社会保険研究所／刊

『ゴルゴ13（第140巻）』
さいとう・たかを／著
SPコミックスコンパクト／刊

社会保障をテーマに議論

4月15日・財務省の分科会

財務省の「財政制度等審議会・財政制度分科会」が4月15日に開催され、社会保障をテーマに議論を開始。今後議論を重ね、政府が骨太の方針の取りまとめる前に『建議』を出すことになる。

当日の資料「効率的で質の高い医療提供体制の整備（今後の課題）」では、①これまで診療報酬改定により旧7対1入院基本料の算定病床の急増が生じ、その後これに相当する「急性期一般入院料1」の算定病床の適正化も進んでいないなど、診療報酬改定の医療提供体制改革への寄与は十分なものとはいえない。医療資源が散在する『低密度医療』の現状の改革につながらなければ、財政資源としても散財となりかねないことから、ありの真摯な見直しが必要、②消費税増収分を活用して診療報酬に充てる場合には、診療報酬増が保険料負担・患者負担の増加をもたらすことを踏まえれば、改革を通じてその効果が国民に還元されるものでなければならない。新型コロナの感染拡大により医療提供体制の課題が浮き彫りとなって迎える令和4年度診療報酬改定においては、『医療提供体制の改革なくして診療報酬改定なし』と考えるべきーとなっている。

また、「新型コロナと医療機関の支援」では、『新型コロナウイルス感染症の流行の収束までの臨時の措置として、今後、現在の新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、緊急包括支援交付金等に代えて、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべき』ーとしている。

全国公私病院連盟　役員会だより

期日　4月9日（金）
時間　午後2時～4時
オンライン会議

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」（3月17日）
中野監事と園田副会長より報告があった。

②日病協「代表者会議」（3月26日）
中嶋（昭）副会長と邉見会長より報告があった。

③邉見会長からの報告
邉見会長より以下の報告があった。

【主な協議事項】

①令和3年度「定時総会」について
事務局より「令和2年度事業報告書（素案）」について説明があった後、邉見会長より「決議（素案）」についての説明があった。

②令和4年度税制改正要望（素案）について
事務局より説明があった。

③参与の委嘱について
加盟団体より参与の推薦があり、邉見会長が以下の4名を新たに委嘱した。

▽（投稿）週刊社会保障、日本医事新報、全国保険医新聞
▼森山正之（全国自治体病院協議会・経営調査部長）
▼辻　勝（大津赤十字病院・事務部長）
▼西江　寿（岡山県病院協会・事務局長）
▼松本安治（日本公的病院精神科協会・事務局長）

その他、④病院診療報酬対策、⑤医療保険制度等対策、⑥医療提供体制対策、⑦介護保険制度対策ーについて事務局より報告があり、⑧新型コロナウイルス感染症対策等については情報交換をした。

以上

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

<お問合せ先>
取扱代理店　**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
食衛生センター４階
TEL03-3402-3934　FAX03-3402-3940
（受付時間：平日の午前９時から午後５時まで）

引受保険会社　**損害保険ジャパン　株式会社**
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL03-3349-5113　FAX03-6388-0153
（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までお問合せください。

SJNK19-04282　2019/07/18

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!
令和２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!!
令和２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 758 ページ）

令和２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になれます。

2021 年３月 発刊

購入のお申し込みは、全国公私病院連盟へ
ＴＥＬ　０３（３４０２）３８９１

全ての病院に適切な支援策を

日本病院団体協議会（声明）

支援金制度の更なる充実と診療報酬における加算等の継続で

「日本病院団体協議会」は4月28日、現在政府で行われている議論に対する声明を発表した。新型コロナウイルス感染症は、患者を受け入れる病院だけでなく、①感染回復後の患者を受け入れている後方病院、②感染症以外の傷病の受け皿になっている病院、③外来患者の検査を担う病院等―が地域で連携をとりながら対応しているのが現状であり、新型コロナウイルス感染症によって影響を受けた全ての病院を支援する必要があるとしている。声明は以下のとおり。

経済財政諮問会議等の議論にかかる声明

令和3年4月28日
日本病院団体協議会
議長　斉藤正身

4月26日、内閣府の経済財政諮問会議で社会保障改革として「新型感染症を踏まえた当面の重点課題」が議論されました。医療提供する立場では、新型コロナウイルス感染症による影響は計り知れないものがありますが、感染症対策にとどまらず、日常提供している診療にも支障をきたしていることは周知の事実です。

現在政府で行われている議論のうち、日本病院団体協議会は以下の点について声明します。

（声　明）

新型コロナウイルス感染症については、患者を受け入れる病院だけでなく、感染回復後の患者を受け入れている後方病院、そして感染症以外の傷病の受け皿になっている病院、外来患者の検査を担う病院等が地域で連携をとりながら対応しているのが現状であり、全ての病院に対する適切な支援策が必要です。

また、新型コロナウイルス感染症の拡大、そして蔓延により、感染防止に配慮した新たな診療体制構築のための費用も発生しています。過去の実績に基づいた診療報酬の補てんだけでは到底賄いきれません。病院の減収分の補てんだけでなく、新型コロナウイルス感染症によって影響を受けた全ての病院を支援する対策が必要です。

今後、支援金制度の更なる充実や診療報酬における加算等の継続が必要です。また、患者の減少やクラスター発生により減収となった医療機関に対しては、災害発生時と同様に、さらなる支援体制の構築が必要と考えます。

以上

全国公私病院連盟
「令和3年度（第62回）定時総会」

全国公私病院連盟の「令和3年度（第62回）定時総会」が令和3年6月24日（木）に全国町村会館（東京都千代田区永田町）で開催される。

当日は、「記念講演（午後2時～3時30分）」に日本医師会・副会長の猪口雄二先生（全日本病院協会・会長）をお迎えして、「コロナ禍における病院経営と今後の機能分化」をテーマにお話しを伺う。その後、「定時総会（午後3時40分～5時）」が行われ、①令和2年度事業報告書、②令和2年度収支計算書、③役員の改選、④決議―等の承認・採択などが行われる。

※新型コロナウイルス感染症の状況次第では、予定を変更する場合があります。

時評

コロナ禍における診療報酬・医療政策から読み取る新世代の医療

連盟　常務理事　中村哲也

新型コロナウイルス感染拡大禍における診療報酬は令和二年度診療報酬改定を目前とした三月に患者の急増に対する激変緩和措置が施行されました。また、診療報酬改定の四月以降についても感染拡大に備えた特例的な措置として、感染疑いの患者を含め診療報酬上の対応がされたところです。そして次年度に施行される令和四年度診療報酬改定に対する中央社会保険医療協議会の議論はコロナ禍で行われることになりますので、審議内容については注目していきたいと思いますが、新型コロナウイルス感染症の終息の目途が立たないなか、この度の感染拡大に備えた特例的な措置の取り扱いをはじめとしてみます。

まずは、各医療機関等における感染症対策が強く求められ、平時から発生予防とまん延防止のための取組みとして、感染防護服等の備蓄、ＩＣＮ等の育成、院内感染対策の徹底及び検査体制を整備し、感染拡大時に備えておかなければなりません。感染対策の強化では、現行の委員会の開催、感染対策指針の整備と見直し、各研修の実施及び感染拡大時の訓練を定期的に実施する。また、できる範囲でではありますが、ハード面の改修としての推進です。現在は時限的・特例的な対応としてリモート診療が認められるところですが、従来の慢性疾患を有する定期受診者への対応を含めた進展。他方で対象が患者ではなく医療連携への活用も必要と思います。例えば、地域の診療所と専門病院の医師同士が患者を交えた診療情報について考察し、令和三年度介護報酬改定内容及び第八次医療計画に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加記載されるなかで、新世代の医療について考察し用いた診療と医療連携診療スペースや病棟及び医療機器等の導線分離が必要です。病棟は専用化か可能な限り個室対応が良いと考えます。

次に情報通信機器をついてコミュニケーションをとることで、迅速かつ効率的な医療連携が進展していくと考えます。

新型コロナ感染は、医療提供にも新しい世界を築くよう教えてくれたと思います。医療機器や薬剤はもちろん、医療スタッフすべてが無限にあるものではありません。それらの資源が選択と集中され効率的で最大の効果を発揮される方法を国や病院団体が知恵をしぼり振り返りをしながら柔軟にシステムを変更していくことが求められていると思います。

（ＩＭＳグループ板橋中央総合病院・会長）

国民医療の確保のために病院診療報酬の引き上げを

緊急事態対象区域を拡大
ワクチン接種では人手不足

政府は5月14日、6都府県（①東京都、②愛知県、③京都府、④大阪府、⑤兵庫県、⑥福岡県）に発令中の緊急事態宣言を3道県（①北海道、②岡山県、③広島県）に拡大すること、また、まん延防止等重点措置を7県（①埼玉県、②千葉県、③神奈川県、④岐阜県、⑤三重県、⑥愛媛県、⑦沖縄県）に加え3県（①群馬県、②石川県、③熊本県）にも追加適用することを決めた。

これに先立ち、総務省と厚生労働省は全国の自治体に対して、高齢者に対する新型コロナワクチン接種の終了時期の回答を求めていた。その結果が5月12日に発表されているが、それによると、全国1741の自治体のうち、高齢者へのワクチン接種が7月末までに終了すると回答した自治体数が1490（85・6％）となる一方、終了時期を8月中と回答した自治体数が185（10・6％）、9月以降までかかると回答した自治体数が66（3・8％）となっていることが明らかになった。7月末までに終了すると回答した自治体でも、医療従事者が確保できた場合を前提とした回答が含まれている。

このことからもワクチン接種に従事する医療関係者の確保が急務。総務大臣と厚生労働大臣は5月18日に連名で、7月末までの高齢者に対するワクチン接種完了の目途が立っていない市区町村に積極的に協力するよう各都道府県医師会に要請を発出。厚生労働省の医政局と健康局も連名で、ワクチン接種で医師や看護師が勤務先以外で従事する場合の勤務先への事前手続きを不要とする等の配慮を依頼。日本歯科医師会では、歯科医師がワクチンを接種するために必要なオンライン研修を開始した。

なお、5月17日から自衛隊が運営する高齢者向け新型コロナウイルスワクチンの大規模接種（①東京は千代田区大手町合同庁舎内、②大阪は大阪府立国際会議場）の予約受付が始まっているが、予約システムの不具合等が露見するなど混乱も生じている。その一方では、5月18日、東京オリンピック・パラリンピック競技大会に参加を予定する選手に対して、政府による既存の確保分とは別にファイザー社から無償提供を受けたワクチンを接種することが発表されている。

いろ鉛筆

一般への待望のワクチン接種が始まった。供給に関する年初の懸念は払拭されつつあるが、いざ接種になりスキームの不合理さが目に付く。短期間に全国民を対象にワクチン接種を実施するのは初めての大事業。不慣れはやむを得ず、それゆえ周到な準備が必要であったが、指導役の政府・官庁、実施主体の自治体の手際が悪い。大流行の真っ最中で迅速性が要求される▼人材を集約した多拠点での中規模集団接種が効率的と思われるが、非効率な個別接種も同時進行。東京、大阪では大規模会場が設置されるが、各1カ所で日に1万人に過ぎない。順番も高リスクの地域から始めるべきで、高齢者施設を最優先としたのは医療への負荷軽減からも当然として、一般対象では流行しやすい人口稠密地域から集中的に始めた方がいいのでは。過疎の地域で接種が進み、ワクチンが余ったのであわてて対象を探したという笑えない話も聞く▼接種役の不足も喧伝されている。一般ボランティアを募った英国並みは無理としても、時限的に歯科医師のみならず薬剤師、検査技師やスチューデントドクターの協力も仰いではどうか。未曾有の危機には、総力を挙げた非常時の対応が求められる。（Ｓ・Ｓ）

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。）

財務省「財政制度等審議会・財政制度分科会」

社会保障をテーマに議論を開始

コロナ未対応に対する支援見直しも

財務省の「財政制度等審議会・財政制度分科会」が4月15日に開かれ、社会保障をテーマに議論を開始した。

当日の資料「効率的で質の高い医療提供体制の整備（これまでの取組）」の中では、「医療費の地域差と相関が高いのは医療提供体制側の供給要因。医療提供体制そのものを効率化していく視点が不可欠、効率的な医療提供体制への改革を通じて質の改善を図る」ことなどと提示した。

また、「効率的で質の高い医療提供体制の整備（今後の課題）」では、「とりわけ消費税増収分を活用して診療報酬に充てる場合には効果が国民に還元されるものでなければならない。令和4年度診療報酬改定においては『医療提供体制の改革なくして診療報酬改定なし』と考えるべき」としている。

なお、「新型コロナと医療機関の支援」では、「緊急包括支援交付金、緊急支援事業補助金、両者合計の措置額は約1・6兆円。マクロとしては、新型コロナ患者に対応する医療機関の減収を補い得る額が措置されている」と分析した上で、「診療報酬の不足は診療報酬で補うことが自然であり、診療報酬上の対応の方が執行の迅速性や措置の安定性・予見可能性も確保でき、日常から習熟している業務処理となるため医療機関の事務負担も少ない」「このため新型コロナウイルス感染症の流行の収束までの臨時の措置として、今後、現在の新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、緊急包括支援交付金等に代えて、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべき」と明記した。

当日の議論に際し示された主な部分を掲載することとする。

財政制度等審議会・財政制度分科会（4月15日）資料より抜粋

効率的で質の高い医療提供体制の整備

【これまでの取組①】

▼かねて、都道府県別の入院医療費と病床数の強い相関を指摘してきたが、厚生労働省の分析でも、1人当たり医療費の地域差と相関が高いのは、健康・就業といった患者側の需要要因より、医療提供体制側の供給要因。医療費は平均在院日数との相関が高く、平均在院日数という一面でなく病床を含めた医療提供体制そのものを効率化していく視点が不可欠。

▼人口当たり病床数の多い都道府県ほど平均寿命が長いといった関係は見られず、医療提供体制を効率化することで医療費の地域差を縮小させていくことが、医療の質の低下を意味するものではない。むしろ、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大のもとで既存の医療提供体制では十分に対応しきれなかったことを踏まえれば、効率的な医療提供体制への改革を通じて質の改善を図ることができる可能性。

【これまでの取組②】

▼我が国は、人口当たり病院数・病床数が諸外国に比べ多い一方、平均寿命も世界最高水準。しかし、都道府県別で示したとおり因果関係に立つものではなく、むしろ、病院・病床当たりの医療従事者数が手薄となり（医療資源の散在）、病院勤務医・看護師の長時間労働、「低密度医療」を招いてきた可能性がある。その結果としての入院期間の長期化は患者のQOLを低下させる。

▼特に、精神病床が我が国の病床数を押し上げているが、精神医療について、病床数の多さや平均在院日数の長さが医療の質ひいては患者のQOLに結びついていない可能性があるほか、自殺率の高さなどの課題もある。

【これまでの取組③】

▼こうした状況のもと、人口減少と高齢化による医療需要の質・量の変化に備え、効率的で質の高い医療提供体制の整備を構築しておくことは積年の課題であり、レセプトデータ等の医療情報を活用し、医療資源投入量等を基準として、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、地域医療構想が定められた。

▼地域医療構想と医療機関が自らの医療機能を選択して報告する病床機能報告との差を踏まえ、急性期を選択して報告しながら実際には医療資源投入量が少ない低密度医療しか行わない病床（いわゆる「なんちゃって急性期」の病床）のあり方を見直す必要。人口減少・高齢化で急性期患者は大きく減少する（2019年高度急性期・急性期患者用病床71万床→2025年53万床）ことや回復期の必要量が増加する（2019年回復期病床19万床→2025年38万床）ことから、国民の医療ニーズに沿って病床を機能分化することが求められている。

▼民間医療機関を含めた地域医療構想の推進が求められているところ、厚生労働省は、一昨年秋、公立・公的病院等について診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院名を公表（暫定版。その後精査により436病院が再検証対象医療機関となった）。再検証について2019年度中（医療機関の再編統合を伴う場合については遅くとも2020年秋ごろまで）を基本として議論を進めることとされていたところで、今般の新型コロナの感染拡大を迎えた。

【今後の課題①】

▼病院数・病床数の多さに比して医療従事者が少ないという状況（医療資源の散在）や病院に勤務する医師・看護師の長時間労働の是正を進める必要。医療機関相互の役割分担の徹底や連携体制の構築が必要である一方、現役世代（担い手）が急減する我が国では、医療従事者の更なる増加という選択肢には限界がある。

▼手薄な人材配置による疲弊から医療現場を守る働き方改革の観点からも、医療機関の再編・統合を含む地域医療構想の実現、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策の三位一体での推進が重要であり、時計の針を戻すのではなく、進めることが求められている。

▼病院数の8割・病床数の7割を民間医療機関が占めることからすれば民間医療機関の対応が重要。

【今後の課題②】

▼地域医療構想の推進については、新型コロナの感染拡大のもと、公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証の期限について、厚生労働省において改めて整理することとされている。

▼しかし、人口減少や高齢化という構造的課題は待ってはくれず、医療需要の質・量の変化とサービス提供人口の減少も不可避である。

▼国が技術的・財政的支援を集中的に行う重点支援区域の指定も進められており、新興感染症等の感染拡大時に必要な対策がより機動的に講じられるよう、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加するなど必要な対応を講じつつ、地域医療構想の取組は遅滞なく進める必要。

▼医療の質の確保と効率性の両立を確保する観点から

①医療費適正化計画上も必須事項として位置付けることを含め、地域医療構想の法制上の位置づけを強化すること、

②地域医療構想調整会議の実効性を高めるための環境整備を行い、地域医療構想のPDCAサイクルを強化すること、

③改正感染症法等を参考に平時における医療法の都道府県の責務・都道府県知事の権限の強化を検討すること、

④精神病床について、1年以上の入院患者数等の目標を定める障害福祉計画に沿った取組に加え、効率的で質の高い医療提供体制への改革の一環として、地域医療構想と一層連携して改革を推進することが必要。

【今後の課題③】

▼今般、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の嚆矢となる取組として、大病院と中小病院等の外来における機能を明確化し、機能分化を進めるための定額負担を拡大することとされたが、更に取組を進めるべき。

▼具体的には、複数の慢性疾患を抱える患者が増加する超高齢化社会において、患者がその状態に合った医療を受けるためにも、有事を含め国民が必要な時に必要な医療にアクセスできるようにするためにも、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の推進は不可欠である。

▼このため、既に日本医師会等において「かかりつけ医」の定義が明らかにされていること、薬剤師・薬局については、かかりつけ薬剤師・薬局の推進に向けて、法制上の対応が進んでいることを踏まえ、診療所における「かかりつけ医」機能を法制上明確化(制度化)するとともに、機能分化を進めるためのメリハリをつけた方策を推進すべきである。

【今後の課題④】

▼民間医療機関の対応が鍵を握るからこそ、民間の経営原理に働きかけることができる診療報酬の役割が舵取り役として極めて重要。

▼しかし、これまで診療報酬改定により旧7対1入院基本料の算定病床の急増が生じ、その後これに相当する「急性期一般入院料1」の算定病床の適正化も進んでいないなど、診療報酬改定の医療提供体制改革への寄与は十分なものとはいえない。医療資源が散在する「低密度医療」の現状の改革につながらなければ、財政資源としても散財となりかねないことから、あり方の真摯な見直しが必要。

▼とりわけ消費税増収分を活用して診療報酬に充てる場合には、診療報酬増が保険料負担・患者負担の増加をもたらすことを踏まえれば、改革を通じてその効果が国民に還元されるものでなければならない。新型コロナの感染拡大により医療提供体制の課題が浮き彫りとなって迎える令和4年度診療報酬改定においては、「医療提供体制の改革なくして診療報酬改定なし」と考えるべき。

◇　◇

(2021年4月15日「財政制度等審議会・財政制度分科会」資料より抜粋。

新型コロナと医療機関の支援②

○ **新型コロナ入院患者を受け入れる役割の医療機関については**、収入面への対応として、
- 新型コロナ患者の受入れ病床に加え、体制確保のために休止にした病床についても、**病床確保料**を支払うこととしている（緊急包括支援交付金）うえ、
- 昨年末より1床当たり最大1,950万円の支援を実施している（**緊急支援事業**補助金）。

両者合計の措置額は約1.6兆円。

○ これは新型コロナに対応しない医療機関、病床を持たない医療機関、歯科・調剤までを含めた**医療機関**全体の令和2年度**の減収見込み**推計額約1.7兆円に匹敵する規模であり、**このうち病院分は0.9兆円程度**にとどまり、**新型コロナ患者を受け入れる役割の病院の割合は4分の1弱**であることを踏まえれば、相対的に規模が大きい病院ほど新型コロナ患者を受け入れていることを加味するとしても、**マクロとしては、新型コロナ患者に対応する医療機関の減収を補い得る額が措置されている。**

○ より具体的に**病院団体の調査**を見ても、**支援金が**申請に沿って**入金されれば医業利益の前年からのマイナスを補うことができる**と見込まれる。

新型コロナと医療機関の支援③

○ とはいえ、新型コロナ患者を受け入れる医療機関を個別に見た場合にこのような手厚い対応であっても減収することがあり得るのであれば、**財政面で受入れを躊躇することがないよう、より簡便かつ効果的な支援のあり方を検討することが**、今後に備えるためにも、**必要**。

○ そもそも、新型コロナ患者の診療については、累次の診療報酬上の特例的な対応が講じられており、減収が生ずるとすれば、医療機関が支払いを受ける診療報酬が新型コロナ前の水準と比較してなお不足することによって生ずる。

診療報酬の不足は診療報酬で補うことが自然であり、**診療報酬上の対応**の方が、**執行の迅速性や措置の安定性・予見可能性も確保**でき、日常から習熟している業務処理となるため**医療機関の事務負担も少ない**と考えられる。また、**国による支援の成果やコストが医療（給付）費として「見える化」される**というメリットもある。

○ このため、新型コロナウイルス感染症の流行の収束までの臨時の措置として、今後、現在の新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、緊急包括支援交付金等に代えて、**前年同月ないし**新型コロナ感染拡大前の**前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべき**。

○ 具体的には、新型コロナの感染拡大の状況や病床使用率など医療提供体制の逼迫の状況に照らして対応が必要となる都道府県において、都道府県知事の同意を得て、①一定程度新型コロナの入院患者を受け入れること、②当該医療機関において医療従事者の処遇を維持・改善することを条件として、前年同月ないし前々年同月水準のいずれか多い方の診療報酬総額を基準として同水準が維持されるよう診療報酬を支払うこととしてはどうか。

○ 他方、**新型コロナに対応しない医療機関にも講じてきた多額の支援**については、新型コロナへの対応に限られた財政資源を集中的に投入するという観点からも、これまでの支援について**その目的及び効果に遡った見直しが必要**。

「経済財政諮問会議」民間議員が提案
診療報酬の「1入院当たり包括払い への転換」と「インセンティブ強化」

社会保障改革 ～新型感染症を踏まえた当面の重点課題～

4月26日
竹森俊平・中西宏明
新浪剛史・柳川範之

政府の「経済財政諮問会議」が4月26日に開催され、骨太の方針2021の取りまとめに向けた議論を開始した。この日のテーマは社会保障だったが、民間議員は、①医師・看護師が広く薄く分散する体制を見直すため、1入院当たりの包括払いを原則とする診療報酬への転換等により病床数や在院日数を適正化すべき、②医療機関の機能分化や統合を促すため、診療報酬のインセンティブの強化やかかりつけ医機能の制度化を進めるべき、③かかりつけ医は感染症への対応、予防・健康づくり、オンライン診療、受診行動の適正化、介護施設との連携や在宅医療など地域の医療を多面的に支える役割を果たすべき―などを提案している。同会議民間議員の提案は以下のとおり。

新型感染症で明らかとなった課題を踏まえ、社会保障改革にメリハリをつけて取り組む必要がある。感染者数が欧米より一桁以上少ないにもかかわらず医療は逼迫しており、医療資源の量的な問題以上に資源配分に問題があることは明らかである。このため、医療提供体制の見直しやリアルタイムで現状や課題を把握できる体制の強化は急務である。また、2022年から団塊世代が75歳に入り始めることを見据え、現役世代の負担の軽減につながる改革に引き続き着実に取り組むとともに、若年世代に光を当て、出生数の更なる減少や格差の拡大・固定化・再生産への懸念に対応する取組を強化する必要がある。骨太方針2021に向けて、以下提案する。

1. 新型感染症で明らかとなった課題への対応

高齢者へのワクチン接種が開始され、今後の死亡者数の減少に大きく寄与することが期待される。他方、新型感染症に柔軟に対応できない医療提供体制、データ活用の遅れなど新型感染症で明らかとなった課題の克服に早急に取り組むべき。特に、以下の医療提供体制の改革に向けては、現在の緊急事態への対応においてより強力な体制と司令塔の下で強力に推進することとし、取組の工程化を図るとともに、その進捗を経済財政諮問会議に報告すべき。

（医療提供体制における緊急時対応の強化、平時の構造改革の推進）

〈緊急時対応の強化〉

●感染拡大の兆しがみられる都道府県は、「確保病床」の確保と第3波のピークの2倍も想定した患者に対応可能な病床の上積みも含めた体制の確保に直ちに取り組むべき。国は大病院を中心に病床確保の進捗状況の見える化を図りつつ必要な支援を行うとともに、当該地域への医療従事者を含めたワクチンの重点接種や医学生等による臨時的な接種を検討すべき。

●諸外国の取組も参考にしながら、国公立病院だけでなく、民間病院を含めて緊急時に必要な医療資源を動員できる仕組みや都道府県を超えて患者の受入を迅速かつ柔軟に調整する仕組みを早急に構築すべき。特に、医療提供体制の逼迫時においては、新型感染症患者を受け入れる病院の診療報酬による減収分の補てんと合わせ、受入病院の指定など民間病院に対する都道府県知事の権限や手段を強化し、病院を代表する組織との連携を図りつつ、病床や後方支援体制、医療従事者を確保すべき。

〈平時の構造改革〉

●今後の医療需要の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進めるとともに、医療従事者が分散する体制を見直すため、地域医療構想を着実に推進すべき。

●資源が分散し、体制が弱い救急医療体制について、次期医療計画（2024年度～）での集約化・大規模・強化の推進に向け、その方向性について諮問会議で議論を行うべき。地域医療連携推進法人制度の活用等を通じて、病院の連携強化や大規模化を強力に推進すべき。

●不足する救急救命医等について、長期目標の設定・財政支援等により計画的に育成すべき。看護師の機能を多層化し、看護師の職責を拡大するとともに、マイナンバーを活用したオンラインによる資格管理体制を構築し、看護師の登録制を実効あるものとすべき。看護師が離職する要因や潜在看護師の復職に向けた課題を明らかにし、その解消に全力を挙げるべき。

●医師・看護師が広く薄く分散する体制を見直すため、1入院当たりの包括払いを原則とする診療報酬への転換等により、病床数や在院日数を適正化すべき。

●医療機関の機能分化や統合を促すため、診療報酬のインセンティブの強化やかかりつけ医機能の制度化を進めるべき。かかりつけ医は感染症への対応、予防・健康づくり、オンライン診療、受診行動の適正化、介護施設との連携や在宅医療など地域の医療を多面的に支える役割を果たすべき。

（オンラインやデータの徹底活用）

●オンライン診療を徹底活用し、新型感染症下での国民の不安解消、予防・健康づくり、医療へのアクセスを確保すべき。

●レセプトや医療法人の事業報告書等のデータの迅速な活用は急務である。それらを用いて、新型感染症による医療提供体制や医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築し、医療機関への効果的な支援等に活用すべき。

●デジタル庁においては、レセプトシステムやCOCOA、G-MISを抜本的に見直すべき。その上で、医療・介護データを必要に応じて連携でき、リアルタイムで分析できる体制を早急に構築すべき。

（国民の幸福長寿の推進）

●現状ではワクチンを国内で開発できていないことを踏まえ、医療安全保障の観点からも、ワクチン開発のための体制を再構築すべき。

●国民の幸福長寿に向け、国民がレジリエントになっていく仕組みを構築すべき。予防・健康づくりサービスの産業化に向けて、保険者が策定するデータヘルス計画において、データヘルス計画の標準化、包括的な民間委託の活用、新たな血液検査など新たな技術の積極的活用などが盛り込まれるよう、計画の手引きや「健康日本21」に反映するとともに、アウトカムベースで適切なKPIを設定して推進すべき。

2. 新型感染症の影響を踏まえたメリハリのある社会保障改革

現役世代の負担の軽減につながる改革に引き続き着実に取り組むとともに、出生数の更なる減少や格差の拡大・固定化・再生産への懸念に対応する取組を強化する必要。これまで高齢者への支援が中心となってきた社会保障制度において、現役世代の負担軽減や支援強化に軸足を置いて改革を推進していくべき。

（現役世代の負担の軽減に向けた当面の重点課題）

●後期高齢者の自己負担割合引上げを円滑に実施するとともに、次期診療報酬改定のメリハリ付けを含め、医療・介護制度の不断の改革に取り組むべき。新型感染症を踏まえた診療報酬上の特例措置の効果を検証し、施策に反映すべき。

●創薬力強化等の観点から革新的な医薬品の評価の在り方を再検証する一方、そうでない医薬品についての評価の適正化や既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しを実施すべき。

●遅れがみられる後発医薬品の目標を早期に設定するとともに、使用促進のための強力な追加措置を講じるべき。

●症状が安定している患者について一定期間内に反復使用できるリフィル処方箋を解禁し、患者の通院負担を軽減するとともに、新型感染症の下でも安心して服用継続できるようにすべき。

（格差拡大等の懸念への対応）

●共助を支える社会起業家や非営利組織の支援団体等との対話を踏まえ、孤独孤立対策、生活困窮者等への支援策を機動的に見直し・強化していくべき。

●求職者支援制度や高等職業訓練促進給付金の時限措置による受講者数や就職件数等の成果を毎月検証し、必要な場合には、財源の在り方も含めて早急に見直し、更なる拡充を行うべき。

●社会福祉法人の「社会福祉充実財産」について、生活困窮者の自立支援や子どもの学習支援などの地域公益事業に積極的に振り向ける方策を早急に導入すべき。

3. 経済・財政一体改革の継続・強化

インセンティブ改革、公的サービスの産業化、見える化などを通じて、国民や自治体等の行動変容を促す取組について、エビデンスの蓄積によりEBPMを強化しつつ、以下の事項をはじめ、改革工程表に基づき着実に推進すべき。

●一人当たり医療費の地域差半減がしっかりと実現されるよう、地域医療構想のPDCA強化、医療費適正化計画の在り方の見直し、前期高齢者医療費の大宗を占める国保について法定外繰入を行っている自治体への普通調整交付金の減額、後期高齢者医療制度の財政運営責任の都道府県への移管など都道府県によるガバナンス強化を包括的に推進すべき。

●都道府県単位の介護給付費適正化計画の在り方の見直しなど一人当たり介護費の地域差縮減に寄与する取組を年内にパッケージとして示すとともに、その取組状況をインセンティブ交付金や調整交付金に反映し、市町村別に各評価指標を見える化すべき。

第30回 診療報酬請求事務セミナー【ＷＥＢセミナー】
2020年改定の振り返りと次回改定の方向性
～ コロナ禍での診療報酬対応と地域医療構想や働き方改革への影響 ～

講師：**中林 梓** 先生 （ＡＳＫ 梓診療報酬研究所 代表取締役）

◆◆◆ 例年７月に実施しているセミナーです。昨年に引き続きＷＥＢ形式で開催しますのでご参加ください。◆◆◆

視聴期間 ： 令和３年７月１４日（水）１０：００頃 ～ 令和３年７月２０日（火）２３：５９（７日間）
講義時間 ： 約３００分程度を予定しています。

参 加 費 ： ① 会　員　１病院につき １１，０００円（税込）
② 非会員　１病院につき １６，５００円（税込）

お申込み方法

全国公私病院連盟のホームページ（ https://www.byo-ren.com ）よりお申込みください。（申込期限：６月３０日）

今月の一冊

今月は5冊をご紹介

遣い、図表もあって最後はQ&Aもある。新人教育にご活用いただきたい。

ハンドブックの2冊目は『医療事務（実践対応）ハンドブック』である。著者は、全国公私病院連盟の診療報酬請求事務セミナー講師として人気ナンバーワン、常連の中林梓さんが会長を務める日本病院事務研究会。この本は、公立・公的病院で本庁とのローテーターとして医療事務に携わることとなった方にはベーシックであろう。人体解剖図や医療保険制度も詳述。新型コロナ関連法制度にも触れている。医事課には1冊以上、医局にもお勧めの本である。

次はコロナ社会に警鐘する硬軟2冊の本である。1冊目は『日本の医療崩壊をくい止める』。スリランカ(セイロン、正論）の台詞でおなじみの畏友本田宏氏に和田秀子さんがインタビュー形式で収載。地域医療の仲間達の現場の声がそのまま記述され、士別市立病院長の長島仁氏や公立豊岡病院長の三輪聡一氏も語っておられる。統計の数字や地図だけで物事を決める東京都の官僚や学者には、地域医療構想指定436病院の一つでもいいから行ってほしいものである。「現場に出て現物を見て現実的に考える」この三現主義が残念ながらこの国にはない。大阪では維新により保健所が減り、病院や大学も府市合併で減り、合理化という効率主義の結果が今の医療崩壊である。「甘い言葉に気を付けよう」とは決してオレオレ詐欺だけではない。

もう1冊は娯楽本としてコロナ禍でホッとする、しかし気の抜けない本である。盟友中野氏からいただいた眞邊明人著「もしも徳川家康が総理大臣になったら」である。NHKで総合診療の魅力や奥深さを世に知らしめた「ドクターG」の監修者が彼である。8章54症例を紹介した良書であり研修医や若手医師は勿論、ベテランの診療所の医師にもお勧めしたい。サスペンス小説と同じく謎解き本なので内容の紹介は控えるが、まえがきだけお伝えする。診断は患者の話を傾聴、医学知識の足りぬ所は同僚と相談、最近ではインターネットも活用。しかし9万種の病名の中から1つを導き出す難しさ。「誤診は知らないことに困るより、見ないことに困ることの方が多い」（ウィリアム・オスラー）がこの本のテーマであろう。54症例どれもが今後の診療に役立つヒントが埋もれている宝の山である。読んでのお楽しみに!!

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

『はじめての医療接遇』
近藤和子／著
ごきげんビジネス出版／刊

『医療事務（実践対応）ハンドブック』
日本病院事務研究会／著
医学通信社／刊

『日本の医療崩壊をくい止める』
本田　宏・和田秀子／著
泉町書房／刊

『もしも徳川家康が総理大臣になったら』
眞邊明人／著
サンマーク出版／刊

『診断　謎の症状を追う医学ミステリー』
リサ・サンダース／著
松村理司／訳
ゆみる出版／刊

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

<お問合せ先>
取扱代理店　**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
食衛生センター４階
TEL03-3402-3934　FAX03-3402-3940
（受付時間：平日の午前９時から午後５時まで）

引受保険会社　**損害保険ジャパン　株式会社**
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL03-3349-5113　FAX03-6388-0153
（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までお問合せください。

SJNK19-04282　2019/07/18

全国公私病院連盟　役員会だより

期日　5月14日（金）
時間　午後2時～4時
オンライン会議

会議の冒頭で邉見会長より、春の叙勲で寺坂先生が瑞宝中受章、瀬戸先生が瑞宝小受章を受賞されたことが報告された。

【主な報告事項】

①日病協「代表者会議」（4月16日）
石原副会長と邉見会長より報告があった。

②日病協「診療報酬実務者会議」（4月21日）
中野監事と園田副会長より報告があった。

③邉見会長からの報告
邉見会長より以下の報告があった。
▽全国厚生連栄養士協議会「全国統一献立の日」レシピ集

【主な協議事項】

①令和3年度「定時総会」について
事務局より、「定時総会」のスケジュールと「令和2年度事業報告書（案）」の説明があり了承された。

②令和4年度税制改正要望（案）について
事務局より説明があり了承された。

③病院診療報酬対策
④医療保険制度等対策
⑤医療提供体制対策
⑥介護保険制度対策
③～⑥について事務局より報告があり議論した。

引き続いて、事務局より、「令和2年度収支計算書(案)」について説明があり、監事による会計監査を実施した旨の報告があった。

最後に、邉見会長より「決議（案）」について説明があり了承された。

以上

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!
令和2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!!
令和2年6月調査　**病院経営分析調査報告**　（定価 16,000 円＋税　A4 版　約 758 ページ）
内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

令和2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。

2021 年３月 発刊

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

令和3年度 第62回 定時総会開く

全国公私病院連盟

邉見公雄会長を再選

コロナで露呈した弱点を再検証して 社会保障政策の立て直しを

全国公私病院連盟の「令和3年度（第62回）定時総会」が6月24日（木）に「全国町村会館」（東京都千代田区）で開催された。本年度は2年に一度の改選期にあたるため協議が行われた結果、邉見公雄氏（赤穂市民病院・名誉院長）が会長に再選されている。（会長所信を後掲）

総会では、「令和2年度事業報告書案」「令和2年度収支計算書案」等の議案提出があった後、監事より会計監査の結果が報告され、引き続いて上程された「令和2年度当期末処分残余金処分計算書案」と一括して審議され、それぞれ異議なく了承されている。

次いで、本年度は2年に1度の改選期にあたるため「役員の選任案」が提案され、加盟団体から推薦された理事と監事の候補者が了承された後、「会長・副会長・常務理事」の互選を行うために新理事による「理事会」を開催し、新役員体制が決まっている。（役員名簿を3面に掲載）引き続いて、邉見会長から「名誉会長・顧問・特別参与」の推戴が提案され了承された。（名誉会長・顧問・特別参与名簿を3面に掲載）

最後に、『決議』が上程され、全会一致で了承されている。（2面に決議の全文を掲載）

令和３年度（第62回）定時総会のもよう

会長所信

一般社団法人
全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

令和3年度定時総会も残念ながらコロナ禍の中での開催となりました。役職員のみでの簡素な会となり意見交換会もなく残念ですが感染リスクの観点から致し方なく、来年こそに期待しましょう。1都1道2府6県に出されていた緊急事態宣言もオリ・パラに前のめりの政府が沖縄を除きこれを解除しましたが、その後に第5波が訪れることを医療界は危惧しております。ワクチンも色々とトラブルはあるものの、どうにか世界の最後尾から少しは順位を上げたようです。関西圏の感染者数はピークアウトしましたが、重症患者はまだ高止まりです。対応しておられる会員病院の皆様方には感謝と敬意あるのみです。

さて、このコロナ禍で国民にかなり理解が行き渡ったことがあります。1つは医療の大切さ、2つはデジタル化の遅れです。長く続いた医療費抑制策のもと、特に割安な入院基本料で常に全力疾走の病院には感染パンデミックや災害に対応できる余力はありませんでした。特に民間病院ではコロナ患者が入院すれば収入減となり、経営難に陥るためにどうしても後ろ向きになってしまうのは仕方ないことでした。低薬価制度やワクチンアレルギーもありワクチン開発ではベトナムにも負けそうです。

また、デジタル化についても南朝鮮や台湾には周回遅れ、米国や中国はその背中すら見えません。医療の分野では一丁目一番地の電子カルテの統一もやれない最後進国という有様です。若い医師が転勤やコロナで逼迫している地域の医療支援の時など、すぐ近くの病院でも異なったカルテで要らぬ労力や心労があるとの声が絶えません。オンライン診療などが拡大進行すれば、更にややこしくなるのは眼に見えております。クラウドでも良いですから何らかの標準化が喫緊の課題と考えます。

保健所の統合・縮小・廃止、病床削減は大阪維新の橋本、松井両氏の政策で二重行政の打破、効率化の美名の下に行政改革が実行されたものでした。しかし今回、大阪のパンデミックの一大要因となり、同じ政党の吉村氏が御苦労されているのは何とも皮肉なことです。マスクやガウン、グラブやアルコールなどの製造は海外に、人工呼吸器や薬品も外国頼みという怖さも身に染みた筈です。医療や介護、教育、研究に資金を出し惜しみせず、速効の実学優先の文部科学行政にはそろそろ終止符を打つべきです。

しかし政府の骨太の方針では、今回のコロナ禍で判ったのは医療改革の遅れであり今までの政策をスピードアップすべき、と医療現場とは真逆の主張をし、厚生労働省も三位一体の改革を粛々と進めることとしております。地域医療構想指定の436病院のうち200近い病院がコロナに対応し、ICUの医師や看護師、臨床工学士がそのプロフェッショナルスピリット、使命感で労基法を乗り越えたからこそ多くの患者が救われたという現実には目をつむりたいのか、もう忘れてしまったのでしょうか？　1つでも出来ないのに3つは到底不可能です。北方4島などより難しいのでは…。ここは前世紀からの懸案である医師の三大偏在の解消、まずはこれだけに注力専念していただきたいものです。地域医療構想や勤務医の働き方は急がない方が国民にも医療界にもハッピーだと考えます。

当連盟としては、ここはもう一度立ち止まり今回のコロナで露呈した弱点を再検証し、原点に立ち帰って社会保障政策を立て直すよう主張し続けていきたいと考えております。診療報酬改定も入院基本料を中心に3号公益委員や1号支払い側委員に粘り強く働きかけを継続していく所存です。また、本年度から日本公的病院精神科協会が当連盟に加盟され8つの病院団体となりました。コロナ禍でのステイホームやリモートワーク、オンライン授業等により子供から老人まで今まで以上にストレスフルな社会となり、精神科の役割は格段に高まっております。連盟としても新しい仲間の考えを力に更なる発展を目指し、旧来の7つの会員団体の諸兄姉ともコロナ禍を乗り越え、日本の病院医療を良い方向に向かせられることを祈念するところです。

（赤穂市民病院・名誉院長）

【記念講演】猪口雄二先生が講演

講演する猪口雄二先生

全国公私病院連盟の「定時総会」に先立ち、猪口雄二先生（日本医師会・副会長／全日本病院協会・会長）をお迎えし「コロナ禍における病院経営と今後の機能分化」と題して「記念講演」が行われた。猪口先生は、①新型コロナウイルス感染症の概観、②コロナ禍の病院経営への影響、③コロナ禍、人口変動と今後の機能分化―をテーマに講演を行った。

いろ鉛筆

5月21日、財政制度等審議会は、財政健全化に関する建議を財務大臣に対し提出した。「新型コロナウイルスの感染拡大に伴う経済対策などで財政状況が悪化している」とし、2022年度予算編成では社会保障費の抑制を求めた▼今後大幅な支出増が想定されるため、社会保障費は2024年度までの3年間、「実質的な伸びを高齢化による増加分におさめる」という目標を継続するよう訴えた。感染拡大を巡っては「医療資源が散在し、手薄な人的配置となっている医療提供体制の脆弱さの一端が明らかになった」と指摘した上で、（1）医療機関の再編や統合、（2）医療従事者の働き方改革、（3）医師偏在対策を一体的に進める必要があると提言した▼「医師偏在」には、地方と都市の偏在、診療科の偏在、勤務医と開業医との偏在があるが、これらの偏在を、財政的にどう改善しようというのか。また防衛予算は年々増加し、結果がすぐに出ない科学研究費は減らされる。多くの機関の防衛省との共同研究が増えているが、果たしてそれでよいのか。

（K・M）

決議

全国公私病院連盟

定時総会「決議」

令和3年6月24日

我々全国公私病院連盟は1964年(昭和39年)7月に結成以来、患者の安全や安心、快適な医療環境など、医療の質を高めるために人的・金銭的投資を行ってきた。

しかしながら、稼働率90%以上でないと採算ベースに合わないような診療報酬体系、入院医療費の設定が今回のような新型コロナウイルス感染症における混乱を招いた要因であると考える。

いつも全力疾走を強いられている病院には、災害やパンデミックに対応する余力もなく、民間病院では存続の危機にもなる。発熱者を受け入れたくても受け入れられないのである。

また、マスク・ガウン・消毒薬・人工呼吸器が足りなければ支障をきたす。

よって、効率至上主義、経済財政を重視してきた昨今の政策からの転換を強く求めるとともに、国民が将来にわたって安心できる社会的共通資本としての医療制度を確立するためにも、次の事項の実現を期し、ここに決議する。

記

1. 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病院への財政支援について

新型コロナウイルス感染症の蔓延により、医師・看護師をはじめとする医療従事者、介護職員や事務員に至るまでが感染のリスクを背負い命がけでその対応にあたっている。

特に、病院が新型コロナウイルス感染症患者を受け入れるためには、外来・入院・救急等での当該患者に特化した人的・物的、受入・療養の準備が必要であり、それに係る財政的負担は莫大であるが、財政的支援の裏づけがないままでは、その対策も十分にはできない。

また、ひとたび新型コロナウイルス感染症患者を受け入れれば、医師・看護師を始めとして医療技術者等も、外来や病棟において、その患者専属にならざるをえず、動線等や診察室、病室も一般患者と別にしなければならない。

加えて、入院した当該患者への人的・物的費用は言うまでもなく経営を圧迫し、たとえ重症・急性期の状態を脱したとしても、新型コロナウイルス感染症患者を転院させることができず、仮に送れたとしても後方病院や施設でも初期受入病院と同等の感染症対策が必要である。

ついては、新型コロナウイルス感染症との戦いが長期化することに鑑み、医療従事者等の不安は解消できるものではないが、少しでもその不安を解消するためにも、具体的な財政上のさらなる支援を公言していただきたい。

なお、新型コロナウイルス感染症の蔓延を克服した暁には、効率至上主義・経済財政を重視してきた昨今の政策方針を転換し、感染症対策の強化（①CDC的機関の設立、②保健所機能の充実・強化、③感染症専門医等の育成・増員、④感染症病床を持つ病院へのさらなる財政支援）を図るべきであり、将来的に震災や気候変動による災害なども含めた次急の時への不断の備えを充実させるべきである。

2. 診療報酬に関すること

診療報酬改定の議論は、社会保障審議会の「医療保険部会」での議論がいつも先行し、「医療部会」がこれを後追いする形になっており、事業計画より収支予算ありきの議論になっているのは本末転倒である。

ここで決められた「診療報酬改定の基本方針」が、中央社会保険医療協議会（中医協）の議論の終盤に提示され、診療報酬改定率も年末の慌ただしい予算編成過程で決定されるため、中医協での検討内容が十分に反映され難くなっているうえに、改定点数や具体的内容等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の開催も形骸化している。

ついては、診療報酬の改定にあたっては、社会保障審議会「医療部会」と「中医協」の議論を先行させ、その議論に基づき社会保障審議会「医療保険部会」での議論を進めるべきであり、加えて、予算原案提示前に改定予定項目のアウトラインを国民に示すとともに、その積算根拠を明らかにし、広く国民の理解を得るために十分な時間と機会を設けること。

なお、中・長期的には、病院と診療所の診療報酬体系を別にすることの検討も始めるべきである。

また、高額薬剤の出現によって、がん診療に特化した病院では材料費が3割以上となっていて、消費税の負担も上乗せされるためさらに負担が大きくなっているので、高額薬剤に対する診療実績に見合った評価となるよう再検討すること。

さらに、AIやロボットを活用することが推奨され、特に歩行ロボットを利用したリハビリテーションは歩行速度・機能を改善するとの報告があるので、人材不足と医療スタッフの働き方改革のためにも、回復期リハビリテーション入院料ではリハビリ支援ロボットを用いたリハビリテーションを保険適用していただきたい。

3. 消費税に関すること

パンデミックとなった新型コロナウイルス感染症は人間社会に甚大な被害を与え続け、官民一体となった必死の努力にもかかわらず、未だに終息の気配を見せない。この事態に立ち向かう病院、医療者たちの姿は人々の心を打ち、医療の大変さと実情を知らせるものとなった。国民皆保険制度における通常の医療がぎりぎりの余裕のない状況で行われており、今回のような非常事態では医療崩壊が容易に起きうることが明らかとなった。このような状況に、かつてない規模の医療援助がなされたが、それは前述のごとき国民の理解があってのことと考える。今回、大きなダメージを受けた医療を立て直し、これからも社会保障の要としての役割を果たすため、医療機関に対する税制の見直しを要望する。

特に、医療に係る消費税は無税とされているため、その分は病院が負担し、診療報酬に加算することで補填されることになっている。これは患者にとって実質課税であり、また病院にとっても補填不足、病院規模や活動内容による不公平などの問題が存在し、さらに診療報酬改定や税率の改定時には複雑な対応が必要となっている。

現状の消費税非課税方式は病院にとって大きな負の制度である。一刻も早く根本的解決、すなわち課税制度とすることを要望する。

4. 勤務医不足に関すること

医師の大都市圏集中により、地方の特に中小病院の医師確保が困難になっており、医師の働き方改革を遵守しながら地域住民の健康を守ることは困難な状況になっている。

とりわけ、勤務医不足の最大の要因は、勤務医の地域・診療科・病診、さらには入院・外来・昼夜の偏在である。

ついては、医師の偏在是正をまずやるべきであり、医師の過剰地域と少ない地域との格差を解消し、地方の医療崩壊を食い止めるためにも、医師確保計画をなお一層進める必要があり、働き方改革は医師の偏在解消後に始めるべきである。

なお、医療従事者の需給に関する検討会「医師需給分科会」等において特に不足が明らかになった地域や診療科については、早急にその不足解消対策を講じるとともに、これらの偏在を解消するためにも規制枠の無い自由開業制度は見直すべきである。

また、医師不足の現状に鑑み、大学医学部定員の地域枠廃止や定員減は見送るべきである。勤務医はまだまだ足りない。

加えて、プロフェッショナルオートノミーでは、医師の偏在が解消されない。昭和時代から偏在はかえって進んでいる。今回のコロナウイルス感染症のパンデミックで感染症専門医、総合診療医、ICU医など、生命に関わる部門のマンパワー不足が露呈した。緩やかなマッチングか、補助金制度の具体的な施策を望む。

5. 医師の働き方改革に関すること

我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられてきたが、これを将来にわたって持続させるためには現状を変えていかなくてはならず、様々な課題を克服し、再び「医師の働き方」が特例として議論されることがないよう取り組まなければならない。

しかしながら、働き方改革を進めるにあたっては、人口減少過疎地域での医師の長時間労働を是正し、時間外勤務を減少させるためにも医師の集約化を進める必要があり、必要な数の勤務医が輩出されるよう早期に医師偏在の是正計画を進めるとともに、人件費の増加により中小病院の経営の悪化をきたさないよう必要な財源について診療報酬等で担保すべきである。

とにかく、医師の偏在対策が一丁目一番地であり、働き方改革はその後でも構わない。三位一体でなく、最後にすべき事案である。

6. 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、昨今推奨されている事例の展開が必ずしもすべての地域に適応するものではない。

ついては、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く、地域ごとに実現可能なシステムを構築すること。

また、「公立・公的病院の再編統合」にあたっては、単に一部のデータのみを基準とした再編・統合ありきの議論とするのではなく、地域の実情をふまえて議論を進めるべきであり、医師の地域偏在がある時点の診療実績を前提に議論することは、地方の医療提供体制の弱体化を招きかねず、地方創生に逆行するものである。

なお、紹介なし外来患者に対する定額負担の対象病院拡大については、一律に200床以上の病院にまで対象を拡大するのではなく、開業医の多寡などの地域の実情をふまえ再検討し直すべきである。

7. 電子カルテの統一に関すること

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・相互交換などに大きく貢献し、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、その導入費用は余りにも高額で、国際的に見ても極めて異常であり、さらに診療報酬改定に伴うソフト更新の費用など病院経営に対する負担は過大である。

また、今回のコロナウイルス感染症のパンデミックで近所の病院を支援した医療者は、異なる電子カルテに悩まされ、余計な労力を費やした。デジタル庁の仕事の一丁目一番地と考える。

ついては、病院における電子カルテについてはシステムの統一・標準化を進め、その導入・維持・更新などの費用についての国際的な比較・調査の下に、抜本的な価格の適正化をすること。

なお、その費用は診療報酬で評価するとともに、電子カルテをはじめとするシステムにかかる費用については、価格の妥当性や公平性を検討し、補助金など援助するなどして経営を圧迫しない制度を構築すべきである。

また、今回のコロナウイルス感染症対応病院に応援参加した医師や看護師等の現場医療人は、病院ごとに機能の異なる電子カルテに困惑し、感染防御の疲労感以上に異なった疲れ・負担を強いられた。

ついては、韓国や台湾と同様に、国が電子カルテシステムの様式を統一すべきであり、患者や医療人の利益より電子カルテシステム会社の利益を守る理由はない。

8. 精神科救急入院料

精神科救急入院料（いわゆるスーパー救急病棟）の届出病床数の上限（300床以下では60床以下に、300床を超えるときは2割以下とすること）を超えて病床を有する場合であっても、前回の改定では現状の病床数は認められていたが、令和2年度診療報酬改定において、「令和4年3月31日までの間」という期限が設けられた。

この期限設定は、精神科救急医療体制の崩壊に繋がるものであり、各県の精神科救急医療体制を検証したうえで、実状に合わせた基準となるよう見直しをすること。

9. 介護報酬の引き上げに関すること

就労人口の減少による介護職員の確保が一層困難な中、介護職を志す若者は多いにもかかわらず離職率が高い。特に介護サービスにおいては、多職種（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が、介護職員と同様にその人手不足が深刻である。

また、介護職員の処遇改善加算が創設されたが、介護人材の採用難を改善するまでには至っていない。

ついては、介護報酬を引き上げて、若者が将来にわたって従事することができ、中高年者も意欲を持って就業できるよう尚一層の配慮をすること。

また、介護施設内での医療も今回のコロナ禍を機に、弾力的な運用可能な制度設計を急ぐべきである。

右記決議する。

令和3年6月24日

全国公私病院連盟

令和3年度定時総会

一般社団法人 全国公私病院連盟 役員名簿

6月24日（木）に開催された全国公私病院連盟「定時総会」で役員の改選が行われ、会長には邉見公雄氏（赤穂市民病院・名誉院長）が再選されました。また、名誉会長・顧問・特別参与の推戴も同日に行われています。各名簿は以下のとおりです。

会　長＝邉見公雄（赤穂市民病院名誉・院長）

副会長＝小熊　豊（砂川市立病院・名誉院長）

副会長＝石原　淳（横浜市立市民病院・名誉院長）

副会長＝富所　隆（ＪＡ新潟厚生連　長岡中央綜合病院・院長）

副会長＝牧野憲一（旭川赤十字病院・院長）

副会長＝園田孝志（済生会唐津病院・院長）

副会長＝難波義夫（医療法人社団同仁会金光病院理事長・院長）

副会長＝中嶋　昭（公益財団法人日産厚生会玉川病院・理事長）

副会長＝中島豊爾（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター・理事長）

常務理事＝海保　隆（国保直営総合病院君津中央病院・院長）

常務理事＝今井康陽（市立池田病院・総長）

常務理事＝菊池英明（ＪＡ北海道厚生連　帯広厚生病院・名誉院長）

常務理事＝中野　実（前橋赤十字病院・院長）

常務理事＝川嶋成乃亮（済生会中津病院・院長）

常務理事＝佐能量雄（社会医療法人光生病院理事長・院長）

常務理事＝中村哲也（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長）

常務理事＝女屋光基（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター・院長）

理　事＝藤井　隆（赤穂市民病院・院長）

理　事＝新谷史明（いわき市病院事業管理者）

理　事＝浦田士郎（ＪＡ愛知厚生連　安城厚生病院・名誉院長）

理　事＝中房祐司（福岡赤十字病院・院長）

理　事＝三角隆彦（済生会横浜市東部病院・院長）

理　事＝辻　尚志（岡山赤十字病院・院長）

理　事＝原　寛（社会医療法人原土井病院・理事長）

理　事＝相馬正義（公益財団法人佐々木研究所附属杏雲堂病院・院長）

理　事＝内藤嘉之（社会医療法人愛仁会・理事長）

理　事＝北村　立（石川県立高松病院・院長）

監　事＝岡田俊英（石川県立中央病院・院長）

監　事＝伊藤　博（深谷赤十字病院・院長）

監　事＝遠山正博（公益財団法人日産厚生会佐倉厚生園病院・名誉院長）

全国公私病院連盟 名誉会長・顧問・特別参与名簿

（敬称略）

名誉会長＝今泉暢登志（福岡赤十字病院・名誉院長）

顧　問＝相澤孝夫（一般社団法人日本病院会・会長）

顧　問＝堺　常雄（一般社団法人日本病院会・名誉会長）

顧　問＝山本修三（一般社団法人日本病院会・名誉会長）

顧　問＝土井章弘（公益財団法人操風会・総院長）

顧　問＝大濱紘三（元広島県病院事業管理者）

顧　問＝村上信乃（地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院・名誉院長）

顧　問＝行天良雄（医事評論家）

顧　問＝岡留健一郎（済生会福岡総合病院・名誉院長）

顧　問＝瀬戸嗣郎（地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院・名誉院長）

顧　問＝加藤幸男（ＪＡ愛知厚生連　江南厚生病院・名誉院長）

顧　問＝加藤　誠（成田赤十字病院・名誉院長）

顧　問＝吉田茂夫（北見赤十字病院・名誉院長）

顧　問＝寺坂禮治（福岡赤十字病院・名誉院長）

特別参与＝阿曽佳郎（藤枝市立総合病院・名誉院長）

特別参与＝渡邉古志郎（横浜市立市民病院・名誉院長）

特別参与＝原澤　茂（済生会川口総合病院・名誉院長）

一般社団法人 全国公私病院連盟 加盟正会員および所在地一覧

一般社団法人
全国公私病院連盟
会長　邉見公雄
〒150-0001
東京都渋谷区神宮前 2-6-1
食品衛生センター4階
TEL 03-3402-3891　FAX 03-3402-4389
e-mail　byo-ren@jb3.so-net.ne.jp

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

全国公立病院連盟
会長　石原　淳
〒221-0855
神奈川県横浜市神奈川区三ツ沢西町 1-1
横浜市立市民病院内
TEL 045-316-4580　FAX 045-316-6580

全国厚生農業協同組合連合会
経営管理委員会会長　山野　徹
〒100-6827
東京都千代田区大手町 1-3-1
JA ビル 27階
TEL 03-3212-8000　FAX 03-3212-8008

日本赤十字社病院長連盟
会長　牧野憲一
〒105-0012
東京都港区芝大門 1-1-3
日本赤十字社ビル西館 6階
TEL 03-5733-4296　FAX 03-5733-4297

全国済生会病院長会
会長　園田孝志
〒847-0852
佐賀県唐津市元旗町 817
済生会唐津病院内
TEL 0955-73-3175　FAX 0955-73-5760

一般社団法人
岡山県病院協会
会長　難波義夫
〒700-0024
岡山県岡山市北区駅元町 19-2
岡山県医師会館 5階
TEL 086-250-1124　FAX 086-250-3458

日本私立病院協会
会長　中嶋　昭
〒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 03-5414-3113　FAX 03-3408-1430

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

今月の一冊

今月は4冊をご紹介

まず1冊目は『世界一の地域医療を目指して　岩手医科大学物語』である。

著者は地域医療の権化のような現理事長小川彰先生。先生とは厚労省や文科省の審議会で時々御一緒したが、常に地域医療を軸とした微動だにしない信念で発言されていた。御用学者や評論家が多い首都圏呆けの委員の眼には私と同じように田舎者と写ったのかも知れないが、故小山田恵先生や樋口紘先生、石川育成先生達との交流でも著者との接点があり、私は真の憂国者だと思っている。

岩手医大創設期の三田俊次郎、定則親子の御苦労、日本初の角膜移植やアイバンクは岩手医科大学が全国初というのもこの本で知った。北東北の医療のメッカとして、矢巾町の広大な土地に医・歯・薬・看護学部が共通のカリキュラムで学ぶのは、多職種連携教育、医療統合教育のモデルとなるであろう。私の故郷の徳島大学でも栄養学部を加えてこれをやろうとしていたが、現在はどうなっているか詳しくは知らない。後藤新平や新渡戸稲造、宮澤賢治も登場するが何と言っても著者の外科医、院長、学長、理事長としての半生記が退屈せずに一気に読める要素であろう。格下ながら私も地域医療をライフワークとしているので…。3・11やコロナ禍を教訓に更なる構想で前進しようとしている気構えに圧倒される。是非お読みいただき、萎える気持ちを奮い立たせる一助としていただきたい一冊である。

『世界一の地域医療を目指して　岩手医科大学物語』
小川　彰／著
潮出版社／刊

次は『がんを瞬時に破壊する光免疫療法　身体にやさしい新治療が医療を変える』。

著者の小林久隆氏は小保方事件で不幸な死を遂げた笹井先生と同学年で、当時教授をしていた友人の話によると2人はその世代では抜群の頭脳を認められていたとのこと。この本は、文中にも登場する学士院賞を手術で初めて受章した田中紘一先輩から「読め」と送っていただいたものである。話は逸れるが、田中先輩はまさに神手、ポリサージェリーの癒着剥離は本当に名人技であった。外科で学院賞受賞は、胆石生成理論の九州大学三宅博先生が居られるが、田中先生の手術は芸術院賞ものではと。

この本の内容はＮＩＨでの研究生活、まさにスポコンものを読んでいる気分になった。また楽天会長の三木谷浩史氏との出会い、放射線科医からの脱却、鏡台東大との関係。色々な糸の絡み合いで、結局ＮＩＨがゴールへの道だったという一種のサクセスストーリーである。本当にサクセスかどうかは、昨年に薬価収載され今後の治験で多くの好結果が出てからになるのであろうが…。この本を読んでいる時にこの治療法が全国紙で紹介された。赤穂で一緒に働いていた元クラークから「父にこれを受けさせたい」とのコンサルもいただいた。来年4月には関西医大にこの治療センターがオープンする予定である。

『がんを瞬時に破壊する光免疫療法　身体にやさしい新治療が医療を変える』
小林久隆／著
光文社新書／刊

『いのちの証言・二硫化炭素中毒　ラマツィーニ、現代によみがえれ』

3冊目は『いのちの証言・二酸化炭素中毒　ラマツィーニ、現代によみがえれ』。

著者は吉中丈志氏。先日、長かったアスベスト訴訟の判決が国の敗訴でやっと幕が下り、首相が原告団に頭を下げるのをニュースで見た。私も兵庫県の労災医療保険審査員を長くやっていたので、尼崎中心のアスベスト肺癌や中皮腫の分厚いレセプトをずっと見てきた。大きな労災が無くなりメンタルヘルス関係が主流となっている中での主な仕事であった。この本は、コロナ対応激励で訪院した時に著者から頂戴したものである。

『いのちの証言・二硫化炭素中毒　ラマツィーニ、現代によみがえれ』
吉中丈志／著
かもがわ出版／刊

『ダチョウはアホだが役に立つ』

発刊時に素読していたが、今回改めて詳読させていただいた。内容は、ユニチカ宇治工場の二酸化炭素中毒症という職業病、労働災害の話から始まる。水俣病やイタイイタイ病と同じく開業医の力、つまり観察眼の鋭さ、韓国などへの公害輸出。色々と辛い内容が続くが最後は司法による和解。また最終章では、宇治ゆかりで第1回普通選挙当選された労農党衆議院議員山本宣治氏の生家で現料亭「花やしき浮舟園」での被災者家族や支援者との再会、集合写真や民医連運動のルーツである「あさくら診療所」の話。武久夢二のスケッチもあり、明るい気持ちの読後感が残る一冊である。

『ダチョウはアホだが役に立つ』
塚本康浩／著
幻冬舎／刊

最後の一冊は、著者には悪いが少し硬い前の3冊で疲れた頭に癒し系の1冊『ダチョウはアホだが役に立つ』。

著者は、私が経営審議会委員を務めている公立大学法人の一つ、京都府立大学長塚本康浩氏。本人は「今メチャ売れている」と宣(のたま)う。真偽のほどは不明であるが内容は目茶苦茶楽しい。役に立つかどうかは読者次第。

以上4冊を御紹介。

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、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　6月24日（木）
会場　全国町村会館2階「ホール」

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」（5月19日）
②日病協「代表者会議」（5月21日）
③日病協「診療報酬実務者会議」（6月16日）
④小熊副会長からの報告
小熊副会長より、社会保障審議会「医療部会」（6月3日）の報告があった。
⑤邉見会長からの報告
邉見会長より、日本病院会「2021年度（第1回）定期理事会」（5月22日）の報告があった。

【主な協議事項】

①令和3年度「定時総会」
事務局より、令和3年度「定時総会」の議案審議事項等について説明があった。
②参与の委嘱（案）について
事務局より、全国済生会病院長会より参与の交代について依頼があった旨の報告があり了承された。新任・退任参与は以下のとおり。
新任＝齋藤哲哉氏（福井県済生会病院・事務部長）
退任＝杉原孝幸氏（静岡済生会総合病院・事務部長）
③事務局長の選任（案）について
邉見会長より、島根潔氏を再任用する提案があり了承された。
④後援名義の使用許可申請について
⑤㈱公私病連共済会からの報告
㈱公私病連共済会の飛田取締役より、病院賠償責任保険等の「2021年度取扱件数」について報告があった。

以上

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

<お問合せ先>
取扱代理店　**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
食衛生センター４階
TEL03-3402-3934　FAX03-3402-3940
（受付時間：平日の午前９時から午後５時まで）

引受保険会社　**損害保険ジャパン　株式会社**
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL03-3349-5113　FAX03-6388-0153
（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までお問合せください。

SJNK19-04282　2019/07/18

全国公私病院連盟から新刊のご案内

令和２年６月調査　**病院経営実態調査報告**　〔定価 12,000 円＋税〕
内容：経営収支の状況、医療収支の状況　など

令和２年６月調査　**病院経営分析調査報告**　〔定価 16,000 円＋税〕
内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

令和２年６月調査　**病院概況調査報告書**　〔定価 18,000 円＋税〕
内容：病床利用率、在院日数、施設状況　など

2021 年３月 発刊

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。）

令和4年度診療報酬改定に向け 論点整理を開始

中央社会保険医療協議会
9月からの本格議論を見据え

中医協は、次期診療報酬改定に向けてテーマ【①外来、②入院、③在宅、④歯科、⑤調剤、⑥個別事項（働き方改革の推進、不妊治療の保険適用など）】ごとに論点の整理を開始。7月7日には「外来」、7月14日には「調剤」をテーマに議論があった。9月から本格的な議論に入るが、スケジュールは非常にタイトになっている。厚労省が示した「外来」と「調剤」の課題と論点は以下のとおり。

「外来医療」と「調剤」の課題と論点

外来医療についての課題と論点

【かかりつけ医機能・医療機関連携】

・主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、平成26年度診療報酬改定において地域包括診療料・加算を、平成28年度改定において認知症地域包括診療料・加算を新設し、評価を行っている。

・また、小児のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことについて、小児かかりつけ診療料を平成28年度改定において新設し、評価を行っている。

・さらに、平成30年度改定においては、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、機能強化加算を新設した。令和2年度改定においても、かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、患者の同意を得て、診療情報の提供を行った場合の評価として、診療情報提供料(Ⅲ)を新設した。

・令和3年の医療法改正では、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、都道府県の外来医療計画において、外来機能の明確化・連携を位置付けることとされた。

【生活習慣病対策】

・生活習慣病患者の生活習慣に関する総合的な治療管理のため、平成14年度改定において、生活習慣病管理料が新設された。平成30年度、令和2年度診療報酬改定においては、生活習慣病の算定要件について、生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、関係学会のガイドラインを踏まえ、算定要件を見直した。

【外来機能の分化の推進】

・保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、紹介率や逆紹介率が低い場合の初診料等の減算や、紹介状なしで受診する場合等の定額負担の導入を、診療報酬改定において実施してきている。

・令和2年12月に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」では、

2面へつづく

国民医療の確保のために病院診療報酬の引き上げを

時評

下総精神医療センターのご紹介

連盟　常務理事

女屋光基

この度は、伝統ある全国公私病院連盟（公私病連）に、新たに加盟させていただいた、千葉にある独立行政法人国立病院機構下総精神医療センターの女屋（おなや）でございます。よろしくお願い申し上げます。

我々は、国立病院機構の中の、主に精神科病院を中心とした国立精神施設長協議会（国精協）に属しておりますが、日本公的病院精神科協会（公精協）設立時の団体の一つとして、我々国精協も加盟いたしました。今回、国精協の会長として公私病連に公精協が加わらせていただいたご縁で、私が常務理事に就任させていただきました。

国立病院機構は、多くは、軍の病院として発足し、戦後、厚生省（現在厚生労働省）に一括して移管され、運営されてまいりました。当院も、頭部戦傷者病院として設立され、精神科国立療養所となり、平成16年4月に、独立行政法人化され、国立病院機構病院となりました。目的として「国の医療政策として機構が担うべきものの向上を図り」、との精神保健福祉法に、「都道府県は精神科病院を設置しなければならない」とされておきながら、指定病院という制度を作り出し、民間精神科病院に非同意入院が行われている現状があります。今や、

このような状況の中、平成30年に、「公的医療機関として自らの役割を問い直し、政策提言や国への要望活動を行う病院団体を設立する」という目的で、公精協が設立され、岡山県精神科医療センターの中島豊爾先生が会長に就任され、精神科医療のモデルとなる先駆的な医療の実践、高度な精神科医療を普及するための人材育成及び教育研修、国・自治体等公共団体に対する精神科医療施策の提言、医療観察法の対象者に対する先駆的な医療の実践などを目的として活動しております。

図らずも、今回のコロナ禍において、精神医療の分野でも公的病院の役割が再度見直されようとしているように思います。当院のある千葉県では、コロナ患者の精神科ベッドは、当院と千葉県精神科医療センターのみですし、東京都でも都立松沢病院が中心的な役割を果たしていると聞いております。

公私病連の参加病院としては、国立病院機構としては初めてと伺っております。組織医療の向上と病院の経済的・社会的地位の維持発展を図るという目的に沿うように、公的、精神科医療というキーワードで、もとより微力ではありますが、力になりたいと思っております。よろしくお願い申し上げます。

（独立行政法人国立病院機構　下総精神医療センター　院長）

全国公私病院連盟
第32回「国民の健康会議」開催（詳細は次号で）

メインテーマ

「 取り返そう、コロナで失った時間と健康 」

（日時：令和３年１０月８日（金）　午後１時～４時３０分
会場：日本教育会館「一ツ橋ホール」（東京都千代田区一ツ橋））

1．基調講演

「コロナ対策の反省」

2．パネルディスカッション

「取り返そう、コロナで失った時間と健康」

いろ鉛筆

東京では新型コロナ感染症に関する非常事態宣言の発令が四度目となった。ワクチン接種はようやく国民全体の30％とされる時点で、感染拡大によりオリンピックは無観客開催に。変異を繰り返し勢いの衰えないコロナの前に、あえて開催しようとうもがく関係機関の姿が痛々しい▼一方で抵抗する間もなく変わってしまったものは数限りない。代表がオンライン（ＯＬ）会議である。自宅から上半身の正装で参加したが、うっかり映し出された下半身がパジャマ姿だったなど、初期のころのドタバタもあったが、今では在宅でのＯＬ会議参加は当たり前。遠くのリゾート地に転居し、そこから参加などの例も出てきた。コロナが変えた働き方改革である▼かつて、会社には私生活を持ち込むな！とされた。それがワーキングレディー達の子連れ出勤によって〝会社に家庭を持ち込んじゃおう！〟と変化し、さらに夫の育児休暇まで大きく変わってきたが、医療界は常に後れを取ってきた。ようやく概要が決まった医師の働き方改革であるが、根幹をなすのは医師の権限移譲、タスクシフト／タスクシェアである。労を厭わず時を厭わずという医師の矜持をコロナはいとも簡単に変えてしまったように思える。（Ｎ・Ａ）

1面からつづく

「医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される『紹介患者への外来を基本とする医療機関』のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額(例：初診の場合、2000円程度)を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する」とされている。

【オンライン診療】

・オンライン診療に係る診療報酬上の評価については平成30年度改定において新設し、令和2年度改定では、実態等を踏まえた見直しを実施した。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、臨時的・特例的取扱いを実施し、オンライン診療による初診を可能とする等の対応を行っている。

・現在、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しに関する議論が進められており、今後、「対面診療との関係を考慮し、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進める」こととされている。

【論点】

▽中長期的に地域の医療提供体制が人口減少や高齢化等に直面する中、外来機能の明確化・連携や、かかりつけ医機能の強化等を推進し、患者にとって安心・安全で質の高い外来医療の提供を実現するための、診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

▽オンライン診療を安全性・信頼性を確保しながら推進していく観点から、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、診療報酬上の取扱いも含めて実施に向けた取組を進めることとなるが、その際に考慮することとされている対面診療との関係等について、どのように考えるか。

◆　◆

調剤についての課題と論点（抜粋）

【保険医療機関と保険薬局の連携】

・入退院時の連携により服薬情報等の把握が容易になることで、医療機関での持参薬確認業務負担の軽減や退院後の服薬アドヒアランスの向上・維持につながると考えられる。

・退院時共同指導料の薬局での算定回数は増加傾向にあるが、少ない。

【在宅訪問薬剤管理指導】

・在宅医療において、薬剤師は、他職種から、服薬状況の管理や薬剤保管管理の指導といった役割を求められており、薬剤師が在宅医療に関与することで、薬剤による有害事象や服薬状況が改善したという報告や、医師と連携して薬剤師が在宅訪問を行うことで、投薬数や薬剤費が減少したという報告がある。

【オンライン服薬指導】

・オンライン服薬指導については、改正薬機法に基づき令和2年9月から、オンライン診療又は在宅訪問診療に係る処方箋に基づく調剤において実施が可能となっていたが、新型コロナウイルス感染拡大を踏まえ、時限的・特例的取扱いを実施し、それ以外の診療に基づく処方箋を受け付けた場合であっても実施可能とする等の対応を行っている。

・調剤報酬についても、臨時的・特例的取扱いとして、オンライン服薬指導を実施した場合でも、対面で実施した場合と同様の薬剤服用歴管理指導料及びその加算を算定可能とする対応を行っている。

・今後、オンライン服薬指導については、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に際しての時限的措置の実績を踏まえ、2021年夏を目途に医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しの検討を行うとともに、診療報酬の評価の検証を行い、必要な見直しの検討を行うこととされている。

【論点】

▽薬局・薬剤師が、対物中心の業務から、患者・住民との関わりの度合いの高い対人業務へとシフトすることにより、薬物療法や健康維持・増進の支援に一層関わり、患者・住民を支えていくことが重要であることを踏まえ、診療報酬のあり方について、どのように考えるか。

▽かかりつけ薬剤師・薬局の普及の促進、多剤・重複投薬への取組、処方箋の反復利用など、「経済財政運営と改革の基本方針2021」等を踏まえた今後の対応について、どのように考えるか。

▽オンライン服薬指導については、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に際しての時限的措置の実績を踏まえ、医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しが行われることを踏まえ、診療報酬について、具体的に、どのような検討が必要か。

7月21日の中医協「総会」では、①医薬品の適切な使用の推進、②働き方改革の推進、③不妊治療の保険適用―をテーマに議論があった。それぞれの論点は以下のとおり。

①医薬品の適切な使用の推進についての論点

▽医薬品の適切な使用の推進について、これまでの診療報酬上の対応なども踏まえ、どのように考えるか。

▽昨今の後発医薬品の品質や安定供給に係る問題も踏まえつつ、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討など、「経済財政運営と改革の基本方針2021」や「成長戦略実行計画2021」を踏まえた今後の対応について、どのように考えるか。

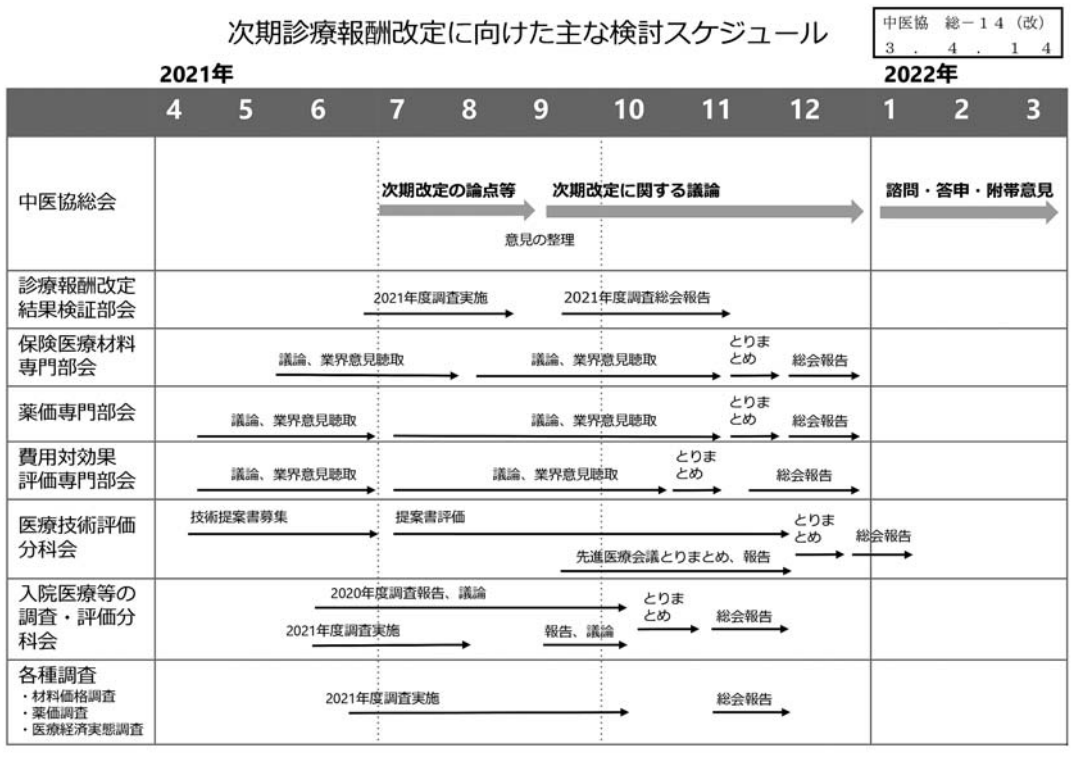
②働き方改革の推進についての論点

▽今般の改正医療法において長時間労働の医師の労働時間短縮のための措置等が整備されたことなど、これまでの医師をはじめとした医療従事者の働き方改革の取組や、これまでの診療報酬上の対応を踏まえ、働き方改革の推進に対する診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

③不妊治療の保険適用についての論点

▽診療報酬改定においては、有効性・安全性等が確認できた医療技術等については、保険適用としてきたことを踏まえ、不妊治療についても同様に、関係学会の作成したガイドライン等に基づいて有効性・安全性等の確認を進めることとしてはどうか。なお、医薬品等については、有効性・安全性等の確認、薬機法上の承認の可否等について、薬事・食品衛生審議会、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において検討が行われる。

▽さらに、現時点において有効性・安全性等が確認できないものの、今後、保険適用を目指すものについては、先進医療等の保険外併用療養費制度の活用が考えられる。その際、令和4年度診療報酬改定において適切に対応を実施する観点から、保険医療機関から先進医療に係る申請があった場合には、申請を受理した上で先進医療会議において、まずは、技術的な審議を進めておくことができることとしてはどうか。なお、先進医療として実施することの決定は、保険適用の範囲に係る議論を踏まえる必要があることから、令和4年度診療報酬改定と併せて行うこととしてはどうか。▽有効性・安全性等の確認をより的確に実施する観点から、中医協総会において関係学会等からヒアリングを行うことについて、どのように考えるか。



会員病院長の声

外来化学療法の診療報酬に関する要望

今井康陽（市立池田病院・総長）

川嶋成乃亮（済生会中津病院・院長）

「外来機能報告等に関するワーキンググループ」（「第8次医療計画等に関する検討会」の下部組織）において、外来機能報告に関する論議が開始された。2022年度から全国の病院が外来データを都道府県に報告し、そのデータを踏まえて、「医療資源を重点的に活用する外来」の一つである。

近年、多くの分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害剤等が開発され、癌患者の生命予後改善に寄与している。一方で、ほとんどの癌診療専門施設において、増加する外来化学療法患者の対応、特に、手狭となった外来化学療法室の運用に苦慮している。さらに、複雑化するレジメンや多様化する有害事象に対応するため、多くの医療資源、専門医師や看護師、薬剤師等の医療スタッフの投入などが必要となっている。

例えば、外来化学療法加算1（15歳以上）では、専用のベッドを有する治療室、化学療法の経験がある専任の医師、看護師、薬剤師の勤務、患者急変時の体制、委員会の設置等の施設基準を求められる。

しかし、それに対する報酬は600点／日である。令和2年度改定で連携充実加算が新設されたものの、わずか150点／月である。外来化学療法は1人に半日以上かかることが多く、時間的な制約から1日に1ベッドで診療できる患者数は限られている。

現行の外来化学療法加算のみでは加算要件を満たす人件費を賄うことはできず、多くの施設では外来化学療法室の赤字運営を余儀なくされている。各施設での外来化学療法の高い専門性と安全性を担保するためには、外来化学療法加算の倍増と、「医療資源を重点的に活用する外来」として人件費を担保する新たな診療報酬の仕組みが必要である。

【 参 考 】

外来化学療法加算１（15 歳以上）	６００点
外来化学療法加算２（15 歳以上）	４５０点

外来化学療法加算１の主な施設基準

① 専用のベッドを有する治療室がある。
② 化学療法の経験が５年以上の専任の常勤医師が勤務。
③ 化学療法の経験が５年以上の看護師（非常勤可）が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務。
④ 化学療法に係る調剤の経験が５年以上の専任の常勤薬剤師が勤務。
⑤ 急変時等に患者が入院できる体制の確保（他医療機関との連携でも可）。
⑥ 化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会の年１回以上の開催（委員会で承認され登録されたレジメンのみ算定可）。

令和2年「社会医療診療行為別統計」

医科入院　1件当たり点数、5・3％増　1日当たり点数、2・3％減

医科入院外　1件当たり点数、4・9％増　1日当たり点数、7・0％増

厚生労働省は6月30日に「令和2（2020）年社会医療診療行為別統計」の結果を公表した。

今回、同省が公表した結果は、医科6816万8704件、歯科1412万4412件、保険薬局4491万9108件のレセプトについて集計したものだが、新型コロナウイルス感染症の流行等に伴い①集計対象のレセプト件数が前年比で約2割減と大きく減少、それに伴い、診療実日数及び点数（医療費）も大きく減少している、②「1件当たり点数」は点数（医療費）を総レセプト件数で除したものであり、「1件当たり点数」が増加していても、レセプト件数が大幅に減少しているため、点数（医療費）は減少していることに留意が必要であることなどを留意点として上げている。

【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

①1件当たり点数は5万7074・2点（対前年5・3％増）

②1日当たり点数は3446・6点（同2・3％減）【表1参照】

（2）医科入院外の診療の状況

①1件当たり点数は1445・0点（対前年4・9％増）

②1日当たり点数は979・0点（同7・0％増）【表2参照】

（3）歯科の診療の状況

①1件当たり点数は1377・1点（対前年10・7％増）

②1日当たり点数は914・6点（同7・3％増）

（4）薬局調剤の状況

①1件当たり点数は1179・7点（対前年9・7％増）

②受付1回当たり点数は996・9点（同12・0％増）

（5）後発医薬品の使用状況（薬剤種類数に占める割合）

①総数では75・6％（対前年2・5ポイント上昇）

②入院では72・5％（同3・2ポイント上昇）

③院内処方（入院外・投薬）では65・5％（同2・4ポイント上昇）

④院外処方（薬局調剤）では78・2％（同2・4ポイント上昇）

◆　◆

「社会医療診療行為別統計」は、医療保険制度における医療の給付の受給者に係る診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的に、毎年作成している。社会保険診療報酬支払基金支部、国民健康保険団体連合会に提出され、令和2年6月審査分として審査決定された医療保険制度のレセプトのうち、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）に蓄積されている全数を集計の対象としている。

集計対象のレセプト件数等の推移（対前年増減率）

件数	
平成28年（2016）	1.9%
平成29年（2017）	3.8%
平成30年（2018）	0.6%
令和 元年（2019）	▲0.1%
令和 2年（2020）	▲19.3%
点数	
平成28年（2016）	1.7%
平成29年（2017）	5.4%
平成30年（2018）	0.9%
令和 元年（2019）	0.8%
令和 2年（2020）	▲13.1%

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

（各年６月審査分）

診療行為	１件当たり点数				１日当たり点数			
	令和２年(2020)	令和元年(2019)	対前年 増減点数	対前年 増減率(%)	令和２年(2020)	令和元年(2019)	対前年 増減点数	対前年 増減率(%)
総数[1]	57 074.2	54 226.2	2 848.1	5.3	3 446.6	3 527.6	△ 81.0	△ 2.3
初・再診	59.2	61.9	△ 2.7	△ 4.4	3.6	4.0	△ 0.5	△ 11.2
医学管理等	418.1	413.4	4.7	1.1	25.2	26.9	△ 1.6	△ 6.1
在宅医療	84.0	81.6	2.4	2.9	5.1	5.3	△ 0.2	△ 4.5
検査	623.2	653.1	△ 29.9	△ 4.6	37.6	42.5	△ 4.9	△ 11.4
画像診断	333.8	325.3	8.5	2.6	20.2	21.2	△ 1.0	△ 4.7
投薬	587.6	562.1	25.4	4.5	35.5	36.6	△ 1.1	△ 3.0
注射	974.7	959.8	14.9	1.6	58.9	62.4	△ 3.6	△ 5.7
リハビリテーション	3 536.5	2 982.1	554.5	18.6	213.6	194.0	19.6	10.1
精神科専門療法	318.3	276.9	41.5	15.0	19.2	18.0	1.2	6.7
処置	1 063.1	952.3	110.8	11.6	64.2	61.9	2.3	3.6
手術	8 842.4	9 547.2	△ 704.8	△ 7.4	534.0	621.1	△ 87.1	△ 14.0
麻酔	1 077.4	1 177.9	△ 100.5	△ 8.5	65.1	76.6	△ 11.6	△ 15.1
放射線治療	189.3	181.3	8.0	4.4	11.4	11.8	△ 0.4	△ 3.1
病理診断	80.7	85.5	△ 4.8	△ 5.6	4.9	5.6	△ 0.7	△ 12.4
入院料等	22 012.7	19 205.6	2 807.1	14.6	1 329.3	1 249.4	79.9	6.4
診断群分類による包括評価等	16 873.2	16 760.2	113.0	0.7	1 018.9	1 090.3	△ 71.4	△ 6.5
（１件当たり日数）	(16.56)	(15.37)	(1.19)					
入院時食事療養等（単位：円）	28 352	25 931	2 421	9.3	1 712	1 687	25	1.5

注：１）「総数」には、「入院時食事療養等」を含まない。

表２　診療行為別にみた入院外の１件当たり点数・１日当たり点数・１件当たり日数

（各年６月審査分）

診療行為	１件当たり点数				１日当たり点数			
	令和２年(2020)	令和元年(2019)	対前年 増減点数	対前年 増減率(%)	令和２年(2020)	令和元年(2019)	対前年 増減点数	対前年 増減率(%)
総数[1]	1 445.0	1 377.1	67.9	4.9	979.0	914.6	64.4	7.0
初・再診	181.0	199.3	△ 18.3	△ 9.2	122.6	132.4	△ 9.8	△ 7.4
医学管理等	122.0	115.9	6.1	5.2	82.6	77.0	5.7	7.4
在宅医療	126.9	97.7	29.2	29.9	86.0	64.9	21.1	32.5
検査	241.6	250.2	△ 8.6	△ 3.4	163.7	166.2	△ 2.5	△ 1.5
画像診断	100.5	106.0	△ 5.5	△ 5.2	68.1	70.4	△ 2.3	△ 3.3
投薬	216.7	202.8	14.0	6.9	146.8	134.7	12.2	9.0
注射	190.1	158.2	31.9	20.2	128.8	105.1	23.7	22.6
リハビリテーション	19.7	20.1	△ 0.4	△ 1.9	13.4	13.4	0.0	0.1
精神科専門療法	28.0	26.0	2.0	7.7	19.0	17.3	1.7	9.8
処置	156.4	137.6	18.8	13.6	105.9	91.4	14.5	15.9
手術	38.7	40.2	△ 1.5	△ 3.6	26.2	26.7	△ 0.5	△ 1.7
麻酔	5.5	5.0	0.5	10.3	3.7	3.3	0.4	12.5
放射線治療	9.0	7.5	1.5	19.3	6.1	5.0	1.1	21.7
病理診断	8.6	10.2	△ 1.7	△ 16.2	5.8	6.8	△ 1.0	△ 14.5
（１件当たり日数）	(1.48)	(1.51)	(△ 0.03)					

注：１）「総数」には、「入院料等（短期滞在手術等基本料１）」を含む。

社会保険診療報酬支払基金
令和2年度、確定件数・確定金額

社会保険診療報酬支払基金は6月22日の記者会見で「令和2年度の診療報酬等確定状況（令和2年4月診療分～令和3年3月診療分）」を公表した。コロナ禍の影響による受診控えが影響し、「確定件数」「確定金額」とも大幅に減少している。社会保険診療報酬支払基金では、受診を控えた被保険者には軽症者が多かったのではないかと分析している。

「確定件数」は、10億2953万件で、前年度と比べて▲10・4％と大きく減少している。この内訳をみると以下のようになっている。

①「医科」＝5億4020万件（前年度増減率▲11・2％）

②「歯科」＝1億4564万件（▲4・6％）

③「調剤」＝3億4156万件（▲11・6％）

④「訪問看護」＝214万件（＋18・0％）

「確定金額」は、12兆5785億円で、前年度と比べて▲3・0％と大きく減少している。この内訳をみると以下のようになっている。

①「医科」＝8兆7436億円（＋1・6％）

②「歯科」＝1兆2203億円（前年度増減率▲4・1％）

③「調剤」＝2兆3996億円（▲2・5％）

④「訪問看護」＝1161億円（＋22・3％）

なお、「1日当たり点数」では、1496点（＋7・2％）となり、前年度の伸び（＋3・4％）を大きく上回った。内訳は以下のようになっている。

①「医科入院」＝6008点（＋4・9％）。前年度伸び率は＋3・0％。

②「医科入院外」＝870点（＋7・8％）。前年度の伸び率は＋3・4％。

社会保険診療報酬支払基金の診療報酬等確定状況（令和２年度分）

確定件数（単位：万件）			確定金額（単位：億円）		
制度別	令和２年度	前年度増減率	制度別	令和２年度	前年度増減率
医療保険	83,121（80.7%）	▲10.3%	医療保険	99,766（79.3%）	▲3.4%
各法	19,832（19.3%）	▲10.8%	各法	26,019（20.7%）	▲1.8%
総計	102,953（100.0%）	▲10.4%	総計	125,785（100.0%）	▲3.0%
診療種別	令和２年度	前年度増減率	診療種別	令和２年度	前年度増減率
医科	54,020（52.5%）	▲11.2%	医科	87,436（69.5%）	▲4.1%
歯科	14,564（14.1%）	▲4.6%	歯科	12,203（9.7%）	＋1.6%
調剤	34,156（33.2%）	▲11.6%	調剤	23,996（19.1%）	▲2.5%
（再掲）食事・生活	762	▲9.0%	食事・生活	990（0.8%）	▲4.6%
訪問看護	214（0.2%）	＋18.0%	訪問看護	1,161（0.9%）	＋22.3%
総計	102,953（100.0%）	▲10.4%	総計	125,785（100.0%）	▲3.0%

※（　）の数値は構成割合

外来機能報告等に関する ワーキンググループが初会合開く

先の国会で「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案」が成立したが、この中の「地域の実情に応じた医療提供体制の確保」では、『外来医療の機能の明確化・連携』が掲げられ、医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設することになった。これに伴い、6月18日に開催された第1回の「第8次医療計画等に関する検討会」では、特に集中的な検討が必要な項目があることから、本検討会の下に『地域医療構想及び医師確保計画に関するWG』『外来機能報告等に関するWG』『在宅医療及び医療・介護連携に関するWG』を立ち上げて議論することが了承されている。

早速第1回の「外来機能報告等に関するWG」が7月7日に開かれ議論を開始。今後同WGでは概ね月に1回の会合を開き年末に取りまとめを行うことにしている。主な『検討事項』は以下のとおり。

①外来機能報告＝▽具体的な報告項目についてNDBを活用できる項目、できない項目ともに検討▽報告スケジュールについて、病床機能報告のスケジュールを踏まえ、地域における協議の場の協議スケジュールとあわせて検討

②医療資源を重点的に活用する外来＝▽医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関＝▽国の定める基準について、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされている地域医療支援病院や特定機能病院の状況を踏まえ検討▽呼称について、医療資源を重点的に活用する外来の呼称とあわせて検討

③医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関＝▽国の定める基準について、考え方を整理して検討▽呼称について「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」の呼称とあわせて検討

④地域における協議の場＝▽協議スケジュール、協議結果の公表について、外来機能報告の報告スケジュールとあわせて検討▽協議の場の参加者について、地域医療構想調整会議の参加者を踏まえ検討

⑤その他の検討事項＝▽紹介・逆紹介の推進、診療科ごとの外来分析等について、すぐに取り組むことが可能なこと、時間を要することを整理しつつ検討

今月の一冊

今月の3冊

今月の1冊目は『文庫彩時記　三集・本棚の漫歩計』。

著者の大塚義治氏は我々の会員でもある日本赤十字社の現社長で、拙著を送ったお返しにこの本を贈られたのだか私とはレベルが違い過ぎる。ただの書評とか感想文ではなく、文庫本として読むことにより惹起されるまさに随想短編である。「小僧の神様」で小説の神様になった志賀直哉を彷彿とさせる。また西洋文学も多く紹介され、外国人の名前が苦手でこの方面は殆ど読んでいない私には刺激的であった。ショートショートの名手、オー・ヘンリーも思い出した。筆者と同じ時代背景や田舎の農村で育ち高校からの都会生活にカルチャーショックを受けた生い立ちも似ていて、家族の描写など共感するところも多い。

ただ、紹介された56編のうち私が完読していたのは「等伯」と「越前竹人形」、映画を見たのは「事件」と「第三の男」だけというのは乱読でもまだ幕下級であることを思い知らされた。林語堂の言う「気が向けば書を手に取ってこれを読む。ただそれだけのこと」これに救われ、それほど間違っていなかったと安心した。第一集、第三集も読み、なるべく多くの本を実感したい。

『文庫彩時記　三集・本棚の漫歩計』
大塚義治／著
時評社／刊

2冊目は、私の母校の宮沢孝幸教授著の『京大おどろきのウイルス学講義』。

今、人類難、地球難に陥っているcovid-19パンデミックの中、ウイルスの定義からワクチンまでの全てがこの一冊で解るタイムリーな本である。私が在学中にはウイルス学はなくて細菌学止まり。コロナはレトロウイルスの一種であるが動物のウイルスは目茶苦茶多い。著者は動物ウイルス学者で、乏しい研究費の中で頑張ってきたことも良く解り、「ウイルスは決して悪者ではない」というウイルス愛とも言えるコンセプトで貫いている。ウイルスは胎盤の誕生にも関わり進化にも貢献。生物の遺伝子をも変えてしまう程の驚きのパワーを秘めている。人類の滅亡等驚かされる内容もあるが割と理解ができる本である。

『京大　おどろきのウイルス学講義』
宮沢孝幸／著
PHP新書／刊

3冊目は『がんと闘う病院　都立駒込病院の挑戦』です。私が長くお世話になった自治体病院の仲間の物語である。日進月歩の癌治療。症状や診断、治療はもとより臓器別など全35章から成り、予防や緩和ケアまで多くの示唆に富んでいる。国民の2人に1人が癌に罹り3人に1人が癌で死ぬ時代に必読の書である。挿絵もマンガチック、アニメチックで面白く表や写真も多く取り入れ、大変解りやすく読み易い内容となっている。

『がんと闘う病院　都立駒込病院の挑戦』
がん・感染症センター都立駒込病院／編
神澤輝実／監修
講談社／刊

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、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　7月15日（木）
時間　午後2時～4時
オンライン会議

【主な報告事項】

①日病協「代表者会議」（6月25日）
富所副会長と邉見会長より報告があった。

②日病協「診療報酬実務者会議」（7月14日）
中野常務理事と園田副会長より報告があった。

③日病協「大江和彦先生との意見交換会」（7月13日）
園田副会長と邉見会長より、東京大学の大江教授との『電子カルテの標準化の方向性に関する意見交換会』の内容について報告があった。

④邉見会長からの報告
邉見会長より以下の報告があった。
▽第62回「全日本病院学会in岡山」（8月21～22日）
▽2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会開催に伴う新型コロナウイルス感染拡大リスクに関する提言（6月18日）
▽第29回「若月賞」受賞式（7月9日）
以上

【主な協議事項】

①後援名義の使用許可申請について
事務局より、2件の申請があった旨の報告があり、いずれも了承された。

②病院診療報酬対策
③医療保険制度等対策
④医療提供体制対策
⑤介護保険制度対策
②～⑤について事務局より報告があり議論した。

最後に、新型コロナウイルス感染症対策等について理事より各都道府県における状況の報告があり、情報交換をした。

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

<お問合せ先>
取扱代理店　**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
食衛生センター４階
TEL03-3402-3934　FAX03-3402-3940
（受付時間：平日の午前９時から午後５時まで）

引受保険会社　**損害保険ジャパン　株式会社**
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL03-3349-5113　FAX03-6388-0153
（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までお問合せください。

SJNK19-04282　2019/07/18

全国公私病院連盟から新刊のご案内

令和２年６月調査　**病院経営実態調査報告**　〔定価 12,000 円＋税〕
内容：経営収支の状況、医療収支の状況　など

令和２年６月調査　**病院経営分析調査報告**　〔定価 16,000 円＋税〕
内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

令和２年６月調査　**病院概況調査報告書**　〔定価 18,000 円＋税〕
内容：病床利用率、在院日数、施設状況　など

2021 年３月 発刊

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。）

オンライン資格確認システム導入を呼びかけ

10月の本格運用開始を見据え
9月末までに準備を

厚生労働省では、10月から患者のマイナンバーカードの健康保険証利用が本格化することから、医療機関や薬局においてオンライン資格確認の環境準備を行うよう関係各位に周知を依頼している。本格運用までに6割の医療機関がシステムを導入することを目標に掲げている。

厚生労働省では、7月上旬から9月末までの期間を「集中導入期間」と位置づけ、オンライン資格確認システムの導入を啓発している。同省としてもコールセンターにおいて準備作業の際の困りごとについての対応をするなど医療機関や薬局へのサポートを強化した。特に9月末までに導入してもらうため、早急にシステム業者へ連絡するよう強調している。

当初令和3年3月の開始予定であった「本格運用」を延期した背景には、「保険者が管理・登録している情報の正確性の課題」などがあったが、現在は制度を運用していくにあたっての情報の正確性は担保されており、安心してオンライン資格確認の導入・利用を進めていただける状態となっているとしている。

現在、オンライン資格確認は1061施設（7月5日時点）で実施されており、運用を開始した施設から受付業務の負担が軽減したメリット等の事例も紹介。それらの事例は「オンライン資格確認導入事例紹介サイト」で見ることができる。（https://cases.iryohokenjyoho-portalsite.jp/）

マイナンバーカードの申請受付数は約5040万件、交付実施済数も約4360万件になった。特に60~74歳の方の40%が交付済みとなっており、高齢者におけるマイナンバーカードの取得も進んでいる。今後、同省としても広くマイナンバーカードの健康保険証利用を知っていただくための更なる取り組みを行ってより多くの方に利用いただけることを目指すとしている。今後は約3人に1人がマイナンバーカードを持って医療機関・薬局を訪れる可能性がある。医療機関や薬局においても患者のニーズに応えるため、ぜひオンライン資格確認の導入をお願いしたい。

ただし、顔認証付きカードリーダーを受け取っただけではオンライン資格確認をすることはできないので、利用するためにはシステム業者による設定作業等が必要。システム業者に連絡するなど導入作業の要員確保をする必要があるため今すぐシステム業者へ連絡することを薦めている。

詳細は「オンライン資格確認集中導入開始宣言」説明会の録画配信を公開（https://youtu.be/ttCvquBfUAY）しており参考ときれたい。この模様は当日約2万弱の施設等が視聴している。顔認証付きカードリーダーの申込を約13万施設（約6割）が行っており、そのうち約8割の施設が令和3年9月末までに導入予定であると申込時に回答していることも紹介。早急にシステム事業者へ連絡いただきたい旨を説明している。

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認システムの導入準備状況

1．現在の申込状況

オンライン資格確認の導入予定施設数　（2021/7/18時点）

＜顔認証付きカードリーダー申込数＞

130,429施設（57.0%）／228,834施設

【内訳】

病院	6,416／	8,260施設	77.7%
医科診療所	39,856／	89,305施設	44.6%
歯科診療所	35,028／	70,940施設	49.4%
薬局	49,129／	60,329施設	81.4%

※　病院の申込割合は全都道府県で60%超、うち、22府県で80%以上、21都道県で70%以上
医科診療所の申込割合は15県で50%超
歯科診療所の申込割合は3県で70%以上、9県で60%以上
薬局の申込割合は全都道府県で70%超、29都府県で80%以上

※　公的医療機関等における申込状況は厚生労働省HPに掲載

目標：医療機関等の６割程度での導入（令和３年３月時点）、概ね全ての医療機関等での導入（令和5年3月末）を目指す
（令和元年9月デジタル・ガバメント閣僚会議決定）

【参考：健康保険証の利用の登録】
4,742,358件　カード交付枚数に対する割合 10.6%

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】
有効申請受付数：約5,058万枚（人口比 39.8%）
交付実施済数　：約4,470万枚（人口比 35.2%）

2．プレ運用参加施設数

1,664施設　（2021/7/26時点）

【内訳】

病院	159 施設	医科診療所	535 施設
歯科診療所	439 施設	薬局	531 施設

【推移】

公表日	3/4	3/8	3/15	3/22	3/23	3/26	5/14	5/24	5/31	6/7	6/14	6/21	6/28	7/5	7/14	7/19	7/26
プレ運用参加施設累計拠点数	19	25	35	53	54	100	282	339	407	506	616	732	872	1,061	1,362	1,512	1,664

※　院内システムの改修など、準備が完了している施設数
7,411施設　（2021/7/21時点）

国民医療の確保のために
病院診療報酬の引き上げを

「国民の健康会議」中止のお知らせ

全国公私病院連盟が主催する「国民の健康会議」は、新型コロナウイルス感染症の拡大が深刻な状況を鑑み、本年の開催は中止することにしましたのでお知らせいたします。

時評

精神科病院に総合診療医を

連盟　理事　**北村　立**

統合失調症の人の平均寿命が一般の人より10~15年短いことをご存知だろうか。デンマークの調査では1980年~2010年の30年間で統合失調症患者と一般集団の平均死亡年齢の差は男女ともに年々開いていることが明らかとなっている。

自殺は確かに多いが、注目すべきは心血管系イベントによる死亡である。抗精神病薬には、心臓突然死や重篤な不整脈、脂質異常症や糖尿病などの副作用がある。これに加えて、インスタント食品やお菓子、ジュース類をたくさん摂取する、喫煙がやめられない、運動の習慣がない、歯磨きの習慣がない、自らの健康状態に無関心といった、患者さんの生活習慣に大きな問題がある。そしてそのような生活を是認してきた、われわれ精神科医にも責任がある。

精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」が提唱されているが、健康な身体なくして自分らしい暮らしはないだろう。われわれは彼らの健康管理に今以上に目を向ける必要がある。

新型コロナウイルス感染症の猛威は未だとどまることを知らないが、これまで多くの精神科病院でクラスターが発生し、中には200人を超えるクラスターが発生した病院もあったと聞く。精神科病院のスタッフは感染対策に不慣れなことが多く、入院患者はマスクや手洗い、咳エチケットなどの指示が守れない人が多い。

しかしもう精神科病院であることを言い訳にするのはやめよう。精神科病院でも院内感染防止対策が徹底されるよう、人員配置、職員教育、環境整備について前向きに検討すべきである。

筆者は自治医大を卒業し、3年半の能登半島の診療所勤務を経て、当院に赴任した。医師一人の診療所でへき地医療にどっぷりつかり、自治医大校歌にある「医療の谷間に灯をともす」を実体験したが、初めての精神科病院には、へき地よりも深い「医療の谷間」があった。身体も診られる精神科医になろうと思い、精神神経学会と内科学会に入会した。

あれから30年、もちろん内科医の道は断念したが、ポリシーは変わらない。総合診療医の力を借りれば精神科病院も進化できるのではないか、と考える今日この頃である。

（石川県立高松病院・院長）

◇　◇

いろ鉛筆

赤穂事件（忠臣蔵）で、刃傷から討入りまで一年九カ月もかかったのか、最近やっとわかった。当時の武士道は、家名の存続が第一であり、法は前例にならった慣例法であった▼大石内蔵助は主君浅野内匠頭の切腹、藩の改易はやむをえないが、刃傷事件の判例は喧嘩両成敗か乱心の二つであり、いずれの場合でも、弟で三千石を分知された旗本浅野大学（事件に連座して閉門）が赦されて、三千石でも赤穂浅野家の名跡を継ぐ可能性は大と考え、幕府に嘆願を繰り返した。むしろ心配は「討入り」を主張する堀部安兵衛ら強硬派が幕府の最終処分が出る前に吉良邸に討入ったらすべてが水泡に帰すため、なだめたり生活の援助をして暴発を抑えていた。刃傷から一年四カ月後、老中幕閣には「乱心」の意見もあったが、将軍綱吉は前例を無視し、浅野大学の閉門を解き、広島浅野本家へ「預り」とし、改易。これに怒った大石は有名な円山会議で「討入り」を決意。わずか四カ月後に討入り▼大石の行動決断は指導者の鑑であり、一方、将軍綱吉の決断は大石ら四十七士を赤穂義士として、現在に至るまで名を残す因となった。

（K・Y）

社会保障審議会「医療部会」
令和4年度診療報酬改定の基本方針策定へ向け始動

社会保障審議会（社保審）の「医療部会」が8月5日に開催され、令和4年度診療報酬改定の基本方針の策定に向けた議論が始まった。改定の流れとしては、①予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を前提として、②社保審「医療保険部会」と「医療部会」において策定された「基本方針」に基づき、③中医協において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。

全国公私病院連盟は6月24日の「定時総会」において、「診療報酬改定の議論は社保審の『医療保険部会』での議論がいつも先行し『医療部会』がこれを後追いする形になっており、事業計画より収支予算ありきの議論になっているのは本末転倒である。ここで決められた『診療報酬改定の基本方針』が、中医協の議論の終盤に提示され、診療報酬改定率も年末の慌ただしい予算編成過程で決定されるため、その検討内容が十分に反映され難くなっているうえに、改定点数や具体的内容等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の開催も形骸化している。ついては、診療報酬の改定にあたっては、『医療部会』と『中医協』の議論を先行させ、その議論に基づき『医療保険部会』での議論を進めること」を決議し、要望している。

第8次医療計画等に関する検討会
今後の議論に資するヒアリング実施を決定

「第8次医療計画等に関する検討会」が8月6日に持ち回りで開催され、今後の議論に資するためのヒアリングを行うことが了承されている。第8次医療計画の策定に向けた検討を進めるに当たり、まずは医療現場・自治体等の関係者から、①今般の新型コロナウイルス感染症対応における取組状況、②今後の新興感染症等対応に向けた課題―などについてヒアリングを行うことが有益としている。

ヒアリングの実施に当たっては、そのテーマとして、▽入院体制等の在り方（病床確保、各医療機関における感染防止対策、医療従事者の配置転換など）▽地域における役割分担・入院調整の在り方（役割分担の内容、役割分担に向けた調整、入院調整など）▽搬送体制の在り方（搬送調整、搬送体制など）▽外来体制等の在り方（診療・検査医療機関、宿泊療養・自宅療養の健康観察や医療提供など▽人材確保の支援の在り方（医療機関間での医療従事者派遣、潜在医療従事者の確保など）―などとすることにしている。

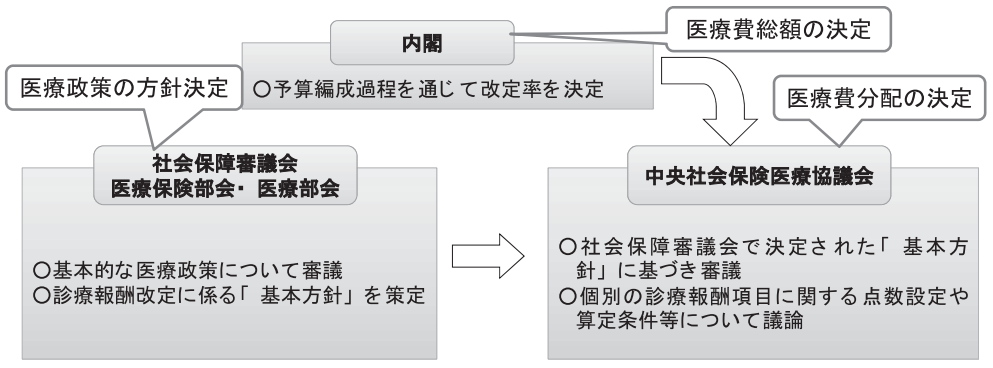
なお、「第8次医療計画等に関する検討会」の中に『救急・災害医療提供体制に関するWG』を設置することが了承された。同WGの検討事項は、①救急・災害医療提供体制の確保に当たり必要な事項について検討、②第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方、③第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方、④その他、救急・災害医療提供体制の確保に必要な事項―など。

「第8次医療計画等に関する検討会」には既に「地域医療構想及び医師確保計画に関するWG」「外来機能報告等に関するWG」「在宅医療及び医療・介護連携に関するWG」が設置されている。

参考　8月5日、社保審「医療部会」資料より

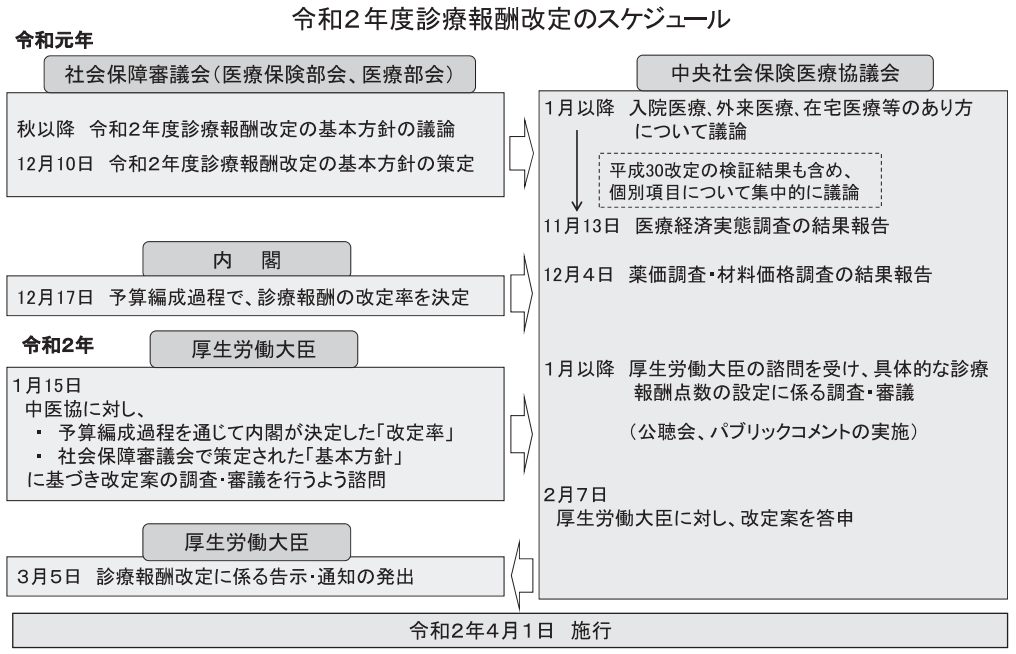
診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、
① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い
実施されるものである。



参考　8月5日、社保審「医療部会」資料より

令和2年度診療報酬改定のスケジュール



第2回「外来機能報告等に関するWG」
医療資源を重点的に活用する外来について議論

第2回「外来機能報告等に関するWG」が7月28日に開催され、「外来機能報告の報告項目（案）」が示されて議論した。今回WGに示された報告項目（案）の主な項目は以下のとおり。

◇　◇

Ⅰ. 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

（1）医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況〔NDBで把握できる項目〕

【報告イメージ】

▼初診の外来の患者延べ人数（①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ人数、②高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ人数、③特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ人数）

▼再診の外来の患者延べ人数（①医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ人数、②高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ人数、③特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ人数）

（2）医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細〔NDBで把握できる項目〕

【報告イメージ】

▼初診の医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ人数（①外来化学療法加算を算定した外来の患者延べ人数、②外来放射線治療加算を算定した外来の患者延べ人数、③CT撮影を算定した外来の患者延べ人数）

▼再診の医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ人数（①外来化学療法加算を算定した外来の患者延べ人数、②外来放射線治療加算を算定した外来の患者延べ人数、③CT撮影を算定した外来の患者延べ人数）

Ⅱ.「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」となる意向の有無

（1）医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関となる意向の有無〔NDBで把握できない項目〕

Ⅲ. 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

（1）その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況〔NDBで把握できる項目〕

【報告イメージ】

①生活習慣病管理料を算定した患者延べ人数

②特定疾患療養管理料を算定した患者延べ人数

③糖尿病合併症管理料を算定した患者延べ人数

（2）救急医療の実施状況〔病床機能報告で把握できる項目〕

▼休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告

（3）紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）〔NDBで把握できない項目〕

（4）外来における人材の配置状況〔専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目〕

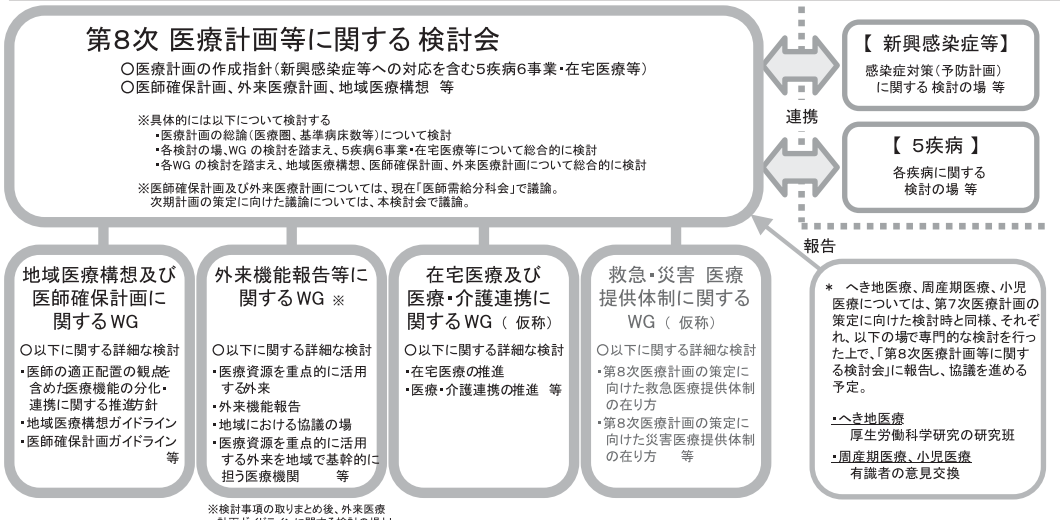
（5）高額等の医療機器・設備の保有状況

第8次 医療計画の策定に向けた検討 体制

○ 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。

○ 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）

○ 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



現下の感染拡大を踏まえた患者療養の考え方について(要請)

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部

政府は8月3日、新型コロナウイルス感染症患者が急増している地域における対応として、患者療養についての今後の対応を入院については「重症患者や特に重症化リスクの高い者に重点化」「自宅・宿泊療養者の症状悪化に備え、空床を確保」するとともに、宿泊は「入院患者以外は自宅療養を基本とし、家庭内感染のおそれや自宅療養ができない事情等がある場合に宿泊療養を活用」するなどの方針に転換するとして、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部でも各都道府県の関係部局へ通知を発出していたが、8月5日、その解釈を感染者急増地域において可能とする新たな選択肢として、

①必要な方が入院や施設入所をできる体制を確保するため、引き続き、病床・宿泊療養施設の確保に取り組む、②その上で、入院は重症患者、中等症患者で酸素投与が必要な者、投与が必要でなくても重症化リスクがある者に重点化（最終的には医師の判断）③自宅・宿泊療養者が症状悪化した場合に速やかに入院できるよう、一定の空床を確保―等を追加した。

現下の感染拡大を踏まえた患者療養の考え方について（要請）

（事務連絡）令和3年8月3日、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部

各（都道府県・保健所設置市・特別区）衛生主管部（局）御中

新型コロナウイルス感染症については、東京を中心とする首都圏だけでなく、関西圏をはじめ全国の多くの地域で新規感染者数が増加傾向となっており、これまでに経験したことのない感染拡大となっています。全国的にデルタ株への置き換わりが急速に進むにつれ、更に感染の拡大が進むことが懸念されています。

感染者の状況を見ると、重症化リスクの最も高い65歳以上の感染者数の割合は大きく低下している一方で、東京都では、30代以下の若い世代の感染が7割に達し、20代の感染も連日千人を超えています。この結果、高齢者の重症者数は低い水準で推移しています。また、全国の死亡者数の数は、5月は一時、1日で100人を上まわりましたが、8月1日は5人となっているなど、これまでと顕著な違いがでてきています。

一方で、東京を中心に医療の現場は大変さを増しつつあります。40代、50代の重症者は、都内では増加傾向にあります。熱中症などの救急搬送も増加しており、一般医療への負荷も増える中で、感染者数も急増し、すぐに入院できずに自宅で療養する人が増えています。

こうしたことを踏まえ、ワクチン接種の進展に伴う患者像の変化等の中で、患者が急増している地域における対応として、以下のような患者療養の考え方をとることも可能である旨、お示しすることといたしました。貴職におかれましては、地域の感染状況を踏まえつつ、下記の考え方についても検討の上、患者療養に遺漏のないよう、適切な対応をお願いします。なお、下記の入院対象の考え方については、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則（平成10年厚生省令第99号）第23条の6の解釈の範囲内のものでありますが、省令上の位置づけについては、今後検討していくこととしています。

記

▽入院治療は、重症患者や、中等症以下の患者の中で特に重症化リスクの高い者に重点化することも可能であること。その際、宿泊・自宅療養の患者等の症状悪化に備え、空床を確保すること。

▽入院させる必要がある患者以外は、自宅療養を基本とし、家庭内感染の恐れや自宅療養ができない事情等がある場合に宿泊療養を活用すること。

▽健康管理体制を強化した宿泊療養施設を増強すること。

▽地域の医師会等との連携や外部委託を含め、自宅療養者への健康観察を更に強化し、症状悪化の際は速やかに入院できる体制を確保すること。その際、HER－SYSを改善し導入した、スマートフォンでの健康管理・IVR（自動音声応答システム）を活用した自動電話等の機能も活用しつつ健康管理を推進すること。

以上

追加前

現下の感染拡大を踏まえた患者療養の考え方について

○ ワクチン接種の進展に伴う患者像の変化等の中で、患者が急増している地域における対応として、患者療養について以下の考え方を可能とする。

	これまで	今後の対応
入院	○ 重症化リスクの高い者を中心に幅広く、原則入院で対応	○ 入院は重症患者や特に重症化リスクの高い者に重点化 ○ 自宅・宿泊療養者の症状悪化に備え、空床を確保
宿泊	○ 無症状・軽症患者は原則として宿泊療養施設で療養・健康管理	○ 入院患者以外は自宅療養を基本とし、家庭内感染のおそれや自宅療養ができない事情等がある場合に宿泊療養を活用 ○ 健康管理体制を強化した宿泊療養施設を増強 （宿泊療養者への往診・オンライン診療等の医療支援体制の確保※など） ○ 自宅療養者への健康観察を更に強化し、症状悪化の際は速やかに入院できる体制を確保 （パルスオキシメーターの配布や自宅療養者への往診・オンライン診療等の医療支援体制の確保※、入院への移行時の搬送手段の整備） ※ 自宅・宿泊療養者に対する往診等の診療報酬上の特例的な評価の拡充 （自宅・宿泊療養者に往診・訪問診療を実施した場合に、１日当たり１回、救急医療管理加算950点を加算（7/30～）） ○ HER-SYSを改善し導入した、スマホでの健康管理・IVR（自動音声応答システム）を活用した自動電話等の機能を活用した健康管理の推進 ＊ 7/1より家族全員の健康管理をスマホで入力可能とする等の機能を追加。
自宅	○ 無症状・軽症患者のうち、やむを得ず宿泊療養を行えない者を自宅療養で対応	

○ 重症化を防ぐことが医療提供体制を守る観点から重要。政府が確保した中和抗体薬について、医療現場で重症化リスクのある方に活用するモデル的な取組を実施。

追加後

現下の感染拡大を踏まえた緊急的な患者療養の考え方について

○ 国際的にも従来とは比較にならない感染力を持つと指摘されているデルタ株の拡大や、ワクチン接種の進展に伴い、高齢者の感染が抑制される一方、若年層を中心に急速に感染が拡大している中で、東京都をはじめ感染者が急増している地域においても、医療提供体制を確保し、誰もが症状に応じて必要な医療が受けられるようにするための緊急的な対応として、患者療養について自治体の判断により以下のような対応を可能とする。

		【感染者急増地域において可能とする新たな選択肢】
入院	○ 重症化リスクの高い者を中心に幅広く、原則入院で対応	○ 必要な方が入院や施設入所をできる体制を確保するため、引き続き、病床・宿泊療養施設の確保に取り組む。 ○ その上で、入院は重症患者、中等症患者で酸素投与が必要な者、投与が必要でなくても重症化リスクがある者に重点化（最終的には医師の判断） ○ 自宅・宿泊療養者が症状悪化した場合に速やかに入院できるよう、一定の空床を確保
宿泊	○ 無症状・軽症患者は原則として宿泊療養施設で療養・健康管理	○ 健康管理体制を強化した宿泊療養施設を増強 （宿泊療養者への往診・オンライン診療等の医療支援体制の確保※など） ○ 入院させる必要がある患者以外は自宅療養を基本とし、家庭内感染のおそれや自宅療養ができない事情等がある場合は適切に宿泊療養を活用 ○ 自宅療養者への健康観察を更に強化し、症状悪化の際は速やかに入院できる体制を確保 （パルスオキシメーターの配布や自宅療養者への往診・オンライン診療等の医療支援体制の確保※、入院への移行時の搬送手段の整備） ※ 自宅・宿泊療養者に対する往診等の診療報酬上の特例的な評価の拡充 （自宅・宿泊療養者に往診・訪問診療を実施した場合に、１日当たり１回、救急医療管理加算950点を加算（7/30～）、訪問看護を実施した場合に、１日当たり１回、長時間訪問看護加算5,200円を加算（8/4～）） ○ HER-SYSを改善し導入した、スマホでの健康管理・IVR（自動音声応答システム）を活用した自動電話等の機能を活用した健康管理の推進 ＊ 7/1より家族全員の健康管理をスマホで入力可能とする等の機能を追加。
自宅	○ 無症状・軽症患者のうち、やむを得ず宿泊療養を行えない者を自宅療養で対応	

○ 重症化を防ぐことが医療提供体制を守る観点から重要。政府が確保した中和抗体薬について、医療現場で重症化リスクのある方に活用するモデル的な取組を実施。

第30回「診療報酬請求事務セミナー」開く

テーマ「2020年改定の振り返りと次回改定の方向性」

講師　(株)ASK梓診療報酬研究所　所長　中林　梓　先生

全国公私病院連盟では「第30回診療報酬請求事務セミナー」を開催した。講師は中林梓先生（㈱ＡＫＳ梓診療報酬研究所・所長）をお迎えし、新型コロナウイルス感染症の拡大防止に配慮してＷＥＢ開催とするとともに、視聴期間を7月14日から20日までの7日間として開催した。今号ではその講演の概要を紹介することとする。

2020年の診療報酬改定は基本方針の重点課題に「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」が入ったという画期的な改定内容でした。これは労働基準法の改正により2024年から医師の労働時間の管理が強化される事によるものです。

具体的には、勤務環境を改善する取組への評価や地域医療における救急医療体制の評価、更にはＩＣＴ活用による業務効率化の推進などが盛り込まれています。この内容は次回2022年でも更に推進されるものと思われます。

また2020年の改定では地域医療構想や地域包括ケアシステムの構築のため、入院機能の分化の推進やかかりつけ医機能の推進、各種連携体制の評価などが盛り込まれた改定でした。勿論、質の高い医療の実現への取組や、効率化適正化の推進なども同様に盛り込まれていました。

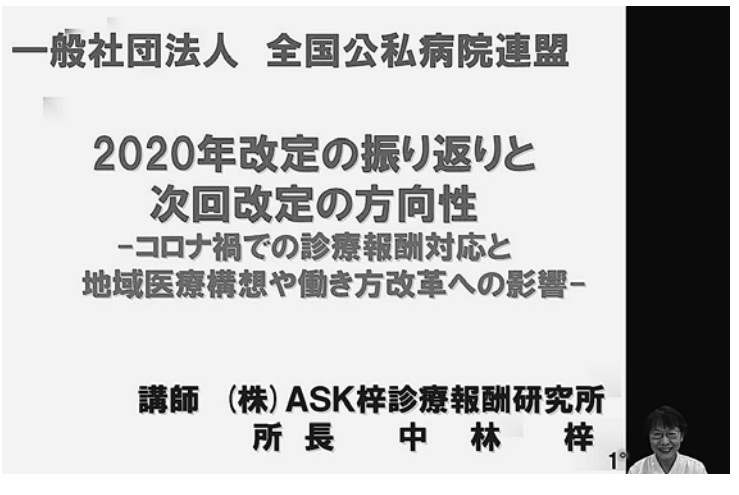
ところが、改定と同時に拡大した新型コロナ感染症の影響は、改定内容を実現するいとまも見せずに医療機関の日常を大きく変化させてしまいました。そのため現時点でも前回改定内容の実現がままならず、施設基準等も経過措置がとられている状況となっています。

そのような中で3年に一度の介護報酬改定が2021年4月に実施されました。コロナ禍での改定という事もあり、改定指針の一番目に感染症や災害への対応力強化が盛り込まれています。これなどは次回診療報酬改定でも確実に導入される内容かと思われます。医療と介護は表裏一体であり、高齢化社会の日本では介護を避けては医療の実現もできません。

また2024年は診療報酬と介護報酬の同時改定も予定されています。いずれも地域包括ケアシステムの構築や2040年問題への対応など共通の課題も多くありますので2021年介護報酬改定の内容も確認しておく必要があると思われます。

その上で、2020年度の診療報酬改定を振り返り、実現できたものとできなかったもの、コロナ禍で滞ってしまった改定内容などを検証する必要があります。その検証結果から、次回2022年診療報酬改定の方向性が見えてくるものと思われます。

2025年を目標とした地域医療構想や地域包括ケアシステム構築までにあと4年あり、労働基準法改正への対応となる2024年までにあと3年です。前回改定項目を見直しながら、実現できていない項目や更なる推進が必要な項目、新たに必要な改定項目などを検証していく事に致します。



今月の一冊

今月の３冊

在に至る時系列の寄稿では、緒戦からの詳細な状況が良く理解していただけよう。コロナ時代初期の歴史書としても手許に保存していただきたい一冊である。

2冊目は『陽眠る』。著者は友人の知人で歯科医師でもある上田秀人氏。

薩長の官軍と蝦夷の地で最後まで戦った榎本武揚（通称釜次郎）や土方歳三達を描いているが、本当の主人公は幕府海軍の新鋭艦開陽丸とその艦将澤太郎左衛門貞説の物語である。読んでいて興味深かったのは、先の大戦でも命取りの一因となった陸軍と海軍の確執が当時の幕府軍でも既に芽生えていたことである。戦いには天候や地形、時の勢いなど多くのことが関係するが、海軍にとって補給基地や港が重要なのは現在の米中の主な争いの一つであることを見ても解るが、この時代でも官軍の勝利の大きな要因だったことがよく解る。奥羽越列藩同盟の内情なども興味深い。

3冊目は『〝中堅どころ〟が知っておきたい　医療現場のお金の話』である。

イラストが多くあり解り易い本である。とにかく医療職はお金に無頓着、無関心というより話題にすること自体をタブー視する時代もあった。私が医者になった時の教授も「外科医がお金のことを言ってはいけません」と職人気質の方であった。診療報酬の手術料が低いのは、それを決める官僚に助言していた東大某大先生の考えが反映したとか。

本書の構成は4章から成り、医療経営のリアル、診療報酬の仕組み、病院収支の仕組み、最後は将来人口と超高齢社会の行方と公衆衛生学者らしい予想も。著者とは、奈良医大教授以前に診療報酬改定の影響の計算式の作成をお願いし厚生労働省との交渉材料に使わせていただいた戦友でもある。今回、秋の学会の事前表敬訪問に伺った際に本書をいただき、ここに紹介させていただいた。医事課は勿論、医師は科長以上、看護師や他のコメディカルも中堅以上の幹部候補は必読の書である。

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

『新型コロナウイルスとの闘いⅡ　看護師が見たパンデミック』
地域医療・介護研究会JAPAN、ヘルスケアシステム研究所／共著

『陽眠る』
上田秀人／著
角川春樹事務所／刊

◇　◇

『〝中堅どころ〟が知っておきたい医療現場のお金の話』
中西康裕、今村知明／著
メディカ出版／刊

消費税10％引き上げに伴う補てん状況の把握へ
中医協・分科会

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8月4日に開催された。前回の開催が平成31年1月9日なので約2年半ぶりの開催となる。当日は、分科会長に飯塚敏晃氏（東京大学大学院経済学研究科・教授）を選出するとともに、消費税10％への引き上げに伴う補填状況を把握するために、現在実施中の「第23回医療経済実態調査」から、収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分と、支出のうち課税経費の消費税相当額を把握して、11月を目途に中医協に報告することが了承された。出席した委員からは、コロナ禍での調査であることから、調査結果については慎重に取り扱うよう意見が出されている。

全国公私病院連盟
役員会だより

期日　8月6日（金）
時間　オンライン会議　午後2時～4時

【主な報告事項】
①日病協「代表者会議」（7月16日）
園田副会長と邉見会長より報告があった。
②小熊副会長からの報告
小熊副会長より、以下の会議の報告があった。
▽日本専門医機構「第1回2023年度専門医養成数に関する検討協議会」（7月29日）
▽第2回「外来機能報告等に関するWG」（7月28日）▽第1回「地域医療構想及び医師確保計画に関するWG」（7月29日）
③邉見会長からの報告
④第30回「診療報酬請求事務セミナー」開催結果
病院診療報酬対策等について議論した。
以上

【主な協議事項】
の会議の報告があった。

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

<お問合せ先>
取扱代理店　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
食衛生センター４階
TEL03-3402-3934　FAX03-3402-3940
（受付時間：平日の午前９時から午後５時まで）

引受保険会社　損害保険ジャパン　株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL03-3349-5113　FAX03-6388-0153
（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までお問合せください。

SJNK19-04282　2019/07/18

第29回「医療事故防止セミナー」開催のお知らせ

全国公私病院連盟では、第29回「医療事故防止セミナー」を開催します。講演の内容は当日ＷＥＢでＬＩＶＥ配信（一部録画）し、その後、講演の模様を録画配信しますので、どうぞご参加ください。

１．期日：令和３年10月7日（木）　【10/11～10/29録画配信】

２．10/7のスケジュール：午前10時～午後3時30分まで

10:00～11:00	60分	「職場の医療安全文化と スタッフの心理的安全性」 講師　小泉俊三 先生 一般社団法人 医療の質・安全学会 顧問
11:00～12:00	60分	「医療事故調査の進め方の基本 ：医療安全管理者立場から」 講師　松村由美 先生 京都大学医学部付属病院 医療安全管理部 部長
12:00～13:00	60分	休憩
13:00～14:00	60分	「新型コロナウイルスに関する 兵庫県看護協会の取り組み」 講師　成田康子 先生 公益財団法人 兵庫県看護協会 会長
14:00～15:00	60分	「COVID-19大規模感染から学ぶべきこと」 講師　愛甲　聡 先生 公益財団法人ライフエクステンション研究所付属 永寿総合病院・院長
15:00～15:30	30分	全体討論

３．参加費：会員病院　12,100円（税込）／１アカウント
：会員外　15,400円（税込）／１アカウント

◆ 参加申込方法などの詳細については、
全国公私病院連盟のホームページ　https://www.byo-ren.com/
をご覧ください。

◆ お問合せe-mailアドレス　byo-ren@jb3.so-net.ne.jp
お問合せ電話番号　０３－３４０２－３８９１

新型コロナに係る経過措置 年度末まで延長へ

重点医療機関等以外では特例措置の終了も

中医協の「総会」が9月15日に開催され、新型コロナウイルス感染症に関連した令和2年度診療報酬改定に係る経過措置等について、令和3年10月以降の取扱いを決めている(左上図参照)。厚労省の保険局医療課では、9月17日付で事務連絡を出しており、該当する場合には10月18日までに届出が必要。

▼中医協「総会」(9月15日)概要

【令和2年度診療報酬改定に係る経過措置】＝①急性期一般入院料等における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の引き上げ、②回復期リハビリテーション料における実績指数の水準引き上げ、③地域包括ケア病棟入院料等における診療実績の水準引き上げ―等について

厚労省より、今回の年間実績に係る特例措置の対象となる医療機関は、僅少であったことが報告され、これまでの取扱いのとおり、「コロナ患者受入の重点医療機関」「協力医療機関」及び「コロナ患者受入病床を割り当てられた医療機関」においては、令和4年3月31日まで特例措置を利用できることとし、「その他の医療機関」に係る取扱いについては、令和3年9月末をもって終了することが提案され了承された。

◇　◇

▼厚労省・保険局医療課(9月17日)事務連絡

「令和2年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準等の取扱いについて」(抜粋)

基本診療料の施設基準及び訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」及び「訪問看護ステーションの基準並びにそれらの届出に関する手続きについては「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」により示しているところであるが、施設基準等通知の第4の1の表2に掲げる点数及び届出基準通知の第4の1の表2に掲げる療養費であって、令和3年10月1日以降も引き続き算定する場合に届出が必要とされているものについて別紙(略)のとおり取りまとめた。届出漏れ等が生じないようご対応をお願いしたい。

本件届出については、本年10月18日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができることとする。

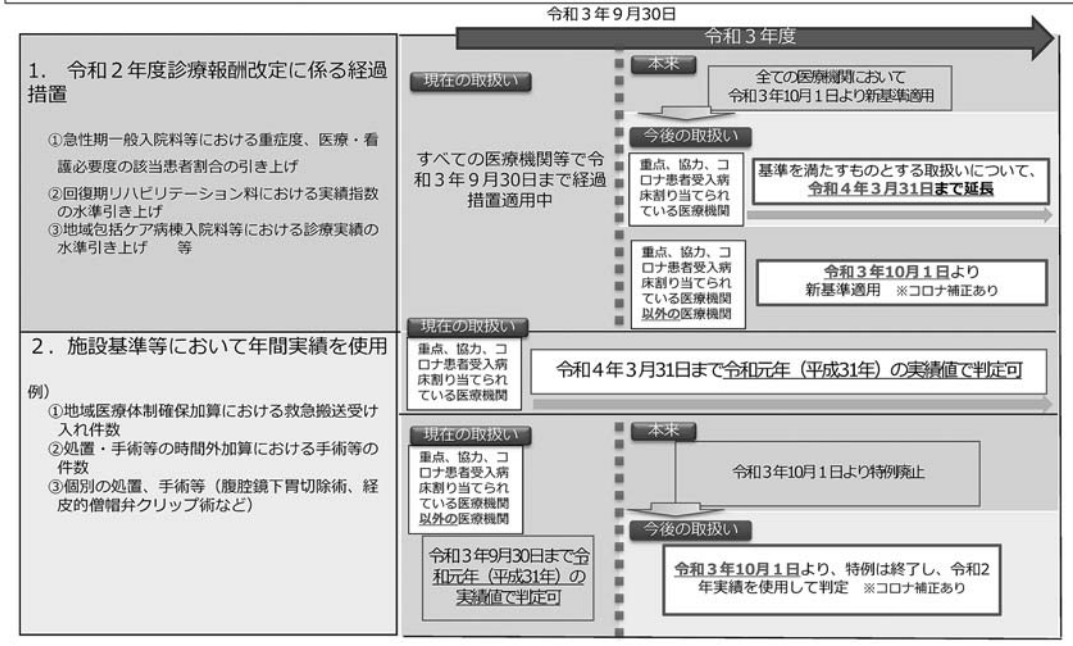
また、当該届出に係る患者の診療実績等の要件については「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い(その26)」の2(2)①及び②の取扱いにより実績を算出することが可能である。

なお、新型コロナウイルス感染症の病床を割り当てられている保険医療機関については、標記の経過措置の期限を本年9月30日から令和4年3月31日まで延長することを予定しており、別途、通知等の改正を行う予定としている。

コロナの特例評価は、実費の補助で対応

田村・厚労大臣は9月24日の記者会見で記者の質問に答え、新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱

入院1日当たり10点等の特例加算を予定通りに9月末を持って終了することを明らかにした。今後は実費補助という直接支援等で対応する。



時評

地域医療連携体制の再構築

連盟　理事　**浦田士郎**

災害時には平時の地域医療の問題点が顕在化し、増幅され先鋭化して我々を襲う。医療者が東日本大震災で学んだ教訓である。

災害医療は局地的かつ期間限定的であるが、新型コロナ災禍は全地球規模かつ超長期の持久戦であり、通常医療と災害医療的コロナ診療の同時進行であるから地域病院群単位でも個別病院単位でも、区分けの采配は悩ましい。感染爆発地の知事が改正感染症法を盾に、準備病床確保を督促しても、最終的には医療機関の自律的行動に委ねられる。すべてが国営なら話は容易だが、医療提供体制構築の歴史経緯から見ても、官の強制力は浸透し難く、それを無用としてきたのは医療機関の献身的な自主性であった。愛知県ではこれまで二つの県立病院を廃止してきたが、一病院を県立に再移管してコロナ専用病院として再稼働させている。いざという時に国や県の意図を迅速に実行できる病院の存在意義が浮き彫りになった。

コロナ感染の第一波の頃から、県内の病院長達の共通の悩みは風評被害と情報共有不足であった。県調整本部は風評被害の拡散を防ぐべく、情報管理を徹底されたため、自院以外の状況が掴めぬままであった。その後、各病院の入院数のみ定期的に情報共有されるようになったが、受入れ可能数等の詳細表記はない。そこで本年7月から愛知県病院協会は、福岡県病院間情報共有システムを取り入れて、自院の状況を自主入力する仕組みを開始し、風通しは改善している。

コロナ災禍は全てにおいて想定外であった。我国の病院の人的医療資源配置の手薄さ・未来の患者への準備たる黒字を確保し難い診療報酬体系・感染制御を想定しなかった病院建築構造・設立母体の違いを超え得ぬ地域医療連携体制・長年にわたって弱体化されてきた保健所機能など、潜在的問題が顕在化したが、変革への反転好機でもある。本県では、地域医療構想推進のため県内病院団体5団体が結束した愛知県病院団体協議会（あいち五病協）と構想区域別の幹事団制度ならび自主的協議体組織が発足している。これを進化させ〈地域医療構想区域に立脚し・支配関係がなく・連携以上で統合未満の共同体〉、即ち怪しげな囲い込みではない「真の」地域医療連携推進法人へ、ウィズコロナの今こそ踏み出す時機である。

（JA愛知厚生連　安城更生病院　名誉院長）

いろ鉛筆

若い人に感染が拡大しているコロナ患者の増加が止まらない。高齢者の重症化と死亡数は激減したことはワクチン効果が如実に証明されている。早々に12歳以上の8～9割に接種して欲しいことを願っている。世界的には従来株からアルファ…デルタ株と2～3倍の強力株が蔓延しているし、今後も変異を繰り返していくと考えられ、withコロナを想定して今後の計画を立てる必要がある▼2020年度の医療費が入院では約10％減少したと報告され、いかにコロナ感染拡大が患者の受診抑制につながり、病院での平時の診療制限が厳しかったことが示された。病院経営は殆どが医業収支では過去最大の赤字となったものの、各種の支援交付金、各種の補助金によって公私病院を問わずに比較的黒字であったことには「ほっと」している。withコロナによる各種の補助金は10月以降も継続されることになったようだが、来年度にも当然続くものと思うし、そうすべきである▼菅総理は退任しても、コロナ対応や医療制度には影響ないと考える。次期診療報酬改定は年内にその内容や改定率などが決まる予定であるが、withコロナの次期改定は最小限度にすべきであろう。

（H・S）

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。)

国民医療のために確保の病院診療報酬の引き上げを

厚生労働省・令和４年度予算概算要求
33兆9450億円を要望
─ 医政局分は2362億円を ─

財務省は9月7日、令和4年度予算概算要求に伴い各省庁から要望された金額が合計で111兆6559億円となったことを公表した。このうち厚生労働省では33兆9450億円（前年度より8070億円増）を要望している。なお、医政局分としては2362億円を要望しており、その主なものを掲載することとする。

令和4年度概算要求の概要(厚生労働省医政局分・主要施策)

Ⅰ．将来の医療需要等を見据えた医療提供体制の整備・強化

今後も人口減少・高齢化が続く中、各地域において、将来の医療需要を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のような新興感染症等や、地震災害・風水害等の自然災害など、緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるような質の高い効率的な医療提供体制を整備・構築する必要がある。

第204回国会で成立した医療法等改正法の円滑な施行を進め、「医療計画」「地域医療構想」「医師の働き方改革」「医師偏在対策」「外来機能の明確化・連携」など各種施策を一体的に推進することとし、これに必要な予算を確保する。

（1）地域医療構想の実現に向けた取組の推進

高齢者が急増する2025年、さらなる高齢化の進展と現役世代急減による労働力の制約が強まる2040年を見据え、質が高く効率的な医療提供体制を構築していくため、各都道府県が策定した地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携の推進、在宅医療等の充実等、各種事業を着実に進めていくために必要な施策を講じる。

各地域において、今般の新型コロナウイルス感染症への対応も踏まえつつ、医療機能の分化・連携の議論・取組を着実に進めるとともに、取組が進められている医療機関に対しては、「重点支援区域」や「病床機能再編支援」等により、重点的に支援を行う。

①地域医療介護総合確保基金＝850億7千7百万円（前年度850億7千7百万円、以下（　）内は前年度）

将来を見据えた地域医療構想の実現に向け、病床の機能分化・連携等に関する取組を進めるため、令和3年度に新たに位置付けた「病床機能再編支援事業」をはじめ、引き続き、地域医療介護総合確保基金による支援を行う。

また、勤務医の働き方改革を推進するため、勤務環境改善に取り組む医療機関に対し、地域医療介護総合確保基金による支援を行う。

②地域医療構想の実現に向けた医療機能分化・連携支援事業【推進枠】＝2億4千7百万円（1億4千7百万円）

地域医療構想の実現に向け、医師の働き方改革や感染症対策の視点も踏まえつつ、病床の機能分化・連携の取組を推進するため、重点支援区域を拡充し、国による助言や集中的な支援を行う。

③入院・外来機能の分化・連携推進等に向けたデータ収集・分析【一部推進枠】＝3億6千7百万円（3億2千6百万円）

病床機能の分化・連携の促進に向けた病床機能報告を引き続き実施するとともに、外来機能の明確化・連携の取組に向け、新たに外来機能報告を実施する。併せて、地域医療構想の実現等に向け、地域医療構想アドバイザーの養成等を行う。

④かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業【推進枠】＝1億1千7百万円（4千6百万円）

2025年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっている中、新型コロナウイルス感染症の流行の面からもかかりつけ医機能の重要性が再認識されている。医療関係団体等における、かかりつけ医機能強化の取組情報の収集・横展開の実施やかかりつけ医機能の共通認識の普及などを行う。

令和４年度 厚生労働省予算概算要求の姿

（令和３年度予算額）３３兆１,３８０億円 ➡ （令和４年度要求額）３３兆９,４５０億円　（対令和３年度増額）（＋８,０７０億円）

一般会計

（単位：億円）

区　分	令和３年度 予算額 （A）	令和４年度 要求額 （B）	増▲減額 （C） （B）－（A）
一般会計	331,380	339,450	8,070
うち　年金・医療等に係る経費	311,053	317,791	6,738
うち　新たな成長推進枠	―	2,228	―

（2）医療計画等に基づく医療体制の推進

各地にお住まいの方々が、必要なときに適切な医療サービスが受けられるよう、新型コロナウイルス感染症への対応も含め、各地域における医療提供体制の整備のための取組を推進する。

①医療提供体制構築を支援する医療機関等情報支援システム（G-MIS）の機能拡充等【新規】＝22億9千5百万円、※デジタル庁において計上

新型コロナウイルス感染症対策として、全国の医療機関の医療提供体制関連情報を迅速に収集するため、G-MISを令和2年5月に構築・運用している。

今後、感染症対策のみならず、地域における効率的で質の高い医療提供体制構築の支援に資するシステムとして運用することとしており、そのために必要な医療機関の情報を横断的に把握し、蓄積するシステムとしての改修を行う。

②遠隔医療設備整備事業＝6億円（6億円）

③「医療のお仕事Key-Net」等を活用した医療人材の確保＝7千3百万円（7千3百万円）※デジタル庁において計上

④災害医療体制の推進【一部新規】【一部推進枠】＝37億1千6百万円（34億4千4百万円）

上記のほか、「防災・減災、国土強靱化のための5か年対策」関係については予算編成過程で検討する。上記のほか、デジタル庁において6億7千5百万円を計上

⑤ドクターヘリ導入促進事業【一部推進枠】＝76億6千4百万円（75億2千8百万円）

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

⑥救急医療体制の推進

（3面へ続く）

若月賞を受賞して

邉見　公雄
全国公私病院連盟・会長
全国自治体病院協議会・名誉会長
赤穂市民病院・名誉院長

去る7月9日、長野県佐久市で2年ぶりにハイブリッドにより開催された「第60回農村医学会夏期講座」に参加して若月賞をいただいた。4人の選考委員のお一人、当連盟顧問の行天良雄先生の強い御推薦のお陰と思っている。また、当連盟発足時からのコアメンバーであるJA全国厚生連が関与する賞であり、中村純誠理事長始め関係者のお力添えの賜とも感謝している。

若月賞は、当連盟の常務理事も務められた若月俊一先生の業績を顕彰するものである。若月先生は、長野県の佐久平で医療のみならず予防や福祉など病院を中心にプレホスピタルケアの生活習慣を改善し、日野原先生の長年の提言で解明した生活習慣病（私の学生時代は成人病）を予防、退院後の社会復帰のためのリハビリテーション、食育や体育（農民体操で農夫病と言われた腰痛防止）など全人的医療をも生涯に亘り実践された。また、専門医志向の強い若手医師を総合診療に導くとともに多くの研修医を受け入れて一人前に育てられ、佐久総合病院を研修医、総合診療医、地域医療のメッカに創りあげられた。私の同級生4人もお世話になっている。

私は赤穂市民病院時代、研修医や指導医に「東の佐久、西の沖縄中部を目指そう」と号令をかけていた。これが若手医師にどれほど届いたかは検証できていないが…。また過去には川島みどり、早川一光、中村哲氏など著名な方々も受賞されている。こんな名誉ある賞を私が受賞してもいいものか、少しだけ躊躇があった。しかし字田舎、大字ど田舎で育ち医者生活の殆どを地方で過ごした者の代表としてなら相応しいとも考え、また地域で頑張る方達へのエールにもなるかと受賞することとした。私は赤穂で院長になった時、近くの京大関連病院である国立姫路病院（現：姫路医療センター）と倉敷中央病院を兄姉と思い、少しでもその背中に追いつき近付こうと考え22年間の院長生活を送った。地域医療の目標は若月俊一先生と諸橋芳雄先生である。幸いなことに諸橋先生には全国自治体病院協議会で、若月先生には農村医学会や人間ドック学会などで薫陶をいただいた。

蛇足ではあるが、私は同門で3人目の受賞である。1人目は鳥取で「菜の花診療所」を開設し我が国の在宅ホスピスのパイオニア、リーダーのお一人である徳永進先生。2人目は島田市で地域医療を実践し医師会長なども務められ、母国アフガニスタンにも多大な貢献をされているレシャード・カレッド先生である。お二人とも6年、8年後輩ではあるが、先輩として少し背中にくっつけたかと思っている。

佐久滞在中の3日間は梅雨空。帰路の佐久平駅で乗車間際にやっと浅間山頂が顔を見せてくれた。また、この地域で医療人を育て東京流出の人口減防止を掲げて佐久大学の理事長をしている同級生の盛岡正博君に大学を案内していただいた。コロナ禍にあってもワークショップで熱心に学ぶ若者達の姿を見せていただき、生涯現役を改めて決意したところである。

故・若月俊一先生（JA長野厚生連・佐久総合病院名誉総長）㊨は全国公私病院連盟「平成9年度総会」記念講演のひとこま

若月賞受賞式のもよう

受賞者記念講演のもよう

（2面から続く）

居住する住民に対する医療提供体制の確保を図るため、へき地診療所や巡回診療等を行うへき地医療拠点病院への支援を行うとともに、無医地区等から高度・専門医療機関を有する都市部の医療機関へ患者を長距離輸送する航空機（メディカルジェット）の運航等に必要な経費を支援する。

（3）医師の地域間・診療科間偏在の解消など医師偏在対策の推進

平成30年に成立した医療法・医師法改正法により、都道府県における実効的な医師確保対策を進めるため、令和元年度に各都道府県が「医師確保計画」を策定しており、令和2年度より同計画に基づく医師偏在対策が実施されている。

引き続きこの確実な実施に向け必要な施策を講じる。

①総合診療医の養成支援【推進枠】＝4億4千1百万円（4億1百万円）

地域において幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医を養成・確保するための拠点を整備し、一貫した指導体制のもと、医学教育から卒後の専門研修以降のキャリア支援まで継続的に行うことにより、地域枠の活用を含め、医師の地域偏在、診療科偏在の解消を一層推進させる。

②認定制度を活用した医師少数区域等における勤務の推進事業＝4億1千2百万円（4億1千2百万円）

医師少数区域等での勤務経験に係る大臣認定を取得した医師が、医師少数区域等で診療を継続できるよう、資質の維持・向上に必要な環境整備等に向けた支援を行う。

（4）医師・医療従事者の働き方改革の推進

2024年4月からの医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、医師の労働時間を短縮するとともに、地域での医療提供体制を確保するため、地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関等の指定制度の創設や医師の追加的健康確保措置の義務化等を行う医療法改正法が先の通常国会で成立したところ。

これを受け、医師の労働時間短縮を強力に進めていくため、必要かつ実効的な施策を講じるとともに、働きやすく働きがいのある職場づくりに向けて、他職種も含めた医療機関全体の業務効率化や勤務環境改善の取組として、チーム医療の推進、ICTの利活用や特定行為研修制度の更なる推進によるタスク・シフト等による業務改革を進めていくための、実務的な施策を講じる。

さらに、今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、今後の新興・再興感染症の拡大期において必要な医療提供体制を確保する観点からも、平時から医師の労働時間短縮や医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する。

①勤務医の労働時間短縮の推進＝95億3千3百万円（95億3千3百万円）

※地域医療介護総合確保基金の内数

a．働きやすく働きがいのある職場づくりに向けた環境の整備

▽病院薬剤師を活用した医師の働き方改革推進事業【推進枠】＝9千万円（1千7百万円）

▽医療専門職支援人材確保・定着支援事業＝1千万円（1千万円）

▽遠隔ICU体制整備促進事業【推進枠】（再掲）＝8億3百万円（5億4千6百万円）

▽妊産婦モニタリング支援事業＝6億5千5百万円（6億5千5百万円）

▽特定行為に係る看護師の研修制度の推進＝7億2千7百万円（7億1百万円）

b．2024年度の医師への時間外労働上限規制導入に伴う、新たな医師の健康確保措置の仕組み等、医師の働き方改革の実現

▽追加的健康確保措置の実施体制整備事業【新規】＝3億6千8百万円

▽医療機関等情報支援システム（G－MIS）特例水準指定申請情報管理機能の開発及び保守費用【新規】＝2千万円、※デジタル庁において計上

▽医療機関勤務環境評価センター運営費【新規】＝2億円

▽集中的技能向上水準の適用に向けた対応事業＝7千2百万円（4千6百万円）

▽医師の働き方改革にかかる地域医療への影響等に関する調査事業＝【新規】【推進枠】＝1億8千1百万円

▽長時間労働医師への面接指導の実施に係る研修事業＝2千3百万円（1千1百万円）

▽勤務医等を対象とした働き方改革周知・啓発事業【新規】＝6千5百万円

①総合診療医の養成支援【推進枠】＝4億4千1百万円（4億1百万円）

地域において幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医を養成・確保するための拠点を整備し、一貫した指導体制のもと、医学教育から卒後の専門研修以降のキャリア支援まで継続的に行うことにより、地域枠の活用を含め、医師の地域偏在、診療科偏在の解消を一層推進させる。

②認定制度を活用した医師少数区域等における勤務の推進事業＝4億1千2百万円（4億1千2百万円）

医師少数区域等での勤務経験に係る大臣認定を取得した医師が、医師少数区域等で診療を継続できるよう、資質の維持・向上に必要な環境整備等に向けた支援を行う。

令和４年度　一般会計概算要求・要望額

（令和３年９月７日）

	前年度予算額	令和４年度概算要求・要望額	比較増▲減額
皇室費	124 億円	66 億円	▲ 58 億円
国会	1,312 億円	1,306 億円	▲ 6 億円
裁判所	3,254 億円	3,317 億円	64 億円
会計検査院	168 億円	174 億円	6 億円
内閣	1,078 億円	1,277 億円	199 億円
内閣府	3兆9,666 億円	4兆 186 億円	519 億円
内閣本府等	3兆6,431 億円	3兆7,062 億円	631 億円
警察庁	3,235 億円	3,123 億円	▲ 112 億円
デジタル庁	3,096 億円	5,426 億円	2,330 億円
総務省	16兆5,950 億円	16兆4,837 億円	▲ 1,113 億円
うち地方交付税交付金等	15兆9,489 億円	15兆8,556 億円	▲ 933 億円
法務省	7,431 億円	7,783 億円	351 億円
外務省	6,959 億円	7,730 億円	771 億円
財務省	1兆7,663 億円	1兆8,033 億円	371 億円
文部科学省	5兆2,980 億円	5兆9,161 億円	6,181 億円
厚生労働省	33兆1,380 億円	33兆9,450 億円	8,070 億円
農林水産省	2兆1,234 億円	2兆4,568 億円	3,334 億円
経済産業省	9,170 億円	1兆 825 億円	1,655 億円
国土交通省	6兆 578 億円	7兆1,249 億円	1兆 671 億円
環境省	3,233 億円	4,345 億円	1,112 億円
防衛省	5兆3,235 億円	5兆4,463 億円	1,228 億円
小計	77兆8,512 億円	81兆4,197 億円	3兆5,685 億円
うち一般歳出	61兆9,023 億円	65兆5,641 億円	3兆6,618 億円
国債費	23兆7,585 億円	30兆2,362 億円	6兆4,778 億円
合計	101兆6,097 億円	111兆6,559 億円	10兆 462 億円

新型コロナ患者の増加で
国と東京都が病床の確保を要請
―　通常医療の制限も視野に入れ　―

田村厚生労働大臣と東京都の小池知事は8月23日、都内の全医療機関に対して、改正感染症法に基づく、病床確保等を要請する通知を発出した。正当な理由がなく要請に応じない場合は勧告や医療機関名の公表もできる。同要請の通知は以下のとおり。

◆　◆

厚生労働省発健0823第5号、3福保感事第2357号（令和3年8月23日）

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第16条の2第1項に基づく協力の要請について

各東京都内（医療機関の長、医学部を置く各国公私立大学長、看護師等学校養成所長）殿

厚生労働大臣　田村　憲久
東京都知事　小池百合子

日頃より新型コロナウイルス感染症への対応に格段の御尽力・御協力を賜り、誠にありがとうございます。

現在、新規感染者数は、変異株の影響の下、過去最大の水準が続いており、これまでに経験したことのない感染拡大となっています。感染者数の急速な増加に伴い、療養者数が増加し、自宅療養者や重症者数も急速に増加しています。これにより、東京都における医療提供体制も非常に厳しくなっており、災害レベルの非常事態が継続しています。

貴殿におかれましては、これまで多大なる御協力をいただいている中ではありますが、この非常事態というべき現在の感染状況に総力戦で臨むためにも、不急の入院・手術の延期など通常医療の制限等も視野に入れた上で、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第16条の2第1項の規定に基づき、貴殿に対し、下記のとおり協力を要請します。

なお、同条第2項の規定により、正当な理由なく当該協力の求めに応じなかったときは、下記の措置の実施に協力するよう勧告する場合があります。また、同条第3項の規定により、正当な理由なくその勧告に従わなかったときは、その旨を公表することができることとされておりますので、申し添えます。

つきましては、別紙回答票（略）を令和3年8月31日（火曜日）までに御提出いただきますようお願い申し上げます。

記

1．対象及び内容

（1）入院重点医療機関等（新型コロナウイルス感染症入院重点医療機関、新型コロナウイルス感染症患者（疑似症を含む）の入院を受け入れている病院及び回復期支援病院）は、以下のアからウの1つ以上に協力してください。

ア　最大確保病床における最大限の入院患者の受入

▼レベル3－Bの割り当て病床数と申請した確保病床数の多いほうの数を目途に入院可能な体制を確保し、最大限の入院患者を受入れること（令和3年8月18日に都が開催した病院説明会で説明済）▼入院重点医療機関（軽症・中等症）は、「入院受入医療機関（主に軽症・中等症患者を受入れる医療機関）の役割分担について（依頼）」（令和3年8月13日付都事務連絡）で回答した役割を担う体制を確保し、最大限の入院患者を受入れること▼回復期支援病院は、最大限の入院患者を受入れること

イ　更なる病床確保

ウ　都が要請した施設（※）に対する人材派遣。ただし、（1）アへの協力を最優先すること

（※）都が要請した施設：医療機関、臨時の医療施設、宿泊療養施設、入院待機ステーション、酸素ステーション等

（2）上記（1）以外の病院は、以下のアからイの1つ以上に協力してください。

ア　都が要請した施設（※）の運営

イ　都が要請した施設（※）に対する人材派遣

（3）全ての診療所は、以下のアからウの1つ以上に協力してください。

ア　新型コロナ感染症患者への在宅医療（在宅医療強化事業を含む）及び検査、診断

イ　都が要請した施設（※）に対する人材派遣

ウ　区市町村のワクチン接種等への協力

（4）医師、看護師等養成機関は、以下のアに協力してください。

ア　都が要請した施設及び区市町村のワクチン接種等への協力

2．その他

本要請に基づく必要な経費については都から別途連絡します。

（参考）感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）（抄）

（協力の要請等）

第十六条の二　厚生労働大臣及び都道府県知事は、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、感染症の患者の病状、数その他感染症の発生及びまん延の状況並びに病原体等の検査の状況を勘案して、当該感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために必要な措置を定め、医師、医療機関その他の医療関係者又は病原体等の検査その他の感染症に関する検査を行う民間事業者その他の感染症試験研究等機関に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求めることができる。

2　厚生労働大臣及び都道府県知事は、前項の規定による協力の求めを行った場合において、当該協力を求められた者が、正当な理由がなく当該協力の求めに応じなかったときは、同項に定める措置の実施に協力するよう勧告することができる。

3　厚生労働大臣及び都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた者が、正当な理由がなくその勧告に従わなかったときは、その旨を公表することができる。

（連絡先）東京都福祉保健局感染症対策部事業推進課、電話03（5320）4347

今月の一冊

今月も4冊（週に最低1冊）

今月は週1冊を目標に4冊ご紹介する。まず1冊目は『日本再生のための「プランB」』である。

著者の兪炳匡先生は米国で25年以上も生活し国籍も取得している医療経済学者。ルーツは大阪の在日で北大医学部卒である。読み始めると、私が80年近い経験とカンピュータで唱えた「令和の改新」を理論的に裏付けていただいていることがよく解った。日・米・欧の三極集中はとっくに失われ、今は米・中・EU・印の4大経済圏となっている。北東アジア経済共同体（NEC）まで提案している。にもかかわらず、ずっと米国の二番煎じを追い続け失われた20年。これを回復するには世界標準からの周回遅れを自覚するところから始めなければならない。医療や介護、福祉の分野は地元の人を雇うのでお金も人も流出しない？　製造業は労賃の安い方へどんどん流出、困ったものである。東京一極集中、地方創生、ウイズコロナの社会を作るにはこれしかないと確信する一冊である。

『日本再生のための「プランB」』
兪　炳匡／著
集英社新書／刊

2冊目は京大名誉教授泉孝英氏の『日本近現代医学人名事典』である。

詳細は週刊医学界新聞9月13日号に神戸市立西市民病院副院長の冨岡洋海先生が素晴らしい書評を寄せているのでご覧いただきたい。医学や歯学、薬学、看護学、保健学などのみならず患者会や行政に携わる方々、建築家や政治家、とにかく医療に関係した人々をほぼ漏れなく記載。著者は凄く博識で阿波の先輩であり若者達に奨学金や研究費を出す人情味あふれる先達。そしてまた含蓄のある言葉で後輩を叱ってくれる毒舌家でもある。

『日本近現代医学人名事典別冊【1868－2019】増補』
泉　孝英／著
医学書院／刊

3冊目は『昭和わたしの証言Ⅴ』。西岡幹夫・山崎敏範編著で出版は美巧社である。まず表紙が素晴らしい。宇高連絡船の船長をしていた萩原幹生氏の昔の高松駅の切り絵である。この本の中で紹介している一編「終戦前後の記憶から」の著者である篠崎文彦山口大学医学部名誉教授から頂いたものである。篠崎先生は、フィリピンの無医村でメディカルミッションという医療ボランティアを約20年間続けられた力トリック医師団のリーダーのお一人である。先生は宇部興産中央病院長を退官された後に新居浜労災病院長として招かれたが、そこの前任者がこの本を編んだ西岡先生だったとか。寄稿者のお一人に沖田極先生がおられるが、この先生の肝臓病の本を読んだ記憶も蘇った。悲惨な紫雲丸の海難事故を思い出し、あの事故で大阪へ行く予定だった修学旅行が海外（四国の）から桂浜になった口惜しさも。この本は主に四国の方々の回想録集であり、徳島育ちの私には身近だったことも多い。

『昭和わたしの証言Ⅴ』
西岡幹夫、山崎敏範／編著
美巧社／刊

4冊目は長隆氏の『わたしは戦い続ける！』。「医療と福祉大連合へ」との副題。著者の長氏については、以前は大嫌いというより宿敵と思っていた。公立病院の敵とも。しかし徐々に彼の考えの方向に世の中が進み、私の悪い頭でも理解可能となった。彼は助け船の「長」だったのである。独立行政法人の旗振り役で総務省の審議会トップなど肩書も立派な方であり、医療関係者、特に公立病院の幹部必読の一冊である。なお、コロナにより公立病院にはアゲインストの風から二木立先生の言われる弱いフォローの風も吹き始めたか？

『わたしは戦い続ける！』
長　隆／著
財界研究所／刊

今回ご紹介した本で息抜きは少々難しいかもしれないが、3冊目はそれに近いかもしれない。コロナ禍でのステイホーム、月に10冊近くは読める筈では？

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

「受療行動調査」の結果

厚生労働省9月13日、「令和2年受療行動調査（概数）」の結果を取りまとめて公表した。同調査は、医療施設を利用する患者に対し、医療を受けた時の状況や満足度などについて今後の医療行政の資料を得ることを目的に3年ごとに実施する。

同調査結果のポイントをみると、「予約の状況（外来患者のみ）」は「予約をした」が前回から6・0ポイント上昇して77・4％になっている他、「今後の治療・療養の希望（入院患者のみ）」では、「自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい」が31・2％になっている。

また、「病院に対する満足度をみると」、「満足」の割合は外来患者64・5％、入院患者68・9％、「不満」の割合は外来患者3・8％、入院患者4・9％となっていた。

なお、「不満」の割合が最も高いのは、入院患者では「食事の内容」13・6％となっていた。

全国公私病院連盟
『医療機関用サイバー保険』
個人情報漏えい保険からサイバー保険に変わります。

サイバー攻撃・情報漏えいリスクへの対策は万全ですか？

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

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

１契約で上記リスクを包括的に補償

近年サイバー攻撃は件数の増加、攻撃手法の複雑化により、自社管理を徹底しても防ぎきることは困難な状況となっています。
全国公私病院連盟では、会員病院向けに『医療機関用サイバー保険』をご案内しております。
「オールリスクプラン」「情報漏えい限定プラン」が選べます。

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

〈お問合せ先〉

取扱代理店
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

引受保険会社
損害保険ジャパン　株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL 03-3349-5113
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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

SJ21-06251　2021/08/30

全国公私病院連盟　役員会だより

期日　9月10日（金）
時間　午後2時～4時
オンライン会議

【主な報告事項】
①日病協「診療報酬実務者会議」（8月18日）
中野常務理事と園田副会長から報告があった。
②日病協「代表者会議」（8月27日）
難波副会長と邉見会長から報告があった。
③邉見会長からの報告
邉見会長から以下の会議について報告があった。
▽日本専門医機構「2023年度　専門医養成数に関する検討協議会」（9月2日）
▽日本地域医療学会設立事前勉強会（9月2日）

【主な協議事項】
①全国公私病院連盟の諸行事のスケジュールについて
新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、本年の「移動理事会(新潟・長岡市)」は現地参集を中止し、通常の「理事会」を10月29日（金）にWEB方式で開催することにした。
なお、「国民の健康会議」は本年度の開催を中止することにした。
②第29回「医療事故防止セミナー」の開催について
「医療事故防止セミナー」を10月7日にWEB開催することが報告された。
③病院診療報酬対策について
④医療保険制度等対策について
⑤医療提供体制対策について
⑥介護保険制度対策について
※なお、全国各地の新型コロナに関わる状況の報告があった。

以上

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!
令和2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!!
令和2年6月調査　**病院経営分析調査報告**　（定価16,000円＋税　A4版　749ページ）
内容：患者 医師1人1日当たり診療収入　など

令和2年6月調査　**病院概況調査報告書**　（定価18,000円＋税　A4版　674ページ）
内容：病床利用率、在院日数、施設状況　など

※ 全国公私病院連盟のホームページから過去の調査の概要がご覧になれます。

2021年3月 発刊
購入のお申し込みは、全国公私病院連盟へ
TEL　03（3402）3891

感染防止対策での支援継続

かかり増し経費を直接支援
診療報酬の特例対応を拡充

厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症に対応するための〝かかり増しの経費〟が必要となること等を踏まえた診療報酬の特例的な評価（初再診5点、入院料10点）が9月末で終了することに関連して、10月以降は、「感染防止対策の継続支援」として、新たに創設する補助金で対応することを通知した。

新たに創設する補助金は、これまで診療報酬で実施してきた特例の感染拡大防止対策に係る〝かかり増し経費〟として直接支援するものになっている。

「各施設・事業所における感染防止の支援の継続」では、国直接執行の補助金により、①病院・有床診療所（医科・歯科）＝10万円上限、②無床診療所（医科・歯科）＝8万円上限、③薬局、訪問看護事業者、助産所＝6万円上限となっている。

厚生労働省では10月7日付で「令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金に関するQ&A」（第1版）を発出しているので参考とされたい。

「新型コロナ患者の診療に係る診療報酬上の特例的な対応の拡充」では、①疑い患者への外来診療の特例拡充（令和4年3月末まで）＝院内トリアージ実施料の特例300点→550点、②コロナ患者への外来の特例拡充＝ロナプリーブ投与の場合950点→2850点（3倍）、③自宅・宿泊療養者への緊急の往診の特例拡充＝ロナプリーブ投与の場合950点→4750点（5倍）④自宅・宿泊療養者への緊急の訪問看護の特例拡充＝520点→1560点（3倍）、等となっている。

なお、診療報酬における小児外来に係る特例については、令和4年3月末まで、これまでの半額の医科＝50点、歯科＝28点、調剤＝6点の支援を継続する。

感染防止対策の継続支援・コロナ患者診療に係る特例評価の拡充

○ 医療、介護、障害福祉における感染症対策について、そのかかり増し経費を直接支援する補助金により支援を継続する。申請手続は、できる限り簡素な方式とする。
○ 加えて、医療機関等における新型コロナ患者への診療に対する診療報酬上の特例的な対応を更に拡充する。

1．各施設・事業所における感染防止の支援の継続

医　療
国直接執行の補助金により、以下のとおり実施
- 病院・有床診療所（医科・歯科）　**１０万円上限**
- 無床診療所（医科・歯科）　**８万円上限**
- 薬局、訪問看護事業者、助産所　**６万円上限**

介　護
地域医療介護総合確保基金の枠組みを活用し、基本報酬の0.1%特例の対象としていた全ての介護施設・事業所に対して実施
- 平均的な規模の介護施設において、　**６万円上限**
  ※ サービス別等に補助上限を設定
  ※ 医療系の介護サービスを行う医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）に医療の補助金が支給される場合は、当該補助金で対応

障害福祉
都道府県等向けの補助金の枠組みを活用し、基本報酬の0.1%特例の対象としていた全ての障害福祉サービス等事業所に対して実施
- 平均的な規模の入所施設において、　**３万円上限**
  ※ サービス別等に補助上限を設定
  ※ 障害福祉サービス等を行う医療機関・介護事業所に、医療又は介護の補助金が支給される場合は、当該補助金で対応

対象経費（共通）
令和３年10月１日から12月31日までにかかる感染防止対策に要する費用

感染防止対策の継続支援・コロナ患者診療に係る特例評価の拡充

2．新型コロナ患者の診療に係る診療報酬上の特例的な対応の拡充

外　来
疑い患者への外来診療の特例拡充　＜**令和４年３月末まで**＞
（院内トリアージ実施料の特例 300 点 → **550 点**
※ 診療・検査医療機関に限定、自治体 HP での公表が要件）
コロナ患者への外来の特例拡充
（ロナプリーブ投与の場合：950 点 → **2, 850 点（3 倍）**
その他の場合　：**950 点**）

歯　科
呼吸管理を行うコロナ患者の口腔粘膜処置に係る特例（**100 点**）
自宅・宿泊療養中のコロナ患者に対し、訪問診療を実施した場合に係る特例（**330 点（時間要件の緩和）**）
等

在　宅
自宅･宿泊療養者への緊急の往診の特例拡充
（ロナプリーブ投与の場合：950 点 → **4, 750 点（5 倍）**
その他の場合　：950 点 → **2, 850 点（3 倍）**）
自宅･宿泊療養者への緊急の訪問看護の特例拡充
（520 点 → **1, 560 点（3 倍）**）

調　剤
自宅･宿泊療養者への緊急の訪問/電話等による服薬指導への特例拡充
（訪問：**500** 点、電話等：**200 点**）
自宅･宿泊療養者の服薬状況の医療機関への文書による情報提供の特例
（30 点（月 1 回まで）→ **算定上限撤廃**）

※ 診療報酬における小児外来に係る特例については、以下のとおり支援を継続する。＜令和４年３月末まで＞
医科：**50 点**、歯科：**28 点**、調剤：**6 点**

時評

地域医療構想に
パンデミックの経験を

連盟　理事　**中房祐司**

2021年夏、日本国内の新型コロナウイルスは感染力の強いデルタ株が主となり、夏休みやオリンピックの影響も加わって、全国的な感染者数の増加は制御不能の状態と言われました。

一方、ワクチンによる重症化防止の効果が明確になり、接種率が上がれば新型コロナウイルス感染症への対応が変更されることも予想されます。また、ポストコロナの医療界ではオンライン診療定着などの変化があるかも知れません。

しかしながら、医療政策の大きな流れは変わらないと考えられます。なかでも、地域医療構想の基本となる考え方は適切であり、その時の地域の実態に合わせて病床機能を変更することは必要です。この新型コロナウイルスパンデミックで病床機能変更の重要性は明らかになりました。

病床逼迫のため崩壊寸前となった医療現場は、日本の医療体制の脆弱さを露呈しました。地域によっては自治体が目標の確保病床数以外に明確な指示を出さないため、基幹病院が自主的に重症例や透析・妊婦などの特殊症例についての役割分担をしています。経営母体の違う病院間で調整するのは容易ではありませんが、このやり方はそれなりに機能しているようです。しかし、重症病床数の大幅増加など負荷の大きい要請には政治的な強いリーダーシップが必要と思われます。

感染拡大のピーク時に必要とされたのは、治療用病床の有効活用と自宅療養患者フォローアップの充実です。すなわち、重症・中等症など絶対的に入院治療が必要な患者をスムーズに受け入れられるように治療済み患者を引き受けるバックアップ体制を整備すること、ならびに、自宅療養患者の往診や電話などによる病状チェック体制を強化することです。これは中・小規模病院の病床提供とクリニックなどによる当番チーム作りでの解決が強く望まれます。さらなる状況悪化時には酸素投与や経過観察のための臨時医療施設設置を考慮すべきです。

このパンデミックの経験から、これからの地域医療構想には状況に合わせて短期間で病床機能転換が行える仕組み作りが必要と考えられました。病院統廃合や病床数削減ありきの硬直した考えから病床数や医師・看護師の配置を余裕をもって変更できる柔軟な体制作りへ考え方をシフトすべきだと思われます。

（福岡赤十字病院・院長）

◇　◇

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

いろ鉛筆

コロナの流行も小康となり、今冬の第6波が危惧されるものの、内服薬の上市も予定され明るい兆しも見えてきた。コロナと折り合う社会への移行はそう遠くないだろうが、長期に亘る最も深刻な社会問題は少子化。現在の少子は将来の成年女性の寡少につながり、世代を越えて少子は続く。出生数は団塊世代の270万人から緩やかに減少し、2016年初めて100万人を切った。その後は急減して昨年は84万人、今年は80万人を割り込む懸念も。5年間で20%近くが減る▼東京は多くの若者をブラックホールのように吸い込み、そこでは出生率が格段に低い。独身の理由を問えば、経済的余裕がないから結婚できないという回答が先進国で突出する。根本的な少子化対策が問われている。世界的に見ても出生率を反転させるのは容易でなく、寧ろ対策の肝は、少ない子供を大切に育て、子育て負担を軽減し、社会のあり方を寡少若年人口に適応していくことではないか▼医療界でも人手不足の声が挙がるが、人材減少の中で質の低下なく専門職を増やすのは難しい。働き方改革が生産性の向上にもつながることを期待する。省力化の工夫や様々な不均衡の是正も求められる。（S・S）

現行制度の下で実施可能な範囲における タスク・シフト／シェアの推進について

厚生労働省は9月30日付で「現行制度の下で実施可能な範囲における タスク・シフト／シェアの推進について」の局長通知を各都道府県の知事宛に発出し、各医療機関において、その実情に応じたタスク・シフト／シェアの取組が進むよう、管内の市町村、医療機関、関係団体等への周知を依頼した。同通知では、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」における議論を踏まえ、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例やタスク・シフト／シェアを推進するに当たっての留意点等について整理した。概要は以下のとおり。

現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について【抜粋】

1．基本的考え方(略)

2．タスク・シフト／シェアを効果的に進めるために留意すべき事項(略)

3．現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアが可能な業務の具体例

(1)看護師

①特定行為(38行為21区分)の実施

特定行為研修を修了した看護師は、保健師助産師看護師法第37条の2に基づき、手順書により、特定行為を行うことができる。

具体的には、例えば、特定行為研修を修了した看護師は、人工呼吸管理や持続点滴中の降圧剤や利尿剤等の薬剤の投与量の調整、中心静脈カテーテルの抜去や末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入等の特定行為について、その都度医師の指示を求めることなく、医師が予め作成した手順書(医師による包括的指示の形態の一つ)により行うことが可能である。

②事前に取り決めたプロトコール(※)に基づく薬剤の投与、採血・検査の実施

看護師は、診療の補助として医行為を行う場合、医師の指示の下に行う必要があるが、実施するに当たって高度かつ専門的な知識及び技能までは要しない薬剤の投与、採血・検査については、特定行為研修を修了した看護師に限らず、医師が包括的指示(看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、医師が、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為について一括して出す指示)を用いることで看護師はその指示の範囲内で患者の状態に応じて柔軟な対応を行うことも可能である。

具体的には、①対応可能な病態の変化の範囲、②実施する薬剤の投与、採血・検査の内容及びその判断の基準、③対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等について、医師と看護師との間で事前にプロトコールを取り決めておき、医師が、診察を行った患者について、病態の変化を予測し、当該プロトコールを適用する(患者の状態に応じてプロトコールの一部を変更して適用する場合を含む)ことを指示することにより、看護師は、患者の状態を適切に把握した上で、患者の状態を踏まえた薬剤の投与や投与量の調整、採血や検査の実施について、必ずしも実施前に再度医師の確認を求めることなく、当該プロトコールに基づいて行うことが可能である。

(※)「プロトコール」とは、事前に予測可能な範囲で対応の手順をまとめたもの。(診療の補助においては、医師の指示となるものをいう)

③救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施

救急外来においては、看護師が医師の事前の指示の下で採血・検査を実施し、医師が診察する際には、検査結果等の重要な情報を揃えておくことにより、医師が救急外来の患者に対しより迅速に対応することが可能になると考えられる。この場合の医学的検査のための採血は、医師法第20条に規定する「治療」には当たらず、医師による診察前であっても、医師の採血・検査の実施について事前の指示に基づき、看護師が採血・検査を実施することは可能である。

具体的には、救急外来において、①対応可能な患者の範囲、②対応可能な病態の変化の範囲、③実施する採血・検査の内容及びその判断の基準、④対応可能な範囲を逸脱した場合の医師への連絡等について、医師が看護師に事前に指示を出しておく、又は医師と看護師との間で事前にプロトコールを取り決めておくことにより、救急外来の患者について、医師が診察を行う前であっても、看護師が、医師の事前の指示やプロトコールに基づいて採血・検査を行うことが可能である。

④血管造影・画像下治療(IVR)の介助

血管造影・画像下治療において、看護師は、医師の指示の下、診療の補助として、造影剤の投与や、治療終了後の圧迫止血等の行為を行うことが可能である。ただし、エックス線撮影等の放射線を照射する行為については、医師又は医師の指示の下に診療放射線技師が行う必要がある。

⑤注射、採血、静脈路の確保等

静脈注射・皮下注射・筋肉注射(ワクチン接種のためのものを含む)、静脈採血(静脈路からの採血を含む)、動脈路からの採血、静脈路確保、静脈ライン・動脈ラインの抜去及び止血については、診療の補助として、医師の指示の下に看護師が行うことが可能である。(小児・新生児に対して行う場合も含む)

⑥カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為

尿道カテーテル留置、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの抜去、皮下埋め込み式CVポートはなく、知識及び技能を有する看護師が、医師との適切な連携の下で、医師による診察前に、こうした情報収集を行い、診察を行う医師にその結果を報告することは、医師の診察に係る負担軽減にも資すると考えられる。(看護師が報告した結果に基づく病状等の診断については、医師が行う必要がある)

また、患者が休日や夜間に診療を求めて救急に来院した場合、事前に医師との連携の下で診療の優先順位の決定(トリアージ)に係る具体的な対応方針を整備しておくことにより、看護師が、当該対応方針に基づき、病歴聴取、バイタルサイン測定等の結果を踏まえて、診療の優先順位の判断の周術期の薬学的管理

(※)「代行入力」とは、医師が確認・署名等を行うことを前提に、医師以外の者が電子カルテに処方や検査の指示等を入力することを指す。薬剤師

(2)助産師(略)

(3)薬剤師

①周術期における薬学的管理等

周術期における薬剤管理等の薬剤に関連する業務として、以下に掲げる業務については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

ア　手術前における、患者の服用中の薬剤、アレルギー歴及び副作用歴等の確認、術前中止薬の患者への説明、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づく術中使用薬剤の処方オーダーの代行入力(※)、医師による処方後の払出し

イ　手術中における、麻酔薬等の投与量のダブルチェック、鎮痛薬等の調製

ウ　手術後における、患者の状態を踏まえた鎮痛薬等の投与量・投与期間の提案、術前中止薬の再開の確認等の周術期の薬学的管理

(※)「代行入力」とは、医師が確認・署名等を行うことを前提に、医師以外の者が電子カルテに処方や検査の指示等を入力することを指す。薬剤師においては、必要に応じて、疑義照会や処方提案を行う。

②病棟等における薬学的管理等

病棟等における薬剤管理等の薬剤に関連する業務として、以下に掲げる業務については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

ア　病棟配置薬や調剤後の薬剤の管理状況の確認

イ　高カロリー輸液等の調製、患者に投与する薬剤が適切に準備されているかの確認、配合禁忌の確認や推奨される投与速度の提案

③事前に取り決めたプロトコールに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等

薬剤師が、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき、薬物治療モニタリング(TDM)や検査のオーダーを医師等と協働して実施し、医師の指示により実施された検査の結果等を確認することで、治療効果等の確認を行い、必要に応じて、医師に対する薬剤の提案、医師による処方の範囲内での薬剤の投与量・投与期間(投与間隔)の変更を行うことは可能である。投与量・投与期間(投与間隔)の変更を行った場合は、医師、看護師等と十分な情報共有を行う必要がある。

また、薬剤師が、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき、薬物療法を受けている患者に対する薬学的管理(相互作用や重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認、薬剤の効果・副作用等に関する状態把握、服薬指導等)を行い、その結果を踏まえ、必要に応じて、服薬方法の変更(粉砕、一包化、一包化対象からの除外等)や薬剤の規格等の変更(内服薬の剤形変更、内服薬の規格変更及び外用薬の規格変更等)を行うことは可能である。こうした変更を行った場合、医師、看護師等と十分な情報共有を行う必要がある。

なお、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医師と協働して実施する必要がある。

このほか、薬剤師が、医師・薬剤師等により事前に取り決めたプロトコールに基づき、入院患者の持参薬について、院内採用の同種同効薬への変更処方オーダーの代行入力を行い、医師による処方後、払出すことは可能である。

④薬物療法に関する説明等

医師による治療方針等の説明後の薬物療法に係る治療スケジュール、有効性及び副作用等の患者への説明や、副作用軽減のための対応方法と記録の実施等についての患者への説明については、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

また、患者の苦痛や不安を軽減するため、薬物療法に関して、必要に応じて患者の相談に応じ必要な薬学的知見に基づく指導を行うなどの対応についても、薬剤師を積極的に活用することが考えられる。

⑤医師への処方提案等の処方支援

入院患者について、薬剤師が、医師に対して処方提案等の処方支援を行うに当たっては、必要に応じて、以下のような取組を行うことが可能であり、また、効果的な処方支援に資すると考えられる。

患者の入院時に持参薬を確認するとともに、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのある患者に対しては、処方の内容を総合的に評価する。

アレルギー歴及び副作用歴等を確認するとともに、医師と綿密に連携し、診療録等による服薬内容、バイタルサイン(血圧、脈拍、体温等)及び腎機能、肝機能に関する検査結果の確認、回診・カンファレンスの参加等により患者の状態を把握した上で処方提案等の処方支援を実施する。

さらに、外来診療の場面においても、医師の診察の前に、残薬を含めた服薬状況や副作用の発現状況等について、薬学的な観点から確認を行い、必要に応じて医師へ情報提供を行うことで、医師の負担軽減に繋がることが期待される。

⑥糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

薬剤師が、服薬指導の一環として、糖尿病患者等の自己注射や自己血糖測定等について、練習用注射器等を用いて、注射手技等の実技指導を行い、患者が正しい手順で注射できているか否かなどの確認等を行うことは可能である。ただし、薬剤師が患者に対して注射等の直接侵襲を伴う行為を行うことはできない。

(4)診療放射線技師(略)

(5)臨床検査技師(略)

(6)臨床工学技士(略)

(7)理学療法士(略)

(8)作業療法士(略)

(9)言語聴覚士(略)

(10)視能訓練士(略)

(11)義肢装具士(略)

(12)救急救命士

①病院救急車による患者搬送の際の患者観察

搬送患者が重度傷病者である場合に、病院救急車による患者搬送の際に同乗し、当該患者の血圧、脈拍、酸素飽和度、体温を適時測定し、状態の変化を観察する業務については、救急自動車等による重度傷病者の搬送に関して必要な知識や技能を有する救急救命士を積極的に活用することが考えられる。

②救急外来等での診療経過の記録

救急外来等での診療録について、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名(電子署名を含む)することを条件に、救急救命士が記載を代行することは可能である。

③救急外来での救急患者受け入れ要請の電話対応

消防機関からの救急患者受け入れ要請に対して、患者の状態等の情報について電話で聴取等を行う業務については、救急自動車等による重度傷病者の搬送に関して必要な知識や技能を有する救急救命士を積極的に活用することが考えられる。

(13)その他職種にかかわらずタスク・シフト／シェアを進めることが可能な業務(略)

全国公私病院連盟

第29回「医療事故防止セミナー」開く

全国公私病院連盟は10月7日に「医療事故防止セミナー」を開催した。講師には、小泉俊三先生（医療の質・安全学会顧問）、松村由美先生（京都大学医学部附属病院医療安全管理学部・教授）、成田康子先生（兵庫県看護協会・会長）、愛甲　聡先生（永寿総合病院・院長）の4氏をお迎えし、本連盟の邉見公雄会長と内藤嘉之理事（社会医療法人愛仁会・理事長）が座長を務めた。今号では当日の講演要旨を掲載することとする。

総合討論のもよう

内藤理事

邉見会長

職場の医療安全文化と　スタッフの心理的安全性

一般社団法人　医療の質・安全学会　顧問
小泉俊三

安全で質の高い医療を提供することは、その規模や設立主体にかかわらず病院の基本的な使命である。しかし、病院の管理・運営に責任を持つ立場に立つと、時間帯を問わず院内各部門で生じるさまざまの有害事象への対応に迫られることは珍しくない。このような場合、まず、組織のリスクマネジメントの観点から行動せざるを得ないのが現実である。しかし、重大なインシデント・アクシデントは病院にとってのダメージである前に、病院に期待して受診し、診療を受けた患者・家族にとって取り返しのつかない深刻な出来事であり、事後的な対応もさることながら、日頃から患者安全を最優先する「医療安全文化」を醸成し、根付かせる努力が強く求められる。

本講演では、病院における職場の安全文化醸成の現状を可視化しようとする「医療における安全文化に関する調査」の一部を紹介しつつ、医療安全文化の醸成とスタッフの「心理的安全性（Psychological Safety）」との関係を論じることから始め、医療安全文化の各要素、これまでの啓発活動、職種間コミュニケーション改善のための「チームSTEPPS®」研修、更には、それらの基本となるべき医療職のプロフェッショナリズム（基本的価値観）と「学習する文化」についても論じる。

後半では、安全文化醸成のカギとなるスタッフの「心理的安全性」について、その定義、歴史、現状を、世界的リーダーであるエイミー・エドモンドソン教授（ハーバード大学）の論考を援用しつつ詳述するとともに、病院組織のリーダーにとっての「心理的安全性」の意義について、具体的な取り組みも含めて論じる。特に、わが国の病院組織において現場の医療従事者、医療安全管理者、病院管理者の間に根強く存在する葛藤について、上田裕一氏（奈良県立病院機構）の論考を参照しつつ、その現状と今後の課題について病院長のリーダーシップと組織のガバナンスの観点から論じたい。

最後に、これまで「医療安全全国共同行動」で開催してきた医療安全に関するリーダーシップ研修に参加された病院長の皆さんの意欲に満ちたコメントと実践報告を手短に紹介する。

新型コロナウイルスに関する　兵庫県看護協会の取り組み

公益社団法人　兵庫県看護協会　会長
成田康子

2020年3月、兵庫県でも新型コロナウイルス感染者が初めて確認され、あっという間に感染が拡大し1年半が過ぎました。その間、兵庫県看護協会は、様々な取り組みを行いましたが、看護職の育成、特に新人の育成と、県民の命と安全・安心を守るために、県の健康福祉事務所と連携し、自宅療養者の健康観察を行ってきました。この2つの取り組みについてお話させて頂きます。

2020年4月、緊急事態宣言が発令され、臨床では例年であれば教育プログラムに則った入職時オリエンテーションや集合研修を開催するところ、中止や変更を余儀なくされました。多くの病院では新人を受け入れたものの、如何に患者と新人をコロナの感染から守りながらどのように育成していくのか、試行錯誤されていました。また、基礎教育の現場でも対面授業も臨地実習もできず、如何に学生の到達目標を達成させるのか、さまざまな取り組みをしておられました。一種の災害に似た状況を繰り返す中での新人看護師の育成は、基礎教育と臨床がお互いに情報交換しながらタッグを組んで、学生から臨床の看護師へと成長していく過程を支えていく事が重要であると考えました。そのため、看護協会が臨床と基礎教育、そして行政との連携・調整を担いながら共に取り組んでいます。

もう1つの取り組みである自宅療養者の健康観察は、県民の命と安全・安心を守るため、県の健康増進課と連携しながら2021年2月1日から開始しました。兵庫県では、「自宅待機者ゼロ」の方針のもと動いていましたが、4月10日から自宅療養へと方針転換されました。しかし、第4波では高齢者が多く、なかなか入院できない状況の中で健康福祉事務所の保健師の業務も逼迫していました。そこで、看護協会として、電話・アプリでの健康観察を担うことで保健師の業務支援を行い、症状のトリアージを行いながら、行政と県民の橋渡しを行い県民の命を守ってきました。

以上の兵庫県看護協会の取り組みが、次の第6波、また、2022年度の新人看護師の育成にお役に立てていたければと思い、報告させていただきます。

医療事故調査の進め方の基本　― 医療安全管理者の立場から ―

京都大学医学部附属病院　医療安全管理学部　教授
松村由美

医療事故調査制度における医療事故とは、予期せぬ医療関連死だと考えてよいだろう。医療安全は世界の関心事である。WHOは、誰も医療による害を受けない世界を目指しており、回避可能な害の最小化を達成することを目標に挙げている。日本の医療事故調査制度の下では、予期せぬ医療関連死の発生件数がモニタリング可能となる。日本全体で医療システムの改善に取り組んだ結果、発生件数が減っていくことがあれば、対策はうまく機能していると評価できる。ただし、このためには、定義通りに報告されていることが前提となる。

統計をとることで医療システムの改善の評価に成功している例に妊産婦死亡を減らす世界的取り組みがある。日本は世界でも最も母体死亡率が低い国である。それでも、なお、様々な周産期医療のシステムの整備によって、母体死亡率、新生児死亡率とも減少し続けている。死亡率の高い国においても経年的変化では、急速に改善していることが分かる。統計がなければ、改善を評価することはできない。

医療事故の発生報告の判断を適切に行うには、入院患者の死亡事例を全例把握するシステムの構築が必要である。医療に起因したか、死亡を予期したかという2つの要件があるが、医療に起因した死亡か否かの判断は比較的容易である。一方で、予期の判断は難しいので、法令では要件が定められている。

医療事故調査を行う上では、事実経緯を的確に収集し、整理する必要がある。診療録の記載だけでは不十分なことも多く、生体情報モニタや医療機器に保存されているデータや手術映像、検体の保全が初動時に求められる。

センターに報告する前には、遺族に対して届出を説明することが求められる。その際に、医療事故という用語に対して、医療ミスがあったという誤解を招かないよう、定義についても正しく説明することが重要である。医療事故調査委員会は準備段階と開催段階があるが、よりよい審議のためには、準備段階での的確な事実経緯の文書作成が重要である。調査委員会は、死因の検証を医学的に行うが、その際には、入手可能なあらゆる情報に基づいて事後的視点で行う。一方で、診療行為の医学的評価については、その当時に判明していた情報に基づいて事前的視点で行う。報告書作成時には判断根拠も示しながら、システム改善につなげる提言を行う。

COVID―19　大規模院内感染から学ぶべきこと

公益財団法人ライフ・エクステンション研究所付属
永寿総合病院　院長
愛甲　聡

2020年3月、当院のCOVID―19大規模院内感染は多くの犠牲者を生み、医療活動に多大な負の影響をもたらした。感染の流行は繰り返され、今尚多くの施設でクラスターが発生している。こうした現状の改善に少しでも役立つことを願い、われわれの経験から学んだことをまとめた。

1. 大規模クラスターの発生要因の分析

発生の経緯と、考えうる拡散経路について調査した。院内感染は1カ月以上の時間をかけて異なる階に拡大していた。医療者の思い込みによる感染の気付きの遅れや、PCR検査体制の整備の遅れ、とくに検査の適応基準の誤りが要因として挙げられた。

2. 予後不良例の分析

感染患者の背景因子、発症時と1週間後の血液生化学検査値と予後との関連を検討した。患者背景因子では、年齢、有症状、担癌、血液疾患、steroid 併用化学療法が予後に有意な関連を示し、年齢、有症状が独立した予後関連因子となった。検査値では発症時のAlbumin、LDH、血小板数、発症後1週のAlbumin、LDH が独立した予後関連因子となった。

3. 感染した職員へのアンケート調査

感染機会の認識がある職員は64％で、内容は後に感染が判明した患者への通常の医療行為が大半を占めた。反省点として、自身の適切な防護具着用と手指消毒、要望として病院の早期情報提供や感染防御指導が示された。

4. 診療再開後の感染予防対策とその効果

PCR検査機器を導入し、入院患者全例に検査を行い、緊急入院の患者は陰性が証明されるまで、専用病棟で感染者と分けて対応している。これまで院内で発生した感染は、PCR偽陰性と思われる患者から同室患者への1例のみである。職員からは13人のPCR陽性者が報告されたが、徹底した飛沫・接触感染予防により院内での他者への感染は起きていない。

5. 再開後の診療への影響

通常診療が許可されたのは、診療停止から2カ月半後であった。診療再開後も受診控えや風評被害により紹介患者数の回復は遅延し、2020年の手術数は前年比で57％、分娩数は25％にまで低下した。看護師の人員不足のため2病棟を閉鎖しているが、2022年1月には全面再開の目処がたった。

まとめ

ワクチンの効果はあるものの、PCR偽陰性の入院患者や無症状の外来患者、職員の市中感染など、院内感染のリスクは無くならない。医療者全員が感染の早期発見と診断に努め、病院として最大限の予防策を取りつつ、全職員に基本的な感染予防策を継続させることが重要である。

今月の一冊

今月は5冊

読書週間真っ只中の今月号は少し多く5冊紹介したい。初めの3冊は現場で役立つ実践的マニュアル本である。

◆まず1冊目は、神戸市立医療センター中央市民病院の『新型コロナウイルス感染症対策マニュアル』である。木原康樹院長監修、黒田浩一感染症科長編集のものである。御承知のように第1波でクラスターが発生し、7年連続救急医療評価トップの救急部門を全面停止。経営的にも苦労された国際都市神戸の基幹病院の各部門39名の方々による現場からのレポートとも言うべき力作である。40の院内ツールがダウンロードできる〝おまけ〟付き。橋本信夫理事長の「刊行によせて」と木原院長の「序文」は病院トップの方必読である。予防や検査、外来、手術、産科、呼吸管理、リハビリ、面会やメンタルヘルスケア、キッチンカーなど内容は盛り沢山で微に入り細に亘っている。何と言っても最悪の第5波の前に職員駐車場スペースに臨時隔離病床(36床)建設を英断、昨年の11月9日から運用を開始している。筆者も見学させていただいたが究極のゾーニングである。次なるX波や新興・再興感染症対策として是非お読みいただきたい。

『神戸市立医療センター中央市民病院　新型コロナウイルス感染症対策マニュアル』
中央市民病院院長・木原康樹／監修
同院感染症科・黒田浩一／編集
株式会社メディカ出版／刊

◆2冊目は『Q&Aでわかる！病院・診療所の紛争予防・対応マニュアル』長野佑紀弁護士編である。7章56ケースから成る。注意義務や報告、届け出、記録や情報管理、説明、同意、労務や感染、災害などの管理、金銭問題まで、私自身22年間の院長生活、50年余りの医師人生で殆どのケースに直面したり見聞きしたものが多い。振り返ってみると、大きな責任を負わずに過ごせたのはラッキーの連続であったようにしか思えない。因みに著者は共済会飛田取締役の知人で私と同じ大学卒、義弟のゼミの次の教授が師とか。世の中狭い。これは青本と同様に人目に付かぬ手の届く所に必置の一冊である。

『Q&Aでわかる！病院・診療所の紛争予防・対応マニュアル』
長野佑紀（弁護士）／著
日本医事新報社／刊

◆3冊目は（株）エヌジェーシーが初出版したという『実践的診療記録事例集』である。医師と医師事務作業補助者に向けての判り易い本である。カルテ記載の不備により個別指導で高額な返戻金が求められたり査定されるなどを防止、また医事課の請求漏れも防ぐカルテ記載の事例集である。対象患者、記載要件、算定要件など必要十分な項目が簡潔に記されている。例を挙げると「喘息治療管理料」、1日○回きちんと吸入、症状安定してもきちんと吸入、喘息日記をちゃんとつけて、部屋の掃除や布団干しはこまめに、これらを指導内容として重症喘息患者治療加算は…とこと細かく教えてくれている。

『実践的診療記録事例集』
株式会社エヌジェーシー／制作
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院／監修
メディカ出版／制作協力

◆4冊目は『孤高のハンセン病医師　小笠原登「日記」を読む』藤野豊著六花出版である。先日、赤穂市民病院時代からずっと気になっていた長島愛生園を訪問した。今年1月より親友が勤め始めたのと10年位前に橋で繋がり陸続きで行き易くなったので。何と言っても最大の動機はハンセン病患者の隔離訴訟で国が敗訴、その中でも断種手術など極端な人権侵害にショックを受けた事である。現地を訪れそのショックは更に大きくなった。自殺者の多さ、逃亡者を閉じ込める監房。胎児標本もあるらしいが怖くて見なかった。その時知ったのがこの本の主人公の小笠原登である。我々が学生の時に皮膚科特研という部門が京都大学にはあった。授業もあったのであろうが6年間のうち初めの半分はボートで、後半は麻雀に明け暮れた私は授業を覚えていない。皮膚科本体も定かでなく、特研のハンセン病は全く記憶にない。この本は国の癩（らい）予防法の完全隔離政策を誤りとして、当時のアカデミズムと真っ向勝負した真宗の僧侶でもある一医師の日記を中心に纏めた本で、皇室や宗教団体の救護活動など戦前からつい最近までのハンセン病の歴史がよく解る。彼の住んでいた聖護院西町は私の通学通院路でもあった。大谷藤郎、鈴江懐など直接・間接に存じ上げている先輩の名前も出ていた。光明皇后から貞明皇后まで皇室の慈善活動もこの病気と深いつながりがあるのも知った。歴史書として読んでも面白い。

『孤高のハンセン病医師　小笠原登「日記」を読む』
藤野　豊／著
六花出版／刊

◆5冊目はこれも赤穂の隣、備前を舞台とした歴史小説『梟の系譜　宇喜多四代』上田秀人作である。我々のNPOのコロナシンポジウムにシンポジストとして江戸時代などのパンデミックのお話をして頂いた時に頂戴した本である。表裏者と共に悪評のある宇喜多直家の生涯を祖父の能家、父の興家、そして子の秀家までの落城、再興、滅亡の四代の物語である。丁度私が赤穂に赴任する前に読んだ司馬遼太郎の「播磨灘物語」と舞台も時代もよく似ており、その主人公の黒田官兵衛も登場する。毛利、織田、赤松、浦上などこの時代の大名小名の厳しい生き残りの戦いの物語である。一番心に残ったのは宇喜多家の家風の欠食である。月に2日断食をして貧しい頃を思い起こし、その分を兵糧として貯えるのである。目的は違うのだろうがイスラムのラマダンを想起した。この本は先の4冊と比べると気楽に読める。

『梟の系譜　宇喜多四代』
上田秀人／著
講談社／刊

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

全国公私病院連盟

『医療機関用サイバー保険』

個人情報漏えい保険からサイバー保険に変わります。

サイバー攻撃・情報漏えいリスクへの対策は万全ですか？

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

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

１契約で上記リスクを包括的に補償

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

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

「オールリスクプラン」「情報漏えい限定プラン」が選べます。

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

〈お問合せ先〉

取扱代理店
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

引受保険会社
損害保険ジャパン　株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿 1-26-1
TEL 03-3349-5113
受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで

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

SJ21-06251　2021/08/30

第 32 回「看護管理セミナー」開催のお知らせ

全国公私病院連盟では、第 32 回「看護管理セミナー」を開催します。講演の内容は当日ＷＥＢでＬＩＶＥ配信し、その後、講演の模様を録画配信しますので、どうぞご参加ください。

１．期日：令和３年 12 月 2 日（木）　【12/6～12/27 録画配信】

２．12/2 のスケジュール：午前 10 時～午後 4 時まで

10:00 ～11:00	「コロナ禍における看護管理者の対応と課題」 講師　坂本すが 氏　（東京医療保健大学 副学長）
11:00 ～12:00	「COVID-19 クルーズ船からいくつもの波を乗り越えて 看護管理者としての決意・判断を振り返る」 講師　庄司邦枝 氏　（横浜市立市民病院 副病院長・看護部長）
13:00 ～14:00	「母性看護専門看護師が語る、コロナ禍の母子ケア ～安心ケアが日本の少子化を救う～」 講師　長坂桂子 氏　（ＮＴＴ東日本関東病院 母性看護専門看護師）
14:00 ～15:00	「新型コロナウイルス感染症への取り組み ～第１波から中等症、重症一体型体制を通して～」 講師　谷口孝江 氏　（堺市立総合医療センター 副院長･看護局長）
15:00 ～16:00	「新型コロナウイルス感染症への墨田区の取組み」 講師　山本　亨 氏　（墨田区長）

３．参加費：会員病院　16,500 円（税込）／ 1 病院につき
：会 員 外　22,000 円（税込）／ 1 病院につき

◆ 参加申込方法などの詳細については、全国公私病院連盟のホームページ　https://www.byo-ren.com/ をご覧ください。

次の感染拡大に向けた安心確保のための取組

コロナ病床の確保を要請
今夏比で3割（約3.7万人）増

政府は11月12日、新型コロナウイルス感染の第6波に備えた総合対策の全体像を取りまとめた。全体像では、今夏のピーク時における急速な感染拡大にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保等を進める。病床の確保では、今夏と比べて3割増（約3・7万人）の入院が可能な体制を整備する。概要は以下のとおり。

次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像（概要）

令和3年11月12日

【基本的考え方】

●ワクチン、検査、治療薬等の普及による予防、発見から早期治療までの流れをさらに強化するとともに、最悪の事態を想定して、次の感染拡大に備える。

●今夏のピーク時における急速な感染拡大に学び、今後、感染力が2倍（※）となった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保を進める。

●こうした取組により、重症化する患者数が抑制され、病床ひっ迫がこれまでより生じにくくなり、感染拡大が生じても、国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となる。今後は、こうした状況の変化を踏まえ、感染リスクを引き下げながら経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現を図る。

●例えば感染力が3倍（※）となり、医療がひっ迫するなど、それ以上の感染拡大が生じた場合には、強い行動制限を機動的に国民に求めるとともに、国の責任において、コロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための具体的措置を講ずる。

（※）「感染力が2（3）倍」とは、若年者のワクチン接種が70％まで進展し、それ以外の条件が今夏と同一である場合と比較し、新たな変異株の流行や、生活行動の変化などによる、「今夏の実質2（3）倍程度の感染拡大が起こるような状況」のことである。

1．医療提供体制の強化

〈今後の感染拡大に備えた対策〉

（1）病床の確保、臨時の医療施設の整備

入院を必要とする者が、まずは迅速に病床又は臨時の医療施設等に受け入れられ、確実に入院につなげる体制を11月末までに整備

▼今夏と比べて約3割増の患者（約1万人増（約2・8万人→約3・7万人））の入院が可能に

・病床の増床や臨時の医療施設における病床確保（約5千人増（病床約6千床増の8割（使用

2面へつづく

診療報酬マイナス改定は受け入れできぬ

邉見会長・談話

社会保障審議会の「医療部会」で「令和4年度診療報酬改定の基本方針」の議論が始まった（2面参照）。今後、政府は年末の令和4年度予算編成の過程の中で診療報酬改定率を決定し、その後、中医協に対して、次期診療報酬改定を議論するよう『諮問』が行われる。

なお、財務省の「財政制度等審議会・財政制度分科会」には、財務省が診療報酬のマイナス改定を主張する資料を提出（3面参照）しているが、全国公私病院連盟の邉見会長は「診療報酬のマイナス改定は到底受け入れることはできない」として11月26日に談話を発表した。マイナス改定になればコロナ禍で疲弊した医療従事者のモチベーションを保つことはもはや困難と指摘した。

国民医療のために
確保のための
病院診療報酬の
引き上げを

時評

麻酔科医不足とタスクシフト

連盟　理事　内藤嘉之

麻酔科医不足は我が国の麻酔科発足以来半世紀以上に亘る未解決課題であり、しかもそうした状況は今世紀に入ってさらに深刻化している（松木明知、日臨麻会誌28:349-357, 2008）。こうした状況に対して、日本麻酔科学会は2003～2013年に麻酔科マンパワー不足に関するアンケート調査を行った。その分析から、麻酔科医不足の背景には全身麻酔実施件数の伸びが麻酔科専門医数の増加を上回ったことに加えて、

・麻酔科専門医の地域偏在や専門医育成の地域格差

・手術患者の高齢化・重症化などにより外科系医師が麻酔をかけなくなったこと

・集中治療やペインクリニックなど麻酔科専門医の専門性を生かす場が手術室の外に広がったこと

・労働環境の過酷さや女性医師の不十分な活用など現場のマネジメント、とりわけダイバーシティ・マネジメント上の課題

―などの要因があることが明らかになった。

慢性的な麻酔科医不足に対して、日本麻酔科医の負担軽減と業務効率を向上させる試みが実施されている。また、米国では以前よりCertified Registered Nurse Anesthetist（麻酔看護師）が国家資格として認定され独立して麻酔業務に従事することが認められているが、本邦でも近年その日本版を目指した周麻酔期看護師養成が聖路加看護大学など医学・看護学教育機関で開始された。

米国とは異なり我が国の周麻酔期看護師は大学院修士課程修了に相当する私的な資格であるが、2年間程度の高度専門教育により麻酔科臨床に特化した知識と技術を身に着けた周麻酔期看護師にはより広範囲のタスクシフトが期待される。しかし、周麻酔期看護師養成の先進事例の報告では周麻酔期看護学という新しい領域の確立に向け苦慮している現状が明らかとなっており、その背景には座学中心で臨床実践経験が不足する教育プログラムの在り方が指摘されている。

こうした課題を解決して麻酔科医のタスクシフトを成功させるためには、豊富な臨床経験により高度専門看護師としての自律性が涵養できるトレーニングプログラムの確立が望まれる。

（社会医療法人愛仁会　理事長）

◇　◇

会長談話

全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

財政審にもの申す

先日、財政制度等審議会が「４月診療報酬改定はマイナス改定以外にない」と。一瞬、目と耳を疑った。今までずっと、「阿保のひとつ覚え」の如くマイナス改定、マイナス改定と言っていたが、コロナ禍で生命を懸けて患者を救った医療者へのボーナス的に今回に限りプラスと言うだろうと信じてきた。能天気な委員は誰もコロナ禍の病院ＩＣＵや保健所の現場を見ていないのでは？

元来ここの委員は財界主流で、御用学者も居る、一発当てたベンチャー企業トップなどで、パンデミックを切り抜けてきた京や浪速の老舗の主人は零。医療界からは誰も、小生の如きガス抜き役もいない。医療や教育をマイナス要因、負債と考えている効率至上主義や新自由主義者が多い。岸田首相の分配重視、新しい資本主義の観点からも委員を総入れ替えして欲しい。トランプ（掛詞）の様に。

首相は、看護師４，０００円／月、介護従事者は９，０００円／月の給料アップを打ち出した。診療報酬や介護報酬が上がらないと、天からお金は降ってこない。もしマイナス改定を受け入れれば、第６波へ向けての医療界は士気喪失、離職やサボタージュ（心的だけでも）が続出するのを危惧している。首相のリーダーシップを期待したい。

いろは鉛筆

10月31日の衆議院議員総選挙では、多くの予想に反し、自民党単独で絶対安定多数の261を獲得。コロナ対策は今後どうなるのだろうか▼今回のコロナ対策の問題点は、まず1999年の感染症改正にある。隔離政策をやめ、感染症はすでに過去のもの、治療できるといった驕り。そして治療法が確立しているにもかかわらず、1996年まで隔離政策の〝らい予防法〟を存続させたこと。また効率一辺倒で、保健所を縮小し、公立、公的病院の集約、削減を行おうとしたこと。ワクチン開発予算を無駄として削ってしまったことなどにある▼旧帝国陸軍の失敗の原因として、司令官が情報を軽視し、自分の意見と異なる者を遠ざけ、作戦計画を何ら理論的根拠のない思い付きで立て、最後は（大和魂さえあれば）「何とかなる」と実行し、多くの国民を餓死、病死で死なせてしまったことなどにある。「愚者は経験に学び、賢者は歴史に学ぶ」。日本の政治家にはこの多くの愚かな帝国陸軍の司令官の経験（歴史）に学ぶものはいないのであろうか。

（K・M）

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。）

1面からつづく

率））

・感染ピーク時において確保病床使用率８割以上を確保（約５千人増）

・入院調整の仕組みの構築、スコア方式の導入等による療養先の決定の迅速・円滑化

※公的病院の専用病床化（約２・７千人の入院患者の受入増（病床増約１・６千床分））

▼今夏と比べて約４倍弱（約２・５千人増）の約３・４千人が入所できる臨時の医療施設・入院待機施設を確保

（２）自宅・宿泊療養者への対応

全ての自宅・宿泊療養者に、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を確保

・保健所の体制強化

・今夏と比べて約３割増の宿泊療養施設の居室の確保（約１・４万室増（約４・７万室→約６・１万室））

・従来の保健所のみの対応を転換し、約３・２万の地域の医療機関等と連携してオンライン診療・往診、訪問看護等を行う体制を構築

症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ、また重症化を未然に防止する体制を確保

・全ての自宅療養者にパルスオキシメーターを配付できるよう総数で約69万個を確保

・入院に加え外来・往診まで様々な場面で中和抗体薬・経口薬を投与できる体制構築

（３）医療人材の確保等

感染拡大時に臨時の医療施設等が円滑に稼働できるよう、医療人材の確保・配置調整を担う体制を構築

・医療人材派遣に協力可能な医療機関数、派遣者数を具体化

・人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築

・公立公的病院から臨時の医療施設等に医療人材を派遣

（４）ＩＴを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」

医療体制の稼働状況をＧ－ＭＩＳやレセプトデータなどを活用して徹底的に「見える化」

・病床確保・使用率（医療機関別・毎月）

・治療薬の投与者数（都道府県別・毎月）

・オンライン診療・往診等自宅療養者に対する診療実績（地域別・毎月）

（５）さらなる感染拡大時への対応

▼今後、地域によって、仮に感染力が２倍を超える水準になり、医療のひっ迫が見込まれる場合、国民に更なる行動制限（※）を求めるとともに、国の責任において、コロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための追加的な措置を講ずる

・国・都道府県知事は地域の医療機関に診療等について最大限の協力を要請

・コロナ患者受入病院に、短期間の延期ならリスクが低いと判断される予定手術・待機手術の延期等を求める

・公立公的病院に追加的な病床確保や医療人材派遣等を要求。民間医療機関にも要請

▼感染力が２倍を超え、例えば３倍となり、更なる医療のひっ迫が見込まれる場合、大都市のように感染拡大のリスクが高く病床や医療人材が人口比で見て少ない地域等について、当該地域以外の医療機関に、コロナ以外の通常医療の制限措置を行い、医療人材派遣等を行うよう、国が要求・要請。こうした措置が速やかに解除されるよう、国民には更なる行動制限（※）を求める

※更なる行動制限については、具体的には、人との接触機会を可能な限り減らすため、例えば、飲食店の休業、施設の使用停止、イベントの中止、公共交通機関のダイヤの大幅見直し、職場の出勤者数の大幅削減、日中を含めた外出自粛の徹底など、状況に応じて、機動的に強い行動制限を伴う要請を行う

２．ワクチン接種の促進

11月中に希望する方への接種を概ね完了見込み

12月から追加接種を開始。追加接種対象者のうち、希望する全ての方が接種を受けられるよう体制を確保

▼11月中に希望する方への２回のワクチン接種を概ね完了見込み（11月11日公表時点接種率：１回目78・２％、２回目74・５％）

・今後も若年者を含め１回目・２回目未接種者に対する接種機会を確保

・小児（12歳未満）への接種について、企業から薬事申請がなされ、承認に至った場合には厚生科学審議会の了承を得た上で接種を開始

▼12月から追加接種を開始。２回目接種完了から概ね８か月以降に、追加接種対象者のうち希望する全ての方が受けられるよう体制を確保

・２回目接種を完了した全ての方に追加接種可能なワクチン量を確保（来年は３億２千万回分の供給契約を締結済み）

・12月からの接種に向けて都道府県・市町村で体制を整備。国は全額国費を基本として必要な支援を行う

・２回目接種完了者のほぼ全てが追加接種の対象者となった場合、来年３月を目途に職域接種による追加接種を開始

３．治療薬の確保

経口薬は治療へのアクセスを向上・重症化予防により、国民が安心して暮らせるようになるための切り札

年内の実用化を目指すとともに、必要量を確保

▼国産経口薬を含む治療薬の開発費用として１薬剤当たり最大約20億円を支援し、経口薬について年内の実用化を目指す

▼軽症から中等症の重症化リスク保有者が確実に治療を受けられるよう、複数の治療薬を確保し、必要な量を順次納入できるよう企業と交渉を進める

■感染力が２倍となった場合、軽症から中等症の重症化リスク保有者向けに最大約35万回分（感染力が３倍となった場合は最大約50万回分）の治療薬が必要な見込み

・中和抗体薬について、来年（２０２２年）初頭までに約50万回分を確保

・経口薬について、薬事承認が行われれば速やかに医療現場に供給。合計約60万回分を確保（薬事承認が行われれば年内に約20万回分、年度内に更に約40万回分）

・さらに、今冬をはじめ中期的な感染拡大にも対応できるよう、更なる治療薬の確保に向けて取り組む（経口薬については、追加で約１００万回分、計約１６０万回分確保）

４．国民の仕事や生活の安定・安心を支える日常生活の回復

感染拡大を防止しながら、日常生活や経済社会活動を継続できるよう、行動制限の緩和の取組を進めていく。具体的内容は、速やかに基本的対処方針において示す。ただし、緊急事態宣言等の下で、コロナ以外の通常医療への制限が必要となる場合等には、行動制限の緩和を停止することがあり得る

〈誰もが簡易かつ迅速に利用できる検査の拡大・環境整備〉

・都道府県が、健康理由等でワクチン接種できない者を対象として、経済社会活動を行う際の検査を予約不要、無料とできるよう支援

併せて感染拡大時に、都道府県判断により、感染の不安がある無症状者に対し、検査を無料とできるよう支援

・ＰＣＲ検査の実勢価格を踏まえた保険収載価格の検証、年内を目途に必要な見直し

〈電子的なワクチン接種証明〉

・これまでは紙で海外渡航用に限定して発行していたが、年内にワクチン接種証明書をデジタル化、国内でも利用可能とする

〈感染状況を評価する新たな基準の考え方〉

・11月８日のコロナ分科会の提言を受け、医療のひっ迫状況により重点を置いた考え方に見直しを行うこととし、速やかに基本的対処方針を改正

〈新型コロナの影響を受ける方々への支援〉

・住民税非課税世帯や子育て世帯・学生などコロナでお困りの皆様に対する給付金等の支援を行う。（詳細は経済対策で決定）

〈今後のさらなる対応〉

・今後の感染症への対応として、病床や医療人材の確保等に関する国や自治体の迅速な要請・指示等に係る法的措置を速やかに検討

・また、行政のあり方も含めた司令塔機能の強化等により、危機管理の抜本的な強化を検討

社会保障審議会「医療部会」

令和４年度診療報酬改定の基本方針について

社会保障審議会の「医療部会」が11月２日に開催され、「令和４年度診療報酬改定の基本方針」について議論した。

基本方針の策定にあたっては、「新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症への対応や、感染拡大により明らかになった課題を踏まえた地域全体での医療機能の分化・強化、連携など、効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」や、「医師等の働き方改革等を推進」などに重点をおいた４つの視点が示されている。

同部会に示された「次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性」については以下のとおり。

基本認識について

◆新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応

▼我が国の医療制度は、これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ機能の充実等の取組を進めてきた。今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における医療機能の分化・強化、連携等の重要性が改めて認識された。

▼まずは、足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注いでいくことが重要である。その上で、今般の経験を踏まえ、今後、新興感染症等が発生した際に、病院間等の医療機関間の役割分担や連携など、関係者が連携の上、平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替えるなど円滑かつ効果的に対応できるような体制を確保していく必要がある。加えて、今般の感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応するよう、引き続き、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要がある。

◆健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現

▼同時に、我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、人生100年時代を迎えようとしている。人口構成の変化を見ると、２０２５年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、２０４０年頃にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となって高齢者人口がピークを迎えるとともに現役世代（生産年齢人口）が急激に減少していく。

▼このような中、社会の活力を維持・向上していくためには、健康寿命の延伸により高齢者をはじめとする意欲のある方々が役割を持ち活躍のできる社会を実現するとともに「全世代型社会保障」を構築していくことが急務の課題である。これまで数次の診療報酬改定を行ってきたところであり、このような視点は今回も引き継がれるべきものである。

◆患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

▼地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、患者が安心して医療を受けることができる体制を構築し、患者にとって身近でわかりやすい医療を実現していくことが重要である。

▼また、疾病構造や二ーズの変化・多様化、医療需要が増える中での働き手の減少、医療技術の進歩など、医療を取り巻く状況を踏まえると、医師等の働き方改革等について、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点にも留意しながら、医師等が高い専門性を発揮できる環境の整備を加速させるとともに、我が国の医療制度に関わる全ての関係者（住民、医療提供者、保険者、民間企業、行政等）が、医療のかかり方の観点も含め、それぞれの担う役割を実現することが必要である。

▼さらに、社会全体として、ＩＣＴ技術の進歩やデジタル基盤の整備が進んでいく中で、医療分野におけるＩＣＴの利活用をより一層進め、医療機関間における医療情報の連携の推進等により、質の高い医療サービスを実現していく必要がある。

▼加えて、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大により、医薬品の存在意義と創薬力の重要性が社会的に改めて注目されてきており、イノベーションの推進により創薬力を維持・強化するとともに、革新的医薬品を含めたあらゆる医薬品を国民に安定的に供給し続けることを通じて、医療と経済の発展を両立させ、安心・安全な暮らしを実現することが重要である。

◆社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

▼制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、こうした社会経済の新たな流れにも対応しながら、経済・財政との調和を図りつつ、より効率的・効果的な医療政策を実現するとともに、国民各層の制度に対する納得感を高めることが不可欠である。

▼そのためには、「経済財政運営と改革の基本方針２０２１」や「成長戦略実行計画（２０２１年）」等を踏まえつつ、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響にも配慮しつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を

3面へつづく

2面からつづく

踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。

具体的方向性について

【視点1】新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

▽今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、局所的な病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築等の地域医療の様々な課題が浮き彫りとなった。

▽こうした中、各々の病院がその機能に応じた役割を果たしており、かかりつけ医を中心とした外来医療や在宅医療を含め、地域医療全体を視野に入れ、適切な役割分担の下、必要な医療を面として提供することの重要性も再認識された。

▽当面、まずは足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き対応していくことが重要である。平時からの取組・感染拡大時の取組等について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備がなされていくことも必要。

▽一方で、その間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、労働力人口の減少によるマンパワーの制約も一層厳しくなりつつあることや、各地域における医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠であることなど、中長期的な状況や見通しは変わっていない。

▽今般の感染症対応の経験やその影響も踏まえつつ、診療報酬改定においても、外来・入院・在宅を含めた地域全体での医療機能の分化・強化、連携を引き続き着実に進めることが必要である。

【考えられる具体的方向性の例】

▽当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応

▽医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組

▽医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

・患者の状態に応じて適切に医療資源が投入され、地域で必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態や地域における役割分担に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。

▽外来医療の機能分化等

・外来機能報告の導入や医療資源を重点的に活用する外来の明確化を踏まえ、紹介状なしの患者に係る受診時定額負担制度の見直しを含め、外来機能の明確化・連携を推進。

▽かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

▽質の高い在宅医療・訪問看護の確保

▽地域包括ケアシステムの推進のための取組

【視点2】安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

▽地域医療構想の実現に向けた取組、実効性のある医師偏在対策、医師等の働き方改革等を推進し、総合的な医療提供体制改革を実施していくことが求められている。

▽医師等の働き方改革等に関しては、2024年(令和6年)4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用される予定であり、先般の医療法改正も踏まえ、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。

▽地域医療介護総合確保基金においては、勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業に対して財政支援を実施している。診療報酬においてはこれまで、タスク・シェアリング／タスク・シフティングやチーム医療の推進等、医療従事者の高い専門性の発揮と医療機関における勤務環境改善に資する取組を評価してきた。また、令和2年度診療報酬改定では、新たに地域医療の確保を図る観点から、早急に対応が必要な救急医療体制等の評価も行ったところ。

▽時間外労働の上限規制の適用が開始される2024年4月に向けての準備期間も考慮すると、実質的に最後の改定機会であることも踏まえ、引き続き、今後、総合的な医療提供体制改革の進展の状況、医療の安全や地域医療の確保、患者や保険者の視点等を踏まえながら、実効性ある取組について検討する必要がある。

【考えられる具体的方向性の例】

▽医療従事者が高い専門性を発揮できる勤務環境の改善に向けての取組の評価

・医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組を推進

・タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療を推進

・届出・報告の簡素化、人員配置の合理化を推進

▽地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保

▽業務の効率化に資するICTの利活用の推進

・ICTを活用した医療連携の取組を推進

【視点3】患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

▽患者の安心・安全を確保しつつ、医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、デジタル化への対応、イノベーションの推進、不妊治療の保険適用などをはじめとした新たなニーズ等に対応できる医療の実現に資する取組の評価を進める。

▽また、患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくことが重要である。

【考えられる具体的方向性の例】

▽患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や革新的医薬品を含めた医薬品の安定供給の確保等

・患者が安心して医療を受けられ、それぞれの実情に応じて住み慣れた地域で継続して生活できるよう、医療機関間の連携の強化に資する取組、治療と仕事の両立に資する取組等を推進。

・患者の安心・安全を確保するための医薬品の安定供給の確保を推進

・医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価。

▽医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応

・初診を含めたオンライン診療について、安全性と信頼性の確保を前提に適切に評価。

・オンライン服薬指導について、医薬品医療機器等法に基づくルールの見直しを踏まえ、適切に評価。

▽アウトカムにも着目した評価の推進

・質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を推進。

▽重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価

・子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治療を受けられるよう適切な医療の評価

・小児医療、周産期医療、救急医療の充実

▽口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

▽薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

【視点4】効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

▽高齢化や技術進歩、高額な医薬品の開発等により医療費が増大していくことが見込まれる中、国民皆保険を維持するため、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が必要である。

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

【考えられる具体的方向性の例】

▽後発医薬品やバイオ後続品の使用促進

・安定供給の確保に留意しつつ、新目標を実現するための取組を推進。

・バイオ後続品の使用促進の方策等について検討。

▽費用対効果評価制度の活用

・革新性が高く市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器について、費用対効果評価制度を活用し、適正な価格設定を行う。

▽市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

・医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、効率的かつ有効・安全な利用体制を確保。

・エビデンスや相対的な臨床的有用性を踏まえた医療技術等の適正な評価を行う。

▽医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）

▽外来医療の機能分化等（再掲）

▽重症化予防の取組の推進

・生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な重症化予防の取組を推進。

▽医薬品の適正使用の推進

・重複投薬、ポリファーマシー、残薬や、適正使用のための長期処方の在り方への対応等、医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用を推進。

・医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方を推進。

財務省「財政制度等審議会・財政制度分科会」

診療報酬のマイナス改定なしに

医療費の適正化は図れず

「財政制度等審議会・財政制度分科会」が11月8日に開催され、令和4年度の診療報酬改定について、財務省が提出した資料を下に議論が行われている。財務省は、診療報酬のマイナス改定なしに医療費の適正化は図れないとしている。

以下に当日の資料から特筆すべき箇所を抜粋したので参考とされたい。

「診療報酬（本体）改定と医療費の関係」

診療報酬（本体）については、平成14年度改定、平成18年度改定を除き、いわゆる「プラス改定」が続いてきた。その結果、平成12年を起点として考えた場合の機械的な試算では、診療報酬改定以外の高齢化等の要因により年平均伸び率1・6%で増加してきた診療報酬（本体）の医療費について、診療報酬（本体）の改定によりあえて年平均伸び率0・2%を上積みしてきた計算になる。

診療報酬（本体）の改定について、仮に「マイナス改定」が続いてきたとしても、2年に1度の診療報酬（本体）の改定率が平均▲3・2%を下回らない限り、理論上は、なお残る高齢化等による市場の拡大から医療機関等が収入増加を享受することが可能であったことになる。この2年に1度の診療報酬（本体）改定率のマイナスが平均▲0・8%（年平均▲0・4%）であったとしても、人口減少も加味した高齢化要因による市場の拡大（平均伸び率1・2%）が維持されたはずであった。しかし現実には、診療報酬（本体）改定のマイナスは平成14年度の▲1・3%、平成18年度の▲1・36%のみで、「マイナス」どころか「プラス」の改定が続いてきた。

診療報酬（本体）改定率について医療費の適正化とは程遠い対応を繰り返してきたと言わざるを得ず、診療報酬（本体）の「マイナス改定」を続けることなくして医療費の適正化は到底図れない。

拡大する市場の中での分配をいかに医療従事者の処遇改善など必要な課題に振り向けていくかの観点も含め、まずは改定前の診療報酬（本体）の伸びがどのような水準かということを出発点として改定の議論を行うことが適当であり、そこが高止まりしているのであれば、躊躇なく「マイナス改定」をすべきである。そうしたプロセス抜きに、診療報酬（本体）の改定率を論う意義は乏しい。

「薬価改定と診療報酬（本体）改定の関係」

予算編成過程において、他分野の予算では前年度予算額が議論の出発点とされるのに対し、医療等の分野では、薬価部分であれ診療報酬（本体）部分であれ、いわゆる「自然増」として過去の伸びで延ばした金額が議論の出発点とされ、そこからの診療報酬改定による必要な修正・適正化作業が「マイナス改定」などと呼ばれることで、水準の適正化が阻まれがちであった。

薬価部分の「マイナス改定」による財源（いわゆる「薬価改定財源」）を活用して診療報酬（本体）の「プラス改定」の上積みの論拠とする主張もあるが、薬剤費総額が伸長する中での「過大な要求の積算の修正」作業に財源が生まれることを観念する余地はまったくない。ましてそれを診療報酬（本体）の上積みの論拠とすることは、そもそも診療報酬（本体）の適正化を図る必要がある中で、フィクションを重ねたものというより他はない。

こうした医療等の予算を巡ってなされる独特の「論理」やそれに基づく主張が、高齢化等による市場の拡大を既得権益化し、拡大する市場の中での分配のあり方についての建設的な議論も妨げてきた。ひいては社会保障関係費の増大が我が国財政悪化の最大の要因とされる現状につながった一因とも言え、徹底的に見直す必要がある。とりわけ診療報酬改定等にまつわる因習は、払拭されなければならない。

「新型コロナ禍で浮彫りになった医療提供体制の課題と医療提供体制改革」

新型コロナ禍では、①病院数・病床数の多さに比して医療従事者が少なく、医療資源が散在し、手薄な人的配置により「低密度医療」となっている、②医療機関相互の役割分担や連携が不足しているといった我が国医療提供体制の脆弱さが浮彫りになった。

国民が必要な時に必要な医療にアクセスできる医療提供体制に改革していくためには、医療機関の再編・統合を含む地域医療構想の実現、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策の三位一体での推進が重要である。

4面へつづく

3面からつづく

こうした改革の進捗がないまま、あるいは改革の進行を視野に入れることなく、診療報酬改定を行う意義は乏しく、財政資源の散財となりかねない。(医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし)

「診療報酬改定と入院医療の機能分化①（2006年度診療報酬改定と地域医療構想）」

既に述べたとおり、一定の要件を満たせば算定を認める診療報酬の仕組みのもとでは、ある診療行為の算定回数をコントロールすることも、正確に見通すことも難しい。

このように加減が効かない仕組みであるうえ、現在の診療報酬は人員配置などのストラクチャー評価に重点が置かれ、かつ地域の実情に無頓着な全国一律の体系であるために、診療報酬改定が医療提供体制に与える影響は大きい。

平成18年度診療報酬改定において導入された看護配置7対1の入院基本料が算定病床の徒な急増をもたらし、その後累次にわたる算定要件の見直しにもかかわらず、当該算定病床の集約化は進まなかった。

医療資源の散在が加速化し、実際には低密度で対応できる医療しか行わない、いわゆる「なんちゃって急性期病床」が急増したことによる医療提供体制の歪みを是正し、病床の機能分化を促すべく、データに基づく地域医療構想が各都道府県で策定されることとなった。

地域医療構想に基づく病床の必要量と医療機関が自らの医療機能を選択して報告する病床機能報告との差に、「なんちゃって急性期病床」の存在が浮かび上がることとなった。

「診療報酬改定と入院医療の機能分化⑤（診療報酬体系の見直し）」

有識者ヒアリングでは、がん診療連携拠点病院であっても、標準化可能な在院日数のばらつきが大きいことや、在院日数が長期化すれば点数が低下する現在のDPC制度の下でもなお医療機関には在院日数を長期化するインセンティブが働いていることが指摘された。

現在、急性期入院医療を対象として導入されているDPC制度は、1日当たり包括払い制度であり、平成15年の同制度の導入の際、在院日数期間のばらつきが大きいことなどを理由に、1入院当たり包括報酬の導入が見送られた経緯がある。

しかし、20年近く前の議論のまま立ち止まってよいはずはなく、ましてや、高齢化を迎え、過度な病院頼みよりも、「治し、支える」地域完結型の医療への転換が求められている。患者のQOLの向上のためにも、在院期間の標準化を目指すとともに、患者がその状態に適した治療・療養を受けるための転院、さらには疾病の治癒による退院あるいは疾病と共存しながらでも住み慣れた地域や自宅での生活に戻る退院というエピソードを一つの成果として評価していくべきである。その際、患者単位でエピソードを評価し、患者の転帰に関わった地域の複数の医療機関等に対し、一体として包括報酬を支払うことも検討に値する。

医療機関単位・医療行為単位・入院日数単位の評価が中心の診療報酬体系のままでは、医療行為の回数や病床の稼働率、在院日数の長期化に医療機関の経営上の関心が向きがちとなりかねない。このような「インプット重視」「量重視」の医療機関本位のいわば「縦突進」型とも言うべき診療報酬体系から、「アウトカム重視」「質重視」の患者本位かつ医療機関等の面的・ネットワーク的な連携・協働をより重視する「横連携」型の体系へのシフトを模索していくことは、地域完結型の医療の実現のためのみではなく、新興感染症等の感染拡大時などの有事においても、医療機関等の役割分担や連携が適切に発揮される礎となり得る。

新型コロナ禍の今こそ、こうした診療報酬体系の見直しの議論を行うべきであり、議論の先送りは許されない。短期滞在手術等基本料（日帰りや4泊5日までの入院による手術の入院基本料等を含む包括払い）の対象拡大といった個別の報酬設定の問題にとどめることなく、1入院当たり包括報酬（DRG／PPS）の本格導入、包括払いの対象の急性期入院医療からの本格的拡大を視野に入れるべきである。

全国公私病院連盟 役員会だより

期日　11月19日（金）
オンライン会議
時間　午後2時～4時

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」（11月17日）
中野常務理事と園田副会長から報告があった。

②小熊副会長からの報告
小熊副会長から、11月2日に開催された社会保障審議会「医療部会」の報告があった。

③邉見会長からの報告
邉見会長から、11月9日に開催された「第16回　国民医療推進協議会　総会」の報告があった。

【主な協議事項】

①病院診療報酬対策について
②医療保険制度等対策について
③医療提供体制対策について
④新型コロナウイルス感染症について
⑤介護保険制度対策

※理事会終了後に「病院政治連盟」から、「第49回　衆議院議員総選挙の推薦結果」についての報告があった。

以上

今月の一冊

今月は4冊

今月は我が連盟縁（ゆかり）の方々から頂いた本を紹介したい。

まずはレディファーストで田中志子先生の『ふるさとの笑顔が、咲き始める場所』。田中先生には昨年の「国民の健康会議」で講演して頂く予定だった。著者のお父様は「赤ひげ大賞」受賞の内田好司先生である。女性医師として沼田モデルの認知症にやさしい街づくり。移動型コンビニで買い物難民を救い、医療・介護を中心とした街づくりを実践する女傑である。実は5年位前に尾瀬に行った時に先生の病院に立ち寄りたかったのだが、翌日の私の診療を考えると上越新幹線や東海道・山陽新幹線というハードスケジュールで諦めた。是非とも先生の病院は私の日本300名院に記したいものである。

『ふるさとの笑顔が、咲き始める場所』
田中志子／著
幻冬舎／刊

2冊目は前日本医師会長横倉義武先生の『新型コロナと向き合う～「かかりつけ医」からの提言』である。横倉先生も「国民の健康会議」にご登壇頂き行天良雄先生の名司会で私と対談していただいた。「かかりつけ医」の定義を会長時代に再構築され「日医の良心」と謳われた氏の変わらぬ情熱が迸る内容である。生涯現役を有言実行、長尾和宏先生の言う「発熱者お断り」な・んちゃって・かかりつけ医の対極に位置している。官僚や議員への影響が現役の医師で最も大きい方である。JMATの発足など興味深い内容で読み易い。地域医療を始められたお父様とご子息、皆患者ファースト、地域に根差すDNAを感じる。

『新型コロナと向き合う「かかりつけ医」からの提言』
横倉義武／著
岩波新書／刊

3冊目は世古口務先生の『意識改革とチーム医療による病院経営改善』。著者は〝落穂ひろい〟などにより同級生で院長だった小倉嘉文先生と共に松阪市民病院の経営改善に成功した方である。先生は多くの講演に招かれており、その講演内容を纏めた集大成としてこの本を本年出版されたものである。なお、先生には来年の2月3日に開催予定である当連盟「DPCセミナー」でもお話いただく予定である。

『意識改革とチーム医療による病院経営改善』
世古口　務／著
産労総合研究所／制作

最後の一冊は『小児科医が見つけたえほんエホン絵本』、「小児科医と絵本」の会編著である。読み聞かせデビューから診察室の絵本と白髪の老医師まで、12月はメリークリスマス。会員諸兄姉も子や孫に絵本をプレゼントして読み聞かせをしませんか？　112冊の中からその子の年齢に合わせて。

『小児科医が見つけたえほん　エホン　絵本』
「小児科医と絵本」の会／編著

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

と読む絵本、友達の話もいっぱいある。大好きな乗り物の話も。心の平和や命の絵本で教育的効果も期待できそうである。私事で恐縮であるが、実は私は8歳と4歳の孫と同居し読み聞かせも時々はやっていた。もうすぐ双子の女児が誕生予定。そんな中、本屋でこの本に遭遇した。表紙の絵はなんと白髪の老医!!　12月はメリークリスマス。会員諸兄姉も子や孫に絵本をプレゼントして読み聞かせをしませんか？　112冊の中からその子の年齢に合わせて。

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

全国公私病院連盟
『医療機関用サイバー保険』
個人情報漏えい保険からサイバー保険に変わります。

サイバー攻撃・情報漏えいリスクへの対策は万全ですか？

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

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

１契約で上記リスクを包括的に補償

近年サイバー攻撃は件数の増加、攻撃手法の複雑化により、自社管理を徹底しても防ぎきることは困難な状況となっています。
全国公私病院連盟では、会員病院向けに『医療機関用サイバー保険』をご案内しております。
「オールリスクプラン」「情報漏えい限定プラン」が選べます。

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

〈お問合せ先〉

取扱代理店
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

引受保険会社
損害保険ジャパン　株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL 03-3349-5113
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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

SJ21-06251　2021/08/30