



「いま」クリニックに求められる 医療提供体制について

「2040年」

中部医業経営サポート
前川 真吾

目 次

- 「なぜ」 2040年なのか
- 2040年に向けた医療提供体制の総合的改革
- 「いま」 クリニックに求められるのは
外来医療と在宅医療
- 新たなる医療提供体制が変わる
 - ・ クリニックの倒産時代が来るのでは？！
 - ・ かかりつけ医機能
 - ・ クリニックの大型化
- まとめ



なぜ2040年なのか

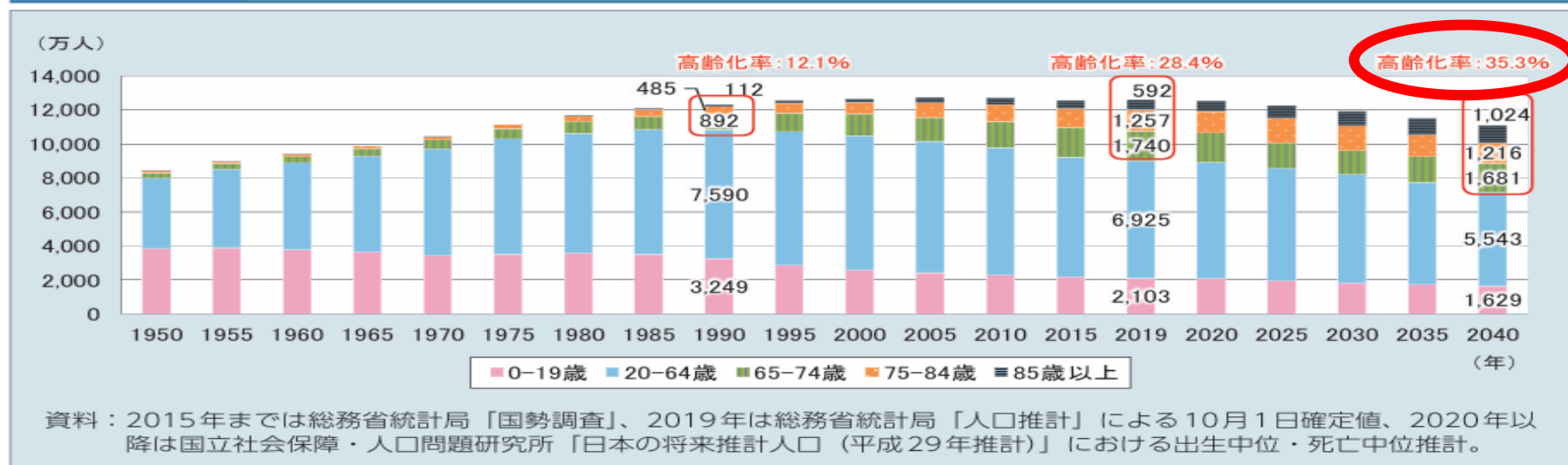
2040年に高齢化率35%超

特に増えるのが85歳以上の人口が2019年の592万人が

2040年に1024万人に増加する。

高齢化の進行が一段落されると見込まれている。

図表 1-1-1 人口の長期推移



厚生労働大臣に緊急要望

(2025年1月22日)

日本病院協会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神病院協会、日本慢性期医療協会

- 現在、物価の高騰や賃金の急激な上昇局面の中、病院の経営は非常に厳しい状況に置かれています。
2024年に診療報酬改定が行われましたが、物価が3%弱上昇し、職員の処遇改善が求められたものの、本体改定率は0.88%と非常に低い改定率となった。
- 医療は診療報酬という公定価格で価格が決められており、各病院は物価上昇分を価格転嫁できない環境にあります。

厚生労働大臣に緊急要望

(2025年1月22日)

日本病院協会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神病院協会、日本慢性期医療協会

- 2024年度診療報酬改定において、過去のデフレ時代から継続されている「社会保障関係の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という財政制約が、物価や人件費が上昇する環境下にもかかわらず踏襲された。
その結果、病院の経営状況はさらに悪化し経営破綻の危機に直面している。

業態別では「病院」が6件、「診療所」が31件、「歯科医院」が27件となり、「診療所」「歯科医院」が過去最多を更新して全体を押し上げた。近年の動向は、コロナ禍前の2019年には過去3番目となる45件の倒産が発生したが、翌2020年にはコロナ禍での事業者支援などを背景に27件に減少。しかし、翌2021年から増加に転じ、2022年、23年と2年連続で40件を超えた。



帝国データバンク医療機関の倒産・休廃業解散動向調査(2024年)

医療機関の倒産件数・負債総額、休廃業・解散件数の推移（2000年～2024年）

（2024年）
帝国データバンク医療機関の倒産・休廃業解散動向調査

	倒産				負債総額 (百万円)	休業・廃業・解散				倒産 休業・廃業・解散 件数合計
	病院	診療所	歯科医院	件数合計		病院	診療所	歯科医院	件数合計	
2000年	7	4	7	18	24,837	12	56	13	81	99
2001年	3	13	5	21	8,002	19	50	15	84	105
2002年	6	15	10	31	30,182	12	61	17	90	121
2003年	8	11	9	28	18,165	7	48	9	64	92
2004年	7	15	13	35	18,738	24	90	15	129	164
2005年	8	11	9	28	26,320	19	101	19	139	167
2006年	5	16	9	30	14,855	18	86	15	119	149
2007年	18	19	11	48	47,662	23	78	19	120	168
2008年	7	18	10	35	18,224	19	78	27	124	159
2009年	10	27	15	52	30,157	17	85	13	115	167
2010年	13	16	12	41	35,216	14	111	18	143	184
2011年	5	17	10	32	16,564	25	195	40	260	292
2012年	3	19	15	37	9,823	18	230	35	283	320
2013年	8	15	13	36	12,482	17	246	41	304	340
2014年	5	9	15	29	18,485	27	271	46	344	373
2015年	1	15	9	25	4,893	25	288	46	359	384
2016年	6	16	12	34	23,571	18	375	75	468	502
2017年	2	13	10	25	16,150	26	366	69	461	486
2018年	3	14	23	40	14,030	24	387	76	487	527
2019年	8	22	15	45	22,371	24	444	75	543	588
2020年	4	12	11	27	7,156	19	411	83	513	540
2021年	1	22	10	33	9,403	11	471	84	566	599
2022年	5	20	16	41	18,919	18	428	82	528	569
2023年	3	23	15	41	25,372	18	518	88	626	661
2024年	6	31	27	64	28,242	17	587	118	722	786

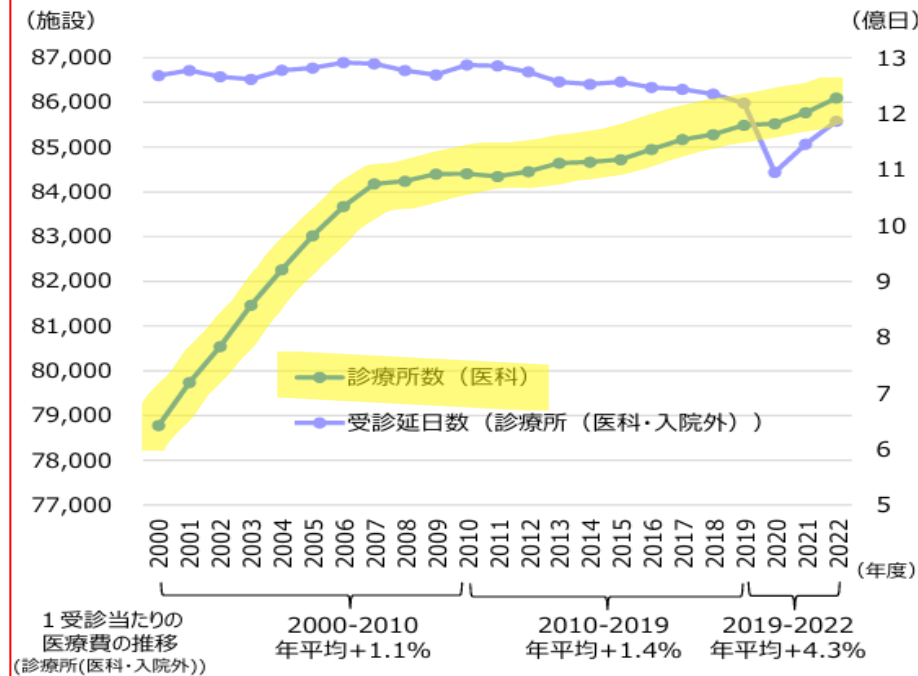
※赤文字は過去最多・最大を示す

診療所数と医師数の推移

医師偏在対策

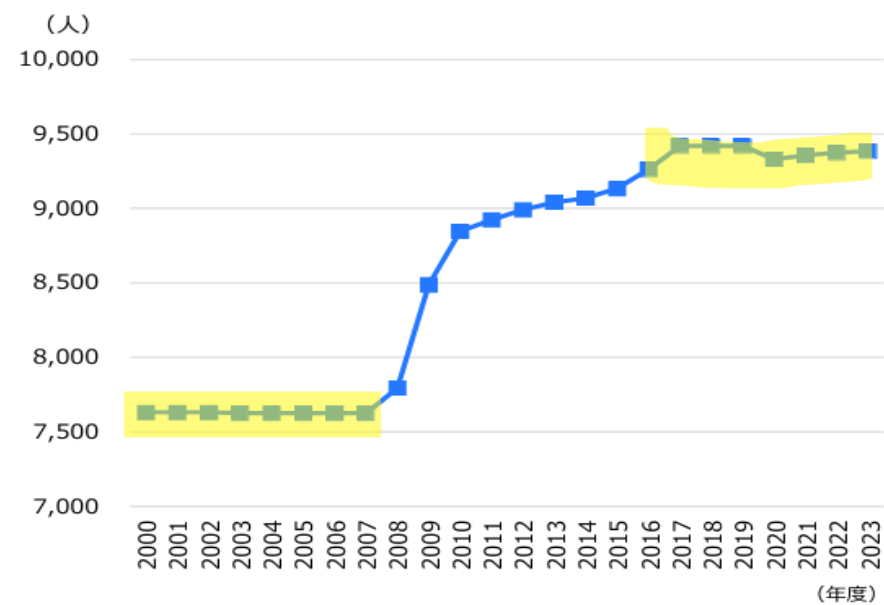
- 近年、総患者数は伸びていないが、診療所数は増加の一途をたどっている。
- 2020年度からスタートした「外来医療計画」に基づき、「外来医師多数区域」においては一定の取り組みが始まっているが、全体の診療所数の増加は止まっていない。

◆ 診療所数と受診延日数の推移



(出所)厚生労働省「医療費の動向」

◆ 医学部入学定員の推移



(出所) 文部科学省医学教育課調べ

今後の見通し

2024 年の医療機関の倒産件数(64 件)、休廃業・解散件数(722 件)はともに過去最多を更新した。2023 年度の医療費は約 47 兆 3000 億円となり、高齢化や医療の高度化を背景に 3 年連続で過去最高を更新したものの、倒産した医療機関の6割以上が収入減少を主因とする倒産となっており、事業環境が悪化する施設が増えている。背景には施設・サービス面を考慮した受診者の選別意識の高まりやコロナ関連補助金の削減、材料費・人件費の増大、コロナ関連融資の返済開始などがある。受診者が減り、資金余力が無くなった施設は、設備の更新ができず、給与・労働条件が悪くなり、スタッフも定着せず、サービス品質が低下。結果として、更なる受診者の減少を招くという負のスパイラルに陥る。こうした小規模事業者が増えていくことで、2025 年も倒産件数は高水準で推移することが予想される。

また、休廃業・解散についても、診療所の経営者の高齢化や後継者不在の現状を踏まえると、減少する要因は見当たらず、時間の経過とともに増え続けるとみられる。

2024 年は倒産件数、休廃業・解散件数合わせて 786 件となったが、2026 年には同件数は 1000 件に達する可能性が高まっている。

帝国データバンク医療機関の倒産・休廃業解散動向調査（2024年）

2040年に向けた医療提供体制の総合的な改革

令和6年12月18日第114回社会保障審議会
医療部会意見書（案）より



「なぜ」医療制度改革をやるのか？



国民皆保険制度を維持するため



2025年～2040年 日本の医療提供体制

病院の統廃合が始まる

第8次医療計画の進捗予測（背景）

- ケアマネの増員、収入増加対策
- 特定行為看護師の増員・教育・資格要件確保（収入増見込み）
- 介護事業者の大型化
（DX化、ロボットAI導入、災害対策準備など）
- クリニックの大型化、複数医師化、在宅がん患者対応、介護事業者との連携

第8次医療計画の進捗予測（背景）

- そのうえで1次・2次救急対応、終末期対応の2次医療圏対応病院への集約再編
- 3次救急高度急性期対応病院は集約再編の上で地域適正配置
- 全ての医療・介護業界でのDX化、ロボットAI導入により医療費適正化を図る

医療圏とは地域医療計画の基本単位

都道府県が医療政策を立案するために1～3次の医療圏を設定

1 次医療圏	原則市区町村単位。 診療所の外来診療など日常的な医療を提供
2 次医療圏	複数の市区町村で構成。 救急医療を含む一般的な入院治療が完結するよう設定
3 次医療圏	原則都道府県単位。 重度のやけど治療や臓器移植など特殊医療や先進医療を提供

医療計画における医療圏の概要

- 医療法において、病床の整備を図るべき地域的単位(二次医療圏)、特殊な医療を提供する地域的単位(三次医療圏)をそれぞれ定義し、医療計画の中で各圏域を定めることとしている。
- この他、5疾病・5事業及び在宅医療に係る圏域については、二次医療圏を基礎としつつ、地域の実情に応じた弾力的な設定が可能としている。

【第7次医療計画における各圏域の設定状況】

二次医療圏

335医療圏 (令和3年10月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

三次医療圏

52医療圏 (令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

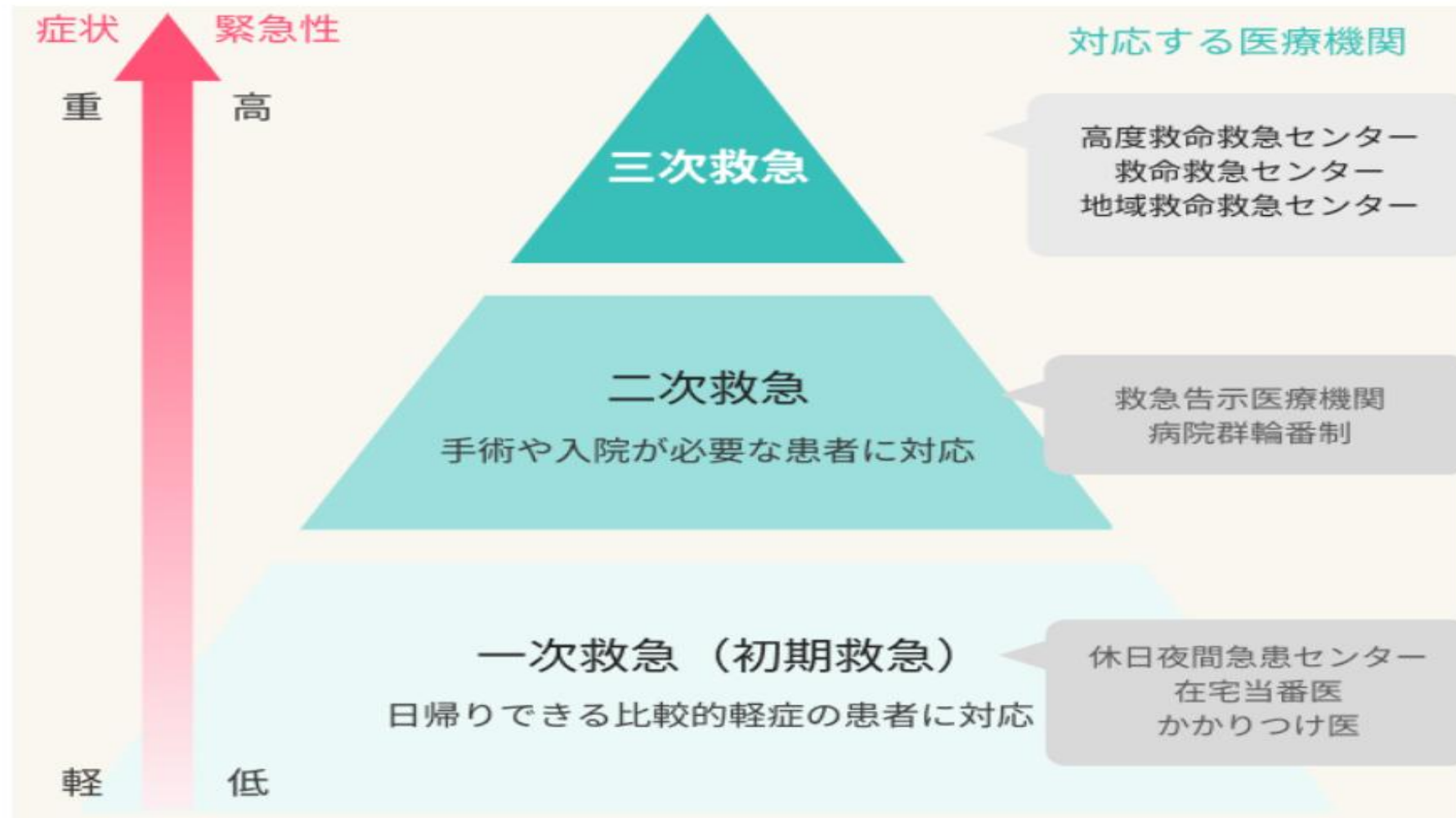
特殊な医療を提供する単位として設定

ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ **国の指針**において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、**二次医療圏の設定の考え方を明示して見直しを図る。**

救急医療体制

一次救急 (初期)	入院や手術の必要がなく自力で受診できる 比較的軽度な患者
二次救急	入院や手術が必要な患者 入院や手術が必要な患者を24時間体制で 受け入れる 都道府県知事が認定した救急指定病院
三次救急	一般的な急性期病院で二次救急よりさらに 高度な治療を必要とする医療機関



◆ 医学部の定員増は2025年まで ⇒ いずれ医師過剰時代に

- へき地医療対策で医師数を増やしたが機能しなかった。
- 都市部に開業が集中してしまい医者過剰となった。

◆ 病院病床数は既に適正数をオーバー ⇒ 公的病院までも経営困難な時代に突入

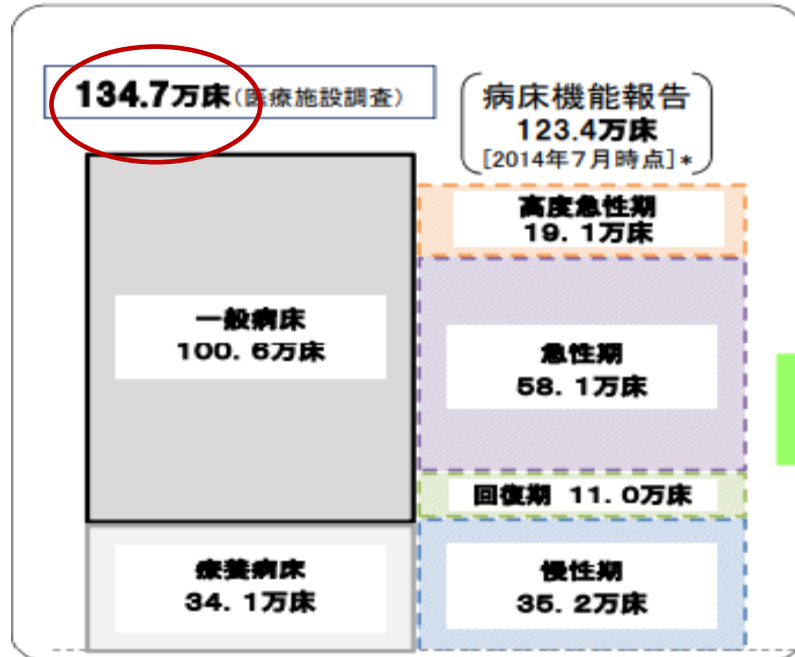
※ 病院の丸ごと新築建て替えはもう無理
物理的にも経済的にも資材高騰や、人件費を考えるともう
無理という時代 ⇒ 病院で診てた患者の外来をクリニックへ
(500床の病院を作ると100億・200億が倍になっていて
とてもじゃないが採算はとれない)

◆ 病院病床削減が本格化し、老後の看取りを自宅で迎える患者が増加、在宅医療不可欠。

- 病院からがん患者の回復期、慢性期、在宅化が一挙に増加する。
- がん患者の医療、看護、調剤、介護の管理が不可欠。

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

【現 状:2013年】

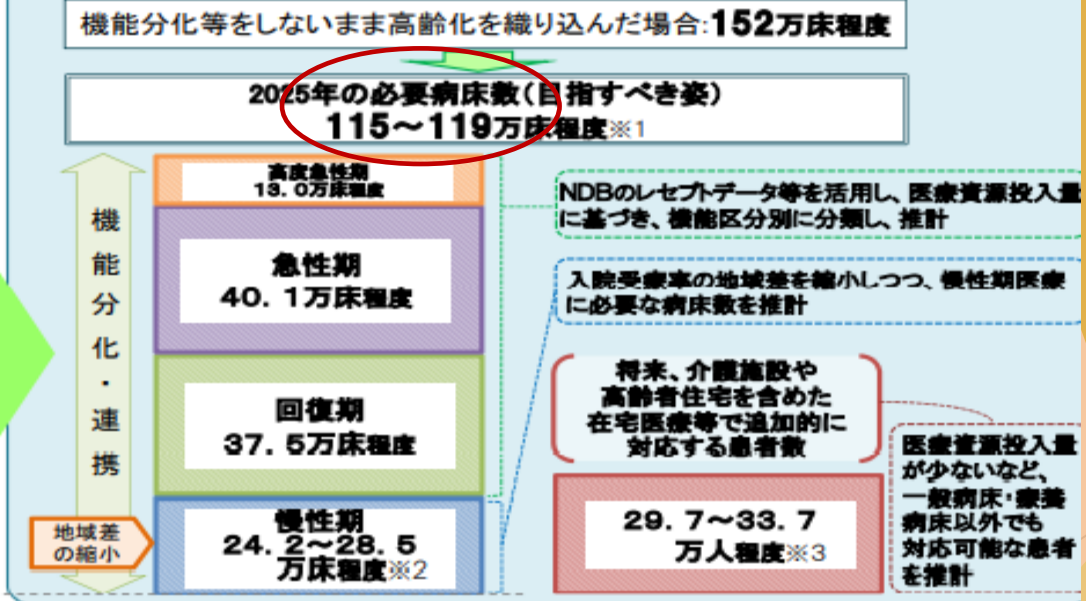


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。

なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

【推計結果:2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ



※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度

※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度

※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

～地域医療構想～

高齢者が増える将来のため、に地域の病院の役割分担
を考えることです

病床機能

高度急性期	: 過剰	19,1万床⇒13,0万床程度	▲6,1万床
急性期	: 過剰	58,1万床⇒40,1万床程度	▲18万床
回復期	: 不足	11,0万床⇒37,5万床程度	+ 26,5万床
慢性期	: 過剰	35,2万床⇒24,2万床～28,5万床程度	▲6.7万床

在宅へ移行させる

地域医療構想の実現より「入院医療費」削減する!!

病院の統合が本格的に始まる2025年の道筋

◆ 中小病院・公立病院の統廃合を進めるには。

- **中小病院・公立病院**は建て替える**お金が無く、銀行の融資**も受けることができない⇒できないと**バタバタ潰れる**
⇒バタバタ潰れることを⇒急激な倒産は国は避けたい。
- 国としてはソフトランディングさせたい。
ソフトランディングさせることにより、混乱をきたさない様にしたい。

病院の統合が本格的に始まる2025年の道筋

- ◆ 中小病院・公立病院の統廃合を進める。
(比較的規模が小さく、商圈が重なる病院)
 - 安心して重症患者を受け入れる 3次救急病院の統合・適正配置
 - 病院並みの検査機能、複数医師がいて、夜間・休日・在宅1次救急機能のあるクリニックの整備（大型化）
 - クリニックの在宅診療、訪問診療促進には、訪問看護センター、抗がん剤調剤・輸液調剤薬局、訪問介護事業者との連携が必要

病院の統合が本格的に始まる2025年の道筋

- 訪問看護センター、介護センターの運用円滑化には、ケアマネジャーの増員とケアマネの経済的な自立が必要
- 医師の偏在是正には、医学部地域枠の定着と地方で働く医師のインセンティブ（助成金）が必要
- 総合的医療のDX化が必須
- 中小病院、介護事業者の統廃合⇒大型化、DX化の公的助成が必要

病院の統合を含めた抜本改革

地域医療
連携推進法人

社会福祉
連携推進法人

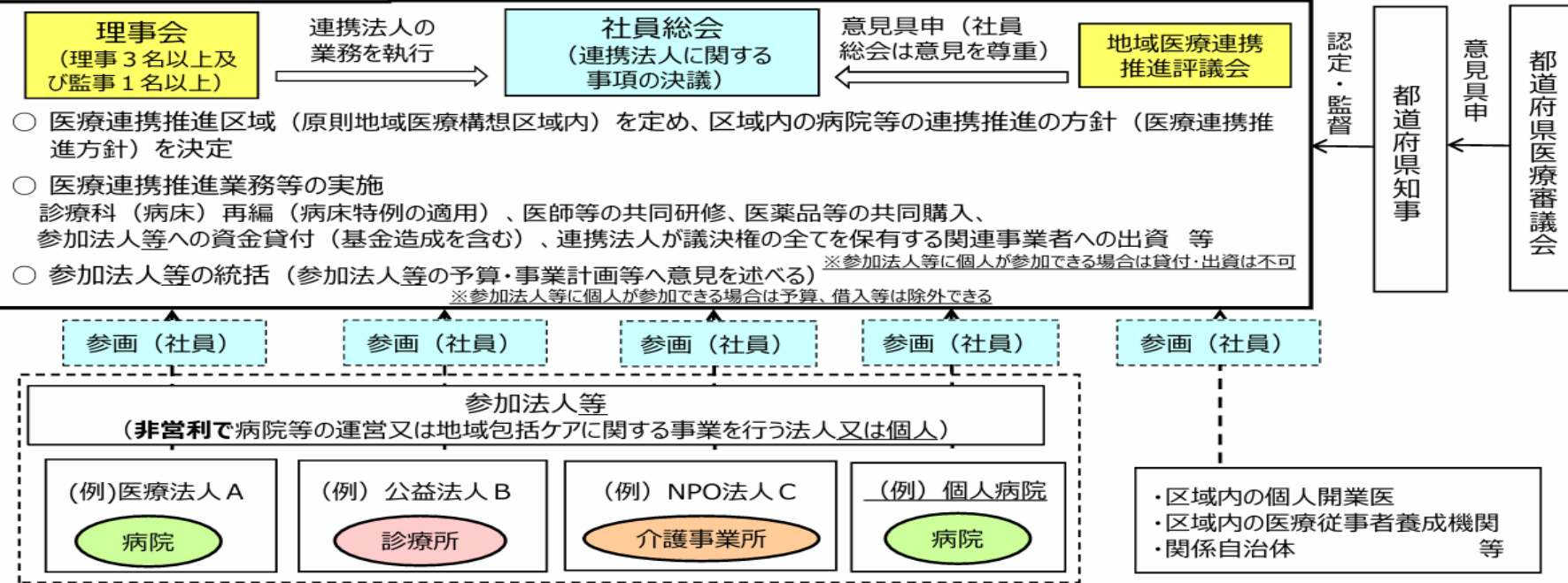
地方公営企業法

地域医療連携推進法人制度の概要

※制度改正後（令和6年4月1日以降）
下線部分が改正箇所

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

地域医療連携推進法人



- 一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定（認定基準の例）
 - ・ 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する法人又は個人が 2 以上参加すること
 - ・ 医師会、患者団体その他で構成される地域医療連携推進評議会を法人内に置いていること
 - ・ 参加法人等が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求めることを定款で定めていること

病院の統合が本格的に始まる2025年の道筋

◆ 中小病院・公立病院の統廃合を進めるには。

1. 地域医療連携推進法人

中小病院の倒産が現実起きているが、今後これが増えてバタバタ倒産するの避けるためにソフトランディングさせる為に、グループの中で人的交流、資金提供を図る。
この法人によって、お金の貸し借り、人の貸し借りが出来る。
これによって売却を考えていた赤字の病院等、一塊になりグループ化されていく。

(令和7年1月1日現在 全国45法人)

医療連携推進方針

尾三会

1. 医療連携推進区域

愛知県名古屋市南区、名古屋市緑区、名古屋市天白区、岡崎市、半田市、豊川市、刈谷市、豊田市、西尾市、東海市、大府市、知立市、豊明市、日進市、みよし市、愛知郡東郷町

2. 社員

(1) 参加法人、参加病院等

- ・南医療生活協同組合 総合病院南生協病院
- ・医療法人清水会 相生山病院
- ・医療法人なるみ会 第一なるみ病院
- ・医療法人コジマ会 ジャパン藤脳クリニック
- ・医療法人 みどり訪問クリニック
- ・医療法人並木会 並木病院
- ・医療法人鉄友会 宇野病院
- ・医療法人十全会 三嶋内科病院
- ・医療法人木南舎 富田病院
- ・医療法人葵 葵セントラル病院
- ・医療法人宝美会 総合青山病院
- ・医療法人明和会 辻村外科病院
- ・医療法人社団同仁会 一里山・今井病院
- ・公益財団法人 豊田地域医療センター
- ・医療法人贈恩会 小嶋病院
- ・医療法人利靖会 前原整形外科リハビリテーションクリニック
- ・医療法人 秋田病院
- ・学校法人藤田学園 藤田医科大学病院
- ・社会福祉法人あかいけ寿老会 特別養護老人ホーム寿老苑
- ・医療法人名翔会 老人保健施設和合の里
- ・社会福祉法人東郷福祉会 特別養護老人ホームイースト・ヴィレッジ
- ・社会福祉法人福田会 特別養護老人ホーム豊明苑
- ・医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院
- ・医療法人社団福祉会 高須病院
- ・医療法人秀麗会 山尾病院
- ・医療法人幸寿会 平岩病院
- ・社会福祉法人地域福祉コミュニティほほえみ 地域密着型特別養護老人ホームひらばりみなみ
- ・医療法人寿光会 寿光会中央病院
- ・医療法人大医会 日進おりど病院
- ・医療法人大朋会 岡崎共立病院
- ・医療法人メディライフ 半田中央病院
- ・国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
- ・社会福祉法人観寿々会 特別養護老人ホーム洲原ほーむ

病院の統合が本格的に始まる2025年の道筋

2. 社会福祉連携推進法人

介護についても、昨年4月以降訪問介護事業者の倒産が非常に大きく、ここも連携することによって、地域住民の介護需要をしっかりと支える。 ⇒ 大型化へ

3. 地方公営企業法

この法律によって公的病院を減らす
市立病院を維持することが、今、非常に厳しくなっている。
人口が減って、患者が減ってDrも地方に中々行かない。

病院の統合が本格的に始まる2025年の道筋

3. 地方公営企業法

科目を標榜しても、毎日開けられなかったり、標榜そのものができなくなったりしている。
市としても病院の存続をどうするのかが、もう限界に来ている。

他のところと合併させてはと考える。
国と地方がお金を出してバックアップする。
国は一般会計から予備費を含めてお金をだす。

病院の統合を含めた抜本改革

地域医療
連携推進法人

社会福祉
連携推進法人

地方公営企業法

病院の統合を含めた抜本改革



病院の統合を含めた抜本改革

地域医療
連携推進法人

社会福祉
連携推進法人

地方公営企業法

北海道・室蘭の2病院統合、先見えず 市立と日鋼記念の協議具体化 ネットは市立の巨額赤字

4/10(木) 14:15 配信  19     

北海道新聞



経営再建が議論される市立室蘭総合病院

【室蘭】室蘭市西部の市立室蘭総合病院(527床)と日鋼記念病院(348床)が、統合に向けた協議を進める。人口減による医療需要の減少でいずれも経営難に陥っており、地域で二つの総合病院を維持することは難しいと判断したためだ。議論は今後本格化するが、最大の課題は市立病院が抱える巨額の赤字。2025年度には過去最大の19億8千万円に拡大する見通しで、協議の先行きは見通せない。

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

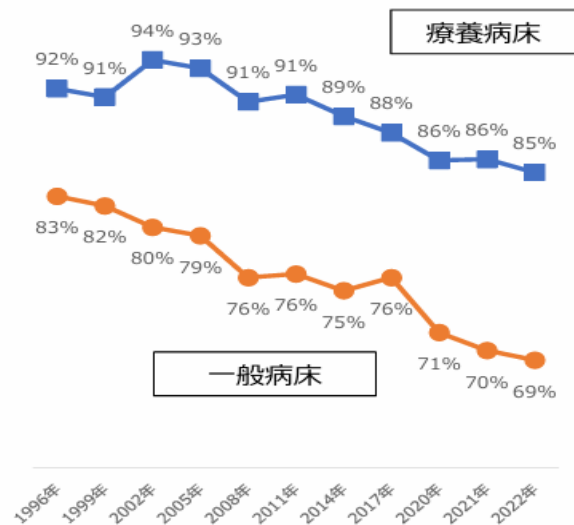
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移



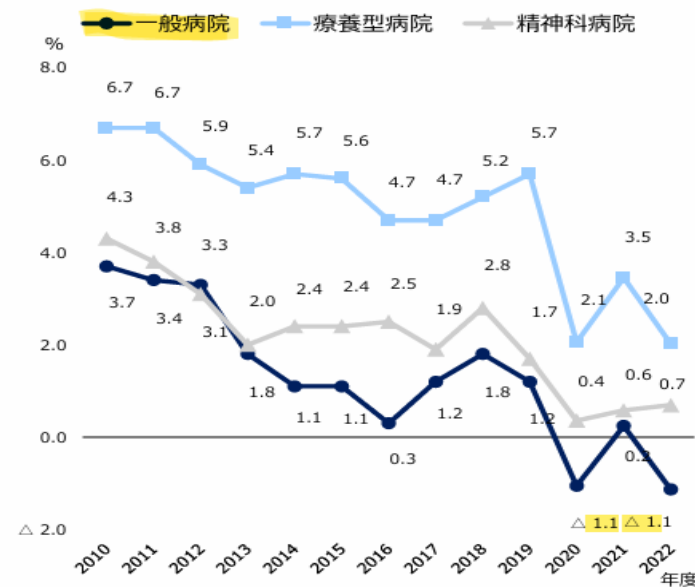
資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



注1）コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

注2）コロナ対応のかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより



2024年4月16日財政制度分科会 財務省から出された意見書から

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

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

中・小病院

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

クリニック

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）

3次救急

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

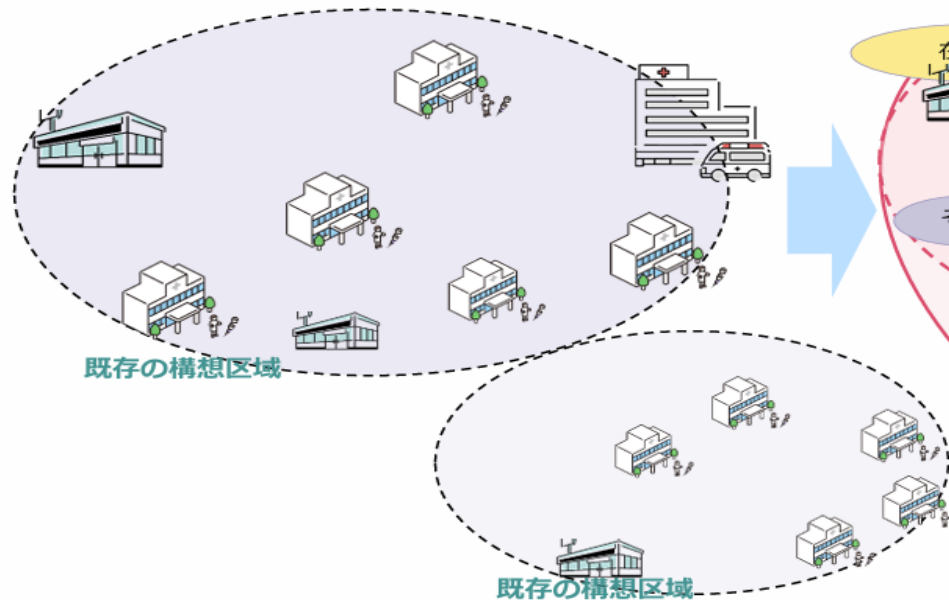
より広域な観点で診療を
担う機能

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

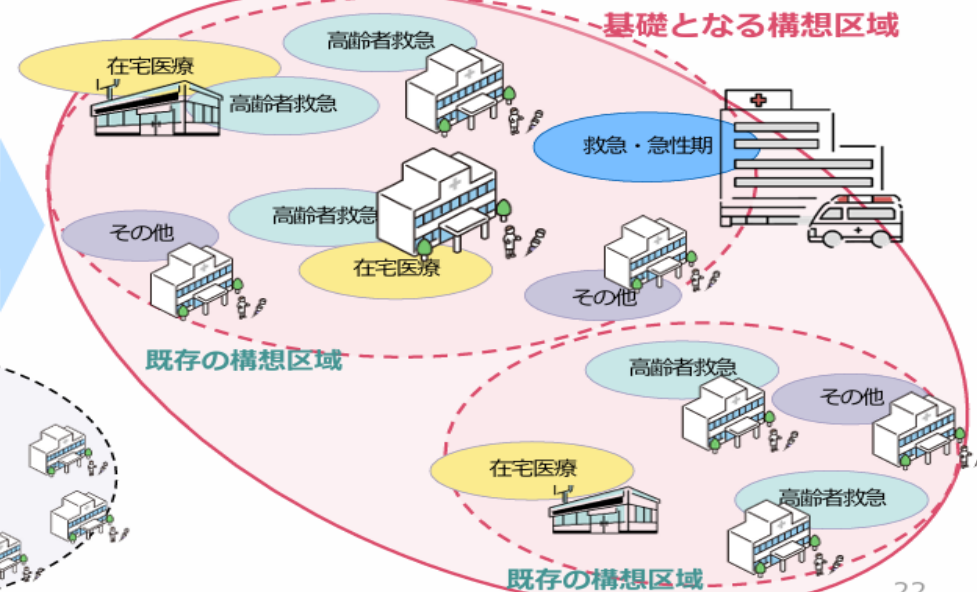
2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）（案）

- 2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大するとともに、地域の実情に応じて、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられるのではないかと。
- 地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が【その他地域を支える機能】を発揮する。

これまでのイメージ



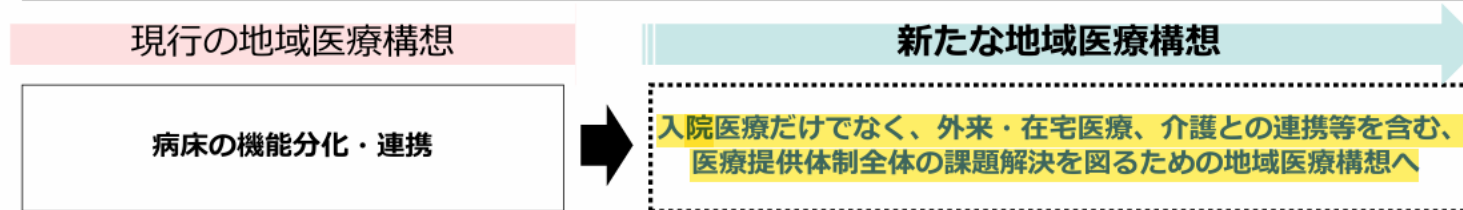
2040年におけるイメージ



その他：専門医療の提供等を通じ、地域を支える機能

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。



地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。



2025年～2040年 日本の医療提供体制

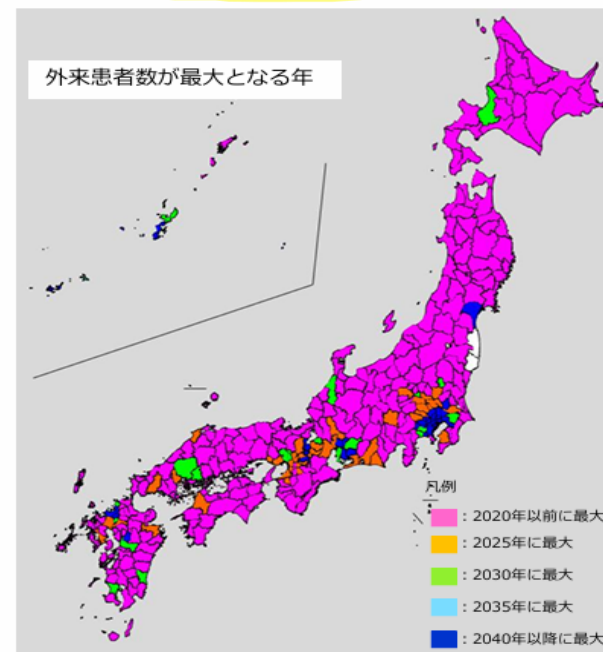
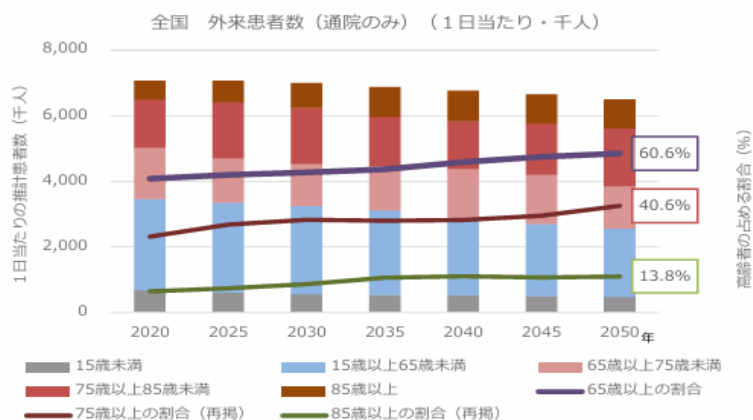
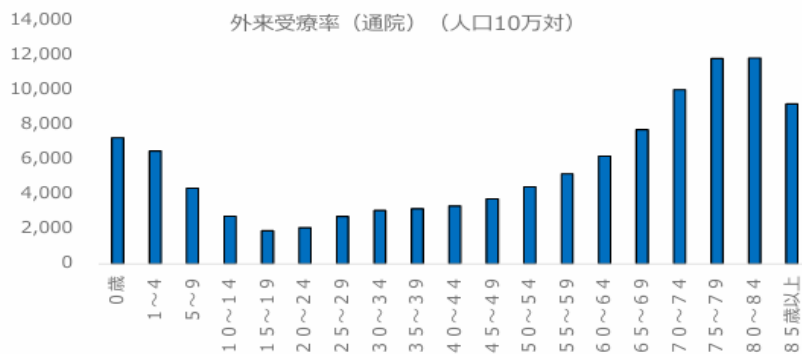
「いま」クリニックに求められるのは
外来医療と在宅医療

「外来医療と在宅医療」

- 診療所の医師が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年に診療所がない市区町村数は170程度増加するが見込まれる。
- 多くの地域で外来医療の需要は減少する見込みである一方、在宅医療については、2013年から2022年にかけて、患者数は増加してしており、2040年に向けても、在宅医療や訪問看護について、大半の地域で需要は増加する見込みである。

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。

「外来医療と在宅医療」

- ・ **訪問看護ステーション**については、人口規模の小さな市町村では**存在しないところもあり、多くの事業所が常勤換算7人未満**で運営されている。
常勤**7人以上の体制等を有する、機能強化型訪問看護管理療養費**の届け出のある**訪問看護ステーション**は**全体の5.6%**である。
- ・ **病院・診療所の死亡割合**は**2025年をピークに減少**し、近年は看取りへの対応力を強化していることもあり、**自宅や介護施設等での死亡割合が増加**している。
こうした**医療機関と介護施設の日ごろからの連携**による対応力を強化し、**状態悪化を防ぐことで、救急搬送の減少や、円滑な入院につながることも期待**される。

「外来医療と在宅医療」

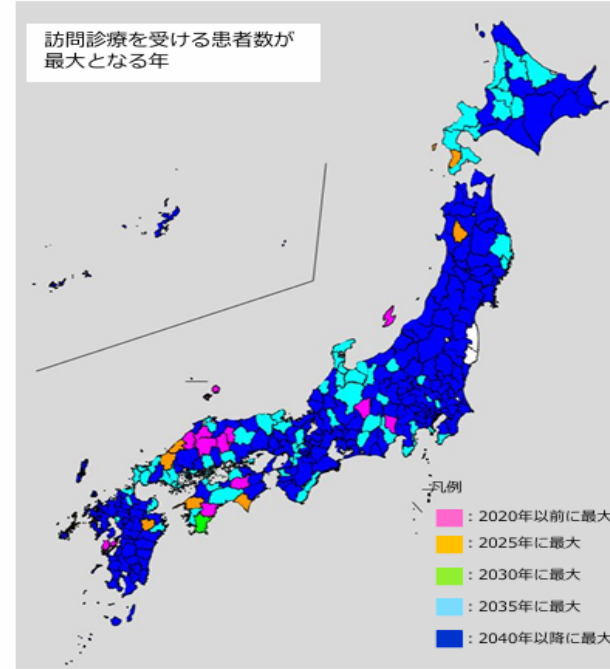
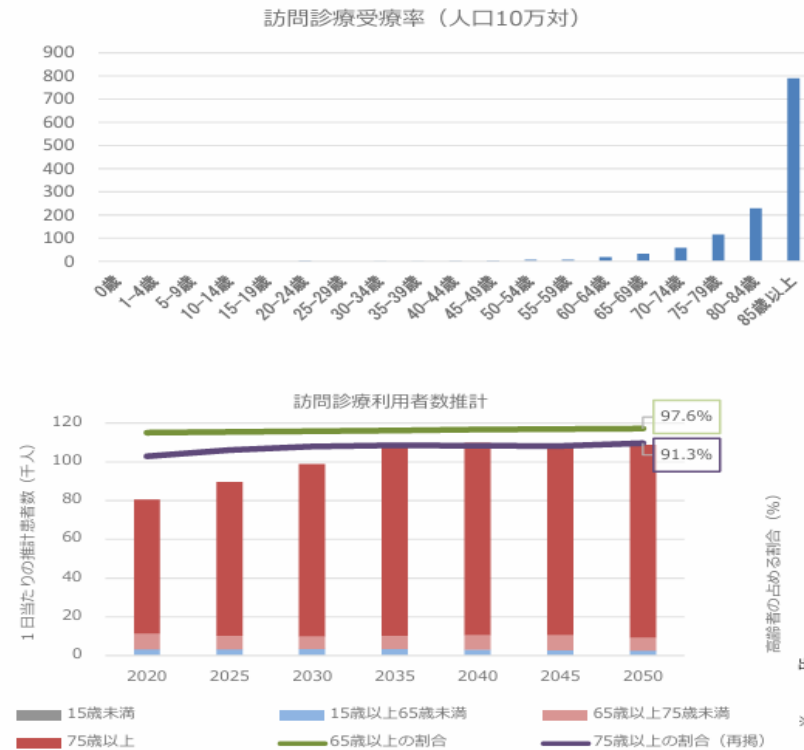
- 2040年に向けて、在宅医療の需要の増加に対するため、実行性のある体制整備を進めるためには、医療機関だけでなく、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等も含め、多職種・多機関が連携して、地域の需要と資源に応じて供給力を高めることが求められる。
- 在宅医療を行う医療機関のICT（情報通信技術）の活用や連携等による対応力強化、これまで在宅医療を行っていない医療機関の参入促進。
D to P with N（医師＋患者＋看護師）等のオンライン診療の活用、訪問看護ステーションの機能強化等が求められる。

「外来医療と在宅医療」

- 特に、**人口規模の小さい地域**においては、**移動時間や担い手不足等の課題を踏まえ、D to P with N等のオンライン診療の積極的な活用**に加えて、**高齢者の集住等のまちづくり**の取り組みとあわせて体制を構築していくことが求められる。

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、当該二次医療圏に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。

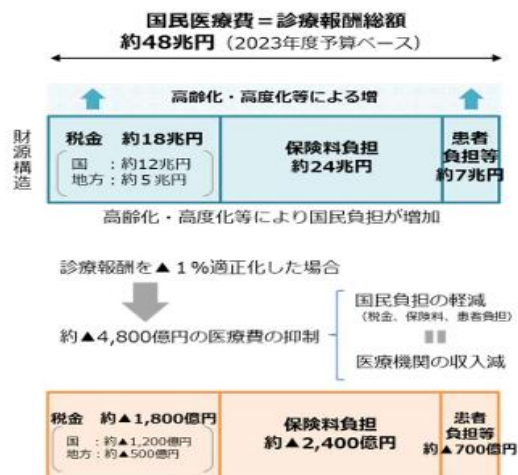
制度の持続可能性を確保していくための医療・介護制度改革

改革一総論

保険給付の効率的な提供

- 公定価格の適正化
 - ・ メリハリの効いた報酬改定・薬価改定
- 医師偏在対策
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備
- 地域医療構想の推進
- 経営情報の更なる見える化
- 都道府県のガバナンス強化
- 医療DX

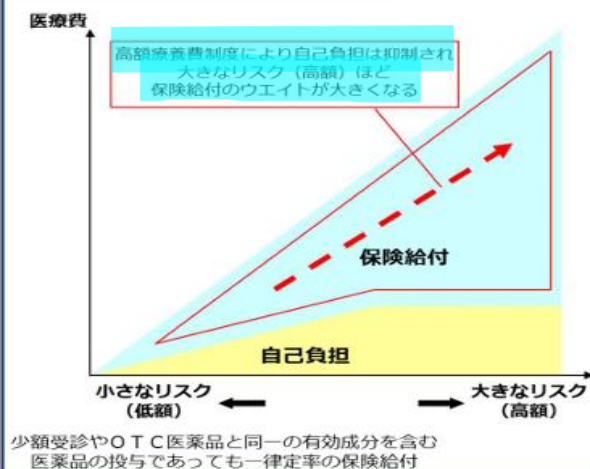
医療費の構造



保険給付範囲の在り方の見直し

- 薬剤の自己負担の引上げ
- ・ 長期収載品等の自己負担の見直し
- ・ OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付の在り方の見直し
- ・ 薬剤費の一定額までの全額患者自己負担
- ・ 医薬品の有用性に応じた保険給付率設定
- 介護保険の制度間の公平性等を踏まえた見直し（多床室の室料負担 等）
- その他の保険給付範囲の見直し

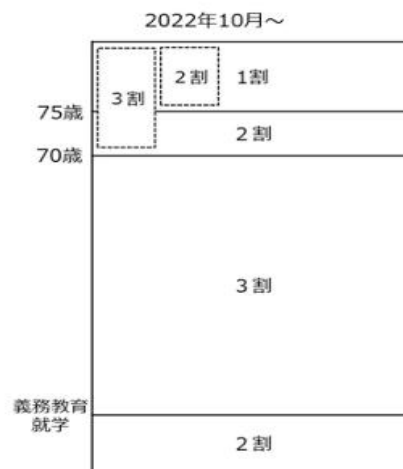
現状の保険給付のイメージ



高齢化・人口減少下での 負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- ・ 介護保険の1号保険料の在り方、利用者負担の一定以上所得の判断基準の見直し
- ・ 金融所得・金融資産を勘案した公平な負担
- ・ 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し
- ・ 後期高齢者の窓口負担の原則2割負担

医療費の窓口自己負担



(再掲) 診療所の偏在是正のための地域別単価の導入について

医師偏在対策

- 診療報酬の仕組みは、報酬点数×1点あたり単価（10円）となっているが、診療所の偏在は診療コストの違いも影響していると考えられる。

◆診療報酬の仕組み

全国一律（注）		全国一律			
診療報酬点数（厚生労働大臣告示）					
（例）初診料	288点	×	1点あたり 単価 10円	=	医療費
再診料	73点				
調剤基本料1	42点				

（注）入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

- ※ 1 介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
- ※ 2 かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

◆1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

<医療費適正化>

○保健医療2035提言書（抄）（厚生労働省 平成27年6月）

「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

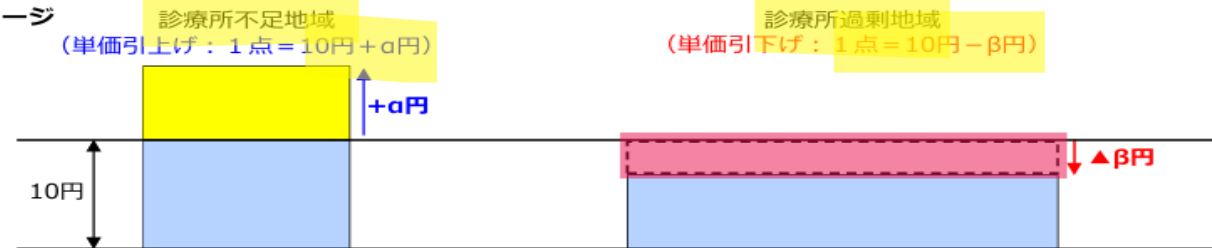
<医療機関の医療収入の安定>

○財政制度等審議会建議（抄）（令和3年5月）

「新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまでも法律の改正を伴うことのない取扱いとして度々行われてきた災害時の「概算払い」を参考とし、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。」

※前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、たとえば前年同月ないし前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。

◆診療所の偏在是正のための地域別単価のイメージ



【改革の方向性】（案）

- 診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点あたり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要。

新たな医療提供体制
が変わる

かかりつけ医機能



かかりつけ医の 役割・具体的な内

① 日常的な診療



② 健康相談・予防医療



③ 健康相談・予防医療



④ 専門医への紹介



⑤ 患者の病歴や体質の把握

⑥ 介護・在宅医療の相談・対応

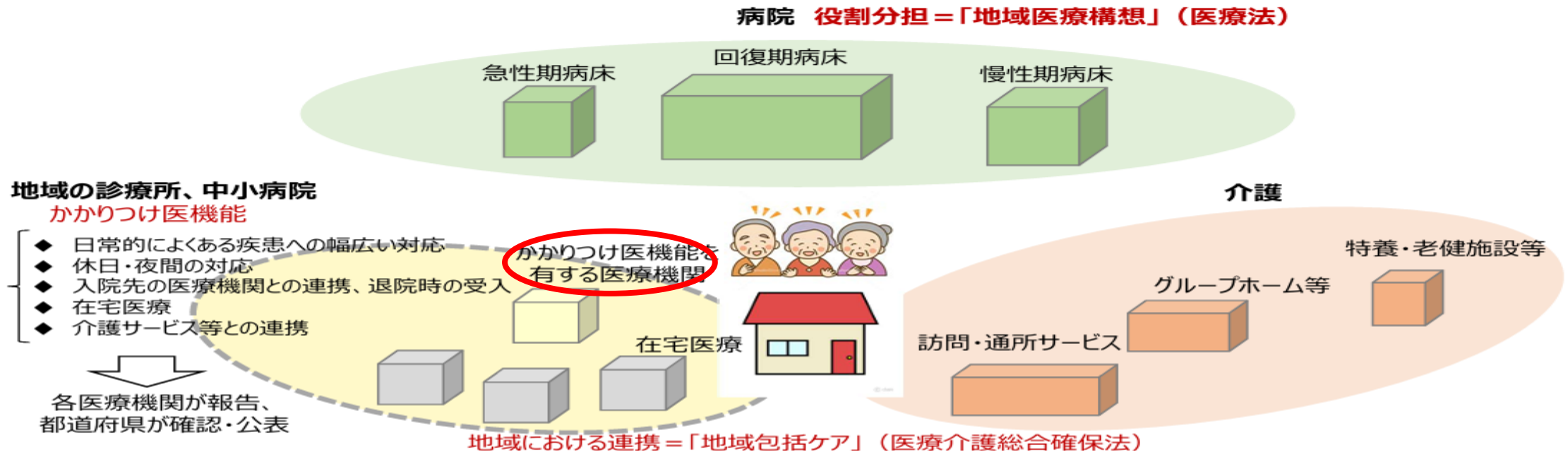


かかりつけ医は地域医療のハブ（拠点）

医療提供体制② 平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築の必要性

かかりつけ医

- 医療機関の役割分担は、今回の新型コロナにおいて問題が顕在化したが、超高齢化が進む中で平時から益々大きな課題となっている。
- 患者の高齢者が進んで疾病を持つ者が増える一方で、人口減少により医療資源としての人材が先細る中で、医療制度を持続可能にするためには、給付と負担のバランスだけでなく、医療提供体制そのものを効果的・効率的なものにする必要がある。
- ①病院の役割分担（＝地域医療構想）、②診療所等のかかりつけ医機能の確保・強化、③地域包括ケア（地域における医療・介護の連携）をあわせて進めていく必要。



水平的連携で地域包括ケアを支える（イメージ）

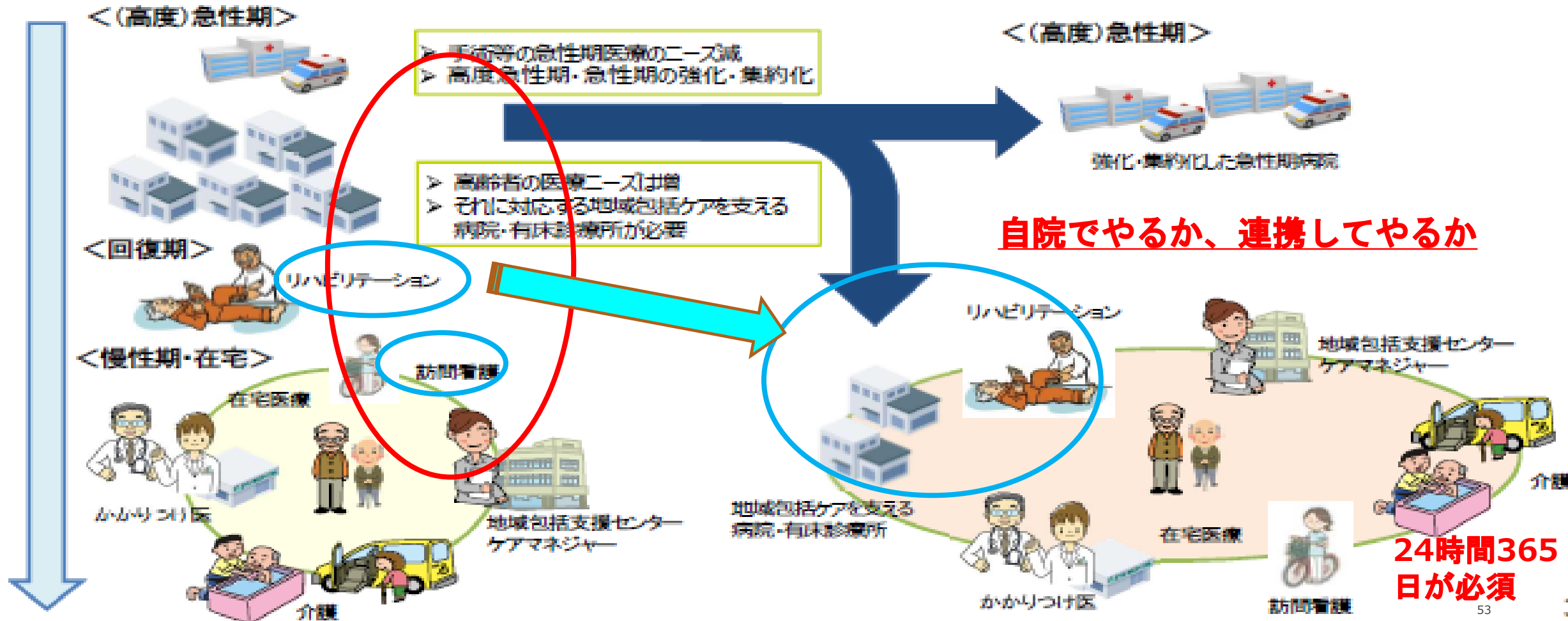
【これまで】

- ・「施設」から「地域」へ、
- ・「医療」から「介護」へ、
- ・急性期→回復期→慢性期・在宅の垂直連携（タテ連携）を推進

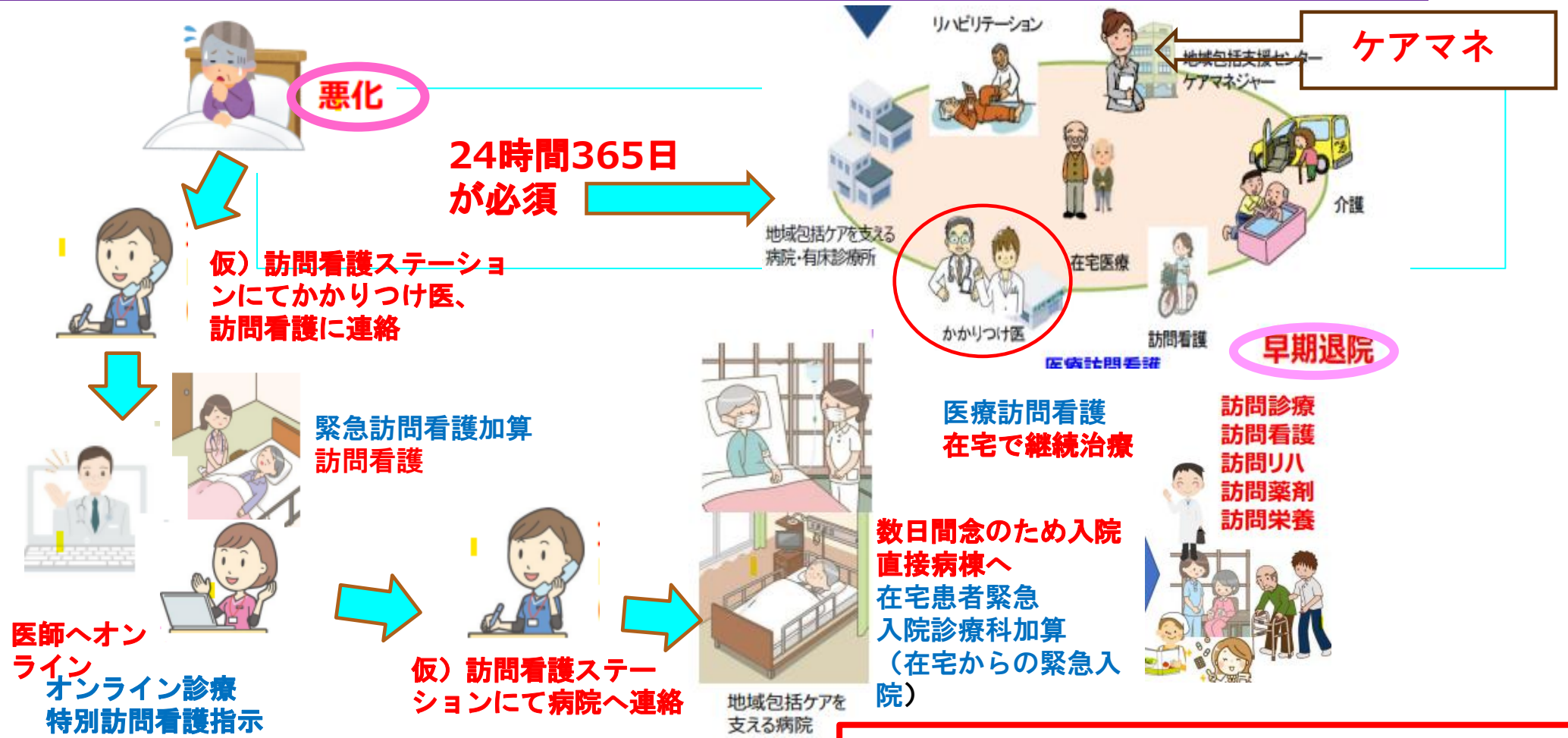


【これから】

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、地域包括ケアを支える病院・有床診療所、介護等との水平的連携（ヨコ連携）を推進



水平的連携で地域包括ケアを支える



治し・支える医療

当院はかかりつけ医として相談・紹介などを行っています

① 必要に応じて「専門医・医療機関」をご紹介します！

気になる症状、当院で治療を受けているのもの以外の疾患の不安があれば専門医療機関をご紹介しますので、医師または窓口へお申しつけください。

<連携病院・クリニック>

〇〇大学病院、〇〇医療センター、〇〇市民病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇病院、〇〇〇クリニック、〇〇〇クリニック、〇〇〇クリニック、〇〇〇クリニック、他

② 健康診断の結果等について、健康管理の相談へ対応いたします！

健康診断の実施や、診断後の結果についても、ご相談ください。今後の検査や治療について対応をさせていただき、必要があれば専門医・専門医療機関へのご紹介を行います。

③ 介護保険や福祉サービスの相談をお受けします！

状態や状況に応じて、介護保険の申請や介護サービスのご案内を行います。

④ 他の医療機関の受診状況や、他で処方されているお薬の内容を確認し、当院での診察や処方に対応させていただきます。

看護師がご質問させて頂くことがありますので、ご協力をお願いします。

⑤ 予防接種のご相談へ対応いたします！

予防接種の実施状況を把握し、予防接種の実施への相談をお受けします。



夜間・休日など、緊急時のお問合せ TEL : **000-000-0000**

※留守電になった場合は折り返しますので、メッセージをお願いします

★ 医療機能情報提供制度(医療情報ネット)を利用して、医療機関が検索できます

〇〇病院

「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

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が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。

①報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能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。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。報告事項のいずれも可の場合は、「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。

■ かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

■ 具体的な機能（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を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、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機能

■ 医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「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
- 17の診療領域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
- 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

※いずれも可の場合は、「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。

※かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後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て、改めて検討する。

令和6年7月5日「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

（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・産じょくの管理	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. 乳房

※ 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?statinfid=000032211984&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。

①報告を求めるかかりつけ医機能「2号機能」

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

■ 具体的な機能（2号機能）

- イ. 通常の診療時間外の診療
 - ・通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- ロ. 入退院時の支援
 - ・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
- ハ. 在宅医療の提供
 - ・在宅医療を提供する機能
- ニ. 介護サービス等と連携した医療提供
 - ・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

■ 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

■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- イ. 通常の診療時間外の診療
 - 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
- ロ. 入退院時の支援
 - 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
- ハ. 在宅医療の提供
 - 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
- ニ. 介護サービス等と連携した医療提供
 - 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、ケアマネと相談機会設定等）
 - ② ケアマネへの情報共有・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

地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ

<慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ>

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。

かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	◎	○	◎	◎	◎
B診療所	◎	○	○	○	◎
C診療所	◎	◎	◎	◎	◎
D診療所	◎	×	×	◎	◎
E診療所	◎	○	×	○	◎
F診療所	◎	—	×	—	◎
G診療所	—	—	—	—	—



地域の医療機関は、①～⑤の機能の有無や、これらをあわせて担う意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の機能をあわせて担う医療機関を確認。



協議の場において、各医療機関の①～⑤を担う意向を踏まえつつ、地域で不足している機能を充足できるよう、支援や連携の具体的方法を検討。

- ◎：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる
- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる（連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。）
- ×
- ：当該機能を担う意向がない

※他院を支援する意向も報告し、不足する機能の充足の協議に活かす。

②地域における協議の場

- 都道府県は、医療関係者等との地域の協議の場を設け、かかりつけ医機能の確保に関する事項について協議する。
- 協議の場の圏域及び参加者については、都道府県が市町村と調整の上、協議テーマに応じて決定することとする。

令和6年5月24日「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（一部改）

■ 協議の場の圏域と参加者

● 「協議の場」の圏域

- ・実施主体である都道府県が市町村と調整して決定する
- ・例えば、以下のように、協議するテーマに応じて「協議の場」を重層的に設定することも可
 - 時間外診療、在宅医療、介護等との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を行い、全体を都道府県単位で統合・調整

※地域医療構想調整会議を活用することも可能

● 「協議の場」の参加者

- ・協議するテーマに応じて、都道府県、保健所、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民・患者（障害者団体・関係団体を含む）等を参加者として、都道府県が市町村と調整して決定する

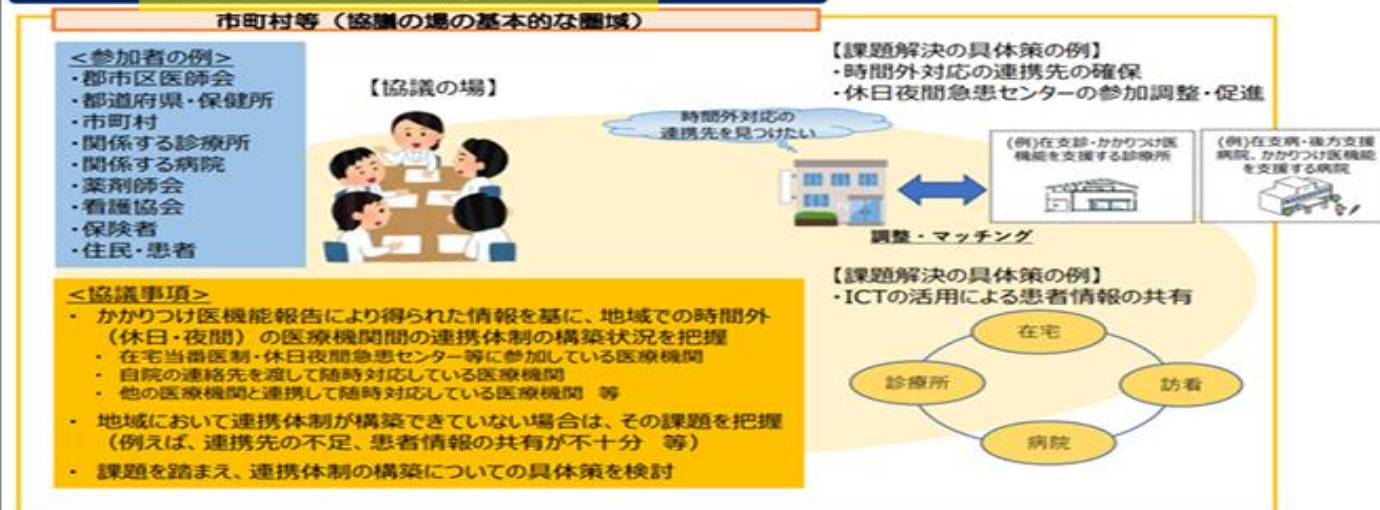
- 報告や地域の協議の際の参考として、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型(モデル)を提示

＜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＞

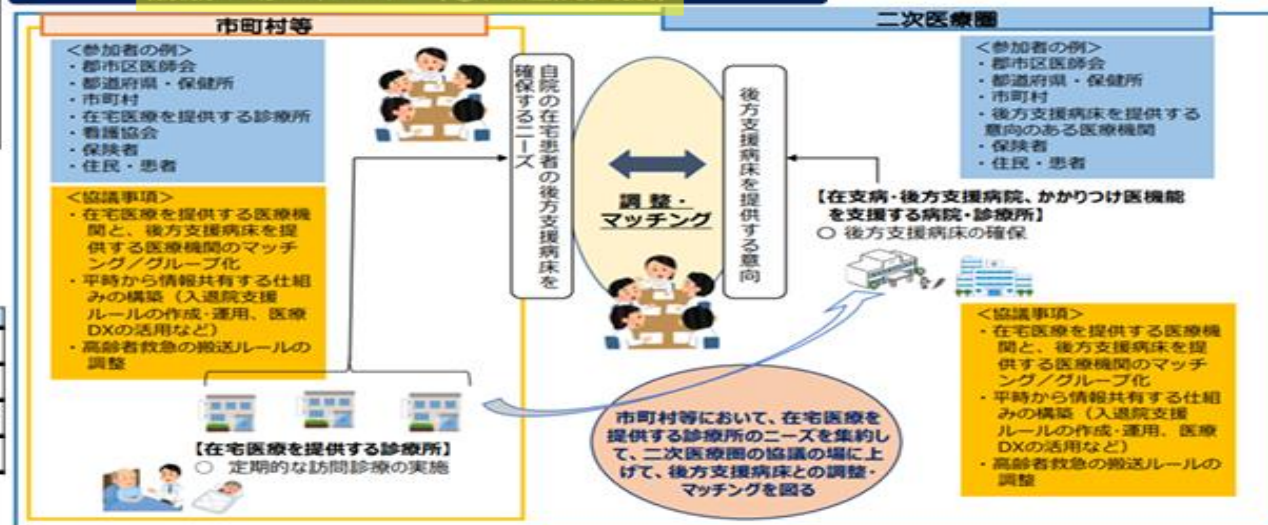
日常的な診療	時間外診療	入院支援	在宅医療	介護等との連携
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・在宅当番医制に参加	・未対応	・未対応	・未対応
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・休日夜間急患センターに参加	・紹介状作成	・日中のみ実施	・主治医意見書を作成
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・準常時の患者の問合せに電話対応	・退院前カンファレンスに参加等	・日中のみ実施	・介護保険の訪問看護指示書を作成等
・幅広い領域のプライマリ・ケアを実施	・時間外の患者の問合せに留守番電話対応	・退院前患者の入院率から受入相談対応等	・24時間体制で対応	・地域ケア会議・サービス担当者会議に参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

○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

協議の場のイメージ（①時間外診療）



協議の場のイメージ（②入退院支援）



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取り組まれてきた。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・継続的实施、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。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格（外来機能）

効率的提供

- 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。

（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（2023年12月22日閣議決定）

- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年夏頃までに結論を得る。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- ・ 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- ・ 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（※）。
- ・ あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

医療機能情報提供制度（2006）



【改革の方向性】（案）

- かかりつけ医機能が発揮される制度整備に当たっては、医療サービスの質の向上につながるようにすることが重要。患者による医療機関の選択に資するよう、各医療機関がどのような症候や疾患に対応可能なのかなど、必要な情報が報告・公表されるようにする必要がある。また、例えば、生活習慣病は医療機関によって診療密度等が大きく異なる等の指摘があることも踏まえ、診療実績に関する情報提供の強化についても検討していく必要がある。

かかりつけ医機能のイメージ（案）

～生活習慣病を有する患者の例～

①

予防・外来

②

入院

③

在宅

かかりつけケアマネ

かかりつけ医機能

処方

生活指導

・服薬指導
・薬剤師との連携

診診連携
訪問看護

健康相談

24時間の
対応

必要に応じ専門
医療機関等の紹介

・要介護認定
の支援
・介護支援専門員との連携

在宅医療の
提供

①日常的な医学管理と重症化予防

②専門医療機関等との連携

③在宅療養支援、介護との連携

新たな医療提供体制が変わる

クリニックの大型化



2025年クリニック倒産時代が来るのでは?!

◆2025年から2040年の15年間にクリニックの倒産時代が来るのでは

- 病院の統廃合時代に突入し、医師の余剰人員が出てくる。
- 専門医が1人で単科での開業していることが今まで多くて、それでも何とか採算とれてた。
専門医は当然必要ではあるが、単科クリニックは厳しい時代になるのではないか。
- 大型化するクリニックが出てきて、初めて単科クリニックがひよっとしたら経営が厳しくなるかもしれない?!

新たな医療提供が変わる

- 若い先生は新規開業の投資金額がべらぼうに高くなり、金融機関から簡単にお金を借りられず、初めてクリニックの常勤で働こうと考える先生が出てくる。
- それは2025年から2040年の15年間に大体シフトが完成すると思われる。
ピークは2030年？！
- プロセスとしては、単科開業がだんだん減って、後継者がいなく引き継いでくれる医師がいない。

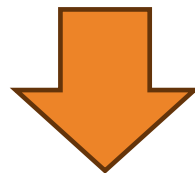
新たな医療提供体制が変わる

- 同時にいくつかの単科、例えば皮膚科、循環器科で、その真ん中必ず1人は総合診療内科のようなモデルで、2025年頃に始まって完了するのが2040年。
- 現在、クリニックのDrは60代以上が50%以上。
人口20万人以下だと60%程。
因みにその内の75歳以上が3割を占める。

新たな医療提供体制が変わる

◆ 大型クリニックのイメージ

- 専門医が複数在籍（5人～6人）
- 高度な検査機器
- 診療科目が多い
- 簡単な外科にも対応
- 最適な病院を紹介
- 薬局が隣接し在宅にも対応
- 医療DXに対応
- 診療時間が長く夜間・祝日にも対応
24時間365日



- ◆ この様なニーズに応えられる機能を持った、新しいコンセプトの大型クリニックに、医師や看護師を含めて大型クリニックに人が流れる可能性大。

新たな医療提供体制によって開業市場が大きく変わる。

新たな医療提供体制が変わる

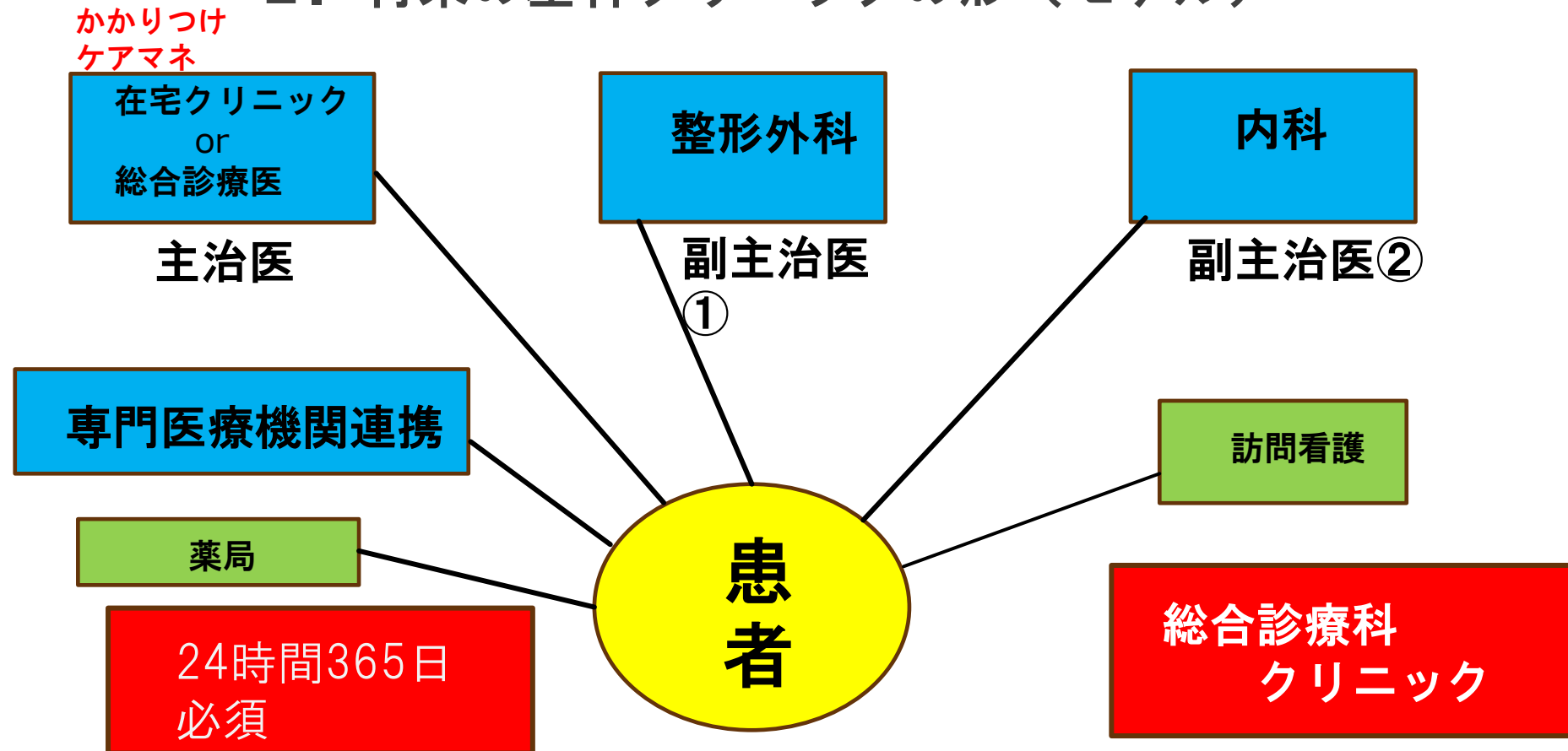
既に1人医師で開業しているクリニックはどうすればよいのか

1. 1人医師で開業している先生方は、将来大型化を視野に！

＜土地に余裕がありドクター2人～3人増やせる＞

- 単科クリニックから大型クリニックへのシフトは2～3年の内に考えても良いのでは。

2. 将来の基幹クリニックの形（モデル）



まとめ

■ 国民皆保険制度は維持できるのか？

**「国民皆保険制度」は、“維持すべき”であり“維持可能”だが今のまま
では“維持できない”（国にお金が無い）
維持するためには**

- ・ 医療・介護の最適化
- ・ 高齢者負担の見直し
- ・ かかりつけ医の制度化
- ・ 若年層への制度理解促進

まとめ

■ 専門性だけでは生き残れない時代

これまでの様に「内科」「整形外科」といった**専門分野のみで勝負するクリニック経営は限界**をむかえつつあります。

理由は以下の通り

- ・ 高齢者の増加→慢性疾患の継続管理や在宅ニーズが拡大
- ・ 医療機関数が飽和・大型化→差別化が必要
- ・ 病院からの患者獲得競争→連携出来る診療所が選ばれる

まとめ

■ 生き残る為の具体的なアクション

戦略	内容
かかりつけ機能の充実	初期診療・健康相談・薬の調整などを積極的に実施
在宅医療への参入	訪問診療や看取り対応を提供し、地域包括ケアの一員としての地位確立
ICT活用・情報共有	電子カルテ連携、LINE・チャットボット、訪問看護ステーションとの連携
地域ケア会議への参加	地域の医療・介護関係者と顔の見える関係を築く
医療と介護の“つなぎ役”	ケアマネ・訪問看護師との連絡体制を構築し、信頼性向上

まとめ

- クリニックの“生き残り”は「かかりつけ＋地域連携」

かかりつけ医が「単なる診療の窓口」から「地域医療のハブ（拠点）」へと進化することで、患者の信頼を得るだけでなく、行政や多職種とのネットワークが築け、継続的な経営基盤を構築できるのではないか。

ありがとうございました

