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

特別の料金 対象 対象外 の考え方

ＯＴＣ類似薬の保険給付見直し

ＯＴＣ類似薬の保険給付の見直しにあたり厚労省は一定の者・療養においては一部保険外療養の対象とはせず、特別の料金を求めないこととする通知を発出した。一部保険外療養の特別の料金の対象か、対象外かの判断は、対象医薬品の処方時に保険医療機関・処方医によって行われるが、その判断となる基準についての方針を定めている。「特別の料金の対象・対象外の考え方（抜粋）」は以下のとおり。

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象とならない場合の考え方（抜粋）

特別の料金の対象・対象外の考え方

一部保険外療養については、対象医薬品の処方又は調剤を受ける場合は、原則として特別の料金の対象となるが、下記【1】から【9】までのいずれかに該当する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となることから、保険医療機関・処方医は、対象医薬品の処方を行う場合は、これらに該当するかについて確認すること。

【1】18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者への処方又は調剤（略）

【2】がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

【基本的な考え方】

がんの治療中に、がん又はがん治療に関連して生じた状態に対して対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。なお、がん患者であっても、当該がん又はがん治療に関連して生じた状態以外の症状に対して対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

【特別の料金の対象外となる範囲】

「がんの治療中」とは、確定診断されたがん（悪性腫瘍を含む）を有する患者のうち、単に診断歴を有することのみをもって判断するのではなく、当該がん又はその治療に関連して生じた状態に対し、現に治療行為を伴う診療を継続的に受けている場合又は治療開始に向けて具体的な治療計画の下で継続的な診療管理を受けている場合をいう。そのため、例えば、患者が、疼痛を訴えている場合において、がんの可能性が疑われるものの、がんの確定診断に至っていない段階においては、「がんの治療中」には該当せず、当該疼痛に対する対象医薬品の処方は、特別の料金の対象となる。

「がんの治療中に、がん又はがん治療に関連して生じた状態」とは、具体的には、がんの治療中に生じたがんによる症状、薬物療法、放射線療法、手術療法等に伴う副作用又は有害事象その他がん治療に関連する状態をいう。当該状態に対して対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

【具体的な考え方】

（1）診断名に「がん」と直接表記されない悪性腫瘍（脳腫瘍、骨肉腫、白血病、悪性リンパ腫など）の取扱い＝悪性腫瘍も「がん」に含まれる。

（2）「がん治療中」に該当する場合＝具体例としては、①外来にて抗がん剤等の薬物療法を継続的に受けている場合、②病理検査等によりがんと診断され、術前化学療法又は手術に向けた診療計画が既に決定されている場合、③菌状息肉症などの皮膚悪性リンパ腫に対し、ステロイド外用薬、抗ヒスタミン薬を使用する場合。

（3）「がん治療中」に該当しない場合＝具体例としては、①過去にがんの診断歴はあるが、現在は再発なく、定期受診のみ継続している場合、②がん術後で、定期的な画像検査等による経過観察を受けているものの、がんに対する薬物療法等の治療行為は終了している場合、③がんの疑い、再発疑いで精査中の場合、④前がん病変の状態でがんの診断ではない場合。

（4）特別の料金の対象外となる「がん又はがん治療に関連して生じた状態」の具体例＝具体例としては、①がん治療薬の副作用の支持療法（便秘、口内炎、皮膚障害等）を受けている場合、②がん治療に伴う好中球減少期の発熱、感染疑いの場合に使用するかぜ薬、解熱鎮痛剤を処方する場合、③緩和ケアを受けている場合。

（5）特別の料金の対象外となる「がん又はがん治療に関連して生じた状態」には該当しない場合の具体例＝具体例としては、①がん治療中だが、がん治療との関連が薄い症状（花粉症、水虫、齲歯等）の場合、②がん治療中だが、がん治療に伴わない一般的な症状（便秘、風邪、腰痛等）の場合、③過去にがんの診断歴があるものの、当該がんの治療中ではない患者について、対象医薬品を使用する場合。

なお、【7】で後述する「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤」の「特別の料金の対象外となる範囲」など、他の特別の料金の対象外となる場合に該当する場合は、特別の料金の対象外となる。

（6）がん治療終了後の取扱い

がん治療終了後に対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

がん治療により生じた後遺症に対する治療を行う場合であっても、原因となったがんそのものの治療が終了している場合は、同様に一部保険外療養の特別の料金の対象となる。

ただし、当該後遺症に対する対象医薬品の使用（手術後の便秘症に酸化マグネシウムを長期使用する場合、慢性移植片対宿主病で免疫抑制剤などの全身療法の治療歴（直近1年間）があり、保湿剤を長期使用する場合等）が、【7】で後述する「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要

2面へつづく

時評

風が吹けば桶屋が儲かる？

連盟　常務理事　並木健一

早く自治体病院の経営を立て直さないと国立大学の教授が居なくなります。

10月IMF総会が開かれています。日本はG7で2027年のGDPが6番目になるそうです。是は「そうか」だが、2025年の平均年収がOECD加盟国で25番目は「悲しく」なります。MLBの大谷選手は世界一の選手だからあれ程の所得を得ても「しょうが無い」と思いますが、レギュラーでも無い選手がNPBの一流選手より所得が多いのは。現状では米国と日本は所得が3倍違うとか。

よく見るとヨーロッパの日本人サッカー選手も高所得です。昔一時1ドル70円程となりましたが、今は160円！半分以下です。よく考えてみますとなんと50年前と医師の給料は変わっていないようです。美容整形を除けばです？よくよく考えてみると昔から医師の給料は言われていたほど高くないと思います。夜昼構わず、それも殆ど365日働いていましたから。その上医師は管理職だからと言われて時間外も出しませんでした。そうして得ていた報酬でした。

それを突然働き方改革で手当を削り時間外労働制限するから当然手取りは減ります。公定価格の医療費ではどんなに良い医療をしても収益は同じです。だから病院が質高くよく働いてくれたからと医師の給料を増やそうとしても出せません、かといって時間外労働に制約があり、労働基準監督署が目を光らせている訳ですからどうすることもできません。

自治体病院は赤字が続き経営改善の為経費削減が必要です。その方法の一つとして大学からの応援医を減らす人件費の削減です。病院を診療所化して当直を無くし、大学から派遣してもらっていた当直医師代を節約する。

一方で大学も働き方改革の中で勤務時間が制限されています。この結果として大学病院でも比較的給料の安い若手医師（未来の教授の卵）は、副収入を得ることもままならない。このような状況の中にある大学に医師は帰ろうとするでしょうか。医師が帰らないと大学は成立しません。勿論教授は誕生しません。そもそも、そんな環境にある職業に優秀な人材が進むでしょうか？

医療の頂点に立つ大学教授の待遇改善し、高度な医療を担う大学病院の医師が働き易い環境整備が必要と思います。そのためにまず国民の命を守り地域に必要な医療を提供する自治体病院に十分な援助が必要だと考えます。

（大崎市病院事業管理者）

いろ鉛筆

生成AIに文章を書いてもらう機会が増えた。条件さえ整えれば挨拶文の作成などお手の物である。「もう少し簡潔に」と頼めばすぐに整った文章が返ってくる。カルテ記載にも使えれば現場では心強い助っ人だ。こちらが何分も悩んだ文章を数秒で仕上げてくれる。ただ、カルテは単なる文章ではない。患者さんの訴えや診察所見、検査結果、そして医療者が何を考え、なぜその判断に至ったのか。診療の過程と医療者の判断を残す重要な記録である▼AIは文章を整えるのは得意だが“Hallucination”と呼ばれるもっともらしい誤情報を作る、すなわち嘘をつくことがある。間違っていても自信たっぷりである。だからこそAIをカルテ作成の助けにする場合も、最後は医療者がしっかりと内容を確認し、診療の事実と合っているか、自分の判断が反映されているか、確認・承認を経て初めて診療記録になる。カルテを書くのは私たち医療者なのである▼先の米中首脳会談では『米中Super Intelligence Dialogue』という枠組みを作ることで合意したという。AIの暴走などの最悪の可能性を考慮して、その開発を制御するのだろうか。チャッピー君に聞いてみよう。（S・F）

1面からつづく

であると認められる場合における処方又は調剤」の「特別の料金の対象外となる範囲」など、他の特別の料金の対象外となる場合に該当する場合は、特別の料金の対象外となる。

【3】指定難病若しくは小児慢性特定疾病（18歳から20歳までの者に限る）又は指定難病若しくは小児慢性特定疾病に関連して生じた状態への処方又は調剤（略）

【4】国の公費負担医療における処方又は調剤（略）

【5】入院時の処方（退院時処方を含む）（略）

【6】侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う処方又は調剤（当該検査等後、14日以内分の処方又は調剤に限る）（略）

【7】医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤

【基本的な考え方】

医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

【特別の料金の対象外となる範囲】

一部保険外療養の特別の料金の対象外となる場合は、医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合であって、以下のいずれかに該当する場合であること。

①内服薬

年間を通じた継続使用がなされ、年間処方日数がおおむね50週（1年）であること。

②外用薬

以下のいずれかに該当すること。

・点眼薬について、通年性のアレルギー性結膜炎等の治療のため、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

・ステロイド外用薬について、再燃を繰り返すアトピー性皮膚炎に対し、プロアクティブ療法として、医師の指示の下で年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

また、当面の間（令和10年度末まで）は、上記に加え、以下についても特別の料金の対象外とする。

・鎮痛消炎外用薬について、慢性かつ重度の疾患（例：変形性膝関節症におけるKellgren-Lawrence（KL）分類のGrade4）に対して、医師が年間を通じた疼痛管理として、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

・皮膚保湿剤、皮膚保護剤及び角化症治療剤について、症状等が十分に改善せず、免疫抑制剤等による全身療法を直近1年以内に併用した治療歴がある場合であって、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

外用薬については、上記のいずれかに該当しない場合は、仮に年間を通じた処方が行われていた場合であっても、一部保険外療養の特別の料金の対象となること。

なお、上記に該当するかを判断するに当たっては、一部保険外療養の施行前の服薬歴を考慮することが可能である。

【具体的な考え方】

（1）内服薬の年間処方日数がおおむね50週であるかどうかの基準

「年間処方日数がおおむね50週（1年）」に該当するかは、一律に50週の処方実績を求めるのではなく、半年間の対象医薬品の使用の継続が確認され、半年間の対象医薬品の使用の継続（直近の実績を含めおおむね50週の継続）が医療上必要であると医師が認めている状態であれば、一部保険外療養の特別の料金の対象外と判断して構わない。

他方で、医師が対象医薬品の年間を通じた長期使用（直近の実績を含めおおむね50週（1年）の継続）が医療上必要であると医師が認めている状態と判断して構わない。

（3）長期使用の服薬期間の確認の取扱い

「半年間」の服薬歴については、自保険医療機関での服薬歴に限られるものではなく、診療情報提供書、お薬手帳、オンライン資格確認による薬剤情報等、診療時に患者が示す情報において確認できない場合は、少なくとも半年間の対象医薬品の使用実績が生じるまでの間は、当該対象医薬品の処方については、一部保険外療養の特別の料金の対象となること。

②半年間の使用継続がなされた時点で以降の対象医薬品の処方が自動的に一部保険外療養の特別の料金の対象外とされるのではなく、半年経過時点において、今後も対象医薬品の年間を通じた長期使用の医療上の必要性が存在することが必要であること（例えば、半年経過時点で、残り半年以内に対象医薬品の処方が不要になると見込まれる場合は、引き続き特別の料金の対象とすること）に留意すること。

（2）外用薬における年間を通じた継続使用の実績が認められる場合の基準

「年間を通じた継続使用の実績が認められる場合」に該当するかは、内服薬と同様に一律に年間の処方実績を求めるのではなく、半年間の対象医薬品の使用の継続が確認され、対象医薬品の年間を通じた長期使用（直近の実績を含めおおむね50週（1年）の継続）が医療上必要であると医師が認めている状態と判断して構わない。

（4）屯服薬の取扱い

特別の料金の対象となる。

特別の料金の対象外とする「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合」については、対象医薬品について計画的に使用すること（直近の実績を含め少なくとも50週（1年）の継続）が医療上必要であると医師が認めている場合に該当すれば、特別の料金の対象外となる。

（5）対象医薬品を一定の期間に反復して使用しているが、年間を通じた継続使用ではない場合の取扱い

特別の料金の対象外とする長期使用とは、年間を通じて症状が持続し、計画的に毎日服用する場合をいう。季節性アレルギー性鼻炎その他特定の期間に限って反復的に症状が出現する場合や、慢性疾患であっても症状に応じて月に数日など一定の期間に限って対象医薬品を反復的に使用する場合については、複数年にわたり繰り返し使用している場合であっても特別の料金の対象となる。

少なくとも服用開始から半年間にわたり、症状の持続又は反復と対象医薬品の継続的又は反復的な使用が確認された場合は、当該医薬品を通年で使用すること（直近の実績を含め少なくとも50週（1年）の継続）が医療上必要であると医師が認めている状態と判断して構わない。

（6）患者の入院や仕事等の事情により、通院や服用に中断が生じた場合の取扱い

一時的に対象医薬品が使用されていない期間が生じた場合であっても、中断前の処方終了日から1ヶ月以内に、同一病名又は同一症状に対して対象医薬品の処方が再開された場合には、長期使用の継続性を損なわないものとして取り扱う。

中断期間が1ヶ月を超える場合であっても、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合は継続性を損なわないものとして引き続き特別の料金の対象外として取り扱う。

（7）対象医薬品と同じ成分の要指導医薬品又は一般用医薬品を一時的に服用している場合の取扱い

要指導医薬品又は一般用医薬品の使用状況については医師において把握することが困難であることから、年間を通じた継続使用の実績は、医療用医薬品の使用歴のみで判断する取扱いとする。

（8）長期に使用している対象医薬品について、剤形（錠剤、OD錠、ドライシロップ等）が変更されたが、同一成分の使用を継続している場合の取扱い

剤形が変更されても、同一成分の使用であれば、引き続き、特別の料金の対象外とする。

（9）アトピー性皮膚炎へのステロイド外用薬の使用について、普段はプロアクティブ療法を行っているが、一部の部位で急性増悪を認める場合の取扱い

全体としてプロアクティブ療法による長期管理の一環としてステロイド外用薬を使用している場合は、急性増悪部位への追加使用についても、特別の料金の対象外となる。また、ステロイド外用薬の強さを変更することが診療ガイドラインに位置づけられている治療法であることから別のステロイド外用薬の対象医薬品に変更した場合であっても、特別の料金の対象外となる。

（10）皮膚保湿剤・皮膚保護剤・角化症治療剤について、症状等が十分に改善せず、免疫抑制剤等による全身療法を併用した治療歴がある場合であって、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合に「免疫抑制剤等」の取扱い

特別の料金の対象外となる。この場合の全身療法とは、免疫抑制剤、経口JAK阻害薬又は生物学的製剤の投与による治療をいう。

【8】類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態への処方又は調剤

【基本的な考え方】

要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態に対して、当該要指導医薬品又は一般用医薬品と代替性が特に高い対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とする。

【特別の料金の対象外となる範囲】

一部保険外療養の特別の料金の対象外となる場合の、対象医薬品と効能・効果の一覧については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について」において示しているため、当該一覧に記載の対象医薬品について、当該一覧に記載の効能・効果を目的に処方する場合は、特別の料金の対象外とし、当該一覧に該当しない場合は、特別の料金の対象とすること。

【具体的な考え方】

（1）対象医薬品について、一部保険外療養の対象となる効能・効果と対象外となる効能・効果の双方を有する患者に処方する場合の取扱い

医師が対象外となる効能・効果に対する治療目的として処方する場合は、当該対象医薬品の使用は特別の料金の対象外となる。

（2）アトピー性皮膚炎に対するヘパリン類似物質の取扱い

実臨床においてアトピー性皮膚炎に伴う皮脂欠乏症、進行性指掌角皮症として広く使用されている場合については、一般用医薬品の効能・効果に含まれる手指のあれ、ひび、乾皮症と実質的に対応するものと整理しており、特別の料金の対象となる。

ただし、アトピー性皮膚炎への保湿剤の使用については、**【7】**「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合」に該当すれば、特別の料金の対象外となる。

【9】要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤（妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合の処方又は調剤をいう）

要指導医薬品又は一般用医薬品の添付文書において、妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦について「服用しないこと」等と記載されているものと同じ成分の医療用医薬品を処方する場合は、特別の料金の対象外とする。

該当する対象医薬品の一覧については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について」を参照すること。

また、妊婦、妊娠している可能性がある者、授乳婦であることを確認する方法としては、本人申告（問診票）を基本とするが、必要に応じて、患者が示す母子健康手帳、診療録等の情報に基づき、医師が判断する。

【具体例】

フェキソフェナジン塩酸塩	
医療用医薬品の効能・効果	一般用医薬品の効能・効果
アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、皮膚疾患（湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症、アトピー性皮膚炎）に伴うそう痒	花粉、ハウスダスト（室内塵）などによる次のような鼻のアレルギー症状の緩和：くしゃみ、鼻水、鼻づまり

この場合、一般用医薬品において、「蕁麻疹、皮膚疾患（湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症、アトピー性皮膚炎）に伴うそう痒」は効能・効果として認められていないことから、医療用医薬品のフェキソフェナジン塩酸塩を、これらの効能・効果を目的に処方する場合は、特別の料金の対象外となる。

全国公私病院連盟

第37回「看護管理セミナー」開く

経営を安定させ地域連携を総合的に進めていく上での認定看護管理者の役割

～看護業務の質をいかにマネジメントするか～

全国公私病院連盟は10月28日に「第37回看護管理セミナー」を開催した。今回のテーマは「経営を安定させ地域連携を総合的に進めていく上での認定看護管理者の役割～看護の質をいかにマネジメントするか～」で、講師に、①秋山智弥氏（公益社団法人日本看護協会・会長）、②川手敬子氏（元・飯田市立病院・医事課入院係長）、③今枝加与氏（ＪＡ愛知厚生連江南厚生病院・看護部長）、④樋口幸子氏（社会福祉法人恩賜財団済生会・済生会本部看護室長）の4氏をお招きし、座長は本連盟の中村哲也会長（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長）と三角隆彦副会長（神奈川県済生会横浜市東部病院・院長）が務めた。以下に講演要旨を掲載する。

座長の中村会長

座長の三角副会長

診療報酬改定に認められた認定看護管理者の役割

秋山智弥氏

公益社団法人日本看護協会・会長

令和8年度診療報酬改定は、物価・賃金上昇への対応という目下の課題解決と、2040年までの課題である、①85歳以上高齢者の増加、②生産年齢人口の減少、③地域差の拡大、を見据えた新たな地域医療構想の具現化に向けた改定となった。

賃上げについては、物価高や人件費の原資となる本体改定率が30年ぶりの大幅引上げとなるなど一定の前進がみられたものの、他産業も同等以上の賃上げを実施しており、他産業への人材流出を食い止めるためにはいまだ十分とは言い難い状況である。

また、今回改定では、看護職員処遇改善評価料とベースアップ評価料の収入を夜勤手当の増額に用いることができる旨が明示されるとともに、看護職員夜間配置加算や急性期総合体制加算の要件に夜勤負担軽減や処遇改善の計画立案が入るなど、看護職員の夜勤負担軽減への組織的な取組みが促されている。

何より特筆すべきは、地域に必要な急性期医療の提供体制の確保に向け、病院の機能に着目した評価体系として「急性期病院Ａ／Ｂ一般入院基本料」が新設され、その施設基準の一つに、5年以上の師長等の経験かつ所定の研修を修了した看護管理者の配置が望ましいとする要件が入ったことである。

本会は、認定看護管理者によるマネジメント機能の発揮が、病院内から地域まで様々な活動に好影響を与えていることをデータで示し要件化を要望してきたところであり、看護管理者の要件化が実現したことは、これまでの認定看護管理者の果たしてきた実績が高く評価された結果と言える。

これはまた、2040年を見据えた持続可能な医療・看護提供体制の構築に対する看護管理者への期待でもあり、認定看護管理者にはその期待に積極的に応えていく義務がある。

今回のセミナーでは、2040年を見据えた看護管理者の役割として、①処遇改善および労働環境改善等による看護職員の確保・定着、②ＤＸ導入および多職種協働による看護業務の効率化、③地域における施設間連携による看護機能の強化、について解説し、次期診療報酬改定に向けて認定看護管理者が生み出すべき看護管理の成果について考察する。

施設基準の理解と看護管理への活用法

川手敬子氏

飯田市農業課農業振興担当専門主査
元 飯田市立病院・医事課入院係長

医療提供体制が大きく変化し、病院経営が厳しさを増す中、今日の看護管理者には「質の高い看護の提供」と「健全な病院経営への参画」の両立が強く求められています。その経営参画の第一歩となるのが、保険診療の根幹をなす「施設基準」の正しい理解です。

施設基準は、適切な人員配置や医療の質を担保するための重要なルールであり、病院の収益に直結しています。しかし、実際の臨床現場においては「専門用語が多くて難しい」「医事課に任せている」と敬遠されがちなのが現状です。看護部門の管理者が施設基準を正確に理解していないことは、診療報酬算定の機会損失を招くだけでなく、適時調査における返還金などの大きな経営リスクに繋がります。

本講演では、看護管理者が最低限知っておくべき施設基準の基礎知識と、日々の勤務管理やマネジメントにどう活かすかお話したいと思います。

まず、施設基準を構成する要件（体制・配置、経験・資格など）を整理し、看護職員と看護補助者の定義の違いや「みなし看護補助者」の仕組みについて正しく理解を深めます。

続いて、看護配置基準の要となる添付書類「様式9」の作成における注意点をご説明します。

施設基準を知り、自院の実態を正確に把握することは、結果として適正な人員配置を実現し、スタッフが働きやすい環境を構築することに繋がります。今後議論が進む地域医療構想に施設基準の理解は不可欠となります。本講演を通じて、参加者の皆様が施設基準に対する苦手意識を払拭し、「様式9」を武器として明日からの病棟運営や戦略的なマネジメントに活かせる具体的なヒントを得ていただくことを目指します。

看護の質と効率性のマネジメント

今枝加与氏

ＪＡ愛知厚生連
江南厚生病院・看護部長

本講演では、地域において3次救急を担う中核病院の看護管理者として、医療の高度化・複雑化、人材確保のむつかしさ、厳しい経営環境の中で、看護業務の質と効率性をいかに両立させてきたかについて実践をもとに報告する。

前半は、当院が直面した4つの課題、①看護提供方式の見直しと適正配置②看護記録の簡素化③患者状態把握システム等を活用した安全管理の効率化④特定行為研修修了者による看護業務範囲の拡大と質の向上―と、それに対応する「看護業務再構築のための業務改革ビジョン」の実践である。

具体的には、セル看護提供方式、看護配置システム、看護記録システム、バイタル自動連携システムの導入、看護師特定行為研修指定機関としての高度人材育成である。効果として、看護記録に関わる超過勤務は1部署あたり1か月平均で43時間16分から15時間31分へ、全体でも89時間43分から47時間20分へ減少し、職務満足度調査の4項目すべてが向上した。

後半は、その過程で生じた葛藤と組織変革である。「また何か新しいことをしなければいけないの」「やることが増えるだけだ」といった現場の反発に対し、データの見える化、キーマンの巻き込み、対話とフォローでどう向き合ったかを共有する。そして2024年度の「医療の質管理部」発足へ至った経緯を共有し、組織を巻き込んだ質改善の取り組みについて紹介する。

最後に、ＤＸ・高度人材・組織風土が噛み合うシナジー構造と、質指標（ＱＩ）と効率性指標を並べて見る判断の原則を示し、質と効率は設計次第で両立することを論じる。限られた資源で看護の本質を提供し続けるために、組織風土や目指すべき方向性、業務改善の取り組みの継承の視点も交え、認定看護管理者の役割を提言する。

看護管理者の役割（実践）

樋口幸子氏

社会福祉法人恩賜財団済生会
済生会本部看護室長

病院運営にとって現代はとても難しい時代である。時代的な背景からのジェネレーションギャップ・デジタルネイティブと言われる世代、さらには業務の効率化、適切な人材活用、労務管理等、多くの看護職員を抱える看護管理者にとっても課題の多い時代である。

今年度は診療報酬改定があり、また最近提示された「2040年に向けた地域医療構想」では、病院のこれからの在り方を決める重要な内容である。外的環境が大きく変わる影響は、病院等で看護を提供している看護部にも大きな影響を与えることになる。

特に病院経営が厳しいと診療報酬獲得を強化することや病院内でも多くの人材を抱える看護部の人材についても人件費の観点から課題として取り上げられる可能性が高い。

そしてその影響は、現場のフロントラインで働く職員の看護にも影響を及ぼしているのではないだろうか。効率的な動きは、コミュニケーションや対話・会話を遠ざけ、本来提供すべき看護サービスの質の担保にも影響を与える。

改めて看護管理について振り返り、看護の原点とも言えるナイチンゲールの言葉を紐解きながら、看護することを見つめ、看護管理者の役割について考えていきたい。

会場（東京都看護協会「301研修室」）のもよう

令和7年「医療施設調査」

厚労省は9月29日付で「令和7年医療施設調査・病院報告（年報）」を公表した。これによると、病院の数は8001施設となっている。

今回、厚労省が公表した「令和7年医療施設調査」の概要は以下のとおり。

1. 施設の種類別にみた施設数

全国の医療施設は17万9146施設で、前年に比べ499施設減少している。

「病院」は8001施設で、前年に比べ59施設減少しており、「一般診療所」は10万5521施設で314施設増加、「歯科診療所」は6万5624施設で754施設減少している。

病院を施設の種類別にみると、「精神科病院」は1052施設で、前年に比べ5施設減少しており、「一般病院」は6949施設で、54施設減少している。

一般病院のうち「療養病床を有する病院」は3290施設（病院総数の41・1%）で、前年に比べ48施設減少している。

一般診療所は「有床」が5160施設（一般診療所総数の4・9%）で、前年に比べ255施設減少し、このうち「療養病床を有する一般診療所」は3778施設で、前年に比べ53施設減少している。

【参考】厚労省は毎月の病院数も把握して公表しているが、令和8年7月時点の病院数は7942施設となって8千病院を割っている。

2. 開設者別にみた施設数

施設数を開設者別にみると、病院は「医療法人」が5585施設（病院総数の69・8%）と最も多く、次いで「公的医療機関」が1175施設（同14・7%）となっている。

一般診療所は「医療法人」が4万8317施設（一般診療所総数の45・8%）と最も多く、次いで「個人」が3万8292施設（同36・3%）となっている。歯科診療所は「個人」が4万7539施設（歯科診療所総数の72・4%）と最も多くなっている。

3. 病床の種類別にみた病床数

医療施設の病床数をみると、全病床数は151万8172床で、前年に比べ2万4185床減少している。

病院は145万3223床で、前年に比べ1万9523床減少しており、一般診療所は6万7790床で4661床減少、歯科診療所は60床で1床減少している。

病院を病床の種類別にみると、「一般病床」は86万8807床（病院の全病床数の59・9%）で、前年に比べ1万921床減少、「精神病床」は31万1579床（同21・5%）で4568床減少、「療養病床」は26万4656床（同18・2%）で3865床減少している。

一般診療所の「療養病床」は3553床で、前年に比べ535床減少している。

4. 開設者別にみた病床数

病床数を開設者別にみると、「医療法人」が病院では81万8851床（病院の全病床数の56・5%）、一般診療所では5万4049床（有床の一般診療所の全病床数の79・7%）と最も多くなっている。

1．施設の種類別にみた施設数

各年10月１日現在

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	令和７年	令和６年	増減数	増減率(%)	令和７年	令和６年
総　数	179,146	179,645	△ 499	△ 0.3	…	…
病　院	8,001	8,060	△ 59	△ 0.7	100.0	100.0
精神科病院	1,052	1,057	△ 5	△ 0.5	13.1	13.1
一般病院	6,949	7,003	△ 54	△ 0.8	86.9	86.9
（再掲）療養病床を有する病院	3,290	3,338	△ 48	△ 1.4	41.1	41.4
一般診療所	105,521	105,207	314	0.3	100.0	100.0
有　床	5,160	5,415	△ 255	△ 4.7	4.9	5.1
（再掲）療養病床を有する病院	378	431	△ 53	△ 12.3	0.4	0.4
無　床	100,361	99,792	569	0.6	95.1	94.9
歯科診療所	65,624	66,378	△ 754	△ 1.1	100.0	100.0
有　床	20	20	－	－	0.0	0.0
無　床	65,604	66,358	△ 754	△ 1.1	100.0	100.0

2．開設者別にみた施設数

各年10月１日現在

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	令和７年	令和６年	増減数	増減率(%)	令和７年	令和６年
病　院	8,001	8,060	△ 59	△ 0.7	100.0	100.0
国	317	317	－	－	4.0	3.9
公的医療機関	1,175	1,182	△ 7	△ 0.6	14.7	14.7
社会保険関係団体	47	47	－	－	0.6	0.6
医療法人	5,585	5,626	△ 41	△ 0.7	69.8	69.8
個　人	82	92	△ 10	△ 10.9	1.0	1.1
その他	795	796	△ 1	△ 0.1	9.9	9.9
一般診療所	105,521	105,207	314	0.3	100.0	100.0
国	550	551	△ 1	△ 0.2	0.5	0.5
公的医療機関	3,438	3,501	△ 63	△ 1.8	3.3	3.3
社会保険関係団体	394	409	△ 15	△ 3.7	0.4	0.4
医療法人	48,317	47,711	606	1.3	45.8	45.3
個　人	38,292	38,719	△ 427	△ 1.1	36.3	36.8
その他	14,530	14,316	214	1.5	13.8	13.6
歯科診療所	65,624	66,378	△ 754	△ 1.1	100.0	100.0
国	4	4	－	－	0.0	0.0
公的医療機関	246	247	△ 1	△ 0.4	0.4	0.4
社会保険関係団体	4	4	－	－	0.0	0.0
医療法人	17,395	17,053	342	2.0	26.5	25.7
個　人	47,539	48,667	△ 1,128	△ 2.3	72.4	73.3
その他	436	403	33	8.2	0.7	0.6

3．病床の種類別にみた病床数

各年10月１日現在

	病床数		対前年		構成割合(%)	
	令和７年	令和６年	増減数	増減率(%)	令和７年	令和６年
総　数	1,518,172	1,542,357	△ 24,185	△ 1.6	…	…
病　院	1,450,322	1,469,845	△ 19,523	△ 1.3	100.0	100.0
精神病床	311,579	316,147	△ 4,568	△ 1.4	21.5	21.5
精神科病院	238,643	241,796	△ 3,153	△ 1.3	16.5	16.5
一般病院	72,936	74,351	△ 1,415	△ 1.9	5.0	5.1
感染症病床	1,949	1,941	8	0.4	0.1	0.1
結核病床	3,331	3,508	△ 177	△ 5.0	0.2	0.2
療養病床（A）	264,656	268,521	△ 3,865	△ 1.4	18.2	18.3
一般病床	868,807	879,728	△ 10,921	△ 1.2	59.9	59.9
一般診療所	67,790	72,451	△ 4,661	△ 6.4	100.0	100.0
（再掲）療養病床（B）	3,553	4,088	△ 535	△ 13.1	5.2	5.6
歯科診療所	60	61	△ 1	△ 1.6	…	…

4．開設者別にみた病床数

各年10月１日現在

	病床数		対前年		構成割合(%)	
	令和７年	令和６年	増減数	増減率(%)	令和７年	令和６年
病　院	1,450,322	1,469,845	△ 19,523	△ 1.3	100.0	100.0
国	120,383	121,985	△ 1,602	△ 1.3	8.3	8.3
公的医療機関	295,554	302,045	△ 6,491	△ 2.1	20.4	20.5
社会保険関係団体	14,735	14,968	△ 233	△ 1.6	1.0	1.0
医療法人	818,851	827,323	△ 8,472	△ 1.0	56.5	56.3
個人	7,745	8,360	△ 615	△ 7.4	0.5	0.6
その他	193,054	195,164	△ 2,110	△ 1.1	13.3	13.3
一般診療所（有床）	67,790	72,451	△ 4,661	△ 6.4	100.0	100.0
うち医療法人	54,049	57,207	△ 3,158	△ 5.5	79.7	79.7

日本の人口(令和7年)1億2297万3千人

総務省が9月29日に公表した「令和7年国勢調査人口等基本集計結果」によると、日本の総人口は1億2297万3千人（令和7年10月1日現在）で、令和2年から317万4千人減少した。

このうち、日本人は1億1913万2千人（令和2年から426万7千人減少、3・5%減）、外国人は384万人（令和2年から109万4千人増加、39・8%増）となっている。

人口を都道府県別にみると、東京都が1423万7千人と最も多く、全国の1割以上（11・6%）を占めている。次いで神奈川県（919万4千人）、大阪府（875万9千人）、愛知県（744万8千人）、埼玉県（728万7千人）、千葉県（625万7千人）、兵庫県（531万8千人）、福岡県（507万8千人）となっていて、人口上位8都府県で6357万8千人となり、全国の5割以上（51・7%）を占めている。

東京都を除く46道府県では人口が減少、人口減少数は北海道が24万4千人と最も大きく、次いで静岡県（16万8千人）、兵庫県（14万7千人）などの減少数が多く、人口減少率は秋田県が8・1%と最も高く、次いで青森県（8・0%）、岩手県（7・1%）などが高かった。

出生数67万1270人 死亡数159万人

厚労省が9月30日に公表した「令和7年人口動態統計（確定数）」によると、出生数は67万1270人で、前年の68万6173人より1万4903人減少し、明治32年の人口動態調査開始以来最少となった。出生率（人口千対）は5・6で前年の5・7より低下し、合計特殊出生率は1・14で前年の1・15より低下し、過去最低となっている。

死亡数は158万9533人で、前年の160万5378人より1万5845人減少し、5年ぶりの減少となった。死亡率（人口千対）は13・3で前年と同率となっている。

死亡数を死因別にみると、前年と同様、死因順位第1位は「悪性新生物（腫瘍）」で37万8829人（死亡総数に占める割合は23・8%）、第2位は「心疾患」（高血圧性を除く、同13・9%）、第3位は「老衰」（同13・5%）第4位は「脳血管疾患」（同6・3%）。

婚姻件数は48万9158組で、前年の48万5092組より4066組増加し、婚姻率（人口千対）は4・1で前年の4・0より上昇していた。

離婚件数は17万9073組で、前年の18万5904組より6831組減少し、離婚率（人口千対）は1・50で前年の1・55より低下した。

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ご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：2026年11月1日～2027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
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 E-MAIL info@koushi-k.jp
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 050-3808-0421（自動音声が流れます。）
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欄ください。
右記のＱＲコードからのアクセスも可能です。

承認番号:SJ126-12244　承認日:2026年8月19日