

主張 日本の文化

1980年代日本は、経済大国と呼ばれ、「ジャパン・アズ・ナンバーワン ～アメリカへの教訓～」という本が売れた。その後日本は、長いデフレの時代を経験し、2025年4月時点のIMF予測では、日本の2025年の名目GDPは、インドに次ぐ5位となる見通しだった。今、日本が世界に誇れるものは何だろうか？それは「日本の文化」であろうと思う。

では、「日本の文化」とは何だろうか？具体的には、伝統文化として、和

服、茶道、華道、歌舞伎、相撲などがあり、食文化としては、和食、ラーメンなど、また最近では漫画やアニメも挙げられる。日本の文化は「和」の精神に象徴され、調和や礼儀、自然との共生を重んじる価値観が根底にある。

某書に日本の文化の3つの美点として、「清潔」「静か」「安全」があげられていた。では、この美点を創っているのは誰だろうか？これは、日本の役人や政治家ではなく、我々一般庶民であろうというものである。自分の仕事に誇

りを持って、一生懸命に打ち込んでいる我々が、この美点を創り出している。

さらに、この「安全」という言葉の中に、「(地域)医療」が含まれると思うが、我が国において、この「(地域)医療」をつくってきたのは、地域の医療機関だと言える。先般起きた熊本地震では、八代市にあるJCHO熊本総合病院で手術中に建物の揺れる中、執刀医二人が患者に覆いかぶさり、麻酔科医は即座に手動式呼吸管理に切り替え、必死に患者を守る様子がニュースに出ていた。このニュースは、世界に流れ、日本以外の医療従事者からも称賛の声があがったと聞いている。この医療職の姿こそが、公民(病院)問わず、日

本の安全な医療をつくり、それが日本の文化をつくっているのではないだろうか？

駐日大使を務めたことがある、フランス人の詩人 ポール・クロードルが、1943年(昭和18年)に言った言葉がある。「日本は貧しい。しかし、高貴だ。世界でどうしても生き残ってほしい民族をあげるとしたら、それは日本人だ。」あらためて、(地域)医療を守るのは、我々現場の医療人であるということが「日本の文化」を醸成することにも繋がることを期待したい。

(中尾一久)

(1面のつづき)

自民党・自見氏「医療・介護・福祉の一体的ニーズに応えるのが医療人」

自見氏は、日医が組織する災害医療チーム「JMAT」(Japan Medical Association Team)として令和8年熊本地震の被災地へ入った際の経験として、「急性期医療の現場に入った先生方が、例えば介護施設の食事介助をする、見守りの事業として地域包括支援センターの方々に同行するなど、医療・介護・福祉の一体的なニーズに対応するという現場があった。そのニーズに応えるのが我々医療人なんだと、なんの躊躇もなく現場を助けていただいたのを目の当たりにした」と明かし、「我々医療人は、どんなことがあっても地域から逃げるようなことはしない。皆様とともに私も政治の立場からお支えしたい」と述べた。「これからも先生方とともに必要な財源をしっかりと確保し、制度を変え、頑張っていきたい」との意気込みも示した。

迫井医務技監「医療を取り巻く環境はかつてない厳しい状況」

厚労省の迫井医務技監は、「我が国

では、国民皆保険体制を中心に、すべての国民が等しく必要な医療を受けられるよう努力を続け、今や世界最高水準の平均寿命をはじめ高い保健・医療の指標を実現し、社会インフラの1つとして機能している」と改めて説明。「人口構成の変化や社会経済の動向、あるいは国際紛争などの影響で医療を取り巻く環境はかつてない厳しい状況を迎えている」との認識も示し、「医療と介護の同時ニーズが高まる85歳以上の方々が増えていくとともに人口減少を迎え、マンパワーが非常に厳しいという困難に直面することを念頭に、『新たな地域医療構想』の策定と実現に向けて努力してまいる所存」と述べた。「引き続き、神野会長の『ATM』の精神、明るく楽しく前向きにということも念頭に、しっかりお力添えいただき、私どもも努力をしてまいりたい」と`共闘`を呼びかけた。

日医・松本会長「医療に対するアクセスの問題は大きなテーマの1つ」

日医の松本会長は、自身も2度にわたって被災地支援に入った令和8年熊本地震での経験などを踏まえ、「医療を取り巻く環境は本当に厳しさを増す

ばかりだが、やはりアクセスという問題でかなりいろいろな課題が生じていると思う」との認識を示した。「国民にとって医療に対するアクセスをさらに良くしていく、あるいは悪くさせないということは大事」[災害医療でも、今回の支援においてもアクセスが本当に大事だと思った][今後の医療政策や地域医療構想においても、アクセスの問題や、アクセスに関する課題をしっかりと医療界で考えていくというのは大きなテーマの1つだと考えている」と重ねて述べ、腰を据えて議論すべきと訴えた。

「今後もこうした大きな課題に対して、全日病、あるいは他の病院団体、政治家を含めて情報共有し、しっかりと対策を立て、これから日本の医療をさらに良くするよう頑張っていかなければならないと強く決意している」との考えも示した。

医法協・伊藤会長「競合から協調へ、適正な機能を適正な規模へ再編・統合」

四病協の当番団体として挨拶した医法協の伊藤会長は、「これからの医療・介護の構造改革ターゲットは、激減する若年層ではなく高齢者、2035年には

85歳以上高齢者が1000万人を超え、その半数が要介護、その4割が認知症、その大半が独居あるいは高齢世帯となる、そういう人たちへの社会保障システムを再構築すること」と改めて強調。「都市部を中心とする多くの地域において、高度な救命機能の縮小は避けられない」との見方も示し、「キーワードは競合から協調へ、適正な機能を適正な規模へ再編・統合、さらには在宅支援・介護連携」との考えも示した。医療従事者に関する取組みとして「医療DXの活用と合わせた制度の緩和が最も急がれる」との認識も示した。

片山さつき財務大臣もメッセージを寄せ、「医療を取り巻く環境が大きく変化する中、地域に根ざした医療を守り、将来にわたり安心できる医療提供体制を築いていくことは、我が国にとって重要な課題」との認識を示した。「埼玉出身の国会議員として、国民の皆様の生命と健康を支える地域医療のさらなる充実を心より願っている」などの想いを寄せた(1面写真)。

(年内の各号で関連記事を掲載予定)

伸びている税収を医療費に投入すべき

第67回 全日本病院学会in埼玉 特別講演1

日医会長、対GDP比による数値目標導入は「絶対反対」

日本医師会の松本吉郎会長は9月12日、「第67回全日本病院学会in埼玉」の「特別講演1」で登壇し、「伸びている税収を医療費に投入すべき」との考えを示した。一方、対GDP比を医療費の目標にすべきとの意見がある状況については、一定の医療費削減につながるとの見方を示し、「絶対反対」と表明

した。

政府の「経済財政運営と改革の基本方針2026」(骨太方針2026)では、医療・介護・年金等の保険料負担など「社会保障負担の額」を雇用者報酬、企業所得、財産所得を足した「国民所得の額」で割った数値を「社会保障負担率」と位置付け、目標を検討し、2026年度中

に改革項目の具体化や工程の明確化を図ると記した。松本会長は、「社会保障負担率」の計算式に公費負担がほとんど含まれていないと指摘。「税収が上振れている中で、公費負担、すなわち税をしっかりと医療に投入すべき」と訴えた。

対GDP比による医療費の目標設定

については、「中長期的に医療費の伸びはGDPの伸びを上回っている。インフレ経済への移行でGDPの伸びが期待できるとしても診療報酬の改定率は合わせて高くなるため直ちに医療給付費の伸びがGDPの伸び以下になるものではない」と指摘。機械的な医療費抑制に断固反対する姿勢を強調した。

最終回：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》

ベースアップ評価料について

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会 西本育夫(横浜メディカルグループ 顧問)

【今回のベースアップ評価料について】

令和6年度診療報酬改定の基本方針に引き続き、令和8年度診療報酬改定においても賃金や人手不足への対応が重点課題とされ、ベースアップ評価料の見直しが行われた。

全体改定率+3.09%のうち、賃上げ分として半分以上にあたる+1.70%が配分された。賃上げ目標は令和8年度・令和9年度にそれぞれ3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）とされた。

※令和6年度改定では、令和6年度2.5%、令和7年度2.0%が賃上げ目標とされ、事務職員など一部職員は原則としてベースアップ評価料の対

象外とされていた。

【令和8年度の変更点】

入院に関する変更点は「厚労省の示す見直しイメージ図」の通りである。令和7年度までにベースアップ評価料の届出をしていない医療機関、かつベースアップ評価料と同程度の賃上げを実施していない医療機関に対しては、懲罰的とも言える減算規定が設けられた。なお、減算免除には、別途、所定の施設基準の届出が必要となる。

こうした状況もあり、ベースアップ評価料は特掲診療料であり医療機関の判断で任意に届出を行うものではある

が、昨今の医療機関の経営状況を踏まえると、実質的に届出必須項目と理解した方がよい。その他、対象職員の拡大や夜勤手当への充当が可能になるなどの変更点がある。

なお、看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料については紙面の都合上、ここでは割愛する。

【複雑で難解な届出と報告】

前回改定で新設されたベースアップ評価料については、届出担当者から「難解で事務負担が大きい」という声が多く聞かれた。このような声を踏まえたのか、令和8年度診療報酬改定の説明

動画では「届出は難しい、煩雑だと聞いた方がいるかもしれませんが、前回とは大きく変わっています」[今回の改定では様々な簡素化を行う』などと説明された。

しかし、この“前回から大きく変えようとしたこと”が、前回改定時の届出・報告手続きとの連続性を欠き、結果として混乱を招いた可能性もある。

厚生労働省が公開している特設ページ「令和8年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について」では、届出や報告に関する膨大な情報が掲載されている。担当者は更新履歴を確認しつつ、動画視聴や関連文書の精読を

行わなければならない。

【相次いで発出される事務連絡と通知、報告月直前の様式訂正】

特設ページでは追加説明や事務連絡が次々と更新されている。令和8年6月から新しいベースアップ評価料を算定する場合、6月1日までに地方厚生局へ届出を行い受理される必要がある。

しかし届出締切3日前の5月29日に疑義通知(その7)が発出され、法人本部職員に関する新たな解釈が示された。同時に、事務職員の対象範囲が従来の解釈から拡大された。

届出期限直前の疑義通知により、慌ただしく対応して修正が間に合った医療機関は多いが、修正が間に合わなかった医療機関や、現時点でも通知内容

に気付かず従来どおりの支給を行っている医療機関がある可能性も否定できない。

さらに、ベースアップ評価料の届出をしている医療機関は8月中旬に前年度実績報告と今年度中間報告が必要だが、報告月直前の7月30日に報告様式が訂正された。8月の報告についても、報告月以降に二度の事務連絡が発出され

ている。8月19日の事務連絡では「診療報酬改定に伴う対応が多岐にわたったことを踏まえ、審査支払において特段の対応を行うよう調整を図った」とされ、報告締切後の9月1日には「中間報告の疑義が多く、提出が間に合わない医療機関があったため、期限後でも可及的速やかに提出すること」との通知が出されるなど、極めて慌ただしい状況が続いた。

【今後の診療報酬制度における賃上げのあり方】

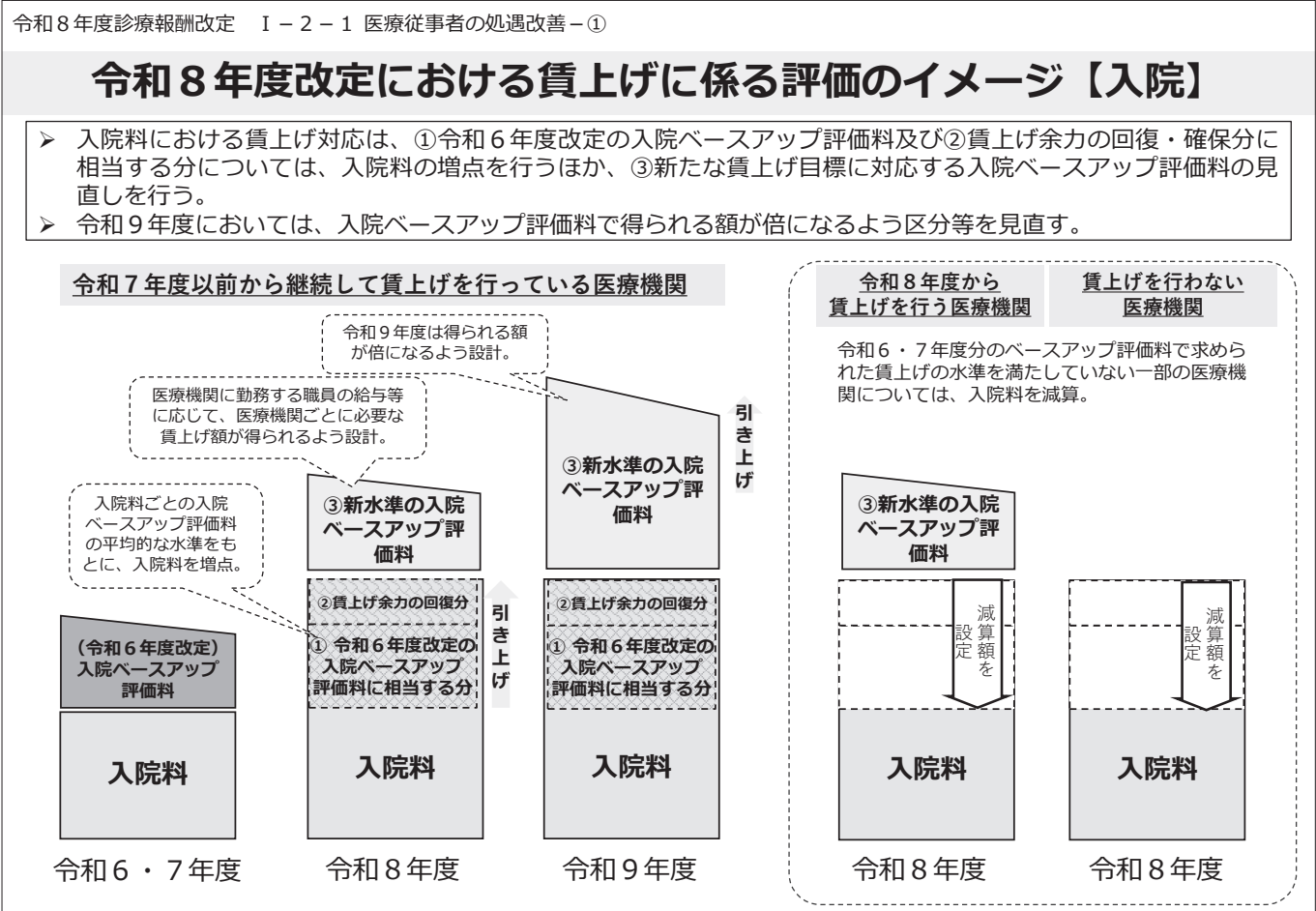
医療従事者の賃金は医療機関の収益と密接に関連している。診療報酬が抑制されている限り、人手不足であっても賃金は上がりにくい。今回の改定では賃上げに多くの原資が配分されたものの、連合が公表した賃上げ水準(3年連続+5%超)と比較すると、医療従事者と他業種の賃金格差は依然として縮まる気配がない。

医療従事者の賃上げは必要不可欠である一方、届出や報告の事務負担軽減・簡素化も同様に重要である。しかし現行のベースアップ評価料の仕組みでは事務負担が大きく、簡素化とは逆方向に進んでいるように見える。

さらに、ベースアップ評価料に限らず、診療報酬改定のたびに内容が複雑化し、届出や報告に困難を抱える医療機関が増えているように思われる。

これらは医療機関の努力だけでは解決が難しく、制度的な改善が求められる。

診療報酬制度は何のためにあるのか、今一度原点に立ち返る必要があるのではないか。



「新たな地域医療構想」は医療提供体制の再編成

第67回 全日本病院学会in埼玉 特別講演 2

迫井医務技監が私見「報酬対応と中長期戦略の両軸が必要」

厚生労働省の迫井正深医務技監は9月12日、「第67回全日本病院学会in埼玉」の「特別講演2」で「すべて私見」と前置きしつつ、「新たな地域医療構想」の重要性について「短期」の診療報酬対応だけでなく、「中長期」の視点で病院の体制整備についても検討する`両軸、で事業運営を考えてもらうためと説明。地域社会から求められる医療の提供に向き合い、病院の長期的な展望や経営戦略の立案などを検討する「多面的・複眼的アプローチ」あるいは「ブレイクスルー」として「新たな地域医療構想」を活用してほしいと求めた。

迫井医務技監は、2025年までの地域医療構想に続く`第2幕・新展開、としての2040年に向けた「新たな地域医療構想」の必要性について（Ⅰ）制度・政策の視点（Ⅱ）現場運営の視点（Ⅲ）社会環境の視点―に分けて自身の考えを解説。「（Ⅰ）制度・政策の視点」については、「（1）マネジメント・ユニットの`くびき、(病床⇄病棟⇄病院)」として、◇患者単位、病床単位の報酬償還◇病棟単位の診療機能・報酬評価・病床機能報告◇病院（法人）単位の組織運営―が複雑に絡み合う体系をあげ、「医療機関の機能評価が病院や法人といった組織全体の運営方針や意思決定などのガバナンスに結び付きにくくなっている」と指摘。また、「（2）長期的視点→投資的経費（資金）の確保（診療報酬との関係）」との項目も示し、施設の建替えや大型医療機器・DX関連機器の購入などに直接的な報酬償還がなく、調達資金を医業収益から返済するなどの負担が医療機関の経営を苦しめているとの認識も示した。控除対象外消費税の問題についても「同様のメカニズムで顕在化している」

と指摘した。

さらに「（3）マネジメント・サイクルのジレンマ（報酬改定の頻度）」として2年に1度の診療報酬改定について、医療現場も財政当局も頻回の報酬改定や財政調整を志向し、PDCAサイクル周期の時間的な制約を生んでしまっているとの見方も示した。

加えて「（4）圏域のリアリティー（実効圏域と行政圏域）」との項目も示し、行政圏域としての構想区域や二次医療圏と、人口や診療機能の分布などによる実態的な圏域が乖離している「都道府県境」などの地域があるとも指摘した。

「（Ⅱ）現場運営の視点」では、「（1）目まぐるしく変わる実臨床の医療サービス」として◇医療の技術革新や医療安全対策の強化◇医療DXやAIへの対応◇多様化する患者/家族の価値観・医療リテラシーなどが影響し、複雑化していると説明。「（2）厳しい経営環境」を構成する要素としては、◇コスト削減・人材確保◇報酬改定・制度改正への対応―などをあげ、短期的な対応の連続を強いられており、中・長期的な組織運営や経営戦略に目が向きにくい環境が生まれているとの認識を示した。その上で、「報酬改定への対応は戦略的な経営企画と同じではない」との考えを強調した。

診療報酬は短期的な運営費に過ぎない 長期的なあるべき姿を考え、進んで

迫井医務技監は、「2年に1度、診療報酬改定のフォローアップも重要だが、あくまで既存の提供体制の大枠を前提とする進路を短期的に修正していく、当面の運営費であり、燃料に過ぎない」と指摘。「診療報酬は事業継続の

裏打ちであり、強い推進力・インパクトがある。従って病院経営者は、とかく診療報酬改定に目を奪われがちになる。これは、今の環境からすると当然なんだろうと思う。ただ、長期的な戦略と短期的な運営は別問題だと認識できなければ、中長期的な時間軸に基づく`あるべき姿、に向かっていく、計画的な視点・時間軸に基づく`進むべき道、に繋がってはいかないんだと思う」と熱弁。「診療報酬のことばかり追っかけているのは経営をやっていることにはならない。ご自身の病院について戦略的なことを考えているでしょうか」と問い掛け、「進むべき`方向と道筋、を打ち出す『提供体制改革』の検討」と「進むべき`方向と道筋、に沿った改革を強力に推進する『報酬改定』の活用」の両軸で病院の事業運営を考えてほしいと求めた。

「（Ⅲ）社会環境の視点」に関しては、（1）医療に対する保守的なマインドセット（2）社会基盤（共助）「医療システム」への理解と協力―の2点をあげ、「（1）医療に対する保守的なマインドセット」については、医療者側の「急性期医療至上主義」とも言える医療界のヒエラルキーに加え、受療者側にも「大病院志向」や「キュアへの期待/ケアへの認識劣後」などが存在し、地域包括ケアシステムの社会実装を阻害する要因となっているのではないかと問いかけた。「（2）社会基盤（共助）『医療システム』への理解と協力」については、「各医療者の`やりたいこと、」が施設や医師の偏在を生み、「各住民の`やって欲しいこと、」が大病院への患者集中やコンビニ受診を生み、地域社会全体として望ましい状況からは乖離していると解説。「地域社会のニーズ」



に医療が向き合える環境の醸成に、教育や学会の役割だけでなく、地域住民への普及啓発や政治にも役割があるとの見方を示した。

「イタチごっこやチキンレースに陥りがち」「バランスする仕組みが必要」

日本の医療提供体制については、民間の自由意志に基づく活力を基軸に構築が進んできたとの認識を示した上で、「関係者間で目指すべき姿やゴールが共有できないと、政策効果が生じても現場の対応により別の新たな課題が生じる`イタチごっこ、や、当事者間の我慢比べとなる`チキンレース、に陥りやすい」と指摘。「地域社会や医療資源を活用する上でも極めて非生産的」との見方も示し、行政の課題として「高い自由度を活かしつつも社会の要請とバランスする仕組みが求められる」との考えを表明。改めて「『公的介入』か『自由』かの択一ではなく、『一定の統治に基づく自由な体制構築』ではないか」との考えも示した（全日病ニュース2025年11月1日号3面を参照）。

現状投影型の議論とは決別する必要がある

第67回 全日本病院学会in埼玉 協会会長講演

全日病・神野会長「3つの`医療、を真剣に考えるべき」



全日病の神野正博会長は9月12日、「第67回全日本病院学会in埼玉」の「協会会長講演」で登壇し、人口減少社会の中で2040年に向けて85歳以上高齢者が急増し、生産年齢人口が急減する状況に立ち向かうため、「現状投影型の議論とは決別する必要がある」と訴えた。「いかに少ない人数、小負担で高い質の医療を提供するか」を考えなければならず、「やりたい仕事と社会が求める仕事に乖離がないか、絶えず反芻しなければならない」と述べた。「減らす医療」「守る医療」「投資する医療」の`3つの医療、を真剣に考えるべきとの認識も示した。

神野会長は、「医療のトリレンマを越える医療人魂」と題して講演。今後は、「何を守り、何を变えるべきか」を

考えなければならないと主張。社会課題として◇患者数の減少と価値観の変化が生み出す稼働率の低下や高齢者医療・介護の需要が増加する`高齢者の高齢化、など「医療需要」◇医療・介護従事者の減少や働き方改革、住居系高齢者施設を含む介護施設の増加など「医療提供体制」◇物価・賃金の上昇や円安、社会保障の給付と負担のバランスが影響する「経営環境」◇世界的な紛争や台湾有事への備えなど「地政学的課題」―が織り成す連立方程式を解かなければならないと解説。「いかに少ない人数、小負担で高い質の医療を提供するかは、もはや`理念、ではなく`経営の前提条件、になっている」と警鐘を鳴らした。

「医療がかかわるトリレンマ」については、「質」「アクセス」「コスト」がTrade-offの関係にあるため、同時にすべてを満たすことは不可能であり、国民は2つを選ぶしかないという原則「オレゴンルール」に言及。これまでは医療人の自己犠牲などで支えられていたと指摘し、今後は、「質」「アクセス」「コスト」に医療DXやAIの活用などによる「生産性」を組み合わせるトリレンマを乗り越え、持続可能な医療を志向しなければならないと訴えた。「目指す未来」として、◇誰もが、どこにいても、質の高い医療にアクセスできる社会◇限られた資源でも、効率的で持続可能な医療を実現◇医療従事者が

専門性を発揮し、やりがいを持って働ける環境―への3点もあげた。

「医療のトリレンマを突破する4つのイノベーション」として①Digital：データでつなぐ医療の基盤②AI：知能で人を支え、医療の生産性を最大化③Physical：ロボティクスとIoTで人の負担を軽減④Network：つながる医療で、どこでも最適なケアを一が重要との考えも示した。

医療費50兆円超の時代へ「どう使えば健康価値は最大化か」

神野会長は、2025年度の医療費が前年度比2.6%増の49.2兆円だったとの厚労省発表に言及。「今年度は50兆円超になる。『どう削るか』から『どう使えば健康価値を最大化できるか』へ考え方の転換が必要」と主張した。その上で、政府が「経済財政運営と改革の基本方針2026」（骨太方針2026）で、現役世代の社会保障関係費として保険料率の上昇を止め、引き下げていくとの方針を盛り込み、給付と負担の改革を継続するとの方針も掲げている状況にも言及。「医療費は、全部減らせればいいわけではなく、無駄な医療は減らす。必要な医療は守る。健康と未来を作る医療には投資する」という3つの考え方が必要との考えを示し、「3つの医療を循環させるプラットフォームとしての健院を目指すべき」と主張した。

「減らす医療」については、「必要で

ない医療・無駄を減らす」と説明。具体的には、◇重複受診や重複検査◇重複投与・多剤投与◇過剰な入院・長期入院◇防げるはずの救急・再入院◇役割分担の不十分な連携―を例示した。

「守る医療」では、「なくしてはいけない医療を守る」との考えに基づき、◇救急医療・災害医療◇重症救急・高度医療◇小児・周産期医療◇がん・難病・心疾患等の専門医療◇へき地・地域医療・在宅医療・介護連携―などをあげ、「待機コストも医療には不可欠」との認識も示した。

「投資する医療」に関しては「健康と未来、日本の成長のために投資すべき」と訴え、「A：国民の健康への投資（新たな市場にも参入していくべき）」として、「予防・健康づくり」「健診・予防接種」「生活習慣改善・フレイル予防」「PHR・デジタル活用」「在宅管理・遠隔モニタリング」を挙げる。「B：日本の未来への投資」に関しては、先進医療や再生医療、創薬、AI、医療機器など諸外国への輸出なども念頭においた産業育成一の2点をあげた。「未来からバックキャストで、どんどん変態していくのも私たち民間病院の強み」とも述べ、変化を恐れず、社会情勢などに柔軟に対応しながら地域医療に貢献する重要性を強調した。

どの医療機関機能でも経営が成り立つことが必要

埼玉学会 特別講演 3



埼玉学会の特別講演 3では、医師で弁護士でもある自民党・参議院議員の古川俊治氏が「少子高齢化と人口減少社会における日本の医療の行方」のテーマで、日本の医療の課題を幅広く取り上げた。病院経営については、2040年を見据えた地域医療構想をこれから推進していく中で、病院の機能分化・集約化が議論されるが、どの医療機関機能であっても「経営が成り立たなくなってしまう」と強調した。その上で、各医療機関が安定的に運営できるように、診療報酬・財政支援を組み合わせることが重要な課題になると述べた。

「包括期」の経営安定化が鍵
2025年までの地域医療構想について

自民党・古川氏が人口減少社会における日本の医療の行方で持論

は、当初の想定よりも急性期病床が減らなかったことに関し、「急性期機能から回復期機能に転換すると診療報酬が下がり、経営が悪化するのではないか」という懸念が病院経営者にあった」と指摘。今後は、地域ニーズに応じて、高度・専門医療のため患者と医師を集約する医療機関と、高齢者救急など地域の需要を担う医療機関などの役割分担が重要になるため、特に病床機能として「回復期」の名称を変更する「包括期」の機能を担う医療機関を選んでも、安定的な経営が可能になる制度設計を行う必要があるとした。

政府・与党は過去十数年間ずっと医療費を抑制してきた。古川氏は、「社会保障関係費について、その実質的な伸びを高齢化による増加の範囲内に収める政策を続けてきた。保険料や患者負担の引上げに加え、薬価改定による引下げも行ってきた。その結果、2024年頃から医療現場に非常に厳しい状況が出てきた」との認識を示した。一方、「政(まつりごと)が破綻すれば社会保障そのものを維持できなくなる」ことから、少子化・高齢化の中で、社会保障と財政のバランスを取ることは「政治として必要だった」とも述べた。

昨今は賃金・物価が上昇している。診療報酬にもその分を加算するようになった。税収増もある。しかし、古川氏は金利の上昇を懸念。過去の国債に対する利払い費が増大すれば、財政収支のさらなる悪化を招くため、医療現

場への対応と財政の持続可能性の双方を見ていくとの立場を示した。

オン診は有効性を見極めが必要

医療提供体制については、「医療へのアクセスを維持しながら医療提供体制を縮小していくこと」が今後の最大の課題と述べた。医療需要は地域によって異なり、それに合わせた体制に変えることが基本になる。「一定の人口規模がなければサービスとして成立させることは難しい」。高度医療は集約化が避けられないとの認識を示しつつ、身近な医療へのアクセス維持を課題としてあげた。古川氏は、「人口の少ない地域では、例えば、医師1人でも運営でき、事務作業などをAIで代替するような診療所のモデルも考えられる。人件費を抑えながら医療へのアクセスを確保する方法を考えるべき」と提案した。

オンライン診療も人口減少地域の医療アクセスを確保する一つ的手段となる。古川氏は、医療法改正によって公民館、郵便局、駅構内のブースなどを利用する「オンライン診療受診施設」の仕組みを人口減少地域において積極的に活用すべきとの考えを示した。同時に、「安易に広げれば不適切な薬剤処方などにつながる」との懸念も表明。無理に広げるのではなく、それぞれのケースで有効性を見極めながら活用の場を広げていくことが重要との考えを示した。

医療DXについては、電子カルテの普及に言及。「診療所などではクラウドネイティブ型の電子カルテ導入を進める」が、大病院向けのクラウドネイティブ型電子カルテは開発に時間を要している。当面は、「院内に設置するパッケージ型であっても政府のDXサービスと標準的に接続できる製品を、できるだけカスタマイズせず導入する方法も考えている」と述べた。

医師に「新たな活動領域が必要」

最後に、医師が今後、「医療者としての誇りを持ちながらキャリアを続ける」には、新たな活動領域を考える必要があるとの考えを強調した。今後の医療需要を見越すと、領域によっては従来の医療需要は縮小する。「高度な専門性を持つ医師が臨床現場を離れて美容医療などに集中しなくても、専門医療を続けながら十分な収入を得られる環境をつくる必要がある」と述べ、保険診療と自由診療の組み合わせが選択肢になり得ると主張した。

具体的には、「日本のインバウンド医療は、通常の保険診療を行いながら片手間で外国人患者を受け入れる形が多く、海外との競争では十分ではない。インバウンド医療を本格的な事業として行う医療機関や、外国人患者を受け入れるためのオペレーションを整備する必要がある。高い付加価値を提供すれば、相応の費用を支払う外国人患者を呼び込む余地がある」と述べた。

「厚生労働省は、本気です」「報酬と構想は結びつく」

埼玉学会2026 学会企画 1

佐々木医政局長「医療人のモラルやモチベーションを損なう政策は行わない」

厚生労働省の佐々木昌弘医政局長は9月12日、埼玉学会の「学会企画1」で登壇し、「新たな地域医療構想」策定に向けたガイドライン作りに取り組んだ医政局地域医療計画課の課長が、診療報酬改定を所管する保険局医療課の課長に就いた今夏の人事異動などに言及し、「厚生労働省がいかに地域医療構想を実現するか、そしてそれを診療報酬とも結びつけるかという姿勢の表れと受け取ってよい」と述べ、省をあげて2040年に向けた新たな地域医療構想の実現に取り組むとの意思を強調。「厚生労働省は、本気です」と意気込みを示した。

全日病・神野会長に直談判で登壇

佐々木局長は医政局長に就任後、同学会会場の医療関係者に直接話したいと考え、約2週間前に全日病の神野正博会長に申し出た経緯を説明。地域医療構想と診療報酬が本当に連動するののかとの問いに対しては、「今回のその人事を見てください」と明言した。

医政局長を務める自身の姿勢にも言及。「良い医療、患者のための医療を実際に担うのは医療人」との認識を示し、「医療人のモラルやモチベーションが下がるような、医療人魂が汚されるような政策は絶対に行いません。そのことはまず申し上げます」と強調。具体的な手段として診療報酬に触れた上で、「加えて、税制も重要。さまざまな政策ツールを駆使して取り組む」と表明した。

「守る」ではなく「闘う」

前職の厚労省大臣官房危機管理・事務技術総括審議官を務めていた際は、「国民の生命や生活を『守る』という言

葉をよく使っていたが、医政局に移ってからの約1カ月は『闘う』という表現をよく使う」と明かし、政府の2027年度予算案編成に向けた概算要求で、「老朽化した施設の建替えなどにどう取り組むか、医療人魂やモラル、モチベーションをどう守るかを、省内外、局内外に問い掛けている」と述べ、同企画の会場に集まった参加者らに共闘を呼びかけた(「病院の老朽化対策の財政支援」については全日病ニュース9月15日号を参照)。

同企画は「新たな地域医療構想をどう実装するか」をテーマに、「新たな地域医療構想」の策定に向けたガイドライン作りの基になった報告書をまとめた「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)で構成員を務めた全日病の猪口正孝副会長が座長を務め、4人の演者がガイドラインの読み方や、データ分析、地域ごとの実装、慢性期・精神科医療の役割などについて現状を報告。構想区域や県境を越える連携、高齢者救急を巡って討論した。

日医・今村常任理事

「現場の声を調整会議に上げる必要」

日本医師会の今村英仁常任理事は、構想を担う医政局と診療報酬を担う保険局では政策の時間軸が異なると指摘。病院は双方の動きを見ながら、自院の将来を考える必要があるとの見方を示した。GLについては、全国共通の原則だけでなく地域の実情に応じて調整会議で議論する余地を重視。「原則だけが一律に適用されないよう、医師会や病院が現場の声を上げる必要がある」との考えを示した。市町村や介護

関係者の参画を求め、医療・介護を一体で考える重要性も強調した。

また、高齢者救急は年齢だけでは線引きできず、地域で受け皿や搬送のあり方を検討すべきとも述べた。

滋賀医科大・小林特任教授

「単純なデータ分析だけでは不十分」

滋賀医科大学医療データサイエンスセンターの小林大介特任教授は、自身が地域医療構想アドバイザーとして関与した兵庫県のほか、富山県での分析を紹介。病床数の合計を必要量に合わせるだけでは、地域に必要な医療は確保できないと指摘し、同じ病床数でも病院の規模や配置で提供できる医療は異なるため、患者の将来需要と各病院の機能を把握する必要があるとの考えを示した。

公開データには時間差があるため、病院から直接集めたデータの活用が有用との見方も示した。分析結果と病院への聞き取りを組み合わせ、機能分化・連携の議論につなげると実効性が高まるとの認識も示した。「押し付けるものではなく、現状と将来像を共有し、実現可能な道筋を考える」ための「目先の利益の最大化だけを追わず、地域で長く医療を続ける視点」の重要性も強調。新たに設ける「医療機関機能」のうち人口規模などに応じて集約化する方向性の「急性期拠点機能」については、全身麻酔手術や救急搬送の総件数だけでなく、疾患や時間外の対応内容まで見るべきと主張した。

西部総合病院・西村理事長

「圏域ごとに困難は異なる」

医療法人聖仁会西部総合病院の西村

直久理事長は、埼玉県のさいたま、北部、秩父の3圏域を取り上げ、異なる人口構造や受療行動に即した対応を示した。県の構想区域は二次医療圏と一致する10区域とする方針を説明。都市部と山間部を抱える県内でも、同じ手法では対応できないと解説した。

さいたま圏域では、高齢者救急を地域の病院が受け止め、高度な医療が必要なら拠点病院へ送り、治療後は地域へ戻す役割分担を重視。北部圏域では、群馬県の公立藤岡総合病院などが県境を越えて患者を受け入れている実態を紹介。受け入れ側も人口減少や高齢化に直面しており、自治体間の費用負担が課題になると説明した。県境での連携・補完関係の構築は容易でないとの認識も示した。秩父では現行の構想区域を維持し、圏域内の医療を守り、高度医療は圏域外との連携で確保しつつ、遠隔支援にも取り組んでいる。

横浜病院・北島理事長

「慢性期医療は在宅、介護と一体」

医療法人社団元気会横浜病院の北島明佳理事長・院長は、慢性期・精神科医療を在宅医療や介護施設と一体で捉える必要性を指摘。慢性期医療には、治療、リハビリテーション、生活支援、看取りを患者の状態に応じて組み合わせる多様な役割があると述べた。

高齢者医療では、治癒や退院などの結果だけでなく、食事や排せつなど本人の生活に即した目標と、その過程の評価が重要だと説明。身体面に加えて心理・社会面も捉え、多職種で長く関わるのが、限られた資源の中で高齢者を支える力になるとした。

精神医療に関する地域医療構想、2026年度末にGL

精神医療に関する地域医療構想WG 初会合で厚労省が「具体的な議論の視点」など提示

厚生労働省が「精神医療に関する地域医療構想」に関する具体的な検討を開始した。2026年度末を目途にガイドライン(GL)を作成し、都道府県に対して2028年度末までに精神医療を含む地域医療構想を策定するよう求める計画だ。9月2日、「精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ(WG)」(尾形裕也座長)の初会合を開き明らかにした。

4つの`視点、と3つの検討事項でキックオフ

同WGの主な検討事項は◇2040年における精神医療の課題とそれを踏まえた地域医療構想における取組の内容◇精神医療における医療機関機能の考え方◇精神医療に係る医療機関機能報告及び病床機能報告の内容◇必要病床数の推計方法一など。同日は、厚労省が「2040年頃を見据えた精神医療提供体制の視点」として、次のとおり4つに分けた内容を提示した。

○2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定され、医療全体の取組として、増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められており、2040年に向けた地域医療構想の議論が進められている。こうした中、新たな地域医療構想において精神医療が位置付けられたことを受け、医療全体の取組について精神医療も含めて考えることとなる。併せて、これまでの精神保健医療福祉の歩みや実情に鑑みながら精神医療を取り巻く課題にも対応していくことが重要である。

○例えば、2040年を見据えると、医療全体における課題に加えて、精神病床における長期入院患者数は大きく減少していくものの、早期に精神症状の安定等を目指す医療や地域生活に向けた包括的な支援を提供する医療等については、今後も必要になることが見込まれる。また、高齢化の進展等に伴い、精神疾患と身体疾患を同時に有する患者の増加も見込まれ、精神科医療機関における受け入れ体制及び精神科以外の医療との連携体制の構築を行っていく必要がある。そのため、これまで精神疾患に係る医療提供体制について、独自の医療圏域に基づき整備が行われることが多かったが、精神科及び精神科以外の診療科が協力して地域ごとの課題を共有し、必要な取り組みを進めていくことが重要である。

○さらに、精神疾患を有する患者については、日常生活を継続するための様々な支援が必要なことが多く、これまでも「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築等を進めてきた。今後、より一層、支援の必要性が増していくことから、これまで以上に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の取組の推進及び連携体制の構築を加速していくことが求められる。

○こうした課題等に対応するため、精神医療における病床機能・医療機関機能の明確化や医療需要の推計を通じて、将来にわたって誰もが安心して信頼できる、良質かつ適切な精神医療の提供体制の確保を目指してい

くことが重要。

その上で、「具体的な議論の視点(イメージ)」として、2040年を見据えると精神病床における高齢化の進展などに伴い、身体合併症等を有する患者の増加や、入院患者数の減少や病床利用率の低下が見込まれると説明。また、入院患者の状態や疾病構造の変化なども見込まれていると指摘した上で、「全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制の構築を目指す」と表明。地域医療構想全体の方向性を踏まえながら、将来にわたって誰もが安心して信頼できる「良質かつ適切な精神医療の提供体制を確保していく」との方針を示した。その上で、具体的には、以下の3点について検討する考えを示した。

中長期的な医療ニーズの変化を見据えた良質かつ適切な精神医療の提供体制の確保：

身体合併症を有する患者の増加、入院患者の年齢構成や疾病構造の変化等、中長期的な医療ニーズの変化が見込まれる中でも、心身の状態に応じた適切な医療を受けることができる医療提供体制を構築する。

病床及び医療機関の役割の明確化を通じた地域での連携・機能強化：

早期に精神症状の安定等を目指す医療体制の維持、一般医療と連携して円滑に診療できる体制の構築、地域生活を支える支援体制の充実を図るため、病床及び医療機関の役割の明確化を通じた地域での連携・機能強化を図る。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の加速：

精神疾患を有する患者については、日常生活を継続するための様々な支援が必要なことが多く、今後の高齢化の進展等に伴い、より一層、保健・福祉・介護等の支援の必要性が増していくことから、これまで以上に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の取組の推進及び連携体制の構築を加速する。

総合病院を含めた連携体制が必要

厚労省が7月3日付で公表した「新たな地域医療構想」の策定に向けたガイドライン作りの基になっている報告書を取りまとめた「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)でも構成員を務めた日本病院会副会長の岡俊明構成員は、「総合病院を含めた連携体制の構築が必要」と意見。「新たな地域医療構想」の策定に向けて各地で議論が進む「構想区域」との整合性を考慮すべきとの考えも示した。

日本医師会常任理事の江澤和彦構成員は、「一般医療の地域医療構想と同様に、大都市部、中都市部、人口の少ない地域に分けて検討する必要がある」との認識を示しつつ「一方で精神医療は都道府県全体で考えていく視点も大変重要になる」

も、一般医療に比べてより広域になると思われるので、地域の実情に応じてデータに基づいた検討が必要」と述べ、「構想区域がより広域になる場合の患者さんのアクセス」については、「検討課題になる」との問題意識も示した。

加えて「身体合併症においては一般の地域医療構想とリンクしていく必要がある」との認識を示し、すり合わせが可能なのかも含めた検討の必要性を指摘した。

日本精神科病院協会常務理事の櫻木章司構成員は、「構想区域」や「病床機能区分」など根幹に関わる部分では「ゼロベースの議論」が必要と求めた。「例えば我々の方で独自にこう考えるというような提案をさせていただく場面もあるかもしれない」と述べ、議論の余地を残した進め方が必要と訴えた。

精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ 構成員名簿	
栗田 主一	認知症介護研究・研修東京センター長
家保 英隆	高知県理事(保健医療担当)
岩上 洋一	一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
岡田 久美子	公益社団法人全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと) 理事長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
岡 俊明	一般社団法人日本病院会副会長
彼谷 哲志	一般社団法人日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構普及委員
北村 立	公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事
吉川 隆博	日本精神科看護協会会長
桐原 尚之	全国「精神病」者集団運営委員
黒田 直明	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 公共精神健康医療研究部長
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
田中 裕記	一般社団法人日本総合病院精神医学会
長瀬 幸弘	公益社団法人日本精神科病院協会理事
橋本 美穂	公益社団法人日本看護協会常任理事
藤井 千代	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部長
松田 晋哉	福岡国際医療福祉大学長
厚労省資料を一部改変	

精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループの進め方について（案）

- 本ワーキンググループにおいては、主に、
 - 2040年に向けた精神医療提供体制の基本的な方向性
 - 構想区域、必要病床数、医療機関機能・病床機能等の制度枠組み
 - 一般医療との連携をはじめとする個別の課題や取組についての協議の場の設定や方向性の確認を検討の対象とし、一般医療における地域医療構想の内容を踏まえながら議論を進めることとする。
その上で、策定された地域医療構想の実現に向けた具体的な施策や、外来医療・在宅医療、介護・福祉との連携等については、これまでの医療計画等における取組も踏まえながら、実行計画である第9次医療計画を見据えながら検討を行い、上記の構想全体の枠組みを踏まえた課題認識や基本的な方向性を位置付ける。

精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ

〈主として取り扱う議題〉

- 構想全体の枠組み
- 精神医療に係る総論的事項
- 構想区域
- 地域医療構想調整会議
- 各関係者に期待される役割
- 病床機能区分、必要病床数の推計方法
- 医療機関機能・報告制度 等

連携

関係する審議会・検討会等

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- 精神保健福祉法における入院医療による支援
- 気分障害、依存症、ストレス関連障害等の対策
- 精神保健指定医の資質等の確保に向けた取組 等

新規26施設を指定、特定行為研修の研修機関

医道審

保助看分科会「看護師特定行為・研修部会」

厚生労働省は8月28日付で保健師助産師看護師法に基づく特定行為研修の指定研修機関として新規に計26施設を指定したと発表した(図表)。同時に申請があった領域別パッケージ研修は計10件を承認した。

また、特定行為区分の変更申請については計29件を承認し、併せて申請のあった領域別パッケージ研修は計7件認めた。医道審保助看分科会「看護師特定行為・研修部会」(国土典宏部会長)での審議を踏まえた決定。詳しくは厚生労働省ホームページなどを参照。
https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/001742549.pdf

所在 都道府県	医療機関名称	特定行為区分数	特定行為区分	認定する領域別パッケージ
北海道	医療法人 王子総合病院	7	呼吸器(気道確保に係るもの) 関連等	・集中治療領域
北海道	江別市立病院	11	呼吸器(長期呼吸療法に係るもの) 関連等	・在宅・慢性期領域等
北海道	社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院	1	栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連	
北海道	市立三笠総合病院	1	創傷管理関連	
青森県	青森県立中央病院	7	呼吸器(気道確保に係るもの) 関連等	
青森県	国立大学法人弘前大学大学院保健学研究科(博士前期課程)	21	循環器関連等	
宮城県	大崎市民病院	6	動脈血液ガス分析関連等	
山形県	公益社団法人山形県看護協会	4	ろう孔管理関連等	・在宅・慢性期領域
山形県	米沢市立病院	6	術後疼痛管理関連等	・周術期麻酔管理領域
茨城県	学校法人常磐大学大学院看護学研究科修士課程	8	血糖コントロールに係る薬剤投与関連等	
茨城県	筑波大学大学院 人間総合科学学術院 人間総合科学研究群 看護科学学位プログラム 診療看護師養成課程	20	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連等	
埼玉県	所沢ロイヤル病院	4	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連等	・在宅・慢性期領域
千葉県	医療法人社団 誠馨会新東京病院	19	透析管理関連等	・外科術後病棟管理領域等
東京都	医療法人財団 日扇会第一病院	4	血糖コントロールに係る薬剤投与関連等	
東京都	学校法人日本大学 医学部附属板橋病院	2	創傷管理関連等	
東京都	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院	2	術後疼痛管理関連等	
東京都	東京慈恵会医科大学附属病院	4	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの) 関連等	
神奈川県	医療法人社団こうかん会 日本鋼管病院	4	動脈血液ガス分析関連等	
神奈川県	公益財団法人 横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院	4	栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理) 関連等	
静岡県	浜松医療センター	6	呼吸器(気道確保に係るもの) 関連等	・周術期麻酔管理領域
兵庫県	医療法人喜望会	4	ろう孔管理関連等	・在宅・慢性期領域
和歌山県	東京医療保健大学大学院 和歌山看護学研究科看護学専攻	9	呼吸器(長期呼吸療法に係るもの) 関連等	・在宅・慢性期領域
広島県	医療法人社団 生康会谷本医院	5	創傷管理関連等	
山口県	地方独立行政法人 下関市立市民病院	4	呼吸器(人工呼吸療法に係るもの) 関連等	
熊本県	独立行政法人国立病院機構熊本再春医療センター	1	呼吸器(長期呼吸療法に係るもの) 関連	
鹿児島県	国立大学法人鹿児島大学大学院保健学研究科保健学専攻博士前期課程看護学領域看護学分野	13	呼吸器(気道確保に係るもの) 関連等	・在宅・慢性期領域等

厚生省資料を一部改変

2026年度 第2回理事会・第5回常任理事会・第1回支部長会の抄録 8月29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。

宮城県 医療法人財団弘慈会石橋病院
院長 小林 恒三郎

群馬県 医療法人中央群馬脳神経外科病院
院長 永井 睦

群馬県 医療法人和光会光病院
院長 大嶋 桜太郎

東京都 学校法人国際医療福祉大学三田病院
院長 池田 佳史

新潟県 社会医療法人崇徳会大島病院
理事長 田宮 崇

岡山県 一般財団法人倉敷成人病センター
院長 梅川 康弘

結果、在籍正会員数は合計2,598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。

福岡県 博多健診内視鏡クリニック
院長 高津 憲之

退会が1件あり、結果、在籍準会員数は合計194会員となった。
- 賛助会員として以下の入会について審議し、承認した。

東京都 株式会社Cozy
(代表取締役社長 奥村 慶太)
- 2027年4月に施行となる育成就労制度に伴い、監理支援機関(全日病)と契約する人材送出機関として、ベトナムのVINACORE 国際コンサルティング・サービス・貿易株式会社、NEW SAO KIM、ネパールのKizuna HR Solutions、MOPL、SUCCESS NEPALとの業務提携について説明があり、審議し、承認した。
- 監理支援機関の許可申請に必要な規程等について説明があり、審議し、

- 承認した。
- 総務・財務委員会 委員長の交代について説明があり、審議の結果、承認した。

新委員長：小平 祐造 常任理事
(元総務・財務委員会副委員長)
- 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>
広島県 社会福祉法人恩賜財団済生会支部広島県済生会済生会呉病院
院長 伊藤 博之

青森県 公益財団法人青森県総合健診センター
理事長 中路 重之

青森県 公益財団法人青森県総合健診センター附属あおもり健康管理センター
理事長 中路 重之

宮城県 一般財団法人周行会上杉クリニック
院長 唐橋 昌子

石川県 一般社団法人スコール金沢スコール金沢健診ステーション
院長 五十嵐 裕太

和歌山県 医療法人千徳会桜ヶ丘病院
理事長 成川 暢彦

人間ドック実施指定施設は合計503施設となった。
- 群馬県支部事務局の変更にたいして説明があり、審議し、承認した。
- 群馬県・岡山県支部事務局業務委託覚書の変更にたいして説明があり、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、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。

「高齢者医薬品適正使用検討会」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。

「医師養成課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。

「全日本病院協会／日本医療・病院管理学会 持続可能な医療提供体制に向けた共同タスクフォース」について報告があり、質疑が行われた。

「医療と消費税に関する国民会議」の設立趣意書の説明があり、質疑が行われた。
- 令和8年熊本地震に関するAMATの活動状況について

AMATの活動状況について報告があり、質疑が行われた。また、災害支援金の募集を開始したと報告があった。
- 2026年度病院経営定期調査の実施について

2026年度病院経営定期調査は、日本病院会、日本医療法人協会、当協会の三団体で実施するとの報告があり、質疑が行われた。
- 人間ドック実施指定施設の新規申請進捗状況について

2025年度・2026年度の新規申請数及び今後の実情調査予定件数について説明があり、質疑が行われた。
- 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
福島県 かしま病院
東京都 野村病院
東京都 荒木記念東京リバーサイド病院
新潟県 新発田リハビリテーション病院
岡山県 水島中央病院
佐賀県 なゆたの森病院
熊本県 江南病院

◎一般病院2
山形県 篠田総合病院

- 茨城県 牛久愛和総合病院
- 神奈川県 菊名記念病院
- 京都府 京都桂病院
- ◎慢性期病院
奈良県 奈良東病院
福岡県 水戸病院
- ◎精神科病院
栃木県 鹿沼病院
- 2026年7月10日現在の認定病院は合計2,207病院。そのうち本会会員は929病院と、会員病院の35.8%、全認定病院の42.1%を占めている。
- 各委員会報告について

学術委員会委員長の池井常任理事より、2028年度夏期研修会(沖縄)について、当初予定していた8月最終週は観光シーズンのため航空券、宿泊費が高騰すること、また台風による欠航リスクも高いことから、9月第1週に変更するとの報告があった。
- 厚生労働省、日医、各団体報告について

2026年8月21日に四病協として「令和9年度税制改正要望の重点項目について」要望書を上野厚生労働大臣に提出したと報告があった。

2026年7月30日に日病協として「新型コロナウイルス感染症治療薬の診療報酬上の取扱いに関する緊急要望書」を上野厚生労働大臣に提出したと報告があった。

一般社団法人日本専門医機構理事会(第2回)の報告が行われた。

【主な討議事項】

- 控除対象外消費税について

津留英智常任理事が雑誌「社会保険旬報」(No.3008・2026年8月11日)に寄稿した「医療DXとインボイス制度が実現する『ステルス・ゼロ税率』への転換【構想編】」について説明があり意見交換した。津留常任理事が提案する「日本型Rebateシステム」について、当協会として推奨していく方向性を確認し、今後実現に向けた課題等について討議した。

■ 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
AMAT 隊員更新研修 50名	eラーニング研修： 2026年10月1日(木) ～12月31日(木) (視聴可能期間)	9,350円(10,450円)(税込)	AMAT 隊員(資格の有効期限が切れた方を含む)を対象に、全日病が組織する「災害時医療支援活動班」(All Japan Hospital Medical Assistance Team＝AMAT)の隊員として活動するため資格の更新に必要な5単位を付与するeラーニング研修。計14のプログラムを好きな順番で視聴して学ぶ。AMAT 資格の更新には資格取得から5年以内に5単位の取得が必要だが、本研修は認定期間内に更新できなかった方も対象とする。本研修で5単位を得て更新する場合は、「元の期限の翌日」から5年間有効となる。
急性期病院看護管理者研修 48名	2026年10月1日(木) ～2027年1月31日(日)	240,000円(360,000円)(税込)	看護師長または同等職経験5年以上を対象に、急性期病院の機能強化を支える看護管理者を育成する。「急性期病院一般入院基本料」の施設基準で求める「所定の研修」に該当する、①病院組織管理②医療の質の確保・医療安全③多職種連携・人的資源の活用④医療DXを含む業務の効率化一で内容を構成。また、通学不要で「eラーニング163時間」+「課題研究8時間」+「オンライン演習16時間」の計187時間を、自施設にしながら受講可能とする。2026年度の診療報酬改定により、急性期病院は病院全体の機能・実績で評価される時代を迎えた。これまで以上に重要となっている看護管理者の役割についてじっくり学ぶ研修とし、修了の要件を充たした場合は修了証を発行する。
もう今更聞けない ～ゼロから学ぶRPA導入と活用事例～ 100名	2026年10月22日(木) 13:00～16:00 Web研修 (後日アーカイブ配信あり・見逃し視聴OK)	6,600円(9,900円)(税込)	「DX(デジタルトランスフォーメーション)初心者向け」をコンセプトに、全日病の医療DX検討委員会が医療現場における実務的・実践的なRPA(Robotic Process Automation)の導入・活用を学ぶ場を提供する。医療分野のRPA普及・推進に取り組む、メディカルRPA協会から総論をご講演いただき、実際にRPAを導入・活用されている恵寿総合病院と相澤病院から、現場の実情に即した具体的な取り組みをご発表いただく予定。恵寿総合病院は2021年にRPAを導入され、職員が兼任で130体以上のロボットを開発・運用し、年間1万2,000時間の業務削減を達成。生産性向上とタスクシフトによる働き方改革を推進している。相澤病院はDX推進室を中心にRPAにより業務効率化。スマートフォン、AI問診、生成AIの全院導入など多様なツールを融合して医療現場のDXに取り組んでいる。
医療QMS Webセミナー 100名	2026年10月31日(土) 13:00～16:30 Web研修 (後日アーカイブ配信あり・見逃し視聴OK)	8,800円(9,900円)(税込)	病院経営の質向上に貢献する経営科学・管理技術であるTQM(Total Quality Management)を実現するために組織的な質の管理・改善を図る仕組みである「QMS」(Quality Management System)の導入・定着について学ぶ研修。今回は、①仙台医療センター(宮城県、一般・精神660床)②調布東山病院(東京都、一般83床)、③大久野病院(東京都、回りハ・療養100床)一による事例報告から、現場で実践できるヒントが得られる内容を予定している。
特定保健指導実施者 初任者研修 60名	2026年11月3日(火・祝) 9:00～17:50 集合研修	22,000円(33,000円)(税込)	高齢者医療確保法に基づく特定健康診査・特定保健指導制度における「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」に記載の「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2年程度までの医師・保健師・管理栄養士・歯科医師のほか、当協会主催の「特定保健指導専門研修・食生活改善指導担当者研修」を修了した看護師・栄養士・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士が対象。なお、本研修は「保健指導士(AJHAヘルスマネージャー)食生活改善指導担当者」の更新のための単位(2単位)に該当する。
看護師特定行為研修 修了者のための フォローアップ講習 28名(7名×4グループ)	2027年1月23日(土) 13:00～17:00 Web研修	16,500円(27,500円)(税込)	特定行為研修修了者を対象に、情報伝達フレーム「SBAR(エスパー)」(Situation＝状況、Background＝背景、Assessment＝評価、Recommendation＝提案の4要素で構成)を用いた医師への報告や、再発防止策の検討などについてグループワークも交えながら実践的に学ぶ。3部構成で、第1部ではリスク構造とヒューマンファクターについて講義形式で学ぶ。第2部では「推論Qスペシャル版」と題し、特定行為実施過程で生じうるヒューマンファクター関連のインシデントについて検討。第3部では「特定行為が医療事故に繋がらないために」をテーマに、Zoomによるグループワークで根本原因分析などについて学ぶ。
TQM実現のための 医療QMS基礎講座 【演習編】 60名	2027年2月13日(土) 10:00～16:00	15,400円(22,000円)(税込)	病院の理事長、院長、看護部長、医療の質/安全担当者を主な対象に、TQM(Total Quality Management:総合的質経営)を実現するための仕組みとして「QMS」(Quality Management System:質マネジメントシステム)について学ぶ研修。誰もが同じようにサービスを提供し続けるためには、業務の「見える化」と「標準化」が不可欠。実践的なツール「PFC」(Process Flow Chart:プロセスフローチャート)で業務の流れを図式化し、複雑な医療現場の業務を可視化。問題点の発見や手順の標準化に活用する。具体的には、①調布東山病院(東京都、一般83床)、②大久野病院(東京都、回りハ・療養100床)、③古賀総合病院(宮城県、一般・精神362床)の事例報告に加え、QMS-H研究会の研究者である佐野雅隆先生(拓殖大学教授)によるご講演を予定。医療の質を管理・改善し続けるための枠組み、業務の標準化や継続的改善活動を通じて、医療の質と経営の両立を目指す。