

第18回医療計画の見直し 等に関する検討会	資料2
令和2年2月28日	

外来医療を取り巻く現状と 検討の方向性について

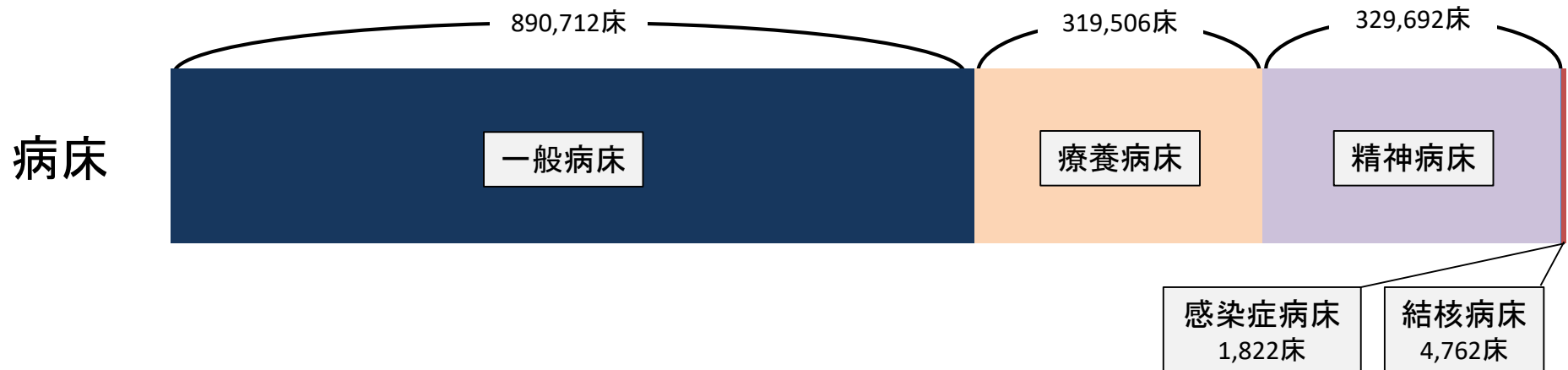
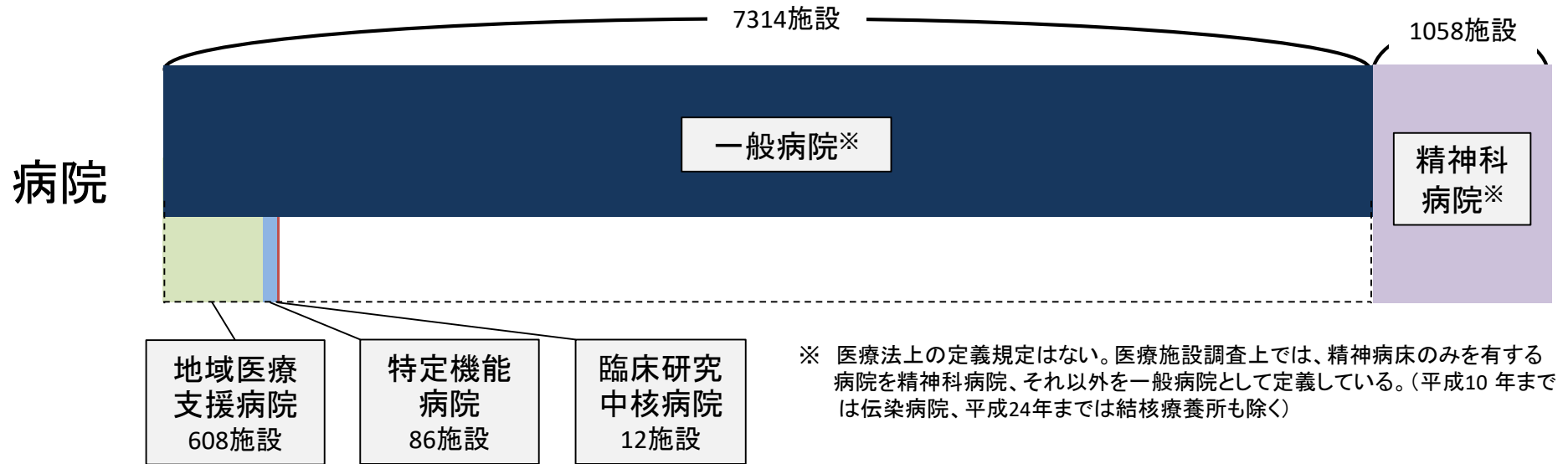
1 医療機能の分化・連携の経緯について

医療機能の分化・連携に係る医療法改正の主な経緯

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したものの。	○医療計画制度の導入 ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	<u>○特定機能病院の制度化</u> <u>○療養型病床群の制度化</u>
平成9年	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 <u>○地域医療支援病院制度の創設</u> ○医療計画制度の充実 ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	<u>○療養病床、一般病床の創設</u> ○医療計画制度の見直し ・基準病床数へ名称を変更
平成18年	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○医療計画制度の見直し ・4疾病・5事業の具体的な医療連携体制を位置付け
平成23年	「社会保障・税一体改革大綱」に基づき、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むこととされた。	○疾病・事業ごとのPDCAサイクル ○在宅医療の医療連携体制に求められる機能の明示 ○精神疾患を既存の4疾病に追加し、5疾病となった
平成26年	社会保障と税の一体改革として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、所要の整備等を行う。	<u>○病床機能報告制度の創設</u> <u>○地域医療構想の策定</u> 、地域医療構想調整会議の設置 ○地域医療介護総合確保基金の創設
平成30年	地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師確保に関する事項の策定等の措置を講ずる。	○医師確保計画の策定 ○ <u>外来医療計画の策定</u> ○地域医療構想の実現のため知事権限の追加

※平成27年の改正で「地域医療連携推進法人」の認定制度を創設

医療法上の病院及び病床区分



地域医療支援病院制度及び特定機能病院制度の概要

	地域医療支援病院	特定機能病院
制度趣旨、 発足の経緯	地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関等の連携等を図る観点から、 <u>かかりつけ医等を支援する医療機関として、平成9年の第三次医療法改正において創設。</u>	良質な医療を効率的に提供するためには、機能・特質に応じた施設の体系化を進めることを通じ、医療資源がより有効に活用されるようにすることが必要とされ、 <u>平成4年の第二次医療法改正において、高度な医療を提供する医療機関として制度化。</u>
承認	都道府県知事が個別に承認	厚生労働大臣が個別に承認
承認病院数	608病院 (2018年12月1日時点)	86病院 (2019年9月1日時点、うち大学病院本院79病院)
役割	○ 紹介患者に対する医療の提供 ○ 医療機器の共同利用の実施 ○ 救急医療の提供 ○ 地域の医療従事者に対する研修	○ 高度の医療の提供 ○ 高度の医療技術の開発・評価 ○ 高度の医療に関する研修 ○ 高度な医療安全管理体制
承認要件	○ 原則200床以上 ○ 紹介患者中心の医療を提供 ① 紹介率80%以上 ② 紹介率65%以上、逆紹介率40%以上 ③ 紹介率50%以上、逆紹介率70%以上 等	○ 400床以上 ○ 紹介患者中心の医療を提供 (紹介率50%以上、逆紹介率40%以上) ○ 英語論文数が年70件以上 等

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(3) 改革の方向性

① 基本的な考え方

また、医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。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」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

そこで、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

(中略)

「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで1つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者のQOLを維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。ゆえに、高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時にされるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。そして、こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、医療機関側だけでなく、患者側にもインセンティブが働くシステムとなることが望ましい。

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度(「病床機能報告制度」)を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる。さらには、地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

3 医療保険制度改革

(2) 医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

(略)

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない、患者の意識改革も重要となる。

(略)

かかりつけ医の定義と機能（日本医師会・四病院団体協議会）

「かかりつけ医」とは（定義）

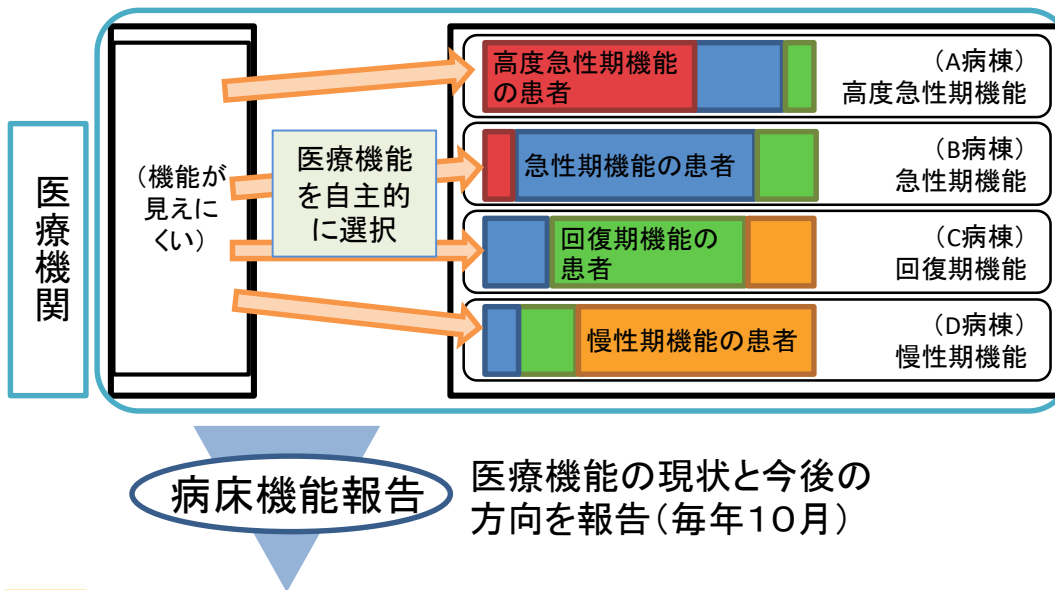
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「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。

地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



「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

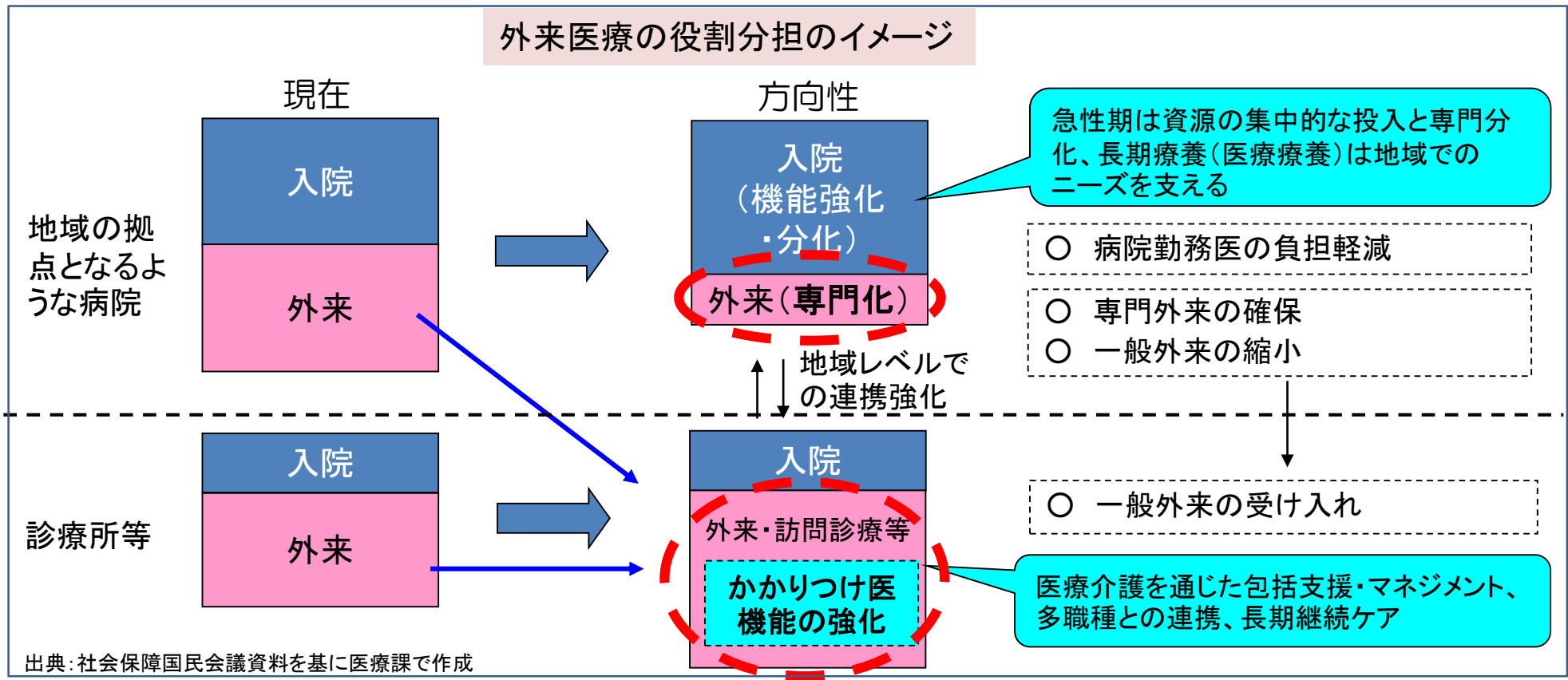
外来医療の今後の方向性(イメージ)

中 医 協 総 - 1
3 0 . 1 . 1 0

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 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
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、**I.地域医療構想の実現に向けた取組**、**II.医療従事者の働き方改革**、**III.医師偏在対策**を連携して推進し、総合的な医療提供体制改革を実施

I.医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進

II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する
上限規制：2024年～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III.実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

地域における外来医療の不足・偏在等への対応

経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っている、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている等の状況にある。
- このため、平成30年医療法改正により、外来医療における医師偏在是正の観点から、**外来医療に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みを設け、医療計画の記載事項に、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下「**外来医療計画**」という。）を追加した。

外来医療計画の全体像

外来医療に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。
 - ※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。
- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。
 - ※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
 - ※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。
 - ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

（外来医師偏在指標）

- 外来医療計画は、無床診療所の都市集中等の対応のため、地域の外来医師の相対的な不足・偏在を可視化・解消しようとする、医師偏在解消の観点からの試みの第一歩である。
- このため、外来医師偏在指標は、地域の外来医療ニーズなどを踏まえた診療所医師のマンパワーの量を単一の機能と捉えて設定されており、医療機関が地域で担っている具体的な外来機能が十分に反映・明確化されているものではない。また、病院における外来の実施状況に関するデータは参考として地域に情報提供されているにすぎず、入院との関連等についても、地域等で議論をするよう明示されていない。

（協議の場）

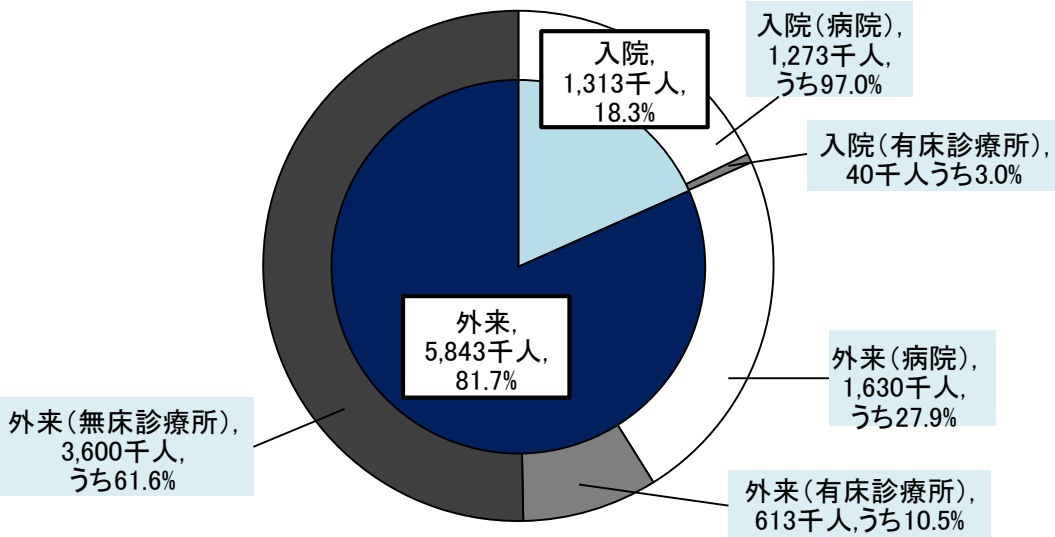
- 協議の場においては、救急・在宅・地域保健といった機能の偏在・不足の状況を確認し、その対応について議論することとされている。
- しかし、これ以外の外来医療の機能の分化・連携の在り方については明示されておらず、また、救急、在宅等についても、どのようなデータを用い、どの程度の議論をするのか、偏在・不足等があったとして、どの程度の対策を立てるのか等の実効性に関する部分については、都道府県に委ねられている。

2 外来医療の現状について

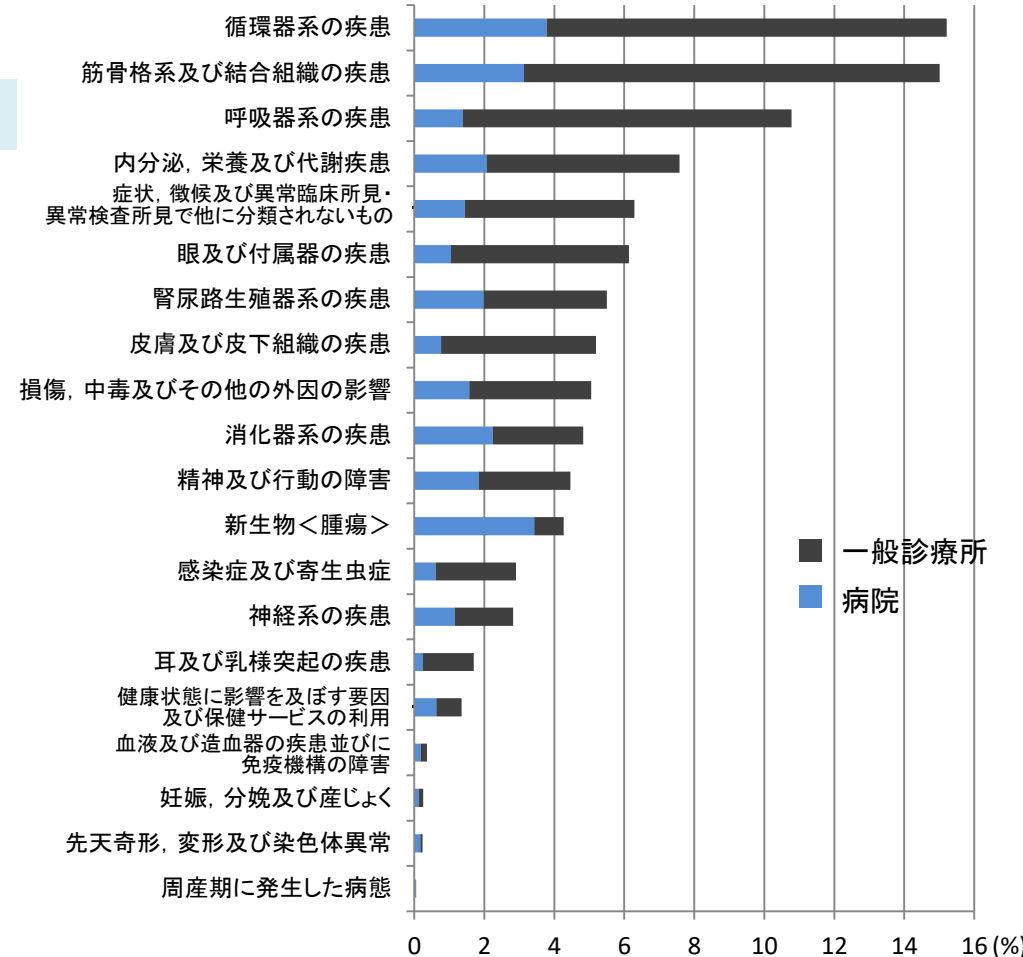
2－1 外来医療の提供状況について

○ **外来患者数**は、入院患者数と外来患者数の合計の**約8割**で、そのうち**診療所**を受診する者は**約7割**、**病院**を受診する者は**約3割**を占める。

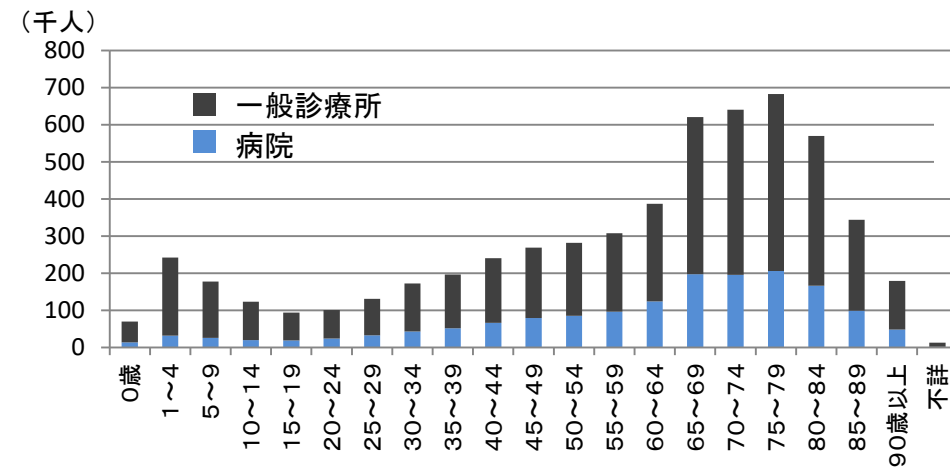
入院／外来患者の施設別割合（歯科を除く）



外来患者の傷病別割合（歯科を除く）



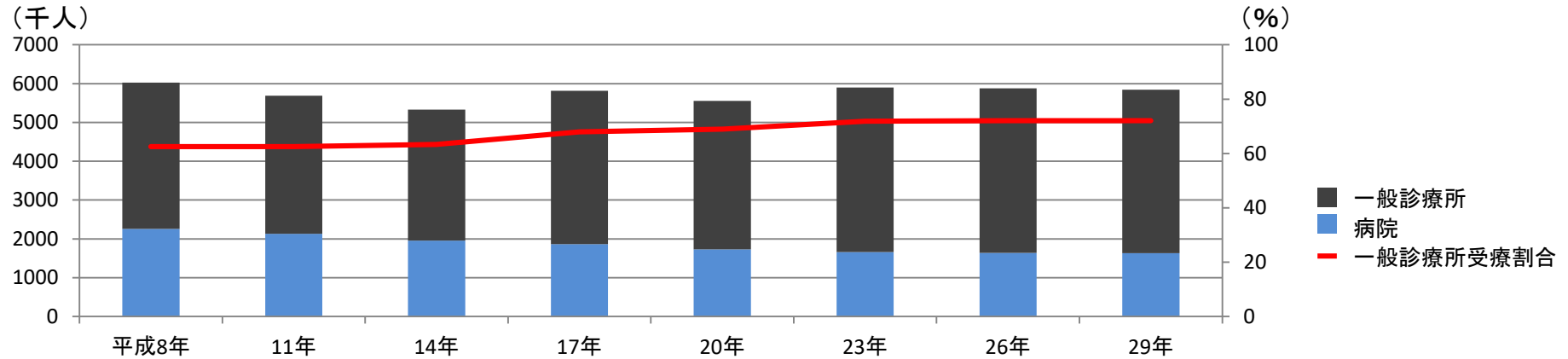
外来患者の年齢階級別分布（歯科を除く）



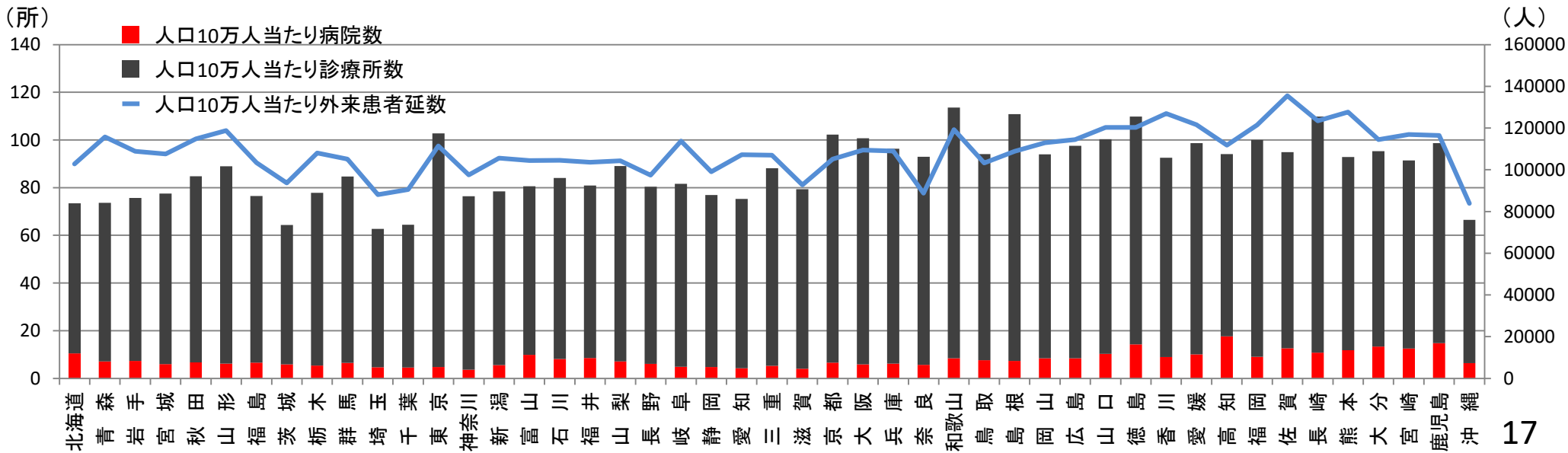
- **外来患者数**は、近年、ほぼ横ばいで推移しているが、**診療所の受療割合が増加傾向**にある。
- 都道府県別にみると、医療機関の多い都道府県で、外来患者数が多い傾向にある。

外来患者数の推移（病院・診療所別）

出典：平成29年患者調査、平成29年医療施設調査、平成29年住民基本台帳人口



都道府県別の医療機関数と外来患者数

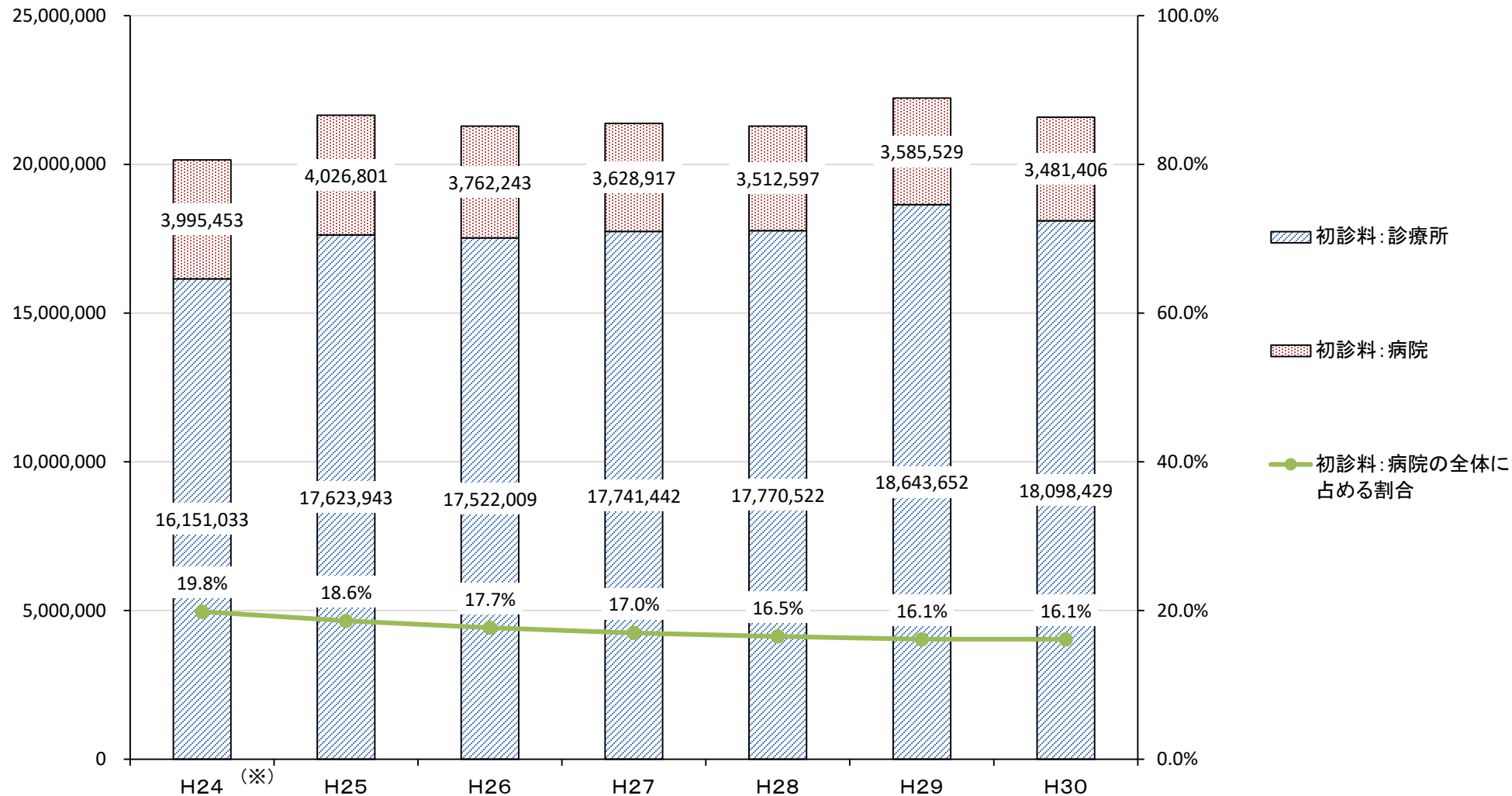


病院・診療所別の初診料の算定回数の年次推移

令和元年5月15日
中医協総会資料（改）

○ 初診料の算定回数は、診療所が病院に比べ多く、また、病院の割合は減少傾向。

（単位：回）



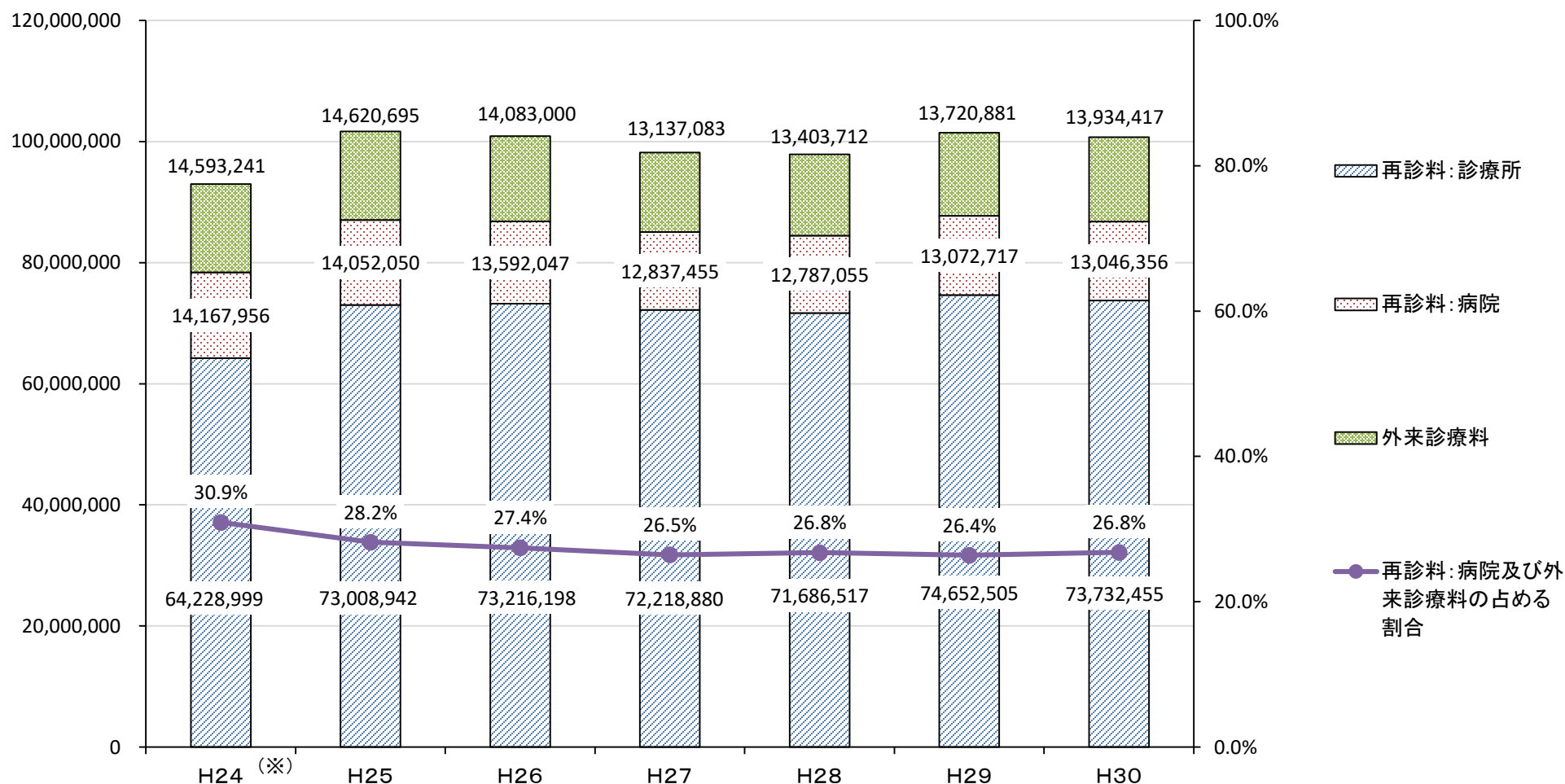
病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移

令和元年5月15日
中医協総会資料（改）

○ 病院の再診料の算定回数は減少傾向であるが、外来診療料は増加傾向にあり、全体に占める割合は近年概ね横ばい。

（単位：回）

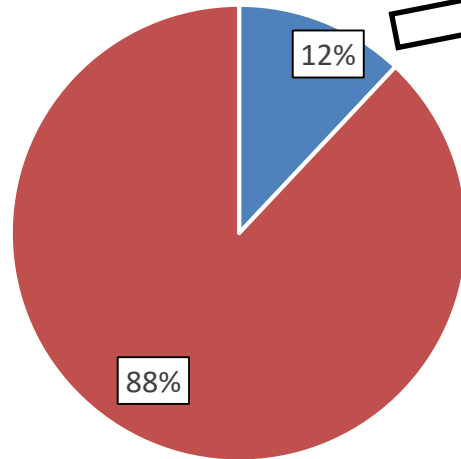
＜病院・診療所別の再診料・外来診療料の算定回数の年次推移＞



医療機関への外来受診の実態について①（外来患者数の集計）

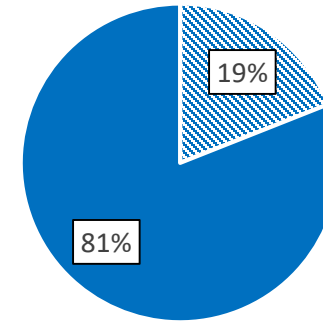
- 外来患者のうち、外来を毎月受診する患者は約1割である。
- 外来を毎月受診する患者のうち、約2割の患者は、同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている。

外来患者のうち、外来を毎月
受診する患者の割合
(n=111,252,132)



■ 毎月の受診がある患者 ■ 毎月の受診がない患者

外来を毎月受診する患者のうち、同一の医療機関を
毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を
受けている患者の割合 (n=13,559,529)



■ 同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者
■ それ以外

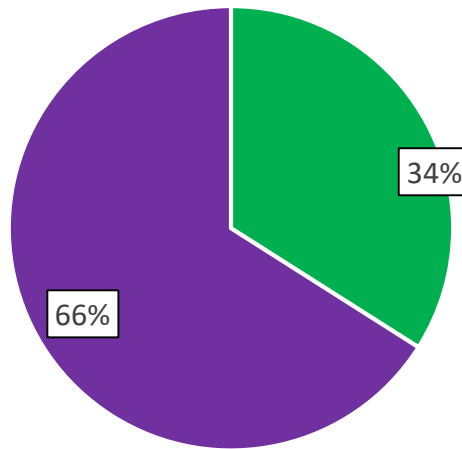
※注

- ・2017年度1年間での集計
- ・外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・毎月受診する医療機関(医療機関Aとする)が1つである患者のうち、医療機関Aにおける診療情報提供料Iの算定回数が、医療機関A以外の医療機関の数以上の場合、「同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者」と見なして解析している。

医療機関への外来受診の実態について②（外来受診延日数の集計）

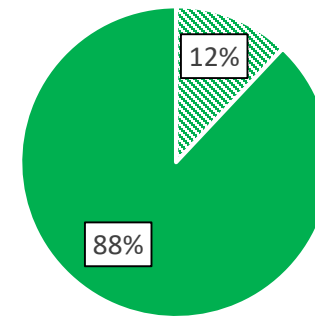
- 外来受診延日数のうち、外来を毎月受診する患者の外来受診延日数は、約3割である。
- 外来を毎月受診する患者による外来受診延日数のうち、約1割の外来受診延日数は、同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者による外来受診延日数である。

外来受診延日数のうち、外来を毎月受診する患者による外来受診延日数の割合（n=1,449,969,994）



- 毎月の受診がある患者による受診
- 毎月の受診がない患者による受診

外来を毎月受診する患者による外来受診延日数のうち、同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者による外来受診延日数の割合（n=490,729,933）



- 同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者による外来受診延日数
- それ以外

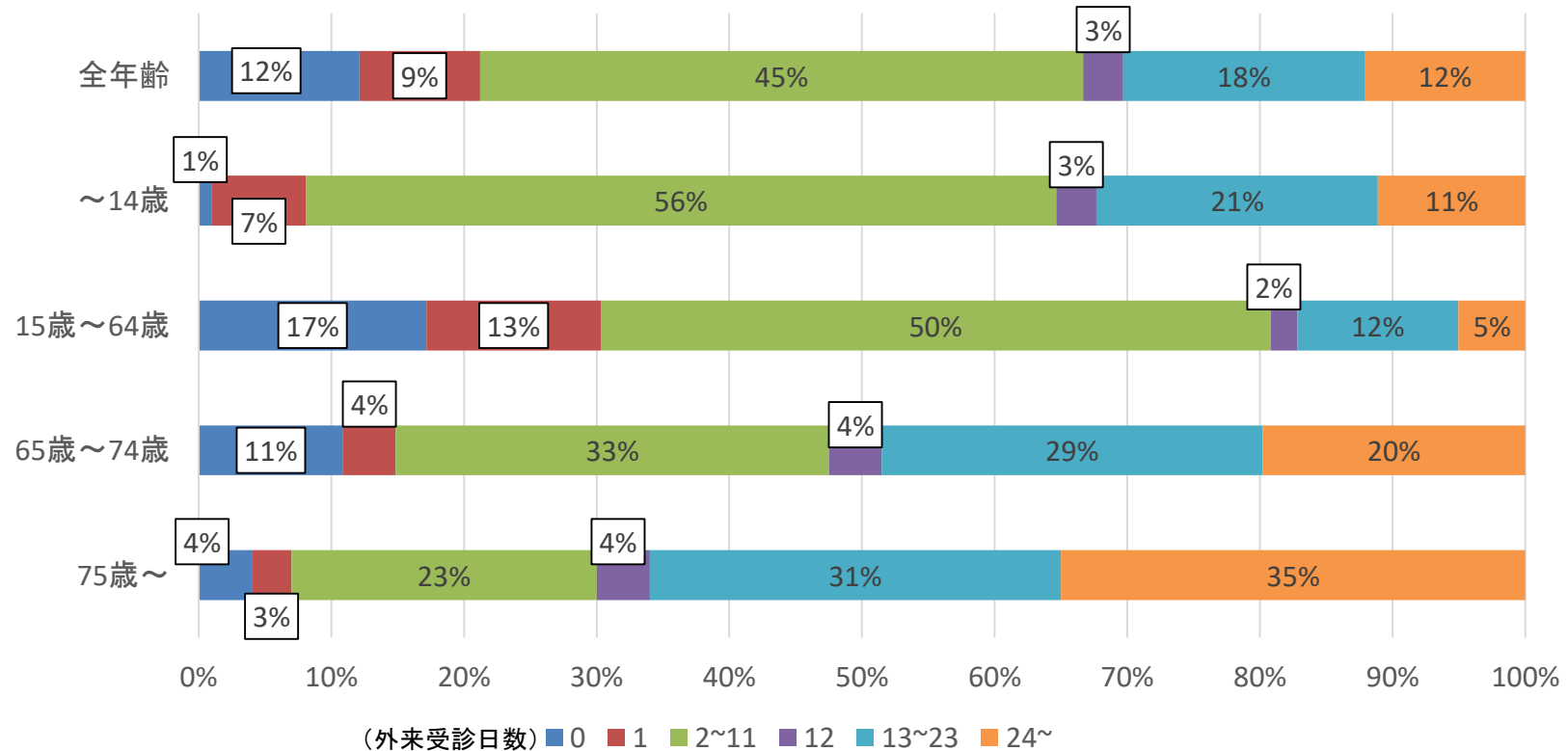
※注

- ・2017年度1年間での集計
- ・外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・毎月受診する医療機関（医療機関Aとする）が1つである患者のうち、医療機関Aにおける診療情報提供料Ⅰの算定回数が、医療機関A以外の医療機関の数以上の場合、「同一の医療機関を毎月受診し、他の医療機関を受診する場合は紹介を受けている患者」と見なし解析している。

外来医療の利用状況（外来受診日数）

- 1年度をとしてみると、外来受診が0日の者は約1割であり、国民のほとんどが外来を受診している。
- 青壮年と比べると、小児及び高齢者の外来受診日数は多くなっている。

年齢階層別の外来受診日数



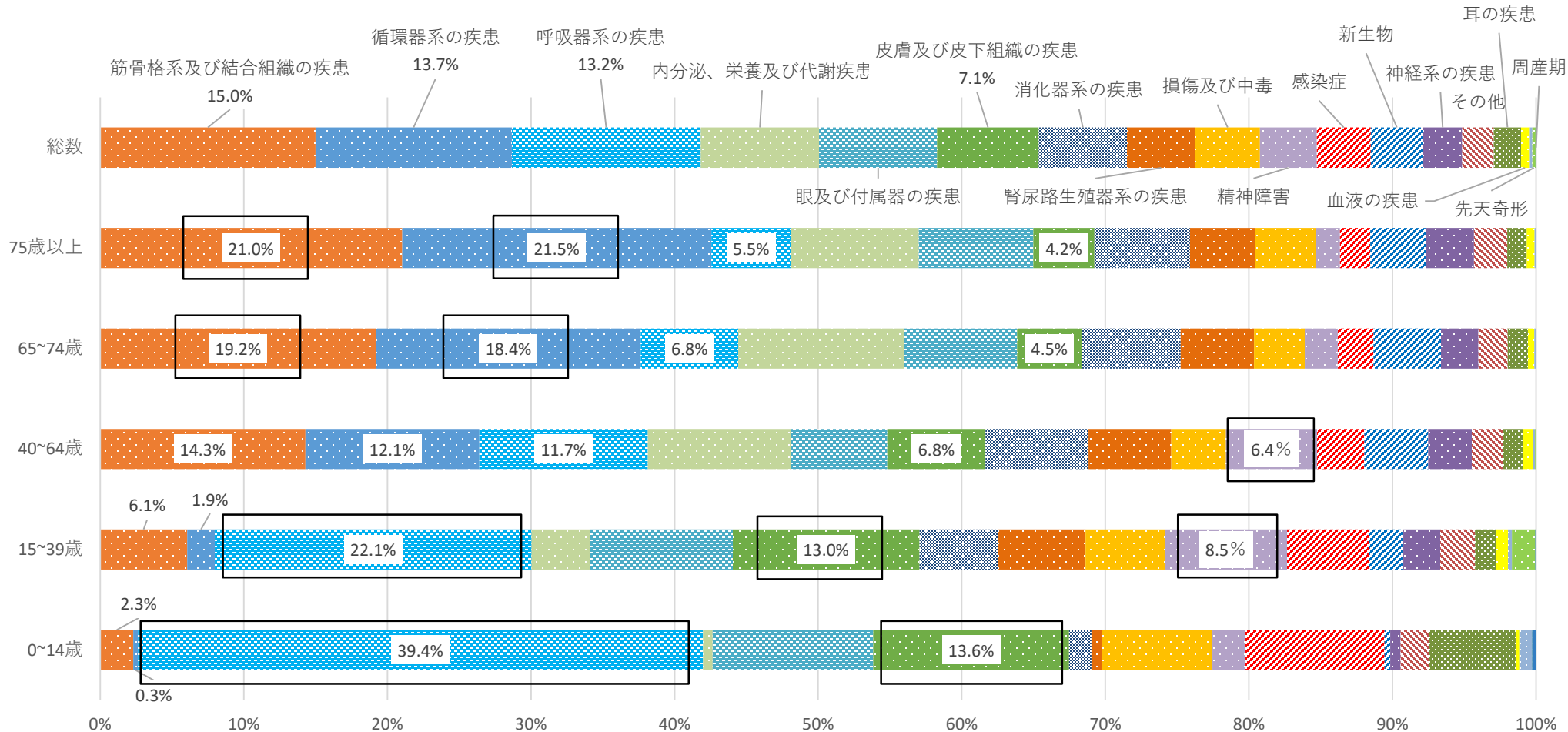
※注

- ・外来受診日数には在宅の受診日数を含まない。
- ・外来受診日数のない患者については、全国民の数（総務省人口推計平成29年10月1日現在（確定値））からNDB上、外来受診のある者の数を引いて算出している。そのため、保険診療以外で外来受診をしている者、在宅医療のみを利用している者の数を含む。
- ・2017年度1年間での集計

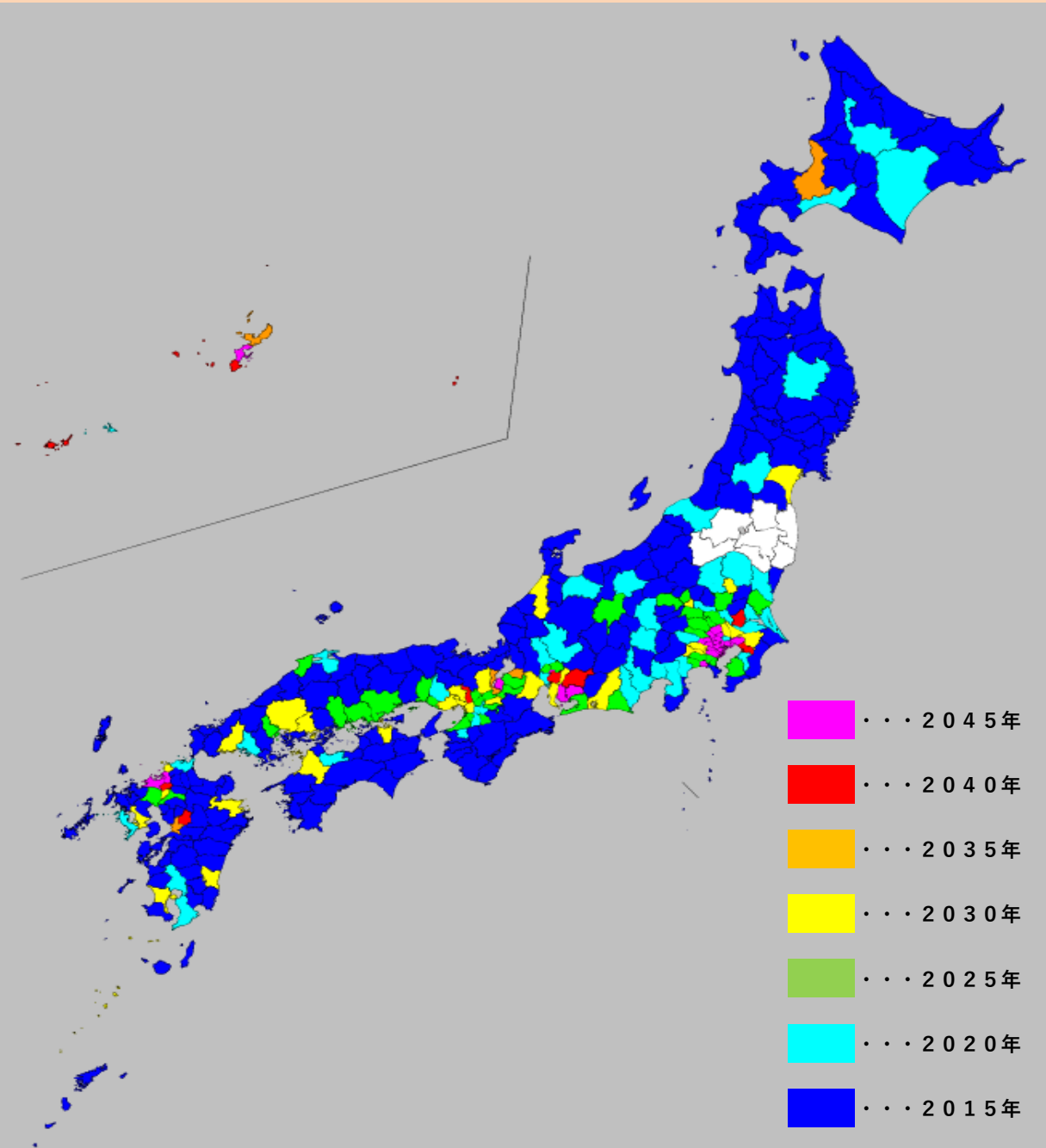
初・再診料を算定した疾患分類

- 若年層では呼吸器や皮膚に係る疾患の割合が高く、年齢を経ると、筋骨格系や循環器に係る疾患の割合が高くなる。
- 15～64歳では、他の年齢層に比べ、精神障害の割合が高い。

年齢階層別の初・再診料を算定した疾患分類



二次医療圏ごとの外来患者推計のピーク



外来医療については、多くの地域ですでに需要のピークを迎えていると考えられる。

【出典】

- ・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30年推計）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

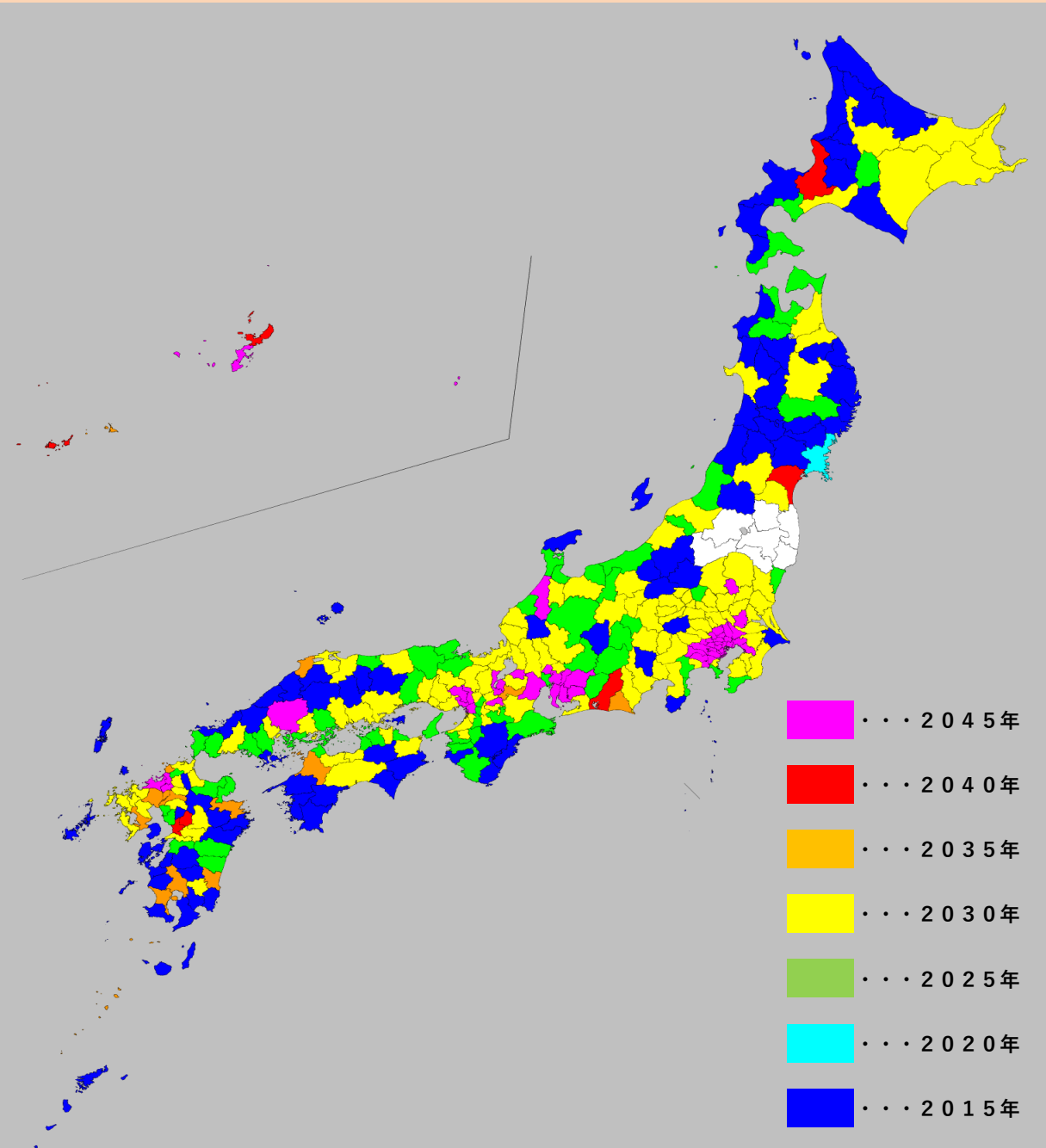
- ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」

※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。（2010年を100としたときの患者数を示している。）

※ 福島県については、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30年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

(参考) 二次医療圏ごとの入院患者推計のピーク



入院医療については、多くの地域で今後10年の間に需要のピークを迎えると考えられる。

【出典】

- ・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30年推計）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」

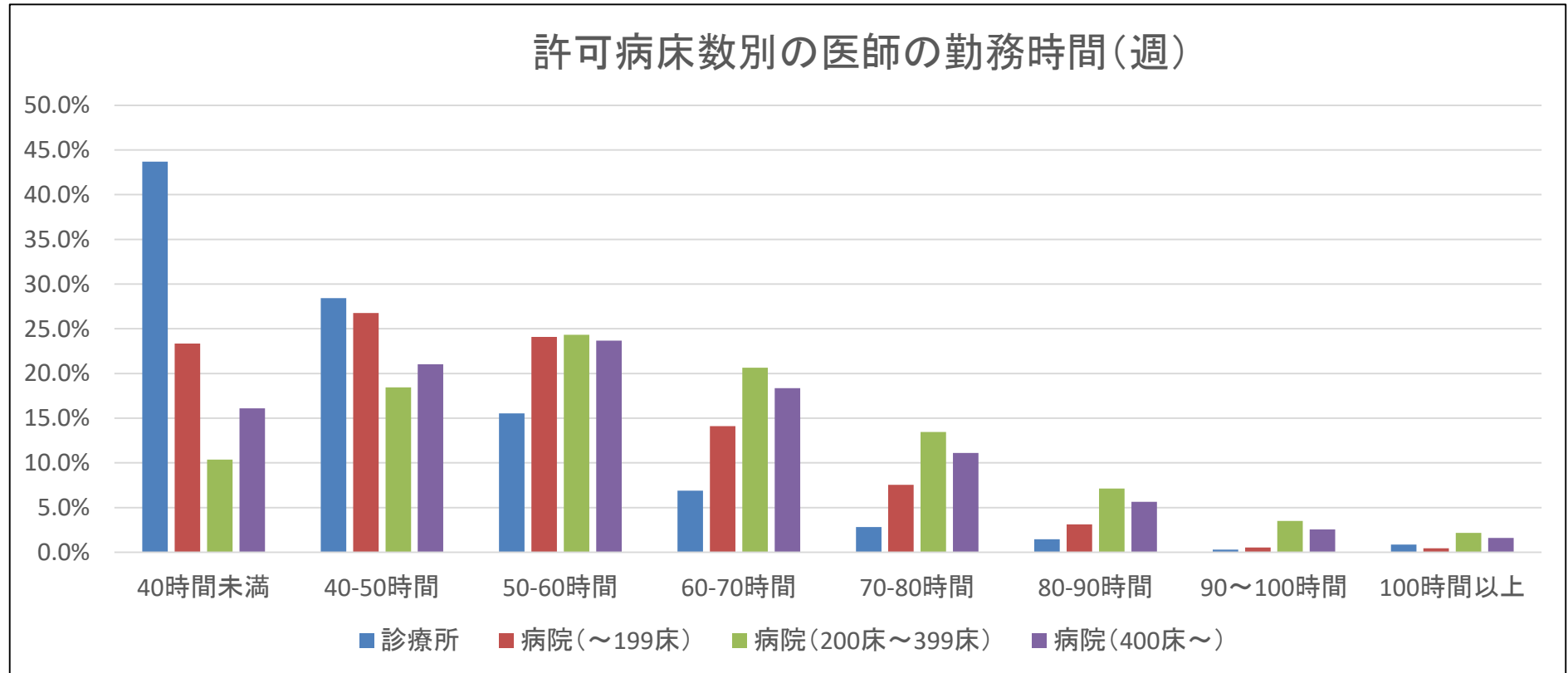
※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。（2010年を100としたときの患者数を示している。）

※ 福島県については、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30年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

許可病床数別の医師の勤務時間

○ 許可病床数別に、医師の勤務時間の分布をみると、病床規模が大きいほど、勤務時間が長い傾向にある。



- ※ 診療所については診療所の管理者及び常勤の勤務者を対象にし、病院については常勤の勤務者を対象に集計。
- ※ 勤務時間:診療時間、診療外時間、待機時間の合計(オンコールの待機時間は勤務時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)。
- ※ 診療時間:外来診療、入院医療、在宅診療に従事した時間。
- ※ 診療外時間:教育、研究・自己研修、会議・管理業務等に従事した時間。
- ※ 待機時間:当直の時間(通常の勤務時間とは別に、院内に待機して応急患者に対して診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にあたる。)のうち診療時間及び診療外時間以外の時間。

出典

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果を基に
医政局で作成。

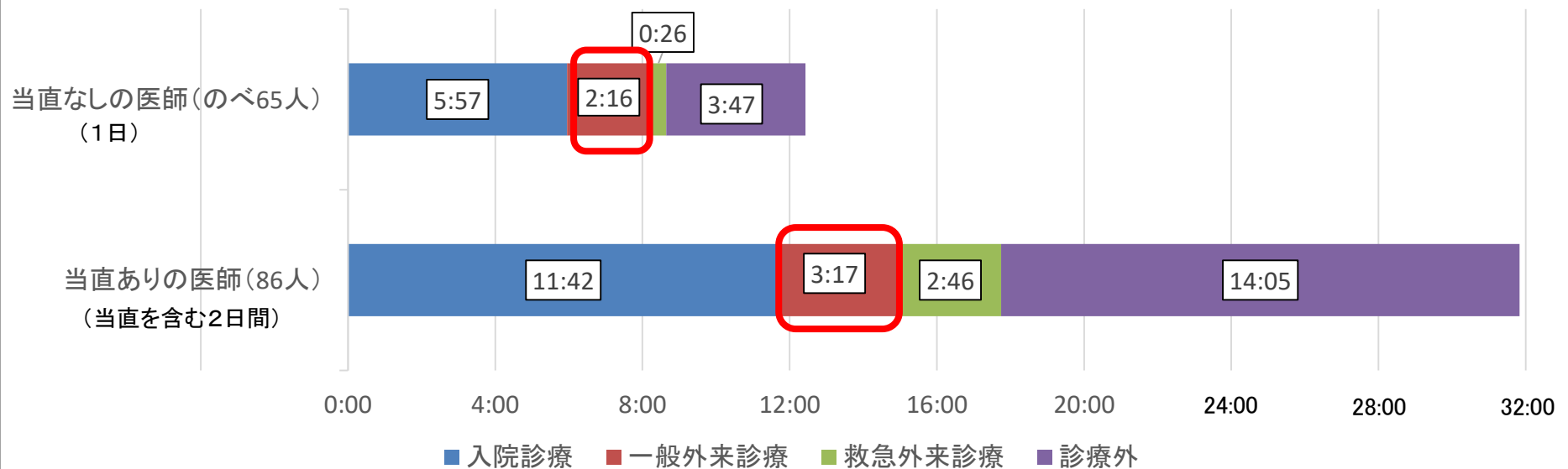
病院勤務医の勤務時間のうち、外来医療を実施している時間について

○ 病院勤務医の勤務時間のうち、外来医療を実施している時間が一定程度を占めている。

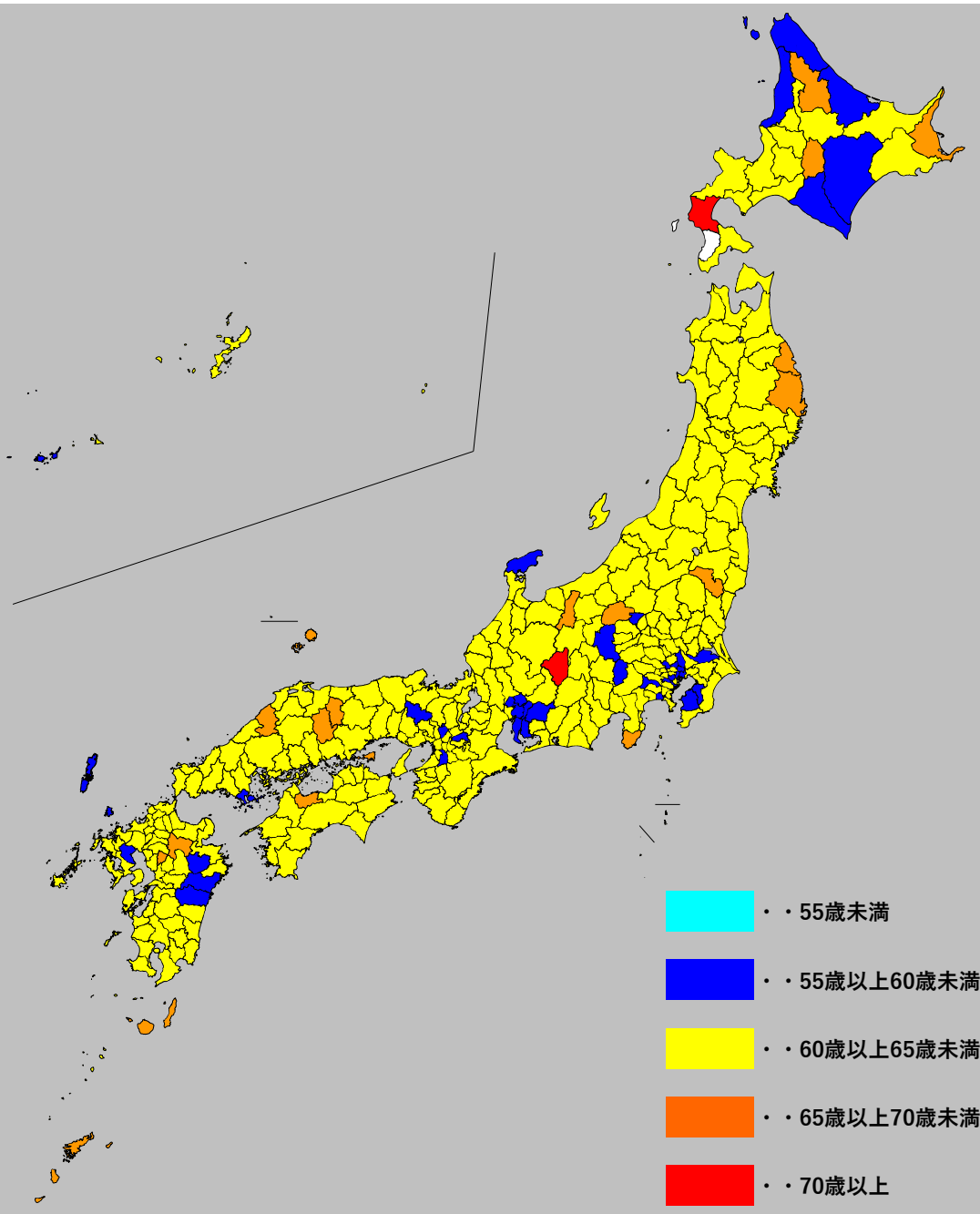
研究方法(他形式タイム・スタディ調査)

- ・調査対象となる医師について、同じ病院に勤務する看護師等が医師の業務の様子を1分毎に観察記録する。
- ・当直なしの医師については1日にわたって観察し、当直ありの医師については、当直を含む2日間に渡って観察した。
- ・合計19病院、142人の医師の協力を得られた。(のべ151人、当直なしで2日間観察された医師は2人分のデータとした)

病院勤務医の勤務時間の内訳



二次医療圏ごとの診療所の開設者の平均年齢



多くの地域で、比較的高齢の医師が、診療所の開設者として外来医療の中心的役割を担っている。

診療所の開設者、または診療所を開設する法人の代表者と回答した医師の年齢について、診療所の所在する二次医療圏別に平均値をまとめたもの。

【出典】

・ 2018年度 医師・歯科医師・薬剤師調査をもとに厚生労働省医政局医事課で作成

※ 南檜山医療圏に所在する診療所については、開設者、または開設する法人の代表者と回答した医師がいなかったため、空白としている。

（需要）

- 外来医療については、人口減少や医療の高度化等が進む中、多くの地域で、入院医療よりも早期に医療需要のピークを迎えると見込まれる。ただし、そのピークは地域ごとに異なる状況にある。

（供給）

- 外来患者数でみると、外来医療の約 7 割は診療所、約 3 割は病院において提供されている。
- 医師の働き方改革が求められる中、病院勤務医の勤務時間は診療所に比べて長い傾向にあり、外来医療が一定程度を占めている。
- 一方で、外来医療の中心的役割を担っている診療所の開設者である医師は、地方部を中心に比較的高齢となっており、外来医療の機能分化・連携に当たっては、この点にも留意する必要がある。

2-2 外来医療の機能について

適切な医療機関・診療科選択の困難と患者の負担

- 適切な医療機関・診療科の選択や、そもそも医療機関にかかる必要があるのか等について、その判断に困難を抱えている人も多い。
- 患者が適切な受診行動を選択できないことにより、患者側にも費用・時間の両面においてコストが生じていると考えられる。

【表1】横浜市救急相談センターへの問い合わせ結果

	件数	割合
119番へ転送	15,122	13.2%
救急車以外の手段での速やかな受診を勧奨	32,759	28.6%
6時間以内の受診	31,427	27.4%
翌日日勤帯に受診を勧奨	19,078	16.6%
経過観察	7,131	6.2%

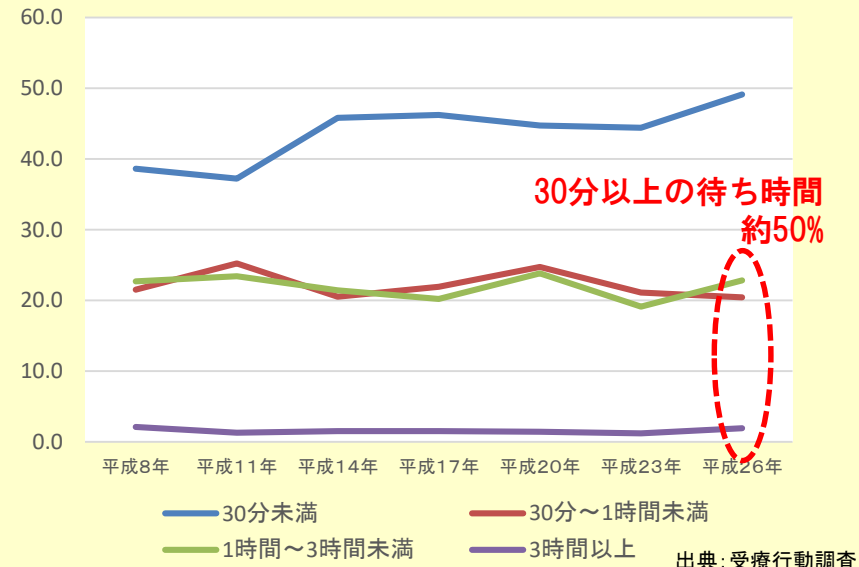
H28.1.15～H29.1.14 救急相談データ

【表2】日頃から決まって診療を受ける医師・医療機関を持たない理由

	割合
あまり病気をしないから	47.7%
その都度、適当な医療機関を選ぶ方がよいと思うから	15.0%
適当な医療機関をどう探してよいのか分からないから	13.9%
適当な医療機関を選ぶための情報が不足しているから	8.0%
その他・特に理由はない	30.9%

平成29年9月医療・医療保険制度に関する国民意識調査報告書（速報版）
（健康保険組合連合会）N=654

【グラフ】病院の待ち時間の割合の推移（単位：%）



【時間外診療に関する選定療養】

緊急の受診の必要性はないが患者が自由な選択に基づき、自己の都合により時間外診療を希望した場合に、時間外診療に係る特別の料金の徴収が可能。

外来医療に患者が求める機能

- 高血圧等の慢性疾患を持ち、継続的にかかりつけ医等にかかる患者がいる一方、通院でがんの化学療法を受ける患者がいるなど、患者は多様な外来機能を求めている。
- 例えば、近年の主ながん種の平均在院日数は短くなりつつある一方、外来患者数が増えており、通院しながら治療を受ける患者が増えている。
- また、鼠径ヘルニアや白内障の手術等、従来は入院で行われていた治療が、外来で多く行われるようになったものもある。

患者が外来医療を利用するパターンの例

- ・安定した高血圧等の慢性疾患を持ち、内服治療を受ける患者（33P～37P）

定期的にかかりつけ医等を受診し、フォローアップを受ける

- ・がんに対して入院治療を受けた後、外来化学療法を受ける患者（38P～42P）

入院治療

外来で化学療法を受ける

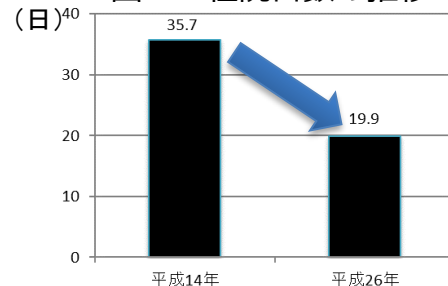
- ・外来で日帰り手術を受けた後、フォローアップを受ける患者（38P～42P）

外来で術前検査

日帰り手術

外来で手術のフォローアップ

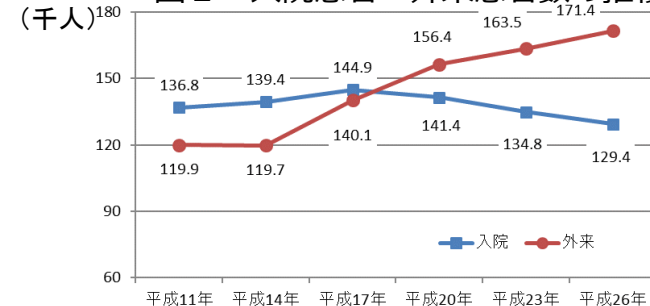
図1 在院日数の推移



※悪性新生物（がん）の退院患者における平均在院日数
（病院・一般診療所）（平成26年患者調査より作成）

出典：厚生労働省 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン 参考資料 がんに関する留意事項

図2 入院患者・外来患者数の推移



※悪性新生物（がん）の入院患者・外来患者数（平成26年患者調査より作成）

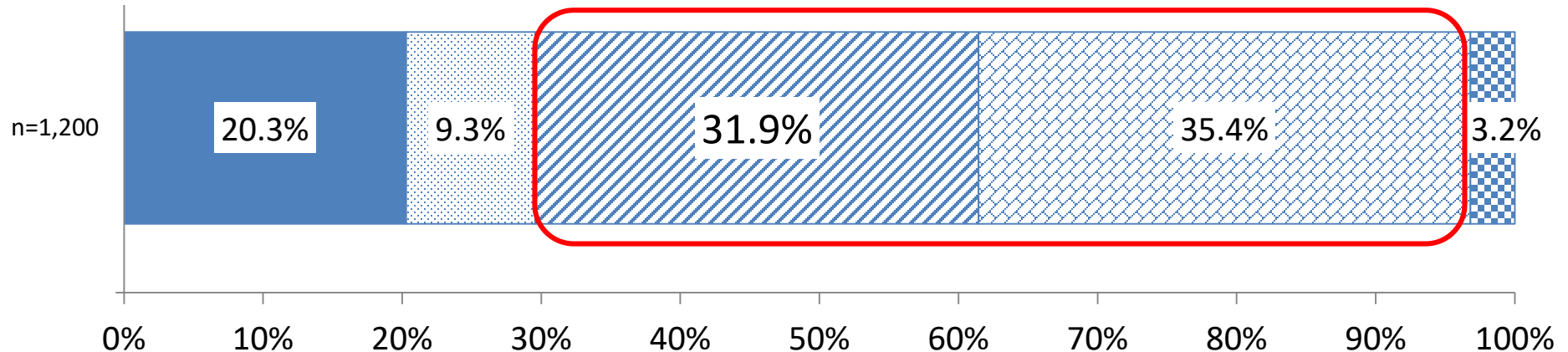
医療機関の外来受診に関する国民の意識(日医総研調査)

- 医療機関の受診のあり方について、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に賛成する者が70%近くを占めた。

医療機関の受診のあり方として、次の A と B の 2 つの考え方について議論されています。
あなたはどちらに賛成しますか。

A 病気の程度に関わらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する

B 最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する



■ Aに賛成

■ どちらかといえばAに賛成

■ Bに賛成

■ どちらかといえばBに賛成

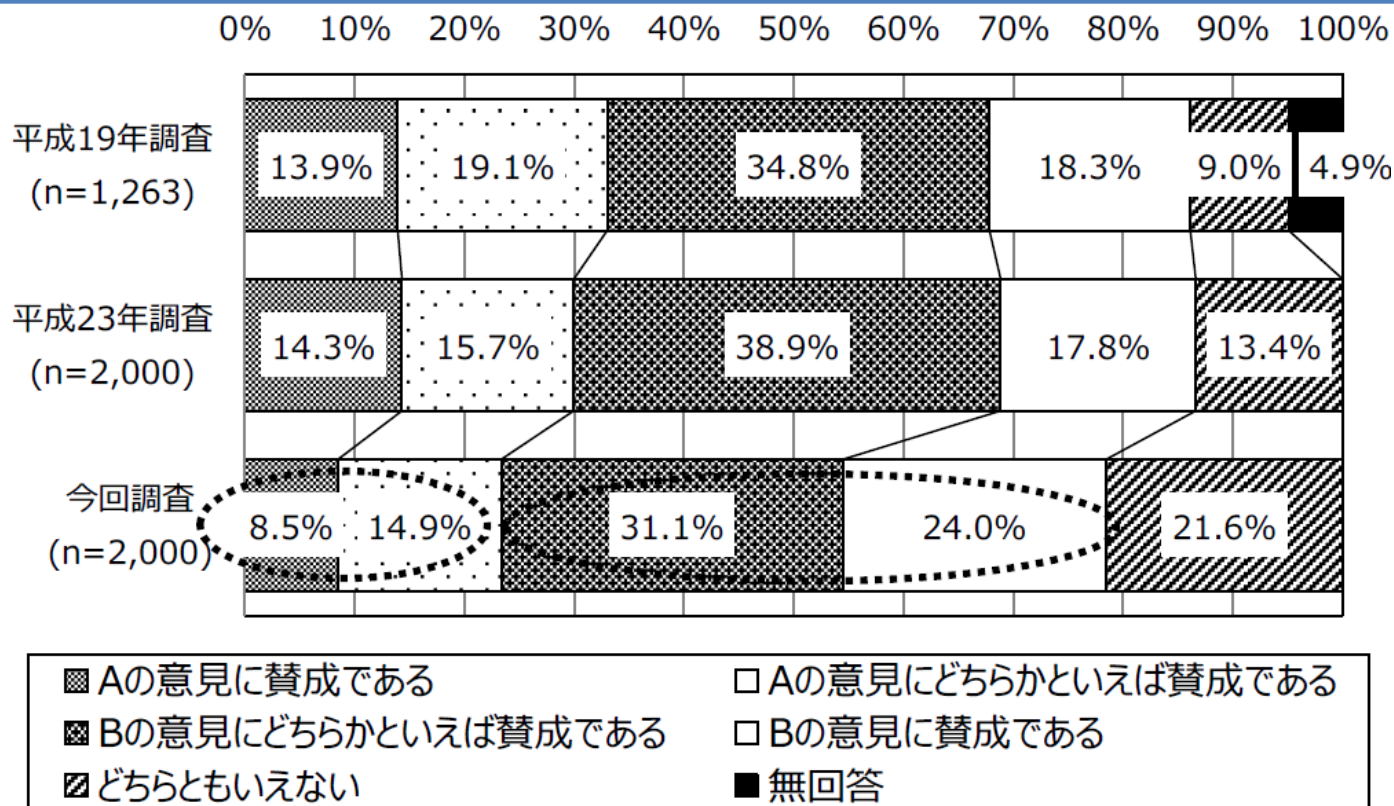
■ どちらともいえない

※ 本調査においては、かかりつけ医を、「一般に健康のことを何でも相談でき、必要なときは専門の医療機関へ紹介してくれる、身近にいて頼りになる医師」と定義。

医療機関の受診のあり方に関する考え（健保連調査）

○ 医療機関の受診のあり方について、「最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する」に賛成する者が半数以上を占めた。

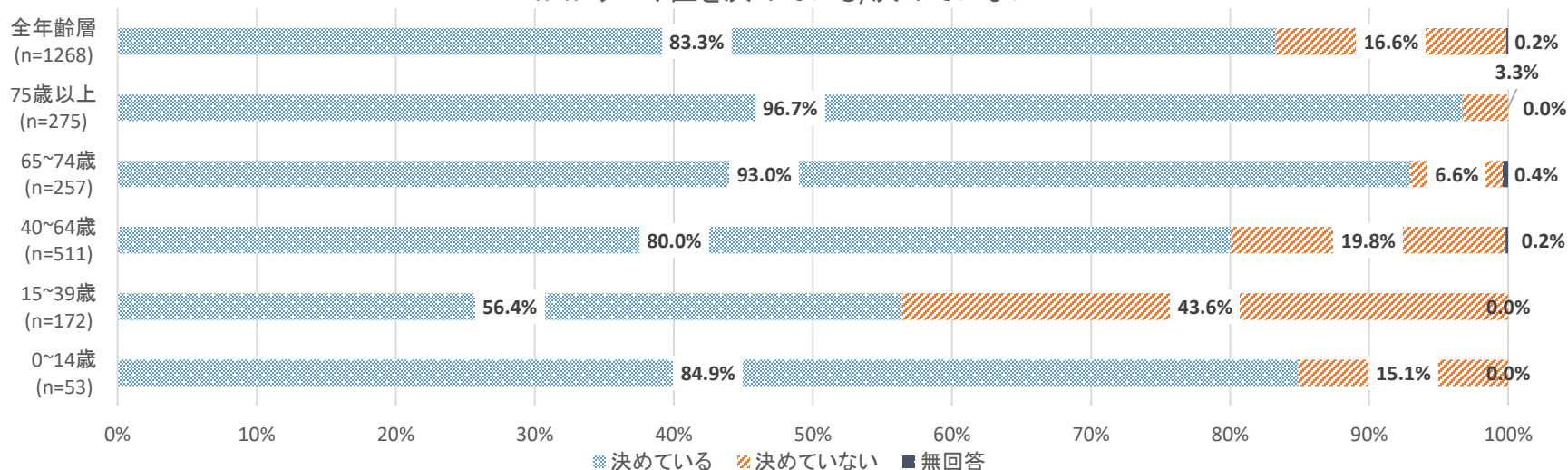
- 医療機関の受診のあり方に関するAとBの2つの考え方の賛否について回答を求めた
 A. 病気の症状の程度に関わらず、医療機関の規模とは関係なしに自分の選んだ医療機関を受診する
 B. 最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する



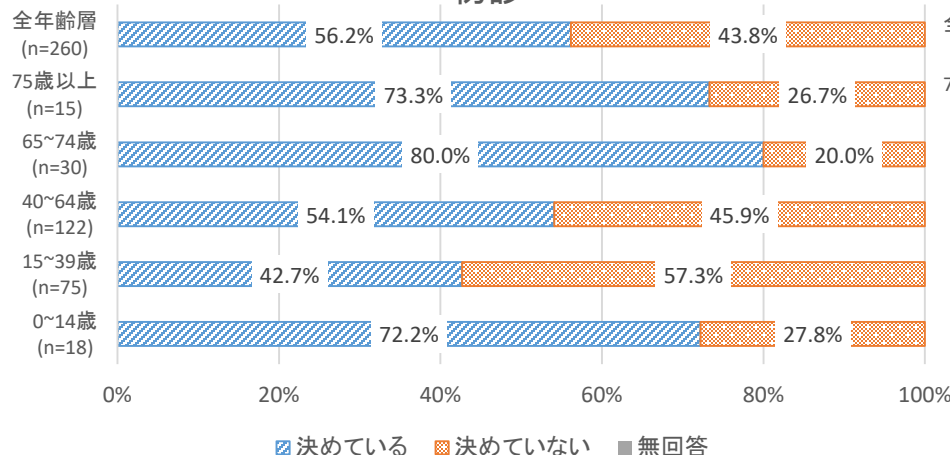
かかりつけ医を決めている患者の割合

- 回答患者のうち、全年齢層で約83%の患者がかかりつけ医を決めている。
- 年齢層別に見ると、75歳以上は約97%がかかりつけ医を決めている一方で、15～39歳の患者は約56%と、差がある。
- 初診患者に比べ、再診患者において、かかりつけ医を決めている割合が高い。

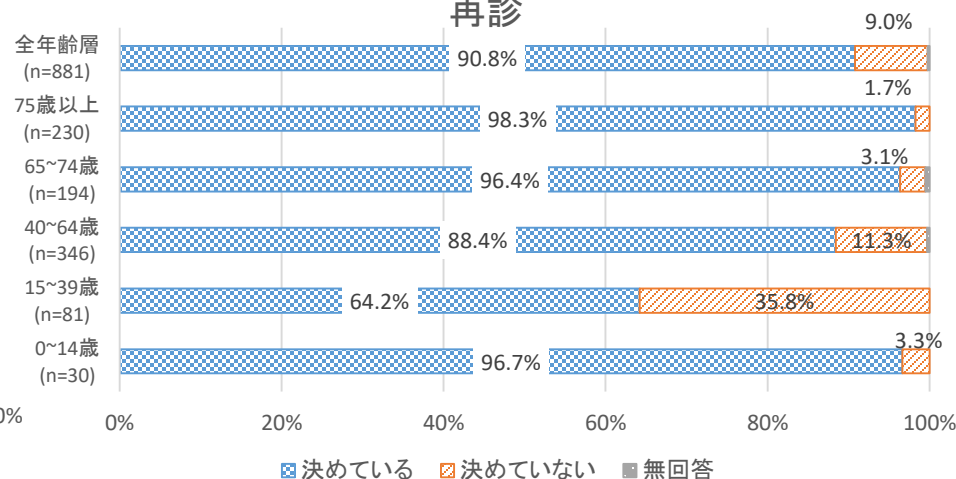
かかりつけ医を決めている/決めていない



初診



再診



※ 本調査においては、かかりつけ医を、「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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。

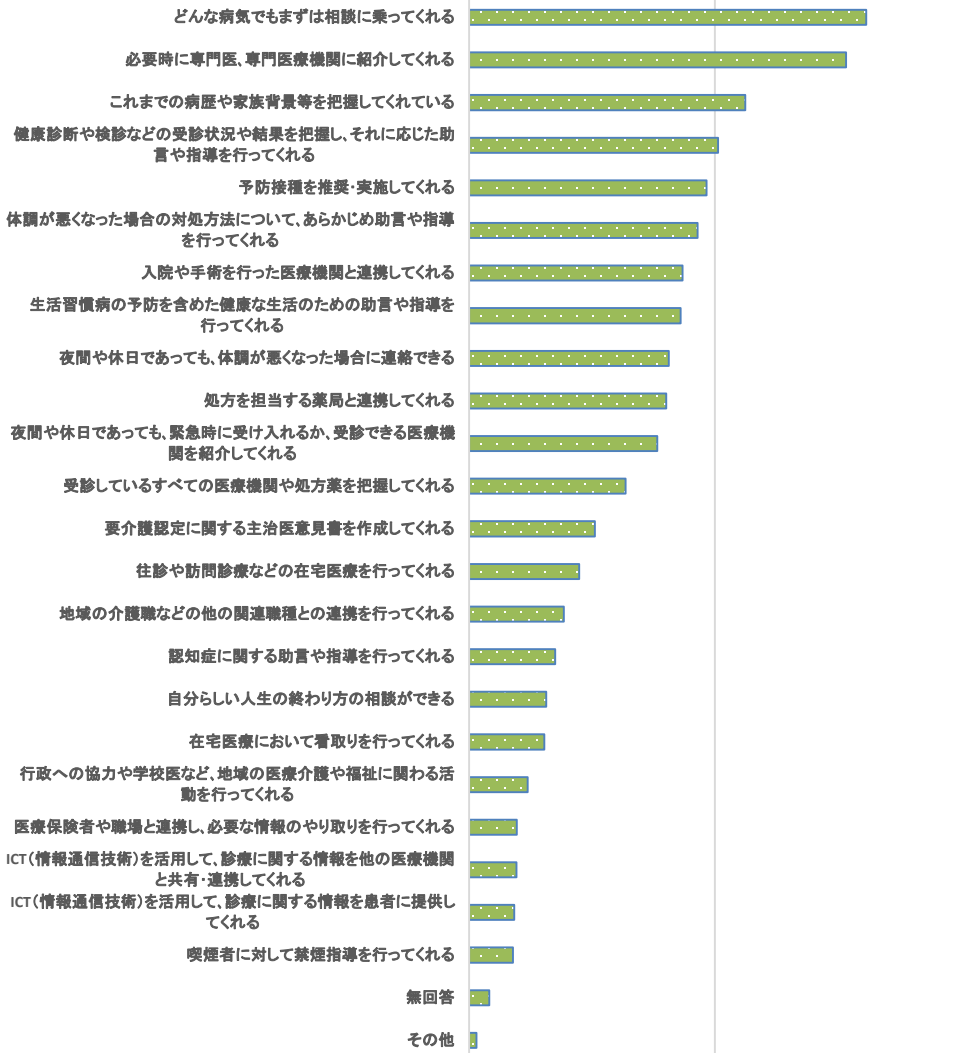
出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 かかりつけ医に関する意識調査（患者票）

患者がかかりつけ医に求める役割と施設が有するかかりつけ医機能について

- 回答患者がかかりつけ医に求める役割は、「どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる」が最多。
- 回答施設が有しているかかりつけ医機能は、「必要時に専門医、専門医療機関に紹介する」が最多。

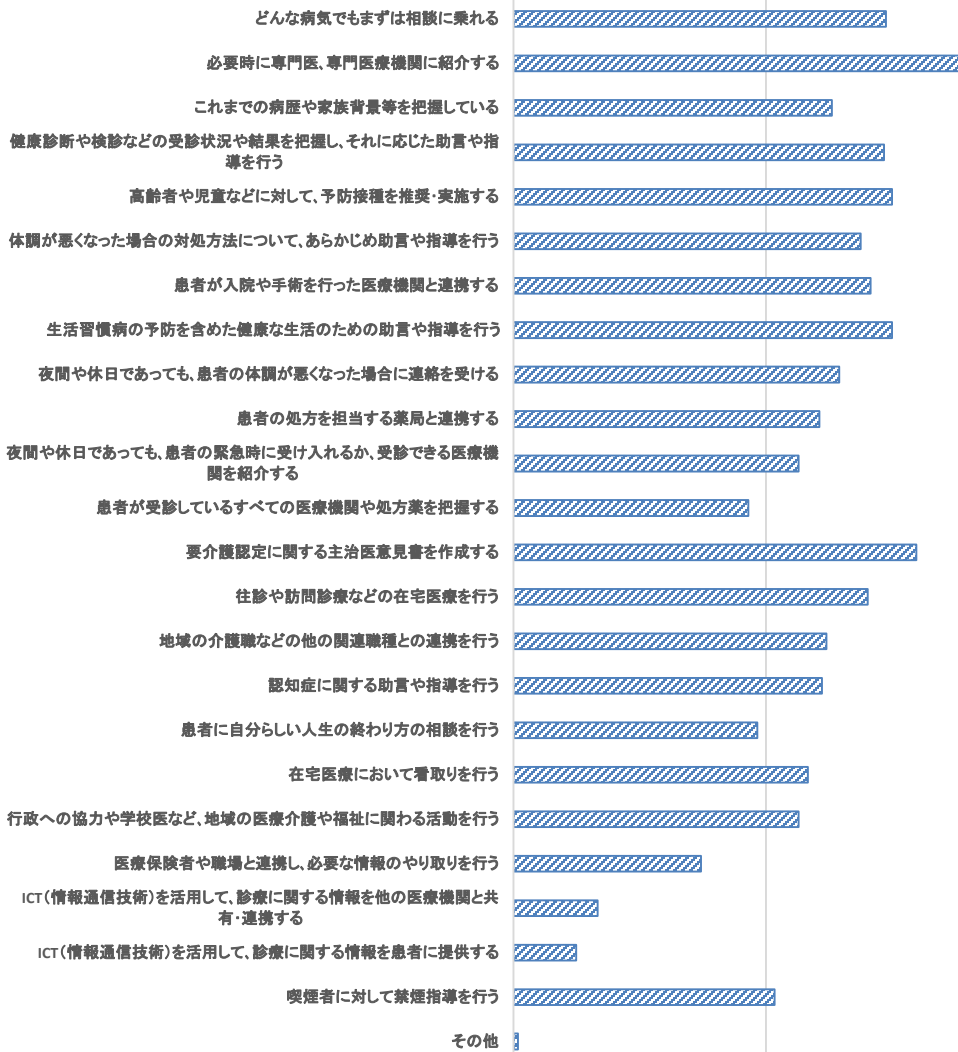
患者票(全年齢層(n=1268))

0.0% 50.0% 100.0%



施設票(全施設(n=563))

0.0% 50.0% 100.0%

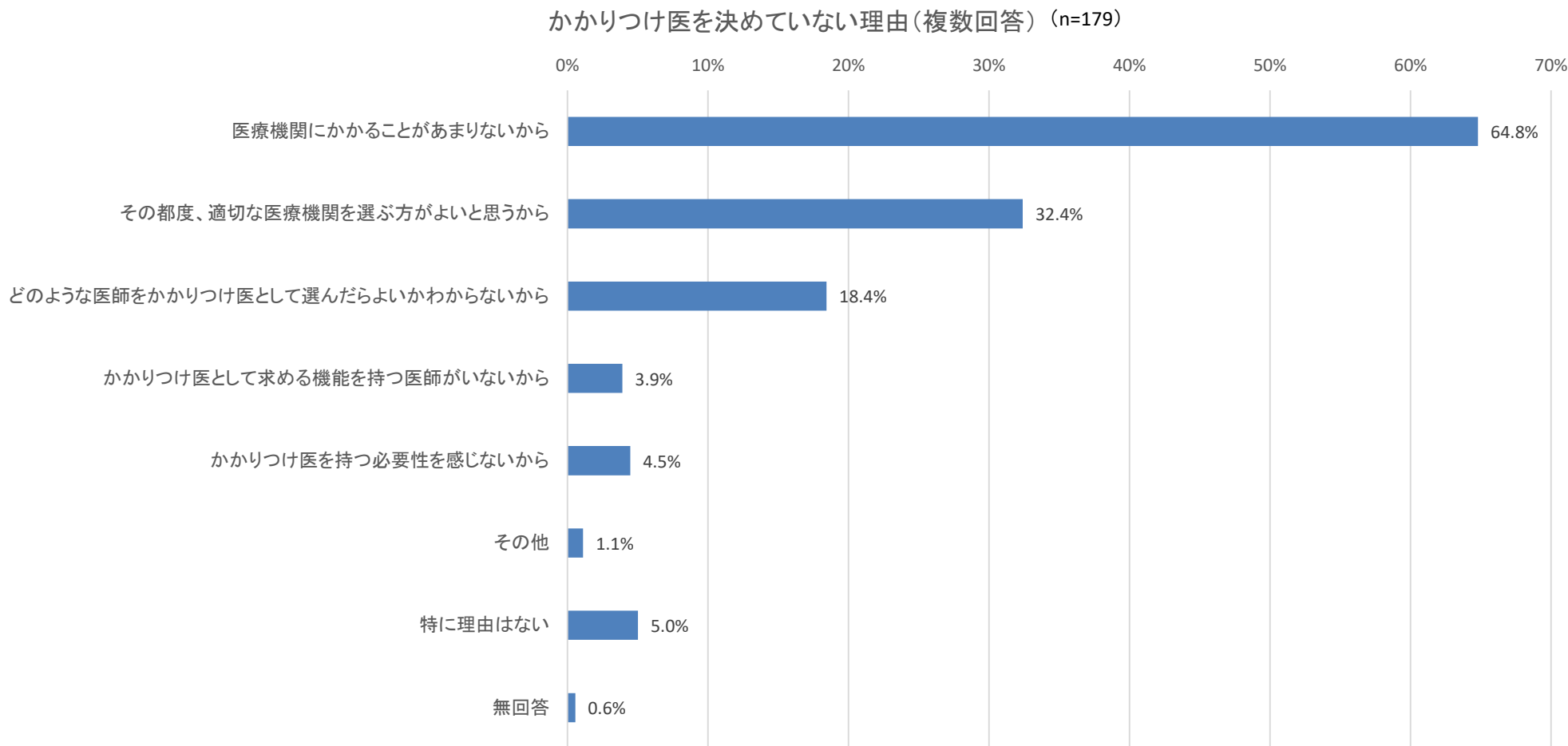


※ 本調査においては、かかりつけ医を、「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義。

出典：平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 かかりつけ医に関する意識調査

かかりつけ医を決めていない理由について

- かかりつけ医を決めていない患者に対してその理由を尋ねたところ、「医療機関にかかることがあまりないから」が最も多く、次いで「その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから」が多かった。



※ 本調査においては、かかりつけ医を、「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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。

【出典】平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」（患者票）（速報値）

○ 機能強化加算の届出施設 500施設、機能強化加算の未届出施設 500施設について、それぞれ1施設当たり8名の機能強化加算（未届出施設においては初診料）の算定患者を対象として調査を実施。

医療資源が重点的に活用される外来医療について

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。
- 一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- これらの外来医療を実施する医療機関では、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材が必要になると考えられる。

イメージ

・外来で医療資源が重点的に活用される医療(例:外来化学療法を行う場合)

参考 診療報酬における外来化学療法加算の施設基準の概要

- ・専用のベッドを有する治療室を保有
- ・一定の医師、看護師、薬剤師を配置
- ・緊急時に患者が入院できる体制の確保

外来化学療法

・医療資源が重点的に活用される入院医療の前後の外来医療(例:入院で悪性腫瘍手術を受ける場合)

かかりつけ医で
悪性腫瘍疑いと診断(外来)

治療前の
説明、検査
(外来)

治療後の
フォローアップ
(外来)

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ(外来)

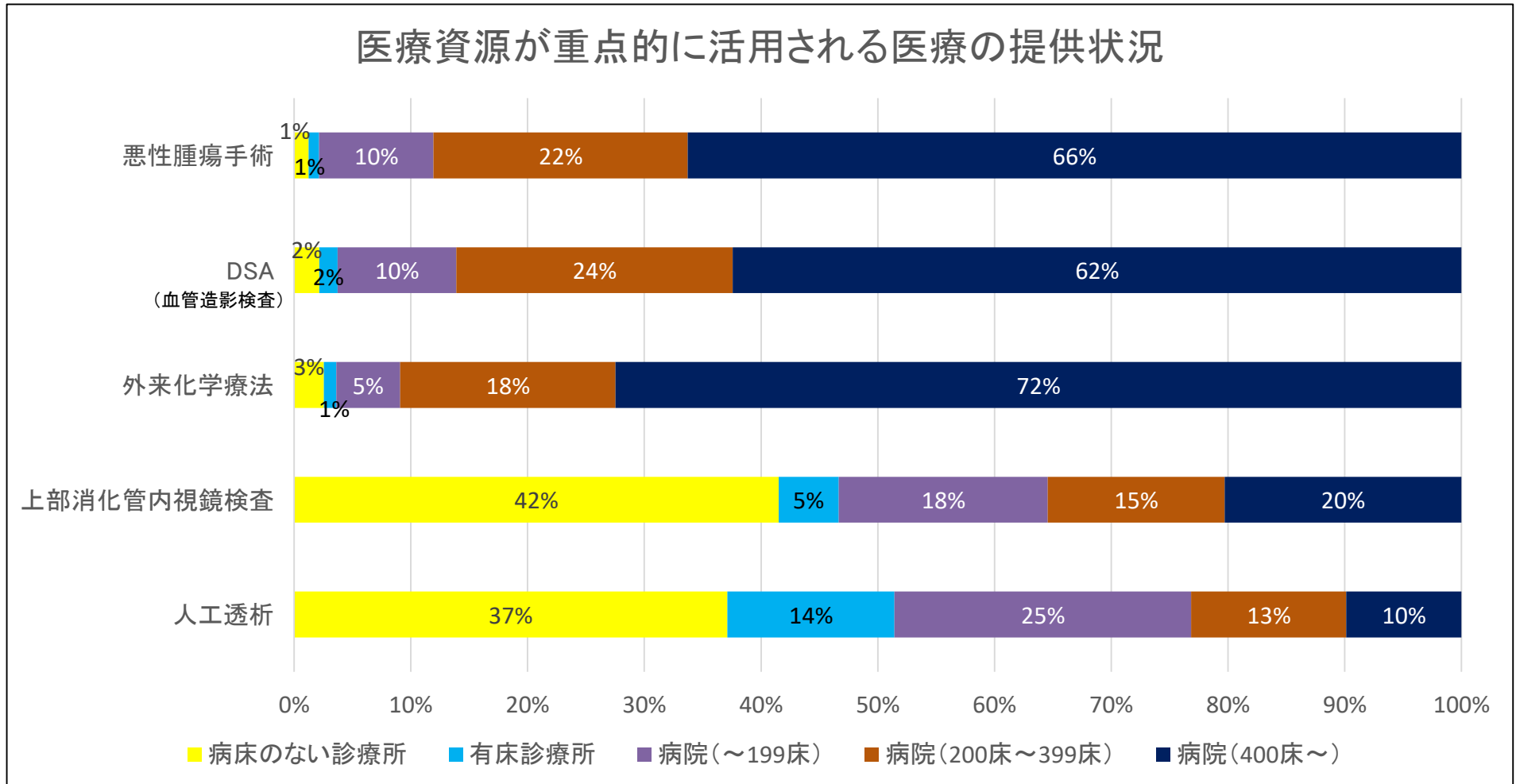
悪性腫瘍手術
(入院)

悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。

- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
- ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
- ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者

医療資源が重点的に活用される医療の提供状況

- 医療資源が重点的に活用される医療の中には、病床数の多い病院で主に実施されているものもあれば、一定程度が診療所や病床数の少ない病院で実施されている医療もある。
- 例えば、悪性腫瘍手術やDSA(血管造影検査)等は、大部分が病床数の多い病院で実施されているが、上部消化管内視鏡検査や人工透析は一定程度が診療所や病床数の少ない病院で実施されている。



※ 外来化学療法を除き、入院医療で提供する実施件数も含まれる。

診療所における医師の専門性の分化について

日医総研ワーキングペーパー
No.351『診療所医師の現状と課題』
(平成27年11月17日)より抜粋

2.3. 診療所医師の専門分化

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、主たる診療科が「内科」である医師が頭打ちとなっており、消化器内科、循環器内科などその他内科系の医師が増加している(図 2.3.1)。

外科においても「外科」の医師が減少し、泌尿器科、脳神経外科など、その他外科系の医師が増加しており(図 2.3.2)、診療所医師の専門分化が進んでいる。

図 2.3.1 診療所 内科系医師数の推移

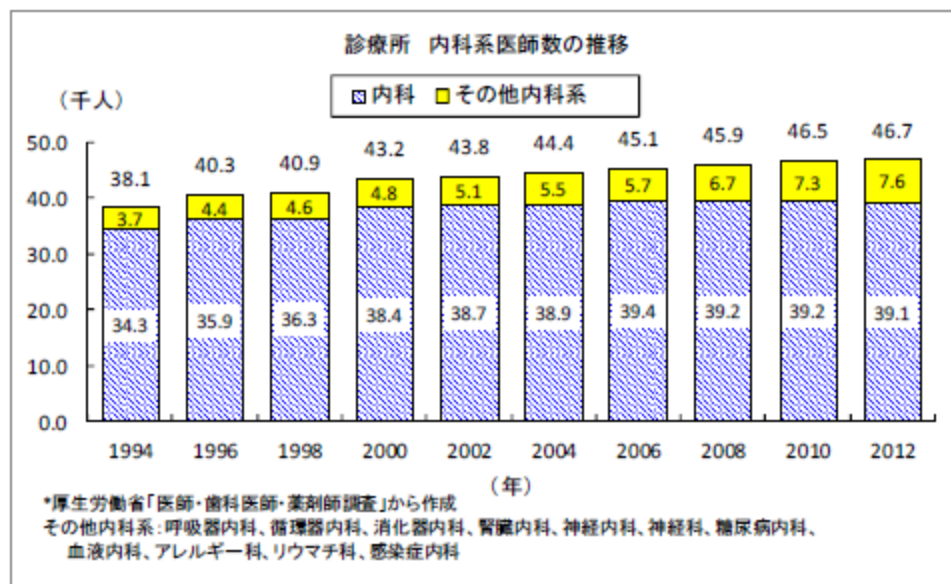
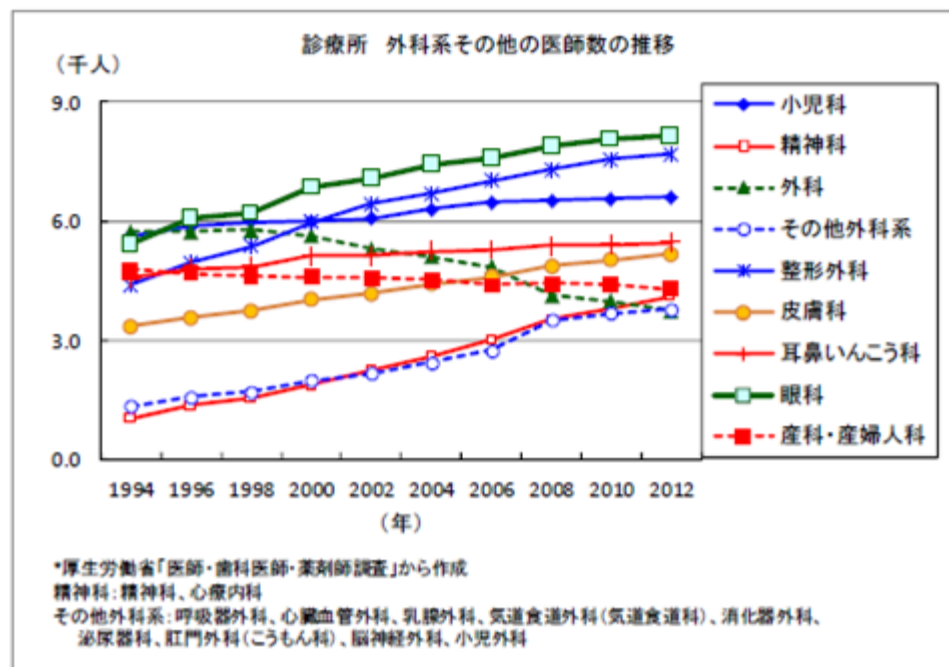
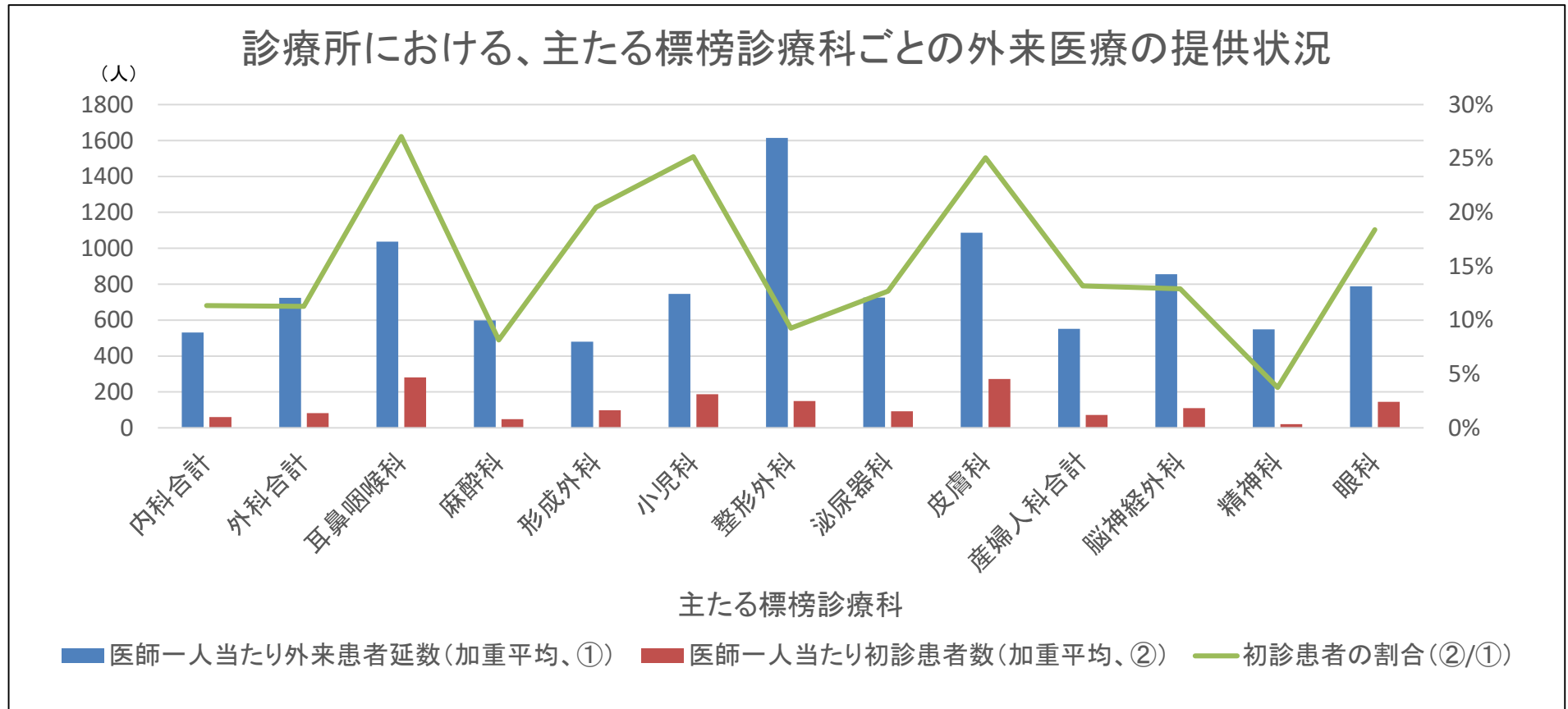


図 2.3.2 診療所 外科系その他の医師数の推移



診療科による外来医療の提供状況

- 診療所で提供する外来医療においても、標榜診療科により、提供する医療の状況にはばらつきがある。
- 例えば、以下のような傾向が見られる。
 - ・整形外科を主たる標榜科とする診療所は、医師一人当たりの外来患者延数が多く、初診患者の占める割合が少ない。
 - ・形成外科や小児科を主たる標榜科とする診療所は、医師一人当たりの外来患者延数が少なく、初診患者の占める割合が多い。



※ 「内科合計」は主たる標榜科を内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科とする診療所の合計。
 ※ 「外科合計」は主たる標榜科を外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科(胃腸外科)、肛門外科、小児外科とする診療所の合計。
 ※ 「産婦人科合計」は主たる標榜科を産婦人科、産科、婦人科とする診療所の合計

- 一律に判断することは困難と考えられるが、医学的に、疾患・病状によっては、専門医への紹介が推奨されていることがある。

専門医への紹介を推奨する診療ガイドラインの例

抗HIV治療ガイドライン(2019年3月) 抜粋

HIV感染症の診断時にAIDSを発症している症例でも抗HIV治療を開始する。しかしながらニューモシスチス肺炎やクリプトコッカス髄膜炎など重篤なエイズ指標疾患を合併する症例では、その治療を優先させる必要がある。…(中略)…しかし、急性の日和見感染症合併例についてもできるだけ早期の治療開始が好ましいとする報告もあり、この点の判断は専門医の意見を参考にすることが望ましい。

※ H30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班

慢性頭痛の診療ガイドライン 2013 抜粋

プライマリケア医は一次性頭痛と二次性頭痛との鑑別を念頭におく。診断に苦慮する場合は、速やかに専門医に紹介する。

※ 日本神経学会・日本頭痛学会 監修、慢性頭痛の診療ガイドライン作成委員会 編集

エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2018 抜粋

透析導入前に腎臓専門医を受診することで、移植や透析療法の選択への影響、透析導入時のバスキュラーアクセス作成率の上昇や、透析導入後の早期死亡が減少する可能性が報告されており、少なくともCKDステージG4になった段階で腎臓専門医・専門医療機関に紹介することを提案する。

※ 日本腎臓学会 編集

- 外来需要については、地域で生活に根差した身近な医療を提供するような、いわゆる「一般外来」としての需要から、医療設備・医療人材等の医療資源が重点的に活用されるような、いわゆる「専門外来」としての需要まで様々である。
- いわゆる「一般外来」に関して、高齢化の進展により、複数の慢性疾患に罹患する高齢者が増加する中で、予防や生活全般に対する視点も含めて、継続的・診療科横断的に患者を診て、必要に応じて専門医療機関に紹介するなどの機能を果たすような、「かかりつけ医機能」の普及に向けた取組が医療関係団体を中心に進められてきている。しかし、特に若年層において、患者・国民にとってそのメリットが十分理解され、普及が進んでいるという現状にはない。
- また、いわゆる「専門外来」に関して、医療の高度化により、かつては入院中で行わざるを得なかった治療・医学管理を、外来で行うことができるようになってきた結果として、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来が増加していると考えられる。今後、更なる医療の発展に伴って、そのような外来は増加していくと予想される。

3 検討の方向性について

【外来医療を取り巻く現状】

- 外来医療については、人口減少や医療の高度化等が進む中、多くの地域で、入院医療よりも早期に医療需要のピークを迎えると見込まれる。ただし、そのピークは地域ごとに異なる状況にある。
- また、外来需要については、地域で生活に根差した身近な医療を提供するような、いわゆる「一般外来」としての需要から、医療設備・医療人材等の医療資源が重点的に活用されるような、いわゆる「専門外来」としての需要まで様々である。
- いわゆる「一般外来」に関して、高齢化の進展により、複数の慢性疾患に罹患する高齢者が増加する中で、予防や生活全般に対する視点も含めて、継続的・診療科横断的に患者を診て、必要に応じて専門医療機関に紹介するなどの機能を果たすような、「かかりつけ医機能」の普及に向けた取組が医療関係団体を中心に進められてきている。しかし、特に若年層において、患者・国民にとってそのメリットが十分理解され、普及が進んでいるという現状にはない。
- また、いわゆる「専門外来」に関して、医療の高度化により、かつては入院の中で行わざるを得なかった治療・医学管理を、外来で行うことができるようになってきた結果として、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材を必要とする外来が増加していると考えられる。今後、更なる医療の発展に伴って、そのような外来は増加していくと予想される。
- 医療資源が重点的に活用される入院医療については、平成25年の社会保障制度改革国民会議の報告書を踏まえ、病床機能報告や地域医療構想などの制度が整備され、地域ごとに、医療ニーズを踏まえて医療資源の効果的・効率的な活用を図り、機能分化・連携を進め、医療の質を向上させていく取組が進められてきた。一方、本来入院機能と一体的に議論が図られるべき外来医療については、そのような機能分化・連携を進める枠組みが十分整備されているとはいえない。

【外来医療を取り巻く現状：続き】

- 今後、人口減少により労働力人口が減少していく中で、医師偏在対策や働き方改革の観点から、地域ごとに、どのように医師を確保していくのかについての議論が進んでいる。特に、医師の働き方改革の観点からは、医療資源が重点的に活用される外来に、一般外来の患者が来ることで、勤務医の負担となっているとの意見がある。外来医療の機能分化・連携が十分に進んでいないことで、医療安全や患者の待ち時間等の観点からも、医療の質を損ねている可能性がある。
- 患者・国民の視点からは、適切な医療機関を選ぶための情報が不足していることから、ニーズに応じた外来医療を選択できず、また、病院における待ち時間の長さなどにもつながっている可能性がある。

【検討の方向性】

(1) 総論

- このように、外来医療については、人口減少・高齢化や担い手の減少、医療の高度化、患者・国民に対する分かりやすさなどの観点を踏まえ、実際に提供されている外来医療の機能に応じて、地域において、それぞれの医療機関が、どのような機能を発揮すべきかという役割分担を明確化し、「かかりつけ医機能」を担う医療機関から医療資源を重点的に活用する外来を担う医療機関につないでいくなどの機能分化・連携を適切に進めていく必要があるのではないか。
- この際、次のような観点からの検討が必要になるのではないか。また、都市と地方における状況の違いや、入院機能との一体的な議論、患者の受療行動の変容、これに与えるメッセージとの関係にも、考慮が必要ではないか。
 - ① 必要な患者アクセスを阻害しないという観点
 - ② 患者の状態に合った質の高い外来医療を提供する観点
 - ③ 地域の医療資源を効果的・効率的に活用していく観点

【検討の方向性：続き】

(2) 外来機能の明確化

- ① 特に、医療資源を重点的に活用する外来については、医療機関ごとにその機能を明確化し、地域で機能分化・連携を進めていく枠組みが必要ではないか。
- ② このような検討に当たっては、外来医療計画や病床機能報告、地域医療構想などの既存制度との整合性や、エビデンスを踏まえた検討が必要ではないか。

(3) かかりつけ医機能の強化

地域におけるかかりつけ医機能を強化していくために、質・量の両面の向上を図っていく方策について検討することが必要ではないか。

(4) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

外来医療のかかり方について、国民にとって分かりやすい形で周知・啓発を進めていくために、誰がどのようなことを担っていくかなどについて検討することが必要ではないか。