

医論・医見・私点

全日本病院協会会長 神野正博

守るために、変える

人口減少社会において、私たちは今、「何を守り、何を变えるのか」という根源的な問いを突きつけられている。

先日、兼ねてから親交のある増田寛也氏が「人口急減社会に於ける地域医療の再構築」と題する記事中で述べた考えを読んだ。そこでは、人口減少対策には、減少そのものをできるだけ抑える「緩和」と、人口が減少することを前提として社会の仕組みを変える「適応」の両輪が必要であると説かれている。出生率を高める取り組みはもちろん重要である。しかし、その効果が人口構造に現れるには長い時間を要する。

したがって、当面避けることのできない人口減少を直視し、人口が少なくなっても暮らしを維持できる社会へとつくり変えていかなければならない。

これは、そのまま医療にも当てはまる。2040年に向けて、生産年齢人口は急速に減少する一方、85歳以上の高齢者は増えていく。つまり、医療需要がなくなるのではない。医療を必要とする人々を、より少ない働き手で支えなければならないのである。これまでの人員配置や病床、医療機能をそのまま未来へ延長する「現状投影型」の発想では、地域医療の持続可能性は担保できない。

では、私たちは何を守るのか。

守るべきものは、今ある病床数でも、病院という建物でも、ましてや過去につくられた制度そのものでもない。国民が、住む場所や年齢にかかわらず、

必要な時に必要な医療へアクセスできるという安心である。そして、医療の質、国民皆保険、さらには地域で最期まで暮らし続けることのできる生活を守ることである。

そのためには、変えなければならない。病院の機能、病床の配置、医療圏のあり方、人員配置基準や働き方、医療と介護の境界、さらには「病院の中で医療を完結させる」という発想そのものを変える必要がある。高度急性期医療は集約させ、人口の少ない地域では多機能型の病院が医療・介護・福祉・生活支援をつなぐ。DX、AI、データ、ロボティクス、遠隔医療を徹底して活用し、場所と人の制約を越えて医療へのアクセスを再設計する。すなわち、「人を増やして医療を維持する」時代から、「生産性を高めて医療を維持する」時代への転換である。

新しい「医療人魂」で改革を

「改革」という言葉は、ともすれば「削減」「統廃合」「撤退」と同義に語られる。しかし、私はそうは思わない。変えることそのものが目的なのではない。守りたいものがあるからこそ、変えるのである。逆に言えば、変えないことが守ることではない。現状維持に固執することで、本当に守るべき地域医療そのものを失ってはならない。

何を守り、何を变えるか。

そして、守るために、変える。

この覚悟こそが、人口減少という不可逆の変化に正面から向き合い、2040年以降も持続可能な地域医療を次世代へ紡いでいく、新しい「医療人魂」ではないだろうか。

病院耐震化率82.1%に、回答率100%

厚労省の令和7年調査

拠点病院は97.2%、「それ以外」は80.5%

厚生労働省が2025年10月に実施した「病院の耐震改修状況調査」(令和7年調査)によると、「全ての建物に耐震性がある」と認められる病院(耐震化率)は82.1%だった。

2023年に実施した前回調査からは1.6ポイント増となった。地震発生時に医療拠点となる「災害拠点病院」と「救命救急センター」を合わせた計783病院(拠点病院)の耐震化率は前回調査比1.2ポイント増の97.2%。「令和7年調査」で対象になったすべての病院から拠点病院を除く「それ以外の病院」の耐震化率を機械的に算出すると、80.5%となる。拠点病院との差は16.7ポイントだった。9月18日に厚労省が公表した。

全国8030施設が回答

「令和7年調査」は、都道府県に対し実施し、回答率が100%。対象となった8030病院の状況を網羅している。内訳は、拠点病院が783施設、「それ以外の病院」が7247施設。

耐震化の状況については、◇全ての建物に耐震性がある病院数◇一部の建物に耐震性がある病院数◇全ての建物に耐震性がない病院数◇建物の耐震性が不明な病院数(耐震診断未実施)一に分けて集計。耐震化率は「全ての建物に耐震性がある病院数」を用いて算出した。

2018年に閣議決定した政府目標 2023年度に達成も2割は未耐震化

耐震化については、政府が2018年12月14日に閣議決定した「防災・減災、国土強靱化のための3か年緊急対策」で、2020年度までに「病院全体の耐震化率80.0%」と目標を掲げた。厚労省によると2023年度に達成している。拠点病院の一部と、「それ以外の病院」では約2割の病院で耐震化が完了していない状況(耐震診断未実施を含む)をどのように考えるかは、今後の論点になり得る。

耐震化率最高は島根、最低は福島

全病院の都道府県別でみると、耐震化率が最も高かったのは島根県の95.7%。次いで富山県(95.1%)、山形県(93.9%)、静岡県(92.8%)、秋田県(92.2%)、大分県(91.3%)、宮城県(90.3%)など。

反対に、耐震化率が最も低かったのは福島県で69.0%。このほか京都府(72.0%)、長崎県(76.6%)、兵庫県(77.0%)、山口県(77.2%)、北海道(78.5%)などが僅差で続いている。

「建物の耐震性が不明な病院数(耐震診断未実施)」が2桁に及ぶ地域もある。北海道(69施設)、東京都(58施設)、福岡県(51施設)、大阪府(45施設)、埼玉県(43施設)、兵庫県(34施設)、京都府(22施設)、神奈川県(19施設)など。同病院数が「0」なのは島根県のみだ。全国的に何かしらの理由で1〜数十件の範囲で耐震診断を実施していない病院が残っている。

拠点病院は31道府県で耐震化100%

拠点病院では、31道府県が100%に到達。耐震診断未実施の病院も0施設だった。対象病院数が最も多い東京都は、拠点病院84施設中83施設が耐震化対応済で98.8%となっている。

拠点病院の耐震化率が低いのは、福島県(83.3%)、奈良県(85.7%)、山口県(86.7%)、大阪府(88.9%)、広島県(89.5%)などだが、いずれも耐震化が済んでいないのは残り1〜2施設となっている状況で、計20施設が「一部の建物に耐震性がある病院」だ。さらに、「全ての建物に耐震性がない病院」も計2施設存在する。内訳は、青森県と沖縄県にそれぞれ1施設ずつ。

本号の紙面から			
ひらけ、病院！	2面		
中小病院の経営の柱	3面		
介護報酬改定へ全日病が要望	4面		

全病院

都道府県	調査病院数	回答病院数	耐震化率
北海道	526	526	78.5%
青森	87	87	82.8%
岩手	91	91	82.4%
宮城	134	134	90.3%
秋田	64	64	92.2%
山形	66	66	93.9%
福島	126	126	69.0%
茨城	168	168	81.0%
栃木	106	106	80.2%
群馬	127	127	88.2%
埼玉	341	341	78.6%
千葉	289	289	84.8%
東京	632	632	82.3%
神奈川	332	332	83.7%
新潟	114	114	84.2%
富山	103	103	95.1%
石川	89	89	84.3%
福井	67	67	82.1%
山梨	59	59	84.7%
長野	120	120	84.2%
岐阜	94	94	84.0%
静岡	167	167	92.8%
愛知	304	304	83.6%
三重	92	92	88.0%
滋賀	58	58	79.3%
京都	161	161	72.0%
大阪	497	497	78.7%
兵庫	344	344	77.0%
奈良	74	74	85.1%
和歌山	81	81	81.5%
鳥取	43	43	86.0%
島根	46	46	95.7%
岡山	156	156	78.8%
広島	227	227	82.8%
山口	136	136	77.2%
徳島	101	101	85.1%
香川	84	84	79.8%
愛媛	132	132	84.1%
高知	117	117	81.2%
福岡	442	442	79.2%
佐賀	95	95	81.1%
長崎	141	141	76.6%
熊本	198	198	83.8%
大分	149	149	91.3%
宮崎	129	129	83.7%
鹿児島	231	231	82.3%
沖縄	90	90	90.0%
全国計	8030	8030	82.1%

厚労省資料を一部改変

拠点病院

都道府県	調査病院数	回答病院数	耐震化率
北海道	34	34	100.0%
青森	10	10	90.0%
岩手	11	11	100.0%
宮城	16	16	100.0%
秋田	13	13	100.0%
山形	7	7	100.0%
福島	12	12	83.3%
茨城	18	18	100.0%
栃木	13	13	92.3%
群馬	17	17	100.0%
埼玉	22	22	100.0%
千葉	27	27	100.0%
東京	84	84	98.8%
神奈川	35	35	94.3%
新潟	14	14	100.0%
富山	9	9	100.0%
石川	11	11	100.0%
福井	9	9	100.0%
山梨	11	11	90.9%
長野	13	13	100.0%
岐阜	13	13	100.0%
静岡	23	23	100.0%
愛知	38	38	94.7%
三重	17	17	94.1%
滋賀	11	11	100.0%
京都	13	13	100.0%
大阪	18	18	88.9%
兵庫	20	20	95.0%
奈良	7	7	85.7%
和歌山	10	10	100.0%
鳥取	4	4	100.0%
島根	10	10	100.0%
岡山	12	12	91.7%
広島	19	19	89.5%
山口	15	15	86.7%
徳島	11	11	100.0%
香川	10	10	100.0%
愛媛	8	8	100.0%
高知	12	12	100.0%
福岡	33	33	97.0%
佐賀	8	8	100.0%
長崎	14	14	100.0%
熊本	17	17	100.0%
大分	14	14	100.0%
宮崎	13	13	100.0%
鹿児島	14	14	100.0%
沖縄	13	13	92.3%
全国計	783	783	97.2%

厚労省資料を一部改変

ひらけ、病院！互いに持ち寄り、応援しあう「供創」で

全日本病院学会in埼玉2026 学会企画3

異分野共創がひろく、病院の新たな景色

病院が持つ人材や専門性、場所、信用を地域に`ひらいて、異分野の人々と新たな価値をつくる――。全日本病院学会in埼玉2026の学会企画3「異分野共創がひろく、病院の新たな景色」では、全日病の広報委員会特別委員なども務める病院マーケティングサミットJAPAN代表理事の竹田陽介氏が座長を務め、病院と航空会社、地域企業、教育機関などとの「共創」を紹介した。患者サービスの改善から職員の主体性、地域との信頼関係、次世代の医療人材の育成へと広がる取り組みの数々を共有した。

コメンテーターとして、国立がん研究センター中央病院の瀬戸泰之病院長、医療法人社団東光会戸田中央総合病院の佐藤信也院長、社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院の神野正隆理事長補佐の3名が参加し、登壇者らとのやりとりで会場を盛り上げた。

「共創」から「供創」へ 敬意と感謝を通わせる関係を



竹田先生

竹田氏は同企画のコンセプトとして「ひらけ、病院」を掲げ、◇医療が病气やけがで閉ざされかけた、人の未来をひろくこと◇病院を社会へ開くこと◇人と地域、病院の可能性を拓くこと―の3つが重要と訴えた。また、「共創の肝はモノやコトではなく人」として、「共」に`人偏、を付け、「互いに供する」意味を込めた「供創」を提唱。分野、世代、地域を超えて、多様な人・組織が、それぞれの持てるものを持ち寄り、活かしかう「供創病院づくり」を呼びかけた。

全国を飛び回り多彩な病院の取り組みに精通している竹田氏は、病院が、専門的な医療を提供する拠点としての役割に加え、病気ではない人も含めて、地域内外の老若男女が出会い、挑戦や創発を生む場として発展していくべきと考えている。「対等な仲間として、人間（じんかん、人と人の間）に敬意と感謝を通わせ、応援しかうことが、新たな供創を生む原動力になる」と力説した。

協働で職員が変わる 病院食から始まった共創の`深化、



江口先生

全日病の理事を務める医療法人人口コメディカル江口病院（佐賀県小城市）の江口有一郎理事長は、「日本一美味しい病院食ご提供プロジェクト」をきっかけに業務の質向上や接遇、理念の浸透、人材育成、職員のウェルビーイングにまで`深化、し続けている日本航空との協業について報告した。

患者にとって入院中の楽しみである食事を充実させようと、2023年に病院食の改善に着手。自ら日本航空へ直談判して実現したプロジェクトには、管理栄養士や調理師、看護師など多職種60人が参加した。

職員は航空機内での接遇や食事提供

を学び、日本航空側は病院の厨房や配膳・下膳の現場を訪問。調理や盛り付けに加え、食事を届ける際の所作や声かけ、作業動線まで見直した。現場の制約を踏まえて一緒に改善を考える過程で、職員が自ら工夫するようになったという。

例えば、栄養科が料理の特徴を配膳車に掲示し、看護師が患者に一言を添えて食事を渡す仕組みが生まれた。江口氏は、「成果は食事の質の向上にとどまらず、職種間の相互理解と信頼、主体性、団結力、仕事への誇りにつながった」と説明した。

一方、一度の成功で理念が定着するわけではない。江口氏は、「忙しさや部署間の連携の課題を踏まえ、2026年度には申し送りや接遇、理念を学ぶ研修へ協働を広げた」と説明。日本航空の関わり方が、航空業界の手法をそのまま移すような方法論などの「移植」や「外装」ではなく、互いの専門性と制約を理解し、現場で活動をつくる伴走型だったためうまくいっているとの見方を示し、「`コンサルあるある、のようなやり方は、病院では機能しない」と強調した。

このような発展的関係から、今年6月に自身が「日本エアコミューターの乗員健康管理医」を兼務するようになったことも明かしつつ、「小病院であっても、外の世界と本気で組めば、自分たちを変えられる」との手応えを示した。

思いが重なる相手と地域へ オリジナルブランドの製品も発売



鈴木さん

で実践する活動が発展し、同グループオリジナルブランドの製品発売に至った経緯などを紹介した。

同グループは理念の対象に、患者・利用者や家族だけでなく、職員、地域住民、企業、学校も含まれると考えている。100年の歴史がある同グループとして、祭りや出前授業などを通じて地域との接点を増やすことが、医療・福祉の業界内では得られなかった出会いにつながった。

鈴木氏は、象徴的な例として、廃棄される野菜の皮などで布を染める技術を持つ繊維企業との協働を紹介。障害や難病のある人が利用できる障害福祉サービスの1つである「就労継続支援B型事業」として取り組む「紙すき」と組み合わせ、オリジナルの紙製品「iroha paper」を生み出した。当初から商品化の全体像があったわけではなく、相手の技術を知り、一緒に何ができるか考える中で形になったという。

地域の人々の活動や思いを伝えるラジオ番組も共創のきっかけとなった。ゲストのパティシエが抱いていた、入院患者や介護施設の利用者にも菓子を食べる喜びを届けたいという思いを受け、プリンを提供する企画が始動。グループで採れた蜂蜜を使う焼き菓子の開発や、就労支援の利用者による商品シール貼り、菓子の材料を生かした紙づくりへと広がった。

鈴木氏は、「業種の近さよりも思いの近さを重視し、双方が目指すものの重なるゴールを探している」と説明。広報効果を先に求めるのではなく、企画を終えても残る信頼関係が次の協働を生み、結果として病院のファンづくりやブランド形成につながる。「共創を生むのは、業種の近さではなく`想いの近さ、」病院が地域とつながれば、病院だけでは生まれなかった価値が生まれる」と語った。

「病院解体」を感謝の祭りに `終わりの儀式、でBarや肝だめし



宇都宮先生

解体前の病院建物内でBarや肝だめしを開催した結果、同日時点で解体工事に対するクレーム数が「0件」となっている状況も示した。

新病院の建築を決め、旧病院の解体をどのように進めるか葛藤していた時期に、座長の竹田氏主催の「病院マーケティングサミットJAPAN」にて不動産・リノベーション事業を展開する「株式会社都市テクノ」が推進する「解体祭」を知ったのが発端。騒音や粉じんなどで地域に迷惑をかけるだけで終わらせたくないと考え、旧病院の建物と駐車場を開放する祭りを開催した。

リハビリ室は居酒屋、ナースステーションはバー、病棟は肝試しの会場に転換。浴室でのメダカすくいなど、普段は医療や介護を提供する空間を地域の人々が楽しめる場に変えた。2日間で延べ2200人以上が来場し、協力ボランティアは200人超。解体前の病院内で悲鳴や笑い声が響く、楽しい機会になったという。

宇都宮氏は、発表時点で解体工事への苦情はなく、職員やボランティアの意欲向上につながったと報告。「解体祭」に参加した他院の看護師が就職を希望し、9月から勤務する例もあったと明かした。

新病院づくりでも地域住民との対話を取り入れている。デザイナーや建設会社などと協働し、食事やリハビリ、職員が過ごす場所にも工夫を凝らした。患者だけでなく、働く人や地域の人にも心地良く過ごせる病院を目指す。高級旅館のような当直室や開放的な職員ラウンジのほか、「美容科」として「ピコレーザー」や「水光注射」「医療脱毛」などを揃え、敷地内に足湯や「VIP待合室」も設け、地域の需要に幅広く応える。

医療の現場を次世代に開く 河合塾と共創、中高生が`取材者、に



塚田先生

探究フェローシ

ップ」について詳報。進学前の中高生に医療の実際や地域医療の課題を伝え、使命感を持って進路を選んでもらうことを目指した内容で、最終日には職員も涙するなど、院内の職員らにも良い影響があった。

参加者は`取材者、として各部門を訪れ、多職種が協働する現場を見学。最終日にレポートで学んだ内容を発表してもらう形式だ。救急外来で模擬患者を用いた対応や、夜間見学を実施した。職員への取材では「なぜその職業を選んだのか」「患者が思うような結果にならなかった時にどう感じるのか」などの質問が飛んだ。

塚田氏は、「楽しさだけで終わらせず、現場の緊張感や責任、葛藤も伝えることを重視した」と説明。参加者には、多職種がそれぞれの役割を果たすチーム医療への理解が深まり、将来の医療人としての姿を考える変化が見られたという。アンケートの満足度は参加者、保護者とも10点満点で9.8点だった。

院内にも良い影響があった。質問を受けた職員が、自身が医療に関する仕事を志した時の気持ちを思い起こし、病院への愛着を再確認した。塚田氏は、「若い世代に医療を伝える取り組みが、職員自身への刺激にもなった」と振り返った。

事前の取り決めでSNS利用が認められているため、プロジェクト期間中に撮影した映像を編集し、「Instagram」の同病院アカウントで公開中。学生との接点を作る取り組みが、院内で波及効果を生み、広報施策としても広がっている。

食を通じた日常の接点づくり 病院の遊休キッチン活用で弁当作り



古川さん

構想を説明した。

病院からよく聞く声として◇職員の食環境＝忙しい勤務の中で、健康に配慮した昼食を選びにくい◇食堂運営＝人手や運営コストの制約があり、職員向けの食事を充実させにくい◇地域との接点＝地域企業と継続的につながるきっかけをつくりたい―を提示。職員の健康づくりと地域とのつながりを両立する構想として、`適正糖質生活、をサポートするブランド「SUNAO（スナオ）」を活用した施策を進めている。

患者給食を優先しながらも、利用可能な空き時間や設備を生かして「塩分1.5g未満、タンパク質1/2日分、食物繊維1/2日分」などの栄養設計で運営している弁当デリバリー事業を応用。食事の提供とセミナーなどを組み合わせる予定だ。古川氏は「東京と高知の病院で具体化を進めている段階」と紹介。まずは病院職員への弁当提供から始め、病院の食堂や厨房を使える時間や能力に応じて、地域企業への展開も模索する。「病院を、地域で働く人の食と健康を支える日常的な接点にできるようにしたい」と語った。

在宅医療は中小病院の経営の柱になり得る

埼玉学会2026 学会企画5

4病院が実践を報告、地域や病院の機能に応じた取組みと課題

全日本病院学会in埼玉2026(埼玉学会2026)の「学会企画5」では、「2026年改定を生き抜く病院経営戦略～私にとって『在宅医療』とは何か～」をテーマに、4つの病院が在宅医療の提供や入院による後方支援を経営に組み込む実践的な内容を報告した。収入の確保や病床の安定稼働、人材育成につなげた事例を紹介する一方、人員確保や組織運営の課題も提示。地域の特性や病院の規模・機能によって取り組み方が異なる中、中小病院が在宅医療を担い、支える意義を語り合った。座長はLeMonみんなの病院の公平誠理事長が務めた。

訪問看護を軸に病院と在宅をつなぐ 新生病院155床の場合



荒木氏

特定医療法人新生病院の荒木庸輔常務理事(法人事務局長)は在宅医療の戦略的位置付けについて、①患者の希望を実現するインフラ②入院に次ぐ第2の収入源③病床の安定稼働を支える患者基盤—3点をあげた。必要と考えられるのが、病院と在宅を一続きの医療・ケアの場にする取り組みだ。

特に、2026年度の診療報酬改定で新設の「在宅医療充実体制加算」に着目。常勤医師2人の診療枠を広げ、シフトを組み替えた。

一方、中小病院は収入の入院依存度が高く、医師も限られるため、在宅医療を拡大したくても入院診療を優先せざるを得ないと指摘。155床の同院は2016年から在宅医療を本格的に強化。荒木氏によると、5年間で在宅医療収入が約10倍になり、近年は年間約3億円と、収益は1病棟に匹敵する規模に育った。2025年度の病床稼働率は98.3%、在宅看取りは163人。2026年7月の在宅療養患者は294人だった。

在宅医療拡大で最も重要な要因にあげたのが、訪問看護を中心とした診療体制の確立。24時間の往診担当医を配置した上で、訪問看護と入院の体制を強化し、必要な時は病床で支える。限られた医師だけに対応を集中させず、在宅と病院を行き来できる仕組みを構築した結果、病床の安定稼働にもつながった。

院内では、訪問看護ステーションの所長を病院の看護局長に登用し、病院の看護マネジメントに在宅の視点を取り入れた。4病棟中2病棟のマネジャーが訪問看護経験者となり、暮らしを支える視点を病棟でも取り入れている。情報共有にはLINE WORKSを活用。毎朝、病床の稼働状況と緊急入院を受

ける病棟を共有できるため、外来・在宅チームからの入院相談に各病棟が応じられる体制だ。

荒木氏は「人的資源にはやはり限りがあります」と述べ、多職種が補い合い、時には病床にも頼りながら最善を重ねる必要性を強調。「看護師が病院と在宅を行き来できるよう、組織と制度の両面から後押しすべき」と訴えた。

暮らしを想像できる医療人を育てる 「おうちにかえろう。病院」120床



水野病院長

医療法人社団焰「おうちにかえろう。病院」の水野慎大病院長は、在宅医療について「患者の暮らしを想像し、人生の問題に向き合う医療」と捉え、日々の病院運営に向き合っている。全床が地域包括ケア病棟の同院。急性期医療と在宅をつなぎ、その担い手を育てる場として位置付ける。

母体のやまと診療所では、在宅患者の約20分の1が毎月入院し、戻れるのはその3分の2。水野氏は、「帰りたい患者が帰れない背景には、医療者が患者の暮らしを具体的に想像できず、選択肢を提案できない問題がある」と考えた。病院勤務から在宅医療へ移った自身も、かつては外来患者が自宅でどう過ごすか想像できなかったという。

そこで、`在宅医療の側、の観点で病院を開設。病院には他者の診療やケアを見て学べる強みが、在宅には生活の現場で主体性と責任感を育める強みがそれぞれある。両者を組み合わせ、人材を育てるという考え方だ。

同院の看護師は病棟と訪問看護を行き来し、生活の場で得た気付きを院内に持ち帰る。医師については、近隣の急性期病院から3カ月の研修を受け入れ、週のうち3日と2日を病院と診療所に分けて、両方を継続して経験する。急性期としてどこまで治療し、どこから在宅などへつなぐのか、送り先の機能を理解した上での役割分担の徹底に努めている。

職種を超えた対話を促す目的で設けたフリーアドレスの執務空間も有効だ。医局や看護部など職種別の縦割り組織を採らず、病棟の管理者を看護師やセラピストが担い、医師や相談員らも同じチームに参加する。水野氏は「持続性がない病院経営では人材育成はできない」と強調。開院3年目に黒字化し、以後も安定した利益を確保しているという。ただ冷静に「東京都板橋区という立地の利点」にも言及。同地域の人口密度や患者数、公共交通などの利便性を活かした診療体制となっている。

積極的に人材交流を進めてきたが、

今後の課題は、病院と在宅、病棟同士との距離感。下期から医師の育成や病棟を横断する体制を見直すという。

講演後の討論では、若手医師の定着だけを求めず、半年や1年で何を学べるかを明確に示し、循環を前提に採用・育成すべきとの考えも示した。

在宅を支える病床と人に投資 二次救急・ちくさ病院53床の場合



加藤理事長

日本医師会常任理事も務める医療法人豊隆会ちくさ病院の加藤豊理事長は、在宅患者の急変を受け止める病院の必要性を強調。「高齢者救急」を担うという原点から、厚生労働省が2024年度改定で創設した「地域包括医療病棟(地メディ)」への転換を目指す。

在宅医療との出会いは、回復期リハビリテーション病院の院長時代だった。退院先の老人ホームが、病状の不安定な患者への対応で困っていると知り、自ら往診に出た。急変時の入院先の確保が難しいとの実情を聞き、在宅医療のバックアップとなる病院をつくろうと考えた。

2006年に名古屋市内の病院を買収したが、建物や設備は老朽化。職員も不足していた。看護師の確保には苦労を重ねた。資金に余裕がない中で、「建替えより改装」を選び、患者を待つのではなく訪問診療・訪問看護・訪問リハビリに力を注いだ。

基本戦略は「極力設備投資をしない」。人への投資を重視した。在宅医療は個々の職員の力量に左右される面が大きいため、教育に力を入れ、拠点を集約して質を保つ方針を採った。相乗効果のある事業に集中するため、デイサービスなどを売却する一方、在宅医療と連動する老人ホームを整備。2020年には新築移転を実現した。

現在は地域包括ケア病床53床を運営し、常勤医師26人で在宅患者約3500人を支える。

次の目標として掲げる「地メディ」では、疾患別リハビリテーションの出来高評価による収益改善を見込む。ただし、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率などの要件を満たす必要がありハードルは低くない。特に、手術が少ない同院で内科系患者を中心に看護必要度の基準を満たすことが課題。転換は未実施で、2年以内の全床転換を目指して奮闘中だ。

講演後の討論では、「仕事のできる看護師が管理職としても力を発揮するとは限らず、指導や組織運営を担う人材の育成が課題」と指摘。「現場に少し

ずつ改善課題を投げかけ、取組みを積み重ねることが大切」と語った。

総合診療の教育を医師確保につなぐ 藤田医科大・豊田地域医療センター



近藤センター長

藤田医科大学連携地域医学・豊田地域医療センター総合診療科／在宅医療支援センターの近藤敬太センター長は、中小病院にとって在宅医療は「生き残り戦略」との

考え。「診療の幅や診療圏を広げ、病床稼働を支えるとともに、教育と人材確保にも欠かせない」と述べた。

同センターは医師派遣の縮小や施設の老朽化、赤字に直面し、存続をかけた改革が必要だった。2015年から総合診療の寄付講座を軸に、コミュニティ・ホスピタルという地域に根ざした中小病院像を掲げ、在宅医療の立ち上げと教育による若手医師の確保を進めた。

在宅医療では事業計画を策定し、地域の医師会と連携して重症患者を受け持つ体制を整えた。依頼には即日対応し、可能な限り幅広い疾患や処置を受け入れる方針を継続。近藤氏が示した資料では、在宅医療の売上が初年度の4000万円から現在は年間約7億円に拡大。病棟稼働率の向上と在宅医療の拡充を通じ、コロナ禍前に病院全体の黒字化を実現したという。

もう一つの柱は、地域で総合診療を学べる教育体制。診療報酬による収入の約1割を教育に投じていると説明した。2015年に新たに赴任した総合診療医は3人だったが、2025年には38人に。医師の平均年齢も55歳から30代前半へと変化。在宅患者約800人を支える体制だ。

若手には診療技術だけでなく、患者宅への上がり方なども教える。携帯端末で確認できるマニュアルや、患者の状態などに応じた到達目標を設け、診療の質を支える。さらに、開業や病院継承を見据えた学び直しにも対応。病院の意思決定への参加や勉強会を通じて経営・管理を学ぶ機会も用意する。

2026年度改定後も重症患者を支える方針は変えず、教育体制をより一層充実させるという。運営上は、行政や医師会など、多様な関係者との調整が課題。近藤氏は、「発言などの所在をあいまいにせず、誰の意見なのかを明確にして対話を重ねてきた」と振り返る。今後は地域活動で出会う住民や患者家族との関係も深め、健康な時期から病院につながる仕組みを構想している。「地域へ出ることは医療者のやりがいにもなり、中小病院の強みを生かせる」と呼びかけた。

「医療機関機能」の報告期限を12月11日に変更

厚労省・事務連絡

「2026年7月時点」と「2040年7月時点」を申告、専用ページも設置

厚生労働省は、2040年に向けて策定する「新たな地域医療構想」で創設する「医療機関機能」に関する初回の報告期限などを延長する。10月1日付で全国の医療機関に対し、「令和8年度医療機関機能・病床機能報告及び外来機能報告の実施等に係る取り扱いについて」と題した事務連絡を発出し、報

告期間の変更について周知を図っている。最終期限は12月11日。

報告期間を変えるのは、「医療機関機能・病床機能報告」と「外来機能報告」の2種類。医療機関機能報告は、`現時点での機能、として「2026年7月1日時点で担う機能」に加え、「2040年7月1日時点で担う機能」を申告する「報

告様式1」と、各機能を検討するデータとして診療実績などを報告する「報告様式2」で構成する。

「報告様式1」の報告期間は、「10月19日～12月11日」に改める。「報告様式2」は、「11月2日～12月11日`切」へ変える。厚労省によると、実際に受付を開始する際は別途通知するという。

医療機関機能・病床機能報告の専用ページ

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>

医療機関機能・病床機能報告の項目等

<https://www.mhlw.go.jp/content/001751912.pdf>

2027年度の介護報酬改定へ、要望7点

社保審・介護給付費分科会

全日病高齢者医療介護委・進藤副委員長が意見陳述

全日病・高齢者医療介護委員会の進藤晃副委員長は9月16日、厚生労働省の「社会保障審議会・介護給付費分科会」(岩村正彦分科会長)が実施した「関係団体等意見交換会」に出席し、2027年度の介護報酬改定に向けて介護支援

専門員(ケアマネ)業務の簡素化や外国人材の活用促進、訪問系リハビリテーションの評価体系や規制の見直しなど計7点を要望した。
具体的には、①ケアマネの業務簡素化及び人材確保②介護人材の確保、特

に外国人介護人材の活用促進③看護人材の確保と外国人看護人材の活用④介護老人保健施設における個人宅への在宅復帰の重点評価⑤訪問系リハの評価体系及び規制の見直し⑥介護における嚥下調整食の評価⑦地域区分見直しに

よる急激な介護報酬減への対応一の7点をあげた。
ケアマネの業務については、AIやICTの活用による業務負担の軽減を前提とした「担当件数の見直し」や「処遇改善」で人材の確保・定着を図るよう求めた。外国人の活用では、資格取得への再挑戦や在留期間の柔軟化、日本国内で就労しながら日本語能力を高めるなど、段階的にキャリアアップできる仕組みを検討すべきと訴えた。

■ 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11月1日(日) ～2027年2月28日(日) ・2026年12月1日(火) ～2027年3月31日(水)	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―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。
医療安全対策講習会 150名	2026年11月13日(金) 13:00～16:00 Web研修 (後日アーカイブ配信あり)	6,600円(7,700円)(税込)	厚生労働省の「医療安全推進週間」に関する取組みとして、医療関係者の医療安全に対する意識向上や、医療機関、関係団体等における組織的な取り組み促進などを図る目的で、全日病と日本医療法人協会が共催する講習会。医療事故調査制度の開始から10年を経て見えてきた課題や日本医療機能評価機構の「医療事故情報収集等事業」の現況などについて学ぶ。ライブ配信の受講のみ「全日病・医法協認定 医療安全管理者」の継続認定(更新)に必要な研修(1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(エスバー)」(S ituation＝状況、 B ackground＝背景、 A ssessment＝評価、 R ecommendation＝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(T otal Q uality M anagement:総合的質経営)を実現するための仕組みとして「QMS」(Q uality M anagement S ystem: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(宮崎県、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。
機能評価受審支援セミナー 診療・看護合同領域 60名 事務管理領域 40名	2027年3月7日(日) 12:30～16:00 Web研修	9,900円(14,300円)(税込)	日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審が、医療の質と安全性を第三者評価するだけでなく、医療の質の向上や院内マニュアルの整備、多職種が一丸となるきっかけであるとの考えに基づく2部構成のセミナーで、同機構と共催する予定。第1部では、病院機能評価の次期改定(Ver. 4.0)や最近の評価傾向などについて解説する。第2部では、事前に答えておく「評価項目に関する自己評価」について、各領域ごとのグループワークを予定。個別の病院が抱える個別の疑問や、実務で困っている点にサーベイ経験豊富な講師が答えていく。1名につき「診療・看護合同領域」もしくは「事務管理領域」どちらかの参加になる。