

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
LTD制度・医療共済制度
引受保険会社



東京海上日動

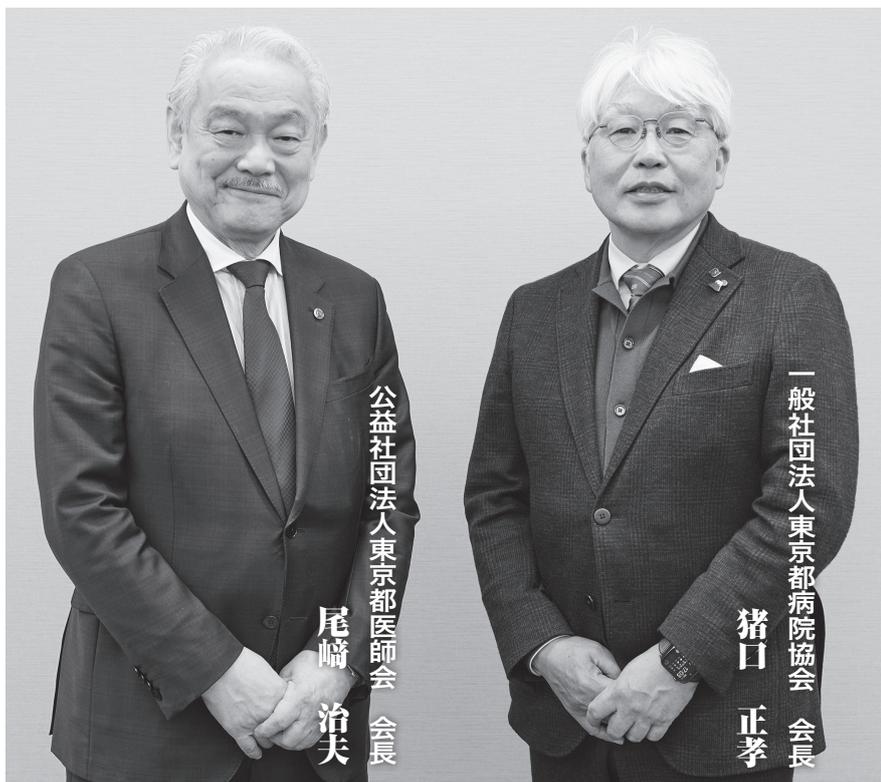
発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL：03-5217-0896 / FAX：03-5217-0898 / URL：https://tha.or.jp / E-mail：thaoffice@tha.or.jp

2026年(令和8年)2月25日
第346号
毎月1回 定価200円(会員購読料は会費に含む)

早春特別対談

医師会・病院協会・行政が一体となって 東京独自の医療構想モデルを描く

医療機関経営の危機的状況が医療界内外で認識されるようになり、国の補正予算や診療報酬改定で一定の措置が見られたほか、東京都では独自の緊急支援策が講じられ、話題となった。一方で、人口構造の変化や医療需要の質的転換を見据えた医療提供体制の構築もいよいよ本格化する。今回の早春特別対談では、東京都医師会の尾崎治夫会長と東京都病院協会の猪口正孝会長に、病院、診療所、行政が連携する東京の医療の姿と、その持続可能性について、現場の実感を交えながら語り合ってもらった。



一般社団法人東京都病院協会 会長 猪口 正孝

公益社団法人東京都医師会 会長 尾崎 治夫

改定率議論の限界と 見えない医療の将来像

猪口 まず、昨年、東京都医師会の尾崎会長をはじめ多くの方々に、病院の経営危機を乗り越えるためにご協力いただいたことに感謝したいと思います。東京都では、地域医療確保緊急支援事業として総額320億円規模の支援が実現し、病床に応じた加算が行われました。さらに、昨年11月に東京都が病院の経営実態調査を踏まえ、診療報酬は10%程度の引き上げが必要だという緊急提言を国に示していたことは、大きな意味があったと思います。改定率は本体で3・09%と20年ぶりの高水準となりました。現場感覚としては十分とは言えませんが、東京都独自の支援が続けば、多くの病院が何とか資金繰りを回し、踏みとどまれる段階には来ていると感じています。

尾崎 病院も診療所も含め、現場を維持するには10%程度の引き上げが必要だという認識は共有されていたと思います。ただ、改定率の決定に至る過程を振り返ると課題も残ったと言わざるを得ません。最初に極めて低い数字が示され、積み上げの結果として3%台に落ち着くという、従来と同じやり方が今回も繰り返されました。何の医療を、どの規模で維持するのか、そのために必要な財源はいくらなのかという根本的な議論が必要です。

猪口 同感です。必要な医療を積み上げ、そのために必要な財源を示すという考え方が、今の議論には見えてきません。一方で、社会保障費を抑制するという財政規律の話もありますが、GDPに占める医療費をどう考えるのかという整理もされていない。結果的に生き残れる医療機関だけが残ればいいという話になってしまいます。偏った収益性の良い病院のみが生き残っても地域医療は守れません。病院経営者としては、将来像が見えない中で、どう舵を切ればいいのか分からないというのが正直なところですし、必要な医療が地域に残ることすら危うくなります。

尾崎 診療報酬を何%上げるかという議論の前に、日本として、東京として、どのような医療提供体制を将来にわたって維持したいのか、その全体像を示す必要があります。病院はいくつ必要で、診療所はどの程度残さなければならぬのか。そのためには、全体でどれくらいの医療費が必要なのかを、きちんと計算した上で議論すべきです。ところが実際には、根拠のよく分からない低い数字が最初に示され、そこから少し上がったからよしとする流れが繰り返されています。インフレが進み、物価や賃金が上がりが続く中で、このやり方では医療は立ち行かないでしょう。

**国任せにせず自ら描く
東京の医療構想モデル**

尾崎 そもそも日本全体を一つのモデルで語ること自体、無理があります。都市部と地方、過疎地では、必要な医療の形が明らかに違います。東京であれば、東京としてどのような医療提供体制が必要なのかを整理し、その上で必要な病院数や診療所の役割、財源を示していくことが必要です。東京の場合は、東京都病院協会と東京都医師会が連携し、行政と議論できる土台ができていますので、まずは都内での積み



上げをしつかり行うことが重要です。猪口 東京なら東京、大阪なら大阪、それぞれの地域特性を踏まえた医療の姿を明確にし、行政とも共有する。その上で、日本医師会や厚生労働省には調整役として関わってもらい形が望ましいでしょう。地域からの積み上げなくして、持続可能な医療体制は描けないと考えています。

尾崎 すべての地域に同じ公式を当てはめるのではなく、複数のモデルを示し、都道府県が自ら選び、考えられる余地を持たせるべきです。地域の裁量を尊重し、それぞれが現実的なモデルを描けるようにすることが重要です。

猪口 国が示している地域医療構想のモデル設定そのものにも課題があります。私は厚労省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」に構成員として参加していますが、厚労省の進め方を見ると、自分たちが考えた



人口20万〜30万人の架空の地方を構想区域のモデルにし、それを全国に当てはめようとしているように映ります。しかし、東京のように狭い面積に人口も医療資源も密集している地域では、この考え方は通用しませんし、典型的に当てはまる地域は存在しないのではとさえ思っています。救急や医療機関同士の連携の在り方は、むしろまず東京などの大都市を一つの典型としてモデルを描き、そこから地方の実情に合わせて修正していくという発想のほうが合理的だと思っています。

尾崎 その点、東京について言えば、今回の改定に当たって都病協と都医が連携し、現場の実態を踏まえた要望を東京都に示し、それを基に東京都が国へ提言するという流れができました。国の考え方はなかなか見えにくい部分がありますが、東京という単位で見れば、必要な医療とそれに要する財源については、議論の土台が整ってきていると感じています。今後は、国に任せきりにするのではなく、東京としてできる支援や仕組みを積み重ねていくことも重要でしょう。

猪口 私も、東京都の取り組みは一つのモデルになり得ると考えています。東京都で積み上げたデータや考え方を、病院団体や医師会を通じて、国に対して粘り強く示していく。単に財源がないという説明ではなく、日本や東京にとって必要な医療の姿を示した上で交渉していくことが、これからますます重要になると思っています。

尾崎 東京は比較的恵まれた条件の中で、独自の体制づくりに取り組んでいると感じています。医師会と病院協会が対立するのではなく、同じテーブルで議論し、行政とも率直に意見交換できる関係があることは大きい。国の制度にそのまま従うのではなく、東京の実情に合わせてどう運用するのかを考え、必要であれば修正を求めていく。その積み重ねが、結果として都民の医療を守ることに繋がると考えています。

猪口 尾崎会長がおっしゃったとおり、国が全国一律の制度や公式で医療提供体制を設計することは、すでに限界にきていると思っています。その問題意識があったからこそ、東京では都医と都病協が意見を合わせ、東京都と直接議論できる体制をつくってきました。昨年以降、東京都では現場の実態を踏まえた議論が始まり、病院の経営状況や医療提供の現実を共有しながら、独自の対応を模索する流れができています。これは他の地域から見ても、一定の先行例になっているのではないのでしょうか。

尾崎 東京都保健医療局や福祉局の幹部も、現場の話や丁寧な聞きながら、5年先、10年先の医療提供体制をどうつくるかを考えようという姿勢が以前にも増して顕著になってきました。行政が自分たちの任期の間だけでなく、その先を見据えた医療提供体制を考えてくれています。三者が率直に話し合っていくことが、これからはますます重要になります。

猪口 実装の面でも、このトライアングルが動き始めています。国が示す地域医療構想の考え方を、そのまま東京

安藤高夫 永生病院理事長 第51回衆議院総選挙で 3期目当選



安藤高夫氏略歴

- 1959年4月 東京都で生まれる
- 1984年3月 日本大学医学部卒業
- 1989年8月 医療法人社団永生会理事長
- 1997年4月 東京都慢性期医療協会会長
- 1999年4月 八王子医師会理事
- 2003年4月 全日本病院協会副会長、東京都病院協会副会長、東京都医師会理事
- 2006年4月 日本慢性期医療協会副会長
- 2014年12月 医療法人社団明生会理事長
- 2015年6月 東京都医師会理事
- 2017年10月 第48回衆議院議員選挙に初当選
- 2024年10月 第50回衆議院議員選挙に2期目当選
- 2024年11月 第二次石破内閣にて厚生労働大臣政務官に就任
- 2026年2月 第51回衆議院議員選挙に3期目当選(東京第28区選出)

第51回衆議院議員総選挙が2月8日に投票が行われ、東京都病院協会副会長を務めた安藤高夫・医療法人社団永生会永生病院理事長が立候補した東京28区で6万9037票を得て当選しました。安藤理事長は当選後、次のように述べました。「体調を崩しブランクがありました。その間、スタッフがしっかりと、私の代わりに地域を回り、人間関係、信頼関係をつくってくれました。今も多くの地域の方々から陳情をいただいています。まだ途中です。これを一個一個丁寧に、やっていきたいです。」

東京都病院協会会員に向けて、「協会の先生方に朝早くから夜遅くまで本当に応援していただき、本当にありがとうございます。これからまたしっかりと東京の医療、介護、あるいは医療保険制度を、皆様と一緒に改革していこうと思います」とメッセージを寄せています。

に当てはめるのではなく、都医、都病協、東京都が一緒になって勉強を重ねています。国の公式は東京には合わない部分が多いため、東京流にどう読み替えるのか、どこを修正するのかを、三者で確認しながら整理しているのです。こうした場で認識を共有しておくことで、国の方針が出た際にも、東京としての対応を速やかに決めることができます。

尾崎 医師会、病院協会、行政が対立するのはなく、同じテーブルでフラットに議論できること自体、東京の強みです。

猪口 この合意形成の積み重ねがあるからこそ、東京都として一つの方向性を持つて医療政策を進めることができます。トライアングル体制を机上の枠組みに終わらせず、現場で機能する形として定着させていきたいと考えています。

病院と診療所は地域医療を支える両輪

尾崎 都医としては、病院と診療所が一体となって地域医療を支えることは、大前提だと考えています。地域包括ケアのネットワークをつくる上でも、病院が中核に入らなければ成り立ちません。医師会は診療所の団体だという見方もありますが、東京ではそうした意識はありません。高齢者救急や在宅医療を考えても、診療所だけでは対応できず、必ず病院との連携が必要になります。また、24時間の見守り体制を整え、在宅の医師と二次救急病院がつながることで、救急車を呼ばずに済むケースを増やし、本当に必要な救

急医療を守ることができると考えています。

猪口 病院の立場から見ても、診療所との連携は不可欠です。東京では、高齢者救急は二次救急を中心に担い、診療所や在宅医の先生方と役割分担を明確にすることが重要だと思つていま

す。病院が何でも引き受けるのではなく、それぞれの病院が自らの機能をはつきりさせることで、連携は格段しやすくなります。何をしている病院なのか分からない状態では、地域との連携は成り立ちません。大学病院は大学病院としての役割があり、地域の二次救急病院には地域の役割があります。

尾崎 そのためにも、診療所側も病院の役割を正しく理解し、病院側も地域や在宅医療を意識していただく必要があります。都医としては、病院を含めた体制づくりを当然のこととして進めていきたいと考えています。都医にとつて、病院の先生方は大切な仲間です。大きな病院も小さな病院も、それぞれに役割があり、診療所と病院がきちんと連携してこそ、地域医療は成り立ちます。これから高齢化が一段と進み、病院も診療所も、今まで以上に手間が必要な患者さんを診ていく時代になります。現場は確実に厳しくなりますが、だからこそ役割分担を明確にし、顔の見える関係で連携を深めていくことが重要です。

猪口 今後、病院経営を取り巻く環境はさらに厳しくなると思います。その中で生き残っていくためには、地域との関係を強く意識することが不可欠です。診療所の先生方と日頃からしっかりとコミュニケーションを取り、必要な患者さんは速やかに受け入れ、容態が

安定すれば地域に戻す。そうした信頼関係の積み重ねが、病院の存在意義を高めることにつながります。東京都病院協会としても、東京都医師会と連携

しながら、会員の先生方が地域の中で選ばれる病院であり続けられるよう、取り組んでいきたいと考えています。本日はありがとうございます。

速報

2026年度診療報酬改定答申

2027年6月以降倍増の仕組み

中央社会保険医療協議会は2月13日、2026年度診療報酬改定に関する答申を取りまとめた。今回の改定は、①現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進、②2040年頃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、③地域包括ケアシステムの推進、④安心・安全で質の高い医療の推進、④効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上が柱となっている。具体的には物価高騰や人材確保への対応、急性期から回復期・在宅までの機能分化と連携の推進、さらに医療DXの実装を見据えた評価体系の具体化が進んだ内容となっている。

物価高騰への対応では、医療材料費、食材料費、光熱水費、委託費などの上昇により医療機関の経営負担が増大していることを踏まえ、初・再診料および入院基本料の引き上げに加え、新たに「物価対応料」を創設する。入院医療では、病棟機能に依じた点数が設けられ、「急性期病院A(一般入院料)」算定患者では1日66点、「急性期病院B(一般入院料)」「急性期一般入院料1」では58点、「急性期一般入院料2・3・4」では45点、同5では36点、同6では34点を算定可能とした。さらに「地域一般入院料1・2」では32点、同3では23点などと整理され、病棟機能に応じた段階的な加算体系となる。外来および在宅医療では、初診時および再診時等にそれぞれ2点、訪問診療時に3点を算定可能とする。これらの点数は2027年6月以降、加算点数を2倍にする仕組みであり、継続的な物価上昇に対応する構造となっている。

医療従事者の処遇改善に関するベイスアップ評価料も見直される。「外来・在宅ベイスアップ評価料(Ⅰ)」は、初診時6点から17点へ、再診時等2点から4点へ引き上げられる。訪問診療では、同一建物居住者以外の患者に対する訪問診療時の評価が28点から79点へと拡充されるなど、点数水準が大きく引き上げられた。さらに、継続して賃上げを実施する医療機関には、より高い点数区分の算定を可能とする段階的評価体系を設け、2026年度から

人手をふやすのは、簡単ではありません。けれどエネルギー設備を最適化すれば、作業をへらすことはできる。課題を解決するために、課題から考えつづける。あなたの悩みも、どうか聞かせてもらえませんか。



ほんとうの課題は、人が少ないことではなく、仕事が多いことでした。

定期コラム

サイバーセキュリティ対策最新報告

アスクル株式会社の事例から学ぶランサムウェア対策

警視庁サイバーセキュリティ対策本部対策第二担当
☎03-3581-4321(内線7861-2231から2235)
午前9時~午後5時

1 はじめに

これまでもランサムウェアをテーマとして、医療機関に求められるサイバーセキュリティ対策について取り上げてきました。今回は、アスクル株式会社が公表したランサムウェア攻撃に関する報告書をもとにサイバー攻撃を受けた原因や再発防止策を整理し、医療機関が学ぶべきポイントをお伝えします。

2 事案概要

令和7年10月、同社はランサムウェア攻撃を受けて物流システム等が暗号化され、その影響で物流センターの出荷業務が停止し、商品の受注・配送に長期間の支障が生じました。また、顧客情報や取引先情報などの一部が攻撃者により窃取され、外部に公開される事態も確認され、業務停止と情報流出が発生する深刻な被害となりました。

3 原因分析：侵入から被害拡大まで

報告書によると、攻撃者は、業務委託先のI

Dとパスワードを不正に入手した上で、事案発生の数カ月前から社内ネットワークに侵入したと推定されています。なお、業務委託先のアカウントには、機動性を考慮して例外的に多要素認証が適用されていませんでした。

侵入後は、社内ネットワークを探索し、セキュリティ対策を無効化した上で権限を拡大し、複数のサーバにランサムウェアを展開しています。この際、バックアップファイルの削除や暗号化も行われ、復旧に時間を要する結果となりました。また、侵害されたサーバにEDRが導入されておらず、24時間の監視体制が十分でなかった点も被害拡大の要因として挙げられています。

4 教訓：入口対策と内部対策

アスクルの被害事例は、ランサムウェア対策において、侵入を防ぐ「入口対策」と侵入後の被害拡大を防ぐ「内部対策」が重要であることを改めて示しています。

入口対策としては、外部からアクセスする際の認証情報が重要です。本事例では、業務

委託先に付与されていたアカウントに多要素認証が適用されておらず、不正侵入を許す結果となりました。このような事態を防ぐためには、委託先や外部関係者を含めて例外なく多要素認証を適用することが不可欠です。加えて、フィッシング対策やパスワード管理の徹底、VPN機器やネットワーク機器のファームウェアを最新の状態に保つことも重要です。

内部対策としては、管理者権限アカウントを必要最小限とするなど適切に管理するとともに、EDRの導入や24時間365日の監視体制、多層的な検知体制を整備することで侵入の早期発見と被害の最小化につながります。さらに、バックアップ対策を適切に設計しておくことが攻撃に遭った際の業務を早期に復旧するための備えとなります。

医療機関においても、診療停止や患者情報の漏えいといった事態を防ぐため、本事例を教訓にセキュリティ対策を改めて点検・強化していきましょう。

2026年度東京都予算案

「地域医療確保に係る緊急・臨時支援事業」を継続 新規で「急性期医療臨時支援事業」も実施

東京都は1月30日、2026年度の予算案を公表した。この中で、「誰もが住み慣れた地域で安心して、必要な医療等を受けられる東京」と題した医療提供支援策を打ち出し、前年比58億円増となる1773億円、うち「地域医療の確保」で356億円を計上した。

前年度に続いて「地域医療確保に係る緊急・臨時支援事業」を実施、145億円を計上している。現下の

2027年度にかけて評価を拡充する仕組みとした。これにより、看護職員や薬剤師のみならず、医療提供体制を支える多職種の高賃上げ原資を安定的に確保する制度設計となっている。

地域で病院が果たす救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、「急性期病院一般入院基本料」が新設される。「急性期病院A一般入院料」(1930点)と「急性期病院B一般入院料」(1643点)から構成される。急性期医療に係る実績として、急性期病院Aで救急搬送件数が年間2000件以上かつ全身麻酔手術件数が年間1200件以上であること、急性期病院Bでは救急医療の提供体制として、都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、または救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること、実績要件で救急搬送件数が年間1500件以上、または救急搬送件数が年間500

件以上かつ全身麻酔手術件数が年間500件以上などが設けられる。

地域包括医療病棟では、高齢者中等症までの救急疾患等の幅広い受け入れを推進するため、手術や緊急入院の有無に応じて入院料が3区分に分けられる。「地域包括医療病棟入院料1」は、入院料1(3367点)、入院料2(3267点)、入院料3(3117点)が設けられる。入院料1は緊急入院で手術を実施しない患者、入院料2は緊急入院で手術を実施する患者および予定入院で手術を実施しない患者、入院料3は予定入院で手術を実施する患者について算定する。

「地域包括医療病棟入院料2」は、入院料1の施設基準を満たすもののうち、当該保険医療機関内に一般病棟入院基本料を算定する病棟を有していないものを対象とし、同様の3区分が設けられる。

次号で詳細レポートをお伝えします。

状況を踏まえ、都内民間病院に対して緊急的・臨時的な支援を実施する入院患者1人当たり1日500円を交付する。

また、新たに「急性期医療臨時支援事業」(11億円)も実施する。急性期医療を担う都内民間病院への臨時的な支援を行うもので、救急車受入件数に並び、入院患者1人当たり1日60・80・100円を交付する

東京きらぼしフィナンシャルグループ
きらぼし銀行

東京の地域医療を支える 病院を応援します。

医療・福祉事業部 〒107-0062 東京都港区南青山3-10-43 TEL.03-6447-5770 URL.http://www.kiraboshibank.co.jp

photo: © mapo - stock.adobe.com