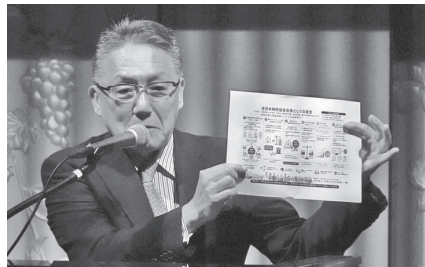




全日病 ニュース

2026.7.1 No.1104

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



全日病の神野正博会長は6月20日、東京都内で開催した全日病の第14回定時総会で挨拶し、昨年の会長就任から2年目を迎えるにあたり「会長としての提言」を示し、積極的な議論を促した。具体的には、①医療提供体制の再編・統合—「病院」から「健院」へ②病院のキャピタルコスト改革—地域医療を守る投資③控除対象外消費税問題の抜本改革④給付と負担の再設計—「平等」から「公平」へ⑤診療報酬のスライド制導入—将来予見性のある制度へ⑥医療DXによる価値ある医療への転換—の6項目を提言。さながら「施政方針演説」の様相を呈した内容を解説しながら、集まった理事らに対し「皆様方の知恵を結集させ、1つでも多く解決していきたい」「大いに議論しましょう」などと呼びかけた。

「健院」へ、「脱皮が必要」

神野会長は、「①医療提供体制の再

2年目に向けた「施政方針」で6項目を提言

全日病 第14回定時総会

編・統合—「病院」から「健院」へ—について、「民間の中小病院が二次救急をしっかりとやりつつ、これからの人口減の中で生活とも関わる必要がある」と改めて指摘。昨年の会長就任直後に、民間の中小病院が地域住民の健康や日常生活、そして人生を支える「健院」の役割を担うべきとの考えを示し、「病院をぶっ壊せ!」と訴えたことを振り返りつつ、「我々は脱皮する必要がある」と強調した(全日病ニュース2025年7月15日号などを参照)。

「②病院のキャピタルコスト改革—地域医療を守る投資—については、日本医療・病院管理学会と共同タスクフォースを立ち上げ、検討を開始すると説明。「ローンの返済なども考慮した補助金のあり方のほか、標準病院の建築モデルなども考えていきたい」と意欲を示した(5面に関連記事)。

「③控除対象外消費税問題の抜本改革」については、前日の6月19日に財務省の片山さつき大臣と面会し四病協の要望書を手渡したと明かし、「明細会計にするという意味では、一部が得する、一部が損するといったような税

神野会長「皆様方の知恵を結集させて解決していきたい」

制はあり得ない。解決を目指していかなければならない」と訴えた(2面に関連記事)。

「④給付と負担の再設計—「平等」から「公平」へ—に関しては、「負担ができる方には負担いただき、本当に困っている人々には多くのサービスを提供するといったような、公平なものと考え方というのが必要」との考えを示した。

「⑤診療報酬のスライド制導入—将来予見性のある制度—については、「診療報酬に将来予見性を確保すべき」と主張。「物価・賃金やGDP、そのどれかとスライドさせていく、あるいは組み合わせたスライドセッティングという仕組みが必要ではないかと強く思う」などと述べた。「会長に就任後、色々なところへ行き、お願いしたり、頭を下げたり、時には食事しながら交渉・要望した。2年に1度のお祭りでもいいのか。銀行はこうした将来が見えないところに金を貸せるのか」との問題意識も改めて示した。

「⑥医療DXによる価値ある医療への転換」に関しては、「これだけの人口

減、そして働き手が不足する中で、我々はやらねばならない。ベストなものはないか一生懸命考えていくことが必要」と訴えた。

日医・松本会長「令和9年度の上積みのため経営状況の提示が重要」



来賓として日本医師会の松本吉郎会長と参議院議員の釜薙敏氏も挨拶。松本会長は、「令和8年度の診療報酬改定では、令和9年度にさらにもう一段階、物価・賃金の動向を見ながら引き上げるという仕組みができた。これは非常に重要」と指摘。改定後の経営状況を鑑みて上積みになるため、「どの辺で私たちの経営状況を明らかにしていくかが非常に大きな課題。令和8年度のどこかで、私たちの状況をしっかりと示さなければならず、一年間の余裕はない。(経営状況に関するデータ等を)きちんと示し、それを足掛かりに、私どもの本心に厳しい状況を政府に訴えなければならない」と述べた。

釜薙氏「2年に1度の改定では難しい」

釜薙氏は、診療報酬改定について「2年に1回というのではもうなかなか難しい」との認識を示した。「国民の皆様を理解される形で、どういう体制を組んでいくことができるかということが非常に重要」とも指摘し、「それが遅れてしまうと医療機関の大きな負担となり医療提供が継続できなくなるという危機感を持ちつつ、今後も全力で取り組んでまいります」と述べた。



全日本病院協会会長としての提言

人口減少・生産年齢人口の急減・85歳以上高齢者の急増・働き方改革・国民の価値観の変化の中で
持続可能な保健医療システムを未来世代へ

1 医療提供体制の再編・統合

「病院」から「健院」へ

新たな地域医療構想への対応と病院機能の整理

- 人口構造の変化に応じ、役割を明確化し、機能分化と連携を強化
- 地域単位での再編・統合も推進

急性期 高齢者救急 在宅医療等 専門等
拠点機能 地域急性期機能 連携機能 機能

病院のあり方の変遷—「病院」から「健院」へ

介護 介護
健院 (地域の健康と暮らしを支える拠点)
予防・健康づくり 生活支援 地域づくり
移動支援
医療・介護・予防・生活支援が一体となった地域包括エコシステムの中核へ

2 病院のキャピタルコスト改革

—地域医療を守る投資—

地域医療構想に基づく病院に、長期返済を支える支援制度を

- 建築費高騰・設備投資増に対応する新たな支援の仕組みへ

長期返済支援 (利子補給・返済支援等)

社会インフラとして必要な病院を支え、地域医療を維持

3 控除対象外消費税問題の抜本改革

投資を阻害しない公平で透明な仕組みへ

- 病院は多額の控除対象外消費税(損税)を負担
- 所得だけでなく資産も含めた応負担の実現
- 医療・介護・福祉・就労・地域支援を一体で考える

損税 (控除対象外消費税)

過去の振り返りではなく、未来志向の新たな制度設計を

必要な投資を妨げず、地域医療を守る

4 給付と負担の再設計

—「平等」から「公平」へ—

人口構成の変化に見合った持続可能な制度へ

- 現役世代の負担集中を避け、世代間の公平を確保
- 所得だけでなく資産も含めた応負担の実現
- 医療・介護・福祉・就労・地域支援を一体で考える

能力に応じた公平な負担 必要な医療・介護を適切に給付

誰もが必要を医療を受けられる持続可能な国民皆保険へ

5 診療報酬のスライド制導入

—将来予見性のある制度—

物価・賃金・GDPに連動したスライド制の導入を

- 2年に一度の改定だけでは不十分
- 経済指標に連動した法則化で将来予見性を確保

スライド制 (自動調整)

病院の長期投資・人材投資を支え、持続可能な医療を実現

6 医療DXによる価値ある医療への転換

DXは医療の質・効率・持続性を支える基盤

- データ連携と標準化の推進
- リアルワールドデータ活用で医療の質・アウトカム・費用対効果を可視化
- 低価値医療の見直しにより、本心に必要な医療へ資源を集中

電子カルテ レセプト 健診データ

DXを基盤に、EBPMで価値ある医療を提供

共通する基盤としてDXの進化

- データ連携・標準化の推進 (全国医療情報プラットフォーム等)
- AI・データ活用による診療・経営の高度化
- 遠隔医療・オンライン診療の拡充で地域格差を是正
- 業務効率化・働き方改革の実現で人材確保を推進
- セキュリティ強化で信頼される医療基盤を構築

病院は「治す場」から「支える場」へ地域の暮らしと未来を支える社会基盤へ

何を守り、何を变えるのかを社会全体で共有し、未来世代に持続可能な保健医療システムを継承していきます。

本号の紙面から

| | |
|------------------|----|
| 財務相や厚労部会長に要望書 | 2面 |
| 診療報酬改定シリーズ第2回 | 3面 |
| Mythos対応で病院がすべき事 | 4面 |
| 医療施設整備費、確保へ検討 | 5面 |
| 個人情報保護委の調査結果 | 6面 |
| 骨太方針、いつ閣議決定? | 7面 |
| 一般社団法人立の医療機関 | 8面 |

清話抄

Claude Mythos時代の医療サイバーセキュリティを考える

先日、厚生労働省で開催された「AIによるサイバー攻撃に関する情報共有と医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策」に関する会議に出席しました。議題の中心は、Anthropic社の「Claude Mythos」であり、生成AIの

進化が医療機関のサイバーリスクをどのように変化させるかについて活発な議論が行われました。

重要なのは、仮にMythosのような高度なAIがサイバー攻撃に利用されたとしても、医療機関が実施すべき基本的な対策自体は大きく変わらないという点です。攻撃の速度や精度は飛躍的に向上しますが、攻撃対象は依然として未更新の脆弱性、脆弱な認証、外部接続管理の不備などです。実際、同会議でも、外部接続点を十分把握できていない病院が多いことや、脆弱性管

理の不足が指摘されていました。

一方で、医療DXの進展に伴い、守るべきシステム領域は急速に拡大しています。各病院が個別に高度なセキュリティ投資を継続するには限界があり、持続可能性にも課題があります。今後さらに高性能なAIが登場することを考えれば、個別防衛だけでは対応困難です。

今後は、地域ごと、あるいは地域医療構想区域ごとに、共同利用型のセキュリティプラットフォームを整備し、専門人材や監視機能を集約しないと、

中小医療機関(病院・診療所)単独での対応には限界があると会議の場で見しました。

ただし、一極集中は新たなリスクにもなるため、複数のプラットフォームを分散運営する視点も必要です。サイバーセキュリティ対策は、もはや個々の病院だけの問題ではなく、地域医療提供体制全体で支えるべき社会インフラとして捉える必要があると考えています。

(小森直之)

主張

地方から未来を創る力 —持続可能な地域医療を目指して—

2040年に向けて我が国は本格的な人口減少社会を迎える。2025年国勢調査の総人口は約1億2,300万人(前回2.5%減)となり、出生数は過去最少を更新し続けている。加えて、諸物価の高騰、人件費の上昇、医療材料費やエネルギーコストの増加は病院経営を直撃している。とりわけ地方では人口流出と高齢化が同時に進行し、地域医療を支える基盤そのものが揺らいでいる。私自身、地方の現場に身を置きながら、

しばしば「地方の課題は日本の未来を映す鏡」であると感じる。人口減少が進む地域では、医療だけを切り離して存続させることはできない。地域に産業があり、雇用があり、若者が定着し、子どもたちが未来への希望を持てる社会があってこそ、地域医療も持続可能となる。その意味で、これからの全日本病院協会には、若手経営者や医療人材の育成、産官学と連携し、地域医療を支え

る新規事業やベンチャー企業の育成が期待される。その結果、新たな雇用や人材の流入を生み出し、地域の活力を高めることにつながる。人口が減っても、人が集まり、挑戦が生まれ、産業が発展する街づくりこそが重要である。さらに、医療DX、AI、ロボットテクノロジー(RT)は産業革命とも呼ぶべき大きな変革をもたらそうとしている。限られた医療資源の中で質の高い医療を提供し続けるためには、こうした技術を積極的に活用し、生産性向上と業務改革を進めなければならない。医療、介護の連携においても、その果たす役割は極めて大きい。

一方、どれほど技術が進歩しても、未来を創るのは人である。そのためには、「挑戦する組織づくり」と「次世代人材育成」が重要となる。若い世代が夢と志を持ち、失敗を恐れず挑戦できる環境を整えることこそが、地域医療と地域社会の未来を切り拓く原動力となる。全日病は、民間病院の力を結集しながら、病院経営や医療政策のみならず地方創生の視点からも発信を続けるべきである。地域医療を守ることは地域の未来を守ることであり、今こそ私たちは「地方から未来を創る力」を信じ、新たな時代への挑戦を進めていきたい。(田蔭正治)

物価・賃金上昇に対する緊急かつ強力な財政支援を

四病協 骨太方針へ、全日病・神野会長らが片山財務相と面会し要望



要望書を片山大臣に手渡す神野会長(左から2人目)と安藤副会長(右1人目)ら四病協の代表者

全日病などで構成する四病院団体協議会は6月19日、財務省の片山さつき大臣と面会し、政府が来年度予算編成に向けてまとめる「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太方針)に向け、物価・賃金の上昇に対する緊急かつ強力な財政支援などを求める「経済財政運営と改革の基本方針2026に向けた要望」と題した書面を手渡した(7面に骨太方針の関連記事)。

控除対象外消費税問題は一律対応か
同席した神野会長は、面会後に全日

病ニュースの取材に応じ、「病院の状況について前向きに理解し、課題も共有いただいた。また、控除対象外消費税の問題については、医療界で課税・非課税を分けることはあり得ないと明確なコメントをいただいた」と述べた。

片山大臣は、病院の耐震化や老朽化対策などを支援する事業の必要性に関心を示したほか、控除対象外消費税の問題について、公的保険制度の中で医療を提供する限り消費税に関する対応を施設類型などで分けるのは現実的ではないとの見解を示したという。

同日は、全日病の安藤高夫副会長(自民党・衆議院議員)も同席した。

「緊急的な対応」など6項目を要望

同要望書は、「緊急的な対応を要する事項」と「持続可能な医療提供体制構築のための恒久的対応」に関する計6項目で構成している。具体的な内容は以下の通り。

【I. 緊急的な対応を要する事項】

1. 物価・賃金上昇に対する緊急かつ強力な財政支援

エネルギー価格や物価の高騰、医療従事者の処遇改善に伴う人件費上昇に対応するため、診療報酬改定時期にとられない緊急かつ十分な財政支援措置を講じること。

2. 医薬品・医療材料価格高騰への緊急対応

輸入医薬品や医療材料等の急激な価格上昇に対応するため、特例的な補助制度や緊急支援措置を講じること。

【II. 持続可能な医療提供体制構築のための恒久的対応】

3. 医薬品・医療材料等の価格変動に対応できる制度の構築

国際情勢や為替変動等による価格変動が医療機関経営に過度な影響を及ぼさないよう、償還価格・薬価等を適時適切に見直す仕組みを構築すること。

4. 災害に強い医療提供体制の構築に向けた病院施設整備支援の拡充

病院の耐震化、老朽化対策、ライフライン強化、非常用電源整備等に対する補助制度を抜本的に拡充すること。

5. 控除対象外消費税問題の抜本的解決

医療機関の経営を恒常的に圧迫する控除対象外消費税問題について、抜本的な制度改正を行うこと。

6. 再生医療・先進医療・医療DX等への重点投資

再生医療、先進医療、創薬、医療DX等の戦略分野について、診療報酬とは別枠の予算措置を継続的に講じること。



骨太方針に向け自民・鬼木厚労部会長に要望書

全日病 神野会長が手渡し、四病協要望書に「プラス1」で

全日病の神野正博会長は6月24日、自民党の鬼木誠・厚生労働部会長と面会し、政府が来年度予算案の編成に向けてまとめる「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太方針)に向けた要望書を手渡した。要望事項は計7つで、「緊急的な対応を要する事項」が①物価・賃金上昇に対する緊急かつ強力な財政支援②医薬品・医療材料価格高騰への緊急対応③「持続可能な医療提供体制構築のための恒久的対応」が④医薬品・医療材料等の価格変動に対応できる制度の構築⑤災害に強い医療提供体制の構築に向けた病院施設整備

支援の拡充⑥控除対象外消費税問題の抜本的解決⑦再生医療・先進医療・医療DX等への重点投資⑧DX・AI・ロボティクス活用を前提とした規制・制度改革の推進⑨の5つ。

神野会長は面会後に全日病ニュースの取材に応じ、「物価高騰の関連では機動的な対応が不可欠である旨をご理解いただいた。控除対象外消費税の問題では、医療界で意見をまとめるよう求められた」と明かした。

鬼木氏は、「趣旨はよく理解できた。厚労部会で共有し、皆で戦ってまいります」と応じたという。

DX・生成AI・ロボティクス・・・「先端技術活用で、基準の柔軟化を」

同要望書は、6月19日に四病協の代表者らが財務省の片山さつき大臣と面会して手渡した要望書を基本に、7項目として「DX・AI・ロボティクス活用を前提とした規制・制度改革の推進」を加えた形となっている。

神野会長は、「持続可能な医療提供体制を維持するためには、DX・生成AI・ロボティクス、フィジカルAIなどの先端技術を活用した業務効率化と生産性向上が不可欠」と話した。その上で、「これらの技術導入に積極的に



取り組む医療機関に対し、効果を適切に評価した上で、医療の質と安全性を担保しつつ、医療法上や診療報酬上の人員配置基準、施設基準、専従要件などを柔軟に運用すべき」と強調した。

「病院のあり方委員会」がDXで行動宣言

第14回定時総会 横倉委員長「医療の変化に即応し、真のPatient-Centered-Careを目指す」



全日病の「病院のあり方委員会」は、「2040年に向けた病院の生き残りに関する検討」の中間報告として「病院における医療DX推進に関する行動宣言～2040年の地域医療を見据えて～」をまとめ、6月20日の第14回定時総会で報告した。中間報告の内容について同委

の横倉義典委員長は、「会員病院の多くが直面している医療DXという課題を推進、実装するための基本的な姿勢と今後の方向性」と説明。「医療DXを通じて変化に即応し、真のPatient-Centered-Careを目指すべき」と強調した。

同行動宣言は、①医療DXを「病院

経営の変革」として位置づける②医療DXの目的を「患者、医療従事者、組織、地域のWell-Beingの実現」とする③医療DXは実装の手順を考慮して開始する④AIを、医療従事者の業務と専門的判断を支援する「デジタル診療支援スタッフ」として活用する⑤多職種から

なる、経営層直結の医療DX推進体制を整備する⑥医療DXは単にIT導入ではなく現場業務の再設計から始める一の6つで構成している。

中間報告全文は全日病ホームページ：
https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/260623_3.pdf

第2回：2026年度診療報酬改定 全日病 医療保険・診療報酬委員会による解説シリーズ《全5回》

令和8年度診療報酬改定と地域包括医療病棟の新たな展開

全日病 医療保険・診療報酬委員会 委員 木村 玄

新設から2年、 見えてきた課題と今改定の方向性

令和6年度診療報酬改定において、高齢者救急の包括的受け皿の新たな柱として新設された「地域包括医療病棟」(地メディ)であるが、届出数は思ったほど伸びなかった。一律3,050点の報酬に対し、平均在院日数21日以内といった施設基準や、リハビリ・栄養・口腔の一体的取組みといった加算が、中小病院にとって高いハードルであったためである。現場のマンパワーや患者層の現実に対し、施設基準の柔軟性を求める声は強かった。

令和8年度改定は、こうした現場の実態を真摯に汲み取り、一律評価から現状に即した多段階かつ柔軟な評価へと大きく舵を切るものとなった。

医療資源投入量に応じた 6区分への細分化

最大の注目点は、従来の単一評価から、ケアミックス状況や緊急入院の有無、手術の有無に応じた「6区分」への細分化である。具体的には、急性期一般病棟の併設がない「入院料1」と、併設ありの「入院料2」に大別され、さらにそれぞれが算定要件で3分類された。特に、単独型(入院料1)の「緊急入院・手術なし」の区分には、現行比プラス317点となる3,367点という最も手厚い配点が行われた。これは、高齢者の誤嚥性肺炎や尿路感染症など、手術を伴わないが迅速な急性期対応を要する救急搬送を地メディ単独で受け入れる負担を評価した結果と言える。医療資源の投入量に応じた、実態に即した再編である。

99床のケアミックス病院としての リアルな葛藤

当院も99床の急性期一般病棟と地域包括ケア病棟で運営しており、地メディ

への転換を巡りシミュレーションを重ねてきた当事者である。今改定では、急性期一般の「重症度、医療・看護必要度」に救急車応需実績に応じた新たな係数が導入され、病床機能維持へのプレッシャーは若干緩和された。しかし、100床未満の中小規模病院が将来にわたり急性期機能を維持するか、包括期へシフトするかは依然として慎重な舵取りを要する。

この文脈において、新設された「包括期充実体制加算(1日につき80点・14日限度)」は200床未満の中小病院にとって大きなインセンティブとなる。ただし、本加算は「急性期一般病棟の併設不可」が重要な要件だ。当院のような併設型病院がこれを目指すには、急性期病棟を地メディなどへ完全転換する抜本的な病床機能転換が必要となる。これは「地域密着型の高齢者救急・

包括期特化型病院」としての生き残り戦略を、国が後押しする選択肢を提示してくれたと受け止めている。

現場の負担を緩和する 施設基準の見直し

また、届出の障壁となっていた施設基準そのものにも、現場の負担を緩和する現実的な見直しが入った。原則20日以内の平均在院日数は、85歳以上の高齢患者の割合に応じて段階的に緩和される仕組み(2割増すごとに1日延長)が導入された。退院調整に時間を要する実態を考慮した合理的な対応である。さらに、リハ・栄養・口腔連携加算の2段階化による「加算2(50点)」の新設や、ADLが低下した患者割合が7%未満(85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%)と緩和された。これにより施設基準の緩和や多職

種連携の立ち上げハードルが下がり、転換への現実的な道筋が見えてきた。

おわりに： 自院のポジショニングの再定義を

令和8年度改定を経て、地メディは、病院の救急実績や地域での役割をダイレクトに反映できる経営戦略の主軸へと進化した。急性期一般の救急評価の恩恵を受けつつ現状維持を図るのか、あるいは包括期充実体制加算を視野に変革へ舵を切るのか、今まさに各病院が重い決断の時を迎えている。同じ悩みを抱える会員病院の皆様におかれましても、直近の救急実績や患者層を緻密に分析し、地域における自院のポジショニングを再定義する契機としていただきたい。

令和8年度診療報酬改定 地域包括医療病棟入院料の見直し まとめ

| ①入院料の点数 | ②施設基準の見直し | ③リハビリ・栄養・口腔連携加算 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------|-----------------|------|------------------|------|-------------|------|------------------|------------------|--|------|------------------|------|-------------|------|------------------|--|--|
| <p>【現行】一律 3,050点/日</p> <p>↓</p> <p>【改定後】A100算定病棟の有無で2区分</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">病棟1 (A100算定病棟なし)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入院料1</td> <td>緊急入院×手術なし 3,367点</td> </tr> <tr> <td>入院料2</td> <td>上記以外 3,267点</td> </tr> <tr> <td>入院料3</td> <td>予定入院×手術あり 3,117点</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">病棟2 (A100算定病棟あり)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入院料1</td> <td>緊急入院×手術なし 3,316点</td> </tr> <tr> <td>入院料2</td> <td>上記以外 3,216点</td> </tr> <tr> <td>入院料3</td> <td>予定入院×手術あり 3,066点</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>※入院形態・手術の有無で入院料1～3を区分</small></p> | 病棟1 (A100算定病棟なし) | | 入院料1 | 緊急入院×手術なし 3,367点 | 入院料2 | 上記以外 3,267点 | 入院料3 | 予定入院×手術あり 3,117点 | 病棟2 (A100算定病棟あり) | | 入院料1 | 緊急入院×手術なし 3,316点 | 入院料2 | 上記以外 3,216点 | 入院料3 | 予定入院×手術あり 3,066点 | <p>重症度基準</p> <p>前：A3以上、A2+B3以上、C1以上のいずれか</p> <p>後：A2以上、C1以上(緩和)</p> <p>重症度割合</p> <p>前：必要度Ⅰ16%・Ⅱ15%</p> <p>後：必要度Ⅰ19%・Ⅱ18%(引上げ)</p> <p>平均在院日数</p> <p>前：21日</p> <p>後：20日原則(85歳以上2割ごとに+1日、最長23日)</p> <p>ADL低下割合</p> <p>前：5%未満</p> <p>後：7%未満(85歳以上2割未満の場合5%)</p> <p>救急搬送後</p> <p>前：15%以上</p> <p>後：15%以上(変更なし)</p> | <p>【現行】リハ・栄養・口腔連携体制加算 80点/日</p> <p>▼改定後：2段階に再編</p> <p>連携加算1 110点/日(現行比+30点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 入棟後3日以内にリハ開始 8割以上 疾病別リハ提供単位数 平均8割以上/日 退院時ADL低下 3%未満 院内褥瘡発生 2.5%未満 <p>連携加算2 50点/日(新設・施設基準緩和)</p> <ul style="list-style-type: none"> 入棟後3日以内にリハ開始 8割以上 疾病別リハ提供単位数 平均7割以上/日 退院時ADL低下 5%未満 院内褥瘡発生 2.5%未満 <p>加算2の緩和点：リハ単位数8割→7割、ADL低下3%→5%</p> |
| 病棟1 (A100算定病棟なし) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院料1 | 緊急入院×手術なし 3,367点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院料2 | 上記以外 3,267点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院料3 | 予定入院×手術あり 3,117点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病棟2 (A100算定病棟あり) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院料1 | 緊急入院×手術なし 3,316点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院料2 | 上記以外 3,216点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院料3 | 予定入院×手術あり 3,066点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

令和8年度診療報酬改定における地域包括ケア病棟へのメッセージを考える

全日病 医療保険・診療報酬委員会 委員 高橋大賀

はじめに

令和8年度診療報酬改定が発信する最大のメッセージは、「病棟ごとか、病院ごとか」という病院機能の「明確化」である。2040年を見据え、今後の医療提供体制は、複数機能の維持から、各地域における自院の役割を最適化する地域完結型医療への移行期に入った。今後は病院規模、人員配置、施設基準などを踏まえ、自院の立ち位置を客観的に見極めることが必要である。当院は地域包括ケア病棟60床、緩和ケア病棟35床、療養病棟48床を有するケアミックス病院である。本稿では、当院の

現状を踏まえつつ、今改定から見えてくる地域包括ケア病棟(以下：地ケア病棟)の課題を抽出し、次期改定に向けた方向性を整理してみたい。

令和8年度改定における 地ケア病棟の方向性

本改定において、地ケア病棟は「在宅患者・施設入所者の後方支援および円滑な入退院支援の更なる推進」を軸に設計が見直された。すなわち、これまでの予定入院やポストアキュートとしての機能から、24時間対応を伴うサブアキュートの強化へと舵を切った。

地ケア病棟に関わる

改定の概要と当院の具体的対応

①包括期充実体制加算(新設)
1日80点(14日間)
在宅医療や介護保険施設等の後方支援機能を評価する加算である。「200床未満かつ急性期一般病棟なし」という要件は当院に合致するが、救急告示・2次救急などの施設基準、あるいはそれに準ずる24時間救急体制の構築が必須。現在、当院は夜間新患救急に対応しておらず、受入れも原則として日勤帯を中心としており、この体制構築は人材面・設備面ともにハードルが高い。

投資対効果や地域ニーズを慎重に見極め、導入の是非を検討する。

②リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(新設)1日30点(14日間)
介護保険の新規申請や区分変更が必要な患者、身寄りがない等の支援困難者を対象に、入院早期から多職種協働で計画的退院支援を行う加算である。確実に算定するため、病棟専従スタッフによる入院前スクリーニングの徹底と早期介入フローの確立を進めている。

③入退院支援加算1(新設)
退院時1,000点
介護保険の新規申請や区分変更が必要な患者、身寄りがない等の支援困難者を対象に、入院早期から多職種協働で計画的退院支援を行う加算だ。確実に算定するため、病棟専従スタッフによる入院前スクリーニングの徹底と、早期介入フローの確立を進めている。

④在宅患者支援病床初期加算(見直し)
緊急入院：+10点/予定入院：-70点
予定入院の評価が引き下げられた一方、在宅や介護施設からの緊急受け入れへの評価が手厚くなった。当院では昨年より特別養護老人ホームとの協力

表：地域包括ケア病棟に関する新設・改定加算等の詳細

| 項目名 | 新設・改定後の点数 | 算定要件および施設基準の概要 |
|---------------------------------|---------------|---|
| 包括期充実体制加算(新設) | 80点/日(14日限度) | ○許可病床200床未満かつ急性期一般病棟を有しない病院。救急医療機関・二次救急である必要。 ○自宅等からの緊急入院が直近3カ月15件以上。 ○救急搬送・下り搬送受入が全入院患者の8%以上 ○「入退院支援加算1」の算定が必須。 |
| 地域包括ケア病棟リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(新設) | 30点/日(14日間) | ○専任の常勤管理栄養士等の配置。 ○疾患別リハを入棟3日以内に開始した患者が6割以上。 ○土日・祝のリハ提供量が平日の7割以上。 ○院内褥瘡発生率が2.5%未満。 ○適切な口腔ケア・歯科連携体制。 |
| 入退院支援加算1(新設) | 1,000点/日(退院時) | ○地メディ病棟、回リハ病棟、地ケア病棟専用の入退院支援評価区分。 ○従来の「口」は介護支援困難者が対象に変更。 |
| 在宅患者支援病床初期加算(改定) | 改定あり | ○介護施設・自宅等からの受入時に算定。 ○今回の改定で、救急搬送された場合の評価対象を緊急入院全体へと拡大した。 |
| 包括範囲からの除外項目(出来高移行) | 出来高移行 | ○「退院時共同指導料2」「介護支援等連携指導料」を包括外として出来高算定可能とする。 ○代替薬のない維持期の治療に用いられる生物学的製剤およびJAK阻害剤を包括外へ除外。 |

(4面へ続く)

(3面のつづき)

医療機関連携を開始し、ICTを活用したリアルタイムな情報共有と緊急受け入れを実践している。今後はこのモデルを周辺の老健や在宅診療にも広げ、地域全体の緊急入院受け皿としての機能を拡大したいと考える。

⑥指導料関連の出来高以降—退院時共同指導料2(400点)、介護支援等連携指導料1.2(400~500点)

退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料1・2が、包括範囲から出来高算定へと移行された。新設された介護支援等連携指導料2は、平時から連携するケアマネジャー等と共同して指導を行った場合に算定できる。早期の退院調整に向け、地域との顔の見える関係をさらに深化させ、ICTを活用したシームレスな情報共有体制を強化することが望まれる。

結び：

地ケア病棟の—これから—未来図

今回の改定により、地ケア病棟が果たすべき責務は、◇高齢者救急やサブアキュート受け入れの強化◇早期多職種介入による支援困難患者への退院支援◇入院初期からのリハビリ徹底による早期ADL改善◇包括的な退院時指導に伴う医療・介護の密接な連携—の4点に集約される。地ケア病棟は今後とも①サブアキュート②ポストアキュ

ート③在宅復帰支援—の3つの機能のバランスが更に求められると予測される。次期改定を見据え、加算要件をクリアするための人員確保や体制構築を進めるべきか、あるいは地域における自院の適正な役割をより明確化すべきか、より深い分析が必要となる。民間のケアミックス病院経営において、時代の要請に応じた病院づくりが求められていると感じる。

【寄稿】生成AI「Mythos」が暴く中小病院の盲点

「システム会社任せ」が最大の経営リスクになる時代

国際医療福祉大学大学院 高橋 泰

病院へのサイバー攻撃は、情報が盗まれるだけの問題ではない。電子カルテ、医事会計、検査、画像、薬剤などのシステムが停止すれば、受付、診察、処方、検査、入院、会計までが同時に滞る。救急患者の受け入れを制限し、予定手術や外来診療を延期せざるを得なくなることもある。サイバー攻撃を受けたら、数週間~数カ月も実質的に休診に追い込まれ、億単位の減収と、地域からの信頼失墜、最悪の場合は医業継続不可能(倒産)に直結する。サイバー攻撃は、情報システム部門だけの問題ではなく、患者安全と診療継続に直結する病院全体の危機である。

さらに、攻撃をめぐる環境は生成AIによって変わり始めている。Claude Mythos Preview(以下、Mythos*)は、高度な生成AIがサイバー領域でどこまで強い能力を持ち得るかを示した象徴的な事例である。本稿で重要なのは、Mythosという特定の製品を危険視することではない。今後登場する高度な生成AIが、攻撃者の弱点探索、情報整理、攻撃手順の作成を支援し、その仕事を速く、巧妙にする可能性である。

*米アンソロピック社が開発した高度な生成AI(Claudeシリーズ)のサイバーセキュリティ領域における能力を示す実験的モデル。

1. 攻撃者は侵入後に何をしているのか

病院への攻撃は、侵入した瞬間に電子カルテを暗号化するところから始まるわけではない。典型的には、攻撃者はメール、古いVPN、インターネットに公開された機器、ベンダーの保守接続などから最初の侵入口を探す(図1①)。

侵入に成功すると、攻撃者は再び院内へ入れる経路を確保する(図1②)。その後、すぐに大きな破壊を行わず、院内ネットワークを静かに調べる。どの端末が電子カルテにつながっているのか、管理者の権限を持つIDはどれか、検査、画像、薬剤などの部門システムはどこにあるか、バックアップはどのように保管されているかを確認する(図1③)。

これは、泥棒が家に侵入した後、すぐに物を盗まず、金庫、合鍵、警報装置、非常口の場所を調べている状態に近い。病院側から見れば異常が起きていないように見えても、攻撃者は診療停止に至る経路を探している。

次に、盗み出したIDやパスワードを使い、より強い権限を取得する(図1④)。一般職員の端末から管理者権限へ、事務系ネットワークから電子カルテ系へと侵入範囲を広げる。最後に、バックアップの削除(図1⑤)、デー

タの持ち出し、電子カルテや部門システムの暗号化(図1⑥)などを短時間に実行する。

病院から見ると被害は突然発生したように見える。しかし実際には侵入、再侵入経路の確保、内部探索、権限拡大、バックアップ妨害という準備を経て最後に被害が一気に表面化している。

2. Mythosは攻撃者の何を増幅するのか

生成AIが自ら病院を攻撃するわけではない。攻撃する意思を持つのは人間である。しかし、生成AIは攻撃者の作業を大きく支援する可能性がある。

第一は、弱点を探す能力である。病院やベンダーが公開している情報、使用機器、ソフトウェア、接続方式などを整理し、攻撃の入口となり得る候補を短時間で示すことができる。

第二は、フィッシングの高度化である。生成AIを使えば、病院職員、取引業者、経営幹部などになりすました、自然で内容の整ったメールを作成できる。対象となる職員や部署に合わせ、文面を細かく変えることも可能である。

第三は、複数の弱点を結びつける能力である。古いVPN、共有ID、多要素認証の欠如、不十分なネットワーク分離、本番系と一緒に管理されたバックアップは、一つ一つでは直ちに診療

停止を引き起こさない。しかし、連続して使われると、侵入から病院全体の停止へ至る一本の経路になる。高度な生成AIは、この組み合わせを検討する作業を支援し得る。

さらに、従来は高度な知識を必要とした調査やプログラム作成の一部を生成AIが補助すれば、経験の乏しい攻撃者でも、より高度な作業を試みやすくなる可能性がある。Mythosに象徴される変化の本質は、攻撃者が一つの弱点を見つけることだけではない。病院内に散らばる複数の穴を短時間で探し、診療停止までの経路として組み合わせやすくなることである。

3. なぜ中小病院では穴が重なりやすいのか

中小病院は、攻撃者にとって無価値だから狙われない、とは言えない。現在の攻撃では、インターネット上の機器が自動的に広く探索される。病院の規模や知名度に関係なく、外部に開かれた弱い接続が見つければ、攻撃候補となる。中小病院では、長期間使われているVPNやネットワーク機器、常時開放されたベンダー保守接続、共有ID、多要素認証を導入できない古いシステムが残りやすい。電子カルテ、医事会計、検査、画像、薬剤などを異なるベンダーが担当し、病院自身が外部接続の全体像を把握できていない場合も多い。

バックアップを取っていても、本番システムと同じ院内ネットワークに置かれていれば、攻撃者に同時に削除・暗号化される可能性がある。また、電子カルテ停止時の紙運用や初動連絡体制を作っていない、実際に訓練していない、緊急時には機能しない。

さらに、中小病院には情報技術やサイバーセキュリティを専門とする職員が少ない。多額の費用をかけて高度な監視システムを導入したり、外部の専門家を常時利用したりする余裕も乏し

い。個々の穴は小さくても、それを把握して塞ぐ人材と資金が不足しているため、複数の穴が一直線に並びやすいのである。

4. 完全防御ではなく、七つの防御層を重ねる

中小病院に、大企業と同じ水準の完全防御を求めることは現実的ではない。また、どれほど費用をかけても、侵入を完全にゼロにすることは難しい。そこで有用なのが、スイスチーズ理論(図2)である。スイスチーズには穴がある。同じように、外部接続、認証、端末、ネットワーク、監視、バックアップ、組織対応のどの対策にも弱点は残る。しかし、複数のチーズを重ね、穴が一直線に並びなければ、重大事故へ至る経路を途中で止められる。

病院の防御は、次の七層に整理できる。第一層は入口対策である。VPN、保守接続、公開機器など、外から入れる入口を把握し、不要なものを閉じる。

第二層は認証対策である。管理者ID、VPN、ベンダー保守IDを優先して、多要素認証を導入する。多要素認証とは、パスワードだけでなく、認証アプリ、ICカード、生体認証など、別の確認手段を組み合わせる方法である。

第三層は端末対策である。古いOS、医療機器に接続された端末、対策が不十分な事務端末を把握する。

第四層はネットワーク対策である。電子カルテ系、事務系、インターネット系、バックアップ系を分け、不要な通信を止める。

第五層は監視・検知である。通常と異なるログイン、大量閲覧、管理者権限の異常操作などに気づけるよう、操作記録を残す。

第六層はバックアップと復旧である。バックアップを本番系から分離し、一

(次ページへ続く)

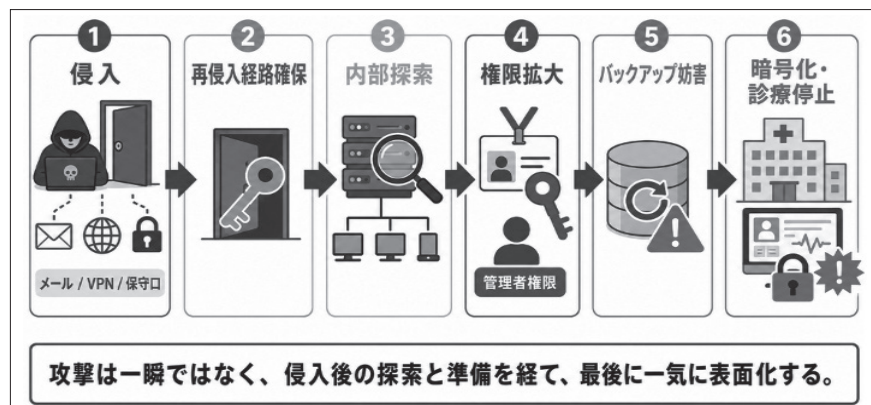


図1: 病院への侵入から診療停止までの典型的な流れ

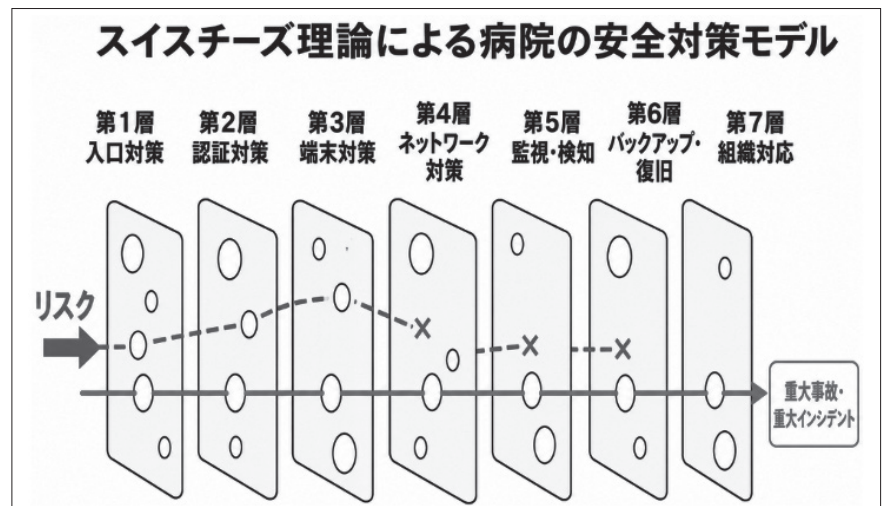


図2: 中小病院を守るスイスチーズ型七層防御

(4面のつづき)

定期間に変更・削除できない形で保管する。バックアップを取るだけでなく、実際に復元できるかを確認する。

第七層は組織対応である。電子カルテ停止時の紙運用、初動連絡、救急・外来・入院の継続方法を決め訓練する。入口を突破されても認証で止める。認証を突破されても電子カルテ系へ広げさせない。

電子カルテが停止しても、バックアップと紙運用で診療を続ける。重要なのは、すべての穴をなくすことではない。穴を一直線に並べないことである。

5. 中小病院が最初の三カ月に行くこと

中小病院が最初に行くべきことは、高額な製品を買うことではない。自院の入口と弱点を把握することである。ベンダーは、自社が提供するシステム

や契約範囲について責任を負う。しかし、病院全体の外部接続、ID、ネットワーク、バックアップを横断して守る責任まで負うわけではない。病院全体の安全をベンダー任せにせず、経営課題として確認する必要がある。

Mythosに象徴される高度な生成AIによって、攻撃者は病院の弱点を以前より速く探し、複数の穴を組み合わせてやすくなる。被害を受ける病院が今後増える可能性を考えれば、以下の五つは、大きな投資を必要としない一方で効果が期待でき、費用と労力に十分見合う対策である。

第一に、VPN、リモートデスクトップ、外部公開機器、ベンダー保守接続、クラウド管理画面など、「外から入れるもの」の一覧を作る。

第二に、常時開放された接続がないか、保守用IDが共有されていないか、接続記録が残るかを、ベンダーに文書で確認する。

第三に、リモート接続、管理者ID、

ベンダー保守IDについて、多要素認証に対応できるものから優先して導入する。

第四に、バックアップが本番系と分離され、攻撃者から変更・削除されにくいことを確認する。あわせて、実際にデータを戻せるかをテストする。

第五に、電子カルテが停止した場合の紙運用、連絡先、診療継続手順を確認し、短時間でもよいので実際に訓練する。

ここで示すのは、最初の三カ月に着手すべき初動項目である。ネットワークの再設計、古い機器の更新、契約の全面的な見直しなどは、その後、中期的な計画として進める必要がある。

ただし、情報技術に詳しい職員がいない病院に、これらをすべて自力で行うよう求めても進まない。外部接続の確認、ベンダーとの協議、設定確認、監視、訓練などについて、中小病院が専門的な支援を低い負担で利用できる地域的・共同的な仕組みが必要である。

国には、その仕組みの整備と、初期費用・継続運用費の両面からの支援が求められる。中小病院が孤立して戦うのには限界がある。地域での共同防衛体制の構築と国の財政的支援が不可欠である。

おわりに

国による制度整備や財政支援は不可欠である。一方、Mythosに象徴される高度な生成AIの脅威は、将来の問題ではない。支援制度が整うのを待つだけでなく、病院自身も今から着手する必要がある。

まず、高度なAI攻撃が現実となった今、『知らなかった』『ITが苦手だから』は経営者の言い訳にならない。まずは明日、情報担当者やベンダーを呼び出し、本稿にある『外から入れるものの一覧』を作らせることから始めていただきたい。それが、あなたの病院と患者を守る最初の一步である。

医療施設整備財源の確保へ、共同TF始動

全日病と日本医療・病院管理学会

病院建築の低コストモデルなども検討

全日病と日本医療・病院管理学会は6月23日、持続可能な医療提供体制に向けて医療施設整備財源の確保策などを検討する共同タスクフォースの初会合を開き議論を開始した。2026年内に「提言書案」をまとめ、広く意見を募った上で、2027年2月頃に提言書の公表を目指す。2027年度の政府予算案編成に向けた要望活動などに活かす考え。今年10月に開催予定の同学会学術集会で中間報告も計画する。できるだけ建築費用を抑える「低コスト」の病院建築モデルも検討する方針だ。

「治し、支える医療」に加え、まちづくりや地方創生も絡めて検討

同日の共同TF会合後に記者会見した全日病の神野正博会長は、「社会保障財源が大変厳しい中でも、地域医療を維持・継続させるために必要な病院の施設整備コストに対する補助金などのあり方について、実現可能なものを提案していく」と説明。その上で、「初会合では、国民にわかるように、医療とは何か、地域で必要な病院の存在とはどのようなものかを説明する必要性についても一致した」と明かし、「『治し、支える医療』の確保に加え、地域

のまちづくりや地方創生にも絡まる話として、いろいろと議論していきたい」と豊富を語った。

「低コスト」の病院建築モデルについては、「現状、各病院は、想いを込めて理想を実現しようとするが、『贅沢を言っはいけない』ということも提言しなければならないと思っている」との考えを示した。

地域医療構想の推進

「ハード面の維持に財源確保不可欠」

今中雄一理事長は、「地域の医療システムの再構築が求められており、地域医療構想を推進していく中で、ハード面もしっかりと維持できる財源確保も不可欠」と財政支援の重要性を強調。地域医療介護総合確保基金について「執行率が低く、使いにくさもある。予算確保されているにもかかわらず使われていないので、機能の拡充なども

提言できるよう検討したい」と述べた。

また「病院は、医療提供にとどまらず社会における共通資本としての役割も大きい。暮らしの安心や雇用創出、定住の促進、そして高齢者の生活支援など、地域づくりに直接・間接で関わっている病院も多く、医療以外の貢献度も踏まえた財源確保を考えるべき」との見方も示した。

今後は、金融や建築の専門家に加え、厚労省の地域医療構想担当官や総合確保基金の担当官、都道府県などの行政からも意見・助言を得ながら検討を進める。同日は、同TFアドバイザーの候補として◇慶應義塾大学の池上直己名誉教授◇国際医療福祉大学大学院医学研究科の池田俊也教授◇工学院大学建築部の寛淳夫教授◇横浜市立大学データサイエンス研究科の伏見清秀教授◇産業医科大学名誉教授で福岡国際医療福祉大学看護学部の松田晋哉教授一の名前もあげた。

(全日病ニュース7月15日号では老朽化の現状を調べた調査結果を続編記事として掲載予定)

共同TFメンバー

| 全日病 | | |
|----------------------------------|--------|------------------------|
| 会長 | 神野 正博 | 社会医療法人財団董仙会 理事長 |
| 副会長 | 安藤 高夫 | 衆議院議員・医療法人社団永生会 理事長 |
| 副会長 | 猪口 正孝 | 社会医療法人社団正志会 理事長 |
| 常任理事 | 横倉 義典 | 社会医療法人弘恵会 ヨコクラ病院 院長 |
| 理事 | 大坪 由里子 | 医療法人社団大坪会 三軒茶屋病院 統括院長 |
| 日本医療・病院管理学会(制度政策委員会(前田光哉委員長)のもと) | | |
| 理事長 | 今中 雄一 | 京都大学大学院医学研究科 教授 |
| 理事 | 亀田 義人 | 順天堂大学大学院医学研究科 准教授 |
| 幹事 | 久保田 聡 | 福祉医療機構(WAM) 債権業務課 課長代理 |
| 理事 | 田中 将之 | 日本医療経営機構 主幹研究員 |
| 理事 | 前田 光哉 | 東京都港区みなと保健所 所長 |
| 幹事 | 的場 匡亮 | 昭和医科大学大学院保健医療学研究科 教授 |
| 理事 | 森井 大一 | 日本医師会総合政策研究機構 主席研究員 |
| 幹事 | 山本 光昭 | 社会保険診療報酬支払基金 理事 |



今より電気代

20%削減、月最大100万円利益創出の可能性を調査

高圧電力料金の見積取得・比較代行

極減電

KYOKUGEN COSTDOWN

採択
実例

医療法人社団 W病院 (約150床規模)
当社が見積取得をサポート、切替を決定
削減試算:年間 **19.20%**

切替前 27,950,007円 → 切替後 22,583,947円

ご紹介するのは大手優良企業のみ

長期安定供給が見込まれる、国内大手商社グループなどの優良会社の中から最安水準の電力会社を選定します。

相見積・煩わしい営業電話の心配なし

貴施設に代わって複数社へ見積依頼を行い、試算結果をご報告します。電力コストの見直しのきっかけとしてご活用ください。

相談無料! 直近1ヶ月分の電気料金明細だけで試算OK

送付先: mirai@alpha-grp.co.jp もしくは FAX 03-6855-3962【アルファエネシア株式会社まで】

03-5469-7306
全日病ニュースを見た、お伝えください。

ALPHA
ENEXIA
アルファエネシア株式会社

2025年度 個人情報保護に関するアンケート調査報告

制度整備は「定着」、課題は「運用の深さ」へ

今後は、委託先管理や外部持ち出し、SNS発信、開示対応を“迷わず回す”運用精度が課題

全日病・個人情報保護担当委員会委員長 細川吉博

当協会は2006年より「認定個人情報保護団体」となり、①会員病院における個人情報保護の取組状況を把握する②過去に実施した同アンケートと比較し、経年的な取組状況の変化を明らかにする一を目的に、全会員病院を対象に個人情報保護管理に関するアンケートを継続的に実施している。本紙面では調査結果の概要を報告し、全体報告は当協会ホームページで公開する。

https://www.ajha.or.jp/about_us/nintei/

調査概要

本調査は、全日本病院協会の全会員病院2,589病院を対象に、施設概況、個人情報保護法への組織的対応、院内研修・外部研修の実施状況、個人情報に関する苦情・相談、診療情報の開示、改正法への対応、協会の取組状況等を把握するために実施。調査期間は2025年8月27日から9月30日までとしたが、回収状況を踏まえ締切を11月17日まで段階的に延長した。

調査票は各病院の個人情報管理担当者に送付し、自計記入のうえ記名で返送いただいた。回答は491病院(回答率19.0%)。経年変化を評価するため、2013年から2025年まで13年連続で回答した9施設の取組状況についても分析した(詳細は当協会ホームページをご覧ください)。

回答施設概要

回答施設の設立主体は、医療法人が406施設(82.7%)で最も多く、次いで公益法人(3.9%)、公的病院(4.1%)、その他(6.3%)などであった。2013年度から2025年度までを通じて、医療法人の割合は概ね8割強で推移しており、回答施設の構成(母集団)が大きく変動していない点は、経年比較の信頼性を高める要素と考えられる。

個人情報保護法への組織的対応・準備について

2025年度の個人情報保護管理責任者は、職種別では医師が251施設(51.1%)、

事務職が178施設(36.3%)となり両者で大半を占めた。役職別では「院長」が202施設(41.1%)と最も多く、トップまたは経営に近い立場が担う施設が中心であった。2013年度と比べ、「特に定めていない」は5%弱から2%前後まで低下と、体制の未整備は縮小傾向にある。

一方、監査責任者(規定上の監査役割)では、2021年度以降、「特に定めていない」が約3割まで増加しており、近年の特徴的な弱点と考えられる。

文書整備の状況は、個人情報保護規定(91.0%)、個人情報保護方針(80.7%)、職員の誓約書(76.8%)、方針の揭示(75.8%)、情報開示の規定(72.9%)などの項目が高い水準で定着している。反対に、「業者(委託先)の誓約書」は49.5%にとどまるなど、2013年度と比べて比率が低い局面もみられた(表1)。

揭示・周知方法は、ホームページ掲載(71.9%)、受付・総合案内周辺への掲示(66.4%)、病棟への掲示(59.5%)、入院案内への記載(48.9%)が中心である。特にホームページ掲載は2013年度比で上昇しており、「院内で見せる」から「院外でも確認できる」導線づくりが進んだといえる。2022年度から追加された同意取得に関する設問(院内の症例検討会、外部参加を伴う症例検討会、学会発表・論文投稿など)では、2025年度は、院内の症例検討会では「揭示による黙示」が最多である一方、外部参加や学会発表・論文投稿といった院外へ広がる利用では「個別同意」が相対的に増える傾向にある。

電子カルテ・オーダーリングシステムの導入状況では、両方を導入済みなのが2025年度で81.9%となり、2016年度

(約半数)から大きく増加した。電子化の進展に伴い、ID・パスワード運用やアクセスログ管理は、個人情報保護に係るセキュリティ対策として重要性が増している(表2)。

2025年度の持ち出し制限では、規程文書による制限(64.6%)、事前申請・許可(63.1%)、USB等の媒体の使用禁止(55.7%)が中心であり、「物理的な持ち出しの抑止」と「手続による管理」を組み合わせた運用が主流と考えられる(表3)。

また、SNSに関しては「制限している」が51.9%、「制限していない」は39.7%で、2013年度と比べてルール化が進んだ。SNSによる情報発信の必要性が高まる中、禁止一辺倒ではなく撮影・投稿・患者同意・職員教育まで含めたガイドラインの整備が重要と考えられる。

研修内容の実施状況・外部の研修会への参加について

院内研修(定期的な研修・勉強会)を「実施している」と回答した施設は、2025年度で85.3%であり、長期的には緩やかな上昇傾向がみられた。実施時期は入職時オリエンテーションが中心(実施施設の約7割)で、まず入口段階での周知を重視する傾向がうかがえる。開催回数は年1回が中心(実施施設の約3分の2)で、年2回以上は約3分の1にとどまった。

外部研修への参加は2025年度が22.4%で2019年度(28.5%)を下回る一方、2020・2021年度の落ち込みからは回復基調がみられた。参加者は個人情報保護対策担当者が中心で、外部で得た知見を担当者が持ち帰り、院内で展開する形が主流といえる。

個人情報保護に関する苦情・相談・問い合わせについて

苦情の有無については、2025年度の「苦情があった」は8.1%で、2013年度(約8%)から大きな増減はなく、一定水準で推移している。件数分布では「年1件」が中心で、多くは不定期に発生している。苦情・トラブル時の相談先は「弁護士」が84.9%で最も多く、法的判断を早期に取り入れる傾向がみられる。これは、個人情報保護が「現場のモラル・マナー」ではなく、「法令対応・説明責任」として扱われていることの裏返しと考えられる。

一方、苦情を除く「相談・問合せがあった」は2025年度で6.5%となり、2013年度(11.4%)からは低下傾向。相談件数が減少した要因は一概に断定できないものの、「院内ルールの整備が進み、自己解決できる範囲が広がった」「問合せが診療情報開示など別システムの窓口に集約された」「記録・集計方法が変わった」など、複数の可能性が考えられる。

また、漏洩対応に関する保険加入は2025年度で40.5%となり2013年度(23.6%)から増加。トラブル頻度は大きく増えていないが、リスク移転(保

険)を含めた備えは厚くなっている。

診療情報の開示について

診療情報開示については、2025年度で85.5%の施設が「請求あり」と回答しており、2013年度(72.4%)から上昇している。開示請求は「例外的な事案」から「日常的に発生する業務」へ移行しつつあると考えられる。

請求者は、患者本人・家族に加え、弁護士、保険会社、裁判所・警察等の第三者が大きな比重を占めており、医療機関側には「本人確認・代理権確認」「利用目的や開示範囲の特定」「不開示判断と理由付け」「記録保全」など、より厳密な実務対応が求められる。

不開示件数は「0件」が多数で、不開示に至るケースは相対的に少ない一方、請求件数の前年差では「増加」が35.0%で「減少」(17.7%)を上回った。請求が増加していくと、担当者の属人化を避けるため、受付から決裁、交付までの手続の標準化を進める必要性が高まる。

個人情報の漏洩等への対応について

個人情報漏洩等発生時に「個人情報保護委員会への報告対象と考える事例」について尋ねたところ、最も多かったのは「不正の目的をもって行われた漏洩等が発生した」(91.4%)で、次いで「要配慮個人情報の漏洩が確認された」(90.0%)、「要配慮個人情報の漏洩により財産的被害が生じた」(89.7%)が続いた。被害発生や悪意の介入など、重大性・外部影響が明確な事案を規定上の報告対象として整理した施設が多数あることがうかがえる。

また、媒体紛失に関しては、「要配慮個人情報を保存したUSBが紛失した(パスワードなし)」が85.2%、パスワードありの場合でも83.5%と高水準であり、暗号化・パスワードの有無にかかわらず「紛失＝リスク事案」として扱って姿勢が広く共有されている。

一方、「保険証を別の人に渡した」(51.3%)、「診療内容を記載した書類を別の人に渡した」(62.1%)は、上記の重大事案に比べると割合が低く、誤交付・誤送付等、日常業務で起こり得る事故については、規定上の報告要否の整理が施設によりバラつきやすい可能性がある。

当協会の個人情報保護法への取り組みについて

当協会の研修会開催を「知っている」は2025年度で57.2%、また当協会が認定個人情報保護団体であることを「知っている」は58.0%であり、認知は約6割にとどまった。さらに、認定個人情報保護団体としての活動内容については「概ね知っている/聞いたことがある」が中心で、内容理解の深さには濃淡がみられた。

(次ページへ続く)

表1 個人情報保護法への対応として整備した規定等

| 項目 | 2025 | 2019 | 2013 |
|--------------|-------|-------|-------|
| ① 個人情報保護規定 | 91.0% | 89.7% | 91.3% |
| ② 個人情報保護方針 | 80.7% | 80.0% | 82.6% |
| ③ 職員の誓約書 | 76.8% | 79.3% | 86.7% |
| ④ 利用者への方針の揭示 | 75.8% | 68.8% | 79.2% |
| ⑤ 情報開示の規定 | 72.9% | 73.9% | 84.5% |
| ⑥ 情報システム保護規定 | 72.3% | 60.5% | 60.8% |
| ⑦ 業者の誓約書 | 49.5% | 56.5% | 68.7% |

表2 電子カルテ・オーダーリングシステムの導入状況

| 項目 | 2025 | 2020 | 2016 |
|-----------------|-------|-------|-------|
| ① 電カル・オーダーリング両方 | 81.9% | 65.3% | 52.6% |
| ② オーダーリングシステムのみ | 5.7% | 9.5% | 14.1% |
| ③ どちらも導入していない | 11.0% | 21.5% | 32.8% |
| ④ 未回答 | 1.4% | 3.7% | 0.4% |

表3 個人情報の外部持ち出し制限実施内容

| 項目 | 2025 | 2019 | 2013 |
|--|-------|-------|-------|
| ① 制限していない | 2.2% | 5.0% | 5.8% |
| ② 規程文書による制限 | 64.6% | 59.9% | 58.6% |
| ③ メディア(FD・USB・CD-R等)の使用の禁止 | 55.7% | 45.8% | 44.0% |
| ④ 持ち出し作業者の限定 | 31.5% | 27.1% | 22.4% |
| ⑤ メディア接続部の取り外し・封鎖 | 25.2% | 21.4% | 21.7% |
| ⑥ プログラムによるUSB認識に対するセキュリティの設定(登録されたUSBのみ使用可とする) | 50.1% | 32.2% | 27.6% |
| ⑦ 持ち出しにあたって事前の申請および許可 | 63.1% | — | — |

(6面のつづき)

相談窓口として当協会を利用した経験は6.3%にとどまり、「当協会が相談を受け付けていることを知らない」との回答も一定数あった。

他方、当協会ホームページの方針・規定例示を「活用した」は2025年度で28.3%となり、2013年度(42.6%)を下回り、2015年度以降は3割程度で横ばいである。個人情報保護Q&A本(事例集)についても、2025年度は「2023年度版を知っている」が41.5%にとどまり、最新版の周知が十分に行き届いていない可能性がある。

総じて、当協会の施策は整備されつつも、「必要な人に届き、現場の手順に落とし込まれる」ところまでの導線づくりが今後の課題と考えられる。

最後に

本調査の結果から、会員病院における個人情報保護の取り組みは、規程や方針の整備、院内研修の実施、診療情報開示への対応など、制度面では着実に定着してきたことが確認できました。一方、医療DXの進展、電子カルテ等の普及、SNSを含む情報発信機会の増加、委託業務の拡大などにより、個人

情報を取り巻く環境は年々複雑化しています。今後は、単に規程を整備するだけではなく、現場で実際に判断に迷う場面において、職員一人ひとりが適切に対応できる実効性のある運用が求められます。特に、委託先管理、個人情報の外部持ち出し、SNS発信、診療情報開示、漏洩等発生時の初動対応については、各施設において手順を明確にし、日常業務の中で迷わず対応できる体制を整えていくことが重要です。

個人情報保護は、単なる法令遵守にとどまるものではありません。患者が安心して医療を受け、医療機関を信頼して自らの情報を預けてくださるため

の基盤です。その信頼を守るためには、経営層、管理者、現場職員がそれぞれの立場で個人情報保護の重要性を理解し、組織全体として継続的に取り組む必要があります。当委員会としても、認定個人情報保護団体としての役割を改めて認識し、研修会、Q&A・事例集、相談窓口等の取り組みが、より多くの会員病院に届き、実務に活かされるよう周知と支援を一層強化してまいります。今後も、会員病院の皆様とともに、個人情報の適切な保護と利活用の両立を図り、患者から信頼される医療提供体制の確立に努めてまいります。

骨太方針、7月上旬にも閣議決定へ

政府が来年度の予算編成に向けた基本的な方針としてまとめる「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太方針)の閣議決定が、今年例年よりも後ろ倒しとなっている。国会周辺では、7月第2週頃に閣議決定するだろうとの情報も取り沙汰されている。

今回の骨太方針は、高市早苗首相にとって初めてとなるだけでなく、自民党と日本維新の会による連立政権にとっても初めて。経済財政諮問会議における通常の過程に、「連立政権合意書」に関する内容の実行などが加わり、調整が複雑化している状況だ。

例年通りであれば、夏に予定する来年度の政府予算概算要求に向け、財務省の「財政制度等審議会」が5月末頃にまとめる提言書(春の建議)を経て、骨太方針は6月中旬から下旬の閣議決

定となる。昨年は5月27日に財政審が春の建議を公表し、骨太方針2025は6月13日の閣議決定だった。今年、春の建議が未公表のまま6月を迎えており、6月末までには骨太方針がまとまらない蓋然性が高まっている。

自民・維新の「連立政権合意書」では、計13項目の社会保障政策を掲げ、2026年度中に「具体的な制度設計を行い、順次実行する」と記している。

同13項目のうち、医療機関の経営に直結する項目としては、「収益構造の増強及び経営の安定化を図るための医療機関の営利事業の在り方の見直し」や「高度医療機器及び設備の更新等に係る現在の消費税負担の在り方の見直し」などが盛り込まれている。

一冊の本 book review

ファクトで展望する 高齢日本の医療政策

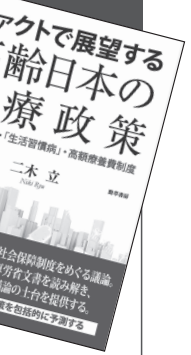
—終末期医療・「生活習慣病」・高額療養費制度—

著者●二木 立
出版社●勁草書房

定価●3,850円(3,500円+税)

日本福祉大学名誉教授・二木立先生による最新作。本書では、かかりつけ医機能や高額療養費制度見直しを巡る議論、医療費抑制政策など、多岐にわたるテーマがファクトベースで整理・検討されている。各政党が医療費削減や社会保険料負担軽減策を掲げる中、今後、医療機関を取り巻く制度改革や政策動向をどのように読み解いていくべきかを考えるうえで多くの示唆を得られるだろう。経営幹部層にはぜひ読んでいただきたい一冊だ。

生活習慣病という用語の見直しや、診療報酬単価が1点10円に固定された経緯、在宅ケアのリアルコストなどについても掘り下げられており、日々の業務の背景に医療政策があることを実感できる内容も多い。現場経験を踏まえ、医療制度や病院経営にも関心を持ち始めた若手職員にも薦めたい。



2026年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月16日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会について審議し、承認した。
 - 栃木県 医療法人小金井中央病院 理事長 田中 昌宏
 - 千葉県 医療法人黒潮会田辺病院 理事長 田邊 俊之
 - 石川県 社会福祉法人聖霊病院金沢聖霊総合病院 理事長 岩田 章
 退会が2件あり、結果、在籍正会員数は合計2,594会員となった。
- 準会員として以下の入会について審議し、承認した。
 - 東京都 医療法人社団東京桜十字六本木ヒルズ桜十字クリニック 院長 吉田 昌
 退会が1件あり、結果、在籍準会員数は合計186会員となった。
- 2025年度事業報告書(案)及び事業実績説明書(案)について審議し、承認した。
- 2025年度決算報告(案)について審議し、承認した。
- 顧問(案)について説明があり、審議し、承認した。
 - 新顧問案：梅村 聡(衆議院議員) 釜蒔 敏(参議院議員)
- 第14回定時総会等(案)について説明があり、審議し、承認した。
- 全日本病院協会定款施行細則の変更(案)について説明があり、審議し、承認した。
- 全日本病院協会医療従事者無料職業紹介業務の運営に関する規程(案)について説明があり、審議し、承認した。
- 全日本病院協会災害対応規則の改正について説明があり、審議し、承認した。

- 医療保険・診療報酬委員会委員に猪口名誉会長を追加する説明があり、審議し、承認した。
 - 新委員：猪口 雄二 (医療法人財団寿康会寿康会病院 理事長)
- 医療事務技能審査委員会・医師事務作業補助技能認定委員会委員に猪口名誉会長を追加する説明があり、審議し、承認した。
 - 新委員：猪口 雄二(同)
- 広報委員会に特別委員を追加する説明があり、審議し、承認した。
 - 新特別委員：竹田 陽介 (一般社団法人病院マーケティングサミットJAPAN 代表理事)
- 人間ドック実施指定施設の申請について説明があり、審議し、承認した。
 - <人間ドック>
 - 茨城県 社会医療法人社団光仁会総合守谷第一病院 理事長 野村 誠
 - 石川県 医療法人社団洋和会池田病院 理事長 池田太一郎
 - 東京都 医療法人社団東京桜十字池袋桜十字クリニック 院長 小林 修
 - 兵庫県 医療法人公仁会姫路中央病院 理事長 東 靖人
 - 宮城県 公益財団法人宮城県対がん協会がん検診センター 所長 加藤 勝章
 - 三重県 医療法人誠仁会塩川病院 院長 坂 洋一
 - 岡山県 一般財団法人共愛会芳野病院 理事長 藤本 宗平
 - 富山県 射水市民病院

- 院長 深原 一晃
- 石川県 公益社団法人石川勤労者医療協会城北病院 院長 齊藤 典才
- 愛知県 医療法人全医会伊藤整形・内科あいちスポーツ・人工関節クリニック 理事長 伊藤不二夫
- 人間ドック実施指定施設は合計480施設となった。
- 日帰り人間ドック施設の指定内規の改正について説明があり、審議し、承認した。新たに書類審査料として20,000円(1申請毎、申請時に請求)を追加する。
- 群馬県支部事務局の変更について説明があり、審議し、承認した。
- 群馬県支部事務局業務委託覚書の変更について説明があり、審議し、承認した。

【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、入院・外来医療等の調査・評価分科会、費用対効果評価専門部会」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。
 - 「医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会」について報告があり、質疑が行われた。
 - 「循環器病対策推進協議会」について報告があり、質疑が行われた。
 - 2025年度「災害支援ナースに関する調整会議」について報告があり、質疑が行われた。
 - 全日病「病院のあり方委員会」が検討を進めている「2040年に向けた病院生き残りに関する検討」の中間報告について説明があり、質疑が行われた。

全日病「人間ドック委員会」が、人間ドック実施指定施設を対象に「2025年度人間ドックに関する調査」を実施すると報告した。

- 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
 - 東京都 大田池上病院
 - 青森県 ときわ会病院
 - 京都府 洛和会音羽記念病院
 - 大阪府 寝屋川ひかり病院
 - ◎一般病院2
 - 東京都 NTT東日本関東病院
 - 北海道 名寄市立総合病院
 - 埼玉県 八潮中央総合病院
 - 長野県 伊那中央病院
 - 大阪府 淀川キリスト教病院
 - 奈良県 済生会中和病院
 - 愛媛県 済生会西条病院
 - ◎リハビリテーション病院
 - 鹿児島県 八反丸リハビリテーション病院
 - ◎精神科病院
 - 広島県 瀬野川病院

2026年4月3日現在の認定病院は合計2,189病院。そのうち本会会員は924病院と、会員病院の35.6%、全認定病院の42.2%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23回)の報告が行われた。

【主な討議事項】

- 研修収支等一覧について
 - 各研修事業の収支・定員充足率などを踏まえ、モデルチェンジの必要性やオンライン化の推進など、より魅力的な研修内容にするための施策について討議した。

一般社団法人の医療機関に関する非営利性の確認点を了承

社保審・医療部会 医療関係の委員からは「もっと厳しく」の声が続出

一般社団法人が開設する医療機関に非営利性を徹底させるため、確認すべき書類や確認方法として都道府県に周知する内容が決まった。厚生労働省が7月にも都道府県に対し通知を发出し、審査や指導の体制整備などを求める。6月17日、社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)が了承した。

一方、医療関係団体などを代表して出席する委員からは、今回の決定により都道府県へ通知する内容を大筋で了承しつつも「もっと厳しくあるべき」との声が相次いだ。

医療法施行規則等を改正 2026年度事業分から対象に

一般社団法人が開設する医療機関に非営利性を徹底させるための確認方法などについては、2024年12月25日に医療部会が取りまとめた「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」の中で、「医療機関の開設時等において新たに各種事項の届出を一般社団法人に対して求めるべき」と明記したことを受け、医療法施行規則等を改正し、審査・指導の厳格化を決定。1月26日の同部会合では、医療法施行規則を改正して2026年度事業分から非営利性の確認を徹底・厳格化すると

の方針を確認。その上で、医療法人の届出書類なども参考に、一般社団法人が医療機関を開設する際に届け出る書類として◇事業報告書◇貸借対照表◇損益計算書一の3点をあげたが、全日病の神野正博会長をはじめ、「医療法人と同じ尺度とすべき」との意見が複数の委員から出ていた。(全日病ニュース2月15日号に関連記事)。

同日の部会では、1月26日の会合を受けて医療法施行規則は改正済であると説明した上で、医療機関を開設する一般社団法人(公益社団法人を除く)に対しては、事業報告書や貸借対照表、損益計算書などに加え、開設時の届出や定款、有形固定資産明細表などの附属明細書、財産目録、取引状況報告書、監査報告書などを都道府県知事等に届け出るよう求める書類に位置づけるとの方針を表明した。開設時や内容変更時に確認する書類以外は、毎会計年度終了後3か月以内の届出を求めるとの考えも示した(図表)。

また、厚労省が都道府県に示す内容の案として、これまでの医療部会

などにおける議論も踏まえ「非営利性の観点」を①法人の活動目的が営利を目的としないこと②医療機関の運営上生じる利益の移転を禁止すること③法人が解散した際の残余財産の帰属先を制限していること④法人の役員が原則として営利を目的とする法人と役員等を兼務していないこと⑤一社員一議決権であること一の5点に分け、確認する際の方法も例示。医療機関の開設や経営について「地域医療の確保」や「公衆衛生の向上」などの記載を確認するほか、事業規模に比して事業費用が過大でないことや、特定の企業と集中的もしくは高額な取引がないかなどを確認するなどの方針も説明した。

「医療行為に差はない、公正に」 「アップグレードが必要」

日本医療法人協会会長の伊藤伸一委員は、医療法人と同様に一般社団法人が開設した医療機関の事業報告書は第三者が閲覧できるようにすべきと主張。さらなる検討を求めた。

日本医師会副会長の角田徹委員は、PDCAサイクルによるさらなる検討を要請。「将来的に、税法でいう非営利型の一般社団法人であることを義務づけるべき」との考えも示した。

地域医療機能推進機構(JCHO)理事長の山本修一部会長代理も「医療界全体として関心が高い。アップグレードが必要」と述べ、引き続き検討を要するとの見方を示した。

日本精神科病院協会会長の山崎學委員は、外国資本による投資目的で一般社団法人の医療機関が増えているとの危機感を示し、何らかの対策を講じるべきと訴えた。

非営利性の確認の実施時期等について

(1) 書類の提出時期

- 定款や事業報告書等の確認書類は、それぞれ都道府県等に届け出られる時期が異なり、以下のとおり整理される。
- なお、医療法第25条に基づく報告徴収・立入検査時には、全ての書類について確認を行うことが可能。

| 定款、開設時の届出 | 開設時・内容変更時 |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 事業報告書、貸借対照表、損益計算書 | 毎会計年度終了後3か月以内の届出 |
| 附属明細書 | 毎会計年度終了後3か月以内の届出(一定規模以上の一般社団法人に限る) |
| その他の書類(財産目録、取引状況報告書、監査報告書等) | 毎会計年度終了後3か月以内の届出(届出義務はなく、任意で提出を求める) |

(2) 「非営利性の確認のポイント」に基づく確認の実施時期等について

- 「非営利性の確認のポイント」(以下「確認ポイント」という。)は、令和8年夏頃に通知する予定。
- 通知後に医療機関を開設する一般社団法人については、開設許可の申請時から「確認ポイント」を踏まえ、実施していただく。
- 既に医療機関を開設している一般社団法人(新たに医療機関を開設する場合を除く。)については、これまで非営利性の確認が各都道府県等で解釈・運用されてきたことや、今般義務づけた届出は令和9年度から行われること踏まえ、令和9年度から「確認ポイント」を踏まえた確認を行うこととする。具体的には以下のとおり。
 - ・今般義務づけた書類の確認は、令和9年度(令和8年事業分の会計年度終了後3か月以内)に届け出られたものから行う。
 - ・定款、開設時の届出内容変更時における非営利性の確認は、令和9年4月以降に届け出られたものから行う。
 - ・報告徴収・立入検査時の確認(※9)は、令和9年4月以降の立入検査から「確認ポイント」を踏まえた確認を行う。
 - ・令和9年度中に立入検査が行われず、変更届出も見込まれない医療機関に対しては、都道府県等は、令和9年度において、事業報告書、貸借対照表及び損益計算書とあわせて「確認ポイント」に適合した定款等の提出を求めることとする。

(3) 非営利性の確認と医療機関への行政指導等の関係

- 開設許可の申請において、非営利性の確認を行った結果、非営利性を満たさないと解される場合、医療法第7条第7項に基づき、都道府県等は開設許可を与えないことができる。
- 毎年度の事業報告書等の確認や立入検査時の確認によって、非営利性が徹底されていないと解される場合には、医療法第24条の2に基づき、都道府県等は改善措置命令・業務停止命令ができ、当該命令に違反した場合は、同法第29条第1項第4号に基づき開設許可の取り消し、又はその開設者に対し、期間を定めて、その閉鎖を命ずることができる。

■ 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。 |
| 災害時の 病院管理者等の役割研修 60名 | 2026年8月22日(土) 12:30～18:15 Web研修 | 8,800円(12,100円)(税込) | 院長、副院長、各診療科部長、診療協力部門部長、法人・経営本部部長、事務長などの病院管理者等を対照、大規模災害等発生時に取るべき処置や役割等に関する留意点の説明、発災を想定したシミュレーションを実施する計画。当協会が展開する「AMAT(災害時医療支援活動班)」の受入対応を想定した講義も予定している。修了者にはAMAT隊員更新のための研修2単位に該当するほか、日本DMAT隊員や都道府県DMAT隊員が受講した場合はAMAT認定する。 |
| 個人情報管理・担当責任者 養成研修会 アドバンストコース 42名 | 2026年11月12日(木) 10:00～16:30 対面研修 | 25,300円(29,700円)(税込) | 医療機関の個人情報保護管理責任者もしくは担当者が対象。個人情報保護に関する事例検討を中心とした応用的な内容を学ぶ。弁護士3名を招聘するオリエンテーションとグループワークで構成し、同「ベーシックコース」では学べない個人情報保護法の解釈についてなど、より深い議論も行う予定。参加者には「受講修了証」を発行する。 |
| 【追加開催】 医療事故調査制度 適切な対応・事例検討研修会 各回70名 | 第3回 2026年12月20日(日) 9:30～17:00 第4回 2027年2月11日(木・祝) 9:30～17:00 ※各回、開催時間・内容は同じ(予定) | 25,300円(29,700円)(税込) | 第1回、第2回が好評につき募集を終了した研修会を追加で開催する。2026年4月の医療法施行規則の一部改正により病院等の管理者等に対して受講が義務づけられた「医療事故に係る適切な対応に関する研修」に該当する内容。具体的には、▽「医療に起因する」や「予期しない」の判断基準▽報告対象に該当するのか判断▽医療事故発生時の初動対応と院内事故調査の進め方▽管理者としての適切な組織対応一などについて学ぶ。本研修は「全日病・医法協認定 医療安全管理者」を継続認定(更新)するための研修に該当(2単位)。修了者には修了証(受講証明書)も発行する。 |