



全日病 NEWS

2026.2.1
No.1094

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <https://www.ajha.or.jp> / mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp

従来のやり方でない、新たな改革・改善のはじまり

四病協 新年会員交流会 全日病・神野会長「どれだけ我々がイノベーションを起こすか」



全日病の神野正博会長は1月9日、四病院団体協議会の当期幹事団体として主催した新年会員交流会で挨拶し、2040年に向けて未曾有の生産年齢人口の減少と85歳以上高齢者の急増に対応するため「これまでのやり方ではない、新たな改革・改善をやらねばならない年の始まり」との認識を示した。その上で、2025年度補正予算において6つの支援項目で構成する「医療・介護等支援パッケージ」が総額1兆3649億円となったこと、2026年度の診療報酬改定率も「3.09%」に決まったことについて触れ、「いただいた原資を、今まで通りの使い方ではなく改革・改善に使うということが極めて重要なのではないかと思う」と述べた。

高市早苗首相が年頭所感で社会保障制度に関する国民会議を開催するとの考えを表明したことにも言及し、「医療界も一緒になって社会保障のあり方を議論することになる」と指摘。2040年に向けた議論や取組みが始まる状況について「各馬ゲートインから一斉にスタートいたしました」と喻え、「我々が前に出られるかどうかは、どれだけ我々がイノベーションを起こすかにかかる。みなさんと一緒に知恵を絞って頑張っていく年にしたい」との抱負で締め括った。

日病・相澤会長
「エネルギーを持って頑張ろう」



新年会員交流会の開会挨拶で登壇した日本病院会の相澤孝夫会長は、2026年の干支「丙午」になぞらえ「是非みなさん、エネルギーを持って、この大変な危機を突破しましょう」と呼びかけた。「国からは3.09%のプラスの改定率をもらった。みなさん今年は頑張りましょう!」と力強く語った。

日精協・山崎会長
「賃金・物価対応、1100億円だった」



乾杯の挨拶で登壇した日本精神科病院協会の山崎學会長は、2025年度補正予算のうち「医療機関・薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援」の総額が5341億円で、医療機関分が約4500億円になったと解説。その上で、「当初、財務省案だと医療関係の分は1100億円だった」との情報があったと明かした。「1100億円じゃ何もできない」ということで、いろいろな働きかけをした結果、4500億円という4倍の額で国会を通すことができたなどと述べ、交渉やさまざまな働きかけの重要性を指摘。診療報酬改定率「3.09%」についても「最初は0.55%という数字が浮上していた」との認識を示し、「病院が潰れてしまう」ということで自民党の先生方だけでなくあらゆる方々と話したと述懐。「最終的には高市総理の決定で30年ぶりの高水準、プラス改定は12年ぶり」と評価。高市首相が総裁選で唯一、病院経営の苦境に言及していたとも指摘し、「就任早々、すぐに実行してくれたことに非常に感謝している」と述べた。

医法協・伊藤会長
「今までの医療とは次元が違う」



日本医療法人協会の伊藤伸一会長は中締めの挨拶に立ち、大型の補正予算と改定率「3.09%」について、「さまざまご支援をいただいた結果として我々への後押し、バックアップと考え、明るい未来をぜひ作っていきたい」との考えを表明。一方、「今までの医療を展開してきたのとは次元が違う状況が確実に進んでいくことを考えると、これから医療を作っていくのは、覚悟と着実な行動にかかっている」と力を込めた。

上野厚労相
「コストカット型からの転換を」



来賓として来場した上野賢一郎厚生労働大臣も登壇。物価高などで経営難に苦しむ医療現場の課題について「厳しい現状を踏まえ、賃上げ、経営の安定、離職防止、人材確保、こうしたことがしっかりと図られるよう、コストカット型からの転換を明確に意識しながら進めていくことが必要だ」との考えを示した。

2025年度補正予算については、6つの支援項目で構成する「医療・介護等支援パッケージ」として総額1兆368億円を確保したと強調。賃金や物価の上昇に対応するための支援は「年度内を目指にお届けさせていただければと思っている」と述べ、交付までの速度を重視すると説明。「病院については厚生労働省が直接、支援をお届けする形になる」との段取りも明かした。

診療報酬改定率「3.09%」については、「片山財務大臣と水面下での折衝を何回も重ねた」との舞台裏も明かした。「30年ぶりの非常に高い水準で決着を図ることができた」との認識を示しつつ、「最初に財務省から示された案」について「具体的に幾らというのは申し上げられないが、(厚労省側の要望額とは) 相当な開きがあり、『これでは私も立ていられない』『(医療関係団体の) みなさんからのご批判も相当強くなるだろう』と思った」と明かした。「片山財務大臣と水面下での折衝を何回も重ねさせていただき、最終的には総理も交え、三者で決着させていただいた。総理のご英断もあり、3.09%という非常に高い水準で決着できた」と振り返った。「多くの先生方、団体の皆様にもお力をいただきましたことに厚く御礼を申し上げたい」とも述べ、医療界とも力を合わせた総力で成し遂げた結果との認識も示した。

医療DXを推進するため、「夏までに具体的な普及計画を策定したい」との考えも明かした。「2030年までに概ね全ての医療機関に導入を目指す」との目標を掲げる電子カルテや「遅くとも2030年まで」とする電子処方箋に関する工程表になる見通し。「とりわけ医療分野は総理の関心もありますので、しっかりと取り組んでいただきたい」とも述べ、協力を呼びかけた。

本号の紙面から

救命救急Cは「高い医療費」	2面
訪看STでの輸液管理OKに	3面
病院DXは実装の段階へ	4面

日医・松本会長
「医療界と政治家が一体で闘った成果」



日本医師会の松本吉郎会長は、2025年について6月の「骨太方針2025」の閣議決定、7月の参院選、補正予算の成立、そして診療報酬改定率の決定と「激動の1年だった」と振り返った。2025年度補正予算について「非常に大型の補正予算」と評価。2026年度の診療報酬改定率が「本体プラス3.09%」で決着したことについては「医療界と政治家が一体となって闘った成果」とし、「高市総理、片山財務大臣、上野厚労大臣、そして自民党の先生方の強い後押しがあって実現できた」と感謝を述べた。

今後については、「30年ぶり(に高水準)の改定率を、明日からの医療にきちんと使わせていただきたい」「何よりも国民の健康と生命を守るために、新たに心を1つにして、一致団結して繋がっていかなければならない」などと述べ、これからも気を緩めではならないと強調した。

元全日病副会長・安藤衆院議員
改定率決定へ「高市首相に直接電話」



元全日病の副会長で衆院議員の安藤高夫氏も登壇。同氏は高市早苗首相が総裁選に立候補した際の推薦人の1人。診療報酬改定が決まる局面について振り返り「朝6時、10時、12時と直接3回も電話して最後のお願い、『なんとかして欲しい』という気持ちを最後までお伝えした」と明かした。今後の注目である「3.09%」の具体的な配分については「これから加算の要件などの問題がある。しっかり取っていけるようにしていくことが必要だと思いますので、ぜひ一緒にやって我々の思いを繋げていければと思う」と述べ、引き続き連携していく必要性を訴えた。

ビリ診、医師も夜間対応を	5面
人員配置の弾力化の仕組み	6面
AMATなど横の連携に課題	7面
薬物療法情報提供書の効果は	8面

救命救急センターでの軽傷治療「高い医療費がかかる」

社保審・医療部会 全曰病・神野会長「国民に知らせるべき」

全曰病の神野正博会長は1月19日、委員を務める厚生労働省の「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)で、救命救急センター以外でも治療が可能な軽傷患者の救急搬送や入院・加療を救命救急センターが対応した場合、「救急体制充実加算」など上乗せ的な医療費がかかるといふ状況を国民に周知すべきと訴えた。

救命救急センターが算定する「救命救急入院料」には「救急体制充実加算」の上乗せがある(図表)。このほか「医療提供体制推進事業費補助金」も交付されており、救命救急センター以外で同様の治療を受けた場合と比べて高い医療費がかかるといふ。

神野会長は、「施設が充実している」ということで点数は高いが、軽傷の患者が救命救急センターにかかったら、これだけお金が高いということは国民に知らせていただきなければならない」と主張。その上で、「新たな地域医療構想における『急性期拠点機能』の関連、診療報酬改定、あるいは補正予

算でも救急車台数(が医療機関の評価指標に用いられる)という話がある」と指摘し、「救急医療の中身の質を本来は救命救急センターの評価に繋げなければならぬ。救急車の台数だけではいけないのではないか」との疑問も呈した。

救急搬送の受入れを巡っては、軽傷患者を三次救急の医療機関が受入れることに対して民間の中小病院などが批判の声をあげている。また、2040年を見据えて策定する「新たな地域医療構想」に向けたガイドラインの検討において、新たに設ける「医療機関機能」のうち「高齢者救急・地域急性期機能」と「急性期拠点機能」の役割分担を巡り意見が割れている。三次救急が地域で中心的に救急搬送を受け入れて、下り搬送、を活用すべきとの意見と、疾患特性に緊急性の高い患者以外は地域の中小民間病院が救急搬送を受け入れ、高次医療が必要な場合に、上り搬送、を活用する体制を主体にすべきとの意見に分かれている。

救命救急センターの充実段階評価

評価項目の一部を見直し

同日の医療部会では、厚労省が救命救急センターの充実段階評価で2025年から採用する102点満点(計47項目)の内容を説明。厚生労働科学研究班から提示された見直し案に基づき、「救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ(WG)」や「救急医療等に関するWG」が検討した内容で、具体的には新たに△16-1:救急外来に配置する看護師について△16-2:救急医療に関する専門性が高い看護師の有無△24:第三者による医療機能の評価一の

3項目を加える(全曰病ニュース11月1日号などを参照)。

救急外来に配置する看護師については、「当該看護師が他の業務を行うときには、救急外来の対応がある場合、交代で配置された看護師が救急外来の業務を行っていれば可」とするなど柔軟に対応する。「救急医療に関する専門性が高い看護師」は、△救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師△クリティカルケア認定看護師△急性・重症患者看護専門看護師△小児救急看護認定看護師△小児プライマリケア認定看護師△特定行為研修修了者とする。

診療報酬点数

充実段階評価の結果に基づき、救命救急入院料に以下が加算される

△救命救急入院料に係る加算

- 救急体制充実加算1(S評価) 1500点
- 救急体制充実加算2(A評価) 1000点
- 救急体制充実加算3(B評価) 500点

厚労省資料を一部改変

病床数の適正化事業と基準病床数を連動へ

社保審・医療部会 厚労省案を了承

厚生労働省は、昨年12月に成立した改正医療法で地域医療介護総合確保基金の事業として新たに盛り込んだ、病床数の適正化に対する支援事業について、効果を不可逆的にするため、二次医療圏ごとに算出する「病床削減率」を用いて基準病床数を削減するの方針を決めた。1月19日、「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)が厚労省の提案を了承した。

「病床削減率」は同適正化事業で削減した病床数を既存病床数で割って求める(図表)。急激な人口増加や新興感染症の発生、小児・周産期や救急医療等に関する病床は、同適正化事業で削減した場合でも基準病床数の削減には影響しないとの方針も決めた。

全曰病・神野会長「再配分は否」

全曰病の神野正博会長は「令和6年

(2024年)度の補正予算で買い上げた病床を都道府県が再配分するようなことが過去にあって、おかしいと申し上げてきた」と述べた。その上で、「(今回の施策により今後は)そういうことはないですよねと確認したい」と求めた。厚労省は、「おっしゃる通りで、そのために基準病床数をその分、削減する」と改めて説明した。

同日は、改正医療法の成立に伴う事項として2024年末にまとめた「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に関する事項として、△外来医師過多区域の基準△国が指定する外来医師過多区域の候補区域として二次医療圏9カ所△外来医師過多区域における新規開業希望者に対し都道府県が求めることができる「地域で不足している医療機能」や「医師不足地域での医療」の具体的な内容などについても

厚労省案を了承した。

外来医師過多区域の候補9カ所公表

外来医師過多区域については、下記の2点を基準に、国が示す候補区域も参考にしつつ都道府県が指定する。

- § 外来医師偏在指標が「全国平均値+標準偏差の1.5倍」以上
- § 可住地面積当たり診療所数が上位10%

厚労省は、同基準に該当する二次医療圏9カ所を下記の通り示した。

【東京都】

- ①区中央部(該当市区町村=千代田区、中央区、港区、文京区、台東区)
- ②区西部(同=新宿区、中野区、杉並区)
- ③区西南部(同=目黒区、世田谷区、

渋谷区)

④区南部(同=品川区、大田区)
⑤区西北部(同=豊島区、北区、板橋区、練馬区)

【京都府】

⑥京都・乙訓(同=京都市、向日市、長岡京市、大山崎町)

【大阪府】

⑦大阪市(同=大阪市)

【兵庫県】

⑧神戸(同=神戸市)

【福岡県】

⑨福岡・糸島(同=福岡市、糸島市)

「地域で不足している医療機能」や「医師不足地域での医療」の提供例については、次の4つをあげた。

- 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供(夜間・休日等の診療、在宅当番医制度への参加、夜間休日急患センターへの出務、2次救急医療機関の救急外来への出務等)
- 在宅医療の提供(提供が不足している地域がある場合)
- 学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療
- 医師不足地域での医療の提供(土日の代替医師としての診療等)

改正医療法では、外来医師過多区域で新規開業を希望する場合、開業の6ヵ月前に提供する予定の医療機能などを記載した届出を求め、当該内容等を踏まえた地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができる。また、「地域で不足している医療機能」の提供や「医師不足地域での医療」の提供を要請することができる。

医師偏在の是正「スピード感を」

全曰病・神野会長が念押し

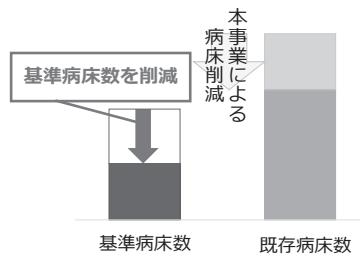
神野会長は、厚労省が同日に示した資料で「2036年度に医師偏在の是正が達成されることを目標」との記載を盛り込んだ点に言及。「10年も先であればスピード感がない」と述べ、「厚労省はどのような覚悟で臨むのか」と質問した。

厚労省は、「都道府県のご判断にはなるが、1年ないしは2年、3年もあるかもしれないが、そういうスパンでデータをしっかりモニタリングしていく」と説明した。

病床数の適正化に対する支援に係る基準病床数の引下げ(イメージ)

参考

- 医療法等の一部を改正する法律の議員修正により追加された、病床数の適正化に対する支援事業に係る不可逆的措置について、具体的には、基準病床数は、地域の医療需要を、病床の稼働状況(病床利用率)を用いて病床数に換算するものであるところ、本事業の病床削減による病床利用率の変化を加味する観点から、二次医療圏ごとに、病床削減率(削減病床数/既存病床数)を用いて基準病床数を削減することとする。



(※1) 二次医療圏によっては、病床削減率を用いて削減すると、本事業による病床削減数を下回る場合がある(例えは基準病床数が80床、既存病床数が100床であって、本事業により10床を削減した場合、病床削減率が10% (削減10床/既存100床)となり、基準病床数の削減が8床(基準80床の10%)となる)ことから、こうした場合には、削減病床数と同数(10床)分を基準病床数から削減することとする。

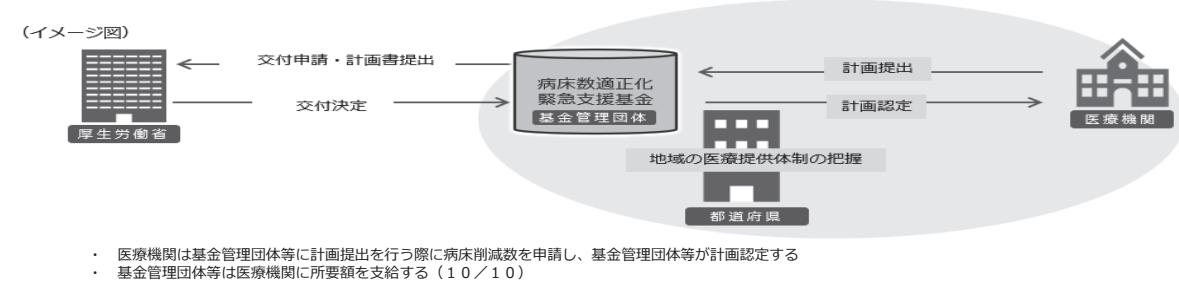
(※2) 二次医療圏によっては、基準病床数(例:100床)を既存病床(例:300床)が大幅に上回る場合において、基準病床数以上(例:150床)の病床削減が行われる可能性がある(基準病床数がマイナスや0に近くなる)が、その場合には、地域の医療提供体制に支障をきたさないよう、基準病床数が削減後の既存病床数を超えない範囲で、都道府県において柔軟な運用を可能とする。

【参考】令和7年度補正予算に基づく病床数の適正化に対する支援】

○ 施策の概要

- ・「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。
(概要) 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。
(交付対象・交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診: 4,104千円/床(ただし、休床の場合は、2,052千円/床)

○ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



訪看STにおける点滴等の輸液管理、3月1日からOKに

厚労省

臨時的な対応として事前に容認していれば配備は「差し支えない」

厚生労働省は3月1日から訪問看護ステーション(訪看ST)における点滴などの輸液管理を認める。2025年12月25日に「指定訪問看護事業者における医薬品の取扱いについて」と題した医薬品局通知を都道府県などに発出し周知した。全日病の中尾一久常任理事が厚労省に対し医道審議会保健師助産師看護師分科会の「看護師特定行為・研修部会」(國土典宏部会長)などで求めている内容(全日病ニュース8月15日号参照)。

中尾常任理事は今回の見直しの意義について全日病ニュースの取材に応じ、「高齢者で多い脱水の場合、医師からの手順書は出されても必要な点滴の物品が訪看STに常備されていないために、タイムリーな点滴が実施できなかった」と説明。「いくら素晴らしい制度があっても、適切な医療を提供しにくいという現状があった」と語った。

その上で、今後は在宅医療の領域で活躍する特定行為研修修了者を増やす必要があるとの問題意識も示した。「看護師特定行為は、医師がいない在宅や高齢者施設等において、医師の指示／手順書の下で、看護師による様々な医療行為を可能にした制度だが、創設後10年が経過しても在宅医療の領域を中心に活動している訪看STに特定行為研修を修了した看護師が増えている」と指摘。「高齢者医療の需要が急増する今後を見据え、在宅医療の領域で活躍する特定行為研修修了者を増やす施策が必要だ」と述べた。

輸液管理には5つの要件が必要

今回の見直しは、要件を満たす場合に「臨時的な対応」として訪看STにおいて開始液及び脱水補水液に限り輸液(等張性電解質輸液製剤及び低張性電解質輸液製剤)の配備を認める。具体的な要件は下記の5つ。

【5つの要件】

- (1) 医師等による協議において、事前に以下の対応が検討された上で、臨時的な対応を実施する必要があるとされたものであること。
- ①薬剤師の関与による円滑な薬剤提供を実施できるようにするために、通常対応している薬局が対応出来ない場合に、当該薬局と連携して薬剤提供を行える薬局を確保すること、患者宅にある経口補水液の活用を検討することなど、臨時的な対応以外の対応ができないかも併せて検討されたこと。
- ②これまで薬剤師が訪問して対応していない患者の場合、薬剤師の訪問可否やその有用性等(訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導の対象にする等の調整を含む)について検討されたこと、また、地域の薬剤師会(地域の薬剤師会がない場合には、都道府県の薬剤師会を含む)にも事前に相談がなされたものであること。
- ③地域の医師会等の関係団体(以下「地域の関係団体等」という。)に事前に情報提供が行われたものであること。

(2) 対象となる輸液は、以下により用いられるものであること。

①在宅療養中の患者の急な状態の変化(在宅療養を継続する程度の状態の変化であって、医師ではなく看護師等であっても明確に判断ができるような変化に限る)時に用いられる。

②実際に医師の診療により当該輸液が必要となり、他に当該輸液を円滑に入手する手段がない場合に、看護師等が、医師の指示に基づき、当該医師又は薬剤師に確認した後に患者への投薬又は当該輸液の使用を伴う処置に用いられること。

(3) 対象となる輸液を指定訪問看護ステーションの中で管理するにあたっては、適切な保管条件を遵守すること。特に、以下の条件を遵守すること。また、対応の開始前には臨時的な対応をするにあたっての協議先の薬剤師に保管条件の確認を受け、またおおよそ半年ごとに保管状況の適切性についても確認を受けていること。

①換気が十分であり、かつ、清潔であること。
②室温(1~30°C)での管理ができる設備で管理されること。
③当該医薬品の保管について管理者を明確にすること。
④当該医薬品の貯蔵設備を取り扱える者を特定すること。
⑤空調等による室温での管理の実施、使用期限・在庫数等の確認及びこれらにかかる記録等、当該医薬品

の適正な管理のためのルールを文書化し、それに従った管理を日常的に実施すること。

(4) 臨時的な対応については、継続して実施することを想定したものではなく、在宅患者に円滑に薬剤を提供する体制が構築・強化されるまでのものであり、医師等により改善策についての検討が併せて行われていること。

(5) 協議を行った医師等により、地域の関係団体等に、臨時的な対応を行うことが報告されていること。

また、輸液の配備は臨時的な対応として認めるため、①在宅療養中の患者において、在宅療養を継続する程度の事前に想定されなかった状態の変化が生じた場合に、医師の指示により処置又は投薬で対応する際に必要と考えられる医薬品であること②事前の処方又は調剤による患者宅への配置が馴染まない医薬品であること③対応できる一般用医薬品がない効能・効果を有する医薬品であること④特別な保管及び管理が必要である医薬品ではないことーの4点にも留意するよう求める。

実施報告も必須

当該対応を実施する指定訪問看護事業者には報告を求める。報告用の専用Webサイトへのリンクは下記URLに掲載予定。2026年1月26日時点では「準備中」となっている。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/00001.html>

需要等を踏まながら必要に応じて急性期拠点機能も高齢者救急の受け入れを行う」と記したことにも触れ、「あのような書き方が前面に出ると調整会議では『手術は全部そっちか』という議論になる」と述べた。

その上で、典型例の作り方については、同資料の注釈として「大都市などにおいて手術等を高齢者救急・地域急性期機能で実施することや、急性期拠点機能において、増加する高齢者救急の受け入れの分担」を当て「高齢者救急は、高齢者救急・地域急性期機能を中心としつつも、医療の

医療機関機能の役割分担「まずは典型例を」

地域医療構想&医療計画検討会

全日病・猪口副会長「調整会議が混乱する」

全日病の猪口正孝副会長は1月16日、構員を務める厚生労働省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」(遠藤久夫座長)で、2040年に向けて策定する「新たな地域医療構想」における「医療機関機能」のうち「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」の役割分担について、「まずは典型例をしっかりと作り上げるべき」と

主張した。「(GLでは)典型例をしっかりと作った上で、例外的事象をあげていくような書き方にならないと混乱が生じる」との認識だ。

猪口副会長は、10月31日の同検討会で、厚労省が「急性期・救急医療の役割分担について(イメージ)」と題する資料を示し「急性期拠点機能」の役割として「手術等の分担」を当て、「医療

資源を多く必要とする手術等について、緊急手術等は急性期拠点機能で受け入れる一方、高齢者に多い手術等は高齢者救急・地域急性期機能でも提供する」と説明したことと言及。「高齢者救急・地域急性期機能」については「増加する高齢者救急の受け入れの分担」を当て「高齢者救急は、高齢者救急・地域急性期機能を中心としつつも、医療の

病床機能報告における報告の目安(案)

各入院料の要件や期待される役割等を踏まえ、以下のように整理してはどうか。

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が高い医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料 特定集中治療室管理料 ハイケアユニット入院医療管理料 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 小児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 総合周産期特定集中治療室管理料 新生児治療回復室入院医療管理料 一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1~6 特定機能病院入院基本料(7:1、10:1) 専門病院入院基本料(7:1、10:1) 小児入院医療管理料1~3
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院料1~3 専門病院入院基本料(13:1) 有床診療所入院基本料1、4 地域包括医療病棟入院料 小児入院医療管理料4、5 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 特定一般病棟入院料 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院料1~2 障害者施設等入院基本料(7:1~15:1) 有床診療所入院基本料2、3、5、6 有床診療所療養病床入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料

* 診療報酬改定に伴い入院料等が変更された場合は適宜見直しを行う。

2040年へ、病床機能報告における「目安となる入院料」を提案

厚労省は同日、「新たな地域医療構想」における病床機能報告制度における機能区分△高度急性期機能△急性期機能△包括期機能△慢性期機能一ごとに、どのような入院料が該当するかの目安を提案した(図表)。「高度急性期機能」は△救命救急入院料△特定集中治療室管理料△ハイケアユニット入院医療管理料一など10種類が並んだ。「急性期機能」には△急性期一般入院料1~6△特定機能病院入院基本料(7:1、10:1)など4種類の入院料をあげた。2025年までの地域医療構想における「回復期」を変える「包括期」は、2024年度の診療報酬改定で創設した「地域包括医療病棟入院料」のほか△地域一般入院料1~3△地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料△回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料一など9種類。「慢性期機能」は△療養病棟入院料1~2△緩和ケア病棟入院料一など。

2026年度 医療DX講習会

— 病院DXは「理解」から「実装」の段階へ進む —

国際医療福祉大学 高橋泰

2025年度講習会の到達点

2025年度の全日本病院協会「医療DX講習会」は、全国101病院から延べ280名が参加し、全日程を終了した。病院長・事務長・情報システム担当者・医事・事務部門職員など、多様な職種が参加し、民間病院におけるDXへの関心が着実に高まっていることが示された。

講習会終了後に実施した受講者アンケートでは、「内容が役立った」「大変役立った」と回答した受講者が全体の約8割を占め、「また参加したい」「同僚や知人に勧めたい」と回答した受講者はいずれも約9割に達した。自由記載欄では、「電子カルテ、クラウド、生成AIを制度と実装の両面から一貫で理解できた」「断片的だった知識が整理され、病院として進む方向が見えた」といった評価が多く見られた。単なるIT知識の習得にとどまらず、病院経営と現場実務を結びつける視点が高く評価された点が、2025年度講習会の大きな成果である。

2026年度も講習会を開催する

これらの評価と成果を踏まえ、全日本病院協会では2026年度も医療DX講習会を開催する。もっとも、来年度の講習会は単なる継続ではない。2025年度までが、医療DXを取り巻く制度や技術の全体像を把握する「理解のフェーズ」であったとすれば、2026年度は明確に「実装のフェーズ」へと踏み込む構成となる。

アンケートで特に多く寄せられたの

は、「生成AIを実際に病院でどのように使っているのかを知りたい」「他院がどのように導入し、どのような課題に直面し、どう解決しているのかを学びたい」という声であった。制度や概念の説明よりも、「明日からの業務にどう生かせるのか」という実務に直結した内容へのニーズが強まっていることが、明確に示されている。

2026年度講習会の内容と特徴

2026年度の講習会では、病院事務の生産性向上、オンラインミスからクラウドネイティブへの現実的な移行、生成AI・AI技術の具体的活用、さらに病院自らが主体的にシステムを理解し、選択し、運用していくための視点を重視する。DXをIT部門やベンダーに委ねるものではなく、病院経営そのものの課題として捉え直すことが、本講習会の一貫した思想である。講義内容の全体像および各回のテーマについては、別途示す表を参照されたい(右図は現時点のスケジュール案)。

講義は全10回、各回3時間、合計30時間で構成され、オンライン形式を基本としながら、実際の病院事例や現場に即した解説を多く取り入れる。電子カルテ更新を控える病院、業務改善に限界を感じている病院、生成AIに関心はあるものの導入の糸口が見えない病院にとって、判断の軸を得る機会となる構成である。特に2026年度は、「概念を知る」ことよりも、「他院では実際にどうしているのか」「自院では何から着手すべきか」を考えられる内容となっている。

費用と助成金制度

受講料は会員病院25万円であり、1病院あたり最大3名まで受講が可能である。本講習会は、厚生労働省の人材開発支援助成金(事業展開等リスクリング支援コース)の対象講座であり、所定の条件を満たすことによって受講費用の大部分が助成金として還元される。DX人材育成の必要性を認識しつつも、費用面が参加の障壁となっていた病院にとって、有難い制度である。

経営者へのメッセージ

DXはシステム導入の問題ではなく、判断できる人材を院内に持てるかどうかの問題である。どの技術を、どの目的で、どの順番で活用するのかを判断できる人材の有無が、数年後の病院経営を大きく左右する。本講習会は、病院DXを主体的に考え、現場を導く人材を育成する場である。2026年度、貴院の将来を担う職員を本講習会に参加させることを、強く推奨したい。

【お申込みご希望の方へ】

4月上旬頃、全日本病院ホームページに講習会の概要と申込みフォームを掲載しますので、ご確認願います。

2026年全日本病院DX講習会スケジュール案

1回	7/9(木)	前半：医療DXの現状(世界と日本) 後半：DX基礎① IT基礎
2回	7/23(木)	前半：特別講義(1) 国のDX戦略(厚生労働省) 後半：DX基礎② DX基礎
3回	8/6(木)	前半：セキュリティー1 後半：DX基礎③ セキュリティー2
4回	8/20(木)	前半：オンラインからクラウドへ1事例 後半：DX基礎④ システム企画・デザイン
5回	9/10(木)	前半：事務のDX改革：実践病院の報告 後半：DX基礎⑤ ネットワーク
6回	9/24(木)	前半：モバイル立ち上げから運用まで 後半：DX基礎⑥ モバイルの技術とセキュリティー
7回	10/15(木)	前半：特別講義(2) 生成AIの活用1 後半：AIの技術の活用について
8回	10/29(木)	前半：生成AIの活用2(現場活用事例) 後半：ノーコード・ローコード概論
9回	11/12(木)	前半：自前のシステム構築とコマンドセンター運用 後半：地域連携の技術論(基礎)
10回	11/26(木)	前半：特別講義(3) DXと地域医療 後半：DXで大きく変わった病院

AMATが能登地震・奥能登豪雨支援で感謝状

全日本病院 救急・防災委員会 報告

民間病院の機動力など4つの観点で評価

令和7年12月10日、あいにくの小雨の中、石川県金沢市の石川県庁に隣接する石川県地場産業振興センターにおいて、「令和6年度能登半島地震・令和6年度奥能登豪雨知事感謝状贈呈式」が執り行われた。この式典は、未曾有の災害に見舞われた石川県に対し、献身的な支援活動を行った団体・個人の功績を称えるものであり、公益社団法人全日本病院協会が中心となり運営する災害医療支援チーム「AMAT(All Japan Hospital Medical Assistance Team)」に対し、石川県の馳浩知事より感謝状が贈呈された。式では知事と安居知事県議会議長をはじめ、237の団体代表および個人が参列し、当会より上村晋一救急・防災委員長が出席した。以下にその活動を記す。

1. 絶たれた路網と困難を極めた進出

発災直後の能登半島は、悪天候や津波の影響によって空路および海路が遮断され、北陸新幹線も運休するなど、外部からのアクセスがほぼ完全に絶たれた状態にあった。移動手段は陸路に限定されたが、それも極めて困難な状況であった。地震の強烈な揺れによって主要幹線道路は至る所で陥没・崩落し、寒波による路面凍結が追い打ちをかけた。

多くの医療支援チームが現地への到達を断念せざるを得ない危険な路面状

況の中、AMATは民間病院の機動力を活かし、病院救急車を駆使して発災翌日の1月2日には早くも現地への進出を開始した。

2. 広域にわたる柔軟な支援展開

AMATは1月2日から11日までの間に、計29チーム・121名という派遣を実施した。活動範囲は能登半島全域に及び、以下の施設や拠点において柔軟な支援を展開した。

- 医療機関支援：恵寿総合病院、公立能登総合病院、公立宇出津総合病院、市立輪島病院など、地域医療の中核を担う病院への人的支援。
- 多角的なロジスティクス：避難所支援、病院間での患者搬送、不足する物資の緊急搬送など刻一刻と変化する現地のニーズに即応した。

3. 奥能登・小木地区における「命の砦」としての活動

特に高く評価されたのが、アクセスが最困難であった能登町の小木小学校・小木中学校避難所における活動である。奥能登に位置するこの地区は、発災2日後の1月3日時点でも他の医療チームが到達できおらず、行政側も詳細な被害状況を把握できていない「空白地帯」となっていた。AMATは1月3日に同避難所へ到達し、そこで戦慄の光景を目撃した。約

900名の避難者に対し、対応できる現地の医療従事者はわずか4名。断水と停電が続き、食料や医薬品が底を突く中で、インフルエンザや新型コロナウイルスなどの感染症が広まりつつあるという、まさに限界状態であった。

4. 災害関連死の抑制と被害の軽減

AMATはこの深刻な状況を即座に保健医療調整本部へ報告し、情報のパイプラインを構築。同時に、現場での診療や感染症対策を強力に推進した。特に、避難所内の衛生行動の徹底呼

びかけや隔離措置などの感染症マネジメントは、過密な避難環境下での爆発的な蔓延を防いだ。発災直後の最も苦しい時期にAMATが現地へ入り、正確な情報収集と医療介入を行ったことは、結果として「災害関連死」の発生を最小限に食い止め、地域の被害軽減に決定的な役割を果たした。

今回の感謝状贈呈は、AMATが「民間病院のネットワーク」という強みを活かし、公的機関だけではカバーしきれない隙間を埋め、命の危機に瀕した被災者に寄り添ったことに対する石川県からの敬意の証であろう。

末筆ではあるが、馳知事は237団体の代表者一人ひとりに対し一言を贈るとともに感謝状を渡され、写真撮影も行われたことを付け加えておきたい。

令和6年能登半島地震・令和6年奥能登豪雨 知事感謝状贈呈式



馳知事(左)から感謝状を受け取る上村委員長(右)

「物価上昇に関する評価」を設定へ、入院料等の算定時

中医協総会 厚労省、2027年度は2倍を想定

厚生労働省は2026年度の診療報酬改定における物価上昇への対応として、入院料等(入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料3)とは別に、入院料等の算定時に算定可能な「物価上昇に関する評価」を設定する。2026年度の点数を基本に、2027年度は2倍にする想定。一方、経済・物価の動向が見通しよりも大きく変動した場合など不測の事態には、2027年度の同評価に関する点数を加減算するなど調整を図るとの方針も示した(図表)。1月9

日、中医協総会(小塩隆士会長)が了承した。

入院に関する2024年度以降の経営環境の悪化への対応分についても2026年度の診療報酬改定で入院料の評価に含める(図表内の②③)。

改定率「+3.09」

物価対応では病院に+0.49%

2026年度の診療報酬改定については、2025年12月24日の厚労・財務の大臣折衝に基づき、以下の通り内訳を示した。

全体の改定率と、その内訳である「賃上げ分」「物価対応分」について2026年度と2027年度の平均である旨を示した上で、それぞれの年度の改定率についても明示しているのが特徴だ。

【2026年度診療報酬改定】

診療報酬改定率 **+3.09%**

(2026年度及び2027年度平均)

2026年度+2.41%、

2027年度+3.77%)

[内訳]

■賃上げ分 **+1.70%**

(2年度平均。2026年度+1.23%、

2027年度+2.18%)

■物価対応分 **+0.76%**

(2年度平均。2026年度+0.55%、2027年度+0.97%)

内訳: 病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)

■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)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日))

■前回改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**

(病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)

■後発医薬品への置換へ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%**

■上記以外の分 **+0.25%**

各科改定率: 医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

外来における物価上昇分

診療所と病院はコスト構造が異なる

外来における物価上昇分の評価については、入院基本料と同様に、初・再診時に算定できる「物価上昇に関する評価」を設定する。

その上で、病院での外来における物価上昇対応分は診療所よりも高いと考えられるため、初・再診時に算定できる同評価は診療所と同一としつつも、不足分は入院時の評価で対応するとの方針。初・再診時の評価が外来で対応すべき物価上昇分より大きい場合は、入院時に対応すべき物価上昇分から差し引いて入院時の評価を算出するとの方針も示した。

入院における物価上昇対応について(案)①

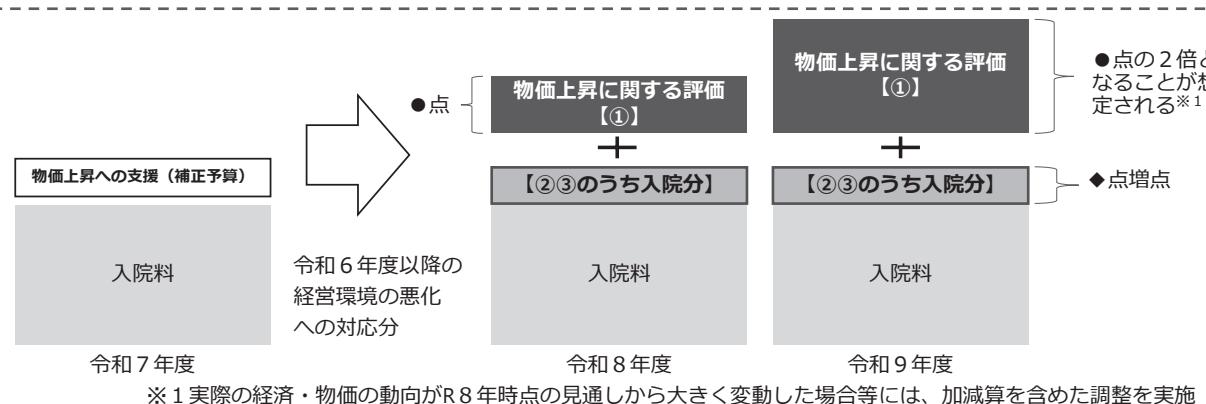
- 入院診療に関する物価上昇への対応について、大臣折衝における考え方を踏まえ、以下の通りとしてはどうか。
 - ・①令和8年度以降の物価上昇への対応については、外来における物価上昇対応と同様に、段階的に対応する必要があることを踏まえ、入院料等(入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料3)とは別に、入院料等の算定時に算定可能な「物価上昇に関する評価」を設定する。
 - ・②③令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、入院料等の評価に含める。
- ※なお、こうした評価の水準は、病院の改定率(入院・外来を含む)から、前頁による外来診療における物価上昇対応の評価を差し引いた規模となるよう調整する必要がある。

【大臣折衝における記載】

① 物価対応分 +0.76% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度 +0.55%、令和9年度 +0.97%)。特に、令和8年度以降の物価上昇への対応としては、+0.62% (令和8年度 +0.41%、令和9年度 +0.82%) を充て、診療報酬に特別な項目を設定することにより対応する

②③ 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。

配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。
※実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には(中略)令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。



令和7年度

※1 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

『ビル診』の先生方も夜間・休日診療などで貢献を

検討会 全日病・猪口副会長「新たに開業される先生方のみでは不公平」

全日病の猪口正孝副会長は1月16日、昨年12月に成立した改正医療法により、「外来医師過多区域」で新規開業を希望する医師に対し、都道府県が「地域

で不足している医療機能」や「医師不足地域での医療」の提供を要請できるようになることに言及し、「既に開業されている先生方もこうしたところ

(夜間・休日等の診療や夜間休日急诊センターへの出勤)に加わらないと、ものすごく不公平と思う」との考えを示した。その上で、1つの建物内に診

療所が集積する『ビル診』の医師らの参画を求めるべきと主張した。

猪口会長は「こういうところ(外来医師過多区域)では『ビル診療』が多く、たぶん診療している場と居住している場が離れている医師が多いだろう」との認識。「居住地と診療の場が乖離していく今までなかなか地域への支援に従事できなかった先生たちも(地域で不足する医療等の領域に)入ってくるような、インセンティブなのか、方法なのかがないと不公平感が強い」と強調した(外来医師過多区域における不足している医療などは2面を参照)。

医師偏在の是正、定量的指標を設定

同日は、医師確保計画の主体である都道府県などが現状を経時に把握・評価できるよう定量的な指標を第8次(後期)医師確保計画策定ガイドライン(GL)で提示すると決めた。具体的には、△都道府県全体の医師の確保△都道府県内の地域偏在の解消△都道府県内での必要な診療科の確保の3点を目標とした。具体的には、△都道府県全体の医師の確保△都道府県内の地域偏在の解消△都道府県内での必要な診療科の確保が確認できるよう三師統計などを活用する(図表)。加えて、医師確保計画のアウトカムとして医療へのアクセスなどを評価する指標の検討も進める。同検討会の構成員も務める福岡国際医療福祉大学ヘルスデータサイエンスセンターの松田晋哉所長が研究代表者を務める厚生労働科学特別研究事業が担う。

医師確保計画に係る現状把握のための指標について

論点

- 都道府県等が医師確保計画の現状を経時に把握・評価することを可能とするために、目標医師数のみでなく、医師確保計画に係る定量的な指標の例として、厚生労働科学研究所から提示された以下の指標を、第8次(後期)医師確保計画策定ガイドラインで提示してはどうか。
- 医療へのアクセス等のより精緻なアウトカム指標については、第9次医師確保計画策定ガイドラインへの反映を念頭に、引き続き厚生労働科学研究所で検討を進めてはどうか。

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向(自県大学卒業医師数、地元出身医師数等) ・臨床研修修了後の医師等の定着状況	2年に1回 年1回	三師統計 都道府県調査
	・地域枠医師等の動向	・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況 ・地域枠等の義務年限後の定着状況	年1回	都道府県調査 都道府県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・医師少数区域、医師少数都道府県の動向	・二次医療圏別の医師数(年代別、人口・可住地面積あたり) ・二次医療圏内外の患者の流入出数 ・ドクターパンク・全国マッチング登録者数 ・新たに確保した医師の採用経緯(医局派遣、人材紹介会社等)の内訳	2年に1回 3年に1回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 都道府県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・医師少数スポットの医師数(年代別、人口・可住地面積あたり) ・重点医師偏在対策支援区域の医師数	年1回 年1回	都道府県調査 都道府県調査
	・医師派遣調整	・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年1回	都道府県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	・総合診療専門医の養成に係る状況(専門研修プログラム数、採用人数、充足率等) ・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数	年1回	都道府県調査 事業者より取得、都道府県調査
	・地域で不足する特定診療科	・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	2年に1回	三師統計

「急性期病院A一般入院料」と「同B」の創設を提案

中医協総会 救急搬送件数と全身麻酔手術の件数が要件に

厚生労働省は2026年度の診療報酬改定で「急性期病院A一般入院料」と「急性期病院B一般入院料」の新設を検討している。1月23日の中医協総会で公表した「個別改定項目について」と題する資料(短冊)で明らかにした。通知で示す施設基準として、年間の救急搬送件数や全身麻酔手術の件数を要件として設定する考え。看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であることも求める。

Aは7対1、Bは10対1

「看護配置7対1、平均在院日数16日以内」を求める「急性期病院A一般入院料」では、救急用の自動車または

救急医療用ヘリコプターによる搬送が年間2000件以上で、全身麻酔手術は1200件以上を求める。加えて、救命救急センターの設置か総合周産期母子医療センターの設置、もしくは24時間体制で救急患者の受入れを求める考え。

「看護配置10対1、平均在院日数21日」とする方向性で検討している「急性期病院B一般入院料」では、△救急搬送が年間1500件以上△救急搬送が年間500件以上かつ全身麻酔手術500件以上△人口20万人以下の地域に所在する保険医療機関で救急搬送件数が当該地域で最大かつ、年間で1000件以上△離島に属する保険医療機関で当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち

救急搬送件数が最大一のいずれかを満たすよう求める。

「重症度、医療・看護必要度」

基準は「●割●分以上」で短冊に

「重症度、医療・看護必要度」で評価し、「特に高い基準を満たす患者の割合」や「一定程度高い基準を満たす患者の割合」に係る指標でも基準を設ける。同日に公表した「短冊」では、割合の指標は「●割●分以上」と記したのみで未公開。

「急性期病院A一般入院料」では、「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を用いた評価で「特に高い基準を満たす患者の割合」と「一定程度高い基準を満

たす患者の割合」の基準を満たすよう求める。200床未満であって正当な理由がある場合には「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」での評価も認める。自宅等に退院する割合は8割以上に、常勤の医師数は入院患者数の「10%以上」と定める方向だ。

「急性期病院B一般入院料」は「同必要度Ⅰ」で評価し、「特に高い基準を満たす患者の割合」と「一定程度高い基準を満たす患者の割合」の基準を満たすよう求める。「診療内容に関するデータを適切に提出できる体制」を求めた上で、「同必要度Ⅱ」でも一定の基準を満たすよう求める考えだ。

「看護・多職種協働加算」を新設へ

中医協総会 「急性期一般入院料1」と同等の基準を満たす病棟で

厚生労働省は2026年度の診療報酬改定で、看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導や診療の補助を行う体制などを評価する「看護・多職種協働加算」の新設を検討している。1月23日の中医協総会(小塙隆士会長)で公表した「短冊」に盛り込んだ。

厚労省は、同加算を新設する基本的な考え方について「更なる生産年齢人口の減少に伴って医療従事者確保の制約が増す中でも、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため」と説明。「短冊」において「重症度、医療・看護必要度の高い高齢者等が主に入棟する病棟において、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制について、新たな評価を行う」と記した。

対象は、「急性期一般入院料4」と2026年度改定での新設を提案した「急性期病院B一般入院料」(上の記事を参照)のうち、「急性期一般入院料1」と同等の「重症度、医療・看護必要度」

等を満たす病棟。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、管理栄養士または臨床検査技師のいずれかを配置し、専門性を発揮しながら協働する場合に算定を認めるとの考え方。

ついに配置基準の弾力化に着手へ まずは急性期病棟から

新設する同加算に関する議論としては、厚労省が「多職種配置と医療機関の機能」を議題に資料を提示した2025年12月12日の中医協総会に遡る。病棟における多職種の配置について、急性期～慢性期の計43病棟の看護師(回収794名、有効回答768名)を対象とした「病棟の看護業務タイムスタディ調査」(病棟ごとに全勤務帯を網羅できるよう調査)の結果から、「診察・治療」や「患者のケア」に従事している時間が長く、全体の半分程度を占めていたとの結果や、「看護記録」や「情報共有」の時間も多いなどと説明。病棟業務の多職種連携に関する調査の結果にも言及し、「多職種連携によるメリッ

トが想定される」との認識も示した。

その上で、「多職種配置と医療機関の機能における論点」として、以下の3点を提示した。

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせて柔軟に配置できる仕組みとする考えられるのではないか。
- 同じ一般病棟入院基本料を届け出る病院でも、救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数などの病院としての機能が異なっていること等を踏まえ、急性期の入院基本料について、病棟機能に加え、病院機能を踏まえた評価のあり方をどう考えるか。
- 病院機能を踏まえた評価体系を検討するに当たって、拠点的な急性期病院や、地域で重点的に救急・急性期医療に対応する病院の機能について、次のような要素を含め、どのような要素を考慮することが考えられるか。

多職種協働による柔軟配置「賛同」

日医常任理事・江澤和彦委員

これらの論点に対し、日本医師会常任理事の江澤和彦委員は、急性期一般入院料に関する看護職員と多職種スタッフを組み合わせる柔軟な配置について賛同。「各職種が病棟においてそれぞれの専門性を生かして高齢の患者さんなど入院中の患者さんを支援することで、より入院早期からのリハビリテーションや栄養管理に取組み、できるだけ早い在宅復帰を目指すことが期待される」と述べた。

急性期病院の評価については、「救急搬送と全身麻酔のみで良いのかどうか、十分に吟味する必要もある」との考え方を示していた。

「急性期総合体制加算」を新設へ

中医協総会 総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合

厚生労働省は、2026年度の診療報酬改定において「急性期総合体制加算」の新設を提案した。「総合入院体制加算」と「急性期充実体制加算」を統合する考え。1月23日の中医協総会(小塙隆士会長)で公表した「短冊」に盛り込んだ。全日病の津留英智常任理事が、委員を務める「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で求めていた内容(全曰病ニュース2025年10月15日号2面などを参照)。

中医協総会におけるこれまでの議論で、医療関係団体の代表者らが名を連ねる診療側、保険者の代表者らが並ぶ支払側の双方委員が両加算の統合に賛意を示している。

新設がほぼ確実となった「急性期総合体制加算」について厚労省は、△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△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として新設する考え。

経過措置を設定

両加算の統合による影響を考慮し、一定の経過措置も設ける。同日に公表した「短冊」では、加算の届出時点について「令和●年●月●日時点で」と伏せた上で、「当分の間」は各種基準について「満たしているものとみなす」と記述。一方、急性期充実体制加算に関する「感染対策向上加算1」の届出や「高度かつ専門的な医療および急性期医療に係る実績」、「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」など一部の基準については、2026年9月30日までの間に限って「満たしているものとみなす」と記載した。

診療側も支払側も統合には賛意

両加算に関しては12月12日の中医協総会で議題となった際、診療側の委員も支払側の委員も賛意を示していた。一方、診療側からは地域医療に混乱をきたさぬよう激変緩和の必要性を指摘する意見が複数の委員から出た。支払側からは、単純な継続ではなく診療の総合性を高める要件にすべきとの意見が出ていた。

同日は、厚労省が「総合入院体制加算届出病院でも、急性期充実体制加算の手術等の実績を満たす病院や、急性期充実体制加算届出病院で総合入院体制加算の総合性を満たす病院がある」などの状況を説明。「人口の少ない医療圏における拠点的な機能」について、△救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある△地域の多くの救急搬送をカバーしている医療機関であっても、急性期充実体制加算や総合入院体制加算は算定されていない△人口の少ない地域では、総合的な機能を求められているものの、地理的な事情から、地域の症例や医療従事者を集めてもなお、実績要件等の基準を満たすことが困難な医療機関があると考えられるなどの状況も提示。その上で、厚労省が下記の通り大きく2つの論点を示していた。

○総合入院体制加算や急性期充実体制加算では、これまで様々な診療科を有する等の総合性や、手術件数が多

い等の集積性の観点から評価しており、これらの加算を統合する場合には、こうした総合性や手術等の集積性を踏まえた類型を設けることについて、どのように考えるか

○人口の少ない医療圏では、地域の実情から手術等の実績要件等を満たすことが困難な場合もあるが、地域において救急搬送受入の砦となる病院や、べき地において地域を支える役割を果たす病院があることを踏まえ、人口の少ない地域における拠点的な病院の役割の評価をどのように考えるか。

日本医師会常任理事の江澤和彦委員は、両加算の統合に賛同した上で、「現在、両加算を算定している病院の評価が次回の改定によって急激に変動しないようにすることが何よりも大切」と指摘。「算定している病院は現在、地域の急性期医療の拠点、あるいは地域医療の最後の砦として機能しており、その維持にはこの加算が非常に大きな役割を果たしている」と強調した。

災害時の保健医療活動チーム「横の連携、強化を」

災害・新興感染症医療WG

全日病の中村康彦副会長は12月18日、構員を務める厚生労働省の「災害医療・新興感染症医療に関するワーキンググループ(WG)」(小野太一座長)の初会合で、自然災害時などに活動する全日病の災害時医療支援班(AMAT)など、さまざまな保健医療活動チームがより効果的に活動できるよう、連携をより強化するための施策を検討すべきと訴えた。

中村副会長は、「横の連携がなかなか上手くいかない部分がある」との認識を示した上で、「このWGにおいてもそれぞれの活動班を一元化できるような方向性について議論すると思うが、本来の業務を置いて出動するわけなので有効に使えるようにしていただきたい」と述べ、連携強化を図る方策の必要性を強調した。

災害時の保健医療活動チーム

多様な組織が活動班を派遣する体制

災害時は、発災48時間以内に活動が開始できる機動性を持ったトレーニングを受けた「災害派遣医療チーム」(DMAT: 2025年4月1日時点で1840隊、隊員1万8909名)のほか、大地震などの災害時に地域で必要な精神保健医療の需要に応える目的で厚労省が認めた専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チーム(DPAT: 同約280

全日病・中村副会長「上手くいかない部分がある」

隊、研修修了者1260名)が活動するほか、災害支援ナースが被災地の医療機関や避難所等で看護業務を担う。

保健医療活動チームはこのほか、日本医師会、日本赤十字社、国立病院機構(NHO)、地域医療機能推進機構(JCHO)も活動班を派遣する体制を有している(図表)。

2024年度からの第8次医療計画では、都道府県の保健医療福祉調整本部の下でさまざまな保健医療活動が共に訓練し、災害時におけるそれぞれの役割などを確認できるよう後押しするための支援を盛り込んでいる。災害時だけでなく新興感染症の発生・蔓延時の連携も想定する。

大きく5つの検討事項

第9次医療計画の策定に向け検討

同WGでの主な検討事項は下記の5つ。2030年度以降が対象になる第9次医療計画に反映させるため、国が指針を策定する2028年度末までに議論をまとめる予定。

(1) 大規模災害に備えた災害拠点病院等の医療機関の強靭化に資する対策
近年の災害対応の教訓を踏まえ、災害拠点病院の整備、実効性のある業務継続計画(BCP)、耐震・

浸水・インフラ障害等の医療機関の備えについて議論する。

(2) 保健医療福祉調整本部における災害医療コーディネーターの役割

2024年能登半島地震で初めて設置された保健医療福祉調整本部における活動実績を踏まえ、災害医療コーディネーターのあり方について検討する。

(3) 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の整備とITを活用した災害医療支援の効率化

2025年度から開始した新EMISの運用を踏まえ、今後のEMISの

整備や情報共有体制、データの活用やシステム間連携等について議論する。

(4) 国民保護事業における医療提供支援のあり方

世界情勢の緊迫化等に鑑み、国民保護事業発生時における救護班の編成等の医療提供体制整備について検討する。

(5) 医療措置協定の実効性の確保

新興感染症発生時・蔓延時に、医療措置協定に基づいた迅速な対応を確実なものとするための方策について検討する。

その他の医療チーム

チーム名	概要	発足経緯	事務局
JMAT (日本医師会 災害医療チーム)	急性期以降の被災地の避難所等での医療や健康管理を支援する。医師・看護師・業務調整員の1隊3~4名が基本構成。	東日本大震災を契機に2011年発足	日医
AMAT (全日病院 医療支援班)	災害の急性期から亜急性期にかけて、災害医療研修を受けた医療チームが要援護者にも配慮しながら医療救援活動を行い、防ぎ得る災害関連死の防止を主目的とする全日本病院医療支援班。	東日本大震災を契機に2013年に発足	全日病
日本赤十字社 救護班	災害時等に迅速な医療救援活動を行うため、医師・看護師・事務員等で構成され、被災地にて応急処置や診療を実施する専門組織。	関東大震災を契機に1924年に制度化	日本
NHO 医療班	災害拠点病院に常時配置される初動医療班を先遣隊として発災後48時間以内に被災地へ派遣し、その後全病院に配置された医療班を投入して避難所等で継続的な医療活動を行う。	2004年のNHO発足と同時に整備	NHO
JCHO 医療班	全国のJCHO病院から編成され、拠点病院医療班は急性期に医療活動を行い、その後全病院に配置された医療班が避難所等で継続的医療支援を行う。	2014年のJCHO発足と同時に整備	JCHO

厚労省資料を一部改変

2025年度 第8回常任理事会の抄録 11月22日

【主な協議事項】

●正会員として以下の入会を承認した。

栃木県 学校法人国際医療福祉大学国際医療福祉大学塙谷病院

院長 佐藤 敦久
東京都 社会福祉法人浴光会国分寺病院

理事長 高木 智匡
神奈川県 医療法人社団聖ルカ会パシフィックホスピタル

院長 新倉 春男
長野県 佐久市立国保浅間総合病院

院長 青木 敬宏
山口県 地域医療支援病院オーブンシステム徳山医師会病院

院長 松本美志也
山口県 医療法人緑山会下松中央病院

理事長 斎藤 淳
高知県 社会医療法人近森会近森病院

理事長 入江 博之
大分県 社会福祉法人恩賜財団済生会支部大分県済生会日田病院

院長 大坪 仁
退会が6件あり、在籍正会員数は合計2,591会員となった。

●準会員として以下の入会を承認した。

東京都 医療法人財団健貢会東京クリニック
院長 金森 博

大阪府 医療法人良耕会大阪天王寺胃と大腸消化器内視鏡クリニック

理事長 村尾 良治
香川県 医療法人ウェルネスサポート高松紺屋町クリニック

理事長 佐用 義孝
宮崎県 藤元メディカルシステム
藤元総合病院付属予防医

療クリニック

院長 東山 泰成

退会が1件あり、結果、在籍準会員は合計179会員となった。

●賛助会員として以下の入会を承認した。

東京都 インフォーマーマーケットジャパン株式会社
(代表取締役社長 クリストファー・ルイス・ベンジャミン・イブ)

東京都 森・濱田松本法律事務所
外国法共同事業
(パートナー 代 宗剛)

●医療の質向上委員会委員の追加について説明があり、審議の結果、承認した。

・新委員: 高橋 肇
(社会医療法人高橋病院 理事長)

●人間ドック実施指定施設の申請について審議し、満場一致で可決確定した。

<人間ドック>

北海道 医療法人社団北海道健診・内科クリニック
院長 近藤 伸彦

大阪府 医療法人朋愛会朋愛病院
院長 左川 均

千葉県 医療法人社団誠馨会新東京クリニック
理事長 景山 雄介

鹿児島県 医療法人美崎会国分中央病院
理事長 藤崎 剛斎

北海道 公益社団法人函館市医師会健診検査センター
センター長 石田 宏文

人間ドック実施指定施設は合計434施設となった。

【主な報告事項】

●沖縄県支部の副支部長退任について

沖縄県副支部長の高石利博先生(医療法人博寿会もとぶ記念病院院長)が

逝去されたことに伴い、副支部長を当面欠員にすると報告された。

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会の総会、診療報酬改定結果検証部会、費用対効果評価専門部会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会」について報告があり、質疑が行われた。

「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」について報告があり、質疑が行われた。

「社会保障審議会・医療部会」について報告があり、質疑が行われた。

「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」について報告があり、質疑が行われた。

「医療事故調査制度等の医療安全に関する検討会」について報告があり、質疑が行われた。

「電子処方箋推進会議」について報告があり、質疑が行われた。

●「医療機関における控除対象外消費税に関する調査報告書」について

日本病院会、全日病、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本慢性期医療協会及び全国自治体病院協議会の計6団体で実施した内容について報告があり、質疑が行われた。

●2025年度病院経営定期調査について

今回から日本精神科病院協会が加わり4団体合同で実施した調査の報告があり、質疑が行われた。

●総合医リカレント実践事業「診療の場の提供」事業の募集について

厚生労働省の「総合的な診療能力を持つ医師育成のためのリカレント教育事業」への採択を受け、「診療の場の提供」事業の募集開始が報告され、同事業への参加協力が要請された。

●災害時等における船舶を活用した医療体制強化に係る調査検討業務実働訓練・図上訓練の実施について

2025年11月16日(日)に神戸港で行われた船舶を活用した実働訓練にAMAT1チーム(医師、看護師、薬剤師、業務調整員)及び17日(月)に神戸駅前研修センターで開催した図上訓練にAMATの業務調整員1名が参加したことが報告された。

●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能(～順不同)

【3rdG: Ver.3.0】

○一般病院1

青森県 南部病院
東京都 久米川病院

長野県 新生病院

愛知県 かわな病院

兵庫県 笹生病院

○一般病院2

千葉県 新松戸中央総合病院

鹿児島県 今村総合病院

○リハビリテーション病院

東京都 竹川病院

熊本県 平成とうや病院

○精神科病院

福岡県 筑水会病院

10月3日現在の認定病院は合計2,168病院。そのうち本会員は902病院と、全認定病院の41.6%を占める。

●四病協報告について

10月29日に四病協として「病院医療提供体制を維持し地域医療を確保する為の要望書」を上野厚生労働大臣へ提出したことが報告された。また、「四病院団体協議会新年会員交流会」を2026年1月9日(金)午後5時30分よりパレスホテル東京「葵」で開催することが報告された。

●厚労省、日医、各団体報告について

一般社団法人日本専門医機構理事会(第17回)の報告が行われた。

【主な討議事項】

●財政制度等審議会財政制度分科会資料について

財務省の「財政制度等審議会財政制度分科会」の資料について討議した。

病院薬剤師のポリファーマシー対策、阻害・促進要因を探求

高齢者医薬品適正使用検討会 厚労省が2025年度事業で実施中と報告

厚生労働省は2025年度事業として入院患者を対象としたポリファーマシー対策の実施状況と影響を調べ、病院薬剤師が「薬剤調整支援者」として取り組むポリファーマシー対策や薬物療法に関する情報連携を病院に実装する際

の阻害・促進要因を明らかにする(図表)。2025年12月25日に開いた「高齢者医薬品適正使用検討会」(印南一路座長)で実施内容を報告した。

病院薬剤師を中心に、病院では診療報酬の「薬剤総合評価調整加算」や「薬

剤調整加算」などで評価されている業務をポリファーマシー対策として実施する。その上で、かかりつけ医や薬局薬剤師らに「薬物療法情報提供書」を発行し、必要に応じて「薬物療法情報回答書」による情報共有を求める。「薬

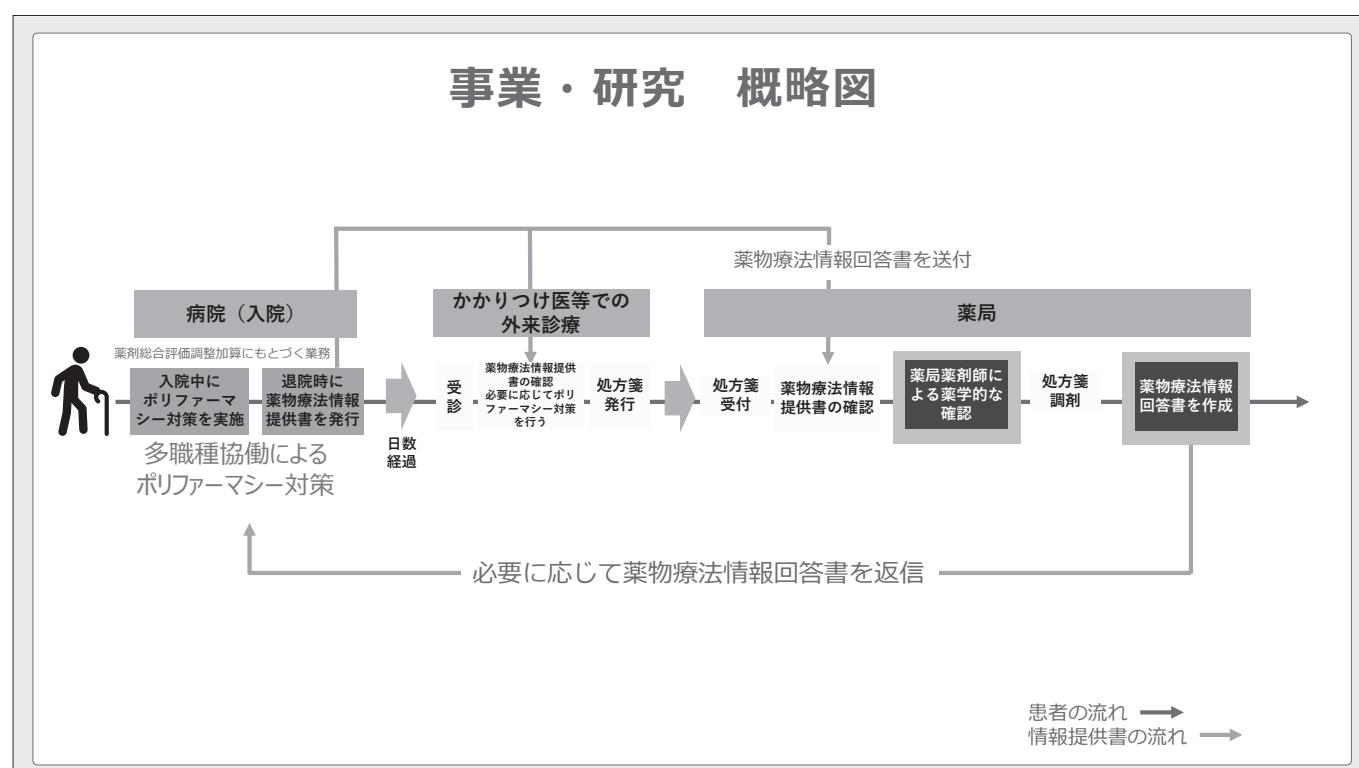
物療法提供書の主な内容は①患者の基本情報②老年症候群③認知症診断④日常生活活動(ADL)⑤要介護認定⑥退院後の生活環境⑦栄養(体重減少、栄養補給経路)⑧退院後の服薬管理⑨処方調整内容の要点(変更点・要介入)⑩療養環境移行時の注意点の10項目。薬剤情報提供書の発行に伴う業務負担や障壁、実装の阻害要因などについて検証する。

薬物治療の適正化にどの程度寄与? 薬局薬剤師

2025年度事業としては、薬局薬剤師を対象に処方適正化の提案数が使用するツール等により異なるのかなども検証している。「75歳以上10種類以上の服用」の患者を対象に実施する。

また、2026年度は「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」「高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別))」に、日本老年医学会が2025年に改訂した「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」の内容を盛り込み、内容を刷新する方針も決めた。現状の医療環境などと照らし、必要な見直しを実施する。ポリファーマシーに関する状況調査や、2025年度調査で得られた結果の追加解析なども実施する予定。

事業・研究 概略図



■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページを参照)

研修会名(定員)	期日【会場】	参加費 会員(会員以外)(税込)	備考
AMATロジスティックス研修 30名	2026年2月28日(土) 13:00~17:00 場所:全日病 会議室 (東京都千代田区神田三崎町 1-4-17東洋ビル11F)	11,500円(13,800円)(税込)	当協会が組織する災害時医療支援活動班「All Japan Hospital Medical Assistance Team (AMAT)」が会員病院を始めとする民間病院や避難所の巡回診療、患者の病院間搬送、多様な医療チーム等との連携を含めた災害医療活動を円滑に行うためのロジスティックスについて学ぶ研修。対象はAMAT隊員や病院管理者、責任者、医療従事者等(AMAT隊員以外でも受講可)。参加したAMAT隊員は更新のための単位を2単位付与する。
第14回 若手経営者の会 「日本社会の問題は、学校教育の問題そのもの 一主体性と当事者性なくして、組織改革なし」 150名	2026年2月28日(土) 18:00~20:00 場所:東京ドームホテル 研修会会場:B1階「天空」 懇親会会場:B1階「オーロラ」	9,900円(13,200円)(税込)	全日病の若手経営者育成事業委員会が次世代経営者の発掘・育成及びネットワーク作りを推進する目的で主催する「若手経営者の会」。今回、10万部を超えるベストセラー『学校の当たり前をやめた』などの著書で知られるカリスマ教育者、として、内閣府規制改革推進会議専門委員などを務める工藤勇一氏を講師にお迎えする。病院経営における組織づくりやマネジメントの課題解決の方法、「主体性と当事者性」を持った組織への変革に必要なことなどについてご講演いただき、参加者全員でのディスカッションも予定する。終了後は懇親会も開催する(会費=12,100円<税込><参加者のみ>)。
~医療DXとセキュリティ あなたの病院は狙われている~ 2025年度 医療機関のための サイバーセキュリティ研修 100名	2026年3月5日(木) 13:00~16:30 オンライン研修2026年	6,600円(9,900円)(税込)	医療現場におけるデジタルトランスフォーメーション(DX)が急速に進展する中で重要性が高まっている、サイバー攻撃のリスクや情報の取扱いに関するセキュリティ対策について学ぶ。厚生労働省の担当官から医療DXの政策動向及び求められるセキュリティについての講演や、医療AIプラットフォーム技術研究組合(HAIP)からAI活用におけるセキュリティおよび制度的支援、医療機関の働き方改革を見据えた具体的ユースケースの事例紹介、さらには医療DXを最前線で支援する企業による生成AIやクラウド電子カルテの活用とセキュリティの実践に関する講演を予定。本研修は一般社団法人 日本医療情報学会が認定する資格「上級医療情報技師・医療情報技師」を更新するための研修として承認(1ポイント)されている。
病院看護師のための 認知症対応力向上研修 100名	2026年 3月19日(木) 9:30~17:00 3月20日(金・祝) 9:00~15:30 オンライン研修	16,500円(22,000円)(税込)	「認知症ケア加算2(現在の3)」の施設基準に対応する研修会として開催する。身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るための取組みや多職種チームによる介入について学ぶ。本研修プログラムの一部については、厚生労働省の「病院勤務の医療従事者向けの認知症対応力向上研修」に申請しており、2日間通して参加された方(遅刻・早退・中抜けは不可)には「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」及び「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の受講修了証を発行する。