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、＋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

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。
橿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年であります様に!!

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）

を迎えて

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534億円、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。

収入増対策は、損益分岐点を上回る最低限必要な収入の担保が求められますので、受益者負担として自費徴収しても良いとするなどの規制緩和を提案します。

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。

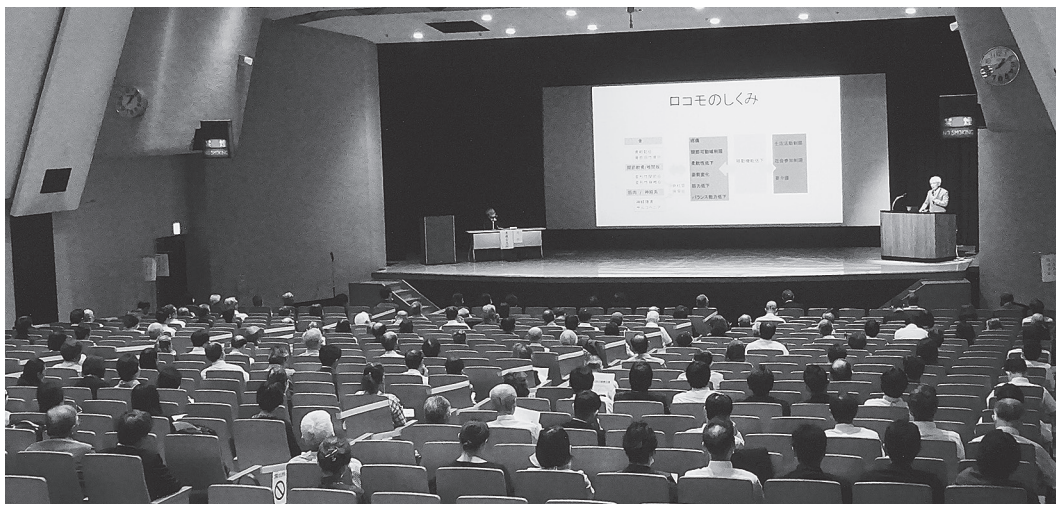
（社会医療法人創和会しげい病院・理事長）

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状態をロコモと言います。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	大江隆史（おおえ・たかし）氏	NTT東日本関東病院 院長
	口腔フレイル防止	深田拓司（ふかた・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	繁田雅弘（しげた・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）	巴ひかる（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】	行天良雄（ぎょうてん・よしお）氏	医事評論家	
	川嶋みどり（かわしま・みどり）氏	日本赤十字看護大学 名誉教授	
	邉見公雄（へんみ・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緩んでしまっている。何で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。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。

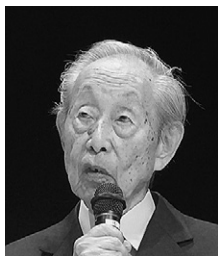
お年を召してからも楽しく幸せに暮らしていきたいものですよね。どうぞ諦めずに、恥ずかしがらずに、お困りの際には専門医を受診してくださいますようお願い申し上げ、終わりにしたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

【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、垢を落としたら脈が正常に戻った。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る。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。バスに夕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夕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「〇〇医療センターに行った」と言うんです。

「〇〇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、その後に想定される高齢化社会への警鐘を鳴らした番組でした。それから40年以上が過ぎましたが、今また2025年問題と言われています。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れど、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ので、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ち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、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―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1兆3368億円、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

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

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を除く）及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期病院B一般入院料に係る届出を行っている病棟については、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。

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●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。

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

国民医療のために確保の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されている。

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。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。

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、不採や広域大規模災害への

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)

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1500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最大であるものとみなし、(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。

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。

(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大であるものとみなし、(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。

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2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予定された入院の患者であっ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ていること。

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**　（定価12,000円＋税　A4版 約780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!!

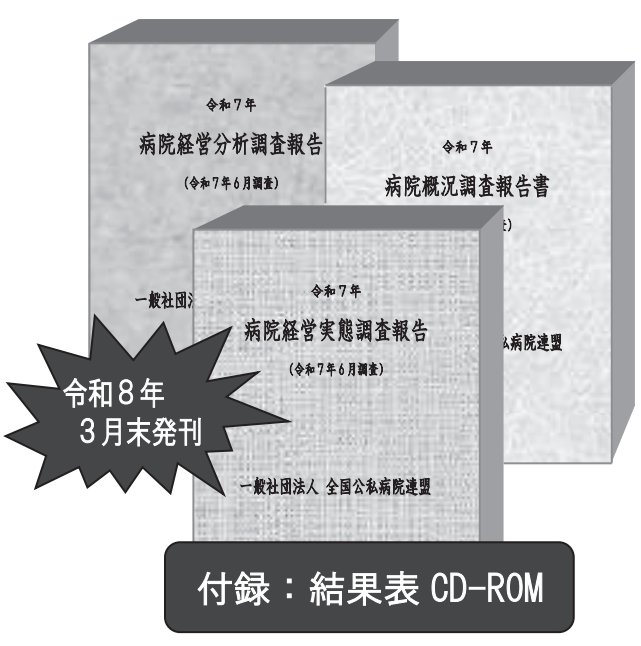
令和7年6月調査　**病院経営分析調査報告**　（定価16,000円＋税　A4版 約740ページ）

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 約630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/

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。