

基本方針の議論

て、今後は「総合」において、その議論を深めることになる。

社会保障審議会「医療保険部会」が9月26日、同「医療部会」が10月3日に開かれ、「令和8年度診療報酬改定の基本方針について（基本認識、基本的視点、具体的方向性）」の議論が始まった。年末に向け各調査結果や取りまとめが出揃うと改定の議論は終盤に入る。

社保審「医療保険部会・医療部会」
基本認識・視点、方向性^{など}検討開始

次期診療報酬改定に向けた議論を進めている中医協では、令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見等で今後の課題等とされていた事項について、専門的な立場から調査や検討を行っていたが、このたび「入院・外

の来年度予算編成の過程で政府が診療報酬改定率を決定する。厚労大臣は、年明け早々に中医協に対して、社会保障審議会「医療保険部会」と「医療部会」がまとめた「令和8年度診療報酬改定の基本方針」に沿って、政

府が決めた改定率の範囲で次期改定を検討するよう諮問する。これを受けた中医協は、協議の結果を厚労大臣に答申することになる。

9月26日の社会保障審議会「医療保険部会」、10月3日の同「医療部会」

には、一令和8年度診療報酬改定の基本方針について」のたたき台が示されて、今後の議論を進めていく上での、①基本認識、②基本的視点、③具体的な方向性について、どのようなものが考えられるか議論が始まっているが、この基本方針の構成をベースとしつつも、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえた方向を探っていく。

令和 8 年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール												
	令和 7 年 4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	令和 8 年 1 月	2 月	3 月
■中医学協会	キックオフ ●	・医療機関を取り巻く状況 ・医療提供体制		その 1 シリーズ →			その 2 以降シリーズ →			諮問・答申・ 附帯意見		
■専門部会	総会報告 ●	調査票等の検討			7 年度調査実施			秋 総会報告 ●				
・診療報酬改定結果検証部会	●	→			議論・業界意見聴取			→			とりまとめ 総会報告	
・薬価専門部会		→			薬価調査実施			→			総会報告	
・保険医療材料専門部会		→			議論・業界意見聴取			→			とりまとめ 総会報告	
		→			材料価格調査実施			→			総会報告	
・費用対効果評価専門部会		→			議論・業界意見聴取			→			とりまとめ 総会報告	
■小委員会など												
・診療報酬調査専門組織					議論			→			とりまとめ 総会報告	
・入院・外来医療等の 調査・評価分科会												
・医療技術評価分科会		技術提案書募集			→			提案書評価			→	
								先進医療会議			→	
											総会報告	
・調査実施小委員会					医療経済実態調査実施			→			公表	

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

当院は千葉県にある国立病院機構（以下機構）の精神科単科病院です。今回機会を頂きましたので、現在の機

また、機構の病院のうち精神科中心の病院は、一割弱を占めるにすぎませんが、国等の設置した精神科病院の位



Dr. J. H. Kim

（以下公精協）が、全国公私立病院連盟に加盟したことがご縁で、機構病院で初めて入会させていただきました。

機構とは、独立行政法人のなかの中期目標管理法人で、自収自弁で

置付けて、精神保健福祉法の措置入院の受け入れ施設で、かつ医療観察法の指定入院医療機関です。今では機構精神科ベッドは全体の1％程度を占めるにすぎませんが、一方医療

観察法ヘッドの過半数は、我々が指定されております。そもそも、都道府県に精神病院を設置する義務がありますが、この点を取つても精神科分野の公的医療の必要性は明らでも許される）など、戦後の精神医療提供体制の不足に対する妥協と同時に、精神医療が福祉という側面も包含することと無関係ではないからと思われま

に入所できない認知症の人までも入院する多様な病棟構造となり、従前のスタップ数や質では十分な医療が行えず、自収自弁である我々は苦しい経営を強いられています。

づく鑑定入院も多数の件数がありながらも、昭和40年代に建てた病棟がいまだ現役であり、雨漏りなどの修理に追われています。

機構精神科病院の多数は、この様な状況で

我が国の公的精神科医療の現在地

連盟 常務理事 女屋光基

かです。

しかし、我が国の精神科医療は、いわゆる日当点は診療科の中で最低で、構造的に赤字運営となっています。

これは、精神科特例（医師の数が3分の1

科医療も第8次医療計画にも加わり、さらに5疾病6事業の中の一つに指定され、統合失調症が過半を占めた時代から、発達障害や虐待児などの問題から、暴力などから施設など

このようなか、当院は県精神科救急の基幹病院として参加し、多数の措置入院患者を受け入れ、夜間の精神科救急入院の数も県内有数である一方、刑事訴訟法と医療観察法に基

（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター・院長）

令和8年度診療報酬改定の基本方針（基本認識、基本的視点、具体的方向性）

これまでの「診療報酬改定の基本方針」においては、①改定に当たっての基本認識に続いて、②改定の基本的視点と具体的な方向性を示している。令和8年度改定においても、これまでの基本方針の構成をベースとしつつ、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえたものとしてはどうか。その際、改定に当たっての基本認識や各視点の具体的な検討の方向について、どのようなものが考えられるか。

① 改定に当たっての基本認識

「基本認識」の例	考えうる記載
【例】日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性	【例】▼物価高騰・賃金上昇、人口の減少、支出手が減少する中での人材確保の必要性など医療機関等を取り巻く環境の変化や、現役世代の保険料負担の抑制努力の必要性を踏まえつつ、地域の医療提供体制を維持し、患者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う
【例】2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築	【例】▼2040年頃に向けては、生産年齢人口は減少するものの、医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上人口は増加しているため、これに対応する医療提供体制の構築「治す医療」と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療提供体制の構築▼働き方改革による労働環境の改善、医療従事者の業務負担軽減の更なる推進
【例】医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現	【例】▼医療技術の進歩や高度化を国民に還元するとともに、ドラッグ/デバイス・ラグ/ロスへの必要な対応を行うほか、医療現場における更なる医療DX・ICTの活用により、質の高い医療を実現する▼医療分野のイノベーションを推進し、創薬力・開発力を維持・強化
【例】社会保険制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和	【例】▼「経済財政運営と改革の基本方針2025」等に沿った対応を行う

② 改定の基本的視点と具体的方向性

「基本的視点」の例と「具体的方向性」の例における記述は、前回の議論や中医協での議論を参考に整理

「基本的視点」の例	「具体的な方向性」の例
【例】物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応	【例】▼医療機関等が直面する食料費等の各種費用の高騰を踏まえた対応▼賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
【例】2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進	【例】▼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▼「治し、支える医療」の実現▼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▼外来機能分化と連携▼医療資源の少ない地域への支援▼医師偏在対策の推進▼タスクシフト/シェア、チーム医療の推進
【例】安心・安全で質の高い医療の実現	【例】▼医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関、薬局の体制の評価▼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（救急医療、小児医療、周産期医療等）▼口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進▼地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化▼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
【例】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	【例】▼OTC 類似薬等の薬剤給付の在り方の検討▼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

明治維新により土農工商の身分制度が廃止され、四民平等となり、一君万民制の中央集権体制の基礎ができた（誰が推進したかは別の機会に）▼幕末、幕府も旧来の幕藩体制では欧米列強に対応できないと、中央集権を目指す動きがあり、その筆頭は三河以来の名門旗本小栗上野介（再来年の大河ドラマ主人公である）彼は仏からの借款で横須賀製鉄所を建設して名を残しているが、さらに仏より返済計画困難な程の莫大な借款をして、陸海軍の格段の軍事力の増強を図り、薩摩や長州等雄藩から滅し、徳川家の大統領による中央集権国家を構想した（身分制度は不変）▼これを聞いた勝海舟は、日本を仏の属国か植民地にするつもりかかと、老中に猛抗議した。この借款問題は仏の国内事情により立ち消えとなり事なきを得た。小栗は、真面目優秀で、条約批准のため渡米もしており、決して国際情勢に疎かった訳ではないが、あまりにも徳川家旗本としての関係が長く、そのため徳川幕府がなくなっても良いとの判断ができなかった。その点、にわか旗本である勝は、徳川家より日本が大事と考えた▼重大な決断には、極めて大局的な視点の大切さを示唆している。

$$\begin{pmatrix} K \\ \cdot \\ Y \end{pmatrix}$$

入院・外来医療等の調査・ 評価分科会における検討結果

10月1日開かれた中医協「総会」に「入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果（とりまとめ）」が報告された。同分科会の検討結果では、令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見等で今後の課題等とされていた事項について、専門的な立場から調査や検討を行って評価・分析した結果と、同分科会の意見が明記されている。今号では検討された各項目のうち、同分科会等での評価・分析に関する意見を紹介することとした。（全文は厚労省のHPを参照してください）

【1】急性期入院医療

【1-1】一般的な急性期機能

①小さな二次医療圏において、救急搬送の評価をどうするかという視点から、救急車の受入実態に応じた診療報酬上の評価を行うという点も重要な意見があった。

②人口や医療機関の規模を考えた際に、患者数だけでなく、地域におけるシエアも考えていくべきとの意見があった。その際、5疾病6事業等で二次医療圏とは違う圏域であることや、他県からの流入についても配慮すべきとの意見があった。

③急性期の機能として高度な手術等は待つことや他の地域で治療を受けることもできるが、救急医療に関してはできないので、特に救急医療を評価すべきではないかとの意見があった。

④人口20万人未満の二次医療圏を支える医療機関を評価する仕組みが重要であるとの意見があった。

要との意見があった。

⑤急性期入院医療の標準化を進めるというDPC制度の本来の目的や、地域で医療の機能を担っていることを正しく評価する観点から、急性期の一般病床はDPC制度に参画することが望ましいのではないかとの意見があった。

⑥夜間・深夜の受入割合は病院によってかなり差が大きいので、救急に関しては、24時間対応できているかどうかということも高く評価すべき項目なのではないかとの意見があった。

⑦急性期一般入院料2は救急搬送が10000件未満に集中しているが、急性期一般入院料1でも10000件未満の病院が相当数ある。また、救急搬送や全身麻酔手術が多いほど出来高点数が高く、同じ入院料1のなかでも医療資源投入量に差があるとの意見があった。

た。

⑧専門病院や子ども病院と一般の病院で少し状況が異なることには配慮する必要があるかもしれないが、医療機関の機能という観点から、入院料1を今までとおり一つのグループとして扱うべきではないのではないかとの意見があった。

⑨救急搬送件数が増加するほど、医療費用が増加し、医療利益や経常利益が悪化するため、抜本的な見直しや、こうした施設を維持するための評価が必要との意見があった。

【1-2】拠点的な急性期機能

①医師の供給の観点から、人的な資源、効率的な運用という点で、中小規模の病院にうまく配置するというより、働き方改革等も踏まえ、集約化も行っていくべきとの意見があった。

②人口規模20万人の医療圏で救急搬送患者の地域外流出を見るときは、意味で、それを加味した地域内シエア、その地域の中で完結している患者における地域内シエアのデータも重要との意見があった。

③総合性については、新たな地域医療構想では急性期拠点機能として明示されていないが、今後、地域医療を行うという観点から、この拠点での重要な要素ではないかとの意見があった。

【2】高度急性期入院医療

【2-1】特定集中治療室等を有する病院

①集中治療室等の役割は、救急搬送された重症患者や術後患者の管理を担うことである。これらの役割を踏まえると、救急部門の設置や一定の救急患者受入件数、一定の全身麻酔手術の実施件数などの実績がある病院において、治療室が必要となるのではないかとの意見があった。

②救急搬送件数が多い病院では、特定集中治療室・ハイケアユニットの医療資源投入量が多くなる傾向がある一方で、全身麻酔実施件数は、ハイケアユニットにおける医療資源投入量と逆比例している。全身麻酔実施件数が多い施設では、各手術において安定した治療すべき課題は省略しています。

③救急搬送された重症患者や術後患者の管理を担うことである。これらの役割を踏まえると、救急部門の設置や一定の救急患者受入件数、一定の全身麻酔手術の実施件数などの実績がある病院において、治療室が必要となるのではないかとの意見があった。

④年間救急搬送件数・全身麻酔実施件数と特定集中治療室・ハイケアユニットにおける医療資源投入量の関係は、例えば年間全身麻酔実施件数が2000件以上の病院に絞って特定集中治療室・ハイケアユニットの医療資源投入量を見ていくと、年間救急搬送件数が多いほど医療資源投入量が少ない患者割合が低く、医療資源投入量が多い患者割合が高くなる傾向がある。特定集中治療室・ハイケアユニットを有する病院の在り方については、年間救急搬送件数・年間全身麻酔実施件数の実績を指標として整理できるのではないかとの意見があった。

⑤「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定する病院について、超急性期脳卒中加算、経皮的血栓回収術の実績がゼロないし少ない病院が一定数存在している。脳卒中ケアユニットは、HPIAの投与、血栓回収術の実績が一定程度ある病院が設置すべきという点について検討すべきではないかとの意見があった。

注1：本稿に掲載した「検討結果の概要」は抜粋であり、「分科会での評価分析に関する意見」とDPPC/PDPSについては「作業グループにおける評価・分析に関する意見」のみを掲載しています。

注2：【6】療養病床入院基本料等【7】重症度医療・看護必要度【8】救急医療【9】入院退院支

加算と急性期充実加算の病院を一体的に見ると、実績要件を満たす項目が多いほど、病床数、常勤医師数、救急搬送、全身麻酔手術が多く、より拠点的な急性期の病院という見方ができるのではないかとの意見があった。

⑥総合入院体制加算と急性期充実体制加算の経緯は異なるが、地域医療における役割をわかりやすく示すためにも、精神医療等の必要な要件を組み入れつつ、各評価の趣旨を生かして統合して見直すことも考えられるのではないか。その際には、心臓血管外科などの専門特化型と総合型で一長一短があることを考慮して、検討する必要があるのではないかとの意見があった。

⑦総合入院体制加算3は実績要件をあまり満たしていないが、人口の少ない地域で届出が多いことも踏まえ、地域性に一定の配慮をすることや、人口20万人の医療圏でも、1病院は算定でき、一定の地域医療を支えることができるように、地域性に配慮しつつ、例えばシエアを踏まえた評価や、人口の少ない地域用の評価体系等について、整理してはどうかとの意見があった。

⑧病院に勤務する精神科医が減少しており、総合病院に精神科病床がない二次医療圏が多く存在しているため、精神科医療提供体制を考慮して検討する必要があるのではないかとの意見があった。

⑨子ども病院は、新生児の救急搬送が減っており、一般的な成人を診療する病院とは質が異なるので、別の枠で捉えることも必要ではないかとの意見があった。

⑩「特定集中治療室費5、6」とそれ以外の区分において、処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目に関する患者受入方針に大きな差を認めなかったことを踏まえると、特定集中治療室の区分によって、機能的な点では大きな差異はないのではないか。一方で、救急患者の受け入れ状況は各区分に差があり、これは病院の規模が小さい等の理由から受入れができない救急重症患者がいることを示しているのではないかと意見があった。

⑪医師の働き方改革の趣旨を踏まえると、宿直ではない体制の維持は必要である。一方で、医師の確保が困難である状況なども踏まえた上で、集中治療室のあるべき体制が整っている場合もあるのではないかとの意見があった。

⑫現行の「治療室内に常時勤務」との要件は厳しいものであり、治療室外に医師がいる場合であっても治療室の患者に対する適切な対応が可能な体制が整っている場合もあるのではないかとの意見があった。

【1-3】その他

①子ども病院は、新生児の救急搬送が減っており、一般的な成人を診療する病院とは質が異なるので、別の枠で捉えることも必要ではないかとの意見があった。

②離島において現場でできることは限られていると思われるため、現場の1線で頑張っている医療機関や、流入を受け入れる医療機関を評価する必要性があるのではないかとの意見があった。

③離島ではリモートの診療や患者搬送機能の向上等の資源を投入していくことが、今後必要ではないかとの意見があった。

【3】DPPC/PDPS

【3-1】機能評価係数

①DPC/PDPS等作業グループにおいて、複雑性係数の評価方法について検討するに当たっては、複雑性係数が、何を評価するものであるか、明らかにする必要があるのではないかという意見があった。

②今後、救急医師の確保が一層困難となることが見込まれる状況を踏まえると、特定集中治療室の医師配置要件は緩和する方向での検討が必要ではないかとの意見があった。

として、集中治療を専門とする医師等の不足が見込まれる地域に対しては、遠隔支援を活用することが有効であると考えられるとの意見があった。

⑤「特定集中治療室費5、6」とそれ以外の区分において、処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目に関する患者受入方針に大きな差を認めなかったことを踏まえると、特定集中治療室の区分によって、機能的な点では大きな差異はないのではないか。一方で、救急患者の受け入れ状況は各区分に差があり、これは病院の規模が小さい等の理由から受入れができない救急重症患者がいることを示しているのではないかと意見があった。

⑥医師の働き方改革の趣旨を踏まえると、宿直ではない体制の維持は必要である。一方で、医師の確保が困難である状況なども踏まえた上で、集中治療室のあるべき体制が整っている場合もあるのではないかとの意見があった。

⑦現行の「治療室内に常時勤務」との要件は厳しいものであり、治療室外に医師がいる場合であっても治療室の患者に対する適切な対応が可能な体制が整っている場合もあるのではないかとの意見があった。

⑧子ども病院は、新生児の救急搬送が減っており、一般的な成人を診療する病院とは質が異なるので、別の枠で捉えることも必要ではないかとの意見があった。

⑨「特定集中治療室費5、6」とそれ以外の区分において、処置・モニタリングに関連する項目や、患者状態に関する項目に関する患者受入方針に大きな差を認めなかったことを踏まえると、特定集中治療室の区分によって、機能的な点では大きな差異はないのではないか。一方で、救急患者の受け入れ状況は各区分に差があり、これは病院の規模が小さい等の理由から受入れができない救急重症患者がいることを示しているのではないかと意見があった。

⑩医師の働き方改革の趣旨を踏まえると、宿直ではない体制の維持は必要である。一方で、医師の確保が困難である状況なども踏まえた上で、集中治療室のあるべき体制が整っている場合もあるのではないかとの意見があった。

⑪「重症患者対応体制強化加算」の施設基準において、「急性期充実体制加算」の届出医療機関であることが要件となっていないことにより、特定機能病院が当該加算を算定できない。特定機能病院が算定対象外となる理由や意義について見直すべきではないかとの意見があった。

⑫「2-3」特定集中治療室遠隔支援加算

①地域において必要な役割を果たしている集中治療室であることを前提

評価すべきではないかとの指摘があった。

④地域医療係数における派遣医師数の定義は、特定機能病院の基礎的基準における医師派遣の定義と整合的に検討すべきではないかとの意見があった。

【3-2】再入院・再転棟ルール

①同作業グループにおいて、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用に係る現行のルールの更なる周知徹底を図るべきではないかとの指摘があった。

~~~~~

3面へつづく

②同一傷病による再転棟については、転棟後7日間を超える場合であっても、原則として一連の入院として扱うことすべきではないかとの意見があった。

【3-3】持参薬ルール

①同作業グループにおいて、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用に係る現行のルールの更なる周知徹底を図るべきではないかとの指摘があった。



2面からつづく

~~~~~  
②具体的には、DPC算定を行う場合は、入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品は、院内で処方されるのが原則であることやDPC算定を行う場合の入院料の中には、一般的に入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品の薬剤料が含まれていることについて、患者への説明を求めるべきではないかとの意見があった。

③また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否については、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるものの、検討に当たっては、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬及び診断群分類等について、調査を行う必要があるのではないかとこの意見があった。

③④点数設定方式DPC／PDPS等

作業グループにおいて、多くの診断群分類で在院日数の分布は正の歪度を有していることから、在院日数の中心傾向の指標として、平均在院日数は適切でないのではないかと、といった指摘や、特定の在院日数の患者数が顕著に多い診断群分類について、制度上、特定の日数までの在院を促すインセンティブが内在しているのではないかとこの意見があった。

③点数設定方式における入院期間Ⅱについては、1日当たり入院数の最大値に対する日ごとの入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関が一定数存在していることを踏まえ、病床稼働率を過度に重視した病院経営を行うと、病床の活用が硬直的になり、柔軟な対応をできなくなることから、必ずしも高い病床稼働率を維持しなくてもよい設計とすべきではないかとの意見があった。

④一方で、入院期間Ⅱを在院日数の中央値に移行した場合、一部の診断群分類では入院期間Ⅱが著しく変化しうることから、激変緩和措置を設けるべきではないかとの意見があった。

⑤後方支援の加算について、病棟の役割という観点では何割程度を実際に包括期の病棟で受け入れているかを指標とすることをこの意見があった。

⑥介護施設からの入院を多く受け入れている地域包括医療病棟があり、その役割に照らせば加算等の評価対象としてもよいことを検討しうるのではないかとこの意見があった。

⑦後方支援機能は地域の拠点を担う上で重要と考えるが、指標として検討された加算の現行の施設基準では、200床や400床といった病床規模の制限が設けられている。地域の医療資源を有効に活用できるよう、柔軟に見直しを検討してもよいのではないかとこの意見があった。

⑧新たな地域医療構想のとりまとめが行われたが、まだ医療法は審議中、かつガイドラインの議論は始まっていないため、診療報酬のみで先に議論を始めないよう、慎重に進めるべきとの指摘があった。

⑨下り搬送については、最初の搬送先が病床稼働率等の観点で、本来その病院で診療する必要のない患者を入院させるという事象もあるようなので、機能分化を進めても経営できるよう、評価を検討していったらどうかとの意見があった。

【4】包括的な機能を担う入院医療

【4-1】地域包括医療病棟入院料

①多疾患を有する救急患者は、搬送時点で急性期病棟と地域包括医療病棟のいずれが適しているか判断が難しいとの意見があった。

②急性期病棟と地域包括医療病棟の双方を有している場合に、患者像は大きな違いはなく、どのような患者を地域包括医療病棟でみてくのか、高齢者において頻度の高い疾患をそつした病棟でみるということも考えられるのではないかとこの意見があった。

③手術に係るKコードを算定している地域包括医療病棟が多く、整形外科の標ぼうがある医療機関では療法士数や他の要件との兼ね合いから地域包括医療病棟を届出やすいのではないかとこの指摘があった。

④高齢者の疾患を幅広くみるという観点から、内科系疾患と外科系疾患の包括範囲内の医療資源投入量について、バランスがとれるよう、その内訳や診療内容を更に検討すべきではないかとの意見があった。

⑤緊急入院の受入時には様々な手間がかかるので、看護職員の療養上の世話の時間について、投入している医療資源の一端として評価方法を検討してはどうかとの意見があった。

⑥地域包括医療病棟の届出が伸びてこないのは施設基準の厳しさが影響している可能性があり、地域包括ケア病棟との患者像の類似も踏まえ、緩やかに統一していくような評価方法も検討できるのではないかとこの意見があった。

⑦ADLについては、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定有無とADLスコア平均や改善幅の検討だけでなく、実際に提供されたリハビリの量や介入の時期等を踏まえ、どのような取組が効果的なのかといった検討を進めるべきとの指摘があった。

⑧高齢であるほど在院日数が長いのは当然の結果であると思われ、どのような患者を受け入れているかを、急性期を含む入院の評価に組み込んではどうかとの意見があった。

⑨下り搬送については、最初の搬送先が病床稼働率等の観点で、本来その病院で診療する必要のない患者を入院させるという事象もあるようなので、機能分化を進めても経営できるよう、評価を検討していったらどうかとの意見があった。

⑩また、入院数の最大値に対する日ごとの入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関が一定数存在していることを踏まえ、病床稼働率を過度に重視した病院経営を行うと、病床の活用が硬直的になり、柔軟な対応をできなくなることから、必ずしも高い病床稼働率を維持しなくてもよい設計とすべきではないかとの意見があった。

⑪一方で、入院期間Ⅱを在院日数の中央値に移行した場合、一部の診断群分類では入院期間Ⅱが著しく変化しうることから、激変緩和措置を設けるべきではないかとの意見があった。

⑫後方支援の加算について、病棟の役割という観点では何割程度を実際に包括期の病棟で受け入れているかを指標とすることをこの意見があった。

⑬新たな地域医療構想のとりまとめが行われたが、まだ医療法は審議中、かつガイドラインの議論は始まっていないため、診療報酬のみで先に議論を始めないよう、慎重に進めるべきとの指摘があった。

⑭緊急入院等を含めて地域医療全体を考えると重要なテーマと

の意見があった。

⑮また、入院数の最大値に対する日ごとの入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関が一定数存在していることを踏まえ、病床稼働率を過度に重視した病院経営を行うと、病床の活用が硬直的になり、柔軟な対応をできなくなることから、必ずしも高い病床稼働率を維持しなくてもよい設計とすべきではないかとの意見があった。

⑯一方で、入院期間Ⅱを在院日数の中央値に移行した場合、一部の診断群分類では入院期間Ⅱが著しく変化しうることから、激変緩和措置を設けるべきではないかとの意見があった。

⑰後方支援の加算について、病棟の役割という観点では何割程度を実際に包括期の病棟で受け入れているかを指標とすることをこの意見があった。

⑱新たな地域医療構想のとりまとめが行われたが、まだ医療法は審議中、かつガイドラインの議論は始まっていないため、診療報酬のみで先に議論を始めないよう、慎重に進めるべきとの指摘があった。

⑳緊急入院等を含めて地域医療全体を考えると重要なテーマとの意見があった。

㉑また、入院数の最大値に対する日ごとの入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関が一定数存在していることを踏まえ、病床稼働率を過度に重視した病院経営を行うと、病床の活用が硬直的になり、柔軟な対応をできなくなることから、必ずしも高い病床稼働率を維持しなくてもよい設計とすべきではないかとの意見があった。

㉒一方で、入院期間Ⅱを在院日数の中央値に移行した場合、一部の診断群分類では入院期間Ⅱが著しく変化しうることから、激変緩和措置を設けるべきではないかとの意見があった。

㉓後方支援の加算について、病棟の役割という観点では何割程度を実際に包括期の病棟で受け入れているかを指標とすることをこの意見があった。

㉔新たな地域医療構想のとりまとめが行われたが、まだ医療法は審議中、かつガイドラインの議論は始まっていないため、診療報酬のみで先に議論を始めないよう、慎重に進めるべきとの指摘があった。

㉕緊急入院等を含めて地域医療全体を考えると重要なテーマとの意見があった。

㉖また、入院数の最大値に対する日ごとの入院数の割合の変動係数が著しく低い医療機関が一定数存在していることを踏まえ、病床稼働率を過度に重視した病院経営を行うと、病床の活用が硬直的になり、柔軟な対応をできなくなることから、必ずしも高い病床稼働率を維持しなくてもよい設計とすべきではないかとの意見があった。

【5】回復期リハビリ

テーション病棟入院料

テーション病棟入院料

【5-1】実績指数
①ほぼ全ての患者が実績指数の計算除外基準に該当している施設もあり、現行の基準で病棟の機能を正しく評価されているのか疑問であるため、除外基準を見直すべきではないかとの意見があった。

②「80歳以上」や「認知機能が低い」患者と患者全体とでFIM利得に大きな差はなく、FIMが改善しないから受け入れていないかというところではないことから、実績指数の計算対象から除外する必要は乏しいのではないかとこの意見があった。

③自宅復帰を目指す上で、FIM下位項目の得点が2点から3点に上がるのと、5点から6点に上がるのでは意味が異なる可能性があり、FIM利得には現れない効果を見落とさないよう、評価を検討すべきではないかとの意見があった。

④重症患者と実績指数の除外基準両方に該当する患者が増えていることは理解するが、重複しないようにすると、重症な

患者も選別せずに入院を受け入れてほしいという当初の理念と食い違いが生じるため、慎重に検討すべきとの意見があった。

⑤令和6年度改定後も運動器リハビリテーション料について6単位を超えて実施している患者が相当数いるが、単位数が増えてもFIM利得がほとんど変わっていないため、6単位を超えるリハビリを実施できる対象について、分析を深めてはどうかとの意見があった。

⑥廃用症候群リハビリテーション料について、7単位以上における実施単位数増加に伴うFIM改善の度合いは脳血管疾患等リハビリテーションと比較して低いものの、確実に上がっており、改善しない結論づけずに慎重

に議論を行うべきではないかとの意見があった。

⑦質の高いリハビリテーション医療の推進

⑧退院前訪問指導は回復期リハビリテーション病棟における実施割合は3〜5%ほどであるが、多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合うよう評価されれば、より実施されるのではないかとこの意見があった。

⑨退院前訪問指導は60分以上かけて行っている施設が9割を超えており、実施内容を踏まえた適切な評価方法について検討を進めるべきとの意見があった。

⑩高次脳機能障害について、特に就労支援に関しては、かかりつけ医等との密な連携に対して、より評価をすべきではないかとの意見があった。

(以下略)

第36回「看護管理セミナー」のお知らせ

- 期 日：令和7年 11月20日(木)
- 会 場：「食品衛生センター」(東京都台東区寿 4-15-7)
- 参加費：会員病院(1名につき) 16,500円(税込)
：会 員 外(1名につき) 19,800円(税込)
- 講演テーマと講師：

10:00～11:30	「看護の将来ビジョン2040」 講師 秋山智弥氏 (公益社団法人日本看護協会 会長)
昼食休憩 (11:30～12:30)	
12:30～13:30	「現場から街へ、街から未来へ～看護管理者が拓く地域創生への挑戦～」 講師 三宅友美氏 (洛和会ヘルスケアシステム洛和会本部 総看護部長)
13:45～14:45	「レジリエントでサステナブルな看護部をつくる」 講師 宮崎 隆氏 (地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター副院長・看護部長)
15:00～16:00	「変革を導く看護管理者の力～つなぐ・かえる・ささえる～」 講師 村岡修子氏 (NTT 東日本関東病院 品質保証室 室長, NTT 東日本総務人事部医療センタ医療推進部門担当部長)

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



会場のもよう

全国公私病院連盟は10月2日(木)に日本教育会館「ツ橋ホール」(東京都千代田区)において

今年のテーマは

「人生100年を生き抜こう!!」

全国公私病院連盟

「国民の健康会議」を開催

10月2日、日本教育会館で

「国民の健康会議」を開催しました。迎えて35回目となる今回は「人生100年を生き抜こう!!」をテーマに、各界の第一人者をお招きしてお話を伺いました。

第1部では、渡邊吉志郎先生(横浜市立市民病院・名誉院長)の司会により、大江隆史先生(NTT東日本関東病院・院長)による「ロコモティブシンドローム防止」について、深田拓司先生(一般社団法人大阪府歯科医師会・会長)による「口腔フレイル防止」について、繁田雅弘先生(一般社団法人日本認知症ケア学会・理事長)による「認知症防止」について、巴ひかる先生(石心会さやま総合クリニック・顧問)による「尿失禁防止(女性を中心に)」についてお話を伺いました。

第2部では、中嶋昭先生(日産厚生会玉川病院・名誉院長)の司会により、川嶋みどり先生(日本赤十字看護大学・名誉教授)と行天良雄先生(医事評論家)の対談を行いました。

当日の様子は、公私病連ニュースの令和8年1月号に掲載予定です。

当日のスケジュール

1:00~1:05
開会 挨拶:全国公私病院連盟 副会長 中村哲也
1:05~3:00【第1部】各界からの報告
司会:渡邊吉志郎 先生(横浜市立市民病院・名誉院長)
①【ロコモティブシンドローム防止】 大江隆史 先生(NTT東日本関東病院・院長)
②【口腔フレイル防止】 深田拓司 先生(一般社団法人大阪府歯科医師会・会長)
③【認知症防止】 繁田雅弘 先生(一般社団法人日本認知症ケア学会・理事長)
④【尿失禁防止】(女性を中心に) 巴ひかる 先生(石心会さやま総合クリニック・顧問)
3:00~3:10 休憩
3:10~4:50【第2部】対談
司会:中嶋 昭 先生(日産厚生会 玉川病院・名誉院長)
① 川嶋みどり 先生(日本赤十字看護大学・名誉教授)
② 行天 良雄 先生(医事評論家)
4:50~5:00
閉会 挨拶:全国公私病院連盟 副会長 中村哲也



繁田先生



深田先生



大江先生



行天先生



川嶋先生



巴先生



中嶋顧問



渡邊特別参与



中村副会長

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時に検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2024年11月1日～2025年11月1日
※いつからでも中途加入が可能です。

＜お問合せ先＞

取扱代理店

引受保険会社

株式会社 公私病連共済会

〒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

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

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (<https://www.byo-ren.com/>)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。



SJ24-05793 2024/08/07

第33回「医療事故防止セミナー」のお知らせ

●テーマ

病院経営に効く医療安全
エンゲージメントがパフォーマンスを変える

全国公私病院連盟では「医療事故防止セミナー」を開催します。この機会に皆様のご参加をお待ちしております。

- 期 日：令和7年11月27日(木)
- 会 場：「食品衛生センター」(東京都台東区寿 4-15-7)
- 参加費：会員病院(1名につき) 13,200円(税込)
：会員外(1名につき) 15,400円(税込)
- 講演テーマと講師：

開会挨拶(10:00~10:10)	
10:10~11:20	「患者・市民参画で医療者と創る医療安全と対話推進」 ～患者遺族と医療対話推進者の実践から～ 講師 豊田郁子 氏 (患者・家族と医療をつなぐ NPO法人 架け橋・理事長)
昼食休憩(11:20~12:20)	
12:20~13:30	「医療安全の世界的潮流」 ～安全強化は病院パフォーマンスを高める～ 講師 小松康宏 氏 (群馬大学 名誉教授 医療安全教育センター・顧問)
13:40~14:50	「感染症が起こりにくい病院の文化をつくるには」 講師 坂本史衣 氏 (医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院・院長補佐)
15:00~16:10	「職員のメンタルヘルス対策」 講師 相馬孝博 氏 (千葉大学病院 医療安全管理部長・教授)

◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細は、ホームページ <https://www.byo-ren.com/> をご覧ください。【TEL】03-6284-7180



こちらからお申込みいただけます。