



全日病 *NEWS*

2025.11.1
No.1089

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

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

地域医療を守る未来、「温故知新」で切り拓く

第66回 全日本病院学会 in 北海道

新しい技術や価値観を受入れ、持続可能な医療を築くために



開会式は超満員の中、執り行われた



齊藤学会長



神野会長

全日病は10月11・12日、「温故知新～その先の、道へ。北海道から新風を～」をテーマに「第66回全日本病院学会 in 北海道」(学会長＝齊藤晋北海道支部長、常任理事)を札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センターで開催した。開会式では齊藤晋学会長のほか、全日病の神野正博会長、厚生労働省の迫井正深医務技監、日本医師会の松本吉郎会長、日本医療法人協会の伊藤伸一会長のほか、北海道の鈴木直道知事、札幌市の山本健晴副市長らも挨拶し、同学会への期待感を示した。

齊藤学会長は、「知恵とたゆまぬ努力の積み重ねによって戦後の混乱を乗り越え、国民皆保険制度を実現し、世界に誇る水準を築き上げた先達に改めて深い敬意を表しつつ、新しい技術や価値観をどう受け入れ、社会の変化の中でいかに持続可能な医療を築いていくのか。まさに私たちに託された大きな課題」と述べ、学会テーマを「温故知新」に定めた趣旨を説明。「ここでの出会いや対話が新たな学びとなり、全国の仲間とのつながりをさらに深めるきっかけに」「この2日間は神野会長のスローガン『ATM（明るく、楽しく、前向きに）』にあやかって、明るく、楽しく、盛り上がってお過ごしください」と会期中の積極的な交流も呼びかけた。

神野会長「誰が総理大臣でも、
医療の持続可能性と地域医療を守る」

全日病の神野会長は、開会式前日に公明党が自・公連立の枠組みからの離脱を表明したことに触れ、「最近のトピックスは誰が総理大臣になるかだが、誰になっても、我々はしっかりと医療の持続可能性を確保する重要性和、地

域医療を守るためにどうすべきかを語りつづけなければならない」との考えを示した。

その上で、「エネルギーや人件費の高騰、そして深刻な人手不足というかつてない現実、厳しい時にこそ病院の原点を見つめ直す必要がある』『地域の人々の暮らしを支え、互いに支え合う中で医療が育まれてきた』『共に生きる』という医療の精神を今一度、あたため直す。そこにDXやAI、あるいはチーム医療人材の育成など新しい知恵を重ねていく、まさに温故知新による新しい病院の形」などと述べ、新一步を踏み出す意義を強調。「北海道は改革の歴史に象徴されるフロンティア精神の大地。厳しい自然や困難に立ち向かい、知恵と協働の力で未来を切り拓いてきたこの地で、私たちもまた新たな医療の地平を切り拓いていこうではありませんか」と呼びかけ、「本学会が全国の病院に新たな知恵と勇気をもたらす場になることを願っています」と挨拶を締め括った。

「目下の状況、医療に重くのしかかっている」厚労省・迫井医務技監

厚生労働省の迫井正深医務技監は、「我が国の医療は言うまでもなく、かつてない危機的な局面に晒されている。近年ずっと厳しい状況だということは私たちも認識をしてきたが、それらは主に財政的、あるいは社会全体の持続可能性の話だが、今回ばかりは少し異なる別の文脈の諸現象が折り重なっている」との認識を示した。その上で、物価・賃金の上昇は、デフレから脱却して経済的に発展していく過程において一定の許容はしかるべきと指摘。「一方、公定価格で運用されている医療にとって、あまりに急激な上昇が重くのしかかってきているのは紛れもない事実」とも述べた。



加えて、「さまざまな厳しい環境、あるいは大きく社会が変わろうとしている中で、『温故知新』を掲げて開催されているということは誠に時機を得たもの」と学会テーマに賛同。「先輩

たち、あるいは私たち人類の英知を結集して、医療システムのいいところ、それから歴史も振り返りながら学んでいく機会になれば」と述べた。

「医師会と病院団体の強い絆をお願いしたい」日医・松本会長

日本医師会の松本吉郎会長は、「物価高騰や賃金上昇の状況は、CPI（消費者物価指数）を例にとっても、特にこの五年間で10%以上の積み上げがある。かたや、診療報酬の方は過去十年間を積み上げても数パーセント程度」と指摘。「それだけでもギャップは生じる。やはりきちんと公定価格を上げなければならない」と訴えた。また、「政府は民間に賃金上昇を求めているが、当然ながら経営者が判断することで、政府にできることは、公定価格を上げること。しっかりと上げて民間に対し『きちんと賃金を上げてほしい』と伝えるべき。ちょっと（本来のあるべき姿とは）順番が違うと思っている」とも語った。

その上で、2026年度の診療報酬改定に向けては「日本医師会の全力を挙げて、これからも病院団体の先生方と一緒に力を合わせて取り組んでまいりたいと強く思っている。(年末の政府予算案決定に向けて)これから2～3カ月が非常に重要な時。改めて私ども医師会と病院団体の強い絆をお願いする」と述べ、力を合わせて取り組みた

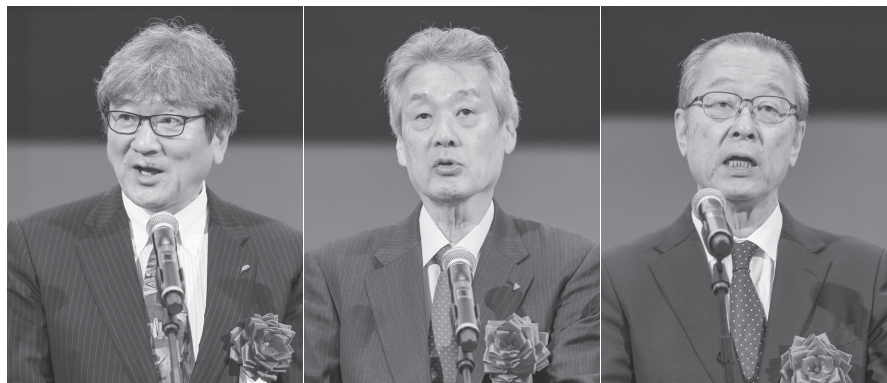
いとの意向を示した。

「在宅、介護も支える中小病院の役割は複雑化する」医法協・伊藤会長

医法協の伊藤会長は、「これまで在宅、あるいは介護との連携も支えてきた中小病院が担う役割は、ますます複雑化し、多くなってくる」との見方を示した。また、高次の医療を含む救急医療の機能は、対象患者の減少に伴い在院日数の短縮とともに削減基調を歩むとも指摘。その上で、政府が6月に閣議決定した骨太方針2025には次期診療報酬改定に向けて『高齢化による増加分に相当する伸びに、経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する』との画期的な記述が盛り込まれたと改めて言及し、「病院機能が維持できるような、しっかりとした引き上げを求めている」と述べ病院団体の結束を呼びかけた。

北海道の鈴木知事は、全国的に医療機関の経営が未曾有の危機に瀕している状況について「全国知事会としても早く対応すべきという話をしている。政局云々ではなく年を越せるか否かという状況」との認識を示し、登壇した迫井医務技監に対し、「全国から要望があったということを持って帰ってもらい、速やかに対応いただきたい」と求めた。

(年内の各号で関連記事を掲載予定)



厚労省・迫井医務技監

日医・松本会長

医法協・伊藤会長

本号の紙面から	次期改定の「3つの視点」	5面
「高市総理に期待」神野会長	2面	ペイハラ座談会・後編
「医療界と行政が丸に」	3面	6月の医業利益は▲1661万円
控除対象外消費税の問題	4面	公的病院との格差を問題視
		8面

「高市総理の積極財政に期待」神野会長が所感

全日病の神野正博会長は、高市早苗衆院議員を内閣総理大臣とする自民党と日本維新の会(維新)の連立内閣が発足したことを受けて全日病ニュースの取材に応じ、「責任ある積極的な財

政出動を掲げる総理の強い牽引力に期待したい」と述べた。「2026年度の診療報酬改定を待たず補正予算で病院を支援すべきと主張されている。対応の行方に注目したい」とも語った。

一方、高市総理の「積極財政」と維新が掲げる「社会保障費・病床の削減」の兼ね合いが重要と指摘。「加算的な施策と減算的な施策の総和がプラスなのかマイナスなのかが重要」と述べた。

その上で維新が求める`12本の矢。に社保改革の項目としてあがった▽中医協改革▽公平な応能負担▽公的保険の在り方及び民間保険の活用に関する検討▽高度機能医療を担う病院の経営安定化▽従事者の処遇改善—などについて「注視し、議論もしてみたい」と対話の機会を求める考えも示した。

神野会長「病院は進歩か退歩のいずれかで、中間はない」

第66回 全日本病院学会 in 北海道 協会会長講演

YouTube チャンネル「医療のトリセツ」の開設も報告

全日病の神野正博会長は10月11日、全日本病院学会in北海道(以下、北海道学会)の「協会会長講演」で登壇し、「全日病会長としての7つの問題意識」を示した上で「病」に寄り添う病院から、地域住民の“生き方”に寄り添う病院へと病院の文化を変えなければならない」との考えを示し、「病院は進歩か退歩かの二択を迫られており、中間はない。現状維持と思うのであれば、退歩の証拠」と変革を呼びかけた。

病院の強靱化、経営の持続可能性…神野会長が抱く「7つの問題意識」

神野会長が「問題意識」としてあげたのは、▽病院の強靱化のために～「医療施設近代化施設整備事業」(近代化施設整備事業)の復活▽DXの果実と生産年齢人口の減少に～人員配置基準・要件の緩和▽病院経営と地域医療の持続可能性のために～①短期的に補正予算による支援と2026年度診療報酬改定で改定率の大幅なアップ②中長期的に、将来予見性のための物価・賃金(+*a*)にスライドする診療報酬改定▽社会構造の変化に対応する「病院のあり方」のために～“病”院から“健”院へ▽不合理な税制の見直し・改革～控除対象外消費税と寄付金税制▽公私間格差の解消～イコール・フットィング▽病院職員の誇りとエンカレッジメントの醸成～自ら行動する勇気と自信を一の7つ。

病院の強靱化については、2024年の能登半島地震で被災者ともなった経験

から「病院を強靱化することで医療を守る、医療の持続可能性を確保するというのが極めて重要」と指摘。「そのためのキャピタルコストがかけられるだけの診療報酬ではなく、補助金制度としての近代化施設整備事業の復活が望まれる」と必要性を強調した。

DXについては、「果実として人員配置基準の専従や専任の要件を緩和といったことを2026年度の診療報酬改定へ向けて推していきたい」と説明。病院経営や地域医療の持続可能性、診療報酬改定の関連では、次の政権に対し「まず早期に補正予算による支援」を要望する考え。また、「次の改定では『とにかく改定率を上げよ』が一番大きなテーマ」と前置きした上で、「中長期的には、将来の予見性を確保するため、賃金・物価やGDPなどの評価指標にスライドする新しい改定の枠組みを求めているかなければならない」と主張した。

「“病”院をぶっ壊せ!」「現状維持は退歩の証拠」

6月の会長就任時に全日病の支部長・副支部長会で講演した際(全日病ニュース7月15日号参照)に示した「“病”院から“健”院へ」との考えについては、「治す病院」として新たな地域医療構想における「急性期拠点機能」を担う医療機関が限定していく方向性で検討が進んでいる状況に触れ、「つまり多くは『治し支える病院』として地域医療を担うことになる」と解説。「重要なのは『医療機関だけの文化』で

はなく、『介護や生活と一体化する観点』による経営戦略」と語った。

具体例として「全部を自分たちでやる必要はなく、地域のフィットネス事業者などとも組む場合がある」と提示。「会長就任時に『“病”院をぶっ壊せ!』と言ったが、価値観の方向性を切り替えるかなければならない」「これまでのComprehensive(包括的な、広範囲の)な考え方からIntegration(溶け込み、融合)に舵を切り、地域のエコシステムを支えるべき」と述べた。

さらに、「今、何も変わっていないのであれば明らかに退歩している。進歩し続けるということが、持続可能性の確保に極めて大きい」と主張。「修身教授録」や「人生論としての読書論」などの著書で知られる教育者・哲学者の森信三氏が残した言葉として「人間は進歩か退歩かのいずれかであって、その中間はない。現状維持と思うのは、実は退歩している証拠である」を紹介し、「病院も同じ」と強調した。

控除外消費税、寄付金税制「解決を」「やはりおかしい」

控除対象外消費税の問題と寄付金に関する税制にも言及。物価の高騰により影響が増大する控除対象外消費税の問題については、「なんとか解決しなければならぬ」と引き続き是正に取り組む姿勢を示した。寄附金については「やはりおかしい」と違和感を強調。「医療法人などへの寄付金に法人税がかかり、寄付してくださった方々にと

っても全額控除がないという不合理がある」と是正を求めている姿勢だ。

自身が委員を務める厚生労働省の「社会保障審議会・医療部会」などで繰り返し求めている「公私間格差の解消」に関しては、民間非営利組織の病院と公的病院について「イコールフットィングを推し進めなければならない」と、今後も要求していく構えを見せた。

「病院職員の誇りとエンカレッジメントの醸成」については、知識や経験の共有や交流の促進が重要との考え。「職員が自ら行動する勇気と自信、そして誇りを持ってもらうため、この学会を開いて新しい取組みなどの共有をしていくことも大事」と述べた。

全日病会長がYouTuberに

また全日病会長としてYouTubeチャンネル「医療のトリセツ」の開設も報告した(右QRコードで同ページへ遷移)。現在は、病院医療がなぜ難しいのかを解説する3～4分の動画を計2本(10月11日時点)投稿済みと紹介。同チャンネルへアクセスできるQRコードも示し、「チャンネル登録よろしくお願いします」とYouTuber`お決まりの台詞、も添え、笑いを誘った。



テクノロジーと人の温かさ融合「持続可能なモデルに」

第66回 全日本病院学会 in 北海道 学会長講演

齊藤常任理事「地域特性に応じた医療提供体制の構築が鍵」

全日病の齊藤晋常任理事は10月11日、学会長を務めた北海道学会の「学会長講演」で登壇し、理事長を務める社会医療法人アルデバラン手稲いなづみ病院が位置する札幌市や北海道全体の医療事情、北海道に関する医療の歴史などを紹介。「北海道の医療は今後も、テクノロジーの活用と人の温かさを融合させながら、持続可能な医療モデルの構築を目指していく」と語った。

齊藤常任理事は北海道の地域特性について、「広大な土地と厳しい気象条件に常に向き合いながら発展してきた」と総括。「開拓時代から現代まで、

医療従事者たちによる創意工夫と献身的な努力によって地域住民の健康を守り続けてきた」と誇った。

東京都の約38倍、国土の約22% 道内市町村の84.9%が「過疎地域」

北海道の面積は東京都の約38倍にあたる8万3424km²で日本国土の約22%。一方、人口密度は全国平均の約1/5で約66人/km²という。

最寄の医療機関まで30km以上の地域もあるなどの地理的条件について齊藤常任理事は「特に冬季は一瞬でホワイトアウトするような気象条件により

医療アクセスが制限される」と説明。「広域分散型の医療提供体制が必要」と述べた。

2022年度4月1日時点で、道内179市町村の84.9%にあたる152市町村が過疎地域に指定されており、特に道東・道北地域の過疎化が急速に進行。全国平均を上回るペースで人口減少も進んでいる。

ただし、医療機関が充足しているわけでもない。齊藤常任理事によると、道内の医療機関総数は6000施設超で、病院、診療所、歯科診療所の割合は1:5:4となっているが、人口当たりの

医療機関数は全国平均を下回る。医療機関の偏在も顕著で、札幌市内に約35%が集中。道央の医療機関充足率が90%以上と高水準である反面、道東・道北地域は60%台にとどまっている低充足率も課題だ。

働き方改革で地方の医師不足が深刻に

齊藤常任理事は、2024年から本格化した医師の働き方改革にも言及。「地方の医師不足をさらに深刻化させた可能性がある」との見方を示し、「限られた医療資源をいかに効率的に配分するかが喫緊の課題」と述べた。

清 話 抄

近未来の医療を創造するためには

コロナ禍は、21世紀医療の一大転機となった。収束後に医療需要が減少し、高齢者の増加に伴う拡大傾向からも一転して手仕舞い局面を迎えている。「斜陽産業」と自虐的に表現する関係者もあり、長く不足していた医療従事者に

ついても「直美(ちよくび)」は、医師過剰を象徴する現象と解することも出来る。

過去を振り返れば、国民皆保険の実現(1961年・昭和36年)と老人医療費の無料化(1973年・昭和48年)は、以降の医療に大きな影響を与えた。急激に医療需要が誘発され、危機感を持った関係者は、老人保健法の導入などによる方向転換を目指したものの、一度無料化されたサービスは、その後大きな課題を残すことは必然である。

様々な領域での無償化が同じ轍を踏まないことを願っている。

確かに皆保険と少ない自己負担で全ての国民が必要な医療を受けられることは、極めて重要な国民サービスである。しかし無料化が「医療の価値」そのものを棄損し、本質を見失ったままに、物価高が進む中で現役世代の保険料負担が政治的な重大課題として俎上にあることは、医療の提供、利用、負担の在り方に関する必然とは思いながらも、得心がいかないのは私だけだろ

うか。

皆保険と公定価格による医療の提供について、それぞれの立場で納得のいく改革のためには、財政面にあっては新たな財源の確保と理解増進、医療を利用していない人を含めた全国民の自助努力、提供者による新たな「商品開発」が求められている。これら全ての関係者の努力と意識改革によって、持続可能な新たな医療の創造が求められている。

(星 北斗)

主張 医療という「産業」の崩壊危機

「産業」とは、人が生きていくために必要な商品やサービスを生産・提供するための、さまざまな経済活動を指す。一方、「生業(なりわい)」とは、生活を営み、社会の中で暮らしを立てていくための仕事や職業のことである。医療は一般的に「サービス業」に分類される。しかし、政府は「サービス業」と「サービス」という言葉の違いを十分に理解しているのだろうか。保険点数で定められた公定価格のもとで運営される病院経営は、すでに持続が困難な状況にある。明らかな構造的欠陥であり、病院経営はもはや「産業」として

て成立していないと言わざるを得ない。かつて医業として経営が成り立っていた経験から、「もっと努力すれば黒字になる」と希望的に考え、稼働率を上げて医療収益を伸ばそうとする病院も多い。しかし、物価高騰によって経費の上昇がそれを上回り、結果的に収支は悪化している。他産業と比較しても、医療現場でのベースアップ率はきわめて低く、しかも医療収益に差益がないため、人件費を上乗せすること自体が至難の業である。近年、公的文書の中に「高齢者救急」に関して、(言い方は悪いが)医療費の

無駄遣いのように誤解されかねない表現が見受けられる。だが実際の現場では、持病や障害を抱え、複雑な病状を呈する患者の検査や治療に対応しなければならぬ。治療の過程で意識が回復すると、認知症の症状が明らかになったり、不穏な言動が始まったりすることもある。まだ加療が必要であるにもかかわらず問題行動が出るケースも多く、現場では多くの人員と資材を消耗している。さらに、独居患者が増える中で日常の状況を十分に理解していない家族から、想定外の対応を求められるケースも増加している。「認知症なんてなかったはずだ」「病院で悪くした」「今回は来たが関わりたくない」「話は聞くが金は払わない」――。こうした声が現場

には少なくない。全く身寄りのない独居患者も増えており、市町村やNPO法人への相談を余儀なくされる事例も散見される。その結果、病院は本来の「医療サービス」に加えて、「行政サービス」に近い支援まで担うようになり、ボランティア的な業務が増えているのが現状である。病院経営が成り立たなければ、医療という「産業」そのものが崩壊しかねない。政府もマスコミも、そして一般の人々も、この切実な現実を直視すべきである。医療は、人の命と生活を支える基盤であり、持続可能でなくてはならない。

(福田晴美)

「医療界と行政が一丸となり、難局を乗り切らなければ」

第66回 全日本病院学会 in 北海道

迫井医務技監が講演「公的介入」か「自由」かの択一ではない



厚生労働省の迫井正深医務技監は10月11日、北海道学会で「制度の成り立ちから紐解く日本の医療のこれから」をテーマに講演し、「私たちの医療はかつてない危機的な状況に直面しているが、医療界と行政が一丸となり社会全体の理解も得ながら、この難局を乗り切らなければならない」と共闘を呼び掛けた。医療提供体制の持続可能性を確保するための取り組みや施策については「『公的介入』か『自由』かの択一

ではなく、一定の統治に基づく自由な体制構築ではないか」との私見も明らかにした。

入院、外来、在宅の需給が変化、医療提供体制の再構築が必要」迫井医務技監は、医療制度改革が困難を伴う理由として、政策課題の多くは利害が複雑に絡み合うトレードオフの関係を前提とすると説明。「その時々

の社会の意思決定の蓄積であり歴史物語」との認識を示した上で、「政策実現した長所は、別の視点から見ればさまざまな短所を併せ持つ『コインの裏表』」と表現した。

今後については、私見を織り交ぜながら、人口構成や疾病構造が変化していく中で将来推計が可能な『未来予想図』に対応した『医療のカタチ』を共有しなければならないと主張。未来予想図から見える課題として①85歳以上の急増②需給バランスの変化―の2点をあげた。

85歳以上の急増については、「高齢者救急」「看取り」「在宅ケア」の需要が高まり、入院・外来・在宅医療に関する需給バランスの変化に対応しなければならないと指摘。需給バランスの変

化については、地域ごとに対応する医療提供体制の再構築が必要と説いた。その上で、「なぜ適切な医療提供体制が自然に形成されないのか、過去の政策介入が不十分だったのか」との問いを提示し、北海道学会のテーマである「温故知新」になぞらえ、元厚労省保険局保険課長で国立社会保障・人口問題研究所の副所長などを歴任し厚労省の社会保障審議会下部組織や検討会などの委員も長年務めてきた島崎謙治氏の著書「日本の医療 制度と政策」と「日本の国民皆保険」を引用しながら、明治維新後から現代まで医療の歴史を振り返った。

民間の活力、創意工夫で作ってきた「チキンレースであってはならない」歴史を振り返った上で、「希望ある医療の未来のために考えたいこと」として、今後の医療提供体制を考える上での論点を「自主性なのか規制なのか」と示した。民間の自由意志に基づき体制を構築してきた歴史が、折々で社会的ニーズとマッチしない歪みも生じさせ、都度、民間が対策を講じるとの繰り返しが起こったと総括。「目指すべき姿やゴールなど、中核課題が共有で

きないと、政策効果が生まれても現場の対応で新たな課題が生じるような『イタチごっこ』か、当事者間の我慢比べである『チキンレース』に陥りやすく、地域社会や医療資源を活用する上でも非生産的になりやすい」と指摘。「社会の要請に応えるというバランスに基づく利害調整が不可欠」とも指摘し、「個別の利害を超えた『社会システムとしての医療提供』という視点の共有が重要」と訴えた。

社会システムとしての医療提供「医療界でどう実現するかが論点」今後の論点について迫井医務技監は、「社会システムとしての医療提供の視点で、医療界がどう実現するのか」をあげ、「求められるのは、民間による高い自由度を活かしつつも『社会の要請』とバランスする仕組み」と主張。「中核課題、日本の未来予想図を共有し、長い目で見たら、みんなハッピーだよねというふうにしていけないと、この先、日本の未来、未来の医療はないということを、いかにわかっていただけるかが問われている」との考えを示した。

補正予算と診療報酬改定で「真水」による抜本的な対応を

第66回 全日本病院学会 in 北海道

特別講演 日医・松本会長「インフレ局面の改定、2年目に対応できない」



日本医師会の松本吉郎会長は10月11日、北海道学会で「日本医師会の医療政策」をテーマに講演し、病院をはじめとする医療機関の危機に関する新政権への要望として「とりあえず補正予算を早く組んでいただき、年を越せるようにしてほしい」と求めた。「倒産も非常に増え、M&Aも本当に(経営状況が)いいところにしか声がかからない」とも指摘。「今年は医療機関の倒産が過去最高水準になる」との危機感も示した。

補正予算での支援のあり方については、「直接、病院にきちんと入るよう組んでいただきたい」「これまでの10倍

くらいの規模の予算を立ててもらえないといけない」などと述べ、大幅な資金の投入が必要と繰り返し強調。加えて「都道府県に投げてからになると、医療機関だけでなく他産業にも回ってしまうので、医療機関に特化した形が必要」とも述べた。

賃金・物価対応は診療報酬に反映を」松本会長は、まず賃金の上昇について2025年に最低賃金がプラス約6%と5年前の2020年比で約24%の上昇となっている状況や、春闘でプラス5.26%、人事院勧告もプラス3.62%と軒並み給与水準を押し上げる決定がなされていると説明。「診療報酬は公定価格であり(診療報酬改定を伴わない)賃上げには対応できない」と指摘した上で、「特に最低賃金は『ベースアップ評価料』の対象外である職種に大きな影響があり、次期改定で『ベースアップ評価料』を引き上げても対応には無理がある」との見方を示し、「基本診療料を中心とした引き上げが必要」と主張した。

電気、ガスの価格も上がり、来年3

月にはJRが運賃を平均で7.1%上げる予定であることにも触れ「コンビニのおにぎりを見ると本当に切実だ。診療報酬にどう反映するのかをきちんと議論していく」と2026年度診療報酬改定への意気込みを示した。

「効率化、適正化が前提ではあり」財政中立ではなく『真水、対応を診療報酬上での対応については、決められた予算の枠内で増減を調整する「財政中立」ではなく、必要な財源を純粋に投入する『真水』での対応が必須と訴えた。「中医協の議論であれば支払側(保険者側の委員)は必ず効率化、適正化を前提に『どこかを削った上で』と主張するが、もうそんなことを言っている状況ではない。真水での対応でなければならない」との考えを示した。

改定2年目の物価・賃金に対応する「新たな仕組み」の検討をさらに松本会長はインフレ局面では現行の仕組み・計算方式による診療報酬改定では2年目の物価・賃金の上昇

に対応できないため、「新たな仕組みの導入を検討すべき」と訴えた。2年目は医療経済実態調査(実調)から3年が経過し、実態と乖離するとも指摘した。

OTC類似薬の保険適用除外は「国民にとって望ましくはない」最後は、日本維新の会が求めているOTC類似薬の保険適用除外に言及し、改めて反対との考えを示した。「誤解をされている方もいらっしゃるが、200円の保険薬は保険適用外になった場合200円では手に入らない。2000円、3000円になってしまう可能性すらある」と述べ、自由市場による値付けは管理が不可能と改めて指摘した。

さらに、「保険から外したら院内では使えない、在宅にも持っていけない。患者さんがわざわざ一般の薬局に買いに行かなければならない」と指摘し、適正使用が難しくなる仕組みは国民にとって望ましいことではない」と反対する姿勢を強調。「政策として容認できない」と理解を求めた。

控除対象外消費税の問題「重くのしかかっている」

中医協・消費税分科会

全日病の須田雅人常任理事は10月8日、委員を務める中医協の「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)で、「控除対象外消費税の問題解決を含めた人件費や物価高対策として2026年度診療報酬改定では10%超の改定率が必要と改めて訴えた。

須田常任理事は、「診療報酬に反映されていない人件費の高騰分、物価の高騰分がインフレの加速とともに顕著に現れてきている」と改めて説明した上で、「そういったことが一因となり、さらに控除対象外消費税の問題が非常に重くのしかかっている」と窮状を訴えた。物価・賃金の上昇を診療報酬改定で対応する場合の試算として全日病も加わっている計6つの病院団体がまとめた結果にも言及。「10%超の診療報酬改定を望んでいる。物価の変動に応じた柔軟な対応を望みたい」と強調した(病院団体の試算については全日病ニュース10月1日号を参照)。

消費税補てん率の計算に複数の誤り 厚労省が陳謝「複層的に確認する」

同日の分科会では、厚生労働省が診療報酬本体に消費税分を上乗せする対応の補てん率を計算する際に複数の誤りがあったと公表した。2023～2024年度の状況を把握するため精査している過程で発覚したという。今後につい

全日病・須田常任理事「10%超の改定を望む」

ては、2026年度の診療報酬改定に向けて実施中の医療経済実態調査の対象医療機関について開設者別、病院機能別、入院基本料別に区別して比較するとの方針を示した。

主な計算上の誤りは、▽2021～2022年度には「水道光熱費」を未計上▽2020～2021年度は生活保護法等の公費負担医療分を未計上、2021年度の保険業局分の計算で、2022年度のNDBデータを使用一など。補てん率を把握している中では最新データとなる2022年度に関しては、全体の補てん率が7.2ポイント減の98.9%、医科全体では7.8ポイント減の99.3%となっているが、病院全体では9.1ポイント減となっているものの正確

な補てん率でも103.7%と100%超だった。

一方、一般診療所は5.1ポイント減の89.5%で、修正前でも94.6%と100%未満だったのが修正後さらに下がっている(図表)。

公表データの修正(令和2, 3, 4年度消費税負担の補てん状況)

修正前		医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局	(参考) 全体補てん率
令和2年度	補てん差額(A-C)	136千円	3,851千円	▲164千円	24千円	56千円	103.9%
	補てん率(A/C)	103.4%	110.1%	87.0%	103.4%	112.7%	
令和3年度	補てん差額(A-C)	225千円	4,898千円	▲149千円	23千円	▲80千円	104.5%
	補てん率(A/C)	105.6%	113.2%	88.9%	103.2%	89.5%	
令和4年度	補てん差額(A-C)	286千円	4,841千円	▲73千円	38千円	▲61千円	106.1%
	補てん率(A/C)	107.1%	112.8%	94.6%	105.4%	91.7%	

修正

修正後		医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局	(参考) 全体補てん率
令和2年度	補てん差額(A-C)	309千円	5,746千円	▲131千円	41千円	101千円	108.3%
	補てん率(A/C)	107.7%	115.1%	89.6%	105.9%	123.6%	
令和3年度	補てん差額(A-C)	173千円	4,703千円	▲183千円	▲18千円	▲155千円	102.2%
	補てん率(A/C)	104.2%	112.0%	87.0%	97.6%	79.6%	
令和4年度	補てん差額(A-C)	▲32千円	1,511千円	▲151千円	▲4千円	▲63千円	98.9%
	補てん率(A/C)	99.3%	103.7%	89.5%	99.5%	91.5%	

※ A：収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分 C：支出のうち課税経費の消費税相当額

※ 令和2年度の補てん率は第23回医療経済実態調査の対象医療機関等、令和3, 4年度の補てん率は第24回医療経済実態調査の対象医療機関等を対象として計算。

※ 病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局の値は、施設の類型別に算出した値を、施設数に応じて加重平均したもの。

※ 医科全体の値は、病院、一般診療所の値を施設数に応じて加重平均したもの。

※ 全体の補てん率は、病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局の値を国民医療費の構成比率等によって算出したもの。

「重症度、医療・看護必要度」のB項目、負担軽減へ

中医協総会

意見一致も「データ収集は維持を」の声

2026年度の診療報酬改定で「重症度、医療・看護必要度」のB項目に関する負担軽減策を検討する可能性が出てきた。10月8日の「中医協総会」(小塩隆士会長)では、厚生労働省が「B項目測定に係る負担軽減の観点について、どのように考えるか」との論点を示したのに対し、医療関係者が名を連ねる診療側の委員から賛同する意見が出たのに加え、医療保険者ら支払側の委員も賛意を示した。

「重症度、医療・看護必要度」で厚労省が3つの論点を提示

厚労省は同日、「重症度、医療・看護必要度」について以下の3つの論点を示した。

- 手術なし症例が救急搬送による入院の多くを占めること、手術なし症例は、救急搬送入院した場合であっても、A・C項目の基準該当割合が手術あり症例と比較して低いこと等を踏まえ、手術なし症例や救急搬送後の症例における、密度の高い医学的管理の適切な評価を図る観点から、重症度、医療・看護必要度の評価について、どのように考えるか。
- B項目は、主に医学的管理の必要性を示すA、C項目とは異なり、主に療養上の世話に関する必要性を測るための指標であり、個人ごとに毎日測定されているが、報酬算定上は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で、月ごとに用いられている。こうしたことを踏まえ、診療報酬評価における有用性や、B項目測定に係る負担軽減の観点について、どのように考えるか。
- 急性期一般入院料1や7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一

般病棟)等)では、重症度、医療・看護必要度のB項目が評価基準の対象から削除されたものの、ADLの改善状況等の把握のために、引き続き測定を継続することとなっている。測定の意義や負担を踏まえ、施設基準において求める測定のあり方をどのように考えるか。

日本医療法人協会副会長の太田圭洋委員は、「測定の簡素化の方向性については特に異論なし」との意見。一方、厚労省が示した論点に関し、「急性期一般入院料において今後とも病棟における看護ケアの程度を測定していくことそのものは非常に重要」との認識を示し、「データ収集は維持していく必要がある」と述べた。

健康保険組合連合会理事の松本真人委員も、「看護職の負担を軽減することに異論はない」と表明。一方、具体的な見直しの方向性については、「一定の間隔を空けて測定することや、(看護配置)7対1病棟で測定を不要とすること」などをあげた。

日本看護協会常任理事の木澤晃代専門委員も、「入院後一定期間を経過すると、B得点に変化しない割合が高いこと等のデータを踏まえれば、測定頻度の見直しについては一定理解する」と大筋で了承した。

〃手術なし、内科系症例の評価 救急搬送受入れの指数化に委員が賛意

厚労省は同日、「重症度、医療・看護必要度」において、手術なし症例が評価されにくいとの指摘がある状況について、救急搬送患者の評価の重みを増す方法を提示。「重症度、医療・看護必要度において、救急搬送患者に関する評価を高めるためには①該当患者

割合を増やす方法②該当患者割合とは別に、救急搬送患者数を指数化して合算する方法一の2つが考えられると説明した。その上で、「②の方法であれば、入院延長へのインセンティブが生まれにくいのではないか」と提案。また、救急搬送へのインセンティブが生じないよう、「救急搬送患者に加え、協力施設入所者入院加算の対象患者も含めて評価することが考えられるのではないか」との方向性も示した。

太田委員は厚労省が示した②の方法について「方向性として特に異論はない」と賛意を示した上で、「どの程度の配慮がどのような病院に対し行われるのか、具体的なシミュレーションの結果を見て判断したい」と述べ、追加資料の提示を求めた。

支払側の松本委員も②の方法について「救急搬送患者数を指数化する方法について懸念がないわけではない」と前置きした上で、「相対的に医療機関がコントロールしにくい印象を受けるので、このような方法を軸にシミュレーションの結果を見ながら議論を進めてはどうか」と提案。太田委員と同様にシミュレーションを求めた。

どうなる「総合入院体制加算」と「急性期充実体制加算」の一本化

全日病の津留英智常任理事が委員を務める中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)では〃一本化。を提案する意見も出ていた「総合入院体制加算」と「急性期充実体制加算」については、厚労省が「類似しているが異なる施設基準が設定されているなど、複雑な評価となっている」と説明し、「趣旨や地域医療における意義を踏まえ、類似した2つの評価体系がある現状と、その評価のあり方」について検討を求めた。また、人口規模の少ない医療圏などで拠点的な機能

日医・長島委員「極めて大きな問題」

日本医師会常任理事の長島公之委員は、2022年度改定では補填不足とはなっていないとの状況把握から消費税分を上乗せしないと決めた経緯に言及。「正しいデータが出ていれば、もっと上乗せすべきという議論になっていたはず」と指摘。今後については、「果たしてこれで精緻な補てんと言えるのか、現状の対応に根本的な疑問が生まれてしまう極めて大きな問題」との認識も示し、「補てん以外の方法も含め、抜本的に検討を」と求めた。

さらなる医療・介護連携へ、林医療課長が〆3つの視点、

第66回 全日本病院学会 in 北海道

全日病・神野会長の参戦で白熱した議論に



左から林医療課長、堀老健課長、眞鍋前医療課長、古元前老健課長

北海道学会の初日、「医療と介護の連携のさらなる推進に向けて」をテーマに開催した学会企画では、厚生労働省保険局医療課の林修一郎課長が特別ゲストとして登壇し、さらなる医療・介護連携の推進について、2026年度の診療報酬改定に向けた〆3つの視点、を披露した。具体的には▽働き手・人材の不足▽急性期病棟における多職種による「リハビリテーション・栄養・口腔管理」▽地域の実情に応じた診療報酬のあり方をあげ、現時点での考えを明らかにした。

同企画には林課長のほか、2024年度の診療報酬・介護報酬同時改定を指揮した前厚生労働省保険局医療課長の眞鍋馨氏(内閣感染症危機管理統括庁内閣審議官)と前厚労省老健局老人保健課長の古元重和氏(北海道大学大学院医学研究院社会医学分野医療政策評価学教授)に加え、厚労省医政局医療経営支援課医療法人支援室の桑原寛室長も登壇し、過去と未来の診療報酬・介護報酬改定や新たな地域医療構想との関係などについて語り合った。

新旧の医療課長と老健課長が一堂に会する大変貴重な機会となった同企画では、座長を務めた全日病の神野正博会長が登壇者に次々と質問して会場を沸かせたほか、会場からは中医協総会で委員を務める日本医療法人協会の太田圭洋副会長も意見を述べるなど、終始白熱した雰囲気 で議論が展開した。

地域差に対応「診療報酬点数の全国一律自体を変えることはないが…」

林課長は、「これまでは、中医協でも『良いことをするんだから人手はもっとかかってもいいし、お金ももっと使ってもいい』という議論に、どちら

かと言えばなりやすかった」と振り返った上で、次期改定で医療・介護連携をさらに進めるに当たっては3つの視点があると説明した。

1つ目の視点としてあげた働き手や人材の不足については、「医療と介護の両方を必要とする方々へのサービスをどう進めていくかが重要」と指摘。その上で、「非常に人材の不足感がある職種もあり、そういった方々の仕事をどうタスクシフト/シェアしていくか。あるいは、診療報酬上の基準が厳しいという指摘とともに人員が少ない中では仕事を兼ねるということをもっとできないのかなどの意見もいただく」と述べ、「1つの観点だ」との認識を示した。

2つ目の視点にあげた急性期病棟での多職種連携による「リハ・栄養・口腔管理」に関しては、「まだいろんな工夫の余地があるのではないか」との認識だ。「医療と介護を統合的な視点で提供するようなサービスにも目を向けていく必要がある」との考えを示し、「急性期病棟で仕事をされている職種もほとんど看護職員であり、多職種の参入は途上にある」と述べ、中医協での検討を示唆した。

次期改定に向けた「視点」の3つ目にあげた地域差への対応については、「診療報酬点数の全国一律ということ自体を変えるということではない」と前置きした上で、「地域の実情をどう理解し、どう向き合いながら診療報酬改定を進めていくかは、医療・介護連携を含めてサービス提供するための大きな要素になると思う」との考えを示した。「人口の差、人材の量の差にどう向き合うのかが問われ始めている。都会でできる機能分化と地方でできる

機能分化は異なる。都会で達成できるものと、地方でできるものは…というふうになってきている」などとも述べ、対処の重要性を強調した。

総合討論では、座長の神野会長が、〆内科系救急、の診療報酬上の取扱いについて検討が進んでいる状況に言及。「協力医療機関からの搬送をたくさん受けると、『重症度、医療・看護必要度』でいいことがあるかもしれないというような見直しの可能性は」と質問。

林課長は、「内科系の緊急入院や救急車からの入院を受入れても相対的に不利な状況になっているのではないかと検証させていただいている」と説明。「まさに中医協でシミュレーションもしながら議論をしましょうというタイミングであり、今後の行き先については予断を持つてはいけない」と前置きしつつ、「どうやって解消していくのか考える際、評価の仕方を間違えると医療機関の行動に恣意的なものを生んでしまい、またそこがおかしいというふうになってしまっても困るので、『評価すべきものを評価する』となるようにしたい」との意向を明らかにした。「協力対象施設入所者入院加算」の活用については、「指標たり得るのではないか」という視点で検討を進めている。一方、同加算の算定について「実際に施設から入っていただいている入院のうちごく一部になっている」との認識を示し、加算を満たすための要件として、連携の質や連携の密度などを検証しながら、省力化の可能性も含めて要件を検討するとの考えを示した。

「協力医療機関」以外からの搬送増 中医協委員・太田氏「歪んだ形では」 会場に来ていた中医協委員の医法



協・太田副会長は、都市部の現況として「協力医療機関以外からの入院」に悩まされていると話した。「有料老人ホームやサ高住のプレゼンスが地域の中で非常に大きくなっていて、そういうところから突然、救急車に乗ってくる」と説明。「歪んだ形になりつつある」とも述べ、交通整理、などの検討を求めた。

これに対し2027年度の介護報酬改定を担う予定の厚労省老健局老人保健課の堀裕行課長は、「協力医療機関との連携を義務化された施設以外にも努力義務を課している」と説明した上で、「(次期介護報酬改定に向けた) 実態を把握するための改定検証調査では、努力義務の施設も範囲に入れているので、動向を踏まえて、どういう対応があるべきか検証していく必要があると考えている」と応じた。

「新たな地域医療構想」の議論 「診療報酬に直結するわけではない」

林医療課長は、厚労省医政局で進む「新たな地域医療構想」に関する議論が「診療報酬改定」の要件設定などに直結するわけではないとも説明した。

厚労省内での連携については、「本当によく連携しており、それぞれの会議体で出てきたものがお互いに使われるようになっており、『あまり使い過ぎると医政局の議論が診療報酬に直結すると心配されても困るから気をつけよう』という話をしているくらい」と明かした。「現状認識は共通で、将来の目標は共有し、スタッフは連携している」とも述べた。

その上で、「診療報酬でどう規定するのかと、地域の医療提供体制について議論していただく際の内容は1対1でない。それぞれで議論していく」と解説し、理解を求めた。

「急性期拠点機能」と「三次救急」は近似的

救急医療等 WG

全日病・猪口副会長が位置づけの明確化を要請

全日病の猪口正孝副会長は10月8日、構成員を務める厚生労働省の「救急医療等に関するワーキンググループ(WG)」(座長＝伊奈川秀和・国際医療福祉大学教授)で、救命救急センター(以下、救命救急C)のあり方を検討する際には「新たな地域医療構想」で位置付ける「医療機関機能」などと関連づけて議論するよう求めた。特に、三次救急を担う医療機関について、「新たな地域医療構想」の「急性期拠点機能」に求められる機能と近似的との見方を示し、「救命救急Cのあり方が急性期拠点機能のあり方を左右すると思うので、リンクさせながら検討したい」と述べた。

第9次医療計画の策定に向けたWG 救命救急Cの「充実評価」も検討

厚労省は、2030年度以降の第9次医療計画策定に向け、高齢者の救急搬送を受入れる医療機関の確保などを念頭に置く救急医療提供体制を検討する目

的で同WGを設置。主な検討事項として▽医療計画における救急医療提供体制のあり方▽三次医療機関のあり方▽その他救急医療提供体制等の施策の実施に必要な事項一の3つ。初会合となった同日は、救命救急Cを対象に2026年始めに実施する予定の「充実段階評価」の見直しと「効果的な救急搬送体制のあり方」について議論した。

「充実段階評価」の見直しについては、厚生労働科学研究班がまとめた5つの視点①救急外来における看護師の配置②充実段階評価に関するピアレビューの実施③重症外傷に対する診療体制整備④第三者による医療機能の評価⑤診療データ登録制度への参加と自己評価一に基づき、「救急・災害医療提供体制等に関するWG」での検討・試行調査を経て厚労省が考えを示した。

看護師の配置については、評価項目のあり方次第では病院間で看護師争奪戦が勃発するとの懸念が根強いものの、「院内に救急医療に関する専門性が高

い看護師の勤務」を追加するとの提案に賛同意見が相次いだ。「専門性が高い看護師」を特定行為研修修了者とする方向で考えており、修了を求める研修内容の領域は限定しない方向性で調整するとの方針が賛意を集めた。

「ストラクチャー評価でない方向を」

猪口副会長は「専門性が高い看護師」の配置などを評価する方向性について、「質が高まるのはいいが、ナースだけでなく評価の仕方がストラクチャーに偏り過ぎている」と改めて指摘。「これからどんどん生産年齢人口が少なくなっていく中で、そろそろ違う方向も模索しなければならない」と述べ、診療報酬でプロセスやアウトカム評価への移行が検討されている状況に逆行しないよう求めた。

ピアレビューの実施については、今回の見直しによる評価項目への追加は見送りそう。質の高い救急医療の提供のためには外部からのレビューも必

要だと考えられるが、現時点でレビュー実施の施設は12%にとどまっている状況や、レビュー手法が確立されていないことなどを考慮した。

「重症外傷に対する診療体制」に関しては、厚労省が標準的な外傷蘇生の一環として広く運用されている「大量輸血プロトコル(MTP)」の整備と「外傷外科医等養成研修」の受講を一体的に評価項目とする案を提示。構成員から「評価項目にすることで普及を図ってはどうか」との意見があがったため引き続き検討する見通し。

第三者による医療機能の評価では、Joint Commission International (JCI)による評価などを項目に加える方向で意見がまとまりそう。診療データ登録制度への参加と自己評価では、厚労省が「自殺・自傷未遂レジストリ」の追加を提案。構成員からは、2022年12月開始であるほか研究内容などが途中で修正されたため登録施設が再度、倫理委員会に諮るなどの手間が生じている(日本救急医学会の溝端康光代表理事)との指摘があり、厚労省が「次回以降で最新の情報を提示し再度意見を求める」と応じ、引き取った。

「ペイハラ」対応は特殊、「カスハラ」と一線を画す

全日病 ペイハラ座談会(後編) 井上常任理事「厚労省にはペイハラの具体例など提示を求めたい」



全日病の井上健一郎常任理事が呼びかけて実現したペイハラスメント(ペイハラ)に関する座談会で語り合っていた内容をお届けする第2弾となる後編では、病院をはじめとする医療機関がハラスメント行為やその疑い事例などに向き合うための姿勢や対策のほか、今年6月に成立したカスハラ対策の強化を含む「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」(以下、カスハラ法)の施行に向けた行政への要望などに関するご意見などをお届けする(前編は全日病ニュース10月15日号を参照)。

(前編のつづき)

医療者の守備的姿勢はやむを得ない
——病院側が、「これはペイハラに該当するのではないか」と感じて、現状では守備的に対応するしかないという面がありますね。
井上 私たちのメンタリティとして、病院はやはり強い立場であり、患者さんが弱い立場だというパターンリズム的な感覚があります。そういう意味で、病院側が患者さんを訴えるということに関しては、致命的とも言える抵抗感があります。社会からどう見えるのかも重要で、積極的に取り組むわけにはいきません。

福岡 今回の事案も含め、例えば最初から病院側が抗戦的に対応してしまえば、病院の資質が問われかねません。医療者として患者・家族には最後まで寄り添うという姿勢こそ、井上病院もそうですが、あるべき姿だからです。ほとんどの患者さんは医療者と二人三脚で治療や回復、社会復帰へと取り組んでいます。

井上 従って、精力的に情報発信してきたわけでもなく、最高裁への上告が棄却された時点で医療系のメディアからはいくつか取材が入りましたが、一般のメディアが個別に継続取材されていたのは長崎新聞くらいです。カスハラ法の成立前後で病院におけるカスハラ、という形でペイハラ関連の報道をいくつか目にしましたが、一般の方々のペイハラに対する認知はおそらくかなり低いと考えられます。病院の多くは訴訟に発展するほどのハラスメントを経験していないはずですが、経験していないからこそ、事例に基づく対策や備えが難しい状況です。
——井上先生は昨年、「全日病ニュース」のインタビューに応じてくださった契機として、一連の訴訟を経験し全国の会員病院に向けた情報発信の必要性を強く感じたためとおっしゃっていました。

井上 その通りです。積極的に情報発信してこなかったのは反省材料かもしれないと思っています。もっと地域の方々にも応援してもらえるような形をしっかりと考えるべきだったのかもしれない。

東京都のカスハラ防止条例は画期的 病院は大いに活用すべき
福岡 患者・家族によるハラスメント

行為が珍しいとはいえ、今回のような事例が定期的起こっているのもまた事実です。患者が暴れて診療にあたった医療者が傷ついたり、医療者が銃で撃たれたりなど、悲惨な事件も起こってしまっています。病院の管理者としては職員を守らなければならない。このような流れの中で重要なターニングポイントをあげるとすれば、東京都の「カスタマー・ハラスメント防止条例」制定でしょう。東京の病院は大いに活用すべきです。「働く人の安全及び健康を害する様々なハラスメントを未然に防止する必要がある」と明記するなど大変画期的な内容です。医療者側としても意見集約を進めるなど対応すべきかもしれません。
堂下 1人の患者・家族によるペイハラで地域医療が崩壊しかねないとも言えると思います。医療者を追い詰めて困るのは本来、地域住民です。医療者だけでなく、患者・家族側にも地域医療を守るという意識や行動が求められると感じています。

カスハラ法の成立で何が変わる？ 最遅の施行は2026年12月
——カスハラ法の成立を受け、今後は施行に向けて厚労省が「肉付け」の作業を進めると思います。一方、カスハラに関しては、「防止するため、事業主に雇用管理上必要な措置を義務付け、国が指針を示すとともに、カスタマーハラスメントに起因する問題に関する国、事業主、労働者及び顧客等の責務を明確化する」との規定があるのみです。施行期日は「公布の日から起算して1年6月以内」と定めており、「雇用管理上必要な措置」や「指針」を検討する時間があるとも言えます。どのような事項を要望しますか。

井上 医療側にとって「何がペイハラなのか」という定義はあいまいだと感じています。どうしても感じ方、の問題もあり、患者・家族側から色々なことを言われても、医療側に落ち度がある場面もあり、対応は難しい。まずはペイハラの定義を明確にすべきではないでしょうか。

福岡 バワハラに関して厚労省は①身体的な攻撃(暴行・傷害)②精神的な攻撃(脅迫・名誉毀損・侮辱・ひどい暴言)③人間関係からの切り離し(隔離・仲間外し・無視)④過大な要求⑤過小な要求⑥個の侵害(私的なことに過度に立ち入ること)一の6類型に分け、対応するための指針を出しています。ペイハラでも同様の取り組みを求めたい。「何をするとまずいのか」という内容をまとめて病院内にポスターが貼れるようにすると大変効果的な抑止力になるでしょう。

井上 定義付け、類型化についてはぜひお願いしたいですね。加えて、我々が経験した事例のように、長期間ジリジリ続くような迷惑行為など違法性を疑う行為への対処法を、一定の型にまとめることも重要です。警察も簡単には介入できないケースもあるでしょう。事例ごとに状況は異なりますので、明確な解はないのかもしれませんが、医療現場が参考にできるようなマニュアルがあると助かります。

——バワハラ法を国会へ提出するために検討していた厚労省の労働政策審議会「雇用環境・均等分科会」の報告書では、カスタマーハラスメントの項に「業種・業態によりカスハラの態様が異なるため、厚生労働省が消費者庁、警察庁、業所管省庁等と連携することや、そうした連携を通じて、

各業界の取組を推進することが適当」との記述があります。「管理上必要な措置」を義務付ける雇用主側にも何かしらの武器が必要ですね。
福岡 病院が本気で取り組むためには必要です。ペイハラを類型に分けて具体的な対策などもできれば明示していくべきでしょう。井上病院の事例であれば、「社会的に不相当なハラスメント言動は認められるが、精神的に不安定な患者の言動は違法と評価できない」などというおかしな判断はあってはなりません。ガイドラインが必要でしょう。

井上 その際、迷うような事例があったときの対処法なども必要だと感じます。例えば福岡先生がおっしゃる類型化をしたとして「A」なのか「B」なのかははっきりしない場合も出てくるでしょう。その際にどうすればいいのか。医療現場では日々悩みながら組織として職員の相談に応じたり、ペイハラ疑い事例に関する対応を協議したりしていますが、その対応を少しでも助けていただけるような指針なりマニュアルなりを期待したいです。

堂下 患者さんご本人を対象に院内立ち入り禁止にするなどの対応は難しいでしょうが、患者さんの家族に対して院内立ち入りを禁止するためのガイドラインなどがあると病院側はやりやすいかもしれないですね。「こういうことをしたら、立ち入り禁止です」と。雇用主が職員を守るために行使できる権利のようなものは必要ではないでしょうか。

本来の医療は信頼関係に基づく「綺麗ごとかもしれないが理想」

井上 綺麗ごとかもしれませんが、本来は医療者側と患者・家族側が信頼関係を築いて治療などに取組むのが理想です。信頼関係がない状況での医療は非常に辛い話になります。関係が拗れてしまえば、「申し訳ないですが病院を移ってください」とお伝えするしかない。今回はそれすら叶わず、医療者側がどんどん疲弊してしまい離職者が相次ぎ、結果として一部の病棟を閉じざるをえませんでした。

福岡 最高裁への上告が棄却となった後、事例を知って、同様のケースでお困りの病院からは相談があります。明らかなのは、医療者側が「融通を利かせる」というようなことをやってしまったのをきっかけに拗れていることが多いという事実です。

患者さんは、慣れてくると医療者に対し過大な要求をする場合があります。そういう時、医療者は寄り添っているから「今回だけですよ」というような形で対応してしまうことがある。そうすると、なかには図に乗ってくる方が出てきてしまう。

対処の仕方は1つです。「自分たちが間違っていました。今後は二度とい

たしません」という謝罪です。その瞬間は大いに揉めますので覚悟しなければなりませんが、「他の患者さんと違う対応は今後一切いたしません」という態度を病院の経営者として徹底する。その時に一番大変なのは患者・家族側との接点が多い看護師さんたち。しっかり説明して、「余計なことはしなくて大丈夫。規則にないことを求めたらいったん戻ってきて」などをお願いし、何かあったら助けを求めるという教育が必要です。相談を受けた病院は、このような対応を徹底し始めてから3カ月程度で患者さんが転院されていかれるなどの効果が出ています。

医療者と患者・家族の関係構築に壁 原因は病院医師など従事者の多忙？

福岡 あえて一石を投じさせていただくと、医療者の感覚が患者さんとの契約がすべて、インフォームドコンセントがすべてという感じがします。「選択するのは患者さんですよ」という姿勢が強く、ある意味で「無責任じゃないのか」と思わないこともない。言い換えれば「選択するのは患者側だ」という意識が強く働いているような気がしています。

井上 確かに、私も医療側が守備的に動く傾向にはあると感じる場面は多々あります。ですが、一時期のパターンリズム的医療ではなく、チーム医療として患者さんもチームの一員だという意識を醸成して治療に当たっても、医療側と患者・家族側の情報格差は埋まりません。医師の善行として、診療については「こういうことをやるべきだ」ときちんと言わなければなりません。が、専門家の専門性を認めてくれるような社会かと言うと、現状は難しいという気持ちもあります。

堂下 大学病院などで勤務する方々をはじめ、医師の先生方が忙し過ぎるというのも問題ではないでしょうか。

私は入院した際、医師から「選択肢がありますよ」と複数の治療法の提示を受けました。予後やQOLの違いなどが異なる選択肢です。その担当医は同時に「個人的に推奨する治療法」も示してくれました。私は、治療が必要になった日から自分なりに色々な文献にあたったりして調べながら、治療法の選択に悩んでいました。ですが、それまでの間に担当医とコミュニケーションを重ね、ある種の信頼感を抱くようになっていたため、結果、「先生にお任せします」ということで推奨された治療法を選びました。担当医としてしっかりコミュニケーションできて、信頼できると感じていたからこそ、迷いなく治療法を選ぶことができたと感じます。生産年齢人口が減っていく中で解決は難しいのかもしれませんが、患者側も医療者側の忙しさを理解するなど、できることがあるのではないかと感じます。(完)



左から福岡弁護士、井上常任理事、堂下氏

2025年6月の100床あたり医業利益は▲1661万円

2025年度病院経営定期調査・中間報告 日精協が初参加の調査で赤字幅の拡大が鮮明に

全日病、日本病院会、日本医療法人協会の3団体と初めて日本精神科病院協会を加えた計4団体は10月6日、「2025年度病院経営定期調査」の中間報告(集計結果)を公表した。2025年6月の医業収益は前年同月比4.4%増、医業費用は4.1%増だったが、金額ベースでは費用が収益を上回り、100床あたり医業利益は同比▲(マイナス)21万円の▲1661万円と赤字額が増加。一方、経常利益の赤字額は同比29万円増の▲875万円とわずかに改善傾向を示した。

2025年度6月時点の赤字病院割合は医業利益では同比1.9ポイント増の66.8%に、経常利益では3.7ポイント増の60.9%に、それぞれ増加した。(詳細は全日病ホームページを参照：https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/251006_1.pdf)

2024年度の100床あたりの赤字増大 同経常利益では赤字額が急拡大

2024年度は、関係者らの想定通り赤字幅が拡大し、赤字病院の割合も上がっている。100床当たり医業利益は2023年度比▲1959万円の▲1億7530万円と赤字幅が拡大。経常利益では2024年度が同比▲5139万円の▲7,578万円と赤字額が急拡大している。

医業利益の赤字病院割合は同比▲3.9ポイントの73.8%に増え、経常利益の赤字病院は同比▲12.5ポイントの63.6%と2桁ポイント増だった。

医業費用増で増収減益傾向が継続 「材料費」「給与費」が3%超の増加

全病院(n=1147)の2024年度医業収益は前年度比2.8%増だが、同医業費用が同比3.4%増と上回っており、医業利益率は同比▲7.2%、経常利益率が同比▲3.1%だった(右図)。

同医業利益は▲1億7530万円で経常利益は▲7578万円、補助金を除く損益差は▲1億5042万円だった。

同医業費用は3.4%増で、「材料費」(3.5%増)、「給与費」(3.1%増)などの伸びが大きく、費用増の72.5%を占めることがわかった。このほか、水道光熱費や電気・ガス料金などの「経費」4.3%増、「委託費」4.2%増など4%超の増加が目立つ。「ガス料金」が12.7%増と伸びが大きく、「診療材料」(5.6%増)や「水道光熱費」(5.5%増)などの負担増も重くのしかかっている。

病床規模別の最多は「100～199床」

調査は2025年7月10日から4団体の会員病院計5149施設を対象に調査票を配布し、中間報告は8月22日までに集

まったうちの有効回答1236施設分(回答率25.0%)の集計となっている。病床規模別では「100～199床」が33.3%と最多を占めた。次いで「200～299床」(17.6%)、「300～399床」(15.2%)、「20～99床」(13.2%)、「500床以上」(12.0%)など。病床区分別では「一般(一般病床80%以上)」が53.8%で、「療養・ケアミックス(：療養病床80%以上、または一般病床＋療養病床が80%以上)」が21.9%。開設主体別の割合は「医療法人」が56.1%で最多。

気を緩められない

同中間報告をまとめた病院団体合同調査ワーキンググループの島弘志委員長(日病)は「医師の働き方改革による労働時間の制約を受け入れ、物価高騰による厳しい環境も乗り越えていかなければなりません」と指摘。「個々の病院の受ける

影響は異なると思われますが、方向性を誤ると経営が悪化する恐れも出てくることとなり、まさに気を緩めることができない状況」との所感を寄せた。

科目 (単位：千円)	全病院 (n=1,147) 平均病床数：274			
	2023年度	2024年度	差引増減	前年比
①医業収益	2,377,002	2,443,675	66,673	2.8%
入院診療収入	1,581,712	1,642,918	61,206	3.9%
室料差額収益	30,154	32,534	2,380	7.9%
外来診療収入	688,370	693,107	4,736	0.7%
その他医業収入	76,766	75,116	-1,650	-2.1%
②医業費用	2,532,719	2,618,980	86,261	3.4%
材料費	684,036	707,997	23,961	3.5%
医薬品費 (再掲)	410,794	420,217	9,423	2.3%
診療材料費 (再掲)	245,995	259,805	13,811	5.6%
給与費	1,250,375	1,288,920	38,545	3.1%
委託費	175,218	182,573	7,355	4.2%
設備関係費	217,974	225,591	7,616	3.5%
減価償却費 (再掲)	142,051	145,865	3,814	2.7%
研究研修費	7,038	7,440	402	5.7%
経費	147,759	154,113	6,354	4.3%
水道光熱費 (再掲)	47,737	50,345	2,608	5.5%
電気料金	29,217	30,603	1,386	4.7%
ガス料金	9,075	10,228	1,153	12.7%
その他の水道光熱費	9,445	9,513	69	0.7%
控除対象外消費税等負担額	38,833	40,436	1,603	4.1%
本部費配賦額	11,484	11,909	424	3.7%
③医業利益 (①-②)	-155,716	-175,305	-19,588	
④医業外収益	167,045	136,033	-31,013	-18.6%
運営費補助金 (再掲)	76,490	58,028	-18,462	-24.1%
施設設備補助金 (再掲)	10,127	8,658	-1,469	-14.5%
その他補助金 (再掲)	17,412	7,950	-9,463	-54.3%
⑤医業外費用	35,724	36,513	789	2.2%
⑥経常利益 ((①+④) - (②+⑤))	-24,395	-75,785	-51,390	
医業利益率 (③÷①)	-6.6%	-7.2%		
経常利益率 (⑥÷①)	-1.0%	-3.1%		
※1 補助金 (運営・施設・その他)	104,029	74,636	-29,393	-28.3%
※2 補助金を除く医業外収益 (④-※1)	63,016	61,397	-1,619	-2.6%
※3 損益差額 (③+※2-⑤)	-128,424	-150,421	-21,997	

同中間報告より抜粋

2025年度 第6回常任理事会の抄録 9月20日

【主な協議事項】

- 正会員として以下の入会を承認した。

茨城県 地方独立行政法人茨城県西部医療機構茨城県西部メディカルセンター
理事長 水谷 太郎

栃木県 社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会あしかがの森足利病院
院長 小平 隆太郎

千葉県 医療法人社団保健会東京湾岸リハビリテーション病院
理事長 宮崎 正二郎

鳥取県 独立行政法人国立病院機構米子医療センター
院長 鯨岡 直人

岡山県 地方独立行政法人岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院
理事長 松本 健五

広島県 社会福祉法人恩賜財団済生会支部広島県済生会済生会呉病院
院長 伊藤 博之

退会が1件あり、在籍正会員数は合計2,585会員となった。
- 準会員として以下の入会を承認した。

福島県 公益財団法人星総合病院ヘルスプロおおまち
院長 星 吾朗

埼玉県 医療法人翔誠会MIRAI CLINIC TODA
理事長 中台 司

東京都 医療法人財団医親会多摩海上ビル診療所
院長 木幡 義彰

東京都 医療法人社団厚誠会孫田クリニック
理事長 孫田 誠三

東京都 医療法人社団東京桜十字虎ノ門ヒルズ桜十字クリニック
院長 石塚 裕人

東京都 医療法人社団東京桜十字池袋桜十字クリニック

- 東京都 院長 小林 修
医療法人社団東京桜十字上野御徒町桜十字クリニック
- 東京都 院長 星野 尚久
医療法人社団東京桜十字渋谷サクラステージ桜十字クリニック
- 愛知県 院長 海老原 明典
社会医療法人宏潤会DAIDO MEDICAL SQUARE
- 福岡県 院長 小島 博嗣
医療法人柳育会新やなぎ健診クリニック
理事長 柳 克司
- 結果、在籍準会員は合計174会員となった。
- 個人情報保護担当委員会副委員長の追加について説明があり、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。
 - ・新副委員長：
江口 有一郎(医療法人ロコメディカル江口病院 理事長)
- 人間ドック実施指定施設の申請について審議し、満場一致で可決確定した。

<人間ドック>

- 福岡県 医療法人社団高邦会福岡中央病院
院長 内藤 正俊
- 静岡県 JA静岡厚生連清水厚生病院
院長 西村 明人
- 千葉県 医療法人社団協友会千葉愛友会記念病院
院長 石塚 朋樹
- 愛知県 医療法人九愛会中京サテライトクリニック
理事長 林田 裕作
- 大阪府 医療法人朋愛会淀屋橋総合クリニック
理事長 依田 久実
- 東京都 医療法人社団哺育会浅草病院

- 理事長 浪川 浩明
社会福祉法人太陽会安房地域医療センター
理事長 亀田 信介
- 人間ドック実施指定施設は合計423施設となった。

- メディカルノート社との「医療情報の発信に関する総合的な連携協定書」の締結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、入院・外来医療等の調査・評価分科会、保険医療材料専門部会、薬価専門部会」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。

「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。

「特定機能病院及び地域医療支援病院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。

「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」について報告があり、質疑が行われた。

●2025年度病院経営定期調査中間報告(案)について

今回の調査から日本精神科病院協会が参画し4団体での実施となったことと、結果報告については4団体で確認後に公表する旨の報告があった。

●災害医療支援チームAMAT令和7年防災功労者内閣総理大臣表彰受賞について

「防災の日」である9月1日付で当協会災害医療支援チームAMATが内閣総理大臣表彰を受賞したことが報告された。

●総合医リカレント実践事業「診療の場の提供」事業の募集について

厚生労働省「総合的な診療能力を持つ医師育成のためのリカレント教育事業」に採択されたことを受けて、「診療の場の提供」事業は、地域の医療機関が自ら手を挙げ、総合医志望の医師を受け入れる仕組みであるなどの概要で実施することが報告され、当協会として、少なくとも各都道府県で1カ所の医療機関が同事業に応募するよう協力の要請があった。

●第66回全日本病院学会in北海道について

第66回全日本病院学会in北海道の日程表が報告された。

●第67回全日本病院学会in埼玉趣意書について

第67回全日本病院学会in埼玉の協賛趣意書、開催概要等が報告された。

【開催概要】

開 期：2026年9月12日(土)・13日(日)
会 場：ソニックシティ、パレスホテル大宮

テーマ：医療人魂～未来へ紡ぐ地域医療を彩の国から～

●四病協報告について

2025年9月12日に「医療法人等を代表者等住所非表示措置の対象とする要望書」を松井法務省民事局長へ提出したことが報告された。

●厚労省、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15回)の報告が行われた。

【討議事項】

●令和7年度補正予算、及び令和8年度診療報酬改定財源確保に向けた要望について

2025年9月10日に全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本慢性期医療協会、全国自治体病院協議会の6団体連名で福岡厚生労働大臣に提出した「緊急要望」について説明があり、討議した。

「重症度、医療・看護必要度」のB項目は「馴染まない」

中医協総会 支払側の委員が指摘「2028年度改定では結論を」

中医協総会(小塩隆士会長)で診療報酬上の「重症度、医療・看護必要度」の見直しを求める意見が出ている。10月1日、中医協の診療報酬調査専門組織の1つ「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(尾形裕也分科会長)が2026年度の診療報酬改定に向けた検討結果のとりまとめを報告した際、医療保険者らで構成する支払側委員の1人が、同とりまとめで「中長期的に検討すべき課題」として位置づけられた「B項目」の見直しについて、2028年度には結論を得るよう求めた。(入院医療等分科会の取りまとめ概要については「全日病ニュース10月15日号」を参照)。

「重症度、医療・看護必要度」内科系の緊急入院等の評価で検討か
同とりまとめは計18項目で、「重症度、医療・看護必要度」については、「特定集中治療室・ハイケアユニット用」と「一般病棟用」に分けて検討結果を記述。一般病棟用では、「内科系症例の診療を評価する方法として、緊急入院等を評価することは効果があると考えられるものの、指標が煩雑になりすぎないように、病院の負担や予見可能性の観点を踏まえ、技術的な課題について詳細に検討すべき」と記述。「B項目」については、「測定が病院にとってある程度負担になっている」との意見と、「代わる指標がないのであれば、引き続きB項目の測定が必要」との意見を両論併記した。

加えて、最後18番目の項目として掲げた「中長期的に検討すべき課題」の1つとしても取り上げ、医療現場において、「B項目」を測定した結果を▽入院退院時の医療・介護連携の推進▽病棟内の多職種連携の推進▽病棟の人員マネジメントの向上―などに用いる有用性などを踏まえ検討する可能性に言及した。
健康保険組合連合会理事の松本真人委員は、「重症度、医療・看護必要度」の「B項目」について「令和10年(2028年)度の(診療報酬)改定に向けた議論では結論を得るべき」と主張した。「活用する目的、評価項目、データソースが変化する中で、急性期の入院医療を判断する指標として馴染まなくなってきた」との考え。

「とりまとめに拘束されることない」日医・江澤委員「議論は総会の場」
同日は、日本医師会常任理事を務める江澤和彦委員が、同とりまとめについて「あくまでも前回改定に対する調査分析」との見方を示し、「次回改定に向けた方向性については、今回のとりまとめに示されたご意見に拘束されることなく、今後この総会の場で議論されるものと受け止めている」との見解を示す場面があった。厚生労働省保険局医療課の林修一郎課長は、「入院・外来についてはこうした取りまとめや調査結果も参考にしながら、事務局として資料を提出させていただき、ご議論いただきたい」と応じた。同分科会では、日医の代表として今村英仁常任理事が委員を務める。

神野会長「賃上げの原資を」、公的病院との格差を問題視

社保審・医療部会 次期診療報酬改定へ「具体的方向性」で議論

社会保障審議会・医療部会(遠藤久夫部会長)は10月3日、2026年度の次期診療報酬改定へ向けて策定する基本方針の具体的な方向性について検討を始めた。委員を務める全日病の神野正博会長は、「公的医療機関は『人事院勧告に準拠して賃上げするから赤字だ』とおっしゃるが、民間病院は人事院勧告に準拠した賃上げすらできない経営状況だ」と指摘し、改めて補助金などが分配される公的医療機関と民間病院の格差を問題視。「人事院勧告の分だけでも、診療報酬で原資を積んでいたきたい」と述べ、民間病院への緊急的な必要性を強調した。他の委員からも同様の意見があがった。

4つの基本的視点ごとに「方向性」
厚生労働省は同日、「改定に当たっての基本認識」の例として▽日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性▽2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方

を確保できる医療提供体制の構築▽医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現▽社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和―の4つをあげた。その上で、基本認識を診療報酬の視点で整理した内容を4つの「基本的視点」に分け、それぞれの視点ごとに「具体的方向性」の例を示した(図表)。
日本精神科病院協会の会長を務める山崎學委員は、民間病院に比べ国公立や自治体立など公的病院の会計や財政上の優遇措置を標的にした。公営企業年鑑からの引用として、数百億円規模の繰り延べ負債があると指摘し、「借金を繰り延べているから倒産しない」と非難した。また、「公立病院は民間病院に比べて4割給料が高い。政府が同一労働同一賃金を目指す中で医療は公民格差が4割近い。民間病院が同様の給料を払えるような診療報酬をつけないとおかしい」と訴えた。
日本医療法人協会会長の伊藤伸一委員も、人事院勧告に対応する賃上げ原資が民間の医療機関には必要と主張。「冬の賞与支給が困難という訴えも出

ている」と明かした上で、「医療従事者が一方的に不利益を被る制度を作り出してはならない。適正な診療報酬改定による適正な医療提供体制の堅持を強く要望する」とも述べた。

病院等への支援、必要性には理解も「一律ではなくメリハリが必要」
一方、一律の支援ではなくメリハリ

改定の基本的視点と具体的方向性	
基本的視点の例	「具体的方向性」の例
物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取りまく環境の変化への対応	・医療機関等が直面する食材料費等の各種費用の高騰を踏まえた対応 ・賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
2040年を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進	・患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価 ・「治し、支える医療」の実現 ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価 ・外来機能分化と連携 ・医療資源の少ない地域への支援 ・医師偏在対策の推進 ・タスクシフト/シェア、チーム医療の推進
安心・安全で質の高い医療の実現	・医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価 ・アウトカムにも着目した評価の推進 ・重点的な対応が求められる分野への適切な評価(救急医療、小児医療、周産期医療等) ・口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進 ・地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化 ・イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等
効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上	・OTC類似薬等の薬剤給付の在り方の検討 ・費用対効果評価制度の活用 ・市場実勢価格を踏まえた適正な評価

厚労省資料を一部改変

■ 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
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (Web開催) 250名	2025年11月28日(金) 13:00～16:00	6,600円(7,700円)(税込)	厚生労働省の「医療安全推進週間」に関する取り組みとして、医療関係者の医療安全に対する意識向上や、医療機関、関係団体等における組織的な取り組み促進などを図る目的で全日病と日本医療法人協会が共催する講習会。「全日病・医法協認定 医療安全管理者」の継続認定(更新)に必要な研修(1単位)に該当する。
病院の品質が経営を救う ～選ばれる医療機関になるためのQMS実践セミナー～ (Web開催) 100名	2025年11月29日(土) 13:00～16:30	8,800円(9,900円)(税込)	病院の品質改善に不可欠な、患者さんの期待に応える職員の技術力・アメニティ・接遇により結果として病院経営が改善するという好循環をつくるためのQMS(Quality Management System)について学ぶ。全日本病院協会・日本医療法人協会認定「医療安全管理者認定証」を継続更新するための研修に該当(1単位)する。
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	2026年1月31日(土) 12:30～16:00	9,900円(14,300円)(税込)	毎年の恒例となっている病院機能評価受審の支援を目的とする2部構成のセミナー。第1部では、「診療・看護・事務管理」それぞれの最近の病院機能評価の傾向と対策に関する講演が主体、第2部は「診療・看護合同領域」か「事務管理領域」のそれぞれで少人数のグループに分かれて事前に提出いただく自院の自己評価調査票に基づき講師と意見交換する。「事務管理領域」の第2部では、意見交換の前に「押さえておきたい『3rdG: Ver. 3.0』のポイント」がテーマの講義も予定している。