令和8年度 診療報酬改定率決まる

診療報酬3・09％の引き上げ

昨年の12月24日、政府は令和8年度予算編成の過程で「令和8年度診療報酬改定」における改定率を3・09％引き上げることを決めた。併せて薬価等を0・87％引き下げることから、全体では2・22％のプラス改定となる。今後、社保審の「医療保険部会・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」と「改定率」に沿って具体的内容を検討するよう、厚労大臣が中医協に諮問する。「改定率」の概要は以下のとおり。

診療報酬改定について

1. 診療報酬 ＋3・09％

令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度＋2・41％[国費2348億円程度（令和8年度予算額。以下同じ）]、令和9年度＋3・77％。

（注）令和8年6月施行。

※1　うち、賃上げ分＋1・70％（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度＋1・23％、令和9年度＋2・18％）。

医療現場での生産性向上の取組と併せ、令和8年度及び令和9年度において、それぞれ＋3・2％分のベースアップ実現を支援するための措置（看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ5・7％）を講じ、施設類型ごとの職員の規模や構成に応じた配分となるよう措置する。

賃上げ分＋1・70％のうち＋0・28％については、医療機関等の賃上げ余力が足元で乏しくなっている中で、今回の改定から、令和6年度診療報酬改定においてベースアップ評価料の対象とされた職種に加えて、入院基本料等で措置することとされた職種の賃上げについても、後述する賃上げの実効性確保の取組と併せて賃上げ分として措置することとすることも踏まえ、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い医療関係職種での賃上げを確実にすべく、賃上げ対応拡充時の特例的な対応として措置することとし、今後の関係調査等において実績等を検証し、所要の対応を図る。

※2　うち、物価対応分＋0・76％（令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度＋0・55％、令和9年度＋0・97％）。

特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、＋0・62％（令和8年度＋0・41％、令和9年度＋0・82％）を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応することとし、それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき、以下の配分とする。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

病院　＋0・49％
医科診療所＋0・10％
歯科診療所＋0・02％
保険薬局　＋0・01％
（中略）

※3　うち、食費・光熱水費分＋0・09％

入院時の食費基準額の引上げ（40円／食）（患者負担については、原則40円／食、低所得者については所得区分等に応じて20円～30円／食）及び光熱水費基準額の引上げ（60円／日）（患者負担については、原則60円／日、指定難病患者等については据え置き）の措置を講じることとする。

※4　うち、令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分＋0・44％

配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。

病院　＋0・40％
医科診療所＋0・02％
歯科診療所＋0・01％
保険薬局　＋0・01％

※5　うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化▲0・15％

※6　うち、※1～5を除く改定分＋0・25％

各科改定率
医科＋0・28％
歯科＋0・31％
調剤＋0・08％

2. 薬価等

薬価▲0・86％（国費▲1052億円程度）
材料価格▲0・01％（国費▲11億円程度）
合計▲0・87％（国費▲1063億円程度）

（注）令和8年4月施行。ただし、材料価格は令和8年6月施行。

3. 診療報酬制度関連事項（略）

4. 薬価制度関連事項（略）

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

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）

年頭所感



一般社団法人　全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

2026年、令和8年、丙午（ひのえうま）、新年おめでとうございます。

丙午は、ご存じの様に天災を始めとして多くの難事が起こると言い伝えられ、つい最近まで、この年に生まれた女の子はお嫁にも行きにくい時代でありました。

昨年は、地震・山火事・水害・竜巻・干ばつなどの天災、熊などの害獣も市中に出没し、1年の世相を表す漢字は「熊」になりました。

人災としては、アサヒビールとアスクルがランサムウェアのサイバー攻撃をうけ、いまだに全面復旧していません。サイバーと熊とは、新旧際立つ災難です。

さて、我々医療界、特に病院界は、調査によれば約6～8割の病院が赤字と、もう事業体としての体をなさない状況です。

低医療費政策には、必死に過重労働や持ち出しで、さらには療養系の少しの利益でどうにかやってきていましたが、賃金・食材・機材・物品のすべてがインフレで高騰、期限切れの機器を使ったり、廊下や壁のひび割れの改修も後回しになっています。

診療報酬の大幅アップ、就中（なかんずく）入院基本料の2桁アップくらいなければ、次の改定の令和10年まで存続できない病院がたくさん出てくるのではないでしょうか。

◆　◆

閑話休題、女性初の首相が誕生しました。高市早苗さんとは浅からぬ縁があり、御好誼を受けておりました。何と言っても歴代最長の総務大臣として、管轄の自治体病院をご指導、ご支援して頂きました。

小生が外科医の第一歩を踏み出した奈良県の大和高田市立病院は、当時中選挙区で地方自治の神様と称えられていた奥野誠亮先生の地盤でした。

奥野先生の後援会のテニス杯に出場し、当時の副院長（外科部長）とご自宅にお伺いしたことを思い出します。

ご子息の奥野信亮先生にも、後に自治体病院議員連盟の幹事長として大変お世話になりました。

高市先生は、その奥野誠亮先生の薫陶を受けたと安倍首相が実行委員長を務めたホテルニューオータニでの偲ぶ会での弔辞の中でおっしゃっていました。

櫃原市での奈良県主催の偲ぶ会でも「奈良県立畝傍高等学校の先輩としてずっとその後をご追って来た」とも。

高市先生とグッと親密になったのは、ご家族が緊急入院して以来です。奈良県の病院に緊急入院されたそうですが、「スタッフステーションから最も遠くの部屋しかなく、心電図などがうまく作動せず、何回も廊下を走って知らせに行ったんです。大変でした。病院の電波状況を改善しないといけませんね」と。

その後、高市総務大臣が「医療機関における電波利用推進委員会」を設置され、日本病院会から大道道大先生、全国自治体病院協議会から小生が委員となりました。普通、大臣は開会の挨拶だけで退席されるのが常ですが、閉会まで2時間余り、ずっと参加されていました。その時の高市先生の姿勢から、今回の流行語大賞「働いて…」の礎が垣間見えました。

ご両親の介護やご主人の介護、総務大臣としての地域医療の大切さなど、医療・介護の重要性を知り尽くした高市首相には、あの時のように、現在の病院の困窮打開の逆転策を講じてくださるよう、心から期待しております。

最後に、本連盟と会員病院の皆様に、良い1年でありますように!!

謹賀新年
株式会社
公私病連共済会
代表取締役　邉見公雄

謹賀新年
一般社団法人
全国公私病院連盟
会長　邉見公雄

いろは鉛筆

昨秋に〝てっぺんの向こうにあなたがいる〟という映画が封切られた。1975年、女性登山隊で世界初の女性エベレスト登頂を果たした田部井淳子さんの話である。吉永小百合が彼女を演じたことに些か違和感があったが、サユリストの観客が多かったのではないか▼どうも夫婦愛がメインテーマのようで、山登りの映像は薄かった。原著に当ると彼女の凄さが伝わってくる。若い頃から男性ばかりの山岳会で毎週のように谷川岳などの岩稜登りに出かけている。小柄な女性が断崖絶壁を次々と登ったことに感嘆する。山にいることがとても楽しいという述懐がある。それが、家庭を持ち、子を設け、仕事勤めをしながらも余暇をほとんど山につぎ込めた理由か▼山登りは共同作業である。副隊長を務めた2回のネパール遠征では彼女のみが登頂者となり、登頂プランにつき隊員との軋轢があった。リーダーシップには苦労したようだが、彼女の奮闘なくして成功しなかった。高峰には、技術、体力も必要だが、何よりも登りたいという強い意思が大切だと。その後も7大陸の最高峰を極めている。数多のスーパークライマーが遭難死する中、生還し続けられたのは天佑でもあろうか。（S・S）

病院経営危機を乗り越える

公益社団法人
全国自治体病院協議会
会長　望月　泉



新年明けましておめでとうございます。令和８年を迎え、皆様の今年一年のご健康、ご多幸を祈念申し上げ、年頭のご挨拶を申し上げます。

このたびのインフレ、物価高騰で、電気・ガス等エネルギー価格、人件費の賃上げ、食材料費、償還されない医療材料費の高騰等今までのデフレ時では想定できない甚大な影響を及ぼしています。「診療報酬の大幅なプラス改定や、補助金・交付金を含めた必要な財政措置を講じるとともに。地方交付税措置については、普通交付税の病床割単価を引き上げる等大幅な見直しを行うこと」を要望してきました。

2025年度補正予算では、医療・介護に1兆3000億円が計上され、主な内訳は賃上げ・物価上昇に対する支援534１億円、病床数の適正化に対する支援が3490億円です。今まで足りなかった分の一部に補助金はつきましたが、本年６月予定されている診療報酬改定では2年間分で10%の増加が必要となります。引き続き要望活動は行っていきましょう。

本来消費税は最終消費者が負担し事業者が納める税金です。社会保障にかかる消費税は非課税とされ、医療機関が負担した消費税は診療報酬に上乗せされているとの説明ですが、不合理、不透明な制度となっています。また、最近の物価高騰で医療機関が支払う消費税は顕著に増加しています。物価高騰による消費税負担が大きく増加し、医業収益が増加しているにもかかわらず、費用がそれ以上に増加しているため、診療報酬での対応が限界であれば、課税措置への転換、ゼロ税率による還付等、抜本的に税制を改正することを要望してきました。

また地方ではあらゆる職種において人の雇用が難しく、とくにライセンスのある職種の雇用が困難を極めています。現状の診療報酬体系は医師をはじめ多職種の人を増やせば高得点になる仕組みですが、このやり方は少子化が続くわが国ではとくに地方では限界となってきているのではないでしょうか。

『人員配置ありき』のストラクチャー評価中心の診療報酬体系からアウトカム、プロセス評価の仕組みを導入する必要があります。日本の医療提供体制を大きく左右する診療報酬のあり方を国民全体を巻き込みながら考えなければいけません。全国の医療関係者が直接、国民・患者さんに医療機関の危機的状況を訴えていくことが必要です。

マスコミ対応、SNSなどのネット媒体を活用したアピールも積極的に進めたいです。医療制度は政治で決まりますので、国会議員、議員連盟の皆様へのアピールと厚生労働省、総務省への要望活動は引き続き強力に行います。

医療は平時の安全保障ですので、崩壊しないようにしっかりとした財政支援が必要と思います。

（八幡平市病院事業管理者 兼 八幡平市立病院統括院長）

「新たな地域医療構想」の始動と2040年を見据えた変革の年

全国済生会病院長会
会長　三角　隆彦



謹んで新春のお慶びを申し上げます。会員病院の皆様におかれましては、清々しい新春をお迎えのことと心よりお慶び申し上げます。また、平素より全国公私病院連盟の活動に多大なるご尽力を賜り、深く敬意を表します。

さて、我が国の医療提供体制は、いよいよ2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の実践フェーズへと突入いたしました。これまでの構想が病床機能の分化・連携に主眼を置いていたとすれば、これから私たちが直面するのは、急速な人口減少と高齢者人口のピークアウト、そして生産年齢人口の激減という、より複合的で困難な課題です。

この「新たな地域医療構想」のもと、我々会員病院が果たすべき使命は極めて明確です。それは、地域ごとの実情に即した医療提供体制の再構築を、強いリーダーシップを持って牽引することです。地域に密着した医療や介護との連携を担う中で、高度急性期・救急医療等の維持に加え、へき地医療や新興感染症対応といった「地域に不可欠な機能」を死守し、持続可能な形で次世代へ繋ぐことこそが、我々の存在意義であり、責務でもあります。

この責務を全うする上で、本年6月に実施される診療報酬改定には、並々ならぬ期待を寄せています。昨今の物価高騰や光熱費の上昇、そして医療従事者の賃上げ確保は、病院経営を根底から揺るがしかねない喫緊の課題です。我々が担う政策医療に対する「真に実効性のある評価」がなされることを強く望みます。地域医療の基盤を守るための原資が確保されてこそ、「新たな地域医療構想」も画餅に帰すことなく推進できると確信しております。

もちろん、我々もただ診療報酬改定を待つだけではありません。医療DX推進による業務効率化や、強靭な経営体質への変革を続けねばなりません。本連盟の要である「公と私の連携」を深化させ、互いの強みを活かしながら地域全体を支えるネットワークを構築する。それが2040年に向けた唯一の解であります。

私自身、公的医療を担う者としての矜持を胸に、この変革の年を会員病院の皆様と共に力強く歩んでまいる所存です。

結びに、皆様の病院の益々のご発展と、職員皆様のご健勝を祈念いたしまして、年頭の挨拶とさせていただきます。

（神奈川県済生会横浜市東部病院・院長）

規制緩和

日本私立病院協会
会長　中村　哲也



謹んで新年のご挨拶を申し上げます。

診療報酬改定も大詰めを迎え、諮問そして答申を待つこととなりますが、これまで示されてきた改定内容を見ると、人員配置基準の緩和や救急外来の新設点数項目などが議論されていますので期待するところです。

しかし、各々の診療報酬改定内容を見ても上昇し続ける人件費や物価、エネルギー価格及び社会環境は病院経営を圧迫し非常に厳しい状況に直面しています。医療分野は法律、省令、施設基準、報酬制度など、多くの規制に縛られた経営を強いられています。特に診療報酬が公定価格であるためコスト増加分を価格に転嫁できないことが要因であることから、コストを抑制し、収入増を図り健全経営に実行するためには踏み込んだ「規制緩和」を提案したいと思います。

コスト抑制対策は、次期改定で議論されていますが、より踏み込んだ人員配置基準の規制緩和です。診療報酬には、常勤配置や専従・専任など従事者要件は数限りなくあります。安心・安全で質の高い医療を提供するためと理解できますが、配置コストに併せ採用コストまでもが膨れ上がっているのが現状です。一方で医療の質を落とすことは出来ませんので、人員配置要件を緩和したうえで、より一層アウトカムを評価することを提案します。

一つ目は。救急外来応需体制です。次期改定で議論されていますが、24時間・365日応需するために医師、看護師を含め検査等従業員に加え、診断機器の維持・保守等の費用が多大にかかります。点数項目が新設され増収してもコスト総額と差額が生じる場合に差額分を自費徴収できるよう求めます。

次に、施設利用として、保険外併用療養費の特別な療養環境とは異なり、諸物価高騰によるコスト増加分を、施設を利用する対価として自由に設定した金額を徴収可能とすること。

また、給食については希望により通常より食事内容をグレードアップすることを可能とし追加料金を自費徴収することなどを提案します。

私たち医療業界も様々な視点で健全経営できるよう今日の社会情勢を鑑みた規制緩和が必要であると考えます。

（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長）

地域医療構想を考える

日本赤十字社病院長連盟
会長　中房　祐司



新年明けましておめでとうございます。本年も宜しくお願い申し上げます。

さて、我が国では団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年を見据えて地域医療構想を進めてきました。地域ごとに必要病床数を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分で推計し、医療機関からの病床機能報告に基づいて調整会議で協議してきました。ただ、多くの地域で病床数の調整にとどまり、これからの医療体制を考える議論には至りませんでした。

今後、さらに少子高齢化が進み、医療従事者も減少すると予測され、2040年に向けての新たな地域医療構想の策定が進められています。新しい構想の基本理念は、人口減少と85歳以上の超高齢者の増加を踏まえ、すべての世代が地域の中で適切な医療や介護を受け、日常生活に戻ることができる体制を整えることとしています。入院医療だけでなく、外来・在宅・介護との連携や医療人材の確保にも言及しており、方向性としては適切だと考えます。

新構想では医療機関の機能を明確にし、高齢者救急・地域急性期、在宅医療等連携、急性期拠点、専門等のどれかを決めることになります。人口規模によって大都市（100万人以上）、地方都市（50万人程度）、人口の少ない地域（30万人以下）に分けて、それぞれの機能の病院数や具体的な役割を指定しています。

病床機能では、これまでの回復期を包括期と変更し、高齢者等の急性期患者について治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供すると説明しています。これは医療機関機能としての高齢者救急・地域急性期の説明とほぼ同じであり、この病院の主たる病床は包括期とする方針と思われます。

大都市の高齢者救急・地域急性期機能の病院は頻度の多い一部の手術に対応し、地方都市や人口の少ない地域では急性期拠点機能の病院へ搬送とされています。手術等は集約化が進むと思われますが、地域の状況によって柔軟に対応できるよう緩やかなものとすべきだと考えます。

それぞれの地域で、人口構成やその変化のスピード、地理的環境等が異なります。地域医療構想調整会議では病床数の調整のみでなく、自治体も含めて今後の医療提供体制を維持するための真剣な議論が行われることを願います。

（福岡赤十字病院・院長）

令和8年 元旦新春

医療技術の進歩と制度の持続性を両立する公立病院の使命

全国公立病院連盟
会長　辻井正彦



新年を迎え、地域医療を取り巻く危機は一段と深刻さを増しています。物価高騰に診療報酬改定が追いつかず、消費税問題は未解決のまま、病院経営は確実に疲弊しています。加えて、人材不足と高齢化の進行は制度全体の構造的な課題であり、従来の延長線上では医療提供体制を維持することが難しくなっています。全国公立病院連盟および全国公私病院連盟として、厚生労働省に対しては診療報酬の大胆な引き上げ、総務省に対しては地域の実情に応じた財政支援を要請してきましたが、現状は依然として厳しさを増しています。

日本経済は2022年頃から長期停滞を脱し、賃上げや投資の拡大によって回復基調が続いています。しかし、インフレ定着に伴い金融政策は正常化へと向かい、国債金利の上昇が進んでいます。金利上昇は国の利払い費を押し上げ、医療・介護の公共財政にも深い影響を及ぼします。この状況下で診療報酬の引き上げは喫緊の課題ですが、期待を一点集中させるだけでは制度を支えきれず、国民負担の更なる増加にも限界が見えています。医療技術の進歩がもたらす肯定的な医療費増と、急速な高齢化による財政悪化が同時に進行する現在、社会保障制度の根本的な再設計が不可避となっています。

現場では軽症高齢者の救急が増加する一方、本来急性期病院が担うべき重症・高度急性期症例は減少し、医療資源の最適配置が困難になっています。限られた財源で医療の質を確保するためには、救急・急性期・回復期・慢性期・在宅を貫く「機能分化と地域ネットワーク化」の徹底が欠かせません。公立病院自らも、軽症救急には連携搬送を積極的に活用し、真に必要な医療に集中する「筋肉質化」を急ぐ必要があります。

一方で、制度面でも抜本的な再構築が必要です。

①あらたな地域医療構想の推進

②医療従事者を国家基盤として位置づけ、地域勤務を正当に評価する処遇改革

③人件費増に耐えられる医療DX投資への国家的な集中支援

これらは医療現場の自助努力を前提としたうえで、国が速やかに整備すべき政策です。さらに、社会保険料や高額療養費の所得区分を「物価・賃金への自動連動方式」に転換し、国民負担と制度給付の透明性を高める改革も検討すべきだと考えます。

本年も、公立病院が地域の医療安全保障を担う医療機関として揺るぎない役割を果たせるよう、関係省庁との政策対話を重ね、持続可能な医療制度の確立に向け全力で取り組んでまいります。

（地方独立行政法人市立東大阪医療センター・理事長）

地域と共に歩む 持続可能な医療の実現をめざして

全国厚生農業協同組合連合会
代表理事会長
長谷川　浩敏



令和8年の新春を迎え、謹んでお慶び申し上げます。日頃よりJA厚生事業の推進に格別のご理解とご協力を賜り、心より御礼申し上げます。

昨年の国内経済は、賃上げの広がりや投資拡大により緩やかな回復基調を示した一方、物価高や人口減少が続き、地方経済の再生と医療・介護分野の持続可能性が重要課題として浮き彫りとなりました。

農業情勢では、物価高と農業生産資材価格の高止まりが続き、農家の収益を直撃しました。また、担い手の高齢化と労働力不足も深刻さを増し、加えて気候変動に伴う高温や異常気象への対応も求められ、食料安全保障に向けて、持続可能な農業の確立の重要性が一層高まった一年でした。

保健・医療・介護分野においても、物価高が資材や医療機器、食材、光熱費の上昇を招き、病院・施設の経営を圧迫しています。一方、高齢化の進展により、地域で支え合う体制の構築が強く求められています。医師の働き方改革の進展により、労働時間管理や業務の適正化も重要なテーマとなり、質を維持しながら効率化を進める努力が求められています。

こうした中、適切な診療報酬や処遇改善、ICT活用を含む効率化の推進に向けた財政的支援は不可欠であり、改革の効果を定着させるためには継続した取り組みが必要です。

保健・医療・介護は、地域住民の安心を守る基盤であり、JAグループが掲げる「豊かでくらしやすい地域共生社会の実現」と深く通じるものです。厚生連の病院・施設は、地域に根ざした総合的な支え手として、暮らしと命を守る役割を担っています。

本年もJA厚生連は、組合員および地域住民が日々健やかに生活できるように、地域の保健・医療・介護の確保と質の向上に全力で取り組んでまいります。

結びに、皆様のご健勝とご発展を心より祈念申し上げ、新年のご挨拶といたします。

全国公私病院連盟加盟8団体

- 全国自治体病院協議会
- 全国公立病院連盟
- 全国厚生農業協同組合連合会
- 日本赤十字社病院長連盟
- 全国済生会病院長会
- 岡山県病院協会
- 日本私立病院協会
- 日本公的病院精神科協会

総合病院精神科病床を守ろう

一般社団法人
日本公的病院精神科協会
会長　北村　立



謹んで、令和8年、新年のご挨拶を申し上げます。午年（うまどし）は、エネルギーと行動力が高まる年であり、挑戦や成長の機会が期待される年だと言われます。物価高騰、人件費激増、患者減少など病院を取り巻く環境が厳しいのは一般病院も精神科病院も同じです。公私病院連盟一丸となって、この難局を乗り越えましょう。

精神科医療においては、昨年より「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」が開催されており、私も構成員として参加しています。入院外医療に関してはかかりつけ医機能だけでなく、初診待機の問題やオンライン診療のあり方などが検討されました。精神科クリニックの初診待機時間が長いのは病院受診で代替可能ですが、児童思春期の患者さんには対策が必要です。診察に時間がかかるうえ、専門医が少ないこともあり、当院の待機時間も1カ月を超えました。

各地域で児童思春期精神科医の養成は急務だと思います。また、精神症状のため外出しにくい人、離島やへき地に住む人にとってオンライン診療は有力な手段ですが、一方でモラルに欠けると言わざるを得ない医療者、利用者がいることも事実です。「スマホでかんたん！診断書がもらえる」メンタルクリニックの宣伝などを見ると、なんだか嫌な気分になります。

入院医療に関して、精神疾患の軽症化や長期入院患者の高齢化から、精神病床は削減せずとも減少するのは必至です。精神障害者の地域生活を支えるための拠点となる医療機関が必要であり、小回りの利く小規模な精神科病院や多機能クリニックが主力になる気がします。他方、総合病院の精神病床の問題は深刻です。医師確保や診療報酬上の問題などにより総合病院精神病床は20年で20%は減少しています。総合病院に精神医療が必要なのは皆一致した考えであり、今年の診療報酬改定ではリエゾン加算に手が加わるのかもしれません。究極的には一般救急と精神科救急の連携、いや、一体化を目指していくのが正しい方向ではないかと考えています。精神科医療は突き詰めると救急医療に含まれます。精神科の救急急性期医療は医政局主管とし、精神障害者の地域移行や地域生活支援は福祉と医療の融合を目指して社会援護局に残すのが妥当ではないでしょうか。

（石川県立こころの病院・院長）

雑駁な話ですみません

一般社団法人
岡山県病院協会
会長　重井文博



執筆に当り、丁度「流行語大賞2025」が決まったところでした。で、「流行語大賞／病院版を記事にする。SOCOOL!」と考えたのですが。まずホヤホヤの大賞の記事を読んでと思ったのがいけませんでした。そして「医療業界の流行語大賞」は次の機会となりました。

当年話題になった言葉に贈られる「流行語大賞」。初の女性首相となった高市早苗氏による「働いて働いて働いて働いてまいります」。誰が略したか、「働いて×5」が年間大賞に選ばれた。

「高市首相が10月、自民党総裁に選出された直後に全議員に向けて演説した際のフレーズ。全世代総力結集、全員参加で、頑張らなきゃ立て直せない。全員に馬車馬のように働いていただきます」と呼びかけた上で、「私自身も、ワーク・ライフ・バランスという言葉を捨てます。働いて、働いて、働いて、働いて、働いて、まいります」と鬼気迫るような表情で述べた。（日刊スポーツ）とある。

覚悟を示す初の女性総裁の言葉であるが、「働き方改革」や「ワーク・ライフ・バランス」に逆行する発言とも捉えられ、賛否が起こったそうな。

ですが、私もですが、共感した昭和世代も実は多かったのではないでしょうか。「仕事って、そういうものだったよな」と。

高市首相、さすが若かりし頃（いや今もお若い）はハイヒールの武闘派とのこと。近頃とんと聞かなくなった気合の入った物言いに、働き方改革推進に取り組む経済界は度肝を抜かれたとある。はて、「働き方改革」や「ワーク・ライフ・バランス」と言う語句が耳慣れて久しい我が医療界ではどうだったか。思い出しました。こんなの「働き方改革じゃなくて、働かない改革」じゃないかと、どなたか記事に書かれていた。思わず膝を叩いた自分を思い出しました。

初の女性総理、働いて働いて働いて今があるのは確かでしょう。経済・外交、社会保障と課題は山積みであり、油断は許されない情勢の中、高市流「新ワーク・ライフ・バランス」で旋風を起こすことを期待します。

働きたい人は働きたいだけ働ける様にならないか。働く理由は人それぞれ。例えば、稼ぐ必要のある人は、稼ぎたいだけ稼げるというのはいけないことか。一方で、人は隣に居るのに、人手が足りないってどういうこと。残業はいけないという風潮の中で、労使ウィンウィンとなる社内（グループ内・同業内・地域内）副業のシステムを模索したいと思います。

（社会医療法人創和会しげい病院・理事長）

令和7年度「国民の健康会議」のテーマ

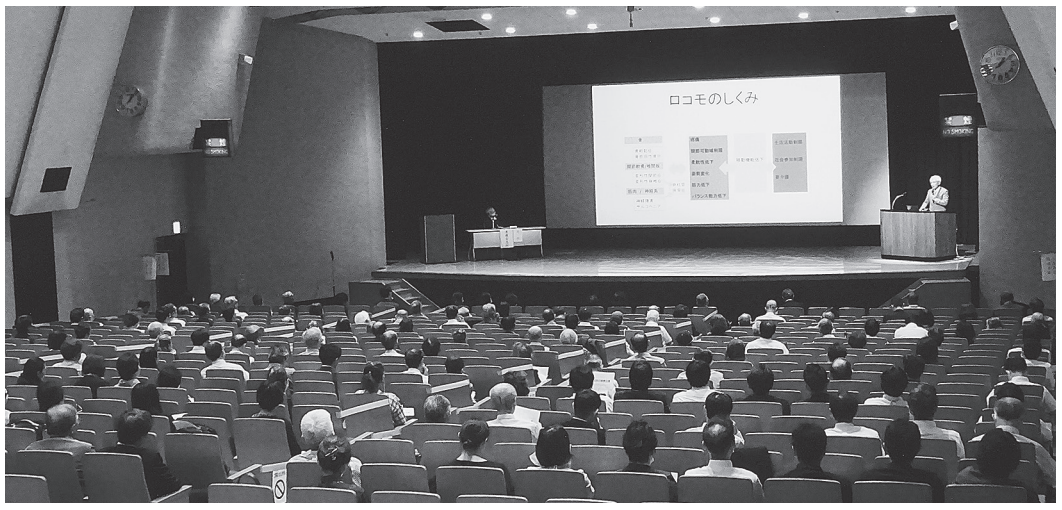
「人生100年を生き抜こう!!」

10月2日（木）、日本教育会館で開催

健康会議」開く

全国公私病院連盟は10月2日（木）に日本教育会館「一ツ橋ホール」で「国民の健康会議」を開催しました。第1部は、渡邉古志郎先生（横浜市立市民病院・名誉院長）の司会で、①大江隆史先生（NTT東日本関東病院・院長）、②深田拓司先生（一般社団法人大阪府歯科医師会・会長）、③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巴ひかる先生（社会医療法人石心会さやま総合クリニック／埼玉石心会病院　泌尿器科）にお話を伺いました。第2部は、中嶋昭先生（日産厚生会玉川病院・名誉院長）の司会で、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。今月号では当日の模様を事務局で取りまとめたものを掲載します。

（文責事務局）





【長く動け、フレイルにならないための ロコモティブシンドローム対策】

大江隆史 氏

NTT東日本関東病院・院長

【渡邉】　はじめにNTT東日本関東病院の大江隆史先生にご講演いただきます。大江先生は昭和60年に東大医学部を卒業された整形外科の専門家で、「ロコモチャレンジ推進協議会」の委員長もされています。よろしくお願いします。

【大江】　ご紹介いただきました大江です。早速ですが、高齢になると足腰が衰えるんですが、それはどういうことかと日本整形外科学会が中心となって研究してきました。

【以下、スライドを使用】

ロコモティブシンドロームとは、運動器の障害によって立ったり歩いたりする移動機能が低下した状態で、進行すると要介護になる危険の高いものと定義しました。人間の運動をロコモーションといいますが、そのロコモーションに支障を来した状態をロコモティブシンドロームと言います。

さて、脳を除いた体を動かすための仕組み全体を運動器と言います。脳から出ている脊髄が脊椎の中を通って枝分かれをして末梢神経になり、末梢神経が筋肉にたどり着いて筋肉を収縮させます。筋肉は腱などを介して骨と骨を結んでいて、筋肉が短くなると骨と骨の間の関節で動く。この全体を運動器と言います。

運動器全体が正常に機能しないと、手が曲がらない、足が伸びないという障害が出て、立ったり歩いたりする機能が阻害されると言います。高齢になると、様々な疾患、筋力の低下、バランス能力の低下という機能障害を通じて連鎖をする。それが悪くなり、疾患が複合して1＋1が3になったりするように移動機能が低下するのが高齢者の運動器障害の特徴です。

次にロコモの概念です。「骨」「関節軟骨／椎間板」「筋肉／神経系」があって、骨には骨が弱くなる骨粗鬆症、それによって骨脆弱性骨折が起こります。関節軟骨と椎間板に変形性の変化が起こり、筋肉にはサルコペニアが起こります。背骨が悪くなって神経障害が出たものは脊柱管狭窄症と言います。

こういう運動器の疾患が疼痛・関節可動域制限・柔軟性低下・姿勢変化・筋力低下・バランス能力低下などを起こし、悪化すると移動機能が低下して、最後は生活活動制限・社会参加制限・介護を要する状態になる。この一連の仕組みがロコモという訳です。

ロコモは有病率が高く、骨粗鬆症、変形性膝関節症、変形性股関節症、変形性腰椎症、神経障害を来たす脊柱管狭窄症、サルコペニア、こういう病気に加え、高血圧や糖尿病を抱えている人が多い、二つ以上の運動器の病気を持つ人も多いです。

骨と膝と腰の3つの病気を持つ女性は70歳ぐらいで3割、80歳になると4割に。それが重なると一つの病気の対策をしてもうまくいかない。高齢になるに従って歩く能力、移動の機能を考えなきゃいけないんです。

骨粗鬆症になると、骨の強度が低下した状態にあります。物質には強度試験があって、押してみて折れたところが強度ですが、骨粗鬆症だからといって折ってみる訳にはいかないので、骨粗鬆症の診断は骨密度の検査をしないとわかりません。

しかし、わかる場合があって、ただ転んで折れてしまったら、これは骨強度検査がもう終わっている訳です。弱い力で折れちゃったと…。これを骨脆弱性骨折と言います。一般的に、立った高さより低い高さからの転倒、尻餅とかで起こる骨折のことです。

変形性関節症は、膝ですと、骨と骨の間が狭くなって、最後は骨同士がぶつかる。ほとんどツルツルの軟骨がぶつかるので痛い、動きが悪い、腫れることもあります。ちなみに、関節の軟骨は非常に潤滑の抵抗の少ない組織です。これが削れてゴキゴキ言うようになる。

脊柱管狭窄症は、背骨の中に神経が通っていて、その神経が通っているところが脊柱管、そこが狭くなって神経障害を起こすものです。こういう病気が重なって、立ったり歩いたりする力が衰えるからロコモと…。

ロコモは三つのテストで評価します。「立ち上がりテスト」は10、20、30、40㎝の台から、両足で立ち上がれるか、片足で立ち上がれるか。片足で立ち上がる方が難しい。今、皆さんが座っている椅子は40㎝ぐらいです。胸の前に手を組んで片方の足で立ち上がってみてください。立ち上がれなかったら残念ながら少しロコモが始まっています。

「2ステップテスト」は、大股で2歩歩いて歩幅を測ります。それを身長で割って数値化すると、歩行能力とよく相関しているので判定の材料としています。

「ロコモ25」は、例えば「腰掛けから立ち上がるのはどの程度困難ですか」というような25の運動器に関係する生活上の質問に答えていただいて、全く当てはまらない場合は0点、とても当てはまる場合を4点で、百点満点のテストです。点数が低い程よい訳です。

この三つのテストをして、ロコモ度1は、ロコモが始まっているので自分で対策してください。ロコモ度2は、進行しているので痛みがある場合は原因を調べましょう。ロコモ度3は、何かしらの運動器の疾患があるので治療しましょうとなっています。

ロコモだったらどうするかは、疾患と病態、それぞれのステージによって方法があります。大きく言うと、運動、リハビリテーション、栄養、投薬、手術もロコモの対策の一つです。

運動は最低二つを勧めています。まずバランスを保つもの。片足で立つだけですが、60歳以上の人はまず1分、70、80歳になると片足で立ち続けられなくなりますが、1分を目指しましょう。

それからスクワット。筋力トレーニングの王道です。正しくスクワットをするだけで違います。これを5回ぐらい、1日3セット、3週間ぐらいやると歩き方が変わる。

栄養はロコモにとって非常に大切です。筋肉はタンパク質でできているから入れ替わる。その素材を入れなきゃいけないし、日本人はカルシウムが不足気味なので、積極的に牛乳を飲んで、場合

5面へつづく

全国公私病院連盟から“講演会”のお知らせ

第35回「国民の健康会議」を開催します

どなたでも参加できます。入場無料です。どうぞご参加ください。

日　時：令和7年 10 月 2 日（木）　午後1時～5時（受付開始12時～）

会　場：**日本教育会館「一ツ橋ホール」**（東京都千代田区一ツ橋2-6-2）

◆テーマ◆　**人生100年を生き抜こう!!**

第1部【各界専門家の講演】	ロコモティブシンドローム防止	大江（おおえ）隆史（たかし）氏	NTT東日本関東病院 院長
	口腔フレイル防止	深田（ふかた）拓司（ひろつか）氏	一般社団法人大阪府歯科医師会 会長
	認知症防止	繁田（しげた）雅弘（まさひろ）氏	一般社団法人日本認知症ケア学会 理事長，東京慈恵会医科大学 名誉教授，栄樹庵診療所 院長
	尿失禁防止（女性中心に）	巴（ともえ）ひかる氏	社会医療法人石心会 さやま総合クリニック泌尿器科部長，埼玉石心会病院泌尿器科顧問
	（司会）渡邉 古志郎 氏（横浜市立市民病院・名誉院長）		

第2部【対談】	行天（ぎょうてん）良雄（よしお）氏	医事評論家	
	川嶋（かわしま）みどり氏	日本赤十字看護大学 名誉教授	
	邉見（へんみ）公雄（きみお）	全国公私病院連盟 会長	
	（司会）中嶋　昭 氏（日産厚生会玉川病院・名誉院長）		

主催：一般社団法人 全国公私病院連盟　　後援：厚生労働省

全国公私病院連盟　加盟8団体

公益社団法人 全国自治体病院協議会・全国公立病院連盟・全国厚生農業協同組合連合会・日本赤十字社病院長連盟・全国済生会病院長会・一般社団法人 岡山県病院協会・日本私立病院協会・一般社団法人 日本公的病院精神科協会

第35回「国民の

4面からつづく

によってはサプリメントを利用しましょう。

骨を強くするためにカルシウムを吸収して、骨に沈着させるにはビタミンDが必要です。ビタミンDは日光浴からしかできない、食べ物からしかとれないんですが、女子学生を調べてみると8割が不足、半数が欠乏状態になっているので非常に懸念しています。

では、何を食べればいいか。東京都健康長寿医療センターと協力して、食品摂取の多様性を提唱しています。たくさんの種類の食品を食べると運動器の障害になりにくい、運動機能が落ちにくいことが証明されています。「魚・油・肉・牛乳・野菜・海藻」、「芋・卵・大豆・果物」、この10種類の食品をたくさんとるほど運動器の機能低下が起こらないんです。頭文字をとって「さあにぎやかに、いただく(『に』は助詞)」と覚えてください。

最終的に手術をしなきゃいけないこともありますが、例えば、人工関節に置換すると、ロコモ度3の約8割が2に戻ることもわかってきました。

勤労者であるうちからロコモ対策をしておくことが大切ですので、企業で健診をやって、勤労者がロコモにならないようにと提案していまして、日本整形外科学会は今年1年かけて、勤労者のロコモ問題について力を入れているところです。

【渡邉】 ありがとうございました。運動は何歳ぐらいからやっておかないとマズイですかね…。

【大江】 私はスキーが好きなんですが、45歳ぐらいから、今まで滑れていた斜面が滑れなくなりました。筋力が足りなくて同じ姿勢が続けてとれないんです。筋力が衰える40歳後半ぐらいからは気をつけて対策をした方がいいと思います。

【渡邉】 手始めとしては、そういった運動を1日に何分ぐらいやればいいですか。

【大江】 例えば、女性だと1日平均して6千歩、男性なら8千歩、それプラス、少しハアハアする程度の運動を1週間に50分とかですかね。


渡邉氏

【渡邉】 みなさん今日の帰り道から早速運動してください。大江先生ありがとうございました。

【オーラル(口腔)フレイル(衰え)の予防 ～健康長寿に寄与し国民から求められる歯科】

深田拓司 氏

一般社団法人大阪府歯科医師会・会長



【渡邉】 次に大阪府歯科医師会の会長をされております深田拓司先生にお話を伺います。よろしくお願いします。

【深田】 ご紹介いただきました深田です。皆さんの中で、歯医者さんというと「虫歯を治す」「かぶせ物を詰める」「入れ歯をつくる」「歯槽膿漏や歯周病をチェックする」というイメージがあると思うのですけれども、私たちは長年、歯磨きの重要性を提唱してきました。

皆さんに手を挙げていただきたいのですが「1日3回は歯磨きしてる」という方…、結構いますね。すばらしい。「1日1回、寝る前に」という方…、はいはい。では、「あまり歯磨きをし過ぎると歯がすり減るから、せえへん」という方…おられないですね、よかった。すばらしいオーディエンスの方々です。

私たちは、平成元年から、80歳で20本以上の歯を残すという「8020運動」を推進しています。なぜ20本かというと、20本あるとしっかり噛めているからです。運動の効果もあって、現在80歳で20本以上の歯がある方は2人に1人です。

さて、原点を見つめ直しますと、口の機能は飲み込むことが重要です。もし歯が20本に満たなくても、原点の機能が衰えないこと。そこで、私たちが今提唱している口腔健康管理、口の中の健康を守っていきましょうというお話をします。

口腔の機能、役割について、大阪府歯科医師会では、府民の皆様方、国民の皆様方向けに、動画を作成していますのでご覧ください。

【動画「人は、食べる」】

いかがでしたか。その中でも、本日は三つのベクトルでお話をさせていただこうと思います。

1つ目、口は生きる力を創造する器官です。先ほどの動画にありましたように、口は、食べる、話す、笑う、歌うなどの様々な機能を持っています。その口が、オーラルフレイル、サルコペニア、低栄養につながる前に、日々の生活の中でちょっと気づいていただけたらと思っています。

オーラルフレイルの人が抱えるリスクですが、身体的フレイルが2・4倍、筋力低下(サルコペニア)が2・1倍、要介護認定が2・4倍、総死亡リスク2・1倍というデータが出ています。しっかりとオーラルフレイルの段階で予防をしていただけたらと思います。

次に、「嚥下とは」という動画をご覧いただきます。飲み込むということ、ノドチンコから見た食べる行為、そこから下における過程をご理解いただけたらと思います。

【動画「嚥下とは」】

今ご覧いただいたのが、摂食、嚥下の仕組みです。飲み込むという行為を意識していただけたと思います。

また、私どもは後期高齢者主体の歯科健診をさせていただいていて、平成30年から始まり延べ111万人のデータが蓄積されました。これと医科のデータを照らし合わせて、健康長寿につなげていきたい。現在、大阪の3大学で分析を進めています。

次に、口腔機能が低下することを理解していただきたいので、漫才師のミルクボーイに出演していただいた「生きる力を支える歯科」という動画をご覧いただきます。

【動画ミルクボーイの「生きる力を支える歯科」】

口腔機能低下症のさわりを見ていただきましたが、本日、覚えて帰っていただきたいことは、口腔健康管理という概念です。口腔機能が低下するのを予防する体操もあります。大阪府歯科医師会のホームページに載せてありますので見ていただきたいと思います。

関西万博でも、「口の健康から安心した未来社会に向けて生きる力を支える歯科」という展示をさせていただきました。府民の皆様をはじめ、国民の皆様に、口腔機能低下症、口腔健康管理を知っていただきたい。それが皆さんのリテラシーの向上につながると信じて活動を進めてまいりたいと思っています。

【渡邉】 ありがとうございました。歯磨きをガシガシやるとエナメル質を削っちゃうからよくないと聞くんですけれども、どのぐらいの力で磨いたらいいんですか。

【深田】 学校でも指導させていただいているのですが、歯ブラシをシェイクハンドグリップと言ってグーで握りますと動く支点が肘になり、ストロークが大きくなる。それプラス余計な力が入るのでエナメル質に傷をつける。それが日々続きますといけませんね。

一番いいのはペングリップです。ペンを持つように歯ブラシを持っていただくと支点は手首になります。ストロークが小さくなる。そうしたら一本一本丁寧に歯が磨けます。余計な力も入らない。そのぐらいの力で磨いていただけたらエナメル質にはそれほど影響がないんです。

それから、ベロもきれいに保っていただきたいんですね。ベロが真っ白な方もおられます。そうなると細菌が広がる。ベロ磨きもしっかりやっていただきたいと思います。

【渡邉】 よくわかりました。会場から何か聞いておきたいという方がいましたら…。どうぞ、今マイクをお持ちします。

【鎌田】 伊勢原協同病院の鎌田と申します。整形外科の医者です。整形外科に限らないんですが、例えば、全身麻酔の手術をする前日に口腔ケアをしていただくと術後の合併症が少ないことがわかっています。

しかし、うちの病院には歯科がないものですから、外来で手術日を決めた時に、近くの歯科の先生にお手紙を書いて、入院する前日に患者さんの口の中をきれいにしてあげてくださいとお願いしています。そうすると後々合併症が少ないんです。

しかし、患者さんがご存じなくて、医者が一生懸命に説明はしているんですが、歯科の方でそういうアピールというか、患者さんに周知していただけるような活動はございますか。

【深田】 大阪ではリーフレットを作成して、医科歯科連携、そして、病診連携の中で、医科の先生方の一助となる歯科という部分で、在院日数の短縮とかにもつながりますという発信をしています。もう10年ぐらい経つんですけれども、皆さんの認識がまだまだなので、先ほどのような動画も含めて広報していきたいと思っています。

せっかくご質問をいただいたので、皆さん覚えて帰ってください。入院される前に、口の中を歯医者さんできれいにしてもらっておくと、本当に在院日数が短くなる、予後がよくなることにつながります。入院前に歯医者さんに行っていただいて、しっかりと治していただく、それをお願いしたいと思います。

【渡邉】 よくわかりました。どうもありがとうございました。



【開会挨拶】

一般社団法人全国公私病院連盟

副会長

中村哲也



本日は残暑厳しき折、全国公私病院連盟が主催する第35回「国民の健康会議」にご参加いただき、誠にありがとうございます。本連盟の副会長を務めております中村と申します。

この「国民の健康会議」は、平成元年に第1回を開催して以来、時節に応じて様々なテーマを取り上げて開催してまいりました。途中、コロナ禍による2度の中断を挟みましたが、本年で第35回を迎えることができました。これもひとえに皆様のご支援とご協力の賜物と、心より感謝申し上げます。なお、本日は250名を超える方々に事前の参加登録をいただきましたことも重ねて御礼申し上げます。

さて、本年の「国民の健康会議」のテーマは「人生100年を生き抜こう!!」となっています。このテーマを掲げられたのは本連盟の会長である邉見公雄先生なんですが、残念ながら体調を崩され、急遽欠席となってしまいました。ただ、先ほど伺いましたところ、邉見先生より事務局の方に連絡がありまして、本日のこの会に参加できないことに対するご来場の皆様へのお詫びと、この会が皆様方にとって有意義な場になることを期待していますという伝言を承っておりますので、この場でご報告させていただきます。

さて、「人生100年時代」と言われる今日、かつては夢物語であった100年の人生が現実のものとなりつつあります。長寿は喜ばしいことですが、それを真に豊かなものとするためには、私たち一人一人が健康に生きる力を持つことが、これまで以上に重要です。

そこで、本日の第1部の各分野の先生方、専門家の方々によるご講演と、第2部の行天先生と川嶋先生の対談を通じて、未来の医療と健康のあり方について皆様とともに考えを深めてまいりたいと思っています。

諸先生方の知見と皆様方の経験が交わることで、新たな気づきと希望が生まれることを心より期待しております。どうぞ最後まで活発な議論と交流を賜りますようお願い申し上げ、開会の挨拶とさせていただきます。

【認知症防止】

繁田雅弘 氏

一般社団法人日本認知症ケア学会・理事長
東京慈恵会医科大学・名誉教授
医療法人社団彰耀会 栄樹庵診療所・所長



【渡邉】次にご講演いただくのは繁田雅弘先生です。日本認知症ケア学会の理事長で、現在は栄樹庵診療所の院長もなさっています。よろしくお願いします。

【繁田】繁田です。よろしくお願いします。さて、一昨年、認知症基本法が成立しています。エリートがつくった法律でわかりにくいので勝手に翻訳してみました。

【以下、スライドを使用】

「国は、認知症について研究を進めながら、次のことを大切にしていきます。認知症や軽度認知症障害の予防、早めの発見や診断、治療を進めること。リハビリや介護の方法を工夫すること。認知症の人が『自分らしく（尊厳を保ちつつ）』『希望を持って』暮らし続けられるように、社会に参加できる場をつくること。認知症の人と周りの人がお互いに支え合える社会の仕組みを整えること。そうした研究の成果や新しい知識を、国民みんなが広く利用できるようにしていきます」となります（拍手）。

拍手もらったのは初めてだな（笑）。

ある調査で「最もなりたくない病気」に認知症を挙げた人が4割弱いました。がんを上回っています。シニアの方で「認知症予防が必要」と感じる人は6割強。「予防できると思う人」は4割以上いる。逆に「わからない・できない」という回答も4割と意見が分かれます。一般の人だけかというとそうではなく、専門家の間でも意見が分かれます。

認知症を引き起こす病気は何種類かあって、予防といっても、例えば、腰痛の予防でも様々な原因があるのと同じで、認知症の予防の話を本当にするなら、○○型認知症の予防は…、××型は…と分けて話さないといけないのですが、原因ごとに予防法が議論されていません。推測ですが、認知症の原因そのものは予防できないことをわかっているので、ざっくりと認知症予防と言っているんだと思います。

私の周りにも、認知症予防は理論上あり得ないとお考えになる先生もいますし、一方で、確かに認知症の原因として起こっている脳の変化は予防できないが、認知症の症状を悪くしている要素は色々なので進行を遅らせることはできるかもしれない、できるのなら予防しよう、それが予防とおっしゃる先生もいます。

例えば、非常に栄養バランスのいい食事をしていて、運動もして、町内会での役割も果たしているような人は、リスクのほとんどが排除されているので、もうそれ以上やる必要はないんです。

皆さんご自身の健康を振り返っていただいて、そこそこ普通に常識的な範囲で気をつけて暮らしていると思ったら、もう認知症予防で人生を振り回されないで、これからどう生きていくとか、生きがいとか、家族のためにとか、そういうことに頭と時間を使った方がよっぽどいい。予防ばかりで人生を終えない方がいいと思います。

最近、WHOで出されたのが、進行を遅らせる観点からの「リスク低減」という言葉です。これには経緯があって、認知症は予防できるという考え方が社会に広まってしまうと、実際に認知症になった人が「予防しなかったから、予防を怠ったから、認知症になった」と悲観される危険性がある。そうした考え方は本人や家族を心理的に追い込みます。偏見や差別を助長するという訳です。

予防が強調され過ぎて、ちょっとした物忘れで〝もしかして認知症〟と不安になる。芸能人が認知症になったのを見たりして、過剰に心配になって来院する人は少なくありません。私が言いたいことは、冷静に、客観的に、こういうリスクはあるけれど、こんな可能性が残されているし、それはできる、これはできない、ということを理解する、これが現代人として適切な対処法です。

予防できた人はよくできた人・頑張れた人・成功者。できない人は負け組・失敗した人、みたいになってしまうのはよくない。私は臨床の中で、それを散々見てきました。本当に切ない思いをしてきましたので、それで傷つくようなことがあってはならない。

では、どんなリスクがあるのか。証拠があることをエビデンス（根拠）があると言いますが、根拠がある程度あって、WHOが推奨しているものは多くないんです。

まず、運動は悪くないですね。エビデンスの質がいいという根拠がある。禁煙は、こと認知症の予防に関しては低い。栄養に関しては、成分によって違うのですが、強く推奨されるのはバランスのとれた食事です。サプリメントは不足していたら補うべきですが、そうでなければWHOでは推奨していません。

脳トレは、あまり根拠はない。おやりになるとすれば楽しく参加するという気持ちでなさったらいい。仲間とやる、人との交流は認知症の早い気づきにつながります。そういう意味で脳の刺激にはなると思います。内容よりは活動の方に意味がある。

高血圧と糖尿病、これはきちんとコントロールしてください。特にアルツハイマー病が糖尿病の悪化によって進んでいくというデータがあります。それ以外は、認知症の予防に働くかといったら、まだエビデンスは弱いんですね。そうすると、運動と栄養、高血圧と糖尿病のちゃんとした治療ということになる。

かしこく予防と向き合うこと、予防とリスクを下げることの違いを理解すること。それから、遺伝は関係しますが、一生懸命予防に取り組んでいたのに認知症になったとしても、その人が予防に失敗した訳ではないことをご理解ください。

認知症にはまだわかっていないことの方が多いんです。最近の「○○を食べていれば認知症にならない」なんていう宣伝に惑わされないで、客観的な視点から冷静に予防と向き合ってくださいというのが私からのメッセージです。ありがとうございました。

【渡邉】結局、こうすれば元に戻りますというものないんですね。

【繁田】認知症の本チャンのものであれば戻らないです。種類にもよりますが、鬱で認知症みたいに見えるとか、体の病気が悪くてそう見えるというのは戻ります。

どんな認知症か見極めて、進行がゆっくりだったら今の生活で十分という人もおられますので、冷静に判断していただきたいと思います。

【渡邉】認知症になった本人は不幸ですか。

【繁田】難しい問題ですが、家族に迷惑をかけることを悩んで苦にされる方もいます。逆に、あまりにも能天気で、ご家族が「こっちの心配も知らないで…」と言うので、なだめたりすることもありますしね。

【渡邉】人それぞれと言うことですね。ありがとうございました。

【尿失禁防止】（女性中心に）

巴ひかる 氏

石心会さやま総合クリニック／
埼玉石心会病院 泌尿器科



【渡邉】第1部の最後は埼玉石心会病院泌尿器科の巴ひかる先生にご講演いただきます。よろしくお願いします。

【巴】ご紹介にあずかりました巴です。今日のお話の中心は、頻尿と尿失禁になります。

【以下、スライドを使用】

日本排尿機能学会の調査ですが、20歳代から下部尿路症状を感じておられる方が約78％います。年齢とともに症状が増えてくるので40歳代だと男性も女性も8割以上の方が〝トイレが近い〟とかの悩みを持っていらっしゃる。

その中でも、最も困っているのは夜間頻尿です。夜中に何回も起きちゃうのが困る。次が昼間の頻尿で、男性も女性も悩んでいます。会話の途中でも急にトイレに行きたくなっちゃう尿意切迫感も困りますね。慌ててトイレに行くけど少し漏れてしまう、これを切迫性尿失禁といいます。

今日は、尿漏れに関して二つ覚えて帰っていただきたいと思います。一つは腹圧性尿失禁、女性の尿漏れの中で半数を占めています。咳やくしゃみ、ヨイショと重たい物を持ち上げた時、おなかに力が入って結果として漏れるのが腹圧性尿失禁です。

どうして起きるかというと、骨盤底筋群という尿道や膀胱を支えている筋群、筋肉と結合組織と靭帯、その辺を含めた一帯がダメージを受けているかというと、妊娠・出産ですね。赤ちゃんがおなかの中に10カ月いるとか、出産によって骨盤内の筋肉が引きちぎれたり伸ばされたりしてしまう。

それと肥満です。筋肉にサシが沢山入った感じになると、筋肉としての力が果たせなくなりますので、あんまり脂肪がない状態にしておかないといけませんね。

また、女性ホルモンの低下が関係して、更年期になって筋肉も弱る。女性ホルモンが低下すると尿失禁が出てくることがあります。

太っている方には、やっぱりお痩せいただくのがいいんですが、全員にとって有効なのは骨盤底筋訓練というのがございます。

骨盤底筋訓練をちょっとやってみましょう。女性の場合は膣を収縮させるんですけど、わからないという場合には肛門で構わないです。そのあたりの筋肉は全部つながっていますので…。下痢便をこらえるような感じですね。女性の場合はギューっと膣も収縮させるようなことを10数秒かけてやってみます。

それでは、はじめてください！。時々、肩が上がっちゃう人がいらっしゃるんですけれども肩を動かす必要は全然ありませんよ。10秒ぐらいやって少しとめてください。そこからリラックスする。これを10回ぐらい繰り返して、できれば最後にキュッ、パッと、速筋を鍛える運動を10回やって…、はい、ありがとうございました。

この運動を1日に5回ぐらい。「私は絶対に1日10セットやる」なんて思うと大変ですので、朝起きた時、寝る前、電車に乗って吊革につかまった時などに、時間を見つけて習慣的にやっていただくといいと思います。

骨盤底筋訓練も痩せることもできない、薬を飲むのは嫌だ、そういう人もいますけれど、腹圧性尿失禁は尿失禁の中で唯一手術によって治療できる尿失禁です。重症になってからでないと手術を受けたらいけないということはないんです。

次に、過活動膀胱です。男性も女性も同じぐらいの割合でいます。症状は、我慢できない尿意と、それに伴って日中夜間の頻尿、慌ててトイレに行くものの、下着をおろしている最中に漏れちゃう。

多少の頻尿だったら病院を受診しない人も多いんです。女性の場合、切迫性尿失禁を伴ってくることが多いものですから、漏れるようになって病院を受診することになります。

過活動膀胱の原因ですが、神経因性と呼ばれているものは、脳梗塞や脳出血の後遺症、パーキンソン病などがあります。脊髄損傷ではよくありますし、椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症のような病気も原因となります。

一般的な過活動膀胱の治療は、先ほどの骨盤底筋訓練と膀胱訓練です。急に尿意が来て漏れると嫌なので早めにトイレに行く、という人が多いんです。それを続けていると拍車がかかってさらに頻尿になる。ですから、少し我慢してからトイレに行く訓練をします。

それと飲水指導です。最近は脱水症状になると危ないからと言って水を沢山飲む人が多いんです。夜中に起きるたびに水を飲んで、日中もとにかく「水、水」という人がいるんです。普通に水を飲んで、普通の尿量が出ていればいいんですが…。

日常的に、頻尿で間に合わないで漏れてしまっているという方には、行動療法だけで頑張ってくださいと言う訳にもいきませんので、お薬を処方することもあります。

特に夜間頻尿で困る問題は、高齢の方の場合だと、トイレに行く時に転倒して、骨折したりすることです。多尿というのは体重×40cc以上ですから、50kgの人だったら毎日2千cc以上の尿が出ている場合に多尿ということになります。24時間の尿量で割って33％以上だと夜間多尿という状態です。

夜間多尿を起こす理由は様々で、夜寝る前の水の飲み過ぎもありますし、夜の血圧が高くなってる場合もありますし、睡眠時無呼吸症候群の場合もあります。無呼吸と何の関係があるんだと思うかもしれませんが、夜中の尿量が増えることがありますます。ここに書かれたような疾患を内科とかで治療していただくことによって、夜中に起きることがなくなることがあります。

他にも、お困りの症状が色々あって、悩んでいらっしゃる方が多いと思いますが、今は腹腔鏡やロボットを使って手術をするという選択肢がある場合もあります。

お年を召してからも楽しく幸せに暮らしていきたいものですよね。どうぞ諦めずに、恥ずかしがらずに、お困りの際には専門医を受診してくださいますようお願い申し上げ、終わりにしたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

【渡邉】ありがとうございました。寿命が延びてくると、こういう問題が増えてきますね。

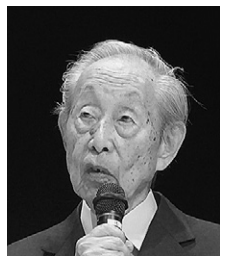
【巴】男性の場合でも、今までは、前立腺がんが露見する手前で寿命を迎えていたので気づかなかっただけで、平均寿命を超え、85歳になって見つかった、ということが増えてくる訳です。

【渡邉】長生きするほど病気が出てきて、ずっと病気なしで生き続けることは難しいことがよく理解できました。特に女性にとっては非常に参考になったと思います。ありがとうございました。



日本赤十字看護大学・名誉教授

川嶋　みどり　氏



医事評論家

行天　良雄　氏



司会　公益財団法人日産厚生会
玉川病院・名誉院長

中嶋　昭　氏

（以下、文責事務局）

【中嶋】それでは第2部を始めたいと思いますが、今年のテーマは「人生100年を生き抜こう!!」です。何か答えが出せるテーマでもありませんので、人生の先輩のお話を聞かせていただいて、その後は、各々で持ち帰ってお考えになっていただきたいと思います。

さて、明後日には自民党総裁選挙があって、事実上、その人が次の総理大臣になるんだと思います。しかし、各候補者の政策公約を見ても、もはや高齢者対策の項目はありません。一方で、先日の敬老の日のニュースでは、日本における百歳以上の方は9万9763人、ほぼ10万人になったと報じられました。

今年の「国民の健康会議」のテーマは、本連盟の邉見会長が、人生100年を駆け抜けてこられた行天先生と川嶋先生をお招きしてお話を聞くんだと意気込んで企画したのですが、ひと回り以上年下の邉見会長の方が体調を崩してしまいました。とても邉見先生の代わりを務めることはできませんが、本日は私が司会を務めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

まず、川嶋みどり先生をご紹介します。川嶋先生は、1931年（昭和6年）に韓国の京城（現ソウル）でお生まれです。幼少の頃から苦難の時代を歩んで来られましたが物ともせず、むしろ糧として看護の道を切り開いてこられました。そのご功績により2007年には看護師最高の栄誉であるフローレンス・ナイチンゲール記章を受章され、80歳を超してからも、東日本大震災の折には看護団を結成して支援活動に赴かれました。90歳を超してなおご活躍中です。

行天良雄先生は、1926年（大正15年）のお生まれです。千葉大の医学部をご卒業されてNHKに入局し、一貫して医療・福祉などの問題に取り組み、NHKの解説委員など、幅広い活動をしてこられました。NHK退職後も医事評論家としてご活躍で、この「国民の健康会議」で何度も司会をしていただいて毎回好評なのですが、今回は演者としてご出演をお願いしています。

お二人とも先の大戦を経験されています。それも非常に危機一髪、生死の境を経験されて、それを生き抜いて今があるとおっしゃいます。私は本日の司会をするにあたり、事前にお話を伺ったんですが、面白いと言っては語弊がありますが、その話を聞いているともう何時間あっても足りませんので、川嶋先生が看護師になられた頃、行天先生がジャーナリストになられた頃の辺りからお話をお伺いできればと思います。それでは早速、川嶋先生からお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

【川嶋】ご紹介ありがとうございます。川嶋です。お招きいただきありがとうございます。

昔話のようですが、明治になって、日清、日露、日中、太平洋戦争と続く訳ですけれども、その約50年の間、こと看護師に関しては、あくまでも医師のお手伝いでした。雇う側の医師、雇われる側がナースという関係だった訳ですから、当然、上下関係もありました。

それで終戦になって、占領軍が来ました。占領政策の一環で、看護師は医師の小間使じゃなく独立した専門職だと言う訳で、新しい教育をすることになります。占領軍の命令ですから従うしかありません。聖路加女専と日赤女専を統合した東京看護教育模範学院という学校ができました。両校の伝統的な学風の差異を超えた合同教育と、とにかく明治以降の医師からの従属を離れた看護師の自立ということでは、本来の看護を確立する上で大きな貢献を果たしたと思います。

そこに入学して、戦後の物資欠乏のもとでの寮生活が始まりました。何をするにしてもアメリカがすばらしいと思ったのは、教えていただく内容というよりは、物質的な面でした。私たちは検温をするのに占領軍が食べ終えた缶詰の空き缶に針金を通して、クレゾールを入れて、そこに体温計を入れていたんです。アメリカの実習品はというと、りっぱな体温計がズラズラっと並んでいるんです。何かすごく高度なことをしているような気になりました。何でも新品がドンドン入ってきました。

想像もつかないと思いますけれど、いわゆるアルコール綿。アルコール綿がないのでクレゾール綿なんですけれども、そのクレゾール綿も使ったものをもう一回煮沸消毒して使いました。もちろん、ガーゼは全部洗って、殺菌して、伸ばして、畳み直して、何度も使いました。私がビックリしたのは、みなさん傷に貼る絆創膏をご存じですよね。あれが珍しくて…。絆創膏を貼るだけで、ガーゼが要らない。シュッ、クルッってやると傷の真ん中にガーゼがピッタってとまるんです。これは便利ねぇと…。箱のティッシュペーパーを引っ張ると、取りやすいように次の分が出てくる。箱を壊してどんな仕組みなのかを調べました。今では当たり前のことですけど。

もう、とにかく物質的な尊敬です。今、冷静に考えてみると看護教育の中身は特にすぐれていたとは思わないのですが、物質的には何から何まで敵わないと思いました。

さて、私が新人時代、初めて受け持った9歳の女の子がいます。今でいうターミナル、もう体中垢だらけで、すごい悪臭がして、脊髄にキャベツ大の腫瘍ができていました。声も出ず、息も絶え絶えになっていたので、正直なところ1週間以内に亡くなると思いました。

新米看護師でどうしていいかわからないので、足がだるいだろうと思ってさすったのですが、皮膚がゴワゴワで鱗をまとったような状態でしたので、とにかく体をきれいにしなければと思ったんです。それで、お湯で体を拭こうとしたのですが、あまりにも脈が悪い。このまま拭いたら死んじゃうと思ったので、1日目はそっと足だけ洗ったんですね。そうしたら、ソックスを脱がしたみたいに真っ白い足が出てきたんです。次の日は手という具合に少しずつ、1週間かけて石けんとタオルで体を拭いていきました。最後に背中、大きな腫瘍が膨らんで紫色になって、触ったら潰れそうだったんですが、その周りを静かにガーゼで拭きました。

1週間後の朝、トシエちゃんというお嬢さんだったんですけれど「トシエちゃん、きれいになったわよ」と声をかけたんです。老婆のようだったホッペも垢がとれてピンク色です。私の顔を見るとニッコリ笑って「おなかすいた」って言ったんです。もう〝エーッ〟てなりました。入院してから3週間、私が受け持ってからは1週間、その間、食事は全くしていません。点滴なんてありませんから20%のブドウ糖20cc、これだけがこの少女の食事でした。

お米なんかないことはわかっていたんですが、とにかく配膳室に飛んでいったら、その日に手術する予定だった男の子の食事が手違いで一つ残っていたものですから、そこからご飯粒を2サジ分いただいて、卵も貴重品でしたが、どなたかが預かっていたのを少しだけ分けていただいて卵粥をつくりました。「トシエちゃん、食べてみる?」と持っていったら、おいしそうに食べてくれたんです。あのままだったら1週間か10日の命だったと思うんですけれども、3カ月間でしたが、9歳の女の子らしく最期の時を過ごしてくれました。

私は学生時代に、体をきれいにするなんて、誰にでもできる仕事ぐらいにしか思っていなかったんです。しかし、垢を落とした脈が正常に戻った。そして「おなかがすいた」としゃべって、お粥を食べたんです。

とても不思議だったので、婦長さんやドクターに聞いてまわったんですが誰も答えてくれませんでした。「垢も身の内」という諺がありますけれども、当時は、ドクターが患者さんに「風呂に入らなくたって死にやしない」と真剣に話すような時代でしたから、多分わからなかったんじゃないかと思います。

私は、トシエちゃんの体をおびやかしていたのは背中の腫瘍だけど、腫瘍以外にも、全身を覆っていた垢が命をおびやかしていた。それをきれいに取り除いたから、生命が生き生きと動き出して、脈がもとに戻ったんだと思いました。

もう一つ、体を熱いお湯とタオルで拭きましたから、循環も促進されて、きっと気持ちがよかったと思うんです。聞くことはできませんでしたけれど…。気持ちがいいというのは、副交感神経が優位になります。優位になりますと消化器が活発に動き出すから「おなかがすいた」となった。きれいに体を拭くことは食欲を促すことにもなることがわかりました。

結局、3カ月後に幼い命は亡くなりましたけれども、お湯と石けんとタオルと看護師のハートがあれば命を救えることを卒業して間もない新人時代に体験したことが、70年間続いている私の看護の原点です。

【中嶋】ありがとうございました。川嶋先生のナースとしての原点をお聞かせいただきました。

次に、行天先生にお話をお伺いしたいと思います。川嶋先生がそういう経験をされていた頃から約10年経ちますと、1961年、国民皆保険制度がスタートします。そのおかげで昔とは比較にならないくらい医療の恩恵を受けられるようになりました。

行天先生は、その過程をつぶさにご覧になってこられ、日頃から、この制度を大切にしなくちゃいけないとおっしゃっています。最初は不十分だったかもしれませんけれども、国民皆保険制度そのものは評価されていらっしゃいますね。

【行天】国民皆保険制度がスタートした時は「タダほど高いものはない」ということを認識していませんでしたし、「このまま続けていくと将来大変なことになる」と言う方もいらした。

お答えとは違うようですけれども、老人の無料バスを走らせている自治体が結構ありますよね。昔、東京都の知事をしていた美濃部さんに、どう思うか聞いたら「君、考えてみろよ。人間の一生は非常に長いんだ。バスにタダで乗れるからといって乗っているような者が、いずれ運動不足になってどういう末路を迎えるのか、考えてみりゃわかるじゃないか」と、ちょっと皮肉めいたことをおっしゃった。私は、その後この仕事を続けていく上で大事なキーワードになったと思っています。

【中嶋】アメリカ占領軍の理想主義から日本に国民皆保険制度ができたのに、自国アメリカでは、クリントンもオバマもできなかった。それほどこの制度を維持していくためには並々ならぬ努力が必要な訳ですが、成立した瞬間から、日本国民はもう医療はタダ同然と能天気に受け入れました。

それが今、制度そのものの維持が厳しくなって、負担を上げざるを得ないんじゃないかという論議になっている訳です。この制度を維持していくための因子はどこにあるとお考えでしょうか。

【行天】それはまさに政治の問題になると思います。まず政治的にきちんとした路線を打ち出さなければいけないと思います。嫌なことに関してしゃべったら票が集まらない、だから言わないというやり方は、もう通用しない。負担する側の若い人の数が明らかに減って、それを一番利用させてもらう集団がドンドン増えていく、その状態が

8面へつづく



7面からつづく

しばらく続く訳ですから。

【川嶋】 アメリカが真似をしようと思ってもできないぐらい日本の国民皆保険制度はすぐれた制度です。いつでも、どこでも、誰でも、病気になったら少ない負担で医療機関を受診できる。このすばらしい制度を壊してほしくないので、マクロな視点から、国の政策としてこれからどうしていくのか、きちんと経済的にも政策的にも明確に示していただくことを願っています。

しかし、早期発見・早期治療が重要だとすごく言われ出した頃からでしょうか、ちょっとした異常でもすぐに病院にかかるような風潮になっています。

笑えない話なんですけど、私の遠い親戚から「赤ん坊の目に、目ヤニが出ているんだけど、おばちゃん、どうしたらいい…」と電話がかかってきたんですね。私は「ホウ酸綿で拭いて、明日の朝、もう一回見てごらん。たぶん大丈夫よ」と言ったんですけれども、心配になって翌朝電話をして聞いたら「夕べ救急車を呼びました」と言うんですよ。「えっ、救急車呼んで、どこへ行ったの?」と聞いたら「○○医療センターに行った」と言うんです。

「○○医療センターには眼科のお医者さんいなかったでしょ?」と言ったら、「いませんでした。だからすごく怒られました。あした眼科を受診しなさいと言われました」と…。「赤ちゃんはどうしてる」と聞いたら、「もう目ヤニは出てません」とまあこう言う具合なんですね。

前の晩に私に相談しておきながら、そばに誰もいないから1人で不安だったんでしょうね。昔だったら3世帯ぐらいが一緒に住んでいて、お婆さんが「大丈夫」と言えばそれで済んだと思うんですけれども、今は相談する相手もいないから、そういうことが起きているのかなと…。

国民皆保険を必要な人が必要な時に、有用に使える仕組みをちゃんとしないといけないし、そういう教育も含めて伝えていかないといけないと思います。

【中嶋】 本当にそうですね。最近そういうことが多いんです。

さて、行天先生は1981年にNHKで「あなたのあすを誰が看る」という番組の作成にかかわられています。当時、どういう経緯でこの番組をつくることになったのでしょうか。

【行天】 私はたまたまキャスターという役割で出演することになったんですけれども、高齢社会を向かえるにあたって、医療や介護はどうあるべきか、お金をどう使うべきか、人はどういうふうに死を迎えるのが幸せなのかと、これから直面する課題に対して問題を提起したかった訳です。自分でも非常にいい企画だったと思っていて、反響も大きかったのですが、その問題提起が政治の世界にまでは反映できませんでした。

【中嶋】 当時お考えになった高齢化社会が現実にやってきて、それにともなって介護問題が起きます。それまでは、介護の基本は家族という時代だったんですよね。行天先生も105歳までお父様の介護をなさった経験をお持ちですが…。

【行天】 そのことで言うと、介護の問題のシンポジウムで司会をしたことがあるんですが、前の方に座っていた女性が一生懸命にメモをとっていらしたものですから、シンポジウムの最後の方で「何かご意見ございますか?」と振ったんです。はじめは遠慮されていましたが、促すとお立ちになって『自分は今、自分の両親と夫の両親の4人を介護している。だから、自分にとって一番必要なものは時間です。ここへ来るのも何とかやり繰りして、藁にもすがる思いで何かいい方法、考え方を伺えると思って来たけれども、何一つ得るものはなかった。壇上にいらっしゃる方の中で自分の親を介護した方がいるんですか?私はもう帰ります』とおっしゃったんです。

本当に親の介護を自分でしようと思ったら、せっぱ詰まった大問題です。行き詰まるような苦しい難題だと思います。ものすごく矛盾をはらんだ私の考え方を申し上げると、私の子供には私の介護はさせません。

【川嶋】 行天先生はご自分のお子さんに自分の介護はさせないとおっしゃいますが、その営みには喜びもあるんです。逆に言うと、行天先生の介護を通して、子どもたちに喜びというか、お父様をちゃんと心を込めて介護して本当によかったという満足感、何かをしてあげたことが亡くなった時の悲しみをやわらげることにもなるんです。

実は私、二十歳の息子を事故で亡くしました。即死でしたので、当然死に目には会えません。それまでにも小児病棟の子供たちの最期をたくさん看取ってきたのですが、自分の息子の最期を看取れなかったことはものすごく辛いです。

母は70歳で倒れて在宅で長いこと介護をして、84歳で看取りました。夫が舌がんの手術をして1年半介護しました。夫が亡くなった時に泣いていたら、もう一人の息子に「ママ、ちょうどよかったよ。もっと長引いてたらママは優しくなれなかったよ」と言われたんです。優しさには限度があって、期限が切れちゃったら優しくなれなくなるかもしれない。そこは上手にコントロールしていく必要があるかもしれません。

いつ終わるかわからない状況に立たされて、しかも複数の人を介護することになったら、それを家族だけでやるのは無理です。ですから様々な制度を使うんだけれども、家族でなければできない心の通い合いとかがありますから、そこはやっぱりやった方がいいんじゃないかと思うんですね。

私は手抜き介護という言葉をよく使うんです。上手に時間を調節して、賢く手抜き介護をしましょうと。あんまり真面目にやらないで、ある程度休みながら、手を抜くところは抜いて、心を込めなきゃいけないところは込めて、とよく言うんです。それから、介護がとっても厳しくて大変だということをあまり強調し過ぎると、介護を職業とする人がいなくなっちゃったりするとも思うんですよね。

ちょっと行天先生のご意見と違うかもしれないんですけど、結論は出ないんですが、一方的に介護は大変だけでは考えていただきたくないなと思っています。

【中嶋】 行天先生たちが80年代に投げかけられた問題提起は、その後40年以上経って、その間に日本の医療や介護の世界は相当変わってきています。特に2010年以降から最近まで、そして将来に向けての問題は、社会保障にかかるお金の問題、人口減少や働き方改革による人手不足の問題があります。

これらの問題を解決する試みとして、分化・分担による効率化が行われ始めています。急性期の医療は急性期病院に集約しようとか、慢性期や回復期の医療は、そちらの病院や施設でまとめて引き受けましょうとなって、以前のように寝たきりの人が寝ているだけじゃなくて、リハビリもするようになりました。

行天先生が40年前に将来を見据えて投げかけられた問題は、その後、解決に向かっている部分もあると思いますし、特に介護は、個人だけじゃなくて、社会全体で支える体制ができつつあって、それは評価できると思うのですが、行天先生のご感想はいかがですか。

【行天】 やっぱり私にとっての介護は自己満足でして、自分がしたことに悔いはないんですね。細かく言えば、こういうことが大変だったとか、ああすればよかったとか、あの時は何日も寝なかったとか、いろんな思い出があるんですけれども、悔いはないんです。それはやってよかったと思います。

しかし、自分でも矛盾するんですが、同じことを子供には要求しちゃかわいそうだとも思うんですよね。今日のテーマは「人生100年を生き抜こう!!」ですが、世間には、百歳がゴロゴロ生きていて、税金の無駄遣いばっかりしやがって、困ったもんだという人もいる訳ですから…。

じゃあ、どういうふうに折り合いをつけたらいいかと考えてみるんですが、また中嶋先生のご質問と違ってくるようですけれども、それでも私は、やっぱり長生きしてよかったと思うんですよね。長生きしたおかげで最大の財産である「人」と出合うことができました。大勢の方々に教えていただいたし、様々な方々から学びました。これはお金で買えないものです。これだけは、やっぱり長生きする以外には、できないことなんですね。

【中嶋】 事前にお二人に、長生きできた理由は何かと伺いましたら、原点は〝運〟であるともおっしゃるんですね。戦争から生き延びられた運であるし、様々な困難を乗り越えられてきたことも、やっぱり運があるんだとおっしゃいました。長生きしてよかったということと、運とのつながりということ、我々としたらどう解釈したらいいんでしょうか。たしか行天先生は、米軍の機銃掃射の標的になられたことがあるそうですけど…。

【行天】 それは今思い出してみても惨めな気分になるんですが、買い出しと言いまして、食べる物を農家の方たちから買って戻って来る帰り道、神奈川県の根府川という駅の近くです。そこへアメリカ軍の戦闘機がやってきまして、グラマンとロッキードの二機が『俺がこっち側から撃つから、やつらが出て来たら、そっち側から撃て!』というような連携をとっていたと思うんです。ガムを噛みながら撃ってくる顔が見えるんです。

彼らはほとんど半分裸でした。後からわかったんですが、彼らの飛行機は性能が高いので、機内は十分に空調が効いているんで、暑いから半裸という訳ではなかったんですね。ところが大本営は『アメリカはシャツも着れないぐらいに困っている』と報じていましたけど…。

慌て て逃げると、今度はこっち側から撃たれるというのを5~6分繰り返しました。私は辛うじて助かりましたけれども、何とも言えない惨めな気持だけは今でも残っています。それが戦争ですね。

【中嶋】 川嶋先生、もう一度振り返ってみて、戦争と看護への道とのつながりといいますか、何かお感じになることはありますか。

【川嶋】 やっぱり皆さんに長生きしていただきたいと思うんですよ。先ほど行天先生とお部屋でお話したんですけれども、いつの間にか年をとってしまいましたねって。年をとろうと思ってとった訳じゃないんですけど…。老いということでは、私の場合は本当に忙し過ぎて、毎日毎日仕事に追われて、いつも今日が一番忙しいと言いながら、94年間生きてきたような感じがいたします。それが長生きの秘訣かなというのが一つあるんですけれども。

それはそれとして、行天先生がおっしゃった戦争の話なんですけれども、医療とか看護は人々の命を守る職業ですから、職業としても寿命を阻害するような要因は取り除いていかなきゃいけないと思うんですね。延命とか救命はヒポクラテスの時代から人類の念願だったんですけれども、人生100年時代を迎えるに当たっては、みんなが百歳まで生きたいと思うでしょう。

しかし、今年は戦後80年ですけれども、本当に戦後90年が来るんだろうか、もしかしたら、その前に戦争が始まっちゃうんじゃないかと、今、それくらい危機的状況にあると思うんです。

私は、人間の寿命を脅かすものとして、数年前に体験したコロナのようなパンデミック、それから、今も起こっていますけれども自然大災害、そして一番大きいのは戦争だと思うんですね。このうち人間の頭で防げるのは戦争なんですよ。ですから、人生100年ということを考えた時に、戦争だけは繰り返してほしくないと思っています。

そして女性、母親として思うのは、私は二十歳の息子を事故死で失ったんですが、あの大戦では230万人の兵士が戦死しました。230万人の兵士には、それぞれお母さんがいたんです。戦争というのはどれだけ家族を悲しませ、苦しませ、嘆かせるか。母親は、はらわたが裂けるくらいに悔しくて、悲しくて、辛いんです。

皆さんにもぜひ、人生100年を生きていただきたい。そのためには、平和な世界、平和な日本にしていただきたいなと思います。

個人的には、この先、最期まで、死の瞬間まで自分らしく、私らしく、人間らしく死んでいけるように、私は〝ピンピンコロリ〟ではなく〝ピンピンキラリ〟で逝きたいと思っています。

【中嶋】 ありがとうございました。そろそろ時間のようです。お二人のお話から、人生100年を生き抜くということはどういうことかが浮かび上がった気がいたします。

運もあるともおっしゃいました。あの戦争から危機一髪のところで生き抜いた、それが原点だと。しかし、この運だけは我々としてもどうしようもありません。

国民皆保険制度、あるいは高齢化社会問題、そして、その後に続く少子化問題も、行き着くところは平和日本の象徴的な問題であるとも言えます。困難さを伴うとしても、少し自己負担がきつくなっても、知恵と工夫で人生100年を生き抜く人たちをサポートできる日本を考えていく、つくっていかなくちゃいけないと思います。

つたない司会でしたが、お二方の益々のご活躍を祈念して、第2部を終了したいと思います。どうもありがとうございました。

【事務局】 川嶋先生、行天先生、中嶋先生、ありがとうございました。最後に閉会の挨拶を副会長の中村哲也から申し上げます。

【中村】 長時間にわたるご聴講、ありがとうございました。実は、私の父が大正14年生まれで行天先生とほぼ同い年、母が昭和6年生まれで川嶋先生と同い年なんです。ずっと両親の話を聞いている感じで拝聴させていただきました。

第一部の4人の先生のお話と、行天先生、川嶋先生のお話を各人でしっかり受けとめながら、困難に直面しても冷静に、正直に、そして先延ばしにしないことがとても大事だと改めて感じた次第です。

これで「国民の健康会議」を終了させていただきます。ご清聴ありがとうございました。

株式会社 エヌジェーシー 代表取締役 安 田 貞 美	株式会社 Medical AI LAB 役 員 無相大拙 役 員 相馬正義 役 員 渡邊 徹	コマニー 株式会社 代表取締役会長 執行役員 塚本幹雄 代表取締役社長 執行役員 塚本健太
富士電機 株式会社 代表取締役会長 CEO 北 澤 通 宏	日本メディカルサービス㈱ システム・ネットワークセキュリティサポート 代表取締役 木 村 泰 章	テルモ 株式会社 代表取締役会長 高木俊明 代表取締役社長 CEO 鮫島 光

全国公私病院連盟　**謹賀新年**　**サポーターズクラブ**

シスメックス 株式会社 代表取締役 グループCEO 家次 恒 代表取締役社長 浅野 薫	株式会社 ITガード 代表取締役 鬼澤 禎 取締役 吉川剛史	淀川食品 株式会社 代表取締役社長 田 村 隆
㈱リブドゥコーポレーション 代表取締役社長 執行役員 宇 田 知 仁	木下サーカス 株式会社 代表取締役社長 木 下 唯 志	株式会社 日本シューター 代表取締役社長 田 中 康 之
株式会社 scoville CEO 出 谷 昌 裕	一般社団法人 全国公私病院連盟 本連盟の活動をご支援いただけるサポーターズクラブの会員を募集しています。詳細については本連盟のホームページをご覧ください。	

全国公私病院連盟(第36回)「看護管理セミナー」開く

全国公私病院連盟は第36回「看護管理セミナー」を11月20日に「食品衛生センター」で開催した。講師は①秋山智弥氏(公益社団法人日本看護協会・会長)、②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)、③三宅友美氏(洛和会ヘルスケアシステム洛和会本部経営企画部門部長)、④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DX推進部門担当部長)の4氏で、本連盟の三角隆彦副会長(神奈川県済生会横浜市東部病院・院長)と浦田士郎副会長(JA愛知厚生連安城更生病院・名誉院長)が座長を務めた。以下に講演要旨を掲載する。

看護の将来ビジョン2040

秋山智弥 氏

公益社団法人日本看護協会・会長



公益社団法人日本看護協会は2025年6月に『看護の将来ビジョン2040～いのち・くらし・尊厳をまもり支える看護～』を公表しました。2040年は、生産年齢人口の急激な減少と85歳以上の高齢者の増加から、日本の社会保障改革の次なる照準と言われています。地方では既に高齢化のピークを迎えたところもあるなか、都市部では今後急速に高齢化が進み、日本社会、地域社会の姿は大きく変化していきます。

同時に、技術革新、とりわけデジタル技術やデータ活用によるDX(デジタル・トランスフォーメーション)の進展は、人々を取り巻く環境や日々の暮らし、働き方に、これまでの価値観を超える前例のない状況をもたらすことが予測されています。また、人々の間では、お互いの多様な生き方を尊重し、支え合うことを重視するダイバーシティやインクルージョンなどの考え方が社会の価値観として浸透していくと予想されます。

そうしたなか、求められる医療・介護のあり方も大きく変化していきます。療養の場は、今後ますます、人々の暮らしの場、地域へと広がっていきます。2040年までに想定される社会や医療の変容を踏まえ、保健・医療・福祉サービスに関わる専門職は、今まで以上に役割発揮していくことが求められます。

とりわけ、人々の最も身近にいる看護職は、その人らしい生き方を支援するという看護の不変の理念に基づき、かつ変化に即した大胆な発想の転換をもって、人々の生涯にわたる健康な生活の実現に貢献することが期待されています。

ビジョンでは、2040年に向けて看護がめざすものとして、「1.その人らしさを尊重する生涯を通じた支援」「2.専門職としての自律した判断と実践」「3.キーパーソンとしての多職種との協働」の3つの挑戦を掲げています。

また、その実現に向け、(1)質の高い看護実践のための教育制度改革の実現、(2)より高い自律性を持った専門職としての活躍、(3)地域における看護の拠点の確保という3つの戦略を立てるとともに、戦略を進める基盤として、①看護職一人ひとりのウェルビーイングの重視、②自己研鑽と主体的なキャリア形成の推進、③多様で柔軟な働き方への転換、を挙げています。本会は今後、ビジョンに基づき、様々な施策や事業を計画的に推進して参ります。

ビジョンが描く2040年、あなたはどこでどんな看護をしているでしょうか?ビジョンを紐解きながら、是非ご自身の未来を想像してみて下さい。

レジリエントでサステナブルな看護部をつくる

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



4年に及ぶパンデミック経て、医療・看護現場は、離職率の増加、超高齢社会における医療ニーズの複雑化、相対的人材不足、身体的・精神的負荷の高まりなど、多くの課題に直面しています。こうした環境下において、看護部には組織としての柔軟性・回復力(レジリエンス)と、長期的な視点での持続可能性(サステナビリティ)を兼ね備えることが求められています。

本講演では、人的資源の確保、働き続けられる職場づくり、主体性を重視した人材育成、タスクシフト・シェアによる業務負担軽減、ICT活用による業務効率化といった課題への実践的アプローチを紹介し、変化や危機に柔軟に対応しつつ、看護職員一人ひとりが専門性を発揮して働き続けられる組織づくりを考察します。

レジリエントでサステナブルな看護部をつくるためには、その取り組みをリードする看護管理者の役割が重要です。看護管理者の最も大きな目標は、「ここで働き続けたいと思える看護部」をつくることです。看護職員が専門職としての誇りを持ち、それぞれの人生や価値観を大切に、やりがいを感じ、いつまでもしなやかに働き続けられる環境を整えることーそれこそが、看護管理者の役割であり、「辞めない組織」の核心であると考えます。

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

三宅友美 氏

洛和会ヘルスケアシステム
洛和会本部経営企画部門部長



医療・介護が取り巻く社会環境が大きく変化する中、病院は経営困難を余儀なくされ、医療・介護を担う人材不足は、更に悪化を招く要因の一つとなっている。また、地域医療構想の議論、DX推進等、様々な情報が飛び交う中、看護管理者として、自身のマネジメントを振り返ると共に看護の原点に立ち戻り、何を目指し、どこに向かって、どのような看護を目指すのか自問自答してきた。

コロナ禍は、苦しいだけではなく多くの課題と学びをもたらした。特に、「病院の中だけでは完結しない看護」に直面することとなり、地域の健康、暮らし、教育…それら全てが看護の延長線上にあることを痛感した。そして、医療・介護・教育の垣根を越え、看護管理者が〝地域の未来をデザインする存在〟として活躍する時代が到来したことを実感する機会となった。本講演では、看護の視点から「地域経営」「人材育成」「街づくり」へ展開する洛和会の取り組みを紹介する。

現場からの変革とし、「可視化」から「看護経営」への取り組みとして、病院データを、看護管理者の役割と視点の違いからどのように解釈し、取り組んだのか、看護提供方式、看護記録の変更、AI搭載エコー導入などを紹介する。患者の側で看護する時間の創出と看護の可視化は、単なる業務負担軽減や業務改善ではなく経営参画の一歩になった。

次に、病院看護師が地域に活動の場を広げ、未来の医療・看護人材の発掘や健康教室など、病院に来院することなく地域で暮らせるための予防的看護について紹介する。また、看護管理者として、地域にある様々な資源を見出し活用することを通して、地域の活性化と共に生き残る術を模索した事例を紹介する。

看護職はどの職種よりも地域で暮らす人々のそばにある職種である。看護管理者は、現場を知り、組織を動かし、人を育てる。その力を〝地域〟にまで拡張していくことがこれからの時代に求められる看護管理者の役割であり、その未来の新たな看護への挑戦を報告する。

変革を導く看護管理者の力
～つなぐ・かえる・ささえる～

村岡修子 氏

NTT東日本関東病院・品質保証室室長



医療や看護の現場で進むDX(デジタル・トランスフォーメーション)は、単なる業務効率化やデジタル化にとどまらず、看護の本質を大切にしながら新しい価値を生み出す「変革」のプロセスです。こうした変革を進めていくためには、看護管理者が現場と経営を「つなぐ」力、変化を前向きに受け入れて「かえる」力、そしてスタッフや患者さんを「ささえる」力を発揮することが大切です。本講演では、NTT東日本関東病院での実践例として、ベッドコントロール体制、早期警戒システム運用、ペーパーレス化など、DX推進とその成果をご紹介し、「つなぐ」、「かえる」、「ささえる」の具体的な取り組みについてご紹介します。

DXを進める上で大切な点は、看護管理者がリーダーとしての役割を果たすことです。たとえば「アントレプレナーシップ」は、現場を変革するための一つの手法です。また、経営的な視点から変革を捉えた場合、「知の深化」×「知の探索」はとても重要です。今ある知識や経験をさらに深めるだけでなく、新しい方法やアイデアを積極的に探し続けることが、変革を進めるうえで欠かせません。まずは看護管理者自身が、その一歩を踏み出すことから、変革は始まります。

そして、DXは現場スタッフの皆さんの参加があってこそ進みます。スタッフ一人ひとりが「腹落ち」—納得感を持って自分ごととしてDXに取り組めるよう、管理者が丁寧に「ささえる」ことが大切です。そのためには、看護管理者自身がDXの目的を明確にし、評価指標を決め、スタッフと意見を交わしながら「一緒に取り組む」姿勢を持つこと、そして小さな成功体験を積み重ねていけるよう、看護管理者がスタッフに対して積極的に働きかけることが重要と考えます。

医療現場は、社会の変化に合わせて進化し続ける必要があります。『鏡の国のアリス』の赤の女王が「同じ場所にとどまるためには全力で走り続けなければならない」と語ったように、私たちも変化を止めるわけにはいきません。

看護の本質を守りつつ新たな価値を創造する看護DXの実現に向けて、看護管理者の役割について皆さんと共に考え、本講演が臨床現場での新たな挑戦や実践の一助となれば幸いです。



会場のもよう

全国公私病院連盟(第33回)「医療事故防止セミナー」開く

全国公私病院連盟は第33回「医療事故防止セミナー」を11月27日に「食品衛生センター」で開催した。講師は①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）、②小松康宏氏（群馬大学名誉教授、板橋中央総合病院・副院長）、③坂本史衣氏（板橋中央総合病院・院長補佐、感染対策相談支援事業所・所長）、④相馬孝博氏（千葉大学医学部付属病院医療安全管理部長・特任教授）の4氏で、本連盟の中村哲也副会長（板橋中央総合病院・理事長）と中房祐二副会長（福岡赤十字病院・院長）が座長を務めた。以下に講演要旨を掲載する。

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

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



WHO（世界保健機関）総会は、2021年に「世界患者安全行動計画2021-2030」を採択し、7つの戦略目標の4「患者および家族の参画」及び7「パートナーシップおよび連帯」において、より安全な医療への道程を助け支えるために、患者と家族を参画させ権限を与えることや患者安全に関する組織のプログラムやイニシアチブに参画させることの必要性を示している。

2003年に医療事故で当時5歳の息子を亡くした私は、医療安全に関する社会的な取り組みに参画して22年になる。息子の事故において病院は当初、「最善を尽くした」としていたが、内部職員による新聞社への告発により問題のある診療体制が明らかになり2005年に病院との和解が成立している。この間、多くの人と出会うなかで、悲しみと怒りのエネルギーに縛られたままではだめだと考えるようになり、医療改善を願う勉強会で出会った新葛飾病院の病院長（当時）から、患者の視点でセーフティーマネジャーの職に就くことを要請され、私は事故から1年半後に患者相談窓口の担当者（後に医療対話推進者）になった。

新葛飾病院（現、イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院）では、2005年に「患者支援室」を開室し、2006年より医療者間の対話を促進するための勉強会を始めた。この取り組みは、研究会の発足につながり、2012年にはNPO法人創設に至った。

当NPOの特徴は、医療事故を経験した患者遺族と当事者の医療者が参画している組織であり、2012年に診療報酬で新設された「患者サポート体制充実加算」から誕生した「医療対話推進者」の養成研修を定期的に開催している。

他方、厚生労働省では2007年4月より、後の「医療事故調査制度」につながる検討会が開始され、この時より私は構成員として参画しているが、我が国で医療安全への患者参画が始まったのは、この頃からである。

また、本年6月～10月に厚生労働省で開催された「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」では、見直しの議論として「医療事故調査制度」や「医療機関での安全管理体制」等が示され、報告書が近く取りまとめられる。本セミナーでは、医療安全への患者参画の実際や同検討会での議論と方向性も報告し、今後も患者・市民参画によるパートナーシップや患者・医療者支援の充実が図れるよう、ともに取り組んでいきたいと願っている。

◇ ◇

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

小松康宏氏

群馬大学・名誉教授
板橋中央総合病院・副院長



日本は人類史上かつてない長寿を実現し、その背景には高度な医療技術と、国民皆保険制度がある。しかし、医療という複雑適応系では、悪意のない軽微なエラーが重大事故に発展するという構造的リスクを常に抱えている。今日、医療安全の取り組みは単なる「事故防止」の枠を超え、組織全体の成果と信頼を高める経営戦略へと進化している。

英国NHS、米国IHI、そして「WHO世界患者安全行動計画2021-2030」は、医療安全を病院経営の中核に据えることを明確に打ち出しており、これは病院の持続可能性（sustainability）と直結する潮流である。重大事故後に対策を怠った病院は、社会的信頼を失い、経済的損失のみならず優秀な人材の離職や地域からの支持低下を招く。

一方で、安全への戦略的投資―施設改修、TeamSTEPPS等のチームトレーニング、病院機能評価やJCI対応、人員配置の最適化―は、事故防止にとどまらず、業務効率、患者満足、職員エンゲージメントの向上という明確な経営的リターンを生む。

OECD The Economics of Patient Safety (2020) は「安全投資は最も費用対効果の高い経営戦略」と指摘しており、この考えは企業界で進むESG経営（環境・社会・ガバナンス）にも通じる。医療安全を軸とした経営こそ、病院の社会的価値創出と持続的成長を両立させる合理的判断である。

医療安全の基盤は、システム思考に基づく体制整備と、それを支える組織文化にある。エドガー・シャインの文化理論が示すように、表層的な手順変更ではなく、価値観や前提の転換を伴う文化改革が必要であり、その推進力となるのがエイミー・エドモンドソンの心理的安全性である。職員が安心して報告・提案できる環境は、権威勾配の是正を促し、学習する高信頼性組織への転換を支える。

さらに、安全強化には患者参画の視点が不可欠である。共同意思決定（SDM）に基づくインフォームド・コンセントの充実は、有害事象発生時の信頼維持と組織レジリエンスを支える。患者を「安全のパートナー」として位置づけることが、病院の真の持続可能性を高める。

本講演では、近年の安全理論と実践事例を踏まえ、医療安全を「病院パフォーマンス最大化の戦略基盤」として再定義し、システム、文化、患者参画の三位一体で進める経営改革の方向性を提示する。

感染症が起こりにくい病院の文化をつくるには

坂本史衣氏

板橋中央総合病院・院長補佐
感染対策相談支援事業所・所長



世界保健機関（WHO）によれば、適切な感染予防策の実施により最大70%の医療関連感染を防ぐことが可能とされる。しかし現実には、手指衛生など基本的な感染対策の遵守率は高所得国でも40%前後にとどまり、医療体制や組織文化の面で課題が残されている。

本講演では、感染対策を推進するための4つの要素である「全員参加」「ベストプラクティスの学習」「アカウンタビリティ文化」「継続的改善とフィードバック」を軸に、感染対策を病院文化として定着させるための方向性を整理する。

まず、「全員参加」を実現するには、必要な物品が手の届くところにあり確実に機能していること、実施のタイミングが明確であること、感染予防に対するアカウンタビリティを醸成する仕組みが整っていること、そして達成目標が具体的課題に基づいて設定されていることが重要である。こうした環境を整えることは、すべての職員が自らの行動に目的意識を持ち、感染対策を日常業務の一部として自然に実践できるようにするための前提となる。

「ベストプラクティスの学習」では、科学的根拠に基づいた対策の導入と、効果的な研修の実施が中心となる。研修の最終的な目標は感染予防につながる行動変容であり、その達成のためには、成人学習者の特徴を踏まえて内容を設計し、成果を適切に評価することが求められる。

「アカウンタビリティ文化」とは、職員一人ひとりが自らの判断と行動に責任を持ち、継続的な学習と改善に主体的に関与する組織風土である。その形成には、心理的安全性の確保が重要であり、管理者は建設的な意見交換や助言が日常的に行える環境づくりを担う。

最後に「継続的改善とフィードバック」では、感染対策の実施状況や成果を系統的かつ継続的に可視化し、全体最適を目指す改善のために活用する。

改善を引き起こすには、感染対策に関する専門知識に加えて、デミングが提唱した深遠なる知識（システム思考・ばらつきの理解・知識の理論・人間心理）が求められる。また、組織的な改善を進めるうえでは、経営層をはじめとする多層的なリーダーシップが不可欠である。診療報酬制度を量重視（Volume-based）から質重視（Value-based）へと転換していくことも、今後の方向性として重視される。

職員のメンタルヘルス対策

相馬孝博氏

千葉大学医学部附属病院
医療安全管理部長・特任教授



特定機能病院においては副病院長として医療安全管理責任者の配置が義務づけられているが、今後は一般病院においても同様の体制が求められそうである。病院の幹部職として関わることになる職員のメンタルヘルスには、医療に特化した課題と一般組織と共通する課題があり、大きく4つに分けられる。

1. SV（Second Victim：第二の被害者）：米国のWuにより命名された、医療事故の加害者となった医療者である。重大インシデントが発生した場合には、患者と家族に迅速な善後策を提供しなければならないが、SVは洋の東西を問わず発生するため、事故被害者からの応報感情から庇護することも含め、組織的対応の体制を作っておく必要がある。

2. **患者による暴言暴力**：せん妄状態の患者など、臨床現場では遭遇する機会が多いが、これらのハラスメントは、職員に身体的精神的な被害をもたらす。病院組織としての対応が必要な場合を放置すると、離職者が次々に発生する恐れがある。

3. **うつ病などの精神疾患**：適応障害も含め、医療職でより多く発症すると言われており、強い責任感と長時間労働などが原因で発生する。労働者自身が心の健康について理解し対処する「セルフケア」・日常的に接する管理監督者が職場環境等の改善や相談対応を行う「ラインによるケア」・事業場内の産業医などのスタッフが事業場の心の健康づくり対策を推進する「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」・外部専門家の支援を受ける「事業場外資源によるケア」の4つのケアがあり、職場のストレスチェック制度の活用を含め、安全衛生委員会が有効に機能していなければならない。

4. **職員間ハラスメント**：同職種内に発生することが多く、加害者側が指導方法について無自覚な場合についてはある程度の対応が可能である。ただし医師の場合は、加害者側が理論武装して被害者に向かっていると発覚しにくく、4つのケアの対応も難しい。

令和7年度、厚労省の補正予算は2兆3千億円に

政府は昨年11月28日、令和7年度補正予算案を閣議で了承した。一般会計の歳出総額は18兆3034億円で、うち厚労省分は2兆3252億円となっている。主なものは以下のとおり。

■　■

Ⅰ.「医療・介護等支援パッケージ」＝1兆3649億円（医療1兆3688億円、介護等3281億円）

▽医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援＝5341億円

▽施設整備の促進に対する支援＝462億円

▽病床数の適正化に対する支援＝3490億円

▽出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援＝72億円

▽介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善に対する支援＝1920億円

Ⅱ. 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着に向けた支援等＝360億円

Ⅲ.医療・介護の確保、DXの推進、「攻めの予防医療」の推進等＝2277億円

▽医師偏在是正に向けたリカレント教育の実施や医師のマッチングへの支援等＝3・1億円

▽特定行為研修修了者の養成・ナースセンターの活用等による看護師確保の推進＝4・3億円

▽周産期医療の連携体制、希望に応じて安全な無痛分娩が選択できる体制の構築＝6億円

▽全国医療情報プラットフォームにおける、電子カルテ情報共有サービス、電子処方箋、公費負担医療制度等のオンライン資格確認、予防接種のデジタル化等の推進＝290億円

▽診療報酬改定DXの取組の推進＝42億円

Ⅳ. 創薬力強化に向けたイノベーションの推進、医薬品等の安定供給確保や品質・安全性の確保等＝1527億円

Ⅴ. 次なる感染症危機等に備えた体制強化、国際保健への戦略的取組等＝627億円

他

第36回 診療報酬請求事務セミナー

2026年3月27日(金) ～ 4月30日(木)
WEBセミナー（オンデマンド配信）

講演 1　180分



2026年度診療報酬改定のポイントと経営対応

(株)ＡＳＫ梓診療報酬研究所　代表取締役　**中林　梓**　先生

講演 2　120分



精神科関連の2026年度診療報酬改定内容と対応策

(株)リンクアップラボ　代表取締役　**酒井　麻由美** 先生

【視聴時の注意事項】
▶職場やご自宅で視聴できます。スマートフォンやタブレットでもご視聴いただけます。
▶期間中は同一施設内であれば、何名様でも何度でもご視聴いただけます。
▶録画のため講師への質疑応答はできませんので、ご了承ください。
▶資料はPDFで公開予定です。ダウンロード・プリントアウトしてご利用ください。
▶動画及び資料の無断転載や複製等を禁止します。
▶視聴機器、インターネット環境はご自身でご用意ください。

申込方法
全国公私病院連盟のHP内申込フォームよりお申込みください。

全国公私病院連盟 検索

5営業日以内にメールにて参加費用や振込先等をご連絡いたします。

参加費用
下記団体に加盟している病院（会員病院）　1施設につき　**11,000円（税込）**

・全国自治体病院協議会　・全国公立病院連盟　・全国厚生農業協同組合連合会
・日本赤十字社病院長連盟　・全国済生会病院長会　・岡山県病院協会
・日本私立病院協会　・日本公的病院精神科協会

上記団体以外の病院（非会員病院）　1施設につき　**13,200円（税込）**

申込振込期限
視聴期間終了日まで申込・振込可能

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

全国公私病院連盟 第36回「診療報酬請求事務セミナー」 ― 開催のお知らせ ―

全国公私病院連盟は第36回「診療報酬請求事務セミナー」（WEBセミナー）開催します。この機会に皆様のご参加をお持ちしております。申込等の詳細はホームページをご覧ください。

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：2025 年 11 月 1 日～2026 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　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで

引受保険会社
損害保険ジャパン 株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿 1-26-1
TEL 03-3349-5113
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。

SJ25-09325　2025/11/04

第 21 回「ＤＰＣセミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では「ＤＰＣ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。

1．期　日　：　令和８年 2 月 25 日（水）

2．会　場　：　「全国都市会館」（東京都千代田区平河町 2-4-2）

3．参加費　：　会員病院（１名につき）　14, 300 円（税込）
　　：　会 員 外（１名につき）　16, 500 円（税込）

4．講演テーマと講師　：

オリエンテーション・開会挨拶（10:00～10:10）	
10:10～11:20	「 2040 年に向けた新たな地域医療構想 」 ～地域類型と医療機関機能から考える今後の病院経営の目標～ 講師　**石川ベンジャミン光一** 氏 （国際医療福祉大学　大学院教授）
昼食休憩（11:20～12:20）	
12:20～13:30 ビデオ講演	「 医療ＤＸとクラウドネイティブ 」 講師　**高橋　泰** 氏　（国際医療福祉大学　大学院教授）
13:40～14:50	「 診療報酬改定 2026 が示す今後の地域医療 」 講師　**牧野憲一** 氏（旭川赤十字病院　名誉院長・特別顧問）
15:00～16:10	「 事務部門におけるＤＸの推進 」 ～AI によるレセプトチェックと患者通院支援アプリの導入～ 講師　**橋場哲也** 氏 （国立大学法人旭川医科大学　事務局医事課　課長補佐）
閉会挨拶（16:10～16:15）	

◆ 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

こちらからもお申込みいただけます。

公私病連ニュース

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

令和8年度 診療報酬改定を諮問

中医協、これまでの論点を整理
パブコメ募集と公聴会の開催

1月14日に上野厚労大臣は中医協に対して「令和8年度診療報酬改定」を諮問した。中医協では、これまでの議論を整理し公表するとともに、医療の現場や患者等国民の意見を踏まえる観点からパブリックコメントの募集を開始、1月21日には「公聴会」が開かれている。

昨年末、政府は「令和8年度診療報酬改定」における改定率を3・09％引き上げ、併せて薬価等を0・87％引き下げることを決定した。それに伴い中医協では公聴会を開催し、医療の現場や患者・国民の声を聞いているが、今後は社保審の「医療保険部会・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」と「改定率」に沿って具体的内容を検討し、その結果を厚労大臣に答申することになる。令和6年度改定の際には、2月14日に答申されている。

なお、1月23日に開かれた中医協「総会」には具体的な個別改定項目が示され、点数や基準等の数値は『●』となっているが、新設や見直しの方向性が明らかになっている。今回示された個別改定項目には主に以下のようなものがある。

急性期病院一般入院基本料等の新設

救急搬送件数や全身麻酔手術件数、人口の少ない地域における救急搬送受入状況等を踏まえ、当該病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料を新設する。

【新設】急性期病院一般入院基本料(1日につき)
イ・急性期病院A一般入院料＝●●点
ロ・急性期病院B一般入院料＝●●点
【告示】急性期病院一般入院基本料の施設基準
①通則
1．当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10(急性期病院A一般入院料にあっては7)又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。
2．当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
3．当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日(急性期病院A一般入院料にあっては16日)以内であること。
4．略
5．急性期病院A一般入院料に係る届出を行っている病棟(許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
6．常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。
②急性期病院A一般入院料の施設基準
1．急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
2．急性期医療に係る実績を相当程度有していること。
3．4以外の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
4．許可病床数が200床未満の保険医療機関(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る)にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
5．当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
6．常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。
③急性期病院B一般入院料の施設基準
1．地域において急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
2．急性期医療に係る実績を一定程度有していること。
3．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
4．診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
【新設】急性期病院精神病棟入院基本料(1日につき)
イ・急性期病院A精神病棟入院料
(1)10対1入院基本料＝●●点
(2)13対1入院基本料＝●●点
(3)15対1入院基本料＝●●点
ロ・急性期病院B精神病棟入院料
(1)10対1入院基本料＝●●点
(2)13対1入院基本料＝●●点
(3)15対1入院基本料＝●●点
【通知】施設基準
4の9　急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における急性期医療に係る体制について
(1)急性期病院A一般入院料又は急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
ア．救急医療の提供に係る体制として、以下のいずれかを満たすこと。
(イ)「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第

2面へつづく

国民医療の確保のために病院診療報酬の引き上げを

時評

協議の場から連帯の場へ



連盟　副会長　浦田士郎

新たな地域医療構想は、医療介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の医療需要が減少する予測を背景に、地域完結型の医療・介護提供体制を構築するための2040年とその先へ向かう撤退戦シナリオである。従来の病床機能区分の回復期を包括期とする再定義に加え、新たに人口規模別の医療機関機能の考え方が導入され、その選択にあたって検討すべき定量的評価項目も示されている。

既存医療機関の機能転換は、当該地域の医療提供体制に相当の影響を及ぼす可能性があり、「地域での協議」は当然ながら、国民・患者からの理解が重要となる。地域における各病院の立ち位置を再考させて機能分化と連携推進を加速しようとする潮流の中で、公立・公的病院は再編統合の先頭に立つことが期待される。

病院は地域住民の健康を守る対価として公定価格である診療報酬による収益を確保し、医療従事者の雇用を守り施設設備の近代化に備える。経営努力の結果としての剰余を留保して積み上げた自己資金と借入金や補助金によって資金を醸成し、病院建築寿命の40年前後で次期建築を実行する。

非営利である病院医療事業の単年度収支を黒字化する意味は、未来の患者への準備であり、通常医療のみならず、新たな新興感染症や広域大規模災害への対応能力を準備し保持することも含まれる。現行の診療報酬は賃金や諸物価高騰に晒された病院の運営コストすら賄えておらず、不採算になりがちな政策医療を担うゆえに補助金や事業税非課税措置があるとはいえ、得られる支援には限界があり、病院の持続可能性は診療報酬体系次第である。

地域医療構想は医療提供体制構築のためのツールであり、いわば盤上の駒数と配置の最適化であるが、肝心な駒が脱落するような医療財政制度であれば、地域医療構想は絵に描いた餅である。住み慣れた地域の医療介護を提供してきた病院の消滅は保険あって医療なしの事態を招き、当該地域自体の衰退が加速する。病院医療崩壊は地域崩壊と同義である。

この先も政治変動や天変地異で繰り返し襲ってくるはずの危機に耐えうる、新たな保健・医療・福祉の創造のために「地域における協議の場」を「百年の大計としての地域連帯の場」に改変させるべきである。

（JA愛知厚生連安城更生病院・名誉院長）

いろ鉛筆

「失われた30年」という経済成長の停滞から円安となり、スイスのような「観光立国を」目指した結果、各地でオーバーツーリズムとなっている。スイスと日本の産業構造は似ている。スイスはかって外貨獲得産業は精密機械と観光と言われた。「有事の円」が、いまや「有事のスイスフラン」になっており、世界で一番高い「マック」はスイスにあるとまで言われている。スイスの1人当たりのGDPは10万ドル以上(世界3位、日本は3千ドル、34位、2023年)である。この間スイスは量より質を追求し、高付加価値産業へとシフトした。日本はデフレとなり、コスパの良いものを作り続けた。CART療法のキムリアのノバルティスファーマーをはじめ世界的大企業がスイスには多い。つまり現在のスイスは、高付加価値のある精密機械や製薬産業で世界をリードしており、「世界競争力ランキング」でも1位はスイスであり、日本は42位である。この差は政府の強い成長志向と企業の挑戦を引き出す産業戦略である。また高度人材育成を重視しているのも特徴であると同時に、外国人材・投資も積極的に受け入れている。日本が再び豊かになるには、これらを見習うべきである。（K・M）

1面からつづく

二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」若しくは第4「高度救命救急センター」又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関。

(ロ)(イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

イ.「A304」地域包括医療病棟又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む)の届出を行っていない保険医療機関であること。

ウ.画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。

エ.当該保険医療機関については、看護師長又はこれと同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、次に掲げる所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。

(イ)国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修(180時間以上のものに限る)

(ロ)講義及び演習により、次の①から④までを含む研修(①病院組織管理②医療の質の確保・医療安全③多職種連携・人的資源の活用④医療DXを含む業務の効率化)

(2)急性期病院B一般入院料又は急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。

ア.救急医療の提供に係る体制として、以下のいずれかを満たすこと。

(イ)医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

(ロ)救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

イ.「A304」地域包括医療病棟の届出を行っていない保険医療機関であること。

ウ.当該保険医療機関の協力医療機関での診療が可能と考えられるものについては、当該協力医療機関から受入の依頼があった場合、当該協力医療機関において受入が困難であった場合又は受入後3日以内に当該協力医療機関に転医・転院した場合を除き、(1)の搬送件数に算入しない。

(3)急性期病院B一般入院料及び急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る届出を行っていること。

(4)(3)ウに該当する病院における、急性期医療に係る実績として、次のいずれかを満たすこと。

ア.救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で500件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。

イ.救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1500件以上であること。

(5)救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時まで)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。

(6)(3)ウ又はエのいずれかに該当する保険医療機関について、当該保険医療機関が所属する二次医療圏において再編統合が行われた場合には、当分の間、(3)ウに該当する保険医療機関については、別紙●に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最も多いものとみなし、(3)エに該当する保険医療機関については、(3)エを満たしているものとみなす。

4の10　急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における急性期医療に係る実績について

(1)急性期病院A一般入院料及び急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2000件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で1200件以上であること。

(2)介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院(以下「介護保険施設」)に入所中の患者の救急搬送であって、重症度・緊急性からみて当該介護保険施設の協力医療機関での診療が可能と考えられるものについては、当該協力医療機関から受入の依頼があった場合、当該協力医療機関において受入が困難であった場合又は受入後3日以内に当該協力医療機関に転医・転院した場合を除き、(1)の搬送件数に算入しない。

(3)急性期病院B一般入院料及び急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る実績として、次のいずれかを満たすこと。

ア.救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で500件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。

ウ.「基本診療料の施設基準等」別紙●に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1000件以上であること。

エ.別紙●に掲げる離島に属する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であること。

(4)介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合には、協力医療機関を確認し、当該協力医療機関に情報提供を行うことが望ましい。

(5)救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時まで)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。

多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設

急性期一般入院料4及び急性期病院B一般入院料のうち、急性期一般入院料1と同等の重症度、医療・看護必要度等を満たす病棟において、当該病棟における看護配置基準を超えて看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる「看護・多職種協働加算」を新設する。

【新設】看護・多職種協働加算(1日につき)

1.看護・多職種協働加算1＝●●点

2.看護・多職種協働加算2＝●●点

【対象患者】

地域の急性期医療を担う保険医療機関における急性期一般入院料1と同等の基準を満たす急性期病棟のうち、看護職員を含む多職種が協働して専門的な観点から適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制を整備しているものとして届け出た病棟に入院する患者。

【算定要件】

注1　看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

【施設基準】

(1)当該病棟において、一日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。

(2)急性期医療を担う病院であること。

(3)急性期一般入院料4又は急性期病院B一般入院料を算定する病棟であること。

(4)次のいずれかに該当すること。

①一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

②診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

(5)当該病棟の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。

(6)当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が●割●分以上であること。

(7)当該病棟において各医療職種が専門性に基づいて業務を行う体制が整備されていること。

急性期総合体制加算の新設

1.総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、様々な診療科を有する総合性と、手術件数が多い等の集積性を持つ拠点的な病院の評価を新設する。

2.人口の少ない地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する。

【新設】急性期総合体制加算(1日につき)

1.急性期総合体制加算1

イ・7日以内の期間＝●●点

ロ・8日以上11日以内の期間＝●●点

ハ・12日以上14日以内の期間＝●●点

2.急性期総合体制加算2

イ・7日以内の期間＝●●点

ロ・8日以上11日以内の期間＝●●点

ハ・12日以上14日以内の期間＝●●点

3.急性期総合体制加算3

イ・7日以内の期間＝●●点

ロ・8日以上11日以内の期間＝●●点

ハ・12日以上14日以内の期間＝●●点

4.急性期総合体制加算4

イ・7日以内の期間＝●●点

ロ・8日以上11日以内の期間＝●●点

ハ・12日以上14日以内の期間＝●●点

5.急性期総合体制加算5

イ・7日以内の期間＝●●点

ロ・8日以上11日以内の期間＝●●点

ハ・12日以上14日以内の期間＝●●点

地域包括医療病棟の見直し

1.地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、手術や緊急入院の有無に応じて入院料を分けるとともに、包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合の診療を更に評価する。

【見直し】地域包括医療病棟入院料(1日につき)

1.地域包括医療病棟入院料1

イ・入院料1＝●●点

ロ・入院料2＝●●点

ハ・入院料3＝●●点

2.地域包括医療病棟入院料2

イ・入院料1＝●●点

ロ・入院料2＝●●点

ハ・入院料3＝●●点

【算定要件】

注1(略)

注2　入院料1については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施しないもの、入院料3については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。

【施設基準】(1)地域包括医療病棟入院料1

イ～ネ(略)

ナ.当該保険医療機関内に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する病棟を有していないこと。

【施設基準】(2)地域包括医療病棟入院料2

(1)のイからネまでを満たすものであること。

2.リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進するため、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の体系を見直す。

【算定要件】地域包括医療病棟入院料

注1～9(略)

注10　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

【新設】リハビリテーション・栄養・口腔連携加算1＝●●点

【新設】リハビリテーション・栄養・口腔連携加算2＝●●点

3.高齢者の特性に配慮し、平均在院日数及び退院時のADLが低下したものの割合について、85歳以上の患者の割合に応じて基準を緩和する。また、誤嚥性肺炎や尿路感染症等頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。

【施設基準】地域包括医療病棟入院料

(1)地域包括医療病棟入院料1の施設基準

イ～ト(略)

チ.次のいずれかに該当すること。

①一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

②診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

リ.患者の状態に基づき、当該病棟に入院した日に介助を特に実施している患者を五割以上入院させる病棟であること。

ヌ.当該病棟の入院患者の平均在院日数が20日以内を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに1を加えた日数以内であること。

DPC／PDPSの見直し

3.診断群分類

(2)点数設定方式A～Cにおける入院期間Ⅱ

多くの診断群分類において、平均在院日数が在院日数の中央値を上回っている実態を踏まえ、在院日数の変動係数が0・6を下回る診断群分類について、10%を変動率の上限として、入院期間Ⅱを平均在院日数から在院日数の中央値へ見直すとともに、包括点数の再設定を行う。

4.算定ルール

DPC算定対象となる病棟等から、DPC算定対象とならない病棟へ転棟した後に、同一傷病等により改めてDPC算定病棟等に再転棟する場合について、転棟後の期間を問わず、原則として一連の入院として扱うこととするよう要件を見直す。

全国公私病院連盟
海外（ハワイ）医療視察研修記

全国公私病院連盟は、コロナ禍の影響で令和2年より中断していた海外医療視察研修事業を再開し、昨年11月に米国（ハワイ州）に視察研修団を派遣しました。一行はクィーンズメディカルセンターなどを視察しましたので、以下にその視察研修記を掲載します。



団長　**斎藤正志**

２０２５年11月23日（日）19：30、羽田空港第2ターミナルビル3F出発ロビーのANAカウンター前に全国公私病院連盟3名の職員、TCIジャパン添乗員、そして視察団メンバー6名が集合した。関係各位のご尽力により、新型コロナウイルスの蔓延（コロナ禍）後初の全国公私病院連盟企画の海外（ハワイ）医療視察研修が再開したのである。

メンバーはJA福島厚生連から白河厚生総合病院・鈴木看護部長、塙厚生病院・吉田看護部長、白河厚生総合病院・斎藤ケアマネジャー、白河厚生総合病院臨床工学科・斎藤技士長（小生）の4名。社会福祉法人恩賜財団済生会大阪府済生会中津病院・山口師長と川口師長の2名。合計6名である。過去の視察研修20数名の実績からみれば、かなり小規模の視察研修団である。

結団式および渡航説明は、全国公私病院連盟・小堀事務局長の挨拶で始まった。コロナ禍後に初めて再開した研修であること。最少催行人員を下回ったが申込を尊重し、次年以降の参加人員増加を願って開催に踏み切った旨の説明であった。次いで参加者全員が軽く自己紹介した後、小生が団長として、開催御礼と研修へ向けての意気込み等を誓った。その後、添乗員TCIジャパン富田営業課長の渡航説明を受け、メンバーそれぞれの思いと共にANANH186便に搭乗した。

尚、小生が団長に選任されたのは、黒一点であることとメンバー内最年長であるが故であることを申し添える。

22時8分、祖国を後にした。約7時間のフライト予定である。目的地ハワイと日本の時差は19時間。現地到着は同日9時38分、感覚としては1日戻るような感じである。

翌日の活動を考えれば、フライト中の睡眠は貴重である。小生以外のメンバーは海外渡航経験者であり、いわゆる勝手を知っているようだった。小生は期待と不安と初めて祖国を離れた寂しさの入り混じったやや興奮状態であまり眠れなかった。

着陸後、直ちに入国手続きとなるが、私たちを最初に歓迎したのは機体から出たとたんに浴びたハワイの熱気だった。

時間は要したものの皆無事に入国。待機していた専用バスに乗り込み、現地案内人のアナウンスと共にホノルル市内要所を巡回しながら視察した。

昼食は、有名なウルフギャングの〝ステーキ〟ではなく郷土料理の1つロコモコ。見た目より美味しく、そしてボリューム満点。完食は小生と添乗員の富田氏だけだった。

13時54分、滞在ホテルのシェラトンプリンスカイウラニに我々より先に届いたスーツケースと共にチェックインとなった。

その夜は、メンバーの紹介と親睦を兼ねウェルカムディナー。添乗員以外全員が看護師の有資格者であり、共通・共感する話題も多く、終始和やかな雰囲気で楽しい一時となった。

翌24日(月)、本研修のメイン行事、クィーンズメディカルセンター視察である。

今回の企画はコロナ禍前の一日2施設視察研修とはならず、午前中が病院視察、昼食休憩後ハワイ在住日本人看護師による講義となった。コロナ禍の影響で受け入れ施設が唯一当病院だったのである。今視察研修は、今後の試金石となるかもしれない。

事前説明と小職による挨拶後に視察研修がスタートした。

視察中、Mr.Rose氏（元ハワイTVの有名なアナウンサー）が総合案内を担当。病院看板前で最後の記念撮影、お土産（手帳・マスク・ストラップ）配布まで対応してくれた。残念なことに院内の撮影は一切禁止であった。

医療従事者は、日本人医師2名が医療体制と病棟案内を、男性看護師1名が救急体制と看護師の勤務概要について説明してくれた。

いずれの場面でもコロナ禍の爪痕は所々感じ取れたが、小生が特に印象的に感じたことを紹介する。

1．ハワイ（米国）の医療は、医師と患者の間に保険会社が介在するシステムで保険会社は公私多数存在する。医師は患者と保険会社両者へディスクロージャーし、その内容によって診療行為が決定されること。

2．合理性を追求した結果、分業が確立。結果、手間とコストが増大し、医療費高騰へ反映していること。

3．看護師は異動がなく、ストライキ等一定の権利を有し、ユニオン体制が確立。年間の有給休暇が8週間あり、全て消化。脳外科医師のポケットマネーで看護師へのクリスマスプレゼントが今年はマッサージチェアであったこと。

4．救急搬送車が1日当たり約90名、1症例当たり10分以内に初診完了。救急センターには2つの入口があり、1つは一般、もう1つは犯罪者や精神疾患等（全体の1割程度）の専用であること。

5．我が国の医師ほど米国の医師のヒエラルキーは優位ではないことなど医療体制、勤務体制、職員待遇等似て非なるものであった。

時間に追われながらの視察となり、もう少し病院全体を視察できればとの思いを残しつつ病院を後にした。

昼食は、ハワイ最大のアラモアナショッピングセンターで各自がフリー形式とした。

その後、近隣とのことで講義会場へ徒歩で移動。暑さの中の徒歩は、思ったより距離があり、街並みを見ながらでも若干きついと感じた。道に迷う場面もあり、講師のYuka Hazam氏（現地日本人看護師）を待たせてしまった。

14時からの講義は、初の試みであるからか丁寧な自己紹介で少々時間を要した。限られた時間の割には内容が豊富で最後の方は駆け足の説明となり少し残念だった。

要点としては、他民族国家であるが故の言葉の壁と価値観の相違、特に「エスノセントリズム（自文化または自民族中心主義）」という考え方を理解することが重要であると述べられた。わが国にはあまり浸透されていない認識である。

また、死因第1位が脳卒中であることなど、8つの視点と問題点からハワイ医療の現状等説明された。講師曰く、総論として外から見る日本の医療は素晴らしいとのことである。尚、プレゼンテーションデータを後日、添乗員を介し提供していただくこととなった。

同じ医学という源泉から派生した医療は、それぞれの国の風土や土地柄といった環境によって異なる形式で成立している。それらを現地で、そして現場の医師や看護師から直接生の声で拝聴したことは、その場でしか感じ取ることのできない貴重な変えがたい経験であった。まさに「百聞は一見に如かず」である。

視察と講義をとおし、様々な違いや課題があるものの医療従事者という枠組みでは、患者の個別性を認め、質の良いかつ、安全な医療を希求することは同じである。そして何より両者のモチベーションとなっている「患者の命を助ける」というシンプルかつ強固な意志に国境はなかった。

3日目と4日目は終日フリータイム。各自、異国の自然や文化を体験したようである。そして最後の夜「さよならパーティー」を設けていただいた。メンバーそれぞれが体験談を語り、親睦をより深める機会となった。

繰り返すが、他国の医療現場を肌で感じることのできるこの視察研修は、個人的なレベルでは実現できない貴重なものである。この企画が今後も継続することを切に願うと同時に、世界にも全国にも同じ志を持つ仲間の存在を体感できた。このことは参加したメンバーそれぞれがより広い視野を持つことにつながり、今後の人生への財産になると確信した。

最後に、今研修に関わった全ての関係各位と仲間に「Aloha nui loa & Mahalo nui loa!」。



（JA福島厚生連白河厚生総合病院・臨床工学科技師長）

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

令和７年 ６月調査 **病院経営実態調査報告**

内容：経営収支の状況、医療収支の状況　など

定価 12,000 円＋税
A４版 約 780 ページ

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和７年 ６月調査 **病院経営分析調査報告**

内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

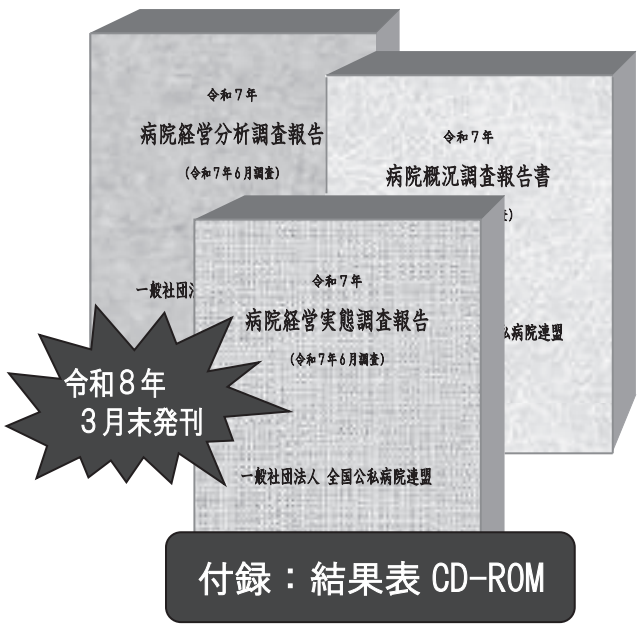
定価 16,000 円＋税
A４版 約 740 ページ

令和７年 ６月調査 **病院概況調査報告書**

内容：病床利用率、在院日数、施設状況　など

定価 18,000 円＋税
A４版 約 630 ページ

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます



ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

全国公私病院連盟
第36回「診療報酬請求事務セミナー」
―開催のお知らせ―

全国公私病院連盟は第36回「診療報酬請求事務セミナー」（WEBセミナー）開催します。この機会に皆様のご参加をお持ちしております。申込等の詳細はホームページをご覧ください。

第36回 診療報酬請求事務セミナー

2026年3月27日(金) ～ 4月30日(木)
WEBセミナー（オンデマンド配信）

講演 1　180分



2026年度診療報酬改定のポイントと経営対応

(株)ＡＳＫ梓診療報酬研究所　代表取締役　**中林　梓**　先生

講演 2　120分



精神科関連の2026年度診療報酬改定内容と対応策

(株)リンクアップラボ　代表取締役　**酒井　麻由美** 先生

【視聴時の注意事項】
▶職場やご自宅で視聴できます。スマートフォンやタブレットでもご視聴いただけます。
▶期間中は同一施設内であれば、何名様でも何度でもご視聴いただけます。
▶録画のため講師への質疑応答はできませんので、ご了承ください。
▶資料はPDFで公開予定です。ダウンロード・プリントアウトしてご利用ください。
▶動画及び資料の無断転載や複製等を禁止します。
▶視聴機器、インターネット環境はご自身でご用意ください。

申込方法
全国公私病院連盟のHP内申込フォームよりお申込みください。

全国公私病院連盟 検索

5営業日以内にメールにて参加費用や振込先等をご連絡いたします。

参加費用
下記団体に加盟している病院（会員病院）　1施設につき　**11,000円（税込）**

・全国自治体病院協議会　・全国公立病院連盟　・全国厚生農業協同組合連合会
・日本赤十字社病院長連盟　・全国済生会病院長会　・岡山県病院協会
・日本私立病院協会　・日本公的病院精神科協会

上記団体以外の病院（非会員病院）　1施設につき　**13,200円（税込）**

申込振込期限
視聴期間終了日まで申込・振込可能

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

日本病院会・全国公私病院連盟　共催
「令和8年度診療報酬改定説明会」のご案内

全国公私病院連盟は日本病院会と共催で「令和8年度診療報酬改定説明会」を開催します。どうぞご参加ください。

以下に開催の概要を掲載しますが詳細はホームページをご覧ください。

1. **日　時**
【ライブ配信】
3月12日（木）13時～16時
【録画配信】
3月13日（金）10時～3月19日（木）
※録画配信はライブ配信の録画映像です。

2. **講　師**
厚生労働省保険局医療課担当官（予定）

3. **参加費**
①会員病院
1名当たり＝1万1千円（税込・資料代含む）
②未加入病院
1名当たり＝2万2千円（税込・資料代含む）
※会員の確認について
■日本病院会の会員かは、日本病院会のホームページ「会員病院一覧」で確認してください。
■全国公私病院連盟は、8団体〔①全国自治体病院協議会、②全国公立病院連盟、③全国厚生農業協同組合連合会、④日本赤十字社病院長連盟、⑤全国済生会病院長会、⑥岡山県病院協会、⑦日本私立病院協会、⑧日本公的病院精神科協会〕で構成されており、いずれかに所属する病院は全国公私病院連盟の会員病院です。全国公私病院連盟の会員かは、全国公私病院連盟のホームページで確認してください。

4. **申込期間**
1月13日（火）～2月16日（月）
※先着順。定員（7千名）に達し次第、受付終了します。

5. **申込方法**
日本病院会ホームページで受付します。

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：2025 年 11 月 1 日～2026 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　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで

引受保険会社
損害保険ジャパン 株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿 1-26-1
TEL 03-3349-5113
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。**

SJ25-09325　2025/11/04

第 21 回「ＤＰＣセミナー」のお知らせ

全国公私病院連盟では「ＤＰＣ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。

1．期　日　：　令和８年 2 月 25 日（水）
2．会　場　：　「全国都市会館」（東京都千代田区平河町 2-4-2）
3．参加費　：　会員病院（１名につき）　14, 300 円（税込）
　　：　会 員 外（１名につき）　16, 500 円（税込）
4．講演テーマと講師　：

オリエンテーション・開会挨拶（10:00～10:10）	
10:10～11:20	「 2040 年に向けた新たな地域医療構想 」 ～地域類型と医療機関機能から考える今後の病院経営の目標～ 講師　**石川ベンジャミン光一** 氏 （国際医療福祉大学　大学院教授）
昼食休憩（11:20～12:20）	
12:20～13:30 ビデオ講演	「 医療ＤＸとクラウドネイティブ 」 講師　**高橋　泰** 氏　（国際医療福祉大学　大学院教授）
13:40～14:50	「 診療報酬改定 2026 が示す今後の地域医療 」 講師　**牧野憲一** 氏（旭川赤十字病院　名誉院長・特別顧問）
15:00～16:10	「 事務部門におけるＤＸの推進 」 ～AI によるレセプトチェックと患者通院支援アプリの導入～ 講師　**橋場哲也** 氏 （国立大学法人旭川医科大学　事務局医事課　課長補佐）
閉会挨拶（16:10～16:15）	

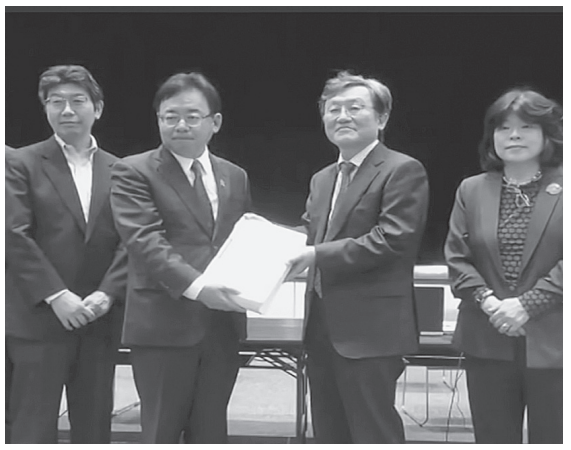
◆ 参加の申込方法や注意事項などの詳細は、ホームページ　https://www.byo-ren.com/ をご覧ください。【TEL】03-6284-7180

こちらからもお申込みいただけます。

令和8年度 診療報酬改定決まる

答申に26項目の付帯意見
請求手続きの負担軽減を図ること など

中央社会保険医療協議会（中医協）は2月13日に「令和8年度診療報酬改定」を答申した。中医協では今回の答申において「施設基準届出のオンライン化や共通算定モジュールの活用を進めるなど、診療報酬の請求手続きの負担軽減を図ること」など、26項目の付帯意見をつけている。今回の改定で主に新設・変更されたものには次のようなものがある。



答申書の手交のもよう。答申書を挟んで、（左）上野・厚労大臣と（右）小塩・中医協会長

■物件費の高騰を踏まえた対応

これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和8年度及び令和9年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。

1．診療所については、初・再診料、有床診療所入院基本料等について、所要の点数の引上げを行う。

2．病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料において引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。

【再診料】

再診料（75点→76点）

注2　妊結率が低い場合（55点→56点）

注3　同一日に2科目を再診として受診した場合（38点→39点）

【一般病棟入院基本料】

1．急性期一般入院基本料

イ・急性期一般入院料1（1688点→1874点）

ロ・急性期一般入院料2（1644点→1779点）

ハ・急性期一般入院料3（1569点→1704点）

ニ・急性期一般入院料4（1462点→1597点）

ホ・急性期一般入院料5（1451点→1575点）

ヘ・急性期一般入院料6（1404点→1523点）

2．地域一般入院基本料

イ・地域一般入院料1（1176点→1290点）

ロ・地域一般入院料2（1170点→1282点）

ハ・地域一般入院料3（1003点→1097点）

■急性期病院一般入院基本料等の新設

救急搬送件数や全身麻酔手術件数、人口の少ない地域における地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、当該病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料を新設する。

【新】急性期病院一般入院基本料（1日につき）

イ・急性期病院A一般入院料＝1930点

ロ・急性期病院B一般入院料＝1643点

【新】急性期病院精神病棟入院基本料（1日につき）

イ・急性期病院A精神病棟入院料

（1）10対1入院基本料＝1519点

（2）13対1入院基本料＝1162点

（3）15対1入院基本料＝966点

ロ・急性期病院B精神病棟入院料

（1）10対1入院基本料＝1502点

（2）13対1入院基本料＝1145点

（3）15対1入院基本料＝949点

■多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設

急性期一般入院料4及び急性期病院B一般入院料のうち、急性期一般入院料1と同等の重症度、医療・看護必要度等を満たす病棟において、当該病棟における看護配置基準を超えて看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる「看護・多職種協働加算」を新設する。

【新】看護・多職種協働加算（1日につき）

1．看護・多職種協働加算1＝277点

2．看護・多職種協働加算2＝255点

■急性期総合体制加算の新設

1．総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、様々な診療科を有する総合性と、手術件数が多い等の集積性を持つ拠点的な病院の評価を新設する。

2．人口の少ない地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する。

【急性期総合体制加算（1日につき）】

1．急性期総合体制加算1

イ・7日以内の期間＝530点

ロ・8日以上11日以内の期間＝290点

ハ・12日以上14日以内の期間＝210点

2．急性期総合体制加算2

イ・7日以内の期間＝470点

ロ・8日以上11日以内の期間＝230点

ハ・12日以上14日以内の期間＝150点

3．急性期総合体制加算3

イ・7日以内の期間＝440点

ロ・8日以上11日以内の期間＝200点

ハ・12日以上14日以内の期間＝120点

4．急性期総合体制加算4

イ・7日以内の期間＝360点

ロ・8日以上11日以内の期間＝150点

ハ・12日以上14日以内の期間＝90点

5．急性期総合体制加算5

4面へつづく

時評

経営改善による未来への第一歩

連盟　理事　荒川穣二



院長就任後7回目となる年末年始に年頭所感を考えていました。毎年、自分の考えや思いを込めて、当院（指定管理下の）北海道立北見病院の職員に年頭の言葉を述べてきました。拙い言葉ですが順に、「継承と新たな第一歩」「病院創生」「回顧と改革」「共和と連携推進」「連携推進とともにハラスメントのない病院」「さらなる連携推進とハラスメントのない病院を目指す」となります。

近年では、病院内外の組織横断的な連携推進や職員の働く環境が重要であるという思いからハラスメントのない病院を提唱しています。まだ解決すべき課題も山積していますが、着実に前進していると感じています。

昨年、日本赤十字北海道看護大学で清家篤社長をお招きして「未来を拓く赤十字の人道支援」の講演会が開催されました。赤十字のミッション「わたしたちは、苦しんでいる人を救いたいという思いを結集し、いかなる状況下でも、人間のいのちと健康、尊厳を守ります」とMovement（運動体）の一員として一人一人が持つ温かな思いを赤十字組織として実現することの重要性を強調されていました。

新年を迎えるにあたり、年頭の言葉として赤十字のミッションと当院の理念「人道・博愛に基づき、患者さんを尊重した医療を提供し、地域の期待と信頼に応えます」を考慮した内容にしたいと考えて「経営改善による未来への第一歩」を提唱しました。赤十字のミッション、当院の理念を遂行するためには第一歩として、さらなる経営改善は必須です。

当院においては、DPCを意識した入院稼働の維持、特にDPC標準病院群（旧Ⅲ群）、入院期間Ⅲを超過した入院の削減。看護補助体制充実加算の維持、二次骨折予防としてのFLS推進、肥満・糖尿病・慢性腎不全等に対する各診療科に渡る連携推進。道立病院においては、DPC病院に向けた体制変更と病院機能評価受審による標準化への取り組み。それを基に職員が不安無く安心して働くことができ、成長を実感し仕事にやりがいを感じることのできる病院を目指すことがはじめて可能となります。

「経営改善による未来への第一歩」は、オホーツクに住まわれている全ての方々が、安心して暮らすことができる医療提供体制構築への第一歩となる元年にという願いを込めました。

（北見赤十字病院・院長、北海道立北見病院・指定管理者）

いろ鉛筆

短期決戦となった衆議院選挙の結果は驚きをもって報じられた。政府与党の大勝と、対峙する既成野党の壊滅的敗北である。初の女性首相への期待と、その信任を問うという構図の明快さが有権者に届いた一方で、野党側の主張は焦点が定まらず訴求力を欠いたと指摘される。しかし、これほどの大差を生んだ別の要素も存在する▼注目すべきは18～19歳の投票率が43・11％と報じられた点である。全体の投票率56・26％に比べれば13ポイント以上低いが、かつて「政治的無関心世代」と言われた状況を思えば隔世の感がある。若年層が確実に選挙に参加し、その選択が一定の影響を及ぼしている。地縁・血縁に縛られない彼らの投票行動を支えるのはネットやSNSの情報だ。こうした世代が本格的に参加する選挙では従来の組織依存型選挙運動では届かない。いかに堅実な政治活動を積み重ねても「表現のあり方」が問われる時代である▼ネット空間は容易に炎上を生み、時に極端な言説を拡散させる。地方首長選や米国大統領選など結果を巡る疑念や分断が顕在化する例は少なくない。情報環境の急速な変化は、選挙における「公正な選択」の在り方に新たな難題を突きつけている。（N・A）

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

分析調査の概要

全国公私病院連盟が例年6月を対象に実施している「病院運営実態分析調査」の令和7年6月調査の結果が公表された。これによると、6月中の100床当たり「総費用」は2億6024万1千円（前年6月比・伸び率5・1％増）、「医業費用」は2億5677万6千円（前年6月比・伸び率5・2％増）となった一方、6月中の「総収益」は2億3446万5千円（前年6月比・伸び率4・0％増）、「医業収益」は2億2933万3千円（前年6月比・伸び率4・4％増）で、総収益から総費用を差し引いた100床当たりの「総損益差額」は2577万6千円の赤字、医業収益から医業費用を差し引いた「医業損益差額」も2744万3千円の赤字となり、病院が弛まぬ経営努力を続けても社会的なインフレ基調による物価や人件費の高騰等による費用増大を補いきれず、病院経営がかつてないほどの厳しい状況下であることが示された。なお、同調査の詳細な結果は3冊の報告書にまとめられ、3月下旬に発刊予定。同調査の概要は、以下のとおり。

調査の概要

この調査は、一般社団法人全国公私病院連盟が例年6月を対象に実施している調査で、病院運営の実態を把握して病院の運営管理改善の資料とするとともに、診療報酬体系改善のための資料を得ることを目的としており、調査の対象は、一般団法人全国公私病院連盟に加盟している団体に所属する病院と本調査に協力する病院である。

表１　一般病院の平均在院日数、開設者別、病床規模別

開設者＼病床規模	総　数	20～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700床～
総　数	12.81	21.68	20.88	15.86	12.46	11.07	10.71	10.29	11.15
自治体	12.19	26.61	19.73	14.70	11.73	10.80	10.79	10.30	10.89
その他公的	12.13	29.48	21.47	14.50	12.16	11.21	9.95	10.38	10.31
私　的	15.93	15.47	21.73	20.52	14.67	11.86	13.36	9.43	12.29

表２　一般病院の病床利用率、病院規模別

年次＼病床規模	総　数	20～99床	100～199床	200～299床	300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700床～
令和 3	65.83	64.85	67.21	63.59	63.43	64.08	68.34	67.72	69.25
4	67.86	62.00	69.54	66.37	64.91	68.12	69.60	71.10	68.51
5	68.38	64.27	69.68	65.19	66.98	67.92	69.66	71.25	70.99
6	69.43	63.41	69.72	69.54	67.12	69.76	70.35	72.29	71.22
7	70.11	67.72	72.06	68.94	68.45	70.18	70.79	72.06	69.82

調査結果の概要

(1) 平均在院日数

病院総数でみると13・23日（前年6月13・52日）となっており、開設者別にみると、自治体病院は12・21日（前年6月12・77日（前年6月13・18日）、その他公的病院は12・21日（前年6月12・71日）、私的病院は16・52日（前年6月16・09日）となっている。

また、一般病院の病床規模別に平均在院日数の短い方から順にみると、①600～699床10・29日、②500～599床10・71日、③400～499床11・07日、④700床以上11・15日、⑤300～399床12・46日、⑥200～299床15・86日、⑦100～199床20・88日、⑧20～99床21・68日となっている。これを開設者別病床規模別にみると表1のようになっている。

(2) 病床利用率

病院総数でみると69・84％（前年6月69・19％）となっており、病院の種類別にみると、一般病院70・11％（前年6月69・43％）、精神科病院63・28％（前年6月64・17％）となっている。

また、一般病院の病床規模別に病床利用率の高い方から順にみると、①100～199床および600～699床72・06％、②500～599床70・79％、③400～499床70・18％、④700床以上69・82％、⑤200～299床68・94％、⑥300～399床68・45％、⑦20～99床67・72％となっている。これを病床規模別にみると表2のようになっている。

(3) 一般病院における100床当たり職員数

職員総数は199・2人（前年6月194・9人）となっており、職種別にみると、医師25・4人（前年6月25・2人）、看護部門職員105・9人（前年6月104・0人）、看護部門職員のうち看護師94・0人（前年6月92・6人）となっている。その他、薬剤部門職員6・2人、放射線部門職員5・7人、検査部門職員7・4人、リハビリ部門職員11・6人、栄養（食事）部門職員3・8人となっている。

(4) 6月中の1病院当たり入院患者数

病院総数でみると、6月中の1病院当たり入院患者数は、6727人（前年6月6960人）となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり233人の減少である。これを年次別にみると図1下の折れ線グラフのようになっている。

(5) 6月中の1病院当たり外来患者数

病院総数でみると、6月中の1病院当たり外来患者数は、1万1415人（前年6月1万1584人）となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり169人の減少である。これを年次別にみると図1上の折れ線グラフのようになっている。

(6) 医師1人1日当たり取扱い患者数

入院の平均は3・5人（前年6月3・5人）となっている。診療科別でみると、入院で取扱う患者が多いのはリハビリ科13・5人、精神科9・0人、整形外科6・6人などで、少ないのは放射線科1・1人、歯科1・5人、小児外科1・7人などである。

外来の平均は6・2人（前年6月6・1人）となっている。診療科別でみると、外来で取扱う患者が多いのは皮膚科13・0人、眼科11・5人、肛門外科10・1人、歯科9・9人などが多く、少ないのは麻酔科1・8人、小児外科2・1人、心臓血管外科2・3人、呼吸器外科2・8人などである。

(7) 医師1人1日当たり診療収入

DPC以外の病院における入院の平均は27万1千円となっている。診療科別でみると、入院で比較的高額なのは、リハビリ科60万1千円、脳神経外科45万円、整形外科42万1千円、呼吸器内科39万3千円などである。

DPC以外の病院における外来の平均は11万7千円となっている。診療科別でみると、外来で比較的高額なのは、泌尿器科17万3千円、呼吸器内科16万1千円、眼科15万1千円、消化器外科14万8千円などである。

DPCの病院における入院の平均は23万円となっている。診療科別でみると、入院で比較的高額なのは、心臓血管外科56万円、リハビリ科46万9千円、整形外科45万8千円、循環器内科44万8千円、脳神経外科44万6千円などである。

DPCの病院における外来の平均は11万8千円となっている。診療科別でみると、外来で比較的高額なのは、泌尿器科21万6千円、肛門外科20万5千円、呼吸器内科19万8千円、内科18万8千円、眼科16万6千円、消化器内科15万3千円などである。

(8) 主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入

DPC以外の病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院では心臓血管外科の19万2569円が特に高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万7935円である。外来では呼吸器内科の9万327円が高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万3712円である。外来では、放射線科2万3964円をはじめ、呼吸器内科2万1526円、消化器外科1万6968円などが高額であるのに対し、最も小額なのは皮膚科の4219円である。

DPCの病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院では婦人科の9万3275円が高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万3712円である。外来では、放射線科2万3964円をはじめ、呼吸器内科2万1526円、消化器外科1万6968円などが高額であるのに対し、最も小額なのは皮膚科の4219円である。

3面へつづく

図１　６月中の１病院当たり患者数、入院・外来別の年次推移

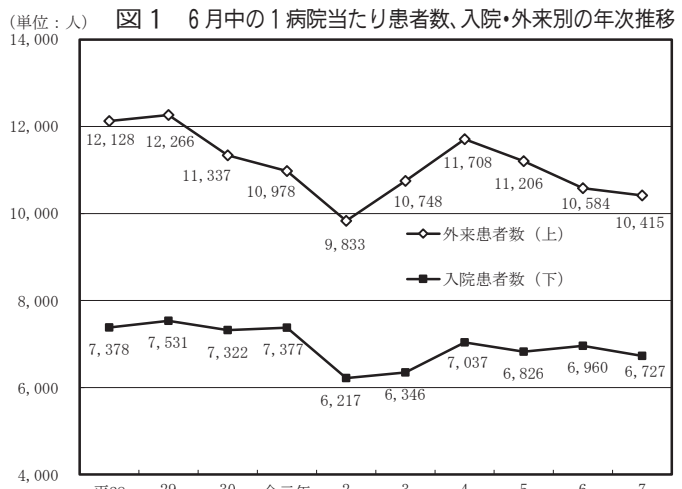


図２－１　主な診療科別の入院患者１人１日当たり診療収入【ＤＰＣ以外の病院】

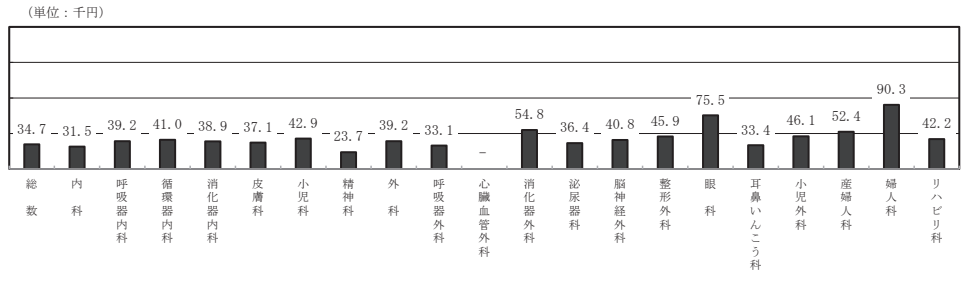


図２－２　主な診療科別の入院患者１人１日当たり診療収入【ＤＰＣの病院】

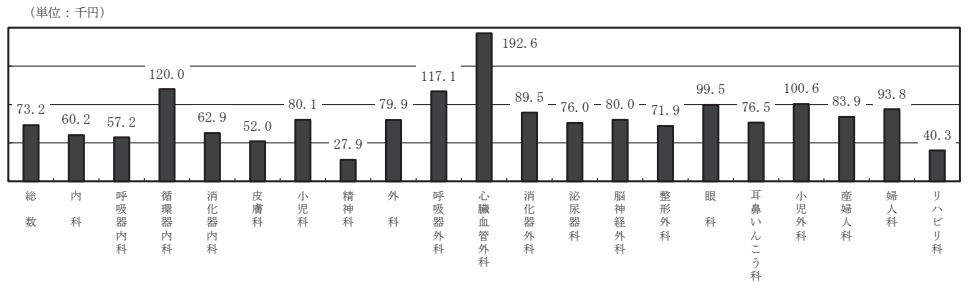


図３－１　主な診療科別の外来患者１人１日当たり診療収入【ＤＰＣ以外の病院】

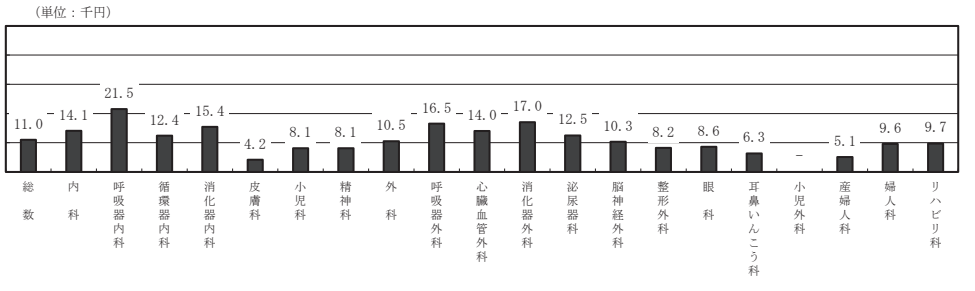
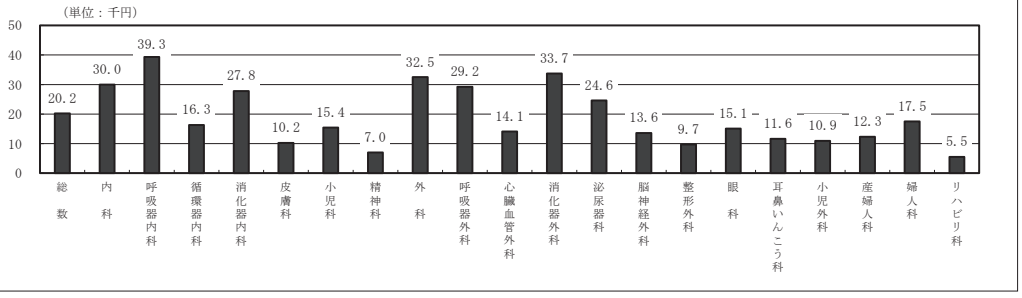


図３－２　主な診療科別の外来患者１人１日当たり診療収入【ＤＰＣの病院】



令和7年6月 病院運営実態

2面からつづく

の3万9300円をはじめ、消化器外科3万3739円、外科3万2528円などが高額であるのに対し、最も小額なのはリハビリ科の5544円である。患者1人1日当たり診療収入を主な診療科別にみると図2－1、2－2および図3－1、3－2のようになっている。

（9）100床当たり収支金額

6月中の総費用は2億6024万1千円（前年6月比・伸び率5・1％増）、医業費用は2億5677万6千円（前年6月比・伸び率5・2％増）となっている。また、医業費用のうち給与費は1億2989万円（前年6月比・伸び率3・7％増）、材料費は6810万7千円（前年6月比・伸び率7・1％増）、経費は4056万7千円（前年6月比・伸び率6・8％増）となっている。

なお、材料費のうち薬品費は4104万9千円（前年6月比・伸び率6・8％増）となっており、経費のうち委託費は2147万1千円（前年6月比・伸び率6・7％増）となっている。

6月中の総収益は2億3446万5千円（前年6月比・伸び率4・0％増）、医業収益は2億2933万3千円（前年6月比・伸び率4・4％増）となっている。また、医業収益のうち、入院収入は1億5253万4千円（前年6月比・伸び率4・1％増）、外来収入は6989万4千円（前年6月比・伸び率5・3％増）となっている。

100床当たり収支金額を科目・年次別にみると表3のようになっている。

（10）100床当たり総損益差額および医業損益差額の状況

総費用は2億6024万1千円（前年6月比・伸び率5・1％増）であるのに対して、総収益は2億3446万5千円（前年6月比・伸び率4・0％増）となっており、総収益から総費用を差し引くと△2577万6千円（前年6月△2221万9千円）の赤字となっている。その結果、総費用対総収益比率は、111・0％（前年6月109・9％）になっている。

医業費用は2億5677万6千円（前年6月比・伸び率5・2％増）であるのに対して、医業収益は2億2933万3千円（前年6月比・伸び率4・4％増）となっており、医業収益から医業費用を差し引くと△2744万3千円（前年6月△2454万9千円）の赤字となっている。総損益差額および医業損益差額を年次別にみると図4のようになっている。

（11）6月1カ月分の総損益差額からみた黒字・赤字病院の数の割合

（※他会計負担金・補助金等は総収益から控除した。また、6月1カ月分の総費用と総収益の差額により黒字・赤字状況を判別した場合の病院数の割合である。）

今回の調査において回答のあった544病院のうち16・4％（89病院）の病院が黒字となっていて、赤字病院数の割合は83・6％（455病院）であった。これを年次別にみると図5のようになっている。

開設者別でみると、自治体病院246病院のうち6・5％（16病院）が黒字となっていて、赤字病院は93・5％（230病院）であった。（この場合、不採算部門等の医療に対し、地方公営企業法に基づき地方公共団体が負担すべきものとされている負担金や補助金等は総収益から除いて仮定計算を行っているため、法令に基づく病院決算時点での黒字・赤字とは異なる。）その他公的病院では154病院のうち18・8％（29病院）が黒字となっていて、赤字病院は81・2％（125病院）であり、私的病院では144病院のうち30・6％（44病院）が黒字となっていて、赤字病院は69・4％（100病院）であった。

（12）常勤職員1人当たり平均給与月額

常勤職員1人当たり平均給与額は45万3千円であり、職種別にみると、医師108万9千円、看護師38万7千円、准看護師33万1千円、看護業務補助者24万9千円、薬剤師40万円、その他の医療技術員35万円、事務職員32万円、技能労務員28万1千円となっている。

◆　◆

注意事項

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

（2）概要の中で、「自治体」とは、都道府県・指定都市・市町村・組合が開設する病院ならびに地方独立行政法人立の病院、「その他公的」とは、日赤・済生会・厚生連・社会保険関係団体等が開設する病院、「私的」とは、医療法人・個人等が開設する病院である。

本連盟ホームページでも本概要をご覧になれます。

図5　6月1日分の総損益差額からみた黒字・赤字病院の数の割合（%）年次推移

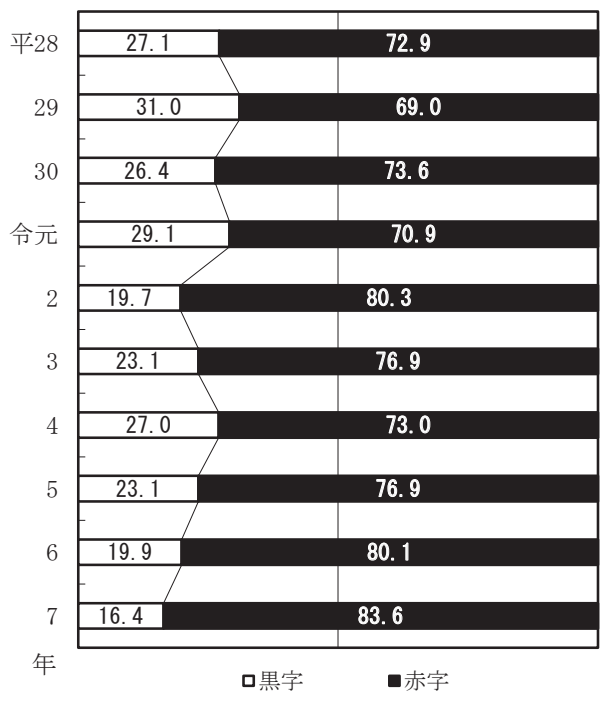
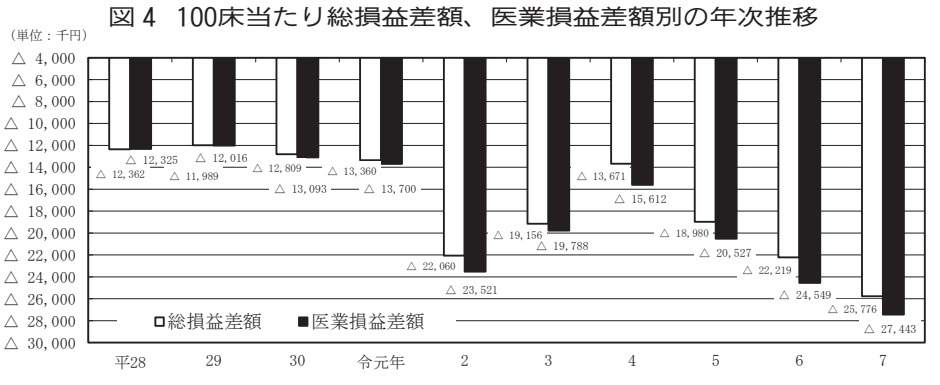


表3　100床当たり収支金額、科目・年次別

（金額単位：千円）

科目	令和3年6月	令和4年6月	令和5年6月	令和6年6月	令和7年6月
	【費用】				
総費用	227,157	235,871	242,391	247,600	260,241
Ⅰ 医業費用	223,705	233,230	239,553	244,150	256,776
1.給与費	115,390	119,324	121,033	125,290	129,890
2.材料費	58,591	62,850	64,980	63,621	68,107
うち薬品費	35,565	37,425	39,202	38,436	41,049
3.経費	33,805	35,415	37,214	37,986	40,567
うち委託費	17,844	18,613	18,939	20,118	21,471
4.減価償却費	13,814	13,600	14,118	14,941	15,684
5.資産減耗損	244	187	194	216	286
6.研究・研修費	793	810	840	883	963
7.本部費分担金等	1,068	1,045	1,173	1,213	1,278
Ⅱ 医業外費用	2,165	2,119	2,127	2,775	2,825
Ⅲ 特別損失	1,287	521	711	675	640
	【収益】				
総収益	208,001	222,200	223,411	225,381	234,465
Ⅰ 医業収益	203,917	217,618	219,026	219,601	229,333
1.入院収入	130,718	142,044	143,843	146,590	152,534
2.室料差額収入	2,049	2,200	2,210	2,325	2,596
3.外来収入	65,883	68,491	67,995	66,349	69,894
4.公衆衛生活動収入	2,184	1,888	1,936	1,663	1,768
5.医療相談収入	2,352	2,365	2,599	2,252	2,212
6.その他の医業収入	730	630	444	421	329
Ⅱ 医業外収益	3,204	3,622	3,681	4,955	4,491
Ⅲ 特別利益	880	960	704	825	641
総収益 － 総費用	△ 19,156	△ 13,671	△ 18,980	△ 22,219	△ 25,776
医業収益 － 医業費用	△ 19,788	△ 15,612	△ 20,527	△ 24,549	△ 27,443
総費用／総収益×100	109.2	106.2	108.5	109.9	111.0
医業費用／医業収益×100	109.7	107.2	109.4	111.2	112.0
病院数	593	500	520	578	544
平均病床数	299	320	310	310	298

図4　100床当たり総損益差額、医業損益差額別の年次推移



全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

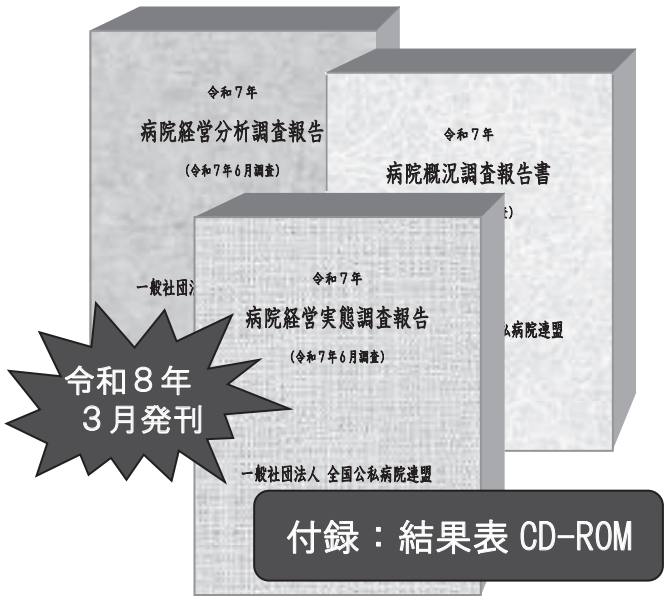
収支の状況を統計的に把握!!

令和7年6月調査　**病院経営実態調査報告**
内容：経営収支の状況、医療収支の状況　など
（定価12,000円＋税　A4版　約780ページ）

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和7年6月調査　**病院経営分析調査報告**
内容：患者　医師1人1日当たり診療収入　など
（定価16,000円＋税　A4版　約730ページ）

令和7年6月調査　**病院概況調査報告書**
内容：病床利用率、在院日数、施設状況　など
（定価18,000円＋税　A4版　約670ページ）



全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます

ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

1面からつづく

イ・7日以内の期間＝300点
ロ・8日以上11日以内の期間＝120点
ハ・12日以上14日以内の期間＝60点

■人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

1．人口の少ない地域における外来・在宅を含む医療提供機能を確保する観点から、人口20万人未満かつ人口密度が200人／平方キロメートル未満である二次医療圏及び離島等の地域において、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行うとともに、病状の急変等により緊急で入院が必要となった患者を受け入れる体制を有する医療機関における入院医療の提供に係る評価を新設する。

2．上記医療機関が情報通信機器を用いた医学管理を行った場合の評価を新設する。

【新】医療提供機能連携確保加算（入院初日）＝600点

【新】医療提供機能連携確保加算＝50点

■包括期入院医療における充実した後方支援の評価

許可病床数200床未満の救急医療若しくは下り搬送を受け入れる体制を有する急性期病棟を有しない保険医療機関における地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟において、在宅医療や介護保険施設の後方支援について十分な体制と実績を有する場合の加算を新設する。

【新】包括期充実体制加算（1日につき）＝80点

■特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価の新設

特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

【新】特定機能病院等紹介患者受入加算＝60点

■退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設。

【新】退院後訪問栄養食事指導料（1回につき）＝530点

■高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間200例以上である場合の評価を新設する。

【新】内視鏡手術用支援機器加算＝15000点

■救急外来医療に係る評価の再編

1．救急医療機関における、夜間休日を含めた医師・看護師等の配置、検査・処方等が可能な体制の構築、地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、夜間休日救急搬送医学管理料を見直し、救急診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備え、救急外来医療を24時間提供できる体制を有する保険医療機関による救急外来診療に係る評価を新設する。

2．救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋システムを活用し当該患者の診療情報を取得した場合の評価を新設する。

【救急外来医学管理料】

1．救急搬送医学管理料
イ・救急搬送医学管理料1＝800点
ロ・救急搬送医学管理料2＝600点
ハ・救急搬送医学管理料3＝200点

2．夜間休日救急医学管理料
イ・夜間休日救急医学管理料1＝600点
ロ・夜間休日救急医学管理料2＝400点
ハ・夜間休日救急医学管理料3＝50点

■救急患者連携搬送料の見直し

1．救急患者の適切な転院搬送の実施を更に推進する観点から、救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げるとともに、自院等の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする。

2．搬送先医療機関においても連携体制の確保や患者の受入れを更に推進する観点から、搬送先医療機関において入院医療を行うことについての評価を新設する。

3．搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間（30分超）搬送を行う場合の評価を新設する。

【救急患者連携搬送料】

1．救急患者連携搬送料1
イ・医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合
（1）入院中の患者以外の患者の場合＝2400点
（2）入院初日の患者の場合＝1200点
（3）入院2日目の患者の場合＝800点
（4）入院3日目の患者の場合＝600点
ロ・その他の場合
（1）入院中の患者以外の患者の場合＝1000点
（2）入院初日の患者の場合＝500点
（3）入院2日目の患者の場合＝350点
（4）入院3日目の患者の場合＝200点

2．救急患者連携搬送料2
イ・医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合＝800点
ロ・その他の場合＝200点

■産科管理理加算の新設

母子の心身の安定・安全の確保を図るとともに、分娩に係る診療を、院内助産・助産師外来や産後ケア事業等の母子保健事業等と連携して提供する体制の評価を新設する。

【新】産科管理理加算（1日につき）

1．病院の場合＝250点、2．有床診療所の場合＝50点

全国公私病院連盟
第36回「診療報酬請求事務セミナー」
―開催のお知らせ―

全国公私病院連盟は第36回「診療報酬請求事務セミナー」（WEBセミナー）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。申込等の詳細はホームページをご覧ください。

第36回 診療報酬請求事務セミナー

2026年3月27日(金)～4月30日(木)
WEBセミナー（オンデマンド配信）

講演1　180分



2026年度診療報酬改定のポイントと経営対応

(株)ＡＳＫ梓診療報酬研究所　代表取締役　**中林　梓**　先生

講演2　120分



精神科関連の2026年度診療報酬改定内容と対応策

(株)リンクアップラボ　代表取締役　**酒井　麻由美**　先生

【視聴時の注意事項】
▶職場やご自宅で視聴できます。スマートフォンやタブレットでもご視聴いただけます。
▶期間中は同一施設内であれば、何名様でも何度でもご視聴いただけます。
▶録画のため講師への質疑応答はできませんので、ご了承ください。
▶資料はPDFで公開予定です。ダウンロード・プリントアウトしてご利用ください。
▶動画及び資料の無断転載や複製等を禁止します。
▶視聴機器、インターネット環境はご自身でご用意ください。

申込方法
全国公私病院連盟のHP内申込フォームよりお申込みください。

全国公私病院連盟　検索

5営業日以内にメールにて参加費用や振込先等をご連絡いたします。

参加費用
下記団体に加盟している病院（会員病院）　1施設につき　**11,000円（税込）**

・全国自治体病院協議会　・全国公立病院連盟　・全国厚生農業協同組合連合会
・日本赤十字社病院長連盟　・全国済生会病院長会　・岡山県病院協会
・日本私立病院協会　・日本公的病院精神科協会

上記団体以外の病院（非会員病院）　1施設につき　**13,200円（税込）**

申込振込期限
視聴期間終了日まで申込・振込可能

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

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：2025年11月1日～2026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　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

引受保険会社
損害保険ジャパン 株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL 03-3349-5113
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。

SJ25-09325　2025/11/04

診療報酬改定説明会開く

公私病院連盟と日本病院会の共催で
令和8年度改定説明会開く

厚生労働省は3月5日（木）に「令和8年度診療報酬改定」を告示するとともに、同省のホームページ上に改定の説明資料や関係法令・通知等をアップした。

これに伴い、全国公私病院連盟と日本病院会は共催で「令和8年度診療報酬改定説明会」を3月12日（木）に開催している。当日は、日本病院会の相澤孝夫会長と全国公私病院連盟の邉見公雄会長が開催挨拶を行った後、元・中央社会保険医療協議会の委員を務めた日本病院会副会長の島弘志先生の司会により、講師には厚生労働省保険局医療課の矢野好輝課長補佐を招聘して、3月5日（木）に告示された令和8年度診療報酬改定の説明を受けた。

なお、当日の模様は3月12日にライブ配信で行なわれ、翌日から19日まで録画配信を行っている。

◆　◆

厚生労働省保険局医療課は3月23日付で、今回の診療報酬改定に伴う事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」を発出していますのでお知らせします。

※以下に「疑義解釈」の一部を掲載します。


相澤会長


邉見会長


島先生


矢野先生



令和8年度「診療報酬改定」に伴う事務連絡「疑義解釈（その1）」（令和8年3月23日）

■医科診療報酬点数表関係（抜粋）

●抗菌薬適正使用体制加算

【問1】「A000」初診料の注14及び「A001」再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は（2）のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること」「A234－2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は（2）のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること」について、どのように確認すればよいか。

【答】 J－SIPHE及び診療所版J－SIPHEにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果（初診料等における抗菌薬適正使用体制加算については診療所版J－SIPHEにおける結果をそれぞれ指す）が施設基準を満たす場合に、当該結果の証明書を添付の上届出を行うこと。なお、使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が30件以上ある場合に集計対象となる。（※令和8年度のデータ提出スケジュール予定は省略します）

【問2】 問1について、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率は、具体的にはどのように計算されるのか。

【答】 各抗菌薬のAccess抗菌薬への該当性（AWaRe分類における位置づけ）並びにAccess抗菌薬に分類されるものの使用比率に係るJ－SIPHE及び診療所版J－SIPHEにおける計算方法については、J－SIPHE及び診療所版J－SIPHEのホームページを確認すること。

なお、令和8年10月頃に受付を予定している第3回目のデータ提出以降の評価においては、ウイルス性上気道炎や急性下痢症に対する抗菌薬の使用状況を重点的にモニタリングする観点から、マクロライド系、フルオロキノロン系、テトラサイ

～～～

1面からつづく

クリン系、ST合剤について、14日以上の処方を14日分とみなして集計されること、また、リファキシミンは集計から除外されることに留意すること。

●電子的診療情報連携体制整備加算

【問3】令和8年5月31日において現に医療DX推進体制整備加算及び診療録管理体制加算の施設基準を届け出ている保険医療機関が、同年6月1日以降に電子的診療情報連携体制整備加算を算定する場合は、改めて届出を行う必要がある。

【答】改めて届出を行う必要がある。

●外来データ提出加算及び充実管理加算（略）

●情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務効率化の施設基準

【問6】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）別添2の第2の19の（3）において、病棟の看護要員（常勤職員に限る）の1人1月当たりの超過勤務時間の状況について月平均10時間以下とあるが、届出時はどのように算出するのか。

【答】別添7の様式60のとおり、直近3月の看護要員（常勤職員に限る）の月平均超過勤務時間数の計を3で除した値を算出すること。

（例）8月に届出をする場合

月平均超過勤務時間数：5月が10時間、6月が3時間、7月が5時間

（10＋3＋5）÷3＝6時間

●入院基本料等の施設基準

【問7】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）別添2の第2の4の（2）キ「病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合」の短時間とは具体的にどの程度を指すのか。

【答】30分程度を指す。なお、保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応したことを、当該通知別添6の別紙6の「2看護業務の計画に関する記録」に記録し管理すること。その際、①緊急対応等の不測の事象の状況、②看護要員が配置されている病棟を離れた時間、③病棟内で看護要員が十分に入院患者の看護に当たることができていた状況等を記載すること。

【問8】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）別添2の第2の20において、「感染対策上の必要により、やむを得ず面会の制限を行う場合」とは、具体的にどのような場合が該当するか。

【答】例えば、新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大又は保険医療機関に勤務する多数の職員が新型コロナウイルス感染症等に感染するといった場合に、当該保険医療機関の感染防止対策部門等において面会を制限する必要があると判断し、患者及びその家族等に周知したうえで面会の制限をすること等が該当する。なお、状況に応じて面会の制限を解除することを検討すること。

●やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱い

【問9】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）第3の3に規定する「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。

【答】例えば、以下のような場合において、看護職員が一時的に不足する状況が該当する。

・新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大により患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関において感染症に感染し出勤ができない看護職員が増加した場合

・看護職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合

・看護職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合

なお、看護職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合においては、公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等に求人の申込みを行うに当たって、職員の短期的な不在を補うためだけでなく、長期的に安定的な人材確保を図る観点から求人内容を検討すべきであることに留意すること。

【問10】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）第3の3において「1年に1回に限る」の1年はいつから起算するのか。

【答】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）第3の3における規定を利用することとなった月（当該事情が生じた日の属する月の翌月）の初日から起算する。

【問11】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）第3の3において、「公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して看護職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい」とあるが、自ら管理するホームページ等を有しない場合はどのように対応するか。

【答】自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

●急性期病院一般入院基本料

【問12】「A100」急性期病院一般入院基本料の施設基準における「看護師長又はこれと同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、次に掲げる所定の研修（修了証が交付されるものに限る）」とはどのような研修か。

【答】現時点では、日本看護協会認定看護管理者教育課程「サードレベル」を指す。

●看護・多職種協働加算

【問13】看護・多職種協働加算は病棟ごとに届け出るのか。保険医療機関内の急性期病院B一般入院料又は急性期一般入院料4を算定する病棟全体で届け出るのか。

【答】保険医療機関内の急性期病院B一般入院料又は急性期一般入院料4を算定する一般病棟全体で届け出ること。

●入院栄養管理体制加算

【問14】「A104」特定機能病院入院基本料の「注4」に規定する入院栄養管理体制加算の施設基準において、病棟に専従配置されている管理栄養士は、「当該病棟での栄養管理業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことは差し支えない」とされているが、当該病棟に入棟予定の患者について、入退院支援部門と連携し、入院前の栄養状態の評価等を行うことも差し支えないか。

【答】差し支えない。

●産科管理加算

【問15】「A221－3」産科管理加算において、分娩が開始した日以降とは、陣痛発来によって分娩となった場合は、手術の開始時刻が含まれる日から当該加算を算定できる。

※以下略

●リハビリテーション・栄養・口腔連携（体制）加算

【問20】「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携加算並びに「A304」地域包括医療病棟入院料の「注11」及び「A308－3」地域包括ケア医療病棟入院料の「注14」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準のうち、ADLが低下した患者の割合の計算の対象である「当該病棟を退院又は転棟した患者」について、令和8年度診療報酬改定において対象から除く患者として、「死亡退院及び終末期のがん患者等」とされたが、死亡退院及び終末期のがん患者の他には、どのような患者が該当するのか。

【答】医学的に終末期と判断されるがん患者の他、医学的に終末期と判断される末期呼吸器疾患、末期心不全、末期腎不全の患者であって、緩和ケア診療加算の対象患者の要件を満たすものが該当する。ただし、末期呼吸器疾患の患者については、「過去半年以内には、10%以上の体重減少を認める」という要件については満たさなくても差し支えない。

●褥瘡ハイリスク患者ケア加算

【問21】「A236」褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、入院からの日数にかかわらず算定可能か。

【答】算定要件を満たしていれば、入院からの日数にかかわらずハイスク患者ケア加算を算定可能である。

●バイオ後続品使用体制加算（略）

●入退院支援加算

【問23】「A246」入退院支援加算において、留意事項通知の（2）のタに規定する「患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族や親族との連絡が困難であること」に該当し、かつ、患者の意思を確認することができない場合は、（3）に規定する「患者及び家族と症状や退院後の生活も含めた話合い」及び（6）に規定する「文書で患者又は家族に説明」はどのように対応すればよいか。

【答】「患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族や親族との連絡が困難であること」に該当する理由や連絡を試みた経緯等を診療録等に記載すればよい。また、この場合においては、必要に応じて、患者の退院に向けた支援をする者等に説明を行う等の対応を行うこと。

【問24】「B005－1－2」介護支援等連携指導料は、同一日に「B005」退院時共同指導料2の注3に規定する多機関共同指導加算を算定する場合は算定できないが、介護支援等連携指導料に該当する指導を、多機関共同指導加算を算定する日と同一日に行った場合は、施設基準通知第26の5の1の（5）に規定する「A246」入退院支援加算1の要件である介護支援等連携指導料の算定回数に含めてよいか。

【答】含めてよい。

●地域医療体制確保加算

【問25】「A252」地域医療体制確保加算2の施設基準において「各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について集中治療、術後疼痛管理、呼吸ケア等、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること」とされているが、特定診療科において病棟業務に携わる看護職員に適切な研修を修了した者がいる場合も含まれるか。

【答】含まれる。

●重症患者対応体制強化加算

【問26】「A300」救命救急入院料の「注11」及び「A301」特定集中治療室管理料の「注6」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準における「救命救急入院料1又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上勤務した経験」について、令和8年度診療報酬改定前の期間の経験については、救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関における経験を指すのか。

【答】そのとおり。

●回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

【問27】「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日医療課事務連絡）別添1の問110において、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準における、FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修の対象職員として、FIMの測定を担当する看護職員も該当するとされているが、令和8年度診療報酬改定において、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び4の要件として追加された「FIMの測定に係る研修」についても同様か。

【答】同様である。FIMの測定を担当する看護職員も研修の対象とすること。

【問28】令和8年度診療報酬改定において、重症患者の範囲及び重症患者割合の基準が変更されたが、令和8年6月以降に重症患者の割合を計算する際、令和8年5月31日までに入棟した患者の取扱いはどのようにすればよいか。

【答】令和8年5月31日までに入棟又は入室した患者については、令和8年度診療報酬改定前の重症患者の範囲及び重症患者割合の基準を用いてよい。また、算出対象期間が令和8年5月と同年6月をまたぐ場合、新規入院患者のうち重症の患者である割合については、令和8年度診療報酬改定後の基準を用いてよい。

【問29】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）第11の（13）のアに規定する「高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報をあらかじめ把握できる体制」、イに規定する「アの情報を高次脳機能障害の患者及び家族等に説明の上、提供できる体制」とは、具体的にどのような体制を指すのか。また、地域の全ての情報を把握し、患者に説明できる必要があるか。

【答】医療機関において、地域の様々な事業所のうち高次脳機能障害の患者に適したものに関する情報の把握を行ったうえで、全ての高次脳機能障害の患者の退院時に、患者及び家族等に、当該情報を提供できる状態をいう。ただし、事業所の特性によらず障害福祉サービス等を提供する全ての事業所の情報を患者に提供することを求めるものではない。その上で、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和8年3月5日保医発0305第6号）の「A308回復期リハビリテーション病棟入院料」の（17）のイにおいて、実際に情報を提供していることが算定要件となっていることに留意すること。ただし、地域の情報の把握・整理に一定の時間を要することを踏まえ、令和8年12月31日までは、速やかに情報提供ができるよう、情報の把握や整理を現に実施している場合も含むこととする。この場合においても可能な限り早期に当該体制をとり提供を行うよう準備を行うこと。

●回復期リハビリテーション強化体制加算

【問30】「A308」回復

4面へつづく

全国公私病院連盟（第21回）「DPCセミナー」開く

全国公私病院連盟は2月25日に第21回「DPCセミナー」を「全国都市会館」（東京都千代田区）で開催した。講師には、①石川ベンジャミン光一先生（国際医療福祉大学大学院医学研究科・教授）②高橋泰先生（国際医療福祉大学・大学院教授）、③牧野憲一先生（旭川赤十字病院名誉院長・特別顧問）④橋場哲也先生（国立大学法人旭川医科大学事務局医事課・課長補佐）の4氏を招聘し、本連盟の中村哲也副会長（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長）が座長を務めた。以下に高橋・牧野・橋場氏の講演要旨を掲載する。

医療DXとクラウド・ネイティブ

高橋　泰



本講演は、医療DXを「クラウド・サービスを前提に医療提供の方法を変えること」、すなわち医療情報システムのクラウド・ネイティブ化として捉え、①病院経営・運用、②記録（診療録・看護記録）の構造変革という二つの軸から論じる。

まず2026年度診療報酬改定では、ICT・AI活用により看護師や医師事務作業補助者の配置基準を柔軟化し得る方向性が示され、「過酷な労働環境を改善した病院へのボーナス」という政策メッセージが現場を動かす。その実装基盤となるのがクラウド・ネイティブであり、単なるクラウドへの載せ替え（クラウドリフト）ではなく、政府クラウド等のプラットフォームを前提に設計・開発・運用を変える点に本質がある。

利用者視点では、マルチテナントによる低価格化、他システムとの高い互換性、Webブラウザ方式による柔軟運用、ゼロトラストを核とする高水準のセキュリティという四つの利点が、電子カルテの低コスト化と連携サービス（予約・資格確認・処方連携等）の実現を後押しする。同時に、合理化が雇用や「働く意味」を揺さぶるという光と影を踏まえ、医療ではDXを「人を減らす」ためではなく、「人が人に向き合う時間を取り戻す」ために用いるべきだと提起する。

後半は、2027年に迫るICD-11移行を契機に、記録を「日記」から再利用可能なデータへ進化させる必要性を示す。生成AI活用が進むほど、実施事実と予定が混在する記録は誤認（ハルシネーション）を誘発しやすい。そこでSOAPを否定するのではなく、介入を独立項目Iとして明示し、主題Fを先頭に置くF-SOAIPを、誤認リスク低減・多職種連携・教育効率化の観点から位置づける。

さらに、F-SOAIPの「I」に蓄積される確定事実は、ICD-11の要素抽出支援や将来のDPC制度下での査定リスク低減、コマンドセンターでの看護価値の可視化にも接続し得る。結論として、クラウド・ネイティブと記録構造の刷新を一体で進め、病院全体の共通言語を育てることが、人口減少下での品質と生産性の両立に不可欠である。

診療報酬改定2026が示す今後の地域医療

牧野　憲一



診療報酬改定2026には3つの大きな特徴がある。一つは直面する課題である「人件費高騰・物価上昇等により多くの医療機関の経営が悪化し危機的状況」に対応していること、もう一つが「2040年に向けた新たな地域医療構想」に寄り添った議論が行われてきたこと、3つめが救急患者の受入れ度合いにより病院を分けている点である。

まず今回の改定の一つ目の特徴と言えるのが改定率である。本体部分がプラス3・09%、薬価等のマイナス0・87%と合わせた全体の改定率もプラス2・22%と2000年以降の改定の中では最も高いプラス改定となった。尚、本体部分のプラス3・09%については令和8年度にプラス2・41%、令和9年度にプラス3・77%の平均であり、段階的に引き上げられることを示している。

この内訳をみると物価対応分（プラス0・76%）の中のプラス0・49%、経営悪化緊急対応分（プラス0・44%）の中のプラス0・40%と多くの部分が病院医療に対して振り向けられることが特徴と言える。

2つ目の特徴については社会保障審議会で示された令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要における「改定の基本的視点と具体的方向性」の（2）に「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」としてまとめられている。新たな地域医療構想においては医療機関機能を急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能に分けている。

この中で、急性期機能が2つ存在しているがそれらを診療報酬上でどのように位置づけるかが中央社会保険医療協議会の中で議論された。そして急性期拠点機能として位置付けられるのが新設されたが急性期病院一般入院料である。入院料Aと入院料Bが存在しており、入院料Bは人口規模が少ない医療圏の拠点を意識している。

これには看護・多職種協働加算も設定され高齢者に必要な包括期医療を意識した内容になっている。さらに総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し急性期総合体制加算となり、これが急性期拠点機能に必要な要件と考えられる。救急搬送受入が重要な要件であり、急性期病院一般入院料においても急性期総合体制加算においても設定されている。

診療報酬改定2026は高齢社会であるこれからの日本の医療の方向性を示しており、各医療機関はこれに沿って変わっていくことが求められる。

事務部門における医療DXの推進

～AIによるレセプトチェックと患者通院支援アプリの導入～

橋場　哲也



近年、労働人口の減少に伴い、医療機関では職員一人当たりの業務負担が増加し、業務効率化と労働環境整備が急務となっている。さらに、患者ニーズの多様化に対応するため、医療DXの推進は不可欠である。しかし、厚生労働省の施策のみでは現場の業務効率化は十分とは言えず、AIやシステムを活用したさらなるDXの推進が求められている。

病院における事務職員の業務では、診療報酬制度の複雑化に加え、レセプトオンライン請求やマイナンバーカードによる資格確認、電子処方箋など、対応すべきDXが増え、常に新たな知識やスキルが必要となっている。一方で、AIの精度や患者が使いやすい仕組みであるかといった課題、さらに賃上げや物価上昇で病院経営が厳しい中、導入には多額の費用がかかるため、費用対効果の検証が欠かせない。なぜDXを導入すべきか、働き方改革や患者サービス向上など、効果を明確にすることが重要である。

本セミナーでは、事務部門で実際に取り組んだ三つの事例を紹介する。

第一に、AIを活用したレセプトチェックシステムの導入である。従来、レセプト点検は膨大な時間と人手を要していたが、AIによる自動チェックで作業時間を大幅に削減し、超過勤務の減少、保留レセプトの減少、点検精度の標準化を実現した。ただし、AIのみでは判断が難しい事例もあり、人との共存が不可欠である。

第二に、患者通院支援アプリの導入である。診療後の料金計算待ち時間は患者満足度に直結する課題であったが、後払い機能を備えたアプリを導入することで、待ち時間短縮と業務平準化を達成した。ただし、高齢患者への対応には職員のサポートが必要であり、DX導入後も人的支援が欠かせない。

第三に、全国的に普及が遅れている電子処方箋の導入事例である。円滑な完全導入を目指し、診療科を限定して段階的に開始し、薬局との情報共有を図るなど、様々な工夫を重ねている。

医療DXの推進は重要であるが、まだまだ課題も多い。医療現場の働き方改革と患者サービス向上に繋げるためには、自院の課題を的確に把握し、AIやシステムを導入する際には人との共存や工夫が不可欠である。そして、導入後には必ずその効果検証を行い、改善を行うことが重要である。



会場のもよう

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!
令和7年6月調査　**病院経営実態調査報告**　定価12,000円＋税　A4版　785ページ
内容：経営収支の状況、医療収支の状況　など

経営上の指標を量的・質的に分析!!
令和7年6月調査　**病院経営分析調査報告**　定価16,000円＋税　A4版　742ページ
内容：患者 医師1人1日当たり診療収入　など

令和7年6月調査　**病院概況調査報告書**　定価18,000円＋税　A4版 631ページ
内容：病床利用率、在院日数、施設状況　など

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます。

ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

一般社団法人　全国公私病院連盟
〒111-0042　東京都台東区寿4-15-7食品衛生センター7階　TEL：03-6284-7180

2面からつづく

期リハビリテーション病棟入院料の「注4」に規定する回復期リハビリテーション強化体制加算の届出は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟全体で届け出るのか。

【答】そのとおり。保険医療機関内の回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出る病棟全体で届出を行うこと。

●地域包括ケア病棟入院料

【問31】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）別添4の第12の1の（3）において、地域包括ケア入院医療管理料に専従の理学療法士等は、当該病棟を有する病棟が算定する入院料に規定する専従者と兼務可能であるとされているが、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟であった場合において、当該専従の理学療法士等は回復期リハビリテーション病棟の患者に疾患別リハビリテーションを提供しても算定することはできない。

●在宅患者支援病床初期加算（略）

●生活習慣病管理料（略）

●重症患者搬送加算

【問35】「C004」救急搬送診療料の「注4」に規定する重症患者搬送加算の施設基準における「関係学会により認定された施設」とは、具体的には何を指すのか。

【答】現時点では、日本集中治療医学会認定集中治療施設を指す。

●訪問看護指示料（略）

●小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料及び在宅がん医療総合診療料（略）

●疾患別リハビリテーション

【問38】令和8年度診療報酬改定において、休日リハビリテーション加算が新設されるとともに、週当たりにおける療法士の上限単位数が108単位であることが改めて示されたが、1週間の単位は、第1部初・再診料通則で定める単位と同様か。

【答】そのとおり。日曜日から土曜日までを週の単位とする。

●休日リハビリテーション加算

【問39】令和8年度診療報酬改定にて休日リハビリテーション加算が新設されたが、令和8年5月31日以前に入院し、同年6月1日以降も入院している患者に対して当該加算を算定する場合、起算日はどのように考えればよいか。

【答】休日リハビリテーション加算の起算日に相当する日付が令和8年5月31日以前であっても、当該日付を起算日と考え、6月1日以降、算定要件を満たす日に算定可能である。

●廃用症候群リハビリテーション料

【問40】「H001－2」廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者として、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群であって、一定以上の基本動作能力等の低下を来しているものとあるが、入院中の患者の場合、急性疾患等に伴う安静とは、入院後に行われる必要があり、入院後に一定の安静期間がなければ算定できないのか。

【答】廃用症候群リハビリテーションの対象患者の要件は「急性疾患等に伴う安静」であり、必ずしも入院後の安静期間を要するものではない。入院前に発症した疾患により入院までに生じた安静期間により、入院時に既にFIM等の要件を満たす廃用を認めた場合は、入院初日であっても廃用症候群リハビリテーション料を算定することができる。なお、早期リハビリテーション加算の算定可能期間は、廃用症候群リハビリテーション料の算定開始日によらず、入院日から14日間であることに留意すること。

●リハビリテーション総合計画評価料

【問41】令和8年度診療報酬改定において、「H003－2」リハビリテーション総合計画評価料1及び2について、「2回目以降の場合」が新設されたが、他の保険医療機関でリハビリテーション総合計画評価料を算定した後に転医（転院又は退院を含む）し、自院で同一の疾患についてリハビリテーション実施計画書を作成した場合は「初回の場合」と「2回目以降の場合」のいずれの点数を算定すればよいか。

【答】リハビリテーション総合計画評価料1及び2のいずれにおいても、当該保険医療機関において同一の疾患に対するリハビリテーションの実施にあたり初めてリハビリテーション総合計画評価料を算定する場合は、他の保険医療機関での算定の有無にかかわらず「初回の場合」として算定する。

【問42】令和8年度診療報酬改定において、「H003－2」リハビリテーション総合計画評価料1について「2回目以降の場合」が新設されたが、例えば脳梗塞の再発により脳血管疾患等リハビリテーションの起算日が再設定された場合など、同一疾患についてリハビリテーションの起算日が再設定された後に、再度リハビリテーション総合計画評価料を算定する際は、「初回の場合」と「2回目以降の場合」のいずれの点数を算定すればよいか。

【答】同一の疾患別リハビリテーション料であっても、新たな疾患の発症や疾患の再発・急性増悪等によってリハビリテーション起算日が再設定され、改めてリハビリテーション総合実施計画書を作成・評価等を行った場合には、「初回の場合」を算定する。

【問43】令和8年度診療報酬改定において、診療録に添付することとされているリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は診療録に記載することとされたが、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書を説明した後、説明の内容も診療録に記載する必要があるか。

【答】不要。ただし、当該計画書の説明を行った際に、患者から当該計画に対する意見等、特に記載すべき事項がある場合は、診療録に記載すること。

【問44】令和8年度診療報酬改定で、「H003－2」リハビリテーション総合計画評価料1及び2について「2回目以降の場合」が新設されたが、令和8年5月31日以前にリハビリテーション総合計画評価料1又は2を算定していた場合には、同年6月以降は、リハビリテーション総合計画評価料1又は2の2回目以降として算定する。

●摂食嚥下機能回復体制加算

【問45】「H004」摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準における、摂食嚥下支援チームの言語聴覚士が「専従」から「専任」とされたが、「専任の常勤言語聴覚士」は、疾患別リハビリテーションの専従又は専任の言語聴覚士を兼ねることは可能か。

【答】摂食嚥下支援チームの業務に支障がない範囲であれば差し支えない。

●入院時食事療養等に係る特別食加算（嚥下調整食）

【問46】特別食加算における嚥下調整食の対象となる「摂食機能又は嚥下機能が低下した患者」とは、内視鏡下嚥下機能評価や嚥下造影により嚥下機能の低下が確認できる者に限られるか。

【答】内視鏡下嚥下機能評価や嚥下造影は必須ではないが、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士等の多職種で評価を行う等により、適切な栄養量及び内容を有する嚥下調整食が必要であると医師が判断し、食事箋を発行した患者が対象である。

【問47】特別食加算の対象となる嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性等のテクスチャーを計器等で測定し、一定の基準を満たす必要があるか。

【答】計器等での測定は不要だが、嚥下調整食に係る責任者が品質管理を行うこと。

【問48】嚥下訓練のためにゼリー等の嚥下訓練食品を提供した場合や、嚥下調整食と経管栄養を併用している場合も、特別食加算は算定できるか。

【答】患者に必要な栄養量が、1食の献立として常食で提供される場合と同等に確保できていない嚥下調整食は算定できない。

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：2025年11月1日～2026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 FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

引受保険会社
損害保険ジャパン 株式会社
〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL 03-3349-5113
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。

SJ25-09325 2025/11/04

全国公私病院連盟 役員会だより

期日　3月13日(金)
会場　食品衛生センター6階「会議室」

【主な報告事項】
①日病協「診療報酬実務者会議」（2月18日）
中野常務理事から報告があった。
②日病協「代表者会議」（2月27日）
重井副会長から報告があった。
③望月副会長からの報告
望月副会長より「第12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」（3月3日）の報告があった。
・海外（ハワイ）病院医療視察研修団の派遣

【主な協議事項】
①令和8年度「事業計画（案）」について
②令和8年度「収支予算書（案）」について
③令和8年度「定時総会」決議（素案）について
・病院運営実態分析調査

以上


理事会のもよう

新たな地域医療構想等に関して取りまとめ

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
～医師確保計画の見直しも取りまとめ～

新たな地域医療構想及び医師確保計画の見直し等については、厚生労働省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大学長）において検討が行われてきたが、３月19日にその取りまとめを公表した。概要は以下のとおり。

「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ」（地域医療構想策定ガイドライン骨子）の概要

■地域医療構想が目指す方向性

・85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む２０４０年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

●入院医療

▼持続可能な急性期医療の確保

・医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

▼高齢者救急の受入体制の整備

・救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け

・入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

●外来・在宅医療

▼外来医療提供体制の維持

・診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築

・へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

▼在宅医療の受け皿の整備

・在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備

・医歯薬連携の推進

・D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

●介護との連携

▼医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

・地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化

・慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備

・医療と介護の相互理解の推進

●人材確保

▼地域における医療人材の確保

・都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議

・看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

●構想区域の見直し

・医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

●医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

▼急性期拠点機能

・構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保

・手術等の急性期医療を集約して提供

・新興感染症等への対応

・地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

▼高齢者救急・地域急性期機能

・誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入

・高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供

・大都市等においては頻度の多い手術を提供

▼在宅医療等連携機能

・地域での在宅医療の提供

・他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を実施

▼専門等機能

・集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

▼医育及び広域診療機能（大学病院本院）

・都道府県と連携した人的協力

・症例数が少ない医療などの広域な観点での診療

・地域で多様な症例に対応する人材の育成

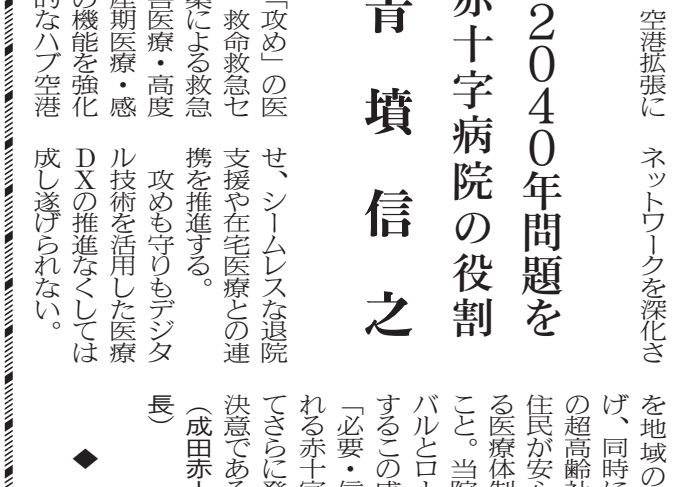
●病床機能報告・必要病床数の見直し

・これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和８年３月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、２０２６年度(令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

新たな地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール（イメージ）



※議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

国民医療の確保のために病院診療報酬の引き上げを

時評

成田空港拡張と2040年問題を見据えた成田赤十字病院の役割

連盟　理事　青墳信之



成田赤十字病院は、北総地域の基幹病院として、また国際空港の基盤を支える医療拠点として重要な責務を担ってきた。現在、我々は二つの大きな転換点に立たされている。成田空港の「さらなる機能強化」による地域経済の変容と、超高齢化社会がピークを迎える「２０４０年問題」である。

成田空港は、２０２９年を目途としたC滑走路の新設や夜間飛行制限の緩和により、年間発着枠が50万回へと拡大される。これに伴う空港周辺人口の増加や、インバウンド需要の再拡大、さらには航空機事故や新興感染症への備えなど、当院に求められる「国際医療・災害医療」のニーズはより高度化・多様化する。空港の拡張は単なる輸送能力の向上ではなく、地域社会の構造そのものを変えるインパクトを持っている。

一方で、２０４０年を見据えた地域医療構想への対応も待ったなしの状況である。生産年齢人口が急激に減少する中で、いかにして高度急性期・急性期医療の質を維持し、限られた医療資源を最適化するか。北総医療圏においても、高齢化に伴う救急搬送件数の増加と、医療・介護の複合的なニーズへの対応が喫緊の課題となっている。

これら二つの潮流に対し、当院が目指すべきは「攻めと守りの調和」である。

第一に、空港拡張に対応する「攻め」の医療として、救命救急センター新築による救急医療・災害医療・高度医療・周産期医療・感染症医療の機能を強化し、国際的なハブ空港そして地域中核都市を支える最後の砦としての地位を強固にする。

第二に、地域を守る医療として、近隣の医療機関や介護施設とのネットワークを深化させ、シームレスな退院支援や在宅医療との連携を推進する。

攻めも守りもデジタル技術を活用した医療DXの推進なくしては成し遂げられない。

日本赤十字社の使命は、時代が変わろうとも不変である。しかし、その実践形態は進化し続けなければならない。成田空港の発展を地域の活力へと繋げ、同時に２０４０年の超高齢社会において住民が安心して暮らせる医療体制を構築すること。当院は、グローバルとローカルが交差するこの成田の地で、「必要・信頼・期待される赤十字病院」としてさらに発展していく決意である。

（成田赤十字病院・院長）

◆　◆

いろ鉛筆

過日（４月７日）国会で新年度予算が年度跨ぎで成立した。総額１２２兆３千億円となり、少子高齢化に伴う社会保障関係費は39・1兆円でそれぞれ過去最大となった。消費税や所得税などの税収増と社会保険料などによる負担増が問題になっている。当然医療費に伴う負担増が若い世代にのしかかってくることになるし、外来・入院など恩恵を受けている高齢者への給付は高齢化に伴って増加している▼日経新聞（２月18日）によると、年金・医療・介護などの社会保障給付は２０００年度では78・4兆円であったものが２０２５年度では１４０・７兆円となり、高齢者がピークを迎える２０４０年度では今より50兆円増の１９０兆円になると推定している。僅か40年間で２・４倍に膨れ上がるのである。労働人口(15～64歳)は４分の３に減ることも考えなければならない▼「負担」と「給付」は日本の現制度下に於いては常に論じられ、国民合意の基で決められていくことを望む。一方、今後の与野党協議を経て決められると思うが、若い世代に響き良い「負担減」ばかりに捉えていると、国民皆保険などの社会保障制度そのものが立ち行かなくなることを肝に命ずる必要がある。（H・S）

公私病連ニュース

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

令和8年度「診療報酬改定」に伴う事務連絡「疑義解釈（その2）」

厚生労働省保険局医療課は4月1日付で「疑義解釈（その2）」を発出していますのでその一部を掲載します。

■医科診療報酬点数表関係（抜粋）

●急性期病院一般入院基本料

【問3】急性期病院一般入院基本料及び急性期総合体制加算の施設基準の全身麻酔による手術件数について、医科歯科併設の医療機関において、歯科医師が全身麻酔を用いて医科点数表と歯科点数表に共通の手術である抜歯手術を実施した場合、実績件数に含めてよいか。

【答】歯科医師が、歯科点数表に基づき当該手術を実施した場合は、全身麻酔による手術件数に含めることはできない。

●一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

【問4】救急患者応需係数の計算は直近の12か月で毎月計算する必要があるのか。

【答】前年度の4月から3月までの直近1年間のデータで算出すること。

●重症度、医療・看護必要度

【問5】重症度、医療・看護必要度の救急患者応需係数について、「病床当たり年間救急搬送受入件数」の救急搬送受入件数は、入院症例だけでなく、外来症例も含むか。

【答】そのとおり。

【問6】重症度、医療・看護必要度の救急患者応需係数の施設基準について救急患者応需係数を用いた割合指数の対象となる入院料及び入院基本料等加算はどの範囲か。

【答】割合指数の対象となる入院料は急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料6を除く）、特定機能病院入院基本料（一般病棟の7対1入院基本料に限る）及び地域包括医療病棟入院料である。また、割合指数の対象となる入院基本料等加算は看護・多職種協働加算及び急性期総合体制加算である。

●急性期総合体制加算

【問7】「放射線治療（体外照射法）」が200症例以上との記載があるが、ここでいう症例とは、実患者数での計算になるのか。または、同一部位で照射方法等が変更となり、新たな計画が策定された場合（放射線治療管理料を新たに算定した場合等）については、同一患者でも複数として計算するのか。

【答】同一疾病の一連の放射線治療については、途中で計画が変更された場合であっても1例として計算する。一方で、一連の放射線治療が終了後、再発等により新たな放射線治療が行われる場合には、同一患者であっても複数として計算する。

●外科医療確保特別加算

【問10】外科医療確保特別加算を算定する診療科については、地域医療体制確保加算2の2の（3）に規定する特定診療科である必要がある。ただし、特定機能病院において、地域医療体制確保加算の施設基準通知の1の（3）及び（4）に規定する病院勤務医の負担軽減・処遇改善等に資する体制に係る基準並びに2の（3）及び（4）に規定する特定診療科に係る基準を満たす場合には、地域医療体制確保加算2を届け出ていなくても、「地域医療体制確保加算2の2の（3）に規定する特定診療科である」の要件を満たすこととする。

【医療提供機能連携確保加算】

【問20】「A254」医療提供機能連携確保加算の「外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る）の実績」については、当該加算を算定する保険医療機関が所在する二次医療圏において満たす必要があるか。

【答】必ずしも当該加算を算定する保険医療機関が所在する二次医療圏において満たすことは要しない。なお、施設基準通知（1）のアからエまでに規定する「当該地域」とは、「人口の少ない地域」を指し、アからエまでのいずれかのうち2つ以上を、人口の少ない地域に該当する同一の二次医療圏において満たす必要があり、その上で（2）を満たす必要があることに留意されたい。

【看護・多職種協働加算】

【問36】「A215」看護・多職種協働加算においては看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを25対1で配置することとなっているが、看護職員のみの配置で他職種を配置しなくても算定できるのか。

【答】算定可能。

■医科診療報酬点数表関係（DPC）

【問1の2】DPC対象病院の基準として、「調査期間1月当たりのデータ数が90以上であること」とあるが、短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施する患者はデータ数に含まれるのか。

【答】含まれる。

【問2の15】DPC／PDPSによる算定を行う病床において区分番号「A400」短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施した患者については、どのように算定するのか。

【答】短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たし、入院後5日以内に退院する場合にあっては、短期滞在手術等基本料3により算定する。それ以外の場合にあっては、診断群分類点数表により算定する。

第36回「診療報酬請求事務セミナー」開く

全国公私病院連盟は「第36回診療報酬請求事務セミナー」を3月27日～4月30日にWEB開催しました。講師には、中林梓先生（AKS梓診療報酬研究所・代表取締役）と酒井麻由美先生（リンクアップラボ・代表取締役）をお迎えし、中林先生には「2026年度診療報酬改定のポイントと経営対応」をテーマに、酒井先生には「精神科関連の2026年度診療報酬改定の内容と対応策」をテーマにご講演いただきました。今号では中林先生の講演要旨を掲載します。なお、7月21日より、「第37回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。詳細は全国公私病院連盟のホームページをご覧ください。

講演要旨

中林 梓 先生

2026年6月の診療報酬改定の基本的視点の重点課題に、「物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応」が掲げられました。結果、本体改定率が過去に前例がない程の＋3・09％となり、特に、賃上げについて1・7％、物価対応について0・76％と賃上げ・物価対応で改定率80％が充てられました。賃上げでは対象者の拡大や手続きの簡素化が図られ、物価対応でも令和8年度と9年度での段階的な引き上げとなっています。

賃上げや物価対応は非常に重要ですが、それと同程度に着目すべきは、基本的視点の2番目に示された「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」です。特に急性期医療の再編が行われました。救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期機能に着目した急性期病院一般入院基本料が新設されました。重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数や割合指数の導入もありました。

前回改定で新設された地域包括医療病棟も再編され、地域包括ケア病棟含め回復期・包括期医療も充実された改定となっています。2040年を目指した新たな地域医療構想の構築に向けた取り組みと言えるでしょう。

一方では、「治し、支える医療」の実現や在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価、円滑な入退院の実現、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進、かかりつけ医機能等の評価、外来医療の機能分化と連携、外来機能や連携機能の評価も見受けられます。

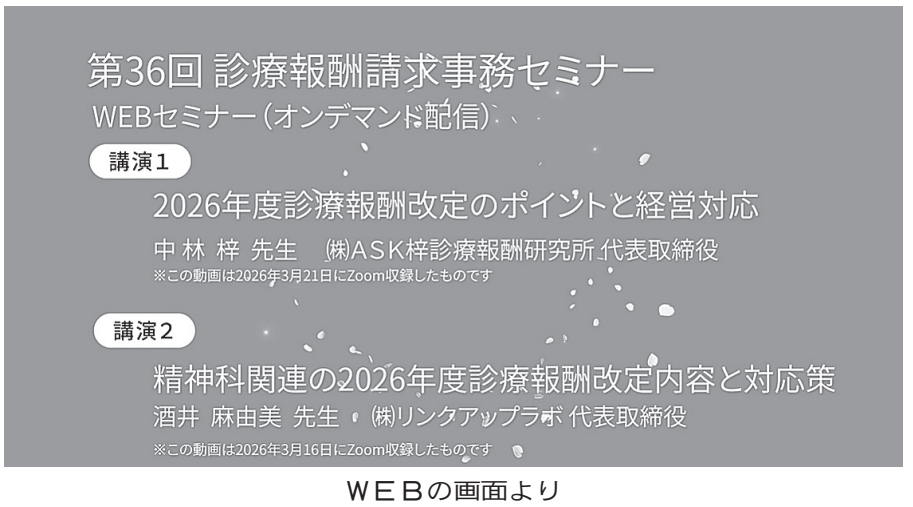
アウトカムにも着目した評価の推進や医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価も随所にみられます。

賃上げ・物価対応以上に、地域医療構想、地域包括ケアシステム、かかりつけ医の推進等々に重要な診療報酬が見受けられます。本セミナーにおいて、今改定のポイントを確認し、自院の医療機能をより高められることを期待したいです。



酒井先生


中林先生



WEBの画面より

第37回「診療報酬請求事務セミナー」ご案内

全国公私病院連盟では、「第37回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。病院関係職員皆様のご参加をお待ちしております。

第37回 診療報酬請求事務WEBセミナー

オンデマンド配信 視聴期間　令和8年7月21日（火）～8月31日（月）


講演1　180分　2026年度診療報酬改定のポイント解説と病床機能の行方
※収録日：6月30日
講師　(株)ASK梓診療報酬研究所 代表取締役　中林　梓　先生


講演2　120分　2026年改定内容を踏まえた精神科病院の対応策
～キーワードは多職種連携・ICT～
※収録日：6月5日
講師　(株)リンクアップラボ 代表取締役　酒井　麻由美　先生

申込方法
・本連盟HP内の申込フォームよりお申込ください。
・申込受付後、5営業日以内にメールにてご案内いたします。
・視聴期間中もお申し込みは可能です。
全国公私病院連盟 検索

参加費用
下記団体に加盟している病院（会員病院）1施設につき　11,000円（税込）
・全国自治体病院協議会
・日本赤十字社病院長連盟
・日本私立病院協会
・全国公立病院連盟
・全国済生会病院長会
・日本公的病院精神科協会
・全国厚生農業協同組合連合会
・岡山県病院協会

上記団体以外の病院（非会員病院）　1施設につき　13,200円（税込）

申込・振込期限　視聴期間終了日まで申込・振込可能

【視聴時の注意事項】
▶職場やご自宅で視聴できます。スマートフォンやタブレットでもご視聴いただけます。
▶期間中は同一施設内であれば、何名様でも何度でもご視聴いただけます。
▶録画のため講師への質疑応答はできませんので、ご了承ください。
▶資料はPDFで公開予定です。ダウンロード・プリントアウトしてご利用ください。
▶動画及び資料の無断転載や複製等を禁止します。
▶視聴機器、インターネット環境はご自身でご用意ください。

お問合せ先　一般社団法人 全国公私病院連盟　〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階　Mail：seminar@byo-ren.com

全国公私病院連盟

令和7年度事業報告書（案）

全国公私病院連盟では「令和7年度事業計画書」に基づき諸活動を展開しました。今号では「令和7年度事業報告書（案）」の概要を掲載します。同報告書（案）は6月17日の「令和8年度（第66回）全国公私病院連盟定時総会」（於：食品衛生センター）に諮られます。

記

令和7年度「事業報告書」（案）

本連盟では、令和7年度事業計画書に基づき下記の諸活動を展開した。

1. 診療報酬改定対策運動の推進

本連盟では令和8年度診療報酬改定に対し、「令和7年度（第66回）定時総会」において、病院収入の源は公定価格で定められた診療報酬であることから、医療従事者の賃上げによる処遇改善に加え、病院の施設運営に係る基礎的経費を物価・賃金等の上昇に応じて適切に診療報酬で賄える仕組みとし、恒久的に担保することなどを決議し、厚生労働省（厚労省）をはじめとする関係各所へ要望した。

なお、本連盟など15病院団体が加盟する「日本病院団体協議会（日病協）」においても、物価高騰、人件費高騰が続いており、病院経営が更に深刻な状況へと悪化していることから、基本的な入院料を堅実に引き上げるよう厚労省へ要望書を提出している。

2. 医療提供体制対策の推進

全国的に医師の偏在が問題となり、病院は医師確保に難渋し、今後、現行の医療提供体制すら維持することが困難になると予想されることから、地域ごとの医師偏在の実態や、医療現場の取組の現状を把握して、必要に応じ柔軟に実効性・即効性のある対策を講じるとともに、地域医療の確保に支障が生じないよう要望した。

また、医療現場では電子カルテが必要不可欠となっているが、ベンダーが異なる電子カルテ間の互換性、診療報酬改定の度に起こるソフトの改変、約5年ごとにされる機種の更新、サイバー攻撃対策など病院の負担は大きくなっているが、現在の診療報酬では対応不可能なため、これら費用の公的支援を要望した。

3. 病院経営改善対策の推進

病院経営改善対策については、病院経営改善の一助となるよう病院関係者の知識向上を目的とした「診療報酬請求事務セミナー」および「DPCセミナー」などを開催して対策を講じた。

また、消費税は最終消費者が負担することが原則だが、医療においては非課税となっているため病院の負担となっており、その分は診療報酬に加算して補填することになっている。しかし、その検証では未だにバラつきがあり、信頼性・公平性に欠けているため、医療に掛かる控除対象外消費税は課税とすることを令和7年6月20日に厚労省へ、同年11月12日に自民党へ要望書を提出した。

4. 調査活動の推進

調査活動については、毎年6月を調査対象月としている「病院運営実態分析調査」を実施し、令和8年2月に「令和7年病院運営実態分析調査（令和7年6月調査）の概要」を取りまとめ公表するとともに、同年3月に報告書「病院経営実態調査報告」「病院経営分析調査報告」および「病院概況調査報告書」を発刊した。

5. 要望・調査結果の公表

以下の要望、調査結果等の公表を行った。

（1）要望等（全国公私病院連盟）

①「令和7年度（第66回）定時総会『決議』」（令和7年6月12日要望）
要望先：厚労省（大臣・副大臣・政務官以下関係局長・審議官・課長）、中医協委員、自民党、衆参議院厚生労働委員会など

②「令和8年度診療報酬改定に係る要望書」（令和7年6月20日要望）
要望先：厚労省・保険局医療課

③「令和8年度税制改正要望について」（令和7年6月20日要望）
要望先：厚労省・政策統括官

④「予算・税制改正及び一般政策に関する要望」（令和7年11月12日要望）
要望先：自民党

（2）調査結果の公表

①「病院運営実態分析調査（令和7年6月調査）の概要」（令和8年2月24日送付）
公表先：厚労省（大臣・副大臣・政務官以下関係局長・審議官・課長）、中医協委員、自民党、衆参議院厚生労働委員会など

6. 広報活動の推進

広報活動については、毎月「広報委員会」を開催して「公私病連ニュース」を第560号（令和7年4月号）から第571号（令和8年3月号）まで12回発行し、本連盟の諸活動の状況および最新の医療界の情報などを提供した。

なお、参集形式の「理事会」および「定時総会」終了後には「記者会見」を開催し、本連盟における諸活動の周知に努めた。

7. 国民の健康会議

国民に対して医療の諸問題について関心を高め理解を得るという観点から、令和7年10月2日に「第35回 国民の健康会議」を「人生100年を生き抜こう!!」をテーマに、日本教育会館「一ツ橋ホール」において開催し、市民をはじめ医療関係者・団体などから206名が参加した。



第35回「国民の健康会議」のもよう

8. 研修活動の推進

研修活動については、国内では各種セミナーおよび説明会の開催、海外では医療視察研修団の派遣をおこった。

（1）セミナー・説明会

第35回「診療報酬請求事務セミナー」
期日＝令和7年7月1日～31日までWEB配信、参加者＝136名

第36回「看護管理セミナー」
期日＝令和7年11月20日、会場＝食品衛生センター、参加者＝61名

第33回「医療事故防止セミナー」
期日＝令和7年11月27日、会場＝食品衛生センター、参加者＝48名

第21回「DPCセミナー」
期日＝令和8年2月25日、会場＝全国都市会館、参加者＝121名

「令和8年度診療報酬改定説明会」（日本病院会と共催）
期日＝令和8年3月12日～3月19日までWEB配信、参加者＝3615名

第36回「診療報酬請求事務セミナー」
期日＝令和8年3月27日～4月30日までWEB配信

（2）海外医療視察研修団

「海外（ハワイ）医療視察研修団」
派遣国：アメリカ合衆国（ハワイ州オアフ島・ホノルル）期間＝令和7年11月23日～28日（6日間）、参加者＝6名



第21回「DPCセミナー」のもよう

9. 保険事業の推進

保険事業については、本年度加入数は、病院賠償責任保険等1993（うち勤務医個人1041）、居宅事業者総合保険等171となった。

10. 医療関係団体との連携強化

本連盟が加盟する日本病院団体協議会（日病協）で要望書を取りまとめて提出するとともに、日病協を構成する各病院団体、その他の医療関係団体との連携強化に努めた。

※日本病院団体協議会の要望書

①「令和8年度診療報酬改定に係る要望書【第1報】」（令和7年4月16日）

②「HPKIセカンド電子証明書による電子処方箋リモート署名サービス有償化に係る要望書」（令和7年5月23日）

③「令和8年度診療報酬改定に係る要望書【第2報】」（令和7年7月16日）

以上

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

令和7年6月調査　**病院経営実態調査報告**
内容：経営収支の状況、医療収支の状況　など
定価 12,000 円＋税
A4 版 785 ページ

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和7年6月調査　**病院経営分析調査報告**
内容：患者 医師1人1日当たり診療収入　など
定価 16,000 円＋税
A4 版 742 ページ

令和7年6月調査　**病院概況調査報告書**
内容：病床利用率、在院日数、施設状況　など
定価 18,000 円＋税
A4 版 631 ページ

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます



ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

全国公私病院連盟

令和8年度事業計画書

全国公私病院連盟の「理事会」が3月13日に開催され、「令和8年度事業計画書」が承認されました。全国公私病院連盟では、国民医療の確保と会員病院はもとより全国の病院の医療・保健・福祉活動に資するため次の事業を推進します。「令和8年度事業計画書」は以下のとおりです。

令和8年度「事業計画書」

記

1. 診療報酬および介護報酬対策運動の推進
（1）令和10年度診療報酬改定に向けた対策の推進
（2）控除対象外消費税の解消対策の推進
（3）中央社会保険医療協議会への病院の意見反映
（4）次期介護報酬改定に向けた対策の推進

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

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

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

5. 病院経営改善対策の推進
（1）病院の経営改善対策
（2）税制対策の推進

6. 調査活動の推進
（1）令和8年6月病院運営実態分析調査の実施および報告書の発行
（2）病院経営健全化のために必要な調査の実施

7. 広報活動の推進
（1）「公私病連ニュース」の発行
（2）第36回「国民の健康会議」の開催（令和8年10月2日）
（3）「広報委員会」の運営

8. 研修活動の推進
（1）講習会の開催
①第37回「診療報酬請求事務セミナー」
②第37回「看護管理セミナー」
③第34回「医療事故防止セミナー」
④第22回「DPCセミナー」
（2）海外病院医療視察研修団の派遣
①ハワイ医療視察研修団
期間：令和8年11月16日（月）～11月21日（土）の6日間

9. 保険事業の推進
（1）病院賠償責任保険の取り扱い
（2）勤務医師賠償責任保険の取り扱い
（3）看護職賠償責任保険の取り扱い
（4）医療機関用サイバー保険の取り扱い
（5）居宅事業者総合保険の取り扱い
（6）株式会社公私病連共済会（保険代理店）との連携
（7）特定退職金共済制度の推進と取り扱い

10. 医療・福祉関係団体との連携強化

11. その他必要な活動の推進

全国公私病院連盟 役員会だより

期日　4月10日(金)
会場　WEB開催

【主な報告事項】
①日病協「診療報酬実務者会議」（3月18日）
中野常務理事会から報告があった。
・令和8年度診療報酬改定における厚生労働省保険局医療課「疑義解釈（その1）」（3月23日）および「疑義解釈（その2）」（4月1日）
②日病協「代表者会議」（3月27日）
北村副会長から報告があった。
③望月副会長からの報告
望月副会長から「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会のとりまとめ」について報告があった。
④第21回「DPCセミナー」開催結果
事務局から報告があった。
⑤全国公私病院連盟・日本病院会共催「令和8年度診療報酬改定説明会」開催結果
事務局から報告があった。

【主な協議事項】
①令和8年度「定時総会決議（案）」について
事務局より、文言の修正について説明があり議論した。
②参与の委嘱
加盟団体から6名の参与の交代の依頼があり了承された。

以上



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：2025 年 11 月 1 日～2026 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　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで

引受保険会社
損害保険ジャパン 株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿 1-26-1
TEL 03-3349-5113
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。

SJ25-09325　2025/11/04

全国公私病院連盟

ハワイ医療視察研修募集のお知らせ

全国公私病院連盟では、海外医療視察研修（ハワイ）への参加者を募集しています。この機会にどうぞご参加ください。

１．期　　日：令和８年 11 月 16 日（月）～11 月 21 日（土）

２．募集人員：２５名程度（最少催行人員 10 名）

３．旅行費用：５９０，０００円　《10 名様以上の場合》
５２０，０００円　《15 名様以上の場合》
４７５，０００円　《20 名様以上の場合》
４５０，０００円　《25 名様以上の場合》

４．申込締切：　令和８年７月３１日（金）

５．視察先（予定）：　The Queen‘s Medical Center

クィーンズメディカルセンターは、医療の質の高さに定評があり、米国で優れた病院として数多くの認証を受けている総合病院です。優れた医療機関を認証する米国の JC から認証を受けているほか、米国で優れた看護師教育プログラムを提供する医療機関を認証する ANCC（全米の 6%の病院のみ取得）からも認証されています。

特にがん治療では、優れた医療提供のほかに、患者・家族の心理的・経済的サポートを行う「キャンサーナビゲーション」を構築し信頼を集めています。

◆ 研修の詳細や参加の申込方法は、全国公私病院連盟ホームページの新着情報からご覧ください。

全国公私病院連盟ホームページ　　https://www.byo-ren.com/

◆ お問合せ e-mail アドレス　　info@byo-ren.com

公私病連ニュース

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

医療関係職種の安定的な養成・確保で検討開始

働く環境・養成体制などの整備と 養成から現場へのつなぎ支援が論点に

厚生労働省は5月7日、２０４０年頃にかけて、①医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加と生産年齢人口（15歳～64歳人口）の減少が一層見込まれ、②医療関係職種の養成校の定員充足率も近年低下傾向にあるーなど、医療関係職種の養成・確保は一層困難になっていくことが見込まれているため、「医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会」を設置し、地域において必要な医療関係職種の安定的な養成・確保の在り方について検討を開始した。

「医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会」では、ヒアリングや各論点について、月1回程度の開催を経て社会保障審議会「医療部会」に報告しながら検討を進め年内に議論を取りまとめる。

医療関係職種の安定的な養成・確保に関する論点は以下のとおり。

医療関係職種の安定的な養成・確保に関する論点

現状認識・課題等

【人口推移の地域差・足元の取組】

▽人口は、医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上を中心に、高齢者数が２０４０年頃のピークまで増加見込み。地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口が増加する地域と減少する地域があるなど、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

▽これらを受け、地域の医療提供体制全体の課題解決を図るため、今年度から、各都道府県において新たな地域医療構想の策定を開始する予定。また、令和8年度診療報酬改定では、医療従事者を確保する制約が見込まれる中で、ＩＣＴ等の利活用の推進等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行い、必要な医療機能の確保を図る観点から、見直しを行った。さらに、ＤＸ化に取り組む医療機関を支援し、業務効率化・勤務環境改善を進めるための制度的対応を盛り込んだ健保法等一部改正法案を国会で審議中。

▽地域レベルでの医療従事者の確保については、各都道府県の医療計画において独自の方策が定められ、取組が進められている。

【少子化の更なる進展】

▽18歳人口の減少に伴い、２０２６年度以降は大学進学者は減少局面に入ると予測されている。また、約10年後には18歳人口が１００万人を切り、以後急減な減少が見込まれる。

▽地域ごとに、例えば２０２１年と比較した２０４０年の18歳人口の減少割合をみると、40％を超える県が20以上あるほか、50％を超える県も複数存在する。

【国民の意識】

▽国民の意識をみると「専門的知識や特技が活かせる仕事」を理想的と考える割合も高く、専門性の向上やスキル習得の促進は重要。また、若者が資格取得やエッセンシャルワーカーへの前向きな印象を持っているとするアンケート結果もあるが、ワークライフバランスや給与条件の改善は引き続き課題。

【養成体制】

▽医療関係職種の養成施設では、多くの職種で、大学・専門学校ともに定員充足率が近年低下傾向。なお、例えば看護職についてみると、専門学校である養成施設の卒業生は、大学の卒業生に比べて県内就職率が高く

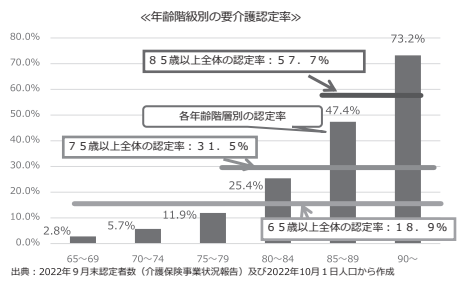
2面へつづく

2040年頃に向けた医療の課題①

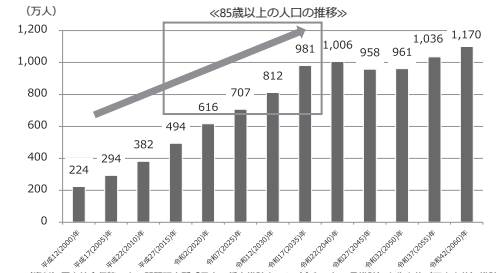
Ⅰ．将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

○ 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。

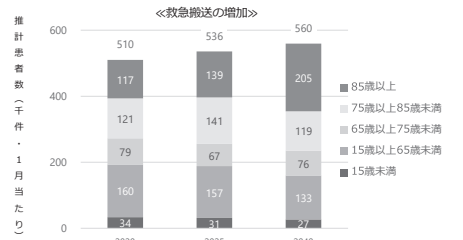
○ 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。



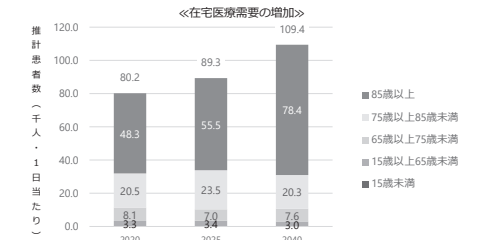
出典：2022年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月１日人口から作成



（資料）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」



資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に推計

時評

診療報酬改定、その先にあるもの

連盟　常務理事　野村幸博



いよいよこの6月から診療報酬改定（本体）が実施される。令和８年度改定は近年になく大きな注目を集めた。物価・人件費の上昇、医療材料費・光熱水費・委託費の増加、そして医療ＤＸへの対応など、病院の経営環境が急速に厳しさを増す中で、診療報酬がどこまで現場の実態を反映するのかが問われたからである。

今回の改定では医療従事者の処遇改善や物価高騰への対応が最重点項目として盛り込まれたが、これは病院経営の危機が社会的に認識されたことを示すものであろう。今回の改定によって、崩壊寸前だった地域医療提供体制が何とか生き延びられそうだ、というのが率直な思いである。

ただし、地域医療の現場から見ると、今回の改定だけで問題が解決したとは到底言えない。病院は、医師・看護師・薬剤師・医療技術職員・事務職員など多職種の力が結集することによって機能する複雑系システムであり、医療ＤＸで効率化や変動する物価や賃金の上昇に機動的に対応できない。この構造的なずれが病院の経営を圧迫する。ウクライナや中東の紛争など予測不能な出来事によって物価が跳ね上がると、特に急性期病院の経営は大打撃を受ける。

そもそも地域の中核病院は、採算性だけでは測れない役割を担っている。救急・周産期・災害医療や感染症対策など、住民の暮らしを支える社会的共通資本としての役割は極めて大きい。

また、増加する高齢者においては、急性期治療後のリハビリや退院支援、在宅復帰支援、施設との調整が重要となる。これは病院単体で完結する問題ではなく、地域全体の医療・介護提供体制の問題である。

その意味で、診療報酬は医療行為の単なる価格表ではない。今後強く求められるのは、住民の安心を守るための裏付けとなる診療報酬制度である。令和８年度改定を到達点と捉えるのではなく、地域医療を将来にわたって存続するための出発点としたい。

（総合病院国保旭中央病院・統括病院長）

いろ鉛筆

世界はひと握りの暴君らによって荒廃させられている。イラン戦争只中のローマ教皇レオ14世の言葉。すぐに3名の暴君と三つの戦争が想起される。帝国時代の版図を回復する野望の下、隣国からクリミヤ半島、ドンバス地方の奪取を企てる暴君。シリア領であるゴラン高原の実効支配、ヨルダン川西岸への進出に加え、ガザ地域の併呑もくろむ暴君。ベネズエラ、次いでイランのトップを略奪、抹殺するという国際法を無視する暴君。イランの発電設備の破壊ももくろみ、国民は石器時代の生活に戻るだろうなどと暴言を吐く。この間に明らかになったのは、国際紛争の平和的解決を旨とする国連の存在感が薄弱なこと。安全保障理事会も大国が絡む紛争には介入手段を持たず無力である。もう一つはグローバルエコノミーの弱点の顕在化。一つの国際海峡の閉鎖によって石油供給が妨げられ、数多の国々の経済、日常生活に甚大な被害を及ぼす。燃料のみならずナフサの供給不足が様々な生産活動に支障をきたしている。医療界への影響も大きく、プラ製品であるチューブ類やバッグ、分包紙などの不足をきたした。世界が共存共生の国際協調主義に基づく体制に立ち戻れるのか。（Ｓ・Ｓ）

1面からつづく

なっている。

▽こうした医療人材の「なり手」の確保のために、自治体レベルで様々な取組がみられる。

▽学校サイドでは、地域医療を支える人材育成を目的として、学校の経営母体の変更やサテライト施設の設置などの取組があるほか、社会人の取り込みを進めていく動きがある。

【養成から現場へのつなぎ、現場での働き方】

▽例えば看護職についてみると、養成施設が実習先の確保に困難を抱えている実態がある。また、入職後の施設等における新人研修の枠組みが体系化され、新卒看護職の離職率は、全産業に比べて低い傾向にある。

▽働き方に対する若者の意識についてみると、「共育て」の実現を重視しているとするアンケート結果がある。医療機関での勤務環境は、有休・育休取得率の上昇など一定程度改善してきているが、人員や時間に余裕がなく勤務環境の改善に取り組めないという声もある。

▽パワハラ・セクハラ対策は引き続き課題であるほか、カスタマーハラスメントへの対応といった新たな取組も必要になっている。

主な論点

▽本検討会においては、地域において必要な医療が持続的に提供される体制を整備するため、医療関係職種を安定的に養成・確保していく観点から、各職種の状況を把握しつつ、各職種が共通して抱えているといえる課題について、各職種横断的に、養成現場や医療現場、地域や都道府県・国等の関係者が一体となって対応・取り組んでいくべき事項や、その枠組みについて検討することとしてはどうか。

▽その上で、医療関係職種の養成・確保に向けて、例えば、以下の点についてどのように考えるか。

【①養成体制の整備】

・若者・社会人等の「なり手」の確保策と、中長期的な「なり手」の減少にも対応できる持続的な養成体制の整備

・若者・社会人等など、多様な人材が参入しやすい養成課程・養成環境

【②養成から現場へのつなぎ支援】

・養成校・職場の各段階で、資質の向上を図りつつ、それが職場・地域へのスムーズな定着に結びつく方策

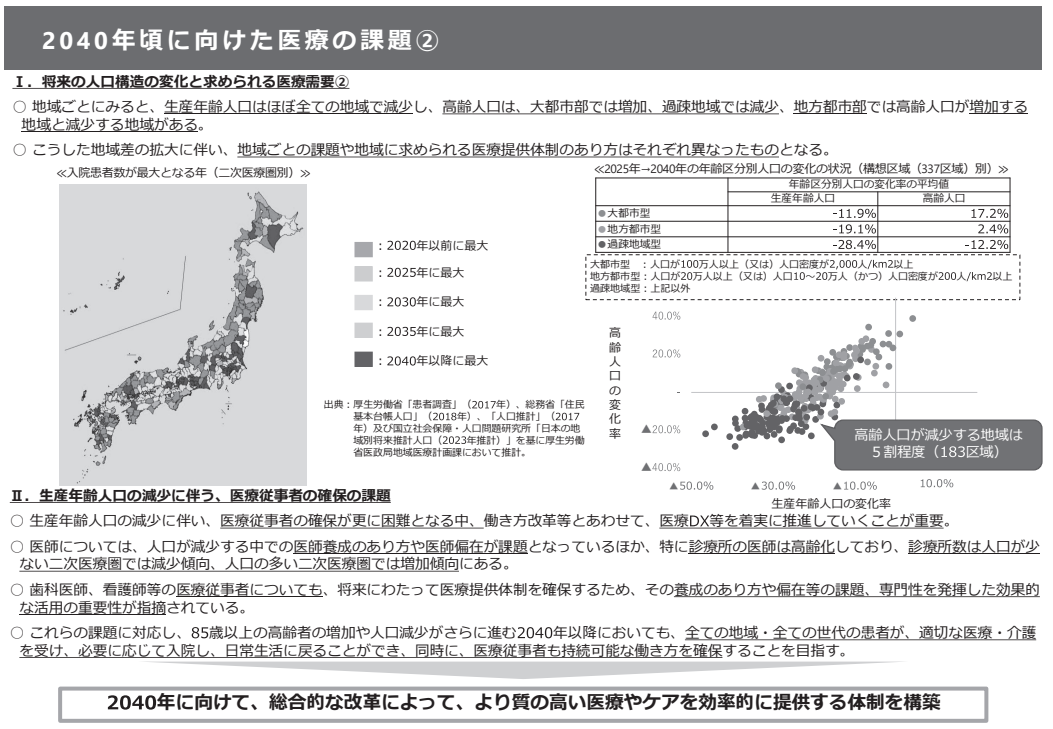
【③働く環境の整備】

・長い職業人生を通じ、意欲・能力等に応じて継続的にキャリア・スキルの向上が図れたり、ライフコースに応じて働き続けられる環境

【④地域における推進体制の整備】

・上記①～③について、国との役割分担も踏まえつつ、各地域で医療関係職種の需給状況や養成・確保にかかる課題を把握・共有しつつ、必要な取組を計画的に進めることができる枠組み

【参考】「医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について」（抜粋）（令和7年12月8日医療部会）略



令和８年度診療報酬改定
看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の疑義解釈

厚労省保険局医療課は令和８年度診療報酬改定における疑義解釈を発出していますので「看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係」【抜粋】を掲載します。

4月21日【抜粋】

●ベースアップ評価料

【問1】外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料の対象職員について、「当該保険医療機関に勤務する職員」とあるが、保険医療機関の開設者及び管理者並びに法人の代表者及び役員はいずれも含まれないか。

【答】そのとおり。

【問2】ベースアップ評価料等の対象職員について、保険医療機関等に直接雇用されていない場合であっても「疑義解釈資料(その2)」(2026.4.1)別添2の問2において、一定の要件を満たす場合は「派遣職員（「労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律」（昭和60年法律第88号）の第2条第2項に該当する職員をいう）に限り対象とすることを可能とする」とあるが、この場合、派遣職員の賃金改善に伴い増加する消費税分について、区分計算及び実績報告書における取扱い如何。

【答】派遣職員の賃金改善に伴い増加する消費税分については、実績報告書上「ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いた額」として計上すること。

ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分計算における「月額賃金総額」については、派遣職員の賃金改善に伴い増加する消費税分を含めないこと。

5月8日【抜粋】

●ベースアップ評価料

【問1】令和8年度診療報酬改定後のベースアップ評価料の施設基準においては、ベースアップ評価料による収入の繰り越しに係る規定はないが、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による収入について、令和8年度に繰り越した場合の取扱い如何。

【答】令和8年度診療報酬改定前の施設基準に基づき、令和8年12月までに賃金の改善措置を行う必要がある。

なお、この場合、令和8年度の賃金改善実績報告書において、令和7年度のベースアップ評価料による収入の繰越額は「前年度からの繰越額(令和8年度分報告時のみ記載)」に、対象職員への実績としては「ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いた額」に、それぞれ記載すること。

【問2】法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関等において、保険医療機関等の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合、対象職員数や社会保険診療等に係る収入金額の合計額の割合が施設基準に満たない保険医療機関等、ベースアップ評価料に係る施設基準の届出を行わない保険医療機関等は「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」における賃金改善の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

【答】そのとおり。

【問3】令和8年度診療報酬改定において、届出区分の算出並びに「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成について、法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関等を通算して算出する場合の規定が新設されたが、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5等、継続的な賃上げの取組の実施に係る施設基準についても、法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関等を通算して算出することができるか。

【答】外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5等の継続的な賃上げの取組の実施に係る施設基準については、法人内で通算して算出することはできず、届出を行う保険医療機関等毎に、施設基準を満たす必要がある。

【問4】外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5等の継続的な賃上げの取組の実施に係る施設基準において「令和8年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較」することとされているが、例えば、対象期間中に定期昇給や定年後の継続雇用による給与の変動があった場合、具体的にどのように比較を行うのか。

【答】いずれの場合においても、①当該評価料を算定する月時点の基本給等の合計と、②当該評価料を算定する月時点の職位等に基づき、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等の合計を比較する。

【問5】令和6年4月以降令和8年5月以前に開業し、ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ていない保険医療機関等については、継続的な賃上げの取組に係る施設基準に関し、令和6年3月時点の基本給等総額と比較を行うことができないが、この場合、継続的な賃上げの取組の実施に係る施設基準の届出を行うことはできないのか。

【答】開業時点における給与体系に基づく基本給等総額と当該評価料を算定する月時点の基本給等総額を比較し、施設基準に定める水準を満たす場合においては、継続的な賃上げの取組に係る施設基準を満たすものとして、届出を行うことができる。

【問6】令和8年度診療報酬改定後の外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等を6月から算定する場合、毎年8月に提出する「賃金改善中間報告書」における、賃金改善実績期間は、いつになるか。

【答】例えば、令和8年6月から賃上げを行う場合、同年6月及び7月分の賃上げ実績を報告する必要がある。また、同年4月から賃上げを行う場合においても、同年4月及び5月分の賃上げ実績ではなく、同年6月及び7月分の賃上げ実績を報告する必要がある。

【問7】令和8年度の「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」において記載する「ベースアップ評価料等による収入の実績額」について、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5等に含まれる、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価分は、当該評価料等の収入の実績額に含めるか。

【答】含めない。外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5等のうち、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた、当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて計算する。

例えば、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の場合、注5の適用があるかどうかにかかわらず、収入の実績額は、令和8年度においては初診時17点・再診時等4点となる。

【問8】ベースアップ評価料の対象職員について「当該保険医療機関に勤務する職員」とあるが、法人本部に所属する職員が、実態として保険医療機関における業務を行う場合は、対象職員に含まれるのか。

【答】主として当該保険医療機関における業務を行っている場合には、対象職員に含まれる。

【問9】ベースアップ評価料の対象職員について、出向者が、出向元との労働契約を維持したまま、出向先とも労働契約を締結し、出向先において、相当期間継続的に勤務し、出向元から給与の支払いを受けるような場合（所謂「在籍型出向」）の取扱い如何。

【答】出向先の保険医療機関の対象職員として、区分計算及び賃金改善実績報告書等の作成を行う。また、出向先の保険医療機関で得たベースアップ評価料による収入については、出向先から出向元に支払うなど、合議で適切に精算すること。この場合、報告書の作成に当たっては、出向元と相談した上で、出向元から実際の賃金の改善額等の報告書の記載に必要な情報の提供を受けること。

なお、医療機関間で医師の短期間の研修等を行う場合は、研修中の医師について、出向元の保険医療機関の対象職員として、区分計算及び賃金改善実績報告書等の作成を行うこととして差し支えない。

【問10】ベースアップ評価料の施設基準の届出について、届出区分の計算等における「月額賃金総額」「対象職員数」「社会保険診療等収入金額」「延べ入院患者数」等の算出においては「届出を行う月の直近1月」又は「届出を行う月の直近3月」の期間の実績等により算出することとされているが、例えば「届出を行う月の直近1月」とは具体的にいつを指すか。

【答】ベースアップ評価料に係る施設基準の届出においては「届出を行う月の直近1月」は、届出の作業を行う時点で把握が可能な直近1月を指す。

厚生労働省・保険局医療課
疑義解釈（その4）（その5）

厚労省保険局医療課は令和8年度診療報酬改定における疑義解釈「その4」（4月21日）と「その5」（5月8日）を発出していますので、その一部を掲載します。

疑義解釈（4）【抜粋】

●重症度、医療・看護必要度

【問5】一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の救急患者応需係数の算出において、救急搬送により、救急患者応需係数の算出対象となる入院料を算定する病棟と、その他の治療室等に入院する患者がそれぞれいる場合、救急患者応需係数の算出はどのようにすればよいか。

【答】救急患者応需係数の算出対象とならない特定入院料（特定集中治療室、小児入院医療管理料1～5、地域包括ケア入院医療管理料等を含む）への救急搬送入院件数は「直近1年間における救急搬送により当該保険医療機関に入院した患者」及び「入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院した患者」には含まない。なお、病院の救急搬送受入件数には入院(特定入院料を含む)、外来を含め全ての救急搬送受入件数が含まれることに留意すること。

例えば、特定集中治療室管理料3が5床、急性期一般入院料4が100床、地域包括医療病棟入院料2が50床の病院において、救急搬送受入件数が1000件、救急搬送入院件数が430件、うち特定集中治療室管理料3への入院が50件、急性期一般入院料4への入院が300件、地域包括医療病棟2への入院が100件である場合、急性期一般入院料4及び地域包括医療病棟入院料2の救急患者応需係数の算出にあたっては、救急患者応需係数の算出対象となる病棟（急性期一般入院料4及び地域包括医療病棟入院料2）に救急搬送入院した患者の割合を、救急搬送受入件数（1000件）に乗じて以下のように算出する。

急性期一般入院料4の救急患者応需係数:1000×{300÷(300＋100)}÷100×0.005=0.0375

地域包括医療病棟入院料2の救急患者応需係数:1000×{100÷(300＋100)}÷50×0.005=0.025

【問6】一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準4の2（3）において「救急搬送により当該保険医療機関に入院した患者（救急患者応需係数の算出対象となる病棟に入院した患者の割合を乗じて得た数を、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院した患者の割合を乗じて得た数をいう」とあるが、「当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数」についてどのように考えるか。

【答】当該特定入院料を算定するものとして届け出た病床数（小児入院医療管理料5を除く）は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数の変更があった月の前月までの期間と、当該変更があった月から翌年3月までの期間ごとに、それぞれの期間に応じた加重平均による病床数を算出し、これに基づき前年度1年間の救急搬送受入件数を除して算出する。

例えば、急性期一般入院料4を100床届け出ており、前年度の12月に届出病床数を40床に変更した場合、加重平均による病床数は以下のように算出する。

(100×8÷12)＋(40×4÷12)=80

●急性期病院一般入院基本料等

【問8】急性期病院B一般入院料及び急性期総合体制加算において、自院が所属する二次医療圏に所在する医療機関のうち、救急搬送件数が最多（地域最多救急病院）であることをどのように判断するか。

【答】地域最多救急病院として届け出る場合には、直近の病床機能報告のデータ等に基づき、当該医療機関が所属する二次医療圏において救急搬送件数が最多であることを確認した上で届出を行うこと。

この際、当該二次医療圏において、自院の救急搬送件数の概ね8割以上の実績を有する他の医療機関が存在する場合、又は新設、再編若しくは統合等により自院を上回る救急搬送件数となる可能性のある医療機関が存在する場合には、必要に応じて、当該医療機関に対し前年度の救急搬送件数を照会する等により確認を行うこと。

【問9】人口20万人未満の地域及び人口の少ない地域について、第8次医療計画の策定において二次医療圏の再編・統合を行った結果、人口20万人未満の二次医療圏であった地域が、人口20万人以上の二次医療圏に属することとなった場合、所属二次医療圏の人口、同一の二次医療圏の範囲及び地域最多救急病院についてどのように考えればよいか。

【答】このような場合、再編・統合前の20万人未満二次医療圏に所在していた医療機関については、当分の間、人口20万人未満の二次医療圏に所在するものとみなして差し支えない。

その際、医療提供機能連携確保加算の施設基準における、人口20万人未満二次医療圏に所在する医療機関への診療実績に係る同一の二次医療圏の範囲については、再編・統合前の人口20万人未満二次医療圏を単位として考える。

また、当該再編・統合前の20万人未満の二次医療圏に所在する医療機関のうち、救急搬送件数が最も多い病院については、施設基準通知別添2第2の3の10の（2）ウに規定する基準のうち救急搬送件数が最も多いもの及び施設基準通知別添3第1の6に規定する地域最多救急病院に該当するものとみなして差し支えない。

●地域医療体制確保加算

【問10】「A252」の「2」地域医療体制確保加算2の施設基準における「集中治療、術後疼痛管理、呼吸ケア等、特定診療科に係る適切な研修」にはどのようなものがあるか。

【答】現時点では、以下の①から④までのいずれかの研修を修了した看護師又は日本集中治療医学会により集中治療認証看護師の認証を得た看護師（認証書を受領する前であって、合否結果に基づき合格を確認している看護師を含む）を指す。

①日本看護協会の認定看護師教育課程「クリティカルケア※」「新生児集中ケア」「小児プライマリケア※」（新生児集中ケア及び小児プライマリケアについては、小児外科を特定診療科とする場合に限る）※平成30年度の認定看護師制度改正前の教育内容による研修を含む。

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

③特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修（以下の9区分の研修のうちいずれか1つ以上を修了した場合に限る）

ア「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」、イ「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」、ウ「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」、エ「動脈血液ガス分析関連」、オ「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」、カ「循環動態に係る薬剤投与関連」、キ「術後疼痛管理関連」、ク「循環器関連」、ケ「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」

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

集中治療領域、救急領域、術中麻酔管理領域、外科術後病棟管理領域

【問11】地域医療体制確保加算2の特定診療科について、例えば消化器外科領域において、上部消化管、下部消化管、肝胆膵をそれぞれ扱う診療科に分かれている場合、どのように診療科を特定すればよいか。

【答】いずれの診療科においても、消化器に係る手術等の外科的治療を主として行っており、原則として消化器外科以外の診療科の診療を実施していない場合には、複数の診療科を合わせて1つの消化器外科として特定して差し支えない。

【問12】地域医療体制確保加算2の特定診療科について、例えば複数の消化器外科領域の診療科を1つの消化器外科として特定した場合、地域医療体制確保加算の施設基準2(3)及び(4)については、各診療科がそれぞれ満たす必要があるか。

【答】2（3）及び（4）について、消化器外科全体として施設基準を満たしていれば差し支えないが、実態として、各診療科で独立した勤務体制を取っている場合には、それぞれの診療科で交代勤務制又はチーム制の要件を満たす必要がある。

【問13】地域医療体制確保加算2の施設基準において「特定診療科の医師の給与体系に他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること」とあるが、非常勤医師も対象となるのか。

【答】特定診療科の常勤医師については、他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っている必要があり、当該特定診療科の非常勤医師についても、同様の配慮を行っていることが望ましい。

【問14】地域医療体制確保加算2の施設基準について「臨床研修終了後の研修を地域の他の保険医療機関と連携して行うなど、地域で協働して医師の育成を図るための取組を実施していること」とあるが、具体的にはどのような取組を行っていればよいのか。

【答】当該特定診療科の専門研修に係る専門研修基幹施設又は連携施設であって、以下のような、特定診療科の医師の育成を地域で連携して行っていること。

▽地域の他の医療機関

4面へつづく

第37回「診療報酬請求事務セミナー」ご案内

全国公私病院連盟では、「第37回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。病院関係職員皆様のご参加をお待ちしております。

第37回 診療報酬請求事務WEBセミナー

オンデマンド配信 視聴期間　令和8年7月21日（火）～8月31日（月）



講演1　180分　2026年度診療報酬改定のポイント解説と病床機能の行方

講師　(株)ASK梓診療報酬研究所 代表取締役　中林　梓　先生　※収録日：6月30日



講演2　120分　2026年改定内容を踏まえた精神科病院の対応策 ～キーワードは多職種連携・ICT～

講師　(株)リンクアップラボ 代表取締役　酒井　麻由美　先生　※収録日：6月5日

申込方法
・本連盟HP内の申込フォームよりお申込ください。
・申込受付後、5営業日以内にメールにてご案内いたします。
・視聴期間中もお申し込みは可能です。
全国公私病院連盟 検索

参加費用
下記団体に加盟している病院（会員病院）1施設につき　11,000円（税込）
・全国自治体病院協議会
・日本赤十字社病院長連盟
・日本私立病院協会
・全国公立病院連盟
・全国済生会病院長会
・日本公的病院精神科協会
・全国厚生農業協同組合連合会
・岡山県病院協会
上記団体以外の病院（非会員病院）　1施設につき　13,200円（税込）

申込・振込期限　視聴期間終了日まで申込・振込可能

【視聴時の注意事項】
▶職場やご自宅で視聴できます。スマートフォンやタブレットでもご視聴いただけます。
▶期間中は同一施設内であれば、何名様でも何度でもご視聴いただけます。
▶録画のため講師への質疑応答はできませんので、ご了承ください。
▶資料はPDFで公開予定です。ダウンロード・プリントアウトしてご利用ください。
▶動画及び資料の無断転載や複製等を禁止します。
▶視聴機器、インターネット環境はご自身でご用意ください。

お問合せ先　一般社団法人 全国公私病院連盟　〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階　Mail：seminar@byo-ren.com

3面からつづく

と連携して、当該特定診療科の専門研修を実施していること▽地域の他の医療機関と連携して、hands-onセミナーやカダバートレーニング等の若手医師に向けた手技向上に係る実技研修の機会を年に複数回、定期的に設けており、うち年に1回以上は自施設で実施していること▽指導医を地域の他の医療機関に派遣して、若手医師の育成を行っていること▽地域の他の医療機関から、研修のために、専門研修修了後の若手医師も受け入れていること。

●特定集中治療室管理料等

【問15】特定集中治療室管理料及びハイケアユニット入院医療管理料における施設基準について、「全身麻酔の定義は「A200」に掲げる急性期総合体制加算における定義と同様である」とあるが、令和8年5月31日までに実施した全身麻酔による手術件数についても、急性期総合体制加算における定義と同様に、令和8年度改定前の医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち「L008」に掲げるマスク又は気管挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術件数の実績により届け出ることで差し支えないか。

【答】差し支えない。

●外科医療確保特別加算

【問34】外科医療確保特別加算の施設基準において、「医科点数表第2章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術（中略）を合わせて年間200例以上実施していることを指すものか。

【答】そのとおり。

疑義解釈（5）【抜粋】

●精神科慢性身体合併症管理加算

【問3】「A230-5」慢性身体合併症管理加算については「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（2026.3.5保医発0305第6号）の（2）において「当該内科を担当する医師が、当該医療機関において、1回以上「I001」入院精神療法又は「I002」通院・在宅精神療法を行った場合は、当該加算は別に算定できない」とされている。当該内科を担当する医師とは別の、精神科を担当する医師が、入院精神療法又は通院・在宅精神療法を行った場合には、同一の患者に対し精神科慢性身体合併症管理加算と入院精神療法又は通院・在宅精神療法の併算定はできると解してよいか。

【答】そのとおり。

●病棟薬剤業務実施加算

【問5】「A244」病棟薬剤業務実施加算について、病棟ごとに「病棟薬剤業務実施加算1」又は「病棟薬剤業務実施加算2」のどちらかしか届出できない。

なお、「病棟薬剤業務実施加算3」は「病棟薬剤業務実施加算1」又は「病棟薬剤業務実施加算2」とは別に届出することが可能である。

●排尿自立支援加算

【問6】回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準として「A251」排尿自立支援加算の届出が要件となったが、排尿自立支援加算の要件である研修には、具体的にはどのような研修が該当するか。

【答】「疑義解釈資料の送付について（その1）」（2016.31事務連絡）別添1の**【問97】**に示す研修の他に、以下の研修が該当する。なお、「B005-9」外来排尿自立指導料の要件である研修についても同様である。

▽全日本病院協会下部尿路機能障害の治療とケア研修会▽東京都立病院機構東京総合診療推進プロジェクト（T-GAP）排尿機能回復に向けた治療とケア講座▽日本リハビリテーション病院・施設協会下部尿路機能障害の排尿ケア講座▽回復期リハビリテーション病棟協会排尿自立支援加算研修会

いずれの研修も、医師・看護師共通要件である部分と看護師の要件である部分に分かれており、それぞれ必要な部分を全て受講することで要件を満たす。

●リハビリテーション実施計画書等

【問16】入院診療計画書については、患者等に交付した文書の写しを診療録に添付することとされているところ、令和8年度診療報酬改定において医師や患者等の署名が不要となったことを踏まえ、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（2026.4.1事務連絡）別添1の問23において、「電磁的方法により診療情報の記録及び保存を行っている場合には、診療録に患者等に交付したものと同じ内容の文書が電子媒体で保存されており、その文書を用いて説明を行った日及び説明者が記載されていることでよい」旨が示されているが、リハビリテーション実施計画書等、署名が不要とされている他の書類についても同様に扱ってよいか。

【答】そのとおり。

●内視鏡手術用支援機器加算

【問17】「K939-4」内視鏡手術用支援機器加算の施設基準について「内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績（症例数及び平均在院日数）について、ウェブサイトに掲載していること」とあるが、

①症例数及び平均在院日数は、年間症例数の実績としてカウントする対象となっている手術のうち、当該保険医療機関で実施したものを各手術毎にそれぞれ示すという理解でよいか。②平均在院日数について、どのように計算すればよいか。

【答】①よい。②「退院日－入院日＋1」を患者数で除したものとする。なお、月をまたぐ場合「（入院した月の最終日－入院日＋1）＋（退院日）」を患者数で除したものとする。

●入院時食事療養等に係る特別食加算（嚥下調整食）

【問22】「疑義解釈の送付について（その2）」（2026.4.1事務連絡）別添1の問143で示された特別食加算（嚥下調整食）の施設基準の責任者要件に係る「嚥下調整食に関する専門的な知識・技術を有する管理栄養士を養成することを目的とした10時間以上の研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

【答】現時点では、以下の研修が該当する。▽日本栄養士会が主催する「特別食加算（嚥下調整食）に係る研修会」▽日本健康・栄養システム学会が主催する「特別食加算（嚥下調整食）対応：適切な嚥下調整食提供のための研修」

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：2025年11月1日～2026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 FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

引受保険会社
損害保険ジャパン 株式会社
〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1
TEL 03-3349-5113
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。

SJ25-09325 2025/11/04

全国公私病院連盟

ハワイ医療視察研修募集のお知らせ

全国公私病院連盟では、海外医療視察研修（ハワイ）への参加者を募集しています。この機会にどうぞご参加ください。

1．期　　日：令和8年11月16日（月）～11月21日（土）

2．募集人員：２５名程度（最少催行人員10名）

3．旅行費用：５９０，０００円　《10名様以上の場合》
５２０，０００円　《15名様以上の場合》
４７５，０００円　《20名様以上の場合》
４５０，０００円　《25名様以上の場合》

4．申込締切：　令和８年７月３１日（金）

5．視察先（予定）：　The Queen's Medical Center

クィーンズメディカルセンターは、医療の質の高さに定評があり、米国で優れた病院として数多くの認証を受けている総合病院です。優れた医療機関を認証する米国のJCから認証を受けているほか、米国で優れた看護師教育プログラムを提供する医療機関を認証するANCC（全米の6%の病院のみ取得）からも認証されています。
特にがん治療では、優れた医療提供のほかに、患者・家族の心理的・経済的サポートを行う「キャンサーナビゲーション」を構築し信頼を集めています。

◆ 研修の詳細や参加の申込方法は、全国公私病院連盟ホームページの新着情報からご覧ください。

全国公私病院連盟ホームページ　https://www.byo-ren.com/

◆ お問合せe-mailアドレス　info@byo-ren.com

公私病連ニュース

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

令和8年度 第67回定時総会開く

新会長に中村哲也氏が就任

邉見公雄氏は名誉会長に

全国公私病院連盟の「令和8年度定時総会」が6月17日に開催され、新会長に中村哲也氏（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長）が選出された。前会長の邉見公雄氏（赤穂市民病院・名誉院長）は名誉会長に推戴されている。（定時総会の概要は4面に掲載）



定時総会のもよう（会場：食品衛生センター）

当日の「定時総会」では、①診療報酬に関すること、②医療に係る控除対象外消費税、③医療従事者確保、④医師の地域偏在、⑤医師の働き方改革、⑥医療ＤＸ、⑦新たな地域医療構想、⑧精神科医療―の8項目にわたる『決議』（2面に全文を掲載）を満場一致で採択し、政府・厚労省・国会議員等に要望することにしている。

なお、新会長に就任した中村会長は挨拶の中で「先ほど開かれた臨時理事会で邉見先生の後任に御推薦いただきました。本連盟は11代目の会長にあたるようですが、これを途切れさせることなく、次へ次へと引き継いでいかれるよう粉骨砕身務めさせていただきます。私が医学部を卒業した昭和58年頃は、まだ長期入院が当たり前、将来をイメージする時にケアミックスの考え方が使われ始めた頃でした。その後、ご承知のように医療制度が変わり、医学教育が変わっていく様を平成16年に日本私立病院協会から本連盟の理事に加えていただき勉強させていただいてまいりました。本連盟は公的病院と私立病院がダッグを組んで、組織医療の向上と病院の経済的・社会的地位の維持発展を図ることを目的とした団体と思っておりますし、昔と違って今の病院は地域医療に根ざした存在であり続けると言う意味で共通の課題を抱えていると思っています。皆様と力を合わせながら邁進していきたいと思っておりますので、どうぞご指導のほどよろしくお願いします。」と述べた。

また、退任して名誉会長となった邉見先生は「全国公私病院連盟には、平成6年に当時公立陶生病院の院長だった寺田守先生のご推薦で理事に就任させていただきました。その後、並行して全国公立病院連盟の会長を約10年、全国自治体病院協議会の会長を約10年務め、7年前に本連盟の会長を仰せつかりました。その約32年の間には小さな失敗はたくさんあったかと思いますが、どうにか務めさせていただくことができました。この後も名誉会長にご推薦いただきましたので、もう少しがんばらせていただこうかと思っています。長い間どうもありがとうございました。」と述べた。


名誉会長に推戴されて挨拶をする邉見公雄先生



定時総会の議長、（右）中島淳先生（日本赤十字社医療センター・院長）と（左）森下紀夫先生（医療法人仁徳会森下病院理事長・院長）

会長所信



一般社団法人　全国公私病院連盟
会長　中村哲也

このたび、全国公私病院連盟会長を拝命いたしました中村でございます。誠に身に余る光栄に存じますと同時に、その責任の重さを痛感しております。

まずは、本連盟の発展と医療向上のためにご尽力いただきました歴代会長をはじめ、役員、会員並びに関係各位の皆様に心より敬意を表しますとともに、これまで賜りましたご支援とご協力に深く感謝申し上げます。

全国公私病院連盟は、長年にわたり公的・私的病院の連携を図りながら、病院経営の改善、医療制度に関する提言、人材育成、情報共有など、多岐にわたる活動を通じて我が国の医療の発展に大きく貢献してまいりました。

私は、これまで諸先輩方が築き上げてこられた貴重な伝統と実績をしっかりと引き継ぎ、その理念と使命を次代へつないでまいりたいと考えております。

相撲の世界に「未だ木鶏たりえず」という有名な言葉があります。69連勝という偉業を成し遂げた横綱双葉山が、自らを完成した存在とは考えず、さらなる精進を誓った言葉です。私は、この言葉に深い示唆を感じております。本連盟も長い歴史の中で多くの成果を積み重ねてまいりましたが、現状に満足することなく、時代の変化に対応しながら新たな価値を創造していくことが求められています。

少子高齢化の進展、人口減少、医療ＤＸへの対応、人材確保、物価高騰など、病院を取り巻く環境は大きく変化しております。このような時代だからこそ、本連盟には会員病院の声を結集し、現場の実情を踏まえた提言と支援活動を展開していく使命があると考えております。

私は、全国の会員の皆様との対話を何よりも大切にし、幅広いご意見やご要望を伺いながら、連盟活動のさらなる充実を図ってまいります。また、これまでの事業を大切に磨き上げながら、新たな取り組みも積極的に取り入れ、未来を見据えた連盟づくりを進めてまいります。

本連盟がこれからも会員病院にとって信頼され、頼りにされる存在であり続けるためには、会員の皆様のお力添えなくして、その実現は成し得ません。引き続き、連盟活動への積極的なご参加と忌憚のないご意見を賜りますようお願い申し上げます。

結びに、会員の皆様並びに関係各位のますますのご健勝とご発展を心よりお祈り申し上げますとともに、私自身も「未だ木鶏たりえず」の精神を忘れることなく、全国公私病院連盟のさらなる発展のため全力を尽くしてまいる所存です。今後とも温かいご支援とご協力を賜りますようお願い申し上げ、就任のご挨拶といたします。

国民医療の確保のために病院診療報酬の引き上げを

全国公私病院連盟「令和8年度定時総会」の開催に先立ち、厚生労働省医務技監の迫井正深先生をお招きして『新たな地域医療構想』から今後の病院医療を考える」と題した記念講演が行われた。

全国公私病院連盟
令和８年度定時総会「記念講演」
迫井医務技監が講演



いろ鉛筆

「医療費亡国論」を1987年当時の吉村保険局長が唱え、大蔵省は医療費削減に乗り出し、1985年プラザ合意、1986年日米半導体協定にて、日本の輸出産業、半導体産業が大打撃を受けた。その後のバブル崩壊もあって、30年、40年の日本の経済低迷状態となった▼その間、さらに医療費削減を続けた。とくに薬剤費の削減に執着し、二年に一度の削減を毎年とし、その結果製薬メーカーは新薬開発の意欲も資金もなくし、現在では、多くの高価薬は外国から輸入されている。しかも安い円で。まさに薬剤費亡国論である。こうなったのも、長期展望を欠いた政策の結果。民主党政権下内閣官房に「医療イノベーション推進室」が設置され、医薬品、医療機器の革新的な開発が期待されたが、自民党政権になり消えた▼今年になり、ｉＰＳ細胞からパーキンソン治療薬が開発、認可され、さらに心不全薬も認可される見込み。さらに実験段階ではあるが、ｉＰＳ細胞から、固形がん(肝がん)に効くＣＡＲ-Ｔ細胞が作られ、従来のＣＡＲ-Ｔ療法は血液がんのみのため、臨床応用が期待される。これらが製品化され、輸出されたときは「医療興国論」となるのでは。スイスのように。(Ｋ・Ｍ)

決　議

近年の物価高騰や人件費等の上昇が病院経営を悪化させ、長年にわたり地域住民の健康を守ってきた病院が、閉院という選択を取らざるを得なくなるまで追い込まれる状況となってしまった。

令和8年度診療報酬改定では、30年振りに3%を超える3・09%のプラス改定となったが、病院団体が健全な病院経営を維持・継続していくために必要と要望していた10%の引き上げには及ばず、この程度の引き上げでは、医療機器の更新や病院の老朽化等にともなう建て替えなど、多くの費用は到底まかなえない。

また、生産年齢人口の減少等により、医療の集約化が議論されているが、どの地域・時代においても、病院は地域医療の最後の砦であり、財政面に偏った拙速な集約化により生活の基盤である地域医療が脆弱化することのないよう、地方創生を推進する観点からも、地域の病院が住民の健康を守り続けることができるよう、以下の事項の実現を決議し要望する。

記

1. **診療報酬に関すること**

物価や人件費等の増嵩により、近年の病院経営の悪化は深刻な状況に陥ってしまった。とくに病院が閉院に追い込まれるような状況は地方創生の観点からも避けるべきである。

ついては、病院の収入の源は公定価格で決められていることから、病院運営に係る基礎的経費は社会情勢に左右されずに診療報酬で賄える仕組みとし、恒久的に担保すること。

2. **医療に係る控除対象外消費税について**

消費税は最終消費者が負担するという原則があり、医療においては非課税とされているために病院が負担することになっている。そのため、その負担分は診療報酬に加算することによって補填されることになっているが、度重なる税率の変更等にともない施設間で不均衡が生じ、病院経営に負担を強いている。

ついては、現状の消費税非課税制度を解消して課税方式とするとともに、政府および厚生労働省の責任において、医療に係る消費税問題の責任部署を明確にして早急に具体的な解決を図ること。

3. **医療従事者確保に関すること**

医療専門職種をはじめ事務職員に至るまで人材確保が極めて厳しい状況になっているが、病院に勤務する職員の賃金は一般企業との格差が大きく、人材がより高給な他業界の一般企業等に流出し、そもそも、はじめから就業先として病院が選択肢にない若者も増えている。

すべての医療関係職種が希望をもって就業できるよう、その賃金を一般企業並みにするための政策を一層強化すること。

4. **医師の地域偏在に関すること**

医師の地域偏在・診療科偏在が進み病院は医師確保に難渋しており、現行の医療提供体制すら維持することが困難になっている。

ついては、地域ごとの医師偏在の実態（医師少数区域、多数区域、診療科、病院と診療所、昼夜等）を踏まえ、必要に応じ柔軟かつ実効性・即効性のある対策を講じるとともに、地域医療の確保に支障が生じないよう配慮すること。

5. **医師の働き方改革に関すること**

地域医療を支える医師が安心して働き続けられる環境を整備することは、国民の健康を守る上で極めて重要である。

出産・育児・介護等のライフステージに直面しても仕事と家庭を両立できる勤務環境の整備を財政的・制度的に支援すること。

6. **医療DXに関すること**

医療現場では医療DXの推進が不可欠になっているが、その導入にかかる初期費用、その後の運用にかかるランニングコストの捻出が病院にとって大きな負担となっている。

また、各種ソフトウエアの改変、機器の更新、サイバー攻撃対策、システムの運用等に精通した人材の確保等が問題となっている。

医療DXにかかる費用を診療報酬で適切に評価するとともに、かかる費用の公的支援を積極的に行うこと。

7. **新たな地域医療構想について**

医療を必要とする高齢者数の増加、生産年齢人口の減少に伴う医療従事者数の減少等も相まって、地域ごとの課題や求められる医療提供体制のあり方が異なってきている。

どの地域、どの時代においても、病院は地域医療の最後の砦であるため、財政面に偏った拙速な集約化等により、生活の基盤である地域医療が脆弱化することのないよう、地域の実情に応じた支援を行うこと。

8. **精神科医療について**

精神医療と一般医療が垣根なくスムーズに行われるためにも、精神医療の所管を厚生労働省の社会・援護局から医政局に移管すること。

上記決議する。

令和8年6月17日

一般社団法人
全国公私病院連盟

全国公私病院連盟
定時総会「決議」
令和8年6月17日

一般社団法人 全国公私病院連盟 役員名簿
（令和８年６月18日現在）

会　長	中　村　哲　也	医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院 理事長
副会長	望　月　　泉	八幡平市病院事業管理者 兼 八幡平市立病院統括院長
副会長	新　谷　史　明	いわき市病院事業管理者
副会長	浦　田　士　郎	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院 名誉院長
副会長	中　房　祐　司	福岡赤十字病院 院長
副会長	三　角　隆　彦	神奈川県済生会横浜市東部病院 院長
副会長	重　井　文　博	社会医療法人創和会 しげい病院 理事長
副会長	北　村　　立	石川県立こころの病院 院長
常務理事	野　村　幸　博	地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院 統括病院長
常務理事	並　木　健　二	大崎市病院事業管理者
常務理事	鎌　田　修　博	神奈川県厚生農業協同組合連合会 伊勢原協同病院 院長
常務理事	中　野　　実	前橋赤十字病院 院長
常務理事	川　嶋　成乃亮	大阪府済生会中津医療福祉センター 総長
常務理事	佐　能　量　雄	社会医療法人 光生病院 理事長・院長
常務理事	佐々木　　敬	公益財団法人佐々木研究所 理事長
常務理事	女　屋　光　基	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長
理　事	大　友　建一郎	青梅市病院事業管理者 兼 市立青梅総合医療センター 院長
理　事	小野寺　知　哉	地方独立行政法人静岡市立静岡病院 理事長
理　事	光　部　兼六郎	北海道厚生農業協同組合連合会 旭川厚生病院 院長
理　事	荒　川　穣　二	北見赤十字病院 院長
理　事	松　浦　　弘	福岡県済生会福岡総合病院 名誉院長
理　事	辻　　尚　志	岡山赤十字病院 名誉院長・地域医療連盟課顧問
理　事	小　關　　剛	医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 理事長
理　事	髙　石　義　浩	医療法人社団樹人会 北条病院 理事長・院長
理　事	石　川　悦　久	医療法人社団駿栄会 御殿場石川病院 理事長
理　事	中　瀬　真　治	三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿厚生病院 院長
監　事	岡　田　俊　英	石川県立中央病院 院長
監　事	青　墳　信　之	成田赤十字病院 院長
監　事	遠　山　正　博	公益財団法人日産厚生会 佐倉厚生園病院 名誉院長

一般社団法人 全国公私病院連盟 加盟正会員および所在地一覧

一般社団法人 全国公私病院連盟 会長　中　村　哲　也	〒111-0042 東京都台東区寿 4-15-7 食品衛生センター7 階 TEL 03-6284-7180　FAX 03-6284-7181 e-mail　byo-ren@jb3.so-net.ne.jp
公益社団法人 全国自治体病院協議会 会長　望　月　　泉	〒102-8556 東京都千代田区平河町 2-7-5 砂防会館 本館 7 階 TEL 03-3261-8555　FAX 03-3261-1845
全国公立病院連盟 会長　新　谷　史　明	〒973-8555 福島県いわき市内郷御厩町久世原 16 いわき市医療センター内 TEL 0246-26-6791　FAX 0246-26-2224
全国厚生農業協同組合連合会 代表理事 会長　長谷川　浩　敏	〒100-0014 東京都千代田区永田町 2-17-3 住友不動産永田町ビル 4 階 TEL 03-3212-8000　FAX 03-3212-8008
日本赤十字社病院長連盟 会長　中　房　祐　司	〒105-0012 東京都港区芝大門 1-1-3 日本赤十字社ビル西館 6 階 TEL 03-5733-4296　FAX 03-5733-4297
全国済生会病院長会 会長　三　角　隆　彦	〒230-8765 神奈川県横浜市鶴見区下末吉 3-6-1 神奈川県済生会横浜市東部病院内 TEL 045-576-3000　FAX 045-567-3525
一般社団法人 岡山県病院協会 会長　森　下　紀　夫	〒700-0024 岡山県岡山市北区駅元町 19-2 岡山県医師会館 5 階 TEL 086-250-1124　FAX 086-250-3458
日本私立病院協会 会長　小　關　　剛	〒111-0042 東京都台東区寿 4-15-7 食品衛生センター7 階 TEL 03-5830-7503　FAX 03-5830-7504
一般社団法人 日本公的病院精神科協会 会長　北　村　　立	〒700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16 岡山県精神科医療センター内 TEL 086-225-3821　FAX 086-234-2639

一般社団法人 全国公私病院連盟 役員名簿

全国公私病院連盟が6月17日（水）に開催した「定時総会」で中村哲也氏が新会長に選出されました。なお、邉見公雄氏は名誉会長に推戴されています。役員名簿は以下のとおりです。



会　長＝中村哲也（医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長）



副会長＝望月　泉（八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長）



副会長＝新谷史明（いわき市病院事業管理者）



副会長＝浦田士郎（ＪＡ愛知厚生連安城更生病院・名誉院長）



副会長＝中房祐司（福岡赤十字病院・院長）



副会長＝三角隆彦（神奈川県済生会横浜市東部病院・院長）



副会長＝重井文博（社会医療法人創和会しげい病院・理事長）



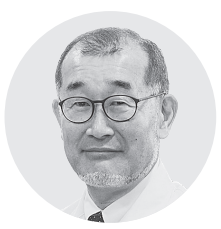
副会長＝北村　立（石川県立こころの病院・院長）



常務理事＝野村幸博（地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院・統括病院長）



常務理事＝並木健二（大崎市病院事業管理者）



常務理事＝鎌田修博（ＪＡ神奈川県厚生連伊勢原協同病院・院長）



常務理事＝中野　実（前橋赤十字病院・院長）



常務理事＝川嶋成乃亮（大阪府済生会中津医療福祉センター・総長）



常務理事＝佐能量雄（社会医療法人光生病院　理事長・院長）



常務理事＝佐々木敬（公益財団法人佐々木研究所・理事長）



常務理事＝女屋光基（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター・院長）



理　事＝大友建一郎（青梅市病院事業管理者兼市立青梅総合医療センター院長）



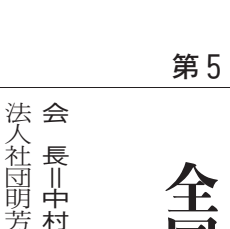
理　事＝小野寺知哉（地方独立行政法人静岡市立静岡病院・理事長）



理　事＝光部兼六郎（ＪＡ北海道厚生連旭川厚生病院・院長）



理　事＝荒川穣二（北見赤十字病院・院長）



理　事＝松浦　弘（福岡県済生会福岡総合病院・名誉院長）



理　事＝辻　尚志（岡山赤十字病院 名誉院長・地域医療連盟課顧問）



理　事＝小關　剛（医療法人社団筑波記念会筑波記念病院・理事長）



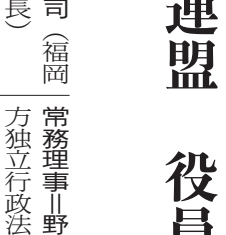
理　事＝髙石義浩（医療法人社団樹人会北条病院・理事長・院長）



理　事＝石川悦久（医療法人社団駿栄会御殿場石川病院・理事長）



理　事＝中瀬真治（ＪＡ三重厚生連鈴鹿厚生病院・院長）



監　事＝岡田俊英（石川県立中央病院・院長）



監　事＝青墳信之（成田赤十字病院・院長）



監　事＝遠山正博（公益財団法人日産厚生会佐倉厚生園病院・名誉院長）

全国公私病院連盟 名誉会長・顧問名簿

名誉会長＝邉見公雄（赤穂市民病院・名誉院長）

顧問＝相澤孝夫（一般社団法人日本病院会・会長）

顧問＝土井章弘（公益財団法人操風会・総院長）

顧問＝大濱紘三（前広島県病院事業管理者）

顧問＝村上信乃（総合病院国保旭中央病院・名誉院長）

顧問＝行天良雄（医事評論家）

顧問＝岡留健一郎（福岡県済生会福岡総合病院・名誉院長）

顧問＝瀬戸嗣郎（静岡県立こども病院・名誉院長）

顧問＝加藤幸男（ＪＡ愛知厚生連江南厚生病院・名誉院長）

顧問＝吉田茂夫（北見赤十字病院 名誉院長・特別顧問）

顧問＝石原　淳（平塚市病院事業管理者）

顧問＝富所　隆（ＪＡ新潟厚生連長岡中央綜合病院・名誉院長）

顧問＝園田孝志（佐賀県済生会唐津病院・名誉院長）

顧問＝中嶋　昭（公益財団法人日産厚生会玉川病院・名誉院長）

顧問＝小熊　豊（砂川市立病院・名誉院長）

顧問＝中島豊爾（岡山県精神科医療センター・名誉院長）

顧問＝難波義夫（医療法人社団同仁会金光病院理事長・院長）

顧問＝牧野憲一（旭川赤十字病院名誉院長・特別顧問）

顧問＝辻井正彦（市立東大阪医療センター・理事長）

（敬称略）

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

令和７年６月調査　**病院経営実態調査報告**

内容：経営収支の状況、医療収支の状況　など

定価 12,000 円＋税
Ａ４版 785 ページ

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和７年６月調査　**病院経営分析調査報告**

内容：患者 医師１人１日当たり診療収入　など

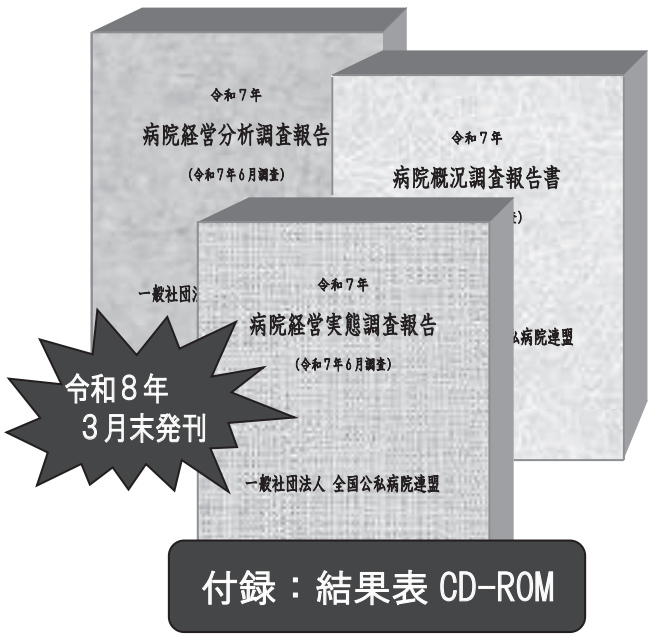
定価 16,000 円＋税
Ａ４版 742 ページ

令和７年６月調査　**病院概況調査報告書**

内容：病床利用率、在院日数、施設状況　など

定価 18,000 円＋税
Ａ４版 631 ページ

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます



ご購入の際は全国公私病院連盟のホームページからお求めください。https://www.byo-ren.com/

◆総会概要◆

当日は、浦田士郎副会長（ＪＡ愛知厚生連安城更生病院・名誉院長）が開会宣言を行った後、邉見公雄会長が開会挨拶を行って始まった。

まず、議長団の選出が行われ、事前に日本赤十字社病院長連盟から推薦されていた中島淳先生（日本赤十字社医療センター・院長）と、同じく事前に岡山県病院協会から推薦されていた森下紀夫先生（医療法人仁徳会森下病院 理事長・院長）が満場一致で承認され、両氏によりその後の議事が進められた。

第1号議案の「令和７年度事業報告書案」は辻井正彦副会長（地方独立行政法人市立東大阪医療センター・理事長）より上程され、異議なく了承された。

次いで、第2号議案の「令和7年度収支計算書案、貸借対照表案、財産目録案」が中村哲也副会長から上程され、青墳信之監事（成田赤十字病院・院長）より監査報告があり、引き続いて上程された「令和7年度当期末処分残余金処分計算書案」と一括して審議され、異議なく了承されている。

その後、3月の理事会ですでに承認を受けた「令和8年度事業計画書」と「令和8年度収支予算書」について、それぞれ重井文博副会長（社会医療法人創和会しげい病院・理事長）、中房祐司副会長（福岡赤十字病院・院長）から報告がなされている。

次いで、第3号議案の「役員の選任案」が邉見会長から提案され、加盟団体から推薦された理事の候補者が異議なく了承されたため、「会長・副会長・常務理事」の互選を行うためにここで総会を一時中断し、別室で臨時の「理事会」を開催して審議がなされた。

この「理事会」における互選結果は再開された総会で三角隆彦副会長（神奈川県済生会横浜市東部病院・院長）から報告され、中村哲也氏を新会長に選任したことが報告された。

なお、第4号議案で邉見公雄氏は名誉会長に、辻井副会長は顧問に推戴することが提案され了承されている。

次いで、第5号議案の「決議案」を三角副会長が朗読し、満場一致で承認された。

最後に、本連盟の会長を退任して名誉会長に推戴された邉見公雄先生が閉会の挨拶を行って総会の全行程は終了し、その後、同会場で懇親会が開かれている。

全国公私病院連盟

第37回「診療報酬請求事務セミナー」―開催のお知らせ―

全国公私病院連盟は「第37回診療報酬請求事務セミナー」を開催（WEB開催）します。この機会にどうぞご参加ください。

第37回 診療報酬請求事務WEBセミナー

オンデマンド配信 視聴期間 令和８年**７**月**21**日（火）～ **８**月**31**日（月）



講演１ 180分 **2026年度診療報酬改定のポイント解説と病床機能の行方**

※収録日：6月30日

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所 代表取締役 **中林　梓** 先生



講演２ 120分 **2026年改定内容を踏まえた精神科病院の対応策 ～キーワードは多職種連携・ICT～**

※収録日：6月5日

講師 (株)リンクアップラボ 代表取締役 **酒井　麻由美** 先生

申込方法

・本連盟HP内の申込フォームよりお申込ください。
・申込受付後、５営業日以内にメールにてご案内いたします。
・視聴期間中もお申し込みは可能です。

全国公私病院連盟 検索

参加費用

下記団体に加盟している病院（会員病院） 1施設につき **11,000円（税込）**

・全国自治体病院協議会
・日本赤十字社病院長連盟
・日本私立病院協会
・全国公立病院連盟
・全国済生会病院長会
・日本公的病院精神科協会
・全国厚生農業協同組合連合会
・岡山県病院協会

上記団体以外の病院（非会員病院） 1施設につき **13,200円（税込）**

申込・振込期限 視聴期間終了日まで申込・振込可能

【視聴時の注意事項】
▶職場やご自宅で視聴できます。スマートフォンやタブレットでもご視聴いただけます。
▶期間中は同一施設内であれば、何名様でも何度でもご視聴いただけます。
▶録画のため講師への質疑応答はできませんので、ご了承ください。
▶資料はPDFで公開予定です。ダウンロード・プリントアウトしてご利用ください。
▶動画及び資料の無断転載や複製等を禁止します。
▶視聴機器、インターネット環境はご自身でご用意ください。

お問合せ先 一般社団法人 全国公私病院連盟 〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階 Mail：seminar@byo-ren.com

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：2025 年 11 月 1 日～2026 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 FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで

引受保険会社
損害保険ジャパン 株式会社
〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1
TEL 03-3349-5113
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。**

SJ25-09325　2025/11/04

全国公私病院連盟

ハワイ医療視察研修募集のお知らせ

全国公私病院連盟では、海外医療視察研修（ハワイ）への参加者を募集しています。この機会にどうぞご参加ください。

１．期　　日：令和８年 11 月 16 日（月）～11 月 21 日（土）

２．募集人員：２５名程度（最少催行人員 10 名）

３．旅行費用：５９０，０００円　《10 名様以上の場合》
５２０，０００円　《15 名様以上の場合》
４７５，０００円　《20 名様以上の場合》
４５０，０００円　《25 名様以上の場合》

４．申込締切：　令和８年７月３１日（金）

５．視察先（予定）：　The Queen‘s Medical Center

クィーンズメディカルセンターは、医療の質の高さに定評があり、米国で優れた病院として数多くの認証を受けている総合病院です。優れた医療機関を認証する米国の JC から認証を受けているほか、米国で優れた看護師教育プログラムを提供する医療機関を認証する ANCC（全米の 6%の病院のみ取得）からも認証されています。

特にがん治療では、優れた医療提供のほかに、患者・家族の心理的・経済的サポートを行う「キャンサーナビゲーション」を構築し信頼を集めています。

◆ 研修の詳細や参加の申込方法は、全国公私病院連盟ホームページの新着情報からご覧ください。

全国公私病院連盟ホームページ　https://www.byo-ren.com/

◆ お問合せ e-mail アドレス　info@byo-ren.com

公私病連ニュース

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

第36回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟

『一病息災』の時代を生きる

～その時・その後～をテーマに

全国公私病院連盟は第36回「国民の健康会議」を10月2日（金）に日本教育会館「一ツ橋ホール」（東京都千代田区一ツ橋）で開催します。今年のテーマは、『一病息災』の時代を生きる～その時・その後～です。入場は無料ですのでどうぞご参加ください。

全国公私病院連盟は平成元年から毎年開催している「国民の健康会議」を10月2日（金）に日本教育会館「一ツ橋ホール」（東京都千代田区一ツ橋）で開催します。迎えて36回目となる今年のテーマは『一病息災』の時代を生きる～その時・その後～です。入場は無料ですのでご参加ください。

なお、全国公私病院連盟のホームページより参加のお申し込みができますので、事前にお申し込みをお願いします。

今回ご出演いただく3名の方の概略は以下のとおりです。大勢の方のご参加をお待ちしております。

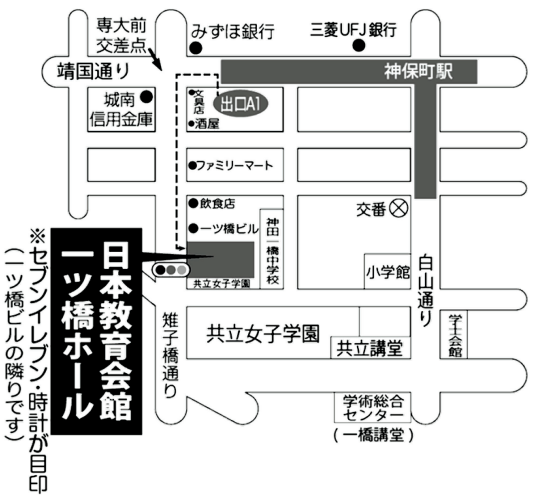
◆出演者◆

田中菊雄さん
（講演13：05－13：50）
がんを克服し71歳でエージシュートを達成。その後も記録を伸ばし続けエージシュート1800回超を成し遂げた昭和10年生まれの日本アマチュアゴルフ界の至宝です。

萬田緑平さん
（講演14：00－15：30）
1964年生まれの在宅ケア医。群馬県で萬田診療所を開き自宅で最期を迎えたいと願う人たちに寄り添いながら、その人らしい時間を大切にする看取りを続けています。

富司純子さん
（対談15：40－16：40）
1963年映画デビュー。結婚を機に引退するも1989年富司純子と改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年旭日小授章を受章されました。

問合先：全国公私病院連盟TEL03(6284)7180



国民医療の確保のために　病院診療報酬の引き上げを

時評

医療DXを「持続可能な医療の基盤」として確立するために



連盟　副会長　**新谷史明**

1922年、英国の数学者L・F・リチャードソンは、6万4千人の計算者を巨大ホールに集め、現実の天候変化と同じ速度で予報を計算するという壮大な構想を描いた。技術が追いつかず試みは失敗したが、後にコンピュータと並列計算の発展がその夢を現実のものとし、現代の気象予測の基盤となった。いま医療は、この歴史的転換点と同じ局面に立っている。経験と勘に依存してきた医療は、膨大なデータを統合し未来を予測する精密医療へと移行しつつあり、その中心に生成AIが位置し始めている。

医療は本来、人と人が向き合う営みである。しかし現実には、医師の3～5割の時間が文書作成などの周辺作業に奪われている。生成AIはこの構造的な歪みを是正し、医師が患者に向き合う時間を取り戻すための技術として機能し始めている。音声入力によるカルテ自動生成、退院サマリーの下書き作成、診療報酬算定の支援は、単なる効率化ではなく医療の質を守るための基盤である。

さらに生成AIは、文章生成を超えて医療データを統合し、パターンを抽出し、未来を予測する能力を持つ。画像診断の見落とし防止、治療効果のシミュレーションなど、医療の質を底上げする〝第二の医療インフラ〟としての役割も期待されている。

しかし、DX導入の経済的負担はどうだろう。現在の診療報酬制度のもとで多額の初期投資や運用コストを医療機関の自己負担で賄うことは現実的だろうか。DXは稼働後に明確な効率性をもたらす一方、導入段階の負担が重すぎれば、経営破綻を招き、地域医療の崩壊につながりかねない。

こうした課題に対し、全日病が6月20日の総会で示した医療DX推進の提言は、単なる理念ではなく現実的な解決策の体系である。医療情報の標準化はAI活用の前提であり、病院間連携の強化は地域医療の持続性を高める。文書作成負担の軽減やAI診療支援の導入促進は医療者の疲弊を防ぎ、PHR活用は患者中心の医療を実現する。さらにDX人材育成は、将来の医療提供体制を支える不可欠な基盤であり、医療の未来を支える柱となるだろう。

医療者の疲弊が深刻化し地域医療が揺らぐ今、生成AIは単なる技術ではなく、医療を持続可能にする社会的インフラである。議論はすでに「使うべきか」ではなく、「どう使えば医療をより良くできるか」へと移行している。医療DXを未来への成長エンジンとするために、制度と財政の両面での抜本的な支援を求めたい。

（いわき市病院事業管理者）

どなたでも参加できます。入場無料です。どうぞご参加ください。

第36回「国民の健康会議」（講演会）のお知らせ

『一病息災』の時代を生きる
～その時／その後～

日時：令和8年10月2日（金）
午後1時～5時（受付開始12時～）

会場：日本教育会館「一ツ橋ホール」
（東京都千代田区一ツ橋2-6-2）



田中菊雄さん（講演　13:05-13:50）
がんを克服し71歳でエージシュートを達成。その後も記録を伸ばし続けエージシュート1,800回超を成し遂げた、昭和10年生まれの日本アマチュアゴルフ界の至宝です。



萬田緑平さん（講演　14:00-15:30）
1964年生まれの在宅ケア医。群馬県で萬田診療所を開き自宅で最期を迎えたいと願う人たちに寄り添いながら、その人らしい時間を大切にする看取りを続けています。穏やかな最期を支えるための発信をするとともに、著書には「棺桶まで歩こう」などがあります。



富司純子さん（対談　15:40-16:40）
1963年に映画デビュー。「緋牡丹博徒」シリーズで脚光を浴びる。1972年結婚を機に引退するも、1983年に女優復帰。1989年に富司純子と改名し映画、ドラマ、舞台など、幅広い分野で活躍。2007年紫綬褒章、2016年旭日小授章を受章。

主催　一般社団法人　全国公私病院連盟

全国公私病院連盟　加盟8団体
公益社団法人 全国自治体病院協議会・全国公立病院連盟・全国厚生農業協同組合連合会・
日本赤十字社病院長連盟・全国済生会病院長会・一般社団法人 岡山県病院協会・
日本私立病院協会・一般社団法人 日本公的病院精神科協会

いろ鉛筆

本連盟第67回総会で厚労省迫井医務技官の記念講演があった。今後の医療構想に対して病院側の覚悟を持った取り組みが必要なことを迫る厳しさの一方、医系技官として病院医療への理解と支援の姿勢がうかがわれた▼国民医療の六割以上を担う病院の声が政策決定の場に届くようになったのは2005年、中医協へ病院団体代表が参加できるようになってから。その初代代表委員の一人がこのたび退任された邉見前会長。病院医療は多様な機能と業種の複合体であり医師と看護師だけを軸とした旧来の診療報酬体系ではカバーしきれないことが理解され薬剤師や医療技術部門への評価が織り込まれるようになった▼徳島弁の混じる邉見先生独特の説得力によって病院医療への理解が進んだが、その評価はなお抑制的で、一例としてメディカルクラークの制度は認定されたものの診療報酬上の評価は職員一人分の人件費に遠く及ばなかった。それから四半世紀、病院医療への社会的理解も進み、医療環境は見違えるように整備され病院では複数の職種が一体となって日々の業務をこなしている。〝病院の実情を政策中枢に直接訴えるルートを持たねばならない〟邉見先生からの伝言である。（N・A）

地域医療構想策定ガイドライン公表

厚労省医政局は7月3日に「地域医療構想策定ガイドライン」を公表した。同ガイドラインでは、病床削減や医療機関統廃合ありきではなく、地域での自主的な協議を踏まえて、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む２０４０年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して日常生活に戻ることができ、同時に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に向け、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら取り組みを進めるとしている。以下に「地域医療構想策定ガイドライン」を抜粋して掲載することとする。

地域医療構想策定ガイドライン

Ⅰ. 地域医療構想の考え方（略）

Ⅱ. 地域医療構想の策定について

1. 医療機関機能報告・病床機能報告

（1）医療機関機能報告

▼医療機関は、地域における医療機関機能を都道府県知事に報告することとしており、各医療機関が現に担っている医療機関機能、２０４０年において担う医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を報告する。

▼具体的には、毎年の医療機関機能報告において、各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、２０４０年において担う医療機関機能、診療実績等を報告する。また、協議において、遅くとも２０２８年度までに、各医療機関が２０４０年において担う医療機関機能を決定し報告した上で、当該報告以降については、決定された医療機関機能等を報告する。

▼２０２８年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。

▼報告を行う医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではない。診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として医療機関機能に係る協議を行うことは考えられるが、特定の診療報酬項目の届出の有無を各医療機関機能の必要条件や十分条件のように取り扱うことは適切ではなく、地域における診療実態等を総合的に検討し、協議すること。

▼医療機関機能の報告にあたり、在宅医療等連携機能については、地域の医療資源や医療需要等の実情を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能を担う医療機関が、在宅医療や在宅医療の後方支援についても担う場合、複数の医療機関機能を報告することは差し支えない。ただし、医療機関機能は、医療機関間の役割分担を明確化するためのものであり、在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れうる医療機関が全て当該機能を報告することはこの趣旨にそぐわない。在宅医療の提供を行う、あるいは主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討した上で、そうした役割を担う医療機関が在宅医療等連携機能を報告する。

▼高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、両機能を一つの医療機関が報告することはしない。

（2）病床機能報告

▼病床の機能区分については、２０４０年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの４区分のうち、従来の「回復期機能」については、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及び従来の「回復期機能」を併せて、「包括期機能」として位置付けることとしている。

▼病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、医療機関は、各病床機能区分に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類を参照し、病床機能の報告を行う。

▼ただし、病床機能報告は、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではなく、各病棟において実際に担っている医療機能や入院患者の状態を含めた客観的なデータ等を踏まえて、医療機関が適切に判断し報告することに留意する必要がある。

▼医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。また、専門等機能を担う医療機関のうち、「集中的なリハビリテーション」を行う医療機関は包括期機能の病床を、「高齢者等の中長期にわたる入院医療機能」を担う医療機関は慢性期機能の病床を有することが想定される。

▼有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して多様な役割を担っていることを踏まえ、以下のような病床機能の選択が考えられる。

・産科や整形外科等の診療科で手術等を実施している場合＝急性期機能

・在宅患者の急変時の受入や急性期経過後の患者の受入等、幅広い病期の患者に医療を提供している場合＝急性期機能又は包括期機能

・療養病床として慢性期の患者の診療を行っている場合＝慢性期機能

2. 地域医療構想の策定スケジュール（略）

(2)検討体制の構築（略）

(3) 策定に向けた協議（略）

(4) 基本となるデータについて

▼医療提供体制の協議に当たっては、将来の人口や地域における医療資源を把握した上で、医療需要の変化や医療従事者の減少等の課題について共有することが重要となる。

▼協議に当たって地域の関係者と共有すべき基本となる主なデータは別添４（略）のとおりであるが、特に、公表されているものを可能な限り示している。データの出典については、必要に応じて調査を行う等により把握すること。

▼地域医療構想は、２０４０年とその先を見据えた持続可能な医療提供体制の構築を目指すものであり、構想区域や医療機関機能に係る協議を含め、協議の前提とする構想区域の人口規模は、２０４０年時点における推計人口を用いることが基本となる。

▼また、各医療機関の診療実績等に基づく協議を進めるに当たっては、がん診療連携拠点病院等の診療実績や、診療報酬上の各種要件に係る実績についても、現時点での水準の把握や、他地域・全国との相対比較等を行った上で、２０４０年に向け、地域全体としてどの程度の診療実績が必要となるかを検討することが望ましい。

▼なお、医療機関機能報告等により、構想区域別、医療機関別の手術件数や救急搬送受入件数に基づく検討を行う場合、以下の点に留意すること。

・**手術件数**＝急性期医療の実施状況の把握のため、全身麻酔を伴う手術の実施件数や緊急手術の実施件数を用いることが考えられるが、全身麻酔を伴う手術も、高度な技術を要する手術から、高齢者救急に関連する手術（大腿骨近位部骨折に対する手術等）、頻度の高い手術、外来でも実施可能な手術等様々であることを踏まえ、地域ごとに急性期拠点機能を担う医療機関に求められる役割に応じた詳細な把握、検討が望ましい。

・**救急搬送受入件数**＝救急搬送された症例の中でも、緊急性や重症度は様々であり、また、公共交通機関が乏しい等、自宅や高齢者施設から医療機関までのアクセスに課題があるために、他の地域よりも相対的に多く救急車が利用される場合、医療機関と高齢者施設との間で救急車を利用して搬送する取り決めを行っている場合等も存在し、救急搬送受入件数にはこうした様々な実態が反映されるものである。このため、救急搬送受入件数が多いことのみをもって急性期拠点機能を担う医療機関を決定することは適切ではない。また、区域全体の救急搬送受入件数を、人口規模が同程度の他の地域と比較すること等により、地域における救急搬送受入状況の把握や、地域の高齢者施設における救急要請の実態の確認等、様々な取組が求められる。

3. 構想区域

（1）基本的な考え方

①現状と課題

▼構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のため、の2つの役割がある。

▼医療提供体制の構築に向けては、将来にわたっても、当該区域の医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、急性期拠点機能の確保の観点から、当該地域で緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要がある。

▼また、必要病床数の運用に向けては、今後入院医療の需要が減少することも踏まえながら、２０４０年に必要な病床数を確保するため、特に、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が、地域医療構想調整会議や都道府県医療審議会での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位とする必要がある。

▼これまで、二次医療圏については、人口規模が20万人未満、流入患者割合が20％未満、流出患者割合が20％以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すこと等を示してきている。２０４０年やその先を見据えた構想区域の設定に当たっても、こうした人口規模、流入患者割合、流出患者割合といったデータや、一部の地域において隣の医療圏との間で患者が流出入している実態等を踏まえ、現状と課題を認識し、適切な区域の設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

▼なお、構想区域の決定後においても、第９次医療計画等に向け、各分野の圏域設定については引き続き検討していく必要がある。その際、災害医療のように、構想区域内の一定の地域単位で、体制整備を図ることも考えられるものや、小児・周産期医療のように人材の制約等から、より広域での対応が求められるものなど、各分野の特性を踏まえた検討が必要である。ただし、がんの医療圏の設定などについては、がん手術を担う外科医が、胆嚢炎等のがん以外の多様な疾患の手術も併せて担う必要があること等から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担とも整合性を図っていくことが求められることに留意する。また、二次医療圏を基本とした医師確保計画等における区域設定のあり方については、施策の連続性の観点から、第９次医療計画に向け、国において必要な対応について検討していく。

②地域類型ごとの特性

ア・大都市型の地域

▼大都市型の地域においては、高齢者救急、在宅医療等の需要が増加する一方、生産年齢人口は緩やかに減少していくが、手術や救急搬送の受入を行う医療機関が多く所在しており、特に大学病院本院が複数所在している場合もある。各医療機関における医療従事者の確保や働き方の観点から非効率な提供体制となっていること、構想区域間での偏在が生じていること等が課題となりうる。

▼これまで、人口規模が１００万人以上の区域については、構想区域としての運用に課題がある場合もあることから、区域の見直しを検討することとしてきた。特に、東京都特別区等においては、広い範囲で人口が多く、また公共交通網が発達し、患者の受療行動が多様化・広域化する中、患者の流出入が複雑となるため、既存の構想区域が実際の医療提供体制や受療行動の実態に必ずしも即していない場合がある。こうした地域においては、受療行動の実態に一致した区域を設定することが困難な場合も考えられる。

▼また、大都市型の地域では、区域全体としては医療資源が多くても、区域内の一部地域では相対的に病床や救急受入体制が限られるなど、構想区域内の医療資源の偏在も課題となる場合がある。このため、区域において増床等を実施する場合には、地域での運用方法を検討する必要がある。

イ・地方都市型の地域

▼地方都市型の地域においては、増加する高齢者に対する医療提供体制の確保と、医療の担い手の確保を同時に進める必要があることが課題となる。

▼地方都市型の地域は、一定の人口規模を有しており、地域において相対的に医療資源が豊富である場合も多いことから、隣接する区域において一定の医療の完結が困難な場合、当該隣接区域を含める形での広域化等が求められる場合がある。

ウ・人口の少ない地域

▼人口の少ない地域においては、医療需要は減少し、医療従事者の確保もますます困難となる。こうした中、２０４０年やその先に向けて、入院医療を提供する単位として構想区域が成り立たなくなる場合があることが課題となる。

▼隣接する都道府県も含め、患者の相当程度が他の構想区域に流出している場合もあることから、現在の構想区域を前提とせず、区域の広域化等を検討することや、都道府県間での連携も含めた医療機関機能の広域的な確保等を検討することが必要である。

③協議の進め方（略）

（2）協議事項

①構想区域の設定

▼都道府県は、将来人

3面へつづく

2面からつづく

口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス等の客観的なデータや、一部の地域において隣接する区域に患者が流出している等の実態等を踏まえて、現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点で、区域として一定の医療提供の完結が可能か、都市部を中心とした人口が多く公共交通機関が発達している地域においては、協議する単位として適切であるか等の課題を整理する。

▼その上で、都道府県は、課題がある構想区域については、現在の区域の維持、隣接する区域との統合又は再編等の対応について検討する。

▼見直し案の作成に当たっては、例えば次のような方向性が考えられる。

・**構想区域の統合**＝人口規模が小さい区域や医療資源が限られている区域で、隣接する構想区域に多く患者が流出しており、将来的には、当該隣接区域と一体的に医療提供体制の確保を検討することが適切な場合は、構想区域を統合する案が検討される。

・**構想区域の再編**＝構想区域内の一部の市区町村について、患者の実際の受療行動が隣接する構想区域と強く結びついている場合は、当該市区町村を当該隣接区域に含める案が検討される。

▼このほか、島嶼を含む構想区域等、区域内において、医療需要や医療資源が限られ、他の医療機関とのアクセスにおいても課題がある地域が所在する構想区域については、既存の構想区域を前提とし、限られた医療資源の中でどの程度区域内における医療提供体制を確保するか、その上で当該地域の患者の搬送先等となる他の構想区域の医療機関と、ドクターヘリによる搬送等も含めどのようにアクセスを確保するかを検討する。

▼区域の設定を協議するに当たっては、さらに、以下の点に留意する。

・大都市部においては、数十万人単位の構想区域を複数設定する場合や、数百万人単位の広範な構想区域を設定する場合が考えられるが、数百万人単位の構想区域を設定する場合であっても、構想区域内の一定の地域ごとにワーキンググループを設置し、入院医療等の具体的な協議について検討する等、医療提供体制の確保に必要な検討体制については、都道府県の体制に応じて検討する。

・人口の少ない地域においては、構想区域を広域化した場合、区域内の一部の地域で医療機関までの移動時間が自動車で一時間程度等と長く、住民の医療アクセスが課題となる場合がある。このため、区域の見直しに当たっては、住民が必要な医療にアクセスできるかをあわせて確認することも重要である。他方、患者のアクセス等を考慮し広域化をせず、人口の少ない地域として区域の設定を見直さない場合であっても、広域化し、連携・再編・集約化を行う場合の案も比較検討すること。

・現時点で20～30万人程度の人口規模であっても、今後人口減少が見込まれる区域や、全身麻酔手術の件数等の診療実績が、同程度の人口規模である他の区域と比べて低い区域、患者の流出が多い区域は、２０４０年に向けて区域内での医療提供の完結が困難となる可能性がある。こうした場合、住民の医療アクセスの観点も踏まえ、一定の入院機能を地域内に残すことを前提としつつ、区域の合併による提供体制の構築等を検討する必要がある。

②隣接する都道府県との連携

ア・都道府県間の協議について

▼都道府県境に位置する構想区域においては、隣接する他の都道府県の区域との間で患者の流出入が多く見られる場合等があることから、関係する都道府県間で医療提供体制の状況について情報共有や協議を行うことが重要である。

▼特に、例えば次のような場合には、都道府県間で協議を行うことが考えられる。

・都道府県境に位置する構想区域において、医療資源や人口規模の制約により、当該区域内で一定の医療を完結させることが困難であり、患者のアクセスの観点から、隣接する他の都道府県の区域に所在する医療機関に流出している、又は今後の流出の増加が見込まれる場合

・医療資源が乏しい構想区域同士が都道府県境を挟んで隣接しており、医療提供体制を検討する上で、両区域にまたがる形で医療機関間の役割分担や集約化等を図っていくことが効率的であると考えられる場合

▼こうした場合、隣接する都道府県と、区域内の医療需要や医療資源等に関する情報を共有し、県境をまたぐ医療提供体制の実態を把握するとともに、構想区域間での連携を通じた医療提供体制の確保に向けて、平時からの患者のアクセス支援や医療機関機能確保のための支援の検討を行う。

▼また、こうした地域は、隣接する両区域で一体として急性期拠点機能をはじめとした医療機関機能を確保する等、両区域の密な連携のもとで、医療提供体制を構築していくことも検討する。

▼なお、東京、神奈川、埼玉、千葉等の、極めて人口が多い都道府県において、区域間の患者の流出入が多いものの、両区域とも医療資源が一定程度確保されている場合は、区域間での協議は必ずしも必要ではない。ただし、必要病床数の設定や医療機関間の連携等に係る具体的な課題がある場合には、課題に応じて協議を行うことは考えられる。

イ・都道府県間での具体的な連携体制のあり方

▼アのような事項について、都道府県境をまたぐ構想区域間等で協議する体制が必要と考えられる場合、両都道府県間でどのように協議を進めるかを検討する。

▼具体的には、以下のような体制が考えられる。

・関係する都道府県が合同で、隣接する区域同士の区域調整会議を開催する

・両区域の連携に関係する主な医療機関の関係者等で協議する場を設定する

・一方の区域調整会議に、関係する他の構想区域の医療機関や都道府県が参加する

▼合同での協議を行うに当たっては、関係する構想区域内の医療機関、実際に隣接している市町村、消防機関、医療関係団体等の関係者の参加を得ながら、都道府県境をまたいだ医療提供体制のあり方について協議を行うことが望ましい。協議事項としては、具体的には、以下のようなものが考えられる。

・急性期拠点機能等の医療機関機能の確保

・救急医療や主な診療領域の手術等に関する具体的な役割分担

・救急搬送のあり方(実施基準への反映等)

・医療機関機能の確保や医療機関へのアクセスの確保のための支援策

・構想区域ごとの必要病床数

▼さらに、それぞれの都道府県調整会議、区域調整会議における議論の状況や、地域の医療提供体制の実情を踏まえながら、継続的に協議を行うことや、必要に応じて連携に関する協定を締結し具体的な連携内容について整理しておくことが考えられる。

▼なお、医療機関機能及び病床機能の分化・連携に向け、合同での協議を行う際に必要となる事務費用については、地域医療介護総合確保基金においてその事務費用を支弁することが可能である。その際の費用の支弁については、事前に両都道府県で取り決めを行う。

ウ・医療機関機能の広域的な確保（略）

③必要病床数の算出

▼構想区域を設定した後、区域ごとに必要病床数の算出を行う。

（式のイメージ）必要病床数＝「当該構想区域に所在する医療機関に入院する患者の２０４０年の性・年齢階級別推計人口」の総和を（病床稼働率）で除したもの

▼なお、必要病床数は、構想区域に所在する医療機関に入院する患者数をもとに入院受療率を算出しているものである。一方、国から提供するデータを用いて、各構想区域に居住している患者が他の構想区域に所在する医療機関に流出している数や、構想区域に所在する医療機関に他の構想区域に居住する患者が流入している数等を踏まえた必要病床数を算出することも可能であり、各構想区域の実情に応じた算出を行うことは差し支えない。ただし、こうした場合においても、患者の流出入のいずれかの数字のみを考慮して必要病床数を算出するのではなく、都道府県をまたぐ場合も含めて、流出先又は流入先となる構想区域と連携し、流出入の両方の数字を加味して算出することとする。

▼構想区域の見直しを行った場合は、２０２６年度から２０２８年度までの間においては、都道府県からの求めに応じて、見直し後の区域の将来推計人口等を踏まえたデータの提供を行う予定である。このほか、簡易的に、区域の見直し前に算出した必要病床数に対して、人口比率等に応じて按分する等の手法も考えられる。

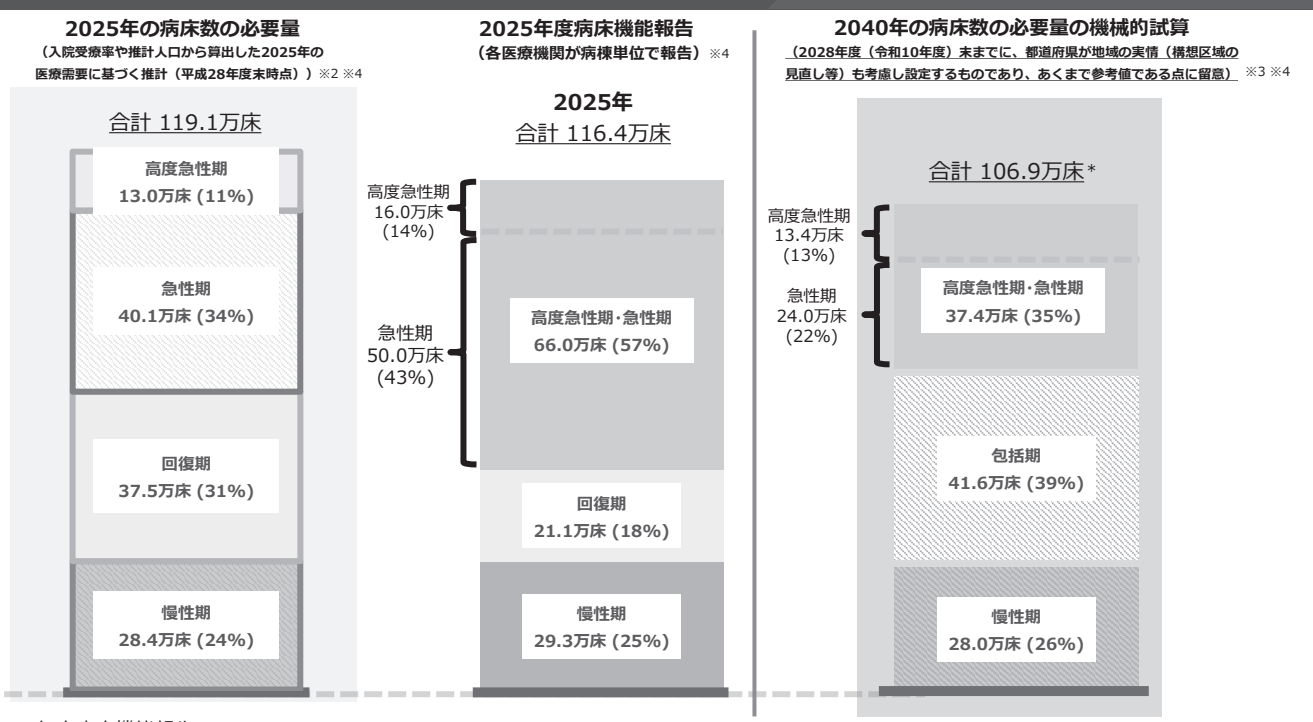
4. 入院医療（略）
5. 外来医療（略）
6. 在宅医療（略）
7. 階ごとの連携（略）
8. 人材確保（略）

Ⅲ. 地域医療構想の推進について（略）

２０４０年の病床数必要量の機械的試算

厚労省は「２０２５年度病床機能報告」のなかで、２０４０年の病床数の必要量の機械的試算を示している。これによると、２０２５年に１１６万４千床であった病床数は２０４０年に１０６万９千床必要となり、内訳は、「高度急性期」13万4千床（全体の13%）、「急性期」24万床（同22%）、「包括期」41万6千床（同39%）、「慢性期」28万床（同26%）となっている。なお、この病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたもので、それぞれ計算方法が異なることから単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要としている。

２０２５年度病床機能報告について



出典：2025年度病床機能報告

※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※2：平成25年度(2013年度) のＮＤＢのレセプトデータ 、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年) 3月中位推計）』等を用いて推計
※3：令和6年度(2024年度) のＮＤＢのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（令和5年(2023年) 推計）』等を用いて、現在の構想区域（令和6年度）を前提に機械的に試算したもの
※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

令和7年社会医療診療行為別統計

医科・入　院　1日当たり点数　4333点(2・7%増)
医科・入院外　1日当たり点数　1032点(3・6%増)

厚生労働省が6月26日に公表した「令和7年社会医療診療行為別統計」によると、医科の入院における1日当たり点数は4333・1点で、前年と比べ113・2点、2・7%増加していることが明らかになった。

医科入院を診療行為別にみると、「入院料等」1433・4点(構成割合33・1%)が最も高く、次いで「診断群分類による包括評価等」1292・3点(同29・8%)、「手術」847・7点(同19・6%)の順となっている。

また、医科の入院外における1日当たり点数は1032・6点で、前年と比べ36・0点、3・6%増加していた。

医科入院外を診療行為別にみると、「検査」191・6点(構成割合18・6%)が最も高く、次いで「注射」157・3点(同15・2%)、「初・再診」126・6点(同12・3%)の順となっている。

同調査の結果は厚生労働省のホームページから入手できる。結果のポイントは以下のとおり。

【結果のポイント】

1. 医科入院の診療の状況

1件当たり点数は6万2185・1点(対前年1・9%増)

1日当たり点数は4333・1点(同2・7%増)

2. 医科入院外の診療の状況

1件当たり点数は1326・9点(対前年0・8%増)

1日当たり点数は8632・6点(同3・6%増)

3. 院外処方率

総数は82・5%(対前年1・1ポイント上昇)

病院は84・6%(同1・0ポイント上昇)

診療所は82・0%(同1・1ポイント上昇)

4. 歯科の診療の状況

1件当たり点数は1326・9点(対前年0・8%増)

1日当たり点数は1033・1点(同3・3%増)

5. 薬局調剤の状況

1件当たり点数は1160・9点(対前年4・1%増)

受付1回当たり点数は973・4点(同5・2%増)

6. 後発医薬品の使用状況(薬剤種類数に占める割合)

総数は86・7%(対前年4・3ポイント上昇)

入院は79・5%(同2・4ポイント上昇)

院内処方(入院外・投薬)は75・8%(同5・0ポイント上昇)

院外処方(薬局調剤)は88・6%(同4・0ポイント上昇)

◆　◆

「社会医療診療行為別統計」は、医療保険制度における医療の給付の受給者に係る診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的に毎年作成している。

社会保険診療報酬支払基金支部、国民健康保険団体連合会に提出され、令和7年8月審査分として審査決定された医療保険制度のレセプトのうち、匿名医療保険等関連情報データベース(NDB)に蓄積されている全数を集計の対象とした。

今回公表された結果は、医科8996万9318件、歯科2206万4060件、保険薬局6048万6804件のレセプトを集計したもの。

表1　診療行為別にみた【入院】の1日当たり点数

(各年8月審査分)

診療行為	1日当たり点数			
	令和7年	令和6年	対前年 増減点数	対前年 増減率(%)
総数	4 333.1	4 219.9	113.2	2.7
初・再診	4.3	4.4	△ 0.1	△ 2.8
医学管理等	34.7	33.1	1.6	4.8
在宅医療	6.4	6.0	0.4	6.1
検査	42.7	45.7	△ 3.0	△ 6.5
画像診断	20.4	21.9	△ 1.5	△ 6.7
投薬	35.6	37.1	△ 1.5	△ 4.0
注射	92.4	99.9	△ 7.6	△ 7.6
リハビリテーション	247.2	235.0	12.1	5.2
精神科専門療法	22.8	21.6	1.2	5.3
処置	61.0	62.0	△ 0.9	△ 1.5
手術	847.7	788.4	59.3	7.5
麻酔	100.4	96.8	3.7	3.8
放射線治療	15.3	14.2	1.1	7.7
病理診断	7.1	6.8	0.3	3.8
入院料等	1 433.4	1 419.7	13.7	1.0
診断群分類による包括評価等	1 292.3	1 261.0	31.2	2.5
その他	69.5	66.3	3.2	4.8
入院時食事療養等(単位：円)	1 818	1 760	58	3.3

(令和7(2025)年8月審査分)

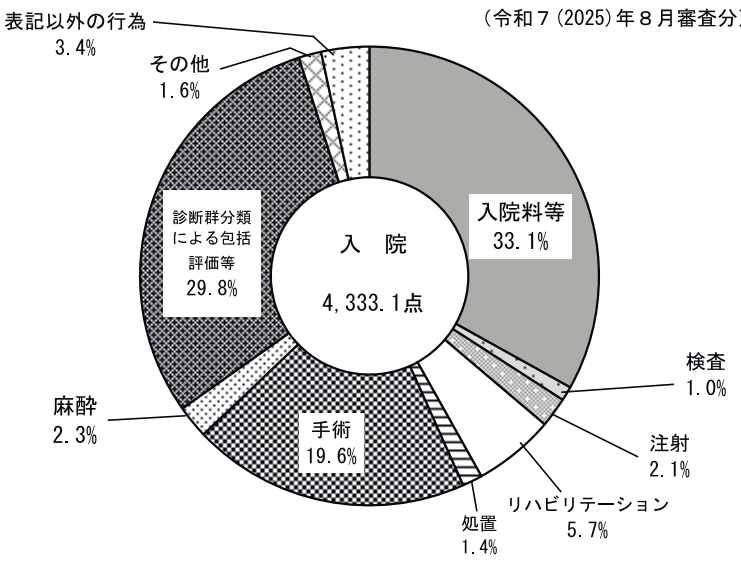


図1　診療行為別にみた【入院】の1日当たり点数の構成割合

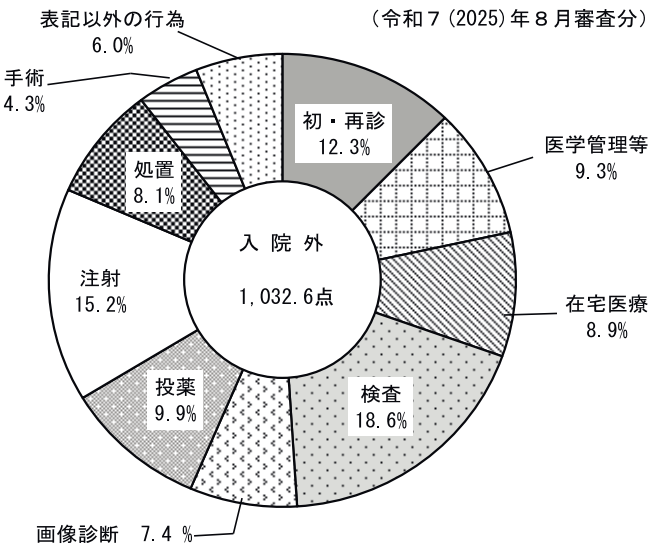
表2　診療行為別にみた【入院外】の1日当たり点数

(各年8月審査分)

診療行為	1日当たり点数			
	令和7年	令和6年	対前年 増減点数	対前年 増減率(%)
総数	1 032.6	996.6	36.0	3.6
初・再診	126.6	129.9	△ 3.3	△ 2.5
医学管理等	96.2	94.9	1.3	1.3
在宅医療	91.6	83.2	8.4	10.1
検査	191.6	189.0	2.6	1.4
画像診断	76.8	73.1	3.8	5.1
投薬	102.0	105.0	△ 3.0	△ 2.9
注射	157.3	141.2	16.1	11.4
リハビリテーション	19.4	17.4	2.0	11.3
精神科専門療法	19.4	18.2	1.2	6.6
処置	83.9	82.9	1.0	1.2
手術	44.7	40.8	3.9	9.5
麻酔	3.5	3.3	0.1	4.1
放射線治療	7.6	7.0	0.6	8.5
病理診断	8.6	8.0	0.6	7.8
その他	1.8	1.3	0.5	35.5

図2　診療行為別にみた【入院外】の1日当たり点数の構成割合

(令和7(2025)年8月審査分)



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：2025 年 11 月 1 日～2026 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　FAX 03-5830-6194
受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで

引受保険会社
損害保険ジャパン 株式会社
〒160-8338　東京都新宿区西新宿 1-26-1
TEL 03-3349-5113
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。

SJ25-09325　2025/11/04

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）

骨太の方針2026を決定

令和9年度の社会保障負担率が令和7年度と比較して 上昇しないよう取組むと明記

政府は7月21日に「経済財政運営と改革の基本方針2026」を閣議で了承した。社会保障改革では「2027年度の社会保障負担率が2025年度と比較して上昇しないよう取り組む」「社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ社会保障負担率の目標の検討を進め、これとあわせて2026年度中に改革項目の具体化と工程の明確化を図り順次実施する」などを明記している。以下に「経済財政運営と改革の基本方針2026」を抜粋して掲載することとする。

経済財政運営と改革の基本方針2026　「責任ある積極財政」元年 ～日本の挑戦を起動する！～　※内閣府作成　（令和８年７月21日 閣議決定）

Ⅰ．経済の現状認識・課題

◆ 我が国の潜在成長率は、長年にわたる「未来への投資不足」により、主要先進国と比べて低迷。
◆ 主要先進国では、官民が連携して大規模かつ長期的な財政支出を伴う産業政策が大きな潮流。
経済財政運営の在り方そのものに関するコペルニクス的転回であり、我が国も、こうした時代の変化を踏まえた国家運営が求められている。

Ⅱ．経済財政運営の基本方針

◆ 投資不足の流れを断ち切るとともに、世界的な産業政策の大競争時代に対応していくため、「責任ある積極財政」の考え方の下、
「危機管理投資」や「成長投資」を大胆かつ戦略的に進め、中長期的な成長力強化につなげていく。
◆ 民間投資を引き出すために政府予算の予見可能性を確保する観点から、予算の作り方を根本から改める。
「強い経済」の構築と「財政の持続可能性」をバランスよく同時に実現。令和９年度（2027年度）を「責任ある積極財政元年」と位置付ける。

「強い経済」の実現に向けた戦略的投資・分野横断的な取組

①日本成長戦略の推進
- 17の戦略分野における62の主要な製品・技術等の官民投資ロードマップに盛り込んだ施策パッケージの着実な実行
2040年度まで累計で370兆円超の官民投資を想定
- ８つの分野横断的課題へ対応するための具体策、政策パッケージの着実な実行

②成長基盤の強化
- 新技術立国、スタートアップ
- AX/DXの推進、フロンティアの開拓（宇宙・海洋・G空間）
- 規制・制度改革の徹底
- 企業の経営力向上、成長を支える資金の供給・確保
- 資源・エネルギー安全保障・GXの強化

③強い地域経済の構築
- 地域未来戦略の推進
- 賃上げ環境醸成
- 持続可能で活力ある国土の形成、交通空白の解消、観光立国
- 農林水産業の構造転換による成長産業化、食料安全保障の強化

④人材力の強化・人材総活躍
- 人材の育成・能力発揮（教育の質向上、リ・スキリング、アドバンスト・エッセンシャルワーカー育成等）
- 人材総活躍・誰一人取り残されない社会の実現（若者・女性の活躍、孤独・孤立対策等）

強い外交・安全保障の確立
- 外交力・安全保障・情報力の強化
- 経済安全保障の強化

国民の安全・安心の確保
- 防災・減災・国土強靱化の推進、東日本大震災・能登半島地震への対応
- 治安・安全の確保（犯罪対策、安全・安心な暮らしの確保、環境リスクへの対応・気候変動適応策）
- 外国人政策の推進

民間投資の拡大による供給力の強化を、経済規模の拡大、税収基盤の強化につなげ、強い経済と財政の持続可能性を一体的に実現

責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」

【目指す経済・財政の姿】
◆GDP：2040年度　1,100兆円に近づく
◆債務残高対GDP比：安定的に低下
◆成長率：できるだけ早期に、実質で1%超、名目で3%超を定着させ、更に引き上げていく

（財政運営目標の設定）
- 強い経済の実現と財政の持続可能性を両立する観点から、国・地方の総債務残高対GDP比の安定的低下を中核に位置付け
- PBについては債務残高対GDP比の低下に向けて確認する指標とし、その安定的低下と整合するよう複数年で管理
- 債務残高対GDP比を安定的に引き下げていく中でも可能となる財政規模を精査し、市場の信認確保に配意しつつ、通年の国債発行額などを具体化

（経済の成長力強化と名目の経済規模の拡大にふさわしい予算編成への転換）
- デフレ・低成長時代の一律抑制型の予算編成から、物価・賃金上昇を的確に反映し、経済の成長力強化と名目の経済規模の拡大にふさわしい予算編成へ転換。令和８年度当初予算から実現した経済・物価動向等の的確な反映を更に進めるなど、必要な財政需要に確実に対応
- 社会保障関係費については「現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていく」との方針の下、給付と負担の改革を継続

（『「強く豊かな日本」投資枠』の創設）
- 予見可能性を持って実施できるよう、通常歳出とは別に、『「強く豊かな日本」投資枠』を創設
- 規模については、財政の持続可能性を実現しながら必要十分な規模を確保
- 経済安全保障上、特に重要な分野などについては、特別会計において別枠管理

（補正予算依存からの脱却、基金や複数年度にわたる予算措置の見直し）
- 補正予算は緊要性の高いものに限定し、恒常的な施策については当初予算で措置
- 基金ルールの抜本的な見直しを具体化
- 基金、国庫債務負担行為による複数年度契約、財政投融資、出資等の手法について、ガバナンスを強化しつつ、投資の性質に応じて適切な手段を活用

（市場の信認確保と分析・検証の強化）
- 国内外の市場関係者に透明性高く、一貫した説明を行う。経済・物価・金利動向や政策効果をめぐる不確実性に備え、幅広い可能性を踏まえた分析

※中長期的に持続的な経済社会の実現に向け、全世代型社会保障の構築等、国民生活の基盤となる重要政策を推進

➡2040年度までを計画期間とし、目指す経済・財政の姿を実現。
ミクロ・マクロでの実績把握、検証等も踏まえつつ、経済財政諮問会議の下、包括的な検証を実施。必要に応じて計画を見直す。

第3章　責任ある積極財政に基づく「中長期経済財政計画」と「財政の持続可能性」の実現（略）

1．「強い経済」の構築

2．全世代型社会保障の構築

（1）社会保障と税の一体改革の推進

【税制改革】

「強い経済」を実現するため、財政の持続可能性に十分配慮しつつ、「責任ある積極財政」の下、少子高齢化、グローバル化等の経済社会の構造変化に対応したあるべき税制の具体化に向け、包括的な検討を進める。

デジタル社会にふさわしい税制の構築及び納税環境の整備と適正・公平な課税を実現する観点から、制度及び執行体制の両面からの取組を強化するほか、新たな国際課税ルールへの対応を進める。

【「給付付き税額控除」とそのつなぎ】

「給付付き税額控除」とそのつなぎ（飲食料品の消費税率等）については、今後予定されている社会保障国民会議の中間とりまとめを踏まえ、本年8月上旬までを目途に、その方針を決定する。

（2）成長型経済に合わせた持続可能な社会保障制度

「強い経済」では、経済成長によって、物価と賃金が上昇していく。

我が国の社会保障制度も、成長型経済に合わせて、持続可能な設計に変えなければならない。

国民皆保険・皆年金を堅持し、年齢に関わらず能力に応じて公平に負担し合い、必要な方に必要なサービスが適切に提供される全世代型社会保障を構築することによって、国民の命と健康、生活を守り、安心して働き、活躍し、挑戦できる基盤を整備する。

働き方の多様化や女性・高齢者の就労増加に対応し、働くことが報われる社会保障制度を目指す。

給付と負担の全体像を含む全世代型社会保障の将来的な姿を若者も含め国民に分かりやすく情報提供する。

連立政権合意書（令和7年10月20日）に盛り込まれた13の社会保障改革項目について合意された具体的な骨子に基づき、2026年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する。

具体的には、経済・物価動向等に適切に対応し、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備することとあわせて、医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に実行することにより、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す。

このため、骨太方針2025と同様、経済・物価動向等を踏まえ、的確な対応を行いつつ、これまでの歳出改革努力を継続し、2027年度の社会保障負担率が2025年度と比較して上昇しないよう取り組む。

また、社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、社会保障負担率の目標の検討を進め、これとあわせて、社会保障改革について2026年度中に改革項目の具体化と工程の明確化を図り、順次実施する。

（※）特に、高齢化や高度化等への対応が必要な医療給付費については、経済が成長し賃上げが継続する「強い経済」の構築に向けた取組を進める

2面へつづく

国民医療の確保のために病院診療報酬の引き上げを

時評

2040年地域医療構想に思う



連盟　常務理事　**鎌田　修博**

厚生労働省から2040年を見据えた地域医療構想策定ガイドラインが公表され、各都道府県は2028年度までに新たな地域医療構想を策定することとなった。2040年の医療・介護需要を推計し、それを基に各医療機関の役割を定めることには、少なからぬ違和感を覚える。

人口推計、とりわけ高齢者人口については比較的精度が高いと言われている。しかし、それがそのまま医療需要を正確に示すわけではない。医療技術の進歩、診療報酬改定、在宅医療の進展、医師・看護師不足、さらには感染症の流行など、医療を取り巻く環境はこの10年を振り返るだけでも劇的に変化してきた。2015年に策定された2025年地域医療構想も、新型コロナウイルス感染症という誰も予測できなかった事態に直面し、病床の考え方や医療提供体制は大きく修正を余儀なくされた。2040年までの15年間にも同様、あるいはそれ以上の変化が起こる可能性は十分考えられる。その意味で、2040年の必要病床数や患者数を「正解」として受け止めるべきではないだろう。

むしろ重要なのは、数値そのものではなく方向性である。高齢者救急への対応、慢性疾患管理、在宅医療との連携、医療・介護の一体的提供など、地域が目指すべき姿を共有することこそが地域医療構想の本来の意義ではないだろうか。将来推計は、その議論を進めるための一つの材料に過ぎない。

病院経営者は、2040年という遠い将来だけを見据えて設備投資や病床機能を固定化するのではなく、5年から10年程度の中期的視点と、診療報酬改定や地域の医療需要の変化に応じて柔軟に軌道修正できる経営戦略を持つことが求められる。

地域医療構想は、未来を正確に予測する計画ではなく、不確実な未来に備えるための羅針盤である。そのことを行政も医療機関も共有し、数値に縛られることなく地域の実情に応じた対話を重ねていくことが、これからの地域医療に最も必要な姿勢ではないだろうか。

（JA神奈川県厚生連伊勢原協同病院・院長）

いろ鉛筆

吉田松陰は、留魂録の最後の章に、十名の友人塾生の名を挙げ、僕の刑死後に君たちが活動しやすいように、同獄の他藩の藩士や、公家の家士に、君達の事を話しておいた、この事を忘れないでほしいと書き残した。その塾生には松陰の手足となって働き、岩倉獄に繋がれた入江杉蔵（九一）・野村和作（靖）兄弟、久坂玄瑞、高杉晋作と共に、伊藤利輔（博文）の名がある▼彼は、一部の書物では、師松陰の評価が低いと書かれているが、それは誤りである。彼は極めて優秀で、性格も明るく、判断力、決断力もあった。利輔は周防の農民の子であり、家が破産し、父親が萩に出て、中間伊藤家に雇われた。勤勉で、伊藤家が子無しのため、請われて養子となり、利輔は伊藤利輔となった。近くの松下村塾に入ったが、出自が農民の子は、利輔以外にはない▼師松陰の死後、伊藤は、さらに出世し一代藩士（士雇）となる。そして攘夷一辺倒の長州藩が将来を考え、英国に秘密留学生を派遣すると、井上聞多（馨）と共に、それにもぐり込んだ。（長州ファイブ）。この英国留学が、伊藤の大変貌、大成長をもたらし、その後の伊藤の人生を大きく変える。それは、又、別の機会に。

（K・Y）

1面からつづく

中で、診療報酬に経済・物価動向等を基本的に反映しつつも、医療給付費の対GDP比や雇用者報酬の伸びとの関係などを参照しつつ、医療費適正化計画の次期改定に向けて抜本的な見直しを行うことを含め、改革を継続する。

（※）具体的には、社会保障関係費については、給付と負担の改革努力を継続しつつ、高齢化による増加分に相当する伸びに経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。

【医療・介護等】

医療・介護・障害福祉等の分野の技術の発展と普及を支援し、DX／AX、多職種連携を含むチーム医療等による生産性の向上と職員配置の柔軟化に向けた一層の取組を図るとともに、経営情報の見える化を進め、経営実態を把握した上で、物価と賃金の変動に適切に対応し、経営の安定、処遇改善を図りつつ、社会保障制度改革を着実に実行する。

その際、経済・物価の動向が2026年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には、令和9年度予算編成過程で診療報酬上の加減算を含む更なる必要な調整を行う。

次期介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定では、経営データベースの整備・活用を含め、2026年度診療報酬改定における各般の取組を参考にしつつ、介護・障害福祉分野の賃上げの状況や介護・障害福祉サービス等事業者の経営状況等を把握した上で、補装具費支給基準額も含め、物価の変動に適切に対応するとともに、他職種と遜色のない処遇改善の実現を図る。

障害福祉サービス等の費用の急伸への対応を含め、サービスの質の確保・向上と制度の持続可能性の確保のための報酬や制度の在り方を検討する。

あわせて、医療・介護・保育・福祉等分野の必要なエッセンシャルワーカーの確保を含めたサービス提供体制の全国的維持を図るための制度改革に速やかに着手する。

2040年に向けて、病床数の適正化を着実に実施した上で、2027年度以降の地域医療構想を踏まえた医療機関の連携・再編・集約化を促進するとともに、地域包括ケアシステムの深化を図り、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療・介護サービス提供体制を構築する。

妊娠・出産の経済的負担軽減と安心・安全な小児・周産期医療提供体制の両立、救急医療体制の確保、ドクターヘリの安全で持続可能な運航の確保、看取りなど人生の最終段階における患者中心の適切な医療・ケア、精神医療に関する地域医療構想を踏まえた取組、訪問看護の適切な実施、中山間・人口減少地域での柔軟な介護・障害福祉サービスの提供を推進する。

かかりつけ医機能の発揮や医師の地域・診療科偏在の更なる是正策、大学病院等からの医師派遣の推進を含めた総合的な医師偏在対策、地域の実情を考慮した2028年度以降の医学部定員の削減に取り組む。

歯科専門職の偏在対策等の歯科医療提供体制の構築を図る。

医療人材の実効的な養成・確保の方策について検討するとともに、看護職員の質の向上や潜在人材の活用を含む偏在対策等を推進する。

介護・福祉分野の人材の養成・確保・定着に取り組み、業務効率化や、安全対策を始め勤務環境改善、経営の協働化・大規模化を支援する。

医療分野においては、新たな地域医療構想の下、将来需要を踏まえ、老朽化・災害対策を含む地域に不可欠な施設・設備の計画的な整備への必要な支援の在り方を検討する。

介護・福祉分野においても、老朽化・災害対策を含む施設・設備の計画的な整備を支援する。

医療保険制度では、70歳以上の高齢者の医療費窓口負担割合について、低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮することを前提として、原則3割となっている現役世代との間で年齢によらない真に公平な応能負担を実現する観点から見直しを行う。

そのための改革工程表を2026年末までに策定する。

介護保険制度では、2割負担の判断基準の見直しについて2026年度中に結論を得る。

さらに、医療・介護保険における金融所得・資産の扱い、OTC類似薬の保険給付の見直しの施行とその状況等を踏まえた2027年度以降の対象範囲の拡大に向けた検討など、「改革工程」等に基づく取組を進める。

先行バイオ医薬品について、バイオ後続品の普及促進に向けた環境整備の状況を踏まえ、保険給付の在り方の見直しを検討する。

長期処方やリフィル処方箋の活用、地域フォーミュラリの全国展開、休薬・減薬などの効果的・効率的な治療の促進等により、給付の効率化や適正化を図りつつ、質の高いサービスを提供する。

セルフメディケーション推進の観点からの更なる医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けた実効的な方策を検討し、必要な措置を行う。

医療情報化推進方針を策定し、医療機関の情報システムの刷新、特定機能病院等の緊急的な対応を含めたサイバーセキュリティ対策を進め、電子カルテ・電子処方箋の普及と情報連携、医薬品等のデータベースの構築、公費負担医療や予防接種・母子保健のデジタル化等、医療・介護に関する情報の連携と二次利用を含む利活用の基盤を構築し、切れ目なく最適なサービスを効率的に提供する。

長期的に賃金上昇率を上回ることを目標に年金積立金を運用し、将来の年金給付水準を確保する。

生活保護における医療扶助の適正化や就労支援の推進を図る。

次期生活扶助基準の見直しでは、定期検証の結果に基づく一般低所得世帯の消費実態や社会経済情勢などを総合的に勘案して改定を行う。

【創薬・先端医療イノベーション】

創薬・先端医療への官民投資を拡大し、健康医療安全保障を実現する。

「健康・医療戦略」等を踏まえ、革新的な医薬品・医療機器等の創出、例えば、米国の医薬品に係る最恵国待遇（MFN）価格政策など、足元、諸外国の医薬品をめぐる政策の動きがある中でも必要な医薬品等が確実に上市される環境整備、特定重要物資を含む供給確保の必要性が高い医薬品等の国産化等による安定供給、先端技術の実用化を目指す。

バイオ後続品の国内生産体制の整備等を着実に進める。

産業構造改革の推進による後発医薬品等の安定供給を図る。

創薬・先端医療を成長経済の牽引役として、研究開発力や製造・供給の強靭化、流通体制の強靭化、スタートアップ支援、人材育成、先進医療の対象拡大、国際展開を総合的に推進する。

全ゲノム解析やiPS細胞等を活用した再生・細胞医療・遺伝子治療、免疫治療、小児・希少疾病用医薬品やRI、薬剤耐性菌を含む感染症対応の医薬品等の研究開発・生産等とともに、創薬・医療機器開発・診断へのAI利活用を推進する。

国際水準の治験・臨床試験体制を整備し、国際共同治験の倍増を目指す。

血しょう分画製剤の国内自給と小中学生を含めた献血への理解促進に取り組む。

経済・物価動向等の影響を受ける市場実勢価格を薬価調査等により的確に把握した上で、創薬イノベーション、医薬品の安定供給と国民負担の軽減の観点から、2027年度薬価改定を実施する。

その際、費用対効果評価制度について、客観的な検証を進め、これも踏まえ、制度の発展に向けた更なる見直しについて具体的に検討し、一定の結論を出す。

我が国の医薬品市場の魅力を高める観点から、医薬品の画期性に対する初収載時における適切な評価や特許期間中の薬価の在り方を含め、革新的新薬のイノベーションの更なる評価について検討を進める。

【攻めの予防医療と疾病対策】

国民のWell-beingの向上と健康寿命の延伸を図り、誰もが社会の担い手として活躍できる日本を実現する。

「攻めの予防医療」を推進し、健康増進、肥満症を含む疾病予防、早期発見、早期介入及び行動変容に関係機関が連携して取り組む。

栄養・食生活を含む健康リテラシーの向上、地域住民の健康増進に資する薬局機能及び薬剤師の果たす役割の強化、学齢期の健康診断の在り方の見直し、予防接種、HIVや性感染症の予防、下水サーベイランス等の感染症対策、がん検診や精密検査の受診率向上、循環器病・糖尿病を含む生活習慣病等の予防、いわゆる国民皆歯科健診の具体化（歯周病検診の対象拡大や就労世代の歯科健診の更なる充実）、口腔と全身の健康の関係に基づく歯科疾患対策・口腔健康管理、認知症の早期診断・早期対応、予防・医療・介護を通じた切れ目のないリハビリテーション、PHRの利活用と情報連携を推進する。

更年期世代の女性への健康課題や女性の健康総合センターの機能強化、「プレコンセプションケア推進5か年計画」の工程表の策定と実行、企業と保険者のコラボヘルス、睡眠対策を含む健康経営の推進等、予防・健康づくりを支えるヘルスケア産業の育成等を図る。

がん、脳卒中・心臓病その他の循環器病、慢性腎臓病、慢性閉塞性肺疾患、慢性疼痛、難病、アレルギー、依存症、難聴、睡眠障害等の疾病対策や移植医療対策を推進する。

【国際保健の推進】（略）

3. 主要分野ごとの重要課題と取組方針（略）

4. 計画推進のための取組の強化（略）

第4章（抜粋）

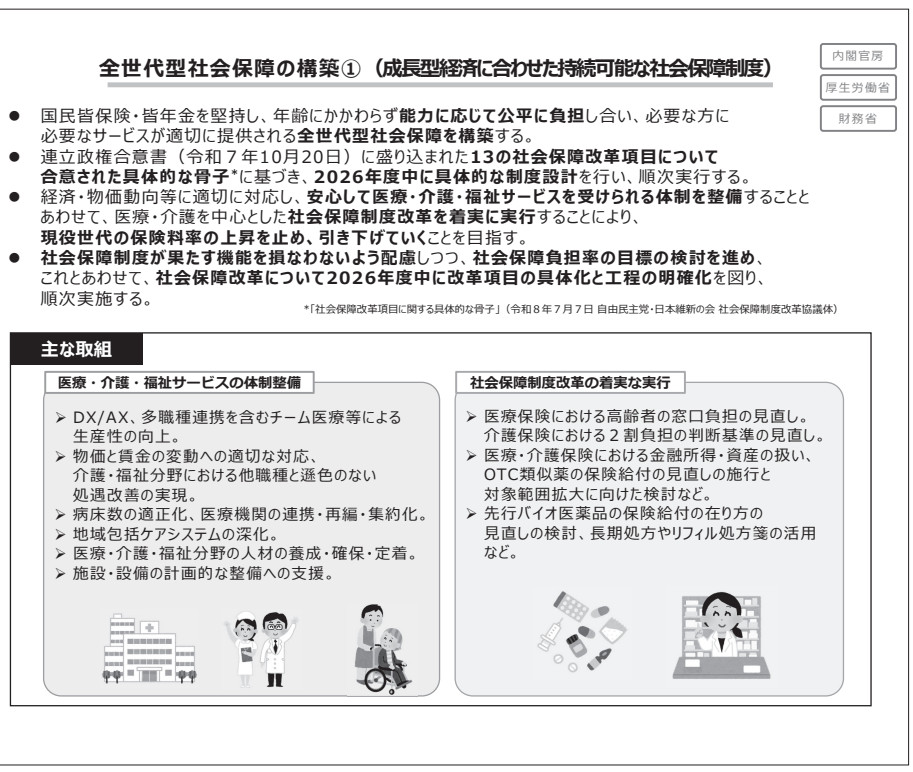
当面の経済財政運営と令和9年度予算編成に向けた考え方

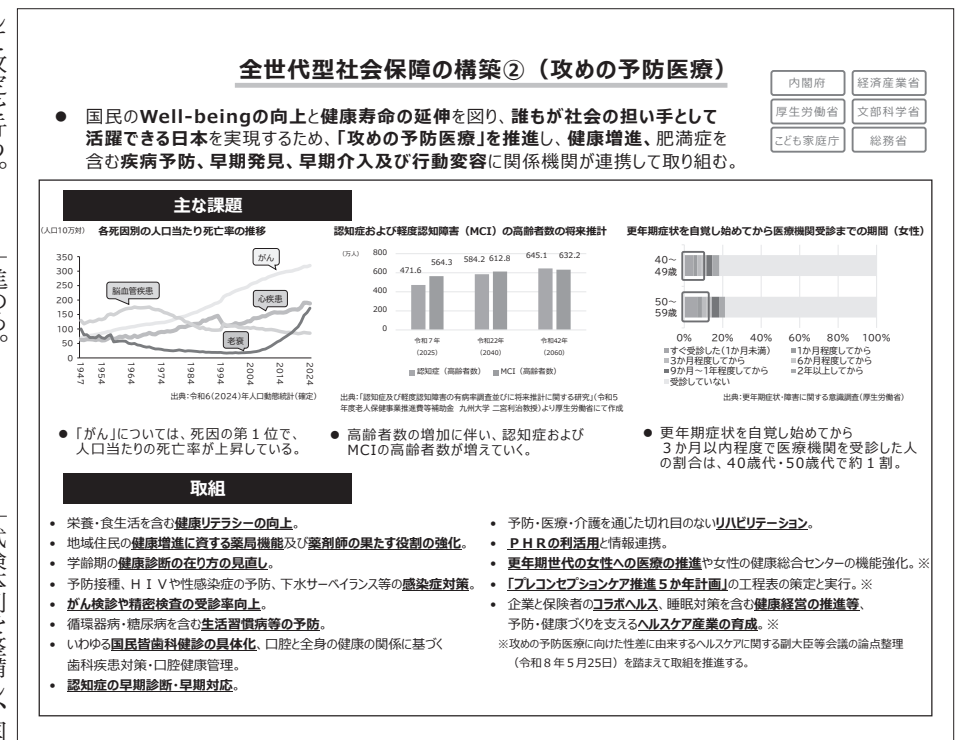
2. 新たな予算編成の在り方と令和9年度の基本方針

（中略）

なお、社会保障関係費については、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくとの方針の下、現場の人材確保、経営の安定、サービスの質の確保等の観点から、医療、介護、保育、福祉等の公定価格等における適切な対応を図りつつ、国費だけではなく、給付費全体、公費・保険料負担、現役世代の可処分所得などを踏まえ、給付と負担の改革を継続する。

（以下略）





新型コロナウイルス感染症治療薬の診療報酬上の取扱いに関する緊急要望書

～日本病院団体協議会～

日本病院団体協議会（日病協）は7月30日、「新型コロナウイルス感染症治療薬の診療報酬上の取扱いに関する緊急要望書」を厚労省へ提出した。新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例措置が5月末で終了し、それに伴い治療薬が地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟・精神科救急急性期医療入院料・精神療養病棟入院料・認知症治療病棟入院料などの特定入院料の包括対象となったことが医療現場に重大な影響を及ぼしていることから、包括払い病棟における高額な新型コロナウイルス治療薬の「出来高算定（包括範囲外）」への見直しを要望している。要望書は以下のとおり。

新型コロナウイルス感染症治療薬の診療報酬上の取扱いに関する緊急要望書

令和8年7月30日

日本病院団体協議会

2026年5月28日付厚生労働省保険局医療課事務連絡『令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について』等の廃止について」により、新型コロナウイルス感染症に関する診療報酬上の特例措置が完全に終了し、通常の診療報酬体系へ移行しました。

しかしながら、この見直しにより、新型コロナウイルス感染症治療薬が地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟、ならびに精神科救急急性期医療入院料や精神療養病棟入院料及び認知症治療病棟入院料などの特定入院料（一部包括評価）の包括対象となったことで、医療現場、とりわけ高齢者の救急や在宅復帰、さらには身体合併症を有する精神救急を担う病棟において、深刻な影響が生じることが懸念されます。

新型コロナウイルス感染症は現在も流行を繰り返しており、特に基礎疾患を有する高齢者や重症患者では、依然として重症化リスクが高い疾患です。

これらの病棟で院内クラスターが発生した場合、医療機関は患者の命を守るため、医学的適応に基づき高額な新型コロナウイルス抗ウイルス薬（患者1人あたり数万円～10万円程度）を多数名に投与せざるを得ません。現在制度では、これらの高額薬剤費がすべて包括対象となるため、必要な治療を行うほど医療機関の負担が増大し、病院経営に重大な影響を及ぼします。

医療機関が患者の生命を守るため適切な医療を提供すればするほど、経営負担が増加するという現状を放置することは、地域の救急・入院医療提供体制の維持を困難にするおそれがあります。

つきましては、高齢者や重症患者に対する適切な治療を確保するとともに、地域の救急・入院医療提供体制を維持するため、下記の事項について緊急に改善措置を講じていただきますよう、強く要望いたします。

1. 要望事項

包括払い病棟における高額な新型コロナウイルス治療薬の「出来高算定（包括範囲外）」への見直し

薬剤料が包括評価の対象となる病棟において、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症診療の手引き」等で重症化リスクが高いとされる患者に対し、新型コロナウイルス抗ウイルス薬（パキロビッド、ラゲブリオ、ゾコーバ等）を投与した場合に限り、当該薬剤料を包括評価の対象から除外し、出来高により算定できるよう見直すこと。

※対象となる入院料は別紙のとおり

2. 要望の背景・理由

（1）包括評価による負担が特定の病棟機能に偏在

地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟、精神科に関わる特定入院料を担う病棟等は、高齢の救急患者や施設・在宅からの受け入れ、あるいは認知症等の精神症状を合併した身体リスクの高い高齢患者の治療を担うという性質上、入院患者の多くが新型コロナウイルス感染症の重症化リスク因子（高齢、多疾患併存、基礎疾患等）を有しています。そのため、抗ウイルス薬を投与する必要性が急性期一般病棟以上に高く、包括評価による経営的負担がこれらの病棟機能に偏在しています。

（2）医療機関の自助努力の限界

各医療機関では、日本感染症学会等のガイドラインに基づく適正使用基準の策定や、ゾーニングの徹底など、最大限の感染防止対策に努めています。しかし、新型コロナウイルス感染症は、一般社会では病原性が低下しつつある一方で感染力は依然として高く、高齢者病棟等でのクラスター発生を完全に防ぐことは困難です。ひとたび発生した場合の数百万円規模の薬剤費負担は、物価高騰や賃上げへの対応に苦慮する病院経営に極めて大きな影響を及ぼします。

（3）国民への医療提供への影響

現状のまま放置すれば、経営上の制約から重症化リスクの高い発熱患者や高齢者施設入所者の受け入れ、さらには救急搬送への対応にも影響を及ぼす恐れがあります。その結果、国民が必要なタイミングで適切な医療を受けられなくなるだけでなく、地域の救急・入院医療提供体制や地域包括ケアシステムの維持にも支障を来すことが懸念されます。以上、地域医療の最前線で高齢者をはじめ重症化リスクの高い患者を守り続ける医療機関が、安心して適切な診療を提供できるよう、特段のご配慮と迅速な対応をお願い申し上げます。

別紙

薬剤料が包括評価の対象となる入院料（対象となる包括払い病棟・入院料）

本要望における「薬剤料が包括評価の対象となる入院料」とは、以下の入院料等をいう。

1．対象となる入院料
- 地域包括医療病棟入院料
- 地域包括ケア病棟入院料
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料（注５に規定する特定入院基本料又は注６に規定する点数を算定する場合に限る）
- 有床診療所療養病床入院基本料
- 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
- 特定一般病棟入院料
- 地域移行機能強化病棟入院料
- 特殊疾患病棟入院料
- 特殊疾患入院医療管理料
- 小児入院医療管理料
- 緩和ケア病棟入院料
- 精神科救急急性期医療入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料（急性期病院精神病棟入院料を含む）
- 精神科救急・合併症入院料
- 児童・思春期精神科入院医療管理料
- 精神療養病棟入院料
- 認知症治療病棟入院料

2．その他

上記のほか、新型コロナウイルス感染症に対する抗ウイルス薬の薬剤料が所定点数に包括される入院料を含む。

第37回「看護管理セミナー」のお知らせ

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「第 37 回 看護管理セミナー」を開催します。
どうぞご参加ください。

1．期　日　：　令和８年 １０ 月 ２８ 日（水）

2．会　場　：　東京都看護協会 301 研修室（東京都新宿区西新宿）

3．参加費　：　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）

4．定　員　：　７０名（先着順）

5．講演テーマと講師　：

10:10～11:30	診療報酬改定に認められた認定看護管理者の役割 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	〝施設基準〟の理解と看護管理への活用法 講師　**川手敬子** 氏　（飯田市立病院　医事課　入院係長）
13:45～14:45	看護業務の質と効率性のマネジメント 講師　**今枝加与** 氏　（JA 愛知厚生連 江南厚生病院　看護部長）
15:00～16:00	看護管理者の役割（実践） 講師　**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）

◆ 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。

問合先　一般社団法人　全国公私病院連盟
TEL：03-6284-7180　Mali ： seminar@byo-ren.com

全国公私病院連盟から新刊のご案内

令和７年６月調査　**病院経営実態調査報告**　定価 12,000 円＋税　A4 版　785 ページ

令和７年６月調査　**病院経営分析調査報告**　定価 16,000 円＋税　A4 版　742 ページ

令和７年６月調査　**病院概況調査報告書**　定価 18,000 円＋税　A4 版　631 ページ

【問合先】一般社団法人　全国公私病院連盟
〒111-0042　東京都台東区寿 4-15-7 食品衛生センター7 階　TEL：03-6284-7180

第36回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟

『一病息災』の時代を生きる
～その時・その後～　をテーマに

全国公私病院連盟は第36回「国民の健康会議」を10月2日（金）に日本教育会館「一ツ橋ホール」（東京都千代田区一ツ橋）で開催します。今年のテーマは、『一病息災』の時代を生きる～その時・その後」です。入場は無料ですのでどうぞご参加ください。

全国公私病院連盟は平成元年から毎年開催している「国民の健康会議」を10月2日（金）に日本教育会館「一ツ橋ホール」（東京都千代田区一ツ橋）で開催します。迎えて36回目となる今年のテーマは『一病息災』の時代を生きる～その時・その後～」です。入場は無料ですのでご参加ください。

なお、全国公私病院連盟のホームページより参加のお申し込みができますので、事前にお申し込みをお願いします。

今回ご出演いただく3名の方の概略は以下のとおりです。大勢の方のご参加をお待ちしております。

◆出演者◆

田中菊雄さん（講演13：05－13：50）
がんを克服し71歳でエージシュートを達成。その後も記録を伸ばし続けエージシュート1800回超を成し遂げた昭和10年生まれの日本アマチュアゴルフ界の至宝です。

萬田緑平さん（講演14：00－15：30）
1964年生まれの在宅ケア医。群馬県で萬田診療所を開き自宅で最期を迎えたいと願う人たちに寄り添いながら，その人らしい時間を大切にする看取りを続けています。

富司純子さん（対談15：40－16：40）
1963年映画デビュー。結婚を機に引退するも1989年富司純子と改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年旭日小授章を受章されました。



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:SJI26-12244　承認日:2026 年 8 月 19 日

第 34 回「医療事故防止セミナー」のお知らせ

安全で信頼される医療現場をつくる
TeamSTEPPS® を基盤としたチーム医療と組織的対応

全国公私病院連盟は「第 34 回 医療事故防止セミナー」を開催します。
どうぞご参加ください。

1．期　日 ： 令和８年 １１ 月 ６ 日（金）

2．会　場 ： 食品衛生センター6 階「講堂」（東京都台東区寿 4 丁目）

3．参加費 ： 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）

4．定　員 ： ６０名（先着順）

5．講演テーマと講師 ：

10:10～11:30（80 分）	医療安全のグローバル・スタンダードと病院パフォーマンスの向上	講師 **小松康宏** 先生　東京女子医科大学 医療安全学講座　主任教授
昼食休憩（11:30～12:30）		
12:30～14:30（120 分）	チーム医療とは何ですか？ 何ができると良いですか？ ～患者安全を高める TeamSTEPPS®の戦略的実践～	講師 **種田憲一郎** 先生　国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官
14:45～16:05（80 分）	医療現場の暴言・暴力・迷惑行為への組織的対応	講師 **桑原博道** 先生　仁邦法律事務所　弁護士

◆ 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。

お問合先　一般社団法人　全国公私病院連盟
TEL：03-6284-7180　Mail ： seminar@byo-ren.com

令和９年度 厚労省予算概算要求

1兆5370億円増の36兆5803億円を要求

各省庁が8月末に「令和9年度予算概算要求」を財務省に提出したところ総額は143兆656億円となり、令和8年度当初予算（122兆3092億円）を約20兆円上回った。金額を明示しない「事項要求」も多いので規模はさらに膨らむ。厚労省は36兆5803億円で前年度と比べて1兆5370億円の増を要望、このうち医政局分は6017億円を要望した。厚労省医政局が要望した主な概算要求には以下のようなものがある。

1. 戦略分野を中心とした官民連携の国内投資の徹底（抜粋）

民投資を拡大し、健康医療安全保障を実現する。革新的な医薬品・医療機器等の創出、例えば、米国の医薬品に係る最恵国待遇（MFN）価格政策など、足元、諸外国の医薬品をめぐる政策の動きがある中でも必要な医薬品・医療機器が確実に上市される環境整備、特定重要物資を含む供給確保の必要性が高い医薬品等の国産化、国内生産体制の維持・構築、増産及び備蓄等による安定供給、先端技術の実用化を目指す。

【創薬・先端医療】

創薬・先端医療への官民投資を拡大し、健康医療安全保障を実現する。革新的な医薬品・医療機器等の創出、例えば、米国の医薬品に係る最恵国待遇（MFN）価格政策など、足元、諸外国の医薬品をめぐる政策の動きがある中でも必要な医薬品・医療機器が確実に上市される環境整備、特定重要物資を含む供給確保の必要性が高い医薬品等の国産化、国内生産体制の維持・構築、増産及び備蓄等による安定供給、先端技術の実用化を目指す。

創薬・先端医療を成長経済の牽引役として、研究開発力や製造・供給の強化、スタートアップ支援、人材育成、先進医療の対象拡大を総合的に推進する。海外からの投資を促進するため、国内医療系スタートアップ支援と海外ベンチャーキャピタルとのネットワーク構築を推進する。

全ゲノム解析やiPS細胞等を活用した再生・細胞医療・遺伝子治療、免疫治療、小児・希少疾病用医薬品やRI、薬剤耐性菌を含む感染症対応の医薬品等の研究開発・生産等とともに、創薬・医療機器開発・診断へのAI利活用を推進する。国際水準の治験・臨床試験体制を整備し、国際共同治験の倍増を目指す。

また、「攻めの予防医療」を推進し、健康寿命の延伸につなげるための生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）を推進する。

さらに、予防医療分野を含む医療技術等の国際展開を推進する。

あわせて、創薬・医療分野において、AI、ロボティクス及びデータを活用した研究開発・社会実装を加速し、我が国の創薬力及び医療AI開発力の強化を図る。このため、創薬・医療AI分野におけるスタートアップやアカデミア等による研究開発を支援し、自律型AI創薬の実証、臨床試験AXの推進、創薬AI人材育成・連携ハブの構築等を通じて、革新的な医薬品・医療技術の創出を加速する。また、医用画像等のAI研究開発データ基盤の整備、医療フィジカルAIの実用化研究、医療AIの接続環境整備及び評価・検証基盤の構築を進めるとともに、創薬・医療AIの研究開発基盤の強化を通じて、信頼性の高い医療AIの開発・実装を推進する。

（1）創薬・先端医療

①創薬シーズ実用化推進事業＝300億円
②創薬力向上のためのスタートアップ等支援事業＝12億5千4百万円
③創薬人材活用推進事業＝9億4百万円
④医療系ベンチャー海外投資獲得促進事業＝4億7千6百万円
⑤抗菌薬原薬国産化事業＝1400億円＋事項要求
⑥危機対応医薬品原薬国産化支援事業＝事項要求
⑦危機対応医薬品国内製造体制支援事業＝640億円
⑧供給確保医薬品等に係る供給網強靭化（国産化・複数化）支援事業＝482億5千万円
⑨抗菌薬等医薬品備蓄体制整備事業＝26億2千6百万円
⑩がん・難病の全ゲノム解析等の推進事業＝70億4千9百万円
⑪新規モダリティ対応ヒト初回投与試験体制整備等事業＝12億円
⑫国際共同治験ワンス

2面へつづく

令和９度 厚生労働省予算概算要求の姿

一般会計

（単位：億円）

区　分	令和８年度予算額(A)	令和９年度要求額(B)	増▲減額(C)(B)－(A)
一　般　会　計	350,433	365,803	15,370
うち　年金・医療等に係る経費（注3）	333,475	336,872	3,397
うち　裁量的経費	7,300	18,426	11,125
うち「強く豊かな日本」投資枠	－	10,337	10,337
うち　義務的経費（注4）	9,658	10,506	848

（注1）令和８年度予算額は、当初予算額である。
（注2）計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。
（注3）年金・医療等については、前年度当初予算額にいわゆる自然増を加算した範囲内で要求し、予算編成過程において、高齢化による増加分に相当する伸びに、経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算。
（注4）年金・医療等に係る経費を除く。
（注5）重要政策については、『「強く豊かな日本」投資枠』を活用するほか、必要に応じて、事項のみの要求も含め、適切に要求・要望を行い、予算編成過程において検討。
（注6）消費税率引上げとあわせ行う社会保障の充実及び「新しい経済政策パッケージ」で示された介護人材の確保については、消費税収、地方消費税収並びに重点化及び効率化の動向を踏まえ、予算編成過程において検討。また、過去の年金国庫負担繰り延べの返済などについても予算編成過程において検討。

時評

病院の存続を決めるもの



連盟　常務理事　**中野　実**

病床の適正化や医療機能の再編が進められ、医療を取り巻く環境が厳しさを増す中、どの病院が生き残り、どの病院が淘汰されるのか、その行方が注目されている。

「赤字病院」と聞けば、経営が危機的な状態にあると思いがちである。しかし、病院会計準則では、例えばドクターヘリの運航費用は医業費用となる一方、これを支える補助金は医業外収益となる。このため、必要な政策的医療を担うほど、医業収支は赤字になりやすい。

また、経常収支についても、病院建設後は多額の減価償却費が計上される。減価償却費は、その年度に現金が流出するわけではなく赤字になりやすいこともある。

一方、現金の増減で判断する場合にも注意が必要である。電子カルテの更新や大型医療機器の購入、建物の改修などを行えば、多額の現金が一気に流出する。したがって、現金が減少したからといって、本業の経営が悪化したとは限らない。逆に、投資を先送りすれば現金は残るが、将来の医療提供能力や収益性が低下する可能性もある。

つまり、「医業収支」「経常収支」「現金残高」のいずれも、単独では病院の生き残る力を正確に表してはいない。

そこで重要になるのが、病院建替えまでの「猶予期間」である。仮に決算上黒字で、手持ち資金もあり、年々増加していたとしても、老朽化によって近い将来の建替えが避けられないのであれば、その資金が建替え費用に対して十分であることが必要となり、さらに、新築後に発生する減価償却費や借入金返済額を考えたとき、現在の資金増加額ではこれらを賄えないのであれば、建替え後も病院経営を維持していくことは厳しい。

したがって、病院経営では、「赤字だから危ない」「黒字だから安心」「現金が増加しているから大丈夫」と単純には言えない。

結局のところ、病院の存続を決めるのは、単年度の損益や手持ち資金の額・増減ではなく、必要な医療への投資と次期病院建替えに必要な資金の蓄積を両立し、建替え後も安定した経営を維持しながら、地域に必要な医療を支え続けられる財務基盤を有しているかどうかである。

（前橋赤十字病院・院長）

いろ鉛筆

政府は7月21日に「骨太の方針2026」を閣議決定した。これまでの骨太の方針とは異なる論調がみられる、財政規律の健全化の文言は見られないこと、すなわち年度内でのプライマリーバランスにはこだわらないこと。医療社会保障分野では、現役世代の負担軽減と制度の持続可能性を重視し、70歳以上の窓口負担増や予防医療の強化、医療DXの推進などが盛り込まれている▼国際的に見ても日本は「中の下」に位置する「税＋社会保障料」の負担率（国民負担率）は直近では45・7％と必ずしも高くない。この国民負担率を国民のウケを狙うが如く、更に下げようとしていることも問題である。日本の医療を支えている病院医療が何時崩壊しても不思議でない現状からは、政府は何を考えているのか理解し難い▼今年度の診療報酬改定では一部の病院で増益はあるものも全体的には厳しいものだ。少しホッとすることは、8月末に各省庁から出される次年度予算の概算要求基準にシーリングを設けず、「強く豊かな日本」投資の名目で対応することである。社会保障費では、年金医療では自然増約3900億円を含めて、今年度当初予算の20％増の要求が示されていることは期待したい。（H・S）

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

１面からつづく

トップ相談窓口事業＝２億８千７百万円
⑬医療技術実用化総合促進事業＝50億円
⑭治験・ＤＣＴ地域ネットワーク整備モデル事業＝10億円
⑮治験・臨床試験におけるＰＰＩ体制整備事業＝２億円
⑯医療機器オープンイノベーションコア拠点強化事業＝14億６千３百万円
⑰医療機器スタートアップ支援拠点整備事業＝４億５千５百万円
⑱ＥＣＭＯ及び透析の用に供する医療機器に係る国内生産体制・備蓄支援事業＝135億５千万円
⑲安定供給確保医療機器の備蓄体制整備事業＝９億３千８百万円
⑳AI for Health 研究開発プラットフォーム構築事業＝153億３千４百万円＋事項要求
㉑安定供給確保医療機器の同定・評価事業＝３億９百万円
㉒生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）の推進＝79億４千１百万円
㉓予防医療分野を含む医療技術等の国際展開の推進＝11億５千５百万円

【防災・国土強靱化など】

（５）防災・国土強靱化など

①病院等の施設・設備整備支援事業（仮称）＝事項要求
②災害拠点精神科病院等施設整備事業＝８億４千９百万円
③医療施設浸水対策事業＝２億６千２百万円
④歯科医療提供体制構築推進・支援事業（歯科医師偏在対策）＝１億５千万円
⑤医療施設ブロック塀改修等施設整備事業＝１千万円
⑥「第１次国土強靱化実施中期計画」に基づく医療施設の耐震化等事業＝事項要求

２．賃上げ環境整備・人材育成等の分野横断的な課題へ対応

【賃上げ環境整備】

経済・物価動向等も踏まえつつ、来年度以降も医療・介護・保育・福祉等分野の現場職員の他職種と遜色のない処遇改善を推進する。併せて、必要なエッセンシャルワーカーの確保を含めたサービス提供体制の全国的維持を図る。

【人材育成】

地域産業を支える人材育成に強みを有する教育機関である専門学校の教育の質向上を図る取組を支援するとともに、遠隔授業などを柔軟に行うための制度改正に取り組む。また、地域人材育成構想会議の開催等による教育機関と産業界等の連携事例の創出や、地域の医療、産業、インフラの維持に不可欠な質の高い人材の安定的な養成体制等の確保に取り組む。

（１）賃上げ環境整備

①独立行政法人国立病院機構が提供する医療体制基盤維持強化事業＝１５０億９千４百万円
②「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に基づく取組を進める。また、「地域医療構想」、「医療計画」、「医師の働き方改革」、「医師偏在対策」、「外来機能の明確化・連携」、「かかりつけ医機能の確保」「歯科口腔保健・歯科医療提供体制構築」など各種施策を一体的に推進する。
　また、在宅医療については、効率的で持続可能な在宅医療の提供体制を確保するため、求められる在宅医療の機能（①退院支援②日常の療養支援③急変時の対応④看取り）におけるＩＣＴ技術等を活用した業務効率化や在宅医療に関わる多職種の効率的な連携のあり方を検討するモデル事業を実施する。
　さらに、次の感染症危機に適切に備えるため、引き続き、協定締結医療機関に対する施設改修や設備整備等の支援や個人防護具など感染症対策物資の備蓄体制等の強化を図る。

（１）地域医療構想の実現に向けた取組の推進

①地域医療介護総合確保基金＝公費９６０億１千４百万円
②入院・外来機能の分化・連携推進等に向けたデータ収集・分析事業＝６億７千７百万円

（２）医師偏在是正に向けた対策の推進

①重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業＝20億円
②重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業＝４億５千６百万円
③重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業＝５億２千８百万円
④医師偏在是正に向けた広域マッチング事業＝２億円
⑤市町村による医師確保対策支援モデル事業＝１億７百万円
⑥重点医師偏在対策支援区域における医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業＝７億４千４百万円
⑦総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業＝６億６千３百万円
⑧大学における恒久定員内地域枠設置促進事業＝２億１千万円
⑨専門医認定支援事業＝３億２百万円
⑩ＯＳＣＥの模擬患者・評価者養成及び評価の在り方に係る調査・実証事業＝２億９千３百万円
⑪共用試験公的化に係る体制整備事業＝５千万円
⑫臨床研修費等補助金＝１１０億２千万円
⑬地域医療介護総合確保基金（再掲）＝６４７億３千１百万円の内数
※医師の偏在対策を推進するため、地域の実情に応じた取組に対し、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を実施する。
⑭診療科偏在対策のための適切な遠隔医療モデル事業＝２億円

（３）医師・医療従事者の働き方改革等の推進

①勤務医の労働時間短縮及び医療分野における業務効率化・勤務環境改善の推進（再掲）＝６４７億３千１百万円の内数
※勤務医の働き方改革を推進するため、地域医療介護総合確保基金により、医師の労働時間短縮に取り組む医療機関に対する勤務環境改善等のための支援を行う。
　ＩＣＴ機器等の導入によって業務効率化・勤務環境改善に資する取組を行い、生産性向上を図る病院に対して、必要な経費を支援する。
②医療分野における業務効率化・勤務環境改善に向けた調査・支援事業＝４億８百万円
ａ．働きやすく働きがいのある職場づくりに向けた環境の整備
①医療従事者勤務環境改善推進事業＝１億４千９百万円
②ＩＣＴ機器を活用した勤務環境改善の推進に向けた調査分析事業＝５千万円
ｂ．医師の健康確保措置の仕組み等、医師の働き方改革の実現
①長時間労働医師への面接指導の実施に係る研修事業＝１億３千７百万円
②医療機関勤務環境評価センター運営費＝１億３千３百万円
③集中的技能向上水準の適用に向けた対応事業＝５千６百万円
④医師の働き方改革に対応した高度技能研修等支援事業＝５千万円
ｃ．組織マネジメント改革の推進等
①病院長等を対象としたマネジメント研修事業＝３千万円
②女性医療職に関する取組＝２億１千３百万円
・女性医師支援センター事業＝１億６千１百万円
・子育て世代の医療職支援事業＝５千２百万円
③地域医療介護総合確保基金（再掲）＝６４７億３千１百万円の内数
※女性医療職等の離職防止及び再就業を促進するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、病院内保育所の運営費や施設整備に対する支援を実施する。
④ＡＩ技術を踏まえた医行為の在り方に関する調査研究事業＝１億２千３百万円

（４）医療計画等に基づく医療体制の推進

①かかりつけ医機能が発揮される制度整備の推進＝20億４千３百万円
②ドクターヘリ活用の推進＝１３５億３百万円
③救急医療体制の推進＝24億７千４百万円
④災害医療体制の推進＝25億３千万円
⑤へき地保健医療対策の推進＝28億７千８百万円
⑥在宅医療の推進＝３億４千５百万円
⑦小児・周産期医療体制の充実＝75億６千万円
⑧医療安全の推進＝10億９千３百万円

（５）歯科口腔保健・歯科医療提供体制構築の推進（略）

（６）看護職員の確保及び質の向上の推進

①潜在人材の活用含む看護職員の確保＝33億７千６百万円
②特定行為に係る看護師の研修修了者加速的養成事業＝９億９千万円
③地域の訪問看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション実証＝１億５千９百万円

（７）国際保健への戦略的取組及び感染症対策の体制強化

ａ．医療の国際展開の推進
①外国人患者の受入環境の整備＝４億３千４百万円
ｂ．次なる感染症危機に備えた体制強化
①新興感染症対応力強化事業＝31億２千４百万
②個人防護具の備蓄等事業＝95億円

４．創薬力強化に向けたイノベーションの推進と医薬品等の安定供給確保（略）

医政局 令和９年度概算要求の概要

概算要求額　６，０１７億円（１，８３７億円）

○今後も人口減少、高齢化が続く中、将来の医療需要を見据えつつ、医療分野の担い手を確保し、地域の実情に応じつつ、限られた人員・人材で質の高いサービスを提供し続けるため、各分野縦割りの量的な「マンパワー」の確保・養成を脱し、デジタル・AI時代の変化に対応した人材の確保・養成を進めるとともに、施設の建替え・改修を含め地域に不可欠な施設・設備を計画的に整備する。
○新たな感染症等や自然災害など緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるような質の高い効率的な医療提供体制の整備・強化を行うとともに、医師偏在対策及び医師・医療従事者の働き方改革など各種施策を一体的に推進する。
○ドラッグロス解消など患者アクセス改善と健康医療安全保障の実現の双方の観点から、我が国の創薬力の向上、革新的デバイスを活用した先端医療の推進が必要であり、スタートアップ・ベンチャー支援、人材育成、治験倍増等に取り組むとともに、想定を超える感染症の流行や輸入途絶等に備え国内生産体制の整備等医薬品・医療機器の安定供給体制を確保し、また、流通体制の強靱化をはかる。

１．戦略分野を中心とした官民連携の国内投資の徹底

＜創薬・先端医療＞　３，４４８億円＋事項要求（５２億円）

・創薬シーズ実用化推進事業	300億円（－億円）
・医療系ベンチャー海外投資獲得促進事業	5億円（－億円）
・医療技術実用化総合促進事業	50億円（25億円）
・治験・DCT地域ネットワーク整備モデル事業	10億円（－億円）
・がん・難病の全ゲノム解析等の推進事業	70億円（13億円）
・供給確保医薬品等に係る供給網強靱化（国産化・複数化）支援事業	483億円（－億円）
・ECMO及び透析の用に供する医療機器に係る国内生産体制・備蓄支援事業	136億円（－億円）
・危機対応医薬品国内製造体制支援事業（治療薬等）	640億円（－億円）
・医療機器オープンイノベーションコア拠点強化事業	15億円（－億円）
・医療技術・医療機器等国際展開戦略事業	10億円（3億円）等

＜合成生物学・バイオ＞　１６９億円（１億円）

・バイオ後続品の国内製造施設整備のための支援事業	139億円（－億円）
・再生・細胞医療・遺伝子治療実用化基盤整備促進事業	20億円（－億円）等

＜デジタル・サイバーセキュリティ＞　７８億円（－億円）

・医薬品安定供給に向けた流通機能高度化支援事業	31億円（－億円）
・持続可能な流通モデル構築のための調査・実証事業	8億円（－億円）等

＜ＡＩ・半導体＞　２８億円（－億円）

・福祉医療機構における医療分野の経営支援機能の強化・充実	3億円（－億円）
・医療分野におけるエージェント型AIによる活用開発支援事業	25億円（－億円）

＜防災・国土強靱化など＞　６９億円＋事項要求（２４億円）

・病院等の施設・設備整備支援事業（仮称）	事項要求（－億円）
・災害拠点精神科病院等施設整備事業	8億円（－億円）
・医療施設浸水対策事業	3億円（－億円）等

上記の他、国家医薬品備蓄体制整備事業、抗菌薬原薬国産化事業の一部、危機対応医薬品原薬国産化支援事業、AI for Health研究開発プラットフォーム構築事業の一部、病院等施設・設備支援事業及び「第１次国土強靱化実施中期計画」に基づく医療施設の耐震化の一部は、予算編成過程で検討する。

２．賃上げ環境整備・人材育成等の分野横断的な課題への対応

＜賃上げ環境整備＞　１５１億円（－億円）

・国立病院機構が提供する医療体制基盤の維持・強化	151億円（－億円）

＜人材育成＞　３３億円（－億円）

・医療従事者の安定的な養成・確保支援	29億円（－億円）
・医療従事者の資質向上と定着・復帰等推進調査	3億円（－億円）
・医療関係職種へのキャリアチェンジ推進モデル	1億円（－億円）等

（注１）地域医療介護総合確保基金は消費税財源であるため概算要求の段階では事項要求とし前年同額を計上。
（注２）地域医療介護総合確保基金の内数。　（注３）東日本大震災復興特別会計に計上。

３．将来の医療需要等を見据えた医療提供体制の整備・強化

地域医療構想の実現に向けた取組の推進　686億円（686億円）

・地域医療介護総合確保基金（注1）	647億円（647億円）
・入院・外来機能の分化・連携推進等に向けたデータ収集・分析事業	7億円（　5億円）等

一体的に推進総合的な医療提供体制改革を実施

医師偏在是正に向けた対策の推進　822億円（801億円）

・重点医師偏在対策支援区域における経済的インセンティブ	30億円（30億円）
・地域医療介護総合確保基金を活用した医師偏在対策の推進（注2）	
・総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業	7億円（5億円）等

医師・医療従事者の働き方改革等の推進　662億円（653億円）

・地域医療介護総合確保基金を活用した勤務医の労働時間短縮及び医療分野における業務効率化・勤務環境改善の推進（注2）	647億円（647億円）
・医療分野における業務効率化・勤務環境改善支援事業審査・調査事業	4億円（　－億円）
・AI技術を踏まえた医行為の在り方に関する調査研究事業	1億円（－億円）等

医療計画等に基づく医療体制の推進　580億円（359億円）
かかりつけ医機能が発揮される制度整備の推進、災害/救急/へき地医療体制、ドクターヘリ、在宅医療の推進、小児・周産期医療体制の充実、医療安全の推進　等

歯科口腔保健・歯科医療提供体制構築の推進　131億円（　32億円）
生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）・歯科口腔保健の推進、障害者等への歯科保健医療の充実・歯科医師偏在対策等の歯科医療提供体制の構築　等

看護職員の確保及び質の向上の推進　47億円（　10億円）
潜在人材の活用含む看護職員の確保、特定行為研修の推進、訪問看護の現場におけるICT活用の推進　等

国際保健への戦略的取組及び感染症対策の体制強化　131億円（100億円）
外国人患者の受入環境の整備、新興感染症対応力強化事業、個人防護具の備蓄等事業　等

上記の他、医療機関における物価高騰への支援及びその他重要政策については、予算編成過程で検討する。

４．創薬力強化に向けたイノベーションの推進と医薬品等の安定供給確保

有望なシーズの医薬品・医療機器等への実用化の促進	98億円（　52億円）
ドラッグラグ・ドラッグロスの解消	11億円（0．4億円）
医薬品等の安定供給の推進	15億円（　6億円）

５．各種施策

・死因究明等の推進	3億円（　3億円）
・国立ハンセン病療養所における良好な療養環境の整備	347億円（310億円）
・国立病院機構における医療政策等の実施	14億円（　12億円）
・東日本大震災からの第3期復興・創生期間における地域医療の再生支援（注3）	525億円（　61億円）等

令和7年度医療費の動向
概算医療費49兆2千億円に

厚労省が公表した「令和7年度医療費の動向（概算医療費の集計結果）」によると、令和7年度の概算医療費は過去最高の49・2兆円（対前年同期比で＋2・6％の伸び）となっていた。診療種類別にみると、医科入院19・6兆円（＋2・3％）、医科入院外16・5兆円（＋1・6％）、歯科3・5兆円（＋3・5％）、調剤8・8兆円（＋3・9％）となっている。以下のその概要を掲載することとする。

1. 概　観

①令和7年度の概算医療費は49・2兆円、金額で1・3兆円、伸び率で2・6％の増加となっている。また、その内訳を見ると受診延日数は▲0・7％の減少、1日当たり医療費は3・3％の増加となっている。

②令和7年度の概算医療費の伸び2・6％のうち、人口増の影響は▲0・5％、高齢化の影響は0・6％、診療報酬改定等の影響は▲0・39％、それ以外の影響は2・9％となっている。

2. 診療種類別・年齢階層別

①令和7年度の医療費の伸び（対前年同期比。以下同じ）を診療種類別に見ると、全ての診療種類においてプラスとなっている。

受診延日数は、歯科を除き全ての診療種類でマイナスとなっており、入院外及び調剤は他の診療種類に比べて減少幅が大きい。

一方で1日当たり医療費は、全ての診療種類でプラスとなっており、特に調剤は5・0％の増加となっている。

②年齢階層別に1人当たり医療費の状況を見ると、未就学者では▲0・8％のマイナスとなっている。内訳を見ると、1人当たり受診延日数が大きく減少する一方、1日当たり医療費は大きく伸びている。

一方で未就学児を除く75歳未満及び75歳以上は、1日当たり医療費の増加が1人当たり受診延日数の減少を上回り、1人当たり医療費が増加となっている。

＊概算医療費とは

医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関から提出された診療報酬明細書（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計したもの。労災・全額自費等の費用を含まず、国民医療費の約98％に相当する。

3. 医療機関種類別の医療費

令和7年度の医療機関別の医療費を見ると、医科病院の入院外、医科診療所及び保険薬局の受診延日数がマイナスの伸びとなる一方で、医科病院の入院外及び保険薬局の1日当たり医療費の伸びが高くなっている。

4. 医科病院の種類別

病院の種類別に医療費の伸び率を見ると、入院・入院外ともに、大学病院において医療費が伸びており、1日当たり医療費、受診日数ともに伸びている。

5. 医科診療所　主たる診療科別

①医科診療所の主たる診療科別の入院外医療費の伸び率を見ると、小児科、外科、耳鼻咽喉科の受診延日数が大きく減少している。

②施設数の減少が大きい外科をはじめとして、外科の受診延日数の変化には施設数の変動による影響が出ている。

6. 診療所入院外医療費　主たる診療科別の年次推移

①小児科や耳鼻咽喉科は新型コロナウイルス感染症の流行による影響を特に大きく受けており、伸び率の変動が大きくなっている。これらの診療科では、令和2年度の受診延日数の大きな落ち込みと、令和4年度の1日当たり医療費の大きな伸びが見られる。

②産婦人科については、令和4年度から不妊治療が保険適用になった影響により、1日当たり医療費の伸びが特に大きくなっている。

7. 都道府県別の動向

①医療費の伸びが最も大きかったのは東京都で、入院・入院外医療費いずれも最大の伸び。歯科では鹿児島県の伸びが最大、調剤では福井県の伸びが最大となっている。全体的に、関東圏及び沖縄県において医療費の伸びが大きくなっており、東北地方や山口県、徳島県において伸びが小さくなっている。

②関東圏においては、1日当たり医療費の伸びが他の地域よりも大きい上、受診延日数についても他の地域が前年度比で減少する中で概ね横ばい程度であったことから、医療費が増加。福井県においては、大規模な病院の院外処方が進んだ影響により、調剤医療費が増加しているものと考えられる。

8. 概算医療費全体の動向

概算医療費全体の近年の傾向をみると、受診延日数は令和2年度に大きく減少した後、令和3年度以降増加していたが、令和7年度は減少に転じた。一方で、令和7年度の1日当たり医療費の伸びは令和3～6年度と比べて大きい。

9. 入院医療費の動向

入院については、受診延日数は令和5年度及び令和6年度は増加していたが令和7年度は減少している。

10. 入院医療費の要素分解

推計新規入院件数は、コロナで令和2年度に一度落ち込んだが、その後増加し続け、令和7年度もコロナ前の水準を超えている。一方で、推計平均在院日数は、コロナ以前から短縮傾向にあるが、コロナ後も減少傾向が続いている。そのため、令和7年度の受診延日数は、令和元年度より低い水準となっている。

11. 入院外医療費の動向

入院外については、令和7年度の受診延日数は減少しているが、コロナ後の平均でみると、コロナ前より減少率は小さい。

12. 歯科医療費の動向

歯科については、受診延日数は伸びていない一方、1日当たり医療費の伸びが大きく、医療費を押し上げている。

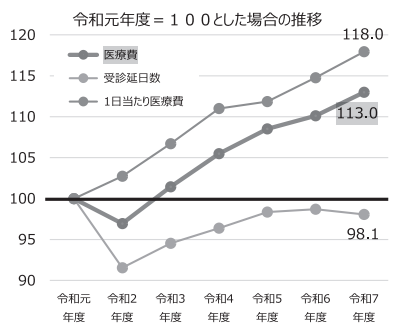
13. 調剤医療費の動向

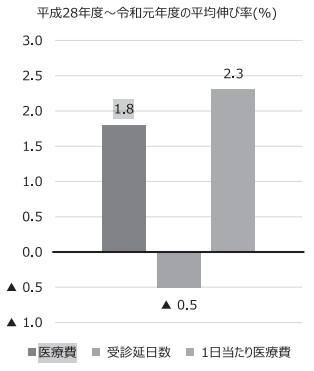
調剤については、コロナ後以降初めて処方箋枚数が減少した。令和7年度においては処方箋1枚当たり医療費の伸びが特に大きく、コロナ前と比べても大きい水準となっている。

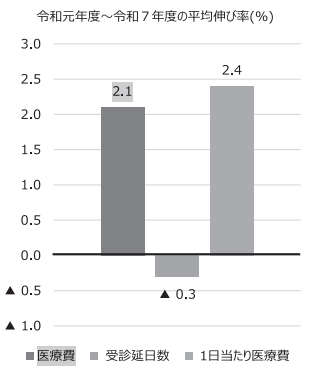
令和７年度　医療費の動向　＜概算医療費全体の動向＞

○　概算医療費全体の近年の傾向をみると、受診延日数は令和2年度に大きく減少した後、令和３年度以降増加していたが、令和7年度は減少に転じた。一方で、令和7年度の１日当たり医療費の伸びは令和3～6年度と比べて大きい。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	平成28年度～令和元年度の平均伸び率(%)	令和元年度～令和７年度の平均伸び率(%)
概算医療費(兆円)	43.6	42.2	44.2	46.0	47.3	48.0	49.2		
伸び率 (%)									
医療費	2.4	▲ 3.1	4.6	4.0	2.9	1.5	2.6	1.8	2.1
（休日数等補正後）	(2.9)	(▲ 3.7)	(4.7)	(3.9)	(2.7)	(1.5)	(2.8)		
受診延日数	▲ 0.8	▲ 8.5	3.3	2.0	2.0	0.3	▲ 0.7	▲ 0.5	▲ 0.3
1日当たり医療費	3.2	5.9	1.3	2.0	0.8	1.1	3.3	2.3	2.4



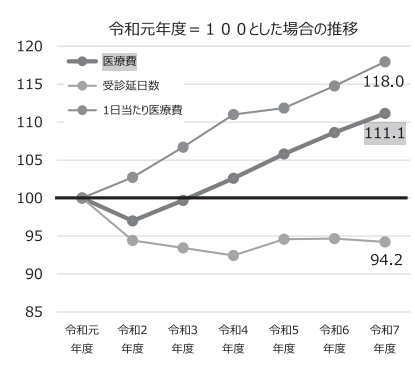


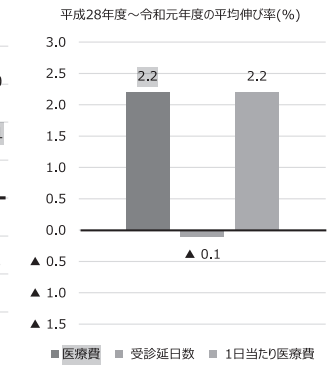


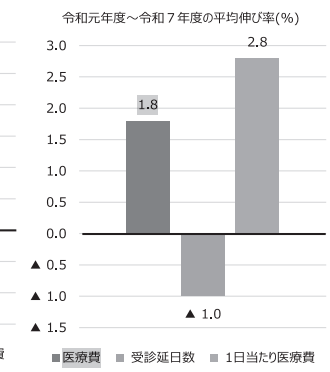
令和７年度　医療費の動向　＜入院医療費の動向＞

○　入院については、受診延日数は令和5年度及び令和6年度は増加していたが令和7年度は減少している。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	平成28年度～令和元年度の平均伸び率(%)	令和元年度～令和７年度の平均伸び率(%)
入院医療費(兆円)	17.6	17.1	17.6	18.1	18.7	19.2	19.6		
伸び率 (%)									
医療費	2.0	▲ 3.0	2.8	2.9	3.1	2.7	2.3	2.2	1.8
受診延日数	▲ 0.3	▲ 5.6	▲ 1.0	▲ 1.1	2.3	0.1	▲ 0.5	▲ 0.1	▲ 1.0
1日当たり医療費	2.3	2.7	3.9	4.0	0.8	2.6	2.8	2.2	2.8



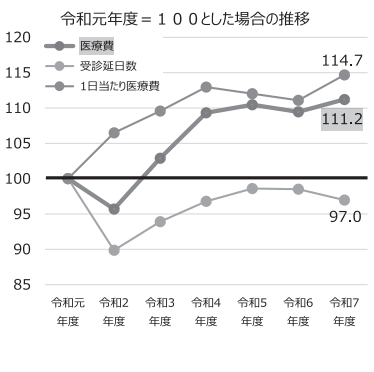


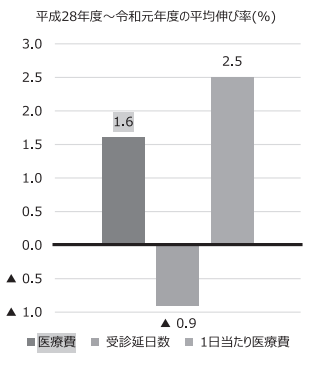


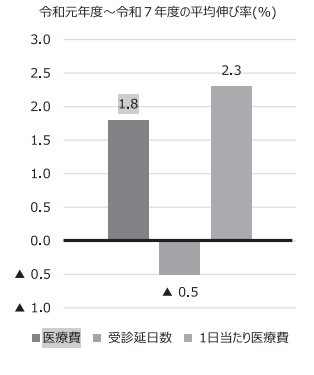
令和７年度　医療費の動向　＜入院外医療費の動向＞

○　入院外については、令和7年度の受診延日数は減少しているが、コロナ後の平均でみると、コロナ前より減少率は小さい。

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	平成28年度～令和元年度の平均伸び率(%)	令和元年度～令和７年度の平均伸び率(%)
入院外医療費(兆円)	14.9	14.2	15.3	16.2	16.4	16.3	16.5		
伸び率 (%)									
医療費	2.0	▲ 4.3	7.5	6.3	1.0	▲ 0.9	1.6	1.6	1.8
受診延日数	▲ 1.4	▲ 10.1	4.5	3.1	1.9	▲ 0.1	▲ 1.6	▲ 0.9	▲ 0.5
1日当たり医療費	3.5	6.5	2.9	3.1	▲ 0.8	▲ 0.8	3.2	2.5	2.3







全国公私病院連盟 役員会だより

期日　9月10日(木)
会場　ホテルメトロポリタン盛岡「ホール東」

※9月10日の「理事会」は、会場を岩手県盛岡市に移動して開催した。

【主な報告事項】

①前回理事会から本日までの活動報告
事務局より報告があった。
②日病協「代表者会議」(8月28日)
重井顧問より報告があった。
③望月副会長からの報告
社会保障審議会「医療部会」(7月24日)および「医療部会」(8月27日)について、望月副会長と野村常務理事より報告があった。

【主な協議事項】

①医療と消費税に関する国民会議の設立に関して
中村会長より資料の説明があり協議した。
②後援名義の使用許可申請について
事務局より、1件の後援名義の使用許可申請があった旨の説明があり、了承することとした。

【主な事務連絡】

①次回以降の「理事会」等の日程
②前回「理事会」(8月20日)議事録案
③第36回「国民の健康会議」(10月2日)の開催について
④第37回「看護管理セミナー」(10月28日)の開催について
⑤第34回「医療事故防止セミナー」(11月6日)の開催について
※理事会終了後、同会場において、㈱南部美人の五代目蔵元代表取締役社長の久慈浩介氏による講演が行われた。
※「講演」終了後、会場を「ホール南」に移して「懇親会」が開かれた。岩手県立中央病院の職員の方々に『盛岡さんさ踊り』を披露していただき、盛会裏に終了した。


「理事会」のもよう


「懇親会」のもよう

OTC類似薬の一部保険外療養制度に係る法令上の措置について

令和9年3月1日（予定）に、健康保険法等の一部を改正する法律のうち一部保険外療養に係る規定が施行されることに伴い必要な改正を行うことが決まった。具体的な内容は以下の通り。

1. 処方箋様式について【省令改正】

処方箋様式については、保険医療機関及び保険医療養担当規則で定めているところ、OTC類似薬の一部保険外療養の実施に当たっては、対象のOTC類似薬について別途の負担の対象か対象外かが処方箋上明確になるよう、処方箋上に「一部保険外療養」欄を追加し、対象医薬品を処方する場合は、別途の負担の対象である場合は『〇』を、別途の負担の対象外である場合は『一』を処方箋に記載することとする。

2. 院内掲示義務等について【省令・告示改正】

療担規則、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準においては、保険医療機関及び保険薬局は、保険外併用療養費の給付対象である評価療養、患者申出療養及び選定療養を実施するに当たっては、その内容及び費用について院内掲示及びウェブサイトに掲示する義務が課せられている。

一部保険外療養については、各医療機関がその内容及び費用を決定することが原則な選定療養等と異なり、全ての保険医療機関・保険薬局において一律の内容及び費用として行われる取組であることから、院内掲示・ウェブサイトへの掲示義務は課さないこととする。

その他、一部保険外療養の別途の負担の支払を受ける場合は、厚生労働大臣の定める基準に従わなければならない旨規定する。

3. 一部保険外療養の内容について【告示改正】

健康保険法等の一部を改正する法律による改正後の健康保険法第63条第2項第6号において、一部保険外療養とする具体的な内容は、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養で定めることとされている。

今般、一部保険外療養の具体的な内容として「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」を位置付けることとする。

4. 一部保険外療養に係る保険外併用療養費の支給額について【告示改正】

改正健保法第86条第3項において、一部保険外療養に係る保険外併用療養費の支給額は、保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法で定めることとされている。今般、OTC類似薬の一部保険外療養については、当該OTC類似薬の薬剤費の4分の1（別途の負担）を除いた額を保険外併用療養費の支給対象として定めることとする。

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:SJI26-12244　承認日:2026年8月19日

第34回「医療事故防止セミナー」のお知らせ

安全で信頼される医療現場をつくる
TeamSTEPPS®を基盤としたチーム医療と組織的対応

全国公私病院連盟は「第34回 医療事故防止セミナー」を開催します。
どうぞご参加ください。

1．期　日：令和8年 11 月 6 日（金）
2．会　場：食品衛生センター6階「講堂」（東京都台東区寿4丁目）
3．参加費：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）
4．定　員：６０名（先着順）
5．講演テーマと講師　：

10:10～11:30（80分）	医療安全のグローバル・スタンダードと病院パフォーマンスの向上	講師 **小松康宏** 先生　東京女子医科大学 医療安全学講座　主任教授
昼食休憩（11:30～12:30）		
12:30～14:30（120分）	チーム医療とは何ですか？ 何ができると良いですか？ ～患者安全を高めるTeamSTEPPS®の戦略的実践～	講師 **種田憲一郎** 先生　国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官
14:45～16:05（80分）	医療現場の暴言・暴力・迷惑行為への組織的対応	講師 **桑原博道** 先生　仁邦法律事務所　弁護士

◆ 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。

お問合先　一般社団法人　全国公私病院連盟
TEL：03-6284-7180　Mail ： seminar@byo-ren.com

公私病連ニュース

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

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、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

国民医療のために 確保のための病院診療報酬の引き上げを

時評

風が吹けば桶屋が儲かる？

連盟　常務理事　並木　健二



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うにもならないのです。

このままならない。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が必要であると判断しても

①初診時を含め、過去半年間の使用の継続が、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らないこと。

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。

（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を踏まえ、過去の診療経過又は服薬歴を加味することが可能である。例えば、他保険医療機関で4か月間継続して治療・処方を受けた後、自保険医療機関で2か月間治療・処方を継続している場合には、他保険医療機関での治療歴を合わせて6か月程度の使用実績と判断して構わない。

なお、過去の服薬歴の確認に当たっては、医師に対して過去の服薬歴を網羅的に確認することを求めるものではなく、患者が示す情報を踏まえ、判断することで足りること。

また、オンライン資格確認による薬剤情報については、レセプト情報の反映に一定の期間を要することにより半年間の直近の使用実績を確認できない場合であっても、当該確認できない期間を除く半年間の服薬歴から継続的な使用実績が確認できる場合には、半年間の使用の実績があるものとして取り扱って構わない。

（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対象となっている。

そのため、急性の症状に対して対症療法的に使用される屯服薬については、定期的に処方をしている場合であっても、特別の料金の対象外とする。

（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外とする。

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場合に該当すれば、特別の料金の対象外となる。

（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