週刊WEBマガジン
医
Vol.938

医業経営

2026.10.13







医療情報ヘッドライン

医療保険制度改革議論の視点を提示
現役世代の保険料引き下げを目指す

▶厚生労働省　社保審医療保険部会

25年の一般病院数は6,949施設
施設・病床数が減少し病床利用率は上昇

▲厚生労働省

週刊 医療情報

2026年10月9日号
医療クラウド基盤整備へ、国の推進方針

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3月号）

経営情報レポート

地域医療構想における機能と連携
かかりつけ医の新たな役割

経営データベース

ジャンル: 病院機能評価 ＞ サブジャンル:評価項目の解決策
職員の参加率を高める方法
説明と同意を行う範囲

発行:税理士法人　森田会計事務所

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報ヘッドライン ❶

医療保険制度改革 議論の視点を提示 現役世代の保険料引き下げを目指す

厚生労働省　社会保障審議会医療保険部会

厚生労働省は 10 月１日に社会保障審議会医療保険部会を開催。次期医療保険制度改革に関する今後の議論の視点として、「給付と負担の関係（負担減の影響）について丁寧に国民の理解を得ながら、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指し、中期的視点に立って検討を進める」方針を提示した。

高齢者の医療費窓口負担割合の見直しについては、低所得者等の必要な受診が確保されるよう適切に配慮することを前提に、「原則３割となっている現役世代との間で年齢によらない真に公平な応能負担を実現する観点から検討を行う」考えだ。

■外来特例、所得や年齢など窓口負担の抜本的見直しを

厚労省は 25 年秋から、次期医療保険制度改革について医療保険部会で議論を進めてきた。現役世代が急速に減少し、高齢者数がピークを迎える2040 年頃を見据え、制度の持続可能性と現役世代の保険料負担の抑制をどう両立するかが課題となっている。

９月 11 日の医療保険部会では、「現役世代の保険料率上昇抑制、引き下げに向けた取組が必要。先送りにされてきた給付と負担の見直しに関する項目、年齢によらない負担の在り方や給付の適正化、医療提供体制の効率化などを着実に進めるべき」、「高齢者医療費への拠出金の増加によって現役世代の保険料負担は既に限界を迎えている。高齢者の医療費負担について、原則３割負担となっている現役世代との間で年齢によらない能力に応じた負担を徹底していただきたい」といった意見が上がったことを受け、今回、議論の視点のとりまとめに至った。

「高齢者は現役並み所得者の３割負担が７%程度、２割負担は 20%強、年収が 200 万円以下の１割負担が 70%近くという割合で、低所得者や複数疾患を抱えている人が非常に多い」という委員の意見もある。

高齢者の医療費窓口負担割合の見直しにあたっては、必要な受診が確保されるよう適切な配慮措置を講じつつ、外来特例の在り方や、負担割合の区切りとなる所得の見直し、年齢の引き上げなど窓口負担の抜本的な見直しについて、「現役世代の負担軽減の観点から公費負担のあり方とともに総合的に検討を行う」ことを明記した。

また、議論の視点として、国民健康保険等についても言及。保険料水準統一を含む都道府県の役割および保険者機能の強化、市町村の事務負担を軽減する取り組みの検討を進める考えで、被用者保険に比べて保険料負担率が高いという構造的な問題にも留意するとしている。予防・健康づくりの推進、健康保険の被扶養者の在り方、医療 DX の推進、効率的な医療提供体制等についても検討を進める。

■高齢者医療制度に関連する３団体へのヒアリングを実施

今回の医療保険部会では、高齢者医療制度における窓口負担について、日本退職者連合、日本退職公務員連盟、認知症の人と家族の会へのヒアリングも実施した。

「生活を脅かす拙速な制度の変更・窓口負担増は認められない」、「必要とする診療が抑制され、健康被害が生ずることを危惧する」、「介護保険制度改正と時期が重なり家計直撃」という懸念や、年金生活者の負担が過重にならないように十分な配慮が施された高齢者に優しい見直しを求める声が上がった。

医療情報ヘッドライン②

25年の一般病院数は6,949施設 施設・病床数が減少し病床利用率は上昇

厚生労働省

厚生労働省は9月29日、2025年の「医療施設（動態）調査」、「病院報告」の結果を取りまとめ、公表した。25年10月1日現在における活動中の医療施設は17万9,146施設で、前年から499施設減少した。

「病院」は8,001施設で前年から59施設減少、そのうち「一般病院」は6,949施設で54施設減少し、「一般診療所」は10万5,521施設で314施設増加した。

病院の病床数は145万322床で前年から1万9,523床、1.3%減少。病院の1日平均在院患者数は113万4,901人で前年から0.2%増加し、病院の病床利用率は77.9%で前年から0.9ポイント上昇。病院の施設数や病床数は減っているなか、入院患者数はほぼ横ばいで、病床利用率が上昇していることが明らかになった。

■無床診療所は増加し、有床診療所は減少

「医療施設調査」は、全国の医療施設の分布および整備の実態を明らかにするとともに、診療機能を把握するために行われているもの。

25年10月1日現在における全国の医療施設総数は18万1,464施設で、うち「休止中・1年以上休診中」の施設を除いた「活動中の施設」の17万9,146施設（総数の98.7%）について取りまとめている。

「病院報告」は、病院や療養病床を有する診療所における患者の利用状況を把握する目的で、25年に毎月報告された結果が取りまとめられた。

一般診療所の施設数は「有床」が5,160施設（総数の4.9%）で前年から255施設減少。このうち「療養病床を有する一般診療所」は378施設で、53施設減少している。

一方、「無床」は10万361施設（同95.1%）で、569施設増加した。

施設数を開設者別にみると、病院は「医療法人」が5,585施設で病院総数の69.8%を占め、「公的医療機関」が1,175施設（14.7%）と続く。

一般診療所は「医療法人」が4万8,317施設（45.8%）、「個人」が3万8,292施設（36.3%）の順に多かった。また、病床の規模別にみると、病院は「50～99床」が1,953施設（24.4%）と最も多くなっている。

次に病床数をみると、病院のうち「一般病院」は86万8,807床（病院の全病床数の59.9%）で前年から1万921床減少。「精神病床」は31万1,579床（21.5%）で4,568床減少、「療養病床」は26万4,656床(18.2%)で3,865床減少しており、集約化や移行が進んでいる状況がうかがえる。

■一般病床の病床利用率が1．4ポイント上昇

次に病院報告における一般病院の患者数を詳しくみると、「一般病床」では、1日平均在院患者数が65万1,941人となり前年から1.1%増加。また、一般病院の1日平均外来患者数は113万7,056人となり、前年から1.6%減少していた。病院の病床利用率を種類別にみると、「療養病床」は85.4%で前年から0.4ポイント上昇、「一般病床」は74.7%で1.4ポイント上昇している。

平均在院日数は、「一般病床」が前年から0.2日短縮し、「療養病床」は2.7日短縮、「精神病床」では8.7日短縮した。

これらの結果から、病院数や病床数など医療提供体制の規模は縮小し、病床利用率は上昇、入院医療は短期化していることがわかった。

ビズアップ週刊 医療情報
2026年10月9日号
[情報提供]MMPG
（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ）
メディカルウェーブ

医療情報①
厚生労働省
官報告示

医療クラウド基盤整備へ、国の推進方針

厚生労働省は９月 30 日、医療 DX の指針となる医療情報化推進方針（第１期）を官報告示した。電子カルテ情報の共有などのサービスを利用できるクラウド基盤の整備が柱で、対象期間は 10 月１日から 2030 年３月 31 日までの３年半。

厚労省は、全国の医療機関が院内の業務運用に合わせ独自に整備してきた多様なデジタル基盤を共通のルールやプラットフォームで束ね直すことを目指す。

「つながる DX」を実現するため、従来のオンプレミスによる「たこつぼ型」の構造を紡ぎ直し、相互接続が可能なクラウド型の基盤に再構築するとしている。

社会保険診療報酬支払基金を組織改編して 10 月１日に発足する「医療情報基盤・診療報酬審査支払機構」（DX 審査支払機構）がこの方針を受け、達成目標を盛り込んだ３年半の中期計画と年度ごとの計画を作る。

第１期の医療情報化推進方針は以下の３本柱で、それらの基本的な方向性と国や DX 審査支払機構が取り組むことを打ち出した。

▼医療 DX の基盤整備　▼全国医療等情報プラットフォーム　▼医療情報の二次利用

クラウドネーティブ型の電子カルテシステムは 30 年までに普及率 100%を目指す。比較的普及が進んでいる 200 床以上の病院の普及目標は、療養病床が主力の病院を除き「28 年度までに 100%」に前倒しする。

診療報酬改定 DX では、６月に運用が始まった医科・DPC 向けの共通算定モジュールに請求前チェックや請求業務支援の機能を追加する。28 年度の実装を目指す。

医療情報②
四病院団体
協議会

クラウド型の電子カルテ移行「継続支援が必要」

四病院団体協議会（四病協）は９月 30 日に総合部会を開き、医療 DX、専門医研修などについて議論した。部会後の記者会見で日本医療法人協会の伊藤伸一会長は、クラウド型電子カルテ移行への国の支援について、単年度で終わらせず継続的に予算を確保するよう求める意見が出たと説明した。

医療 DX に関する議論では、国が進める電子カルテの全面的なクラウドネーティブ化は困難と

の意見が大勢を占め、基幹部分をクラウド化しても医用画像管理システム（PACS）などはオンプレミス型を残すハイブリッド型が「本来のありよう」との方向で認識を共有したという。

厚生労働省は 2027 年度概算要求で「パッケージ版電子カルテ導入支援」に 121 億円を計上しているが、伊藤会長は更新支援について「単年度ではなく、毎年、概算要求で予算を確保していただきたい」と語った。

大病院では、既存のオンプレミス型を電子カルテ情報共有サービスにつなぐ改修後、クラウド型へ移行する二段階の対応が必要になるとの記者の指摘に対し、「そのように受け止めていただいて結構だ」と答えた。

専門医研修に関して、連携施設での研修期間は「12 カ月以上 18 カ月未満」が 31.3%で最多だった一方、「36 カ月以上」も 5.9%というデータが、医道審議会医師分科会医師専門研修部会で示されている。

これについて伊藤会長は、研修期間は診療科で異なるものの、基幹施設外での研修が長期に及ぶ運用について検討が必要との意見が出たことを報告した。

医療情報③
日本医師会
記者会見

OTC類似薬追加負担、試行の早期実施を要請

日本医師会の松本吉郎会長は 9 月 30 日の記者会見で、OTC 類似薬への保険給付の見直しで医療現場が混乱するのを避けるため国が実施する試行運用について、紙カルテの医療機関から先行して始めるべきだとの認識を示した。

電子カルテの医療機関で試行を始めるにはまずシステムを改修する必要があり、時間がかかるため。松本氏は、可能な限り早期に試行を始めるよう国に要請していることを明らかにした。

健康保険法の改正に伴って 2027 年 3 月 1 日に施行される一部保険外療養では、OTC 類似薬への保険給付を見直し、薬剤費の 4 分の 1 を原則として患者の負担にする。

厚生労働省は 9 月 30 日、見直しの対象にする医薬品 77 成分・1,042 品目のリストなど制度の詳しい運用を公表した。

ただ、同じ医薬品を処方しても使用日数や患者の疾患、処置の内容などによって追加負担の対象外にする細かなルールが規定されることになり、現場の混乱を懸念する声がある。

そのため厚労省は、一部の医療機関で試行運用を行い、対象薬の判定や医師の確認などが円滑に回るかを確かめる。

松本氏はこの日の記者会見で一連の見直しへの受け止めを問われ、「（細かなルールを）まず医療機関で理解することから始めなければならない。それをした上で患者さんにご理解いただくまでに難しい場合も出てくる」と述べた。

週刊医療情報（２０２６年１０月９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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜 粋

最近の医療費の動向
／概算医療費（令和7年度3月号）

厚生労働省　2026年8月28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３月の医療費は 4.3 兆円（対前年同月比　＋3.7%）
- 令和７年度（４月～３月）の医療費は 49.2 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３月の対前年同月比　＋3.9%
- 令和７年度（４月～３月）の対前年同期比 ＋3.3%（令和６年度は、対前年度比 ＋1.1%）

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						75 歳以上	
			被用者保険			国民健康保険	（再掲）未就学者		
				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
10～3月	24.3	13.2	8.1	4.7	2.9	5.1	0.7	9.9	1.2
1月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
2月	3.8	2.0	1.3	0.7	0.4	0.8	0.1	1.6	0.2
3月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
令和７年度　4～3月	49.2	26.5	16.4	9.7	5.8	10.1	1.3	20.3	2.4
4～9月	24.3	13.1	8.0	4.7	2.8	5.1	0.6	10.0	1.2
10～3月	24.9	13.4	8.4	5.0	3.0	5.0	0.7	10.3	1.2
1月	4.1	2.2	1.4	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
2月	3.9	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
3月	4.3	2.4	1.5	0.9	0.5	0.9	0.1	1.8	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						75 歳以上
			被用者保険			国民健康保険	（再掲）未就学者	
				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	25.0	97.4
4～9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.6	48.3
10～3月	19.6	12.9	10.5	9.9	10.2	20.4	12.4	49.0
1月	3.3	2.1	1.7	1.6	1.6	3.4	2.0	8.3
2月	3.1	2.0	1.6	1.6	1.6	3.2	1.9	7.7
3月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.8	3.5	2.2	8.4
令和７年度４～３月	40.0	26.1	21.2	20.2	20.7	41.5	24.8	98.9
4～9月	19.7	12.8	10.4	9.9	10.1	20.6	12.5	49.1
10～3月	20.2	13.3	10.9	10.4	10.6	21.0	12.3	49.7
1月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.7	3.5	1.9	8.4
2月	3.2	2.1	1.7	1.7	1.7	3.3	2.0	7.8
3月	3.5	2.3	1.9	1.8	1.9	3.6	2.1	8.6

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
4～9月	23.7	18.8	9.1	8.1	1.7	4.1	0.4	0.35	9.5	12.2	1.7
10～3月	24.3	19.2	9.3	8.2	1.7	4.3	0.4	0.37	9.7	12.5	1.7
1月	4.1	3.2	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.7	2.1	0.3
2月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.5	1.9	0.3
3月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.06	1.7	2.1	0.3
令和７年度４～３月	49.2	38.9	18.8	16.5	3.5	8.8	0.8	0.82	19.6	25.3	3.5
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
10～3月	24.9	19.6	9.5	8.3	1.8	4.5	0.4	0.42	9.9	12.8	1.8
1月	4.1	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.7	2.1	0.3
2月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.0	0.3
3月	4.3	3.4	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.07	1.7	2.2	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
4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.28
10～3月	12.5	12.2	2.2	8.0	2.0	4.6	0.30
1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
2月	1.9	1.9	0.3	1.2	0.3	0.7	0.05
3月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.4	0.8	0.05
令和７年度　4～3月	24.7	24.1	4.4	15.6	4.0	8.9	0.68
4～9月	12.3	12.0	2.2	7.8	2.0	4.4	0.33
10～3月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.5	0.35
1月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.06
2月	2.0	1.9	0.3	1.2	0.3	0.7	0.05
3月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.4	0.8	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
4～9月	19.1	41.4	43.1	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4
10～3月	19.4	42.1	43.9	10.2	8.5	9.4	12.3	15.6
1月	20.1	42.1	43.8	10.6	8.4	9.6	12.3	16.1
2月	19.7	42.2	44.0	10.4	8.6	9.5	12.3	15.9
3月	19.3	41.9	43.7	10.1	8.7	9.5	12.2	15.6
令和７年度　4～3月	19.9	42.9	44.7	10.6	8.7	9.9	12.2	16.2
4～9月	19.7	42.6	44.5	10.5	8.7	9.7	12.2	16.0
10～3月	20.1	43.1	44.9	10.6	8.8	10.0	12.2	16.4
1月	20.6	43.1	44.9	11.0	8.6	10.1	12.2	16.8
2月	20.1	43.2	45.0	10.6	8.8	9.8	12.2	16.4
3月	20.1	43.3	45.2	10.6	9.0	10.1	12.1	16.4

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の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３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

地域医療構想における機能と連携

かかりつけ医の新たな役割

1. 我が国の医療課題とかかりつけ医の役割
2. 新制度による医療の「見える化」
3. 地域医療連携の先進事例
4. 2040 年を見据えた新たな未来構想



■参考資料

【厚生労働省】令和５(2023)年受療行動調査（概数）の概況、紹介受診重点医療機関について、医療機能情報提供制度について、かかりつけ医機能に関する事例集　他

1

医業経営情報レポート

我が国の医療課題とかかりつけ医の役割

我が国は今、医療のあり方を根本から見直す大きな転換期を迎えています。その中心にあるのが、「かかりつけ医」の役割強化と、「地域医療構想」という未来の設計図です。

これまでの日本では、「風邪をひいても、ちょっとした怪我でも、まずは大きな病院へ」という「病院完結型」の医療が主流でした。これによって、大病院には多くの患者が集中し、長い待ち時間や、医師一人当たりの過重な負担といった問題が深刻化しています。

また、高齢化に伴い、一人の患者が複数の慢性疾患を抱えるケースが増え、それぞれの専門科を個別に受診することで、かえって治療の全体像が見えにくくなるという弊害も生まれています。こうした課題に対応するため、国が目指しているのが「地域完結型」の医療体制、すなわち「地域医療構想」です。

本レポートでは、「かかりつけ医」がどのような役割を担い、「地域医療構想」が私たちの暮らしにどう影響を与えるのか、具体的に解説していきます。

■「かかりつけ医」の定義

「かかりつけ医」と聞くと、「近所の優しいお医者さん」といったイメージを抱くかもしれません。しかし、国がこれから目指す医療体制における「かかりつけ医」の役割は、それだけにとどまりません。

日本医師会・四病院団体協議会では、かかりつけ医を「なんでも相談出来る上，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」と定義しています。

これにより、単に病気を診断し治療するだけでなく、患者の生活背景までを理解し、健康に関するあらゆる相談に応じる「プライマリ・ケア」（病気や怪我をした時に最初に受ける医療）の担い手としての役割が期待されています。

◆かかりつけ医に期待される役割

- **●日常的な診療と健康管理**：風邪などの急な病気から、高血圧や糖尿病といった慢性疾患の継続的な管理まで、幅広く対応する。
- **●多職種連携のハブ機能**：地域の病院、歯科、薬局、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、介護施設などと連携し、患者を中心としたチーム医療の中核となる。
- **●在宅医療の提供**：通院が困難になった患者に対して、訪問診療や往診を行い、住み慣れた自宅での療養を支える。
- **●予防医療と健康相談**：健康診断や予防接種の実施・勧奨、生活習慣に関する アドバイスなど、病気になる前の段階から住民の健康をサポートする。

2 医業経営情報レポート 新制度による医療の「見える化」

これまで曖昧だった「かかりつけ医」の機能が、新制度によって「見える化」されます。それが「かかりつけ医機能報告制度」です。

各医療機関がその機能を明確にすることで、患者は自分に合った医療を主体的に選びやすくなります。そこで本章では、この新制度の具体的な内容と、それがもたらすメリットについて解説していきます。

■ かかりつけ医機能報告制度の概要

「かかりつけ医機能報告制度」とは、特定機能病院と歯科医療機関を除くすべての病院・診療所が、自院の持つ「かかりつけ医機能」について、その有無や具体的な内容を年 1 回、都道府県知事に報告することを義務付ける制度です。

これまで漠然としていた「かかりつけ医」の役割を、具体的な機能として「見える化」し、地域医療の基盤を強化することを目的としています。

この制度は、患者の自由な医療機関選択（フリーアクセス）を制限するものではなく、むしろ、豊富な情報に基づいて、より自分に合った医療機関を主体的に選べるようにするための仕組みです。

◆報告が求められる「かかりつけ医機能」の3要素

①日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
- 幅広い疾患・症状への対応（初診、トリアージ）
- 慢性疾患の継続的な管理、重症化予防
- 患者の受診情報の一元的な把握と服薬管理（ポリファーマシー対策）

②地域における医療・介護の連携機能
- 休日・夜間における対応（自院での対応、連携医療機関との輪番制など）
- 在宅医療・訪問診療の提供
- 地域の専門医療機関や介護サービス事業者（ケアマネジャー等）との連携

③患者・住民の相談等に対応する機能
- 健康診断や予防接種に関する相談・実施
- 保健・福祉サービスに関する相談対応
- 患者への分かりやすい情報提供と、治療計画に関する説明

出典：厚生労働省「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン」等を基に作成

各医療機関は、これらの機能のうち、自院が対応している項目について国のシステムを通じて報告します。報告された情報は都道府県によって集約され、後述する「医療機能情報提供制度」のウェブサイトなどを通じて、住民や患者に広く公表されることになります。

3 医業経営情報レポート 地域医療連携の先進事例

本章では、我が国が目指す「地域完結型」医療を実現している、全国の先進的な連携事例を取り上げます。これらの事例分析を通して、未来の「かかりつけ医」と医療ネットワークを構築する上で不可欠となる視点を明らかにします。

■ クリニック間の連携（グループ診療）事例

一人の医師、一つのクリニックで 24 時間 365 日、全ての医療ニーズに応えることには限界があります。特に、医師の高齢化や後継者不足が課題となる地域では、医師個人の献身に頼らざるを得ないのが現状です。そこで注目されているのが、複数のクリニックが連携して一つの大きな診療所のように機能する「グループ診療」という考え方です。

その代表例が、北海道の「北海道家庭医療学センター（HCFM）」です。これは、個々のクリニックが連携し、地域医療を支える未来のモデルです。

◆北海道家庭医療学センター（HCFM）の地域の特徴を踏まえた取組

●札幌市　栄町ファミリークリニック

- 幅広い年代への包括的な外来診療を提供
- 末期がん患者を含む多様な疾患を持つ患者への訪問診療を実施
- 訪問看護ステーションと連携し、休日夜間を含む 24 時間対応

●室蘭市　本輪西ファミリークリニック

- 外来診療・訪問診療に加え、室蘭市医師会在宅連携システムを構築
- システムの中核医療機関として、開業医と協力し在宅医療体制を強化

●更別村　国民健康保険診療所

- グループ診療による循環型地域モデルで、地域のプライマリ・ケアを担う
- 行政と緊密に連携し、健康増進、予防医療、学校保健、母子保健等を含む医療・介護・福祉ネットワークで中核的な役割を果たす

出典：厚生労働省「かかりつけ医機能に関する事例集」

HCFM は、道内 14 の診療所・病院でグループを構成し、医師が互いに協力する体制を構築しています。例えば、休日・夜間の対応を輪番制にすることで、各医師が休息を確保しながらも、地域住民には切れ目のない医療を提供しています。

また、医師が少ない地域へグループ内の医師を派遣したり、若手医師の研修プログラムを共同で運営したりすることで、医師のキャリア形成を支援し、地域への定着を促しています。これは、グループ内の連携によって地域医療を支える、まさに未来のモデルと言えるでしょう。

4 医業経営情報レポート 2040 年を見据えた新たな未来構想

これまで、我が国の医療が直面する課題と、それに対する新たな制度や先進的な取組について見てきました。最後に、これまでの議論を総括し、2025 年の先、さらにその先の 2040 年を見据えた「新たな地域医療構想」の全体像を明らかにします。

■ 新たな地域医療構想

国は 2040 年にかけて本格化する人口構造の激変に対応するため、先を見据えた「新たな地域医療構想」の検討を進めています。

◆新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

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(医育及び広域診療機能)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

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」

この「新たな地域医療構想」の最大の特徴は、視野の広さにあります。

現行の地域医療構想が主に病院の「病床」の機能分化・連携に焦点を当てていたのに対し、新たな構想では、議論の対象が「外来医療」「在宅医療」「医療・介護連携」「人材確保」といった、地域医療提供体制の全体にまで広がります。

この構想が目指しているのは、「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さらに明確化し、地域の中で医療と介護が完結する体制を構築することです。

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。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：病院機能評価 ＞ サブジャンル：評価項目の解決策

職員の参加率を高める方法

職員の参加率が低い、および欠席者へのフォロー体制が不十分なことについての解決策とは？

■課題

- 全職員を対象に医療安全や感染対策を含めた年間教育計画が立てられているが、参加率が低い。
- 必要性の高い課題の研修を行っているが、医師の参加は低調であり、積極的な参加が望まれる。
- 資料配布などにより、不参加者のフォローが行われているが、さらなる充実を望む。
- 出席できなかった職員へは、院内 Web で資料を閲覧できるようになっているが、欠席者に対する十分なフォローとはなっていない。

■解決策

- 職員が参加しやすいよう、同内容の研修を複数回開催したり、時間外に開催したりするなどの工夫を行っている。
- 医療安全や感染対策は、研修日の予定を早期から公表するとともに、参加を呼びかけ、参加者が増えてきている。
- 参加状況の悪い科は出張講義を行っている。
- 出欠管理システムを導入し、確実な受講につなげ、各研修８割以上受講の希望者には修了証の発行を行っている。
- 医療安全研修や感染管理研修については、研修を DVD 化し、未受講者を対象に研修 DVD を視聴する会を複数回実施し、職員の受講率を高める工夫に取り組んでいる。
- 医療安全と感染防止の研修については、Web研修を利用することで参加の日程と時間が自由に選べる体制をとり、院内職員の参加率は 80%台に上昇した。また、認定看護師や専門職の講義を入れて職員の興味関心の高いものにするなどの工夫に取り組んでいる。
- 欠席者に対しては、ｅラーニングの導入により、研修会の資料や動画を閲覧できるようにし、アンケートや感想の提出を求めている。
- 集合研修に参加できなかった職員のフォロー体制については、各部署で伝達講習を行ったり、レポートの提出を求めたりするなどフォロー体制を強化している。

改善事例では病院の様々な試みを確認できますが、参加率向上の第一歩は、参加状況を年間通じて職員個人別に把握し、その状況が本人にフィードバックされるとともに、院内でしかるべく共有されるしくみがあることでしょう。

参加によるポイントやマイルの付与、参加率の人事考課への反映など、教育・研修会への参加をプラスに評価し、参加のインセンティブを高めるといった工夫も考えられます。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：病院機能評価 ＞ サブジャンル：評価項目の解決策

説明と同意を行う範囲

説明と同意を行う範囲の解決策について教えてください。

説明と同意を行う範囲については、まず病院としての方針を明確にしておくことが重要です。

■課題

- ●説明と同意を行う範囲が明確にされていない。
- ●説明と同意が行われる範囲（例えば侵襲的な検査など）が定められていないので、明確化が望まれる。
- ●説明と同意を行う範囲・同席者についての基準を明確にし同席者の署名を残すことが望まれる。

■解決策

- ●説明と同意が必要な範囲が定められ、患者・家族にわかりやすく説明されている。
- ●説明と同意が行われる範囲は、規定で入院診療計画書・リハビリテーション総合実施計画書・身体抑制・退院計画・侵襲を伴う検査などとされている。

入院診療計画書・リハビリテーション計画書・退院計画書・身体抑制の実施などについては共通認識が得られているとしても、侵襲的検査などは診療科の判断に任せている病院があります。

それらの施設については、実態や問題・課題が他部署に伝わっていないことも考えられます。

医療行為に関する患者への説明は義務であり、同意を必要とする項目は、医師だけでなく看護師や薬剤師など、多職種も把握できることが重要です。一覧表にするなどの工夫をしている病院が多くみられます。

電子カルテ運用病院では、説明と同意の書式が電子化され、一覧から選ぶことができるようになっている病院が多く、適切ですが、別に紙の説明書と同意書が併用され、それらについては各診療科にゆだねられていることがあるので、これらの管理も忘れないようにします。

患者や家族の同意を得て実施すると定めた診療行為について、同意書がもれなく取得されているかどうかは、診療記録の量的点検で評価されます。

週刊 WEB 医業経営マガジン　No.938

【著　者】日本ビズアップ株式会社
【発　行】税理士法人 森田会計事務所
〒630-8247　奈良市油阪町456番地　第二森田ビル 4F
TEL 0742-22-3578　　FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。