

正会員2600病院に到達、「引き続きATMで」

全日病

神野会長「これまでの叡智や見識と現役員の意識や努力が結実」

全日病の正会員が初めて、2600病院に到達した。9月11日、常任理事会で新たに2病院を正会員に登録する旨を承認し、決定した。2017年8月に正会員2500病院となってから約9年。10月17日の常任理事会では新たに5病院が加わり、正会員数は2605病院となった。

神野会長は、正会員2600病院への到達について全日病ニュースの取材に応じ、「ここまでの歩みは、初代会長の小澤凱夫先生に始まり、全ての会員病院の皆様方と関係者のご協力があって

のこと」と述懐。「改めて深く敬意を表します」と述べた。その上で、「前々会長の西澤寛俊先生、そして前会長の猪口雄二先生には、引き続き名誉会長のお立場から多大なご協力をいただいている。会員増は、これまでの叡智や見識と、現役員の先生方の高い意識や弛まぬ努力が結実した、パワフルな活動の賜物であると承知しています。引き続き`明るく、楽しく、前向きに、のATMで、地域医療を支える病院の想いを国に届け、協働して医療の質の向

上と経営の安定を目指せるよう活動してまいります。改めて深く御礼を申し上げます」と結んだ。

1960年の創設から66年

全日病は1960年(昭和35年)の創設。当時の本部は大阪だった。1962年に社団法人としての認可を取得。その後、1年間の活動休止などを経て1975年に本部を東京へ移転して活動を再開。第1回ハワイ研修旅行は1976年9月だった。1986年には会員数が2000を突破。

2004年に同2100、2007年に同2200、2010年に同2300、2012年に2400と順調に会員数を伸ばしてきた。2013年4月に公益社団法人としての認可を得て、現在に至る。

このほか、東日本大震災を契機として災害時の医療支援活動を展開するAMAT(All Japan Hospital Medical Assistance Team)を2012年に立ち上げ、翌2013年5月には制度化。病院団体として迅速な状況把握に基づく被災地支援の活動を行うための組織体制を構築してきた。令和6年能登半島地震における活動が評価され、2025年9月には「令和7年 防災功労者内閣総理大臣表彰」を受賞した。

「急性期拠点機能は`断る病院、であるべき」

医療経済研究機構シンポ

全日病・神野会長「やどかり」や「クラウン・シャイネス」の必要性を強調

全日病の神野正博会長は10月14日、医療経済研究機構(宮島俊彦代表理事)が「地域医療構想のこれまでとこれから」をテーマに開いたシンポジウムで登壇し、2040年に向けて策定する「新たな地域医療構想」で「急性期拠点機能」を担う病院の救急搬送について、重症患者や高次医療が必要な患者を受け入れる最後の砦となるべきとの考えを示し、「`断らない病院。ではなく、`断る病院、でなければならない」と強調した。通院できない高齢者を支える仕組みと、急性期の拠点を担う病院に求める機能を分けて示し、「病床を埋めるために軽症患者を受け入れる運営からの転換」を求めている。

病院の建替え負担が経営を圧迫 柔軟な「やどかり」の考え方を提案

神野会長は講演で、病院の建替え負担が経営を圧迫し、老朽化した施設を抱える病院は難しい状況に直面していると指摘した上で、急性期拠点機能に指定されるような大規模病院が、必要な急性期患者だけでは埋まらない病床を軽症患者で満たそうとすれば、機能分化の趣旨に反すると主張。建替えが難しい病院が拠点病院の空き病床を活用する「やどかり」のような方法を提案し、能登半島地震で被災した病院が公立病院の空き病棟に入り、別々の病院として運営を続ける例も紹介した。

地域において病院の数が減り、病床利用率も低下していく中、従来の経営をそのまま続けるのではなく、各病院が担う機能の見直しを求めるのが「新たな地域医療構想」だ。神野会長は、人口20万～30万人に1カ所を目安と



する急性期拠点病院については、高度な手術や重症例など、集約して担うべき医療に力を集中させるべきだと繰り返し強調。樹冠同士が触れ合わず、木々の間に隙間ができる現象「クラウン・シャイネス」を紹介し、「森の下まで光や雨が届き、多様な植物が育つ。一本の木が周囲を覆い尽くせば、ほかの木が育たず、森全体の衰退につながる」と説明。「病院も1つの施設があらゆる機能を抱え込むのではなく、それぞれが得意な役割を担うことで、地域の医療提供体制を保っていくべき」と訴えた。

`上り搬送、の重要性も強調

病院へ通えない高齢者に医療を届ける方法に関しては、急変時に地域の高齢者救急を担う医療機関がまず受け入れ、診断や初期治療を担い、高度な治療が必要な患者は急性期拠点機能の病院へつなぐ`上り搬送、での連携が重

要と説明。退院後は、かかりつけ医機能を担う医療機関や介護施設などに戻す。通院が難しい人の日常診療には、訪問診療や送迎、訪問看護、オンライン診療などを組み合わせるとの考えだ。「患者の状態に応じて受け皿をつなぐ仕組み」の必要性を強調した。

MC協議会の機能「見直しを」

地域における役割分担の関連では、メディカルコントロール(MC)協議会の機能を見直すべきと主張。「MC協議会が救急隊の処置手順だけでなく、どの症例をどの医療機関へ搬送するか、関係者間で調整する場になるべき」との考えを示した。「診療報酬で救急車の受け入れ件数を評価する場合も、消防、厚労省、医療機関が搬送先や救急車の台数を丁寧に調整しなければ、地域に合った運用にならない」と述べた。

元中医協総会・会長の遠藤氏ら登壇

シンポジウムでは、中医協総会の元会長であり、現在も厚労省の審議会や検討会で複数の座長を務めている医療経済研究機構の遠藤久夫所長、医療関連データの分析に詳しい奈良県立医科大の今村知明教授、厚労省医政局地域医療計画課地域医療構想推進室の森恩室長、福島県保健福祉部の風間雄一郎次長が参加した。

遠藤氏は、医療の需給は市場に任せて自律的に調整が進むのではなく、地域の実情を踏まえたデータと関係者の協議が要ると問題提起した。

都道府県を対象に実施した独自調査の結果も紹介。国に対する要望は、経済的な支援だけでなく、◇詳細なデー

タ提供◇専門家による分析支援の費用などを求める声が集まった。「分析に必要なデータに関する要望が想定以上に多かった」との見解も示した。

今村氏は、コロナ禍以降の入院患者数や病床利用率の低下が病院経営を圧迫する要因と説明。奈良県の例に言及し、病床を減らした地域でも現行の算定上は新たな病床を設ける余地が生じると説明。「2028年の新たな地域医療構想策定を待つ間に増床申請が出る可能性」に懸念を示した。

風間氏は、「総論としての機能転換や病床縮小には理解があっても、自院の再編には抵抗が強い」と指摘。過疎・中山間地域を多く抱える福島県では、「20万～30万人に1カ所を想定する急性期拠点機能の病院が、広い地域をどうカバーするかが課題」と説明し、「県境を越える救急搬送や在宅・介護との連携、搬送先の選定で、民間資本も活用した医療の再編を地域の活性化につなげたい」などと述べた。

今夏に着任した森室長は、病院だけでなく、地域住民にとって必要な医療を起点に議論する重要性を指摘。構想づくりに住民の参画を求めた。

本号の紙面から	
救命士の処置で包括指示化	2面
医療者のウェルビーイング	3面
人手不足時代を支える医療AI	4面
渋沢栄一の「論語と算盤」	5面
医療DXは病院HPから？	6面
MCDBで回帰分析を可能に	7面
全日病が共催セミナー開催	8面

清話抄

温故知新：令和の「看護の魅力」発信

NHKの朝ドラ「風、薫る」の主人公のモデルとして有名になった大関和と鈴木雅は日本初のトレインド・ナースです。トレインド・ナース(trained nurse)とは、体系的な教育を受けた

看護師を指します。明治時代、西洋から導入されたナイチンゲール方式の看護教育を受け、衛生管理や包帯術などの医療行為や術後管理などを体系的に学び、当時猛威を振るった赤痢やコレラ、結核などの感染症に対応し、感染症でなくなる人の減少に大きく貢献しました。彼女たちは、科学的知識・技術に基づく看護、患者に寄り添い尊厳を守る姿勢、職業としての確立や社会的地位の向上、看護を体系化し後進を

育てる力などを掲げて活動しました。日本でトレインド・ナースが誕生し約140年が経過しましたが、彼女たちが築いた看護の概念は、現代の看護師が大切にしている価値観の基盤となっており、「看護の魅力」そのものと言えるでしょう。

ところで最近、看護師を目指す学生が減少し、各地で看護師養成校の定員割れや閉校が相次いでいます。鹿児島県では、看護大学は定員を満たしてい

ますが、高校看護科や専門学校は定員割れが相次ぎ、総定員に対する充足率は7割を切っています。鹿児島県や県看護協会では、中高校生などを対象にYouTubeやSNS等で「看護の魅力」を発信していますが、今年も入学志願者減少が続いています。明治の先駆者たちが築いてきた精神を令和の「看護の魅力」として発信し、看護師を目指す若い人が少しでも増えることを期待しています。(黒田篤)

主張

地域医療構想における「拠点化」と「分散化」を考える

地域医療構想で各病院の役割分担を考える際には、疾患や患者像を「専門性の高低」と「拠点化・分散化」という二つの軸で整理することが有効ではないだろうか。例えば、非高齢者の悪性腫瘍や心血管疾患、脳血管障害など専門的な診断・治療を要する疾患は、拠点病院に集約する必要がある。一方、高齢者に多い誤嚥性肺炎、慢性心不全の増悪、尿路感染症などは必ずしも高度な専門医療を要さず、患者の生活圏に近い地域の病院が分散して支えるこ

とが望ましい。

さらに、高齢者の悪性腫瘍や心臓弁膜症などは、年齢や身体機能、併存疾患、本人の意向を踏まえ、どこまで積極的な治療を行うかを検討する必要がある。積極的な治療を選べば拠点病院での治療が必要となり、保存的・緩和的治療を選べば地域の病院でも対応できる。疾患名だけでなく、患者像や治療方針によって役割を考える視点が重要である。

こうした議論には、地域でどのよう

な患者が発生し、各病院がどのような患者を診ているかというデータが欠かせない。長崎県では2019年から、地域医療介護総合確保基金を活用し、県内病院のDPCデータ等を県医師会に集約して各病院へ分析資料をフィードバックする事業を行っている。DPC対象病院に限らず、データ提出加算を算定する回復期・療養病棟の患者も対象とし、県内全入院患者の9割弱を把握している。患者の居住地域や要介護度もわかるため各病院は地域の患者発生状況と、その中での自院の立ち位置を把握できる。各病院の費用負担はない。

重要なのは、このデータから5年後、

10年後の患者構成を見据え、拠点化と分散化を軸に自院が何を担うのかを決めることである。例えば、消化器外科手術一つをとっても将来は他院へ紹介するのか、麻酔科医を含めた体制・設備を自院で維持するのか、データに基づき判断すべき時期にきている。地域で発生する患者をそれぞれの病院がどのように診るのか、そのために何を拠点化し、何を分散して残すのか、各病院が自らデータを分析し、それに基づいて将来の役割を選択することこそが、地域医療構想を実効性あるものにする鍵ではないだろうか。

(井上健一郎)

救急救命士による3つの処置を特定行為から除外へ

救急救命処置に関する検討会

包括指示化の方向性を了承、プロトコルなど明確化

厚生労働省は、救急救命士の特定行為に指定している院外での心肺停止傷病者に対する①乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液②エピネフリン(アドレナリン)の投与③食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスクによる気道確保(気管内チューブを除く)一の3処置について、医師による包括指示に基づき実施できるよう見直す。10月7日、「救急救命処置の在り方に関する検討会」(児玉聡座長)が了承した。プロトコルの明確化や指示、教育、事後検証などの体制が整ったメディカルコントロール(MC)協議会から順次導入する方針で、同3処置の包括指示化に向けたプロトコルや研修カリキュラム案などを検討した厚生労働科学研究「救急救命士が行う業務の質の向上に資する研究」(研究代表者＝坂本哲也氏)のチームなどと協議しつつ、内容を精査して法令上の手続きを進める考えだ。

気管カニューレの事故抜去時のチューブ再挿入を救急救命士の処置に

同日はこのほか、◇気管切開チューブ(気管カニューレ)の事故抜去時のチューブ再挿入◇トラネキサム酸(TXA)の静脈内投与◇既存の静脈路からのアドレナリン投与◇骨髄穿刺システムによる輸液路確保◇医療機関所属の救急救命士の認定制度一についても検討。「気管カニューレの事故抜去時のチューブ再挿入」については、既存の救急救命処置「特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持」の範疇として位置づけるとの方向性を了承した。搬送時間が相対的に長くなる地域などでの妥当性を考慮している。

同日の検討会では、厚労省がプロトコルなどで明確化すべき要素として①気管切開術を受けた直後の事故抜去事例を対象から除く②主治医・訪問看護師・家族との調整及び資器材の準備を含む実施体制③地域MC協議会と在宅医療との連携一の3点をあげた。同処置についても同研究班が検討。プロトコルの作成などを念頭に、在宅診療の関連組織や家族の同意、カニューレ資器材の準備、再挿入以外での換気を継続する手段の考慮などを課題としてあげている。

「出血性ショックに対するTXAの静脈内投与」は実証事業へ

「外傷による出血性ショックに対するTXAの静脈内投与(生理食塩水の投与も含む)」については、厚労科研などで手技の確実な習得や救急現場での実効性、医療機関到着時間への影響の有無などについて実証事業で検証す

るとの方針をまとめた。

TXAが外傷診療における死亡減少効果が科学的に証明された唯一の治療薬であるとの評価があるものの、「ショックに進行する可能性がある」との段階における投与判断が現行の救急救命士にできる観察の範囲や教育内容では適切性に関する疑問が拭えないとの懸念もあるため実証事業で検討する。

3条件下で処置 OK

四肢の静脈路からアドレナリン投与

「医師等により乳酸リンゲル液以外で確保された静脈路からのアドレナリン投与」については、①中心静脈路からの投与は対象としない(皮膚穿刺部位が四肢である場合を対象とし、鎖骨下、頸部、鼠径部などは対象外)②輸液製剤の種類等について医師に報告し具体的指示を得て実施する③初回投与後は速やかに厚生労働大臣の指定する薬剤に切り替える一の3点を条件に、救急救命士が実施可能である旨を通知などで明示すると決めた。

救急救命処置検討委員会が今年3月21日に公表した報告書では、医学的な検討の結果、心臓機能停止状態の傷病者に対して医師などにより乳酸リンゲル液以外の輸液製剤で末梢静脈路確保が行われている場合に、救急救命士がアドレナリンを投与できるようにすることは医学的に妥当であるとの判断を示したことを受け、医師の具体的指示の下での処置を認める。

骨髄輸液路の活用には慎重な対応

「院外心停止に対する薬剤投与のための骨髄穿刺システムを用いた骨髄輸液路確保」については、国内外の研究結果や実施状況などを踏まえて再検討するとの方針で合意した。新たな救急救命処置として見送りつつ、救急救命

士による静脈路確保の成功率に関する全国的な調査の推移や、国内のドクターなどにおける骨髄路の使用データの推移、海外で進行中のアドレナリン筋注に関するランダム化比較試験の結果(2029年見込み)などを踏まえ、改めて検討する。

近年のRCTでは静脈路と骨髄路の比較で「30日死亡率」や神経学的転帰に有意差がなかったものの、日本蘇生協議会の「JRC蘇生ガイドライン2025」上では静脈路確保が迅速に行えない場合の代替手段として骨髄路が位置づけられている状況や、年間想定実施件数が救急救命士1人当たり約0.8件と低頻度のため技術の習得・維持に課題があるとの状況を考慮した。

医療機関所属の救急救命士を対象に、暫定措置で学会が認定する制度も

「医療機関所属の救急救命士の認定制度」については、医療機関に勤務する救急救命士を対象に、特定行為などに関して学会が運営する認定制度を暫定的な措置として新たに設けるとの方針で概ね合意した(図表)。

救急救命士が、新たに追加となった特定行為などを実施する場合は、追加講習などを修了して都道府県MC協議会による認定を受ける。全国47都道府県のMC協議会は消防機関に属する救急救命士に関する認定を担っている。一方、医療機関に属する救急救命士に対しては認定業務を実施していない都道府県もある。

今回の決定は、医療機関に属する救急救命士に認定機会を確保し、地域差の是正などを図る狙いがある。都道府県MC協議会による認定は基本としつつ補完的な仕組みとして運用する考え。どのような学会に運営を任せるかについて厚労省は同日、明言を避けたが、

「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン」を日本救急医学会と共同で作成している日本臨床救急医学会について、「救急救命士を含む多職種で構成されている学会」「多角的な検討体制を有している」と評価。「全国的な認定制度を有する学術団体が主体となることで、救急救命士の資質の均てん化や質の確保が図られる」との考えを示した。

「新しい処置ごとの認定は根本的な問題」全日病・猪口副会長

同検討会の構成員を務める全日病の猪口正孝副会長は、「新たな(特定)行為などが増える度に認定を受けなければならないのであれば、免許とは何かという根本的な問題になると感じる」と述べ、患者への安全性を重視しつつも、柔軟な制度運用が可能となるよう議論を深めるべきと主張した。

猪口副会長は、学会による全国的な認定制度で地域差の解消を図る試みについても言及。「いたしかたないと思うが、暫定措置としていただきたい」と重ねて要望。「(救急救命士の)特定行為がどう扱われるかは、未来に向かって大きな課題をはらんでしまい、既得権的になってしまうおそれがある」との懸念も表明。「院内ではいろいろな手技が日進月歩だ。個別の処置などについて教育を受けていないと実施できないとの運用になってしまえば、免許はどういう意味をもってくるのか」との疑問も呈した。

これに対し厚労省は、「MC協議会が基本なので、その体制が整備されるまで」と暫定的措置であると明言。「特定の学会による認定は、厚労省が、受講者が費用を必要以上にお支払いすることがないようになどを監督する」との説明も加え、理解を求めた。

今後の救急救命士の認定制度について(案)		第2回救急救命処置の在り方に関する検討会 令和8年7月9日	資料2
救急救命士の認定制度の課題		都道府県MC協議会に加え、学会が認定することで想定される効果	
➤ 都道府県MC協議会による認定制度が中心 ➤ 医療機関に所属する救急救命士については、認定の取り扱いが一律でない ➤ 所属する医療機関で必要とされても、都道府県によっては、救急救命処置が救急室(救急外来・初療室)において実施できない		➤ 医療機関に所属する救急救命士のスキル評価の標準化 ➤ 認定機会の拡充による柔軟な人材育成 ➤ 全国で有効な認定 ➤ 都道府県による地域差の是正	
救急救命士の認定団体拡大に伴う効果と課題		複数の認定主体が並立する場合には、制度運用の複雑化や認定基準の差異による混乱が懸念されることから、まずは単一の学会による認定制度として開始し、運用実績を踏まえ、今後の在り方を検討することが適当ではないか。	
メリット	デメリット		
● 全国的な認定基準の均質化 ● 認定機会の確保 ● 人材流動性の向上	● 認定主体の複雑化による複雑化 ● 認定主体ごとの基準差		

医療従事者が健やかに働ける環境づくりを

埼玉学会 学会企画 2

埼玉学会の「学会企画 2」では、働き方(ウェルビーイング)をテーマに3氏が講演した。演者は、前野マドカ・EVOL株式会社代表取締役CEO、佐藤真治・帝京大学教授、矢野裕典・洛和会ヘルスケアシステム理事長。丸山泰幸・全日病理事と林淳慈・新座志木中央総合病院院長が座長を務めた。

医療従事者自身の心身の健康や人とのつながり、働きやすい職場づくりなど、それぞれの視点から、良い医療を持続的に提供するためのウェルビーイングの重要性を論じた。

医療人自身の幸せを起点に



前野氏

前野氏は、ウェルビーイングとは、単に「楽しい」「うれしい」といった一時的な幸福感を指すのではなく、体と心だけでなく、自分が所属するチームや地域社会も含めて「良い状態」にあることだと説明。人生を長いスパンで振り返った時に「いろいろあったけれど、いい人生だった」と思える状態まで包含する。この広がり、あえて「幸せ」ではなくウェルビーイングという言葉を用いる意味でもあった。

前野氏自身、15年ほど前に乳がん入院した経験がある。その時、患者である自分に優しく接した医療従事者の存在が大きな支えになったという。心

身に余裕がなければ、患者に良い医療を持続して提供することも難しくなるとの考えを示し、医療従事者が自身のウェルビーイングに目を向けるべきと促した。

幸せに関わる心的要因として示したのが「やってみよう」「ありがとう」「なんとかなる」「ありのままに」の4因子。前野氏はPTA活動でこれらを意識して実践し、メンバーの主体性やつながりを高めた経験も紹介した。

講演後、林座長は「この概念をどう職場に落とし込むか」と質問。前野氏は、挨拶、感謝、笑顔という身近な対応が大事と応え、「○○さん、おはようございます」と名前を添えて声をかけるだけでも職場の雰囲気は変わると指摘し、「だまされたと思って1週間だけやってみて」と呼びかけた。

「散歩」で自分らしさを取り戻す

佐藤氏は、ウェルビーイングを考える1つの鍵として「私が私でいいのだ」という「自分らしさ」をあげた。何を成し遂げたかを重視する「Well-doing」だけでなく、その人の存在そのものを肯定する「Well-being」が現代社会の人のあり方として重要になるとした。

しかし、医療現場では患者の生命予



佐藤氏

後や治療成績を追求し、病院経営では収益を確保することが欠かせない。そうした目的のための仕事の中で、ウェルビーイングの時間をもつ方法として散歩を提案した。

ここでいう散歩は、健康のために一定時間、一定距離を歩く「ウォーキング」とは少し違う。「30分歩かなければならない」といった目的を課すのがウォーキングなら、散歩はもっと気ままに自由なものだという。ゆっくり歩けば視野が広がり、周囲の音や人の存在にも気づく。散歩は一人で完結するものでもない。佐藤氏が紹介した実践では、人と一緒に街を歩くことで会話が生まれ、地域との接点もできる。病院の中だけで患者を捉えるのではなく、スタッフ、患者、地域住民がつながる契機にもなる。

丸山座長は、自院の心臓リハビリテーションでも、患者がダンスをきっかけに集まり、外出し、お茶を飲み、仲間との交流を続けている例を紹介した。運動そのものだけでなく、人と会い、楽しみを持つことが活動を続ける力になっているという点で、佐藤氏の「散歩」とも重なる実践であった。

職員が集まる病院をつくる 「リフレッシュ休暇」に「農業」も

矢野氏は、約6700人が働く洛和会ヘルスケアシステムでの取り組みを紹介した。同法人には「地域への無限の感謝」「職員は家族」との考え方が以前からあり、2022年に理事長就任後、福利厚生、DX、職員の健康、職場環境などの見直しを積極的に進めてきた。

例えば、年間のリフレッシュ休暇は連続10日間から12日間へ拡大し、ほぼ全職員が取得する。副業・兼業も全面的に解禁した。法人内の別施設で送迎業務を担う職員もいれば、専門性を生かした仕事、通訳やウェブデザインなど、法人外で異なる仕事に取り組む職員もいる。男性の育児休業取得も進め、矢野氏自身も長男の誕生時に2週間取得したという。

さらに農業法人を立ち上げた際には、担当者を上から指名するのではなく、職員の「手上げ」で募った。応じたのは、もともと植物を育てて販売する副業をしていた看護師だった。本人が持つ関心や能力を生かし、自主的に新しい仕事へ踏み出せる余地をつくることも、職員が自分らしく働く環境につながっている。

総合討論では、前野氏が自身の研究では3人で行うワークショップの幸福度が最も高いという結果が出たと紹介。佐藤氏の少人数での散歩との共通点を指摘した。

佐藤氏は、前野氏の話から挨拶が相手の存在を認める行為でもあると改めて感じたと述べた。

矢野氏は、今後10年で「生き残っていく病院は、患者が集まる病院ではなく、職員が集まる病院」と強調した。



矢野氏

笑顔が育む安心と信頼、医療現場の組織力向上へ

埼玉学会 学会企画 4

埼玉学会の「学会企画 4」では、「笑顔で育む安心と信頼～表情・声・言葉で実践するセルフマネジメント～」をテーマに、川野恵子・株式会社笑顔育代表取締役が講演した。座長は富家隆樹・医療法人社団富家会富家病院理事長を務めた。

川野氏は、笑顔は生まれ持った性格やその時の気分だけで決まるものでなく、後から学び、身につけることができる技術だと説明。マスクを着用していても、目元で笑顔を伝える「ひよこスマイル」などを紹介し、表情、声、言葉を意識して整えることが、患者の安心や職員間の信頼関係につながると訴えた。富家病院ではコロナ禍をきっかけに川野氏の研修を導入し、職員の笑顔が戻ってきたという。

講演では、参加者がスマートフォンを鏡代わりにして自分の表情を確認する時間も設けた。川野氏の掛け声に合わせて口や頬、目元を動かす実践も交え、聴講者が互いの表情を確かめる時間が生まれ、会場となった大ホールには笑顔が溢れた。



自身の「口角」と向き合う経験 声の仕事から笑顔を育てる仕事へ

川野氏は、テレビ番組のナレーターやラジオパーソナリティーなど、約20年間にわたって声を届ける仕事に携わってきた。TBSの「王様のブランチ」では、ショッピングコーナーのナレーションを11年間担当したという。転職となったのは、約10年前に声の仕事を辞めた後のことだった。1、2か月ほど経った頃、鏡を見ると顔のたるみが気になり、口角を上げようとしても思うように笑顔をつくれなくなっていた。原因を調べるうちに、声の仕事で毎日続いていた滑舌練習が、口や舌だけでなく、表情筋を大きく動かすトレーニングにもなっていたことに気づいた。

この経験をきっかけに、表情筋の動かし方や笑顔のつくり方を伝える活動を始めた。「笑顔は育てるものである」との考え方を「笑顔育」と名付けた。川野氏は、笑顔を身につけるには「気づく」「学ぶ」「練習を繰り返す」という3つの過程が大切だと説明した。まず、自分では穏やかな表情をしているつもりでも、周囲には話しかけにくい印象を与えていないかを確かめる。その上で顔の動かし方を学び、短時間でも繰り返し練習する。

「ひよこスマイル」が全国区に コロナ禍のマスク着用が広げた縁

こうした活動が目ざされたのが、新型コロナウイルス感染症の流行期だった。川野氏は2020年、日本テレビの情報番組「ZIP!」で笑顔の大切さを紹介。

その後、感染拡大でマスクを着ける人が増える中で、番組スタッフから「マスクをしていても笑顔が伝わる方法はないか」と相談を受けた。そこで紹介したのが「ひよこスマイル」。下まぶたを意識して持ち上げ、目元に柔らかな表情をつくる方法だ。

人は目を閉じる時に上まぶたを下げるが、ひよこなどの鳥は下まぶたを持ち上げる。その動きにちなみ、番組スタッフとともに「ひよこスマイル」と名付けた。口元がマスクで隠れていても、目元の表情によって笑顔を伝えられることが特徴だ。

この日、座長を務めた富家氏が川野氏の活動を知ったのも、このテレビ番組だった。2022年、コロナ禍で患者も職員もマスクを着け、病院から笑顔が消えていた。「ひよこスマイル」を見て「これだ」と思い、川野氏に連絡し、院内勉強会に招いた。「そうしたら病院から笑顔が戻ってきました」と富家氏。その後も勉強会や新人研修に川野氏を招いている。

表情や声のトーンで変わる 患者さんの「この人なら大丈夫だ」

川野氏は、医療現場では患者の安全を守り、チームで支える仕事に緊張と責任が伴うと指摘。忙しさと緊張が続くと、眉間に力が入り、口元が硬くなり、声のトーンも低くなる。患者にとっては話しかけにくさにつながる場合もあるという。「表情や声のトーンは、患者が『この人なら大丈夫だ』と感じる最初の手がかりになる」と川野氏。



セルフマネジメントについて、「今の自分を見つめ、心と体を整えて次の行動を選ぶこと」と説明。呼吸や姿勢を整え、顔の力を抜くなどして、自分の状態に応じた対応を選ぶことが大切だと強調した。一方、患者や家族を安心させようと、無理に笑顔を保つ必要はないとの考えも示した。笑顔でいることと心に余裕があることは同じではなく、疲れや緊張に気づき、必要に応じて周囲の力を借りることもセルフマネジメントの1つだと説いた。

十分な会話の時間が取れないまま、多職種が日々連携し合って仕事を進める医療現場においては、互いの存在を認め合い、声をかけやすい関係をつくる土台として、笑顔で交わす挨拶が重要と話した。毎日の積み重ねが、困った時に相談したり、気づいたことを伝え合えたりする職場環境につながる。川野氏は、笑顔を接遇技術だけでなく、職員間のコミュニケーションにおける支えと位置づけた。

人手不足時代を支える病院の医療AI戦略

埼玉学会2026 学会企画6

属人化を解消して生まれる時間を専門業務やケアに充当

埼玉学会2026の学会企画6「医療AI」では、人手不足が進む中、AIを業務にどう組み込み、医療と経営の質を保つかを議論した。4人の演者は、現場の課題を出発点に業務を見直し、生成AIなどの活用によって生まれた時間を専門業務や患者ケアに還元する実践を紹介。属人化の解消や現場への定着、システムの継続性など、病院の経営戦略に関わる論点へのアプローチを共有した。座長は長野市民病院チームDIGITAL2.0エバンジェリストの住昌彦氏が務めた。

AIとDPCコーディング 済生会熊本病院の場合



松岡氏

済生会熊本病院経営企画部経営企画室兼広報室室長の松岡佳孝氏は、AI活用を短期と中長期の2つの時間軸で考える必要性を強調した。

職員の負担軽減や能力拡張に加え、これまでとの比較では採用できる人数の絶対数は減ってゆく組織・社会となる未来も前提に、業務と人員配置を組み直す視点の重要性を解説した。

同院ではDPCのAIコーディングを、ベンダーとの共同開発で進めている。収益改善だけを目的にするのではなく、熟練担当者の経験や暗黙知への依存を解消し、少ない人員でも業務を継続できる体制を目指す。試行では担当者と同程度のコーディングができた反面、医療的な妥当性に課題のある提案もあったという。「最終決定は医師が行う

前提」と話した。

松岡氏は、短期ではAI支援による効率化と熟練者の育成を図るが、それだけでは配置人数は減らないと指摘。中長期の時間軸で熟練者を残しながら担当配置を最小化し、AIが停止しても最低限の業務が回る事業継続計画も成立させる考え。止められないバックオフィス業務については、品質、継続性、責任の担保まで考えて企業のサービスを組み込む必要性も説明した。

症状詳記の下書きでRPAとAI活用 松本協立病院の場合



池田氏

松本協立病院副部長の池田大志氏は、施設基準管理と情報システムの視点から、現場を観察して業務そのものの問い直しが重要との考

えを示した。

同院ではRPAと生成AIを組み合わせ、「救急医療管理加算」に関する症状詳記の下書きを作成。医事職員の修正、医師の承認を経て請求する仕組みで、作業負担を減らすとともに、作成の難しさから算定を諦めていた部分への対応にもつながったと報告した。一方、病棟患者の情報をあらかじめ要約して表示する仕組みは、職員の利用が伸び悩んだ。患者について既に知っている情報の文章化と、AIを通じた知らない情報の取得とでは、利用者にとって意味が異なるとの見方だ。看護師から実際の仕事の様子などを聞き取り、情報を受け取る側の支援から、引き継ぐ

側が「相手にどう情報を渡しているか」という視点で支援を具体化する方向への転換を検討しているという。

池田氏は、検査値など既に構造化されたデータはそのまま取得・表示し、生成AIに任せる部分とは使い分ける必要性も実感しているという。法律や算定要件、人による確認をシステムに組み込み、ルールを設けた理由も文書に残しておく、開発後の保守を誰が支えるかまで考えられると説明し、システムの持続性確保も重要と話した。

費用削減だけでなく時間の確保も 愛媛県立中央病院の場合



伊藤氏

愛媛県立中央病院医療情報部係長の伊藤秀隆氏は、現場の医療者自身が課題を発見する力とAIへ指示する力を生かしてシステムを

作る`開発の民主化、を紹介した。看護師としての経験を基に、生成AIと日本語で対話しながら現場に合った仕組みの開発を担う。

電子カルテから情報を自動収集する診療録自動要約システム「Laplace」の利用では、患者情報を外部に送らず利用者の二重入力も不要にした。「Axis」では、データ等の入力支援に加え、要約や分析、グラフ作成も支援する。伊藤氏は「リスクマネージャーが現場に出る時間を生み出した」と説明した。

DXで評価すべきものについては、費用削減額だけに重きを置かず、創出したゆとり時間を医療本来の専門業務

へ還元できるよう重視したという。患者との対話や相談支援、直接的な安全介入、スタッフ教育につなげ、現場の医療者が持続可能な医療を支える役割を担うための時間確保に寄与する。

「暗黙知」を「形式知」に 長野市民病院の場合



住氏

住氏は、臨床家と情報システム部門が組んで院内での普及を進める同院の体制を紹介。多職種のアンバサダーが参加するワークショ

ップで困りごとを持ち寄り、ベテランの「暗黙知」をプロンプトとして「形式知」に変え、院内で共有する取り組みを説明した。

導入当初は利用が伸びず、職種やチームごとの仕事に合わせたツールを開発した。排尿ケアチームでは、情報収集などの事前準備が週4時間から30分へ短縮。この成功体験が現場の口コミで広がった。高齢がん患者の栄養介入支援など、効率化と診療の質の向上を結びつける取り組みも進めている。

住氏は、アクティブユーザー111人を対象に、年間5472時間の業務削減効果を報告。ただし、利用者は職員の11.6%にとどまるため、「普及はなお課題」と冷静だ。AIによる業務効率化で人的余力を生み、病院経営と医療の双方を支える。生み出した時間で職員がベッドサイドケアに充てるなど、いかに診療の質に寄与できるかが、地域医療の持続可能性につながるとの考えも示した。

日常的な地域とのつながりを病院の力に変える

埼玉学会2026 学会企画8

入院を`はじめまして、にしない、お節介パワーが安心と信頼に

病気になる前から地域で顔見知りになり、暮らしを支える関係を育てる。第67回全日本病院学会in埼玉の学会企画8「地域をつなぐお節介パワー」では、病院が地域に出る意義と実践を紹介した。医療法人社団鴻愛会理事長の神成文裕氏は「地域の日常の中で元気な時から顔見知りになれないか」と問いかけた。病気や入院で不安が募る時に初めて出会うのではなく、日頃からつながることが住民の安心と病院への信頼を育むとし、医療と経営の両面からその価値を語った。座長は八潮中央総合病院の本間恵氏が務めた。

住民とともに健康をつくる

コミュニティナース活動の全国展開に取り組んでいる株式会社CNCの渡邊綾香氏は、看護職など特定の専門職を指すのではなく、日常の暮らしの中で住民とともに心身や社会的な健康をつくる`実践、こそコミュニティナースだと説明。支援する側とされる側を固定せず、互いに関わる対等な関係が大事と語った。

「その人が元気になる理由」を最初に見つける大切さも強調。元大工の男性が子どもたちに工作を教えたり、閉じこもりがちだった元カフェ店主が地域でコーヒーを振る舞ったりする事例を紹介し、「本人の好きなことや得意なことから役割が生まれ、地域とのつながりや健康行動につながった」と述

べた。病気や介護の課題が顕在化してから専門職が支える仕組みの重要性は認めつつも、その前から暮らしの中で関わり合う重要性を強調した。

畑を介して広がる居場所と役割

こうのす共生病院の鈴木友香氏は、病院の隣の畑を介した取り組みを報告。理事長の神成氏が畑の荒れに気づき、農業に関心のある職員が秘めていた「何かやりたい」を繋いだのが契機となった。

畑の持ち主の男性は介護老人保健施設に入所し、妻は日中を一人で過ごすことが多くなっていた。職員は家族の了解を得て畑の整備を始める。活動の途中には、職員自身のやりたいことが先行していないかという迷いも生じた。そこで、畑だけでなく家族の暮らしにも目を向け、交換ノートで訪問時の会話や畑の様子を共有した。収穫時には施設の協力で男性も畑を訪れ、家族が久しぶりに集まる機会となった。患者や地域住民も参加し、作業だけでなく子どもの見守りなどの役割が生まれていった。

鈴木氏は「最初から地域の居場所を作ろうと思っていたわけではありません」と振り返る。「小さな気づきから、もう一步関わることで、次の人へつながりが広がった」と話した。参加する側だった住民から「畑をきれいに保ちたい」と草むしりの申し出が出てくる



ようになるなど、活動に参加しながら、活動を支える側へと変わったり、活動を楽しみながら支える側にも回るなど、`あり方、は様ではない。

地域との信頼を経営の資産に

神成氏は、救急から在宅まで医療を切れ目なく提供しても、病気になってから初めて出会う場面が多いと指摘。困り切る前、孤立する前の日常で顔見知りになるため、コミュニティナーシングに取り組んだと説明した。

救急搬送された女性が訪問診療先の患者の妻だと分かった事例では、自宅に残された夫への支援も手配できた。「入院した時の『はじめまして』をなくしていきたい」と語る。病気になってからつながりだけでなく、すでにつながっているからこそできる支援があると力説した。

一方、経営に余裕があるわけではな

いという。人手不足の中でも増床に踏み切った際は、病床を開けない時期に地域での活動を継続した。孤立の予防のほか、住民には新たな役割が生まれ、医療者には相談しやすい。「職員には仕事の意義を見直す機会が生まれた。地域活動を通して、病院には信頼や連携、採用で困らなくなるなどの価値がもたらされる」と解説した。

神成氏は「信頼は財務諸表には載らない。でも、間違いなく病院の資産になる」と述べ、地域とのつながりを「関係資産」と表現。活動に共感する入職者や地域からの資金支援を挙げた。

また、「患者数の増加などは活動だけの成果ではない」と断った上で、社会的価値と経営的価値は両立するとの考えも示した。活動は有志の多職種で進め、月8時間は地域活動を「業務時間」として認める。

異なるものを組み合わせ、新しい価値をつくる

埼玉学会2026 特別講演 5

渋沢栄一の「論語と算盤」で未来を拓く、「医療機関も変化を」



埼玉県深谷市出身で約500社の企業、病院や福祉施設を含む約600の社会事業の設立・運営に関わり、「日本資本主義の父」と呼ばれる渋沢栄一。埼玉学会の特別講演 5では、1万円札の肖像にもなっている栄一翁の玄孫（孫の孫）に当たり、自身も会社経営者である渋澤健氏が、栄一翁の著書『論語と算盤』を読み解いた。医療機関の運営に関し、社会のニーズに合わせた変化が必要との考えも示した。

新しい環境への適応に何が必要か

渋澤氏は「栄一は約500の会社をつくった人物だが、孫の孫には1株も残していない。ただ、素晴らしい財産としてたくさんの言葉を残してくれた」と述べた。その言葉は約100年前のものでありながら、未来志向で、今の時代にも十分に応用できると説明した。その代表的なものが、1916年（大正5年）に刊行された『論語と算盤』である。「論語は孔子の教えであり、道徳、人と人との関係性、あるいは人と社会

との関係を表している。算盤は商人が使う道具で、ビジネスや経済を意味する。栄一は道徳と経済が合致すべきものだ」と説明した。また、栄一が「正しい道義の富でなければ、その富は完全に永続することができない」と述べていることを紹介し、現代の持続可能性にも通じる考え方だとの見方を示した。その上で、「長年、栄一の考え方を倫理的資本主義、道徳的資本主義と表現してきたが、これを淡々と説明するのではなく、『論語と算盤』のエッセンスを引き出して簡単な言葉で表現できれば、より広がりがあり、自分事として捉えやすくなるのではないかと、自身の解釈を展開する意義も説明した。「大事な点は『論語と算盤』の『と』である。栄一は『と』の力、『AND』の力を用いた。『論語か算盤』ではなく、『論語と算盤』だ」と強調した。一方、「か」「OR」は二者択一で、すでにある選択肢を比較し、どちらかを選ぶことである。選別によって効率性を高めるため、組織運営に不可欠な力となり得る。しかし、既存の選択肢から選ぶだけでは、新しい価値や発想が生まれるとは限らないと指摘した。では、なぜ新しい価値を生み出す必要があるのか。渋澤氏は「これまで取り組んできたことが良いものであれば、

そのまま続けてもいい。しかし、ほとんどの場合、それは不可能である。なぜなら環境が常に変化するからだ。自然環境の変化もあれば、事業環境も変化する」と説明した。環境の変化への企業の対応については、「企業30年説という言葉がある。企業は設立から30年ほどで衰退するという考え方だが、私は正しくないと思っている。日本には100年、200年、300年と続いている企業もある。それができるのは、新しい環境で求められているものに事業を適応させているからだ」と述べた。衰退するのは企業そのものではなく、変化しない事業ではないかとの見方を示した。その上で、「皆さんの医療機関も組織であり、30年前と今では医療を取り巻く環境が変わっている。技術も変われば、社会のニーズも変わっているはずだ。医療機関もそれに合わせていかなければ、永続することはできないだろう」と指摘した。カレーうどんも「と」の力の産物こうした変化に対応するには、選択と集中といった「か」の力も必要だが、それ以上に重要なのが「と」の力だという。「一見関係がなさそうなものを組み合わせることで、それまで存在しなかった新しい価値を生み出すことが

できる」と訴えた。『論語と算盤』を道徳と経済の「バランス」と捉える見方についても、「バランスは、どちらかを増やし、どちらかを減らすという量の問題に近い。栄一が説いたのは、異なるものを合わせることで新しい価値をつくることではないか。バランスではなく、融合に近い概念だと思う」と述べた。その具体例として紹介したのが、カレーうどんである。インドに起源を持つカレーと、中国大陆から伝わったうどんを組み合わせ、さらに日本のだしを加えることで、新しい料理が生まれたという。渋澤氏は「もしカレーを管轄する役所、うどんを管轄する役所、だしを管轄する役所がそれぞれあったら、カレーうどんは生まれただろうか」と問いかけた。異なるものを隔てる壁がなければ、組み合わせる発想から新しい価値が生まれる。これが「と」の力だと説明した。医療の世界にも、専門分野や制度上のさまざまな壁がある。渋澤氏は、規制や専門性の必要性を否定するのではなく、壁の向こう側にも目を向けることが重要だと指摘した。異なる分野を結びつける視点が、新しい価値を生み出し、組織を持続させる力になるとの考えを示した。

「標準的な出産費用の無償化」へ具体的な検討開始

妊娠・出産・産後の診療等検討会

日本産婦人科医会は「給付水準75万円以上」など要望

厚生労働省は「標準的な出産費用の自己負担無償化」と「地域で安全に出産できる体制の維持」を両立するため、新たな給付体系における診療・ケアの評価に向けた具体的な検討に着手した。医療機関に対する出産費用の給付水準については、社会保障審議会・医療保険部会で検討した上で中医協で審議する想定だが、10月1日に開いた検討会の初会合では、日本産婦人科医会が「標準的分娩の給付水準75万円以上」を要望するなど、医療機関側が担う安全確保や診療・ケアに必要な費用をどう評価するかについても議論となった。今後は、全国の分娩取扱施設や一般分娩経験者を対象とする調査も実施した上で新たな給付体系の検討に資する基礎資料を作り、年内にも意見を取りまとめる。同日、医療提供側の構成員からは、現存する地域の出産に関する診療・ケアの体制を壊さない設計を求める声や、現行の自費診療と保険診療の併存を踏まえ、新たな給付体系と保険診療の併存を求める意見などが出た。「安心安全に出産できる体制の確保」厚生労働省が「大まかな論点(案)」提示「標準的な出産費用の自己負担無償化」に向けた具体的な検討については、政府が2023年12月22日に閣議決定した「こども未来戦略」が発端。「2026年度を」

な出産費用の自己負担無償化に向けた具体的な制度設計を進めるべき」との取りまとめを受け、政府が「妊娠・出産・産後の経済的負担の軽減のため、2026年度を」

「標準的な出産費用の自己負担の無償化に向けた対応を進める」との方針を「経済財政運営と改革の基本方針2025」(骨太方針2025)で掲げた。厚生労働省は同検討会の主な検討事項を、①：出産に係る診療・ケアの体制や内容等について②：施設基準等の検討に必要な着眼点等について③：①②に関する、妊娠から産後にわたる支援体制等について④：その他―の4点に設定。初会合では「大まかな論点(案)」として以下の4点をあげた。

【大まかな論点(案)】

- 安心安全な出産のための、分娩取扱施設における妊産婦や新生児への診療やケアの内容や体制等
- 出産のために入院(所)中の妊産婦の個別のニーズに対応する診療やケアの内容や体制等
- 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を推進するための、分娩取扱施設において必要な支援の内容、支援体制、地域や関係機関との連携状況等
- 地域で安心安全に出産できる周産期医療体制の確保等

その上で同日は、「出産に係る診療やケア等について」を主な議題に意見交換するとともに、日産婦医会会長の石渡勇構成員が「出産費用の無償化について―標準的分娩の給付水準75万円以上について―」と題した資料に基づき意見を述べたほか、日本看護協会と日本助産師会が共同で提出した資料に基づき日看協常任理事の片岡弥恵子構成員と日本助産師会理事の宮川祐三子構

成員が妊娠・出産・産後の助産ケアについて説明。また、早稲田大学教授の野口晴子構成員が研究代表者を務める、2026年度厚生労働行政推進調査事業費補助金による「出産に係る妊産婦への総合的な支援並びに費用及び給付に関する研究」の概要を厚労省が紹介した。日本産婦人科医会は3点要望「地域の出産環境が脅かされている」石渡構成員は、妊婦の経済的負担の軽減と安心して出産できる環境整備の両立には、「地域」の分娩施設が存続できる経済的基盤の確保も不可欠」と説明。同医会からの要望として①標準的な正常分娩1件当たり基本単価は、少なくとも75万円以上②給付水準の設定にあたっては、医療安全、24時間体制、人件費、待機体制、機器、現在の診療報酬では十分に評価されていない業務などを含めた実際の総コストを評価③新たな制度開始後も、施設数、分娩数、地域ごとのアクセス、経営状況などを継続的に検証し、必要であれば迅速に給付水準を見直す仕組みを設ける―の3点を求めた。標準的な正常分娩1件当たりの給付水準として「75万円以上」を求める根拠については、◇出産人件費(各職種時給×出産に係る労務時間)◇緊急対応費用◇直接経費◇間接経費―の合算を「原価」と位置付け、「利益率3%とした場合の価格」を各種調査の結果などを用いて2024年の実績などを基に2026年の費用を補正。2028年については、対2026年比の分娩数が5%減少し、物価/賃金が5%上昇する仮定で算出した「73万8387円」に産科医療補償制度の掛金分「1.2万円」を足し、「75万387円」になると解説し、算出方法も示した。また、分娩施設の減少と経営悪化が地域の出産環境を脅かしているとの見

方も示した。同医会が2025年に実施した調査によると、分娩取扱施設は2006年の3098施設から2025年には1856施設へと約4割減少。分娩取扱診療所は1818施設から951施設へ減っている。同医会が日本医師会総合政策研究機構と合同で実施した「産科診療所特別調査2024」では、回答した医療法人191施設中、2023年度の赤字施設は42.4%。同医会の「分娩取扱継続に必要な出産費用調査2026」(回収654施設、回収率62.5%)でも、41.6%が赤字だった。特に北海道や東北、九州では半数を超えている。さらに、都市部では物価・人件費が上昇し、地方では分娩数の減少が経営を圧迫していると説明。施設の撤退は分娩だけでなく、妊婦健診や婦人科診療へのアクセスにも影響すると警鐘を鳴らした。「すべての妊産婦に助産ケアを！」日看協と日本助産師会日看協と日本助産師会は、さまざまな地域や場所において助産師が専門性を発揮することで、◇妊婦が望む地域や場所における出産(地域連携やオープン・セミオープンシステムの活用も含む)◇安心、安全で満足度の高い分娩◇妊娠期から産後まで切れ目のないケアによる妊産婦への身体的、精神的、社会的支援―の実現が可能と主張。「すべての妊産婦に助産ケアを！」と強調した。野口構成員が研究代表者の同研究については、(1)分娩取扱施設への経営状況等の調査(2)妊産婦等への医療やサービスと費用に関する調査(3)マクロ的なアプローチによる出産費用の分析―を実施している。妊娠・出産に対する支援の強化について具体的に検討する基礎資料をまとめる計画だ。

医療DXシリーズ 第1回 東日本税理士法人代表社員・所長 長英一郎氏インタビュー

自院の取り組みに応じて進める`病院DX、

2026年度改定への対応から、身近なホームページ作成でのAI活用まで

人手不足が深刻化する中、病院はAIなどの活用に基づくDXをどう経営改善につなげればよいのか――。昨年、全日本病院学会in北海道で「医療のための生成AI実践ガイド」をテーマに講演するなど、全国の病院の医療DX事例に詳しい東日本税理士法人代表社員・所長の長英一郎氏に監修をお願いし、「医療DXシリーズ」として、中小病院が「病院DX」を実現する道筋を考える。

第1回は、2026年度診療報酬改定に盛り込まれた「ICT等の活用による看護業務効率化の推進」と「医師事務作業補助体制加算の見直し」を踏まえ、長氏ご本人にインタビューした。算定要件への対応に加え、業務効率化を経営改善につなげる考え方については、身近な第一歩として、自院のホームページ制作・更新にAIを使うよう提案する(インタビューは2026年9月28日)。

――看護配置基準の1割以内の柔軟化を、どう評価しますか。

看護配置を柔軟化する項目が初めて盛り込まれた点は非常に大きい。国が医療機関のDX推進を掲げたと言えるでしょう。ただ、実際に1割減らすのは簡単ではない、というのが現場感覚です。見守りや記録、情報共有の仕組みを入れるきっかけにはなりました。電子カルテへのAI導入も重なり、取り組みは広がっています。

自ら検査入院で`体験、患者から見たHITO病院のICT・DX――見守り、記録、情報共有の全てでICTを活用し、残業時間や業務負担の評価なども必要です。検査入院で体験されたHITO病院(愛媛県四国中央市)の実践はいかがでしたか。

スマートフォンで成功した印象が強いのですが、見守り用のカメラやスマートベッド、AIによる退院サマリーの要約などの合わせ技です。一朝一夕に到達できる水準ではありませんが、理想的だと感じました。検査入院では、夜勤の看護師さんがゆとりを持って働いているという印象でした。認知症の症状が重い患者さんなど、一部の病室にはカメラがあり、スタッフステーションで様子を確認できます。見回りの手間がかなり減っていると感じました。――昼間はいかがでしたか。

「セル看護方式」で看護師さんが病室のそばにいますので、声をかければすぐに来てくれます。ナースコールはあまり鳴らず、静かな病院だと感じました。ステーションに戻らなくても仕事を完結できる環境は看護師さんたちにとって働きやすそうな印象です。

また、医師への連絡もチャットなので、人を探しに行く手間が少ない。見守りによる夜間の巡回負担の軽減に加え、日中も病室とステーションを往復する移動を減らせていると思います。――端末はどんな使い分けでしたか。

全員がスマートフォンを同じように使っているわけではありません。若い方はフリック入力や音声入力を使い、ベテランの方はカートで運ぶノートパソコンで入力しています。連絡手段も、個人情報を含む連絡、含まない連絡、外部とのメールで使い分けています。各人が使いやすい端末を選べるのも特徴でしょう。

医師事務作業補助のAI効率化「必ずしも人員削減ではない」――医師事務作業補助者は、生成AIの活用や研修などの要件を満たせば1人を1.2人に、最大1.3人に換算できます。導入しやすいでしょうか。

診療情報提供書や主治医意見書の作成をAIが助け、少人数で業務を担う取組みを促す狙いでしょう。経営者は

「職員が辞める、採用できない」と悩んでいるはずです。以前は少人数で対応する武器がありませんでしたが、今はAIがあります。人員に余裕が生まれたら、解雇ではなく他部署への配置転換を考えてはどうでしょうか。

医師事務作業補助者は医療の知識があり、医師の特徴もよく知っています。地域連携室で営業を担うなど、強みを生かせるでしょう。本人の意欲を確認する必要がありますが、病院の業務をよく知るスタッフの経験を生かせると思います。

――DXが進んだ病院は、算定への対応以外に何を目指すべきですか。

「投資で減らせる費用」と「増やせる収益」を考える必要があるでしょう。時間を短縮して残業代が少し減るだけでは、経営への影響は限られます。機嫌の悪い医師に電話するストレスを抱える職場と、チャットで連絡できる職場では、どちらで働きたいでしょうか。採用につながり、紹介会社を使わずに職員を確保できれば、手数料を減らせます。HITO病院では、音声入力でリハビリの事務作業を減らし、実施単位数を増やす取り組みも進んでいます。端末の購入が直接収益になるわけではありません。負担軽減を経営効果につなげるため、理事長や院長も技術に触れ、職員と一緒に考えるべきです。

参考にするのは「自分たちにも追いつけそうな病院」――導入途中の病院には、投資の負担もあります。

経営が厳しいと、先進的な病院の話は遠く感じられると思います。それでも「まずはスマートフォンだけ」「見守り機器だけでも」と、一部を取り入れる方法があります。吉田病院(北海道旭川市)では、チャットで申し送りをして、看護師が朝早く出勤する負担を減らし、十分な効果が得られています。自分たちにも追いつけそうな病院の事例があれば、取り組む意欲が湧くのではないのでしょうか。

――導入を成果につなげるには。

何のために入れるかが曖昧なら、端末はロッカーに置いたままになってしまいます。補助金を活用できればよいのですが、難しければ最初は幹部など少人数で始め、徐々に広げてよいと思います。

経営者自身が使わず、職員に任せきりでは良さが分かりません。先進的な病院では経営者が自ら使うからこそ、投資すべきかを判断できるのです。

生成AIで病院ホームページを更新「最初の1手としてふさわしい」

――AIを使い始めるなら、何が対象だとハードルを感じにくいでしょうか。

ホームページのリニューアルが良さ

そうだなと思っています。多くの病院に共通する業務で、公開情報を扱うため、電子カルテ周りより始めやすいからです。看護師さんの仕事の進め方を変える場合と比べて、調整・交渉する相手も少なく、少人数で進められます。実は私も最近、自分でAIを活用してホームページを刷新しました。

――専門知識がなくても作れますか。

私もエンジニアではなく、コードは1行も知りません。「既存のページを参考に作り直して」とAIに頼み、「落ち着いたデザインにしたい」「お知らせを目立たせたい」と希望を伝え、相談しながら修正できます(図表)。

ページの制作とネット上への公開は別の作業ですが、公開もAIとやり取りして進められます。URLも変えずに移せます。制作経験のない自分に作れてしまう驚きがありました。

――更新の費用なども減らせますか。

外注では、依頼の手間や追加費用を考えて、更新を諦める場合があります。自分たちで随時更新できれば、採用で伝えたい情報もすぐ載せられます。金銭面での負担も減らせますが、時間的



HITO病院で検査入院時の長氏

なコストも減らせます。私の法人も大きな刷新は約3年ぶりでした。顧客への業務紹介と採用の軸なので、ホームページは大事です。

制作費や更新料、サーバー代も見直せます。コンサルタントの私には自分の首を絞めるような話ですが、自分たちでできる仕事まで外注するのは、もったいないと思います(苦笑)。

自分で作れば自信になり、「これでもできるかも」「あれも…」と応用が広がるはずです。今回、「全日病ニュース」の企画をご提案いただいた際には、AIでホームページを作るような話は考えていませんでした。高性能なAIの登場・進化で、仕事の範囲の拡張が進んでいると感じます。私も身近なところからどんどん試しています。

長先生

Google Chromeで表示されているこのページはwordpressで作られているが、これをデザインを一新してcloudflareで作られるようにしたい。サーバーはXserver（これもChromeに表示）を利用しているが、これもcloudflareに統合したい。
https://higashinohon.tokyo/

まずどのように進めていけばいいか、方向性を教えて（まだ作業はしないで）。

AI

サイトとドメインの今の状態を、変更はせず読むだけで少し確かめます。

実際のチャット画面から抜粋・レイアウト調整

生成AIとホームページを作り始める実際の画面（長氏提供）



2026年9月26日までのホームページ（Before）



2026年9月27日以降のホームページ（After）

MCDBで「回帰分析」を可能に、厚労省方針

MCDB第三者提供専門委

厚生労働省は、「医療法人の経営情報データベース」(MCDB) の情報を第三者に提供する際、「個人情報」に該当しないよう特定の個人を識別できない「匿名加工医療情報」よりも各データの個別性が高くなる「仮名加工医療情報」も提供できる枠組みで運用するとの方針を固めた。9月25日、「医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会」(遠藤久夫委員長) で提案し、方向性について概ね了承を得た。結果の要因を数式モデルで解き明かす「回帰分析」を可能にする考えで、「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報に関する法律(次世代医療基盤法)」に基づく運用を想定している。

今後は運用開始に向け、第三者である研究者らをどのように審査した上でデータ提供するかなどの内容をガイドラインにまとめる。

希少疾患名や特異値も保持で解析可

「匿名加工医療情報」は、2024年4月1日に改正法が施行となった「次世代医療基盤法」に基づき、「個人を特定できないよう、また個人情報を復元できないように加工する」と定義している。匿名加工医療情報では、希少疾患名や個人等が特定できる可能性のある特異値は削除もしくは置き換えるが、「仮名加工医療情報」は、氏名など単体で特定の個人を識別できる情報は削除するものの、希少疾患名や特異値は保持が可能となる。同法では、国の認定を受けた事業者が電子カルテや健診などに関する医療情報を「匿名加工医療情報」や「仮名加工医療情報」に加工した上で、大学や製薬企業、医療機器メーカーなどへの提供を認める。MCDBの情報を第三者へ提供する制度の枠組みについては、5月に開いた同専門委の初会合で、結果となる数値と要因となる数値の関係性を数式モ

次世代医療基盤法に基づく「仮名加工医療情報」を活用へ

デルで表す「回帰分析」を活用できるデータを提供可能にすべきとの意見が複数の委員から出たことを受け、厚労省が検討。研究者側で特定の個人などを識別できない「オーダーメイド集計」でのデータ提供を原則としつつ、回帰分析などの手法を可能にする。まずは一定の運用実績(例：10件)を踏まえ、見直しの要否を検討する。

MCDBを第三者に提供する制度は、令和5年5月に公布された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」(健康保険法等改正法)に基づき今年4月1日付で関連する政省令が施行済みだが、実際の運用について

はGLで定めるとの方針で、第三者提供は事実上まだ始まっていない。厚労省は、同専門委の次回会合で「たたき台」を示し、検討を加速する。

厚労省が「措置案」を提示

同日は、厚労省が前回会合での意見などを踏まえ「仮名加工医療情報」を提供する方向性による「措置案」を提示。「提供対象」としては、▽信頼性が担保されたことを専門委員会で個別に確認する▽回帰分析等が必要な研究目的であるか否かを専門委員会で個別に確認する一をあげた。

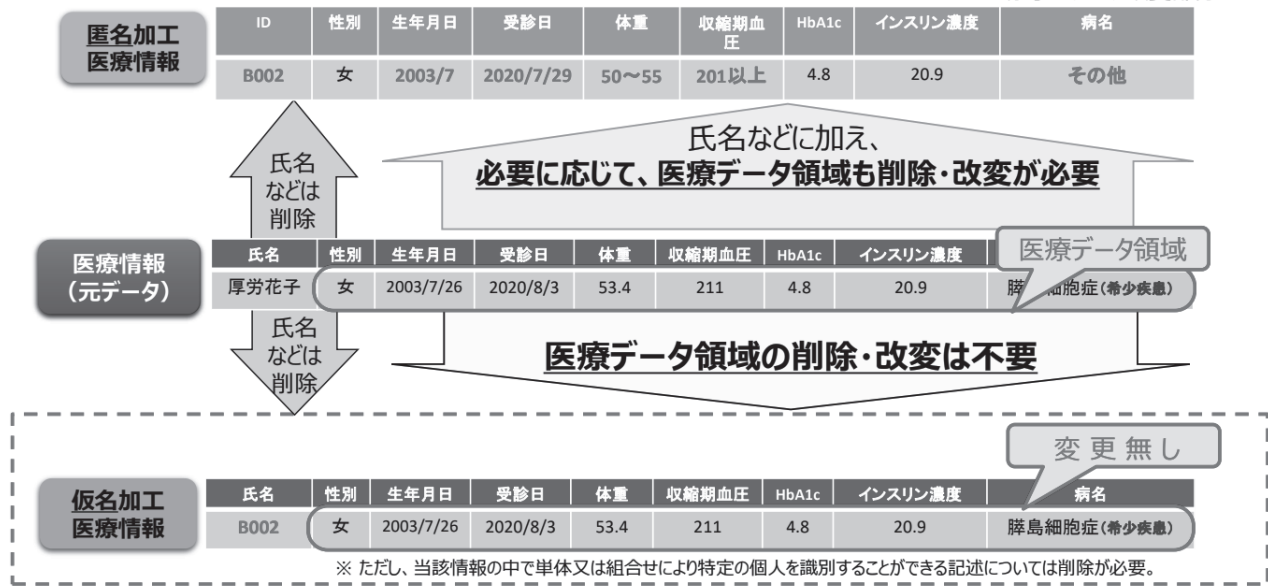
また提供する情報については、▽研究目的に照らして必要最小限の範囲に

限定▽直ちに特定の個人や医療法人の識別につながる情報は空欄化する▽回帰分析等に必要な情報(病床数、職員数等)は階級化しないが、都道府県情報との組み合わせで識別につながるため、都道府県情報を地域情報(人口規模等)に置き換える一との運用を検討中だ。提供する際の条件としては、①十分な安全管理措置が取られた施設内(例：オンサイト施設内)での利用に限定し、提供データの外部持出は不可②研究目的と合致しないデータへのアクセス、法人・施設等の識別等を不可とする。不審な振る舞いの自動検知も必要③成果公表前に、厚労省において再識別可能な情報がないと確認の上、専門委員会にも確認後に公表可能④不適切利用があれば提供の取消しや利用停止等の措置(所属機関や氏名の公表を含む)を講じる一の4点をあげた。

(参考) 加工範囲の違いについて

- 「仮名加工医療情報」とは、医療情報を、他の情報と照合しない限り特定の個人を識別することができないように加工して得られる個人に関する情報
- 「仮名加工医療情報」は、氏名など単体で特定の個人を識別できる情報の削除が必要であるが、匿名加工医療情報と異なり、特異な検査値や病名であっても削除・改変は不要

※赤字はデータ改変部分



(出典) 次世代医療基盤法における仮名加工医療情報利用事業者向け研修資料(令和7年1月版)(内閣府 健康・医療戦略推進事務局作成)

2026年度 第6回常任理事会の抄録 9月11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。
北海道 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター
院長 平賀 博明
岩手県 盛岡医療生活協同組合川久保病院
院長 浮田 昭彦
結果、在籍正会員数は合計2,600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。
栃木県 医療法人関湊記念会関湊記念会クリニック
理事長 黒田 久元
在籍準会員数は合計195会員となった。
- 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>

滋賀県	市立長浜病院 院長 高折 恭一
埼玉県	医療法人翔誠会MIRAI CLINIC TODA 理事長 中台 司
東京都	医療法人財団健貢会総合東京病院 院長 渡邊 貞義
滋賀県	社会福祉法人恩賜財団済生会滋賀県病院 院長 三木 恒治

茨城県 社会福祉法人白十字会白十字総合病院
院長 鈴木 善作
大阪府 医療法人宝生会PL病院
院長 堂 國日子
宮城県 社会医療法人将道会総合南東北病院
院長 西村 真実
人間ドック実施指定施設は合計510施設となった。

- 病院給食分野における外国人材受入上限問題について
病院給食が「外食業」区分に分類される中、特定技能1号(外食業)の在留者数が上限の5万人に達する見込みとなり、病院給食分野の外国人材確保や他業種への引き抜き時の補充が困難になるとの懸念がある。問題解決に向け、国会議員や関係省庁への働きかけを進めるとの方針を確認した。

【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、薬価専門部会」について報告があり、質疑を行った。
「社会保障審議会医療部会」について報告があり、質疑を行った。
「厚生科学審議会がん登録部会」について報告があり、質疑を行った。
「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、質疑を行った。

- 2026年度診療報酬改定後の病院経営状況に関する緊急調査について
日本医療法人協会と全日病が2026年度診療報酬改定後の病院経営状況に関する緊急調査を実施すると報告があった。
- ベトナムハノイの医療短大・送出機関と介護人材の育成・採用に関する協力契約の締結について
2026年8月24日にベトナム・ハノイで、育成就労制度を活用した介護人材の育成・採用に関する協力契約書を、◇ハノイ医薬技術短期大学◇ハノイ薬科短期大学(看護学科)◇人材送出機関のVINACORE国際コンサルティング・サービス・貿易株式会社◇新SAO KIM株式会社一の計4機関・企業と締結したとの報告があった。
- 第68回全日本病院学会in徳島について
「第68回全日本病院学会in徳島」の準備状況について報告があった。
- 【開催概要】
開催：2027年10月2日(土)・3日(日)
会場：アスティとくしま、徳島文理大学
テーマ：共に創る医療の未来～藍より青く、持続可能な地域医療へ～
- 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
大分県 井野辺病院
北海道 新札幌ひばりが丘病院
福岡県 ヨコクラ病院
福岡県 井上病院
福岡県 糸島医師会病院
- ◎一般病院2
静岡県 中東遠総合医療センター
- ◎リハビリテーション病院
高知県 高知病院
2026年8月21日現在の認定病院は合計2,207病院。そのうち本会会員は933病院と、会員病院の35.9%、全認定病院の42.3%を占めている。
- 厚生労働省、日医、各団体報告等
一般社団法人日本専門医機構理事会(第3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
第2回理事会(2026年8月29日)に引き続き、津留常任理事が雑誌「社会保険旬報」(No.3010・2026年9月1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【実装編】」について説明があり、意見交換した。診療科による設備投資や減価償却の差、国・公立病院が対象になるとの懸念、繰還付金の厳密な算定方法などについて討議した。

HOSPEXで共催セミナー、神野会長ら登壇

全日病 「外国人材」「病院建替え」「地域医療構想」3テーマで講演会

全日病は、11月18～20日に日本能率協会が東京ビッグサイトで主催する「HOSPEX Japan」で、「スマートライフサミット+」の全日病共催企画として「外国人材の受入れ」「病院の建替え」「新たな地域医療構想」の3つをテーマにした企画をそれぞれ実施する。会場は会議棟 6 階。18日の13時30分～15時30分は「外国人材の受入れ」を取り上げる。祥和会脳神経センター大田記念病院の仁児弘子介護課チーフが急性期病院の外国人実習生の教育体制を、田中病院・伊勢田中病院の田中しげみ副院長は、11年間の受入実践から見え

た組織の変化を、誠和会牟田病院の牟田和正理事長は外国人材を生かした経営と人財戦略を、それぞれ講演する。司会は菊名記念病院の山本登理事長を務める。

20日10時～11時45分は、厚生労働省の佐々木昌弘医政局長が病院の建て替えを巡る国の施策について講演する。また、病院の建替え需要をまかなうための医療施設整備の財源確保策などについて政府への提言をまとめるための検討を続けている日本医療・病院管理学会と全日病の共同タスクフォース (TF) の中間報告に関連し、TFメン

バーの同学会理事長で京都大学大学院の今中雄一教授が「地域医療の再構築と持続可能性を支える施設設備の整備・再編―地域レベルでの計画化と財源確保に向けて―」と題した講演を予定している。同じくTFメンバーの全日病・神野正博会長は、病院団体の立場から共同TFの中間報告に言及した講演を予定する。

同日13時30分～15時30分は「新地域医療構想」の講演会。厚労省の中谷祐貴子地域医療計画課長が2040年に向けた地域医療構想について講演する。このほか全日病で常任理事を務める順幸

会阿蘇立野病院の上村晋一理事長が過疎地域における病院の使命・役割と戦略について、全日病で理事を務める幸正会岩槻南病院の丸山泰幸理事長は急性期から在宅・予防までをつなぐ民間中小病院の地域戦略についての講演を予定。協和会加納総合病院の加納繁照理事長は大阪府の急性期民間病院の作戦について語る。司会は、全日病の猪口正孝副会長。

また、18日11時 5 分～11時40分には西 2 ホールで、神野会長と石川賀代氏 (石川記念会HITO病院理事長、石川ヘルスケアグループ総院長) が「トランスフォーメーションをやり切る『病院の意思決定』と『現場のリアル』」がテーマの対談も予定する。

来場事前登録とセミナーの申込み
https://hospex.jma.or.jp/smartlifeplus/

■ 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。
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。