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6年度 診療報酬改定率決まる

診療報酬本体０・88％引き上げ
薬価・材料価格は1％の引き下げ

政府は12月20日、令和6年度診療報酬（本体）改定率0・88％引き上げを決めた。その一方で薬価等（薬価と材料価格）を1％引き下げるため全体では0・12％のマイナス改定となる。改定の概要は以下のとおり。

診療報酬改定について

令和6年度診療報酬・薬価等改定は、医療費の伸び、物価・賃金の動向、医療機関等の収支や経営状況、保険料などの国民負担、保険財政や国の財政に係る状況を踏まえ、以下のとおりとする。

（1については令和6年6月施行、2については令和6年4月施行（ただし、材料価格は令和6年6月施行））

1．診療報酬＋0・88％

※1　うち、※2～4を除く改定分＋0・46％

各科改定率

医科＋0・52％

歯科＋0・57％

調剤＋0・16％

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（＋0・28％程度）を含む。

※2　うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1を除く）について、令和6年度にベア＋2・5％、令和7年度にベア＋2・0％を実施していくための特例的な対応＋0・61％

※3　うち、入院時の食費基準額の引き上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円）＋0・06％

※4　うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化▲0・25％

2．薬価等

①薬価▲0・97％

②材料価格▲0・02％

合計▲1・00％

※イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。（対象：約2000品目程度）

※イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

3．診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

・医療DXの推進による医療情報の有効活用等

・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2・5％、令和7年度に2・0％のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

4．医療制度改革（略）

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

新しい資本主義は医療・介護と保育・教育・研究から

～トリプル改定はトリプルアップに～

一般社団法人　全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

2024年（令和6年）甲辰（きのえたつ）あけましておめでとうございます。

紙幣のデザインが7月から変わり、北里柴三郎先生が千円札に。医療界、特に病院にとって良い年になる様にと心の底から願っております。何と言っても、医療・介護・障害福祉サービス等の報酬トリプル改定です。光熱費、食材費、設備費、人件費すべて上昇しているのに、財務省や財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会は得手勝手なデータで黒字が多いからマイナス改定などと、とんでもないジャブを出しています。この稿が出る頃には改定率も判っていると思いますが、経団連が発表した2023年賃上げ率の約4％を上回るアップが望ましいと考えております。医学の進歩や療養環境の向上には、それ位ないと追い付いていけません。入院時食事療養費は25年間上がっていません。業者の倒産や契約解除で介護施設が困ったというニュース（広島の㈱ホーユー）が流れていましたが、皆明日は我が身と怖れています。

また、医療DXや診療報酬改定DXには初期投資が必要です。更には、最近頻発する電子カルテ等へのサイバー攻撃を防ぐための人材確保にもコストが必要です。医療界には他の分野に人材を奪われる傾向が強いのですが、給料が安止まりなら更に人材確保が難しくなってしまいます。我々病院は女性が多い職場でもあり、男女共同参画や少子化対策にも役立ち、東京一極集中とは縁遠い業界です。また、今回の新型コロナパンデミックでも再認識されたエッセンシャルワーカーに入る分野でしょう。感染症の5類になっても、2類相当の時と同じ様に頑張らねばなりませんし、感染対策の為に100％の病床運用は出来ません。現状で次の感染症が来れば、また今回と同じ様に医療が逼迫します。以前通りの緊急事態宣言では困ります。

入院基本料の大幅アップこそ唯一無二の国策と信じてやみません。是非、病院界の悲願が実る改定になり、良い医療が出来る一年になって欲しいと思っております。会員の皆様と笑顔でその時を迎えたいものです。

また今回の新型コロナパンデミックで、ワクチンやデジタル化などの遅れが韓国や台湾にも1周遅れ、米・中の背中も見えない事が判ってしまいました。研究費を削ってきた付けをファイザー、アストラゼネカ、モデルナに言い値で首相がお願いしてやっと売って頂けました。次の感染症か、次の次位の頃には自前のワクチンが国民の夢、正夢にしたいものです。

最後に、我々宇宙船地球号への「グレタさんの涙」を正月休みに考えましょう。昨年の長い猛暑、秋は殆どなく初冬へ。春は10年程前から桜の咲く10日間位気分のみ。暖房から冷房へ、気候的には消失。学者さん達の言う二季化へ急速に進んでいます。先日、立冬の日、富士山頂の冠雪は11月の夏日連続で溶けて無くなっていました。実際、俳人も季語に困っています。SDGsの温暖化対策、またプラスチックゼロにも病院団体として取り組みましょう。

今年一年が皆様にとって良い年になります様に

2024年元旦

（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　邉見公雄

謹賀新年
一般社団法人
全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

いろは鉛筆

あけましておめでとうございます。2024年は、介護保険、医療保険同時改定の年です。介護施設では、きつい労働のわりに賃金が安い、いわゆるコスパが悪いということで、介護師の離職が多く、プラスとなりそうですが、医療保険ではどうなるでしょうか。また2024年は「働きかた改革」の年です。タクシーや運送業の運転手不足で、社会問題になっていますが、医療界への関心が今一つ少なく感じています。医師の働き方改革に関する厚労省の有識者検討会の委員の島田陽一早稲田大学名誉教授は、「日本の医療は勤務医の過重労働に支えられてきた」と述べています。昭和40年代中頃まで、多くの診療所医師は、24時間専門外も含めて救急患者を診てきましたが、誤診を理由に裁判で負け、救急から手を引いてきました。また50年代中頃、在宅死と病院死が逆転する。つまりそれまで診療所の医師が担ってきた見取りも病院勤務医の仕事となったが、診療所の医師は勤務医の2～3倍の収入のまま。在宅見取りをする診療所に対し、さらに割増料金を払っている。在宅見取り、24時間救急を診て初めて、勤務医と同じ働き方であり、医師個人の収入は、仕事の内容に応じるべき。（K・M）

を迎えて

生産年齢人口の減少、働き方改革、医療ＤＸの推進等を巡って

公益社団法人
全国自治体病院協議会
会長　小熊　豊

謹んで新年のご挨拶を申し上げます。

我が国では異次元の少子化対策、防衛費の大幅増額、勤労者の賃金上昇策が進められることになり、物価高騰に対しては補助金緩和策が実施され、現金給付、所得税の減税なども検討されています。

コロナに対する診療支援、補助政策によって、R2～R4年度は医療機関の収支がプラスであることが厚労省の医療経済実態調査でも、財務省の資料でも示されました。財務省は以前からの診療報酬の抑制方針に加え、診療所の収益が大きいことから、診療所報酬単価の引き下げ、地域別単価の導入、留保金の処遇改善への使用を要求しました。NHOやJCHOでは、この間の積立金750億円程を国に返納することになりました。

R5年度はコロナの5類への移行に伴い、診療報酬特例、病床確保料の減額、支給基準の厳格化と入院患者の減少により医療機関収益は大幅に悪化し、日病・全日病・医法協からは赤字病院の増加が報告され、自治体病院でも収支の悪化が強くみられています。

R6年度はコロナ対応は一層厳しくなります。また、他業種に比べ医療職では、医師、薬剤師、看護師等を除き賃金が低廉であることが明らかとなっており、その改善が就労人口の減少対策の一環として重要視されています。

診療報酬という公定価格で行われる医療機関の運営にとって、コロナ支援の減少、諸物価高騰、人件費UPは大きな課題となり、診療報酬の適切な増額が必要となります。

更に、医師の働き方改革が4月から開始され、第8次医療計画の遂行、かかりつけ医機能、医療DXの推進が強く求められています。入院する高齢者では生活・介護支援を必要とする方が増加していますが、全ての医療・介護職では人材不足が叫ばれ、質の高い効果的な医療・介護を提供するには、人材の確保、機能分担、連携体制の確立が不可欠で、診療情報の効率的活用が不可欠と考えます。

しかし、こういった施策が進むには資金を要します。現行のままでは個々の医療・介護機関が行えることは極めて限定的なものになり、診療報酬、介護報酬での適正な対応、国からの補助金、特例的資金供与が必要と考えます。是非実現いただきたいと思います。

今年1年厳しい年になりそうですが、皆様のご健勝、ご活躍を祈念してご挨拶とさせていただきます。

（砂川市立病院・名誉院長）

多職種協働

日本私立病院協会
会長　中村　哲也

昨年11月に公表された「第24回医療経済実態調査の報告（令和5年実施）」から、「医療・介護収入に占める介護収益の割合が2％未満の医療機関等の集計（集計1）【損益状況】」では、国公立を除く一般病院の損益差額は前年度に比べマイナス8322万3千円であり、前々年度と比較すると、その赤字幅は2倍以上となっています。また、医療収益は、前々年度、前年度比で金額の伸び率が1・9％であるのに対し、医業・介護費用の給与費の伸び率は2・3％と、給与費の伸びが上回っています。

これは、医療収益の伸びが僅かであるなかで、給与費や医薬品費・診療材料費、水道光熱費等の経費の伸びが大きいということです。つまりは、病院経営をおこなうなかで、給与費等の経費の上昇に医療収入が追い付いていないということになります。

しかし、医療収入を上げるための施策として、病床稼働率をはじめ、高額医療機器や手術室、処置室等の高稼対策は各病院ともにすでに行っているところです。他方で、給与費は前々年度に比べ増加しています。

昨今の診療報酬改定では医師や看護師等の処遇改善が謳われています。医師は負担軽減など働き方改革を軸とした改善が主でありますが、看護師等については、「看護職員処遇改善評価料」として加算が付きますが、病院には診療補助や患者ケアに直接かかわる薬剤師、リハビリ療法士、検査技師、栄養士、放射線技師等の有資格者や事務職、もっと言えば、病院を清掃する清掃員など多職種が連携して成り立つ集合体です。

処遇改善という名目で医師や看護師等ばかりに世間の目が行きがちですが、経営者から見たら清掃員を確保するのも難しいなか、職員全員の給料を上げなければならないという他業種に比べ私たちの業態は歪ではないかと思います。

この歪な状態を解消させるためには、かかる費用以上の収入を上げるために公定価格である診療報酬の単価の増額、つまり入院基本料を上げることが必要だと思います。

そのためには、社会保障関係費の増額が求められますが、元々給与費が5～6割に達している業種であることから、各々の給料が上がればその分の納税額が増えることになりますので、国の財源を喪失せずに循環していることになります。現行の所得拡大促進税制が利益を従業員に還元し好循環を定着させるものであるならば、私たちの病院経営は他の業界とは違い、多くの部分で国の経済に還元し好循環を定着させることができるという部分を評価して頂きたいと思います。

（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長）

国の生末を憂う

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。

この4年間コロナで苦労させられました。来年度の診療報酬改定も明るい話はないようです。高齢者の割合が増えていく中、高齢者の医療・介護をどのように進めていくかが今後の課題ではあります。地域医療構想で、病院の統廃合も生まれていますが、巨艦型の病院になることも多いようです。高齢者を優しく効率よく診療するには、小回りの利く病院のほうが、高齢者にとっては優しい、都合の良い医療の提供ができるのではないでしょうか。施設・自宅等からの、誤嚥性肺炎、心不全増悪、骨折などは地域に密着したケアミックス型の中小の病院のほうが、治療からリハビリに進めるには好都合であると思われます。

地域包括ケアシステムを回すには、地方では、人口減少それに伴って医療従事者を含む資源も不足しています。患者も減少している中、診療所の閉鎖、看護師不足等先がなかなか見通せません。人間が大都市に集中し、医療従事者も都市部に集まっています。そういった中で、効率を重視するために患者にやさしい医療がほんとうに提供されているのでしょうか。巨艦型病院では、疾患への対応ばかりで人を診ているのでしょうか。

国の政策にも疑問のことが多いようです。行き当たりばったりの、大衆に迎合する施策でなく、日本の国をよくするにはどうすればいいのか、国民も政治家も痛みを分かち合う必要はありませんか。次の選挙のためでなく、国の生末をきっちり見据えて、ビジョンを示し、国民に説明することが大事ではないでしょうか。今辛抱すれば10年後、20年後にはこのような未来があるという道を示してもらいたいものです。

日本は過去を振り返ってみると、大きな悪いことが起こるか、外部からの圧力がかからないと制度は根本的には変わってないようです。明治維新、大東亜戦争、大震災などその例だと思われます。少し違いますが、ジャニーズ事務所の件でも、外国からの圧力での動きだったのではと思います。つまり自浄作用が全く働かない国なのでしょうね。

南海トラフ地震、首都直下型地震、戦争などが起こらないと制度改革ができないようではちと寂しいですね。

優秀な国のリーダーが現れるのを期待したいです。

（医療法人社団同仁会金光病院理事長・院長）

持続可能な医療提供体制の確保を目指して

全国公立病院連盟
会長　辻井　正彦

全国公立病院連盟では各支部会議で、会員病院から提出された議題を審議しています。集計すると2023年は、「病院の経営・運営」に関する議題が55％、「人材確保」と「働き方改革」が各々20％、「サイバーセキュリティ」が5％でした。総会では、神戸市立医療センター中央市民病院の木原康樹病院長が座長の下、全国から会員病院が参加して共通して抱える問題を活発に議論しました。その結果を踏まえ、持続可能な医療提供体制の確保を目指して個人的に2024年に取り組みたいと考えている項目を列挙させて頂きます。

①少子高齢化社会への対応：医療・介護・福祉機関の連携強化が必須で、地域医療連携システムの導入や地域医療連携推進法人の設立が進められていますが、まずは全施設参加型会議の定期的な開催やアライアンスの構築などを手がけたいと思います。②医療DX推進：AIによる高精度診断やDX遠隔診療の活用により、医療を高いレベルで均霑化することが期待できます。電子健康記録（EHR）の導入は診療情報の診療の効率化や地域医療連携の促進の他、災害医療ではかかせないものになります。③働き方改革：大半の病院がA水準、宿日直許可申請を行うなどほぼ対策が立てられています。「良質な医療と働き方の提供」の実施に伴う課題は解決し甲斐があると思います。④災害対策：自然災害の頻発化、激甚化が懸念されますが、戦争や新興感染症に対しても想定外ということがないように地域医療の確保を考える必要があります。⑤医療の質の向上：病院機能評価などの第三者機関による品質評価も必要で、ISO9001を取得する医療機関も増えてきています。⑥グローバル化：医療ツーリズムや医療従事者の流動化、医療技術／サービスの提供など、グローバル化も重要と考えます。

2024年はトリプル改定が行われます。「メリハリのついた診療報酬改定を行う」と聞いています。診療報酬の加算のうち一部は英語でincentiveと訳され、国が医療を良い方向に導くため加算を調整していると理解しています。医療機関で収益が増えたのは行政の命令に従ってコロナ診療を行った結果です。日本の医療が良い方向に向かうように正確なデータを正しく評価して審議していく必要があると考えます。

（地方独立行政法人市立東大阪医療センター・総長）

令和6年 元旦 新春

令和6年という重要な節目の年に際して

全国厚生農業協同組合連合会
代表理事会長
長谷川　浩　敏

令和6年の新春を迎え、謹んでお慶び申し上げます。

日頃よりJA厚生事業にご理解とご協力を賜り厚く御礼を申し上げます。

昨年の春から、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが季節性インフルエンザと同じ「5類」に変更されました。各JA厚生連の医療関係者の皆様、高齢者施設の従事者の皆様、その他多くの関係者の皆様の献身的なご尽力に、深く感謝を申し上げます。

また、新型コロナウイルス感染症対策にご理解・ご協力をいただいたJA組合員や役職員の皆様に対し、改めて感謝を申し上げます。

令和6年度は、6年に一度の、診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定であり、重要な節目の年となります。国においては、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年だけでなく、ポスト2025年のあるべき医療・介護の提供体制を見据え、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進め、医療・介護の複合ニーズを有する者が、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った介護を地域で完結して受けられるようにする社会を目指すことが重要であるとしております。

現在の食材料費をはじめとする物価高騰の状況、賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野における医療サービスの提供や人材確保にも大きな影響を与えております。診療報酬並びに介護報酬は公定価格であることから、医療機関や介護施設等では、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ず、経営の圧迫に直結することとなります。

一方、医療・介護の提供体制を見据えつつ、DX（デジタルトランスフォーメーション）等の社会経済の新たな流れも取り込んだ上で、効果的・効率的で質の高い医療サービスの実現に向けた取組を進める必要もあります。

診療報酬・介護報酬改定や医師の働き方改革等、変化の年となりますが、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。

本年も、皆様方から、引き続きご支援、ご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げ、新年のご挨拶といたします。

共に困難に立ち向かおう

一般社団法人
日本公的病院精神科協会
会長
中島　豊　爾

全国公私病院連盟会員の皆様、そして医療に携わる皆様、新春の折、心よりお慶び申し上げます。本年も変わらぬご支援とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

ロシアはウクライナに侵攻して一般市民を殺傷し、ダムまで破壊しました。確かにプーチンの判断には首をかしげますが、アメリカのヌーランドをはじめとする戦争屋の影がちらついてなりません。大変なことが起こったと思っていたら、パレスチナでは深い怨恨に基づく殺戮が始まりました。人類の歴史が現在に至るまで、こうも愚かな行いを止めることができないことに、ほとんど絶望に近い思いを抱かざるを得ません。

このような世界情勢の変動が、日本のエネルギー価格にも大きな影響を与え、我々医療を本分とする者にも、大変な負担となっています。これに対する政府の対策は一貫性がなく、防衛費を上げる一方で減税をすると言うなど、もはや支離滅裂だと言うしかありません。給料を上げろという政府の大号令も、収入の上限を縛られている医療にとっては、大変な苦しみになっています。医療従事者たちの可処分所得は減少する一方で、いったいどちらを向いて頑張ればよいのか、わからなくなってしまいました。

このような出鱈目な世の中の動きの中で私たちは翻弄されています。それでも医療者は諦めてしまうことはできません。ガザ地区で頑張っている医療者のように、私たちも困難に立ち向かい、患者さんのために、とことん頑張り続けるしかありません。

さて、2024年は辰年です。中国では、辰は「ふるう、ととのう」を意味する「振」で、陽気が動いて万物が振動し、草木もよく成長して形がととのった状態を表すと言われているそうです。寅年に春が来て草木が生じ、卯年でさらに枝葉が繁り、辰年で形が整います。十二支の中で唯一現実にはいない「辰」でありますが、果たして今年の辰年はどうなるでしょうか…？。皆様の健闘を祈りつつ、私どもも医療の中における精神科医療の確固とした役割を目指して参ります。

（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター・理事長）

働き方改革への準備は十分といえるか

全国済生会病院長会
会長
三角　隆　彦

新年明けましておめでとうございます。私は、昨年7月より全国済生会病院長会の会長を仰せつかりました三角と申します。

2020年2月に、初めてのコロナ患者を受け入れてから、もうすぐ4年が経過しようとしています。

コロナ禍の4年間、平行して医療機関の課題とされてきたのが、働き方改革への対応です。2019年から順次施行されている働き方改革関連法において、本年からは罰則付きの医師の時間外労働規制が始まります。同じく診療報酬、介護報酬の同時改定も控えており、2024年は医療界にとって大きな転換期を迎える年になるでしょう。

この4年間に、感染防止対策や、患者の受け入れ体制の整備に追われる中で、私たち医療従事者の働き方は大きく変化しました。しかし、医療界がこの時間外労働規制に対応できる十分な変化が実現されたでしょうか。医師の偏在への強化策が次期医療計画に盛り込まれる予定ではありますが、本格的な対応はこれからです。看護師等の医療従事者の不足はコロナ禍を経てさらに深刻化したようにも思えます。

働き方改革の目的は、第一に医療従事者の健康確保です。この目的に沿って医師をはじめとする医療従事者の勤務環境を改善することで、いきいきと医療に従事できる環境を実現し、持続可能な医療提供体制の構築と地域医療提供の確保につなげることがねらいです。よって、対応が形式的な数字合わせに陥らないよう、医療機関の管理者は常に目を配る必要があるでしょう。

出生率は7年連続で低下を続けており少子高齢化はさらに加速しています。高齢者人口がピークを迎える2040年に、医療提供体制を維持していくためには、さらなる改革推進により、医療需要に対応するための人材確保が必要です。人材確保には魅力ある職場の提供とともに一定の財源も必要です。一般企業においては、サービス価格に財源を転嫁する余地がありますが、医療は収入の大部分が公定価格での縛りがあるため、診療報酬改定に、これらへの対応が盛り込まれることを期待します。

今後も課題は山積しておりますが、コロナ禍において、医療関係者は、感染のリスクを負いながらも、多くの命を守るために懸命に働いてきました。その力強さには、圧倒される部分がありました。その力があればこの難局も乗り越えていけることを確信しています。

（済生会横浜市東部病院・院長）

今こそ地域医療の再編が必要な時

日本赤十字社病院長連盟
会長
牧野　憲　一

covid−19が2類感染症から5類感染症に移行した。その後、社会は大きく変化した。人の動きと経済活動が活発になった。医療従事者はcovid−19の再拡大を危惧していたがcovid−19よりもインフルエンザの流行が問題になりつつある。

covid−19前後で医療に大きな変化が起きた。病院管理者として最も気になるのが病床稼働の低下である。全国で入院患者が約10%低下している。原因は患者の受療動向の変化である。2015年に始まった地域医療構想では、多くの医療圏で2030年頃までは入院患者が増加すると予測していた。本当にそうであろうか？

病床機能報告制度公開データから当院のある旭川市内のすべての病院の入院患者数の推移を集計した。2016年からcovid−19の影響を受ける直前の2019年までの間で、旭川医療圏の入院患者数は増加せず横ばいからやや減少していた。2020年以降はcovid−19の影響で大きく減少し、5類に移行後も回復は僅かである。

全国の多くの病院は患者減による稼働低下で収支が悪化している。収支悪化の原因の一つは診療報酬が低い事であり、その改善はもちろんである。しかし、入院医療提供体制の過剰に伴う生産性の低さも放置できない問題として捉え、対応すべき時が来ているのではなかろうか。

特に（高度）急性期医療においては多くの設備投資も必要である。多くの人員配置も必要となる。実稼働に合わない設備投資・人的投資は経営に悪影響を与える。患者を確保するために地域の複数の医療機関がしのぎを削り、それぞれが過剰な投資をしていないであろうか？少ない専門医を地域の中で奪い合い、分散させていないであろうか？高度医療を担う特に外科系の専門医は必ずしも増加していない。働き方改革の中で集約化は避けて通れない。

病院の再編統合の話が浮上するのは、赤字続きで病院を維持できなくなってきた場合と大学の医局で医師不足や集約の必要性から複数の病院に医師を派遣できなくなる場合が多いようである。個々の医療機関の健全経営と地域医療の健全化の為にも今一度、地域医療を全体として見直さなくてはならない。単なる病床数の数合わせではない真の意味での地域医療の調整が必要な時が来ている。

（旭川赤十字病院・院長）

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

全国公私病院連盟は昨年10月26日（木）に第33回「国民の健康会議」を開催しました。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、前半の第1部は、渡邉古志郎先生（横浜市立市民病院・名誉院長）の司会で、「医師から見た少子化」をテーマに、産婦人科医の立場から大濱紘三先生（広島大学・名誉教授）、小児科医の立場から瀬戸嗣郎先生（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 創先生（同志社女子大学 看護学部看護学科 特別任用教授）にご出演いただいてお話を伺いました。後半の第2部「鼎談（ていだん）」では、行天良雄先生（医事評論家）の司会で、「少子化政策のビジョン」をテーマに、橋本 岳先生（衆議院議員）、阿部知子先生（衆議院議員・小児科医）をお迎えし、本連盟の邉見公雄会長（赤穂市民病院・名誉院長）を交えてお話を伺いました。今号では事務局で当日の概要を取りまとめたものを掲載（4～8面）することとします。（敬称略・文責事務局）

「健康会議」開く

全国公私病院連盟　会長

邉見 公雄

【邉見】主催者を代表してはじめにご挨拶をさせていただきたいと思います。この「国民の健康会議」は今から34年前の平成元年からはじまり、コロナの影響で2回ほど中断しましたが今年で33回目を迎えます。

今年のテーマは日本の一番の国難である「少子化」です。世界史を見ても人口が減った国で栄えた歴史はありません。この国の一番の国難は「少子化」、そして「東京一極集中」だと思っています。

そこで、前半のセッションでは、産婦人科医の立場から大濱先生、次に、小児科医の立場から瀬戸先生のお考えを伺って、その次に、元・京都府立医大の小児科教授で、今は同志社女子大の教授をしておられます細井先生に、日頃、女子学生と身近に接している立場から、この3人の先生方に、それぞれの立場から少子化に対するお考えをお聴きします。

後半のセッションでは、行天先生に座長をお願いし、国会議員の先生をお迎えして「少子化政策のビジョン」をテーマに鼎談を行います。

実は昨年、この会の開催日を決める際に、もしかすると解散がある、あるいは、臨時国会が召集されるんじゃないかと心配していたんです。結果はご承知のとおりで、解散はなくなりましたが臨時国会が召集されました。そのために、当初、この会場にご来場いただけるとご連絡をいただいていた国会議員の先生方の多くが来られなくなってしまいました。

出演者では、皆さんがお目にした開催案内のパンフレットでは自見はな子先生にご出演いただくことになっていましたが、ご本人も「青天の霹靂」とおっしゃっていましたけれども、地方創生、大阪・関西万博、沖縄・北方対策などを担当する内閣府特命担当大臣に就任されました。ギリギリまで調整していただきましたけれども、どうしても公務があって出演できないので、ご本人から「私の替わりに橋本岳でもよろしいでしょうか？」というお申し出がありました。お願いしますとお答えしたのが先日のことです。

もう1人の国会議員の阿部知子先生には予定通りご出演いただきますが、阿部先生は「赤ちゃんを産む場所がない?!」という本などもたくさん書かれている小児科医です。

このお二人の国会議員の先生にお話をお伺いしますし、限られた時間ではありますが会場にお集まりの皆様方からもご意見をいただきたいと思っています。

◇　◇

今日はどんなことを議論していただきたいかと言うことで、いくつかキーワードを上げておきたいと思います。

（以下、スライドを使って説明）

まず「高齢・少子化」です。「少子・高齢化」ではありません。日本語は後ろに大事な意味があるので「少子・高齢化」と言ったら高齢化に重きが置かれます。だからエンゼルプランにはたいした予算がつかず、ゴールドプランばかりに予算がつきましたよね。「少子」は高齢化の枕言葉ではありません。みなさんもこれからは「高齢・少子化」と言ってください。私は40年前からそう言ってきました。

次は、歴代の「少子化担当大臣」です。小渕優子さん、蓮舫さん、森まさこさん…、今の加藤鮎子大臣で26人目ですけれども、皆お飾りでしたので、どんどん少子化は加速しています。

次は、産科医減少。子どもが減るから産科医が減るのか、産科医が減るから子どもが減るのか、鶏と卵かもしれません。

次は、年代別の人口のグラフです。皆さんもよく目にするかと思います。厚労省は統計をよく間違えますが、人口統計は間違えませんね。もう何十年も前から少子化で将来は困ったことになるとわかっていたんです。それなのに何もできなかった。イーロンマスクさんは少子化で日本は消滅すると言っていますね。その一方で、高齢化はどんどん進んでいます。

次に、人間には一般的なライフサイクルがある訳ですが、思春期、就職、結婚、妊娠、出産、産休、育休、育児が終わったら職場復帰と…。今はネットで婚活する時代ですけれど…。

次に、「不妊治療」、「メンタルケア」は鬱病、マタニティ・メランコリーなど…。

次に、「男女共同参画」とか、「移民導入」をどう考えるか。とにかく東京一極集中をやめないといけないですね。

最後に『母親になって後悔してる』はイスラエルの女性、『82年生まれ、キム・ジヨン』は韓国の人が子育てどころじゃない…と書いた本ですので読んでみてください。

なかには少子化でもいいじゃないかと言う人もいるんです。子どもが減ったら競争社会でなくなって、受験戦争もなくなるからいいことじゃないかと…。私はその意見には賛成できないのですが、今日は皆様の方の忌憚ないご意見をお聞きできたらと思っています。

プログラム

進行時間【目安】

13：00～13：05	開会　挨拶：邉見　公雄（一般社団法人 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」 【司　会】渡邉古志郎（横浜市立市民病院 名誉院長／一般社団法人 全国公私病院連盟 特別参与） 【出演者】① 産婦人科医の立場から　大濱　紘三（広島大学 名誉教授） ② 小児科医の立場から　瀬戸　嗣郎（静岡県立こども病院 名誉院長） ③ 女子学生と日々接する立場から　細井　創（同志社女子大学 看護学部看護学科 特別任用教授）
15：00～16：50（110分）	〔第2部：鼎　談〕「少子化政策のビジョン」 【司　会】行天　良雄（医事評論家／一般社団法人 全国公私病院連盟 顧問） 【出演者】① 橋本　岳（衆議院議員） ② 阿部　知子（衆議院議員・小児科医） ③ 邉見　公雄（一般社団法人 全国公私病院連盟 会長／赤穂市民病院 名誉院長）
16：50～17：00	閉会　挨拶：中嶋　昭（一般社団法人 全国公私病院連盟 顧問）

広島大学　名誉教授

大濱 紘三 氏

【司会・渡辺】最初にお話しいただくのは、大濱紘三先生です。大濱先生は、広島大学医学部を卒業され、広島大学医学部教授、医学部長、広島大学副学長を務められました。

大濱先生には、産婦人科医から見た少子化、それに対する課題、考え方も含めてお話いただきたいと思います。よろしくお願いします。

司会・渡辺氏

【大濱】本日は産婦人科医の立場から、現在の我が国の少子化について考察し、この後の講演の先生、第2部の鼎談につなげたいと思います。

さて、昨年、我が国の出生数は80万人を割り、生産年齢人口も減少、各分野で人手不足が生じています。この状態が続けば我が国の社会保障制度や経済活動が停滞しますので、国のあり方そのものに大きな危機感を持たざるを得ません。

これを打破するために考えられることは、①出生数を増やす、②外国の人に来ていただいて人口を増やす、③少子化も人口減少もしょうがない、そういう社会を容認すると…。この三つだと思いますが、②と③は専門外ですので、①の出生数をできるだけ増加させるにはどうしたらいいかについてお話をさせていただきたいと思います。

産婦人科は、女性のライフサイクルにおいて存在する身体的、心理・社会的特性である母性、この母性を基盤にしている医学・医療です。これをもとに新しい命を社会に迎え入れる、それが産婦人科の立場だと考えています。この母性という概念は、本来女性に備えられた特性ですが、最近はあまり自覚されない、重要視されなくなってきたことが少子化の大きな原因かと思います。

女性が子どもを産むか産まないか、産むとしたら何人、いつ産むか、妊娠した場合に胎児がどうなっているかを知る権利、そういう権利は女性固有の権利で外部から強制されるものではない。そのため、女性に対して子どもを産みなさいと国も外部の人も強要することはできません。

（以下、スライドを使って講演）

ここで、子どもを持ったイスラエルの女性の考え方を書いた『母親になって後悔してる』という本をご紹介したいと思います。女性というのはイコール母親であるというような考え方に反対しますということを書いた本です。母親はこうあるべきだという強迫的な観念にも反対します。ただし、母性と言われる子どもを産み育てることの意義を否定している訳ではありませんがと…。

我が国でも、このような考え方が若い女性を中心に広がっています。Z世代のアンケートによると約45％の人が子どもが欲しくないと言っています。結婚したくない人は36％でした。我が国の生涯無子率（一生子どもを持たない率）は27％に達しています。この値は国

5面へつづく

第33回「国民の

4面からつづく

際的にも高く、近年増加傾向にあります。

その原因は様々ですが、最も多いのが経済的な問題で、次に多様な人生観、自分自身の人生や仕事を大切にするという考え方の変化です。加えて、現在の閉塞感、言葉に表せない不安感、子どもを育てることに対する自信喪失が挙げられます。

我が国の合計特殊出生率には地域差があり、沖縄や九州地方を中心に西日本は高いのですが、東京を中心とした首都圏では低くなっていますので、東京は若者にとって魅力的なところだと思われていますが、東京一極集中主義が少子化に拍車をかけているとも考えられます。

この40年間に女性を取り巻く環境がどのように変わってきたかというと、高学歴化と社会進出により、初婚の年齢が4歳ぐらい延び、最初に子どもを産む年齢も4歳ほど後ろへ行っています。こういう状態が続く中で、結婚や出産を諦める女性も増えています。私たち産婦人科医の立場から言いますと、この傾向は好ましくなく、もっと若い年齢での妊娠・出産を推奨しています。

一般に、私たちの体の機能は30歳頃をピークに徐々に衰えていきますが、妊娠・出産に関連する子宮や卵巣も例外ではありません。それらを総合的に考えて、一般的には妊娠・出産が最も好ましいのが25～35歳、これを出産適齢期と呼んでいます。人間の寿命が長くなりましたが、体の各サイクルの年齢区分は全く変わっていません。変わったのは老年期が延びただけで、長寿になっても出産年齢が望ましい時期は変わっていない。延びたように錯覚しているだけです。

ぜひ知っていただきたいのは卵子の老化です。卵子のもととなる細胞は胎児期に作られ最盛期には5～600万個以上ありますが、次第に数が減って40歳頃には2万個程度になります。母親が30歳の場合には卵子の染色体異常率約30％が、40歳になると60％以上になります。受精卵の段階では、母親が30歳の時は40～50％ですが、母親が40歳になると、染色体異常率は80％に達します。

◇　◇

かつては10組に1組の夫婦が不妊だと考えられていましたが、最近は晩婚化もあり6組に1組が不妊と言われています。男性不妊に対しては、ドナーの精子を用いる非配偶者間の人工受精とか生殖補助医療が行われます。卵管の異常とか原因不明の場合は体外受精が広く行われています。体外受精は1年間に約50万件行われています。その結果、昨年は約7万人が体外受精で生まれました。これまでの累積の体外受精の出生児は約84万人に達し、2～3年後には100万人になると考えられています。

しかし、問題もあります。体外受精が行われる母親の年齢は39～42歳頃にピークがあって、実はこの年齢では子どもが生まれる確立は低い。日本では非常に難しくなった年齢から体外受精をやっています。体外受精の場合、1回に大体50万円として、掛け算して年齢別に見ますと、若い時には235万円で1人の子どもが生まれる可能性がありますが、35～39歳で300万円、40歳を超えると900万円以上かかりますと…。それで子どもが生まれる保証はありません。昨年から不妊症治療に対して保険が適用され、その面の負担軽減が図られているところです。

それから、お母さんの年齢が高くなると染色体異常の子どもが生まれる可能性も高くなるので、妊娠すると胎児の出生前診断をする場合がありますが、異常が見つかった場合どうするか、これも悩ましい問題で倫理的な問題も生じてきます。

少子化の原因は複雑・多岐にわたりますが、現在の人類の繁栄をもたらした文明社会に特有な部分、例えば科学万能主義とか、過度な競争社会とか、効率社会とか、格差社会とか、こういうものがかかわっているとすれば、現在の少子化を食い止めることは難しい。

当面は、子どもを生みたいと思う女性が増えるような、母性を大事にする社会、子どもや若い人に夢がある社会をつくるということと、将来子どもを授かりたいと思っている人に出産適齢期があることを知っていただいて、それをもとにした人生設計をして欲しい。また、それが可能な社会体制をつくっていく必要があると思っています。

最後になりますが、我が国では古来より、山上憶良の歌もあるように、子どもはいかなる金銀財宝にも増して大事な宝だと言われてきました。子どもは私たちにとっての夢であり未来です。少子化が進む社会は、その宝や夢がなくなることを意味します。ぜひ有効な対策が講じられることを願っています。

会場のもよう

静岡県立こども病院　名誉院長
瀬戸嗣郎 氏

【渡邉】次に、瀬戸嗣郎先生にお話を伺います。瀬戸先生は京都大学医学部を卒業され、岸和田市民病院を経て、静岡県立こども病院の院長、現在は同院名誉院長です。

瀬戸先生には、小児科医から見た少子化についてお話を伺います。よろしくお願いします。

【瀬戸】少子化対策は、出生率を上げ、出生数を増やすことが目標であるのは当然ですが、もう一方では、ある程度の少子化はやむを得ない、それを前提として少子化に対応した社会をつくることも重要です。仮に今の少子化対策が功を奏したとしても、その効果が出るまでには1世代かかります。現在の少子化傾向が続けば我が国の社会活動に深刻な停滞をもたらすことは間違いありません。したがって、少なくとも今の少子化傾向を緩やかにすることと、少しでも出生数を回復することは待ったなしの課題です。

基本的な我が国の少子化の状況は、邉見会長と大濱先生がデータでお示しになられた通りで、最近よく報道等で目にすることも多いかと思います。

（以下、スライドを使って講演）

それでは、政府は少子化に対してこれまでどのような対策をしてきたでしょうか。1989年に合計特殊出生率が1・57になって、1994年にエンゼルプラン、その後も様々な施策が講じられてきました。今年の4月には「こども家庭庁」が発足、6月には「こども未来戦略方針」が立てられました。この方針において、若年者の賃金や待遇を改善することが最も大事であると記されたことは画期的なことだと思いますし、少子化対策の予算を大幅に増やすことも決定されました。財源の問題がまだ煮詰まっていないことが課題ですが、こうした30年の経過の中でどういうことが行われてきたかポイントを押さえておきたいと思います。

保育所の整備状況を見てみますと、都会ではまだ大変な思いをされている方も多いと思いますが、ある程度成果を上げていると思います。保護者が帰宅するまで見守ってくれる放課後児童クラブも全国に普及してきました。地域社会のサポートが得られにくい現状では、共稼ぎの家庭にとって必須の仕組みだと思っています。

育児休業取得率は、女性の場合は85％が取得している一方で、男性は14％ぐらいですので、子育てに関する男女共同参画は道半ばだと思います。小児期の課題に、小児の貧困、児童虐待などがありますが、小児の貧困を相対的貧困率で見ると日本は先進国の中で高い方です。ひとり親世帯の貧困率は44・5％で世界でも8番目に高い。小児の貧困は様々な問題を惹起しますので大きな課題だと思います。

低出生体重児の出生割合を見ますと、2500g未満の低出生体重児の割合が増えています。1500g未満、1000g未満もそれぞれ、少ないながらも増えていますが、こういう状況にあっても生存率が上がっていることは、医療の進歩による成果です。一方で、障害を持った子どもさんのサポートが課題になっています。在宅での呼吸管理などが必要な医療的ケア児の数が増えています。医療的ケア児を抱えているご家族は、登下校に付き添ったり、授業中も見守っていなくてはいけないなどの大変な負担を強いられています。

ヤングケアラーという、病気や障害のある家族の世話をしている子どもさんも、令和3年のデータでは中学2年生で17人に1人と報告されていて、こんなに多いのかとびっくりしました。小中学生の不登校の児童生徒数も増えています。フリースクールの設置などの対応がなされていますが、やはり学校の教育施設で丁寧なケアが必要だと思います。

小児期にある様々な課題が悪化して、子どもや子育て家庭にとって生きづらい社会になっています。この小児期の課題を改善することによって、若い女性の持つ結婚・子育ての不安を解消していくことが可能ではないかと期待しているのですが、それぞれ相当な尽力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなくて学校とか地域社会、行政、みんなで育てるものだと以前から言われていますが、今の社会環境の急激な変化が大きなひずみを来し、少子化に影響していると思います。

◇　◇

さて、私は小児科医ですので、今の小児医療の現状を少し述べますと、我が国の乳児・新生児死亡率が下がって、日本の医療は世界のトップレベルです。小児科医の数は少し増えていますが、少子化がこのまま続くと小児科を志望する医師が減ってくることを心配しています。

小児の患者数は減少していて、特に入院患者は減少しています。そうしますと国は小児科の整理・集約化を始めまして、その結果として、小児科医や小児医療施設の地域偏在が起こっています。地方の小児医療の維持が困難になると子育て支援にとって大きな役割を果たす小児科が衰退します。小児科を有する病院数は四半世紀の間に37％減っています。小児科を標榜する診療所も医師が高齢化しているので今後減っていくことが心配されています。来年の春から医師の働き方改革により、地方の小児救急、あるいは授産施設の維持が困難になってくるので、都会の病院でもそうかもしれませんが地方の病院は深刻な状況です。

少子化の時代に小児科医としてどういうことをしなくてはいけないか、いろいろありますが一つだけ挙げますと、これからは子育て支援が一番大きな役割になると思いますので、小児科医も小児の病気のみならず、小児保健への取り組みの強化が重要だと思っています。将来的にはITを利用した遠隔診療のネットワークを整備して少ない人数で質を落とさず医療を継続していく努力が必要になると思います。

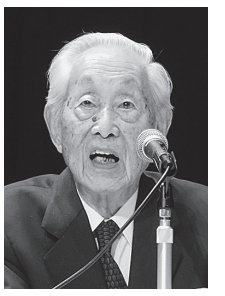
『読売新聞』の晩婚・未婚の原因について聞いたアンケートでも、結婚の必要性を感じない人が増え、経済力に不安がある若者が増えていて、これが70％ぐらいで非常に多い訳です。家族関係に対する支出量をGDP比でみた国際比較では、日本はアメリカよりは多いけれども、ヨーロッパをはじめとする先進国に比べてかなり少ない状況です。ところが日本の経済力指数をみると、バブル崩壊後から全く上がっていません。何に対してもそうですが、やはり少子化対策に関しては大変なお金がかかりますので、今後の少子化等々の社会問題の解消に対する大きな課題です。

そういう状況にあっても、小児に対する投資を欧米並みに増やすこと、教育に対する公共負担を増やすこと、教育環境を改善すること、若年者の経済・雇用の環境を好転させること、それが結果的に様々な問題を解決していくための大きな視点ではないかと思います。

また、子どもと子育てをする家族を尊重する気持ちを持ち、保護者が生きやすい社会をつくって、子どもの世話は家族だけじゃなくて社会が見るという意識・認識を国民みんなが持つことが大切です。

結婚し、子どもを産み育てることは、個人の自己決定権ですけれども、その中でも結婚したい人が惑うことなく結婚できる、子どもを持ちたい人が不安なく出産できる、若い世代が自らの将来に夢と希望を持てる、そういう社会になって欲しいと思います。

第33回「国民の健康会議」第2部「鼎談」
少子化政策のビジョン



司会・医事評論家
行天良雄 氏

衆議院議員
橋本岳 氏

衆議院議員・小児科医
阿部知子 氏

全国公私病院連盟・会長
邉見公雄

同志社女子大学 看護学部
看護学科 特別任用教授
細井創 氏

【渡邉】最後に細井創先生にご登壇いただきます。細井先生は、京都府立医科大学を卒業され、米国セント・ジュード小児研究病院の客員研究員、京都府立医科大学の小児科学教授をお務めになって、現在は同志社女子大学看護学部の教授です。

日頃、女子学生と身近に接している立場からお話いただきます。よろしくお願いします。

【細井】2年ほど前に長年勤めた大学を定年退職し、今は女子大の教壇に立っています。今年の5月頃でしたが邉見先生からお電話をいただきまして、少子化をテーマにした会をするので、女子学生の意識や『母親になって後悔してる』という本の読後感を紹介して欲しいというご依頼をいただきました。これから近い将来結婚し、子どもを持つ可能性のある若者、特に若い女性ですね。彼女たちの生の声を聞くことが必要ですし、紹介するよい機会だと思ってお引き受けしました。

（以下、スライドを使って講演）

日本人の平均寿命が女性は世界1位、男性は世界2位、男女を合わせると世界一の高平均寿命国であることはご承知のとおりです。ところが、日本の人口は減少し続けています。世界一の平均寿命の国で、今や子どもの少なさの割合でも世界一になろうとしている訳です。

このような我が国の少子化に対する女子学生の思うところをご紹介させていただきたいと思いますが、私の授業及び授業後に学内ウエブシステムを使ってアンケートを行いました。対象は本学看護学部の数カ月前まで高校生であった女子学生95名です。

まず、先ほどの『母親になって後悔してる』という本を読んだことがある学生は1人（1％）。いつかは結婚したいと考えている94・7％。欲しい子どもの数は2人が70％。何歳頃に子どもが欲しいかと聞きますと8割が25～29歳の間と答えています。妊娠は喜びの出来事だと思う98％。産む性である女性はすばらしいと思うか？89％が思うと答えています。家族のために忙しくなるような生活はしたくないかと聞きますと、思うと答えた者は28・4％にとどまりました。妊娠でおなかが大きくなった姿は女性としての魅力が感じられないですかと聞くと、YESと答えた者はわずか7・6％です。

将来、母親になることを楽しみにしていると答えた者は85％。将来、自分の子どもの世話をするのが楽しみと答えた者が87・1％。子どもを抱くと幸せな気持ちになると答えた者が89％。しかし、妊娠は不安の方が強いと思う者は62％。子どもの相手は疲れると思うと答えた者が7割近く。結婚を何かを犠牲にすることだと思うと答えた者が52・6％。結婚すると自分のやりたいことが制限されてしまうと考える者が66・3％。子どもがいると自分のしたいことができなくなると思っている者が81・8％でした。

結婚や家庭をつくることを肯定的に捉えている学生が大半ですが、一方で、結婚をすると自分のやりたいことが制限されたり、何かを犠牲にすることになると考えている者が半数以上います。自分のやりたいことや自分の時間が犠牲になることが結婚に対するマイナスイメージにつながっていると推測します。

妊娠・子育てについても、妊娠を喜ばしいと感じるが9割、産む性である女性が素晴らしいと思うが8割以上いる一方で、妊娠は喜びよりも不安の方が強いと思う者も6割。子どもの相手をすることで疲労がたまる、自分のしたいことができなくなると考えている者がいずれも7割いましたので、彼女たちの不安は妊娠そのものよりは、産後の子育てに対する不安であるということがうかがえます。

女子学生に第三次ベビーブームが起きなかった理由を問うと、経済的余裕がない。子どもを産んで育てる環境が整っていない。女性の社会進出や経済的自立が進んだ。非婚化・晩婚化が進んだ。インターネットの普及でネガティブな情報も入ってくる。子育て以外の娯楽も増えた―などを挙げました。

未婚化・非婚化となる理由についての記述を見ますと、女性の社会進出は進んでいるのに女性の出産や子育てを支援する制度が間に合っておらず、ただ負担だけが増加している。女性も世の中に出て働く社会になって子育てに対するハードルが上がっている。自立して生きられる女性が増えて結婚や出産だけが幸せじゃなくなった。子どもができた時に仕事が制限されることを嫌だと感じる人が増えている―などの理由が挙がりました。

この回答を分析してくれた大学院生の考察は、社会の変化に伴い女性の人生の選択肢が増えているにもかかわらず、社会の制度や意識が追いついていないということが、我が国の少母化・少子化の原因ではないかという結論になりました。

女性の出産や子育てを支援する制度が間に合っていない、負担だけが増加している。子育ては大変で、お金もかかる、自由な時間も奪われる。子どもを産み育てやすい環境を社会全体でつくっていく意識が欠如している。職場が産休や育休を取得するのが当たり前という雰囲気ではない。子どもがのびのびと育つことができる環境に対する意識が、今の日本人は昔より冷たくなっている―と彼女たちは思っています。

以上のような結果になりました。

◇　◇

最後に、アメリカのジョン・F・ケネディ大統領が最も尊敬する政治家として米沢藩主の上杉鷹山を挙げたことをご紹介します。17歳で藩主になった鷹山は、財政改革の「三助」として、各人が個々に努力する「自助」、近隣住民が助け合う「共助」、そして国（当時は藩）が租税に基づいて手助けをする「公助」、この三つを掲げ、財政破綻していた東北の一藩を画期的な改革で立ち直らせた―という話を聞いて感銘したとのこと。私は若い学生たちに、自ら考え、その考えを行動に移して、積極的に社会に働きかけなければ、あなた方の未来はない、自分たちの世代さえよければよいと考えている人たちに負けてしまいますよと、鼓舞しているところです。

【司会・行天】日本が抱えている少子化の問題は、前半の講演でお話がございましたように、高齢化と少子化がパラレルに存在していますけれども、様々な考え方、意見が山のようにございます。極端なことを言えば「少子化？いいんじゃない」と…。これによって日本は新しい国をつくることができるという意見までございます。そうなりますと、さぁどうしたものかと…。

さて、後半の政治家の先生を交えた鼎談を初めたいと思いますが、橋本先生のお略歴は申し上げるまでもなく、現在は厚生労働委員会の理事をしていらっしゃいまして、今日もこの後すぐに国会の方へ向かわれなければなりませんので、先に橋本先生のお話を伺いたいと思います。やっぱりお父様が総理大臣をなさった方ですので、お父様とは離れて暮らしていらっしゃった。幼少の頃は寂しい思いをなさったと思いますが、まずその頃のことと、今のご自身のことを伺いたいのですけれども…。

【橋本】皆さんこんにちは。橋本岳と申します。父は橋本龍太郎と申しまして後に総理大臣までさせていただきました。私が幼稚園児の頃に厚生大臣になって、その後は運輸大臣などもしたりして当時は当選5回ぐらいの中堅議員だったかと思います。

その頃は、金曜日の夜になったら帰って来て日曜日の晩に上京するような感じでしたので、日曜日の晩に「お父さん、東京に行くよ。行ってきます」と言った父親に向かって私が「また来てね」と言ったことがあったようです。父とお酒を飲むことができるようになって「あの時はつらかった」と言われた時のことを覚えています。ありがたいことに私、今4人の子どもがおりまして一番下の子は議員になってから授かったのですが、その子に全く同じことを言われてしまいまして…。歴史は繰り返すものだなぁと思いました。

私は49歳で団塊ジュニア世代と呼ばれる世代のど真ん中。同世代の人口ボリュームがとても多くて、以降はだんだん減っていきます。振り返ってみると、我々が20～30歳代になる間に第3次ベビーブームが来ると思われていたのに来なかったのが日本の少子化が問題視され始めたきっかけかと思っています。私の同級生の女性は就職しても男性と同じように働きなさいと言われ、結婚や出産の時にキャリアの選択を余儀なくされ、両立があまり許されない時代でした。結婚したら男性が仕事をして女性が家を支えるという価値観もまだあったと思います。

当時の若者には、お父さんお母さんに対しての感謝の気持ちが少なかったと言っても過言ではないのかなと…。というのは、私が不徳のいたすところにより離婚しまして、4人の子どもを引き取って育てることになり、ワンオペ育児を2年ぐらいやりました。突然学校から呼び出しがあるとか、手続で役所に行かなきゃいけないとか、そういうことにはやっぱり苦労しました。あるいは、毎朝食事をつくっていましたけれども、自民党ってところは朝8時から会議があったりするものですから、早く起きて簡単な朝食をつくって「食べといてね」みたいなことをしなきゃいけない。これがつい数年前の話ですから20数年前はもっと大変だったと思います。そりゃあ子どもを産まなくなるよねと今振り返ってみても思います。

本当はもっと早くできたらよかったと思っていますけれども、これからお父さんお母さんになる、あるいは結婚しようとする若い方々が、キャリアもつけて、自分のやりたいこともして、その上で子どもを生み育てることができるように周りが支える。そのためにはどうしたらいいか。経済的なこともあるでしょうし、仕事の休みをとりやすくする、医療的な支援をする必要もあるでしょう。そうしたことを今からでも充実をさせていくことが本当に喫緊の課題だと思っています。

【行天】いかにして子育てをしている家庭を守るかということになるかと思いますが、その家庭といっても、経済的に恵まれている人と、大変つましい中で子どもを育てていかなきゃならない人という2通りに別れる訳ですが、橋本先生ご自身の体験をどのように生かしていらっしゃると…。

【橋本】経済的にハードルがある方や食べていくのに精一杯みたいな方に、結婚した方がいい、子どもを持つと幸せだよと言ってみても「そんな場合じゃない」という話になる訳です。また、これからキャリアを積んでいく若い方々に対して、結婚や出産というライフイベントが起こった時に両立できるようにすることはとても大事なことだと思います。同時に、私自身もそうだったのですけれども余裕のある若い方もいる。そういう人だって結婚したり出産していいと思うし、その出産にしても、おめでとう、よかったねという気持ちを社会が持つことは大切だと思っています。

と申しますのは、私自身が大学院生で結婚して就職し今は4人の子どもを持つ親になりましたけれども、街頭演説をしていたらヤジが飛ぶんですよね。「親のすねかじりのくせして、4人も子どもをつくりやがって！」と…。事実として当たっているんですよね（笑）。患まれた環境だったと思います。世の中には富める者も貧しい方も、病める方も健康な方も、いろんな方々がいます。どんな方でもお子さんを持っ

7面へつづく

6面からつづく

て育てることは尊いことだし、ありがたいことなんだという社会になって欲しいと思っています。

【行天】そのためには、例えば、助成という意味での現物給付や現金給付であるとか、給食費の問題から奨学金の問題までいろいろとありますけれども、橋本先生はどのようなお考えをお持ちですか。

【橋本】具体的にどうするかは財政やその他の中で何が最善かを考えていかなければいけないと思いますが、このままの出生率が続いたり下がったりすると、これからの未来を担う子どもがいなくなってしまいます。そういう未来を我々は選びたいのかといったら少なくとも私は選びたくありません。もちろん、ご高齢の方もいっぱいいて、その上で若いお母さんお父さんもいて、子供がそこいら辺を走り回っている社会がやっぱりいいと思います。社会を維持して守っていくためにはそうでなければいけないと思います。

【行天】非常に急いだ意見としては年金の維持ができなくなると…。そのために少子化問題を解消することが重要だという、そういう筋で少子化問題を論じている人もいますが…。

【橋本】そんなこと言うから子どもがいなくなると思うんですよね。計算上は正しいのかもしれませんが…。

子どもや赤ちゃんを見ていると、彼らが僕らの夢や希望だと思っています。彼らにいい日本を、いい未来を残していきたいと思うから私は政治家をしています。ちゃんと次にバトンを渡す子どもたちがいるということが、今を生きる人の張り合い、生きがい、夢や希望だと思います。だから生まれてきてくれてありがとう、育ってくれてありがとう、育ててくれてありがとうという気持ちが要るんだと思います。

【行天】どうもありがとうございました。邉見先生から何かお伺いすることはありますか。

【邉見】一つお願い、一つ質問があります。私の持論なんですが、産んだ子どもの数だけ、その子が投票権を持つまではお母さんに投票権を渡す。2人産んだら自分の権利を入れて3票と…。どうでしょうか。

質問は、橋本先生は岡山県が地元ですけれども、先ほど米沢藩（現在の山形県東南部置賜地方）の上杉鷹山の話が出ましたね。備前松山（現在の岡山県高梁市）にも山田方谷という破滅寸前の藩財政を立て直した人がいました。その北東、中国山脈の南麓に自然に恵まれた勝田郡奈義町というところがありますが、合計特殊出生率が1・41だったところが町ぐるみで頑張って、今は2・95になりました。橋本先生はどのように思いますか。

【橋本】まず投票権の話ですけれども、私はあげてもいいんじゃないと思いますけど…。国会議員は全国民の代表ですが、どうしても18歳以上の選挙権を持つ人を気にしちゃうんです。全国民の代表なのだから、子どもも含めて代表しなきゃいけないと思います。アイデアとしてはそのぐらいのことをしてもいいんじゃないかという気持ちはあります。

奈義町の話は、あの手この手でいろんな助成をしたりサポートをしたりして、町全体としてがんばって功を奏した結果だと思います。じゃあ岡山県の他の町がまねをできるかというと、なかなか難しいところは正直ありますよね。その中で、子どもの医療無償化はそれなりに効果があると言われていますので、そういう面で安心して子育てができる、検診の回数を増やしていくとか、そういう環境をつくってみんなで守っていく意識を持つことは大事なことだと思っています。

【邉見】橋本先生がもうお帰りになるお時間ですが最後に1つだけ。阿部先生も含めてお二人にお願いです。来年は診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定です。ぜひ大幅な引き上げをお願いしたいと思っています。物価や光熱費は上がる一方で、看護師さんの処遇改善にも物入りで、もう支出だけが増えているんです。それなのに、入院食事療養費なんて26年間も据え置きで上がっていないんです。

それどころか、財務省なんて少子化対策のために診療報酬を引き下げて、その分を子ども対策へまわすと言っています。子どもは大事だから私も心苦しいですが、医療からお金を削って少子化にまわすというのはちょっとおかしい。ぜひ財務省と闘っていただきたいと思います。

【橋本】確かに枠組みたいな話になると、社会保障の財源を削って子ども対策に回すみたいな話になっているのは事実ですし、財務省の考えることはそうなんでしょうけれど…。

しかし医療は、物価高騰、人件費高騰などに直面をしている中でも、ちゃんと持続できるようにしないといけないと思います。子どもの話は子どもの話でちゃんとやるということです。診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬の改定というのは、これはもう三者とも立場は変わらないと思いますので頑張ってよりよい方向を目指していきたいと思っています。

【行天】ありがとうございました。橋本先生は公務のためこれで退席されます。お話を十分にお伺いすることができずに申し訳ございませんでした。

【橋本】こちらこそ申し訳ございません。お先に失礼させていただきます。どうもありがとうございました。（拍手）

◇　◇

【行天】引き続き阿部先生にお話を伺いたいと思います。私、その昔に阿部先生のお兄様とご一緒したことがあって、そのお兄様から妹の話を聞いてやってくれないかと言うことで、学生だった阿部先生にお会いしたことがあるんです。当時、政治の道へ進むか医学の道へ進むか真剣にお考えになっていて、結局、東大の理三にお進みになって小児科医の道へ進み、その後、国会議員になりました。お若い頃から非常に高い志をお持ちでしたが、今の阿部先生のお考えを伺ってみたいと思います。

鼎談のもよう

【阿部】行天先生には昔からお世話になっております。ご紹介いただきました阿部と申します。

私は2歳で父を亡くし、記憶の中に父親像がない代わりに母といつも手を繋いでいた記憶があって、感謝する気持ちと慕う気持ちがありました。それゆえに小児科医となった今も、お子さんを育てているお母さんお父さんを支えたいという思いで政治にも臨んできました。

今回「こどもたちは何処へ行った?」というサブタイトルがついていますけれども、岸田総理が「異次元の少子化対策」と言われた時に子どもたちが「僕たちは、少子化じゃなければ対策されないの?」って…。要するに数が少ないから大騒ぎするんですかと。子どもは数じゃないと思うんですよね。

私は、子どもは、守られ、育まれ、私たちのかけがえのない未来に渡す橋だと思います。子どもが育つことを応援して、やがて自分たちの未来を築いていくんだっていう社会の価値観の置き方を今こそつくるべきだと思っています。

奈義町の話もそうですけれども、地方にお金を渡して地域で子どもを育ててもらう。その核となるのに不可欠なのが医療であって、子どもを産む出産の場、当然ながら育てるための医療の場、小児科がなくてはいけません。しかし今、その小児科が不採算を理由になくなっていく傾向にあります。そういう構造を変えていくためにも今のピンチをチャンスととらえたいと思っています。

【行天】邉見先生、今のお話について、ご意見ございますか。

【邉見】小児科とか産科とか、外科もそうですけれども、この国の制度が問題なんですね。例えば国公立の大学で医師を1人育てるのには約1億円かかると言われています。我々の時代は確か四千万円と言っていましたけれど…。それなのに、大学を卒業したら銀座で美容外科をやる。その方が儲かるからです。私はそれだけのお金をかけてもらって医者になった以上は、ある期間、医者の足りない田舎に行って恩返しをする必要があると思っています。警察官や教員の勤務先は県とかが決める訳ですよね。医者だけが自分が好きなところで開業しても誰も止めることができません。だから、同じ保険料を払っているのに医療がないような地域ができる、お産ができない地域が全国でいっぱいできとるんです。それをマスコミも誰も何も言わんのですよ。

【行天】邉見先生は東京一極集中がけしからんと、それがどこまで関係するかは後ほどお伺いするとして、阿部先生にちょっと振りたいのですけれども、どうですか…。

【阿部】先ほど橋本岳さんがしっかり受けとめていい発言をしておられるなぁと感心して聞いておりました。岳さんは私の子どもの年代で、団塊ジュニアの世代、私は団塊の世代です。岳さんの世代から子どもの数が増えなかった理由は、先ほどの細井先生の女子学生のアンケートの中に答えがあると思うんです。ちょうどこの30年余りに非正規雇用がすごく増えて、一方で男女共同参画とか格好のいいことを言われながら、多くの女性が非正規になり、不安定な立場に置かれました。妊娠・出産はそれなりの負荷ですから、それが許されない状況が広がったのがロスジェネ世代以降の日本だと思うんです。

細井先生が挙げられたアンケートの中でも、若い女性はそれを強く感じている。それをなくすためには、多くの女性が政治の意思決定の場に参加するようになる必要がありますし、そうなれば女性が働きやすい世の中になると思っています。

【行天】日本の少子化がこれからどうなる、どうするということに関しては、それこそ大勢の方がそれぞれ意見を述べています。細井先生からは、若い女子学生がどのように思っているかもご紹介いただきました。しかしながら、前半の講演で3人の先生がデータを使って人口の推移を見せてくれましたけれども、あの将来予測を見みせられますと、もう怖いとさえ思う訳です。当面この日本という国は、どのようになっていって、どうすべきだとお思いでしょうか。

【邉見】少子化対策にもっとお金を使うべきです。フランスが日本と同じぐらい少子化で子供の数が減っていました。それをモロッコやチュニジアとかリビアとか、あのあたりの移民を受け入れて補っていたんです。しかし、それではフランスがフランスでなくなるということで自覚というか反省してGDPの2～3％くらいを少子化対策に充てることにした訳です。これで盛り返して合計特殊出生率が1・8ぐらいまで戻りました。

先ほどの話に戻りますが、東京一極集中が悪いんです。だから、地方創生をしないとこの国の少子化は止まらないと思うんですね。東京は地価や家賃が高いから、みんな埼玉や千葉や神奈川から、もっと先の茨城、群馬、栃木から通っている人もいます。平均通勤・通学時間が100分ぐらいです。通勤・通学で疲れてしまって、結婚しようとか、子育てしようとか、恋愛をする気力もないんじゃないかと思うんです。それが一番の問題だと思っています。

【行天】特に若い方々はなんでも東京、東京となる訳ですけれども…。

【邉見】東京一極集中を進めとるのは行天先生のいらしたNHKだと思いますよ(笑)。NHKの朝の連続ドラマのヒロインは皆地方生まれですが、ほとんどのヒロインが東京へ行ってしまうんです。子どもの頃にそれを見ていた若い女の子は、学校を卒業したら東京へ行かなあかんなぁと刷り込まれるんです。みなさん朝ドラ見てますか。あれがまずいんですね。

【行天】今やっているのは笠置シヅ子さんがモデルですが、香川県で生まれて大阪で育った彼女が国民的スターになったのが「東京ブギウギ」ですからね。

さぁ、いろんな分野にわたってのお話を伺ってきましたが、もう様々な矛盾を抱えながらも何とか展開していかなきゃならない訳です。阿部先生、どこからどうやっていきましょうか。

【阿部】今、国会では来年度予算の話をしていますが、今年度の防衛費はそれまでの5・4兆円から6・82兆円と一挙に26％増にした訳です。額にして1兆4千億円くらいが増額されています。世界が不穏ですから、それに見合って防衛費を増やしたいという国民の不安のあらわれでもあるんですけれども…。

でも、私から見れば内憂外患が、内側から先に壊れていきそうなふうに思っています。子どもたちの教育格差であったり、子どもたちが自己肯定感を持てないような教育の現場であったり、当の教師たちがブラックだと言っていて、学生が学校の先生になることをためらうような現場は問題があると思うんですね。ちなみに、教育費は0・2％増、ほとんど変わりませんでした。子育て費用も2・6％増にとどまりました。

果たして、今の政治が国民の思いや声に沿っているか、合っているか。多くの有権者は政治に半ば背を向けています。「もう、どうせ」と思うでしょう。私は野党ですけれども、野党もだらしないし、与党は何だかよくわかんないしと国民が冷めていると思います。しかしそれでも、子どもたちのためにももう一度、教育費の充実や、子ども・子育て予算の充実を声に出していただきたいと思っています。

8面へつづく

社会保障審議会「医療保険部会」「医療部会」

令和６年度診療報酬改定の基本方針を取りまとめ

社会保障審議会の「医療保険部会」と「医療部会」は昨年12月11日に「令和６年度診療報酬改定の基本方針」を取りまとめて公表した。昨年12月20日には政府の令和６年度予算編成の過程で「令和６年度診療報酬改定率」が決まっており、今後は、武見厚生労働大臣が「診療報酬改定の基本方針」と「診療報酬改定率」に沿って検討をするよう中央社会保険医療協議会（中医協）に諮問することになり、それを受けて中医協ではより具体的な個別項目の検討に入ることになる。社会保障審議会「医療保険部会」と「医療部会」が取りまとめた「令和６年度診療報酬改定の基本方針」の概要は以下のとおり。

令和６年度診療報酬改定の基本方針【概要】

改定に当たっての基本認識

▼物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応

▼全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応

▼医療ＤＸやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現

▼社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

（１）現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

▽医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

▽各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

▽業務の効率化に資するＩＣＴの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

▽地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

▽多様な働き方を踏まえた評価の拡充

▽医療人材及び医療資源の偏在への対応

（２）ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療ＤＸを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

▽医療ＤＸの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

▽生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

▽リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

▽患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

▽外来医療の機能分化・強化等

▽新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

▽かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

▽質の高い在宅医療・訪問看護の確保

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

▽食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

▽患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

▽アウトカムにも着目した評価の推進

▽重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）

▽生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

▽口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

▽薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価

▽薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

▽医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

（４）効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

▽後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

▽費用対効果評価制度の活用

▽市場実勢価格を踏まえた適正な評価

▽医療ＤＸの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）

▽患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）

▽外来医療の機能分化・強化等（再掲）

▽生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）

▽医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進

▽薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

◇　◇

7面からつづく

いのです。

私も医者ですから、医療現場への予算削減にも反対いたしますが、子育て、子どもたちの教育についても目を向けていただきたいと思います。多くの人が子どものことをもっと充実させようということに反対はしないし、むしろ前向きだと思います。

我々の親の世代は、いろんなものを我慢しながら子どもによりよい教育をとか、よりよい明日をと思ってがんばってきました。江戸から明治に時代が変わる時、日本に来た外国人の多くが、日本は子どもを大事にする国だとすごく感動して記録に残しているくらいです。そういう国だったし、そういう文化も残っているはずです。

だから国民が望むような子どもたちへの遇し方をして欲しい。これを最終的に決めるのは政治、そして政治を決めるのは国民です。みんなでよく考えて、子育て・子どもを応援したいと、それが大事なんだよと思ってくださる、子どもの存在を大事にしていける世の中に、日本の少子化というピンチをチャンスに変えて、よりよい世の中にしていきたいと思っています。

【行天】ありがとうございました。阿部先生にうまくまとめていただきましたし、そろそろお時間もまいりました。

いろいろと意見はたくさん出ますし、なにごとにも変化がある訳ですけれども季節だけは正確でございまして、ついこの間までは暑いし、夕方になっても明るかった訳ですけれども、もう5時をちょっと過ぎますと大分暗くなってきますので、このあたりで終わりにしたいと思います。最後に中嶋先生に閉会の挨拶をかねて総評をいただけると思います。本日はどうもありがとうございました。（拍手）

【事務局】最後に本連盟の中嶋昭顧問から閉会のご挨拶をお願いいたします。

【中嶋】本日は長時間にわたりお疲れ様でございました。

今回のテーマは少子化でしたが、子孫を残す、繁栄させることは、生命体の究極の目的であり存在理由です。あらゆる生命体がそのために戦略を講じて、変化する環境に適応し、涙ぐましい努力や時には自らを犠牲にしてまで目的を果たそうとする、そんなことが、生命科学、あるいは動植物の科学分析から示されています。その生命体の頂点に立つ人間の世界において、子孫が減る、子孫を残さないという現象が現実に起こっています。高度に発達・発展した文明において起こる現象とされますが、それが特に日本において顕著になっています。

中嶋顧問

その少子化問題のきっかけとなりますような妊娠・出産における問題について、大濱先生はオルナ・ドーナトさんの母性への疑問『母親になって後悔してる』という書籍を紹介し、それに衝撃を受けられたというお話をされました。ひとむかし前には「できちゃった」の一言に多くの男たちが責任を感じ、人生を決意してきました。そこには責任をとって支える存在があった。今は社会、政治がその役割を引き受ける番です。

出産や育児や教育、とにかく子どもに関することに関しては苦労が多い、大変です。でも、その苦労の何倍もの喜びや充実がある。その喜びや充実がまさるようにすることが、少子化問題への答のようです。出産や子育てをする人たちの喜びや充実に満ちた姿、生活が見えてくれれば、文明の波の中でもがいて出産・育児を諦めた若い世代もまた振り返ってくれると思います。そのことをご指摘いただいた講師の先生方に改めて御礼を申し上げます。

長時間この講演会におつき合いいただいた皆様方に厚く御礼を申し上げます。どうもありがとうございました。（拍手）

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。）

令和6年度 診療報酬改定を諮問

中医協、これまでの論点を整理
パブコメ募集と公聴会の開催

1月12日に武見厚労大臣は中央社会保険医療協議会に対して「令和6年度診療報酬改定について」を諮問した。これを受けた中医協では、これまでの議論を整理し、医療の現場や患者等国民の意見を踏まえる観点からパブリックコメントの募集を開始、1月19日には広島県の会場とオンラインで中継をむすんで「公聴会」を開催した。（中医協が公表した「これまでの論点整理」の抜粋を1面～4面に掲載）

今後、中医協では昨年12月11日に社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）が取りまとめた「令和6年度診療報酬改定の基本方針」と、昨年末の予算編成過程で決まった改定率（診療報酬＋0・88％、薬価等▲1・00％）に沿って具体的な改定内容の議論を進めて厚労大臣に「答申」することになる。

なお、診療報酬＋0・88％の内容は以下のとおり。

（※1）うち、※2～4を除く改定分＋0・46％

各科改定率
医科＋0・52％
歯科＋0・57％
調剤＋0・16％

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（＋0・28％程度）を含む。

（※2）うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※1を除く）について、令和6年度にベア＋2・5％、令和7年度にベア＋2・0％を実施していくための特例的な対応＋0・61％

（※3）うち、入院時の食費基準額の引き上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円）＋0・06％

（※4）うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化▲0・25％

また、薬価等は以下の通り。

①薬価▲0・97％
②材料価格▲0・02％
合計▲1・00％

令和6年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（抜粋）

【Ⅰ】現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【Ⅰ―1】医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

（1）看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

（2）入院基本料等について、以下の見直しを行う。

①退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

②人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

③医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

④①～③のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、入院基本料等の評価を見直す。

（3）外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。

（4）歯科診療にかかる評価について、標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、医療機関の職員や歯科技工所で従事

2面へつづく

国民医療のための確保の病院診療報酬の引き上げを

令和６年度 診療報酬改定説明会の開催

全国公私病院連盟は日本病院会と共催で「令和６年度 診療報酬改定説明会」（Webによる動画配信）を開催しますのでお知らせします。ご参加ください。

１．日　時
【ライブ配信】３月１４日（木）13：00～16：00
【録画配信】３月１５日（金）10：00～２１日（木）24：00
※録画配信は、３月14日にライブ配信した録画を再配信します。

２．講　師　厚生労働省 保険局 医療課 担当官（予定）

３．参加費
（1）会員病院　１名　11,000円（税込・資料代含む）
（2）非会員病院　１名　22,000円（税込・資料代含む）

４．申込期間　１月15日（月）～２月19日（月）
※先着順、定員になり次第受け付け終了します。

５．申込方法　日本病院会ホームページからお申込みください。
https://qr.paps.jp/E14Wk

事務局移転のお知らせ

全国公私病院連盟の事務局は、２月13日（火）より左記へ移転します。

新・住所　※２月13日（火）より
〒１１１-００４２
東京都台東区寿　４-１５-７
食品衛生センター７階
新・ＴＥＬ０３（６２８４）７１８０
新・ＦＡＸ０３（６２８４）７１８１

旧住所：〒150－0001　東京都渋谷区神宮前2－6－1
旧TEL：03（3402）3891
旧FAX：03（3402）4389

時評

令和6年能登半島地震に思う

連盟　副会長　浦田士郎

令和6年元旦の能登半島地震により犠牲となられた方々に謹んで哀悼の意を表し、被災地域の皆様に衷心よりお見舞いを申し上げます。

大規模自然災害時には平時の地域医療の問題点が顕在化し、増幅され先鋭化して襲ってくることを、医療者は過去の震災から学んできました。阪神淡路大震災（平成7年）において、発災72時間以内に多数の救えたはずの命があったとの教訓から災害時派遣医療チームが創設され、新潟県中越地震（平成16年）での初出動以来、幾多の自然災害や事件事故で出動実績を重ねました。また保健所は、自律的に参集した救護班らは、発災当初の保健・医療の連携が不可欠であり、災害時における司令塔としての保健所機能強化、地域災害医療対策会議の設置、派遣調整本部から派遣される多様なチームの配置調整や情報共有を行う場であり、メンタルヘルスや感染症対策などの健康管理活動にも努めることとされました。東日本大震災（平成23年）の教訓から災急性期から亜急性期にかけて医療チームや保健師チームを統合しマネジメントする保健医療調整本部設置と保健所による調整機能の強化が、さらに頻発できました。

過去の災害対応を通じて、超早期の救命医療から福祉までを包含した災害時健康危機管理体制へ変遷し進化してきた道程は、我が国の風水害の教訓から福祉との連携の重要性も指摘され、令和3年の防災基本計画に保健医療福祉調整本部の設置と災害時福祉派遣チームの整備が追加されて

が高齢化社会（平成6年）から超高齢社会（平成19年）へ到達しさらに進展しつつある現実に重なります。大規模自然災害によって露呈するのは、地域に潜在するあらゆる問題点であって、平時と災害時の差は紙一重、明日は我が身であることを痛感させられます。重大事象は想定外の要因から想定外のプロセスを通して発生するとはいえ、準備行動はまず想定から起動します。今あらためて震災からの様々な学びを共有し、人の力による最良の結果を信じて最善を尽くそうとの思いを深くするとともに、被災地で復旧・復興・支援活動に奮闘されている皆様に深甚なる感謝の念を捧げます。

（ＪＡ愛知厚生連　安城更生病院　名誉院長）

いろ鉛筆

新年を寿ぐ気分が吹き飛んだ大震災や大事故の発生で令和6年が始まった。被災地や事故の犠牲となられた方々に謹んで哀悼の意を捧げます。ウクライナやパレスチナの悲惨な状況に心痛めていた日本にこの様な形で試練が襲い掛かってくる。伝統や歴史の街並みが一変したなか懸命の救助・救援作業が続いている。一刻も早い復興を願う▼その中でも救いとなり世界の称賛を浴びたことがあった。炎上する旅客機の乗客乗員全員が無事に脱出・救助されたことである。迫りくる炎の中で冷静な判断と誘導を行った乗務員、パニックを起こさず手荷物一切を持たず脱出に向かった乗客、奇跡と称されている。平時からの対応のシミュレーション・訓練の賜物と言うには、映像に見る危機迫る状況では軽過ぎる表現と言わざるを得ない▼マニュアル通りではなく瞬時の個人の判断が的確であったことも重要なファクターとなった。病院は災害時の救援拠点とされ、ＢＰＣなどの策定がなされているが、より具体的な想定・訓練が重要なことを示してくれている。地震国・自然災害国日本の宿命であるから、物理的な備えと何よりもましてヒトの心構えが大切であると、年明けの重い教訓となった。（Ｎ・Ａ）

1面からつづく

する者の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目について評価を見直す。

（５）地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る調剤基本料等の評価を見直す。

【Ⅰ―２】各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

（１）医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

（２）適切な集中治療を推進する観点から、特定集中治療室管理料について、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。

（３）病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。

（４）病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。

（５）悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。

【Ⅰ―３】業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

（１）ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。

（２）医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。

【Ⅰ―４】地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

（１）より実効性を持った医師の働き方改革を推進する観点から、地域医療体制確保加算について要件を見直す。

（２）勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１について要件を見直す。

【Ⅰ―５】多様な働き方を踏まえた評価の拡充

（１）Ⅰ―２（２）再掲

（２）看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価を見直す。

（３）感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護老人保健施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

（４）Ⅰ―３（１）再掲

（５）訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

【Ⅰ―６】医療人材及び医療資源の偏在への対応

（１）近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。

（２）Ⅰ―２（２）再掲

（３）医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対するt―PA療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

（４）脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。

（５）DPC／PDPSについて、適切な包括評価を行う観点から、医療機関別係数について、評価の主旨や実態を踏まえ、評価方法を見直すとともに、医師派遣機能等について、新たな評価を行う。

（６）医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、評価体系を見直すとともに、地域包括ケア病棟入院料２及び４並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。

（７）医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第８次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、対象となる地域を見直す。

◆　◆

【Ⅱ】ポスト２０２５を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【Ⅱ―１】医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

（１）オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療DXを推進する体制について、新たな評価を行う。

③居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

④居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

⑤救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

（２）へき地医療において、患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療（DtoPwithN）が有効であることを踏まえ、へき地診療所・へき地医療拠点病院がDtoPwithNを実施する場合について、新たな評価を行う。

（３）指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（DtoPwithN）が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。

（４）情報通信機器を用いた診療における閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸（CPAP）療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理について、新たな評価を行う。

（５）発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いた診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

（６）「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

（７）これまでの情報通信機器を用いた歯科診療の実態も踏まえ、継続的な口腔機能管理を行う患者及び新興感染症等に罹患している患者で歯科疾患による急性症状等を有する者に対する情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。

（８）口腔がんの経過観察等、専門性の観点等から近隣の医療機関では対応が困難な場合において、近隣の歯科医療機関の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。

（９）Ⅰ―６（３）再掲

（10）Ⅰ―６（４）再掲

（11）適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件及び評価を見直す。

（12）健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた場合の医学管理について、評価の在り方の見直しを行う。

（13）医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

（14）デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけするよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

（15）Ⅰ―３（２）再掲

【Ⅱ―２】生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

（１）高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

（２）介護保険施設の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

（３）医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを踏まえ、要件を見直す。

（４）医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。

①介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。

②令和６年３月末を以て介護療養病床が廃止されることに伴い、医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床に関する記載を削除する。

③保険薬局の薬剤師が介護老人保健施設等に入所する患者に対し、専門的な薬学管理が必要な薬剤の調剤や服薬指導等を行った場合の医療保険と介護保険の給付調整の範囲を見直す。

（５）医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について要件を見直す。

（６）退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料２について要件を見直す。

（７）精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。

（８）入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算１及び２について要件を見直す。

（９）慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料について対象患者を見直す。

（10）認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対する

中央社会保険医療協議会総会・公聴会（令和6年1月19日開催）

「公聴会」はYouTubeでライブ配信により公開され、当日は、医療関係者や患者等の立場から10名が意見を述べ、中医協委員からの質問に答えた。

3面へつづく

2面からつづく

アセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算及びせん妄ハイリスク患者ケア加算について要件を見直す。

（11）Ⅰ―1（2）②再掲

（12）適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

（13）地域包括ケアの深化及び推進に向け、地域包括ケア病棟における効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。

（14）地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算について名称及び要件を見直す。

（15）医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、病院・診療所が自立訓練（機能訓練）を提供する際の疾患別リハビリテーション料等の要件を見直す。

【Ⅱ―3】リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

（1）急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

（2）重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進する観点から、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算について評価を見直す。

（3）NDB・DPCデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態が把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。

（4）大腸癌、卵巣癌及び膵癌の患者に対する術前の呼吸器リハビリテーションに係る有効性のエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の要件を見直す。

（5）療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。

①疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。

②適切な栄養管理を推進する観点から、中心静脈栄養の評価を見直す。

③中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。

④適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。

⑤医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。

（6）Ⅰ―1（2）①再掲

（7）医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、要件を見直す。

（8）回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、以下の評価を行う。

①回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する歯科医師及び歯科衛生士による口腔機能管理及び口腔衛生管理について、新たな評価を行う。

②回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を評価する観点から、地域歯科診療支援病院歯科初診料について要件を見直す。

【Ⅱ―4】患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

（1）急性期医療に係る実績や体制を適切に評価する観点及び地域の医療体制の維持の観点から、急性期充実体制加算について、評価の在り方を見直す。

（2）急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。

（3）医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料1の病棟における実態を踏まえ、急性期一般入院料1について、平均在院日数に係る要件を見直す。

（4）急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。

（5）特定集中治療室管理料について、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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。

（6）高度急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、評価項目及び該当患者割合の在り方を見直すとともに、業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、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る。

（7）重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床未満）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱが用いられるよう、要件を見直す。

（8）特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を引き続き確保する観点から、重症患者対応体制強化加算について要件を見直す。

（9）実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

（10）Ⅱ―2（1）再掲

（11）看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価を行う。

（12）地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期加算を見直す。

（13）より質の高い回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。

（14）療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。

①疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。

②適切な栄養管理を推進する観点から、中心静脈栄養の評価を見直す。

③中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ、療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。

④適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。

⑤Ⅱ―3（5）再掲

（15）医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の要件を見直す。

（16）不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

（17）障害者施設等入院基本料等の要件である、病棟の入院患者のうち重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者等が占める割合について、一部の医療機関において大きく下回る施設があったことを踏まえ、障害者施設等入院基本料等について要件を見直す。

（18）患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、慢性腎臓病患者が入院した場合について、障害者施設等入院基本料等の評価を見直す。

（19）緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算について要件を見直す。

（20）Ⅰ―6（6）再掲

（21）Ⅰ―6（7）再掲

（22）DPC／PDPSについて、以下の見直しを行う。

①制度を安定的に運用する観点から、DPC対象病院の要件を見直す。

②Ⅰ―6（5）再掲

③急性期入院医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、診断群分類及び診断群分類毎の点数設定方式のあり方を見直す。

（23）血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、薬剤料を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の取扱いを見直す。

【Ⅱ―5】外来医療の機能分化・強化等

（1）生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

（2）リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。

（3）かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、要件及び評価を見直す。

【Ⅱ―6】新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組（略）

【Ⅱ―7】かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価（略）

【Ⅱ―8】質の高い在宅医療・訪問看護の確保（略）

◆　◆

【Ⅲ】安心・安全で質の高い医療の推進

【Ⅲ―1】食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

（1）食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。

（2）薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和6年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づき、不採算品再算定について対応する。

【Ⅲ―2】患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

（1）不妊治療を保険診療で実施する医療機関を広げる観点から、一般不妊治療管理料について要件を見直すとともに、不妊治療における胚の凍結保存に係る実態を踏まえ、胚凍結保存管理料について要件を見直す。

（2）Ⅰ―2（5）再掲

（3）難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大するとともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。

（4）「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗HLA抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗HLA抗体の測定について、対象患者及び要件を見直す。

（5）慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

（6）Ⅰ―1（2）②再掲

（7）Ⅰ―1（2）③再掲

（8）Ⅰ―5（2）再掲

（9）医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算1の届出を要件とする。

（10）手術等の医療技術について、以下の見直しを行う。

①医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。

②新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。

③外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。

（11）質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。

（12）患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和6年6月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の義務の免除規定について、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、廃止する。

（13）Ⅱ―6（5）①再掲

【Ⅲ―3】アウトカムにも着目した評価の推進

（1）データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

4面へつづく

4面からつづく

(2) より質の高いアウトカムに基づいた回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。

(3) 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、運動器リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。

【Ⅲ―4】重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）

【Ⅲ―4―1】高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

(1) 第三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

(2) 救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

【Ⅲ―4―2】小児医療、周産期医療の充実

(1) 医療の質と医療安全を担保する観点から、新生児特定集中治療について十分な体制と実績を有する保険医療機関における、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について、新たな評価を行う。

(2) Ⅱ―1(5) 再掲

(3) 小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。

(4) Ⅱ―7(3) 再掲

(5) 臓器移植を行った小児患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料について算定上限日数を見直す。

(6) 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直すとともに、処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料について評価を見直す。

(7) 医療的ケア児(者)が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。

(8) 重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であることや治療室から小児病棟等を経て退院すること等、新生児の退院支援の実態を踏まえ、入退院支援加算3の要件を見直す。

(9) 少子化等による入院患者の減少により1病棟を維持できない小児科病棟について、一般病棟との一体的な運用を可能とするとともに、成人患者との混合病棟であっても子どもにとって必要な入院環境を確保するため、当該運用をする際は小児の区域特定がなされるよう、要件を見直す。

(10) 入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって家族等が子どもに付き添う場合に家族等に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保する観点から、保育士や看護補助者の配置について、小児入院医療管理料の要件及び評価を見直す。

(11) 周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

(12) ハイリスク妊婦に対する適切な管理を推進する観点から、ハイリスク妊娠管理加算について対象患者を見直す。

【Ⅲ―4―3】質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

(1) がん患者に対する質の高い疼痛緩和治療の提供を更に充実させる観点から、放射線治療及び神経ブロック等の専門的な治療を実施できる体制について、新たな評価を行う。

(2) Ⅱ―4(19) 再掲

(3) Ⅱ―8(6) 再掲

(4) Ⅱ―8(7) 再掲

(5) Ⅲ―4―2(3) 再掲

(6) Ⅰ―2(5) 再掲

【Ⅲ―4―4】認知症の者に対する適切な医療の評価

(1) Ⅰ―1(2)③再掲

(2) Ⅱ―2(10) 再掲

(3) Ⅱ―5(3) 再掲

(4) 認知症患者について、かかりつけ歯科医と医師をはじめとした関係者との情報共有・連携による歯科医療を推進する観点から、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者を見直す。

【Ⅲ―4―5】地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価（略）

※以外略

今月の一冊

今月は3冊

一冊目は『琵琶湖周航殺人歌（内田康夫著）』である。年末年始、母校の胸部外科で手術を受け、入院中のリハビリで歩行訓練中、デイルームにこの本があり元日から2日間で読んだ。能登半島地震発生日からの2日間である。私も医学部ボート部だったので、琵琶湖周航歌はボート部の会や現役部員、OBの冠婚葬祭では今でもよく唄う。しかし、この物語は我々三高（現：京大）のものでなく四高（現：金沢大）の、我々が琵琶湖哀歌と称ぶもので、昭和11年11人のボート部員が殉難した鎮魂歌から始まる。高度成長期の開発重視で環境汚染、瀬死の琵琶湖をテーマにしたサスペンスで浅見光彦が登場するシリーズ物であった。我々が入部オールを持ったのは昭和37年。合宿所のすぐ横で名神高速、東海道新幹線の工事が昭和39年の東京オリンピックを目指して突貫工事中。作中のモデルの建設会社が盛土などでその跡地にゴルフ場などを建設。モデルの実業家や旅行中死亡の知事などは皆実在の方達。幽霊ビルもよく近くを車で通った所である。上と前だけ見て琵琶湖などの自然、地球に傷を付け続けた時代、今の中国だろうか？

私も稀に日曜日のTVドラマで再放送を見た事があるが、この作者の著作を読むのは初めてである。近江八景は学生時代のフィールドであり、遊覧船ミシガンは外科の部下の先生の結婚式場でもあり楽しく読了した。楽しいサスペンスで疲れた時に読むとスッキリするし、今年の大河「光る君へ」の源氏物語の石山寺へ行っても良いのでは。ボート部員にとって朝のトレーニングの石山寺石段登りは苦痛そのものであったが。また乗艇中のクルーにとり観光船での瀬田川、琵琶湖は羨ましい限りであったので、病床から元気になったら必ず琵琶湖へ行こうと誓った。読者も一緒に行きませんか？殺人現場の浮見堂は、現在の渇水による水位低下で少し興醒めかも…。

◆　◆

二冊目は、実は新年号に出そうか迷いボツにしたものを復活させます。神戸新聞社論説委員室・編『人間対コロナ　神戸市立医療センター中央市民病院の3年』である。コロナは尾身先生の書籍で総括、打ち止め、もう過去にと思っていたが、木原先生から頂き、病院の現場を神戸新聞社という第三者がルポ風にまとめ、また私の同僚だった方達がたくさん写真入りで登場し臨場感あふれる一冊なので捨て難く紹介させて頂く。九年連続救急対応日本一なのに全面停止、仮設コロナ病棟建設など、かなり思い切った決断とクラスター発生時の職員や市民の心理状態など、コロナ初期の混乱状態がよく理解出来る。今となっては、何でという事だが。

◆　◆

三冊目は『じろはったん（森はな作、梶山俊夫画）』である。森はな顕彰会々長の福本陽子氏から年末に頂いた。年末年始の入院中に絵が懐かしく、文字も大きいので退院したら孫に読み聞かせてやろうと思い読み終えた。作者は1909年兵庫県但馬の養父生まれで、小学校教員を勤めながら童話や学校劇脚本も執筆し数々の賞を受賞している。また、作者が亡くなったのが我々の仲間、私の勤務地に近い加古川中央市民病院というのを最近知り、余計に身近に感じる様になった。このじろはったんは次郎八という養父（やぶ）の田舎の少年で、作者の最初の赴任地の子供で、戦時中の疎開の子供達との様子を描いている。実は徳島の田舎の拙宅にも、市内から空襲を受けた家族が離れや納屋、蚕室に数年居られたのを思い出した。

作者は最近その業績が見直され、顕彰会活動も盛んで色々な被災者の子供への寄贈なども増えている。能登半島地震の児童達にもきっと届いていることだろう。

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）

『琵琶湖周航殺人歌』
内田康夫／著
講談社文庫／刊

『人間対コロナ　神戸市立医療センター中央市民病院の3年』
神戸新聞社論説委員室／編
神戸新聞総合出版センター／刊

『じろはったん』
森はな／作
梶山俊夫／画
牧書店／刊

全国公私病院連盟の各種団体保険

病院賠償責任保険

・看護職賠償責任保険（包括契約）
・医療従事者賠償責任保険（包括契約）
医療機関用サイバー保険
医療廃棄物排出者責任保険
医療機関用受託者賠償責任保険
現金総合保険
医療事故調査費用保険
訪問看護事業者賠償責任保険
保育所賠償責任保険・保育所傷害保険
医療施設特約オプション

雇用慣行賠償責任保険
使用者賠償責任保険
居宅事業者総合保険

＜お問合せ先＞

取扱代理店
株式会社　公私病連共済会
〒111-0042　東京都台東区寿4-15-7
食品衛生センター7階
TEL 03-5830-6193　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで
（2024年2月13日より上記に移転します）

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　FAX 03-6388-0153
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

保険の詳しい内容については、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。

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7（〒111-0042）
食品衛生センター7階
TEL03（6284）7180 FAX03（6284）7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行　年間購読料1,000円
（購読料は会費に含まれます）

令和6年度 診療報酬改定決まる

答申に28項目の附帯意見

分かりやすい診療報酬体系に など

中央社会保険医療協議会（中医協）は2月14日、「令和6年度診療報酬改定」を答申した。なお、中医協では今回の答申において、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系になるよう検討することなど28項目にわたる付帯意見（4面参照）をつけた。今回の改定で主に新設・変更された部分には次のようなものがある。

答申書を手交する小塩・中医協会長（左）、濵地・厚労副大臣（中）、塩崎・厚労大臣政務官（右）

■賃上げに向けた評価の新設

外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

【新】外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）

1 初診時＝6点
2 再診時等＝2点
3 訪問診療時（イ 同一建物居住者等以外の場合＝28点、ロ イ以外の場合＝7点）

病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

【新】入院ベースアップ評価料（1日につき）

1 入院ベースアップ評価料1＝1点
2 入院ベースアップ評価料2＝2点
←
165 入院ベースアップ評価料165＝165点

■入院基本料等の見直し

40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直す。

あわせて、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

また、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

さらに、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

■初再診料等の評価の見直し

外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。

■特定集中治療室管理料等の見直し

1．SOFAスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専任の常勤医師の治療室内の勤務を要件とする。

2．重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を要件化。

3．特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す。

○「輸液ポンプの管理」の項目を削除する。

○重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、A得点が3点以上であることからA得点が2点以上であることに変更する。

【新】特定集中治療室管理料5

イ 7日以内の期間＝8890点
ロ 8日以上の期間＝7307点

【新】特定集中治療室管理料6

イ 特定集中治療室管理料 （1）7日以内の期間＝8890点、（2）8日以上の期間＝7307点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料 （1）7日以内の期間＝8890点、（2）8日以上60日以内の期間＝7507点

■外来腫瘍化学療法診療料の見直し

【新】外来腫瘍化学療法診療料3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 （1）初回から3回目まで＝540点、（2）4回目以降＝280点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合＝180点

■地域で救急患等を受け入れる病棟の評価

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

【新】地域包括医療病棟入院料（1日につき）＝3050点

【新】初期加算（1日につき）＝150点

■急性期充実体制加算の見直し

1．悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行う。

2．小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。

3．許可病床数300床未満の医療機関のみに適用される施設基準を廃止する。

4．化学療法の実績要件について、外来で化学療法を実施している割合が一定以上であることを追加する。

5．悪性腫瘍手術等の実績要件に、心臓胸部大血管手術に係る手術実績を追加する。

【新】急性期充実体制加算2

イ 7日以内の期間＝

2面へつづく

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

時評

地域に寄り添う医療提供体制の構築

連盟 理事 松浦 弘

厚生労働省が三位一体で進めるべき課題として掲げる「地域医療構想」「働き方改革」「医師偏在対策」ですが、まずは、今年2024年4月に働き方改革の施行という大きな通過点を迎えようとしています。各医療機関が、労働時間管理の徹底やICT活用・タスクシフトを通じた労働時間削減の取り組みなど多くの時間や資源を投じて準備されたことでしょう。皆さま方の病院が盤石の体制で4月の法改正を迎えられることを期待しております。

そして、残されたテーマである「地域医療構想」や「医師偏在対策」の進捗状況について、昨年の地域医療構想・医師確保計画WGでは、地域医療構想は〝日本全体でみると相当程度進捗しているとの報告がなされました。具体的には、2022年の病床機能毎の報告病床数と2025年の必要量について、乖離率（必要量との乖離／必要量）が、2015年の報告と比較して＋5・0％から＋0・7％に縮小しており、高度急性期から慢性期まで全ての機能において乖離が縮小し必要量に近づいているそうです。

一方で、構想区域によっては依然として必要量との乖離が大きな区域があることが示されています。13道県20区域の重点支援区域についても、再編済みは4区域とのことです。そして、同WGでは、2025年度の医学部入学定員について、これまでと変わらない2019年度総定員の9420人を上限とし、2026年以降は改めて検討することとしました。医学部定員は、このままの水準を維持すれば医師過剰になる事が明らかであり、将来的に漸減していく方向が示されていますが、こちらについても、地域差、つまり医師偏在が大きな課題となっています。大学の「地域枠・地元枠設置」や、都道府県の「医師確保計画策定」などの対策は現時点で効果が得られていません。今後も医師偏在対策についてどのような方向性が示されるのか注目したいと思います。

2024年の十干（じっかん）十二支は「甲辰（きのえたつ）」です。甲は十干の最初で物事の始まりを意味し、辰は成長のシンボルといわれます。甲辰はその組み合わせによって「物事が芽吹き、成長し、形を整えていく年」だそうです。2024年、働き方改革施行を皮切りに三位一体で議論が飛躍し、日本各地で地域に寄り添う医療提供体制が整えられていく年となるよう願っております。

（済生会福岡総合病院・院長）

いろ鉛筆

高杉晋作は、功山寺挙兵時、萩の高杉家から廃嫡。俗論党政権打倒後は、幕府の追及を躱すため、藩命により谷潜蔵と改名。四境戦争では、小倉口の総指揮を執り幕府軍を撃退後、労咳に斃れた。この功績により、藩は新知百石で谷家を創設、谷家当主谷潜蔵として死去。息子の谷梅之進、元服後の谷春雄は、明治二〇年、高杉姓に戻し名も東一と改名。この時、谷姓は下関吉田清水山で東行墓の墓守をしていた晋作の愛妾おうの（出家得度し東行庵主梅処尼）に継がせ、おうのは谷家当主谷梅処となった。両家は親戚関係となり親密な交流は、高杉家が春太郎、勝と、谷家は養女が継き、梅仙、玉仙と代が替わっても長く続いた。太平洋戦争では、晋作の遺品の焼失を恐れ、その大半を東行庵に疎開させた。戦後は、社会の混乱による散逸を恐れ、残りの遺品も東行庵に預けた。東行庵では、晋作の遺品の公開のため、昭和四一年、東行記念館を建設開館。平成の初め、谷玉仙が死去すると後継者なく谷家は絶え、百数十年続いた稀有な親戚関係も終了。東行庵には本山から他寺との兼務住職が赴任したが、しばらくして前代未聞の大騒動が勃発した。それは次の機会に。（K・Y）

1面からつづく

360点

ロ　8日以上11日以内の期間＝150点

ハ　12日以上14日以内の期間＝90点

■初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院3日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設する。

【新】救急患者連携搬送料

1　入院中の患者以外の患者の場合＝1800点

2　入院1日目の患者の場合＝1200点

3　入院2日目の患者の場合＝800点

4　入院3日目の患者の場合＝600点

■精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

【新】精神科地域包括ケア病棟入院料（1日につき）＝1535点

○「注射薬剤3種類以上の管理」の項目について、初めて該当した日から7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。

○「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外する。

○「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外する。

○「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更する。

○「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を現在の5日間から2日間に変更する。

○C項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す。

○短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える。

2．急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、

①「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること

②「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であることの両者を満たすことを施設基準とする。

を踏まえ、見直し案4による項目の見直しを行った上で、該当患者割合（※3）の基準について、重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの間に一定の差を設け、以下のとおりとする。

	該当患者割合の基準	
	重症度、医療・看護必要度 Ⅰ	重症度、医療・看護必要度 Ⅱ
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%

（※3）「A2点以上かつB3点以上」、「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する患者の割合

中医協で公益裁定

急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の見直し

急性期一般入院料1における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目および該当患者割合の基準等については、1月31日の中医協「総会」で1号（支払側）と2号（診療側）の意見に隔たりがあり合意できなかったため、公益委員が中医協を一時中断してとりまとめ（左記参照）を行い、再開された「総会」で了承されている。

急性期一般入院料1における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について

令和6年1月31日

急性期一般入院料1における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について、公益委員の考えは以下のとおりである。

1．今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、急性期一般入院料1における平均在院日数、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。具体的な見直しについては、評価項目の見直しについて4つの案が示され、両側委員において、当該評価項目の見直し及び該当患者割合基準の見直しについてシミュレーションを行うことに合意し、シミュレーションの結果が示された。

2．これらの議論の中では、

●1号側からは、将来の医療ニーズ及び人口構成の変化を踏まえ、下記の意見があった。

・患者の状態や医療資源投入量に関するエビデンスに基づき、病床機能の分化や強化を着実に推進する必要があり、特に急性期一般入院料1の病床数は近年増加しており、限られた医療資源を集中的に投入するためにも、病床の集約化を図るべきである。

・平均在院日数の基準については、急性期一般入院料1における医療提供の実態を踏まえ、基準を14日以内とすべきである。

・重症度、医療・看護必要度については、令和6年1月10日中医協総―4のシミュレーションにおいて提示された見直し案のうち、見直し案1を採用した上で、該当患者割合もさらに引き上げるべきである。

●2号側からは、医療提供体制への影響の観点から、下記の意見があった。

・今回の重症度、医療・看護必要度の見直し案は、適切な医療提供に必要となる医療機関の裁量の幅を狭めるものであり、コロナ特例が終了した10月以降急性期病院の経営は厳しくなっていることを考えると、項目の見直しは、見直し案1から4までの中で最も影響の小さい案4よりも、さらに影響の小さい見直しを検討すべきである。また、平均在院日数の基準については、現行の18日以内から変更すべきではない。

・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準についても、医療現場への影響を考えれば、慎重に検討すべきである。

（※1）各見直し案による評価項目に係る変更内容

変更する項目	変更の内容	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。	○		○	
	評価日数を2日とする。		○		○
抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	得点を3点とする。			○	○
その他の項目の見直し		○	○	○	○

3．シミュレーションにおける評価項目の見直しによる影響について、該当患者割合の基準を満たす医療機関割合の変化が、急性期一般入院料1のうち重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いる医療機関において大きく、中でも案1及び案3による見直しの場合に特に大きいことが示された。したがって、該当患者割合の基準を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が基準を満たさなくなることが想定される。

4．一方で、患者の状態に応じた適切な入院料が選択され、医療資源が適切に配分されるよう、地域医療に配慮しつつも、急性期一般入院料1から他の入院料への転換を含めた、適切な機能分化が促される取組を進めることは重要である。今回の診療報酬改定において後期高齢者の中等症の急性疾患ニーズに応える地域包括医療病棟が新設されること、入院基本料の見直しが見込まれていること及び前回改定における重症度、医療・看護必要度の見直しにおいて、一定程度の医療機関が基準を満たさなくなることが想定されていたにもかかわらず、実際には急性期一般入院料1の病床数は増加したことを考慮すると、今回の改定においては該当患者割合の基準を一定程度高く設定することが、将来の医療ニーズ及び人口構成の変化を踏まえ、入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制の構築を進めるに当たり重要と考えられる。

5．以上から、平均在院日数の基準は16日以内とした上で、見直し案4を採用し、シミュレーションで示された実態を踏まえつつ、重症度、医療・看護必要度について、該当患者割合の基準を2つに分けた上で、機能分化の推進という観点から、専門的な急性期治療を要する患者の集約化のため、該当基準割合①は18%よりも高く20%とする。その上で、地域の実情に鑑み、該当基準割合②については、27%とする。

（※2）該当患者割合①：「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する患者の割合、該当患者割合②：「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する患者の割合

6．急性期一般入院料2から5までにおける重症度、医療・看護必要度については、上記の急性期一般入院料1での対応を踏まえ、見直し案4による項目の見直しを行った上で、該当患者割合（※3）の基準について、重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの間に一定の差を設け、以下のとおりとする。

7．なお、特定機能病院入院基本料（7対1）等の入院料や、その他の加算等の施設基準における該当患者割合の基準については、同様の考え方に基づき、適切に定めることとする。

8．今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の見直し

第1　基本的な考え方

医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料1の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

第2　具体的な内容

急性期一般入院料1の施設基準のうち平均在院日数の基準について、18日から16日に見直す。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

第1　基本的な考え方

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。

第2　具体的な内容

1．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。

○「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。

○「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする。

3．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

	改定案		現行（カッコ内は許可病床200床未満の場合の基準）	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料1	割合①：2割1分 割合②：2割8分	割合①：2割 割合②：2割7分	3割1分 （2割8分）	2割8分 （2割5分）
急性期一般入院料2	2割2分	2割1分	2割7分 （2割5分）	2割4分 （2割2分）
急性期一般入院料3	1割9分	1割8分	2割4分 （2割2分）	2割1分 （1割9分）
急性期一般入院料4	1割6分	1割5分	2割 （1割8分）	1割7分 （1割5分）
急性期一般入院料5	1割2分	1割1分	1割7分	1割4分
7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る））		割合①：2割 割合②：2割7分		2割8分
7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）	0.8割	0.7割	1割	0.8割
7対1入院基本料（専門病院入院基本料）	割合①：2割1分 割合②：2割8分	割合①：2割 割合②：2割7分	3割	2割8分
看護必要度加算1	1割8分	1割7分	2割2分	2割
看護必要度加算2	1割6分	1割5分	2割	1割8分
看護必要度加算3	1割3分	1割2分	1割8分	1割5分
総合入院体制加算1	3割3分	3割2分	3割3分	3割
総合入院体制加算2	3割1分	3割	3割3分	3割
総合入院体制加算3	2割8分	2割7分	3割	2割7分
急性期看護補助体制加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護職員夜間配置加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護補助加算1	0.4割	0.3割	0.5割	0.4割
地域包括ケア病棟入院料	1割	0.8割	1割2分	0.8割
特定一般病棟入院料の注7	1割	0.8割	1割2分	0.8割

第19回「DPCセミナー」開く

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～

全国公私病院連盟は2月22日、「全国都市会館」で「DPCセミナー」を開催した。今回は「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～」をテーマに、講師には、松田晋哉先生（産業医科大学医学部公衆衛生学教授）、石川賀代先生（社会医療法人石川記念会HITO病院理事長）、鴻江俊治先生（田川市病院事業管理者）、宮地正彦先生（掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター企業長兼院長）の4氏をお迎えし、本連盟の邉見公雄会長と中村哲也副会長（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院理事長）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こととする。

会場のもよう

DPC制度のこれから
松田晋哉

DPC制度については2つのことが今後課題になると考える。

1つ目は地区診断およびその結果に基づく施設の機能診断へのDPCデータのさらなる活用である。我が国では、2年ごとの診療報酬の改定に対応することが病院経営の基本的姿勢であった。しかし、高齢化の急速な進行により、傷病構造が大きく変化している。こうした構造的な変化に、診療報酬の改定は必ずしも対応していない。

しかも、その構造変化の内容は地域によって異なる。経営の基盤となる地域の需要が大きく変わっている現在は、それをデータで確認し、自施設の立ち位置を考える必要がある。DPC対象病院は、このデータ分析・活用の力が今後試されることになるだろう。

2つ目は、高齢化に対応したDPC分類及び係数の見直しである。本講演で示すように、高齢化の進行にともなって、現在の分類では対応しきれない状況が生じ始めている。

具体的には、ADLの状況、年齢、リハビリテーションの評価などがある。例えば、カナダの診断軍分類であるCMGやアメリカの包括的な分類であるHCCでは、年齢やADLの状況が分類のキーとして使われている。この見直しが、今後2年間の喫緊の課題であると考える。

中村副会長

邉見会長

当たり前のDPC活用
～これまでと今後～
鴻江俊治

田川市立病院（以下、当院）は福岡県内の人口減少地域に位置する中核病院（しかしながら中小病院）である。当地の医療需要は既に減少の一途を辿り、介護需要すら2030年にピークを迎えると推定される。①人口減少による患者減少、②人材、特に医師と薬剤師の確保困難、③都市部への患者流出が大きな課題である。今回のCovid－19のパンデミック感染において、地域唯一の感染症指定医療機関として主に入院診療に尽力した。その半面、一般診療の制限による医療収益の減少は未だ回復していない。

厳しい財政状況が続いている人口減少自治体の病院としては、繰入金の増加は避けなければならない。ICT化等、医療DXの推進による大規模な病院改善を計る余力はない。病院が抱える課題山積の中でDPC制度を〝当たり前に〟活用することは容易でない。持てる能力で可能な範囲で、すなわち現行の体制で丁寧・着実な〝当たり前の〟活用しか方策はないと考える。

当たり前のDPC／PDPSの活用として、（1）的確な入院期間調整：ベッドコントロール会議、（2）機能評価係数の上昇に寄与する診療の質の改善、（3）適切な診療に応じた加算算定漏れの減少に取り組んだ。

機能評価係数については、①医療安全および感染対策の質向上、医師事務作業補助者増員、看護職員の配置増強、紹介受診重点医療機関の認定が係数Ⅰ、②断らない救急医療、積極的な入退院支援が係数Ⅱの上昇に繋がった。

中核病院として地域に求められる医療を限られた人材で行うため、入院支援を開始、（3）紹介受診重点医療機関の認定に伴い、さらに綿密な病診連携を行うため、診療情報を漏れなく速やかに提供、に努めている。

その他のDPC／PDPSの活用として、当院が属する医療圏のDPCデータから将来の自院が進むべき道を探っている。

地域密着型病院におけるデータの見える化と経営改善
石川賀代

2024年度は、6年に1度のトリプル報酬改定であり、第8次医療計画や医師の働き方改革、医療DXへの対応も含めた変革を求められる重要な年となる。新興感染症の発生を契機に、元々日本が抱えていた課題が顕在化し、コロナ禍により、数十年後の日本の姿が前倒して到来したと感じている。

アフターコロナとなった今、患者の受療動向は明らかに変化し、患者数はコロナ前には戻らず、働き手の確保も困難な状況が続いている。当院が ある四国中央市は、人口8万3千人、高齢化率33％と全国の地方都市が抱える課題に直面している。

2040年には、生産年齢人口が3割減少すると予想されており、病院の持続可能性を追求するために、自院のパーパスに基づいて、ICT利活用を含め、様々な取り組みを実践してきた。DPCデータを活用した病床管理、経営データの見える化や、業務用のSNSで迅速に課題を解決できる仕組みにより、急性期診療単価は1万6千円増加、DPC期間Ⅱ以内の転棟・退院率は、11％改善した。

コロナ受け入れ専従病棟へ急性期病棟をⅠ病棟転換した際の経営データを基にシミュレーションし、今年1月に「戦略的な病床のダウンサイジング」を実行した。急性期要件が厳格化される中、自院のあるべき姿を模索し、働き手に選ばれ、自院の持続可能性を追求していくために、変化に対応し、迅速に行動できる組織運営が求められている。当院における具体的な取組事例をお示しする。

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～
宮地正彦

当院は新研修医制度以降、研修医の減少に伴い、大学からの医師派遣が滞り、診療科の縮小・閉鎖、医療の縮小、経営の悪化により、2つの自治体病院が日本で初めて自治体主導で統合し、2013年に500床の地域の基幹総合病院として開院した。統合により断らない救急医療を行うことが可能となった。外来患者数、入院患者数、救急搬送件数が増加し、病院の経常収支も改善した。

しかし大学からの医師派遣は徐々に滞り、常勤医師数は80人から90人ほどの増加に留まっている。2017年から教育を強化し、初期研修医を増加させる方針を打ち出した。それにより2018年度から5年間14人枠をフルマッチし、全員医師国家試験に合格している。

全国初期研修医共通能力試験では642病院中15位と優秀に研修医が成長した。救急科医の6人から1人への減少による救急科主体から全科医師による救急医療を研修医が支えた。彼らが専攻医として残ることで常勤医の負担が軽減し、地域2病院目の地域がん診療連携拠点病院の指定を2023年に受けることができた。

またコロナ禍において静岡県内から重症感染者を断ることなく受け入れ、静岡県の医療にも貢献できた。医師の業務量が増えたにもかかわらず、医師事務作業補助者の増員、会議の減少・メール会議化、自宅で電子カルテを閲覧できるシステムの導入などの医師業務軽減策により、時間外労働時間が年間1200、960、720時間以上の医師数は2017年度では5名、3名、14名であったが、2022年度は0名、0名、3名と著明に減少した。

2017年度から在院日数の短縮化を行うことで入院診療単価が上昇し、2018年度に経常収支が開院後初めて黒字化した。在院日数は2017年度以前が10・5日ほどであったが、それ以降は9日ほどに短縮したことで、コロナ禍においても感染者対応病床を多くし、入院患者は80人程減少したにも関わらず、経常収支を維持できた。

しかし支出も多く再度赤字に転落したが、回復しつつある。教育の強化、救急科の復活、癌診療の強化を並行して行うことで、働き方改革、病院経営に好結果が生まれた。緩和ケア病棟を2023年に開設し、在宅医療へ繋げている。

今後は病院外への活動を増やし、地域との連携を深め、当院の負担をコントロールしつつ、地域医療の向上を目指す。「できないではなく、やるために考え、工夫し、実行し、結果を出す」をモットーに、ファーストペンギンになることを恐れず、改革し、前に進み続けたいと考えている。

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、「（第33回）診療報酬請求事務セミナー」を開催します。本セミナーはWEBによるオンデマンド配信で、視聴期間中もお申し込みができます。ご参加ください。

1. **視聴期間**
令和6年3月22日（金）～4月30日（火）

2. **テーマと講師：**
①「2024年度診療報酬改定の概要と経営対応」
中林梓先生（ASK梓診療報酬研究所）
②「精神科関連の2024年度診療報酬改定内容と対応策」
酒井麻由美先生（リンクアップラボ）

3. **参加費**
会員病院＝1病院につき1万1千円（税込）
非会員病院＝1施設につき1万3千2百円（税込）

4. **参加申込方法**
全国公私病院連盟のホームページよりお申込みください。

今月の一冊

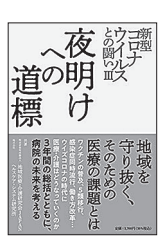
今月は2冊

今月の1冊目は、朝井まかて「花競べ」である。著者は甲南女子大卒という事で関西のメディアによく登場していたが、著作を手にするのは初めてである。江戸時代の寛政の改革後、松平定信失脚の頃、花師達が3年に1度の育種の大会で王者「玄妙」を目指す物語である。花木の国内版五輪みたいなもの、職人小説である。向嶋（現・向島）のなずな屋の夫婦や大工一家など当時の職人の生活が生き生きと描かれている。特に子供達が。また元の奉公先「霧島屋」の娘も叶わぬ恋で花師のライバルに。江戸の四季も隅田堤の花見や大川の花火、今の東京の催事の原型がこの時代に整ったのがよく判る。しかし、この本に一貫しているのは自然の花木、山野草など人の手が余り入らない物を上手く育成するのが最良で、品種改良や投機的な珍種などは邪道という事である。「実さえ花さえその葉さえ」一生を全うし次世代に伝える。生物本来の姿をテーマにしているのである。動かない植物の子孫の残し方なども、前回のＮＨＫ朝ドラ「らんまん」を見ていて、牧野富太郎博士に興味が高まっていたのでタイトルに魅かれて読んでみた。読んで良かった。作者の処女作とは到底思えない。起承転結のあるストーリーである。能登半島地震、ガザ、ウクライナ、米大統領選挙など暗いニュースも多いので、シリアスなものより、この作家の根明な感じをもう数冊読もうと思っている。次は題名から「すかたん」かと。

◆　◆

2冊目は、「新型コロナウイルスとの闘いⅢ・夜明けへの道標」である。不肖私達のＮＰＯ地域医療・介護研究会とそのコアメンバーであるヘルスケアシステム研究所による出版である。第Ⅰ弾、第Ⅱ弾は2類相当の時、先の見えない闘いの記録であったが、今回は5類移行後の著作であり、ワクチン普及、インフルエンザとの同時流行、働き方改革や介護人材不足、ウィズコロナの時代に医療・介護は？コロナパンデミックの3年間の総括と共に病院の今後の課題、未来を考える1冊となっている。自治医科大学長の永井良三先生の特別寄稿から天草市立栖本病院の水流添覚院長まで、全国各地で規模の異なった組織でこのウィルスと闘った方々の血と汗と涙のレポート、集大成である。特に彦根市立病院は金子院長初め各分野10名の方々に執筆して頂き、滋賀県のリーダー的活躍の実態の全容が把握出来る。救急隊員やワクチン配送担当者の執筆もあり、是非お読み頂きたい1冊である。

『花競べ　向嶋なずな屋繁盛記』
朝井まかて／著
講談社文庫／刊



『新型コロナウイルスとの闘いⅢ・夜明けへの道標』
地域医療・介護研究会Ｊａｐａｎ、ヘルスケア・システム研究所／共著

推薦者：全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

令和6年度改定答申　中医協で付帯意見も

2月14日に答申された「令和6年度診療報酬改定」の付帯意見を抜粋して以下に掲載します。

答申書附帯意見

▼全般的事項

1．近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療ＤＸの推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

▼賃上げ全般

2．看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

▼医療ＤＸ

3．令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和6年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療ＤＸ推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。

加えて、医療ＤＸ推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

▼働き方改革・人材確保

4．医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

▼入院医療

5．新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10対1の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。

6．急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、ＳＯＦＡスコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。

7．地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

8．救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。

9．ＤＰＣ／ＰＤＰＳ及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

10．入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

▼外来医療

11．地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。

12．生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。

加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。

13．かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。

14．情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

15．情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

▼精神医療

17．地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

▼リハビリテーションへの対応等

18．回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

※以下は略

▼在宅医療等
▼医療技術の評価
▼歯科診療報酬
▼調剤報酬
▼敷地内薬局
▼長期処方やリフィル処方
▼後発医薬品の使用促進
▼長期収載品
▼薬価制度
▼保険医療材料制度
▼施策の検証

◇　◇

全国公私病院連盟の各種団体保険

病院賠償責任保険
・勤務医師賠償責任保険（包括契約・個人契約）
・看護職賠償責任保険（包括契約）
・医療従事者賠償責任保険（包括契約）
医療機関用サイバー保険
医療廃棄物排出者責任保険
医療機関用受託者賠償責任保険
現金総合保険
医療事故調査費用保険
訪問看護事業者賠償責任保険
保育所賠償責任保険・保育所傷害保険
医療施設特約オプション

雇用慣行賠償責任保険
使用者賠償責任保険
居宅事業者総合保険

＜お問合せ先＞

取扱代理店
株式会社　公私病連共済会
〒111-0042　東京都台東区寿4-15-7
食品衛生センター7階
TEL 03-5830-6193　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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　FAX 03-6388-0153
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

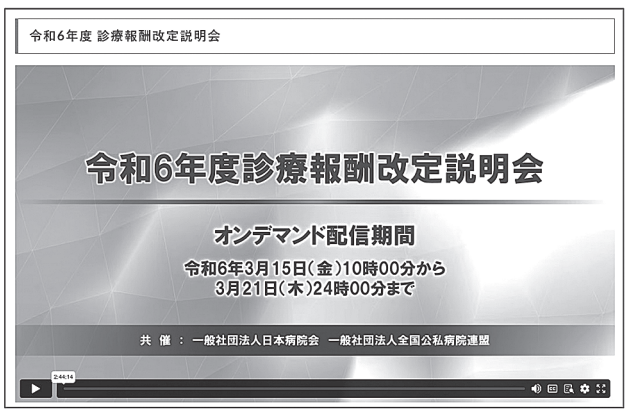
保険の詳しい内容については、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

診療報酬改定説明会開く

公私病院連盟と日本病院会の共催で
令和6年度改定の説明会

全国公私病院連盟は日本病院会と共催で3月14日（木）に「令和6年度診療報酬改定説明会」を開催した。当日は、日本病院会の相澤孝夫会長と全国公私病院連盟の邉見公雄会長が開催挨拶を行った後、日本病院会の診療報酬検討委員会委員長で前・中央社会保険医療協議会の委員を務めた島弘志先生の司会により、講師に厚生労働省保険局医療課の加藤琢真・課長補佐を招聘して、同氏から3月5日（火）に告示された令和6年度診療報酬改定の説明を受けた。なお、講演の模様は3月15日はライブ配信で行なわれ、翌日から24日まで同様の内容を録画で視聴できるようにした。

令和6年度診療報酬改定説明会の模様



講師：
厚生労働省保険局
医療課
加藤琢真・課長補佐

（右写真）日本病院会
会長　相澤孝夫先生

（右写真）全国公私病院
連盟　会長　邉見公雄

（右写真）日病診療報酬
検討委員会委員長、前中
医協委員　島　弘志先生

厚労省が疑義解釈

厚生労働省保険局医療課は3月28日付で、今回の診療報酬改定に伴う事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」を発出していますのでお知らせします。

※以下に「疑義解釈」の一部を掲載します。

医科診療報酬点数表関係

【治療室一般】

【問83】「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料1、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び「A303」の「1」母体・胎児集中治療室管理料の施設基準において、「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと」とされているが、当該保険医療機関が宿日直許可を取得していないことが求められるのか。

【答】当該要件は、保険医療機関が宿日直許可を取得していないことを求めるものではなく、当該治療室に勤務する専任の医師が、宿日直を行う医師ではないことが求めるものである。

【問84】「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料1、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料及び「A303」の「1」母体・胎児集中治療室管理料の施設基準において、「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと」とされているが、当該治療室に勤務する医師が、宿日直を行う医師ではない医師であって、宿日直許可を取得している業務に従事する場合について、どのように考えればよいか。

【答】宿日直許可を取得している業務に従事するかにかかわらず、専任の医師が当該治療室に勤務している間、宿日直を行っていないことが求められる。

【救急患者連携搬送料】

【問175】「C004-2」救急患者連携搬送料について、搬送先の保険医療機関に属する緊急自動車が患者の初期診療を行った保険医療機関まで赴き、初期診療を行った保険医療機関の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上で当該患者を搬送した場合は算定可能か。

【答】要件を満たせば算定可能。

【問176】救急患者連携搬送料について、市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車により搬送が行われた場合でも、算定できるのか。

【答】算定できない。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係

【共通事項】

【問3】医科点数表における「O000」及び歯科点数表における「P000」看護職員処遇改善評価料並びにベースアップ評価料の施設基準において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金（超過勤務手当）や賞与に反映させる必要はあるのか。

【答】労働基準法第37条第5項及び労働基準法施行規則第21条で列挙されている手当に該当しない限り、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。当該評価料に係る「決まって毎月支払われる手当」については、その性質上、上記手当には該当しないことから、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。

なお、「決まって毎月支払われる手当」をいわゆる賞与の算定に際して反映させるか否かは、各医療機関の定めによる。

時評

コロナ禍を通して感じたこと

連盟　理事　石川悦久

先日、全日本建設技術協会の大石久和先生の講演を聴く機会を持った際、「国土に働きかけなければ、国土は恵を返してくれない、国土は我々が働きかければかけるほど、より多くの恵を返してくれる。」という言葉にハッとさせられた。

この数年で、我々医療従事者は国民の皆様とともに、暗く険しいトンネルをくぐり、ウィルスの毒性や流行パターンにより、各専門分野なりの切り抜け方を学び成長した部分があるものの、医療現場ではいまだにクラスターを通して診療の制限とその解除に翻弄されている病院も多い。また、患者さんとご家族だけでなく、行政も含めた国民皆様の協力がなければ、我々の力は儚いものであることも実感した。

一方、社会全体として、子供も含めた若い世代について語るときに、コミュニケーション不足などの弊害に、負の側面ばかりが指摘されていることに違和感を覚える。

実際、我が国では、彼ら若い世代の忍耐と努力による感染拡大防止対策の実践や協力により、世界各国に比べ明らかに、重い病気を持つ方々や高齢の方々が救われたことは事実であり、それは称賛に値するものである。人生の大切な時期に、あれだけの制約を迫られ、自分の境遇と向き合った世代の中から、沢山の優秀な人材が輩出し、将来的に彼らの連帯感が生まれてくるに違いないと感じている方も多いと思う。

マスコミの論調や国民感情はどうあれ、彼ら若い世代の現状を不用意に批判するのではなく、人的資源が重要である医療業界において、まず我々医療従事者が若い世代に敬意と感謝の念を持ち、そして彼らの協力があった事実を、今後忘れないことが大切ではないか。これからコロナ禍で確実に加速したICTなどの先進的技術の導入がより進めば医療業界において、若い世代がさらに活躍する時代がきっとやってくる。

将来、彼らがこの数年の経験を振り返ったときに、自分と向き合った大切な時間を通して、限られた仲間と限られた条件の中で培った大切な時期だったと思い返し、比較的恵まれた環境にあった若い世代の人が、そうでなかった人を思いやることのできる社会を実現するためにも、医療業界や国の方針に従ってくれた彼らに、まず感謝と敬意をこめて何をどう働きかけていくべきか考え実践していきたい。

（御殿場石川病院・理事長）

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7（〒111-0042）
食品衛生センター7階
TEL03（6284）7180 FAX03（6284）7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行　年間購読料1,000円
（購読料は会費に含まれます）

国民医療のために
病院診療報酬の確保
引き上げを

いろ鉛筆

2040年代では人口は約1億人になり、うち高齢者が30%以上を占めるとの推測がある。少子高齢化はその先も進むことは皆が信じている。今後の高齢者医療をどうするか、当然負担と給付がセットになることになるが、若者への負担軽減が政策的に語られていることは当然であるが、今の若者たちも2050、2070年代には高齢者に含まれてくることを考えておく必要がある▼今回の診療報酬改定の目玉の一つに、高齢者救急患者をどうするかが議論されている。高齢者は何といっても、多くの合併症を有しているし、一般急性期の入院患者の平均年齢は70歳前後であることからして、在宅や諸施設からの高齢者救急救命医療をどうするか？地域包括医療病棟など新設の入院料を設けることで7対1の急性期一般入院料1を減らす動きがある一方、重症度、医療・看護必要度の引き締めに躍起になっている姿が見える▼プラス0・88%の改定率は一見病院経営にはいい数字であるが、そのうち0・61%が人件費増額相当であると本体部分はどうなるのか、今の時点では見当がつかない。24年度2・5%、25年度2・0%のベースアップが叶うかどうかが心配である。

（H・S）

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」(令和5年6月調査)の結果が2月16日に公表された。これによると、6月中の100床当たり「総費用」は2億4239万1千円(前年6月比・伸び率2・8%増)、「医業費用」は2億3955万3千円(前年6月比・伸び率2・7%増)となった一方、6月中の「総収益」は2億2341万1千円(前年6月比・伸び率0・5%増)、「医業収益」は2億1902万6千円(前年6月比・伸び率0・6%増)となり、総収益から総費用を差し引いた100床当たりの「総損益差額」は1898万円の赤字、医業収益から医業費用を差し引いた「医業損益差額」も2052万7千円の赤字となり、人件費をはじめ光熱水費や材料費の高騰等による費用増加を収益で補いきれず、病院経営が依然として厳しい状況下に置かれていることが示された。なお、同調査の詳細な結果は3冊の報告書にまとめられ、3月27日に発刊されている。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。

表1　一般病院の平均在院日数、開設者別、病床規模別

開設者＼病床規模	総数	20～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700床～
総数	12.78	23.26	21.71	15.86	12.70	11.49	10.52	10.37	11.53
自治体	12.11	27.50	21.85	13.64	12.38	11.28	10.79	10.12	10.33
その他公的	12.28	32.85	20.60	16.91	12.81	11.38	10.35	10.83	10.23
私的	15.16	17.59	22.24	18.20	13.03	12.71	10.10	9.28	14.48

表2　一般病院の病床利用率、病院規模別

年次＼病床規模	総数	20～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700床～
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
5	68.38	64.27	69.68	65.19	66.98	67.92	69.66	71.25	70.99

調査結果の概要

また、今回の調査において集計対象とした病院数は728(調査協力を依頼した病院数3017、回答率24・1%)であり、その内訳は開設者別にみると、自治体病院307(構成比42・2%)、その他公的病院209(構成比28・7%)、私的病院177(構成比24・3%)、国立・大学付属病院等35(構成比4・8%)である。

(1)平均在院日数

病院総数でみると13・18日(前年6月13・53日)となっており、開設者別にみると、自治体病院は12・71日(前年6月13・13日)、その他公的病院は12・42日(前年6月12・58日)、私的病院は15・54日(前年6月16・33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・37日、②500～599床10・52日、③400～499床11・49日、④700床以上11・53日、⑤300～399床12・70日、⑥200～299床15・86日、⑦100～199床21・71日、⑧20～99床23・26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68・22%(前年6月67・94%)となっており、病院の種類別にみると、一般病院68・38%(前年6月67・86%)、精神科病院63・81%(前年6月69・48%)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・25%、②700床以上70・99%、③100～199床69・68%、④500～599床69・66%、⑤400～499床67・92%、⑥300～399床66・98%、⑦200～299床65・19%、⑧20～99床64・27%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190・5人(前年6月189・9人)となっており、職種別にみると、医師24・7人(前年6月24・6人)、看護部門職員101・5人(前年6月102・5人)、看護部門職員のうち看護師90・2人(前年6月91・5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・1人、リハビリ部門職員10・8人、栄養(食事)部門職員3・7人となっている。

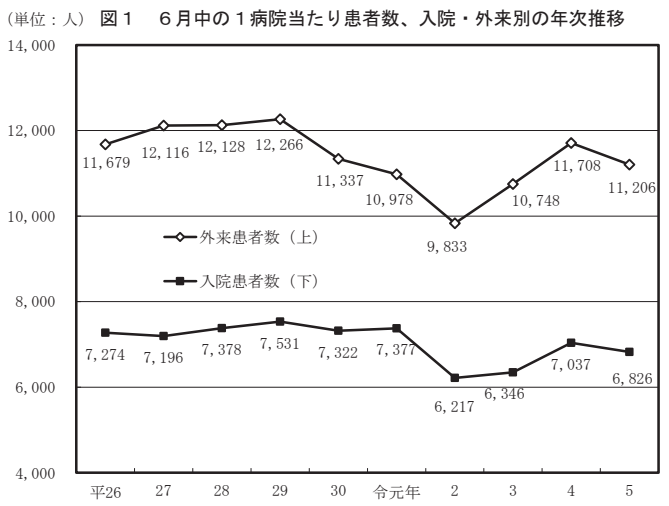
(4)6月中の1病院当たり入院患者数

病院総数でみると、6月中の1病院当たり入院患者数は、6826人(前年6月7037人)となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり211人の減少である。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、1万1206人(前年6月1万1708人)となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり502人の減少である。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。

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



(6)医師1人1日当たり取扱い患者数

入院の平均は3・4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・3人、精神科7・5人、整形外科6・7人などで、少ないのは歯科1・5人、放射線科1・6人、小児外科1・9人などである。

外来の平均は6・4人(前年6月6・5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・1人、眼科11・8人、歯科9・9人、泌尿器科9・4人、耳鼻いんこう科9・2人などが多く、少ないのは麻酔科1・7人、小児外科2・3人、心臓血管外科2・6人、呼吸器外科3・1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25万6千円となっている。診療科別でみると、入院で比較的高額なのは、リハビリ科72万3千円、脳神経外科51万5千円、整形外科39万9千円、神経内科32万7千円などである。

DPC以外の病院における外来の平均は11万4千円となっている。診療科別でみると、外来で比較的高額なのは、肛門外科26万4千円、消化器外科22万9千円、泌尿器科16万4千円、眼科15万3千円などである。

DPCの病院における入院の平均は21万9千円となっている。診療科別でみると、入院で比較的高額なのは、心臓血管外科49万5千円、整形外科44万円、循環器内科41万4千円、脳神経外科40万8千円、リハビリ科40万2千円などである。

DPCの病院における外来の平均は11万7千円となっている。診療科別でみると、外来で比較的高額なのは、泌尿器科21万7千円、呼吸器内科20万8千円、内科18万3千円、眼科16万7千円、消化器内科16万2千円などである。

(8)主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入

DPC以外の病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院で比較的高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の7万9586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17万4136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2万6774円であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万2200円である。

外来では、肛門外科3万2626円をはじめ、消化器外科3万1623円、放射線科2万8375円などが高額であるのに対し、最も小額なのは麻酔科の3815円である。

図2-1　主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

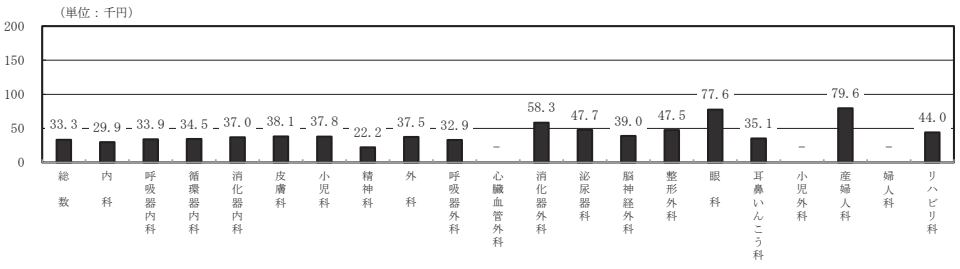


図2-2　主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

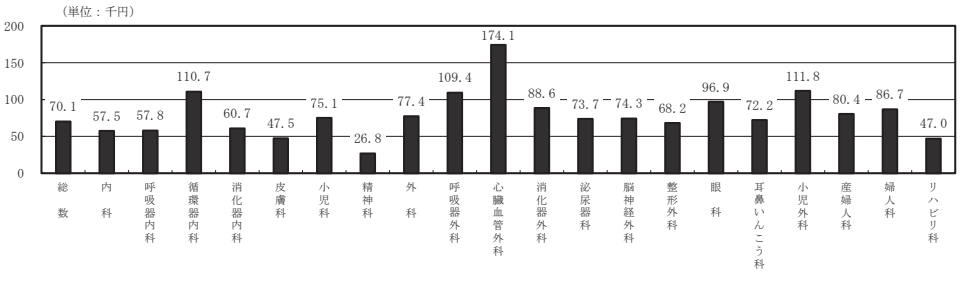


図3-1　主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

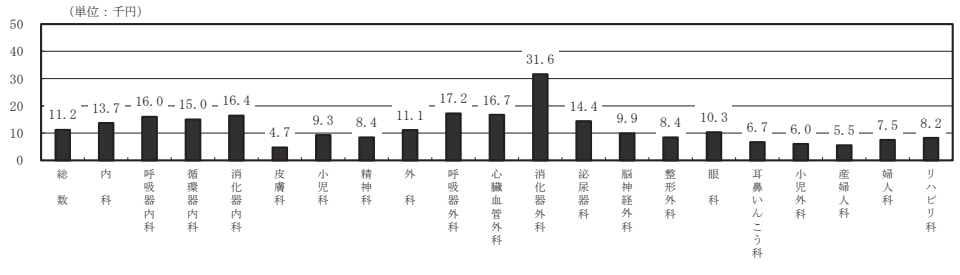
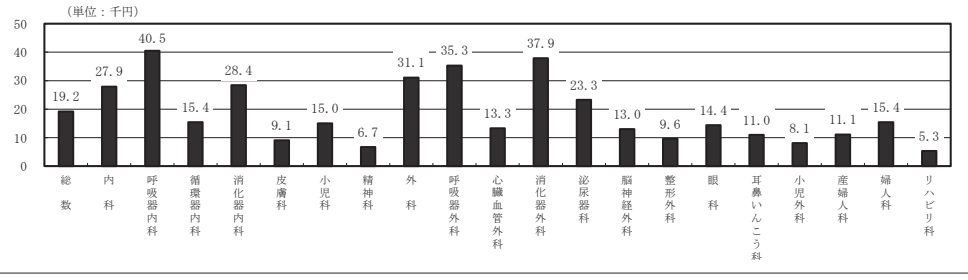


図3-2　主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】



3面へつづく

令和５年６月 病院運営実態

2面からつづく

る。外来では呼吸器内科の4万541円をはじめ、消化器外科3万7892円、呼吸器外科3万5267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5262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2億4239万1千円（前年6月比・伸び率2・8％増）、医業費用は2億3955万3千円（前年6月比・伸び率2・7％増）となっている。また、医業費用のうち給与費は1億2103万3千円（前年6月比・伸び率1・4％増）、材料費は6498万円（前年6月比・伸び率3・4％増）、経費は3721万4千円（前年6月比・伸び率5・1％増）となっている。

なお、材料費のうち薬品費は3920万2千円（前年6月比・伸び率4・7％増）となっており、経費のうち委託費は1893万9千円（前年6月比・伸び率1・8％増）となっている。

6月中の総収益は2億2341万1千円（前年6月比・伸び率0・5％増）、医業収益は2億1902万6千円（前年6月比・伸び率0・6％増）となっている。また、医業収益のうち、入院収入は1億4384万3千円（前年6月比・伸び率1・3％増）、外来収入は6799万5千円（前年6月比・伸び率0・7％減）となっている。

100床当たり収支金額を科目・年次別にみると表3のようになっている。

（10）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2億4239万1千円（前年6月比・伸び率2・8％増）であるのに対して、総収益は2億2341万1千円（前年6月比・伸び率0・5％増）となっており、総収益から総費用を差し引くと△1898万円（前年6月△1367万1千円）の赤字となっている。その結果、総費用対総収益比率は、108・5％（前年6月106・2％）になっている。

医業費用は2億3955万3千円（前年6月比・伸び率2・7％増）であるのに対して、医業収益は2億1902万6千円（前年6月比・伸び率0・6％増）となっており、医業収益から医業費用を差し引くと△2052万7千円（前年6月△1561万2千円）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、109・4％（前年6月107・2％）になっている。総損益差額および医業損益差額を年次別にみると図4のようになっている。

（11）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520院のうち23・1％（120病院）の病院が黒字となっていて、赤字病院数の割合は76・9％（400病院）であった。これを年次別にみると図5のようになっている。

開設者別でみると、自治体病院203病院のうち7・9％（16病院）が黒字となっていて、赤字病院は92・1％（187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180病院のうち26・7％（48病院）が黒字となっていて、赤字病院は73・3％（132病院）であり、私的病院では137病院のうち40・9％（56病院）が黒字となっていて、赤字病院は59・1％（81病院）であった。

（12）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44万4千円であり、職種別にみると、医師107万9千円、看護師37万6千円、准看護師32万2千円、看護業務補助者23万3千円、薬剤師38万8千円、その他の医療技術員34万円、事務職員30万7千円、技能労務員26万3千円となっている。

注意事項

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

（2）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。

本連盟ホームページでも本概要をご覧になれます。

図５　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

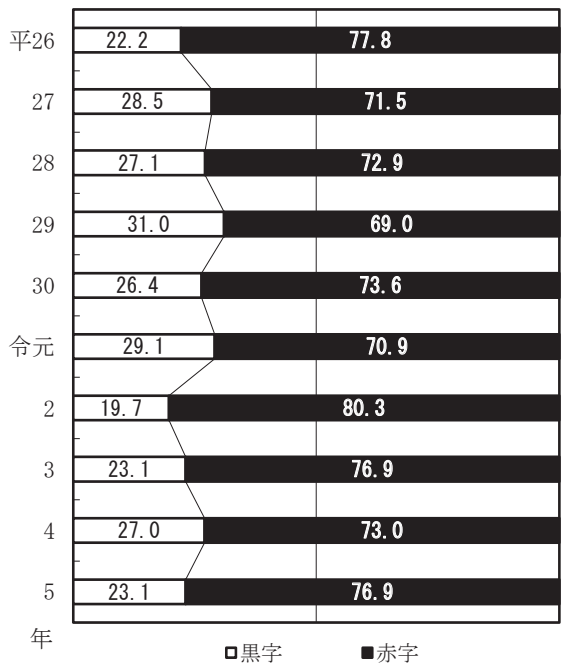
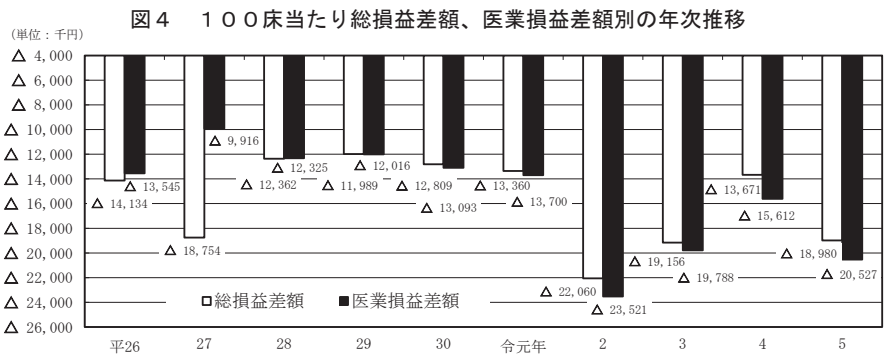


表３　１００床当たり収支金額、科目・年次別

（金額単位：千円）

科目	令和元年6月	令和2年6月	令和3年6月	令和4年6月	令和5年6月
【費用】					
総費用	218,132	215,538	227,157	235,871	242,391
Ⅰ 医業費用	214,310	212,478	223,705	233,230	239,553
1.給与費	111,451	111,738	115,390	119,324	121,033
2.材料費	53,945	52,839	58,591	62,850	64,980
うち薬品費	32,431	32,309	35,565	37,425	39,202
3.経費	32,426	32,039	33,805	35,415	37,214
うち委託費	16,568	16,761	17,844	18,613	18,939
4.減価償却費	14,073	13,673	13,814	13,600	14,118
5.資産減耗損	349	229	244	187	194
6.研究・研修費	990	900	793	810	840
7.本部費分担金等	1,076	1,059	1,068	1,045	1,173
Ⅱ 医業外費用	2,464	2,407	2,165	2,119	2,127
Ⅲ 特別損失	1,358	653	1,287	521	711
【収益】					
総収益	204,772	193,478	208,001	222,200	223,411
Ⅰ 医業収益	200,610	188,957	203,917	217,618	219,026
1.入院収入	133,350	124,498	130,718	142,044	143,843
2.室料差額収入	2,404	2,111	2,049	2,200	2,210
3.外来収入	60,056	58,832	65,883	68,491	67,995
4.公衆衛生活動収入	1,720	1,227	2,184	1,888	1,936
5.医療相談収入	2,365	1,981	2,352	2,365	2,599
6.その他の医業収入	715	308	730	630	444
Ⅱ 医業外収益	3,404	4,016	3,204	3,622	3,681
Ⅲ 特別利益	758	505	880	960	704
総収益 － 総費用	△ 13,360	△ 22,060	△ 19,156	△ 13,671	△ 18,980
医業収益 － 医業費用	△ 13,700	△ 23,521	△ 19,788	△ 15,612	△ 20,527
総費用／総収益×100	106.5	111.4	109.2	106.2	108.5
医業費用／医業収益×100	106.8	112.4	109.7	107.2	109.4
病院数	635	659	593	500	520
平均病床数	306	295	299	320	310

図４　１００床当たり総損益差額、医業損益差額別の年次推移



全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

令和５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

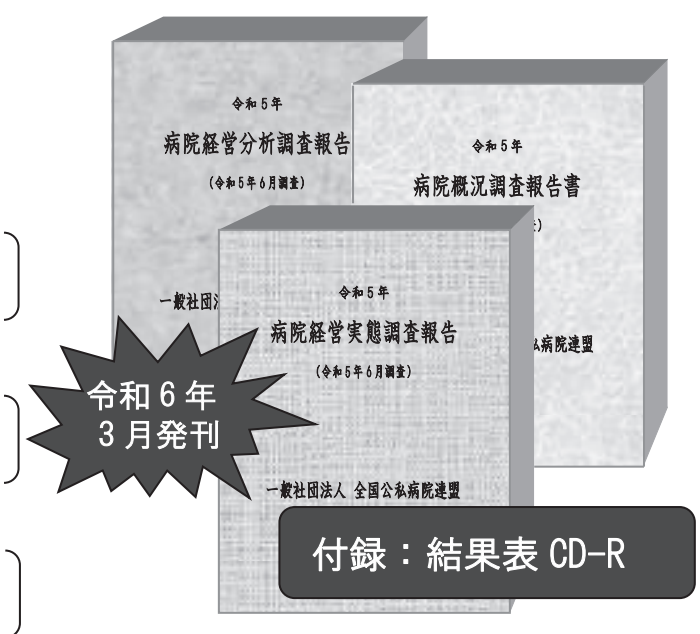
経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和５年６月調査　**病院経営分析調査報告**　（定価 16,000 円＋税　A４版 約750 ページ）

内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

令和５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（６２８４）７１８０

今月の一冊と一本

今月は「八月の御所グラウンド」。今回の直木賞受賞作である。著者が京都大学卒という事で、芥川、直木、江戸川など文学賞受賞作に飛び付くのはミーハー的と、熱が冷めてから読むという鉄則を破ってしまった。実は学生時代は御所グラウンドで草野球をやり、父親になってからは2人の息子と三角ベースなどをよくやった思い出の地がタイトルだったから…。本は上司達が学生時代からのマドンナのバーマダムのご褒美(ほっぺにチュー)を目当てに、自分の講座の学生や自社の若手社員などでチームを作って試合をするのである。卒業論文を餌的に主任教授に与えられた主人公、メンバー集めに深夜勤務のバーのアルバイトボーイや色々な仕事の達人の混成チームが、元ノンプロの有名チーム所属だった投手を打ち崩したりする。痛快コメディー的な要素もある。中国からの女子留学生などは現在も身近に居そうである。我々が学生だった頃の京都は「坊さん、学生さん、芸舞妓さん、この3さんで持っている街なので皆この3つを大事にしますよ」が下宿の叔母さんの口癖だった。僧侶、寺院はこの小説には出ていないが、後の2つは底流にあり、やはり京都らしい物語。フィナーレに近い五山の送り火、彼女が戻って来るハッピーエンドも青春小説らしい。又、新選組や学徒出陣など先の戦争で亡くなった大投手らしき人も出場するのが千年の都、京都らしい。

今の御所グラウンドの近くには関西迎賓館が出来、外国からの賓客や皇族などが泊まられ時々使用が制限されるのが利用者の悩みの様である。早朝に次回の使用が高倍率の籤引きで長蛇の列だったのも懐かしい思い出である。因みに私達の下宿チームはこのグラウンドで成績は良くなく勝率は3割位。私が予告高生や中学生を応援に呼んだ試合は3回途中でボコボコに打たれ、ボロ負けした苦い経験も…。同じ本に掲載の「十二月の都大路」も年末の高校女子駅伝が描かれ、同系のスポーツ青春録で楽しく読める一冊である。

■　■

今年度から本の書評だけでなく、映画評論も試みたい。読者の評価により止める時はお赦し下さい。月3本位観て1本取り上げたい。まず、今回は京都出町座という喫茶店(?)を改造、下は喫茶と本屋。2階は小さな100人位収容の映画館で若いスタッフのみ。その昔、一乗寺にあり京大生がアルバイトで上映する映画を選び大当りし、その後彼がオーナーになった。「京一会館」を彷彿させる佇まいである。ここで観たのは役所広司主演の「PERFECT DAYS」である。名匠ヴィム・ヴェンダース監督の描く極く普通の一般人の毎日である。セリフは殆ど無く、淡々と出勤、仕事の場面が続く。羨ましいが決して真似出来ないリズミカルなレギュラーな生活である。

「身代わり忠臣蔵」は赤穂観光大使(無給、無益、大使特権零)という役柄上、ローカル線維持と街興しで創られた赤穂駅の「プラット赤穂」で観たが、討ち入り以後はオチャラケ過ぎである。吉良側からの描写は面白い企画ではあるが…。

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)

『八月の御所グラウンド』
万城目　学／著
文藝春秋／刊

『PERFECT DAYS』
監督／ヴィム・ヴェンダース
キャスト／役所広司　他

令和6年度 事業計画書

3月8日に開かれた全国公私病院連盟の3月の理事会で、「令和6年度事業計画書」が了承されている。

全国公私病院連盟では、国民医療の確保と会員病院はもとより全国の病院の医療・保健・福祉活動に資するため、以下の事業を推進することとしている。

1. 診療報酬および介護報酬対策運動の推進
(1) 令和8年度診療報酬改定に向けた対策の推進
(2) 控除対象外消費税の解消対策の推進
(3) 中央社会保険医療協議会への病院の意見反映
(4) 次期介護報酬改定に向けた対策の推進

2. 医療制度対策の推進
(1) 医療保険制度対策の推進
(2) 専門医制度対策
(3) 勤務医師確保対策および労働負担軽減対策
(4) 医療提供体制対策の推進
①地域医療構想対策
②看護師確保対策
③療養病床のあり方の検討
(5) 医療基本法制定に向けた対応

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

4. 組織強化対策の推進
(1) 加盟団体の組織強化の推進
(2) 日本病院団体協議会(日病協)との連携
①日病協「代表者会議」の対応
②日病協「診療報酬実務者会議」の対応
(3) 委員会活動の活性化

5. 病院経営改善対策の推進
(1) 病院の経営改善対策
(2) 税制対策の推進
(3) 調査活動の推進
(1) 令和6年6月病院運営実態分析調査の実施および報告書の発行
(2) 病院経営健全化のために必要な調査の実施

7. 広報活動の推進
(1)「公私病連ニュース」の発行
(2) 第34回「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
①第34回診療報酬請求事務セミナー
②第32回医療事故防止セミナー(企画協力：㈱公私病連共済会)
③第35回看護管理セミナー
④第20回DPCセミナー
※海外病院医療視察研修団の派遣は、受け入れ可能な国、病院の情報を収集しながら実施の有無を検討する。

9. 保険事業の推進
(1) 病院賠償責任保険の取り扱い
(2) 勤務医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
(1)「創立60周年記念式典」の開催

以上

全国公私病院連盟の各種団体保険

病院賠償責任保険
・勤務医師賠償責任保険(包括契約・個人契約)
・看護職賠償責任保険(包括契約)
・医療従事者賠償責任保険(包括契約)
医療機関用サイバー保険
医療廃棄物排出者責任保険
医療機関用受託者賠償責任保険
現金総合保険
医療事故調査費用保険
訪問看護事業者賠償責任保険
保育所賠償責任保険・保育所傷害保険
医療施設特約オプション

雇用慣行賠償責任保険
使用者賠償責任保険
居宅事業者総合保険

〈お問合せ先〉

取扱代理店
株式会社 公私病連共済会
〒111-0042　東京都台東区寿4-15-7
食品衛生センター7階
TEL 03-5830-6193　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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　FAX 03-6388-0153
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

保険の詳しい内容については、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。

全国公私病院連盟 役員会だより

期日　3月8日(金)
会場　スクワール麹町3階「華」

【主な報告事項】
①日病協「代表者会議」(2月16日)
浦田副会長より報告があった。
②日病協「診療報酬実務者会議」(2月21日)
中野常務理事より報告があった。
③小熊副会長からの報告
小熊副会長より、社保審「医療部会」(2月9日)の報告があった。

【主な協議事項】
①令和6年度事業計画書(案)について
事務局から説明があり了承された。
②令和6年度収支予算書(案)
事務局から説明があり了承された。
③令和6年度積立金の取り崩し(案)
事務局から説明があり了承された。
④令和6年度「定時総会」について
中村副会長より、決議の追加について説明があり議論した。
⑤連盟のロゴについて
⑥令和6年度「理事会」の日程(11月の変更)

【事務連絡】
①次回以降の「理事会」等日程
②連盟「第33回診療報酬請求事務セミナー」(WEBセミナー)の開催
③前回「理事会」(2月9日)議事録案

以上

会場のもよう

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7（〒111-0042）
食品衛生センター7階
TEL03（6284）7180 FAX03（6284）7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行　年間購読料1,000円
（購読料は会費に含まれます）

令和6年度 診療報酬改定 疑義解釈資料発出

厚生労働省保険局医療課は、令和6年度診療報酬改定に伴う疑義解釈「（その1）3月28日付」「（その2）4月12日付」を発出した。6月1日から算定を行うための届出受付は5月2日～6月3日だが、締切日直前は届出が集中するので、可能な限り5月17日までに提出するよう呼び掛けている。今号では「疑義解釈」を抜粋して掲載します。

疑義解釈（その1）
厚労省保険局医療課
（令和6年3月28日）

「医科診療報酬点数表関係」（抜粋）

■入院料通則（栄養管理体制の基準）

【問23】栄養管理体制の基準について、「あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること」とされているが、「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」の具体的な内容如何。

【答】GLIM基準による栄養状態の評価を位置づけることが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を栄養管理手順に位置づけた場合も含まれる。ただし、血中アルブミン値のみで栄養状態の評価を行うことは標準的な手法に含まれないため、複合的な栄養指標を用いた評価を位置づけること。

【問24】栄養管理体制の基準における「退院時を含む定期的な評価」は、全ての患者に退院時の評価を行う必要があるか。

【答】必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はないが、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、どのような患者や状況の場合に退院時の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておくこと。

■療養病棟入院基本料

【問26】医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、令和6年6月1日以前より当該病棟において中心静脈栄養を開始した場合の取扱い如何。

【答】令和6年6月1日以前の中心静脈栄養を開始した日から起算して30日を超えている場合、令和6年6月1日以降は、処置等に係る医療区分2として評価する。ただし、令和6年3月31日時点において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であっても、中心静脈栄養を実施している患者については、当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。

【問27】問26のただし書について、令和6年4月1日以降に、中心静脈栄養を中止した後に再開した患者であっても経過措置の対象となるのか。

【答】経過措置の対象とならない。

■総合入院体制加算

【問37】「A200」総合入院体制加算の施設基準において、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなす」とあるが、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にあり、契約期間の満了により賃貸借契約を更新した場合は、当該特別の関係があるものとみなされるのか。

【答】賃貸借契約等を更新した場合については、令和6年3月31日以前から特別の関係にあった特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借関係を継続する場合に限り、特別の関係がないものとみなす。

■救急時医療情報閲覧機能

【問38】「A200」総合入院体制加算、「A200－2」急性期充実体制加算及び「A300」救命救急入院料の施設基準における「救急時医療情報閲覧機能」とは具体的に何を指すのか。

【答】厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ」において検討されている、救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み（Action1）」を指す。

なお、機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

■急性期充実体制加算

【問39】「A200－2」急性期充実体制加算について、令和6年度改定において、急性期体制充実加算1と急性期体制充実加算2に評価が細分化されたが、令和6年度改定前に急性期体制充実加算の届出を行っていた保険医療機関における、令和6年6月以降の届出についてどのように考えればよいか。

【答】令和6年6月3日までに急性期体制充実加算1又は急性期体制充実加算2のいずれかの届出を行うこと。この場合であって、令和6年3月31日において急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、引き続き急性期体制充実加算の施設基準における経過措置の対象となる。

【問40】急性期充実体制加算の施設基準において、「当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること」とされているが、化学療法を実施した患者の数について、延べ患者数と実患者数のいずれにより割合を算出すればよいか。

【答】実患者数により算出する。

■リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算

【問54】「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度Barthel Index以下「BI」という）の合計点数をいう）が入院時と比較して低下した患者の割合が3％未満であること」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

【答】BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

【問55】同一の保険医療機関において、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した後に、地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の届出を行っている病棟に転棟した場合について、

2面へつづく

国民医療のために 確保の病院診療報酬の引き上げを

時評

日本のラストチャンス

連盟　理事　黒田　啓史

近年、少子化がますます加速化する中、政府は「こども未来戦略」を昨年の12月22日に閣議決定した。若年人口が急激に減少する2030年代に入るまでが「日本のラストチャンス」とし、2028年度までに年3兆6000億円の予算を組んでいる。この結果、我が国のこども・子育て関係予算は、GDP比で11％となり（一定の前提を置いて試算すると16％程度）、OECDトップ水準のスウェーデンに匹敵するとのことである。

政府は、我々が目指すべき社会の姿は、若い世代が希望どおり結婚し、希望する誰もがこどもを持ち、安心して子育てができる社会、そして、こどもたちが、いかなる環境、家庭状況にあっても分け隔てなく大切にされ、育まれ、笑顔で暮らせる社会であるとし、こうした社会の実現を目指す観点から、次の3つの基本理念「若い世代の所得を増やす」「社会全体の構造・意識を変える」「全てのこども・子育て世代を切れ目なく支援する」を掲げ、今後3年間の集中的な取組として「加速化プラン」を示している。

具体的には、ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組、全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充、共働き・共育ての推進、こども・子育てにやさしい社会づくりのための意識改革を施策の4つの柱とし、この「加速化プラン」を支える安定的な財源の確保と、さらに2030年代初頭までには、こども・子育て予算の倍増を目指すと明示している。ここ20年間取り組まれてきた少子化対策に比べると、かなり充実したものになっているので、計画通り実行に移されることを願う。

ところで、昨今の「子ども・子育て支援金」に対する与野党の論戦は如何なものか。少子化対策の財源のあり方に様々な議論があるのは理解できるが、「増税になる」、「増税にはならない」等の、選挙の票を意識したような問答に大事な時間を費やさず、もう待ったなしの「日本のラストチャンス」を具現化するため、速やかに行動に移していただきたいものだ。財源に関しては、日本の将来のためには有効な少子化対策は不可欠であること、そのためには大きな財源が必要で、国民に一定の負担をお願いする必要があることを、理解してもらうよう努力すべきではないだろうか。こども達世代の未来のために、親世代が力を尽くすのは当たり前のことだと思うのだが。

（地方独立行政法人京都市立病院機構　京都市立病院・院長）

いろ鉛筆

ファシリティ・ドッグという存在をご存じですか。盲導犬などと同様の職業犬の一種です。旧来のセラピードッグとは、施設に属する常勤である点で異なります。毎日出勤して様々な診療支援活動を行います。米国では、毎年数十頭以上が専門施設で一年間ほど訓練、養成されていますが、わが国には2010年、あるNPO法人の差配で初めて導入されました。今は4カ所の小児病院で活動中です。犬種は、利口で穏やかな性格、人と仕事が大好きなレトリバーです。訓練を受けたハンドラーが片時も離れることはありません▼病棟を巡回して子ども達と触れ合い、索漠とした入院生活の中で喜びや安らぎを与え、ストレス回避に貢献しています。手術入室の付き添い、侵襲的検査での寄り添いで不安を軽減し、内服や摂食の支援、リハビリへの参加、安静臥床での添い寝など業務は多岐にわたります。患児を治療に前向きにする、ヒトにはない力があります。感染症の伝播、犬アレルギー、事故などの懸念も、慎重な配慮によって払拭されています。活動も根付いてきたところですが、多くの方々の支援を得て一層の普及がなされ、難病の子ども達のために活躍していただきたい。（S・S）

1面からつづく

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定期間をどのように考えればよいか。

【答】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した期間と通算して14日間に限り算定できる。なお、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した後、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する場合でも同様である。

【問56】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る」とあるが、1名の管理栄養士がそれぞれの施設基準について1病棟ずつ兼務することができるか。

【答】不可。

【問57】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料において、入棟後、原則48時間以内に評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することとなっているが、入院前に、入退院支援部門と連携し、入院時支援の一環として栄養状態の評価を行った場合、その評価に基づき計画作成を行ってもよいか。

【答】当該病棟の専任の管理栄養士が、入退院支援部門と連携して栄養状態の評価を行った場合は差し支えない。ただし、入院前と患者の状態に変更がある場合は、必要に応じて栄養状態の再評価を行うこと。

【問58】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、専任の管理栄養士が休み等で不在の場合であって、入棟後48時間以内の患者との対面による確認や週5回以上の食事提供時間の観察等ができない場合についてどのように考えればよいか。

【答】専任の管理栄養士が休み等で不在の場合、専任の管理栄養士以外の管理栄養士が実施しても差し支えない。なお、専任の管理栄養士以外が実施する場合は、随時、専任の管理栄養士に確認できる体制を整備しておくこと。

【問59】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「週5回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと」とあるが、1回の食事提供時間に、全ての患者の食事の状況を観察しないといけないのか。また、1日2回行ってもよいか。

【答】1回の食事の観察で全ての患者の状況を確認する必要はなく、週5回以上の食事の観察を行う中で計画的に確認できれば差し支えない。また、必要に応じ1日2回行ってもよいが、同日に複数回実施した場合であっても1回として数えること。

【問60】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準において、適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了している常勤医師が1名以上勤務していることが求められているが、この「適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

【答】現時点では、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」が該当する。

【問61】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を策定した日から14日を限度として算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする」とあるが、初回入棟後に計画を策定した日あるいは初回入棟後3日目のいずれかのうち早い日より14日を経過した後に、入院期間が通算される再入院の患者に対して計画を再度策定した場合であっても算定することは可能か。

【答】不可。

■地域包括医療病棟入院料

【問104】「A304」地域包括医療病棟入院料について、「入院患者のADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的に開催されており、医師、看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という）、当該病棟に専任の管理栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること」とあるが、地域包括医療病棟入院料を算定する全ての患者についてカンファレンスを行い、診療録にカンファレンスの内容を記録する必要があるか。

【答】当該病棟において、ADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的に開催されていればよく、全ての患者について個別にカンファレンスを実施し、診療録に記録されている必要はない。

【問105】地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること」とあるが、当該病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要か。

【答】不要。

【問106】地域包括医療病棟入院料について、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること」とあるが、MRI撮影等は、オンコールを行っている職員により対応する体制でもよいか。

【答】救急患者への対応を実施出来る体制であれば、オンコールを行っている職員により対応する体制でも差し支えない。

【問107】地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度「BI」の合計点数をいう）が入院時と比較して低下した患者の割合が5％未満であること」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

【答】BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

■回復期リハビリテーション病棟入院料

【問108】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準において、「在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等」を1名以上の常勤配置を行うことを求めているが、「社会福祉士等」には社会福祉士の他にどのような職種が含まれているか。

【答】在宅復帰支援に関する十分な経験を有する専従の看護師が含まれる。

【問109】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の1及び2並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において求められる「病棟に専従配置される社会福祉士」（以下「回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士」という）又は「A308−3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において求める「医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士」（以下「地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士」という）は、入退院支援加算の施設基準において求める「入退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士」（以下「入退院支援加算における専任の社会福祉士」という）と兼任できるか。また、「A247」認知症ケア加算1の施設基準における認知症ケアチームの専任の社会福祉士（以下「認知症ケアチームの専任の社会福祉士」という）と兼任できるか。

【答】回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、当該社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限り、入退院支援加算における専任の社会福祉士と兼任できるが、認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。また、地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士は、入退院支援加算における専任の社会福祉士又は認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）別添1の問80は廃止する。

【問110】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「当該保険医療機関のFIMの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してFIMの測定に関する研修」を実施することを求めているが、FIMの測定に関わる看護職員も同様に当該研修の対象に該当するか。

【答】該当する。

【問111】特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く）」とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。

【答】特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。

【問113】回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料について、「リハビリテーションの効果に係る相当程度の実績が認められる」場合に限り、1日9単位を算定できることとされているが、当該実績が認められていれば、患者に対し運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できるか。

【答】算定不可。当該実績が認められることのみをもって、運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できることにはならない。

【問114】回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準を満たすものとして届出を行った後、半径12キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行ったことをもって、変更の届出を行う必要はない。

【問115】回復期リハビリテーション病棟入院料1について、「栄養状態の評価には、GLIM基準を用いること」とされているが、GLIM基準による栄養状態の評価は、どのくらいの頻度で行えばよいか。

【答】栄養状態の再評価を行う際に、毎回GLIM基準を用いる必要はないが、患者の状態に応じて必要な期間を判断することとし、少なくとも入棟時と退棟時（死亡退院等のやむを得ない場合は除く）にはGLIM基準による栄養状態の評価を行うこと。

■地域包括ケア病棟入院料

【問118】「A308−3」地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定しない病棟又は病室に入院後、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に転棟した場合、起算日についてどのように考えればよいか。

【答】地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に最初に入院した日を起算日とする。

【問119】地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、令和6年5月31日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者であって、令和6年6月1日以降も地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者に係る起算日については、どのように考えればよいか。

【答】令和6年5月31日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者についても、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の算定を開始した日を起算日とする。

疑義解釈（その2）

厚労省保険局医療課（令和6年4月12日）

「医科診療報酬点数表関係」（抜粋）

■医療DX推進体制整備加算

【問3】「A000」初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること」とされており、また、当該施設基準については令和7年9月30日までの間は経過措置が設けられているが、電子カルテ情報共有サービスについて、届出時点で具体的な導入予定等が不明であっても、当該加算は算定可能か。

【答】経過措置が設けられている令和7年9月30日までの間は、算定可能。なお、電子カルテ情報共有サービスの導入等の具体については、当該サービスが実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

【問4】医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付通知）に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること」とされており、また、当該施設基準については、令和7年3月31日までの間は経過措置が設けられているが、電子処方箋について、届出時点で未導入であっても、当該加算は算定可能か。

【答】経過措置が設けられている令和7年3月31日までの間は、算定可能。なお、施設基準通知の別添7の様式1の6において、導入予定時期を記載することとなっているが、未定又は空欄であっても差し支えない。

【問5】医療DX推進体制整備加算の施設基準で求められている電子処方

4面へつづく

全国公私病院連盟

令和5年度事業報告書（案）

全国公私病院連盟では、令和5年度事業計画書に基づき諸活動を展開しました。今号では「令和5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12日に開催される「令和6年度（第65回）全国公私病院連盟定時総会」（於：全国町村会館）に諮られます。

1．診療報酬改定運動の推進

令和6年度診療報酬改定に向け、医療・介護職に対する給与の引き上げ等の必要性があることから、病院の原資である入院基本料の大幅アップを求めることを本連盟「令和5年度定時総会」で決議し、政府、厚労省、各政党、中医協委員などに対して、その実現に向けた要望活動をした。

なお、令和6年度診療報酬改定率は、医療関連職種の処遇改善や入院時食事療養費の引き上げにより本体は0・88％引き上げられたが、薬価等改定率が1・00％引き下げられたため、全体で0・12％のマイナス改定となった。

その後、令和6年1月12日に厚労大臣が「令和6年度診療報酬改定」を中医協へ諮問、中医協は令和6年2月14日に同諮問に対して答申を行い、令和6年3月5日に告示がなされている。

本連盟では、この告示を受け、一般社団法人日本病院会と共催で「令和6年度診療報酬改定説明会」を令和6年3月14日にライブ配信、令和6年3月15日～21日まで録画配信で実施し、4299名が視聴した。

また、社会保障審議会（社保審）で決定する「診療報酬改定の基本方針」が中医協の議論の終盤に提示され、改定率は年末の予算編成過程で決定されるため、中医協の検討内容が反映され難くなっている。

具体的な点数や内容等が示されないまま行われるパブコメの募集や公聴会の開催も形骸化している。

このことから、診療報酬改定においては、社保審「医療部会」と「中医協」の議論を先行させるとともに、予算案提示前に改定項目のアウトラインと積算根拠を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5年度定時総会」で決議し、政府、厚労省、各政党、中医協委員などに対して、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、5類変更後も引き続き、同感染症に対応するための体制を維持する必要性（病床の確保、PCR検査、人材の確保・教育等）が生じているので、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、令和6年度以降においても、必要に応じて関連する補助を継続するよう、政府、厚労省などに要望した。

令和５年度「定時総会」のもよう

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ことから、実効性（即効性）のある医師の偏在対策をするとともに、地域医療の確保に支障が生じないよう必要な配慮を講じるよう、政府、厚労省などに要望した。

また、医療DXが今後さらに展開し重要性が増すなか、ソフトの改変や機種更新、サイバー攻撃対策の費用等が病院経営を圧迫していることから、かかる費用の公的支援を行うよう、政府、厚労省などに要望した。

4．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し、医療に掛かる控除対象外消費税は課税とすることを求めた要望書を令和5年6月22日に厚労省へ、同年10月31日に自民党へ要望書を提出した。

5．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6年2月に「令和5年病院運営実態分析調査（令和5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。

6．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5年度（第64回）定時総会『決議』」（要望日：令和5年6月16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6年度税制改正要望について」

要望先：厚生労働省（要望日：令和5年6月22日）、自民党（要望日：令和5年10月31日）

（2）調査結果の公表

①「令和5年病院運営実態分析調査（令和5年6月調査）の概要」（令和6年2月16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

第33回「国民の健康会議」のもよう

7．広報活動の推進

広報活動については、「広報委員会」を開催して「公私病連ニュース」を第536号から第548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、参集形式の「理事会」終了後に「記者会見」を開催し、本連盟の活動の周知に努めた。

8．国民の健康会議

国民に対して医療の諸問題について関心を高め理解を得るという観点から、令和5年10月26日に第33回「国民の健康会議」を「少子化を考える～こどもたちは何処へ行った？」をテーマに、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164名が参加した。

9．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32回「診療報酬請求事務セミナー」（期日：令和5年7月21日、会場：CIVI研修センター日本橋、参加者：214名）

②第34回「看護管理セミナー」（期日：令和5年10月20日、会場：全国都市会館、参加者：40名）

③第31回「医療事故防止セミナー」（期日：令和5年12月1日、会場：全国都市会館、参加者：52名）

④第19回「DPCセミナー」（期日：令和6年2月22日、会場：全国都市会館、参加者：122名）

⑤「令和6年度診療報酬改定説明会」（令和6年3月14日～21日、WEB開催）※日本病院会と共催

⑥第33回「診療報酬請求事務セミナー」（令和6年3月22～4月30日、WEB開催）

10．保険事業の推進

保険事業については、本年度加入数は、病院賠償責任保険等2123（うち勤務医個人1105）、居宅事業者総合保険等185となった。

11．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）から以下の要望書等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「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」（令和5年6月7日）

②日病協「病院薬剤師確保に係る要望書」（令和5年7月11日）

③日病協「令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第2報】」（令和5年10月23日）

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５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５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

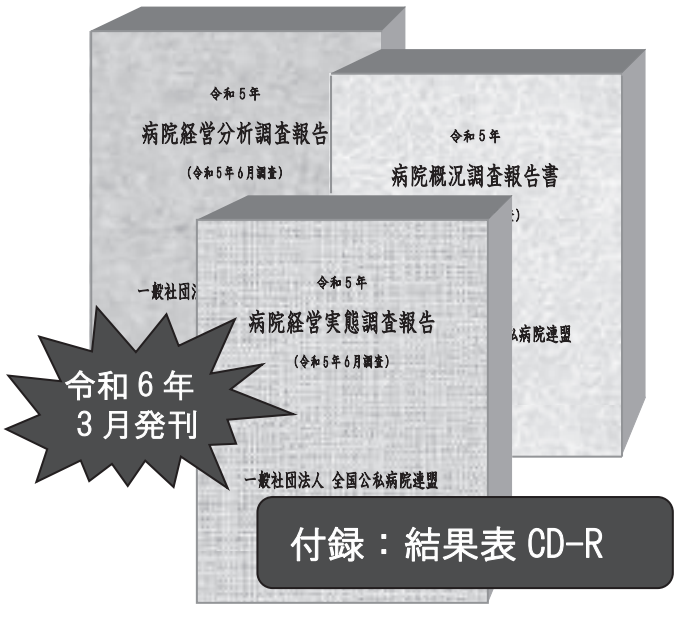
（定価 16,000 円＋税　A４版 約 750 ページ）

令和５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（６２８４）７１８０

2面からつづく

箋により処方箋を発行できる体制について、経過措置期間終了後も電子処方箋を未導入であった場合、届出後から算定した当該加算についてどのように考えればよいか。

【答】経過措置期間終了後は、当該加算の算定要件を満たさないものとして取り扱う。

■救急医療管理加算

【問12】「A205」救急医療管理加算の対象患者の状態について、「消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態」とあるが、緊急処置とは具体的にはどのような処置を指すのか。

【答】現時点では、「J034」イレウス用ロングチューブ挿入法及び「J034−3」内視鏡的結腸軸捻転解除術を指す。

【問13】「A205」救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること」とされているが、令和6年6月から同年11月末までにおける「直近6か月間」の考え方としては、令和6年6月からその時点までの期間を指すと考えてよいか。

【答】そのとおり。

■リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算

【問15】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度「BI」の合計点数をいう）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、同一入院料を算定する別の病棟への転棟時もADLの測定をする必要があるのか。

【答】そのとおり。

【問16】リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度「BI」の合計点数をいう）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いることは可能か。

【答】令和7年3月31日までに限り、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

■特定集中治療室遠隔支援加算

【問17】「A301」特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと」とあるが、「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師」とは何を指すのか。

【答】現時点では、以下の①から④までのいずれかの研修を修了した看護師又は日本集中治療医学会により集中治療認証看護師の認証を得た看護師（認証書を受領する前であって、合否結果に基づき合格を確認している看護師を含む。また、令和6年12月末までの間に限り、集中治療認証看護師の受験申請を行った看護師を含む。ただし、受験申請後に、合格に至らないと判明した場合は、判明した時点から、要件に該当しない）を指す。

①日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア※」※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

②日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程

③特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の8区分の研修を全て修了した場合に限る）「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛管理関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」

④特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる以下の領域別パッケージ研修

・集中治療領域・救急領域・術中麻酔管理領域・外科術後病棟管理領域

■総合周産期特定集中治療室管理料

【問18】「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「1」母体・胎児集中治療室管理料の施設基準において、「専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること」又は「専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む）が常時2名以上当該保険医療機関内に勤務していること」のいずれかを満たすこととされているが、日によっていずれの体制をとるかは異なってもよいか。

【答】差し支えない。

■急性期リハビリテーション加算

【問24】急性期リハビリテーション加算の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）の別表第九の十に規定する患者であって、算定留意事項通知の「H000」の（11）で示したアからエまでのいずれかに該当するものとされているが、日毎に評価を行い、対象とならなくなった場合は算定できないのか。

【答】そのとおり。

【問25】算定留意事項通知の「H000」の（11）エにおいて「リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者とは、「A209」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑うもの。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する」とされているが、この初日とは、疑似症を疑った上で急性期リハビリテーション加算を算定した初日のことか。

【答】そのとおり。

◇　◇

今月の一冊

今月は2冊

一冊目は「木挽町（こびきちょう）のあだ討ち」永井紗耶子著である。時代は江戸時代、田沼意次から松平定信の時代の仇討ちの物語である。赤穂での勤務が47年目、仇討ちという題は見逃せないので、なるべく読む事にしている。木挽町は芝居小屋という当時の武家社会からは悪所と称された所。ここで仇討ちを見たという5人の証人の話を、仇討ちをした若侍の縁者が聞くというストーリーである。芝居らしく5幕と終幕がある。吉原の幇間あがりの木戸芸者、元御従士（かちし）の三男坊を捨てた殺陣師。隠亡（おんぼう）から衣装係になった陰間、長屋住まいの小道具係の名人木彫師、旗本の次男坊という堅苦しさを捨てた戯作者、この5人の証言とその半生を通じて、江戸の世相、悪所の代表吉原遊郭と芝居小屋などを中心に描き、武士社会と町人社会の交わりを描いている。終幕は特に見事である。

◆　◆

二冊目は文春文庫「池波正太郎の春夏秋冬」である。事務所が国立競技場近くの渋谷区神宮前から台東区寿に移ったので、浅草の事を手っ取り早く、また食通でも有名な著者の本を読めば解ると読んだ。しかし、途中で少し見当違いと気が付いた。浅草は芝居や映画演劇のメッカで芸の味が本の主な内容であった。初めは「グッド・オールド・デイズ・シネマ」、丹下左膳、鞍馬天狗、ガルボの「マタ・ハリ」、フェリーニの「道」など我々の少し前の時代の名画の数々。次に自分の生い立ちで浅草や兜町での経験、子供の時から絵を描くのが大好きな子だったと。猫好きだった家族の話や小僧の神様的逸話も。続いて十二支の自筆の絵手紙的年賀状が12枚、流石の出来。下町の夏やフランス紀行と奥嵯峨「鳥居本」での冷酒と鮎、芝居は菊五郎と羽左衛門の忠臣蔵四段目切腹のシーンなど。終わりは中村富三郎や常盤新平との対談。「剣客商売」の秋山小兵衛や「仕掛人・藤枝梅安」の梅安、「鬼平犯科帳」の長谷川平蔵、皆、自然に主人公が出来上がっていくと。自分が読者になって物語を作るのだと、恩師長谷川伸先生は「小説が出来るのは半分は神の助けだ」と言っていたとも。最後はエッセイストや編集者のインタビューで本音を語って締めている。改めて「作家商売」の凄さを感じた一冊であった。

推薦者：邊見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

『木挽町のあだ討ち』
永井紗耶子／著
新潮社／刊

『池波正太郎の春夏秋冬』
池波正太郎／著
文藝春秋／刊

全国公私病院連盟の各種団体保険

病院賠償責任保険

・勤務医師賠償責任保険（包括契約・個人契約）
・看護職賠償責任保険（包括契約）
・医療従事者賠償責任保険（包括契約）

医療機関用サイバー保険
医療廃棄物排出者責任保険
医療機関用受託者賠償責任保険
現金総合保険
医療事故調査費用保険
訪問看護事業者賠償責任保険
保育所賠償責任保険・保育所傷害保険
医療施設特約オプション

雇用慣行賠償責任保険
使用者賠償責任保険
居宅事業者総合保険

＜お問合せ先＞

取扱代理店
株式会社 公私病連共済会
〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階
TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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 FAX 03-6388-0153
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

保険の詳しい内容については、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。

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7（〒111-0042）
食品衛生センター7階
TEL03（6284）7180 FAX03（6284）7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行　年間購読料1,000円
（購読料は会費に含まれます）

財務省・財政審が建議　財政の強靭化を提言

歳出構造をいち早く平時化
持続可能な財政構造の構築を

財務省の「財政制度等審議会」は5月21日、「我が国の財政運営の進むべき方向」と題した建議を取りまとめた。我が国の構造的課題である少子高齢化・人口減少が急速に進展する中で、諸課題に対応して財政を強靭化させることが強く求められるという基本認識のもと、医療提供体制については、全体の人口減少に対応した医学部定員の適正化とともに、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けた強力な対策、かかりつけ医機能の発揮と地域医療構想の推進などに取り組むべきなどとしている。医療分野（抜粋）は以下の通り。

我が国の財政運営の進むべき方向（抜粋）
財政制度等審議会
令和6年5月21日

2. 医療

（過剰な医療提供を招きやすい構造）

日本の医療保険制度は、国民皆保険・フリーアクセス・自由開業医制・出来高払いの4つの大きな特徴がある。

そうした中で、医療費は年々増加し、現役世代の保険料負担も増加している。さらに、制度上の特徴として、公的保険でカバーする範囲が広く、薬事承認された医薬品は原則として全て保険収載しており、一方で、医薬品等に対する費用対効果評価の適用は限定的であることが挙げられる。

また、患者にとっては、負担が低く、コストを抑制するインセンティブが生じにくい構造となっている。国民の誰もが国内のどのような医療機関・医療技術にもアクセス可能である一方、患者側と医療機関側の情報の非対称性がある。

医療機関側としては、患者数や診療行為数が増加するほど収入が増えるいわゆる出来高払いの仕組みが基本となっており、自由開業医制の下、都市部の開業医が多いことなど地域間、診療科間、病院・診療所間の医師の偏在が課題となっている。また、医療機関側で薬剤の適正使用等を促す仕組みが欠如している。

このように、日本では医学的な必要性以上に過剰な医療提供を招きやすい構造となっている。さらに、今後加速する「支え手（現役世代）」の減少や、イノベーション等による医療の高度化・高額化の進展を踏まえると、質の高い医療を提供しつつ国民皆保険の持続性を確保していくための医療制度改革を確実に実施していかなければならない。

なお、こうした医療提供体制の現状を他の主要先進国と比較してみても、日本では、人口当たりの病床数・MRI台数・CTスキャナー台数や、1人当たりの外来受診回数が他国に比べて多いことが分かる。さらに、日本では医師一人で開業するケースも多く、医療資源の分散や、地域偏在が課題となっている。

こうした中、質の高い医療の効率的な提供、保険給付範囲の在り方の見直し、高齢化・人口減少下での負担の公平化の観点から、制度の持続可能性を確保していくための医療制度改革を進めていく必要がある。

これらの改革は、総合的な政策パッケージを策定した上で進められるべきだが、その前提として、政府は国民に対して、医療保険制度の「あるべき姿」を示すとともに、高齢化・人口減少により、1人当たりの社会保険料負担の増加が免れない中で、現行の制度にメスを入れなければ、制度の持続可能性が失われ、継続自体が困難になるという未来を明確に示した上で、制度改革に対する国民理解を醸成する必要がある。

（1）公定価格の適正化

診療報酬本体、薬価等、保険償還の対象となるサービスの価格については、患者の窓口負担、現役世代等の保険料負担、公費負担を軽減し、制度の持続性を確保する観点から、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬の合理化・適正化等を進めていく必要がある。

令和6年度診療報酬改定では、財務省の機動的調査により医療機関の経営状況を明らかにした上で、診療所を中心とした診療報酬の適正化等が行われている。引き続き、経営状況等の「見える化」を行いつつ、データに基づく診療報酬の合理化・適正化等に取り組んでいくべきである。

①診療報酬本体

令和6年度診療報酬改定では、「物価に負けない賃上げ」に向けた対応を行いつつ、診療所を中心に効率化・適正化を行うなどメリハリのある改定が行われた。

令和6年度診療報酬改定に向けた建議においては、診療所の報酬単価について、国民負担を極力抑制する観点を考慮し、診療所の経常利益率（8・8％）が全産業やサービス産業平均の経常利益率（3・1～3・4％）と同程度となるよう、5・5％程度引き下げるべきなどの指摘を行った。この点に関しての改革は道半ばである。

今後の課題としては、（ア）データに基づく政策策定に資するよう、医療機関の経営状況の継続的な把握や医療統計の充実、（イ）診療実態に医療機関によって大きな差があるとの指摘等も踏まえた、生活習慣病や他の疾病の管理の在り方、（ウ）診療所と病院の医師の偏在是正について引き続き検討すべきである。（以下略）

（2）費用対効果など経済性の勘案・患者本位の治療（略）

◇　◇

（3）医療提供体制

①医師数の適正化及び偏在対策

国民全体の人口減少が進む中で、医学部定員を維持する現行制度の下では、令和12年頃には医師の供給過剰になると見込まれている。医師は医学部卒業後40年程度勤務することを踏まえると医師の総数を急激に抑制することはできない。また、過剰な医師数は医療需要の掘り起こしを通じて中長期的な医療費や国民の税・保険料負担を押し上げる要因となりかねない。全体の人口減少に対応した医学部定員の適正化を速やかに行う必要がある。

また、医師の偏在は、自由開業医制の下で生じている根深い課題であるが、今後の人口減少社会の下で、国民のニーズに沿った質の高い医療を提供する観点から速やかに解決しなければならない。改革工程に基づき、

～～～

1面からつづく

医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、経済的インセンティブと規制的手法の双方を活用した強力な対策を講じる必要がある。あわせて、タスク・シフト／シェアの推進についても図っていく必要がある。

（ア）国民全体の人口減少に対応した医学部定員の適正化

令和2年の医学部定員を前提とした厚生労働省の将来推計によれば、令和11年頃にマクロでは医師需給が均衡し、その後は医師の供給過剰となることが見込まれる。それにもかかわらず、足もとでも医学部定員は増加している。

昭和45年には、18歳の者の約436人に1人が医学部に進学していたが、仮に令和6年の医学部定員を維持すると、令和32年には約85人に1人が医学部進学することとなる。18歳人口に占める医師養成数の比率をこれまでの水準に戻そうとすると、定員数の大幅な削減が必要となる。

今後の医師需給見込みを踏まえ、医学部定員の適正化を速やかに実施していく必要がある。その際、医師の偏在対策についてもあわせて検討していく必要がある。

（イ）病院・診療所間の偏在対策

令和2年度からスタートした「外来医療計画」に基づき、「外来医師多数区域」においては一定の取組が始まっているが、全体の診療所数の増加は止まっていない。一方で、病院の勤務医不足の課題が指摘されている。開業医の一定数が病院勤務にシフトすれば、病院の勤務医不足は相当程度改善されるとの指摘もある。

病院勤務医から開業医へシフトする流れを止めなければならない。改革工程に基づき、経済的インセンティブ措置として、診療所の報酬適正化をはじめとした診療報酬体系の適正化に取り組むべきである。

（ウ）地域間の偏在対策

医師の偏在は、病院・診療所間の偏在という側面に加えて、地域間の偏在という側面もある。医師は、人口以上に大都市部の診療所に集中し、現状のままでは、大都市部において医師や診療所数が過剰となり、地方はそれらが過少となる傾向が続くことになる。

こうした医師偏在の状況を踏まえると、改革工程に基づく経済的インセンティブ措置として、診療所の報酬適正化に加えて、地域別診療報酬を活用したインセンティブ措置を検討する必要がある。診療報酬の仕組みは、報酬点数×1点当たり単価（10円）となっているが、診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点当たり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要がある。また、当面の措置として、診療所過剰地域における1点当たり単価（10円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。

さらに、規制的手法も組み合わせる必要がある。ドイツやフランスは日本と同様に公的医療保険制度をとる中で、診療科別、地域別の定員を設ける仕組みをとっている。上述の診療所の報酬適正化、地域別診療報酬体系の導入とあわせ、医師過剰地域における新規開業規制の導入について諸外国の例も参考に検討すべきである。

②かかりつけ医機能の発揮と地域医療構想の推進等

外来機能については、プライマリ・ケア等の、慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要となるかかりつけ医機能を強化する観点から、前述の診療所・病院間、地域間の医師の偏在対策の強化のほか、分散している医療資源の集約化、診療実績に関する情報提供の強化が必要である。

入院機能については、地域医療構想の実現に向けて、診療報酬の適正化に加え、都道府県に実効的な手段・権限を付与しつつ、取組の結果に応じた強力なインセンティブを設ける必要がある。

（ア）質の高い外来医療の効率的な提供

日本の外来の医療提供体制をみると諸外国と比べてMRIやCTスキャナーの台数が極めて多く、1人当たりの外来受診回数も多い。一方で、診療所については、医師1人で運営するところが多く、複数の医師で医療を提供する場合と比べて事務職員の割合が高くなり、効率的ではないとの指摘もある。

生産年齢人口の減少により、人材確保も難しくなる中、質の高い医療を効率的に提供する体制を構築する観点からは、各地域の実情に応じて、診療所を含めた外来の医療機能の転換・集約を推進していくべきである。

（イ）かかりつけ医機能が発揮される制度整備

かかりつけ医機能が発揮される制度整備として、かかりつけ医機能報告制度が創設され、令和7年4月の施行に向けて具体的な省令の検討が行われている。あわせて、医療機能情報提供制度の刷新が行われる。こうした取組を通じ、国民・患者はそのニーズに応じて、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用し、医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化することとされている。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備に当たっては、医療サービスの質の向上につながるようにすることが重要である。患者による医療機関の選択に資するよう、各医療機関がどのような症候や疾患に対応可能なのかなど、必要な情報が報告・公表されるようにする必要がある。また、例えば、生活習慣病は医療機関によって診療密度等が大きく異なるなどの指摘があることも踏まえ、診療実績に関する情報提供の強化についても検討していく必要がある。

さらに、将来的には、上記の制度整備の施行状況も踏まえ、かかりつけ医の登録制や認定制等についても検討していくべきである。

（ウ）地域医療構想の推進

地域医療構想は、後期高齢者が急増する令和7年を目指して、各地域において病院・病床の役割分担を進めるため、平成26年の医療法改正により始まった仕組みである。その際、地域ごとにDPCデータ等から入院患者の医療資源投入量を踏まえたエビデンスに基づいて令和7年の病床数の必要量を推計して、各都道府県において地域医療構想を策定した経緯がある。

しかし、その進捗ははかばかしくない。このような中、急性期・回復期をはじめとする病床の役割分担が進まないと、今後、各地域で治療に長い期間を要する高齢者が増える中で、質の高い急性期医療、回復期における適切なケアの提供ができなくなるおそれがある。

このため、令和7年の目標に向け、国においても、病床機能報告上の病床数と必要量との差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる区域を設定し、都道府県等における区域対応方針の策定・推進を支援するなど、地域医療構想の実現に向けた取組を強化することとしている。

また、医療法において、地域の会議における協議が整わない場合には不足している病床機能を提供するよう、病院に指示・要請できるとの規定があるが、ほとんど発動実績はない。

地域医療構想の実現の必要性、進捗の遅さを踏まえ、令和7年までの確実な目標実現を見据えて、国においても都道府県と一体となって必要な対応方針を示しつつ、進捗が遅れている地域の取組の後押しを行うとともに、各医療機関において地域医療構想と整合的な対応を行うよう求めるなど知事の権限強化に向けた法制的対応が必要である。また、目標が達成困難となっている今回の反省を活かして、次期地域医療構想とその具体的な推進手法の検討を進めるべきである。

（エ）公立病院改革

公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに取り組んできたが、医師・看護師等の不足、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、持続可能な経営を確保しきれない病院も多い実態を踏まえ、令和4年3月、総務省は地方公共団体に対して公立病院の経営強化プランの策定を要請した。

令和2年度及び令和3年度は顕著な収支改善が見られたが、この黒字は新型コロナ補助金等の要因によるものであり、地方公共団体の普通会計で負担する繰出金の水準は維持されている。

新型コロナ補助金等の要因により黒字化したことによって経営改革の動きが阻害されることはあってはならず、経営強化プランを踏まえた取組を着実に進めていくとともに、公立病院の経営者（院長）に経営マインド・コスト意識（限られた公的資源、財源の有効活用等）を持たせるための取組（研修等）を省庁横断的、地域医療構想との関係も踏まえて広域的に取り組んでいく必要がある。

（4）保険者機能の発揮（国民健康保険の更なる改革）

国民健康保険制度については、保険者機能が適切に発揮されるよう改革を進めてきている。平成30年度より国民健康保険の財政運営は都道府県単位化され、管内の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、医療提供体制と地域保険運営の双方で一体的に改革を進めていくことが可能となった。

今後、保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとするとともに、地域差の是正など医療費の適正化に向けた都道府県等のインセンティブを強化する観点から、更なる改革を続けていく必要がある。

①普通調整交付金の配分方法の見直し

国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち5900億円は、地方公共団体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から都道府県に配分されている。

地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組みとなっており、医療費適正化のインセンティブが働かない。

普通調整交付金の配分方法に当たっては、実際に要した医療費ではなく、各都道府県の年齢構成等を勘案して算出した標準的な医療費を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべきである。改革工程表において長く検討が進んでいない項目であり、まずは、こうした仕組みに改めた場合の試算を示して議論を深めるべきである。

②医療扶助の適正化（生活保護受給者の国保等への加入）（略）

（5）医療DXの推進

医療DXの推進は様々なメリットがある。例えば、患者データを集約し、担当医がそれに基づいて幅広い相談・診療を行うことは、医療の質の向上にとって不可欠である。「電子処方箋」の活用により薬剤情報のリアルタイムでの共有が図られる。また、カルテ情報を医療機関間で電子的に共有することにより、医療機関の事務負担の軽減、過去の治療や薬剤情報等の共有が図られる。リアルタイムでの情報共有が進めば、併用禁忌の確実なチェックや、重複投薬・重複検査等の効率的な実施も可能となり、質の高い医療の効率的な提供が実現することが期待される。医療DXについては、工程表に沿って着実に推進していく必要がある。

医療DXは医療機関の業務効率化等にも資するものであるが、医療機関はそれだけでは積極的に導入するに至っていないところ、令和6年度診療報酬改定では、医療DX推進体制整備加算を新設し、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とすることで、医療DXを推進するインセンティブとしている。

引き続き、医療DXの基盤となる、マイナ保険証の利用促進を進めていくことが必要である。また、薬剤情報等のリアルタイムでの情報共有が可能となる中、改革工程に基づき多剤重複投薬や重複検査等の適正化に向け、更なる実効性ある仕組みを検討すべきである。

（6）保険給付範囲の見直し

我が国の外来薬剤費や国民1人当たり外来受診回数は諸外国と比べて高い水準にあり、軽微な不調は自ら対応するセルフメディケーションを推進する余地がある。医療技術の進歩に伴い高額な医薬品の収載が増加傾向にあり、今後も、保険財政への影響が大きい医薬品が出てくることも想定される。

こうした状況を踏まえ、イノベーションの推進や質の高い医薬品へのアクセスの確保、国民皆保険の持続性確保を両立する観点から、前述の費用対効果評価の本格適用に加えて、自助・公助の適切な組み合わせの観点から、保険給付範囲の在り方を検討する必要がある。

①セルフメディケーションの推進

軽微な不調は自ら直すセルフメディケーションは、国民の利便性向上に資するほか、診療や調剤に係る医療費を含めた合計の自己負担額で見るとOTC薬を購入した方が安くなるケースもあることを踏まえ、推進していく必要がある。国民の利便性向上に資する医薬品のスイッチOTC化を進め、薬局で自ら購入できる医薬品の選択肢を増やしていく必要がある。

②セルフメディケーション推進と整合的な保険給付範囲の見直し（略）

③費用対効果評価の本格活用等と整合的な保険給付範囲の見直し

現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担となり、「全ての診療行為を保険適用とする」か「全ての診療行為を保険適用としない」のいずれかしか選択肢がない硬直的な制度となっている。未承認薬を使用すると、薬剤料だけでなく、技術料も含めて全額自己負担となり、患者にとって大きな負担となり得る。

今後、費用対効果評価を本格活用していけば、薬事承認されたものの保険収載されない医薬品の範囲が拡大していくと見込まれる。

このため、費用対効果の本格活用の検討とあわせ、保険外併用療養費制度の柔軟な活用・拡大、民間保険の活用について検討を行う必要がある。今後、例えば、民間保険の活用に向け、金融業界におけるガイドラインの策定等が期待される。

（7）年齢ではなく能力に応じた負担（略）

新型インフルエンザ等対策政府行動計画改定の概要

～　新型コロナを教訓に全面改定　～

政府の「新型インフルエンザ等対策政府行動計画改定の概要」が4月25日に公表された。新型インフルエンザ等対策政府行動計画は、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、新型インフルエンザ等による感染症危機が発生した場合に、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び経済に及ぼす影響が最小となるよう、平時の準備や感染症発生時の対策の内容を示すものとして、2013年に策定、2017年に一部改正されている。

今般、新型コロナウイルス感染症対応の経験を踏まえ、初めて政府行動計画を抜本的に改正するもので、「内閣感染症危機管理統括庁」や「国立健康危機管理研究機構」の設置、国・都道府県の総合調整・指示権限拡充によるガバナンス強化、医療機関等との平時の協定締結による準備体制の確立等の制度改正も反映し、新型コロナウイルスや新型インフルエンザ以外も含めた幅広い感染症による危機に対応できる社会を目指す。

次の感染症危機においては、この政府行動計画を参考に、感染症の特性や科学的知見を踏まえ、基本的対処方針を速やかに作成し対応するとしている。

「新型インフルエンザ等対策政府行動計画改定の概要」

1．平時の準備の充実

▼「訓練でできないことは、実際でもできない」。国や地方公共団体等の関係機関において、平時より実効性のある訓練を定期的に実施し、不断に点検・改善。

▼感染症法等の計画に基づき、自治体は関係機関と協定を締結。感染症発生時の医療・検査の体制立ち上げを迅速に行う体制を確保。

▼国と地方公共団体等、JIHSと地方衛生研究所等との間の連携体制やネットワークの構築。

2．対策項目の拡充と横断的視点の設定

▼全体を3期（準備期、初動期、対応期）に分けて記載。

▼6項目だった対策項目を13項目に拡充。内容を精緻化

▼特に水際対策や検査、ワクチンなどの項目について、従前の政府行動計画から記載を充実するとともに、偏見・差別等の防止や偽・誤情報対策も含めたリスクコミュニケーションのあり方などを整理。

▼5つの横断的視点※を設定し、各対策項目の取組を強化。

※人材育成、国と地方公共団体との連携、DXの推進、研究開発支援、国際連携。

3．幅広い感染症に対応する対策の整理と柔軟かつ機動的な対策の切り替え

▼新型インフル・新型コロナ以外の呼吸器感染症も念頭に、中長期的に複数の波が来ることも想定して対策を整理。

▼状況の変化※に応じて、感染拡大防止と社会経済活動のバランスを踏まえ、柔軟かつ機動的に対策を切り替え。　※検査や医療提供体制の整備、ワクチン・治療薬の普及、社会経済の状況等。

4．DXの推進

▼予防接種事務のデジタル化・標準化や電子カルテ情報の標準化等の医療DXを進め、国と地方公共団体間等の情報収集・共有・分析・活用の基盤整備。

▼将来的に電子カルテと発生届の連携や臨床情報の研究開発への活用等。

5．実効性確保のための取組

▼行動計画に沿った取組を推進するとともに実施状況を毎年度フォローアップ。　※特に検査・医療提供体制の整備、PPE等物資の備蓄状況等は見える化。

▼感染症法等の計画等の見直し状況やこれらとの整合性等を踏まえ、おおむね6年ごとに改定。

各論13項目の概要は左表のとおり。

①実施体制
②情報収集・分析
③サーベイランス
④情報提供・共有、リスクコミュニケーション
⑤水際対策
⑥まん延防止
⑦ワクチン
⑧医療
⑨治療薬・治療法
⑩検査
⑪保健
⑫物資
⑬国民生活・国民経済

新型インフルエンザ等対策政府行動計画改定の概要②

各論13項目の概要

①実施体制

- 国、地方公共団体、JIHS、研究機関、医療機関等の**多様な主体が相互に連携**し、**国際的にも協調**することにより、実効的な対策を講じる体制を確保
- 平時における**人材確保・育成や実践的な訓練**による対応力強化、有事には**政府対策本部**を中心に**基本的対処方針に基づき**的確な政策判断・実行

②情報収集・分析 ③サーベイランス

- サーベイランス及び情報収集・分析の体制構築やDXの推進を通じた、**平時からの効率的かつ効果的なサーベイランス、情報収集・分析の実施**
- 感染症対策の判断に際した、**感染症、医療の状況の包括的なリスク評価、国民生活及び国民経済の状況の考慮**

④情報提供・共有、リスクコミュニケーション

- 感染症危機下では、情報の錯綜、**偏見・差別**等の発生、**偽・誤情報**の流布のおそれ
- 感染症対策を効果的に行うため、**可能な限り双方向のコミュニケーション**を行い、**リスク情報とその見方の共有**等を行い、**国民等が適切に判断・行動**
- **平時から、感染症等に関する普及啓発、リスコミ体制の整備、情報提供・共有の方法の整理等**

⑤水際対策

- **国内への新型インフルエンザ等の病原体の侵入や感染拡大のスピードをできる限り遅らせる**ため、**検疫措置の強化や入国制限等の水際対策**を総合的に実施
- 病原体の特徴等を踏まえ、**対策の有効性、実行可能性、国民生活及び社会経済活動に与える影響等を総合的に勘案し**、実施すべき水際対策を選択・決定
- 状況の進展に応じ、**対策の縮小・中止等見直しを実施**

⑥まん延防止

- 医療提供体制を拡充しつつ、治療を要する患者数をその範囲内に収めるため、**感染拡大のスピードやピークを抑制**
- **医療ひっ迫時にはまん延防止等重点措置、緊急事態宣言を含む必要な措置を適時適切に実施**
- ワクチン、治療薬等の状況変化に応じて**対策の縮小・中止を機動的に実施**

⑦ワクチン

- 「ワクチン開発・生産体制強化戦略」に基づき、**重点感染症を対象としたワクチンの研究開発**を平時から推進し、**研究開発の基盤を強化**
- 有事に国内外で開発されたワクチンを確保し、迅速に接種を進めるための体制整備を行う。
- **予防接種事務のデジタル化**や**リスコミ**を推進

⑧医療

- 医療の提供は、**健康被害を最小限に**留めるために不可欠、かつ社会・経済活動への影響を最小限に留めることにつながる
- 平時から、予防計画及び医療計画に基づき、**都道府県と医療機関の間で医療措置協定を締結することを通じて、**感染症医療を提供できる体制を整備
- 有事には、**通常医療との両立を念頭に置きつつ、**感染症医療を提供できる体制を確保し、病原性や感染性等に応じて変化する状況に**柔軟かつ機動的に対応**

⑨治療薬・治療法

- 重点感染症を対象とした治療薬の研究開発を平時から推進し、**研究開発の基盤を強化**
- 有事に治療薬を確保し、治療法を確立するため、研究開発、臨床試験、薬事承認、製造、流通、投与、予後の情報収集及び対応までを含む**一貫した対策・支援**を実施

⑩検査

- 必要な者に適時の検査を実施することで、**患者の早期発見、流行状況の的確な把握等**を行い、適切な医療提供や、対策の的確な実施・ 機動的な切り替えを行う。
- **平時には機器や資材の確保**、発生直後より**早期の検査立ち上げ**、流行初期以降では病原体や検査の特性を踏まえた検査実施の方針の柔軟な変更を行う。

⑪保健

- 有事において**地域の実情に応じた効果的な対策を実施**して、住民の生命と健康を守る
- 都道府県等は、保健所や地方衛生研究所等において、**検査、積極的疫学調査、入院調整、健康観察、生活支援等を実施**
- 平時から、業務負荷の急増に備え、**有事に優先的に取り組む業務の整理、ICTの活用等による業務効率化・省力化を行う**

⑫物資

- 感染症対策物資等※が不足する場合、**検疫、医療、検査等の実施等が滞る可能性**
- 平時の備蓄や有事の生産要請等により、医療機関をはじめとした必要な機関に**感染症対策物資等が十分にいきわたる仕組みを形成**

※医薬品、医療機器、個人防護具等

⑬国民生活・国民経済

- 感染症危機時には**国民生活及び社会経済活動に大きな影響**が及ぶ可能性。
- 平時に**事業継続等のために必要な準備**を行い、有事に安定化を図ることが重要。
- **国等は影響緩和のため必要な対策・支援**※を行う。

※生活関連物資等の安定供給の呼びかけ、まん延防止措置等の心身への影響を考慮した対策、生活支援を要する者への支援等

令和６年度診療報酬改定

疑義解釈（その３）を発出

厚労省・保険局医療課（4月26日）

疑義解釈資料（その3）
厚労省保険局医療課
令和6年4月26日

医科診療報酬点数表関係（抜粋）

■施行時期後ろ倒し

【問1】施設基準の経過措置について、令和6年3月31日において現に入院基本料等の届出を行っていることとされているが、単に届出を行っていれば経過措置の対象となるのか。

【答】当該施設基準の届出を行ったうえで、令和6年3月31日において現に当該診療報酬を算定している場合は、経過措置の対象となる。

■地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）

【問4】地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添1の問144の内容に加え、「当院では主に院内処方を行っています」又は「当院では主に長期の投薬をご案内しています」といった内容を併せて院内掲示してもよいか。

【答】差し支えない。

■一般病棟入院基本料

【問5】「A100」一般病棟入院基本料の「1」の「イ」急性期一般入院料1の施設基準における平均在院日数について、令和6年6月1日から算定を行うための届出を行う場合は、どの時点の実績に基づき届出を行うのか。

【答】令和6年6月1日からの算定については、同年5月2日以降に届出書の提出を行うことができ、また、遅くとも6月の最初の開庁日までに届出がされている必要があるが、平均在院日数の実績については、令和6年5月2日から同31日に届出を行う場合は同年2月から4月、同年6月3日に届出を行う場合は、同年3月から5月の実績を用いること。なお、例えば令和6年2月から4月までの実績に基づき5月中に届出を行い、その後同年3月から5月までの実績では基準を満たさないことが判明した場合には、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動に該当する場合を除き、変更の届出を6月に行う必要があること。

■特定集中治療室管理料

【問12】「A301」特定集中治療室管理料「1」から「4」までにおいて、患者の入室日のSOFAスコアの基準が示され、15歳以上の患者が対象とされているが、15歳未満の患者を主として受け入れる治療室はどのように評価するのか。

【答】15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアにより評価する。ただし、15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアで基準を満たさない場合であって、15歳未満の患者をpSOFAスコアで評価し、15歳未満の患者も含めて評価して基準を満たす場合には、SOFAスコアの基準を満たすものとして差し支えない。

■救急患者連携搬送料

【問16】「C004－2」救急患者連携搬送料の施設基準において、「受入先の候補となる他の保険医療機関において受入が可能な疾患や病態について、当該保険医療機関が地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリストを作成していること」とあるが、保険医療機関間の協議には、地域のメディカルコントロール協議会が必ず参加する必要があるのか。

【答】受入先の候補となる保険医療機関のリストの作成のために必要な保険医療機関間の協議に、地域のメディカルコントロール協議会が参加することは必須ではない。ただし、メディカルコントロール協議会は、地域の救急患者搬送体制等について連携・協議を行う役割を担っていることから、これらの協議にも参加することや、参加しない場合であっても、保険医療機関間で協議した救急患者の搬送に係る連携体制に関する取り決め等について、メディカルコントロール協議会に報告がなされることが望ましい。

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係（抜粋）

■ベースアップ評価料

【問1】新設した医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という）における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「O101」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「O102」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算

4面へつづく

3面からつづく

定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という）における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（以下単に「ベースアップ評価料」という）の届出を行うに当たって、対象職員に対する給与の支払い実績は必要か。

【答】必要。ベースアップ評価料の種類に応じて、給与の支払い実績として必要な期間は以下のとおりとする。

○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）については届出前の最低1月における給与の支払い実績が必要。

○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）については、届出様式における「前年3月～2月」「前年6月～5月」「前年9月～8月」「前年12月～11月」とあるのは、それぞれ「前年12月～2月」「3月～5月」「6月～8月」「9月～11月」と読み替え、当該期間の給与の支払い実績が必要。

【問2】保険医療機関又は指定訪問看護ステーションが合併又は分割等を行ったために、ベースアップ評価料の届出に当たって対象職員の人数及び給与総額が実態と大きく異なる場合について、どのように考えたらよいか。

【答】ベースアップ評価料の届出に当たっては、原則として合併又は分割等を行った後の保険医療機関又は指定訪問看護ステーションにおける対象職員の人数及び給与総額に基づくこと。ただし、合併又は分割する前の対象職員の人数及び給与総額を合算又は按分することにより、当該保険医療機関又は指定訪問看護ステーションの実態に応じた人数及び給与総額を計算できる場合には、当該人数及び給与総額を用いて差し支えない。

【問3】ベースアップ評価料と政府目標（令和6年度＋2・5％、令和7年度＋2・0％のベースアップ）の関係如何。

【答】当該評価料の算定にあたっては、施設基準において、その収入の全額を対象職員のベースアップ等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いることが要件とされている。その上で、さらに当該評価料以外の収入や、賃上げ促進税制などの活用により、政府目標の達成を目指すことが望ましい。

【問4】ベースアップ評価料による収入を対象職員の賃上げに用いる場合、例えば現行の賃金水準が低い職員・職種に重点的に配分するなど、対象職員ごとに賃金改善額に差をつけてよいか。

【答】差し支えない。

【問5】ベースアップ評価料の届出及び賃金改善計画書若しくは賃金改善実績報告書の作成を行うに当たり、対象職員の給与総額に法定福利費等の事業主負担分を含めて計上するに当たって、「O000」看護職員処遇改善評価料と同様に、法定福利費が必要な対象職員の給与総額に16・5％（事業主負担相当額）を含めて計上してもよいか。

【答】差し支えない。

【問7】「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日事務連絡）別添2の問12において、看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の対象職員として派遣職員など、医療機関又は訪問看護ステーションに直接雇用されていないものを含むとしているが、どのような方法で当該職員の賃上げを行えばよいか。

【答】例えば派遣職員については、保険医療機関から派遣会社に支払う派遣料金の増額等により、派遣会社が派遣職員へ支払う給与を増額すること。

今月の一冊と一本

今月の一冊は「のぼうの城」。以前から読みたかった本である。作者の和田竜は「村上海賊の娘」で痛快な時代小説作家と知っていた。読むのはこの本で2冊目である。のぼう？野望かと思って読み始めたが全く無関係で逆の感じ。秀吉の小田原北条攻めの時の支城、忍（おし）城を巡る寄せ手、石田三成、大谷吉継、長束正家と斗う成田家の城主、城代、家老や領民、百姓との攻防の物語である。〝講釈師、見て来たような嘘をつき〟みたいな珍妙奇天烈なストーリーであるが、不思議とフィクション性を感じさせない。特に守将の3人の家老とその主君が破茶滅茶な特性を持ち、こんな組織で仕事が出来たらとも羨ましく思う登場人物達である。

■　■

今月の一本は映画「陰陽師0（おんみょうじゼロ）」。新京極ムービックス京都で観た。4月19日封切で、久し振りに京都で撮影という地元紙の前宣伝に釣られたのかも…。得点を付ければ合格点スレスレセーフかと。平安時代なので科学よりも占いや祈祷の世界。見えないものは深層心理、SF的なストーリーでCG的な画像が主、音響も加わりおどろおどろしい。小林薫や國村隼など主役以上の味のある演技、ヒロイン奈緒も良かった。主演の山﨑賢人は可もなく不可もなし。染谷将太好演。久し振りの時代劇、現代にも通じる出世争い。話の種には見るべき一本かと。

『のぼうの城』
和田　竜／著
小学館／刊

『陰陽師0』
監督・脚本／佐藤嗣麻子
原作／夢枕獏
キャスト／山﨑賢人・染谷将太・奈緒・安藤政信・村上虹郎・板垣李光人・國村隼・北村一輝・小林薫　他

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）

全国公私病院連盟の各種団体保険

病院賠償責任保険
・勤務医師賠償責任保険（包括契約・個人契約）
・看護職賠償責任保険（包括契約）
・医療従事者賠償責任保険（包括契約）
医療機関用サイバー保険
医療廃棄物排出者責任保険
医療機関用受託者賠償責任保険
現金総合保険
医療事故調査費用保険
訪問看護事業者賠償責任保険
保育所賠償責任保険・保育所傷害保険
医療施設特約オプション

雇用慣行賠償責任保険
使用者賠償責任保険
居宅事業者総合保険

＜お問合せ先＞

取扱代理店
株式会社　公私病連共済会
〒111-0042　東京都台東区寿4-15-7
食品衛生センター7階
TEL 03-5830-6193　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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　FAX 03-6388-0153
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

保険の詳しい内容については、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。

第34回「診療報酬請求事務セミナー」ご案内

全国公私病院連盟では、「第34回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。病院関係職員皆様のご参加をお待ちしております。

第34回 診療報酬請求事務セミナー

2024年7月26日（金）　9：55～16：30
CIVI研修センター日本橋　N6ホール
参集方式

講演A　第1部 10：00～11：30　第2部 12：30～14：00（休憩60分）

(株)ＡＳＫ梓診療報酬研究所
代表取締役
中林　梓　先生

2024年度診療報酬改定
経過措置後のポイント解説と対策

講演B　第1部 14：20～15：20　第2部 15：30～16：30（休憩10分）

(株)リンクアップラボ
代表取締役
酒井　麻由美　先生

精神科病院における
2024年度改定への対応策

申込方法
全国公私病院連盟のHPよりお申込みください
全国公私病院連盟　検索
5営業日以内にメールにて参加費用や振込先等をご連絡いたします

申込振込期限
2024年7月18日（木）
期日までにご入金いただいた方に受講票と受講のご案内をメールでお送りいたします。
受講票送信予定日：7月22日（月）

参加費用
下記団体に加盟している病院（会員病院）
1名様につき　13,200円（税込）
・全国自治体病院協議会
・全国厚生農業協同組合連合会
・全国済生会病院長会
・日本私立病院協会
・全国公立病院連盟
・日本赤十字社病院長連盟
・岡山県病院協会
・日本公的病院精神科協会

上記団体以外の病院（非会員病院）
1名様につき　15,400円（税込）

会場案内図

問合せ先　一般社団法人 全国公私病院連盟
東京都台東区寿4-15-7食品衛生センター7階　TEL：(03)6284-7180　mail：seminar@byo-ren.com

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7（〒111-0042）
食品衛生センター7階
TEL03（6284）7180 FAX03（6284）7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行　年間購読料1,000円
（購読料は会費に含まれます）

令和6年度 第65回 定時総会

全国公私病院連盟

物価や光熱費の高騰で逼迫する 病院運営費の補填を求め決議採択

全国公私病院連盟の「令和6年度（第65回）定時総会」が6月12日（水）に「全国町村会館」（千代田区永田町）で開催された。総会では、急激な物価や光熱費などの高騰が病院経営を圧迫していることに鑑み、病院運営費の補填を求めるなどの4項目にわたる決議を採択し、政府等に要望することにしている。

◇　◇

当日は、浦田士郎副会長（愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院・名誉院長）の「開会宣言」にはじまり、中島豊爾副会長（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター・名誉院長）が資格審査の報告、邉見公雄会長（赤穂市民病院・名誉院長）が「会長挨拶」を行った後、議長の選出が行われ、本年度の議長には全国済生会病院長会から推薦された島俊英先生（大阪府済生会吹田病院・院長）と日本公的病院精神科協会から推薦された中瀬真治先生（三重県厚生農業協同組合連合会鈴鹿厚生病院・院長）の両氏が議長となり総会の議事が進められた。

まず、第1号議案「令和5年度事業報告書（案）」について新谷史明常務理事（いわき市病院事業管理者）より提案があり、審議の結果異議なく了承され、引き続いて、第2号議案の「令和5年度収支計算書（案）・貸借対照表（案）・財産目録（案）・令和5年度当期末処分残余金処分計算書（案）」の説明が中村哲也副会長（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長）からあった後、伊藤博監事（深谷赤十字病院・院長）から会計監査を行って適正に事務処理されていることを確認した旨の報告があった。その後、同案の審議が行われて異議なく了承されている。

続いて、すでに令和5年度内に「理事会」で了承されている「令和6年度事業計画書」の説明が難波義夫副会長（医療法人社団同仁会金光病院理事長・院長）より、「令和6年度収支予算書」の説明が牧野憲一副会長（旭川赤十字病院・院長）から行われた。

次に、邉見会長より、役員の交代に伴う新理事の承認が上程され、全国自治体病院協議会から推薦された望月泉先生（八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長）と野村幸博先生（地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院・院長）、全国厚生農業協同組合連合会より推薦された髭修平先生（北海道厚生農業協同組合連合会札幌厚生病院・院長）、日本私立病院協会より推薦された佐々木敬先生（公益財団法人佐々木研究所・理事長）、日本公的病院精神科協会より推薦された中瀬真治先生の5氏の理事への就任が了承された。

ここで理事会を一時中断し、「臨時理事会」を開催して、望月泉先生と北村立先生（石川県立こころの病院・院長）の副会長の互選、野村幸博先生と鎌田修博先生（神奈川県厚生農業協同組合連合会伊勢原協同病院・院長）と佐々木敬先生の常務理事の互選が行われ、異議なく了承された。

続いて邉見会長より、今回の総会で副会長を退任された小熊豊先生（砂川市立病院・院長）と中島豊爾先生の顧問への推戴が上程され、異議なく了承された。

最期に、第5号議案の「決議（案）」が上程され、三角隆彦副会長（神奈川県済生会横浜市東部病院・院長）が全文を読み上げ、異議なく了承された。

（「決議」の全文を2面に掲載）

以上で予定されていた全議案が了承され、最後に顧問に推戴された小熊豊副会長が閉会の挨拶を行って定時総会は滞りなく終了した。

令和６年度「定時総会」のもよう

国民医療のために 病院診療報酬の確保のための引き上げを

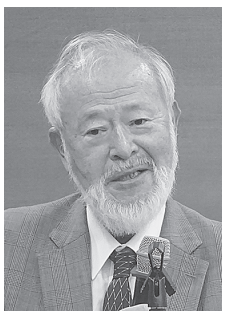
会長所信

一般社団法人
全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

コロナのハンマー再来もなく、ここに現地集合の会として、私ども全国公私病院連盟の「令和6年度第65回定時総会」を迎えられたことを大変うれしく、喜ばしく思っております。

本連盟の正会員8団体の病院の皆様方には、いまだ多くのコロナ患者さんの対応にご多忙のことと拝察いたします。5類になったとは言え、感染力も致死率も一般のインフルエンザより数段厳しいことには変わりありません。今後もかなりの戦力を要するはずです。よろしくご尽力お願い申し上げます。

さて、2カ月の猶予も終わり、6月1日から新しい診療報酬での算定が始まりました。各病院団体のシミュレーションや個々の病院からの声を聞くと、みな悪いとの評価・評判です。



急性期病床を減らそうとした2年前の改定で、却って微増してしまったので、かなり厳格な施設要件や算定基準を設定したようで、予想以上に7対1からの脱落が起きそうです。

また、もともと職員の賃上げに財源が必要なため、医療そのものは少しのアップ分しかなかった訳ですから、企業のようにキャペックスに貯えるべく内部留保は見込めません。医療DX、ロボット手術、サイバー対策などの課題も山積しています。ちょうど建て替えの時期を迎えるバブル時代の施設も、円安による資材高騰や運輸・建設業の働き方改革、能登半島地震の復旧工事、延ばすべきだった関西大阪万博などのために、先延ばしにするしか途はありません。

勤務医の働き方改革も、医師の偏在で負けるようになりました。年末までには偏在是正を総合パッケージとして示します。

歴代の内閣は、医療界の金科玉条であるプロフェッショナルオートノミーを推し頂いて、支援団体を忖度したのですが。

財務省も医師がどんどん増えて医療費が増加するより、この方がメリットが多いと承諾したのではと。とにかく偏在解消は、それぞれの病院が工夫を凝らして生き残るようにおいたのに痺れを切らしたのでしょう。身内の大臣だから思い切って、患者ファースト、病院ファースト、地域ファースト、それが地方生き残り、国益に結び付くとやっと気づいたのでしょう。小生は45年前から主張していた組の地域や病院では重荷になるでしょう。悪いことばかりですが、少しだけ光が垣間見えました。武見敬三厚生労働大臣が、医師の偏在対策の具体案を示し、政府も国民皆保険制度の空洞化の進行にやっと危機感を持つよう互いに情報交換をしながら頑張りましょう。本連盟は、そのハブ機能を果たして参る所存です。

最後に、本連盟の加盟団体の相互交流も少しずつ進んでいます。能登半島地震では、日赤・済生会・JA厚生連・全自病協が、うまく連携して地域や職種の派遣ができました。

本連盟の二大特色事業である「病院運営実態分析調査」も、もう少し調査母数を増やしたらベターとのアドバイス付きながら、日本病院団体協議会（日病協）で一定の評価を得ました。

「国民の健康会議」も昨年再開したところ〝少子化〟という国難をテーマに、阿部知子先生、橋本岳先生をシンポジストにお迎えし、大濱先生、瀬戸先生の連盟顧問もスピーカーに、行天先生の総合司会で、中嶋先生、渡邉先生も加わり盛会裏に終えることができました。

また、役員の研修と懇親の場でもある移動理事会は、園田先生のお世話になり福岡市で充実した会となりました。今年は浦田先生のお世話で名古屋です。ぜひご参加ください。様々な業務に関わられた皆様方に厚く感謝いたしますとともに、今年度も連盟の諸行事によろしくご参加とご協力をお願い申し上げます。

いろは鉛筆

四季の境目がはっきりしなくなった日本では梅雨の入りも明けもいつの間にかとなっている。地球温暖化やそれに伴う異常気象で日本は最早熱帯地方並み、ときにスコールのような豪雨が襲う。それでも世の諸氏は梅雨明けのあのガッとした晴れ間の中で飲むビールを待ち望む。〝生きている価値の一つに生ビール！〟（河西みつる）憂さやプレッシャーから解放するジョッキの一杯だがとり巻く環境は厳しい。コロナ以来の宴会自粛はいまだに尾を引き、道路交通法改正による飲酒・酒気帯び運転の厳罰化などが気勢をそぐ。其処で勢いを増しているのがノンアルコールビール。発売当初は似て非なるもの、ビールの味など何処にもなかった。20数年を経て格段の変化を遂げ今ではしっかりと認知、市民権を得ている。ノンアルコールビールを置いていない〝酒場〟は無いくらい。愛飲家にとってはほろ苦い情況であろうが、本物を飲め！と強制を行うと〝パラスメント〟の反撃を喰らう。多様化の時代、あらゆるアルコール度を許容して共生する夏のビールの季節がやってくる。ノンアルコールビールを毛嫌いしている方にウィスキーをチョット入れるといい味になるそうですよ。お試しに!!（N・A）

全国公私病院連盟「令和6年度定時総会」

決　議

2024年問題とも言われる働き方改革の御三家、勤務医（開業医は事業主なので除外）、運送業、建設業も4月から時間外労働上限規制の適用となった。地域偏在、診療科偏在、病院・診療所偏在、総合医・専門医偏在の四偏在の解消なしで三位一体改革という勇み足では困るところが続出するはずである。

人件費の手当の応急措置に大幅な診療報酬アップが期待されてきたが、実質はトータルでイーブンかマイナスのところもあり、期待外れ、肩透かしで、落胆至極である。また、医薬品会社等の不祥事で、後発品の供給が滞り、薬剤部は混乱、電子カルテのサイバーセキュリティ対策の人員も他産業が高給なため人材確保がままならない。

岸田内閣の唱える新しい資本主義は、「人への投資」だったと思っていたのだが、どうも勘違いだったようである。医療・介護、保育・教育、一次産業を大切にしなければ、744の消滅危惧自治体は生き残れないのではないか。

円安・物価高、格差社会が進行し、世界38位の国際競争力がさらに沈下しないよう、科学技術立国、人本主義に立ち帰るべきである。その中核部隊こそ医療・介護である。我々全国公私病院連盟は、上記の考えや加盟8団体の現場職員の意見を集約し、以下のとおり決議する。

記

1．診療報酬に関すること

（1）診療報酬増額に関すること

令和6年度診療報酬改定率は＋0・88％であるが、医療従事者等の賃上げ等に充てられるプラス分を除くと、入院時食事基本額の引き上げに＋0・06％、その他施設運営に充たるプラス分は＋0・18％であるが、昨今の施設運営に係る物価の高騰は企業努力で吸収できる範囲を超えている。

本連盟が実施した「令和5年度病院経営実態調査報告」の調査結果を見ても、76・9％（集計対象520病院中400病院）が赤字になっていることから今後の経営状況はさらに悪化するものと考察する。

現行の診療報酬制度は、専門職を配置できて初めて算定可能となる方式になっていて、非常に厳しい状況になっている。

医療機関の経営が苦しい要因として、①医師・看護師・薬剤師・技術者不足（入院制限、人件費増、診療報酬算定不能）、②水道光熱費増、③感染症による入院制限（救急受入患者の増加）、④医療原価増（医薬品、医療材料）、⑤医師の働き方改革による診療科の不整備、⑥診療材料費の増加（複雑性の確保）、⑦就業環境改善対策や職員寮の確保が挙げられる。

そのため、医療機関側は、新入院患者の獲得、後方連携の促進、平均在院日数の短縮、加算項目・手技料等の算定の徹底、等により収入確保を図るものの、医療機関の収入の源は診療報酬に限られ、前記した経営課題を別の収入に頼ることができない仕組みである。

以上のことから、従事者の賃上げ等に加え、施設運営費相当分を診療報酬に上積みして頂きたい。

（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。

例を挙げれば、急性期一般入院料1（7対1）の要件が非常に強化されたこと、およびその受け皿となるべき地域包括医療病棟の要件も厳しすぎるので大変使いづらくなってしまっていること、これらは顕著な例である。

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

（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．医療に係る控除対象外消費税については税制の原則に順じ課税方式とすること

消費税は最終消費者が負担すべきものであるが、医療においては非課税とされているため病院支払いであり、その分は診療報酬に加算することによって補填することになっている。しかしながら、この方式は、患者にとって実質課税であるにもかかわらず、消費税のアップの度に医療費の値上げとして受け取られ、医療機関の立場を悪くしている。

また、診療報酬による補填方式は医薬品、医療材料、医療機器など医療機関の規模、機能によって一律とならず、益税となる場合や損税となる場合など税制の基本理念に悖（もと）るものとなっている。近年においては補填のより精緻な方式が取られているものの、その検証では未だにバラつきがありその精度においても信頼性に欠けるところがある。何よりもこれらのことは無税としたことによる不毛な作業と言わざるを得ない。

ついては、現状の消費税非課税制度を解消し、課税方式とすることを強く要望する。

なお、近年の物価上昇の情勢においては消費税の負担割合はさらに増し、2年ごとの改定ではタイムラグによる病院負担分を適切に補填することができない。病院は社会情勢に左右されず安定した医療を提供する責務を荷っているものの、上記の様な消費税の問題はその活動を阻害し、負担を強いるものとなっている。

政府および厚生労働省は、医療に係る消費税問題の責任部署を明確にし、早急に具体的な検討・解決を図るべきである。

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、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。

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。

診療報酬改定の度に起こるソフトの改変、約5年ごとに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。

上記決議する。

令和6年6月12日

一般社団法人 全国公私病院連盟 役員名簿

（令和６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	望月　泉	八幡平市病院事業管理者 兼 八幡平市立病院統括院長
副会長	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	北村　立	石川県立こころの病院 院長
常務理事	野村幸博	地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院 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	鎌田修博	神奈川県厚生農業協同組合連合会 伊勢原協同病院 院長
常務理事	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	佐々木　敬	公益財団法人佐々木研究所 理事長
常務理事	女屋光基	独立行政法人国立病院機構 下総精神医療センター 院長
理　事	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 病院長
理　事	髭　修平	北海道厚生農業協同組合連合会 札幌厚生病院 院長
理　事	中房祐司	福岡赤十字病院 院長
理　事	松浦　弘	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	石川悦久	医療法人社団駿栄会 御殿場石川病院 理事長
理　事	内藤嘉之	公益社団法人益田市医師会立 益田地域医療センター医師会病院 参事
理　事	中瀬真治	三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿厚生病院 院長
監　事	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	〒111-0042 東京都台東区寿 4-15-7 食品衛生センター7 階 TEL 03-6284-7180　FAX 03-6284-7181 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 望月　泉	〒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 長谷川浩敏	〒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 神奈川県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 重井文博	〒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	〒111-0042 東京都台東区寿 4-15-7 食品衛生センター7 階 TEL 03-5830-7503　FAX 03-5830-7504	
一般社団法人 日本公的病院精神科協会 会長 北村　立	〒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	

経済財政諮問会議（6月12日）「経済財政運営と改革の基本方針2024（原案）」

政府の「経済財政諮問会議」が6月12日に開催され、「経済財政運営と改革の基本方針2024（原案）」が示された。医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るためには「医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、総合診療医の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する」。あわせて「2026年度の医学部定員については2024年度の医学部定員を超えない範囲で維持するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う」としている。今後、閣議決定を経て正式に決定する。（以下に原案を抜粋して掲載）

【第2章】社会課題への対応を通じた持続的な経済成長の実現～賃上げの定着と戦略的な投資による所得と生産性の向上～

3．投資の拡大及び革新技術の社会実装による社会課題への対応

（医療・介護・こどもDX）

医療・介護の担い手を確保し、より質の高い効率的な医療・介護を提供する体制を構築するとともに、医療データを活用し、医療のイノベーションを促進するため、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて医療・介護DXを確実かつ着実に推進する。

このため、マイナ保険証の利用の促進を図るとともに現行の健康保険証について本年12月2日からの発行を終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行する。

「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、「全国医療情報プラットフォーム」を構築するほか、電子カルテの導入や電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定DX、PHRの整備・普及を強力に進める。

また、次の感染症危機に備え、予防接種事務のデジタル化による効率化を図るとともに、ワクチン副反応疑い報告の電子報告を促し、予防接種データベースを整備する等、更なるデジタル化を進める。

当該プラットフォームで共有される情報を新しい医療技術の開発や創薬等のために二次利用する環境整備、医療介護の公的データベースのデータ利活用を促進するとともに、研究者、企業等がデータを安全かつ効率的に利活用できる基盤を構築する。

医療DXに関連するシステム開発、運用主体として、社会保険診療報酬支払基金について、国が責任を持ってガバナンスを発揮できる仕組みを確保するとともに、情報通信技術の進歩に応じて、迅速かつ柔軟な意思決定が可能となる組織へと抜本的に改組し、必要な体制整備を図るほか、医療・介護DXを推進し、医療費適正化の取組を強化するための必要な法整備を行う。

また、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策を着実に実施する。

電子処方箋について、更なる全国的な普及拡大を図る。

あわせて、子育て支援分野においても、保育業務や保活、母子保健等におけるこども政策DXを推進する。また、これらのDXの推進については、施策の実態に関するデータを把握し、その効果測定を推進する。

【第3章】中長期的に持続可能な経済社会の実

3．主要分野ごとの基本方針と重要課題

（1）全世代型社会保障の構築

少子高齢化・人口減少を克服し、「国民が豊かさと幸せを実感できる持続可能な経済社会」を目指すためには、国民の将来不安を払拭し「成長と分配の好循環」の基盤となる改革を進めるとともに、長期推計を踏まえ、中長期的な社会の構造変化に耐えうる強靱で持続可能な社会保障システムを確立する必要がある。

このため、中長期的な時間軸も視野に入れ、医療・介護DXやICT、ロボットなど先進技術・データの徹底活用やタスクシフト／シェアや全世代型リ・スキリングの推進等による「生産性の向上」、女性・高齢者など誰もが意欲に応じて活躍できる「生涯活躍社会の実現」、「こども未来戦略」の効果的な実践による「少子化への対応」など関連する政策総動員で対応する。

また、現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現していくためには、医療・介護等の不断の改革により、ワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制することが極めて重要である。

このため、持続可能な社会保障制度の構築に向け、能力に応じ全世代が支え合う「全世代型社会保障」構築を目指し、経済・財政一体改革におけるこれまでの議論も踏まえて策定された改革工程に基づき、その定める「時間軸」に沿った改革を次に掲げるとおり着実に推進する。その際、全世代型社会保障の将来的な姿について、国民に分かりやすく情報提供する。

（医療・介護サービスの提供体制等）

高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応するため、限りある資源を有効に活用しながら、質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制を確保するとともに、医療・介護DXの政府を挙げての強力な推進、ロボット・デジタル技術やICT・オンライン診療の活用、タスクシフト／シェア、医療の機能分化と連携など地域の実情に応じ、多様な政策を連携させる必要がある。

国民目線に立ったかかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療連携推進法人・社会福祉連携推進法人の活用、持続可能なドクターヘリ運航の推進や、地域で安全に分べんできる周産期医療の確保、都道府県のガバナンスの強化を図る。

地域医療構想について、2025年に向けて国がアウトリーチの伴走支援に取り組む。

また、2040年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024年末までに結論を得る。

医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、総合診療医の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。

あわせて、2026年度の医学部定員については2024年度の医学部定員を超えない範囲で維持するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

人口減少による介護従事者不足が見込まれる中で、医療機関との連携強化、介護サービス事業者のテクノロジーの活用や協働化・大規模化、医療機関を含め保有資産を含む財務情報や職種別の給与に係る情報などの経営状況の見える化を推進した上で、処遇の改善や業務負担軽減・職場環境改善が適切に図られるよう取り組む。

また、必要な介護サービスを確保するため、外国人介護人材を含めた人材確保対策を進めるとともに、地域軸、時間軸も踏まえつつ、中長期的な介護サービス提供体制を確保するビジョンの在り方について検討する。

このほか、がん対策、循環器病対策、難聴対策、難病対策、移植医療対策、慢性腎臓病対策、アレルギー対策、依存症対策、栄養対策、睡眠対策等の推進を図るとともに、更年期障害や骨粗しょう症等に対する女性の健康支援の総合対策の推進を図る。

また、全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた具体的な取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医歯薬連携を始めとする多職種間の連携、歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応、歯科領域におけるICTの活用の推進、各分野等における歯科医師の適切な配置の推進により、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組むとともに、有効性・安全性が認められた新技術・新材料の保険導入を推進する。

また、ICTや特定行為研修の活用等による訪問看護や看護師確保対策の促進、在宅サービスの多機能化等による在宅医療介護の推進に取り組む。

（医療・介護保険等の改革）

給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、関連法案の提出も含め、各種医療保険制度における総合的な検討を進める。

こうした改革を進めるに当たっては、審査支払機関による医療費適正化の取組強化、多剤重複投薬や重複検査等の適正化に向けた実効性ある仕組みの整備を図り、国民健康保険制度については、都道府県内の保険料水準の統一を徹底するとともに、保険者機能の強化等を進めるための取組を進め、人口動態や適用拡大による加入者の変化等を踏まえ、医療費適正化や都道府県のガバナンス強化等にも資するよう、調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方について検討を行う。

また、国際比較可能な保健医療支出統計の整備を推進する。

介護保険制度について、利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直し、ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方については、第10期介護保険事業計画期間の開始の前までに検討を行い、結論を得る。

あわせて、高齢者向け住宅の入居者に対する過剰な介護サービス提供（いわゆる「囲い込み」）の問題や、医療・介護の人材確保に関し、就職・離職を繰り返す等の不適切な人材紹介に対する紹介手数料の負担の問題などについて、報酬体系の見直しや規制強化の更なる検討を含め、実効性ある対策を講じる。

また、深刻化するビジネスケアラーへの対応も念頭に、介護保険外サービスの利用促進のため、自治体における柔軟な運用、適切なサービス選択や信頼性向上に向けた環境整備を図る。

（予防・健康づくりの推進）

健康寿命を延伸し、生涯活躍社会を実現するため、第3期データヘルス計画に基づき保険者と事業主の連携（コラボヘルス）の深化を図るとともに、予防・重症化予防・健康づくりに関する大規模実証研究事業の活用などにより保健事業を推進する。

元気な高齢者の増加と要介護認定率の低下に向け、総合事業の充実により、地域の多様な主体による柔軟なサービス提供を通じた効果的な介護予防に向けた取組を推進するとともに、エビデンスに基づく科学的介護を推進し、医療と介護の間で適切なケアサイクルの確立を図る。

また、ウェアラブルデバイスに記録されるライフログデータ（睡眠・歩数等）を含むPHRについて、医療や介護との連携も視野に活用を図るとともに、民間団体による健康づくりサービスの「質の見える化」を推進する。

（創薬力の強化等ヘルスケアの推進）

創薬力の向上により国民に最新の医薬品を迅速に届けるため、構想会議中間取りまとめを踏まえ、革新的医薬品候補のFIH試験を実施できる国際競争力ある臨床試験体制の整備、臨床研究中核病院の承認要件の見直し、治験薬・バイオ医薬品の製造体制の整備や人材の育成や確保など有望なシーズを速やかに実用化する国際水準の研究開発環境の実現に取り組む。

医療機関や企業の研究者による医療データの利活用を推進するため、個人識別性のないゲノムデータに関する個人情報保護法上の解釈の明確化等を図る。

また、官民協議会による外資系企業・VCの呼び込み等を通じアカデミアから産業界にわたる多様なプレイヤーをつなぎ、アーリーステージに新たな研究開発資金が投じられるよう、その推進体制の整備も含め創薬エコシステムの再編成を図るとともに、大学病院等の研究開発力の向上に向けた環境整備やAMEDの研究開発支援を通じて研究基盤を強化することで創薬力の抜本的強化を図る。

イノベーションの進展を踏まえた医療や医薬品を早期に活用できるよう民間保険の活用も含めた保険外併用療養費制度の在り方の検討を進める。

ドラッグロス等への対応やプログラム医療機器の実用化促進に向けた薬事上の措置を検討し、2024年末までに結論を得るとともに、承認審査・相談体制の強化等を推進する。あわせて、PM

4面へつづく

3面からつづく

DAの海外拠点を活用した薬事規制調和の推進等に取り組む。引き続き迅速な保険収載の運用を維持した上で、イノベーションの推進や現役世代等の保険料負担に配慮する観点から、費用対効果評価の適用の拡大について検討する。また、休薬・減薬を含む効果的・効率的な治療に関する調査・研究を推進し、診療のガイドラインにも反映していく。

医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品業界の理想的な姿を見据え、業界再編も視野に入れた構造改革を促進し、安定供給に係る法的枠組みを整備するとともに、バイオシラーの使用を促進するほか、更なるスイッチOTC化の推進等によりセルフケア・セルフメディケーションを推進しつつ、薬剤自己負担の見直しについて引き続き検討を進める。特定重要物資である抗菌薬について、国内製造の原薬が継続的に用いられる環境整備のための枠組みや一定の国内流通量を確保する方策について検討し、2024年度中に結論を得る。（以下略）

今月の一冊

今月の1冊

今月の1冊は、ほん最近出版された「究極の学び場　京大吉田寮」である。小生たちのNPO会員であり寮のOBでもある近畿大学教職教育部・冨岡勝教授から予報されていた。発刊当日に手に取りあっという間に読み終わった。

大学入学時、吉田寮のある近衛通りの奥、吉田山の麓、上岡龍太郎氏のお宅（死後に判明）の近所に下宿。今は無くなった吉田西寮に高校（徳島城南）の同級生2人が入寮しており、よく遊びに行き、議論などで徹夜したら、西寮は食堂が無かったので吉田寮に朝食を食べに。

「来る者は拒まず」は今と同じ。中庭の山羊の乳や鶏の卵かけごはんが懐かしい。先日まで孔雀もいたらしいが留学生と伴に帰国したと。

議論のテーマは「すみれは本当に美しいか?」とか、「北極の氷が全部溶けると世界地図はどう変わるか?」など、たわいもないものであった。花の件は後に神津善行氏が「生殖器をあからさまに美しいとは言えない」と言っていたと、全国自治体病院病院協議会の創立50周年特別記念講演で娘の神津カンナさんから聞いた。

まあ何でもありというか、自主独立、自由奔放の文字以上であった。京都大学の入学式の総長訓辞もユニークなものが多いが、第17代、奥田東先生、農学部で〝トンさん〟の愛称、その辺のお百姓さんと変わらぬ風貌、気さくな叔父さん風の方が「京大は高校までと違います。何も教えません。自ら大いに学んでください」と。授業料を払う必要がないのではと?

Ⅱ部構成となっており、Ⅰ部は寮の歴史やOBの話。猟師になった人、ニューヨークで同性男性パートナーと結婚した方など、寮はつまりジャングルやニューヨークにも似ていると。OGからはオールジェンダートイレの魁と。自由だが全会一致までの話し合いが原則と、能動態でも受動態でもない中動態に開かれた場所、「する、される」というのとは別の視点。

しかし、最近の政府の大学への締め付け振りは目に余る。運営交付金の削減、外部有識者の導入で、管理者や理事には財界人がほとんど。これでは息苦しいのでは?

Ⅱ部は、吉田寮は木造建築として歴史的建造物で取り壊すべきではないとの視点。先日寮を訪ねると寮の木材は御所のために用意された物が東京遷都により三高へ廻されたとのこと。立派で強いはずと納得。建築文化財としての価値も高いと。演劇やライブ会場としての寮食堂。先日は写真展が開かれていた。火事の時のエピソードも大変人間味溢れていて面白い。

また、寮のOB・OGの寄稿もあり多様性こそ力との経験や権力の戦いを吉田寮の自治精神で国の権力・圧力から沖縄での大衆運動をされている方もいる。

釜ケ崎で越冬運動していたOGが胸を触られるセクハラを受け、逆に差別用語を使い反省文を書かされたとか、その方は寮で出産し、育児をして、寮生たちが遊び相手をしてくれたり、貧しい家庭だったので寮で生活し、大学も卒業できた。生活の基盤や考え方の基礎ができた尊い場所だったと。

また、寮の生活を実現しようとシェアハウスを経営した方は、「住まいは民主主義の小学校」と、今は国立大学の独立行政法人化や副学長制度導入後20年以上経ち運営交付金もどんどん減らされ、大学の自治などは看板倒れ、京大の楽しくユニークな立て看板も美観重視とかで撤去されてしまった。最後の砦が吉田寮とも。女子も家族も子供も近所の方達も誰でも受け入れるが、皆が当事者として責任を負う。話し合いでゆっくり決める。これぞデモクラシーの見本、テキストブックであろう。

最後は益川敏英先生との対談。ノーベル賞受章時の談話が一番京大的と小生は評価。寮生へのメッセージでは学生のみならず国民へのメッセージではなかろうか? 読むと若返ること間違いなしの1冊である。

次回はこの続きの感じで「松本深志高校」を。旧制中学からの名門公立校は中高一貫私立学校へ生徒が流れ、伝統校が苦難。そんな状況の中での奮闘ぶりを!!

推薦者：邉見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

『究極の学び場　京大吉田寮』
実生社編集部／編

全国公私病院連盟の各種団体保険

病院賠償責任保険

・勤務医師賠償責任保険（包括契約・個人契約）
・看護職賠償責任保険（包括契約）
・医療従事者賠償責任保険（包括契約）

医療機関用サイバー保険
医療廃棄物排出者責任保険
医療機関用受託者賠償責任保険
現金総合保険
医療事故調査費用保険
訪問看護事業者賠償責任保険
保育所賠償責任保険・保育所傷害保険
医療施設特約オプション

雇用慣行賠償責任保険
使用者賠償責任保険
居宅事業者総合保険

＜お問合せ先＞

取扱代理店

株式会社 公私病連共済会
〒111-0042　東京都台東区寿 4-15-7
食品衛生センター7 階
TEL 03-5830-6193　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで

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　FAX 03-6388-0153
受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで

保険の詳しい内容については、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。

第 34 回「診療報酬請求事務セミナー」ご案内

全国公私病院連盟では、「第34回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。病院関係職員皆様のご参加をお待ちしております。

第34回 診療報酬請求事務セミナー

2024年7月26日(金)　9：55～16：30　参集方式
CIVI研修センター日本橋　N6ホール

講演 A　第1部 10：00～11：30　第2部 12：30～14：00（休憩60分）

(株)ＡＳＫ梓診療報酬研究所
代表取締役
中林　梓 先生

2024年度診療報酬改定 経過措置後のポイント解説と対策

講演 B　第1部 14：20～15：20　第2部 15：30～16：30（休憩10分）

(株)リンクアップラボ
代表取締役
酒井　麻由美 先生

精神科病院における 2024年度改定への対応策

申込方法
全国公私病院連盟のHPよりお申込みください
全国公私病院連盟　検索
5営業日以内にメールにて参加費用や振込先等をご連絡いたします

申込振込期限
2024年７月１８日（木）
期日までにご入金いただいた方に受講票と受講のご案内をメールでお送りいたします。
受講票送信予定日：７月２２日（月）

参加費用

下記団体に加盟している病院（会員病院）
1名様につき　**13,200円（税込）**

・全国自治体病院協議会
・全国厚生農業協同組合連合会
・全国済生会病院長会
・日本私立病院協会
・全国公立病院連盟
・日本赤十字社病院長連盟
・岡山県病院協会
・日本公的病院精神科協会

上記団体以外の病院（非会員病院）
1名様につき　**15,400円（税込）**

会場案内図

問合せ先　一般社団法人 全国公私病院連盟
東京都台東区寿4-15-7食品衛生センター7階　TEL：(03)6284-7180　mail：seminar@byo-ren.com

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7（〒111-0042）
食品衛生センター7階
TEL03（6284）7180 FAX03（6284）7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行　年間購読料1,000円
（購読料は会費に含まれます）

創立60周年式典を開催

全国の公的・私的病院が団結し、組織医療の向上と病院の経済的・社会的地位の維持・発展をめざして

全国公私病院連盟は7月11日に創立60周年を迎え、同日に「記念式典」を「都市センターホテル」（東京都千代田区平河町）で開催しました。当日は日本医師会の松本吉郎会長の記念講演も行われ、その後、関係者を招いた祝賀会が開催されました。（2～4面に関連記事を掲載）

連盟還暦に寄せて

全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

全国公私病院連盟に関わって約30年間の一番の思い出は、〝中央社会保険医療協議会（中医協）に真の病院代表を〟との当時の竹内正也先生（当時・全国公私病院連盟・会長、※以下、当時）の御下命で、山本修三先生（日本病院会・会長）、豊田堯先生（日本医療法人協会・会長）、故・佐々英達先生（全日本病院協会・会長）、鮫島健先生（日本精神科病院協会・会長）や故・小山田惠先生（全国自治体病院協議会・会長）方を中心とした11病院団体が慎重に審議を重ね、平成17年（2005年）に「日本病院団体協議会（日病協）」を設立したことである。

これにより、日病協は、日本医師会以外の中医協委員の推薦団体として厚生労働省からお墨付きをもらったのである。投票により、日本病院会と全国公私病院連盟から委員を出すことになり、石井映禧先生（日本病院会・常任理事、川崎幸病院・院長）と私（全国公私病院連盟・副会長、赤穂市民病院・院長）が中医協委員に任命され、チーム医療や医療安全、麻放病（私の造語）など、今まで議論されず評価が低かった分野の見直しに結び付いた。

臨床工学技士やソーシャルワーカーなどは、半年余りの議事録を見ても一言一句無かったので、私は初めて出席した自己紹介の時、「私は、医師ではありますが、医師の代表ではなく、30以上の職種が働く病院の代表として参りました。今まで陽の当たらなかった所へも、よろしくお願い申し上げます」と申し上げたことを覚えている。

NST（Nutrition Support Team）や褥瘡防止などはこの時の改定で評価され、次の改定で手術点数がやっと上がった。懸案だった初・再診料の病院・診療所間の格差も見直された。

本連盟の二大事業の「国民の健康会議」と「病院運営実態分析調査」に並び診療報酬改定への取り組みに本腰を入れる嚆矢となった出来事である。今後ともこの三本の矢を中心に、本連盟に加盟する8病院団体は元より、全国の病院に寄与する活動を続けて参りますので、今後とも御指導、御鞭撻をお願い申し上げます。

創立60周年　記念式典のもよう

国民医療の確保のために診療報酬の引き上げを

創立60周年記念講演

日本医師会の医療政策

日本医師会　会長
松本吉郎　先生

7月11日に行われた全国公私病院連盟の創立60周年記念式典で、日本医師会長の松本吉郎先生による記念講演「日本医師会の医療政策」が行われました。

創立60周年　記念講演会のもよう

自見はなこ大臣を表敬訪問

全国公私病院連盟の邉見公雄会長は7月24日、内閣府本府庁舎中央合同庁舎に自見はなこ大臣【内閣府特命担当大臣（沖縄及び北方対策、消費者及び食品安全、地方創生、アイヌ施策）、国際博覧会担】を表敬訪問して最近の医療事情などについて懇談した。

自見はなこ内閣府特命担当大臣（左）と邉見公雄会長（右）

いろは鉛筆

〈3月1日号の続き〉平成の初め、東行庵主谷家が絶家となり、本山から他寺との兼務住職が赴任し、東行庵の実権は代表役員が握った。東行記念館は空調もなく、晋作の遺品の劣化を恐れた学芸員や高杉家が設備の改善を要望したが拒否▼平成十五年、代表役員は東行記念館の閉館と職員全員を解雇し、記者会見で、東行庵は寺であり、歴史の偉人の遺品の管理・保存・研究の場ではないと明言。高杉家は、遺品を引き取り、学芸員は遺品とともに萩博物館に駆け込んだ。一連の騒動が放映されると、下関市民は驚き怒り、何故か傍観していた下関市もやっと動き、下関市、萩市、東行庵、高杉家で協議し、遺品は、萩一、下関二の割合で分割管理で合意。下関市は、旧館を全面改装し下関市立東行記念館として再開館すると発表、一件落着と誰もが思った。直後、代表役員は、遺品は高杉家から東行庵への寄贈であり所有権は東行庵にあると提訴。最高裁まで争ったが敗訴。組織のトップの誤決断が招いた珍騒動であった▼組織が国だとトップの誤決断は重大で、第二次大戦のヒットラーや東条と同様、今もプーチンやネタニヤフらが多くの民衆の生命を奪い続けている。（K・Y）

副会長メッセージ

望月　泉　八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長
【公益社団法人 全国自治体病院協議会】

自治体病院は、救急、小児・周産期、感染症やがん治療等の高度医療のみならず、医療過疎地である山間へき地・離島において、民間では採算性の関係で対応が難しい医療も担っています。2024年は診療報酬改定年でありますが、インフレ局面において診療報酬で病院運営にかかる諸経費を賄うことができず、また医師をはじめ多職種の人を増やせば高得点になる仕組みは、少子化が続くわが国では特に地方では限界となってきています。全国公私病院連盟が主導し、日本の医療提供体制を大きく左右する診療報酬のあり方を国民全体を巻き込みながら考えていく方向になればと願います。

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
【全国厚生農業協同組合連合会】

全国厚生農業協同組合連合会は保健・医療・高齢者福祉事業を通じて地域社会に貢献することを使命に、全国で100病院・60診療所を運営しています。その歴史は、百年前の我国で、困窮し医療資源も乏しい農村地域での低廉な医療提供を目的に、相互扶助の精神を掲げて各地で設立されていった産業組合立病院に端緒を有し、地域住民自らが医師偏在を克服してきた道程です。過去を振り返ることは未来に責任を持つことでもあります。連盟創立60周年は、先人の貢献に思いを致し、未来をきり拓く決意を新たにする機会でもあります。

三角隆彦　神奈川県済生会横浜市東部病院 院長
【全国済生会病院長会】

済生会は日本最大の社会福祉法人で、生活困窮者に医療を提供するため、明治44年、明治天皇の済生勅語によって恩賜財団として創設されました。各地に診療所を設け貧困所帯に無料の診療を行い、それが日本の社会福祉の幕開けとなりました。大正２年に第１号の神奈川県病院が横浜に開院し、現在では全国に82病院を有しています。全国済生会病院長会は昭和34年に発足し、病院長間の情報交換、連携の場として機能しています。現場の声を本連盟を通じて中央へ届け、政策に反映していただけるよう尽力して参ります。

中村哲也　医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院 理事長
【日本私立病院協会】

公的、私的病院が団結して組織医療の向上と経済的、社会的地域の維持発展をすることは地域にとって意義があり、診療報酬対策の展開や、経営実態調査などの発刊は、わが国唯一の病院経営実態に基づく資料です。私ども日本私立病院協会の会員の多くは中小病院で地域医療を行っています。医療制度、税制問題、病院経営管理などに関する情報提供や研修会などは全国公私病院連盟を通じた活動となりますので、今後ともご活躍を願っております。

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
【全国公立病院連盟】

大正13年に創設された全国公立病院連盟は100年という日本で最古の歴史を誇る病院団体です。約100床以上の公立病院が会員となり、病院長、事務部長、看護部長が一堂に会し、各病院の経験や知見を活かした多様な視点での議論の下、課題を共有・解決する場を提供しています。戦中戦後６年間の休会期間を乗り越え、コロナ禍もハイブリッド開催を継続することで、情報共有の停滞を防いできました。全国公私病院連盟の下、他の病院団体との連携を深め、安定した病院経営を行い、より質の高い医療を提供できるように一丸となって励んでいく所存です。

牧野憲一　旭川赤十字病院 院長
【日本赤十字社病院長連盟】

日本赤十字社病院長連盟は全国に92病院を展開する病院グループです。救命救急センターやがん診療連携拠点病院などを有する大病院が多いのが特徴ですが、地方に位置する中小規模の病院や僻地医療を支える小規模病院もあります。これからの超高齢社会に向けて、医療を提供する我々は多くの課題を乗り越えなくてはなりません。全国公私病院連盟がこれからも病院団体のまとめ役として、存在感を示し日本の医療を良い方向に導いていくことを願っています。

難波義夫　医療法人社団同仁会 金光病院 理事長・院長
【一般社団法人 岡山県病院協会】

岡山県病院協会は、昭和37年に初代川崎裕宣会長の下で任意団体として設立され、昭和53年に社団法人格を取得し、平成24年から一般社団法人へ改組して現在に至っています。病院規模、病院機能、地域事情などそれぞれ異なる県下のすべての病院が、一致団結して、事務長会が中心になって、研修会開催、病院職員の福利厚生事業などの会員病院への支援事業、また、医師会、行政等とも協力して公益性の高い事業にも取り組み、特に会員病院のご協力により、経営内容の調査、公表を行い病院の経営の改善に取り組んでいます。

北村　立　石川県立こころの病院 院長
【一般社団法人 日本公的病院精神科協会】

精神科医療は、精神障害者を地域から隔離することを基本とした昭和の考えから、障害者の尊厳を守り、地域での生活を多職種で支えようという考えに進化しています。その流れを受けて、日本公的病院精神科協会（公精協）は、質の高い精神科医療の提供と人材育成を目的に平成30年４月に設立されました。現在、国立病院、自治体立病院、公的病院の135病院が加盟しています。また精神科医療だけに留まらず、地域医療を守る病院協議会にも加盟し、広い視野から国民のメンタルヘルスの向上に関わって参ります。

全国公私病院連盟のロゴができました。

一般社団法人
全国公私病院連盟

有機的なシンボルを連ね、「ＪＨＦ」の文字を表現しています。日本列島を模したデザインで、全国的なネットワークと地域社会への深いコミットメントを象徴しています。

丸みを帯びた形状は柔軟性と親しみやすさを連想させ、わずかな傾斜が成長を続ける意欲と進化し続ける行動力を示しています。

マークに用いた落ち着いた赤色は、成熟した組織の雰囲気を醸し出しつつ、情熱と活力に満ちた印象を演出します。

シンプルでありながらも多様な要素が凝縮されたデザインです。

一般社団法人全国公私病院連盟について

全国公私病院連盟は、全国の公的・私的病院が団結して組織医療の向上と病院の経済的・社会的地位の維持発展を図ることを目的として、昭和 39 年 7 月 11 日に設立されました。以来、今日に至るまで国民医療の発展のために活動を続けています。

（本連盟の加盟正会員は右記のとおり８団体であり、約 1,500 病院が加盟正会員に所属しています。）

- 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

式典挨拶
衆議院議員
森　英介様

記念式典のもよう

来賓祝辞
日本病院会
会長　相澤孝夫様

開会挨拶をする
全国公私病院連盟
邉見公雄会長

祝賀会挨拶
衆議院議員
谷　公一様

乾杯の発声
全国公私病院連盟
望月　泉副会長

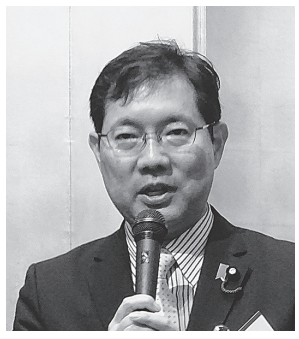
全国公私病院連盟　会長・副会長

式典挨拶
社会福祉法人恩賜財団
済生会
理事長　炭谷　茂様

祝賀会のもよう

祝賀会挨拶
厚生労働省医務技監
迫井正深様

祝賀会挨拶
参議院議員
川田龍平様



祝賀会挨拶
衆議院議員
勝目　康様

中締め挨拶
全国公私病院連盟
難波義夫副会長

祝賀会挨拶
学習院大学学長
遠藤久夫様

祝賀会挨拶
日本慢性期医療協会
会長　橋本康子様

祝賀会挨拶
全日本病院協会会長
猪口雄二様

祝賀会挨拶
日本医師会副会長
茂松茂人様

祝賀会挨拶
厚生労働省医政局長
森光敬子様

全国公私病院連盟６０年のあゆみ

1964年（昭和39年）	7月　11日	「全国公私病院連盟設立総会」開催 事務局を東京都文京区湯島3-1におく
	7月　23日	初の理事会を開催し、会長・副会長・常務理事の互選を行った結果、初代会長に荘 寛先生が就任
	9月　1日	機関紙「全国公私病院連盟速報(現 公私病連ニュース)第1号」発行
1965年（昭和40年）	10月　14日	本連盟の組織大綱を決定
1966年（昭和41年）	6月	初の「病院経営実態調査」を実施
1969年（昭和44年）	12月　1日	「病院政治連盟」を結成し、第32回衆議院議員選挙に31名を推薦
1970年（昭和45年）	6月　25日	事務局を東京都渋谷区神宮前2-6-1へ移転
	6月　30日	「(第8回)定期総会」にて、第２代会長に近藤六郎先生が就任
1973年（昭和48年）	6月	「病院経営分析調査」を全国自治体病院協議会と合同で実施
1974年（昭和49年）	7月　11日	「設立10周年記念祝賀会」を開催
1976年（昭和51年）	6月　18日	「(第15回)定期総会」にて、第３代会長に五十嵐正治先生が就任
1978年（昭和53年）	2月	初の「診療報酬改定影響率調査」を実施
	10月	初の「病院部門別原価計算調査」を実施
	10月　16日	初の研修会として「(第1回)第一線医療従事者の研修」を開催
1984年（昭和59年）	2月　26日	初の「診療報酬改定説明会」を開催
	6月　26日	「(第25回)定期総会」にて、連盟結成20周年記念行事を開催
1985年（昭和60年）	6月　19日	初の海外視察団として「昭和60年度(第1回)海外病院看護婦視察研修団」を派遣
1986年（昭和61年）	6月　6日	「(第27回)定期総会」にて、第４代会長に田中 徹先生が就任
1989年（平成元年）	10月　21日	「(第1回)国民の健康会議」を開催
1990年（平成2年）	6月　26日	「(第1回)医療事故防止セミナー」を開催
1991年（平成3年）	6月　21日	「(第1回)診療報酬請求事務セミナー」を開催
1992年（平成4年）	6月　12日	「(第33回)定期総会」にて、第５代会長に遠山正道先生が就任
1994年（平成6年）	7月　13日	「(第35回)定期総会」にて、連盟結成30周年記念行事を開催
1995年（平成7年）	4月　6日	株式会社公私病連共済会を設立
1996年（平成8年）	10月　26日	事務局を東京都渋谷区神宮前2-17-6へ移転
1998年（平成10年）	12月　11日	「(第1回)看護管理セミナー」を開催
2000年（平成12年）	6月　21日	「(第41回)定期総会」にて、第６代会長に竹内正也先生が就任
2002年（平成14年）	5月　16日	事務局を東京都渋谷区神宮前2-6-1へ移転
2005年（平成17年）	1月　18日	「(第1回)DPCセミナー」を開催
	4月　26日	本連盟を含む主要10病院が加盟する「日本病院団体協議会」が発足
	9月　28日	邉見公雄副会長が中央社会保険医療協議会委員として尾辻厚生労働大臣(当時)より任命
2009年（平成21年）	10月　27日	邉見公雄副会長が中央社会保険医療協議会委員として長妻厚生労働大臣(当時)より任命(※再任)
2011年（平成23年）	6月　2日	「地域における医療と介護の連携セミナー」を開催
	8月　22日	一般社団法人へ移行
2012年（平成24年）	6月　15日	「(第53回)定時総会」にて、第７代会長に篠原寛休先先が就任
2013年（平成25年）	2月　15日	「平成24年度(第11回)理事会」にて会長の互選を行い、第８代会長に高橋正彦先生が就任
2015年（平成27年）	6月　30日	「創立50周年記念式典および祝賀会」を開催
2016年（平成28年）	6月　17日	「(第57回)定時総会」にて、第９代会長に今泉暢登志先生が就任
	10月　13日	「サイバーリスク対策に関するセミナー」を開催
2019年（平成31年）	6月　19日	「(第60回)定時総会」にて、第１０代会長に邉見公雄先生が就任
2020年（令和2年）	11月　19日	「コロナ・感染症対策特別セミナー」をWEB開催
2021年（令和3年）	3月　12日	「令和2年度(第13回)理事会」にて、日本公的病院精神科協会の加入が承認され、構成8団体となる
2024年（令和6年）	2月　13日	事務局を東京都台東区寿4-15-7へ移転
2024年（令和6年）	7月　11日	「創立60周年記念式典・講演会・祝賀会」を開催

今月の一冊

今月の1冊

今月の1冊は、近畿大学冨岡勝教授から頂いた『深志の自治』である。先月の「吉田寮」より先に読んでいたが、前後して今月に。先月予約した通り紹介する。2冊には共通する部分が多い学生の自治、話し合いの重要性、少数意見の尊重。これらは学問の自由に結び付くし、民主主義の根幹でもあろう。そして今曲がり角にも来ているものである。

まず読み始めたが、見慣れない単語が頻繁に出てくるので巻頭表紙裏にある深志用語集を見て予備知識を入れる事にした。序文、はじめには、編集の中心人物、井上義和氏「伝統校に眠る『隠れ資産』を掘り起こす」。今や旧制中学などの地方伝統校は中高一貫や東大進学予備校的な私立高校により、その存在価値が脅かされている。またバンカラはパワハラとか時代錯誤とか冷ややかな世相も強まっている。そういう人達や市民派の方々も《外の人》として卒業生など伝統派の《中の人》以外の人達を執筆者に加えて、松本深志高校をフィールドにした教育学や社会学など異なった専門の研究者の共同研究を出版した。都会の私立麻布高校の状況が記載され、類似点、相違点を対比している。

第一部は深志生が捉えた自治の現在。鼎談つまり生徒、教師（学校）、地域が話し合って決める。学校の外に地域があるのではなく、地域の内に学校がある。部活の騒音問題解決から始まった3者会議がどんどん進化し、世論（せろん）を輿論（よろん）にする。皆で他人事でなく自分事にする過程が素晴らしい。三世代の卒業生のアンケート調査をそれぞれの時代の風潮、特性を反映していて面白い。特筆すべきは私も高校時代（旧制徳島中学）に経験したファイアストームで7月の4日間の文化祭、とんぼ祭りであろう。この為に應援團管理委員会（應管）や舞台装置委員会（舞装）などマニアックな伝統集団が通過儀礼的に新入生を洗脳する。外の人の代表的著者、加藤善子は米国大学の初年度教育（全寮制）と同じ役割と、舞装は舞台装置を設ける技能集団、伊勢神宮の式年遷宮の宮大工と同じ様に技術継承もしっかりと。トップは委員長でなく〝大将〟。深志は敢えて教えず。京都大学とよく似ていて、卒業生も東大より京大のほうが人気というのもよく解る。先月の「吉田寮」と同じスタイル。西部講堂は京大のシンボル的な所だが、この舞台もこれに近い。山本悟朗先生のＬＨＲ（ロングホームルーム）はこの学校の最もユニークなものであろう。戦後初代校長、岡田甫先生の「起居有礼」を教え子達（岡田チルドレン）が脈々と受け継いでいるのは、高校が大学への予備校化に流されている現在では稀有の存在である。650万円の生徒会費、各部活の会計責任者が5日間話し合う接衝會は教師が見えざる手でＰＢＬ（Project Based Learning）を実践させている見本の様である。鬼に角、教育＝真理への一筋の道を今だに守っている素晴らしい学校。私が文部科学省は松本か、よしんば盛岡、高梁かという一つの根拠でもある。先月の「吉田寮」と並べて併読して欲しい一冊である。

『深志の自治　地方公立伝統校の危機と挑戦』
井上義和・加藤善子／編
信濃毎日新聞社／刊

推薦者：遵見公雄（全国公私病院連盟会長、赤穂市民病院名誉院長）

ご紹介

創立60周年記念式典の懇親会でご挨拶・ご登壇いただいた方々をご紹介します（順不同）。紙面の都合で掲載できなかった方にはお詫び申し上げます。

佐々木昌弘様（厚生労働省大臣官房危機管理・医務技術総括審議官）

鷲見　学様（厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長）

山本信夫様（日本薬剤師会顧問）

武田泰生様（日本病院薬剤師会会長）

森　昌平様（日本薬剤師会副会長）

渡邊大記様（日本薬剤師会副会長）

室井延之様（神戸市立医療センター中央市民病院薬剤部長）

押淵　徹様（国民健康保険平戸市民病院名誉院長）

小野　剛様（全国国民健康保険診療施設協議会会長）

吉嶺文俊様（新潟県立十日町病院院長）

梶原伸介様（宇和島市病院事業管理者）

松本昌美様（南和広域医療企業団副企業長）

中房祐司様（福岡赤十字病院院長）

金子隆昭様（彦根市病院事業管理者）

遵見達彦様（徳島県鳴門病院名誉院長）

三輪聡一様（公立豊岡病院組合立豊岡病院院長）

赤木重典様（宗丹後市立久美浜病院院長）

井上峰夫様（九十九里ホーム理事長）

吉田茂夫様（北見赤十字病院名誉院長・特別顧問）

森本泰介様（京都市立病院名誉院長）

中野一夫様（株式会社ヘルスケア・システム研究所相談役）

金子晃三様（株式会社ヘルスケア・システム研究所代表取締役社長）

鈴木充子様（株式会社ヘルスケア・システム研究所アドバイザー）

久原尚美様（株式会社エヌジューシー取締役）

全国公私病院連盟の各種団体保険

病院賠償責任保険

・勤務医師賠償責任保険（包括契約・個人契約）
・看護職賠償責任保険（包括契約）
・医療従事者賠償責任保険（包括契約）

医療機関用サイバー保険
医療廃棄物排出者責任保険
医療機関用受託者賠償責任保険
現金総合保険
医療事故調査費用保険
訪問看護事業者賠償責任保険
保育所賠償責任保険・保育所傷害保険
医療施設特約オプション

雇用慣行賠償責任保険
使用者賠償責任保険
居宅事業者総合保険

＜お問合せ先＞

取扱代理店
株式会社　公私病連共済会
〒111-0042　東京都台東区寿4-15-7
食品衛生センター7階
TEL 03-5830-6193　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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　FAX 03-6388-0153
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

保険の詳しい内容については、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。