

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
LTD制度・医療共済制度
引受保険会社



東京海上日動

2026年(令和8年)8月25日

第352号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費に含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館402号室
TEL：03-5217-0896／FAX：03-5217-0898／URL：https://tha.or.jp／E-mail：thaoffice@tha.or.jp

2040年に向けた地域医療構想

医療機関機能の選定と地域づくりへ 策定ガイドラインを活用する

東京都病院協会 会長
猪口 正孝

厚生労働省が7月3日に公表した「地域医療構想策定ガイドライン」は、2040年に向けて各病院が担う機能を具体化するためのポイントが盛り込まれている。東京都でも病床減少を前提に、急性期拠点、高齢者救急・地域急性期、包括期などの役割分担が問われることになる。猪口正孝・東京都病院協会会長に、病院経営の観点から押さえるべきポイントを解説してもらった。

ガイドラインは2040年の役割を決めるための「マニュアル本」

厚生労働省が7月3日に公表した「地域医療構想策定ガイドライン」(以下、ガイドライン)は、名前はガイドラインだが、都道府県が地域医療構想を策定する上での「マニュアル本」であると認識している。この構想についていくためには、各医療機関の理事長・院長が一度マニュアル本だと思って読み込むしかない。「書いてあったのに



猪口 正孝

読んでいなかった」があつてはついてこれない。会員各位にはまず、この点を申し上げたい。

ガイドラインには、2026年度から2027年度上半期ごろまでにデータ分析や構想区域の点検・見直しを進め、2028年度までには、急性期拠点機能を担う具体的な医療機関名も含めて、各医療機関が2040年にどの機能を担うのかを決めることが記載されている。これは決して「当分、先の話」ではない。経営者自身が今から考えなければならないものである。

東京でも病床が
減ることを前提にする

参考資料では、2025年度病床機能報告による病床数116.4万床に対し、2040年の必要病床数は

106.9万床と機械的に試算された。算出方法が異なるため単純比較できない参考値だが、全国で10万床規模の減少が視野に入る。重要なのは、国が減らしたのではなく、患者がいなくなるから減らざるを得ないという点だ。その中で必要な医療を効率的に残すという強い決意がガイドラインから感じられる。

東京も例外ではない。東京は「2040年まで病床があまり減らない地域」と位置づけられてきたが、実際には今も減り続けている。全国で10万床なら単純計算で東京は1万床。国が示した目標ではなく規模感をつかむための私の単純計算だが、約10万床しかない東京の病床の1割に相当する。この過程で東京の医療が混乱しない体制を作ることが求められる。

制度面で留意すべきは、必要病床数などに関する都道府県知事権限だ。新たな地域医療構想は医療計画の上位概念となり、改正医療法により、既存病床数が基準病床数を下回っていても、必要病床数を超える増床には知事が許可を与えないことができるようになった。

しかも、必要病床数の算出に用いる病床稼働率は急性期83%、包括期87%などへ引き上げられ、効率化も上乘せられるため、机上の必要病床数は従来より小さく算出される構造である。

都全体では既存病床が必要病床数を上回りつつあり、私は、病床配分を受けて新たに病院を作る余地は極めて限られるとみている。さらに、ガイドラインが公立・公的病院にも民間と同様に病床数の適正化や再編・集約化への協力を求めている点も押さえておきたい。

「包括期」を担う医療機関はどこが最適なを考える

急性期拠点機能は人口20万〜30万人に1カ所が目安とされ、1400万人の東京なら単純計算で50弱から70程度となる。選定は診療実績のほか政策医療、経営状況、建物の状況まで含めた総合協議とされるが、私のイメージでは三次救急が最有力候補だ。ただし大学病院本院は「医育及び広域診療機能」を報告し、急性期拠点は名乗らない。

注意すべきは、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能は一つの医療機関が両方報告できない点だ。2040年に自院がどちら側に立つのか、選択が問われる。そして後者について、ガイドラインには「包括期機能の病床を有することが想定される」ようにと記述されており、私はこの記述の仕方を重く見ており、早期のリハビリテーション、退院調整、在宅・介護への接続まで担う体制が伴わないまま、高次機能病院が高齢者の二次救急の受け入れを収益源として位置付けるだけの参入は望ましくないということであり、これらの機能は元来、民間中小病院が支えてきた領域である。

高齢者救急の線引きについて、ガイドラインは年齢で一概に定義することは困難とする。ただ東京では、脳卒中やCCUネットワーク対象の重篤疾患は救急隊の段階で振り分けられている。私は運用上の目安として、これに該当しない75歳以上を高齢者救急として二次救急で受け、対応困難な場合は地域救急医療センターへ搬送する形で整理できると考えている。高齢者救急の主戦場は、救命にとどまらず生活へ

第21回東京都病院学会

特設サイト開設



開催日時：2027年2月28日（日）

午前9時～午後5時

会場：アルカディア市ヶ谷
（JR市ヶ谷駅 徒歩2分）

E-mail：tha21@tha.or.jp（学会専用）

U R L：https://tha.infotecs.jp/21th/

参加申込・一般演題登録等はこちらからご確認ください



「患者動線」で連携する

一構想区域とした場合の大問題が、調整会議の単位である。国も、数百万人規模の広域区域では区域内の一定地域ごとにワーキンググループを設けて協議する方法を示している。調整会議の主眼は連携であり、連携実態のない者同士が集まっても仕方がない。私の地元は連携であり、連携実態のない荒川区の間で患者を紹介し合う関係は、ほぼない。連携の軸は交通機関であり、

二次医療圏ではなく

素早く戻す「治し支える」包括期の医療だ。だからこそ、急性期拠点さえあれば賄えるという発想では医療提供体制は維持できない。ターミナル駅のデパートより地元のコンビニエンスストアが日常には便利なのと同じで、地域に根差した各機能がバランスよく存在することが肝心である。

生活圏域と受療圏はよく一致する。一案として、沿線・生活圏域を意識した会議体や、区中央部・区西部など扇の要を中心に周辺圏域の代表が集まる拡大調整会議が考えられよう。

すなわち、生活圏域で本音をぶつけ合う「顔の見える」連携会議と、その意見を吸い上げて都全体の統一ルールに一本化する全域の調整会議の二層構造。さらに在宅・外来・介護を区市町村単位で連携させる会議体を加えた三層構造が、調整会議の仕組みとして必要になるだろう。連携の交通整理をきちんと行うことこそ、東京がこの構想をフル活用するための鍵になる。

いづれにせよ、遅くとも2028年度までに、各医療機関は2040年に担う機能を決めなければならない。会員各位には、まずこの「マニュアル本」をしつかり読み込むことから始めていただきたい。

医療DXの現在地

サイバーセキュリティ対策に向け
中小病院は今、何を優先して備えるか

Health ISAC Japan 代表理事

小森 直之氏

ランサムウェア攻撃による診療停止の事例が国内で相次ぐなか、専門人材や予算に制約を抱える200床以下の中小病院は、何をどこまで備えるべきか。厚生労働省は6月、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」第7.0版を公表したが、中小病院を念頭に置いた内容が多く盛り込まれている。医療分野の情報共有組織であるHealth ISAC Japan代表理事で、なぎ辻病院理事長を務める小森直之氏に聞いた。

ガイドライン第7.0版が
中小医療機関に求めること

医療を取り巻く環境は、近年かつてない速度で変化している。2023年に始まった医療DX政策の本格化により、電子カルテやオンライン資格確認、生成AIの活用まで、医療提供体制そのものがデジタル基盤の上に再構築されつつある。その基盤を支えるセキュ



小森 直之 氏

リティの脆弱性は、いまや診療の継続そのものを揺るがす経営リスクとして顕在化している。患者の生命に直結するサービスを担う医療機関は、診療停止を避けたがゆえに身代金要求へ応じやすい標的とみなされやすく、ひとたびランサムウェアに感染すれば、電子カルテの停止が長期の診療制限に直結しかねない。

第7.0版が中小医療機関向けの保守委託機関編を新たに追加したのも、この問題が現場の技術対応にとどまらないことの表れだと小森氏はみる。「サイバーセキュリティはもはやIT部門の課題ではなく、全ての医療機関にとって重大な経営課題です」

もともと、中小病院が置かれた現実

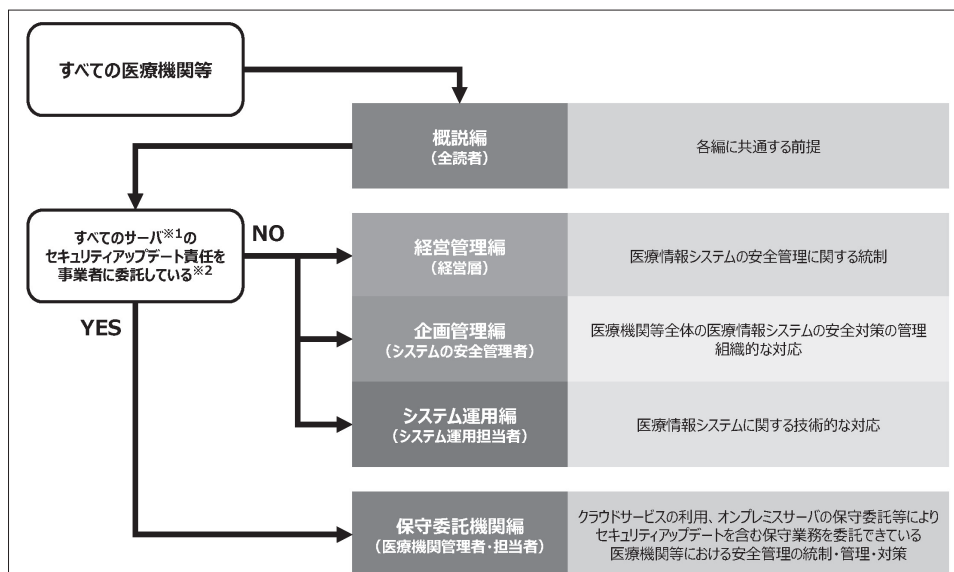
は厳しい。専門人材も予算も乏しいなかで、大企業並みの防御体制を一度に整えることは難しく、何を優先するかの見極めがまず求められる。第7.0版は、システム運用担当者置きにくい小規模医療機関を念頭に「保守委託機関編」を設け、クラウドサービスの活用を前提とした事業者との役割分担を明確にした。二要素認証についても、クライアント端末とサーバーを対象と明示する一方、2027年4月の時点で対応が難しい医療機関には次期システム改修時での対応を認めるなど、段階的な移行に配慮している。さらに2026年度の診療報酬改定では、ガイドラインへの準拠が一部の加算の施設基準にも関わるようになり、対策は経営の観点からも避けて通れない。担当者を確保できない施設ほど、保守や運用をどこまで信頼できる事業者委ねるかが、現実的な出発点となる。

限られた経営資源で
実効性ある対策を講じる

高額な投資を伴わずに着手できる対策は、決して少なくない。第7.0版は、リモート保守や特権IDといった、攻撃者の侵入口となりやすい経路の管理を重視し、インシデントに備えた複数世代のバックアップとオフラインでの保管を求めている。退職者や不要アカウントの削除、日常的な画面ロック、職員へのフィッシング対策の啓発なども、基本的でありながら実効性の高い備えである。いずれも仕組みを導入して終わりではなく、日々の運用として定着させて初めて意味を持つ。「対策を担当者任せにせず、経営層自身がリスクを評価し、院外へ延びる接続経路

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」第7.0版の構成

各編に共通する内容を整理した概説編と、医療情報システムの安全管理を実施するための統制・管理について各編で想定する読者類型ごとに整理した、経営管理編、企画管理編、システム運用編、保守委託機関編の5編から構成する。



※1：ここでの「サーバ」は、医療情報の保存や主要な処理を担う機器を指す。原則としてPCやタブレット等のクライアント端末は含まない。

ただし、電子カルテアプリ等を端末にインストールし、当該機器上で処理が完結する場合はPC等の端末も「サーバ」に含む。

※2：「事業者がセキュリティアップデートを負うこと」が、契約書や約款、サービスレベル合意書等に記載されている場合にのみ「YES」を選択可能となる。

記載がない場合や不明確な場合には医療機関側の責任となっている可能性がある。不明確な場合は必ず契約事業者と直接確認し、責任の所在を明確にすること。

までを管理の対象として捉え直すことも重要だ」と小森氏は強調する。

院内ネットワークを閉じていけば安全だという前提は、院外から延びる保守用の経路が攻撃の起点となる以上、すでに成り立たない。定期的に自院の体制を点検し、委託先の対応範囲や責任の分界点をあらかじめ契約で明確にしておくことも、有事の初動を大きく左右する。

完全な防御を一度に実現しようとす

るのではなく、限られた経営資源のなかで実効性のある対策を優先し、継続的に改善していくといった現実的な姿勢が、中小病院には欠かせない。その第一歩として、小森氏は経営層の関与を挙げる。「自院の弱点がどこにあるかを経営層が正しく把握することです。個々の病院が単独で最新の脅威に対応するには限界があります。業界全体で脅威情報を共有し、いざというときに相談できる先を持つておくことの



小平 祐造

都によると、2026年4月1日時点の電子カルテ導入率は病院75.1%、診療所62.2%である。病院は2027年度末までの導入見込みを含めると92.8%に達する。全体では普及が進む一方、療養病床や精神病床を

6月5日、2026年度第1回東京都医療DX推進協議会が開かれ、都内の電子カルテ導入状況やサイバーセキュリティ対策、医療情報連携基盤などについて報告と意見交換が行われた。東京都病院協会を代表して出席した小平祐造・東京都病院協会常任理事に、議論の概要や都病協としての方向性などを聞いた。

東京都病院協会 常任理事
小平 祐造

中心とする病院ではなお導入率が低い。診療所では補助金を使って導入しても、維持費がかかり、業務負担に合う利点を感じられず、運用を取りやめるケースもあるとのことだった。導入率を引き上げるだけでなく、その後も使い続けられる環境をつくれるかが課題である。

とりわけ大きいのがセキュリティ対策である。システムを入れれば終わりではなく、保守や更新、高度なサイバー攻撃への対策には継続的な費用がかかる。診療報酬上、その負担を直接回収できる仕組みが十分にあるわけで

電子カルテ普及の先に問われる 持続可能な医療情報基盤

東京都医療DX推進協議会インタビュー

意味も大きいでしょう」

サイバーセキュリティは、もはや一部門のコストではなく、医療の継続と信頼を支える基盤への投資として捉え直す局面に来ている。第7.0版が示

す指針を手掛かりに、自院の実情に合った備えを着実に積み上げていくことが、結局は最も確かな防御につながるといえる。

SMART
MULTI
ハイブリッド空調 スマートマルチ

ENE/INFO
クラウド制御サービス【エネシンフォ】

ガスと電気のいいとこどり！
ハイブリッド空調「スマートマルチ」

世界初、ガス空調(GHP)と電気空調(EHP)を同一冷媒系統に接続



スマートマルチについて
詳しくはこちら



TGES

東京ガスエンジニアリングソリューションズ株式会社

定期コラム

～気を付けようシャドーIT～

今回は「シャドーIT」についての話をしたいと思います。

業務を効率的に行うためのデジタル機器やクラウドサービスは多々ありますが、個人が組織の許可なくそれらを安易に利用すると思わぬ大事件に発展してしまうことがあります。

シャドーITとは、IT管理部門やシステム責任者が管理していない、個人が自己の判断で業務に使用している端末、記録媒体、アプリ及びクラウドサービス等の総称をいいます。

職員の中には、「組織が用意したシステムより普段使い慣れているアプリの方が使いやすい」「もっと早く仕事を終わらせたい」などと効率を優先し、個人の判断で機器等を利用することがあります。しかし、組織が把握していない機器等は、セキュリティの安全確認やパスワードの管理が個人の手に委ねられてしまいます。このため、マルウェア感染や不正アクセス、情報漏えいの原因になる可能性があります。

事例をあげますと、某大学病院の医師が、病院の許可を得ていない個人の無料インターネット保存先（クラウドストレージ）に、患者の個人情報や診療データを保存していたところ、第三者に不正アクセスされ、患者約270人分のデータが外に漏れてしまったということがありました。

病院は、患者の住所、氏名のほか病歴や診療データという最も厳重に守るべき個人情報を扱っていますが、業務の多忙などを理由に利便さを優先してしまい、セキュリティが軽視されている危険性はないでしょうか。

警視庁サイバーセキュリティ対策本部対策第二担当

☎03-3581-4321（内線7861～2231から2235）
午前9時～午後5時

では、こうした「隠れた危険」を防ぐために、どのような対策をとるべきでしょうか。ポイントは3つあります。

1つ目は、「ルールの明確化と、危険性を知ること」です。「許可されていない端末、記録媒体、アプリ、ウェブサービス等を業務に使ってはいけない」というルールをはっきりさせ、なぜそれが危険なのかを勉強会などで全員が理解することです。

2つ目は、「システムで利用状況をチェックすること」です。病院のネットワークに、許可されていない不審な端末が繋がっていないか、怪しいサイトにデータが送られていないかを、IT部門が専用のソフトで監視・制限できる仕組みを作ります。

3つ目は、「使いやすい公認ツールの支給」です。スタッフがシャドーITに頼ってしまうのは、元々あるツールが使いにくかったり、そもそも用意されていなかったりするからです。職員が使いやすい安全なソフトやツール等を正式に用意し、現場の「困った」を解決してあげることが、隠れて使わせないための最大の対策になります。

利便さと安全性は、天秤のようなものです。しかし、ルールを無視した利便さの先には、組織の信用を一瞬で失う大事故が待っています。現場の声をしっかり聞きながら、全員が安心して仕事ができる「安全な環境」をみんなで整えていくことが、今まさに求められています。

は、なく、病院にとつては固定費になる。精神科をはじめ、極めて機微な患者情報を扱う医療機関が、それぞれの契約と経営努力だけで対策を完結させるのは難しい。情報は電気や水道と同じく医療提供に不可欠な基盤であり、個々の病院がばらばらに維持するのではなく、全体を包摂する仕組みとして整備する必要があるだろう。

協議会では、一般財団法人GovTech東京業務執行理事兼CSO（最高戦略責任者）の畑中洋亮委員から「都民起点で考える東京都医療情報連携基盤」の試案も示された。患者や家族の利便性を起点に、まず予約変更や文書申請、決済などの「デジタル窓口」を整え、次に院内の文書管理システムとの接続、さらに画像連携へ広げるという考え方である。学校健診や心臓検診に焦点をあてた取り組みを掲げ、デジタル庁が開発した自治体と医療機関・薬局をつなぐ情報連携基盤PMH（Public Medical Hub）との連携も視野に入れる。

患者が利便性を実感できれば、それが医療機関の参加を促す力にもなる。方向性には賛同するが、そのためにも共通ルールやID、セキュリティ、データ連携基盤など、土台となる部分は行政が責任を持って整備していただく必要があるし、当協会としても訴えていく考えだ。

また協議会において実務的な議論を行う「電子カルテ部会」を、今年度から「電子カルテ・医療連携部会」に改組し、医療情報連携の検討を進めることが報告された。2026年度中に基本構想を策定して要件定義に着手し、2027年度にはプロトタイプでの検

証と一部機能の運用開始を予定している。国も2030年までに電子カルテ普及率を100%とする目標を掲げ、オンプレミス型からクラウドネイティブ型への移行を進める方向であり、方針や仕様が大きく揺れない継続性と、技術革新の速度に遅れない推進体制が求められる。

電子カルテ以外を見ると、都内病院の電子処方箋導入率は2026年3月時点で14・5%にとどまり、オンライン診療も全体で1割程度である。今後、共通基盤に参加していくには、こうした周辺の診療システムも含め、一定の経験を積み重ねておく必要があるだろう。

もう一つ、注視したいのがAIにまつわる動向である。アメリカを中心に医療情報を扱うAIは急速に進歩しており、劇的に早く、安くなっている。医療従事者向けの生成AI型医学検査・臨床意思決定支援プラットフォーム「OpenEvidence」のようなサービスを若い研修医らが利用する場面も出ている。安易に頼れば、自ら考え、調べる力を損なうという教育上の懸念はある。また、高度な医療情報でもAIを通じてわかりやすい形となつて、一般の患者でもすでに無料で即時入手できる。行政の制度設計を待っている間にも技術は進む。病院経営者としても、こうした先端技術が診療や患者の情報行動をどう変えるのか、常にキャッチアップしておく必要がある。東京都病院協会としても、医療DXを個々の病院だけの投資問題として片づけることなく、持続可能な社会基盤として整備するよう、必要な意見を都に伝えていきたい。

東京きらぼしフィナンシャルグループ
きらぼし銀行

東京の地域医療を支える
病院を応援します。



医療・福祉事業部 〒107-0062 東京都港区南青山3-10-43 TEL.03-6447-5770 URL.<http://www.kiraboshibank.co.jp>

photo: © mapo - stock.adobe.com