



週刊WEBマガジン



医業経営

2026.3.17

医療情報ヘッドライン

ベア評価料
3月までに
未届でも
2.3%賃上げ
していれば算定可能に

▶厚生労働省

診療科名へ
「睡眠障害」が
標榜可能に
2008年以来
18年ぶりの見直し

▶厚生労働省 分科会

週刊 医療情報

2026年3月13日号
医療DXの新加算、
マイナ保険証の利用率3割以上に

経営情報レポート

診療所が担う役割
2040年に向けた地域医療の展望

経営TOPICS

統計調査資料 最近の医療費の動向／概算医療費
(令和7年度9月号)

経営データベース

・「特定個人情報」とは
・個人データが漏えいした場合

ベア評価料 3月までに未届でも 2.3%賃上げしていれば算定可能に

厚生労働省

厚生労働省は3月5日、2026年度診療報酬改定に関する説明資料と動画を公表した。

賃上げに向けた評価の見直しとして、ベースアップ評価料（以下、ベア評価料）は3月末までの届出の有無によって点数に差を付け、25年度以前から継続的に賃上げを行った保険医療機関に対してより高い評価を設定する。

なお、3月までにベア評価料を未届でも、26年度の対象職員（医師・歯科医師を除く）に対し、今回求められる3.2%のベースアップに、前回改定の水準である2.3%を加えた5.5%（看護補助者、事務職員は8%）に相当するベースアップを行っており、賃上げ状況を所定の様式に記載して届け出た場合、例外的に継続的に賃上げを実施した施設と同じ点数を算定できる方針を明記した。

■ベア評価料(II)は24区分に細分化

2026年度診療報酬本体の改定率は+3.09%となり、前回改定の+0.88%から大幅なプラス改定となった。賃上げ対応分として2年度平均+1.70%（26年度は+1.23%、27年度は+2.18%）が手厚く充てられ、26年度、27年度にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベースアップの実現を目指す。うち0.28%分は、「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」と位置付けている。

賃上げに向けた評価の見直しとして「外来・在宅ベア評価料（I）」では、対象職種を看護師や病院薬剤師といった医療関係職種に加え、事務職員や40歳未満の医師も含む

「当該保険医療機関において勤務する職員」に拡大。26年度と27年度で段階的な評価をするとともに、25年度以前から継続的に賃上げを行う医療機関に対してより高い評価を設定する。

具体的な点数について、新たに賃上げを行う施設では6月から27年5月に初診時17点（現行6点）、再診時4点（同2点）、訪問診療時の同一建物居住者等以外の場合79点（同28点）、それ以外の場合19点（同7点）、27年6月以降はそれぞれ倍の点数が算定可能。継続的賃上げ実施施設では、6月から27年5月にそれぞれ23点、6点、107点、26点、27年6月以降は40点、10点、186点、45点が算定できる。

外来・在宅ベア評価料（I）だけでは賃上げ率に満たない場合に算定する同ベア評価料（II）は、現行の8区分から24区分に細分化。13～24の区分は27年6月以降に算定可能となる。

■届出時点での「賃金改善計画書」の添付は不要

ベア評価料の手続きを行うにあたり、算定を開始する前月までに届け出る必要があるが、今回の改定から届出時点での「賃金改善計画書」の添付は不要となった。

算定年度の8月に「賃金改善中間報告書」、翌年度の8月に「賃金改善実績報告書」を提出する必要がある。

ベア評価料（I）のみを届け出る場合、申請時点で評価料の対象職種のみが分かれば申請が可能であり、ベア評価料（II）を届け出る場合であっても申請時点で「月額賃金総額」が分かれば申請できることとした。

診療科名へ「睡眠障害」が標榜可能に 2008年以来18年ぶりの見直し

厚生労働省 医道審議会医道分科会診療科名標榜部会

厚生労働省は3月6日に医道審議会医道分科会診療科名標榜部会を開催。医療機関が診療科名と組み合わせで標榜できる用語に「睡眠障害」を追加する方針を示した。診療科名の見直しは2008年4月以来18年ぶり。

今後は医療機関が「睡眠障害内科」や「睡眠障害精神科」などと掲げられるようになる。

■睡眠に課題を感じている人は58.4%

現在、標榜できる診療科名は内科や外科、精神科といった「①単独で標榜可能な診療科名」と、(a) 身体や臓器の名称 (b) 患者の年齢、性別等の特性 (c) 診療方法の名称 (d) 患者の症状、疾患の名称と4つに分類される「②①の診療科名と組み合わせで用いることができるもの」というルールに則って決められており、睡眠障害は(d)に追加されることとなる。

今回の見直しに至ったきっかけは、2025年4月に一般社団法人日本睡眠学会が厚労省に対し要望書を提出したこと。同学会は睡眠障害の以下4点を根拠に主張した。

1. 独立した診療分野を形成していること
2. 国民の求めの高い診療分野であること
3. 診療科名がわかりやすく国民が適切に受診できること
4. 国民の受診機会が適切に確保できるよう診療分野に関する知識・技術が医師に普及・定着していること

2.について、2019年の国民健康栄養調査では「睡眠の質に満足できなかった」人が21.8%、「日中眠気がある」人が34.8%いたというデータや、同学会が2023年11月に18歳から79歳の男女3,600名を対象に

行った患者側ニーズ調査（回答者 3,587名）によると、睡眠に課題を感じている人は58.4%、そのうち受診を考えたことがあるのは24.9%で、実際に医師に相談したのは56.6%だったというデータを提示。一定のニーズがあることから、睡眠障害を追加することで国民の睡眠医療へのアクセス改善に寄与すると訴えた。

■2023年には日本睡眠学会指導医の制度を創設

さらに4.に関する医療提供側の現状について、睡眠時無呼吸症候群は呼吸器内科・循環器内科・耳鼻咽喉科・歯科を中心に学際的な診療領域を形成しており、不眠症や睡眠覚醒リズム障害・睡眠随伴症は精神科・小児科・神経内科が中心となって診療を実施。2023年には日本睡眠学会指導医の制度を創設し、専門医の育成・認定と教育に注力している。

2023年11月から12月に睡眠障害の診療を行う5,245施設の睡眠医療従事者に対して実施したアンケート調査（1,202人が回答）によると、73.1%が専門医または専門歯科医の資格を持っており、57.1%が専門医資格の取得を検討。睡眠学会会員が在籍する73%の施設では、専門医が診療を担当することで知識・技術の普及が進んでいることも明らかにした。

このような状況を鑑みて、医道審議会では睡眠障害について、組み合わせで標榜可能な診療科名として適切であると判断。今後は医学医術に関する学術団体へ意見を照会し、パブリックコメントを経たのち改正法令が公布・施行される予定だ。

医療情報①
 2026年度
 診療報酬改定

医療DXの新加算、 マイナ保険証の利用率3割以上に

2026年度診療報酬改定では、マイナ保険証の利用などを評価する「医療DX推進体制整備加算」と「医療情報取得加算」を廃止し、医療DX関連サービスのさらなる活用を評価する「電子的診療情報連携体制整備加算」を新設する。

3区分で評価する新加算では、いずれもマイナ保険証の利用率3割以上を要件とする。

25年12月2日にマイナ保険証を基本とする仕組みへ移行したことを踏まえ、厚生労働省は関連する評価を見直す。

新設する電子的診療情報連携体制整備加算では、電子処方箋や電子カルテの導入に加え、患者の医療情報を医療機関間で共有する電子カルテ情報共有システムの活用などを評価対象とする。

算定は初診時に月1回可能。加算1は15点、加算2は9点、加算3は4点とする。いずれの区分でも、算定月の3月前時点でレセプト件数ベースのマイナ保険証利用率が3割以上であることが必要となる。

利用率の算定には、算定月の4-5月前のデータを用いることも認める。

算定には、レセプトのオンライン請求やオンライン資格確認の実施、患者への診療報酬明細書の無償交付なども求める。このため、明細書発行体制等加算は算定できない。

最も点数が高い加算1では、電子処方箋や電子カルテの導入に加え、電子カルテ情報共有サービスや地域の診療情報共有ネットワークの活用など、いずれかの要件を満たす必要がある。

加算2では、電子処方箋や電子カルテの導入、診療情報を共有・活用する体制の整備のいずれかを満たすことを要件とする。一方、加算3ではこれらの要件は求めない。

●入院では「医療情報システム安全管理責任者」の専任配置を

入院料に上乗せする電子的診療情報連携体制整備加算は、入院初日に加算1で160点、加算2で80点を算定できる。

いずれの区分でも、専任の「医療情報システム安全管理責任者」を配置し、情報セキュリティに関する研修を少なくとも年1回程度実施することを求める。

加算1ではこれに加え、非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数方式で確保することや、BCP（業務継続計画）の策定、BCPに基づく訓練を少なくとも年1回程度実施することなども要件とし、サイバーセキュリティ対策への取り組みを評価する。

医療情報②
2026年度
診療報酬改定

地域包括医療病棟、 ADL低下割合7%未満に緩和

厚生労働省は2026年度の診療報酬改定で、高齢者救急の受け皿となる地域包括医療病棟入院料について、ADLが低下した患者の割合を「5%未満」とする現行基準を「7%未満」に緩和する。診療報酬ごとの詳細な基準などを定めた通知を5日に公表し、地域包括医療病棟の新たな施設基準の詳細を示した。

26年度改定では、包括期の病棟のみで救急患者を受け入れる場合の負担を踏まえ、急性期病棟の併設の有無に応じて同入院料を大きく2区分に再編する。

さらに医療資源の投入量に応じた評価を行うため、緊急入院か予定入院か、手術の有無に応じてそれぞれ3類型に細分化し、計6区分の評価体系へと見直す。

一般病棟入院基本料を算定しない「地域包括医療病棟入院料1」のうち、緊急入院で手術を行わない入院料1が最も高く3,367点。一方、一般病棟入院基本料を算定する「地域包括医療病棟入院料2」のうち、予定入院で手術を行う入院料3が最も低く3,066点となる。

いずれも現行の3,050点から引き上げられる。

今回の見直しでは、ADL低下割合のほか、平均在院日数や「重症度、医療・看護必要度」（看護必要度）の施設基準も緩和し、中等症までの高齢者救急を幅広く受け入れられる体制の整備を後押しする。

平均在院日数は、現行の「21日以内」から原則「20日以内」に変更。ただし、85歳以上の患者割合が2割増えるごとに1日を加算できる。

看護必要度の基準は、現行の「A項目2点以上かつB項目3点以上」「A項目3点以上」「C項目1点以上」のいずれかから、「A項目2点以上」または「C項目1点以上」のいずれかへと見直す。

また、看護必要度の該当患者割合に、年間の救急搬送受け入れ件数に応じて算出する「救急搬送応需係数」を加える新たな「基準該当患者割合」を導入する。基準は必要度Ⅰで19%以上、必要度Ⅱで18%以上とする。

地域包括医療病棟に上乘せする「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」については、休日リハビリの実施割合を現行の8割以上から7割以上に、ADL低下割合を3%未満から5%未満に緩和する「加算2」を新設する。

現行基準を踏襲した「加算1」は80点から110点に引き上げ、加算2は50点に設定。

高齢者救急の受け入れと合わせ、リハビリ、栄養管理、口腔管理を一体的に行う取り組みを促す狙いがある。

週刊医療情報（2026年3月13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。

最近の医療費の動向

／概算医療費（令和7年度9月号）

厚生労働省 2026年1月30日公表

<結果のポイント>

1 概算医療費とその伸び

- 令和7年度9月の医療費は4.1兆円（対前年同月比 +4.8%）
- 令和7年度（4月～9月）の医療費は24.3兆円（対前年同期比 +2.6%）
 （令和6年度は48.0兆円、対前年度比 +1.5%）

2 「一日当たりの医療費」の伸び

- 令和7年度9月の対前年同月比 +2.8%
- 令和7年度（4月～9月）の対前年同期比 +3.2%（令和6年度は、対前年度比 +1.1%）

3 「受診延べ日数」の伸び

- 令和7年度9月の対前年同月比 +2.0%
- 令和7年度（4月～9月）の対前年同期比 ▲0.5%（令和6年度は、対前年度比 +0.3%）

1. 制度別概算医療費

● 医療費

（単位：兆円）

	総計	医療保険適用							公費	
		75歳未満	被用者保険				国民健康保険	(再掲)未就学者		75歳以上
			本人	家族						
令和3年度	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2	
令和4年度	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2	
令和5年度	47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3	
令和6年度4～3月	48.0	26.1	15.9	9.2	5.7	10.2	1.3	19.6	2.3	
	4～9月	23.7	12.9	7.8	4.5	2.8	5.1	0.7	9.6	1.2
	7月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
	8月	3.9	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	9月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
令和7年度4～9月	24.3	13.1	8.0	4.7	2.8	5.1	0.6	10.0	1.2	
	7月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
	8月	4.0	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	9月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2

注1) 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。（以下同）

注3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上	
			本人	家族					
令和3年度	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9	
令和4年度	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.4	95.7	
令和5年度	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.0	96.5	
令和6年度4～3月	38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.1	97.4	
	7月	3.3	2.2	1.8	1.7	1.7	3.5	2.2	8.4
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	1.9	8.0
	9月	3.1	2.0	1.6	1.6	1.6	3.3	2.0	7.9
令和7年度4～9月	19.7	12.8	10.4	9.9	10.0	20.6	12.6	49.1	
	7月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.7	3.6	2.1	8.5
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.3	1.9	8.0
	9月	3.3	2.1	1.7	1.7	1.7	3.4	2.1	8.2

注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2. 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費				調剤	入院時 食事療養等	訪問 看護療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等	
		医科 入院	医科 入院外	歯科								
令和3年度	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
令和4年度	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
令和5年度	47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3	
令和6年度4～3月	48.0	38.1	18.4	16.3	3.4	8.4	0.8	0.72	19.2	24.7	3.4	
	7月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.1	0.3
	8月	3.9	3.1	1.6	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	9月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
令和7年度4～9月	24.3	19.3	9.3	8.2	1.8	4.3	0.4	0.40	9.7	12.4	1.8	
	7月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.7	2.1	0.3
	8月	4.0	3.1	1.6	1.3	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.0	0.3
	9月	4.1	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。

入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

● **受診延日数**

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養	
		医科入院	医科入院外	歯科			
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
令和5年度	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50
令和6年度4～3月	24.9	24.3	4.4	15.9	4.0	9.0	0.59
7月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.4	0.8	0.05
8月	2.0	1.9	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
9月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
令和7年度4～9月	12.3	12.0	2.2	7.8	2.0	4.4	0.33
7月	2.1	2.1	0.4	1.3	0.4	0.8	0.06
8月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.05
9月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.06

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

● **1日当たり医療費**

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤
		食事等含まず	食事等含む					
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
令和4年度	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
令和5年度	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5
令和6年度4～3月	19.3	41.7	43.5	10.2	8.5	9.4	12.3	15.5
7月	19.0	42.2	43.9	10.1	8.4	9.4	12.2	15.3
8月	19.8	41.6	43.3	10.4	8.5	9.7	12.4	15.9
9月	19.3	41.2	42.9	10.3	8.5	9.5	12.4	15.6
令和7年度4～9月	19.7	42.6	44.5	10.5	8.7	9.7	12.2	16.0
7月	19.7	43.3	45.1	10.5	8.7	9.9	12.1	16.0
8月	20.3	42.3	44.1	10.7	8.7	10.1	12.2	16.4
9月	19.8	42.7	44.6	10.6	8.7	10.0	12.1	16.2

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外を受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向／概算医療費(令和7年度9月号)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

診療所が担う役割

2040年に向けた 地域医療の展望

1. 地域医療構想と診療所の位置づけ
2. 診療所の具体的な役割と機能
3. 診療所の地域連携戦略
4. 持続可能な診療所経営に向けて



■参考資料

【厚生労働省】：平成29年版 厚生労働白書 新たな地域医療構想等に関する検討会 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要 新たな地域医療構想策定ガイドラインについて 地域医療構想 他

1

医業経営情報レポート

地域医療構想と診療所の位置づけ

■ 2040年を見据えた「新たな地域医療」とは

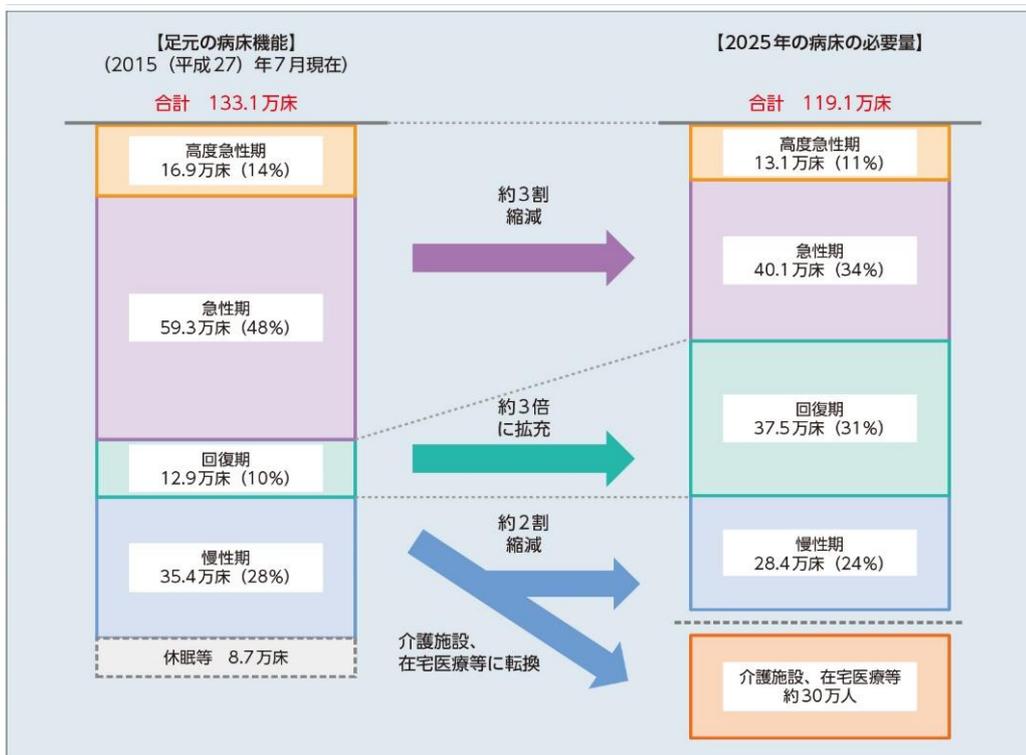
我が国の医療提供体制は、人口構造の劇的な変化という大きなうねりの中にあります。

特に、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上となった2025年を経て、次なる節目である2040年を見据えた時、医療ニーズの量と質は大きく変容し、生産年齢人口の減少は医療人材の確保を一層困難にします。このような背景のもと、厚生労働省は持続可能な医療提供体制を構築するため、「新たな地域医療構想」の策定を進めています。

これまでの地域医療構想は、2025年問題への対応を主眼とし、主に「入院医療」における病床の機能分化（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）と連携に焦点を当ててきました。

全国の病床数は目標値に近づきつつあるものの、機能別に見ると依然として急性期病床が過剰な地域が存在するなど、課題も残されています。

◆ 地域医療構想による2025年の病床の必要量



厚生労働省：「平成29年版厚生労働白書」

2024年末にとりまとめられた「新たな地域医療構想」は、2040年頃を視野に入れ、この取り組みをさらに深化・拡大させるものです。

その最大の特徴は、議論の対象を病院の病床のみならず、外来医療、在宅医療、介護との連携、さらには医療人材の確保まで含めた「地域全体の医療提供体制」へと広げた点にあります。

2

診療所の具体的な役割と機能

■ 医療機能の分化と連携の全体像

新たな地域医療構想の核心は、「医療機能の分化と連携」の更なる推進です。これは、各医療機関が自らの強みや特性に応じて役割を明確にし、互いに連携することで、地域全体として切れ目のない効率的な医療を提供しようとする考え方です。

本構想では、従来の「病床機能」報告に加え、新たに「医療機関機能」の報告制度を導入し、病院や診療所が施設単位でどのような役割を担うのかを明確化し、地域での協議を促進します。

◆医療機関機能の区分と担う役割(概要)

医療機関機能	主な役割	想定される医療機関
急性期拠点機能	手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化し、高度・専門的な医療を提供する。	大学病院本院、 地域医療支援病院等
地域包括医療・ ケア機能	地域に密着し、入院、外来、在宅医療、介護連携までを包括的に担う、「治し、支える医療」の中核となる。	中小病院、有床診療所等
外来医療機能	かかりつけ医機能を中心に、身近な地域で日常的な診療や健康管理を担う。 専門外来も含む。	診療所（無床・有床）、 病院の外来部門
在宅医療・ 訪問看護機能	通院が困難な患者に対し、居宅等で医療を提供する。24時間対応や看取りも含む。	在宅療養支援診療所/病 院、訪問看護ステーション

(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の概要」等を基に作成

■ 「かかりつけ医機能」の強化と報告制度

新たな地域医療構想において、診療所に求められる中心的役割が「かかりつけ医機能」の強化です。高齢化に伴い、複数の慢性疾患や医療・介護の複合ニーズを抱える患者が増える中、断片的ではない全人的・継続的な医療が不可欠となっています。

2025年4月から施行された「かかりつけ医機能報告制度」は、特定機能病院と歯科を除く全ての病院・診療所に対し、自院が担うかかりつけ医機能の有無や具体的な内容を都道府県に報告することを義務付けるもので、この流れを加速させる重要な役割をもちます。

◆かかりつけ医機能報告制度で報告が求められる機能(概要)

- 日常的な診療の総合的・継続的な実施：発生頻度が高い疾患への対応、患者の生活背景を考慮した診療など
- 時間外対応：夜間・休日等の問い合わせへの対応、必要に応じた受診先の案内や連携医療機関での対応
- 入退院時の支援：入院先の医療機関との情報連携、退院後の療養支援
- 在宅医療の提供：訪問診療や往診の実施、または対応可能な医療機関との連携
- 介護サービス等との連携：ケアマネジャー等との情報共有、介護保険制度に関する相談対応

3

医業経営情報レポート

診療所の地域連携戦略

■ 効率的な紹介・逆紹介の実現

新たな地域医療構想は、医療提供体制の軸足を「入院中心」から「地域完結型」へ転換するものです。その実現には、病院と診療所が役割を分担しつつ連携する「病診連携」の強化が欠かせません。

診療所は、かかりつけ医として日常診療を通じて患者の状態を把握し、専門治療や精密検査、入院が必要な際には地域の病院へ紹介します。一方、病院は治療を終えた患者を速やかに診療所へ逆紹介することで、地域全体の病床利用を最適化できます。

この流れを支える鍵は、双方の「情報共有の質とスピード」です。

◆紹介・逆紹介における情報共有のポイント

紹介時の情報共有の具体化：入院時、患者の生活背景、既往歴、服薬状況、家族の介護力などを詳細に病院に提供する。

逆紹介時の情報受領：退院時には、病院からの診療情報提供書（サマリー）だけでなく、今後の治療方針、必要な検査頻度、生活上の留意点などを文章で確実に受け取る。

■ 入退院支援への積極的な関わり

患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を再開するためには、入院中からの準備が極めて重要です。診療所は、病院の地域連携室や医療ソーシャルワーカー等と連携し、以下の活動に積極的に参加する必要があります。

◆退院前連携と在宅復帰支援

退院前カンファレンスへの参加：病院で行われる多職種カンファレンスにオンラインも活用して参加し、退院後の治療・ケア方針を共有する。

在宅復帰支援への貢献：有床診療所は、急性期病院からの早期退院患者を受け入れるポストアキュート機能や、在宅患者の急変時に対応するサブアキュート機能を担い、地域包括ケアの重要な役割を果たす。

これらへの積極的な関与は、診療報酬上の評価（退院時共同指導料や介護支援等連携指導料など）にもつながります。病院との強固な信頼関係は、安定した患者紹介の流れを生み、経営面でも大きなメリットをもたらします。

地域医療構想の実現は、病院との連携（病診連携）だけでは達成できません。他の診療所（診診連携）や、介護サービス事業者（医療介護連携）との連携を多層的に構築することが必須となります。

4

医業経営情報レポート

持続可能な診療所経営に向けて

■ 地域医療連携推進法人の活用と参画のポイント

これまで述べてきた病診連携・診診連携・医介連携を、より組織的に推進する仕組みが「地域医療連携推進法人」制度です。

2017年に創設されたこの制度では、地域の複数の医療法人や社会福祉法人が社員となる一般社団法人を設立し、「連携以上、統合未満」の緩やかなガバナンスを築き、地域医療構想の実現を目指す仕組みです。

同法人は都道府県知事の認定を受けて設立されます。2025年7月1日現在、全国で57法人が認定され、その活用は広がりつつあります。

◆ 地域医療連携推進法人の主な業務内容

カテゴリー	具体的な業務内容	診療所にとってのメリット
医療従事者の確保・研修	医師・看護師等の共同研修、参加法人間での職員派遣・人事交流	単独では困難な研修機会の確保、繁忙期の人材融通
医薬品・医療機器等の共同購入	医薬品、診療材料、高額医療機器などを一括購入	スケールメリットによる購入コストの削減
疾病予防・住民への啓発	地域住民向けの健康講座や検診事業の共同実施	地域貢献活動の強化、ブランディング向上
資金貸付・病床融通（制度上の特例）	参加法人への資金貸付、病床過剰地域でも参加法人間での病床の融通が可能	設備投資資金の確保、機能転換の円滑化

厚生労働省：「地域医療連携推進法人制度について」等を基に作成

◆ 診療所の参画の形とポイント

2024年4月の制度改正により、個人開業の診療所も参加しやすくなるなど、参画への門戸は広がっています。必ずしも法人格を持つ必要はなく、地域の連携法人の方針や事業内容に賛同し、連携に加わる形での関与も考えられます。

地域医療連携推進法人は、地域の医療課題を解決するための強力なプラットフォームです。自院の地域に連携法人がある場合は、その活動を把握し参画を検討することが、経営基盤の強化と地域貢献の両立につながります。まだ設立されていない地域では、医師会や中核病院と連携し、設立を働きかけることも選択肢となります。

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: 医業経営 > サブジャンル: 個人情報保護法

「特定個人情報」とは

「特定個人情報」とはどのようなものですか。

特定個人情報とは、個人情報保護法において定義されており、住民票コードや個人番号(マイナンバー)など、個人を特定できる情報のことを指します。この情報は極めて重要であり、法律で取り扱いが規制されています。

(1) 特定個人情報の重要性

特定個人情報は、個人のプライバシーに直結する情報です。不適切な取り扱いがなされると、個人のプライバシー侵害や詐欺、なりすましなどの犯罪に悪用される恐れがあります。

そのため、適切な管理と厳格な取り扱いが法律で義務付けられています。

(2) 特定個人情報の取り扱いルール

特定個人情報は漏えいや紛失を防ぐために、使用範囲が限定されています。調書を作成するために、職員からマイナンバーを収集した場合は、ほかの用途での使用はできません。

特定個人情報は、利用範囲が「税・社会保障・災害対策」に限定されており、その範囲内で利用目的を決める必要があります。

①各種税金	所得税、住民税、消費税など各種税金の適正な課税と納税を確保するために使用されます。マイナンバーと所得情報を紐付けることで、税務当局が納税者一人ひとりの適正な課税額を算出できます。
②社会保障	特定個人情報は、年金、医療保険、介護保険、ハローワークの事務手続きなど、社会保障制度の適切な運営に不可欠です。 マイナンバーを利用して受給資格の確認や給付額の算定、制度間の情報連携が可能となり、国民一人ひとりに対する給付の正確性が高まります。
③災害関連	大規模災害発生時には、被災者支援が急務となります。この際、マイナンバーと住基情報を紐付けることで、避難者の所在確認や支援金給付が迅速に行えます。被災者一人ひとりに行き渡る支援を可能にする重要な役割があります。

(3) 特定個人情報を取扱う際の注意点

特定個人情報は、マイナンバーを含んでいることから、個人情報よりも厳重な管理が必要です。特定個人情報を取扱う際の注意点は、以下の3つです。

- ①安全管理措置を徹底する**
- ②特定個人情報の利用には制限がある**
- ③マイナンバーを扱う際はガイドラインを遵守する**

個人データが漏えいした場合

個人データの漏えい等が発生したときは、 どのように対応すると良いのですか？

Q
uestion

A
nswer

個人データの漏えい等が発生、または発生したおそれがある場合は、個人情報取扱事業者は、速やかに「個人情報保護委員会」に報告し、本人へ通知しなければいけません。

(1) 漏えい等の報告義務

個人データの紛失・盗難、不正アクセスによる個人データの外部への送信、職員による個人データの持ち出しや不正利用などが該当します。

特定個人情報の漏えい等を認識した場合、医療機関は原則として認識後72時間以内に「個人情報保護委員会」に報告する義務があります。

ただし、重大事案の場合は早期の報告が求められます。報告期限は厳格に適用されるため、漏えい等の事実関係を早期に把握し、報告を怠らないことが重要です。

例)

- ・ 職員の健康診断等の結果を含む個人データが漏えいした場合
- ・ 患者の診療情報や調剤情報を含む個人データを記録した USB メモリーを紛失した場合
- ・ EC サイトからクレジットカード番号を含む個人データが漏えいした場合
- ・ 送金や決済機能のあるウェブサービスのログイン ID とパスワードを含む個人データが漏えいした場合
- ・ 不正アクセスにより個人データが漏えいした場合
- ・ 個人データが記載又は記録された書類・媒体などが盗難された場合
- ・ 職員が顧客の個人データを不正に持ち出して第三者に提供した場合
- ・ メールマガジンの配信を行う際、個人データであるメールアドレスを本来は BCC 欄に入力して送信すべきところ、誤って CC 欄に入力して 1,000 人を超える方々へ一斉送信した場合

(2) 本人への通知義務

個人データが外部に不正に持ち出された場合や、内部の不正アクセスにより個人データが閲覧された場合などが挙げられます。個人情報漏えいが発生した場合、医療機関は速やかに本人に対して、漏えい内容、原因、影響範囲、再発防止策などを通知する必要があります。

通知方法は、文書郵送、電子メール、電話、ウェブサイトなどで、本人が確実に認識できる適切な方法を選択することが重要です。

プライバシー侵害の重大性に依じて、通知の優先順位を付ける必要もあります。