

第36回「国民の健康会議」開催へ

全国公私病院連盟



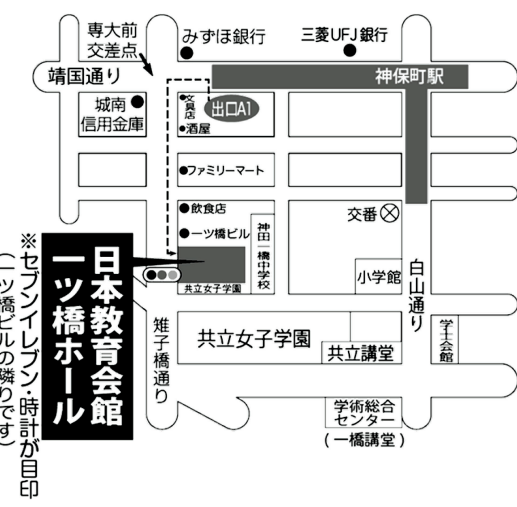
全国公私病院連盟は平成元年から毎年開催している「国民の健康会議」を10月2日(金)に日本教育会館「一ツ橋ホール」(東京都千代田区一ツ橋)で開催します。今年(金)のテーマは、「一病息災」の時代を生きる。その時・その後です。入場は無料です。参加は無料です。

今回、出演いただく3名の方の概略は以下のとおりです。大勢の方の参加をお待ちしております。

◆出演者◆
田中菊雄さん
(講演 13:05-13:50)
がんを克服し71歳でエージシユートを達成。その後も記録を伸ばしエージシユート1,800回超を成し遂げた昭和10年生まれの日本アマチュアゴルフ界の至宝です。

萬田緑平さん
(講演 14:00-15:30)
1964年生まれの在宅ケア医。群馬県で萬田診療所を開き自宅でも最期を迎えたいと願う人たちに寄り添いながら、その人らしい時間を大切にすることを大切にしています。

富司純子さん
(対談 15:40-16:40)
1963年映画デビュー。結婚を機に引退する。結婚を機に引退する。



日本教育会館「一ツ橋ホール」
※セブンイレブン・時計が目印
(一ツ橋ホールの隣りです)

時評
1922年、英国の数学者L.F.リチャードソンは、6万4千人の計算者を巨大ホールに集め、現実の天候変化と同じ速度で予報を計算するという壮大な構想を描いた。技術が追いつかず試みは失敗したが、後にコンピュータと並列計算の発展がその夢を現実のものとし、現代の気象予測の基盤となった。いま医療は、この歴史的転換点と同じ局面に立っている。経験と勘に依存してきた医療は、膨大なデータを統合し未来を予測する精密医療へと移行しつつあり、その中心に生成AIが



位置し始めている。医療は本来、人と人が向き合う営みである。しかし現実には、医師の3〜5割の時間が文書作成などの周辺作業に奪われている。

生成AIはこの構造的な歪みを是正し、医師が患者に向き合う時間を取り戻すための技術として機能し始めている。音声入力によるカルテ自動生成、退院サマリーの下書き作成、

診療報酬算定の支援は、単なる効率化ではなく医療の質を守るための基盤である。

さらに生成AIは、文章生成を超えて医療データの統合し、パターンを抽出し、未来を予測する能力を持つ。画像診断の見落とし防止、治療効果のシミュレーションなど、医療の質を底上げする「第二の医療インフラ」としての役割も期待されている。

こうした課題に対して、DX導入のし、全日病が6月20日の総会で示した医療DX推進の提言は、単なる理念ではなく現実的な解決策の体系である。医療情報の標準化

実現する。さらにDX人材育成は、将来の医療提供体制を支える不可欠な基盤であり、医療の未来を支える柱となるだろう。

医療者の疲弊が深刻化し地域医療が揺らぐ今、生成AIは単なる技術ではなく、医療を持続可能にする社会的インフラである。議論はすでに「使つべきか」ではなく、「どう使えば医療をより良くできるか」へと移行している。医療DXを未来への成長エンジンとするために、制度と財政の両面での抜本的な支援を求めたい。

医療DXを「持続可能な医療の基盤」として確立するために

連盟 副会長 新谷 史明

うことは現実的だろう。DXは稼働後に明確な効率性をもたらす一方、導入段階の負担が重すぎれば、経営破綻を招き、地域医療の崩壊につながりかねない。

はAI活用前提であり、病院間連携の強化は地域医療の持続性を高める。文書作成負担の軽減やAI診療支援の導入促進は医療者の疲弊を防ぎ、PHR活用は患者中心の医療を

(いわき市病院事業管理者)

公私病連ニュース

発行所
一般社団法人
全国公私病院連盟
東京都台東区寿4丁目15-7(〒111-0042)
食品衛生センター7階
TEL03(6284)7180 FAX03(6284)7181
https://www.byo-ren.com/
編集
全国公私病院連盟・広報委員会
毎月1日発行 年間購読料1,000円
(購読料は会費に含まれます)

国民医療の
確保のために
病院診療報酬の
引き上げを

どなたでも参加できます。入場無料です。どうぞご参加ください。

「一病息災」の時代を生きる
その時／その後

第36回「国民の健康会議」(講演会)のお知らせ

日時：令和8年10月2日(金)
午後1時〜5時(受付開始12時〜)

会場：日本教育会館「一ツ橋ホール」
(東京都千代田区一ツ橋2-6-2)

田中菊雄さん(講演 13:05-13:50)
がんを克服し71歳でエージシユートを達成。その後も記録を伸ばしエージシユート1,800回超を成し遂げた、昭和10年生まれの日本アマチュアゴルフ界の至宝です。

萬田緑平さん(講演 14:00-15:30)
1964年生まれの在宅ケア医。群馬県で萬田診療所を開き自宅でも最期を迎えたいと願う人たちに寄り添いながら、その人らしい時間を大切にすることを大切にしています。穏やかな最期を支えるための発信をするとともに、著書には「棺桶まで歩こう」などがあります。

富司純子さん(対談 15:40-16:40)
1963年に映画デビュー。「姉妹花嫁」シリーズで脚光を浴び、1972年結婚を機に引退するも、1983年に女優復帰。1989年に富司純子と改名し映画、ドラマ、舞台など、幅広い分野で活躍。2007年紫綬褒章、2016年旭日小授章を受章。

主催 一般社団法人 全国公私病院連盟
全国公私病院連盟 加盟8団体
公益社団法人 全国自治体病院協議会・全国公立病院連盟・全国厚生農業協同組合連合会・日本赤十字社病院院長連盟・全国済生会病院長会・一般社団法人 岡山県病院協会・日本私立病院協会・一般社団法人 日本公的病院精神科協会

本連盟第67回総会で厚労省迫井事務技官の記念講演があった。今後の医療構想に対して病院側の覚悟を持った取り組みが必要となることを迫る厳しさの一方、医系技官として病院医療への理解と支援の姿勢がうかがわれた。国民医療の六割以上を担う病院の力が政策決定の場に届くようになったのは2005年、中医協へ病院団体代表が参加できるようになったから。その初代代表委員の一人がこのたび退任された邊見前会長。病院医療は多様な機能と業種の複合体であり医師と看護師だけを軸とした旧来の診療報酬体系ではカバーしきれないことが理解され薬剤師や医療技術部門への評価が織り込まれるようになった。徳島弁の混じる邊見先生独特の説得力によって病院医療への理解が進んだが、その評価はなお抑制的で、一例としてメディカルクラークの制度は認定されたものの診療報酬上の評価は職員一人分の人件費に遠く及ばなかった。それから四半世紀、病院医療への社会的理解も進み、医療環境は見違えるように整備され病院では複数の職種が一体となつて日々の業務をこなしている。病院の実情を政策中枢に直接訴えるルートを持たねばならない。邊見先生からの伝言である。(N・A)

地域医療構想策定ガイドライン公表

厚労省医政局は7月3日に「地域医療構想策定ガイドライン」を公表した。同ガイドラインでは、病床削減や医療機関統廃合ありきではなく、地域での自主的な協議を踏まえて、85歳以上の高齢者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て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の構築に向け、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら取り組みを進めるとしている。以下に「地域医療構想策定ガイドライン」を抜粋して掲載することとする。

地域医療構想策定ガイドライン

I. 地域医療構想の考え方(略)

II. 地域医療構想の策定について

1. 医療機関機能報告・病床機能報告

(1) 医療機関機能報告

医療機関は、地域における医療機関機能を都道府県知事に報告することとしており、各医療機関が現に担っている医療機関機能、2040年に担う医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を報告する。

具体的には、毎年の医療機関機能報告において、各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040年において担う医療機関機能、診療実績等を報告する。また、協議において、遅くとも2028年度までに、各医療機関が2040

(2) 病床機能報告

病床の機能区分については、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要なこと等を踏まえ、これまでの4区分のうち、従来の「回復期機能」については、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及び従来の「回復期機能」を併せて、「包括期機能」として位置付けることとしている。

病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、医療機関は、各病床機能区分に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類を参照し、病床機能の報告を行う。

ただし、病床機能報告は、診療報酬上の入院料の種類をもつて機械的に決定されるものではなく、各病床において実際に担っている医療機能や入院患者の状態を含めた客観的なデータ等を踏まえて、医療機関が適切に判断し報告することが重要であることに留意する必要がある。

医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。また、専門等機能を担う医療機関のうち、「集中的なりハビリテーション」を行う医療機関は包括期機能の病床を、「高齢者等の中長期にわたる入院医療機能」を担う医療機関は慢性期機能の病床を有することが想定される。

有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して多様な役割を担っていることを踏まえ、以下のような病床機能の選択が考えられる。

・産科や整形外科等の診療科で手術等を実施している場合Ⅱ急性期機能

・在宅患者の急変時の受入や急性期経過後の患者の受入等、幅広い病期の患者に医療を提供している場合Ⅱ急性期機能又は包括期機能

・療養病床として慢性期の患者の診療を行っている場合Ⅱ慢性期機能

2. 地域医療構想の策定

(1) 2040年までのスケジュール(略)

(2) 検討体制の構築(略)

(3) 策定に向けた協議(略)

(4) 基本となるデータについて

協議に当たっては、地域の関係者と共有すべき基本となる主なデータは別添4(略)のとおりである。データの出典については、公表されているものを可能な限り示しているが、特に施設単位でのデータで不足するものについては、必要に応じて調査を行う等により把握すること。

地域医療構想は、2040年とその先を見据えた持続可能な医療提供体制の構築を目指すものであり、構想区域や医療機関機能に係る協議を含め、協議の前提とする構想区域の人口規模は、2040年時点における推計人口を用いることが基本となる。

また、各医療機関の診療実績等に基づく協議を進めるに当たっては、がん診療連携拠点病院等の診療実績や、診療報酬上の各要件に係る実績についても、現時点での水準の把握や、他地域・全国との相対比較等を行った上で、2040年に向けて、地域全体としての程度の診療実績が必要となるかを検討することが望ましい。

なお、医療機関機能報告・病床機能報告等により、構想区域別、医療機関別の手術件数や救急搬送受入件数に基づく検討を行う場合、以下の点に留意すること。

・手術件数Ⅱ急性期医療の実施状況の把握のため、全身麻酔を伴う手術の実施件数や緊急手術の実施件数を用いることが考えられるが、全身麻酔を伴う手術も、高度な技術を要する手術から、高齢者救急に関連する手術(大腿骨近位部骨折に対する手術等)、頻度の高い手術、外来でも実施可能な手術等様々であること等を踏まえ、地域ごとに急性期拠点機能を担う医療機関に求められる役割に応じた詳細な把握、検討が望ましい。

救急搬送受入件数Ⅱ救急搬送された症例の中でも、緊急性や重症度は様々であり、また、公共交通機関が乏しい等、自宅や高齢者施設から医療機関までのアクセスに課題があるために、他の地域よりも相対的に多く救急車が利用される場合、医療機関と高齢者施設との間で救急車を利用して搬送する取り決めを行っている場合等も存在し、救急搬送受入件数にはこうした様々な実態が反映されるものである。このため、救急搬送受入件数が多いことのみをもって急性期拠点機能を担う医療機関を決定することは適切ではない。また、区域全体の救急搬送受入件数を、人口規模が同程度の他の地域と比較すること等により、地域における救急搬送受入状況の把握や、地域の高齢者施設における救急要請の実態の確認等、様々な取組が求められる。

握や、地域の高齢者施設における救急要請の実態の確認等、様々な取組が求められる。

3. 構想区域

(1) 基本的な考え方

① 現状と課題

構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のため、の2つの役割がある。

医療提供体制の構築に向けては、将来にわたる野の圏域設定については引き続き検討していく必要がある。その際、災害医療のように、構想区域内の一定の地域単位で、体制整備を図ることも考えられるものや、小児・周産期医療のように人材の制約等から、より広域での対応が求められるものなど、各分野の特性を踏まえた検討が必要である。ただし、がんの医療圏の設定などについては、がん手術を担う外科医が、胆嚢炎等のがん以外の多様な疾患の手術も併せて担う必要があること等から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担と調整会議や都道府県医療審議会での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位とする必要がある。

これまで、二次医療圏については、人口規模が20万人未満、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すこと等を

示してきている。2040年やその先を見据えた構想区域の設定に当たっても、こうした人口規模、流入患者割合、流出患者割合といったデータや、一部の地域において隣の医療圏との間で患者が流出入している実態等を踏まえ、現状と課題を認識し、適切な区域の設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

なお、構想区域の決定後においても、第9次医療計画等に向け、各分野の圏域設定については引き続き検討していく必要がある。その際、災害医療のように、構想区域内の一定の地域単位で、体制整備を図ることも考えられるものや、小児・周産期医療のように人材の制約等から、より広域での対応が求められるものなど、各分野の特性を踏まえた検討が必要である。ただし、がんの医療圏の設定などについては、がん手術を担う外科医が、胆嚢炎等のがん以外の多様な疾患の手術も併せて担う必要があること等から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担と調整会議や都道府県医療審議会での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位とする必要がある。

これまで、二次医療圏については、人口規模が20万人未満、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すこと等を

ア・大都市型の地域

大都市型の地域においては、高齢者救急、在宅医療等の需要が増加する一方、生産年齢人口は緩やかに減少していくが、手術や救急搬送の受入を行う医療機関が多く所在しており、特に大学病院が複数所在している場合もある。各医療機関における医療従事者の確保や働き方の観点から非効率な提供体制となっており、構想区域間での偏在が生じていること等が課題となりうる。

これまで、人口規模が100万人以上の区域については、構想区域としての運用に課題がある場合もあることから、区域の見直しを検討することとしてきた。特に、東京都特別区等においては、広い範囲で人口が多く、また公共交通網が発達し、患者の受療行動が多様化している中、患者の流出入が複雑となったため、既存の構想区域が実際の医療提供体制や受療行動の実態に必ずしも即していない場合がある。こうした地域においては、受療行動の実態に一致した区域を設定することが困難な場合も考えられる。

また、大都市型の地域では、区域全体として医療資源が多くても、区域内の一部地域では相対的に病床や救急受入体制が限られるなど、構想区域内の医療資源の偏在も課題となる場合がある。このため、区域において増床等を実施する場合に

は、地域での運用方法を検討する必要がある。

イ・地方都市型の地域

地方都市型の地域においては、増加する高齢者に対する医療提供体制の確保と、医療の担い手の確保を同時に進める必要があることが課題となる。

地方都市型の地域は、一定の人口規模を有しており、地域において相対的に医療資源が豊富である場合も多いことから、隣接する区域において一定の医療の完結が困難な場合、当該隣接区域を含める形で広域化等が求められる場合がある。

人口の少ない地域においては、医療需要は減少し、医療従事者の確保もますます困難となる。こうした中、2040年やその先に向けて、入院医療を提供する単位として構想区域が成り立たなくなる場合があることが課題となる。

隣接する都道府県も含め、患者の相当程度が他の構想区域に流出している場合もあることから、現在の構想区域を前提とせず、区域の広域化等を検討することや、都道府県間での連携も含めた医療機関機能の広域的な確保等を検討することが必要である。

協議の進め方(略)

協議事項

① 構想区域の設定

都道府県は、将来人口

3面へつづく

2面からつづく

口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス等の客観的なデータや、一部の地域において隣接する区域に患者が流出している等の実態等を踏まえて、現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点で、区域として一定の医療提供の完結が可能か、都市部を中心とした人口が多く公共交通機関が発達している地域においては、協議する単位として適切であるか等の課題を整理する。

▼その上で、都道府県は、課題がある構想区域については、現在の区域の維持、隣接する区域との統合又は再編等の対応について検討する。

▼見直し案の作成に当たっては、例えば次のような方向性が考えられる。

・構想区域の統合Ⅱ人口規模が小さい区域や医療資源が限られている区域で、隣接する構想区域に多く患者が流出しており、将来的には、当該隣接区域と一体的に医療提供体制の確保を検討することが適切な場合は、構想区域を統合する案が検討される。

・構想区域の再編Ⅱ構想区域内の一部の市区町村について、患者の実際の受療行動が隣接する構想区域と強く結びついている場合は、当該市区町村を当該隣接区域に含める案が検討される。

▼このほか、島嶼を含む構想区域等、区域内において、医療需要や医療資源が限られ、他の医療機関とのアクセスにおいても課題がある地域が所在する構想区域については、既存の構想区域を前提とし、限られた医療資源の中でどの程度区域内における医療提供体制を確保するか、その上で当該地域の患者の搬送先等となる他の構想区域の医療機関と、ドクターヘリによる搬送等も含めどのようにアクセスを確保するかを検討する。

▼区域の設定を協議するに当たっては、さらに、以下の点に留意する。

・大都市部においては、数十万人単位の構想区域を複数設定する場合や、数百万人単位の広範な構想区域を設定する場合が考えられるが、数百万人単位の構想区域を設定する場合であっても、構想区域内の一定の地域ごとにワーキンググループを設置し、入院医療等の具体的な協議について検討する等、医療提供体制の確保に必要な検討体制については、都道府県の体制にに応じて検討する。

・人口の少ない地域においては、構想区域を広域化した場合、区域内の一部の地域で医療機関までの移動時間が自動車で一時間程度等と長く、住民の医療アクセスが課題となる場合がある。このため、区域の見直しに当たっては、住民が必要な医療にアクセスできるかをあわせて確認することも重要である。他方、患者のアクセス等を考慮し、広域化をせず、人口の少ない地域として区域の設定を見直さない場合であっても、広域化し、連携・集約化を行う場合の案も比較検討すること。

・現時点で20～30万人程度の人口規模であっても、今後人口減少が見込まれる区域や、全身麻酔手術の件数等の診療実績が、同程度の人口規模である他の区域と比べて低い区域、患者の流出が多い区域は、2040年に向けて区域内での医療提供の完結が困難となる可能性がある。こうした場合、住民の医療アクセスの観点も踏まえ、一定の入院機能を地域内に残すことを前提としつつ、区域の合併による提供体制の構築等を検討する必要がある。

②隣接する都道府県との連携

ア・都道府県間の協議について

▼都道府県境に位置する構想区域においては、隣接する他の都道府県の区域との間で患者の流出入が多く見られる場合等があることから、関係する都道府県間で医療提供体制の状況について情報共有や協議を行うことが重要である。

▼特に、例えば次のような場合には、都道府県間で協議を行うことが考えられる。

・都道府県境に位置する構想区域において、医療資源や人口規模の制約により、当該区域内で一定の医療を完結させることが困難であり、患者のアクセスの観点から、隣接する他の都道府県の区域に所在する医療機関に流出している、又は今後の流出の増加が見込まれる場合

・医療資源が乏しい構想区域同士が都道府県境を挟んで隣接しており、医療提供体制を検討する上で、両区域にまたがる形で医療機関間の役割分担や集約化等を図っていくことが効率的であると考えられる場合

▼こうした場合、隣接する都道府県と、区域内の医療需要や医療資源等に関する情報を共有し、県境をまたぐ医療提供体制の実態を把握することにも、構想区域間での連携を通じた医療提供体制の確保に向けて、平時からの患者のアクセス支援や医療機関機能確保のための支援の検討を行う。

▼また、こうした地域は、隣接する両区域で一体として急性期拠点機能をはじめとした医療機関機能を確保する等、両区域の密な連携のもとで、医療提供体制を構築していくことも検討する。

▼なお、東京、神奈川、埼玉、千葉等の、極めて人口が多い都道府県において、区域間の患者の流出入が多いものの、両区域とも医療資源が一定程度確保されている場合は、区域間での協議は必ずしも必要ではない。ただし、必要病床数の設定や医療機関間の連携等に係る具体的な課題がある場合には、課題に応じて協議を行うことは考えられる。

必要病床数の設定や医療機関間の連携等に係る具体的な課題がある場合には、課題に応じて協議を行うことは考えられる。

イ・都道府県間での具体的な連携体制のあり方

▼アのような事項について、都道府県境をまたぐ構想区域間等で協議する体制が必要と考えられる場合、両都道府県間でどのように協議を進めるかを検討する。

▼具体的には、以下のようない体制が考えられる。

・関係する都道府県が合同で、隣接する区域同士の区域調整会議を開催する

・両区域の連携に係る主な医療需要や医療資源等者等で協議する場を設定する

・一方の区域調整会議に、関係する他の構想区域の医療機関や都道府県が参加する

▼合同での協議を行うに当たっては、関係する構想区域内の医療機関、実際に隣接している市町村、消防機関、医療関係団体等の関係者の参加を得ながら、都道府県境をまたいだ医療提供体制のあり方について協議を行うことが望ましい。協議事項としては、具体的に、以下のようなものが考えられる。

・急性期拠点機能等の医療機関機能の確保

・救急医療や主な診療領域の手術等に関する具体的な役割分担

・救急搬送のあり方実

・医療機関機能の確保や医療機関へのアクセスの確保のための支援策

・構想区域ごとの必要病床数

▼さらに、それぞれの都道府県調整会議、区域調整会議における議論の状況や、地域の医療提供体制の実情を踏まえながら、継続的に協議を行うことや、必要に応じて連携に関する協定を締結し、具体的な連携内容について整理しておくことが考えられる。

▼なお、医療機関機能及び病床機能の分化・連携に向け、合同での協議を行う際に必要となる事務費用については、地域医療介護総合確保基金においてその事務費用を弁済することが可能である。その際の費用の支弁については、事前に両都道府県で取り決めを行う。

ウ・医療機関機能の広域的な確保(略)

③必要病床数の算出

▼構想区域を設定した後、区域ごとに必要病床数の算出を行う。

(式のイメージ) 必要病床数Ⅱ「当該構想区域に所在する医療機関に入院する患者の2040年の性・年齢階級別の入院受療率(×)(当該構想区域の2040年の性・年齢階級別推計人口)」の総和を(病床稼働率)で除したものの

▼なお、必要病床数は、構想区域に所在する医療機関に入院する患者数をもとに入院受療率を算出

しているものである。一方、国から提供するデータをを用いて、各構想区域に居住している患者が他の構想区域に所在する医療機関に流出している数や、構想区域に所在する医療機関に他の構想区域に居住する患者が流入している数等を踏まえた必要病床数を算出することも可能であり、各構想区域の実情に応じた算出を行うことは差し支えない。ただし、こうした場合においても、患者の流出入のいずれかの数字のみを考慮して必要病床数を算出するのではなく、都道府県をまたぐ場合も含めて、流出先又は流入先となる構想区域と連携し、流出入の両方の数字を加味して算出することとする。

▼構想区域の見直しを行った場合は、2026年度から2028年度までの間においては、都道府県からの求めに応じて、見直し後の区域の将来推計人口等を踏まえたデータの提供を行う予定である。このほか、簡易的に、区域の見直し前に算出した必要病床数に対して、人口比率等に応じて按分する等の手法も考えられる。

8. 人材確保(略)

9. 地域医療構想の推進について(略)

2040年の病床数 必要量の機械的試算

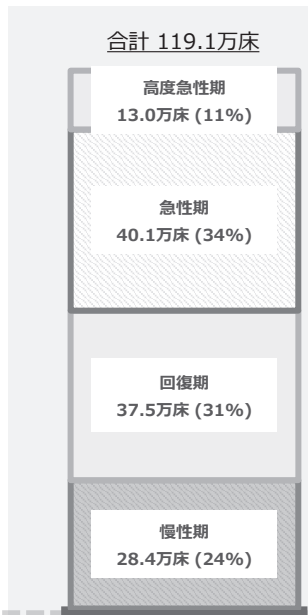
厚労省は「2025年度病床機能報告」のなかで、2025年に116万4千床であった病床数の必要量の機械的試算を2040年に106万

9千床必要となり、内訳は、「高度急性期」13万4千床(全体の13%)、「急性期」24万床(同22%)、「包括期」41万6千床(同39%)、「慢性期」28万床(同26%)となっている。なお、この病床機能報告の集計結果と将来の病床

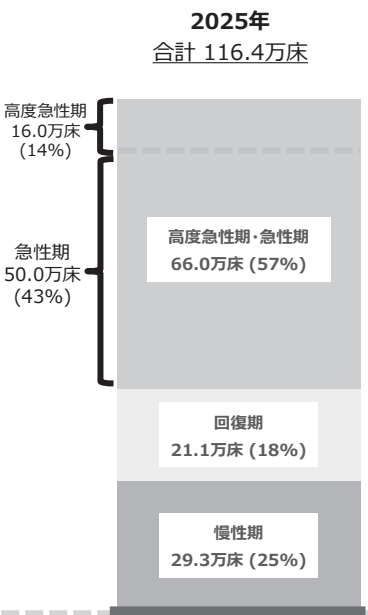
の必要量は各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたもので、それぞれ計算方法が異なることから単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要としている。

2025年度病床機能報告について

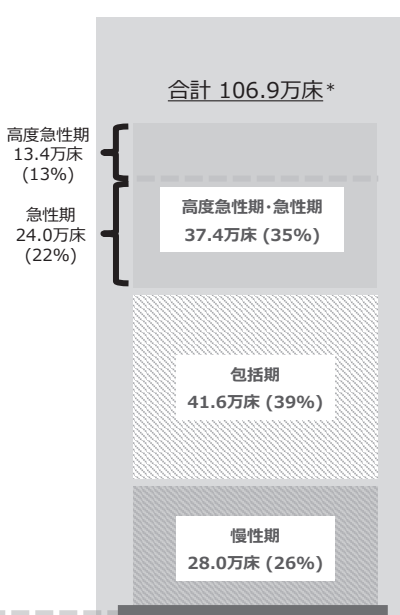
2025年の病床数の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4



2025年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告) ※4



2040年の病床数の必要量の機械的試算
(2028年度(令和10年度)末までに、都道府県が地域の実情(構想区域の見直し等)も考慮し設定するものであり、あくまで参考値である点に留意) ※3 ※4



出典：2025年度病床機能報告

※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※2：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
※3：令和6年度(2024年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(令和5年(2023年)推計)』等を用いて、現在の構想区域(令和6年度)を前提に機械的に試算したもの
※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

表1 診療行為別にみた【入院】の1日当たり点数

(各年8月審査分)

診療行為	1日当たり点数			
	令和7年	令和6年	対前年	
			増減点数	増減率(%)
総数	4 333.1	4 219.9	113.2	2.7
初・再診	4.3	4.4	△ 0.1	△ 2.8
医学管理等	34.7	33.1	1.6	4.8
在宅医療	6.4	6.0	0.4	6.1
検査	42.7	45.7	△ 3.0	△ 6.5
画像診断	20.4	21.9	△ 1.5	△ 6.7
投薬	35.6	37.1	△ 1.5	△ 4.0
注射	92.4	99.9	△ 7.6	△ 7.6
リハビリテーション	247.2	235.0	12.1	5.2
精神科専門療法	22.8	21.6	1.2	5.3
処置	61.0	62.0	△ 0.9	△ 1.5
手術	847.7	788.4	59.3	7.5
麻酔	100.4	96.8	3.7	3.8
放射線治療	15.3	14.2	1.1	7.7
病理診断	7.1	6.8	0.3	3.8
入院料等	1 433.4	1 419.7	13.7	1.0
診断群分類による包括評価等	1 292.3	1 261.0	31.2	2.5
その他	69.5	66.3	3.2	4.8
入院時食事療養等(単位:円)	1 818	1 760	58	3.3

表記以外の行為 (令和7(2025)年8月審査分)

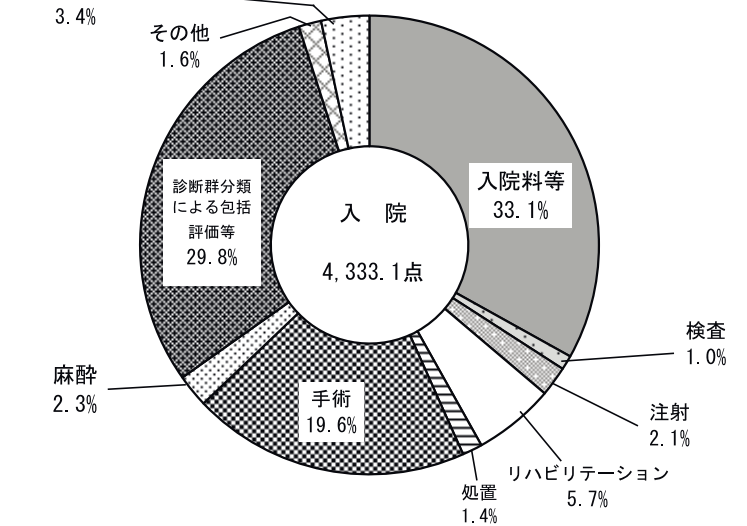


図1 診療行為別にみた【入院】の1日当たり点数の構成割合

令和7年社会医療診療行為別統計

厚生労働省が6月26日に公表した「令和7年社会医療診療行為別統計」によると、医科の入院における1日当たり点数は4333・1点で、前年と比べ113・2点、2・7%増加していることが明らかになった。

医科入院 1日当たり点数 4333点(2・7%増)
医科入院外 1日当たり点数 1032点(3・6%増)

1. 医科入院の診療の状況
1件当たり点数は6万2185・1点(対前年1・9%増)
1日当たり点数は4333・1点(同2・7%増)
2. 医科入院外の診療の状況
1件当たり点数は1520・5点(対前年2・8%増)
1日当たり点数は863・1点(同3・3%増)
3. 院外処方率
総数は82・5%(対前年1・1ポイント上昇)
病院は84・6%(同1・0ポイント上昇)
診療所は82・0%(同1・1ポイント上昇)
1・1ポイント上昇
4. 歯科の診療の状況
1件当たり点数は1326・9点(対前年0・8%増)
1日当たり点数は863・1点(同3・3%増)
5. 薬局調剤の状況
1件当たり点数は1160・9点(対前年4・1%増)
受付1回当たり点数は973・4点(同5・2%増)
6. 後発医薬品の使用状況(薬剤種類数に占める割合)
総数は86・7%(対前年4・3ポイント上昇)
入院は79・5%(同2・4ポイント上昇)
院内処方(入院外・投薬)は75・8%(同5・0ポイント上昇)
院外処方(薬局調剤)は88・6%(同4・0ポイント上昇)

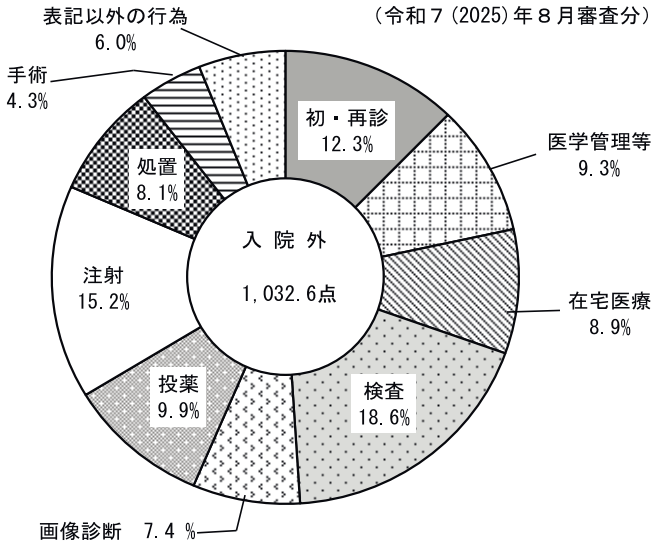
「社会医療診療行為別統計」は、医療保険制度における医療の給付の受給者に係る診療行為の内容、傷病の状況、調剤行為の内容、薬剤の使用状況等を明らかにし、医療保険行政に必要な基礎資料を得ることを目的に毎年作成している。

表2 診療行為別にみた【入院外】の1日当たり点数

(各年8月審査分)

診療行為	1日当たり点数			
	令和7年	令和6年	対前年	
			増減点数	増減率(%)
総数	1 032.6	996.6	36.0	3.6
初・再診	126.6	129.9	△ 3.3	△ 2.5
医学管理等	96.2	94.9	1.3	1.3
在宅医療	91.6	83.2	8.4	10.1
検査	191.6	189.0	2.6	1.4
画像診断	76.8	73.1	3.8	5.1
投薬	102.0	105.0	△ 3.0	△ 2.9
注射	157.3	141.2	16.1	11.4
リハビリテーション	19.4	17.4	2.0	11.3
精神科専門療法	19.4	18.2	1.2	6.6
処置	83.9	82.9	1.0	1.2
手術	44.7	40.8	3.9	9.5
麻酔	3.5	3.3	0.1	4.1
放射線治療	7.6	7.0	0.6	8.5
病理診断	8.6	8.0	0.6	7.8
その他	1.8	1.3	0.5	35.5

図2 診療行為別にみた【入院外】の1日当たり点数の構成割合



全国公私病院連盟の会員病院向け保険制度のご案内

雇用慣行賠償責任保険

「ハラスメント」「雇用問題」に対する備えは万全ですか？

雇用上の差別・各種ハラスメント・不当解雇等、雇用慣行に関連する賠償請求のケースは多岐に渡ります。また、雇用慣行賠償リスクはマネジメントレベルの管理では防ぎきれない性質が強く、有事の際の費用や、対応体制の構築も同時にご検討されることをおすすめします。

使用者賠償責任保険

労働災害補償制度とは別に、民法上の責任が発生した場合の高額補償に備えませんか？

労働災害に認定された場合であって、その災害について事業主の過失をめぐって争われるような場合は、民法上の損害賠償責任が問題となるケースが増えています。

保険期間：2025年11月1日～2026年11月1日
※いつからでも中途加入が可能です。

＜お問合せ先＞

取扱代理店

引受保険会社

株式会社 公私病連共済会

〒111-0042 東京都台東区寿 4-15-7

食品衛生センター7階

TEL 03-5830-6193 FAX 03-5830-6194

受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

損害保険ジャパン 株式会社

〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1

TEL 03-3349-5113

受付時間：平日の午前9時から午後5時まで

★ 保険の詳細内容は、パンフレットを「全国公私病院連盟ホームページ (https://www.byo-ren.com)」の「保険のご案内」に掲載しておりますのでご確認ください。右記のQRコードからのアクセスも可能です。



SJ25-09325 2025/11/04