



全日病 NEWS

2026.5.15

No.1101

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

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

医論・医見・私点

全日本病院協会会長 神野正博

油断

これまで私は、災害には二つの側面があると考えてきた。一つは感染症のパンデミックを含む自然災害、もう一つは急速に進行する人口減少と生産年齢人口の縮小、さらには「高齢者の高齢化」に象徴される社会構造の変化である。いずれも社会に深刻な影響を与える広義の災害であり、すべての事業者はBCP(事業継続計画)を策定し備えなければならない。医療機関も例外ではない。

しかし、ここに見過ごしてきた「第3の災害」があったのではないかと

これは「油が断たれる=油断」という事態である。果たして我々は、このリスクをどこまで現実的に想定してきただろうか。

令和8年度診療報酬改定で30年ぶりの3.09%に安堵したのも束の間、中東情勢の緊迫化やホルムズ海峡封鎖長期化の懸念が現実味を帯びている。日本の原油輸入の約9割が同海峡に依存する現実を重く、経済合理性に基づき最適化されてきた供給構造は、地政学的リスクの顕在化とともに脆弱性へと転じる。

石油は単なる燃料ではない。医療はディスプレイ製品に大きく依存し、かつてのガラス製注射器や点滴瓶はほぼ姿を消した。手袋、ガウン、マスク、不織布、点滴セット、カテーテル、透析膜など多くが石油由来である。EOガスやMRIに不可欠なヘリウムを含

め、医療はエネルギー資源の安定供給を前提に成立している。

ゆえに供給途絶は単なるコスト増にとどまらず、医療提供そのものを揺るがすシステムリスクとなる。加えて燃料高騰は物流費や光熱費を押し上げ、医療機関の経営を直撃すると同時に、生活物資全体の物価上昇を通じて国民生活に波及する。

ここで問われるのが公定価格である診療報酬制度の対応力だ。今回の改定率は急激な物価変動を織り込んでおらず、次回改定まで待つ余裕はない。「期中改定」や物価スライド制の導入により、状況に応じた迅速な見直しが必要である。

さらに、無尽蔵の使い捨てを前提とした構造からの転換も求められる。資源制約を見据え、節約と再利用を志向する視点が不可欠である。欧米で普及

が進む再製造医療機器(R-SUD)の拡大や、その安全性・有効性に関する研究の推進は、我が国にとっても重要な課題である。また、燃料における代替も急がねばならない。

われわれ医療従事者は、日々の診療の中で自らの業務にのみ目を向けがちである。しかし現実には、医療は日本経済、さらには国際情勢と不可分に結びついた社会インフラである。石油供給の不安定化は、その脆弱性を一気に顕在化させる。

医療は経済や国際情勢と不可分の社会インフラである。「油断」とは認識の欠如にほかならない。平時の延長ではなく非常時を前提とした思考へと転換し、真に備えるべきリスクを見極める時である。

第3の災害「油が断たれる=油断」に早急な備え必要

参議院・厚労委

全日病・神野会長が「物価連動型の診療報酬」の検討など訴え



参議院インターネット審議中継より

全日病の神野正博会長は4月16日、「中東情勢を踏まえた医療物資等の安定供給に関する件」で参議院の厚生労働委員会に参考人として出席し、自然災害、社会・人口構造の変化がもたらす災害に続く「第3の災害」として「油が断たれる=油断」があるとの見方を示し、医療物資などの不足だけでなく急激な価格の上昇などを想定して早急に検討すべきと訴えた。新型コロナウイルス感染症の大流行期と同様に医療機関同士が医療物資や医薬品などを融通するような仕組みの構築に加えて、「物価連動型の診療報酬」や物価上昇に合わせた期中改定についての検討も求めた。

過去40年ほどの間に激変

経済合理性から安い油に頼ってきた

神野会長は、(4月16日の)現時点で医療現場において物品の不足や流通の滞りは報告がないと説明。過去40年ほどの間にガラス製だった注射器や布製の術衣などは石油由来の単回使用製品に置き換わったほか、滅菌に使用するEOガスやMRIで用いるヘリウムガスだけでなく、包材や輸送などの観点では病院給食まで、医療現場は過剰なまでに「油」に頼っているとの認識も示した。その上で、「自然災害や人口構造などの社会構造の変化がもたらす災害に続く第3の災害として、油が断たれる=油断がある」との見方を示し、「我々は経済合理性から安い油を大量に使ってきたが、断たれた時どうなるのか。大きな災害、リスクが潜んでいると把握すべきだ」と改めて警鐘を鳴らした。

主に5項目を要望

「物価高騰の際は2年も待てない」

主な要望としては、4月10日に厚労省の上野賢一郎大臣と面会した際に提出した提言書の内容に沿って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③単回使用医療機器(SUD)から再製造医療機器(R-SUD)の拡大および研究の推進④医療物流の国家安全保障としての位置付け⑤医療材料・医薬品の戦略備蓄制度の拡充—の5点をあげた(上野厚労相との面会については、全日病ニュース5月1日号7面を参照)。

神野会長は「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」との関連で、まずは「3.09%という30年ぶりの改定率をいただきましたことに関しては先生方に厚く御礼を申し上げるが、根拠は「これまでの物価や賃金の上昇。」と改めて解説。「中東情勢が不安定になる前の物価・賃金の上昇率を背景にしており、ここで急激な価格の上昇があった場合、公定価格である診療報酬による医療は、2年後の次の改定まで待てない、待つわけにはいかない状況に陥る」と述べ、理解を求めた。

その上で、「物価が上がれば、(仕入れ値が販売価格を上回る)『逆ざや』となり、経営は悪化する。物価変動に連動した見直し制度の導入を早急に検討していただきたい」とも述べ、「物価連動型の診療報酬」と物価の上昇時に実施する「期中改定」の準備を促した。

すでに10数社で何らかの制限

中期では欠品の増加やコスト増に

「②医薬品サプライチェーンの強靱化」の関連では「コロナ禍においてマスクやガウンが足りなくなり、調達に大変苦労した。そういったこともあり我々には大きな不安がある。病院が安心できるような仕組みや監視体制を作っていただきたい」と求めた。

また、全国386病院(約15万床)に対

して医療材料や医薬品の調達支援業務などを展開する「エム・シー・ヘルスケア株式会社」が実施した調査結果として、すでに医療関連の物資を扱う10数社で発注制限や新規注文の辞退が起こっているとの調査結果を提示。同社がまとめた報告書から「今後の想定シナリオ」も引用し、数カ月以内の短期では、消耗品の納期不安定化が継続するため病院側での徹底した使用量管理・在庫管理が不可避となり、半年～1年の中期では滅菌済み医療材料の供給不安が本格化して、包装仕様を理由とした欠品事例の増加や医療材料コストの構造的な上昇が予測されている事態であることも示した。

「③単回使用医療機器(SUD)から再製造医療機器(R-SUD)の拡大および研究の推進」については、諸外国での状況も参考に、安全性・有効性に関する検証を始めるべきと訴えた。

「④医療物流の国家安全保障としての位置付け」の関連では、医療材料や医薬品の輸送は国民の生命に直結する極めて重要なインフラであると指摘。国家安全保障の観点から位置づけ、有事における優先輸送体制の構築について検討すべきと訴えた。

「⑤医療材料・医薬品の戦略備蓄制度の拡充」では、感染症対策の備蓄に加え、医療提供に不可欠な基礎的医療材料や医薬品も国家レベルで戦略的に備蓄する制度の整備・拡充を図るべきとの考えを示した。特に、医療機関においては「Just in Time & Stockless」が基本であり、国の責任で備蓄を拡充するよう提言した。

買い占め業者には厳罰を

参議院議員からはさまざまな質問が出たが、流通に目詰まりを生じさせないための工夫などについて聞かれた際、神野会長は、病院の適正在庫については10日～2週間程度が一般的と説明した上で、「病院団体も、厚労省も、必要以上の在庫を抱えないようにと各方面にお願いしている。今後は、これま

での流通ルートにいない業者が買い占めることも想定できる。その場合は厳罰に処していただきたい」と求めた。

また、中東情勢が影響して物価が急上昇した際に期中改定しないと、どのような事態が生じ、医療機関にはどのような影響があるか問われた際は、公定価格のため「逆ざや」の幅が大きくなる一方と説明。「どれだけ患者さんを診てもすべてマイナス、赤字になるため、すべての医療機関が経営危機に陥る」とも述べ、物価上昇局面における期中改定の必要性を強調した。

「大臣合意に基づく秋の検討は遅い」「物価上昇の局面で期中改定を」

期中改定の可能性については、2026年度の政府予算案を編成する際に、厚労・財務の大臣合意で2026年中に医療機関の経営状況を調査した上で、同秋にも追加的な対応を検討するとの方針が掲げられている。厚労省は4月8日の中医協総会で、診療報酬改定の基礎資料として活用する医療経済実態調査をベースに損益の状況を調べて11月以降に結果を公表する方針を決めた(全日病ニュース5月1日号5面参照)。神野会長は、すでに秋以降の検討が決まっている状況について実効性などを問われ、「諸物価も含めて、上がったタイミングでお願いしたい」と機動的な対応を要請。加えて、「物価スライド式の対応をこの機会に考えていただきたい。銀行が融資を検討する観点からも現状の診療報酬改定の仕組みでは長期で貸せるわけがない。中長期的な報酬の在り方を考えていただきたい」と述べ、一定の予見性を確保した診療報酬のあり方を検討する重要性を重ねて強調した。

本号の紙面から

林医療課長インタビュー	2面
「疑義解釈その4」を発売	3面
全日病 研修告知	4面

医療ニーズに基づく医療機関の機能を評価

厚労省・林課長インタビュー

「診療報酬改定の度に経営戦術を変えなくても点数が取れるように」

厚生労働省保険局医療課の林修一郎課長はこのほど、2026年度の診療報酬改定に関する全日病ニュースの取材に応じ、病院団体から「ケアミックス病院に厳しい改定」との声が出ていることについて、「ケアミックス病院にとりわけ厳しいのではなく、あくまで医療ニーズに基づいて医療機関の機能を評価しようというコンセプトになっている」と説明した。その上で、診療報酬改定の度に施設基準を満たすための経営戦術を練り、点数を取りに行くような流れを終わりにしたいとの考えを示し、「地域の医療ニーズに合った医療を提供すれば診療報酬改定の度に経営戦術を考えなくても点数は上がるという改定を提案した」と語った。「全体として、『患者さんにとっての医療の質』を上げるため、地域にとって医療需要の受け入れ体制を整えるため、2040年に向けて頑張ろうというふうに受け取っていただけると嬉しい」との心境も吐露した(インタビューは3月31日に実施)。

病院全体に改定財源を配分

「ケアミックスに厳しいわけではない」

林課長は、2026年度改定では財源の大半を物価・賃金対応として「物価対応料」や「ベースアップ評価料」に費やしたと指摘した上で、「各病院が持っている機能にかかわらず、すべての入院料に対して財源を精緻に配分している」と解説。「ケアミックス病院にとりわけ厳しいのではなく、あくまで医療ニーズに基づいて、医療機関の機能を評価しようというコンセプトになっている」と述べ、理解を求めた。

ケアミックス病院との関連では、「病院の経営者にとっては、地域の小さな医療ニーズを取りこぼさない体制を整えて、病院の中で患者を転棟させることが経営戦術として合理的に働く診療報酬になっていたという面もある」との認識も示した。実際に、これまでの改定では、病棟の施設基準を満たすと高い入院料の点数が算定できるといった見直しに重きが置かれていた傾向があった。林課長は、「結果的にケアミックス病院に優しかったということは言えると思う」とも述べ、「人口が減り、

85歳以上の高齢者が増えていく社会では、医療ニーズがあるところで医療を提供することが基本になる」と2026年度改定での狙いを改めて説明。「地域によっては病床を減らすということも含めて、地域の医療ニーズに合った医療を提供すれば、診療報酬改定の度に経営戦術を考えなくても点数は上がるという改定を提案した」と語った。

反対に、「医療ニーズに合わない医療を提供していれば、提供体制を施設基準に適合するように努力しても、うまくいかないはず」との見方も示し、「ケアミックスにしておけば大丈夫であるとか、病棟をうまく組み合わせれば点数が上がるといった要素は、あまりないはず」との認識も示した。

新設の入院料でのケアミックス禁止

「これまでの流れの延長線上」

林課長は、どのようなケアミックスが、病院の収益のためではなく、地域や患者にとって有用なのかを慎重に考えることが必要との認識も示した。「2016年度改定の頃から、急性期の入院料や総合入院体制加算で例えば地域包括ケア病棟とのケアミックスを制限するという例がある。経過措置を設けつつ、『急性期病院A一般入院料』と地域包括ケア病棟との併設ができないことについては、これまでの流れの延長線上にある」と指摘。

一方、今回の改定で新設する「急性期病院A一般入院料」や「同B」と、地域包括医療病棟との併設を認めないことについては、「いずれも急性期の病棟。診療報酬が出来高の急性期病棟と、包括払いの急性期病棟の両方を、同じ病院が持っているということは、患者さんにとって重要ではないはず。機能が似た病棟の分化を過度に進めれば、どの患者さんをどうすれば病院の経営的に利益が出そうかを選別するような技術だけが発展し、その医療機関において何か新しいバリューが生み出されるわけでもないと思う」との考えも示した。

急性期病院が赤字、要因の1つは

「病院機能の評価が不十分なため」

病院としての機能を評価する必要性については、「急性期一般入院料1の

病棟を持っているということでは同じでも、救急車をどれだけ受け入れられるか、手術をどれだけできるかということとは『病院の機能』によって異なる」と指摘し、「今までの診療報酬のように病棟の機能だけではなく、病院の機能を考えることが必要」と強調した。急性期病院が救急搬送の受入れに努めても赤字になる傾向が各種調査の結果などから示されていた背景の1つとして、「病院機能が十分に評価されていないということがあるようにも考えられる」とも述べ、病院単位の機能に着目する重要性を強調した。

新たな地域医療構想

2040年を見据えて策定する「新たな地域医療構想」との関連では、「急性期病院A一般入院料」を届け出る病院が、「急性期拠点機能」とイコールの関係にあるとは考えていないと説明した。

林課長は、「同じような軸で評価している面はあるけれども、基準としては異なる」との認識を示し、「〔総合入院体制加算〕と『急性期充実体制加算』を統合する形で新設する〔急性期総合体制加算〕もあり、『急性期病院A一般入院料』を届け出る病院がすべて地域医療構想で『急性期拠点機能』というわけでもない」との見方を示した。「そもそも救急搬送件数や全麻手術の件数だけでは『急性期拠点機能』を必ずしも表現できないと思う」とも述べた。

「急性期病院A一般入院料」と「同B」の違いについては、「急性期病院A」が「相当幅広い患者さんを受け入れる病院」であり「同B」は「都会であれば、特に高齢者に特有の疾患を抱える患者を受け入れていれば満たせる水準。地方であれば、その地域で発生する疾患の大部分は診療できるけれども、稀な疾患や重篤な疾患は地域の拠点的な病院に搬送する病院が含まれるというイメージ」と話した。

救急搬送と全麻手術を指標にした狙い

急性期病院の機能を測る指標として、救急搬送件数と全麻手術件数を用いた理由については、「地域の医療ニーズを反映する医療機関の機能を考えた結果」と明かした。林課長は、「緊急性、



重篤性の両方を考えるべきで、時間を問わず、急性期のどんな患者でも受け入れるという機能を表現している」と説く。「他の指標もあり得るが、地域の医療ニーズとしての必要性は低いのに、病院が頑張れば取れてしまうような指標ではないということがポイント」とも付言した。

仮に、他の指標を検討する場合の例として「医師数」をあげ、「どんな患者でも受け入れられることと非常に相関の高い指標だが、指標の性格としては患者がいなくても医師を雇用さえすれば達成できる。地域の医療ニーズを反映する指標として診療報酬の基準に用いるには課題がある」と解説した。

地メディの見直し

「要望を十分に踏まえられたと思う」

2024年度改定で新設した地域包括医療病棟(地メディ)の入院料については、「第二の急性期病棟」と表した上で、「さまざまな要望をいただいていたので、十分に踏まえた見直しになっていると思う」と述べ、2026年度改定での手応えを滲ませた。

2024年度改定で新設した際は、多種多様な指標を施設基準で定めた結果、満たせる病院が非常に少なくなってしまうと振り返った。その上で、「根本から変えるべく、点数を細分化した上で精緻化を図った」と説明。「85歳以上の高齢者を受け入れるほど満たしにくい施設基準にはならないよう、いわゆる『逆選択』が起こらないように配慮しつつ、施設基準を緩和する方向に見直した」とも述べた。

「疑義解釈その3」を発売、2026年度改定で

厚労省

「ベースアップ評価料」や「包括期充実体制加算」などで回答

厚生労働省は4月20日付で2026年度の診療報酬改定に関する「疑義解釈資料の送付について(その3)」と題した事務連絡を発売した。「看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係」として「ベースアップ評価料」の算定期間中に40歳となった医師らの扱いなど計6問に回答。「医科診療報酬点数表関係」では、「包括期充実体制加算」に関する2問など計6問に回答した。

「疑義解釈その3」で示したそのほか主な内容は、◇歯科診療報酬点数表関係6問◇調剤報酬点数表関係4問◇訪問看護療養費関係1問一で構成。

「賃金の支払い対象となった月の初日時点で40歳未満であれば対象」

「ベースアップ評価料」の関係では、「賃金の支払い対象となった月の初日時点で、40歳未満であれば対象職員として扱う」と説明。対象職員の1割以上で変動があった場合に、改めて区分

を算出して変動があれば、「算出した月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定する」との運用も示した。

同評価料の算定期間中に対象職員の変動があった場合、賃金改善実績報告書などへの記載は、「対象職員として取扱って賃金改善を行った期間における基本給等の総額」を「ベースアップ評価料の総算定月数」で除した値を1か月当たりの基本給等総額に計上する。

「包括期充実体制加算」の算定

条件付きで療養病床でも「可」

「包括期充実体制加算」については、療養病床が算定できる場合の条件を示した。同施設基準では、都道府県による「第二次救急医療機関であること又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること」を求めている。療養病床の場合は救急指定などが受けられないものの、他のすべて

の同施設基準を満たした上で、2026年度改定に関する「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(令和8年厚生労働省告示第70号)」で示した「地域包括ケア病棟入院料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める場合」の「イ当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が六割以上であること」もしくは「ロ当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において三十人以上であること」も満たし、かつ、当該医療機関が救急患者を24時間受け入れている場合は、「包括期充実体制加算」の算定を認めるとの運用を示した。

同加算については、算定する医療機関が「特別の関係」にある介護保険施設や当該施設からの「入院等」を算入できない施設基準の要件も提示。具体的には、①原則として3以上の介護保険施設等の協力医療機関として定められて

いる②自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で15人以上③直近3か月間の入院患者に占める、救急搬送後の患者及び他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者を合計した数かの割合が、直近3か月間の入院患者の8分以上一の3点を示した。

2026年度改定後の施設基準届出

電子申請は5月25日から受付開始

2026年度改定後の診療分を請求するために必要な施設基準の届出期間については、5月7日～6月1日まで地方厚生(支)局などで受け付けている旨を改めて提示。電子申請については5月25日から受付開始と明らかにした。

医科点数の関係ではこのほか、2026年度改定で新設・要件変更となった施設基準の網羅的な一覧として4月20日の事務連絡(「令和8年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」)でチェックリストを発売している旨も説明した。

施設基準届出チェックリスト:

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001693862.pdf>

一般病棟用の「救急患者応需係数」の算出など解説

厚労省 2026年度の診療報酬改定で「疑義解釈その4」を発売

厚生労働省は4月21日付で2026年度の診療報酬改定に関して「疑義解釈資料の送付について(その4)」と題した事務連絡を発売し、今回の改定で見直した「重症度、医療・看護必要度」に関する「救急患者応需係数」の算出方法などについて解説した。

今回は「疑義解釈その3」に比べて小規模となっており、表紙を除く全体が全14ページ。主な内容は、◇「医科診療報酬点数表関係」の計35問◇「看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料」に関する計5問一の計40問への回答で構成。救急患者応需係数の算出方法などに加え、2026年度改定で新設する「急性期病院B一般入院料」に関する内容、「電子的診療情報連携体制整備加算」や「在宅医療充実体制加算」、「地域医療体制確保加算2」などについて解説を示した。

「病床当たり年間救急搬送受入件数」などの中身を解説

病棟における病床当たりの年間救急搬送受入件数から算出する救急患者応需係数については、「病床当たり年間救急搬送受入件数」に関する「救急搬送により当該保険医療機関に入院した患者(救急患者応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」との規定のうち、「当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数」について「一般病床100床の病院において、急性期一般入院料4を100床届け出ており、当該急性期一般入院料4を届け出ている病棟において、地域包括ケア入院医療管理料1を20床届け出ている場合」

を例示。「当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数」が「80床」になると示した。

「救急患者応需係数」算出式なども示して解説

「救急患者応需係数」の関係では、直近1年間に届出区分の病床数に変動があった場合についても解説。「前年度において、4月から届出区分に係る病床数の変更があった月の前月までの期間と、当該変更があった月から翌年3月までの期間ごとに、それぞれの期間に応じた加重平均による病床数を算出し、これに基づき、前年度1年間の救急搬送受入件数を除して算出する」と説明。

具体例として、「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」をあげ、下記の通り計算式も示した。

$$(100 \times 8/12) + (40 \times 4/12) = 80$$

「救急患者応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」についても解説。救急患者応需係数の算出対象とならない特定入院料として、◇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1などをあげ、「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」と「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」には含まないとの運用を示した。

具体例として、
・「特定集中治療室管理料3」5床
・「急性期一般入院料4」100床
・「地域包括医療病棟入院料2」50床

の病院で、
・「救急搬送受入件数」1000件
・「救急搬送入院件数」が450件となる場合を提示。救急搬送後の入院に関する内訳が、
・「特定集中治療室管理料3」への入院50件
・「急性期一般入院料4」への入院300件
・「地域包括医療病棟2」への入院100件
一だった場合の計算式も示した。

「急性期一般入院料4の救急患者応需係数」
： $1000 \times \{300 / (300 + 100)\} \div 100 \times 0.005 = 0.0375$

「地域包括医療病棟入院料2の救急患者応需係数」
： $1000 \times \{100 / (300 + 100)\} \div 50 \times 0.005 = 0.025$

「急性期一般入院料4」と「地域包括医療病棟入院料2」の「救急患者応需係数」を算出する際は、「救急患者応需係数」の算出対象となる「急性期一般入院料4」と「地域包括医療病棟入院料2」の病棟に救急搬送入院した患者の割合を、救急搬送受入件数(この場合は1000件)に乗じて算出するとこの解説も付記した。

一方、救急患者応需係数の算出には含まれない救急搬送も含め、病院の救急搬送受入件数には入院と外来の全救急搬送受入件数が含まれることへの留意も求めた。

「地域最多救急病院」について解説
「別紙4」を参照して地域の確認を
「急性期病院B一般入院料」を算定する病院に求める急性期医療の実績に

関する基準や、「急性期総合体制加算」の施設基準として登場する「地域最多救急病院」については、当該点数に関する届出前に、直近の「病床機能報告」のデータなどに基づき、所属する二次医療圏で救急搬送件数が最多である旨を確認するよう求める。

その上で、「自院の救急搬送件数の概ね8割以上の実績を有する他の医療機関が存在する場合」か「新設、再編若しくは統合等により自院を上回る救急搬送件数となる可能性のある医療機関が存在する場合」には、必要に応じて当該医療機関に対し前年度の救急搬送件数を照会するなどの確認も求める。「地域最多救急病院」については、3月5日付で発売した「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」と題した厚労省保険局医療課長と同歯科医療管理官の連名通知(保医発0305第7号)の「別紙4」(同198～202pを参照)にて、人口20万人未満の地域を示した上で、救急車等による搬送件数が最大である医療機関として位置づけている。

「当分の間」は、再編・統合前の二次医療圏でOK

「人口20万人未満の二次医療圏」の関連では、第8次医療計画の策定などに伴って二次医療圏を再編・統合した結果、医療機関が所在する二次医療圏が人口20万人以上となった場合でも、「当分の間」は、再編・統合前の二次医療圏に所在すると見なすとの運用も示した。

なお、5月1日付で厚労省は、「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」と題した事務連絡を発売し、訂正事項の周知を図っている。

2028年度から医学部臨時定員数は削減へ

医師養成過程を通じた偏在対策検討会 2028年度から医学部臨時定員数は削減へ

厚生労働省は、2年後の2028年度から医学部の臨時定員を削減する方向性で検討を進める。4月17日、「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」(遠藤久夫座長)が大筋で了承した。地域の実情を適切に考慮しつつ、地域に定着する医師の養成に向けた恒久定員内での取組みを含めた医師偏在対策をより一層進めながら、医学部臨時定員の削減に取り組む。

厚生労働省は、18歳人口の減少も見据え医学部臨時定員以外の取組みを一層充実させることが重要と考えている。

恒久定員内への地域枠設置を推進

同日は2027年度の医学部臨時定員の配分や調整方法についても大筋で合意。すべての都道府県を対象に、2026年度の臨時定員地域枠を上回る枠数を設ける場合は、所在する大学の恒久定員内

への設置を基本とし、原則として2026年度の臨時定員地域枠を超えないよう定める。医師少数県や中程度県においては、臨時定員地域枠の設置に向けた調整状況などに関するやむを得ない事情がある場合は、一時的に臨時定員を増員して次年度に調整するなどの計画を前提に2026年度を上回る臨時定員地域枠数を設定できる。

最新版の医師偏在指標を公表

下位は青森県、茨城県、岩手県など
厚労省は同日、医師偏在指標の最新版も公表。医師が不足している状況を示す低い数値だったのは、青森県(194.4)、茨城県(197.5)、岩手県(200.4)などの順だった。医師の充足度が高いと考えられる上位は、東京都(358.6)、京都府(326.6)、福岡県(320.4)、岡山県(302.7)など。都道府県別の医師偏在指標一覧の最新版は厚労省資料11pを参照：
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001692148.pdf>

WHX

Osaka 2026

Formerly Japan Health

2026 7.2(thu)-4(sat)

インテックス大阪

WHX Osakaで広がる 病院経営の 新たな可能性

WHX Osakaは、あらゆる医療機関の「次の一手」を導く総合ヘルスケアプラットフォームです。
詳細は公式サイトへ。
<http://worldhealthexpo.com/osaka>

＜来場対象＞
病院長・事務長・医療DX/経営企画担当者ほか

＜セミナー＞

基調講演 医療DXによる地域医療の未来
7月4日(土)10:40-11:00
神野 正博氏 全日本病院協会 会長

医療イノベーションを牽引するキーパーソンが多数登壇(一部抜粋)

澤 芳樹氏
大阪大学 特任教授 / 大阪いさつ病院 院長

真田 弘美氏
東京大学 名誉教授 / 石川県立看護大学 学長

池野 文昭氏
Stanford University 主任研究員

川崎 良氏
大阪大学大学院 医学系研究科・医学部 教授(公衆衛生学)

黒田 知宏氏
京都大学 医学部附属病院 医療情報部 教授

松村 泰志氏
国立病院機構 大阪医療センター 院長






お問合せ | WHX Osaka 実行委員会 〒101-0044 東京都千代田区鍛冶町1-8-3 神田91ビル TEL 03-5296-1034 Email whxosaka-jp@informa.com ほか

■ 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
【新】 病院経営アドバンス研修 100名	2026年6月20日(土) 13:00～17:00 7月11日(土) 13:00～16:00	22,000円(税込)	病院経営に関わる病院幹部である副院長や、各部門の責任者である診療部長・医長、看護部長、副看護部長、コメディカル部門長、事務長、法人本部の管理者などを対象にする研修として新規開講する。病院経営に有効な医療政策の動向やその時々注目されている経営管理手法、さらに、病院経営管理者研修で整理された医療業界に共通する課題の解決方法などを計2回の会合で把握できるよう構成する。本研修を受講すると、病院経営士や病院管理士、看護管理士の認定更新の要件を満たすことができるが、認定更新を希望の場合、8月末までに本講座の内容に関するレポートを提出する必要がある。
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)が共催する、厚労省の「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。
特定保健指導実施者 経験者研修 60名	2026年7月4日(土) 10:00～17:30	22,000円(33,000円)(税込)	厚労省の「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年版)」に記載されている「健診・保健指導の研修ガイドライン」に沿った研修。保健指導経験年数3年以上の医師・保健師・管理栄養士・歯科医師を対象とする。なお、本研修は全日病が交付する「全日病保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)」及び「AJHAヘルスマネージャー(食生活改善指導担当者)」の継続更新に必要な単位(2単位)に該当する。
医療DX人材育成プログラム 150医療機関(最大450名)	2026年7月9日(木)～11月26日(木) 【全10回、木曜日13:00～15:30開催】 第1回 7月9日 総論 第2回 7月23日 国の政策 第3回 8月6日 電子カルテ 第4回 8月20日 セキュリティ 第5回 9月10日 共通基盤とファイル共有 第6回 9月24日 モバイル 第7回 10月15日 生成AI 第8回 10月29日 データ活用 第9回 11月12日 コマンドセンター 第10回 11月26日 地域医療、総括	1医療機関あたり 250,000円(500,000円)(税込) ※1医療機関3名まで受講可	2023年度から始まった本プログラム、本年度は2026年度の診療報酬改定で医療DXが「構想」から「実装」の段階へと移行したことを受け、医療DX推進の要となる人材「コンダクター」の育成や生成AI、クラウドを活用する業務の効率化・高度化など、医療現場における実装・運用力の習得を目指す内容で構成。全10回のうち8回以上出席し、確認テストに3回合格した受講者に対し「全日本病院協会認定 医療DX責任者」として認定し、「修了証」を授与する。厚生労働省の人材開発支援助成金「事業展開等リスクリテラシー支援コース」の対象講座となっており、申請条件を満たせば研修費用を大幅に軽減できる。
病院経営士・ 病院管理士・看護管理士 フォローアップ研修会 100名	2026年7月11日(土) 13:00～16:00 Zoom 研修	5,500円(税込)	病院経営士、病院管理士、看護管理士、看護部門長研修受講修了者を優先的に対象とするオンライン研修会。病院経営管理者研修の受講者が研修の中で立案した今日的課題の解決方法を発表し、参加者と討議する内容を予定。自院の経営改革に関する着眼点などを共有しつつ、他院における課題解決策を収集することもできる。
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。
第48回ハワイ研修旅行 成田発着 60名 関空発着 40名 福岡発着 20名	2026年10月29日(木) ～11月3日(火・祝) 4泊6日	大人1人あたり 成田発着 358,000円(空港諸税込) 関空発着 393,000円(同) 福岡発着 398,000円(同) ※燃油サーチャージが別途必要 (3月31日時点で32,000～33,100円)	今回で48回目となるハワイ研修旅行。現地の日本人ドクター・看護師らによる米国の医療事情に関する全体セミナーのほか、施設視察かBLS研修かを選ぶ選択式研修、夕食懇親会も予定している。ホノルル滞在中の10/31(土)はハロウィンで、例年複数のイベント開催が予定されているなど、多彩な体験も可能。