

# かかりつけ医機能と コミュニティ・ホスピタル



社会福祉法人  
日本医療伝道会  
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ  
理事 武藤正樹  
よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション  
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

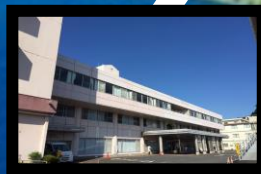
衣笠病院グループ



長瀬  
ケアセンター

浦賀

三浦



# 目次

## －パート 1

- ポスト2025年、2040年とは

## －パート 2

- 外来地域医療構想

## －パート 3

- 紹介受診重点病院

## －パート 4

- かかりつけ医機能

## －パート 5

- 総合診療医の活躍

## －パート 6

- コミュニティ & コミュニティホスピタル協会



# パート1

## ポスト2025年、2040年とは



# 65歳以上の高齢者の人口推移

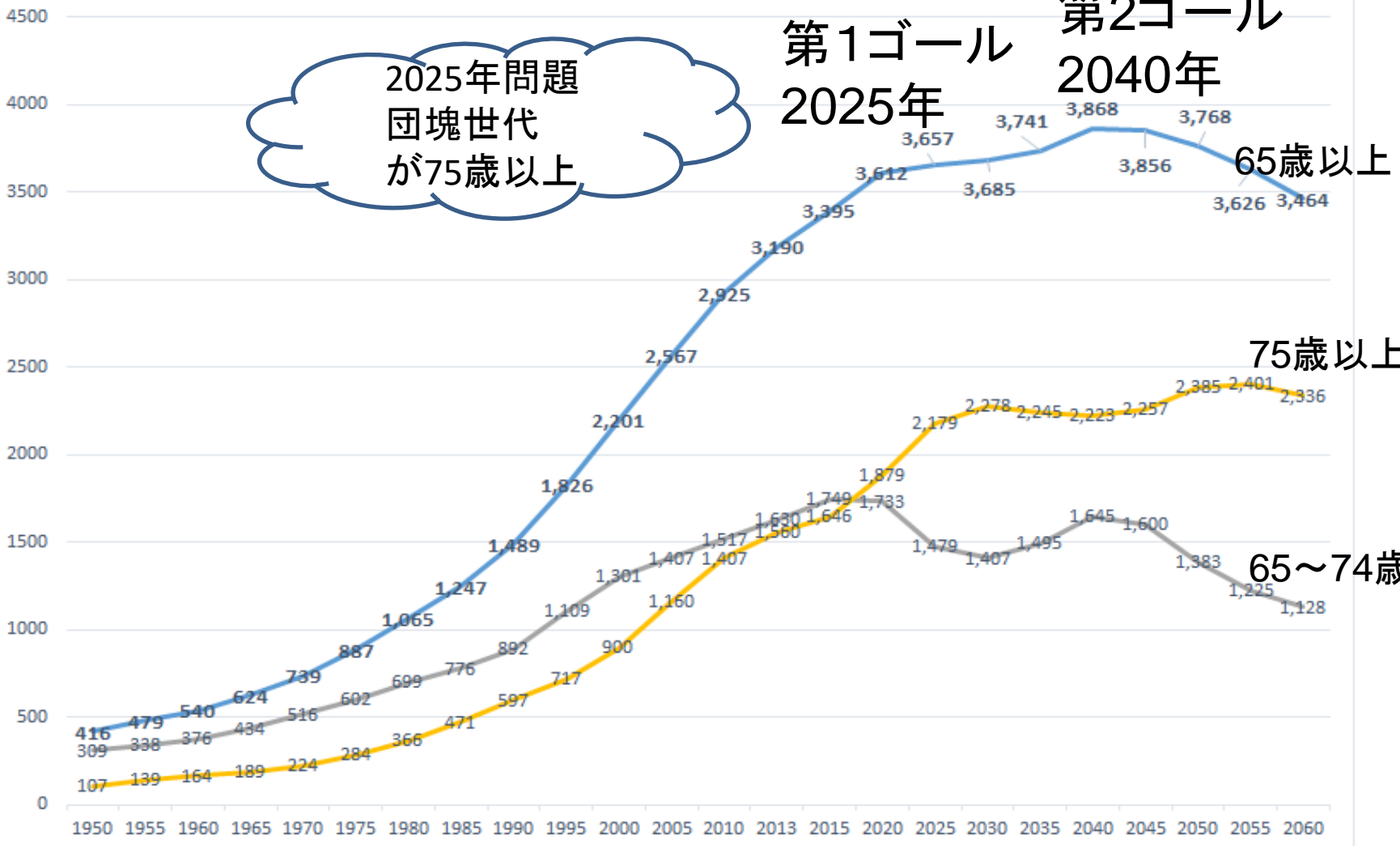
65～74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題  
団塊ジュニアが  
65歳以上

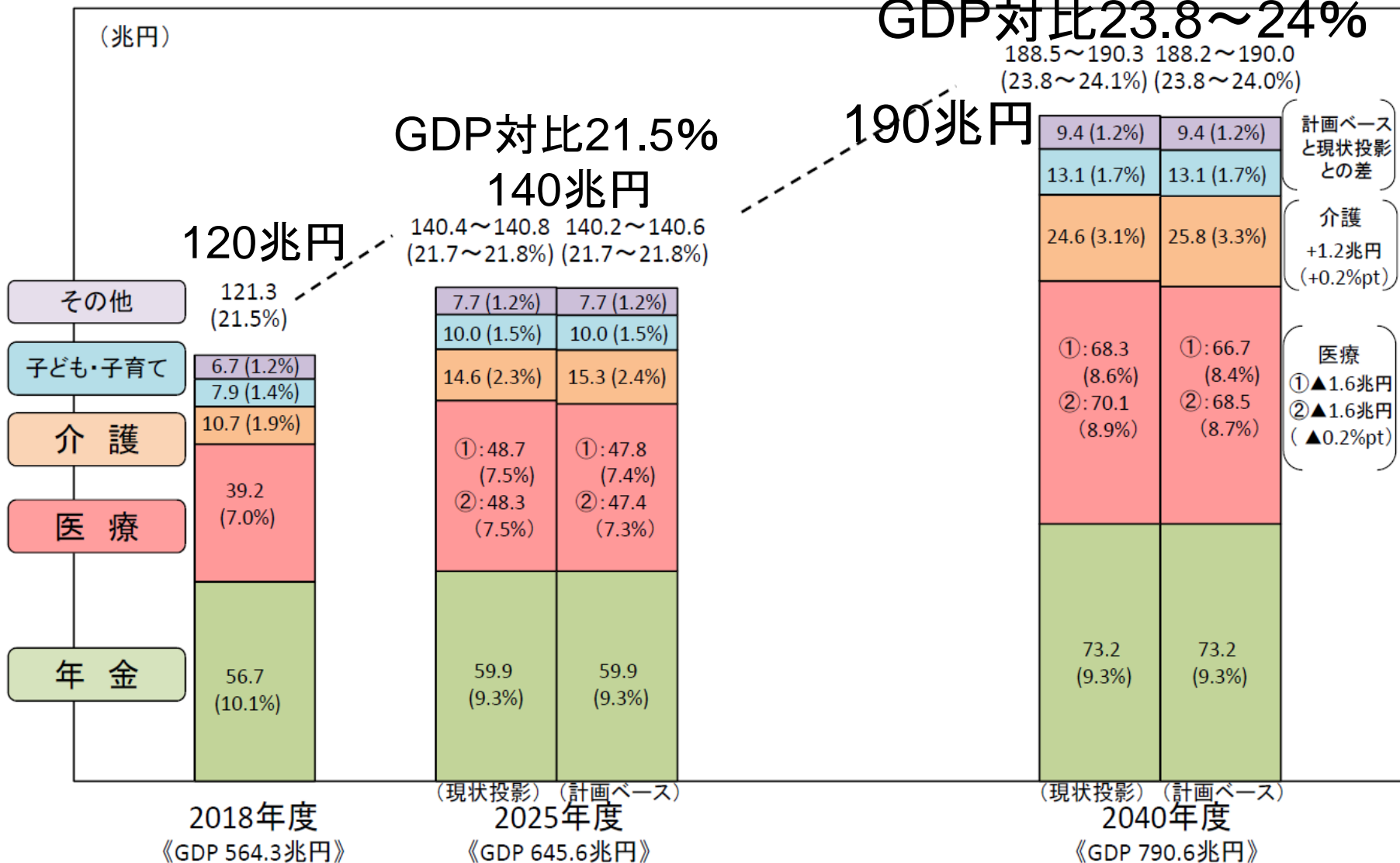
2025年問題  
団塊世代  
が75歳以上

第1ゴール  
2025年

第2ゴール  
2040年



# 社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ( )内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

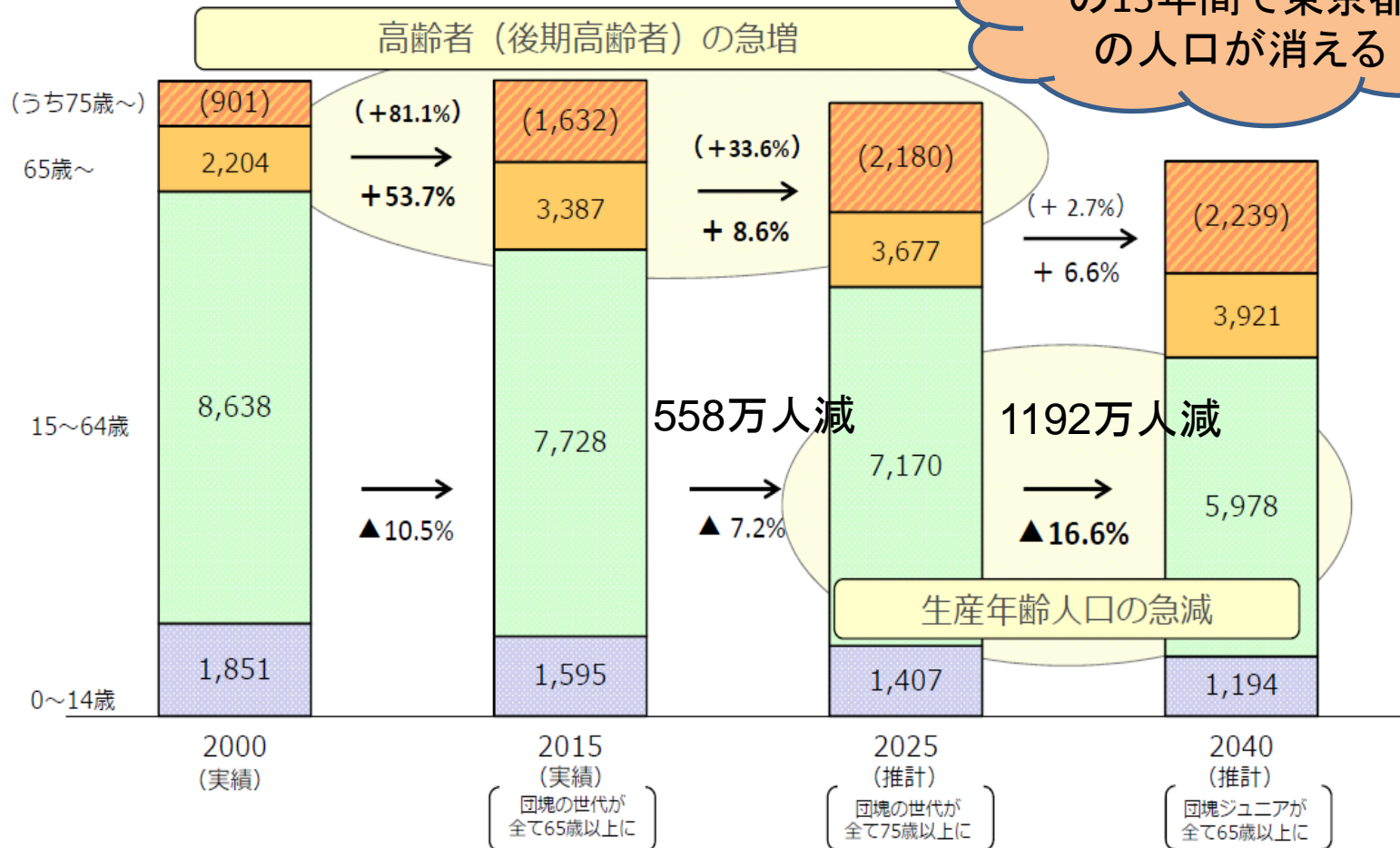
(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

# 2040年までの人口構造の変化

○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】

2025年から2040年の15年間で東京都の人口が消える



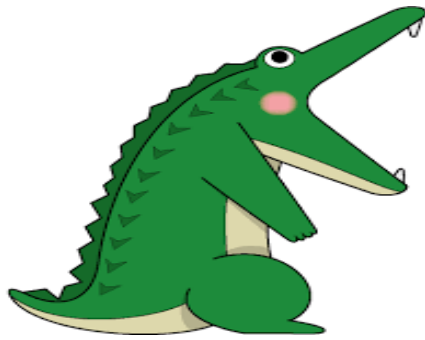
(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」



# ポスト2025年 国の財政も最大ピンチ

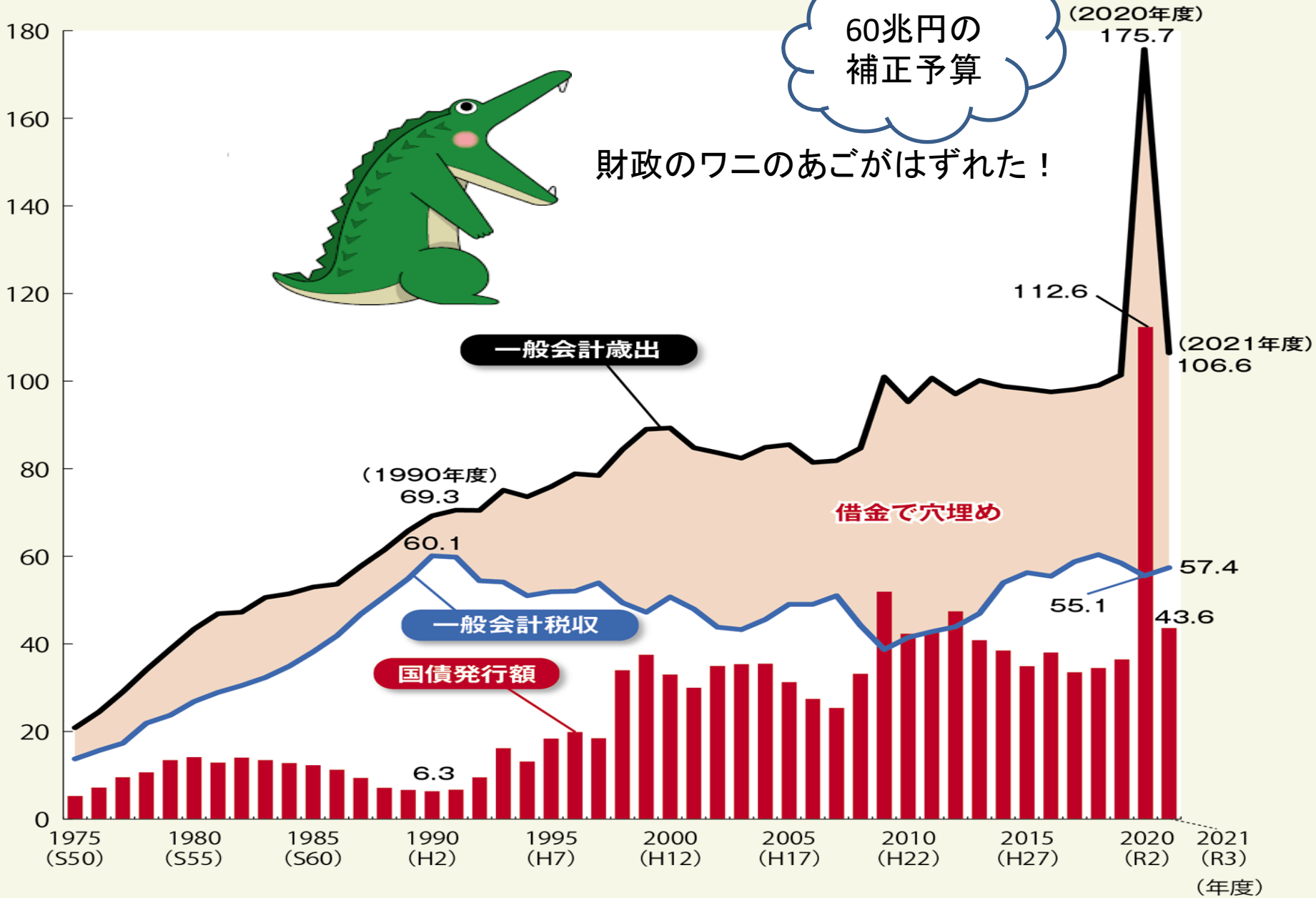


(兆円)



60兆円の  
補正予算

財政のワニのあごがはずれた！



(注1) 2019年度までは決算、2020年度は第3次補正後予算、2021年度は政府案による。  
 (注2) 2019年度及び2020年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を含んだものである。

財務省資料より

# 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)



人口問題の  
ワニの口

(注) 出生中位、死亡中位  
(出典) 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)をもとに健保連が作成

# 65歳以上の高齢者の人口推移

■ 65～74歳 ■ 75歳以上

## 2040年

## 2025年

万人



# ポスト2025年、2040年 「カネなし、ヒトなし、借金漬け」の 時代・・・



# パート2

## 外来地域医療構想



# 入院・外来患者数 (2019年患者調査)

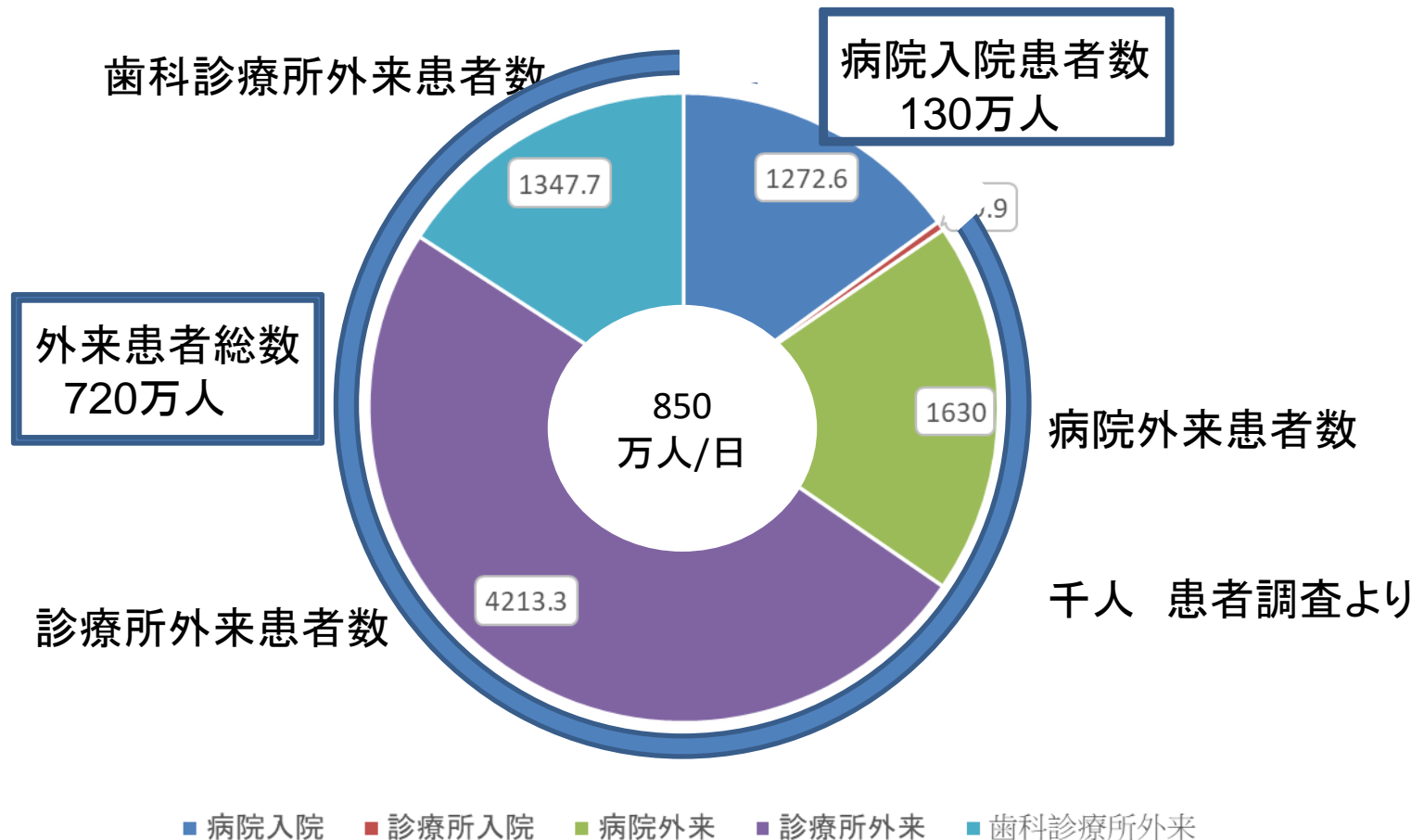
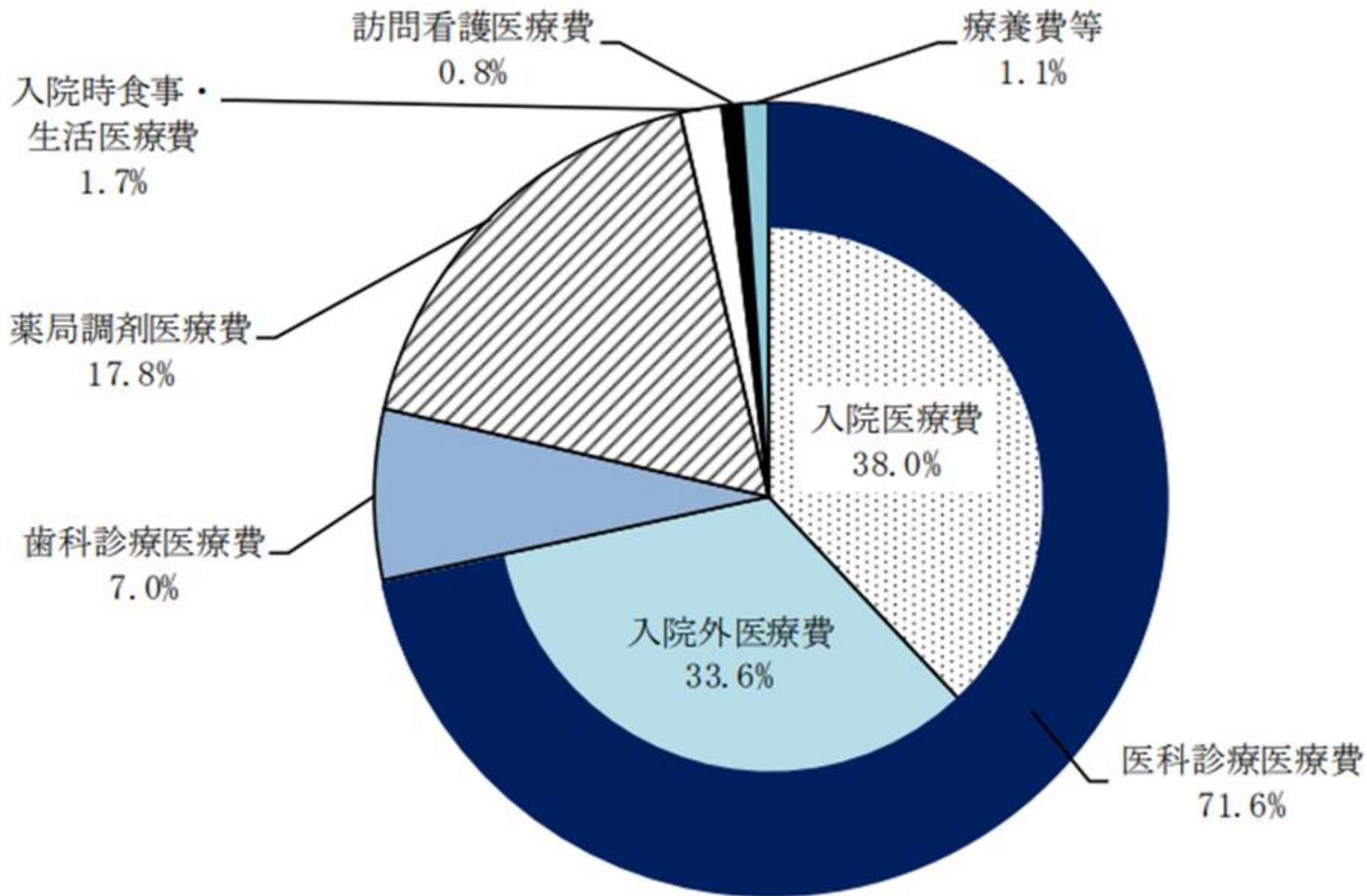


図2 診療種類別国民医療費構成割合

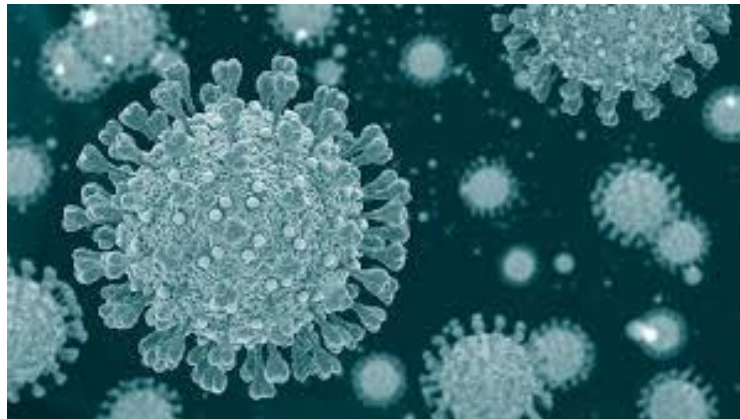
令和2年度(2020)

# 国民医療費43兆円

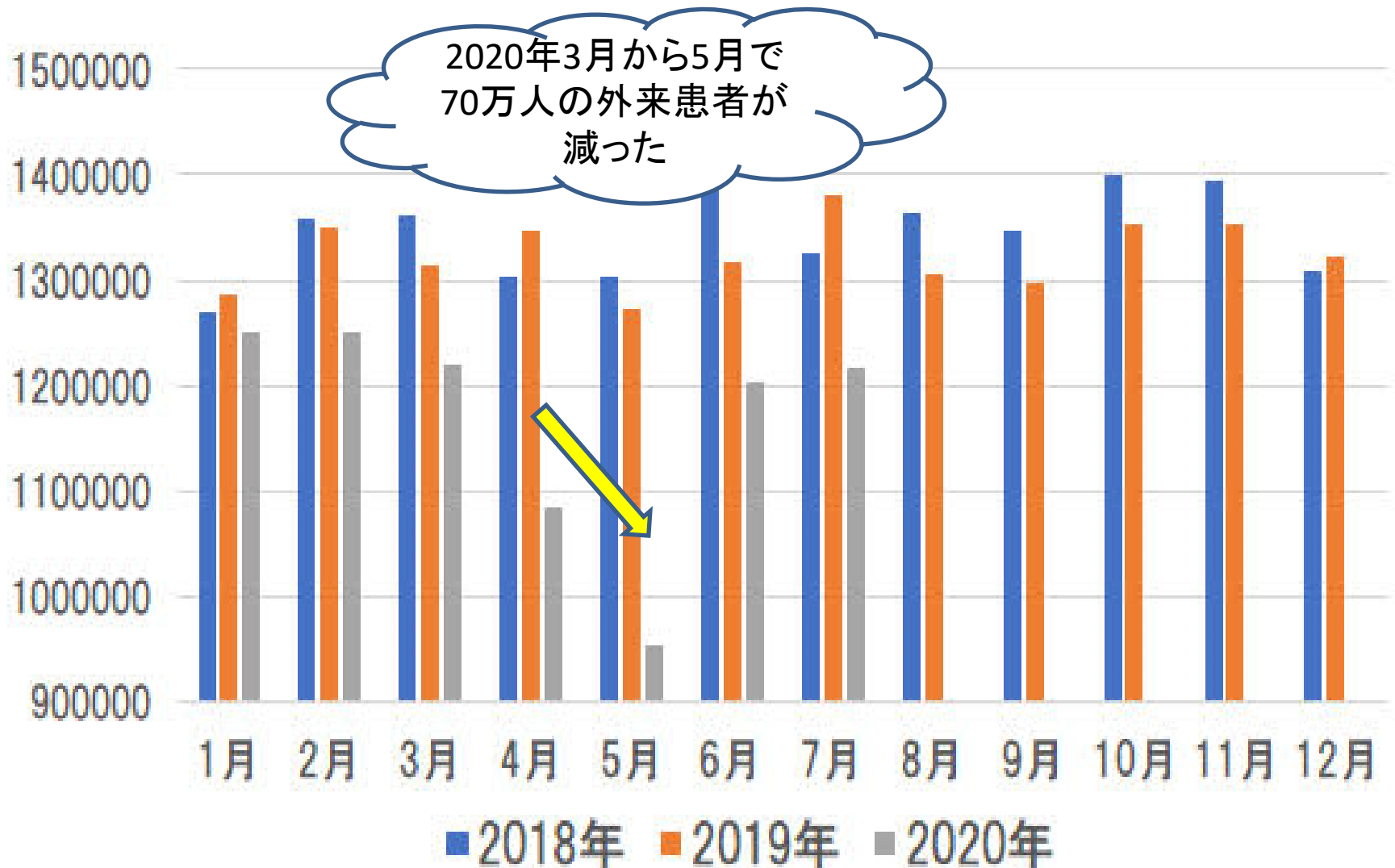




# 新型コロナで 外来受診動態が変わった



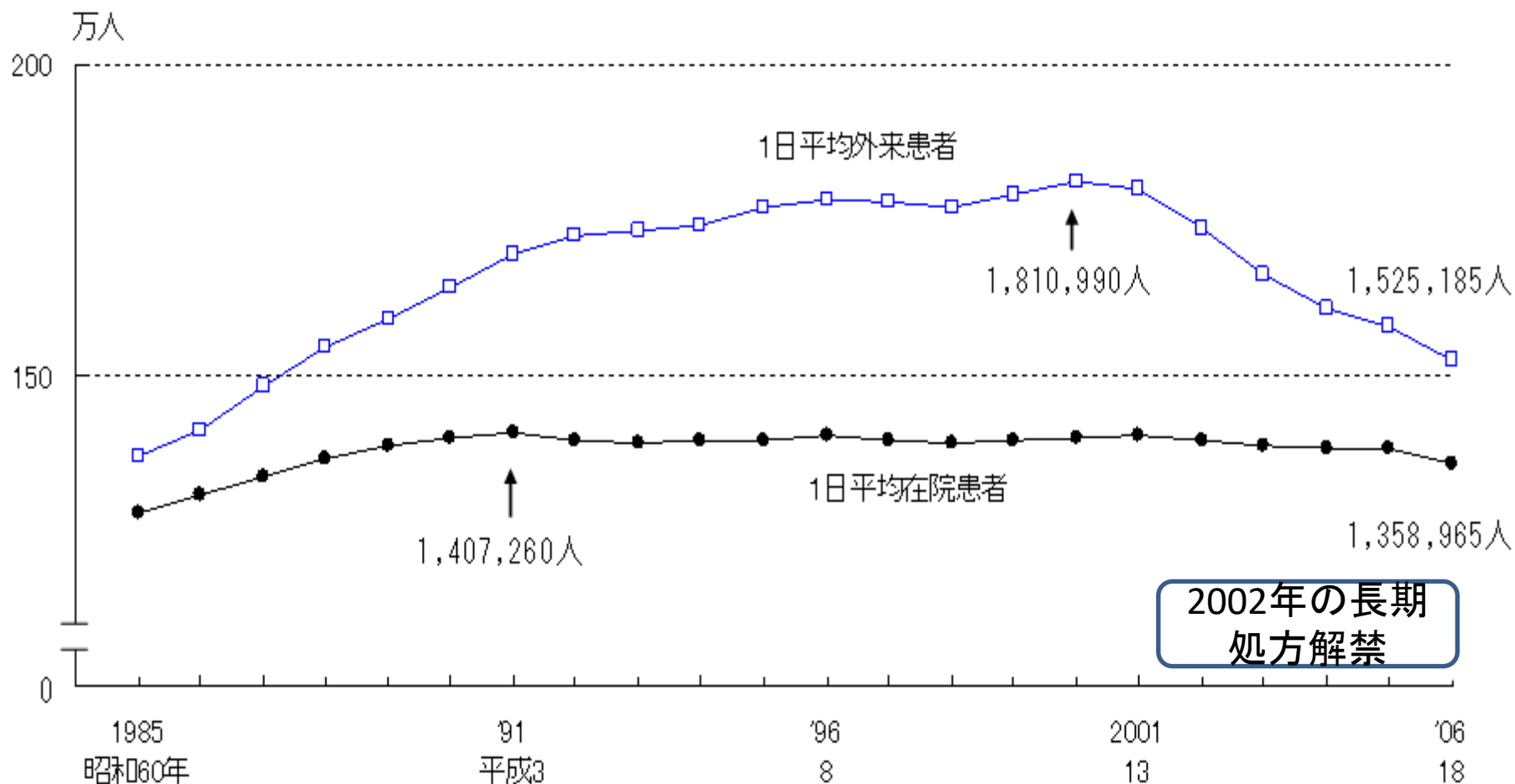
# 1日平均病院外来患者数の推移



(病院報告を基にじほうが作成)

# 外来患者数はコロナの前から減っている

各年間



注：1日平均外来患者数については、現行の算出式で再計算したため、平成11年までの報告書と一致していない。

# 年齢別の推計外来患者数の推移

千人

5,000

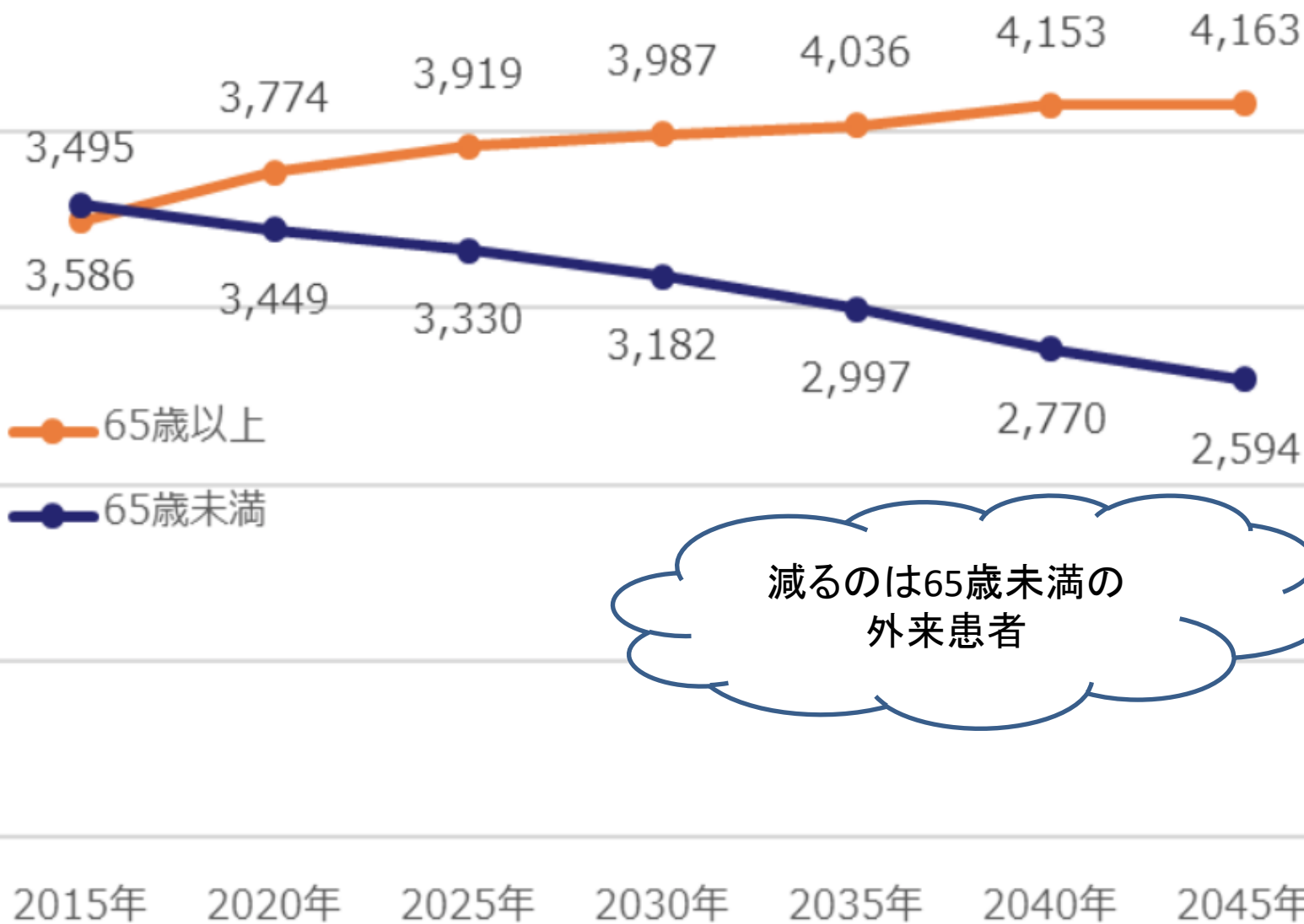
4,000

3,000

2,000

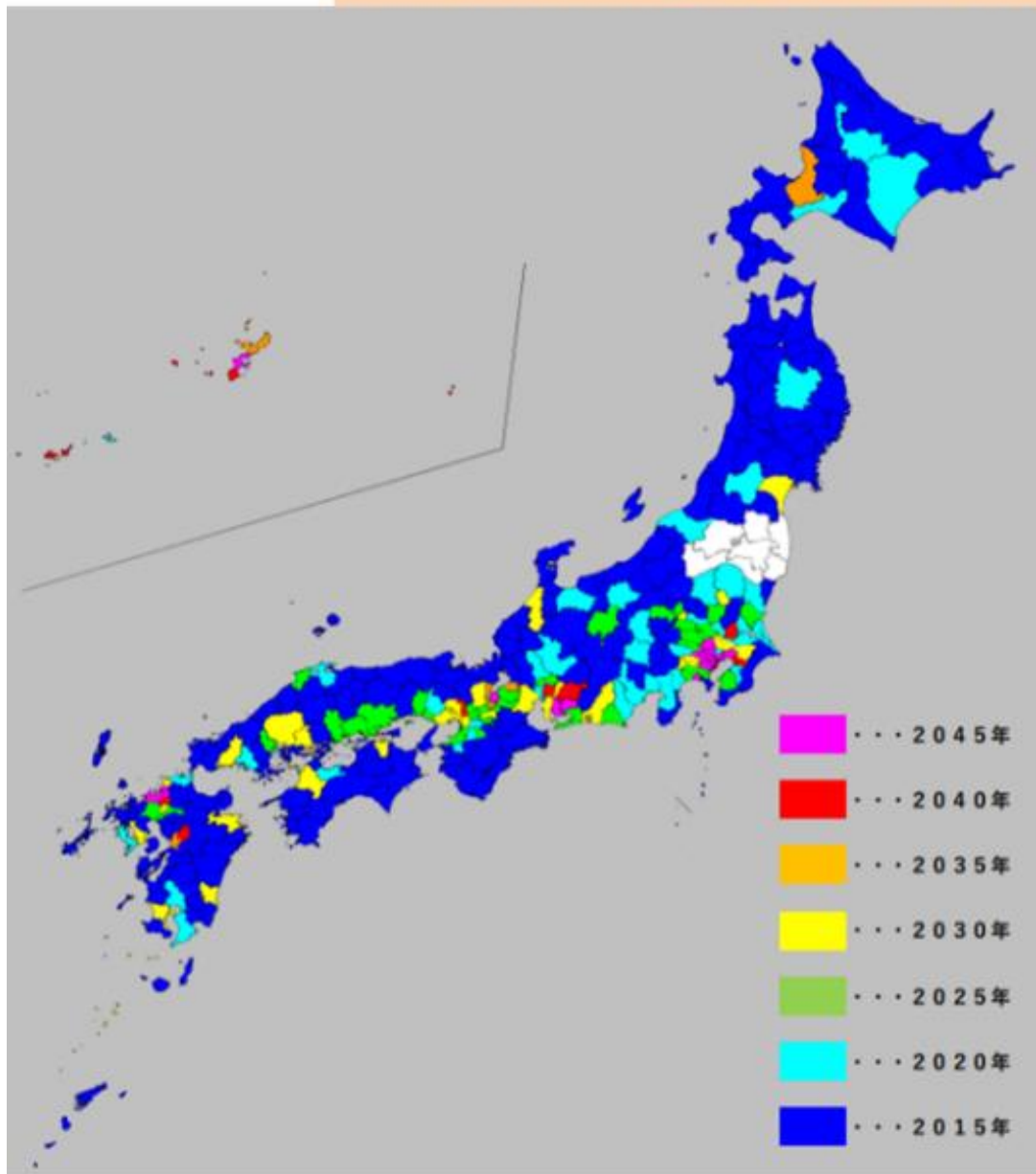
1,000

0



減るのは65歳未満の  
外来患者

## 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。

# 全世代型社会保障検討会議 中間報告(2019年12月)



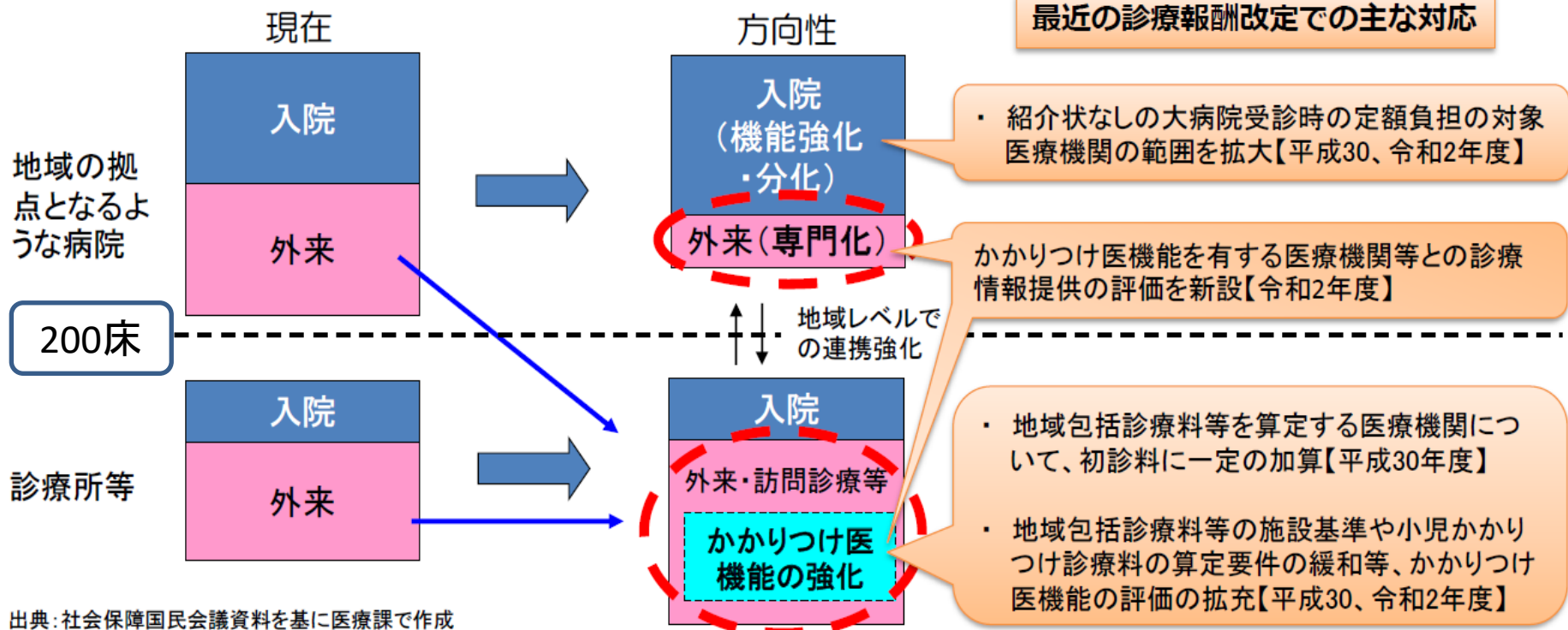
「後期高齢者であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とすること」、「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大を行うこと」

# 外来医療の今後の方向性(イメージ)

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



出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

## 第3章 医療

### 1. 医療提供体制の改革

(略)

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

(略)

200床以上  
病院へ


### 3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担(初診5,000円)を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額(例:初診の場合、2,000円程度)を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。





200床以上病院の紹介状なし  
患者の初診料等相当を保険  
給付から控除、初診時の特別  
負担は7000円程度に

社会保障審議会医療保険部会  
2020年11月9日

# 定額負担の増額と公的医療保険の負担軽減について（案）

## 1 定額負担の増額

- 大病院の紹介状なし患者をさらに減少させ、より機能分化の実効性が上がるよう、定額負担の額を増額してはどうか。

## 2 公的医療保険の負担軽減

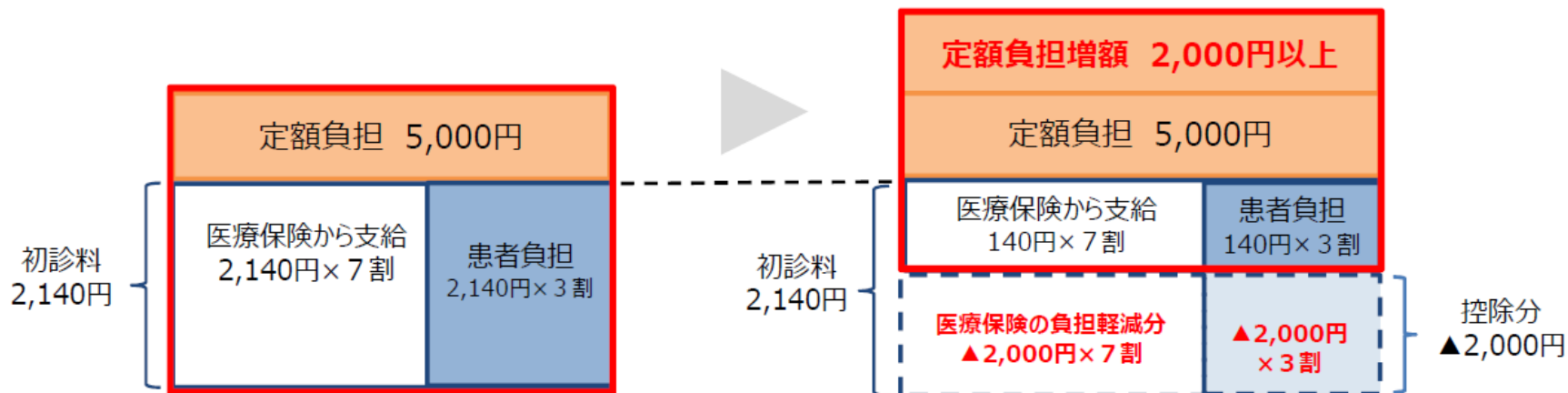
- 外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか。

- 控除に当たっては、受診の際に少なくとも生じる初・再診料（※）相当額を目安に控除し、それと同額以上に定額負担を増額してはどうか。具体的には、例えば、初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上とすることが考えられる。

※ 初診料288点、外来診療料74点。ただし、紹介率が低い場合等にそれぞれ214点、55点に減額されることとなる点に留意。

### 現行制度（初診のみ・3割負担の場合）

### 新たな制度案（2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合）



※ 1 初診料は288点だが、紹介率が低い場合等に214点に減額されるケースを想定。

※ 2 赤字部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

外来地域医療構想の中で、  
「紹介患者への外来を基本とする医療機関」  
(紹介型医療機関) を明確にしていく

## 紹介受診重点病院

紹介状なし初診患者の初診料  
の保険控除と外来特別負担を  
徴収

# パート3

## 紹介受診重点病院

紹介受診重点病院

なにこれ？



かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた病院

# 紹介受診重点医療機関。

始まります。

10月1日から  
始まりました



10月1日から  
始まりました

なにこれ？

## 「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について(案)

### 趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
  - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

### 明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
  - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
  - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
  - ③ 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等)
- 「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の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

医療資源重点活用外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

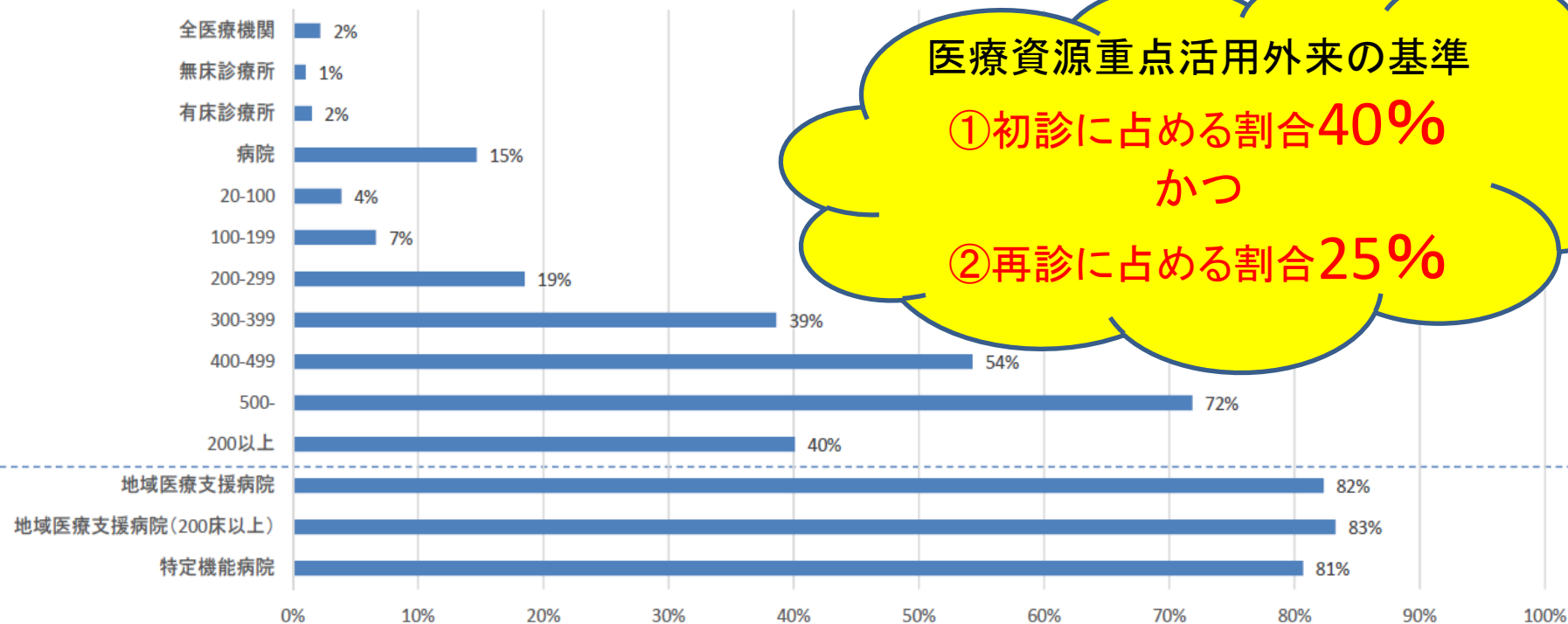
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

# 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合  
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数  
 施設数全体

## 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



### 医療資源重点活用外来の基準

①初診に占める割合40%  
かつ

②再診に占める割合25%

(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019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。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

**(参考) 定額負担の対象病院拡大について**

- 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				358 (4.4%)
全体				8,412 (100%)

「拡大」  
「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)

特定機能病院・地域支援病院で **860病院** 666病院の80%、532病院

200床以上一般病院 688病院の40%、275病院が該当

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

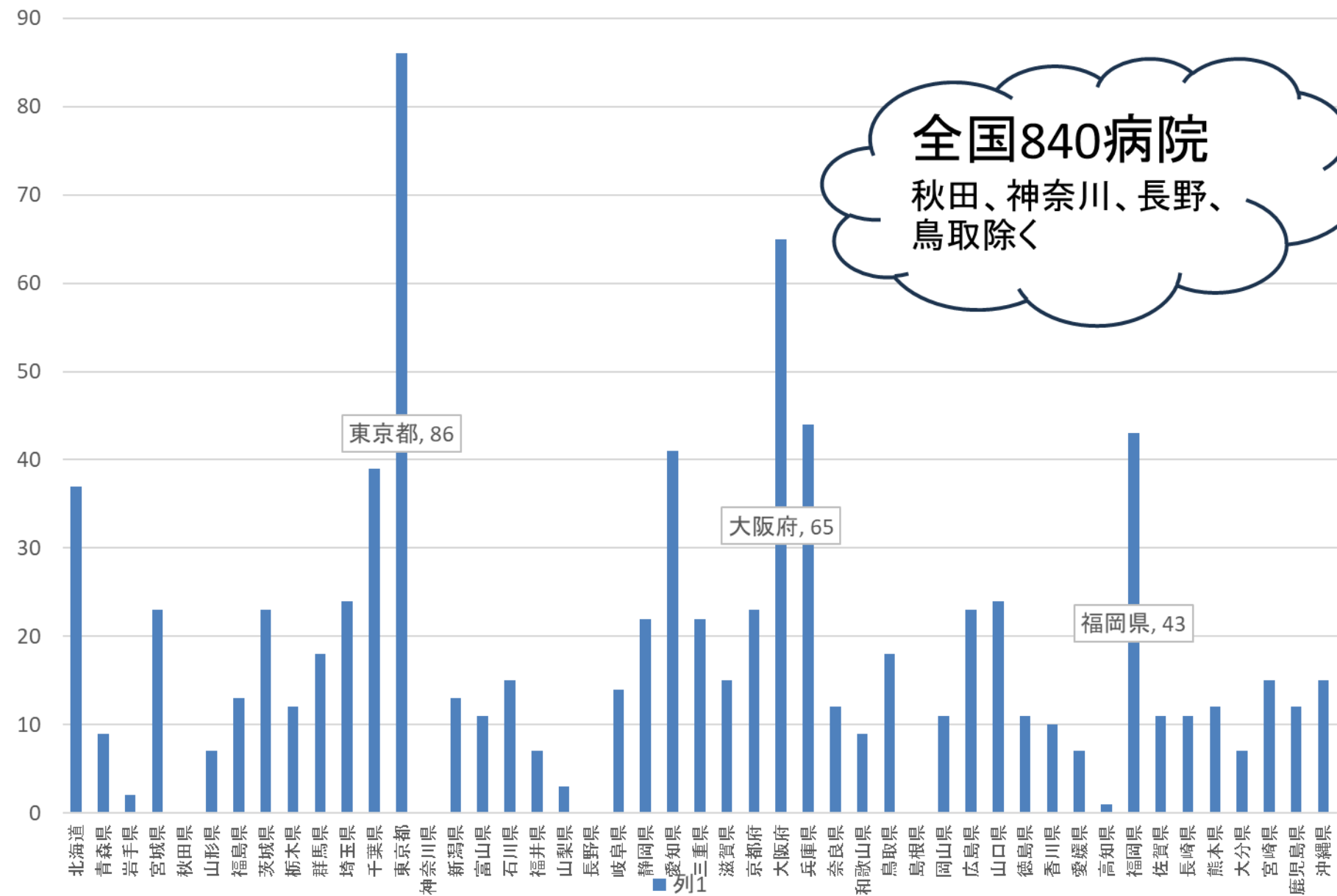
出典:特定機能病院  
※ 病床数は一般

平成29年度医療施設調査より集計)

地域医療支援病院は平成30年12月時点。



# 都道府県別紹介受診重点医療機関数(2023年9月)



# 紹介受診重点医療機関の 3つのメリット

- ①紹介状なしで受診する場合の定額負担
- ②紹介受診重点医療機関入院診療加算の算定
- ③連携強化診療情報提供料の算定

# ① 紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- 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、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

## 現行制度

### [対象病院]

- ・ 特定機能病院
  - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

### [定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

## 見直し後

### [対象病院]

- ・ 特定機能病院
  - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
  - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

### [定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

### [保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 <b>7,000円</b>	
医療保険から支給（選定療養費） <b>5,600円</b> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <b>2,400円</b> (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

## 定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

### ■初診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000 円~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	<b>511件</b> (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	<b>187件</b> (30.9%)	<b>146件</b> (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	<b>148件</b> (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

### ■再診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	<b>506件</b> (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	<b>108件</b> (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。  
(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

## ② 紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

### (新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点 (入院初日)

[算定要件]

- (1) **外来機能報告対象病院等** (医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、**一般病床の数が200未満であるものを除く。**)である保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、**入院初日に限り**所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる**地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。**

# 地域医療支援病院に対する評価

- ▶ 地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等の評価。  
(平成10年度診療報酬改定において新設)

地域医療支援病院入院診療加算 1,000点(入院初日)



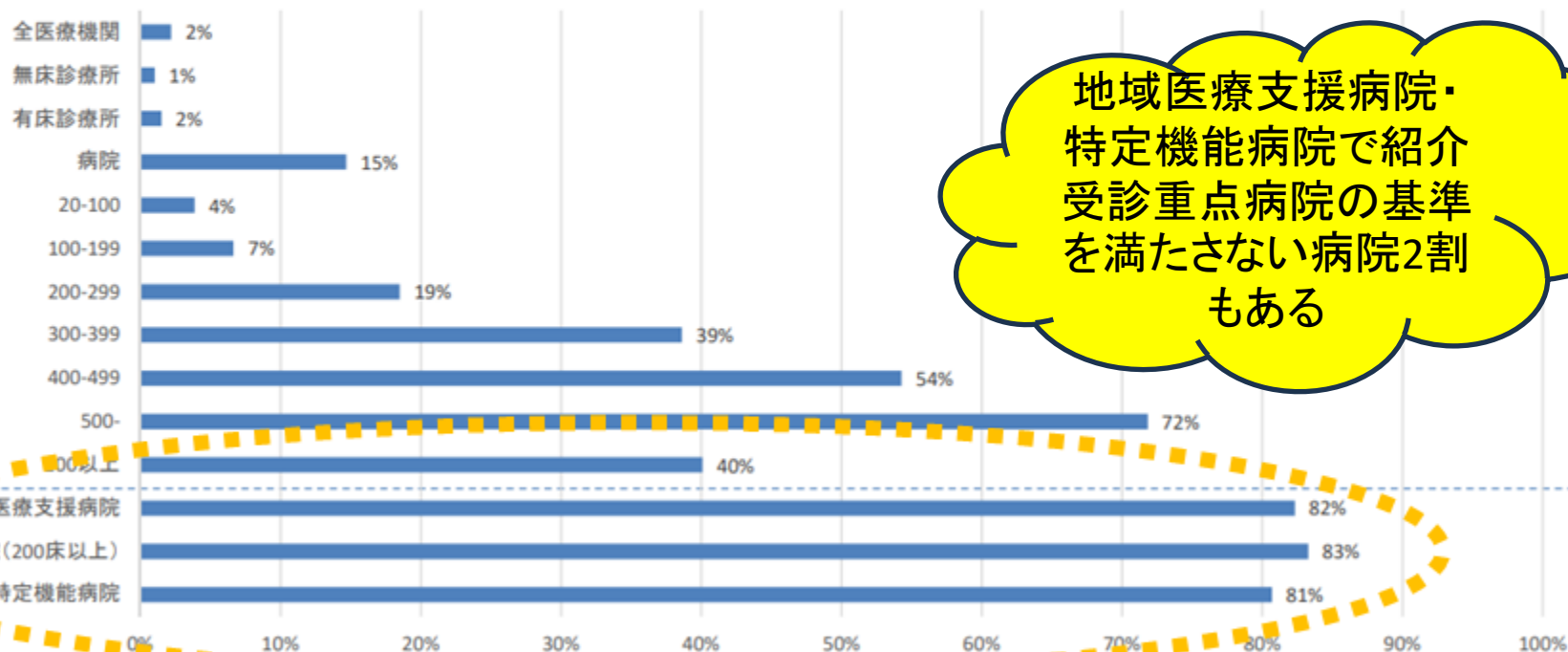
## [算定要件]

- 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 入院基本料のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。
- 入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定していた場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

## 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合  
 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数  
 施設数全体

### 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



地域医療支援病院・  
 特定機能病院で紹介  
 受診重点病院の基準  
 を満たさない病院2割  
 もある

(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019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。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より医政局において作成

# 紹介受診重点医療機関で 紹介・逆紹介割合の規定が変わった

紹介・逆紹介率が紹介・逆紹介割合となり  
定義が変わった！



## 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の見直し①

- 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、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
  - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点(←288点) **減算** 外来診療料の注2、3 55点(←74点)  
(情報通信機器を用いた初診については186点)

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	<u>紹介受診重点医療機関</u> (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		<u>紹介割合50%未満 又は</u> <u>逆紹介割合30%未満</u>		<u>紹介割合40%未満 又は</u> <u>逆紹介割合20%未満</u>
<u>紹介割合 (%)</u>	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
<u>逆紹介割合 (%)</u>	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 ・ 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者			
<u>再診患者の数</u>	<u>患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。</u> ・ <u>救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者</u>			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。</u>			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 ・ <u>B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。</u> ・ <u>情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。</u>			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

## ■ 紹介割合・逆紹介割合（診療報酬）

### 【従来】

「注2」にあつては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）

「注3」にあつては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）

### 【新方式】

「注2」にあつては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

「注3」にあつては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）

### 【逆紹介割合】

従来の計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

新しいの計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1000$$

新しい式では分母に再診患者が入った！

# 逆紹介割合向上の 5つのポイント

- ポイント1 リフィル処方への活用
  - リフィル処方を利用して再受診率の低減
  - リフィル3回まで可
- ポイント2 地域連携パスへの活用
  - 節目定期受診を入れた地域連携パスを患者に渡してかかりつけ医に逆紹介
  - 地域連携パスに逆紹介先へ節目検診の紹介状ひな形を添付
  - 患者の病院との「縁切り不安を解消」役立つ
- ポイント3 逆紹介希望の患者アンケート調査
  - 逆紹介を言い出しにくい患者のため、逆紹介希望アンケートを定期的に実施
  - 逆紹介希望患者の掘り起こし

# 逆紹介向上の5つのポイント

- ポイント4 逆紹介外来センターの開設
  - 逆紹介先を探したり、紹介状、多科診療の患者の処方箋整理、逆紹介状の作成など
  - 総合診療科の外来が地域医療連携室と協働して行うのがふさわしいだろう。
- ポイント5 逆紹介データベースを作成
  - 逆紹介できる診療所の機能をあらかじめ調査して、データベース化
    - (例)インスリン治療患者の受け入れの可否、がん患者の受け入れの可否など
  - 逆紹介パターンのデータベース化
    - Uターン(紹介元に返す)
    - Iターン(紹介状を持たずに来院した患者の逆紹介)
    - Jターン(紹介元とは別の医療機関に逆紹介する)
  - こうしたデータベースを逆紹介に活かす

# 紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

## ③ 連携強化診療情報提供料の新設

- ▶ 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、診療情報提供料（Ⅲ）について、
  - 名称を「連携強化診療情報提供料」に変更し、かかりつけ医機能を有する医療機関等が、診療情報を提供した場合について、算定上限回数を変更する。
  - 「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、新たに評価を行う。

### 現行

【診療情報提供料（Ⅲ）】 150点

【算定要件】

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

【対象患者】

- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者

### 改定後

**（改）【連携強化診療情報提供料】** 150点

【算定要件】

他の保険医療機関から紹介された患者について、他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき**月1回**に限り算定する。

【対象患者】

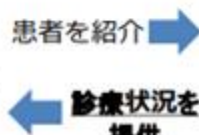
- 1 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関から紹介された患者
- 2 紹介受診重点医療機関において、200床未満の病院又は診療所から紹介された患者**
- 3 かかりつけ医機能に係る施設基準を届け出ている医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者



**（新）**

地域の診療所等

紹介受診重点医療機関



患者を紹介  
診療状況を  
提供

連携強化診療情報  
提供料を算定

例：生活習慣病の診療を実施

例：合併症の診療を実施

# パート4 かかりつけ医機能

かかりつけ医



# かかりつけ医機能について

2022年9月9日の「第8次医療計画等に関する検討会」

# かかりつけ医機能の制度整備

- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」（2021年12月23日）
  - 「かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとって**かかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策**について検討を進める」
  - 検討期限は2023年度
- 「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太の方針2022）」（2022年6月7日）
  - 「かかりつけ医機能が発揮される**制度整備**を行う」
- 「第8次医療計画等に関する検討会」
  - **かかりつけ医機能について検討**（2022年9月9日）
  - 2023年度からの都道府県での第8次医療計画策定に向け、2022年中には一定の結論を出すスケジュール
- 社会保障審議会医療部会（2022年9月29日）
- 全世代型社会保障構築会議（2022年11月11日）
  - 増田寛也主査「かかりつけ医機能を強化するための制度整備は不可避」
  - かかりつけ医機能の情報開示





# 全世代型社会保障構築会議 2022年11月24日



# かかりつけ医の定義と機能



2023年5月12日

かかりつけ医機能の制度整備などを盛り込んだ改正医療法が可決成立した

## 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

かかりつけ医機能を  
**医療法**の条文に載  
せた

### 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。

# 改正医療法成立

- 5つのかかりつけ医機能
  - (1) 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
  - (2) 時間外診療を行う機能
  - (3) 病状急変時等に入院など必要な支援を提供する機能
  - (4) 居宅等において必要な医療を提供する機能
  - (5) 介護サービス等と連携して必要な医療を提供する機能



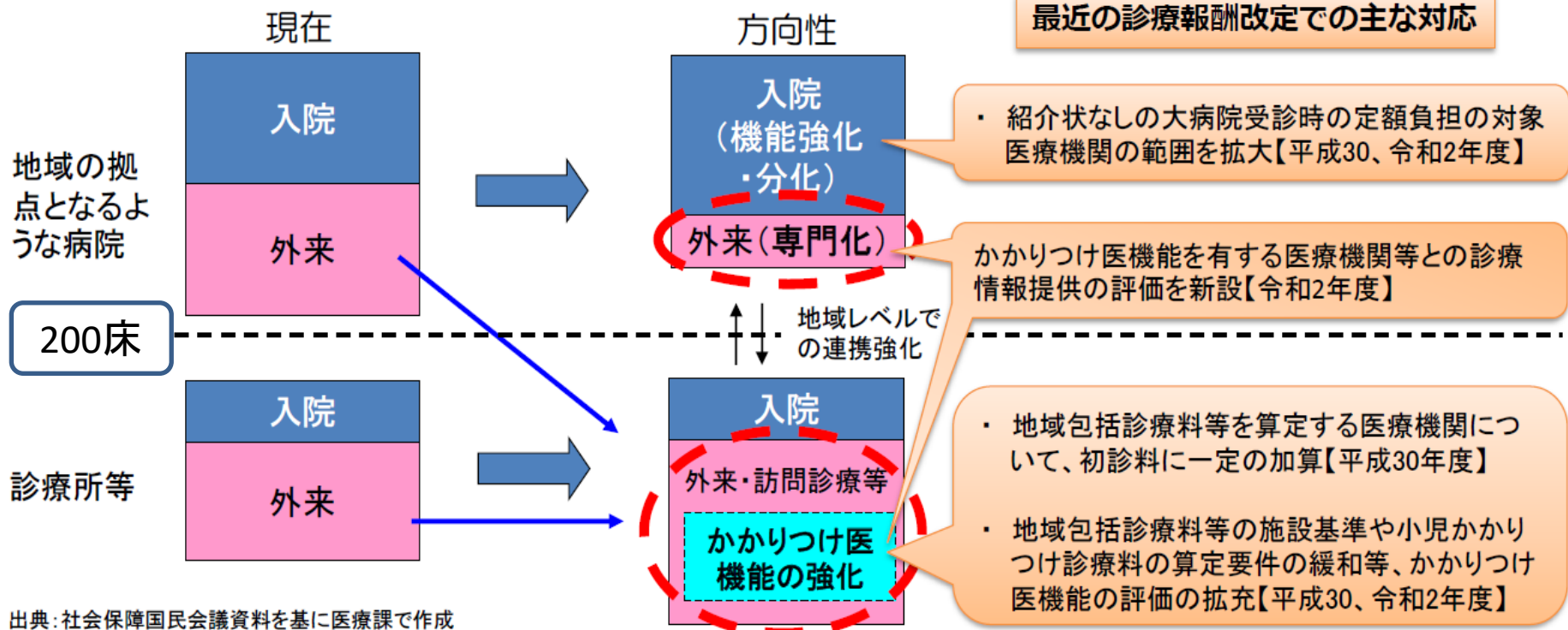
2023年5月12日

# 外来医療の今後の方向性(イメージ)

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



# かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、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、かかりつけ医機能の内容を強化。

## 国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

## 制度整備の内容

### 医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
  - ① 情報提供項目の見直し
  - ② 全国統一のシステムの導入

### かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 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報告するとともに、公表（※）。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

医療機能情報提供制度完成

医療機能情報提供制度 (H18) 2006年

入院 病床機能報告 (H26) 2012年

外来 有床診・病院 外来機能報告 (R3) 2021年  
(紹介受診重点医療機関の確認)

外来 無床診 かかりつけ医機能報告 (新設) 2024年

在宅

イメージ図

※ 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、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

## 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

- ◆ ～令和5年夏目途
  - ・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
  - ・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

### 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

- ◆ 令和5年度頃 2023年度
  - ・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
- ◆ 2024年～2025年度
- ◆ 令和6年度～令和7年度頃
  - ・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 2026年度
  - ・医療計画に適宜反映

※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

9 計画との関係性についても検討が必要

# パート5

## 総合診療医の活用

高齢化社会に対応できる  
医療モデルは？



# 全科対応する総合診療医による医療モデル



## 総合診療医に関する提言

### 社会保障制度改革国民会議報告書(2013.8.6)

- ・「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組(「総合診療専門医」)を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

### 専門医の在り方に関する検討会報告書(2013.4.22)

- ・総合診療専門医は、従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。
- ・総合診療専門医は日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応出来る事に加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応出来る「地域を診る医師」の視点が重要である。
- ・地域のニーズを基盤として、多職種と連携して、包括的且つ多様な医療サービス(在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなど)を柔軟に提供し、地域における予防医療・健康増進活動等を通して地域全体の健康向上に貢献出来る。

### 規制改革に関する第二次答申(2014.6.13)

- ・プライマリ・ケアを専門に担う医師が地域住民の身近な存在としての診療を担い、高度な医療を行う病院との適切な機能分化を進めるため、プライマリ・ケアを専門に担う医師の育成に向けて、当該専門性に係る卒後の教育・研修制度(疾病や傷害の予防、介護、保健、福祉等、地域医療に必要な知識を広く習得する仕組み)や、当該専門性に係る資格の更新制度、診療の質を維持するための継続的な研修の検討に対し、必要な支援を行う。

表3：総合診療医に求められるコアコンピテンシー（中核的な能力）

### ①人間中心のケア

- 患者中心の医療
- 家族志向の医療・ケア
- コミュニケーション

### ②包括的統合アプローチ

- 未分化な問題、不確実性・複数の健康問題
- 地域を意識したマネジメント
- 健康増進・予防・リハビリテーション
- 継続性

### ③連携重視のマネジメント

- 多職種連携
- 病診連携
- 組織全体のマネジメント（質改善含む）

### ④地域志向アプローチ

- 地域の健康福祉行政などへの参画
- 地域の健康問題への対応

### ⑤公益に資する職業規範

- 倫理性・説明責任
- ワークライフバランス
- 教育研究

### ⑥診療の場の多様性

- 外来医療
- 救急医療
- 病棟医療
- 在宅医療

出典：日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトを基に作成

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

### 新たな専門医制度の基本設計

#### サブスペシャリティ領域（29 領域）


消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

19番目の専門医として2018年から

#### 基本領域（19 領域）

内科 小児科 皮膚科 精神科 外科 整形外科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科 麻酔科 病理 臨床検査 救急科 形成外科 リハビリテーション科

総合診療



私のニューヨーク留学体験(1987年、1988年)  
ニューヨーク州立大学ダウンステートメディカルセンター  
家庭医療課

旧厚生省からの  
留学で家庭  
医療を学びに  
NYのブルック  
リンへ

# State University of New York Downstate Medical Center Department of Family Medicine



# SUNY Downstate Medical Center

## Department of Family Medicine

### Monthly Schedule

The following monthly schedule is for Family Medicine Residents.

#### PGY 1

1. Community Medicine
2. Family Medicine  
Inpatient (2 Months)
3. GYN Outpatient
4. Internal Medicine  
Inpatient (2 Months)
5. Newborn
6. OB Inpatient
7. OB Outpatient
8. Pediatric Inpatient
9. Orthopedics Outpatient
10. Fast Track
11. Vacation

#### PGY 2

1. Adult ER
2. Behavioral Science
3. Community Medicine
4. Elective
5. Family Medicine  
Inpatient (2 Months)
6. Geriatrics
7. ICU
8. Night Float
9. Ophthalmology
10. Pediatric ER
11. Surgery Inpatient
12. Vacation
13. Dermatology

#### PGY 3

1. Cardiology
2. Community Medicine
3. Elective (2 Months)
4. ENT Outpatient
5. Family Medicine  
Inpatient (2 Months)
6. Night Float
7. Orthopedics Outpatient
8. Pediatric Outpatient
9. Surgery Outpatient
10. Urology Outpatient
11. Fast Track
12. PCMH
13. Vacation

### Curriculum

The Curriculum

Monthly Schedule

Conference Schedule



# 家庭医療課のレジデントプログラム

	月	火	水	木	金	土	日
午前	病棟	新患外来	予約外来	病棟	救急	研修単位	休み
午後	カンファレンス	禁煙外来	訪問診療	カンファレンス	当直明け	休み	休み
夜間	夜間内科当番			夜間診療+当直			



# ニューヨーク市ブルックリンの キングスカウンティ病院ERや在宅医療の ローテーションした



Kings County Hospital Center

# 国内の 総合診療医の活躍事例



総合診療医

# 事例① 過疎地域の 公立病院の地域医療再編への貢献



県立五條病院

- 過疎高齢化が進む奈良県南和医療圏にある3つの公立病院、**県立五條病院（160床）**、町立大淀病院（155床）、国保吉野病院（98床）が、2016年4月から地域再編する過程の中で総合診療医が果たした事例。
- この医療圏では脳出血を起こした妊婦のたらいまわし事件をきっかけとして地域医療の再生が待ったなしの状態だった。
- こうした中、県立五條病院で2013年、従来の内科の枠組みを改変して、へき地医療で豊富な経験を持つ医師3名とレジデント4名で**総合診療を実践する総合内科**を立ち上げた。
- 効果はてきめんで、**救急車受け入れ台数は立ち上げ前の2012年（平成24年）と比べて47%、1503件とV字回復をした。**
- 地域のニーズをくみ上げた総合内科の取り組みで病院も活性化し、公的病院の地域医療再編への地ならしとなった。

# 事例②急性期病院の 在院日数短縮



市立福知山市民病院

- 京都府福知山市にある 市立福知山市民病院（354床） は、2008年より 総合内科を発足させた。総合内科の発足する前は、同院では呼吸器内科、神経内科、糖尿病内科は非常勤体制であった。このため常勤医不在の診療科の入院患者は非専門の他科の医師が対応していた。
  - 総合内科の発足以後はこれらの非常勤科の入院患者を総合内科の医師が診療することで、入院期間が減少した。
    - 肺炎ではそれまでの21.6日から16.0日へ、脳梗塞では24.2日が19.9日に減少した。
    - また整形外科の高齢入院患者に対して総合内科が内服薬の調整・整理、合併症・既存症の治療に介入したところ、整形外科の入院期間が49.3日から35.6日と大幅に減少した。総合内科が他科とのタスクシェアで在院日数が減少した
- 市立福知山市民病院の近隣にある国保病院（72床）が経営困難に陥った。この国保病院を2015年に市立福知山市民病院の分院化したとき、同分院に総合診療医を福知山市民病院より赴任させた。
- この結果、分院は福知山市民病院の後方病床として機能して、本院の平均在院日数が短縮した。また総合診療医が赴任した分院からの訪問診療はそれ以前と比べて月平均で14件から80件以上に増加し、地域包括ケアの推進にも貢献した。

# 事例③都市部の病院の 地域包括ケア病棟への貢献

- 神奈川県横浜市にあるJCHO横浜保土ヶ谷中央病院（244床）では、JCHO版総合医プログラムの一環として、2015年に総合診療科を設置し総合診療医が赴任した。
- そして2016年に地域包括ケア病棟（31床）開設時に総合診療医が同病棟の担当医となった。それ以来、地域包括ケア病棟で、神経難病、統合失調症、高次脳機能障害、緩和ケアなど広範囲の疾患を診るようになった
- 2017年に入退院支援部門ができ早期からの入退院支援を行うようになった。こうした新しいシステムの構築にも総合診療医が看護部と協力して貢献している。
- また外来においても総合診療医への地域からの外来の紹介件数が年々増加している。



JCHO横浜保土ヶ谷中央病院

# 事例④中規模病院の 収支改善



あき総合病院

- 高知県安芸市のあき総合病院（270床）に2014年に総合診療医が着任した。
- 赴任した総合診療医は、いわゆる「なんでも屋」として外来や、救急外来、当直、入院患者の診療を担当した。
- この結果、総合診療科の入院患者数は当初の年間300人から500人まで増えた。総合診療医は臓器別専門医が苦手とする脱水や発熱、誤嚥性肺炎、関節痛で動けなくなった高齢者、尿路感染、心不全、あるいは診断に苦慮する病状に対する診療を積極的に行った。
- また総合診療医が司会で行う毎朝の入院患者ミーティングは学生や研修医に好評だ。こうして2012年の総合診療医の赴任後、救急搬入症例の増加、研修医を含む若手医師数の増加により、2013年（平成25年）より病院の収支が黒字化した。

# 中小病院に総合診療医は なくてはならない存在

【総合診療医】

||

地域医療のマネジメント役





COMMUNITY &  
COMMUNITY  
HOSPITAL  
ASSOCIATION

# パート6 一般社団法人

# コミュニティ&コミュニティホスピタル協会





# 一般社団法人コミュニティ& コミュニティホスピタル協会

- 高齢化社会が進展する日本の医療に必要なのは、「治す」だけの医療ではなく、「治し、支える」医療です。現在、大病院と同様に特定の専門診療科の高度急性期を志向している全国にある5,800の中小病院は、この「治し、支える」医療への転換が必要であると考えています。
- 「コミュニティホスピタル」とは、総合診療を軸に超急性期以外のすべての医療、リハビリ、栄養管理、介護などのケアをワンストップで提供する病院です。
- すでにいくつかの地域では、このコミュニティホスピタルが立ち上がり、地域住民が安心して、自分らしく生活していける環境を作り上げています。
- また、そこで働く医療者にとっても、同じ想いを持った仲間たちと共に、やりがいと成長を得られる職場を提供していきます。

# 目的

- 1 コミュニティホスピタルの振興を目的とする事業
- 2 コミュニティホスピタルが担う医療を研究し、  
開発・普及させる事業
- 3 コミュニティホスピタルを担う医療人材の育成事業
- 4 地域包括ケアを始めとする地域づくりを目的とする事業
- 5 医療人材のキャリア開発、働き方改革に資する事業
- 6 その他法人の目的を達成するために必要な事業  
コミュニティの再生、振興、特に地域包括ケアづくりを  
目的とする事業

# 主な機能

- 人材育成／紹介派遣／入職支援(経営担当理事、医師等)
  - コミュニティ・ホスピタルを担う人材の育成、ネットワーク化
- 参加会員の交流、勉強会開催
  - コミュニティホスピタルの経営支援
  - コミュニティホスピタルへの経営参画、継承支援
- コミュニティホスピタルの普及／啓発活動
  - コミュニティホスピタルについての勉強会、セミナー開催、学会発表
  - コミュニティホスピタルについての広報活動全般・
- その他、医療人材のキャリア形成、働き方改革支援
  - コミュニティの再生、振興、特に地域包括ケアづくり ー地域行政への支援、コーディネート
  - 上記を法人、個人のネットワーク化、育成、コーディネート

# 理事メンバー

- 代表理事 武藤 正樹
- 理事 井野 晶夫
- 理事 大石 佳能子
- 理事 大杉 泰弘
- 理事 亀田 省吾
- 理事 草野 康弘
- 理事 辻 哲夫
- 理事 本田 宜久
- 監事 渡辺 明良



株式会社メデイヴァ社長  
大石佳能子氏

## まとめと提言

- 2023年10月1日から紹介受診重点病院が発足
- 2023年5月かかりつけ医機能が法制化
- 紹介受診重点病院とかかりつけ医機能の連携
- かかりつけ医機能は200床以下病院にも求められている。
- コミュニティ病院には総合診療医が必要
- コミュニティ&コミュニティホスピタル協会は総合診療医による病院経営を支援します。

# コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か  
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を  
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日: 2022/09/22
- 出版社: [ぱる出版](#)
- ISBN: 978-4-8272-1360-7

総合診療医の活躍  
についても扱って  
います

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)