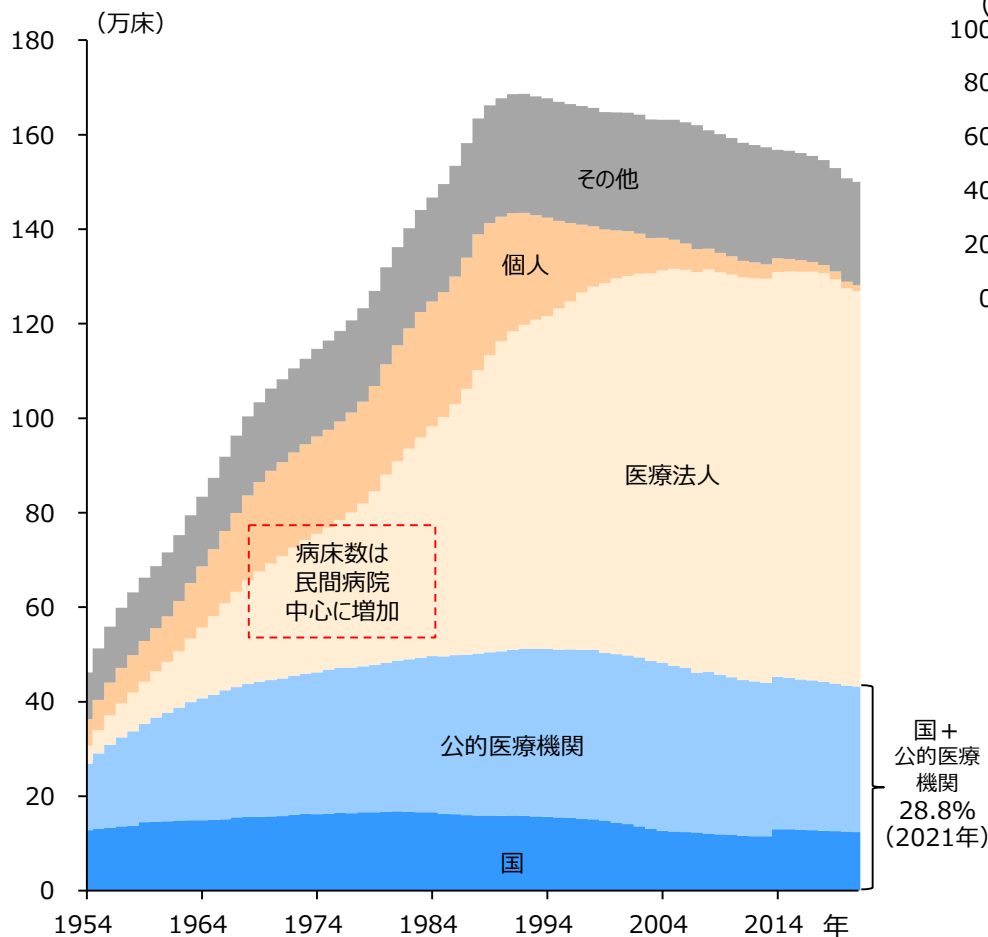


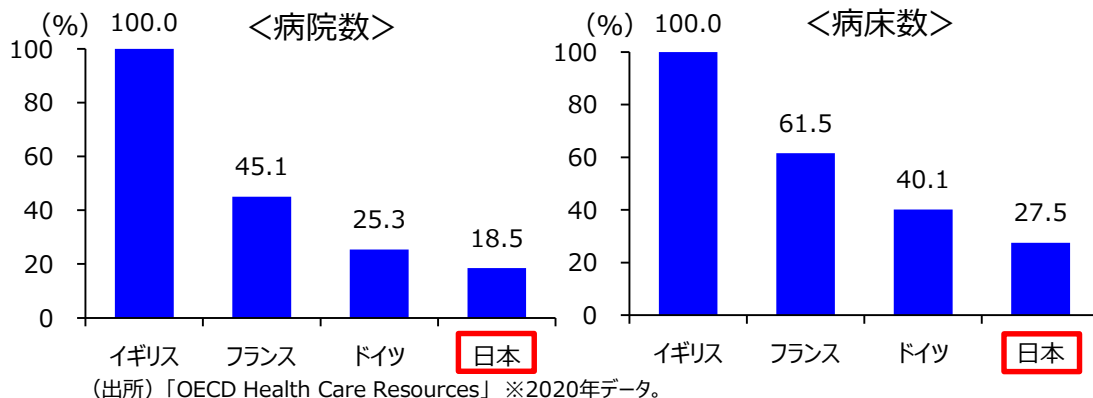
# 医療資源の分散化

○ 我が国の医療提供体制は、欧州各国とは異なり、**個人の開業医が発展した民間病院を中心に整備されてきた**。このことが、国の主導で医療資源の適正配置を進めてきた諸外国とは異なり、**人口当たり病院数・病床数が多く、病院・病床当たりの医療従事者数が手薄となるなど、医療資源が散在する一因となっている**。

## ◆経営主体別病床数の推移



## ◆主要国の公的病院 (Publicly Owned Hospital) の割合



## ◆医療提供体制の国別比較

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人あたり 病床数	人口千人あたり 臨床医師数	人口千人あたり 臨床看護職員数	1床あたり 臨床医師数	1床あたり 臨床看護職員数
		(人口百万人あたり 病院数)	(1病院あたり 臨床医師数)	(1病院あたり 臨床看護職員数)		
日本	27.3 (16.0)	12.8 (65.8)	2.5	11.8	0.2 (37.7)	0.9 (177.7)
カナダ	— (7.7)	2.5 (18.9)	2.7	10.0	1.1 (140.9)	3.9 (515.6)
フランス	8.8 (5.4)	5.8 (44.7)	3.1	10.8	0.5 (69.2)	1.8 (237.5)
ドイツ	8.9 (7.5)	7.9 (36.4)	4.3	13.8	0.5 (117.1)	1.7 (375.3)
イタリア	8.0 (7.0)	3.2 (17.7)	4.0	5.7	1.3 (226.9)	1.8 (327.6)
イギリス	6.9 (6.2)	2.5 (29.6)	2.8	8.1	1.1 (98.8)	3.2 (280.2)
アメリカ	6.1 (5.5)	2.8 (18.8)	2.6	11.9	0.9 (138.6)	4.2 (631.8)

(出所)「OECD Health Statistics 2021」、「OECD.Stat」

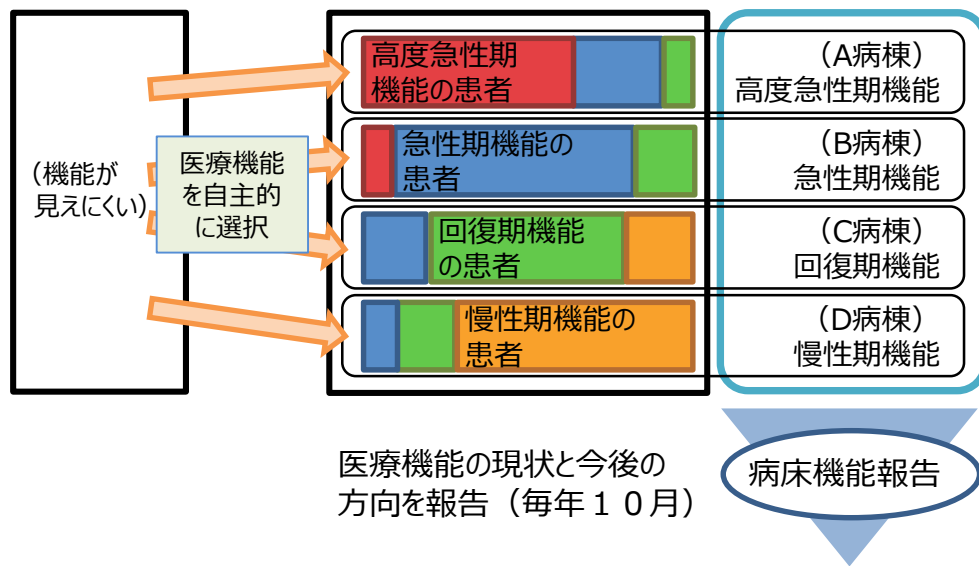
※ 「平均在院日数/急性期」「人口千人あたり病床数/人口百万人あたり病院数」は2019年データ(ただし、一部は2018年データ)。このほかのデータは2018年データ。日本の急性期の平均在院日数について、厚生労働省「病床機能報告」における病院の高度急性期と急性期の許可病床の平均在院日数は11.1。

※ フランス、アメリカの臨床看護職員数は実際に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

# 地域医療構想①

- 地域医療構想は、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施する枠組み。

## ◆ 地域医療構想の仕組み



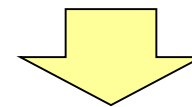
(「地域医療構想」の内容)

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域（二次医療圏が基本）単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

都道府県

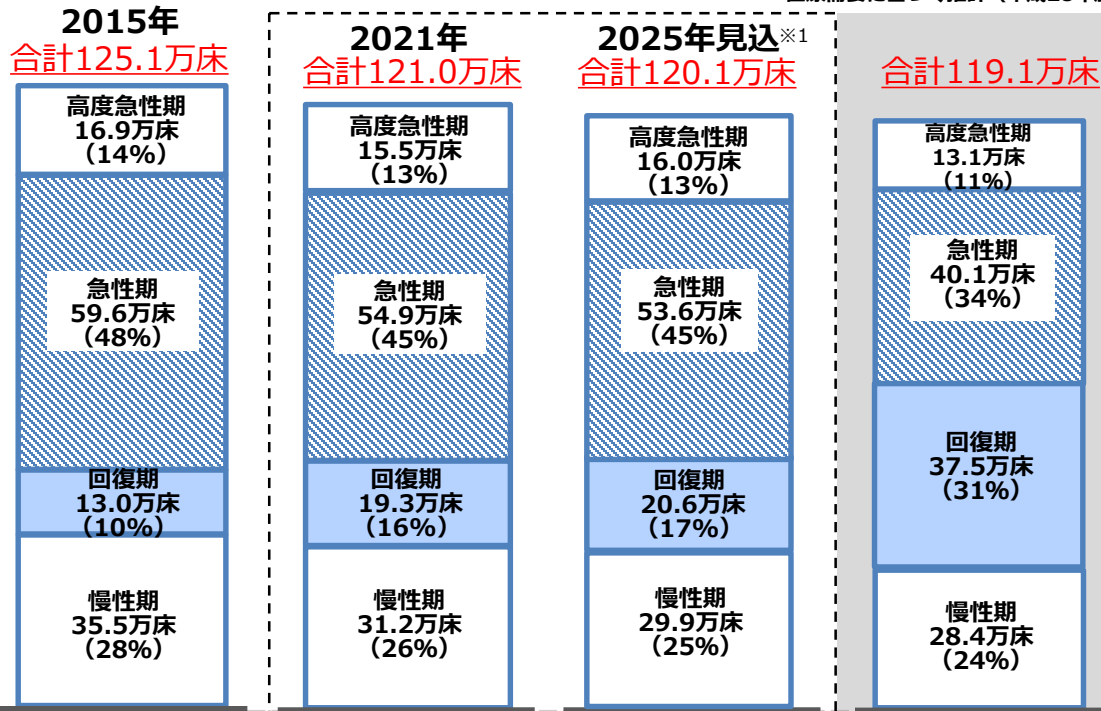
# 地域医療構想②

- 2021年の病床機能報告の結果をみると、2025年時点の医療機能毎の病床の必要量と見込みの間にはギャップがある状態であり、取組の状況は捗々しくない。
- 2022年3月に民間医療機関も含めた検証、見直しを2023年度までに行うよう通知を发出。今後、医療費適正化計画において「病床の機能の分化及び連携の推進」を必須記載事項とすることや都道府県の責務の明確化等について必要な法制上の措置を行うこととしている。

2015年度病床機能報告  
(各医療機関が病棟単位で報告)

2021年度病床機能報告  
(各医療機関が病棟単位で報告)

地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の  
医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)  
※4



## ◆経済財政運営と改革の基本方針2021 (令和3年6月18日) (抄)

都道府県が策定する都道府県医療費適正化計画・・・において「医療の効率的な提供の推進」に係る目標及び「病床の機能の分化及び連携の推進」を必須事項とする。

## ◆経済財政運営と改革の基本方針2022 (令和4年6月7日) (抄)

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、・・・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。

## ◆地域医療構想の進め方について (厚生労働省事務連絡 令和4年3月24日) (抄)

### 1. 基本的な考え方

今後、各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が2023年度までかけて進められる際には、各地域で記載事項追加(新興感染症等対応)等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。

### 4. 検討状況の公表等

検討状況については、定期的に公表を行う。

(出所) 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数。

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要。

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある。

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計。

## ◆地域医療構想に係る対応方針を「再検証中」の医療機関の状況(複数回答可) [第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料(令和3年4月)]

再検証対象の436医療機関のうち、令和3年10月時点で「検証中」の237医療機関※では

- ✓ 医療機関としては既に検討済(調整会議の場で議論していない): 87医療機関
  - ✓ 新型コロナの経験を踏まえ検討中: 92医療機関
  - ✓ 新型コロナ対応のため検討困難: 54医療機関
  - ✓ それ以外の理由で検討困難: 16医療機関
- ※残り199医療機関は、合意済、再検証結果に基づき措置済又は再検証対象外となった医療機関

※新型コロナ以外の理由で検討が困難な主な理由

- ・圏域内の医療機関において再編統合の検討が続いており、具体的対応方針が未策定であること
- ・国の公的医療機関の見直しの状況を踏まえる必要があること

# かかりつけ医機能の制度整備の必要性

## (1) 超高齢化を見据えて国民に強いニーズ

- 今年から団塊世代が後期高齢者となり、複数の慢性疾患を持つ高齢者がさらに増加。今後が高齢期を迎える中高年を含めて、その状態にあった医療を受けるために、身近な地域において、休日、夜間を問わず、一般的な健康問題をはじめとする日常的な相談に応じ、継続的、診療科横断的に患者を診るとともに、適切な他の医療機関を紹介する機能は、国民に強いニーズ・関心。

## (2) 新型コロナ感染拡大が契機

- 新型コロナ感染拡大の中で、普段通っていた医療機関で新型コロナに対応してもらえない事態が多く発生。当初は発熱外来である旨の公表も進まなかった。  
⇒ 必要な医療が必要なときに受けられる重要性が幅広く国民に認識された。

## (3) 地域における役割分担を機能させるために不可欠

- ① 2014 年以來、入院機能については、主に急性期、回復期病床の機能分担を各地域で再構築するために目標値を定めた「地域医療構想」が進められている。
- ② 2013 年以降、医療計画に在宅医療が位置づけられ、「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「退院支援」「看取り」が在宅医療の提供のために必要な医療機能として求められている。
- ③ 介護保険制度の発展の中で、「地域包括ケア」、すなわち、可能な限り最期まで住み慣れた地域で暮らしつつ、医療・介護などの提供を受けられるよう、地域の関係者が連携してサービス提供する姿を目指している。 ⇒ 必要な医療が必要なときに受けられる重要性が幅広く国民に認識された。

↓

- ・ ①②を機能させるためには、患者に身近な地域で、回復期病床の延長線上で、患者を継続的に観察できる中小病院・診療所が必要。
- ・ ①を機能させ、急性期病院を入院医療に集中させるためには、患者に身近な地域で、ある程度の診療を行い、必要に応じて、急性期病院に紹介を行う診療所等が必要。
- ・ ③を機能させるためには、患者に身近な地域で、介護関係者と連携して、継続的・横断的に診療を行う診療所等が必要。

## (4) 医療資源の有効活用

- 今後、2040 年ごろにかけて都市部を中心に、高齢者の人数の増加、医療従事者の不足が予想され、限られた医療資源について役割分担を徹底させることは不可欠。上記①～③に加えて、「かかりつけ医機能」を強化するための制度整備は不可避。



# かかりつけ医機能に関する定義・関連制度

- かかりつけ医機能に関して、2013年に社会保障制度改革国民会議報告書の中において、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」フリーアクセスを守るため、緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及が必須とされた。同時期に、日本医師会及び四病院団体協議会もかかりつけ医機能についての合同提言を行い、以来、関係者におけるかかりつけ医機能の概ねのイメージは共有されてきたといえる。
- 医療機能情報提供制度においても、かかりつけ医機能が定義され、合同提言も踏まえた機能が示されたが、同制度については医療機関の一方的な報告のみに基づくものであり、医療機関を選ぶ基準として十分に機能しているとはいえない。

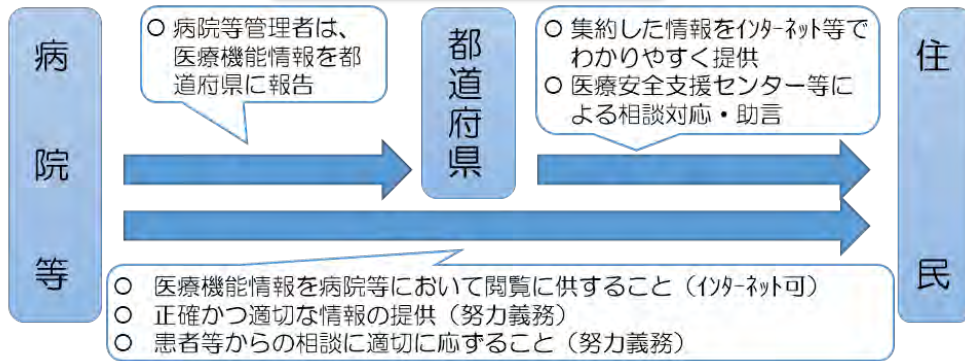
## ◆ かかりつけ医機能（日本医師会・四病院団体協議会 合同提言 2013年8月8日）

- ・ 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。

## ◆ 社会保障制度改革国民会議報告書 2013年8月6日

患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須（以下略）

## 医療機能情報提供制度



医療法施行規則（省令）別表第一第二の項第一号イ(13)(地域医療連携体制)  
(iii) 身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの（以下「かかりつけ医機能」という。）

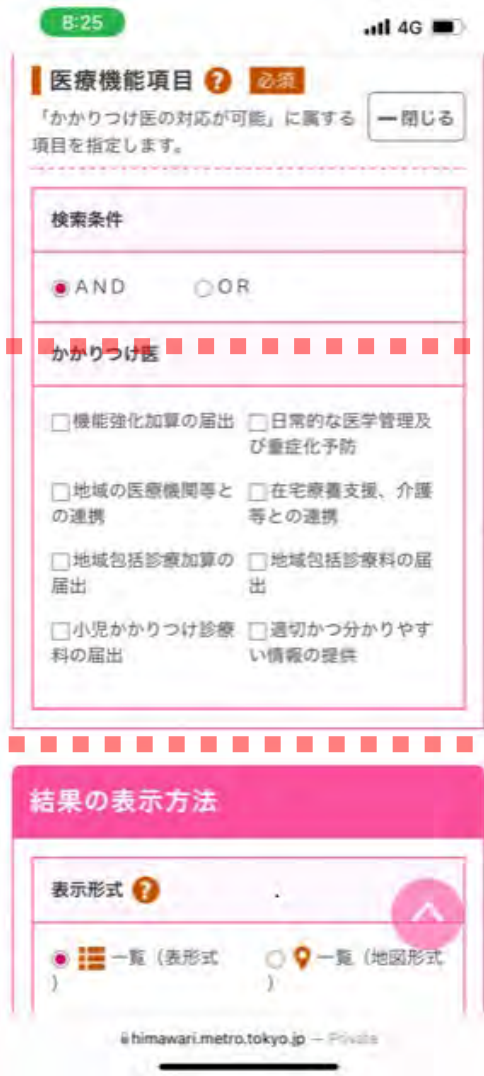
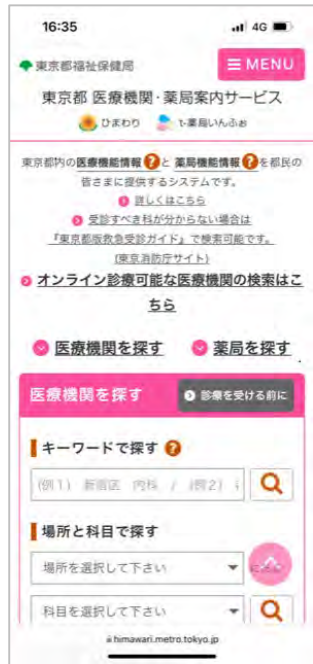
【医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院、診療所又は助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項の内、厚生労働大臣の定めるもの（告示）】

第十七条 規則別表第一第二の項第一号イ(13)(iii)及びロ(13)(ii)に規定する厚生労働大臣が定める身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能は、次のとおりとする。ただし、病院については、第五号に掲げるものを除く。

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| 一 日常的な医学管理及び重症化予防 | 五 地域包括診療加算の届出   |
| 二 地域の医療機関等との連携    | 六 地域包括診療料の届出    |
| 三 在宅医療支援、介護等との連携  | 七 小児かかりつけ診療料の届出 |
| 四 適切かつ分かりやすい情報の提供 | 八 機能強化加算の届出     |

# (参考) 東京都の医療機能情報提供制度

検索画面  
(個別項目で検索可)



結果表示画面  
(地図表示可)





# かかりつけ医機能に関する診療報酬上の扱い

- **かかりつけ医の機能強化に向けては、2014年度診療報酬改定における地域包括診療料・地域包括診療加算の創設以来、診療報酬上の評価が先行してきた。**
- **しかし、算定回数少なさを理由に算定の対象拡大が優先されることで、算定要件が相次いで緩和され、かかりつけ医機能の強化という果たすべき政策目的と診療報酬上の評価がますますかけ離れることとなった。**
- **特に、2018年度診療報酬改定で創設された機能強化加算については、本来は初診患者の中でもより継続的な管理が必要な疾患を有する患者への算定が期待されながらも、算定の実態がまったく異なっており、外来機能の分化につながっていないことが指摘されている。**

## ◆かかりつけ医機能に係る評価の経緯

2014年度改定	○ <b>地域包括診療料・地域包括診療加算の創設</b> →複数の慢性疾患を有する患者に継続かつ全人的な医療を行うことについて評価
2016年度改定	○地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の緩和 → <b>診療所における医師の配置基準を緩和</b> <改定内容説明資料> 「地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す」
2018年度改定	○地域包括診療料・地域包括診療加算の <b>医師配置基準の緩和、24時間対応要件の緩和</b> 、在宅への移行実績を評価 <改定内容説明資料> 「かかりつけ医機能を <b>推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和</b> と在宅への移行実績を評価」 ○ <b>機能強化加算を創設</b> →かかりつけ医機能に係る診療報酬の届出を行っている医療機関について初診における診療機能の評価
2020年度改定	○地域包括診療加算の <b>時間外の対応にかかる要件を緩和</b> <改定内容説明資料> 「地域においてかかりつけ医機能を担う <b>医療機関の評価を推進する観点から</b> 、地域包括診療加算の施設基準のうち時間外の対応に係る要件について、複数の医療機関による連携により対応することとしてもよいこととする」
2022年度改定	○ <b>機能強化加算の厳格化</b> →算定要件とする他の診療報酬点数の届出について、算定実績がない場合の評価の厳格化  ※令和3年12月22日大臣合意事項(財務大臣・厚生労働大臣) 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し

## 機能強化加算（80点）2018年度改定で創設

地域包括診療加算等、かかりつけ医機能に係る診療報酬の届出を行っている医療機関について、地域におけるかかりつけ医機能として健康管理に係る相談や夜間・休日の問い合わせへの対応等を行っていることを掲示しているなど、一定の施設基準を満たす場合に、初診を評価するもの。

## 健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」2019年8月

- 分析の結果、複数の医療機関から同加算を算定されている患者が一定数存在するほか、同加算を算定された患者群と算定されなかった患者群の間で80点の加算に見合う効果が見取れない状況である。
- 機能強化加算届出の医療機関(内科標榜)を複数受診した患者のうち、約6割は2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定されている。
- 同加算の算定患者群は非算定患者群と比べて、傷病構成がほぼ同等で、傷病名トップは両群とも年齢層に関係なく「急性気管支炎」であった。
- また、施設基準さえ満たしていれば初診患者に一律に算定できるため、以下の通り同加算が本来対象とすることが想定される患者像とは異なる患者層への算定が大半であり、算定要件等の見直しが急務である。
- 分析期間の6カ月の間に、算定患者の6割は受診回数が1回のみで、再診がなかった。
- 同加算の算定レセプトのうち高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれかを有するレセプトは5%に満たなかった。

<機能強化加算届出あり施設で同加算を1回以上算定した患者>  
実患者の出現率上位の傷病名(受診回数別)

順位	受診回数 1回		受診回数 2回	
	傷病名	出現率	傷病名	出現率
1	急性気管支炎	8.4%	急性気管支炎	6.9%
2	急性上気道炎	7.0%	急性上気道炎	5.2%
3	アレルギー性鼻炎	5.0%	アレルギー性鼻炎	4.8%
4	急性咽頭炎	3.3%	気管支喘息	2.7%
5	咽頭炎	2.5%	急性咽頭炎	2.5%
6	気管支喘息	2.4%	咽頭炎	1.8%
7	急性胃腸炎	1.7%	湿疹	1.4%
8	急性胃炎	1.6%	糖尿病	1.4%
9	気管支炎	1.4%	肝機能障害	1.4%
10	嘔吐症	1.4%	急性胃腸炎	1.3%

複数医療機関受診患者の機能強化加算の算定状況

区分	実患者数	構成割合
2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定された患者	28,492	57.6%
1つの医療機関からのみ機能強化加算を算定された患者	21,012	42.4%
計	49,504	100.0%

<機能強化加算届出あり施設>

3傷病名の機能強化加算が算定されたレセプト件数

傷病名	レセプト件数	全体に占める割合
下記3傷病のいずれか	57,782	4.8%
高血圧症	18,066	1.5%
糖尿病	32,462	2.7%
脂質異常症	28,848	2.4%
総レセプト件数	1,192,831	

(出所) 健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」

## (参考) 各国かかりつけ医制度の比較

	イギリス	フランス	ドイツ	日本
保険制度	9割を占める公的（税財源）および1割の民間自費医療サービスが両立	公的皆保険（民間保険は二階建て部分をカバー）	皆保険。公（90%）および民間医療保（10%）の両立（公的保険は選択可能）	公的皆保険
外来患者自己負担	公的は原則無料（処方箋料等の少額負担あり）	3割負担（償還式）	原則無料（2013年より自己負担廃止）	原則3割負担（自己負担額の上限あり）
登録制の有無（法的義務含む）	有（登録診療所のみ受診可）	有（かかりつけ医を登録する制度はあるが、紹介状なしに他の医師を受診することができる）	無（法的義務はないが、90%がかかりつけ医を持つ）	無
登録制開始	1948年	2004年	2008年	—
登録医の資格	家庭医（GP）のみ	専門医も可能（研修なし）	州家庭医団体への登録および州医師会の研修を受けることが条件	—
登録医の選択	居住エリア診療所から選択（近年緩和される方向）	地理的制約なし	地理的制約なし	—
支払い方式	人頭・出来高・成果報酬の混合（人頭5割以上）	出来高中心	家庭医に対する報酬は包括報酬中心	出来高中心
近年の変化	家庭医（GP）診療所の大規模化や連携、プライマリケアのオンライン化が進展	疾病管理プログラムの施行	州毎のばらつきは大きいですが、国全体では家庭医中心診療は穏やかに増加傾向（2016年で国民全体の5%）	—

（出所）中央社会保険医療協議会 総会（第346回）厚生労働省提出資料（平成29年2月22日）を編集。



# 患者データの集約・活用

- マイナンバーカードを健康保険証として活用することにより、すでに、過去の診療・投薬の履歴を患者や担当医が参照することが可能となっている。
- このように患者のデータを集約して担当医がそれに基づいて幅広い相談・診療を行うことは、医療の質の向上にとって不可欠。様々な普及策を通じて、マイナンバーカードの健康保険証活用を広げていく必要がある。



診療/薬剤情報・特定健診等情報の閲覧について、患者の同意の有無をマイナンバーカードを用いて確認

医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者等が診療/薬剤情報・特定健診等情報を閲覧

<閲覧イメージ：薬剤情報一覧>

薬剤情報									
氏名	厚労太郎		性別	男	年齢	50歳			
診療年月日	処方日	処方回数	処方内容	処方単位	処方回数	処方日	処方回数	処方内容	処方単位
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸200mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸200mg	2錠
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠
10月 処方	5日	-	内服	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠	10月 17日	1回	アセチルサリチル酸12.5mg	2錠

薬剤情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能  
 (※資格確認等システムの環境設定で診療情報表示をしない場合には、薬剤情報のみを表示)

<閲覧イメージ：特定健診情報一覧>

特定健診情報						
氏名	厚労太郎		性別	男	年齢	50歳
身体計測	身長	170.8	血中脂質検査	中性脂肪	140	
	体重	63.6		HDLコレステロール	125	
	腰囲	79.5		LDLコレステロール	154	
	BMI	21.8		空腹時血糖	97	
血圧等	血圧	67~106	血糖検査	HbA1C	5.1	
	GOT(AST)	23		随時血糖	120	
肝機能検査	GPT(ALT)	22	血清学検査	CRP	0.07	
	LDH	160		RF定値	3未満	

特定健診等情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

<閲覧イメージ：診療/薬剤情報一覧>

診療/薬剤情報						
氏名	厚労太郎		性別	男	年齢	50歳
受診歴						
医療機関名	受診歴					
Aクリニック	21年12月 21年11月 21年10月	21年12月 17日	入外	診療 種別	診療行為名/医薬品名	
Bクリニック	21年10月 21年9月			外来	医学管理 検査管理 T-M (他種処方) 病理診断科	
C病院	21年11月 21年7月			F薬局 調剤	1. センソシド錠 1.2mg「サウイ」 【1日1回夕食後】 2. オルケディア錠 1mg 【エボカルセト】 【1日1回夕食後】	

診療情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能