

週刊WEB

# 医業 経営

MAGA  
ZINE

Vol.845 2024.11.12

## 医療情報ヘッドライン

**医療法にオンライン診療の規定創設  
法制上明確化しさらなる推進を目指す**

▶厚生労働省 社会保障審議会

**資格確認書の周知広報を徹底  
「切れ目のない交付」にも配慮**

▶厚生労働省 社会保障審議会

## 週刊 医療情報

2024年11月8日

**電子カルテ共有サービス、  
導入の努力義務を法律で規定へ**

## 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6年度6月号)**

## 経営情報レポート

**外来医療の機能分化の推進へ  
かかりつけ医機能報告制度の要旨**

## 経営データベース

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:アンケート調査の実施  
**患者アンケート調査実施のポイント  
アンケート調査票の作成**

# 医療法にオンライン診療の規定創設 法制上明確化しさらなる推進を目指す

厚生労働省 社会保障審議会医療部会

厚生労働省は、10月30日の社会保障審議会医療部会で、医療法にオンライン診療に関する「総体的な規定」を創設する方針を示した。医療法では、医療は医療提供施設もしくは患者の居宅で提供されなければならないと定められていることから、オンライン診療はこれまで「解釈運用」されてきた。

しかし、「解釈によって適切な実施を図るには課題がある」ため、法制上の位置づけを明確化し、「適切なオンライン診療を更に推進」していくとしている。

## ■オンライン診療の届出医療機関は増加中

オンライン診療が最初に認められたのは1997年。当時は「遠隔診療」と呼ばれ、離島や僻地のみが対象だった。その後、スマートフォンなどの通信機器の普及に伴い、2015年に一般へ解禁されたが、初診は対面が原則だった。2018年に「オンライン診療料」として保険適用されたが、対面診療の補完的な役割と位置づけられ、71点と再診料（当時73点）よりも低い設定だった。

この状況が大きく変わったのが2020年のコロナ禍で、時限的特例措置ではあったが、初診からのオンライン診療が解禁となった（診療報酬214点、当時の初診料288点）。

その後、2022年度診療報酬改定で正式に初診からのオンライン診療が認められ、「情報通信機器を用いた場合の初・再診料」となって時限的特例措置の点数よりもさらに引き上げられた（最大251点、再診料73点）。

徐々に実施する医療機関も増えており、2022年7月時点での届出医療機関数は

5,494だったが、今年10月1日時点で12,507と約2.3倍となっている。

一方で、課題も浮き彫りになってきている。

前述のように「解釈運用」をするため、厚労省は「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を2018年に策定し、随時改定をしてきたが、法的な位置づけが不明瞭であることから、たとえば「美容医療の適切な実施に関する検討会」では「必ずしも遵守されていない」との指摘もされている状況だ。

## ■都道府県への届出も義務化

そこで厚労省は、前述のようにオンライン診療の「総体的な規定」を医療法に設けることを提案。現行制度の運用は活かしつつ、オンライン診療の定義および「オンライン診療を行う医療機関」「特定オンライン診療受診施設」の規定案を示した。

オンライン診療の定義は「情報通信機器を活用して、医師又は歯科医師が遠隔の地にある患者の状態を視覚及び聴覚により即時に認識した上で、当該患者に対し行う診断又は診療」とした。「オンライン診療を行う医療機関」には、都道府県への届け出を義務付けるほか、管理者に「厚生労働大臣が定めるオンライン診療基準」を遵守することを求めている。

「特定オンライン診療受診施設」は、「オンライン診療が、施設にいる患者に対して行われる施設であって、当該施設の設置者が、医師又は歯科医師に対し、業として、オンライン診療を行う場として提供しているもの」と定義。オンライン診療の実施責任は実施する病院・診療所の医師が負うこととしている。

# 資格確認書の周知広報を徹底 「切れ目のない交付」にも配慮

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31日の社会保障審議会医療保険部会で、マイナ保険証を持っていなくても「資格確認書」で従来どおり保険診療が受けられる旨を周知徹底することを明らかにした。

12月2日移行、健康保険証が新たに発行できなくなることも併せて周知広報する。

## ■資格確認書の有効期限は最大5年

健康保険証が新規発行されなくなるまで、あと1カ月を切った。「12月2日以降はマイナ保険証を持たないと保険診療が受けられない」と思いがちだが、実際はそうではない。

まず、健康保険証は新規発行がされなくなるだけで、12月2日以降も使用できる。ただし、有効期限の範囲内となるため、最長で1年ということになる。

では、マイナ保険証を保有していない人が、健康保険証の有効期限を迎えるとどうなるか。

この場合も、保険診療は受けることができる。有効期限が切れるまでに、「申請によらず」資格確認書が交付されるからだ。

医療機関では、従来の健康保険証と同様に窓口で提示すればいい。有効期限は最大5年で、更新もできる。

この資格確認書の交付を切れ目なく行うため、厚労省はマイナンバーカードの交付を受けていない人だけでなく、交付済みの人が保険証機能を使えないケースを考慮して対応策をとりまとめた。具体的には、「A マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない方」「B マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した方」「C 電子証明

書の更新を失念した方・マイナンバーカードを返納した方」の3種類に分類している。

## ■厚労相「不安の解消策を丁寧に講じる」

周知広報の方法としては、まず政府広報と連携して新聞広告を展開。「まだ、マイナ保険証をお持ちでなくても、これまでどおりの医療を、あなたに。」というキャッチコピーで、「マイナ保険証をお持ちでない方」「新たに後期高齢者になった方」は申請不要で資格確認書が届くこと、「マイナ保険証での受診が困難な方（ご高齢の方・障害をお持ちの方など）」は「申請いただくことで資格確認書をお届けします」とメッセージを伝えている。

また、「高齢者等に向けたリーフレット」も作成。健康保険証の新規発行がなくなること、資格確認書があればこれまでどおり医療にかかれることを、資格確認書のイメージ画像も添えて説明。「移行後もご安心ください」として、「カードリーダーの操作が上手いかななくても、医療費が10割負担になることはありません」と強調している。

福岡資麿厚生労働相は、11月1日の大臣会見でこの件について「国民の皆様の不安の解消に向けた対策を丁寧に講じていきたい」と発言。直近のマイナ保険証の利用率が13.87%と低迷していることについては「上昇傾向にはあるものの、更なる利用促進の取組が必要であり、具体的には、マイナ保険証に関するメリットの広報や、マイナ保険証の利用実績に応じた加算の周知などを行っていきたい」とした。

医療情報①  
 社保審  
 医療部会

## 電子カルテ共有サービス、 導入の努力義務を法律で規定へ

2025 年度中に本格稼働する「電子カルテ情報共有サービス」について、厚生労働省は 10 月 30 日、導入の努力義務を地域医療支援病院や特定機能病院、その他の救急・災害医療の提供を担う病院などに課すことを法律で規定する案を、社会保障審議会の医療部会に示し、おおむね了承された。

厚労省の担当者は、「どの法律に位置付けるかは現時点で未定」だとしているが、電子処方箋の提供の推進は医療介護総合確保法で規定されている。

25 年の通常国会での関連法の改正案の提出を目指す。

厚労省がこの日示した対応案では、電子カルテ情報共有サービスの導入の努力義務を地域医療支援病院などに課すことを法律に規定するほか、医療機関などが 3 文書（診療情報提供書や退院時サマリー、健康診断結果報告書）・6 情報（傷病名、アレルギー、感染症、薬剤禁忌、検査、処方）を社会保険診療報酬支払基金などに電子的に提供できることも法律に位置付ける。

また、支払基金などが 3 文書・6 情報を医療機関などに共有する以外の目的で使用するのを法律で禁止するほか、電子カルテ情報共有サービスの運用費用の負担者や負担方法を法律で規定する。

次の感染症の危機に備え、医師らが感染症の発生届を保健所に出す際に、電子カルテに記録した診療情報を改めて入力することなく、電子カルテ情報共有サービスを使って感染症サーベイランスシステムに届け出ることができることも規定する。

電子カルテ情報共有サービスは、25 年 1 月から全国 10 地域でモデル事業が始まり、同年度中に本格稼働する。そのシステム開発は国の全額補助で行い、医療機関の電子カルテシステムの改修は医療機関が実施する。ただ、病院に対して国が費用の 2 分の 1 を補助し、未導入の診療所には標準型電子カルテを普及させる。

また、運用コストとして医療機関の電子カルテシステムの保守費用や 3 文書・6 情報の提供に係る費用、支払基金のシステム運用費が発生する。これらの費用の負担の在り方について、関係者のメリットなどを踏まえて検討していく。

電子カルテ情報共有サービスが本格的に運用されると、患者・被保険者や医療機関、医療保険者のそれぞれにメリットがある。医療機関のメリットとしては、日常診療だけでなく救急時や災害時を含めて全国の医療機関などで患者の医療情報を踏まえた質の高い安全な医療を提供することができるかと想定されている。

また、事務コストの削減効果が見込まれるほか、効率的な働き方が可能となり魅力的な職場

環境の実現や医療の担い手の確保にもつながると期待されている。

部会の意見交換では、加納繁照委員（日本医療法人協会会長）が2次救急医療を担っている急性期病院では足元の経常収支が赤字だと説明。そのような厳しい経営状況に配慮しながら、電子カルテ情報共有サービスの導入の努力義務化について検討するよう厚労省に求めた。

医療情報②  
 日本保険薬局  
 協会

## かかりつけ薬剤師指導料の 算定率4% 総受付数に対し

日本保険薬局協会（NPhA）が会員薬局に対し行った調査によると、5,657 薬局での処方箋の総受付数 856 万 3,989 件に対し「かかりつけ薬剤師指導料」を算定した割合は 4.07%にとどまった。同じ調査の中で、薬局の勤務経験が3年以上でかかりつけ経験がある管理薬剤師 4,537 人が、かかりつけ薬剤師が必要だと考える患者の割合は平均 18%だったことから、NPhA では「潜在的ニーズと大きなギャップがあった」との見方を示している。

NPhA の管理薬剤師アンケートは、「かかりつけ職能」の発揮に関する実態と課題などを把握するため7月22日～9月6日に実施。会員薬局の管理薬剤師が対象で、5,982 薬局が回答した（回答率 31.3%）。

かかりつけ薬剤師が必要と考える患者のうち、「かかりつけ薬剤師指導料」や服薬管理指導料（かかりつけ薬剤師指導料の特例）を算定できない理由を複数回答で4,537 薬局に尋ねたところ、「算定により患者負担金が増える」が最多で、次いで以下の通り。

- ▼「算定により患者負担金が増える」（42.2%）
- ▼「患者からかかりつけ薬剤師に関するサービスを断られる」（39.6%）
- ▼「同意書を取ることに遠慮がある」（31.8%）
- ▼「要件を満たしている薬剤師への負担が大きい」（31.5%） など

当該薬局に1年以上在籍しているかなど「就業要件を満たせていない」「地域活動要件を満たせていない」「ライフイベントに伴う休職、退職、異動」といった就業に関する要件を理由に挙げた薬局は 44.2%だった。

NPhA は、かかりつけ薬剤師に対する潜在的ニーズを埋めるためには、薬剤師の資質向上や働き方も踏まえ、現場に即した制度設計が必要だと指摘している。

算定ができないそのほかの理由として自由記述では、「薬剤師の数が少ないため、声をかけたい患者がいても混雑によりかかりつけの同意書を取りに行けないことが多い」や「薬剤師が一人の店舗のため、いつも薬剤師が同じだから不要と言われる」、「金額の負担があると説明すると同意しない患者がいる」といったコメントが見られた。

週刊医療情報（2024年11月8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。

# 最近の医療費の動向

## ／概算医療費（令和6年度6月号）

厚生労働省 2024年10月31日公表

### 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	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者				
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1	
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4～3月	47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3	
	4～6月	11.6	6.4	3.8	2.1	1.4	2.7	0.4	4.6	0.6
	4月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
	5月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	6月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
令和6年度4～6月	11.7	6.4	3.8	2.2	1.4	2.6	0.3	4.8	0.6	
	4月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	5月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	6月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	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。

#### ●医療費の伸び率(対前年同期比)

（単位：％）

	総計	医療保険適用							公費	
		75歳未満						75歳以上		
		被用者 保険	本人	家族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者				
令和2年度	▲3.1	▲3.7	▲3.6	▲0.8	▲9.0	▲3.8	▲19.1	▲2.4	▲1.1	
令和3年度	4.6	6.4	8.5	8.1	8.8	3.7	18.4	2.7	1.1	
令和4年度	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲1.0	6.5	5.3	2.3	
令和5年度4～3月	2.9	1.7	4.2	5.2	3.4	▲2.0	2.2	4.5	3.6	
	4～6月	3.6	2.6	5.9	6.2	6.3	▲1.7	18.5	5.0	3.8
	4月	2.8	0.9	3.4	4.2	2.6	▲2.4	10.9	5.1	5.1
	5月	5.0	4.1	7.4	7.7	7.7	▲0.3	19.8	6.3	3.8
	6月	3.1	2.9	6.9	6.7	8.5	▲2.4	24.1	3.5	2.5
令和6年度4～6月	1.0	▲0.6	1.3	3.5	▲1.5	▲3.4	▲11.3	3.2	1.4	
	4月	3.3	2.3	4.7	6.1	3.3	▲1.1	▲3.5	4.7	3.1
	5月	1.3	▲0.3	1.4	3.4	▲1.1	▲2.7	▲11.0	3.6	1.4
	6月	▲1.6	▲3.8	▲2.0	1.2	▲6.3	▲6.3	▲18.0	1.3	▲0.1

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総 計	医療保険適用							
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上	
			本人	家族					
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0	
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	24.5	95.7	
令和5年度4～3月	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.1	96.5	
4月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.1	7.9	
	5月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.4	8.1
	6月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.5	8.0
令和6年度4～6月	9.5	6.2	4.9	4.7	4.8	10.0	6.5	24.0	
4月	3.2	2.1	1.6	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0	
	5月	3.2	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.2	8.1
	6月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.2	7.9

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2年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0	
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4～3月	47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3	
4月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.0	0.3	
	5月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.0	0.3
	6月	3.9	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.1	0.3
令和6年度4～6月	11.7	9.3	4.5	4.0	0.8	2.0	0.2	0.17	4.6	6.1	0.8	
4月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.5	2.1	0.3	
	5月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	6月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	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2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32	
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4～3月	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50	
4月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04	
	5月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	6月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.04
令和6年度4～6月	6.2	6.1	1.1	4.0	1.0	2.2	0.14	
4月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05	
	5月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
	6月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05

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2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0	
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4～3月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5	
4月	18.9	40.5	42.2	10.2	8.2	9.4	12.1	15.4	
	5月	18.9	40.7	42.4	10.2	8.1	9.0	12.0	15.2
	6月	18.6	41.2	42.9	10.2	8.2	9.0	12.0	15.1
令和6年度4～6月	18.9	41.1	42.8	10.2	8.3	9.2	12.3	15.3	
4月	18.8	40.8	42.5	10.2	8.3	9.3	12.2	15.4	
	5月	19.0	40.9	42.6	10.3	8.2	9.1	12.2	15.4
	6月	18.8	41.5	43.3	10.1	8.4	9.1	12.4	15.1

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。

最新の医療費の動向/概算医療費(令和6年度6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

外来医療の機能分化の推進へ

# かかりつけ医機能 報告制度の要旨

1. かかりつけ医機能の充実、役割分担を図る
2. かかりつけ医機能報告制度の概要
3. かかりつけ医機能は1号・2号に分類
4. 説明会での質疑応答



## ■参考資料

【厚生労働省】：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会 資料

# 1

## 医業経営情報レポート

# かかりつけ医機能の充実、役割分担を図る

2025年4月から、新たに「かかりつけ医機能報告」制度が導入されます。この制度は、地域における外来医療の役割分担を明確にし、患者がまずかかりつけ医を受診し、その後必要に応じて基幹病院などの専門外来を紹介される仕組みを強化するためのものです。

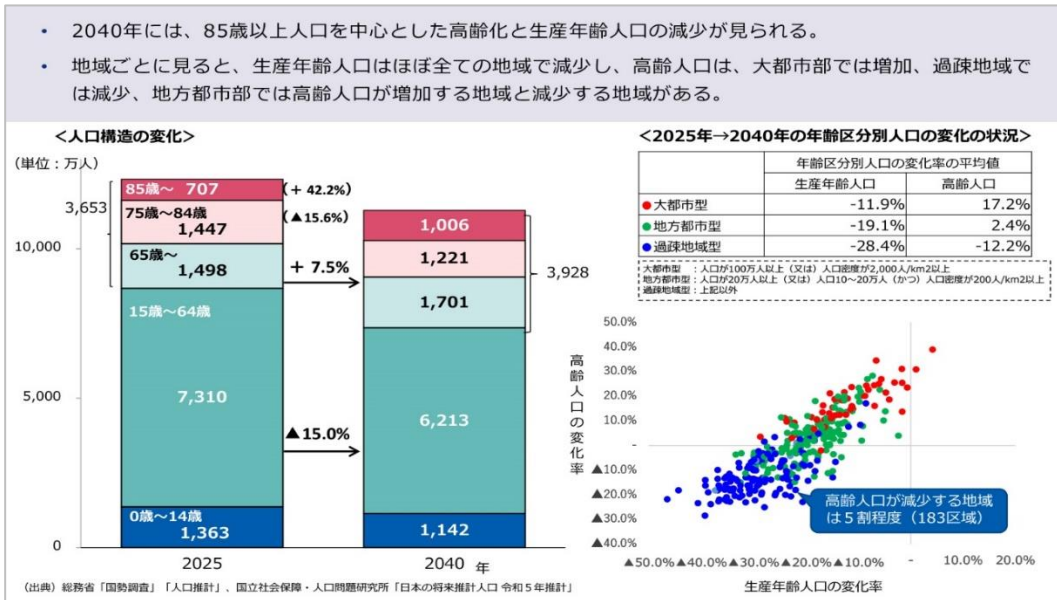
また、専門的な治療が終了した後は、再びかかりつけ医に戻すという流れを整え、地域医療における「かかりつけ医機能」を明確化し、地域包括ケアシステムを推進する狙いがあります。厚生労働省はこの制度の円滑な施行に向け、本年10月18日に第1回目の自治体向け説明会を開催しました。本レポートはその説明会の要点をまとめたものです。

### ■ 人口動態の変化と高齢化の進展

2040年に向けて、日本の人口動態には一段と大きな変化が見込まれています。

特に85歳以上の高齢者が増加する一方で、生産年齢人口は全ての地域で減少することが予測されています。大都市部では引き続き高齢者の人口が増加するものの、過疎地域では今後高齢者人口は著しい減少をたどることになります。

#### ◆2040年の人口構成について



厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

### ■ 医療需要の変化や人材確保の課題

医療需要は地域ごとに異なりますが、入院患者数は全国的に増加傾向で、特に高齢者の割合が高まることとその要因とされています。

一方、外来患者数は2025年にピークを迎えると予測されています。

# 2

## 医業経営情報レポート

# かかりつけ医機能報告制度の概要

### ■ 地域医療を支える「かかりつけ医機能報告」の取り組み

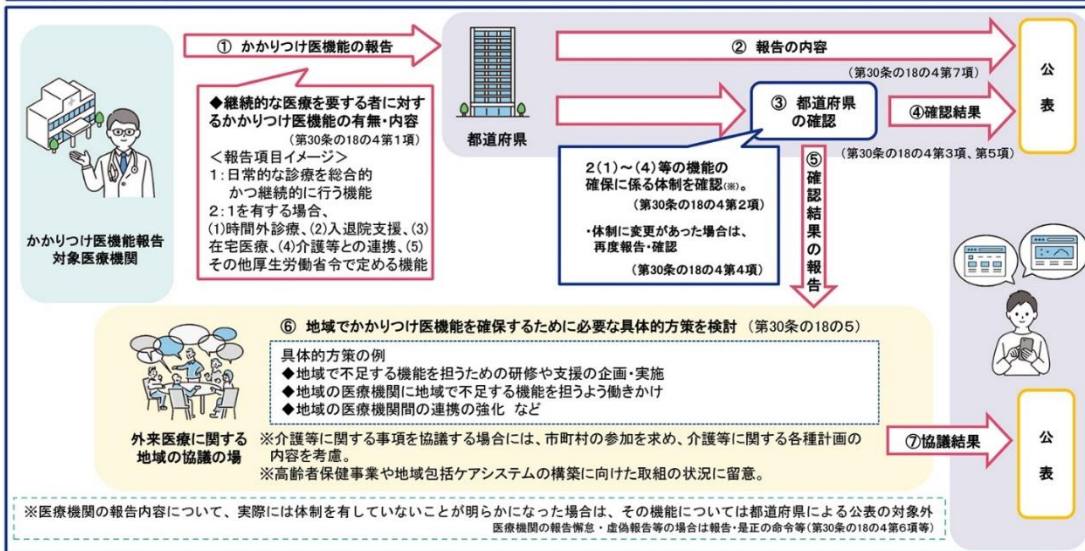
厚生労働省が主導する「かかりつけ医機能報告」制度の発足に向けて、現在、地域で高齢者や慢性疾患を抱える患者を支援するための新たな取り組みへの準備が進められています。この仕組みでは、各医療機関は地域の都道府県知事に対して、かかりつけ医としての機能を有しているかを報告することになっています。

都道府県知事は、医療機関がかかりつけ医の役割を果たすための体制を備えていることを確認し、地域での外来医療に関する協議の場において公表し、その情報を共有します。その後、かかりつけ医機能の確保に向けた具体的な対策が議論され、取りまとめられた内容が地域住民に対し公表されます。このような流れにより、地域での継続的な医療支援体制が強化され、住民が安心して医療を受けられる環境整備が進むことが期待されているのです。

### ◆ かかりつけ医機能報告の流れ

#### かかりつけ医機能報告概要

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



厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

### ■ 地域医療の充実に向けた「かかりつけ医機能」の確立と情報提供

今後、高齢者の増加とともに、複数の慢性疾患を有し、医療・介護の複合的ニーズを抱える患者が増えることが予想されます。

しかし、医療従事者の人員は限られているため、地域の医療機関や専門職が役割を分担しながら、質の高い医療を効率的に提供する体制づくりが求められています。

# 3

## かかりつけ医機能は1号・2号に分類

### 『1号機能』の概要と報告要件

かかりつけ医としての機能については「1号機能」「2号機能」に区分し、医療機関はそれぞれの機能を有しているか否かを報告することになります。

「1号機能」は、特定機能病院および歯科医療機関を除く「病院・診療所」を対象とし、かかりつけ医として継続的な医療が必要な患者に対し、日常の診療に加えて、患者の生活背景を考慮し、適切な診療と保健指導を行うことを目的とし、医療提供が困難な場合には地域の医師や医療機関と協力し、治療や指導の対応を調整するという役割もその機能に含まれます。

都道府県への報告事項としては、1号機能の概要を院内で掲示していること、かかりつけ医の研修受講や総合診療専門資格の有無、17の診療領域での一次診療の対応状況、さらには患者からの医療相談を受ける体制の有無が対象となります。

これらの要件が満たされた医療機関は、次の段階として2号機能の報告をすることになります。また、制度の進展に応じ、5年後には再検討することが予定されています。

### ◆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。1号機能に係る報告事項が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、自己の専門性を越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<sup>※1</sup>ごとの一次診療の対応可能な有無、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

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

※ 上記の1号機能に係る報告事項が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)

病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域	病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
脳卒中	590.1	9. 循環器系	統合失調症	50	3. 精神科・神経科
膝痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷	中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉科、17. 小児
認知症(軽度リウマチ、認知)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷	聴覚障害	41.9	3. 精神科・神経科
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17. 小児	不整脈	41	9. 循環器系
皮膚の疾患	221.6	1. 皮膚・形成外科、17. 小児	近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼科、17. 小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養	前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17. 小児	狭心症	32.3	9. 循環器系
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養	正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
下痢・嘔吐症	124.9	7. 消化器系	心不全	24.8	9. 循環器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系	便秘	24.2	7. 消化器系
がん	109.2	-	頭痛(片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17. 小児	末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17. 小児	難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉科
うつ(気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科	認知症軽症	17	16. 筋・骨格系及び外傷
骨髄炎	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷	慢性腎臓病	16.8	12. 輸出入
結膜炎・角膜炎・涙膜炎	65	4. 眼科	慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
白内障	64.4	4. 眼科	頭痛	12.3	15. 血液・免疫系
白内障	64.2	4. 眼科	乳癌の疾患	10.5	13. 乳腺
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			

※ 一次診療を行うことの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7年「医療提供」全国(推計)外来患者数  
<https://www.e-stat.go.jp/en#/data/00000121198484640001>

**【上記例の協定の考え方】**

- ・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疾患を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の疾患を抽出。該当する領域がない診療領域は最も推計外来患者数の多い疾患を追加、ICD-10中分類を参考に類似する疾患を統合。
- ・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健リソースの利用、その他大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

### 『2号機能』の概要と報告要件

「2号機能」については、通常の診療に加え、地域医療や在宅医療の提供など、拡張的にかかりつけ医機能についての報告が求められています。

# 4 医業経営情報レポート 説明会での質疑応答

## ■ 総論に関する質疑応答

説明会での質疑応答のなかで、制度の目的に関する質問に対して、今後増加が予想される慢性疾患を抱えた高齢者への対応として、地域医療における「かかりつけ医機能」を確保することの重要性が改めて強調されました。さらには、地域における時間外診療や在宅医療、入退院支援を充実させるため、医療機関に対してかかりつけ医機能の取組状況を把握し、その情報をもとに地域の医療体制を整備することも求めています。

また、自治体における予算措置の必要性についても質問があり、これに対して厚生労働省は、現行の医療機能情報提供制度に準じた対応を求めており、新たなシステム導入は不要としています。総論に関する質疑応答は以下の通りです。

### ◆ 総論①

問	本制度による報告を行うことが求められる医療機関の理解を得られるよう、本制度の目的をあらためて教えてほしい。
答	<p>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、地域で必要となる時間外診療体制や、在宅医療、入退院支援などのかかりつけ医機能を確保していくことが不可欠であると考えています。</p> <p>現在も医療機能情報提供制度などに基づく報告が実施されているところですが、本制度は、それらとは趣旨目的が異なる報告制度であり、今後在宅医療等を担う意向の有無なども含めて、医療機関におけるかかりつけ医機能の取組状況が分かるようになるものです。</p> <p>その情報をもとに、地域のかかりつけ医機能の確保状況を可視化することができ、その上で、不足するかかりつけ医機能の協議に活用し、地域で必要な対策を検討してもらうことが重要と考えています。</p>

厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

### ◆ 総論②

問	本制度に関して、自治体（都道府県・市町村）で予算措置は必要か。必要な場合、どのような内容か。
答	<p>予算措置については、報告業務に関しては、医療機能情報提供制度と同様の業務スキームでシステム上も実装していくため、現在の医療機能情報提供制度に係る各都道府県の運用状況を確認いただき、同様の準備を行っていただくようお願いします。</p> <p>また、地域関係者との協議の場開催に関する経費や運営等の業務を支援するコーディネーターに係る経費も考えられます。</p>

厚生労働省：かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

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。

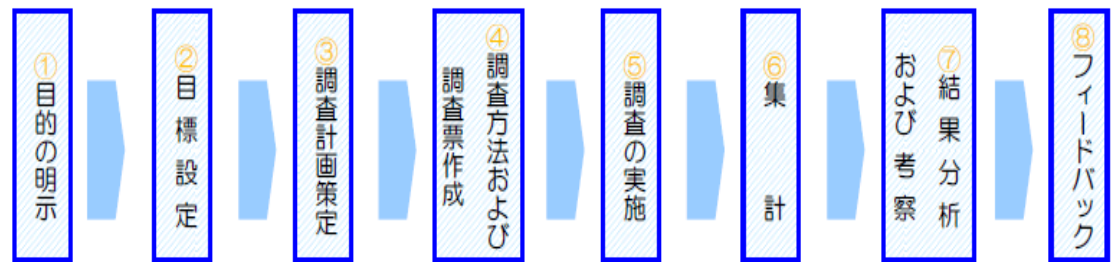


ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: アンケート調査の実施

# 患者アンケート調査実施ポイント

患者アンケート調査の進め方について教えてください。

患者アンケート調査は、目標とする対象から抽出されたデータを多角的に分析し、その結果及び改善に向けた取り組みを、患者や職員にフィードバックするという流れで行います。具体的には、以下のような手順を進めます。



## ① 目的の明示

調査実施の目的を明確にします。具体的には、以下のような項目が挙げられます。

- 医療提供レベルの満足度
- 患者が自院に求めているもの
- 患者サービス向上のヒント

## ② 目標設定

対象（人、場所、機関）、実施時期、回収率などに関する具体的な目標を決定します。

## ③ 調査計画策定

アンケートの具体的実施計画を立案します。決定するのは以下のような事項です。

- 内部における実施、外部（コンサルタント等）に依頼するのか
- 具体的実施スケジュール
- アンケート用紙の回収方法：直接ヒアリング後に回収、回収箱に投函、郵送
- 費用予算の策定等

## ④ 調査方法および調査票作成

調査項目のフレームワーク（人・サービス・アメニティ）を決定します。

## ⑤ 調査の実施

## ⑥ 集計

## ⑦ 結果分析および考察

仮定の検証や統計的处理、多角的分析、並びに継続的変化の比較などを行います。

## ⑧ フィードバック

調査結果を患者と職員に公表します。特に患者からの改善要望事項については、院内にその改善の進捗等について掲示するなど、取り組みが目に見える形にすることがポイントです。



ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: アンケート調査の実施

# アンケート調査票の作成

入院患者用と外来患者用の調査票の作成について  
 ポイントを教えてください。

## ■入院患者アンケート調査

入院患者アンケート調査票は、以下に区分されます。これらに基づき、入院患者向けのアンケート調査は、この4項目で整理すると良いでしょう。

- |       |       |         |           |
|-------|-------|---------|-----------|
| ①施設整備 | ②職員技能 | ③患者サービス | ④病院運営システム |
|-------|-------|---------|-----------|

自院までのアクセスや、玄関から待合室、診察室、病室等患者の動線に従って、アメニティについて調査をします。

特に、入院療養環境が重要なポイントとなるため、病室の広さはもちろんのこと、談話室・浴室等共用スペース、プライバシーへの配慮に問題がないか確認しましょう。

次いで、職員の対応やマナーレベルの水準を確認するため、多くの時間を接する看護職員（看護師、助手）だけでなく、職員全般の言葉遣いなど接遇面で問題がないかチェックします。

続いて、食事や病室の設備等の患者サービスを確認します。外来患者が入院することによって、普段目に付かない部分の指摘をするケースもあります。そして、情報提供を含めた入院システムについて確認するとともに自由記述欄を設け、設問以外の不満や要望を記入してもらくと、より具体的な意見・要望等を吸い上げることができます。

入院患者アンケートは、「病院にお世話になっている」という思いから、実際よりも良い評価をするなど、なかなか患者の本音が把握できない傾向があります。現実よりも高い評価結果になっているはずととらえて、対応を検討する際に考慮しなければなりません。

## ■外来患者アンケート調査

外来患者アンケート調査票は、①施設整備 ②職員技能 ③病院運営システムの3つに区分されます。入院患者同様、外来患者向けのアンケート調査はこの3項目で整理します。

自院へのアクセスから始まり、玄関から待合室、診察室、検査室等患者の動線を考慮し、まずアメニティについて調査をします。その後職員の対応レベル、さらに医師を含めたスタッフの対応レベルに問題がないかを確認した後、最後に診療システムがわかりやすいか、待ち時間に不満はないかなど、運営システムについて調査します。アンケート項目が大量にあると、回答・記入する患者側の負担も大きくなりますから、10項目以内に絞ると良いでしょう。また、自由記述欄を設けておき、より具体的な要望等を受け取れるようにします。