

基調講演



基調講演

公益社団法人 日本医師会 会長

まつもと きちろう
松本 吉郎

生年月日 昭和29年8月1日（山口県生まれ）

学歴等

昭和55年3月26日	浜松医科大学医学部卒業
昭和60年7月	日本皮膚科学会皮膚科専門医
昭和61年4月	日本形成外科学会形成外科専門医
平成12年9月	日本医師会産業医
平成29年4月1日	社会医学系専門医・指導医

主な経歴

自昭和63年4月 至現在	(医) 松本皮膚科形成外科医院理事長・院長
-----------------	-----------------------

自平成8年4月 至平成18年3月	大宮医師会理事
自平成18年4月 至平成26年6月	大宮医師会副会長
自平成22年4月1日 至平成23年3月12日	埼玉県医師会理事
自平成23年4月21日 至平成26年6月18日	埼玉県医師会常任理事
自平成26年6月 至平成30年6月25日	大宮医師会会長
自平成26年6月28日 至平成28年6月25日	日本医師会代議員
自平成28年6月25日 至令和4年6月25日	日本医師会常任理事
自令和4年6月25日 至現在	日本医師会会長

自平成29年7月12日 至令和3年10月29日	厚生労働省「中央社会保険医療協議会」委員
----------------------------	----------------------

賞罰 平成27年4月 藍綬褒章

医療関連サービス振興会第32回シンポジウム
(2023年2月3日)

医療を取り巻く現状と課題

～働き方改革の現状と地域への影響～

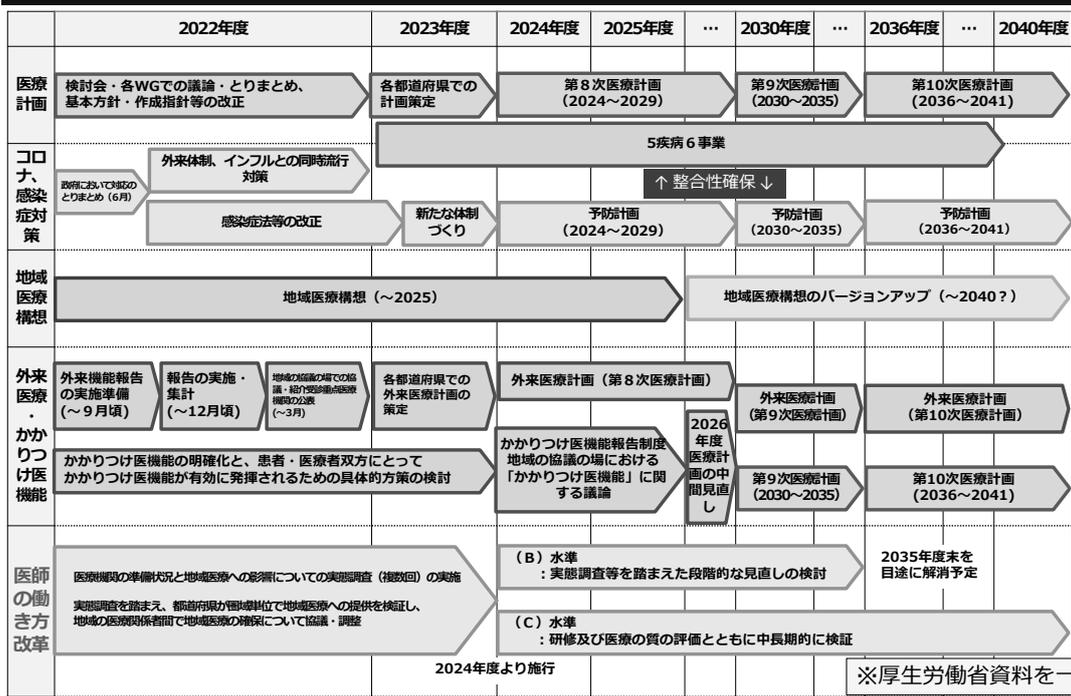
 **日本医師会**
会長 **松本吉郎**



“2024年”とその先の将来に向けて
いずれも密接にかかわり合うが、どれかを優先して他を犠牲にすることはできない。それぞれ丁寧に取り組んでいく必要がある。



医療提供体制改革に係る今後のスケジュール



2024年度より施行

※厚生労働省資料を一部改変

医療を取り巻く現状と課題

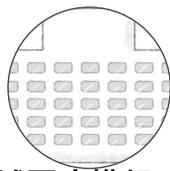
～働き方改革の現状と地域への影響～

1. 地域医療構想、外来医療機能、地域における面としてのかかりつけ医機能と「医師の働き方改革」
2. 医師の働き方改革の今
3. 働き方改革からみた医療関連サービスへの期待

1. 地域医療構想、外来医療機能、 地域における面としてのかかりつけ医機能と 「医師の働き方改革」

4

地域医療構想、外来医療機能、地域における面としてのかかりつけ医機能と 「医師の働き方改革」



地域医療構想

2025年までの病床機能
収れん

2040年へのバージョン
アップ



外来医療機能

医療ニーズの変化

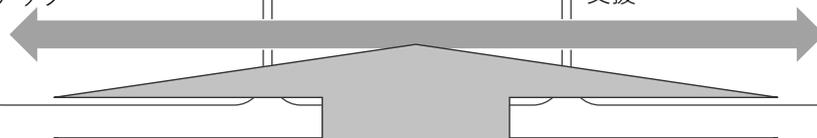
紹介受診重点医療機関
と地域連携



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

医療界の取組と公的な
支援



- 地域で不足する医療機能の手当
- 医療機関間の役割分担
- 新規開業と医師会活動への参加

医師の働き方改革

- 紹介外来と地域連携
- 医療のかかり方、住民にかかりつけ医を持っていただく 5

(1) 地域医療構想について

団塊世代の全ての方々が75歳以上となる“2025年”に向け、今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、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、医療機関の機能分化・連携を進めていくもの。

↓
 コロナ禍は、各医療機関の役割を見直す機会となった。他方、人口変動や医療ニーズの変化は、2025年以降も続く。



各地域の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、「地域医療構想」として策定。

毎年、各医療機関が現状と今後の方向性を「病床機能報告」で報告。都道府県は、それをネットなどで公表して「見える化」。

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。

各医療機関において、各種データや調整会議での協議を踏まえ、病床機能の維持・転換、人材確保などを実施

6

地域医療構想 現在の方向性

令和4年11月28日 第93回社会保険審議会医療部会 資料3-3

2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

7

コロナ後の地域医療構想、“2025年”以降の地域医療構想

厚生労働省 第8次医療計画等に関する検討会（12月28日） 意見のとりまとめ（抜粋）

- 新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。
- 感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。特に再検証対象医療機関については、これまでの方針に従って確実に取組を行う。
- 具体的には、都道府県は、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、対応方針の策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況を分かりやすく公表を行うこととする。
- さらに、病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、適正な病床機能報告に基づき、当該構想区域の地域医療構想調整会議の意見を踏まえ、病床が全て稼働していない病棟等への対応など必要な方策を講ずることとする。（略）
- なお、現在の地域医療構想は、2025年までの取組として進めているが、第8次医療計画期間中に2025年を迎える。地域医療構想により、病床の機能分化・連携が一定進んできていることに鑑みれば、2025年以降も地域医療構想の取組を継続していくことが必要と考えられ、その在り方については、今後、中長期的課題について整理し、検討する。

8

今後の地域医療構想

地域医療構想については、新型コロナ禍で顕在化した課題も含めて中・長期的課題を整理し、以下の取組について検討を深めることが必要である。

- 現在は2025年までの取組となっているが、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある。
- このため、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化するとともに、これまでの地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進（急性期～回復期～慢性期）に加え、在宅を中心に入退院を繰り返す、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。
- こうした基本的考え方を実現するための改革として、①かかりつけ医機能が発揮される制度整備や、②医療法人制度の見直し（医療法人の経営情報データベース構築、地域医療連携推進法人の活用促進、認定医療法人制度の継続）を行う。

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(令和4年12月28日社会保障審議会医療部会)

9

地域医療構想と、医療機能の「集約化」

- これから起こる人口変動やコロナ対応を踏まえ、各地では、急性期機能の集約も考えられる。
他方、集約化は、急性期医療へのアクセス制限にもつながる。
- 日本医師会として、国の一律の方針ではなく、あくまでも、地域医療構想調整会議での協議によって、各地の実情に応じた体制を構築する仕組みを堅持してまいる。
- そうした仕組みによってこそ、「集約化」と、地域に密着して入院患者の受入や在宅療養支援を担う医療機関を確保する「分散化」とは、バランスを持って図られると考えている。

2022年6月日本医師会代議員会答弁より 10

(2) 外来医療機能

- ・紹介受診重点医療機関
- ・外来医師の偏在

医療需要の変化 外来患者数のニーズはすでにピークに、在宅患者数はこれから

外来のニーズ

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎える見込み。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217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。

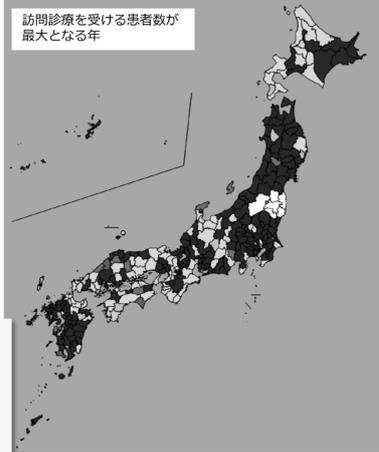


凡例

- : 2015年以前に最大
- : 2020年に最大
- : 2025年に最大
- : 2030年に最大
- : 2035年に最大
- : 2040年以降に最大

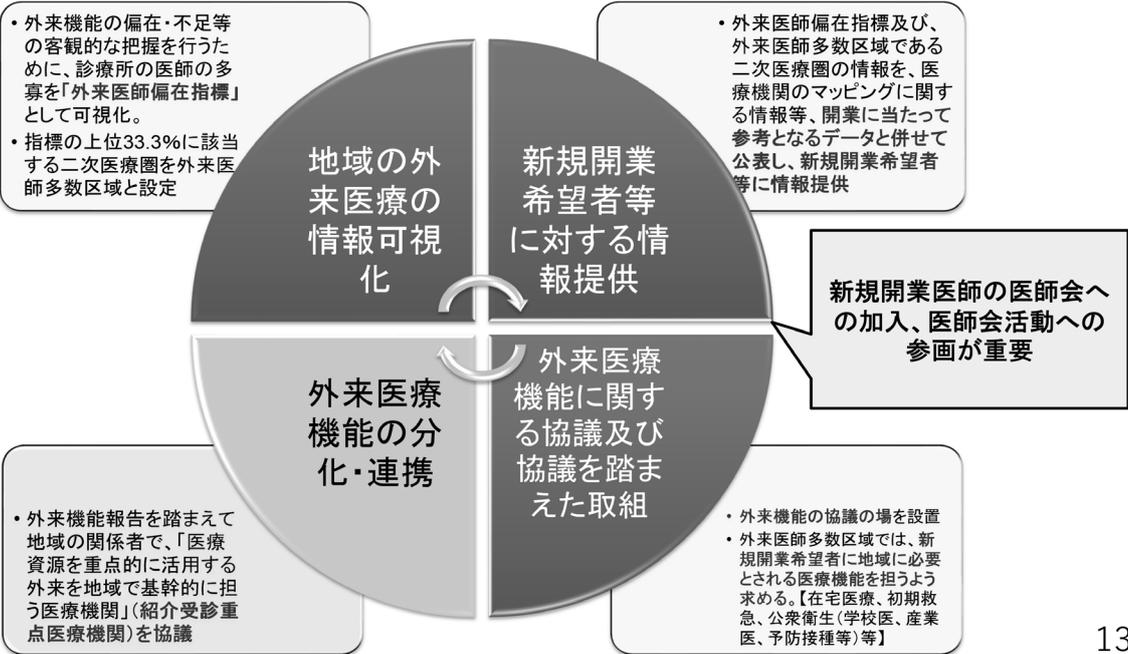
在宅医療のニーズ

- 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203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。



- ・ 大都市圏では人口あたりの診療所数が、地方に比べて多い。また、地域によっては、診療所の専門分化が進んでいる。
- ・ 診療所だけでなく、地域密着の中小病院も外来を支えている。
- ・ 医療ニーズが変わっていく中で、地域の外来医療体制の「見える化」、新規開業医師への情報提供、医療機能の分化と連携などについて考えていく計画が、「外来医療計画」。

外来医療計画（主な事項）



外来医師偏在指標を活用した取組について

- 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、策定した外来医療計画は、住民に対しわかりやすく周知するほか、取組の実効性を確保する観点からは、金融機関等へ情報提供を行うことが重要である。
- さらに、外来医師多数区域以外や新規開業者以外においても、地域の実情に応じて、地域で不足する医療機能を担うよう求めることができることとする。（略）
- 地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める観点から、都道府県は、地域で不足する医療機能（夜間・休日の診療、在宅医療、公衆衛生等）について、具体的な目標を定め、達成に向けた取組の進捗評価に努めることとする。また、救急医療や在宅医療の施策との連携が考えられるほか、学校医の確保については都道府県等の教育委員会との連携も重要である。
- 外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域の医師会や市町村と情報共有する等、フォローアップを行う。

医師会の組織力、地域での活動の充実・強化が重要

地域での外来機能に関する協議、新規開業医の医師会への加入、初期救急など医師会活動の充実

（参考）定額負担の対象病院拡大について

医療保険部会資料(一部改)(令和2年12月23日)

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、新たに「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を、地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。**

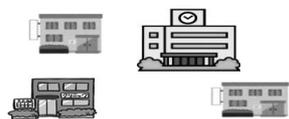
病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

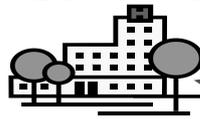
外来医療機能の明確化

かかりつけ医機能を担う医療機関



かかりつけ医機能の強化
(好事例の収集、横展開等)

紹介受診重点医療機関 (紹介患者への外来を基本とする医療機関)



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革



外来機能報告、「地域の協議の場」での協議、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

〈「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 (悪性腫瘍手術の前後の外来 など)
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 (外来化学療法、外来放射線治療 など)
- 特定の領域に特化した機能を有する外来 (紹介患者に対する外来 など)

紹介受診重点医療機関について

第8次医療計画等に関する検討会
(令和4年9月9日) 資料1(抜粋)

- 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。
 - ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
 - ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

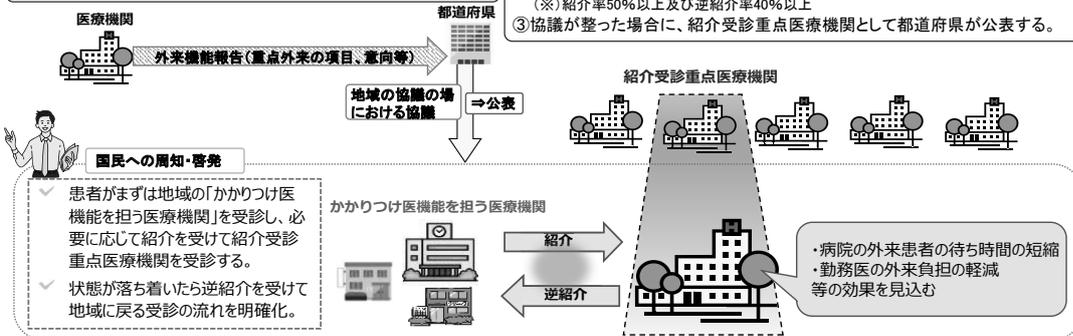
※紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

- 「医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)」等の実施状況
 - ・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

- ① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にして協議を行う。
(※)初診に占める重点外来の割合40%以上
再診に占める重点外来の割合25%以上
- ② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
(※)紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



手挙げの上、地域の関係者で協議

国の基準を満たさなくても手挙げは可能。

高次・専門医療機関とかかりつけ医機能

- 「医療資源を重点的に活用する外来」を、地域で基幹的に担う医療機関（＝「紹介受診重点医療機関」）が、これから各地で決められる。
 - ・ 「紹介受診重点医療機関」は各病院（有床診療所、無床診療所）の中から、基本的には手挙げて選ばれる。
 - ・ 地域医療構想調整会議で、手を挙げた医療機関について、国の基準も参考にしながら協議を行った上で、都道府県が「紹介受診重点医療機関」を公表する。
- 「紹介受診重点医療機関」と役割分担や連携を担う医療機関という観点からも、かかりつけ医機能が議論の対象

18

（３）地域における面としてのかかりつけ医機能

19

日本医師会定例記者会見(2022年11月2日)



松本吉郎会長は11月2日の定例記者会見で、かかりつけ医機能に関する日本医師会の考えとして、このほど取りまとめた、「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)」を公表した。



定例記者会見(2022年11月2日) 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) —松本吉郎会長
 公益社団法人 日本医師会公... チャンネル登録 6800人

日本医師会 日医-on-line 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)」(令和4年11月2日) <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/010907.html>
 日本医師会 日医ニュース(令和4年11月20日)1面「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)を公表」 <https://www.med.or.jp/nichiionline/paper/pdf/n1468.pdf>
 日本医師会 公式YouTubeチャンネル(令和4年11月2日)「定例記者会見(2022年11月2日)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) —松本吉郎会長」 https://youtu.be/NOLAtfxTu_Q

20

国民・患者のために

日本医師会は、かかりつけ医機能研修制度を実施するなど、これまで一貫して「かかりつけ医の普及」に取り組んできた。

大切なことは、国民・患者に良質で安心できる医療を提供していくことである。

医師と国民・患者の間で平時から身近で頼りになる関係を作ることが重要である。

医師(医師会・医療界)自身が変わっていかなければならないことがあるのであれば積極的に受け止め、国民・患者が相談しやすい環境整備に向けて真摯に取り組み、改革を進めていく。

21

かかりつけ医の定義(日医・四病協合同提言より)

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。

*日本医師会・四病院団体協議会「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)3・4頁
<https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130808.pdf>

かかりつけ医機能の定義(日医・四病協合同提言より)

「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。

*日本医師会・四病院団体協議会「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)4頁
<https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130808.pdf>

日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

平成28年4月1日より実施

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



【研修内容】

基本研修	応用研修	実地研修
日医生涯教育認定証の取得。	日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および都道府県・郡市区医師会が主催する研修等の受講。 <i>規定の座学研修を10単位以上取得</i>	社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。 <i>規定の活動を2つ以上実施（10単位以上取得）</i>

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行（有効期間3年）。

日医かかりつけ医機能研修制度 現在の進捗状況(令和4年11月現在)

応用研修受講者数(延べ人数)合計: 57,372名

第1期	H28年度受講者: 9,391名 (研修開催回数: 日医中央研修1回、22都道府県42回) H29年度受講者: 9,712名 (研修開催回数: 日医中央研修1回、27都道府県47回) H30年度受講者: 10,609名 (研修開催回数: 日医中央研修1回、31都道府県46回)	第1期 合計: 29,712名
第2期	R元年度受講者: 9,361名 (研修開催回数: 日医中央研修1回、30都道府県53回) R2年度受講者: 6,571名 (研修開催回数: 43都道府県138回 ※日医中央研修未開催) R3年度受講者: 6,296名 (研修開催回数: 日医中央研修3回、26都道府県68回)	第2期 合計: 22,228名
第3期	R4年度受講者: 5,432名※ (研修開催回数: 日医中央研修3回、11都道府県15回 ※2022.11現在)	第3期 合計: 5,432名

修了者数 認定期間有効実人数(R1年~R3年): 5,273名 累計: 11,192名
 H28年度修了者: 1,196名 H29年度修了者: 2,672名 H30年度修了者: 2,051名
 R1年度修了者: 2,501名 R2年度修了者: 1,547名 R3年度修了者: 1,225名

地域に根差した医師の活動

地域に根差して診療している医師は、自院での診療以外に、以下のような活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

そうした活動はかかりつけ医が中心となって担っており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。

日本医師会は、「地域にどっぷりつかり」、日々地域医療を支えている医師に深く感謝するとともに、こうした活動を国民の皆さんに広く知っていただきたいと思っています。

1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間急患センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など自らの地域を守る活動）
2. 行政・医師会等の公益活動	医師会・専門医会・自治会・保健所関連の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健（1歳6か月児健診・3歳児健診）、学校保健（学校健診、学校医活動）、学校健康教育（性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等）、産業保健（地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動）、事業主健診（特定健診・特定保健指導）、高齢者保健（高齢者健診・認知症検診）、予防接種（定期・その他）、がん・成人病検診、市民公開講座（健康講座・介護教室）、精神保健、健康スポーツ医活動など
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど
5. その他	看護師・准看護師養成所、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX、医療GX、学術活動、高齢者・障害者施設への対応など

26

日本医師会医療政策会議等での議論の積み重ね

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 釜池常任理事(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で報告

10月25日 日本医師会第21回常任理事会で報告

〔同日に都道府県医師会宛てに周知〕

11月2日 日本医師会第22回常任理事会で機関決定

〔同日に都道府県医師会宛てに周知〕

同日 日本医師会定例記者会見で公表

「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)」

日医on-line <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/010907.html>

27

新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議(2022年6月15日)〈抜粋〉

イ 自宅・宿泊療養者、陽性の施設入所者への医療提供体制の確保等

外来医療や訪問診療の領域でも、各地域で個々の医療機関が果たすべき役割が具体化されておらず、かかりつけの医療機関が組織的に関わる仕組みもなく、現場は感染症危機発生後に要請に基づいて対応せざるを得なかった。また、平時における電話やオンラインによる診療や処方が十分に推進されて来なかったため、以下のようなことが起き、自宅等の療養者への医療や発熱外来等の体制の構築に時間を要した。

- 発熱や呼吸器症状のある疑い患者について、普段からかかっている医療機関で診療を受けられず、直接地域の総合病院を受診するケースや保健所・地方公共団体に相談するケースが発生した。
- 新型コロナウイルス感染症疑いの発熱患者を診療する診療・検査医療機関について、国民が受診しやすいよう医療機関に公表を働きかけたが、公表は一部の医療機関にとどまったため、公表済みの医療機関に患者が集中し、外来がひっ迫する事態が生じた(最終的に地域により一律公表のルールにした。)
- デルタ株のまん延で病床がひっ迫したことやオミクロン株による感染拡大により、自宅や宿泊療養施設での療養が必要なケースが急激に増大する中、自宅等で症状が悪化して亡くなる方がいたなど、自宅等での健康観察や訪問診療等の必要性が増加した。
- 初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行って差し支えないこと等の時限的・特例的な取扱いを認めましたが、実施医療機関数は、この取扱いが始まった2020年春以降、大きくは増加しなかった。
- 高齢者施設でクラスターが発生した場合や、病床がひっ迫した時期には、高齢者施設等の施設内で療養せざるを得ないケースが発生したが、高齢者施設等における医療支援がスムーズに行えないケースがあった。

こうしたことから、かかりつけの医療機関(特に外来、訪問診療等を行う医療機関)についても、各地域で平時より、感染症危機時の役割分担を明確化し、それに沿って研修の実施やオンライン診療・服薬指導の普及に取り組むなど、役割・責任を果たすこととした上で、感染症危機時には、国民が必要とする場面で確実に外来医療や訪問診療等を受診できるよう、法的対応を含めた仕組みづくりが必要である。今後、さらに進んでかかりつけ機能が発揮される制度整備を行うことが重要である。

*新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」(2022年6月15日) 7頁
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/coronavirus_yushiki/pdf/corona_kadai.pdf

28

新型コロナウイルス感染症への医療機関の対応

公表されている診療・検査医療機関をはじめ、各医療機関はその役割に応じて可能な範囲で全力で対応してきた。

従来株、アルファ株、その後のデルタ株、オミクロン株では、疾患としての特徴も異なる。発生当初のN95マスク等のPPE不足から始まり、容易に検査が出来ない状況が時間とともに少しずつ改善し、検査手段、ワクチン、治療薬が医療機関でも利用可能になった。そして、従来の感染症対策では不十分な点も露呈したため、それに対する体制整備に時間を要したこともある。また、地域におけるそれぞれの医療機関の役割について、地域行政と医療機関との間でのすり合わせに時間を要した面もあった。

新型コロナウイルス感染症は、発生当初は未知の感染症であったことから、国は感染が疑われる患者さんを受け入れる窓口を限定し、そこに至る電話等相談窓口でキャパシティを超える事態も生じた。

しかし、医療現場はまさにぎりぎりの状態で逼迫しつつも、しっかりと患者さんを守ってきた。

日本医師会としても病床確保のため四病院団体協議会、全国医学部長病院長会議、全国自治体病院協議会と医療界一丸となって対応し、さらには全国知事会、日本経済団体連合会等とも連携を行っている。

29

新型コロナウイルス感染症による各国の累計死亡者数

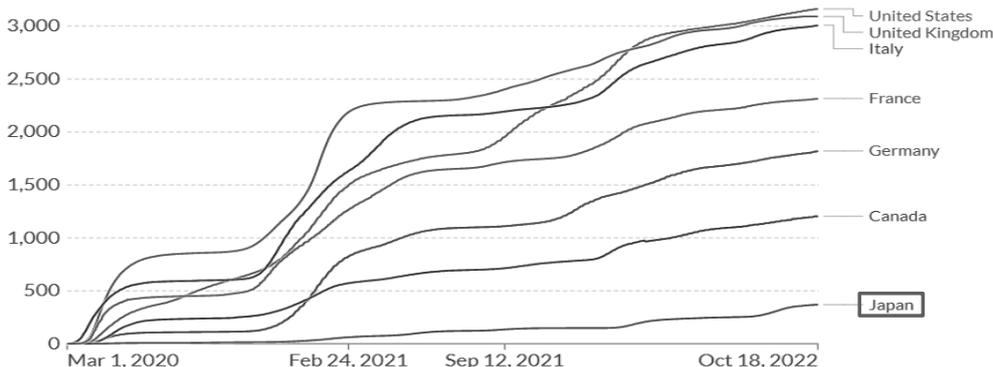
新型コロナウイルスによる人口100万人あたりの累計死亡者数についてG7各国と比較すると、日本の死亡者数は最も少なく、日本の対応は世界的に見ても高水準と言える。

Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.

Our World in Data

LINEAR LOG



2022年10月18日時点

アメリカ: 3,162.76

イギリス: 3,090.74

イタリア: 3,007.99

フランス: 2,316.01

ドイツ: 1,820.88

カナダ: 1,205.03

日本: 369.56

30

*Our World in Dataを基に作成 (<https://ourworldindata.org/covid-deaths>)

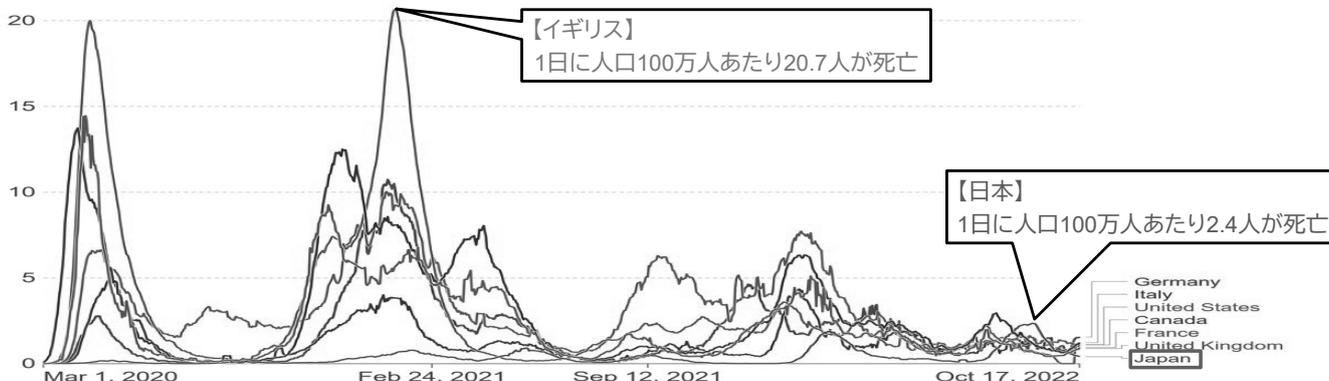
各国の新型コロナウイルス感染症による1日あたりの死亡者数

日本における新型コロナウイルスによる1日の最大の死亡者数は人口100万人あたり2.4人(2022年9月2日)である。イギリスでは人口100万人あたり20.7人(2021年1月21日)が死亡しており、人口100万人あたりの1日の死亡者数をG7各国と比較すると、日本は少なく抑えることができている。

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

7-day rolling average. Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.

Our World in Data



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

*Our World in Dataを基に作成 (<https://ourworldindata.org/covid-deaths>)

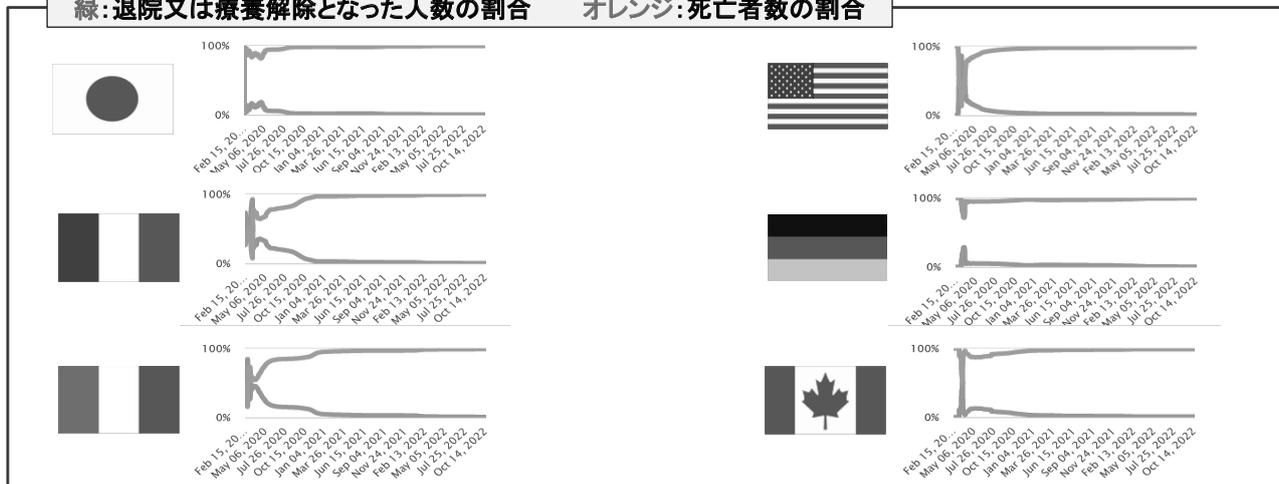
CC BY 31

新型コロナウイルス感染症による各国の流行初期の死亡者数

新型コロナウイルス流行初期は、G7の多くの国で多数の死亡者が発生していたなか、日本とドイツでは死亡者数が少なかった。

緑: 退院又は療養解除となった人数の割合

オレンジ: 死亡者数の割合

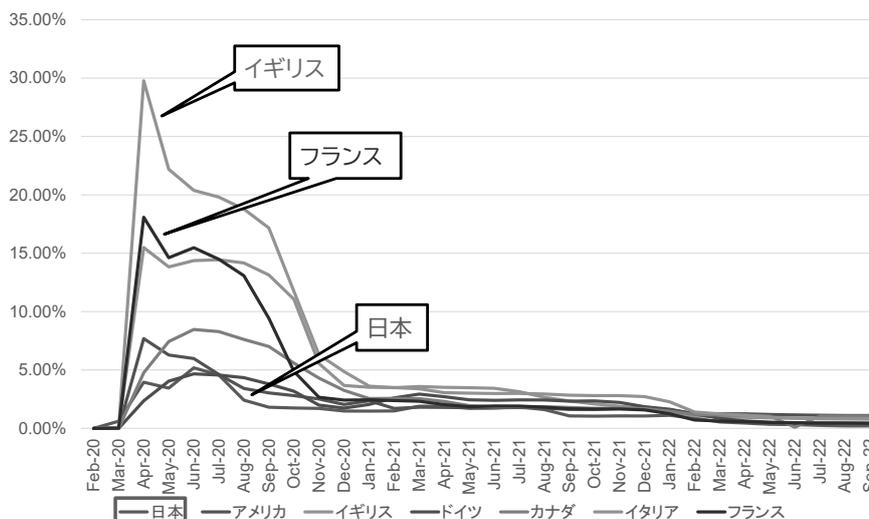


*イギリスについてはデータがないため除いている。

*出典: worldometer (<https://www.worldometers.info/coronavirus>)

各国の新型コロナウイルス陽性者の致死率

各国における新型コロナウイルス陽性者の致死率*1をG7各国と比較すると、日本は致死率を低く抑えることができています。



*1 新型コロナ累計死亡者数(人口100万人あたり) ÷ 累計陽性者数(人口100万人あたり) × 100 = 致死率

*Our World in Dataを基に作成(<https://ourworldindata.org/covid-deaths>)

新型コロナウイルス感染症への対応

今回の新型コロナウイルス感染症への対応に関して、会内の検討の場においても以下のような声が挙がった。

• 当初の感染症対策というのは、院内で感染拡大するのを何とか防がないといけないということと、通常の医療を守るというところで行ったので、われわれがかかりつけ医機能が果たせなかったとは決して考えていない。

• 桁外れの感染爆発においては、かかりつけ医機能を充実させ制度整備し感染症対応をしても対応できなかった。

• 空間的に限りのある中で未知の感染症患者を受け入れることが適切だったのか。今回のコロナでは、通院されている方に感染させないように配慮することも医療機関には求められてきた。

など

一方で、感染症まん延時に「どこを受診したらよいのか？」という国民の声もあったが、感染症危機時には国民が必要とする場面で確実に外来医療や訪問診療等を受診できるよう、医師会としても国民にわかりやすい情報発信をするなど改善をしていかなければならない。

34

感染症発生・まん延時における対応

コロナ等感染症をはじめとする有事における対応については、日頃から患者のことをよく知るかかりつけ医機能を担う医療機関が診療を行うことは望ましいが、未知の感染症への対応に際しては、動線分離を含めた感染拡大防止対策が重要であり、地域医療全体として通常医療を継続しつつ、急速に増加する感染症医療のニーズに対応していくことが必要である。

このため、感染症をはじめとする有事における医療については、地域の医療体制全体の中で感染症危機時に外来診療や在宅療養等を担う医療機関をあらかじめ適切に確保し明確化しておくことで、平時に受診している医療機関がない方を含め、国民が必要とするときに確実に必要な医療を受けられるようにしていくべきである。

現在開催されている臨時国会で、感染症法等の改正が議論されている。

感染症発生・まん延時における「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」については、こうした方向で法改正されていくと思われる。

岸田総理も、「未知の感染症への対応について、全ての医療機関に感染症医療を行うことを求めることは困難と考えており、感染症医療を担う医療機関の役割分担を明確にすることを通じて、必要な医療を受診できる体制を構築していきます。」と述べている。

35

感染症法等改正に向けて

未知の感染症は、今回の新型コロナウイルス感染症と同様なものとは限らず、さらに病原性や感染力の高いもの等も想定される。

未知の感染症の特性は徐々に明らかになってくることを踏まえつつ、地域の医療機関は、自ら感染症の外来医療や在宅医療等を担う、自らの医療機関での対応が難しい場合でも行政や地域医師会の呼びかけに応じて、オンライン診療の活用を含め、集約的な検査センターの取組や高齢者施設に対する医療支援等に協力する、自らの医療機関での感染拡大防止を通じてかかりつけの患者に対する通常医療の継続を確保しつつ、感染症が疑われる場合には地域で感染症医療を担う医療機関に確実につながりなど、有事における地域の面としての医療体制の確保にそれぞれ積極的に貢献していくことが重要である。

36

経済財政運営と改革の基本方針2022(骨太の方針) (令和4年6月7日)(抜粋)

閣議決定

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。

*内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2022」(2022年6月7日)31頁 https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/pdf/20220517chukanseiri.pdf



閣議決定は骨太の方針の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」であり、財務省財政審が主張する①法制上明確化、②認定するなどの制度、③事前登録・医療情報登録ではない。

37

国民にわかりやすくかかりつけ医機能を示すために

各医療機関が有する機能(8項目)を都道府県知事に報告することが医療法で定められており、国民は「医療機能情報提供制度」により情報を閲覧できる仕組みとなっている。

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

しかしながら、これらの項目については、(一)～(四)では具体的に確保されている機能の内容が曖昧であり、(五)～(八)では診療報酬上の項目がそのまま使用されている。これらの項目については、例えば診療報酬上の届出基準など医療機関が報告しやすい形としつつ、国民に情報提供を行う際には、国民が医療機関を選択するにあたって分かりやすい形としていくための検討が必要である。

あわせて、国民に分かりやすい内容かつ国民の期待に応えることができる内容に改めた上で、「医療機能情報提供制度」で公表していくことが望ましい。

38

医療機能情報提供制度における「かかりつけ医機能」に関する現在の記載

【医療法】

第六条の三 病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、**医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報として厚生労働省令で定める事項**を当該病院等の所在地の都道府県知事に報告するとともに、当該事項を記載した書面を当該病院等において閲覧に供しなければならない。
5 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を**公表しなければならない**。

【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 |

39

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。

40

連携とネットワークによるかかりつけ医機能の発揮



医療機関相互の連携とネットワークでかかりつけ医機能を果たすパターン

【診療所(または地域型病院)の持つ機能】

総合かかりつけ医機能の場合

基本機能(情報把握+健診+相談)+救急相談+ワクチン(+発熱外来)

* 専門診療は他機関 * 情報把握とは、健診情報、病歴情報及び介護福祉情報等の把握

専門診療機能+かかりつけ医機能の場合

基本機能(情報把握+健診+相談)+専門主治医機能

* 健診実施は他機関、感染症対応は他機関

総合かかりつけ医機能+在宅医機能+専門主治医機能

基本機能(情報把握+健診+相談)+往診・訪問診療+救急相談+医療介護連携

* 感染症対応、24時間対応は他機関

総合かかりつけ医機能+在宅医機能+24時間対応(連携含む)

基本機能(情報把握+健診+相談)+往診・訪問診療+24時間対応+救急往診対応

* 専門診療機能、感染症対応は他機関

【連携医療機関の機能】

+ 専門診療機能
+ 24時間救急対応
+ 地域包括ケア連携 等

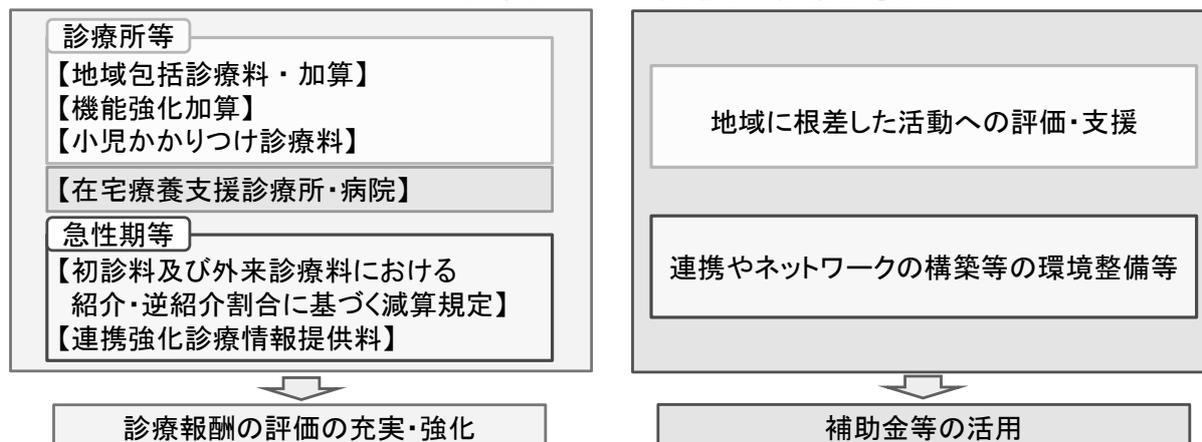
+ 発熱外来機能
+ 24時間救急対応
+ 地域包括ケア連携 等

+ 発熱外来機能
+ 24時間救急対応 等

+ 専門診療機能
+ 発熱外来機能 等

41

かかりつけ医機能への評価の充実・強化



かかりつけ医機能に関する診療報酬の評価を、多くの医療機関が算定できるようにするとともに、今後評価をさらに充実・強化させるべきである。

あわせて、地域に根差した活動への評価・支援、連携やネットワークの構築等の環境整備等を図るため、診療報酬上の評価のみならず補助金等の活用が不可欠である。

42

かかりつけ医機能への診療報酬の評価

診療所等

【地域包括診療料・加算】

複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価

【機能強化加算】

専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する加算

【小児かかりつけ診療料】

小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価

【在宅療養支援診療所・病院】

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所・病院を評価。

急性期等

【初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定】

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等^{*}を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、「紹介割合」「逆紹介割合」が一定の基準に該当する場合には、減算する規定。

【連携強化診療情報提供料】

外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、令和4年度より診療情報提供料(Ⅲ)の名称及び算定上限回数を変更し、「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価。

^{*} 特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関、許可病床400床以上

43

地域における面としてのかかりつけ医機能

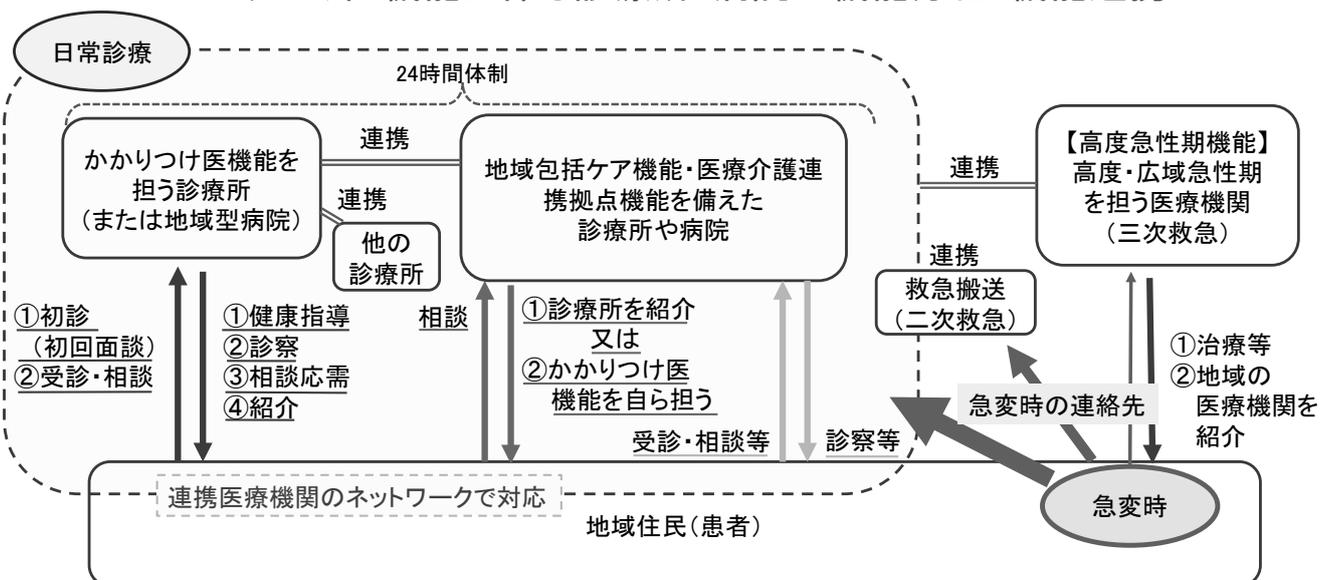
日常診療時より、他の医療機関と連携し、地域住民(患者)の医療ニーズに対し、地域におけるネットワークで対応していくことが望ましい。

急変時においても、可能な限り地域におけるネットワークで対応を行い、必要に応じて救急搬送の依頼や、高度急性期を担う医療機関での対応を行うべきである。

地域の住民が誰一人困ることがないように、地域医師会がリーダーシップを取り、診診連携・病診連携のネットワーク等により、「地域における面としてのかかりつけ医機能」を発揮する必要がある。

44

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



45

かかりつけ医機能が発揮される制度整備(まとめ)

「国民にわかりやすくかかりつけ医機能を示すために」で示した「医療機能情報提供制度」の充実・強化を進めていく。

そのうえで、「医療機関がかかりつけ医機能を発揮するために」、「かかりつけ医機能への評価の充実・強化」の取組を総合的に進め、その結果として「地域における面としてのかかりつけ医機能」を発揮していくことが、まさに「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」である。

中長期的な課題

「医療政策会議かかりつけ医ワーキンググループ第1次報告」の中期的、長期的な課題として示された「日医かかりつけ医機能研修制度」等については引き続き検討を行っていく。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて ～これまでのかかりつけ医機能との違い～

国民

現在は「医療機能情報提供制度」という制度があることも国民には知られていない。「医療機能情報提供制度」を国民に分かりやすい内容に改め、フリーアクセスにおいて国民が「医療機能情報提供制度」を活用し、適切な医療機関を自ら選択できるよう支援を行う。

医療機関

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通じて横糸を紡ぎ、それによって「地域における面としてのかかりつけ医機能」が織りなされ、さらに機能を発揮していく。日常診療時より、他の医療機関と連携し、急変時においても、可能な限り地域におけるネットワークで対応を行う。

感染症発生・まん延時(有事)

感染症発生・まん延時(有事)における対応については、日頃から患者のことをよく知るかかりつけ医機能を担う医療機関が診療を行うことは望ましいが、未知の感染症への対応に際しては、動線分離を含めた感染拡大防止対策が重要であり、地域医療全体として通常医療を継続しつつ、感染症医療のニーズに対応していくことが必要である。

地域医療体制全体の中で感染症危機時に外来診療や在宅療養等を担う医療機関をあらかじめ明確化しておくことで、平時に受診している医療機関がない方を含め、国民が必要とするときに確実に必要な医療を受けられるようにしていく。

現在、感染症法等の改正が審議されており、感染症発生・まん延時における「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」については、こうした方向で法改正が進められている。

48

令和4年12月5日

第94回社会保障審議会医療部会

資料1-1

かかりつけ医機能が発揮される 制度整備について

※令和4年11月28日第93回社会保障審議会医療部会資料1-1一部改変

49

国民・患者目線による「かかりつけ医機能」に関する認識等について

かかりつけ医の有無

- ◆「かかりつけ医がいる」は5割強。年齢が高いほどその割合は高くなり、70歳以上では8割強。
- ◆「かかりつけ医がない」者について、その理由は「あまり病気になるので必要ないから」が7割程度となっている一方、「どのような医師がかかりつけ医に適しているかわからない」が2割弱、「かかりつけ医を選ぶための情報が不足しているから」が2割弱、「探す方法がわからない」が1割強となっている。

第7回日本の医療に関する調査（日本医師会総合政策研究機構）令和2年7月

かかりつけ医機能に関する情報提供のあり方を改善する必要性が示唆される

かかりつけ医に期待する役割や機能

- ◆「どんな病気でもまずは診療できる」が2割弱、「専門医又は専門医療機関への紹介」が6割強となっており、他にも「これまでの病歴や処方の把握」、「夜間・休日の問い合わせへの対応」、「感染症発生時など有事への対応」、「往診や訪問診療などの在宅医療」など幅広い回答が見られた。

日本の医療に関する意識調査2022年臨時中間調査（日本医師会総合政策研究機構）令和4年5月

予防、初診対応、継続診療、在宅医療、地域の公衆衛生への対応など様々な国民のニーズが示唆される

コロナ禍でかかりつけ医について思うこと

- ～かかりつけ医がいる場合～
 - ◆「かかりつけ医がいて安心であった」、「日頃からかかりつけ医を持つことの必要性を感じた」について、「そう思う」「まあそう思う」が9割弱。
- ～かかりつけ医がいない場合～
 - ◆「健康などときから何でも相談できるかかりつけ医を持ってみたい」について、「そう思う」「まあそう思う」が7割弱。
 - ◆一方、「どうして医師がかかりつけ医になるのか情報がほしい」が6割強、「どうして医師がかかりつけ医なのかわからなかった」が5割強となっていた。

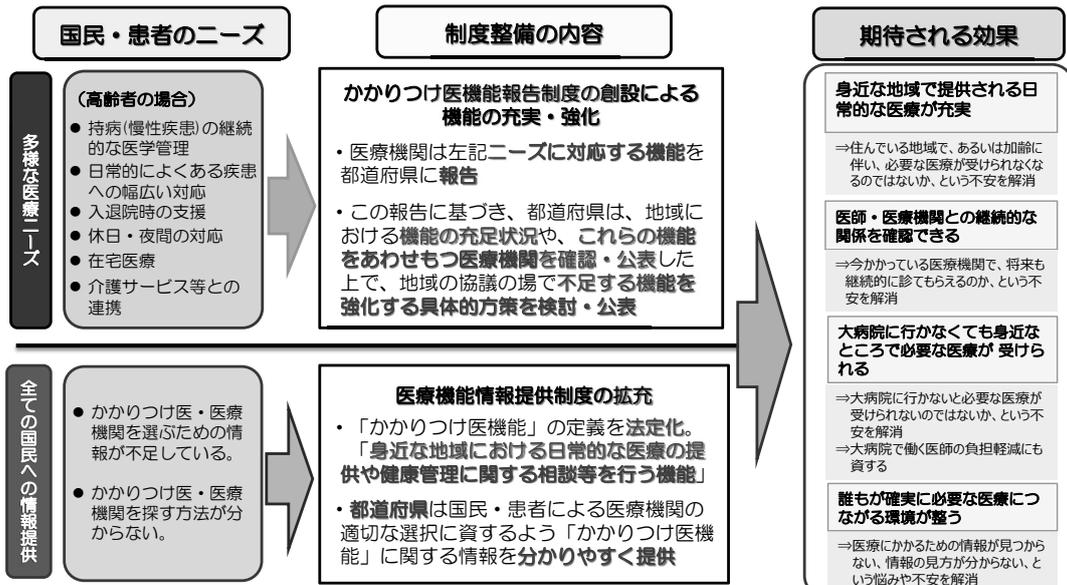
日本の医療に関する意識調査2022年臨時中間調査（日本医師会総合政策研究機構）令和4年5月

コロナ禍を通じて、かかりつけ医を持つことに肯定的な受け止めが多数となっている

50

かかりつけ医機能が発揮される制度整備（骨格案）

- ・国民・患者は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、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。



※ 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、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明することとする（書面交付など）。

51

現行の医療機能情報提供制度について

【医療法】

第六条の三 病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、**医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報として厚生労働省令で定める事項**を当該病院等の所在地の都道府県知事に報告するとともに、当該事項を記載した書面を当該病院等において閲覧に供しなければならない。
 5 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を**公表しなければならない**。

【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
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

具体性に乏しいとの指摘

診療報酬点数であり、理解しづらいとの指摘

医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

- ・国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行うよう努めることとされている（現行医療法第6条の2第3項）ことも踏まえ、「かかりつけ医機能」の**定義を法定化**しつつ、「かかりつけ医機能」に関する国民・患者への**情報提供の充実・強化**を図ることとしてはどうか。
- ・かかりつけ医機能の定義
 ：「**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機能**」
- ・医療機関は、その有する「かかりつけ医機能」を都道府県知事に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する**情報を国民・患者に分かりやすく提供する**。

現在の情報提供項目

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

今後の情報提供項目のイメージ

例えば、

- ◆対象者の別（高齢者、子どもなど）
- ◆日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など
- ◆入退院時の支援など医療機関との連携の具体的内容
- ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容

など、国民・患者目線で分かりやすいものに見直す。

※具体的な項目の内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

国民・患者へのわかりやすい情報提供の実現

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 (幅広いプライマリケア等)	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はあるが、現時点では提供できない
- ：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。

54

地域におけるかかりつけ医機能の強化のための方策について

【都道府県は、地域における機能の充足状況を確認した上で、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表】

<具体的な方策の例>

- ◆病院勤務医が地域で開業し地域医療を担うための研修や支援の企画実施
(例えば在宅酸素療法、在宅緩和ケア、主治医意見書の書き方等。研修先の斡旋や研修中の受け持ち患者の診療支援も考えられる。)
- ◆地域で不足する機能を担うことを既存又は新設の医療機関に要請
- ◆医療機関同士の連携の強化（グループ診療、遠隔医療やオンライン資格確認の活用等）
- ◆在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点の整備
- ◆地域医療連携推進法人の設立活用（より簡易な要件で設立できる新類型を設ける）



【国による基盤整備・支援】

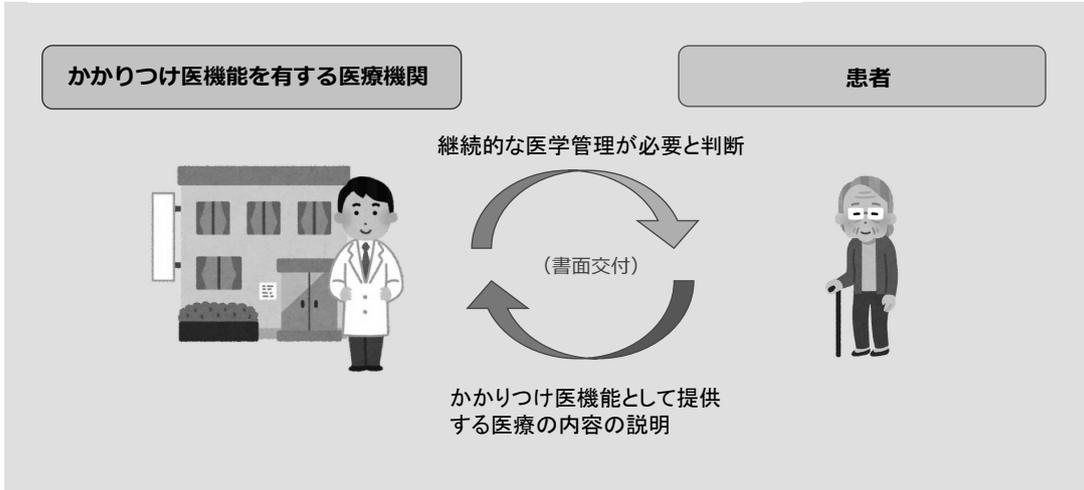
- ◆研修の標準的な基準の設定等を通じた研修等の量的・質的充実と受講の促進
- ◆国民・患者の健康・医療情報の共有基盤等の整備（医療DXの推進）
- ◆かかりつけ医機能の診療報酬による適切な評価 など

55

患者に対するかかりつけの関係の説明について（案）

- ・国民・患者は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、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。

➡ 医師により**継続的な医学管理が必要と判断される患者**に対して、患者が希望する場合に、医療機関が**書面交付などにより、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明**することとしてはどうか。

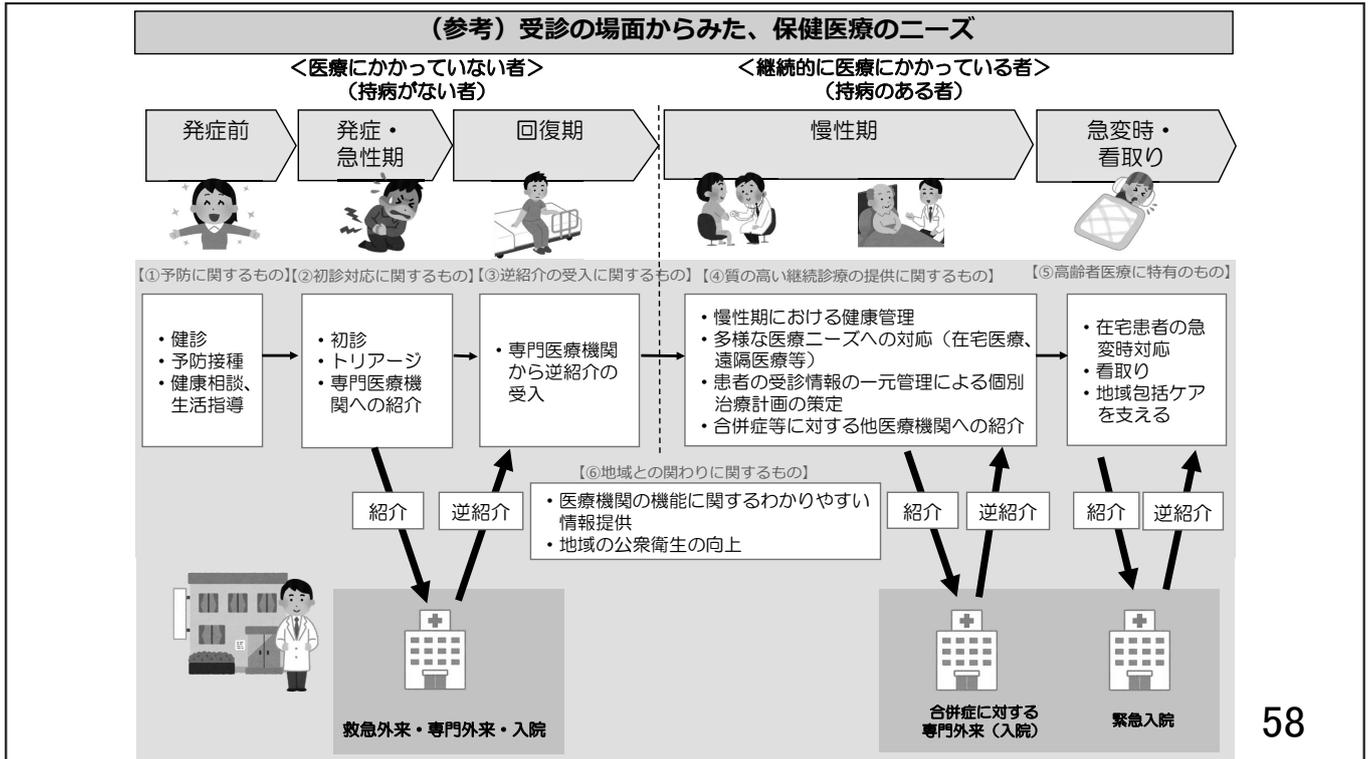


※書面の具体的な内容や交付手続き等については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ

- ◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方のとりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。

医療機能情報提供制度の拡充	かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化
<ul style="list-style-type: none"> ◆～令和5年夏目途 <ul style="list-style-type: none"> ・今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。 ◆ 令和6年度以降 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機能情報の公表の全国統一化（都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する） ・あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映 	<ul style="list-style-type: none"> ◆令和5年度頃 <ul style="list-style-type: none"> ・医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」の検討 ◆ 令和6年度～令和7年度頃 <ul style="list-style-type: none"> ・個々の医療機関からの機能の報告 ・地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論 ◆ 令和8年度以降 <ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に適宜反映 <p>※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画や医療介護総合確保法に基づく計画との関係性についても検討が必要</p>



厚生労働省社会保障審議会医療部会についての報道

●かかりつけ関係の書面確認、「契約でない」と説明を 医療部会で楠岡委員

厚生労働省の社会保障審議会・医療部会は28日、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の具体案を議論した。厚労省は、継続的な医学管理が必要だと医師が判断した患者について、「患者が希望する場合に、書面交付と説明を通じて、患者と医療機関がかかりつけの関係を確認できるようにする」方針を提案。楠岡英雄委員（国立病院機構理事長）は、書面交付は契約関係ではないと説明する必要性を強調した。「（患者が）契約関係を捉えることによって、無茶な権利を主張する人が出てくる可能性がある」と述べた。

この書面確認について、医政局は「新しい契約関係を生じさせるものとして位置付けるものではない」と説明。具体的には、「インフォームドコンセントの一環として、説明文書ということで位置付けられるもの」と述べた。楠岡委員は「書面交付の意味をはっきりさせ、（患者と医療機関の）両者でしっかり情報共有する必要がある」と述べた。

釜范敏委員（日本医師会常任理事）は、「内科であっても、糖尿病と喘息、場合によっては認知症を患っている患者の場合には、それぞれの疾患に対して異なる医療機関にかかることもある」と例示。その上で、「患者は複数の医療機関とのかかりつけの関係をj持てる必要がある」と主張した。医政局は、「継続的な医学管理が複数の医療機関で必要だということであれば、（かかりつけの関係は）複数になり得る」との見解を示した。

●「患者・医療機関ともに義務はない」

神野正博委員（全日本病院協会副会長）は、政府の全世代型社会保障構築会議が「かかりつけ医機能の活用は、医療機関、患者それぞれの手上げ方式とすべき」と提言していた一方、厚労省の資料には「手上げ方式」の記述がない点を質問した。医政局は、制度整備の骨格案で「患者、医療機関いずれに対しても何かを義務付けるという仕組みではない」と明示しているとした。

かかりつけ医機能を担う医療機関へのインセンティブを検討すべき、という意見も複数出た。小能豊委員（全国自治体病院協議会長）は、現在の医療現場でかかりつけ医機能は「はっきり申し上げて機能していない」と述べ、制度の法制化に賛意を示した。「患者はどの医師が自分を診てくれるのかわからないから、拠点病院にすぐ行ってしまおうと訴え、そのような課題を解決するためにも制度を整備していく必要があるとした。その上で、かかりつけ医に手上げる医師と、手上げしない医師との間で「インセンティブに差が出るのはやむを得ないと思う」と語った。

このほか、かかりつけ医機能を担う医師の質を担保する必要性についても、多くの意見が出た。



※MEDIFAX 2022年11月29日より

かかりつけ医機能の制度整備に関する審議（日本医師会意見）

- かかりつけ医機能が発揮される制度整備は、直近で議論の上、なるべく合意を形成して、まず大枠を骨格の部分についての合意形成ができて、そして、今後の情報提供項目のイメージとして、具体的な項目の内容についてはまた今後検討するというふうに議論を進めていくのだろうと理解しております。
 - 例えば内科であっても糖尿病と喘息、場合によってはさらに認知症を患っておられる患者さんの場合には、それぞれの疾患に対して異なる医療機関にかかることもあるわけで、こういうことを踏まえると、患者さんは複数の医療機関とのかかりつけの関係を持てる必要があるということだろうと思います。
 - 慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージが掲げられているが、これだけでかかりつけ医機能が十分満たされるというわけではないわけでありまして、それ以外のいろいろな必要な機能もあるわけなので、その辺りは大枠の議論が合意された後にはそういうところを細かく見ていく必要があるのではないかと思います。
 - 地域に必要なかかりつけ医機能というのを考える場合に、地域において医療機関からの報告を踏まえた形で行政と医師会がしっかり協議の場でも意見を述べて、そして、地域に必要なかかりつけ医機能は何が必要で、ここでは足りないのかというような議論がしっかり行われる。それは別に医師会に属してしようと、していない場合も、地域に必要な医療機能として合意を得て、それを充足させていくことが大事だろうと思います。
- この場合に医療機関同士の連携を図るためには、どうしても自治体、また医師会の役割というのは非常に大きいと思いますので、その点については今後もしっかり役割を果たしていかなければいけないと思っております。

（11月28日 社会保障審議会医療部会） 60

かかりつけ医機能の制度整備に関する審議（日本医師会意見）

- ある医療機関がかかりつけ医機能を担うことができるかどうかを評価して認定をするというお話がありました。
けれども、あくまでもかかりつけ医機能は、1つの医療機関で全て満足できなければかかりつけ医のその資格がないということではないわけでありまして、それぞれの医療機関が担える機能をしっかり明確に表明をして、それに対して患者さんのほうがその医療機関にかかりたいという意思を示していただく中でそれぞれの合意が徐々に形成されていくということが極めて大事だと思います。
- （患者に説明する書面の記載事項について）今回のかかりつけ医機能の、より機能を発揮するための制度整備の中で、診療報酬の書式がそのまま使われるというわけでは決していないだろうと思います。例えば、地域包括診療料等の書面の様式については、非常に算定の回数が多いかという決してそうではなくて、必ずしもこのやり方がうまく機能しにくい面もあるわけでありまして、その辺りのところは今後かかりつけ医機能がちゃんと生かされていく上で役に立つような形の書式が整えられるべきで、そのようなことが今後検討されるだろうと理解しております。

（12月5日 社会保障審議会医療部会）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備 ① 基本的な考え方 1/2

- かかりつけ医機能については、平成25年に日本医師会・四病院団体協議会から合同提言が行われ、行政においても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慢性疾患を有する高齢者等に関する評価を中心に取組まれてきたが、医療計画等の医療提供体制に関する諸施策に位置付けた取組はこれまで行われていない。
- しかしながら、(略) 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くみられる高齢者が今後更に増加するとともに、生産年齢人口の急減が見込まれる中で、医療資源には限りがあることを踏まえ、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、地域ごとに必要な医療を必要なときに受けられる体制を確保していくためには、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。

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(令和4年12月28日社会保障審議会医療部会)

62

かかりつけ医機能が発揮される制度整備 ① 基本的な考え方 2/2

- 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選択して利用することができる仕組みとし、医療機関は地域の実情に応じて、その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仕組みとすることを基本的な考え方としてはどうか。
- なお、制度整備の検討及び実施に際しては、我が国の医療制度が、フリーアクセスの保障、国民皆保険、医師養成のあり方と自由開業制、人口当たりの病床数、といった様々な要素が微妙なバランスの上に成立していることに鑑み、エビデンスに基づく議論を行い、現在ある医療資源を踏まえ、性急な制度改革がなされないよう時間軸に十分に留意することが必要ではないか。

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(令和4年12月28日社会保障審議会医療部会)

63

2. 医師の働き方改革の今

64

医師の働き方改革に関する検討の流れ



65

医師の時間外労働規制

一般則

【時間外労働の上限】

- (例外)
 - ・年720時間
 - ・複数月平均80時間(休日労働含む)
 - ・月100時間未満(休日労働含む)
 - ・年間6か月まで

(原則)
1か月45時間
1年360時間
※この(原則)については医師も同様

2024年4月～医師に適用される規制

年960時間／月100時間
未満(例外あり)
※ いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間 未満
(例外あり) ※いずれも休日労働含む

⇒2035年度末を目標にBは終了

⇒将来に向けて縮減方向

A
診療従事勤務医
(2024年度以降に適用される水準)

連携 B
連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下
地域医療確保 暫定特例水準
(医療機関を指定)

集中的技能向上水準
(医療機関を特定)

C-1
初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用

C-2
医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】(連携B、B、C-1及びC-2は義務)

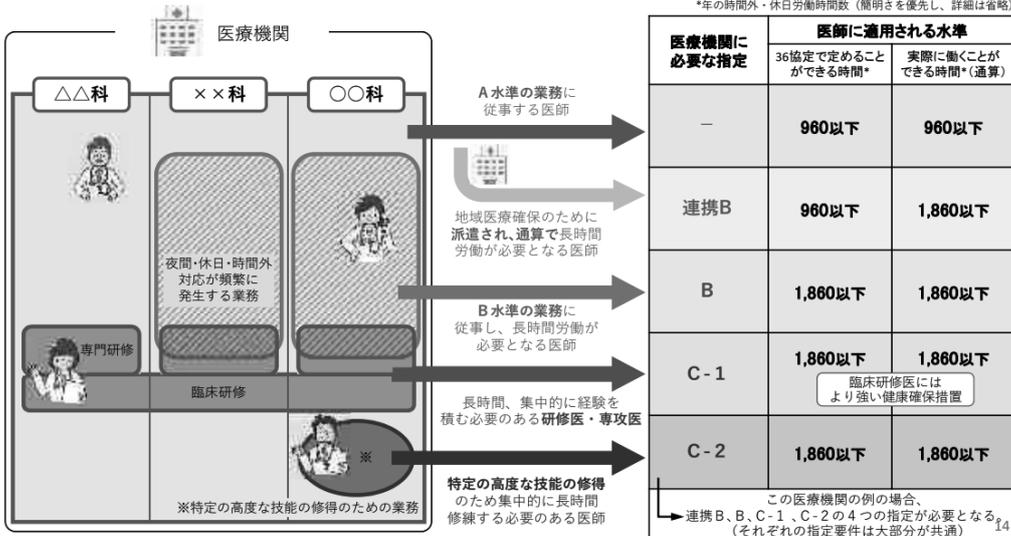
「連続勤務時間制限28時間／勤務間インターバル9時間の確保／代償休息」のセット

Aは努力義務(ただし、36協定の上限時間数が一般則を超える場合は義務なし)

各水準の指定と適用を受ける医師について

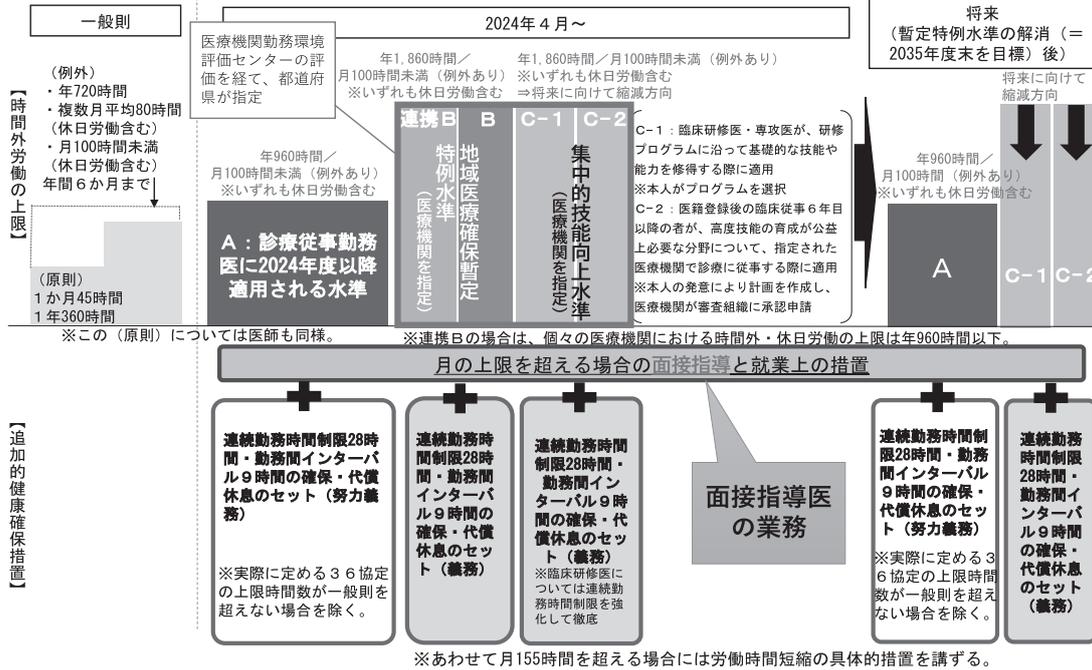
A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、指定される事由となった業務やプログラム等に従事する医師にのみ適用される。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要がある。

*年の時間外・休日労働時間数(簡明さを優先し、詳細は省略)



医師の時間外労働規制について

「医師の働き方改革の推進に関する検討会」中間とりまとめ参考資料に加筆



B・連携B・C水準の指定に係る労働時間の確認に関する各機関の役割

	B水準・連携B水準	C-1水準 (臨床研修・専門研修)	C-2水準
医療機関勤務環境評価センター	B・連携B・C水準対象医療機関の時間外・休日労働時間数、労務管理、労働時間短縮に向けた取組状況(研修の効率化を含む。)について評価、短縮していない場合には、短縮に向けた追加的対応が取られていることを確認。 B・連携B・C水準の指定を受ける医療機関は「 医師労働時間短縮計画 」を作成し、 医療機能勤務環境評価センターの評価を受けることが必要		
審査組織	—	—	医療機関の教育研修環境及び医師が作成する特定高度技能研修計画の内容から、高度技能の医師の育成が可能であり、技能習得・維持に相当程度の従事が必要であることを審査。

※ B・連携B・C水準の指定は、評価センターの評価を踏まえ、都道府県が行う

医師の働き方改革

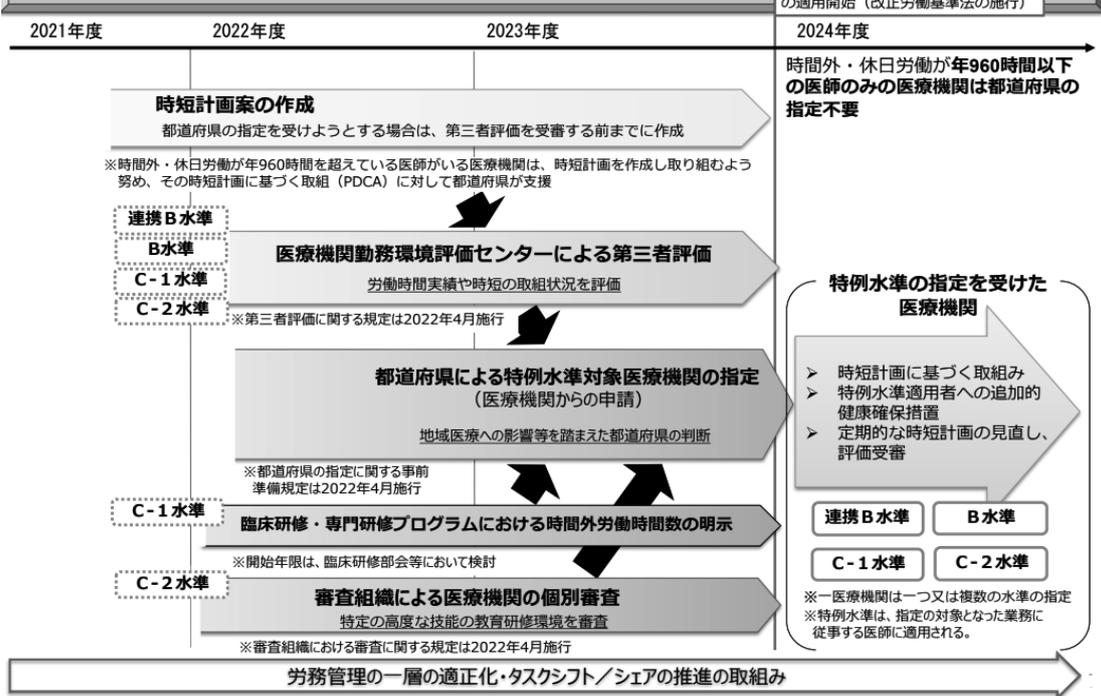
- これまでの我が国の医療は医師の長時間労働により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。
- 地域医療提供体制の改革や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供するタスクシフト/シェアの推進と併せて、医療機関における医師の働き方改革に取り組む必要がある。

現状	病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働	目指す姿 労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する + 全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする ↓ 質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供
【医師の長時間労働】	特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い	
【労務管理が不十分】	36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在	
【業務が医師に集中】	患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当	

対策	長時間労働を生む構造的な問題への取組	医療機関内での医師の働き方改革の推進
	<ul style="list-style-type: none"> 医療施設の最適配置の推進 (地域医療構想・外来機能の明確化) 地域間・診療科間の医師偏在の是正 国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進 	<ul style="list-style-type: none"> 適切な労務管理の推進 タスクシフト/シェアの推進 (業務範囲の拡大・明確化) ＜行政による支援＞ <ul style="list-style-type: none"> 医療勤務環境改善支援センターを通じた支援 経営層の意識改革 (講習会等) 医師への周知啓発 等 一部、法改正で対応

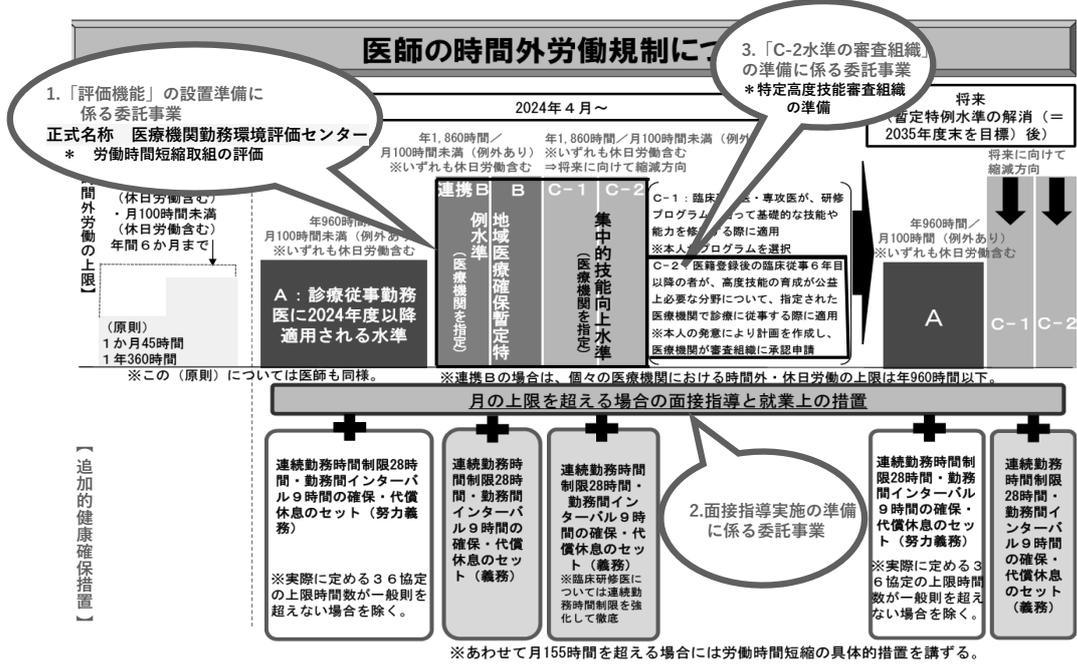
時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) 法改正で対応					
地域医療等の確保 医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成 評価センターが評価 都道府県知事が指定 医療機関が計画に基づく取組を実施	医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	医師の健康確保 面接指導 健康状態を医師がチェック 休息時間の確保 連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制 (または代償休息)
	A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	
	連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務	
	B (救急医療等)				
	C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間			
C-2 (高度技能の修得研修)					

2024年4月に向けたスケジュール



医師の働き方改革に関する国の委託事業

医師の時間外労働規制について



B・連携B・C水準の対象医療機関の指定要件

		B水準	連携B水準	C-1水準	C-2水準	※要件となる項目に○
審査組織	1 医療機関機能	○	○			備考
	2 臨床研修病院又は専門研修プログラムが3年以上認定医療機関である			○		
	3 特定高度技能を有する医師の育成・研鑽に十分な環境がある				○	設備、症例数、指導医等につき審査組織(国レベル)の個別審査を想定。
評価機能	4 36協定において年960時間を超える時間外・休日労働に関する上限時間の定めをする必要がある 前条・業法での労働時間を適算すると、時間外・休日労働が年960時間を超える必要がある	○	○	○	○	
	(必要性について、合議での確認) (必要性について、実績面の確認)	都道府県医療審議会の意見聴取 労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	都道府県医療審議会の意見聴取 労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	地域医療対策協議会及び都道府県医療審議会の意見聴取 プログラム全体及び各医療機関の明示時間数(時短計画実績値とも整合)で判断	審査組織及び都道府県医療審議会の意見聴取 労働時間短縮計画に記載の実績値で判断	
	5 都道府県医療審議会の意見聴取	○	○	○	○	実質的な議論は、医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定
	6 労働時間短縮計画が策定され、労働時間短縮の取組や追加的健康確保措置の実施体制の整備が確認できる	○	○	○	○	年1回都道府県へ提出
	7 評価機能の評価を受けている		○	○	○	過去3年以内に受審していること
	8 労働関係法令の重大かつ悪質な違反がない	○	○	○	○	過去1年以内に送検・公表されていないこと

医療機関勤務環境評価センター

医療機関勤務環境評価センターの指定について

日本医師会は、医療法第107条第1項の規定に基づく「医療機関勤務環境評価センター」に指定されました（令和4年4月1日付け）

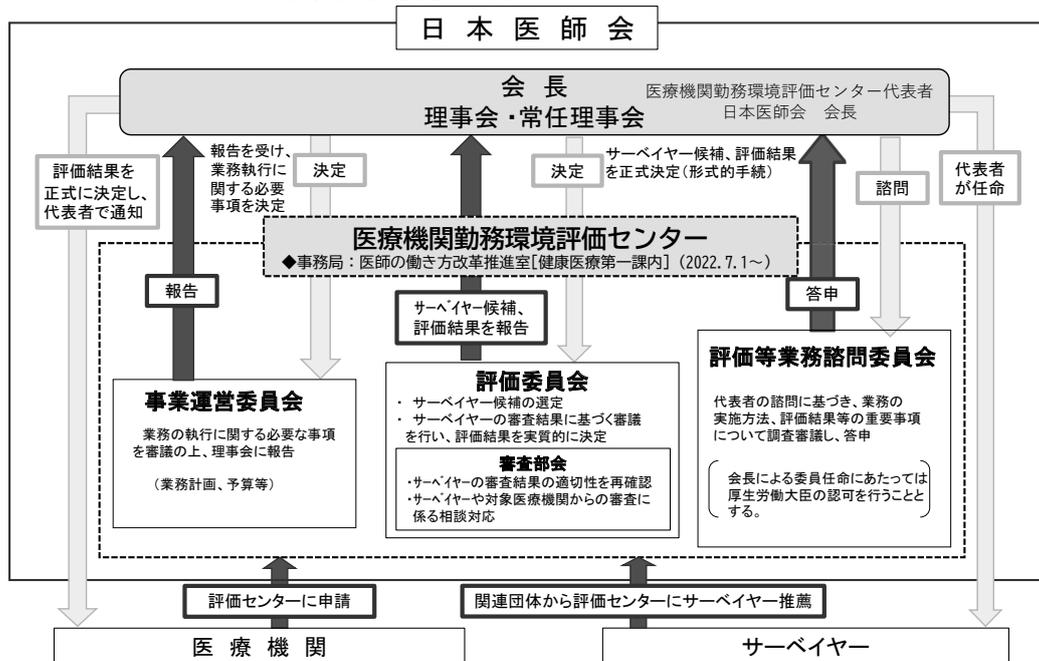
1. 医療機関勤務環境評価センターの目的

医療機関に勤務する医師の労働時間短縮の取組の状況について評価を行うことや、その取組について必要な助言・指導を行うことによって、医師による良質かつ適切な医療の効率的な提供に資すること

2. 事業内容

- ① 医療機関勤務環境評価制度の周知・広報
- ② 医療機関における医師の労務管理の体制・運用状況や労働時間短縮のための取組及び成果の評価
- ③ 医療機関の評価を実施する者、いわゆるサーベイヤーの研修
- ④ 医療機関の勤務環境評価の実施に関する相談、情報提供及び支援 等

医療機関勤務環境評価センターの組織



3. 働き方改革からみた医療関連サービスへの期待

76

働き方改革の現状と地域への影響（案）

- 昭和の終わりから平成の初めにかけて、国や日本医師会等で、医療関連サービスマーク制度の創設への検討がなされた。
- そして、1992年に医療法が改正され、病院・診療所が一定の業務を外部に委託する場合には、厚生労働省令で定める基準に適合する者に委託しなければならないことが規定された。
- その改正法の施行（1993年）から、30年が経過。

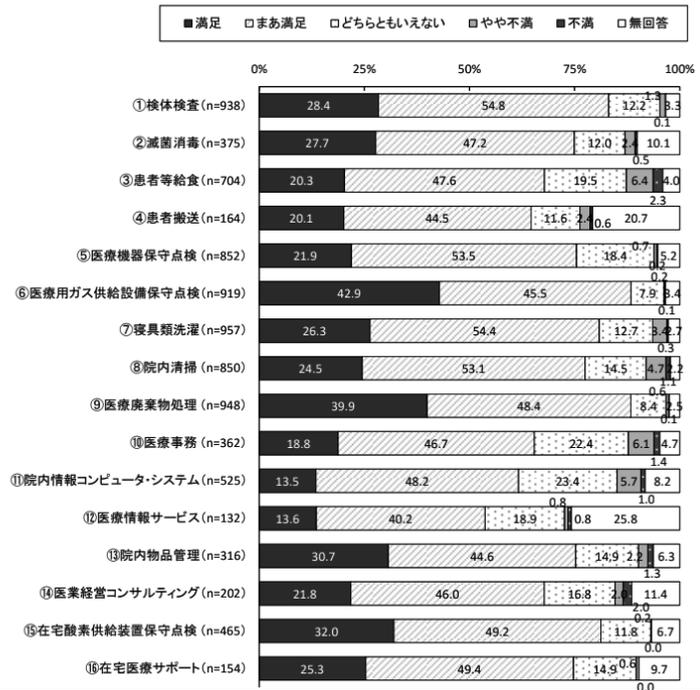
これからは、

- ✓ 医療や介護の必要度が高い85歳以上人口が増加
- ✓ 医療技術は、臨床検査を含めて高度化が進み、ICTやAIなど予測を超えたスピードで進化
- ✓ 医療安全やコンプライアンスに対する社会の厳しい姿勢は、30年前と比べようがない。耐性菌への対策は、国際的な課題となっている。
- ✓ 医療現場の「働き方改革」により、現場から、負担の軽減策と本来の仕事に専念できる環境づくりが求められている。

77

医療機関の医療関連サービスへの満足度

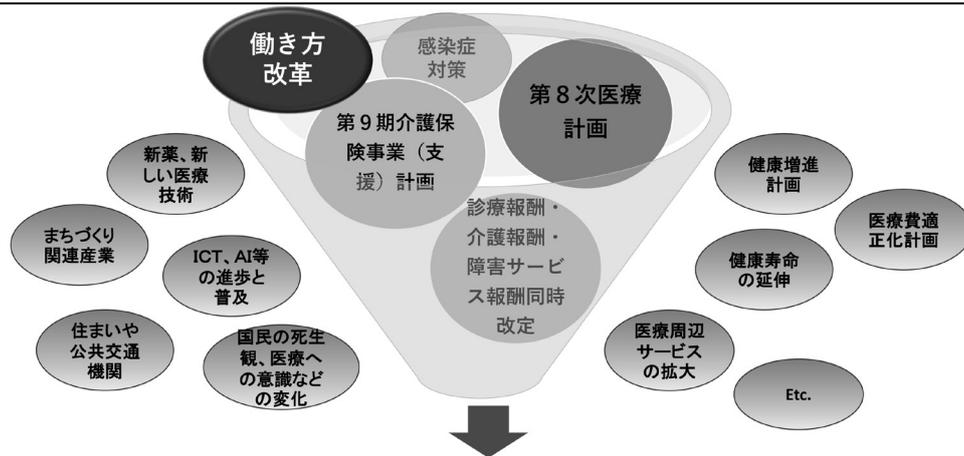
医療関連サービスへの満足度



令和3年度医療関連サービス実態調査結果より

働き方改革からみた医療関連サービスへの期待

- 医療関連サービスマーク制度は、医療における制度的なインフラストラクチャーともいえる。
- 安全で良質な医療のためには、サービスマーク制度による認定事業者を事業所単位で増やしていくことが重要。
- 医療機関が、安心して、業務を委託できるようにする必要がある。
- 日本医師会としても、医療現場へのサービスマーク制度の周知に努めていく。
- 医療関連サービス振興会及び各事業者には、今後も、**不断の努力をお願いします。**



2024年度以降の医療・介護提供体制

- ・ 超高齢社会、人生100年時代、都市部での高齢化進展
- ・ 少子化による人口減少、過疎化の加速
- ・ 医療・介護の需要の変化
- ・ 医療・介護の供給体制、担い手の減少
- ・ 医療のデジタルトランスフォーメーション、ICT化の進展
- ・ 新興感染症の襲来、災害の激甚化・頻発化

ご清聴
ありがとうございました。

ハートが二つ重なった医療関連サービスマークのデザインは、医療機関と医療関連サービス事業者がお互いの心を通い合わせていることを意味しています。その趣旨は、医療関連サービスには、高い技術の裏付けとともにそれを提供する人々の真心や愛情が必要であるということです。



日本医師会キャラクター
日医君