第24回沖縄県慢性期医療協会 研究発表会
特別講演

『地域包括ケアを支える慢性期医療』

～多職種連携の深化・進化を目指して～

日本慢性期医療協会 副会長
日本医師会 副会長
医療法人池慶会 池端病院 理事長
池端幸彦

新たな地域医療構想と
かかりつけ医機能

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- ● 入院医療だけではなく、外来・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新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- ● 医療機関機能（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、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- ● 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- ● 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- ● 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- ● 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- ● マイナ保険証１枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- ● 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- ● 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組　等

オンライン診療の推進

- ● オンライン診療の法定化・基準の明示
- ● オンライン診療受診施設の設置者による届出　等

その他、下記の措置を行う

- ・一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- ● 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※）　等

医師偏在対策

＜医師確保計画の実効性の確保＞

- ● 「重点医師偏在対策支援区域」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン」の策定

＜地域の医療機関の支え合いの仕組み＞

- ・医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- ● 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(６年から３年等への短縮)を連携して運用
- ● 保険医療機関の管理者要件

＜経済的インセンティブ等＞

- ● 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
  - ➢ 診療所の承継・開業・地域定着支援
  - ➢ 派遣医師･従事医師への手当増額
    →保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
  - ➢ 医師の勤務･生活環境改善、派遣元医療機関への支援
  - ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

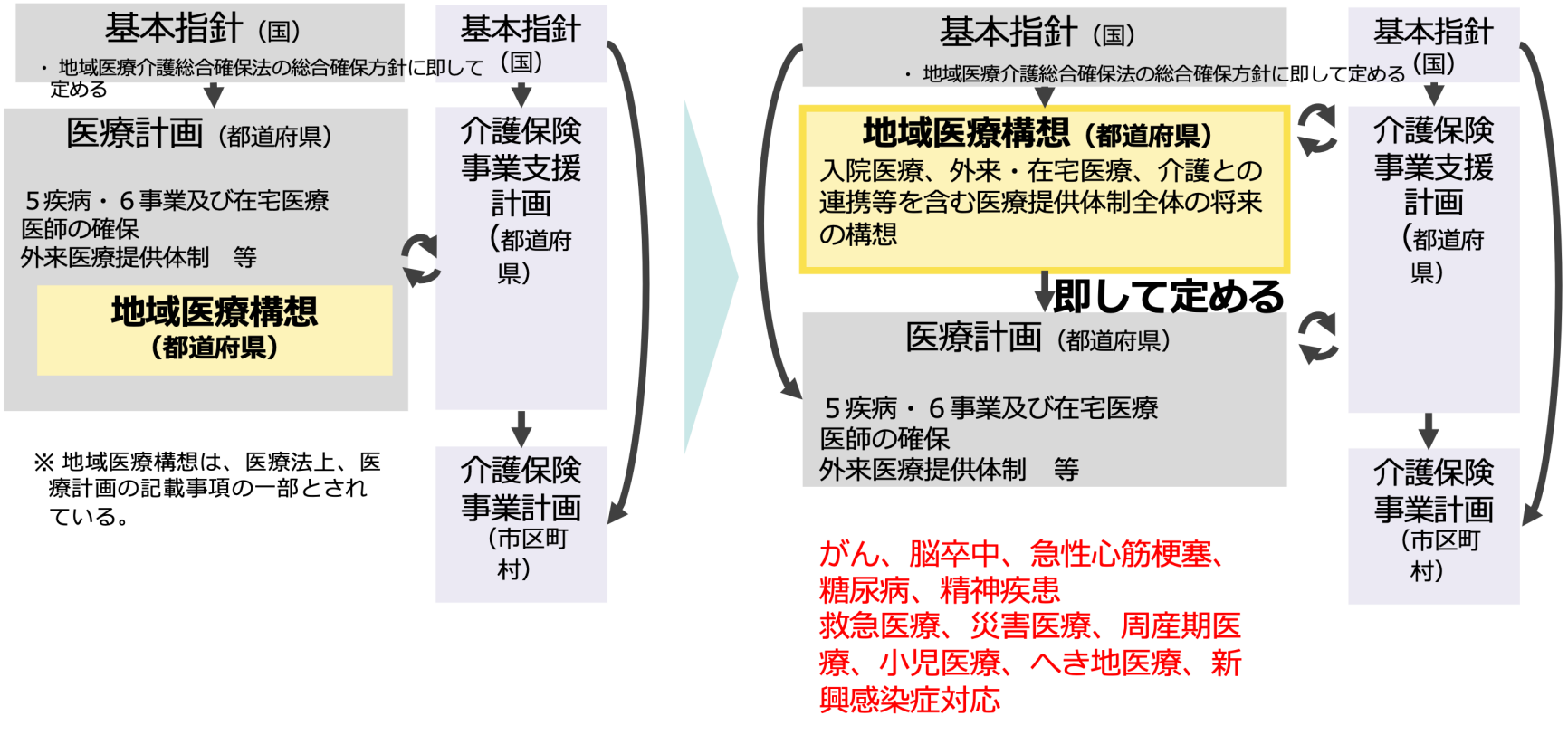
- ● 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入
  （報告事項）
  - ➢ 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定　等

（※）現行の期限（令和８年12月31日）から更に３年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和８年度税制改正要望を行う。

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理

R8診療報酬改定が力強く寄り添う！！

地域医療構想が上位基準！！



新たな地域医療構想の概要

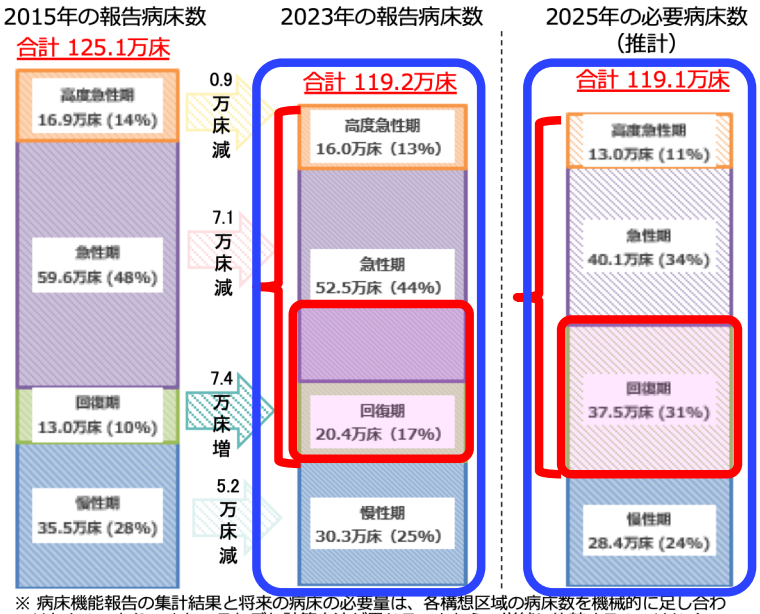
現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

○ **団塊の世代が全て75歳以上となる2025年**に向けて、**高齢者の医療需要が増加**することが想定される。

○ 約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 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。

新たな地域医療構想

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地域医療構想へ

○ **2040年頃**に向けて、**医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。

○ 増加する**高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持**が求められる。

○ 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、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する新たな地域医療構想を策定。

○ 2040年やその先を見据えて、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。
　このため、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）
- **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。

<今後のスケジュール>
令和７年度　　新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成（国）
令和８年度～　新たな地域医療構想の策定（県）
令和９年度～　新たな地域医療構想の取組を順次開始（県）

医療機関機能の設定の考え方（案）①

第８回新たな地域医療構想等に関する検討会
令　和　6　年　9　月　6　日
資料１

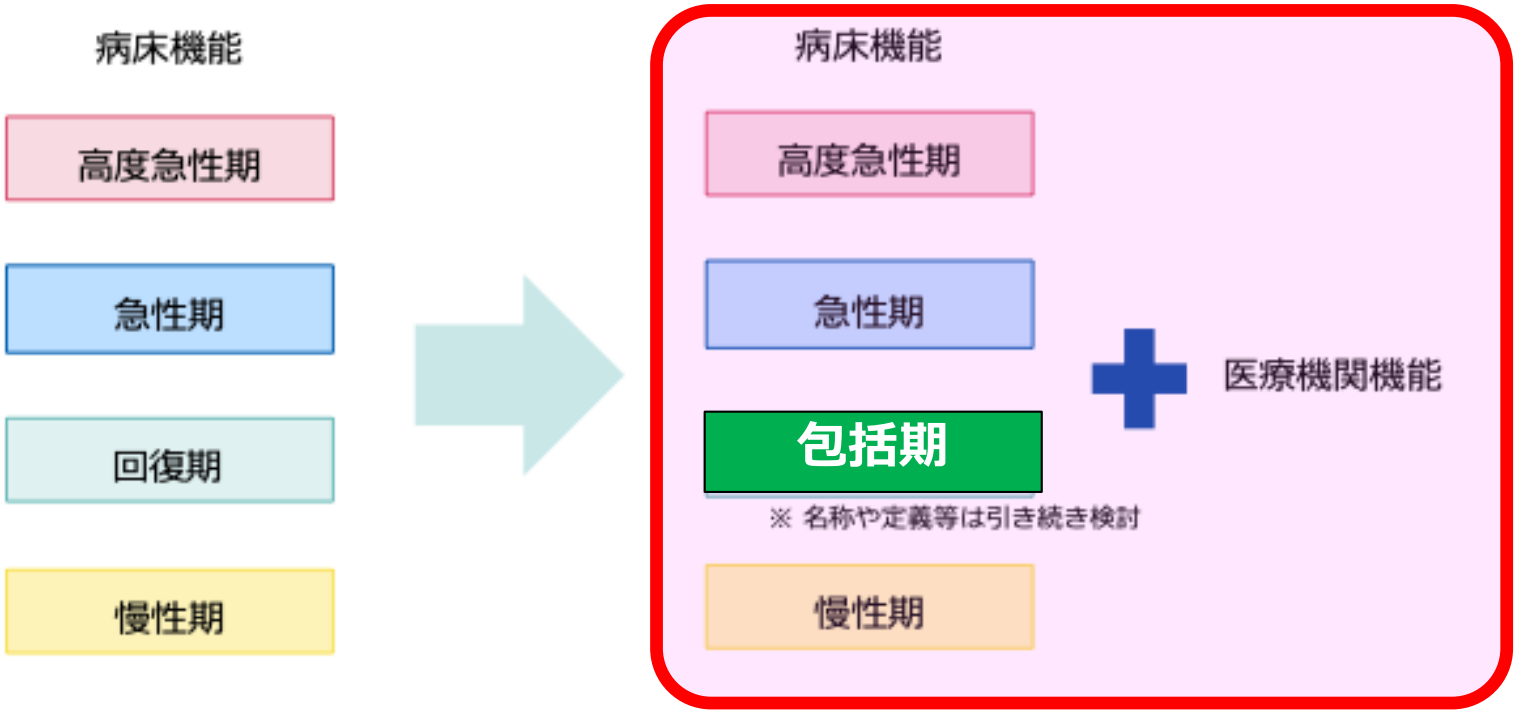
【高齢者救急に関する機能】

- 85歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されている。
- 高齢者はベッド上での安静により筋力が低下することが知られており、**入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要**となる。
- **入院でのリハビリよりも通所でのリハビリが有用な可能性や、リハ職以外による早期の離床の介入の有用性が示されている**。
- 高齢者の入院の4%を示す大腿骨近位部骨折については、早期の手術が推奨されているが、手術までの期間が長い医療圏がある。また、手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向。
- 高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の背景も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けてさらに多くなる見込み。

高齢者救急の受け皿となる医療機関においては、救急搬送を受けるだけでなく、**入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行うことが必要である。また、必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できるような体制**が必要ではないか。

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き４つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

第８回新たな地域医療構想等に関する検討会
令　和　6　年　9　月　6　日
資料１

包括期
慢性期

急性期
拠点

高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

医育機能

より広域な観点で診療を担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

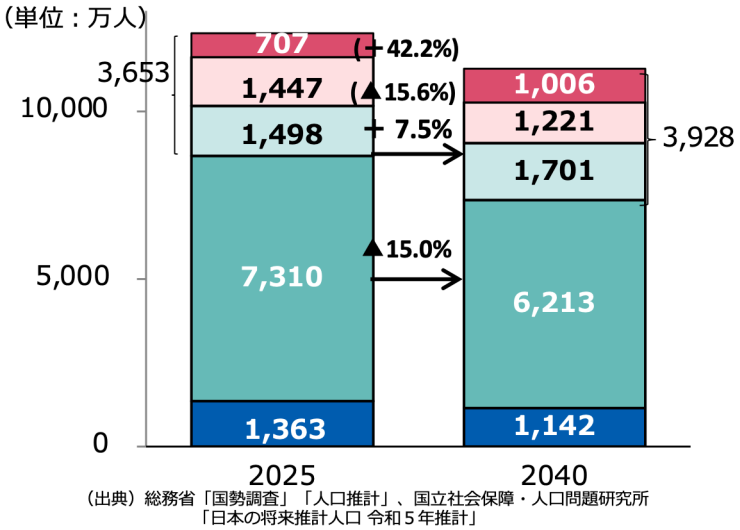
区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	**100万人以上** ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	• 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 • 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	• 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	• 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪看ステーション等の支援 • 高齢者施設等からの患者受入等の連携	• 特定の診療科に特化した手術等を提供 • 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 • 集中的な回復期リハビリテーション • 高齢者等の中長期にわたる入院医療　等
地方都市型	**50万人程度**	• 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 • 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	• 高齢者救急の対応 • 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	• 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 • 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の少ない地域	**～30万人** ※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	• 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 • 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	• 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 • 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	• 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 • 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

※　地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

２０４０年に向けた課題

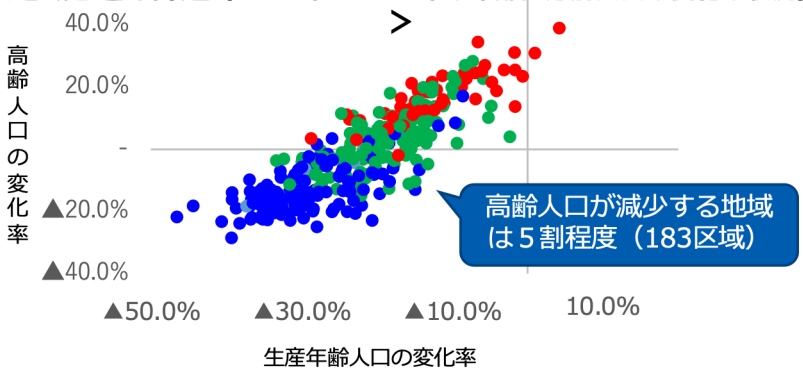
- ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

<日本全体の課題（人口構造の変化）>



（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和５年推計」

<地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）>



大都市型

医療需要
- ○ 地域の人口：横ばい
- ○ 高齢者人口：増
- ○ 在宅医療需要：増
- ○ 外来医療需要：横ばい

生産年齢人口
- ○ 一部の地域で増
- ○ 多くは０～30%程度減

課題
- ○ 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備　等

地方都市型

医療需要
- ○ 地域の人口：減
- ○ 高齢者人口：増
- ○ 在宅医療需要：増
- ○ 外来医療需要：減

生産年齢人口
- ○ ０～40%程度減

課題
- ○ 支え手の減少に対応できる提供体制の構築 等

人口の少ない地域

医療需要
- ○ 地域の人口：減
- ○ 高齢者人口：減
- ○ 在宅医療需要：増～減
- ○ 外来医療需要：減

生産年齢人口
- ○ 10～50%程度減

課題
- ○ 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持 等

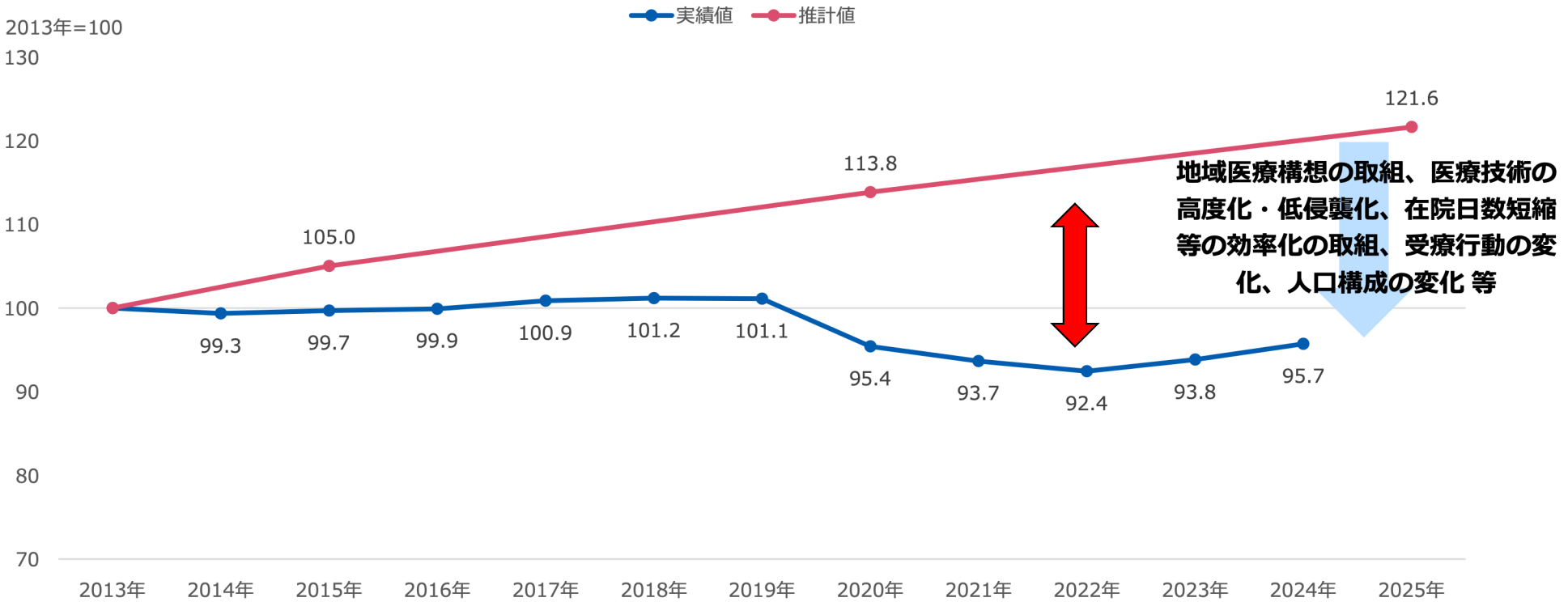
※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載

12

入院患者数の推計と実績について

現行の地域医療構想策定当時に、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した**入院患者数（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。

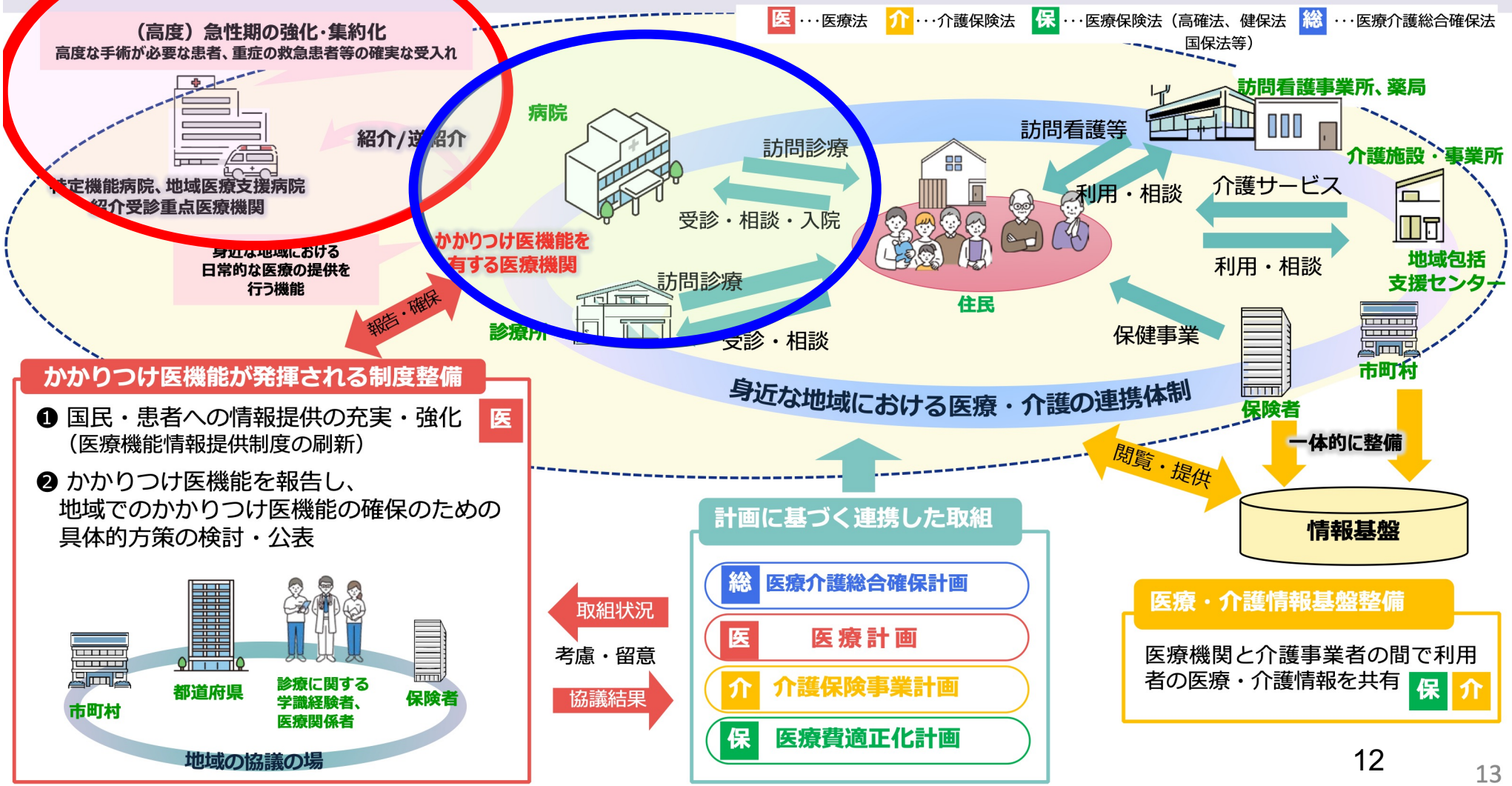
入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」
（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、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」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。
※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の１日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

○　医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	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） ● 救急医療の提供 ● 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 （急性期の提供等にあたっての体制について） ● 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 ● 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	○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。 ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数　等） 等
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） ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受け入れ台数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 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 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況　等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護ＳＴを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 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入れ体制の確保等、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況　等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療	● 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 ● 有床診療所の病床数・診療科　等

在宅医療を担う医療機関

○　医療計画や診療報酬において、それぞれ、在宅医療を担う医療機関について類型が設けられている。
○　在宅医療の提供においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関は「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」であることや、在宅医療等連携機能、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関は、高齢者施設などの協力医療機関として、在宅療養患者の入院等の受入れを行うなど、介護施設との連携を図ることが考えられる。

	診療報酬上の類型	医療計画上の類型	医療機関機能	
	・**在宅療養支援診療所** ・**在宅療養支援病院**	・**在宅医療において積極的役割を担う医療機関**	・**在宅医療等連携機能**	・**高齢者救急・地域急性期機能** ・**急性期拠点機能**
在宅医療の提供	○単独又は連携により、２４時間体制で在宅医療を提供	○自ら２４時間対応体制の在宅医療を提供 ○夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援 ○災害時に備えた体制構築	○自院による在宅医療の提供や地域の訪問看護ステーション等の支援が求められる ○加えて、地域によっては、在宅の後方支援として在宅相当患者の受入などが求められる	○特に人口の少ない地域等においては、在宅医療等連携機能も担い、自院が在宅医療の提供を行うことも想定される
在宅療養患者の入院等の受入れ	○入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保	○入院機能を有する場合には、患者の病状が急変した際の受け入れを行う	○在宅療養患者の入院の受け入れを行う ○高齢者施設等の協力医療機関となる	○それぞれの機能に応じた入院医療を提供 ○また、高齢者救急・地域急性期機能においては、高齢者施設等の協力医療機関となる
病床規模	病院は200床未満 （医療資源の少ない地域では280床未満）	特になし	特になし	

27

＊在宅療養支援病院については、当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと半径４ｋｍ以内に診療所が存在しない又は200床未満が要件とされている

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要）令和6年7月31日

令和6年9月5日　第110回 社会保障審議会医療部会　資料3（抜粋）

制度施行に向けた基本的な考え方

○　今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。

○　このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
- 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
- また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。

○　かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

１号機能

○ **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
- 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
- かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

※　施行後５年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

２号機能

○ **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**

※ １号機能を有する医療機関は、２号機能の報告を行う。

その他の報告事項

○ **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

○ 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。

○ 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
- 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

○ かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。

○ 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。

○ 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

○ 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。

○ 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでにも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

○ 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。

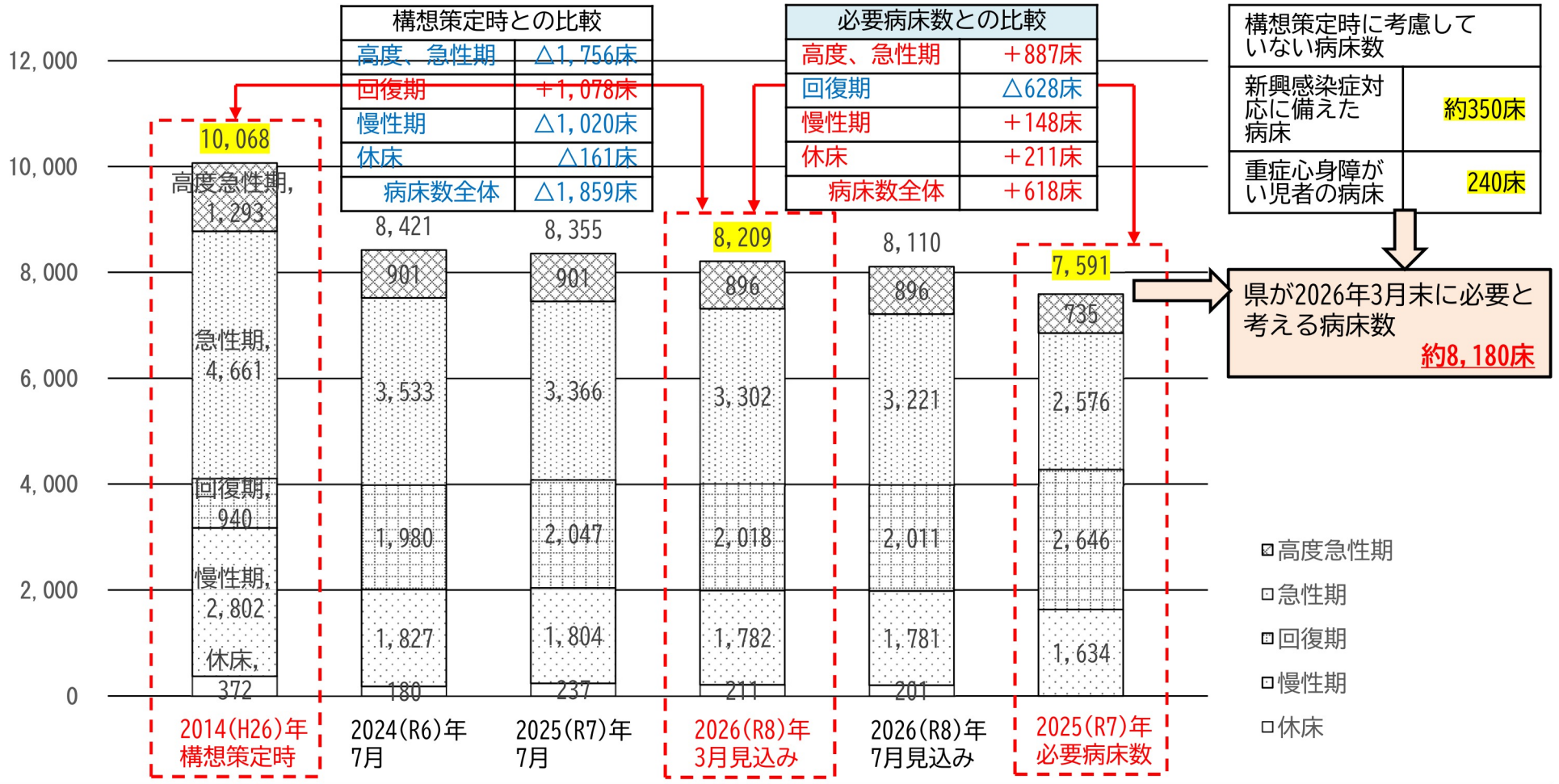
○ 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する１号機能や２号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

○ 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

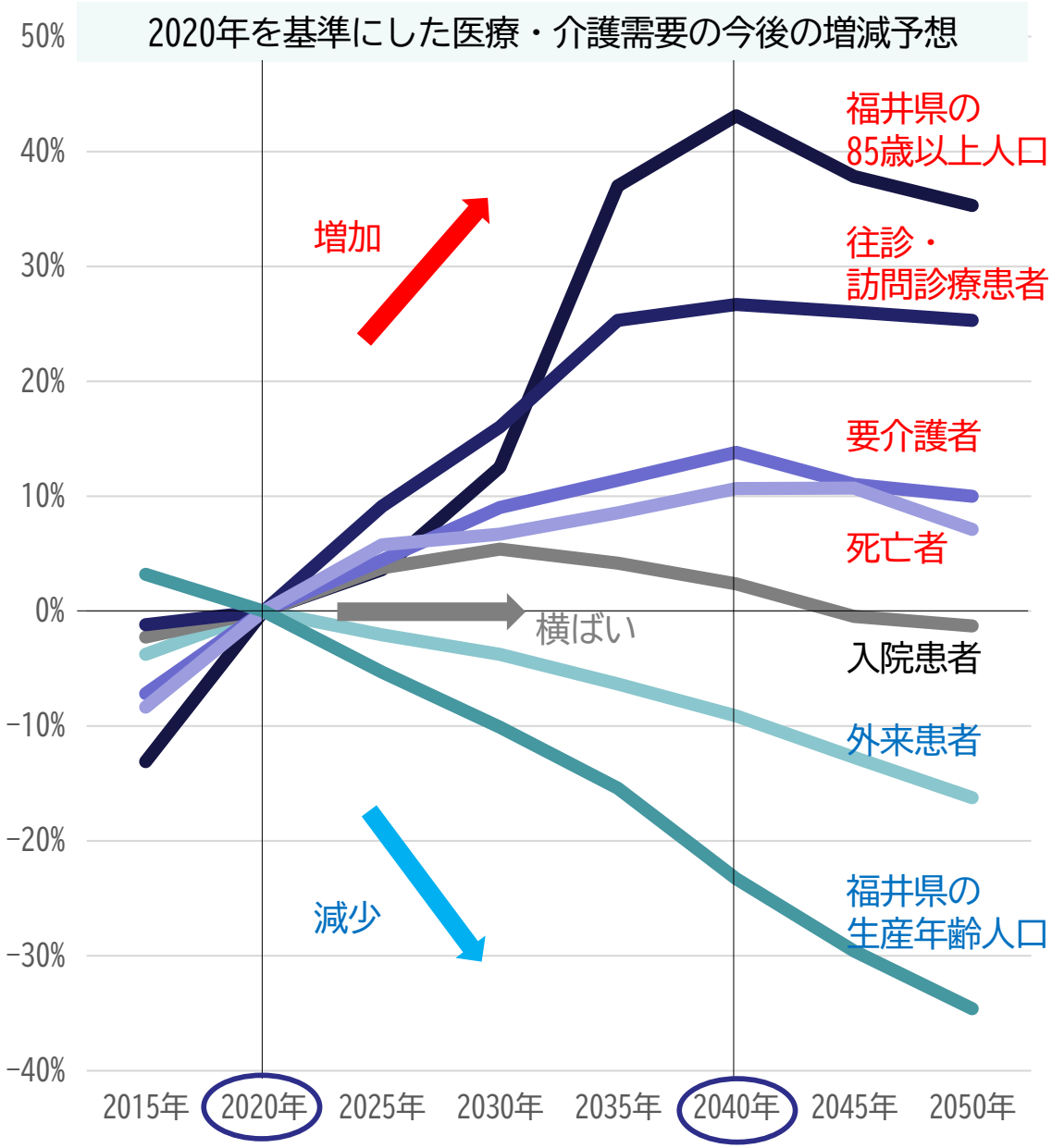
福井県の地域医療構想の現状と今後の方向性

現行の地域医療構想の進捗状況（病床数）に対する県の考え方



- 現行の地域医療構想は2025年（2026（令和8）年3月末）の医療需要推計を基に算定した必要病床数をひとつの目安に推進
- 2026年3月末の病床数は8,209床の見込み。県が必要と考える約8,180床に対して概ね適正な病床数を確保
- 病床数全体では構想は順調に進捗。一方で、病床機能を見た場合は依然として急性期が多く、回復期が不足見込みであることから、引き続き医療機能の転換や医療機関の役割分担・連携に係る協議が必要

福井県における医療・介護需要の今後の見通し



前提条件

- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口は今後も増加し、2040年頃にピーク
- 一方で、医療・介護を支える生産年齢人口（15～64歳）は一貫して減少が続く

想定される医療･介護需要の動向

- 在宅医療や介護の需要、死亡者は、高齢化の進行に伴い2040年頃に向けて増加
- 入院医療は、高齢者を中心に2040年頃までは現在と同程度の需要
- 外来医療は、人口減少に伴いすでに減少傾向
- 2040年以降は、医療・介護需要ともに横ばい、あるいは減少

今後の医療･介護提供体制の論点

- 医療従事者の確保がますます困難となる中で、役割分担や連携を前提とした、地域全体で支える医療提供体制の構築
- 急性期医療の需要が減少する一方、高齢者救急や入退院調整など、高齢者に対する医療提供の確保
- 在宅医療や介護サービスについて、医療・介護の連携による量と質の確保

「日本の地域別将来推計人口」（令和5年推計。国立社会保障・人口問題研究所）、患者調査、人口動態統計などを基に推計

新たな地域医療構想の策定の方向性

方向性

- 2040年以降の人口構造、医療ニーズを見据え、入院だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、医師・看護師など人材確保まで視野に入れた、医療体制全体の構想
- 「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。地域完結型の医療・介護提供体制を構築

新たに追加された取組みや制度（主なもの）

- **外来、在宅医療、介護との連携**
- 2040年を見据えた必要病床数の推計
- 「回復期」が「包括期」に位置付け変更
- **医療機関機能報告制度の開始**
- 構想区域の点検と見直し
- **市町の調整会議への参画**
- **精神医療を新たな地域医療構想に位置付け**
- 医療機関機能に着目した地域医療介護総合確保基金による支援

※ 青字について「医療法等の一部を改正する法律」が令和7年（2025年）12月12日に成立

想定される策定スケジュール

R8：基礎データ整備・区域点検

- 病床機能報告（包括期への対応）
- 必要病床数の推計（国の算定式に基づく）
- **医療機関機能報告の開始（10月）**
- **急性期拠点機能の評価**
- **構想区域の点検・見直し（人口規模20～30万人目安）**
  ＜区域をまたいだ協議も必要＞

データ整備・区域別の方向性を整理

地域の実情に応じた協議が必要

R9～10：役割分担・連携の協議

- 構想区域ごとに、医療機関の「医療機能」をもとに役割分担を議論
- 急性期拠点機能の配置の妥当性を協議
- 包括期機能の確保・在宅支援との接続
- 医師・看護師・介護人材等の確保に向けた施策検討

区域別の医療提供体制の方向性を確定

R10～：新構想の開始

- 新たな地域医療構想の取組開始
- 各医療機関の役割に応じて連携・再編を本格推進
- 進捗管理・課題抽出・継続的な地域協議

新構想は医療計画の上位概念に位置づけ

医療機関機能報告と構想区域の点検・見直し

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	• 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 • 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 ※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	• 高齢者救急の対応の他、頻度の多い一部の手術についても対応	• 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看ステーション等の支援 • 高齢者施設等からの患者受入等の連携	• 特定の診療科に特化した手術等を提供 • 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 • 集中的な回復期リハビリテーション • 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型 嶺北 福井・坂井	50万人程度	• 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 • 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 ※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	• 高齢者救急の対応 • 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	• 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 • 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の少ない 丹南 嶺南 奥越	～30万人 ※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	• 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 • 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 ※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	• 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 • 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	• 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 • 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

※ 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

区域	2020年	2030年	2040年	2050年
嶺北	632,190 人	581,830 人	531,351 人	478,465 人
福井・坂井	397,298 人	370,125 人	342,236 人	312,136 人
奥越	53,436 人	45,045 人	37,244 人	29,970 人
丹南	181,456 人	166,660 人	151,871 人	136,359 人
嶺南	134,673 人	120,889 人	107,831 人	94,420 人
計	766,863 人	702,719 人	639,182 人	572,885 人

国のスケジュールでは、
遅くとも令和10年（2028年）までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定することを想定

令和7年8月27日 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 、日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）を基に作成

新構想策定の論点　⇒　急性期拠点機能の評価の方向性

- 救急受入件数や全身麻酔手術件数といった**量的指標**
  ⇒ **幅広い疾患への対応力**、**手術の難易度・専門性**、24時間救急やICUを含む**地域医療への貢献度**、**交通アクセスや地域シェアといった地域特性**の評価は**不十分**
- 量的指標に加えて**「総合性」「質」「連携力」「地域特性」**等を組み合わせ、**多角的に急性期拠点機能を評価**
- 2040年以降を見据えると、**持続可能で自律した経営**、**患者や連携医などの視点**も重要

量的指標	• 救急車受入件数 • 全身麻酔手術件数　など

＋

総合性 （幅広い疾患対応力）	質 （医療の高度性・難易度）	連携力 （地域医療への貢献）	地域特性 （人口・疾病構造・地理条件）
• 診療科の数・構成 • 常勤医師数 • ＤＰＣカバー率 （どれだけ多様な疾患に対応しているか。医療の専門性・難易度にも留意） • 年間入院患者数 • 急性期病床数・稼働率	• 全身麻酔手術件数 • 手術難易度指標 （外保連手術指数 等） • ＩＣＵ、ＨＣＵの整備状況、稼働率 • 高度医療機器の保有状況 （人工心肺、血管造影装置 等） • 専門領域の実績 （心臓手術、脳内血栓除去術件数 等）	• 救急車受入件数・時間外受入割合 • 救急搬送の症状別の地域シェア （どの地域から、どのような症状の救急を受けているか） • 医師派遣実績 • 地域医療連携室の機能・紹介率・逆紹介率 • 災害・感染症への対応体制	• 圏域人口・高齢化率・疾病構造 （循環器疾患、分娩等需要 等） • 地理的アクセス （山間部、豪雪地帯 等） • 地域内の医療資源分布 （他病院との距離、診療所を含めた役割分担 等） • 搬送時間・救急医療体制の実効性

＋

持続可能で自律した経営（経営の健全性、組織の成熟度）

＋

患者や地域住民、連携医から支持される医療

2024年度診療報酬・介護報酬同時改定を振り返る

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

○　入院基本料等について、以下の見直しを行う。

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、**栄養管理体制の基準を明確化する**。
- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする**。
- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、**医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める**。
- 上記のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、**入院基本料等の評価を見直す**。

現行		改定後	
【一般病棟入院基本料】		【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料１	1,650点	急性期一般入院料１	**1,688点**
【療養病棟入院基本料】		【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料１　入院料Ｇ	968点	療養病棟入院料１　入院料25	**983点**
【精神病棟入院基本料】		【精神病棟入院基本料】	
15対１入院基本料	830点	15対１入院基本料	**844点**
【特定機能病院入院基本料】		【特定機能病院入院基本料】	
７対１入院基本料（一般病棟の場合）	1,718点	7対１入院基本料（一般病棟の場合）	**1,822点**
【回復期リハビリテーション病棟入院料】		【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料４	**1,859点**
【地域包括ケア病棟入院料】		【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料１	2,809点	地域包括ケア病棟入院料１（40日以内）	**2,838点**
		（41日目以降は2,690点）	

※一部の入院料について抜粋。地域包括ケア病棟入院料１は日数による評価を見直したことに伴う増点を含む。

医療と介護の連携の推進（イメージ）

➢　これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関
【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】



介護保険施設等との連携の推進

- **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
  在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
  介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
  入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
  高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
  介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
  地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬　■：介護報酬

(1)平時からの連携
（カンファレンス等による入所者の情報の共有等）
- ●協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- ●感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- ■協力医療機関連携加算の新設
- ■高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2)急変時の電話相談・診療の求め

(3)相談対応・医療提供
- ●介護保険施設等連携往診加算の新設
- ●医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4)入院調整
- ●協力対象施設入所者入院加算の新設
- ■退所時情報提供加算の見直し

(5)早期退院
- ■退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携



介護保険施設等
【特養・老健・介護医療院】



協力医療機関等との連携の強化

- **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
  以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
  ①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
  ②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
  ③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
  ※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- **協力医療機関連携加算の新設**
  介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
  感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- **退所時情報提供加算の新設**
  入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- **早期退院の受入れの努力義務化**
  退院が可能となった場合の速やかな受け入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- **入院時情報連携加算の見直し**
  入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- **通院時情報連携加算の見直し**
  算定対象に歯科医師を追加

出展：「令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）」令和6年3月5日版　厚生労働省保険局医療課　より

患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

○　後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
○　患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
○　また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。



急性期入院料の見直し

- 入院基本料等の引き上げ
- 重症度、医療・看護必要度の見直し（急１におけるB項目の廃止等）
- 急１における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- リハ栄養口腔連携体制加算の新設

急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- 急性期充実体制加算を加算１及び加算２に再編
- 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

特定集中治療室等の見直し

- SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- 遠隔ICUの評価
- ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

地域包括医療病棟

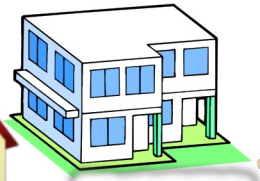
地域包括医療病棟入院料の新設

- 在宅復帰率8割
- 救急搬送患者割合1割５分
- ADL維持率95%以上　　等

救急患者連携搬送料の新設
（いわゆる下り搬送の促進）









地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 40日目以降と以前の評価の見直し
- 在宅医療要件の見直し
- 在宅復帰率の見直し
- 短期滞在手術の扱いの見直し



有床診療所基本料の見直し

- 介護障害連携加算の新設

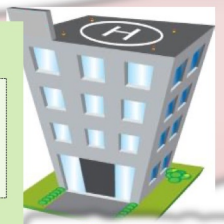
療養病棟入院料の見直し

- 医療区分の見直し
- 中心静脈栄養の評価見直し
- リハビリーションの評価見直し
- 経過措置病棟の廃止



回復期リハ入院料の見直し

- FIMの測定等の要件見直し
- 体制強化加算の廃止
- 運動器リハ算定上限数見直し



看護補助者の体制整備
・看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
・看護補助加算の新設（小児入管）

働き方改革の推進
・地域医療体制確保加算の要件見直し
・医師事務作業補助体制加算の引き上げ

地域包括医療病棟①　病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し**、**急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。（高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**）
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援





早期の在宅復帰

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者（介護福祉士含む）による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

令和8年度診療報酬改定の全体像

～持続可能性確保と医療提供体制再構築を目指して～

令和８年度診療報酬改定について（令和７年12月24日大臣折衝事項）

１．診療報酬　＋3.09%（Ｒ８年度及びＲ９年度の２年度平均。Ｒ８年度＋2.41%、Ｒ９年度＋3.77%）（Ｒ８年６月施行）

※１　うち、賃上げ分　**＋1.70%**（２年度平均。Ｒ８年度＋1.23%、Ｒ９年度＋2.18%）

- 医療現場での生産性向上の取組と併せ、Ｒ８・Ｒ９にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※２　うち、物価対応分　**＋0.76%**（２年度平均。Ｒ８年度＋0.55%、Ｒ９年度＋0.97%）

- 特に、Ｒ８以降の物価上昇への対応として＋0.62%（Ｒ８年度＋0.41%、Ｒ９年度＋0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院＋0.49%、医科診療所＋0.10%、歯科診療所＋0.02%、保険薬局＋0.01%）
- また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※３　うち、食費・光熱水費分　**＋0.09%**（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※４　うち、Ｒ６改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分　**＋0.44%**

- 配分に当たっては、Ｒ７補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院＋0.40%、医科診療所＋0.02%、歯科診療所＋0.01%、保険薬局＋0.01%）

※５　うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化　**▲0.15%**

※６　うち、※１～５以外の分　**＋0.25%**　各科改定率：医科＋0.28%、歯科＋0.31%、調剤＋0.08%

２．薬価等

薬価：　▲0.86%（Ｒ８年４月施行）
材料価格：▲0.01%（Ｒ８年６月施行）
合計：　▲0.87%

３．診療報酬制度関連事項

①Ｒ９年度における更なる調整及びＲ10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討

②賃上げの実効性確保のための対応

③医師偏在対策のための対応

④更なる経営情報の見える化のための対応

４．薬価制度関連事項

①Ｒ８年度薬価制度改革及びＲ９年度の薬価改定の実施

②費用対効果評価制度の更なる活用

令和８年度診療報酬改定の概要

１．賃上げや物価への対応

➢ **賃上げに向けた評価**
- 令和８・９年度での各3.2%（看護補助者・事務職員等は5.7%）の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し（点数の見直し、夜勤手当への充当も可能）

➢ **物価動向への対応**
- 令和８・９年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ（自己負担を含む）　等

２．急性期・高度急性期入院医療の見直し

➢ **急性期・高度急性期の医療機関機能に応じた評価の見直し**
- 急性期病院一般A/B入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し
- 急性期総合体制加算の5類型新設（既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価）
- 特定集中治療室管理料等の見直し（救急搬送や全身麻酔を実績要件化）

➢ **多職種が病棟で協働する体制の評価（10：1⇒7:1相当）**

３．包括期・慢性期入院医療の見直し

➢ **「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し**
- 地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど）
- 回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など）
- 療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し

➢ **質の高い包括期入院医療の評価**
- 生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算１の引上げ
- 身体的拘束の最小化をより組織的に行う際の評価の新設

４．業務効率化・負担軽減等に向けた取組み

➢ **ＩＣＴ等の活用による業務効率化・負担軽減**
- 見守りや記録等でＩＣＴを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
- 生成ＡＩ等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化

➢ **やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化**

５．人口の少ない地域・医師偏在対策

➢ **人口少数地域で医療提供機能を確保するための評価の新設**
- 医療提供機能連携確保加算の新設（人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価）

➢ **診療科偏在対策の推進**
- 地域医療体制確保加算２の新設（若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価）
- 外科医療確保特別加算の新設（長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価）

６．外来医療の機能分化・強化等

➢ **外来の機能分化の推進**
- 特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
- 特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設

➢ **外来に係る評価の見直し**
- 生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し
- 時間外対応加算の引上げ、名称変更

７．質の高い在宅医療・訪問看護の推進

➢ **在宅医療に関する評価の見直し**
- 地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価

➢ **訪問看護に関する評価の見直し**
- 同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し
- 地域と連携した精神科訪問看護体制を評価

８．重点的な対応が求められる各分野での対応（救急、小児・周産期、精神医療、ＤＸ・オンライン診療など）

➢ **救急医療**
- 救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設）
- 救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価

➢ **小児・周産期医療**
- 妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価（産科管理加算）
- 小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可

➢ **精神医療（続き）**
- 急性期病院精神病棟入院料の新設（地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。）
- 精神科地域密着多機能体制加算の新設（小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組評価,精神科地域包括ケア病棟入院料廃止）

➢ **医療ＤＸ・オンライン診療の評価の見直し**
- 電子的診療情報連携体制整備加算の新設（医療ＤＸに係る評価を改組）
- D to P with N での訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設

令和8年度診療報酬改定答申内容をもとに池端幸彦作成

患者のニーズ、病院の機能・特性に応じた入院医療の評価

○　2040年とその先を見据え、「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する観点を踏まえ、これまでの病棟単位の機能（平均在院日数、医療看護必要度、在宅復帰率等）を中心とする評価だけでなく、病院単位の機能（救急搬送件数、全身麻酔手術件数、介護保険施設等からの緊急入院の受入れ実績等）にも着目した評価体系とする。

急性期機能の病院単位での評価

- **「急性期病院A／B一般入院料」を新設**（病院の急性期機能（救急搬送受入れ、全身麻酔手術等）に応じた評価）
- **「急性期総合体制加算」を新設**（総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価）
- **特定機能病院入院基本料をＡ／Ｂ／Ｃに区分**
- ICU(特定集中治療室)・HCU(ハイケアユニット)において、救急搬送・全身麻酔に係る一定の病院実績を要件とする。

高齢者の生活を支える「治し、支える医療」の評価

- **「包括期充実体制加算」を新設**（在宅医療・介護保険施設の後方支援等に一定の体制と実績を持つ医療機関を評価）
- **緊急入院の受け入れの評価の引き上げ**（地域包括医療病棟の入院料区分の新設、地域包括ケア病棟の初期加算の対象拡大）
- 在宅復帰に向けた質の高いリハビリテーションを評価するための**回復期リハビリテーション病棟の実績指数**（アウトカム評価）の**算出方法見直し**、要件を満たすべき**対象病棟の拡大**

質の高い手術体制等の評価

- **外科医療確保特別加算の新設**
  （外科医の勤務環境・処遇の改善を図り高度な手術を行う体制を評価）

円滑な救急受け入れ等の評価

- **「重症度、医療・看護必要度」の見直し**
- **救急患者連携搬送料**において、民間救急の活用や、受入側の評価を新設
- **「救急外来医学管理料」の新設**
  （24時間体制で救急患者を受け入れる機能を評価）

質の高い慢性期医療の評価

- 医療区分２・３に該当する患者に緩和ケアを行う患者等を追加
- 入院料２における医療区分２・３の患者割合の要件の引き上げ

入院早期からの生活機能の維持・向上等の取組

- 早期リハビリテーション加算の評価をより早期に重点化。土曜・休日のリハビリを評価
- **「看護・多職種協働加算」の新設**
- **「リハビリテーション・栄養・口腔連携加算」の対象拡大**
- 包括期入院医療を担う病棟の**入退院支援加算１の評価の引き上げ**

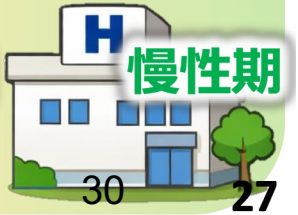




人口の少ない地域の医療体制の確保

- 急性期病院Ｂ入院料、急性期総合体制加算について人口の少ない地域の特性に応じて緩和した要件を設定
- **医療提供機能連携確保加算**の新設（人口の少ない地域で、地域の医療体制の確保に貢献する病院の評価）





2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

○　入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
○　在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



急性期医療を担う病院

緊急性・専門性が高い救急患者等

救急患者連携搬送料

地域連携し「下り搬送」を活用する場合の評価を充実
- 民間救急の活用、受入側評価等



包括期医療を担う病院

包括期入院医療

在宅患者・施設入所者の後方支援や円滑な入退院支援を推進
- 包括期充実体制加算の新設
- 緊急入院の入院料や初期加算を引上げ
- 入退院支援加算１の充実
- 介護支援等連携指導料２の新設
- 出来高算定可能範囲を拡大
  －退院時訪問指導料（回リハ）
  －退院時共同指導料２等（地ケア）
- 退院直後の訪問栄養食事指導料の新設

慢性期入院医療

より医療の必要性が高い患者の受入を推進
- 悪性腫瘍以外の緩和ケアを受ける患者や重症の医療的ケア児を医療区分２・３に追加
- 一部の医療区分２の処置等を重複して行う患者の評価引上げ

在宅療養支援診療所・病院

地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関を評価
- 重症患者への対応等、地域で積極的な役割を担う医療機関の評価を充実
- 往診時医療情報連携加算の算定可能な範囲を拡大
- 在支診／在支病の要件に、業務継続計画（BCP）の策定及び定期見直しを追加
- 医薬品適正処方に向けた医師／薬剤師同時訪問の評価
- 要介護度の低い患者等に一律月２回訪問管理を行う医療機関の評価を適正化



在支診・在支病



自宅・高齢者住まい・居住系介護サービス



慢性期医療を担う病院

訪問看護ステーション

高齢者向け住まい等併設型訪問看護の適切な評価と重症者への対応等を評価
- 同一建物居住利用者数と訪問日数に応じたきめ細やかな見直しと１日あたり包括評価体系の新設
- ICTを活用した地域連携の評価を新設
- 地域で連携し精神障害にも対応する訪問看護STに係る評価を新設



訪問看護ステーション

終末期・緩和ケア医療の充実

- 緩和ケア病棟において末期腎不全患者の受入を可能とする
- 入院／外来／在宅緩和ケア管理に係る評価の対象患者に、末期腎不全・呼吸不全を追加

包括期を担う病棟の施設基準

診調組　入－１
７．６．１３改

		（参考）急性期一般入院料４	地域包括医療病棟	地ケア入院料１／３	地ケア入院料２／４
病棟ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対１	10対１	13対１	13対１
	看護師割合	７割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(－)	常勤２名以上	常勤１名以上	常勤１名以上
	管理栄養士	(－)	専任常勤１名以上	(－)	(－)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は６単位まで	包括、必要者に２単位以上	包括、必要者に２単位以上
	ADLの維持向上、栄養管理に資する体制整備		要		
病棟プロセス・アウトカム	重症度、医療・看護必要度	Ａ２点以上かつＢ３点以上、Ａ３点以上、Ｃ１点以上のいずれか	Ａ２点以上かつＢ３点以上、Ａ３点以上、Ｃ１点以上のいずれか	Ａ１点以上又はＣ１点以上	Ａ１点以上又はＣ１点以上
	看護必要度Ⅰ	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度Ⅱ	15%以上	15%以上	８%以上	８%以上
	入院日に特に介助を要する患者		５割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		５%未満		65%未満
	自宅等から入院			２割以上	★２割以上
	自宅等からの緊急入院			前３ヶ月で９人以上	★前３ヶ月で９人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		８割以上	72.5%以上／70%以上	72.5%以上／70%以上
	その他のプロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が５%未満		
病院ストラクチャー・プロセス	病床数等			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			６項目のうち２つ以上を提供	６項目のうち１つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算１の届出 （＝連携機関数が25以上）	専従/専任の看護師・社会福祉士配置（入院料１）入退院支援加算１の届出（連携機関のうち５以上は介護保険法等のサービス事業所）	専従/専任の看護師・社会福祉士配置（入院料２）入退院支援加算１の届出（連携機関のうち５以上は介護保険法等のサービス事業所）
	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※　療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の**医療資源投入量**その他の特徴を踏まえ、**入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- 包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、**急性期病棟の併設がない場合について更に評価**する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（１日につき）　3,050点

［算定要件］

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料３の例により、算定する。

改定後

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（１日につき）

１　地域包括医療病棟入院料１

イ　入院料１	**3,367点**
ロ　入院料２	**3,267点**
ハ　入院料３	**3,117点**

２　地域包括医療病棟入院料２

イ　入院料１	**3,316点**
ロ　入院料２	**3,216点**
ハ　入院料３	**3,066点**

［算定要件］

○　同一病院内の**Ａ１００一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。
- **地域包括医療病棟入院料１**：Ａ１００算定病棟**なし**
- **地域包括医療病棟入院料２**：Ａ１００算定病棟**あり**

○　入院料１～３については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。
- 入院料１：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わない**もの
- 入院料２：入院料１にも３にも該当しないもの
- 入院料３：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行う**もの

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

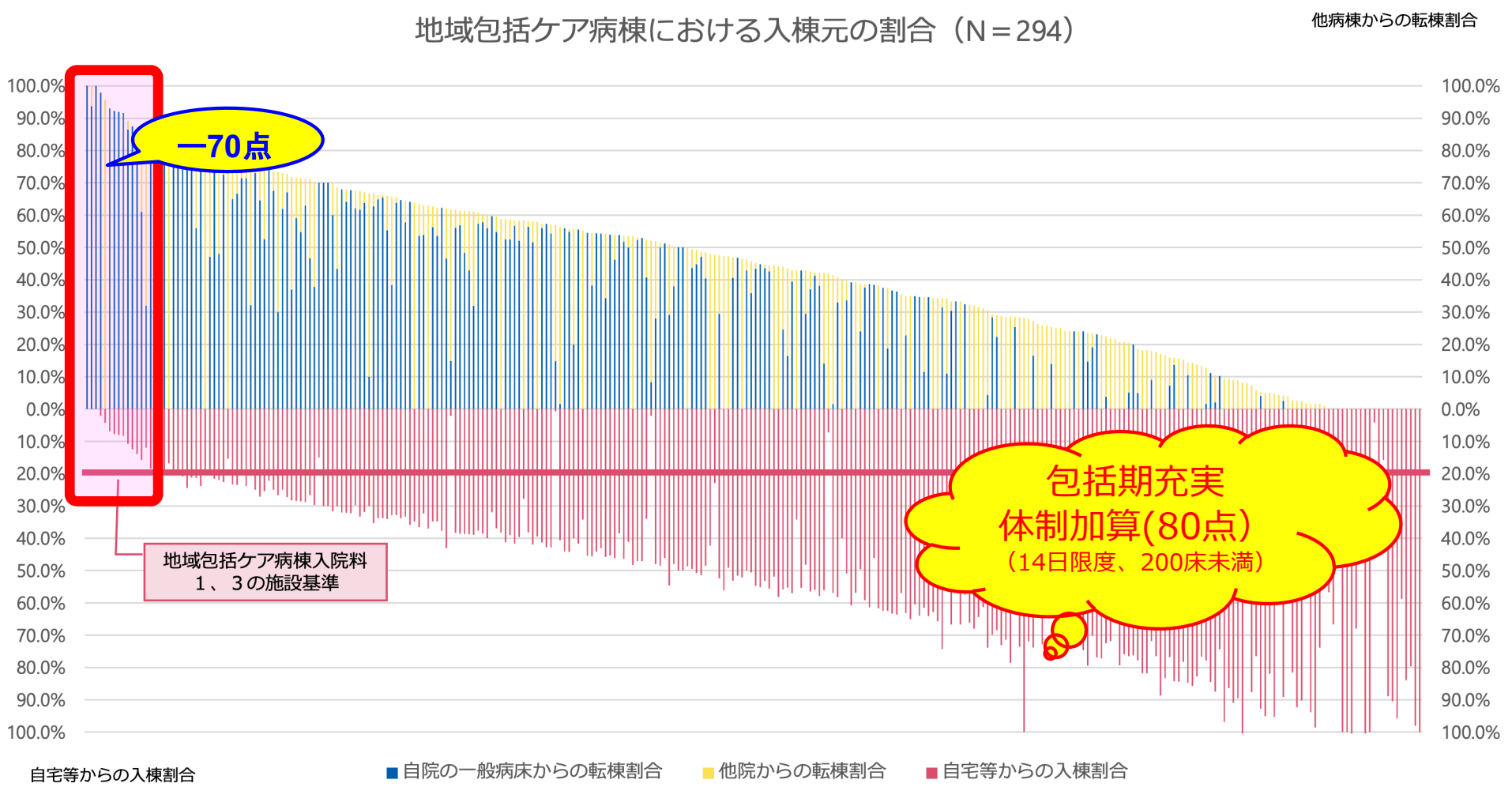
➢ **高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進**する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、**平均在院日数**、**ADL低下割合**及び**重症度、医療・看護必要度の基準**を見直す。

	改定前 （変更のない項目は記載を省略）	改定後 ★経過措置あり	
看護職員の配置		10対１（７割以上が看護師）	
多職種の配置		常勤のPT, OT, STが専従で１名、専任で１名 常勤の管理栄養士が専任で１名	
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A３点以上、A２点以上かつ B３点以上、C１点以上	以下のいずれかを満たす **A２点以上、C１点以上**	
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ　16% 必要度Ⅱ　15%	**基準該当患者割合に係る指数**（※）として 必要度Ⅰ　**19%** 必要度Ⅱ　**18%**　※該当患者割合＋**救急搬送応需係数**	
初日のB項目が３点以上の患者の割合		５割以上	
平均在院日数	21日	**20日を原則として、85歳以上の患者の割合が２割を増すごとに＋1日** （85歳以上が２割以上なら21日、４割以上なら22日、６割以上なら23日）	
在宅復帰率		80%以上	
ADLが低下した患者の割合	５%未満	５%未満を原則として、**85歳以上の患者の割合により調整**	
同一医療機関の一般病棟からの転棟		５%未満	
救急搬送後の患者の割合		15%以上	
届出・併設等不可	急性期充実体制加算１又は２ 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟１	地域包括医療病棟２
		急性期総合体制加算★ **一般病棟入院基本料** 特定機能病院、専門病院入院基本料	**急性期総合体制加算**★ **急性期病院A, B入院料**★ 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	3,050点	**3,117～3,367点**	**3,066～3,316点**

地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

診調組　入－１
７．５．２２

○　地域包括ケア病棟において、自宅等からの入棟割合は医療機関ごとにばらつきがみられる。

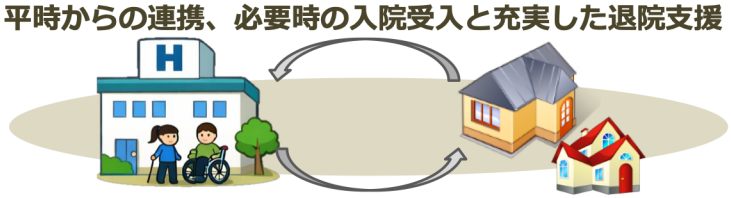


出典：令和６年度入院・外来医療等における実態調査　（病棟調査票（B票））

包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

➢ 高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、一定の体制及び実績を有する許可病床数200床未満の**地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟**で算定可能な**包括期充実体制加算を新設**する。



（新）　包括期充実体制加算（１日につき）　80点

［算定要件］

注１　在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、入院した日から起算して**14日を限度として**所定点数に加算する。

［施設基準］

○ **許可病床数**が**200床未満**（別表第六の二に掲げる人口の少ない地域に所在する場合は280床未満）であること。
○ **地域包括医療病棟入院料**又は**地域包括ケア病棟入院料**を算定する病棟を有する病院であること。
○ 「Ａ１００」のうち**急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院**であること。
○ 協力対象施設入所者入院加算（※）、入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。
○ 地域において**高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績**を有していること。

地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績	
施設後方支援の体制（※）	原則**３以上の施設の協力医療機関**になること ※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く
後方支援の実績	①及び②を満たす ①　自宅等からの**緊急入院**が**直近３か月**で**15件以上** ②　**在宅患者緊急入院診療加算１～３**の算定回数が**直近１年**で合わせて**12回以上**　又は **協力対象施設入所者入院加算１・２**の算定回数が**直近１年**で合わせて**４回以上**
救急医療の実績	**救急搬送及び下り搬送からの入院**が全入院患者の**８％以上**
入退院支援の実績	**退院時共同指導料２**と**介護支援等連携指導料２**の算定回数が**直近３か月**で合わせて**３回以上**

※　在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する医療機関のいずれでもない場合は除く。

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

	A233　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304　地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算		（新）A308-3　地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算
	加算１	（新）加算２	加算１	（新）加算２	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士　１名、専任の療法士　１名 専任の管理栄養士　１名		病棟の配置職員のみ （療法士　専従２名、 管理栄養士　専任１名）		専任の管理栄養士　１名 ＋病棟の配置職員 （療法士　専従１名）
専従者の兼務規定	専従者は、他の業務の専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務との専従者との兼務不可だが、チームに係る加算の専従者との兼務は可能	病棟内の入院医療管理料を算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録				
3日以内リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、３日以内に開始した患者が８割以上				入棟患者のうち、３日以内に開始した患者が６割以上
休日リハ実施割合	８割以上	７割以上	８割以上	７割以上	７割以上
ADL低下割合	３%未満	５%未満	３%未満	５%未満	ー（要件なし）
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの算定制限	専従・専任：９単位まで		専従：６単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数（14日間）	150点	90点	110点	50点	30点

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分３	・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 ・**区分番号Ａ２１２に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注１に規定する超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）**	・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 ・**医療区分２の処置等のうち、（１）及び（２）のいずれにも該当するもの**
医療区分２	・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）） ・その他の指定難病等（スモンを除く。） ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） ・慢性閉塞性肺疾患 （ヒュー・ジョーンズの分類がＶ度の状態に該当する場合に限る。） ・悪性腫瘍 （医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） ・**末期呼吸器疾患（適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がＶ度の状態に該当し 、呼吸困難に対して医療用麻薬の投与によるコントロールが必要な状態に限る。）** ・**末期心不全（器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にＮＹＨＡ重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。）** ・**末期腎不全（器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であって、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。）** ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態 ・**区分番号Ａ２１２に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注２に規定する準超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）**	**（１）感染症の治療に係る処置** ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） **（２）創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置** ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療 ・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） （３）その他の処置 ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・頻回の血糖検査 ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く） ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療 （４）傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）
医療区分１	医療区分２・３に該当しない者	38

療養病棟入院基本料の見直し

医療区分の見直し

- 処置等の医療区分２に複数該当する場合の医療資源投入量を踏まえ、**感染症にかかる処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合**には、**処置等に係る医療区分３**の患者として入院料を算定することとする。
- **非がん疾患に対する緩和ケアを評価**する観点から、悪性腫瘍以外にも、心不全、呼吸不全、腎不全で医療用麻薬等の薬剤投与による苦痛のコントロールが必要な状態について、疾患・状態に係る医療区分２に追加する。
- **医療的ケア児の受入について評価**する観点から、超重症児・準超重症児に該当する小児について、超重症児は疾患・状態に係る医療区分３に、準超重症児は医療区分２に追加する。

求める医療区分２・３割合の見直し

- 療養病棟入院基本料２において求める**医療区分２・３の患者の割合**を、５割から**６割に引き上げ**る。

現行	改定後
【療養病棟入院料２】 ［施設基準］ ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上であること。	**【療養病棟入院料２】** ［施設基準］ ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**六割**以上であること。

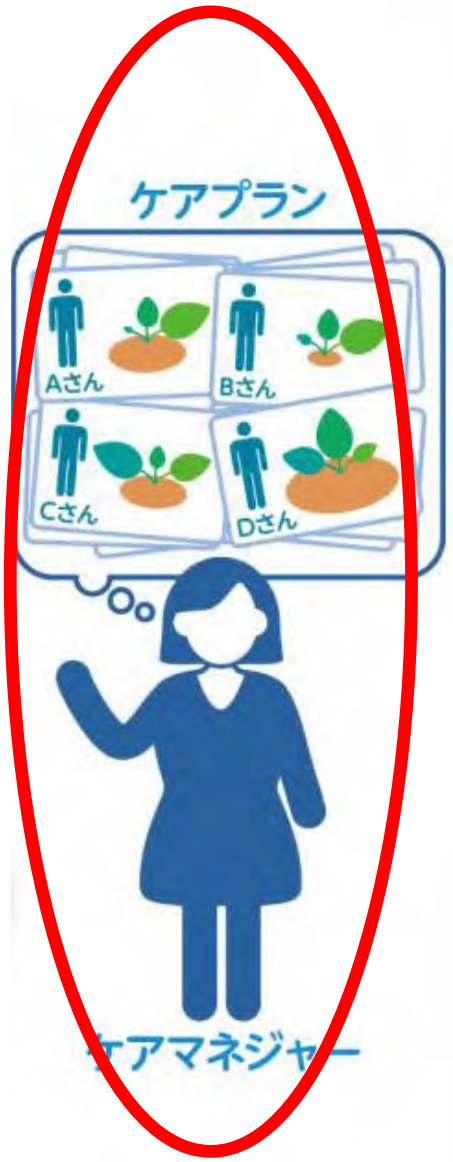
［経過措置］令和８年３月31日において現に療養病棟入院料２を届け出ている保険医療機関については、令和８年９月30日までの間に限り、基本診療料の施設基準等第５の３の（１）のハに該当するものとみなす。

地域医療構想と地域包括ケアシステムからみた今後の慢性期医療の方向性

第4期地域包括ケア研究会報告より

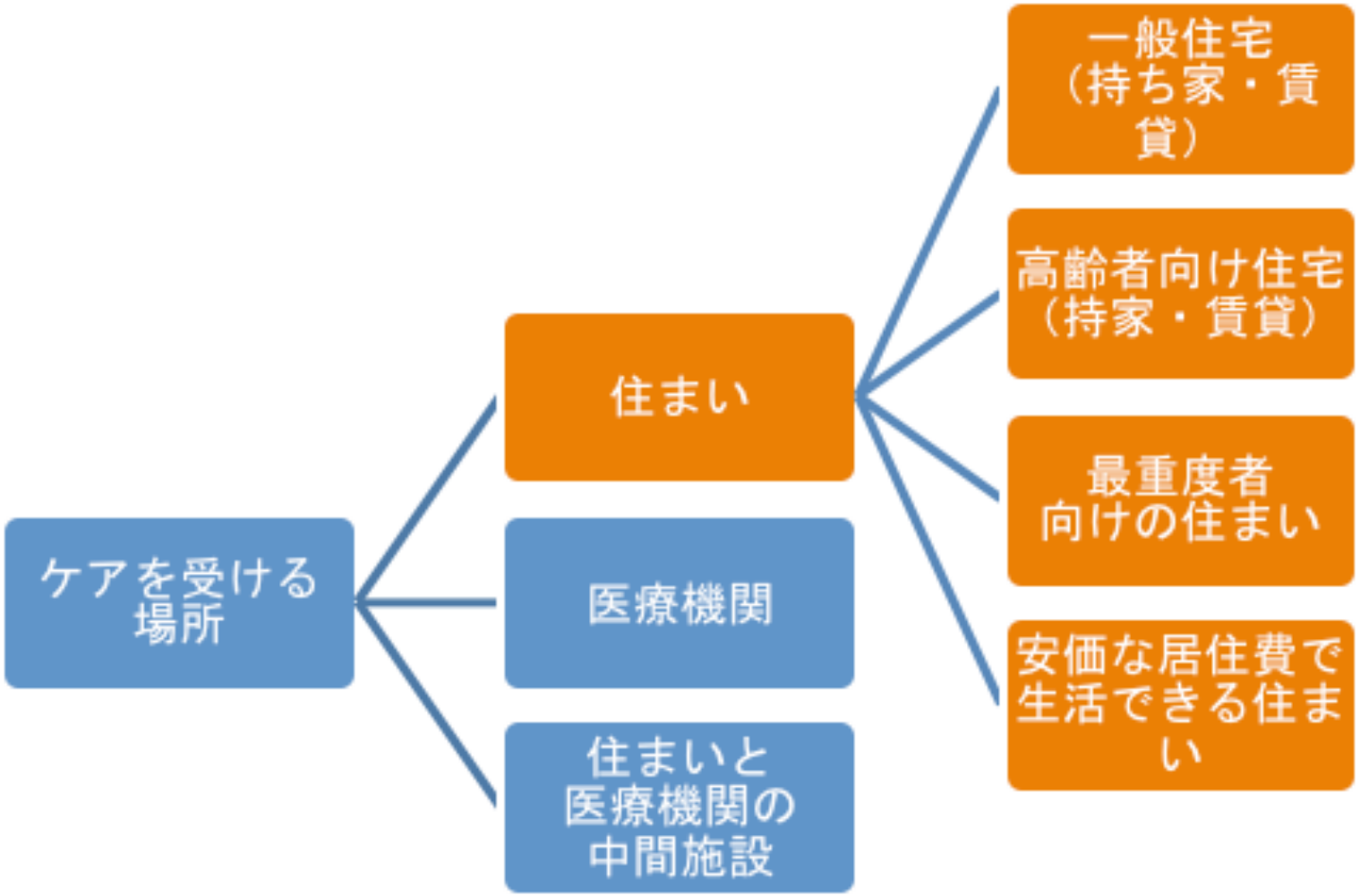






地域マネジメントに基づく〈ケア付きコミュニティ〉の構築

「“支援・サービス”を受ける場所」と「住まい」



在宅ケアの基本条件

1．不安なときは**いつでも相談**できて，
必要なとき必要なだけの医療を提供
できる医師がいてくれること

2．いつでも，**必要なとき**，**必要な期間**，
入院できるベッドがあること

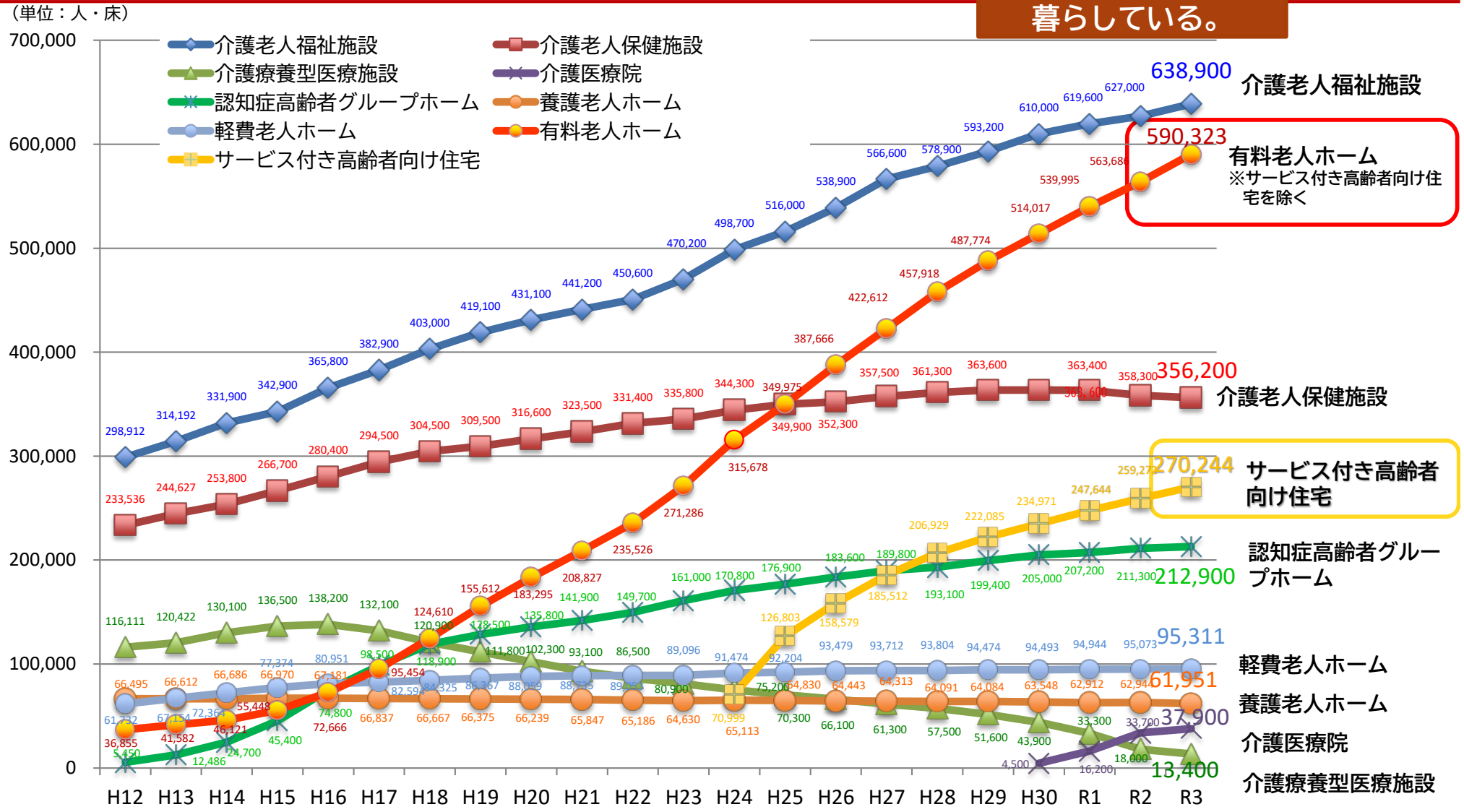
医療法人池慶会　池端幸彦 作成

今後の死に場所は？



高齢者向け施設・住まいの利用者数

約86万人の方が暮らしている。



※１：介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10／１時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。
※２：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
※３：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）
※４：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R3.10／１時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24～は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）
※５：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果 （利用者数ではなく定員数）による。 サービス付き高齢者向け住宅を除く。
※６：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（各年9/30時点）」による。 （利用者数ではなく登録戸数）

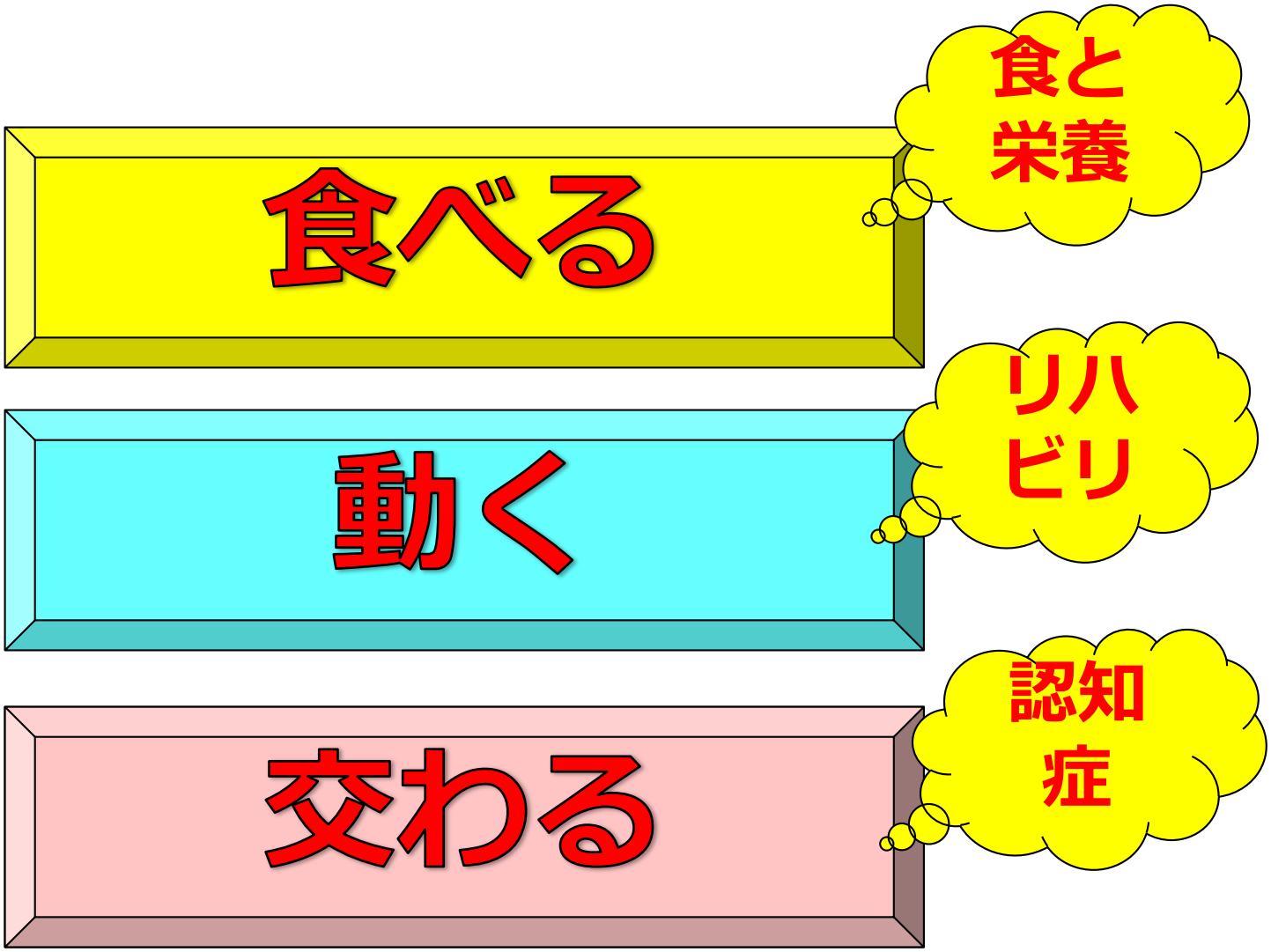
【出典】社会保障審議会 介護給付費分科会（第221回：令和5年8月7日）資料から

かかりつけ病院とは！？

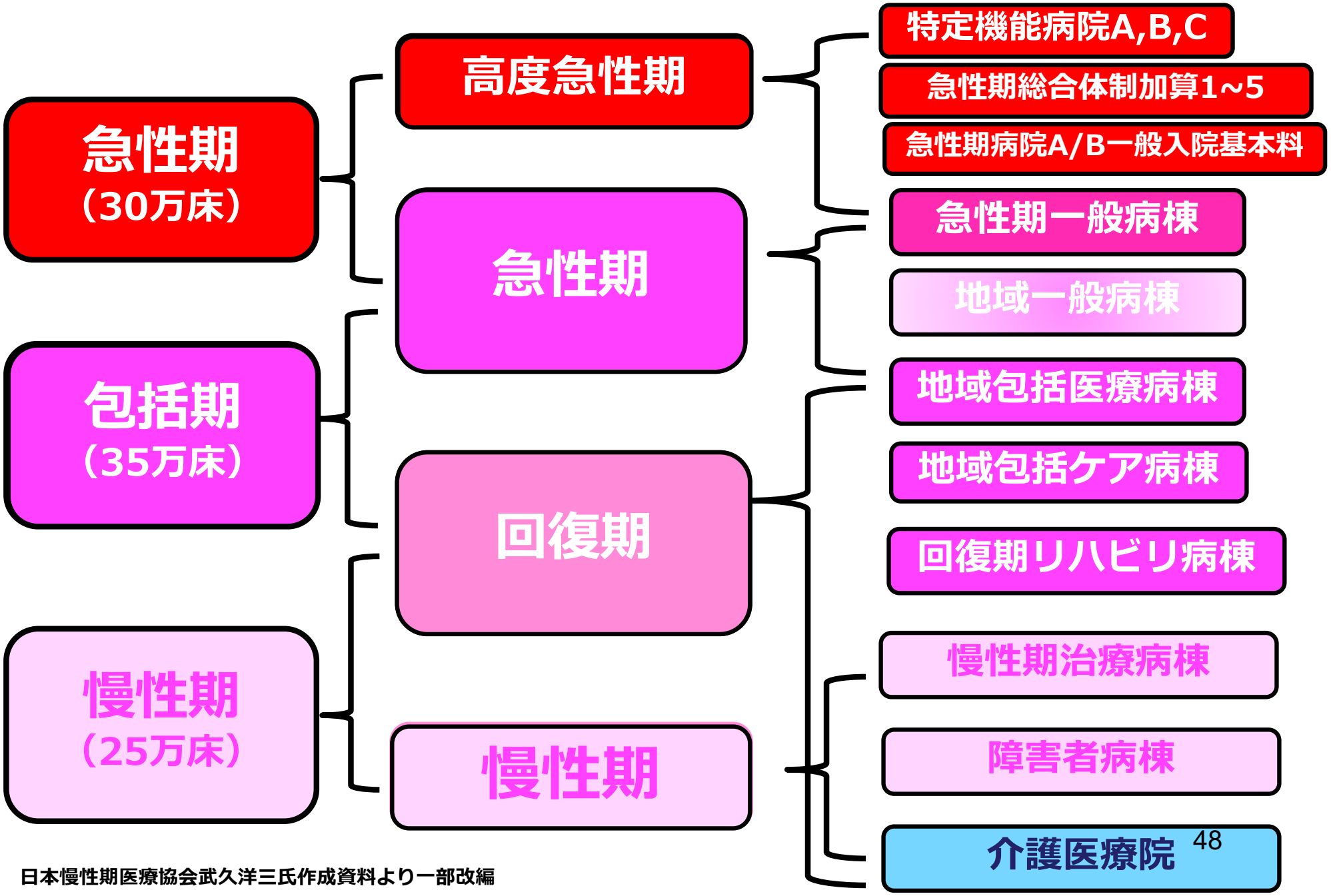
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する病院

日本医師会かかりつけ医指針より一部改変

注目点は！？



これからの入院医療の流れ（2040年に向けて）



日本慢性期医療協会武久洋三氏作成資料より一部改編

地域包括ケア時代に求められる中小民間病院像とは！？

在宅支援が
重要な鍵！！

地域密着型
多機能型病院

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

これからの医療・介護連携とは（1）

テーラーメイド医療

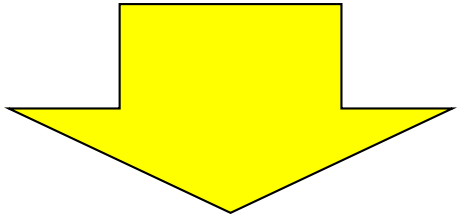
多職種協働・
チームアプローチ

テーラーメイド介護

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

これからの医療・介護連携とは（2）

医療と介護は、車の前輪



医療なき介護は無く、
介護なき医療も無し！！

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

これからの医療・介護連携とは（３）

生活を支える視点

■治療的医療 vs. 生活的医療（癒しの医療）

■生活支援の中に、医療的マインドを吹き込む

医療と介護の融合

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

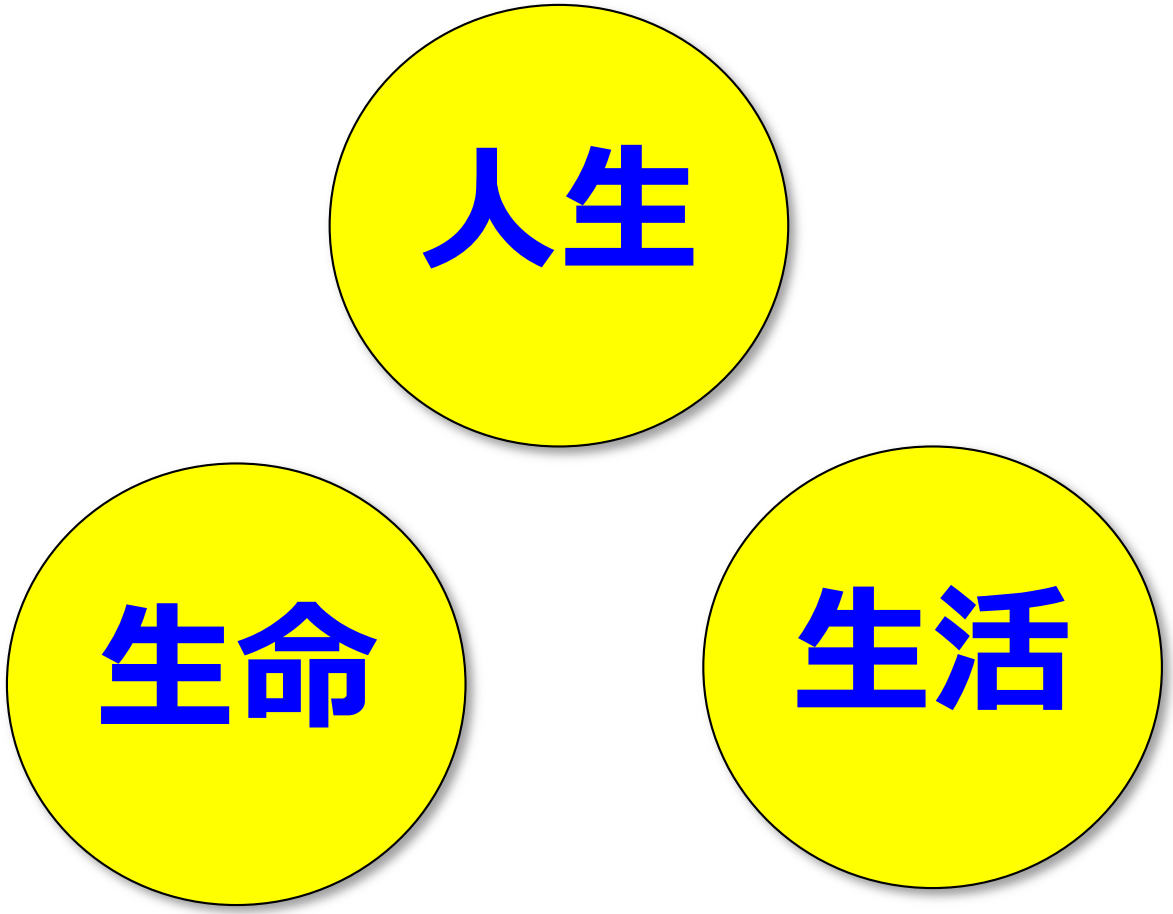
究極の医療・介護連携とは！？

リンケージ
（連携）

インテグレーション
（統合）

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

Quality of lifeとは？



本当に連携は
必要か！？

「医療・介護・福祉の連携」の極意とは！？

連携の基本的事項

組織とは？

２人以上の意識的に調整された人間の様々な活動，様々な力のシステム

組織の３要素

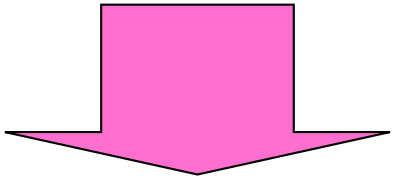
１）共通の目的

２）協働意欲

３）コミニュケーション

連携の極意とは？（１）

『夫婦の如し』と悟りけり！！



『お互いを，見つめ合い，信じ合い，時には許し合い・・・』

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

連携の極意とは？（２）

１）相手を良く知る（利用者本人，サービス提供者同士）
・とにかく会って話をする
・名前で呼び合う関係

２）１００点を狙わない
人間という生き物の科学に，パーフェクトは似合わない

３） お互いにどこまで許し合い，我慢できるか
共通の物差しとしてのキーワード→『利用者の視点・意志』

４） いたわり，ねぎらいの言葉
・ 「ご苦労様です」「ありがとうございました」
・ いきなり，「何々をして下さい！」 では，駄目

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

「医療・介護・福祉の連携」の極意とは！？

地域包括ケアにおける5つの医療介護連携の鍵

今後の医療介護福祉連携の第1の鍵は、『ＤＣＭ』

- ドクター
- ケアマネジャー
- 医療ソーシャルワーカー

連携の極意とは？

如何に自分を知ってもらい、相手を知るか？

フットワークの軽さが鍵！

決め手は、医師とケアマネ！

間をとりもつのが、

ＭＳＷ、看護師、連携室職員等！！

今後の医療介護福祉連携の第２の鍵は？

- (地域) 医師会
- 地域包括支援センター

今後の医療介護福祉連携の第３の鍵は医療間多職種連携

- 医師・看護師・保健師
- 歯科医師・歯科衛生士
- 薬剤師
- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
- 管理栄養士・栄養士
- 臨床心理士・精神保健福祉士
- その他

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

今後の医療介護福祉連携の第４の鍵は！？

- 病診連携（双方向）
- 病病連携（双方向）

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

退院時カンファレンス参加時の心得 １０ヶ条

1．入院時から門を叩け
2．会議出席は、義務ではなく権利
3．出来るだけ、平易な言葉で
4．押さえておきたい「食べる」「動く」「認知」
5．退院直後の訪問看護・訪問リハは有効
6．走りながら考える
7．「ホウ・レン・ソウ」の時間と手段を確認
8．在宅医療は、入院医療の出前ではない！？
9．在宅は「希望」の光（「おうちパワー」を信じよう！）
10．「いつでも入院ベッド」を担保に、共同診療

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

今後の医療介護連携の第５の鍵は！？



R8改定、その心は！？

なんちゃって急性期、

なんちゃって慢性期の淘汰！？

愚痴や批判をしている
場合ではないかも！？

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

地域密着型多機能型病院に必要な３大機能と３種の神器

①在宅復帰・在宅医療支援機能

②リハビリテーション機能

③終末期医療機能（看取りを含めて）

【３種の神器】

①信頼出来るかかりつけ医

②信頼出来るケアマネジャー

③頼りになる地域包括支援センター

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

医療法人池慶会の経営戦略

～Ｒ８改定を見据えて～



池端病院（池慶会）の概略（１）

（名称）	医療法人　池慶会（ちけいかい）　池端病院
（所在地）	福井県越前市今宿町8−1
（理事長・院長）	池端　幸彦
（診療科目）	外科，内科，消化器科，小児科，リハビリ科，整形外科
（診療受付時間）	午前8時30分～12時00分 午後2時30分～ 5時30分
（病床数・種類）	30床（地域包括ケア病床管理料（1）:14床、療養病床入院医療管理(Ⅰ):16床）
（施設基準等）	在宅療養支援病院、DPCデータ加算
（患者動態）	月平均外来患者数　1,127名
	月平均訪問診療患者数・回　36.7名、39.8回
	平均病床稼働率　88.2%
	平均在院日数　地ケア 22.9日　療養 70.7日
	在宅復帰率　地ケア 84.0%　療養 82.9%

在宅支援型
地ケア

池端病院（池慶会）の概略（２）

（付属施設）　しくら地域包括支援センター
しくら訪問看護ステーション
池端病院訪問リハビリセンター
しくらケアプランステーション（指定居宅介護支援事業者）
デイケア『しくら』（通所リハビリテーション）
介護付き有料老人ホーム（特定施設）

介護療養型医療施設、訪問介護、通所介護は撤退

（同属法人施設）　社会福祉法人雛岳園　愛星保育園，たんぽぽ保育園
（園児数　合計315名）

（施設概要）
敷地面積　3.090.06㎡
建築面積　842.99㎡
建築延面積　2.135.26㎡

保健医療福祉
ミニ複合体

池端病院（池慶会）の概略（３）

（職員総数）129人　常勤職員：98人　非常勤：31名（括弧内）

医師	2人（9）	理学療法士	6人
放射線技師	1人（1）	作業療法士	6人（1）
臨床検査技師	1人	言語聴覚士	2人
薬剤師	1人	社会福祉士	2人
薬剤助手	1人	管理栄養士	4人（1）
看護師	19人（2）	栄養士	2人
保健師	2人	調理師	1人（1）
准看護師	6人（4）	調理補助者	（2）
介護福祉士	23人	事務職員	13人
介護士	4人	運転手	（6）
介護支援専門員（兼任を含む）	20人	クリーンワーカー	（3）

（平均年齢　51歳、平均勤続年数　11年）　令和8年8月

医療法人池慶会 「職員配置状況」 2026.8.1現在

職員数１２９名　　常勤職員：９８名 非常勤職員：３１名

職種	病院部門	在宅部門	施設部門	合計
医師（非常勤）	2 （9）	2 ※兼務	1 ※兼務	2 （9）
薬剤師	1			1
診療放射線技師（非常勤）	1 （1）			1 （1）
臨床検査技師	1			1
看護師（非常勤）	13（1）	4（1）	2	19（2）
保健師	2	1		3
准看護師（非常勤）	4（2）	1 （1）	1（1）	6 （4）
理学療法士	3	3	1 ※兼務	6
作業療法士（非常勤）	0	6（1）		6（1）
言語聴覚士	1	1		2
介護支援専門員	0	5	1	6
社会福祉士	1	1		2
介護福祉士/介護士	6 / 1	8 / 3	9	23 / 4
管理栄養士/栄養士/調理師/調理補助員	4（1） / 2 / 1（1）/ （2）			7（4）
事務員	11	2		13
運転手（非常勤）		(6)		(6)
清掃員（非常勤）	(2)		(1)	(3)

垂 直 連 携



	看護配置基準
院内サ高住	なし
介護医療院	３０：１
療養病棟	２０：１
回復期リハ病棟 / 地域包括ケア病棟	１３：１
急性期一般病棟	１０：１
外来	（３０：１）

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

池慶会の垂直連携（最終形）



慢性期治療病棟

地域包括ケア病床

外　来

在宅医療

通所・居宅・支援

特定施設

看護配置基準

１３：１

（３０：１）

なし

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

介護付き有料老人ホーム『あいしくら』 令和7年5月開設









利用料金

家賃	食費	管理費	ひと月の負担額
71,000円／月	52,500円／月	50,000円／月	173,500円／月

●介護保険負担割合●

要介護区分	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援1	5,490	10,980	16,470
要支援2	9,390	18,780	28,170
要介護1	16,260	32,520	48,780
要介護2	18,270	36,540	54,810
要介護3	20,370	40,740	61,110
要介護4	22,320	44,640	66,960
要介護5	24,390	48,780	73,170

●入所敷金：家賃 2 か月分
●介護保険適用外のサービス、医療費や入所セット(480円／日)、おむつプラン（490 円／日）は実費
●洗濯 1 ネット 4,400 円／月

ご利用される方の状態に応じて下記加算項目が追加

●主な加算項目●

■入居継続支援加算Ⅰ
■個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ
■協力医療機関連携加算
■科学的介護推進体制加算
■退所時情報提供加算
■認知症専門ケア加算
■新興感染症等施設療養費
■生産性向上推進体制加算Ⅱ
■サービス提供体制強化加算Ⅰ
■生活機能向上連携加算Ⅰ・Ⅱ
■ ADL 維持等加算Ⅰ
■口腔・栄養スクリーニング加算
■退院・退所時連携加算
■看取り介護加算
■高齢者施設等感染対策向上加算
■介護職員処遇改善加算Ⅰ
■夜間介護体制加算
■若年性認知症入居者受入加算

要介護 1 で 1 割負担の方の料金シミュレーション

ひと月負担分 173,500円 ＋ 介護負担費 16,260円 ＋ 入所セット 14,400円 ＋ おむつ 14,700円 ＋ 洗濯 4,400円

＝ 223,260円

その他上記加算、介護保険適用外サービス、医療費等が追加されます。

交通アクセス

●北陸自動車道　武生 I.C より　車で 約 15 分
●北陸新幹線　越前たけふ駅　車で 約 15 分
●ハピライン王子保駅下車　徒歩 約 10 分
●王子保バス停留所　徒歩 約 10 分



連携医療機関
医療法人池慶会 池端病院

ご入居に関するご相談、お問い合わせはお気軽にお電話ください！

担当：髙橋・宮田

医療法人 池慶会
介護付有料老人ホーム

あいしくら

稼働率96%
（23／24）
2026.8.15現在



〒915-0861 福井県越前市今宿町第13-12-1
TEL　0778-23-0150(代表)
FAX　0778-24-2363
H P　http://www.ikebata.jp



医療法人池慶会　池端幸彦 作成

かかりつけ医機能に関する取組事例集（第１版）

厚生労働省医政局総務課
令和７年６月

掲載事例一覧

No	取組の中心	類型	概要	関係するかかりつけ医機能(主なもの)					医療圏分類	ページ
				2号(イ)時間外診療	2号(ロ)入退院支援	2号(ハ)在宅医療	2号(ニ)介護連携	その他		
1	福井県	都道府県	全県統一の入退院支援ルールを策定		○		○		-	5
2	和歌山県	都道府県	協力病院の指定などにより、かかりつけ医をサポート		○	○			-	7
3	千葉県松戸市	市町村	地域を「一つの病院」に見立て、かかりつけ医の支援体制を構築	○	○	○	○	○ ICT活用	大都市型	9
4	東京都稲城市	市町村	医療介護等のデータ分析に基づく市独自の医療計画の作成及び救急医療体制・在宅医療体制等の推進等	○	○	○	○	○ 市で医療計画	大都市型	11
5	新潟県燕市	市町村	「転ばぬ先の医療推進」プロジェクトにより、かかりつけ医のいない高齢者の診療体制を構築			○	○		地方都市型	14
6	大阪府豊中市	市町村	市とコーディネーターとの協働による医介連携の充実化及び在宅医グループやバックアップ体制の構築などを推進		○	○	○	○ ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ	大都市型	16
7	鳥取県米子市	市町村	保健師が中心になり、精神障がい者等について病院地域連携室等と連携して支援		○	○	○	○ 精神障害	過疎地域型	19
8	岡山県岡山市	市町村	地域別のワーキングを開催し、診診・病診連携やMCS®の活用などを推進	○	○	○	○	○ ICT活用	地方都市型	21
9	多摩ファミリークリニック（神奈川県川崎市）	診療所	在宅診療と他事業・多職種連携で病院と診療所を繋ぎ地域医療をサポート	○	○	○	○		大都市型	24
10	KOYANAGI真柄CLINIC（新潟県新潟市）	診療所	警察医等として地域社会の一部となりかかりつけ医機能を発揮	○	○	○	○	○ 地域社会構築	地方都市型	26
11	すぎうら医院（島根県出雲市）	診療所	診診連携により24時間かかりつけ医体制を構築	○		○			地方都市型	28
12	池端病院（福井県越前市）	病院	エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者までの「かかりつけ病院」機能を提供	○	○	○	○		過疎地域型	30
13	地域医療連携推進法人湖南メディカル・コンソーシアム（滋賀県草津市）	病院	地域医療連携推進法人が中心となり地域で連携し、地域医療サポートカーの運用や入退院等を支援		○	○	○	○ 地域医療連携推進法人	大都市型	32
14	織田病院（佐賀県鹿島市）	病院	地域医療の窓口として病診連携・病病連携を推進	○	○	○	○	○ ICT活用	地方都市型	34
15	新潟県医師会	県医師会	手引きで関係者が協議、実践、評価する「標準プロセス」を示し、入退院支援を推進		○	○	○		-	36
16	横浜市医師会	都市医師会	在宅医養成研修を実施			○		○ 研修	大都市型	38

【関係するかかりつけ医機能（主なもの）】
○：事例集で特に焦点を当てて紹介しているもの
※○がなくても、取組が行われていないということではありません

【医療圏分類】
所在する二次医療圏を人口・人口密度を基に以下３類型に分類したもの
・大都市型：（人口が100万人以上）または（人口密度が2,000人／㎢）以上
・地方都市型：（人口が20万人以上）または（人口10-20万人かつ人口密度200人／㎢以上）
・過疎地域型：大都市型にも地方都市型にも属さない場合

12.エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者まで幅広くかかりつけ医機能を発揮

（医療法人池慶会 池端病院：福井県越前市）

（基本情報）

総人口・高齢者割合	75,493人 ・ 65歳以上：31.4% 85歳以上：6.2%（令和６年1月1日時点）
面積	230.70㎢（令和６年10月時点）
取組開始時点	平成2年12月（訪問診療・訪問看護開始）～現在
取組に関するホームページ	https://ikebata.jp

背景課題	● 越前市郊外の王子保地区（旧南条郡王子保村）と呼ばれる人口約6,000人の地域に立地。この地域の医療機関は診療所も含めて池端病院のみ。 ● 隣接する南越前町には診療所はあるものの病院はなく、池端病院は王子保地区から南越前町にかけてのエリアで唯一の病院。 ● 地域の高齢化率は約30%と高く、高齢者医療中心の慢性期病院の役割を担う一方で、初期救急機能も有している。エリア唯一の病院として乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を持つ必要があった。
取組概要	● 小規模ながら地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、入院機能は在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化。 ● 高度急性期医療は他の医療機関が担うため、それらの機関と連携しながら対応。 ● 周囲に医療的ケア児に対応できる機関が少なく、人材も不足。小児を診る意欲を持つ在宅医を増やすべく、自ら医療的ケア児の外来・在宅医療にも取り組んでいる。
効果	● エリア唯一の病院として、地域のニーズに応じて乳幼児から高齢者までのかかりつけ医機能を提供。 ● 多職種連携により平均在院日数の短縮、在宅復帰率も高水準を維持。

主な取組内容

■地域のニーズに応じて在宅医療を提供

- 非常勤を含む医師の多くが訪問診療や往診を行い、各部署の看護師も師長級はほぼ全員が訪問看護を経験。
- 病院隣接の居宅介護支援事業所(ケアプランステーション)には常勤介護支援専門員8人(うち主任介護支援専門員3人)を配置し、月250件ほどのケアマネジメントを提供。

■医療・介護の多職種連携

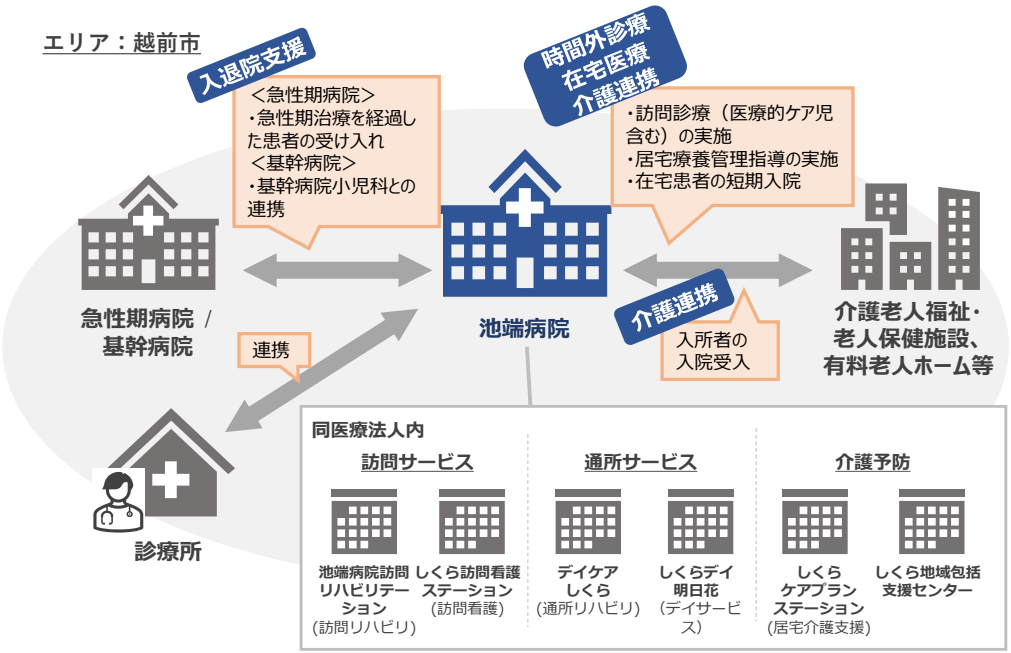
- 週１回、全職種の職員が出席する病棟カンファレンスを開催。多職種で意見を交換し方向性を共有。
- 在宅支援に向けた個別症例の課題分析のほか、介護福祉士や介護支援専門員に医療知識を共有し、連携。
- 多職種連携による在宅メニューの充実が図られているため、療養病棟の平均在院日数は地域包括ケア病床23.9日、療養病床114.4日と全国平均を下回り、在宅復帰率も同88.1％、75.6%という高さを維持。(令和5年度実績)
- 医療法人の体制として、看護師21人、保健師2人、介護福祉士21人、介護支援専門員18人など（令和6年9月時点）



■小児の在宅医療に関する取組

- 高齢者だけでなく、小児の在宅医療にも積極的に取り組み。
- 地域に医療的ケア児に対応できる医療機関がなく、ニーズに応える形で取組を開始。
- 現在は小児在宅専門医も非常勤医として勤務し、基幹病院小児科との連携のもと、小児在宅連携拠点として地域で在宅療養中の多くの医療的ケア児に訪問診療・訪問看護等を提供できる体制を整えている。

地域のかかりつけ医機能イメージ



関係者の主な役割

池端病院 （在宅療養支援病院）	● 30床1病棟という小規模ながら、地域包括ケア病床と療養病床を併せ持つ地域密着型多機能病院として、乳幼児から高齢者までを対象に、在宅復帰・在宅医療支援機能、リハビリテーション機能、看取りを含む終末期医療機能に特化して地域医療を展開 ● 法人内に各種介護サービス事業者を有し、保健医療福祉複合体として、医療・介護の別なく一体的な医療及び介護サービスと介護予防事業を提供 ● 小児在宅専門医を有し、基幹病院小児科との連携のもと、小児在宅連携拠点として地域で在宅医療中の医療的ケア児を診療
急性期病院 / 基幹病院	● 池端病院と連携し、急性期治療を終えた患者のリハビリテーションや在宅復帰目的の転院や、医療的ケア児の在宅･外来診療を要請
診療所	● かかりつけ医として外来･在宅診療を担う一方、主にマルチモビディティ（多疾患併存）の患者の急性増悪の際、入院医療等を池端病院に要請
介護老人福祉・老人保健施設、有料老人ホーム等	● 入所者が、誤嚥性肺炎や尿路感染症、脊椎圧迫骨折等高齢者特有の急性疾患や、慢性心不全や廃用症候群を含む慢性疾患の急性増悪等により治療が必要となった際、池端病院に往診や入院治療を要請



WEB 特集

人生の“最期”を「どう過ごしたいか」伝えていますか？

2024年2月21日 16時05分　医療・健康

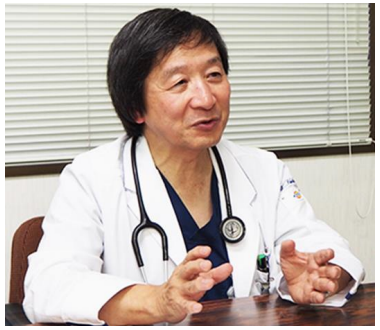
あなたや大切な家族がどのような“最期”を迎えたいかについて話し合ったことはありますか？どこで、誰と、どうやって過ごしたい？延命治療は？

とある病院の療養病床に密着し、人生の最後のページの描き方について考えました。（おはよう日本 ディレクター 小田翔子）

～地域包括ケアを支える
人材育成を目指して～

池端病院地域研修

【初期研修医：4週間】福井大学附属病院、福井県済生会病院
市立さいたま病院
【医学部５～6年生：2週間/4週間】福井大学・金沢大学



医療法人池慶会　池端幸彦 作成

池端病院　初期研修（地域医療）プログラムの例

R7.7.3

		月	火	水	木	金	土	日
日付	時間	7	8	9	10	11	12	13
AM	8:30	オリエンテーション	病棟申し送り	病棟申し送り	病棟申し送り	病棟申し送り		
	9:00	院長外来	9:00～	外来1診	訪問診療			
	10:00	（1診）	ケアプランステーション	（森先生）	（森先生）			
	11:00							
	12:00							
PM	13:30	13:00発 支援センター	認知症カフェ	訪問診療		13:30病棟conf		
	14:30		会場：あいしくら	（加藤先生）	訪問診療	14:30~病棟		
	15:30	16:00～			（森先生）			
	16:30	院長　講義						
	17:00	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング		
日付	時間	14	15	16	17	18	19	20
AM	8:30	ベッドコントロール会議	8:30集合	病棟申し送り	病棟申し送り	8：25集合		
	9:00	院長外来	訪問リハビリ		訪問診療			
	10:00	（1診）	OT同行	10:00～	（森先生）	デイケア		
	11:00			訪問看護同行				
	12:00			（2件）				
PM	13:30	13:30出発	13:30～			12:50出発		
	14:30	ケアマネ同行	リハビリ科		14:40～	南越前町		
	15:30	退院時カンファ	（PT、OT）		訪問診療（小児）	介護予防事業		
	16:30				津田先生			
	17:00	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング		
日付	時間	21	22	23	24	25	26	27
AM	8:30			病棟申し送り	病棟申し送り	病棟申し送り		
	9:00			外来1診	訪問診療			
	10:00			（森先生）	（森先生）			
	11:00		11:50～					
	12:00		ST（病棟）					
PM	13:30		認知症カフェ			13:30病棟conf		
	14:30			14:30～				
	15:30		会場：明日花	地域連携室	14:45出発			
	16:30				認知症初期集中支援			
	17:00		振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング		
日付	時間	28	29	30	31	1		
AM	8:30	ベッドコントロール会議	8：40～	病棟申し送り	病棟申し送り	病棟申し送り		
	9:00		訪問リハビリ					
	10:00		（PT同行）	外来1診	訪問診療			
	11:00			（森先生）	（森先生）			
	12:00							
PM	13:30							
	14:30	14:30～			訪問診療	大学へ		
	15:30	栄養科			（森先生）			
	16:30							
	17:00	振り返りミーティング	振り返りミーティング	振り返りミーティング	総括プレゼン			

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

総括プレゼンテーション

池端病院での地域研修を終えて

2026/07

さいたま市立病院初期研修医2年　呉 千佳

目次

1. 自己紹介/研修施設紹介
2. 地域医療構想
3. 地域臨床研修
4. 診療現場/総合診療/各部署/地域との結びつき/地域医療の縮図
5. 地域医療の楽しさ・面白さ
6. 福井観光
7. 最後に

地域医療構想(さいたま区)

1 医療需要の増加傾向

2025年以降も医療需要の増加が見込まれている。現在も病床利用率は全国平均・県平均を上回り、東京都などの区域外への患者流出も多い。

2 回復期機能不足→急性期等からの機能転換を

病床機能報告(2021年度)と必要病床数推計(2025年度)の比較では、回復期病床で1,612床もの不足が計上された。

3 在宅医療の提供不足

介護老人保健施設や特定施設では待機者が減少傾向。在宅医療を行う医療機関で人員不足と医師の高齢化が進んでいる。在宅での看取りに医師が立ち会うケースは少ない。

丹南医療圏と類似した問題点を抱えている

地域医療研修

初期研修医2年次での必修プログラム

「患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療(在宅医療を含む)について理解し、実践する」

「地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる」

△

・慢性期疾患/生活習慣病の外来フォローをやったことがない・・・

・主治医の立場で診療をしたことがない・・・

・急性期病院を退院した先の経過をみたことがない・・・

・「急性期を脱する」目的の診療が多く、
退院先での管理を見越した診療はなかなか・・・



診療現場

訪問診療

いつでも医療とつながれる安心感

生活、介護の現場を確認

信頼関係の構築

外来診療

各人の暮らしに合わせた薬剤処方

生活習慣病フォロー、予防医療

緊急疾患のスクリーニング

病棟診療

慢性期管理中の急性期対応も

退院後の生活を見越した医療の実践

家族も含め生活を助ける形を探す

退院前カンファ、1人でのIC・転院搬送など初めての経験ばかりでした
皆さんにたくさん助けていただきました



総合診療

「専門科でないので分からない」ではなく可能な限り広く対応

心身ともにマネジメント

必要に応じた専門科への紹介

特に訪問診療では身体所見が命
病院でも、限られた検査と人手の中で優先順位をつけることが大切

慢性期管理と急性期管理の両面

慢性期管理目的の入院だとしても気を抜かずに小さな変化を見つける

大きな変化があった場合、信頼関係のもと本人/家族の決断をサポート

世界保健機構（WHO）憲章
「健康とは、肉体的、精神的および社会的に完全に良好な状態であり、
単に疾病または病弱の存在しないことではない」

各部署で印象的だった内容

訪問看護

決して流れ作業にならない「その人のための看護」をする

1対1の関係だからこそ時間をかけて各人の希望にも向きあえる

リハビリ科・訪問リハビリ・デイケア

「障害を治す」という、出来ない面に注目する見方から「その人らしく暮らすために必要な動作」に重点を置く見方へ

ケアプラン

困った時の窓口という間口の広さ、その安心感と難しさ

状態が変わっていく中で柔軟にプランを調整し続ける

地域連携室

他病院・施設との協働や橋渡しを担う中核

その人に最適な行き先を考え、結びつける難しさ

地域医療の縮図



池端病院は地域医療連携の縮図！



・各専門職の距離が近い
・各サービスとの連携がしやすい
・変化する状況に合わせて柔軟に対応できる

地域医療の楽しさ・面白さ

“ 必要なことだけでなく、大切なことを叶える

今までの初期研修では「正しい診療をすること」で精一杯、病態を推測して必要なことを列挙し、とにかくやっていくスタイル

→信頼関係を築き、患者さん本人の希望、ご家族の希望、これまでの生き方を聞き出すことで「満足できる」医療を実現

“ 人生に寄り添う姿勢

長く関係を持つこと、生活背景を共有することなどで家族のような安心感を持ってもらえるあたたかさ

対話を通じて心を開いてもらえる経験を知ることができた

最後に

「医学」だけでない地域「医療」

生活と地域に合わせた形を探す

必要なことだけでなく、大切なことを

多くの職種、サービスとの協働

1ヶ月間ご指導ありがとうございました

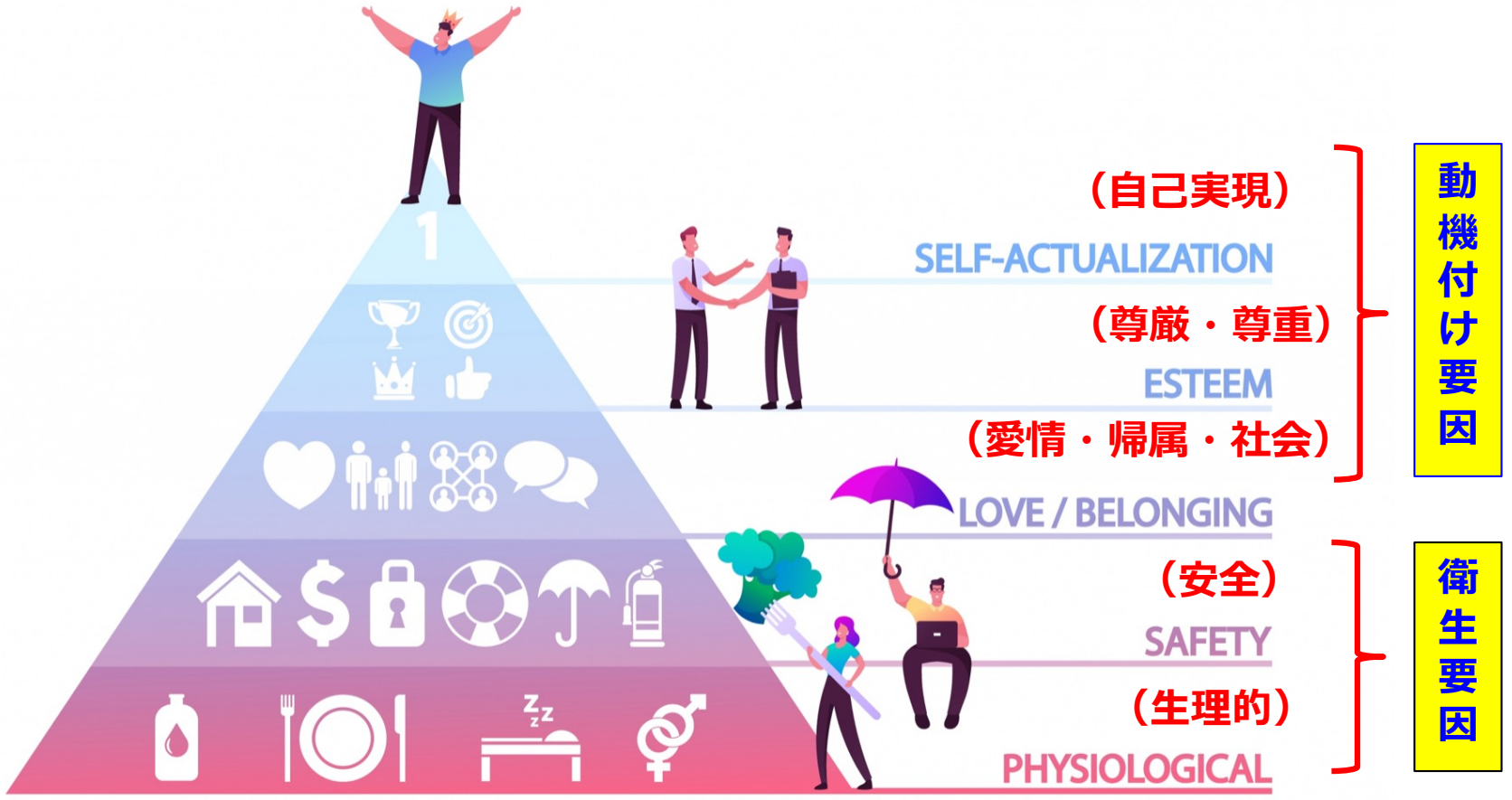
これからの病院経営に
求められるものとは！？

経営が良い病院10ヶ条

① 明確な経営理念（ビジョン）がある
② トップの経営方針が「過去踏襲型」ではなく「未来指向型」
③ 法人の社会貢献度が高く、コンプライアンスを遵守
④ 職員に財務状況を包み隠さず公開
⑤ 院長・看護部長・事務部長が、互いにリスペクト
⑥ 職員のキャリアアップに繋がる高い「医療の質」がある
⑦ 頑張った職員が報われる人事考課制度がある
⑧ 院内研修・院外研修の適正な予算を確保し積極的に実施
⑨ 診療内容に「これだ！」という得意分野がある
⑩ 必要な経営管理指標データを常に把握

（株）MMオフィス代表　工藤高氏講演より（一部改変）

マズローの欲求５段階説



マズローの欲求5段階説とは、**人間の欲求を「生理的欲求」「安全の欲求」「社会的欲求」「承認欲求」「自己実現の欲求」の5つの階層に分かれているという理論**です。

Free Consultant.Jp. より一部改変

『正義」とは！？

『正義』とは、自分の他者に対する行動が、たとえ相手の視点に立ったとしても正当化できるか、その「反転可能性」を自己批判的に吟味してみることである。

（法哲学者 井上達夫東京大学名誉教授の言葉より）

そして最後に・・・その心は！？

- 地域包括ケアと地域医療構想は、車の両輪
- やりたい医療より、求められる医療を！
- 医療と介護は、連携から統合へ
- 診療報酬改定と新地域医療構想は、今後も

使っても使われるな！・・・

医療DXも！

- 地域住民が、最後の砦

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

厚生労働大臣

1　内閣府特命担当大臣（規制改革）をはじめ関係大臣と協力して、心身の健康維持と従業者の選択を前提に、柔軟で多様な働き方を実現するため、健康確保、長時間労働防止、適切な処遇確保などの濫用防止措置を前提に裁量労働制の対象の在り方など労働時間法制の見直しの検討を進める。

2　経済産業大臣をはじめ関係大臣と協力して、付加価値を高める労働への転換、リ・スキリングやデジタル技術の活用を後押しし、労働生産性を向上させるとともに、意欲のある高齢者の就労を支援し、望まない非正規雇用をなくすための改革を実施する。あわせて、経済産業大臣や賃上げ環境整備担当大臣をはじめ関係大臣と協力して、賃上げに向けた環境整備を加速させる。また、日本成長戦略担当大臣や内閣府特命担当大臣（こども政策）をはじめ関係大臣と協力して、育児・子供の不登校・介護等が原因の離職を減らすため、ベビーシッターや家事支援サービスの利用促進等、負担軽減に取り組む。

3　経済産業大臣をはじめ関係大臣と協力して、働き方改革を推進するとともに、多様な働き方を踏まえたルール整備を図ることで、安心して働くことができる環境を整備する。関係大臣と協力して、高齢者・女性・障害者の就労促進など、支え手を最大限増やす取組を進める。

4　内閣府特命担当大臣（共生・共助）をはじめ関係大臣と協力して、就職氷河期世代の就労や社会参加への支援、高齢期を見据えた支援を着実に実施する。

5　感染症危機管理担当大臣をはじめ関係大臣と協力して、「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」に基づき、次なる感染症危機への対応に万全を期す。

6　全ての世代で能力に応じて負担し支え合い、必要な社会保障サービスが必要な方に適切に提供される「全世代型社会保障」を構築する。全世代型社会保障改革担当大臣をはじめ関係大臣と協力して、多様な人生の選択肢を支える柔軟な制度設計を行い、格差の是正とセーフティネットの構築を目指す。全世代型社会保障改革担当大臣をはじめ関係大臣と協力して、「働く意欲を阻害しない」制度の整備に取り組む。

7　全世代型社会保障改革担当大臣をはじめ関係大臣と協力して、データに基づく医療行政のメリハリ強化を進めるとともに、自己管理を主眼とした健康維持のための医療制度の構築により、医療費を適正化する。「攻めの予防医療」を通じて、社会保障の担い手の拡大に取り組む。

8　物価高や税・社会保険料負担で苦しむ中低所得者の負担を軽減するとともに、人口減少・少子化を乗り切り、ライフステージごとの課題に対する支援を充実させるべく、社会保障国民会議における議論を踏まえ、財務大臣や全世代型社会保障改革担当大臣をはじめ関係大臣と協力して、就業者負担軽減支援金の導入を含む税と社会保障の一体改革に取り組む。

9　内閣府特命担当大臣（科学技術政策）をはじめ関係大臣と協力して、戦略１７分野のうち、創薬・先端医療等における官民連携による投資促進に取り組む。

１０　性差に由来する健康課題への対応や、ライフステージに応じた支援など、生涯にわたり女性が適切な健康支援を受けることができるよう、取組を強化する。

１１　「黒い雨」訴訟判決を踏まえ、訴訟原告と同様の事情にあった人々の早急な救済に引き続き取り組む。

１２　デジタル大臣をはじめ関係大臣と協力して、マイナ保険証の利用促進及びマイナ保険証を基本とする仕組みへの円滑な移行に取り組む。

１３　関係大臣と協力して、認知症基本法に基づく総合的な施策を推進するとともに、身寄りのない高齢者の身元保証等について、関連制度等の必要な見直しを進める。

１４　国家公安委員会委員長と協力して、医療・製薬関係者とともに、ＣＢＲＮＥテロ対策に取り組む。

１５　あらゆる機会を捉えて、日本の製品・サービス・インフラの同志国への輸出を増やすための交流を行い、内閣全体で情報を共有するとともに、産業界に情報を提供する。

デジタル大臣
ＡＩ・デジタル改革推進担当大臣
内閣府特命担当大臣（人工知能戦略）
内閣府特命担当大臣（サイバー安全保障）
サイバー安全保障担当大臣
内閣府特命担当大臣（科学技術政策）
内閣府特命担当大臣（宇宙政策）
内閣府特命担当大臣（海洋政策）
内閣府特命担当大臣（知的財産戦略）
コンテンツ戦略担当大臣

1　社会全体のデジタル化の司令塔として、関係大臣と協力して、行政の縦割りを打破し、国・自治体のＡＸ／ＤＸ基盤の高度化・強靱化を含め、ＡＩの徹底活用を通じたデジタル社会の形成に向けた官民の施策や取組を強力に進め、全ての国民にＡＸ／ＤＸの恩恵が行き渡る社会を構築する。

2　内閣官房に府省庁横断でＡＩによるリスクの最小化を前提にＡＩ・デジタル改革を推進できる体制を整備した上で、ＡＩ・デジタル改革推進会議、人工知能戦略本部等の一体的運用を進める。ＡＸ社会実装担当大臣と連携し、各産業分野におけるＡＩの徹底活用を進めることで、社会全体のＡＸ／ＤＸを推進する。ＡＩ技術の急速な変化も踏まえながら、ＡＩ・デジタル改革やＡＸ社会実装の推進体制の在り方について不断に見直し、ＡＸ政策の司令塔機能の一層の強化を図る。

3　データによる公正な経済成長・イノベーションを実現していくため、外務大臣や経済産業大臣をはじめ関係大臣と協力して、ＤＦＦＴ（信頼性ある自由なデータ流通）の構築に向けて世界をリードする。

先が見えない
これからの病院経営の極意とは！？

1）CHANGE! or DIE!!　　現状維持　即脱落！

2）対策の３要素：①Vision　②Plan ③Leadership

3）「働き方改革」は「生き方改革」

時間で動く　→　成果で動く

4）対策の３原則：①簡素化 ②透明化 ③分権化

「権限移譲」は、人を育てる最大のツール

5）報告の３原則：

①トラブルはすぐ ②悪いことから ③ウソをつくな

6）上司の３資質：①実績 ②理論 ③人徳

7）責任者の３要素：①伝える ②決める ③逃げない

松本晃（前カルビー社長）語録より一部池端幸彦改編

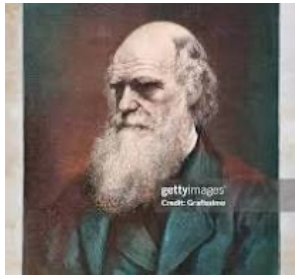
CHANGE!

or DIE!!



最も強い者が生き残るのではなく、
最も賢い者が生き残るのでもない。
唯一生き残るのは、変化する者である。

It is not the strongest of the species that survives,
nor the most intelligent that survives.
It is the one that is most adaptable to change.



チャールズ・ダーウィン
【Charles Darwin】

その心は！？

- 変化を恐れず、常に新しいことに挑戦する姿勢
- 困難な状況でも、諦めずに解決策を模索する柔軟性
- 過去の成功体験にとらわれず、現状に適応する能力



番外編

～日本医師会副会長就任３か月を振り返って～

日本医師会の概要

（日本医師会ホームページより）

日本医師会は、会員178,593名（2025年12月1日現在）を有する民間の学術専門団体です。

本会は**1916年**に**北里柴三郎**博士らによって設立され、1947年には社団法人として、また、2013年には公益社団法人として認められました。本会は47都道府県医師会の会員から構成されていますが、それぞれの医師会は独立した法人組織です。

本会の行なう事業は、**医道の高揚、医学教育の向上、医学と関連科学との総合進歩、生涯教育**などを含む幅広いものです。







医師会って開業医の団体？

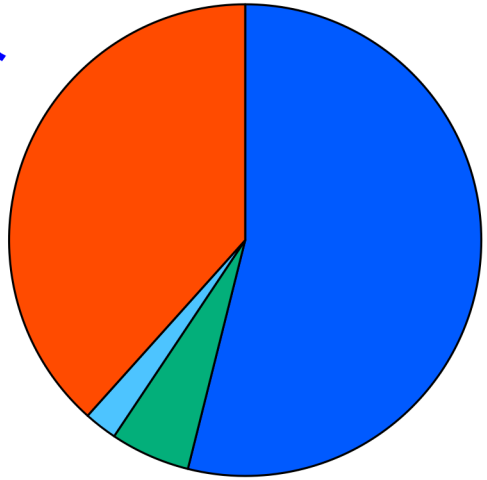


- 日本医師会は、
  「**国民の生命と健康を守る**」「**医師の医療活動と生活を守る**」
  という2大命題のために、様々な取り組みをしています。
- 医師会のことを**開業医の利権団体**と思っている方もいますが、
  そのような誤解を丁寧に払拭していきたいと考えています。

日本医師会員は6：4で開業医以外の方が多いです！

日本医師会 会員数 178,593人
（令和7年12月1日現在）

開業医（診療所開設者）
38.4%※



勤務医等 53.9%※

管理者等 5.5%※

病院開設者 2.3%※

※令和6年12月1日現在

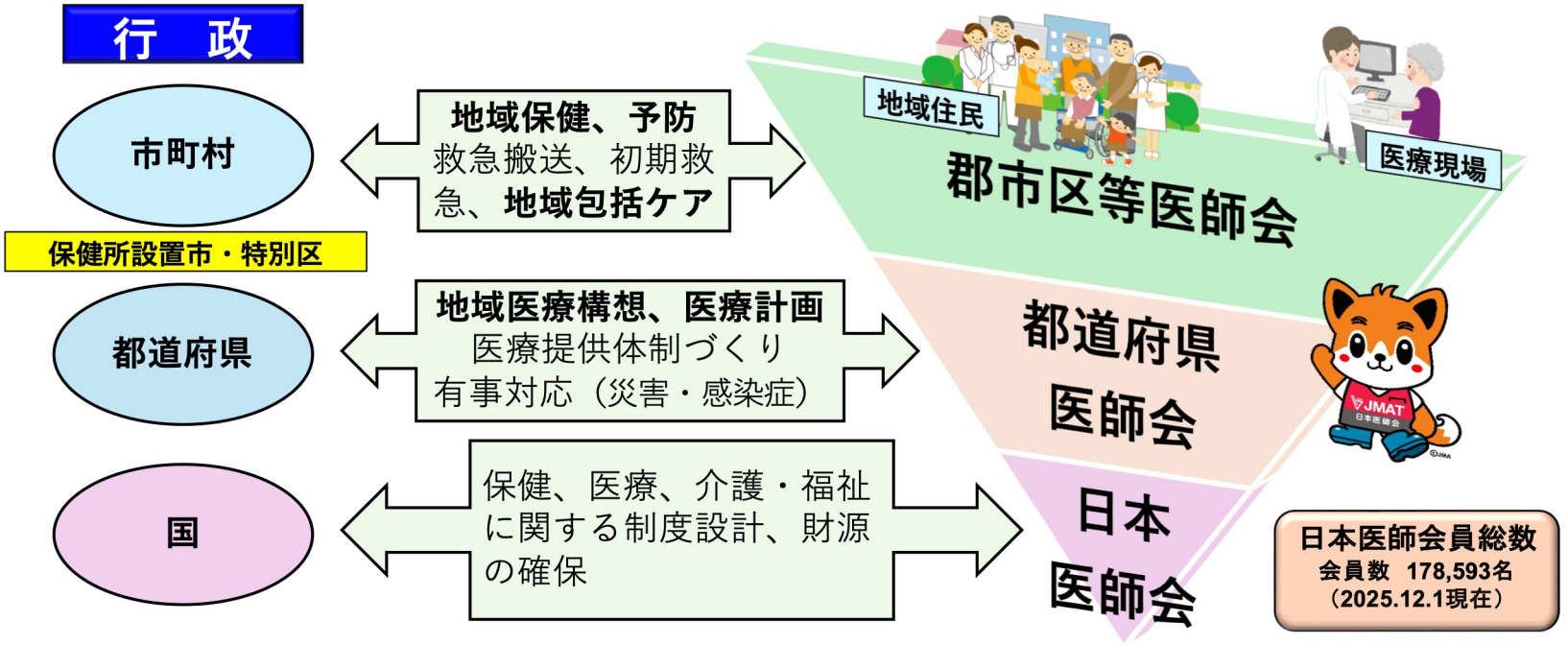


地域に根差した医師の活動

1．地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間急患センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など）
2．行政・医師会等の公益活動	行政等（国・都道府県・保健所・市区町村・自治会等）の委員、医師会・専門医会の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、レセプトの審査委員会、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3．地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健（1歳6か月児健診・3歳児健診）、学校保健（学校健診、学校医活動）、学校健康教育（性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等）、産業保健（地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動）、健診（特定健診・特定保健指導・VDT健診等）、高齢者保健（高齢者健診・認知症検診）、予防接種（定期・その他）、がん・成人病検診、市民公開講座（健康講座・介護教室）、精神保健、健康スポーツ医活動など
4．多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど
5．その他	看護師・准看護師養成所、医学部等における地域医療等についての講義・講演、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX（地域医療情報連携ネットワーク等への参画等）、医療GX（医療機関等における温室効果ガス削減等の取組等）、論文執筆等の学術活動、高齢者・障害者施設への対応、地域における症例研究（J-DOME等）など

医師会と行政のかかわり

- 郡市区医師会は、地域住民や医療の現場に最も近い
- 都道府県医師会は、医療行政を担う都道府県のカウンターパート



医師会組織は、全国あまねく設立され、市区町村、都道府県、国の単位で連携を取って活動。
こうした強みを活かし、平時だけではなく、有事においても国民の生命と健康を守る体制を充実させていく。

医療現場の声を国に届けるために

医師個人の力では、意思決定の場に声が届きにくい



医師会に医療現場の声を集約し、その実現を図る



- 郡市区等医師会
  大学医師会
- 都道府県医師会
- 日本医師会

国会



総理官邸





など

政府会議の提言から法案成立までのプロセス

①政府会議による提言



規制改革推進会議
経済財政諮問会議
成長戦略会議など



政策の方向性・改革案等を提言



記者会見等で
提言の問題点
等を指摘

②関係省庁での法案検討・作成







委員として関係
会議に参画する
中で発言

③国会提出・成立



閣議決定後、国会へ提出
衆議院・参議院の審議を
経て、法案が成立へ



国民運動(決起集会)
議員へのロビー活動
議員の擁立　など



日本医師会

日本医師会のMission

現場の実情に根ざした提言を、医療政策の決定プロセスに的確に反映させ、国民の健康と生命を守り、医師の医療活動を支える！！



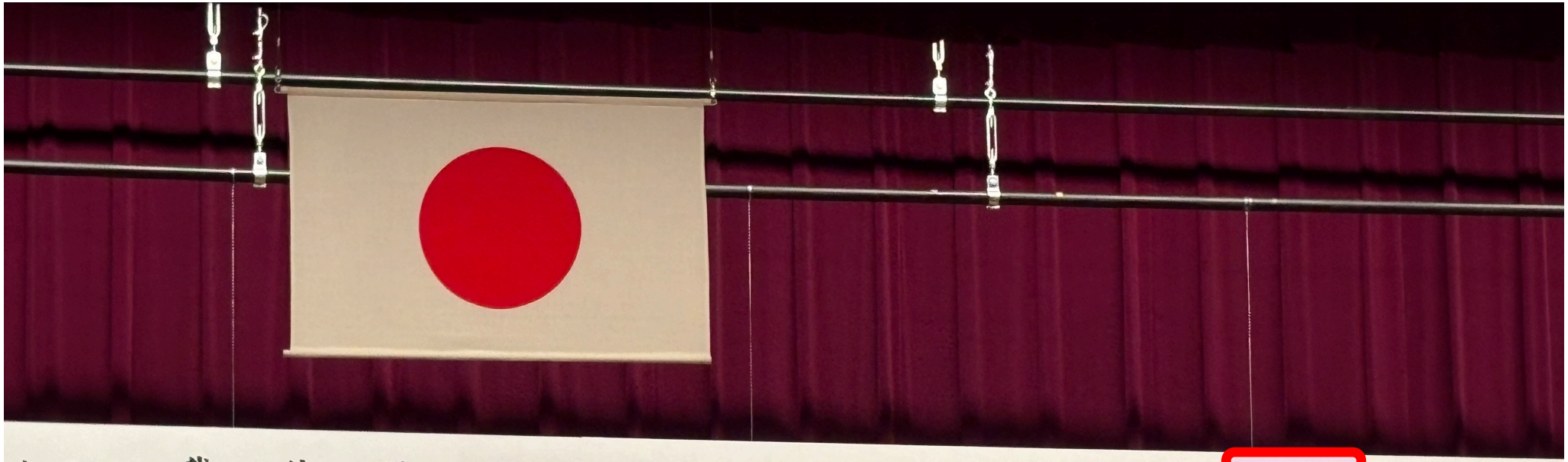
医療は制度で動いている！

一人でつぶやいても何も変わらない

現場の意見を伝える手段

医師会





日本医師会役員及び裁定委員候補者

会長候補者　一名（定数一名）

一　松本　吉郎（埼玉県）

副会長候補者　三名（定数三名）

一　城守　国斗（京都府）
二　池端　幸彦（福井県）
三　茂松　茂人（大阪府）

常任理事候補者　十四名（定数十四名）

一　笹本　洋一（北海道）
二　加藤　豊（愛知県）
三　小中　俊太郎（群馬県）
四　濵口　欣也（福岡県）
五　渡辺　弘司（広島県）
六　佐原　博之（石川県）
七　磯崎　哲男（神奈川県）
八　松岡　かおり（千葉県）
九　黒瀬　巌（東京都）
十　今村　英仁（鹿児島県）
十一　江澤　和彦（岡山県）
十二　坂本　泰三（兵庫県）
十三　長島　公之（栃木県）
十四　藤原　慶正（秋田県）

理事候補者　十三名（定数十四名）

一　高木　伸也（青森県）
二　伊在井　みどり（岐阜県）
三　檜山　桂子（広島県）
四　須藤　英仁（群馬県）
五　安田　健二（石川県）
六　牧角　寛郎（鹿児島県）
七　高橋　健太郎（滋賀県）
八　間瀬　憲多朗（茨城県）
九　加藤　智栄（山口県）
十　尾﨑　治夫（東京都）
十一　田名　毅（沖縄県）
十二　村上　博（愛媛県）
十三　八田　昌樹（兵庫県）

外部理事候補者　一名（定数一名）

一　松家　治道（北海道）

監事候補者　二名（定数二名）

一　加納　康至（大阪府）
二　大西　浩之（鹿児島県）

外部監事候補者　一名（定数一名）

一　土谷　明男（東京都）

裁定委員候補者　十一名（定数十一名）

一　月岡　関夫（群馬県）
二　池井　義彦（宮崎県）
三　鈴木　正徳（栃木県）
四　馬瀬　大助（富山県）
五　中目　千之（山形県）
六　杉田　尚史（東京都）
七　赤上　晃（東京都）
八　岡林　弘毅（高知県）


第162回 日本医師会定例代議員会 次第
1．開　　会
1．会 長 挨 拶
1．代議員会議長及び副議長の選定
1．報　　告
1．議　　事
1．閉　　会




松木会長



令和8年7月5日・20日合併号（第3種郵便物認可）　日医ニュース　第1554号（12）

第3次松本執行部の顔ぶれ

役職　顔写真　氏名　生年月日　所属医師会
出身地、最終学歴、主な医師会経歴等、専門

会長

松本 吉郎（まつもと きちろう）　昭和29.8.1　埼玉
山口県出身、浜松医大卒、埼玉県医理事・常任理事、大宮医会長、日医常任理事を経て、令和4年より日医会長。皮・形成外科

副会長

茂松 茂人（しげまつ しげと）　昭和27.4.4　大阪
大阪府出身、大阪医大卒、茨木市医理事、大阪府医理事・副会長を経て、平成28年より大阪府医会長。平成28年より1期、日医理事を務め、令和4年より日医副会長。整・リハビリテーション科

副会長

池端 幸彦（いけはた ゆきひこ）　昭和30.4.18　福井
福井県出身、慶大卒、武生医理事、福井県医理事・副会長を経て、令和元年より福井県医会長。令和4年より1期、日医理事を務めた。外科

副会長

城守 国斗（きもり こくと）　昭和31.6.27　京都
京都府出身、新潟大卒、左京医理事、京都府医理事・副会長を経て、平成30年より4期、日医常任理事を務めた。整形外科

常任理事

長島 公之（ながしま きみゆき）　昭和35.2.15　栃木
栃木県出身、島根医大卒、下都賀郡市医理事、栃木県医理事・常任理事を経て、平成30年より日医常任理事。整形外科

常任理事

江澤 和彦（えざわ かずひこ）　昭和36.7.11　岡山
岡山県出身、日医大卒、岡山大大学院修了、倉敷医理事、岡山県医理事を経て、平成30年より日医常任理事。内科

常任理事

佐原 博之（さはら ひろゆき）　昭和38.3.10　石川
石川県出身、群馬大卒、七尾市医理事・副会長、石川県医理事を経て、令和5年より日医常任理事。消化器外科

常任理事

松岡 かおり（まつおか かおり）　昭和40.6.8　千葉
千葉県出身、吉林大卒、船橋市医理事、千葉県医理事を経て、令和6年より日医常任理事。内・消化器科・労働衛生

常任理事

藤原 慶正（ふじわら よしまさ）　昭和43.3.31　秋田
秋田県出身、弘前大卒、秋田大大学院修了、男鹿潟上南秋医理事、秋田県医常任理事を経て、令和6年より日医常任理事。循環器内科

常任理事

加藤 豊（かとう ゆたか）　昭和36.6.8　愛知
愛知県出身、名古屋大卒、名古屋市医理事、名古屋市千種区医会長を経て、令和6年より愛知県医理事。腎臓内科

常任理事

小中 俊太郎（こなか しゅんたろう）　昭和40.4.19　群馬
群馬県出身、群馬大卒、前橋市医理事を経て、令和4年より群馬県医理事。内科

常任理事

磯崎 哲男（いそざき てつお）　昭和45.4.3　神奈川
神奈川県出身、横浜市立大卒、横須賀市医理事を経て、令和3年より神奈川県医理事。消化器内科

理事

高木 伸也（たかぎ しんや）　昭和27.9.15　青森
青森県出身、弘前大卒、八戸市医会長を経て、令和2年より青森県医会長。内・胃腸科

理事

牧角 寛郎（まきずみ かんろう）　昭和30.2.25　鹿児島
鹿児島県出身、聖マリ医大卒、枕崎市医会長、鹿児島県医副会長を経て、令和6年より鹿児島県医会長。消内・内・呼内・循内・外・肛・放・麻酔科

理事

加藤 智栄（かとう ともえ）　昭和30.3.28　山口
石川県出身、山口大卒、山口県医副会長を経て、令和4年より山口県医会長。外科

理事

伊在井 みどり（いさいい みどり）　昭和36.2.5　岐阜
岐阜県出身、島根医大卒、岐阜市医理事、岐阜県医常務理事を経て、令和4年より岐阜県医会長。総合内・糖尿病内科

理事

田名 毅（たな たけし）　昭和40.10.19　沖縄
沖縄県出身、琉球大卒、九大大学院修了、沖縄県医副会長を経て、令和6年より沖縄県医会長。内科

理事

間瀬 憲多朗（ませ けんたろう）　昭和39.12.10　茨城
茨城県出身、筑波大大学院修了。ひたちなか市医理事、茨城県医理事・常任理事を経て、令和6年より茨城県医副会長。外科

常任理事

渡辺 弘司（わたなべ こうじ）　昭和29.9.17　広島
広島県出身、東京医大卒、呉市医理事・副会長、広島県医常任理事を経て、令和2年より日医常任理事。小・循環器科

常任理事

今村 英仁（いまむら ひでひと）　昭和34.4.22　鹿児島
鹿児島県出身、鹿児島大卒、東京女子医大大学院修了、ハーバード大公衆衛生大学院修了、鹿児島県医参与を経て、令和4年より日医常任理事。内・精神科

常任理事

黒瀬 巌（くろせ いわお）　昭和37.1.10　東京
大阪府出身、慶大大学院修了、新宿区医理事・副会長、東京都医理事を経て、令和4年より日医常任理事。内・消化器内科

常任理事

坂本 泰三（さかもと たいぞう）　昭和30.4.28　兵庫
兵庫県出身、獨協医大卒、小野市・加東市医理事・副会長、兵庫県医理事・常任理事を経て、令和5年より日医常任理事。内科

常任理事

濵口 欣也（はまぐち きんや）　昭和31.3.29　福岡
福岡県出身、慈恵医大卒、北九州小倉医理事、福岡県医理事を経て、令和5年より日医常任理事。産婦人科

常任理事

笹本 洋一（ささもと よういち）　昭和34.5.27　北海道
北海道出身、北大卒、札幌市医理事、北海道医常任理事を経て、令和5年より日医常任理事。眼科

理事

尾﨑 治夫（おざき はるお）　昭和26.11.7　東京
東京都出身、順天堂大卒、東久留米医理事・会長、東京都医副会長を経て、平成27年より都医会長。平成24年より1期、日医監事、平成28年より日医理事。内・循環器科

理事

須藤 英仁（すとう えいじん）　昭和27.3.25　群馬
群馬県出身、東京医大卒、碓氷安中医理事、群馬県医理事・副会長を経て、平成28年より群馬県医会長。平成28年より1期、日医監事、平成30年より1期、日医理事を務めた。外科

理事

八田 昌樹（はった まさき）　昭和29.1.11　兵庫
兵庫県出身、近畿大大学院修了、尼崎市医副会長・会長を経て、令和4年より兵庫県医会長。令和4年より1期、日医理事を務めた。外・内科

理事

安田 健二（やすだ けんじ）　昭和32.2.16　石川
石川県出身、富山医薬大卒、金沢市医会長を経て、平成30年より石川県医会長。平成30年より1期、日医理事を務めた。耳鼻咽喉科

理事

村上 博（むらかみ ひろし）　昭和32.8.5　愛媛
福岡県出身、順天堂大卒、松山市医理事・会長、愛媛県医理事を経て、平成30年より愛媛県医会長。平成30年より1期、日医理事を務めた。循環器内科

理事

髙橋 健太郎（たかはし けんたろう）　昭和27.2.26　滋賀
滋賀県出身、鳥取大卒、滋賀県医理事・副会長を経て、令和6年より滋賀県医会長。産婦人科

理事

檜山 桂子（ひやま けいこ）　昭和33.2.7　広島
広島県出身、広島大卒、広島市医常任理事を経て、令和2年より広島県医常任理事。内・呼内・アレ・リウマチ科

外部理事

松家 治道（まつか はるみち）　昭和22.5.11　北海道
北海道出身、北大大学院修了、札幌市医会長、北海道医理事を経て、令和3年より北海道医会長。平成26年より1期、日医監事、令和4年より日医理事。内科

監事

加納 康至（かのう やすし）　昭和29.1.16　大阪
大阪府出身、神戸大卒、大阪市北区医理事・副会長、大阪府医理事・副会長を経て、令和7年より大阪府医会長。令和7年より1期、日医理事を務めた。内・循環器科

監事

大西 浩之（おおにし ひろゆき）　昭和36.6.8　鹿児島
鹿児島県出身、鹿児島大卒、川内市医副会長、鹿児島県医常任理事を経て、令和4年より鹿児島県医副会長。内・消内・循環器内科

外部監事

土谷 明男（つちや あきお）　昭和48.4.10　東京
東京都出身、東京医歯大大学院修了、東京都医理事を経て、令和5年より東京都医副会長。内・整・リハ・泌尿器科

任期：令和8年6月27日～
令和9年度に関する定例代議員会終結時

日本医師会執行部職務分担表【役員別】

令和8年6月30日

会長	松本 吉郎	総括
副会長	茂松 茂人	医療保険、地域医療、労災・自賠責、介護保険・福祉（認知症を含む）、救急災害医療、薬事・医療機器、学校保健、産業保健、健康スポーツ、公衆衛生、禁煙対策・がん対策、健・検診、有床診療所、医学会、医療廃棄物、医事法制、死因究明、医賠責、年金、医療安全、治験
副会長	池端 幸彦	医療保険、地域医療、組織強化、医療機関経営、勤務医、男女共同参画、病院、会員福祉、在宅医療、学術・生涯教育、図書館、医療関係職種、小児在宅ケア、生命倫理、精度管理、感染症危機管理対策・予防接種、周産期、乳幼児保健、国際、ドクターサポートセンター
副会長	城守 国斗	医療保険、地域医療、総務、財務、医療政策、広報、情報、会員情報、電子認証センター、国民生活安全対策、共同利用施設、外国人医療、先端医療、環境保健、精神保健（障害を含む）、税制、医師国保、医師の働き方、医療機関勤務環境評価センター、日医総研
常任理事	長島 公之	情報、会員情報、薬事・医療機器、医療廃棄物
常任理事	江澤 和彦	医療保険、精神保健（障害を含む）、医療関係職種、治験
常任理事	渡辺 弘司	総務、医事法制、学校保健、乳幼児保健
常任理事	今村 英仁	税制、病院、日医総研、医学会、精度管理
常任理事	黒瀬 巌	医療政策、広報、禁煙対策・がん対策、健・検診
常任理事	坂本 泰三	地域医療、外国人医療、小児在宅ケア、会員福祉
常任理事	濵口 欣也	医師の働き方、医療機関勤務環境評価センター、国際、医賠責、周産期
常任理事	笹本 洋一	学術・生涯教育、感染症危機管理対策・予防接種、図書館
常任理事	佐原 博之	介護保険・福祉（認知症を含む）、医師国保、電子認証センター、生命倫理
常任理事	松岡かおり	産業保健、男女共同参画、ドクターサポートセンター、環境保健
常任理事	藤原 慶正	財務、医療安全、救急災害医療、国民生活安全対策
常任理事	加藤 豊	組織強化、先端医療、公衆衛生、死因究明
常任理事	小中俊太郎	有床診療所、労災・自賠責、医療機関経営、年金
常任理事	磯崎 哲男	在宅医療、勤務医、共同利用施設、健康スポーツ

官庁審議会委員等一覧（役員別）

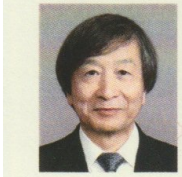
官庁名・団体	審議会・委員会名	役職名	新役員名
厚生労働省	医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会	構成員	池端　幸彦
厚生労働省	社会保障審議会（医療部会／医療部会 医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会／統計分科会 疾病、傷害及び死因分類部会）	委員	池端　幸彦

民間団体審議会委員等一覧（役員別）

法人格	団体名	審議会・委員会名	役職名	新役員名
一般財団法人	医療関連サービス振興会	倫理綱領委員会	委員長	池端　幸彦
国立研究開発法人	国立健康危機管理研究機構		顧問	池端　幸彦
一般社団法人	社会医学系専門医協会		理事	池端　幸彦
公益財団法人	日中医学協会		理事	池端　幸彦
一般財団法人	日本医師会医療情報管理機構		評議員	池端　幸彦
一般社団法人	日本専門医機構		監事	池端　幸彦

私の
新たな挑戦

人生初の海外招待講演を含む
世界医師会を中心とした国際活動



Yukihiko IKEBATA
MD

VICE-PRESIDENT

JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

JMA Office:
2-28-16 Honkomagome,
Bunkyo-ku, Tokyo 113-8621, Japan
Tel. +81-(0)3-3946-2121
Fax. +81-(0)3-3946-6295
jmaintl@po.med.or.jp
https://www.med.or.jp/english

韓国医師会（KMA）総会での招待講演（会長代理）ソウル：26.7.9~12




KMA
대한의사협회
43rd KMA Congress 2026 Presidential Dinner
Fri. July 10, 2026 | The Westin Seoul Parnas


Yukihiko Ikebata
Vice President, Japan Medical Association
KMA
대한의사협회
③ Examinations on Clinical Use of AI
1
AI Limitations & Physician Responsibility
AI-generated diagnostic suggestions have inherent limitations. Physicians must exercise appropriate judgment and bear ultimate responsibility for clinical decisions.
2
Patient Communication
As patients increasingly use AI for medical information, physicians must provide thorough explanations and maintain meticulous clinical documentation.
3
Ongoing Discussion
JMA continues to examine how AI should be positioned in clinical settings and how best to combine it with physician expertise.
니다.
구체적으로 이러한 가이드라
여 체계를 잡아 왔습니다.
이러한 변화에 따라 JMA는
운 역할을 맡아 달라는 요구


The 43rd General Academic Congress of the Korean Medical Association
Joint Session of KMA and JMA
KMA President
Invited Speaker
WMA President
Invited Speaker
AMA President
Invited Speaker


2026년 제43차 종합학술대회

アジア･オセアニア医師会連合（CMAAO）総会（ソウル：26.9.1~5）




deploying
nmediate
care.
damage, works
ncare
2026
CMAAO
40th General Assembly
&
61st Council Meeting
2 - 4 September,
Pullman Ambassado
2026 CMAAO
40th General Assembly & 61st Council Meeting
2026
CMAA
40th General Asse
&
61st Council Meet
2 - 4 September, 2026
Pullman Ambassador Se
CMAAO
1956

世界医師会「台北宣言」専門家会議（オスロ：26.9.12~18）





世界医師会理事会・総会（ロッテルダム：26.10.4~12）

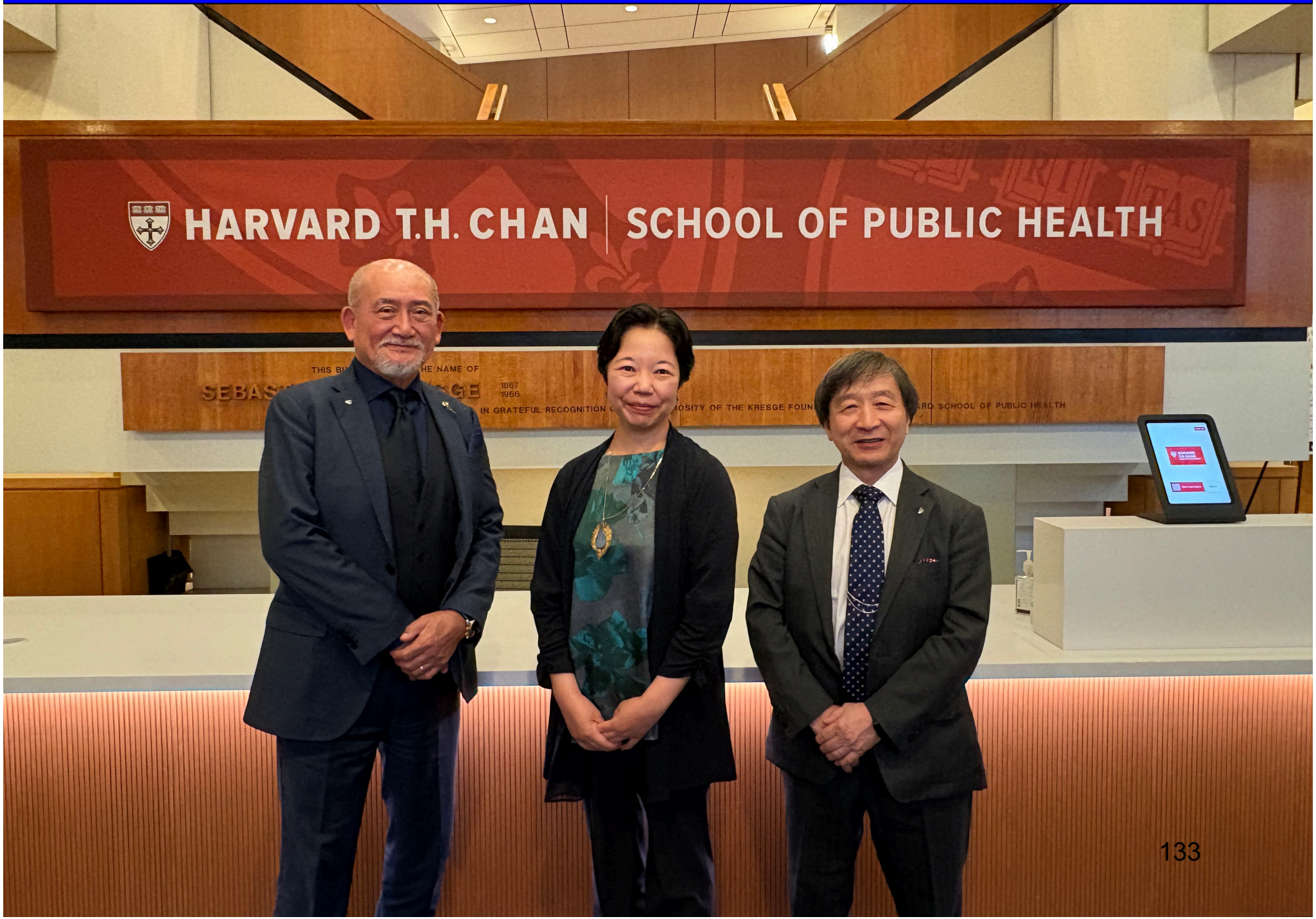



WMA
General Assembly
knmg
7-10 OCT 2026

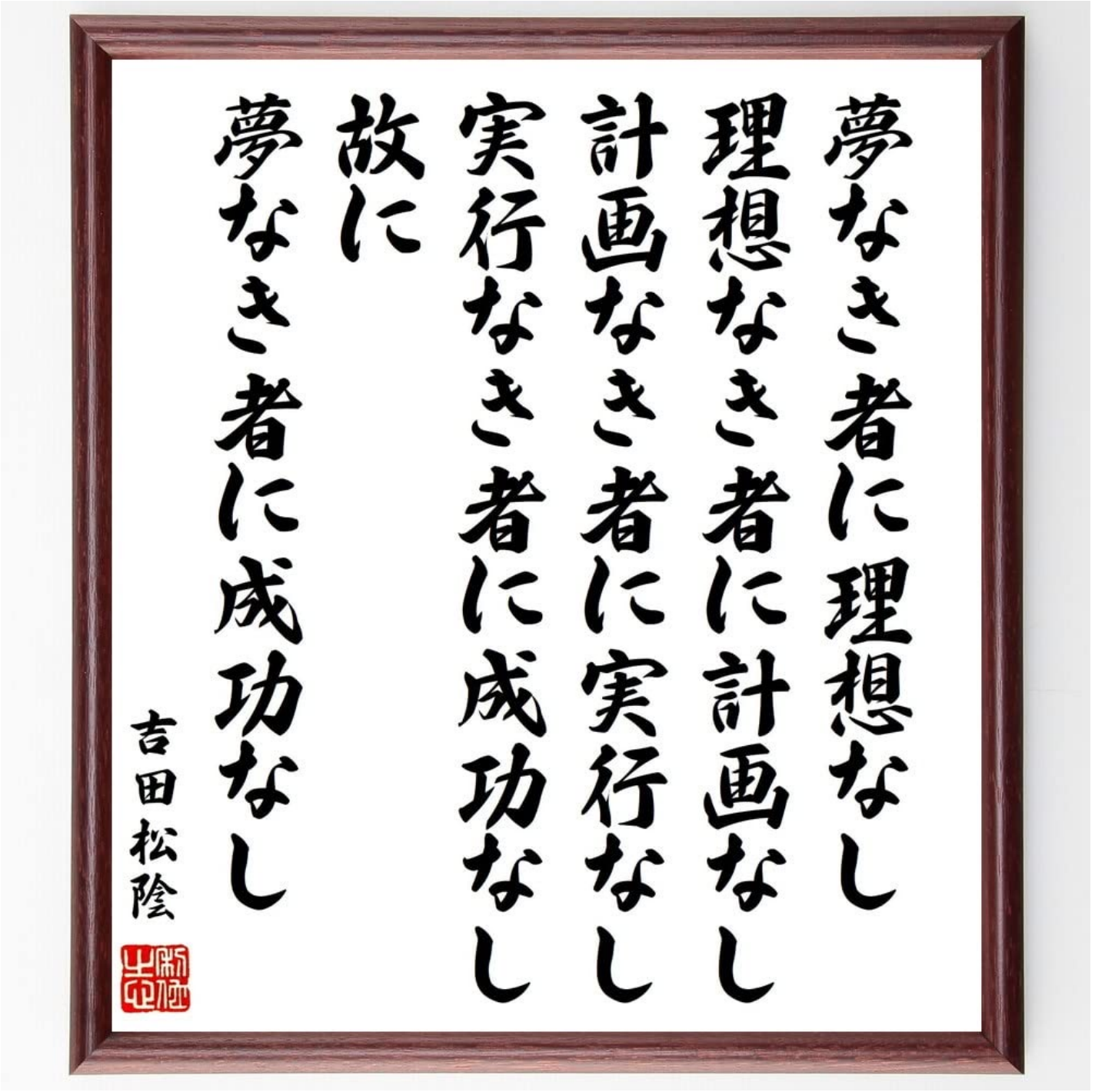

Dr. Yoichi SASA
KOFFIE


WMA
General Assembly
7-10 OCT 2024
knmg

ハーバード大学医学部公衆衛生学教室表敬訪問（ボストン：26.10.13~14)



CHANCE!
CHALLENGE!
CHANGE!


夢なき者に理想なし
理想なき者に計画なし
計画なき者に実行なし
実行なき者に成功なし
故に
夢なき者に成功なし
吉田松陰

Act Now for the Future

～未来のための今～

医療法人池慶会　池端幸彦 作成