

◆ 2040年を見据えた必要病床数
算定に向けた新たな論点、新たな地
域医療構想

◆ 新たな地域医療構想ガイドライン
に関する議論、活発化 ②

Vol. 162 2025

11-12月号

ボ ラ ン チ

volante

医療経営の舵取りを支援する医療経営情報誌。
医療専門コンサルタントが最新の業界動向をお届けします。

<連載:第5回>

～2040年問題と政府医療DX・データヘルス改革の動向～
「健康・医療・介護を支えるデジタルヘルス事例～その2」

2040年を見据えた必要病床数 算定に向けた新たな論点、 新たな地域医療構想

2040年をゴールとする新たな地域医療構想の策定に向けた議論が進んでいます。前回も新たな地域医療構想を取り上げましたが、今回はその中でも必要病床数の算定に関する議論をとりあげていきます。

従来の必要病床数算定ロジックから大きく変わり、在院日数短縮や病床機能分化といった「改革モデル」が織り込まれ、より実態に即した病床数が導かれることが議論されています。本稿では、その内容の一部をご紹介します。

👉従来の算定ロジックとは異なり より厳しい実態反映へ

2040年に向けた新たな地域医療構想の策定は、今後の医療提供体制の維持に向け、重要な論点となります。その中で、特に機能別(高度急性期、急性期、包括期、慢性期)の必要病床数の算定は、入院医療の提供体制に大きく影響を与えるものとなります。

従来の「2025年をゴールとする地域医療構想」における必要病床数の算定ロジックは、将来人口動態のみを勘案し、「足元の性・年齢階級別の入院受療率や病床稼働率が変わらない」と仮定したうえで、必要となる病床数を推計(現状投影)しました。このロジックは一定の合理性はありましたが、結果として、必要病床数と実際の入院患者数との間に大きな乖離が生じました。(図表1)。

この乖離は、医療技術の高度化・低侵襲化、在院日数短縮などの効率化、患者の受療行動の変化、人口構成の変化など様々な要因が背景にあると考えられています。

これに対し、2040年をゴールとする新たな地域医療構想においては、「医療技術の進歩や医療提供の効率化の取組等の複数の

要因から受療率が低下してきていることを踏まえ、改革モデルとして受療率の低下を組み込んで計算することとしてはどうか」などという新しいロジックの導入が検討されています。これにより、新たな必要病床数は従来よりもかなり少ない病床数で算出されるのではないかと指摘されています。

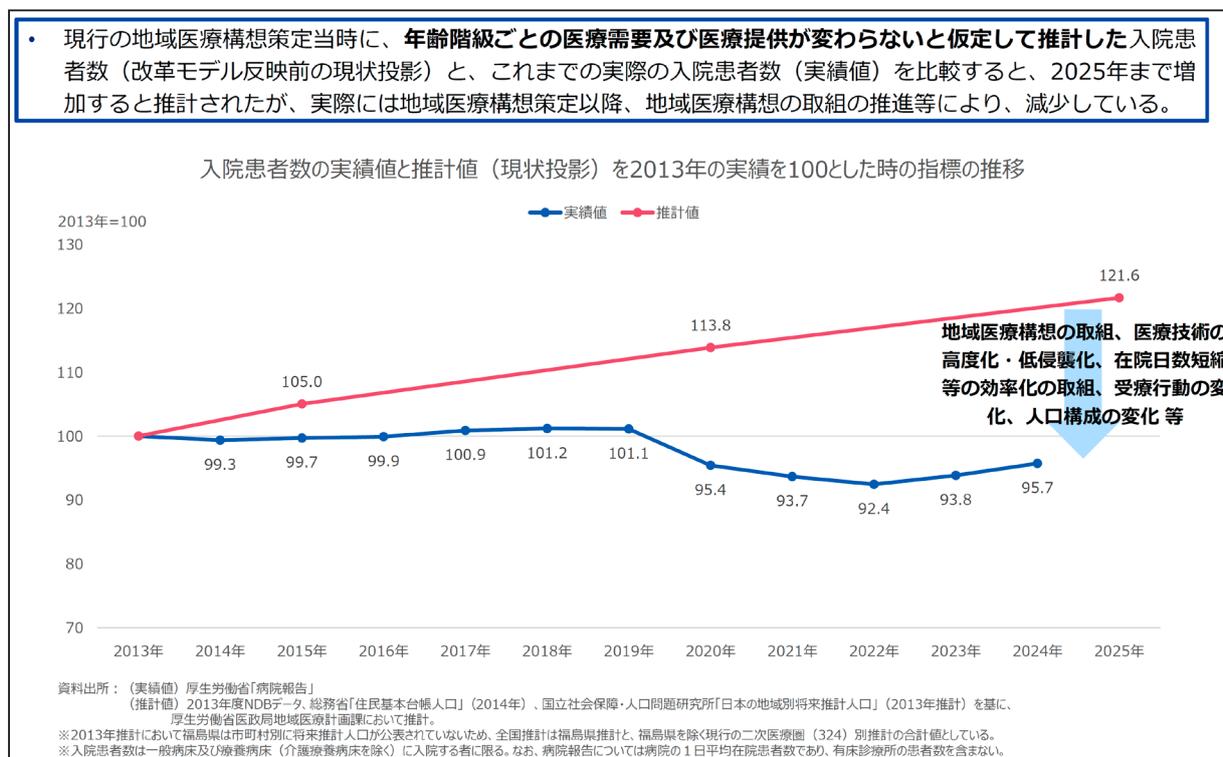
👉新たに検討される「改革モデル」 とは

新たな必要病床数の算定に組み込まれる「改革モデル」には、主に以下の要素が検討されています。

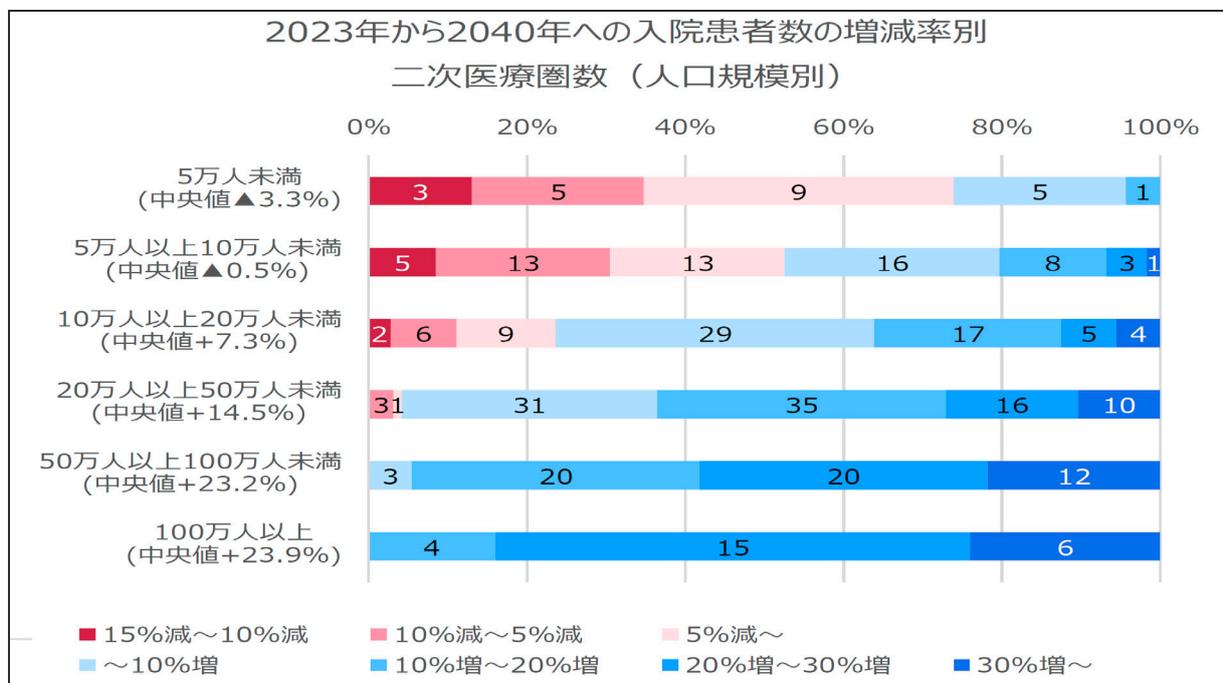
① 受療率の低下の組み込み

医療技術の進歩や効率化の取り組み、在宅医療や外来医療の充実などを背景に、年齢階級別の入院受療率は低下傾向にあります。特にがん患者などは、入院患者数が減少し、外来患者数が増加する傾向が例示されています。また、人口10万人未満の二次医療圏の半数以上で入院患者数が減少する見込みであるというデータも示されています(図表2)。

図表 1 入院患者数の推計と実績について



図表 2 2023年から2040年への入院患者数の増減率別二次医療圏数(人口規模別)



出典：厚生労働省 令和7年10月15日 第5回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1「新たな地域医療構想策定ガイドラインについて(区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方)」より抜粋(図表1.2とも)

② 医療資源投入の前倒しと在院日数短縮

時間の経過とともに「入院初期により多くの医療資源を投入する」傾向が強まっており、より早期に集中的な治療を行い「早期退院」を目指す動きが加速しています。これは当然、在院日数の短縮につながり、結果として、より少ないベッドで医療ニーズに対応できることとなります。

③ 病床機能分化や効率化の影響

回復期リハビリテーションの効率的な提供や医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組みによる効率化等も、改革モデルとして考慮するかの論点としてあがっています。例えば、リハビリ期間が長期化しがちな脳血管疾患の割合が減少し、整形外科疾患割合が増加していることで、在院日数の短縮が見込まれます(図表3)。また、介護が必要な認知症高齢者を地域包括ケア病棟や介護施設にシフトさせることも、在院日数短縮に繋がると期待されています。

仮にこれらの改革モデルが織り込まれた場合、ほとんどの地域で「より少ない必要病床数」が導かれることになることが想定されます。

👉 「包括期機能」新設と求められる回復期機能の効率化

また新たな地域医療構想では、これまでの「回復期機能」に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけられました。この包括期機能には、2024年度診療報酬改定で創設された【地域包括医療病棟】などが期待されており、「高齢の救急患者を受け入れ、急性期治療とともに、リハビリや在宅復帰支援に力を入れる」役割が求められています。

特に回復期リハビリテーション病棟に関しては、前述とおりさらなる効率的な提供

が改革モデルとして組み込まれる方向性が示唆されています。データを見ると、回復期リハビリテーション病棟は地域包括ケア病棟と比較して、同じ疾患(大腿骨頸部骨折など)でも平均在院日数が長い傾向があることが報告されています(図表4)。

👉 病床機能報告の客観性と診療報酬との紐づけの強化

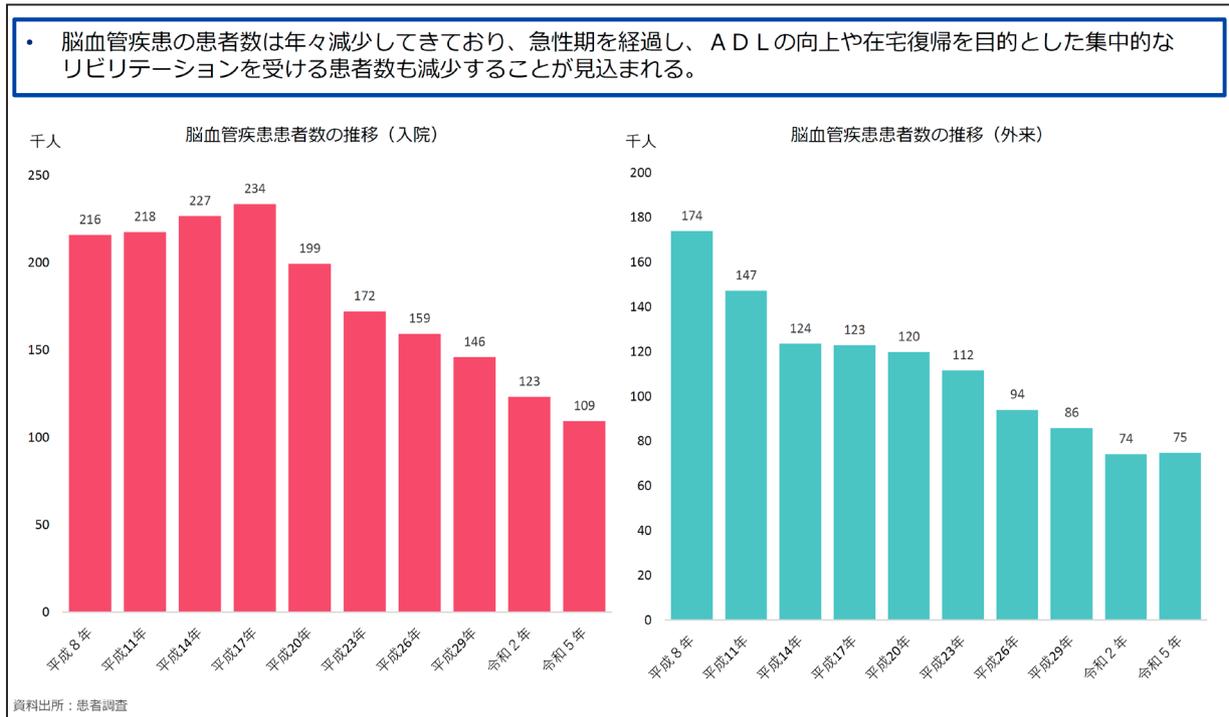
その他に、病床機能報告については、客観性を担保するために、診療報酬上の届け出との紐づけを強化する方向性が示されています。

これまでの病床機能報告は「医療機関の自主的な報告」により行われてきましたが、都道府県間で報告内容にばらつきが見られます。例えば、最もベッド数の多い急性期一般入院料1を算定する病床について、急性期として報告されている割合は都道府県間で約100%から約55%まで大きな差が存在します。

今後は、「入院料の種類ごとに対応する機能区分の目安」が整理され、客観的な報告に資するよう紐づけが強化される見込みです。この方向性自体には異論は出ていませんが、病床機能報告はあくまでも「病院が自主性をもって選択する」ものである点も留意が必要です。

病院経営においては、自院の病床が実際にどのような機能を提供しているのかを客観的に検証し、診療報酬上の届け出内容と報告機能との整合性を明確にすることが求められます。新たな必要病床数が実態に近づくことにより、病床機能報告の結果と、その地域で求められる機能との乖離が調整会議で厳しく精査されることになるかもしれません。

図表3 脳血管疾患患者数の推移(入院・外来)



図表4 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する疾患

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で整形外科疾患が共通する傾向が見られる。患者の入院元・退院先・年齢・退院時ADLについて、最も多い患者の層について在院日数を比較すると、いずれの疾患についても回復期リハビリテーション病棟の在院日数が長い。

回リハと地ケアにおける在院日数の違い
(入院経路が転棟又は転院/退院先が家庭/退院時ADLが20点中16点以上(バーセルインデックス80点以上相当)の患者について分析)

疾患名		回復期リハビリテーション病棟	地域包括ケア病棟	疾患名		回復期リハビリテーション病棟	地域包括ケア病棟
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	65歳未満	41.1	22.5	筋の消耗及び萎縮、他に分類されないもの 部位不明	65歳未満	51.5	29.1
	65歳以上75歳未満	42.0	23.6		65歳以上75歳未満	53.5	30.9
	75歳以上85歳未満	47.8	28.0		75歳以上85歳未満	55.2	32.9
	85歳以上	54.9	33.1		85歳以上	57.2	33.7
転子骨通骨折 閉鎖性	65歳未満	44.4	24.7	その他の原発性 膝関節症	65歳未満	28.8	20.3
	65歳以上75歳未満	47.8	27.4		65歳以上75歳未満	28.1	18.9
	75歳以上85歳未満	53.6	32.2		75歳以上85歳未満	32.2	20.3
	85歳以上	60.1	36.2		85歳以上	37.7	23.7
腰椎骨折 閉鎖性	65歳未満	38.0	19.5	胸椎骨折 閉鎖性	65歳未満	33.6	19.3
	65歳以上75歳未満	42.2	24.1		65歳以上75歳未満	40.4	21.9
	75歳以上85歳未満	48.1	27.2		75歳以上85歳未満	45.9	26.3
	85歳以上	53.1	30.6		85歳以上	52.0	29.4

※入院経路が転棟・転院(「院内の他病棟からの転棟」又は「他の病院・診療所の病棟からの転院」)、退院先が「家庭への退院」、退院時ADLが20点中16点以上(バーセルインデックス80点以上相当)の患者について集計

資料出所：2023年DPCデータ

出典：厚生労働省 令和7年10月15日 第5回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1「新たな地域医療構想策定ガイドラインについて(区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方)」より抜粋(図表3.4とも)

新たな地域医療構想ガイドライン に関する議論、活発化 ②

～急性期拠点機能、高齢者救急・ 地域急性期機能の役割分担について～

2040年頃を見据えた日本の医療提供体制の設計図となる「新たな地域医療構想」の実現に向けて、厚生労働省の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」では、各都道府県が構想を策定する際の拠り所となるガイドライン作成の議論が活発に進められています。

本稿では、前号に引き続きその内容の一部をご紹介します。

【急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能の役割分担】

厚生労働省は10月31日、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において、新たな地域医療構想に基づき都道府県が確保する「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」の医療機関による役割分担の案を示しました(図表1、2)。

急性期拠点では、緊急手術など急性期医療の提供のほかに災害医療や新興感染症への対応を担うこととなります。

一方、高齢者救急・地域急性期機能の医療機関は、都市部で見込まれる高齢者救急の増加分などをカバーし、救急医療の提供体制の確保につなげます。大腿骨頸部骨折など高齢者に多い手術は、高齢者救急・地域急性期機能でも提供します。ただ、医療資源に乏しく、急性期拠点機能の医療機関が高齢者救急に対応することが必要な地域もあるため、手術や救急搬送の件数など医療需要の変化を示すデータと医療機関の実績に基づいて役割分担を協議することになります。

高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関として、厚労省は地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を持つ病院などを想定しています。

検討会では役割分担の案について、中間取りまとめを秋ごろ行う予定で、引き続き調整していきます。

厚生労働省の推計では、全国ベースでの85歳以上の救急搬送は2020年から2040年にかけて75%増える見込みですが、人口当たりの救急搬送件数には都道府県ごとにばらつきがあります。さらに、入院中に手術や処置が必要な85歳以上の患者の割合は、65歳以上のほかの年代に比べて低いことが分かっています。

急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能の医療機関の役割分担は、それらを踏まえて地域ごとに協議します。

急性期拠点機能の医療機関が担う急性期医療以外の役割として、厚生労働省の案では

○ 災害拠点病院(基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院)

○ 感染症法に基づく医療措置協定の締結

○ 臨床研修・専門研修の実施

○ 地域への医師派遣

が挙げられています。

さらに、医療需要に合わせて病床数の整備も進めることとなっています。

図表 1 急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能の役割分担について(案)

<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送件数は、年々総数が増加しており、人口あたり救急搬送件数も増えている。また、都道府県ごとにも人口あたりの救急搬送件数はばらついており、救急搬送の件数は地域性等の社会的要因によっても増減する。 高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関や包括期機能の病床では、高齢者救急についての受入やリハビリの提供等を担うことが求められる。 高齢者の急性期患者については、大学病院本院や手術件数の多い医療機関でも一定の役割を担っている。 今後は急性期拠点に手術は集約化する中で、増加する救急搬送は高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関での受入が期待され、それに応じた搬送体制の協議が必要。 症例や診療体制の集約による医療従事者の働き方の確保や医療の質の担保に向けた術者の症例数の確保等の観点から、急性期拠点機能を有する医療機関には、外科医や麻酔科医等についての人的協力が行われることが見込まれる。 地域においては、例えば災害時に医療を提供する災害拠点病院や、新興感染症発生時に必要となる病床を予め確保する取組等が行われており、こうした取組等との整合性の確保も必要。
▼
<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送の増加が見込まれる中で救急医療提供体制の確保に向けては、都市部等で見込まれる高齢者救急の増加分は高齢者救急・地域急性期機能が主として対応する等の役割分担等による受入体制の構築・強化とともに、患者・市民や介護等との連携による救急の適正利用の推進も重要。特に、医療機関の役割分担については、地域において、医療需要の変化に関するデータや診療実態を踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議事項として位置づけてはどうか。 急性期拠点機能を有する医療機関については、一定の人員や症例を集約することとなるため、手術等に限らず、医療計画で定められた事項や災害時の対応や新興感染症発生時の対応等、人口規模や地域の実情に応じた役割を担うことが期待される。具体的に担うことが期待される役割について整理し、急性期拠点機能の確保に向けた協議事項として位置づけてはどうか。

図表 2 急性期拠点が担うことが考えられる役割の例(案)

<ul style="list-style-type: none"> 急性期拠点機能は、医師等の医療資源に加えて、手術等の症例を集約して対応することとなる。単に手術の提供といった急性期医療のみならず、関連する様々な役割を担うことが重要。 		
概要		考え方等
<p>災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院)</p>	<p>災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う病院を確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
<p>医療措置協定の締結</p>	<p>新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保</p>	<p>都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。</p>
<p>臨床研修及び専門研修の実施</p>	<p>基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医育を実施</p>	<p>例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。</p>
<p>地域における必要な病床の確保のための積極的な役割</p>	<p>今後の医療需要にあわせた病床数の整備を推進する</p>	<p>今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化(ダウンサイズ)等を行う。</p>
<p>地域への医師の派遣</p>	<p>相対的に医療資源の多い急性期拠点から、地域のその他の医療機関へ医師等を派遣し、地域の医療提供体制を維持する</p>	<p>大学病院本院は、急性期拠点へ医師を派遣し、急性期拠点は、地域の医療機関に医師を派遣する</p>

出典：厚生労働省 令和7年10月31日 第6回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1「新たな地域医療構想策定ガイドラインについて(医療機関機能、構想区域、地域医療構想調整会議等)」より抜粋(図表1, 2とも)

入院時食事療養費 食費の一部は保険から支給

弊社で執筆いたしました「[医療費の仕組みと基本がよ～くわかる本](#)」(第5版)(2024年度診療報酬改定に対応した最新版)を、2024年5月に秀和システムから発行しました。全国の書店などで好評発売中です。ここでは、その内容の一部を抜粋してお届けいたします。

医療機関に入院した際の食事代は「入院時食事療養費」と呼ばれ、通常1食670円と定められています。このうち患者の自己負担分は490円で、残り180円は保険者から支払われます。難病患者などは自己負担額が軽減されます。

👉 食事代も全国一律

入院した際に医療機関から提供された「食事」の値段は、診療報酬と同様に、全国一律で料金が定められています。「入院時食事療養費」と呼ばれ、これまで通常、1食あたり640円でしたが、2024年6月から30円引き上げられ、670円となりました。これは食材費の高騰に伴う医療機関の負担増を抑える目的で、患者の自己負担額が30円引き上げられたためです。少し高いと思うかもしれませんが、者が医療機関に実際に支払う自己負担額はその一部で、残りの金額は保険者から支払われます。

👉 患者自己負担は通常1食490円

入院時食事療養費のうち患者の負担する金額は2024年6月から30円引き上げられ、通常1食あたり490円に見直されました。残り180円は保険者から医療機関へと支払われます。例えば、10日間入院して

毎日3食の食事を提供された場合、 $490円 \times 3食 \times 10日 = 14,700円$ が患者の自己負担額となります。

👉 指定難病患者などは負担額が軽減

ある特定の条件に該当する患者の場合は、自己負担額が軽減される制度があります。法律*で規定された指定難病などに該当する患者は、食事療養費の自己負担額が1食280円へと軽減されます。

また、住民税非課税世帯など低所得者区分に該当する患者の場合、自己負担額はさらに軽減される仕組みとなっています。例えば、世帯全員が住民税非課税に該当し、入院日数が90日を超える70歳未満の患者の場合、自己負担額は1食180円となります。

👉 自己負担額は増加傾向へ

食事療養費の自己負担額は、2016年3月以前は260円でしたが、2016年4月より360円へと引き上げられた経緯があります。

そして、2018年4月以降は自己負担額が460円へとさらに引き上げられました。ただし、難病患者や低所得者などは、現状と同じ額に据え置かれます。今回（2024年度）の見直しは、物価や人件費などの高騰で、近年は病院給食の委託単価などが上昇していることなどが背景にあります。

*法律：難病の患者に対する医療等に関する法律ならびに児童福祉法。

👉 治療食を提供した場合は「特別食加算」

そのほか食事療養費には各種加算があります。糖尿病の患者などに対して特別の治療食を提供した場合は「特別食加算」が付加されます。

入院時食事療養費および患者自己負担額(2024年6月～)

入院時食事療養費:1食670円*1

<患者自己負担額>

区分		負担額	
A	B、C、Dのいずれにも該当しない患者	490円	
B	C、Dに該当しない指定難病患者など*2	280円	
C	低所得者II*3	入院日数90日以下	230円
		入院日数90日超	180円
D	低所得者I*4	110円	

※1 流動食のみを提供する場合は1食605円(管理栄養士または栄養士による食事の提供に関する基準を満たしていない医療機関の場合は通常536円、流動食のみの場合490円)。そのほか特別食などを提供した場合、加算が付く。

※2 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者または児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等。

※3 住民税非課税世帯。

※4 住民税非課税かつ所得が一定基準以下の70歳以上の患者。



「医療費の仕組みと基本がよ〜くわかる本」

は、社会保障費の中心的な要素である医療費にスポットをあてて、図表を使ってわかりやすく医療費・診療報酬を解説した入門書です。

患者になったときの診療代はどのようになっているのか、患者さんに対し医療機関窓口で職員としてどのように対応するのかがわかります！

2024年度診療報酬改定に対応した最新【第5版】を秀和システムから発行しました。

好評発売中

～ 2040年問題と政府医療DX ・データヘルス改革の動向～

<連載:第5回>

「健康・医療・介護を支えるデジタルヘルス事例」

わが国の喫緊の課題である「超少子高齢・人口減社会」いわゆる2040年問題へ対応するためには、デジタル技術の活用が不可欠である。今回は前回から引き続き、健康・医療を支えるデジタルヘルス事例について解説する。

生成AIを活用した働き方改革、 新技術開発

国は、医療用の国産生成AI開発プロジェクトを進めている。内閣府の戦略的イノベーション創造プログラム(SIP)事業「統合ヘルスケアシステムの構築」の「日本語版医療LLM (Large Language Models: 大規模言語モデル)の開発ならびに臨床現場における社会実装検証」である。本事業では、汎用Med-LMM (医療用 Large Multimodal Model: 大規模マルチモーダルモデル)や、循環器Med-LMM、がん病変CT用Med-LMM、健診支援Med-LMMなどの開発および社会実装を進めている。自治医科大学や東京大学、九州大学などの研究機関とプレジジョン、さくらインターネット、ELYZAなどの企業が連携して取り組んでいる。

日本救急医学会救急科専門医の園生智弘先生が代表取締役を務めるTXP Medicalは、生成AIによる自動医療文書作成システムを新たにリリースし、横須賀共済病院と亀田総合病院にてトライアル導入を開始した。電子カルテデータからの「退院サマリー」「転科サマリー」「紹介状(診療情報提供書)」といった医療用文書の自動生成を通して、医療従事者の負担軽減をめざしている。

富士フイルムは、医学文書に最適化した独自の自然言語処理技術「読影レポート構造化AI」を開発した。大阪大学大学院医学系研究科 人工知能画像診断学共同研究講座において構築した、過去10年分以上のCT/MRI検査などの読影レポート約20万件のデータセットを活用した。将来的には、本データベースと医用画像内の所見位置とを紐づける技術を開発することで、さまざまな疾患に特化した画像診断支援機能(CAD)の正解データを自動的に大量生成できるようになり、全身の異常疾患を網羅的に見つけるようなAI技術の開発加速が期待されている。

AI・デジタル技術を活用した健康管理

今年10月まで開催されていた、大阪・関西万博の大阪ヘルスケアパビリオンでは、多くの来場者が「カラダ測定ポッド」(図1)により自身の健康データを測定し、それをもとに生成された25年後の「ミライのじぶん」を体験した。博報堂は、BIPROGY、JR西日本と「PHR (パーソナルヘルスレコード)コネク共同企業体」を構成し、大阪・関西万博の「カラダ測定ポッド」の活用を継続し、心血管、筋骨格、髪、肌、脳などの健康データの計測サービスを提供する予定であ

る。ヘルスケアデータと行動データの掛け合わせによる、よりパーソナライズされた体験の提供などをめざす。

アジア最大級のエレクトロニクスショーである「CEATEC 2025」(2025年10月、幕張メッセ)において、シャープは独自の非接触ヘルスケアセンシング技術を搭載した、ス

マートミラー (図2)を参考出展した。わずか数秒間、顔をかざすだけで、個人認証とバイタル測定が可能である。日常生活で意識すること無く健康管理が行え、毎日続けることで、AIが暮らす人に寄り添ったアドバイスも提供し、自然と健やかになる暮らしをサポートする。



図1 カラダ測定ポッド(出典:博報堂)

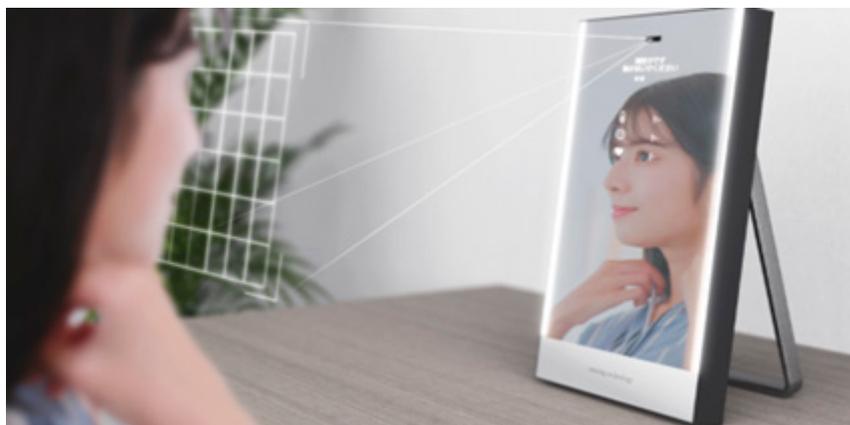


図2 スマートミラー (出典:CEATEC 2025 Webサイト)

光城 元博(みつぎもとひろ)



富士フイルム株式会社 メディカルシステム事業部 ITソリューション部 マネージャー
上級医療情報技師、診療情報管理士、保健医療福祉情報システム工業会(JAHIS) 運営幹事、医療情報標準化協議会(HELICS協議会)副会長、日本医療情報学会 医療情報技師育成部会 広報・渉外委員長。

2001年日立製作所入社。医療IT製品の企画、事業開発などに従事。
2021年富士フイルムヘルスケア入社、2024年より現職。

一厚生行政ダイジェスト

内科症例の看護必要度、新たな評価の具体案

2026年度の診療報酬の改定に向けて中央社会保険医療協議会では、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しの議論を進めています。内科系の症例や手術をしない症例が多い病院への新たな評価が大きな焦点で、救急搬送の受け入れ件数を指数化し、看護必要度の該当患者の割合を底上げする案を軸に検討します。

一般病棟用の看護必要度を巡っては、厚生労働省の分析で、

- 手術がない症例や内科系の症例は「手術あり」に比べ看護必要度の「A項目」(モニタリング・処置等)と「C項目」(手術等の医学的状況)で評価されにくく、「B項目」(患者の状況等)の評価が高い
 - 救急搬送からの入院や緊急入院の症例では内科系や手術なしの割合が高い
- という傾向にあることが分かっています。

2024年度の診療報酬改定では、急性期一般入院料1で「B項目」(患者の状況等)を除外するなど看護必要度が大幅に見直され、病院団体などが内科系中心の病院への影響の大きさを指摘しています。そのため厚生労働省は2026年度の改定で、救急搬送を積極的に受け入れて内科系や手術なしの症例の割合が高い病院に配慮する方針で、看護必要度の新たな評価方法や評価項目の修正を中医協で議論しています。

それらのうち新たな評価方法については、救急搬送された入院患者への評価のウエートを増すため、

- A項目の「専門的な治療・処置」のうち「緊急に入院を必要とする状態」の評価期間(現在2日)を延長〈案1〉
 - 病院の救急搬送件数の実績を使い病棟の該当患者の受け入れ割合を底上げ〈案2〉
- が浮上しています。

厚生労働省は10月8日、案1を採用すると、本来は不要な入院を誘発したり入院期間の延長を促したりしかねないことを指摘し、慎重な姿勢を示しました。一方、案2に関してはこれまでよりも踏み込んで、前年の救急搬送件数(1床当たり)を指数化し、該当患者の割合が15%の病棟の場合、5%分を上乗せするというイメージを出しました。入院しない症例や入院期間が短い症例も評価するので、この方法なら入院延長へのインセンティブが生まれにくいとしています。さらに、救急搬送へのインセンティブが生じるのを防ぐため、案2に関して救急患者だけでなく「協力施設入所者入院加算」の対象患者を加えて評価することも提案しました。

「かかりつけ医機能」報告、診療報酬と「整合を」

中央社会保険医療協議会は10月17日、2026年度の診療報酬改定に向けて外来医療を議論し、機能強化加算など医療機関の「かかりつけ医機能」を評価する診療報酬の見直しを巡り、意見が対立しました。

厚生労働省は、2026年度の報酬改定に向けた論点として、「かかりつけ医機能」を評価する診療報酬のうち機能強化加算の見直しを挙げました。機能強化加算は、外来患者の一元的な服薬管理など病院(許可病床200床未満)や診療所の診療機能を評価する診療報酬で、地域包括診療料や小児かかりつけ診療料を届け出るなど施設基準をクリアすると、全ての初診の患者に一律で80点を算定できます。

厚生労働省は、「かかりつけ医機能」の報告制度が4月に施行されたことを受け、これまでの診療機能への評価を2026年度に見直すことを想定しており、さらに、機能強化加算を届け出ている医療機関による診療実績のデータ提出を促したい考えです。

サイバー攻撃対応 医療復旧への初動対応を継続支援

政府の「サイバーセキュリティ推進専門家会議」は10月30日、インシデント発生時の診療などの復旧に向けた初動対応の継続支援などを盛り込んだ「新たなサイバーセキュリティ戦略」の案をおおむね了承しました。近くパブリックコメントを実施し、年内にも新たな戦略を策定します。

サイバー攻撃を巡っては、医療分野ではこれまで、外部の委託先でのセキュリティー対策や委託元による監督が不十分だったことなどから、サイバー攻撃により長期間にわたり診療に大きな影響を及ぼす事案が発生しています。この日の専門家会議で示された新たな戦略の案によると、インシデントの発生による診療などへの影響を最小限にするため、国は医療機関などに対して「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を周知・啓発するほか、復旧に向けた初動対応支援などを引き続き実施します。また、攻撃の侵入経路となり得る外部ネットワーク接続点の管理支援も継続します。さらに国は、外部接続点の適正化などを含む同ガイドラインの順守のための支援を進めます。

また、医療機関での外部接続点の一部である医療機器についても、サイバーセキュリティーを強化するための製造販売業者向けガイドラインの作成や支援も行います。

在宅医療で積極的役割担う医療機関 指針と異なる実態

厚生労働省が都道府県に実施した2025年度の調査によると、第8次医療計画に位置付けられた積極的に在宅医療を担う医療機関の3割近くが薬局や訪問看護ステーションなど病院や診療所以外の施設だったことが分かりました。指針では、病院と診療所だけが指定されることになっており、この実態に疑問の声も上がっています。

増加する在宅医療のニーズに対応するため、国は2024年度から始まった第8次医療計画で「積極的役割を担う医療機関」や「必要な連携を担う拠点」を設置しました。厚生労働省は10月29日の「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」で状況を報告しました。

積極的役割を担う医療機関として指定された数は1万1,309カ所。機能強化型を含む在宅療養支援診療所や、在宅療養支援病院など病院や診療所で7割を超え、8,350所でした。残りの2,959カ所(26.2%)は、在宅患者の薬学管理などを実施している薬局や機能強化型を含む訪問看護ステーションが指定されていました。

国の「在宅医療の体制構築に係る指針」では、積極的役割を担う医療機関は病院と診療所と定めており、指針と異なる状況を疑問視する構成員もいました。

厚生労働省の担当者は、「望ましくない」との認識を示し、各地域で求められている在宅医療に関する機能を把握しながら、適切な医療機関を位置づけるよう促す方針を示しました。

厚生労働省は都道府県に対し、積極的に在宅医療を担う医療機関を指定する際に考慮した事項についても複数回答で調べました。最も多かったのは、「夜間・休日や医師不在時、患者の病状の急変時などで診療の支援を行う役割」(61.7%)でした。ほかに、「医療や介護などのサービスが十分に確保できるように関係機関に働き掛ける役割」(48.9%)、「患者の病状が急変した際の入院を受け入れる役割」(40.4%)などの回答も目立ちました。

医療経営にも役立つ！

今月のドラッカーの名言

マネジメントの父と称されるピーター・F・ドラッカーの言葉から、医療経営を担う経営者や管理者、医療現場の職員の皆さまの日々の活動に役に立つものを取り上げて発信していきます。

今月の名言

“貢献を意識する時に初めて成果は上がる。”

(P.F.ドラッカー著「経営者の条件」(ダイヤモンド社)より)

解説



『貢献に焦点をあわせることによって、自らの専門分野だけでなく、組織全体の成果に注意を向けるようになる。』

成果が存在する唯一の場所である外の世界に注意を向けるようになる。』

とドラッカーは説きます。

自分中心の仕事では成果を生みません。成果とは外部にあらわれるものであり、組織・患者様への貢献です。貢献の意識を持たない人が成果を生み出すことはありません。成果を上げるためには、貢献の意識、つまり何が求められているかという観点から仕事を進めなければいけません。

組織・患者様への貢献というと皆さんは何を連想されるでしょうか？滅私奉公的な働き方を思い浮かべてしまう方もいらっしゃるかもしれません。しかし、ドラッカーが言う貢献とは、単に与えられた仕事をこなすだけでなく、真にその組織の目的・目標に合致した仕事をしているか、患者様の心に寄り添った仕事をしているか等、あなたの仕事の質を向上して、組織の成果につなげていくための方策の一つではないでしょうか？

医療機関の“後継者問題”でお困りの方へ 最適な候補者とのマッチングを支援します

診療所など医療機関の事業承継・M&Aなら

the 医療承継



クリニックに特化

当社は他のM&A会社とは違い、クリニックに特化した事業承継（M&A）を支援していますので、クリニックの事業承継に関する情報を豊富に取り扱っています。



医療機関専門の コンサルタントが対応

当社は医療経営に精通したコンサルタントが、アドバイザーとして担当します。事業承継だけでなく、クリニック経営に関することも含めてワンストップで相談していただけます。



25年超のコンサルティング実績

当社では、医療機関に特化したコンサルティングだけで25年以上やっています。これまで培ってきたノウハウや知見が、事業承継、その後のクリニック経営にもお役に立てると考えています。

クリニックの事業承継支援

クリニックに特化した事業承継の支援をしています。一般企業や病院、介護施設、調剤薬局などを一緒に扱っている会社もありますが、当社はクリニック専門です。これまで25年超のコンサルティング業務で培ってきたネットワークを通じて、最適な候補者とのマッチングを支援します。



◆お問い合わせ・ご相談：医療総研株式会社 森田 morita@iryso-oken.co.jp

医療総研株式会社

記事へのご質問や経営に関する
ご相談などお気軽にご連絡ください。

発行責任者：伊藤 哲雄

東京都渋谷区渋谷1-7-5
青山セブンハイツ804

TEL :03 - 6451 - 1606

FAX :03 - 6451 - 1607

e-mail : otoiawase@iryo-soken.co.jp

