

地域医療を支える診療所の 医療経営

2025. 3. 18

1

【略歴】 ←

兵庫県神戸市生まれ←

東京大学工学部（都市工学科）、経済学部卒業←

1978年 厚生省入省←

1978年～81年 厚生省年金局年金課←

1981年～83年 OECD事務局（在パリ）出向←

1983年～85年 厚生省大臣官房政策課係長、会計課課長補佐←

1985年～86年 厚生省保健医療局老人保健部老人保健課課長補佐←

1986年～88年 厚生省保険局国民健康保険課課長補佐←

1988年～89年 厚生省健康政策局指導課課長補佐←

1989年～92年 在ジュネーヴ国際機関日本政府代表部一等書記官←

1992年～93年 厚生省大臣官房国際課課長補佐←

1993年～95年 千葉市環境衛生局長←

1995年～96年 厚生省健康政策局看護職員確保対策官←

1996年～98年 国家公務員共済組合連合会病院部長←

1998年～2001年 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長←

2001年～2013年 九州大学大学院医学研究院教授←

2013年～2017年 東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授 ←

2013年～ 九州大学名誉教授←

2

【主要著書】 ←

尾形裕也（2000）『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画・吉村賞 ←

尾形裕也、田村やよひ編著（2002）『看護経済学』法研 ←

山崎泰彦、尾形裕也編著（2003）『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社 ←

黒川清、尾形裕也監修（2006）『医療経営の基本と実務（上）（下）』 ←

日経メディカル開発 ←

田近栄治、尾形裕也編著（2009）『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房 ←

尾形裕也（2010）『病院経営戦略論』日本医療企画 ←

尾形裕也（2017）『志なき医療者は去れ：岩永勝義、病院経営を語る 第2版』 ←

MAS プレーン ←

尾形裕也（2018）『日本の医療政策と地域医療システム』日本医療企画 ←

尾形裕也（2021）『看護管理者のための医療経営学：第3版』日本看護協会出版会 ←

尾形裕也（2022）『この国の医療のかたち：医療政策の動向と課題』 ←

日本看護協会出版会 ←

尾形裕也（2023）『志なき医療者は去れ！ 岩永勝義、病院経営を語る』増補改訂版 ←

日本看護協会出版会 ←

本日お話しする予定の内容

0. 2025年の位置付け

1. 診療所の現状

2. 診療所の経営状況

3. 外来・在宅医療の展望

4. かかりつけ医機能をめぐる動向

5. かかりつけ医機能報告制度等の概要

6. かかりつけ医機能をめぐる論点

＜参考＞新たな地域医療構想

0. 2025年の位置付け

- 2024年4月 第8次医療計画(～2030年3月)
第4期医療費適正化計画(〃)
医師の働き方改革始動
介護報酬改定、薬価改定
- 6月 診療報酬・材料価格改定
- 12月 新たな地域医療構想等に関するとりまとめ

- 2025年4月 **かかりつけ医機能報告制度始動**
薬価中間年改定
- ?月 医療法等改正
新たな地域医療構想GL検討開始

1. 診療所の現状

日本の医療施設の体系に関する概念図(2023年10月)

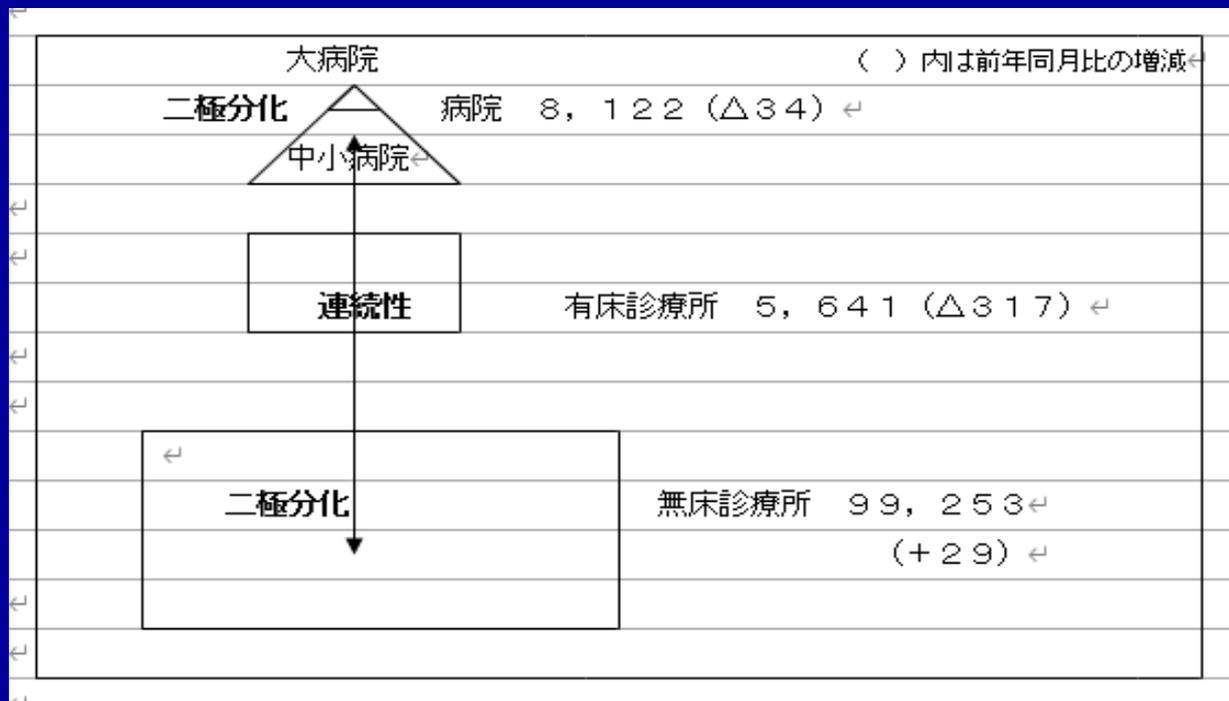
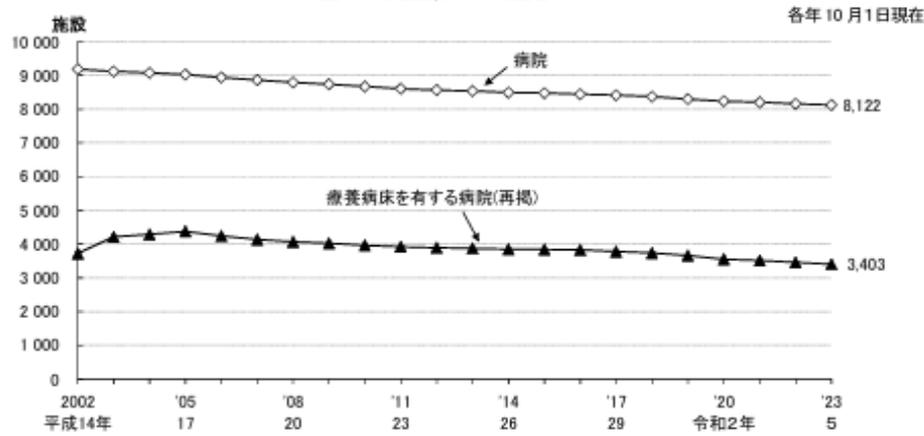
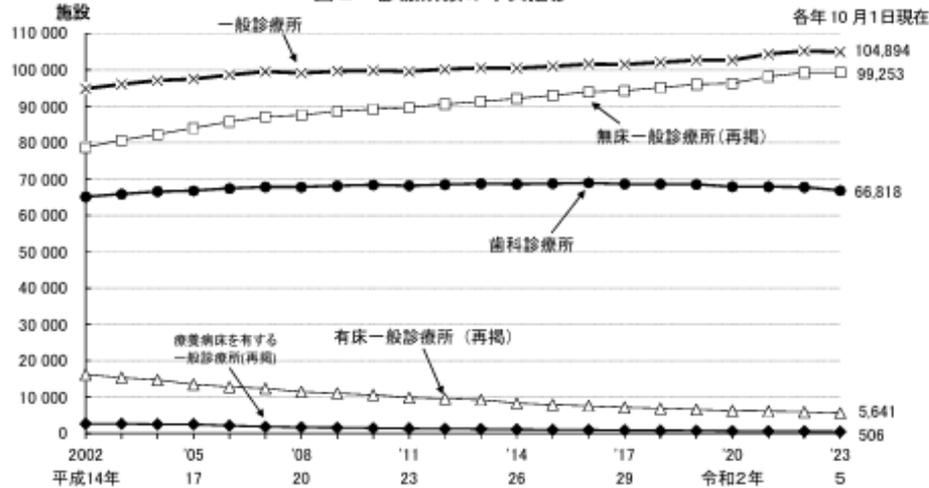


図1 病院数の年次推移



注:「療養病床」は、平成14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

図2 診療所数の年次推移



注:1)「療養病床」は、平成14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。
2)平成20年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

表3 開設者別にみた施設数

各年10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)	増減数	増減率 (%)	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)
病院	8 122	8 156	△ 34	△ 0.4	100.0	100.0
国	317	316	△ 1	△ 0.3	3.9	3.9
公的医療機関	1 191	1 195	△ 4	△ 0.3	14.7	14.7
社会保険関係団体	46	47	△ 1	△ 2.1	0.6	0.6
医療法人	5 658	5 658	-	-	69.7	69.4
個人	107	126	△ 19	△ 15.1	1.3	1.5
その他	803	814	△ 11	△ 1.4	9.9	10.0
一般診療所	104 894	105 182	△ 288	△ 0.3	100.0	100.0
国	548	541	△ 7	△ 1.3	0.5	0.5
公的医療機関	3 930	4 144	△ 214	△ 5.2	3.7	3.9
社会保険関係団体	415	434	△ 19	△ 4.4	0.4	0.4
医療法人	46 717	45 967	△ 750	△ 1.6	44.5	43.7
個人	39 208	40 064	△ 856	△ 2.1	37.4	38.1
その他	14 076	14 032	△ 44	△ 0.3	13.4	13.3
歯科診療所	66 818	67 755	△ 937	△ 1.4	100.0	100.0
国	4	4	-	-	0.0	0.0
公的医療機関	251	259	△ 8	△ 3.1	0.4	0.4
社会保険関係団体	5	6	△ 1	△ 16.7	0.0	0.0
医療法人	16 677	16 241	△ 436	△ 2.7	25.0	24.0
個人	49 522	50 896	△ 1 374	△ 2.7	74.1	75.1
その他	359	349	△ 10	△ 2.9	0.5	0.5

表6 診療所の診療科目別にみた施設数（重複計上）

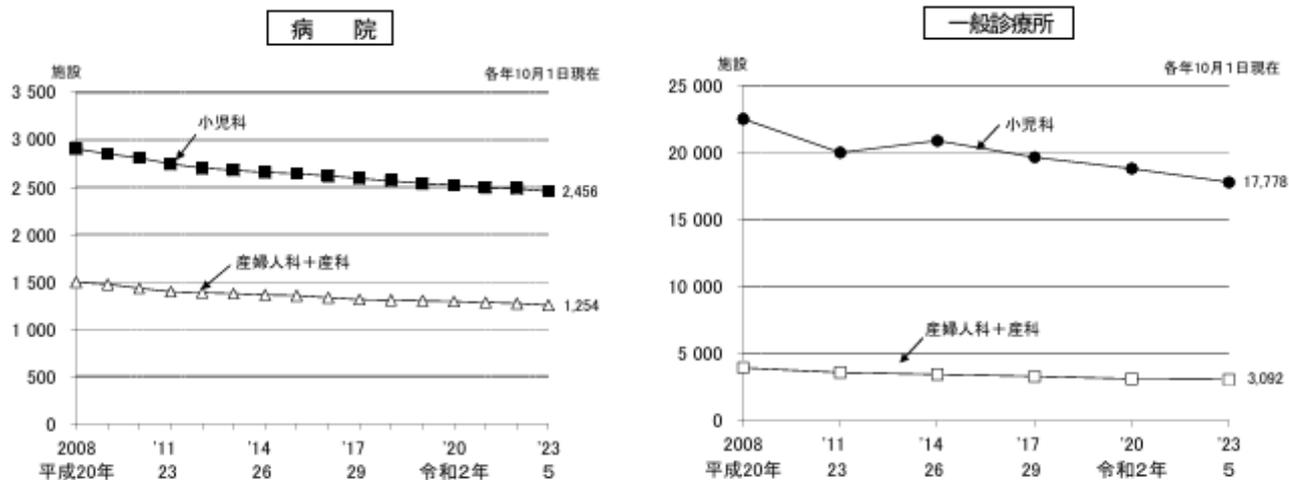
各年10月1日現在

	一般診療所					歯科診療所				
	令和25年 (2023)	令和24年 (2022)	対前年		令和25年 (2023) 数値に 対する割合 (%)	令和25年 (2023)	令和24年 (2022)	対前年		令和25年 (2023) 数値に 対する割合 (%)
			増減数	増減率 (%)				増減数	増減率 (%)	
総数	184,804	182,612	2,192	2.2	189.0	68,810	67,874	△ 936	1.4	189.0
1 内科	64,747	64,143	604	0.9	61.7	65,230	66,338	△ 1,108	△ 1.7	61.6
2 呼吸器内科	7,514	7,625	△ 111	△ 1.5	7.2	28,184	25,455	2,729	2.9	29.2
3 循環器内科	12,585	12,887	△ 302	△ 2.3	12.0	43,754	43,909	△ 155	△ 0.4	45.5
4 消化器内科(胃腸内科)	17,038	17,721	△ 683	△ 3.8	16.2	28,228	27,225	1,003	3.7	29.3
5 腎臓内科	2,209	2,154	245	11.4	2.3					
6 脳神経内科	2,835	3,613	△ 778	△ 21.5	2.5					
7 腫瘍内科(代謝内科)	4,647	4,196	451	10.7	4.4					
8 血液内科	518	436	82	18.8	0.5					
9 皮膚科	13,185	12,410	775	6.2	12.6					
10 アレルギー科	7,917	7,724	193	2.5	7.5					
11 リウマチ科	4,217	4,280	△ 63	△ 1.5	4.1					
12 感染症内科	465	489	△ 24	△ 4.9	0.4					
13 小児科	17,718	18,798	△ 1,080	△ 5.8	16.9					
14 精神科	7,761	7,223	538	7.4	7.4					
15 心療内科	5,214	5,063	251	5.0	5.1					
16 外科	11,772	12,485	△ 713	△ 5.7	11.2					
17 呼吸器外科	155	165	△ 10	△ 6.1	0.1					
18 心臓血管外科	461	444	17	3.8	0.4					
19 乳腺外科	952	852	100	11.7	0.9					
20 気管食道外科	295	280	15	5.4	0.2					
21 消化器外科(胃腸外科)	1,058	1,121	△ 63	△ 5.6	1.0					
22 泌尿器科	3,851	3,783	68	1.8	3.7					
23 肛門科	2,735	2,900	△ 165	△ 5.7	2.6					
24 脳神経外科	1,881	1,884	△ 3	△ 0.2	1.8					
25 整形外科	12,298	12,429	△ 131	△ 1.1	11.7					
26 形成外科	2,491	2,167	324	15.0	2.4					
27 美容外科	2,916	1,484	1,432	96.5	1.9					
28 眼科	8,222	8,244	△ 22	△ 0.3	7.8					
29 耳鼻いんご科	5,881	5,783	98	1.7	5.4					
30 小児外科	272	272	0	0.0	0.4					
31 産婦人科	2,784	2,826	△ 42	△ 1.5	2.7					
32 産科	268	277	△ 9	△ 3.2	0.3					
33 婦人科	1,906	1,829	77	4.2	1.8					
34 シンビターレス科	10,958	11,458	△ 500	△ 4.4	10.4					
35 放射線科	2,738	2,821	△ 83	△ 3.0	2.6					
36 麻酔科	1,792	1,943	△ 151	△ 7.8	1.7					
37 病理診断科	82	70	12	13.1	0.1					
38 臨床検査科	77	73	4	5.5	0.1					
39 救急科	95	73	22	29.1	0.1					
40 歯科	1,606	1,725	△ 117	△ 6.8	1.5					
41 矯正歯科	158	157	1	0.6	0.2					
42 小児歯科	212	228	△ 16	△ 7.0	0.2					
43 歯科口腔外科	246	226	20	8.2	0.2					

注：歯科診療所の数値は静態調査年のみ把握している。

注：一般診療所の数値は静態調査年のみ把握している。

図3 小児科、産婦人科、産科を標ぼうする施設数の年次推移

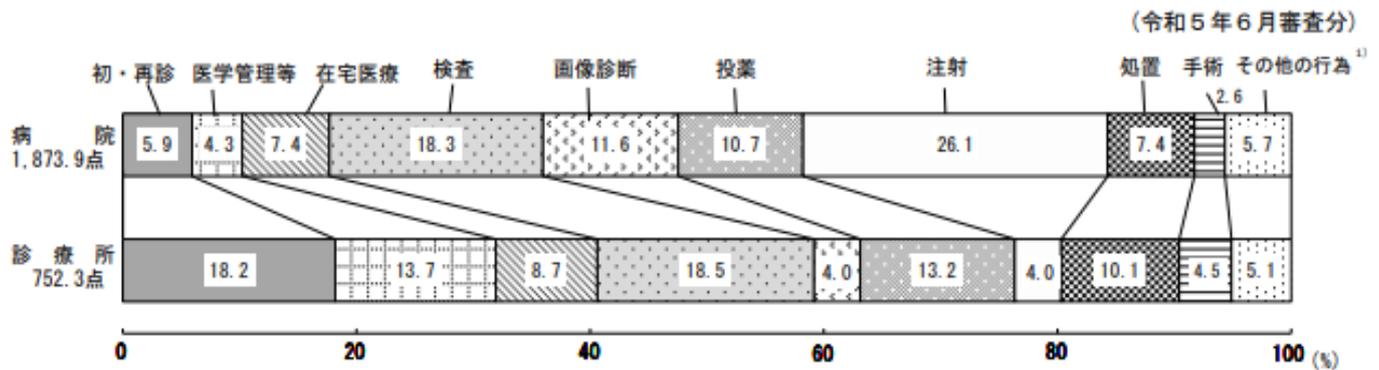


注1)一般診療所の数値は静態調査年のみ把握している。
 注2)一般診療所の平成23年の数値は、福島県の全域を除いた数値である。

2. 診療所の経営状況

○社会医療診療行為別統計による病院・診療所比較

図6 病院 - 診療所別にみた入院外の診療行為別1日当たり点数の構成割合



注：1) 「その他の行為」は、「リハビリテーション」「精神科専門療法」「麻酔」「放射線治療」「病理診断」及び「入院料等(短期滞在手術等基本料1)」である。

医療経済実態調査データについて(令和元年)

1. 調査の目的

この調査は、病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として、中央社会保険医療協議会が実施したものである。

2. 調査の対象及び客体

社会保険による診療を行っている全国の病院、一般診療所、歯科診療所及び保険調剤を行っている全国の保険薬局のうち1ヶ月の調剤報酬明細書の取扱件数が300件以上の薬局を対象とし、これらの医療機関等を、地域別等に層化し、次の抽出率で無作為に抽出した施設を調査客体とした。

なお、特定機能病院、歯科大学病院及びこども病院については、別途、全ての施設を調査客体とした。

	抽出率
病院	1 / 3
一般診療所	1 / 20
歯科診療所	1 / 50
保険薬局	1 / 25

3. 調査施設数、調査票回答施設数等の状況

	調査対象施設数 ①	調査票回答施設数 ②	回答率 (②/①)	有効回答施設数 ③	有効回答率 (③/①) (前回調査)	有効回答施設の内訳	
						介護収益の割合2%未満	介護収益の割合2%以上
病院	2,482	1,462	58.9%	1,323	53.3% (56.2%)	1,016	307
一般診療所	3,212	1,883	58.6%	1,704	53.1% (54.2%)	1,637	67
歯科診療所	1,112	698	62.8%	625	56.2% (57.2%)	606	19
保険薬局	1,878	1,188	63.3%	1,038	55.3% (59.4%)	997	41
特定機能病院	85	85	100.0%	83	97.6% (95.3%)	83	0
歯科大学病院	18	18	100.0%	18	100.0% (90.0%)	18	0
こども病院	22	21	95.5%	20	90.9% (92.3%)	20	0

(注) 1. 特定機能病院、歯科大学病院及びこども病院については、別掲である。(以下同様)

2. 一般診療所及び歯科診療所については、青色申告(省略形式)の集計対象となった施設も含まれている。(以下同様)

	法人・その他														
	医療法人					国立					公立				
	金額		構成比率		金額の 伸び率	金額		構成比率		金額の 伸び率	金額		構成比率		金額の 伸び率
	前々年度(度)	前年(度)	前々年度(度)	前年(度)		前々年度(度)	前年(度)	前々年度(度)	前年(度)		前々年度(度)	前年(度)	前々年度(度)	前年(度)	
千円		%		%	千円		%		%	千円		%		%	
I 医療収益	1,849,486	1,874,413	99.7	99.8	1.3	7,341,216	7,518,476	100.0	100.0	2.4	4,775,411	4,862,409	99.9	99.9	1.8
1. 入院診療収益	1,289,950	1,310,547	89.6	89.8	1.6	5,094,022	5,184,816	89.4	89.8	1.2	3,206,161	3,240,646	87.1	86.9	1.4
保険診療収益	1,255,715	1,275,688	87.7	87.9	1.6	5,040,172	5,101,768	88.6	87.9	1.2	3,148,896	3,182,177	85.9	85.7	1.4
公費等診療収益	11,741	12,291	0.6	0.7	4.4	43,325	43,870	0.6	0.6	1.3	26,787	26,889	0.6	0.6	0.4
その他の診療収益	22,494	22,599	1.2	1.2	0.5	10,524	8,887	0.1	0.1	-15.6	30,478	30,579	0.6	0.6	0.3
2. 特別の療養環境収益	17,550	17,115	0.9	0.9	-2.5	120,490	124,898	1.6	1.7	3.4	43,877	45,081	0.9	0.9	2.6
3. 外来診療収益	488,844	482,489	26.4	26.2	0.7	1,884,892	1,841,885	25.7	25.8	3.0	1,365,451	1,384,189	28.6	28.7	2.1
保険診療収益	467,514	471,191	25.2	25.1	0.8	1,858,783	1,814,321	25.3	25.5	3.0	1,339,180	1,367,687	28.0	28.2	2.1
公費等診療収益	6,016	5,881	0.3	0.3	-2.2	10,558	11,195	0.1	0.1	6.0	8,755	8,527	0.2	0.2	-2.6
その他の診療収益	15,314	15,428	0.8	0.8	0.7	15,551	16,088	0.2	0.2	3.5	17,515	17,989	0.4	0.4	2.6
4. その他の医療収益	53,142	54,252	2.9	2.9	2.1	241,812	295,768	3.3	3.9	22.3	159,922	163,570	3.3	3.4	2.3
II 介護収益	5,097	3,719	0.3	0.2	-27.0	959	989	0.0	0.0	1.0	4,505	3,710	0.1	0.1	-17.6
III 医療・介護費用	1,807,088	1,825,228	97.4	97.2	1.0	7,496,780	7,691,365	102.1	102.9	2.6	5,400,160	5,486,088	113.0	113.2	1.8
1. 給与費	1,043,509	1,064,001	56.3	56.7	2.0	3,921,460	3,962,174	53.4	52.7	1.0	2,854,624	2,912,129	59.7	60.0	2.0
2. 医薬品費	157,178	153,064	8.5	8.1	-2.6	1,087,442	1,123,988	14.8	15.0	3.4	658,010	672,904	13.8	13.9	2.3
3. 給食用材料費	19,575	19,950	1.1	1.1	1.9	71,513	72,088	1.0	1.0	0.8	24,269	24,308	0.5	0.5	0.2
4. 診療材料費・医療消耗器具備品費	146,703	148,215	7.9	7.9	1.0	794,527	799,183	10.8	10.8	0.6	502,640	501,518	10.5	10.3	-0.2
5. 委託費	102,795	104,148	5.5	5.5	1.3	471,819	500,867	6.4	6.7	6.1	406,001	425,082	8.5	8.8	4.7
6. 減価償却費	74,592	73,871	4.0	3.9	-1.0	377,856	367,941	5.1	4.9	-2.6	401,155	393,879	8.4	8.1	-1.8
(再掲)建物減価償却費	24,036	23,638	1.3	1.3	-1.7	126,191	130,644	1.7	1.7	3.5	152,495	154,233	3.2	3.2	1.1
(再掲)医療機器減価償却費	16,498	17,140	0.9	0.9	3.9	152,486	123,708	2.1	1.8	-18.9	188,564	182,823	3.9	3.6	-3.0
7. 設備関係費	89,646	88,380	4.8	4.7	-1.4	295,234	301,616	4.0	4.0	2.1	170,096	175,487	3.6	3.6	3.2
(再掲)設備機器賃借料	21,726	21,581	1.2	1.1	-0.7	94,216	96,002	1.3	1.3	1.9	47,626	48,707	1.0	1.0	4.4
(再掲)医療機器賃借料	13,289	12,967	0.7	0.7	-2.4	62,439	59,696	0.9	0.8	-4.5	28,726	29,684	0.6	0.6	3.9
8. 経費	125,852	127,757	6.8	6.8	1.5	414,075	488,798	5.6	6.8	20.0	235,979	244,111	4.9	5.0	3.4
9. その他の医療費用	47,237	48,848	2.5	2.4	-2.9	62,853	67,142	0.9	0.9	6.8	147,385	148,732	3.1	3.1	0.9
IV 損益差額(I+II-III)	47,495	52,903	2.6	2.8	-	-154,605	-173,910	-2.1	-2.3	-	-620,243	-641,647	-13.0	-13.2	-
V その他の医療・介護関連収益	42,229	41,640	2.3	2.2	-1.4	165,660	178,088	2.3	2.3	6.3	759,843	765,864	15.9	15.8	0.8
VI その他の医療・介護関連費用	47,985	38,348	2.6	2.0	-20.1	134,255	207,464	1.8	2.8	54.5	201,796	208,881	4.2	4.3	2.5
VII 総損益差額(IV+V-VI)	41,739	58,197	2.3	3.0	-	-123,200	-205,267	-1.7	-2.7	-	-62,197	-82,845	-1.3	-1.7	-
VIII 税金	13,027	14,720	0.7	0.8	13.0	0	0	0.0	0.0	-	1,142	1,159	0.0	0.0	1.5
IX 税引後の総損益差額(VII-VIII)	28,711	41,477	1.5	2.2	-	-123,200	-205,267	-1.7	-2.7	-	-63,339	-84,004	-1.3	-1.7	-
施設数	443	-	-	-	-	22	-	-	-	-	152	-	-	-	-
平均病床数	120	129	-	-	-	356	355	-	-	-	232	230	-	-	-

(注) 1. 構成比率は「I 医療収益」と「II 介護収益」を合算した金額に対する各収益科目、又は費用科目の割合である。(以下同様)
 2. 「国立」とは、国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構である。(以下同様)
 3. 「公立」とは、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院である。(以下同様)

精神科病院（集計1）

（1施設当たり損益）

	(参考) 国立を除く				
	金額		構成比率		金額の 伸び率
	前々年度(度)	前年(度)	前々年度(度)	前年(度)	
	千円		%		%
I 医療収益	1,357,844	1,385,524	99.9	100.0	0.6
1. 入院診療収益	1,141,435	1,148,764	84.0	84.1	0.6
保険診療収益	1,134,198	1,141,838	83.4	83.8	0.7
公費等診療収益	313	275	0.0	0.0	-12.1
その他の診療収益	6,924	8,653	0.5	0.5	-3.9
2. 特別の療養環境収益	7,126	7,210	0.5	0.5	1.2
3. 外来診療収益	186,055	186,497	13.7	13.7	0.2
保険診療収益	184,644	185,038	13.6	13.5	0.2
公費等診療収益	67	75	0.0	0.0	11.9
その他の診療収益	1,344	1,324	0.1	0.1	-1.5
4. その他の医療収益	23,228	23,114	1.7	1.7	-0.5
II 介護収益	1,313	182	0.1	0.0	-86.1
III 医療・介護費用	1,322,995	1,330,539	97.3	97.4	0.6
1. 給与費	870,029	876,241	64.0	64.2	0.7
2. 医薬品費	88,536	85,708	6.5	6.3	-3.2
3. 給食用材料費	41,143	41,084	3.0	3.0	-0.1
4. 診療材料費・医療消耗器具備品費	13,317	13,804	1.0	1.0	2.2
5. 委託費	74,841	78,364	5.5	5.8	2.0
6. 減価償却費	56,204	54,101	4.1	4.0	-3.7
(再掲)建物減価償却費	25,503	25,186	1.9	1.8	-1.2
(再掲)医療機器減価償却費	2,714	2,895	0.2	0.2	6.7
7. 設備関係費	46,880	48,086	3.4	3.8	4.7
(再掲)設備機器賃借料	8,117	8,198	0.6	0.6	1.0
(再掲)医療機器賃借料	2,076	2,171	0.2	0.2	4.6
8. 経費	108,974	108,312	7.9	8.0	2.2
9. その他の医療費用	25,071	25,029	1.8	1.8	-0.2
IV 損益差額(I+II-III)	36,161	35,188	2.7	2.6	-
V その他の医療・介護関連収益	42,340	38,234	3.1	2.9	-7.3
VI その他の医療・介護関連費用	36,855	29,632	2.7	2.2	-19.6
VII 総損益差額(IV+V-VI)	41,646	44,789	3.1	3.3	-
VIII 税金	-	-	-	-	-
IX 税引後の総損益差額(VII-VIII)	-	-	-	-	-
施設数	159	-	-	-	-
平均病床数	225	224	-	-	-

	入院診療収益あり										入院診療収益なし										全体					
	金額		構成比率		金額の伸び率	金額		構成比率		金額の伸び率	（参考）有様			金額		構成比率		金額の伸び率								
	前々年度	前年度	前々年度	前年度		前々年度	前年度	前々年度	前年度		前々年度	前年度	前々年度	前年度	前々年度	前年度										
	千円	千円	%	%	%	千円	千円	%	%	%	千円	千円	%	%	%	千円	千円	%	%							
I 医業収益	308,159	304,883	97.3	97.4	-1.1	158,899	168,908	98.4	98.3	0.0	215,362	228,025	93.7	94.2	5.0	171,270	171,006	98.2	98.2	-0.2						
1. 入院診療収益	119,187	118,948	37.6	37.4	-1.9	0	0	0.0	0.0	—	0	0	0.0	0.0	—	9,878	9,893	5.7	5.6	-1.9						
保険診療収益	78,612	77,000	24.8	24.6	-2.1	0	0	0.0	0.0	—	0	0	0.0	0.0	—	6,515	6,382	3.7	3.7	-2.0						
公費等診療収益	519	833	0.2	0.2	2.7	0	0	0.0	0.0	—	0	0	0.0	0.0	—	43	44	0.0	0.0	2.3						
その他の診療収益	40,056	38,416	12.6	12.6	-1.6	0	0	0.0	0.0	—	0	0	0.0	0.0	—	3,320	3,287	1.9	1.9	-1.6						
2. 外来診療収益	164,805	182,344	52.0	51.9	-1.5	150,522	148,878	93.2	92.8	-0.6	210,407	218,383	91.5	91.0	3.8	151,706	150,728	87.0	86.6	-0.6						
保険診療収益	148,234	148,786	46.8	46.8	-1.6	136,480	136,890	84.5	84.0	-0.6	198,903	206,408	86.5	88.0	3.8	137,454	138,628	78.8	78.4	-0.7						
公費等診療収益	2,805	2,889	0.9	0.9	3.1	1,884	1,772	1.2	1.1	-5.9	1,823	1,713	0.8	0.7	-6.0	1,980	1,885	1.1	1.1	-4.8						
その他の診療収益	13,766	13,669	4.3	4.4	-0.8	12,159	12,214	7.5	7.8	0.5	9,680	10,281	4.2	4.3	5.7	12,292	12,388	7.0	7.1	0.3						
3. その他の医業収益	24,167	25,891	7.6	8.2	5.9	8,377	8,282	5.2	5.7	10.2	4,956	7,679	2.2	3.2	54.8	9,686	10,686	5.6	6.1	9.3						
II 介護収益	8,541	8,189	2.7	2.6	-4.1	2,638	2,683	1.6	1.7	1.7	14,499	14,010	6.3	5.8	-3.4	3,127	3,139	1.8	1.8	0.4						
1. 施設サービス収益	4,199	4,027	1.3	1.3	-4.1	157	157	0.1	0.1	0.0	5,272	5,280	2.3	2.2	0.3	492	478	0.3	0.3	-2.8						
2. 居宅サービス収益	3,931	3,767	1.2	1.2	-4.4	2,186	2,220	1.4	1.4	1.6	9,190	8,684	4.0	3.6	-5.5	2,331	2,947	1.3	1.3	0.7						
(再掲)短期入所療養介護分	503	400	0.2	0.1	-20.5	69	82	0.0	0.0	-10.1	2,335	2,073	1.0	0.9	-11.2	105	80	0.1	0.1	-14.3						
3. その他の介護収益	410	404	0.1	0.1	-1.5	295	308	0.2	0.2	3.7	37	38	0.0	0.0	-2.7	304	314	0.2	0.2	3.3						
III 医業・介護費用	297,539	300,388	93.9	95.9	1.0	151,597	161,388	93.8	93.7	-0.1	214,322	216,308	93.2	98.7	0.5	163,692	163,797	93.9	94.0	0.0						
1. 給与費	160,111	161,084	50.6	51.5	0.6	81,759	81,760	50.6	50.8	0.0	103,398	101,877	45.0	42.4	-1.5	88,253	88,326	50.6	50.7	0.1						
2. 医薬品費	29,968	29,467	9.5	9.4	-1.7	21,761	20,989	13.5	13.0	-3.5	47,802	52,444	20.8	21.8	9.7	22,441	21,700	12.9	12.6	-3.3						
3. 材料費	17,491	18,967	5.5	5.4	-3.1	5,077	5,168	3.1	3.2	1.8	6,984	7,179	3.0	3.0	2.8	6,106	6,196	3.5	3.5	0.5						
4. 給食用材料費	4,474	4,325	1.4	1.4	-3.3	194	191	0.1	0.1	-1.5	865	851	0.4	0.3	-24.7	549	533	0.3	0.3	-2.9						
5. 委託費	16,152	18,787	5.1	5.4	3.9	6,395	6,800	4.0	4.1	3.2	9,244	8,470	4.0	3.5	-8.4	7,204	7,445	4.1	4.3	3.3						
6. 減価償却費	10,962	11,110	3.5	3.5	1.4	5,513	5,389	3.4	3.3	-2.2	7,830	6,620	3.4	2.8	-15.5	5,984	5,967	3.4	3.4	-1.6						
(再掲)建物減価償却費	2,158	2,383	0.7	0.8	10.4	947	925	0.6	0.6	-2.3	1,514	1,383	0.7	0.6	-10.0	1,047	1,046	0.6	0.6	-0.1						
(再掲)医療機器減価償却費	3,746	4,003	1.2	1.3	6.9	1,990	1,982	1.2	1.2	0.1	1,816	1,664	0.8	0.7	-8.9	2,108	2,131	1.2	1.2	1.1						
7. その他の医業・介護費用	58,390	60,657	18.4	19.4	3.9	30,897	31,287	19.1	19.4	1.3	38,199	38,067	16.6	15.9	-3.0	33,175	33,780	19.0	19.4	1.7						
(再掲)設備機器賃借料	4,314	4,606	1.4	1.4	4.5	1,751	1,768	1.1	1.1	1.0	3,291	3,389	1.4	1.4	3.0	1,963	1,985	1.1	1.1	1.6						
(再掲)医療機器賃借料	2,488	2,673	0.8	0.8	3.4	1,185	1,198	0.7	0.7	0.9	2,304	2,370	1.0	1.0	2.9	1,293	1,310	0.7	0.8	1.3						
IV 損益差額(I+II-III)	19,161	12,888	6.1	4.1	—	9,940	10,203	6.2	6.3	—	15,538	24,727	6.8	10.3	—	10,704	10,400	6.1	6.0	—						
V 税金	3,728	2,778	1.2	0.9	-25.5	2,075	2,091	1.3	1.3	0.8	1,212	1,882	0.5	0.8	53.6	2,212	2,148	1.3	1.2	-2.9						
VI 税引後の総損益差額(IV-V)	15,434	9,990	4.9	3.2	—	7,865	8,112	4.9	5.0	—	14,327	22,886	6.2	9.5	—	8,493	8,280	4.9	4.7	—						
施設数	76	—	—	—	—	84	—	—	—	—	25	—	—	—	—	91	—	—	—							

○日本の診療報酬体系の特色

- ・入院医療の一部について1日当り包括払い導入
- ・その他については、基本的に**出来高払い**
- ・外来医療について、病院・診療所の区別は少ない

○結果的に

- ・病院の外来は、一般に赤字傾向
- ・診療所は一定の黒字傾向

<参考> 医療経済実態調査(令和3年)

○一般病院

・損益差額構成比

医療・介護収益に占める介護収益の割合が
2%未満の医療機関等の集計(集計1)

【損益状況】

	2019'	2020'
医療法人	1.8%	→0.1% (コロナ補助金含む2.3%)
国立	-1.7	→-9.2 (" 6.8)
公立	-14.2	→-21.4 (" -7.3)
公的	-0.2	→-3.0 (" 5.4)
個人	5.2	→2.1 (" 2.6)
全体	-3.1	→-6.9 (" 0.4)

17

○精神科病院(国公立除く)

・損益差額構成比

2019' 2020'
1.4% →0.0% (コロナ補助金含む1.4%)

○一般診療所

・損益差額構成比

2019' 2020'
医療法人 6.5%→4.2%

18

3. 外来・在宅医療の展望

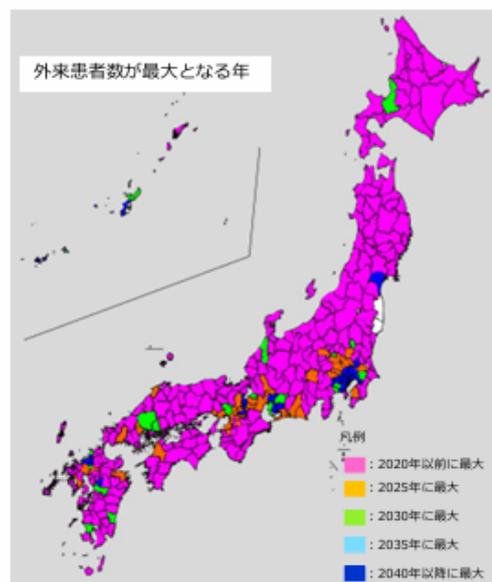
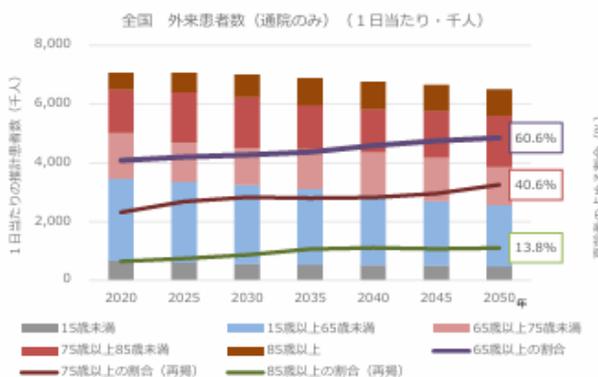
○外来・在宅医療**需要**の推計、死亡場所の変化

○外来・在宅医療**供給**体制の現状及び展望

令和6年3月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部修正） 令和6年8月26日 第7回「新たな地域医療構想等に関する検討会」資料

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

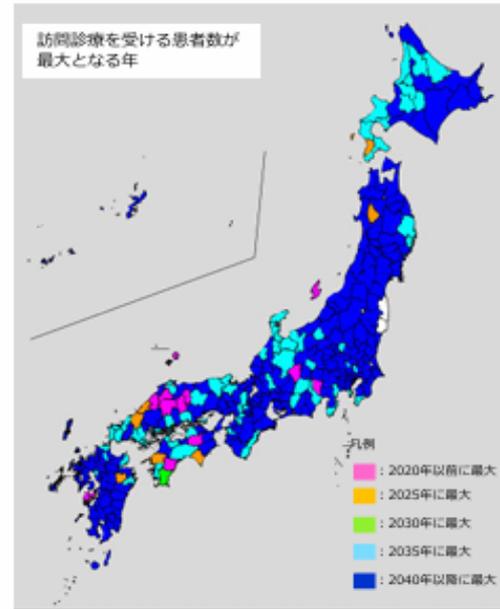
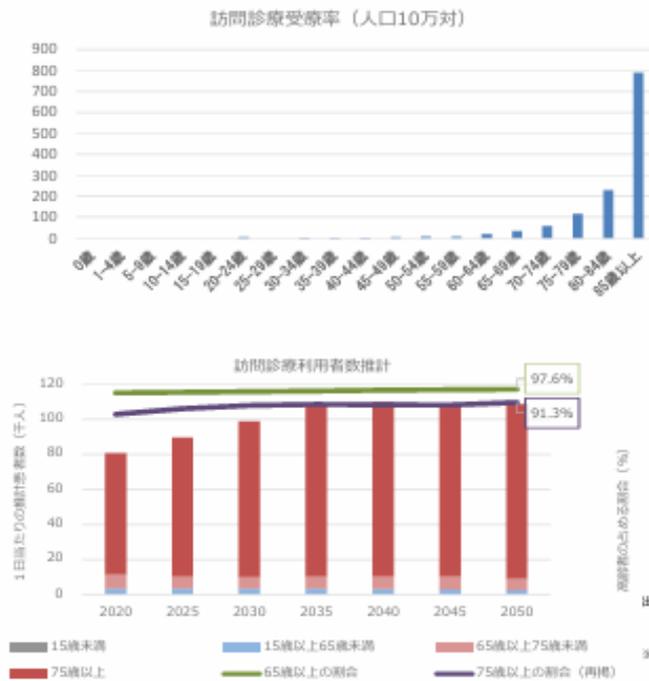
- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023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。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。
 ※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



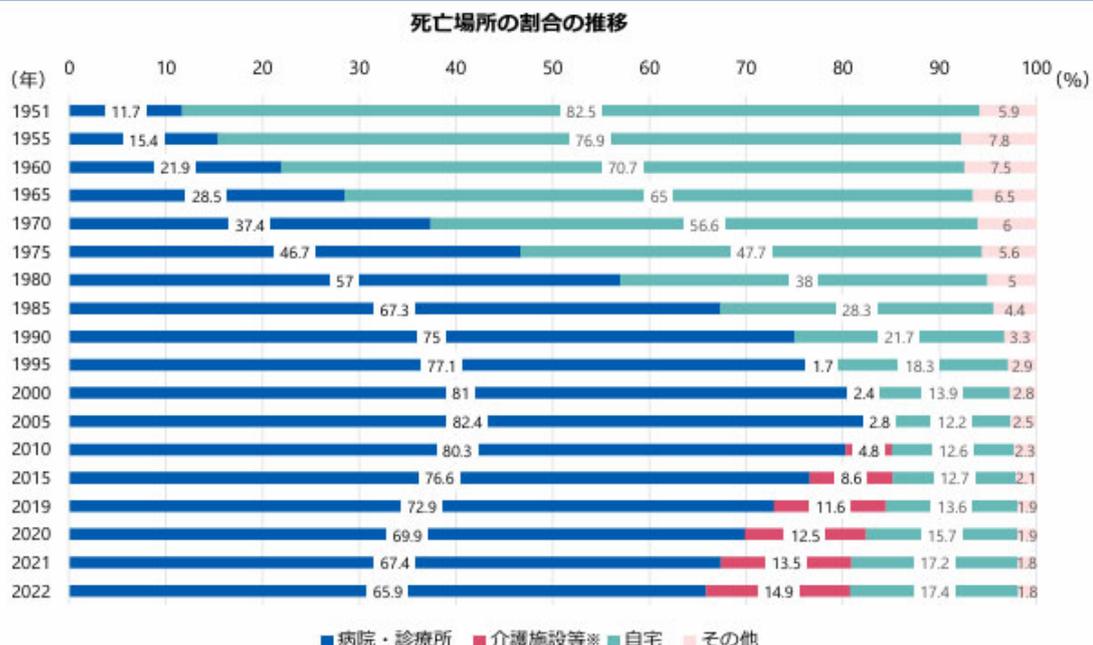
出典：厚生労働省「患者調査」(2017年)、総務省「住民基本台帳人口」(2018年)、「人口推計」(2017年)及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合の推移をみると、病院・診療所での死亡の割合は、2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。

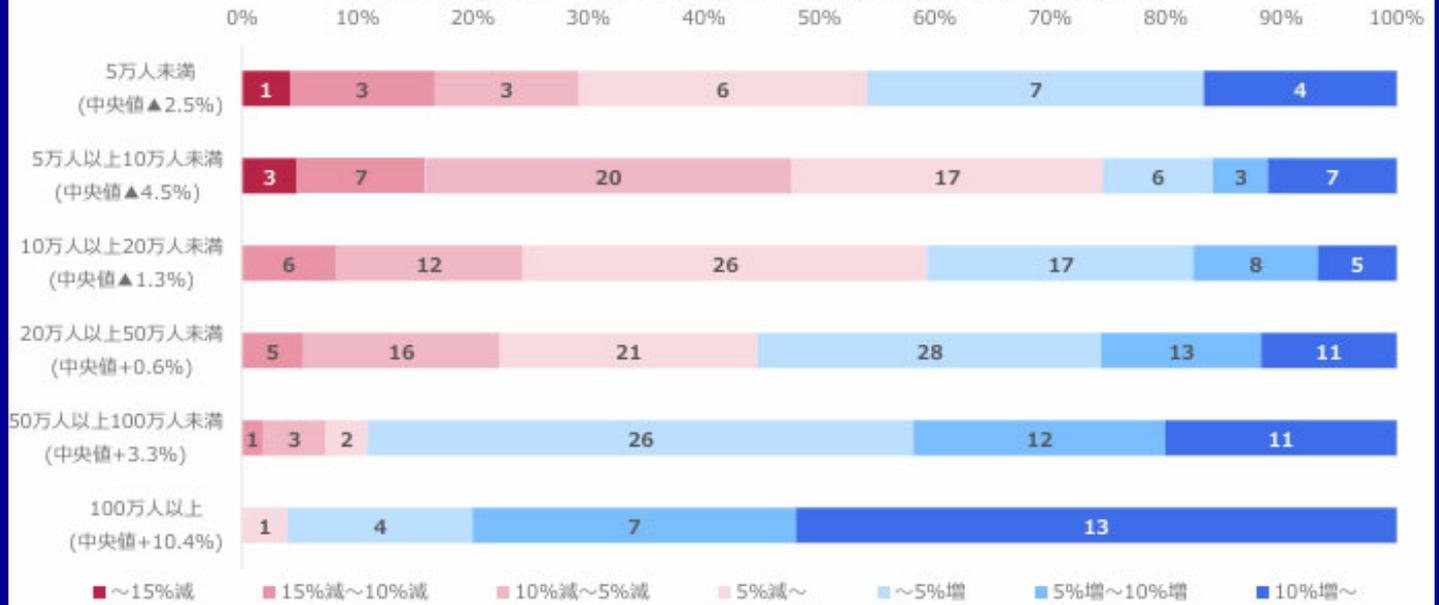


資料出所：厚生労働省 構成統計要覧 第1編第2章人口動態
 ※ 介護施設等は、介護医療院(平成30年より追加)、介護老人保健施設、老人ホーム(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム)
 ※ その他には助産所を含む
 ※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない

人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）

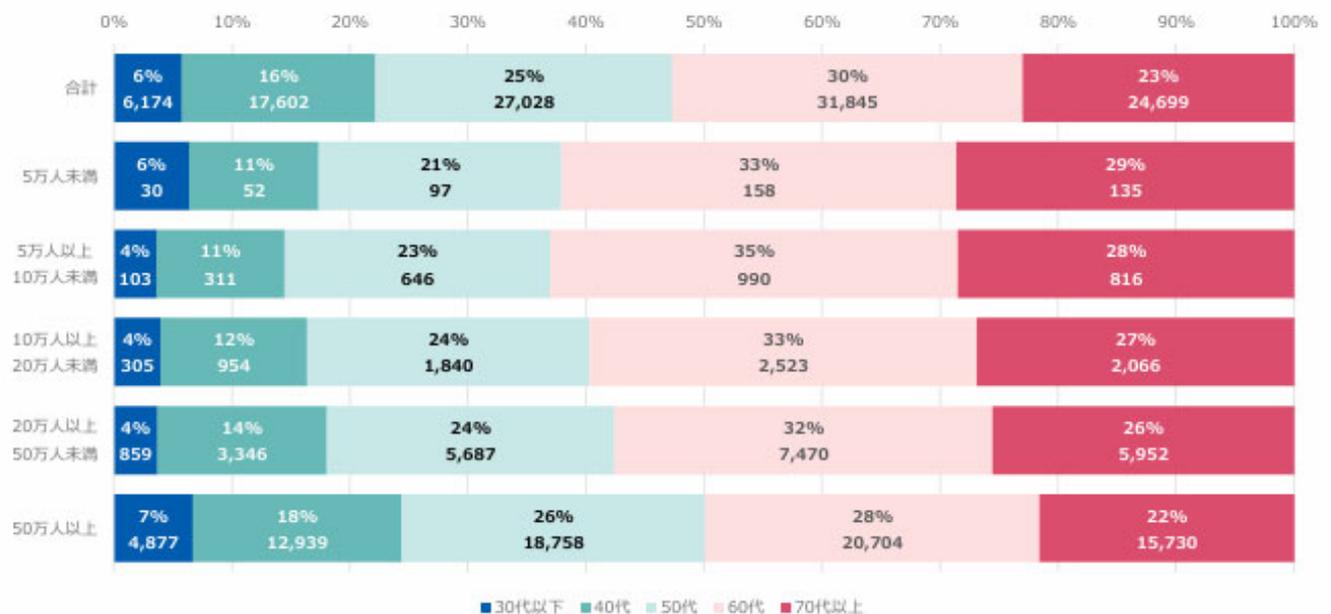


資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。
※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

人口規模別にみた診療所医師の年齢階級別の分布

診療所の医師は過半数が60代以上であり、人口20万人未満の二次医療圏では、60代以上の医師が60%以上を占める。

人口規模ごとの二次医療圏別にみた年齢階級別の診療所医師数



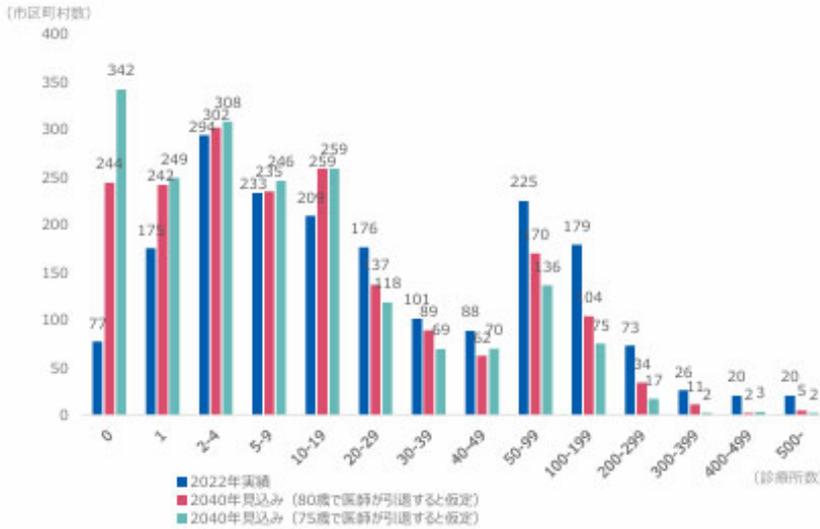
出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和4年）の届出票情報に基づき、厚生労働省医政局地域医療計画課において特別集計したもの。
※届出票情報を利用し独自集計したため、医師・歯科医師・薬剤師統計の公表値とは一致しない場合がある。

市区町村における診療所数と2040年の見込み

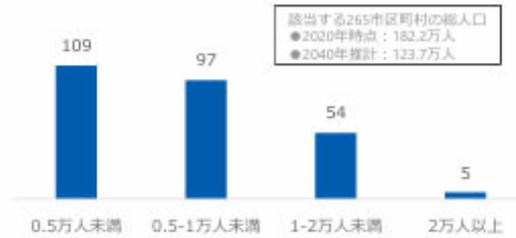
診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）



■ 2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数 (人口規模別) ※ 75歳で診療所医師が引退すると仮定



■ (参考) 常勤医師数別の無床診療所数



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）、厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を特別集計。
 ※ 市区町村別診療所数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数＝診療所数、診療所医師が80歳又は75歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定
 ※ 人口規模は2020年国勢調査結果、2040年推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」に基づくものである。
 なお、福島県浜通り地域（13市町村）においては、市町村別の2040年人口が推計されていないため、2040年推計における総人口の集計からは除外している。

(参考) 外来医師多数区域

第9回第8次医療計画等に関する検討会
 令和4年6月15日 資料1改

- 外来医師偏在指標の上位1/3に該当する二次医療圏を、外来医師多数区域と設定。
- 主に大都市圏や西日本の二次医療圏に外来医師多数区域が設定されている。

外来医師偏在指標の計算式

- 外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代、…60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による外来受療率の違いを調整する。

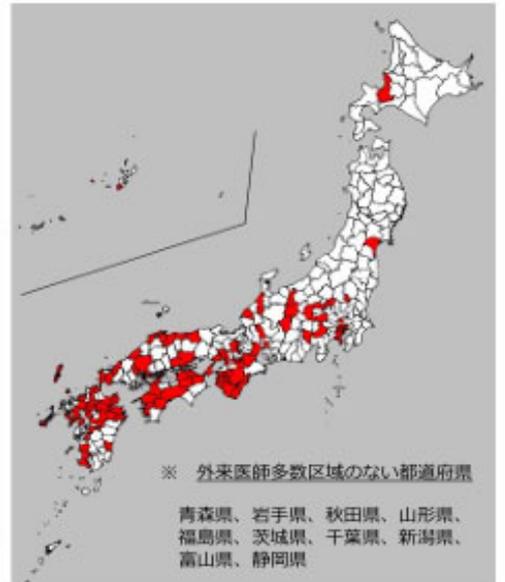
$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数} \times 10^4}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

- ・標準化診療所医師数(※1) = $\sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$
- ・地域の標準化外来受療率比(※2) = $\frac{\text{地域の外来期待受療率}}{\text{全国の外來期待受療率}}$
- ・地域の外来期待受療率(※3) = $\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$
- ・地域の診療所の外来患者対応割合(※4) = $\frac{\text{地域の診療所の外来受患者数}}{\text{地域の診療所及び病院の外来受患者数}}$

【出典】「外来医師に係る医師確保体制の構築に関するガイドライン(第3次(前期))」

性年齢階級別診療所医師数：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2年）の医師施設（病院及び診療所）従事医師のうち、診療所従事医師数（性年齢階級別医師数）
 平均労働時間：「医師の勤務時間に関する調査」令和4年度厚生労働科学研究費補助金行政政策研究分野政策科学研究費助成事業「医師の勤務時間に関する研究」研究報告
 外来受療率：厚生労働省（平成29年）及び住民基本台帳人口（平成30年）の性年齢階級別人口
 性年齢階級別外来受療率：厚生労働省「平成29年」及び「住民基本台帳（平成30年）」に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
 人口：令和2年住民基本台帳人口、人口動態及び世帯数調査
 外来受患者数：NDB（レポート）情報・特定健診情報データベースの平成25年4月から平成30年3月までの診療データ（125万）

外来医師多数区域



- ※ 医師偏在指標との相違点
 - ・ 標準化診療所医師数を使用。
 - ・ 受療率に外来受療率を使用。
 - ・ 診療所を受診した患者を対象とするため、診療所での外来患者数を病院・診療所での外来患者数で除して補正。

出典：厚生労働省HP 医師確保対策-外来医師偏在指標（二次医療圏）（令和6年1月10日更新）-を基に、医政局地域医療計画課にて作成

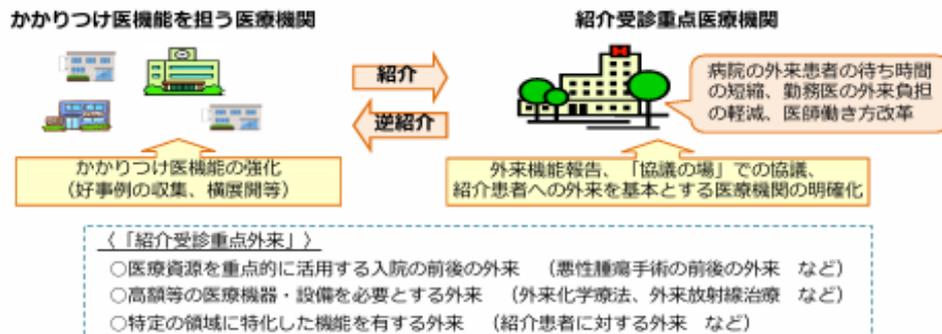
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「紹介受診重点外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、協議の場で確認することにより決定

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



54

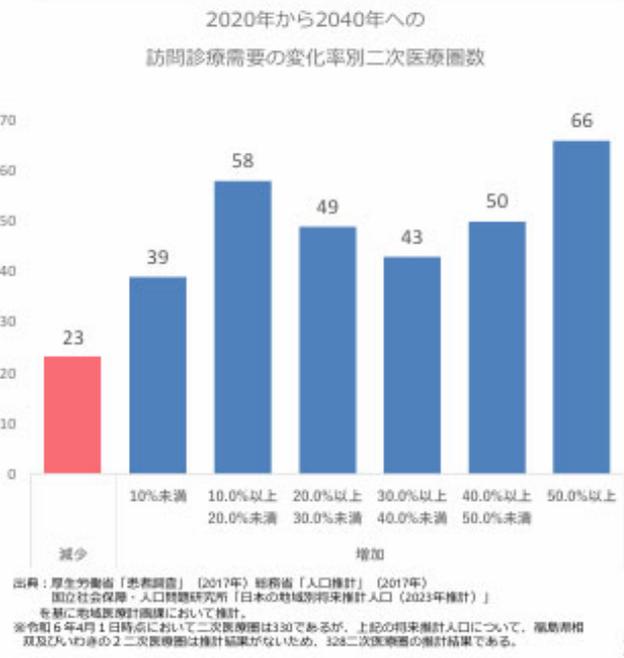
在宅医療の需要と供給

在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。

在宅医療の提供体制

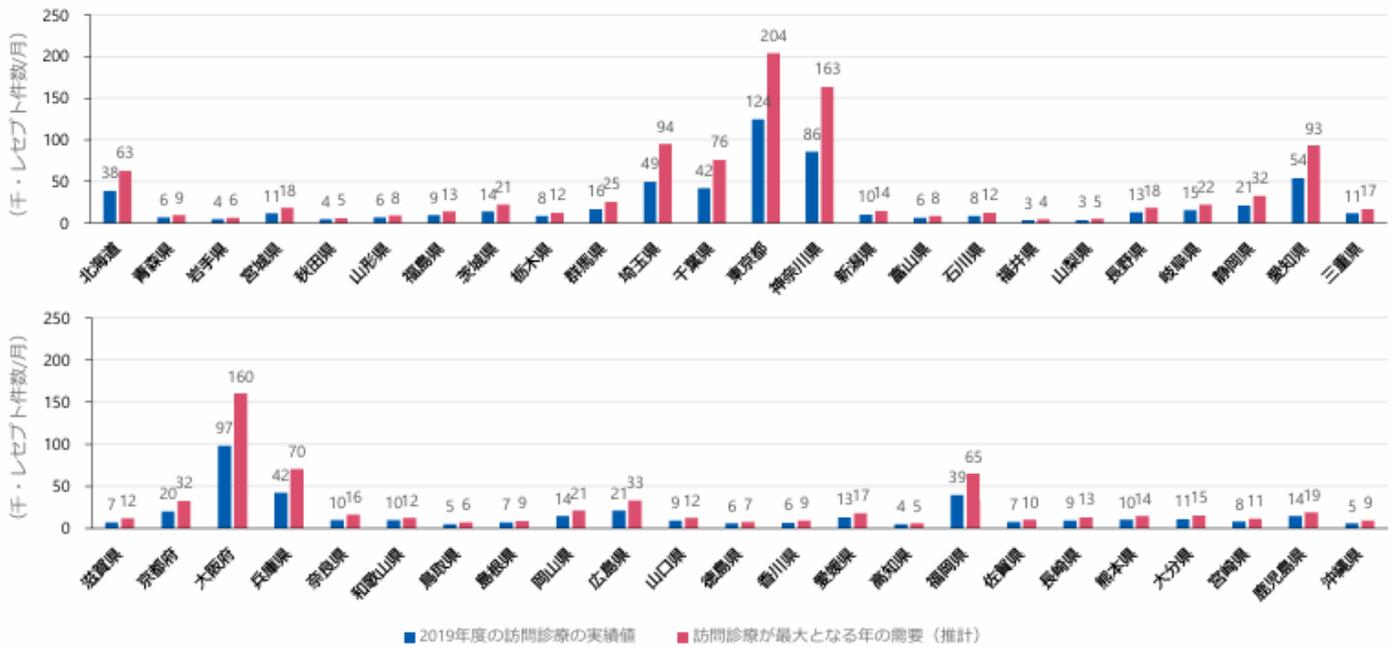


在宅医療の需要（二次医療圏毎）



30

都道府県別に、2020・2025・2030・2035・2040年度における訪問診療の将来需要を推計し、在宅患者訪問診療料のレセプト件数が最大となる年度の需要と2019年度における当該件数の実績値とを比較した。



【出典】
 ・受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）
 ・集計項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプト件数/月
 ・推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位仮定）
 ※将来推計患者数＝2将来推計人口（性・年齢・二次医療圏別）×受療率（性・年齢・当該都道府県別）

4. かかりつけ医機能をめぐる動向

(1)「かかりつけ医機能」問題の経緯

○「古くて、新しい問題」

○「家庭医に関する懇談会」報告書(1987年)以来の問題

・主要な論点は、ほぼ出尽くしている

家庭医に関する懇談会報告書(昭和62年4月)

我が国の地域におけるプライマリ・ケアの将来展望

プライマリ・ケアを担う医師は、病院等との適切な機能分担と連携のもとに地域性を重視し、地域において住民の日頃の健康相談や指導等を中心とした健康管理を行い、さらに日常的な諸疾患に適切に対応するとともに、必要に応じ適切な医療機関への紹介等を行うことにより、地域住民に対し総合的かつ継続的な保健医療サービスを提供する必要がある。

このような将来像の中でプライマリ・ケアを担う医師に求められる機能を「家庭医機能」と定義すると、これには、具体的に以下の10項目が考えられる。

家庭医として担うべき機能

- 1 初診患者に十分対応できること
 - ① 疾病の初期段階に的確な対応ができること
 - ② 日常的にみられる疾患や外傷の治療を行う能力を身につけていること
 - ③ 必要に応じ適切な医療機関へ紹介すること
- 2 健康相談及び指導を十分に行うこと
- 3 医療の継続性を重視すること
- 4 総合的・包括的医療を重視するとともに、医療福祉関係者チームの総合調整にあたること
- 5 これらの機能を果たす上での適切な技術の水準を維持していること
- 6 患者を含めた地域住民との信頼関係を重視すること
- 7 家庭など生活背景を把握し、患者に全人的に対応すること
- 8 診療についての説明を十分にすること
- 9 必要な時いつでも連絡がとれること
- 10 医療の地域性を重視すること

31

医療提供体制のあり方

日本医師会・四病院団体協議会合同提言

2013年8月8日

第2回 全国在宅医療会議	参考資料
平成29年3月15日	3

1. 基本方針

日本医師会・四病院団体協議会は、医療提供体制のあり方については、全国画一的な方向性を目指すのではなく、地域の実情にあわせて構築していくべきであると考えている。地域住民が、地域の実情に応じて安心して医療を受けられるようにするためである。ここに、医療提供体制構築に向けての基本方針を示す。

2.1. かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

「かかりつけ医」とは(定義)

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医師。

1

32

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景 を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、**地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。**
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

2.2. かかりつけ医と在宅医療

高齢社会の進展などにより、**在宅医療の中心的役割を担う「かかりつけ医」**の重要性はますます高まる。今後は**「かかりつけ医」がより主体的に在宅医療に取り組んでいく必要がある。**

また、希望する患者が安心して在宅医療を受けることができるような環境整備も重要である。そして、在宅医療は、患者や家族の選択を尊重するものでなければならない。他職種との連携による環境整備、患者や家族の選択の支援についてもかかりつけ医の役割は大きい。

日本医師会・四病院団体協議会は、在宅医療を推進するため、今後率先して、「かかりつけ医」をはじめとする在宅医療に携わる医師および医療関係職種の養成、研修を支援する。

2

33

○全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理（令和4年5月17日）（抜粋）

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

○全世代型社会保障構築会議における岸田内閣総理大臣発言（令和4年5月17日）（抜粋）

地域完結型の医療・介護サービス提供体制の構築に向けて、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行い、機能分化と連携を一層重視した国民目線での医療・介護提供体制改革を進めます。

○経済財政運営と改革の基本方針2022（令和4年6月7日）（抜粋）

また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

13

34

日本医師会 定例記者会見

地域における面としてのかかりつけ医機能

～かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて～

(第1報告)

2022年11月2日

公益社団法人 日本医師会

35

日本医師会医療政策会議

日本医師会医療政策会議

議長 柵木 充明 愛知県医師会会長
稲野 秀孝 栃木県医師会会長
尾崎 治夫 東京都医師会会長
香取 照幸 上智大学総合人間科学部教授
金井 忠男 埼玉県医師会会長
佐藤 和宏 宮城県医師会会長
鈴木 邦彦 茨城県医師会会長
高井 康之 大阪府医師会会長
高久 玲音 一橋大学経済学研究科准教授
武田 俊彦 岩手医大医学部客員教授
蓮澤 浩明 福岡県医師会会長
松井 道宣 京都府医師会会長
松家 治道 北海道医師会会長
松村 誠 広島県医師会会長
村上 博 愛媛県医師会会長
村上 正泰 山形大学大学院教授

(委員計:16名、五十音順)

〔担当役員 茂松副会長、角田副会長、猪口副会長
黒瀬常任理事(主)、江澤常任理事(副)、今村常任理事(副)〕

日本医師会医療政策会議かかりつけ医WG

座長 鈴木 邦彦 茨城県医師会会長
副座長 松井 道宣 京都府医師会会長
加藤 雅通 愛知県医師会副会長
小松 幹一郎 神奈川県医師会理事
小柳 亮 新潟県医師会理事
佐原 博之 石川県医師会理事
瀬戸 裕司 福岡県医師会専務理事
新田 國夫 日本在宅ケアアライアンス理事長 (8名、五十音順)
〔担当役員 釜港常任理事(主)、黒瀬常任理事(副/医療政策会議担当)〕

<スケジュール(2022年)>

7月22日 第1回日本医師会医療政策会議 かかりつけ医WG準備会

8月26日 第2回日本医師会医療政策会議 かかりつけ医WG準備会

9月15日 第3回日本医師会医療政策会議 かかりつけ医WG

10月18日 第1回日本医師会医療政策会議にて第一次報告

10月25日の日本医師会第21回常任理事会で報告

医療政策会議 第1回報告

令和4年10月25日
日本医師会医療政策会議

9

36

医療機関がかかりつけ医機能を発揮するために

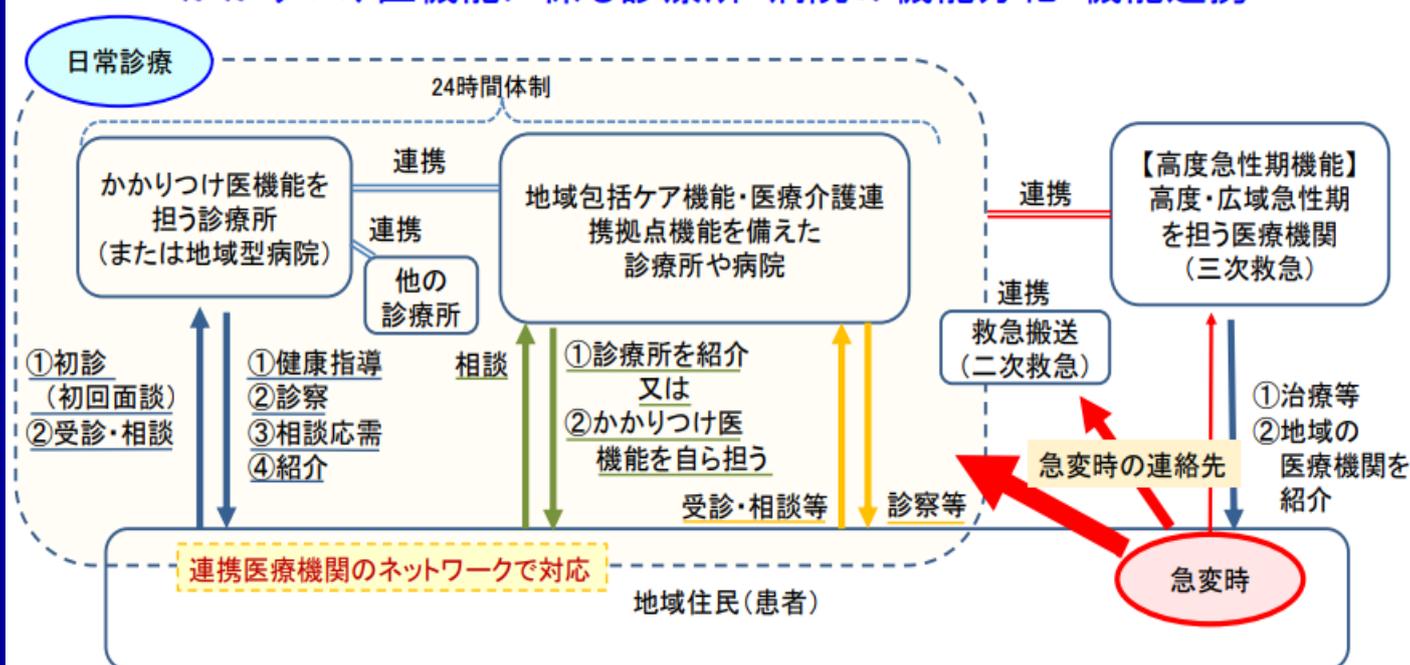
各医療機関は地域におけるそれぞれの役割をしっかりと果たしていく。

ただし、必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。診療科に関わらず、それぞれの医療機関が有している機能を発揮しつつ、連携とネットワークによりその他の機能を補完することにより、「地域における面としてのかかりつけ医機能」が発揮される。

そのためにも、各医療機関は自らが持つ機能を磨くことにより縦糸を伸ばすとともに、さらに地域における他の医療機関との連携を行うことを通じて横糸を紡いでいくことが大変重要である。このようにして織りなす医療機関間の連携とネットワークにより、「地域における面としてのかかりつけ医機能」がさらに発揮されていく。

37

かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携



38

(2)2023(令和5)年医療法改正

○かかりつけ医機能が発揮される制度整備

①国民への情報提供の強化

②かかりつけ医機能報告に基づく地域での協議の仕組みを構築、不足する機能を強化する具体的方策を検討、公表

39

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

令和5年9月29日 第102回社会保障審議会医療部会 資料1

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新(令和6年4月施行)

- ・ かかりつけ医機能(「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義)を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設(令和7年4月施行)

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能(①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など)について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

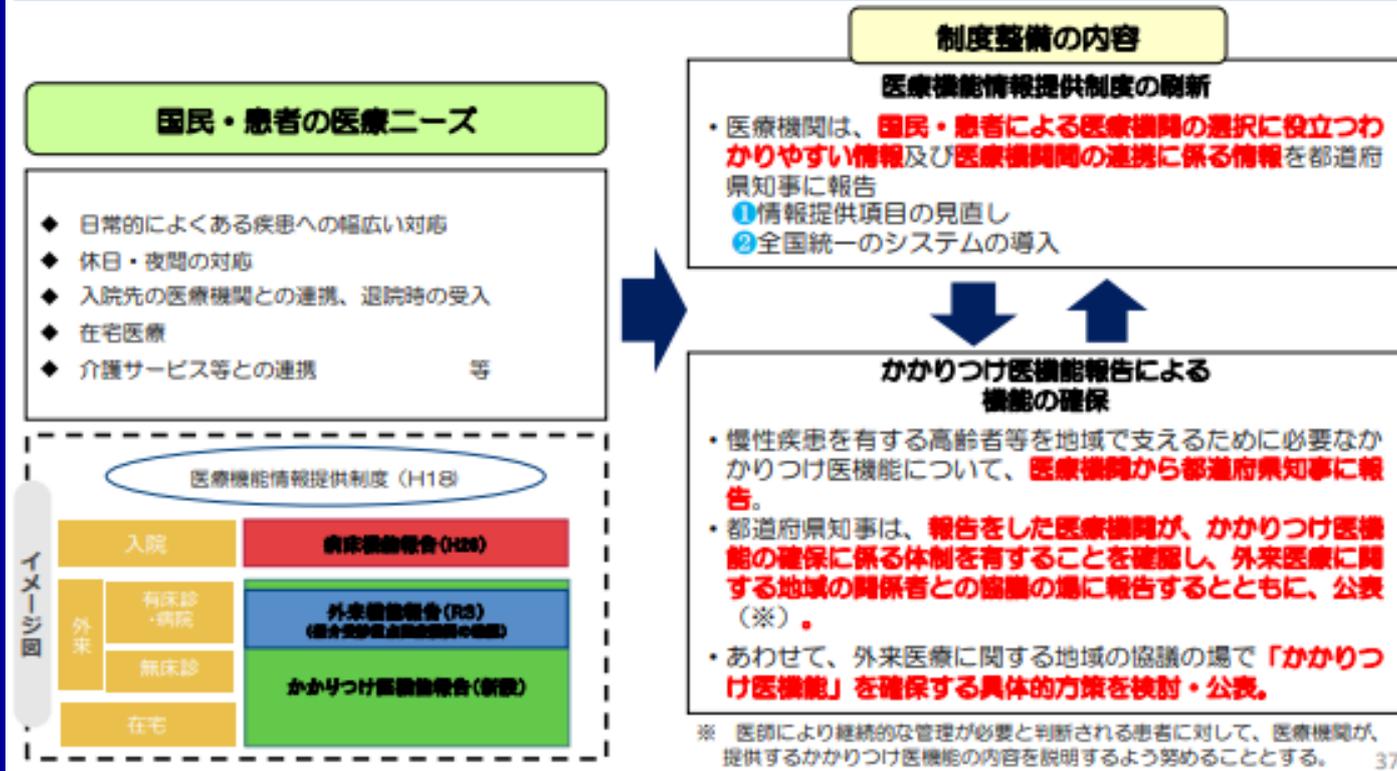
(3) 患者に対する説明(令和7年4月施行)

- ・ 都道府県知事による(2)の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

40

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。



(3) かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討

○ 親委員会+2つの分科会を設置

- ・ 2023年10月から検討開始
- ・ 2024年7月に分科会報告を取りまとめ

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討を行う枠組み

国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会（新設）【いわゆる親検討会】

阿部 一彦	日本障害フォーラム（JDF）代表	河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事（敬称略。五十音順）
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長	城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科教授	小林 司	日本労働組合総連合会生活福祉局長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員	小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長	寺島 多実子	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長	土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
尾形 裕也	九州大学名誉教授	永井 良三	自治医科大学学長
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長	福長 恵子	認定NPO法人消費者機構日本理事
香取 照幸	一般社団法人未来研究所副代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授	森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
		山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
		吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

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（新設）

阿部 一彦	日本障害フォーラム（JDF）代表
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長
石田 光広	稲城市副市長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所副代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授
釜薙 敏	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
永井 良三	自治医科大学学長
長谷川 仁志	秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授
服部 美加	新潟県在宅医療推進センター基幹センター コーディネーター
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会

（既設の検討会を改編）

磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科教授
大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
木川 和広	アンダーソン・毛利・友常法律事務所 弁護士
桐野 高明	東京大学名誉教授
黒瀬 巖	公益社団法人日本医師会常任理事
幸野 庄司	健康保険組合連合会参与
小林 司	日本労働組合総連合会生活福祉局長
小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
寺島 多実子	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
福長 恵子	認定NPO法人消費者機構日本理事
三浦 直美	フリージャーナリスト/医学ジャーナリスト協会幹事
森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
谷田部 貴	栃木県保健福祉部医療政策課長
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長

5. かかりつけ医機能報告制度等の概要

◎「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」議論の整理

（2024年7月31日）

・2023年11月以降8回の検討結果

人口動態・医療需要・マンパワーの変化の概要

人口動態

- 2025年以降、85歳以上を中心に高齢者が増加し、現役世代が減少する。
- 地域ごとに65歳以上の人口が増減し、生産年齢人口が減少する。

医療需要

- 全国の入院患者数は2040年ごろにピークを迎える。
- 外来患者数は2025年ごろにピークを迎えることが見込まれ、65歳以上の割合が増加する。
- 在宅患者数は2040年以降にピークを迎え、要介護認定率は85歳以上で高くなることから、医療・介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。
- 死亡数は2040年まで増加傾向にあり、年間約170万人が死亡すると見込まれている。

マンパワー

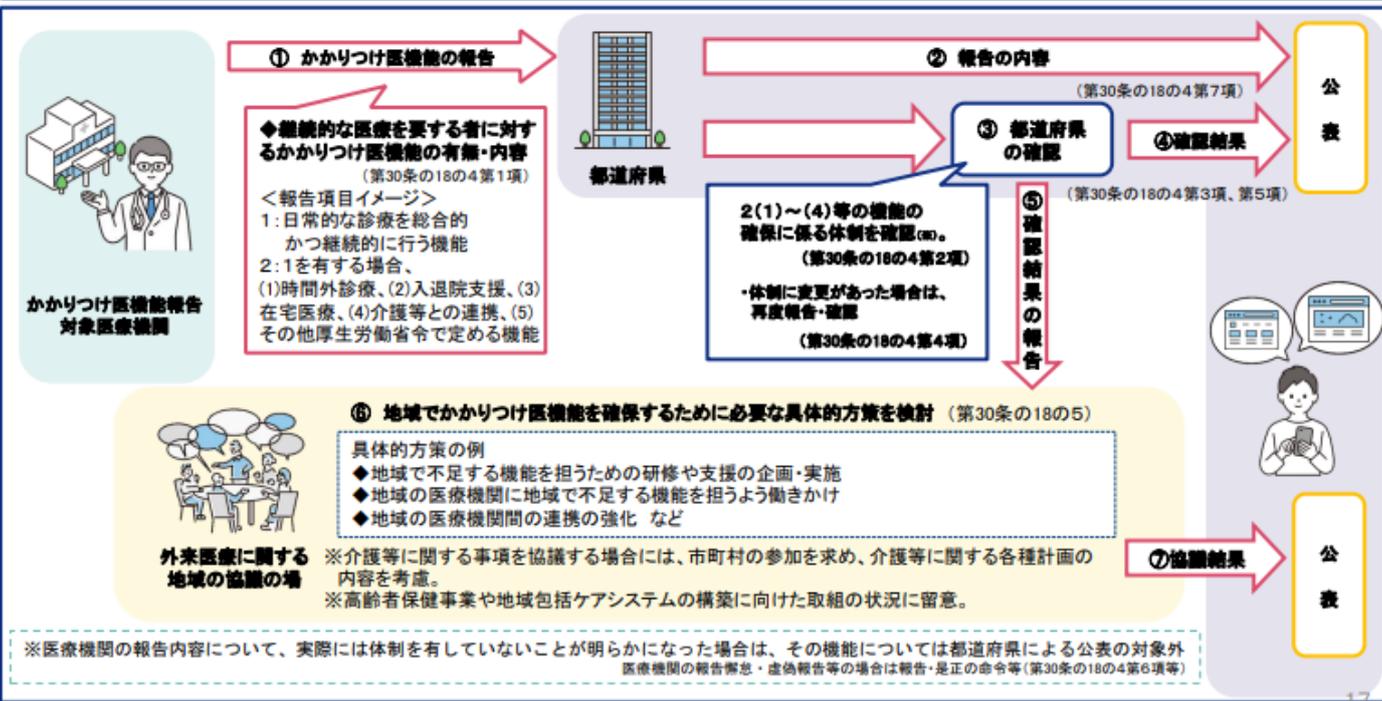
- 2040年には医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。
- 病院や診療所に従事する医師の平均年齢が上昇しており、60歳以上の医師の割合も増加している。

かかりつけ医機能報告の流れ

令和5年11月15日 第1回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資料

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



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な有無、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。

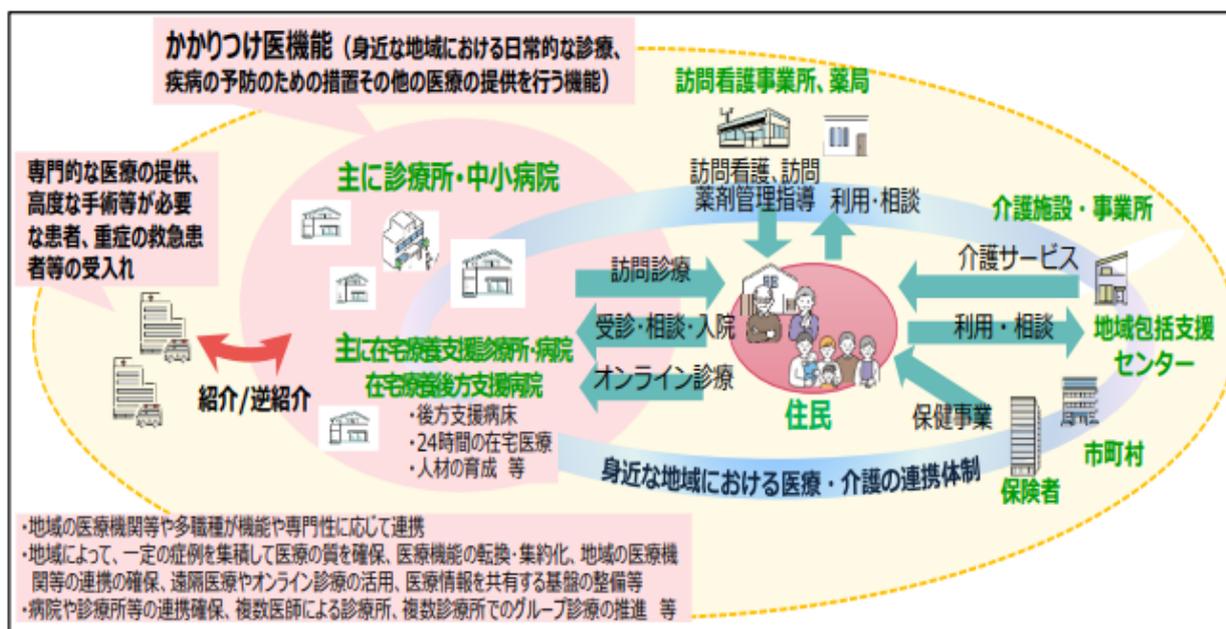
- 令和5年5月に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和5年法律第31号）が成立・公布された。同法において、医療法が改正され、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行い、令和7年4月に施行することとされている。

- 具体的には、今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行うものである。

I. 2040年頃までを視野に入れた人口動態・医療需要

- 複数の慢性疾患、認知症、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り、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性にに応じて連携して、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保し、地域の医療需要に対応することが一層重要となるのではないかと。
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者の増加に伴い、地域において以下のような機能を確保することが一層重要となるのではないかと。
 - ・ 複数の慢性疾患の継続的な管理を行う機能
 - ・ 患者に体調悪化が生じた場合に、生活背景等も踏まえた全人的な診療や保健指導等を行う機能
 - ・ 必要に応じて他の専門的な医療機関に紹介し、その後、患者の状態が落ち着いた場合は、逆紹介を受け身近な地域で継続的に医療を提供する機能
 - ・ 認知症対応を行う機能
 - ・ 高齢者の体調急変時に夜間・休日対応を行う機能、初期救急や二次救急等で高齢者を受け入れる機能
 - ・ 医療機関等で医療情報の共有を行い、継続的な治療や服薬管理等を行う機能
 - ・ 生活の場で高齢者を支える在宅医療を行う機能
 - ・ 在宅療養者の後方支援病床を確保し、入院医療機関と在宅医療を行う医療機関等が連携し、入退院時の情報共有・支援を行う機能
 - ・ 高齢者施設における入所者の高齢化も踏まえ、高齢者施設の入所者に対する日常的な健康管理、慢性疾患の管理、体調急変時に備えた指導や体調急変時の対応など、高齢者施設における医療を行う機能
 - ・ 自宅や高齢者施設を含め、看取り・ターミナルケアを行う機能。本人の望む医療やケアを繰り返し話し合うACPを行う機能
 - ・ 地域包括ケアシステムの中で、主治医意見書、地域ケア会議、ケアカンファレンス、認定審査会等の対応をはじめ、介護サービス・生活支援サービス等との連携・調整を行う機能
 - ・ 高齢者の生活を支える観点から、治療等とともに、健康相談・生活指導等を行う機能
 - ・ 予防の観点から、健診・予防接種等を行う機能 など

III. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）



◎かかりつけ医機能の具体的な機能及び報告事項

(1)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

51

<当該機能に係る報告事項>

- ① 「具体的な機能」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
- ② かかりつけ医機能に関する研修※₁の修了者の有無、総合診療専門医の有無（有無を報告すれば可）
 - ・ 改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること又は総合診療専門医がいることを報告することについて改めて検討する。

※1 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。
- ③ 17の診療領域※₂ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（一次診療を行うことができる疾患※₃も報告する）
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（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）
 - ・ 改正医療法施行後5年を目途として、制度の施行状況等を踏まえ、一次診療・患者相談対応に関する報告事項について改めて検討する。

※2 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※3 報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。

52

→ ①～③のいずれも「可」の報告の場合は「1号機能を有する医療機関」として、2号機能の報告を行う。

<上記以外の報告事項>

- ① 医師数、外来の看護師数、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師数
- ② かかりつけ医機能に関する研修の修了者数、総合診療専門医数
- ③ 全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制※4の有無
 - ※4 オンライン資格確認を行う体制、オンライン資格確認等システムの活用により診療情報等を診察室等で閲覧・活用できる体制、電子処方箋により処方箋を発行できる体制、電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制
- ④ 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況、服薬の一元管理の実施状況

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症 (関節リウマチ、脱臼)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ (気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス (神経症)	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じよくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛 (片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎 (肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file_download?statId=0000122119548&fileKind=1

【上記例の設定の考え方】

- ・ 一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・ 推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・ XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

(2)2号機能

I 通常の診療時間外の診療

<具体的な機能>

- ・ 通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能

<当該機能に係る報告事項>

- ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況

→ ①・②の報告事項のいずれかがある場合は「当該機能有り」とする。

II 入退院時の支援

<具体的な機能>

- ・ 在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能

<当該機能に係る報告事項>

- ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
- ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
- ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数

→ ①～⑤の報告事項のいずれかがある場合は「当該機能有り」とする。

55

III 在宅医療の提供

<具体的な機能>

- ・ 在宅医療を提供する機能

<当該機能に係る報告事項>

- ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
- ④ 自院における在宅看取りの実施状況

→ ①～④の報告事項のいずれかがある場合は「当該機能有り」とする。

IV 介護サービス等と連携した医療提供

<具体的な機能>

- ・ 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

<当該機能に係る報告事項>

- ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
- ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
- ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
- ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
- ⑤ ACPの実施状況

→ ①～⑤の報告事項のいずれかがある場合は「当該機能有り」とする。

56

(3)その他の報告事項

- ・ 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動 等
- ・ 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

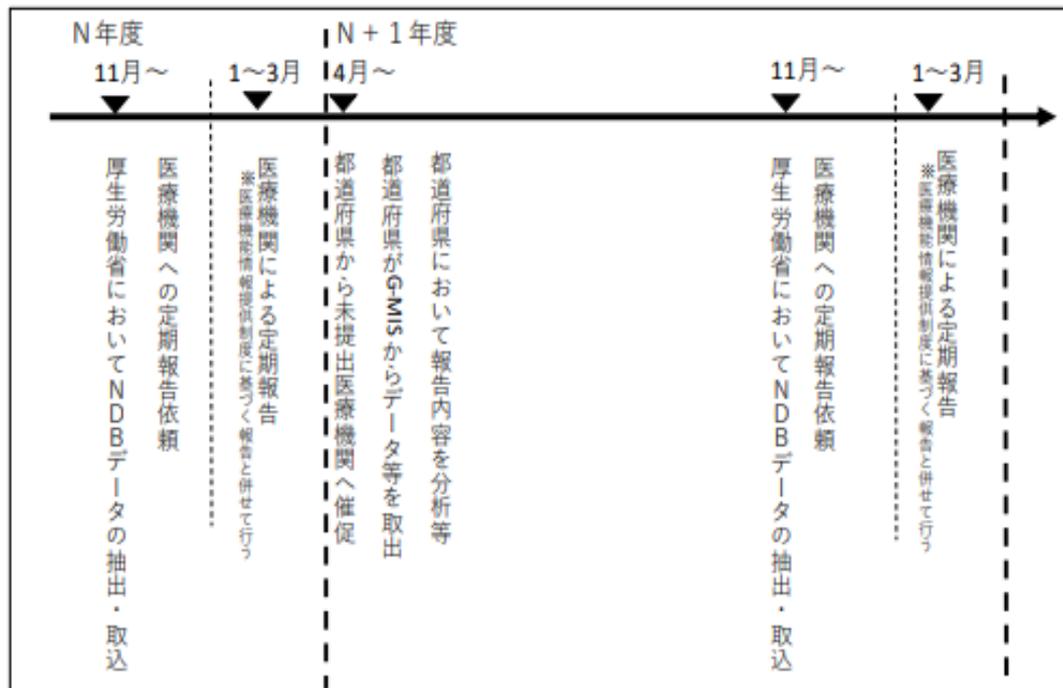
◎かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- かかりつけ医機能報告の報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- なお、本分科会において、地域医療支援病院は地域の診療所等を支援する役割を担っており、自院でかかりつけ医機能を担う場合は限定されるとの意見があった。

(かかりつけ医機能報告のスケジュール)

- かかりつけ医機能報告について、医療機能情報提供制度に基づく報告と併せて、1～3月に報告を行うこととする。

<スケジュールのイメージ>



◎地域性を踏まえた多様な類型(モデル)の提示

- かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、「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、地域で不足する機能の確保のため、各医療機関が機能や専門性に依拠して連携しつつ、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であり、このような観点から、今後、厚生労働省で策定する「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン(仮称)」において、地域性を踏まえた「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)を示すこととする。

なお、その際、かかりつけ医機能を担う医師の育成とともに、かかりつけ医機能を支援する医療機関の医師の育成も重要である。

<「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)のイメージ例>

日常的な診療	時間外診療	入退院支援	在宅医療	介護等との連携
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・在宅当番医制に参加	・未対応	・未対応	・未対応
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・休日夜間急患センターに参加	・紹介状作成	・日中のみ実施	・主治医意見書を作成
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・準夜帯の患者の問合せに電話対応	・退院前カンファレンスに参加等	・日中のみ実施	・介護保険の訪問看護指示書を作成等
・幅広い領域のプライマリケアを実施	・時間外の患者の問合せに留守番電話対応	・退院困難患者の入院早期から受入相談対応等	・24時間体制で対応	・地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等

- かかりつけ医機能を支援する医療機関のコンセプト・求められる主な要素
 - ・地域の医療機関がかかりつけ医機能を発揮するための包括的な支援を行い、地域で積極的にかかりつけ医機能を担う医療機関の増加に資する。
 - ・複数医師が常勤、休日・夜間対応を実施、24時間体制の在宅医療を実施、困難な在宅医療にも対応、地域の在宅医療をサポート、後方支援病床を確保、介護施設との連携、地域連携・多職種連携を日常的に実施、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等

◎医療機能情報提供制度の見直し

(かかりつけ医機能に関する情報提供項目の見直し)

- 国民・患者のより適切な医療機関の選択に資するよう、かかりつけ医機能報告の報告事項のうち、国民・患者が適切に医療機関を選択できることに資する項目について、医療機能情報提供制度の情報提供項目に位置付けることとする。
- 具体的には、かかりつけ医機能報告の報告事項について、「1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無」以外の項目は、医療機能情報提供制度の情報提供項目に位置付ける。
- その際、医療機能情報提供制度の全国統一システムである医療情報ネット「ナビイ」において、国民・患者に分かりやすく情報提供する観点から、用語解説※を作成して、かかりつけ医機能の内容を周知するとともに、上手な医療のかかり方の周知を行うこととする。

※ 目次を整備して項目をクリック／タップすることで解説に遷移する、検索画面の項目横に「？」アイコンを追加してアイコンにカーソルを重ねると解説が記載された小窓が表示されるなど、簡便に用語解説を参照できる方法を工夫

(医療情報ネット「ナビイ」におけるかかりつけ医機能に関連する検索機能の追加)

- 医療情報ネット「ナビイ」において、検索性・利便性を高めるため、トップページに「かかりつけ医機能で探す」ボタンを追加し、当該ボタンを押すと、かかりつけ医機能に関する検索条件設定ページに移動し、かかりつけ医機能に関連する項目を検索条件として、医療機関の検索を行えるようにする。

61

◎患者等への説明

(改正医療法の規定)

- 改正医療法において、かかりつけ医機能（2号機能）の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者又は家族から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならないこととされている。

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う。

- ・対象医療機関：かかりつけ医機能（2号機能）の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- ・対象患者：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- ・対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる。

62

(説明が努力義務となる場合)

○ 改正医療法において、説明が努力義務となる場合については、「継続的な医療を要する者に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合」であって、患者又は家族から求めがあったときと規定されている。

○ 患者等への説明に当たって、継続的な医療を要する者とかかりつけ医機能を有する医療

機関との関係を確認できることが重要であり、また、継続的な医療を要する者について、一定期間以上継続的に医療の提供が必要であると見込まれる場合は、在宅医療だけでなく、外来医療においても、必要なときに相談できる関係をつくることが重要であると考えられる。このため、「厚生労働省令で定める場合」については、「自院において、継続的な医療を要する者に対して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。また、一定期間は概ね4か月とする。

※ なお、説明が努力義務となるのは、この場合であって、患者又は家族から求めがあったときである。

(説明の内容)

○ 改正医療法において、疾患名、治療に関する計画、当該病院又は診療所の名称、住所及び連絡先、その他厚生労働省令で定める事項について、適切な説明が行われるように努めなければならないこととされており、「その他厚生労働省令で定める事項」について、以下のとおりとする。

・ 「当該患者に対して発揮するかかりつけ医機能」

※ 当該患者に対する1号機能や2号機能、2号機能を連携して確保する場合は連携医療機関

・ 「病院又は診療所の管理者が患者への適切な医療の提供のために必要と判断する事項」

※ 医療法第6条の4に基づく入院診療計画書の交付義務において、説明内容の一つとして、「病院又は診療所の管理者が患者への適切な医療の提供のために必要と判断する事項」が定められている。

6. かかりつけ医機能をめぐる論点

(1) かかりつけ医機能発揮の課題①: 需要側

○ 「フリーアクセス」体制から脱却することの困難性
(患者側、診療側双方)

・ 強制的な「ゲートキーパー」制の導入は困難

○ これまでは経済的誘導がせいぜいであった

・ 診療報酬政策の限界: 定率一部負担の問題
診療報酬評価→患者負担増(逆誘導)

○それ以外の患者負担による誘導

- ・保険外併用療養費(選定療養)の活用、
徴収義務化、紹介受診重点医療機関制度
→「混合診療」を強制するのは本末転倒？

○患者の受診行動への(経済外的)誘導

- ・「地域医療を守る」視点
医療のかかり方の問題(旧兵庫県立柏原病院の例)
- ・地域医療の現状についての情報開示の重要性

65

(2) かかりつけ医機能発揮の課題②: 供給側

○日本医師会の立場

「なぜ日本医師会は、かかりつけ医機能の推進を主張しながら、GPや家庭医制度には反対しておられるのか」

→OECD Health Working Paper No.41 (2008)

The Remuneration of General Practitioners
and Specialists in 14 OECD Countries

66

○単純なGP導入論は機能しない？

○それ以外の工夫の必要

- ・ロール・モデル(経営モデルを含む)の提示
- ・early exposureの有効性
- ・長期的には「**総合診療医**」の普及・拡大

○病院側へのアプローチの重要性

- ・「**地域医療支援病院**」等の役割

67

○供給側に対して経済的誘導を図るとすれば、むしろ病院サイドの診療報酬評価の組み換えが有効ではないか（病院経営者へのメッセージ）←

<例 1>紹介受診重点医療機関入院診療加算←

<例 2>かつての「急性期特定入院加算」のイメージ

ト

：外来入院患者数比率 1.5 以下を評価←

<例 3>地域医療支援病院等の「かかりつけ医機能」育成機能の評価←

68

<参考> 英国GPの現状と課題

○最近の論文*によれば、英国 GP の慢性期患者（common long-term conditions）の治療に関する知見のレベルは高くなく、自分の医学的知識について自信も持っていないという。⇐

○オンライン・サーヴェイ（443人の GP 対象）の結果⇐

- ・ 87.7%は治療効果について過大評価、8.9%は過小評価⇐
- ・ 診療ガイドラインについての理解度も高くない⇐
- ・ 64.8%の GP は、自身の医学的知識について自信がないと回答⇐

*Julian Stephan Treadwell 他オックスフォード大学研究グループ（2020）⇐

GP's' understanding of the benefits and harms of treatments for long-term conditions: an online survey, BJGP Open 2020⇐

<参考> 新たな地域医療構想

◎新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年3月21日 第107回社会保障審議会医療部会 資料1

地域医療構想の検討体制（案）

○ 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。

○ 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

<現行の地域医療構想>

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

(総務略、五十音順)

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】	
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
猪口 雄二	公益社団法人日本医師会副会長
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大塚 祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
○ 尾形 裕也	九州大学名誉教授
小熊 豊	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
幸野 庄司	健康保険組合連合会参事
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
田中 一成	一般社団法人日本病院会常任理事
野原 勝	全国衛生部長会

○：座長

<新たな地域医療構想>

新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）【新設】

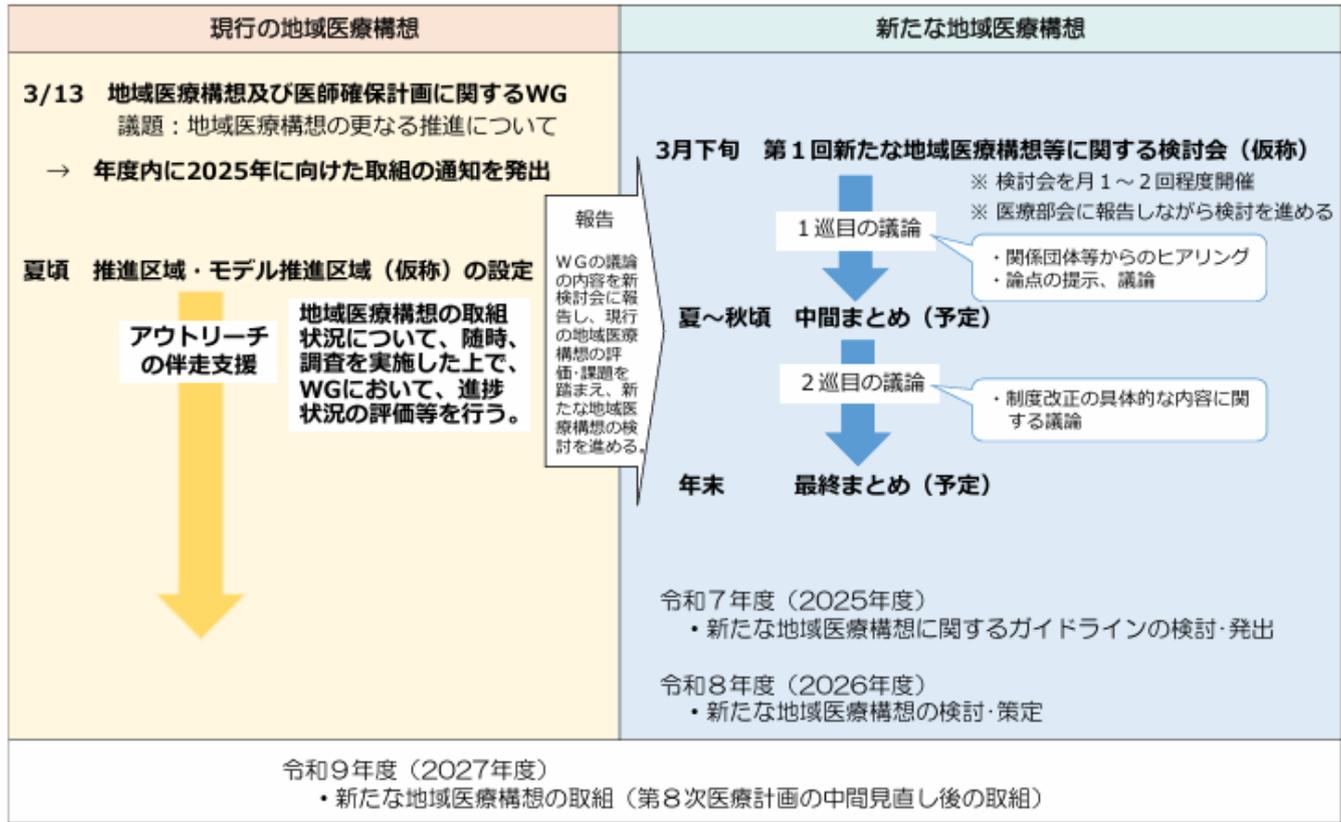
(総務略、五十音順)

石原 靖之	岡山県鏡野町健康推進課長
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
猪口 雄二	公益社団法人全日本病院協会会長
今村 知明	奈良県立医科大学教授
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
遠藤 久夫	学習院大学教授
大塚 祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
岡 俊明	一般社団法人日本病院会副会長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
小熊 豊	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所副代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
園分 守	福島県保健福祉部長
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
佐藤 博文	岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長
高橋 泰	国際医療福祉大学教授
土屋 丈朗	慶應義塾大学教授
東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
松田 晋哉	産業医科大学教授
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

162

地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）



新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

○ 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。
- 各医療機関から都道府県に、現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）で協議。
- 都道府県は地域医療介護総合確保基金等を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の病床の必要量に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**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医療を提供する必要。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等がある中、医師の働き方改革を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。**

など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

◎「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」 (2024年12月17日)

○2024年3月より、検討会を15回、PTを2回開催し て、取りまとめ

73

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

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(医用及び広域診療機能)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

74

(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地域の医療提供体制全体を対象に

○医療計画との関係は逆転

・従来は医療計画の一部→医療計画の上位概念
に位置付け

75

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

・病床機能区分については、従来の4区分を維持
・従来の「回復期機能」→「包括期機能」へ

従来の回復期機能＋高齢者等の急性期患者への医療提供機能

76

②医療機関機能報告

(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

(3) 構想区域・協議の場

○引き続き二次医療圏が基本

○ただし、必要に応じて、柔軟な設定も可能

- ・広域な観点での区域：都道府県単位等
- ・在宅医療等：市町村単位、保健所圏域等

(4) その他

○地域医療介護総合確保基金の継続実施

○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

○精神医療を新たな地域医療構想に位置付け
・ただし、検討は時間差