



週刊WEB
マガジン



医業経営

2026.7.28

医療情報ヘッドライン

時間外で 年960時間超の 常勤医は15%

制度見直しへ働き方
改革検討会が初会合

▶厚生労働省 検討会

専門医養成 幅広い 領域の診療能力は 若手医師の 約45%が 「維持は困難」

▶厚生労働省 部会

週刊 医療情報

2026年7月24日号

DXと戦略的な病床削減で
医業収益向上、石川氏

経営情報レポート

2027年4月から適用開始
新リース会計基準の実務対応

経営TOPICS

統計調査資料 病院報告

(令和8年3月分概数)

経営データベース

ジャンル: 機能選択 > サブジャンル: かかりつけ医の役割
「かかりつけ医」の定義
紹介受診重点医療機関とは

医療情報
ヘッドライン
①

時間外で年960時間超の常勤医は15% 制度見直しへ働き方改革検討会が初会合

厚生労働省 令和8年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会

厚生労働省は7月13日に「令和8年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会」の初会合を開催。医師の働き方改革の制度施行後、2025年に病院・常勤勤務医を対象として行われた勤務実態調査の結果を明らかにした。

それによると、A水準の年間上限960時間に相当する週労働60時間以上の病院常勤医は15.0%となり、2016年調査時の39.2%から大幅に低下。診療科、年代、性別、勤務先別でも同様の傾向がみられ、制度改革が一定の成果を得ている様子がうかがえる。

一方、週労働80時間以上（時間外・休日労働が年1,920時間換算）の医師が依然として2.4%いるほか、「働き方改革はあまり進んでいない」と考える専攻医等が4割前後いるなど、解消すべき課題も浮き彫りとなった。

■特例水準のB・連携Bは 2035年度までに廃止する目標

24年4月に施行された改正医療法により、医師の時間外労働を年960時間までとする上限規制が導入された。その際、地域医療を確保するための暫定的な特例水準も設けられ、医師を派遣する病院が対象となる連携B、救急医療等を担うB水準は、年1,860時間までを上限に設定されているが、2035年度末までの廃止を目標として段階的な見直しの検討が進められている。

特例水準や医師の労働時間短縮目標ラインは、法施行後3年ごとに必要な見直しを検討するとされており、2027年度に向けて医師の労働時間の実態や改革の取り組み状況を確認するとともに、さらなる推進に向けた議論

を行うため本検討会が立ち上げられた。

病院・常勤勤務医に行った調査によると、週労働60時間以上の医師は、診療科別に外科が25.1%、救急科が23.7%、産婦人科が22.8%の順に高く、大学病院ではそれ以外と比べて週労働時間が長い傾向にある。

地域医療への影響を調査したところ、「診療体制の縮小があった」割合は24年度に4.7%、うち0.7%が「地域医療に影響が出る」と回答し、25年度はそれぞれ11.1%、2.3%だった。一部では影響が生じていることが示唆されたが、大半は大きな影響はなかったとみられる。

■「労働」と「自己研鑽」の区分に 長時間労働する医師は大きな不満

専攻医等への意識調査では、若手医師や大学病院の医師において働き方改革の進捗への実感は十分でないことが明らかになったほか、「労働」と「自己研鑽」の区分に基づく働き方について特に大学病院や長時間労働をする医師に大きな不満がある割合が高かった。

医師の負担軽減に向けた取り組みでは、タスク・シフト/シェアの進展が示唆されたほか、患者向け説明動画や電子カルテ関連のICTは業務効率化に資するものとして定着しつつある。

また、病状説明の時間設定や特定医師への負担集中の回避、会議の設定時間の工夫といった取り組みが多く病院で実施されていた。

このような院内のマネジメントに関する病院長等を対象とした研修は2025年度に12回開催され、1,329人が受講。各病院における働き方改革への意識の高まりが読み取れる。

医療情報
ヘッドライン
②

専門医養成 幅広い領域の診療能力は 若手医師の約45%が「維持は困難」

厚生労働省 医道審議会 医師分科会医師専門研修部会

厚生労働省は7月 15 日に医道審議会 医師分科会医師専門研修部会を開催。2040 年に向けて医療需要の変化を見据えた専門医の養成について、各学会や専攻医等を対象に行ったアンケート調査の結果を公表した。

幅広い領域の総合的な診療能力等の維持や強化について、「維持したいまたは維持することが必要」だと考える専攻医等の若手医師が9割を超える一方、約 45%が「知識や能力の維持・強化が難しい」と回答。能力向上へのニーズに対して十分に対応できていない可能性がある状況が明らかになった。

厚労省は、今後必要とされる専門医の養成に向けて、「患者像の変化」や「専門医として求められる役割・能力」といった視点に基づき、専門研修の枠組みのなかで必要な対応を検討していく方針だ。

■専門医には全身的な視点と

高度専門的な視点を併せ持つ診療能力が必要

2040年にかけて、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見込まれ、医療需要の変化が生じることが想定されている。

そこで厚労省は、専門医制度において必要な対応や課題について情報を収集するため、基本領域 19 学会と内科・外科学会の各サブスペシャルティ学会のほか、基本領域の専門研修を開始した専攻医等を対象としたアンケート調査を実施。

その結果を踏まえ「患者像の変化」「専門医として求められる能力・役割」「医療提供体制の変化と専門医養成の在り方、その課題」、「その他の意見」というポイントに分けて論点を整理した。

各論点を詳しくみると、「患者像の変化」

では、多疾患併存や慢性疾患を複数有する患者の増加が見込まれると想定し、「専門医として求められる役割・能力」について、全身的な視点と高度専門的な視点を併せ持つ診療能力や、患者中心の意思決定支援を実践する能力など、複雑化した医療ニーズに対応可能な診療スキルの習得が一層求められるという考えだ。

「医療提供体制の変化と専門医養成の在り方、その課題」では、専門性の維持と多様な医療ニーズへの対応能力向上を同時に実現することが求められる一方、医療の集約化・機能分化が進む中で、症例数の減少や教育資源に地域間・施設間の差が生じることなど一定の課題も想定される。そのため医療提供体制の維持と、医師のキャリア形成に配慮する視点の双方を考慮した上で、専門医の養成を進めていく必要性を訴えた。

■専門研修プログラムごとに、養成の方針に

ならった内容であるか確認し対応の検討を

厚労省は今後必要とされる専門医の養成の進め方について、「患者像の変化」をはじめとする前述の論点で挙げられた内容について、専門研修プログラム等がそれらの実現に資するものとなっているか改めて確認し、対応を検討することを求めた。

確認における視点の例として、「急性期だけでなく、在宅・地域での生活支援も含めた長期的かつ包括的な管理を前提とする患者へ対応できるような研修内容か」、「切れ目ない医療を提供する役割や、そうしたなかで必要となる他診療科や多職種との連携等、ノンテクニカルスキルについて習得が可能か」などといった観点を示している。

医療情報①
MMPG定例
研修会

DXと戦略的な病床削減で 医業収益向上、石川氏

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）の定例研修会（第183回）が16日開かれ、社会医療法人石川記念会 HITO 病院（愛媛県四国中央市）の理事長・石川賀代氏と、中央社会保険医療協議会委員で社会医療法人名古屋記念財団（名古屋市）の理事長・太田圭洋氏が講演した。人口減少下の機能再編と経営判断の重要性をそれぞれの切り口で訴えた。

「2040年に向けた病院変革」をテーマに講演した石川氏はまず、運用を変えずに病床だけを削っても補助金による一時収入にとどまり、経営改善にはつながらないと指摘。同院はDXで業務を組み替えたうえで急性期29床を戦略的に削減し、病床稼働率95%を保ちながら労働生産性と職員1人当たり医業収益をともに高めたと紹介した。

その具体的な戦術として展開したのが、押し付けず自然に使われる動線をつくる「無為自然型DX」だ。

出発点は「どのシステムを入れるか」ではなく「誰の、どの時間を取り戻すか」だとし、使い慣れた手段で小さく成功させ横展開する手法で、看護師の移動距離を1日4〜5キロ、時間外労働を年6,000時間削減。そこから生まれた時間を生活機能の回復支援へ再投資したという。「真ん中」に置くのは患者だけでなく、職員、家族、地域を含む概念だと位置付けた。

院内最適化の先には、質・費用・患者経験・アウトカムを地域で共有する「地域価値（Value-based）プラットフォーム」を掲げ、行政や介護事業者と役割を分担しつつ、再入院率など1領域1指標から着手すべきだとした。実装は30日で現状を可視化し、90日で小さく試し、1年で地域連携を再設計する工程を示した。

●稼働率の確保最優先に役割分担の見直しを太田氏

太田氏は「2026年診療報酬改定と今後の病院医療」をテーマに講演し、同改定の内容について厳しい見方を示した。

本体改定率は2年平均でプラス3.09%となったものの、26年度はプラス2.41%で、薬価・材料価格の引き下げ0.87%を除いたネットはプラス1.54%にとどまると説明。物価が年3%前後上がる状況に対して実質的にプラス幅が追いつかず、日本医療法人協会の推計では改定後も医療費の対GDP比は10年代を下回る水準と指摘した。

物価対応などは急性期機能の高い病院に厚く、民間が多くを占める包括期や高齢者救急への配分は薄いとも述べた。そのうえで「今、医療機関は何をすべきか」に議論を移し、生産年齢人口の急減と拠点集約は止まらないとし、「すべての病院が従来通りで生き残るのは論理的にありえない」と断言した。

各病院には、稼働率が低くても成り立つ点数は付かないと強調。稼働率の確保を最優先に挙

げ、地域で求められる医療への転換と役割分担の見直し、近隣病院との信頼構築、経費の見直し、在宅医療への進出、保険外収入の確保を求めた。

加えて、個々の病院における経営努力だけでは限界があるとして、27 年の中間年改定に向けた財源確保、政策医療や建て替え補助金をめぐる公民のイコルフットィング、人員配置基準など規制緩和を、民間病院が結束して働きかける必要性を強調した。

医療情報②
厚生労働省
事務連絡

医療・介護計画、病床転換量 から地域の連携機能へ

厚生労働省は 14 日、第 10 期介護保険事業（支援）計画の策定に向け、2040 年に向けた地域医療構想や第 8 次医療計画（後期）との整合性確保について、考え方を示す事務連絡を发出した。

従来の慢性期医療機能から介護施設・在宅医療などへ移行する「追加的需要」を軸とする考え方から、40 年を見据えた在宅医療、高齢者救急との連携体制を重視する方向性に改める。

厚労省は事務連絡で、医療計画、介護保険事業（支援）計画に、地域医療構想を加えるほか、整備目標やサービス量見込みの整合性を確保する際の基本的な考え方を示した。

改正では、医療区分 1 の患者の 70%や入院受療率の地域差などを用いて追加的需要を算出していた従来の記述を削除した。代わって、現在の療養病床数、介護保険施設の定員数、在宅医療を提供する医療機関数など、地域に実在する資源を確認し、在宅医療と介護サービスを一体的に検討する考え方を打ち出した。

医療機関に求める役割も具体化した。

在宅医療などの連携機能を担う医療機関は、他の医療機関や訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護事業所、高齢者施設などで構成するネットワークの中心となり、地域を「面」として支える体制を整備する。診療所や医師会と協力し、休日・夜間を含む 24 時間の在宅医療提供体制を構築することも明記した。

高齢者救急の増加を踏まえ、退院後の受け皿づくりも強化する。医療機関と介護保険施設が老健や介護医療院などの機能への理解を共有し、退院支援から退院後の受け入れまでをつなぐ連携体制を構築するよう求めた。

高齢者施設の入所者が状態を悪化させた場合に備え、協力医療機関の確保、平時からの情報共有、受診・搬送ルールの整理を進めることも盛り込んだ。

都道府県と市町村による協議の場合は、介護施設の医療対応力と病院の高齢者救急・地域急性期機能を相互に把握し、協力医療機関の確保状況の共有や施設とのマッチングを議論する。

介護 DB や NDB、介護サービスの提供状況の地域差を示す指標（介護 SCR）などを踏まえ、将来需要を考え合わせて介護施設における医療ニーズへの対応を含む地域課題を検討することを求めた。協議は介護保険事業計画の検討初期から始めることも併記している。

週刊医療情報（2026年7月24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。

病院報告

(令和8年3月分概数)

厚生労働省 2026年6月9日公表

1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和8年3月	令和8年2月	令和8年1月	令和8年3月	令和8年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 140 076	1 163 667	1 140 768	△ 23 591	22 899
精神病床	251 975	252 904	252 356	△ 929	548
感染症病床	171	204	194	△ 33	10
結核病床	797	810	827	△ 13	△ 17
療養病床	227 371	228 764	225 581	△ 1 393	3 183
一般病床	659 762	680 984	661 810	△ 21 222	19 174
外来患者数	1 200 063	1 176 623	1 124 734	23 440	51 889
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 329	1 347	1 317	△ 18	30

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和8年3月	令和8年2月	令和8年1月	令和8年3月	令和8年2月
病院					
総数	77.1	77.0	77.9	0.1	△ 0.9
精神病床	80.4	80.9	81.0	△ 0.5	△ 0.1
感染症病床	8.0	9.0	9.5	△ 1.0	△ 0.5
結核病床	23.5	24.3	24.8	△ 0.8	△ 0.5
療養病床	85.7	86.2	86.1	△ 0.5	0.1
一般病床	73.6	73.1	74.7	0.5	△ 1.6
診療所					
療養病床	39.3	40.3	39.5	△ 1.0	0.8

注) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

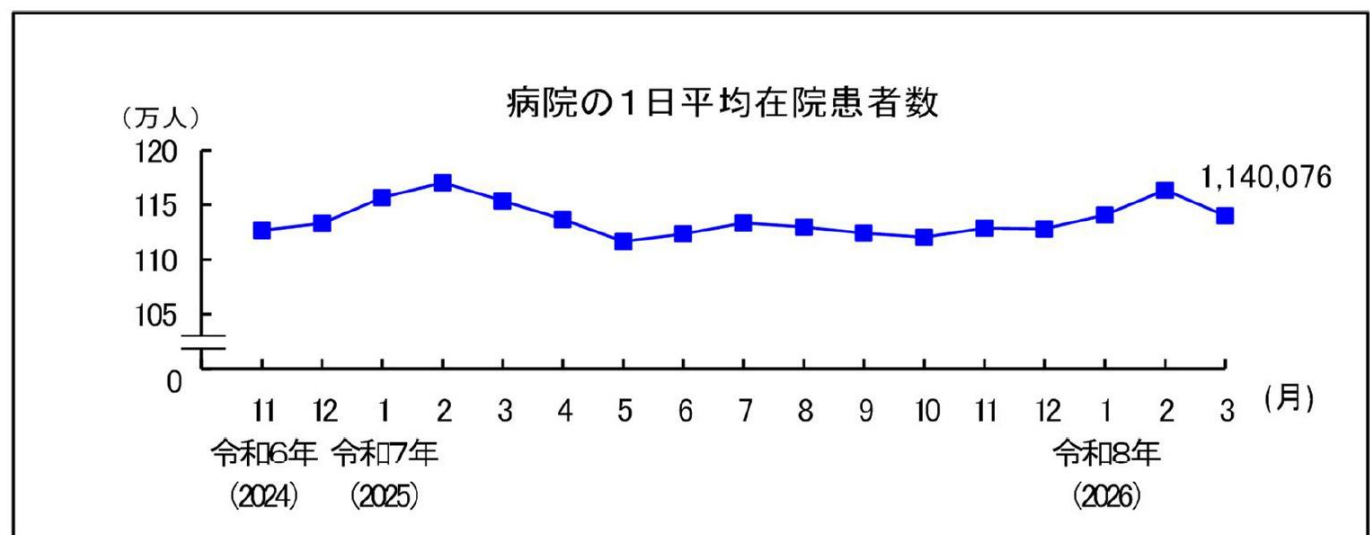
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和8年3月	令和8年2月	令和8年1月	令和8年3月	令和8年2月
病院					
総数	24.9	25.3	26.1	△ 0.4	△ 0.8
精神病床	238.4	244.7	262.3	△ 6.3	△ 17.6
感染症病床	10.5	9.9	10.4	0.6	△ 0.5
結核病床	59.1	53.9	59.1	5.2	△ 5.2
療養病床	111.6	111.8	118.0	△ 0.2	△ 6.2
一般病床	15.4	15.7	16.1	△ 0.3	△ 0.4
診療所					
療養病床	94.1	99.6	102.4	△ 5.5	△ 2.8

注) 平均在院日数 =
$$\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$$

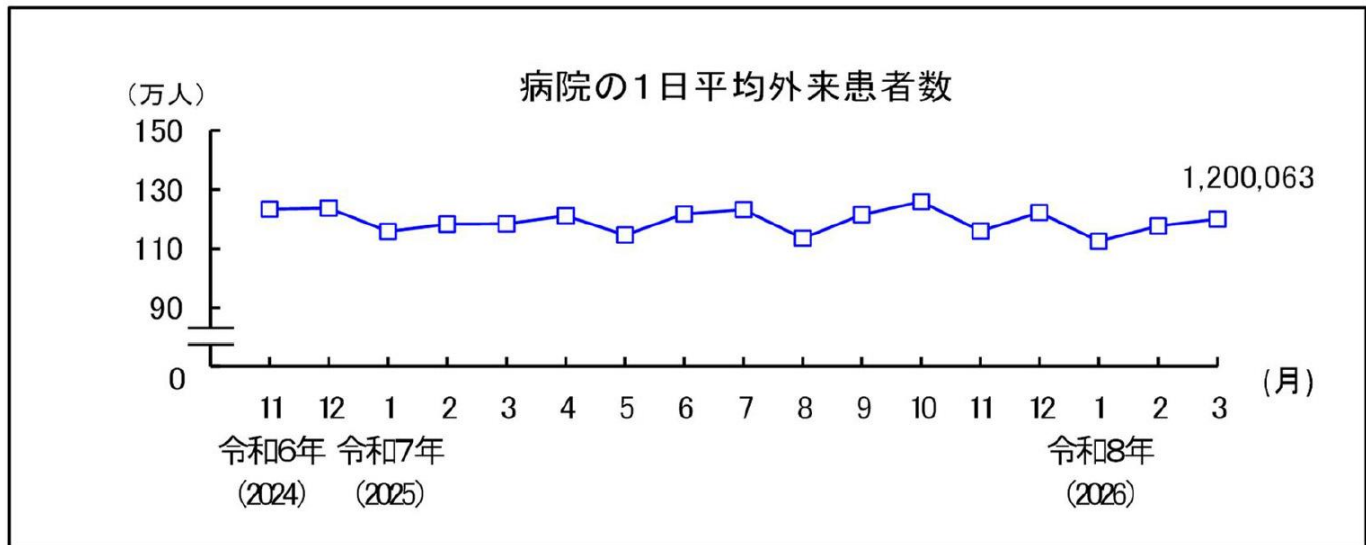
ただし、療養病床の平均在院日数 =
$$\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

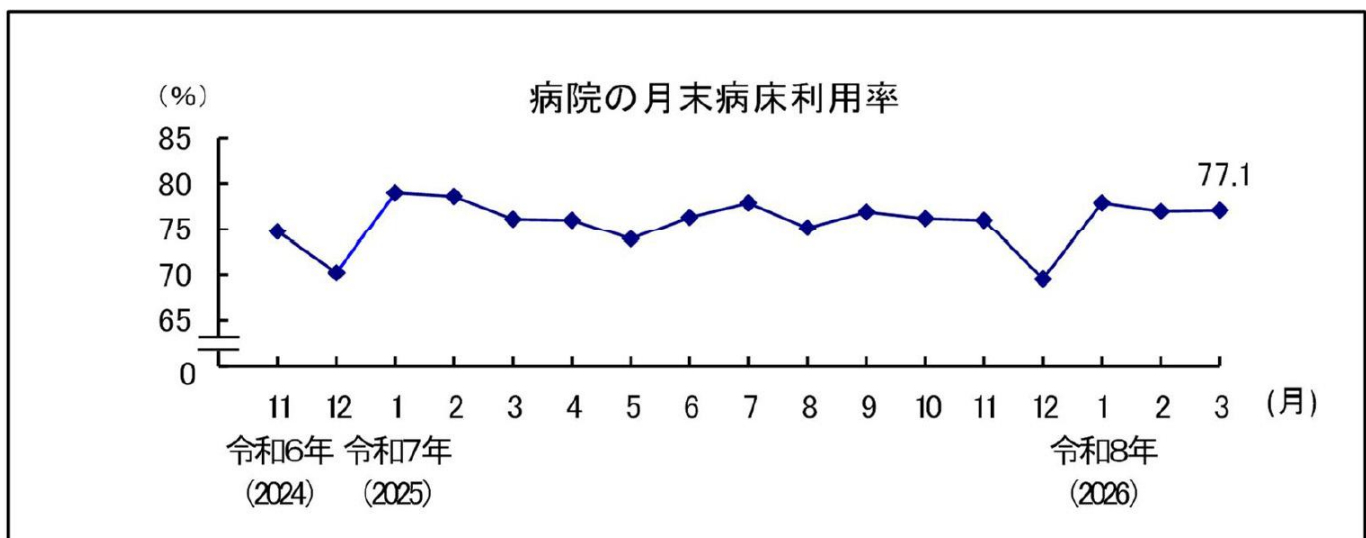


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

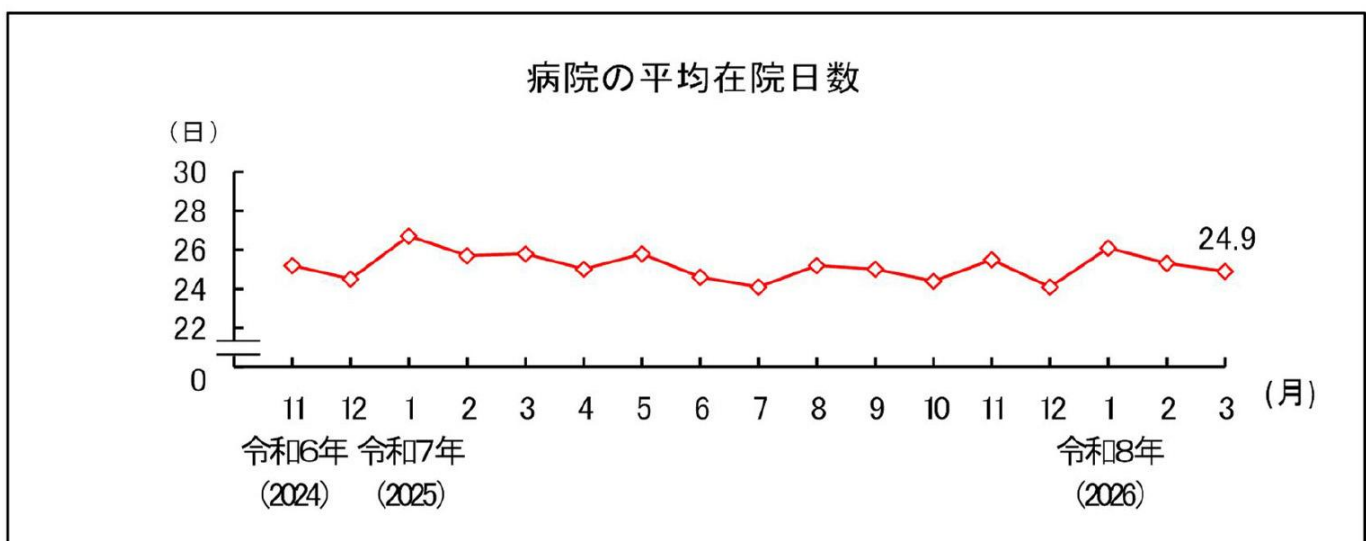
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告（令和8年3月分概数）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

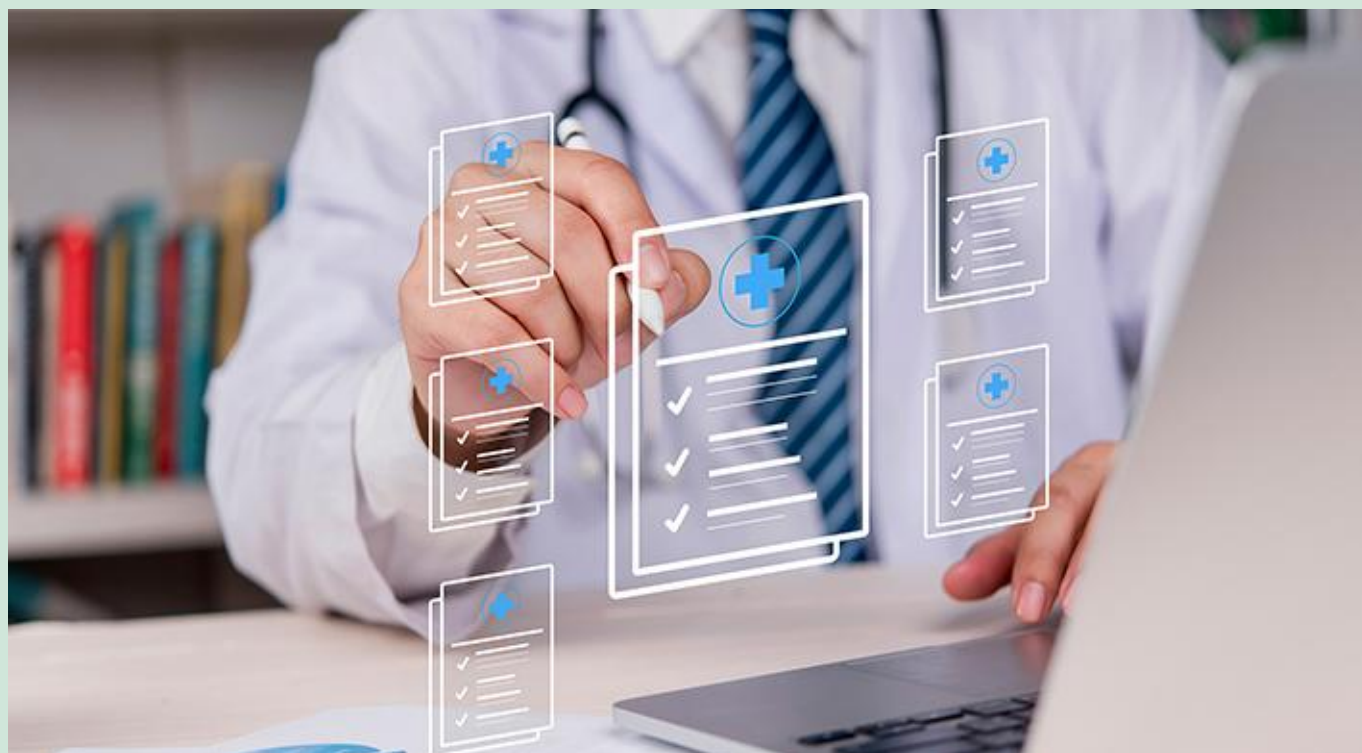


制 度 改 正

2027年4月から適用開始

新リース会計基準 の実務対応

1. 新リース会計基準導入の目的と適用時期
2. 新リース会計の概要と診療所への影響
3. 財務指標への影響と金融機関対策
4. 導入に向けた実務対応プロセス



■参考資料

【厚生労働省】：「医療機関等を取りまく状況（経営状況・人材確保等）」

【国税庁】：「令和7年度 法人税関係法令改 他」

1

医業経営情報レポート

新リース会計基準導入の目的と適用時期

■ 診療所経営とリース取引の現状

多くの診療所にとって、リースは開業時の初期投資を抑制し、月々のキャッシュフローを平準化する上で不可欠な経営手法です。特に、技術革新の速い高額な医療機器を常に最新の状態に保つため、或いは運転資金を確保するために、リースは広く活用されています。

厚生労働省の調査によれば、設備投資においてリース契約は重要な役割を担っており、特に診療所では医療機器の導入に際してリースか購入かの判断が経営を左右する大きなポイントとなっています。

◆ 診療所経営におけるリースのメリット

- ・ 初期投資の抑制：高額な医療機器や内装工事費に次ぐ大きな支出項目である設備投資について、購入に比べて初期費用を大幅に抑えることが可能。
- ・ 資金繰りの安定化：月々のリース料として費用が固定されるため、コスト管理が容易になり、資金計画を立てやすくなる。
- ・ 技術革新への対応：リース期間終了後に最新機種へ入れ替えることで、陳腐化リスクを避け、常に高度な医療を提供できる。

一方で、近年の医療機関を取り巻く経営環境は、物価や人件費の高騰により厳しさを増しています。厚生労働省が公表したデータによると、令和6年度の医療法人の事業収益対事業利益率は、病院のみ、無床診療所のみ、有床診療所のみ運営法人のいずれも令和6年度を下回りました。物価や人件費などの費用増加が、経営を圧迫している状況が窺えます。

◆ 令和5年度・令和6年度の医療法人の利益率

令和5年度 【R5. 4. 1～R6. 3. 31 の間に決算を迎えた法人】		病院のみ経営	無床診療所のみ 経営	有床診療所のみ 経営
経常利益率	平均値	2.0%	8.8%	4.1%
	中央値	1.2%	6.1%	2.3%
	最頻値	0.0～1.0%	0.0～1.0%	0.0～1.0%

令和6年度 【R6. 4. 1～R7. 3. 31 の間に決算を迎えた法人】		病院のみ経営	無床診療所のみ 経営	有床診療所のみ 経営
経常利益率	平均値	0.1%	5.2%	3.0%
	中央値	0.0%	2.9%	1.0%
	最頻値	0.0～1.0%	0.0～1.0%	0.0～1.0%

出典）独立行政法人 福祉医療機構「医療法人経営情報データベースシステムを活用した分析結果」

2

医業経営情報レポート

新リース会計の概要と診療所への影響

■ 単一モデルの導入

新リース会計基準における最大の変更点は、借手（リース利用者）の会計処理が「単一モデル」に統一されることです。これまでのようにリースを「ファイナンス・リース」と「オペレーティング・リース」に分類する必要がなくなり、原則としてすべてのリース契約を貸借対照表（B/S）に資産・負債として計上（オンバランス）することになります。

具体的には、リース契約の開始日に、借手は以下の2つをB/Sに計上します。

◆「使用権資産」と「リース負債」の計上

- ・使用権資産（資産の部）：リース期間中にその資産（医療機器や不動産など）を使用する「権利」を資産として認識します。
- ・リース負債（負債の部）：将来支払うべきリース料総額の現在価値（将来の支払額を利息分だけ割り引いた金額）を負債として認識します。

新基準では、契約の実質を見て「リースに該当するかどうか」を判断する「リースの識別」というプロセスが重要になります。形式上は「業務委託契約」や「サービス契約」となっている、特定の資産（機器など）を実質的に支配して使用していると判断されれば、リースとして会計処理が必要になる可能性があります。診療所においては、検査機器の試薬供給契約に付随する機器の利用などが該当する可能性があり、個別の検討が求められます。

■ 貸借対照表(B/S): 資産と負債の同時増加

新基準の適用により、これまでB/Sに計上されていなかったオペレーティング・リースが「使用権資産」および「リース負債」として計上されるため、資産と負債の両方が増加します。

特に、都心部で高額な賃料のテナントを借りている診療所や、CT・MRIといった高額な医療機器を多数リースしている診療所では、B/Sが大きく膨らむ可能性があります。

例えば、年間リース料120万円（月10万円）、リース期間5年の不動産賃貸借契約（オペレーティング・リース）を新たにB/Sに計上する場合のイメージは以下のとおりです（簡便化のため割引計算は省略）。

◆新基準適用によるB/Sの変化

項目	【現行基準】	【新基準】
オペレーティング・リース	B/Sに計上なし	B/Sに計上あり
資産の部	...	使用権資産：600万円
負債の部	...	リース負債：600万円
総資産	X万円	X+600万円
総資産・純資産	X万円	X+600万円

3

医業経営情報レポート

財務指標への影響と金融機関対策

■ 主要財務指標への影響

新リース会計基準の適用により、貸借対照表（B/S）の資産と負債が同時に増加するため、これまで経営の健全性を示すために重視されてきた財務指標が悪化する可能性があります。特に、金融機関からの融資審査などで参考にされる指標への影響には注意が必要です。

◆影響を受ける主要な財務指標

オペレーティング・リースを多く利用している診療所ほど、以下の指標が悪化する傾向にあります。

- ・ 自己資本比率（純資産 ÷ 総資産）⇒低下
分母である総資産が増加するため、自己資本比率は低下します。経営の安定性を示す重要な指標であるため、金融機関からの評価に影響する可能性があります。
- ・ 負債比率（負債合計 ÷ 自己資本）⇒上昇
分子である負債が増加するため、負債比率は上昇します。
- ・ 総資産利益率（ROA）（利益 ÷ 総資産）⇒低下
分母である総資産が増加するため、ROAは低下します。ROAは資産を効率的に活用して利益を上げているかを示す指標です。

これらの指標は、あくまで会計上の数値の変動によるものであり、診療所の実質的な収益力や返済能力が変わるわけではありません。しかし、指標の悪化が機械的に評価されてしまわないよう、事前の準備と説明が重要になります。

■ 設備投資計画:「リースか購入か」の判断基準

新リース会計基準は、診療所の設備投資における「リースか、購入か」という重要な意思決定にも影響を与えます。従来、オペレーティング・リースが選択される理由の一つに、「オフバランスにできる」という会計上のメリットがありました。

B/S をスリムに保ち、財務指標を良好に見せることができるためです。

◆リースの利点

 初期投資の抑制 リースにより、企業は高額な資産を所有することなく利用できます。	 税務上のメリット リース料は経費として計上できるため、税務上のメリットがあります。	 管理の軽減 リースは資産の管理とメンテナンスの負担を軽減します。	 キャッシュフローの改善 リースは企業のキャッシュフローを改善する手段として重要です。
--	--	---	---

4 医業経営情報レポート 導入に向けた実務対応プロセス

新リース会計基準は、2027 年4月以後開始する事業年度の期首から適用されます。その影響の大きさを考えると、準備は今から始めるべきです。

ここでは、診療所が取り組むべき実務対応を3つのステップに分けて解説します。

■ リース契約の網羅的な洗い出しと内容把握

最初のステップは、自院が締結しているすべてのリース契約を正確に把握することです。

これまで経費として処理していた契約も対象となる可能性があるため、管理が分散している場合は特に注意が必要です。

【ステップ1】洗い出すべき契約と把握すべき契約内容

- ・ 医療機器のリース契約：ファイナンス・リース、オペレーティング・リースの両方。
- ・ 不動産の賃貸借契約：診療所のテナント、駐車場など。
- ・ その他：コピー機、PC、車両、ウォーターサーバーなどのリース契約。
- ・ サービス契約等にリースが含まれる可能性のある契約：
特定の機器の使用が前提となっているメンテナンス契約や業務委託契約など、「リースの識別」が必要なもの。

洗い出した各契約について、以下のように情報を整理し、一覧表を作成します。

これは次のステップである影響額試算のための基礎データとなります。

◆リース契約管理表(例)

項目	記載例	把握のポイント
契約対象資産	超音波診断装置 ABC-123	資産を特定できる情報（機種名、製造番号など）
リース会社	〇〇リース株式会社	契約の相手先
月額リース料	150,000 円	固定か変動か、維持管理費等が含まれるか
リース期間	2023 年4月1日～2028 年3月 31 日（5年間）	契約上の期間
延長・解約オプション	1 年ごとの自動更新、3か月前通知で解約可	「合理的に確実に行使するか」を判断する必要がある

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:機能選択 > サブジャンル:かかりつけ医の役割

「かかりつけ医」の定義

「かかりつけ医」の定義について、教えてください。

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。

(1)「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が、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。

厚生労働省は、かかりつけ医を「健康に関することを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してくれる、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。

(2)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。

ジャンル:機能選択 > サブジャンル:かかりつけ医の役割

紹介受診重点医療機関とは

紹介受診重点医療機関について解説してください。

様々な弊害を解決するため、国が打ち出した具体的な方策が、外来医療における機能分化の推進であり、その中核をなすのが「紹介受診重点医療機関」という仕組みです。

これは、手術や高度な検査、専門的な治療など、「医療資源を重点的に活用する外来」を担う医療機関を明確にし、原則として「かかりつけ医からの紹介状を持った患者を中心に診療する」役割を担ってもらうといった制度です。

具体的には、一般病床 200 床以上の病院などが対象となり、各医療機関からの報告と地域での協議を経て、都道府県が指定・公表します。

この制度の目的は、言うまでもなく患者の受診の流れをスムーズにすることにあります。

◆紹介受診重点医療機関での受診時の流れ

①日常的な診療・相談

まず、患者は身近な「かかりつけ医機能を持つ医療機関」を受診する。

②紹介（専門医療へ）

かかりつけ医が診察の結果、より詳しい検査や専門的な治療が必要と判断した場合、患者の状態に最も適した「紹介受診重点医療機関」へ紹介状（診療情報提供書）を作成して紹介する。

③逆紹介（日常的な管理へ）

紹介先の病院で専門的な治療や手術が終わり、容態が安定したら、今度はその病院から再び「かかりつけ医」へ、治療経過や今後の注意点などを記した情報と共に患者を「逆紹介」する。

この「紹介」と「逆紹介」のサイクルが円滑に機能することで、それぞれの医療機関が自らの専門性を最大限に発揮できるようになります。大病院は重症患者や専門的な治療に集中でき、待ち時間の短縮や勤務医の負担軽減につながります。

一方、かかりつけ医は、専門医からの正確な情報をもとに、その後の継続的な健康管理を責任もって行うことができます。患者にとっても、紹介状があることで専門医にこれまでの経緯が正確に伝わり、スムーズに質の高い医療を受けられるというメリットがあります。

また、紹介状なしで紹介受診重点医療機関を受診した場合には、通常の医療費に加えて特別な定額負担（初診時 7,000 円以上など）が課されるといった仕組みがあることで、適切な受診行動が促されます。