

設立準備会で日病協15団体中12団体が賛同を表明

「医療と消費税に関する国民会議」 医療関係団体や元厚労大臣、元日医会長の横倉氏らも賛同を表明か

医療関係団体や医療産業関係団体、経済界、報道機関、学識経験者らが集い、控除対象外消費税、の問題などについて解決策を見出すための会議体「医療と消費税に関する国民会議」の設立に向け、日本病院団体協議会を構成する15団体からは12団体がすでに賛同を表明していることが「全日病ニュース」の取材で分かった。このほか、日本画像医療システム工業会や日本医療機器産業連合会など、医療関連団体からも賛同を得ているという。また、元日本医師会会長の横倉義武氏、元厚生労働大臣の塩崎恭久氏らも賛同を表明している模様だ。全日病は7月18日の常任理事会で同国民会議への参画を承認し、同機関決定した(全日病ニュース8月15日号2面を参照)。

8月7日に開いた設立準備会では、現状報告と今後の流れについて検討。日病協の残り3団体も参画に向けた検討中との状況も共有したという。今後は同国民会議の会長や副会長の人事、事務局などを決めていく。

9月中旬をめどに、次回の設立準備会を開く想定で調整を進め、正式な設立に向けて引き続き準備を進める。

全日病などで構成する四病院団体協議会の各会長は、同国民会議の副会長に就任する可能性があるという。

戦略的なAX推進で「本部」と「戦略室」を設置

厚労省 本部長は大臣、副本部長は医務技監らが就任し、8月5日に初会合

厚生労働省は、政府が「経済財政運営と改革の基本方針2026」(骨太方針2026)で掲げたAIトランスフォーメーション(AX)やDXをヘルスケア分野で戦略的・総合的に推進するため、「医療DX令和ビジョン2030」に関する省内チームを改組し、「ヘルスケアAX・DX推進本部」を立ち上げた。また、医務技監が室長を務め、大臣官房厚生科学課と医政局研究開発政策課が事務局を務める「AI forヘルスケア成長戦略室」も設置。省をあげてAXを推進する体制を整えた。同本部では、本部長を厚生労働大臣が務め、本部長代行を副大臣と政務官が、副本部長は同省の事務次官、厚生労働審議官、医務技監らが務める。8月5日、同本部としての初会合を非公開で催した。

AXについては「骨太方針2026」で、人口減少下においても高付加価値を生み出す経済構造への転換を図るための加速装置として位置づけ、社会や産業の在り方を再構築する必要性を説いている。AIをロボットに実装する「フィジカルAI」などを軸に、全産業で取組みを加速するとの方針を掲げた。

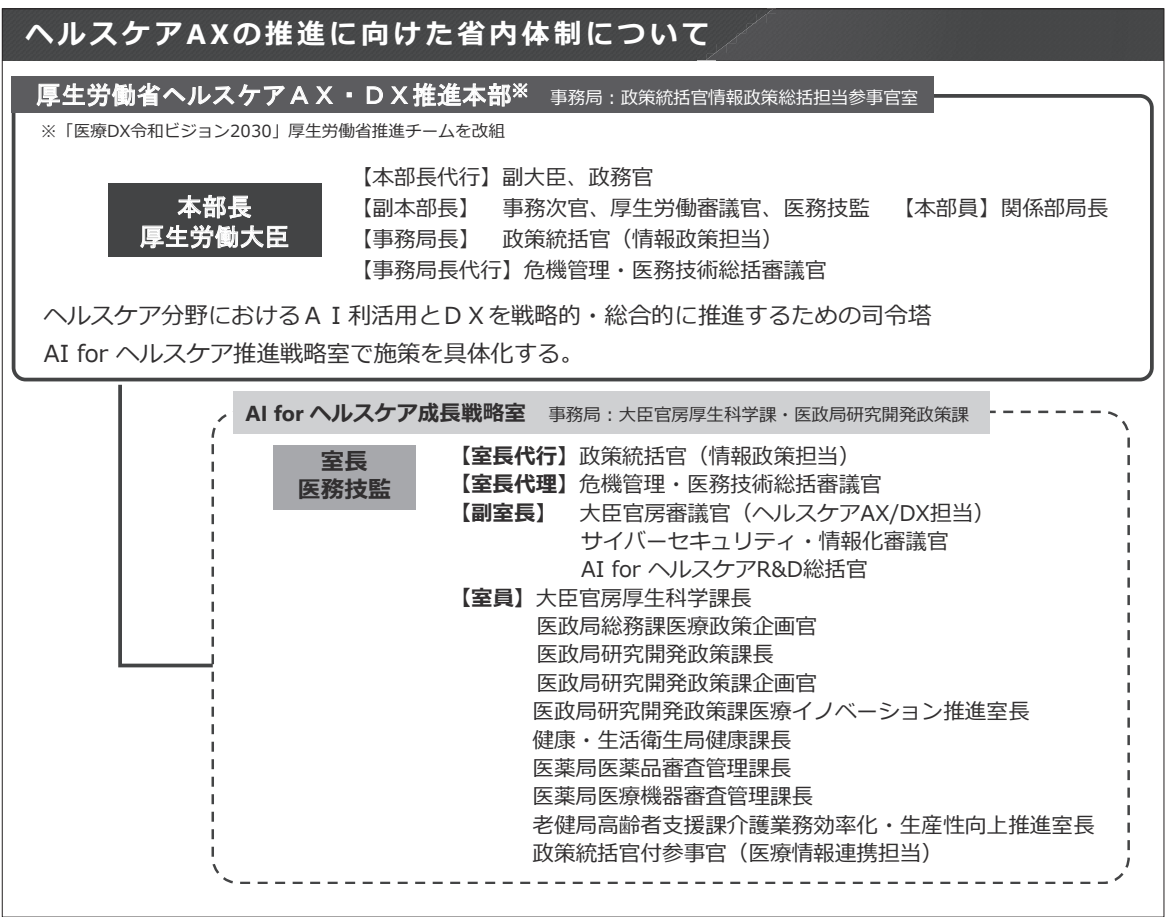
医療・介護分野におけるAX・DXについては、多職種連携を含むチーム医療などにより、生産性向上と職員配置の柔軟化を進めるとの方針も示した。

また、7月21日に閣議決定した「日本成長戦略」では、「フィジカルAIの重要性が高まる中、AIをロボットに実装したAIロボットを中心に市場が拡大し、2040年に約60兆円に達すると予測もある」と指摘。「構造的人手不足の解消を通じて供給ボトルネックの解消に貢献することが期待される中で、産業競争力や経済安全保障の観点から、国内の生産・技術基盤の確保が急務である」と記し、推進する重要性を強調。「勝ち

筋・方向性」として「製造業等の豊富なデータや産業ロボット等の技術基盤をいかし、ロボット・主要部品・AIモデルの開発を進めるとともに、注力産業を特定して潜在需要を顕在化させることで国内市場を創出し、国内の生産・技術基盤の構築につなげる」との方針も示した。さらに、「AIロボットについて2040年に世界シェア3割超、20兆円の市場獲得を目指す」との目標も明記。「AIロボティクス実装ロードマップ」に基づき、医療や介護を含む計18分野での導入など、必要な支援や制度の見直しを実施すると計画も明かした。

DX専属職として局長級を新設

DX専属職員として局長級の「政策統括官(情報政策担当)」も設けた。情報政策総括を担う参事官や、マイナ保険証など医療情報の二次利用を推進する医療情報基盤が担当の参事官、病院情報システムの刷新などを担う参事官らとの調整能力を強化する狙いだ。



主張『ステルス・ゼロ税率』～医療の損税問題の現実解として～

四半世紀にわたり膠着する公的医療保険制度における消費税の「損税」問題は、今や限界点を迎えている。インフレに伴う、物価・人件費高騰、国策である医療DXやサイバー対策、様々な設備投資が事実上不可避となる中、現行の「診療報酬へのマクロ上乗せ方式」は完全に破綻している。国の政策に呼応して前向きに投資する病院ほど莫大な消費税を負担し、上乗せ分では到底カバーしきれない赤字を抱え込む

「ペナルティ構造」に陥っている。医療界は長年、この根本解決として「課税・ゼロ税率」を理想に掲げてきた。しかし、食料品や他分野へのドミノ現象を極度に恐れる財務省にとって、国内取引のゼロ税率は「絶対防衛線」であり、実現可能性は極めて低い。訪れることのない奇跡を待ち続ける猶予は、我々病院にはもう残されていない。今求められるのは、「名(ゼロ税率という看板)」を捨て、「実(実質的な全額

還付)」を確実に手に入れるパラダイムシフトである。その切り札となるのが、カナダの「公共サービス団体還付」をモデルにした「日本型Rebate(還付)システム」だ。

かつて還付方式は、保険診療と自由診療の消費税を手作業で仕分ける「事務負担の壁」で頓挫した。しかし現代では、インボイス(支払税額の自動集計)と電子レセプト(標準按分比率の自動算出)をAPI連動させることで、1円単位での精緻な還付計算が現場の追加負担なく全自動で文書化の完了を可能とする。我々を苦しめてきたデジタルインフラこそが、過去の壁を壊す

最強の武器となる。

この仕組みは、診療報酬という公定価格の特異性を盾に他産業への波及要求を論理的に遮断しつつ、病院側のキャッシュフローは「課税・ゼロ税率」とほぼ同等水準に回復する。いわば税体系を壊さずに水面下で果实だけを手に入れる『ステルス・ゼロ税率』の実現である。巨額投資に苦しむ病院を救い、医療提供体制を持続可能にする抜本的改革(案)の【構想編】と【実装編】の全貌は、今夏、業界誌『社会保険旬報』にて詳細を論考として発表する予定である。不毛な対立を早く終わらせるよう一石を投じたい。(津留英智)

新たな地域医療構想改定、か、新医療課長に西嶋氏

厚労省人事

全日病・神野会長「機能分化を一層進めるエンジンに」

2028年度の診療報酬改定を担う中心的な人物が事実上、決まった。厚生労働省は8月7日付で2026年度改定を担った保険局医療課の林修一郎課長の後任として、医政局地域医療計画課の西嶋康浩課長を充てる人事異動を発表した。2040年に向けて策定する「新たな地域医療構想」のガイドライン作成などに関与した中心的な人物であり、次期診療報酬改定にどのような影響が出るか注目が集まる。

全日病の神野正博会長は同人事異動に関して全日病ニュースの取材に応じ、「次の改定は『新たな地域医療構想改定』だ」との見方を示した。その上で、「新たな地域医療構想を現実のものとして推進させる改定として、大いに注

目する。『急性期拠点機能』の病院が、本来の重症救急、高度・高次医療を要する患者さんを診ていくために、入院単価を増点させ、対象外になるような患者さんを受けた場合はペナルティを付けるくらいの対応で、機能分化を一層進めるエンジンとして診療報酬制度にメリハリを求めたい」との考えも示した。

西嶋氏、新たな医療畑、の要職を歴任

岡山県に保健福祉部長で出向も経験

厚労省の発表によると西嶋課長は1977年生まれの山口大学医学部卒業。国立病院東京災害医療センター(当時)での臨床研修などを経て、2003年10月に厚労省へ入省。国立循環器病センタ

ー運営局政策医療企画課長や厚労省大臣官房厚生科学課長補佐、同医政局国立病院課長補佐、同健康局疾病対策課長補佐、同医政局総務課長補佐、同大臣官房厚生科学課医療イノベーション企画官を務めた後に岡山県保健福祉部長へ出向。帰省後は、厚労省健康局難病対策課移植医療対策推進室長、同健康局がん・疾病対策課長などを歴任。2024年7月に就任した同医政局医事課長を経て、2025年7月から同地域医療計画課長を務めていた。

地域医療計画課長には中谷氏

新たな地域医療構想策定への舵取り

西嶋氏の後任として地域医療計画課長に就くのは、世界保健機関(WHO)

本部へ国際派遣中の中谷祐貴子氏。8月13日付で発令した。

中谷氏は、1973年生まれて旭川医科大学医学部卒。2001年4月に厚労省入省後、大臣官房厚生科学課や医政局医事課試験免許室主査、保険局医療課長補佐、医政局経済課長補佐、大臣官房厚生科学課長補佐などを経て2012年10月から2014年12月までの間、すでに1度WHOへ派遣されている。その後は、健康局結核感染症課長補佐を経て、保険局医療課長補佐を再び務めるなど医療畑を歴任。岡山県保健福祉部長も務めた後に医薬・生活衛生局血液対策課で初めて課長に就任した。健康局がん・疾病対策課長を経て再びWHOに派遣されていた。今後は、新たな地域医療構想の策定に向けた舵取りなどを担う。

第4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》

回復期リハ病棟改定の重要論点と実務戦略

全日本病院協会

医療保険・診療報酬委員会

委員長

津留英智(社会医療法人水光会)

理事長)

令和8年度の診療報酬改定において、物価高騰や賃上げ対応を背景に、回復期リハビリテーション病棟入院料(以下、回復期リハ入院料)の基本点数は大幅に引き上げられた。入院料1は2229点から2346点へ、入院料3は1917点から2062点へと増点され経営環境へ

の配慮がなされた。しかし改定の本質は、アウトカム(効果)評価の更なる厳格化にある。実績の伴わない病棟には厳しいメリハリの効いた改定となった。本稿では、回復期リハ病棟改定の要点と今後の運営策を解説する。

◆強化体制加算の新設と多職種連携

今回の目玉が入院料1を対象に新設された「回復期リハビリテーション強化体制加算(1日80点)」だ。要件は、1)実績指数48以上、2)排尿自立支援加算(A251)の届出、3)自宅退院患者の1割以上に退院前訪問指導を実施し

ていること等である。実績だけでなく、排尿自立支援や早期訪問指導といった実践的な多職種連携をセットで求めている。

◆実績指数基準の引上げと算出激変

実績指数の施設基準値が入院料1は42以上(旧40)、入院料3は37以上(旧35)へ引き上げられた。入院料2・4にも新たに32以上が導入され、ほぼ全病棟で実績管理が必須となった。算出方法も激変した。「80歳以上」の年齢除外が廃止され高齢患者も原則分母に含まれる。FIM認知項目の除外基準も「14点以下」(旧24点)に引き下げられ、最大除外割合も100分の20(旧30%)に縮小された。一方で「FIM移動・排泄ボーナス」が新設。歩行・車椅子やトイレ動作が5点以下から6点(自立)以上に改善した場合、分子に各1点が加算される。なお、実績指数が2回連続で30未満(旧27)の場合、包括化(6単位超)リスクが生じる。

◆重症患者基準の変更と要件削除

新規入院の「重症患者」割合基準が見直された。重症患者の定義は、日常生活機能評価10点以上又はFIM55点以下から、FIM「21点以上55点以下」へと変更され、FIM20点以下の極めて重度な患者が外れた。代替として高次脳機能障害と脊髄損傷が追加された。新規受入割合は引き下げられ、入院料1は35%以上(旧4割)、入院料3は

(3面へつづく)

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備-⑩

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 ※	
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上					
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）			
	看護補助者	3 0 対 1 以上					
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上			
	社会福祉士	専従常勤 1 名以上		専従常勤 1 名以上が望ましい		－	
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名以上の配置が望ましい				
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		○		－	
	FIM の測定に関する 院内研修会	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	－	
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／GLIM 基準による評価	○	GLIM 基準を用いることが望ましい				
	口腔管理	○		体制整備が望ましい		－	
	第三者評価	受けていることが 望ましい	－	受けていることが 望ましい	－	－	
	地域貢献活動	参加することが望ましい		参加することが望ましい		－	
	高次脳機能障害の退院支援	○					
	アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3 割 5 分以上		2 割 5 分以上		－
自宅等に退院する割合		7 割以上					－
リハビリテーション実績指数		42 以上	32 以上	37 以上	32 以上	－	

点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,346点 (2,326点)	2,274点 (2,253点)	2,062点 (2,041点)	2,000点 (1,980点)	1,794点 (1,774点)
----------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

※ 入院料5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、1年）を超えて算定する場合、100分の80に相当する点数を算定する。

(2面のつづき)

25%以上(旧3割)へ緩和。さらに入院料1の「重症患者の3割以上改善」という改善割合要件は削除され実績指数へ統合された。日常生活機能評価は「FIMによる測定が望ましい」と明記された。

◆休日リハ拡大と療法士業務柔軟化
休日リハ体制要件が入院料3・4にも拡大され、すべての入院料(1～4)で毎日提供する体制が施設基準となった。休日の提供単位数も「平均3単位以上(旧2単位)」が求められ、厳格な人員マネジメントが必要だ。一方で療法士の業務範囲は柔軟化。専従療法士の病棟外や屋外での退院支援指導が明

確に可能となり、実践的なアプローチが期待される。

◆経営戦略とセラピストの意識改革
自動除外廃止による実績指数低下への精緻な予測シミュレーションが急務である。特にボーナス対象の歩行・車椅子やトイレ動作を5点から6点へ向上させる早期プログラムの構築が重要

だ。排泄ケアチームや看護師と連携し、リハ室だけでなく病棟生活全体でのADL自立を推進する生活機能マネジメントが不可欠である。週7日提供(平均3単位)を維持する療法士のシフト最適化など、改定を機に多職種協働による強固な病棟運営体制の構築こそが、地域で選ばれ続けるための現実解となる。

令和8年度診療報酬改定を読み解く —慢性期入院・外来・在宅医療・訪問看護—

全日病 医療保険・診療報酬委員会 委員 田時正治 (医療法人明和会 理事長)

【はじめに】

令和8年度改定は、2040年を見据えた「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担を軸に、経営の下支えと機能分化・質の追求を同時に進める内容となった。本稿では慢性期入院医療・外来・在宅医療・訪問看護を中心に主な変更点を概観する。

【慢性期入院(医療療養)】

療養病棟入院基本料では医療区分が再編された。悪性腫瘍以外(末期心不全、呼吸器疾患、腎不全等)で医療用麻薬等による緩和ケアを受ける患者は区分2に、重症の医療的ケア児はより高い区分(2・3)に引き上げられ、感染症と創傷の処置等を併せ行う場合は区分3とするなど評価も精緻化された。療養病棟入院料2では医療区分2・3の患者割合要件が5割から6割となり、対象患者の確保が難しい病棟は経過措置期間内の届出と体制整備が要る。経腸栄養管理加算は基準が緩和され、身体拘束最小化推進体制加算(40点/日)も新設された。組織全体での取組みが求められる。

療養病棟は漫然とした長期入院の場ではなく、医療必要度に応じて「支える」場へと機能の純化が促された。

【外来医療の見直し】

外来・在宅ベースアップ評価料(I)は大幅増点し、外来・在宅物価対応料(初診・再診2点、訪問診療3点)を新設。医療DX推進体制整備加算と医療情報取得加算は電子的診療情報連携体制整備加算(初診15・9・4点、再診2点)に統合された。

生活習慣病管理料では外来データ提出加算が充実管理加算(30～10点)に再編され、眼科・歯科医療機関連携強化加算(各60点・年1回)を新設。(I)は6か月に1回以上の血液検査を要件化、療養計画書の患者署名は不要となった。地域包括診療料・加算は認知症の評

価と統合し、外来データ提出加算(月1回10点)を新設。機能強化加算はBCP策定が要件化、時間外対応加算は時間外対応体制加算へ改称・増点(2～7点)。200床未満の病院・診療所が大規模病院の患者を初診で受け入れる特定機能病院等紹介患者受入加算(60点)を新設し、連携強化診療情報提供料(150点)は紹介元・先のいずれからも算定できる。

【在宅医療・訪問看護】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算を再編した在宅医療充実体制加算は点数が約2倍となる一方、実績要件(複数医師体制、重症患者割合等)は厳格化した。在宅時・施設入居時等医学総

合管理料も要件が変わり(重症患者割合20%以上等)、軽症患者が多く、24時間往診体制の確保が少ない場合は大幅な減収となる。

在支診・在支病はBCP策定、緊急時連絡体制、24時間往診体制の確保等が必須化された。多職種連携による計画的な管理を評価する在宅医療情報連携加算、訪問診療薬剤師同時指導料、退院後訪問栄養食事指導料等も新設された。

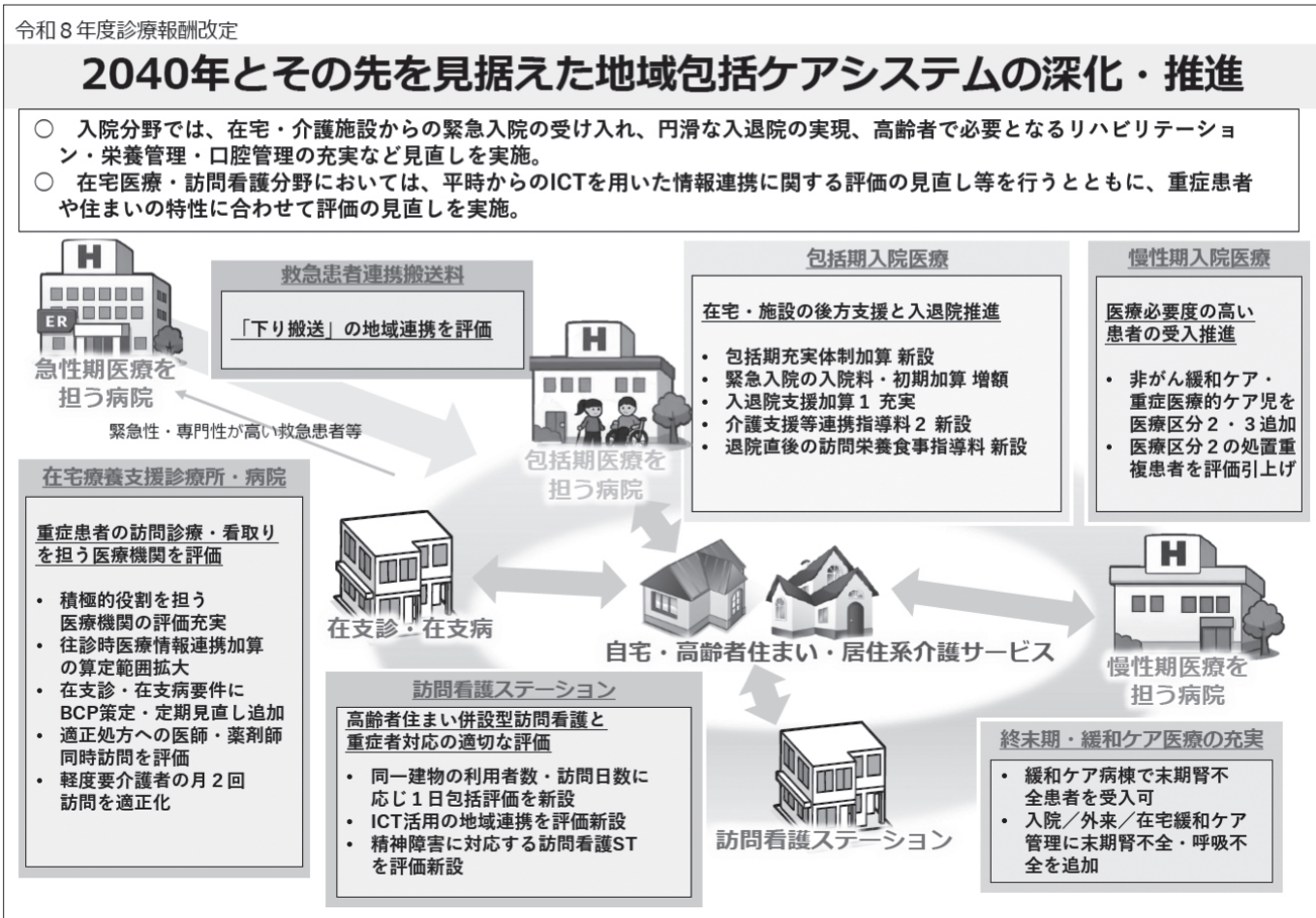
訪問看護では、高齢者向け住まいに併設・隣接するステーションに包括型訪問看護療養費を新設し、短時間・頻回訪問を抑制。訪問看護基本療養費Ⅱと月2日目以降の管理療養費は、単一建物の利用者数と訪問日数で細分化し

て引き下げた。精神科向けの機能強化型訪問看護管理療養費4やICT連携を評価する訪問看護医療情報連携加算も新設され、重症患者・ターミナルケアの評価も充実した。

病院が担う在宅支援機能の重要性は増しており、在宅療養支援病院の届出や地域の診療所との連携強化が受け皿確保の鍵となる。

【おわりに】

いずれの改定も地域連携、多職種協働、医療DXが共通のキーワードである。各会員病院におかれては、自院の機能と地域での役割を見極め、早期の体制整備を進められたい。



脱・PHSを無理なく実現

激安スマホ

ほすびたるん

PHSからの乗り換え
内線・ナースコール
連携可能！！

機種交換型
保守費用
込み

1台月々
1,000円～
(端末・SIMなし)

機種交換型
保守費用
込み

1台月々
3,100円～
(端末+通話し放題DOCOMO+通信3GB)

最新機種対応
iPhone・Android
導入できます！！

全日本病院協会 会員様 から
お問い合わせを多数いただいております

100床規模	K病院	180台 見積もり依頼
180床規模	K病院	お試し数台 見積もり依頼
150床規模	U病院	お問い合わせ
200床規模	I病院	100台お見積り依頼

ご相談・お見積り無料

03-5469-7306
メール: mirai@alpha-grp.co.jp

営業時間: 平日9時～18時
全日病ニュースを見た、お伝えください。

アルファエネシア
株式会社

ALPHA
ENESIA
アルファエネシア株式会社

〃多能工〃の評価や養成校の人員基準の緩和が急務

社保審・医療部会 全日病・神野会長「医療部会でも検討を」

全日病の神野正博会長は7月24日、委員を務める「社会保障審議会・医療部会」(遠藤久夫部会長)の会合で、医療関係職種の養成や確保を議題として取りあげた際、医療人材のダブルライセンスを制度上で評価するなど、1人で複数の業務や作業を担える〃多能工〃を有効活用する方策の実装や、養成校における教員の配置などに関する人員基準の緩和が急務と訴えた。

同日は、18歳人口の減少などにより医療従事者の養成や確保が困難となりつつある状況を受けて「医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会」(國土典宏座長)で対策を検討している状況を厚生労働省が説明。同検討会では、地域の状況や課題に応じて都道府県ごとなどで必要な養成体制の連携・再編などの方策を選べるようにすべきとの考え方で、環境整備の具体化を急いでおり、人口規模や通学に関す

る地理的・時間的な関係を整理した確保体制の構築などに向けた検討を進めている(全日病ニュース8月1日号など参照)。

同検討会の委員も務める神野会長はまず、「ダブルライセンスを取ってその人たちが複数の(人員基準を満たすための)定足数の中に入っていくということも必要」との考えを示した。人員配置基準の緩和については、政府が「経済財政運営と改革の基本方針2026」(骨太方針2026)などで掲げた方針により、DXやAX(AIトランスフォーメーション)を推進して多職種連携による生産性向上と職員配置の柔軟化に取り組む姿勢を示している状況に言及。「一部、今回(2026年度の)診療報酬改定でもあったが、DXなどにより人員配置基準そのものも、これからの人口減少時代に見直していただきたい」と要望。同部会での議題とするよう重ね

て求めた。

このほか、大学卒と専門学校卒を比較した場合の地元定着率では専門学校が大学を上回るとの状況を示すデータにも言及し、定員割れや廃校予定などが相次いで明らかになっている」と危機感を示し、「やはり重く感じていただかなければならない」「時間が経てば経つほど閉校が増えるのが実態」などと述べ、施策の検討・実行のスピードアップを強く求めた。

養成校の存続危機、地方で鮮明日病副会長・岡委員も同調「支援を」

地域で医療従事者を確保するために養成校を維持する重要性については、日本病院会で副会長を務める岡俊明委員も同調。「定員割れを起こすと経営が成り立たなくなり、閉校に追い込まれると1人も養成できなくなる」と指摘した上で、「その地区では医療従事



者の確保はほぼ不可能になる」との見方を示し、遠隔授業の活用や、サテライト形態での運営を速やかに検討すべきと訴えた。また、「経営母体が異なる学校はサテライト運営や遠隔授業は難しく、時間がかかると思う。閉校したら復活できないので、養成校が存続できるように一時的な財政支援を併せて検討してほしい」とも述べた。

強い対策なきままの医学部定員削減「偏在を大きくする」

医師養成過程を通じた偏在対策検討会 全日病・神野会長「いろいろな合わせ技が必要」

全日病の神野正博会長は7月31日、委員を務める厚生労働省の「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」(遠藤久夫座長)で、政府が閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2026」(骨太方針2026)で示した医学部の臨時定員数を削減していくとの方向性について理解を示しつつも難色も示し、「強い偏在対策をしないで削減すれば偏在は大きくなる」と危機感を示した。「(専門医研修を受ける医師の研修先を決める)シーリングなどが弱い」とも指摘しつつ、「いろいろな合わせ技が必要」と述べ、引き続き各地で成果をあげている医師の地元定着などに関する取り組みの好事例を横展開するなど、複数の打ち手を講ずるよう求めた。

2028年度の医学部臨時定員について厚労省は同日の会合で、骨太方針2026に盛り込んだ「2028年度の医学部臨時定員を2026年度から削減を図る」との

方針を改めて提示。恒久定員内への地域枠の設置を引き続き支援するなどの調整方法について具体的な検討を求めた。

調整方法については、「基本的な方針」と「地域の実情への配慮」に分け、以下の通り提案した。

<基本的な方針>

- 地域枠や地元出身者枠(地域枠等)は、医師確保において重要である。このため、各都道府県における必要な地域枠数は確保する方向性で、恒久定員内への地域枠設置促進に向けた支援等を含め、取り組むことが適切。
- 地域枠等以外については、多くの県において県外への流出がみられる上、医師の確保がより必要な地域で活躍することなく、医師が比較的多い都市部等の医師数を更に増加させることにつながる状況は、医師の偏在を

一層悪化させてしまうこととなる。こうした状況や今後の18歳人口の減少を踏まえると、恒久定員内への地域枠設置を含め一般枠における更なる取組を進めるとともに、各都道府県の臨時定員は削減することが適当と考えられるのではないか。

- ただし、医師偏在の観点から医師の確保に係るニーズが特に高い県については、まずは臨時定員の削減に向けた検討を行うこととするなど、一定の配慮を行うことが考えられるのではないか。

<地域の実情への配慮>

- 定員削減の対象を広げる際、各都道府県の医師偏在指標にはばらつきがあり、例えば全国値を下回る県における削減については、一定の配慮を行うことが考えられるのではないか。
- 75歳以上の医師数が高い都道府県への配慮については、定員の固定化

を防ぐ観点から、配慮の水準(現行:医師多数県の中で上位1/3)をどう考えるか。例えば、医師が少なく条件が不利な医師少数県における割合の分布の状況を勘案して設定することが考えられるのではないか。

- 恒久定員内への地域枠設置について、更なる推進が求められるところ、直近の設置状況を踏まえ、配慮の水準(現行:恒久定員100名あたり恒久定員内地域枠を6名以上)をどう考えるか。

地域枠からの離脱を防ぐ結婚協定？

同日は、今後の地域枠運用を検討するため、◇一般社団法人地域枠医師等キャリアデザイン機構(CORD)◇新潟県福祉保健部福祉保健総務課◇自治医科大学—の3者から、各地での取組みを踏まえた意見を聴取した。

CORDは、専門医取得への配慮など「キャリアとの両立に関する事項」と、結婚なども踏まえた「ライフイベントに関する事項」について説明。基本領域の専門医の取得や、医師一人ひとりが思い描くキャリアとの両立が困難とならないよう、◇一時中断や猶予期間の設定◇非常勤/短時間勤務の許容◇診療科の特性に応じた義務履行を認める柔軟な制度設計・運用—が求められると意見した。

また、臨床だけでなく公衆衛生などの「行政医」や死因究明などを担う「法医学」など、都道府県で不足し、かつ公益性の高い業務を義務履行とし、制度利用者の多様なキャリアを認めることが、離脱を防止すると指摘。「都道府県の実情に沿った医師確保の観点からも重要」との考えを示した。

結婚については、「異なる都道府県の地域枠等制度利用者同士の結婚」が、互いに義務履行する制度が整っていないため、「地域枠から離脱する要因の1つ」になっていると指摘。「都道府県間での結婚協定を望む声も多く、潜在的にはさらに多くの事例が生じている可能性がある」との見方も示し、「結婚協定の締結に関する課題」として◇貸与金額◇診療科制限の有無◇返還免除要件—などをあげた(図表)

(5面へつづく)

Ⅲ-2. 結婚に関する事項		
<課題>		
①都道府県ごとの地域枠等制度の相違		
結婚協定の締結に関する課題	検討すべき点	例
	貸与金額	金額が都道府県により異なる 3,496,800円/人～44,800,000円/人
	診療科制限の有無	相手側の都道府県では自分の専門領域での勤務が要件として認められていない
	返還免除要件	医師少数区域での勤務期間の違い
	返還者の要件	条例において、返還免除要件を「債務者本人」が満たす必要がある等規定の有無
制度の一時中断事由に関する課題	派遣先医療機関の指定方法	条例などにおいて、派遣先医療機関が「自都道府県内」にある医療機関と定められている場合
	一時中断期間扱いの未対応	他都道府県での勤務を「一時中断」と扱えないことがある
②配偶者の派遣先病院の調整		
例：自治医大でも勤務先の調整等が困難で結婚協定が円滑に進まないこともある		
・結婚協定の締結には、都道府県間で調整すべき事項が複数ある		
・制度利用者の結婚後、義務履行するための枠組みが十分には整っていない		

(4面のつづき)

CORDは、本人の健康上の事由で勤務が困難になった場合の措置として「義務履行の一時中断（猶予）」を認める必要性にも言及。「病気・事故・死亡等でやむを得ず離脱」となった場合の柔軟な対応について検討を求めた。まとめとして、「地域で長く活躍できるような合理的な環境の整備」と「丁寧な個別対応により、就労環境の変化や地域の需要に応じた柔軟な運用を可能とする」必要性を強調した。

指定勤務終了後9割以上が勤務継続

新潟県は、2021年度以降に指定勤務を終了した計26人中、9割以上を示す24人が県内で勤務を継続しているとの状況を紹介。2026年5月時点で、◇医局入局率90%（臨床研修修了者149人中134人）◇専門研修登録率98%（臨床研修修了者149人中146人）◇離脱率1%（全地域枠入学者547人中8人）—などのデータも提示。「地域枠は医師に地域勤務を強いる仕組みではなく、地域医療に貢献する医師を育てる仕組み」として運用しなければならないと解説した。

具体的な取組みとしては、地域医療に従事してもらうための考え方などを具体的に整理した「RISE (Regulatory, Financial Incentives, Persona and Professional Support, Education)」に基づき実行。◇価値観を支える一など

を解説。「R＝規制」では、法律や法令、政策、ガイドラインなど、行政が所管するあらゆる規制と関連した、地方における診療範囲の拡大などを支援する。「I＝インセンティブ」に関しては、家や車の現物支給など、金銭的なボーナスも付与しつつ、さまざまな機会費用の削減も支援するという。

同日の説明で特に時間を割いたのは「S」と「E」。「S＝サポート」としては、柔軟なキャリアプログラムを構築。勤務先は新潟市を除く県内全域の全病院とし、育児中はプログラムの一時停止が可能で、卒後5年目以降であれば大学教員や行政医もカウント可能とするなど独自の内容を用意している。

同日は、他県の医師と結婚した事例も紹介。新潟県での指定勤務と相手県での指定勤務を組み合わせながら、途中では出産・育休も挟み、同居に配慮した調整も加えつつ、医師12年目を迎えているという。今後は、2人とも国内留学を希望しており、同時に実行できるよう調整するほか、育休分の指定勤務は後ろ倒しにするような調整も計画している。

「E＝教育」では、6年間で「新潟県の地域医療を知る」ために、「新潟県の地域医療」を要素に分け、学年ごとに夏季実習で◇新潟県の医療レベル◇地域医療◇新潟県の地域医療の実際◇地域医療提供体制◇地域医療に必要なスキルなどを学んでいく機会も設けるなど工夫を凝らす。

自治医科大は岐阜県北西部の事例紹介

自治医科大は岐阜県西部の地域医療センターの取組みを紹介。以下の4つの課題ごとに対応策を示した。

- 医師が足りない
複数の医師が複数のへき地をカバー
基幹病院もへき地診療所がサポート
相互支援体制
- 最後まで在宅で診てくれる医師がい
ない
複数の医師が訪問診療をしている複
数の診療所をカバー
24時間365日の貼り付けはない
- 人口が少なくなると医師がいなくな
るのでは…
診療所閉鎖という手段を取らずに複
数の医師が複数のへき地をカバー
オンライン診療やMaaSも利用
- 医師の技術向上が難しい
複数の医療機関により、センター内
外での研修が可能に
総合診療関係の研修プログラムを提
供

同センターとしては、「複数の施設を複数の医師で支えることで対応」とのスローガンで、ライフスタイルや実務に合わせ、家族との時間の確保や学会、研究会、研修、趣味など自分のやりたいことができるよう取り組んでいる。

一方、「一人の医師が村を守っている」「365日中360日は村にいる、たまに

学会へ行く程度「そんなところへ行きたい医師がいないという後継者問題」は根深いとも明かし、診療所医師の高齢化や後継者不足といった課題も念頭に、今後はオンライン診療の活用やリカレント教育による確保、中小規模の病院を基幹としたネットワーク化の検討が不可欠と強調した。

厚労省が地域枠運用で提案

地域枠の運用について厚労省は同日地域で安定的な医師確保に重要な役割を担っているとの認識を示した上で、今後は医師のキャリア形成やライフイベントに関する必要な配慮や支援が不可欠とも指摘。義務年限後の医師も含めた広域ネットワークにより地域を支え、地域を支える医師などの医療者に対する研修を提供している事例があるとの認識も示し、以下のような検討を提案した。

○地域枠等の医師が、地域医療の支え手として重要な役割を果たしてきた中、義務年限の間だけでなく、将来にわたって地域に貢献することにつながるよう、制度の運用上の見直しについて検討することが重要ではないか。この際、医師のキャリア形成やライフイベントに係る必要な配慮や支援について、地域枠制度の趣旨を踏まえつつ、また、医師偏在対策を取り巻く環境の変化への対応と併せて、必要な検討を進めてはどうか。

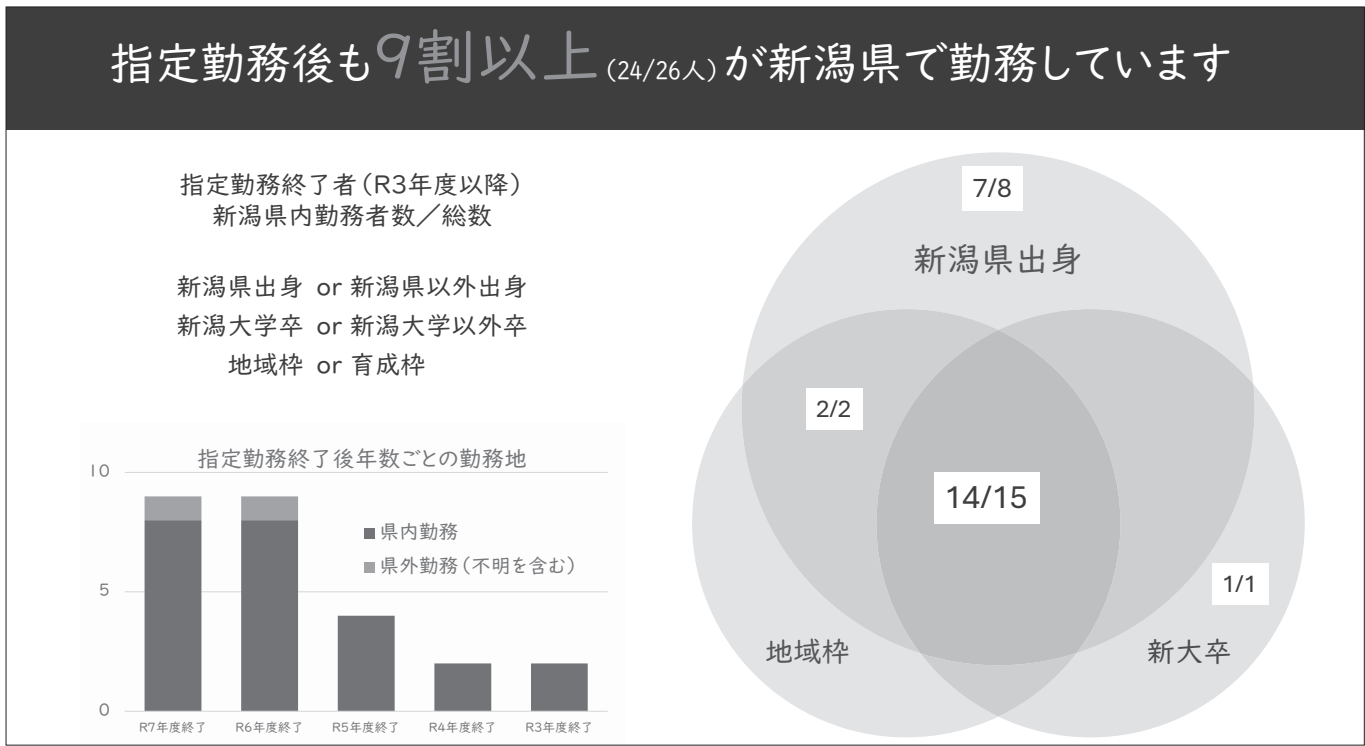
○具体的には主に以下の項目に対して課題の整理、事例の収集やヒアリングを行い、制度に関わる関係者（都道府県、大学等）の負担も考慮しつつ、必要な制度の見直しや取組の推進について、本検討会で順次議論等を行うこととしてはどうか。

①医療法改正等、地域枠制度を取り巻く環境の変化に対応した定義や運用の見直し②医師のキャリアやライフイベントに配慮しつつ、都道府県の負担も考慮した地域枠制度の柔軟な運用の更なる検討や、地域枠制度の信頼性を高めるための方策③義務年限終了後の医師へのアプローチを含めた地域医療を支える医師の確保の推進

地域枠について厚労省は、地域における医師不足の解消や医師偏在の是正を目的に、地域に根差した医師を計画的に養成・確保する仕組みであり、地域枠等医師は、地域での安定的な医師確保に重要な役割を担っているとの前提で検討を進める。

「新たな地域医療構想」がターゲットにする2040年頃に向けては、地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、2025年12月に成立した「医療法等の一部を改正する法律」に伴い、さまざまな制度上の変更の中でも、都道府県知事による「重点医師偏在対策支援区域」の指定が可能となるなど、地域枠制度を取り巻く環境にも変化が生じていると指摘。今後、医師の働き方改革の進展や育児・介護等と仕事の両立に係るニーズの増加などが影響し、子育てや介護のライフイベントに関連した働き方の変化、医師のキャリアに対する価値観の更なる変化を想定しつつ、対策を講じる必要性も重要視している。

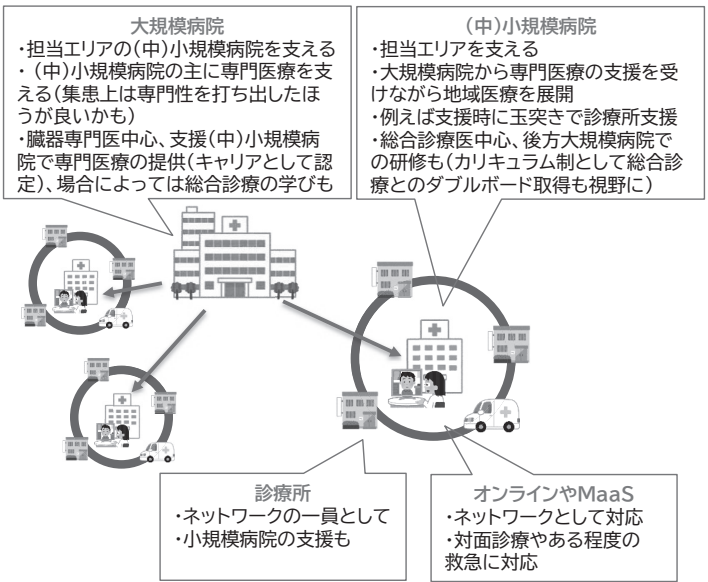
こうした中、地域枠における義務年限の間だけでなく、将来にわたって地域に貢献する医師の養成につなげるためには、地域枠制度の趣旨を踏まえつつ、医師のキャリア形成やライフイベントに関する必要な配慮や支援が不可欠と強調。義務年限後の医師も含めた広域ネットワークで地域医療を支える体制の構築の具体化を急いでいる。



課題とモデル例

- 人口減少時代に診療所特にへき地診療所が維持できるか？
 - 自治体としては存続方針が主
 - オンライン診療にすべてを置き換えることは困難(オンライン診療は補助的)
 - 一定医師の関与は必要
 - D to P with NのNも確保困難
- リカレント教育で地方、特にへき地の医師は確保可能か？
 - 居住地での制限
 - 移動手段での制限
 - が、どこかでパラダイムシフトをする医師もいる
- 地域で求められるのは純粋な医療の提供だけか？
 - 地域包括ケアへの寄与
 - 地域の予防活動や介護・福祉活動への寄与
 - 短期的ローテーションでは限界

- ネットワーク化、特に(中)小規模病院を基幹とした診療所群も含むネットワークの構築(地域状況によっては大規模病院も含む)



退院時を含む入院中の使用は「別途の負担は求めない」

OTC類似薬の保険給付検討会

中間まとめを公表、社保審・医療部会で当事者らの意見も聴取へ

厚生労働省の「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)は8月5日、OTC医薬品と同じ成分と投与経路で、1日最大用量も異ならない医療用医薬品の約77成分を使用する場合、薬剤費の4分の1を別途の負担として求める「一部保険外療養」の制度開始に向けた「中間とりまとめ」の内容を了承し、翌6日付で報告書として公表した。6月25日の初会合(全日病ニュース7月15日号を参照)以降、非公開の会合2回を含む計4回の会合を経てまとめた内容。「別途の負担の対象外とする者・療養」の具体的な範囲として、「入院中(退院時を含む)の使用」や「処置等に伴う14日分までの使用」を位置づけている。

今後は、社会保障審議会・医療保険部会で当事者らの意見なども聴取し、運用に向けて「保険医療機関及び保険医療養担当規則」(療担規則)で定める処方箋様式や告示、通知、事務連絡で示す内容の精査や具体化を進める。

入院医療への影響は軽微？ 外来での混乱は未知数

「別途の負担の対象外とする者・療養」の範囲については、「入院中(退院時を含む)の使用」や「処置等に伴う14日分までの使用」を位置づけたため、入院医療との関係では同制度を施行する影響が軽微とみられる。一方、使用頻度が高く、使用期間も長くなる傾向のある薬剤については、客観的指標や診療ガイドラインでの明記がない場合に「一部保険外療養」の対象とする方向性を示した。いわゆる「湿布」に該当する鎮痛消炎剤の外用薬や、皮膚の乾燥やかゆみ、手指の荒れ等への対処として用いる皮膚保湿剤・皮膚保護剤・角化症治療剤など、処方頻度が高い薬剤も含まれており、外来の診療現場における影響は未知数と言える。

「中間とりまとめ」は3本柱 「別途の負担の対象外」を提示

「中間とりまとめ」の主な内容は、必要な受診を確保するため、効能・効果の対応関係や「別途の負担の対象外とする者・療養」の具体的な範囲など

で構成。具体的には、①OTC医薬品では対応できない効能効果②がん、難病患者への使用等③現場の実務・患者の納得感―に分け、「一部保険外療養」の対象外とする範囲を示した(図表)。

まず、「基本的な考え方」として、「一律にOTC医薬品を用いたセルフメディケーションを求めるものではない」と強調。「別途の負担の対象」とする考えについて「代替性が特に高い医薬品」と説明し、理解を求めた。

「①OTC医薬品では対応できない効能効果」の関連では、医療用医薬品には記載があってOTC医薬品には記載がない効能・効果は、「別途の負担の対象外」にするとの方向性を示した。

同検討会では、OTC医薬品と成分や投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品の対象となった約77成分について、添付文書上の効能・効果の違いをそれぞれ検討。その上で、具体的に「一部保険外療養」の対象とする範囲と、「別途の負担の対象外」とする範囲を分けた。

例えば、抗アレルギー薬の「フェキソフェナジン塩酸塩」では、医療用医薬品の「花粉、ハウスダスト(室内塵)などによる次のような鼻のアレルギー症状の緩和：くしゃみ、鼻水、鼻づまり」と対応するため「一部保険外療養」の対象とし、医療用医薬品の効能・効果にのみ記載がある「蕁麻疹、皮膚疾患(湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症、アトピー性皮膚炎)に伴うそう痒」は「別途の負担の対象外」にすべきとの意見だ。

「②がん、難病患者への使用等」では、「別途の負担を求めない者・療養(例)」として▽がん患者(がんに関連ない症状は負担対象)▽指定難病患者(軽度も含む。)(指定難病と関連ない症状は負担対象)▽国の公費負担医療の受給者(公費負担と関連ない症状は負担対象)▽入院中(退院時を含む)の使用▽処置等に伴う14日分までの使用▽長期使用▽OTC添付文書に「服用しない」と記載されている「妊婦」、「妊娠している可能性がある女性」、「授乳婦」(例：イトブリド)―をあげた。

「KL分類のGrade 4」やGL 「客観的な確認、を重視

「長期使用」のうち「内服薬」については、「50週を超える場合は別途の負担の対象外」との考えを提示。「外用薬」に関しては、「長期使用にエビデンスがある場合を除き負担対象」と意見した。例えば、鎮痛消炎剤の外用薬については、令和10年度末までの経過措置として「別途の負担の対象外」と整理する案をまとめた。

具体的には、「疼痛等の自覚症状が持続しこれまで通年で使用しているだけでなく、画像検査などで慢性かつ重度の疾患(例：変形性膝関節症におけるKellgren-Lawrence(KL)分類のGrade 4)であることが客観的に確認され、医師が年間を通じた疼痛管理として継続使用が医療上必要と判断し、毎日使用することを指示して処方する場合」に限って例外措置として「別途の負担の対象外」と認める、経過措置終了までの間に、診療ガイドラインのエビデンスの状況、制度実施後の処方実態等を踏まえた見直しを検討するとの方向性も示した。

皮膚保湿剤・皮膚保護剤・角化症治療剤に関しては、「診療ガイドラインにおいて有効性や必要性が明確に示されているのは、アトピー性皮膚炎のヘパリン類似物質と尿素に限られており、仮に通年で使用され毎日継続して使用する場合、アトピー性皮膚炎のヘパリン類似物質と尿素に関しては別途の負担の対象外と整理する」と記した。他の疾患に対して使用された成分は、原則として「別途の負担の対象」との意見も示した。

「漫然と投与し続ける場面あり得る」 鎮痛消炎剤で同検討会構成員

中間まとめ案について審議した第4回会合では、非公開で催した第2回と第3回の会合を踏まえた構成員らの意見を匿名で紹介。鎮痛消炎剤の外用薬に関しては、「患者が求めるので漫然と使用し、投与し続けるという場面はあり得る」「本当に必要な医療かと言われると微妙なケースは多々ある」などの意見を引用した。

また保湿剤については、皮脂欠乏症、進行性指掌角皮症に関して「ガイドラインに記載はないが、長期投与の臨床試験がされていないというものもあると考える。実際皮脂欠乏症の中で、高齢者の老人性乾皮症や、手洗いを繰り返す者の進行性指掌角化症などで、連日保湿剤の塗布が必要となる患者も少なからずいる」との指摘があったと明かした。

残る「処方シフト」への懸念 「不断の検証」で見直しを検討

今後に向けて8月6日付で公表した「中間とりまとめ」では、「本結論は不変のものではなく、本制度の実施により、処方シフトも含め医療現場や患者の受療行動にどのような変化が生じたか等について、不断の検証」により、「不必要な処方シフトが行われないようにしつつ、国民が必要な医療を受ける機会が失われないようにするため、必要な見直しを行っていく」との考えも明記。「別途の負担を求めない患者の範囲等」について検証するため、「診療報酬請求書等において、どのような判断により別途の負担の対象外となったかについて記載を求める」との考えも示した。

なお、OTC類似薬に関する「一部保険外療養」の制度を検討する過程において、1成分が薬価削除となり、1成分がスイッチOTC化したため全体の範囲である約77成分に変わりはないが、中身は入れ替わっている。今後は、制度施行までの状況を鑑みつつ、同施行後の成分入れ替え等も見据えた対応も併せて検討していく方針だ。

OTC類似薬に関する「一部保険外療養」については、2025年12月24日の財務大臣・厚生労働大臣が創設に向けて合意。新たな仕組みを創設し、2026年度中に実施すると決めた。厚労省は、持続可能な医療保険制度の実現に向け、「必要な保険給付等の適切な実施と世代間や世代内での負担の公平性の確保を図る」との目的で「健康保険法等の一部を改正する法律案」を2026年の通常国会へ提出し、5月29日に同法が成立した。

厚労省は同法成立を受けて周知を開始。薬剤料の4分の1を新たに上乗せする場合の「医療用医薬品の自己負担額のイメージ(3割負担の場合)」として、下記のような例も提示。こどもやがん患者、難病患者などは別途の負担について配慮措置を検討すると明示した上で、日常的な診療の場合であれば、「一部保険外療養」の制度を開始後も保険診療による薬剤費の方が負担が軽いとの情報を提供している。

◇解熱鎮痛薬(5日分)

【見直し前】45円
【見直し後】72円
(参考：OTC医薬品＝約500円)

◇去痰薬(5日分)

【見直し前】45円
【見直し後】72円
(参考：同＝約1500円)

◇便秘薬(30日分)

【見直し前】360円
【見直し後】570円
(参考：同＝約2000円)

◇抗アレルギー薬(30日分)

【見直し前】540円
【見直し後】855円
(参考：同＝約1000円)

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「中間とりまとめ」(概要)(案)

検討の前提

- 健保法改正で、OTC医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品(約77成分)を使用する場合には、原則として別途の負担(薬剤費の4分の1)を求めることとした。

必要な受診が確保されるよう、効能効果の対応関係・別途の負担を求めない範囲等を検討し、中間的にとりまとめた

1. OTC医薬品では対応できない効能効果

医療用医薬品とOTC医薬品では、効能効果が異なる場合があり、各成分毎に効能効果の対応関係を検討した

効能効果の違い(例)(青字はOTC医薬品にない効能効果)

対象成分	医療用医薬品の効能効果	OTC医薬品の効能効果
フェキソフェナジン塩酸塩(抗アレルギー薬)	アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、皮膚疾患(湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症、アトピー性皮膚炎)に伴うそう痒	花粉、ハウスダスト(室内塵)などによる次のような鼻のアレルギー症状の緩和：くしゃみ、鼻水、鼻づまり
▶蕁麻疹、皮膚疾患(湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症、アトピー性皮膚炎)に伴うそう痒の場合は、別途の負担の対象外		
ヘパリン類似物質(保湿剤)	血栓性静脈炎、血行障害に基づく疼痛と炎症性疾患(注射後の硬結並びに疼痛)、肥厚性瘢痕・ケロイドの治療と予防、進行性指掌角皮症、皮脂欠乏症、外傷(打撲、捻挫、挫傷)後の腫脹・血腫・腱鞘炎・筋肉痛・関節炎、筋性斜頸(乳児期)、凍瘡	さす・火傷のあとの皮膚のしこり・つっぱり(顔面を除く)、手指のあれ、ひじ・ひざ・かかと・くるぶしの角化症、手足のひび・あかぎれ、乾皮症、小児の乾燥性皮ふ、しもやけ(ただれを除く)、打ち身・捻挫後のはれ・筋肉痛・関節痛
▶血栓性静脈炎、血行障害に基づく疼痛と炎症性疾患(注射後の硬結並びに疼痛)、筋性斜頸(乳児期)の場合は、別途の負担の対象外		

3. 現場の実務・患者の納得感

現場の実務が複雑になり、医師によって判断が分かれると、患者の納得が得られないため、できるだけ統一的な仕組みとすべき

今後、「中間とりまとめ」を医療保険部会等に報告し、令和8年秋頃を目途に結論を得る予定

医療DX推進体制整備加算の算定、約1.5万施設増

厚生省

2025年の「主な施設基準の届出状況等」を公表、「地メディ」は199医療機関で8758床

厚生労働省は7月22日の中医協協会（城山英明会長）で「主な施設基準の届出状況等」を示し、2025年の状況などについて公表した。具体的には、「診療報酬を算定するに当たり、施設基準の届出等が必要となる主なものについて、令和5年までは7月1日現在、令和6年からは8月1日現在の届出状況を取りまとめたもの」となっている。政府が骨太方針などで重要性を強調している医療DX関連として「医療DX推進体制整備加算」では、算定が前年比1万4839施設増（40.2%増）となっている。健康保険証のオンライン資格確認や電子カルテ情報の活用など、病院経営のデジタル化が本格的に進んでいると言えそうだ。このほか、2024年度の診療報酬改定で新設した「地域包括医療病棟」（地メディ）は、199医療機関が届け出た計8758床となっている状況もわかった。

「**地ケア**」は**230施設増の10万床に一般病床が減少、療養病床が増加**
在宅復帰率や地域包括ケアに関する実績などに応じて区分が設けられ、地メディとの機能分化が進む「地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料」では、医療機関数が前年比230施設（8.6%）増の2918施設となった。病床全体では、同4105床（4.1%）増の10万4022床となった。病床種別の内訳では、一般病床が同2555床（5.3%）減の4万5842床となった一方、療養病床は同10,823床（161.4%）増の1万7528床となった。

病床機能の再編が進む
一般病棟入院基本料が約2.2万床減
病床機能の再編が進んでいる兆候は一般病棟入院基本料の届出数の変化からも読み取れそうだ。2025年は、前年比2万2373床減の53万6619床となった。2023年から2024年が1万1205床減だったためおよそ2倍のペースで減少して

いる状況が分かる。
一方、病棟の数は2025年が前年比206病棟（1.7%）増の1万2256病棟だった。2023年から2024年の変化が283床（2.3%）の増だったため、2023年と2025年の比較では77病棟（0.6%）減となり、全体としては微減の傾向にあると分かる。
一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関数をみると、2025年は前年比173施設（3.9%）減の4297施設で、2023年から2024年の変化は105施設（2.3%）の減であり、一般病床を届け出る病院が着実に減っているとの状況を示す。

療養病棟入院基本料5211床減
病棟は微増、病院は微減
2025年に療養病棟入院基本料を届け出ている病床数は前年比5211床（2.6%）減の19万4948床で20万床を下回った。病棟数は前年比13病棟（0.3%）増の4309病棟。医療機関数は前年比78施設（2.8%）減の2715施設となっている。
このほか、「入退院支援加算」は前年

比69施設（1.1%）増の6401施設、「医療的ケア児（者）入院前支援加算」は前年比15施設（7.7%）減の180施設になるなどの変化もみられる。

感染症対策関連が微増
感染制御チームの設置や合同カンファレンスへの参加、新興感染症への対応体制などを施設基準とする「感染対策向上加算」は微増傾向。2025年は「同1」が前年比42施設（3.1%）増の1401施設で、「同2」は32施設（2.3%）増の1432施設。「同3」は1施設減の2005施設。感染症の関連では、「連携強化加算」が前年比691（8.5%）増の8785施設となった。

バイオ後続品の施設は45.5%増
直近1年間にバイオ後続品のある先発品やバイオ後続品の使用回数が100回を超えるなどの基準を設けている「バイオ後続品使用体制加算」は、2025年が前年比213施設（45.5%）増の681施設となった。

2026年度 第3回常任理事会の抄録 7月18日

【主な協議事項】		東京都 株式会社AppGuard		する国民会議」への参加について説明があり、審議し承認した。		千葉県 船橋総合病院	
●正会員として以下の入会について審議し、承認した。		東京都 ジャパン（代表取締役 鬼澤 禎）		【主な報告事項】		千葉県 東邦大学医療センター佐倉病院	
宮城県 公益社団法人日本海員掖済会宮城利府掖済会病院		東京都 ボイット株式会社（代表取締役社長CEO 永富 泰高）		●審議会等の報告		愛知県 名古屋掖済会病院	
福島県 医療法人社団恵周会白河病院		東京都 合同会社INFINITY（代表/CEO 川崎 智志）		「中央社会保険医療協議会の総会、診療報酬改定結果検証部会、薬価専門部会」について報告があり、質疑が行われた。		沖縄県 浦添総合病院	
埼玉県 医療法人橘会みずほ台病院		東京都 株式会社エナーバンク（代表取締役 佐藤 丞吾）		「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。		◎リハビリテーション病院	
石川県 医療法人社団中央会金沢有松病院		●岩手県沖地震（2026.6.25）に伴う見舞金支給について説明があり、審議し、承認した。		「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。		大阪府 向山病院	
静岡県 医療法人好生会三方原病院		●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。		「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。		◎慢性期病院	
愛媛県 社会医療法人真泉会松山まどんな病院		<人間ドック>		「船舶を活用した医療提供体制のあ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。		愛知県 新生会第一病院	
退会が6件あり、結果、在籍正会員数は合計2,592会員となった。		岐阜県 美濃市立美濃病院みの健康管理センター		「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。		栃木県 とちぎメディカルセンターとちのき	
●準会員として以下の入会について審議し、承認した。		岐阜県 市立恵那病院		「経済財政運営と改革の基本方針2026に向けた要望」について報告があり、質疑が行われた。		福岡県 東筑病院	
埼玉県 社会福祉法人真正会特別養護老人ホーム真寿園		福岡県 社会福祉法人恩賜財団済生会支部福岡県済生会大牟田病院		「建築費高騰に対応する民間病院の基盤維持に必要な財政支援に関する緊急要望について」上野厚生労働大臣に提出したとの報告があり、質疑が行われた。		熊本県 桜十字病院	
施設長 小野塚 由美子		福島県 一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院		●2026年度病院経営定期調査の実施について		◎精神科病院	
愛知県 医療法人慶和会ひまわりクリニック		東京都 社会医療法人慈生会等潤メディカルプラザ病院健診センター等潤		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。		秋田県 秋田緑ヶ丘病院	
理事長 伊藤 研		香川県 医療法人ウェルネスサポート高松紺屋町クリニック		「経済財政運営と改革の基本方針2026に向けた要望」について報告があり、質疑が行われた。		2026年6月5日現在の認定病院は合計2,204病院。そのうち本会会員は928病院と、会員病院の35.8%、全認定病院の42.1%を占めている。	
愛知県 医療法人慶和会名古屋駅健診クリニック		福岡県 医療法人柳育会新やなぎ健診クリニック		●会員登録情報の更新について		●各委員会報告について	
理事長 伊藤 研		香川県 理事長 佐用 義孝		正会員に会員登録情報の更新依頼をするとの報告があり、質疑が行われた。		救急・防災委員会より、地震発生時における被害調査を実施する基準を「最大震度5強以上」にするとの報告があった。	
大阪府 医療法人健康支援三恵三恵クリニック柏原		福岡県 理事長 柳 克司		今年度より、会員の利便性向上のため、オンラインによる更新手続きが可能になった。		●厚生労働省、日医、各団体報告について	
院長 来田 仁司		人間ドック実施指定施設は合計497施設となった。		●病院機能評価の審査結果について		一般社団法人日本専門医機構理事会（第25回）の報告が行われた。	
奈良県 医療法人健康支援三恵三恵クリニック		●岡山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。次回の理事会へ提出する。		□主たる機能（～順不同）		●その他	
院長 滝沢 正顕		●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。次回の理事会へ提出する。		【3rdG：Ver.3.0】		改正労働施策総合推進法の10月1日施行で、カスタマーハラスメント防止対策が義務化されることを受け、対処方法や実例等を踏まえたセミナーの開催が提案され、医業・税制委員会が実施すると決定した。	
香川県 医療法人福生会多田羅内科クリニック		●医療関係団体、医療産業関係団体、経済界、マスメディア、学識経験者などが連携する「医療と消費税に関		◎一般病院1		【主な討議事項】	
理事長 多田羅 治		医療DX推進体制整備加算の算定、約1.5万施設増		鹿児島県 鹿兒島県		●地域医療構想策定ガイドラインについて	
福岡県 まつおか前原内科		医療DX推進体制整備加算の算定、約1.5万施設増		埼玉県 岡病院		厚生労働省が2026年7月3日に公表した同ガイドラインに基づき、①地域医療構想の考え方、②地域医療構想の策定、③地域医療構想の推進一に沿った説明を踏まえて討議。人口小規模地域での急性期拠点病院の配置や急性期拠点病院と高齢者救急・地域急性期機能との関係、県境における構想区域の考え方、高齢者救急機能と包括期機能、大学病院の医師派遣機能、メディカルコントロール協議会との関係性、在宅医療などについて意見交換した。	
院長 松岡 泰祐		医療DX推進体制整備加算の算定、約1.5万施設増		北海道 東札幌病院			
在籍準会員数は合計194会員となった。		医療DX推進体制整備加算の算定、約1.5万施設増		北海道 砂川市立病院			
●賛助会員として以下の入会について審議し、承認した。		医療DX推進体制整備加算の算定、約1.5万施設増					
東京都 データライブ株式会社（代表取締役 山田 和人）		医療DX推進体制整備加算の算定、約1.5万施設増					

カスハラ対策義務化へ、マニュアル改訂準備中

厚生省 医療業を対象としたモデル事業で専用マニュアルなども検討

厚生労働省は、カスタマーハラスメントの防止措置を事業主に義務づける「労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律等」の一部を改正する法律」の施行が2026年10月1日と決まったことを受け、2022年2月に公開した「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」の改訂を進めている。主な内容として、「令和8年厚生労働省告示第51号」で示した「事業主が職場における顧客等の言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」を反映する方針。現在は非公開の場で検討が進んでおり、施行日前に公表できるよう準備を進めている。別途、「業種別カスタマーハラスメント対策の取組支援事業」として実

施している、医療業が対象のモデル事業にも注目だ。

社会通念上許容される範囲を超えた言動の典型例などを提示
マニュアル改訂の主な内容は、◇職場におけるカスタマーハラスメントの内容◇事業主等の責務◇事業主が職場における顧客等の言動に起因する問題に関し雇用管理上講ずべき措置の内容◇他の事業主の講ずる雇用管理上の措置の実施に関する協力◇事業主が職場における顧客等の言動に起因する問題に関し行うことが望ましい取組の内容。一などで構成する同指針の内容。「職場におけるカスタマーハラスメントの内容」では、以下の通り、「社会通念上許容される範囲を超えた言動の典型

例」も列挙した(一部省略)。

- イ 言動の内容が社会通念上許容される範囲を超えるもの
- ①そもそも要求に理由がない又は商品・サービス等と全く関係のない要求
 - 性的な要求や、労働者のプライバシーに関わる要求
 - ②契約等により想定しているサービスを著しく超える要求
 - 契約内容を著しく超えたサービスの提供を要求
 - ③対応が著しく困難な又は対応が不可能な要求
 - 契約金額の著しい減額の要求
 - ④不当な損害賠償要求
 - 商品やサービス等の内容と無関係である不当な損害賠償要求
- ロ 手段や態様が社会通念上許容される範囲を超えるもの
- ①身体的な攻撃(暴行、傷害等)
 - 殴る、蹴る、叩く等の暴行を行う
 - 物を投げつける
 - わざとぶつかる
 - つばを吐きかける
 - ②精神的な攻撃(脅迫、中傷、名誉毀損、侮辱、暴言、土下座の強要等)
 - 店舗の物を壊すことをほのめかす発言やSNS等のインターネット上へ悪評を投稿することをほのめかす発言によって労働者を脅す
 - SNS等のインターネット上へ労働者のプライバシーに係る情報の投稿等をする
 - 労働者の人格を否定するような言動

- を行うこと。相手の性的指向・ジェンダーアイデンティティに関する侮辱的な言動を行うことを含む
 - 土下座を強要する
 - 盗撮や無断での撮影をする
 - 労働者の性的指向・ジェンダーアイデンティティ等の機微な個人情報について、当該労働者の了解を得ずに他の者に暴露すること又は当該労働者が開示することを強要する若しくは禁止する
- ③威圧的な言動
- 大きな声をあげて労働者や周囲を威圧する
 - 反社会的な言動を行う
- ④継続的、執拗な言動
- 同様の質問を執拗に繰り返す
 - 当初の話からのすり替え、揚げ足取り、執拗な責め立てをする
 - 同様の電子メール等を執拗に繰り返し送りつける
- ⑤拘束的な言動(不退去、居座り、監禁)
- 長時間に渡る居座りや電話で労働者を拘束する
- 同指針 URL：
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/001662584.pdf>
- 医療業を対象に啓発資材も具体化へ
マニュアルの改訂と同時進行で、医療業を対象にした専用マニュアルの検討なども進む(図表)。委託事業としてモデル事業を進めており、医療機関や医療関係団体へのアンケートや意見聴取なども踏まえた資材も作成予定だ。(2026年8月20日時点の情報に基づく)

■ 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)	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)」の隊員として活動するために必要な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。
組織全体で取り組む「身体拘束最小化」研修会 90名	2026年10月3日(土) 13:00～16:10 Web研修	13,200円(19,800円)(税込)	2026年度の診療報酬改定により、すべての病院に「身体拘束最小化」が求められている。人の尊厳を守りながら提供する医療ケアのあり方や、「身体拘束最小化」とはどういうことなのかを、すでに「最小化」を実現している病院から学ぶ場を提供する。病院のトップマネジメント層や身体拘束最小化に取り組む現場の管理職や推進者が対象。2040年に向けて策定する「新たな地域医療構想」に関する協議が各地で始まる中、地域の人口動態や疾病構造の変化と向き合う医療機関の取組みを支援する。
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。