



全日病 ニュース

2026.5.1 No.1100

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

「入院に関する共通事項」など解説、厚労省・林医療課長

全日病 診療報酬説明会の概要 機能分化・連携「病棟ごとから、病院ごとへ」

厚生労働省保険局医療課の林修一郎課長は全日病が登録者限定で4月13日～20日の期間に配信した「診療報酬改定説明会」で、2026年度の診療報酬改定について「入院に関する共通事項」など大きく7つに分けて内容を解説した。今回の改定については、「病棟の機能が発揮されるためにも個々の医療機関がどういう機能を発揮して、どういう患者さんを診ることができるのが重要になってきている」と指摘した上で、「医療機関の機能分化・連携という視点で改定が行われている」と説明した。「これまで、病棟ごとの基準の分化により、1つの病院の中でもたくさんの病棟の種類を持って機能分化していくという方向になりがちだった」と振り返り、「特定入院料の数も非常に増えている」との認識を示す場面もあった(2面にも関連記事)。

「入院に関する共通事項」は8つ

林課長は主に、①賃上げ・物価対応②急性期・高度急性期入院医療③包括期・慢性期入院医療④入院に関する共通事項⑤外来医療の機能分化・強化等⑥質の高い在宅医療・訪問看護の推進⑦重点的な対応が求められる分野一の7つに分けて概要などを説明。「入院に関する共通事項」では、◇入院基本料等の通則の見直し◇身体的拘束最小化の取組の更なる推進◇入院時の食事療養に係る見直し◇入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し◇業務効率化・負担軽減等に向けた取組の全体像◇短期滞在手術等基本料の見直し◇入退院支援加算等の見直し◇人口の少ない地域・医師偏在対策に係る全体像一の8つをあげた。

「入院基本料等の通則の見直し」は①入院診療計画書など院内で用いる文書等に関する見直し②身体的拘束最小化の実績に係る基準の新設③入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設一の3点を列挙。

院内で用いる文書については、入院期間が2日以上と見込まれる場合などに患者に対して入院・加療に関する必要な説明をしていれば診療計画書の作成・交付を不要とする。林課長は「入院翌日には退院するような方で退院も決まっているような場合に、慌てて診療計画書を書かなくてもよくなる」と付言した。

文書の関連では、医療機関内で医師

らが患者と直接やりとりをして交付する文書に関して、説明日などが診療録に記載してあれば署名を不要とする。処方箋など医療機関外で使う文書については、真正性を確保する観点から引き続き署名や発行日の記載を求める。

2026年度改定で新たに設ける「身体的拘束最小化の実績に係る基準」(実績基準)については、2024年度改定で新設の「身体的拘束最小化の体制に係る基準」(体制基準)に上乘せする。体制基準は満たしていない場合は入院基本料等が40点減算となる。実績基準の新設で、体制基準を満たしている場合も実績基準を満たせない場合は同20点の減算とする。体制基準を満たした上で、実績基準を満たした場合は減算なし(実績基準の詳細や経過措置などについては、全日病ニュース4月1日号3面を参照)。

面会の基準について入院基本料などの通則と入退院支援加算に新たな規定を設ける。林課長は、「感染症対策などのルール、理由はもちろんおありだろうと思うが、過度に厳しくなっている傾向が見受けられる」との認識を示し、「適切に見直していただき、必要最低限になるようお願いしたい」と述べた。

「特別食加算」の対象として、「嚥下調整食」を追加

「入院時の食事療養に係る見直し」は「特別食加算」で「嚥下調整食」を新たに評価するとの内容。算定要件として、食形態として安全性と食欲を促す食感の両立を求めているほか、◇常食と同等の盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量への配慮◇定期的な多職種によるミールラウンドで嚥下調整食の必要性等を確認し、常食が適している場合は、速やかに食事変更一なども求める。施設基準として、◇毎日の検査や定期的な多職種による試食会・カンファレンスの実施◇一定の要件を満たした実習を伴う研修を修了した当該保険医療機関の管理栄養士が責任者を務める一なども定める。林課長は「常食を単純にミキサーで混ぜてドロっとしたものを出すだけでは対象にならない」と念押しした。

入院料に包括されない薬剤・注射薬など範囲も見直し

「入院料に包括されない除外薬剤・

注射薬の範囲の見直し」としては、地域包括医療病棟(地メディ)や地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟入院料などで包括だった◇血液凝固因子障害等(血友病以外)の患者に使用する医薬品◇生物学的製剤◇JAK阻害剤(免疫・アレルギー疾患の維持期の治療のために使用され、他剤で代替不能な場合に限る)一などが出来高算定できるようになる。一方、新型コロナウイルス感染症を治療する抗ウイルス剤は出来高算定から包括払いへと変更する(詳細は厚労省資料「06_令和8年度診療報酬改定の概要 6.入院(共通事項)」の11頁などを参照 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001686052.pdf>)

事務の効率化で署名・押印など廃止、8月報告、や「様式9」も見直し

「業務効率化・負担軽減等に向けた取組」は、①見守り・記録・医療従事者間の情報共有でICT機器などを活用した看護業務効率化・負担軽減と併せて看護要員の配置基準を柔軟化する②生成AIやRPAなどを利用した場合に医師事務作業補助者1人を最大で1.3人として計算できるよう加算の要件を見直し③やむを得ない事情で看護要員が不足する場合に1日当たり勤務の看護要員の数について1割以内の一時的な変動を3カ月を超えない範囲で変更の届出を不要とする一を柱とする「診療報酬上求める基準の柔軟化」の内容を改めて説明。(全日病ニュース3月1日号3面も参照)。

施設基準などに関して毎年、地方厚生局などに報告する8月報告、の関連では、他に代替方法がないものや診療報酬改定に必要なものに限定するとともに、添付書類の省略など簡素化を図る。

入院基本料などの施設基準を届け出る際に看護要員の必要数や配置数を算出するために使用する「様式9」については、勤務時間に算入できる範囲を拡大する。具体的には、◇不測の事象に対応するため病棟外で行った30分程度の対応◇入院中の患者に付き添うなど病棟外で看護を行なった場合◇業務の質の向上に必要として指示があった研修の受講(月1時間まで)一を勤務時間数に算入できる。

1日看護職員配置数などの計算「小数点以下第2位切り上げ」に

「様式9」に関しては、◇1日平均入院患者数◇1日看護職員配置数(必要数)◇夜間看護補助者配置数(必要数)などの計算を「小数点以下切り上げ」から、「小数点以下第2位切り上げ」に精緻化する。林課長は「これまで計算の結果7.08人であれば8人が必要だったが小数点以下第2位を切り上げる方法に見直すので7.08人でも7.1人でよいということになる」と解説した。

勤務時間の関係では、「常勤」の医師数や医師事務作業補助者数を計算する際の内容を見直し「7時間45分×週4日=計31時間以上」にする。一方、常勤職員1名を算出する際の計算式では、「常勤1名=32時間」を維持するため、注意が必要だ。

5月7日～受付開始6月1日必着 オンライン申請手続きの活用促す

2026年度改定に関する手続きについて林課長は、施設基準などの届出を5月7日(木)から受付開始し、6月1日(月)までに必着となるよう求めると説明した。

また、オンライン申請できる「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用方法などを解説する動画の存在も案内。動画共有サイト「YouTube」上に格納した再生リスト(計5本の動画)のURLなども示し、積極的な活用を促した。

再生リストのURL:

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgSb6dLP4zmNropige5BoOp>



本号の紙面から	
地メディ、回り八など解説	2面
疑義解釈その2を発売	3面
病院の公平な競争環境とは	4面
病院の消費税問題、進展へ?	5面
外来医師過多区域の医療	6面
中東情勢で厚労大臣と面会	7面
研修告知	8面

清話抄

今こそ求められる主体性をもった「報連相」

本協会の第14回若手経営者の会で工藤勇一先生のご講演「日本社会の問題は、学校教育の問題そのもの-主体性と当事者性なくして、組織改革なし-」は、素晴らしい内容でした。従来の我

が国で徹底されてきた「決められた正解」のみを目指す自立性を求める教育だけでは均一な「いい子」が育つだけ。正解が直ちに得られなくても、自ら問い、自らが軌道修正しながら行動する「主体性」を伸ばす教育が必要だと述べられ、これは職員の意識改革にも活かせることです。

私事で恐縮ですが、私の子どもは3年前にニュージーランド(NZ)に移住して小・中学校に通っていますが、南太平洋の小国NZも幼児教育から「主

体性」に重きを置いた教育をする理由が理解できました。

リソースに限られた中小病院では「主体性のある報連相」による最高のバトンタッチが、患者さまの安全・安心や組織成長を強固にします。それを飛び越して、ただ焦ってDXや生成AIを導入して、さらに過信した運用には不安を感じます。

日進月歩の生成AIも所詮、演算の結果であり人の心を決して超えません。日々の主体性のある報連相の積み重ね

こそがチーム全員で最善の判断を導き、健全な組織の存続の基盤になると思います。それらが醸成された「主体性が育まれた組織」においてのみ、DXや生成AIが現場の課題解決を支援します。

これからは先進技術を活用して組織の質を向上させていくしかない時代だからこそ、経営者を含む全従業員がコミュニケーションの大前提である主体性をもった「報連相」を大切にしたいと思います。(江口有一郎)

主張

国民の理解を得るための努力が必要

日本の物価上昇率は2022年に2.3%と41年振りの水準を記録した以降も、昨年まで毎年2.5%～3.1%の上昇を続けている。病院の経営が厳しくなったのも当然である。今回の診療報酬改定で本体3.09%（薬価の0.87%引き下げを加えるとネット2.22%）の引き上げとなり30年振りの高水準となったが、少なくとも物価上昇への対応は4年遅れている。

一方、厚生労働省の「民間主要企業

春闘賃上げ要求妥結状況」を見ると、2024年は33年ぶりの平均5.33%と高水準であり、2025年も平均5.52%となっている。こちらは前回の診療報酬改定ですでにベースアップ評価料として組み込まれている。しかし診療報酬による年5%の賃上げは多くの医療機関において不可能と思われる。

物価上昇への対応が不十分でカネが足りないため、十分な賃金を職員に支払えずヒトが足りなくなる。ヒトが足

りなくなると、人材派遣業者に高額な料金を支払ったり業務を縮小したりしてカネがまた足りなくなるという負のスパイラルに陥ってしまう。政府は病院が潰れることを容認しているようにも思える。病床削減支援1床410万円は、経営強化と銘打ちながら「今までご苦労様でした」と言われているようでもある。

ここで想起されるのが、銀行再編の歴史である。バブル崩壊後の不良債権処理と金融ビッグバン（規制緩和）をトリガーに1990年代から2000年代初頭にかけて13行あった都市銀行は4大メガバンクに集約され、地方銀行・第二

地銀の再編は今も進行中である。この成功体験をもってすれば多少の民間病院が潰れても再編・集約化が進めば政府は満足であろうし、地域の病院がなくなることはゴールに向かう途中のささいなトラブルに過ぎないと考えているかもしれない。病院の働き手不足については、より生産性の高い成長分野への労働者の振り分けが望ましいと考えているのかもしれない。

今こそ私たちは病院団体として国民の理解を得よう努力しなければならないし、そのためには積極的な情報発信の継続が必要であろう。

(T. B.)

「今回はメリハリ改定」「地メディは高齢者救急の受け皿」

全日病 診療報酬説明会の概要

津留常任理事、ケアミックスの評価で懸念

全日病の津留英智常任理事（全日病医療保険・診療報酬委員会委員長）は診療報酬説明会で、個人的な意見と前置きした上で2026年度の診療報酬改定について「メリハリ改定」と表現。理由は、「病院と診療所の財源配分のメリハリもあり、急性期機能と包括期機能を分化するというメリハリもある」と説明した。

また、「地域包括医療病棟入院料」でケアミックスの場合が低く評価されている点に注目し、「地域で限られた医療資源を駆使して医療のさまざまなニーズに応えるべくケアミックス化し、多様な患者さんを受け入れ、むしろ効率化を図っている」との見解を表明。「医療機関機能を明確に分けることで、患者さんの利便性を低下させ、効率性を悪くして、医療の質を下げる場合もあるのではないかと懸念している」との考えを示した。地域包括医療病棟（地メディ）については、高齢者急性期医療の受け皿として再設計がなされているとの見方も示した。

津留常任理事は主に、地メディと回復期リハビリテーション病棟（回リハ）

の入院料についてそれぞれ解説。地メディについては、「最低点数でも3066点で、改定前の3050点と比べても引き上げ幅が大きい」と評価。機能・患者構成に応じた選別を強化しているとの見方を示した。

地メディの施設基準や要件に関する注目点としては、「重症度、医療・看護必要度」が「A 2点以上またはC 1点以上」に変更となり、必要度割合1が19%以上、同2で18%以上になった点をあげた。平均在院日数については、1日短縮されたものの、85歳以上の患者割合が増加するごとに1日延長される設定となっている点に注目を促し、「高齢者増加に対する調整が明確だ」と述べた。

ケアミックスについては地メディの「入院料1」では一般病棟入院基本料とのケアミックスが不可であり、「入院料2」では経過措置が設けられているものの急性期総合体制加算などの併算定が不可である点を取り上げ、「病院内での機能混在を抑制する強いメッセージではないか」と指摘した。

このほか、「これまで病院が軽症か

つ高収益患者を集める誘因が存在していた」との見方を示し、「緊急入院」と「手術の有無」で地メディの入院料を4分類に分けた手法について「患者構成の歪みを是正する目的だろう」との見方も示した。

回リハは実績指数の厳格化「評価もハードルも上がった」

回リハの入院料については、点数が全体的に引き上がったのと同時にアウトカム評価としての「実績指数」が厳格化されたことを総じて「評価も、達成のハードルも引き上がった」との認識を示した。

実績指数の厳格化に関しては、「除外で調整する余地を大幅に縮小している」と解説。注目点としては、◇80歳以上の除外不可◇FIM低値と高単位リハの重症患者が除外不可◇認知項目が24点から14点への引下げ◇除外患者割合が30%から20%への縮小一をあげた。

アウトカム評価の基準としても「基準未達ラインが27点から30点へ引き上がっている」と指摘し、「成果に対する

要求が明確に強化されている」との認識を示した。

一方、FIM運動項目のうち移動に関する「歩行・車椅子」とセルフケアに関する「トイレ動作」について、「5点以下」から「6点以上」へ改善した場合にFIM利得で1点を加算できる見直しに言及。「ボーナスポイントとしての設計が見て取れる」と述べ「社会復帰に直結する変化を評価している」と解説した。

2028年度改定へ「高齢者の包括化評価、要検討」

2028年度改定に向けは、高齢者のマルチモビリティに対する包括評価を検討すべきと提言した。

津留常任理事は、高齢患者の特徴について◇複数疾患の同時進行◇医療＋介護ニーズが混在◇看護負荷が個別に大きく変動一をあげ、「医療資源投入量が同じでも負荷はまったく異なる」と説明。次期改定に向けて「介護必要度の組み込み」「看護負荷の定量化」などを含む包括評価の再設計を論点にすべきと主張した。

「急性期機能を担う病院に対する明確な問い」

全日病 診療報酬説明会の概要

医療保険・診療報酬委員会の太田副委員長

全日病の医療保険・診療報酬委員会副委員長を務める同愛知県支部の太田圭洋支部長（日本医療法人協会副会長）は2026年度の診療報酬改定について、「急性期機能を担う病院に対する明確な問い」と位置づけた。中協委員も務める同氏は、急性期医療の機能分化と集約化を一層進める設計が明確に打ち出された」と指摘。「自院が地域の中でどの機能を担うのか、あるいは機能転換を含めてどのように再編に向き合うのかという経営判断を迫る改定」と表した。

目玉として「急性期病院A一般入院基本料」「同B」の新設をあげ、「従来の入院料体系に加え、医療機関単位で急性期機能を評価する枠組みが導入された」と説明。要件となっている救急搬送件数や全身麻酔手術の件数といった

実績要件を軸に、「急性期機能を担う病院の選別と役割分担が制度的に誘導されている」との見方を示した。

「急性期総合体制加算」の新設は「急性期拠点の病院への集中投資」

急性期医療に関する2026年度改定の目玉として「総合入院体制加算」と「急性期充実体制加算」を統合した「急性期総合体制加算」の新設を取り上げ、「地域の拠点病院に対する重点的な財源配分として象徴的だ」と評した。同加算の算定には厳格な要件を課す一方、高い点数設定となっていることから、「新たな地域医療構想における中核的急性期機能を担う病院への集中的な投資の性格が強いだらう」との見方を示した。

重症度、医療・看護必要度の見直し「内科系診療への配慮として大きい」

「重症度、医療・看護必要度」の見直しについては、「内科系診療への配慮として大きい」と評価。注目点としては、◇A・C項目の拡充◇救急搬送の実績を反映する仕組みの導入一をあげた。「過度な競争を抑制しつつ評価を調整する設計となっている」との認識も示しつつ、地域包括医療病棟（地メディ）においては必要度の基準が相対的に緩和されているとも指摘。「急性期との機能の差をより明確にする方向が示された」と解説した。

小規模の急性期病院に対し、「機能転換を促す圧力が強い」

ICUやHCUの要件厳格化にも触れ、特にDPCにおける基礎係数の見直し

として実行する標準病院群の細分化について、「病院の機能に応じた評価の再編を加速させる措置」との認識を示した。DPCでは、救急車等による入院や全麻手術件数の実績などにより係数区分が分かれている。太田氏は、「小規模の急性期病院に対して機能の転換を促す圧力が強まっている」との見方を示し、自院の方向性を検討すべきとの考えも示した。働き手不足への対応として新設する、「看護・多職種協働加算」やICT、AIなどを活用して人員配置基準を柔軟化する内容に対する注目も促した。

医師事務作業補助者については、ICT等を活用した場合に最大で1名を1.3人として換算できる見直しに言及。「生産性向上を診療報酬に組み込む試みが進んでいる」と解説した。

救急医療については、「24時間体制で対応する医療機関は増収が見込める」と解説。下り搬送の受け手側に点数が新設されたことを受け「地域での役割分担を後押しする」と評価した。

2025年度補正の補助金とベースアップ評価料は別

全日病 診療報酬説明会の概要

医療保険・診療報酬委員の西本氏が注意喚起

全日病の医療保険・診療報酬委員会委員を務める一般社団法人横浜メディカルグループ顧問の西本育夫氏は医療機関における賃上げ対応を巡り、2025年度の補正予算による補助金と診

療報酬上の「ベースアップ評価料」を切り分けて理解する必要性を強調した。

補正予算による賃上げ支援は病床数に応じた定額給付であり、一時金の活用などによる月次の賃上げ水準を調整

できる短期的措置。一方、「ベースアップ評価料」は賃金改善算定基礎額に基づき継続的な賃上げを評価する仕組みで、補助金による賃金改善分は算定基礎に含めないと整理されている。

西本氏は、「この違いを踏まえず両者を一体で捉えると、返還要件や減算規定の誤解を招き、賃上げ設計や届出判断を誤るリスクがある」と指摘。制度ごとの役割を踏まえて運用するよう注意を促した。

「疑義解釈その2」を発売、2026年度診療報酬改定で

厚労省 全90頁で医科点数関連は計145問に回答、リハ関連が充実

厚生労働省は4月1日付で2026年度診療報酬改定に関する「疑義解釈(その2)」と題する事務連絡を発売した。表紙を除く中身は全90頁に及び、医科点数関連では計145問、DPC関連では15項目の計174問に、それぞれ回答した。

なお、同事務連絡の発売に伴って前日3月31日付の「疑義解釈資料の送付について(その2)」は廃止した。

回リハ関連は加算含め計11問に回答

「回復期リハビリテーション病棟入院料」の関連では「回復期リハビリテーション強化体制加算」に対する疑義を含め計11問に回答した。

3月5日に発売した「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」(基本診療料の取扱い)で示した回復期リハビリテーション病棟入院料に関する通則のうち、高次脳機能障害の患者に適したサービスの情報を把握できる体制に関する「第11の1の(13)のウ」で規定する「介護保険によるリハビリテーション」については、介護保険施設で、医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士による高次脳機能障害者に適したリハビリテーションのほか、介護保険による◇訪問リハビリテーション◇通所リハビリテーション◇介護予防訪問リハビリテーション◇介護予防通所リハビリテーションが該当する。

同じく「別添4の第11の1の(13)のウ」において「当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者の同意が得られた場合は、利用を予定している保険医療機関、当該生活介護等を提供する事業所又は施設、指定障害児通所支援事業所又は指定障害児入所施設等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備」と示した内容のうち、「利用を予定している」の部分について、単に受診する予定やケアプラン作成の予定は含まないと示した。医療保険や介護保険、障害福祉サービスによるリハビリテーションを利用する場合のみを指す。

3月5日付発売の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(留意事項通知)における「A308回復期リハビリテーション病棟入院料」の「(13)のイの①」で示した「FIM運動項目のうち、『歩行・車椅子』及び『トイレ動作』については、得点が入棟時又は入室時に5点以下、かつ退棟時又は退室時に6点以上だった場合は、それぞれの項目の得点の当該控除したものに1点を加える」の部分については、「歩行・車椅子」も「トイレ動作」も「入棟時又は入室時に5点以下、かつ、退棟時又は退室時に6点以上だった場合」であればそれぞれに1点ずつ加えると説明。どちらか1項目の得点のみが「入棟時又は入室時に5点以下、かつ、退棟時又は退室時に6点以上」の場合は、「退棟時又は退室時のFIM運動項目の得点から、入棟時又は入室時のFIM運動項目の得点を控除したものに1点を加える」との運用を示した。

基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する「高次脳機能障害と診断された患者」に関しては、基本診療料の施設基準等別表第九に標準的算定日数が180日となる対象として示されている「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害」のみでなく、高次脳機能

障害を伴った頭部外傷、脳腫瘍、脳炎、急性脳症も含まれるとの解釈も示した。

リハビリテーション実績指数の計算、除外対象などについても解説

2026年度改定で見直したりハビリテーション実績指数の計算方法などについても解説。リハビリテーション実績指数の計算の除外対象と除外割合については、「入棟時の基準が適用されるため、それぞれ令和8年5月31日までに入棟又は入室した患者の入棟又は入室月においては、令和8年度診療報酬改定前の基準を用いてよい」との運用を示した。また、「入棟時のFIM運動項目の得点が20点以下で、退棟又は退室までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えた場合」については、「除外患者とできなくなる取り扱い、令和8年5月31日までに入棟又は入室した患者については、同年6月1日以降に退棟又は退室した場合であっても適用しなくてよい」とする。さらに、FIM運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」が入棟時5点以下から退棟時6点以上に上昇したものの場合に各項目につき1点加点する計算方法については、「リハビリテーション実績指数を令和8年7月以降に算出する場合には、算出対象となる期間の全ての患者に適用して差し支えない」と解説した。

「回復期リハビリテーション強化体制加算」の届出に関しては、「リハビリテーション実績指数の算出月以外であっても、届出を行う前月までの6か月間を算出期間としたリハビリテーション実績指数を算出した上で届け出ることができる」と説明。対象期間の全ての患者について、2026年度改定後の基準で実績指数を計算する。

算出期間に退院した患者が入棟した月については、実績指数の算出から除外した入棟患者のうち、◇改定後の除外対象の要件を満たさない患者◇除外患者の割合が100分の20を超える場合は、改定後の除外対象の要件を満たす患者一を算出対象に加えて、「各月の除外患者の割合が100分の20を超えないようにする」よう求める。入棟時に除外対象とした患者であっても、退院後に実績指数の算出対象に加えることができる。

退院前訪問指導の実施に係る施設基準については、実施した実績により届け出を求める。

「回復期リハビリテーション強化体制加算」の施設基準のうち、自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合の算出に当たっては、3月5日付の「留意事項通知」における「B007退院前訪問指導料の(2)」に基づき、1人の患者に入院後早期と退院前の2回の訪問指導を行った場合も、分子となる患者数は「1人」で算出するとの運用を示した。

また同施設基準のうち、退院前訪問指導の実施割合の計算対象となる「直近6か月間に自宅へ退院した患者」における「自宅」については、患者の自宅に加え、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」に規定する「サービス付き高齢者向け住宅」を含むと説明。「障害者総合支援法」で規定する障害福祉サービスの施設や事業所、福祉ホームは含まないと説明した。

同施設基準のうち、退院前訪問指導の実施割合を算出する際、同一医療機

関内の他病棟で退院前訪問指導を実施した後に回リハ病棟へ転棟し自宅に退院した患者については、分子に含めて計算できると解説した。

早期リハビリテーション加算の算定3パターンで起算日の考え方を例示

リハの関連では、2026年度改定で起算日の要件などが変わった「早期リハビリテーション加算」については、2026年5月31日以前に早期リハビリテーション加算を既に算定している患者は、改定後も起算日を変更しないとの運用。同6月1日以降の算定期間は起算日から14日間となるため、6月1日時点で15日目以降であった場合は、6月1日以降は当該加算を算定することはできないと説明した。

6月1日時点で「早期リハビリテーション加算」の算定を開始していない場合は、改定後の基準により入院日が起算日になると付言した上で、以下の通り3種類の具体例も示した。

①5月中に「早期リハビリテーション加算」の算定が開始され、6月1日時点で起算日から14日以内である場合

【例】令和8年5月21日に慢性心不全の急性増悪を生じ、自宅療養したが改善しないため5月29日に入院し治療開始、同31日から心大血管疾患リハビリテーション料及び「早期リハビリテーション加算」の算定を開始した患者

【答】改定前後で起算日が異なる場合であっても、改定前の起算日に基づき、改定後に引き続いて起算日から14日目までが算定可能な期間となる。例示の場合は、改定前の基準に基づき、急性増悪を生じた日から7日目の日と治療開始日とを比較して、早い方の5月27日を起算日とし、5月31日までは改定前の「早期リハビリテーション加算」として25点が算定可。6月1日以降も起算日を変更せず、6月1日から9日まで改定後の「早期リハビリテーション加算」(4日目以降14日以内)として1単位につき25点が算定可。

②5月中に「早期リハビリテーション加算」の算定が開始され、6月1日時点で起算日から15日目以降である場合

【例】令和8年5月4日に慢性心不全の急性増悪を生じ、自宅療養したが改善しないため5月12日に入院し治療開始、5月14日から心大血管疾患等リハビリテーション料及び「早期リハビリテーション加算」の算定を開始した患者

【答】改定前の起算日に基づき、6月1日時点で起算日から15日目以降である場合には、6月1日以降は「早期リハビリテーション加算」を算定できない。例示の場合は、急性増悪を生じた日から7日目の日と治療開始日とを比較して、早い方の5月10日を起算日として、5月31日までは改定前の「早期リハビリテーション加算」として25点が算定可。6月1日以降は、起算日は5月10日であり、既に起算日から23日目であり14日間を超えているため「早期リハビリテーション加算」は算定できない。

③6月1日時点で「早期リハビリテーション加算」の算定を開始しておら

ず、改定前の基準と改定後の基準で起算日が異なる場合

【例】令和8年5月23日に慢性心不全の急性増悪を生じ、自宅療養したが改善しないため5月31日に入院し治療開始、6月2日より心大血管疾患リハビリテーション料及び「早期リハビリテーション加算」の算定を開始した患者

【答】6月1日時点で「早期リハビリテーション加算」の算定を開始していない場合は、改定後の基準により入院日を起算日として算定可。例示の場合は、改定後の基準に基づき、入院日である5月31日を起算日として、疾患別リハビリテーションを開始した6月2日から起算日の14日目にあたる6月13日まで、「早期リハビリテーション加算」として1単位につき6月2日は60点(1日目から3日目まで)、6月3日から13日は25点(4日目以降14日以内)が算定可。

リハの関連では、3月5日付の「留意事項通知」における「第7部通則の4の4」にある「情報通信機器等を用いる場合を含む」について、医師の指示を受けた理学療法士などが説明する場合にも「情報通信機器等」を用いてよいとの運用を示した。

「リハビリテーション総合計画評価料」の関連では、リハビリテーション総合実施計画書を作成し、計画書に基づくリハビリテーションについて2026年度改定の「疑義解釈その1」で、「効果、実施方法などについて多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能」との部分に対し、「リハビリテーション総合実施計画書の作成と多職種による評価を行った月が異なる場合は、評価を行った月に算定すればよい」と解説した。

リハビリテーション実施計画書の関係では、医師が他の職種による説明が可能と判断した症例について、「当該医師が文書又は口頭で、計画書の内容を医師以外が行ってよい旨の指示を行う」よう求めた。当該指示について「必ずしも診療録への記載は要しない」との運用も示した。

看護職員の処遇改善評価料やベースアップ評価料の関連は計7問

看護職員に係る「看護職員処遇改善評価料」やベースアップ評価料で派遣社員を対象にできる場合の要件については、以下の通り列挙した。

- 派遣元と相談・協力した上で、当該保険医療機関に勤務する職員と同程度以上の賃金改善を行う。
- 区分計算に当たって、当該派遣職員についても対象職員に含めて計算を行う。「月額賃金総額」の算出に当たって、原則として派遣元から派遣職員の賃金に関する情報提供を受け、派遣元に支払う費用を月額賃金として記載できない。
- 派遣職員の賃金改善を実施した実績については、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」に当該派遣職員を含めて作成、提出する。派遣元から実際の賃金の改善額等について報告書の記載に必要な情報提供を受ける。

なお、業務委託職員は対象外。



現職の衆議院議員である全日病の安藤高夫副会長(医療法人社団永生会南多摩病院理事長)は「全日病ニュース」のインタビューに応じ、2040年を見据える「新たな地域医療構想」の策定・実現に向けて、「公的か民間かを問わずに病院がイコールフットイングで競争できるような規制改革や制度設計を含む環境整備を推進したい」と語った。2026年度の診療報酬改定については、「〆なんちゃって急性期、や〆なんちゃって在宅医療、を是正するような内容が見てとれる」との認識を示し、「アウトカム評価を含む実績が重んじられる時代になった。努力していないと続けられなくなる」との見方も示した(以下、敬称略。3月30日にインタビュー)。

**病院団体として訴える力が出てきた
「地元での調整・情報提供も効果」**

——この度は、見事に衆議院選挙で再選を果たされました。改めておめでとうございます。また、全日病の副会長にも就任ということで、重ねてお祝い申し上げます。今、率直にどのようなお気持ちでしょうか。

安藤 身の引き締まる思いです。まだまだ小者の国会議員なので、地道に1つずつ成果や実績を積み上げていきたい…と言いたいところですが、そんな悠長に構えられるような状況ではありません。

——ご自身では「まだまだ」と表現されましたが、全日病の神野会長は2025年度補正予算の増額と改定率3.09%の立役者と評され、感謝されていました(全日病ニュース4月15日号を参照)。改定率が決まる前、二度にわたって片山さつき財務大臣と四病協の代表者らの面会を実現・出席されるなど、取材する立場としても安藤先生のご活躍が目立っていると感じていました。

安藤 ありがとうございます。そう言っただけだと嬉しい限りです。医療関係の領域では、ある程度の知名度はあるのかもしれませんが、「国会議員」としてはまだまだと感ずる場面が多々あります。医療機関への支援を継続できるよう、引き続き気を引き締めて国政に邁進していきます。

また、補正予算において当初議論されていた水準からの増額や30年ぶりの大台に乗った診療報酬改定も、当然ながら私だけの力ではありません。長年の地道な取組みが実を結んできており、病院団体として必要な施策を訴える力が出てきています。全日病について言えば、会員の先生方が地元の国会議員などと積極的に交流されており、データに基づく情報提供などを進めていらっしゃる効果も間違いなくあります。昨年末の政府予算案編成に向けて、いろいろな国会議員からも病院経営の危機的な状況について心配の声が上がっ

病院のイコールフットイングを推進したい

全日病・安藤副会長

2026年度改定は〆なんちゃって、を是正するような内容

ていたのが証拠でしょう。全体的に良い方向に進んでいると思っています。

**すぐに〆骨太、の議論が始まる
「悠長に構える状況ではない」**

——大型の補正予算が生まれ、診療報酬も30年ぶりの改定率の実現します。ただし物価や賃金がこれまで上昇し続けていた蓄積を考えると、決して十分な状況とは言えませんよね。

安藤 おっしゃる通りですね。補正予算では「病床数の適正化に対する支援」3490億円を含む「医療・介護等支援パッケージ」として1兆3649億円を確保し、2026年度診療報酬改定の本体改定率が3.09%という30年ぶりの大台に乗りましたが、物価・賃金の上昇は続いています。ご指摘の通り、これまでの蓄積もある。ここにきて、中東の情勢からも目が離せなくなりました。病院経営にとって危機が去ったわけではありません。2026年度の診療報酬改定を実施する6月には、政府が「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太方針)を取りまとめます。医療機関への支援に関する考え方を、いかに骨太方針に反映させるのが大事です。またすぐに議論は始まります。

——骨太方針の議論に、診療報酬改定の結果を反映できないのは、残念な気がします。

安藤 正直に言えばそうですね。ただし、できることはあると思っています。私の病院でもそうですが、2026年度改定の影響を見るためのシミュレーション結果などが出てくるでしょうから、データに基づいて議論の席にはつけないと思っています。

——2026年度改定を巡る議論においても、先生のシミュレーションが後押しとなったというような話は聞こえてきています。

安藤 そうですね、「病院を救うために求められる診療報酬改定率のシミュレーション」として、◇民間病院の救済に必要な最低ライン◇民間・公的(日赤、済生会、JCHO、JA厚生連労災等)病院の経営維持に必要なライン◇公立・公的・民間すべての医療機関を維持するために必要なライン—を出して、「特に民間の救急病院は平均を大きく下回る赤字経営を強いられているため、少なくとも4~5%の改定率が不可欠だ」と説明して回りました。診療報酬改定率も1.0~6.5%まで0.5ポイント刻みで細かく試算を出して説明しましたが、2024年度のデータに基づいていたので、2025年度はさらなる物価高騰や賃金の上昇により病院経営が圧迫されている状況も付言しました。

——かなり細かな試算で説明されていたのですね。

安藤 財務省側がかなり厳しい数字を示してきていたので、理解を求めるのに必死でした。最終的には総理にも電話しましたが、実質的に可能な水準に落ち着いたという感じですね。

——政府が年央にも取りまとめるであろう骨太方針に向けても、データに基づく訴えが響きそうですね。

安藤 理論武装の細部を詰めるのはこれからですが、重要なのは「ベースアップ評価料」の部分でしょう。いただいた分をそのまま職員の給料としてお支払いしなければならないので、病院の経営原資にはなりません。医療関係者以外は、「改定率が30年ぶりの大台に乗って良かったね」という雰囲気か

もしれませんが、賃金とこれまでの物価上昇分への対応くらいで消えてしまうとも言える。医療機関への支援という意味では、改定率から「ベースアップ評価料」の分を差し引いて議論すべきでしょう。特に、深刻さが増えている病院の建て替えの問題を考えても、災害時などにおけるサージ・キャパシティの観点でも、病院に赤字経営を強いるような状況は、地域医療提供体制が盤石とは言えず、地域住民にとっても不幸です。

うちの病院も築50年くらいの建物があって本当は建て替えたいんですが、建築費がかつての5倍くらいに跳ね上がっていて、とてもじゃないけれど全面的な建て替えは無理な状況になってしまっていますよ。

——神野会長も就任以来、病院の建て替えを支援するための「医療施設近代化施設整備事業」を復活させるべきと訴えていらっしゃいます。

安藤 問題意識は同じです。病院の建て替えや大規模な改修は築30~40年程度が目安です。国会(2025年11月19日の厚生労働委員会)で質問したところ、「医療施設近代化施設整備事業」と同様の内容を「地域医療介護総合確保基金」(総合確保基金)でも実施可能との整理で「一般病棟及び療養病棟の整備に関する事業」を廃止して統合したという説明でした。

総合確保基金は、国と都道府県の持ち出しになるので、都道府県の財政も影響して、実施率にかなりのバラつきがあります。病院の建て替えという大規模な事業を実施するのは相当な困難を伴うでしょう。また、「あの県ではやっているのに、なんでうちではできないんだ」というような不公平感も問題になっています。都道府県行政の裁量に依るところが大きく、改善すべき余地が、かなりあると思っています。

2026年度改定は4.8%程度の増収か

——2026年度改定については、官報告示を経て疑義解釈が出始めている状況ですが、現状はどのような評価でしょうか。

安藤 すごく大雑把な試算の域を出ませんが、全体的に4.8%程度の増収になる可能性がある改定です。当法人のシミュレーションにおいて、急性期病院全体では6.7%程度の増収となる可能性があります。内訳は、入院が6.9%程度、外来は救急外来の影響もあり6.5%程度。ケアミックス病院全体では3.0%程度、「急性期一般入院基本料4」は1.7%程度、「地域包括ケア病棟」は4.3%程度。「回復期リハビリテーション病棟」は3.2%程度、慢性期は3.4%程度などなど。ただし、繰り返しになりますが、短期的な増収にぬか喜びはできません。これまでの蓄積があるし、物価や賃金の上昇は続いています。賃金の上昇に関して言えば、民間企業は2026年の春闘でさらに上がっており、人材の奪い合い・流出が始まっています。病院が人手不足に陥ってしまえば医療サービスは成立しません。概算の収入からは見えにくいかもしれませんが、危機的な状況に変わりありません。

一方、グループ内の診療所は0.43%程度の増収見込みで、かなり厳しい。在宅医療中心のクリニックも運営していますが、緊急の往診や看取りなどを実施した場合に算定できる「在宅医療充実加算」が想定通りであれば6.3%程

度の増収になる見込みですが、想定通りに算定できなければ-2.5%にまで落ち込みます。個人的な感想ですが、〆なんちゃって急性期、や〆なんちゃって在宅医療、を是正するような改定だと思います。アウトカム評価を含む実績が重んじられる時代になった。努力していないと続けられなくなるような内容が目白押しとなっており、加算の要件などをきめ細かく把握した上で、当然だが、患者さんのためになる医療を提供し続けなければならないよう設計されていると感じます。



**新たな地域医療構想
「区域や医療機関の再編が進む」**

——2040年を見据えて策定する「新たな地域医療構想」の関連でもお考えをお聞かせください。全日病からは猪口正孝副会長が構成員の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」が報告書を取りまとめました。

安藤 これからガイドラインに基づく議論が始まると思いますが、まずは「構想区域」をどうするかが大事ですね。現在の構想区域は、原則として二次医療圏と同じ範囲に設定されていますが、改正医療法により、今後は構想区域が二次医療圏の上位概念になります。今後の人口動態を踏まえた構想区域の再設定が各地で進むのではないのでしょうか。

もう1つ、構想区域ごとの「医療機関機能」の関連では、再編や合併が進むのではないのでしょうか。既に、自治体病院の合併など公立病院の統廃合が出始めています。個人的には、公立病院などに総務省から年間8000億円程度も補助金が配られるような状況は改めないといけないと考えています。

——さきほど言及された病院の建て替えも含めて、限られた財源を有効活用する意味でも、〆必要な病院、への支援が欠かせませんね。

安藤 その通りです。データ的に見ても民間病院の方が経営力が強く、公平に、イコールフットイングの考え方で競争環境を整備すべきではないでしょうか。今後の感染症対策や小児・周産期医療も含めた政策医療も、〆落札形式、を導入するなど、規制改革が必要だと考えています。

加えて、地域医療構想を実現させるためのマンパワーに関する議論が欠けているとも感じています。2025年までの地域医療構想を策定する際に議論した社会保障制度改革国民会議には神野会長が委員としてご出席されていましたが、需要と供給のシミュレーションとして、「現状投影シナリオ」と3つの「改革シナリオ」に基づく「マンパワーの必要量シミュレーション」も試算していました。「新たな地域医療構想」でも同様の検討が必要だと考えています。(丁)

控除対象外消費税の問題「我々としても議論したい」

中医協総会

厚労省保険医療企画室長が表明「横のバラつきだけでなく時系列のバラつきもある」

厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室の吉田拓野室長は4月8日、「中医協総会」(城山英明会長)で、医療機関の消費税問題について「我々としても議論したい、議論する必要があると思っている」との考えを表明し、準備を進めるとの方針を示した。課題としては、「(医療機関間の)横のバラつきだけでなく、同一医療機関において時系列での投資をした時期、投資をしていない時期といったバラつきもある」との認識を示し、「縦横という観点で、どう考えるかといったことを考えなければならぬ」などと述べた。日本医療法人協会副会長であり全日病の愛知県支部長も務める太田圭洋委員の質問に答えた。

既に全日病・須田常任理事が訴え「課税化に向け、検討を」

医療の非課税問題、については、2025年11月28日に中医協・診療報酬調査専門組織の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」(飯塚敏晃分科会長、消費税分科会)で、委員を務める全日病の須田雅人常任理事が、全日病を含む四病院団体協議会の総意として課税化に向けた検討を要望しており、「医療の非課税、による病院負担の軽減に向けた検討が進む可能性が出てきた(消費税分科会での議論について

は全日病ニュース1月1日/15日合併号8面を参照)。

同日の総会では太田委員が医療機関の経営状況との関連で、2026年度改定の検討過程において消費税分科会で検討した際、医療機関ごとの消費税負担のバラつきの問題に関して検討するよう要請した経緯を振り返った。

その上で、「吉田室長からは改定の議論が一段落したら、できるだけ速やかに個別の医療機関間での消費税負担についてバラつきに対応できる診療報酬上の対応の方法があるかについて議論する場を作っていくという返事があった」と指摘。「ぜひ消費税分科会において継続して議論する場を設定して、バラつきの問題を診療報酬によって対応可能かに関して、より踏み込んだ議論を早急に始めていただきたい。議論を深めていただきたい」と求めた。

中医協会長も関心？

厚労省に対応を求める

この予定外の発言を受け城山会長は「直接このテーマではないが」と前置きした上で厚労省に対応を要請。出席していた吉田室長が応じ、これまで補填状況調査が消費税を8%へ引き上げた際、10%へ引き上げた際の対応で収入面は見ていると説明した。「それを例えば改定に伴って何か収入側で対応

をリニアに動かしたりとか、そういうことはしておりませんので、そういった意味において、今回の(2026年度改定における)物価対応分の中に相当程度は消費税対応という要素が入っていると思いますが、そのあたりをどういうふうに抽出をするか、そこを考えるのか」という問題意識を示し、「非常にテクニカルに難しい論点があると思われる」と述べた。

さらに、医療機関の消費税負担にバラつきが生じている点にも言及。「医療機関間の個別のバラつきという横のバラつきというのもの、いつもご指摘をいただいている」「その横のバラつきだけではなく、同一医療機関において、時系列の中での投資をした時期、投資をしていない時期といったバラつきといったものもある」などと指摘。「そういった意味で(消費税負担のバラつきが)縦横という観点というのは、非常にこのあたりもどう考えるかといったことを考えなければならぬ」と述べ、困難な検討になるとの認識を重ねて強調した。

医療の非課税問題、を解消へ検討 診療報酬外での対応も俎上か

その上で、「それらを議論した上で、具体的に診療報酬上の対応なのか、診療報酬外ということも、この前の議論

の中ではそういったご発言もあり、そういったことも含めて、どういうふうに対応していくことができるのかという、そういった非常に複雑な論点があると思っている」と説明した。

最後には、「我々、事務局としても、そういったご議論ができるようにという形で準備を進めたいと思っております」との方針を明らかにし、議論開始まで少し時間を要する見通しであることも付言。「申し上げたような論点のほかに、勘案すべきような論点などあれば、また別の機会にご意見とさせていただきたい」とも述べた。

病院経営にとって最大の焦点は「課税ゼロ税率、の実現可否と考えられるが、議論がどう推移するか注目だ。

さらなる報酬対応の要否を検討へ「実調、をベースに損益状況を調査

同日は、厚労・財務の両大臣合意に基づき、政府が2027年度の予算案編成で診療報酬の加減算を含めた調整の要否などを判断するために実施する調査の内容も決めた。

大臣合意では、2026年度以降の状況が2026年度の診療報酬改定の内容を決定した時点の見通しから大きく変動し、医療機関などの経営状況に支障が生じた場合に、2026年末に向けて政府が予算案を編成する過程で検討できるよう調査を実施する旨を決めていた(図表)。

同日の総会では、直前に開催した「調査実施小委員会」のまとめに沿って診療報酬改定時に基礎資料とする医療経済実態調査をベースに実施するとの方針を決めた。具体的には、◇病院機能別の損益状況◇入院基本料別の損益状況◇一般診療所の主たる診療科別の損益状況◇保険薬局の調剤基本料等別の損益状況◇ベースアップ評価料の算定状況別の損益状況一について調べる。

無作為抽出による抽出率は「特定機能病院、歯科大学病院及びこども病院」が「1/1」、「その他」は「1/2.5」。調査票を9月中旬に配布し、回答期限は11月上旬。調査結果を11月下旬にも報告するとの方針も決めた。調査は、「ホームページを利用した電子調査方式」で実施する。

病院団体でも別途調査を検討「結果が出次第、公表する」

太田委員は、「病院団体も現在、改定後の病院の経営状況を把握するため、臨時の調査を今検討している」と明らかにした。「できるだけ結果が出次第、公表したい」との考えも示した。

医療機関等の経営状況の把握について

- 令和8年度診療報酬改定については、令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う可能性があり、令和8年度の医療機関等の経営状況等を把握する必要がある。

- 令和8年度診療報酬改定について(令和7年12月24日大臣折衝事項)より抜粋

1. 診療報酬 +3.09% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+2.41%、令和9年度+3.77%)

- ※1 うち、賃上げ分 +1.70% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+1.23%、令和9年度+2.18%)。
- ※2 うち、物価対応分 +0.76% (令和8年度及び令和9年度の2年度平均。令和8年度+0.55%、令和9年度+0.97%)。
- ※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09%。(入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日)(中略))

3. 診療報酬制度関連事項

- ① 令和9年度における更なる調整及び令和10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討

実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には、上記1. ※1～※3(特例的な対応を除く。)について、令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う。そのために必要な足元の情報を正確に把握するため、令和8年度の医療機関の経営状況等について調査を実施する。

- 令和8年度診療報酬改定後の医療機関等の経営状況把握をどのように行うか。

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

外来医師過多区域での医療の提供などについて報告・公表へ

医療機能情報・医療広告等分科会

医療機能情報提供制度で、厚労省

厚生労働省の「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」(尾形裕也分科会長)は3月26日、住民・患者が医療機関を適切に選択できるように支援する目的で運用している「医療機能情報提供制度」で、医療機関などに「医療機関等情報支援システム」(G-MIS)経由で報告を求める事項として新たに「外来医師過多区域」における「地域で不足する医療機能、医師不足地域での医療の提供の有無・内容及び実績、医療法による要請又は勧告の有無、有の場合提供をしない理由」などを追加する方針を大筋で了承した。

厚労省は、地域で不足する医療機能について、◇夜間や休日などの診療◇学校医・予防接種など公衆衛生に係る医療の提供一などをあげている。都道府県において、外来医療に関する協議の場で協議した上で取りまとめ、公表するよう求める。

外来医師過多区域については、2025年末に成立した改正医療法に基づき、新規開業を希望する医師に対して地域で不足する医療や、医師が不足している地域での医療提供などを要請した上で、拒否した場合に保険医療機関としての指定期間を段階的に短縮するなど

の措置を講じる(詳細は全日病ニュース3月1日号7面などを参照)。

同制度で収集した情報は、全国統一的な情報システム「医療情報ネット」(ナビイ、2024年4月から運用)で公表し、住民・患者が閲覧できるようになる。

同制度で報告を求める事項としてはこのほか、「スマートフォンのマイナ保険証対応の有無」や、予防接種法に基づく定期接種の対象ワクチン追加に伴い「RSウイルスワクチン」を追加し、指定難病に追加された項目も盛り込む。

医療機能情報提供制度の報告率最高100%、最低11.1%

厚労省は同日、「医療機能情報提供制度」における都道府県別の定期報告率(2025年12月1日時点)も報告。最高は秋田県の100%で、最低は沖縄県の11.1%と98.9ポイントも差が生じている。報告率が高いのは秋田県のほか山形県(99.3%)、和歌山県(98.5%)、愛媛県(98.3%)、岐阜県(96.1%)など。低いのは沖縄県のほか鹿児島県(21.1%)、京都府(39.7%)、栃木県(43.8%)など。全国平均は72.4%だった。厚労省は医療機関種別の内訳など

について公表していないが、かなりバラつきがある状況だ(図表)。

この状況について、同分科会の構成員からは、提供される情報の地域格差など、不公平感に直結する可能性などを懸念する声があがった。

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長の山口育子構成員は、報告が法律により義務づけられている中で報告率にかなりの差が生じている状況への対応を質問。厚労省は、G-MISに関する浸透が不十分との認識を示し、操作マニュアルやQ&Aの整備、日本医師会などと連携した自治体・郡市区医師会などへの周知活動を通じて報告率の向上を図る考えを示した。また、同様にG-MISを用いる「かかりつけ医療報告制度」が始まっていることにも言及し、併せて普及・啓発に取り組むとの姿勢も示した。

医療広告等ガイドラインを改正へオンライン診療受診施設などを追加

同日は、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針」(医療広告等ガイドライン)と同Q&Aを改正するとの方針も大筋で了承した。厚労省が春ごろを

めに公表する。

新たに追加する項目は、改正医療法で規定する「オンライン診療受診施設」に関する広告の関連が主な内容。基本的な考え方として「オンライン診療受診施設そのものが医療を提供するものではない点について誤認を与えることのないように明示する必要がある」などの記載を盛り込む。同Q&Aでは、「オンライン診療受診施設が医療を提供するものではない旨を、医療を受ける者が理解できる方法により明示」の方法に関して、次の3点を具体例として示す方向で調整する。

- オンライン診療受診施設が医療を提供するものではない旨を明示する
 - 例①:「オンライン診療は、当施設が提供するものではなく、○ ○医療機関と連携して実施しております」
 - 例②:「この施設は医療機関ではなく、○○医療機関が診療を行うものです」
- 医療機関が診療を行うことを明示する例:「この施設では、提携する××診療所(の医師)が診療を行います(なお、「△△医師が診療を行っています」の場合と判別できないため、不十分です)

オンライン診療受診施設に関する広告の定義としては、以下の3点すべてに該当する場合と示した。

- ①患者の、オンライン診療受診施設でのオンライン診療の受診等を誘引する意図があること(誘引性)
- ②オンライン診療受診施設の名称が特定可能であること(特定性)
- ③医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する内容ではなく、オンライン診療受診施設に関する内容であること

医療広告関連のネットパトロールAIを活用し業務プロセスなど改善

同日の分科会では、厚労省が医療広告規制などに違反していないかを監視しているシステムの状況についても報告した。最新の状況として、AIを活用し、能動的な監視における業務のうち、「キーワード設定・検索～内部レビュー」までの作業時間がこれまで3.95時間程度だったのを1.76時間まで短縮するなどの効率化を図っている状況も示した。違反の関係では、「Instagram」や「TikTok」で「治療等の前又は後の写真等(ビフォーアフター)」が最も多く確認されている状況も共有した。

医療機能情報提供制度における令和6年度定期報告率について

○ 令和6年度定期報告率(病院、診療所、歯科診療所及び助産所の合計)は、全国平均72.4%となっている。

(令和7年12月1日時点)

都道府県	報告完了率	都道府県	報告完了率	都道府県	報告完了率	都道府県	報告完了率
北海道	51.9%	東京都	78.9%	滋賀県	87.7%	香川県	83.9%
青森県	60.6%	神奈川県	73.3%	京都府	39.7%	愛媛県	98.3%
岩手県	83.4%	新潟県	69.7%	大阪府	84.6%	高知県	54.0%
宮城県	69.7%	富山県	77.1%	兵庫県	57.4%	福岡県	70.2%
秋田県	100.0%	石川県	54.3%	奈良県	48.8%	佐賀県	92.8%
山形県	99.3%	福井県	89.9%	和歌山県	98.5%	長崎県	74.0%
福島県	76.8%	山梨県	66.1%	鳥取県	57.5%	熊本県	63.5%
茨城県	85.3%	長野県	73.7%	島根県	76.7%	大分県	62.0%
栃木県	43.8%	岐阜県	96.1%	岡山県	89.7%	宮崎県	68.6%
群馬県	86.1%	静岡県	89.4%	広島県	76.6%	鹿児島県	21.1%
埼玉県	81.4%	愛知県	73.1%	山口県	90.8%	沖縄県	11.1%
千葉県	66.4%	三重県	94.0%	徳島県	55.9%	全国平均	72.4%

分子: 報告機関または都道府県等が定期報告ボタンを使用して報告した数(ステータスが報告済・再報告済・確認完了済となっている報告機関)

分母: 定期報告ボタンを使用して報告することが可能な報告機関数

※ データの抽出時点により、届出上廃止されている医療機関等が含まれる可能性がある。

無料セミナーのご案内

全日本病院協会会員の病院関係者様対象

病院経営の“もしも”に備える



お申込みQRコード

近年、医療機関を取り巻く経営環境は大きく変化しており、人件費・物価高騰、医師不足、診療報酬改定等の影響により、厳しい経営状況に直面する病院も少なくありません。そのような状況の中、「資金繰りが厳しくなってきたが、何から手をつければよいか分からない」、「金融機関との交渉はどう進めるべきか」、「病院を守るための事業再生とは具体的に何をすべきか」、「M&Aという選択肢は本当に有効なのか」、「倒産を回避する方法はあるのか」といった不安や疑問をお持ちの経営者様も多いのではないのでしょうか。

法律の知識がなくても理解できるように簡潔に解説

- ✓ 病院が「倒産」するとはどういう状態か
- ✓ 倒産を避けるための早期対応のポイント
- ✓ 事業再生の具体的方法
- ✓ 病院M&Aの基礎知識(仕組みと注意点)
- ✓ 理事等の責任のポイント
- ✓ 弁護士に早期相談するメリット

●開催日時: 2026年7月2日(木) 15:00~16:00 ●開催形式: 会場とオンライン(Zoom)同時開催

●対面会場: 森・濱田松本法律事務所 東京オフィス ●後日録画配信も行います。お申込みいただいた方に後日ご案内をお送りいたしますので、現時点でご予定が未定の方も是非お申し込みください。

●個別相談(希望者のみ)も随時受付けております。ご希望の方は、下記までご連絡ください。

早めの情報収集が、病院と職員、地域医療を守る第一歩

お申込み・お問い合わせ

森・濱田松本法律事務所外国法共同事業

〒100-8222 東京都千代田区丸の内2-6-1 丸の内パークビルディング
TEL.03-6266-8526 代 宗剛、片桐 大(第二東京弁護士会)

※本セミナーは皆様への情報提供の一環として開催しておりますので、事前に当事務所の承諾を得ることなく、セミナー内容やこれに関する質疑応答を引用しての報道や外部への情報発信などをされることは、どうかご遠慮ください。お問い合わせは、こちらからお願いいたします。

医療関係物資の確保をめぐる厚生労働大臣と面会

全日病など医療関係団体

厚労省は4月10日からEMISを用いた情報収集も開始



全日病など四病院団体協議会を構成する各団体や日本医師会などの医療関係団体は4月10日、中東情勢の影響を受ける可能性がある医療物資などの確保に関する情報交換として厚生労働省の上野賢一郎大臣と面会した。

面会の冒頭のみ報道関係者らに公開。上野厚労相は、「医療機器等について直ちに供給が滞る状況ではないと承知している」との認識を示した上で、「当面の必要量に見合う量のみ発注するなど適切な対応をお願いする」と述べた。

同日からEMISによる情報収集を開始する旨も説明し、「積極的に厚労省に情報をお寄せいただけるよう、周知

をお願いしたい」と求めた。

厚労省によると、同面会は上野厚労相の希望で実現した。

全日病の神野正博会長は面会後に「全日病ニュース」の取材に応じ、「医療物資や医薬品が実質的に足りなくなるような事態が生じなくても、価格は上昇する可能性が高く、大変心配している」と懸念を表明。「物資の不足に備えて医療機関同士で融通し合う仕組み作りなど、先手先手で対策を講じる必要もあるが、物価上昇を想定し、この機会に物価連動型の診療報酬改定のあり方などを検討すべきではないか」との考えも示した。

同日の面会に出席したのは、全日病、日医のほか、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の各会長ら。

神野会長は3月18日の提言書にR-SUDに関する内容も盛り込み提出

神野会長は同日、上野厚労相に対し3月18日に提出した提言書で訴えた4項目に「再製造医療機器(R-SUD)」に関する内容を新たに盛り込んで再提出。現在の単回使用医療機器が主流の状況から、医療機器製造販売業者の責任のもとで適切に分解、洗浄、部品交換、

再組立て、滅菌等の工程を経て再使用を可能とするR-SUDへの移行を見据えた検討を要請。諸外国の動向も踏まえながら「対象範囲の拡大および安全性・有効性に関する検証を推進すべき」と訴えた(3月18日の提言書については全日病ニュース4月1日号1面を参照)。

約1.3万の病院等から情報収集も開始
人員体制も倍に強化

厚労省は、中東情勢の影響を受ける

可能性がある医薬品、医療機器、医療物資などの確保に向け、4月2日には情報提供窓口を設置。同3日には定点観測の医療機関を「6」から「65」に急拡大。同7日には126へさらに積み増した。

医療機関向けの対応としては人員を12名から倍の24名に増員し、定点観測医療機関に直接問い合わせるなど、詳細な状況を把握するための調査体制などを強化した。



起立して面会冒頭で挨拶する上野厚労相(右)

「健康保険法等改正案」の審議、衆院で始まる

国会 医療機関の業務効率化・勤務環境改善に対する支援など11項目

医療機関の業務効率化や勤務環境の改善などを支援する項目を地域医療介護総合確保基金に位置づけるなど、大きく11項目の見直しを盛り込んだ「健康保険法等の一部を改正する法律案」(健康保険法等改正案)の審議が国会で始まった(施行日などについては全

日病ニュース4月1日号4面参照)。

4月9日、衆議院本会議で審議に入った。厚生労働省の上野賢一郎大臣が趣旨説明後は、高市早苗首相も質疑に応じ、持続可能な社会保障制度の実現について「人口減少、少子高齢化が進む中、社会保障制度を次世代に引き継

いでいくためには、不断の改革努力が必要」と指摘。その上で、「必要な保険給付などを適切に行い、世代間や世代内での負担の公平性を確保するとともに、限られた財源、および医療資源を効率的に活用することを目的として本法案を提出した。将来にわたって国民

の皆様が安心して医療を受けられる基盤を堅持してまいります」と述べた。

主な内容は、医療機関の業務効率化・勤務環境の改善のほか◇OTC医薬品との代替性が高い薬剤の一部を保険給付外とする制度を創設◇後期高齢者医療制度における金融所得を反映した保険料の算定一など11項目。

2025年度 第12回常任理事会の抄録 3月14日

【主な協議事項】

●正会員として以下の入会を承認した。

北海道 医療法人社団履信会りしん会整形外科病院

理事長 井本 憲志

岩手県 社団医療法人西城病院一関西城病院

理事長 佐藤 隆次

東京都 医療法人社団浩央会国立さくら病院

理事長 中村 陽

愛知県 医療法人清須呼吸器疾患研究会はるひ呼吸器病院

理事長 齊藤 雄二

退会が6件あり、結果、在籍正会員数は合計2,591会員となった。

●準会員として以下の入会を承認した。

東京都 医療法人徳洲会TIMC TOKYO

院長 浅原 孝之

退会が1件あり、結果、在籍準会員数は合計183会員となった。

●医療保険・診療報酬委員会、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への委員の追加について審議の結果、承認され、次回の理事会へ提出することとした。

・新委員：猪口 雄二

(医療法人財団寿康会寿康会病院理事長)

●人間ドック実施指定施設の申請について説明があり、審議の結果、満場一致で可決確定した。

<人間ドック>

和歌山県 医療法人有紀会さとう内科

理事長 佐藤 晋一

広島県 医療法人社団啓卯会村上記念病院

理事長 山邊 高司

静岡県 医療法人弘遠会すずかけセントラル病院

理事長 竹下 力

静岡県 医療法人豊岡会浜松とよおか病院

院長 麦谷 荘一

人間ドック実施指定施設は合計468施設となった。

●群馬県支部事務局の変更について審議の結果、承認され、次回の理事会へ提出することとした。

●群馬県支部事務局業務委託覚書の変更について審議の結果、承認され次回の理事会へ提出することとした。

●一般社団法人日本臨床衛生検査技師会『病院臨床検査室技師長の「業務改善力・企画提案力向上」に向けた新規事業』への協力依頼について説明があり審議の結果、満場一致で可決確定した。

●その他

・厚生労働省「病床数適正化緊急支援事業」の実施要綱案について情報提供が行われた。

・中東情勢の悪化による燃料費、医療材料費等の高騰に関し、早急な対応を求める政策提言書を厚生労働大臣へ提出することについて説明があり

審議の結果、満場一致で可決確定した。

【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」について報告があり、質疑が行われた。

「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」について報告があり、質疑が行われた。

「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」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。

「厚生科学審議会がん登録部会」について報告があり、質疑が行われた。

「医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会」について報告があり、質疑が行われた。

「救急救命処置の在り方に関する検討会」について報告があり、質疑が行われた。

「科学的介護情報システム(LIFE)のあり方検討会」について報告があり、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

岡山県 倉敷記念病院

大分県 川島整形外科病院

大阪府 友愛会病院

大阪府 摂津ひかり病院

福岡県 長田病院

熊本県 山鹿中央病院

◎一般病院2

茨城県 協和中央病院

千葉県 鎌ヶ谷総合病院

佐賀県 新武雄病院

◎リハビリテーション病院

愛知県 小牧ようてい記念病院

北海道 札幌溪仁会リハビリテーション病院

東京都 初台リハビリテーション病院

◎慢性期病院

埼玉県 上尾中央第二病院

神奈川県 赤枝病院

2026年2月6日現在の認定病院は合計2,180病院。そのうち本会会員は922病院と、会員病院の35.6%、全認定病院の42.3%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21回)の報告が行われた。

【主な討議事項】

●「総合診療科」の標榜化に向けた要望書への賛同のお願いについて

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会の草場鉄周理事長、前野哲博副理事長より総合診療科の標榜化に関する経緯と、これまでの取り組みについて説明があり、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
【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。ホノルル滞在期間中の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。