

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人全国公私病院連盟
東京都渋谷区神宮前2-6-1
食品衛生センター4階(150-0001)
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます。)

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

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、革新の新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

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、改革を著実に進める。

- ・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

謹賀新年
株式会社
公私病連共済会
代表取締役 邊見 公雄

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、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)

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。

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。

勤務歯科医師・薬局の勤務薬劑師、事務職員、歯科技工所等に従事する者の賃上げに資する措置分(10・28%程度)を除く。令和6年度にベースアップ2・5%、令和7年度にベースアップ2・0%を実施していくための特例的に対応(10・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) 10・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 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。

※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年度にベースアップ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

謹賀新年
一般社団法人
全国公私病院連盟
会長 邊見 公雄

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、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)

令和6年度診療報酬改定率決まる

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10・88%
※1 うち、※2〜4を除く改定分10・46%
各科改定率
医科10・52%
歯科10・57%
調剤10・16%
40歳未満の勤務医師・

年頭所感



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ようにと心の底から願っております。何と云っても、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、食料費、設備費、人件費すべて上昇環境の向上には、それ

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 邊見 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ようにと心の底から願っております。何と云っても、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、食料費、設備費、人件費すべて上昇環境の向上には、それ

1ス(広島県の榎ホーユ)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

の分野に人材を奪われる傾向が強いのです。給料が安止まりながら、人材確保が難しくなっています。

また、医療DXや診療報酬改定DXには初

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

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

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ようにと心の底から願っております。何と云っても、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、食料費、設備費、人件費すべて上昇環境の向上には、それ

の分野に人材を奪われる傾向が強いのです。給料が安止まりながら、人材確保が難しくなっています。

また、医療DXや診療報酬改定DXには初

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

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

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、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)

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75

0億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なっています。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。

分担、連携体制の確立が不可欠で、診療情報の効果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、特別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えます。今年1年厳しい年になりそうですが、皆様のご健勝、ご活躍を祈念して挨拶とさせていただきます。(砂川市立病院・名誉院長)

しよつか。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に、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。

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

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

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よつか。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。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

を 迎 え て

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)【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、医療・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事です。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つ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、処置室等の高核対策は各病院ともすでに進んでいるところではあります。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すが、看護師等については、「看護師員処遇改善評価料」とし

て加算が付きませんが、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、もつとえば、病院を清掃する清掃員など多職種が連携して成り立つる集合体です。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ぬという他業種に比べ私たちがの業態は全くではないかと思えます。

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

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本原康樹院長が座長の構築などを手がけたいと思えます。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等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

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。③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地域医療の確保を考える必要があります。④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す。ISO9001を取得する医療機関も増えてきています。⑤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。「メリハリを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「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いう理解が得られます。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

令和6年 新春 元旦

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協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

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組合員や役員の方々に、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著実に進め、医療・介護の複合ニーズを有する者が、必要に応じて「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

現在、食料料金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。

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厚生連従業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お願い申し上げます。新年のご挨拶といたします。

働き方改革への準備は 十分といえるか

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。

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せんが、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努めます。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と見込まれています。

（済生会横浜市東部病院 院長）

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襲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れば、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、これも愚かな行いを止めることができないうちに、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中で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つてはなりません。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、とことん頑張りを続けるしかありません。

（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 理事長）

今こそ地域医療の 再編が必要な時

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。本筋にそってあるだろうか？

病床機能報告制度公開データから当該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。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だろうか？少ない専門医を

後回復は僅かである。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、その改善はもろろんである。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いだろうか。

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だろうか？少ない専門医を

（旭川赤十字病院 院長）

健康会議「開く

少子化を考える 「こどもたちは何処へ行った?」 をテーマに 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、渡邊古志郎先生(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)にご出演いただきお話を伺いました。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、本連盟の邊見公雄会長(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)させていただきます。(敬称略・文責事務局)

全国公私病院連盟 会長

邊見公雄



【邊見】主催者を代表してはじめてご挨拶をさせていただきます。この「国民の健康会議」は今年から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話を伺って、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、もし

できないので、ご本人から「私の代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。お願いしませんでした。お話ししたのが先日のごです。

もう一人の国会議員の阿部知子先生には予定通り「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ます。小児科医です。

このお二人の国会議員の先生にお話を伺いし、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ったことで、いくつかキーワードを上げておきたいと思っています。

(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から「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かま

きましたよ。少子化は高齢化の枕言葉ではありませぬ。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います。

次は、歴代の「少子化担当大臣」です。小淵優子さん、蓮舫さん、森まさ子さん、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、ほとんど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が、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ぬ。もう何十年も前から少子化で将来は困ったことになるわかってはいたんです。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。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」、「メタリックア」は鬱病、マタニティ・メランコリーなど。

次に、「男女共同参画

大濱紘三氏



【司会・渡辺】最初にお話ししたくのは、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をいただきたいと思っています。よろしくお願ひします。



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ぬ。

これを打破するためには、①出生数を増やす、②外国人の人口を増やしたい、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。この三つだと思っております。①は専門外ですが、②③は専門外ですので、①の出生数を増やす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。

本をこ紹介したいと思ひます。女性というのはイコール母親であるというふうな考え方に反対します。母親はこうあるべきだという強迫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、

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

プログラム

進行時間【目安】	内容
13:00~13:05	開会 挨拶：邊見 公雄 (一般社団法人 全国公私病院連盟 会長)
13:05~14:45 (100分)	<p>【第1部：講演】「医師から見た少子化」</p> <p>【司会】 渡邊古志郎 (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)</p> <p>【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)</p>
15:00~16:50 (110分)	<p>【第2部：鼎談】「少子化政策のビジョン」</p> <p>【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)</p> <p>【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 邊見 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)</p>
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)

第33回「国民の」



会場のもよう

4面からつづく

傾向にも高く、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。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点、高学歴化と社会進出により、初婚の年齢が4歳ぐらいいび、最初に子どもを産む年齢も4歳ほど後ろへ行っていきます。

こういふ状態が続く中で、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。

率になると、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、最近では晩婚化もあり6組に1組が不妊と言われている。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。

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、問題もありません。体外受精が行われる母親の年齢は39〜42歳頃にピークがあつて、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つ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50万円と異なり、掛け算して年齢別に見ると、若い時には235万円です。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900万円以上かかります。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

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

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%ぐらいいです。子育てに関する男女共同参画は道半ばだと思っいます。小児期の課題に、小児の貧困、児童虐待などがあります。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っいます。

か、効率的な社会とか、格差社会とか、こういうものがかわつていく必要があると思っっています。

最後にありますが、我が国では古来より、山上偏在が起つていきました。地方の小児医療の維持が困難になると子育て支援にとつて大きな役割を果たす小児科が衰退してしまつていきます。小児科を標榜する診療所も医師が高齢化しているのが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つてくるので、都会の病院でもそうかも

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、それぞれ相応な努力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなく学校とか地域社会、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くなり、少子化に影響していると思っいます。

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っています。

最後にありますが、我が国では古来より、山上偏在が起つていきました。地方の小児医療の維持が困難になると子育て支援にとつて大きな役割を果たす小児科が衰退してしまつていきます。小児科を標榜する診療所も医師が高齢化しているのが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つてくるので、都会の病院でもそうかも

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、それぞれ相応な努力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなく学校とか地域社会、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くなり、少子化に影響していると思っいます。

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

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%ぐらいいです。子育てに関する男女共同参画は道半ばだと思っいます。小児期の課題に、小児の貧困、児童虐待などがあります。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っいます。

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、それぞれ相応な努力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなく学校とか地域社会、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くなり、少子化に影響していると思っいます。

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、それぞれ相応な努力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなく学校とか地域社会、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くなり、少子化に影響していると思っいます。

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、それぞれ相応な努力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなく学校とか地域社会、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くなり、少子化に影響していると思っいます。

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、それぞれ相応な努力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなく学校とか地域社会、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くなり、少子化に影響していると思っいます。

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、それぞれ相応な努力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなく学校とか地域社会、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くなり、少子化に影響していると思っいます。

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、それぞれ相応な努力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなく学校とか地域社会、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くなり、少子化に影響していると思っいます。

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、それぞれ相応な努力とお金が必要です。子どもは、家族だけじゃなく学校とか地域社会、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くなり、少子化に影響していると思っいます。

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、次第に数が減つて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。受精の段階で50%ですが、母親が40

【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

【渡邊】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、岸和田市立病院を経て、静岡県立子ども病院の院長、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。よろしくお願ひします。



瀬戸嗣郎氏

静岡県立子ども病院 名誉院長

【渡邊】基本的な我が国の少子化の状況は、遺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っいます。(以下、スライドを使つて講演)

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のでしょうか。1989年に合計特殊出生率が1.57になつて、1994年に

保育所の整備状況を見てもみますと、都会ではまだ大変な思いをされている方も多いと思っいます。ある程度成果を上げていくと思っいます。保護者が帰宅するまで見守つ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

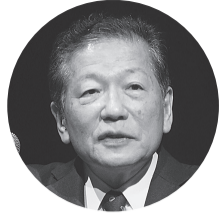
さで、私は小児科医です。今の小児医療の現状を少し述べますと、我が国の乳児・新生児死亡率が下がつて、日本の医療は世界のトップレベルです。小児科医の数は少し増えていますが、少子化がそのまま続くと小児科を志望する医師が減つてくることを心配しています。

『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つていません。何に對してもそうですが、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對する大きな課題です。

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



【渡邊】最後に細井創先生にご登壇いただきありがとうございます。細井先生は、京都府立医科大学を卒業され、米田センター・ジュニオ小児研究病棟の客員研究員、京都府立医科大学の小児科学教授をお務めになつて、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月頃でしたが遠見先生からお電話をいただきました。少子化をテーマにした会をするので、女子学生の意識や『母親になつて後悔して』という本の読後感を紹介して欲しいという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。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)

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。

自分のしたいことができなくなるか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。

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紹介させていただきます。

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いない。ただ負担が増加している。女性も世の中に働いて働く社会になつ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結婚や出産だけが幸せじゃなくなった。子ども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。

まず、先ほどの『母親になつて後悔して』という本を読んだことがあつた学生は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歳の間に答えています。妊娠は喜びの出来事だと思つて98%。産む性である女性はほぼ間違いなく9割、産む性である女性が素晴らしいと思つた方が強いと思つた者は28.4%と比べてみると、妊娠でおなかを大きくした女性は女性として魅力が感じられない

理由については、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いない。ただ負担が増加している。女性も世の中に働いて働く社会になつ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結婚や出産だけが幸せじゃなくなった。子ども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。

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紹介しました。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、あなたたちの未来はない、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よ。

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紹介しました。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、あなたたちの未来はない、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よ。

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

遠見公雄



す」と言った父親に向かつて私が「また来てね」と言ったことがあったよです。父とお酒を飲むことができるようになった「あの時はつらかった」と言われた時のことを覚えております。ありがたいことに私、今4人の子どものお母さん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た。歴史は繰り返すものだなあと思いました。

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。同世代の人口がボリュームがとて多くて、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つています。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、女性は専業主婦になる必要もあるでしょう。そうしたこと今からでも充実させていくことが本当に喫緊の課題だと思つています。

【行天】いかにして子育てをしている家庭を守るのかというところから、かと思つて、その家庭と関係がある人、大変つまらない中で子どもを育てて、ワンオペ育児を2年くらいやりました。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が、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、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。これがいつか数年後の話です。20年前はもう大変だつたと思つています。そりゃあ子どもを産まなくねと今振り返つてみても思つています。本当はもっと早くできたらよかったと思つていますけれども、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として、その上で子どもを生み育てることができるようになり、それが支える。そのためにはどうしたらいいか。経済的なこともあつて、仕事を休むと取り返す必要があるでしょう。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(笑)。

恵まれた環境だつたと思つています。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、いろいろな方々がいます。どんな方でもお父さんを持つ

【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あったように、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して、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のできるという意見までございます。そうなりますと、さあどうしたものと。さて、後半の政治家の先生を交えた鼎談を初めたいと思つていますが、橋本先生のお話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つしやいます。今日もこの後すぐに国会の方へ向かわ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つています。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つした。幼少の頃は寂しい思いをなさつたと思つて、その頃には、金曜日の夜になつたら帰つて来て日曜日の晩に上京するよう感じしたので、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つて私が「また来てね」と言ったことがあったよです。父とお酒を飲むことができるようになった「あの時はつらかった」と言われた時のことを覚えております。ありがたいことに私、今4人の子どものお母さん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た。歴史は繰り返すものだなあと思いました。

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。同世代の人口がボリュームがとて多くて、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つています。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、女性は専業主婦になる必要もあるでしょう。そうしたこと今からでも充実させていくことが本当に喫緊の課題だと思つています。

【行天】いかにして子育てをしている家庭を守るのかというところから、かと思つて、その家庭と関係がある人、大変つまらない中で子どもを育てて、ワンオペ育児を2年くらいやりました。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が、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、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。これがいつか数年後の話です。20年前はもう大変だつたと思つています。そりゃあ子どもを産まなくねと今振り返つてみても思つています。本当はもっと早くできたらよかったと思つていますけれども、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として、その上で子どもを生み育てることができるようになり、それが支える。そのためにはどうしたらいいか。経済的なこともあつて、仕事を休むと取り返す必要があるでしょう。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(笑)。

恵まれた環境だつたと思つています。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、いろいろな方々がいます。どんな方でもお父さんを持つ

【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いただきました。私が幼稚園児の頃に厚生大臣になつて、その後は運輸大臣などもしたりして、当時は当選5回ぐらいいいと思つています。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つたと言つても過言ではないのか。というの、私が不徳のいたすところにより離婚しました。4人の子どもを引き取つて育てることにな

6面からつづく

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

上は正しいのかもしれない

子どもや赤ちゃんを見て

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

・95になりました。橋本

先生はどのように思いま

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

光熱費は上がる一方で、

看護師さんの処遇改善に

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

し訳ございませんでし

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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

【橋本】具体的な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



鼎談の模様

【阿部】行天先生には昔

からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

私は、子どもは、守ら

れ、育まれ、私たちのか

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

教員の勤務先は県とかが

決める訳です。医者

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

めには、多くの女性が政

治の意思決定の場に参加

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

年度予算の話をしていま

すが、今年度の防衛費は

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

でも、私から見れば内

憂外患が、内側から先に

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

【阿部】行天先生には昔からお世話になっており

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」が決まっております。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な方向性

(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】

(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

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

(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】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

【具体的方向性の例】

能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

7面からつづく

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

に残しているくらいです。そういう国だった

もまいりました。

今回のテーマは少子化

現実が起こっています。

出産や育児や教育、とにかく子どもに関する

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？

中嶋顧問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

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人全国公私病院連盟
東京都渋谷区神宮前2-6-1
食品衛生センター4階(150-0001)
TEL03(3402)3891 FAX03(3402)4389

編集委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます。)

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

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10.88%、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10.88%の内容は以下のとおり。
(※1)うち、※2〜4を除く改定分10.46%

各科改定率

- 医科10.52%
- 歯科10.57%
- 調剤10.16%
- 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

合計▲1.00%

(10.28%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10.61%

(※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)10.06%

(※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

【II-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

時評

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。



連盟 副会長 浦田 士郎

令和6年能登半島地震に思う

△が創設され、新潟県中越地震(平成16年)での初出勤以来、幾多の自然災害や事件事故で出勤実績を重ねました。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

災害性期から重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、さらに頻発す

きたら、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

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愛知厚生連安城東生病院 名誉院長)

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

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

される多様なチームのコーディネート機能、地域ごとに平時から顔の見える関係を構築することの重要性が強調されました。熊本地震(平成26年)では、発

る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)に進展しつつある現実にも重なります。大規模自然災害によって露呈するのは、地域に潜在

いる鉛筆
新年を寿ぐ気分が吹き飛んだ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・訓練の賜物と言っには、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)

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。

- 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。
- 講師 厚生労働省 保険局 医療課 担当官(予定)
- 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)
- 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。
- 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:〒150-0000
01 東京都渋谷区神宮前 2-6-1
旧TEL:03(3402)3891
旧FAX:03(3402)4389

新年を寿ぐ気分が吹き飛んだ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・訓練の賜物と言っには、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

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科について、要件及び評価を見直す。...

(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

【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) 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。

(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科について、要件及び評価を見直す。...

(6) 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。

(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、

【I-3】業務の効率化に資するICTの活用への推進、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等の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。...

(3) 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

(4) 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。

(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科について、要件及び評価を見直す。...

(6) 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。

(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、

【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。

(3) I-2 (2) 再掲

第8次医療計画における二次医療圏の見直しの手続き等

【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

(2) オンライン資格確認

(3) 在宅医療の推進

(4) 在宅医療の推進

(5) 在宅医療の推進

(6) 在宅医療の推進

(7) 在宅医療の推進

(8) 在宅医療の推進

(9) 在宅医療の推進

(10) 在宅医療の推進

(11) 在宅医療の推進

(12) 在宅医療の推進

(13) 在宅医療の推進

(14) 在宅医療の推進

(15) 在宅医療の推進

(16) 在宅医療の推進

(17) 在宅医療の推進

(18) 在宅医療の推進

(19) 在宅医療の推進

(20) 在宅医療の推進

(21) 在宅医療の推進

「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。

【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

(2) オンライン資格確認

(3) 在宅医療の推進

(4) 在宅医療の推進

(5) 在宅医療の推進

(6) 在宅医療の推進

(7) 在宅医療の推進

(8) 在宅医療の推進

(9) 在宅医療の推進

(10) 在宅医療の推進

(11) 在宅医療の推進

(12) 在宅医療の推進

(13) 在宅医療の推進

(14) 在宅医療の推進

(15) 在宅医療の推進

(16) 在宅医療の推進

(17) 在宅医療の推進

(18) 在宅医療の推進

(19) 在宅医療の推進

(20) 在宅医療の推進

(21) 在宅医療の推進

(22) 在宅医療の推進

指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う、質の高い医療を提供した観点から、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、急性期充実入院体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

(6) へき地医療において、患者が看護師等を用いた診療(Dispensing)が有効であること

(7) へき地診療所・へき地医療拠点病院がDroPwinNを実施する場合について、新たな評価を行う。

(8) 指定難病患者に対する治療について患者が医師と情報共有する場合の情報通信機器を用いた診療(DropwinN)の有効性を踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。

(9) 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。

(10) I-6 (3) 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) 健康管理等のため等に使用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。

(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所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

(16) I-6 (3) 再掲

(17) I-6 (4) 再掲

(18) I-6 (5) 再掲

(19) I-6 (6) 再掲

(20) I-6 (7) 再掲

(21) I-6 (8) 再掲

(22) I-6 (9) 再掲

(23) I-6 (10) 再掲

(24) I-6 (11) 再掲

(25) I-6 (12) 再掲

(26) I-6 (13) 再掲

(27) I-6 (14) 再掲

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つ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との連携を推進する観点から、在宅療養後、在宅療養後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を以下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介する患者に対し、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(1)について情報提供先を見直す。

(8) 入院支援における、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

3面へつづく

2面からつづく

アセスメントにおいてせ... 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。

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。

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。

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・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。

医療保険のり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りハビリテーション料等の要件を見直す。

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

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、りハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜、日曜及び祝日に行ったりハビリテーションを含むりハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

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。

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。

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・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。

医療保険のり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りハビリテーション料等の要件を見直す。

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

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。

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。

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。

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・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。

医療保険のり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りハビリテーション料等の要件を見直す。

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

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

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。

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。

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・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。

医療保険のり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りハビリテーション料等の要件を見直す。

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

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。

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。

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。

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・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。

医療保険のり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りハビリテーション料等の要件を見直す。

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

養病棟入院基本料の要件を見直す。

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。

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。

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・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。

医療保険のり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りハビリテーション料等の要件を見直す。

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進



意見発表者(広島会場)

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は、連携する医療機関に看護師等

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日間読んでみた。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・茨大)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。我々が入部オールドを持ったのは昭和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?
二冊目は、『しるはつたん(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ひ読み終えた。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。このしるはつ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こ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

三冊目は、『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イ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



『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会/編 神戸新聞総合出版センター/刊



『しるはつたん』 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〉

Table with 2 columns: 取扱代理店 (株式会社 公私病連共済会) and 引受保険会社 (損害保険ジャパン 株式会社). Includes contact info like TEL 03-5830-6193 and website info.

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。

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、処方等に関す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(着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) 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

令和6年度診療報酬改定決まる

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)

答申に28項目の附帯意見

分かりやすい診療報酬体系に

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。

■賃上げに向けた評価の(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新設する。

■新設

- 1 入院ベースアップ 評価料111点
- 2 入院ベースアップ 評価料212点

■外来・在宅ベースアップ評価料(1) (1日につき)

- 1 65 入院ベースアップ 評価料165116
- 5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。



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

国民医療の確保のために
病院診療報酬の引き上げを

など

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

直し

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
- 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

【新】外来腫瘍化学療法料の見直し

- 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

【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)

- 150点

【新】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つ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

- イ 7日以内の期間 算2

2面へつづく

時評

厚生労働省が三位一体を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るようとしています。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により、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。



地域に寄り添う 医療提供体制の構築
連盟 理事 松浦 弘

「日本全体でみると相対的に必要量に近い」と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

が縮小し必要量に近いと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

が縮小し必要量に近いと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

が縮小し必要量に近いと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

が縮小し必要量に近いと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

が縮小し必要量に近いと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

が縮小し必要量に近いと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

いる鉛筆

高杉晋作は、功山寺孝兵時、萩の高杉家から廃嫡。俗論党政権打倒後は、幕府の追及を躲すため、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、谷家は養女が継ぎ、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任職が赴任したが、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  
口8日以上11日以内  
の期間1150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】  
○「呼吸ケア(喀痰吸  
引のみの場合を除く)の  
ア病棟入院料(1日につ  
き)11535点

・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。

○「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。対象  
薬剤から「アミノ酸・糖  
質・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(注射剤の使  
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

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。

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とIIの間に一定の差  
を設け、以下のとおりと  
する。

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

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  
なかつたため、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  
なかつたため、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。

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  
は、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。

・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。

も、病床の集約化を図  
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  
必要度を一定程度高く設定  
することが、将来の医療  
機関において大きく、中  
二一ス及び人口構成の変  
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  
のうえで、地域の実情に鑑  
み、該当基準割合②につ  
いては、27%とする。

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。

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。

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  
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。

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<br>(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、<br>医療・看護必要度I<br>の割合 | 一般病棟用の重症度、<br>医療・看護必要度II<br>の割合 | 一般病棟用の重症度、<br>医療・看護必要度I<br>の割合 | 一般病棟用の重症度、<br>医療・看護必要度II<br>の割合 |
| 急性期一般入院料1                          | 割合①：2割1分<br>割合②：2割8分           | 割合①：2割<br>割合②：2割7分              | 3割1分<br>(2割8分)                 | 2割8分<br>(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<br>(2割5分)                 | 2割4分<br>(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<br>(2割2分)                 | 2割1分<br>(1割9分)                  |
| 急性期一般入院料4                          | 1割6分                           | 1割5分                            | 2割<br>(1割8分)                   | 1割7分<br>(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<br>(一般病棟に限る)) |                                | 割合①：2割<br>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<br>割合②：2割8分           | 割合①：2割<br>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                            |

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

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(注射剤の使  
み)」、「抗血栓塞栓薬の使

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(注射剤の使  
み)」、「抗血栓塞栓薬の使

(※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<br>案1 | 見直し<br>案2 | 見直し<br>案3 | 見直し<br>案4 |
|----------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 救急搬送後の入院/緊急に入院を必<br>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                 |             | ○         |           | ○         | ○         |

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  
以降急性期病棟の経営は  
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

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

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。

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



# 第19回「DPPCセミナー」開く

## トリプル改定直前！ DPPC病院のなすべきこと

### ～DPPC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「DPPCセミナー」を開催した。今回は「トリプル改定直前！DPPC病院のなすべきこと」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日ITO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氏を迎え、本連盟の邊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。

## DPPC制度のこれから

### 松田 晋哉



DPPC制度については2つのことが今後課題になると考える。

一つ目は地区診断およびその結果に基づく施設機能診断へのDPPC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、それらをデータで確認し、自施設の立ち位置を考える必要がある。DPPC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。

二つ目は、高齢化に対応したDPPC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う、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、カナタの診断分類である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。この見直しは、今後2年間の喫緊の課題であると考える。

## 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（しかしながら中核病院）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ぬ。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。病院が抱える課題の中でDPPC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。

当り前のDPPC/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) 適切な診療に際した加算算定漏れの減少に取り組んだ。

## 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ぬ～

## 宮地 正彦



8年度から5年間14人枠をフルマツチし、全員医師国家試験に合格している。

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

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た。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201

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DPPC/PDPSの活用として、当院が属する医療圏のDPPCデータから将来の自院が進むべき道を探っていくことで、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。

## 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年に一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

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、自院のデータベースに基づいて、ICT活用を含め、様々な取り組みを実践してきた。DPPC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、DPPC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1病棟転換した際の経営データに基づいて、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。

酒井 麻由美 先生（リンクアップラボ）

## 診療報酬請求事務セミナーのお知らせ

### ～4月30日(火)～

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)

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」



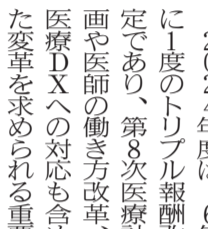
会場のもよう



中村副会長



邊見会長



2024年度は、6年に一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

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、自院のデータベースに基づいて、ICT活用を含め、様々な取り組みを実践してきた。DPPC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、DPPC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1病棟転換した際の経営データに基づいて、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。







# 診療報酬改定説明会開く

## 公私病連ニュース

発行所  
一般社団法人  
全国公私病院連盟  
東京都台東区寿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  
確保のために  
病院診療報酬の  
引き上げを

医療機関が宿日直許可を取得しないことを求めるのではなく、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られるのである。

【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、「A302-2」新生児特定集中治療室管理料、「A303」母体・胎児集中治療室管理料及び「A303-1」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」とされるのか。

【答】当該要件は、保険

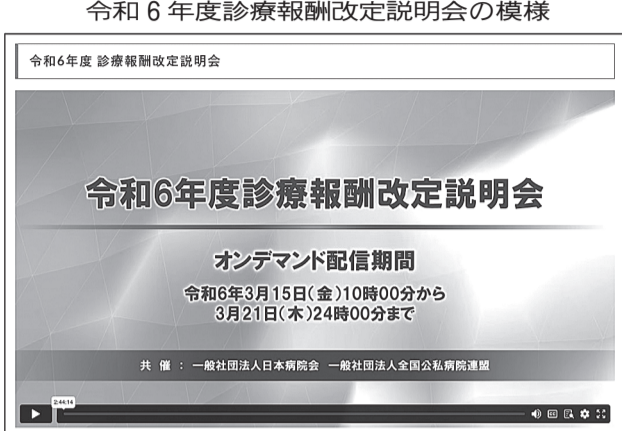
公私病院連盟と日本病院会の共催で

### 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邊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、講演の様子は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。



講師：  
厚生労働省保険局  
医療課  
加藤琢真・課長補佐



(右写真) 日病診療報酬  
検討委員会委員長、前中  
医協委員 島弘志先生



(右写真) 全国公私病院  
連盟 会長 邊見公雄



(右写真) 日本病院会  
会長 相澤孝夫先生



#### 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)を発売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。

【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、「A302-2」新生児特定集中治療室管理料、「A303」母体・胎児集中治療室管理料及び「A303-1」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」とされるのか。

【答】当該要件は、保険

#### 時評

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、ウイ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分け方を学び成長した部分がある。



連盟 理事 石川悦久

#### コロナ禍を通して感じたこと

めた国民皆様の協力がなければ、我々の力は弱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

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は

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

代がきつとやってくる。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ひ返し、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、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)

#### いる鉛筆

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ツ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。高齢者は何といつても、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、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%のペースアップが叶うかどうか心配である。

(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、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べく、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

### (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10.37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15.86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

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。

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、68226人(前年6月70377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。

(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)となっており、診療科別で見ると、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。

(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。診療科別で見ると、心臓血管外科49万5千円、整形外科44万円、循環器内科14万

(8) 主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入  
DPC以外の病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院では心臓血管外科の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。

図1 6月中の1病院当たり患者数、入院・外来別の年次推移

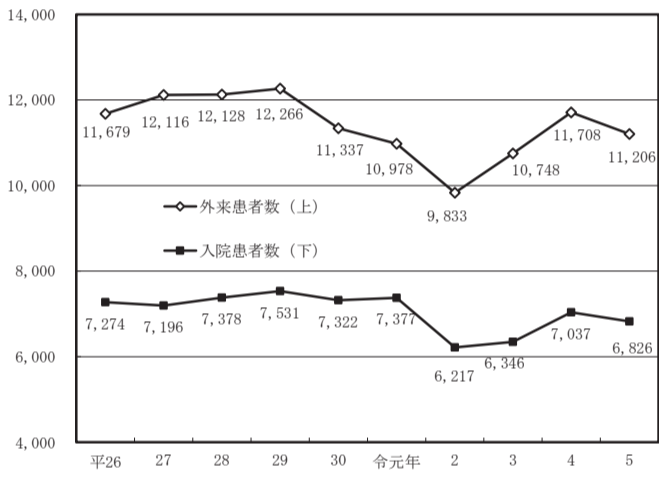


図2-1 主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

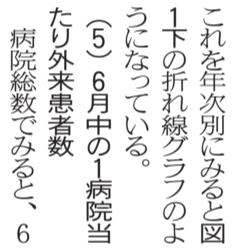


図2-2 主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

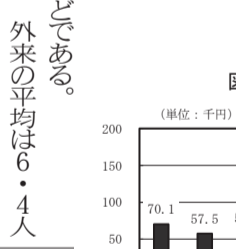


図3-1 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

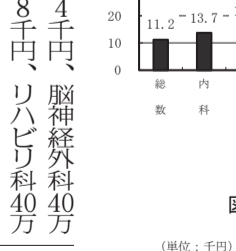
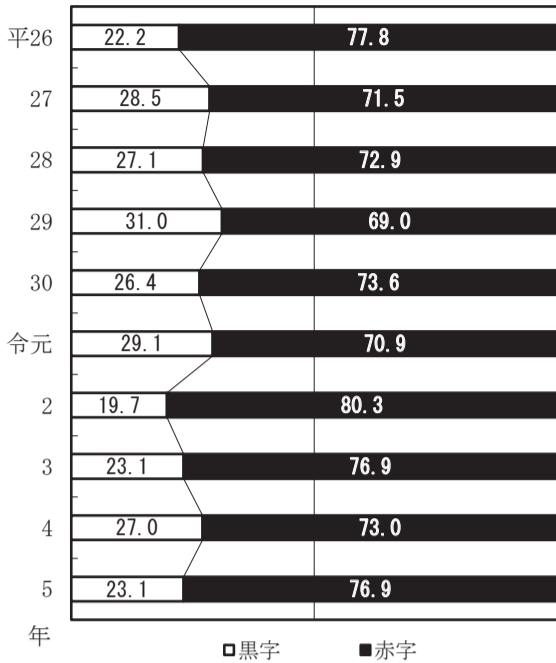


図3-2 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】





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



# 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)、医療費用は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、医療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)、医療収益は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、医療収益のうち、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療損益差額の状態

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 医療費用	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 医療外費用	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 医療収益	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.その他の医療収入	715	308	730	630	444
II 医療外収益	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
医療収益 - 医療費用	△ 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
医療費用/医療収益×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

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106.5%)となっている。

医療費用は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、医療収益は2億1902万6千円(前年6月比・伸び率0.6%増)となっており、医療収益から医療費用を差し引くと△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、医療費用対医療収益比率は、109.4%(前年6月107.2%)となっている。

(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おり、赤字病院は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。

開設者別で見ると、自治体病院203病院のうち7.9%(16病院)が黒字となっており、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。)

その他の公的病院では

180病院のうち26.7%(48病院)が黒字となっており、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%の56病院が黒字となっており、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

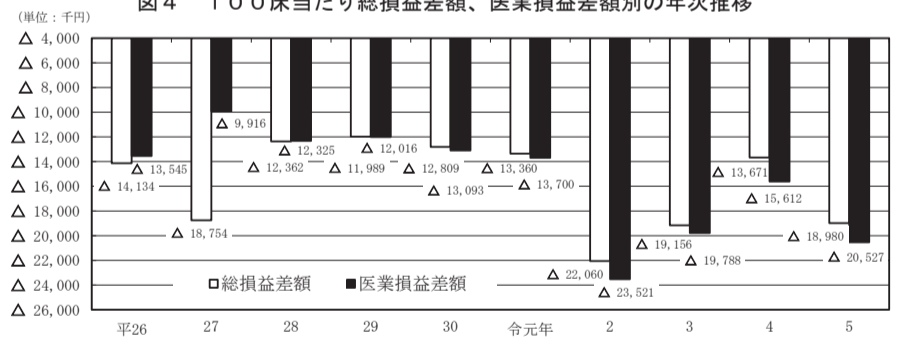
自治体病院203病院のうち7.9%(16病院)が黒字となっており、赤字病院は92.1%(187病院)であった。(この場合、不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされてる負担金や補助金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。)

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。

図4 100床当たり総損益差額、医療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!!

病院経営実態調査報告

令和5年6月調査

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!!

病院経営分析調査報告

令和5年6月調査

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〕

病院概況調査報告書

令和5年6月調査

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いただけます。



令和6年3月発行

付録：結果表 CD-R

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「八月の御所クラウン」。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スターハートの、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クラウンで草野球をやり、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ムタムのご褒美(ほっぺにチュウ)を目標に、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。この御所クラウン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れる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クラウンで成績は良くなかつた率は3割位。私が予告登板し家庭教師の女子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、ボコ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。

『八月の御所クラウン』 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
 3. 高齢者医療・介護対策の推進
 - (1) 介護保険制度対策の推進
 - (2) 適正な高齢者医療対策の研究および提言
 - (3) 組織強化対策の推進
 4. 組織強化対策の推進
 - (1) 加盟団体の組織強化の推進
 - (2) 日本病院団体協議会(日病協)との連携
 - (3) 日病協「代表者会議」
 5. 病院経営改善対策の推進
 - (1) 病院の経営改善策
 - (2) 税制対策の推進
 - (3) 調査活動の推進
 6. 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
 - (2) 令和6年6月病院運営実態分析調査の実施
 - (3) 令和6年6月病院運営実態分析調査の実施
 - (4) 令和6年6月病院運営実態分析調査の実施
 - (5) 令和6年6月病院運営実態分析調査の実施

- (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
 - (4) 研修活動の推進
 - (5) 講習会の開催
 - (6) 第34回診療報酬請求事務セミナー
 - (7) 第32回医療事故防止セミナー(企画協力・㈱公私病連共済会)
 - (8) 第35回看護管理セミナー
 - (9) 第20回DPCセミナー
8. 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
 - (8) 医療・福祉関係団体との連携強化
 - (9) 「創立60周年記念式典」の開催

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〉

<p>取扱代理店</p> <p>株式会社 公私病連共済会</p> <p>〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7</p> <p>食品衛生センター7階</p> <p>TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194</p> <p>受付時間: 平日の午前9時から午後5時まで</p>	<p>引受保険会社</p> <p>損害保険ジャパン 株式会社</p> <p>〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1</p> <p>TEL 03-3349-5113 FAX 03-6388-0153</p> <p>受付時間: 平日の午前9時から午後5時まで</p>
--	--

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 役員会日より

期日 3月8日(金)

会場 スクワール 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
- ④小熊副会長より、社報告
- ⑤連盟のロゴについて

【主な協議事項】

- ①令和6年度事業計画書(案)について
- ②令和6年度収支予算書(案)
- ③令和6年度積立金の取り崩し(案)
- ④令和6年度「定時総会」について
- ⑤令和6年度「臨時総会」について

【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

