



週刊WEB
マガジン



医業経営

2026.3.10

医療情報ヘッドライン

医師養成数は
**「削減を図る
必要がある」**
養成過程での
取組のとりまとめを公表

▶厚生労働省 検討会

建築資材や人件費
の高騰に対応
**施設整備促進支援
の実施要項を周知**

▶厚生労働省



週刊 医療情報

2026年3月6日号
特定施設の人員配置基準、
さらに柔軟化へ

経営情報レポート

地域医療構想における機能と連携
かかりつけ医の新たな役割

経営TOPICS

統計調査資料 医療施設動態調査
(令和7年11月末概数)

経営データベース

・訪問審査について
・評価判定と認定の流れ



発行：税理士法人ブレインパートナー

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医師養成数は「削減を図る必要がある」 養成過程での取組のとりまとめを公表

厚生労働省 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

厚生労働省は3月2日に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を開催し、「医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程における取組に係る議論のとりまとめ」を公表した。

医師養成数について「地域の実情等に配慮しながら削減を図る必要がある」という考えを示した上で、医学部定員における地域枠等、臨床研修、専門研修、必要な診療科の医師の育成・確保の4つの取り組みごとに現状と課題を整理し、対応の方向性を示した。厚労省は春頃に今回の見直しを盛り込んだ「第8次（後期）医師確保計画策定ガイドライン」を公表した後、都道府県において医師確保計画（医師偏在是正プラン）を策定する予定だ。

■恒久定員内地域枠等の設置を検討

2018年度の医療法改正で、地域における医師の偏在是正を目的として地域ごとに「医師確保計画」を策定することが義務付けられた。

この計画では、国が示す医師偏在指数に基づき、医師少数・多数区域を分類し、地域ごとに目標医師数を設定。その達成に向けて臨床研修や専門研修との連携や地域枠の活用などの施策を示し、計画の効果を評価し次の計画へと反映することが求められている。

2036年度までの医師偏在是正を目標として3年ごとに見直しが行われており、現在は2026年度までの第8次計画（前半）の途中で、次の第8次計画（後半）と第9次計画に向け、見直すべき内容の議論が行われてきた。

今回のとりまとめから「医学部定員における地域枠等」についてみると、全ての都道府県で18歳人口や医学部定員数、医師年齢構

成といった現状の分析や、若手医師の定着率など実情を踏まえて地域枠等を設計する方針を提示。医師の流出への対応として「地域枠等以外への取組の推進」に触れ、地域医療を体験する講座や実習を充実させる大学や県の取り組みを紹介している。

その他、「都道府県内の臨床研修や専門研修等の充実への支援」や「恒久定員内への地域枠等の設置」についても言及。宮崎大学で2022年度以降、臨時定員地域枠の設置は行わず、恒久定員内に地域枠を15名拡充したケースなど具体的な取り組みを紹介し、今後検討を進めていく。

■総合的な診療能力を有する

医師の養成をさらに推進

次に「臨床研修」について、2026年度から開始する「広域連携型プログラム」の活用に着目。地域への将来的な定着を図るべく、専門研修の連携プログラムに関する情報提供や、地域の特色を生かした魅力ある研修プログラムの作成を進めるほか、「専門研修」においても環境整備や連携プログラムの活用を支援する。

「必要な診療科の医師の育成・確保」に関しては、総合的な診療能力を有する医師の確保を推進する考えを提示。地域枠等の入学者を含む医学生や若手医師に対し、総合診療の魅力に関する情報提供や、総合診療能力を有する医師の養成を強化するプログラムの充実への支援、キャリア形成支援を行う。

中堅・シニア世代を中心としたリカレント教育については、管内の医療機関における取り組み状況の把握や、情報提供を進めていく方針だ。

建築資材や人件費の高騰に対応 施設整備促進支援の実施要項を周知

厚生労働省

厚生労働省医政局は2月25日、各都道府県知事に向けて「令和8年度（令和7年度からの繰越分）施設整備促進支援事業の実施について」と題した通知を发出。本事業は現下の物価高騰を踏まえ、医療機関における必要な施設整備を促進するための支援を行うもの。

足元の経営状況の急変に直面している医療機関へ必要な財政支援を行うことで、地域医療構想を推進するとともに、救急医療・周産期医療提供体制の確保を目的としている。

■平米数に応じた

建築資材高騰分を補填

施設整備促進支援事業は、建築資材や人件費の高騰によって施設整備が困難となっている医療機関に対し支援を行うための補助制度だ。2025年度補正予算において462億円を計上し、都道府県が執行主体として、事務処理や給付金支給等を行うこととなっている。

本事業は、地域医療介護総合確保基金、医療提供体制施設整備交付金および医療施設等施設整備費補助金の国庫補助事業の対象となる医療機関で、新築、増改築および改修などの工事が施設整備の対象だ。

条件として、2025年4月1日から2026年3月31日までの間に施設整備に関する本体工事契約を締結しており、2025年4月1日から2027年3月31日までの間に施設整備の工事に着工していることを明示。すでに計画が始動している施設整備に対し、物価高騰分を補填する内容となっている。

支給額は平米数に応じた建築資材高騰分を補填する方針で、「（物価を反映した単価－標準単価）×基準面積×補助率」で計算される。

例えば地域医療介護総合確保基金における「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」では、物価高騰を反映した単価として55万8,000円、標準単価は1平米あたり48万4,000円、基準面積を1床あたり25平米×整備病床数、補助率を2/3と設定。

なお、物価高騰を反映した単価は当該事業における支給額を算定する際の限度額であることや、実際の建築単価が標準単価を下回る時は、給付金を支給しないことも注釈に記している。

■都道府県に対し必要書類を添えて申請

給付金の支給を受けようとする医療機関は、都道府県に対して必要書類を添えて申請を行わなければならない。

その後、都道府県がその内容を適当と認めれば国に所要額を交付申請した上で、国が所要額を交付決定し、都道府県から医療機関に支給されることとなる。また、給付金の支給を受けた医療機関は、都道府県に対して事業の実績を報告する必要がある。

都道府県ではその内容を確認し、医療機関が2026年度までに施設整備に着工しなかった場合や、申請内容を偽り、その他不正の手段により給付金の支給を受けた場合、全額の返還を求める方針だ。

医療情報①
 規制改革
 推進会議

特定施設の人員配置基準、 さらに柔軟化へ

政府の規制改革推進会議が2月26日にまとめた中間答申で、2024年度介護報酬改定で生産性向上に取り組む介護付き老人ホームなどの特定施設を対象に柔軟化された人員配置基準について、さらなる緩和に向けた検討を進める方針を示した。

24年度改定では、ICT機器の活用によってケアの質の確保や職員の負担軽減が図られていることなどを要件に、人員配置基準を従来の「3対1」から「3対0.9」へと柔軟化した。

一方で、要件にはケア時間割合の増加が求められており、導入するテクノロジーの種類によっては、利用者にじかに接する時間が減少する場合もあるという指摘が出ている。

そのため政府は、介護現場の実態に即した形で適用要件を見直す方針。その際、介護シャワーや自動体位交換機など、対人介護業務時間の削減につながる機器を導入している事業所を対象に、業務時間の変化量を把握する実証事業を実施する考えを示した。

また、24年度改定で新設された「生産性向上推進体制加算」の要件となっているタイムスタディ調査について事務負担の軽減を図る。この調査は、介護テクノロジーの導入による業務時間の変化を把握するためのもの。調査項目が24項目におよび、各項目を10分単位で記録する必要があるなど、事業所側の負担が大きいことが課題となっていた。

このため、調査項目の簡素化や、現場で使用されている介護記録ソフトウェアの仕様に合わせた業務項目への見直しなどを検討する。これらの見直しを踏まえ、人員配置基準や生産性向上推進体制加算に関する解説を27年上期までに作成し、事業者などに周知するとした。

このほか、人員配置基準の緩和を認める「特例介護サービス」の新類型についても、具体的な要件の検討を進める。現行制度では、条例で定める基準を満たした居宅サービス事業者を対象とする「基準該当サービス」、離島などを対象とする「離島相当サービス」が設けられている。

新類型は中山間・人口減少地域を対象とするが、大都市部などでも介護サービスの提供が困難な地域があることから、中間答申では対象区域を過度に限定せず、市町村の意向も反映するよう求めた。

さらに、中山間・人口減少地域では担い手不足が深刻で、高齢の介護職員の割合も高く、ICT機器の活用が困難だとの指摘もある。このため、新類型の要件設定は現場に過度な負担とならないよう、必要最小限にとどめる方針とした。



医療情報②
社会保障
国民会議

消費税率ゼロ財源検討へ、初会合 ～骨太方針に反映させ関連法案早期提出を目指す

社会保障と税の一体改革を議論する政府の「社会保障国民会議」が2月26日、初会合を開き、高市早苗首相は「特例公債に頼ることなく、2年間限定で消費税をゼロ税率とすることについてスケジュール・財源の在り方を検討する必要がある」と述べた。

新たな国民会議では「食料品の消費税率ゼロ」と「給付付き税額控除」をまず議論し夏前をめどに中間取りまとめを行う。

政府は、骨太方針に反映させた上で関連法案の早期の提出を目指す。消費税に関しては飲食料品を2年間限定でゼロ税率にする方針で、財源の確保が焦点になる。

政府の関係審議会のメンバーや経済界などの「有識者会議」と、政府・与野党の実務者による「実務者会議」を設置し、制度の具体化を進める。給付付き税額控除の議論を進める過程で明らかになった社会保障制度の課題は、中間取りまとめの後に改めて調整し、協議を継続する。

高市首相は初会合で「給付と負担の在り方などについて、全世代を通じて納得感が得られる社会保障の構築に向けた国民的な議論を進める必要がある」と述べた。

医療情報③
全国公私
病院連盟

赤字病院割合83.6%、 15年以來最大

全国公私病院連盟（公私病連）は、2025年6月単月での収支（総損益差額）が544病院の83.6%で赤字だったとする調査結果を公表した。

赤字病院の割合は前年同月（578病院）を3.5ポイント上回り、公私病連によると、少なくともデータを確かめる15年同月（643病院）の調査以来最大になった。

総損益差額は、不採算医療への自治体の負担金や補助金などの収入を総収益から除いた金額。

病院の開設者別の赤字割合は、都道府県や市町村などの自治体（246病院）が93.5%、日赤や済生会などのその他公的（154病院）は81.2%、医療法人や個人などの私的（144病院）は69.4%だった。

25年6月単月での総収益は前年同月を4.0%、総費用は5.1%上回り、増収減益だった。

費用のうち給与費は3.7%、材料費は7.1%の共に増。また、1食当たりの食事材料費は2.5%増えた。544病院の100床当たり総収支は2,577万6,000円、医療収支は2,744万3,000円のいずれも赤字になった。

物価や賃金の上昇に伴う医療機関の経営悪化を受けて、国は26年度の診療報酬改定で初・再診料と入院料を引き上げるなどの対応策を取ることを決めた。（以降、続く）

週刊医療情報（2026年3月6日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

医療施設動態調査 (令和7年11月末概数)

厚生労働省 2026年1月30日公表

病院の施設数は前月に比べ 10施設の減少、病床数は 1465床の減少。
 一般診療所の施設数は 26施設の増加、病床数は 235床の減少。
 歯科診療所の施設数は 63施設の減少、病床数は 増減なし。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和7年11月	令和7年10月			令和7年11月	令和7年10月	
総数	179 208	179 255	△ 47	総数	1 514 723	1 516 423	△ 1 700
病院	7 988	7 998	△ 10	病院	1 447 312	1 448 777	△ 1 465
精神科病院	1 052	1 053	△ 1	精神病床	311 190	311 301	△ 111
一般病院	6 936	6 945	△ 9	感染症 病床	1 951	1 951	-
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 283	3 289	△ 6	結核病床	3 299	3 331	△ 32
地域医療 支援病院 (再掲)	710	710	-	療養病床	264 164	264 496	△ 332
				一般病床	866 708	867 698	△ 990
一般診療所	105 683	105 657	26	一般診療所	67 351	67 586	△ 235
有床	5 131	5 148	△ 17				
療養病床を有 する一般診療 所(再掲)	377	378	△ 1	療養病床 (再掲)	3 555	3 574	△ 19
無床	100 552	100 509	43				
歯科診療所	65 537	65 600	△ 63	歯科診療所	60	60	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

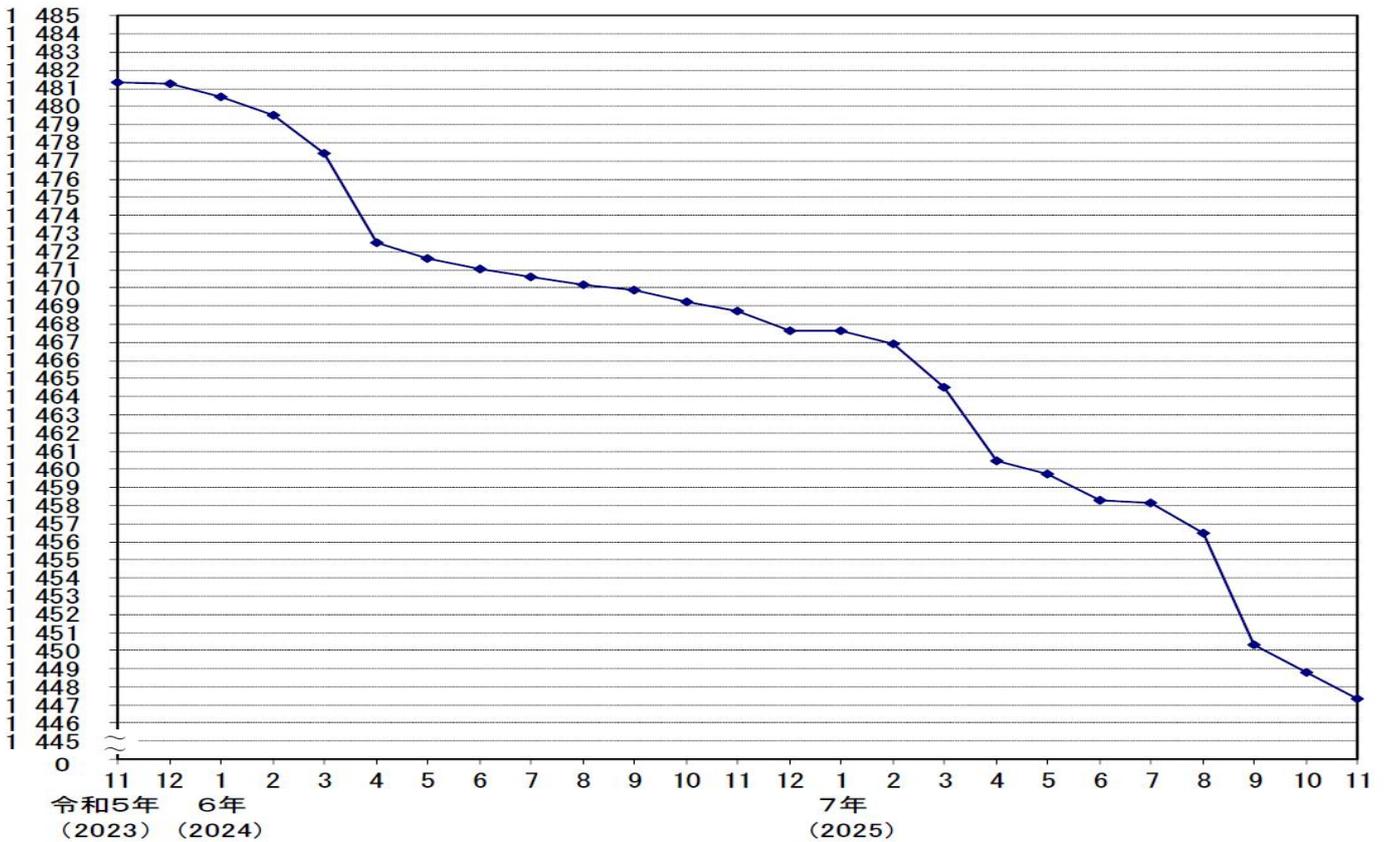
令和7年11月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	7 988	1 447 312	105 683	67 351	65 537
国 厚生労働省	14	3 649	16	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	50 749	-	-	-
国立大学法人	47	32 360	146	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 360	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	6	2 914	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	14 523	3	-	-
その他	21	4 485	381	2 165	4
都道府県	180	43 406	216	163	8
市町村	579	113 787	2 868	1 806	238
地方独立行政法人	140	53 563	36	17	-
日赤	90	32 864	201	19	-
済生会	83	21 494	58	10	1
北海道社会事業協会	7	1 417	-	-	-
厚生連	95	28 183	63	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 367	249	-	1
共済組合及びその連合会	40	12 965	129	-	2
国民健康保険組合	1	320	14	-	-
公益法人	177	42 692	441	117	81
医療法人	5 577	817 648	48 453	53 761	17 492
私立学校法人	112	54 903	195	38	14
社会福祉法人	202	33 234	10 551	349	41
医療生協	78	12 896	284	141	50
会社	23	7 144	1 408	7	13
その他の法人	204	41 889	1 695	365	241
個人	77	7 500	38 276	8 368	47 351

参 考

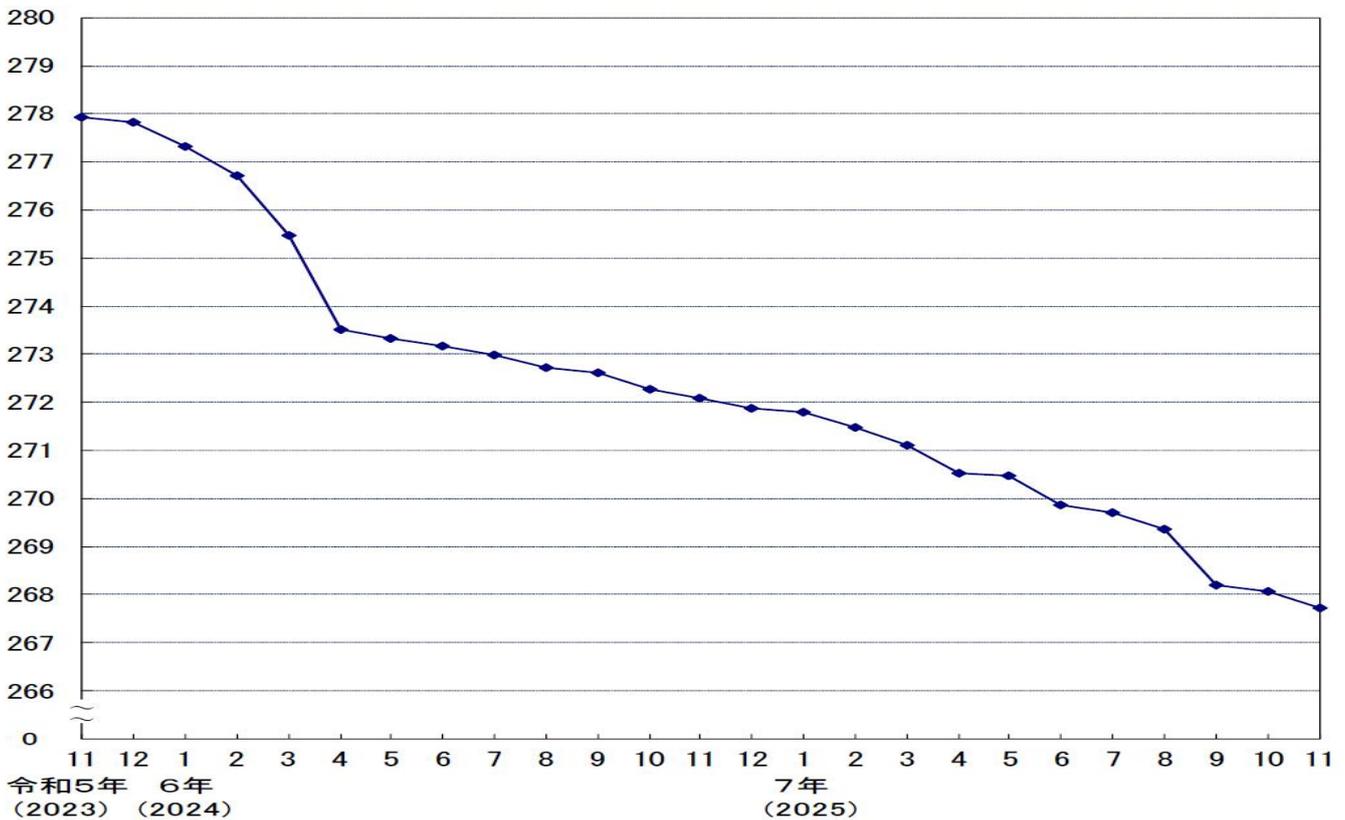
病床 (千床)

病院病床数



病床 (千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査 (令和7年11月末概数) の全文は
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



医 業 経 営

地域医療構想における機能と連携 かかりつけ医の 新たな役割

1. 我が国の医療課題とかかりつけ医の役割
2. 新制度による医療の「見える化」
3. 地域医療連携の先進事例
4. 2040年を見据えた新たな未来構想



参考資料

【厚生労働省】令和5(2023)年受療行動調査(概数)の概況、紹介受診重点医療機関について、紹介受診重点医療機関について、医療機能情報提供制度について、かかりつけ医機能に関する事例集 他

1

医業経営情報レポート

我が国の医療課題とかかりつけ医の役割

我が国は今、医療のあり方を根本から見直す大きな転換期を迎えています。その中心にあるのが、「かかりつけ医」の役割強化と、「地域医療構想」という未来の設計図です。

これまでの日本では、「風邪をひいても、ちょっとした怪我でも、まずは大きな病院へ」という「病院完結型」の医療が主流でした。これによって、大病院には多くの患者が集中し、長い待ち時間や、医師一人当たりの過重な負担といった問題が深刻化しています。

また、高齢化に伴い、一人の患者が複数の慢性疾患を抱えるケースが増え、それぞれの専門科を個別に受診することで、かえって治療の全体像が見えにくくなるという弊害も生まれています。こうした課題に対応するため、国が目指しているのが「地域完結型」の医療体制、すなわち「地域医療構想」です。

本レポートでは、「かかりつけ医」が具体的にどのような役割を担い、「地域医療構想」が私たちの暮らしにどう影響を与えるのか、具体的に解説していきます。

■「かかりつけ医」の定義

「かかりつけ医」と聞くと、「近所の優しいお医者さん」といったイメージを抱くかもしれませんが、国がこれから目指す医療体制における「かかりつけ医」の役割は、それだけにとどまりません。

厚生労働省は、かかりつけ医を「健康に関することをなんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義しています。

これにより、単に病気を診断し治療するだけでなく、患者の生活背景までを理解し、健康に関するあらゆる相談に応じる「プライマリ・ケア」（病気や怪我をした時に最初に受ける医療）の担い手としての役割が期待されています。

◆かかりつけ医に期待される役割

- **日常的な診療と健康管理**：風邪などの急な病気から、高血圧や糖尿病といった慢性疾患の継続的な管理まで、幅広く対応する。
- **多職種連携のハブ機能**：地域の病院、歯科、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、介護施設などと連携し、患者を中心としたチーム医療の中核となる。
- **在宅医療の提供**：通院が困難になった患者に対して、訪問診療や往診を行い、住み慣れた自宅での療養を支える。
- **予防医療と健康相談**：健康診断や予防接種の実施・勧奨、生活習慣に関するアドバイスなど病気になる前の段階から住民の健康をサポートする。

2

医業経営情報レポート

新制度による医療の「見える化」

これまで曖昧だった「かかりつけ医」の機能が、新制度によって「見える化」されます。それが「かかりつけ医機能報告制度」です。

各医療機関がその機能を明確にすることで、患者は自分に合った医療を主体的に選びやすくなります。そこで本章では、この新制度の具体的な内容と、それがもたらすメリットについて解説していきます。

■ かかりつけ医機能報告制度の概要

「かかりつけ医機能報告制度」とは、地域にある全ての病院や診療所が、自院の持つ「かかりつけ医機能」について、その有無や具体的な内容を年1回、都道府県知事に報告することを義務付ける制度です。これまで漠然としていた「かかりつけ医」の役割を、具体的な機能として「見える化」し、地域医療の基盤強化を目的としています。

この制度は、患者の自由な医療機関選択（フリーアクセス）を制限するものではなく、むしろ、豊富な情報に基づいて、より自分に合った医療機関を主体的に選べるようにするための仕組みです。

◆ 報告が求められる「かかりつけ医機能」の3要素

① 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能

- 幅広い疾患・症状への対応（初診、トリアージ）
- 慢性疾患の継続的な管理、重症化予防
- 患者の受診情報の一元的な把握と服薬管理（ポリファーマシー対策）

② 地域における医療・介護の連携機能

- 休日・夜間における対応（自院での対応、連携医療機関との輪番制など）
- 在宅医療・訪問診療の提供
- 地域の専門医療機関や介護サービス事業者（ケアマネジャー等）との連携

③ 患者・住民の相談等に対応する機能

- 健康診断や予防接種に関する相談・実施
- 保健・福祉サービスに関する相談対応
- 患者への分かりやすい情報提供と、治療計画に関する説明

出典：厚生労働省「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」等を基に作成

各医療機関は、これらの機能のうち、自院が対応している項目について国のシステムを通じて報告します。

報告された情報は都道府県によって集約され、後述する「医療機能情報提供制度」のウェブサイトなどを通じて、住民や患者に広く公表されることとなります。

3

医業経営情報レポート

地域医療連携の先進事例

本章では、我が国が目指す「地域完結型」医療を実現している、全国の先進的な連携事例を取り上げます。これらの事例分析を通して、未来の「かかりつけ医」と医療ネットワークを構築する上で不可欠となる視点を明らかにします。

■ クリニック間の連携(グループ診療)事例

一人の医師、一つのクリニックで24時間365日、全ての医療ニーズに応えることには限界があります。特に、医師の高齢化や後継者不足が課題となる地域では、医師個人の献身に頼らざるを得ないのが現状です。そこで注目されているのが、複数のクリニックが連携して一つの大きな診療所のように機能する「グループ診療」という考え方です。

その代表例が、北海道の「北海道家庭医療学センター（HCFM）」です。これは、個々のクリニックが連携し、地域医療を支える未来のモデルです。

◆北海道家庭医療学センター(HCFM)の地域の特徴を踏まえた取組

●札幌市 栄町ファミリークリニック

- ・幅広い年代への包括的な外来診療を提供
- ・末期がん患者を含む多様な疾患を持つ患者への訪問診療を実施
- ・訪問看護ステーションと連携し、休日夜間を含む24時間対応

●室蘭市 本輪西ファミリークリニック

- ・外来診療・訪問診療に加え、室蘭市医師会在宅連携システムを構築
- ・システムの中核医療機関として、開業医と協力し在宅医療体制を強化

●更別村 国民健康保険診療所

- ・グループ診療による循環型地域モデルで、地域のプライマリ・ケアを担う
- ・行政と緊密に連携し、健康増進、予防医療、学校保健、母子保健等を含む医療・介護・福祉ネットワークで中核的な役割を果たす

出典：厚生労働省「かかりつけ医機能に関する事例集」

HCFMは、道内14の診療所・病院でグループを構成し、医師が互いに協力し合う体制を構築しています。例えば、休日・夜間の対応を輪番制にすることで、各医師が休息を確保しながらも、地域住民には切れ目のない医療を提供しています。

また、医師が少ない地域へグループ内の医師を派遣したり、若手医師の研修プログラムを共同で運営したりすることで、医師のキャリア形成を支援し、地域への定着を促しています。これは、グループ間の連携によって地域医療を支える、まさに未来のモデルと言えるでしょう。

4

医業経営情報レポート

2040年を見据えた新たな未来構想

これまで、我が国の医療が直面する課題と、それに対する新たな制度や先進的な取組について見てきました。最後に、これまでの議論を総括し、2025年の先、さらにその先の2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の全体像を明らかにします。

■ 新たな地域医療構想

国は2040年にかけて本格化する人口構造の激変に対応するため、2025年以降を見据えた「新たな地域医療構想」の検討を進めています。

◆ 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

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

- ・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
(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)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(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)
- ・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

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・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
- ② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）
 - ・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
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・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) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- 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 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・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
 - ・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

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- 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）
- 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
- 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「新たな地域医療構想に関するとりまとめ概要」

この「新たな地域医療構想」の最大の特徴は、視野の広さにあります。

現行の地域医療構想が主に病院の「病床」の機能分化・連携に焦点を当てていたのに対し、新たな構想では、議論の対象が「外来医療」「在宅医療」「医療・介護連携」「人材確保」といった、地域医療提供体制の全体にまで広がります。

この構想が目指しているのは、「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さらに明確化し、地域の中で医療と介護が完結する体制を構築することです。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:申込から受審までの流れ

訪問審査について

訪問審査はどのようにして行うのでしょうか？

病院機能評価の訪問審査は原則として、2日間で行われます。

訪問審査における当日の進行概要は以下のとおりです。訪問する病棟及び確認する症例の一部は日本医療機能評価機構が指定します。

■訪問審査当日の進行概要

①書類確認／ケアプロセス調査およびカルテレビュー確認症例の通知

書類確認会場で、サーベイヤーが評価項目に関連する書類を確認します。

②面接調査

サーベイヤーが病院の管理者や各部門の責任者に、1領域・4領域についてインタビューを行います。

③病棟概要確認

サーベイヤーが病棟をラウンドし、患者の利便性やプライバシー保護など療養環境などを確認します。また、スタッフステーション内で、管理・責任体制や薬剤の管理状況等も確認します。

④ケアプロセス調査

ラウンドした病棟の典型的な症例について、診療録等を参照しながら、来院・外来受診、入院から退院までの一連の経過に沿って確認。また、症例を通して診療・看護部門の体制や質改善への取組み、多職種の間関与等、病院全体の運営管理状況についても確認します。より臨床現場の実態に合った評価を行うことで、具体的な診療・ケアの内容を理解し、改善点を把握できます。

⑤部署訪問

薬剤部門・臨床検査部門など各部署を訪問し、病棟からオーダーを受けた後の業務の流れや、安全・感染制御面への取組み等を確認します。また、設備・危機の管理状況や基準・手順・各種記録などの書類も確認します。

⑥カルテレビュー

診療、看護サーベイヤーが指定した診療記録の記載状況から、カルテ記載の定常状態、説明と同意の適切性、診療・ケアの適切性を確認します。

⑦講評および意見交換

サーベイヤーが訪問審査を通して把握した優れた取組みや改善点などを病院にフィードバックします。また、病院が抱える課題について、今後の質改善の方向性が見いだせるようディスカッションを行います。



ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:申込から受審までの流れ

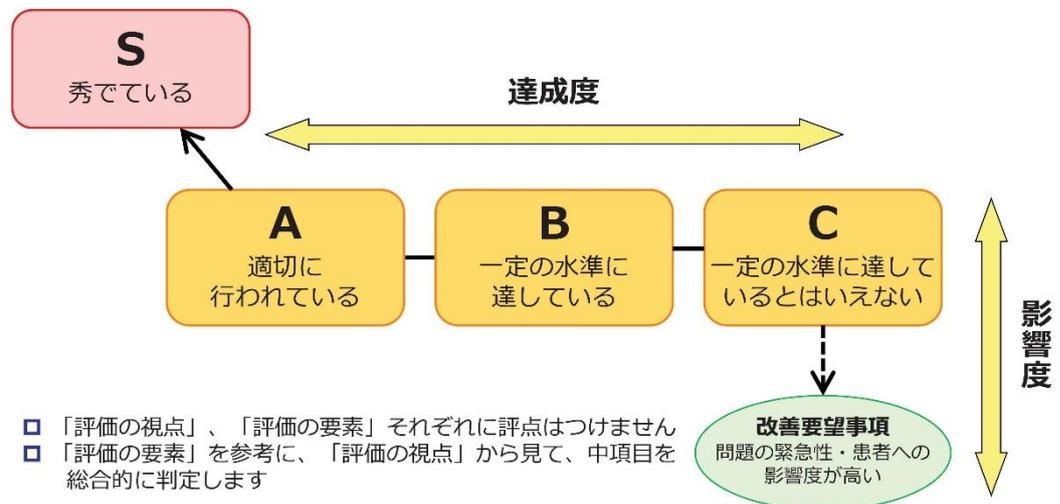
評価判定と認定の流れ

評価判定と認定の流れはどのようになっていますか？

病院機能評価の評価はS・A・B・Cの4段階となっており、各中項目に対して評価します。

1. 評価の判定

評価の考え方は以下の通りです。



2. 訪問から審査結果の通知まで

■ 中間的な結果報告

訪問審査から概ね6～8週間後に、中間的な結果が返却されます。

■ 補充的な審査

中間的な結果報告で中項目にC評価がある場合、指摘内容が早期に改善可能であれば、補充的な審査を受審できます。改善の結果を評価機構に報告し、指摘された事項が「B（一定の水準に達している評価）」以上となれば、認定となります。

■ 審査結果通知

サーベイヤーから提出された最終的な審査結果をもとに、評価機構における評価判定の会議を経て各中項目の評価が「B（一定の水準に達している）評価」以上であれば「認定」となします。認定の有効期間は5年間です。

3. 期間中の確認

病院機能評価の認定期間（5年間）の中間にあたる認定3年目に、自己評価を実施し質改善活動の取組み状況を確認します。この内容は、次回の更新審査における資料となります。