

令和8年度診療報酬改定率決まる

診療報酬3.09%の引き上げ

昨年の12月24日、政府は令和8年度予算編成の過程で「令和8年度診療報酬改定」における改定率を3.09%引き上げることを決めた。併せて薬価等を0.87%引き下げることから、全体では2.22%のプラス改定となる。今後、社保審の「医療保険部会・医療部会」がまとめた「令和8年度診療報酬改定の基本方針」と「改定率」に沿って具体的内容を検討するよう、厚労大臣が中医協に諮問する。「改定率の概要は以下のとおり。

1. 診療報酬
+3.09%
令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+2.41%(国費2348億円程度(令和8年度予算額以下同じ))、令和9年度+3.77%。(注)令和8年6月施行。 ※1 うち、賃上げ分+1.70%(令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+1.23%、令和9年度+2.18%)。

医療現場での生産性向上の取組と併せ、令和8年度及び令和9年度において、それぞれ+3.2%分のベースアップ実現を支援するための措置(看護補助者及び事務職員についてはそれぞれ5.7%)を講じ、施設類型ごとの職員の規模や構成に応じた配分となるよう措置する。
賃上げ分+1.70%のうち+0.28%については、医療機関等の賃上げ余力が不足で乏しくなっている中で、今回の改定から、令和6年度診療報酬改定においてベースアップ評価料の対象とされた職種に加えて、入院基本料等で措置することとされた職種の賃上げについても、後述する賃上げの実効性確保の取組と併せて賃上げ分として措置することとする。また、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い医療関係職種での賃上げを確実にすべく、賃上げ対応拡充時の特例的な対応として措置することとし、今後の関係調査等において実績を検証し、所要の対応を図る。
※2 うち、物価対応

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+0.76%(令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+0.55%、令和9年度+0.97%)。
特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62%(令和8年度+0.41%、令和9年度+0.82%)を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応することとし、それぞれの施設類型ごとの費用関係データに基づき、以下の配分とする。さらに、病院の中でも、その担う医療機能に応じた配分を行う。

内科診療所+0.10%
歯科診療所+0.02%
保険薬局 +0.01%
(中略)
※3 うち、食費・光熱水費分+0.09%
入院時の食費基準額の引上げ(40円/食(患者負担については、原則40円/食、低所得者については所得区分等に応じて20円/30円/食)及び光熱水費基準額の引上げ(60円/日(患者負担に

ついては、原則60円/日、指定難病患者等については据え置き)の措置を講じることとする。
※4 うち、令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分+0.44%
配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。
病院 +0.40%
内科診療所+0.02%
歯科診療所+0.01%
保険薬局 +0.01%
※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏

まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化+0.15%
※6 うち、※1～5を除く改定分+0.25%
各科改定率
内科+0.28%
歯科+0.31%
調剤+0.08%
2. 薬価等
薬価+0.86%(国費1052億円程度)
材料価格+0.01%(国費11億円程度)
合計+0.87%(国費1063億円程度)
(注) 令和8年4月施行。ただし、材料価格は令和8年6月施行。

3. 診療報酬制度関連事項(略)
4. 薬価制度関連事項(略)

謹賀新年
株式会社
公私病連共済会
代表取締役 邊見 公雄

謹賀新年
一般社団法人
全国公私病院連盟
会長 邊見 公雄

年頭所感



一般社団法人 全国公私病院連盟
会長 邊見 公雄

2026年、令和8年、丙午(ひのえうま)、新年おめでとう。サイバーと熊とごさいます。
丙午は、ご存じの様に天災を始めとして多くの難事が起こると言われ、つい最近まで、この年に生まれた女の子はお嫁にも行かない時代でありました。
昨年、地震・山火事・水害・竜巻・干ばつなどの天災、熊などの害獣も市中に出没し、1年の世相を表す漢字は「熊」になりました。
人災としては、アサヒビールとアスクルがランサムウェアのサイ

バー攻撃を受け、いまだに全面復旧していません。サイバーと熊とは、新旧際立つ災難です。
さて、我々医療界、特に病院界は、調査によれば約6割の病院が赤字と、もう事業体としての体をなさない状況です。
低医療費政策には、必死に過重労働や持ち出しで、さらには療養系の少しの利益でどうにかやってきていましが、賃金・食材・機材・物品のすべてがい

ンフレで高騰、期限切れの機器を使ったり、廊下や壁のひび割れの改修も後回しになっています。
診療報酬の大幅アップ、就中(なかんずく)入院基本料の2桁アップ。
小生が外科医の第一歩を踏み出した奈良県の大和高田市立病院は、当時中選挙区で地方自治の神様と称えられていた奥野誠亮先生の地盤でした。
奥野先生の後援会のテニス杯に出場し、当時の副院長(外科部長)

野誠亮先生の薫陶を受けたと安倍首相が実行委員長を務めたホテルニューオータニでの懇話会での挨拶の中で、ついでに、高市総務大臣が「医療機関における電波利用推進委員会を設置され、日本病院会から大道大先生、

としてずっとその後を追って来た」とも。高市先生とグッと親密になったのは、ご家族が緊急入院して以来、閉会まで2時間余り、ずっと参加されていた。その時の高市先生の姿勢から、今回の流行語大賞(働いて...)の礎が垣間見えました。ご両親の介護やご主人の介護、総務大臣としての地域医療の大切さなど、医療・介護の重要性を知り尽くした高市首相には、あの時のように、現在の病院の困窮打開の逆転策を講じてくださるよう、心から期待しております。
最後に、本連盟と会員病院の皆様、1年でありませう。

いる鉛筆

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

病院経営危機を乗り越える

公益社団法人

全国自治体病院協議会

会長 望月 泉



新年明けましておめでとございます。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、食材料費、償還されない医療材料費の高騰等今までのデフレ時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、普通交付税の病床割単価を引き上げる等大幅な見直しを行うこと」を要望してきました。

2025年度補正予算では、医療・介護に1兆3000億円が計上され、主な内訳は賃上げ・物価上昇に対する支援5341億円、病床数の適正化に対する支援が3490億円です。今まで足りなかつた分の一部に補助金はつきましたが、本年6月予定されている診療報酬改定では2年間分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います。

また、最近の物価高騰で医療機関が支払う消費税は顕著に増加しています。物価高騰による消費税負担が大きく増加し、医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きました。

また地方ではあらゆる職種において人の雇用が難しく、とくにライセンスのある職種の雇用が困難を極めています。現状の診療報酬体系は医師をはじめ多職種の人を増やせば高得点になる仕組みですが、このやり方は少

子化が続くわが国ではとくに地方では限界となつてきているのではないのでしょうか。

全体を巻き込みながら考えなければいけません。全国の医療関係者が直接、国民・患者さんに医療機関の危機的状況を訴えていくことが必要です。

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

医療は平時の安全保障ですので、崩壊しないようにしっかりとした財政支援が必要だと思います。(八幡平市病院事業管理者 兼 八幡平市立病院統括院長)

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ています。特に診療

報酬が公定価格であるためコスト増加分を価格に転嫁できないことが要因であることから、コストを抑制し、収入増を図り健全経営に実行するためには踏み込んだ「規制緩和」を提案したいと思っています。

コスト抑制対策は、次期改定で議論されていますが、より踏み込んだ人員配置基準の規制緩和です。診療報酬には、常勤配置や専従・専任など従事者要件は数限りなくあります。安心・安全で質の高い医療を提供するためと理解できますが、配置コストに併せ採用コストまでもが膨れ上がっているのが現状です。一方で医療の質を落とすこと

は出来ませんので、人員配置要件を緩和したうえで、より一層アウトカムを評価することを提案します。

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

一つ目は、救急外來応需体制です。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す。点数項目が新設され増収してもコスト総額と差額が生じる場合に差額

分を自費徴収できるよう求めます。

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

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

「新たな地域医療構想」の始動と

2040年を見据えた変革の年

全国済生会病院長会

会長 三角 隆彦



謹んで新春のお慶びを申し上げます。会員病院の皆様におかれましては、清々しい新春をお迎えのことと心よりお慶び申し上げます。また、平素より全国公私病院連盟

の活動に多大なるご尽力を賜り、深く敬意を表します。

さて、我が国の医療提供体制は、いよいよ2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の実践フェーズへと突入いたしました。これまでの構想が病床機能の分化・連携に主眼を置いていたとすれば、これから私たちが直面するのは、急速な人口減少と高齢者人口のピ

ークアウト、そして生産年齢人口の激減という、より複合的で困難な課題です。

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

続可能な形で次世代へ繋ぐことこそが、我々の存在意義であり、責務でもあります。

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

もちろん、我々もただ診療報酬改定を待つだけではありません。医療DX推進による業務効率化や、強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。

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ございます。本年も宜しくお願い申し上げます。

さて、我が国では団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年を見据えて地域医療構想を進め

てきました。地域ごとに必要病床数を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分で推計し、医療機関からの病床機能報告に基づいて調整会議で協議してきました。ただ、多くの地域で病床数の調整にとどまり、これからの医療体制を考える議論には至りませんでした。

今後、さらに少子高齢化が進み、医療従事者も

減少すると予測され、2040年に向けての新たな地域医療構想の策定が進められています。新しい構想の基本理念は、人口減少と85歳以上の超高齢者の増加を踏まえ、すべての世代が地域の中で適切な医療や介護を受け、日常生活に戻ることができる体制を整えることとしています。入院医療だけでなく、外來・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、回復期、慢性期の急性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。これは医療機関機能としての高齢者救急・地域急性期の説明とほぼ同じであり、この病院の主たる病床は包括期と

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、それぞれ機能の病院数や具体的な役割を指定しています。

病床機能では、これまでの回復期を包括期と変更し、高齢者等の急性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。これは医療機関機能としての高齢者救急・地域急性期の説明とほぼ同じであり、この病院の主たる病床は包括期と

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

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

(福岡赤十字病院・院長)

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

結びに、皆様のご健勝とご発展を心より祈念申し上げます。

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)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、たものを掲載します。(文責事務局)

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、たものを掲載します。(文責事務局)

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。よろしくお願いします。

【大江】ご紹介いただきました。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

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をする。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。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ります。関節軟骨と椎間板に変形性の変化が起り、筋肉にはサルコペニアが起ります。背骨が悪くなつて神経障害が出るものは脊髄管狭窄症と言います。

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

ロコモは有病率が高く、骨粗鬆症、変形性膝関節症、変形性股関節症、変形性腰椎症、神経障害を来たす脊髄管狭窄症、サルコペニア、こういう病気に加え、高血圧や糖尿病を抱えている人が多く、二つ以上の運動器の病気を持つ人も多いため、骨と膝と腰の3つの病

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(女性中心に)	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	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

気を持つ女性は70歳ぐらいで3割、80歳になると4割に。それが重なる一つの病気の対策をしてもらうといけない。高齢になるに従って歩く能力、移動の機能を考えなきゃいけないんです。

骨粗鬆症になると、骨の強度が低下した状態にあります。物質には強度試験があつて、押してみても折れたところが強度です。一般的に、立った高さがより低い高さからの転倒、尻餅とかで起る骨折のことです。

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

脊柱管狭窄症は、背骨の中に神経が通つていて、その神経が通つていくところが脊柱管、そこが狭くなつて神経障害を起すものです。こういう病気が重なって、立ち歩いたりする力が衰えるからロコモと...

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

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

「ロコモ25」は、例えば「腰掛けから立ち上がるのはどの程度困難ですか」といふような25の運動器に関する生活上の

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歳以上の人はまず1分、70、80歳になると片足で立ち続けられなくなりますが、1分を目指しましょう。

それからスクワット。筋力トレーニングの王道です。正しくスクワットをするだけで違います。これを5回ぐらい、1日3セット、3週間ぐらいやると歩き方が変わる。栄養はロコモにとって非常に大切です。筋肉はタンパク質でできているから入れ替わる。その素材を入れなきゃいけないし、日本人はカルシウムが不足気味なので、積極的に牛乳を飲んで、場合

薬、手術もロコモの対策の一つです。

第35回「国民の

4面からつづく

~~~~~  
~~~~~  
~~~~~

によつてはサプリメント  
を利用しましょう。

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

では、何を食べればい  
いか。東京都健康長寿医  
療センターと協力して、  
食品摂取の多様性を提唱  
しています。たくさん  
種類の食品を食べると運  
動器の障害になりにく  
い、運動機能が落ちにく  
いことが証明されていま  
す。「魚・油・肉・牛乳・  
野菜・海藻」、「芋・卵・  
大豆・果物」、この10種類  
の食品をたくさんとるほ

ど運動器の機能低下が起  
こらないんです。頭文字  
をとって「さあにぎやか  
に、いたたく」には助  
詞」と覚えてください。

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

勤労者であるうちから  
ロコモ対策をしておくこ  
とが大切ですので、企業  
で健診をやつて、勤労者  
がロコモにならないよう  
にと提案して、いまして

日本整形外科学会は今  
年1年かけて、勤労者のロ  
コモ問題について力を入  
れているところです。

【渡邊】 ありがとうございます。  
運動は何歳  
ぐらいからやっておかな  
いとマズイですね。

【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

いた斜面が滑れなくなり  
ました。筋力が足りなく  
て同じ姿勢が続けてとれ  
ないんです。筋力が衰え  
る40歳後半くらいからは  
気をつけて対策をした方  
がいいと思います。

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

【大江】 例えば、女性  
だと1日平均して6千  
歩、男性なら8千歩、そ  
れプラス、少しハアハア  
する程度の運動を1週間  
に50分とかですかね。



渡邊氏

【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。



一般社団法人大阪府歯科医師会・会長

## 深田拓司氏

「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」

ちは長年、歯磨きの重要  
性を提唱してきました。

皆さんに手を挙げてい  
ただきたいのですが「1  
日3回は歯磨きして」

という方、結構います  
ね。すばらしい。「1日1  
回、寝る前」という方  
、はいはい。では、「あ  
まり歯磨きをし過ぎると  
歯がすり減るから、せえ  
へん」という方、おられ  
ないですね、よかった。

【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  
周病をチェックする」と  
いうイメージがあると思  
うのですが、私た

【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  
周病をチェックする」と  
いうイメージがあると思  
うのですが、私た

【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。

【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。

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

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

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

【動画「嚥下とは」  
ご覧いただいたの  
が、摂食、嚥下の仕組み  
です。飲み込むという行  
為を意識していただけた  
と思います。

て、健康長寿につなげて  
いきたい。現在、大阪の  
3大学で分析を進めてい  
ます。

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

【動画ミルクボーイの  
「生きる力を支える歯科」  
口腔機能低下症のさわ  
りを見ていただきました  
が、本日、覚えて帰って  
いただきたいことは、口  
腔健康管理という概念で  
す。口腔機能が低下する  
のを予防する体操あり  
ます。大阪府歯科医師会  
のホームページに載せて  
ありますので見ていただ  
きたいと思っています。

関西万博でも、「口の  
健康から安心した未来社  
会に向けて生きる力を支  
える歯科」という展示を  
させていただきます。

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

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

【渡邊】 ありがとうございます。  
歯磨きを方  
シガシヤとエナメル質  
を削っちゃうからよくな  
いと聞くんですけどど  
も、どのぐらいの力で磨  
いたらいいんですか。

【深田】 学校でも指導  
させていたっているの  
ですが、歯ブラシをシェ  
イクハンドグリップと言

つてグーで握りますと動  
く支点が肘になり、スト  
ロークが大きくなる。そ  
れプラス余計な力が入る  
のでエナメル質に傷をつ  
ける。それが日々続きま  
すといけませんね。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

けてくださいますと願  
っています。そうすると  
後々合併症が少ないん  
です。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



んですけれども、皆さ  
んの認識がまだまだな  
ので、先ほどのような動画  
も含めて広報していきた  
いと思っています。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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















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

全国公私病院連盟



サポーターズクラブ

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



## 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・東京都市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



いきます。

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・尊厳をまもり支える看護』を公表しました。2040年は、生産年齢人口の急激な減少と85歳以上の高齢者の増加から、日本の社会保障改革の次なる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ころもあるなか、都市部では今後急速に高齢化が進み、日本社会、地域社会の姿は大きく変化して

場、地域へと広がっています。2040年までに想定される社会や医療の変容を踏まえ、保健・医療・福祉サービスに関する専門職は、今まで以上に役割発揮していくことが求められます。とりわけ、人々の最も身近にいる看護職は、その人らしい生き方を支援するという看護の不変の理念に基づき、かつ変化

### 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

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



#### 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

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

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っている。また、地域医療構想の議論、DX推進等、様々な情報が飛び交う中、看護管理者として、自身のマネジメン

#### 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  
つなぐ・かえる・ささえる

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

に、「病院の中だけでは完結しない看護」に直面することとなり、地域の健康、暮らし、教育...それら全てが看護の延長線上にあることを痛感した。そして、医療・介護・教育の垣根を越え、看護管理者が「地域の未来をデザインする存在」として活躍する時代が到来したことを実感する機会となった。本講演では、看護の視点から「地域経営」「人材育成」「街づくり」へ展開する洛和会の取り組みを紹介する。現場からの変革とし、「可視化」から「看護経

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。

と意見を交わしながら「一緒に取り組む」姿勢を持つこと、そして小さな挑戦や実践の一助となれば幸いです。



会場のもよう



# 全国公私病院連盟(第33回)

## 「医療事故防止セミナー」開く

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

### 患者・市民参画で医療者と 創る医療安全と対話推進

患者遺族と医療対話推進者の実践から

#### 豊田 郁子氏

患者・家族と医療をつなぐ  
NPO法人架け橋・理事長



要性を示している。

2003年に医療事故で当時5歳の息子を亡くした私は、医療安全に関する社会的な取り組みに参画して22年になる。息子の事故において病院は当初、「最善を尽くした」として、内部職員による新聞社への告発により問題のある診療体制が明らかに2005年に病院との和解が成立している。この間、多くの人と出会ったなかで、悲しみと怒りのエネルギーに縛られたままではだめだと考えるようになり、医療改善を願う勉強会で出会った新葛飾病院の病院長(当時)から、患者の視点でセーフティマ

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)では、2005年に「患者支援室」を開室し、2006年より医療者間の対話を促進するための勉強会を始めた。この取り組みは、研究会の発足につながり、2012年にはNPO法人創設に至った。

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

他方、厚生労働省では2007年4月より、後の「医療事故調査制度」につながる検討会が開始され、この時より私は構成員として参画しているが、我が国で医療安全への患者参画が始まったのは、この頃からである。また、本年6月〜10月に厚生労働省で開催された「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」では、見直しの議論として「医療事故調査制度」や「医療機関での安全管理体制」等が示され、報告書が近く取りまとめられる。本セミナーでは、医療安全への患者参画の実際や同検討会での議論と方向性も報告し、今後も患者・市民参画によるパートナーシップや患者・医療者支援の充実が図れるよう、ともに取り組んでいきたいと願っている。

◇ ◇

### 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」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を目指す、「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、確実な機能していること、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を目指す、「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、確実な機能していること、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。

### 医療安全の世界的潮流

安全強化は病院パフォーマンスを高める

#### 小松 康宏氏

群馬大学・名誉教授  
板橋中央総合病院・副院長



日本は人類史上かつてない長寿を実現し、その背景には高度な医療技術と、国民皆保険制度がある。しかし、医療という複雑適応系では、悪意のない軽微なエラーが重大

事故に発展するという構造的リスクを常に抱えている。今日、医療安全の取り組みは単なる「事故防止」の枠を超え、組織全体の成果と信頼を高める経営戦略へと進化している。

英国NHS、米国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

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

医療安全の基盤は、システム思考に基づく体制整備と、それを支える組織文化にある。エドガー・シャインの文化理論が示すように、表層的な手

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

### 職員のメンタルヘルス対策

#### 相馬 孝博氏

千葉大学医学部附属病院  
医療安全管理部長・特任教授



特定機能病院においては副病院長として医療安全管理責任者の配置が義務づけられているが、今後は一般病院においても同様の体制が求められる。病院の幹部職として関わることになる

職員のメンタルヘルスには、医療に特化した課題と一般組織と共通する課題があり、大きく4つに分けられる。

1. SV(Second Victim: 第二の被害者): 米国のWuにより命名された、医療事故の加害者となった医療者である。重大インシデントが発生した場合、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、医療職でより多く発症するとされており、強い責任感と長時間労働などが原因で発生する。労働者自身が心の健康について理解し対処する「セルフケア」・日常的に接する管理監督者が職場環境等の改善や相談対応を行う「ライン」によるケア・事業場内の産業医などのスタッフが事業場の心の健康づくり対策を推進する「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」・外部専門家の支援を受ける「事業場外資源によるケア」の4つのケアがあり、職場のストレスチェック制度の活用を含め、安全衛生委員会が有効に機能していなければならない。

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



令和7年度、厚労省の補正予算は2兆3千億円に

政府は昨年11月28日、令和7年度補正予算案を閣議で了承した。一般会計の歳出総額は18兆3034億円、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15341億円
- ▽施設整備の促進に対する支援462億円
- ▽病床数の適正化に対する支援3490億円
- ▽出生数・患者数の減少等を踏まえた産科・小児科への支援72億円
- ▽介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善に対する支援1920億円
- II. 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着に向けた支援等360億円
- III. 医療・介護の確保、DXの推進、「攻めの予防医療」の推進等227億円
- ▽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31億円

- ▽特定行為研修修了者の養成・ナースセンターの活用等による看護師確保の推進43億円
- ▽周産期医療の連携体制、希望に応じて安全な無痛分娩が選択できる体制の構築6億円
- ▽全国医療情報プラットフォームにおける、電子カルテ情報共有サービス、電子処方箋、公費負担医療制度等のオンライン資格確認、予防接種のデジタル化等の推進290億円
- ▽診療報酬改定DXの取組の推進42億円
- IV. 創薬力強化に向けたイノベーションの推進、医薬品等の安定供給確保や品質・安全性の確保等1527億円
- V. 次なる感染症危機等に備えた体制強化、国際保健への戦略的取組等627億円
- 他

## 第36回 診療報酬請求事務セミナー

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

講演 1 180分



2026年度診療報酬改定のポイントと経営対応

(株)ASK 診療報酬研究所 代表取締役

中林 梓 先生

講演 2 120分



精神科関連の2026年度診療報酬改定内容と対応策

(株)リンクアップラボ 代表取締役

酒井 麻由美 先生

### 【視聴時の注意事項】

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

### 申込方法

全国公私病院連盟のHP内申込フォームよりお申込みください。



全国公私病院連盟

Q 検索

5営業日以内にメールにて参加費用や振込先等をご連絡いたします。

### 参加費用

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

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

上記団体以外の病院(非会員病院) 1施設につき 13,200円(税込)

### 申込振込期限

視聴期間終了日まで申込・振込可能

問合せ先



一般社団法人

全国公私病院連盟

東京都台東区寿4-15-7食品衛生センター7階 TEL: (03)6284-7180 mail: seminar@byo-ren.com

## 全国公私病院連盟

## 第36回「診療報酬請求事務セミナー」

## 開催のお知らせ

全国公私病院連盟は第36回「診療報酬請求事務セミナー」(WEBセミナー)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)
- 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 石川ベンジャミン光一 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 高橋 泰 氏<br>(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 牧野憲一 氏<br>(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 橋場哲也 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。

## 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。

く お 問 合 せ 先 く

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

- ★ 保険の詳細な内容は、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



国民医療の  
確保のために  
病院診療報酬の  
引き上げを

いる鉛筆

「失われた30年」とい  
経済成長の停滞から円  
となり、スイスのよう

その端数を増すように1

「有事のスイスフラン」  
 になっており、世界で二番高い「マック」はスイスにあるとまで言われている。スイスの一人当たりの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

法のキムリアのノバルティスファーマーをはじめ世界的大企業がスイスには多い。つまり現在のス


 A circular black and white portrait of Professor Y. Kikuchi, an older man with white hair and glasses, wearing a suit and tie.

先頭に立つことが期待

に「地域における  
の場」を「百年の  
としての地域連帯  
」に改変させるべ  
ある。

△愛知厚生連安城  
病院・名誉院長）

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。同時に、外国人材・投資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







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名が集めた。関係各位のご尽力により、新型コロナウイルスの蔓延（コロナ禍）後初の全国公私病院連盟企画の海外（ハワイ）医療視察研修が再開したのである。

メンバーはJA福島厚生連から白河厚生総合病院・鈴木看護部長、埼玉厚生総合病院・吉田看護部長、ケアマネジャー、白河厚生総合病院臨床工学科・斎藤技士長（小生）の4名。社会福祉法人恩賜財団済生会大阪府済生会中

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

翌日の活動を考えては、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

のシエラトンプリンスカイウラニに我々より先に届いたスーツケースと共にチェックインとなった。

その夜は、メンバーの紹介と親睦を兼ねウェルカムディナー。添乗員以外全員が看護師の有資格者であり、共通・共感する話題も多く、終始和やかな雰囲気の中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、今視察研修は、今後の試金石となるかもしれない。

事前説明と小職による挨拶後に視察研修がスタートした。

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

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

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

1. ハワイ（米国）の医療は、医師と患者の間に保険会社が介在するシステムで保険会社は公

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

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

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

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

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

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

その後、近隣のこと

で講義会場へ徒歩で移動。暑さの中の徒歩は、思ったより距離があり、街並みを見ながらでも若干きつと感じた。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日本の医療は素晴らしいとのことである。尚、プレゼンテーションショーデータを後日、添乗員を介し提供していただくこととなった。

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

視察と講義をとおし、様々な違いや課題があるものの医療従事者という枠組みでは、患者の個性を認め、質の良いケアを持つことにつながり、今後の人生への財産になると確信した。

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

3日目と4日目は終日フリータイム。各自、異国の自然や文化を体験した。

（JA福島厚生連白河厚生総合病院・臨床工学科 技師長）

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

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

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

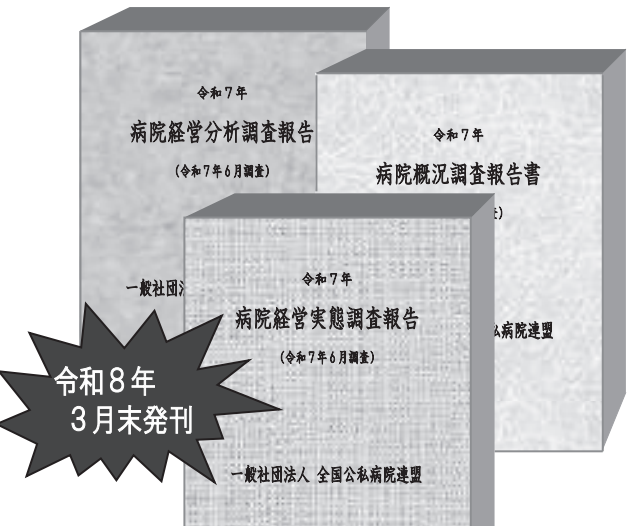
令和7年6月調査  
**病院概況調査報告書**  
内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

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

（定価 12,000 円＋税  
A4 版 約 780 ページ）

（定価 16,000 円＋税  
A4 版 約 740 ページ）

（定価 18,000 円＋税  
A4 版 約 630 ページ）



令和8年  
3月末発刊

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】

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

## 申込方法

全国公私病院連盟のHP内申込フォームよりお申込みください。



全国公私病院連盟



5営業日以内にメールにて参加費用や振込先等をご連絡いたします。

## 参加費用

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

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

上記団体以外の病院(非会員病院) 1施設につき 13,200円(税込)

## 申込振込期限

視聴期間終了日まで申込・振込可能

問合せ先



一般社団法人

全国公私病院連盟

東京都台東区寿4-15-7食品衛生センター7階 TEL:(03)6284-7180 mail:seminar@byo-ren.com

日本病院会・全国公私病院連盟 共催

## 「令和8年度診療報酬改定説明会」のご案内

全国公私病院連盟は日

本病院会と共催で「令和8年度診療報酬改定説明会」を開催します。どうぞ参加ください。

以下に開催の概要を掲載しますが詳細はホームページをご覧ください。

## 1. 日時

## 【ライブ配信】

3月12日(木) 13時~16時

## 【録画配信】

3月13日(金) 10時~11時

3月19日(木)

※録画配信はライブ配信の録画映像です。

## 2. 講師

厚生労働省保険局医療課担当官(予定)

## 3. 参加費

①会員病院

1名当たり11万1千円(税込・資料代含む)

②未加入病院

1名当たり12万2千円(税込・資料代含む)

※会員の確認について

■日本病院会の会員かは、日本病院会のホーム

ページ「会員病院一覧」で確認してください。

## ■全国公私病院連盟は、

8団体(①全国自治体病院協議会、②全国公立病院協議会、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

司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

## 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 石川ベンジャミン光一 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 高橋 泰 氏<br>(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 牧野憲一 氏<br>(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 橋場哲也 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。



公私病連ニエ大

国民医療の  
確保のために  
病院診療報酬の  
引き上げを

請求手続きの負担軽減を図ること<sup>など</sup>

(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

など

（1）76点→1290点  
ロ・地域一般入院料2  
（1）70点→1282点  
ハ・地域一般入院料3  
（1003点→1097点）  
■急性期病院一般入院基本料等の新設  
救急搬送件数や全身麻酔手術件数、人口の少ない地域における地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、当該病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神科棟入院基本料を新設する。

（1）10対1入院基本料  
（2）13対1入院基本料  
（3）15対1入院基本料  
ロ・急性期病院B精神科棟入院料  
（1）10対1入院基本料  
（2）13対1入院基本料  
（3）15対1入院基本料  
■多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設  
急性期一般入院料4及び急性期病院B一般入院料のうち、急性期一般

院料1と同等の重症度、医療・看護必要度を満たす病棟において、当該病棟における看護配置基準を超えて看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる「看護・多職種協働加算」を新設する。  
【新】看護・多職種協働加算（1日につき）  
1. 看護・多職種協働加算1→277点  
2. 看護・多職種協働加算2→255点  
■急性期総合体制加算の新設  
1. 総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、様々な診療科を

有する総合性と、手術件数が多い等の集積性を持つ拠点的な病院の評価を新設する。  
2. 人口の少ない地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する。  
【急性期総合体制加算（1日につき）】  
1. 急性期総合体制加算1  
イ・7日以内の期間→530点  
ロ・8日以上11日以内の期間→290点  
ハ・12日以上14日以内の期間→210点  
2. 急性期総合体制加算2  
イ・7日以内の期間→470点

3. 急性期総合体制加算3  
イ・7日以内の期間→440点  
ロ・8日以上11日以内の期間→200点  
ハ・12日以上14日以内の期間→120点  
4. 急性期総合体制加算4  
イ・7日以内の期間→360点  
ロ・8日以上11日以内の期間→150点  
ハ・12日以上14日以内の期間→90点  
5. 急性期総合体制加算5  
~~~~~  
4面へつづく

連盟理事 荒川 穰二

への第一歩」は、オホー

（北見赤十字病院・院長、北海道立北見病院・指定管理者）

短期決戦となつた衆議

野党の壊滅的敗北である。初的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因も存在する▼注目すべきは18・19歳の投票率がある。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」といわれた状況を思えば隔々の感がある。若年層が実際に選挙に参加し、その選択が一定の影響を及ぼしている。地縁・血縁縛られない彼らの投票動を支えるのはネット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型選挙運動では届かない。いかに堅実な政治のあり方」が問われる代である▼ネット空間容易に炎上を生み、時極端な言説を拡散させ。地方首長選や米大統領選など結果を巡る疑や分断が顕在化する例も少なくない。情報環境急速な変化は、選挙における「公正な選択」のあ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	20～	100～	200～	300～	400～	500～	600～	700床～
			99床	199床	299床	399床	499床	599床	699床	
総数		12.81	21.68	20.88	15.86	12.46	11.07	10.71	10.29	11.15
自治体		12.19	26.61	19.73	14.70	11.73	10.80	10.79	10.30	10.89
その他公的		12.13	29.48	21.47	14.50	12.16	11.21	9.95	10.38	10.31
私		15.93	15.47	21.73	20.52	14.67	11.86	13.36	9.43	12.29

表2 一般病院の病床利用率、病院規模別

年次	病床規模	総数	20～	100～	200～	300～	400～	500～	600～	700床～
			99床	199床	299床	399床	499床	599床	699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例年6月を対象に実施している「病院運営実態分析調査」の令和7年6月調査の結果が公表された。これによると、6月中の100床当たり「総費用」は2億6024万1千円（前年6月比・伸び率5.1%増）、「医業費用」は2億5677万6千円（前年6月比・伸び率5.2%増）となった一方、6月中の「総収益」は2億3446万5千円（前年6月比・伸び率4.0%増）、「医業収益」は2億2933万3千円（前年6月比・伸び率4.4%増）で、総収益から総費用を差し引いた100床当たりの「総損益差額」は2577万6千円の赤字、医業収益から医業費用を差し引いた「医業損益差額」も2744万3千円の赤字となり、病院が弛まぬ経営努力を続けても社会的なインフレ基調による物価や人件費の高騰等による費用増大を補いきれず、病院経営がかつてないほどの厳しい状況下であることが示された。なお、同調査の詳細な結果は3冊の報告書にまとめられ、3月下旬に発刊予定。同調査の概要は、以下のとおり。

調査結果の概要

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。

（1）平均在院日数

病院総数でみると13.23日（前年6月13.52日）となっており、開設者別にみると、自治体病院は12.77日（前年6月13.18日）、その他公的病院は12.21日（前年6月12.71日）、私的病院は16.52日（前年6月16.09日）となっている。

また、一般病院の病床規模別に平均在院日数の短い方から順にみると、①600～699床10.29日、②500～599床10.71日、③400～499床11.07日、④700床以上11.15日、⑤300～399床12.46日、⑥200～299床15.86日、⑦100～199床20.88日、⑧20～99床21.68日となっている。これを開設者別病床規模別にみると表1のようになっている。

（2）病床利用率

病院総数でみると69.84%（前年6月69.19%）となっており、病院の種類別にみると、一般病院70.11%（前年6月69.43%）、精神科病院63.28%（前年6月64.17%）となっている。

また、一般病院の病床規模別に病床利用率の高

（3）一般病院における職員総数

100床当たり職員数は199.2人（前年6月194.9人）となっており、職種別にみると、医師25.4人（前年6月25.2人）、看護部門職員105.9人（前年6月104.0人）、看護部門職員のうち看護師94.0人（前年6月92.6人）となっている。その他、薬剤部門職員6.2人、放射線部門職員5.7人、検査部門職員7.4人、リハビリ部門職員11.6人、栄養（食事）部門職員3.8人となっている。

（4）6月中の1病院当たり入院患者数

病院総数でみると、6月中の1病院当たり入院患者数は、6727人（前年6月6960人）となっており、前年に比べて1病院1カ月当たり233人の減少である。これを年次別にみると図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

病院総数でみると、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。診療科別にみると、入院で取扱う患者が多いのはリハビリ科13.5人、精神科9.0人、整形外科6.6人などで、少ないのは放射線科1.1人、歯科1.5人、小児外科1.7人などである。

（7）医師1人1日当たり診療収入

DPC以外の病院における入院の平均は27万1千円となっている。診療科別でみると、入院で比較的高額なのは、心臓血管外科56万円、リハビリ科46万9千円、整形外科45万8千円、循環器内科44万8千円、脳神経外科44万6千円などである。

（8）主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入

DPC以外の病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院では心臓血管外科の19万2569円が特に高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万7935円である。外来では呼吸器内科の9万327円が高額

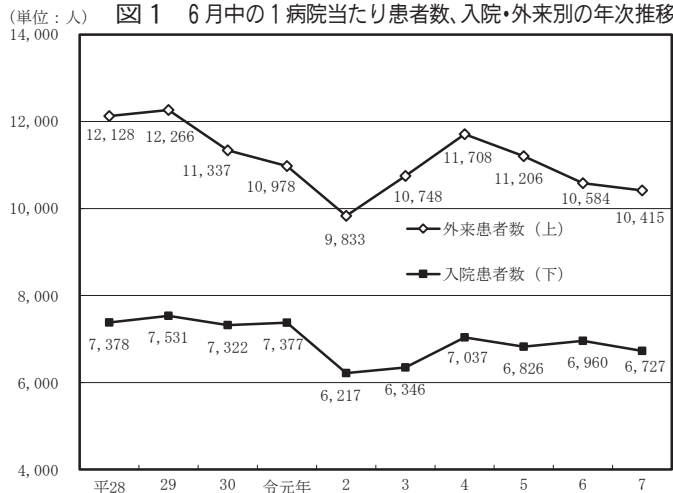


図2-1 主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

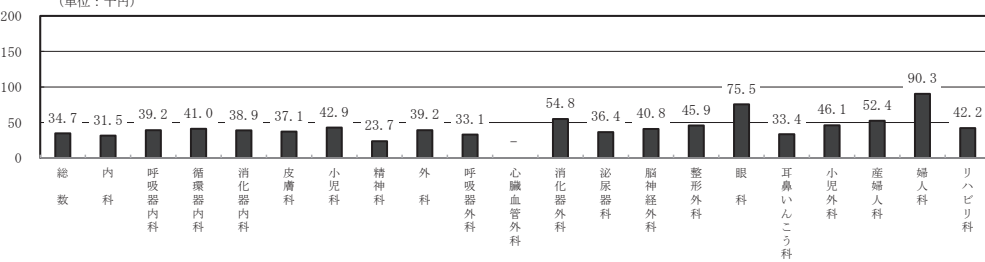


図2-2 主な診療科別の入院患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

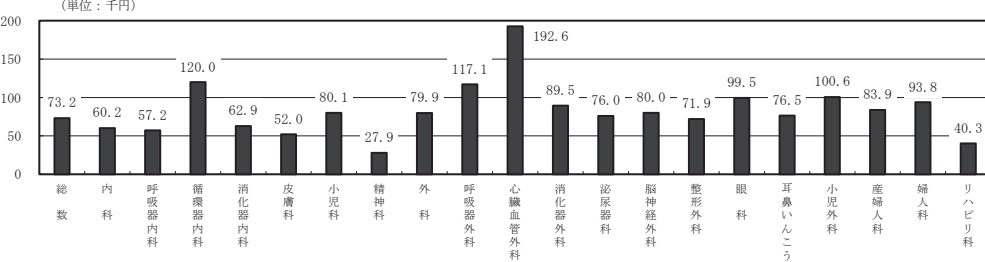


図3-1 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPC以外の病院】

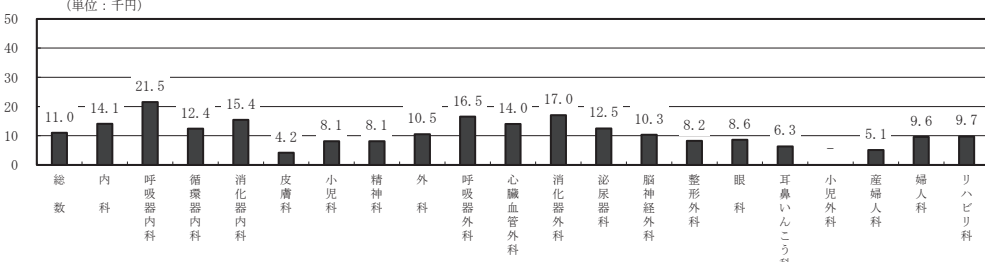
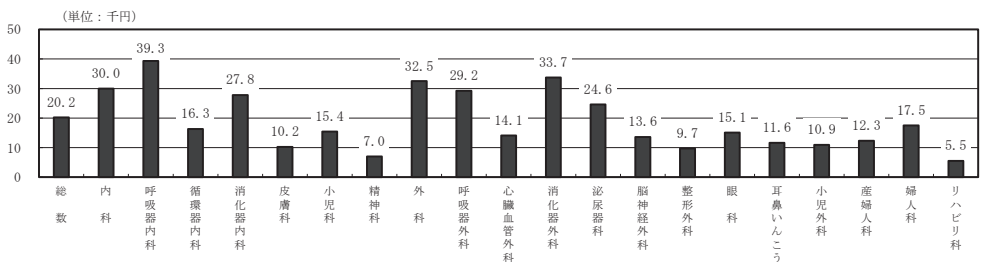


図3-2 主な診療科別の外来患者1人1日当たり診療収入【DPCの病院】

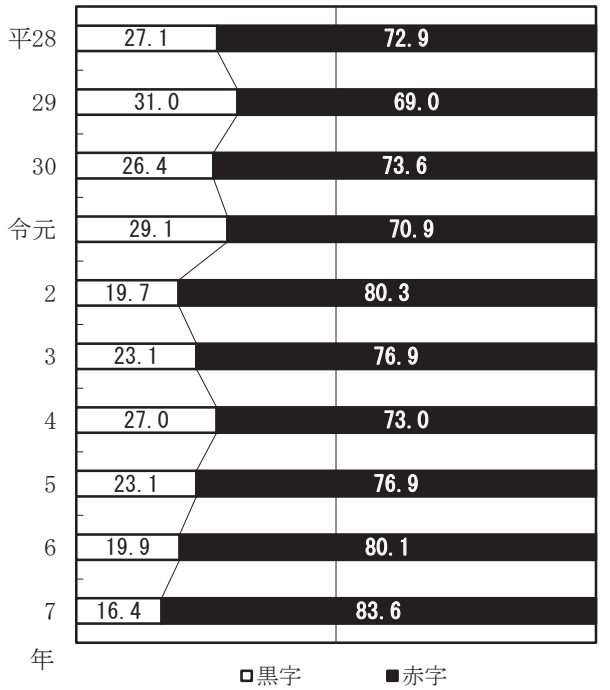


であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万3712円である。外来では、放射線科2万3964円をはじめ、呼吸器内科2万1526円、消化器外科1万6968円などが高額であるのに対し、最も小額なのは皮膚科の4219円である。

DPCの病院における主な診療科別の患者1人1日当たり診療収入をみると、入院では心臓血管外科の19万2569円が特に高額であるのに対して、最も小額なのは精神科の2万7935円である。外来では呼吸器内科の9万327円が高額

3面へつづく

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・年次別にみると表3のようになっている。

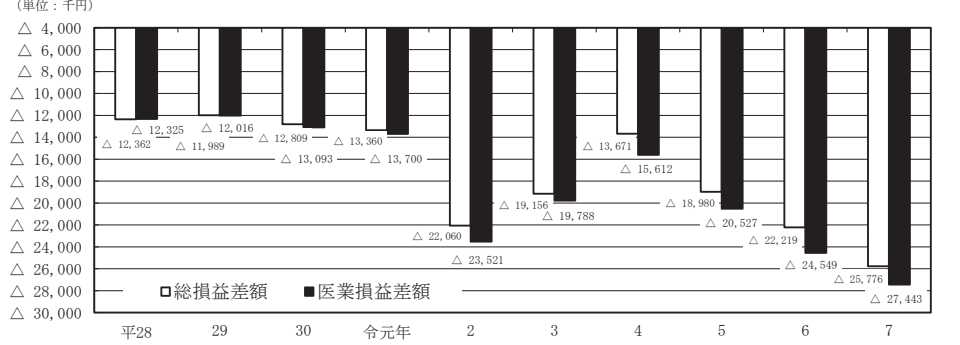
(10) 100床当たり総損益差額および医療損益差額の状況

総費用は2億6024

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. 資産減耗損      | 244      | 187      | 194      | 216      | 286      |
| 6. 研究・研修費     | 793      | 810      | 840      | 883      | 963      |
| 7. 本部費分担金等    | 1,068    | 1,045    | 1,173    | 1,213    | 1,278    |
| II 医療外費用      | 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



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・1%増)となっている。総損益差額は2億3446万5千円(前年6月比・伸び率4・1%増)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16・4%(89病院)の病院が黒字となっており、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。

開設者別でみると、自治体病院246病院のうち6・5%(16病院)が黒字となっており、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

の病院が黒字となっており、赤字病院は81・2%(125病院)であり、私的病院では144病院のうち30・6%(44病院)が黒字となっており、赤字病院は69・4%(100病院)であった。(100病院であったり平均給与月額常勤職員1人当たり平均給与額は45万3千円であり、職種別にみると、医師108万9千円、看護師38万7千円、准看護師33万1千円、看護業務補助者24万9千円、薬剤師40万円、その他の医療技術員35万円、事務職員32万円、技能労務員28万1千円となっている。)

## 注意事項

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

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

## 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!!

### 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 730 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 670 ページ)

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます



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



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 稗 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。



参加費用

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

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

上記団体以外の病院 (非会員病院) 1施設につき 13,200円 (税込)

申込振込期限

視聴期間終了日まで申込・振込可能

問合せ先

 一般社団法人 全国公私病院連盟

東京都台東区寿4-15-7食品衛生センター7階 TEL: (03)6284-7180 mail: seminar@byo-ren.com

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2025年11月1日～2026年11月1日

※いつからでも中途加入が可能です。

＜お問合せ先＞

取扱代理店

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

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

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) 6000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の評価を新設する。

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

【救急患者連携搬送料】

1. 救急患者連携搬送料 1

イ・医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合

(1) 入院中の患者以外の患者の場合 2400点

(2) 入院初日の患者の場合 1200点

(3) 入院2日目の患者の場合 800点

(4) 入院3日目の患者の場合 600点

ロ・その他の場合

(1) 入院中の患者以外の患者の場合 1000点

(2) 入院初日の患者の場合 250点、2. 有床診療所の場合 50点

(3) 入院2日目の患者の場合 350点

(4) 入院3日目の患者の場合 200点

2. 救急患者連携搬送料 2

イ・医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合 800点

ロ・その他の場合 200点

■産科管理加算の新設

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

第572号		公私病連ニュース		2026年(令和8年)4月1日(水曜日)		(2)	
1面からつづく ~~~~~		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		【例】例えば、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ると判断し、患者及びその家族等に周知したうえで面会の制限をすること等が該当する。なお、状況に応じて面会の制限を解除することを検討すること。		【問7】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発0305第7号)別添2の第2の4の(2)キ「病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行つた場合の短時間とは具体的にどの程度を指すのか。」	
【問3】令和8年5月31日において現に医療DX推進体制整備加算及び診療録管理体制加算の施設基準を届け出ている保険医療機関が、同年6月1日以降に電子的診療情報連携体制整備加算を算定する場合は、改めて届出を行う必要があるか。		【答】改めて届出を行う必要がある。		【問9】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発0305第7号)第3の3に規定する「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。		【答】例えば、以下のような場合において、看護要員が配置されている病棟を離れた時間、③病棟内で看護要員が十分に入院患者の看護に当たることができていた状況等を記載すること。	
【問6】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発0305第7号)別添2の第2の19の(3)において、病棟の看護要員(常勤職員に限る)の1人1月当たりの超過勤務時間の状況について月平均10時間以下とあるが、届出時どのようなに算出するのか。		【答】別添7の様式60のとおり、直近3月の看護要員(常勤職員に限る)の月平均超過勤務時間数の計を3で除した値を算出すること。		【例】8月に届出をする		【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。	
【問9】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発0305第7号)第3の3に規定する「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。		【答】例えば、以下のような場合において、看護要員が配置されている病棟を離れた時間、③病棟内で看護要員が十分に入院患者の看護に当たることができていた状況等を記載すること。		【問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、「1年に1回に限る」の1年はいつから起算するのか。		【答】「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発0305第7号)第3の3における規定を利用することとなつた月(当該事情が生じた日の属する月の翌月)の初日から起算する。	
【問12】「A100」急性期病院一般入院基本料の施設基準における「看護師長又はこれと同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、次に掲げる所定の研修(修了証が交付されるものに限る)」とはどのような研修か。		【答】現時点では、日本看護協会認定看護管理者教育課程「サードレベル」を指す。		【問13】看護・多職種協働加算は、看護協会認定看護管理者教育課程「サードレベル」を指す。		【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は、入退院支援部門と連携し、入院前の栄養状態の評価等を行うことも差し支えないか。	
【問15】「A221-3」産科管理加算において、分娩が開始した日以降とは、陣痛発来によつて分娩が開始していることを認め入院した日や未陣発で帝王切開術による分娩となる日を含めてもよいか。		【答】含めてよい。予定帝王切開等、未陣発で帝王切開術による分娩となつた場合は、手術の開始時刻が含まれる日から当該加算を算定できる。		※以下略		【問16】「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携(体制)加算は、重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、入院からの日数にかかわらず算定可能か。	
【問17】「A236」褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、入院からの日数にかかわらず算定可能か。		【答】算定要件を満たしていれば、入院からの日数にかかわらず褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定可能である。		【問20】「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携(体制)加算は、重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、入院からの日数にかかわらず算定可能か。		【問21】「A236」褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、入院からの日数にかかわらず算定可能か。	
【問22】「A246」入院退院支援加算において、留意事項通知の(2)のタに規定する「患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族や親族との連絡が困難であること」に該当し、かつ、患者の意思を確認することができない場合は、(3)に規定する「患者及び家族と症状や退院後の生活も含めた話し合い」及び(6)に規定する「文書で患者又は家族に説明」はどのような対応すればよいか。		【答】「患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族や親族との連絡が困難であること」に該当し、かつ、患者の意思を確認することができない場合は、(3)に規定する「患者及び家族と症状や退院後の生活も含めた話し合い」及び(6)に規定する「文書で患者又は家族に説明」はどのような対応すればよいか。		【問23】「A246」入院退院支援加算において、留意事項通知の(2)のタに規定する「患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族や親族との連絡が困難であること」に該当し、かつ、患者の意思を確認することができない場合は、(3)に規定する「患者及び家族と症状や退院後の生活も含めた話し合い」及び(6)に規定する「文書で患者又は家族に説明」はどのような対応すればよいか。		【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に規定する多機関共同指導加算を算定する場合とは算定できないが、介護支援等連携指導料に該当する指導を、多機関共同指導加算を算定する日と同一日に行った場合は、施設基準通知第26の5の1の(5)に規定する「A246」入退院支援加算1の要件である介護支援等連携指導料の算定回数に含めてよいか。	
【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に適切な研修を修了した者がいる場合も含まれるか。		【答】含まれる。		【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、患者及び重症患者の割合を計算する際、令和8年5月31日までに入院した患者の取扱いをどのようにすればよいか。		【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の「イ」に、実際に情報を提供していることが算定要件となっていることに留意すること。ただし、地域の情報の把握・整理に一定の時間を要することを踏まえ、令和8年12月31日までは、速やかに情報提供ができるよう、情報提供の把握や整理を現に実施している場合も含むこととする。この場合においても可能な限り早期に当該体制をとり提供を行うよう準備を行うこと。	
【問28】令和8年度診療報酬改定において、重症患者の範囲及び重症患者の割合を計算する際、令和8年5月31日までに入院した患者の取扱いをどのようにすればよいか。		【答】令和8年5月31日までに入院した患者の取扱いをどのようにすればよいか。		【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等をあらかじめ把握できる体制」は、具体的にどのような体制を指すのか。		【問30】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「イ」に、実際に情報を提供していることが算定要件となっていることに留意すること。ただし、地域の情報の把握・整理に一定の時間を要することを踏まえ、令和8年12月31日までは、速やかに情報提供ができるよう、情報提供の把握や整理を現に実施している場合も含むこととする。この場合においても可能な限り早期に当該体制をとり提供を行うよう準備を行うこと。	
【問31】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「イ」に、実際に情報を提供していることが算定要件となっていることに留意すること。ただし、地域の情報の把握・整理に一定の時間を要することを踏まえ、令和8年12月31日までは、速やかに情報提供ができるよう、情報提供の把握や整理を現に実施している場合も含むこととする。この場合においても可能な限り早期に当該体制をとり提供を行うよう準備を行うこと。		【問32】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「イ」に、実際に情報を提供していることが算定要件となっていることに留意すること。ただし、地域の情報の把握・整理に一定の時間を要することを踏まえ、令和8年12月31日までは、速やかに情報提供ができるよう、情報提供の把握や整理を現に実施している場合も含むこととする。この場合においても可能な限り早期に当該体制をとり提供を行うよう準備を行うこと。		【問33】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「イ」に、実際に情報を提供していることが算定要件となっていることに留意すること。ただし、地域の情報の把握・整理に一定の時間を要することを踏まえ、令和8年12月31日までは、速やかに情報提供ができるよう、情報提供の把握や整理を現に実施している場合も含むこととする。この場合においても可能な限り早期に当該体制をとり提供を行うよう準備を行うこと。		【問34】「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「イ」に、実際に情報を提供していることが算定要件となっていることに留意すること。ただし、地域の情報の把握・整理に一定の時間を要することを踏まえ、令和8年12月31日までは、速やかに情報提供ができるよう、情報提供の把握や整理を現に実施している場合も含むこととする。この場合においても可能な限り早期に当該体制をとり提供を行うよう準備を行うこと。	

全国公私病院連盟(第21回)

「DPCセミナー」開く

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

医療DXと

クラウド・ネイティブ

高橋 泰



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

まず2026年度診療報酬改定では、ICT・AI活用により看護師や医師事務作業補助者の配置基準を柔軟化し得る方向性が示され、「過酷な労働環境を改善した病院へのボーナス」という政

策メッセージが現場を動かす。その実装基盤となるのがクラウド・ネイティブであり、単なるクラウドへの載せ替え(クラウドリフト)ではなく、政府クラウド等のプラットフォームを前提に設計・開発・運用を変える点に本質がある。

利用者視点では、マルチテナントによる低価格化、他システムとの高い互換性、Webブラウザ方式による柔軟運用、ゼロトラストを核とする高水準のセキュリティという四つの利点が、電子カルテの低コスト化と連携サービスの(予約・資格確認・処方連携等)の実現を後押しする。同時に、合理化が雇用や「働く意味」を揺さぶるという光と影を踏まえ、医療では

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

の要素抽出支援や将来のDPC制度下での査定リスク低減、コマンドセンタ―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

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る業務では、診療報酬制

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。

度の複雑化に加え、レセプトオンライン請求やマイナンバーカードによる資格確認、電子処方箋など、対応すべきDXが増え、常に新たな知識やスキルが必要となつていく。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。

が少ない医療圏の拠点を意識している。

これには看護・多職種協働加算も設定され高齢者に必要な包括期医療を意識した内容になっている。さらに総合入院体制加算と急性期充実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。

ある。

本セミナーでは、事務部門で実際に取り組んだ三つの事例を紹介する。

第一に、AIを活用したレセプトチェックシステムの導入である。従来、レセプト点検は膨大な時間と人手を要していたが、AIによる自動チェックで作業時間を大幅に削減し、超過勤務の減少、保

留レセプトの減少、点検精度の標準化を実現した。ただし、AIのみでは判断が難しい事例もあり、人との共存が不可欠である。

第二に、患者通院支援アプリの導入である。診療後の料金計算待ち時間は患者満足度に直結する課題であったが、後払いサービス向上など、効果を明確にすることが重要で

した。ただし、高齢患者への対応には職員のサポートが必要であり、DX導入後も人的支援が欠かせない。

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

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

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

令和7年
6月調査

病院経営実態調査報告

内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

(定価 12,000 円+税
A4版 785 ページ)

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和7年
6月調査

病院経営分析調査報告

内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

(定価 16,000 円+税
A4版 742 ページ)

病院概況調査報告書

令和7年
6月調査

内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

(定価 18,000 円+税
A4版 631 ページ)

全国公私病院連盟のホームページから調査結果の概要がご覧になれます。

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



会場のもよう

2面からつづく

~~~~~

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

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

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

【答】算定不可。当該従事者は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者及び入院医療管理料を算定する病室を有する回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に疾患別リハビリテ

ーションを提供しても算定することはできない。

●在宅患者支援病床初期加算(略)

●生活習慣病管理料(略)

●重症患者搬送加算

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

【答】現時点では、日本集中治療医学会認定集中治療施設を指す。

●訪問看護指示料(略)

●小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料及び在宅がん医療総合診療料(略)

●疾患別リハビリテーション

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

【答】そのとおり。日曜日から土曜日までを週の単位とする。

●休日リハビリテーション加算

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

【答】休日リハビリテーション加算の起算日に相当する日付が令和8年5月31日以前であっても、当該日付を起算日と考

え、6月1日以降、算定要件を満たす日に算定可能である。

●廃用症候群リハビリテーション料

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

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

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

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

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

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

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

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

【問44】令和8年度診療報酬改定で、「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料1及び2について「2回目以降の場合」が新設されたが、令和8年5月31日以前にリハビリテーション総合計画評価料1又は2を算定し、同年6月1日以降に再度同じ区分のリハビリテーション総合計画評価料を算定する場合は、「初回の場合」と「2回目以降の場合」のいずれの点数を算定すべきか。

【答】令和8年5月31日以前にリハビリテーション総合計画評価料1又は2を算定していた場合には、同年6月以降は、リハビリテーション総合計画評価料1又は2の2回画評価料1又は2の2回画以降として算定する。

●摂食嚥下機能回復体制加算

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

【答】摂食嚥下支援チームの業務に支援がない範囲であれば差し支えない。

●入院時食事療養等に係る特別食加算(嚥下調整食)

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

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

した患者が対象である。

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

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

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

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

【問49】令和8年度診療報酬改定において、「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料1及び2について、「2回目以降の場合」が新設されたが、他の保険医療機関でリハビリテーション総合計画評価料を算定した後に転医(転院又は退院を含む)し、自院で同一の疾患についてリハビリテーション実施計画書を作成した場合は、「初回の場合」と「2回目以降の場合」のいずれの点数を算定すればよいか。

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

【問50】令和8年度診療報酬改定において、「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料1について「2回目以降の場合」が新設されたが、例えば脳梗塞の再発により脳血管疾患等リハビリテーションの起算日が再設定された場合など、同一疾患についてリハビリテーションの起算日が再設定された後に、再度リハビリテーション総合計画評価料を算定する際は、「初回の場合」と「2回目以降の場合」のいずれの点数を算定すればよいか。

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

【問51】令和8年度診療報酬改定において、診療録に添付することとされているリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は診療録に記載することとされたが、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書を説明した後、説明の内容も診療録に記載する必要があるか。

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

【問52】令和8年度診療報酬改定で、「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料1及び2について「2回目以降の場合」が新設されたが、令和8年5月31日以前にリハビリテーション総合計画評価料1又は2を算定し、同年6月1日以降に再度同じ区分のリハビリテーション総合計画評価料を算定する場合は、「初回の場合」と「2回目以降の場合」のいずれの点数を算定すべきか。

【答】令和8年5月31日以前にリハビリテーション総合計画評価料1又は2を算定していた場合には、同年6月以降は、リハビリテーション総合計画評価料1又は2の2回画評価料1又は2の2回画以降として算定する。

●摂食嚥下機能回復体制加算

【問53】「H004」摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1及び2の施設基準における、摂食嚥下支援チームの言語聴覚士が「専従」から「専任」とされたが、「専任の常勤言語聴覚士」は、疾患別リハビリテーションの専従又は専任の言語聴覚士を兼ねることは可能か。

【答】摂食嚥下支援チームの業務に支援がない範囲であれば差し支えない。

●入院時食事療養等に係る特別食加算(嚥下調整食)

【問54】特別食加算における嚥下調整食の対象となる「摂食機能又は嚥下機能が低下した患者」とは、内視鏡下嚥下機能評価や嚥下造影により嚥下機能の低下が確認できる者に限られるか。

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

した患者が対象である。

【問55】特別食加算の対象となる嚥下調整食は、硬さ、付着性、凝集性等のテクスチャーを計器等で測定し、一定の基準を満たす必要があるか。

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

【問56】嚥下訓練のためにゼリー等の嚥下訓練食品を提供した場合や、嚥下調整食と経管栄養を併用している場合も、特別食加算は算定できるか。

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

## 全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

### 雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

### 使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2025年11月1日～2026年11月1日  
※いつからでも中途加入が可能です。

＜お問合せ先＞

取扱代理店

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

役員会だより

医療計画等に関する検討会(3月3日)の報告があった。  
・海外(ハワイ)病院医療視察研修団の派遣  
②令和8年度「収支予算書(案)」について  
③令和8年度「定時総会」決議(素案)について

以上

期日 3月13日(金)

会場 食品衛生センター16階(会議室)

【主な報告事項】

①日病協「診療報酬実務者会議」(2月18日)

中野常務理事から報告があった。

②日病協「代表者会議」(2月27日)

重井副会長から報告があった。

③望月副会長からの報告

望月副会長より「第12回地域医療構想及び



理事会の様子



# 新たな地域医療構想等に関する取り組み

## 地域医療構想及び

## 医療計画等に関する検討会

### 医師確保計画の見直しも取り

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。

#### 解を得ながら医療提供体制を構築する

##### ●入院医療

●持続可能な急性期医療の確保

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

●高齢者救急の受入体制の整備

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

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

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

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

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

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

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

#### 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 | <b>現状・課題の把握</b> <ul style="list-style-type: none"><li>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</li></ul> <b>区域の設定</b> <ul style="list-style-type: none"><li>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いう観点から、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し</li><li>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</li><li>⇒人口20万人以上を目安としながら検討</li><li>⇒必要病床数の算出</li></ul> <b>設定した区域の課題の把握</b> <ul style="list-style-type: none"><li>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</li></ul> |
| 2028年 | <b>取組の決定と推進</b> <ul style="list-style-type: none"><li>速くとも2028年度までに、急性期拠点機能を報告する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</li><li>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設定し協議を行う。具体的には、医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の質の確保等の観点から、各設定案を比較検討し、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</li></ul>                                                                                                                                                                                                                |
| 2035年 | <b>取組の推進</b> <ul style="list-style-type: none"><li>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</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

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

# 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て体制整備  
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

●急性期拠点機能  
●地域域毎に、人口20万〜30万に1つを目安に確保  
●手術等の急性期医療を集約して提供  
●新興感染症等への対応

●地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング  
●高齢者救急・地域急性期機能  
●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

●慢性的な医療需要について、在宅医療等とあわせて体制整備  
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

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

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  
▼在宅医療の受け皿の整備  
・在宅医療、介護施設

●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

●慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせて体制整備  
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

●急性期拠点機能  
●地域域毎に、人口20万〜30万に1つを目安に確保  
●手術等の急性期医療を集約して提供  
●新興感染症等への対応

●地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング  
●高齢者救急・地域急性期機能  
●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

●慢性的な医療需要について、在宅医療等とあわせて体制整備  
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

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

### 時評

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。

療の質を維持し、限られた医療資源を最適化する。北総医療圏においても、高齢化に伴う救急搬送件数の増加と、医療・介護の複合的なニーズへの対応が

対応する「攻め」の医療として、救命救急センター新築による救急医療・災害医療・高度医療・周産期医療・感染症医療の機能を強化し、国際的なハブ空港

せ、シームレスな退院支援や在宅医療との連携を推進する。攻めも守りもデジタル技術を活用した医療DXの推進なくしては成し遂げられない。

日本赤十字社の使命は、時代が変わ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)







全国公私病院連盟

令和7年度事業報告書(案)

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

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、必要に応じ柔軟に実効性・即効性のある対策を講じるとともに、地域医療の確保に支障が生じないよう要望した。

また、医療現場では電子カルテが必要不可欠となつていくが、ベンダーが異なる電子カルテ間の

互換性、診療報酬改定の度におけるソフトの改変、約5年ごととされる機種更新、サイバー攻撃対策など病院の負担は大きくなつていくが、現在の診療報酬では対応不可能なため、これら費用の公的支援を要望した。

3. 病院経営改善対策の推進

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

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つており、その分は診療報酬に計算して補填することになつていく。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「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。

5. 要望・調査結果の公表

以下の要望、調査結果等の公表を行った。

(1) 要望等(全国公私病院連盟)

①「令和7年度(第66回)定時総会『決議』(令和7年6月12日要望)

要望先：厚労省(大臣

・副大臣・政務官以下関係局長・審議官・課長)、中医協委員、自民党、衆参議院厚生労働委員会など

②「令和8年度診療報酬改定に係る要望書」(令和7年6月20日要望)

要望先：厚労省・保険局医療課

③「令和8年度税制改正要望について」(令和7年6月20日要望)

要望先：厚労省・政策統括官

④「予算・税制改正及び一般政策に関する要望」(令和7年11月12日要望)

要望先：自民党

(2) 調査結果の公表

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

公表先：厚労省(大臣・副大臣・政務官以下関係局長・審議官・課長)、中医協委員、自民党、衆参議院厚生労働委員会な

第35回「国民の健康会議」のもよう

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

8. 研修活動の推進

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

以上

第36回「診療報酬請求事務セミナー」  
期日：令和8年3月27日(4月30日までWEB配信)  
② 海外医療視察研修団  
「海外(ハワイ)医療視察研修団」  
派遣国：アメリカ合衆国(ハワイ州オアフ島・ホノルル)期間：令和7年11月23日(28日)(6日間、参加者16名)  
9. 保険事業の推進  
保険事業については、本年度加入数は、病院賠償責任保険等1993(うち勤務医個人1041)、居宅事業者総合保険等171となった。  
10. 医療関係団体との連携強化  
本連盟が加盟する日本病院団体協議会(日病協)で要望書を取りまとめ提出するとともに、日病協を構成する各病院団体、その他の医療関係団体との連携強化に努めた。  
※日本病院団体協議会の要望書  
①「令和8年度診療報酬改定に係る要望書」【第1報】(令和7年4月16日)  
②「HPKIセカンド電子証明書による電子処方箋りモート署名サービス有償化に係る要望書」(令和7年5月23日)  
③「令和8年度診療報酬改定に係る要望書」【第2報】(令和7年7月16日)

## 全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

令和7年6月調査

### 病院経営実態調査報告

内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

定価 12,000 円+税  
A4 版 785 ページ

経営上の指標を量的・質的に分析!!

令和7年6月調査

### 病院経営分析調査報告

内容：患者 医師1人1日当たり診療収入 など

定価 16,000 円+税  
A4 版 742 ページ

令和7年6月調査

### 病院概況調査報告書

内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

定価 18,000 円+税  
A4 版 631 ページ

令和8年3月末発刊

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



全国公私  
病院連盟

## 令和8年度事業計画書

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

### 令和8年度「事業計画書」

- 記
1. 診療報酬および介護報酬対策運動の推進  
(1) 令和10年度診療報酬改定に向けた対策の推進  
(2) 控除対象外消費税の解消対策の推進  
(3) 中央社会保険医療協議会への病院の意見反映  
(4) 次期介護報酬改定に向けた対策の推進
  2. 医療制度対策の推進  
(1) 医療保険制度対策の推進  
(2) 専門医制度対策  
(3) 勤務医師確保対策および労働負担軽減対策  
(4) 医療提供体制対策の推進  
(1) 地域医療構想対策  
(2) 看護師確保対策  
(3) 療養病床のあり方の検討
  3. 高齢者医療・介護対策の推進  
(1) 介護保険制度対策の推進

(2) 適正な高齢者医療対策の研究および提言

4. 組織強化対策の推進

- (1) 加盟団体の組織強化の推進  
(2) 日本病院団体協議会(日病協)との連携  
(1) 日病協「代表者会議」の対応

(2) 税金対策の推進

6. 調査活動の推進

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

7. 広報活動の推進

(2) 日病協「診療報酬実務者会議」の対応  
(3) 委員会活動の活性化

5. 病院経営改善対策の推進

- (1) 病院の経営改善対策  
(2) 税制対策の推進

8. 研修活動の推進

- (1) 講習会の開催  
①第37回「診療報酬請求事務セミナー」  
②第37回「看護管理セミナー」  
③第34回「医療事故防止セミナー」  
④第22回「DPCセミナー」  
(2) 海外病院医療視察研修団の派遣  
①ハワイ医療視察研修団

10. 医療・福祉関係団体との連携強化

11. その他必要な活動の推進

(1) 「公私病連ニュース」の発行  
(2) 第36回「国民の健康会議」の開催(令和8年10月2日)

(3) 「広報委員会」の運営

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

10. 医療・福祉関係団体との連携強化

11. その他必要な活動の推進

### 全国公私病院連盟 役員会だより

期日 4月10日(金)  
会場 WEB開催

#### 【主な報告事項】

- ①日病協「診療報酬実務者会議」(3月18日)  
中野常務理事会から報告があった。  
・令和8年度診療報酬改定における厚生労働省保険局医療課「疑義解釈(その1)」(3月23日) および「疑義解釈(その2)」(4月1日)  
②日病協「代表者会議」(3月27日)  
北村副会長から報告があった。

があった。

③望月副会長からの報告

- 望月副会長から「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会のとりまとめ」について報告があった。  
④第21回「DPCセミナー」開催結果  
事務局から報告があった。

- ⑤全国公私病院連盟・日本病院会共催「令和8年度診療報酬改定説明会」開催結果  
事務局から報告があった。

【主な協議事項】  
①令和8年度「定時総会決議(案)」について

事務局より、文言の修正について説明があり議論した。

②参与の委嘱

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

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

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



SJ25-09325 2025/11/04

## 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](mailto: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校の定員充足率も近年低下傾向にある一など、医療関係職種の養成・確保は一層困難になっていくことが見込まれているため、「医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会」を設置し、地域において必要な医療関係職種の安定的な養成・確保の在り方について検討を開始した。

「医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会」では、ヒアリン

グと各論点について、月1回程度の開催を経て社会保険審議会(医療部会)に報告しながら検討を進め年内に議論を取りまとめる。

医療関係職種の安定的な養成・確保に関する論点は以下のとおり。

医療関係職種の安定的な養成・確保に関する論点  
現状認識・課題等

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

▽これらを受け、地域・従事者の確保について

の医療提供体制全体の課題解決を図るため、今年度から、各都道府県において新たな地域医療構想の策定を開始する予定。また、令和8年度診療報酬改定では、医療従事者を確保する制約が見込まれる中で、ICT等の利活用の推進等により、医療従事者の業務効率化・負担軽減等を行い、必要な医療機能の確保を図る観点から、見直しを行う。

さらに、DX化に取り組む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。

▽地域レベルでの医療従事者の確保について

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

【養成体制】  
▽医療関係職種の養成施設では、多くの職種で、大学・専門学校ともに定員充足率が近年低下傾向。なお、例えば看護職については、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

### 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

営の危機が社会的に認識されたことを示すものであろう。今回の改定によって、崩壊寸前だった地域医療提供体制が何とか生き延びら

護師・薬剤師・医療技術職員・事務職員など多職種の力が結果することによって機能することによって、複雑なシステムであり、医療DXで効率化

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

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裏付けとなる診療報酬制度である。令和8年度改定を到達点と捉えるのではなく、地域医療を将来にわたって存続するための出発点としたい。

(総合病院国保旭中央病院・統括病院長)



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

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

変動する物価や賃金の上昇に機動的に対応できない。この構造的な問題は、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

世界はひと握りの暴君によって荒廃させられている。イラン戦争只中のローマ教皇レオ14世の言葉。すぐに3名の暴君と三つの戦争が想起される。帝国時代の版図を回復する野望の下、隣国からクリミア半島、ドンバス地方の奪取を企てる暴君。シリア領であるゴラ

ン高原の実効支配、ヨルダン川西岸への進出に加え、ガザ地域の併呑ももくろむ暴君。ベネズエラ、次いでイランのトップを略奪、抹殺するという国際法を無視する暴君。イランの発電設備の破壊ももくろみ、国民は石器時代の生活に戻るだろうなどと暴言を吐く。この間に明らかになったのは、国際紛争の平和的解決を旨とする国連の存在感が薄弱なこと。安全保障理事会も大国が絡む紛争には介入手段を持たず無力である。もう一つはグローバルエコノミーの弱点の顕在化。一つの国際海峡の閉鎖によって石油供給が妨げられ、数多の国々の経済、日常生活に甚大な被害を及ぼす。燃料のみならずナフサの供給不足が様々な生産活動に支障をきたしている。医療界への影響も大きく、プラ製品であるチューブ類やバッグ、分包紙などの不足をきたした。世界が共存共生の国際協調主義に基づく体制に立ち戻るのか。(S・S)

### いる鉛筆

世界はひと握りの暴君によって荒廃させられている。イラン戦争只中のローマ教皇レオ14世の言葉。すぐに3名の暴君と三つの戦争が想起される。帝国時代の版図を回復する野望の下、隣国からクリミア半島、ドンバス地方の奪取を企てる暴君。シリア領であるゴラ

ン高原の実効支配、ヨルダン川西岸への進出に加え、ガザ地域の併呑ももくろむ暴君。ベネズエラ、次いでイランのトップを略奪、抹殺するという国際法を無視する暴君。イランの発電設備の破壊ももくろみ、国民は石器時代の生活に戻るだろうなどと暴言を吐く。この間に明らかになったのは、国際紛争の平和的解決を旨とする国連の存在感が薄弱なこと。安全保障理事会も大国が絡む紛争には介入手段を持たず無力である。もう一つはグローバルエコノミーの弱点の顕在化。一つの国際海峡の閉鎖によって石油供給が妨げられ、数多の国々の経済、日常生活に甚大な被害を及ぼす。燃料のみならずナフサの供給不足が様々な生産活動に支障をきたしている。医療界への影響も大きく、プラ製品であるチューブ類やバッグ、分包紙などの不足をきたした。世界が共存共生の国際協調主義に基づく体制に立ち戻るのか。(S・S)



1面からつづく

~~~~~

なっている。

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

▽学校サイドでは、地域医療を支える人材育成を目的として、学校の経営母体の変更やサテライト施設の設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、「共育で」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、地域や都道府県・国等の関係者が一体とな

って対応・取り組んでいくべき事項や、その枠組みについて検討することとしてはどうか。

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

【①養成体制の整備】

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

・若者・社会人等など多様な人材が参入しやすい養成課程・養成環境

【②養成から現場へのつなぎ支援】

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

【③働く環境の整備】

・長い職業人生を通じて、意欲・能力等に応じ

て継続的にキャリア・スキルの向上が図れたり、ライフコースに応じて働き続けられる環境

【④地域における推進体制の整備】

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

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

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

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

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

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

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

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

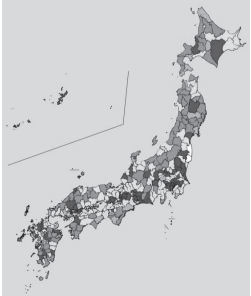
【参考】「医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について」(抜粋)(令和7年12月8日医療部会)略

2040年頃に向けた医療の課題②

Ⅰ. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要②

- 地域ごとにとみると、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)▶

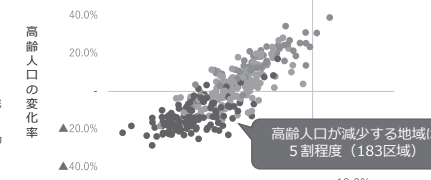


■：2020年以前に最大
■：2025年に最大
■：2030年に最大
■：2035年に最大
■：2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」(2017年)、総務省「住民基本台帳人口」(2018年)、「人口推計」(2017年)及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

◀2025年～2040年の年齢区分別人口の変化の状況(構想区域(337区域)別)▶

年齢区分別人口の変化率の平均値	生産年齢人口		高齢人口	
	大都市型	地方都市型	過疎地域型	平均値
大都市型	-11.9%	-19.1%	-28.4%	-17.2%
地方都市型	-11.9%	-19.1%	-28.4%	-17.2%
過疎地域型	-11.9%	-19.1%	-28.4%	-17.2%



高齢人口が減少する地域は5割程度(183区域)

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く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的重要性が指摘されている。
- 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出していますので「看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係」【抜粋】を掲載します。

4月21日【抜粋】

●ベースアップ評価料

【問1】外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)として計上すること。

【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。

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

【答】令和8年度診療報酬改定における「賃金改善の実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」における賃金改善の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

【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の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

【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の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

【問3】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の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

【問4】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の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

【問5】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の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

【問6】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の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

【問7】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の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

【問8】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の実績や、届出区分の算出時における対象に含まれないか。

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)を届け出ている保険医療機関等について、継続的な賃上げの取組に係る施設基準に

【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)の注5等の継続的な賃上げの取組に係る施設基準に

【問7】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)の注5等の継続的な賃上げの取組に係る施設基準に

【問8】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)の注5等の継続的な賃上げの取組に係る施設基準に

【問9】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)の注5等の継続的な賃上げの取組に係る施設基準に

【問10】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)の注5等の継続的な賃上げの取組に係る施設基準に

【問11】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)の注5等の継続的な賃上げの取組に係る施設基準に

【問12】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)の注5等の継続的な賃上げの取組に係る施設基準に

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。

【問1】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問2】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問3】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問4】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問5】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問6】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問7】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問8】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問9】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問10】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問11】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問12】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問13】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問14】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問15】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問16】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

【問17】令和8年度診療報酬改定後の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に係る施設基準に

厚生労働省・保険局医療課

疑義解釈(その4)(その5)

厚生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)を発売していますので、その一部を掲載します。

疑義解釈(4)【抜粋】

●重症度、医療・看護必要度

【問5】一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の救急患者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。

例えば、特定集中治療室管理料3が5床、急性期一般入院料4が100

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

【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

【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月までの期間とに、それぞれの期間に応じた加重平均による病床数を算出し、これに基づき前年度1年間の救急搬送受入件数を除して算出する。

例えば、急性期一般入院料4を100床届け出ており、前年度の12月に届出病床数を40床に変更した場合、加重平均による病床数は以下のように算出する。

【問8】急性期病院B一般入院料及び急性期総合体制加算において、自院が所属する二次医療圏に所在する医療機関のうち、救急搬送件数が最多(地域最多救急病院)であることをどのように判断するか。

【答】急性期病院B一般入院料及び急性期総合体制加算において、自院が所属する二次医療圏に所在する医療機関のうち、救急搬送件数が最多(地域最多救急病院)であることをどのように判断するか。

【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の特定診療科に属する医療機関において、例えは消化器外科領域において、上部消化管、下部消化管、肝胆

【問12】地域医療体制確保加算2の特定診療科に属する医療機関において、例えは消化器外科領域において、上部消化管、下部消化管、肝胆

【問13】地域医療体制確保加算2の施設基準について「臨床研修終了後の研修を地域の他の保険医療機関と連携して行うなど、地域で協働して医師の育成を図るための取組を実施していること」とあるが、具体的にはどのような取組を行って

【問14】地域医療体制確保加算2の施設基準について「臨床研修終了後の研修を地域の他の保険医療機関と連携して行うなど、地域で協働して医師の育成を図るための取組を実施していること」とあるが、具体的にはどのような取組を行って

【問15】急性期病院B一般入院料及び急性期総合体制加算において、自院が所属する二次医療圏に所在する医療機関のうち、救急搬送件数が最多(地域最多救急病院)であることをどのように判断するか。

【問16】急性期病院B一般入院料及び急性期総合体制加算において、自院が所属する二次医療圏に所在する医療機関のうち、救急搬送件数が最多(地域最多救急病院)であることをどのように判断するか。

【問17】急性期病院B一般入院料及び急性期総合体制加算において、自院が所属する二次医療圏に所在する医療機関のうち、救急搬送件数が最多(地域最多救急病院)であることをどのように判断するか。

第37回「診療報酬請求事務セミナー」ご案内

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

第37回 診療報酬請求事務WEBセミナー

オンデマンド配信
視聴期間

令和8年7月21日(火)～8月31日(月)



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



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

申込方法



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

全国公私病院連盟 検索

参加費用

下記団体に加盟している病院(会員病院) 1施設につき 11,000円(税込)
・全国自治体病院協議会
・日本赤十字社病院長連盟
・日本私立病院協会
・全国公立病院連盟
・全国済生会病院長会
・日本公的病院精神科協会

上記団体以外の病院(非会員病院) 1施設につき 13,200円(税込)

申込・振込期限

視聴期間終了日まで申込・振込可能

【視聴時の注意事項】

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

お問合せ先



一般社団法人
全国公私病院連盟

〒111-0042 東京都台東区寿4-15-7 食品衛生センター7階
Mali : seminar@byo-ren.com

域最多救急病院に該当するものとみなして差し支えない。

【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の特定診療科に属する医療機関において、例えは消化器外科領域において、上部消化管、下部消化管、肝胆

【問12】地域医療体制確保加算2の特定診療科に属する医療機関において、例えは消化器外科領域において、上部消化管、下部消化管、肝胆

【問13】地域医療体制確保加算2の施設基準について「臨床研修終了後の研修を地域の他の保険医療機関と連携して行うなど、地域で協働して医師の育成を図るための取組を実施していること」とあるが、具体的にはどのような取組を行って

4面へつづく

3面からつづく ~~~~~		て、「医科点数表第2章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術(中略)を合わせて年間200例以上実施していること」とされているが、当該要件は、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。	
【問34】外科医療確保特別加算の施設基準において		【疑義解釈(5)】【抜粋】 ●精神科慢性身体合併症管理加算 【問3】「A23005」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「I002」通院・在宅精神療法を行った場合は、当該加算は別に算定できない」とされている。当該内科を担当する医師とは別の、精神科を担当する医師が、入院精神療法又は通院・在宅精神療法を行った場合には、同一の患者に対しては、同一の患者に対し精神科慢性身体合併症管理加算と入院精神療法又は通院・在宅精神療法の併算定はできると解してよい。	
【問5】「A244」病棟薬剤業務実施加算について		て、病棟ごとに「病棟薬剤業務実施加算1」又は「病棟薬剤業務実施加算2」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】「疑義解釈資料の送付について(その1)」(2016.31事務連絡)別添1の【問97】に示す研修の他に、以下の研修が該当する。なお、「B005-9」外来排尿自立指導料の要件である研修についても同様である。 ▽全日本病院協会下部尿路機能障害の治療とケア研修会▽東京都立病院機構東京総合診療推進プロジェクト(T-GAP)排尿機能回復に向けた治療とケア講座▽日本リハビリテーション病院・施設協会下部尿路機能障害の排尿ケア講座▽回復期リハビリテーション病棟協会排尿自立支援加算研修会 いずれの研修も、医師・看護師共通要件である部分と看護師の要件である部分に分かれており、それぞれ必要な部分を全て受講することで要件を満たす。 ●リハビリテーション実施計画書等 【問16】入院診療計画書については、患者等に交付した文書の写しを診療録に添付することとされているところ、令和8年度診療報酬改定において医師や患者等の署名が不要となったことを踏まえ、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(2026.4.1事務連絡)別添1の問23において、「電磁的方法により診療情報の記録及び保存を行っている場合には、診療録に患者等に交付したものと同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でよい」旨が示されているが、リハビリテーション実施計画書等、署名が不要とされている他の書類についても同様に扱ってよい。	
【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		【答】①よい。②「退院日→入院日+1」を患者数で除したものとす。 【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。

くお問合せ先く

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

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

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

新会長に中村哲也氏が就任

遠見公雄氏は名誉会長に

全国公私病院連盟の「令和8年度定時総会」が6月17日に開催され、新会長に中村哲也氏(医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長)が選出された。前会長の遠見公雄氏(赤穂市民病院・名誉院長)は名誉会長に推戴されている。(定時総会の概要は4面に掲載)

当日の「定時総会」では、①診療報酬に関すること、②医療に係る控除、③医療従事者確保、④医師の地域偏在、⑤医師の働き方改革、⑥医療DX、⑦新たな地域医療構想、⑧精神

科医療の8項目にわたる「決議」(2面に全文を掲載)を満場一致で採択し、政府・厚生省・国会議員等に要望することになっている。

事会で遠見先生の後任に御推薦いただきました。本連盟11代目の会長にあ

たりますが、これを適切に引き継いでいけるよう粉砕身務めさせていただきます。私が医学部を卒業した昭和58年頃は、まだ長期入院

が当たり前、将来をイメージする時にケアミックスの考え方が使われ始めた頃でした。その後、ご承知のように医療制度が変わり、医学教育が変わり、医療費削減が求められるようになった。平成16年に日本私立病院協会から本連盟の理事に加えていただき勉強させていただいてまいりました。本連盟は公的病院と私立病院がタッグを組んで、組織医療の向上と病院の経済的・社会的地位の維持発展を図ることを目的とした団体と想っております。昔と違って今の病院は地域医療に根ざした存在であり続けると言う意味で共通の課題を抱えていると思っております。皆様と力を合わせながら邁進していきたいと思っております。ご指導のほどよろしく願います。」と述べた。

また、退任して名誉会長となった遠見先生は「全国公私病院連盟には、平成6年に当時公立陶生病院の院長だった寺田守先生のご推薦で理事に就任させていただきました。その後、並行して全国公立病院連盟の会長

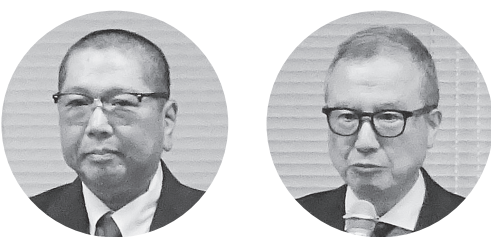
を約10年、全国自治体病院協議会の会長を約10年務め、7年前に本連盟の会長を仰せつかりました。その約32年の間には小さな失敗はたくさんあったかと思いますが、どうにか務めさせていただきました。」と述べた。

くことができました。この後も名誉会長にご推薦いただきましたので、もう少しがんばらせていただこうかと思っております。長い間どうもありがとうございました。」と述べた。

「医療費亡国論」を1987年当時の吉村保険局長が唱え、大蔵省は医療費削減に乗り出し、1985年プラザ合意、1986年日米半導体協定にて、日本の輸出産業、半導体産業が大打撃を受けた。その後のバブル崩壊もあって、30年、40年の日本の経済低迷状態となった▼その間、さらに医療費削減が続けた。とくに薬剤費の削減に執着し、二年に一度の削減を毎年とし、その結果製薬メーカーは新薬開発の意欲も資金もなくし、現在では、多くの高価薬は外国から輸入されている。しかも安い円。まさに薬剤費亡国論である。こうなつたのも、長期展望を欠いた政策の結果。民主党政権下内閣官房に「医療イノベーション推進室」が設置され、医薬品、医療機器の革新的な開発が期待されたが、自民党政権になり消えた▼今年になり、iPS細胞からパーキンソン治療薬が開発、認可され、さらに心不全薬も認可される見込み。さらに実験段階ではあるが、iPS細胞から、固形がん(肝がん)に効くCAR-T細胞が作られ、従来のCAR-T療法は血液がんのみのため、臨床応用が期待される。これらが製品化され、輸出されたときは「医療興国論」となるのでは。スイスのように。(K・M)



定時総会のもよう(会場：食品衛生センター)



定時総会の議長、(右)中島淳先生(日本赤十字社医療センター・院長)と(左)森下紀夫先生(医療法人仁徳会森下病院理事長・院長)

会長所信

このたび、全国公私病院連盟会長を拝命いたしました中村でございます。誠に身に余る光栄に存じますと同時に、その責任の重さを痛感しております。

まずは、本連盟の発展と医療向上のためにご尽力いただきました歴代会長をはじめ、役員、会員並びに関係各位の皆様により敬意を表しますとともに、これまで賜りましたご支援とご協力に深く感謝申し上げます。

全国公私病院連盟は、長年にわたり公的・私的病院の連携を図りながら、病院経営の改善、

献じてまいりました。私は、これまで諸先輩方が築き上げてこられた貴重な伝統と実績をしっかりと引き継ぎ、その理念と使命を次代へつないでまいりたいと考えております。

相撲の世界に「未だ木鶏たりえず」という有名な言葉があります。69連勝という偉業を成し遂げた横綱双葉山が、自らを完成した存在とは考えず、さらなる精進を誓った言葉

な価値を創造していくことが求められています。少子高齢化の進展、人口減少、医療DXへの対応、人材確保、物価高騰など、病院を取り巻く環境は大きく変

化しております。このように時代だからこその、本連盟には会員病院の声を結集し、現場の実情を踏まえた提言と支援活動を展開していく使命があると考える化に対応しながら新

在であり続けるためには、会員の皆様のお力添えなくして、その実現は成し得ません。引き続き、連盟活動への積極的なご参加と忌憚のないご意見を賜りますようお願い申し上げます。

会長 中村 哲也

一般社団法人 全国公私病院連盟



上げながら、新たな取り組みも積極的に取り入れ、未来を見据えた連盟づくりを進めてまいります。

本連盟がこれからも会員病院にとって信頼され、頼りにされる存

在であり続けるためには、会員の皆様のお力添えなくして、その実現は成し得ません。引き続き、連盟活動への積極的なご参加と忌憚のないご意見を賜りますようお願い申し上げます。

「医療費亡国論」を1987年当時の吉村保険局長が唱え、大蔵省は医療費削減に乗り出し、1985年プラザ合意、1986年日米半導体協定にて、日本の輸出産業、半導体産業が大打撃を受けた。その後のバブル崩壊もあって、30年、40年の日本の経済低迷状態となった▼その間、さらに医療費削減が続けた。とくに薬剤費の削減に執着し、二年に一度の削減を毎年とし、その結果製薬メーカーは新薬開発の意欲も資金もなくし、現在では、多くの高価薬は外国から輸入されている。しかも安い円。まさに薬剤費亡国論である。こうなつたのも、長期展望を欠いた政策の結果。民主党政権下内閣官房に「医療イノベーション推進室」が設置され、医薬品、医療機器の革新的な開発が期待されたが、自民党政権になり消えた▼今年になり、iPS細胞からパーキンソン治療薬が開発、認可され、さらに心不全薬も認可される見込み。さらに実験段階ではあるが、iPS細胞から、固形がん(肝がん)に効くCAR-T細胞が作られ、従来のCAR-T療法は血液がんのみのため、臨床応用が期待される。これらが製品化され、輸出されたときは「医療興国論」となるのでは。スイスのように。(K・M)

決 議

近年の物価高騰や人件費等の上昇が病院経営を悪化させ、長年にわたり地域住民の健康を守ってきた病院が、閉院という選択を取らざるを得なくなるまで追い込まれる状況となつてしまった。

令和8年度診療報酬改定では、30年振りに3%を超える3・09%のプラス改定となつたが、病院団体が健全な病院経営を維持・継続していくために必要と要望していた10%の引き上げには及ばず、この程度の引き上げでは、医療機器の更新や病院の老朽化等にとまなう建て替えなど、多くの費用は到底まかなえない。

また、生産年齢人口の減少等により、医療の集約化が議論されているが、どの地域・時代においても、病院は地域医療の最後の砦であり、財政面に偏った拙速な集約化により生活の基盤である地域医療が脆弱化することのないよう、地方創生を推進する観点からも、地域の病院が住民の健康を守り続けることができるよう、以下の事項の実現を決議し要望する。

記

1. 診療報酬に関する

物価や人件費等の増嵩により、近年の病院経営の悪化は深刻な状況に陥つてしまった。とくに病院が閉院に追い込まれるような状況は地方創生の観点からも避けるべきである。

ついては、病院の収入の源は公定価格で決められていることから、病院運営に係る基礎的経費は社会情勢に左右されずに診療報酬で賄える仕組みとし、恒久的に担保すること。

2. 医療に係る控除対

全国公私病院連盟

定時総会「決議」

令和8年6月17日

象外消費税について
消費税は最終消費者が負担するという原則があり、医療において

は非課税とされているために病院が負担することになっている。そのため、その負担分は診療報酬に加算することによって補填されることになっているが、

度重なる税率の変更等にともない施設間で不均衡が生じ、病院経営に負担を強いている。ついては、現状の消費税非課税制度を解消して課税方式とするとともに、政府および厚

生労働省の責任において、医療に係る消費税問題の責任部署を明確にして早急に具体的な解決を図ること。

3. 医療従事者確保に

関すること
医療専門職種をはじめ事務職員に至るまで人材確保が極めて厳しい状況になっているが、

医療現場では医療DXの推進が不可欠になっているが、その導入にかか

5. 医師の働き方改革

に関すること
地域医療を支える医師が安心して働き続けられる環境を整備することは、国民の健康を守る上で極めて重要である。

7. 新たな地域医療構

想について
医療を必要とする高齢者数の増加、生産年齢人口の減少に伴う医療従事者数の減少等も相まって、地域ごとの課題や求められる医療提供体制のあり方が異なってきた。

どの地域、どの時代においても、病院は地域医療の最後の砦であるため、財政面に偏った拙速な集約化等により、生活の基盤である地域医療が脆弱化することのないよう、地域の実情に応じた支援を行うこと。

8. 精神科医療につい

て
精神医療と一般医療が垣根なくスムーズに行われるためにも、精神医療の所管を厚生労働省の社会・援護局から医政局に移管すること。

医療現場では医療DXの推進が不可欠になっているが、その導入にかか

るの後の運用にかかるランニングコストの捻出が病院にとって大きな負担となっている。

また、各種ソフトウェアの改変、機器の更新、サイバー攻撃対策、

システムの利用等に精通した人材の確保等が問題となっている。

医療DXにかかる費用を診療報酬で適切に評価するとともに、かかる費用の公的支援を積極的に行つこと。

システムの利用等に精通した人材の確保等が問題となっている。

医療現場では医療DXの推進が不可欠になっているが、その導入にかか

るの後の運用にかかるランニングコストの捻出が病院にとって大きな負担となっている。

また、各種ソフトウェアの改変、機器の更新、サイバー攻撃対策、

システムの利用等に精通した人材の確保等が問題となっている。

医療現場では医療DXの推進が不可欠になっているが、その導入にかか

るの後の運用にかかるランニングコストの捻出が病院にとって大きな負担となっている。

また、各種ソフトウェアの改変、機器の更新、サイバー攻撃対策、

システムの利用等に精通した人材の確保等が問題となっている。

医療現場では医療DXの推進が不可欠になっているが、その導入にかか

るの後の運用にかかるランニングコストの捻出が病院にとって大きな負担となっている。

また、各種ソフトウェアの改変、機器の更新、サイバー攻撃対策、

システムの利用等に精通した人材の確保等が問題となっている。

医療現場では医療DXの推進が不可欠になっているが、その導入にかか

るの後の運用にかかるランニングコストの捻出が病院にとって大きな負担となっている。

また、各種ソフトウェアの改変、機器の更新、サイバー攻撃対策、

一般社団法人 全国公私病院連盟 役員名簿
(令和8年6月18日現在)

会 長	中 村 哲 也	医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院 理事長
副 会 長	望 月 泉	八幡平市病院事業管理者 兼 八幡平市立病院統括院長
副 会 長	新 谷 史 明	いわき市病院事業管理者
副 会 長	浦 田 士 郎	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院 名誉院長
副 会 長	中 房 祐 司	福岡赤十字病院 院長
副 会 長	三 角 隆 彦	神奈川県済生会横浜市東部病院 院長
副 会 長	重 井 文 博	社会医療法人創和会 しげい病院 理事長
副 会 長	北 村 立	石川県立こころの病院 院長
常務理事	野 村 幸 博	地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院 統括病院長
常務理事	並 木 健 二	大崎市病院事業管理者
常務理事	鎌 田 修 博	神奈川県厚生農業協同組合連合会 伊勢原協同病院 院長
常務理事	中 野 実	前橋赤十字病院 院長
常務理事	川 嶋 成乃亮	大阪府済生会中津医療福祉センター 総長
常務理事	佐 能 量 雄	社会医療法人 光生病院 理事長・院長
常務理事	佐々木 敬	公益財団法人佐々木研究所 理事長
常務理事	女 屋 光 基	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長
理 事	大 友 建一郎	青梅市病院事業管理者 兼 市立青梅総合医療センター 院長
理 事	小野寺 知 哉	地方独立行政法人静岡県立静岡病院 理事長
理 事	光 部 兼六郎	北海道厚生農業協同組合連合会 旭川厚生病院 院長
理 事	荒 川 穰 二	北見赤十字病院 院長
理 事	松 浦 弘	福岡県済生会福岡総合病院 名誉院長
理 事	辻 尚 志	岡山赤十字病院 名誉院長・地域医療連盟課顧問
理 事	小 關 剛	医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 理事長
理 事	高 石 義 浩	医療法人社団樹人会 北条病院 理事長・院長
理 事	石 川 悦 久	医療法人社団駿栄会 御殿場石川病院 理事長
理 事	中 瀬 真 治	三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿厚生病院 院長
監 事	岡 田 俊 英	石川県立中央病院 院長
監 事	青 墳 信 之	成田赤十字病院 院長
監 事	遠 山 正 博	公益財団法人日産厚生会 佐倉厚生園病院 名誉院長

一般社団法人 全国公私病院連盟 加盟正会員および所在地一覧

一般社団法人 全国公私病院連盟 会 長 中 村 哲 也	〒111-0042 東京都台東区寿 4-15-7 食品衛生センター7 階 TEL 03-6284-7180 FAX 03-6284-7181 e-mail byo-ren@jb3. so-net. ne. jp
公益社団法人 全国自治体病院協議会 会 長 望 月 泉	〒102-8556 東京都千代田区平河町 2-7-5 砂防会館 本館 7 階 TEL 03-3261-8555 FAX 03-3261-1845
全国公立病院連盟 会 長 新 谷 史 明	〒973-8555 福島県いわき市内郷御厩町久世原 16 いわき市医療センター内 TEL 0246-26-6791 FAX 0246-26-2224
全国厚生農業協同組合連合会 代 表 理 事 会 長 長谷川 浩 敏	〒100-0014 東京都千代田区永田町 2-17-3 住友不動産永田町ビル 4 階 TEL 03-3212-8000 FAX 03-3212-8008
日本赤十字社病院長連盟 会 長 中 房 祐 司	〒105-0012 東京都港区芝大門 1-1-3 日本赤十字社ビル西館 6 階 TEL 03-5733-4296 FAX 03-5733-4297
全国済生会病院長会 会 長 三 角 隆 彦	〒230-8765 神奈川県横浜市鶴見区下末吉 3-6-1 神奈川県済生会横浜市東部病院内 TEL 045-576-3000 FAX 045-567-3525
一般社団法人 岡山県病院協会 会 長 森 下 紀 夫	〒700-0024 岡山県岡山市北区駅元町 19-2 岡山県医師会館 5 階 TEL 086-250-1124 FAX 086-250-3458
日本私立病院協会 会 長 小 關 剛	〒111-0042 東京都台東区寿 4-15-7 食品衛生センター7 階 TEL 03-5830-7503 FAX 03-5830-7504
一般社団法人 日本公的病院精神科協会 会 長 北 村 立	〒700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16 岡山県精神科医療センター内 TEL 086-225-3821 FAX 086-234-2639

一般社団法人

全国公私病院連盟

役員名簿

全国公私病院連盟が6月17日(水)に開催した「定時総会」で中村哲也氏が新会長に選出されました。なお、邊見公雄氏は名誉会長に推戴されています。役員名簿は以下のとおりです。

会長 中村哲也 (医療法人社団明芳会板橋中央総合病院・理事長)	副会長 中房祐司 (福岡赤十字病院・院長)	常務理事 野村幸博 (地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院・統括病院長)	常務理事 川嶋成乃亮 (大阪府済生会中津医療福祉センター・総長)	理事 大友建一郎 (青梅市病院事業管理者兼市立青梅総合医療センター・院長)	理事 松浦 弘 (福岡県済生会福岡総合病院・名誉院長)	監事 岡田俊英 (石川県立中央病院・院長)
副会長 望月 泉 (八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長)	副会長 三角隆彦 (神奈川県済生会横浜市東部病院・院長)	常務理事 並木健二 (大崎市病院事業管理者)	常務理事 佐能暁雄 (社会医療法人光生病院理事長・院長)	理事 小野寺知哉 (地方独立行政法人静岡市立静岡病院・理事長)	理事 小關 剛 (医療法人社団筑波記念会筑波記念病院・理事長)	理事 中瀬真治 (J A三重厚生連鈴鹿厚生病院・院長)
副会長 新谷史明 (いわき市病院事業管理者)	副会長 重井文博 (社会医療法人創和会しげい病院・理事長)	常務理事 鎌田修博 (J A神奈川県厚生連伊勢原協同病院・院長)	常務理事 佐々木敬 (公益財団法人佐々木研究所・理事長)	理事 光部兼六郎 (J A北海道厚生連旭川厚生病院・院長)	理事 小瀬 剛 (静岡県立こども病院・名誉院長)	監事 遠山正博 (公益財団法人日産厚生会佐倉厚生園病院・名誉院長)
副会長 浦田士郎 (J A愛知厚生連安城更生病院・名誉院長)	副会長 北村 立 (石川県立二のの病院・院長)	常務理事 中野 実 (前橋赤十字病院・院長)	常務理事 女屋光基 (独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター・院長)	理事 荒川 稜二 (北見赤十字病院・院長)	名誉会長 顧問名簿 名誉会長 邊見公雄 (赤穂市民病院・名誉院長) 顧問 相澤孝夫 (一般社団法人日本病院会・会長) 顧問 土井章弘 (公益財団法人操風会・総院長) 顧問 大濱 紘三 (前広島県病院事業管理者)	名誉会長 顧問名簿 顧問 瀬戸 嗣郎 (静岡県立こども病院・名誉院長) 顧問 加藤幸男 (J A愛知厚生連江南厚生病院・名誉院長) 顧問 加藤 誠 (成田赤十字病院・名誉院長) 顧問 吉田茂夫 (北見赤十字病院 名誉院長・特別顧問)
					顧問 行天良雄 (医事評論家) 顧問 岡留健一郎 (福岡県済生会福岡総合病院・院長)	顧問 中嶋 昭 (公益財団法人日産厚生会玉川病院・名誉院長) 顧問 小島 豊 (砂川市立病院・名誉院長) 顧問 中島豊爾 (岡山県精神科医療センター・名誉院長) 顧問 難波義夫 (医療法人社団同仁会金光病院理事長・院長)
					顧問 村上信乃 (総合病院国保旭中央病院・名誉院長) 顧問 石原 淳 (平塚市病院事業管理者) 顧問 富所 隆 (J A新潟厚生連長岡中央総合病院・名誉院長) 顧問 園田孝志 (佐賀県済生会唐津病院・名誉院長)	顧問 難波義夫 (医療法人社団同仁会金光病院理事長・院長) 顧問 牧野憲一 (旭川赤十字病院 名誉院長・特別顧問) 顧問 辻井正彦 (市立東大阪医療センター・理事長 (敬称略))

全国公私病院連盟から新刊のご案内

発刊：一般社団法人 全国公私病院連盟

収支の状況を統計的に把握!!

病院経営実態調査報告

内容：経営収支の状況、医療収支の状況 など

（定価 12,000 円＋税
A4 版 785 ページ）

経営上の指標を量的・質的に分析!!

病院経営分析調査報告

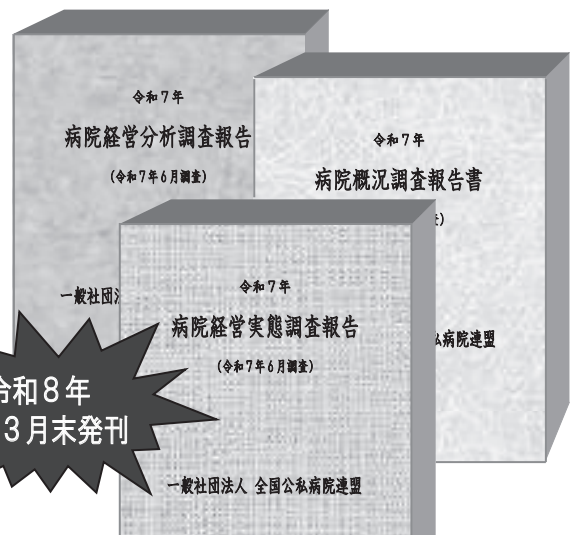
内容：患者 医師 1 人 1 日 当たり 診療 収入 など

（定価 16,000 円＋税
A4 版 742 ページ）

病院概況調査報告書

内容：病床利用率、在院日数、施設状況 など

（定価 18,000 円＋税
A4 版 631 ページ）



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37回 診療報酬請求事務WEBセミナー

オンデマンド配信
視聴期間

令和8年7月21日(火)～8月31日(月)



講演1 180分 2026年度診療報酬改定のポイント解説と病床機能の行方

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所 代表取締役 中林 梓 先生

※収録日：6月30日

講演2 120分 2026年改定内容を踏まえた精神科病院の対応策
～キーワードは多職種連携・ICT～

講師 (株)リンクアップラボ 代表取締役 酒井 麻由美 先生

※収録日：6月5日

申込方法



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

全国公私病院連盟 検索

参加費用

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

- ・全国自治体病院協議会
- ・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。

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
Mali : seminar@byo-ren.com全国公私
病院連盟

第37回「診療報酬請求事務セミナー」

開催のお知らせ

全国公私病院連盟は「第37回診療報酬請求事務セミナー」を開催(WE B開催)します。この機会にどうぞご参加ください。

◆総会概要◆

当日は、浦田士郎副会長(JA愛知厚生連安城更生病院・名誉院長)が開会宣言を行った後、邊見公雄会長が開会挨拶を行って始まった。

まず、議長団の選出が行われ、事前に日本赤十字社病院長連盟から推薦されていた中島淳先生(日本赤十字社医療セン

ター・院長)と、同じく事前に岡山県病院協会から推薦されていた森下紀夫先生(医療法人仁徳会森下病院 理事長・院長)より監査報告が

あり、引き続いて上程された「令和7年度当期末処分残余金処分計算書案」と一括して審議され、異議なく了承されている。

その後、3月の理事会ですでに承認を受けた「令和8年度事業計画書」と「令和8年度収支予算書」について、それぞれ重井文博副会長(社会医療法人創和会しげい病院・理事長、中房祐司副会長(福岡赤十字病院・院長)から報告がなされている。

次いで、第3号議案の「役員を選任案」が邊見会長から提案され、加盟団体から推薦された理事の候補者が異議なく了承されたため、「会長・副会長・常務理事」の互選を行つたためにここで総会を一時中断し、別室で臨時の「理事会」を開催して審議がなされた。

この「理事会」における互選結果は再開された総会で三角隆彦副会長(神奈川県済生会横浜市東部病院・院長)から報告され、中村哲也氏を新会長に選任したことが報告されている。

最後に、本連盟の会長を退任して名誉会長に推戴された邊見公雄先生が閉会の挨拶を行つて総会の全行程は終了し、その後、同会場で懇親会が開かれていた。

「決議案」を三角副会長が朗読し、満場一致で承認された。

次いで、第5号議案の「決議案」を三角副会長が朗読し、満場一致で承認された。

最後に、本連盟の会長を退任して名誉会長に推戴された邊見公雄先生が閉会の挨拶を行つて総会の全行程は終了し、その後、同会場で懇親会が開かれていた。

「役員を選任案」が邊見会長から提案され、加盟団体から推薦された理事の候補者が異議なく了承されたため、「会長・副会長・常務理事」の互選を行つたためにここで総会を一時中断し、別室で臨時の「理事会」を開催して審議がなされた。

この「理事会」における互選結果は再開された総会で三角隆彦副会長(神奈川県済生会横浜市東部病院・院長)から報告され、中村哲也氏を新会長に選任したことが報告されている。

全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時に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

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



SJ25-09325 2025/11/04

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

第36回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟



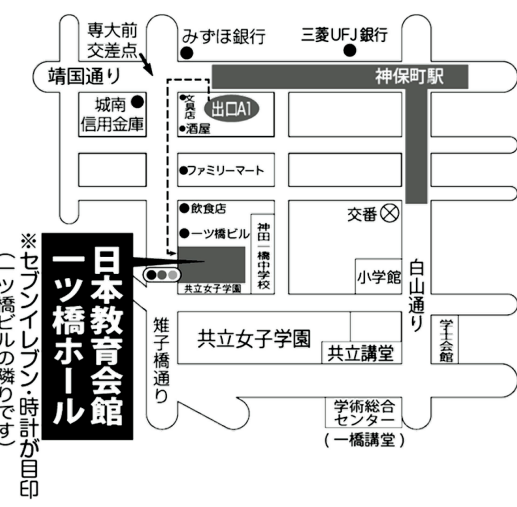
全国公私病院連盟は平成元年から毎年開催している「国民の健康会議」を10月2日(金)に日本教育会館「一ツ橋ホール」(東京都千代田区一ツ橋)で開催します。今年(令和8年)のテーマは、「一病息災」の時代を生きる。その時・その後です。入場は無料です。参加費は無料です。

今回、出演いただく3名の方の概略は以下のとおりです。大勢の方の参加をお待ちしております。

◆出演者◆
田中菊雄さん
(講演 13:05-13:50)
がんを克服し71歳でエージシユートを達成。その後も記録を伸ばしエージシユート1,800回超を成し遂げた昭和10年生まれの日本アマチュアゴルフ界の至宝です。

萬田緑平さん
(講演 14:00-15:30)
1964年生まれの在宅ケア医。群馬県で萬田診療所を開き自宅でも最期を迎えたいと願う人たちに寄り添いながら、その人らしい時間を大切にすることを看取りを続けています。

富司純子さん
(対談 15:40-16:40)
1963年映画デビュー。結婚を機に引退する。



日本教育会館「一ツ橋ホール」
※セブンイレブン・時計が目印
(一ツ橋ホールの隣りです)

「一病息災」の時代を生きる。その時・その後。をテーマに

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

も1989年富司純子と改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

時評

1922年、英国の数学者L.F.リチャードソンは、6万4千人の計算者を巨大ホールに集め、現実の天候変化と同じ速度で予報を計算するという壮大な構想を描いた。技術が追いつかず試みは失敗したが、後にコンピュータと並列計算の発展がその夢を現実のものとし、現代の気象予測の基盤となった。いま医療は、この歴史的転換点と同じ局面に立っている。経験と勘に依存してきた医療は、膨大なデータを統合し未来を予測する精密医療へと移行しつつあり、その中心に生成AIが

位置し始めている。医療は本来、人と人が向き合う営みである。しかし現実には、医師の3〜5割の時間が文書作成などの周辺作業に奪われている。

診療報酬算定の支援は、単なる効率化ではなく医療の質を守るための基盤である。さらに生成AIは、文章生成を超えて医療データを統合し、パター

こうした課題に対して。しかし、DX導入のし、全日病が6月20日の総会で示した医療DX推進の提言は、単なる理念ではなく現実的な解決策の体系である。医療情報の標準化

実現する。さらにDX人材育成は、将来の医療提供体制を支える不可欠な基盤であり、医療の未来を支える柱となるだろう。

医療者の疲弊が深刻化し地域医療が揺らぐ今、生成AIは単なる技術ではなく、医療を持続可能にする社会的インフラである。議論はすでに「使つべきか」ではなく、「どう使えば医療をより良くできるか」へと移行している。医療DXを未来への成長エンジンとするために、制度と財政の両面での抜本的な支援を求めたい。

(いわき市病院事業管理者)

医療DXを「持続可能な医療の基盤」として確立するために

連盟 副会長 新谷 史明

生成AIはこの構造的な歪みを是正し、医師が患者に向き合う時間を取り戻すための技術として機能し始めている。音声入力によるフルテ自動生成、退院サマリーの下書き作成、

うことは現実的だろうか。DXは稼働後に明確な効率性をもたらす一方、導入段階の負担が重すぎれば、経営破綻を招き、地域医療の質を底上げする「第二の医療インフラ」としての役割も期待され

はAI活用前提であり、病院間連携の強化は地域医療の持続性を高める。文書作成負担の軽減やAI診療支援の導入促進は医療者の疲弊を防ぎ、PHR活用は患者中心の医療を

本連盟第67回総会で厚労省迫井事務官の記念講演があった。今後の医療構想に対して病院側の覚悟を持った取り組みが必要となる。一方、医系技官として病院医療への理解と支援の姿勢がうかがわれた。国民医療の六割以上を担う病院の力が政策決定の場に届くようになったのは2005年、中医協へ病院団体代表が参加できるようになったから。その初代代表委員の一人がこのたび退任された邊見前会長。病院医療は多様な機能と業種の複合体であり医師と看護師だけを軸とした旧来の診療報酬体系ではカバーしきれないことが理解され薬剤師や医療技術部門への評価が織り込まれるようになった。徳島弁の混じる邊見先生独特の説得力によって病院医療への理解が進んだが、その評価はなお抑制的で、一例としてメディカルクラークの制度は認定されたものの診療報酬上の評価は職員一人分の人件費に遠く及ばなかった。それから四半世紀、病院医療への社会的理解も進み、医療環境は見違えるように整備され病院では複数の職種が一体となつて日々の業務をこなしている。病院の実情を政策中枢に直接訴えるルートを持たねばならない。邊見先生からの伝言である。(N・A)

国民医療の確保のために 病院診療報酬の引き上げを

「一病息災」の時代を生きる。その時・その後。をテーマに

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

も1989年富司純子と改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180



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

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8年10月2日(金)
午後1時〜5時(受付開始12時〜)

会場：日本教育会館「一ツ橋ホール」
(東京都千代田区一ツ橋2-6-2)

第36回「国民の健康会議」(講演会)のお知らせ

「一病息災」の時代を生きる
その時・その後

田中菊雄さん(講演 13:05-13:50)
がんを克服し71歳でエージシユートを達成。その後も記録を伸ばしエージシユート1,800回超を成し遂げた、昭和10年生まれの日本アマチュアゴルフ界の至宝です。

萬田緑平さん(講演 14:00-15:30)
1964年生まれの在宅ケア医。群馬県で萬田診療所を開き自宅でも最期を迎えたいと願う人たちに寄り添いながら、その人らしい時間を大切にすることを看取りを続けています。穏やかな最期を支えるための発信をするとともに、著書には「棺桶まで歩こう」などがあります。

富司純子さん(対談 15:40-16:40)
1963年に映画デビュー。「姉妹花嫁」シリーズで脚光を浴びる。1972年結婚を機に引退するも、1983年に女優復帰。1989年に富司純子と改名し映画、ドラマ、舞台など、幅広い分野で活躍。2007年紫綬褒章、2016年旭日小授章を受章。

主催 一般社団法人 全国公私病院連盟

全国公私病院連盟 加盟8団体
公益社団法人 全国自治体病院協議会・全国公立病院連盟・全国厚生農業協同組合連合会・日本赤十字社病院院長連盟・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

本連盟第67回総会で厚労省迫井事務官の記念講演があった。今後の医療構想に対して病院側の覚悟を持った取り組みが必要となる。一方、医系技官として病院医療への理解と支援の姿勢がうかがわれた。国民医療の六割以上を担う病院の力が政策決定の場に届くようになったのは2005年、中医協へ病院団体代表が参加できるようになったから。その初代代表委員の一人がこのたび退任された邊見前会長。病院医療は多様な機能と業種の複合体であり医師と看護師だけを軸とした旧来の診療報酬体系ではカバーしきれないことが理解され薬剤師や医療技術部門への評価が織り込まれるようになった。徳島弁の混じる邊見先生独特の説得力によって病院医療への理解が進んだが、その評価はなお抑制的で、一例としてメディカルクラークの制度は認定されたものの診療報酬上の評価は職員一人分の人件費に遠く及ばなかった。それから四半世紀、病院医療への社会的理解も進み、医療環境は見違えるように整備され病院では複数の職種が一体となつて日々の業務をこなしている。病院の実情を政策中枢に直接訴えるルートを持たねばならない。邊見先生からの伝言である。(N・A)

旭日小授章を受章され、改名し映画・ドラマ・舞台など幅広い分野で活躍されています。2007年紫綬褒章、2016年7180

地域医療構想策定ガイドライン公表

厚労省医政局は7月3日に「地域医療構想策定ガイドライン」を公表した。同ガイドラインでは、病床削減や医療機関統廃合ありきではなく、地域での自主的な協議を踏まえて、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して日常生活に戻ることができ、同時に医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築に向け、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら取り組みを進めるとしている。以下に「地域医療構想策定ガイドライン」を抜粋して掲載することとする。

地域医療構想策定ガイドライン

I. 地域医療構想の考え方(略)

II. 地域医療構想の策定について

1. 医療機関機能報告・病床機能報告

(1) 医療機関機能報告

医療機関は、地域における医療機関機能を都道府県知事に報告することとしており、各医療機関が現に担っている医療機関機能、2040年に担う医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を報告する。

具体的には、毎年の医療機関機能報告において、各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040年において担う医療機関機能、診療実績等を報告する。また、協議において、遅くとも2028年度までに、各医療機関が2040

(2) 病床機能報告

病床の機能区分については、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの4区分のうち、従来の「回復期機能」については、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及び従来の「回復期機能」を併せて、「包括期機能」として位置付けることとしている。

病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、医療機関は、各病床機能区分に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類を参照し、病床機能の報告を行う。

ただし、病床機能報告は、診療報酬上の入院料の種類をもつて機械的に決定されるものではなく、各病床において実際に担っている医療機能や入院患者の状態を含めた客観的なデータ等を踏まえて、医療機関が適切に判断し報告することが重要であることに留意する必要がある。

医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。また、専門等機能を担う医療機関のうち、「集中的なりハビリテーション」を行う医療機関は包括期機能の病床を、「高齢者等の中長期にわたる入院医療機能」を担う医療機関は慢性期機能の病床を有することが想定される。

有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して多様な役割を担っていることを踏まえ、以下のような病床機能の選択が考えられる。

・産科や整形外科等の診療科で手術等を実施している場合Ⅱ急性期機能

・在宅患者の急変時の受入や急性期経過後の患者の受入等、幅広い病期の患者に医療を提供している場合Ⅱ急性期機能又は包括期機能

・療養病床として慢性期の患者の診療を行っている場合Ⅱ慢性期機能

2. 地域医療構想の策定

(1) 2040年までのスケジュール(略)

(2) 検討体制の構築(略)

(3) 策定に向けた協議(略)

(4) 基本となるデータについて

に当たっては、将来の人口や地域における医療資源を把握した上で、医療需要の変化や医療従事者の減少等の課題について共有することが重要となる。

協議に当たって地域の関係者と共有すべき基本となる主なデータは別添4(略)のとおりである。データの取扱いについては、公表されているものを可能な限り示しているが、特に施設単位でのデータで不足するものについては、必要に応じて調査を行う等により把握すること。

地域医療構想は、2040年とその先を見据えた持続可能な医療提供体制の構築を目指すものであり、構想区域や医療機関機能に係る協議を含め、協議の前提とする構想区域の人口規模は、2040年時点における推計人口を用いることが基本となる。

また、各医療機関の診療実績等に基づく協議を進めるに当たっては、がん診療連携拠点病院等の診療実績や、診療報酬上の各要件に係る実績についても、現時点での水準の把握や、他地域・全国との相対比較等を行った上で、2040年に向けて、地域全体としての程度の診療実績が必要となるかを検討することが望ましい。

なお、医療機関機能報告・病床機能報告等により、構想区域別、医療機関別の手術件数や救急搬送受入件数に基づく検討を行う場合、以下の点に留意すること。

手術件数Ⅱ急性期医療の実施状況の把握のため、全身麻酔を伴う手術の実施件数や緊急手術の実施件数を用いることが考えられるが、全身麻酔を伴う手術も、高度な技術を要する手術から、高齢者救急に関連する手術(大腿骨近位部骨折に対する手術等)、頻度の高い手術、外来でも実施可能な手術等様々であること等を踏まえ、地域ごとに急性期拠点機能を担う医療機関に求められる役割にに応じた詳細な把握、検討が望ましい。

救急搬送受入件数Ⅱ救急搬送された症例の中でも、緊急性や重症度は様々であり、また、公共交通機関が乏しい等、自宅や高齢者施設から医療機関までのアクセスに課題があるために、他の地域よりも相対的に多く救急車が利用される場合、医療機関と高齢者施設との間で救急車を利用して搬送する取り決めを行っている場合等も存在し、救急搬送受入件数にはこうした様々な実態が反映されるものである。このため、救急搬送受入件数が多いことのみをもって急性期拠点機能を担う医療機関を決定することは適切ではない。また、区域全体の救急搬送受入件数を、人口規模が同程度の他の地域と比較すること等により、地域における救急搬送受入状況の把握や、地域の高齢者施設における救急要請の実態の確認等、様々な取組が求められる。

握や、地域の高齢者施設における救急要請の実態の確認等、様々な取組が求められる。

3. 構想区域

(1) 基本的な考え方

①現状と課題

構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のため、の2つの役割がある。

医療提供体制の構築に向けては、将来にわたる野の圏域設定については引き続き検討していく必要がある。その際、災害医療のように、構想区域内の一定の地域単位で、体制整備を図ることも考えられるものや、小児・周産期医療のように人材の制約等から、より広域での対応が求められるものなど、各分野の特性を踏まえた検討が必要である。ただし、がんの医療圏の設定などについては、がん手術を担う外科医が、胆嚢炎等のがん以外の多様な疾患の手術も併せて担う必要があること等から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担と調整会議や都道府県医療審議会での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位とする必要がある。

これまで、二次医療圏については、人口規模が20万人未満、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すこと等を

示してきている。2040年やその先を見据えた構想区域の設定に当たっても、こうした人口規模、流入患者割合、流出患者割合といったデータや、一部の地域において隣の医療圏との間で患者が流入入している実態等を踏まえ、現状と課題を認識し、適切な区域の設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

なお、構想区域の決定後においても、第9次医療計画等に向け、各分野の圏域設定については引き続き検討していく必要がある。その際、災害医療のように、構想区域内の一定の地域単位で、体制整備を図ることも考えられるものや、小児・周産期医療のように人材の制約等から、より広域での対応が求められるものなど、各分野の特性を踏まえた検討が必要である。ただし、がんの医療圏の設定などについては、がん手術を担う外科医が、胆嚢炎等のがん以外の多様な疾患の手術も併せて担う必要があること等から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担と調整会議や都道府県医療審議会での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位とする必要がある。

医療提供体制の構築に向けては、将来にわたる野の圏域設定については引き続き検討していく必要がある。その際、災害医療のように、構想区域内の一定の地域単位で、体制整備を図ることも考えられるものや、小児・周産期医療のように人材の制約等から、より広域での対応が求められるものなど、各分野の特性を踏まえた検討が必要である。ただし、がんの医療圏の設定などについては、がん手術を担う外科医が、胆嚢炎等のがん以外の多様な疾患の手術も併せて担う必要があること等から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担と調整会議や都道府県医療審議会での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位とする必要がある。

また、二次医療圏については、人口規模が20万人未満、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すこと等を

ア・大都市型の地域

大都市型の地域においては、高齢者救急、在宅医療等の需要が増加する一方、生産年齢人口は緩やかに減少していくが、手術や救急搬送の受入を行う医療機関が多く所在しており、特に大学病院が複数所在している場合もある。各医療機関における医療従事者の確保や働き方の観点から非効率な提供体制となっていること、構想区域間の偏在が生じていること等が課題となりうる。

これまで、人口規模が100万人以上の区域については、構想区域としての運用に課題がある場合もあることから、区域の見直しを検討することとしてきた。特に、東京都特別区等においては、広い範囲で人口が多く、また公共交通網が発達し、患者の受療行動が多様化している中、患者の流出入が複雑となったため、既存の構想区域が実際の医療提供体制や受療行動の実態に必ずしも即していない場合がある。こうした地域においては、受療行動の実態に一致した区域を設定することが困難な場合も考えられる。

また、大都市型の地域では、区域全体としての医療資源が多くても、区域内の一部地域では相対的に病床や救急受入体制が限られるなど、構想区域内の医療資源の偏在も課題となる場合がある。このため、区域において増床等を実施する場合に

は、地域での運用方法を検討する必要がある。

イ・地方都市型の地域

地方都市型の地域においては、増加する高齢者に対する医療提供体制の確保と、医療の担い手の確保を同時に進める必要があることが課題となる。

地方都市型の地域は、一定の人口規模を有しており、地域において相対的に医療資源が豊富である場合も多いことから、隣接する区域において一定の医療の完結が困難な場合、当該隣接区域を含める形で広域化等が求められる場合がある。

人口の少ない地域においては、医療需要は減少し、医療従事者の確保もますます困難となる。こうした中、2040年やその先に向けて、入院医療を提供する単位として構想区域が成り立たなくなる場合があることが課題となる。

隣接する都道府県も含め、患者の相当程度が他の構想区域に流出している場合もあることから、現在の構想区域を前提とせず、区域の広域化等を検討することや、都道府県間での連携も含めた医療機関機能の広域的な確保等を検討することが必要である。

協議の進め方(略)

協議事項

①構想区域の設定

都道府県は、将来人口

3面へつづく

2面からつづく

口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス等の客観的なデータや、一部の地域において隣接する区域に患者が流出している等の実態等を踏まえて、現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点で、区域として一定の医療提供の完結が可能か、都市部を中心とした人口が多く公共交通機関が発達している地域においては、協議する単位として適切であるか等の課題を整理する。

▼その上で、都道府県は、課題がある構想区域については、現在の区域の維持、隣接する区域との統合又は再編等の対応について検討する。

▼見直し案の作成に当たっては、例えば次のような方向性が考えられる。

・構想区域の統合Ⅱ人口規模が小さい区域や医療資源が限られている区域で、隣接する構想区域に多く患者が流出しており、将来的には、当該隣接区域と一体的に医療提供体制の確保を検討することが適切な場合は、構想区域を統合する案が検討される。

・構想区域の再編Ⅱ構想区域内の一部の市区町村について、患者の実際の受療行動が隣接する構想区域と強く結びついている場合は、当該市区町村を当該隣接区域に含める案が検討される。

▼このほか、島嶼を含む構想区域等、区域内において、医療需要や医療資源が限られ、他の医療機関とのアクセスにおいても課題がある地域が所在する構想区域については、既存の構想区域を前提とし、限られた医療資源の中でどの程度区域内における医療提供体制を確保するか、その上で当該地域の患者の搬送先等となる他の構想区域の医療機関と、ドクターヘリによる搬送等も含めどのようにアクセスを確保するかを検討する。

▼区域の設定を協議するに当たっては、さらに、以下の点に留意する。

・大都市部においては、数十万人単位の構想区域を複数設定する場合や、数百万人単位の広範な構想区域を設定する場合が考えられるが、数百万人単位の構想区域を設定する場合であっても、構想区域内の一定の地域ごとにワーキンググループを設置し、入院医療等の具体的な協議について検討する等、医療提供体制の確保に必要な検討体制については、都道府県の体制にに応じて検討する。

・人口の少ない地域においては、構想区域を広域化した場合、区域内の一部の地域で医療機関までの移動時間が自動車で一時間程度等と長く、住民の医療アクセスが課題となる場合がある。このため、区域の見直しに当たっては、住民が必要な医療にアクセスできるかをあわせて確認することも重要である。他方、患者のアクセス等を考慮し広域化をせず、人口の少ない地域として区域の設定を見直さない場合であっても、広域化し、連携・再編・集約化を行う場合の案も比較検討すること。

・現時点で20～30万人程度の人口規模であっても、今後人口減少が見込まれる区域や、全身麻酔手術の件数等の診療実績がある他の区域と比べて低い区域、患者の流出が多い区域は、2040年に向けて区域内での医療提供の完結が困難となる可能性がある。こうした場合、住民の医療アクセスの観点も踏まえ、一定の入院機能を地域内に残すことを前提としつつ、区域の合併による提供体制の構築等を検討する必要がある。

②隣接する都道府県との連携

ア・都道府県間の協議について

▼都道府県境に位置する構想区域においては、隣接する他の都道府県の区域との間で患者の流出入が多く見られる場合等があることから、関係する都道府県間で医療提供体制の状況について情報共有や協議を行うことが重要である。

▼特に、例えば次のような場合には、都道府県間で協議を行うことが考えられる。

・都道府県境に位置する構想区域において、医療資源や人口規模の制約により、当該区域内で一定の医療を完結させることが困難であり、患者のアクセスの観点から、隣接する他の都道府県の区域に所在する医療機関に流出している、又は今後の流出の増加が見込まれる場合

・医療資源が乏しい構想区域同士が都道府県境を挟んで隣接しており、医療提供体制を検討する上で、両区域にまたがる形で医療機関間の役割分担や集約化等を図っていくことが効率的であると考えられる場合

▼こうした場合、隣接する都道府県と、区域内の医療需要や医療資源等に関する情報を共有し、県境をまたぐ医療提供体制の実態を把握することにも、構想区域間での連携を通じた医療提供体制の確保に向けて、平時からの患者のアクセス支援や医療機関機能確保のための支援の検討を行う。

▼また、こうした地域は、隣接する両区域で一体として急性期拠点機能をはじめとした医療機関機能を確保する等、両区域の密な連携のもとで、医療提供体制を構築していくことも検討する。

▼なお、東京、神奈川、埼玉、千葉等の、極めて人口が多い都道府県において、区域間の患者の流出入が多いものの、両区域とも医療資源が一定程度確保されている場合は、区域間での協議は必ずしも必要ではない。ただし、必要病床数の設定や医療機関間の連携等に係る具体的な課題がある場合には、課題に応じて協議を行うことは考えられる。

必要病床数の設定や医療機関間の連携等に係る具体的な課題がある場合には、課題に応じて協議を行うことは考えられる。

イ・都道府県間での具体的な連携体制のあり方

▼アのような事項について、都道府県境をまたぐ構想区域間等で協議する体制が必要と考えられる場合、両都道府県間でどのように協議を進めるかを検討する。

▼具体的には、以下のようない体制が考えられる。

・関係する都道府県が合同で、隣接する区域同士の区域調整会議を開催する

・両区域の連携に係る主な医療機関の関係者等で協議する場を設定する

・一方の区域調整会議に、関係する他の構想区域の医療機関や都道府県が参加する

▼合同での協議を行うに当たっては、関係する構想区域内の医療機関、実際に隣接している市町村、消防機関、医療関係団体等の関係者の参加を得ながら、都道府県境をまたいだ医療提供体制のあり方について協議を行うことが望ましい。協議事項としては、具体的に、以下のようなものが考えられる。

・急性期拠点機能等の医療機関機能の確保

・救急医療や主な診療領域の手術等に関する具体的な役割分担

・救急搬送のあり方実

・医療機関機能の確保や医療機関へのアクセスの確保のための支援策

・構想区域ごとの必要病床数

▼さらに、それぞれの都道府県調整会議、区域調整会議における議論の状況や、地域の医療提供体制の実情を踏まえながら、継続的に協議を行うことや、必要に応じて連携に関する協定を締結し、具体的な連携内容について整理しておくことが考えられる。

▼なお、医療機関機能及び病床機能の分化・連携に向け、合同での協議を行う際に必要となる事務費用については、地域医療介護総合確保基金においてその事務費用を弁済することが可能である。その際の費用の支弁については、事前に両都道府県で取り決めを行う。

ウ・医療機関機能の広域的な確保(略)

③必要病床数の算出

▼構想区域を設定した後、区域ごとに必要病床数の算出を行う。

(式のイメージ) 必要病床数Ⅱ「当該構想区域に所在する医療機関に入院する患者の2040年の性・年齢階級別の入院受療率(×)(当該構想区域の2040年の性・年齢階級別推計人口)」の総和を(病床稼働率)で除したものの

▼なお、必要病床数は、構想区域に所在する医療機関に入院する患者数をもとに入院受療率を算出しているものである。一方、国から提供するデータをを用いて、各構想区域に居住している患者が他の構想区域に所在する医療機関に流出している数や、構想区域に所在する医療機関に他の構想区域に居住する患者が流入している数等を踏まえた必要病床数を算出することも可能であり、各構想区域の実情に応じた算出を行うことは差し支えない。ただし、こうした場合においても、患者の流出入のいずれかの数字のみを考慮して必要病床数を算出するのではなく、都道府県をまたぐ場合も含めて、流出先又は流入先となる構想区域と連携し、流出入の両方の数字を加味して算出することとする。

▼構想区域の見直しを行った場合は、2026年度から2028年度までの間においては、都道府県からの求めに応じて、見直し後の区域の将来推計人口等を踏まえたデータの提供を行う予定である。このほか、簡易的に、区域の見直し前に算出した必要病床数に対して、人口比率等に応じて按分する等の手法も考えられる。

必要量の機械的試算

厚労省は「2025年度病床機能報告」のなかで、2025年に116万4千床であった病床数の必要量の機械的試算を2040年に106万9千床必要となり、内訳は、「高度急性期」13万4千床(全体の13%)、「急性期」24万床(同22%)、「包括期」41万6千床(同39%)、「慢性期」28万床(同26%)となっている。なお、この病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は各構想区域の必要量を機械的に足し合わせたもので、それぞれ計算方法が異なることから単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要としている。

2025年度病床機能報告について

2025年度病床機能報告(各医療機関が病床単位で報告) ※4

2025年 合計 116.4万床

高度急性期 16.0万床(14%)

急性期 50.0万床(43%)

回復期 21.1万床(18%)

慢性期 29.3万床(25%)

2025年の病床数の必要量(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4

合計 119.1万床

高度急性期 13.0万床(11%)

急性期 40.1万床(34%)

回復期 37.5万床(31%)

慢性期 28.4万床(24%)

出典：2025年度病床機能報告

※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※2：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※3：令和6年度(2024年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(令和5年(2023年)推計)』等を用いて、現在の構想区域(令和6年度)を前提に機械的に試算したもの

※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

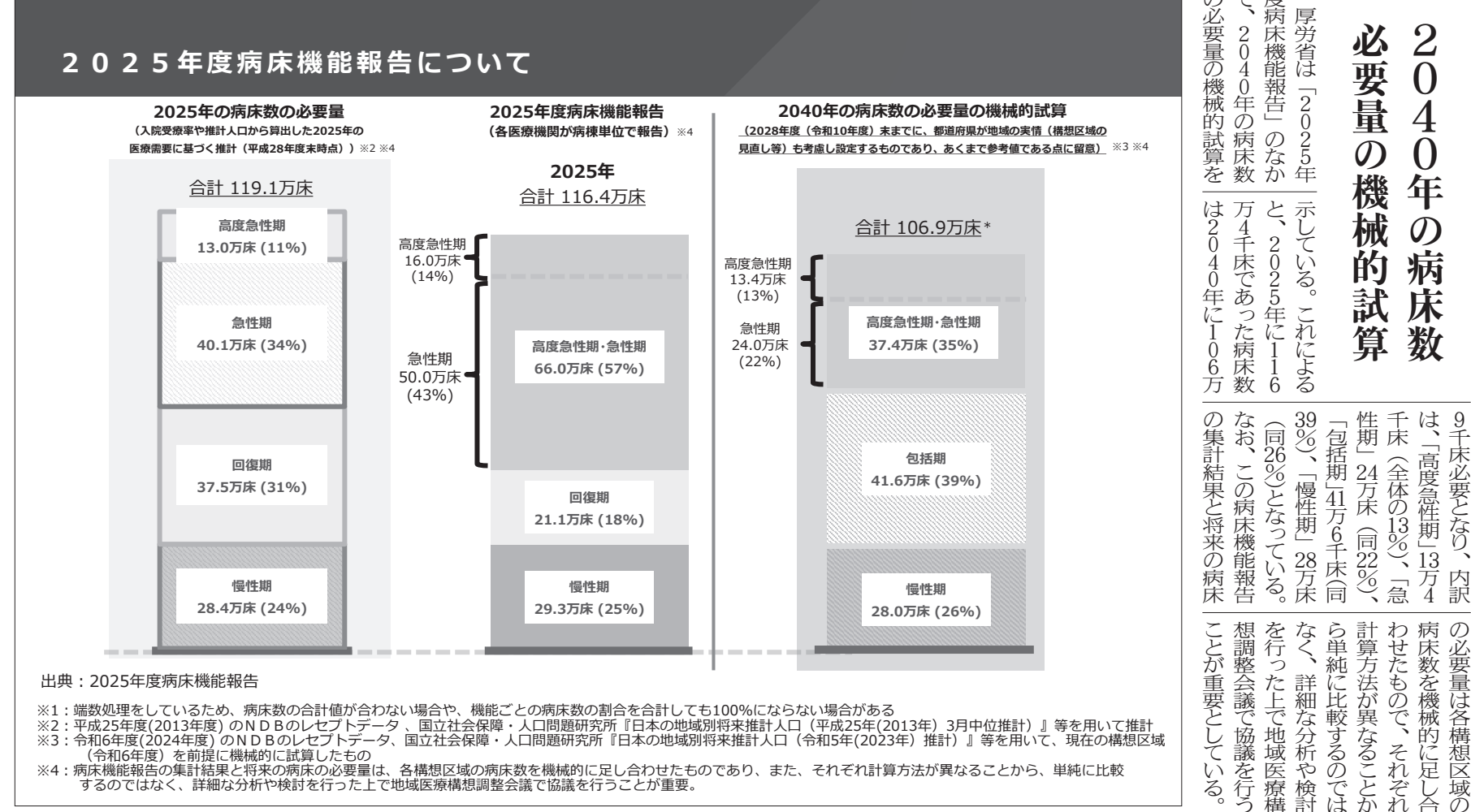


表1 診療行為別にみた【入院】の1日当たり点数

(各年8月審査分)

診療行為	1日当たり点数			
	令和7年	令和6年	対前年	
			増減点数	増減率(%)
総数	4 333.1	4 219.9	113.2	2.7
初・再診	4.3	4.4	△ 0.1	△ 2.8
医学管理等	34.7	33.1	1.6	4.8
在宅医療	6.4	6.0	0.4	6.1
検査	42.7	45.7	△ 3.0	△ 6.5
画像診断	20.4	21.9	△ 1.5	△ 6.7
投薬	35.6	37.1	△ 1.5	△ 4.0
注射	92.4	99.9	△ 7.6	△ 7.6
リハビリテーション	247.2	235.0	12.1	5.2
精神科専門療法	22.8	21.6	1.2	5.3
処置	61.0	62.0	△ 0.9	△ 1.5
手術	847.7	788.4	59.3	7.5
麻酔	100.4	96.8	3.7	3.8
放射線治療	15.3	14.2	1.1	7.7
病理診断	7.1	6.8	0.3	3.8
入院料等	1 433.4	1 419.7	13.7	1.0
診断群分類による包括評価等	1 292.3	1 261.0	31.2	2.5
その他	69.5	66.3	3.2	4.8
入院時食事療養等(単位:円)	1 818	1 760	58	3.3

表記以外の行為 (令和7(2025)年8月審査分)

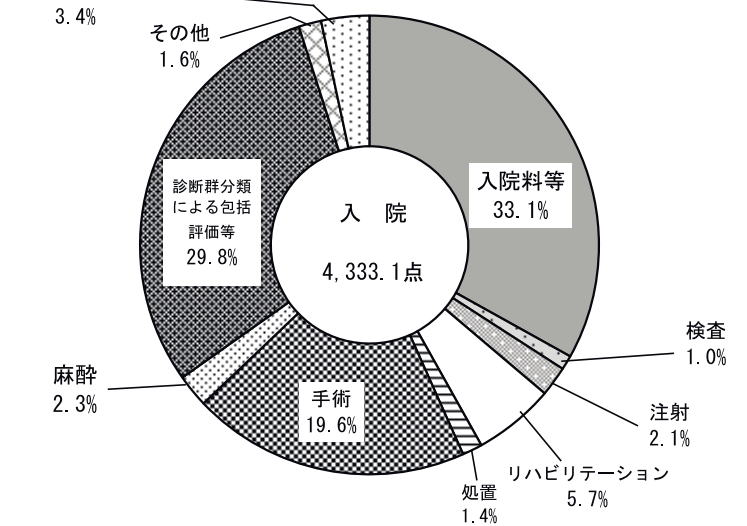


図1 診療行為別にみた【入院】の1日当たり点数の構成割合

令和7年社会医療診療行為別統計

厚生労働省が6月26日に公表した「令和7年社会医療診療行為別統計」によると、医科の入院における1日当たり点数は4333・1点で、前年と比べ113・2点、2・7%増加していることが明らかになった。

医科入院の1日当たり点数は4333・1点(構成割合1・6%)が最も高く、次いで「注射」157・3点(同15・2%)、「初・再診」126・6点(同12・3%)の順となっている。同調査の結果は厚生労働省のホームページから入手できる。結果のポイントは以下のとおり。

- 【結果のポイント】1. 医科入院の診療の状況 1件当たり点数は6万2185・1点(対前年1・9%増) 別に見ると、「検査」19・6点(構成割合18・6%)が最も高く、次いで「注射」157・3点(同15・2%)、「初・再診」126・6点(同12・3%)の順となっている。同調査の結果は厚生労働省のホームページから入手できる。結果のポイントは以下のとおり。
2. 医科入院外の診療の状況 1件当たり点数は1520・5点(対前年2・8%増)
3. 院外処方率 総数は82・5%(対前年1・1ポイント上昇) 病院は84・6%(同1・0ポイント上昇) 診療所は82・0%(同1・1ポイント上昇) 4. 歯科の診療の状況 1件当たり点数は1326・9点(対前年0・8%増) 1日当たり点数は863・1点(同2・7%増)
5. 薬局調剤の状況 1件当たり点数は1160・9点(対前年4・1%増) 受付1回当たり点数は973・4点(同5・2%増)
6. 後発医薬品の使用状況(薬剤種類数に占める割合) 総数は86・7%(対前年4・3ポイント上昇) 入院は79・5%(同2・4ポイント上昇) 院内処方(入院外・投薬)は75・8%(同5・0ポイント上昇) 院外処方(薬局調剤)は88・6%(同4・0ポイント上昇)

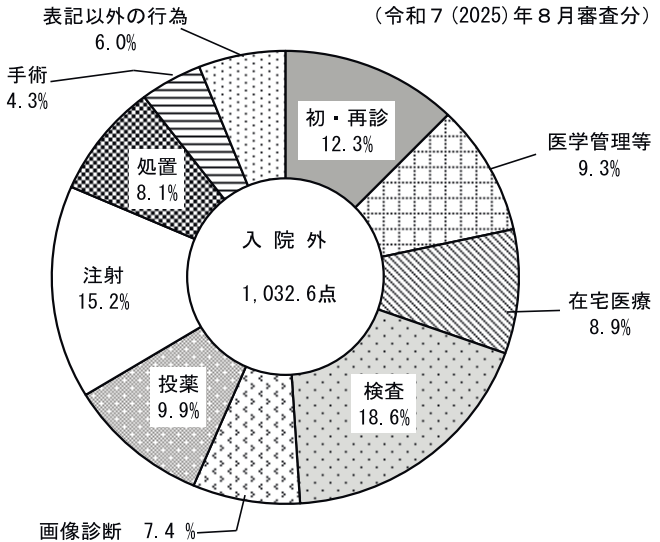
「社会医療診療行為別統計」は、医療保険制度における医療の給付の受給者に係る診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的に毎年作成している。

表2 診療行為別にみた【入院外】の1日当たり点数

(各年8月審査分)

診療行為	1日当たり点数			
	令和7年	令和6年	対前年	
			増減点数	増減率(%)
総数	1 032.6	996.6	36.0	3.6
初・再診	126.6	129.9	△ 3.3	△ 2.5
医学管理等	96.2	94.9	1.3	1.3
在宅医療	91.6	83.2	8.4	10.1
検査	191.6	189.0	2.6	1.4
画像診断	76.8	73.1	3.8	5.1
投薬	102.0	105.0	△ 3.0	△ 2.9
注射	157.3	141.2	16.1	11.4
リハビリテーション	19.4	17.4	2.0	11.3
精神科専門療法	19.4	18.2	1.2	6.6
処置	83.9	82.9	1.0	1.2
手術	44.7	40.8	3.9	9.5
麻酔	3.5	3.3	0.1	4.1
放射線治療	7.6	7.0	0.6	8.5
病理診断	8.6	8.0	0.6	7.8
その他	1.8	1.3	0.5	35.5

図2 診療行為別にみた【入院外】の1日当たり点数の構成割合



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