

◆ 新たな地域医療構想に関する  
取りまとめ概要

◆ 新たな地域医療構想ガイドライン  
に関する議論、活発化

Vol. 161 2025

9-10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4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」



# 新たな地域医療構想に関する取りまとめ概要

～ 2024年12月18日

## 新たな地域医療構想に関する検討会～

昨年12月18日に開催された『新たな地域医療構想に関する検討会』において、新たな地域医療構想に関する考え方の取りまとめが報告されています。

本稿では、あらためてその概要をご紹介します。

### 📌 基本的な考え方

○ 2040年頃をとりまく状況と課題、現行の地域医療構想の評価と課題等を踏まえ、2040年に向けて、病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう、新たな地域医療構想を策定・推進するべきである。

○ 2040年やその先を見据えて、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要である。

このため、新たな地域医療構想を通じて、病床の機能分化・連携に加え、地域ごとの医療機関機能(高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等)及び広域な観点の医療機関機能(医育及び広域診療等の総合的な機能)の確保に向けた取組を推進するべきである。

○ 新たな地域医療構想については、2025年度に国で新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを検討・作成し、都道府県において、医療機関からの報告データ等を踏まえながら、2026年度に地

域の医療提供体制全体の方向性、必要病床数の推計等を検討・策定、2027年度から2028年度までに医療機関機能に着目した地域の医療機関の連携・再編・集約化の協議等を行うことが考えられる。

このため、現行の地域医療構想の取組について、2026年度も継続することとし、新たな地域医療構想については、2027年度から順次取組を開始することとし、円滑な移行を図ることが適当である。

### 📌 新たな地域医療構想の位置付け

○ 新たな地域医療構想については、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的として、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置付けることが適当である。

○ 具体的には、現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして、病床の機能分化・連携に向けた取組を進めてきたが、新たな地域医療構想においては、医療提供体制全体を対象として、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、

病床の機能分化・連携等に関する事項を定めるものとするのが適当である。

○これに伴い、新たな地域医療構想については、医療計画の上位概念として位置付け、医療計画については、その実行計画（6年間、一部3年間）として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者確保等の具体的な取組を定めることとし、救急医療施設の役割分担・連携、医師や看護師等の医療従事者確保も含め、医療提供体制の確保に向けた取組について中長期的な需要等を踏まえて計画的に進めることが適当である。その際、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業支援計画等の各種計画との整合性を図ることが適当である。

なお、高齢化が進み、生産年齢人口が減少する中、今後の医療従事者の育成・確保についての検討が重要であるとの意見があった。

○地域医療構想の具体的な記載事項としては、以下の事項を盛り込んだ上で、新たな地域医療構想の実現に向けて、データに基づき、PDCAサイクルに沿って医療機関機能及び病床機能の確保に向けた取組を推進することが適当である

- ・地域の医療提供体制全体（入院医療、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等）の将来のビジョン・方向性
- ・構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
- ・構想区域における将来の病床数の必要量
- ・地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
- ・地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- ・医療機関機能の情報提供の推進
- ・病床機能の情報提供の推進

なお、これらの具体的な記載内容等については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

図表1 新たな地域医療構想に関する取りまとめの概要

| 医療提供体制の現状と目指すべき方向性                                                                                                       |                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、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を構築 |                                                     |
| ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築                                                                    |                                                     |
| ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする                                                                                             |                                                     |
| 新たな地域医療構想                                                                                                                |                                                     |
| (1) 基本的な考え方                                                                                                              | (3) 地域医療介護総合確保基金                                    |
| ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進<br>(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)                        | ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加                                |
| ・新たな構想は27年度から順次開始<br>(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)                                | (4) 都道府県知事の権限                                       |
| ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める                                                                           | ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)                       |
| (2) 病床機能・医療機関機能                                                                                                          | ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等                               |
| ① 病床機能                                                                                                                   | ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可                    |
| ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「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                                                           | ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める |
| ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)                                                                                              | (5) 国・都道府県・市町村の役割                                   |
| ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告                                      | ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)                 |
| ③ 構想区域・協議の場                                                                                                              | ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める                    |
| ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)                                                                | ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用                      |
|                                                                                                                          | (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け                          |
|                                                                                                                          | ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする                          |

出典：厚生労働省 2024年12月18日『新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ』

# 新たな地域医療構想ガイドライン に関する議論、活発化

## ～急性期拠点機能の集約化に向けた 具体的な方向性(案)が示される～

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、その内容の一部をご紹介します。

2040年頃を見据えた日本の医療提供体制は、生産年齢人口の急激な減少と高齢者人口の増加という大きな課題に直面しています。こうした背景のもと、厚生労働省では「新たな地域医療構想」の策定が進められており、従来の「病床機能報告」に加え、各医療機関が地域で果たすべき役割を明確にする「医療機関機能報告」が新たに求められることになります。8月8日に開催された第2回検討会において、特に「医療機関機能」(急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能など)の具体的な考え方や、急性期拠点機能の集約化の目標、そしてその協議の際に参照すべきデータなどについて議論が行われました。

### 👉 医療機関機能の類型とその役割

新たな地域医療構想では、構想区域ごとに4つの医療機関機能に整理することが検討されています。

- ① 急性期拠点機能: 手術や救急医療など、多くの医療資源を要する症例を集約し、医療の質と医療従事者の持続可能な働き方を確保する役割を担います。
- ② 高齢者救急・地域急性期機能: 高齢者をはじめとする救急搬送を受け入れ、早期からの

リハビリテーションや退院調整を行い、退院後のリハビリテーション提供までを確保します。必要に応じて専門病院や施設との連携も行います。

③ 在宅医療等連携機能: 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護・介護等と連携した24時間対応や入院対応を行います。

④ 専門等機能: 上記に当てはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期入院医療機能、有床診療所が担う地域に根ざした診療機能、特定の診療科に特化した医療などを提供します。

そして、広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医育及び広域診療機能が挙げられています。これは大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担う機能です。またこれらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行います。

### 👉 急性期拠点機能の集約化とその検討課題

特に注目されているのが「急性期拠点機能」



の集約化です。人口減少に伴い、急性期医療の患者数や医療従事者数も減少する見込みであり、医療の質の確保、病院経営の維持、医師の働き方改革の推進のためには、症例や医療資源の集約化が不可欠とされています。そこで集約化にあたって、つぎの観点から議論が進められています。

#### 【急性期拠点機能を持つ病院数の目安の設定】

急性期を担う医療機関は、医療提供体制の維持のために、医療従事者や設備等に係る固定的な費用に加えて、変動費である医薬品費・材料費比率も高く、必要な収益規模が大きくなる傾向にあります。

そのため、地域において急性期の総合的な診療体制を維持するためには、一定の病床数が必要となります。そこで厚生労働省は、地域の人口規模に応じて以下のような目標数を提

示しています(図表1)。

○ 人口100万人以上の大都市:構想区域内に複数の急性期拠点機能を確保。ただし、東京などの極めて人口の多い地域については、患者の広域移動などの特殊性から別途整理を進める必要があるとされています。

○ 人口50万人程度の地方都市:構想区域内に1～複数の急性期拠点機能を確保。

○ 人口30万人未満の地域:手術等の医療資源を多く投入する医療行為を集約化し、構想区域内に1施設の急性期拠点機能を確保。地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能を兼ねることも想定されます。特に人口20万人未満の地域では、急性期拠点機能の確保の可否や、構想区域の拡大も検討が必要です。

図表1 地域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方(案)

| 区域       | 現在の人口規模の目安                                                 | 急性期拠点機能                                                                                                                                                                                                                 | 高齢者救急・地域急性期機能                                                                                                    | 在宅医療等連携機能                                                                                                            | 専門等機能                                                                                                                                                 |
|----------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大都市型     | 100万人以上<br>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理  | <ul style="list-style-type: none"> <li>将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保</li> <li>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul> ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援</li> <li>高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>高齢者等の中長期にわたる入院医療等</li> </ul> |
| 地方都市型    | 50万人程度                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保</li> <li>都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> </ul> ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応</li> <li>手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>  |                                                                                                                                                       |
| 人口の少ない地域 | ～30万人<br>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定 | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する</li> <li>地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる</li> </ul> ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる | <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>     |                                                                                                                                                       |

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

出典：厚生労働省 第3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



## 【集約化に向けた協議のため検討事項とデータ】

どの医療機関が急性期拠点機能を担うかを地域で協議する際には、以下のデータや観点を参考にすることが提案されています（図表2）。

- 診療実績：救急車受け入れ件数、全身麻酔手術件数、緊急手術件数。
- 医療提供体制：急性期病床数および稼働率、医師数等の医療従事者数。
- 施設・設備：医療機関の築年数、医療機器の状況（例：手術用支援機器の台数と稼働率）。

しかし、これらの数値を絶対的な基準とすることには慎重な意見も出ています。例えば、救急車の受け入れ件数を基準とすることで、不要な救急要請を招いたり、適切な機能分化を阻害したりする懸念があります。また、全身麻酔手術件数を基準とすると、外来で局所麻酔可能な症例でも全身麻酔に切り替えるといった「モラルハザード」のリスクも指摘されています。そのため、これらのデータはあくまで参考とし、地域の実情に応じた柔軟な協議が求められています。

## 📌 その他の機能と医療従事者確保の重要性

「高齢者救急・地域急性期機能」と「在宅医療等連携機能」については、急性期拠点機能とは異なり、柔軟な整備が想定されています。高齢者救急・地域急性期機能は、入院早期のリハビリや退院調整、高齢者施設との協力体制が求められ、特に85歳以上の高齢者に多い疾患の受け入れが重要となります（図表3）。

在宅医療等連携機能は、地域での在宅医療の提供や訪問看護の支援、緊急時の患者

受け入れ体制の確保が求められ、特に在宅医療の提供が少ない地域では、医療機関が積極的に在宅医療を提供することも期待されます。

これらの医療機能の確保を支える上で、医療従事者の確保は喫緊の課題です。医師の地域偏在や診療科偏在、若手医師の地方からの流出に加え、診療所の医師の高齢化が進んでいます。また、看護師、薬剤師、歯科医師などの職種においても、需給の不均衡や偏在が見られます。特に、病院薬剤師の確保は喫緊の課題であり、病棟薬剤業務やチーム医療への貢献が期待されています。

2040年を見据えた新たな地域医療構想は、人口構造の変化に対応し、持続可能で質の高い医療提供体制を構築するための重要な指針となります。

医療機関機能の明確化と集約化、特に急性期拠点機能の効率的な配置は、医療資源の有効活用と医療の質の維持に不可欠です。

同時に、医療従事者の確保と適切な配置、タスクシフト・シェアの推進、医療DXによる業務効率化などを総合的に進める必要があるとしています。

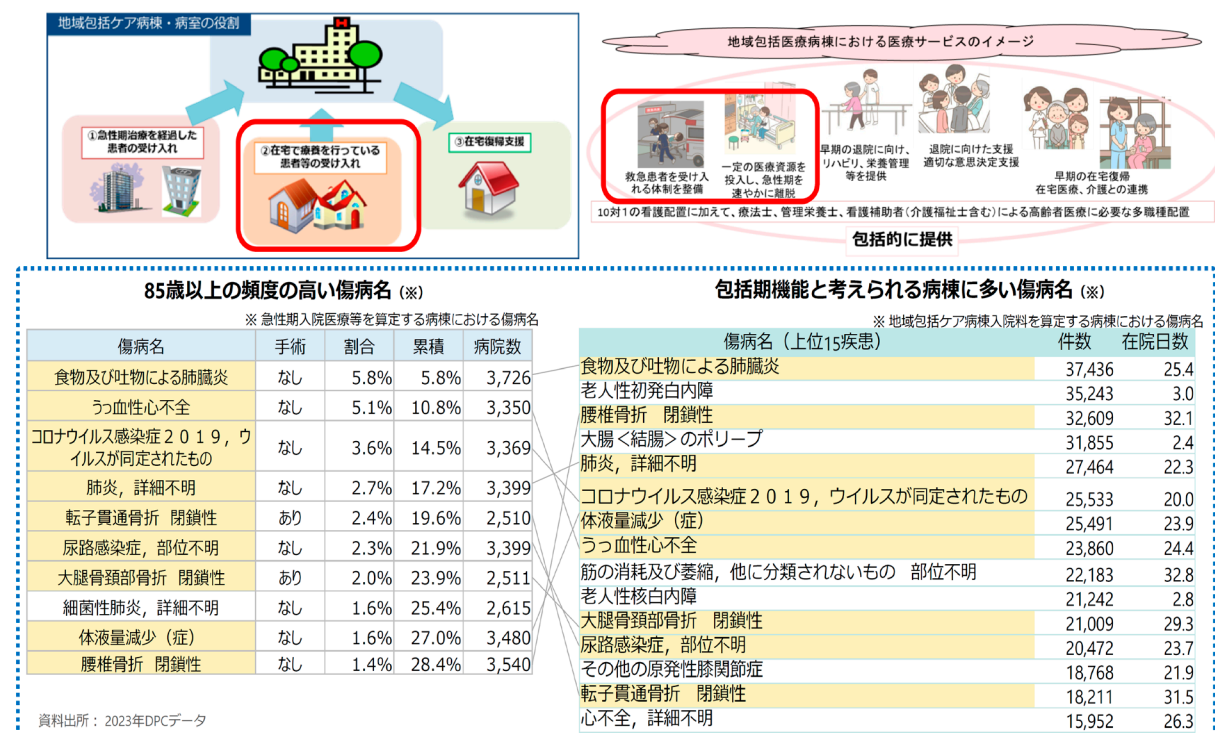
医療従事者の確保についても、新たな地域医療構想策定ガイドライン等に盛り込んでいく方針が示されています。

図表 2 医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ(案)

|               | 求められる具体的な機能や体制                                                                                                                                                                                                                                                                | 協議のためのデータ                                                                                                                                                                                                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 急性期拠点機能       | (急性期の総合的な診療機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療の提供</li> <li>手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供</li> </ul> (急性期の提供等にあたっての体制について) <ul style="list-style-type: none"> <li>総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率</li> <li>急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設</li> </ul>                         | ○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>救急車受け入れ件数</li> <li>各診療領域の全身麻酔手術件数</li> <li>医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>急性期を担う病床数・稼働率</li> <li>医療機関の築年数、設備(例:手術室、ICU)等</li> </ul> |
| 高齢者救急・地域急性期機能 | (高齢者救急・地域急性期に関する診療機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者に多い疾患の受入</li> <li>入院早期からのリハビリテーションの提供</li> <li>時間外緊急手術等を要さないような救急への対応</li> <li>高齢者施設等との平時からの協力体制</li> </ul>                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>救急車受け入れ台数(人口の多い地域のみ)</li> <li>医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>包括期の病床数</li> <li>地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況</li> <li>医療機関の築年数</li> <li>高齢者施設等との連携状況</li> </ul> 等                     |
| 在宅医療等連携機能     | (在宅医療・訪問看護の提供) <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供</li> <li>訪問看護STを有する等による訪問看護の提供</li> </ul> (地域との連携機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の訪問看護ステーション等の支援</li> <li>高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受け入れ体制の確保等、平時からの協力体制</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所・病院の届出状況</li> <li>地域における訪問診療や訪問看護の提供状況</li> <li>医療機関の築年数</li> <li>高齢者施設等との連携状況</li> </ul> 等                                                                       |
| 専門等機能         | <ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>高齢者等の中長期にわたる入院医療</li> </ul>                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況</li> <li>有床診療所の病床数・診療科</li> </ul> 等                                                                                                      |

出典：厚生労働省 第2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・医療従事者の確保)」より抜粋

図表 3 高齢者救急・地域急性期機能について



出典：厚生労働省 第2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・医療従事者の確保)」より抜粋



## 施設基準の届出 年1回の定例報告も必須

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。

医療機関は、該当する施設基準を地方厚生局に対して届け出ます。  
届出後、施設基準が適切に守られているかどうか確認を行うため、毎年7月の「定例報告」や、地方厚生局が医療機関に赴く「適時調査」などが行われています。

### 👉 施設基準の届出は毎月1日が締め切り

医療機関が施設基準を届け出る際の大まかな流れを解説します。

まず、医療機関では、施設基準の届出のための書類を作成します。あらかじめ定められた様式のことを、地方厚生局のホームページなどからダウンロードし、届出に必要な事項を記載します。

書類の作成後、管轄の地方厚生局へと提出します。毎月1日が締め切りとされ、締め切りを過ぎて提出した場合、診療報酬の算定は翌月からとなります。

例えば、9月1日に急性期一般入院料1の施設基準を届け出た場合、9月1日から急性期一般入院料1の診療報酬を算定することができますが、9月2日に届け出た場合は、診療報酬の算定は10月1日からとなります。

### 👉 地方厚生局が届出内容を確認

地方厚生局は、医療機関が提出した書類をもとに、施設基準を満たしているかどうか審査を行います。提出した書類に不備などがある場合、地方厚生局から医療機関に連絡が入ります。届出内容に不備がない場合は、届出受理の通知が医療機関に送られます。併せて、レセプトを審査する審査支払機関に対しても、届出を受理したことが報告されます。

### 毎年7月の定例報告を義務付け

医療機関では、施設基準を届け出た後も、適切に基準を守ることが求められます。年に1回、医療機関は地方厚生局に対して施設基準に関する定例報告を行うことが定められています。毎年7月1日時点の状況を報告し、施設基準が適切に守られているかどうか確認が行われます。

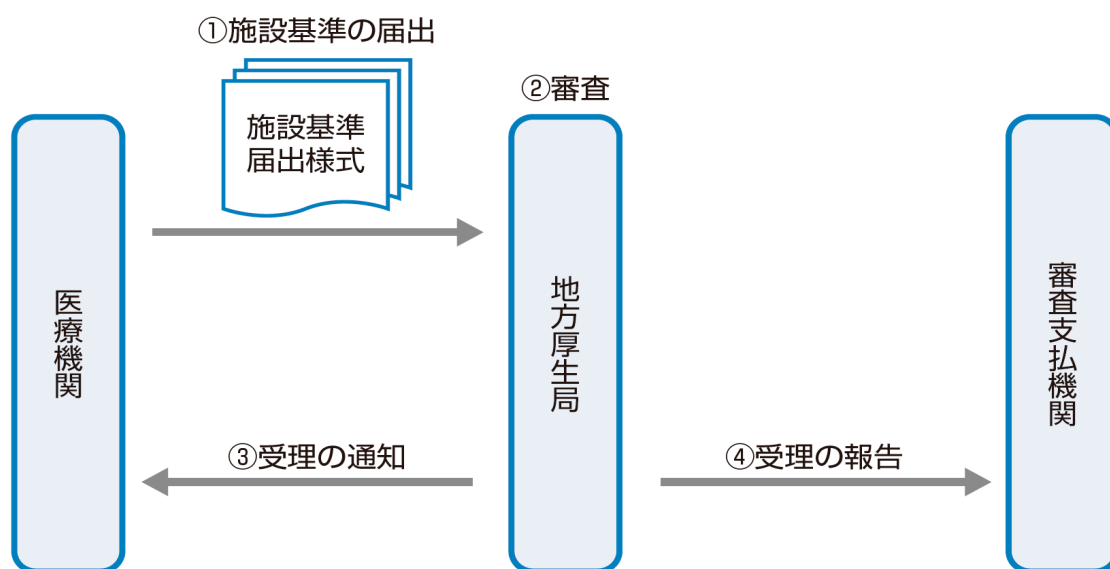
## 👉 適時調査や個別指導で基準をチェック

定期的に地方厚生局が医療機関に出向き、基準の確認や指導も行われます。原則年に1回、地方厚生局の担当者が医療機関を訪れ、施設基準に関する書類の確認などを行うことを「適時調査」といいます。適時調査で、もしも施設基準を満たしていないことが発覚した場合、施設基準の届出を

辞退し、さらには診療報酬の「自主返還」を求められることもあります。

また、新規に開業した医療機関や、診療報酬の請求点数が高い医療機関などを対象にした「個別指導」と呼ばれる面接もあります。そのほか、管轄の保健所によって、医療法が遵守されているか確認する「立入検査」も年1回行われます。

### 施設基準の届出の流れ



### 「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4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。今回は健康・医療・介護を支えるデジタルヘルス事例について解説する。

#### 診断・治療補助アプリ、AI

これまでの薬物療法に代えて、医師が患者へ「処方」として提供する治療用アプリは、「DTx (Digital Therapeutics: デジタルセラピューティクス: デジタル療法)」として、先行する欧米では国の承認を得て保険償還されるかたちで実際に患者へ処方され始めていた。日本初の保険償還できる治療アプリは、ニコチン依存症治療アプリ「CureApp SC」であり、2020年8月に薬事承認を得て、同年12月に保険収載された。

疾病の診断を支援するアプリとして2020年9月、日本の厚生労働省が、Apple Watchを用いる「Appleの不規則な心拍の通知プログラム」を医療機器として承認した。2024年6月には「Appleの心房細動履歴プログラム」、同年8月には「Appleの睡眠時無呼吸症の兆候の通知プログラム」を承認した。疾病の兆候をアプリから本人へ通知し、医療機関の受診を促す。先進的な医療機関では「Apple Watch外来」や「スマートウォッチ外来」を開設し、日常生活で発生したデータを重視する診断や治療、健康管理を行っている。

高血圧治療補助アプリ「CureApp HT」は、スマートフォンに記録された家庭血圧や食塩摂取量の推移をもとに、AIが患者に合わせた指導内容を提供する。2022年4月に薬事承認を得て、同年9月に保険収載さ

れた。筆者はこのアプリで治療を受けた経験がある。実際のアプリ処方箋の例(図1)とアプリ画面の例(図2)を示す。

アプリをダウンロードしたのち、医師より発行されたアプリ処方箋に記載されたQRコードを読み込むと、アプリが有効となる。筆者の生活データに基づきAIが減塩、運動、睡眠時間の確保などのオススの行動目標を10～20提示する。その中から3つを選択し、達成度合いを日々記録する。これを約10日間のサイクルで6か月間繰り返す。アプリ治療により筆者は薬による高血圧治療から卒業した。

#### 健康づくり・介護予防アプリ、AI

大阪・関西万博において経済産業省は、PHR等の健康アプリを来場者に体感してもらい、国民のヘルスケアデータ連携の意識が変革することをめざし、10のユースケースを出展した。各PHRの情報連携基盤を、PHR CYCLEと呼ぶ(図3)。

介護予防には、運動や食事などのケアに加え「社会参加」が重要である。日立製作所が開発したアプリ「社会参加のすゝめ」は、スマートフォンを持ち歩くだけで、利用者の社会参加の度合いを自動で測定し、レポートやグラフなどで確認できる。

富士フイルムと順天堂大学は、AI技術を用いて外来患者の転倒リスクを予測する技術を共同で開発した。外来患者の転倒リ

スクを高い精度で予測できるようになり、介護が必要となった原因の上位である転倒・骨折を防ぐことを支援する。

図1 アプリ処方箋の例

図2 アプリ画面の例

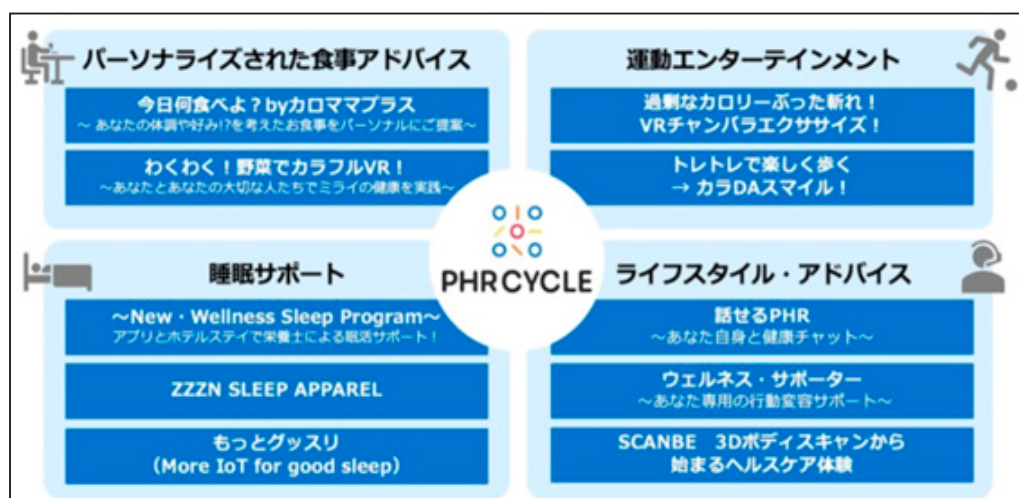


図3 PHRユースケース

## 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

## 日本病院会など3団体、「病院総合医」認定事業をスタート

日本病院会など3団体は、原則2年間の研修を受けた医師を「病院総合医」として認定する事業を共同で開始しました。研修の修了者に今後の医療現場で中心的な役割を果たしてもらうとともに、医師の偏在解消のきっかけにしたい考えです。事業は、日本病院会と全国自治体病院協議会、全国国民健康保険診療施設協議会によるもので、総合的な診療能力を備えた医師の養成など5つの理念と、臨床能力・社会性・人間性・倫理観の4つの到達目標に基づき研修を行います。総合医の経験がない医師は原則として計2年間の研修を受けますが、総合医の実績が既に十分あると病院管理者や研修担当の医師が判断し、3団体が設置する委員会で認められれば、研修期間の短縮などが可能となります。

研修の参加要件は、○3団体の会員施設に勤務するか、勤務しようとする医師、○臨床研修期間を含め臨床経験が6年以上、○3団体の共同認定の理念に基づき今後診療するか、その予定がある医師、○委員会に承認された施設での研修の受講—の4つです。これらを満たす参加希望者が委員会に申請し、認められれば会員施設の医師は3万円、それ以外の医師は10万円の参加料を納入します。

受講者は研修後、修了の証明書や到達目標に関するチェックリスト、レポートなどを委員会に提出し、それらを踏まえ委員会が審査し、評価基準を満たしたと判断すれば病院総合医として認定します。認定期間は5年で、修了者は認定から更新までの間の病院総合医の診療実績や活動経験に関するレポートのほか、到達目標に関する研修会やセミナーなどの受講履歴の証明書などを提出します。

3団体では、個々の専門性や経験を生かして総合医として新たなキャリアを形成する仕組みをつくり、地域医療の最前線で「かかりつけ医機能」を学ぶことが医師偏在の解決の糸口になるとして、研修の受講を呼び掛けている。

## 「高度急性期＋急性期」は9.2万床減、2015年度比

厚生労働省は7月24日、2024年度病床機能報告の速報値を公表しました。高度急性期と急性期の全国ベースでの病床数は計67.3万床(全体の57%)で、2015年度の76.5万床から9.2万床減少しました。慢性期は5.6万床減の29.9万床(同25%)。回復期は7.7万床増の20.7万床(同18%)でした。高度急性期と急性期の2024年度の内訳は、高度急性期が15.8万床(全体の13%)、急性期が51.5万床(44%)。2015年度に比べて高度急性期は1.1万床、急性期は8.1万床減少しています。

4つの病床機能全体では7.3万床減の117.8万床でした。ナショナルデータベースやDPCの2013年度のデータ、2013年3月の将来推計人口(中位推計)などに基づいて国が推計した2025年の必要病床数(119.1万床)を1.3万床下回っています。

病床機能別では、高度急性期は2.8万床、急性期は11.4万床、慢性期は1.5万床、いずれも2025年の必要病床数を上回っています。これに対して、回復期は必要病床数を16.8万床下回っています。

厚生労働省は、病床機能報告の集計結果と必要病床数は計算方法が異なるため、単純に比較するのではなく、詳しい分析や検討を行い地域で役割分担を協議することが重要だとしています。

## 時間外労働の上限特例、B水準は417機関

厚生労働省は7月31日の中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で、医師の働き方改革に伴い救急医療などの業務に従事する医師の時間外・休日労働時間の上限を年1,860時間に期限付きで緩和する「B水準」の医療機関が、2024年12月時点で全国に417カ所あったと報告しました。

医師の時間外・休日労働時間の罰則付き上限規制が同年4月から適用されたのに伴い、時間外・休日労働が年960時間を超えることがやむを得ない医師が勤務している医療機関は、「特定労務管理対象機関」の指定を都道府県から受ける必要があります。その指定により、勤務医の時間外・休日労働時間の上限を年1,860時間とする特例水準の対象医療機関となります。

特例水準は、▽救急医療などの業務に従事する医師の上限を年1,860時間に期限付きで緩和する「B水準」、○派遣先での兼業・副業を含めて上限を年1,860時間に緩和する「連携B水準」、○研修医や専攻医の上限を年1,860時間に緩和する「C-1水準」、○高度な技術を身に付けるため集中的に勤務する医師の上限を年1,860時間に緩和する「C-2水準」の4パターンとなっています。

厚労省の集計によると、特例水準別ではB水準の指定が417施設と最も多く、次いでC-1水準の133施設、連携B水準の120施設、C-2水準の12施設の順となっています。

## 医療情報の安全管理ガイドライン改定へ

厚生労働省はこのほど、「医療情報の安全管理に関するガイドライン」の改定に向けた論点を提示しました。改定作業班で具体的な議論を進めます。

ランサムウェアによる医療機関などに対する攻撃事案の発生が続いているほか、サイバー対処能力強化法の成立など、サイバーセキュリティへの社会的意識が一層高まっていることを受けての改定となります。またAI サービスやクラウドサービスによる医療情報の取り扱いの拡大、セキュリティ対策技術の進展などへの対応も視野に入れます。

厚生労働省は具体的な論点として、○認証に関すること、○AI 利用時の情報管理、○クラウドサービス、○関連ガイドラインなどとの整合性の確保、○テレワークへの対応、○サイバーセキュリティ対策、○医療機関などでの利用者における理解、○外部委託—の7つを挙げています。

AI 利用時の情報管理に関しては、モデル学習のために医療情報の提供とその解析といったプロセスが存在することから、ガイドラインにおける第三者提供や事業者による解析についての必要な対応を検討することを求めています。クラウドサービスについての検討では、医療機関などが利用する医療情報システムで複数のクラウドサービスの連携が進んでいるとの見方を示して、「よりサプライチェーンリスクを想定した内容の追記」が議論されることになりそうです。サイバーセキュリティ対策では、前回のガイドライン改定後もサイバー攻撃の巧妙化が進んでいることを踏まえ、「ゼロトラスト」対応や振る舞い検知などの有効な対策について、より具体的に示すことを求めています。



# 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

### “自分の強みを知るためには 振り返り分析を行う。”

(P.F.ドラッカー著「明日を支配するもの」(ダイヤモンド社)より)

## 解説



『何かをすることに決めたら、何を期待するかを書き留める。9か月後、1年後に結果と照合する。私自身これを50年間続けている。そのたびに驚かされる。誰もが驚かされる。こうして自らの強みが明らかになる。自らについて知ることのうち、この強みこそ最も重要である。』

とドラッカーは説きます。

強みというのは、自分ではあまりにも当然できてしまうため、気づかないものであるとドラッカーは言います。そのため定期的なフィードバック分析で自分の強みを明確に把握する必要があります。強みが分かってこそ、強みに集

中し、成果を上げることができます。

『成果はその人の持つ強みから生み出される』というドラッカーの言葉は前号でもご紹介しましたが、自らの強みを把握するにも、PDCA(PLAN-DO-CHECK-ACTION)の手法と同様に行っていることには驚かされます。さらに、これを50年間も継続していることには、ただただ驚きの他ありません。

# 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-soken.co.jp](mailto:morita@iryso-soken.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@iryu-soken.co.jp](mailto:otoiawase@iryu-soken.co.jp)

---

