

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、人件費の値上げ、食料費、償還されない医療材料費の高騰等今までのデフレ時に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。今まで足りなかつた分の一部に補助金はつきまわりましたが、本年6月予定されている診療報酬改定では2年間分10%の増加が必要となりま

す。引き続き要望活動は行つていきたいと思います。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おります。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しま

す。物価高騰による消費税負担が大きく増加し、医療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まいります。

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つてきているのではないのでしょうか。

『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、崩壊しないようしっかりととした財政支援が必要だと思います。(八幡平市病院事業管理者 兼 八幡平市立病院統括院長)

診療報酬改定も大詰めを迎え、諮問と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

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、諮問と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

外來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る状況です。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

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、救急外來応需体制です。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

「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

ちろん、我々もただ

診療報酬改定を待つだけではありせん。医療DX推進による業務効率化や、強靱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ります。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)

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。本年も宜しくお願ひ申し上げます。

地域ごとの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協議を協議してきました。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

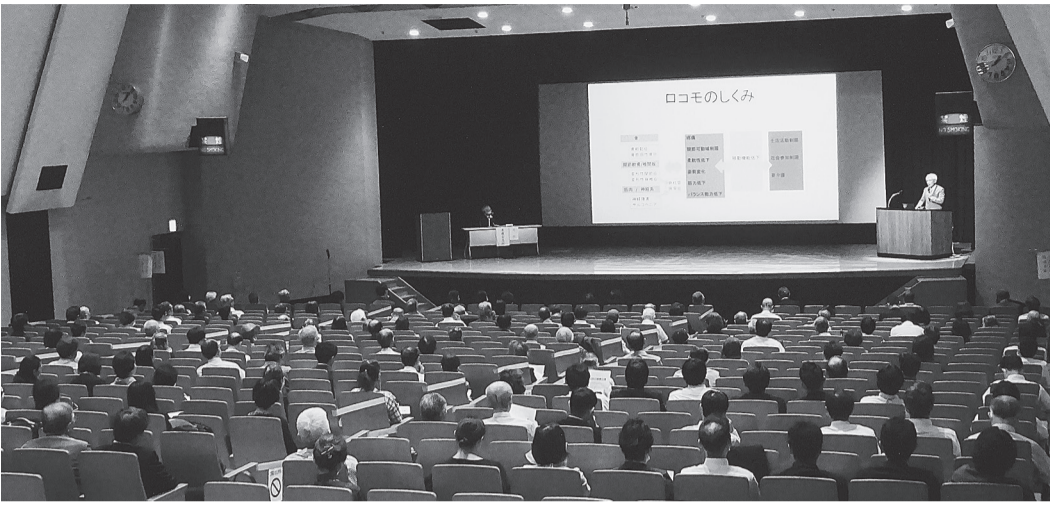
減少すると予測され、2040年に向けての新たな地域医療構想の策定が進められています。新しい構想の基本理念は、人口減少と85歳以上の超高齢者の増加を踏まえ、すべての世代が地域の中で適切な医療や介護を受け、日常生活に戻ることができるとしています。入院医療だけでなく、外來・在宅・介護との連携や医療人材の確保にも言及しており、方向性としては適切なと考えます。

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、急性性期拠点、専門等のどれかを決めることとなります。人口規模によつて大都市(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まいります。

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)

する方針と思われま

健康会議」開く



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

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、渡邊古志郎先生(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 十字看護大学・名誉教授)

さま総合クリニック/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)の対談を行います。今月号では当日の模様を事務局で取りまとめたいと思います。(文責事務局)

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して連鎖する。それが悪くなり、疾患が複合して111が3になったりするように移動機能が低下するも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」があつて、骨には骨が弱くなる骨粗鬆症、それによつ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。背骨が悪くなつて神経障害が出たものは脊髄狭窄症と言います。

このように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、変形性腰痛症、神経障害を来たす脊髄狭窄症、サルコペニア、こういう病気が加え、高血圧や糖尿病を抱えている人が多く、二つ以上の運動器の病気を持つ人も多いためです。

骨と膝と腰の3つの病気を一つずつ折ると、折れやすくなります。これを「折れやすくなる」といいます。これを「折れやすくなる」といいます。これを「折れやすくなる」といいます。

運動は最低三つを勧められています。まずバランスを保つもの。片足で立つだけでも、60歳以上の人は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が、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ります。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



大江隆史氏

NTT東日本関東病院・院長

【渡邊】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。よろしくお願ひします。

【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、それはどういふことかと日本整形外科学会が中心となつ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つ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が関節で動く。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して連鎖する。それが悪くなり、疾患が複合して111が3になったりするように移動機能が低下するも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」があつて、骨には骨が弱くなる骨粗鬆症、それによつ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。背骨が悪くなつて神経障害が出たものは脊髄狭窄症と言います。

このように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、変形性腰痛症、神経障害を来たす脊髄狭窄症、サルコペニア、こういう病気が加え、高血圧や糖尿病を抱えている人が多く、二つ以上の運動器の病気を持つ人も多いためです。

骨と膝と腰の3つの病気を一つずつ折ると、折れやすくなります。これを「折れやすくなる」といいます。これを「折れやすくなる」といいます。これを「折れやすくなる」といいます。

運動は最低三つを勧められています。まずバランスを保つもの。片足で立つだけでも、60歳以上の人は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。

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	おおえ・たかし 大江隆史氏	NTT東日本関東病院 院長
	口腔フレイル防止	ふかた・ひろつか 深田拓司氏	一般社団法人大阪府歯科医師会 会長
	認知症防止	しげた・まさひろ 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, 栄樹庵診療所 院長
	尿失禁防止(女性中心)	ともえ・ひかる 巴ひかる氏	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) 渡邊 古志郎 氏(横浜市立市民病院・名誉院長)

第2部(対談)	ぎょうてん・よしお 行天良雄氏	医事評論家
	かわしま・みどり 川嶋みどり氏	日本赤十字看護大学 名誉教授
	へんみ・きみお 邊見公雄氏	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

~~~~~  
~~~~~

によってサプリメント
骨を強くするために方
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。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、何を食えばいい
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
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
こらないです。頭文字
をとって「さあにぎやか
に、いたたく(さ)」は助
詞」と覚えてください。
最終的に手術をしなき
や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、口コモ度
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
口コモ対策をしておくこ
とが大切ですので、企業
で健診をやつて、勤労者
が口コモにならないよう
にと提案してあります。
日本整形外科学会は今
1年かけて、勤労者の口
コモ問題について力を入
れているところです。

【渡邊】 ありがとうございます。
【大江】 私はスキーが
好きなんです、45歳ぐ
らいから、今まで滑れて
来ないから、今まで滑れて

【渡邊】 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。



渡邊氏

【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



【渡邊】 次に大阪府歯
科医師会の会長をされて
おられ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
しました深田です。皆さ
んの中で、歯医者さん
という「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
周病を手エックする」と
いうイメージがあると思
うのですが、私たちが

【渡邊】 次に大阪府歯
科医師会の会長をされて
おられ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。

【大江】 私はスキーが
好きなんです、45歳ぐ
らいから、今まで滑れて
来ないから、今まで滑れて

【渡邊】 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。

【渡邊】 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。



中村哲也

一般社団法人全国公私立病院連盟
副会長

【開会挨拶】

本日(残暑厳しき折、
全国公私立病院連盟が主催
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

【大江】 私はスキーが
好きなんです、45歳ぐ
らいから、今まで滑れて
来ないから、今まで滑れて

【大江】 例え、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、少しアアアア
する程度の運動を1週間
に50分とかですかね。

【渡邊】 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。

【渡邊】 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。

【渡邊】 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。

【渡邊】 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。

【渡邊】 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。

【渡邊】 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。

【渡邊】 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。

【渡邊】 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。

【渡邊】 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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。

【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。





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。今年テーマは「人生100年を生き抜こう!!」です。何か答えが出るテーマでもありません。その後は、各々で持ち帰って考えてみてください。さて、明後日には自民党総裁選挙があつて、事実上、その人が次の総理大臣になるんだと思えます。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「国民の健康会議」のテーマは、本連盟の意見会長が、人生100年を駆け抜けてこれら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意見会長の方が体調を崩してしまいました。とても意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たします。

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、面白いと言っている話があります。その話を聞い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切りから話を伺っていただければと思います。それでは早速、川嶋先生からお話ししたいと思います。

【川嶋】 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ども、その約50年の間、この看護師に關しては、あくまでも医師のお手伝いでした。雇われの医師、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。

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活躍中、この「国民の健康会議」で何度も司会をしていただいていた好評なようですが、今回は演者として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、それが

自立という点では、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、戦後の物資不足のなかで生活が始まりました。何をやるにしてもアメリカがすばらしいと思つたのは、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がしました。何でも新品がドンドン入ってきました。

【行天】 国民皆保険制度がスタートした時は「タタ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。「このまま続けていくと将来大変なことになる」と言つ方もいらした。

行天先生は、その過程をつぶさにご覧になってこれ、日頃から、この制度を大切にしながらいけなかつたおっしゃいます。最初は不十分だったかもしれないけれども、国民皆保険制度そのものは評価されています。

【中嶋】 ありがとうございます。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。

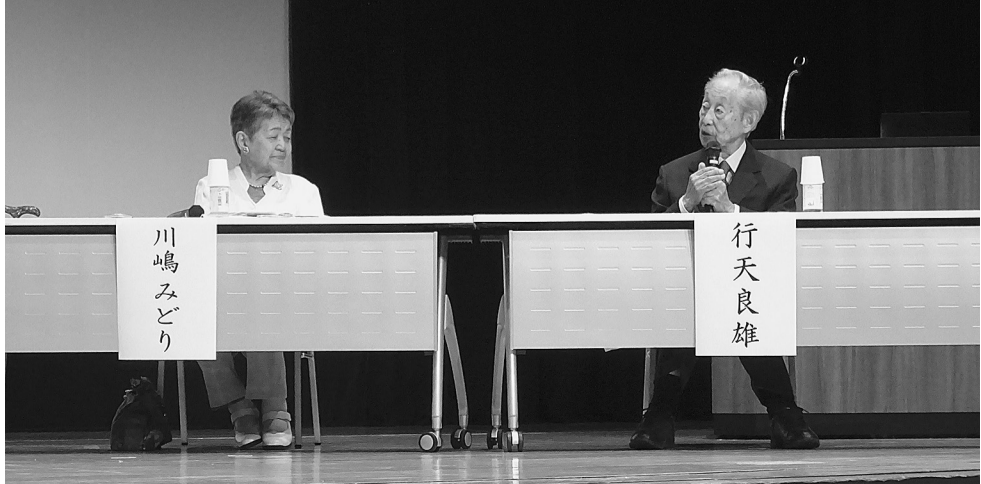
次に、行天先生にお話を伺いたいと思います。

【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ですが、成立した瞬間から、日本国民はもう医療はタタ同然と能天気な受け入れられました。

【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。嫌なことに関しても、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つて、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

【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ですが、成立した瞬間から、日本国民はもう医療はタタ同然と能天気な受け入れられました。

【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ですが、成立した瞬間から、日本国民はもう医療はタタ同然と能天気な受け入れられました。



【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ですが、成立した瞬間から、日本国民はもう医療はタタ同然と能天気な受け入れられました。

7面からつづく

~~~~~

【川嶋】 アメリカが真似をしようと思ってもできないく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、病気になる少ない負担で医療機関を受診できる。この素晴らしい制度を壊してほしくないのです、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きます。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、目ヤニが出ていたんだけど、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、もう一回見てもらん。たぶん大丈夫よ」と言ったんですけども、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。「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」と言っんです。

【〇〇医療センター】は眼科のお医者さんいなかったでしょ」と言っ

たら、「いけません。だからすく怒られませんでした。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。

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一人で不安だったんでしょね。昔見たら3世帯くらいが一緒に住んでいて、お婆さんが「大丈夫」と言えはそれで済んだと思うんですけども、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…。

国民皆保険が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】 本当にそうですか。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した。当時、その後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年問題とか2040年問題と言われているんです。当時、どうい経緯でこの番組をつくった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、人はどういふうにか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なってきたら、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。

【行天】 そのこと言っていると、介護の問題のシンポジウムで司会をしたことがありますが、前の方に座っていた女性が一生懸命にメモをとっていたものから、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、促すとお立ちになつて『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がり繰りして、薬にもすがり思いで何かいい方法、考え方を伺えると思つて来たけれども、何一つ得るものはなかった。壇上にいらつしやる方の中で自分の親を介護した方がいるんですか?私はずっと帰ります』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つたら、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。

【中嶋】 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。即死だったので、当然死に目には会えません。それまでも小児病棟の子供たちの最期をたくさん見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、ちよとよよかったよ。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るんです。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ようとなつて、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、解決に向かっていく部分もあると思つています。特に介護は、個人だけじゃなく、社会全体で支える体制ができてくつたあつて、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】 やっぱ私に意図と違つたかもしれないんですけど、結論は出ないんですけど、一方的に介護は大変だでは考えられていたんじゃないかなと思つています。

【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

年以上経つて、その間に日本の医療や介護の世界は相当変わつてきています。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。

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思つてますよ。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る、税金の無駄遣いばつかりやがって、困つたもんだという人もいます。

じゃあ、どういふう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つてくるようですよ。やっぱり長生きしてよかったと思つてますよ。長生きしたおかげで最大の財産である「人」と出合つことができました。

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。

【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、やっぱり運があるんだとおっしゃいました。

【中嶋】 川嶋先生、もう一度振り返つてみて、戦争と看護への道とのつながりという点、我々として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ので…。

【行天】 それは今思いついてみても悔めな気分になるんですが、買ひ出しと言ひまして、食べる物を農家の方たちから買って戻つて来る帰り道、神奈川県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て、グラマンとロッキードの二機が『俺がこつち側から撃つから、やつらが出て来たら、そつち側から撃て!』というふうな連携をとつていたと思つてます。ガムを噛みながら撃つてくる顔が見えるんです。

彼らはほとんど半分裸でしたが、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て、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くらいに困つている』と報じていましたけど…。

慌てて逃げると、今度はこつ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、もう一度振り返つてみて、戦争と看護への道とのつながりという点、我々として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ので…。

【行天】 それは今思いついてみても悔めな気分になるんですが、買ひ出しと言ひまして、食べる物を農家の方たちから買って戻つて来る帰り道、神奈川県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て、グラマンとロッキードの二機が『俺がこつち側から撃つから、やつらが出て来たら、そつち側から撃て!』というふうな連携をとつていたと思つてます。ガムを噛みながら撃つてくる顔が見えるんです。

彼らはほとんど半分裸でしたが、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て、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くらいに困つている』と報じていましたけど…。

慌てて逃げると、今度はこつ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、もう一度振り返つてみて、戦争と看護への道とのつながりという点、我々として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ので…。

【行天】 それは今思いついてみても悔めな気分になるんですが、買ひ出しと言ひまして、食べる物を農家の方たちから買って戻つて来る帰り道、神奈川県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て、グラマンとロッキードの二機が『俺がこつち側から撃つから、やつらが出て来たら、そつち側から撃て!』というふうな連携をとつていたと思つてます。ガムを噛みながら撃つてくる顔が見えるんです。

彼らはほとんど半分裸でしたが、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て、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くらいに困つている』と報じていましたけど…。

慌てて逃げると、今度はこつ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、もう一度振り返つてみて、戦争と看護への道とのつながりという点、我々として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ので…。

【行天】 それは今思いついてみても悔めな気分になるんですが、買ひ出しと言ひまして、食べる物を農家の方たちから買って戻つて来る帰り道、神奈川県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て、グラマンとロッキードの二機が『俺がこつち側から撃つから、やつらが出て来たら、そつち側から撃て!』というふうな連携をとつていたと思つてます。ガムを噛みながら撃つてくる顔が見えるんです。

彼らはほとんど半分裸でしたが、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て、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くらいに困つている』と報じていましたけど…。

慌てて逃げると、今度はこつ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、もう一度振り返つてみて、戦争と看護への道とのつながりという点、我々として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ので…。

【行天】 それは今思いついてみても悔めな気分になるんですが、買ひ出しと言ひまして、食べる物を農家の方たちから買って戻つて来る帰り道、神奈川県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て、グラマンとロッキードの二機が『俺がこつち側から撃つから、やつらが出て来たら、そつち側から撃て!』というふうな連携をとつていたと思つてます。ガムを噛みながら撃つてくる顔が見えるんです。

彼らはほとんど半分裸でしたが、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て、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くらいに困つている』と報じていましたけど…。

慌てて逃げると、今度はこつ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。

【中村】 長時間にわたるご聴講、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。

【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。


【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。

|                                                         |                                                                                              |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>株式会社 エヌジェーシー</p> <p>代表取締役</p> <p><b>安田 貞美</b></p>    | <p>株式会社 Medical AI LAB</p> <p>役員 <b>無相大拙</b></p> <p>役員 <b>相馬正義</b></p> <p>役員 <b>渡邊 徹</b></p> | <p>コマニー 株式会社</p> <p>代表取締役会長 執行役員 <b>塚本 幹雄</b></p> <p>代表取締役社長 執行役員 <b>塚本 健太</b></p> |
| <p>富士電機 株式会社</p> <p>代表取締役会長 CEO</p> <p><b>北澤 通宏</b></p> | <p>日本メディカルサービス(株)</p> <p>システム・ネットワークセキュリティサポート</p> <p>代表取締役</p> <p><b>木村 泰章</b></p>          | <p>テルモ 株式会社</p> <p>代表取締役会長 <b>高木 俊明</b></p> <p>代表取締役社長 CEO <b>鮫島 光</b></p>         |

全国公私病院連盟



サポーターズクラブ

|                                                                                |                                                                                                                                                                                                |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <p>シスメックス 株式会社</p> <p>代表取締役グループ CEO <b>家次 恒</b></p> <p>代表取締役社長 <b>浅野 薫</b></p> | <p>株式会社 IT ガード</p> <p>代表取締役 <b>鬼澤 禎</b></p> <p>取締役 <b>吉川剛史</b></p>                                                                                                                             | <p>淀川食品 株式会社</p> <p>代表取締役社長</p> <p><b>田村 隆</b></p>     |
| <p>(株)リブドウコーポレーション</p> <p>代表取締役社長 執行役員</p> <p><b>宇田 知仁</b></p>                 | <p>木下サーカス 株式会社</p> <p>代表取締役社長</p> <p><b>木下 唯志</b></p>                                                                                                                                          | <p>株式会社 日本シューター</p> <p>代表取締役社長</p> <p><b>田中 康之</b></p> |
| <p>株式会社 scoville</p> <p>CEO</p> <p><b>出谷 昌裕</b></p>                            | <p> 一般社団法人</p> <p><b>全国公私病院連盟</b></p> <p>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。</p> |                                                        |

# 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)と浦田十郎副会長(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』のち・くらし・尊敬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標準と言われている。地方では既に高齢化のピークを迎えたと見られる。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

場、地域へと広がっていきま。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・福祉サービスに関する専門職は、今以上に役割を担っていきま。2040年に向けて看護がめざすべきものとして、「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」が挙げられています。

## 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を経て、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

「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多様な柔軟な働き方への転換、を挙げ

## 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つている。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

「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

## 村岡修子氏

NTT東日本関東病院・品質保証室室長



変革を導く看護管理者の力

レジリエントでサステナブルな看護部をつくる(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る組織づくりを考察します。

「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にあることを痛感した。そして、医療・介護の変革、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第一歩になった。

「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。

会場のもよう



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、組織を動かす、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。

# 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(千葉大学医学部附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「パートナーシップおよび連携」において、より安全な医療への道程を助けるために、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

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、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

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。

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。

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

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。

### 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



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、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

### 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

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IH I、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

OECD The Economics of Patient Safety (2020)は「安全

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

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「病院パートナーシップ」の最大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を進める経営改革の方向性を提示する。

### 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



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、患者と家族に迅速な善後策を提供しなければならぬが、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、疾患でより多く発症すると考えられており、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

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。

「安全強化は病院パフォーマンスを高める」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IH I、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

OECD The Economics of Patient Safety (2020)は「安全

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

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「病院パートナーシップ」の最大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を進める経営改革の方向性を提示する。

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、疾患でより多く発症すると考えられており、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

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。

# 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)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。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 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】**

- ▶ 職場や自宅でも視聴できます。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。



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

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、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1兆368億円、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

■ II. 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

- ▽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
- ▽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

■ III. 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

### 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                                                                                                              | 引受保険会社                                                                                 |
| 株式会社 公私病連共済会<br>〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7<br>食品衛生センター7階<br>TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194<br>受付時間：平日の午前9時から午後5時まで | 損害保険ジャパン 株式会社<br>〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1<br>TEL 03-3349-5113<br>受付時間：平日の午前9時から午後5時まで |

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご覧ください。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。

- 期 日：令和8年 **2月25日** (水)
- 会 場：「全国都市会館」(東京都千代田区平河町2-4-2)
- 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」<br>～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～<br>講師 <b>石川ベンジャミン光一</b> 氏<br>(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<br>ビデオ講演         | 「医療DXとクラウドネイティブ」<br>講師 <b>高橋 泰</b> 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」<br>講師 <b>牧野憲一</b> 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」<br>～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～<br>講師 <b>橋場哲也</b> 氏<br>(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)

## 国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

- 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。
- 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。
- 7. 急性期病院B一般入院料の施設基準
- 8. 急性期医療に係る実績を一定程度有していること。
- 9. 急性期病院一般入院料及び急性期病院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)

## 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ことにも、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。

#### 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一般入院料にあつては7)又はその端数を増すことにより
  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一般入院料にあつては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つて、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

## 時評

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。



連盟 副会長 浦田 士郎

## 協議の場から連帯の場へ

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る。「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算じながら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、得られた地域の医療介護を支援するには限界があり、病院の持続可能性の事態を招き、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のは、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)

## いる鉛筆

「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。スイスはかつ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。CARTRIDGEのキムリアのノバルテイ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)

# 令和8年度 診療報酬改定を諮問

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



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。一行はクイ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



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。

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名が集まりました。関係各位の尽力により、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。

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、感覚としては一日戻ると感じている。習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、いわゆる勝手を知らず、いざという時に困るような状況で楽しい一時となった。

翌24日(月)、本研修のメイン行事、クイ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。残念なことには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時間には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、近隣のことや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 Hazami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(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と日本の医療は素晴らしいことである。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。



全国公私病院連盟から新刊のご案内

発行：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!!

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!!

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

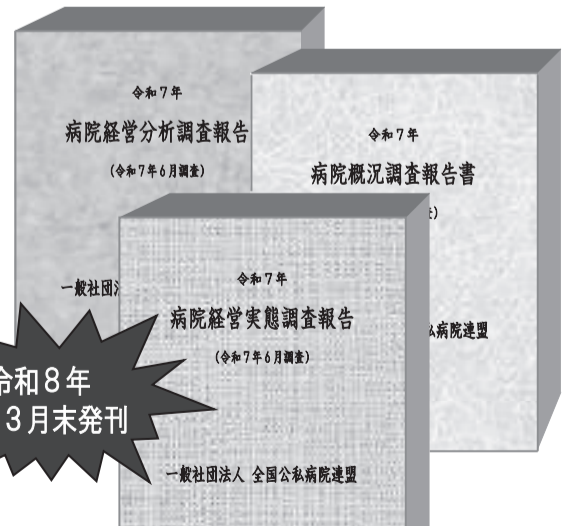
(定価 16,000 円+税 A4版 約740 ページ)

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



令和8年 3月末発行

付録：結果表 CD-ROM

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)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。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 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】

- ▶職場や自宅でも視聴できます。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。



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

### 「令和8年度診療報酬改定説明会」のご案内

日本病院会・全国公私病院連盟 共催

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 3月12日(木) 13時~16時

2. 講師 厚生労働省保険局医療課担当官(予定)

#### 【録画配信】

3月13日(金) 10時~11時(木) ※録画配信はライブ配信の録画映像です。

3. 参加費 ①会員病院 1名あたり1万1千円(税込・資料代含む)

②未加入病院 1名あたり2万2千円(税込・資料代含む) ※会員の確認については、日本病院会のホームページ

ページ「会員病院一覧」を確認してください。

8団体(①全国自治体病院協議会、②全国公立病院協議会、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                                                                                                              | 引受保険会社                                                                                 |
| 株式会社 公私病連共済会<br>〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7<br>食品衛生センター7階<br>TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194<br>受付時間：平日の午前9時から午後5時まで | 損害保険ジャパン 株式会社<br>〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1<br>TEL 03-3349-5113<br>受付時間：平日の午前9時から午後5時まで |

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



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)

|                              |                                                                                                    |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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」<br>~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~<br>講師 <b>石川ベンジャミン光一</b> 氏<br>(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<br>ビデオ講演         | 「医療DXとクラウドネイティブ」<br>講師 <b>高橋 泰</b> 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」<br>講師 <b>牧野憲一</b> 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」<br>~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~<br>講師 <b>橋場哲也</b> 氏<br>(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

## 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

### 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。

#### ■物件費の高騰を踏まえ

これまでの物件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

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

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)

#### 1. 急性期一般入院料

1(1688点→1874点)

#### 2. 急性期一般入院料

2(1644点→1779点)

#### 3. 急性期一般入院料

3(1569点→1704点)

#### 4. 急性期一般入院料

4(1462点→1597点)

#### 5. 急性期一般入院料

5(1451点→1576点)

#### 6. 急性期一般入院料

6(1404点→1529点)

#### 7. 急性期一般入院料

7(1404点→1529点)

#### 8. 急性期一般入院料

8(1404点→1529点)

#### 9. 急性期一般入院料

9(1404点→1529点)

#### 10. 急性期一般入院料

10(1404点→1529点)

#### 11. 急性期一般入院料

11(1404点→1529点)

#### 12. 急性期一般入院料

12(1404点→1529点)

#### 13. 急性期一般入院料

13(1404点→1529点)

#### 14. 急性期一般入院料

14(1404点→1529点)

#### 15. 急性期一般入院料

15(1404点→1529点)

#### 16. 急性期一般入院料

16(1404点→1529点)

#### 17. 急性期一般入院料

17(1404点→1529点)

#### 18. 急性期一般入院料

18(1404点→1529点)

#### 19. 急性期一般入院料

19(1404点→1529点)

#### 20. 急性期一般入院料

20(1404点→1529点)

#### 21. 急性期一般入院料

21(1404点→1529点)

#### 22. 急性期一般入院料

22(1404点→1529点)

#### 23. 急性期一般入院料

23(1404点→1529点)

#### 24. 急性期一般入院料

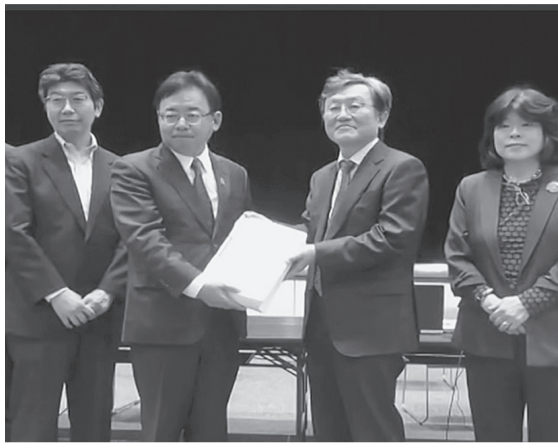
24(1404点→1529点)

#### 25. 急性期一般入院料

25(1404点→1529点)

#### 26. 急性期一般入院料

26(1404点→1529点)



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

1. 急性期一般入院料  
2. 急性期一般入院料  
3. 急性期一般入院料  
4. 急性期一般入院料  
5. 急性期一般入院料  
6. 急性期一般入院料  
7. 急性期一般入院料  
8. 急性期一般入院料  
9. 急性期一般入院料  
10. 急性期一般入院料  
11. 急性期一般入院料  
12. 急性期一般入院料  
13. 急性期一般入院料  
14. 急性期一般入院料  
15. 急性期一般入院料  
16. 急性期一般入院料  
17. 急性期一般入院料  
18. 急性期一般入院料  
19. 急性期一般入院料  
20. 急性期一般入院料  
21. 急性期一般入院料  
22. 急性期一般入院料  
23. 急性期一般入院料  
24. 急性期一般入院料  
25. 急性期一般入院料  
26. 急性期一般入院料

### 時評

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」を掲げ、トのない病院を目指すとあります。

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」を掲げ、トのない病院を目指すとあります。



連盟 理事 荒川 穰

### 経営改善による未来への第一歩

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。

まず「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す。

「経営改善による未来への第一歩」を掲げました。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

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・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

「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)

### いる鉛筆

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ポイント以上低いのが、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)

# 分析調査の概要

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    | 病床規模   |          |          |          |          |          |          |       |
|--------|------|-------|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------|
|        |      |       | 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 |
| その他の公的 |      | 12.13 | 29.48  | 21.47    | 14.50    | 12.16    | 11.21    | 9.95     | 10.38    | 10.31 |
| 私      |      | 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    | 病床規模   |          |          |          |          |          |          |       |
|-----|------|-------|--------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------|
|     |      |       | 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 |

## 調査の概要

この調査は、一般社団法人全国公私病院連盟が、法人全国公私病院連盟が例年6月を対象に実施し、運営管理改善の資料とする。また、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、一般社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。

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月下旬に発行予定。同調査の概要は、以下のとおり。

## 調査結果の概要

また、今回の調査において集計対象とした病院数は805(調査協力を依頼した病院数2952、回答率27.3%)であり、その内訳は開設者別にみると、自治体病院399(構成比49.5%)、その他の公的病院195(構成比24.2%)、私的病院180(構成比22.4%)、国立・大学付属病院等31(構成比3.9%)である。

別にもと、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  
病院総数で見ると、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2-1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  
病院総数で見ると、6月中の1病院当たり外来患者数は、1万415人(前年6月1万584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2-2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。診療科別で見ると、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。

(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。診療科別で見ると、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45万1千円、整形外科42万1千円、呼吸器内科39万3千円などである。

(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入院の平均は23万2千円となっている。診療科別で見ると、入院で比較的高額なのは、脳神経外科44万6千円、脳神経外科42万1千円、呼吸器内科39万3千円などである。

DPCの病院における外来の平均は11万7千円となっている。診療科別で見ると、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。

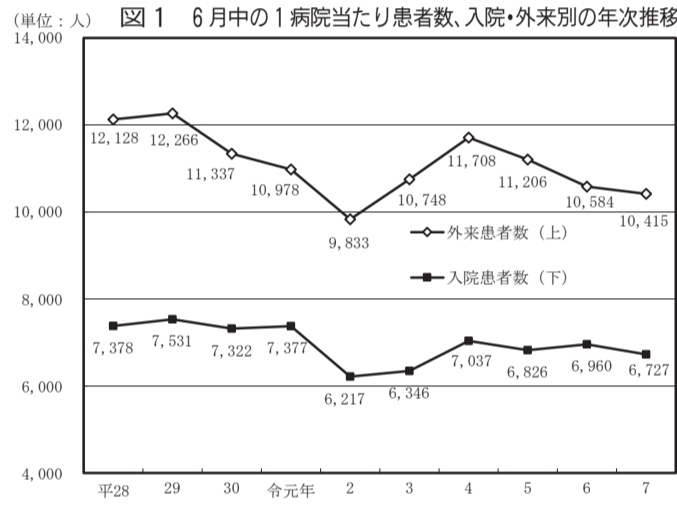
DPCの病院における1日当たり診療収入をみると、入院では心臓血管外科の19万2569円が特に高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万7935円である。外来では呼吸器内科

(1) 平均在院日数  
病院総数で見ると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12.77日(前年6月13.18日)、その他の公的病院は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、④300~399床12.46日、⑤200~299床15.86日、⑥100~199床20.88日、⑦20~99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  
病院総数で見ると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



また、今回の調査において集計対象とした病院数は805(調査協力を依頼した病院数2952、回答率27.3%)であり、その内訳は開設者別にみると、自治体病院399(構成比49.5%)、その他の公的病院195(構成比24.2%)、私的病院180(構成比22.4%)、国立・大学付属病院等31(構成比3.9%)である。

別にもと、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  
病院総数で見ると、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2-1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  
病院総数で見ると、6月中の1病院当たり外来患者数は、1万415人(前年6月1万584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2-2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。診療科別で見ると、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。

(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。診療科別で見ると、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45万1千円、整形外科42万1千円、呼吸器内科39万3千円などである。

(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入院の平均は23万2千円となっている。診療科別で見ると、入院で比較的高額なのは、脳神経外科44万6千円、脳神経外科42万1千円、呼吸器内科39万3千円などである。

DPCの病院における外来の平均は11万7千円となっている。診療科別で見ると、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。

DPCの病院における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

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】

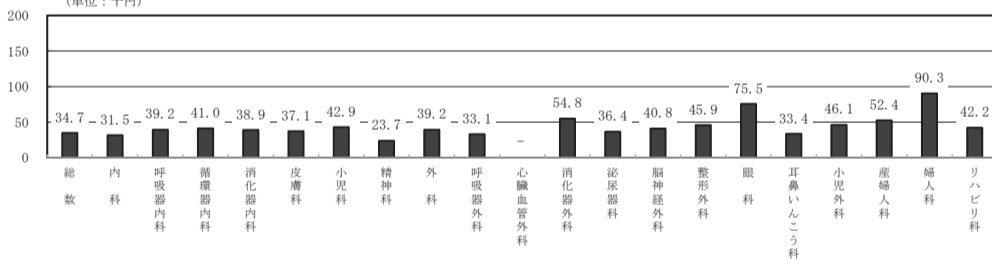


図2-2 主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

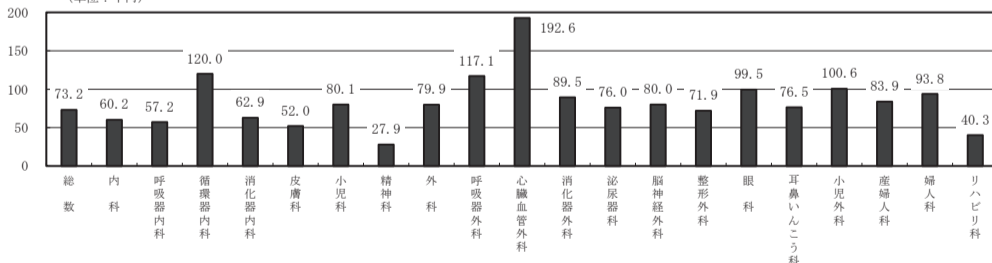


図3-1 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

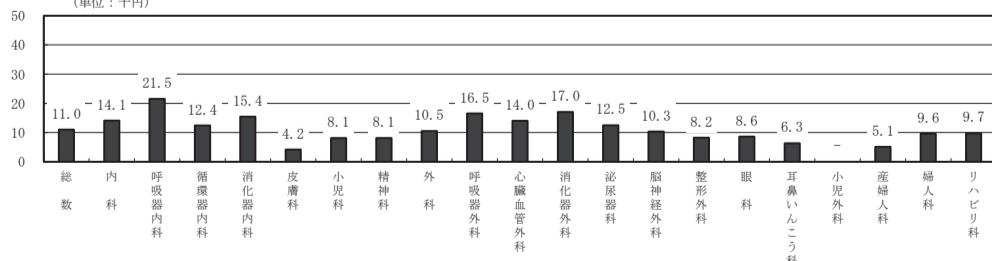


図3-2 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

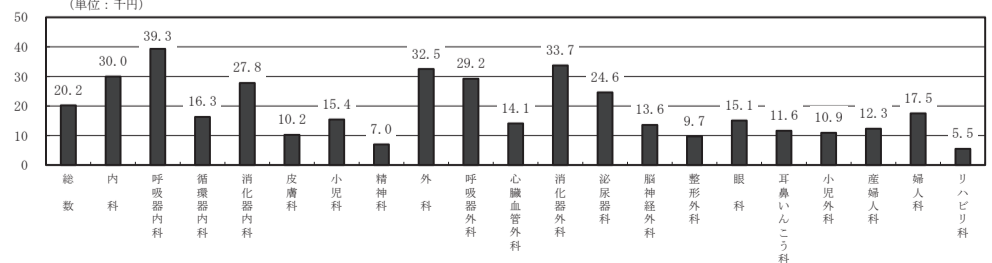
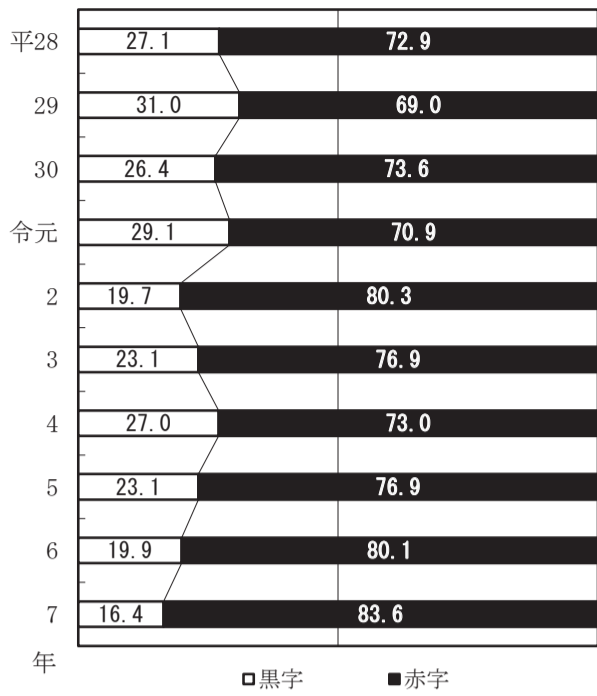


図5 6月1日分の総損益差額からみた黒字・赤字病院の数の割合(%) 年次推移



# 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)、医療費用は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、医療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。

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)、医療収益は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、医療収益のうち、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療損益差額の状況

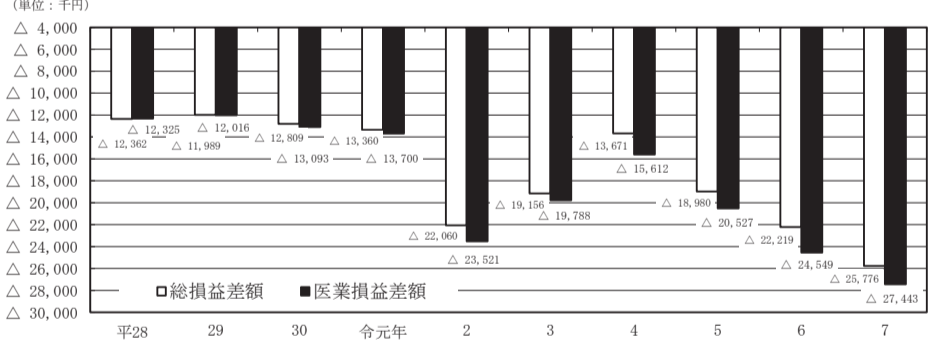
総費用は2億6024万1千円(前年6月比・伸び率5.1%増)であるのに対して、総収益は2億3446万5千円(前年6月比・伸び率4.0%増)となっており、総収益から総費用を差し引くと△2577万6千円(前年6月△2221万9千円)の赤字となっている。その結果、総費用対総収益比率は、111.0%(前年6月110.9%)となっている。

医療費用は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、医療収益は2億2933万3千円(前年6月比・伸び率4.4%増)となっており、医療収益から医療費用を差し引くと△274万4千円(89病院)のうち16.4%(89病院)が赤字となっている。

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 医療費用        | 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 医療外費用      | 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 医療収益        | 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. その他の医療収入   | 730      | 630      | 444      | 421      | 329      |
| II 医療外収益      | 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 |
| 医療収益 - 医療費用   | △ 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    |
| 医療費用/医療収益×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、医療損益差額別の年次推移



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110.9%)となっている。

医療費用は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、医療収益は2億2933万3千円(前年6月比・伸び率4.4%増)となっており、医療収益から医療費用を差し引くと△274万4千円(89病院)のうち16.4%(89病院)が赤字となっている。

(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154病院(28%)が赤字となっている。そのうち154病院のうち18.8%

の病院が赤字となっており、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。

開設者別で見ると、自治体病院246病院のうち6.5%(16病院)が赤字となっており、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基づき地方公共団体が負担すべきものとされて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%

### 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。

## 全国公私病院連盟から新刊のご案内

発行：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〕



付録：結果表 CD-ROM

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/

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます

# 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 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。



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

引受保険会社

**株式会社 公私病連共済会**

〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7

食品衛生センター7階

TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194

受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

**損害保険ジャパン 株式会社**

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

TEL 03-3349-5113

受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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



SJ25-09325 2025/11/04

## 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

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。

1面からつづく

~~~~~

イ・7日以内の期間
3000点

ロ・8日以上11日以内の期間
1200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者等を訪問し、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 1800点

ロ・救急搬送医学管理料 2600点

ハ・救急搬送医学管理料 3200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 1600点

ロ・夜間休日救急医学管理料 2400点

ハ・夜間休日救急医学管理料 350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

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

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

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

用体制加算の施設基準に
 ける「直近6か月にお
 ける入院中の患者以外
 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(1)の
 サイバーランスに参加す
 る病院又は有床診療所全
 体の上位30%以内である
 こと」(A234-2)に
 基づき、このよ
 うに確認すればよい。

【答】J-SIPHE及
 び診療所版J-SIPHE
 E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、感染対策向上加
 算における抗菌薬適正使
 用体制加算については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、使用した抗菌薬の割
 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
 については省略します)

【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Acce
 ss抗菌薬への該当性
 (Aware)分類における
 位置づけ)並びにAcce
 ss抗菌薬に分類される
 もの使用比率に係る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
 ン系、

山田市之允(頭義)は

十四才で松下村塾に入
 った。最年少で、かつ、優
 秀でもあり、松陰も喜ん
 で、元服時に扇面に詩を
 書いて贈った。立志尚特
 異 俗流與譚難 不置身
 後業 且偷目前安 百年
 一瞬耳 君子勿素餐

師松陰の刑死後は、他の
 塾生らと共に、尊皇攘夷
 の活動をし、四境戦争、
 戊辰戦争、西南戦争でも
 活躍し「用兵の天才」と
 いわれた。しかし、同塾
 の年長者の山県有朋とフ
 リが合わず、陸軍から法
 曹界に転進、法務卿や法
 務大臣を務め、特に民法
 の整備に心血を注いだ。
 法務大臣の時に皇典講究
 所の初代所長に就任。ま
 た、日本法律学校を設立
 した。後に、前者が國學
 院大學、後者が日本大學
 となり、これが両大学の
 学祖といわれる由縁であ
 る▼彼の生家は、萩の東
 のはずれ、東光寺のさら
 に東にあり、戦後日大が
 生家跡と裏山を整備し
 「頭義園」と名付けた公
 園になっている。小柄な
 山田頭義の銅像があり、
 また、各学部の卒業生の
 記念植樹も数多くある。
 僕は数回訪れたが、誰に
 も会わなかった▼日大の
 指導者達が頻りに訪れ、
 建学の精神を思い、心新
 たにしていれば、近年の
 日大の大不祥事は起きな
 かつたのではないかと思
 うと残念でならない。

令和8年度改定説明会の共催で

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。当日は、日本病院会
 の相澤孝夫会長と全国公
 私病院連盟の邊見公雄会
 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、当日の様子は3
 月12日にライブ配信で
 行なわれ、翌日から19日
 まです録画配信を行って
 いる。



相澤会長



邊見会長



島先生



矢野先生

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。

時評

2026年度は診療
 報酬改定年となった
 が、これを振り返って
 一言で表すならば『メ
 リハリが強い改定』と
 言えるのではないだろ
 うか。急性期診療部分
 については言及され
 「急性期機能の実績評
 価をより明確にした改
 定」とも考えられる。



連盟 理事 小關 剛

現場から見た課題と今後の方向性 ～病院機能を考える～

地域医療構想調整会議
 だけでなく、厚生労働
 省の改定資料において
 も、医療提供体制の持
 続可能性を確保する観
 点から、医療機関の機
 能分化と地域連携の推
 進が重要な柱として示
 されている。

急性期医療について
 も、実際どの程度そ
 の機能を担っているか
 という実績に基づく評

指標は、地域の中で急
 性期医療を担う医療機
 関の役割を明確化する
 という意味では一定の
 合理性を有している。

しかし現場の視点か
 ら見ると、急性期機能
 を維持すること自体の
 難易度は年々高まって

時に成立させることが
 大きな課題であり、地
 域の医療需要にこたえ
 ないため救急医療を担い
 ながら、手術体制を維持
 し、さらに医師の働き
 方改革にも対応してい
 く必要がある。急性期
 医療の質と量を維持す

るためには、人的資源
 の確保という極めて現
 実的な問題に常に向き
 合わなければならない。

また、物価上昇や人
 件費の高騰も病院経営
 に大きな影響を及ぼし
 ている。急性期医療は
 と症例集積の双方を同
 程度に確保することが

理、そしてdecision
 makingの工夫である。
 民間病院は特にこれま
 でケアミックスで提供
 してきたが、すべての
 医療機関が同じ機能を
 担うことは現実的では
 なく、救急医療や手術
 医療を中心とした急性

期機能を強化するの
 あるいは回復期や地域
 包括ケアとの連携を重
 視するのか、それぞれ
 の地域の医療資源や人
 口構造を踏まえた戦略
 的な判断が求められる。
 急性期医療は一つの
 医療機関だけで完結す
 るものではなく、地域
 の医療機関がそれぞれ
 の役割を担いながら支
 えていく必要がある。

今回の診療報酬改定
 は、急性期医療の機能
 と役割を改めて見直す
 契機とも言える。地域
 医療の中で自院が担う
 急性期機能を見直し、
 持続可能な医療提供体
 制を構築していくこと
 が、これからの病院経
 営に求められているの
 ではないだろうか。

(医療法人社団筑波記
 念会筑波記念病院・理
 事長)

<p>1面からつづく</p>	<p>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</p>	<p>【例えは、新型コロナウイルス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りと判断し、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。</p>	<p>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。</p>	<p>【例えは、新型コロナウイルス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りと判断し、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。</p>	<p>【例えは、新型コロナウイルス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りと判断し、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。</p>	<p>【例えは、新型コロナウイルス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りと判断し、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。</p>	<p>【例えは、新型コロナウイルス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りと判断し、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。</p>	<p>【例えは、新型コロナウイルス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りと判断し、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。</p>	<p>【例えは、新型コロナウイルス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りと判断し、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。</p>	<p>【例えは、新型コロナウイルス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りと判断し、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。</p>
<p>【問1】「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、届出時どのように算出するのか。</p>	<p>【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で行う必要があるか。」</p>	<p>【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。</p>	<p>【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「突発的に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。</p>	<p>【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。</p>	<p>【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等で公表する等、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。</p>	<p>【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。」</p>	<p>【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。</p>	<p>【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、病棟に専任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、入院前支援部門と連携し、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。</p>	<p>【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陣痛発来によつて分娩が開始していることを認め入院した日や未陣痛で帝王切開術による分娩となる日を含めてもよいか。</p>	<p>【問16】「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、適切な予防・治療のための予防治療計画に基づく褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定可能か。</p>
<p>【問17】「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携(体制)加算</p>	<p>【問18】「A253」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算並びに「A304」地域包括医療病棟入院料の「注1」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床した患者」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。</p>	<p>【問19】「A246」入院退院支援加算において、留意事項通知の(2)の夕決定支援と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ついて、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し合い」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。</p>	<p>【問20】「A246」入院退院支援加算において、留意事項通知の(2)の夕決定支援と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ついて、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し合い」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。</p>	<p>【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、適切な予防・治療のための予防治療計画に基づく褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定可能か。</p>	<p>【問22】「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携(体制)加算</p>	<p>【問23】「A246」入院退院支援加算において、留意事項通知の(2)の夕決定支援と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ついて、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し合い」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。</p>	<p>【問24】「B005-1-2」介護支援等連携指導料は、同一日に「B005-1」退院時共同指導料の注3に規定する多機能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、多機能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」入院退院支援加算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。</p>	<p>【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も該当するとされている</p>	<p>【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」については、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。</p>	<p>【問27】「A308」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</p>
<p>【問28】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「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>	<p>【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」の情報提供の体制について、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</p>	<p>【問30】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>	<p>【問31】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>	<p>【問32】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>	<p>【問33】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>	<p>【問34】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>	<p>【問35】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>	<p>【問36】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>	<p>【問37】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>	<p>【問38】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料2及び「A309」病棟入院料2及び「A4」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。</p>

全国公私病院連盟(第21回)「DPPCセミナー」開く

全国公私病院連盟は2月25日に第21回「DPPC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」を揺るがすという光と影を踏まえ、医療では

「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-II移行を契機に、記録を「日記」か

「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が示された令和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の位置づけられ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づけられるのが新設された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。

の要素抽出支援や将来のDPPC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。

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、人工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、自ら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。

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。

病院における事務職員の業務では、診療報酬制

の複雑化に加え、レセプトオンライン請求やマイ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。

診療報酬改定2026が示す今後の地域医療

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が示された令和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の位置づけられ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づけられるのが新設された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。

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。

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、人工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、自ら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。

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。

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、人工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、自ら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。

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。

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、人工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、自ら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。

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。

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、人工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、自ら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。

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。

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、人工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、自ら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。

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。

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、人工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、自ら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。

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。

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、人工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、自ら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。

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。

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、人工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、自ら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。

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。

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、人工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、自ら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

内容：病床利用率、在院日数、施設状況 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)

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いただけます。

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/>

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

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
▼高齢者救急・地域急
性期機能
・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
の市町村と介護関係者の
役割を明確化
●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
▼高齢者救急・地域急
性期機能
・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
の市町村と介護関係者の
役割を明確化
●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

新たな地域医療構想等に関する検討会

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師確保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年とこの先を見据え、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

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)

年度	地域医療構想の策定と取り組みの進め方
2026年	<p>現状・課題の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本となるデータとして人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有する <p>区域の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位としての観点等を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し ・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 ⇒人口20万人以上を目安としながら検討 ・必要病床数の算出 ⇒区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて算出 ・設定した構想区域における必要病床数を算出する <p>設定した区域の課題の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定
2028年	<p>取組の決定と推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・速くとも2028年度までに、急性期拠点機能を担う医療機関を含めた医療機関の設定など、課題に応じて、対応策を検討・決定する ・その際、病床数だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を複数作成し、協議を行う。具体的には、医療提供体制別の影響、医療へのアクセス、医療の質の確保等の観点から対案・対案比較を繰り返し、対応策について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する
2035年	<p>取組の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2040年を見据えた医療提供体制について、2035年を目途に、一定の成果を確保する

※議論のために必要なデータ等のうち、国から提供が必要があるものについては、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関するための研修を実施予定。

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 Zを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療、介護施設整備

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

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、2040年を見据えた地域医療構想への対応も待たない状況である。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・急性期医療のニーズ

を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定された医療機能の新設

- 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
- 集中的なりハビリ、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た地域ニーズに応じた診療を提供
- ▼医療及び広域診療機能(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

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、日本赤十字社の使命は、時代が変わることも不変である。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)

過日(4月7日)国会
で新年度予算が年度踏
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・1兆円とそ
れぞれ過去最大となっ
た。消費税や所得税など
の増徴と社会保障料など
の増徴が問題になって
いる。当然医療費に伴
う負担増が若い世代に
しかかってくることに
なる。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
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
考えなければならぬ▼
「負担」と「給付」は日
本の現制度下に於いて
常に論じられ、国民意
見の基で決められてい
くことを望む。一方、
今後の与野党協力を通
じて決められると思
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)

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)」を発売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のか。

【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。

【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、このうち症例とは、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一例として計算する。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「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るか、その上で(2)を満たす必要があることに留意されたい。

【答】原則として地域医療体制確保加算2を届け出ている必要がある。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(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は、地域医療体制確保加算2を届け出なくても、

「地域医療体制確保加算2」の(3)に規定する特定診療科である「要件を満たす」とする。

【問20】「A254」医療提供機能連携確保加算「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必要はない。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るか、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、看護職員のみを配置して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】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。

【問2】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つては、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つては、診断群分類点数表により算定する。

【問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つては、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つては、診断群分類点数表により算定する。

【問2】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つては、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つては、診断群分類点数表により算定する。

【問2】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のか。

第36回「診療報酬請求事務セミナー」開く

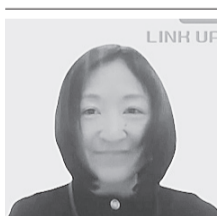
全国公私病院連盟は「第36回診療報酬請求事務セミナー」を3月27日(4月30日)にWEB開催しました。講師には、中林梓先生(AKS梓診療報酬研究所・代表取締役)と酒井麻由美先生(リンクアップラボ・代表取締役)をお迎えし、中林先生には「2026年度診療報酬改定のポイントと経営対応」をテーマに、酒井先生には「精神科関連の2026年度診療報酬改定の内容と対応策」をテーマにご講演いただきました。今号では中林先生の講演要旨を掲載します。なお、7月21日より、「第37回診療報酬請求事務セミナー」を開催します。詳細は全国公私病院連盟のホームページをご覧ください。

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度の13.09%となり、特に、賃上げについては1.7%、物価対応については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

構想の構築に向けた取り組みと考えるでしょう。一方で、「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、かかりつけ医療機能等の評価、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・薬局の体制の再編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と思います。



酒井先生



中林先生

第36回 診療報酬請求事務セミナー
WEBセミナー(オンデマンド配信)

講演1
2026年度診療報酬改定のポイントと経営対応
中林 梓 先生 (株)ASK梓診療報酬研究所 代表取締役
※この動画は2026年3月21日にZoom収録したものです

講演2
精神科関連の2026年度診療報酬改定内容と対応策
酒井 麻由美 先生 (株)リンクアップラボ 代表取締役
※この動画は2026年3月16日にZoom収録したものです

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。

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

【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。

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。

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。

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、必要に応じ柔軟に有効性・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に要望した。

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。

4. 調査活動の推進

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おり、その分は診療報酬に計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。

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年度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。

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

相互性、診療報酬改定の度におけるソフトの改変、約5年ごととされる機種の更新、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。

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)、中民協委員、自民党、衆議院厚生労働委員会など

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)

②「調査結果の公表」(令和7年6月調査の概要) (令和8年2月24日送付)

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)

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

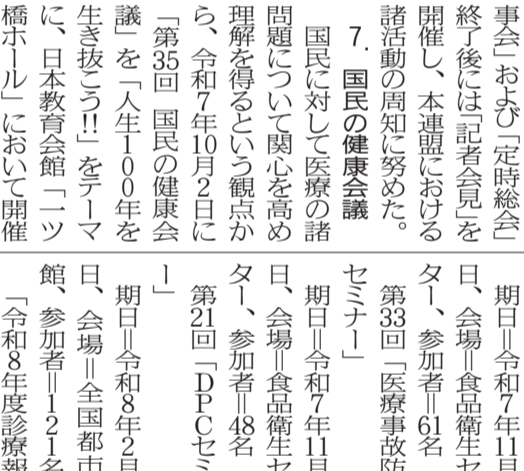
①「病院運営実態分析調査」(令和7年6月調査の概要) (令和8年2月24日送付)

②「診療報酬改定に係る要望書」(第2報) (令和7年7月16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)



第35回「国民の健康会議」のもよう



第21回「DPCセミナー」のもよう

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なった。

第36回「看護管理セミナー」(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」(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」(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」令和8年3月12日～3月19日までWEB

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

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なった。

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

第36回「診療報酬請求事務セミナー」(令和8年3月27日) 期日「令和8年3月27日」令和8年3月27日～4月30日までWEB 参加者「3615名」

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!!

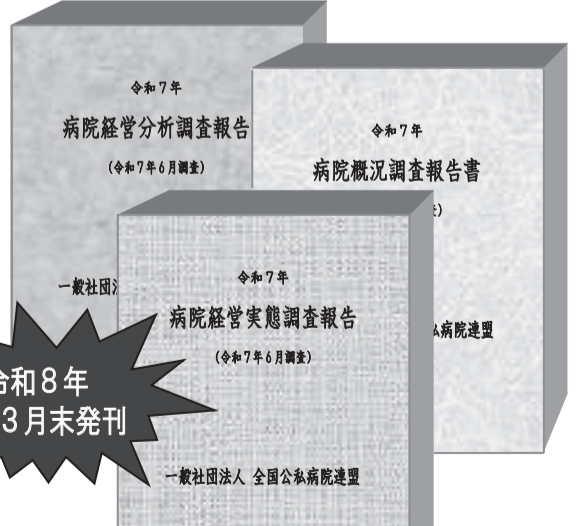
令和7年6月調査 **病院経営実態調査報告** (定価 12,000円+税 A4版 785ページ) 内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

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



付録：結果表 CD-ROM

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」

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
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

【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。

【主な協議事項】
 ①令和8年度「定時総会決議(案)」について
 ②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」とりまとめ」について報告があった。
 ③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」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。



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
 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
--	---

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

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。

- 期 日：令和8年11月16日(月)～11月21日(土)
- 募集人員：25名程度(最少催行人員10名)
- 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》
- 申込締切：令和8年7月31日(金)
- 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最新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

医療関係職種の安定的な養成・確保で検討開始

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

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・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

と各論点について、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。

【国民の意識をみると】
▽地域レベルでの医療従事者の確保について「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。

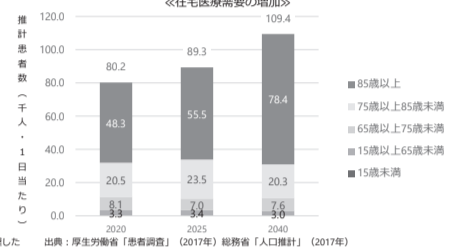
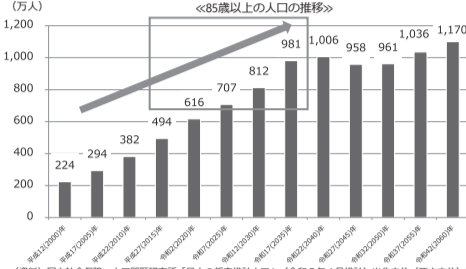
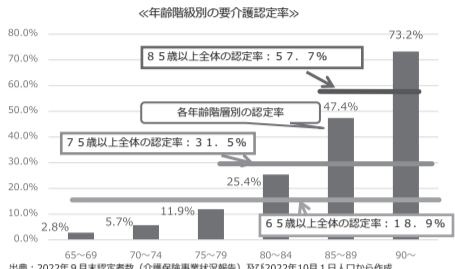
【養成体制】
▽医療関係職種の養成施設では、多くの職種で、大学・専門学校とも定員充足率が近年低下傾向。なお、例えば看護職については、専門学校である養成施設の卒業生は、大学の卒業生に比べて県内就職率が高く

【国民の意識をみると】
▽地域レベルでの医療従事者の確保について「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。

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。



資料出所：厚生労働省「労働力調査」(2017年)総務省「人口推計」(2017年) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(2023年推計)を基に推計

時評

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要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る。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

る。さらに、DX化に取り組み医療機関を支援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。

【国民の意識をみると】
▽地域レベルでの医療従事者の確保について「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。

【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・専門学校とも定員充足率が近年低下傾向。なお、例えば看護職については、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

【国民の意識をみると】
▽地域レベルでの医療従事者の確保について「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。



連盟 常務理事 野村 幸博

診療報酬改定、その先にあるもの

れそうだが、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

がある程度進んだとしても、医療が労働集約型産業から完全に脱却するのは困難だろう。

人材確保、処遇改善、医療安全や感染対策の徹底、さらに施設や設備

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

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

備の更新のためには、継続的で安定した財源が不可欠である。

ところが、診療報酬は原則として2年に1度の改定であり、日々

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

患者においては、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真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)

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。すでに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、隣国からクリミア半島、ドンバス地方の奪取を企てる暴君。シリア領であるゴラ

2面へつづく

1面からつづく

▽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定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、「子育て」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、カスマーハラ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。

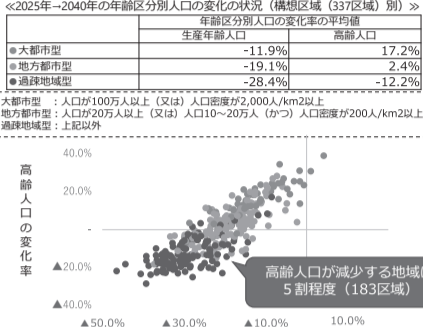
▽その上で、医療関係職種の養成・確保に向けて、例えば、以下の点についてどのように考えるか。

【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

【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て、意欲・能力等に応じた継続的にキャリア・スキルの向上が図れたり、ライフコースに応じた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

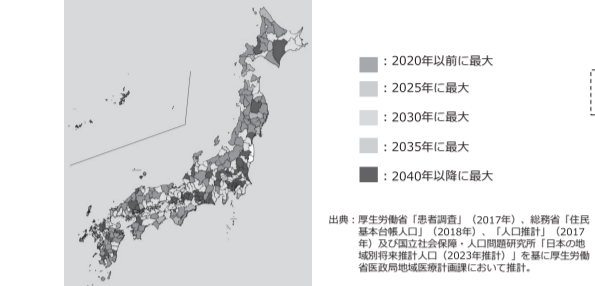


2040年頃に向けた医療の課題②

1. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要②

- 地域ごとみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。
- こうした地域差の拡大に伴い、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。

《入院患者数が最大となる年(二次医療圏別)》



II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

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売しています。「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」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は、区分計算及び実績報告書における取扱い如何。

【答】令和8年度診療報酬改定における「賃金改善」は、賃金改善率を算出する際の「賃金改善率」に「賃金改善率」を乗じた額を算出する。したがって、賃金改善率に消費税分を加算して算出する必要がある。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年度の賃金改善実績報告書に「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「ベースアップ」等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ける「賃金改善率」は、「賃金改善率」及び「賃金改善率」に「賃金改善率」を乗じた額を算出する。したがって、賃金改善率に消費税分を加算して算出する必要がある。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年度の賃金改善実績報告書に「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「ベースアップ」等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。

【問2】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ける「賃金改善率」は、「賃金改善率」及び「賃金改善率」に「賃金改善率」を乗じた額を算出する。したがって、賃金改善率に消費税分を加算して算出する必要がある。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年度の賃金改善実績報告書に「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「ベースアップ」等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。

【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「賃金改善率」の算出に「賃金改善率」を算出する際の「賃金改善率」に「賃金改善率」を乗じた額を算出する。したがって、賃金改善率に消費税分を加算して算出する必要がある。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年度の賃金改善実績報告書に「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「ベースアップ」等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。

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じて算出する場合は、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、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じて算出することができないか。

【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ついては、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該職位等を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)を届け出たが、令和8年度診療報酬改定において、継続的な賃上げの取組に係る施設基準に該当しない場合、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か。

【答】開業時点における給与体系に基づく基本給等と当該評価料を算定する月時点の基本給等を比較し、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月分の賃上げ実績を報告する必要がある。7月分の賃上げ実績を報告する必要はない。

金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」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、出向先から出向元へ支払うなど、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。

【問7】令和8年度の「賃金改善率」の算出に「賃金改善率」を算出する際の「賃金改善率」に「賃金改善率」を乗じた額を算出する。したがって、賃金改善率に消費税分を加算して算出する必要がある。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年度の賃金改善実績報告書に「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「ベースアップ」等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。

【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、出向先から出向元へ支払うなど、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。

【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)

厚生労働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)を発売しています。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心需係数の算出において、救急搬送により、救急患者心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、救急患者心需係数の算出はどのようにすればよいか。

【答】救急患者心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。

【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(救急患者心需係数の算出対象となる病棟に入院した患者に限る)のうち、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、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数で除して得た数をいう」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から除外して、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数を算出すること。

【問7】救急患者心需係数について、直近1年間に届出区分の病床数に変動があった場合、どのように算出すればよいか。

【答】前年度において、4月から届出区分に係る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。

【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、救急搬送件数が最も多き医療機関(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ている場合には、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も多き医療機関であることを確認した上で届出を行うこと。

【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、所属の二次医療圏の人口、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。

【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。

【問11】地域医療体制確保加算2の特定診療科に「呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連」、イカルケア※「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、小児外科に係る薬剤投与関連」、ウ「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」、エ「動脈血ガス分析関連」、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「精神及び神経症状態に係る薬剤投与関連」に該当する研修は、どのようなものがあるか。

【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。

【問13】地域医療体制確保加算2の施設基準において「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よいのか。

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可能です。

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) 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。

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。

【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、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「L0008」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ることについて差し支えないか。

【答】差し支えない。

【問34】外科医療確保特別加算別加算の施設基準において、「外科医療確保特別加算」は、「外科医療確保特別加算」の算定に係る届出を行った特定診療科において、当該対象手術を合算して年間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】「A2300-5」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」精神療法又は「I003」入院通院・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、同一の患者に対して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してよいのか。

【答】そのとおり。

【問5】「A244」病棟薬剤業務実施加算について、「病棟薬剤業務実施加算1」又は「病棟薬剤業務実施加算2」を分けて届け出ることは可能か。

【答】不可。「病棟薬剤業務実施加算1」の実績要件については保険医療機関全体で満たす必要があり、保険医療機関として「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」の届出について(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
【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一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により」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のか。

【答】そのとおり。

●内視鏡手術用支援機器加算
【問17】「K0609-4」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、ウエ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のか。②平均在院日数について、どのように計算すればよいのか。

【答】①よい。②「退院日-入院日+1」を患者数で除したものをとする。
【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	引受保険会社
株式会社 公私病連共済会 〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階 TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194 受付時間：平日の午前9時から午後5時まで	損害保険ジャパン 株式会社 〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1 TEL 03-3349-5113 受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

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



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