

# 令和6年度 国及び神奈川県予算の編成に際しての

## 参 考 資 料

公益社団法人神奈川県病院協会  
神奈川県病院協会政治連盟

### 目 次

#### 【国への要望】

#### 1 社会保険診療報酬の適正化（入院基本料等の抜本的引き上げ等）

##### (1) コスト上昇に見合う診療報酬への適正な反映

ア 物価、委託料、人件費高騰に伴う入院基本料等の基本的な項目について、診療報酬の大幅な引き上げ（新規）

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金を活用した医療機関  
に対する物価高騰対策について（令和5年4月20日 神奈川県病院協会要望）

・・・ 1 ページ

医療機関経営状況調査（2023年4月7日公表 日病、全日病、医法協）

・・・ 8 ページ

イ 入院時食事療養費等、患者の処遇に直結する基本的な費用の引き上げまたは、実費での請求の仕組みの導入（新規）

ポスター「物価が上がっているのに、入院時食事療養費は30年近くも据え置きです」（2023年 日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本メディカル給食協会、日本栄養士会、日本病院調理師協会、日本医療福祉セントラルキッチン協会）

・・・ 16 ページ

入院中の食事療養に必要な費用に関する改正要望書

（2022年6月27日 四病院団体協議会）

・・・ 17 ページ

- (2) 医療人材を確保・配置することへの適正な評価  
イ 看護職員処遇改善評価料の見直しについて（継続）

医療機関等の看護職員の賃上げを可能とする財政支援に関する要望  
（2023年5月29日 日本看護協会） ・ ・ 19 ページ

---

- ウ 病院勤務の看護補助者の処遇改善に係る加算制度の創設（継続）

病院に勤務する看護補助者の処遇改善に係る診療報酬上の評価を新たに  
求める意見書（平成29年9月22日 横浜市会議長より内閣総理大臣・総務  
大臣・財務大臣・厚生労働大臣） ・ ・ 20 ページ

令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第1報】／項目5  
病棟における看護専門職の評価（2023年3月24日 日本病院団体協議会）  
・ ・ 21 ページ

---

- 2 政策への協力に対する適正な評価

- ア マイナンバーカードによるオンライン資格確認（新規）

要望書 4) マイナンバーカードを利用した健康保険のオンライン資格確  
認等に係る支援の拡充（令和5年5月23日 全国自治体病院開設者協議会・公益社団法  
人全国自治体病院協議会・全国自治体病院経営都市議会協議会） ・ ・ 22 ページ

---

- イ 医療DXの推進（新規）

令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第1報】 / 3 病院  
におけるICT推進のための評価」（2023年3月4日 日本病院団体協議会）  
・ ・ 23 ページ

---

- ウ コロナ対応等医療提供体制の確保（一部継続）

診療報酬の取扱い【新型コロナの診療報酬上の特例の見直し 概要版  
抜粋】（2023年5月8日 厚生労働省） ・ ・ 24 ページ

---

- 3 病院の消費税問題の解決（継続）

日本病院会雑誌抜粋「巻頭言 消費税の課題」（平成30年8月）  
・ ・ 26 ページ

令和5年度税制改正要望の重点事項について I 社会保険診療報酬等の  
非課税に伴う控除対象外消費税問題の抜本的な解決  
(令和4年8月18日四病院団体協議会 厚生労働大臣宛) ・ ・ 27 ページ

医療に掛かる控除対象外消費税に関すること  
(令和5年6月14日全国公私病院連盟 決議) ・ ・ 29 ページ

---

4 地域医療介護総合確保基金の抜本的な見直し (継続)

令和4年度地域医療介護総合確保基金 (医療分) 内示額一覧  
(令和4年8月5日 厚生労働省 報道発表資料) ・ ・ 30 ページ

地域医療介護総合確保基金の令和5年度予算案  
(令和4年12月23日 厚生労働省) ・ ・ 36 ページ

---

5 地域包括ケア時代を見据えて、介護老人福祉施設 (特養) において、配置医により  
行われた医療に対する正当な評価 (新規)

医療費の適正な保険請求等にあたって (特別養護老人ホーム向け資料 抜粋)  
(令和4年6月 大阪府 健康医療部 国民健康保険課医療指導グループ)  
・ ・ 37 ページ

「介護老人福祉施設に勤務する医師 (配置医) の役割と医療上の問題点  
(東京都医師会 かかりつけ医機能ハンドブック2009 第4章抜粋)  
・ ・ 38 ページ

---

## 【県への要望】

2 県内医療人材の確保

(1) 地域枠医師等の有効な活用 (継続)

キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師の配置について (資料2参考2)  
(2022年3月15日令和3年度第2回神奈川県地域医療支援センター運営委員会) ・ ・ 48 ページ

令和5年度キャリア形成プログラムの見直しについて  
(2023年5月25日 令和5年度第1回神奈川県医療対策協議会 資料) ・ ・ 50 ページ

---

(2) 「かながわ地域看護師」の事業推進 (新規)

かながわ地域看護師養成についてのご案内 (リーフレット) ・ ・ 52 ページ

---

2023年4月20日

神奈川県知事

黒岩祐治様

公益社団法人神奈川県医師会  
会長 菊岡正和



公益社団法人神奈川県病院協会  
会長 吉田勝



一般社団法人神奈川県精神科病院協会  
会長 竹内知夫



公益社団法人全日本病院協会神奈川県支部  
支部長 山本登



一般社団法人日本医療法人協会神奈川県支部  
支部長 新納憲司



新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金を  
活用した医療機関に対する物価高騰対策について（要望）

県民のいのちと健康を守る医療機関の健全な運営を維持するため、  
本年3月29日付厚生労働省医政局の6課連名の事務連絡（別添  
1）に沿って、国から最大限の臨時交付金を確保するとともに、速やかに  
所要の予算措置等を講じ、県として適切かつ十分な「医療機関に対す  
る物価高騰対策」を実施するよう求めます。



なお、対策の実施に当たっては、次の点に十分ご配慮・留意していただきたい。

## 1 価格転嫁できない診療報酬の特殊性

医療機関においては、電気等光熱費の増嵩だけでなく、

- ・ 様々な医療資機材・治療材料、食材等の高騰に加えて、
- ・ 清掃や給食、設備・医療機器等メンテナンスなど、

多くの取引先、委託業者があり、適正な価格引き上げには、真摯に応ずることが求められています。

また、医療従事者に対して適正な賃金のベースアップ等の処遇改善がなければ、人材確保ができなくなり、県民の皆さまへの医療提供そのものが破綻しかねません。

医療提供に必要な費用の増加は、本来は国において診療報酬を臨時改定して対応すべきものですが、今般、昨年に続いて、都道府県に丸投げすることにしたのは甚だ遺憾です。

その是非はともかく、国が例示した推奨事業の中でも、医療機関向け支援は、他の事業者と異なり、支援といいつつ、価格転嫁ができない診療報酬を補う性質のものであることに鑑み、特段のご配慮をお願いします。

## 2 公平・簡素で合理的な支援

医療機関が負担する経費増は、単純に病床規模にだけ比例するものではなく、機能的な面にも大きく影響されます。支援が、より公平で合理的なものとなるようにお願いします。

また、一方で、申請・交付に関する手続きのため、コロナ禍で疲弊している医療機関にさらに事務負担を求めることは、好ましくないので、昨年度の申請・交付情報を活用するなど、医療現場に極力負担を課さないように支援を進めていただきたい。

## 3 診療報酬適正化について国への働きかけ

物価高騰は、その原因からして、当分の間、継続することが想定されます。また、人件費を除けば、都道府県などの地域によっ

での差異は大きくないと考えられます。

こうしたことから、1において述べたとおり、「都道府県による支援」ではなく、本来は、国が公定価格である診療報酬を臨時改定するなどの方法で対応すべきことです。

将来に向けては、「支援」として責任回避するのではなく、本来の、「診療報酬の適正化」で解決するよう、他の都道府県とともに、国に対して強く働きかけていただきたい。

参考添付資料

3月29日付 厚生労働省医政局の6課連名の事務連絡

事務連絡  
令和5年3月29日

各 都道府県 衛生主管部(局) 御中  
市区町村

厚生労働省医政局総務課  
厚生労働省医政局地域医療計画課  
厚生労働省医政局医療経営支援課  
厚生労働省医政局医事課  
厚生労働省医政局歯科保健課  
厚生労働省医政局看護課

医療機関等への支援に関する新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」等の活用について

日頃より、医療行政の推進に多大なる御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般、本年3月22日に「第8回物価・賃金・生活総合対策本部」が開催され、物価高騰に対する追加策等が示されました。追加策では、臨時交付金の増額・強化として、

- ・ 予備費を活用して臨時交付金における「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」を積み増しし、
- ・ 電力・ガス・食料品等の価格高騰への対応により重点的に活用されるよう、効果的と考えられる推奨事業メニューを地方自治体に提示する

こととされ、推奨事業メニューとして引き続き「医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援」が推奨されるとともに、新たに「特別高圧で受電する施設への支援」についても示されています(別添)。また、このことについて、「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「令和5年度における新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の取扱等について」(令和5年3月29日付け内閣府地方創生推進室事務連絡)が発出されています。

これまで、物価高騰対策については、各都道府県において、医療機関等が新型コロナウイルス感染症の影響の長期化及びコロナ禍における物価高騰のため影響を受けていることを踏まえ、「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金」を活用し、光熱費、食材料費等の高騰による負担の軽減に向けた取組として、例えば、都道府県においては、

- ・ 病院に対する規模に応じた補助を44自治体で実施
- ・ 有床診療所に対する規模に応じた補助を35自治体で実施

- ・有床診療所に対する定額補助や実負担額に応じた補助を9自治体で実施
- ・無床診療所（歯科診療所を含む。）に対する一律の定額補助や実負担額に応じた補助を42自治体で実施いただくなど、

各自治体における医療機関等の負担の実情を踏まえた取組を行っていただいているところですが、各都道府県及び市区町村の衛生主管部局におかれては、今般の積み増し等を踏まえ、引き続き物価高騰における医療機関等の負担の軽減に向け、「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援助地方交付金」の積極的な活用を検討いただきますようお願いいたします。

<本件問い合わせ先>

厚生労働省医政局医療経営支援課

電話：03-5253-1111 内線 2623、2620、2609

# 電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金の増額・強化

(新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金)

別添

エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、地方公共団体が地域の実情に合わせて必要な支援をきめ細やかに実施できるよう、「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」を増額するとともに、低所得世帯への支援のための「低所得世帯支援枠」を措置。

○ 予算額 : 1兆2,000億円 (うち ①低所得世帯支援枠 5,000億円、②推奨事業メニュー 7,000億円)

○ 対象事業 : ① (低所得世帯支援枠) 物価高騰の負担感が大きい低所得世帯への負担の軽減を図る事業。

② (推奨事業メニュー) エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者や事業者に対し、支援を行う事業。効果的と考えられる推奨事業メニューを提示。(詳細は、2頁参照)

6

推奨事業メニュー	
<p>(生活者支援)</p> <p>①エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援</p> <p>②エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援</p> <p>③消費下支え等を通じた生活者支援</p> <p>④省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援</p>	<p>(事業者支援)</p> <p>⑤医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援</p> <p>⑥農林水産業における物価高騰対策支援</p> <p>⑦中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援</p> <p>⑧地域公共交通や地域観光業等に対する支援</p>

○ 算定方法 : ① (低所得世帯支援枠) 住民税非課税世帯1世帯あたり3万円を基礎として算定 (市町村)  
 ② (推奨事業メニュー) 人口、物価上昇率、財政力等を基礎として算定 (都道府県、市町村)

# 電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金

追加額1兆2,000億円(Ⅰ及びⅡの合計)

## Ⅰ.低所得世帯支援枠(5,000億円)

- ・ 低所得世帯への支援枠を措置。
  - ・ 1世帯当たりの予算の目安は3万円。ただし、下記の推奨事業メニュー①や③と組み合わせてプレミアム商品券やマイナポイントを配付するなど、支援の方法(現物・現金)や1世帯当たり単価といった具体的内容は地域の事情に応じて決められる。
- (注)住民税非課税世帯×3万円及び事務費分を市町村に交付。

## Ⅱ.推奨事業メニュー(7,000億円)

### 生活者支援

- ① エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援  
低所得世帯を対象とした、電力・ガス(LPガスを含む)をはじめエネルギー・食料品価格等の物価高騰による負担を軽減するための支援  
※ 住民税非課税世帯に対しては上記Ⅰによる支援を行う。

- ② エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援  
物価高騰による小中学生の保護者の負担を軽減するための小中学校等における学校給食費等の支援  
※ こども食堂に対する負担軽減のための支援やヤングケアラーに対する配食支援等も可能。

- ③ 消費下支え等を通じた生活者支援  
エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者に対してプレミアム商品券や地域で活用できるマイナポイント等を発行して消費を下支えする取組やLPガス使用世帯への給付などの支援

- ④ 省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援  
家庭におけるエネルギー費用負担を軽減するための省エネ性能の高いエアコン・給湯器等への買い換えなどの支援

### 事業者支援

- ⑤ 医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援  
医療機関、介護施設等、障害福祉サービス施設等、保育所等、学校施設、公衆浴場等に対するエネルギー・食料品価格の高騰分などの支援(特別高圧で受電する施設への支援を含む)

- ⑥ 農林水産業における物価高騰対策支援  
高騰する配合飼料の使用量低減の取組や飼料高騰等の影響を受ける酪農経営の負担軽減の支援、農業者が構成員となる土地改良区における農業水利施設の電気料金高騰に対する支援、高騰する化学肥料からの転換に向けて地域内資源を活用する独自の取組などの支援

- ⑦ 中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援  
特別高圧での受電(ビル・工業団地・卸売市場のテナントを含む)、LPガスの使用や、街路灯等の維持を含め、エネルギー価格高騰の影響を受ける中小企業、商店街、自治会等の負担緩和や省エネの取組支援のほか、中小企業の賃上げ環境の整備などの支援

- ⑧ 地域公共交通や地域観光業等に対する支援  
地域公共交通事業者や地域観光事業者等(飲食店を含む)のエネルギー価格高騰に対する影響緩和、省エネ対策、地域に不可欠な交通手段の確保、アフターコロナに向けた事業再構築を含めた事業継続、地域特性を踏まえた生産性向上に向けた取組などの支援

※1 地方公共団体が、上記の推奨事業メニューよりも更に効果があると考えるものについては、実施計画に記載して申請可能。

※2 地方公共団体が運営する公営企業や直接住民の用に供する施設における活用も可能。

## 医療機関経営状況調査（2023年4月7日公表 日病、全日病、医法協）

この度、一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会は、医療機関の経営状況を厚生労働省に提示し、医療機関の経営状況を考慮した診療報酬改定となるように進める事を目的として、2021年12月、2022年1月、2月と2022年12月、2023年1月、2月の収支に関して緊急に合同調査を実施した。

調査期間は3月29日～4月5日であり、3団体に加盟した4,051病院を対象としてメールで調査票を配布した。4月5日時点の回答数は690病院（有効回答数630病院、有効回答率15.6%）であった。

2021年度（2021年12月、2022年1月、2月）と2022年度（2022年12月、2023年1月、2月）の医業損益等について各3か月分の合計額を比較した。

- ・ 医業利益、経常利益ともに赤字病院の割合が前年度よりも増加している。
- ・ 医業利益の比較では、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が7割を超えている。2022年度の赤字病院の割合は2021年度より3.5ポイント増加している。
- ・ 経常利益の比較では、赤字病院の割合が2021年度より8.3ポイント増加している。
- ・ 経常利益からコロナ、物価高騰関連補助金を除くと、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が約7割となる。2022年度の赤字病院の割合は2021年度より4.4ポイント増加している。
- ・ 医業収益と医業費用の比較では、医業費用の伸びが医業収益の伸びを上回っている。
- ・ 電力、ガス等の水道光熱費が前年比で4割以上増加している。

2021年度と2022年度ともに赤字病院の割合が7割を超え、経常利益においても補助金があれば殆どの病院が赤字経営となる異常な状態にあり、現在の診療報酬について構造的な問題があると言わざるを得ない。安定的な医療提供体制を確保するためには大幅な入院基本料の引き上げが必要である。

### 調査目的

医療機関の経営状況を厚生労働省に提示し、医療機関の経営状況を考慮した診療報酬改定となるように進めるため。

### 調査方法

日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会に加盟する4,051病院に、経営状況等についてEメールによる調査票配布により実施、回収を行った。

### 調査期間

2023年3月29日～4月5日

### 主な調査項目

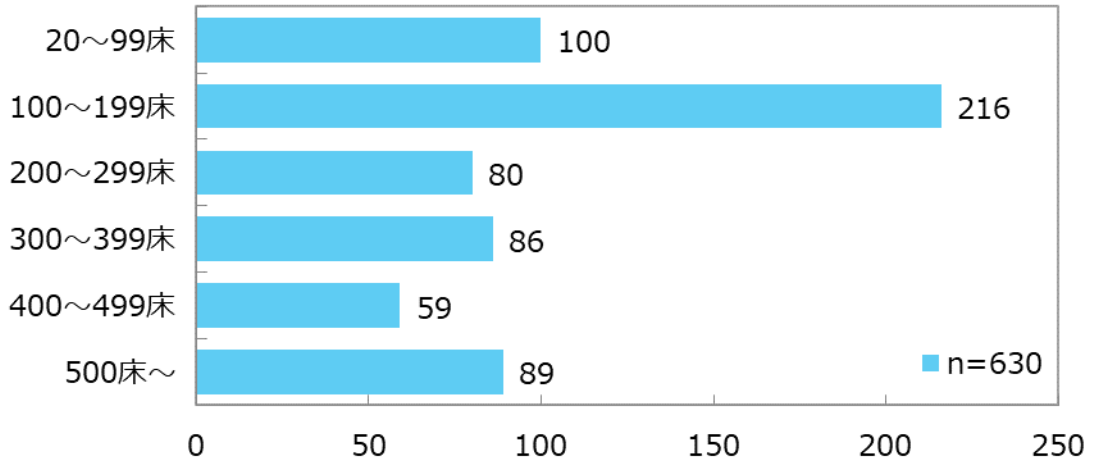
2021年12月、2022年1月、2月と2022年12月、2023年1月、2月の医業損益等の比較。

### 回答数

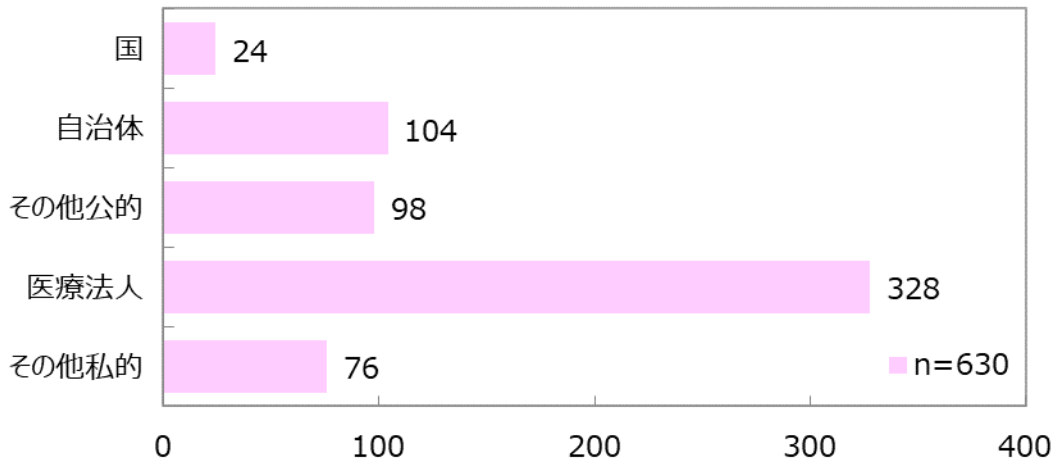
690病院（回答率：17.0%） 有効回答数630病院

# ■基本情報

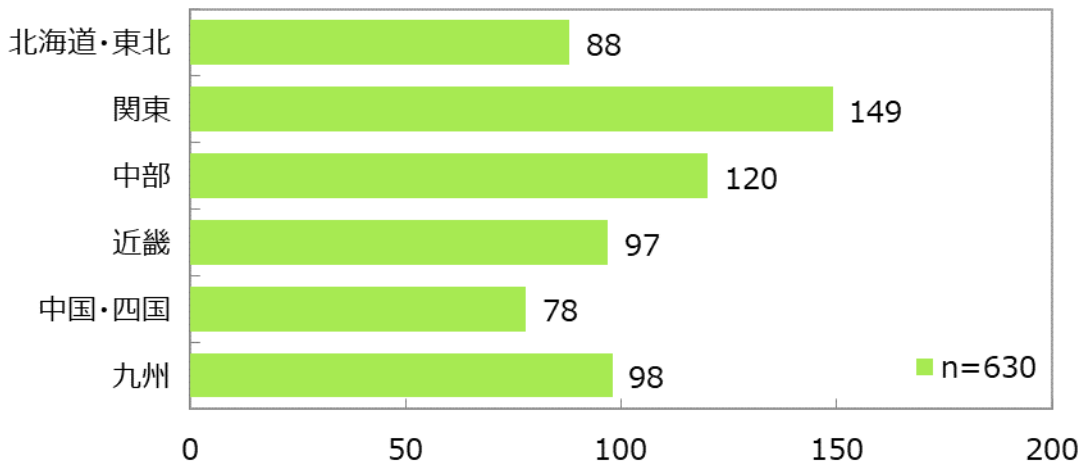
## 病床規模別



## 開設主体別



## 地域別

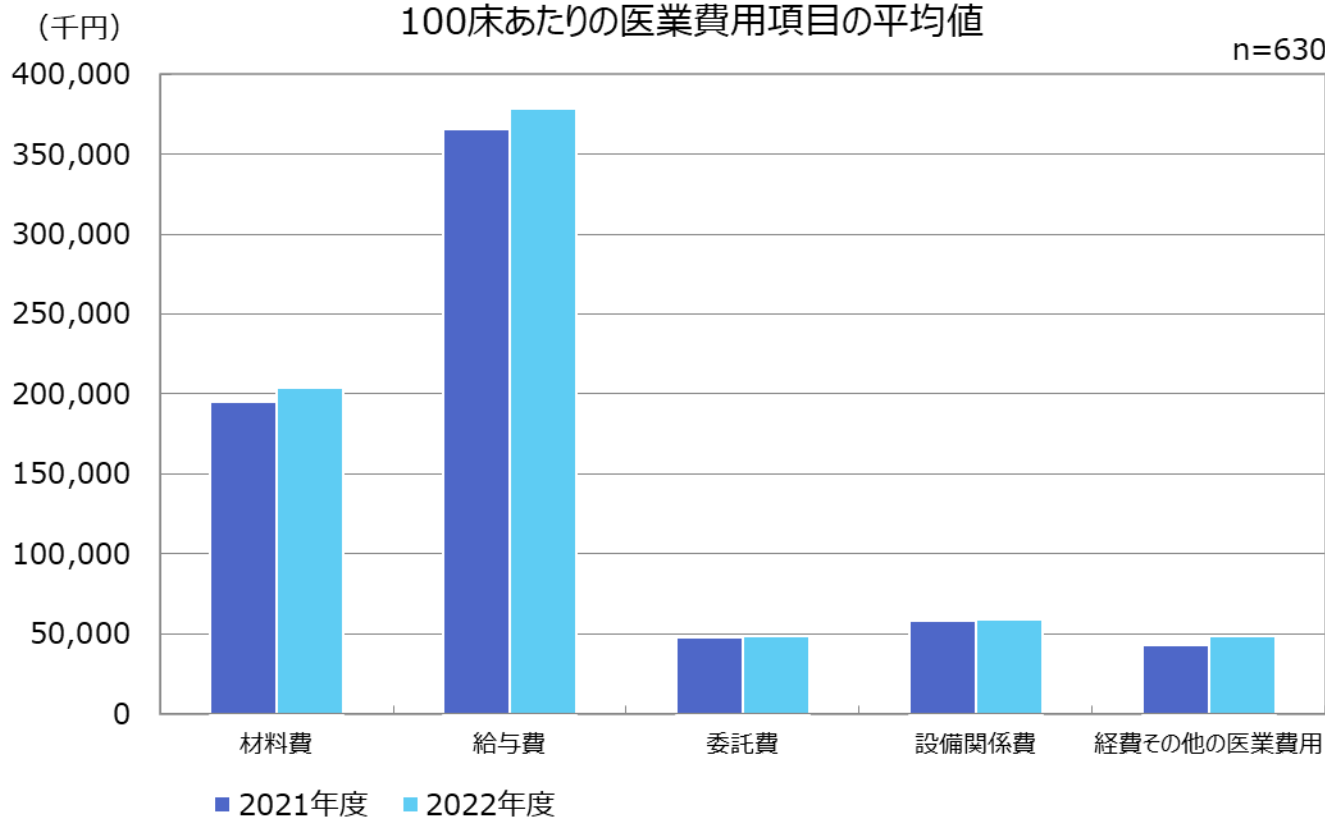




# ■ 医業費用\_全体

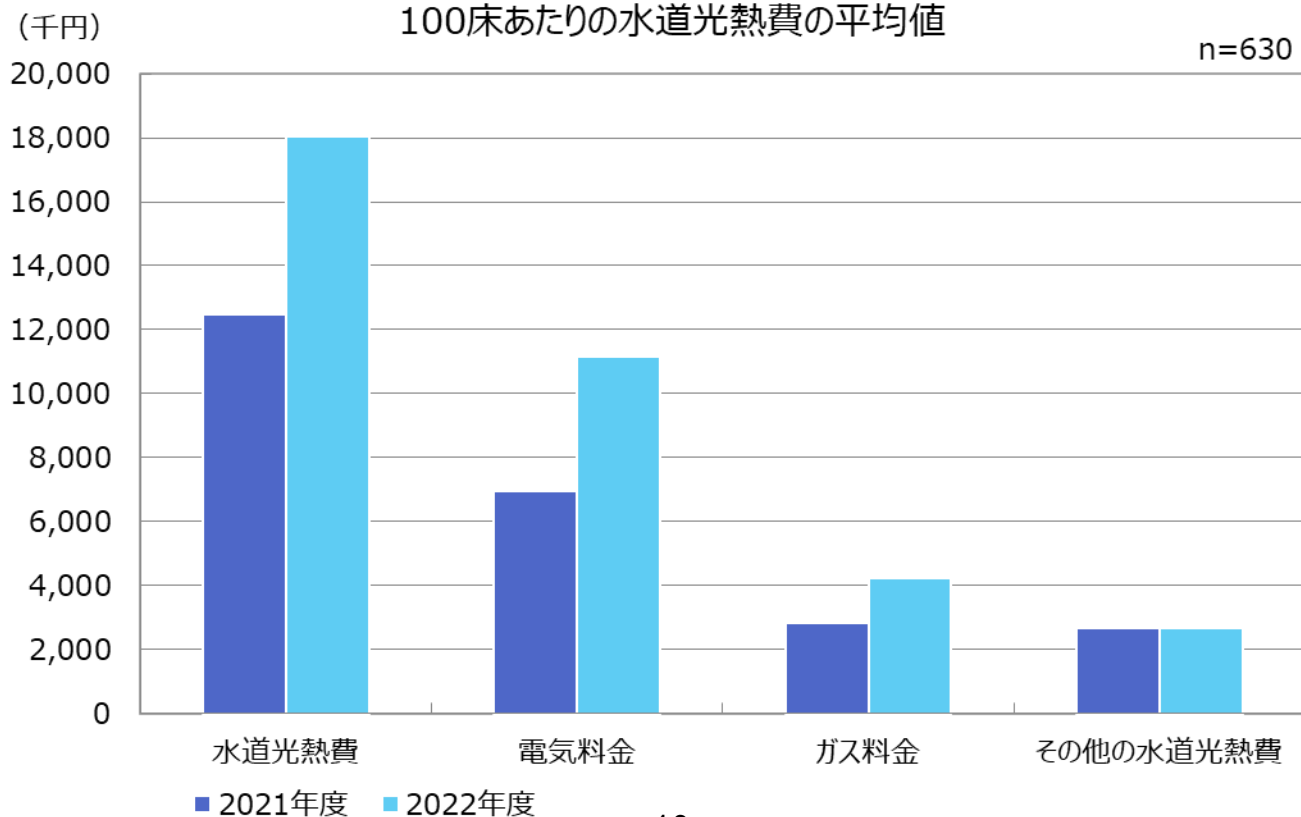
## 100床あたりの医業費用項目の平均値

n=630



## 100床あたりの水道光熱費の平均値

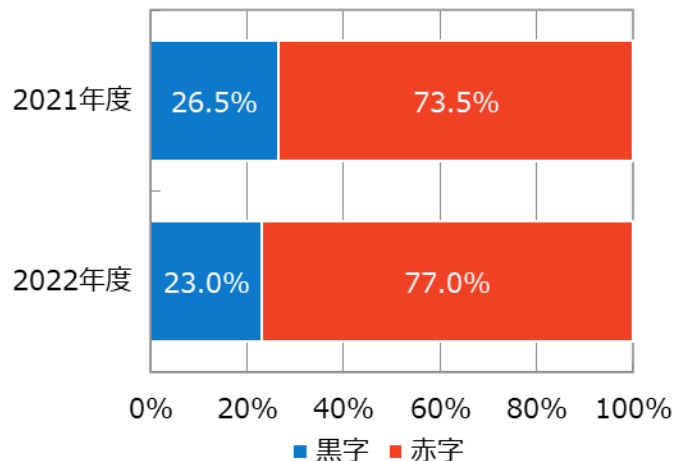
n=630



# ■ 医業利益、経常利益\_全体

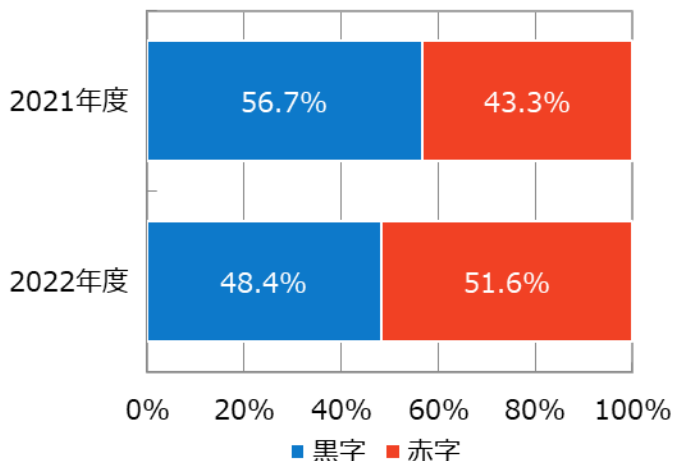
## 医業利益

n=630



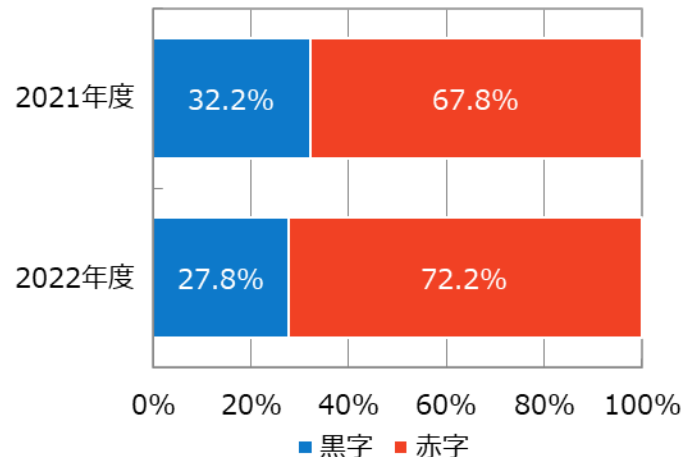
## 経常利益

n=630



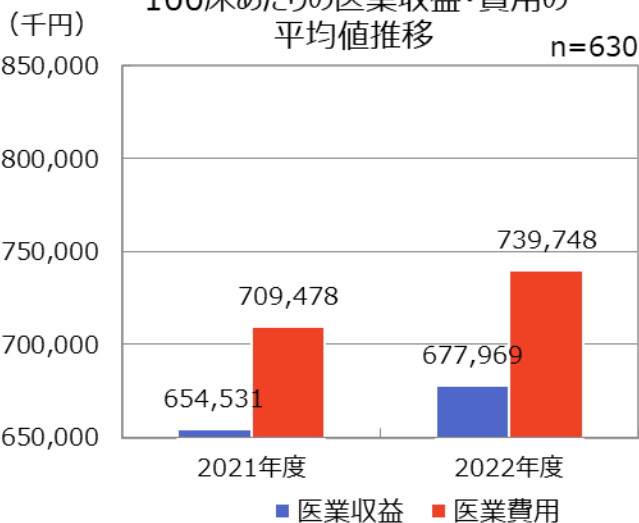
## 経常利益

(コロナ、物価高騰関連補助金除く) n=630



## 100床あたりの医業収益・費用の 平均値推移

n=630

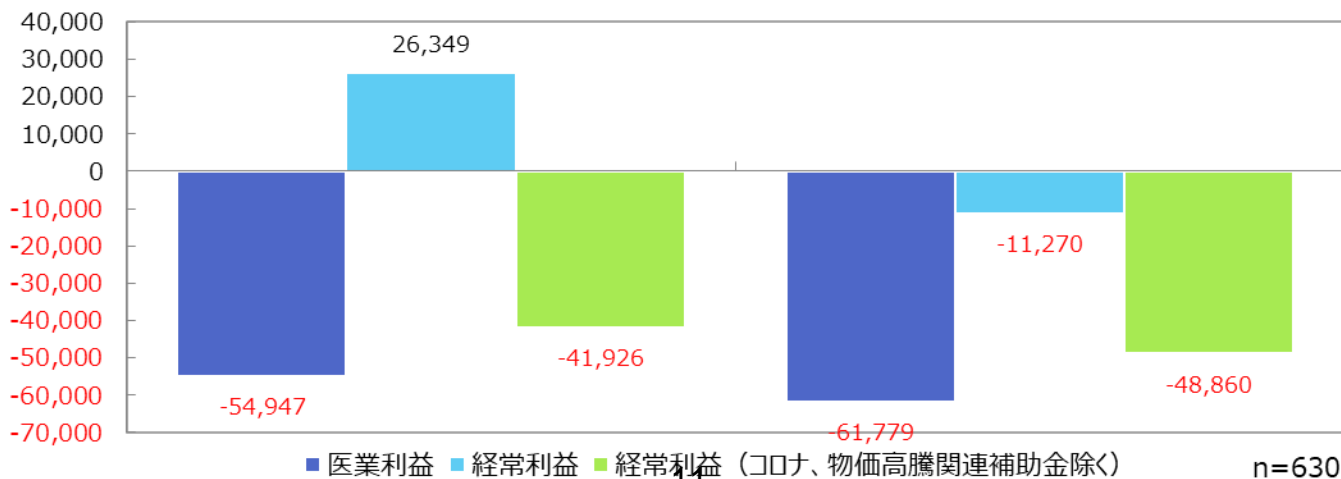


## 100床あたりの医業利益・経常利益の平均値 (コロナ、物価高騰関連補助金による影響)

(千円)

2021年度

2022年度



n=630

# ■一病院あたりの平均\_全体 (2021年12月/2022年1月/2022年2月)

平均病床数：282

n=630

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益			
	2021/12	2022/01	2022/02	合計(A)
①医業収益	644,255	625,597	574,742	1,844,594
②医業費用	758,948	628,180	612,317	1,999,444
③医業利益 (又は医業損失)	-114,693	-2,582	-37,575	-154,850
④医業外収益	80,723	70,306	107,176	258,205
⑤医業外費用	10,434	9,525	9,140	29,099
⑥経常利益 (又は経常損失)	-44,404	58,199	60,461	74,256
コロナ、物価高騰関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-99,627	9,051	-27,578	-118,154
医業利益率 (③÷①)	-17.8%	-0.4%	-6.5%	-8.4%
経常利益率 (⑥÷①)	-6.9%	9.3%	10.5%	4.0%
⑦新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	55,223	49,148	88,039	192,410

n=630

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益			
	2021/12	2022/01	2022/02	合計(A)
①医業収益	644,255	625,597	574,742	1,844,594
入院診療収益	417,760	413,020	373,087	1,203,867
外来診療収益	196,583	188,099	176,561	561,244
その他の医業収益	29,912	24,478	25,094	79,483
②医業費用	758,948	628,180	612,317	1,999,444
材料費	199,814	178,086	171,860	549,760
医薬品費	116,036	106,616	104,367	327,019
診療材料費、医療消耗器具備品費	80,367	68,303	64,478	213,149
給食用材料費	3,411	3,167	3,015	9,592
給与費	415,741	311,363	302,862	1,029,965
委託費	46,228	45,577	43,973	135,777
うち給食委託費	6,025	5,978	5,962	17,965
設備関係費	56,817	53,313	53,537	163,666
うち減価償却費	33,167	31,899	31,989	97,056
経費その他の医業費用	40,348	39,842	40,085	120,275
うち水道光熱費	10,468	12,233	12,449	35,151
電気料金	6,071	6,670	6,896	19,636
ガス料金	2,021	2,835	3,091	7,947
その他の水道光熱費	2,377	2,728	2,462	7,567
③医業利益 (又は医業損失)	-114,693	-2,582	-37,575	-154,850
④医業外収益	80,723	70,306	107,176	258,205
運営費補助金収益	4,428	7,680	5,014	17,122
施設設備補助金収益	1,974	1,401	1,424	4,799
新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	55,223	49,148	88,039	192,410
看護職員等処遇改善事業補助金収益	49	3	26	79
他会計からの繰入 (公立のみ)	6,757	2,623	2,963	12,343
その他の医業外収益	12,292	9,451	9,710	31,452
⑤医業外費用	10,434	9,525	9,140	29,099
⑥経常利益 (又は経常損失)	-44,404	58,199	60,461	74,256
⑦臨時収益	1,413	16,388	1,760	19,561
⑧臨時費用	1,781	2,168	1,370	5,319
⑨当期純利益 (又は当期純損失)	12 -44,772	72,419	60,851	88,498

# ■一病院あたりの平均\_全体 (2022年12月/2023年1月/2023年2月)

平均病床数：281

n=630

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益				前年比 (=(B-A)/A)
	2022/12	2023/01	2023/02	合計(B)	
①医業収益	649,840	644,039	614,368	1,908,247	3.5%
②医業費用	800,794	649,665	631,674	2,082,132	4.1%
③医業利益 (又は医業損失)	-150,954	-5,626	-17,305	-173,885	
④医業外収益	59,997	41,368	67,393	168,757	-34.6%
⑤医業外費用	8,977	8,740	8,877	26,595	-8.6%
⑥経常利益 (又は経常損失)	-99,934	27,001	41,211	-31,722	
コロナ、物価高騰関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-136,569	3,692	-4,647	-137,524	
医業利益率 (③÷①)	-23.2%	-0.9%	-2.8%	-9.1%	
経常利益率 (⑥÷①)	-15.4%	4.2%	6.7%	-1.7%	
⑦新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	36,635	23,309	45,858	105,802	-45.0%

n=630

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益				前年比 (=(B-A)/A)
	2022/12	2023/01	2023/02	合計(B)	
①医業収益	649,840	644,039	614,368	1,908,247	3.5%
入院診療収益	421,488	426,586	407,269	1,255,343	4.3%
外来診療収益	201,162	192,799	183,445	577,407	2.9%
その他の医業収益	27,190	24,654	23,654	75,497	-5.0%
②医業費用	800,794	649,665	631,674	2,082,132	4.1%
材料費	210,001	184,556	179,498	574,055	4.4%
医薬品費	127,748	113,303	106,357	347,409	6.2%
診療材料費、医療消耗器具備品費	78,712	68,011	69,947	216,669	1.7%
給食用材料費	3,541	3,242	3,195	9,977	4.0%
給与費	439,391	318,686	308,295	1,066,371	3.5%
委託費	47,324	45,980	44,544	137,847	1.5%
うち給食委託費	6,148	6,155	6,050	18,354	2.2%
設備関係費	57,273	54,029	54,579	165,882	1.4%
うち減価償却費	33,210	32,003	32,159	97,372	0.3%
経費その他の医業費用	46,806	46,414	44,757	137,977	14.7%
うち水道光熱費	15,885	18,213	16,643	50,741	44.4%
電気料金	9,940	11,037	10,392	31,369	59.7%
ガス料金	3,526	4,514	3,863	11,902	49.8%
その他の水道光熱費	2,419	2,662	2,388	7,469	-1.3%
③医業利益 (又は医業損失)	-150,954	-5,626	-17,305	-173,885	
④医業外収益	59,997	41,368	67,393	168,757	-34.6%
運営費補助金収益	4,196	4,232	6,745	15,173	-11.4%
施設設備補助金収益	1,520	1,422	1,726	4,667	-2.7%
新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	36,635	23,309	45,858	105,802	-45.0%
看護職員等処遇改善事業補助金収益	196	221	234	651	726.1%
他会計からの繰入 (公立のみ)	6,591	3,033	2,779	12,403	0.5%
その他の医業外収益	10,859	9,150	10,051	30,061	-4.4%
⑤医業外費用	8,977	8,740	8,877	26,595	-8.6%
⑥経常利益 (又は経常損失)	-99,934	27,001	41,211	-31,722	
⑦臨時収益	1,800	938	556	3,294	-83.2%
⑧臨時費用	1,525	3,634	3,991	9,150	72.0%
⑨当期純利益 (又は当期純損失)	-99,659	24,305	37,776	-37,579	

# ■100床あたりの平均\_全体 (2021年12月/2022年1月/2022年2月)

平均病床数：282

n=630

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均			
	2021/12	2022/01	2022/02	合計(A)
①医業収益	228,606	221,985	203,940	654,531
②医業費用	269,303	222,902	217,273	709,478
③医業利益 (又は医業損失)	-40,697	-916	-13,333	-54,947
④医業外収益	28,644	24,947	38,030	91,621
⑤医業外費用	3,703	3,380	3,243	10,326
⑥経常利益 (又は経常損失)	-15,756	20,651	21,454	26,349
コロナ、物価高騰関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-35,351	3,212	-9,786	-41,926
医業利益率 (③÷①)	-17.8%	-0.4%	-6.5%	-8.4%
経常利益率 (⑥÷①)	-6.9%	9.3%	10.5%	4.0%
⑦新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	19,595	17,439	31,240	68,274

n=630

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均			
	2021/12	2022/01	2022/02	合計(A)
①医業収益	228,606	221,985	203,940	654,531
入院診療収益	148,237	146,555	132,385	427,177
外来診療収益	69,755	66,745	62,651	199,150
その他の医業収益	10,614	8,686	8,904	28,204
②医業費用	269,303	222,902	217,273	709,478
材料費	70,901	63,192	60,982	195,075
医薬品費	41,174	37,831	37,033	116,039
診療材料費、医療消耗器具備品費	28,517	24,237	22,879	75,633
給食用材料費	1,210	1,124	1,070	3,404
給与費	147,521	110,483	107,467	365,470
委託費	16,403	16,172	15,603	48,179
うち給食委託費	2,138	2,121	2,115	6,374
設備関係費	20,161	18,917	18,997	58,075
うち減価償却費	11,769	11,319	11,351	34,439
経費その他の医業費用	14,317	14,137	14,224	42,678
うち水道光熱費	3,715	4,341	4,417	12,473
電気料金	2,154	2,367	2,447	6,968
ガス料金	717	1,006	1,097	2,820
その他の水道光熱費	843	968	874	2,685
③医業利益 (又は医業損失)	-40,697	-916	-13,333	-54,947
④医業外収益	28,644	24,947	38,030	91,621
運営費補助金収益	1,571	2,725	1,779	6,076
施設設備補助金収益	700	497	505	1,703
新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	19,595	17,439	31,240	68,274
看護職員等処遇改善事業補助金収益	18	1	9	28
他会計からの繰入 (公立のみ)	2,398	931	1,051	4,380
その他の医業外収益	4,362	3,353	3,445	11,160
⑤医業外費用	3,703	3,380	3,243	10,326
⑥経常利益 (又は経常損失)	-15,756	20,651	21,454	26,349
⑦臨時収益	501	5,815	625	6,941
⑧臨時費用	632	769	486	1,887
⑨当期純利益 (又は当期純損失)	-15,887	25,697	21,592	31,402

# 100床あたりの平均\_全体 (2022年12月/2023年1月/2023年2月)

平均病床数：281

n=630

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均				前年比 (=(B-A)/A)
	2022/12	2023/01	2023/02	合計(B)	
①医業収益	230,878	228,817	218,275	677,969	3.6%
②医業費用	284,509	230,815	224,423	739,748	4.3%
③医業利益 (又は医業損失)	-53,631	-1,999	-6,148	-61,779	
④医業外収益	21,316	14,697	23,944	59,957	-34.6%
⑤医業外費用	3,190	3,105	3,154	9,449	-8.5%
⑥経常利益 (又は経常損失)	-35,505	9,593	14,642	-11,270	
コロナ、物価高騰関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-48,521	1,312	-1,651	-48,860	
医業利益率 (③÷①)	-23.2%	-0.9%	-2.8%	-9.1%	
経常利益率 (⑥÷①)	-15.4%	4.2%	6.7%	-1.7%	
⑦新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	13,016	8,281	16,293	37,590	-44.9%

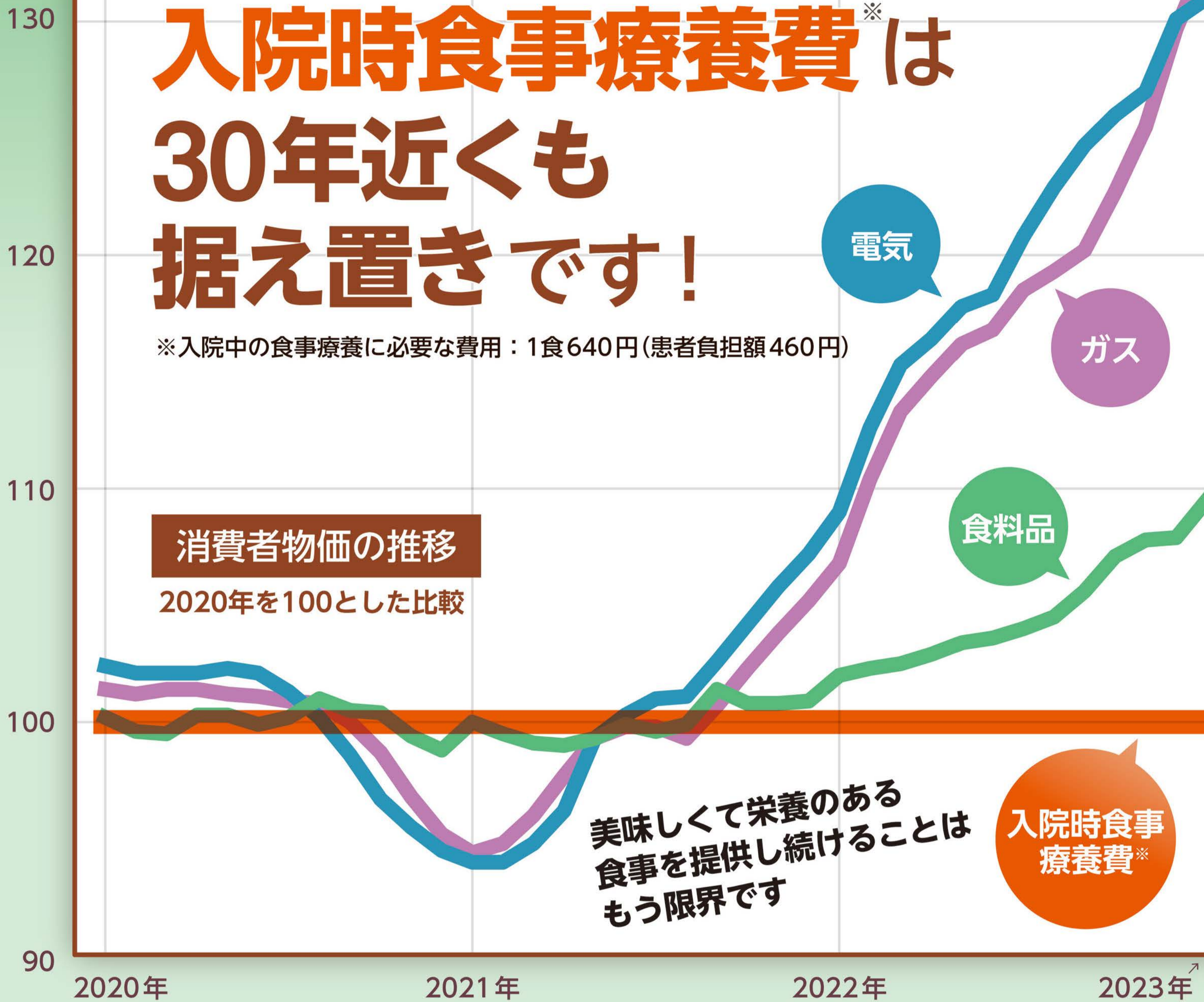
n=630

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均				前年比 (=(B-A)/A)
	2022/12	2023/01	2023/02	合計(B)	
①医業収益	230,878	228,817	218,275	677,969	3.6%
入院診療収益	149,748	151,559	144,696	446,003	4.4%
外来診療収益	71,470	68,499	65,175	205,143	3.0%
その他の医業収益	9,660	8,759	8,404	26,823	-4.9%
②医業費用	284,509	230,815	224,423	739,748	4.3%
材料費	74,610	65,570	63,773	203,952	4.6%
医薬品費	45,387	40,255	37,787	123,429	6.4%
診療材料費、医療消耗器具備品費	27,965	24,163	24,851	76,979	1.8%
給食用材料費	1,258	1,152	1,135	3,545	4.1%
給与費	156,108	113,224	109,532	378,865	3.7%
委託費	16,813	16,336	15,826	48,975	1.7%
うち給食委託費	2,184	2,187	2,149	6,521	2.3%
設備関係費	20,348	19,196	19,391	58,935	1.5%
うち減価償却費	11,799	11,370	11,426	34,595	0.5%
経費その他の医業費用	16,629	16,490	15,901	49,021	14.9%
うち水道光熱費	5,644	6,471	5,913	18,027	44.5%
電気料金	3,532	3,921	3,692	11,145	59.9%
ガス料金	1,253	1,604	1,372	4,229	50.0%
その他の水道光熱費	859	946	849	2,654	-1.2%
③医業利益 (又は医業損失)	-53,631	-1,999	-6,148	-61,779	
④医業外収益	21,316	14,697	23,944	59,957	-34.6%
運営費補助金収益	1,491	1,504	2,396	5,391	-11.3%
施設設備補助金収益	540	505	613	1,658	-2.6%
新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	13,016	8,281	16,293	37,590	-44.9%
看護職員等処遇改善事業補助金収益	70	79	83	231	727.2%
他会計からの繰入 (公立のみ)	2,342	1,078	987	4,407	0.6%
その他の医業外収益	3,858	3,251	3,571	10,680	-4.3%
⑤医業外費用	3,190	3,105	3,154	9,449	-8.5%
⑥経常利益 (又は経常損失)	-35,505	9,593	14,642	-11,270	
⑦臨時収益	640	333	198	1,170	-83.1%
⑧臨時費用	542	1,291	1,418	3,251	72.2%
⑨当期純利益 (又は当期純損失)	-39,407	8,635	13,421	-13,351	



# 物価が上がっているのに 入院時食事療養費<sup>※</sup>は 30年近くも 据え置きです！

※入院中の食事療養に必要な費用：1食640円(患者負担額460円)



病院給食の質を維持するため  
**入院時食事療養費**を  
適正な額に改正するよう  
**政府に求めます**

日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会

日本メディカル給食協会・日本栄養士会・日本病院調理師協会・日本医療福祉セントラルキッチン協会



2022年6月27日

厚生労働大臣  
後藤茂之 殿



四病院団体協議会  
一般社団法人日本病院会  
会長 相澤孝夫  
公益社団法人全日本病院協会  
会長 猪口雄二  
一般社団法人日本医療法人協会  
会長 加納繁照  
公益社団法人日本精神科病院協会  
会長 山崎 學

## 入院中の食事療養に必要な費用に関する改正要望書

2017（平成29）年10月に中央社会保険医療協議会で報告された「入院時食事療養の収支等に関する実態調査」において、給食部門は全面委託・一部委託・完全直営の運営形態を問わず、赤字となっていることが報告された。赤字となっている要因は、給食収入の減少、給食業務委託費（人件費）、光熱水費の上昇である。更に足元では調理師の人材不足が深刻さを増しており、給食部門では人材不足を補うための新たな設備投資が必要となっている。一方、給食部門の費用はますます増加傾向にあり、更に原油価格の高騰による給食用材料費、光熱水費、厨房機器の購入費用、関連工事費の上昇が追い打ちをかけている。赤字額は2017（平成29）年10月の報告時より大きくなっていることは明らかである。

そもそも入院中の食事療養に必要な費用は1994（平成6）年の制度創設以降、設定金額は据え置かれ、その一方で、患者の食事療養標準負担額は増え続けている。さらに2006（平成18）年度診療報酬改定で入院中の食事療養に必要な費用は1日単位から1食単位に変更となり、提供食数に関わらず必要となる固定費を無視した制度に改変された。

病院は、医療法施行規則で「給食施設は入院患者のすべてに給食することのできる施設とする」と決められ、病院はこれを遵守すべく努力しているが、制度はこの条文を置き去りにしていると言わざるを得ない。

そこで、入院中の食事療養に必要な費用について、以下のとおり強く要望する。

### 記

#### 【要望事項】

1. 給食部門の収支状況について早急の実態調査を実施し、入院中の食事療養に必要な費用について適正な額となるように改正する事を要望する。その際に、患者の食事療養標準負担額が増えることがないよう要望する。
2. 病院厨房管理には、食数に関わらず人件費を含めて固定費が発生する。この固定費部分については、入院患者1人1日あたりの報酬として支払われるよう制度変更する事を要望する。

以上



# 1. 病院給食問題

～入院時食事療養費の設定金額が据え置きになっている。  
その一方で、患者の自己負担額（窓口負担額）は増え続けている～



入院時食事療養費制度の変遷	自己負担額（一般）の変遷
<p>1994（平成6）年度 <b>1,900円/日</b>                      特別食加算 350円/日 食堂加算 50円/日                      特別管理加算 200円/日 選択メニュー加算 50円/日</p>	<p>1994（平成6）年10月～1996（平成8）年9月                      →<b>1日当たり600円</b></p>
<p>1998（平成10）年度 <b>1,920円/日 (+20円)</b>                      ※その他は変更なし <b>3%→5%に対応</b></p>	<p>1996（平成8）年10月～2000（平成12）年12月                      →<b>1日当たり760円 (+160円)</b></p>
<p><b>2006（平成18）年度 640円/食                      (1日当→1食当に算定方法変更)</b></p> <p>特別食加算 76円/食 食堂加算 50円/食                      →3食換算で228円/日 <del>選択メニュー加算 50円</del>  <del>特別管理加算 200円</del></p>	<p>2001（平成13）年1月～2006（平成18）年3月                      →<b>1日当たり780円 (+20円)</b></p>
<p>2016（平成28）年度                      市販の濃厚流動食 640円→575円 (▲65円)</p>	<p>2006（平成18）年4月～2016（平成28）年3月                      →<b>1食当たり260円</b></p>
<p><b>5%→8%                      8%→10%                      対応なし</b></p>	<p>～<b>食材費+調理費、を                      窓口負担とする～</b></p>
<p><b>令和4年5月現在まで1食640円は変更なし</b></p>	<p>2016（平成28）年4月～2018（平成30）3年                      →<b>1食当たり360円 (+100円)</b></p>
	<p>2018（平成30）4年～現在に至る                      →<b>1食当たり460円 (+100円)</b></p>

内閣総理大臣 岸田 文雄 殿

公益社団法人 日本看護協会  
会長 福井 トシ子



日本看護連盟  
会長 高原 静子



## 医療機関等の看護職員の賃上げを可能とする財政支援に関する要望

岸田内閣におかれては、「新しい資本主義」の実現に向け、人への投資と分配を進めるとされています。現に、産業界では政府の方針に沿って賃上げが進んでいます。しかしながら、医療機関や訪問看護ステーション、介護保険施設等は公定価格（診療報酬、介護報酬等）により運営されており、電気代等のエネルギー関連費用をはじめとする諸物価高騰の直撃を受けてもこれを価格に転嫁することができず、職員の賃金引上げを行いたくともそのための原資がないという状況です。令和4年度診療報酬改定では「看護職員処遇改善評価料」を新設していただき、大変感謝しておりますが、これも一部の医療機関に勤務する看護職員のみを対象としているため、**看護職員だけを見ても、全体の3分の2にあたる約100万人がなお対象とならない状況です。**

先般、新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画において「すべての職場における看護師のキャリアアップに伴う処遇改善のあり方について検討する」とされたことを踏まえ、国家公務員医療職俸給表（三）が見直されました。これを契機に、民間病院等の看護職員の賃金に波及することが期待されますが、これも医療機関等の経営が成り立ち、安定して原資が確保できることが前提となります。このような状況にあって、すべての看護職員の賃上げを実現するには、国からの医療機関等に向けたさらなる財政措置が必要です。

医療・福祉分野の就業者数は、2022年平均の就業者数6,723万人の14%にあたる908万人おりますが、そのうち約17%（155.8万人、2020年就業者数）が看護職です。すべての看護職員の賃上げを実現することは、労働者の所得向上につながり、成長と分配の好循環が実現します。

つきましては、医療機関等の経営を支え、すべての看護職員の賃金引上げが可能となるよう、以下の事項につきまして、「経済財政運営と改革の基本方針2023」に明記し、実現していただくべく格別のご高配を賜りますよう要望します。

### 要 望 事 項

1. 物価高騰に苦しむ医療機関、訪問看護事業所、介護保険施設・事業所等の経営を支援し、すべての看護職員の処遇改善が可能となるよう、必要な財政措置を講じられたい。
2. 令和6年度診療報酬改定において「看護職員処遇改善評価料」の対象をすべての看護職員に拡大するとともに、介護報酬、障害福祉サービス報酬改定において同様の措置を講じられたい。

## 病院に勤務する看護補助者の処遇改善にかかる診療報酬上の加算制度の創設

病院に勤務する看護補助者の処遇改善に係る診療報酬上の評価を新たに求める意見書

高齢化の進展により、2025年には横浜市の高齢者人口が100万人を超えると推計されており、医療・介護の需要は急速に増加している。これらの需要に対応するためには、地域医療や介護サービスの提供を支える医療・介護人材の確保が不可欠である。

しかし、事業者における医療・介護人材の確保は困難な状態が続いており、特に介護人材は、賃金が低いことやキャリア形成を十分に行う労働環境が整備されていないことなどから、確保するのが難しい状況にある。

厚生労働省は、こうした課題への対応として、平成21年度から平成23年度までは介護職員処遇改善交付金により、平成24年度からは当該交付金を介護報酬に移行して創設した介護職員処遇改善加算の制度により、介護職員の賃金改善を図ってきた。また、平成27年度及び平成29年度の改定では、介護職員の資質向上や雇用管理の改善、昇給と結びついた形でのキャリアアップの仕組みの構築について、それぞれ事業者による取り組みが促進されるよう拡充してきた。

一方、病院に勤務する看護補助者は看護師長及び看護職員の指導のもと、食事、清潔、排せつ、入浴、移動等の療養生活上の世話など、介護事業所に勤務する介護職員と同様の業務も行っているが、看護補助者には、こうした処遇改善を目的とした診療報酬上の加算がない。

また、看護職員の負担軽減のため設けられた急性期看護補助体制加算や看護補助加算は看護補助者の処遇改善を目的としたものではないため、病院において、看護補助者の勤務環境を整備することが困難な状況にある。

よって、政府におかれては、病院における円滑な看護補助者確保のため、介護報酬制度上の介護職員処遇改善加算に準じる看護補助者の処遇改善に係る診療報酬上の加算制度を創設するよう強く要望する。

ここに横浜市会は、全会一致をもって、地方自治法第99条の規定により意見書を提出する。

平成29年9月22日

内閣総理大臣  
総務大臣  
財務大臣  
厚生労働大臣

宛て

横浜市会議長

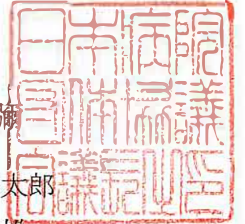
松本 研

## 抜粋

2023年3月24日

厚生労働大臣  
加藤 勝信 殿

日本病院団体協議会	議長	小山 信彌
一般社団法人国立大学病院長会議	会長	横手 幸太郎
独立行政法人国立病院機構	理事長	楠岡 英雄
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	邊見 公雄
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	小熊 豊
公益社団法人全日本病院協会	会長	猪口 雄二
独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長	山本 修一
一般社団法人地域包括ケア病棟協会	会長	仲井 培雄
一般社団法人日本医療法人協会	会長	加納 繁照
一般社団法人日本社会医療法人協議会	会長	西澤 寛俊
一般社団法人日本私立医科大学協会	参与	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	相澤 孝夫
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	橋本 康子
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	会長	斉藤 正身
独立行政法人労働者健康安全機構	理事長	有賀 徹



令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第1報】

### 5. 病棟における介護専門職の評価

近年、病院に入院する患者は高齢化が進行し、介護が必要な割合が増加しています。今後ますます増え続ける高齢患者に対応していくためには、病院内で介護業務を担うスタッフの確保が不可欠です。しかし病院における介護職は看護補助者と位置づけられ、国家資格を持った介護福祉士など専門職がやりがいを持ち専門性を発揮し働くことが難しく、病院内の介護人材の確保は非常に困難となっています。病院医療において、適切に介護専門職が位置づけられ評価されるよう要望します。

4) マイナンバーカードを利用した健康保険のオンライン資格確認等に係る支援の拡充  
本年4月に原則義務化とされたオンライン資格確認については、導入するための財政措置は拡充されたが、維持運営するための費用が、過度に医療機関の負担とならないよう支援の拡充を図ること。

また、随時拡張機能が追加される計画となっているが、本年1月から開始された電子処方箋の導入では、電子カルテシステムと連携するための改修や医師が HPKI カードを作成する必要があるなど多大な業務負担及び費用負担が生じ、導入が進まないことが懸念されるため、支援を図ること。なお、医師が HPKI カードを取得することを前提とした仕組みは、HPKI カードの取得、維持・更新管理、退職時の取り扱いに必要となる業務や費用、取得した HPKI カードの帰属等の観点も含め、医師や医療機関の負担が大きくなると予測されるため、見直しを強く求める。また、電子処方箋については、医療機関と調剤薬局の双方が導入することで初めて利便性につながるものであるから、地域の医療機関と調剤薬局が一体となって導入を進められる支援とすること。

また、実際の窓口業務ではマイナンバーカードオンライン資格確認の他に、各公費医療券等の確認が別途必要となっており、事務手続きが煩雑になるケースが多発している。そのことから、マイナンバーカードと公費確認の諸手続きにおいては、患者と医療機関窓口業務の負担とならないように国が責任をもって周知を行い、必要な財政支援を講じること。

## 抜粋

2023年3月24日

厚生労働大臣  
加藤 勝信 殿

日本病院団体協議会	議長	小山 信彌
一般社団法人国立大学病院長会議	会長	横手 幸太郎
独立行政法人国立病院機構	理事長	楠岡 英雄
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	邊見 公雄
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	小熊 豊
公益社団法人全日本病院協会	会長	猪口 雄二
独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長	山本 修一
一般社団法人地域包括ケア病棟協会	会長	仲井 培雄
一般社団法人日本医療法人協会	会長	加納 繁照
一般社団法人日本社会医療法人協議会	会長	西澤 寛俊
一般社団法人日本私立医科大学協会	参与	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	相澤 孝夫
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	橋本 康子
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	会長	斉藤 正身
独立行政法人労働者健康安全機構	理事長	有賀 徹



### 令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第1報】

#### 3. 病院におけるICT推進のための評価

現在、国が進めている医療DXの推進は今後の我が国における効率的な医療提供体制の構築に非常に重要です。しかし病院における電子カルテ、オンライン資格確認システム、電子処方箋システムなどの導入・維持管理は、病院にとり経営的にも大きな負担となっています。また、昨今のサイバー攻撃へ対応するためのサイバーセキュリティー体制の構築にも、多額の費用がかかります。改めて、病院におけるICT推進のための適切な評価を要望します。



# 診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し①）

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

対応の方向性・考え方		現行措置（主なもの）	位置づけ変更後（令和5年5月8日～）	
外来	空間分離・時間分離に必要な人員、PPE等の感染対策を引き続き評価 その上で受入患者を限定しないことを評価する仕組みへ	<b>300点</b> 【院内の感染対策が要件】	① <b>300点</b> 【対応医療機関の枠組みを前提として、院内感染対策に加え、受入患者を限定しない形に8月末までに移行】 又は、 ② <b>147点</b> 【①に該当せず、院内感染対策を実施】	医療体制の状況等を検証しながら判断
	届出の簡略化などの状況変化を踏まえて見直し 位置付け変更に伴い、医療機関が実施する入院調整等を評価	<b>250点</b> （3月は147点） 【発熱外来の標榜・公表が要件】	— （R5.3月末に終了）	
		<b>950点</b> 【初診含めコロナ患者への診療】 ※ロナプリーブ投与時の特例（3倍）あり	<b>147点</b> 【初診時含めコロナ患者への療養指導（注）】 ※ロナプリーブ投与時の特例（3倍）は終了  （注）家庭内の感染防止策や、重症化した場合の対応等の指導	
在宅	緊急往診は、重症化率の変化に伴う必要性の低下を踏まえて見直し 介護保険施設等での療養を支援する観点から同施設等に対する緊急往診は引き続き評価	<b>2,850点</b> 【緊急の往診】	<b>950点</b> 【緊急の往診】 ※介護保険施設等への緊急往診に限り2,850点を継続	医療体制の状況等を検証しながら判断
			<b>950点</b> 【介護保険施設等において、看護職員とともに、施設入所者に対してオンライン診療を実施する場合】	
	往診時等の感染対策を引き続き評価	<b>300点</b> 【コロナ疑い/確定患者への往診】 24	（引き続き評価）	

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し

# 診療報酬の取扱い（新型コロナの診療報酬上の特例の見直し②）

対応の方向性・考え方		現行措置（主なもの）	位置づけ変更後（令和5年5月8日～）
入院	入院患者の重症化率低下、看護補助者の参画等による業務・人員配置の効率化等を踏まえて見直し  介護業務の増大等を踏まえ、急性期病棟以外での要介護者の受入れを評価	①重症患者 <b>ICU等の入院料: 3倍</b> （+8,448～+32,634点/日） ②中等症患者等 <b>救急医療管理加算: 4～6倍</b> （3,800～5,700点/日）	①重症患者 <b>ICU等の入院料: 1.5倍</b> （+2,112～+8,159点/日） ②中等症患者等（急性期病棟等） <b>救急医療管理加算: 2～3倍</b> （1,900～2,850点/日） ※ 介護保険施設等からの患者等をリハビリ提供や入院退院支援体制が充実した病棟（例：地域包括ケア病棟等）が受け入れる場合は加算（+950点/日）
		コロナ回復患者を受け入れた場合 <b>750点/日</b> （さらに+1,900点は30日目まで、その後、+950点は90日目まで）	コロナ回復患者を受け入れた場合 <b>750点/日</b> （60日目まで。さらに14日目までは+950点）
	必要な感染対策を引き続き評価	<b>250～1,000点/日</b> （感染対策を講じた診療）	（引き続き評価）
	<b>300点/日</b> （個室での管理）	（引き続き評価）	
歯科	コロナ患者への歯科治療を引き続き評価	<b>250点/日</b> （必要な感染予防策を講じた上でリハビリテーションを実施）	（引き続き評価）
		<b>298点</b> （治療の延期が困難なコロナ患者に対する歯科治療の実施）	（引き続き評価）
調剤	コロナ患者への服薬指導等を引き続き評価	<b>訪問対面500点、電話等200点</b> （自宅・宿泊療養患者に薬剤を届けた上で訪問対面/電話等による服薬指導の特例）	（引き続き評価） ※自宅・介護保険施設等への対応を評価 ※薬局におけるコロナ治療薬の交付は服薬管理指導料: 2倍（+59点又は+45点）

医療体制の状況等を検証しながら判断

R6改定において恒常的な感染症対策への見直し



# 巻頭言

新江 良一

あら え りょういち

- 一般社団法人日本病院会 常任理事
- 金沢文庫病院 院長



## 消費税の課題

控除対象外消費税の問題は、我々、病人人にとって、この約30年、喉に刺さった骨のごとき最重要課題である。

この問題を何とかしたいとの思いから、私が会長を務める、公益社団法人神奈川県病院協会は、平成28年6月に、「消費税に関するアンケート」調査を実施した。

64病院からの回答をもとに控除対象外消費税の分析をしたところ、税率5%のときは、9,731万円だった負担が、8%のときは1億5,270万円となり、特に大規模な設備投資をするときの負担は大きなものとなっていることが明確になった。

控除対象外消費税の問題は、明らかに不合理に病院の経営を圧迫し、看過することができないレベルになっていると言わざるを得ない。

さて、6月15日、「骨太の方針2018」が決定し、10%への消費増税を2019年10月に実施することが明記された。

既に、3月には中医協の消費税負担に関する分科会においても、2年ぶりに議論が再開している。

いよいよ、1989年4月に導入されて以来、30年の歴史の中で、我が国でも税率二桁の大打に乘る時代が来る。一方、OECD諸国の中では、平均20%を上回る税率となっており、我が国の税率は破格の低さである。社会保障と税の一体改革の考え方と、今後の超高齢化の進行を踏まえると、早晚、再増税が避けられないと思われる。だからこそ、この機会に、今後避けてはならない重要な課題を改めて提起したい。

これまで財務省と厚生労働省は、「診療報酬は非課税」という、一見、国民に聞こえのよい言い方をしてきた。その一方で、医療機関に発生する「損税」については、社会保険診療報酬において、「消費税相当分は全体として補填されている」と説明してきた。しかし、その「補填」というのは、「全体として」という言葉で飾られているように、積算根拠が極めて不透明である。特に診療報酬本体への上乗せが、なぜそういう数字なのか、説明を聞いても分からない。また、規模もおそらく不十分であり、雲散霧消して、後には何も残らないところを見ると、損税分が正しく上乗せ補填されているとはとても思えない。

正しく「上乗せ」されているというなら、課税扱いにして、診療報酬から「正しく」「引きはがし」て、外税でもらえば済むはずだ。

これまで、この問題をどう解決するかについては、

医療サイドでも意見が異なっていると言われてきた。「正しく」消費税の計算をすることが、所得税の概算経費率の特例や簡易課税の見直しなど、特に中小医療機関に大きな影響につながる可能性を想像させることで、医療界の意見が一つにはまとまらないようになってきたのはいったい誰なのか。

意見がまとまらないのを良いことに、これまで、この問題を先送りし続けてきた国は、不誠実といわざるを得ない。

そこで提案だが、今後の議論にあたって、まずは租税の基本原則に立ち戻るべきではないだろうか。

すなわち、

- 1 公平 誰かを利したり、不合理な不公平になることのない、納得できるものであることが必要である。
- 2 中立 特に、大規模な設備投資や業務委託を躊躇せざるを得ないような税制は、明らかに中立とはいえない。
- 3 簡素 普通の人に理解できる、また、将来、税制や税率が変化した際にも基本的に通用する制度、仕組みであること、国民にとっても医療提供側にとっても、保険者にも客観的に見てわかることが重要である。

また、さらに私見を言わしていただければ、こうした原則の上に議論をまとめるためには、もはや、不透明な、診療報酬への上乗せでお茶を濁すべきではない。税の技術的な課題として、税制度の中で解決すべきである。そして、その方法の第一は、「課税」とすることである。

特に今回の増税にあたっては10%の税率を適用しない軽減税率を政策的に設けることが想定されている。

もし社会政策的に社会保険診療報酬を優遇する必要があるというなら、診療報酬を軽減税率の最たるものである「ゼロ課税」として扱うべきである。保険者側の負担を増やすことなく、控除対象外消費税の解消を図るためにはこの方法が最善である。

議論はこれからが正念場である。2019年10月の改正に合わせて、永年の懸案を解消すべく、国に対して抜本的な解決を行うよう、今こそ病院関係者は、意見の統一とともに、関係方面への主張、働きかけを進めるべきであろう。

（別 紙）

## I 社会保険診療報酬等の非課税に伴う 控除対象外消費税問題の抜本的な解決

**控除対象外消費税問題の解消のため、医療および介護に係る消費税について、社会保険診療報酬および介護報酬の非課税を見直し、消費税制度のあり方に合致する原則課税に改められたい。**

（消費税法（昭和63・12・30法律108）第6条、第30条、別表第一関係）

[理 由]

医療機関は消費税の上乗せされた医療機器や医薬品、医療材料、消耗品等を購入しているが、医療が非課税であるため仕入税額控除を通じて仕入税額の還付を受けることはできない。他の非課税事業者ならば、この仕入税額分を商品価格に転嫁して回収できるのに対し、医療の対価は法令上、社会保険診療報酬として決定されているという特殊性があり、転嫁することもできない。

これをカバーするため、社会保険診療報酬には仕入消費税相当額を補填することとされているが、補填の十分性や、医療機関種別ごとの補填のばらつきの大きさが課題となっている。特に病院は高額な設備投資を行うことが多いため、補填不足が生じやすい。中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において、平成30年7月に公表された「消費税率8%への引上げに伴う補てん状況把握結果」によれば、病院の補填率は85%であり、15%もの補填不足が生じている。

こうした状況に対し、与党の平成31年度税制改正大綱において「所轄省庁を中心に、実際の補填状況を継続的に調査するとともに、その結果を踏まえて、必要に応じて診療報酬の配点方法の見直しなど対応をしていくことが望まれる」との記載がなされた。これらの措置により、全体としての補填不足や補填のばらつきについて、是正が進むことが期待される。

しかしながら、そのような画一的補填方式には個々の医療機関の仕入税額が考慮されていないことから、どれほど補填方法を精緻化しようとも、税負担の不公平性は解消し得ない。そもそも、消費税非課税制度と診療報酬等の公定価

格制度は、その目的を異にする以上、消費税問題を診療報酬によって補填する方法にはおのずと限界がある。

令和元年10月の消費税率引上げ、長期化する新型コロナウイルス感染症による感染防止のための設備投資の増加、マスクや消毒薬等、特に防護服の大幅な価格上昇によって支出が増加していることも相俟って、病院における補填不足はより深刻な状況となっている。消費税率10%超へのさらなる引上げも想定される中で、病院の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためには、病院にかかる社会保険診療報酬等に対する消費税を原則として課税に改め、仕入税額控除を認めるほかない。

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

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

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

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

以上のことに鑑み本連盟では、効率至上主義、経済財政を重視してきた昨今の政策からの転換を強く求めるとともに、国民が将来にわたって安心できる社会的共通資本としての医療制度を確立するためにも、次の事項の実現を期し、ここに決議する。

## 2. 医療に掛かる控除対象外消費税に関すること

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

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

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

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

上記決議する。

令和5年6月14日

一般社団法人 全国公私病院連盟  
令和5年度(第64回)定時総会

## 令和4年度 地域医療介護総合確保基金（医療分）内示額一覧

	第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模		第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模
01 北海道	42.2億円	—	42.2億円	25 滋賀県	6.2億円	0.1億円	6.2億円
02 青森県	27.5億円	0.9億円	28.4億円	26 京都府	17.2億円	—	17.2億円
03 岩手県	12.5億円	—	12.5億円	27 大阪府	50.3億円	—	50.3億円
04 宮城県	14.8億円	—	14.8億円	28 兵庫県	25.2億円	—	25.2億円
05 秋田県	7.9億円	—	7.9億円	29 奈良県	6.5億円	—	6.5億円
06 山形県	12.6億円	—	12.6億円	30 和歌山県	5.9億円	0.4億円	6.4億円
07 福島県	14.9億円	—	14.9億円	31 鳥取県	3.9億円	—	3.9億円
08 茨城県	19.8億円	—	19.8億円	32 島根県	5.4億円	0.0億円	5.4億円
09 栃木県	10.3億円	—	10.3億円	33 岡山県	10.4億円	—	10.4億円
10 群馬県	8.7億円	0.1億円	8.9億円	34 広島県	16.7億円	—	16.7億円
11 埼玉県	16.3億円	0.7億円	17.0億円	35 山口県	12.7億円	1.3億円	14.1億円
12 千葉県	23.1億円	—	23.1億円	36 徳島県	8.0億円	—	8.0億円
13 東京都	28.5億円	2.8億円	31.3億円	37 香川県	5.5億円	—	5.5億円
14 神奈川県	41.6億円	—	41.6億円	38 愛媛県	15.9億円	—	15.9億円
15 新潟県	29.0億円	—	29.0億円	39 高知県	8.5億円	0.4億円	9.0億円
16 富山県	5.0億円	—	5.0億円	40 福岡県	22.2億円	1.6億円	23.8億円
17 石川県	4.6億円	—	4.6億円	41 佐賀県	4.9億円	—	4.9億円
18 福井県	3.5億円	—	3.5億円	42 長崎県	12.6億円	0.7億円	13.3億円
19 山梨県	17.9億円	—	17.9億円	43 熊本県	11.3億円	1.8億円	13.1億円
20 長野県	7.5億円	0.1億円	7.5億円	44 大分県	5.6億円	—	5.6億円
21 岐阜県	22.1億円	—	22.1億円	45 宮崎県	6.8億円	—	6.8億円
22 静岡県	15.3億円	—	15.3億円	46 鹿児島県	7.0億円	0.8億円	7.8億円
23 愛知県	27.1億円	1.0億円	28.1億円	47 沖縄県	9.3億円	6.3億円	15.6億円
24 三重県	10.7億円	0.3億円	11.0億円	合計	701.4億円	19.5億円	720.9億円

## (内訳) 事業区分 I - 1

## 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

	第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模		第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模
01 北海道	12.9億円	—	12.9億円	25 滋賀県	—	—	—
02 青森県	20.9億円	—	20.9億円	26 京都府	4.1億円	—	4.1億円
03 岩手県	0.8億円	—	0.8億円	27 大阪府	19.4億円	—	19.4億円
04 宮城県	2.1億円	—	2.1億円	28 兵庫県	3.7億円	—	3.7億円
05 秋田県	—	—	—	29 奈良県	—	—	—
06 山形県	6.1億円	—	6.1億円	30 和歌山県	—	—	—
07 福島県	0.4億円	—	0.4億円	31 鳥取県	—	—	—
08 茨城県	—	—	—	32 島根県	—	—	—
09 栃木県	—	—	—	33 岡山県	3.8億円	—	3.8億円
10 群馬県	0.4億円	0.1億円	0.5億円	34 広島県	1.4億円	—	1.4億円
11 埼玉県	—	—	—	35 山口県	2.0億円	—	2.0億円
12 千葉県	1.3億円	—	1.3億円	36 徳島県	0.1億円	—	0.1億円
13 東京都	—	—	—	37 香川県	0.6億円	—	0.6億円
14 神奈川県	19.1億円	—	19.1億円	38 愛媛県	6.3億円	—	6.3億円
15 新潟県	9.6億円	—	9.6億円	39 高知県	—	—	—
16 富山県	—	—	—	40 福岡県	—	—	—
17 石川県	0.8億円	—	0.8億円	41 佐賀県	—	—	—
18 福井県	—	—	—	42 長崎県	4.0億円	—	4.0億円
19 山梨県	4.3億円	—	4.3億円	43 熊本県	4.4億円	—	4.4億円
20 長野県	4.4億円	0.1億円	4.5億円	44 大分県	0.2億円	—	0.2億円
21 岐阜県	12.8億円	—	12.8億円	45 宮崎県	—	—	—
22 静岡県	—	—	—	46 鹿児島県	—	—	—
23 愛知県	4.3億円	—	4.3億円	47 沖縄県	2.8億円	6.2億円	9.1億円
24 三重県	—	—	—	合計	152.8億円	6.5億円	159.3億円

※国庫負担分は基金規模の2/3

## (内訳) 事業区分 I - 2

## 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業

	第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模		第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模
01 北海道	3.2億円	—	3.2億円	25 滋賀県	—	—	—
02 青森県	—	0.9億円	0.9億円	26 京都府	—	—	—
03 岩手県	—	—	—	27 大阪府	7.9億円	—	7.9億円
04 宮城県	—	—	—	28 兵庫県	6.0億円	—	6.0億円
05 秋田県	0.0億円	—	0.0億円	29 奈良県	0.5億円	—	0.5億円
06 山形県	0.3億円	—	0.3億円	30 和歌山県	1.1億円	0.3億円	1.4億円
07 福島県	—	—	—	31 鳥取県	—	—	—
08 茨城県	0.6億円	—	0.6億円	32 島根県	—	—	—
09 栃木県	1.6億円	—	1.6億円	33 岡山県	0.5億円	—	0.5億円
10 群馬県	1.0億円	—	1.0億円	34 広島県	2.0億円	—	2.0億円
11 埼玉県	—	—	—	35 山口県	3.5億円	1.3億円	4.9億円
12 千葉県	1.3億円	—	1.3億円	36 徳島県	0.6億円	—	0.6億円
13 東京都	1.3億円	—	1.3億円	37 香川県	—	—	—
14 神奈川県	—	—	—	38 愛媛県	0.6億円	—	0.6億円
15 新潟県	1.0億円	—	1.0億円	39 高知県	0.4億円	0.4億円	0.8億円
16 富山県	—	—	—	40 福岡県	—	1.6億円	1.6億円
17 石川県	—	—	—	41 佐賀県	—	—	—
18 福井県	0.5億円	—	0.5億円	42 長崎県	1.2億円	0.7億円	1.9億円
19 山梨県	—	—	—	43 熊本県	0.3億円	1.8億円	2.1億円
20 長野県	—	—	—	44 大分県	0.2億円	—	0.2億円
21 岐阜県	1.7億円	—	1.7億円	45 宮崎県	1.5億円	—	1.5億円
22 静岡県	0.3億円	—	0.3億円	46 鹿児島県	0.7億円	0.7億円	1.4億円
23 愛知県	0.9億円	1.0億円	1.9億円	47 沖縄県	—	—	—
24 三重県	—	0.3億円	0.3億円	合計	40.8億円	9.1億円	49.9億円

※国庫負担分は基金規模の10/10

## (内訳) 事業区分Ⅱ

## 居宅等における医療の提供に関する事業

	第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模
01 北海道	2.5億円	—	2.5億円
02 青森県	0.9億円	—	0.9億円
03 岩手県	0.3億円	—	0.3億円
04 宮城県	2.2億円	—	2.2億円
05 秋田県	0.2億円	—	0.2億円
06 山形県	0.5億円	—	0.5億円
07 福島県	1.0億円	—	1.0億円
08 茨城県	0.5億円	—	0.5億円
09 栃木県	0.6億円	—	0.6億円
10 群馬県	0.4億円	—	0.4億円
11 埼玉県	1.0億円	0.7億円	1.7億円
12 千葉県	0.6億円	—	0.6億円
13 東京都	2.6億円	—	2.6億円
14 神奈川県	2.5億円	—	2.5億円
15 新潟県	0.3億円	—	0.3億円
16 富山県	0.4億円	—	0.4億円
17 石川県	0.1億円	—	0.1億円
18 福井県	0.4億円	—	0.4億円
19 山梨県	1.0億円	—	1.0億円
20 長野県	0.8億円	—	0.8億円
21 岐阜県	1.3億円	—	1.3億円
22 静岡県	1.5億円	—	1.5億円
23 愛知県	—	—	—
24 三重県	1.4億円	—	1.4億円

	第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模
25 滋賀県	0.8億円	—	0.8億円
26 京都府	0.2億円	—	0.2億円
27 大阪府	0.6億円	—	0.6億円
28 兵庫県	0.5億円	—	0.5億円
29 奈良県	0.4億円	—	0.4億円
30 和歌山県	0.3億円	—	0.3億円
31 鳥取県	1.3億円	—	1.3億円
32 島根県	0.5億円	—	0.5億円
33 岡山県	0.3億円	—	0.3億円
34 広島県	0.2億円	—	0.2億円
35 山口県	0.5億円	—	0.5億円
36 徳島県	1.1億円	—	1.1億円
37 香川県	0.5億円	—	0.5億円
38 愛媛県	1.9億円	—	1.9億円
39 高知県	0.6億円	—	0.6億円
40 福岡県	1.5億円	—	1.5億円
41 佐賀県	0.6億円	—	0.6億円
42 長崎県	0.2億円	—	0.2億円
43 熊本県	1.1億円	—	1.1億円
44 大分県	—	—	—
45 宮崎県	0.2億円	—	0.2億円
46 鹿児島県	0.1億円	—	0.1億円
47 沖縄県	0.1億円	0.1億円	0.2億円
合計	36.9億円	0.8億円	37.6億円

※国庫負担分は基金規模の2/3



## (内訳) 事業区分Ⅳ

## 医療従事者の確保に関する事業

	第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模
01 北海道	23.4億円	—	23.4億円
02 青森県	4.3億円	—	4.3億円
03 岩手県	10.4億円	—	10.4億円
04 宮城県	10.1億円	—	10.1億円
05 秋田県	7.7億円	—	7.7億円
06 山形県	5.6億円	—	5.6億円
07 福島県	13.6億円	—	13.6億円
08 茨城県	17.1億円	—	17.1億円
09 栃木県	7.9億円	—	7.9億円
10 群馬県	6.8億円	—	6.8億円
11 埼玉県	14.8億円	—	14.8億円
12 千葉県	19.9億円	—	19.9億円
13 東京都	23.7億円	2.8億円	26.5億円
14 神奈川県	19.2億円	—	19.2億円
15 新潟県	18.0億円	—	18.0億円
16 富山県	3.8億円	—	3.8億円
17 石川県	3.7億円	—	3.7億円
18 福井県	2.6億円	—	2.6億円
19 山梨県	12.5億円	—	12.5億円
20 長野県	2.2億円	—	2.2億円
21 岐阜県	6.4億円	—	6.4億円
22 静岡県	13.6億円	—	13.6億円
23 愛知県	15.0億円	—	15.0億円
24 三重県	9.3億円	—	9.3億円

	第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模
25 滋賀県	5.1億円	0.1億円	5.2億円
26 京都府	9.7億円	—	9.7億円
27 大阪府	15.3億円	—	15.3億円
28 兵庫県	8.9億円	—	8.9億円
29 奈良県	5.5億円	—	5.5億円
30 和歌山県	4.5億円	0.1億円	4.6億円
31 鳥取県	2.0億円	—	2.0億円
32 島根県	4.5億円	0.0億円	4.5億円
33 岡山県	5.2億円	—	5.2億円
34 広島県	11.9億円	—	11.9億円
35 山口県	6.4億円	—	6.4億円
36 徳島県	5.4億円	—	5.4億円
37 香川県	3.9億円	—	3.9億円
38 愛媛県	6.8億円	—	6.8億円
39 高知県	6.5億円	—	6.5億円
40 福岡県	15.5億円	—	15.5億円
41 佐賀県	3.5億円	—	3.5億円
42 長崎県	6.9億円	—	6.9億円
43 熊本県	4.7億円	—	4.7億円
44 大分県	4.5億円	—	4.5億円
45 宮崎県	4.3億円	—	4.3億円
46 鹿児島県	6.2億円	—	6.2億円
47 沖縄県	6.3億円	—	6.3億円
合計	425.2億円	3.0億円	428.2億円

※国庫負担分は基金規模の2/3

## (内訳) 事業区分VI

## 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

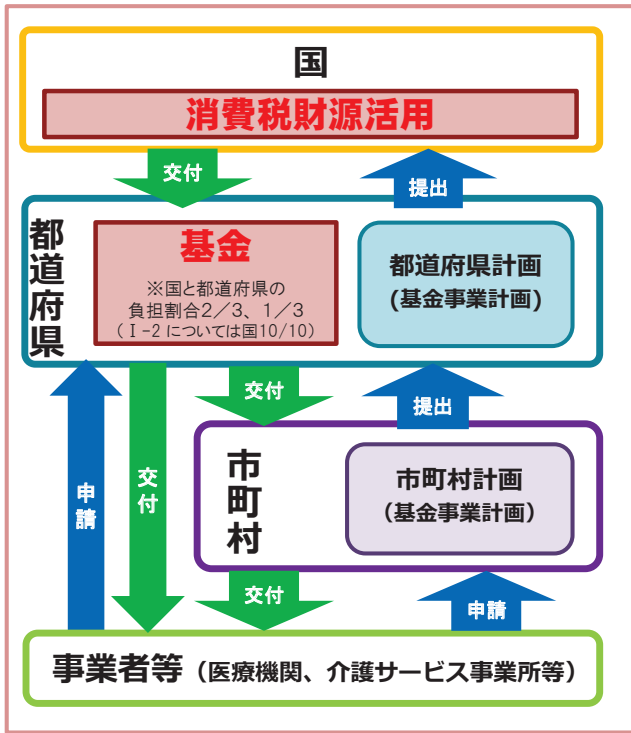
	第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模		第1回内示分 基金規模	第2回内示分 基金規模	合計 基金規模
01 北海道	0.2億円	—	0.2億円	25 滋賀県	0.3億円	—	0.3億円
02 青森県	1.4億円	—	1.4億円	26 京都府	3.2億円	—	3.2億円
03 岩手県	0.9億円	—	0.9億円	27 大阪府	7.0億円	—	7.0億円
04 宮城県	0.5億円	—	0.5億円	28 兵庫県	6.0億円	—	6.0億円
05 秋田県	—	—	—	29 奈良県	0.1億円	—	0.1億円
06 山形県	0.0億円	—	0.0億円	30 和歌山県	—	—	—
07 福島県	—	—	—	31 鳥取県	0.5億円	—	0.5億円
08 茨城県	1.7億円	—	1.7億円	32 島根県	0.4億円	—	0.4億円
09 栃木県	0.2億円	—	0.2億円	33 岡山県	0.7億円	—	0.7億円
10 群馬県	—	—	—	34 広島県	1.2億円	—	1.2億円
11 埼玉県	0.4億円	—	0.4億円	35 山口県	0.3億円	—	0.3億円
12 千葉県	—	—	—	36 徳島県	0.9億円	—	0.9億円
13 東京都	0.9億円	—	0.9億円	37 香川県	0.4億円	—	0.4億円
14 神奈川県	0.8億円	—	0.8億円	38 愛媛県	0.2億円	—	0.2億円
15 新潟県	0.2億円	—	0.2億円	39 高知県	1.0億円	—	1.0億円
16 富山県	0.9億円	—	0.9億円	40 福岡県	5.2億円	—	5.2億円
17 石川県	—	—	—	41 佐賀県	0.7億円	—	0.7億円
18 福井県	—	—	—	42 長崎県	0.4億円	—	0.4億円
19 山梨県	0.1億円	—	0.1億円	43 熊本県	0.8億円	—	0.8億円
20 長野県	—	—	—	44 大分県	0.7億円	—	0.7億円
21 岐阜県	—	—	—	45 宮崎県	0.8億円	—	0.8億円
22 静岡県	—	—	—	46 鹿児島県	—	0.1億円	0.1億円
23 愛知県	6.8億円	—	6.8億円	47 沖縄県	—	—	—
24 三重県	—	—	—	合計	45.7億円	0.1億円	45.9億円

※国庫負担分は基金規模の2/3

# 地域医療介護総合確保基金

令和5年度予算案:公費で1,763億円  
(医療分 1,029億円、介護分 734億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率のかつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



## 都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
  - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
  - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
  - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

  - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
  - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

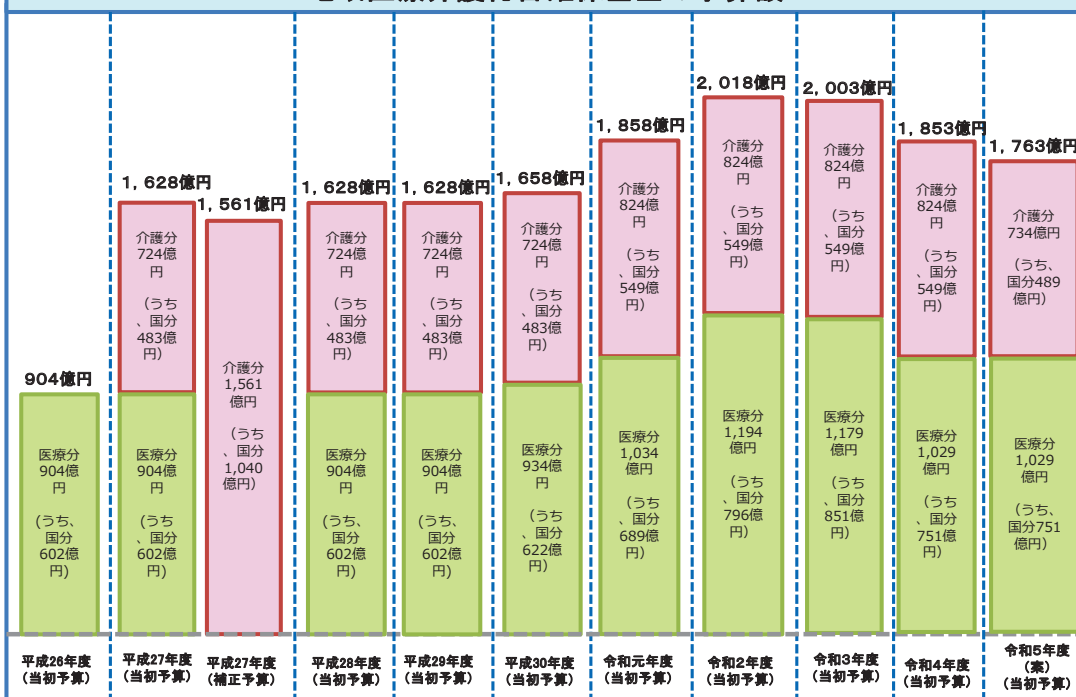
## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

## 地域医療介護総合確保基金の令和5年度予算案について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の令和5年度予算案は、公費ベースで1,763億円(医療分1,029億円(うち、国分751億円)、介護分734億円(うち、国分489億円))を計上。

## 地域医療介護総合確保基金の予算額



## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

### ※ 基金の対象事業変遷

- 平成26年度に医療を対象としてI-1、II、IVで創設
- 平成27年度より介護を対象としてIII、Vが追加
- 令和2年度より医療を対象としてVIが追加
- 令和3年度より医療を対象としてI-2が追加

## 2. 配置医師以外の保険医が診療する場合の取扱い

特別養護老人ホームに入所している患者に対する診療で、保険医が配置医師でない場合、算定できるケースと算定できないケースがありますので、ご注意ください。

### 保険医が特別養護老人ホームの配置医師でない場合の診療

- (1) 患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、以下の診療報酬を算定できる。
- (2) (1)に関わらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、施設の管理者の求めに応じて行った診療について、以下の診療報酬を同様に算定できる。

- ・初診料 ・再診料(外来診療料を含む)
- ・往診料
- ・検査(医科点数表第2章第3部の検査に係る診療報酬)
- ・処置等(医科点数表第2章第9部の処置に係る診療報酬)

ただし、入所者の求めによってではなく、医学的な健康管理のために定期的に特別養護老人ホームを訪問して診療する場合は、その保険医は配置医師とみなされ、初診料、再診料（外来診療料を含む）及び往診料が算定できません。

個別的な入所者からの求めに対応するためのものなのかを確認の上、算定してください。

※詳しくは、「大阪府ホームページ」に掲載しています厚生労働省通知文書「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について」等をご覧ください。

#### ◆大阪府ホームページ

○福祉施設(特別養護老人ホーム等)における適正な医療保険請求について(施設・医療機関向け)

[http://www.pref.osaka.lg.jp/kokuho/iryouseido/shisetu\\_seikyu.html](http://www.pref.osaka.lg.jp/kokuho/iryouseido/shisetu_seikyu.html)

大阪府 福祉施設(特別養護老人ホーム等)における適正な医療保険請求

検索

#### 【福祉施設における医療費の適正な保険請求】

- ・厚生労働省保険局医療課長通知(令和4年3月25日付け 保医発0325第3号)  
　　「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について」
- ・厚生労働省保険局医療課長通知(令和4年3月25日付け 保医発0325第2号)  
　　「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について」
- ・厚生労働省保険局医療課事務連絡(平成18年4月24日付け)  
　　「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の運用上の留意事項について」

## 2 介護老人福祉施設に勤務する医師（配置医） の役割と医療上の問題点

在宅療養が推進されているが、要介護者の中には、心身の状態（認知症の状態、医療の必要性の度合い）や置かれている環境（介護者の有無やその健康状態・就労状況、介護を手伝う者の有無、住宅の状況など）によって、施設サービスを利用するほうが望ましい場合がある。もちろん、できるだけ今まで住んでいた身近な地域でサービスを利用できることが前提である。

介護保険での施設サービスには、①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、②介護老人保健施設、③介護療養型医療施設がある。

②③で行われる医療は、制約はあるものの、施設の医師によって行われている。したがって、ここではかかりつけ医のかかわりが重要な介護老人福祉施設に限定して、その役割と医療上の問題点を述べることにする。

### ● 介護老人福祉施設に勤務する医師の役割

2003（平成15）年の介護報酬改定の中で、厚生労働省は各施設の機能分化を明確に打ち出した。その中で、介護老人福祉施設は「日常生活への支援」とし、画一的な集団処遇ではなく、在宅での暮らしに近いケアが望ましいという観点から、入所者の自立的生活の支援に主眼をおいたケアが実施されるべきであるとされた。このことを踏まえて、次に介護老人福祉施設に勤務する医師（以下配置医師）の役割を述べる。

#### （1）介護老人福祉施設の運営規程による配置医師の役割

##### ①健康管理

配置医師は看護師とともに入所者の健康管理にあたり、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとるなど、施設内での「かかりつけ医」としての役割を担う。また健康管理に際し、入所者の健康手帳（老人保健法第13条による）に必要事項を記載する（手帳を保有していない入所者をのぞく）。

##### ②定期健康診断、予防注射などに対応

利用者の健康と施設内の集団感染予防のため、年1回、胸部X線撮影や血液検査などを含む定期健康診断を行ったり、インフルエンザの予防接種（費用は一部自己負担）を勧奨したりする。

### ③支援

サービス担当者会議などで、介護支援専門員より専門的見地からの意見を求められればこれに応じ、入所者の自立を支援するとともに、日常生活の充実に資するような情報を提供して、心身の状況に応じた介護が受けられるようサポートする。

### ④その他

施設との契約に基づく、入所者、職員などに対する医学的業務を担う。

## (2) 配置医師に求められる周辺機能

入所者の大多数は日常的、または偶発的に医療を要している。配置医師（常勤・非常勤を問わず）、または連携病院を中心とする施設外の医師がこれに応えねばならない。

しかし、配置医師は介護老人福祉施設内で保険診療を行った場合、診療報酬請求上、数多くの制約がある。これらに配慮して、配置医師にはおおむね次のようなことが求められよう。

### ①回診と処方箋の発行（健康管理医ではない、別の人格として）

回診は週1回、月4回程度行い、入所者の健康状態のみならず、施設内での入所者の生活に目を向け、生活環境の適性も検討する。そして、入所者の心身の状況にふさわしい食事の指導、入浴の可否などの意見を述べる。診察の結果、治療の必要がある場合は処方箋を発行する。

### ②臨時の往診および処置（これも別の人格として、保険診療を請求できる）

### ③「ターミナルケア」から「看取り」までのかかわり

入所者本人・家族など、関係者との合意の形成に、主導的にかかわり合う。看取りまで踏み込んで対応している施設はまだ少ないが、ニーズは高まっており、今後大きな流れになるろう。

### ④主治医意見書の作成

### ⑤外部医療機関との連携（紹介状の記載など）、家族へのインフォームドコンセント



入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ協力病院を定め、急変時に遅滞なく対処して連携をはかる。ただし、担当医からの指示で受診する場合以外は、病院でのつき添い、移送にかかる手続き、病院の予約などは、すべて家族にお願いすることになる。

● 身体状況で、施設での介護が困難な場合の例

- ① 常時点滴・注射が必要な状態（インスリンも、受け入れ人数に限界あり）
- ② 経口摂取が困難で、経管・胃瘻などによる食事摂取状態
- ③ 気管切開している場合

介護老人福祉施設では、経口摂取が原則となる。嚥下の低下に伴い、食形態・介護方法をさまざまに工夫し、検討・対応していく。経口摂取困難時、経管栄養や胃瘻の場合は、原則的には療養型病床群や病院の対象となる。また、常時点滴が必要となった場合（抗生剤などの治療や水分補給など）も、療養型病床群や病院の対象となる。最終的には配置医師、医療職と家族が相談のうえ、対処方法を選択する。

⑥ 入所者が急変した場合には、施設側の要請や指示照会に適切に応える

⑦ その他

入所者の要介護度の悪化を予防したり、可能なかぎり居宅における生活への復帰をめざしたりするため、各種のリハビリテーションや介護予防実施の指示書を発行する。また、ショートステイを利用する短期入所者の健康管理などにもあたる。

● 介護老人福祉施設における医療上の問題点

介護老人福祉施設とは、介護保険法では「要介護者に対して施設介護サービス計画に基づいた入浴・排泄・食事などの日常生活上の介護、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行う施設」と定義されており、ほかの2施設と比べて、介護に最も重点をおいた施設である。

職員の配置基準（表1）をみてもわかるとおり、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3施設は、それぞれ独立した機能をもつ施設である。しかしながら、これをもって「介護老人福祉施設はそもそも医療を行う施設ではない」と主張するのは、介護保険制度施行後、



3施設間で入所者の介護度やそのサービス内容に差がなくなっている現状からはかけ離れたものであるといえよう。患者・利用者は、機能よりも費用負担の軽重で選択している現実があり、介護保険施設を医療の濃淡により、3つのタイプに分類した制度そのものが崩れつつあるのかもしれない。

### (1) インスリン自己注射や経管栄養を行っている入所希望者が多い

利用者は医療の必要度により施設を選択するのではなく、利便性と経済的理由により選択し、逆に施設側は、医療ニーズの面からではなく、経営上の理由から入所者の選別を行う傾向がある。介護老人保健施設と介護療養型医療施設における医療行為に対する報酬は、原則的に介護保険から給付され、要介護度に応じた「包括払い」となっているため、医療ニーズの高い高齢者の増加が経営を圧迫しているのが現実である。

一方、介護老人福祉施設での医療は、制約はあるものの医療保険からも給付される。そのため、在宅でインスリンの自己注射や胃瘻からの経管栄養を受けている患者が介護保険施設に入所する場合には、運営上ほかの2施設よりも介護老人福祉施設のほうが、むしろ受け入れやすいという逆転現象が起こっている。さらに自己負担も最も少ないので、結果として入所希望者が大挙して押し寄せることとなる。このことから、介護保険施設における医療提供のあり方を転換することが求められている。

### (2) 介護職による医療行為がどこまで許されているか不明確

東京都のある区では2004（平成16）年1月末現在、介護老人福

表1 介護保険施設における職員の配置基準（入所者100人あたり）

施設名	医師（人）	看護師（人）	介護職員（人）
介護老人福祉施設	1	3（夜勤0）	31
介護老人保健施設	1	10（夜勤1）	24
介護療養型医療施設	3	17（夜勤2）	17

社施設への入所希望者が約 2,600 人待機している。介護保険施行前の 1999（平成 11）年 10 月末は約 760 人であったので、実に 3 倍以上に増えており、今後、高齢者の長期入院がさらに制限されることから、漸増するものと予測される。さらに 2003（平成 15）年 8 月からは介護老人福祉施設への入所方法が変更され、入所の必要性の高い要介護者が優先的に入所できる体制となったため、新規入所者のほぼ全員が日常的に医療行為を必要としている。

一方、これら医療依存度の高い高齢者は、厚生労働省の考え方では「介護主体の施設である介護老人福祉施設へ入所するのは適当でなく、介護老人保健施設や介護療養型医療施設へ入所することが望ましい」とされている。しかし、この区では介護老人福祉施設以外の介護保険施設の病床数が不足しているため、介護老人福祉施設で入所を断った場合、これら的高齢者の行き場がなくなり、利用者のニーズにこたえられないというジレンマがある。

そこで利用者本位の考え方により、各施設内でできうる医療行為のレベルをさらに引き上げることが望まれている。しかし、医療職の少ない介護老人福祉施設では、医療業務の一部を介護職に頼らざるをえない状況にあるにもかかわらず、介護職による医療行為へのかかわり方の基準が不明瞭である。このため、在宅における家族介護の中では提供できていた医療サービスが、介護保険施設内（特に介護老人福祉施設内）では提供できないという矛盾が生じる。この件に関して、医療行為の解釈や具体的な対応策を検討し、医療と介護の連携についてのコンセンサスを確立する必要がある。

このほかにも、介護老人福祉施設における医療上の問題点として次のようなものが挙げられる。

- ①配置医師が非常勤のため、当番制で勤務し、施設の運営上、経済的理由で週全日配置できない。
- ②入所者や家族が、一般病院と同等の医療レベルを期待している。
- ③家族とまったく面会できない入所者がいる場合、治療上の可否を相談できない。
- ④特別な医療処置（たとえば経管栄養）の必要な入所者の受け入れには、

限られた医療スタッフ数のため、一定のキャパシティーが存在する。

- ⑤施設サービス計画作成のためのケアカンファレンスは未実施の場合が多く、配置医師が参加できない。
- ⑥要介護認定において、身体障害者と同様、知的障害者や精神障害者がその特殊性を考慮されず、施設へ入所してくるなどである。

－資料－

## 特別養護老人ホームおよび養護老人ホームの 療養の給付（医療）の取扱いについて

特別養護老人ホームおよび養護老人ホーム（以下「施設」という）の入所者である患者に対して医師が行った医療については、厚生労働省通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」によることとされているが、その取扱いについては、配置医師にあるもの、配置医師でない医師にあるもの等、それぞれに次のような制限が定められている。（注：養護老人ホームは定員 111 名以上の場合）

### 1. 配置医師が施設に入所している患者に対して行った場合の医療

施設の配置医師が、施設に入所している患者に対して行った場合の医療については、下記のものとは算定できない。

- (1) 初診料、再診料（外来診療料を含む）、往診料の診療報酬（但し、特別の必要があって行う診療を除く）
- (2) 厚生労働省通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」の 2 に定める診療報酬

### 2. 配置医師でないが施設に入所している患者に対して行った場合の医療

配置医師でない医師は、原則として施設に入所している患者の診療を行ってはならないとされている。ただし、緊急または患者の疾病が、当該配置医の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合は除かれるとされているが、この場合であっても、厚生労働省通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（平成 18 年 3 月 31 日 保医発第 0331002 号）（※）の 4 に定める診療報酬は算定できない。

### 3. 併設医療機関の医師が施設に入所している患者に対して行った場合の医療

併設医療機関の医師は配置医師であるので、併設医療機関の医師が

入所している患者の診療を行った場合は、上記1の、配置医師が施設に入所している患者に対して行った場合の医療と同じ扱いになる。

#### 4. 施設の職員が行った医療行為

施設の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬は算定できない。

#### <参考>

##### 配置医師

- ①特別養護老人ホームの設備および運営に関する基準、および養護老人ホームの設備および運営に関する基準の規定に基づき配置されている医師
- ②併設医療機関の医師
- ③その他（略）

##### 特別の必要があって行う医療

下記のいずれかを言う。

- ア) 緊急の場合（急病や容態が急変する等）
- イ) 検査、画像診断を行うため外来受診した場合

##### 併設医療機関

- ア) 施設の建物と医療機関の建物とが合築されている場合の当該医療機関
- イ) 施設と同一敷地内にあるもの、または公道を挟んで隣接している医療機関であり、かつ、施設と開設者、または法人が同一である医療機関

※厚生労働省通知「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」は、厚生労働省法令等データベースシステム（<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/>）で検索することができます。

－資料－

特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の  
取扱いについての疑義解釈

- 1) **Q** 施設入所者の健康管理を週 1 回のみ行う医師については、初診料、再診料、往診料は算定できるか。  
**A** 当該医師は配置医師であるので、厚生労働省通知 1 の配置医師の「配置されている施設に入所している患者に対して行った場合の医療については、初診料、再診料、往診料は算定できない」に該当し、算定できない。
- 2) **Q** 配置医師ではない医師が、定期的に施設に赴いて行った入所者の診療については、配置医師ではないから、初診料、再診料を算定して差し支えないか。  
**A** 配置医師以外の医師による診療については、厚生労働省通知 3「緊急の場合または患者の傷病が、当該配置医の専門外にわたるものであるため、診療を必要とする場合を除き、みだりに診療を行ってはならない」に該当し、請求はできない。
- 3) **Q** 配置医師が非常勤、あるいはその業務が入所者の健康管理にとどまっているとして、配置医師ではない医師が、定期的に施設に赴いて診療を行う例があるが、この場合、初診料、再診料などは算定できるか。  
**A** 配置医師ではない医師が、定期的に施設に赴いて診療を行うことができるのは、緊急の場合の往診等であり、ご質問の例では算定できない。
- 4) **Q** 配置医師が健康診断で、施設の入所者に行った血液検査等の検査料は、保険診療として請求できるか。  
**A** 健康診断を目的とする診察・検査は、保険給付の対象とならないとされているので、保険診療として請求できない。

- 5) **Q** 施設職員（看護師等）が、入所者に行った皮膚科軟膏処置、褥瘡処置等の処置料は、算定して差し支えないか。
- A** 厚生労働省通知5において、「特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、算定できない」に該当し、算定できない。
- 6) **Q** 施設が届け出ている配置医師の専門外について、配置医師ではない併設医療機関の医師が、施設の入所者に行った診療について、初診料、再診料は算定できるか。
- A** 併設医療機関の医師は全て配置医師であるので、特別の必要があつて診療を行う場合を除き、初診料、再診料は算定できない。

(注) 厚生労働省通知とは、平成18年3月31日付、保医発第0331002号「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」を言う。



キャリア形成プログラムに基づく地域枠医師の配置について

1 趣旨・背景

- 平成29年 2 月 14 日 付 国 通 知 「 地 域 医 療 介 護 総 合 確 保 基 金 を 活 用 し た 医 師 修 学 資 金 貸 与 事 業 の 取 扱 い に つ い て 」 に よ り 、 原 則 と し て 産 科 等 医 師 修 学 資 金 貸 与 医 師 、 地 域 医 療 医 師 修 学 資 金 貸 与 医 師 及 び 横 浜 市 立 大 学 地 域 医 療 枠 医 師 （ 以 下 、 「 地 域 枠 医 師 」 ） に 個 人 別 の キ ャ リ ア 形 成 プ ロ グ ラ ム を 策 定 し 、 適 用 す る こ と が 必 要 と な っ た 。

＜キャリア形成プログラム＞

地域における医師不足や地域偏在の解消と、専門医の取得といった医師能力の開発・向上を目的として、診療科別に義務年限中の就業先となる医療機関等を選択肢として、都道府県が主体として策定した医師就業に係るプログラム

2 検討事項

- 地域枠医師に対し、策定したキャリア形成プログラムを適用することとなったため、配置に向けての基本的枠組みを整理する。

3 配置の基本的枠組み

(1) 現行

＜修学資金貸与医師＞

義務年限外	義務年限	
1～2年目	3～5年目	6～11年目
<p><b>臨床研修</b></p> <p>初期臨床研修病院 ※30年度入学者から 県内での履修が必須</p>	<p><b>専門研修</b></p> <p>県内の基幹施設 ※期間は研修プログラム が必要としている期間</p>	<p><b>地域医療実践</b></p> <p>県内で医師が不足している地域の病院等 ※大枠のイメージのみで細かな規定なし</p>

＜横浜市立大学地域医療枠医師＞

義務年限		
1～2年目	3～5年目	6～9年目
<p><b>臨床研修</b></p> <p>初期臨床研修病院</p>	<p><b>専門研修</b></p> <p>県内の基幹施設 ※期間は研修プログラム が必要としている期間</p>	<p><b>地域医療実践</b></p> <p>県内で医師が不足している地域の病院等 ※大枠のイメージのみで細かな規定なし</p>

## (2) 変更後

### <キャリア形成プログラム加入医師>

義務年限		
1～2年目	3～5年目	6～9年目
<p><b>臨床研修</b></p> <p>県内の初期臨床研修病院</p> <p>※平成30年度以前の入学者はキャリア形成プログラムへの参加を前提として不問</p>	<p><b>専門研修</b></p> <p>県内の基幹施設</p> <p>※期間はプログラムで研修に必要としている期間</p>	<p><b>地域医療実践</b></p> <p>キャリア形成プログラムに搭載されている「地域実践」医療機関</p> <p>※対象医療機関は毎年調査の上、選定（勤務地域は今後検討）</p>

### <具体的な配置方法イメージ>

#### ア 卒後1～2年目（臨床研修）

- ・地域枠医師は県内臨床研修病院の中から希望する医療機関を選択

#### イ 卒後3～5年目（専門研修）

- ・県内の専門研修基幹施設のプログラムを履修し、県内医療機関に配置
- ・医師の希望により専門研修は履修せず、「地域実践」医療機関からの選択も可能

#### ウ 卒後6～9年目（地域実践期間）

- ・派遣先医療機関の受入希望状況を把握し、派遣予定医師に情報提供
- ・地域枠医師は派遣先医療機関リストから従事したい医療機関を選択
- ・各地域枠医師は希望する理由を明らかにして、派遣希望配置先（優先順位をつけて複数）を県に回答
- ・県では、地域枠医師の理由を踏まえ、希望を尊重し、医療対策協議会において派遣先の承認手続きを行う

## (3) その他

- 専門医取得研修の取扱いや継続従事期間の算定方法等については、従前と同様に、「修学資金貸与医師の県内医療機関への配置方針」に基づき、配置する。

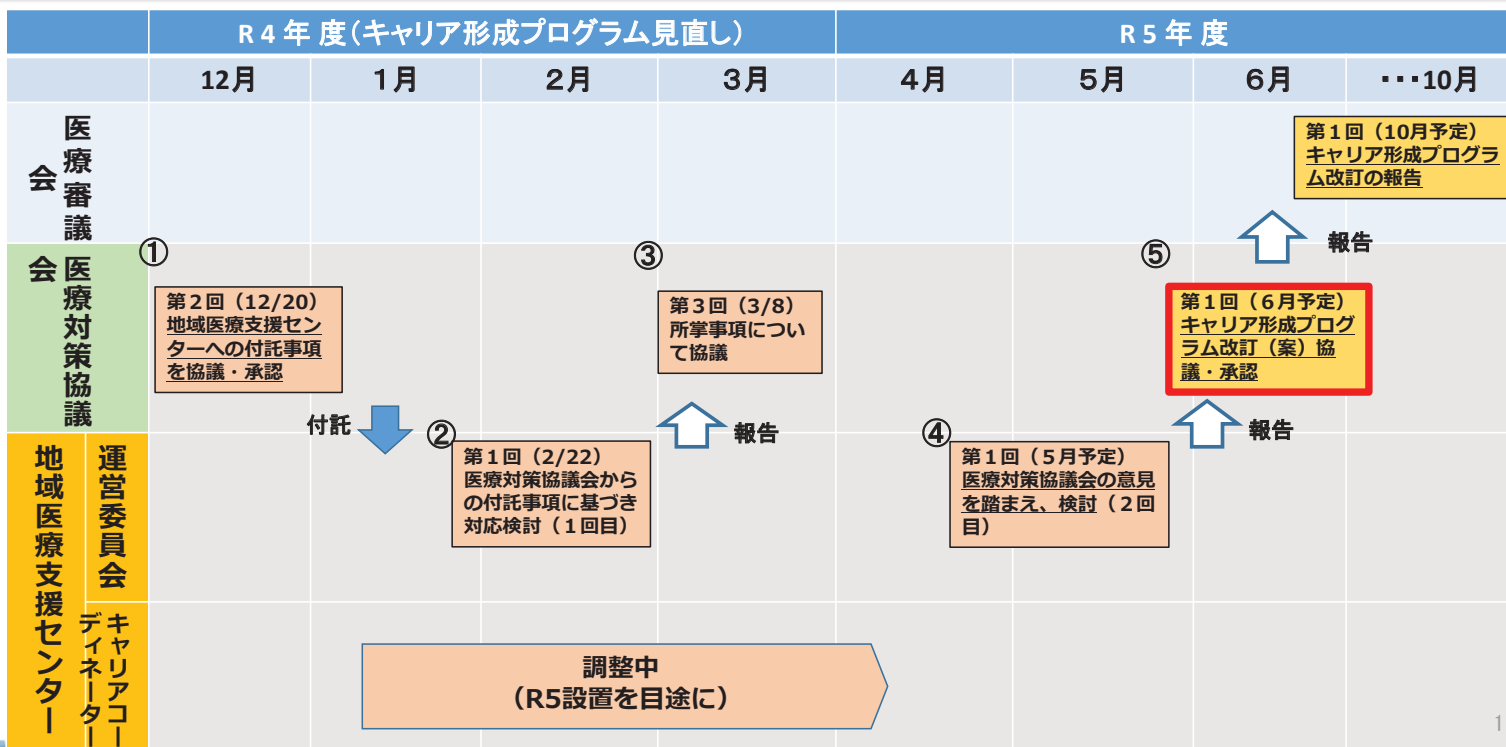
# 令和5年度 キャリア形成プログラムの見直しについて

2023/5/23

Kanagawa Prefectural Government

## キャリア形成プログラムの見直しに係る協議スケジュール(R5.3)

令和4年度第3回医療対策協議会 資料2-2



## 令和4年度の検討状況と委員からいただいたご意見

### 【第1回地域医療支援センター運営委員会（3/9）】

- 大学病院から当該地域に派遣できる関連病院がない場合にどうするのか、大学と調整する必要がある。

### 【第3回神奈川県医療対策協議会（3/22）】

- 地域ABC群に分け、地域に所在する病院としているが、地域A群（湘南東部、県央、県西）の中で、大学病院から派遣できる病院とできない病院に分かれる。病院の定員などを県で調査するなど、県として（A群の中でも）バランスよく地域に派遣してもらいたい。
- 地域ABC群は医師偏在指標で分けたとのことだが、小児科医師偏在指標、産科医師偏在指標での医療圏が医師偏在指標で示す二次医療圏と異なるため、地域の中でもきめ細かに検討いただきたい。働き方改革による集約化の話も考えられるので、その点も反映いただきたい。

## キャリア形成プログラムへの意見反映について

**新プログラム案について、現在の地域枠医学生・医師、県内4医科大学キャリアコーディネーターから、意見を伺いたい。**

- 医療対策協議会委員、地域医療支援センター運営委員会委員から、地域枠医師の配置方法についての意見が複数出ている。
- 地域枠医師から面談を希望する医師が多くおり、プログラムへの意見が必要。

**キャリア形成プログラムの策定期間を令和6年度（1年延長）とし、令和5年度は意見聴取を行い、より実効性の高いものとしたい。**

- 後期研修プログラムの連携施設等を基に、県内4医科大学（キャリアコーディネーター）等の意見を伺い、地域医療実践期間の配置を検討していきたい。

## 意見反映の方法について

### 【県内4医科大学キャリアコーディネーター】

- 令和5年度に、キャリア形成プログラムに係る意見交換会を実施する。
- 後期研修プログラムを考慮し、診療科ごとのキャリアパスの検討を行う。

### 【地域枠医学生・医師】

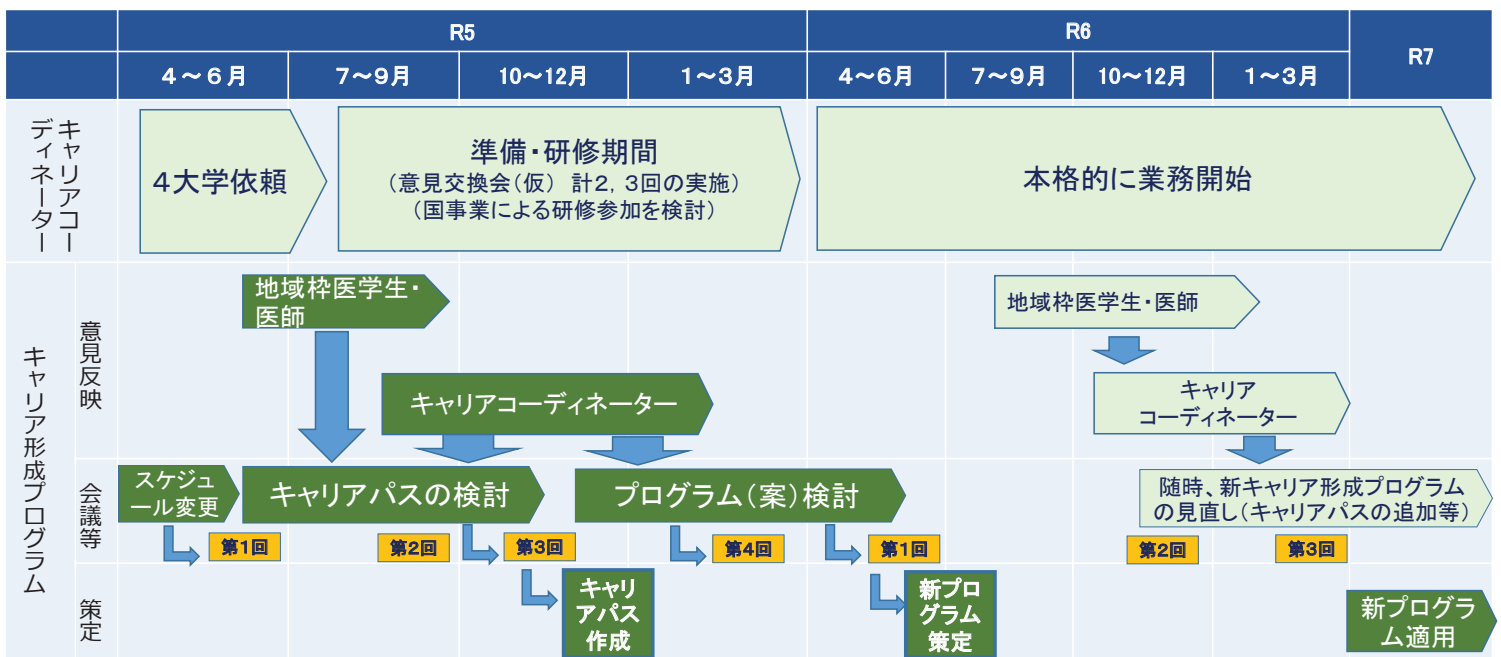
- 地域枠医師へのアンケート等を行い、意見聴取を行う。
- 必要に応じて、県キャリアコーディネーターと面談を行う。

(参考) R4キャリアコーディネーター面談実績

年度	人数	相談内容
令和4年度	5名	今後の勤務先の相談、診療科の変更など

## 令和5, 6年度のスケジュール (R5.5)

・医療対策協議会



# かながわ地域看護師 養成についてのご案内

～病院等施設管理者・看護管理者の皆さまへ～



地域全体で看護職の養成に取り組みませんか？

【問合せ先：神奈川県地域看護師養成事業検討会事務局】

◆神奈川県健康医療局保健医療部医療課人材確保グループ

電話：045-210-4759

メール：[chiho-kanjin@pref.kanagawa.lg.jp](mailto:chiho-kanjin@pref.kanagawa.lg.jp)

◆神奈川県看護師等養成実習病院連絡協議会

電話：045-242-7221

メール：[toiawase@k-ha.or.jp](mailto:toiawase@k-ha.or.jp)

# 新たな看護師確保・養成方法を提案します！

## かながわ地域看護師とは？

地域でジェネラリストとして活躍する看護師です！

例えば・・・

- 地域の人口構造などの特性と、医療・福祉関係の資源や課題を理解している
- 病院や介護老人保健施設等、地域の施設等で様々な健康レベルにある対象を全人的に捉え、生活機能の回復・維持を支援している
- 看護実践能力・調整能力を活かし、自施設以外の多職種とも連携を図っている

## 背景と目的

- 間もなく「2025年問題」と言われる少子高齢時代を迎えます。  
国は、地域医療構想による病床の機能分化・転換の整備や、医療と介護の連携による地域包括ケアシステムの体制整備を求めています。核となる、看護職員は、人材不足が指摘されています。  
厚生労働省の調査では2025年には約200万人の看護師が必要とされているのに対し、2020年で約170万人に留まり、更に神奈川県は、全国と比較しても大きく不足しています。  
この需給ギャップをどう埋めていくかが課題となります。  
また、医療施設の規模、地域により、財源やマンパワーに差があるため、自院のみで解決することは困難です。  
看護師の離職を、一つの病院の問題と捉えず、地域の問題として考え、取り組む必要があります。
- 今後、少子高齢化の進行による18歳人口の減少や看護人材の不足が見込まれる中で、超高齢社会で必要となる医療・福祉の提供のためには、看護師が地域で長期にわたり活躍できることが重要です。
- そのため、「かながわ地域看護師」の概念と必要性を関係者が認識し、地域の中で、養成機関や医療機関等が連携してその育成と普及に取り組むことにより、地域包括ケアシステムの推進に貢献し併せて地域における看護の質の向上をはかることを目的として実施します。

## 推進体制

- 神奈川県と神奈川県看護師等養成実習病院連絡協議会が協同で検討会を設置し、課題を整理しながら、かながわ地域看護師の確保・養成を推進します。



# 地域医療構想・地域包括ケア時代とは？

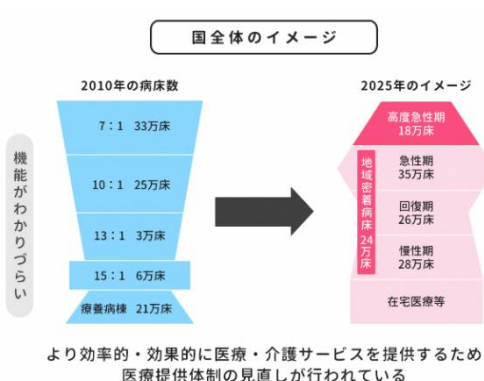
## 地域医療構想からみる看護師とは？

- 地域医療構想は、2025年を見据え、構想区域における病床の機能を「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」の4つに分け、地域の実情に応じた医療の提供体制を実現する取組です。

地域に応じた必要病床数と、具体的な医療ニーズとの整合性を考慮することが求められますが、神奈川県の場合、回復期や慢性期の病床や在宅医療の強化が必要であることは間違いが無いようです。

しかし、過剰とされる高度急性期・急性期病床を回復期に転換させる、慢性期病床を在宅医療へ、など国が示すビジョンで整備を行った場合、多くの急性期病院の看護師は、地域の実情に即した、再配置が求められ、増加する高齢者のニーズに相応しい総合的な技術や知識を求められることとなります。

こうした再整備を診療報酬改定への対応として行うだけでなく、地域の主体的な取組として行うことが事業の主眼です。



平成30年度（2018年度）病床機能報告の 結果について 厚生労働省

## 地域包括ケアシステムからみる看護師とは？

- 地域包括ケアシステムとは、退院した患者が住み慣れた地域で、安心した療養生活を継続できるように、医療と介護、双方の多職種が協働して、支える仕組みのことです。

その中心的役割を担うのが看護師です。急性期病院の連携先は、回復期病院や療養型施設、訪問看護ステーションなどが挙げられますが、患者の多くは在宅へと退院していきます。

看護師は、地域における患者情報の共有や、退院後の患者が、どのような生活を辿るのか、急性期から地域への流れを理解することが求められます。

多職種との協力も必須であり、生活支援の視点も含めたより総合的なスキルが必要となります。

円滑な地域包括ケアシステムの実現には、地域をよく知り、地域の医療・介護資源の課題を理解する総合的的力量を持った看護師の育成とその仕組みづくりを地域全体で行うことが重要となります。

## 看護職を取り巻く状況を知り、新たな一歩を…

### 看護職不足の原因とは？

- 中核病院（大病院・大学病院等）では…  
新人看護師の離職、中堅看護師の疲弊による離脱
- 中小病院では…新卒の希望人員が確保できない、など
- 介護施設では…人材の高齢化、配置数が少ない、非常勤が多い、など
- 訪問看護では…小規模事業所が多いため個々の負荷が大きい、など
- このほか、夜勤可能な看護師が不足しており、人材派遣会社に頼らざるを得ない状況や、ライフステージの変化による退職などがあります。



### これから起こりうる事態とは？

- 医療機関では、看護師不足による労働環境の悪化、医療の質の低下や、病床に余裕があっても、患者を受け入れられないといった事態もあります。  
また、中小病院や介護施設が脆弱化すると、大病院からの後方搬送が滞り、在院日数にも影響を及ぼします。

医療機関や介護施設等と連携する訪問看護においても、24時間対応や看取りの体制など、機能強化を望まれています。看護師の9割が女性で、子育てや、介護と切り離せません。看護職の訪問看護に占める人材の割合は、数%とわずかですが状況は更に加速する恐れがあります。

こうした医療サービスの縮小や低下が起きれば、患者はよりよい環境を求めて、転居を選択する場合も少なくありません。

### 実施の目的

ここまで看護職を取り巻く状況を説明してきました。  
それぞれの看護職の勤務状況においても、課題はさまざまです。  
そのため、目的は2つ挙げました。



- **地域医療構想と地域包括ケア時代に相応しい看護師の確保と養成を地域全体で取り組むこと**
- **看護職の離職、地域からの流出を防ぐこと**

財源やマンパワーといった資源には限りがあり、施設の規模、地域によっても大きな差があります。こうした現状を、個別に解決するのではなく、近隣施設の機能を知り、課題を共有し、連携して、地域医療構想・地域包括ケア時代を担う、看護師の育成を行います。

# 「かながわ地域看護師」の養成とその効果

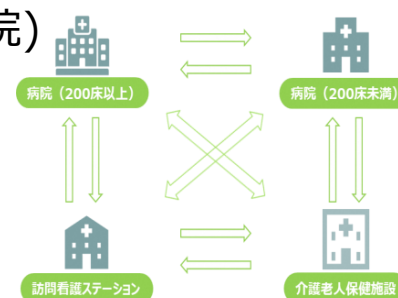
## かながわ地域看護師を養成するには？



- 交流会を開催・・・地域の医療資源を知るための研修会  
(2022年度 各地区で開催予定)
- 異なる施設間で人材交流を実施・・・近隣施設の機能を知り、相互理解を深める

### 人材交流【循環型】の例

- A病院(中小規模の病院)と B病院(中核(大規模)病院)
- A病院(中小規模の病院)と C病院(大学病院)
- A・B・C 病院 と D施設(介護老人保健施設など)
- A・B・C 病院 と F施設(訪問看護ステーションなど)
- 入職時から「地域看護師」を意識する採用ツールとして活用



### 人材交流【養成型】の例

- 学生が就職活動を行う際の選択肢として活用するもの。  
将来の見通しが難しく、どのような機能の病院(施設)に向いているのかを悩む学生に対し提案する。初年度は入職した病院で基礎研修を行い、2年目以降のタイミングで、近隣病院や在宅分野での研修へと勤務経験を重ね、その後、就職先を選択できる仕組みとする。

## 人材交流の効果

- **幅広い領域に対応可能な看護師の育成が期待できる。**  
入職を希望する学生や、新卒看護師に、こうした取組みを実施している、と紹介し、勤務に不安や迷いが生じた際、可能性を模索する機会を与えられます。また、他施設で得た知識・経験を活かし、施設間の連携に強い看護師の育成が期待できるとともに、自院の役割を再認識することが出来ます。
- **ライフステージに合わせた勤務が出来る。**  
地域の中で、どのような分野でなら働き続けることができるか等を、考える機会となり、キャリア支援や離職防止につながります。

# 人事交流【循環型】の取組み事例を紹介します

## 人事交流を行った病院同士の繋がりを紹介します

### ○B病院（中核病院）の人材をA病院（中小規模の病院）に出向した事例

B病院のYさんは、地域の状況を知るため、連携を図るため、A病院へ出向した。他院の実際を見て、入退院調整の大切さを知るとともに、自院の急性期病院としての役割を改めて認識することになった。

さらにその後、A病院で体制に不足の事態が生じた際、B病院に協力依頼が入った。その際、以前出向を経験したYさんが手を挙げ、A病院に向かった。

院内の状況など出向時に勉強していたため、即戦力として勤務することができ、A病院も困難を乗り越えることができた。

日頃の連携や、地道な人材交流の大切さを実感した参考事例です。



## 取組事例のご紹介

### 【事例①】 公益財団法人横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院

#### <顧問 窪倉 孝道 様>

高齢化の進行で、病床の機能分化と連携を進める地域医療構想と患者・利用者を地域で支える地域包括ケアの仕組みづくりが本格化しています。「時々入院、ほぼ在宅」を支えるには、急性期医療分野だけではなく、地域の回復期や慢性期の病棟、訪問看護や介護施設で活躍する「地域看護師」が不可欠です。私たちの育成プログラムが、これからの地域ニーズを担う「地域看護師」を育てるキャリア支援に役立てば幸いです。

#### <統括看護部長 奥山 洋子 様>

「地域看護師」は、「循環型」と「養成型」での育成を開始し、「養成型」の当院での受け入れは2022年度が初年度となります。高齢者の生活そのものを支えたいという看護師達が、意欲的にとりこんでいます。地域包括ケア時代を支える看護師のキャリア形成を地域全体で担えれば幸いです。

### 【事例②】 社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院

#### <看護部長 渡邊 輝子 様>

どのような機能の場でも活躍でき、地域に貢献できるジェネラリストナースになってもらうことを期待しています。自分の所属する施設とは違う施設基準（一般病棟、回復期リハビリテーション、地域包括ケア）での看護を経験し、実践の振り返りを通して継続看護の学びを深めることができます。病院同士の看護の連携力を鍛えて、地域における看護サービスの質を向上していきたいと思えます。

#### <「循環型」出向者の方の感想>

地域での病院同士の連携を知りたいと思い希望しました。汐田総合病院の一般病棟の看護師が積極的に退院支援にかかわっている姿勢をみて、入退院支援の重要性を知りました。また、患者さんの治療が困難かつ緊急性が高い状況の時には、高度急性期病院の済生会横浜市東部病院に転院調整されているのをみて、自分の所属する病院の役割を実感し、視野が広がりました。



# 「かながわ地域看護師」を育てませんか？

## 皆様へのメッセージ



**伊勢原協同病院**  
副院長兼看護部長  
神保 京美 様

少子高齢化が進み、地域完結型医療にシフトしている環境下において、様々な疾患を持つ患者に対応できるジェネラリストの育成が急務となっています。本事業への参画が、様々な診療科の看護や多様な価値観を学ぶ機会となり、地域で活躍できる人材育成の一助となればと考えています。

**三浦市立病院**  
総病院長  
小澤 幸弘 様

地域において、中核病院は医療の最後の砦です。看護師にも病を治すための専門的な能力が求められます。それに対して、地域に密着した中小病院は地域包括ケアシステムの要です。看護師は病を抱え地域に戻り生活する人の最も身近な支援者であり、そこに地域看護師がいることが求められていると考えます。

**座間総合病院**  
副院長・看護部長  
竹村 華織 様

地域医療構想がより具体化する中で、地域の看護ニーズが変化しています。急性期看護の実践力に加え、地域との連携を見据えた看護を展開できるジェネラル力を備えた看護師が鍵を握ります。ひとつの病院で看護師を育成することから複数病院で育てるあらたな看護師のキャリア支援の在り方。看護管理者として患者と家族が暮らす地域の安心を守るために、この事業についてぜひ関心をお持ちいただき一緒に取り組みませんか。



**横須賀共済病院**  
副院長兼看護部長  
小池 美智子 様

少子高齢化・生産年齢人口減少の中で、ジェネラリストとして、多様な場面で活躍できる看護師が求められています。看護師等養成機関の皆様にご理解いただき、看護学生が「かながわ地域看護師」に関心を持ち、未来に向けた看護を考えられるよう、協働できれば幸いです。

**しょうじゅの里小野**  
医務室 看護師長  
小田 明美 様

地域包括ケア時代を迎えた今、自らの願いに添い生き抜く高齢者たちが、住み慣れた街で馴染みの方々に囲まれ暮らすことができる。中核病院や中小病院がその機能・役割を果たすには、介護施設で働く看護師が確かな知識と技術をもって身ひとつで高齢者の暮らしに寄り添い、看護本来のケア力を発揮することが求められます。ベテラン看護師と若手看護師が協働して働きたいと願っています。

**神奈川県看護師等養成機関  
連絡協議会**  
会長 榎 恵子 様

看護系学校で学ぶ皆様は、地域包括ケアの重要性について、ひしひしと感じておられることでしょうか。今後、病院、地域の連携の中で将来の看護師像を作り上げていく必要があります。その先導を担っていく新人看護師を期待するところです。将来の看護を作るのは皆さん自身です。

## 地域で開催される交流会に参加しませんか？

### ★主な特徴★

- 地域医療構想・地域包括ケアシステムの中で活躍できる看護師を養成します！
- 単施設のみではなく、複数施設でキャリアを支援します！
- 継続看護の視点が拡がり、自施設及び地域で更に活躍できる看護師の養成につながります！



### 実施のスケジュール及び取組（計画）

取組の普及啓発・事例紹介等

かながわ地域看護師養成ガイド(仮称)作成の検討

取組の普及・深化のための交流会開催

成果の検証及び県の事業化に向けた検討

詳細は、交流会・研修会で説明！  
リーフレットに掲載の窓口にお気軽にお問い合わせください。

	2023年1月～
神奈川県	○関係団体へ説明・周知及び協力依頼 ○県主催の関係会議等での周知
地域看護師養成事業検討会	かながわ地域看護師養成ガイド(仮称)の作成・普及啓発活動
実習病院連絡協議会	研修・交流会開催