改正感染症法成立・公布

流行初期の医療確保に支援を

「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等の一部を改正する法律案」が成立し、昨年12月9日に公布、順次施行されることになった。今回の改正の趣旨は、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、今後、国民に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生に備えるため、国・都道府県・関係機関の連携協力による病床・外来医療・医療人材確保などの措置を講ずるものになっている。

同法では、感染症対応の医療機関による確実な医療の提供を図るため、都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等の間で病床・発熱外来・自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化している。

加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付け、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものと明記されている。都道府県等は医療関係団体に協力要請ができる。

なお、初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（**流行初期医療確保措置**）を導入する。その費用については公費とともに、保険としても負担するが、協定履行状況の公表や協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表を行うことができることになっている。

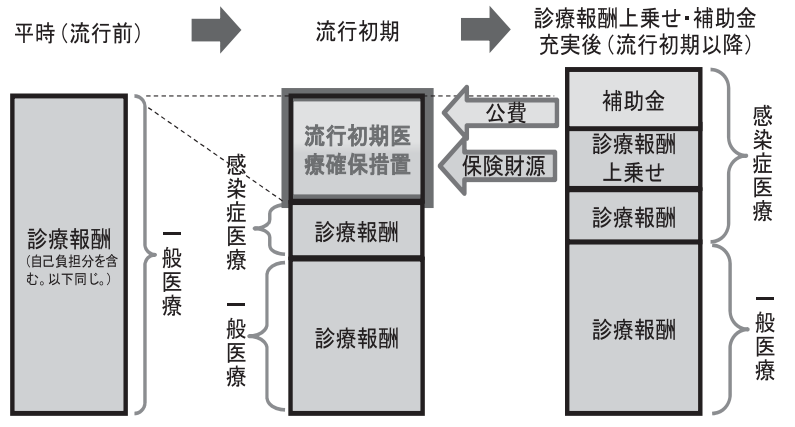
その他、▽自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保▽医療人材派遣等の調整の仕組みの整備▽保健所の体制機能や地域の関係者間の連携強化▽情報基盤の整備▽物資の確保▽費用の負担▽機動的なワクチン接種に関する体制の整備等▽水際対策の実効性の確保―などが定められた。

「流行初期医療確保措置」の概要は次のとおり。

▼措置の目的・内容＝「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性（一般医療の提供）を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療（感染患者への医療）の提供をすることに対し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行う。支援額は、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う。その上で、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施（支援額の範囲内で補助金の額を返還）。

▼費用負担＝措置に関する費用は、公費と保険者で負担することとする。支援額の負担については、今回新型コロナウイルスへの対応を行った病院の収益構造を勘案し、公費（国、都道府県）と保険者（被用者保険、国保、後期高齢広域連合）の負担割合は1対1とする。

平時（流行前）、流行初期、診療報酬上乗せ・補助金充実後（流行初期以降）における「特別な協定を締結した医療機関」の収入（イメージ）



国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

年頭所感

病院団体の存在感 アップを目指す一年に

一般社団法人　全国公私病院連盟
会長　**遉見公雄**

西暦2023年　令和5年　癸卯の年　新年明けましておめでとうございます。今年は診療報酬と介護報酬が6年に一度の同時改定に向けて準備する大事な年です。当連盟でも日本病院団体協議会の診療報酬実務者会議にご参加いただいている園田副会長や中野監事を中心に本腰で頑張る決意です。

私は中医協委員になった直後から、この国の医療は病院に冷たく診療所に温かい仕組みだと感じておりました。初診料や再診料に数十点（数百円）の差があったのです。甲表・乙表統一の名残かもとは思いましたが、病院の方が高いのがリーゾナブルではと。

診療所から病院へという流れで今回、紹介状のない患者さんは7千円も高くなり、皆診療所へ。病院勤務医も働かせない改革で時間外手当が減り開業医志向が高まりそうです。

結果、病院医療はより一層マンパワーが下がり経営も運営も厳しくなる見込みです。もう少し病院医療に手厚い診療報酬にしていただかなければ、患者さんへの安心・安全・快適な医療の提供は限界なのです。日医の日医による日医のための診療報酬では我が国の医療は第2次崩壊を迎えるのも必至です。

何故こうなったかについては、我々病院団体や病院従事者にも大きな責任があります。自分達で声を挙げずに殆ど日医に丸投げし、日医が血と汗を流して獲得した収穫のおこぼれに頼ってきたのです。

他の産業は大企業が大勢力で発言力も強いものがありますが、医療界は零細の診療所が主導権を握っております。大企業寄りの日本経済新聞がやっと病院よりの論調を始めた程度です。

医療・介護職員は800万人を超え、女性では小売業を抜き部門別従業者数のトップです。地方ではその地域で有数の事業所というところも少なくありません。もっと自信と誇りをもって主張すべきは主張したいものです。

私は会長就任時、我々の連盟も企業による賛助会や議員連盟を創設して発言力や政治力を強化すべきと決意しました。

しかし、その途端にコロナパンデミック。これの終息は何時になるやらも判らず、そろそろ準備会などプレリミナリー段階からの見切り発車の心積もりをしているところです。

議員連盟については、私が立ち上げたNPO法人に参集していただいている国会議員の方々を核に始めるのも良いのでは、とも考えております。役職員の皆様方のお知り合いの方を御紹介いただけると、より多くの参加者を得ての発足になるのではとも思っております。

今年が新しい夜明けの一年となりますように!!　また、会員病院諸兄姉にとってもハッピーな年に!!

（赤穂市民病院・名誉院長）

ここ数十年間、我々病院は医療安全やアメニティ向上のために多くの新職種や人員を増やしてきました。しかしそれに見合う診療報酬のアップはなく、やればやるほど経営は苦しくなるばかりでした。

医療・介護職員は800万人を超え、女性では小売業を抜き部門別従業者数のトップです。地方ではその地域で有数の事業所というところも少なくありません。もっと自信と誇りをもって主張すべきは主張したいものです。

私は会長就任時、我々の連盟も企業による賛助会や議員連盟を創設して発言力や政治力を強化すべきと決意しました。

しかし、その途端にコロナパンデミック。これの終息は何時になるやらも判らず、そろそろ準備会などプレリミナリー段階からの見切り発車の心積もりをしているところです。

議員連盟については、私が立ち上げたNPO法人に参集していただいている国会議員の方々を核に始めるのも良いのでは、とも考えております。役職員の皆様方のお知り合いの方を御紹介いただけると、より多くの参加者を得ての発足になるのではとも思っております。

今年が新しい夜明けの一年となりますように!!　また、会員病院諸兄姉にとってもハッピーな年に!!

（赤穂市民病院・名誉院長）

謹賀新年
株式会社
公私病連共済会
代表取締役　遉見公雄

謹賀新年
一般社団法人
全国公私病院連盟
会長　遉見公雄

【お知らせ】

今月号の「公私病連ニュース」は、2～3面に本連盟加盟団体長の年頭所感、4～8面に、昨年10月27日に開催した「国民の健康会議」の模様を掲載しています。

いろ鉛筆

日本は戦後のベビーブームの頃は年間250万人位の子供が生まれ、所得倍増により個人の収入も潤った。90年代のバブル崩壊によるGDPの低迷、個人所得も先進国に比較して伸び率も低下、最近では出生率が1・3前後で生産人口の減少と高齢者増に伴って医療費が財政を圧迫している。今年は年間80万人割れで往時の3分の1▼「いい夫婦の日」（11月22日）の日経新聞、男女千人のアンケートから20～60代の考え方が一部伺える。人生を大きく左右する「結婚」について、結婚した方が良いと少しはそう思う人が51・5%で過半数であり、未婚化が進む中でも結婚に肯定的であることはホッとする。しかし20代と30代は低く、30代女性の肯定はたった9%。女性は能力、財力もあり人生の中に結婚は考えず、収入や賃金が低いこと、結婚によるキャリア形成に障害があると答えている▼社会保障制度維持の財源をどう考えるか、全体では高所得者、資産の高齢者の負担増は仕方がないが、現役・勤労世代は消極的であった。外国人労働者の受入は、積極的に肯定26・1%に対し、否定が37・5%で上回った。定住型の移民に対して抵抗感が強い、純血主義的国民感が伺えた。（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。）

Withコロナと今後に向けた
我が国の医療体制の構築・刷新に向けて

公益社団法人
全国自治体病院協議会
会長　小熊　豊

明けましておめでとうございます。激動の令和5年が始まろうとしています。

昨年もコロナにより我々医療界は振り回されました。発症後3年を迎えてオミクロン株の流行に第6波、第7波、第8波と襲われ、政府の経済活動維持政策のもと、医療界は発熱外来、病床確保、治療対応に追われ、クラスター対策、人材不足の渦に巻き込まれ、精神的にも肉体的にも苦闘する形となりました。有効な治療薬が開発されていないことを恨めしく思う一方、出始めてきたコロナ補助支援策の抑制論、経済・財政締付け論が心配な状況になってきました。

ロシアのウクライナ侵攻、円安によっても様々な影響がおき、物価高騰が急激に進んで医療界にも被害が及んでいます。今時戦争を起こして他国へ侵略し、一般民衆への非人道的攻撃、虐殺を繰り返すロシアのような国の存在が信じられません。中国や北朝鮮に対して我が国では国防の増強が叫ばれ、社会保障費を抑制し防衛費の増額が考えられています。

国立病院機構や地域医療機能推進機構の積立金を返納させ、防衛関係費に回そうとする案が出るなど、財政論者は何を目論むか注意しなければなりません。国の借金は1000兆円を超え経済状況が悪化するなか、withコロナへの対応、2025年以降に向けての効率的、効果的な医療体制の刷新・構築が迫っています。

厚労省は、コロナや未知の新興感染症対策を加えた5疾病6事業の第8次医療計画を作成、医師の働き方改革、地域医療構想を推進し、外来医療のあり方、かかりつけ医機能の制度整備、医療機関の機能分化と連携の促進、医師や医療従事者の不足・偏在対策、医療DXの推進等を推し進めようと必死です。年末にかけて検討会、審議会を頻繁に開催し、GLや指針を纏め実現に結び付けようとしており、今年度は重要な年となります。我々もそれぞれの地域・立場で、地域間格差、機能別差異を乗り越えた対応が強く求められています。

自治体病院は、総務省から「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の作成が義務付けられました。都道府県、市町村と協議し、地域毎に持続性を担保した適切な医療体制の確立が求められています。

皆様が今年も元気に活躍され、我が国の新たな医療体制の推進に邁進されますことを祈念して、新年のご挨拶とさせていただきます。

（砂川市立病院・名誉院長）

グループ運営からグループ経営へ

日本赤十字社病院長連盟
会長　牧野　憲一

慎んで新年のご挨拶を申し上げます。

2023年もコロナの中で迎えることになりました。2020年からの3年間、医療機関はコロナ対応に明け暮れました。この間、治療薬の開発、ワクチン接種などが進み2023年中にはコロナに対して取られていた特別な扱いが軽減されるものと思われます。それは同時に、コロナ関連の補助金がなくなることを意味します。

ご御存じのとおり、各医療機関はコロナ対応に多くの時間と資源を使いましたが、その見返りに診療報酬とは別に補助金を得ることが出来ました。この補助金により経常収支の黒字化が図られました。一方で医業収支はほとんどの施設で赤字でした。これからは本業の医療収支を黒字化することが求められます。

赤十字病院グループでは独立採算を基本としたグループ運営の方針を取ってきました。それぞれの病院の経営は独立し利益も負債も個々の病院に属するという概念です。グループ本部は一定の指導はするが介入はしませんでした。個々の病院が赤字を出さぬよう自力で運営することを求めてきました。

しかし、近年の病院経営の難しさの中で赤字経営が続き、多額の負債を抱える病院も存在します。中には今後も自力での借入金返済が困難であり、このままでは存続が難しいが、その医療圏において極めて重要な役割を担っていて存続できない場合には地域医療に大きな影響を与える病院もあります。地域にとって必要な病院を維持することは赤十字病院グループとしての使命です。そこで赤十字病院グループでは経営力強化のためグループ運営からグループ経営へと大きく舵を切ることに致しました。

グループ運営からグループ経営になると一体何が変わるのか？　運営困難な病院の経営を病院任せにせず、赤十字病院グループ本部が積極的に介入する点が挙げられます。このような病院には資金注入を含む支援をすると同時に、多くの経営判断に対してグループ本部が介入することになります。病院本部がこれまで培ってきた経営のノウハウを生かして継続して運営可能な病院へと再生を図っていきます。その一方で、地域の中で公的病院としての役割をすでに終えていると判断した場合には統廃合を含めた方針を本部として出していくことになります。

これから赤十字病院グループは新たな第1歩を踏み出すことになります。そして日本における最強の病院グループとして地域医療を支えるという使命を全うして参ります。

（旭川赤十字病院・院長）

東日本大震災遺構から学ぶこと

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4年度全国公立病院連盟第91回総会・事務長会・看護部長会合同会議」をいわき市病院事業管理者の新谷史明先生をはじめ、いわき市医療センターのスタッフの皆様のお世話になり、令和4年11月17日仙台市において開催しました。議論の中心は働き方改革に対する対応で各病院の具体策が示されました。宿日直許可については労働基準局の判断が以前より柔軟になっている状況もあるようです。

総会翌日は東日本大震災の遺構である仙台市若林区荒浜の市立荒浜小学校の視察に参加しました。荒浜地区は、仙台市の東約10㎞の太平洋沿岸部に位置しています。震災発生時は児童、職員、住民ら320人が校舎に避難。押し寄せた巨大な津波は2階まで達しました。この地区を襲った津波は高さ9mだったとのことで、荒浜地区で192名の尊い命が失われています。

2011年の震災から10年以上が経過し、復興のかさ上げ道路が整備され多くの車が行き交っているものの、この地区に居住されていた方たちは移転を余儀なくされました。人の生活を一変させる大災害とその後の復興の様子、時間経過を改めて体感することができました。自然災害の脅威は人知を超えるもので、大規模災害の発生自体を抑えることは今後も不可能でしょう。可能な範囲での防災と具体的かつ実際的な減災の考え方が重要なのではないかと思います。

最近立て続けに医療機関がランサムウェアによる攻撃を受け、電子カルテシステムに障害が発生し通常診療ができない状況となったことが報告されています。また、新型コロナウイルス感染症においても患者数の爆発的な増加に加え職員の感染者増加が同時に起きる院内クラスターの状態においては災害時と類似した対応が求められます。災害の本来の定義とは別に、災害とは需要と供給の関係において突発的に大きな不均衡が生じた状態と考えることができます。視察を終えて自然災害のみならず医療機関で起きうる災害的事象について想定し対応力を養う必要があると痛感しました。世界の政情も不安定で、まさに予測不能なVUCAの時代です。年頭に当たって再度自院のBCPを見直しましょう。

（平塚市病院事業管理者）

感染対応には
平時の余裕ある病院運営が不可欠

全国済生会病院長会
会長　園田　孝志

2020年初めに国内初のCOVID−19感染者が確認され3年です。その後変異しながら、感染拡大を繰り返しています。昨年初めから6波、7月から7波で多くの患者が発生し、11月から再度感染者が増加しています。累積感染者数は2500万人、死亡者数は5万人を超えました。

一方、9月「Withコロナに向けた政策の考え方」が出され、オミクロン株の特性（若年者の重症化リスクは低い　感染が高齢者施設・学校・家庭へ変わった）やワクチン接種の進展を受け、行動制限なしで感染防止と社会経済活動の両立を図る方針です。

COVID−19への病院の対応は、機能・規模・設立主体により様々でしたが、公益性の観点から早期から対応した病院もあり、済生会もその一つです。2020年2月から患者を受け入れ、医師や看護師の派遣も行いました。一方、早期より対応した他病院と同じく同年半ばには経営状態の急激で深刻な悪化をみて、経営的恐怖を感じたのも事実です。その後、病床確保を含む新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業により、状況は改善し安定的に協力可能となりました。

昨年10月支援事業の要件が見直されました。病床確保料の見直しは衝撃的で、即応病床使用率が50%未満の場合、医療機関の診療収入額プラス病床確保料がコロナ流行前の診療収入額の1・1倍に調整されます。早くも確保病床返上の動きもあります。

12月成立の感染症法改正では、感染症発生時の病床確保に関し都道府県と協定を締結する仕組が法制化され、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院は医療提供が義務化されます。補助金や診療報酬で支援されるようですが、財政制度等審議会が11月に出した予算編成に向けた建議では、「医療機関の経営は近年になく好調となることが窺える」の認識のなか、「少なくとも医療機関の経営支援の観点からは、特例的な補助金や診療報酬は理由の説明が困難な状況にあり、個々の項目ごとに早急に縮小、廃止を検討すべきである」とあり、上記の支援には不安が残ります。

医療の公益性を理解し協力する病院でも、3年前の経営危機への危惧があります。感染症対応には病院の平時の余裕ある運営が必要である点を当局に認識していただきたいと思います。

（済生会唐津病院・院長）

令和５年 元旦新春

コロナ パンデミックを乗り越えて

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。

世界中が新型コロナ感染症の繰り返す感染拡大とその変異株の出現に必死の思いで対応している最中、ウクライナではロシアの侵攻による戦争状態が引き続いています。一方的に仕掛ける戦争はあまりにも理不尽で、戦争指導者の頭脳や感情にコロナウイルスが影響を及ぼしたとしか考えられない状況です。

コロナにもましてこの戦争は人間の仕業による災禍であることに、より大きな失望を感じるものです。そして、コロナへの対応や経済や景気の立て直しに躍起となって、自国第一主義に陥っている世界情勢を深く憂慮し、物流・人流の回復とともに行き過ぎたグローバリズムの反省の上に新たな地球環境や資源温存を意識した交流を構築すべき時と考えます。

三年にも及ぶコロナ感染症によって人社会に大きな変化が生じています。医療においてもあの感染初期から緊急事態に及ぶ混乱、その後も繰り返す感染拡大との闘いの中で多大なダメージを受けましたが、最も深い傷跡は感染初期の経験にありました。拡大する感染症の本態や防止対策、治療法、ワクチンの開発や供給などなど必要とされるあらゆることが不明の中にあり、迅速な医療体制構築を阻害しました。今回改正された感染症法の改定内容では、その感染初期対策措置が目玉となっています。

そこでは予め策定された予防計画に沿って各都道府県と感染症対策協定締結病院を定め、とくに国公立医療機関等にはその義務付けを行う、とされました。そして、その間の医療経済活動の負担に関しては流行前と同水準を公費（保険を含む）負担とする、とされています。

この施策によって経済基盤の脆弱な民間病院も感染拡大初期から積極的な関与が可能であると評価するものです。今回の感染初期には民間病院の参加は20％弱でしかありませんでしたが、その後に獲得した対策・体制の強化とともに今後は急性期機能を持つ病院の多くが医療提供可能と想定されます。少なくとも地域の基幹病院のバックアップ機能など地域医療体制の強化につながるでしょう。

本来、医療提供に公私の別は存在しないはずですが、そのメリット、デメリットを乗り越えて、今回の様なパンデミック時における対策は適切な医療機能の分担と地域医療体制の確立が重要であることを痛感されました。２０２４年度実行の第８次医療計画に盛り込まれた地域医療構想において、救急医療や広域感染症非常時における医療、それらを守るには個別病院への負担を掛けることなく充実させねばなりません。社会保障の基本である医療を守る政策的戦略の立場から、公的資金による医療体制や機能強化に対する支援を強く願うものです。

（公益財団法人日産厚生会玉川病院・理事長）

変化に対応しながら 地域住民の健康を守る

全国厚生農業協同組合連合会
代表理事会長
山野　徹

令和５年の新春を迎え、謹んでお慶び申しあげます。

日頃よりＪＡ厚生事業にご理解とご協力を賜り厚く御礼を申しあげます。

新型コロナウイルス感染症につきましては、継続して発生する変異株への対応や季節性インフルエンザとの同時流行の可能性が極めて高いとの分析もあり、収束はいまだ見通せない状況であります。

このような新型コロナウイルス感染症との闘いが長期化する中で、全国の医療機関で働く医療従事者の方々等におかれましては、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労苦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。

また、コロナ禍やウクライナ情勢の影響による円安・原油価格の高騰により電気・ガスなどの光熱費や医療材料、食材費等の高騰が続いております。国が定める診療報酬制度（公定価格）により経営を行う医療機関や介護施設等は、物価高騰による費用増加分を価格に転嫁することができないため、病院の収支に直接影響しております。

原油価格・物価高騰の影響は、医療業界の問題だけでなく、他の産業にも大きく影響が広がっておりますが、コロナ禍で疲弊している病院にとって大きな負担となっていることから、地域の医療提供体制に支障がでないよう国からの一層の財政支援を期待しております。

令和５年においては、新型コロナウイルス感染症への対応だけでなく、令和６年度に施行される第８次医療計画や医師の働き方改革への対応、さらには医療ＤＸ（オンライン資格確認・電子処方箋・サイバーセキュリティ）への取組みが大きな課題になると考えておりますが、そのような中においても、ＪＡ厚生連が質の高い事業を実施し、ＪＡ組合員や地域住民が安心して保健・医療・高齢者福祉サービスを受けられ健康に暮らすことができるよう、ＪＡ厚生連役職員一丸となって取り組んでまいります。

地域住民の健康を守るために、医療関係者が一致団結する必要があると考えておりますので、皆様方におかれましても引き続きのご協力を賜りますようよろしくお願い申しあげます。

国はしっかりとした グランドデザインを

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。

新型コロナ騒ぎも4年目に突入してしまいました。まだまだ出口は見えてきません。確かに、はじめのころと比べて、ウイルスの性質は変化して感染力は強くなったものの弱毒化しているようです。一部では2類相当から季節型インフルエンザ並みにゆるめるような動きもあるようです。国としては行動制限の発出はしないで、各都道府県に任せ、経済優先の方針のようです。

しかし、我々体力の弱っている高齢者、病人に係っているものにとっては新型コロナに翻弄され続けられています。体力の弱い高齢者は罹患すると経口摂取低下、脱水を起こし、体力の回復が遅れ徐々に状態が悪化し不幸な転機を起こすケースも少なくありません。医療・介護に携わっている我々にとっては一般の人以上の注意が求められており、家族も含めて行動の制限を強いられているのです。一般の人々の緩い制限の行動を横目で見ながら、我慢の日々が続いています。国も出口が見えるような一貫した方針を示して欲しいものです。

一方、病院の経営も厳しい状況が続いています。もちろんコロナの影響も大きいのですが、人口減少等の問題が前倒しで業界を襲ってきているように思われます。収入は公定価格である診療報酬に限定されている中で、病院経営に必要な人件費、材料費、光熱費などの費用は、資本経済の仕組みの中でかかっており、経費がどんどんかさんでおり、診療報酬は絞られる傾向の中、医療供給側の破綻は目に見えてきております。消費税をはじめ税制改革の問題、医師の働き方改革、地域医療構想など医師の偏在をも含めてまだまだ議論の必要があります。

また、第８次医療計画が始まっていますが、国は医療ＤＸを進めており、現場の状況の把握、また、ＤＸを進めるにもどれだけ理解しての推進なのか疑問を感じえません。ＤＸありきでは困ります。いつまでも、思いつき、問題の項目を繕うようなことを繰り返さず、しっかりとした未来を見据えたグランドデザインを構築して、施策を進めていただきたいものです。

（特定医療法人社団同仁会金光病院理事長・院長）

卯年は枝葉が繁る年というけれど…

一般社団法人
日本公的病院精神科協会
会長　中島豊爾

公精協の代表として、新年のご挨拶を申し上げます。当協会は２０１８年４月に結成されましたが、新型コロナウイルス感染症の蔓延のために、ほとんど動くことができませんでした。参加いただいている各団体には心よりお詫び申し上げます。

コロナ禍に対して積極的に活動したのは、公私病連の会員であり、公精協の会員であります。当院でも最近新型コロナウイルス感染症のクラスターが、依存症の病棟で発生しましたが、基本機能を維持しながら診療を続けました。クラスター発生中もなお、岡山県の精神科救急の８割を受け続けました。

人が困り、苦しがっていれば、すぐに駆け付けるのが医師の本分です。この点で、身体の病気も精神の病も異なることはありません。厚労省では、他の身体科は全て医政局が管轄していますが、精神科だけは社会・援護局になっています。社会・援護局は主に福祉的事業を管轄し、医政局とは互いに手を出さないことが暗黙の了解になっています。このために、新型コロナ対策においても、精神科の扱いは取って付けたようなものにしかなっていません。身体科も精神科も同じように扱って欲しいですね。そうなっていない現状を、身体科の先生方にも知っていただき、精神科医も身体科の先生たちと共闘したいと願っています。

ロシアがウクライナに侵攻し、日本円は激安となり、物価は急騰し、我々が必要としている物資さえなくなっています。特に電気・ガス料金の激しい値上がりは、都道府県ごとに違いがありますが（それが問題！）、病院の経営そのものを圧迫しています。日本は防衛費を倍増し、いずれ国民の税金も上がるでしょう。貧しい人たちは本当に生きていけるのでしょうか。

２０２３年は卯年です。昨年の寅年は春が来て草木が生ずる状態を言い表していましたが、卯年はさらに枝葉が繁る年だと言われてきました。公精協も設立以来長い間沈黙を守り、何もすることができず、過ごして参りましたが、ついに枝葉が繁る年になったと思います。電気・ガス料金の上昇、税金の増大は、枝葉が繁ることにはつながりません。

国民の誰もが平安に暮らせる年になることを願ってやみません。

（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター・理事長）

コロナでみえた医療の課題　をテーマに

～医・歯・薬・看・介～

10／27(木)、日本教育会館「一ツ橋ホール」で

健康会議」開く

全国公私病院連盟は第32回「国民の健康会議」を開催しました。今回のテーマは「コロナでみえた医療の課題」で、前半は、総合司会の行天良雄先生（医事評論家）と座長の渡邉古志郎先生（横浜市立市民病院・名誉院長）により、発言順に①田中志子先生（医療法人大誠会内田病院・理事長）、②成田康子先生（公益社団法人兵庫県看護協会・会長）、③室井延之先生（公益社団法人全国自治体病院協議会・薬剤部会長）、④深田拓司先生（一般社団法人大阪府歯科医師会・会長）、⑤髙本眞一先生（社会福祉法人賛育会病院・院長）からお話しを伺いました。後半は、座長の小熊豊先生（全国自治体病院協議会・会長、砂川市立病院・名誉院長）と園田孝志先生（全国済生会病院長会・会長、済生会唐津病院・院長）の司会により、①～⑤氏を交えてディスカッションを行いました。今号では当日の概要を事務局で取りまとめましたので掲載します。（敬称略・文責事務局）

【邉見】みなさん、こんにちは。全国公私病院連盟の会長を仰せつかっております邉見です。本日はお集まりいただきありがとうございます。

この「国民の健康会議」は平成元年に始まり今年で32回目です。本当は34回目のはずなのですが、一昨年、昨年とコロナで中止にせざるを得なくなり、本日は3年ぶりの開催になります。

今回のテーマは「コロナでみえた医療の課題～医・歯・薬・看・介～」ということで、医療や歯科の分野、看護や介護、薬やワクチンのことについて、各界から5人の方をお迎えしてお話を伺いますのでご期待ください。

それでは総合司会の行天先生、よろしくお願いいたします。

【行天】久しぶりに皆様方とお目にかかることができました。

必ずと言っていいぐらい毎年お越しいただくご来場の方々、そして、今回はじめてご参加された方々に、この「国民の健康会議」というのは、すばらしい会だったなと心に残るような会になればと思っています。

各講師のご紹介は渡邉先生にお願いしていますので、早速よろしくお願いいたします。

医療法人大誠会
内田病院・理事長

田中志子氏

【渡邉】はじめに、田中先生のお話からお伺いしたいと思います。田中先生の病院グループには、老健、特養、認知症ホームなどがあって、他にも障害のある子供さんの保育園、障害者と高齢者が一緒のデイサービス、これらを総合的に地域共生型の施設として展開もしておられます。よろしくお願いします。

【田中】今日は私たちが地域で取り組んでいることのご紹介をさせていただきたいと思います。

大誠会グループは、内田病院を中心に福祉や介護を取りまとめているグループですけれども、よく取り上げていただくのは、患者さんの治療の際に、認知症の方だと治療の理解ができずに暴れてしまわれたりすることがあるのですけれども、そういった方を身体拘束をしないで治療をしているということです。急性期病院などで、抜いたら死んでしまうような管を装着している場合に必要なケースがあるということは理解しています。

（スライド開始）

一つの例をご紹介します。この方はご夫婦で暮らしていましたが認知症が進んで、子供さんが介護をするようになり、さらに認知症が進んで「これは私の家じゃない」と言って外に出かけてしまうようになった女性のケースです。娘さんも介護に疲れ果て、本当は病院や施設に預けたくないとおっしゃいながらも、もう限界ということで私に託してくださいました。

このスライドは初日に泣いている様子です。私たちは「帰りたいですよね、早く家に帰れるようにしましょうね」と言って背中をさすります。

この様子は3日目ぐらい。職員が「大丈夫、ひとりじゃないからね」と声をかけます。これは院内デイケア。こうやって少しずつですが、みんなと係わることができるようになっていきます。これは1週間くらい。なによい表情をされるようになりました。

私たちの施設では畑でタマネギを作っていて、その販売のために袋詰めをする訳ですが、このスライドはその作業を彼女にしていただいているところです。面会に来た娘さんに「うそじゃないの…」と喜んでいただきました。

しかし、ここがまさに今日のテーマでもあるコロナとの闘いです。今、面会ができないので、どんな様子で改善していくのかを見ていただくことができません。そういった苦しみがあります。

最終的に、この患者さんがよくなっていって、見守られる側から見守る役割に変わっていきました。退院してグループホームに行かれましたが、これはホームで料理を作っている姿です。

◇　◇

グループの母体になります内田病院、老人保健施設、そして、病院の敷地内に認知症のグループホーム、歩けるところに有料老人ホームがあります。特別養護老人ホームもありますが、その向かいには子供と高齢者が一緒に過ごす場所があります。さらには障害のある子供さんの保育園と障害のある子供さんの学童保育、障害者と高齢者が一緒のデイサービス、これらが一つの建物に入った施設、こういう地域共生型施設を創って活動をしています。しかし認知症の方をよくしても、地域で受け入れることができなかったり、居場所がなかったらまた元に戻ってしまいます。

皆さんも生きがいを持っていらっしゃると思うのですが、生きがいがあることが長生き、健康長寿の秘訣です。ですから私たちは、ただリハビリやレクリエーションをするということではなく、日常に合った作業を病院や施設で取り入れています。畑を作って農業の知識のある高校生に教えに来てもらったり、ちょっと気持ちが落ちつかなくなった時には散歩に出てミニトマトを採ったり、そういうことをしていただいています。

これは編み物や書道など、自分が得意だったことをしてもらっているところです。指導者側だった方もいらっしゃるので、軽度認知症の方とか認知症の手前の方には、先生役をしていただきます。

また子供たちとの交流は大事です。これはデイサービスのお年寄りに鉢巻きを縫ってもらいました。認知症があっても高齢であっても、役割があると生きがいになり居場所につながります。

これは足湯ですが、これがあると人が集まってきます。そして世代間交流ができて、どこに住んでいようと障害があろうとなかろうと、みんなが地域の住民になる、私たちはそういった地域を創ろうとしています。

公益社団法人
兵庫県看護協会・会長

成田康子氏

【渡邉】次に成田先生です。兵庫県看護協会の会長をされています。病院の医療職の中では、看護師さんの離職率が一番高いんですね。患者さんと接する機会も看護師さんが一番多い訳ですし、医師と患者、その家族の間に挟まれてストレスもたまると思いますので、何とかして差し上げたいといつも思っています。成田先生、よろしくお願いします。

【成田】コロナの第7波に際して、兵庫県看護協会で県内の医療機関の看護管理者にアンケートを行いました。そのご紹介をしたいと思います。

（スライド開始）

コロナの第7波では、回答した69施設のうち約7割の施設でクラスターが発生しました。医療職が濃厚接触者、陽性者になって出勤ができず、医療現場が回らないというニュースがメディアでも取り上げられましたが、1施設で1～20名、100名以上が出勤できなかったという施設も幾つかありました。

多いところでは約3割の職員が勤務できなくなって、そうしますと1～2病棟を閉鎖しないと現場が回らないような状況が起きていました。このような状況が、救急搬送先が見つからないとか、入院できないという要因の一つだとご理解いただけたらと思います。

今までの看護職は、熱があろうが、しんどかろうが、薬を飲んで勤務をする、TVドラマの「おしん」のような看護師が優秀な看護師と言われていました。今日ご来場の

（5面へつづく）

第32回「国民の健康会議」スケジュール

12：00 ～	開 場 ・ 受 付
1：00 ～	開 会　挨拶：邉見 公雄（全国公私病院連盟・会長）
1：10 ～2：40（90分）	総合司会　行天 良雄（全国公私病院連盟・顧問） 座　長　渡邉古志郎（全国公私病院連盟・特別参与） 出演者（発言順） ① 田中（たなか・ゆきこ） 志子（内田病院・理事長） ② 成田（なりた・やすこ） 康子（兵庫県看護協会・会長） ③ 室井（むろい・のぶゆき） 延之（全国自治体病院協議会･薬剤部会長） ④ 深田（ふかた・ひろつか） 拓司（大阪府歯科医師会・会長） ⑤ 髙本（たかもと・しんいち） 眞一（賛育会病院・院長）
2：40 ～	休 憩 （ 換 気 ）
3：00 ～4：20（80分）	パネルディスカッション 座　長　小熊　豊（全国自治体病院協議会・会長 砂川市立病院・名誉院長） 園田 孝志（全国済生会病院長会・会長 済生会唐津病院・院長） 出演者　上記①②③④⑤の方々
4：20 ～	閉 会　挨拶：中嶋　昭（全国公私病院連盟・副会長）

第32回「国民の

（4面からつづく）

皆さんも、かつてはそのようにがむしゃらに仕事をされていたのではないかと思います。それが体調が悪かったら休んでくださいということになりました。医療施設でも、無理して出勤すると患者さんや医療従事者にうつしてしまう可能性があるので、体調が悪かったら必ず休んでくださいというようになりました。

また、第7波では子供からうつることが非常に多かったので、家族ぐるみで体調管理をしっかり徹底してくださいということと、友達と食事には行かない、飲みには行かない、県外には移動しないということを院長命令として出していました。

救急患者で来られた方には必ずコロナの迅速検査をしています。それから面会制限もしています。面会制限も、初期の頃は様子がわからず制限していたのですが、リモート面会だとかガラス越しの面会を工夫しながらやってきました。

今後は、第7波までの経験を踏まえた第8波への備えなのですが、本当に人の対応で困りましたので、応援体制がとれるような工夫と、できるだけマンパワーを確保するということを今やっています。それから、今までどおり、体調不良の場合は迅速に報告する、無理をしない、させないということを徹底し、基本の感染対応がきちんとできているかを相互にチェックし、とにかく持ち込まない、持ち込ませないことを徹底しています。

◇　◇

コロナで国民の皆様も非常にイライラしたりストレスがたまっていたりすると思うのですが、そのストレスのはけ口が看護職に向けられて、お叱りを受けることもあります。感染防止対策として面会を制限していることに関して「この病院じゃ、いつになったら面会できるんだ！」と怒られることもありました。

「病院なのにクラスターが起こるのって、どういうこと？」みたいなお叱りの電話を受けたりもします。看護職だけではなく医療現場の者たちは、もうギリギリのところで頑張っていますが、そういう言葉を浴びせかけられたりしますと、その一言で心が折れてしまうこともありますので、ぜひご配慮いただきたいという、私たちが行ったアンケートでは、そういう悲痛な回答もありました。

◇　◇

最後に、看護師の離職の話をさせていただきたいと思います。1～3年目、5～10年目と調べてみますと、各年代ともに「いつまで続けられるかわからない」「こんな生活がいつまで続くんだろう」「これからどうなっていくのだろう」ということで、非常に不安に思っていて、離職する看護師が増えています。このような離職を増やさないためにも、国民の皆様のご理解とご協力をお願いしたいと思っています。

公益社団法人 全国自治体病院協議会・薬剤部会長 室井延之氏

【渡邉】 3人目は室井先生です。全国自治体病院協議会の薬剤部会の部会長をされていて、兵庫県病院薬剤師会の会長もされています。それでは室井先生、よろしくお願いします。

【室井】 神戸市立医療センター中央市民病院の薬剤師の室井です。今日は、薬剤師の業務が大きく変化していることを皆さんにお話しさせていただきたいと思います。

（スライド開始）

私たち薬剤師の役割は患者さんに正しく安全に薬を提供することです。

患者さんの入院が決まった時点で、薬剤師は入院前準備センターで薬の管理をします。入院前準備センターというのは、入院で必要な検査や、診察の予約をとったり、より詳しい入院の説明をさせていただく場所で、患者さんが飲んでいる薬を確認し、その薬が手術や入院、治療に影響がないかを事前にチェックします。そして、それを予め病棟の薬剤師、医師、看護師に伝えています。

入院後には、病棟とかICU、救急、全ての場面に常駐し、医薬品の適正使用を推進します。そして、入院中の情報が途切れないように退院、転院先へ情報をつないで、密度の高い医療をサポートしています。

その後に外来へ通院して治療を受ける患者さんに対しては、外来の診察の前に面談して、服薬指導や副作用の確認、必要に応じて処方の提案を行っていきます。取り出された薬はこの払い出し口から出されて、それを薬剤師が確認しています。

私どもの病院では、このようなロボット調剤を活用して、かつて薬剤師が行っていた薬を取りそろえる作業をロボット等に任せて、薬剤師は先ほどのサポート業務や病棟業務等に業務を拡充しています。

◇　◇

次にコロナの話です。神戸市立医療センター中央市民病院は平成2年4月にクラスターが起きましたので、コロナ専用病棟をつくってコロナを封じ込めました。そして薬剤師も感染のフェーズが変化する中で医薬品の供給体制を維持して、重症患者さんへも積極的な処方を提案しています。また転院先を支援したり、自宅で療養したり宿泊で療養されている方への往診、そしてワクチンの予防接種体制への協力など、最適な薬物療法を提供するために取り組んでいます。

コロナの薬に対する薬物療法の考え方ですが、現在、治療する薬は限られています。その多くは「特例承認」と言って、外国で使われている緊急性の高い医薬品を日本での手続を簡略化して早期に使えるようにする、そういう法律上の仕組みの中で使っています。そのために適切な薬剤管理を行って安全に確保できる体制を構築しています。

当院のコロナ専用病棟での薬剤師の業務ですが、新しい薬が出てくるので、それについての情報をしっかり収集して提供していくこと。そして特例承認の新しい薬についてはしっかりと運用を決めて安全に患者さんに届けています。

次はワクチンです。ワクチンが異例のスピードで実用化されていて、全国民にワクチンを接種するという大事業において、薬剤師の役割も大きいものになりました。超低温下で保存すること、それから確実で安全な供給の調整です。神戸市の集団接種では、その接種会場の全てに薬剤師も派遣しました。業務としてはワクチンの希釈、シリンジへの充填、必要な医薬品の管理などに取り組んできました。

最後になりますが、私たち病院薬剤師の役割も、「院内のチーム医療」から「地域における多職種協働マネジメント」に拡大してきました。薬剤師の業務も、数えたり注いだりする調剤、医薬品を中心とした業務から、病院では病棟常駐とか薬剤師外来に、保険薬局では、かかりつけ薬局などの患者さん中心の業務へと変わっています。

医療、介護、予防、住まい、そして生活を包括的に支援する。そして急性期病院、慢性期病院、在宅と患者さんがさまざまな医療で移り変わられる場面で、安心で安全な薬物療法の継続的な実施が求められています。

私たち薬剤師は、多くの職種としっかりとチームを組んで、入院医療やその前と後ろを支えて、地域と病院との薬物療法をつないでいきたいと考えています。

一般社団法人 大阪府歯科医師会・会長 深田拓司氏

【渡邉】 次に深田先生にご登壇いただきます。大阪府歯科医師会の会長に就任されて現在に至っておられます。深田先生、よろしくお願いします。

【深田】 この「国民健康会議」は平成元年から始まったとお聞きしましたが、私たち歯科医にとっても平成元年から始まった「8020運動」、80歳で歯を20本残そうという運動があります。

この運動を始めたころは平均寿命が男性75・91歳、女性が81・77歳でしたが、80歳まで20本の歯を残そう、人生を全うされる時まで、食べる・飲み込む・話すといった皆さんの生きる力を支える歯科として活動してまいりました。

（スライド開始）

コロナ第1波の時に『ニューヨーク・タイムズ』の報道がありました。これが歯科は感染のリスクが高い場所という誤解が生まれた発端です。

アメリカの労働省のデータベースから、感染者と接する頻度、人と人との物理的な距離においてあらゆる職業をグラフ化しています。コロナ前に作成された資料を使って、データの目的を曲解してエビデンスなしの「コロナ罹患リスク」という報道のされ方をしました。

本来の報道とは、まず事実があって、そこからニュースが生まれるはずです。最近はジャーナリストの見方や考え方があって、それを元に事実が組み立てられている部分があります。ニーチェは「事実というものは存在しない。存在するのは解釈だけだ」と言っていますけれども、そういった部分で今のジャーナリストはちょっと違う方向に行っているんじゃないかと考えています。信頼できる情報を手に入れることが今後は大事ということです。

コロナ禍の歯科医療の現場では、日本歯科医師会から「新たな感染症を踏まえた歯科診療ガイドライン」が令和2年と3年に出され、標準の予防策、感染経路別予防策の徹底がなされました。

具体的には7点の特徴的な項目です。まず治療前後のうがい、そしてエアロゾル対策として口腔外バキュームですね。そして、エアタービン・ハンドピース、超音波スケーラ等の発生機器の使用控え。洗浄・消毒・滅菌の強化。ディスポーザブルのさらなる活用。患者さんやスタッフの健康管理。そして密集・密接の回避をするための予約のスケジュール調整をさせていただきました。

日本歯科医師会の調査では、歯科医院を発生源としたクラスター発生はゼロ件で、現在も発生していません。大阪府歯科医師会では府民に人気があり発信力の強い吉村知事のツイートをベースにポスターを作成させていただきました。「歯科のクラスター発生はゼロです。さらなる感染予防に努めます」と府民の皆様方に周知をさせていただきました。

次に、歯科でクラスターは発生していないのはなぜかという部分です。歯科ではエイズ・肝炎等により20年前からマニュアルを作成し、研修の徹底をしていました。またサーズ・マーズでさらなる標準予防策の徹底をしてきた歴史があり、長年にわたり多くのガイドラインを発出し、実技研修もしていました。

そして今、コロナ陽性の疑いのある方は検査し、発熱外来を受診してもらいます。緊急の場合はそこの病院内での口腔外科に対応いただく訳ですが、病院歯科医会と大阪府でしっかりと体制整備をしていただきました。コロナ禍での対応ですので、外部にテントを設置して、動線の分離を心がけました。問題がなければシールドブースという部分をつくり、発熱のみでのお断りはしない。しっかりと問診等をさせていただいてブースの中で歯科治療の対応をしました。

また受付が密にならないように待合外部テントを設置して、モニタリングもさせていただいています。入り口に問診・全身状態のチェックゲートを設置して、問題のない患者さんは通常の受付へ、そして発熱のある患者さんは先ほどの外部テントへ誘導させていただいています。

なお集団接種での歯科医師によるワクチン接種ですが、医師の皆様の適切な関与のもと、国民から理解される歯科医師によるワクチン接種体制を構築しました。大阪府歯科医師会では、大阪府医師会と連携して、eラーニング研修システムと実技実習をしっかりと受けていただいてワクチン接種の対応をしました。平成4年8月現在で39万5082回の接種をしています。

社会福祉法人賛育会
賛育会病院・院長

髙本眞一氏

【渡邉】最後のご講演になります。髙本眞一先生を簡単にご紹介しますと、東京大学医学部胸部外科の教授に就任され、その後、三井記念病院の院長、そして現在おられる賛育会病院の院長を務めておられます。よろしくお願いいたします。

【髙本】よろしくお願いします。スライドを使ってお話します。

（スライド開始）

大まかにコロナの第7波までの感染者の人数をみると、1波2波は本当に少ない。1日に6百44とか1千6百ぐらいで、3波は8千、4波が7千、5波が2万6千、6波が10万、7波が25万人ぐらいですので、6波から7波、特に7波で非常に感染者の数が多くなってきました。

これは重症者の人数です。7波が一番感染者数が多いのですけれども、重症者は少ない。1波の重症者は1日3百ぐらい、2波が2百60、3波が1千ぐらい、4波が1千4百、5波が2千2百、6波が1千5百、7波が3百ぐらいで、6波と7波では、感染者の数と比べると重症者の比率が下がっています。

全体の感染者中の重症者の数がどれぐらいかといいますと、1波が大体10%。2波から5波が4～6%ぐらい。6波7波を見ますと0・1～0・2%ですから重症者が少ないのが特徴です。

私も患者さんを診ましたが、コロナの感染症では肺に一番大きな問題がありました。1波から5波ぐらいまでは重症な場合は肺がすごく悪い状況で、逆に6波7波ではそんなに重症ではない。数が多いのは何か他の病気もあって、特に老人が重症になった訳です。

死亡者の数を見ますと6波7波は多い。日本全体の死亡者が4万5千人ぐらいです。6波の1日の死亡が2百70、7波が3百40ぐらい。1波は27～91、2波は20、3波は百、4波は百10、5波は66という日もあったので、死亡数は6波7波が多い訳です。

◇　◇

賛育会病院でもコロナ患者に対応しました。通常は内科が多いのですけれども、当院は内科だけではなくて、産科、小児科も非常に大事な科です。コロナ陽性の妊婦さんで、赤ちゃんを産む時に賛育会病院に来てもらってお産をしたこともありました。コロナに対応できるような体制を整えて、患者さんも赤ちゃんも大丈夫でしたが、1週間はお互い全く会うことができませんでした。

当院では7階の病棟を全てコロナ対応にしましたので、多い時は30人ぐらいの患者さんがいたことがあります。先ほど病院の中で感染があったという話がありましたけれども、当院の職員がコロナにかかるのは、自宅で子供から感染するケースが多くて、院内で感染することはほとんどありませんでした。普通の人は7階には絶対行かないという感じで非常にシビアに対応していましたので…。あの状況でも大丈夫であったということが、患者中心の医療がいかに大事であるかということを実感しました。

◇　◇

コロナで一番大事な疾患は肺です。当院は肺の専門科ではなかったものですから、重症な場合は近くの都立病院にお願いしました。そういうことですから、実際に患者さんが亡くなるということはなかったのです。

肺のことでは、京都大学病院で1人、コロナ患者の肺移植をしています。夫と息子さんから。普通の移植は脳死の患者さんから受けることが理想的ですが、コロナでも重症の患者の時は、肺移植も選択肢になるのではないかと感じた訳です。

胸部外科学会で話を聞きますと、アメリカでコロナの患者さんに対する肺移植をやったと…。それが340例もやったということを発表していました。全体では肺移植は3千4百例ですから、大体10分の1になるのですが、コロナの患者さんに肺移植をして助かっている訳です。

重症の場合には、その人たちを優先してくれるということですから、アメリカの体制はすごいと思いました。日本では、普通に移植する場合でも3～4年ぐらいかかるようですので、まだまだ遅れていると思います。

日本ではなかなか脳死、その後の移植に賛成する人が多くないと言われています。しかし我々が死んだ後にどうなるかというと火葬になりますでしょう。高熱で体全部が焼かれる訳ですね。死んでも、人間の体の中には生きている細胞がある訳ですから、それが焼かれるというのが本当にいいことなのかと…。

まとめとしては、コロナ疾患に関して、患者中心の医療をして、患者とともに生きる精神で頑張ることが大事だと言うこと。コロナは肺疾患が重大で、若い人でも多くはないが重症の肺疾患となることがあるということと。その人には肺移植が十分できるように日本全体で考慮すべきと考えられるということです。

第32回「国民の健康会議」第2部
パネルディスカッション

【小熊】それではパネルディスカッションを始めさせていただきます。まずは5人の演者の方に、発表の中で言い足りなかったことや補足をご発言いただき、その後にディスカッションしたいと思います。前半は私が司会をさせていただいて、後半は園田先生にお願いしたいと思います。

それでは、まず田中先生からお伺いしたいと思います。コロナが非常な重荷になったと思いますけれども、その問題点と今後に向けての解決方法というか、お考えがあればお聞きしたいと思います。

【田中】少しコロナのことをしっかりとお話したいと思います。私たちのグループには、特養、老健、グループホームといった施設が多数あります。第1波の時に死亡率が高かったことから、高齢者の方に感染を起こした時には恐らく施設の中で大クラスターを起こして、どうにもならないだろうと思っていました。

私たちのグループでは認知症の方が多いので、普段からも認知症の方のケアは非常に難しいと言われていますが、コロナにかかったからといって、いきなり急性期病院に転院のお願いをすることになっても、転院先でも混乱すると思いました。受ける側もどう対応していいかわからないだろうし、当人も普段と違う場所で、宇宙服みたいな格好をした人たちにケアをされるということが理解できないだろうし…。

私が考えたことは、もしグループ内にコロナの患者さんが発生したとしても、自分たちのところで解決しようと決めました。今でこそ病院に入院しないで施設内でコロナの治療を受けるということになりましたけれども、その頃は全例入院という状況でした。認知症の方は部屋を歩き回っちゃうし、そうかといって身体拘束をしたら二度と歩けなくなるほど衰えてしまうということで、職員にも、地域の医師会の先生方にも、患者さんのご家族にも、もしコロナに感染してもここからは移れないということを最初に宣言しました。

そのためには、とにかくかからない、持ち込まない、うつさないということで、職員が本当に徹底して感染管理をしてくれました。おかげさまで第7波までクラスターを起こすことなく過ごすことができましたが、そこで大変だと思ったのは職員のメンタルですね。介護施設の職員が、もし自分が持ち込んだらどうしようというような、すごく萎縮して生活をする、しかもそれが長くなるということで、宣言した私が負い目に感じるような思いでした。

もう一つ痛切に感じたことはコミュニケーションです。認知症の方や高齢者の方、障害のある子供たちとのコミュニケーションでは、私たちのグループは笑顔を大事にしてきました。難聴の方も多いので口の形をしっかりと見せてコミュニケーションをとってきたので、マスクの弊害が非常に大きかった訳です。そして距離ですよね。スキンシップ、ハグをするようなケアをしてきましたので、そういったことができない大変さに気づかされました。

園田氏　小熊氏

もう一つは、面会ができないことですね。ご家族が面会できないことでは、オンライン面会を緊急事態宣言の前から導入しました。しかし雰囲気がわからなかったり、すごく頑張っていいケアをしていてもご家族に伝わらないので「何で転んじゃったんだ！」みたいな話になってしまって、一生懸命やっていたのですが、どうしても伝え切れないということがありました。

【小熊】田中先生方のようなところでもそのような状況ですので、医師や看護職のいない施設でクラスターが発生するのは当然ですよね。我々も国に対して、きちんと医療者が関われるようにして欲しいと要望していますが、あまりうまくいっていません。

逆に田中先生のところでコロナを発症した患者さんを引き受けなければならないようなケースはありますか。

【田中】第7波がはじまった時に群馬県からの要請もあってコロナ病棟をつくっています。地域の人口が少ないということもあって10人ぐらいなのですけれども、高齢者を中心に入院治療をしています。

【小熊】会場の皆様は、病院なのに院内でクラスターが発生するとは何事だと思うかもしれませんけれども、これを防ぐことは大変なことなんです。田中先生のところは非常にうまくやられていると思います。

精神科が同じような問題を抱えていまして、精神科の患者さんは説明してもわからないんですよね…。なぜマスクをつけなきゃいけないの、なぜあの人と話しちゃいけないの、なぜ行動制限されなきゃいけないの…、という感じです。

次に、成田先生にお伺いします。県内の病院の約7割でクラスターが起きたということですが、病院だからそれこそ感染の知識も技術も道具もあるだろうと…。それでもなぜ起きるんだと思われるかもしれませんが、常に患者さんと密着されているということと、最近は家庭内感染が非常に問題です。お子さんが感染すると看護職員が病院に出てくることができなくなります。その結果、病棟を閉鎖したり診療をストップしなきゃいけない。少ない人数で対応しなければならない。これが今後のコロナに対しては足かせになるだろうと思いますが、いかがですか。

【成田】第7波に関しましては、院内というよりも家庭内感染ですね。看護師は小さな子供を抱えている者が多いので、その保育園や小学校で子供が感染して、濃厚接触者となって出勤できないというケースがたくさんありました。

感染症認定看護師が言っていたのですが、その人の子供が感染しても、その看護師は感染しませんでした。どうしていたのかと聞きますと、やっぱり換気だそうで、自宅で陽性者が出たら、家の中の空気がどう流れているのかということをよく考えて、ご自身が風下に行かないようにと…。そういう注意をしていたと教えてくれました。

それから、やはり面会ができないことが問題です。コロナで入院した場合では、ご家族が2～3週間後に病院に来られた時に、思っていたような形で回復していないんですよね。そもそも病院に入院するということは重症の方ですので、呼吸器をつけたりしていて、特に高齢の方だと筋力も落ちますので…。「歩いて入院したのに、退院する時に歩けないとは、どういうことだ！」とお叱りを受けます。

面会ができている時は、そのたびに看護師が「今こんな状況なんですよ」とか、「今日はこんなことでした」とか、少しずつ患者さんの状況を伝えていましたので、ご家族もその経過の中でご理解していただけていましたけれども、それができないということが、面会ができないことの弊害かと思っています。

離職率のこともお話しさせていただきましたが、感染の波が来るたびに、もうこれで終わるのではないかと思って医療従事者は頑張っているのですけれども、またすぐ次の波が来るという状況では先が見えないんです。この闘いを私たちはいつまで続ければいいのだろうかと思いながら日々対応しています。

【小熊】ありがとうございます。会場の皆さんは、プロフェッショナルなのに何で対応できないんだという医療へのご不満がきっとおありになると思います。しかし医療者は、メンタル的にも肉体的にも頑張ってやっていると…。それが負担になって心が痛んだり、病気を発症したりする人も出ています。

（7面へつづく）

（6面からつづく）

少し専門的なことを言いますと、感染症専門職という人達がいる訳ですけれども非常に数が少ないんですね。医師、看護師、薬剤師にしてもそうですが、今後、そういう感染症対応ができる専門家をどうやって養成していって地域の医療体制を構築していくかが問われています。国はこれからやると言っていますけれども、果たしてどこまでのものになるかはわかりません。

次に、室井先生にお聞きします。国民の皆さんからは、薬剤師というと薬の調合だけをしていると思われている方が多いかもしれません。しかし今の薬剤師さんは、大変な数と量の専門の薬がありまして、それの管理をすること。それから、患者さんへどういう投与の仕方をするかとか、地域でどうやって対応するかとか、そういうことを考える業務がますます増えています。

また医薬分業で街には調剤薬局がたくさんできているのですが、病院に勤務する薬剤師は大変不足しています。それが今、国会でも議論になって検討が進んでいます。

それから今のところコロナに対しては残念ながら特効薬がありませんね。重症化を予防する薬はあって、早期に投与したいけれども、特定の医療機関でないと使えないという問題もあると思いますが、どうですか。

【室井】まずコロナの治療薬というのが今9種類あります。日本の薬というのは、何年もかけて審査をして、やっと使えるようになる訳です。外国で安全性が確認されていても、それをまた日本で臨床研究して治験を行ってというシステムがありました。

ただコロナになりました時に、そういうことを言ってもいられなくなって、治療薬がない、どうしようかとなりまして、その制度を変えて、海外でしっかりした臨床研究がしてあれば、その有効性を確認して、日本でも認めようということになりました。

この場合、そういう特別な薬は国が管理しているものですから、どういう患者さんに使いますよということをその都度、都道府県から国に報告して使わせていただくことになっています。そこで私たち薬剤師がすべきことは、しっかりと管理体制を構築して、その薬を使えるようにするということになります。

注射薬も限られてくる訳ですけれども、コロナ禍の第7波の中でやってきましたことは、しっかりとコロナの内服薬が使えるような体制をつくるということでした。行政と薬局と病院薬剤師会で協議をしまして、ラゲブリオとかパキロビッドという内服薬を使えるようになりました。

それもやはり早期、5日以内に使わないとダメということです。患者さんが来院された時にもう既に2～3日経っていることもありますので、それを診察して早期に届けられる体制、病院から届ける、薬局から届けていただく、そういう体制を構築してきたところです。

今後私どもがやっていくべきこととしては、やはり大きな病院だけじゃなくて、地域の病院や診療所、薬局、行政との連携体制が大切になってきます。特にコロナの患者さんの場合は入院だけでは終わりません。重症の患者さんは入院中に生活機能が低下したり、そして呼吸器が悪くなると呼吸器のリハビリをするということになります。そうしますと、かかりつけ病院から来た患者さんが、元のかかりつけ病院に帰れないので、リハビリをする病院とか重症の治療をする病院とかに移ることになります。そういう時には、私たちが薬の情報をしっかりと病院に伝えていく、それが薬剤師の使命です。

それにはデジタル化です。医療の中にもコロナの影響で、いい影響だったのかはわからないのですけれども、一気にデジタル化を進めているんですね。オンライン診療とか、オンライン服薬指導、オンライン処方箋などがそうです。

国が進めているデータヘルス改革というのは、皆さんの薬の情報をしっかりと電子化していろんな地域、場面、施設で確認できる、共有して安全を確保するということなのですけれども、その一つとして電子処方箋が今いろいろなところでニュースになっています。電子処方箋がこれから進んでいって、病院に紙を持っていくんじゃなくて、マイナンバーカードとかを持っていくことで処方箋がもらえるようになります。

ですから薬局と病院の連携のあり方もこれからはどんどん変わっていくと思うんですね。私たちはその変化に対応して、薬局と病院、他の病院との双方向の情報共有ができるプラットフォームの整備に今注力しているところです。

【小熊】ありがとうございます。医療のデジタル化の話についても触れていただきました。これについては、マイナンバーカードも皆様方でどうされるかをお考えいただきたいと思います。医療を提供する側としては、それを活用する方向性はもう決まっていまして、それは室井先生のおっしゃったように、いろんな情報をそこから活用したい

ということと、処方に使いたいということがベースにあるからです。

さて、コロナに関して言うと、これ、今後も続きますよね。毎月少しずつ患者さんが発生して、冬になったらバッと増えると…、そういう状況がしばらくは続くんじゃないかと思うのですけれども、いかがですか。

【室井】その辺のところはむしろ先生方にお聞きしたいところで、私の立場では予想することは出来ませんが、最初の頃に比べて重症化率が低いというのは、コロナの正体がわかってきたからということもあると思うんです。薬にしても、最初はどの薬が効くかなとかいって調べていた訳ですけれども、しっかりとターゲットを絞って、抗ウイルス薬ですとか中和抗体薬とか、コロナのスパイクタンパクの部分にくっつくようにした薬が出てきました。

その一方でコロナは変異して変わっていきますから、それに合わせて薬をしっかりとつくっていただく。そうすると、また波が来るとしても私たちにも武器が幾つかできてくると思います。特効薬がないとしても重症化を防ぐこともできているので、いかに上手に使っていくかということが、患者さんと一緒に私たちが考えていくべきことかと思っています。

【小熊】どうもありがとうございました。

それでは後半の司会を園田先生にお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

【園田】それではパネルディスカッションの後半に入りたいと思います。4番目の演者として、歯科医の代表として深田先生にお話いただいたのですけれども、いま日本に歯科診療所はどのくらいあるのでしょうか。

【深田】日本歯科医師会の会員が約6万5千人ぐらいいて、日本歯科医師会の会員じゃない先生もいますので、約6万7千ぐらいだと思いますけれども…。

【園田】そんなにたくさんの歯科医院があってクラスターが全然出ていないというのには、私もびっくりしたのですけれども、元々そういうクラスターが出ない状態なのか、それともすごく努力をされたのか、どっちなんでしょう。

【深田】しっかりと感染対策をしないといけないという部分で、ベースとしての背景はありましたので、それをずっと努めてきたことと、このコロナで更にそれを精密化したというのが現状かと思います。

そのためにクラスターが出ていないという部分と、患者さんの密を避けるという部分での予約の調整ですね。例えば30分に1人だった予約を1時間に1人にするとか、そういった部分の対応をさせていただきました。それからしっかりと換気をするという部分で対応してきました。

【園田】邉見会長がよく言われるのは、パチンコ屋さんでは1件もクラスターが発生していないんだと…。それと一緒にしてはいけないかもしれませんが、歯科でもクラスターが起こっていない。歯科診療では、そういう意味で心配ないんだということが歯科医の先生方の中では常識になっているのですけれども、まだまだ一般の人は知らないですよね。何かその辺のアピールでの対策はございますか。

【深田】各都道府県の歯科医師会で、あらゆる場面でそういったことをお伝えしています。先ほどのミルクボーイさんの動画みたいなものを作ったりもしています。周知されてないということは真摯に受けとめまして、今後いろいろな展開をさせていただきたいと思っています。

【園田】それから、大阪府は全国に先駆けて夜間緊急歯科診療所をつくられたとお伺いしました。それは歯科医師会でつくられているということだろうと思いますが、しかもそこでコロナの対応もされているということで、すごく進んでやられていると思いましたのですけれども、それは歯科医師会がすごく皆さんの仲がよくて、一気に決まっていったのですか。

【深田】大阪の特徴といいますか、ありがたいことに皆さん一致団結していただけるという、府民の健康をお支えするために、今もう全会員で回しています。

そして大阪のありがたいところは病院歯科が多いという部分でして、病院歯科の先生方にもフォローアップに入っていただいています。もう一つありがたいことは、私立大学と国立大学の両方があることです。ここの口腔外科の先生方にも出向していただいて、必ず毎日1人の口腔外科医がいます。あとの部分は歯科医師会の会員でしっかりと体制整備をさせていただいています。また公衆衛生歯科医とも密な連携をさせていただいておりますので、この方々にご協力をいただけているということ、そういう環境が整っているという部分と、会員のパッションが熱い、熱意で何とか支えています。

【園田】ありがとうございました。最後になりましたが、高本先生にお伺いしますけれども、先ほどコロナの第1波から7波までの状況、最後は移植のことまで幅広く触れていただいたのですけれども、再度強調したいこと、あるいは追加したいことがおありでしたら、ぜひお聞かせいただければと思います。

【高本】患者中心の医療というのが基本的には理念なのですけれども、一般的にそれは普通には考えているけれども、本質的にそこまで考えていない人が結構いるんです。医療の中で患者は大事だと考えてはいても、何かあったら自分中心主義になるという人が結構います。医療事故が起きた時に本当のことを言わなかったりするのは問題外ですが、患者中心の医療という単にその言葉だけではなく、患者とともに生きようと、それが本質にあれば自然と患者中心の医療になると思うんですね。

しかし、我々医療人がパーフェクトに全部できるかと言うと、そうではない訳です。できるだけその患者さんを助けようということが大事だし、もしそれで患者さんが亡くなっても、常にそうしていれば我々の立場を理解してくれると思うんです。私は、そういうことが医療人としての本質だと思っています。

【園田】高本先生は、東京大学の心臓外科・呼吸器外科の教授までされた最高学府中の最高を極めた先生ですから、その先生自ら医者はパーフェクトじゃないとおっしゃっていただけると、私どもはある意味安心もします。しかし、それを医師一人一人が言葉に出して、患者さんの前では言えないところもあって、そこでいろんなねじれが生じるような気もいたします。

特にこのコロナに関しては、全ての医者が全てをわかっている訳でもありません。ものすごく専門の医師もいれば、そうではない医師もいるので、その辺を素直に表現しながら患者さんとともにいい結果を求めていきたいと、高本先生のお話を聞いて非常に勇気をいただきました。

【小熊】ちょっと高本先生に肺移植の件について質問をしていいでしょうか。アメリカでは3千4百例実施して、コロナの患者がそのうち３４０例だったというデータを先ほどお示しいただいたのですが、日本の場合は、肺の移植を受けなきゃいけないような重症者が高齢者であって、なおかつ基礎疾患を有している人がすごく多いと思うんですよね。

ですから、アメリカの事情はわからないのですけれども、そういう人が肺移植をして、健常な人から肺をもらったとして、移植して10年生存率が62%でしたかね。肺移植がコロナの治療方法としてあるというのは今まで知らなくてびっくりしたのですけれども、そこまで成績が上がるのでしょうか。

【高本】高齢の重症者の移植の対応はなかなか難しいと思いますが、例えば20～30歳代、40歳代でもそうですが、コロナで非常に状態が悪くなった人、そういう人には移植が有効だと思うんです。肺以外のところに問題がある場合は無理ですけれども、肺だけが問題だという人が結構いると思うのですが、そういう若い人には移植は適応だと思っています。アメリカでも何万人も移植の患者さ

（8面へつづく）

今月の一冊

今月は2冊

皆様明けましておめでとうございます。年初めは越年組の2冊から始めます。

まず今年の第1冊目は「ちょっと気になる医療と介護　増補版」です。著者は私が最も信頼する社会保障の論客、権丈善一氏です。社会保障という国の財政の一番大きな部分を国民があまり理解していないとい危機感から、以前に第1巻を出されたその増補版です。医療・介護・年金という高齢化社会で益々増える財源調達を解りやすく解説、税より保険財源というこの国のポピュリズム的傾向、少子化に対することも保険の提言。プロフェッショナルフリーダムには、それに伴う責任があるとの主張。国民就労者の7割を占めるサービス産業、特に医療・介護などの生産性をどの様に測り評価するかなど、小生が考えてきたことが多く、いつも共感する記述が多い。

健保組合を都道府県単位の協会けんぽに統合するという大胆な考えも。小規模多機能型居住介護が託老所から発展したという説明など大変判りやすい解説が多く、また文章も口語調で講演を直接聴いているようでスラスラ読み進むことができる。ガルブレイスの依存効果と社会的アンバランスは広告・宣伝により需要が産まれるということでよく理解できた。医師誘発需要もこれだ。個人の富と公共の劣悪さは米国の分断社会を想起させる。社会保障目的税として消費税を考えれば、その逆進性は否定でき、格差は縮みジニ係数は下がると。

医師の養成の地域枠は大都市の進学校による遠征で空洞化、地元枠にしないとの意見にも同感。偏差値上位が皆医学部では科学技術立国は国難との意見も共有。過去の社会保障制度の歴史、特に介護保険の導入過程から、地域医療連携法人による御当地医療の推進など、最近の制度改革まで幅広く取り上げでほぼその全容を網羅している。また社会的共通資本という社会保障の理念と組合主義の理念の衝突なども詳細に記されている。

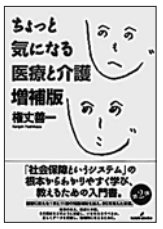
ＱＯＬとＱＯＤの話や小選挙区制と内閣人事局の官僚人事の弊害なども読者には興味深いと思われるもの多く掲載され、図・表・グラフなどが多く、知識補給という解説も巻末に１２０頁もあり、著者の心配りがありがたい。外国と比べて公務員の削減しすぎ、官制ワーキングプアも最近の震が関の能力低下を実感している者として、そろそろ見直さないと大変な事態にと共鳴している。三流国家からの脱却は御用学者に任せておけないという著者の気迫も感じられる。ガス抜きに終わらせてはいけないと読者諸兄姉に語りかけているようである。"社会保障は灌漑のようなものである」との比喩が心に残った1冊である。

2冊目は、井戸敏三前県知事より3年ぶりの赤穂義士祭の折りに、知事時代は12月議会で来てくれなくて初の見物に来られた時に頂いた「兵庫県政　一歩いっぽ　二十年」である。先々代の貝原俊民氏の回想録「惜福」も読んでいるので比べながら読んだ。5期20年だが、各期4年ごとに選挙の洗礼、毎期、毎日一歩ずつやって来たので全く長いと感じていないとの書き出し。阪神淡路大震災からの創造的復興の第1期、関西広域連合や水害対策、少子化対策、心のケア、救急医療、ユニバーサル社会、のじぎく国体や博物館、芸術文化センターなど足許の街づくりの2期目、3期4期は、ものづくり大学校、農業、林業、漁業、商店街再生や未来志向の産学創生など、産学や観光にも目配り、更に国際化や交流人はUP、日本初の国立公園瀬戸内国立公園やコウノトリや六甲山復活など、環境政策にも軸足をおきました。

そんななか、コロナパンデミックに振り回され退官パーティーもないまま退任された。親しい仲間で夏にひそかに催されたパーティーでも署名して頂きこの本を購入したが、今回、落款入りを頂いた。年齢も小生が少しだけ上、副知事時代からの親交なので人生百年時代、あと二十年交友したいと勝手に一人合点している。小生にお申し付け下されば手に入れて郵送させて頂く所存である。（署名もあるかも?）

皆様今年がハッピーな1年になりますように!

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）



『ちょっと気になる医療と介護　増補版』
権丈善一／著
勁草書房／刊

『兵庫県政　一歩いっぽ　二十年』
井戸敏三／著
兵庫ジャーナル社／刊

第18回「ＤＰＣセミナー」開催のお知らせ

全国公私病院連盟では、第18回「ＤＰＣセミナー」を開催します。どうぞご参加ください。

1．日　時：令和5年 2 月 3 日（金）　10:30～16:10
2．会　場：CIVI 研修センター日本橋（東京都中央区）
3．参加費：会員病院（１名につき）　14,000 円（税込）
　　：会 員 外（１名につき）　16,000 円（税込）
4．テーマ・講師：

ＤＰＣデータを活用した機動的病院運営	講師　**大 西 祥 男**　先生（加古川中央市民病院 院長）
ＤＰＣデータによる病院マネジメントを考える	講師　**柏 倉 夏 枝**　先生（山形市立病院済生館　医療情報管理室）
地域密着型中小病院でのＤＰＣへの取り組み	講師　**阪 本 研 一**　先生（美濃市立美濃病院 院長）
地域医療を活性化するために	講師　**竹 田　寛**　先生（桑名市総合医療センター 理事長）

◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細については、全国公私病院連盟のホームページをご覧ください。

（7面からつづく）

んはいる訳で、そのうち３４０人というのは数としては非常に少ないです。しかし、日本と比べると圧倒的に多い訳ですね。現役の本当に若い人、20～30歳代の人で亡くなっている人もいますので、そういう人を助けないといけないんじゃないかと思っている訳です。

火葬で体の全部が焼かれるというよりは、生きた臓器というのもあるのですから…。それよりは、それがなかったら死んでしまうような人に移植して、その人が10年生きられるというのであれば、その人の個人の人生だけじゃなくて、社会的にもいろいろ活躍してくれる訳ですから、私は大きなプラスになるんじゃないかと思うんです。

【園田】ありがとうございました。コロナから始まったお話が移植まで広がってきた訳ですけれども、今日は医、歯、薬、看、介、と五つの分野の方々からお話を伺って、コロナだけじゃない、いろんな分野のことまでも考えることができよい機会になったんじゃないかなと思います。

最後に小熊先生にまとめていただけますか。

【小熊】コロナウイルスが賢くて、生き残るためにすぐ変異しちゃうんですね。そのために感染者はたくさん出るけれども重症者は出ないとか…。しかし今後は、感染力が強いし重症化率も高いというような、これからいろんなタイプが引き続き出てくる可能性もあります。本日ご参集いただきました皆様には、ぜひ感染症というものに対する基本的なことを理解していただいて、できるだけ感染しない方法、発症予防にお努めいただければと思っています。

ご出演の先生方、貴重なお話をどうもありがとうございました。これをもってパネルディスカッションを終了したいと思います。

【事務局】パネラーの先生方、司会の小熊先生、園田先生、ありがとうございました。以上で第2部のパネルディスカッションを終わらせていただきます。

最後に閉会挨拶を本連盟の副会長、中嶋昭より申し上げます。

【中嶋】長時間、この「国民の健康会議」にご参加いただきありがとうございました。この会もコロナパンデミックのために3年ぶりの開催となりました。思い起こせば令和2年の初頭からコロナ感染症が発生しまして、当初、そのあまりにも強力な感染力、伝播力、重症化率、致死率の高さにみんな萎縮してしまった訳です。治療薬もワクチンもなく、マスクや消毒薬すら不足するという状況の中で、ただ唯一の感染予防は人との交流を絶つということだけの時期がありました。そのために市中から人の姿が消えてしまって、学校も閉鎖になりました。

そういう状況の中でも、医療、看護、介護というものは断る訳にはいきませんから、髪を振り乱しながら対応してきました。3年たった現在、今やっとと言いますか、何とか落ちついて対応をすることができるようになったところではないかと思います。

この間のコロナとの闘い、対峙の中で、医療・看護・介護などの多くの問題に対して、今後への備えを少しは自信を持って構築することができるようになってきたのではないかと、本日の各講師のリアルな報告を聞いて思った次第です。

そして、円安だの物価高だのと言ってすっかり弱ってしまった日本ではありますけれども、どうか激励をして元気な姿を取り戻すように頑張っていきたい、励ましていただきたいと考える次第であります。

これで全国公私病院連盟の「国民の健康会議」を終わらせていただきます。来年もまたお元気で、この会でお会いできるように願っています。本日はどうもありがとうございました。

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
・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

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 導入・普及で加算措置

初診・調剤時引き上げ 再診時にも加算

―医薬品の安定供給では特例措置―

昨年の12月23日の中医協の「総会」で、オンライン資格確認の導入と普及に関する加算の特例措置が答申された。初再診時や調剤時にマイナンバーカードの利用をしない場合の点数の引き上げと新設を行う。なお、医薬品の安定供給問題を踏まえ、特例措置も行われることとなった。

本田顕子・厚生労働大臣政務官（左）に答申書を手交する小塩隆士・中央社会保険医療協議会会長（右）

今回の特例措置では、医療ＤＸの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、初診時・調剤時の評価を見直すとともに、再診時についても新たに評価を行う特例措置を講ずる。特例措置は令和５年４月から12月までの９か月間。

「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の概要は以下の通り。

（1）初診時・調剤時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例

▽初診料（医科・歯科）

「医療情報・システム基盤整備体制充実加算１」（マイナンバーカードの利用なし）４点→６点

▽調剤管理料（調剤）

「医療情報・システム基盤整備体制充実加算１」（マイナンバーカードの利用なし）３点（６月に１回）→４点

（2）再診時の加算の特例

施設基準を満たす保険医療機関に対し、再診を行った場合における評価を設ける

▽再診料

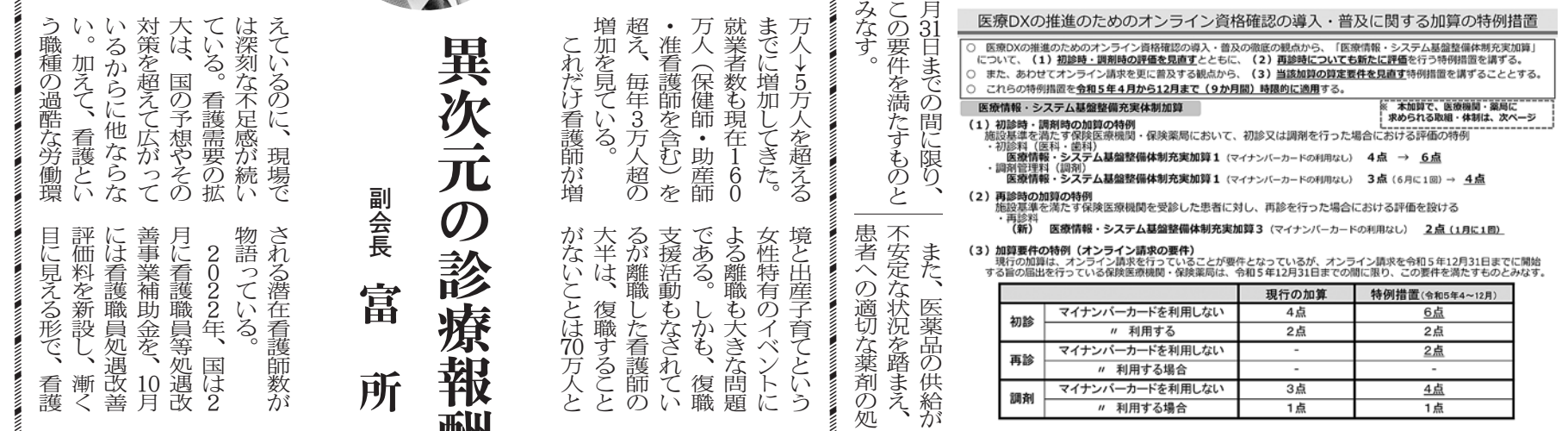
（新）「医療情報・システム基盤整備体制充実加算３」（マイナンバーカードの利用なし）２点（１月に１回）

（3）加算要件の特例（オンライン請求の要件）

現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和５年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和５年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。

また、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずることも決まった。

なお、現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和５年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和５年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。



医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置

○ 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、（1）初診時・調剤時の評価を見直すとともに、（2）再診時についても新たに評価を行う特例措置を講ずる。
○ また、あわせてオンライン請求を更に普及する観点から、（3）当該加算の算定要件を見直す特例措置を講ずることとする。
○ これらの特例措置を令和５年４月から12月まで（９か月間）時限的に適用する。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算　※ 本加算で、医療機関・薬局に求められる取組・体制は、次ページ

（1）初診時・調剤時の加算の特例
施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例
・初診料（医科・歯科）
医療情報・システム基盤整備体制充実加算１（マイナンバーカードの利用なし）　４点 → ６点
・調剤管理料（調剤）
医療情報・システム基盤整備体制充実加算１（マイナンバーカードの利用なし）　３点（６月に１回）→ ４点

（2）再診時の加算の特例
施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対し、再診を行った場合における評価を設ける
・再診料
（新）　医療情報・システム基盤整備体制充実加算３（マイナンバーカードの利用なし）　２点（１月に１回）

（3）加算要件の特例（オンライン請求の要件）
現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和５年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和５年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。

		現行の加算	特例措置（令和5年4～12月）
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	6点
	〃 利用する	2点	2点
再診	マイナンバーカードを利用しない	-	2点
	〃 利用する場合	-	-
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	4点
	〃 利用する場合	1点	1点

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置（全体像）

○ 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずる。
○ この特例措置は、令和５年４月から12月まで（９か月間）時限的に適用する。

特例措置の全体像

	現行の加算	特例措置
診療報酬	処方箋料の関係 一般名処方加算１　７点 一般名処方加算２　５点	＋２点
	入院基本料等の関係（※入院初日） 後発医薬品使用体制加算１（90%以上）　47点 後発医薬品使用体制加算２（85%以上）　42点 後発医薬品使用体制加算３（75%以上）　37点	＋２０点
	処方料の関係 外来後発医薬品使用体制加算１（90%以上）　５点 外来後発医薬品使用体制加算２（85%以上）　４点 外来後発医薬品使用体制加算３（75%以上）　２点	＋２点
調剤報酬	調剤基本料の関係（特別調剤基本料を算定している場合は80/100に相当する点数） 地域支援体制加算１　39点 地域支援体制加算２　47点 地域支援体制加算３　17点 地域支援体制加算４　39点	＋１点　又は　＋３点

※特例措置は、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、適切な提供に資する取組を実施した場合が対象（要件を追加）。

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

異次元の診療報酬改定

副会長　富所　隆

50床をコロナ対応に確保している中、新しい年が明けて、稼働病床をさらに50床減らし、平常時500の病床を400床として、診療を縮小しながら運用することになった。原因は看護職員の不足からである。

少子高齢化という言葉で表されている働く世代の減少、さらに医療技術の高度化から、医療従事者の不足が深刻になってきている。このことに国も早くから危機感を抱き、1992年に「看護師等の人材確保の促進に関する法律」を制定、今後の高齢社会における保健医療を担う看護師等の確保を図り、国民に良質かつ適切な医療の提供を図ることとした。さらに、2014年には地域医療介護総合確保基金を創設し、医療従事者の確保の後押しを行ってきた。

こうした動きから、看護師養成校は増え、高校卒業者の養成校への入学率は3%→3・7%に、看護師国家試験の合格者数は4万人→5万人を超えるまでに増加してきた。就業者数も現在160万人（保健師・助産師・准看護師を含む）を超え、毎年3万人超の増加を見ている。

これだけ看護師が増えているのに、現場では深刻な不足感が続いている。看護需要の拡大は、国の予想やその対策を超えて広がっているからに他ならない。加えて、看護という職種の過酷な労働環境と出産子育てという女性特有のイベントによる離職も大きな問題である。しかも、復職支援活動もなされているが離職した看護師の大半は、復職することがないことは70万人とされる潜在看護師数が物語っている。

2022年、国は2月に看護職員等処遇改善事業補助金を、10月には看護職員処遇改善評価料を新設し、漸く目に見える形で、看護職員の処遇改善を打ち出してきた。

もちろん、職員の処遇や働き方の改善は、雇用者自らの努力によるところが大きいし、この責任を行政側にすべて押し付ける気持ちは全くない。ただ、今まで病院は診療報酬体系の中で、少しでも経営状況を向上させ、職員の処遇を改善するために、多くの加算を取得する努力をしてきた。加算を取得することは、十分な職員が補強できなければWLBと逆行するばかりである。

もういいかげん目の前にニンジンをぶら下げるような制度はやめてくれないだろうか。今まで思いっきり走らされている日本の医療機関に、天災のようなパンデミックに立ち向かう力など残っているはずがないのだから。

〝物価上昇を上回る賃上げ〟のために〝異次元の診療報酬改定〟を望むばかりである。

（JA新潟厚生連・長岡中央綜合病院名誉院長）

◇　◇

いろ鉛筆

年間出生数が遂に80万人割れにと発表された。コロナの影響もあり、ここ数年は雪崩の如き少子化の進展である。年頭に首相は「異次元の少子化対策」に挑戦すると述べた。遅きに失する。過去に出生率1・8を目標とする話もあった。政府の不作為を振り返れば、また掛け声に終わるのではと心配になる。国難の観点からすれば、子ども予算は防衛費に劣らず優先度が高いのでは。今から妥当な対策を施しても事態の好転は難しいが、将来社会の衰退を座して待つわけにもいかない▼児童手当や出産一時金の増額など全く無策だったとも言えないが、付け焼刃感が否めない。現金支給も大事だが、現物給付に重点を置いてはどうか。小児医療費負担は軽減されてきたが、まだまだ教育費を含め子育て負担が重い。さらに未婚率の上昇も深刻で、子育て環境の改善だけでは解決できない。結婚する方が生活が楽になる、結婚して子作りをしても負担が大きくならない、と若い人が感じられる、税制を含めた大胆な施策が必要であろう▼この国は、子どもや子育てに優しくないと日々感じるところがある。こども家庭庁が発足するが、こうした国民の意識を変えることも課題であろう。（S・S）

第8次医療計画　意見のまとめ

昨年12月28日、厚生労働省の「第8次医療計画等に関する検討会」は、これまでの議論を踏まえ、第8次医療計画の「医療計画作成指針」および「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行った結果を公表した。「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」の概要は以下のとおり。

Ⅰ. 医療計画全体に関する事項

1. 医療計画の作成について

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するため、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、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。

一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進んでおり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワー確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、2040年を見据えた人口構造の変化への対応を図ることが必要である。さらに、質の高い医療の提供や効率化を図る観点から、情報通信技術の活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことが求められている。

令和6年度から始まる第8次医療計画を作成する際には、これらの課題を踏まえ、地域の実情に応じて、関係者の意見を十分に踏まえた上で行うこととする。

2. 医療提供体制について

(医療連携体制に関する事項)

令和3年の医療法改正により、第8次医療計画から医療計画の記載事項として、新興感染症への対応に関する事項が追加される。

したがって、医療連携体制に関する事項は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病、救急、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療及び新興感染症発生・まん延時における医療の6事業並びに在宅医療を、医療計画に定めることとする。

また、地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールが有用であると考えられるため、第8次医療計画において、都道府県がロジックモデル等のツールを活用できるよう指針で示すほか必要な取組を行うこととする。

なお、慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病については、医療計画に記載すべき5疾病に加えることとはしないものの、現状を把握した上で、その対策については健康増進施策等関連施策と調和をとりながら講じることが必要である。

(外来医療に係る医療提供体制の確保)

平成30年医療法改正により、医療計画の記載事項として「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」が追加された。第8次医療計画における外来医療計画の策定に当たり、「Ⅲ外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドライン」の内容を踏まえ、見直しを行う。

なお、「外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドライン」において、地域で十分に発揮することが期待されている「かかりつけ医機能」については、現在、その機能が発揮されるための具体的な方策について検討が進められており、今後、それらの検討を踏まえ、必要に応じて同ガイドラインにおける取扱いについて検討を行う。

(地域医療支援病院の整備)

令和3年の省令改正により、都道府県知事が地域の実情に応じて、地域医療支援病院の責務を追加できるようになったことを踏まえ、医療計画の策定及び見直しの際には必要に応じて責務の見直しを検討する。また、今後感染症法等の改正により、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供が義務づけられることを踏まえ、地域医療支援病院の整備の目標を定める際には、医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。また、紹介受診重点医療機関との関係について わかりやすく説明することが求められるほか、今後の外来機能報告等の状況も踏まえ地域医療支援病院のあり方については引き続き議論が必要である。

3. 医療従事者の確保等の記載事項について

(1) 医師の確保について

平成30年医療法改正により、医療計画において、医師の確保に関する事項を追記することとし、都道府県は令和元年度までにPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」を策定し、その他の取組とも連携しながら医師偏在対策を行っている。

第8次医療計画における医師確保計画の策定に当たり、三次医療圏及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための医師偏在指標等について、「Ⅳ医師確保計画策定ガイドラインに関する事項」の内容に基づき見直しを行う。

なお、2024年4月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行され、その後も、医療機関において、労働時間の短縮に向けた取り組みが進められる。その際、医師の労働時間短縮と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、個別の医療機関における医師の働き方改革に関する取組を推進するだけでなく、地域医療構想の取組とを連動させ、推進する。

(2) 医師以外の医療従事者の確保について

①歯科医師の確保について(略)

②薬剤師の確保について

薬剤師の資質向上の観点に加え、薬剤師確保の観点から、病院薬剤師及び薬局薬剤師それぞれの役割を明確にし、薬剤師の就労状況の把握及び地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じること、地域医療介護総合確保基金(修学資金貸与、病院への薬剤師派遣)の積極的な活用、都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携して取り組むこと等が必要である。

また、取組の検討及び実施に当たっては、都道府県、都道府県薬剤師会・病院薬剤師会、関係団体等が連携する。

③看護職員の確保について

看護職員の需給の状況は地域(都道府県、二次医療圏)ごとに差異があることから、都道府県ナースセンター等の関係者との連携に基づき、都道府県・二次医療圏ごとの看護職員確保に係る課題を把握し、看護師等養成所による養成、「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」(令和6年度運用開始予定)等を活用した都道府県ナースセンターによる復職支援、医療機関の勤務環境改善による離職防止など、新規養成・復職支援・定着促進を三本柱とした取組を推進していく。

また、地域における訪問看護の需要の増大に対応するため、地域の実情を踏まえて、地域医療介護総合確保基金の活用や都道府県ナースセンターにおける取組の充実など、訪問看護に従事する看護職員を確保するための方策を定める。

感染症の拡大に迅速・的確に対応するとともに、医師の働き方改革に伴うタスクシフト/シェアの推進のため、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と確保を推進していく。特定行為研修に係る指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた具体的な計画の策定を必須とするとともに、医道審議会看護師特定行為・研修部会における議論に基づき、都道府県ごとの特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の就業者数の目標を設定する。なお、これらの目標を設定する際には、可能な限り二次医療圏ごとや分野・領域別の設定を検討する。

4. 医療の安全の確保等について(略)

5. 二次医療圏及び基準病床数について

(1) 二次医療圏の設定

既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討することとする。その基準は第7次医療計画における考え方を踏襲し、見直しを行わない場合においてはその理由(地理的条件、面積、交通アクセス等)を明記することとする。5疾病・5事業及び在宅医療における圏域については、引き続き弾力的に設定することを可能とする。

人口100万人以上の大規模な二次医療圏については、二次医療圏としてよりも構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いが、その場合都道府県は協議の場を分割するなど、その運用を工夫することとしつつ、必要に応じて二次医療圏も見直すこととする。

隣接する都道府県の区域を含めた医療圏の設定については、現在も指針において設定が可能であることを明記しているが、実務上の課題から、実際にはそのような医療圏の設定はされていない。一方で、医療提供体制の構築において隣接する都道府県と連携を取る場合もあり、その場合は連携する都道府県と協議を行い、具体的な内容を医療計画へ記載するよう努めることとする。

都道府県が医療計画を策定する際は医療圏の設定について優先的に議論を行うとともに、その検討状況を先んじて国に報告するよう求める。

中長期的には更なる人口動態の変化が予測されていることから、将来的な医療圏のあり方については第8次医療計画での取組を踏まえつつ引き続き検討を行うこととする。

(2) 基準病床数

①基準病床の算出に用いる数値について(略)

②平均在院日数について(略)

③精神病床の基準病床数の算定式について

精神病床の基準病床数の算定式については、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」における議論を踏まえ、近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするとともに、政策効果、政策効果以外の両者の影響を勘案できるものとするよう見直しを行う。

6. 医療計画の作成手順等について

(1) 他計画との関係

医療計画の策定に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれ、関連する施策との連携を図ることが重要である。

また、第8次医療計画の開始時期である令和6年度は、市町村において策定する介護保険事業計画等の開始時期でもあることから、それらの計画の策定スケジュールを都道府県と市町村とで共有しながら議論を進める体制を整える必要がある。

また、医療計画の一部である、外来医療計画や医師確保計画においては、二次医療圏を1つの単位とすることから、5(1)に記載のとおり、医療圏の設定について優先的に議論を行う必要がある。

(2) 地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方

地域医療構想は、医療計画の一部として位置付けられており、その取組を進めることを目的に協議の場が構想区域ごとに設置されている。

新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組みを維持しつつ、着実に取組を進めていく。特に再検証対象医療機関については、これまでの方針に従って確実に取組を行う。

具体的には、都道府県は、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、対応方針の策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況を分かりやすく公表を行うこととする。さらに、病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、適正な病床機能報告に基づき、当該構想区域の地域医療構想調整会議の意見を踏まえ、病床が全て稼働していない病棟等への対応など必要な方策を講じることとする。

また、国は、当該構想区域を有する都道府県を優先して、データの活用等に係る支援を行うなど、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組の支援を行うものとする。

なお、現在の地域医療構想は、2025年までの取組として進めているが、第8次医療計画期間中に2025年を迎える。地域医療構想により、病床の機能分化・連携が一定進んできていることに鑑みれば、2025年以降も地域医療構想の取組を継続していくことが必要と考えられ、その在り方については、今後、中長期的課題について整理し、検討する。

(3) 住民への周知・情報提供(略)

Ⅱ. 5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれの医療提供体制等に関する事項(略)

Ⅲ. 外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドラインに関する事項(略)

Ⅳ. 医師確保計画策定ガイドラインに関する事項(略)

令和5年度厚労省予算案
33兆1686億円
医政局分は1785億円に

令和5年度の厚生労働省予算案は前年度額から5382億円増の33兆1686億円となった。なお、医政局分は前年度予算額とほぼ同額の1785億9300万円となっている。

令和5年度予算案の概要(厚生労働省医政局分)は以下のとおり。

◆　◆

令和5年度予算案の概要【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

1．地域医療構想の実現に向けた取組の推進

(1) 地域医療介護総合確保基金＝公費1028億6600万円（国750億7700万円、地方277億8900万円）

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＝1億6800万円

地域医療構想の実現に向け、病床の機能分化・連携の取組を推進するために、重点支援区域に加え、再編を企画・検討する区域（再編検討区域）を拡充し、国による助言や集中的な支援を行う。

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のような新興感染症等の感染拡大時への対応も含め、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) 遠隔医療の普及推進にかかる事業【新規】＝2000万円

今般の新型コロナウイルス感染症拡大において遠隔医療はその有用性が改めて認識され、今後はへき地医療、在宅医療、医師偏在対策等においても更なる幅広い活用が期待されている。こうした状況を踏まえ、オンライン診療を含む遠隔診療を幅広く適正に活用できるようにするため、遠隔医療を活用した好事例の収集・効果検証や遠隔医療に関する啓発を行う。

(2) 医業等に係るウェブサイトの調査・監視体制強化事業＝8400万円

本事業による周知により、約9割の機関が半年以内に違反広告を改善しているが、1年以上改善のない機関も認められていること、第204回通常国会で悪質な広告に対する対応を求められていること、過年度の通報事案が未処理で蓄積している実態があることからも、本事業による医療広告への対応を強化し、対応可能件数を増加させる。

(3) 院内感染対策講習会＝1200万円

地域全体の院内感染対策の質の向上を図ることを目的とし、院内感染対策に関して、医療従事者と行政担当者が最新の科学的知見に基づいた適切な知識を習得し、各地域において普及・徹底を図ることで、院内感染の発生を減少させる。

(4) ドクターヘリ導入促進事業＝86億8000万円

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。

(5) 救急医療体制の推進【一部新規】＝6億7000万円

救急医療体制の整備を図るため、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターなどへの支援を行うほか、効率的・効果的なドクターカーの運用方法について検討を進める。

また、2023年に開催されるG7サミットにおいて、過去の開催同様、要人等に対する救急医療体制の確保を図る。

【救急医療関係の主な予算の内訳】

・遠隔ICU体制整備促進事業＝5200万円
・救急医療体制強化事業＝3億5900万円
・救急医療業務実地修練事業＝1500万円
・ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業＝1400万円
・2023年G7サミット開催に伴う救急医療提供体制整備事業＝1億4000万円

(6) 災害医療体制の推進【一部新規】＝17億9600万円（うち、デジタル庁計上予算2億8000万円）

(7) 小児・周産期医療体制の推進＝4億800万円

地域で安心して産み育てることのできる医療提供体制の確保を図るため、総合周産期母子医療センターやそれを支える地域周産期母子医療センターの新生児集中治療室（NICU）、母体・胎児集中治療室（MFICU）等へ必要な支援を行う。

(8) へき地保健医療対策の推進＝22億500万円

無医地区等のへき地に居住する住民に対する医療提供体制の確保を図るため、へき地診療所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。

(9) 特定行為に係る看護師の研修制度の推進【一部新規】＝7億6400万円

「特定行為に係る看護師の研修制度」（平成27年10月1日施行）の円滑な実施及び研修修了者の養成を促進するため、研修を実施する指定研修機関の設置準備や運営に必要な経費を支援するとともに、研修を指導する指導者等育成のための支援等を行う。

また、看護師への特定行為研修の受講と研修修了者の活動を推進する取組を組織的かつ継続的に実施する医療機関等を財政的・技術的に支援し、特定行為研修修了者数の増大と修了者の円滑な活動環境整備による医療の質の向上を推進する。

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) 総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業＝3億4200万円

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、診療科偏在の是正を一層推進させる。

(2) 専門医認定支援事業＝1億7100万円

医師の地域偏在、診療科偏在の是正に向けたより一層の取り組みを推進・充実させるため、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を行う一般社団法人日本専門医機構への支援を図る。

(3) キャリア形成プログラム等運用支援事業【新規】＝5000万円

都道府県におけるキャリア形成プログラムの円滑な運用のため、各都道府県のキャリアコーディネーターを対象とした、統一的な対応マニュアルを作成するとともに、全国のキャリアコーディネーター等からの相談受付や研修の実施等を通じて、地域枠医師等のキャリア形成プログラムへの定着を促進する取組に対して支援を行う。

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、働き方改革に関する制度の周知を行うとともに、引き続き、医療機関における労務管理の徹底とともに、特定行為研修制度の更なる推進によるタスク・シフト等により医師の労働時間の短縮を強力に推進する。

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（再掲）＝95億3300万円

勤務医の働き方改革を推進するため、地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関を対象とし、医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組に対して助成を行う。

a．働きやすく働きがいのある職場づくりに向けた環境の整備

①医療従事者勤務環境改善推進事業＝1900万円

2024年4月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、各都道府県に設置されている医療勤務環境改善支援センターが行う管内の医療機関に対する助言等の機能を更に強化し、医療勤務環境改善支援センターの体制の充実を図るため、研修会の実施や有識者等の派遣を行う。

②医療専門職支援人材確保・定着支援事業＝1000万円

医師・看護師等の医療専門職から医師事務作業補助者や看護補助者等の医療専門職支援人材へのタスク・シフティングの推進を図るため、医療専門職支援人材の業務内容や魅力の紹介を行うとともに、定着支援に資する研修プログラムの開発や医療機関向けの研修等を行う。

③特定行為に係る看護師の研修制度の推進【一部新規】（再掲）＝7億6400万円

「特定行為に係る看護師の研修制度」（平成27年10月1日施行）の円滑な実施及び研修修了者の養成を促進するため、研修を実施する指定研修機関の設置準備や運営に必要な経費を支援するとともに、研修を指導する指導者等育成のための支援等を行う。

また、看護師への特定行為研修の受講と研修修了者の活動を推進する取組を組織的かつ継続的に実施する医療機関等を財政的・技術的に支援し、特定行為研修修了者数の増大と修了者の円滑な活動環境整備による医療の質の向上、医師の働き方改革におけるタスク・シフト／シェアを推進する。

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

①長時間労働医師への面接指導の実施に係る研修事業＝1000万円

医療機関は時間外・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる長時間労働医師に対して健康確保のために面接指導を実施することが義務付けられることになる。長時間労働医師が勤務する医療機関において、面接指導に必要な知見を習得した医師を早急に確保する必要があるため、面接指導に係る研修の運用及び研修資材（eラーニング等）の更新を行う。

②勤務医等を対象とした働き方改革周知・啓発事業＝1000万円

医師の働き方改革推進のためには、医療機関管理者のみならず実際に現場で働く多忙な勤務医等の理解も必要となる。多忙な勤務医等がオンデマ

4面へつづく

令和５年度 厚生労働省予算案の全体像

（単位：億円）

区　分	令和４年度予算額（A）（※1）	令和５年度予算案（B）	増△減額（C）（B－A）	増△減率（C／A）
一般会計	326，304（※2）	331，686（※3）	5，382	1．6%
社会保障関係費（※4）	323，011	328，514	5，503（※5）	1．7%
その他の経費	3，293	3，172	△121	△3．7%
労働保険特別会計	46，788	45，822	△966	△2．1%
年金特別会計（子ども・子育て支援勘定を除く）	683，448	702，354	18，906	2．8%
東日本大震災復興特別会計	105	86	△19	△18．3%

［計数整理の結果、異同を生ずることがある。］

（※1）令和４年度予算額は当初予算額である。
（※2）令和４年度予算額の一般会計の額は、こども家庭庁に移行する厚生労働省関係部局分８，８５７億円を除く。
（参考）令和５年度のこども家庭庁予算案は３兆９，６９１億円
（※3）年金スライド分２，１７９億円を含んでいる。
（※4）年金・医療・介護・雇用・福祉等の経費であり、義務的経費以外に裁量的経費も含まれる。
（※5）政府全体の社会保障関係費（こども家庭庁等の所管分を含む）の伸びは６，１５４億円。

（注）各特別会計の額は、それぞれの勘定の歳出額の合計額から他会計・他勘定への繰入分を除いた純計額である。また、計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

今月の一冊

今月も2冊で～す

今年の正月に最初にいただいたのは、京都大学の一年後輩、枚方市で地域医療を急性期から看取りまで、まさに「揺り籠から墓場まで」実践されている松谷之義氏の『私とフルディックウォーキングとの歩み』である。確かノルディックウォーキングの団体を立ち上げ、初代理事長、名誉会長として活動を周知、拡散、徹底のためにこの本を配られているものと拝察している。団体立ち上げの頃は「こんなもの流行らないかも」と眉唾もので見ていたが徐々にレベルアップし、今では人生百年時代に最適の運動かもと捉えるようになった。

まず、著者が始める動機となったフィンランドでの経験に始まり、続いて初心者向けの用具の紹介へと。研究成果の医療への応用、なかでもリビリテーションや認知症への適応も有意差ありと。健康寿命の延伸、地元枚方での介護予防で締め括っている。図や写真、グラフも多く解りやすい。この稿が出る頃には私も嵌っているかも？高齢者なら皆、自身もやりたくなるハウツウ本としてお勧めしたい。

2冊目は佐藤賢一氏の『遺訓』である。話は庄内藩から廃藩置県で酒田県になった鶴岡の夜から始まる。戊申の役で奥羽越列藩同盟に加わり会津藩敗退で無敗のまま降伏した庄内藩は、官軍の将西郷隆盛によって温情の処分に留まった。それ以来、庄内と薩摩は特別な関係で結ばれていたのであるが、私がそれを知ったのは自治体病院の中の独立行政法人の会が栗谷義樹先生を世話人として酒田市で開催された時であった。鶴岡市の藤沢周平記念館やクラゲの賀茂水族館を見学し、鶴岡城址にてこの歴史を知ったのである。

ストーリーは、廃刀令後も旧藩士達は武士を捨て切れず、佐賀の乱の江藤新平や萩の乱へと進み最後は西南の役に進む。主人公は幕末新選組の沖田総司の甥、芳次郎という無類の剣客である。この主人公が西郷暗殺を防ぐべく薩摩に向かい西南の役にも加わるのであるが、庄内藩の士族で鬼玄蕃の異名を持つ猛将酒井玄蕃や西郷など旧両藩を警戒して密偵を送り込み、二人やその周りの要人の暗殺を図る。清国と戦うべきかを調べるために大陸への渡航も。東京政府との暗闘など「007」や「ゴルゴ13」の明治版のような箇所もある。征韓論や征露論など旧士族の働き場所を求めたという俗論もあるが、私学校の創立や開墾などの興産事業を行っていた西郷は若者達に担ぎ出された被害者、との物語である。

また、薩摩伊集院の元郷士で明治政府の東京警視になった男の妹（なつ）との悲恋も散りばめられている。

もう一方の主人公は大久保利通である。守旧派と革新派、武から文への移行期の物語で、刀剣と銃砲と武器も入り乱れている。山県や大隅、伊藤、三条、岩倉など明治の元老達も脇役的に出てくるが、彼が暗殺された紀尾井坂の変までずっと影の主人公である。この紀尾井坂は私の東京での常宿「ルポール麹町（旧麹町会館）」のすぐ近くにあり、私の散歩コースの一部というのも何かの縁。著者が鶴岡生まれということもこの本で知った。藤沢周平や森敦、阿部次郎、齋藤茂吉、丸谷才一、井上ひさし、高山樗牛、小川糸など鶴岡やその周辺縁の者は枚挙にいとまがない。この本も必読、一押し。

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）

『私とノルディックウォーキングとの歩み』
松谷之義／著
みずほ出版新社／刊

『遺訓』
佐藤賢一／著
新潮社／刊

全国公私病院連盟 役員会だより

日時　1月20日（金）午後1時30分～3時30分
会場　スクワール麹町「錦華」

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」（12月14日、1月18日）
②日病協「代表者会議」（12月16日）
③小熊副会長からの報告
▼「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」（12月14日）▼社会保障審議会「医療部会」（12月23日）▼社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」（12月28日）
④邉見会長からの報告

【主な協議事項】

①令和5年度事業計画（案）
②令和5年度理事会のスケジュール（案）
③令和5年度定時総会、記念講演について
④令和6年度診療報酬改定要望書の提出状況について　他

以上

3面からつづく

～～～～～～～～～～

ンドで医師の働き方改革の趣旨等を学ぶことができるｅラーニングコンテンツ等を作成し、ＨＰ等に掲載する等の効果的な周知啓発を行う。

③医療機関勤務環境評価センター運営費＝1億3300万円

医療法に基づき「医療機関勤務環境評価センター」に指定された公益社団法人日本医師会に対し、安定的な組織運営を図る観点から一定の財政支援を行う。

④集中的技能向上水準の適用に向けた対応事業＝5600万円

令和4年度に構築した審査業務関連システム等の運用及び保守管理を行うとともに、医療機関の申請書や、医師が作成する技能研修計画の審査業務に係る全般的な事務業務等のほか、申請データの整理及び分析を行う。

c．女性医師支援・組織マネジメント改革の推進等

①病院長等を対象としたマネジメント研修事業＝3200万円

医師の働き方改革の推進に向け、病院長の意識改革や勤務環境・処遇などの労務管理に関するマネジメント能力の向上を図るため、地域医療における リーダーの育成や病院長向けの研修を行う。

②女性医療職に関する取組＝2億1300万円
・女性医師支援センター事業＝1億6100万円

平成19年1月30日に開設した女性医師バンクにおいて、再就業を希望する女性医師の就職相談及び就業斡旋等の再就業支援を行う。

育児休業中の女性医師の代替医師確保など男性医師も含む人材確保が必要なことから、女性医師等再就業講習会を開催するとともに、女性医師バンク事業の拡充及び女性医師等の就業促進等のための調査を実施する。

・子育て世代の医療職支援事業＝5200万円

出産・育児・介護等における女性医師等をはじめとした医療職のキャリア支援に取り組む医療機関を普及させるため、中核的な役割を担う拠点医療機関の構築に向けた支援を行う。

③地域医療介護総合確保基金（再掲）＝750億7700万円の内数

女性医療職等の離職防止及び再就業を促進するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、病院内保育所の運営費や施設整備に対する支援を実施する。

5．今般の新型コロナウイルス感染症の知見を踏まえた対応

（1）新型コロナなど新興感染症等に係る看護職員等確保事業【新規】＝5300万円、令和4年度第二次補正予算3000万円

（2）マスク等国内生産・輸入実態把握調査事業【新規】＝800万円

（3）医薬品安定供給支援事業＝1000万円

（4）医療用医薬品供給情報緊急調査事業【新規】＝1500万円

Ⅱ．医薬品・医療機器産業の国際競争力強化、研究開発・国際展開の推進（略）

Ⅲ．医療DX、データヘルス改革の推進（略）

Ⅳ．各種施策

（1）死因究明等の推進＝2億5500万円（うち、デジタル庁計上予算4000万円）

（2）国立ハンセン病療養所における良好な療養環境の整備＝3156億4600万円（うち、デジタル庁計上予算4000万円）

（3）国立病院機構における政策医療等の実施＝11億9800万円

（4）経済連携協定に基づく取組み等の円滑な実施＝1億6600万円

経済連携協定（ＥＰＡ）に基づきインドネシア、フィリピン、ベトナムから入国する外国人看護師候補者について、その円滑かつ適正な受入れ及び受入れの拡大のため、看護導入研修を行うとともに、受入施設に対する巡回指導や学習環境の整備、候補者への日本語や専門知識の習得に向けた支援等を行う。

（5）「統合医療」の情報発信に向けた取組＝1000万円

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

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

急激なコスト上昇に支援を

日本病院団体協議会

新型コロナの類型変更では
診療報酬上の十分な対応と
適切な補助金の継続を

本連盟など15病院団体が加盟する「日本病院団体協議会（日病協）」は2月9日、「病院における医療提供コストの急激な上昇に対しての要望書」と「新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけ変更に際しての要望」を加藤厚生労働大臣宛に提出した。

「病院における医療提供コストの急激な上昇に対しての要望書」では、光熱費の上昇に関して四病院団体協議会が行った調査でも、電気、ガス等の価格上昇が病院経営を圧迫していることが明らかで、光熱費の上昇だけでなく給食委託費含む委託費の上昇、諸物価の上昇により医療提供コストは大幅な上昇を続けていることを訴えている。諸物価の上昇に対応するための医療従事者への処遇の改善も現在の経営環境では困難であり、医療提供人材の確保に支障が出かねない状況になっていると指摘。①医療機関が、光熱費含む医療提供に必要なコストの上昇に対応できるよう、②医療機関が、医療従事者に対して適切に処遇を改善できるよう－必要な財政措置を講じることを要望している。

「新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけ変更に際しての要望」では、政府が新型コロナウイルス感染症の感染症法上の分類変更を決定したことに対して、特に病院に入院している患者は新型コロナウイルスの感染により亡くなる可能性の高い方々であることから、院内感染をできる限り防止する体制を継続するためにも診療報酬上の十分な対応と適切な補助金の継続を要望している。

四病院団体協議会「電気・ガス料金値上がり調査」

	6月		7月	
	対前々年比 2020年⇒2022年	対前年比 2021年⇒2022年	対前々年比 2020年⇒2022年	対前年比 2021年⇒2022年
電気料金	１２７．０％	１２８．５％	１３２．５％	１３２．４％
都市ガス料金	１４５．２％	１５５．０％	１４８．０％	１６１．１％
ＬＰＧ/プロパンガス料金	１５６．８％	１３４．１％	１４５．８％	１２７．４％
重油・灯油・軽油料金	１８４．８％	１１６．５％	１７３．２％	１０８．７％
	8月		9月	
	対前々年比 2020年⇒2022年	対前年比 2021年⇒2022年	対前々年比 2020年⇒2022年	対前年比 2021年⇒2022年
電気料金	１４２．２％	１３８．６％	１５３．１％	１４３．５％
都市ガス料金	１８０．９％	１８７．６％	１７４．７％	１７２．３％
ＬＰＧ/プロパンガス料金	１４３．４％	１１４．６％	１４６．１％	１１４．３％
重油・灯油・軽油料金	１８８．２％	１０５．６％	１９９．７％	１１０．４％

病院における医療提供コストの急激な上昇に対しての要望書
（2/9 日病協）

現在、新型コロナウイルス感染症への対応を継続しながら全国の病院は、コロナ診療と一般診療を両立するよう最大限の努力を継続している。

しかし、この1年、医療機関の経営環境は大きく変化してきた。光熱費の上昇だけでなく、給食委託費含む委託費の上昇、諸物価の上昇により、医療提供コストは大幅な上昇を続けている。光熱費の上昇に関して病院団体が行った調査では、電気、ガスの価格上昇のみで医業利益率が約半減するほどの影響が出ている（参考資料：四病院団体協議会実施「電気・ガス料金値上がり調査」の概要は左上図）。

また、岸田首相が年頭に経済界に要請されたように、諸物価の上昇に対応するための医療従事者への処遇の改善も喫緊の課題となっている。しかし現在の経営環境での対応は困難であり医療提供人材の確保にも支障が出かねない状況となっている。

上記、病院経営環境の急激な変化に対応するため、以下を要望する。

記

1．医療機関が、光熱費含む医療提供に必要なコストの上昇に対応できるよう、必要な財政措置を講じること。

2．医療機関が、医療従事者に対して適切に処遇を改善できるよう、必要な財政措置を講じること。

◆　◆

新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけ変更に際しての要望
（2/9 日病協）

現在、新型コロナウイルス感染症への対応を継続しながら全国の病院は、コロナ診療と一般診療を両立するよう最大限の努力を継続しております。先日、政府により感染症法上の分類の変更方針が決定され、今後、社会はWITHコロナに向かって動いていくことになります。

しかし、現在も、多くの病院においてクラスター、すなわち院内における集団感染が発生しています。新型コロナウイルスによる感染に関連して多くの死亡者が報告されていますが、その多くが高齢者や基礎疾患のある患者です。病院に入院している患者は、新型コロナウイルス感染により亡くなられる可能性の高い方々であり、我々はできる限り、そういう方々を守らなければなりません。そのためには入院医療が必要な方に、適切に入院医療を提供するとともに、院内感染をできる限り防止する体制を継続しなければなりません。

今後のWITHコロナに向けての移行に際して医療機関への配慮が不十分な場合、地域の医療提供体制に大きな問題が生じる可能性があります。移行に際しては、病院が患者に適切に対応していくことができるよう、診療報酬上の十分な対応ならびに適切な補助金の継続をお願いします。

時評

異次元の少子化対策の行方

常務理事　海保　隆

前号で副会長の富所先生が〝異次元の診療報酬改定〟をお書きいただいたので、〝異次元〟シリーズです。

岸田内閣は〝異次元の少子化対策〟と銘打って、防衛費増額とともに少子化対策を含む子供関連予算を倍増するという。そもそも現在の少子高齢化など、20年も30年も前から分かり切っていたことなのに、今更の感はある（対策をしないよりはましであるが、仮にこれから行う異次元の少子化対策が功を奏しても、その成果が出るまで数十年かかる）。もっとも今まで何もしてこなかった訳ではない。

1990年には合計特殊出生率が過去最低を下回り、政府は色々な子育て応援施策を行った。自民党に変わり2009年に政権交代した民主党は、所得制限を撤廃した子ども手当を導入した。この時所得制限無しの子ども手当に対し〝ばらまき〟と非難した自民党も、今回は所得制限なしの政策を立案し、今ブーメランのように批判が返ってきている。

残念ながら、これまでの少子化対策は全く成果が出ていない。政府に任せていられないという事か、各自治体もふるさと納税の返礼品競争のように子育て支援策を打ち出してきた。

コロナ禍で昨年の出生数が80万人を割り、人口減少曲線がさらにスピードアップし、政府もおしりに火が付いたのであろう。〝異次元の〟となったわけであるが、〝異次元の金融緩和〟が賛否両論あるためか否か不明であるが、首相はその後〝次元の異なる〟と言い改めた。

よけいな心配であるが、お隣の韓国、中国では今後、日本よりも遥かに早いスピードで少子高齢化が進む。1人当たりGDPで日本を抜いたと喜んでいる韓国も、合計特殊出生率は現在0・81と、我が国（1・30）より遥かに低く、明日は我が身である。中国もいよいよ人口減少のフェーズに入り、20～30年後には現在の日本と同じ状況となると思われる。

もう一つ気がかりなのは、コロナ禍でリモートワークが進み、地方への若者の流出が始まったと思いきや、昨年は東京への流入人口が再び流出人口を上回ったとの事である。コロナ禍を機に、地方再生への道が開くことを期待していた私としては残念である。

確かに都会は住みやすい。特に高齢になればなるほど住みやすい。車がなくとも、電車、地下鉄、バス等乗り継げばどこにでも行けるし、地方のように1時間に1本ということなく、5分おき位に次から次へと電車が来る。

これから東京は、独居老人と若い独身貴族、外国人労働者の街へと変貌していくのだろうか。

（国保直営総合病院君津中央病院・院長）

いろ鉛筆

就任時には「人の話を聞く総理」が、1年後には「話を聞かない独善、独断総理」になってしまっている。防衛予算をNATO並みに対GDP比2％に増額。その財源を増税にて行う。専守防衛から敵基地反撃能力の確保。そのために当面米国よりトマホーク購入。「守ってやるから金を出せ」一体どこのやくざか。まして諸物価が高騰のおり、増税の話をすれば、庶民の財布の紐はますます固くなる▼新型コロナを2類から5類に下げる案も、感染者数が減った。若者はかかっても死なない。死ぬのは年寄りばかり。本音は補助金中止（削減）か、経済復活優先か。屋内、屋外でのマスク不要論は（のちに医療者側の意見で「個人の判断」に言い換えたが）、国民はすぐに可能と勘違いする。ウイルスがいなくなったわけではない。これでは感染者増加は確実である▼すべての医療者が診られると言うが、陰圧病室のある病院はどれぐらいあるのか。一般病室に入れれば、病院クラスター必至。ミスリードが多すぎる。高齢者が死んでも経済が復活すればよいというのか。これではまるで姥捨て山。それとも高齢者が死ねば年金が減るとでも思っているのか。これは後期高齢者のひがみか。（K・M）

分析調査の概要

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4年6月調査の結果がまとまった。これによると、6月中の100床当たり「総費用」は2億3587万1千円（前年6月比・伸び率3・8％増）、「医業費用」は2億3323万円（前年6月比・伸び率4・3％増）となった一方、6月中の「総収益」は2億2220万円（前年6月比・伸び率6・8％増）、「医業収益」は2億1761万8千円（前年6月比・伸び率6・7％増）となり、収益面での回復傾向がみられたものの、総収益から総費用を差し引いた100床当たりの「総損益差額」は1367万1千円の赤字、医業収益から医業費用を差し引いた「医業損益差額」も1561万2千円の赤字となり、このコロナ禍での病院経営が依然として厳しい状況にあることが示された。なお、同調査の結果は3冊の報告書にまとめられ、本年3月下旬に発刊を予定している。同調査の概要は、以下のとおり。

調査の概要

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

また、今回の調査において集計対象とした病院数は763（調査協力を依頼した病院数2937、回答率26・0％）であり、その内訳は開設者別にみると、自治体病院362、その他公的病院201、私的病院164、国立・大学付属病院等36である。（※国立・大学付属病院等は、この概要における掲載を省略している。）

表１　一般病院の平均在院日数、開設者別、病床規模別

病床規模 / 開設者	総数	20～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700床～
総数	12.91	22.07	22.82	15.49	12.56	11.58	11.14	10.68	11.71
自治体	12.38	27.14	20.48	15.00	12.06	11.63	11.08	10.64	10.74
その他公的	12.43	30.93	21.19	15.65	13.27	11.56	10.57	10.88	10.47
私的	15.21	12.45	26.34	16.05	12.53	11.47	13.64	9.94	14.35

表２　一般病院の病床利用率、病床規模別

病床規模 / 年次	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	65.83	64.85	67.21	63.59	63.43	64.08	68.34	67.72	69.25
4	67.86	62.00	69.54	66.37	64.91	68.12	69.60	71.10	68.51

調査結果の概要

(1) 平均在院日数

病院総数でみると13・53日（前年6月14・06日）となっており、開設者別にみると、自治体病院は13・13日（前年6月13・51日）、その他公的病院は12・58日（前年6月12・96日）、私的病院は16・33日（前年6月17・65日）となっている。

また、一般病院の病床規模別に平均在院日数の短い方から順にみると、①600～699床10・68日、②500～599床11・14日、③400～499床11・58日、④700床以上11・71日、⑤300～399床12・56日、⑥200～299床15・49日、⑦20～99床22・07日、⑧100～199床22・82日となっている。これを開設者別病床規模別にみると表1のようになっている。

(2) 病床利用率

病院総数でみると67・94％（前年6月65・76％）となっており、病院の種類別にみると、一般病院67・86％（前年6月65・83％）、精神科病院69・48％（前年6月64・11％）となっている。

また、一般病院の病床規模別に病床利用率の高い方から順にみると、①600～699床71・10％、②500～599床69・60％、③100～199床69・54％、④700床以上68・51％、⑤400～499床68・12％、⑥200～299床66・37％、⑦300～399床64・91％、⑧20～99床62・00％となっている。これを病床規模別にみると表2のようになっている。

(3) 一般病院における100床当たり職員数

職員総数は189・9人（前年6月184・7人）となっており、職種別にみると、医師24・6人（前年6月23・2人）、看護部門職員102・5人（前年6月100・7人）、看護師91・5人（前年6月88・8人）となっている。その他、薬剤部門職員5・9人、放射線部門職員5・4人、検査部門職員7・0人、リハビリ部門職員10・0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、7037人（前年6月6346人）となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり691人の増加である。これを年次別にみると図1下の折れ線グラフのようになっている。

(5) 6月中の1病院当たり外来患者数

病院総数でみると、6月中の1病院当たり外来患者数は、1万1708人（前年6月1万748人）となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり960人の増加である。これを年次別にみると図1上の折れ線グラフのようになっている。

(6) 医師1人1日当たり取扱い患者数

入院の平均は3・6人（前年6月3・6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12・6人、精神科12・5人、整形外科6・7人などで、少ないのは小児外科1・4人、麻酔科および歯科1・6人などである。

外来の平均は6・5人（前年6月6・7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13・3人、眼科12・6人、歯科10・2人、泌尿器科9・9人、整形外科9・0人、耳鼻いんこう科8・7人などが多く、少ないのは麻酔科1・8人、小児外科2・3人、心臓血管外科2・6人、呼吸器外科3・0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28万2千円となっている。診療科別でみると、入院で比較的高額なのは、リハビリ科52万4千円、心臓血管外科49万円、整形外科40万9千円、神経内科40万7千円などである。

DPC以外の病院における外来の平均は11万3千円となっている。診療科別でみると、外来で比較的高額なのは、泌尿器科22万3千円、呼吸器内科21万3千円、内科18万4千円、眼科17万3千円、消化器内科15万円などである。

(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、入院では心臓血管外科の12万9338円が高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万701円である。外来では、放射線科3万236円をはじめ、消化器外科2万281円、呼吸器内科1万7585円などが高額であるのに対し、最も小額なのは麻酔科の2668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17万2933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2万4259円である。外来では呼吸器内科の4万1060円をはじめ、消化器外科3万4286円、呼吸器外科3万3455円などが高額であるのに対し、最も小額なのはリハビリ科の48

3面へつづく

（単位：人）　図１　６月中の１病院当たり患者数、入院・外来別の年次推移

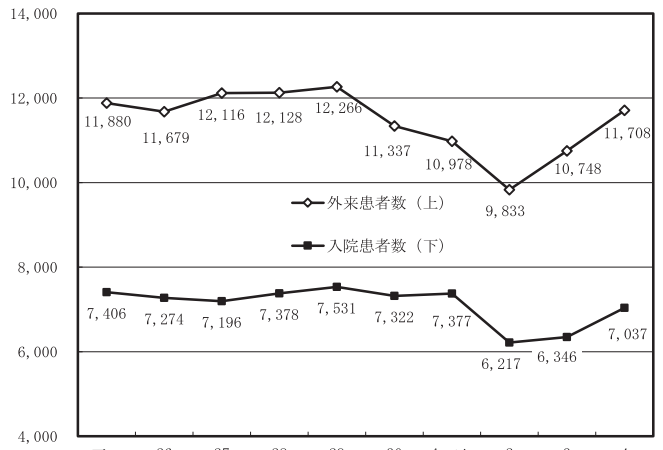


図２−１　主な診療科別の入院患者１人１日当たり診療収入【ＤＰＣ以外の病院】

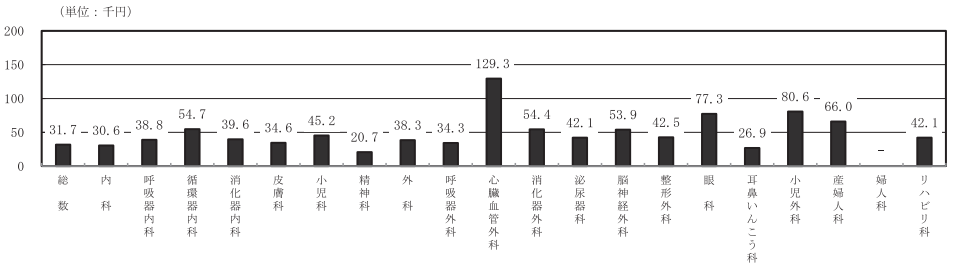


図２−２　主な診療科別の入院患者１人１日当たり診療収入【ＤＰＣの病院】

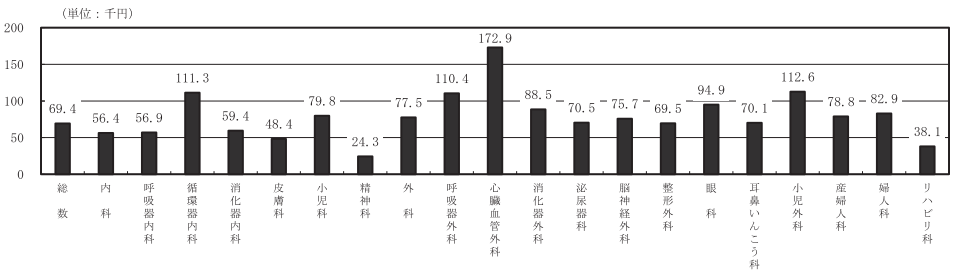


図３−１　主な診療科別の外来患者１人１日当たり診療収入【ＤＰＣ以外の病院】

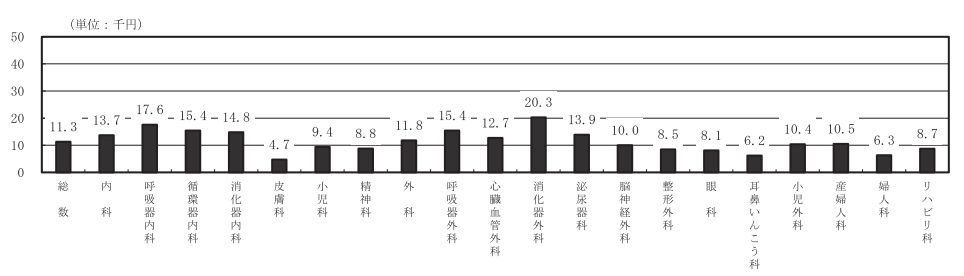
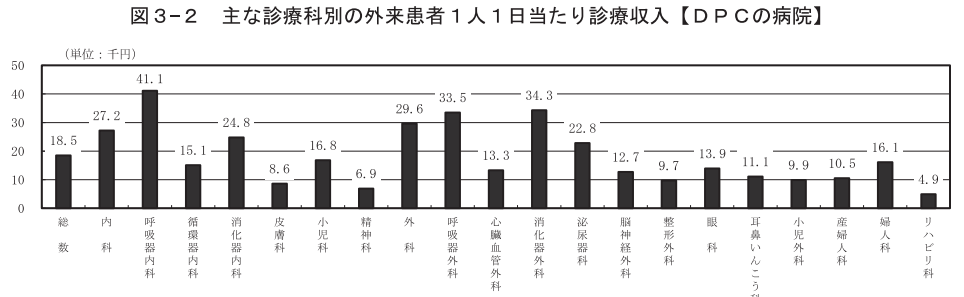


図３−２　主な診療科別の外来患者１人１日当たり診療収入【ＤＰＣの病院】



令和4年6月 病院運営実態

2面からつづく

79円である。

患者1人1日当たり診療収入を主な診療科別にみると図2－1、2－2および図3－1、3－2のようになっている。

(9) 100床当たり収支金額

6月中の総費用は2億3587万1千円（前年6月比・伸び率3・8％増）、医業費用は2億3323万円（前年6月比・伸び率4・3％増）となっている。また、医業費用のうち給与費は1億1932万4千円（前年6月比・伸び率4・0％増）、材料費は6285万円（前年6月比・伸び率7・3％増）、経費は3541万5千円（前年6月比・伸び率4・8％増）となっている。

なお、材料費のうち薬品費は3742万5千円（前年6月比・伸び率5・2％増）となっており、経費のうち委託費は1861万3千円（前年6月比・伸び率4・3％増）となっている。

また、総収益は102・1（前年6月102・0）となっているのに対して、入院収入は65・3（前年6月64・1）、外来収入は31・5（前年6月32・3）となっている。

100床当たり収支金額を科目・年次別にみると表3のようになっている。

(10) 医業収益100対収支金額割合

医業収益を100・0とした場合、総費用は108・4（前年6月111・4）で、前年に比して費用の割合が減少している。総費用のうち給与費が54・8（前年6月56・6）と5割以上を占め、材料費は28・9（前年6月28・7）であり、そのうち薬品費は17・2（前年6月17・4）、経費は16・3（前年6月16・6）、そのうち委託費は8・6（前年6月8・8）となっている。

(11) 100床当たり総損益差額および医業損益差額の状況

総費用は2億3587万1千円（前年6月比・伸び率3・8％増）であるのに対して、総収益は2億2220万円（前年6月比・伸び率6・8％増）となっており、総収益から総費用を差し引くと△1367万1千円（前年6月△1915万6千円）の赤字となっている。その結果、総費用対総収益比率は、106・2％（前年6月109・2％）になっている。

医業費用は2億3323万円（前年6月比・伸び率4・3％増）であるのに対し、医業収益は2億1761万8千円（前年6月比・伸び率6・7％増）となっており、医業収益から医業費用を差し引くと△1561万2千円（前年6月△1978万8千円）の赤字となっている。その結果、医業費用対医業収益比率は、107・2％（前年6月109・7％）になっている。

(12) 6月1カ月分の総損益差額からみた黒字・赤字病院の数の割合

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

今回の調査において回答のあった病院500病院のうち27・0％（135病院）の病院が黒字となっていて、赤字病院数の割合は73・0％（365病院）であった。これを年次別にみると図4のようになっている。

開設者別でみると、自治体病院215病院のうち11・2％（24病院）が黒字となっていて、赤字病院は88・8％（191病院）であった。（この場合、不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金や補助金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。）その他公的病院では、161病院のうち32・3％（52病院）が黒字となっていて、赤字病院は67・7％（109病院）であり、私的病院では、124病院のうち47・6％（59病院）が黒字となっていて、赤字病院は52・4％（65病院）であった。

(13) 常勤職員1人当たり平均給与月額

常勤職員1人当たり平均給与額は44万2千円であり、職種別にみると、医師1086千円、看護師37万円、准看護師32万3千円、看護業務補助者22万5千円、薬剤師38万3千円、その他の医療技術員33万9千円、事務職員30万6千円、技能労務員27万3千円となっている。

本連盟ホームページでも本概要をご覧になれます。

注意事項

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

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

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

図４　６月１日分の総損益差額からみた黒字・赤字病院の数の割合（%）年次推移

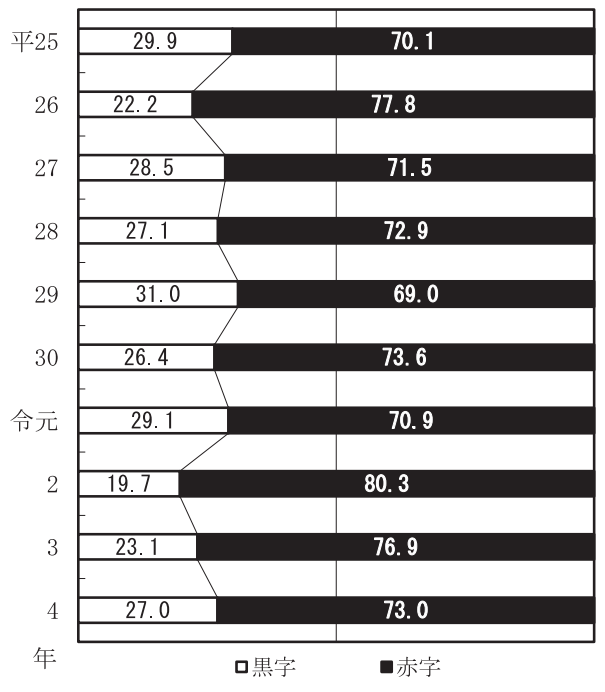


表３　１００床当たり収支金額、科目・年次別

（金額単位：千円）

科目	平成30年6月	令和元年6月	令和2年6月	令和3年6月	令和4年6月
	【費用】				
総費用	211,176	218,132	215,538	227,157	235,871
Ⅰ 医業費用	207,190	214,310	212,478	223,705	233,230
1.給与費	107,926	111,451	111,738	115,390	119,324
2.材料費	52,568	53,945	52,839	58,591	62,850
うち薬品費	31,075	32,431	32,309	35,565	37,425
3.経費	30,477	32,426	32,039	33,805	35,415
うち委託費	16,070	16,568	16,761	17,844	18,613
4.減価償却費	13,931	14,073	13,673	13,814	13,600
5.資産減耗損	323	349	229	244	187
6.研究・研修費	955	990	900	793	810
7.本部費分担金等	1,010	1,076	1,059	1,068	1,045
Ⅱ 医業外費用	2,865	2,464	2,407	2,165	2,119
Ⅲ 特別損失	1,121	1,358	653	1,287	521
	【収益】				
総収益	198,367	204,772	193,478	208,001	222,200
Ⅰ 医業収益	194,097	200,610	188,957	203,917	217,618
1.入院収入	129,637	133,350	124,498	130,718	142,044
2.室料差額収入	2,306	2,404	2,111	2,049	2,200
3.外来収入	57,783	60,056	58,832	65,883	68,491
4.公衆衛生活動収入	1,555	1,720	1,227	2,184	1,888
5.医療相談収入	2,277	2,365	1,981	2,352	2,365
6.その他の医業収入	503	715	308	730	630
Ⅱ 医業外収益	3,688	3,404	4,016	3,204	3,622
Ⅲ 特別利益	582	758	505	880	960
総収益 － 総費用	△ 12,809	△ 13,360	△ 22,060	△ 19,156	△ 13,671
医業収益 － 医業費用	△ 13,093	△ 13,700	△ 23,521	△ 19,788	△ 15,612
総費用／総収益×100	106.5	106.5	111.4	109.2	106.2
医業費用／医業収益×100	106.7	106.8	112.4	109.7	107.2
病院数	644	635	659	593	500
平均病床数	310	306	295	299	320

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４年６月調査　**病院経営実態調査報告**　（定価 12,000 円＋税　A4 版　約 780 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!!

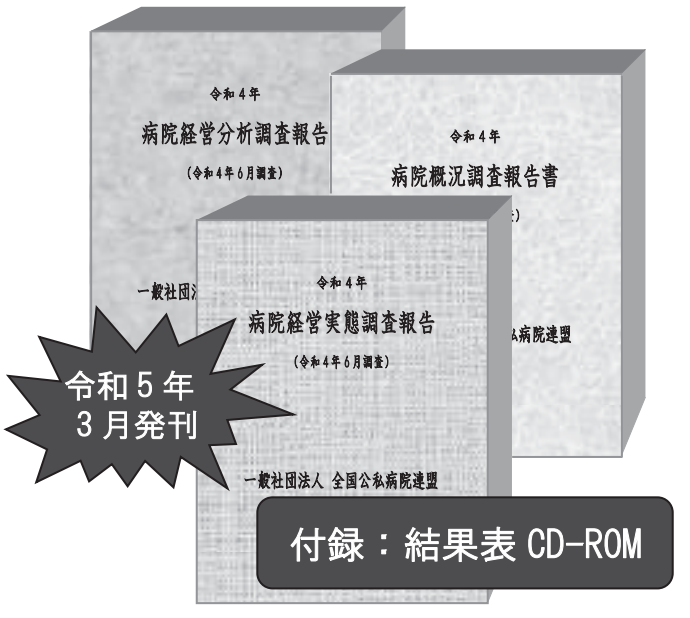
令和４年６月調査　**病院経営分析調査報告**　（定価 16,000 円＋税　A4 版　約 740 ページ）

内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

令和４年６月調査　**病院概況調査報告書**　（定価 18,000 円＋税　A4 版　約 660 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

今月の一冊

今月の3冊

先月末、私的な会である僻地研究会で中嶋昭先生の入会審査会（笑）を兼ねて天城を訪れ、我が国初のノーベル文学賞受賞作家川端康成氏の執筆宿である湯ヶ島温泉湯本館に宿泊。翌日には『伊豆の踊子』の舞台となった地を巡った。この物語は高校時代に受験勉強の息抜きとして拾い読みか斜め読みしたことがあり凡その粗筋は知っていた。今回じっくり読み返してみると色々なことが浮かび上がってきた。当時の旅芸人の地位の低さは町の入口の辻々に立てられていた「捨て犬、猫、旅芸人立ち入るべからず」という立札に象徴される。旧制一高の学生だった主人公が少し世を拗ね、漱石曰く鬼しか住まない箱根以西の伊豆へ逃避行的旅行。その道すがら踊子一行と出会い、共に癒され初恋的感情でウィンウィンの関係となる。再開を約すも最終的には別れるという情緒溢れる小説であるということを再認識させられた。

『伊豆の踊子』（新装版）
川端康成／著
新潮文庫／刊

『修禅寺物語』（新装増補版）
岡本綺堂／著
光文社時代小説文庫／刊

2冊目は岡本綺堂の『修禅寺物語』である。この小説はどちらかと言えば妖怪物に分類されるのであろう。私は今回の旅行で初めて修禅寺を訪れ、頼朝に流された異母弟範頼の墓を訪れた。桂川を見下ろす小高い丘の上の寂れた位置にあり、往復30分位誰にも会うことはなかった。川向いの丘の上には鎌倉二代将軍頼家の墓もあるが、ここも苔むす道の奥にある。母政子、叔父義時に流され殺された悲劇の武士（もののふ）である。静かに手を合わせた。物語にはこの2人も登場する。

『RACONTE-MOI LA SANTE』
儀我久美子、飛幡祐規／翻訳
薬事日報社／刊

3冊目は、私が大学に入学した18歳からの畏友斎藤信雄君のフェイスブックで知った『RACONTE-MOI LA SANTE』（ラコント・モア・サンテ：保健衛生ってなあに?）である。フランスのローヌ県、ヴォー・アン・ヴラン市、マ・デュ・トロー地区の「路上図書館」参加の子供達の作。訳は斎藤君の知人である儀我久美子さんと飛幡祐規さんである。ページをめくると私の孫達の描く絵と同じような図画が満載。私が星和夫先輩（当連盟副会長で「いろ鉛筆」のH・K、私は，H・，K）に引率されて医学史の旅で訪れたオテルデューやパスツール研究所も出てくる。今回のパンデミックで見直された保健衛生の重要性を子供達や爺さん婆さんにも判りやすい入門書でもある。無茶振りかもしれないが少子化対策は〝赤ちゃん〟や〝子供の病気〟が間接的に関わっている。会員諸兄姉は必ず一冊をご家庭に。

さて、来月の本欄では少子化の根源に迫る世界的ベストセラー、イスラエルの女性の著作を掲載予定である。

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）

全国公私病院連盟 役員会だより

日時　2月10日（金）午後2時～4時
会場　ZOOMによるWEB開催

【主な報告事項】

①日病協「代表者会議」（1月27日）
牧野副会長と邉見会長より報告があった。

②邉見会長からの報告

【主な協議事項】

①令和4年度「病院運営実態分析調査の概要」（案）
事務局より、令和4年度「病院運営実態分析調査の概要」について説明があり了承された。

②令和5年度定時総会（6月14日）
令和5年度定時総会において採決する「決議」について、邉見会長に一任することが了承された。

以上

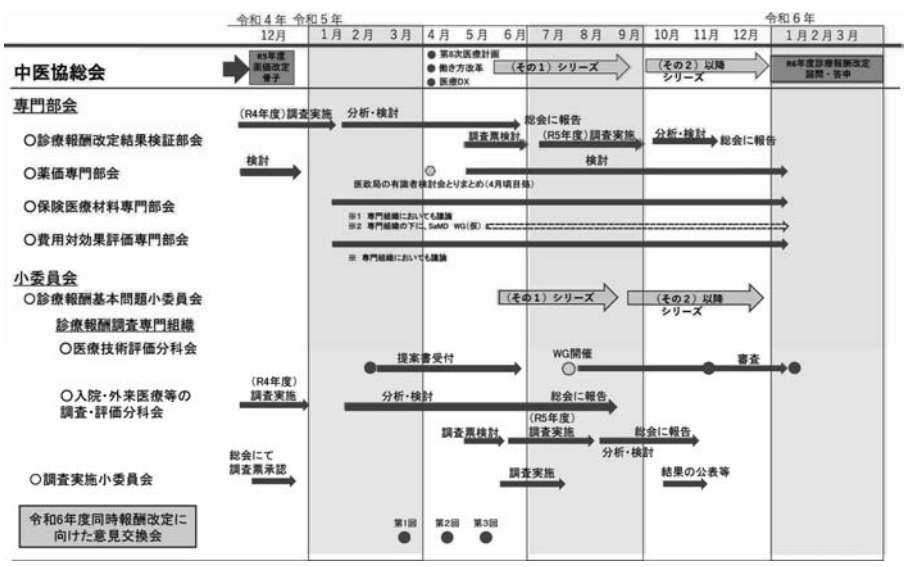
令和6年度改定に向けた検討スケジュール

1月18日に開かれた中医協「総会」で、「令和6年度診療報酬改定に向けた検討の進め方」が了承された。

令和6年度の診療報酬改定に向けては、▼ポスト2025年も見据えた介護報酬及び障害福祉サービス等報酬との同時改定▼2025年に向けて地域医療構想の取組を進めるとともに、医療介護総合確保促進会議で「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」がとりまとめられる▼感染症法・医療法改正により新たに追加された「新興感染症への対応」を含む5疾病6事業等の見直しを行う第8次医療計画が令和6年度から開始▼医師の働き方改革として2024年4月に労働時間上限規制等、改正労働基準法および改正医療法が施行▼医療DXの実現に向けて推進本部等において議論が進められている▼革新的な医薬品や医療ニーズの高い医薬品の日本への早期上市や医薬品の安定的な供給を図る観点から、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」において、流通、薬価制度、産業構造の検証など幅広く議論し、とりまとめが行われる▼プログラム医療機器（SaMD）の評価体系を検証し、今後のあり方について検討が求められている―等、人口動態や社会情勢の変化、医療提供体制改革等を踏まえ検討を進める。

例年とは異なる事項については、①令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会は、令和5年3月頃より数回程度開催②中医協総会において、まずは第8次医療計画、医師の働き方改革、医療DXについて、その後、入院、外来、在宅、歯科、調剤、感染症、個別事項等についてを4月頃から夏頃までに広く意見交換を行う③SaMDワーキンググループについては、保険医療材料等専門組織の下に設置次第、検討を開始する④秋頃より、個別具体的な改定項目について、議論を深めることとした。

令和6年度診療報酬改定に向けた中医協等の検討スケジュール



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

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

診療報酬 コロナ特例の見直し

中医協

新型コロナ5類への変更に対応し継続と縮小

中央社会保険医療協議会（中医協）の「総会」が3月10日に持ち回りで開催され、新型コロナウイルス感染症が5月8日から5類感染症に変更されることに伴う診療報酬上の特例の見直しについての考え方が了承された。なお、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行い、令和6年度診療報酬改定で恒常的な感染症対応への見直しを行うとしている。概要は以下のとおり。

診療報酬上の特例の見直し

外来・在宅医療

▼疑い患者への対応を公表し、空間的・時間的分離や適切なPPEの活用等、必要な感染対策を講じた上で行う疑い患者への診療については、引き続き評価する。

▼その際、かかりつけ患者等に限らず疑い患者を広く受け入れる医療機関においては、空間的・時間的分離の準備をより周到に行う必要があることを考慮する。

【対応】感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する診療〔院内トリアージ実施料（300点）〕→①300点（対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行）、②147点（①に該当せず、院内感染対策を実施）

▼コロナ患者に対する診療においては、届出の簡略化や重症化率の低下によって一定程度業務が効率化している。一方で、類型変更に伴い、療養指導やフォローアップ、入院調整において医療機関の果たす役割が大きくなることから、これらの業務の評価として見直しを行う。

【対応】コロナ患者への対応〔救急医療管理加算（950点）〕、中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」投与の場合の特例〔同加算の3倍（2850点）〕→コロナ患者へ療養指導を行った場合＝147点、コロナ患者の入院調整を行った場合＝950点

▼往診時に必要な感染対策についても、引き続き評価する。緊急の往診については、重症化率の低下や外出制限の緩和により必要性は低下しているため評価の見直しを行う。

【対応】感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する往診等（300点）→継続

【対応】緊急往診の評価〔中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」投与＝救急医療管理加算の5倍（4750点）、その他＝3倍（2850点）〕→緊急往診の評価（950点）

入院

▼入院医療においても、必要な感染対策（個室・陰圧室での管理を含む）は引き続き評価する。

【対応】感染予防を講じた上での診療〔二類感染症患者入院診療加算1～4倍（250点～1000点）〕→継続

【対応】二類感染症患者療養環境特別加算（個室）の特例算定（300点）→継続

【対応】感染予防策を講じた上での疾患別リハビリテーション〔二類感染症患者入院診療加算（250点）〕→継続

▼重症化率の低下等により業務内容・人員体制が一定程度効率化されており、重症・中等症患者等の特例は一定程度見直しを行う。

【対応】重症患者への対応〔特定集中治療室管理料等の3倍（＋8448～＋3万2634点）〕→1・5倍（＋2112～＋8159点）

【対応】中等症等患者への対応〔救急医療管理加算の4～6倍（3800～5700点）〕→2～3倍（1900～2850点）

▼回復患者への対応の経験の蓄積等による業務の効率化を踏まえ、回復患者を受け入れた場合の特例については見直しを行う。

【対応】回復患者の受入（二類感染症患者入院診療加算750点、30日目までは＋1900点、

2面へつづく

診療報酬上の特例の見直し①

○ 新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴い、5月8日以降、**以下の考え方の下、診療報酬上の特例について見直しを行う**。
○ 冬の感染拡大に先立ち、今夏までの**医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直し**を行う。その上で、令和6年度診療報酬**改定において、恒常的な感染症対応への見直し**を行う。

<外来・在宅医療>

- 疑い患者への対応を公表し、空間的・時間的分離や適切なPPEの活用等、**必要な感染対策を講じた上で行う疑い患者への診療については、引き続き評価**する。
- その際、かかりつけ患者等に限らず疑い患者を広く受け入れる医療機関においては、空間的・時間的分離の準備をより周到に行う必要があることを考慮する。
  対応）・感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する診療(院内トリアージ実施料(300点))
  ⇒①300点（対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行)、②147点（①に該当せず、院内感染対策を実施）
- **コロナ患者に対する診療においては**、届出の簡略化や重症化率の低下によって**一定程度業務が効率化**している。一方で、類型変更に伴い、**療養指導やフォローアップ、入院調整**において医療機関の果たす役割が大きくなることから、**これらの業務の評価として見直し**を行う。
  対応）・コロナ患者への対応（救急医療管理加算(950点)）、中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」投与の場合の特例（同加算の3倍（2,850点））
  ⇒ コロナ患者へ療養指導を行った場合：147点、コロナ患者の入院調整を行った場合：950点
- 往診時に必要な感染対策についても、**引き続き評価**する。**緊急の往診については**、重症化率の低下や外出制限の緩和により**必要性は低下しているため評価の見直し**を行う。
  対応）・感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する往診等（300点）⇒ 継続
  ・緊急往診の評価（中和抗体薬「カシリビマブ及びイムデビマブ」投与：救急医療管理加算の5倍(4750点)、その他：3倍(2850点)）⇒ 緊急往診の評価（950点）

<入院>

- 入院医療においても、**必要な感染対策（個室・陰圧室での管理を含む。）は引き続き評価**する。
  対応）・感染予防を講じた上での診療（二類感染症患者入院診療加算1～4倍（250点～1,000点））⇒ 継続
  ・二類感染症患者療養環境特別加算（個室）の特例算定（300点）⇒ 継続
  ・感染予防策を講じた上での疾患別リハビリテーション（二類感染症患者入院診療加算（250点））⇒ 継続
- 重症化率の低下等により業務内容・人員体制が一定程度効率化されており、**重症・中等症患者等の特例は一定程度見直し**を行う。
  対応）・重症患者への対応（特定集中治療室管理料等の3倍(＋8,448～＋32,634点)）⇒ 1.5倍(＋2,112～＋8,159点)
  ・中等症等患者への対応（救急医療管理加算の4～6倍(3,800～5700点)）⇒ 2～3倍(1,900～2,850点)
- 回復患者への対応の経験の蓄積等による業務の効率化を踏まえ、**回復患者を受け入れた場合の特例については見直し**を行う。
  対応）・回復患者の受入(二類感染症患者入院診療加算750点、30日目までは＋1,900点、その後90日目までは＋950点)⇒ 60日目まで750点。14日目までは＋950点

<歯科>

- コロナ患者に対して延期が困難な歯科治療を実施する場合の感染対策は今後も必要であり、**引き続き評価**する。
  対応）・治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施(298点)⇒ 継続

<調剤>

- 薬剤師によるコロナ患者への医薬品の提供・服薬指導等については、コロナ治療薬を処方された来局患者への対応も考慮しつつ、**引き続き評価**する。
  対応）・自宅・宿泊療養患者に薬剤を配送した上での訪問による対面／電話等による服薬指導(500点／200点)
  ⇒ 陽性患者に薬剤を届けた上での服薬指導(訪問による対面500点／電話等200点) ※薬局におけるコロナ治療薬の交付は、服薬管理指導料：2倍（＋59点又は＋45点）

時評

『三位一体改革』の行方

常務理事　新谷史明

「地域医療構想」「医師の働き方改革」「医師の偏在是正」という医療界の三つの課題を掲げ、どれを優先することもなく粛々と三位一体で改革を行うという厚労省幹部の講演を全国公私病院連盟の総会で聴いたのは何年前だったろうか。2019年秋に厚労省が地域医療構想の一環として発表した「424病院リスト」は朝令暮改、翌年3月には新型コロナウイルス感染症拡大を契機にもう一度見直すこととなった。

一方医療界が新型コロナウイルス感染症対策に躍起になっている間に、時短計画案の作成、医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価受審、特例水準医療機関の指定など、2024年4月に向かって医師の働き方改革は着々と進められてきた。その中で医師偏在に関しては、医療提供体制における対応として、都道府県は医師少数区域に優先的に医師派遣、地域医療対策協議会で医師偏在対策を協議・公表し、大学等の地域医療関係者の協力責務を規定、と書かれてはいるものの強制力のある施策はいまだなされていない。

我が医療圏はいわゆる医師少数区域に分類され、医師不足解消を公約に掲げて当選した現市長は10年後を目標に医師数の是正を図るべく、市医療構想会議を立ち上げた。コンサル会社から提示された方策はいずれもすでに施行済み、「10年後などと悠長なことを議論している状況ではない」「医者が一人欠けただけで病院が立ち行かなくなることもある」など医療者側から厳しい発言もあり、行政側の現状把握の未熟さが露呈した感があった。

地元紙福島民報のコラム欄に薬師丸ひろ子の「探偵物語」という曲のさびの最後「好きよ…でもね…たぶん…きっと…」の言葉の並べ方について、作詞家松本隆氏の解説が引用されていた。「言葉の選び方、並べ方にも正解がある。誰もが知っている言葉を並べているだけに見えるけど、わずかに変えるだけでニュアンスが変わる」。意味合いやリズムを考えたうえで最もふさわしい順番を見つけ出すセンスは、言葉の使い手にとって不可欠の資質らしい。

厚労省は医療界の三つの課題を提示するにあたって、順番は考えたのだろうか。とっつきやすいものから並べ、実現性の低いものは後回しにした感が無きにしも非ず、と思うのは筆者だけだろうか。

（いわき市病院事業管理者）

いろ鉛筆

新型コロナ感染症も3年を経て漸く沈静の兆しにある。かつてのスペイン風邪や鳥インフルエンザの経験からも一つの節目だろうか。5月8日にマスク着用解除とする政治・経済界の姿勢に対し一般社会も理解を示す。一方で医療界は感染防止対策緩和に慎重で、ウィズコロナに向かっての体制を探る▼コロナパンデミックにおいて世を席巻したのはPPEを始めとする感染防止対策のディスポ製品。強い感染・伝播力、致死率の高さなど感染拡大初期に植え付けられた恐怖心からマスクやパーテーションの解除が進んでも、様々な所でディスポ製品が使用される。緩和されたとはいえアルコール手指消毒、一処置一手袋、テーブルのアルコール消毒ティッシュ等々、一般生活に及んだユニバーサルプリコーションの強迫観念は根強い▼経済活動の面からは費用対効果である程度のところに落ち着くだろうが、医療においては厳密な感染防止策を今後も講じざるを得ず、必然ディスポ製材の割合が高くなる。そこに発生する大量の廃棄物を見ると、原料となる地球資源がいとも簡単に消費される姿があり心が痛む。コロナが落ち着いた今、医療におけるSDGsを真剣に考える必要を感じる。（N・A）

1面からつづく

〜〜〜〜〜〜〜

その後90日までは＋950点）→60日目まで750点。14日目までは＋950点

歯科・調剤　（略）

介護保険施設等の入所者等の患者への対応

▼適切な医療資源の活用のため入院の必要性が低い場合に施設内での療養を支援する観点から、介護保険施設等に対する緊急往診は引き続き評価する。（同様の観点から、介護保険施設等に看護職員がいる場合の当該施設入所者に対してオンライン診療についても評価する）

【対応】緊急往診の評価（救急医療管理加算の3倍、2850点）、介護保険施設等における緊急往診の場合（2850点）、介護保険施設等への緊急往診の場合（2850点）→介護保険施設等の入所者等の高齢患者の受入→＋950点

▼薬剤師による緊急の医薬品の提供・服薬指導等について、介護保険施設等の入所者等の患者に実施した場合についても評価する。

【対応】コロナ患者に薬剤を届けた上での服薬指導（訪問による対面500点／電話等200点）

▼入院患者の高齢化により要介護者等への治療・ケアの負担が増大しているため、医療資源の効率的な活用及びケアの質向上の観点から、介護保険施設等の入所者等の患者について、リハビリテーションや介護保険サービスとの連携が充実している医療機関における入院医療に対する評価（※）を行う。（※）＝介護保険施設等の入所者等が、例えば以下のような病棟に入院した場合を想定。▽病棟でリハビリテーションを提供する体制が整っていること▽入退院支援を行っていること▽感染管理やコロナ患者発生時の対応について、地域の介護保険施設等と連携していること。

【対応】リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）による介護保険施設の入所者等の高齢患者の受入→＋950点

その他施設基準等

▼新型コロナはこれまで通年性の流行がみられており、流行ピーク時の感染者数・入院が必要な患者数の予測が困難であるため、急激な感染拡大時に入院患者の受入が可能な病棟を迅速に整備するために必要な特例については、当面の間継続する。

【該当する特例の例】新型コロナ患者を受け入れるために緊急に開設する必要がある保険医療機関について、要件審査を終えた月の診療分についても基本診療料を算定できる。

▼今後より多くの医療機関がコロナ患者の受入を行うこととなることを踏まえ、医療機能分化の観点から、入院料の算定に係る患者要件を緩和する特例については、一定の経過措置を置いた後に見直しを行う。

【該当する特例の例】特定集中治療室管理料等を算定する病棟に入院した場合に、同管理料等の算定要件に該当しない患者についても必要に応じて同管理料等を算定できる。

▼また、コロナ以外の医療提供及び医療の質の確保の観点から、人員配置や診療実績の基準を緩和する特例についても見直しを行う。ただし、コロナ患者の受入により医療従事者を含めたクラスターが起こる場合があること、医療提供体制の移行期においては地域における対応状況の偏りによってはコロナ患者を受け入れる医療機関において手術等一般医療の機会を逸失する場合があることから、原則として一定の経過措置を設けるとともにコロナ患者の受入を考慮した措置を行う。

【該当する特例の例】▽看護要員の数が施設基準を満たさなくなった場合にも直ちに施設基準の変更の届出を行わなくてもよい。▽ハイケアユニット入院医療管理料等の病床を増床した場合、人員配置等に関する簡易な報告を行うことにより該当する入院料を算定できる。

▼令和4年度診療報酬改定により必要な措置を行っているものや、感染症法に基づく自宅・宿泊療養の要請、外出制限等を踏まえた特例については見直しを行う。（医療提供体制の確保の観点から必要なものについては経過措置を設ける）

【該当する特例の例】▽電話や情報通信機器を用いた診療に係る特例▽自宅・宿泊療養を行っている者に対する往診実施の調整に係る特例

▼薬剤など、新型コロナウイルス感染症の特性を踏まえ出来高算定を可能にしているものについては、当面の間継続する。

【該当する特例の例】新型コロナ患者を特定入院料・障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院させた場合、医療法上の病床種別と当該入院料が施設基準上求めている看護配置等に基づいた入院基本料の算定及び出来高算定が可能。

▼なお、当面の間継続する又は経過措置の後に見直しを行うこととするものについては、類型見直し後のコロナ診療の実態等も踏まえ対応を行う。

病床確保料の取扱い

厚労省は3月10日、病床確保料の取扱いについて事務連絡を発出した。新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業における病床確保料は5月7日までは現在の上限額を継続し、8日以降9月末までは以下とするとしている。（注）通知の抜粋、稼働病床の病床確保料の上限額

①重点医療機関である特定機能病院等

▽ICU1床当たり＝21万8千円／日▽HCU1床当たり＝10万6千円／日▽上記以外の病床1床当たり＝3万6千円／日

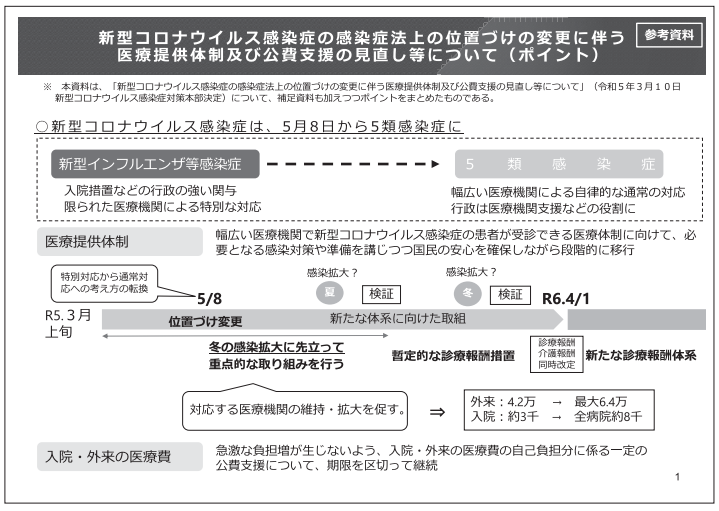
②重点医療機関である一般病院

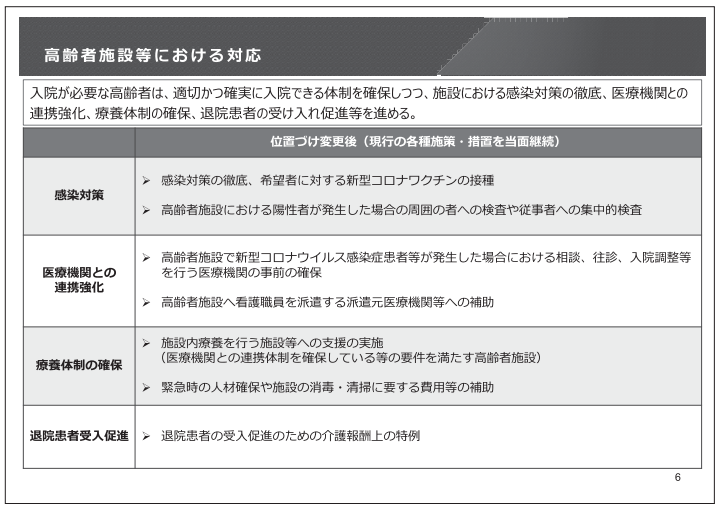
▽ICU1床当たり＝15万1千円／日▽HCU1床当たり＝10万6千円／日▽上記以外の病床1床当たり＝3万7千円／日

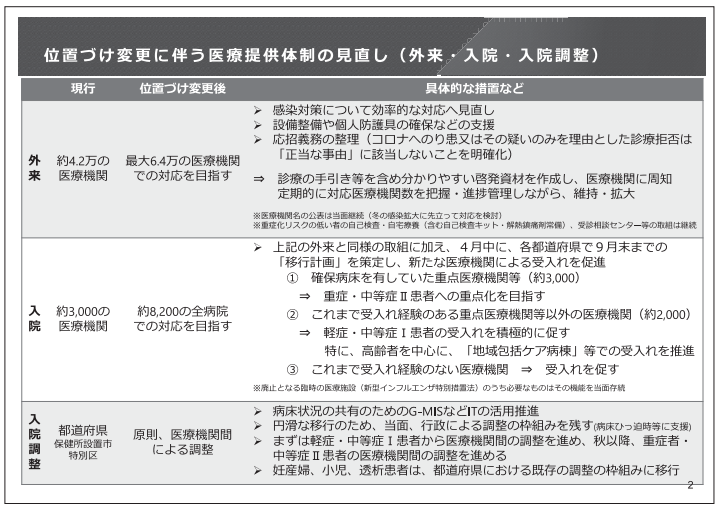
③その他医療機関

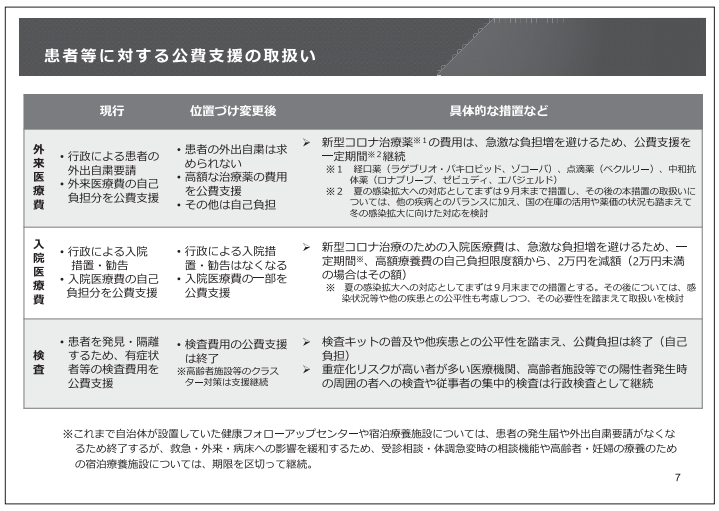
▽ICU1床当たり＝9万7千円／日▽重症患者又は中等症患者を受け入れ、酸素投与及び呼吸モニタリングなどが可能な病床を確保する場合1床当たり＝4万1千円／日▽上記以外の場合1床当たり＝1万6千円／日

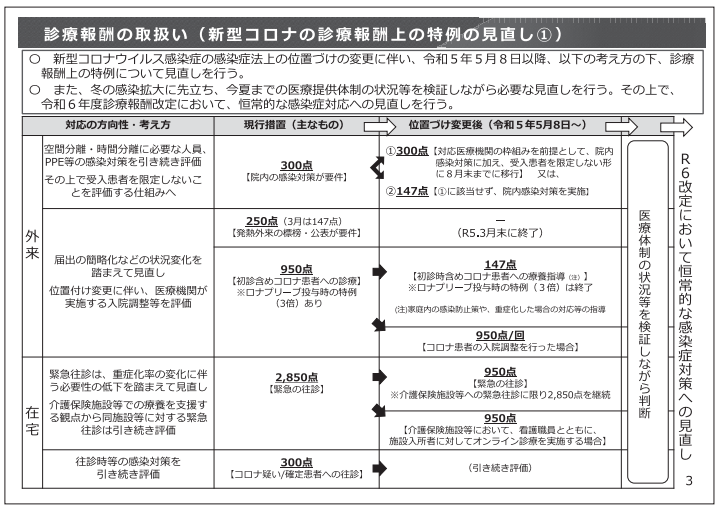
※2面の図表は「新型コロナウイルス感染症対策本部」（3月10日）の参考資料より抜粋したもの











全国公私病院連盟
第18回「DPCセミナー」開く

全国公私病院連盟は2月3日、CIVI研修センター日本橋において「第18回DPCセミナー」を開催した。当日は、大西祥男先生（加古川中央市民病院、理事長・院長）、柏倉夏枝先生（山形市立病院済生館・医療情報管理室）、阪本研一先生（美濃市立美濃病院・院長）、竹田寛先生（桑名市総合医療センター・理事長）の4氏を講師にお迎えしてご講演いただいた。今号では講演の要旨を掲載することとした。

DPCデータを活用した機動的病院運営　～企画情報部門による分析から実践まで～

大西祥男

2011年、加古川市民病院と神鋼加古川病院は統合し、地方独立行政法人加古川市民病院機構を設立した。5年間は加古川西市民病院と加古川東市民病院の2病院体制で運営した後、2016年に加古川中央市民病院を開院した。現在、600床、6大センター（心臓血管センター、消化器センター、呼吸器センター、こどもセンター、周産母子センター、がん集学的治療センター）を中心に33診療科の総合力で救急に力を入れている高度急性期・急性期総合病院である。

当院では、開院当初より、目標管理制度を採用しており、理念、年間重点行動方針に沿って各部門で目標を立てて実践している。目標を立案するにあたり必要な多くの医療情報を日々収集しモニタリング、分析、企画立案、システム開発などの業務を担っているのが企画情報部門で、上級医療情報技師をはじめ5名の医療情報技師と看護師など10名で構成されている。院内他部門にも10名の医療情報技師が在籍し、各々の部門で能力を発揮している。

企画情報部ではDPCに関わる院内の最新データ等を日々収集し、整理し分析を加えて、ファイルメーカーを用いたBI（Business Intelligence）として提供している。BIは電子カルテ上で職員全員が閲覧、情報共有することができる。各部署ではそのデータに基づきBSC（Balanced Score Card）を用いて目標をたてる。それを基に年3回、院内70部門に対して院長ヒアリングを実施し、実績の分析と改善策や今後の取り組みに関しての意見交換をおこない、医療の質向上と経営改善を図っている。DPC係数の推移、とりわけ機能評価係数Ⅱの推移についても解説する。

その他、外来・検査予約枠取得状況、外来患者混雑緩和対策、手術室稼働状況、Covid-19職員休職管理、医学部実習生カルテ作成など病院運営に欠かせない情報の一元化や見える化などの病院運営支援ツールの開発も行っている。

公開されたDPCデータを利用して、東播磨圏域での今後の人口予測と当院における疾患領域毎の医療需要予測を行い、医師の働き方改革が進む中、地域医療提供体制や当院の方向性並びに医師確保の考え方について検討している。

以上、当院の企画情報部門による医療情報処理と分析から目標を立て、ヒアリングを通してパスの見直し、患者支援センターの関与並びにチーム医療の推進等により実践に移し、目標を達成するまでの過程につき概説したい。

DPCデータによる病院マネジメントを考える　～診療情報データを扱う実務者から医療職へ伝えたいこと～

柏倉夏枝

DPCデータは分析可能な全国統一形式の患者臨床情報、診療情報であり、1入院中のプロセスが把握できる。入院時と退院時の状態、入院中の診療行為、使用された薬剤、検査など、様々なデータを確認することができるのがDPCデータの強みである。各病院での工夫により多様に活用でき、病院マネジメントのひとつとして、医療安全や医療の質向上に寄与することができる。

DPCデータの分析は、DPC制度や診療報酬請求の理解、データ加工のスキル、現場における医療行為をイメージ出来ないと、実態に即したものにならない。また、DPCデータに含まれない診療データについても、文字の記録ではなくコード化された記録を残し、DPCデータ分析を補完していく必要がある。

本講演では、①病理確定例におけるがん治療開始遅延防止のモニタリング、この方法を利用した②画像診断におけるがん診断等の見落としのチェック、③免疫抑制剤・抗がん剤使用患者におけるB型肝炎ウイルスの再活性化対策、④クリニカルパス適応率の改善に向けて、⑤定期検査が必要な薬剤（添付文書上の禁忌）に対する薬剤管理指導、⑥新型コロナウイルス感染症受入状況の把握と院内感染のモニタリングの実施を紹介する。

適切な時期に、対策に必要な資料を提供することは改善への近道となる。DPCデータは、保険診療における病院活動を反映しているため、EFファイル・様式1を使用し、病院活動の全体像と細部を明らかにすることができ、本来対策が必要なものを抽出できる。本講演で、DPCデータを利用した医療の質向上への具体的なリスクへの対応と付加価値の増大を提案したい。

会場のもよう。（右下）中島昭・連盟副会長。司会・座長の遠見公雄・連盟会長。（左隣）座長の竹田寛・連盟副会長。

地域医療を活性化するために　～病院の法人化と再編統合～

竹田寛

私は、病院の法人化を2度経験しました。1度は三重大学医学部附属病院の院長として、もう1度は桑名市総合医療センターの理事長として、それぞれの法人化の仕事に携わりました。法人化の最大のメリットは、組織の自由度が増し、理事長や院長の裁量権が大幅に増大することです。職員の定数管理がなくなり、必要な部署への増員や部署を新設するための増員も容易となります。また施設や設備投資はもとより、職員に対する手当や特別賞与の支給なども、理事長や院長の裁量で行うことができるようになります。そのため職員の就労意欲が向上し、より良い診療の実現、患者サービスの向上、収益性の改善につながります。

また桑名市総合医療センターでは、病院の再編統合も経験しました。当院の前身は病床数200床前後の桑名市民病院と民間2病院ですが、その官民3病院を統合して病床数400床の地方独立行政法人の新病院とし、2018（平成30）年、新病棟が建設されました。

統合による最大の利点は、医師、特に若い医師が増えることです。統合する前の医師数は3病院合わせて65人ほどでしたが、統合後は125人前後と約2倍に増えました。医師が増えることにより、既存の診療科における診療の質・量ともに向上し、新しい診療科も常勤医の着任という形で同病床の制度廃止に伴い2014年に地域包括ケア病棟（1病棟45床）としました。

2018年には地域包括ケア病棟を2病棟77床とし、急性期DPC病棟（1病棟45床）と共に運用している。これらの病床運用の効率化により、入院患者の平均年齢が2005年の66・1歳から2019年には77・3歳まで高齢化が進み、要介助率が50％以上となる中、90日以上の長期入院率を同じく19・4％→8・5％に抑制しつつ、入院収益効率を大幅に向上させることで経営安定化の基盤を確保することが出来ている。

病床設計に際しては、DPCデータを十分に活用して分析し、運用シフトにおいては、現場に混乱を来さない、分かり易く、明確な運用マニュアルを職員で共有することが重要で、シフト後も継続的にモニターして随時修正を加える必要がある。地域から求められる自院の役割を適正に把握することが出発点であることは言うまでもない。

未曾有の少子高齢化が進む中で、限られた資源でニーズの変化に如何にして対応するかという本邦全分野に共通する課題への対応として、地域密着型中小病院におけるDPCをはじめとした効率化の取り組みの一例を提示したい。

◇　◇

地域密着型中小病院でのDPCへの取り組み

阪本研一

美濃市立美濃病院（以下、当院）は、人口約2万人の岐阜県美濃市で唯一病床を持つ122床の地域密着型中小病院である。美濃市の総人口は減少傾向にあるが医療介護の対象年齢層である75歳以上の人口は増加しており2030年にピークを迎える。同年齢人口は2025年には2005年比で36％増、2030年には同じく47％増となるが、医療提供側の人的資源が不足しており2004年の新医師臨床研修制度、2017年の新専門医制度の影響で医師確保に窮する状況が続いてきた。

限られた医療資源で地域ニーズの変化に対応するべく様々な効率化を図ってきたが、初期改革としての組織マネジメントおよび院内外の医療提供体制の効率化に続く病床運用の効率化が経営基盤を確保するためには特に重要である。当院は、出来高診療・診療科別病棟から包括診療・病期別病棟に徐々に病床運用をシフトさせ、DPC病床／亜急性期or地域包括ケア病床の比率を変化させることで、入院患者の高齢化に対応してきた。

2006年にDPC導入を決定し、コスト管理や医療の標準化の徹底を進め、2008年からDPCを導入した。また、回復期・慢性期患者の受け皿として、2006年から亜急性期病床を4床で稼働させ、その後、段階的に26床まで増やし、

今月の一冊

母親になって後悔してる

今月は『母親になって後悔してる（Regretting motherhood）』、オルナ・ドーナト著、鹿田昌美訳である。数年前話題になったのを知っていたが、今回異次元の少子化対策を岸田氏が打ち出し、また当連盟の「国民の健康会議」でテーマに少子化を取り上げると決まり、是非一読必須と読んだ。読後感はなるほどと納得する一方、もやもや感も多く、傍線を付けたり、折ったページを読み直してみてもすっきりしない。やはり著者の言う想像力の植民地化された人になってしまっているんだと自嘲したりしてこの文章を書いている。

著者は合計特殊出生率3を誇るイスラエルの「私は子供を持たない」と決意した女性社会学者である。男女を問わず一定期間の徴兵制や〝キブツ〟という集団生活もある中東にあるユダヤ人国家で第二次世界大戦後にできた特殊な国である。この本は「今の知識と経験を踏まえて過去に戻ることができたら、それでも母になりますか?」との問いに「NO」と答えた23人の女性との面談から成り立っている。女性の年齢は26歳から73歳、5人は祖母である。祖母になって可愛い孫がいてもやはり母になったことを悔いている。14人が離婚や別居をしており、バイアスがかかった調査と指摘するのは簡単だが〝殆ど病院、時々在宅〟の人生で、育児の大部分を家内に任せっきりの私は目をつぶるしかない。

本は6章建て、まず第1章では社会常識として女は結婚して母親になるという不文律を疑わない。特にイスラエルでは母になることは名誉なことであると国民全体が思っており、自然の摂理と考えられている。更に高度な生殖医療も相俟って、高い出生率を保っている。同じような国としてオーストラリアを著者は挙げている。2004年ピーターカステロ財務大臣は少子化と年金費用増加を理由に「一人は母の為、一人は父の為、そして一人は国の為に」「家に帰って今夜愛国的義務を果たすように」と。かつて我が国の大臣にも同様の発言をされた方がおられ物議を醸したが…。家族や社会の約束として受動的ライフコースとしてほとんどの人が母になると著者は説く。

第2章は、要求の多い母親業。産んでから育児も殆ど一人でやらないといけない。良い母親像には聖母マリアの様な存在から性的対象まで多くが求められる。オムツや離乳食、粉ミルクの広告を見ると良き母親、女性像をイメージしていることがどこの国でも一般的である。それが正しい母、女であると。産後うつ病などは母親未満の弱い人と思われ、セラピーにも行きづらいとの声も。父と違って母は常に子供の傍に居ないとという考えも未だ普遍的であり、ゴミを捨てに行って永久に戻らない父の様にはなかなかなれない。

第3章はテーマの核心、母になった後悔である。「それはひどい間違いでした」というのが23人全員の答えである。質問を終える前に答えたという人も多かった。タブー視されていて言えなかったことを言うのでフライングしたのであろう。お母さんであることに我慢できません、耐えられません。「ママ、ママ、ママ」はやめて、一人きりにして!「奴隷、退屈な重労働なのです」。母であることを後悔することを明確に表現する言葉が無いということがこの問題の深刻さを浮き彫りにしていると私は捉えた。（134ページ）

一般には、子供を持つこと（母になる）のメリットがデメリットより多いので、ハッピーエンドになるまでの我慢というストーリーであるが、この本では第4章「許されない感情を持って生きる」に続く。この子達がいなければ自分はもっと別の豊かな人生をと考えつつも、やはりマザーリングに没頭しなければならない。母親達のアンビバレンスが描かれている。注目すべきは、もし子供を手離せるなら最愛の夫と別れることも考えるという母がいるということである。（194～195ページ）

第5章「でも子供たちはどうなる?」では、子供達に母が後悔しているというのを知らせないという結論。マスクとは桁違いの同調圧力である。「子供を守る、子供との絆を守る、自分を守るためにも。そして第6章で主体としての母。現代の西洋社会では、主として家の外での有給労働を目指すキャリアウーマンと家庭での無給労働を主とするスーパーマザーという2つの流れが区分できなくなってきている。加えて、新自由主義的資本主義の「完璧であれ」という精神である（269ページ）。どんな恵まれた環境でも母になりたくないという考えの培養土になったかもしれない現在の考えである。

表紙の絵にあるカナリア風の黄色い鳥（コウノトリやペリカンではない）は、女性を一人の女、人としての全てを隠してしまうのを後悔している姿であろうか? この本の冒頭にあるドイツでのオンライン討論でのコメントには「この女を通りに引きずり出して釘抜で歯を引っこ抜き、町の子供全員を並ばせ、ナイフで女の肉片を切り落とさせるべきだ。その後女は生きたまま焼かれるべきだ」というような魔女狩り論的なものも書かれている。著者の論に同調はしないものの「こういう人もいるのか。いてもいいんだ」くらいの知識としては保守本流の私としても納得している。

この本の書評を書くべきか相当悩みもしたが、昨年の報道の自由度世界71位を知り国民として書こうと決めた次第である。会員諸兄姉の読後感を是非お伺いしたい。

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）

令和5年度事業計画書
― 全国公私病院連盟 ―

全国公私病院連盟の「理事会」で「令和5年度事業計画書」が了承されました。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、下記の事業を推進します。

記

1. 診療報酬および介護報酬対策運動の推進
①令和6年度診療報酬改定に向けた対策の推進、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、④令和6年度介護報酬改定に向けた対策の推進

2. 医療制度対策の推進
①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（地域医療構想対策、看護師確保対策、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との連携（日病協「代表者会議」の対応、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5年6月病院運営実態分析調査の実施および報告書の発行、②病院経営健全化のために必要な調査の実施

7. 広報活動の推進
①「公私病連ニュース」の発行、②「国民の健康会議」の開催、③「広報委員会」の運営

8. 研修活動の推進
①講習会の開催（「診療報酬請求事務セミナー」「医療事故防止セミナー」「看護管理セミナー」「DPCセミナー」）、令和6年度改定診療報酬点数表説明会

9. 保険事業の推進
①病院賠償責任保険の取り扱い、②勤務医師賠償責任保険の取り扱い、③看護職賠償責任保険の取り扱い、④医療機関用サイバー保険の取り扱い、⑤居宅事業者総合保険の取り扱い、⑥株式会社公私病連共済会（保険代理店）との連携、⑦特定退職金共済制度の推進と取り扱い

10. 医療・福祉関係団体との連携強化

11. その他必要な活動の推進

以上

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

全国公私病院連盟から新刊のご案内

令和4年6月調査 病院経営実態調査報告（定価12,000円＋税 A4版 約780ページ）
内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

令和4年6月調査 病院経営分析調査報告（定価16,000円＋税 A4版 約740ページ）
内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

令和4年6月調査 病院概況調査報告書（定価18,000円＋税 A4版 約660ページ）
内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

2023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

感染症法上の位置づけ変更
新型コロナウイルス感染症
治療・院内感染対策・マスク・面会・療養期間などについて周知

厚生労働省では、5月8日から新型コロナ感染症の感染症法上の位置づけが変更されることに伴い、これまでコロナ診療に対応していなかった医療機関も含めて幅広い医療機関にコロナ診療に当たっていただける環境を整備することが重要として、医療機関向けの啓発資材（リーフレット）を提供（HPから入手できます）しているので、今号ではその一部を掲載（1面と4面）します。また、療養期間の考え方等について、4月14日付で事務連絡が発出されていますので2面に掲載します。

治療について

軽症患者における抗ウィルス薬選択の考え方

▽軽症患者では、**抗ウイルス薬などの特別な治療によらなくても自然に軽快することが多く**、その場合には経過観察のみ、または解熱鎮痛薬や鎮咳薬などの対症療法を必要に応じて行います。

▽初診時に、酸素飽和度を含めたバイタルサイン、発病から何日経過しているか、症状は軽快しているか、年齢・基礎疾患(重症化リスク因子)、ワクチン接種歴などを確認しましょう。

▽診察時は軽症と判断されても、発症2週目までに急速に症状が進行することがあり、高齢者では衰弱の進行、細菌性肺炎や誤嚥性肺炎の合併、せん妄などが出現し、入院治療が必要となることもあります（軽症から、中等症Ⅰ／Ⅱまたは重症への移行）。高齢以外の重症化のリスク因子のある方も、入院治療が必要となることがあるので注意しましょう。

▽発症から5日以内、かつ重症化リスクが高く病状の進行が予期される場合には、抗ウイルス薬【レムデシビル（ベクルリー点滴静注用）、モルヌピラビル（商品名：ラゲブリオカプセル）、ニルマトレルビル／リトナビル（商品名：パキロビッドパック）】の投与が考慮されます。

▽発症から3日以内、かつ重症化リスク因子がなく、発熱、咽頭痛、咳などの症状が強い患者には、エンシトレルビル（商品名：ゾコーバ錠）の投与も考慮されます。

▽4剤の抗ウイルス薬のうちどれを選択するかは、**発症からの日数と重症化リスク因子の有無**に加えて、**妊娠の有無、腎機能、常用薬、点滴可能かどうか、変異株の流行状況をみて判断しましょう**（【参考】軽症から中等症Ⅰの患者に対する薬物療法の考え方を参照）。

【参考】軽症から中等症Ⅰの患者に対する薬物療法の考え方

薬剤選択において考慮すべき点	
地域で流行している変異株	中和抗体薬の有効性に影響する（有効性は試験管内レベルの実験結果で判断されることが多い）2022 年 12 月現在、オミクロンに対して、中和抗体薬（日本国内で入手可能な製剤）の有効性は減弱している
点滴治療が可能か	レムデシビルは点滴投与が３～５日間必要である
常用薬があるか	ニルマトレルビル／リトナビルやエンシトレルビルは、相互作用のある薬剤が多い
腎機能障害があるか	レムデシビル、ニルマトレルビル／リトナビルは、腎機能障害がある場合、減量または投与を避ける必要がある
妊娠をしているか	モルヌピラビルやエンシトレルビルは催奇形性の懸念があり、妊婦または妊娠している可能性のある女性には禁忌

院内感染対策について①

■新型コロナウイルス感染症の患者・疑い患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触する可能性がある場合に装着（患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触しない場合は不要）

4. **N95マスク**：エアロゾル産生手技（＝気管挿管・抜管、気道吸引、ネーザルハイフロー装着、NPPV装着、気管切開術、心肺蘇生、用手換気、上部消化管、内視鏡、気管支鏡検査、ネブライザー療法、誘発採痰など）を実施する場合や激しい咳のある患者や大きな声を出す患者に対応する場合に装着
5. **手袋とガウン**：患者および患者周囲の汚染が予想される場合に装着（交換は汚染した場合や勤務終了時等）
6. **ゴーグル・フェイスシールド**：飛沫曝露のリスクがある場合（＝患者がマスクの着用ができない場合、近い距離での処置、検体採取時等）に装着（交換はサージカルマスクと同様）
7. **手袋とガウン**：患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触しない場合は不要

新型コロナ患者・疑い患者診療時の個人防護具の選択について（入院・外来共通）

1. **サージカルマスク**：常に着用（交換は汚染した場合や勤務終了時等）
2. **ゴーグル・フェイスシールド**：飛沫曝露のリスクがある場合（＝患者がマスクの着用ができない場合、近い距離での処置、検体採取時等）に装着（交換はサージカルマスクと同様）
3. **手袋とガウン**：患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触する可能性がある場合に装着（患者および患者周囲の汚染箇所に直接接触しない場合は不要）
4. **N95マスク**：エアロゾル産生手技（＝気管挿管・抜管、気道吸引、ネーザルハイフロー装着、NPPV装着、気管切開術、心肺蘇生、用手換気、上部消化管、内視鏡、気管支鏡検査、ネブライザー療法、誘発採痰など）を実施する場合や激しい咳のある患者や大きな声を出す患者に対応する場合に装着

外来における院内のゾーニング・動線分離

1. **待合の工夫（例）**：自家用車で来院している患者は車中で待機
2. **診察・検体採取時の工夫（例）**：
   ・パーティションによる簡易な分離、空き部屋等の活用
   ・検体採取を屋外や駐車場の車中で実施（プライバシーに配慮）
   ・発熱患者の導線を分離（矢印等で解りやすく表示）
3. **上記の空間的分離が構造的に困難な場合は時間的分離で対応**

院内感染対策について②

病床の考え方・換気

1. **病棟**：病棟全体のゾーニング（専用病棟化）は基本的に不要
2. **病室**：以下の点に留意する
   ●**確定患者**：個室が望ましいがコホーティング（同じ感染症の患者同士を同室）も可
   ●**疑い患者**：コロナ以外の疾患の可能性があるため確定患者と別の病室となるよう原則として個室に収容
   ●**ゾーニングは病室単位で行う**（図略）
   ●**換気**：病室内から廊下へ空気が流れないよう、空調換気設備の吸排気の設定や適切なメンテナンス、必要に応じたクリーンパーティションを利用

医療機関におけるマスク・面会について

■マスクについて、医

2面へつづく

時評
今こそ情報インフラ整備

連盟　常務理事　**菊池英明**

新型コロナウイルスの流行も3年が経過し、5月には制度上は“5類感染症”となりますが、今後も流行の消長を経ていずれ“common cold”となって行くのでしょうか。コロナ禍の中にあって地域の各医療機関の真の機能・能力と使命感が明らかになったのは当地に限らないでしょうし、また特に当初は行政サイドの旧態然たる紙・FAX・電話文化、かたや行政サイドのカウンターパートとして対応した地域医師会の理解不足に悩まされた医療機関も少なくないと思います。我が国の医療体制の歪みと脆弱性が十二分に曝け出された3年間でした。

診療報酬改定のたびに“厚労省の意図を読んだ”解説を耳にしますが、この国の医療が目指す姿、全体像はどこに示されているのでしょうか、あるいは何処に隠されているのでしょうか。国、厚労省が示す総論・抽象的表現には大いに賛同できる点が多いのですが、しかし社会構造や医療需要の変化を受け止める医療体制の具体的全体像と到達のための期的到達目標を明確にせず部分部分を積み上げての漂流を続けるのでしょうか。不安に駆られます。

重要課題である「かかりつけ医機能」の整備には前提として医療機能分担と医療情報の共有が必須であり、前者は診療報酬体系で誘導しつつあるように見えますが、後者はどうなっているのか甚だ不安です。たとえば開業医はグループ化して「かかりつけ医機能」を発揮していただこうとの考えを耳にしますが、開業医が使用している電子カルテはネットワーク化を想定していないものが多く、頻用されている情報共有アプリはチャットの域を出ず、診療録ではあり得ません。“医療DXの推進に関する工程表（骨子案）”が示されましたが、ぜひこのプロセスは充分に議論され語り尽くされてはいないように思います。“地域医療構想”の議論も医療需要推計を示し、掛け声をかけただけでは遅々として進みません。これからも長機会に、地域のすべての医療機関が情報を共有でき、全国どこで医療を受ける事になっても必要な医療情報を即座に入手できるネットワークの構築を加速して頂きたいものです。僅かな補助金と僅かな診療報酬加算で推進し、結果として病院間の情報共有に役立たず、青息吐息で更新を繰り返さねばならない“電子カルテ”の轍を踏む事なく、DXの基盤である強固な情報インフラへの充分な初期投資と持続可能な運用体制の構築を期待します。

（JA北海道厚生連帯広厚生病院・名誉院長）

いろ鉛筆

昨年、安部元首相が暗殺されたが、幕末維新の頃が最もテロや暗殺が横行し、坂本龍馬や佐久間象山、大久保利通ら多くの優れた人材を失った。岡田以蔵や田中新兵衛らがテロリストとして有名だが、最大のテロリストは大老井伊直弼である▼彼は「戊午の密勅」が、水戸藩に下されたことに激怒。京にいた腹臣長野主膳は、強権を発動し、奉行所や佐幕派公家等を総動員し徹底的な探索を強行。が、密勅の主謀者を特定できず「密勅は水戸斉昭の陰謀」と捏造し報告。これを真に受けた大老井伊は、水戸・一橋派に大弾圧を強行。安政の大獄である。水戸藩重臣や橋本左内ら多くの無実の人々を刑死や獄中死させた▼権力者のテロにはテロでと、水戸脱藩浪士達の反撃が「桜田門外の変」である。大老井伊は、元来、守旧派で、開国には消極的で、古き徳川幕藩体制の維持と、己の権力しか眼中になかった。彦根藩では名君も、一国の宰相は、失格であった。それが今「開国の父」と呼ばれているのは歴史の皮肉である▼それから一世紀半、今も世界各地で権力者のテロが頻発し、多くの人々の生命が奪われている。人間の本性に進歩はないのかと、暗澹たる気持になる。

（K・Y）

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

1面からつづく

療機関への受診時や訪問時はマスクの着用が推奨されています。

■医療機関における面会については、面会の重要性と院内感染対策の両方に留意し、患者及び面会者の交流の機会を可能な範囲で確保するよう各医療機関で検討をお願いします。

●地域における感染の拡大状況や入院患者の状況等のほか、患者及び面会者の体調等を総合的に考慮してください。

院内感染対策に留意しつつ面会を実施する流れ

1. 面会者への対応

●体調や、直近の発熱患者等との接触歴を確認

●必要な場合は、人数や時間に条件を設定

●面会者のマスク着用や手指衛生を徹底

2. 面会場所の工夫（図略）

●大部屋患者の場合はディルーム等を面会場所とする

●患者・面会者ともに常にマスクを装着

●常時換気する

3. その他

●上記のような対応でも対面面会が困難な場合オンライン面会を実施

●新型コロナ患者についても、状況に応じて、可能な範囲で、オンライン面会や、面会者に個人防護具の着用を指導した上での対面面会等の対応をご検討ください。

◇　◇

感染症位置付け変更後の
療養期間の考え方等について
新型コロナ感染症対策推進本部

厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症対策推進本部」は4月14日、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付け変更後の療養期間の考え方等について」を発出した。5月8日以降、政府が患者に対し外出自粛を要請することはなくなり、外出を控えるかどうかは個人の判断に委ねられることになることから、その判断に資する情報を提供している。

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付け変更後の療養期間の考え方等について（令和5年5月8日以降の取扱いに関する事前の情報提供）

（令和5年4月14日事務連絡・厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）

平素より、新型コロナウイルス感染症対策に御尽力、御協力を賜り、誠にありがとうございます。

新型コロナウイルス感染症については、現在、感染症法に基づき、一定期間の自宅療養（外出自粛）を求めています。新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更後は、感染症法に基づき、行政が患者に対し、外出自粛を要請することはなくなり、外出を控えるかどうかは、季節性インフルエンザと同様に、個人の判断に委ねられることになることから、その判断に資する情報（位置づけ変更後のQ&A、新たな分析結果、諸外国の事例【略】）を別紙のとおりお示しします。

令和5年4月5日の厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードに提出された新たな分析結果を踏まえると、発症後3日間は感染性のウイルス排出量が非常に多く、5日間経過後は大きく減少することから、特に発症後5日間が他人に感染させるリスクが高いことに注意が必要です。

位置付け変更後は、政府として一律に外出自粛を要請するものではありませんが、個人や事業者の判断に資するよう、この分析結果や諸外国の事例を踏まえ、発症後5日を経過し、かつ、症状軽快から24時間経過するまでの間は外出を控えていただくことを推奨するとともに、その後も10日間が経過するまでは、マスク着用やハイリスク者との接触は控えていただくことを推奨することを情報提供します。

また、位置づけ変更後は、一般に保健所から新型コロナ患者の「濃厚接触者」として特定されることはありません。また、「濃厚接触者」として法律に基づく外出自粛は求められません。

つきましては、本内容について御了知の上、関係各所へ周知の程、お願い申し上げます。なお、お示しした考え方は、本年5月8日に新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けの変更が行われることを前提とした取扱いであり、個人の療養や事業者の取組みに当たって参考となるよう、事前に情報提供を行うものです。本取扱いは、同日の前に改めて、予定どおり位置付けの変更を行うかの確認を行った後に確定するものであることを申し添えます。

別紙（5月8日以降の取扱）

感染症法上の位置づけ変更後の療養に関するQ&A

【Q1】新型コロナウイルス感染症は、他の人にうつすリスクはどれくらいありますか?

新型コロナウイルス感染症では、鼻やのどからのウイルスの排出期間の長さに個人差がありますが、**発症2日前から発症後7～10日間は感染性のウイルスを排出しているといわれています**（※参考1）。

発症後3日間は、感染性のウイルスの平均的な排出量が非常に多く、5日間経過後は大きく減少することから、**特に発症後5日間が他人に感染させるリスクが高いことに注意してください**（※参考2）。

また、排出されるウイルス量は発熱やせきなどの症状が軽快するとともに減少しますが、症状軽快後も一定期間ウイルスを排出するといわれています。

（※参考1）国立感染症研究所のデータによれば、感染力のあるウイルスを排出する患者の割合は、症状が続いている患者も含め、発症日を0日目として8日目（7日間経過後）で15%程度、11日目（10日間経過後）で4%程度となります。

（※参考2）国立感染症研究所のデータによれば、感染力のあるウイルスを排出する患者について、発症日を0日目として3日間程度は平均的に高いウイルス量となっていますが、4日目（3日間経過後）から6日目（5日間経過後）にかけて大きく減少し、ウイルスの検出限界に近づきます（6日目（5日間経過後）前後のウイルス排出量は発症日の20分の1～50分の1）。一般に、ウイルス排出量が下がると、他の人にうつしにくくなると言われています。

【Q2】新型コロナウイルス感染症にかかったら、どのくらいの期間外出を控えればよいのでしょうか?

令和5年5月8日以降、新型コロナ患者は、法律に基づく外出自粛は求められません。外出を控えるかどうかは、個人の判断に委ねられます。その際、以下の情報を参考にしてください。

周囲の方や事業者における、特に5日間はご自身の体調に注意してください。7日目までは発症する可能性があります。こうした間は、手洗い等の手指衛生や換気等の基本的感染対策のほか、不織布マスクの着用や高齢者等ハイリスク者と接触を控える等の配慮をしましょう。もし症状が見られた場合には、Q2をご覧ください。

【Q3】5月8日以降の「濃厚接触者」の取扱はどのようになりますか?

令和5年5月8日以降は、5類感染症に移行することから、一般に保健所から新型コロナ患者の「濃厚接触者」として特定されることはありません。また、「濃厚接触者」として法律に基づく外出自粛は求められません。

【Q4】家族が新型コロナウイルス感染症にかかったら、どうしたらよいですか?

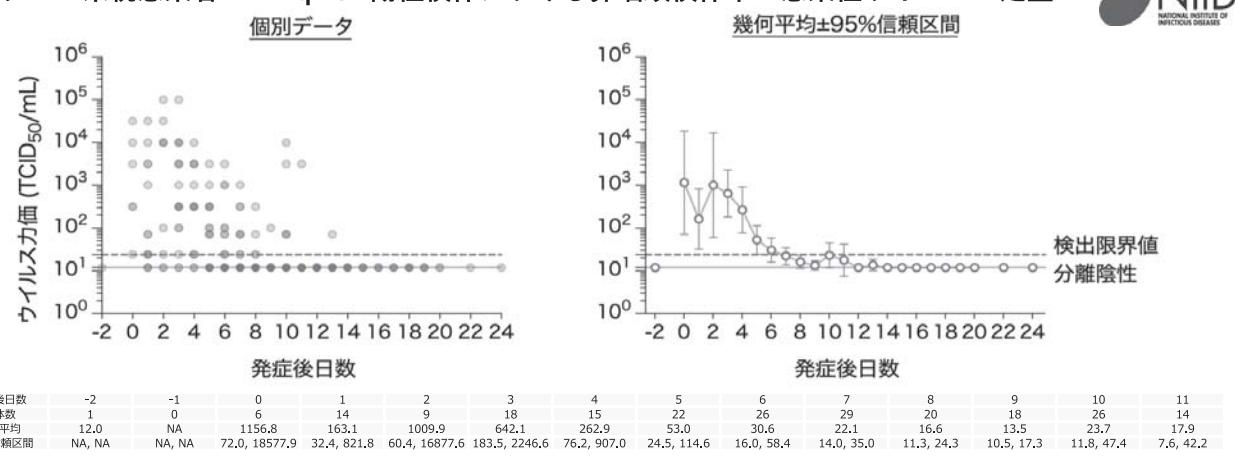
ご家族、同居されている方が新型コロナウイルス感染症にかかったら、可能であれば部屋を分け、感染されたご家族のお世話はできるだけ限られた方で行うことなどに注意してください。

その上で、外出する場合は、新型コロナにかかった方の発症日を0日と接触は控える等、周りの方へうつさないよう配慮しましょう。発症後10日を過ぎても咳やくしゃみ等の症状が続いている場合には、マスクの着用など咳エチケットを心がけましょう。

※学校における取扱いについては、文部科学省においてパブリックコメントを実施予定。

参考１　第120回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード専門家提出資料（令和５年４月５日）

オミクロン系統感染者のRT-qPCR陽性検体における鼻咽頭検体中の感染性ウイルスの定量



発症後日数	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
検体数	1	0	6	14	9	18	15	22	26	29	20	18	26	14
幾何平均	12.0	NA	1156.8	163.1	1009.9	642.1	262.9	53.0	30.6	22.1	16.6	13.5	23.7	17.9
95%信頼区間	NA, NA	NA, NA	72.0, 18577.9	32.4, 821.8	60.4, 16877.6	183.5, 2246.6	76.2, 907.0	24.5, 114.6	16.0, 58.4	14.0, 35.0	11.3, 24.3	10.5, 17.3	11.8, 47.4	7.6, 42.2

目的：オミクロン系統感染者から採取されたウイルス分離試験陽性の鼻咽頭スワブ検体中の感染性ウイルスを定量するために、ウイルス力価（感染性ウイルス量）を測定した。

材料：感染症法第15条第2項の規定に基づき2021年11月29日から2022年1月13日までに実施されたオミクロンBA.1系統感染者を対象とした積極的疫学調査の残余検体のうち、オミクロンBA.1系統感染有症状者85症例から得られたRT-qPCR陽性の鼻咽頭スワブ検体（合計277検体）※無症状者は含まない。

方法：被験検体の希釈系列を作製し、VeroE6/TMPRSS2細胞に接種し5日間培養後、CPEを指標として検体中のウイルス力価を測定した。ウイルス力価の計算はKarBerの式によってTCID50/mLとして算出した。検出限界値は24TCID50/mL(点線)でウイルス分離陰性の検体は12 TCID50/mL（実線）とした。発症後日数毎の個別データと幾何平均と95%信頼区間を示した。

結果：発症後から幾何平均ウイルス力価の減少傾向が認められた。発症後7日には、幾何平均ウイルス力価が検出限界値を下回り、それ以降、幾何平均ウイルス力価が検出限界値を上回ることはなかった。

考察：RT-qPCR陽性であった鼻咽頭検体において、発症後、経時的に感染性ウイルス量が減少していることが示唆された。

制限：本検討ではRT-qPCR陰性であった検体を含んでおらず、感染性ウイルスを排出している者の割合については評価していない。また、今回の検体は全てBA.1感染者から採取された検体であり、他の変異株感染者等で同様の結果であるかどうかは不明である。ワクチン接種者と未接種者、過去の感染履歴がある者など免疫履歴が異なる者を区別しておらず、これらが結果に影響を与える可能性を否定できない。発症後日数の経過した検体は観察期間の長い症例のみから採取されており、有症状期間が長い症例に偏っている可能性があり、これらが結果に影響を与える可能性を否定できない。

全国公私病院連盟

令和4年度事業報告書(案)

全国公私病院連盟では、令和4年度事業計画書に基づき令和4年度の諸活動を展開しました。今号では「令和4年度事業報告書（案）」の概要を掲載します。なお、同報告書(案)は、6月14日（水）に全国町村会館で開催される「令和5年度（第64回）全国公私病院連盟定時総会」に諮られます。

1. 診療報酬改定運動の推進

診療報酬改定の議論においては、社会保障審議会の「医療保険部会」での議論が先行し、「医療部会」がこれを後追いする形になっている。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、年末の慌ただしい予算編成過程で改定率が決定されるため、中医協での検討内容が十分に反映され難い。また、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。

このことから、社会保障審議会「医療部会」と「中医協」の議論を先行させるとともに、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し、その積算根拠も明らかにして広く国民の理解を得るための十分な時間と機会を設けるよう、本連盟「令和4年度定時総会」で決議し、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した。

2. 新型コロナウイルス感染症対策

新型コロナウイルス感染症対策においては、同感染症の影響により依然として患者数の減少および医療事業損益が赤字となっていることから、同感染症に対応するための体制を維持していくために、令和5年度予算においても新型コロナウイルス感染症関連補助事業を継続するよう、政府、厚労省などに要望した。

3. 医療提供体制対策の推進

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

また、電子カルテについて、多額の病院負担が経営を圧迫していることから、医療を支える基盤としての電子カルテ標準化とその費用の公的支援およびサイバー攻撃対策を国策として行うよう、厚労省に要望した。

4. 介護保険対策の推進

介護職を志す若者の離職率が高く、加えて少子化等によりその確保が一層困難になっている。また、看護職をはじめとする多職種も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. 病院経営改善対策の推進

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

また、消費税は最終消費者に関するものであることを国民に説得するとともに、過去の診療報酬補填分に関しては2年毎の診療報酬改定によって修正していくことが可能と考えることから、医療に掛かる控除不能消費税は課税とすることを令和4年7月4日に厚労省へ、同年11月8日に自民党へ要望書を提出した。

6. 調査活動の推進

調査活動については、毎年6月を調査対象月としている「病院運営実態分析調査」を実施し、令和5年2月に「令和4年病院運営実態分析調査（令和4年6月調査）の概要」を取りまとめ公表するとともに、報告書「病院経営実態調査報告」「病院経営分析調査報告」および「病院概況調査報告書」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「令和4年度（第63回）定時総会『決議』」（令和4年6月24日）
要望先：厚生労働大臣・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、衆参議院厚生労働委員会委員など

②「令和5年度税制改正要望について」
要望先：厚生労働省・政策統括官（令和4年7月4日）、自民党（令和4年11月8日）

(2) 調査結果の公表

①「令和4年　病院運営実態分析調査（令和4年6月調査）の概要」（令和5年2月22日）
公表先：厚生労働大臣・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、衆参議院厚生労働委員会委員など

8. 広報活動の推進

広報活動については、毎月「広報委員会」を開催して内容の充実を行いながら「公私病連ニュース」を第524号から第535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。

なお、「理事会」終了後に「理事会」の概要をとりまとめた「紙上記者会見要旨」を作成し、厚労省の記者クラブに公表して本連盟の活動の周知に努めた。

第32回「国民の健康会議」のもよう

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、感染防止対策を行ったうえで令和4年10月27日に第32回「国民の健康会議」を日本教育会館一ツ橋ホールにおいて開催し、市民をはじめ医療関係者・団体などから159名が参加した。

【第32回「国民の健康会議」の概要】

テーマ：
コロナでみえた医療の課題　～医・歯・薬・看・介～

第1部（講演）
総合司会：
行天良雄氏（医事評論家）
座長：
渡邉古志郎氏（横浜市立市民病院名誉院長）
出演者：
田中志子氏（医療法人大誠会内田病院理事長）
成田康子氏（公益社団法人兵庫県看護協会会長）
室井延之氏（公益社団法人全国自治体病院協議会薬剤部会長）
深田拓司氏（一般社団法人大阪府歯科医師会会長）
高本眞一氏（社会福祉法人賛育会賛育会病院院長）

第2部（パネルディスカッション）
座長：
小熊　豊氏（公益社団法人全国自治体病院協議会会長）
園田孝志氏（済生会唐津病院院長）
出演者：上記5氏（田中・成田・室井・深田・高本）

10. 研修活動の推進

研修活動については各種セミナーを開催した。

①第31回「診療報酬請求事務セミナー」（期日：令和4年8月1日～8月31日までWEB開催）

②第30回「医療事故防止セミナー」（期日：令和4年9月30日、会場：CIVI研修センター日本橋）

③第33回「看護管理セミナー」（期日：令和4年11月30日、会場：CIVI研修センター日本橋）

④第18回「DPCセミナー」（期日：令和5年2月3日、会場：CIVI研修センター日本橋）

⑤日病協「令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第1報】」（令和5年3月24日）要望先：厚労大臣

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1053）、居宅事業者総合保険等180となった。

12. 医療・福祉関係団体との連携強化

本連盟が加盟する日本病院団体協議会(日病協)から以下の要望書を提出するとともに、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。

①日病協「電子処方箋導入に伴う予算措置及び制度改定の要望書」（令和4年11月28日）要望先：厚労大臣

②日病協「病院における医療提供コストの急激な上昇に対しての要望書」（令和5年2月9日）要望先：厚労大臣

③日病協「新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけ変更に際しての要望」（令和5年2月9日）要望先：厚労大臣

④日病協「令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第1報】」（令和5年3月24日）要望先：厚労大臣

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!!

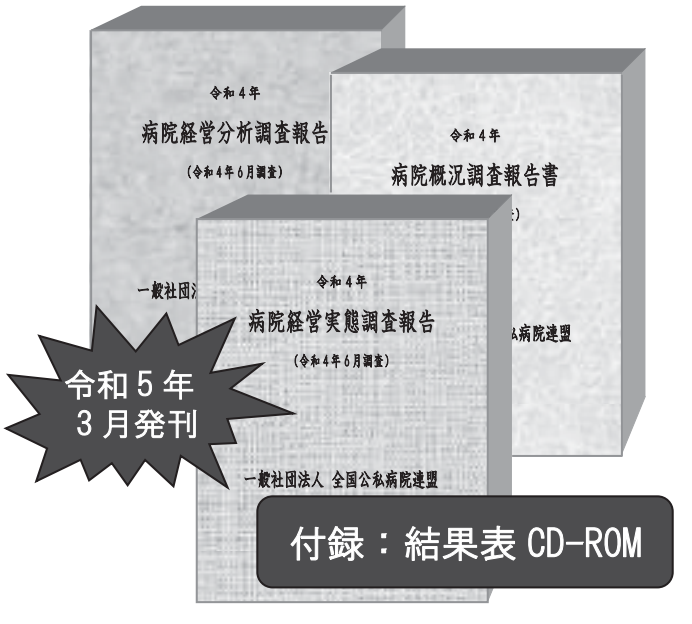
令和4年6月調査　**病院経営実態調査報告**
内容：経営収支の状況、医療収支の状況　など
（定価12,000円＋税　A4版　約785ページ）

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和4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733ページ）

令和4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658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。



購入のお申し込みは、全国公私病院連盟へ
TEL　03（3402）3891

新型コロナ感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う啓発資材(第二報)

厚労省新型コロナウイルス感染症対策推進本部は4月17日付で、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う啓発資材について（第二報）」を発出しているので、その一部をご紹介します。（厚労省のホームページからリーフレットが入手できます）

◎位置づけ変更後の応招義務の考え方について

■新型コロナウイルス感染症に係る医師等の応招義務については、緊急対応が必要であるか否かなど、個々の事情を総合的に勘案する必要があります。

■その上で、患者が発熱や上気道症状を有している又はコロナにより患いている若しくはその疑いがあるということのみを理由に、当該患者の診療を拒否することは、応招義務を定めた医師法（昭和23年法律第201号）第19条第1項及び歯科医師法（昭和23年法律第202号）第19条第1項における診療を拒否する「正当な事由」に該当しないため、発熱等の症状を有する患者を受け入れるための適切な準備を行うこととし、それでもなお診療が困難な場合には、少なくとも診療可能な医療機関への受診を適切に勧奨しましょう。

◎新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴う主な診療報酬上の特例の取扱いについて

■令和5年5月8日以降、以下の考え方の下、診療報酬上の特例について見直しを行います。

今月の一冊

今月は再び2冊御紹介

まず1冊目は『ヒトはなぜ戦争をするのか?』。アインシュタインとフロイトとの往復書簡のみの分薄い本である。1932年、当時の国際連盟がアインシュタインに「現在喫緊のテーマについて一番意見を交換したい相手と書簡を交わしてください」との依頼に選んだテーマが本の題名。そしてその相手がフロイト。しかしその後、ヒトラーなどによる第二次世界大戦があり、今やロシアによるウクライナ侵略（侵攻ではない）の真っただ中で第三次世界大戦寸前。「今でしょ」とこの本を読んだ。

養老孟司氏(解剖学者)と齋藤環氏（精神科医）のお二人が解説しているが、生と死への欲能がある限り戦いはなくならないとあっさりかつ楽天的なもので、今のウクライナを見ていると書簡の遣り取りの方がずっとリスキー感がある。アインシュタインとフロイトの二人がユダヤ系ドイツ人で、来るべき亡命への前触れを感じていたのだろうか?当時の二大巨頭をもってしてもレヒト(権利)とマハト(権力)、文化や文明が進んでも結局戦うのは動物の本性か、と納得させられるような寂しく心細い思いとなる読後感である。

国際連盟は独・伊のファシズムと日本の帝国主義により無力化してしまったが、今の国際連合もプーチンやその支持者、利得者の国々によって同じ道を進みつつある。兵器が進み無人機やAI、サイバー、核などで地球の終末時計は過去最短の90秒。皆様方の英知でこの星を救い、助けていただけることを切に願うところである。

2冊目は医療関係者、特に病院に関わる方々に是非お読みいただきたい珠玉の一冊である。今中雄一氏編集『「病院」の教科書 第2版』である。褒め殺しの感じになっては困るが本当によく出来ている。執筆者が夫々の得意分野に絞って書いているからであろう。今中氏は十数年前、京大名誉教授で日本学士院長も務めた井村裕夫先生を顧問として、同じく京大名誉教授の吉田修先生を理事長として「日本医療経営機構」というものを立ち上げた。目的は、医学・医療をある程度解る事務職や経営者、マネジメントの解る医師やコメディカルの養成である。そのための医療経営人材育成プログラムを策定。発足は2008年12月12日、吉良邸討ち入りの赤穂義士祭の2日前のことである。

あれから15年。プログラム修了者の中には院長などトップになっている人も多い。今回の執筆者には石川賀代、沖野孝、木矢克造、貞弘光章、佐藤信明、高原秀典、土肥直文、外間浩の各先生を始め全国各地でトップとして活躍している錚々たる方々のお名前が多い。これらの方々からヒントをいただき実践すれば、医療の質と経営の質のバランスがとれた良い病院づくりが必ず実現できる筈である。当然、地域特性とSWOT分析は必要であるが。

内容に少し触れると構成は4章立て。章Ⅰ「病院長の役割」では経験者の〝生の声〟。原価計算などの基本は勿論、病院DXや働き方改革など喫緊の課題も。章Ⅱ「病院の組織と機能」では病院の専門職とその役割が24節に亘って詳述されている。章Ⅲは「病院経営と制度・政策」。DPCなど診療報酬制度、関連法規や医療安全対策、更には最近よく起こるサイバー攻撃など診療情報管理、天災の多い我が国経済特有のリスク管理や危機管理、コロナパンデミックで俄然重要性が増した感染制御まで抜かりがない。章Ⅳは「介護システムなどとの連携」。訪問・通所リハや老健、介護医療院まで。人生百年時代を迎えポストホスピタルケアの重要性も見逃せない。2024年は診療・介護報酬に障害者医療も加えたトリプル改定である。この章は延伸、拡張部門であろう。

全体的に図や表も多く解りやすく、更にコラムでちょっと一息という編者のウィットに富むコーナーも散りばめられスラっと読める。私の講演では最後に必ずこの本を掲げ「私の講演で足りない所はこれを読んで勉強して」と言うことにしている。大助かり、というのが本当のところである。蛇足ではあるが「日本医療経営機構」の2代目理事長は大学の同級生で甲賀病院名誉院長の冨永芳徳先生。恥ずかしながら私も理事の端くれに名を連ねている。

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）

『ひとはなぜ戦争をするのか』
A・アインシュタイン、S・フロイト／著
浅見昇吾／訳
講談社学術文庫／刊

『「病院」の教科書 第2版 組織・機能とマネジメント』
今中雄一／著
医学書院／刊

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

新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更に伴う主な診療報酬上の特例の取扱いについて

厚生労働省

■ 令和５年５月８日以降、以下の考え方の下、診療報酬上の特例について見直しを行います
■ 冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行った上で、令和６年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行います

	対応の方向性・考え方	現行措置（主なもの）	⇒ 位置づけ変更後（令和５年5月8日～）
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	300点【院内の感染対策が要件】	①300点【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に８月末までに移行】 又は、 ②147点【①に該当せず、院内感染対策を実施】
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し位置付け変更に伴い、医療機関が実施する入院調整等を評価	250点（3月は147点）【発熱外来の標榜・公表が要件】	－（R5.3月末に終了）
		950点【初診含めコロナ患者への診療】※ロナプリーブ投与時の特例（3倍）あり	147点【初診時含めコロナ患者への療養指導(注)】※ロナプリーブ投与時の特例（３倍）は終了 (注)家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導
			950点/回【コロナ患者の入院調整を行った場合】
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	2,850点【緊急の往診】	950点【緊急の往診】※介護保険施設等への緊急往診に限り2,850点を継続
			950点【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】
	往診時等の感染対策を引き続き評価	300点【コロナ疑い/確定患者への往診】	（引き続き評価）
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し	①重症患者 ICU等の入院料：3倍（+8,448～+32,634点/日） ②中等症患者等 救急医療管理加算：4～6倍（3,800～5,700点/日）	①重症患者 ICU等の入院料：1.5倍（+2,112～+8,159点/日） ②中等症患者等（急性期病棟等） 救急医療管理加算：2～3倍（1,900～2,850点/日） ※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+950点/日）
	介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日（さらに+1,900点は30日目まで、その後、+950点は90日目まで）	コロナ回復患者を受け入れた場合 750点/日（60日目まで。さらに14日目までは+950点）
	必要な感染対策を引き続き評価	250～1,000点/日（感染対策を講じた診療）	（引き続き評価）
		300点/日（個室での管理）	（引き続き評価）
		250点/日（必要な感染予防策を講じた上でリハビリテーションを実施）	（引き続き評価）
歯科	コロナ患者への歯科治療を引き続き評価	298点（治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	（引き続き評価）
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	訪問対面500点、電話等200点（自宅・宿泊療養患者に薬剤を届けた上での訪問対面/電話等による服薬指導の特例）	（引き続き評価）※自宅・介護保険施設等への対応を評価 ※薬局におけるコロナ治療薬の交付は服薬管理指導料：2倍（+59点又は+45点）

(参考資料)新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について（ポイント）

中医協 医療DXの議論開始

診療報酬改定DXで 改定時作業負荷の平準化を

4月26日に開催された中医協「総会」で「医療DX」の議論が始まった。当日の資料で厚生労働省は、「診療報酬改定への対応状況（現状）」を示し、ベンダや医療機関において、診療報酬改定時に短期間で集中的に対応するため大きな業務負荷が生じていることを説明している。

特に、①改定施行日（4月1日）からの患者負担金の計算に間に合うようにソフトウェアを改修する必要がある。②ソフトウェアのリリース後も、4月診療分レセプトの初回請求（5月10日）までに解釈通知が発出されるため、この対応も必要。―であることから、2月上旬の中医協・答申から始まるこの期間の一連の作業が平準化できないか、施行時期の後ろ倒しも含めて検討する必要があることを指摘した。

今回、「診療報酬改定DX対応方針（案）」が示されているが、これによると、「最終ゴール」は、進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関における負担の極小化を目指すこと。そのために、①共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携、②中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供―を検討することを考えている。

また、最終ゴールを目指すために次の「4つのテーマ」が示された。

①「共通算定モジュールの開発・運用」
▽診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
▽次の感染症危機に備えて情報収集できる仕組みも検討

②「標準様式のアプリ化とデータ連携」
▽各種帳票（医療機関で作成する診療計画書や同意書など）の標準様式をアプリで提供
▽施設基準届出の電子申請をシステム改修により更に推進

③「共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善」
▽基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
▽地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

④「診療報酬改定施行時期の後ろ倒し」
▽診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減
▽診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

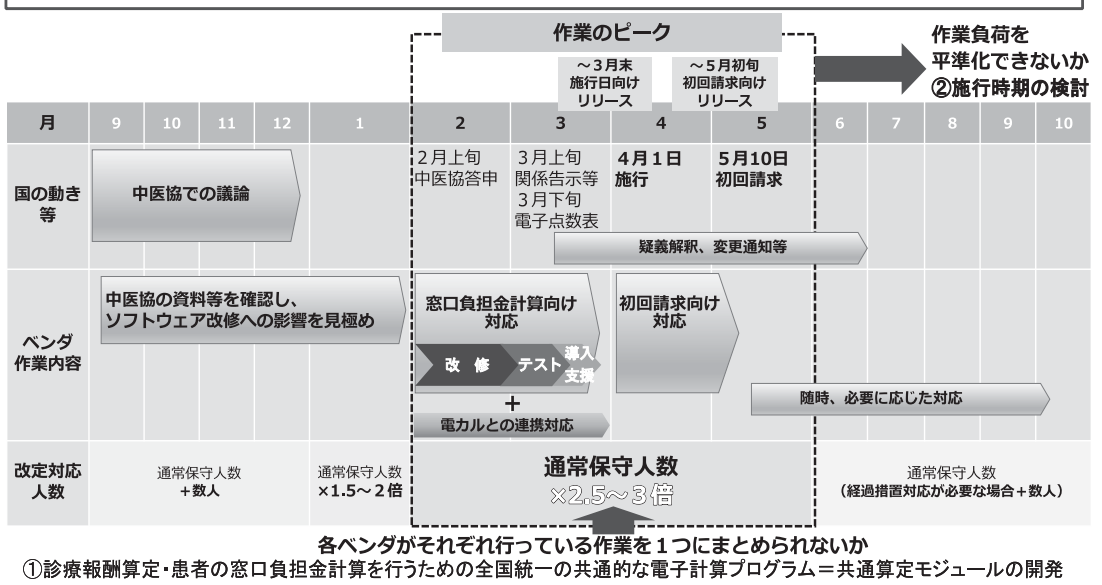
―・―・―・―

厚労省（案）では、これによる財政効果について、ベンダに生じる負荷軽減効果、運用保守経費等の軽減を通じて医療機関に確実に還元されるよう

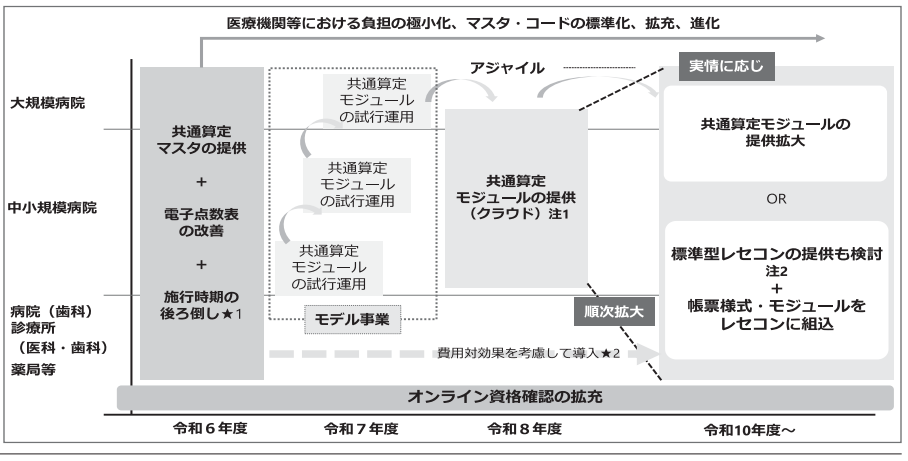
2面へつづく

診療報酬改定への対応状況（現状）

・現状、ベンダや医療機関等においては、診療報酬改定に短期間で集中的に対応するため、大きな業務負荷が生じている。
　➢ 改定施行日（4/1）からの患者負担金の計算に間に合うように、ソフトウェアを改修する必要がある
　　※3月に支払基金から電子点数表が示されてはいるものの、その段階では既にソフトウェア改修作業の大半は終了している
　➢ ソフトウェアのリリース後も、4月診療分レセプトの初回請求（5/10）までに、国の解釈通知等について更に対応が必要



診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール（案）



時評

高名の木登り

連盟 常務理事 中野 実

「徒然草」第百九段「高名の木登り」は「木登り名人が弟子を高い木に登らせて梢を切らせた時、高所作業中には黙っていたのに、降りる際に飛降りも可能な位置になった頃に『気を付けて降りろ』と声掛けしたので、理由を問うと『高所の危険なうちは本人が恐れて用心するので声掛けは不要だが、失敗は安心だと思う時にするものです』と答えた」という話。

5月8日に新型コロナウィルス感染症〔以下コロナ〕が5類移行され、診療報酬上の特例縮小や病床確保料等補助金の減額がなされましたが、コロナ自体が変わったわけでないので医療施設内では従来通りの感染対策の継続は必要です。院内クラスターが発生して非コロナ一般患者入院制限により大きな収入減となっても特例や補助金で経常収支的に大きな赤字を回避できた今迄とは異なり、今後は、院内クラスターの発生は病院経営上の直接的な大ダメージとなります。世間が経済優先ですっかりコロナは終息したような雰囲気にある今こそ、医療者は「クラスターを発生させない」対策を再度徹底するのが肝心です。

「高名の木登り」の話には、木登り名人の発言の後に「身分の低い卑しい者（木登り名人）でも聖人の教えに値する発言だ」という作者の感じた一文が続きます。今よりも身分社会だった当時において、作者が言いたかったのは、前段の「安心した時に事故は起きやすい」というよりも、むしろ「身なりや位で人を判断してはいけない」という教訓だったという解説者もいます。

2022年4月の「改正労働施策総合推進法（いわゆるパワハラ防止法）」施行から1年がたちました。職位的上位者や医学的知識の豊富な者が、職位的下位者や医学的知識が乏しい者に、緊急性や生命に関与する重要性を優先して正論をいう状況では「自分はパワハラ的言動をしても許される」と錯覚し易いのだそうで、医師はそのような錯覚し易い状況に置かれる機会が多く、医師のパワハラはどこも院内問題の1つかと思われます。たとえ職位的下位の者でも、医学的知識に乏しい者でも、聖人の教えに値する言動もあり得ることを理解して、「誰に対してもリスペクトを持って接する」ことを心掛けるような風土・文化の院内構築が重要となります。

（前橋赤十字病院・院長）

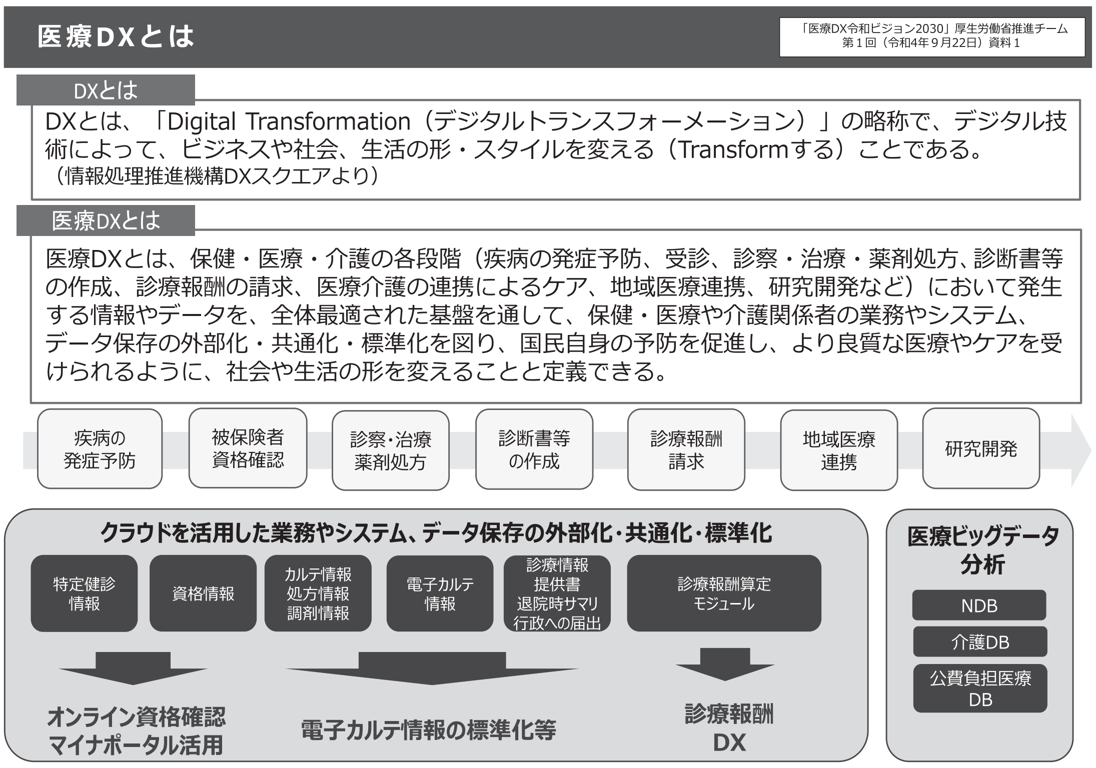
いろ鉛筆

新年度に入り、4月に参加した日本医学総会と日本医学総会で新しい知識を入手。ゲノム（遺伝子）解析による医学の進歩である。2000年に人体の全遺伝子30億個が同定されてから、疾患との関係、生活習慣病やがん疾患との関係が明らかになってきた。特にがんゲノムといわれている研究は診断面と治療面で日米欧とも盛んに行われており、2015年のオバマ大統領の一般教書演説でプレジションメディシン（精密医療）に言及し加速。個人のゲノム情報の違いに基づいた個別化ゲノム医療がん医療で主流になった。一方、生活習慣病をはじめとする多因子疾患では、2018年から米のMGHを中心に多因子疾患の発症リスクを数値化したPRS（ポリジェニックリスクスコア）の計算式を発表、その後進化してきた。なお、PRSは生まれた時点での疾患発症リスクであり、糖尿病や冠動脈疾患、疾症性腸疾患などでは幼少児期から発症予防への介入が可能となり、その効果が期待される。当然、遺伝素因に関しては人種差がありPRSでの人種別の計算式が異なっている。今後ともこの分野の研究が進歩・発展することで、今後の疾患の診断・治療が飛躍することを望む。（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。）

国民医療の確保のために
病院診療報酬の引き上げを



1面からつづく

う求めるべく、令和6年度から段階的に実現するとしている。

これにともない、令和6年度以降の「**診療報酬改定DX対応方針、取組スケジュール(案)**」が示されていて、

▼共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングや、システム更改時期に合わせて導入を促進。費用対効果を勘案して加速策を実施。

▼診療所向けには、一部の計算機能より、総体的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供。―となっている。

◆　◆

「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チームでは、「医療DX」とは、『保健・医療・介護の各段階において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えること』と定義している。

「**医療DXの方向性**」の「**背景**」としてあげられているのは、

▼世界に先駆けて少子高齢化が進む我が国において、国民の健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供に向け、医療分野のデジタル化を進め、保健・医療情報の利活用を積極的に推進していくことは非常に重要。

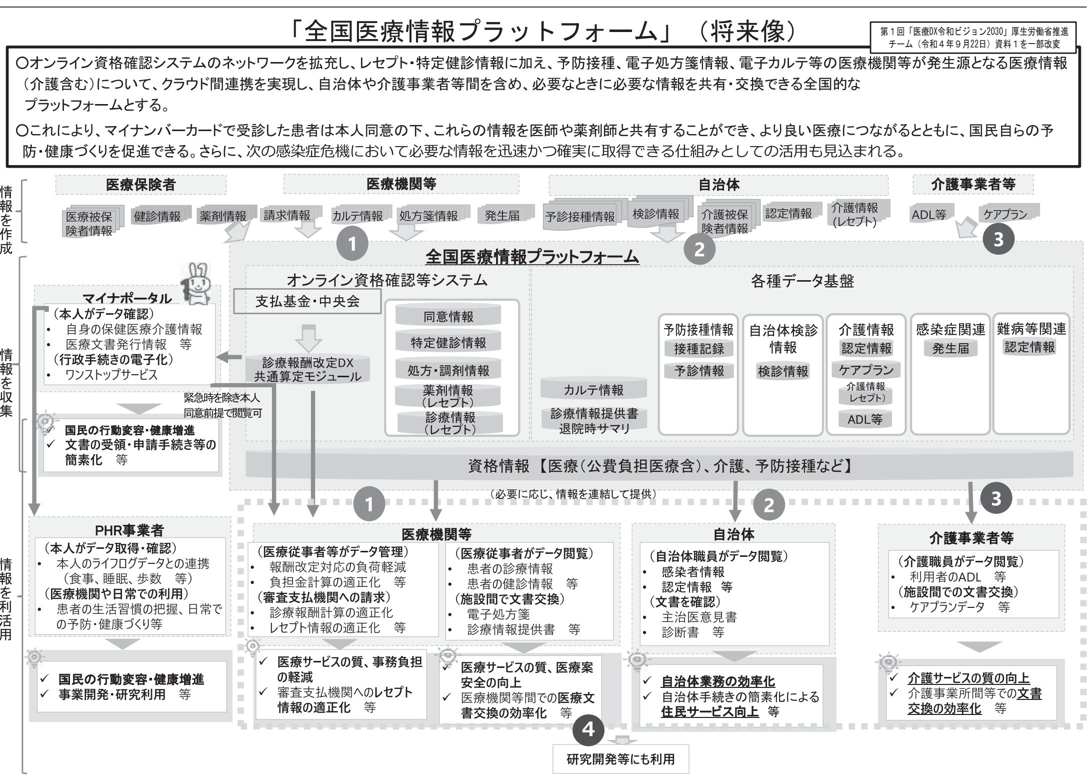
▼また、今般の新型コロナウイルス感染症流行への対応を踏まえ認識された課題として、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務効率化やデータ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、次の感染症危機において迅速に対応可能な体制を構築できることとしておくことが急務。―ということ。

その「**方向性**」として、

▼国民による自らの保健・医療情報への容易なアクセスを可能とし、自らの健康維持・増進に活用いただくことにより、健康寿命の延伸を図るとともに、医療の効率的かつ効果的な提供により、診療の質の向上や治療等の最適化を推進。

▼また、今般の新型コロナウイルス感染症流行に際して開発された既存のシステムも活用しつつ、医療情報に係るシステム全体として、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みを構築。

▼さらに、医療情報の適切な利活用による創薬や治療法の開発の加速化により、関係する分野の産業振興につながることや、医療のデジタル化による業務効率化等により、SE人材を含めた人材のより有効な活用につながること等が期待される。―としている。



その「**骨格**」としてあげたのは「**全国医療情報プラットフォーム**」「**電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討**」「**診療報酬改定DX**」

◇　◇

このうち、「**全国医療情報プラットフォーム**」では、「**現状**」として、

▼平成29年よりデータヘルス改革がスタート。その中で、自身の保健医療情報を把握できるようにするとともに、患者本人が閲覧できる情報については、医療機関等でも閲覧可能とする仕組みを整備。

▼令和5年3月末までに、全国の概ね全ての医療機関及び薬局が、安全なネットワークでつながる。

▼また、レセプト情報について、マイナポータルを通じ、国民本人、及び本人の同意の下での医療機関等による閲覧が可能となっている。

▼さらに、国民本人は、マイナポータルを通じ、予防接種情報、自治体検診情報等の閲覧が可能。―となることから、今後の「**課題**」としてあげたのは、「本人の同意の下で情報を共有する主体が限定的」「共有される情報の種類が限定的」「全国医療情報プラットフォームの運用主体等の考え方の整理が必要」ということ。

「**今般の医療DXの推進により実現すること**」では、

▼情報の提供・共有を行う主体について、医療機関・薬局に加え、自治体や介護事業者等への拡大を検討。

▼共有が可能な情報の範囲について、令和5年1月の電子処方箋情報を皮切りに、電子カルテ情報、予防接種情報等への拡大を検討。

▼全国医療情報プラットフォームの適切かつ効率的な運用を実現すべく検討。―が急務としているが、実現することで、

◎誕生から現在までの生涯にわたる保健医療データが自分自身で一元的に把握可能となり、個人の健康増進に寄与。

◎本人同意の下で、全国の医療機関等が必要な診療情報を共有することにより、切れ目なく質の高い医療の受療が可能。

◎保健医療データを活用した質の高い健康サービスの提供や二次利用による創薬、治験等の促進。―するとしている。

なお、この「**全国医療情報プラットフォーム**」は将来的に、

▼オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、電子カルテ等の医療機関等が発生源となる医療情報について、クラウド間連携を実現し、自治体や介護事業者等間を含め、必要なときに必要な情報を共有・交換できる全国的なプラットフォームとする。

▼これにより、マイナンバーカードで受診した患者は本人同意の下、これらの情報を医師や薬剤師と共有することができ、より良い医療につながるとともに、国民自らの予防・健康づくりを促進できる。さらに、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みとしての活用も見込まれる。―としている。

◇　◇

電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討」では、「**現状**」として、

▼電子カルテについては、ベンダごとに異なる情報の出入力方式が採用されており、異なるベンダの電子カルテを導入している医療機関の間では、情報の共有が困難。

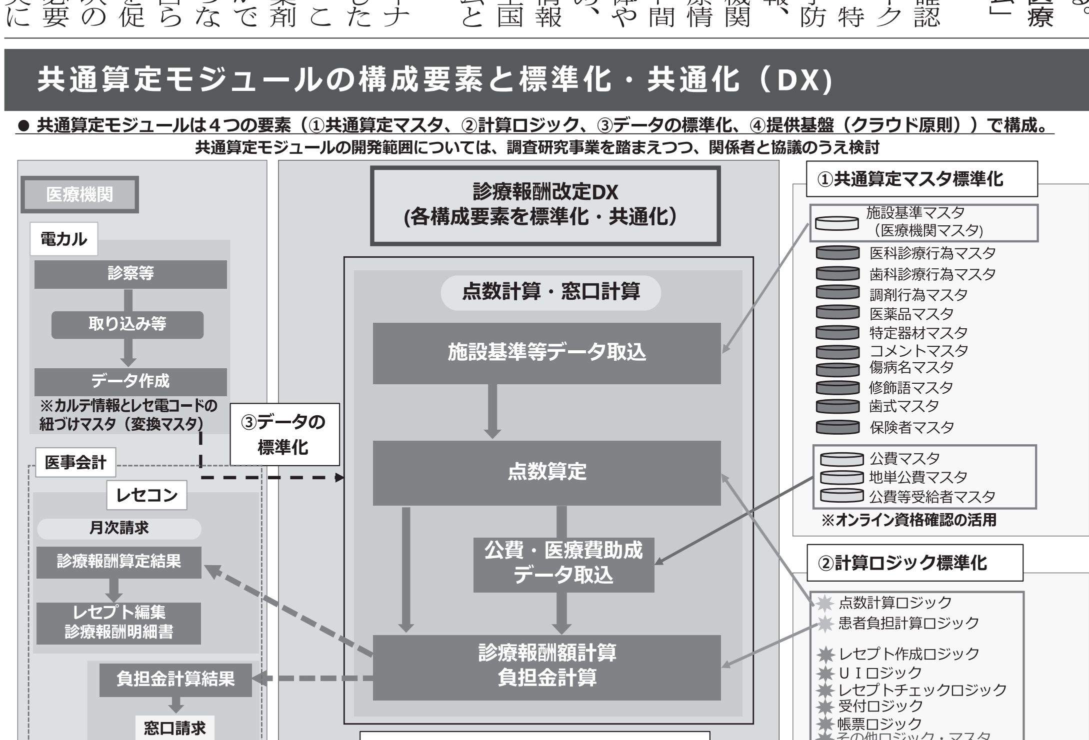
▼これまで、データヘルス改革において、電子カルテ情報の標準化を進めるべく取り組んできており、令和4年3月に、医療現場における有用性等の観点を踏まえ、まずは3文書6情報（略）について、情報の共有にあたっての標準規格を決定し、まずは診療情報提供書・退院時サマリーに関して交換・共有の仕組みに取り組む。―としているが、「**課題**」とされている、①標準化されている情報の種類が限定的。②電子カルテシステムを導入している医療機関が限定的。―について検討する必要がある。

「**今般の医療DXの推進により実現すること**」は、

▼共有できる情報の範囲を広げるため、標準規格を定める情報の範囲を拡大。

▼医療機関にて作成される文書のうち行政手続に使用されるものを標準化・デジタル化し、行政手続のワンストップ化の促進を検討。

▼小規模な医療機関向けに、標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテの開発を検討。―などで、これにより全国医療情報プラットフォームの拡大に寄与するとしている。



※マスタ･･･プログラムがデータ処理をする際に参照する基本ファイル。マスタについてはベンダ各社の創意工夫による競争の要素があることに留意。
ロジック･･･プログラムがデータ処理をする際の手順・内容

電子処方箋の導入状況
公的病院の２１４で導入予定
４１４病院が導入時期未定

厚生労働省の「電子処方箋推進協議会」が4月28日に開催され、「電子処方箋の導入状況・普及拡大に向けた対応等」について報告があり議論した。

「電子処方箋」は全国3352施設（4月23日時点）が運用を開始し、その内訳は、病院が9、医科診療所が250、歯科診療所11、薬局3082となっている。HPKIカードの発行枚数は約7万2千枚(3月末時点)。3月末に早期発行窓口を開設するなど対応中で、うち昨年10月から3月末までの発行枚数は約4万6千枚。概ね全ての都道府県において、同一市区町村内に少なくとも1カ所以上、医療機関・薬局で電子処方箋導入完了しており、今後、導入意欲の高い医療機関等を中心に更なる導入拡大を目指すとしている。

なお、事前の利用申請をした施設数は5万4122施設（4月23日時点）、内訳は、病院が1198、医科診療所1万9214、歯科診療所1万1616、薬局1万8910とな っていた。

一方で、公的病院への導入計画に係る調査で回答のあった施設（地域医療機能推進機構、日本赤十字社、恩賜財団済生会、自治体病院協議会、労働者健康安全機構、国立病院機構等の計714施設から回答、4月20日時点）のうち、令和5年度中に電子処方箋導入予定の病院は214施設、未定の病院は414施設となっていた。

同調査に回答したアンケートでは、導入時期未定の施設も多く、周辺薬局の導入状況やベンダ対応状況、費用負担等が導入の課題と指摘。マイナンバーカードの利用促進とあわせ、電子処方箋の関連取組と連携した対応が必要との意見があがっている。

主な意見では以下のような回答があった。

▽オンライン資格確認等システム利用が伸び悩んでおり、導入後に電子処方箋の利用が伸びるのか疑問。

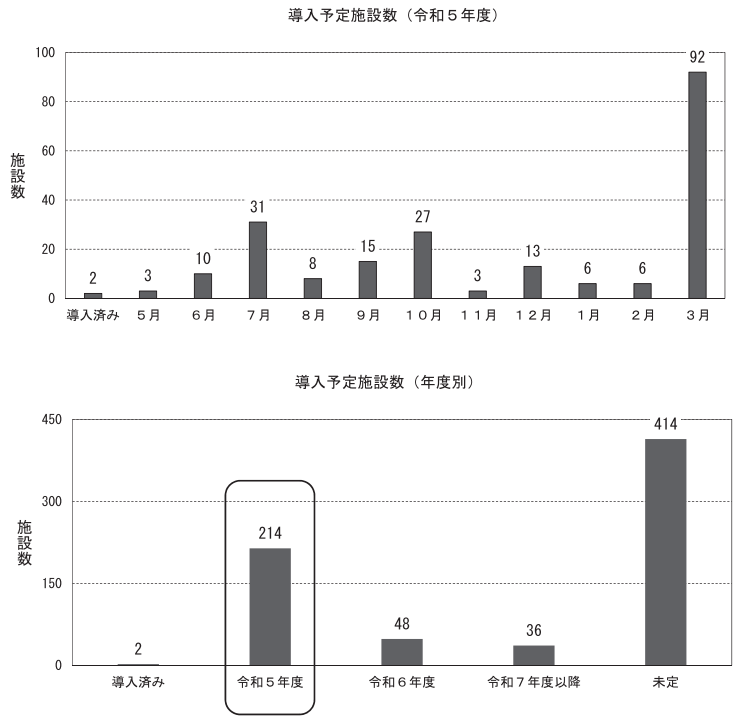
▽周辺薬局の対応がまだできていないので、翌年度に導入する方向で調整。

▽費用負担が大きく予算確保が出来ていない。

▽電子処方箋の機能拡充は良いが、大きく変わる場合はその度に費用や導入の手続き、現場の運用停止や医師への説明が必要。ある程度固まった状態で導入を促していただきたい。

▽大病院では医師・薬剤師の人数も多く、HPKIカードの申請作業や取得状況把握が煩雑。

▽ベンダの対応が間に合っていない。カードレス認証について、現在ベンダ見積提示の目途が立っていないため、運用開始は「未定」とした。



中医協「総会」で、第8次医療計画に関連する項目の課題と論点を議論

5月17日に開かれた中医協の「総会」で、第8次医療計画に関連する「救急医療」「災害医療」「へき地医療」「周産期医療」「小児医療」について事務局から説明があり議論が行われた。ここでは「救急医療」「へき地医療」「周産期医療」「小児医療」の課題と論点を掲載することとする。

課題

【救急医療について】

▽第8次医療計画においては、増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化し、初期救急医療機関は、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担い、第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担い、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担うこととなった。

▽救急搬送のうち高齢者が占める割合が62・3%に達しており、軽症、中等症の患者、疾病分類別で「症状・兆候診断名不明確」や「その他」に分類される患者が特に増加している。（小児や成人は軽症、中等症の救急搬送件数は減少傾向）

▽第三次救急医療機関及び第二次救急医療機関においては、救急搬送の受入件数について医療機関間の偏りが大きい。

▽特に軽症あるいは中等症の単身や要介護高齢者が第三次救急医療機関に入院し、退院調整が滞るなどの「出口問題」の存在及び入院した高齢者のADL低下の懸念などが指摘されている。

▽これまで診療報酬では、救急医療管理加算や地域医療体制確保加算等により救急搬送の受入を評価し、また令和4年度診療報酬改定では、地域包括ケア病棟を有する医療機関において救急医療の体制を要件化する等の対応を行っている。

【へき地医療について】

▽医療計画においては、へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行うとともに、へき地医療拠点病院の主要3事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示す等へき地の医療の確保に向けた取り組みを進めることとされている。また、医師少数区域などにおける医師確保の取組みについても医療計画の項目として含まれている。

▽令和4年度の診療報酬改定では、これまでのオンライン診療料が、初診及び再診における情報通信機器を用いた診療として位置づけられた。へき地のオンライン診療は、D to P with Nの様式が有効とされており、D to P with Nの“N”として訪問看護が提供されたときは、医師のオンライン診療と訪問看護の費用をそれぞれ算定可能となっている。

【周産期医療について】

▽医療計画においては、基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進めるとともに、NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築することとされている。また、集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討することとされている。

▽社会的ハイリスク妊産婦やメンタルヘルス介入を必要とする妊産婦を含めたハイリスク妊産婦の増加への対応の必要性が指摘されている。診療報酬ではこれまで、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算やハイリスク妊産婦連携指導料に加え、複数の診療科等による総合的な入院医療体制について総合入院体制加算により評価を行っている。

【小児医療について】

▽少子化とともに小児医療の集約化が進む中、医療計画においては、小児診療所よる地域の医療・保健・福祉等との橋渡しの機能を推進するとともに、集約化された地域においてオンライン診療も活用し医療へのアクセスを確保することとされている。また、医療的ケア児が増加する中、対応する医療機関は訪問看護ステーション等との連携や緊急入院・レスパイト受入等の体制を整備することとされている。

▽診療報酬ではこれまで、小児入院医療管理料等により小児救急医療の体制を評価するとともに、診療情報提供料等による医療的ケア児への対応における関係機関との連携に対する評価等を行っている。

論点

【救急医療について】

増加する高齢者の救急搬送等も踏まえ、適切な急性期入院医療の提供及び機能分化の観点から、転院搬送を含め、救急医療に係る評価の在り方についてどのように考えるか。

【へき地医療について】

今後も地方において人口減少が見込まれる中、へき地における遠隔医療及びオンライン診療の推進について、どのように考えるか。

【周産期医療について】

周産期医療について医療機関・機能の集約化・重点化を進める観点や、ハイリスク妊産婦及び精神医療が必要な妊産婦への対応等の観点から、周産期医療や精神科を含めた総合的な診療体制に係る評価の在り方についてどのように考えるか。

【小児医療について】

少子化が進行する中、医療的ケア児を含む小児患者に対して救急やレスパイトも含めた必要な医療を確保できるようにする観点から、小児医療に係る評価の在り方についてどのように考えるか。

◇　◇

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!!

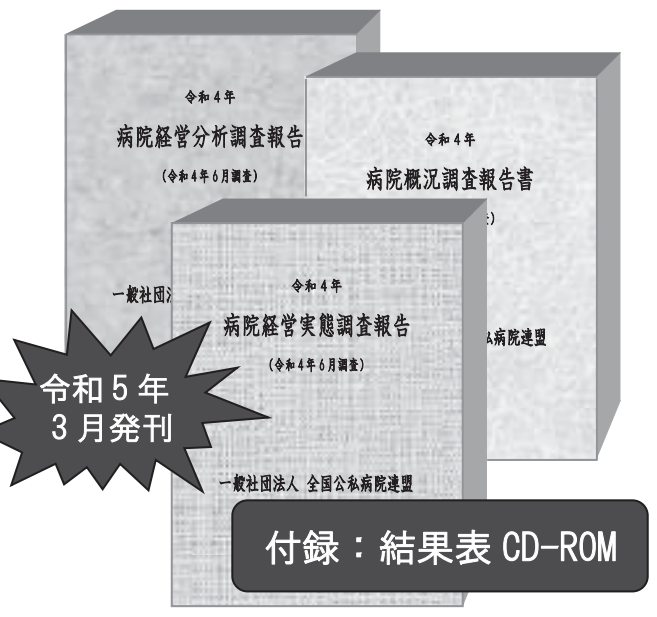
令和４年６月調査　**病院経営実態調査報告**
内容：経営収支の状況、医療収支の状況　など
（定価 12,000 円＋税　A４版 約 785 ページ）

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和４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 733 ページ）

令和４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 658 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。



購入のお申し込みは、全国公私病院連盟へ
ＴＥＬ　０３（３４０２）３８９１

今月の一冊

今月は2冊をご紹介

今月の1冊目は『広重ぶるう』梶よう子著。北斎や歌麿より少し遅く、国貞や国芳と同年代の歌川派の浮世絵師、広重の物語である。役者絵や美人画などでは芽が出ず、名所絵という風景画、特にその頃流行った十返舎一九の東海道中膝栗毛の風景画で世に出た〝行かずの名所絵〟というジャンルを造った歌川広重の物語である。定火消同心という下級武士の内職的絵師からゴッホにも認められた日本を代表する絵師になる物語である。

目標は東都江戸の抜けるような青空を描き切ること。ベロ藍（ベルリンブルー、プルシアンブルー）というドイツ製の顔料に出会い、若手摺師の寛治と次々に傑作を出版する物語である。版元、彫師、摺師とのやりとり、ライバルや御上による取り締まり、特に水野忠邦の天保の改革による取り締まりは今のコロナと同じように遊びの消える社会。弟子や師匠との間合い、コロリや労咳など今では治る病気で弟子や身近な人物が亡くなった。地震や火事など今と同じ災害も多発。江戸時代の様子がよく解る読み物である。

写真がなく交通手段も不便な時代に、庶民に浮世絵風景で夢を与え満足させる。特に震災後の惨憺たる被害の江戸を昔の写生帳で勇気付けるという終章には、阪神・淡路大震災などを経験した筆者にもよく共感できる段であった。著者の「葵の月」や「北斎まんだら」も面白かったが、今回もあっという間に読了した。

◆　◆

2冊目は畏友　武藤正樹先生の最新作『コロナで変わる「かかりつけ医」制度』である。適確な筆致で喫緊の医療界の課題や今後の予想を著わす筆者の本は全て読んでいる。『2025年へのカウントダウン』は書評も用意していたが、紙幅の関係でボツになった事がある。今回はリベンジのつもりで掲載をお願いした。

まず、コロナによる外来患者の減少は読者も周知の通りである。オンライン診療の増加促進は怪我の功名かもしれない。しかし元々余裕がある入院病床の減反政策はもう限界で、私見ではもっと早く始めるべき外来機能報告制度やそれに基づく外来版地域医療構想を第1章で述べている。4月から開始された紹介受診重点病院にも触れている。200床以上という大病院に範囲が拡大された。またまた病院バッシングである。これに対応する為の5つのポイントをあげているので、是非トライして欲しい。

第2章は今回のコロナパンデミックで政府・与党やマスコミ、患者市民からの「かかりつけ医って何だったのか？」という声が今回の制度の見直しの契機になった。「発熱者お断り」や病床の逼迫が記されているが、保険料や税で診療報酬を頂いている開業医にはもう少し公的貢献を義務付けすべきではないかと。プロフェッショナルオートノミーは看板倒れでプロフェッショナルエゴイズムの羊頭狗肉ではと失礼ながら感じている。私は医療従事者以外からはいつもそういう批判の言葉を頂戴し続けている。私には言い易いのかもと感じている。新専門医制度で目玉である総合診療医が増えないのも今後の感染症への危惧と述べている。

第3章は海外のかかりつけ医である家庭医を詳述している。著者が留学したニューヨーク州立大学ブルックリン家庭医療科での経験や、ERから精神科医、在宅医療まで幅広く学ぶ制度。オバマケアやACO（アカウンタブル・ケア・オーガニゼーション）の地域医療など、そして日本医師会が最も嫌う制度の英国のGPとNHSなど。さらにフランスやドイツの家庭医も紹介している。

第4章は韓・台から1周遅れ、米中の背中も見えず迷走ばかりの医療DX。この重要性はアナログ人の私にも解るが、詳しくは著書を読んで欲しい。

第5章はコロナでも変わらなかった「かかりつけ医制度」を実現するための10のポイントが記されている。著者が最も強調したかった部分であろう。しかし、ある程度のスピードで緩やかな義務化を実現しないと、人口減、東京一極集中のこの国の社会保障制度や世界文化遺産級の国民皆保険制度の崩壊は早まる一方と愚考、危惧する昨今である。

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）

『広重ぶるう』
梶よう子／著
新潮社／刊

『コロナで変わる「かかりつけ医」制度』
武藤正樹／著
ぱる出版／刊

一般社団法人　全国公私病院連盟

令和５年度(第 64 回)定時総会

日：令和5年 6月 14 日（水）

場：全国町村会館（東京都千代田区永田町 1-11-35）

1．記念講演（14:00～15:30）

演　題：「新型コロナウイルスのこれまで」
講　師：公益財団法人 結核予防会
理事長　尾 身　茂 先生

2．定時総会（15:40～17:00）

議　案：令和４年度事業報告書（案）
令和４年度収支計算書（案）
役員の選任、決議　ー ほか

3．懇 親 会（18:00～19:30）

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「診療報酬請求事務セミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では、毎年ご好評いただいております中林梓先生、さらに昨年度より精神科に関して酒井麻由美先生もお招きし、2022 年度診療報酬改定の振り返りおよび次回 2024 年度同時改定の方向性に関するセミナーを開催します。今回は 4 年振りの参集セミナーです。病院職員の皆様のご参加をお待ちしております。

1．期　日　：　令和５年 7 月 21 日（金）

2．会　場　：　「ＣＩＶＩ 研修センター日本橋」
東京都中央区日本橋室町 4-1-6 クアトロ室町ビル

3．講演テーマと講師　：

A　2022 年度改定の振り返りと
2024 年度同時改定における診療報酬改定の方向性
中林 梓 先生（株式会社 ASK 梓診療報酬研究所 代表取締役）

B　精神科に関する 2022 年度改定内容の再確認と
2024 年度診療報酬改定予測と対応
酒井麻由美 先生（株式会社リンクアップラボ 代表取締役）

4．参加費　：　会員病院（１名につき）　１１，０００円（税込）
：　会 員 外（１名につき）　１３，２００円（税込）

◆ タイムスケジュール　（受付 9:00～）

10:00～11:30	90 分	A - 1　中林 梓 先生
11:30～12:30	60 分	（昼食休憩）
12:30～14:00	90 分	A - 2　中林 梓 先生
14:00～14:20	20 分	（ 休　憩 ）
14:20～15:20	60 分	B - 1　酒井麻由美 先生
15:20～15:30	10 分	（ 休　憩 ）
15:30～16:30	60 分	B - 2　酒井麻由美 先生

※プログラムの時間や内容は一部変更になる場合もございますことをご了承ください。

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

◆ お問合せ e-mail アドレス　seminar@byo-ren.com
お問合せ電話番号　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5年度 第64回 定時総会

全国公私病院連盟

邉見公雄会長を再選
入院基本料の大幅引き上げを決議

令和５年度（第64回）定時総会のもよう

全国公私病院連盟の「定時総会」が6月14日(水)に「全国町村会館」で開催された。連盟の役員の任期は2年間で本年が改選の年にあたっていることから互選を行った結果、邉見公雄会長（赤穂市民病院・名誉院長）が再選されている。また、総会では入院基本料の大幅な引き上げを求めるなど5項目にわたる『決議』（2面に全文を掲載）を満場一致で採択している。

当日は、富所隆副会長（長岡中央綜合病院・名誉院長）が開会宣言を行った後、邉見公雄会長が開会挨拶を行った。次に議長団の選出が行われ、事前に全国自治体病院協議会から推薦されていた松岡伸一先生（苫小牧市立病院・院長）と全国厚生農業協同組合連合会から推薦されていた渡辺仁先生（JA長野厚生連佐久総合病院・統括院長）が満場一致で承認され、両氏によりその後の議事が進められた。

第1号議案の「令和4年度事業報告書案」は、石原淳副会長（平塚市病院事業管理者）より上程があり了承され、第2号議案の「令和4年度収支計算書案、貸借対照表案、財産目録案」は、中嶋昭副会長（玉川病院・理事長）から上程され、遠山正博監事（佐倉厚生園病院・名誉院長）より監査報告があり、続いて上程された「令和4年度当期未処分残余金処分計算書案」と一括して了承されている。

その後、3月の理事会ですでに承認を受けていた「令和5年度事業計画書」と「令和5年度収支予算書」について、難波義夫副会長（金光病院理事長・院長）と牧野憲一副会長(旭川赤十字病院・院長）から、それぞれ報告があった。

続いて、本年度は2年に1度の改選期にあたるため第3号議案の「役員の選任案」が邉見会長から提案され、加盟団体から推薦された理事と監事の候補者が了承された後、「会長・副会長・常務理事」の互選を行うために総会を一時中断して改選後の新理事による臨時の「理事会」が開催され、邉見会長の再選が了承されている。

なお、再開された総会で第5号議案の「決議案」を園田孝志副会長（済生会唐津病院・院長）が朗読し、満場一致で承認された。最後に小熊豊副会長（砂川市立病院・名誉院長）が閉会挨拶を行って総会は終了し、会場を移して懇親会が開催された。

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

【記念講演】
尾身 茂 先生が講演

全国公私病院連盟の「定時総会」に先立ち、尾身茂先生（公益財団法人結核予防会・理事長）をお迎えし「新型コロナウイルスのこれまで」をテーマに「記念講演」が行われた。

尾身先生は、我が国における対策の特徴、その評価、直面した課題について解説し、これからの見通しについて見解を述べた。

会長所信

一般社団法人
全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

この度、計らずも「会長としてもう少し頑張れ」と会長再任の大役を仰せ付かりました。来年4月の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定に向けて頑張れというエールかと受け取っております。相澤孝夫日本病院会会長初め、他の病院団体も異例の続投が大勢ですので、無能な私もそれに倣えということでしょうか。

新たな事務局体制のもと、長年住み慣れた事務所も建築基準法の耐震基準以下で取り壊すため、年明けには浅草へ移転予定。色々と慎重かつ無難な対応が求められています。“無事これ名馬”かもですね。

来年は当連盟の創立60周年です。今年の総会が第64回だったので、65周年と会長挨拶で早合点して新会長失言集第一号に登録された様です。是非多くの仲間と一緒に祝いたいと念じております。少しでも一瞬でも関わりのあった方には、是非ご参加下さいますよう謹んでお願いいたします。

まず、会の組織強化についてですが、構成団体に中島豊爾会長の日本公的病院精神科協会を加え8団体としたところですが、頑張ってもう2つ増やし10団体を目指します。団体相互の絆を強めるべく、各団体の学会や総会には他の加盟団体代表が勝手連的に押し掛ける活動を推進します。

また、光熱費や食材等すべての物価の高騰に鑑み、納入業者や関連業界を賛助会として取り込み、巻き込み、引き込む構想を検討中です。相手のある事ですので、Win-Winにしなければと考えております。

さらに、国民の負託にこたえる国会議員こそ味方にしなければ、病院の窮状を一般市民は理解してくれません。欲張り村の村長さんと誤解されるのが落ちです。報道の自由度世界ランキング68位（統一教会報道が評価されたのか71位から3つランクアップ）の我が国のメディアは、医療界の窮状を伝えません。前世紀からずっとその被害者であり続けているのが、我々病院界なのです。医療は医師会中心であると曲解させようとしているのではと危惧しております。勤務医の働き方改革なのに医師の働き方改革。これでは歯ぐきを磨くのに歯磨きを勧めている様なものと同じです。

国民の健康会議は昨年度から再開しておりますが、今年度も日本教育会館「一ツ橋ホール」で行天良雄先生の総合司会で「少子化を考える～こどもたちは何処へ行った?～」をテーマにして開催します。アメリカの賢人イーロン・マスク氏から消滅予定国家と名指しされたJAPANをどう再興させるか。皆様と熱く議論させて頂けることを期待しております。例年、若い女性の参加が少ないので、是非お誘いして子供と一緒に多くの皆様方の御来場をお待ちしております。

また移動理事会につきましては、昨年度は岡田俊英監事にお世話頂き、大変有意義な会になりました。今年度は園田孝志顧問、来年度は浦田士郎副会長が担当して下さる予定です。何卒よろしくお願い申し上げます。

新役員は一騎当千の能力の高い方々ばかりですので、役職員、力を併せて活力ある業務運営を進めて行く所存です。会員諸兄姉の御指導御支援を謹んでお願い申し上げます。

（赤穂市民病院・名誉院長）

いろ鉛筆

40年にピークを迎える後期高齢者の増加を見据え、「かかりつけ医（カ医）」制度について長く議論されている。コロナ禍で必要性が顕になり、骨太の方針でも採りあげられた。どんな病気でもまず相談できるカ医を身近に持つ制度実現のためには多くの課題がある。カ医の認定、登録、情報公開について、日医、健保、省庁で見解の相違があり、まだ着地点が見えない▼カ医機能として幅広い診療領域に対応できる能力が必須だが、わが国では元々の専門医が開業し各専門診療科を標榜する歴史があり、分野に偏らない総合医は多くはない。欧州に習えば、専門医と一般医を研修段階で振り分け、半数ずつ養成する教育の大改革が必要だが、それには長い年月を要する。現状に鑑み、カ医への緩い登録制度の下に複数の専門科受診を容認し、面として対応する意見がある▼診療所の地域偏在も深刻で、東京と北海道過疎地では人口比密度で10倍もの開きがある。独仏並みの規制による配置調整は難しいだろうが、病院、診療所、患者ともに享受してきた自由度の高い日本の医療が曲がり角にきているのは間違いない。地域包括ケアの要をカ医が担うシステムの早期の実現が待たれる。（S・S）

全国公私病院連盟
定時総会「決議」
令和５年６月14日

決　議

世界情勢と異例の円安などでエネルギーや食料など輸入を中心とする物価高が我が国を襲っており、我々病院も光熱費や入院患者の食材・医療材料などを中心に未曾有の高騰に見舞われている。しかし昨年４月の診療報酬改定は実質マイナスであり、過去15年間を振り返っても殆ど上昇していない。

特に食事療養費は人生100年時代で高齢者や障害者に対してきざみ食、とろみ食、アレルギー対策など多種少量で多大な手間と技術を費やしているにもかかわらず全く評価されておらずコストパフォーマンスが極めて悪いのが現状である。少種大量生産、コンビニート的なプランテーション的ファストフード業界でさえ数回値上げしているのに病院はいかがかと栄養士や調理師から問われる事も多い。医食同源で重要な位置を占めるのがこの分野であり、この分野を評価しないと回復治癒が遅れ入院日数の短縮に繋がらない。

病院は医療安全やチーム医療、快適療養、効率化、働き方改革、地域連携などで臨床工学士、診療情報管理士、ソーシャルワーカー、看護補助者等々、多職種の人材を採用してきた。しかしそれらは殆ど評価されておらず、評価されても微々たるものであった。

今回、政府の唱える「新しい資本主義」達成のためには、その中核部隊である医療・介護に対して手厚い処遇が絶対必要条件であると考える。故に入院基本料の大幅アップを希望するところである。なお、介護報酬に対しても人材確保のためには抜本的改善が必要であることを付言する。

以上のことに鑑み本連盟では、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．診療報酬に関すること

（1）食材・医療材料などを中心に未曾有の高騰に見舞われているが、病院の原資である入院基本料は過去15年間殆ど上昇していない。

また、今回政府の唱える「新しい資本主義」の中核をなす医療・介護職に対して手厚い処遇（給与の引き上げ等）が必要であることから、入院基本料の大幅アップを要望する。

（2）また、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「医療保険部会」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。

（3）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。

2．医療に掛かる控除対象外消費税に関すること

医療に掛かる消費税を無税としているための問題点、矛盾点などは繰り返し指摘し、根本的解決すなわち課税への転換を要望してきた。しかしながら、無税から課税への国民の反発、過去に重積してしまっている診療報酬への上乗せによる補填の解消が困難であること、などを理由に放置を続けてきた。

しかし、今後さらに引き上げられていくであろう消費税に対し、その度ごとに行われる診療報酬による補填作業、各医療機関における納税作業及び補填の妥当性の検証など理不尽なエネルギーを強いている。

ついては、広く国民に対し消費税は最終消費者に関するものであることを説得し、医療に掛かる控除対象外消費税は課税とすることを強く要望する。

なお、過去の診療報酬補填分に関しては2年ごとの診療報酬改定によって修正していくことが可能と考える。

3．医師の偏在是正及び医師の働き方改革の対応について

医師の働き方改革については、令和6年4月から時間外労働の上限規制等が適用されるが、大学病院から医師を引き揚げられることも懸念される。特に、地方の病院は、医師確保が一層困難になるという悪循環に陥り、地域医療を維持できなくなるおそれがある。

このため、地域ごとの医師偏在の実態(診療科、病院と診療所、昼夜等)や、医療現場の取組の現状（労働時間、宿日直許可の取得や医師の業務改善状況、タスク・シェアリング及びタスク・シフティングの推進等）を把握して、必要に応じ柔軟に実効性（即効性）のある対策を講じるとともに、地域医療の確保に支障が生じないよう必要な配慮をすること。

4．医療ＤＸ（電子カルテなど）に関すること

医療ＤＸは今後さらに展開し重要性が増す。中でも多職種による共同活動が進む病院医療において、電子カルテは指示の徹底、情報の共有、複数による安全確認など最重要機器となっている。また地域医療体制や医療連携が進む現状にとって情報交換は正確で迅速である必要があり、電子カルテは必須となっている。

政府が進める医療ＤＸには期待しているが、診療報酬改定の度に起こるソフトの改変、約5年ごととされる機種の更新などの病院負担は多大であり、健全な医療活動を圧迫している。また、サイバー攻撃対策は高い費用を要し、現在の診療報酬では地方の中小病院をはじめ多くの病院には実施不可能であるので、これら費用の公的支援を要望する。

5．感染症対策について

新型コロナウイルス感染症については、５類変更後も引き続き、同感染症に対応するための体制（病床の確保、検査、人材の確保・教育等）を維持する必要性が生じているので、現在措置されている診療報酬上の特例を令和６年度診療報酬改定まで継続するとともに、必要に応じて新型コロナウイルス感染症関連補助事業を継続すること。

また、第８次医療計画において、新興感染症の発生・まん延時に感染症対応と通常の医療を両立できる体制を構築するために都道府県と医療機関が病床確保等の協定を結ぶにあたっては、医療機関への財政的な支援、人材確保や養成のビジョンを示していただきたい。

上記決議する。

令和５年６月14日
全国公私病院連盟
令和５年度定時総会

一般社団法人 全国公私病院連盟 役員名簿

（令和５年７月１日現在）

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	辻井正彦	地方独立行政法人 市立東大阪医療センター 総長
副会長	浦田士郎	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院 名誉院長
副会長	牧野憲一	旭川赤十字病院 院長
副会長	三角隆彦	神奈川県済生会 横浜市東部病院 院長
副会長	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	中村哲也	医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院 理事長
副会長	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・名誉院長
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	新谷史明	いわき市病院事業管理者
常務理事	水上泰延	静岡県厚生農業協同組合連合会 遠州病院 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	大阪府済生会 中津医療福祉センター 総長
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	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	黒田啓史	地方独立行政法人京都市立病院機構 京都市立病院 院長
理　事	木原康樹	地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 院長
理　事	鎌田修博	神奈川県厚生農業協同組合連合会 伊勢原協同病院 院長
理　事	中房祐司	福岡赤十字病院 院長
理　事	松浦　弘	福岡県済生会 福岡総合病院 院長
理　事	辻　尚志	岡山赤十字病院 院長
理　事	内藤嘉之	介護老人保健施設くにさき苑 施設長
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 前院長
理　事	石川悦久	御殿場石川病院 理事長
理　事	北村　立	石川県立こころの病院 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

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 辻井正彦	〒578-8588 大阪府東大阪市西岩田 3-4-5 市立東大阪医療センター内 TEL 06-6781-5101　FAX 06-6781-2194
全国厚生農業協同組合連合会 代表理事 会長 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 三角隆彦	〒230-8765 神奈川県横浜市鶴見区下末吉 3-6-1 済生会横浜市東部病院内 TEL 045-576-3000　FAX 045-567-3525
一般社団法人 岡山県病院協会 会長 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 中村哲也	〒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

一般社団法人 全国公私病院連盟 役員名簿

6月14日（水）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＝辻井正彦（地方独立行政法人市立東大阪医療センター・総長）

副会長＝浦田士郎（愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院・名誉院長）

副会長＝牧野憲一（旭川赤十字病院・院長）

副会長＝三角隆彦（神奈川県済生会横浜市東部病院・院長）

副会長＝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＝中村哲也（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長）

副会長＝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・名誉院長）

常務理事＝海保　隆（国保直営総合病院君津中央病院・院長）

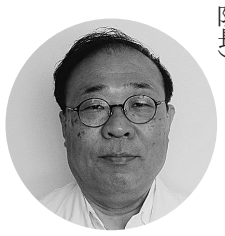
常務理事＝新谷史明（いわき市病院事業管理者）

常務理事＝水上泰延（静岡県厚生農業協同組合連合会遠州病院・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（大阪府済生会中津医療福祉センター・総長）

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＝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＝黒田啓史（地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院・院長）

理　事＝木原康樹（地方独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院・院長）

理　事＝鎌田修博（神奈川県厚生農業協同組合連合会伊勢原協同病院・院長）

理　事＝中房祐司（福岡赤十字病院・院長）

理　事＝松浦　弘（福岡県済生会福岡総合病院・院長）

理　事＝辻　尚志（岡山赤十字病院・院長）

理　事＝内藤嘉之（介護老人保健施設くにさき苑・施設長）

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・前院長）

理　事＝石川悦久（御殿場石川病院・理事長）

理　事＝北村　立（石川県立こころの病院・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）

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）

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（前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こども病院機構静岡県立病院・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・特別顧問）

顧　問＝寺坂禮治（福岡赤十字病院・名誉院長）

顧　問＝石原　淳（平塚市病院事業管理者）

顧　問＝富所　隆（ＪＡ新潟厚生連長岡中央綜合病院・名誉院長）

顧　問＝園田孝志（済生会唐津病院・院長）

顧　問＝中嶋　昭（公益財団法人日産厚生会玉川病院・理事長）

特別参与＝阿曽佳郎（藤枝市立総合病院・名誉院長）

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４年６月調査　**病院経営実態調査報告**　（定価 12,000 円＋税　A4 版　約 785 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!!

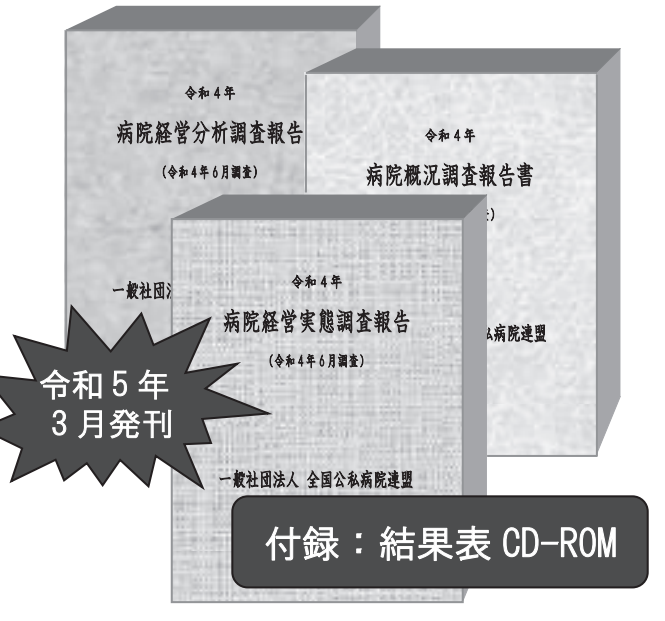
令和４年６月調査　**病院経営分析調査報告**　（定価 16,000 円＋税　A4 版　約 733 ページ）

内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

令和４年６月調査　**病院概況調査報告書**　（定価 18,000 円＋税　A4 版　約 658 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

今月の一冊

今月は2冊

1冊目は『がんばっていきまっしょい』。松山市主催、第4回坊っちゃん文学賞大賞である。松山東高校の女子ボート部を描いた青春物である。この高校は文武両道で知られる学校、旧制松山中学の後継校である。

主人公は受験からの逃避として女子ボート部を創立する。ナックルフォアというボート、コックス（舵手）を含めた5人がなかなか揃わず、メンバー募集からの苦労。親と同年齢の先輩達からの支援。個性的なクルーが出来たが、最初は断トツのビリ。だんだんと力を付けて朝日レガッタにまで出場し、一次予選通過のハッピーエンド。私も主人公の悦子と同じ様に大学へ入学後、勉強にもボートにも熱中出来ず、どっちつかずの時代がありの共感出来る。また私は四国で育ったので、地理もかなり判り、親密度もありスラスラ読めた。イージーオール（漕ぎ方休め）の声を聞くと今でもホッとする。ボート用語も多く、少し解説も必要だが、ボート競技に親しみを持って欲しいという思いもあり紹介させて頂いた。主人公の家族も面白い。特に祖母がユニークである。

今月の2冊目はＮＨＫ１００分ｄｅ名著で放映された『ショックドクトリン』である。訳者の堤未果さんから署名入りで贈られて来た。惨事便乗型の強欲資本主義の実態を実例を挙げながら説いている。

まず、「セプテンバーイレブン」でアメリカの言論の自由がほぼ消え、アフガニスタン、イラク侵攻がスピーディーに国連決議もなしに行われた事から書き始めている。ハリケーンショックのニューオーリンズ、アジェンデ政権崩壊工作成功後のチリ、東日本大震災後の三陸の漁業など、フリードマンの新自由主義の忠実な信奉者シカゴボーイズによって実行される様子が描かれています。ＷＴＯ、ＩＭＦ、世界銀行、多国籍企業がその実行役です。民営化という美名で国や自治体の仕事を次々に奪っていくのです。マスコミまでもが毒され、イラクの大量破壊兵器保持のニュースで湾岸戦争が始まりフセインが倒されます。国民（一般民衆）がショック状態で正気に戻る前に次々と普段出来ない政策をやっていく。ロシアのウクライナ侵攻に乗じて憲法第9条の形骸化に成功し、専守防衛路線を国会でも審議せずに変更した現政権もこれを見習った優等生でしょう。ラテンアメリカでは、グローバリゼーションから抜け出し、協同組合や同盟でシカゴ学派への対抗も成功しつつある様です。合言葉は「ネオリベラリズムのまやかしに打ち勝とう」と、ショックドクトリンに打ち勝つのは人間の知性というのが、この本の結論です。

色々と考えさせられる事の多い著作です。是非お読み下さい。ＮＨＫアーカイブスか見逃し配信でも良いかも。

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）

『がんばっていきまっしょい』
敷村良子／著
幻冬舎文庫／刊

『堤未果のショック・ドクトリン』
堤未果／著
幻冬舎新書／刊

日病協

良質な医療・介護を守るために必要な財源確保に係る緊急声明

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では、6月7日に「良質な医療・介護を守るために必要な財源確保に係る緊急声明」を発出した。緊急声明の内容は以下のとおり。

「良質な医療・介護を守るために必要な財源確保に係る緊急声明」

少子化対策を充実することは未来の日本のために極めて重要な政策であると考えます。子育て世代が安心して生活するための社会基盤として医療は不可欠であり、その充実は大切です。

一方で、医療を取り巻く環境はエネルギー価格、物価、賃金等の高騰により非常に厳しいものになっています。少子化対策の財源を単に社会保障費の中での付け替えにより捻出することは病や障害に苦しむ方、高齢者の方などの財源を切り崩すことになり許容できるものではありません。

また、医療・介護分野で働く人々が国民の生命と健康を守るという責務を果たすため、他の分野と同様に賃上げ等の取組を進める必要があります。

国民に不可欠な医療・介護を確保するため「骨太の方針」に令和6年度のトリプル改定での物価高騰と賃上げへの対応を明記していただき、必要財源を確保することを強く求めます。

併せて、適切な財源のもと、全ての国民へ良質かつ効果的な医療・介護を提供する体制の確立のために必要な診療報酬改定を実施することを求めます。

日本病院団体協議会（加盟団体）

▽国立大学病院長会議▽国立病院機構▽全国公私病院連盟▽全国自治体病院協議会▽全日本病院協会▽地域医療機能推進機構▽地域包括ケア病棟協会▽日本医療法人協会▽日本社会医療法人協議会▽日本私立医科大学協会▽日本精神科病院協会▽日本病院会▽日本慢性期医療協会▽日本リハビリテーション病院・施設協会▽労働者健康安全機構

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

第32回「診療報酬請求事務セミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では、毎年ご好評いただいております中林梓先生、さらに昨年度より精神科に関して酒井麻由美先生もお招きし、2022年度診療報酬改定の振り返りおよび次回2024年度同時改定の方向性に関するセミナーを開催します。今回は4年振りの参集セミナーです。病院職員の皆様のご参加をお待ちしております。

１．期　日　：　令和５年 ７ 月 ２１ 日（金）

２．会　場　：　「ＣＩＶＩ 研修センター日本橋」
東京都中央区日本橋室町4-1-6 クアトロ室町ビル

３．講演テーマと講師　：

Ａ　2022年度改定の振り返りと
2024年度同時改定における診療報酬改定の方向性
中林 梓 先生（株式会社ASK梓診療報酬研究所 代表取締役）

Ｂ　精神科に関する2022年度改定内容の再確認と
2024年度診療報酬改定予測と対応
酒井麻由美 先生（株式会社リンクアップラボ 代表取締役）

４．参加費　：　会員病院（１名につき）　１１，０００円（税込）
：　会 員 外（１名につき）　１３，２００円（税込）

◆ タイムスケジュール　（受付9:00～）

10:00～11:30	90分	Ａ－１　中林 梓 先生
11:30～12:30	60分	（昼食休憩）
12:30～14:00	90分	Ａ－２　中林 梓 先生
14:00～14:20	20分	（ 休　憩 ）
14:20～15:20	60分	Ｂ－１　酒井麻由美 先生
15:20～15:30	10分	（ 休　憩 ）
15:30～16:30	60分	Ｂ－２　酒井麻由美 先生

※プログラムの時間や内容は一部変更になる場合もございますことをご了承ください。

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

◆ お問合せe-mailアドレス　seminar@byo-ren.com
お問合せ電話番号　０３－３４０２－３８９１

第33回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟

少子化を考える　をテーマに

～こどもたちは何処へ行った?～

10／26(木)、日本教育会館「一ツ橋ホール」で

全国公私病院連盟では、平成元年から開催している「国民の健康会議」を10月26日（木）に日本教育会館「一ツ橋ホール」（東京都千代田区一ツ橋）において、参集方式で開催します。迎えて33回目となる今回は、「少子化を考える～こどもたちは何処へ行った?～」をテーマに、各界の先生方をお迎えしてお話を伺います。入場は無料ですのでどうぞご参加ください。

今回のテーマは、「少子化を考える～こどもたちは何処へ行った?～」です。

第1部「医師から見た少子化」では、本連盟顧問の渡邉古志郎氏（横浜市立市民病院・名誉院長）の司会により、産婦人科医の立場から大濱紘三氏（広島大学・名誉教授）、小児科医の立場から瀬戸嗣郎氏（静岡県立こども病院・名誉院長）、女子学生と日々接する立場から細井　創氏（同志社女子大学看護学部看護学科特別任用教授）の3氏からお話しを伺います。

引き続いて第2部の「少子化政策のビジョン」では、本連盟顧問の行天良雄氏（医事評論家）が座長となり、自見英子参議院議員（小児科医）、阿部知子衆議院議員（小児科医）をお迎えし、邉見公雄（全国公私病院連盟・会長、赤穂市民病院・名誉院長）を加えて鼎談（ていだん）が行われます。

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

問合先＝全国公私病院連盟事務局TEL：03（3402）3891

◆　◆

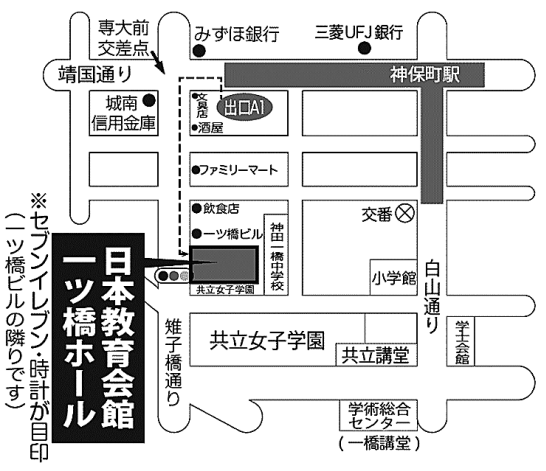
日本教育会館（東京都千代田区一ツ橋2の6の2）への交通手段

▽地下鉄都営新宿線・東京メトロ半蔵門線「神保町駅」（A1出口下車徒歩3分）

▽地下鉄都営三田線「神保町駅」（A1出口下車徒歩5分）

▽東京メトロ東西線「竹橋駅」（北の丸公園側出口下車徒歩5分）

※駐車場はございません。公共交通機関を利用してご来場ください。



時評

地域包括ケアシステム
―２０４０年に向けて―

連盟　常務理事　**佐能　量雄**

『地域包括ケアシステム』とは、本人・家族の選択と心構えで医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制をいう。伝統的に国民皆保険制度をしっかり堅持し、「いつでもどこでも誰でも」と謳われた、どちらかといえば民（医師会等）が主導だった日本の医療提供体制も、超少子高齢化の進む２０４０年を目の前に、自助・互助・共助・公助を基にした地域共生社会の実現に向けて大きく変わることになる。

これまでの、施設から地域へ・医療から介護へ・急性期→回復期→慢性期→在宅という医療体制を「垂直連携」と称し、これからは、高度急性期医療を強化の「水平連携」が推進される。

さらに、かかりつけ医機能として『身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能』と定義して、医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）による国民・患者への情報提供の充実・強化が図られる。そして、慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする患者を支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告する制度が創設（令和7年4月施行）される。

２０４０年に向けた地域包括ケアシステムの骨格は、重点的に医療資源を使う外来や、がん治療やダビンチやTAVIに代表される高度先進医療を担う４００床クラスの「高度急性期病院」と、地域包括ケアを支える地域密着型多機能施設（病院）・有床診療所、老人保健施設・特別養護老人ホーム・サ高住・グループホーム等の「医療介護施設群」となり、連携推進法人や地域包括ケアのためのアライアンスとしての連携構築やマイナンバーカード・電子カルテ等の情報共有は必須になろう。

ひとつ間違えば２０４０年の超少子高齢化で基幹病院は絶滅危惧種、中小の医療施設は絶滅種になりかねないが、逆に中小病院は地域を囲い込める今がチャンス！頑張り時！ともいえる。中小の地域密着病院が日本の医療の伝統であり、地域医療における「駆け込み寺」のように光り輝く病院を目指して精進すべき時であろう。

（社会医療法人　光生病院・理事長　院長）

第33回「国民の健康会議」スケジュール

12：00 ～	開場・受付			
13:00 ～ 13：05	開会	挨拶：邉見公雄（全国公私病院連盟・会長）		
13：05 ～ 14：45 【100分】	【第1部】講演：医師から見た少子化			
	出演	産婦人科医の立場から	大濱紘三 氏	広島大学・名誉教授
		小児科医の立場から	瀬戸嗣郎 氏	静岡県立こども病院・名誉院長
		女子学生と日々接する立場から	細井　創 氏	同志社女子大学 看護学部 看護学科 特別任用教授
	司会		渡邉古志郎 氏	横浜市立市民病院・名誉院長
14：40 ～ 15:00	休憩			
15：00 ～ 16：50 【110分】	【第2部】鼎談（ていだん）：少子化政策のビジョン			
	出演		自見英子 氏	参議院議員（小児科医）
			阿部知子 氏	衆議院議員（小児科医）
			邉見公雄	全国公私病院連盟・会長 赤穂市民病院・名誉院長
	司会		行天良雄 氏	医事評論家
16：50 ～ 17:00	閉会	挨拶：中嶋　昭（全国公私病院連盟・顧問）		

いろ鉛筆

２０２５年度以降の設立を目指す「国立健康危機管理研究機構」（日本版CDC）の関連法が本年５月の国会で成立した。新型コロナ禍の教訓を踏まえて、政府の危機対応を強化する狙いとのこと。米国疾病対策センター（CDC）にならい、平時から感染症について研究し、新たな病原体の特定や治療などに関する情報の収集、分析するとのこと。形は整ったが果たして魂は入るのか。どの程度予算が付くのかが問題である▼情報収集、分析のみでは予防にはならない。新たな治療法の確立のための研究はなされるのか。これも単に情報収集のみか。今回のパンデミックの際、問題になったことの一つに、入院が必要でも入院できずに自宅で亡くなった人がかなりいた。中小病院にはベッドはあっても人（医師、看護師）がいない、急性期の病院には人はいてもベッドが足りない。これは永年医療の効率化を求めてきた結果である▼急性期病院の病床稼働率は90％以上ないと経営できない制度。これではいざというときに対応する余裕などない。国民の命を守るためには、防衛費と同じように効率化だけではできないということを政府は今回のことから果たして学んだであろうか。（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。）

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

全国公私病院連盟
第32回「診療報酬請求事務セミナー」開く

全国公私病院連盟は7月21日（金）に「（第32回）診療報酬請求事務セミナー」を「CIVI研修センター日本橋」（東京都中央区）において開催しました。講師には、中林梓先生（ASK梓診療報酬研究所・代表取締役）と酒井麻由美先生（リンクアップラボ・代表取締役）をお迎えし、中林先生に「2022年度改定の振り返りと2024年度同時改定における診療報酬改定の方向性」、酒井先生に「精神科に関する2022年度改定内容の再確認と2024年度診療報酬改定予測と対応」をテーマにご講演いただきました。今号では両先生の講演要旨を掲載します。

ASK梓診療報酬研究所・代表取締役
中林　梓　先生

2022年度改定の振り返りと2024年度同時改定における診療報酬改定の方向性

2022年度診療報酬改定の動きが顕著になってきました。新型コロナ感染症も5類に分類され、臨時的な診療報酬も段階的に解除されています。過去2回の改定は新型コロナ感染症に翻弄され、地域包括ケアシステムの構築等の主な改革はままならない状況であったと思われます。

しかし、それでも2025年は待ってくれません。少子高齢化により人口構造の変化は加速度的に訪れます。新型コロナ感染症により患者の受診動向が大きく変わった訳では無く、それ以上に人口動向の変化や地域偏差の状況などが大きく医療ニーズに影響してきているものと思われます。

2024年度は地域医療構想実現までの最後の改定といわれています。急性期や回復期並びに慢性期入院機能の再構築に最後の施策が取り込まれるものと思われます。

また地域包括ケアシステムの構築も待ったなしです。住み慣れた地域で継続して暮らしていくために、在宅医療をはじめ地域包括ケアシステムの構築も欠かせません。その中で医療機関の外来医療の機能分化やかかりつけ医機能の発揮を促す施策が出てくるものと思われます。

前回改定で、働き方改革の推進が重点課題として掲げられました。タスクシェア・タスクシフトやIT、ICT導入による効率化推進などは次回改定も更に進められるものと思われます。

ところで2024年度は介護報酬、障害者支援報酬とのトリプル改定となっています。その為今年の3月～5月までの間に、医療・介護・障害の3分野の報酬を検討する委員からなる意見交換会が3回行われました。高齢者医療や介護、認知症、リハビリ、口腔ケア、栄養等、医療や介護、障害サービスを利用されるものに共通する項目などの方向性を定めるものとなっています。意見交換会でのテーマも重要な課題となって、診療報酬改定の中に反映されるものと思われます。

コロナ禍で振り回された前回改定を振り返り、実現出来たものと出来なかったもの、コロナ禍で滞ってしまった改定内容などを検証することで、次回2024年度改定の方向性が見えてくるものと思われます。

本セミナーでは、現段階で読み取れる次回改定の方向性についてお話ししていくことにします。

会場のもよう

リンクアップラボ・代表取締役
酒井　麻由美　先生

精神科に関する2022年改定内容の再確認と2024年診療報酬改定予測と対応

1. 精神科に関する2022年改定内容の再確認

2021年3月の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討報告書」の中で、精神科医療の提供体制として、①精神科かかりつけ医機能の充実、②精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等への対応が掲げられた。精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが安心して暮らすことができるようにという視点では、日常の診療と救急時の診療体制の整備が不可欠ということ。

そのため、2022年改定では、この2つの体制整備として、まずひとつ目に精神科救急入院料の施設基準が強化され、名称も「精神科救急急性期医療入院料」に変わり、急性期治療や救急合併症入院料も同時に30日内の入院料を引き上げ、61日以上の入院料を引き下げ、より早期の治療を評価した。ふたつ目に、精神科かかりつけ医の機能として、病の治療だけではなく暮らしも支えるべくとして、通院在宅精神療法に「療養生活継続支援加算」を新設した。行政とも連携しながら多職種で患者の相談・支援を行うことを評価している。

質が高く効果的な医療として、うつ病患者への経頭蓋磁気刺激療法や依存症患者への専門的なプログラム等による治療が評価された。その他、精神科在宅患者支援管理料の対象に引きこもりや未治療患者を加え、女性や若者の自殺者数が増えていることより、一般科と連携して患者を診る「こころの連携指導料」が新設され、社会的問題に対する精神科病院の関わりを強化した。

2. 2024年診療報酬改定予測と対応

令和4年6月の「地域で安心して暮らせる精神医療福祉体制の実現に向けた報告書」においては、医療保護入院患者への具体的なアプローチとして、入院医療を最小限にするための予防的取り組みの充実、医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実、行政からの精神科病院に入院する患者への訪問相談が挙げられている。つまり、在院日数の短縮ということである。2022年は救急、急性期病棟が主体であった在院日数短縮が、次回改定では慢性期病棟にも何らかの報酬上の影響を及ぼす可能性もある。

まずは、退院という文言が含まれている診療報酬の施設基準をクリアしておくことが事前準備の一つになろう。

令和4年社会医療診療行為別統計

厚生労働省は6月21日、「令和4年社会医療診療行為別統計」の結果を公表した。同調査は、社会保険診療報酬支払基金と国保連合会に提出され、令和4年6月分で審査されたレセプトのうち、NDBに蓄積されている医科約8296万件、歯科約1890万件、保険薬局約5374万件について集計したもの。主な結果は以下のとおり。

1. 診療行為の状況

（1）医科の入院における1件当たり点数は5万9304・4点で、前年に比べ1070・5点、1・8%増加している。

1日当たり点数は3851・7点で、前年に比べ141・4点、3・8%増加している。診療行為別にみると、「入院料等」1385・2点が最も高く、次いで「診断群分類による包括評価等」1149・3点、「手術」699・8点の順となっている。

（2）医科の入院外における1件当たり点数は1481・5点で、前年に比べ26・4点、1・8%増加している。

1日当たり点数は1010・6点で、前年に比べ22・7点、2・3%増加している。診療行為別にみると、「検査」195・1点が最も高く、次いで「初・再診」138・1点、「注射」125・1点の順となっている。

2. 病院－診療所別にみた診療行為の状況

（1）医科の入院における1件当たり点数は、病院6万1050・0点、診療所2万2258・9点となっている。

1日当たり点数は、病院3882・8点、診療所2603・4点で、病院を種類別にみると、「特定機能病院」8380・4点が最も高く、「精神科病院」1432・3点が最も低くなっている。「療養病床を有する病院」と「一般病院」で診療行為別の構成割合を比べると、「療養病床を有する病院」で「入院料等」「リハビリテーション」が高く、「手術」「診断群分類による包括評価等」は低くなっている。（表1参照）

（2）医科の入院外における1件当たり点数は、病院2664・9点、診療所1113・8点となっている。

1日当たり点数は、病院1819・5点、診療所759・6点で、病院を種類別にみると、「特定機能病院」3460・1点が最も高く、「精神科病院」862・9点が最も低くなっている。診療行為別の構成割合をみると、診療所は、病院と比べ「初・再診」「医学管理等」が高く、「画像診断」「注射」は低くなっている。（表2参照）

表２　病院 － 診療所別にみた入院外の診療行為別１日当たり点数　（令和４年６月審査分）

診療行為	病院 総数	病院 精神科病院	病院 特定機能病院	病院 療養病床を有する病院	病院 一般病院	診療所
総数（注②）	1 819.5	862.9	3 460.1	1 199.5	1 923.7	759.6
初・再診	121.3	80.3	88.8	132.5	124.1	143.3
医学管理等	81.8	18.3	97.4	71.3	88.6	98.3
在宅医療	135.3	7.3	309.6	97.5	137.7	65.8
検査	356.6	49.2	577.0	234.3	398.7	144.9
画像診断	212.5	12.6	355.6	126.8	242.2	30.1
投薬	197.4	170.9	427.3	142.2	192.0	101.3
注射	430.5	67.7	1 359.7	104.8	466.5	30.5
リハビリテーション	21.0	1.2	7.5	34.3	19.2	14.2
精神科専門療法	32.7	452.2	18.4	16.5	9.1	14.0
処置	135.8	3.0	25.5	200.5	134.8	76.4
手術	46.6	0.0	66.6	24.8	55.8	31.8
麻酔	4.7	0.1	7.8	4.8	4.6	3.1
放射線治療	25.4	－	84.1	2.7	28.7	0.8
病理診断	17.4	0.0	34.4	6.3	20.8	4.2

注①「総数」には、「入院時食事療養等」を含まない。
注②「総数」には、「入院料等（短期滞在手術等基本料１）」を含む。

表１　病院 － 診療所別にみた入院の診療行為別１日当たり点数　（令和４年６月審査分）

診療行為	病院 総数	病院 精神科病院	病院 特定機能病院	病院 療養病床を有する病院	病院 一般病院	診療所
総数（注①）	3 882.8	1 432.3	8 380.4	2 665.6	5 417.3	2 603.4
初・再診	4.5	0.1	5.2	2.1	8.2	3.8
医学管理等	30.7	5.3	55.7	13.6	52.9	30.3
在宅医療	5.5	0.0	17.4	2.3	9.2	3.2
検査	58.8	13.4	110.5	33.5	92.9	117.4
画像診断	19.7	2.9	27.4	19.1	26.2	38.5
投薬	32.3	27.7	81.2	16.0	42.8	41.6
注射	62.0	11.6	240.9	29.5	90.5	100.1
リハビリテーション	217.4	2.7	102.6	311.8	235.1	117.2
精神科専門療法	20.2	91.7	5.4	7.1	4.4	0.4
処置	60.2	9.3	59.5	67.5	74.5	126.4
手術	692.8	0.1	2 655.5	146.0	1 224.8	956.8
麻酔	85.8	0.0	311.6	19.1	152.7	80.4
放射線治療	12.2	－	91.7	1.2	18.0	9.5
病理診断	6.1	0.0	29.4	0.9	10.4	13.1
入院料等	1 396.0	1 267.2	572.5	1 788.6	1 201.0	964.7
診断群分類による包括評価等	1 178.4	・	4 014.0	207.2	2 173.7	・
入院時食事療養等（単位：円）	1 709	1 929	1 555	1 732	1 618	1 302

病院薬剤師確保に係る要望書

日本病院団体協議会・日本病院薬剤師会【7月11日】

「日本病院団体協議会」と「日本病院薬剤師会」は7月11日に連名で、「病院薬剤師確保に係る要望書」を厚生労働省に提出した。要望書では、薬剤師確保が困難になっている状況に強い危機感を抱いており、国家レベルの迅速な対応を求めている。同要望書の内容は以下のとおり。

病院薬剤師確保に係る要望書

少子高齢化のさらなる進行や、今後人口減少地域が増大することが予測される中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医薬品提供体制を確保することが求められており、病院薬剤師は院内における薬剤の専門家として、薬物療法のプロトコル策定、医師への処方提案等を行うことにより、薬物療法の有効性・安全性の向上やタスクシェアに寄与することが期待されています。

一方で、令和3年6月に公表された「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」では、薬剤師の従事先には地域偏在や業態偏在があり、特に病院薬剤師の確保が喫緊の課題であることが指摘されています（令和2年の薬剤師統計によると、「薬局の従事者」は18万8982人(総数の58・7%)で、「医療施設の従事者」は6万1603人(同19・1%)）。さらに、薬剤師の偏在状況を調べた厚生労働省の最新の調査では、全ての都道府県で医療需要に対する病院薬剤師が充足していない状況が明らかになっています（令和5年3月29日薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会）。

「第8次医療計画等に関する検討会」の意見のとりまとめにおいても、「薬剤師の資質向上の観点に加え、薬剤師確保の観点から、病院薬剤師及び薬局薬剤師それぞれの役割を明確にし、薬剤師の就労状況の把握及び地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じること、地域医療介護総合確保基金（修学資金貸与、病院への薬剤師派遣）の積極的な活用、都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携して取り組むこと等が必要である。」と明記され、医療計画作成指針において、地域の実情に応じた薬剤師確保策の実施等が新たに規定される予定であり、都道府県においては、今後、当該指針に基づき、薬剤師確保に係る計画を策定することが求められますが、現時点では病院薬剤師の確保は非常に困難であり、国家レベルでの迅速な対応が必要な状況にあります。

このような背景から、日本病院団体協議会および日本病院薬剤師会は病院薬剤師確保について強い危機意識を抱き、以下の3項目を要望します。

1．診療報酬上の要望について

①病棟薬剤業務実施加算の算定対象の拡大

病院薬剤師が医師の持参薬オーダー入力支援を行った場合、効率的に病棟業務が行われることや、処方設計支援を行うことで、総処方件数や時間外オーダーの割合が減少することが示されています。また、病棟専任で勤務する病院薬剤師がいることで病棟薬剤業務が円滑に運営され、医師、看護師等の働き方改革に寄与するのみならず医療安全にも大きく貢献することから、急性期、周術期、回復期、慢性期など全ての入院基本料を算定する病棟業務に関する評価を要望します。

特に、病院薬剤師による病棟薬剤業務が十分に実施されていない中小病院や回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床等においては、病棟薬剤業務実施加算の要件である時間設定を段階的に緩和するなどの検討をお願いいたします。

②退院時薬剤情報管理指導料、退院時薬剤情報連携加算の算定対象の拡大

病院薬剤師の役割が拡大し、回復期リハビリテーション病床及び地域包括ケア病床の割合が高い中小病院や障害者病棟、精神病棟等においても、急性期病棟と遜色なく病院薬剤師が様々な役割を担っています。回復期リハビリテーション病床及び地域包括ケア病床の役割の一つである「在宅復帰支援」の場面においては、療養環境が変化しても薬物療法が適切に継続されるよう、退院時の薬剤情報連携を実施していますが、診療報酬の多くが包括され、適切な評価がなされておりません。

病院薬剤師が適切に配置された病棟において、退院時薬剤情報管理指導料、退院時薬剤情報連携加算の算定対象の拡大を要望します。

③病院薬剤師による転院、転所時における薬剤管理サマリー等の情報提供に関する評価の創設

薬剤管理サマリーは、薬歴だけでなく、入院中の薬剤投与状況の経緯や、退院後の服薬管理支援等の薬物療法に必要な患者情報を病院薬剤師が薬学的視点から一元的に記載し、医師が提供する薬剤情報を薬学的視点から補完するものであり、転院先の病院のみならず、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネージャー、介護施設等の多職種に対する薬物療法及びその支援のための情報提供ツールとして幅広く活用されています。特に、回復期病棟においては、病院薬剤師が処方の整理や服薬管理支援を介した処方提案を行うことによって薬剤費削減効果が認められております。

現在、ポリファーマシー解消等の取組を推進する目的で、退院時1回に限り薬剤総合評価調整加算が算定可能ですが、薬剤管理サマリーによる情報提供については診療報酬上、評価されておりません。

ポリファーマシー解消等の取組をさらに効果的に促進させる観点からも、病院薬剤師による転院、転所時における薬剤管理サマリーの情報提供に関する評価の創設を要望します。

④病院薬剤師の外来業務に関する評価の創設

医師の外来診療時（前後の場合を含む）に、病院薬剤師が薬剤使用歴の確認・評価、副作用・アレルギー歴の確認、初療室で使用する薬剤の管理、処方設計支援等を行うことで、医師の業務負担軽減に資するのみではなく医療安全にも大きく貢献することから、外来業務で薬学的管理を実施し、必要に応じて保険薬局と情報連携した場合の評価を要望します。

⑤病院薬剤師の時間外業務に関する評価の創設

当直等、病院薬剤師が夜間対応していない病院においては、医師自らが薬剤部にて調剤等を行っております。病院薬剤師の夜間勤務体制が充実すると、医師の業務負担軽減に資するのみではなく医療安全にも大きく貢献することから、薬剤師の夜間勤務について診療報酬上の評価を要望します。

2．地域医療介護総合確保基金等の優先的な活用について

①奨学金返済免除及び病院への薬剤師派遣

病院薬剤師を確保するためには、病院・薬局間の初任給の給与格差を是正する必要があり、病院で一定期間勤務した薬剤師に対して、奨学金の借用元にかかわらず奨学金返済を免除するための経費や、都道府県が指定する病院へ、期間を定めて薬剤師派遣を行うための経費について、地域医療介護総合確保基金等の優先的な活用への支援を要望します。

②調剤業務のデジタル化推進

ロボット調剤システムや調剤鑑査システム等を導入し、調剤業務をデジタル化することで、病院薬剤師の就業環境を改善し、医療安全の確保や質の高い薬物療法の提供が可能となります。地域医療介護総合確保基金等について、調剤業務のデジタル化推進の確保への優先的な活用への支援を要望します。

3．薬学部の卒前及び卒後教育の充実について

薬剤師を養成するための薬学部での教育期間は6年間に延長されたにもかかわらず、実務実習（臨床実習）の期間は22週のままで拡大されず、実務実習の場が薬局と病院で11週ずつであることも変更されていません。質の高い病院薬剤師育成のために、卒前教育の現場において病院での実務実習の期間を拡大し、実習内容をさらに充実させることを要望します。

また、医療職の卒後臨床研修は、医療現場における実践力を習得する上で重要であり、その後のキャリア形成にも影響することから、医師の卒後臨床研修のように、薬剤師も免許取得後に一定の臨床研修を受けるべきとの指摘があります。

厚生労働省予算事業「卒後臨床研修の効果的な実施のための調査検討事業」では、卒後臨床研修の現状、課題及び調査研究で検討された卒後臨床研修プログラムの考え方等を踏まえ、令和5年度に卒後臨床研修をモデル事業として実施し、卒後臨床研修の効果的な実施のための調査・検討を行うことが予定されております。

将来的な薬学教育における卒前の臨床教育との連携を見据え、医療機関等において用いられる標準的な卒後臨床研修カリキュラムを作成し、ガイドラインに基づいた卒後臨床研修を継続的に行う基盤を作る方向性となっており、医療機関側の受け入れ体制の強化や卒後臨床研修を希望する学生とのマッチングの仕組の構築等を行う必要があります。

質の高い病院薬剤師を継続的に育成するためには、卒前及び卒後教育を効果的に実施することが必要であり、研修体制が整った施設を増やす等の体制強化に資する予算の確保を要望します

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４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 785 ページ

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和４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

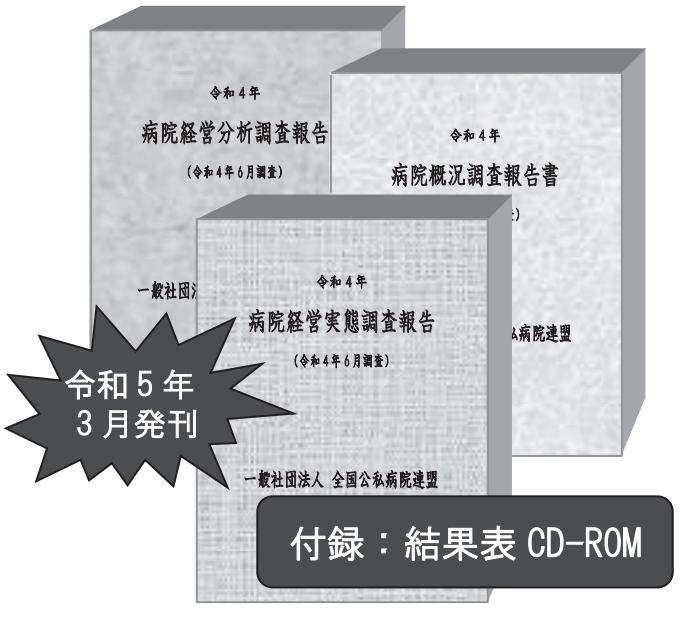
定価 16,000 円＋税
A4 版　約 733 ページ

令和４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 658 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。



購入のお申し込みは、全国公私病院連盟へ
ＴＥＬ　０３（３４０２）３８９１

今月の一冊

今月は3冊

一冊目は『82年生まれ、キム・ジヨン』。2017年韓国で発刊。136万部を販売し、ベストセラーとなった。韓国が男尊女卑、年長目上崇拝の厳しい事は知っていたつもりだが、ここまでとは正直びっくりした。医師として出生前診断で女児が人工流産されるというのも知っており、男性が結婚難に。徴兵制も原因のひとつとも。小説では、まず母の物語、その親戚。次に主人公や家族、特に姉、同級生、職場の仲間、別れた初の彼氏、そして今の夫。女児を産んで産後うつ？育児うつと。カウンセラー受診の場面から始まり、終わりも精神科医が彼女のカルテの要約的感想で閉じている。本賞（ほんがん）という戸主制度や受験戦争、家賃高騰など、法律などで変わったものもあるが、今も続いている事も多い。SNSなどは日本より先を行っている国なので、スマホの女性トイレの盗撮も多いらしい。ジェンダーギャップ世界125位の日本は少子化対策の為にも他人事ではないと思いこの本を読んだ。当連盟の「国民の健康会議」でも取り上げたい。また翻訳者の斎藤真理子氏は日本経済新聞夕刊の随筆ですっかりファンになったのも、この本を手にする契機となった。是非読んで考えて頂きたい身近な問題である。〝隗より始めよ〟である。

◆　◆

二冊目は稲盛和夫氏の『君の思いは必ず実現する』である。町工場28人の京セラ、第二電電（現KDDI）の創業者、ナショナルフラッグの墜落寸前の日本航空を瞬く間に再建、京都賞は海外の評価では準ノーベル賞的である。8年前の国立京都国際会館での日本医学会総会では、開会講演で山中伸弥氏（ご退席予定の現天皇がご着席のままで関係者は慌てた）、日野原重明氏の次に講演された。続いて井村裕夫氏、横倉義武氏の講演など誰方も素晴らしく一言一句漏らさずに拝聴しないと、と正直疲れたが、嬉しくも貴重な思い出である。著書では重複するところも少しあったが、子供時代から中学、高校、大学と、挑戦は失敗が続く。パチンコ屋での友人、ヤクザ寸前、紙袋売りの経験が後の商売の基本に。薩摩隼人らしく西郷隆盛を尊敬、中村元風氏にも心酔、神仏、天を信じて不運は幸運の始まりと根明かに。六波羅蜜も大切と。人生は掛け算。能力×熱意×考え方＝人生の結果。（私は熱意は人並みかも）京都パープルサンガでスポーツも後援。この1冊が手元にあれば人生怖いもの無し。9歳の孫にも読み聞かせたい（少し早過ぎ？）。是非、1日も早く読んだもん勝ちの一冊!!

◆　◆

三冊目は本職の医療に戻ります。井上貴裕氏の『戦略的病院経営の道標』である。〝コロナから日常医療へ～この難局をどう乗り越えるか～〟の副題が付いている。著者は千葉大学に医療経営学講座を開いたり、ちば医経塾長、千葉大学病院副病院長として実際の経営、運営にタッチして実績抜群の新進気鋭（失礼？褒め殺し？）の先生である。全国自治体病院協議会のセミナーなど、講師としてよく御指導頂いた方である。目次を見ると対談に知人が多いので、そこから読み始めた。ポン友（失礼、戦友で上官）の宇都宮啓氏とのが上中下と3つも有るので、まずここからにと。彼らしく、「それは違う」とか、ズバズバ発言し非常に元気を頂いた。医務技監になって欲しかった方と改めて思った。前に戻って金田道弘先生。去年急死した、はとこの主人、徳島県医師会副会長の木下成一君の同級生で、岡山県北部の人口減少地域の医療を守っている方である。人間ドックのサーベイヤーとして訪院した時から若手院長として頑張っていた。岡山県の人間ドック機能評価認定第1号施設。西日本でも10指の早さであった。落合病院との連携や若手医師の研修、アメニティなどどれも素晴らしい。DPC分科会のオブザーバー退任時に後任の委員として推薦させて頂いた。その後の活躍は周知の通り。彼が12回見て危機管理のモデル、映画シン・ゴジラ見ないと。小倉記念病院長の永田泉先生は、私が最も尊敬する菊池晴彦先生イチオシの方である。遠藤先生、前田先生も大学病院分院や地方の自治体病院のトップとしての本音の話で大変興味深かった。本編はコロナ病棟をどうするか?次に高度急性期、急性期、回復期と上流から流れに沿って解説。数字やグラフ、表が多く分かりやすい。医療政策と診療報酬では敷地内薬局や管理栄養士の病棟専従など、来年のトリプル改定にも付言。化学療法の入外比や医師事務作業補助体制加算、病院給食、看護師の処遇改善とチーム医療の関係など悩ましい問題にも触れている。定価4500円と少し高いですが、個人でなく組織や団体で購入すれば〝千倍返し〟くらいの値打ちはあるだろう。是非一冊!!

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）

『82年生まれ、キム・ジヨン』
チョ・ナムジュ／著
斎藤真理子／翻訳
ちくま文庫／刊

『君の思いは必ず実現する』
稲盛和夫／著
財界研究所／刊

『コロナから日常医療へ 戦略的病院経営の道標』
井上貴裕／著
ロギカ書房／刊

主な施設基準の届出状況

― 令和4年7月1日現在 ―

7月5日に開かれた中医協「総会」に、令和4年7月1日現在の主な施設基準の届出状況が報告されている。医療機関（8169病院、8万8636診療所）が診療報酬を算定するに当たり、施設基準の届出が必要となるものをまとめたものになっている。以下に令和4年度より追加や変更を行っている項目などの一部を掲載する。

【初・再診料関係】

「情報通信機器を用いた診療に係る基準」＝505病院、4993診療所

「外来感染対策向上加算」＝1万6224診療所

「連携強化加算」＝2病院、6734診療所

「サーベイランス強化加算」＝1130診療所

【入院基本料等加算】

「急性期充実体制加算」＝157病院

「感染対策向上加算1」＝1248病院、「同2」＝1029病院、「同3」＝2024病院

「重症患者初期支援充実加算」＝430病院

「報告書管理体制加算」＝340病院

「地域連携分娩管理加算」＝65病院

「術後疼痛管理チーム加算」＝27病院

「地域医療体制確保加算」

令和2年＝944病院

令和3年＝972病院

令和4年＝1053病院

【特定入院料】

「救命救急入院料、早期離床・リハビリテーション加算」＝96病院

「救命救急入院料、早期栄養介入管理加算」＝72病院

「ハイケアユニット入院医療管理料、早期離床・リハビリテーション加算」＝140病院

「ハイケアユニット入院医療管理料、早期栄養介入管理加算」＝171病院

「脳卒中ケアユニット入院医療管理料、早期離床・リハビリテーション加算」＝20病院

「脳卒中ケアユニット入院医療管理料、早期栄養介入管理加算」＝53病院

「小児特定集中治療室管理料、早期離床・リハビリテーション加算」＝5病院

「小児特定集中治療室管理料、早期栄養介入管理加算」＝1病院

「精神科救急急性期医療入院料」＝173病院（1万875床）

「精神科救急急性期医療入院料、看護職員夜間配置加算」＝98病院（5867床）

「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」＝1病院（20床）

【医学管理等】

「外来栄養食事指導料の注3」＝335病院、1診療所

「一般不妊治療管理料」＝477病院、1534診療所

「生殖補助医療管理料1」＝140病院、254診療所、「同2」＝30病院、188診療所

「二次性骨折予防継続管理料1」＝1555病院、「同2」＝1265病院、「同3」＝1738病院、1378診療所

「下肢創傷処置管理料」＝46病院、11診療所

「小児かかりつけ診療料1」＝1865診療所、「同2」＝5病院、282診療所

「外来腫瘍化学療法診療料1」＝1578病院、36診療所、「同2」＝299病院、23診療所

「こころの連携指導料（Ⅰ）」＝44病院、360診療所

「こころの連携指導料（Ⅱ）」＝516病院、335診療所

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

令和6年度 診療報酬6月改定を了承

中央社会保険医療協議会

診療報酬改定時期を２ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）

- 施行時期の後ろ倒しにあたっては、総合的な検討が必要とされているところ。
- 毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。
- また次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能。

月	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1
R6改定における国の動き	中医協での議論		２月上旬 中医協答申	３月上旬 関係告示等 ３月下旬 電子点数表	4月1日 薬価改定		6月１日 施行 経過措置→	7月10日 初回請求						
毎年改定やR8以降の改定に向けた動き									薬価調査		検証調査			
ベンダ作業内容		中医協の資料等を確認し、ソフトウェア改修への影響を見極め		窓口負担金計算向け対応（改修 → テスト → 導入支援）	疑義解釈、変更通知等／初回請求向け対応		随時、必要に応じた対応							

診療報酬改定DXを推進 薬価改定は4月を維持

8月2日に開かれた中医協「総会」に、「診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）」が厚労省の事務局から示され、中医協では、「診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負荷を平準化するため、令和6年度診療報酬改定より施行時期を6月1日施行」「薬価改定の施行に関しては例年通り4月1日に改定」を了承した。

厚労省は、①施行時期の後ろ倒しにあたっては総合的な検討が必要とされているところ。②毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。③次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能」と説明している。

政府の「医療DX推進本部」は6月2日に「医療DXの推進に関する工程表」を決定し、「診療報酬改定DX」については、①2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減。2026年度に共通算定モジュールを本格的に提供。共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化。②診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討ーすることになっていた。

◇　◇

8月2日の中医協では、診療報酬改定DXに対応するための施行の後ろ倒しについて、①診療報酬改定に伴い答申や告示から施行、初回請求までの期間が短く、医療機関・薬局等及びベンダの業務が逼迫し、大きな負担がかかっていること、②今後は施行の時期を後ろ倒しし、共通算定モジュールを導入することで、負担の平準化や業務の効率化を図る必要があること」等の課題が指摘されたが、4月26日の中医協では、診療報酬改定施行時期後ろ倒しに関する議論で以下のような意見が出されていた。

▼診療報酬改定の施行時期後ろ倒しの期間に関しては、医療現場にどのような影響があるのか、ベンダや医療機関の作業の短期集中を、どの程度の期間延長すれば必要な効果が得られるのか、財政にどのような影響があるのか、あるいは、改定の結果検証にマイナス面の影響をできるだけ生じさせない長さにするなどを考慮して、総合的に検討する必要がある。

▼従来からの改定年の4月から新しいルールに変わるといったイメージが強いため、患者、医療機関・薬局が十分に理解して納得できるような制度設計について、丁寧かつ早期に周知していただきたい。

▼改定の施行時期の後ろ倒しは、財政影響や改定結果の検証期間はもちろん、薬価改定や、それらに関する調査の時期や期間等にも影響する。改定の在り方などを含め、慎重に検討していくべき。共通算定モジュールの導入、基本マスターの充足化、各種様式の電子化等は、負担軽減につながるが、4月改定を前提としていたサイクルが変わることなどで、現場が混乱しないよう丁寧な説明や配慮が必要。

▼薬価改定について、医療現場において、改定後半年程度の価格交渉期

2面へつづく

公私病連ニュース

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

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

時評

働き方改革と労働生産人口減少の中での医療福祉の経営

連盟 副会長 **中村哲也**

働き方改革関連法（改正労働基準法）により、フレックスタイム制の拡充、時間外労働の上限規制、年5日の年次有給休暇の確実な取得などが施行され、2024年度からは医師の働き方改革として、勤務医にも時間外労働の罰則付き上限規制が開始されます。

働き方改革は、働く方々が個々の事情に応じた多様で柔軟な働き方を自分で選択できるようにするための改革とされ、日本が直面する「少子高齢化に伴う生産年齢の減少」や「働く方々のニーズの多様化」などの課題に対応するためでもあるといいます。現に厚生労働白書（令和4年版）を見ますと、10年前と比較すると就業者人口は増加し、失業者数、長時間労働者数は減少しています。つまり仕事の業務量が変わらなくても、より多くの者が賃金を得るという視点では一定の成果が出ているように見えます。

しかし、救急医療や在宅医療、高度な専門治療など地域において重要な役割を果たす医療機関の医師や、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する臨床研修医・専攻医、また短期的に多くの症例を集中的に経験して高度技能の修得を目指す中堅医師にとっては、時間外労働の上限を適用した働き方の実現は難しいのではないでしょうか。加えて、高齢者人口の急増に伴い医療介護需要が伸びる中で看護・介護職や医療技術職等の人材は2040年には1000万人以上必要となりますが、100万人不足すると予測されています。同時に進行する少子化の波は全就業者数の大幅な減少へと傾いている中で、人材を確保し育成していくことは容易なことではないでしょう。

前記したように、働き方改革は少子高齢化などの課題に対応するためでもあるといいますが、労働集約産業である医療福祉分野にとっての働き方改革は誰のためにあるのか疑問を感じます。特に見落としてはならないのは事務職の確保と育成ではないでしょうか。医療福祉の専門職はその道を志し有資格者として就業分野はある程度限られていますが、事務職の就業分野は医療福祉だけにとどまらないことから、他の就業分野への流出は避けられず、人材の過疎化は事務職から始まるものと考えます。

働き方改革の進展とともに医療福祉分野においては過去の習慣や固定観念を打破した人材の確保、育成にシフトしていくためにも、医療費の手厚い財源も併せて確保して頂きたいと思います。

（IMSグループ板橋中央総合病院・理事長）

いろ鉛筆

新型コロナ感染症がようやく沈静化したかと思う間もなく、地域によって再拡大し、また線状降水帯による豪雨災害は後を絶たない。過去に例を見ない自然災害とされるが、それらは地球温暖化によるもので、原因を求めるとCO_2排出などヒトの活動に起因するとされる▼地球の歴史40数億年において温暖期と氷期の循環の一端という説もあり、人類の活動がそこまで影響を及ぼしているか疑問も呈されていた。しかし、地層を形成する堆積物に人類の活動による成分が多く含まれるようになり、地層によって地球の歴史を区分する国際地質学会では1950年頃以降を人類の時代、人新世と位置付けようという機運があるらしい▼この人新世は過去の時代と同様に何万年という単位で地層を形成できるのであろうか。人類が発生して既に約40万年とされるが、地層に足跡を残せるほどの活動は近年のこと。地球環境を乱し、温暖化を招き、戦争を繰り返す人類が今後、厚い地層を造れるくらい長期間存続できるかは疑問である。地球上を跋扈した恐竜たちは無数の化石を残した。さて人新世にはマイクロプラスチックなど環境破壊物質でなく、人類の叡智を示すものを残せるだろうか。（N・A）

1面からつづく

間が必要であり、毎年薬価調査を実施し、翌年度に薬価改定を行うサイクルを前提とすれば、4月に施行しなければ、薬価制度の根幹を揺るがすことになりかねない。また、薬価収載のタイミングは数か月に1回あり、4月改定を動かせば、全体のバランスも崩れる懸念がある。薬価のシステム改修は、4月施行でも十分対応が可能である。

◇　◇

今後(令和6～10年度)の取組スケジュールは、施行時期を6月に後ろ倒しすることに伴い作業負荷を平準化、各ベンダがそれぞれ行っている作業を1つにまとめ、診療報酬算定・患者の窓口負担金計算を行うための全国統一の共通的な電子計算プログラム(共通算定モジュール)を開発する。この共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始して徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングやシステム更改時期に合わせて導入を促進する。診療所向けには、一部の計算機能より総体的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供するとしている。

【参考】医療DX推進本部決定「医療DXの推進に関する工程表」(概要)
令和5年6月2日

基本的な考え方

▽医療DXに関する施策の業務を担う主体を定め、その施策を推進することにより、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備の5点の実現を目指していく。

▽サイバーセキュリティを確保しつつ、医療DXを実現し、保健・医療・介護の情報を有効に活用していくことにより、より良質な医療やケアを受けることを可能にし、国民一人一人が安心して、健康で豊かな生活を送れるようになる。

マイナンバーカードの健康保険証の一体化の加速

▽2024年秋に健康保険証を廃止する。

▽2023年度中に生活保護でのオンライン資格確認の導入。

全国医療情報プラットフォームの構築

▽オンライン資格確認等システムを拡充し、全国医療情報プラットフォームを構築。

▽2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス(仮称)を構築し、共有する情報を拡大。

▽併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応。

▽2024年度中に、自治体の実施事業に係る手続きの際に必要な診断書等について、電子による提出を実現。

▽民間PHR事業者団体やアカデミアと連携したライフログデータの標準化や流通基盤の構築等を通じ、ユースケースの創出支援。

▽全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用について、そのデータ提供の方針、信頼性確保のあり方、連結の方法、審査の体制、法制上あり得る課題等の論点について整理し検討するため、2023年度中に検討体制を構築。

電子カルテ情報の標準化

▽2023年度に透析情報及びアレルギーの原因となる物質のコード情報について、2024年度に蘇生処置等の関連情報や歯科・看護等の領域における関連情報について、共有を目指し標準規格化。2024年度中に、特に救急時に有用な情報等の拡充を進めるとともに、救急時に医療機関において患者の必要な医療情報が速やかに閲覧できる仕組みを整備。薬局との情報共有のため、必要な標準規格への対応等を検討。

▽標準型電子カルテについて、2023年度に必要な要件定義等に関する調査研究を行い、2024年度中に開発に着手。電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策の検討。

▽遅くとも2030年には、概ねすべての医療機関において、必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す。

診療報酬改定DX

▽2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減。2026年度に共通算定モジュールを本格的に提供。共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化。

▽診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討。

医療DXの実施主体

▽社会保険診療報酬支払基金を、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組。

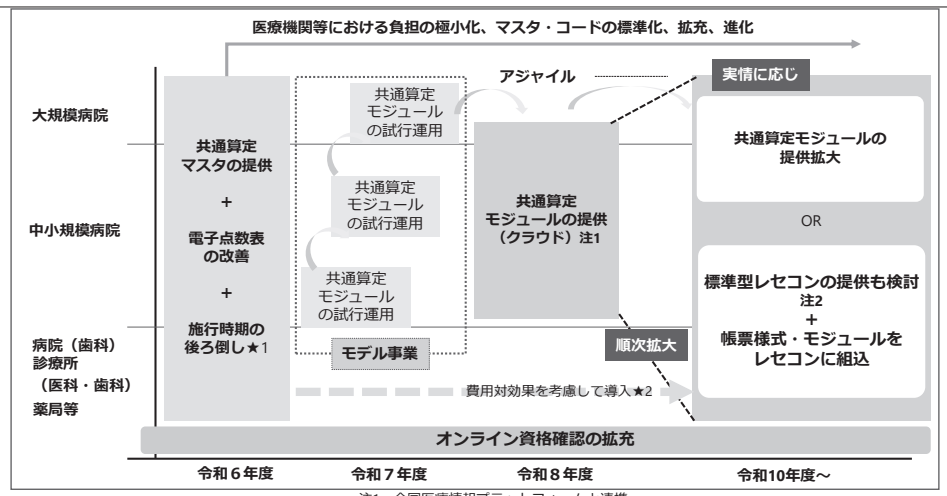
▽具体的な組織のあり方、人員体制、受益者負担の観点を踏まえた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討し、必要な措置を講ずる。

中医協　総－４
５．４．２６

診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール(案)

○ 共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングや、システム更改時期に合わせて導入を促進。費用対効果を勘案して加速策を実施。

○ 診療所向けには、一部の計算機能より、総体的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供。



注1　全国医療情報プラットフォームと連携
注2　標準型レセコンは、標準型電子カルテ(帳票様式を含む)と一体的に提供することも検討。
★1 施行時期・施行年度については、中医協の議論を経て決定。
★2 薬局向け・歯科向け・訪問看護向けについて、業界団体のご意見を丁寧にお聞きした上で対応を検討。

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料(その54)

(令和5年7月24日)

6月14日に開かれた中医協「総会」で、特定集中治療室などに常勤する医師の宿日直については、その解釈を明確にするべきだという発言が出席した委員からあり、厚労省は7月24日付けで「疑義解釈資料の送付について(その54)」を発出した。

なお、同通知では、宿日直許可と特定集中治療室管理料等の施設基準における医師の配置との整理については、令和6年度診療報酬改定の過程において明確化するとも明記している。

今回発出された「疑義解釈」は以下のとおり。

疑義解釈資料の送付について(その54)

医科診療報酬点数表関係

【問1】区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301－4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料1、区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準において、「専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)治療室内に勤務していること」とあるが、「医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日基発0701第8号)」に示す宿日直許可と特定集中治療室管理料等の施設基準における医師の配置との整理については、令和6年度診療報酬改定の過程において明確化することとしていることに留意すること。

【問2】区分番号「A301－2」ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準において、「当該保険医療機関内に、専任の常勤医師が常時1名以上いること」とあるが、「医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日基発0701第8号)」に示す宿日直許可を取得し、宿日直を行っている専任の常勤医師が、当該保険医療機関内にいることでよいか。

【答】専任の常勤医師が常時当該保険医療機関内にいて、必要な診療を行う体制をとっている場合は、差し支えない。ただし、宿日直許可とハイケアユニット入院医療管理料の施設基準における医師の配置との整理については、令和6年度診療報酬改定の過程において明確化することとしていることに留意すること。

【問3】区分番号「A301－3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準において、「当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いること。ただし、夜間又は休日において、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が、当該保険医療機関の外にいる場合であって、当該医師に対して常時連絡することや、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信することが可能であり、かつ、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能である体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこととする」とあるが、当該専任の医師は、「医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日基発0701第8号)」に示す宿日直を行っている医師が、当該保険医療機関内にいることでよいか。

【答】神経内科または脳神経外科の経験を3年、又は5年以上有している専任の医師が常時当該保険医療機関内にいて、必要な診療を行う体制をとっている場合は、差し支えない。ただし、宿日直許可と脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準における医師の配置との整理については、令和6年度診療報酬改定の過程において明確化することとしていることに留意すること。

【問4】区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料2の施設基準において、「専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること」とあるが、「医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日基発0701第8号)」に示す宿日直許可を取得し、宿日直を行っている、医師でよいか。

【答】専任の小児科の常勤医師または週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が、常時当該保険医療機関内にいて、必要な診療を行う体制をとっている場合は、差し支えない。ただし、宿日直許可と新生児特定集中治療室管理料2の施設基準における医師の配置との整理については、令和6年度診療報酬改定の過程において明確化することとしていることに留意すること。

【問5】区分番号「A303－2」新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準において、「当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師または週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置されていること」とあるが、当該常勤医師は、「医師、看護師等の宿日直許可基準について(令和元年7月1日基発0701第8号)」に示す宿日直を行っている医師が、当該保険医療機関内にいることでよいか。

【答】専任の小児科の常勤医師または週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が、常時当該保険医療機関内にいて、必要な診療を行う体制をとっている場合は、差し支えない。ただし、宿日直許可と新生児特定集中治療室管理料2の施設基準における医師の配置との整理については、令和6年度診療報酬改定の過程において明確化することとしていることに留意すること。

【がんゲノムプロファイリング検査】(略)

厚生労働省・令和6年度予算概算要求
33兆7275億円を要求

厚生労働省は令和6年度予算概算要求を取りまとめた。一般会計の要求額は33兆7275億円となり、前年度より5866億円の額増を要望している。主な重点要求は以下のとおり。

今後の人口動態・経済社会の変化を見据えた保健・医療・介護の構築

■医療・介護におけるDXの推進

医療・介護におけるDX の推進により、医療・介護のイノベーションを推進するとともに、安心で質の高い医療・介護サービスの提供を図る。

●医療・介護のイノベーションに向けたDXの推進＝166億円

▽保健医療介護情報の活用促進のための情報の標準化の推進と全国医療情報プラットフォーム・介護関連データ利活用のための基盤等の整備▽マイナンバーカードと保険証の一体化の推進▽電子処方箋の全国的な普及拡大や機能向上の推進▽診療報酬改定DXの取組の推進▽科学的介護推進のためのデータベースの機能拡充▽介護分野へのテクノロジーの導入等による生産性向上の取組を通じた介護サービスの質の向上▽整合的かつ効率的な審査支払機能の運用に向けた国保総合システムの改修▽医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の強化　等

■医薬品等のイノベーションの推進

ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に取り組み、創薬力強化のためのイノベーションの基盤構築を推進する。

●医薬品・医療機器等の実用化促進、安定供給、安全・信頼性の確保＝19億円

▽希少疾病用・小児用等のドラッグラグ・ドラッグロスへの対応に向けた希少疾病用医薬品指定の早期化・拡大、小児用薬の開発計画の策定等に向けた体制整備▽臨床開発・薬事規制調和に向けたアジア拠点の強化▽リアルワールドデータの薬事活用の推進▽医療系ベンチャーの成果創出支援▽後発医薬品の信頼確保のための体制・取組の強化▽大麻に関する制度見直しに伴う規制体制整備・薬物乱用防止対策の拡充▽プログラム医療機器の早期実用化の促進▽革新的医療機器・再生医療等製品の国際標準獲得の推進▽緊急避妊薬の適正販売に向けた調査事業の促進▽海外依存度の高い原薬等の供給リスク低減に向けた支援の促進▽献血血液の確保対策　等

●イノベーションの基盤構築の推進＝734億円

▽がん・難病の全ゲノム解析等の推進▽患者還元型・臨床指向型AI創薬研究のためのプラットフォームによる、医学研究・創薬の活性化及び医師・研究者の育成支援▽医薬品・医療機器開発におけるレジストリ（疾患登録システム）の利活用・イノベーション・ネットワーク構想の推進▽再生・細胞医療・遺伝子治療の実用化の促進▽次世代バイオ医薬品の製造・開発を担う人材の育成支援▽日本医療研究開発機構（AMED）における研究及び厚生労働科学研究の推進▽産業振興拠点の設置による革新的医療機器の創出に必要な人材育成及び企業への伴走支援　等

■地域医療・介護の基盤強化の推進等

人口減少と超高齢化社会における医療・介護ニーズや人口動態の変化等を踏まえ、不断の改革により、質の高い医療・介護サービスを提供できる体制を確保する必要がある。そのため、地域医療構想等の推進や地域包括ケアシステムの構築に向けた施策を推進する。

●地域医療構想等の推進＝922億円

▽地域医療介護総合確保基金等による地域医療構想の推進、医師偏在対策への支援▽かかりつけ医機能が発揮される制度の円滑な施行に向けた施策の推進▽医療従事者の勤務環境改善に向けた働き方改革の推進▽薬局薬剤師の専門性の高度化・在宅薬物治療提供体制の強化　等

●地域包括ケアシステムの構築＝569億円

▽地域医療介護総合確保基金等による地域の事情に応じた介護サービス提供体制の整備及び介護人材の確保支援▽地域づくりの加速化のための市町村に対する伴走的支援等の実施▽介護施設等の防災・減災対策の推進等

●救急・災害医療体制等の充実＝123億円

▽災害医療における情報収集機能等の強化▽医療施設等の防災・減災対策、DMAT・DPAT体制の整備・強化▽災害時の保健・医療・福祉に関する横断的な支援体制の構築▽ドクターヘリ・ドクターカーの活用による救急医療体制の強化　等

■健康づくり・予防・重症化予防、認知症施策の推進等

健康づくり・予防・重症化予防を強化し、健康寿命の延伸に係る取組を推進する。加えて、認知症基本法に基づき、認知症施策を総合的かつ計画的に推進する。また、がん・肝炎・難病などの各種疾病対策を着実に実施するとともに、歯科保健医療などを推進する。

●健康づくり・予防・重症化予防の推進＝64億円

▽高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進▽糖尿病性腎症の重症化予防事業や予防・健康づくりに関する大規模実証事業などの保健事業等への支援▽「女性の健康」ナショナルセンター機能の構築　等

●認知症施策の総合的な推進＝141億円

▽共生社会の実現に向けた本人発信支援や地域づくり支援、認知症の人やその家族の相談支援体制と若年性認知症の人への支援体制の推進等▽認知症に対する早期発見・早期診断及び治療・進行抑制、介護方法、社会環境の整備等に対する研究の推進▽認知症の人やその家族を含めた包括的な支援等を図るため、地域包括支援センターが行う業務のICT化等に係る支援　等

●がん対策、循環器病対策等の推進＝447億円

▽効果的・効率的な子宮頸がん検診の実施に向けた支援を含めた包括的ながん対策の推進、HPVワクチンの相談支援体制の確保▽脳卒中・心臓病等患者の包括的な支援体制の構築▽リウマチ・アレルギー疾患、慢性腎臓病（CKD）対策の推進　等

●肝炎対策の推進＝53億円

▽肝炎患者等の重症化予防の推進▽肝がん・重度肝硬変の治療研究の促進

●難病・小児慢性特定疾病対策等の推進＝161億円

▽難病・小児慢性特定疾病対策の着実な推進▽移植医療対策の推進

●歯科保健医療の推進＝34億円

●国際機関等を通じた国際貢献の推進・医療の国際展開＝123億円

■感染症対策の推進・体制強化

新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえた次なる感染症に備え、医療措置協定締結の推進、感染症の検査体制を強化するとともに、質の高い科学的知見を迅速に提供できる体制を整備する。

●次なる感染症に備えた体制強化＝139億円

▽国立健康危機管理研究機構の設立に向けた体制整備▽保健所や地方衛生研究所等の体制整備　等

※感染症法改正に伴う対応については、予算編成過程で検討する。

■安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

●被用者保険への財政支援＝837億円

※医療保険制度改革に伴う被用者保険への財政支援強化への対応については、予算編成過程で検討する。

令和６年度　厚生労働省予算概算要求の姿

（令和５年度予算額）33兆1,408億円 → （令和６年度要求額）33兆7,275億円　（対令和５年度増額）（＋5,866億円）

一般会計

（単位：億円）

区分	令和５年度 予算額 (A)	令和６年度 要求額 (B)	増▲減額 (C) (B)－(A)
一般会計	331,408	337,275	5,866
うち 年金・医療等に係る経費	313,832	318,653	4,820
うち 重要政策推進枠	－	1,518	－

全国公私病院連盟から“講演会”のお知らせ

第33回「国民の健康会議」を開催します

どなたでも参加できます。入場無料です。どうぞご参加ください。

日　時：令和５年 10 月 26 日（木）　午後１時～５時

会　場：**日本教育会館「一ツ橋ホール」**（東京都千代田区一橋 2-6-2）

◆ テーマ ◆　**少子化を考える**
～こどもたちは何処へ行った？～

全国公私病院連盟では、平成元年から開催している「国民の健康会議」を１０月２６日（木）に日本教育会館「一ツ橋ホール」（東京都千代田区一ツ橋）で開催します。

今回は、「少子化を考える～こどもたちは何処へ行った？」をテーマに、各界の先生方をお迎えしてお話を伺います。

入場は無料ですが、事前のお申し込みをお願いします。全国公私病院連盟のホームページからお申込みください。

【第１部】講演：医師から見た少子化

出演	産婦人科医の立場から	大濱紘三 氏	広島大学・名誉教授
	小児科医の立場から	瀬戸嗣郎 氏	静岡県立こども病院・名誉院長
	女子学生と日々接する立場から	細井　創 氏	同志社女子大学 看護学部看護学科 特別任用教授
司会		渡邉古志郎 氏	横浜市立市民病院・名誉院長

【第２部】鼎談（ていだん）：少子化政策のビジョン

出演	自見はなこ 氏	参議院議員（小児科医）
	阿部知子 氏	衆議院議員（小児科医）
	邉見公雄	全国公私病院連盟・会長 赤穂市民病院・名誉院長
司会	行天良雄 氏	医事評論家

主催　一般社団法人 全国公私病院連盟（事務局 TEL 03-3402-3891）

全国公私病院連盟　加盟８団体

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

今月の一冊

今月は3冊

まず一冊目は『一人から始めるリコール運動』である。一人の女性保育士が呼び掛けた、林文子横浜市長解職請求の記録である。結果は49万票必要だが、コロナ禍で活動制限もあり9万111票と完敗に近い。準備から反省までが参加者の証言として記されている。リーダー的な廣越由美子氏と木村芳正氏の共著である。

この運動のきっかけは2017年横浜市長選挙にそれまでカジノを含むIR（統合型リゾート）誘致を進めてきた林市長が「カジノは白紙」として3選。しかし、2年後突如誘致表明。白紙を反対と信じて投票した市民。各種調査では8割が反対の声であり、どうにかしないといけないと立ち上げた。為政者、議員は選挙に勝ったら何をしても良いとの暴走を防ぐ為にリコール制度はあるという事は余り知られていない。私も学校で教えてもらわなかった様に思う。受任者募集の書類やリコール用紙も、また各政党や立候補者が議員に出した公開質問状も含まれている。現在の民主主義は手間暇だけかかり市民が主役から議員が主役に変質してしまい、中露やアジア、アフリカの軍事政権、中東の王国、首長国など権威主義国家の方が国民はベターではとの声すら上がり始めている。特に米国の迷走を見ると。

この本を一貫して流れるのは既成政党への不信感である。特に立憲民主党と共産党に対しては怒りの様な感情が流れている。住民投票条例制定請求を同時期にぶつけて来て混同して、もう署名したとか、しつこいとか、かなりの障害になったからだろう。自民党、公明党の推進派より近親憎悪的感情は解らない訳でもないのだが。日本の政権が失われた30年がずっと続いても変わらないのは、ガス抜きに使われているメディアと並んで革新勢力の対立の根深さも大きな一因である。しかしこの本は政党や議員より個人中心で。署名簿を完全溶解し目的外使用させないなど、細心の注意を払っている。見事な敗戦処理である。大村愛知県知事リコール運動での署名偽造などは〝もってのほか〟である。また日本三大ドヤ街寿町の方々、特にギャンブル依存症の方の言葉は最も心に残る。元々この国は賭博禁止であり、特区の美名なら売春も復活するのだろうか？私は国家の品格としてカジノはない方が良いのではと思っている。

先日、徳島県阿南市の沖にある人口125人の伊島へ行った。行きの夕方に元漁師で一日に鮑（あわび）60kgを取ったこともあるという3年前に漁師を辞め一人暮らしの87歳の老人に会った。年金生活者だが毎日のパチンコ帰りとか。勝つ事もあるが負けが多く最高5～6万円負ける事もあるという。カジノなら桁違いだろう。また筆者らが参考にした神戸空港建設中止の神戸市長リコール運動も成功していない。少しハードルを下げるべきかもしれない。実は今年の離島研究会は淡路の沼島、徳島の伊島。徳島県三好市育ちの私にとって近くて遠い所で、やっと念願がかなった。会員全員6人の参加であったが、その中にこのリコール運動の参加者で本を贈呈して下さった㈱公私病連共済会以来の畏友、池田貢氏も居たのである。ほぼ読了していたが「パチンコ命」の様な人が幸せなのかもしれないと頭が少し混乱しそうにもなった。しかし医者としてギャンブル依存症の確立した治療法のない今、予防はギャンブルを国や自治体が推進しない事であると明言しておく。なお、その後この会を中心に林市長の落選運動が成功したのも皆様ご存知の通り。

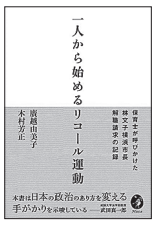
◇　◇

二冊目は『入門！自宅で大往生』。著者は中村伸一である。過疎地、高齢先進地の名田庄で四半世紀にわたり地域唯一の医師として在宅医療、家逝きを実践してきた「寄りそ医」である。筆者の『自宅で大往生「ええ人生やった」と言うために』（中公新書ラクレ）の続編とも言える。家逝き4つの極意が記されている。仙崖和尚や早川一光先生の死に際も。「仲の良い老夫婦症候群」や年金目当て延命など最近問題になる事柄も。#7119、エンディングノート、介護保険やケアマネの利用、料理の宅配サービスなど各論も親切に記されている。家逝きは「知足（足るを知る）」の人生哲学を名田庄の人々が持っているからと。それは自然が相手の農林業から子々孫々と地域に継承された〝名田庄力〟だとも。これが家逝き達人、看取り名人が多い地域力だと。しかし、先日著者の勤務する施設、診療所を訪れ、バリアフリー、手摺り、トイレなど至る所に高齢者、傷病者の為の工夫が施され、職員や研修医の働き方を観て、筆者の地域愛こそ家逝きを実現させる大きなエンジン、エネルギーだと再認識した。読者各位も必ず旅立つ。一度読んで欲しいし、同居者にも是非回覧して欲しい一冊である。

◇　◇

三冊目は『軍師の境遇』。著者は松本清張である。私は時代小説作家3傑は、司馬遼太郎、山本周五郎、海音寺潮五郎の三郎と考えているが、清張も捨て難い。「西海道談綺」など目茶面白かった。今回の主人公は私の勤務地赤穂に近い備前福岡で生まれ、御着城主小寺政職の家老として姫路城に居た頃の物語である。赤穂へ行く前に司馬作の「播磨灘物語」を半月位かけて診療の合間に読んだが、今回は台風7号近畿縦断中の2日間で読んだ。小寺家の立ち位置、毛利か織田か？有岡城の土牢の描写は見事である。人を捨て虫になって生きる。藤が黒田家の家紋になった訳も、波津姫への恋慕にも似た感情も。三木城、鳥取城への兵糧攻め、高松城への水攻めなど歴史上有名なシーンも。「ちんば」と差別的な言葉でも人を虜にする秀吉。松寿丸を匿う竹中半兵衛の友情と度量。如水の名の如く、さっさと引退。今の政治家に見習って欲しい一冊である。

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）



『一人から始めるリコール運動』
廣越由美子、木村芳正／著　ハザ書店／刊

『入門！自宅で大往生』
中村伸一／著
中央公論新社／刊

『軍師の境遇』
松本清張／著
角川書店／刊

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34回「看護管理セミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では、「ウィズコロナの看護・介護と看護教育」をテーマに「看護管理セミナー」を開催しますのでご参加ください。

1．期　日：令和5年 10 月 20 日（金）
2．会　場：「全国都市会館」3階 第2会議室（東京都千代田区平河町）
3．参加費：会員病院（1名につき）16,500円／会員外（1名につき）19,800円
4．講演テーマと講師：

10:00～11:30（90分）	「ウィズコロナにおける看護・介護と看護教育 ～コロナ禍における感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師の活躍を踏まえた今後の取り組み～」	講師 福井 トシ子 氏　国際医療福祉大学大学院 副大学院長・教授、公益社団法人日本看護協会 前会長
12:30～13:30（60分）	「Covid-19による看護学教育の光と影」	講師 箕浦 洋子 氏　関西看護医療大学 看護学部看護学科 教授
13:45～14:45（60分）	「COVID-19患者ケアおよびウィズコロナの感染対策における高度実践看護の役割」	講師 富田　学 氏　東邦大学医療センター大森病院 感染管理部 感染症看護専門看護師
15:00～16:00（60分）	「ウィズコロナ時代の人材育成」	講師 井川 順子 氏　京都大学医学部附属病院 看護部長・病院長補佐

◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細は、全国公私病院連盟のホームページ　https://www.byo-ren.com/ をご覧ください。
◆ お問合せ電話番号　　０３－３４０２－３８９１

10月以降の新型コロナ対応決まる

中央社会保険医療協議会

診療報酬特例の見直し

次期改定時に恒常的な対策を

中医協の「総会」が9月15日に持ち回りで開催され、5月8日以降に類型が変更された後の新型コロナウイルス感染症診療の実態等を踏まえ、10月以降の診療報酬上のコロナ特例について見直すことが了承された。なお、令和6年度診療報酬改定で恒常的な感染症対応としても見直しを行うことにしている。見直しの概要は以下のとおり。

外来・在宅医療

■必要な感染対策を講じた上で行う疑い患者への診療については、引き続き評価し、かかりつけ患者等に限らず疑い患者を広く受け入れる医療機関においては、空間的・時間的分離の準備をより周到に行う必要があることについても引き続き考慮する。感染予防策の合理化や各医療機関における経験の蓄積等により業務が効率化している観点から、評価については見直しを行う。

（対応）感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する診療

①対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え受入患者を限定しない場合＝300点→147点

②①に該当せず、院内感染対策を実施＝147点→50点

（対応）コロナ患者へ療養指導を行った場合＝147点→終了

（対応）コロナ患者の入院調整を行った場合＝950点→100点

■往診時に必要な感染対策や、介護保険施設等に対する緊急往診等についても、感染対策等の効率化を踏まえ評価の見直しを行う。

（対応）感染予防策を講じた上でのコロナ疑い患者に対する往診等（300点）→50点

（対応）介護保険施設等への緊急往診（2850点）→950点

（対応）介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合（950点）→300点

入院

■効率化等を踏まえ感染対策について評価の見直しを行うとともに、必要時における個室管理・陰圧室管理については、引き続き評価する。

（対応）感染予防策を講じた上での疾患別リハビリテーション（二類感染症患者入院診療加算（250点））→50点

（対応）二類感染症患者療養環境特別加算（個室・陰圧室）の特別算定→継続

■業務内容・人員体制が一定程度効率化されており、重症・中等症患者等の特例等は一定程度見直しを行う。

（対応）重症患者への対応（特定集中治療室管理料等の1・5倍（＋211～＋8159点））→1・2倍（＋845～3263点）

（対応）中等症患者への対応（救急医療管理加算の2～3倍（1900～2850点））→840～1260点

（対応）リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）による介護保険施設の入所者等の高齢患者の受入（＋950点）→＋420点

■回復患者への対応の経験の蓄積等による業務の効率化を踏まえ、回復患者を受け入れた場合の特例については見直しを行う。

（対応）回復患者の受入患者入院診療加算750点、14日目までは＋950点）→14日目まで500点

その他施設基準等

■急激な感染拡大時等に入院患者の受入が可能な病棟を迅速に整備するために必要な特例については、令和6年3月31日までの間継続する。

（該当する特例の例）＝▽新型コロナ患者を受け入れるために緊急に開設する必要がある保険医療機関について、要件審査を終えた月の診療分についても基本診療料を算定できる。▽新型コロナ患者を受け入れるために定数を超過して入院させた場合について、減額措置を適用しない。▽新型コロナウイルス感染症患者の受入のために救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料と同等の人員配置とした病棟について、令和5年3月31日以前に報告を行った場合に限り、該当する入院料を算定できる。

■コロナ以外の医療提供及び医療の質の確保の観点から、平均在院日数や手術の実績件数等の診療実績等に係る要件に関する特例については、原則として令和5年9月30日を以て終了する。（ただし、平均在院日数や手術の実績件数等の診療実績等に係る要件については、令和5年9月30日までの運用のとおり、令和5年9月30日までであって新型コロナウイルス感染症の受入等を行った月は実績の算定に係る期間から除外し、それ以前の期間を含めて算出することを引き続き可能とする）

（該当する特例の例）＝コロナ患者の受入や感染し出勤できない職員がいる等の場合に、平均在院日数等の一定期間の実績を求める要件及び手術の実績件数等の診療実績等の要件を満たさなくなった場合においても、直ちに変更の届出を行わなくてもよい。

■月平均夜勤時間数の変動や職員が一時的に不足した場合の特例については、該当する場合に地方厚生局への届出を求めることとしたうえで、一定程度の期間継続する。

（該当する特例の例）＝コロナ患者の受入や職員の感染等により月平均夜勤時間数が一時的に1割以上変動した場合や職員が一時的に不足した場合においても、変更の届出を行わなくてもよい。

◇　◇

国民医療の確保のために病院診療報酬の引き上げを

ヨン・介護サービスとの連携が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）による介護保険施設の入所者等の高齢患者の受入（＋950点）→＋420点

■回復患者への対応の経験の蓄積等による業務の効率化を踏まえ、回復患者を受け入れた場合の特例については見直しを行う。

（対応）回復患者の受入患者入院診療加算750点、14日目までは＋950点）→14日目まで500点

その他施設基準等

■急激な感染拡大時等に入院患者の受入が可能な病棟を迅速に整備するために必要な特例については、令和6年3月31日までの間継続する。

（該当する特例の例）＝▽新型コロナ患者を受け入れるために緊急に開設する必要がある保険医療機関について、要件審査を終えた月の診療分についても基本診療料を算定できる。▽新型コロナ患者を受け入れるために定数を超過して入院させた場合について、減額措置を適用しない。▽新型コロナウイルス感染症患者の受入のために救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料と同等の人員配置とした病棟について、令和5年3月31日以前に報告を行った場合に限り、該当する入院料を算定できる。

■コロナ以外の医療提供及び医療の質の確保の観点から、平均在院日数や手術の実績件数等の診療実績等に係る要件に関する特例については、原則として令和5年9月30日を以て終了する。（ただし、平均在院日数や手術の実績件数等の診療実績等に係る要件については、令和5年9月30日までの運用のとおり、令和5年9月30日までであって新型コロナウイルス感染症の受入等を行った月は実績の算定に係る期間から除外し、それ以前の期間を含めて算出することを引き続き可能とする）

（該当する特例の例）＝コロナ患者の受入や感染し出勤できない職員がいる等の場合に、平均在院日数等の一定期間の実績を求める要件及び手術の実績件数等の診療実績等の要件を満たさなくなった場合においても、直ちに変更の届出を行わなくてもよい。

■月平均夜勤時間数の変動や職員が一時的に不足した場合の特例については、該当する場合に地方厚生局への届出を求めることとしたうえで、一定程度の期間継続する。

（該当する特例の例）＝コロナ患者の受入や職員の感染等により月平均夜勤時間数が一時的に1割以上変動した場合や職員が一時的に不足した場合においても、変更の届出を行わなくてもよい。

◇　◇

時評

少子化を考える

～「国民の健康会議」開催にあたって

連盟　特別参与　渡邉　古志郎

全国公私病院連盟は10月26日に日本教育会館「一橋ホール」（東京都千代田区一ツ橋）で「国民の健康会議」を開催する。33回目を迎える本年は「少子化を考える～こどもたちは何処へ行った?～」をテーマに掲げた。

我が国の出生数は、1975年以降緩やかに減少し続け、2022年合計特殊出生率は1・26と過去最低を記録し、出生数は80万人を切った。人口は平成20年をピークに減少に転じ、本格的な少子高齢化・人口減少時代を迎え、令和52年には総人口が9千万を割り込み、その40%が65歳以上と予測されており、この人口の高齢化は人類史上前例が無いと言われている。

元内閣府審議官・前川氏は、65歳以上の高齢者数は、2015年3459万人、2042年3935万人、2065年3381万人と推移するが、生産年齢人口は、1995年8726万人、2015年7656万人、2065年4529万人と著明に減少することが大問題であると指摘している。

また、日本総研の藤波氏は、女性の労働参加がこの10年間で10%以上アップし68・5%に達したと指摘していることは、結婚後子供を持つべきに賛成したのは、男性55%に対し女性は36・6%であった、合計特殊出生率は、人口維持には2・06～2・07必要とされているが、2021年1・30、2022年1・26と減少の一途を辿っている。因みに終戦直後では、4・0以上であった。少子化の傾向は、今後も続くと予想されている。

日本総研、藻谷氏は、象にした調査では、結婚後子供を持つべきに賛成したのは、男性55%に対し女性は36・6%であった、合計特殊出生率は、人口維持には2・06～2・07必要とされているが、2021年1・30、2022年1・26と減少の一途を辿っている。因みに終戦直後では、4・0以上であった。少子化の傾向は、今後も続くと予想されている。

日本総研、藻谷氏は、福祉予算を減らし、子育て支援に振り向け、子育て環境を改善すれば子供が増え始めると論じており、岸田政権も発足時、少子化対策を政策に掲げた。しかし未だ有効な対策が打ち出されたとは思われない。

来る10月26日開催予定の第33回「国民の健康会議」では、前半「医師から見た少子化」をテーマに、産婦人科医の立場から広島大学・大濱紘三名誉教授に、小児科医の立場から静岡県立こども病院・瀬戸嗣郎名誉院長に、医師から離れた目線で同志社大学看護学部看護学科・細井創特別任用教授に講演をして頂く。

後半のセッションでは、「少子化政策のビジョン」と題し、行天良雄先生の司会で、自見英子参議院議員（小児科医）、阿部知子参議院議員（小児科医）当連盟邉見公雄会長を交え、鼎談を行なう。

少子化問題は、ある意味で我国の存亡をかけた大問題であり、活発な議論を期待したい。

（横浜市立市民病院・名誉院長）

いろ鉛筆

「農協の父」品川弥二郎は萩の東、松本村に生まれた。家が足軽のため、藩校明倫館には入れず、近くの吉田松陰の主宰する松下村塾に入塾。一五歳と年少であったが、聡明で師松陰も期待していた。師の刑死後、先輩の久坂玄瑞や高杉晋作の尊皇攘夷活動に加わり、禁門の変では敗れて西本願寺に逃げ込み剃髪して俗名を残した▼紆余曲折を経て、明治三三年、「産業組合法」が国会で可決。直後、品川は急病で死去。昭和の初め、彼を顕彰する品川神社が建立されたが、詳細は不明。現在は「農協の父」にふさわしくJA山口の敷地内に鎮座。小さな社は、平成に建替。一度は参拝したいと思っているが…。（K・Y）

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。）

中医協

令和6年度診療報酬改定に向けた議論の概要

— 議論の内容及び意見の整理について —

中央社会保険医療協議会（中医協）では4月から「令和6年度診療報酬改定の論点等」に関して、「医療DX」「医療計画」「働き方改革の推進」「外来」「入院」「在宅」「歯科」「感染症」「調剤」「個別事項（小児周産期）」の議論を行ってきたが、8月30日の「総会」でこれまでの議論の内容や意見について整理、今後、この内容を踏まえ小委員会や専門部会の議論も進めつつ、令和6年度診療報酬に向けてさらに議論を行っていくことにしている。本号では今回整理された「入院」「外来」「個別事項（小児周産期）」を抜粋して掲載することにする。

1. 入院について

【現状と課題】

（急性期入院医療）

▼入院医療の評価は、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入されるよう、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

▼令和4年度診療報酬改定においては、急性期及び高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度について見直しを行ったところ、看護配置7対1の病床数は増加傾向にある。また、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価として急性期充実体制加算を新設している。

▼高齢者人口や高齢者の救急搬送の増加とともに、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合も増加傾向にある中、急性期一般病棟は集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に重点化すべき等、2025年を期限とした地域医療構想に向けた取り組みとともに、さらなる機能分化の必要性が指摘されている。

（回復期入院医療）

▼地域包括ケア病棟入院料は、「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」、「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」、「③在宅復帰支援」の3つの役割を担うこととされており、平成26年度改定において設定された。令和4年度診療報酬改定においては、在宅医療の提供や在宅患者等の受入に対する評価の観点から、在宅医療に係る実績要件の水準引き上げ、一般病床において届け出ている場合に救急告示病院等であることの要件化等を行っている。現状、救急搬送の受入件数は100件以下の医療機関が多い。

▼回復期リハビリテーション病棟入院料は、リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、平成12年に新設された。質の高いリハビリテーション医療を充実する観点から、アウトカム評価に基づく入院料の評価を導入し、水準の引き上げを講じてきており、令和4年度診療報酬改定においても重症患者割合の見直し等を行っている。

（慢性期入院医療）

▼療養病棟入院基本料の経過措置（注11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少している。令和4年度改定においては、療養病棟入院基本料2の75／100の点数に切り下げを行った。なお、療養病床等についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日までである。

▼療養病棟入院基本料の医療区分については累次の改定で見直しが実施されており、令和4年度改定では中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価の見直しを実施した。

（入院医療における他の取組）

▼DPC対象病院数は令和4年4月1日時点で1764病院となり、経年的に増加傾向である一方、急性期病床規模の小さいDPC対象病院も増加している。DPC／PDPSにおける評価については、医療機関の機能や役割に応じた医療機関別係数を設定するとともに、入院初期を重点評価するため在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定している。

▼日帰り及び4泊5日までの入院による手術等を行うための管理等について、包括的な評価を行う短期滞在手術等基本料が設定されており、実態等に合わせ、対象手術等や評価の見直しを実施してきている。

▼病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価するため、入退院支援加算を設定しており、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では8割以上が届出を行っている。

【論点】

▼急性期入院医療について、高齢者の救急搬送件数の増加等を踏まえ、急性期病棟と地域包括ケア病棟に求める役割・機能について及びこれらの機能分化を促進し、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入される効率的かつ質の高い入院医療の提供を推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。

▼回復期入院医療について、在宅患者等に対する救急医療を含め、地域包括ケア病棟に求められる役割やその評価のあり方及び回復期リハビリテーション病棟における質の高いリハビリテーションを推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。

▼慢性期入院医療について、療養病床に係る医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置が終了すること等を踏まえ、長期にわたり療養が必要な患者に対する適切な入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。

【主な意見】

（総論・急性期／高度急性期入院医療）

▼高齢者の救急搬送件数の増加への対応としては、二次救急に対する評価とともに、三次救急からの下り搬送を評価すべき。

▼急性期充実体制加算の新設により総合入院体制加算の届出を行う医療機関が減少しており、急性期充実体制加算の届出を行う医療機関に求められる役割について検討すべき。

▼誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。

▼全ての団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて、病床の機能分化・連携を進める観点から地域医療構想が推進されてきており、高齢化が進む中で、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合は増加傾向にあり、急性期医療が高度かつ集中的な医療を必要とする患者への対応に重点化されるよう、機能分化による効率的な医療をさらに評価すべき。

▼急性期一般については、平均在院日数が伸びるとともに病床利用率が低下しており、新型コロナの影響も勘案すべきであるものの、病床数が過剰になっていないか、背景を分析すべき。

▼急性期一般入院料においても65歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やADLの低い患者がそれなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましい。

▼高齢者等の救急搬送を効率的に受け止めるためには、医療機関同士、医療機関と高齢者施設等の連携とともに、救急隊のトリアージによる適切な搬送先の選択が重要。

▼看護業務の負荷軽減の観点からも、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度についても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入すべき。

▼ハイケアユニットについて、届出医療機関の数が増加しており、どのような状態の患者にどのような医療が提供されているのか等を分析した上で、必要度の在り方について検討すべき。

（回復期入院医療）

▼地域包括ケア病棟における救急医療の対応状況にはばらつきがあり、施設の背景等を踏まえて分析を進める必要がある。

▼回復期リハビリテーション病棟においては、重症度の高い患者の受け入れの促進とともに、入退棟時のHIMの改善のみならず、退院後に在宅医療を受ける場合や施設に入所する場合において、ALLが維持されるような取組が重要。

▼回復期リハビリテーション病棟におけるHIMの第三者評価の義務化も視野に入れつつ、実績に基づく評価を更に推進すべき。

（慢性期入院医療）

▼医療法上の経過措置の期限を考えると、療養病棟入院料における2026年3月までの経過措置は終了させる必要があるが、患者や臨床現場に混乱を来たすことのないような形とすべき。

2. 外来について

【現状と課題】

（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、複数の慢性疾患患者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4年度診療報酬改定においては、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、地域包括診療料等の対象疾患に、慢性心不全及び慢性腎臓病を追加した。機能強化加算について、かかりつけ医機能を有する医療機関および医師の実績要件をそれぞれ追加した。さらに、診療情報提供料（Ⅲ）から連携強化診療情報提供料に名称を変更し、対象患者に、紹介重点医療機関からの患者等を追加した。

▼医療DXとして、全国医療情報プラットフォームの構築や電子カルテ情報の標準化において、情報の共有にあたっての標準規格化された3文書（診療情報提供書および退院サマリー、健診結果報告書）、およびそれに含まれる6情報を普及促進し、医療の質向上のために活用されていくこととされている。

▼令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会において、外来医療に関し、主治医と介護支援専門員等との連携、認知症患者への対応、人生の最終段階における医療・介護についての意思決定支援をより早期から行うこと等についてご意見をいただいたところ。

▼令和5年の医療法改正では、かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映することとされている。

（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。令和4年度診療報酬改定においては、投薬にかかる費用を包括評価の対象範囲から除外し評価を見直すとともに、総合的な治療管理について、他職種と連携し実施して差し支えないことを明確化した。

（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4年度診療報酬改定においては、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲に紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）を追加し、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直した。

（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たところ。

▼令和4年1月の「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、令和4年度

3面へつづく

2面からつづく

診療報酬改定においては、情報通信機器を用いた場合の初診料の新設を行い、算定できる医学管理料を拡充するとともに、算定要件の緩和等の見直しを行った。

3. 個別事項（小児周産期）について

【現状と課題】

（小児医療の現状等）

▼日本における出生数・出生率は減少傾向であり、15歳未満人口も近年減少傾向である。

▼15歳未満の外来患者数の減少は大きくないが、入院患者数は年々減少傾向である。

▼昭和50年から平成25年までの約40年で、出生数は減少しているが、極低出生体重児（１０００ｇ～１４９９ｇ）、超低出生体重児（１０００ｇ未満）の割合が増加傾向であり、近年は横ばい傾向である。

（小児外来医療）

▼初再診料・外来診療料における6歳未満の小児の算定回数と比較して、小児科外来診療料は70％程度まで上昇している。小児かかりつけ診療料も上昇しているが、10％程度にとどまっている。

▼小児に係るかかりつけ医機能を推進する観点から、小児かかりつけ診療料による評価が行われている。令和4年度改定においては、小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制を考慮した評価体系に見直しを行った。

▼平成27年以降の15歳未満の患者に対する往診料の算定回数については、令和元年までは増加傾向であったが、令和2年に減少し、令和3年に大きく上昇し、令和4年にはさらに上昇した。

（小児急性期医療体制）

▼小児入院医療管理料の届出医療機関数と病床数はともにほぼ横ばいで推移している。

▼令和4年度改定において、一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行った。

▼小児入院医療管理料の病棟は、急性期一般入院料1に比べ、1病棟あたりの病床数が少ない。

▼小児入院医療管理料を届け出る病棟のうち約5割は保育士を、約3割は看護補助者を配置している。

（小児高度急性期医療体制）

▼医療の高度化に伴い、低出生体重児、早期算の児の死亡率は低下している。

▼新生児特定集中治療室管理料に関しては、令和4年度改定において、慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数の見直しを行った。

▼小児特定集中治療室管理料に関しては、令和4年度改定において、施設基準の実績要件を見直すとともに、手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、算定上限日数の見直しを行った。

▼令和4年度改定において、臓器移植を行った患者を対象に、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の算定日数制限の見直しを行った。

▼小児において、臓器移植を実施する患者が増加傾向にある。

（小児の緩和ケア医療）

▼小児の緩和ケア医療については、緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算における小児加算、小児がん拠点病院加算により評価を行っている。緩和ケア病棟に入院した20歳未満の者は、極めて少なかった。

（周産期医療）

▼医療計画においては、基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進めるとともに、ＮＩＣＵや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築することとされている。また、集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討することとされている。

▼社会的ハイリスク妊産婦やメンタルヘルス介入を必要とする妊産婦を含めたハイリスク妊産婦の増加への対応の必要性が指摘されている。診療報酬ではこれまで、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算やハイリスク妊産婦連携指導料に加え、複数の診療科等による総合的な入院医療体制について総合入院体制加算により評価を行っている。

【論点】

（小児医療）

▼少子化の進展とともに、医療の高度化が進むなか、小児医療の現状を踏まえた上で、外来、入院、高度急性期医療、医療的ケア児、緩和ケアに係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

（周産期医療）

▼医療機関・機能の集約化が進められるとともに、ハイリスク妊産婦が増加するなか、良質な周産期医療の提供体制を維持するため、周産期医療に係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

【主な意見】

（小児外来医療等）

▼かかりつけ医機能については、小児医療のベースとなる重要な論点。24時間対応はかかりつけ医機能の極めて重要な要素であり、これ以上の要件緩和はすべきではない。

▼時間外対応加算3の届出医療機関数が少ないが、複数の診療所が連携して、輪番で対応することは広げるべき。

▼15歳未満の小児に対する往診が増加している。コロナにおける実態など、複合的な要素があるものと考えるが、往診料の留意事項通知にある「保険医療機関に対して電話等で直接往診を求め、医師が必要性を認めた場合」を遵守し、地域に密着した医師が、通常の在宅診療の一部として対応することが基本ではないか。

（小児急性期医療体制）

▼小児入院医療管理料を届け出る病棟では、保育士や看護補助者を一定数配置しているが、医療的ケア児や、ＮＩＣＵからステップダウンしてくる児等の、昨今の増加を踏まえれば、様々な需要を受け止めきれているのかについて検討が必要ではないか。

▼小児病棟では、現状、看護補助者の配置に対する評価がなく、配置が進んでいない状況にある。看護職員が小児患者への看護に集中でき、親子とも、より安心して過ごせる入院環境が整備できるよう、看護補助者配置への評価が重要。

▼小児入院患者が減少する中、小児病棟を単独で維持することが難しくなっている。「成育医療等基本方針」でも記載されたように、小児の心身発達への配慮や、小児患者・家族が安心して療養できる環境確保の観点から、成人との混合病棟の中における小児病床の区域特定が必要。

（小児高度急性期医療体制）

▼ＮＩＣＵにおいては、超低出生体重児の割合や高度な処置の実施が増加しており、高水準な医学的管理を安全に行うためには、特定集中治療室や小児特定集中治療室と同等の手厚い配置が必要。

▼ＮＩＣＵには、新生児集中ケア認定看護師などの専門性の高い看護師や小児患者の在宅移行支援に関する研修を受講した看護師が配置されることが望ましい。

（周産期医療）

▼ハイリスク妊産婦の増加が示されており、このハイリスクの要因について、詳しく調べていく必要があり、現行のハイリスク妊娠管理加算等で評価されていない対象患者があれば、追加も検討していくべき。

▼医療計画に沿った体制整備は重要だが、令和8年度改定で正常分娩の保険適用が論点になることが予想されるため、その全体像が明らかになった段階で周産期医療全体の評価のあり方を検討すべきであり、令和6年度は、周産期医療の評価について、慎重に判断するべき。

▼ハイリスク妊産婦が増加しており、メンタルヘルスケアの重要性など、妊娠中から産後まで切れ目なく支え続けることが重要。出産直後の自身の精神的・身体的変化に加えて、育児も始まることから、こうしたハイリスク妊産婦さんの退院に向けては、退院前から地域の関係者と情報を共有し、退院直後から必要な支援を適切に提供する体制の強化が求められる。

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、今後の医療ＤＸの推進も踏まえ、どのように考えるか。

▼生活習慣病対策、外来機能の分化を推進していく観点から、効果的・効率的な医療を提供するための、診療報酬の在り方についてどのように考えるか。

▼前回改定を踏まえ、今後のオンライン診療の適切な評価についてどのように考えるか。

【論点】

（小児医療）

▼小児入院医療管理料を届け出る病棟では、保育士や看護補助者を一定数配置しているが、医療的ケア児や、ＮＩＣＵからステップダウンしてくる児等の、昨今の増加を踏まえれば、様々な需要を受け止めきれているのかについて検討が必要ではないか。

（小児急性期医療体制）

▼小児入院医療管理料を届け出る病棟では、保育士や看護補助者を一定数配置しているが、医療的ケア児や、ＮＩＣＵからステップダウンしてくる児等の、昨今の増加を踏まえれば、様々な需要を受け止めきれているのかについて検討が必要ではないか。

【論点】

（小児医療）

▼少子化の進展とともに、医療の高度化が進むなか、小児医療の現状を踏まえた上で、外来、入院、高度急性期医療、医療的ケア児、緩和ケアに係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

（周産期医療）

▼医療機関・機能の集約化が進められるとともに、ハイリスク妊産婦が増加するなか、良質な周産期医療の提供体制を維持するため、周産期医療に係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

【主な意見】

（小児外来医療等）

▼かかりつけ医機能については、小児医療のベースとなる重要な論点。24時間対応はかかりつけ医機能の極めて重要な要素であり、これ以上の要件緩和はすべきではない。

▼時間外対応加算3の届出医療機関数が少ないが、複数の診療所が連携して、輪番で対応することは広げるべき。

▼15歳未満の小児に対する往診が増加している。コロナにおける実態など、複合的な要素があるものと考えるが、往診料の留意事項通知にある「保険医療機関に対して電話等で直接往診を求め、医師が必要性を認めた場合」を遵守し、地域に密着した医師が、通常の在宅診療の一部として対応することが基本ではないか。

（小児急性期医療体制）

▼小児入院医療管理料を届け出る病棟では、保育士や看護補助者を一定数配置しているが、医療的ケア児や、ＮＩＣＵからステップダウンしてくる児等の、昨今の増加を踏まえれば、様々な需要を受け止めきれているのかについて検討が必要ではないか。

▼小児病棟では、現状、看護補助者の配置に対する評価がなく、配置が進んでいない状況にある。看護職員が小児患者への看護に集中でき、親子とも、より安心して過ごせる入院環境が整備できるよう、看護補助者配置への評価が重要。

▼小児入院患者が減少する中、小児病棟を単独で維持することが難しくなっている。「成育医療等基本方針」でも記載されたように、小児の心身発達への配慮や、小児患者・家族が安心して療養できる環境確保の観点から、成人との混合病棟の中における小児病床の区域特定が必要。

（小児高度急性期医療体制）

▼ＮＩＣＵにおいては、超低出生体重児の割合や高度な処置の実施が増加しており、高水準な医学的管理を安全に行うためには、特定集中治療室や小児特定集中治療室と同等の手厚い配置が必要。

▼ＮＩＣＵには、新生児集中ケア認定看護師などの専門性の高い看護師や小児患者の在宅移行支援に関する研修を受講した看護師が配置されることが望ましい。

（周産期医療）

▼ハイリスク妊産婦の増加が示されており、このハイリスクの要因について、詳しく調べていく必要があり、現行のハイリスク妊娠管理加算等で評価されていない対象患者があれば、追加も検討していくべき。

▼医療計画に沿った体制整備は重要だが、令和8年度改定で正常分娩の保険適用が論点になることが予想されるため、その全体像が明らかになった段階で周産期医療全体の評価のあり方を検討すべきであり、令和6年度は、周産期医療の評価について、慎重に判断するべき。

▼ハイリスク妊産婦が増加しており、メンタルヘルスケアの重要性など、妊娠中から産後まで切れ目なく支え続けることが重要。出産直後の自身の精神的・身体的変化に加えて、育児も始まることから、こうしたハイリスク妊産婦さんの退院に向けては、退院前から地域の関係者と情報を共有し、退院直後から必要な支援を適切に提供する体制の強化が求められる。

全国公私病院連盟から“講演会”のお知らせ

第33回「国民の健康会議」を開催します

どなたでも参加できます。入場無料です。どうぞご参加ください。

日　時：令和５年 **10** 月 **26** 日（木）　午後１時～５時

会　場：**日本教育会館「一ツ橋ホール」**（東京都千代田区一橋 2-6-2）

◆ テーマ ◆　**少子化を考える**

～こどもたちは何処へ行った？～

全国公私病院連盟では、平成元年から開催している「国民の健康会議」を１０月２６日（木）に日本教育会館「一ツ橋ホール」（東京都千代田区一ツ橋）で開催します。

今回は、「少子化を考える～こどもたちは何処へ行った？」をテーマに、各界の先生方をお迎えしてお話を伺います。

入場は無料ですが、事前のお申し込みをお願いします。全国公私病院連盟のホームページからお申込みください。

【第１部】講演：医師から見た少子化

出演	産婦人科医の立場から	大濱紘三 氏	広島大学・名誉教授
	小児科医の立場から	瀬戸嗣郎 氏	静岡県立こども病院・名誉院長
	女子学生と日々接する立場から	細井　創 氏	同志社女子大学 看護学部看護学科 特別任用教授
司会		渡邉古志郎 氏	横浜市立市民病院・名誉院長

【第２部】鼎談（ていだん）：少子化政策のビジョン

出演	自見はなこ 氏	参議院議員（小児科医）
	阿部知子 氏	衆議院議員（小児科医）
	邉見公雄	全国公私病院連盟・会長 赤穂市民病院・名誉院長
司会	行天良雄 氏	医事評論家

主催　一般社団法人 全国公私病院連盟（事務局 TEL 03-3402-3891）

全国公私病院連盟　加盟８団体

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

今月の一冊

今月は3冊

まず歯科医で時代小説家の上田秀人氏から寄贈された『婚姻』である。主人公は若き日の吉良上野介と、これまた若い小林平八郎、ヒロインは米沢藩上杉家の三姫。江戸幕府の大名家統治のひとつが家同志の婚姻、特に外様大名の大藩には目を光らせていた。高家と大名は家格と財力がアンバランスで婚姻で釣り合うかも。高家や目付けの役割や、その中での地位や権力を争う日常などが詳述されている。赤穂で医師としての人生を殆ど過ごした小生としては浅野の仇敵、吉良の違った一面を知り、やはり歴史小説は面白いと再認識。江戸城内御殿で医者と茶坊主は走っても良いとの規則（きまり）。茶坊主は大事と悟られない様いつも小走りに、が原則と。納得。

◇　◇

2冊目は赤穂時代からの畏友、元厚生労働副大臣、赤松正雄氏（公明党）から頂いた『新たなる「77年の興亡」』である。前編『77年の興亡』も令和4年3月（第523号）の本欄で紹介したが、その続編である。本は4章から成り、国内政治編に重点、特に自公連立の今後を問うのが、維新や国民新党との連立も世民党（失礼）自民党（世襲が多いので拙著では世民党と記すこと多く）内から囁く声もある時、熟慮すべきとの提言かとも。第2章の国際政治編では、プーチン大統領のウクライナ侵攻、グローバルサウスの台頭、グローカルノースの衰退、日本の今後の立ち位置などを。第3章は自然環境保護論。地球沸騰時代で、大雨、台風などの強大化、山火事、干魃、氷河や北極の氷消失、海面上昇などのニューノーマルの時代に日本の森林荒廃などを憂い、山の日を再考するなど、都会人があまり考えない視点。東京一極集中のNHK（私はTHKと呼ぶ）などは余り取り上げない。山と海を繋ぎ、両方より同等以上の役割の河川（かわ）の日が無いのが私には解らない、不思議である。推す方々（サポーター）、つまり森林組合、漁業組合の様な団体が無いか、有っても川漁師の力が弱いからだろうか?第4章の特別寄稿は同世代、アナログ人間の私にもぴったり、すとんと腑に落ちる。読みやすい文章で幅広く奥深い内容で、戦後民主主義世代が減る中で、若い人達にも読んで欲しい一冊である。

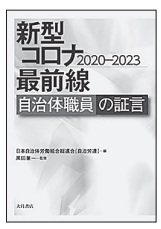
◇　◇

3冊目は『新型コロナ最前線　自治体職員の証言』である。全国41人の各職種からのものを「自治労連」が編集したものである。私のNPO地域医療・介護研究会でも医療・介護を中心に2冊を既に刊行し、3冊目を編集中であるが、この本には消防や保育、自治体などの行政からの声も掲載されている。読んでいくと、保健所の統廃合だけでなく、消防も職員が減らされているのが判った。保健所や公立病院の縮小でコロナ被害がワーストだった大阪の維新行政にも批判の眼を向けている。労働組合の立場からではあるが、取材源重視のメディアは取り上げない新鮮さがあった。小生は小泉政権時、自治体職員を減らす公立病院改革プランを緩やかに進めて欲しいと、霞ヶ関へ陳情に行った。「病院は警察や消防、自衛隊と同じ様に赤字、黒字ではなく、人の生命と健康を守るという観点でお願いしたい」と。高官答えて曰く「聖域なき改革です。粛々と進めます」と。消防もやられていたんだと初めて知った。保育現場の奮闘ぶりには感謝の念しかない。我が家は大人は4人とも働いているので保育児3人（双児も）、小学4年生と。保育所のお世話がないと廻らない。このコロナ禍でそう思った方々は多いのでは。介護現場にも老人を抱える家庭は手を合わせる毎日の筈である。日頃、水や空気の様に当たり前だったものの大切さを再認識。社会的共通資本、公共の大切さを改めて認識させられる一冊である。是非お読み頂き、子供達にも噛み砕き読み聞かせて欲しい一冊である。

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）

『高家表裏譚7　婚姻』
上田秀人／著
角川文庫／刊

『新たなる「77年の興亡」』
赤松正雄／著
出雲出版／刊



『新型コロナ最前線　自治体職員の証言2020−2023』
日本自治体労働組合総連合（自治労連）／編
黒田兼一／監修
大月書店／刊

全国公私病院連盟　役員会だより

日時　9月7日（木）、午後3時30分～5時30分

会場　ホテルオークラ福岡3階「オークルーム」

全国公私病院連盟の9月の「理事会」は福岡県福岡市で開催しました。

【主な報告事項】

①令和6年度診療報酬改定要望事項

②他団体の役員、職員が参加可能な会議・研修会等

③第34回「看護管理セミナー」（10月20日）

④第33回「国民の健康会議」（10月26日）

中野常務理事と園田顧問から報告があった。

②日病協「代表者会議」（8月25日）牧野副会長と遵見会長より報告があった。

④第32回「診療報酬請求事務セミナー」（7月21日）開催結果

【主な協議事項】

①令和6年度診療報酬改定要望事項

②他団体の役員、職員が参加可能な会議・研修会等

③第34回「看護管理セミナー」（10月20日）

④第33回「国民の健康会議」（10月26日）

【主な連絡事項】

①全国公私病院連盟Twitterの開設

②令和5年度「理事会」等の日程

③令和6年度の予定

以上

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34回「看護管理セミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では、「ウィズコロナの看護・介護と看護教育」をテーマに「看護管理セミナー」を開催しますのでご参加ください。

1．期　日：令和５年 １０ 月 ２０ 日（金）

2．会　場：「全国都市会館」3階 第2会議室（東京都千代田区平河町）

3．参加費：会員病院（1名につき）16,500円／会員外（1名につき）19,800円

4．講演テーマと講師：

10:00～11:30（90分）	「コロナ禍における感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師の活躍を踏まえた今後の取り組み」 講師 **福井トシ子** 氏　国際医療福祉大学大学院 副大学院長・教授、公益社団法人日本看護協会 前会長
12:30～13:30（60分）	「Covid-19による看護学教育の光と影」 講師 **箕浦洋子** 氏　関西看護医療大学 看護学部看護学科 教授
13:45～14:45（60分）	「COVID-19 患者ケアおよびウィズコロナの感染対策における高度実践看護の役割」 講師 **富田　学** 氏　東邦大学医療センター大森病院 感染管理部 感染症看護専門看護師
15:00～16:00（60分）	「ウィズコロナ時代の人材育成」 講師 **井川順子** 氏　京都大学医学部附属病院 看護部長・病院長補佐

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

◆ お問合せe-mailアドレス　seminar@byo-ren.com
お問合せ電話番号　０３－３４０２－３８９１

入院基本料の引き上げを

日本病院団体協議会

令和6年度診療報酬の改定に向け12項目を要望

全国公私病院連盟が加盟する「日本病院団体協議会」は10月23日、「令和6年度診療報酬改定に係る要望書【第2報】」を武見厚労大臣宛に提出した。病院は、5類移行後のコロナ診療と一般診療の両立が求められる地域医療を提供するために様々な努力を行っているが、経営環境が大きく変化し、光熱費、給食委託費を含む委託費、諸物価などの高騰により、医療提供コストが病院経営を圧迫。加えて職員の処遇改善などの課題が山積してることから、令和6年度改定に際して入院基本料の引き上げなど12項目の実現を要望している。要望書の全文は以下のとおり。

令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第2報】

日本病院団体協議会

現在、全国の病院はコロナ診療と一般診療の両立が求められるWITHコロナ時代の地域医療を提供するために、さまざまな努力を行っています。

しかし、この1年で、病院の経営環境は大きく変化しております。光熱費の高騰に加え、給食委託費を含む委託費の上昇、諸物価の上昇により、医療提供コストの大幅な上昇が続き病院経営はひっ迫しています。また、諸物価の上昇に対応するため医療従事者への処遇の改善も喫緊の課題となっています。

医師の働き方改革、医療DXの推進、感染症対策など、病院が対応をしていかなければならない課題が山積しています。

日本病院団体協議会は介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定と同時に行われる令和6年度の診療報酬改定において春の要望書とともに、改めて以下の12項目を要望します。

1. 入院基本料の引き上げ

エネルギーコストの上昇、物価上昇など医療提供コストの上昇に対応し、かつ医療従事者に対する適切な処遇改善を実現するために、すべての入院基本料の大幅な引き上げを要望します。

2. 適切な食事療養費の設定

入院時食事療養費は、過去20年間以上にわたり一食640円と据え置かれています。食材費、光熱費の高騰や人件費の増加により、近年、ほとんどの病院の給食部門は赤字に陥っており、やむを得ず食材費の厳しい削減等をせざるを得ない状況にあります。高齢者の入院が増加している我が国において、入院中に適切な食事を提供することは患者のADLを維持・改善するためにも非常に重要です。

入院時食事療養費の適切な水準への引き上げを、強く要望します。

3. 病棟における介護専門職の評価

近年、病院に入院する患者の高齢化が顕著となり、介護が必要な割合が急増しています。今後ますます増え続ける高齢患者に対応していくためには、病院内で介護業務を担うスタッフの確保が不可欠です。しかし現状、病院における介護職は看護補助者と位置づけられ、国家資格を持った介護福祉士など専門職がやりがいを持ち専門性を発揮し働くことが難しく、病院内の介護人材の確保は非常に困難を極めています。病院医療において、適切に介護専門職が位置づけられ評価されるよう要望します。

4. 病院におけるICT推進のための評価

現在、国が進めている医療DXの推進は、今後の我が国における効率的な医療提供体制の構築に非常に重要です。しかし病院における電子カルテ、オンライン資格確認システム、電子処方箋システムなどの導入・維持管理等は、病院にとり経営的にも大きな負担となっています。また、昨今のサイバー攻撃へ対応するためのサイバーセキュリティー体制の構築にも、多額の費用がかかります。改めて、病院におけるICT推進のための適切な評価を要望します。

5. 急性期入院医療におけるリハビリテーションの充実

現在、中医協総会および分科会において、高齢者の入院の在り方が議論されており、急性期入院医療における早期のリハビリテーションの重要性が指摘されています。患者を早期に回復期や慢性期機能の病床へ移動することも重要ですが、入院中に高齢者のADLを維持することも同じく重要です。ADL維持向上等加算のさらなる評価や、疾患別リハビリテーション料との併算定化など、急性期入院医療においてのリハビリテーションの充実を要望します。

6. 急性期病院からの、後方支援病院への転送の評価

高齢者の救急搬送が急増している中、高次の急性期病院への高齢者の入院も増加しています。しかし、その中には、地域の後方支援病院での療養で対応可能な患者も存在します。地域における病院の機能分化と連携を推進するため、救急外来で対応した患者を後方支援病院に転送する際に、直接救急外来からの外来転送と、入院してからの転送に対しての評価を要望します。

7. 地域医療体制確保加算の新たな評価の新設

現在の地域医療体制確保加算の算定要件は、救急車の搬送件数が2000件以上とされています。しかし、地域により要件を満たすことが困難な地域が存在すること、また今後増加する高齢者救急に対応する地域包括ケア病棟を中心とする中小の病院が地域の救急医療体制を確保していくために

2面へつづく

時評

風雲急を告げる医師の働き方改革

連盟　理事　**木原康樹**

神戸市議会は10月18日の常任委員会にて医師の働き方改革に関する陳情を審議した。陳情は甲南医療センターに専攻医として勤務し昨年自殺を遂げた高島晨伍氏の遺族らによる「医師の過労死遺族の会」が上提したもので、内容には、神戸市内医療機関における医師の勤務実態の把握、労働基準法に基づく勤務規制の履行、とりわけ過労死ラインを越える勤務の厳格な禁止が挙げられた。次年度より施行される改正医療法に基づく医師の働き方改革に則した規制強化を求める市民の声に他ならないが、伏線がある。

高島氏は甲南医療センターにて月207時間の超過勤務を行い、所轄労働基準局はその死を労災と認定した。

一方、雇用者である甲南医療センター院長・理事長の具英成氏は8月17日の記者会見において、高島氏に過重労働を強制した実態はなく自己研鑽に該当する時間が相当含まれていたと反論した。従って、医療者が弾力的に運用してきた「自己研鑽」の内実が今後一般から問われることとなった。

もうひとつ、医療界は改革を形骸化させ、心底安全な職場環境を作る意思がないのではないかと疑われている。甲南医療センターは高島事案について第三者委員会を設置して審議したが、その結果を遺族に開示しなかった。遺族らは同センターに限らず広く問題が隠蔽されていると直感したのであろう、マスコミと共に情報公開請求を連発した。結果9月25日、兵庫県立5病院で5年間に労使協定を越える違法残業のため繰返し労基署の是正勧告を受けていた実態が暴かれ、斎藤兵庫県知事は医師働き方改革に向けたプロジェクトチームを急遽発足させた。神戸市にも波及し、久元市長は9月28日の定例会見にて当院に於いても5年間に2回の是正勧告を受けていたことを公表した。

そして冒頭で触れた市会陳情へと繋がる。

なぜ医師の働き方改革は簡単でないのか。

そこにはかつて自由業と謳われ今や労働者と化した医師の需給だけではなく、権威、権力、技術、資格、専権、学界、大学、地域、責任、応召など無数の難題がこびり付いている。期限を前に各医療機関で懸命の努力と工夫が行われている訳であるが、その過程をガラス張りの公衆監視下でかつ糊代少なく進めなければならない余分な苦悩が加わった。

（神戸市立医療センター中央市民病院・院長）

いろ鉛筆

病院の経営はポストコロナの現在でも約6～7割は赤字状態であり厳しいことは皆さん実感している。患者離れが続いているし、多くの病院はコロナ患者が数名～十数名入院しているのが現実である。挙句の果てにコロナ禍で離職した看護師不足による休床、休病棟による収入減に陥っている病院も少なくない▼政府は働く人の賃金アップを声高らかに発出しているが、病院の医師をはじめ看護師などの医療系の職員の給料は全て診療報酬から賄う仕組みになっている。商品である医療行為の値段は公定価格であるため勝手に値上げできない。人件費をアップできないのは前述した病院経営が厳しいからである。国民はこの診療報酬改定をどのように理解しているのか、いつも疑問に思っている▼マスコミ調では医師の給与を賄う診療報酬改定というフレーズは辞してほしい。病院の勤務医と開業医と一緒にしないで、別の表現にしてほしい。また一部の報道では今回のトリプル改定では、医療本体の改定はコロナ補助金を「タップリ」いただいた医療よりも介護改定を優先させるとの意向もある。厚労大臣が医療系の議員に変ったこともあり、今回の改定は何としても3％以上を期待したい。（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。）

国民医療の確保のために
病院診療報酬の引き上げを

1面からつづく

も、救急搬送1000件以上2000件未満でも算定可能な加算2と、500件以上1000件未満でも算定可能な加算3の新設を要望します。

8. 薬剤費が包括される病棟における高額薬剤の除外薬剤の新設

地域の回復期機能を担う後方支援病院は、ほとんどが地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟など薬剤費が包括される特定入院料の病棟となっています。高齢患者を急性期病院からの早期の転院をすすめる際に、高額薬剤を使用している患者では、受け入れがスムーズに進まない現状があります。昨今、高額薬剤を内服している患者も増加していることを考慮し、これら薬剤費が包括化されている入院料において、高額薬剤の除外制度の新設や特定入院料の大幅な引き上げを要望します。

9. 高額医薬品の管理に関する評価の新設

昨今の高額医薬品は、使用に至るまでの適切で慎重な薬剤保管（低温フリーザの使用）、解凍作業等が必要な事が多く、医療機関は管理コストと当該薬剤の使用不能・破損リスクを負うばかりか、なんらかの理由により投与中止となった場合、病院が当該薬品費を負担しなければなりません。医薬品の価格設定は薬価にて定められており、自助努力ではカバーできないことから、高額医薬品の管理に関する評価を要望します。

10. 夜間休日救急搬送医学管理料、院内トリアージ加算の再診症例での算定

地域の救急医療体制を維持することがますます重要になっている中、現在、上記点数は初診症例に算定が限定されています。しかし病院は初診症例だけに救急医療を提供しているわけではありません。救急医療に対する評価を充実するため初診症例とは異なる疾病での再診においては算定を可能とするよう要望します。

11. 精神科における地域包括ケアシステムの推進に資する入院料の新設

精神科における地域包括ケアシステムの推進のためには、入院から退院後に至るまで切れ目のない医療および地域定着支援を行う体制が必要です。しかしその体制の構築は道半ばであり、特に入院において不十分であるため、精神科における地域包括ケアシステムの推進に資する入院料の新設を要望します。

12. 入退院支援加算、入院時支援加算の見直し

本加算は、早期の退院支援を進める上で非常に効果的です。しかし現在の点数は、支援業務を行う人的コストを考慮すると過少であり、専従人員の確保も困難な状況にあります。現在の算定要件に見合うような加算の増点、または専従要件を緩和する等の見直しを要望します。

また入院時支援加算は、予定入院患者のみ算定可能ですが、もっとも入院時に労力が発生するのは救急入院等の当日入院患者です。入院時支援加算をより広く算定できるよう、算定要件の見直しを要望します。

以上

「日本病院団体協議会」加盟15団体＝▽一般社団法人国立大学病院長会議▽独立行政法人国立病院機構▽一般社団法人全国公私病院連盟▽公益社団法人全国自治体病院協議会▽公益社団法人全日本病院協会▽独立行政法人地域医療機能推進機構▽一般社団法人地域包括ケア病棟協会▽一般社団法人日本医療法人協会▽一般社団法人日本社会医療法人協議会▽一般社団法人日本私立医科大学協会▽公益社団法人日本精神科病院協会▽一般社団法人日本病院会▽一般社団法人日本慢性期医療協会▽一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会▽独立行政法人労働者健康安全機構

中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」に

看護職員処遇改善評価料の実績報告

10月12日の中医協「入院・外来医療等の調査・評価分科会」に看護職員処遇改善評価料の実績が報告された。

地域でコロナ医療など一定の役割を担う病院に勤務する看護職員を対象に、令和4年10月以降収入を3％程度（月額平均1万2千円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みとして創設された「看護職員処遇改善評価料（1日につき）1点～340点」では、施設基準に、①救急医療管理加算の届出を行っており、救急搬送件数が年間で2000件以上、②救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置している―①②のいずれかに該当することや、当該病院に勤務する看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む）の改善を実施すること、賃金の改善措置の対象者については、当該病院の実情に応じて、看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1（略）に定めるコメディカルである職員も加えることができる―等が設けられている。

今回の評価料の実績報告では令和5年9月30日で2553病院が提出、届出区分は約8割の病院が評価料31～70であったが、評価料101以上も31施設あった。

看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要は以下のとおり。

（1）看護職員処遇改善評価料による収入に占める賃金改善の実績額の割合は、100％～105％未満であった病院が約6割あったが、看護職員処遇改善評価料による収入より1割以上多く支出している病院も約2割あった。

（2）一人あたり賃金改善目標額1万2千円／月（給与の3％相当額）に対し、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）への賃金改善の実績（事業主負担相当額を除く）は1万1388円／月であった。賃金改善額が1万2千円／月未満だった病院のうち、8割以上は看護職員等以外の職員の処遇改善を実施していた。

（3）賃金改善額のうち、ベア等の割合は約88％であり、3分の2以上の要件を大幅に上回っていた。

（4）報告書提出2553病院のうち、1581病院（62％）は、看護職員処遇改善評価料を用いて看護職員等以外の職員へ処遇改善を実施していた。

（5）看護職員等以外の職員への賃金改善の実績（事業主負担相当額を除く）は、6329円／月であった。

（6）賃金改善額のうち、ベア等の割合は約89％であり、看護職員等と同等程度であった。

（7）看護職員処遇改善評価料による賃金改善について、看護職員等のみを対象とした病院に比べ、看護職員等以外のコメディカルの職員も対象とした病院の方が、看護職員等一人当たりの賃金改善額は小さくなっていた。

（8）看護職員処遇改善評価料による収入のみを用いて賃金改善した病院の賃金改善額に比べ、評価料による収入に加えて一定の支出による賃金改善を行った病院の賃金改善額の方が大きくなっていた。

◇　◇

なお、看護職員処遇改善評価料を届け出ていない理由等も聞いており、令和5年度入院・外来医療等における実態調査において、看護職員処遇改善評価料を届け出ていない病院であって、施設基準は満たす病院における評価料を届け出ていない理由では、「看護職員処遇改善評価料が継続される補償がなく、基本給又は毎月支払われる手当の引き上げを行うことを躊躇するため」が約4割で最も多かった。

R４看護職員処遇改善評価料の実績報告の状況

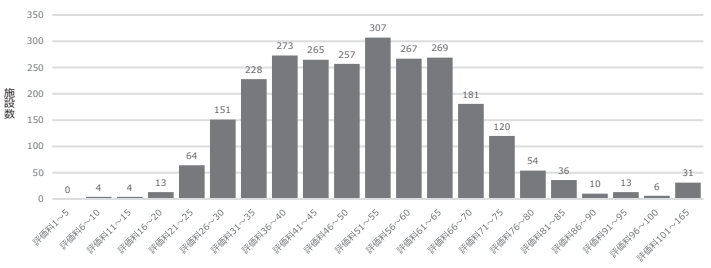
○ 看護職員処遇改善評価料の実績報告は、令和5年9月30日で2,553施設が提出した。
○ 届出区分については、約8割の医療機関が評価料31～70であったが、評価料101以上のところも31施設あった。

■看護職員処遇改善評価料の報告状況（全国計）

厚生局への報告書を提出した医療機関数（※）	2,553

※ 「看護職員等処遇改善事業補助金」の申請を行った医療機関数は、2,411施設。

■看護職員処遇改善評価料の届出区分の分布（令和５年３月時点）



令和4年「医療施設調査」「病院報告」の結果

厚生労働省は9月26日、令和4年の「医療施設（動態）調査」と「病院報告」の結果（年報）を公表した。

調査結果のポイントは以下のとおり。

医療施設（動態）調査

(1)医療施設数・病床数

①病　院

8156施設・14万2957床（前年と比べて49施設の減少、7100床の減少）となっている。

②一般診療所

10万5182施設・8万436床（前年と比べて890施設の増加、3232床の減少）となっている。

③歯科診療所

6万7755施設・58万144床（前年と比べて144施設の減少、病床数の増減なし）となっている。

病院報告

(1)病院の患者数

①「1日平均在院患者数」

112万5743人（前年と比べて1・5％、1万6827人の減少）となっている。

②「1日平均外来患者数」

125万7558人（前年と比べて1・2％、1万4558人の増加）となっている。

施設の種類別にみた施設数　　令和4年10月1日現在

	施設数	対前年増減数	構成割合（%）
総　数	181,093	697	…
病　院	8,156	△ 49	100.0
精神科病院	1,056	3	12.9
一般病院	7,100	△ 52	87.1
（再掲）療養病床を有する病院	3,458	△ 57	42.4
一般診療所	105,182	890	100.0
有　床	5,958	△ 211	5.7
（再掲）療養病床を有する一般診療所	586	△ 56	0.6
無　床	99,224	1,101	94.3
歯科診療所	67,755	△ 144	100.0
有　床	21	－	0.0
無　床	67,734	△ 144	100.0

開設者別にみた病床数　　令和4年10月1日現在

	病床数	対前年増減数	構成割合（%）	1施設当たり病床数
病　院	1,492,957	△ 7,100	100.0	183.1
国	123,912	△ 499	8.3	392.1
公的医療機関	308,538	689	20.7	258.2
社会保険関係団体	14,826	△ 20	1.0	315.4
医療法人	834,330	△ 2,773	55.9	147.5
個　人	10,890	△ 1,446	0.7	86.4
その他	200,461	△ 3,051	13.4	246.3
一般診療所（有床）	80,436	△ 3,232	100.0	13.5

R４看護職員処遇改善評価料における実績報告の概要②

○ 一人あたり賃金改善目標額12,000円／月（給与の3％相当額）に対し、看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）への賃金改善の実績（事業主負担相当額を除く）は11,388円／月であった。賃金改善額が12,000円／月未満だった医療機関のうち、8割以上は看護職員等以外の職員の処遇改善を実施していた。
○ 賃金改善額のうち、ベア等の割合は約88％であり、3分の2以上の要件を大幅に上回っていた。

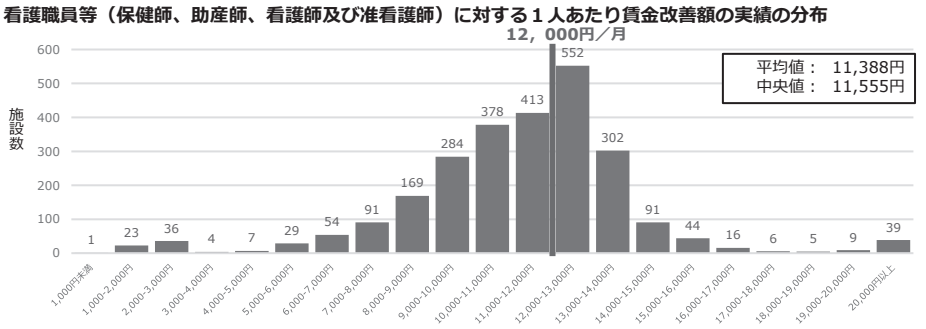
■看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）における賃金改善の実績

	① 1人あたりの賃金改善額	② ①のうち、ベア等の金額	③ ベア等の割合
1※1	13,267円／月	11,679円／月	88.3%
2※2	11,388円／月	10,025円／月	88.3%

ベア等：基本給又は決まって毎月支払われる手当の引き上げ

※1：①、②ともに事業主負担相当額（16.5％）を含めた実績額
※2：①、②ともに事業主負担相当額（16.5％）を抜いた実質的な賃金の上昇額

■看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対する１人あたり賃金改善額の実績の分布



出典：「看護職員処遇改善評価料　実績報告書」より保険局医療課にて集計（結果は一部精査中）

第34回「看護管理セミナー」開く

「ウィズコロナの看護・介護と看護教育」をテーマに

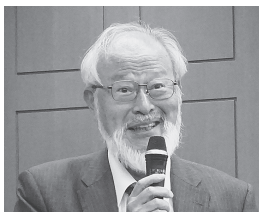
全国公私病院連盟は10月20日、「全国都市会館」（東京都・千代田区）で「看護管理セミナー」を開催した。今回は「ウィズコロナの看護・介護と看護教育」をテーマに、講師には、福井トシ子氏（国際医療福祉大学大学院　副大学院長・教授、公益社団法人日本看護協会・前会長）、箕浦洋子氏（関西看護医療大学　看護学部看護学科・教授）、富田学氏（東邦大学医療センター大森病院　感染管理部・感染症看護専門看護師）、井川順子氏（京都大学医学部附属病院　看護部長・病院長補佐）の4氏を迎えて、遠見公雄・連盟会長と中野実・連盟常務理事（前橋赤十字病院・院長）が座長となってお話を伺った。今号では講演の要旨を掲載することとする。

コロナ禍における感染管理認定看護師・感染症看護専門看護師の活躍を踏まえた今後の取り組み

福井トシ子

会場のもよう

中野常務理事



遠見会長

２０２１年の初めに、ＩＣＮ（国際看護師協会）はＮＮＡ（各国看護協会）調査の結果を詳述し、感染者数や死亡者数、ストレス、バーンアウト、専門職からの大量離職の警鐘に関するデータを報告している。調査の結果、増え続ける仕事量や、継続的な酷使、ワクチン接種反対派による抗議活動などに直面することで、過重な労働を強いられているスタッフの心理的苦痛が増していることも明らかになった。ＩＣＮ（国際看護師協会）は、各国政府がＣＯＶＩＤ―19の影響に対処する措置を今講じなければ、パンデミックが次世代を担う看護職を損なうリスクがあると警告した。対策を講じなければ、看護師や他の保健医療従事者のＣＯＶＩＤ―19の感染とそれによる死亡、そして看護職のストレスとバーンアウトについての警告であった。

ＷＨＯが世界的なＣＯＶＩＤ―19パンデミックを宣言してから1年が経った２０２１年3月に、ＩＣＮ（国際看護師協会）は２０２０年のＣＯＶＩＤ―19に関する取組みについてオンライン発表を行った。この報告書は、パンデミックの異例の年を月ごとに記録したもので、この重要な時期にさえ、ジェンダー不平等や看護師への投資の欠如があったことを明らかにしている。さらに、ＩＣＮ（国際看護師協会）は、世界的な看護師不足と看護師の定着に関する報告書を発表し、ＮＮＡｓ（各国看護協会）の90％が、パンデミックへの対応に関連する仕事量の多さ、リソースの不足、バーンアウト、ストレスの多さが、離職する看護師の増加につながったことを、報告した。

日本においても、同様の状況にあり、職員の感染や施設内クラスター発生時には、感染管理担当者の責任が問われることも少なくなかったことが、現場の様々な状況や感染管理担当者の奮闘の様子が日本看護協会には多数寄せられた。

ＣＯＶＩＤ―19患者およびウィズコロナの感染対策における高度実践看護の役割

富田　学

２０１９年12月初旬に、中国の武漢市で新型コロナウイルス感染症（のちにＣＯＶＩＤ―19と命名）の1例目の感染者が報告された後、世界中に広がった。２０２０年1月15日に日本で最初に感染者が発見され、5月12日までに1万５８５４人の感染者、６６８人の死亡例が確認された。グローバリゼーションの進展により、瞬く間に世界中に感染症が広がることが明らかとなっており、パンデミックは今後も繰り返し起こる可能性が高い。今後の対策を検討するために、ＣＯＶＩＤ―19の特徴を理解するとともに当院の経験を振り返る。

まず、ＣＯＶＩＤ―19患者のケアは、新興感染症という側面で様々な障壁があり困難を極めた。当院では入院患者の多くは、感染症病棟で受け入れが本格的となった当初は、一般診療を制限し、ＣＯＶＩＤ―19患者の診療体制に多くの人的資源を割くことができた。しかし、その後は一般診療と並行してＣＯＶＩＤ―19患者の診療をすることが求められたため、感染症病棟の看護体制の構築が課題となった。院内の専門看護師、認定看護師に協力を得て、カンファレンスを中心とした相談体制を構築することにより、ＣＯＶＩＤ―19患者のケアの向上につながった。

次に、5類感染症以降はＣＯＶＩＤ―19対策の再構築には、院内クラスターの発生の予防のため、ポイントを押さえていく必要があった。２０２３年5月8日にＣＯＶＩＤ―19が5類感染症に位置づけられ、基本的な感染対策について一律に対応を求めることがなくなり、感染対策の実施については個人・事業者の判断が基本になっている。今まで厳しい基準で感染対策をおこなっていたが、一転して継続可能な感染対策を模索する日々が続いている。それは、様々な規制の撤廃や陽性者、濃厚接触者の対応の変更など多岐に渡る。その中で、ＣＯＶＩＤ―19のクラスターの発生を予防しなければならない。緩急をつける際に陥りがちなピットフォールについても言及していく。

最後に、ウィズコロナにおける薬剤耐性菌への取り組みを紹介する。薬剤耐性菌は近年課題となっており、〝サイレントパンデミック〟と呼ばれている。何も対策が取られない場合に、世界で１０００万人の死亡が推定され、現在のがんによる死亡を超えると言われている。日本では、ＭＲＳＡ（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）が薬剤耐性菌のうち最も多く、ＭＲＳＡ菌血症による死亡者は２０１７年に全国で４０００人を超えていることが報告されている。当院でも、ＭＲＳＡは長年の課題である。〝院内発症ＭＲＳＡ菌血症ゼロ〟という目標を基にした包括的な取り組みを紹介していく。

Ｃｏｖｉｄ―19による看護学教育の光と影

箕浦洋子

世界中を震撼させたＣｏｖｉｄ―19感染症によるパンデミックは、4年を経過し、収束に向かっています。この4年間で、ＩＣＴの加速度的な普及やコミュニケーション媒体の変化、働き方の変化など、社会のあらゆる場所に様々な変化をもたらしました。もたらされた変化は、いずれの場面でもメリットとデメリット、つまり「光と影」が存在します。変わったもの、変わっていくもの、変わらないもの（変ってはいけないもの）があらゆる場面に存在し、適切なすみ分けと的確な判断が求められています。

看護学教育にもたらされた大きな変化は、「オンラインによる学習方法の多様化」と「看護学実習の変更による看護に対するリアリティの不足」の2点ではないかと考えます。

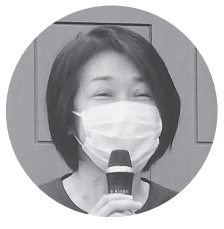
プラスに作用した「オンラインによる学習方法の多様化」は、学生にあらゆる形で学習の機会を与えられることとなり、距離に関係なく、在宅で授業を受けることができ、質問やグループワークもオンラインで可能となりました。発言のしやすさやオンデマンド型の授業は自己のペースで学習することができることなど、学修効果とともに、時代が求める教育方法として推進されました。

一方、マイナスに作用した「看護学実習の変更による看護に対するリアリティの不足」は、人を介して看護専門職として経験すべき教育が実施できないことによる弊害です。看護学実習は、「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」（平成29年10月）における看護学教育モデル・コア・カリキュラムの中で、「看護の知識・技術を統合し、実践へ適用する能力を育成する教育方法の一つである。看護系人材として求められる基本的な資質と能力を常に意識しながら、多様な場、多様な人が対象となる実習に臨む。その中で知識と技術の統合を図り、看護の受け手との関係形成やチーム医療において必要な対人関係能力や倫理観を養うとともに、看護専門職としての自己の在り方を省察する能力を身に付ける。」と位置付けられています。看護学実習は、看護学教育の集大成で、看護専門職業人としてスタートする第1歩ですが、Ｃｏｖｉｄ―19による看護学実習の制限は、人を介して大きく成長する看護学実習を経験しないことが看護に対するリアリティの不足に繋がっています。

２０４０年問題である労働力の不足は、医療者、介護者など直接ケアを行う職種では深刻な問題です。現在、新人看護師の早期離職などに若干の影響が見られていますが、Ｃｏｖｉｄ―19による影響だけではなく、社会全体の価値の変化の影響も考えられます。看護の未来を紡いでいくために、教育機関と臨床現場が更に強く連携していくことが重大な課題であると思います。

ウィズコロナ時代の人材育成

井川順子



新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより、一時的にではあるが、対面による教育、例えば臨地実習や現任教育の中断を余儀なくされた。

5類感染症への移行とともに、感染対策も少しずつではあるが緩和され、コロナ禍前の教育体制にもどりつつある。

京都大学医学部附属病院（以下当院）看護部では、当院の理念のひとつである「専門家としての責任と使命を自覚し、人間性豊かな医療人を育成する」ことを基盤として、看護職として生涯成長していくためのマングローブ型キャリアパスを構築し、ジェネラリストとして足腰を鍛えるための卒後4年間の段階的研修や一人ひとりの目標に焦点をあてたレベルアップ研修、エキスパート研修、管理者研修を開設している。

また豊かな人間性を育むためにユマニチュード®の哲学に基づく研修も開始した。

未曾有の災害ともいえる新型コロナウイルス感染症対策を経験し、持続可能な医療の実現および人材育成の重要性を再認識しているところである。

新興感染症発生時に対応できる専門性の高い看護職の育成、その看護職を育成する管理者の育成についても喫緊の課題と考えておりこれまでの教育プログラムの改善を図っている。

少子超高齢化社会を迎え、患者や働き手のニーズは多様化・複雑化していることを痛感しており、今後さらに人材の確保・育成が難しくなることが予測される。

この状況を踏まえると、ひとつの医療施設だけではなく、行政、地域の医療施設や教育施設、都道府県の職能団体と今まで以上に協同して人材を確保・育成し定着を図る仕組みづくりも必要と考えており、今後の検討課題としていきたい。

今月の一冊

今月は2冊

ラグビーワールドカップや御堂筋シリーズなどスポーツへの関心以上に地球市民はこの星の非常事態に覚醒すべきである。このままでは100万種もの生物が絶滅してしまい、多様性が失われてしまう。78億の人類の世紀「人新世」と名付けられた時代の終末に突進しているのを個人、自治体政府などが緊急に総動員せねばと今夏に思った。

100年に一度の大雨が5年位続き500歳かとも。経験した事のないという表現も少し聞き飽きてきた。熱中症の死者が1000人を超えるのも超高齢社会も相俟って数年続き、陸橋の鉄の手摺りは軍手がないと火傷しそうで年寄りの私は困り果てる。甲子園はクーリングタイムなどの対策ではもう無理。甲子園でドームを作らない仮定なら、早朝やナイターか、9月下旬か10月開催でないと無理だろう。年配の審判や重装備の捕手が倒れるまでは変えないのか。そういう国だから…。

グリーン・ニューディール政策で脱炭素などで先行の北欧や緑の党など環境重視の国から大きく遅れているこの国は、著者の唱える様に日本学術会議（当時：山極壽一会長）の緊急メッセージに沿う努力をすべきである。特にスポンサー、取材源村度のこの国の商業メディアは取り上げないので、我々医療団体などが頑張らねばと、この本を推奨したい。気候ストライキ、未来の為の金曜日など身近で起きて欲しいと願っている。

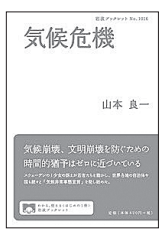
◇　◇

2冊目は『看護管理者が知っておきたい「様式9」の基礎講座』である。編者は10月20日に当連盟の第34回看護管理セミナーで基調講演をして頂いた福井トシ子氏である。

その折に頂戴し、帰洛中の新幹線ひかり車中で速読した。施設基準の基礎から人材育成までであるが、中心はやはり勤務表である。どこの師長さんも労基法や患者数、夜勤、時間外勤務、年休など多くの事を頭に入れて作成する。病人など急な休みの補充も大変である。働き方改革でワークライフバランスが重視され、またコロナパンデミックなど予期せぬ事の多い時代では最も重要である。中でも様式9は監査では必ず最も重要視される書類で、これでその病院の実態がほぼ解る。その記入方法が丁寧に著されている。

共著は吉川久美子・日本看護協会常任理事や飯田市立病院、上尾中央医科グループ、永寿総合病院と超優良病院のスタッフの方々と日本施設基準管理士協会・長面川さより理事である。是非一日も早くお読み頂きたく、飛ばし読みで筆を執った。

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）



『気候危機』
山本良一／著
岩波書店／刊

『看護管理者が知っておきたい「様式9」の基礎講座』
福井トシ子／監修
一般社団法人日本施設基準管理士協会／編著
メディカ出版／刊

全国公私病院連盟 役員会だより

三角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」（9月20日）

中野常務理事と園田顧問から、日本病院団体協議会で検討している「令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第2報】」の進捗状況について報告があった。

③邉見会長からの報告

第8回J-HPHカンファレンス2023のご案内

【主な協議事項】

①癒しと安らぎの環境フォーラム2023（12月17日）後援依頼

同フォーラムの後援依頼を了承することとした。

②第34回「看護管理セミナー」（10月20日）について

③第33回「国民の健康会議」（10月26日）について

④第31回「医療事故防止セミナー」（12月1日）について

⑤その他

以上

【主な報告事項】

①日病協「代表者会議」（9月15日）

日時　10月4日（水）午後2時～4時

会場　WEB開催

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31回「医療事故防止セミナー」のご案内

全国公私病院連盟では、「第31回 医療事故防止セミナー」を開催します。病院のリスクマネジメント向上の一助になれば幸いです。病院関係職員皆様のご参加をお待ちしております。

1．期　日　：　令和5年 12 月 1 日（金）

2．会　場　：　「全国都市会館」3階 第2会議室
東京都千代田区平河町2-4-2

3．参加費　：　会員病院（1名につき）　11,000円（税込）
：　会 員 外（1名につき）　14,300円（税込）

4．テーマ　：　病院のリスクマネジメント
～医療事故・災害対策・サイバーセキュリティ対策～

5．スケジュールと各講演のテーマ・講師

10:00～11:30（90分）	「情報セキュリティインシデントの経験～対策を考えるべきリスクや問題～」 講師　森藤祐史 先生　大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 医療情報部 診療情報管理室 主査
昼食休憩	
12:30～13:30（60分）	「みんなで取り組む感染対策と医療安全」 講師　一山　智 先生　医療法人医仁会 武田総合病院　院長
13:45～14:45（60分）	「2023年7月10日の田主丸大水害から得た教訓」 講師　鬼塚一郎 先生　医療法人聖峰会 田主丸中央病院　院長
15:00～16:00（60分）	「医療事故調査制度と再発防止の取り組み」 講師　畑　涼子 先生　一般社団法人 日本医療安全調査機構　参事

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

◆ お問合せ e-mail アドレス　seminar@byo-ren.com
お問合せ電話番号　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

医療経済実態調査の結果公表

中央社会保険医療協議会

一般病院の損益率▲6・7％に拡大

精神科病院は▲4・0％　公立病院は▲19・9％にも

年度別の損益率の状況①（病院）

（）内はコロナ補助金を含んだ損益率※1
【】内は総損益率※2

■一般病院

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	今回調査の回答施設数
全　体	▲3.0% 【▲0.4%】	▲2.7% 【0.3%】	▲3.1% 【0.5%】	▲6.9% (0.4%) 【3.7%】	▲5.5% (3.7%) 【6.7%】	▲6.7% (1.4%) 【4.4%】	703
医療法人	2.6%	2.8%	1.8%	0.1% (2.3%)	▲0.2% (4.1%)	▲1.3% (3.3%)	382
国立	▲2.1%	▲2.3%	▲1.7%	▲9.2% (6.8%)	▲8.0% (10.2%)	▲8.7% (3.9%)	20
公立	▲3.0%	▲13.2%	▲14.2%	▲21.4% (▲7.3%)	▲19.6% (▲4.1%)	▲19.9% (▲7.1%)	122
公的	▲1.4%	▲0.3%	▲0.2%	▲3.0% (5.4%)	▲3.3% (8.2%)	▲5.7% (4.4%)	43
国公立を除く全体	0.3%	0.9%	0.8%	▲1.8% (2.7%)	▲1.3% (5.6%)	▲2.7% (3.8%)	561

■精神科病院

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度	今回調査の回答施設数
全　体	0.4% 【0.4%】	0.2% 【2.8%】	▲2.6% 【1.0%】	▲4.5% (▲2.2%) 【0.9%】	▲3.0% (▲1.6%) 【2.1%】	▲4.0% (▲1.6%) 【2.6%】	163
国公立を除く全体	2.7%	2.6%	1.4%	0.0% (1.4%)	1.0% (2.0%)	0.4% (2.1%)	153

注1）損益率は、（医業・介護収益 － 医業・介護費用）÷ 医業・介護収益、「医業・介護収益」は、新型コロナウイルス関係補助金を含まない額。
※1 上記の損益率＋コロナ補助金の構成比率 により算出。
※2（医業・介護収益＋その他の医業・介護関連収益 － 医業・介護費用 － その他の医業・介護関連費用）÷（医業・介護収益＋その他の医業・介護関連収益）により算出。

11月24日の中医協「総会」に「第24回医療経済実態調査」の結果が報告された。

これによると、一般病院の1施設当たり損益状況は、令和3年度「Ⅰ．医業収益」は32億8756万1千円、「Ⅱ．介護収益」は7632万2千円、「Ⅲ．医業・介護費用」は34億7712万円となっていて、「Ⅳ．損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）」は▲1億8192万7千円となった。これを「損益率（Ⅳ÷（Ⅰ＋Ⅱ））」でみると▲5・5％の赤字となっている。

令和4年度の「Ⅰ．医業収益」は33億5721万3千円、「Ⅱ．介護収益」は652万円、「Ⅲ．医業・介護費用」は35億8797万3千円となっていて、「Ⅳ．損益差額」は▲2億2424万円となった。これを「損益率」でみると▲6・7％の赤字となっている。

この調査は、病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、中央社会保険医療協議会が実施したもの。

調査の時期は、令和4年4月から令和5年3月末までに終了した事業年（度）及び令和3年4月から令和4年3月末までに終了した事業年（度）の2期間について調査し比較している。

有効回答数、有効回答率は、①病院＝調査対象数2377、有効回答数1139、有効回答率47・9％（前回52・8％）②一般診療所＝調査対象数4250、有効回答数2272、有効回答率53・5％（前回54・8％）③歯科診療所＝調査対象数1090、有効回答数587、有効回答率53・9％（前回58・7％）④保険薬局＝調査対象数1919、有効回答数1036、有効回答率54・0％（前回47・8％）―となっていた。

◇　◇

なお、厚労省は同調査の補足として、「令和5年度の利益率」を推計した結果も示している。

これによると、「一般病院（全体）」では、「医業利益率」は▲10・2％、「コロナ報酬特等を除いた医業利益率（推計）」は▲10・3％、「総損益率」は▲2・8％となっている。

なお、「一般診療所（医療法人）」の推計も出しており、これによると「医業利益率」は7・6％、「コロナ報酬特等を除いた医業利益率（推計）」は7・0％、「総損益率」は8・8％となっている。

◇　◇

今回の医療経済実態調査における主な1施設当たり損益状況は以下のとおり。

■一般病院

①全体（703病院）

【令和3年度】
「医業収益」＝32億8756万1千円
「介護収益」＝7632万2千円
「医業・介護費用」＝34億7712万円
「損益差額」＝▲1億8192万7千円
「損益率」＝▲5・5％

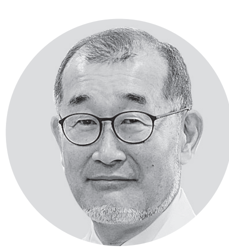
【令和4年度】
「医業収益」＝33億5721万3千円
「介護収益」＝652万円
「医業・介護費用」＝35億8793万3千円

2面へつづく

時評

医師の働き方改革　現場の理解は進んでいるのか

連盟　理事　鎌田修博



医師の働き方改革も3か月後に迫っているが、4月以後の救急医療や病院経営に対する危惧とともに、実際の現場の医師たちがどれくらい理解しているのかも心配である。そこで確認のため自院の医師たちに働き方改革に関するアンケート調査を10月に行ってみた。医局会や院内メールで依頼した結果、常勤66名の内30名から回答があり、回収率は45％で、そこそこ関心はあるのかなと思える数字であった。

当院（350床）は急性期（291床）中心のケアミックス型で、救急車受け入れ台数は年間3200台である。4月～9月の上半期の常勤医師の外勤先も含めた時間外労働時間は平均238時間、最長者も447時間であり、目指すA水準の条件はクリアーしていた。また、宿日直許可は3月に全科で取得している。

宿日直許可が得られた時点で会議体ではA水準を目指すことを発信していたが、アンケート結果では、A水準との回答は29％、分からないとの回答が52％で、70％以上の医師が目指す水準に関して理解していないことが判明した。働き方改革で注目されている勤務間インターバル9時間、連続勤務28時間制限に関しては、A水準と回答した方のうち3分2が努力義務、3分の1が義務と回答していた。この結果より、時間外労働時間のデータから自院がA水準を目指すことと同時に2つの制限は努力義務である事をさらに周知する必要性が見えた。ただ、フリーコメントの欄には、この改革で逆に過重労働が合法化される危惧を指摘する声もあり、義務と努力義務の違いの説明には配慮が必須と思われた。

最後にこの改革で自身の勤務環境がどうなるかの質問には、良くなるとの回答は10％に過ぎなかった。変わらない63％、悪くなる17％、分からない10％であった。宿日直許可の得られたA水準では基本的に勤務環境は大きくは変わらないので、変わらないとの回答が適切であるが、A水準以外の回答した方の中の、6割は変わらないと回答していた。働き方改革の内容をよく理解できていなくても、この改革によって勤務環境が良くなると期待している医師は案外少ないとの結果であった。4月以後に向けて現場の理解を深める努力が経営層には求められているのかもしれない。

（JA神奈川県厚生連伊勢原協同病院・院長）

いろ鉛筆

ガザに対するイスラエルの侵攻が始まって一カ月が過ぎた。すでに一般市民を中心に1万人に及ぶ戦没者を数えている。ウクライナ紛争が終息の兆しがない中の火種の勃発である。絶え間ない爆撃に曝され、逃げ場もなく不安に苛まれるパレスチナ人の悲劇は誠に傷ましい。二つの紛争が、核兵器の使用につながらないか、世界大戦に拡大されないか、国連や大国間の交渉でそうした災厄が防がれるのか、厄介な世界になってきた▼わが国は戦後80年間、甚大な自然災害を多く経験したものの、幸い国内では戦火に会わずに過ぎた。現在の国難の最大のものは、少子化、超高齢化であろう。若年者人口の減少よって社会活動の回転が不良になりつつある。地方では、タクシーやバスの運転手不足で公共交通機関が減衰し始めてきている。物流にも悪影響が現れ、早晩、経済活動全般に支障をきたすのではと心配である▼少子化改善はそもそも難しい課題であり、今後も労働者不足の状況は徐々に深刻化する。医療界は、医療の複雑化、高度化に伴い、様々な職種に良質の人材増員が必要とされるが、省力化に努め、生産性をアップさせなければ持ちこたえられない時代がやって来る。（S・S）

1面からつづく

「損益差額」＝▲2億2424万円
「損益率」＝▲6・7％

②医療法人（382病院）

【令和3年度】
「医業収益」＝19億1706万5千円
「介護収益」＝720万4千円
「医業・介護費用」＝19億2819万8千円
「損益差額」＝▲392万8千円
「損益率」＝▲0・2％

【令和4年度】
「医業収益」＝19億5135万7千円
「介護収益」＝532万7千円
「医業・介護費用」＝19億8216万4千円
「損益差額」＝▲248万円
「損益率」＝▲1・3％

③国立（20病院）

【令和3年度】
「医業収益」＝48億5714万8千円
「介護収益」＝319万円
「医業・介護費用」＝52億4982万1千円
「損益差額」＝▲3億8948万2千円
「損益率」＝▲8・0％

【令和4年度】
「医業収益」＝49億8519万2千円
「介護収益」＝350万円
「医業・介護費用」＝54億2157万5千円
「損益差額」＝▲4億3288万3千円
「損益率」＝▲8・7％

④公立（122病院）

【令和3年度】
「医業収益」＝40億8859万4千円
「介護収益」＝421万円
「医業・介護費用」＝48億9305万1千円
「損益差額」＝▲8億24万7千円
「損益率」＝▲19・6％

【令和4年度】
「医業収益」＝42億7万円
「介護収益」＝412万1千円
「医業・介護費用」＝50億4337万2千円
「損益差額」＝▲8億3848万1千円
「損益率」＝▲19・9％

⑤公的（43病院）

【令和3年度】
「医業収益」＝91億7106万6千円
「介護収益」＝206億3万円
「医業・介護費用」＝94億9289万1千円
「損益差額」＝▲3億119万5千円
「損益率」＝▲3・3％

【令和4年度】
「医業収益」＝93億5105万4千円
「介護収益」＝182億2万円3千円
「医業・介護費用」＝99億6649万4千円
「損益差額」＝▲5億3721万7千円
「損益率」＝▲5・7％

■精神科病院

①全体（163病院）

【令和3年度】
「医業収益」＝13億6232万4千円
「介護収益」＝8万6千円
「医業・介護費用」＝14億388万8千円
「損益差額」＝▲4147万7千円
「損益率」＝▲3・0％

【令和4年度】
「医業収益」＝13億7683万3千円
「介護収益」＝8万円
「医業・介護費用」＝14億3141万5千円
「損益差額」＝▲5450万2千円
「損益率」＝▲4・0％

■一般診療所（入院診療収益なし）

①医療法人（1217施設）

【令和3年度】
「医業収益」＝1億5504万1千円
「介護収益」＝453万2千円
「医業・介護費用」＝1億4786万2千円
「損益差額」＝1171万1千円
「損益率」＝7・3％

【令和4年度】
「医業収益」＝1億6294万9千円
「介護収益」＝456万1千円
「医業・介護費用」＝1億5214万9千円
「損益差額」＝1536万1千円
「損益率」＝9・2％

■歯科診療所

①医療法人（148施設）

【令和3年度】
「医業収益」＝1億819万9千円
「介護収益」＝55万9千円
「医業・介護費用」＝9900万円
「損益差額」＝975万9千円
「損益率」＝9・0％

【令和4年度】
「医業収益」＝1億050万円
「介護収益」＝58万円
「医業・介護費用」＝1億4千円
「損益差額」＝1172万9千円
「損益率」＝5・7％

■保険薬局

①法人（1115）

【令和3年度】
「収益」＝2億7872万7千円
「介護収益」＝83万円
「費用」＝2億6350万円
「損益差額」＝1605万7千円
「損益率」＝5・4％

【令和4年度】
「収益」＝2億8531万5千円
「介護収益」＝91万円
「費用」＝2億7091千円
「損益差額」＝1534万円
「損益率」＝5・7％

【注】
▼医業・介護収益に占める介護収益の割合が2％未満の病院の集計である（特定機能病院等は含まない）。
▼「Ⅰ．医業収益」には、「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」は含まれていない。
▼「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」には、従業員向け慰労金は含まれていない。
▼一般病院の「Ⅰ．医業収益」には、水道光熱費の高騰に対する医療機関向けの補助金については含まれておらず、当資料に記載はないが、「その他の医業・介護関連収益」に含まれている。
▼「全体」とは、医療法人、国公立のほか、公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）、社会保険関係法人（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）、個人などを含む全体である。
▼「国立」とは、国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構である。
▼「公立」とは、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院である。
▼「公的」とは、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会である。

① 一般病院（全体）　（単位：千円、%）

	金額		構成比率		金額の伸び率
	前々年度	前年度	前々年度	前年度	
Ⅰ　医業収益	3,287,561	3,357,213	99.8	99.8	2.1
Ⅱ　介護収益	7,632	6,520	0.2	0.2	▲14.6
Ⅲ　医業・介護費用	3,477,120	3,587,973	105.5	106.7	3.2
（うち）水道光熱費	58,871	77,804	1.8	2.3	32.2
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	▲181,927	▲224,240	▲5.5	▲6.7	－
※「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」を含めた損益差額	121,271	47,609	3.7	1.4	－
施設数	703				
平均病床数	172	172	－		

② 精神科病院（全体）　（単位：千円、%）

	金額		構成比率		金額の伸び率
	前々年度	前年度	前々年度	前年度	
Ⅰ　医業収益	1,362,324	1,376,833	100.0	100.0	1.1
Ⅱ　介護収益	86	80	0.0	0.0	▲7.0
Ⅲ　医業・介護費用	1,403,888	1,431,415	103.0	104.0	2.0
（うち）水道光熱費	38,709	48,930	2.8	3.6	26.4
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	▲41,477	▲54,502	▲3.0	▲4.0	－
※「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」を含めた損益差額	▲22,416	▲22,533	▲1.6	▲1.6	－
施設数	163				
平均病床数	230	228	－		

③ 一般診療所（入院診療収益なし、医療法人）　（単位：千円、%）

	金額		構成比率		金額の伸び率
	前々年度	前年度	前々年度	前年度	
Ⅰ　医業収益	155,041	162,949	97.2	97.3	5.1
Ⅱ　介護収益	4,532	4,561	2.8	2.7	0.6
Ⅲ　医業・介護費用	147,862	152,149	92.7	90.8	2.9
（うち）水道光熱費	1,675	1,933	1.0	1.2	15.4
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	11,711	15,361	7.3	9.2	－
※「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」を含めた損益差額	14,403	17,849	9.0	10.7	－
施設数	1,217				

④ 歯科診療所（医療法人）　（単位：千円、%）

	金額		構成比率		金額の伸び率
	前々年度	前年度	前々年度	前年度	
Ⅰ　医業収益	108,199	110,500	99.5	99.5	2.1
Ⅱ　介護収益	559	584	0.5	0.5	4.5
Ⅲ　医業・介護費用	99,000	101,729	91.0	91.6	2.8
（うち）水道光熱費	992	1,119	0.9	1.0	12.8
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	9,759	9,356	9.0	8.4	－
※「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」を含めた損益差額	10,412	9,623	9.6	8.7	－
施設数	148				

⑤ 保険薬局（法人）　（単位：千円、%）

	金額		構成比率		金額の伸び率
	前々年度	前年度	前々年度	前年度	
Ⅰ　収益	278,727	285,315	99.7	99.7	2.4
Ⅱ　介護収益	830	911	0.3	0.3	9.8
Ⅲ　費用	263,500	270,900	94.3	94.6	2.8
（うち）水道光熱費	651	810	0.2	0.3	24.4
Ⅳ　損益差額（Ⅰ＋Ⅱ－Ⅲ）	16,057	15,325	5.7	5.4	－
※「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」を含めた損益差額	16,483	15,563	5.9	5.4	－
施設数	1,115				
処方せん枚数	17,887	18,289	－		
平均一般医薬品備蓄品目数	212				

第31回「医療事故防止セミナー」開く

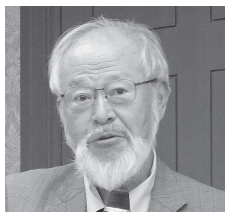
全国公私病院連盟は12月1日、「全国都市会館」（東京都・千代田区）で「医療事故防止セミナー」を開催した。今回は「病院のリスクマネジメント～医療事故・災害対策・サイバーセキュリティ対策～」をテーマに、講師には、森藤祐史先生（大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター医療情報部 診療情報管理室 主査）、一山 智先生（医療法人医仁会 武田総合病院 院長）、鬼塚一郎先生（医療法人聖峰会 田主丸中央病院 院長）、畑 涼子先生（一般社団法人 日本医療安全調査機構 参事）の4氏をお迎えし、本連盟の邉見公雄・会長と三角隆彦・副会長（済生会横浜市東部病院 院長）が座長を務めてお話を伺った。今号では講演の要旨を掲載する。

情報セキュリティインシデントの経験～対策を考えるべきリスクや問題～

森藤 祐史

ランサムウェア等による情報セキュリティインシデントにより、医療業界は大きく揺らいでいる。

大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センターは865床、36診療科を備える地域医療支援病院である。これまで、大阪府の基幹災害拠点病院としてBCPの策定やBCMに取り組み、電子カルテシステム等の一時的な障害が発生しても紙の運用ができるよう対策を講じていた。しかし、2022年10月31日に発生したランサムウェアによる情報セキュリティインシデントでは、病院の通信機器ではなく給食事業者からRDP(Remote Desktop Protocol)通信を利用して第三者の侵入を許してしまった。個人情報の流出は無いと判断されたものの、電子カルテシステムを含む病院情報システム(HIS)を構成する多くのサーバやクライアントのコンピュータが汚染（暗号化）され、復旧に要した約2ヶ月半もの期間で利用することができなかった。



邉見会長

外来診療の停止、緊急以外の手術の停止、救急受入の停止、紙カルテ運用の開始などが自然災害を想定したBCPを基に判断され、職員は現場対応に追われながら状況把握に努めた。障害発生から2日目には紙の伝票や記録による当面の診療継続が指示された。以後、BCP本部の組織自体を状況に適した形に行いながら、毎日のように診療体制の状況や紙運用の状況などを確認し、可能な範囲から診療体制の再開や拡充に取り組んだ。

三角副会長

今回の経験を踏まえ、大規模かつ長期間のシステム障害において、診療継続における最大の問題は情報不足だと考える。いかに早く過去の診療情報を参照する環境を作れるかがポイントであり、患者の転院、手術の再開、救急受入の再開といった医療の継続体制における初動の拠り所となる。幸いにも診療記録文書統合管理システム（DACS:Document Archivingand Communication System）が被害を免れて利用できた。DACSとは多種多様な発生源のある診療記録を文書形式のファイルとメタデータの組み合わせで統合管理する医療情報システムの概念である。部門システムや紙のスキャンなど、ほぼ全ての発生源の記録の閲覧ができたことは不幸中の幸いであった。システムの復旧および復旧後に維持していくセキュリティやITガバナンスについて、必要十分を模索しながら今も検討中である。本事例からの学びとして、技術の活用を進める基盤としてのITガバナンスなどは重要性が唱えられているとおり。患者情報を閲覧する環境の構築、非常時用の紙様式の見直し、職員の情報共有の手段の確保についてもBCPの検討における重要なポイントである。情報システムの活用を進める医療現場や病院運営において、システム障害は非常に大きな課題であるが、各医療機関の規模や特性に応じた備えに本事例が参考になれば幸いである。

2023年7月10日の水害から得た教訓

鬼塚 一郎

2023年7月10日未明から降り続く大雨で当、田主丸中央病院の南にそびえる耳納連山から流れて来た大量の雨水が病院横を走るJR久大線の土手に遮られ一帯は湖状態となった。

この現象は突然8年前より始まり、以後、毎年、雨季には病院前の道路や駐車場など周辺が冠水するという現象が続くようになっていた。

市には治水の改善を要望していたが、その声むなしく遂に今回は6時間に及ぶ線状降水帯の停留により、これまでにない雨量が山から流れ込んだため、病院はじめ併設の老健施設とグループホームが一度に床上浸水となった。

「いつかは床上浸水」と言う危機感が職員とも共有されていたのか、病院で最も危険度が高いと考えられた北病棟1階にて療養する患者49名の垂直避難については、過去の訓練も活かされ奇跡的に成功したが、CTやMRIをはじめとする高額医療機器や手術室など診療の根幹部分は壊滅状態となった。

当初は茫然自失の状態であったが、当日の内に県から派遣して頂いたDMATの援助もあり、透析患者をはじめ喫緊の治療が必要な患者の他施設への移動、食料などの物資や電機などのインフラ状況確認など、徐々にすべきことが分かって来た。

電力会社や委託先の給食会社など多くの企業、全国の知人、同胞などから物心両面にわたる手厚いご支援を受けて、また1日150名を超えるボランティアの方々の献身的な清掃活動により、1か月はかかると思われた外来業務が僅か1週間で復旧し、上下水の復旧に伴い透析患者をお戻しすることが出来た。

また何と言っても、知人からお借りした血液検査や超音波検査機器も付随したCT車のお陰で救急患者の受け入れが可能となった事が大きかった。

早期に復旧できた背景には、今回の災害に特徴的な要素もあるが、様々な幸運もあった。そして何よりこれは職員の努力の賜物である。

この災害で得た多くの知見や反省点については発表でお話するが、これらの内容が今後、被災されるかもしれない多くの方々にお役に立てば幸いである。

みんなで取り組む感染対策と医療安全

一山 智

近年の医学医療の発展は目覚ましく、高度外科医療、抗がん化学療法、放射線治療など、いわゆる先進医療を広く国民に提供できるようになった。その一方で、治療過程で免疫機能が低下し感染症を発症しやすくなるいわゆる易感染患者が多く存在する状況が生まれた。医療現場においては、依然としてMRSA、耐性緑膿菌感染、ESBL産生菌、最近ではカルバペネム耐性腸内細菌（CRE）などが蔓延しており、感染制御の役割が益々重要になった。また、最近ではCOVID−19の世界的な拡散により、医療のみならず社会・経済にも甚大な影響を及ぼした。

また、医療が複雑化し多職種の医療者が共同して、いわゆるチーム医療が発展すると、各職種間での認識のずれや、コミュニケーション不足が生じ、時に重大な医療事故が発生する。人は過ちを犯すといわれるが、医療現場においてはその過程の中でいかに過ちを未然に防止し事故を防ぐかが重要な課題となっている。演者らは1980年代より臨床検査とりわけ微生物検査室に従事する立場から、病院内感染症の診断と治療、ならびに感染制御にかかわってきた。特に国公立大学病院感染対策協議会会長として感染制御活動を全国的に展開し、国の医療政策として感染管理加算制度を実現させ、抗菌薬耐性菌の検査室での検出頻度は世界的に見ても低く抑え、病院内感染症による死亡率を低下させることに成功した。

臨床検査、感染制御、そして医療安全は、近年の高度医療を支える重要な役割を担っている。医療安全の推進は臨床検査や感染制御の手法と相通じるところがあり、病院職員のチーム医療の安全文化を醸成していくことが重要になる。これらの基盤の整備なくして近代医療は成り立たないといっても過言ではない。

本講演では演者らがこれまで歩んできた臨床検査、感染制御、そして医療安全の道のりを振り返り、ご参加の皆様にとって我が国の今後の進むべき方向性を考える一助になれば幸いである。

医療事故調査制度と再発防止の取り組み

畑 涼子

医療事故調査制度が施行されて8年が経過した。本制度の目的は医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行うことである。2023年9月末までの8年間で2458件それぞれの医療機関で院内調査が行われた。そしてその結果報告書が医療事故調査・支援センターに報告され、センターはその報告を分析し18のテーマに関する再発防止の提言を公表してきた。

テーマは類似事例で報告数の多いものや再発防止が必要と考えられたものが選定されるが、最初のテーマとして取り上げられたのは報告件数が多かった中心静脈穿刺合併症に係る死亡事例であった。その後アナフィラキシーに係る死亡や、気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱迷入、栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡や転倒転落による死亡など、制度開始以前より繰り返し起きている事故も取り上げられた。

また、誤薬44例を概観する分析や「頸部手術に起因した気道閉塞の機序」に重点を置いた分析など、各領域の専門家により検討された結果が取りまとめられ提言として公表されている。その成果としては、現在のところ同種の事故報告の減少は数字としては認められてはいない。提言がすべての医療者に周知されることは難しく、医療機関の置かれている現状やそこで医療を提供する医療者の行動が容易に変容するものでもない。

しかし、近年は臨床現場が取り組みやすいよう研修用動画を作成し、取り組みやすいようなリストや様式をダウンロードできるようにし、インパクトをもって理解が深まるよう工夫している。医療界は総力を挙げて事故事例に向き合いつつ、分析検討する過程で多くの貴重な再発防止の提言を学んでいる。その提言が集積され、次の世代に広く周知されていくことで今後の医療の安全が確保されていくと確信している。

会場のもよう

今月の一冊

今月の1冊

今年の最後は1冊にする。それは『１１００日間の葛藤　新型コロナ・パンデミック、専門家たちの記録』である。筆者は自治医大や厚労省、WHOの時代からの畏友、政府の新型コロナウイルス感染症対策分科会会長、尾身茂氏である。

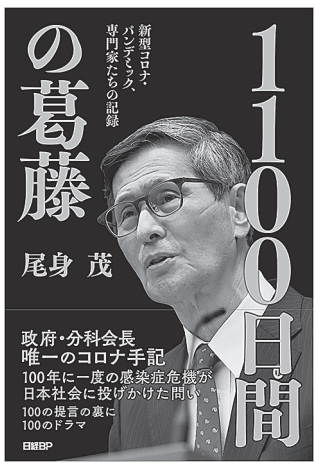
ダイヤモンドプリンセス号から感染症5類になるまでの記録である。この国の公文書は改ざんされたり、黒塗りにされたり、信憑性が低いので、この本は必読である。付録の専門家名簿や感染者数・死亡者数のグラフなど、提言の根拠などを参照しながら読むと読み易い。ルビコン川を10回以上渡り、葛藤1万回以上ではと。殺人予告何回もと。

マスクやガウン、消毒液などPPEの不足、PCR検査の遅れ、37・5℃以上の発熱が4日以上というPCR検査の目安、入院病床やICUの逼迫、国と自治体の対応の温度差、コロナ疲れと緊急事態宣言解除等々、批判や難関を潜り抜け、本当に必死の思いが「ルビコン川」の表現になったのだと読解した。

今まで聞き慣れていなかった言葉、後世聞きたくない言葉など、この本に出てくるものを列挙する。パンデミック、クラスター、3密、8割おじさん、ロックダウン、エッセンシャルワーカー、ボッタクリ男爵、無観客試合、PPE、パーティション、黙食、GoTo～、HER－SYS、PCR難民、全数把握、ハンマーアンドダンス、オーバーシュート、緊急事態、発熱外来、ソーシャルディスタンス、ゾーニング、N95マスク、ゴーグル、ECMO、アビガン、レムデシビル、中傷、差別、風評被害、自宅待機、ユニバーサルマスキング等々である。もう忘れかけたものもあるが、この本がある限り、歴史の改ざん、ねつ造は難しいだろう。コロナの総括として年末休みに是非。今回はこの本のみにした。

皆様、良い年末年始をお過ごし下さい。

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）



『1100日間の葛藤　新型コロナ・パンデミック、専門家たちの記録』
尾身　茂／著
日経ＢＰ／刊

入院時の食費、引き上げへ

社保審「医療保険部会」・中医協「総会」でテーマに

11月9日に開かれた社会保障審議会「医療保険部会」と11月10日に開かれた中医協「総会」に「入院時の食費の課題と論点」が提示された。

病院給食の委託単価は、公定価格（1920円）を上回る状況にあり、特に昨今の食材料費等の高騰によりその差が拡大している。

両会議には、「課題」として、①昨今の食材費等は特に足下で大きく高騰しているところ、公定価格のため価格転嫁もできず、病院経営に影響、病院食の質が下がりかねない状況、②現行の入院時の食費は、食材費及び調理費として1食当たり460円の自己負担としている。介護保険の食費の自己負担は一食当たり約482円であり、入院時の食費との差は22円となっている－ことをあげた。今後、食材費等の高騰を踏まえた食費の見直しについてどう考えるかが論点となり、年内にも結論が出る。

「入院時食事療養費制度」発足以来の食事療養費等の変遷

		総　額	自己負担	保険給付
平成 6 年10月	1日当たりで算定	1,900円	600円	1,300円
平成 8 年10月			760円	1,140円
平成 9 年 4 月		1,920円		1,160円
平成13年 1 月			780円	1,140円
平成18年 4 月	1食当たりで算定	640円（1日当たり1920円）	260円	380円
平成28年 4 月			360円	280円
平成30年 4 月			460円（※）	180円

※　介護保険の入所者の食費の基準費用額：約４８２円（１食当たり換算）

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19回「ＤＰＣセミナー」のご案内

全国公私病院連盟では、「第 19 回ＤＰＣセミナー」を開催します。
病院関係職員皆様のご参加をお待ちしております。

１．期　日　：　令和６年 ２ 月 ２２ 日（木）

２．会　場　：　「全国都市会館」3 階 第 2 会議室
東京都千代田区平河町 2-4-2

３．参加費　：　会員病院（１名につき）　14,300 円（税込）
：　会 員 外（１名につき）　16,500 円（税込）

４．テーマ　：　トリプル改定直前！　ＤＰＣ病院のなすべきこと
～ＤＰＣ病院のこれまでと今後～

５．スケジュールと各講演のテーマ・講師

10:00 ～11:30 （90 分）	「 ＤＰＣ制度のこれから 」 講師　松 田 晋 哉 先生　産業医科大学　医学部　公衆衛生学　教授
昼食休憩	
12:30 ～13:30 （60 分）	「 地域密着型病院における データの見える化と経営改善」 講師　石 川 賀 代 先生　社会医療法人石川記念会 ＨＩＴＯ病院 理事長
13:45 ～14:45 （60 分）	「 当たり前のＤＰＣ活用 ～これまでと今後～」 講師　鴻 江 俊 治 先生　田川市病院事業管理者
15:00 ～16:00 （60 分）	「 日本初の自治体病院統合がもたらした成果と将来への可能性 ～ファーストペンギンになることを恐れない～」 講師　宮 地 正 彦 先生　中東遠総合医療センター 企業長 兼 院長

◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細は、全国公私病院連盟のホームページ　https://www.byo-ren.com/ をご覧ください。
◆ お問合せ e-mail アドレス　　seminar@byo-ren.com
お問合せ電話番号　　０３－３４０２－３８９１