



全日病 ニュース

2026.7.15
No.1105

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

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

医論・医見・私点

全日本病院協会会長 神野正博

ローマ教皇の回勅と *Human in the Loop*

最近は、Anthropic社が開発したClaude Mythosなど、AIをめぐる話題が尽きない。当法人でも、医療現場から介護現場に至るまでAI導入を急速に進めている。今後は、「AI Access for All」を目指し、①すべての職員が使う②すべての業務に組み込む③すべての意思決定を支える—という「3つのAll」を実現する「3A戦略」のもと、業務効率化を通じて一人当たりの生産性を高め、同時に働きやすい職場づくりを実現していきたい。

世界もまた、AI全盛の時代にある。そのような中、去る5月25日に発表されたローマ教皇レオ14世の初の回勅『Magnifica Humanitas (AI時代にお

ける人間の尊厳の保護について』は、19世紀末に産業革命と向き合ったレオ13世の回勅『Rerum Novarum』に匹敵する、「AI革命時代の社会教説」と位置づけられている。

この回勅はAIを否定するものではない。むしろ、人類に大きな恩恵をもたらす技術として評価しながらも、「人間の尊厳を守ること」を最上位の価値として掲げている。特に重要なのは、「AIは人間に奉仕するものであり、人間がAIに従属してはならない」という考え方である。

AIは経済活動や学術研究だけでなく、軍事分野にも急速に広がっている。教皇は、自律型兵器のように人間が最終的な判断や責任を手放すことに強い懸念を示し、「人類は決してAIへのコントロールを失ってはならない」と警鐘を鳴らした。その根底には、AIは知識や計算を担うことはできても、人間だけが持つ良心、共感、愛情、責任、倫理的判断を持つことはできないという認識がある。「知能」と「人格」は同じ

ではないのである。

この考え方を医療に当てはめてみたい。医療においてもAIは、画像診断、病理診断、予後予測、記録作成などで大きな力を発揮する。人口減少社会を迎える日本にとって、AIやDXの活用はもはや不可欠である。しかし、医療の本質は診断や治療技術だけではない。患者の不安に寄り添い、人生の選択を支え、その人らしい生き方や最期を共に考えることこそ、医療の本質である。

そこで重要となるのが、Human in the Loop、すなわち「人間が意思決定の輪の中に存在し続ける」という考え方である。AIが診断を支援し、治療方針を提案し、将来予測を示したとしても、最終的な判断と責任は常に人間が担うべきである。つまり、「AIが医療を行う」のではなく、「医療者がAIを使う」のであり、「AIが決定する」のではなく、「人間が決断する」のである。

これからの医療DXの目的は、人を減らすことではない。人間にしかでき

ない仕事に、人を集中させることにあ
る。AIには、「記録する」「分析する」「予
測する」ことを任せる。一方で人間は、
「共感する」「対話する」「意思決定を支
える」「責任を負う」ことに力を注ぐ。
すなわち、「AIが知能を担い、人間が
良心を担う」という役割分担である。

医療の目的は、単なる効率化や生産性向上ではない。高齢化と人口減少が進む社会だからこそ、「AIによる効率化」の先に、「人間性の回復」がなければならない。レオ14世の回勅は、AI時代の医療に対し、「技術の進歩そのものではなく、人間の尊厳を守り高めることこそが目的である」という普遍的な指針を示したものと見える。

人口減少社会の日本の医療においても、「AIが中心の医療」ではなく、「AIを活用して人間中心の医療を実現すること」こそが目指すべき方向性であろう。教皇の回勅を読みながら、私たちのAI活用の方向性を、医療倫理の面から絶えず反芻していきたい。

全日病会員病院の26.4%が築40年以上の病棟を保有

全日病・JSHAの病院老朽化に関する独自調査

全日病会員病院の26.4%が、2026年時点で築40年以上になる病棟を保有していることがわかった。全日病と日本医療・病院管理学会（JSHA）が合同で実施した独自調査で判明した。厚生労働省の「令和6年度病床機能報告結果様式1施設票データ」と全日病会員リストデータを用いて分析した結果、建築時期を回答していた2126病院のうち、562病院が1985年以前に建てた病棟を保有していた。

病院の耐用年数については、「減価償却資産の耐用年数等に関する省令（昭和四十年大蔵省令第十五号）」において「39年」との定めがあるため、指標の1つとなっている。

「築40年以上の病棟数」は、1387病棟で、建築時期の明記がある8009病棟の17.3%だった。「築40年以上の病床数」は6万443床で、割合は17.8%だった。

今回の調査において、建築時期に関する「未回答」が一定数存在するため、建築時期の明記がある病院を対象に「築40年以上」の病棟を保有する状況について集計した。建築時期未回答の病院は、全日病会員病院リストとの突合で調査対象となった2594病院のうち305病院、全体では同6926病院のうち886病院となっている。

「築40年以上の病棟保有率」
病院全体は26.0%

同施設票データ全体でも、築40年以上の病棟を有する病院の割合は全日病会員と同様の状況。建築時期の明記がある6040病院のうち26.0%（1568病院）が築40年以上の病棟を有する。

「築40年以上の病床数」は3958病床で、分析対象となった2万3388病床のうち16.9%となる。「築40年以上の病床数」は17万1796床で、同割合は17.6%だった。

都道府県別では異なる傾向
全体と全日病会員病院の比較で

築40年以上の病棟を有する病院の割合を都道府県別でみると、全日病会員病院の場合は岩手県の56.3%が最も多く、次いで福島県(47.1%)、青森県(44.4%)、長野県(40.0%)、長崎県(同)、神奈川県(35.0%)などとなっている。全体では青森県の39.7%が最多で、福島県(39.3%)、長野県(34.8%)、京都府(34.4%)、大阪府(同)、岩手県(32.8%)などが続いている。

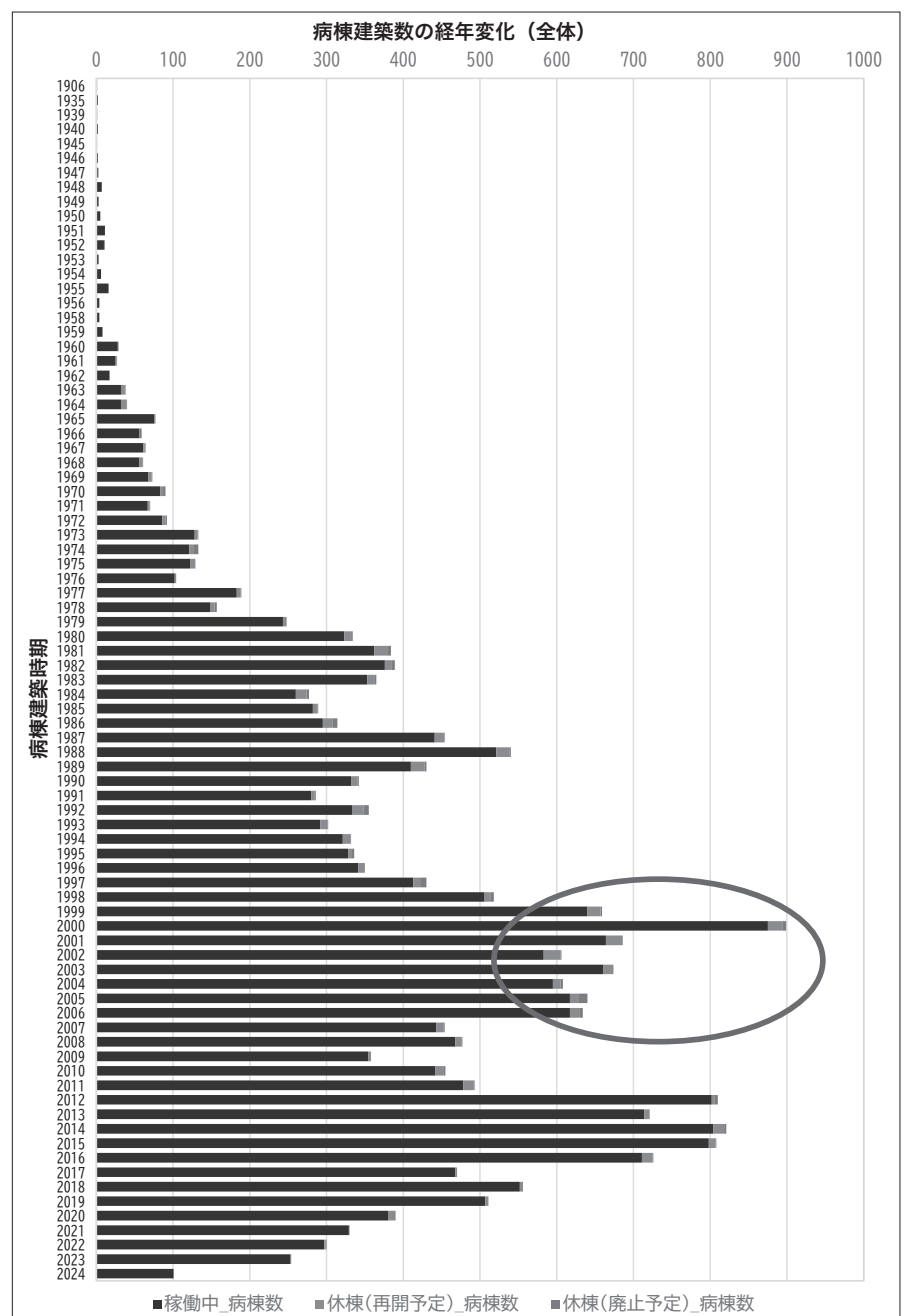
地域医療構想を見据えた対応が必須
「2040年に築40年以上が多い」

全日病とJSHAは、診療報酬点数の設定が厳しい中でも医療施設を整備するための財源確保策や病院建築に関する低コストモデルを検討するため共同タスクフォースを立ち上げ、6月23日の初会合後に開いた記者会見で同調査結果の「暫定版」を公表した。

同記者会見にて全日病の神野正博会長は、1999～2006年頃に建築のピークが生じていると指摘(図表)。「改築が必要な病院が今後どんどん増えてくる。特に2000年前後につくった病院が2040年、つまり新たな地域医療構想の目標年に向けて築40年を迎える。現況に加えてさらに多くの建替え需要が生じるという意味だ」と述べ、医療施設の整備費確保策の重要性を強調した。

地域医療構想との関連については、「新たな地域医療構想において役割・機能が明確にされた病院、すなわち急性期だけでなく、包括期、あるいは慢性期の機能を持つ病院も、何らかの支援・補助金の対象とすべき」との考えも示した(全日病ニュース7月1日号5面に関連記事)。

病床機能報告のデータ分析、全国的な比較でも同様の状況



共同タスクフォース資料を一部改変

本号の紙面から

控除対象外消費税で日医会長

AMATが厚労省チームに参画

骨太案に神野会長が見解

3面

4面

「永久に変わらないというわけではない」

日医・松本会長

3期目を決めた直後の記者会見で控除対象外消費税に関する主張に言及



3期目を迎える松本会長（右から2人目）と新任の池端副会長（右端）ら

日本医師会の松本吉郎会長は6月27日、役員選挙で再選を決めた直後の記者会見で、控除対象外消費税の問題に関する日医の主張について「永久に変わらないということではない」との考えを示した。

松本会長は、控除対象外消費税の問題に対し日医が「診療所においては非課税のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ、病院においては軽減税率による課税取引に改める」よう、政府に求める状況について問われ、「継続の課題だという認識を持っている」と述べ

た上で主張の内容について、「永久に変わらないということではない」と表明。ただし「現時点ではおっしゃったような内容で、今、国に対して要望を出しているが、未来にも変わらないということではない」との見解を示した。「検討しながら、流動的に、またその都度考えていく」とも述べ、理解を求めた。

さらに消費税に関しては、「医療だけの問題ではなく、国民全体の課題」との認識も示し、「国民が課税や増税を今、求めているわけではないと思うし、医療だけでは計り知れない課題がたくさんある」と指摘。「他業界との課題も含め、様々なハードルがあり、診療報酬以外のいろいろな税制も非常に複雑に影響している」との見方も示しつつ、「1つ1つ対処してまいりたい」と述べ、日医の税制委員会を中心に引き続き検討するとの方針も示した。

会長選、12年ぶりの無投票で決着

松本会長の3期目を決めた会長選挙に出馬したのは松本会長のみだった

め無投票での決着だった。日医によると、役員選挙は会長職以外も立候補者が定数内だったため無投票。会長選で立候補者が定数内だったのは12年ぶり、全正規役員の立候補者が定数内だったのは26年ぶりになるという。

松本会長は会見で、「組織強化のさらなる取り組み、国民皆保険制度の堅持、広報戦略の充実、中長期的な展望への対応を中心に取り組んでまいります」との意気込み表明した。

また、「今回、すべてのブロック医師会からご推薦をいただいたことに心より感謝を申し上げる。まさに全8ブロック、47都道府県の医師会が非常にまとまっているという証と言える結果」と評価。「引き続き全国の会員の先生方の声を聞きながら、一丸となって会を運営してまいりたい」とも述べ、日医の全国的な結束力を強調した。

全日病・福井県支部長の池端氏が新副会長に就任

3名で構成する副会長には、全日病で福井県支部長を務める池端幸彦氏

（日本慢性期医療協会副会長、前中医協委員）と前常任理事の城守国斗氏が新任で、茂松茂人氏が再任で就く。

池端新副会長は会見で、「（日医において）常勤役員としても初めての選任・選定であり、どこまでお役に立つかわからないが、福井県医師会長4期の経験、中医協における5年の経験、そして病院団体の役員も経験していることなどを少しでも活かせたらと思っている」と述べた。

全日病岡山県副支部長の江澤氏ら計14名が常任理事

厚生労働省などの審議会・検討会で委員や構成員を務める機会などが多い常任理事には、全日病の岡山県副支部長を務める江澤和彦氏らが再任したほか、◇長島公之氏◇渡辺弘司氏◇今村英仁氏◇黒瀬巖氏◇坂本泰三氏◇濱口欣也氏◇笹本洋一氏◇佐原博之氏◇松岡かおり氏◇藤原慶正氏◇加藤豊氏◇小中俊太郎氏◇磯崎哲男氏—の計14名が就任した（日医ホームページ掲載順）。

「急性期拠点」と「高齢者救急・地域急性期」は併願不可

厚労省

2040年に向けた「新たな地域医療構想」の策定GLで方針明記

厚生労働省は、2040年に向けた「新たな地域医療構想」を策定するためのガイドライン（GL）で、新たに設ける「医療機関機能」のうち、「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」については、1つの医療機関が選べるのはどちらか一方にするとの方針を明記した。7月3日、ホームページ上の「2040年に向けた地域医療構想について」と題するコーナーに、全80頁のGLを掲載した。2028年度までに「急性期拠点機能を担う医療機関の具体的な医療機関名」を含む「地域医療構想」を策定するよう求めている。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

同GLは、全日病の猪口正孝副会長常任理事が構成員の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」（遠藤久夫座長）がまとめた報告書を受けて厚労省が作成。「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」の〃併願、を認めないとの考えは同報告書に記載はないが、厚労省は、地域において相対的に多くの医療資源を要する医療と、高齢者の救急搬送を受け入れて必要に応じ専門病院や施設などと協力・連携する早期のリハビリテーション提供や早期の退院を支援する医療の役割分担を明確にする。

病院などが報告する医療機関機能は◇高齢者救急・地域急性期機能◇急性期拠点機能◇在宅医療等連携機能◇専門等機能—の4つ。大学病院本院については「医育及び広域診療機能」と位置づける。

複数の医療機関機能を報告すること自体は認める。例えば、「高齢者救急・地域急性期機能」または「急性期拠点機能」を担う病院が、在宅医療の提供や在宅医療の後方支援も担う場合、「在宅医療等連携機能」を併せて報告できる。一方、「急性期拠点」と「高齢者救急・地域急性期」の両方を担うことはできない。

急性期拠点機能の医療機関には休日・夜間や医育、政策医療も要求

厚労省は、「急性期拠点機能」を手術や救急医療など、地域において相対的に医療資源を多く要する症例を集約して提供する機能と位置づけた。消化器外科、整形外科、循環器内科、脳神経外科などを中心に、頻度が高く、救急対応や手術・処置を要する疾患を対象に、総合的な対応を求める。

緊急性の高い疾患に対する緊急手術や、一定の専門性が必要な手術、合併症リスクの高い患者への手術などについては、休日・夜間を含む手厚い体制を確保するよう求める。災害医療、新興感染症への対応、臨床研修・専門研修などの医育、地域の医療機関への医師派遣など、政策医療の役割も担う。

急性期拠点機能を担う医療機関は、2040年の推計人口を基に、人口20万～30万人程度ごとに1カ所程度を目安に確保する。ただし、人口だけで機械的に決めるのではなく、◇全身麻酔手術◇緊急手術◇救急搬送の実績◇医療従事者の確保見込み◇建物の状況—などを踏まえて協議する。急性期拠点を担う具体的な医療機関名も、地域医療構想に盛り込むよう求める。

高齢者救急・地域急性期機能は〃地域住民に身近な急性期医療、

「高齢者救急・地域急性期機能」は、今後増加する高齢者救急を中心に、地域住民に身近な急性期医療を担う。高齢者をはじめとする救急搬送患者を受け入れ、入院早期からリハビリテーションの実施や退院調整を図り、早期退院と地域復帰につなげる。

高齢者施設などからの休日・夜間の外来患者にも対応し、介護保険施設の「協力医療機関」としての連携体制構築も求める。救急搬送を多く受け入れる病院では、大腿骨近位部骨折など、高齢者に多い疾患への手術・処置を担う役割も想定する。

「高齢者救急・地域急性期機能」と「急性期拠点機能」の違いは、単純な「重症・軽症の区分」ではない。地域において

相対的に多くの医療資源を要する患者や、緊急性・重症度が高い患者は、急性期拠点機能が主に担う。一方、「高齢者救急・地域急性期機能」の医療機関は、高齢者救急を中心とした入院対応、早期のリハビリや退院支援、在宅・介護との連携を一体的に担う。地域の実情に応じ一定の手術や急性期医療を担い続けることもあり得る。

二次救急についてはGLに、「地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点を踏まえると、基本的に、急性期機能を担う医療機関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる」との記述も盛り込んだ。

上り搬送と下り搬送で連携「地域で搬送ルールの具体化を」

「急性期拠点機能」か「高齢者救急・地域急性期機能」を担う病院には、患者の状態に応じて「上り搬送」と「下り搬送」で連携する体制構築を求める。「高齢者救急・地域急性期」を担う医療機関で対応が困難な患者は、「急性期拠点」へ上り搬送する。「急性期拠点」で受け入れた患者のうち、高度な急性期治療は必要ない患者や、治療後にリハビリなどを必要とする患者は、「高齢者救急・地域急性期」へ下り搬送する。

厚労省は、救急搬送時の受入先だけでなく、受入直後の転院や急性期治療後の転院を含め、地域で搬送ルールを具体化するよう求めている。

診療報酬の届出だけでは決めず2040年の機能は協議を

医療機関機能に関しては、診療報酬上の入院料や加算の届出だけで機械的に決めないとの方針もGLで明確化した。届出状況を協議の目安にすることは可能だが、特定の入院料や加算を、各機能の必要条件や十分条件として取り扱うことについて「適切ではなく、地域における診療実態等を総合的に検討し、協議すること」と記述した。

医療機関は、現在担っている機能に近い「医療機関機能」と、2040年に担

う機能、診療実績などを毎年報告する。調整会議では、◇地域の医療需要◇各医療機関の診療実績◇医師などの確保状況◇他院との役割分担—などを踏まえ、2040年の「医療機関機能」について協議する。

「在宅医療等連携機能」⇨後方支援回りリハや慢性期は「専門等機能」

「在宅医療等連携機能」は、在宅医療の提供や後方支援を担い、他の医療機関や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所、高齢者施設などと連携して、地域の24時間対応を支える。病院が〃バックベッド、を確保し、在宅療養患者の入院を支援する役割なども想定する。

「専門等機能」は、他の3機能に当てはまらない医療機関が担う。回復期リハビリテーションに特化した病院や中長期の療養を必要とする慢性期患者を受け入れる病院、一部の診療科に特化した病院、地域に根差した有床診療所などが該当する。

ただし、専門病院でも高齢者に多い疾患について休日・夜間を含めて多くの救急患者を受け入れている場合は、「高齢者救急・地域急性期機能」も報告できる。有床診療所も、実際に担う役割に応じて、「高齢者救急・地域急性期機能」や「在宅医療等連携機能」を報告できる。

各医療機関が持つ強みを生かし多様な形で地域医療を支える体制

ここで注目したいのは、「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」は併せて報告できないものの、「在宅医療等連携機能」などは、実際に担う役割に応じて複数報告できる点だ。高齢者救急と在宅医療の後方支援を組み合わせる病院、専門的な回復期・慢性期医療を提供しながら在宅療養患者を支える病院など、各医療機関がこれまで培ってきた機能や強みを生かし、多様な形で地域医療を支える体制の維持・構築に貢献できるとも言える。

「厚生労働省保健医療福祉調整本部支援チーム」へ参画!

全日病 災害医療支援チーム (AMAT) 2026年度 隊員養成研修会の募集開始!!

1. 「厚生労働省保健医療福祉調整本部支援チーム」へのAMAT参画決定

2026年4月、「厚生労働省保健医療福祉調整本部支援チーム」が新設され、全日病の災害医療支援チーム (AMAT) も参画することが決定しました。「厚生労働省保健医療福祉調整本部支援チーム」は、災害時、被災都道府県や他省庁からの情報を一元的に集約するワンストップ窓口として機能し、保健医療福祉調整本部の立ち上げ支援や要請への対応等を行うチームです。

今後は、定例会議や合同訓練などを通じて、国や他団体と平時から顔の見える関係を構築し、他の支援チームとの連携をさらに強化していきます。

2. 「厚生労働省保健医療福祉調整本部支援チーム」においてAMATが果たす役割

東日本大震災の教訓から生まれたAMATは、「公的支援が届きにくい領域を民間病院のネットワークで支える」という明確なミッションを持っています。現在1,800名を超える隊員を有し、発災後24時間以内に出動可能な先遣隊47チームを保有。病院救急車を駆使した「機動力」で、会員病院の支援 (互助) と避難所等の支援 (公助) の両輪を担っています。

令和6年能登半島地震においても、発災翌々日に被災地に到達し、初動支援から中長期支援を担う他団体へと速やかに活動を引き継ぐなど、連携を実

践してきました。本チームにおいても、この強みと経験を活かして貢献します。

2026年度は以下の日程で開催いたします。

講義研修：
2026年10月1日～12月31日
※eラーニングで実施

実習研修：
東京開催 2026年11月1日 (日) 9:30～17:00
大阪開催 2026年12月13日 (日) 10:00～17:30

研修の詳細は以下URLよりご確認ください。
https://www.ajha.or.jp/seminar/amat/pdf/260626_7.pdf
担当：全日病救急・防災委員会

入院患者への処方薬では「特別の料金」を求めない

厚労省 OTC類似薬の保険給付検討会で方針、8月に「中間整理」へ

厚生労働省は、OTC類似薬77成分の薬剤費の一部を保険給付外とし、薬剤料の4分の1に当たる「特別の料金」を患者に求める「一部保険外療養制度」の施行に向け、入院患者に処方する医薬品については「特別の料金」の負担は求めない方向で検討を進める。現状、入院患者の退院時に処方する医薬品についても同様に扱う考え。6月25日に開いた、「OTC類似薬の保険給付の見直しの実施に向けた技術的検討会」(武藤正樹座長)の初会合で示した。目立った異論は出なかった。

OTC類似薬に関する「一部保険外療養制度」については大きく分けて、①対象となる77成分(約1100品目)の医療用医薬品とOTC医薬品における効能・効果の違いの整理②別途の負担を求めない者と療養の範囲の整理③その他(現場の実務への影響等)一の3点について検討し、施行に備える。

「①対象となる77成分」の関連では、医師や薬剤師が扱う「医療用医薬品」と、患者が自ら選択する「OTC医薬品」で有効成分が一致していても、用法・用量や効能・効果、投与経路・剤形などが異なる点が論点となる。厚労省は以下の3類型に分けた上で、個別の成分ごとに対応を検討する方針だ。

「②別途の負担を求めない者と療養の範囲」については、(1)がん治療中の患者(2)難病患者(3)配慮が必要な慢性疾患を抱えている方(4)入院患者(5)外来における処置等の一環で対象医薬品の処方が必要な方(6)医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方一の6分類で検討する方針。「(4)入院患者」については、基本的な考え方として◇医療提供の場面や治療環境が外来患者とは大きく異なることを踏まえる必要がある◇急性期又は慢性期の疾病等により、医師の管理下で集中的かつ継続的な治療を受けている状態にあり、処方される薬剤は、当該入院治療や処置の一環として用いられている場合が多い◇以上を踏まえ、入院患者に対し、入院中(退院時を含む)に処方された医薬品は、別途の負担を求めないことと整理してはどうか一と提案した。

「(6)医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方」に関しては、厚労省が「通年処方」に着目して検討するとの方向性を示した。

8月以降に「中間整理」

中医協や社保審・医療保険部会へ報告

今後は、個別の成分名や製品に関連する情報を取り扱うため非公開での会合において検討を進める。第4回会合で「中間整理」をまとめ、8月以降に中医協や社会保障審議会・医療保険部会へ報告する計画だ。施行日は未定なもの、厚労省は同日、2027年3月の

施行を想定していると説明。やや急ピッチで77成分、約1100品目に関する取扱いをまとめる。

現状、精緻な整理を試みており制度化に向けては順調とみられる反面、患者・国民にとっては、自分が受診する場合の該当性などが複雑になる可能性があり、検討の推移には注目だ。

OTC類似薬の保険給付の見直しの実施に向けた技術的検討会 構成員名簿

飯島 裕也	イイジマ薬局 開設者
稲森 正彦	横浜市立大学 医学部 教授
岡崎 賢	東京女子医科大学 医学部 教授
加藤 則人	京都府立医科大学 北部キャンパス長
金子 明寛	池上総合病院 口腔感染センター長
近藤 太郎	近藤医院 院長
成川 衛	北里大学 薬学部 教授
成瀬 道紀	日本総研 調査部 主任研究員
谷垣 伸治	杏林大学 医学部 教授
張替 秀郎	東北大学 理事・副学長
長谷川 利雄	はせがわ整形外科運動器工コークリニック 顧問
藤岡 治	藤岡耳鼻咽喉科医院 院長
堀川 壽代	合名会社 光栄堂薬局 代表社員
武藤 正樹	日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事
武藤 学	京都大学 医学研究科 教授

厚労省資料を一部改変

一部保険外療養の創設

趣旨・概要

- ①医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保
- ②現役世代を中心とする保険料負担上昇の抑制の観点から行うもの。
- OTC医薬品（要指導医薬品又は一般用医薬品）との代替性が特に高い薬剤を用いた療養その他の適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする療養として厚生労働大臣が定めるもの（「一部保険外療養」という。）を創設。（令和9年3月施行を想定）

○ 特別の料金の対象となる医薬品の範囲・特別の料金の設定

対象医薬品の範囲：77成分（約1,100品目）

主な対応症状は、鼻炎、胃痛・胸やけ、便秘、解熱・痛み止め、風邪症状全般、腰痛・肩こり、みずむし、口内炎、皮膚のかゆみ・乾燥肌 等。

特別の料金：対象薬剤の薬剤費の1/4

○ 配慮が必要な者

こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討。

※上記の事項については、告示事項。

※選定療養に係る「特別の料金」には別途消費税がかかっている。

※上記の事項に係る厚生労働大臣の定めのある在り方等について検討し、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする検討規定を法附則で規定。

「経済財政運営と改革の基本方針2026(案)」に対する見解

―― 持続可能な医療提供体制の構築に向けて ――公益社団法人 全日本病院協会会長 神野正博

政府が7月7日の自民党「政調全体会議」に示した「経済財政運営と改革の基本方針2026(案)」は、人口減少、急速な生産年齢人口の減少、物価・賃金上昇、AIをはじめとする技術革新など、我が国が直面する構造変化を正面から捉え、「責任ある積極財政」の下で従来の延長線上にない経済社会への転換を目指すものである。とりわけ、社会保障制度について、成長型経済に合わせて物価・賃金上昇を適切に反映し、必要な医療・介護提供体制を確保するとした方向性は重要である。

評価すべき点

第一に、診療報酬に経済・物価動向等を基本的に反映する方向性が示されたことを評価する。医療機関は公定価格制度の下にあり、人件費、医薬品費、医療材料費、エネルギー費等の上昇を自ら価格転嫁することができない。持続可能な医療提供体制を確保するためには、物価・賃金の変動を適時かつ適

切に診療報酬へ反映する仕組みが不可欠である。

第二に、人口減少地域において、限られた人員・人材で質の高い医療・介護を持続的に提供するため、職員配置基準の柔軟化、包括報酬の検討、AI・医療DX・介護DX、テクノロジーによる生産性向上・省力化を進める方向性を評価する。これは、「人を増やして医療を維持する」発想から、「生産性を高め、限られた人材で医療アクセスを守る」仕組みへの転換につながるものである。

第三に、救急医療、高度急性期医療、難病・先進医療等を担う病院について、医療機関の機能に応じた診療報酬体系の抜本的見直しを検討するとした点を評価する。さらに、新たな地域医療構想の下で、「老朽化・災害対策を含む地域に不可欠な施設・設備の計画的な整備への必要な支援の在り方を検討する」と記され、地域医療の持続可能性に関わる課題として位置付けられた点も重要である。

反対・警戒すべき点

最大の懸念は、医療給付費について、対GDP比や雇用者報酬の伸びとの関係を参照し、医療費適正化計画を抜本的に見直すとした点である。明示的な数値上限、いわゆるハードキャップではないものの、将来的に医療給付費の伸びをマクロ経済指標に連動させる実質的な総額管理、すなわち「ソフトキャップ」へ発展することを強く警戒する。医療需要はGDP成長率によって決まるものではない。高齢化、85歳以上人口の増加、疾病構造の変化、医療技術の進歩、地域の人口密度や地理的条件、災害リスク等によって規定される。「GDPが伸びなければ医療も伸ばさない」という発想では、超高齢社会における必要な医療アクセスを守ることはできない。

また、2027年度の社会保障負担率を2025年度より上昇させないことを目指し、さらに社会保障負担率の目標設定を検討するとした点にも注意が必要で

ある。現役世代の負担軽減は重要であるが、それを上位の制約条件として医療給付費を抑制すれば、診療報酬の抑制、給付範囲の縮小、病床削減等を通じて、地域医療の崩壊や必要な受診機会の喪失を招きかねない。

全日本病院協会の基本的立場

全日本病院協会は、医療費の無制限な増加を求めるものではない。しかし、必要な医療をマクロ経済指標によって一律に抑制することには反対する。

求められるのは、「医療費を削る改革」ではなく、「限られた人材と財源で医療アクセスを守る改革」である。病院機能の明確化と連携、地域の実情に応じた集約化と多機能化、急性期拠点病院と地域の病院の役割分担、上り搬送を含む救急医療体制の再構築、AI・データ・ロボティクスによる生産性向上、医療DXによる地域全体の最適化を一体的に進めるべきである。(2026年7月8日時点の情報に基づく)

診療報酬に物価動向を反映 骨太方針2026案

政府は7月7日、自民党の政調全体会議に示した「経済財政運営と改革の基本方針2026」(骨太方針2026)案に、診療報酬へ経済・物価動向等を基本的に反映すると記した。一方、「医療給付費の対GDP比や雇用者報酬の伸びとの関係を参照しつつ、医療費適正化

計画の次期改定に向けて抜本的な見直しを行う」との方針も盛り込んだ。

医療・介護・障害福祉では、「DX／AX(AIトランスフォーメーション)、多職種連携を含むチーム医療等による生産性の向上と職員配置の柔軟化に向けた一層の取組」を進めるとの考えを

提示。地域の医療提供体制の維持、予防・健康管理、在宅医療、介護との連携などを評価する外来包括報酬も検討する。救急医療、高度急性期医療、難病・先進医療などを担う病院は、機能に応じて診療報酬体系を抜本的に見直す方針も記した。

2040に向けた地域医療構想との関連では、「将来需要を踏まえ、老朽化・災害対策を含む地域に不可欠な施設・設備の計画的な整備への必要な支援の在り方を検討する」との方針を明記。全日病の神野会長が就任以来、訴え続けてる内容と重なる(1面に関連)。

■ 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
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象に、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 ベーシックコース 42名	2026年9月10日(木) 10:00～16:30 対面研修	14,850円(19,250円)(税込)	個人情報保護に関する知識を有し、職員らを指導できる人材の育成が目的。個人情報保護に関する過去の問い合わせ事例などについて学ぶ講義を経て、グループワークで課題ごとの発表にも取り組み、実践的な知識を身につける。参加者には「受講修了証」を発行する。
AMAT隊員養成研修 (災害時医療支援活動に関する 研修) 100名 (実習研修はそれぞれの会場で 50名ずつ)	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) 実習研修： 2026年11月1日(日) 9:30～17:00【東京開催】 2026年12月13日(日) 10:00～17:30【大阪開催】	13,200円(35,200円)(税込) 55,000円(66,000円)(税込)	病院に勤務する医療従事者を対象に、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)」の隊員として災害発生時の被災地で活動するための内容で構成。eラーニング研修を受講した上で、実習研修として災害医療活動の訓練を受ける。会員病院を始めとする民間病院や避難所の巡回診療、患者の病院間搬送、多様な医療チームなどとの連携について学ぶ。2026年度は厚生労働省「災害医療チーム養成支援」の補助金対象のため、参加費が通常よりも割安となる。修了者には後日、AMAT隊員登録証と「AMATベスト」を配布する。既存のAMAT隊員は、受講により登録を更新できる。
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。