



# 全日病 ニュース

## 2026.4.1

### No.1098

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <https://www.ajha.or.jp> / [mail:ajhainfo-mail@ajha.or.jp](mailto:ajhainfo-mail@ajha.or.jp)

## 〘物価連動制度、や期中改定など4項目の提言書を提出

全日病 神野会長「医療安全保障に構造的な脆弱性」「検討に着手を」

全日病の神野正博会長は3月18日、物価上昇などの影響を診療報酬に反映する〘物価連動制度、の導入や期中改定など計4項目を求める上野賢一郎厚生労働大臣宛の提言書を持参し、同医政局医薬産業振興・医療情報企画課の安中健課長と同保険局医療課医療技術評価推進室の梅木和室長に手交した(写真)。米国・イスラエルによるイランへの攻撃など、中東情勢を起因とする原油供給の不安定化がもたらすエネルギー供給不安や医療サプライチェーンへの影響などを想定して機動的な対応を可能にすべきとの考えに基づいている。

神野会長は、全日病ニュースの取材に対し、同提言書の狙いについて「1カ月後など即時に実施すべきというような非現実的な要望ではなく、必要性を鑑みて検討を始めて欲しいため提言書、という形にした」と説明。その上で、「現在、世界的な影響が危惧されている中東の状況などにより、単なる診療報酬の公定価格による危機が迫っているだけでなく、医療安全保障に構造的な脆弱性が露呈している」と述べた。

### 医療材料などの価格上昇が供給コストを押し上げる要因となる

提言書では、30年ぶりの高い水準となった2026年度診療報酬改定の本体改定率「3.09%」の効果が「相当程度相殺される可能性も否定できない」との見方を提示。日本が原油の約9割を中東地域からの輸入に依存している状況が医療サプライチェーンにも影響を及ぼし得るとも指摘し、最も顕著な影響が懸念される領域として「医療材料」をあげた。具体例としては、◇手袋◇注射器◇輸液バッグ◇カテーテル◇透析回路—など、プラスチックや合成ラテックス、シリコンなどの石油化学製品が原材料の製品を列挙。医薬品の関連でも、原薬製造に必要なエネルギーコストや包装資材などの価格上昇が供給コストを押し上げる要因になると改めて説明した。

このような状況を踏まえた提言の内容は以下の4項目。

1. 医療材料価格および診療報酬の物価連動制度の導入と期中改定の実施
2. 医薬品サプライチェーンの強靱化



神野会長が厚労省を訪れ安中課長(右中)と梅木室長(右)に手交した。

3. 医療物流の国家安全保障としての位置づけ
4. 医療材料・医薬品の戦略備蓄制度の拡充

1番目に掲げた「医療材料価格および診療報酬の物価連動制度の導入と期中改定の実施」では、原材料価格やエネルギー価格の急激な変動に対応できる診療報酬上の仕組みの必要性に言及。医療材料償還価格や診療報酬について、「物価変動に連動した見直し制度の導入を早急に検討すべき」と訴えた。「必要に応じて診療報酬の期中改定を可能とする仕組みを整備することが求められる」との考えも示し、診療報酬改定のタイミングを待たずに対応しなければならぬ状況も想定した検討を求めた。

「2. 医薬品サプライチェーンの強靱化」については、原薬の海外依存度が高い医薬品について、「国内製造基盤の整備や複数国調達体制の構築を進め、医薬品供給体制の安定化を図るべき」との考えを示した。

「3. 医療物流の国家安全保障としての位置づけ」に関しては、国民の生命に直結する重要なインフラである医療材料や医薬品の輸送などの医療物流を、国家安全保障の観点で重要事項に位置づけ、有事における優先輸送体制の構築などを検討する必要があると主張した。

「4. 医療材料・医薬品の戦略備蓄制度の拡充」では、感染症対策備蓄に加え医療提供に不可欠な基礎的医療材料や医薬品について国家レベルの戦略備蓄制度の整備を進めるよう求めている。

### 〘売り控え、が始まっている可能性

提言書を手交した神野会長は、「歯科医師会会長と面会した際、『施術の際に使う手袋が注文しても届かない』という状況を聞いた。一部では〘売り控え、が始まっている可能性がある」との見方を示した。

また、「とにかくありとあらゆるものが石油由来であり、ガソリン価格が急騰すれば輸送費が高くなり、物流費に跳ね返り、回り回って農業などにも影響が及び、食材という形で医療機関の経費増に繋がりがねず、影響は極めて大きくなる」と述べ、あらゆる状況を先回りして想定した上での検討が必要と訴えた。「即座になんとかしてくれという要望ではないが、いますぐ検討に着手いただきたい」とも述べ、早期に検討を開始する重要性も強調した。

### 厚労省・安中課長「個別事例も含め、ぜひ情報提供を」

提言書を受け取った安中課長は、政府として、まずは備蓄している石油の放出と補助金で対応すると改めて説明。加えて、経済産業省や資源エネルギー庁と連携し、情報収集を進めている状況も明かし、「会員病院で本当



提言書の内容を説明する神野会長

本号の紙面から		医療情報の新しい国家戦略	
改定の疑義解釈その1を発売	2面	サービスを伸ばす≠患者増	6面
2026年度改定を告示、資料も	3面	神野会長「納得しない」	7面
地域医療構想でとりまとめ	4面	救急救命処置の範囲拡大か	8面

## 清話抄

### 「看護師の時給 < 飲食店の時給」という歪み

求人票を前に、思わず計算機を叩き直した。国家資格を持つ看護師の募集時給が、近隣の飲食店のそれと大差ない、あるいは下回っている。高度な専門性を有する職種への正当な評価と、

経営上、提示せざるを得ない現実とのあまりの落差に、深い溜め息が出る。昨今の急激な社会情勢の変化を思わずにはいられない。

医療現場で看護師は、常に患者の命を預かり、一瞬の油断も許されない判断と技術を求められる。その責任の重さと業務に伴う緊張感は計り知れない。また、患者や家族の不安に寄り添い、多忙な業務の中で感情の受け皿となる精神的負荷も大きい。医師をはじめ、日々現場を死守する全職員の献身と努

力には心から感謝しており、本来であれば、その働きに十分な処遇で報いたいと切に願っている。

しかし、医療機関の収益の柱である診療報酬は「公定価格」であり、一般企業のようにコスト上昇分を自由に価格転嫁することは不可能だ。物価や光熱費、人件費が急騰しても、「明日から初診料を値上げします」と独断で言えないのが医療界の厳しい現実である。

医療の質を維持し、患者の負担を抑え、かつ職員の生活も守る。この「三

方よし」を目指す道は、今や「三方ぎりぎり」の綱渡り状態だ。特に地方において人材確保は死活問題であり、待遇が見合わなければ若手は都市部へ流出してしまう。「やりがい」という精神論だけに依存する構造は、既に限界を迎えている。地域医療を持続可能なものとするためには、現場の悲鳴に近い実情を深く汲み取った行政の理解と、実効性のある抜本的な支援策が今こそ不可欠ではないだろうか。

(國本正雄)

# 主張

## 衣食足りて質の向上あり

医療事故調査制度施行10年の節目に際して昨年行われた医療安全に係る検討会において検討された内容をもとに、医療安全の取り組みに関する記録の整備や事故調査制度に携わる者に対する研修受講の義務化といった医療法施行規則の改正が図られた。そして精緻を極めた令和8年度診療報酬改定において、医療安全対策加算についてはこれまでのほぼ2倍となる増点となった。先の検討会でも「医療安全に関わる取

り組みは重要である事はもちろんであるが、その負担の大きさを見過ごすことはできない」と多くの委員から意見が出されていた。検討会と診療報酬では所轄が違うとは言え、一定の配慮がなされた事はありがたいと思っている。もちろんこれで十分なわけではないが、国の医療安全に対する考え方を知る上でも、我々もこのプラス評価の意味を考える必要があるだろう。

医療機関であるからには生身の患者

を扱うわけで、当たり前だが一歩間違えば傷害行為となり得ることを医療に携わるものは銘記すべきであるし、その支えとなる医療自体の質の向上を日々怠ることはできない。一方、この取り組みには終わりがなく、どれだけコストと時間をかけても完璧と言うことがない。さらに、孤高な戦いを強いられることも多い医療安全管理者の精神的な負担にも何らかの形で配慮する必要がある。それには財政的支援のみならず、内外の知見を持ち寄って少しでも安定的かつ有効に力を発揮しやすいシステムを構築する必要があるだろう。

医療安全管理者が心理的に解放され、

その取り組みを前向きに発展させやすいような、「組織としてのゆとり」が欲しいものである。管子に謂うところの「衣食足りて榮辱を知り、倉廩満ちて礼節を知る」がまさにそれであると感ずる。

医療の質向上は永続的な取り組みであるという前提のもと、今回の改定を一時的なものに終わらせず、高齢化により複雑になる患者の病態や日々高度化する医療に随伴するような適切な評価を、今後も継続的に願うばかりである。

(今村康宏)

# 「疑義解釈その1」を事務連絡で発出

## 2026年度診療報酬改定

厚生労働省は、3月23日付で「疑義解釈資料の送付について(その1)」と題する事務連絡を地方厚生局や自治体の担当部局宛に発出した。2026年度診療報酬改定の実施に向け、「入院基本料等の施設基準」の関連や新設点数である「急性期病院一般入院基本料」、「看護・多職種協働加算」の関連など計66問に答えている。

内訳は、「医科診療報酬点数表関係」が48問、「看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係」3問、「歯科診療報酬点数表関係」8問、「調剤報酬点数表関係」2問、「訪問看護療養費関係」は5問となっている。(全文は厚生労働省ホームページを参照)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001678310.pdf>

### 施設基準の関係では5問に回答

「入院基本料等の施設基準」の関連では、3月5日付で発出した通知「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」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001667218.pdf>)において、看護要員の数に関する留意点としてあげた「別添2の第2の4の(2)キ」に「勤務時間数に算入してよい」と記載の「病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合」における「短時間」については、「30分程度」と回答した。

加えて、「保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応したこと」を記録するよう指示。当該通知別添6の別紙6の「2 看護業務の計画

## 入院基本料等の施設基準の関連など計66問に回答

に関する記録」での管理を求めた。記録に必要な事項は、①緊急対応等の不測の事象の状況②看護要員が配置されている病棟を離れた時間③病棟内で看護要員が十分に入院患者の看護に当たることができていた状況等一の3点。

病棟における患者と家族との面会などに関する留意点を示した同通知「別添2の第2の20」であげた「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」については、「新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大又は保険医療機関に勤務する多数の職員が新型コロナウイルス感染症等に感染するといった場合」を例示。必要な対応については、「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」などが該当すると説明した。面会制限の解除は状況に応じて検討する。

同通知の「第3の3」にて示した、「1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合」に認める、「3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい(1年に1回に限る。)」の理由となる「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」については、「看護職員が一時的に不足する状況」として、以下の内容を例示した。

- 新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大により患者を受け入れたこ

とにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関において感染症に感染し出勤ができない看護職員が増加した場合

- 看護職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合
- 看護職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合

看護職員や家族の突発的な体調不良などにより1か月を超える不在が見込まれる場合については、公共職業安定所や都道府県ナースセンターなどに求人申し込みを行う際に短期的な不在を補うためだけでなく、長期的に安定的な人材確保を図る観点から求人内容を検討すべきであることに留意するよう求める。

同じく同通知の「第3の3」に記した「変更の届出を行わなくてもよい」回数である「1年に1回に限る」の「1年」をいつから起算するかについては、「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」と明示した。

また、同規定において公的職業紹介所を活用しつつホームページなどで採用情報の公表を求める規定に関しては、自院のホームページなどを有していない場合、採用情報の公表は不要にする。原則は「公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して看護職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトなどで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい」と積極的な情報発信を求める。

### 急性期病院一般入院基本料に必要な日看協課程の「サードレベル」

新設する「急性期病院一般入院基本料」の関連では、施設基準で示した「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。)」の研修について、「現時点では」と前置きした上で、日本看護協会認定看護管理者教育課程の「サードレベル」が該当すると説明した。

同じく新設の「看護・多職種協働加算」の関連では、届出の仕方について、「保険医療機関内の急性期病院B一般入院料又は急性期一般入院料4を算定する一般病棟全体で届け出ること」と求めた。

### リハ・栄養・口腔連携体制加算の対象外となる患者についても説明

地域包括医療病棟入院料と地域包括ケア医療病棟入院料で算定できる「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」に関する施設基準のうち、2026年度の診療報酬改定においてADLが低下した患者の割合の計算の対象である「当該病棟を退院又は転棟した患者」から除く「死亡退院及び終末期のがん患者等」における「等」の内容については、「医学的に終末期と判断されるがん患者の他、医学的に終末期と判断される末期呼吸器疾患、末期心不全、末期腎不全の患者であって、緩和ケア診療加算の対象患者の要件を満たすものが該当する」と説明した。

このうち、末期呼吸器疾患の患者については、「過去半年以内に10%以上の体重減少を認める」との要件を満たさなくても差し支えないとの見解も示した。

# 看護職員処遇改善評価料、条件付きで派遣職員も対象

## 2026年度診療報酬改定

厚生労働省は3月23日付で発出した事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その1)」で、「看護職員処遇改善評価料」を用いた賃金の改善措置の対象者及びベースアップ評価料について、一定の条件下で派遣職員を対象にできると説明した。業務委託職員は対象外とする。

具体的には、以下の要件を満たす医療機関(訪問看護ステーション、保険薬局)で派遣職員を対象にできる。

- 当該派遣職員について、派遣元と相談・協力した上で、当該保険医療機関に勤務する職員と同程度以上の賃金改善を行う。
- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料、歯

## 厚労省が「疑義解釈その1」で提示

科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)における区分計算に当たって、当該派遣職員についても対象職員に含めて計算を行う。なお、「月額賃金総額」の算出に当たって、原則として派遣元から派遣職員の賃金に関する情報提供を受けることとし、派遣元に支払う費用を月額賃金としてそのまま記載することはできない。

- 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料を用いて当該派遣職員の賃金改善を実施した場合、その実績については、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」に当該派遣職員を含めて作成、提出すること。なお、報告書の作成に当たっては、派遣元と相談した上で、派遣

元から実際の賃金の改善額等の報告書の記載に必要な情報の提供を受けること。

これに伴い、2024年3月28日に発出した2024年度診療報酬改定に関する事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その1)」の「別添2の間12」と「疑義解釈資料の送付について(その3)」の「別添2の間7」を廃止する。

### ベースアップ評価料(Ⅰ)の基準

#### 「3月31日時点での算定が必要」

対象職員数の届出が必要な「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」や「訪問看護・ベースアップ評価料(Ⅰ)、同(Ⅱ)」などに関する施設基準として示している「令和8年3月31日時点に

において評価料を届け出ている保険医療機関(訪問看護ステーション)」については、2026年3月31日時点で「当該評価料を算定している必要がある」と明示した。4月1日以降に算定を開始する場合は、対象外となる。

外来・在宅ベースアップ評価料については、「特掲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」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001668503.pdf>)を参照。

訪問看護ステーションの基準などについては、厚労省保険局医療課長通知「保医発 0305 第9号」を参照(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001668504.pdf>)

# 賃上げ対応と物価対応ともに2027年度は上乗せ

## 2026年度診療報酬改定

厚生労働省は3月5日、2026年度の診療報酬改定について官報告示し、関連する通知なども発出した。併せて解説動画を、動画共有サイトの「YouTube」に投稿。関連する資料や関係法令・通知などもホームページに掲載する場所を設けた。30年ぶりの大台となった本体改定率「3.09%」の主要因である賃金・物価対応については、2026年度のベースアップ評価料や物価対応料の上にさらに積み増すイメージを説明する資料を公開した。

解説動画(全体概要版)：

<https://www.youtube.com/watch?v=LbFuGyi0VaQ>

2026年度診療報酬改定ページ：

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_67729.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67729.html)

賃上げ対応では、2026年度は「+3.2%」のベースアップを図り、2027年度はさらに「+3.2%」を上乗せする予定だ。物価対応では、入院料などに

## 厚労省が基本的な考え方でイメージを共有

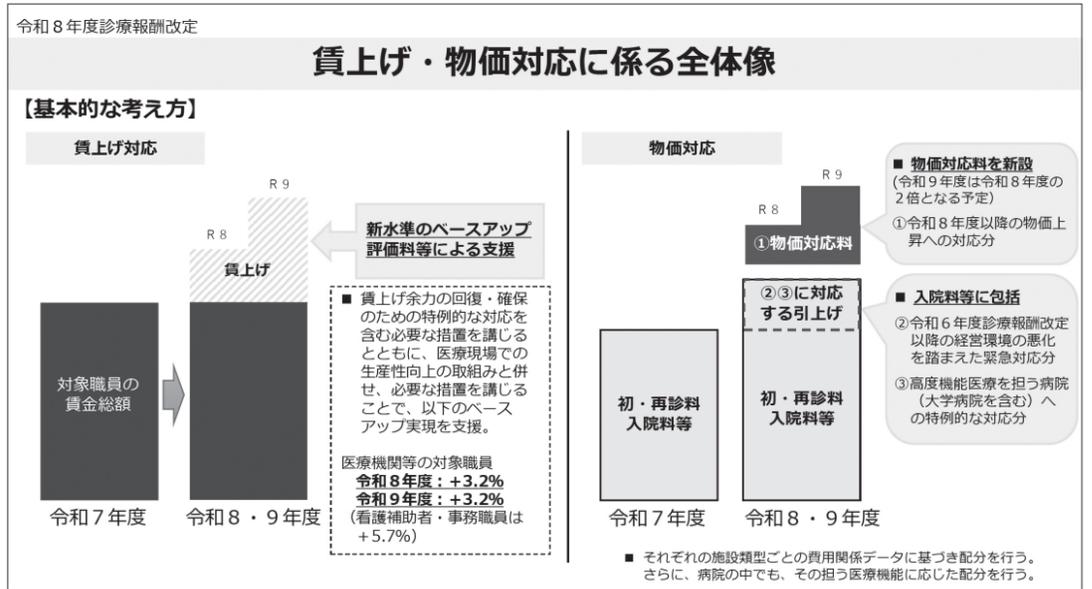
包括する部分として◇2024年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分◇高度機能医療を担う病院(大学病院を含む)への特例的な対応分などで水準を押し上げ、新設する「物価対応料」を上乗せする。2027年度は賃上げ対応と同様に、2026年度の倍を予定している。

### 2026年度の経営状況を調査し、以降の「加減算、など必要な調整

2026年度以降の対応については、2026年度の医療機関の経営状況などを調査するほか、

賃上げ措置の実績などを細かく把握するとの方針を説明している。実際の経済や物価の動向が見通しから大きく変

動するかなどを見極め、医療機関の経営に支障が生じる場合は2027年度の政府予算案の編成過程で加減算も含め必要な措置を検討する考え。



# 全病院に適用「身体的拘束最小化の体制に係る基準」

## 2026年度診療報酬改定

## 経過措置は2027年5月31日まで

厚生労働省は3月5日、2026年度の診療報酬改定について官報告示したのに併せて公開したYouTube動画で、新設した「身体的拘束最小化の実績等に係る基準」について「すべての病院に適用」と説明した。満たせない場合は入院料が20点減算となる。動画内では、厚労省保険局医療課の林修一郎課長が、2027年5月31日まで経過措置を設けるとの方針を示した上で、「その間に身体的拘束の実施割合を把握できるようにしていただき、取組みをお願いします」と述べた。

具体的には以下のいずれかを満たすよう求める。

- ア 身体的拘束の実施割合が集計されており、1割5分以下であること。
- イ 身体的拘束の原則廃止に向けて、

以下の全ての取組を継続して行なっていること。

- (イ) 委員会を3カ月に1回以上開催し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する
- (ロ) 身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、解除や代替策の導入に向けた具体的な検討を行う。
  - ① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討
  - ② 病棟内の複数人の職員が協働して検討
- (ハ) 入院患者に関わる職員を対象として、身体的拘束最小化に関する研修(拘束の代替策等を含む)を年に2回以上実施する。

身体的拘束の関係では、2024年度の診療報酬改定で設けた「身体的拘束最小化の体制に係る基準」を満たせない場合は入院料を40点減算する措置が講じられるため、何も取組まない場合は入院料が計60点の減算となる。身体的拘束の最小化に対するより積極的な取組みを求めていると言える。

### 身体的拘束最小化推進体制加算40点「算定日数に上限ナシ」

身体的拘束の関連では、「身体的拘束最小化推進体制加算(1日につき)40点」を新設する。対象は◇地域包括ケア病棟入院料◇療養病棟入院基本料◇障害者施設等入院基本料◇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を算定している病棟一で、同じ入院料を算

定する病棟全体で届け出る。林課長は動画内で「算定日数に上限はない」と説明。恒久的に身体的拘束の最小化に取り組む体制を評価する考えだ。

主な施設基準は、以下の通り。

- 病院長や看護部長が、身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明し、職員に周知していること。
- 院内で身体的拘束の最小化に関する講習が年2回以上実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- 身体的拘束最小化チームにより、身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- 身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3カ月に1回以上実施していること。
- 身体的拘束が行われている患者がいる場合、最小化チームによる巡回が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- 身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取していること。
- 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下(届出から1年間は5%以下)であること。
- 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、身体的拘束の実施状況(実施割合等)について院内掲示及びウェブサイトに掲載していること。

令和8年度診療報酬改定 III-1-1 身体的拘束の最小化の推進-①

### 身体的拘束最小化の取組の更なる推進

身体的拘束最小化の実績等に係る基準(入院料通則)を新設

- 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準のうち「体制に係る基準」と位置づける。
- 身体的拘束最小化の基準として、新たに「実績等に係る基準」を設ける。
- 身体的拘束最小化の基準のうち「実績等に係る基準」のみ満たせない場合は、入院料を1日につき20点減算する。

身体的拘束最小化の基準(入院料通則)

身体的拘束最小化の体制に係る基準(R6改定～) ⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を40点減算

- ・身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・チームによる身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修の実施 等

身体的拘束最小化の実績等に係る基準(R8改定で新設) ⇒ 実績等に係る基準だけを満たせない場合は、40点の減算ではなく、入院料を20点減算する

以下のいずれかを満たすこと。

- ア 身体的拘束の実施割合が集計されており、1割5分以下であること。
- イ 身体的拘束の原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続して行っていること。
  - (イ) 委員会を3カ月に1回以上開催し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。
  - (ロ) 身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、解除や代替策の導入に向けた具体的な検討を行う。
    - ① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討
    - ② 病棟内の複数人の職員が協働して検討
  - (ハ) 入院患者に関わる職員を対象として、身体的拘束最小化に関する研修(拘束の代替策等を含む)を年に2回以上実施する。

※精神病床においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取り扱う場合は基準を満たしているものとみなす。

# 必要病床数の算出に用いる病床稼働率を決定

## 厚労省 高度急性期79%、急性期84%、包括期89%、慢性期92.5%

厚生労働省は3月19日、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」と題する全28ページの文書を公表した。必要病床数の算出に用いる病床稼働率については、「高度急性期」が79%、「急性期」が84%、「包括期」が89%、「慢性期」が92.5%を用いると決めた。2024年度の「病床機能報告」に基づき、効率的な病床の運用で病床稼働率を高める取組みに資するよう低い病床稼働率を除き、中央値を算出した上で、今後の医療DXや入・退院の円滑化、病床管理の質向上などによる効率化を見込み、一定の値を加えた。

同報告書は、全日病の猪口正孝副会長が構成員を務める「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)がまとめた。主な内容は、①はじめに②新たな地域医療構想について③医療機関機能の確保について④医療需要の推計と病床機能報告について⑤人口規模に応じた地域ごとの課題について⑥策定について⑦地域医療構想と医療計画の関係⑧精神保健医療福祉との関係について一の8項目で構成して

いる。(主な内容は全日病ニュース3月15日号を、同報告書の本文は下記のURLをそれぞれ参照)  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001676424.pdf>

猪口副会長は同報告書について全日病ニュースの取材に対し、「新たに提示された病床稼働率で必要病床数を計算することになったが、経営が成り立ち、地域医療の持続可能性が担保されなければおかししいし、今後の診療報酬はこれをもとに考えるべき」と述べ、それぞれの地域における必要病床数の設定を注視するだけでなく、「新たな地域医療構想」を実現するための診療報酬の設定にも注目していくとの考えを示した。

### 必要病床数を算出する稼働率は満を持して最後の会合で厚労省案

2040年を見据えて策定する「新たな地域医療構想」における必要病床数を算出するための病床稼働率などに関する内容については、最終的な取りまとめ前の3月3日に開いた同検討会で初めて提示。同検討会で議論した「病床

機能報告における報告の目安(案)」(図表)に従って、「病床機能報告」のデータを◇高度急性期◇急性期◇包括期◇慢性期一ごとに分析した最新の状況なども提示。その上で、医療需要の推計などに関する論点として、以下の通り論点を示した。

- 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果の反映として、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させることとしてはどうか。
- 必要病床数の算出にあたり用いる値(病床稼働率)については、これまでの地域医療構想においては高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%としてきたが、実際の病床稼働率としては、急性期78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないといったことが指摘されて

いる。医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期83%、包括期87%、慢性期92%としてはどうか。

さらに、今後の医療DXの取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や、慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組を進める必要がある。これらの取組による効率化分として必要病床数の算出にあたり用いる値について、高度急性期・急性期+1%(79%、84%)、包括期+2%(89%)、慢性期+0.5%(92.5%)を見込んで算出することとしてはどうか。

この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、医療機関がこの数値を目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

病床稼働率については、「病床機能報告」を分析した中央値に基づき算出した「高度急性期」78%、「急性期」83%、「包括期」87%、「慢性期」92%に、効率化などを見込み、高度急性期・急性期には「+1%」(79%、84%)、包括期「+2%」(89%)、慢性期「+0.5%」(92.5%)を加えて設定する案を厚労省が示し、同検討会が了承した。

「大学病院本院≠急性期拠点機能」猪口副会長「地域で議論を」

猪口副会長は取材に対し、各構想区域における「急性期拠点機能」の数の目安についても言及。「大学病院本院は地域ごとに確保する医療機関機能ではなく、『医育及び広域診療機能』となるため、必ずしも構想区域における『急性期拠点機能』を担う必要はないとの考えが明確になった」と指摘。「人口20～30万人の構想区域に大学病院本院があっても必ずもう1つ急性期拠点を作れることになる」と説明し「地域で議論すべき」と述べた。

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、診療密度が特に高い医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急入院料</li> <li>特定集中治療室管理料</li> <li>ハイケアユニット入院医療管理料</li> <li>脳卒中ケアユニット入院医療管理料</li> <li>小児特定集中治療室管理料</li> <li>新生児特定集中治療室管理料</li> <li>新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料</li> <li>総合周産期特定集中治療室管理料</li> <li>新生児治療回復室入院医療管理料</li> <li>一類感染症患者入院医療管理料</li> </ul>
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"> <li>急性期一般入院料1～6</li> <li>特定機能病院入院基本料(7:1、10:1)</li> <li>専門病院入院基本料(7:1、10:1)</li> <li>小児入院医療管理料1～3</li> </ul>
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域一般入院料1～3</li> <li>専門病院入院基本料(13:1)</li> <li>有床診療所入院基本料1、4</li> <li>地域包括医療病棟入院料</li> <li>小児入院医療管理料4、5</li> <li>回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料</li> <li>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料</li> <li>特定一般病棟入院料</li> <li>特定機能病院リハビリテーション病棟入院料</li> </ul>
慢性期機能	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"> <li>療養病棟入院料1～2</li> <li>障害者施設等入院基本料(7:1～15:1)</li> <li>有床診療所入院基本料2、3、5、6</li> <li>有床診療所療養病床入院基本料</li> <li>特殊疾患入院医療管理料</li> <li>特殊疾患病棟入院料</li> <li>緩和ケア病棟入院料</li> </ul>

※ 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。

# 業務効率化・勤務環境改善の支援で改正法案を提出

## 厚労省 総合確保基金事業として2027年1月施行予定で準備、補正予算と連続性も

政府は3月13日、地域医療介護総合確保基金(総合確保基金)の対象事業として新たに医療機関の業務のDX化など効率化を進めるための支援や勤務環境改善を支援する内容などを盛り込んだ「健康保険法等の一部を改正する法律案」(健康保険法等改正案)を閣議決定し、国会へ提出した。基金での実施を見据え、厚生労働省が当初予算案として647億円を計上。都道府県分などを合わせた公費全体では960億円規模となる。2027年1月の施行を予定し、準備を進めているため、2026年度予算は約3カ月分になる計算だ。

医療機関の業務DX化などを支援する内容については、2025年度の補正予算事業として200億円を計上しており、補正予算で実施する事業と基金での事

業の連続性も確保する考え。3月9日に開いた社会保障審議会・医療部会では、厚労省が検討中の内容として法改正の方向性などについて報告。総合確保基金の対象事業に関する新区分として「業務効率化・勤務環境改善に関する事業」を設けるとの考えなどを説明した。

同日は、同事業に関する「取組例」として①スマートフォンによる情報共有の効率化=チャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などにより、1対1だけでなく、グループでの一斉の情報共有が可能②見守りカメラ・スマートグラスによる見守り業務の効率化=患者の同意のもと、病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認③音声入

力・バイタルの自動入力・生成AIによる文書自動作成支援一を示した。

### 「医療DXは良い悪いではない」「やるべきこと」

同部会で委員を務める全日病の神野正博会長は全日病ニュースの取材に対し、「社会構造の変化、特に生産年齢人口が極端に減っていく中で『いかに少ない人数で、小負担で、質の高い医療を提供できるか』という連立方程式を解かなければならないという意識を持つべきであり、その意味でDXは良い悪いではなく、やるべきこと」との考えを強調した。

### 業務効率化・勤務環境改善に取り組む病院を認定する制度を創設へ

病院の業務効率化・勤務環境改善を後押しするため、積極的・計画的に取り組む病院を厚生労働大臣が認定できる仕組みも設ける。病院から申請を受け付け、認定を受けた病院は特定の表示を行うことができるようにして、患者・国民への見える化も担保する。

厚労省は同日、同認定制度の基準などについて、補正予算事業や総合確保基金の事業に関する採択とは別に考えると説明した。同基準に関しては今後、厚生労働省令で定める予定となっており、同部会での審議などを経て決定する見込みだ。

同認定制度については、神野会長が「認定の基準の明確化や制度の透明性が何よりも重要」と述べ、制度設計について注視する考えを示した。

## 2026年度 医療DX人材育成プログラムに向けて

# 診療報酬改定が示す「医療情報の新しい国家戦略」と 中小病院の電子カルテ戦略

国際医療福祉大学大学院教授／  
全日本病院協会広報委員会特別委員 高橋泰

2026年度診療報酬改定と医療DX関連補助金は、中小病院にとって電子カルテが「経営課題」から「生き残りを左右する要因」へと変わったことを示している。今回の改定の本質は、医療機関同士がデータで“つながること”が評価される時代に入った点にある。

補助金はクラウドネイティブ電子カルテの導入を後押しし、診療報酬はその運用継続を評価する。すなわち、国は「導入」と「継続」の両面で明確な方向を示したのである。

これからの病院に求められるのは、補助金を活用してクラウドネイティブ電子カルテへ移行し、外部とつながり続ける体制を持つことだ。それができるかどうか、今後の生き残りを分ける決定的な要因となる。

### 国の新方針： 「院内最適」から「全国連携」へ

これまで電子カルテは図1左に示すように「院内の業務統合システム」として発展してきた。診療記録、検査、処方、看護、会計を連動させる病院の司令塔であり、その重要性は今後も変わらない。

しかし国が目指しているのは、現状の司令塔としての機能を維持しつつ、図1右に示すように、電子カルテを全国の医療情報基盤と接続することである。

電子カルテ情報共有サービスや全国医療情報基盤の整備は、医療情報を病院ごとに分断された状態から、社会全体で循環する情報へと転換することを目的としている。

言い換えれば、電子カルテは「院内の中心」であり続けながら、「全国基盤につながる部品」としての役割を併せ持つようになるのである。

### 電子カルテの分岐点： クラウドリフトか、クラウドネイティブか

「電子カルテのDX化＝クラウド化」と考えている人は、少なくない。しかし電子カルテのクラウド化といっても、その中身には大きく二つの考え方がある。ひとつは、従来のオンプレミス型をそのままクラウド上に移す「クラウドリフト」、もうひとつは、最初からクラウドでの利用を前提に設計された「クラウドネイティブ」である。

オンプレミスは院内にサーバを置き、病院ごとに個別に作り込む仕組みである。クラウドリフトはそれをクラウドに移しただけで、構造はほとんど変わらない。一方、クラウドネイティブは標準化された仕組みで動き、API（他のシステムと自動的にデータをやり取りする接続口）によって外部と柔軟につながることができる。また、複数の医療機関が同じ基盤を共同利用するマルチテナント構造により、コストを抑えつつ常に最新の機能と高いセキュリ

ティが保たれる。

今回の制度で求められているのは明らかに後者である。評価されるのは「クラウドにあること」ではなく、「外部と安全につながり続けられること」である。クラウドリフトは従来型の延長にとどまり、将来の制度や連携基盤への適応には限界がある。

したがって、中小病院にとって重要なのは、紙カルテから、あるいはオンプレミスからクラウドリフトを経ず直接クラウドネイティブへ移行することである。クラウドリフトを選べば、将来的な再投資が避けられない。ベンダー提案がどちらの構造なのかを見極めることが、これからの電子カルテ選定の核心となる。

### クラウドネイティブ移行は 中小病院から始まる

中小病院にとって極めて重要なポイントは、クラウドネイティブ電子カルテの「適用領域」にある。現在、急性期の大病院やDPC病院では、高度な部門連携や複雑な運用が求められるため、それらに全面対応できるクラウドネイティブ電子カルテは、まだ十分に成熟していない。一方で、周辺機器との接続が比較的少ない中小病院向けには、すでに実用的なクラウドネイティブ電子カルテが登場し始めている。このため、今回の補助金は実質的に中小病院を主な対象とする構造となっている。とりわけ200床以下の病院では、

本補助金を契機としてクラウドネイティブ電子カルテの導入が急速に進むと予測される。

その背景には二つの理由がある。第一に、周辺機器との接続が少ない病院ほど、システム構成がシンプルとなり、導入・運用コストを大幅に抑えられること。第二に、多くの中小病院では情報システム人材が慢性的に不足しており、電子カルテの保守・更新をクラウド側で担ってくれるメリットが極めて大きい。したがって今回の動きは、中小病院にとって「コストと人材の制約を一気に乗り越える機会」となる可能性が高い。

### 7月から開催の医療DXプログラム

今回、電子カルテを中心に述べてきたが、医療DXで経営者が判断すべき課題はそれだけではない。スマートフォンの導入、RPAや生成AIの活用など、病院経営の効率化と人材不足対策に直結する重要テーマは多い。7月から始まる2026年度の全日病医療DX人材育成プログラムでは、①DX関連補助金と診療報酬改定の正しい理解、②失敗しない電子カルテの選び方、③現場に定着するスマートフォン導入の進め方、④RPAやコマンドセンターによる業務改革、⑤生成AIの実践的導入法まで、経営判断に必要な内容を体系的に学べる。

本プログラムは厚生労働省のリスクリング関連補助金の対象であり、これを活用することで自己負担を通常では考えにくい水準まで抑えられる。いま求められているのは、情報収集ではなく、自院として何を選び、どこから始めるかを定めることである。本プログラムは、その判断を具体化し、導入につなげるための実践講座である。

### 電子カルテの役割：院内の司令塔



これまでの電子カルテ

### 電子カルテの役割：院内の司令塔と外部との標準化された接続



診療報酬改定が示すこれからの電子カルテ

図1：電子カルテの役割の変化

## 2027年末、蛍光灯の製造輸出入は禁止されます ⚠

蛍光灯のままだと

年間 **240** 万円の **利益損失**

100床規模の病院なら、LED化で電気料金は毎月約20万円削減。蛍光灯のままでは、その分が“損失”になっています。

LEDの価格は、今後も上がる可能性

- ・パナソニックLED照明：2026年1月～値上げ
- ・三菱LED照明：2026年4月～値上げ
- ・東芝ライテック照明：2026年4月～値上げ

LED化すれば、導入費用を差し引いても

年間 **40** 万円の **利益創出につながる**

アルファエネシアのLEDレンタルサービスをご利用いただいた場合、100床規模の病院では、レンタル費用が電気料金削減額を下回り、毎月約35,000円の余剰を生み出す可能性があります。

### 病院内で

# 蛍光灯のエリア、 残っていませんか？

▼病院のLED化に関する相談窓口  
03-5469-7306

全日病ニュースを見た時、お伝えください。

## 病院専門LEDメーカーのアルファエネシア

新たな負担0円でLED化できる！全国90,000床の病院・介護施設で選ばれています。



全日病 第14回若手経営者の会

# 医療の最上位目標「幸せになる」が腹落ちした上での自己決定支援を

内閣府規制改革推進会議専門委員／  
横浜創英中学・高等学校教育アドバイザー他 工藤勇一氏

内閣府規制改革推進会議専門委員や横浜創英中学・高等学校教育アドバイザーなどを務める工藤勇一氏が2月28日、全日病の若手経営者育成事業委員会が主催の「第14回若手経営者の会」で講演し、医療機関の経営について「医療の最上位目標は幸せになるためなので、最上位目標が腹落ちしている医師や看護師、そして患者が『ここがうちの病院の良いところ』と説明できる組織を作れば、自然と口コミで広がっていくというのが非常に重要」と語った。「サービスの良い病院を目指す経営者は多いと思うが、サービスを伸ばせば患者さんがやってくるわけではない」とも指摘した。

病院での講演依頼が後を絶たない同氏だが、医療従事者の教育との関連では「上司は部下を変えられない。部下が変わる場合は、最上位目標との自己矛盾があると認識したとき。自分で直せない場合は上司が支援するべき」とも話した。

## 日本の教育は「失敗だった」「生きる力を失い続けている！」

麹町中学在職時に宿題や定期考査、固定担任制などを廃止して、自律的な生徒の育成を進めるなど、教育制度の改革者として知られる工藤氏は、「日本社会の問題は、学校教育の問題そのもの―主体性と当事者性なくして、組織改革なし―」をテーマに講演。日本の教育については、第二次世界大戦後に進化を遂げてきた諸外国と比べても「失敗だった」と評価。理由の1つとして、「国が定めた学校以外には通うな」という学校教育法の規定をあげた。諸外国と比べても学びの場が極めて限定的である状況を「ドアを選べない」と表し、「変化の激しい現代やこれからの時代を生き抜くために必要な能力や資質を育成する阻害要因でしかない」との見方を示した。「不登校」という概念も、日本や韓国など「学校」に関する規制が厳しいごく少数の国でしか通じない。

具体例として、「アメリカは州ごとに違うが親に教育義務を課しているので、どこで学ぶかは親が決める。自宅で学んでも問題ない。アメリカに高校入試がないのは象徴的だ」と紹介。欧州の例にも言及し、「フィンランドやデンマーク、ノルウェーなどでは、そもそも就学義務がない」と話した。

日本の学校教育が国連からは正勸告を受けているポイントとして、①過度な競争と圧力②画一的な教育と批判的思考力の欠如③生徒の多様性への対応不足④教師の負担へのサポート不足―

の4点を紹介し、諸外国比較で「当事者意識の欠如」や「自己肯定感」や「幸福度」の低さに表れていると評価。「日本の教育は生きる力を失い続けている！」と警鐘を鳴らした。

## 「主体性」と「当事者性」が重要 他人のせいにする子が育つ法則とは

育むべき要素としては「主体性」と「当事者性」が重要との考えを示した。「主体性」については、「自主性」と異なる概念と説明。「主体性」は「自分の頭で考え、判断し、行動すること」だが、「自主性」は「自ら進んで行動すること」のみであり危うさがあると指摘し「自己決定がなければ他人のせいにする子が育つ」「生まれた時は全員が持っているものなのに、大人が手をかけることで自律できなくなり、自分がうまくいかないことを誰かのせいにするようになる」と語った。

「当事者性」については、公園で遊ばせる際などにおける親のふるまいが悪影響を及ぼす可能性に言及。「お友達と仲良くさせなきゃと意識し過ぎて、子供の当事者性を奪っている」と話し、「学校や企業などの組織でも問題が生じた場合に人間関係で解決しようとしがちだが、仲良くならなくても成果は出せる」との考えも示した。

社会構造が激変する時代に求められるのは、自分の頭で考える人材が必要だ。工藤氏は、「本来は自律した生徒を育成するのが目的で、手段として基礎学力を身につけさせるべきだが、日本では基礎学力を身につけさせることが目的化する手段の目的化、が起こってしまっている」と説明。主体性を失わせる象徴的な例として「宿題」の存在をあげ、「宿題を終わらせることが目的化しており、×→○の努力を怠っている。たくさんの時間だけが奪われ、学力は何も変わっていないと言える」と訴えた。

## 学ぶ意志がないのに 教えようとするのは「商売」

工藤氏は、「これからの時代は学ぶ側の立場から教育を考えなければならない」と主張。映画監督のステイブン・スピルバーグや俳優のトム・クルーズも該当すると言われている「ディスレクシア(読み書き障害)」を例にあげ、授業中に手書きのノートを取るのが困難だったディスレクシアの5年生男児が、PCを利用するようになってグラフなどを多用する仔細なノートを取れるようになった劇的変化を紹介した。江戸時代の儒学者である荻生徂来の言葉として「学ぶ意志がないのに教えようとするのは、教えるのではなく『商売』みたいなものだ。そんなことでは、生徒のためにはならない」と引用し、「自学・自習」の必要性

を説いた。欧米の取組み例として、◇別室受験(集中しやすい環境)◇受験時間を1.25～1.5倍◇問題文の読み上げソフト利用◇スペルの減点免除(内容理解を重視)◇PC等使用(手書き困難を回避)◇色付きオーバーレイシートの使用◇拡大文字の使用―なども紹介した。



## 経営の最大の問題は手段の目的化

組織作りの観点では、最上位目標に基づく自律型の組織に変える重要性を強調した。「経営の最大の問題は手段の目的化」だと指摘した上で、経営改善のポイントとして◇最上位目標を妨げているもの◇目的を見失っているもの◇成果は上がっているが非効率なもの―の3点を見極める必要性を説明。その上で、①全員を当事者に変える(誰もが主体者)②最上位目標に合意する(全員が納得)③目標を実現する手段を決定する(手段が目的化しない)の手順を示した。

具体例として、自身が横浜創英中学・高等学校の校長時代に助言した女子バスケットボール部の実話を紹介。同部には、「市大会に優勝して県大会に出場したい」と高い目標を掲げるグループと「ただ楽しみたい」という趣味・嗜好寄りのグループが存在した。優勝したいグループとただ楽しみたいグループでは、練習など普通の活動に向き合う姿勢も異なる。同部のキャプテンから相談を受けた際、専門的な練習や強度の高い練習などでチームを強くしたいグループの意向が強く、崩壊寸前だったという。

工藤氏は、「全員がOKする共通の目標」を設定するよう助言。全員が話し合い、同部は「全員が充実した部活にしよう」という目標を設定した。体育館を使える時間は、個人でもできる筋トレやランニングなどをせず、全体練習などに充てた。みんなが集まったときの練習の意味を考え、全体練習の後は自主練習に充てても良いし、早く帰っても良いなど、柔軟な活動を展開した。結果、市大会で優勝し、県大会へ出場した。

## 非認知スキル「コンピテンシー」

工藤氏は、「これからの時代に求められる力」についても言及。物事に対する考え方や取り組む姿勢など日常生活・社会活動において重要な影響を及ぼす「非認知スキル」が重要との考えを示し、「創造性」「主体性」「当事者性」の組み合わせで「コンピテンシー」(≡高いパフォーマンスを発揮する人に共通してみられる行動特性)を養うべきと訴えた。

心理的安全性を確保して自己決定を支援し、自己肯定感を醸成する重要性に触れ、「自己決定を促す3つの言葉」

として「どうしたの?」「君はどうしたいの?」「何を支援してほしいの?」を提示。「みんなが合意できる最上位目標が明確であれば、時間はかかってもいずれ自律型の組織として生まれ変わることができる」との所感を述べた。

## 危機的な状況であればトップダウン「ただ絶対に勝たなければならない」

病院経営が危機的な状況に瀕しており、組織の変革などに時間をかけられない場合については、「危機的な状況であればトップダウンでやり、成功体験を見せつけるが、ただ、絶対に勝たなければならない」と語った。「OJTでしか人は育たない。急ぐ場合は、トップが現場に降りて一緒にやって見せる必要がある」と話した。



## 小関委員長 「ATM、の中核を担いたい」

全日病若手経営者育成事業委員会の小関副委員長は冒頭、本講演の狙いについて、「今子育ての最中の方、まさに継承して組織づくりに悩んでいる方、そしてこれから継承して組織を作っていく予定の若手の経営者の皆さんが大部分である中で、非常に意義深い話が聞けるはず」と説明。その上で、「同委員会は、神野正博会長が提唱しておられる『ATM=明るく、楽しく、前向きに』を一番実践していける元気な委員会を目指している」との意気込みも示した。さらに「2040年に向けて新しい地域医療構想の方向性が示されている中、非常に厳しい経営を迫られながらも、どのように前向きに自院の方向性をジャッジしていくかということに皆さん悩んでいらっしゃると思う。今日は必ず参考になり元気になって帰ることを確信している」とも話した。



# 神野会長が「納得しないと記録を」と発言

厚労省

## 2025年度からNHOとJCHOの固定資産の減損に係る基準を変更

厚生労働省は2025年度から国立病院機構(NHO)と地域医療機能推進機構(JCHO)の固定資産の減損に係る基準を独立行政法人(独法)の会計基準とし、「固定資産のサービス提供能力が著しく減少して将来にわたって回復が見込めないとき」などに減損処理できるようにする。両機構に関して、収益性に着目して評価するのではなく、独法の目的に沿って医療サービスとして必要なものを提供して機能を評価するとの考え。事業の継続性を確保する狙いがある。3月9日の「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)で報告した。この内容に対し同部会の委員を務める全日病の神野正博会長が「報告事項なので、とやかく言う権利はないが、納得しないという点だけは記録に残してほしい」と発言する場面があった。

### 収益性ではなく、公益性で判断

両機構に適用される会計基準は原則として企業会計基準となっており、これまでは資産の収益性が低下して投資額を回収する見込みがなくなったときに減損に係る会計処理を行ってい

る。資産価値の切り下げは収益力の低下で判断していたが、2025年度からは収益力にかかわらず事業目的に沿って使用するかどうかで減損処理の必要性などを判断できるようになる。いわば公益性を重視する評価へと転換する見直しだ。

医療機関に対し独法の会計基準を既に適用しているのは、国立がん研究センターや国立循環器病研究センターなどの「国立高度専門医療研究センター(ナショナルセンター)」や労災病院など。医療法人は、企業会計の基準は取り入れておらず、資産の時価が著しく低くなった場合、回復の見込みがあるときを除いて、評価減で処理できる。

### 環境の変化に伴う課題解決が理由

厚労省はNHOとJCHOの会計基準に関する省令改正の理由として、環境の変化に伴う課題解決をあげた。具体的には、「環境の変化」として◇コロナ禍において、厚生労働大臣からの要求により、感染症病床の確保や医療従事者の派遣、臨時医療施設の運営等を実施◇コロナ禍後の令和4年の感染症法改正により、都道府県との間で医療措

置協定の締結を義務付け◇昨今の物価上昇、賃金上昇の影響に伴う費用増や患者減少等に伴う収益減◇令和7年の医療法改正により、今後、新たな地域医療構想の検討が始まる一〇の4点をあげた。

「現状の課題」に関しては、①厚生労働大臣からの要求や法律による義務付け等により、法人の経営上、政策的な配慮が必要な要素が増加②物価上昇等の影響もある一方、主な収入が診療報酬(公定価格)に制約されているが、企業のように収益性のみで事業の縮小や廃止することができる状況にない③今後の新たな地域医療構想の検討や都道府県や医療機関との連携に当たり、両法人の財務状況も適切に評価する必要がある一〇の3点と説明し、「診療報酬等の収入による業務運営を行っているものの、業務の性格や環境等が民間企業の活動に類似している状況にはない」企業会計基準により減損処理した場合、独立行政法人の目的に沿って、適切に使用されているものの、サービスの提供が十分行われていないと捉えられてしまうおそれがあると説明し理解を求めた。

### 神野会長「政策医療は民間も実施」

このような説明に対し神野会長は、「厚生労働大臣からの要求によって実施する、感染症病床の確保や医療従事者の派遣事業などは、まさに政策医療であり、今までも色々とやってきた」と指摘。「環境の変化と言うが、これは別に国立病院機構だけじゃなく、一般の民間病院もみんなやってきた。こんなにすごいことをやっているから令和7年度から基準を変えましょうなんてことには、なかなか納得できない」と苦言を呈した。

これに対し厚労省は、「サービス提供の能力により資産価値を評価することが妥当と判断し、速やかに改善する必要があるということから、令和7年度からとしたいと考えた」と説明。厚労相からの求めに応じた病床の確保や医療従事者の派遣については、「今後、こういったこともどんどん増えてくる部分がないとも言えず、公的医療機関として今まで以上に担っていただきたい」との趣旨を述べ、理解を求めた。

## 2025年度 第3回理事会・第10回常任理事会の抄録 1月9日

### 【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。
  - 埼玉県 医療法人さくらさくら記念病院  
院長 黒澤 明
  - 埼玉県 医療法人慈光会東武丸山病院  
理事長 今村 純子
  - 鳥取県 南部町国民健康保険西伯病院  
院長 長谷川 純一
  - 岡山県 一般財団法人志清会岡山記念病院  
代表理事 平木 章夫
 退会が1件あり、結果、在籍正会員数は合計2,595会員となった。
- 2026年度会議予定表(案)について説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。
- 2025年度事業報告書・事業実績説明書作業日程(案)について説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。
- 個人情報保護担当委員会の副委員長追加について説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。
  - ・新副委員長：江口 有一郎(医療法人口コメディカル江口病院理事長)
- 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、満場一致で可決確定した。
  - ・新委員：高橋 肇(社会医療法人高橋病院理事長)
- 病院のあり方委員会の特別委員の追加について説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。
  - ・新特別委員：吉村 健佑(千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター長特任教授)
- 人間ドック実施指定施設の申請について説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。

### <人間ドック>

- 東京都 医療法人財団医親会多摩海上ビル診療所  
院長 木幡 義彰
- 東京都 医療法人同仁記念会明和病院

- 理事長 水山 和之
- 北海道 社会医療法人北海道循環器病院  
理事長 大堀 克己
- 富山県 富山県厚生農業協同組合連合会滑川病院  
院長 小栗 光
- 長野県 特定医療法人財団大西会千曲中央病院  
理事長 大西 禎彦
- 滋賀県 医療法人社団仁正会甲南病院  
理事長 古倉 みのり
- 徳島県 公益財団法人とくしま未来健康づくり機構徳島県総合健診センター  
センター長 本田 浩仁
- 富山県 厚生連高岡健康管理センター  
院長 柴田 和彦
- 群馬県 医療法人樹心会角田病院  
理事長 角田 祥之
- 愛知県 重工大須病院総合健診センター  
院長 黒河内 和俊
- 静岡県 JA静岡厚生連中伊豆温泉病院  
院長 安田 勝彦
- 沖縄県 公益社団法人北部地区医師会北部地区医師会病院健康管理センター  
院長 諸喜田 林

人間ドック実施指定施設は合計457施設となった。

- 人間ドック実施指定施設の新規申請に伴う実情調査について、YouTubeによる事前レクチャーの配信予定を変更し、「適切な健保連人間ドック健診に望まれる要件」を各支部長宛に案内することについて説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。

- 2025年12月8日(月)23時15分に発生した青森県東方沖を震源とする地震に関する被災状況の説明が行われ、災害対応規則(被災会員病院調査及び見舞金制度に関する規則)に基づき、支給基準に該当する会員病院に対し見舞金を支給することに

ついて説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。

- 岩手県支部長の赤坂俊幸先生(社団医療法人赤坂病院理事長)が退任し、山内文俊先生(医療法人社団恵仁会三愛病院理事長)が支部長に就任することについて説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。また、沖縄県副支部長であった高石利博先生(医療法人博寿会もとぶ記念病院院長)の退任が報告された。
- 愛知県支部事務局業務委託覚書の変更について説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。
- 新型インフルエンザ等対策業務計画の改訂について説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。

### 【主な報告事項】

#### ●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会の総会、費用対効果評価専門部会、保険医療材料専門部会、薬価専門部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。

- 総合医リカレント実践事業「診療の場の提供」事業(GMネットワーク)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」に採択されたことを受けて、「診療の場の提供」事業の募集を開始したことが報告され、同事業への参加・協力が要請された。総合医育成プログラム受講者数の推移が2018年から2025年12月26日現在まで計495人(うち本会185人)となっているほか、「診療の場の提供」事業の参加申込医療機関は20医療機関となっているとの報告もあった。

#### ●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

- 埼玉県 TMG宗岡中央病院
- 埼玉県 三井病院
- 福井県 福井厚生病院
- 岡山県 中島病院

- 熊本県 天草慈恵病院
- 沖縄県 宜野湾記念病院

#### ◎一般病院2

- 北海道 中村記念病院
- 千葉県 谷津保健病院
- 兵庫県 神戸徳洲会病院
- 北海道 札幌共立五輪橋病院
- 群馬県 日高病院
- 埼玉県 吉川中央総合病院
- 神奈川県 AOI国際病院
- 長野県 浅間南麓こもろ医療センター

- 愛知県 済衆館病院
- 滋賀県 淡海医療センター

- 岡山県 岡山市立市民病院
- 福岡県 嶋田病院

#### ◎一般病院3

- 大阪府 大阪医科薬科大学病院
- 福岡県 産業医科大学病院

#### ◎リハビリテーション病院

- 北海道 苫小牧東病院
- 神奈川県 横浜なみきリハビリテーション病院
- 兵庫県 広畑センチュリー病院
- 徳島県 小松島病院
- 徳島県 美摩病院
- 大分県 農協共済別府リハビリテーションセンター

#### ◎慢性期病院

- 愛知県 積善病院
- 山口県 脳神経筋センターよしみず病院

2025年12月5日現在の認定病院は合計2,174病院。そのうち本会会員は912病院と、会員病院の35.2%、全認定病院の42.0%を占めている。

- 厚生労働省、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19回)の報告が行われた。

### 【主な討議事項】

- 新たな地域医療構想について  
2025年12月12日の「第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」に関する説明があり、討議した。

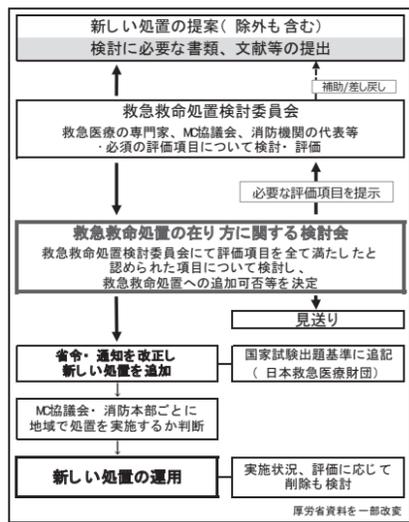
# 救急救命処置の範囲に関する検討体制を刷新

## 救急救命処置検討会

## 猪口副会長「処置範囲の見直し加速化に期待」

厚生労働省は、救急救命士が実施する救急救命処置の範囲に関する検討の見える化と迅速化を図る。3月2日に初会合を開いた「救急救命処置の在り方に関する検討会」(児玉聡座長)で既存の検討体制を刷新すると報告した。これまでは「救急救命処置検討委員会」と「救急医療の現場における医療関係職種との在り方に関する検討会」、そして同ワーキンググループといった検討の場が複数存在し、結論を得るまでに時間がかかるなどの課題があった。

今後は、「救急救命処置検討委員会」と同検討会を主軸とした検討体制を組む(図表)。



質の担保「難しくせずできるように」  
同検討会で構成員を務める全日病の猪口正孝副会長は、全日病ニュースの取材に対し、「既存のワーキンググループを統合し、意思決定を迅速化する新スキームへ移行したことにより、救急救命士の処置範囲の見直しが加速することを期待する」と述べた。質の担保についても言及し、「あまり難しくせずできるようにすることが肝心だ」との考えも示した。

同検討会の目的は、「今後の高齢化・人口急減を見据え、今後とも質の高い救急医療を確保するため、医師の指示の下に救急救命士が実施する救急救命処置に関する事項について検討する」こと。具体的な検討事項は大きく、①救急救命処置の追加、除外等に係る検討の在り方について②その他、検討会が必要と認めた事項について一の2点。同日は、目下の検討課題として政府の規制改革実施計画にて検討が必要とされた内容などを含む下記の個別項目を示した。

- 救急救命処置検討委員会(平成28年度～令和2年度まで開催)において、厚生労働科学研究班等による研究又は厚生労働省の検討会等による検討が必要とされたもの
- 心肺停止に対するアドレナリン投与等の包括指示化

- 急性冠症候群等に対する心電計の使用による12誘導心電図の測定と伝送
- アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与
- 心肺停止を対象にした自動式人工呼吸器による人工呼吸
- 気管切開チューブの事故除去時のチューブの再挿入
- 上記委員会において、評価が「未了」(提案内容について精査中であり、検討委員会としての判断に至っていない)とされたもの
- 外傷による出血性ショックに対するトラネキサム酸の静脈内投与(生理食塩水の投与も含む)
- 医師等により乳酸リンゲル液以外で確保された静脈路からのアドレナリン投与
- チューブ誘導機能を有さないビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保の実施
- 幸帽児に対する卵膜の手法な破膜
- 低血糖発作症例に対するグルカゴン粉末製剤の点鼻投与
- 院外心停止に対する薬剤投与のための骨髄穿刺システムを用いた骨髄路輸液確保
- 救急医療に関わる団体等からの要望・提案を募集し、受け付けたもの
- 国家戦略特区等における提案
- 超音波検査

### ■ コロナ抗原検査

#### 1件追加、1件は明確化

同日の初会合では、医師の包括指示のもとで「自発呼吸のない(心肺停止の者を含む)重度傷病者に対する自動式人工呼吸」を救急救命処置に加えると決め、「急性冠症候群等に対する心電計の使用による12誘導心電図の測定と伝送」については救急救命処置に含まれることを明確化すると決めた。

「自発呼吸のない(心肺停止の者を含む)重度傷病者に対する自動式人工呼吸」については、既に救急隊員が救急業務として実施していることなどを勘案した。「急性冠症候群等に対する心電計の使用による12誘導心電図の測定と伝送」に関しては、既存の救急救命処置である「心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送」に含まれる内容として近年は広く救急救命の現場で実施されており、救急救命処置に含まれることを明確化する。

厚生労働省も、救急業務の中で実施されている状況について「何ら否定するものではない」との見解を示している。

今回の対応は、日本臨床救急医学会が「胸痛、心窩部痛等を示す急性冠症候群が疑われる傷病者」を対象とする処置として救急救命処置への追加を提案するなどの動きがあったため、救急救命処置検討委員会で検討した結果、既存の救急救命処置である「心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送」を「心電計を用いた心電図(12誘導心電図も含む)の測定」と修正することが望ましいとの評価を得ていた。

### ■ 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
病院経営管理者研修 48名	2026年5月～2027年7月 全15講座(19日間)+検討会4回	528,000円(638,000円)(税込)	病院のみならず、法人や施設の経営に関わる副院長、診療部長・医長、看護部長、副看護部長、コメディカル部門長、事務長、法人本部の管理者、介護施設の事務責任者などが対象。15カ月の期間で、医療・介護施設の政策動向や内外環境について50を超える手法で多角的に分析した上で、自施設の経営改革計画を策定する。生成AIの活用や医療連携など、経営改革を効果的に進めるために共通で設定する課題(等)について、潮流を踏まえて自施設に活用できる方法も整理する。参加者の条件は、現在所属している施設で、職歴が1年以上あり、自院の財務諸表等を閲覧できて、研修会で開示ができること。また、経営改革計画を理事長・院長へ提言できる立場であることも求める。
医療安全管理者養成課程講習会(全3クール) 140名	【全員共通】Web講義 第1クール 2026年6月27日(土)9:00～18:35 28日(日)9:00～18:35 第2クール 2026年7月17日(金)9:00～18:05 18日(土)9:00～17:35 【日程選択】対面演習 第3クール ①2026年10月3日(土)・4日(日) ②2026年11月28日(土)・29日(日) [1日目]10:00～18:00、 [2日目]9:00～17:00 ※①②ともに開催時間、内容ともに同じ。  場所:全日病 大会議室 (東京都千代田区神田三崎町 1-4-17 東洋ビル11F)	99,286円(133,397円)(税込)	全日病と日本医療法人協会(医法協)が主催する、厚生労働省の「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則ったプログラム。医療現場に精通している講師陣による医療安全管理者にとって必要な幅広い知識を学ぶ4日間の講義と、医療事故などの根本原因を分析して再発を防止する手法や、起こり得る医療事故などを予測して未然に防止する手法に関するグループワークなどに取り組む2日間の演習で構成。修了者には、「医療安全対策加算における施設基準」の「医療安全対策に係る適切な研修」を受講した証明証を授与する。全日病及び医法協の会員病院職員は、会員価格で受講可能。
病院部門責任者研修 48名	2026年8月～11月 全4講座(6日間)	198,000円(253,000円)(税込)	医療・介護施設における各部門を、高いレベルで運営できる状態を目指す研修。看護部門の看護師長や主任、訪問看護ステーションの所長、コメディカル部門の責任者、事務部門(事務・総務・医事・経理)の責任者、介護施設の管理者等を対象に、当該部門が置かれている内外環境の動向を踏まえて、将来においてどのような運営をすべきかという構想を練る。部門で発生している問題を抽出して、背景を整理した上で原因を多面的・論理的に分析して解決の道筋を立てる。