

新しい地域医療構想とかかりつけ医機能報告制度

新潟県医師会 理事（地域医療構想アドバイザー）

小 柳 亮

はじめに

地域医療構想は、2025年に向けた医療提供体制整備を目的として、各都道府県が策定してきた将来の病床機能の分化・連携に関する構想である。現行構想では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という四つの病床機能区分を軸に議論が進められてきた。新潟県においても、病床機能報告や地域での協議を通じて、急性期病床の見直し、回復期機能の充実、在宅復帰支援の強化などが進められてきた。他方で、必要病床数との乖離、患者の受療行動の変化、地域差の大きさ、外来・在宅・介護連携を十分に包含できない枠組みなど、現行構想の限界も明らかになってきた。

とりわけ2040年を展望すると、85歳以上人口の増加、総人口と生産年齢人口の減少、医療従事者の確保難、開業医の高齢化が同時に進行する。厚生労働省の検討会資料では、2020年から2040年にかけて85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加すると見込まれている。高齢者は複数疾患併存、認知機能低下、フレイル、介護ニーズを併せ持つことが多く、従来のように入院医療のみを中心に医療提供体制を議論するだけでは十分ではない。救急搬送、入院治療、退院支援、在宅療養、介護サービス利用までを一連の流れとして捉え、地域で患者を支える仕組みを再設計する必要がある。こうした背景から、新たな地域医療構想とかかりつけ医機能報告制度は、単なる制度改正ではなく、地域医療の提供様式そのものの再設計を促すものと理解すべきである。

1. 新たな地域医療構想の意義

新たな地域医療構想は、2040年とその先を見据え、すべての地域・世代の患者が、必要なときに適切な医療・介護を受け、入院が必要な場合には円滑に入院し、再び日常生活に戻ることができる体制を構築することを目的としている。同時に、

医療従事者が持続可能な働き方を確保できることも大きな柱となっている。すなわち、患者のための構想であると同時に、担い手を守る構想でもある。

その特徴の第一は、対象の拡大である。従来の構想が主として入院医療、とくに病床機能に着目していたのに対し、新たな構想では外来・在宅、介護連携までが対象となる。第二は、「病床機能」に加えて「医療機関機能」に着目する新たな枠組みが導入される点である。病床をいくつ持つだけでなく、その医療機関が救急、急性期、在宅、高齢者施設との連携など、地域でどのような役割を担うのかが問われる。第三は、精神医療も構想に位置付けられることであり、これにより身体疾患と精神疾患、医療と福祉の連続性をどう確保するかが一層重要となる。

さらに注目すべきは、「回復期機能」から「包括期機能」への改称・拡充である。高齢者救急を含む急性期患者を受け入れ、入院早期から治療、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、退院支援を一体的に行い、早期の在宅復帰を支える機能として再定義される。これは単なる名称変更ではない。高齢者医療では、肺炎や心不全などの急性増悪を治療するだけでなく、せん妄予防、廃用予防、嚥下機能評価、服薬整理、介護導入支援まで含めた包括的対応が必要である。制度はようやく、現場が従来から担ってきた「治し支える医療」の実像に近づきつつある。新たな地域医療構想の核心は、病床再編そのものではなく、急性期中心の発想から、生活再建まで視野に入れた医療へ軸足を移す点にある。

また、この構想は単に将来推計に基づく数値管理では完結しない。地域における救急搬送の実態、外来受診の動線、在宅医療の受け皿、介護施設との連携密度、医療人材の偏在などを総合的に把握しなければ、制度の理念は現場で空転する。したがって、新たな地域医療構想は、病床の議論を超

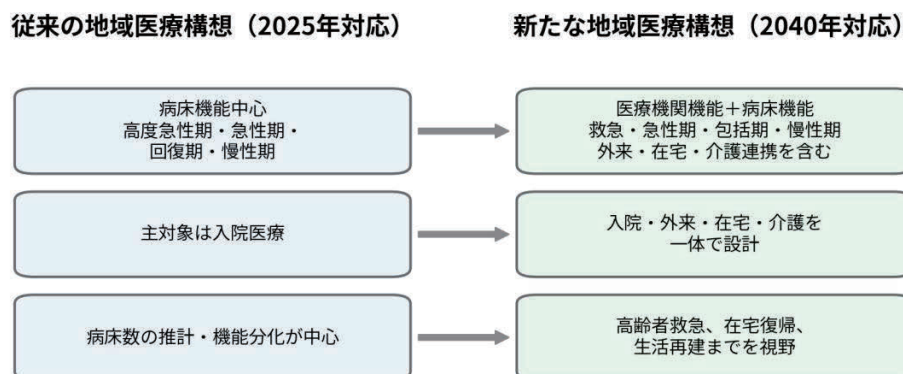


図1 新たな地域医療構想への転換の要点

出典：厚生労働省「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（令和8年3月19日）をもとに作成

URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001676424.pdf>

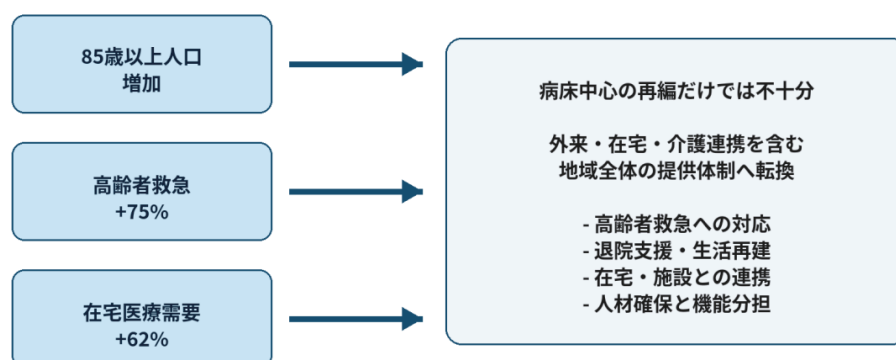


図2 2040年頃に向けた医療需要・提供体制の変化

出典：厚生労働省「新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要」（令和6年12月18日）をもとに作成

URL：<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001360724.pdf>

えて、地域の医療資源全体を俯瞰するための共通言語として機能させる必要がある。

さらに、新たな地域医療構想の議論は、医療機関の機能分化だけでなく、地域住民の理解をどう得るかという課題も含んでいる。再編や機能転換は、住民から見れば「病院が縮小する」「近くで受けられる医療が減る」という不安につながりやすい。したがって制度運用には、医療者同士の協議だけでなく、地域住民に対して何を守り、何を变えるのかを丁寧に説明する視点が欠かせない。地域医療構想は、行政計画である以前に、地域社会の合意形成の営みでもある。

2. 新潟県全体で考えるべき課題

新潟県では、生産年齢人口の減少が今後も続く一方で、85歳以上人口は2040年頃まで増加すると見込まれている。高齢者の増加は単純な患者数の増加ではなく、複数慢性疾患、認知症、フレイル、独居、老老介護、介護施設利用などを伴った複合ニーズの増大を意味する。全国で見ると、外来患

者数は2025年にピークを迎えると推計され、65歳以上が外来患者に占める割合は2050年に約6割まで上昇する見込みであり、すでに2020年までに218の二次医療圏で外来患者数のピークを迎えているとされる。とくに救急医療の現場では、重症度だけでなく、退院後の生活支援の可否が入院の必要性を左右する場面が増えている。これまでのように、病床需要を年齢構成と受療率だけで推計する方法では、地域の実態を十分に説明できない。

加えて、新潟県は広い県土を有し、都市部、平野部、中山間地、豪雪地、沿岸部、離島を抱える。冬季の交通事情、通院距離、救急搬送時間、訪問診療の移動負担は地域により大きく異なる。したがって、県全体として同じ方向性を共有しつつも、実装段階では各地域の医療アクセス条件を前提に設計しなければならない。病床数の適正化だけを目標にすれば、アクセス不利益の大きい地域から先に脆弱化する危険がある。

さらに本県では、医師少数県としての課題に加え、開業医の高齢化、地域偏在、診療科偏在が重

なっている。厚生労働省資料でも、診療所医師の平均年齢は60代以上とされ、人口の少ない二次医療圏では診療所数が減少傾向にあることが示されている。とくに内科を中心とした外来機能と在宅医療の担い手確保は、今後の地域医療の持続性を左右する問題である。病院勤務医の負担軽減を図るうえでも、地域に継続的な外来管理と在宅療養支援を担う診療所が存在することが不可欠である。逆に言えば、診療所機能が弱体化すれば、軽症救急や退院後フォローが病院へ集中し、急性期病院の疲弊を招く。

また、精神医療、リハビリテーション、在宅医療、介護連携を別々の系統として扱うのではなく、高齢者救急から生活再建までを一つの流れとして考える視点が重要である。認知症やうつ状態を伴う高齢患者、独居で服薬管理が困難な患者、退院後に介護サービス調整が必要な患者は少なくない。今後の新潟県医療では、病院再編の議論と同時に、地域包括支援センター、訪問看護、居宅介護支援事業所、介護施設との連携構造を再点検する必要がある。

とくに、かかりつけ医機能報告制度は、診療所の役割を改めて可視化する契機となる。地域医療の実態を見ると、患者は必ずしも大病院から医療を受け始めるわけではない。慢性疾患管理、軽症急性疾患対応、予防接種、健診後フォロー、介護保険主治医意見書、在宅療養支援、看取りに至るまで、地域住民の日常に最も近い位置にあるのは診療所である。したがって、かかりつけ医機能の議論は、単に外来を維持するという意味ではなく、

地域の医療と介護の接着面をどう守るかという問題である。今後、診療所の世代交代や事業承継が進まなければ、地域包括ケアの基盤そのものが痩せ細るおそれがある。

また、新潟県では感染症対応、災害対応、豪雪時対応といった平時以外の医療提供体制も無視できない。平時の効率性のみを追求して医療資源を細くすれば、有事に脆弱となる。病床機能や外来機能の再編を考える際には、感染拡大時の受け皿、停電・道路寸断時の継続診療、高齢者施設クラスター対応など、地域の危機管理機能をどこが担うかという視点も織り込む必要がある。持続可能性とは、単に採算が合うことではなく、平時と有事の双方に耐え得ることである。

3. 医療機関機能報告制度とかかりつけ医機能報告制度

新たな地域医療構想のもとでは、医療機関機能報告制度が導入される。報告される内容は、現在担っている機能と2040年に担う機能、構造設備や人員、診療科、手術室やICU数といった基礎情報に加え、救急医療、急性期医療、在宅医療、高齢者施設等との連携状況などである。重要なのは、医療機関が自らの将来像を明示し、地域のなかでの役割を担うのかを可視化する点にある。これにより、地域で不足する機能、重複する機能、連携が必要な機能が具体的に議論しやすくなる。加えて、厚生労働省の整理では、多くの医療資源を要する手術について、2020年から2040年にかけて全ての診療領域で半数以上の構想区域において件数減少

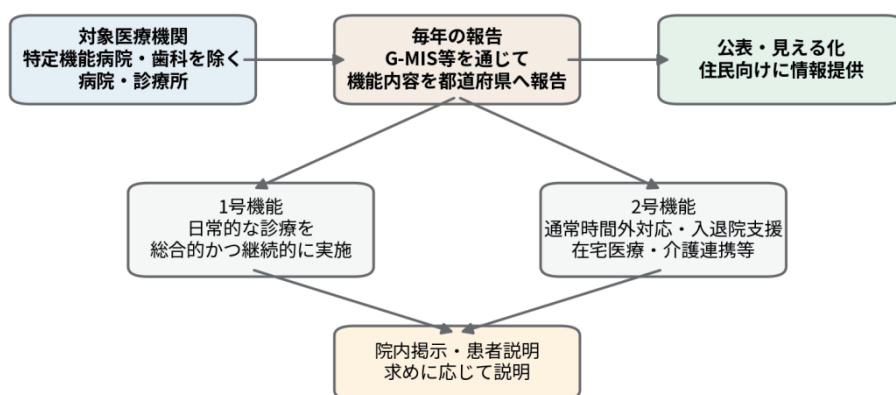


図3 かかりつけ医機能報告制度の全体像

出典：厚生労働省「かかりつけ医機能報告制度」および「かかりつけ医機能報告マニュアル（医療機関用）」をもとに作成

URL：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00007.html

マニュアル：<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001590091.pdf>

が見込まれている。したがって今後の協議は、単に病床をどう配分するかではなく、症例集約と地域アクセスの両立をどう図るかという視点を要する。なお、最新の整理では、構想区域ごとに確保すべき機能に加え、広域な観点から大学病院本院等が担う医育及び広域診療機能を位置付ける点にも留意が必要である。

一方、かかりつけ医機能報告制度は、令和7年4月から施行され、医療機関が都道府県に対してかかりつけ医機能を報告する制度である。報告項目は、慢性疾患の継続管理や複数疾患の一体的管理といった継続的医療の提供、通常診療時間外の対応、入退院時の支援、訪問診療・往診等の在宅医療、介護施設やケアマネジャーとの連携、公衆衛生への貢献、専門医療機関等との紹介・逆紹介を含む地域連携など、多面的である。かかりつけ医とは単に患者を長く診ている医師を意味するのではなく、地域で継続性、包括性、協調性を担う医療機関の機能概念として整理されつつある。

この制度の意義は、各医療機関を序列化することではない。報告データを外来医療計画の策定・見直しや地域における協議に活用し、不足する医療機能を把握し、補完関係を構築することにある。地域には、専門領域に強い診療所、在宅医療を支える診療所、介護連携に長けた診療所、公衆衛生に貢献する診療所など、それぞれ異なる強みがある。こうした実情を可視化し、地域として必要な機能をどう補完し合うかを考えることが制度の本旨である。

加えて、この報告制度は患者に対する情報提供という面でも重要である。制度上、院内掲示や患

者への説明が求められることにより、医療機関が自らの機能を言語化し、地域住民に示すことが促される。住民が「どの医療機関が何に強いのか」を理解しやすくなれば、受診行動の適正化や連携先選択の円滑化にもつながる。もっとも、掲示項目を形式的に満たすだけでは意味が乏しい。現場では、地域のなかで自院が引き受ける役割を自覚し、必要に応じて他機関へつなぐ姿勢が伴ってはじめて制度が生きる。

他方で、病院側にも変化が求められる。急性期病院は、高度で集中的な治療を担うだけでなく、高齢患者の退院支援、地域連携、在宅復帰支援を視野に入れた運営へ転換する必要がある。入院時から退院先を見据え、地域連携室、訪問看護、ケアマネジャー、かかりつけ医と情報共有する体制が整っていないければ、平均在院日数の短縮は患者の不利益として現れる。包括期機能の充実とは、単に受け皿病床を増やすことではなく、急性期病院自身も生活再建を見据えた医療へ歩み寄ることを意味する。

さらに、制度運用においては、デジタル基盤の整備も軽視できない。紹介・逆紹介、退院時情報連携、在宅療養計画、多職種カンファレンス等が紙と電話だけに依存しては、少人数での地域医療運営に限界が来る。もちろん ICT は目的ではなく手段であるが、人口減少社会において限られた人材で地域医療を維持するには、情報共有の標準化と省力化が不可欠である。かかりつけ医機能報告制度も、単に報告の手間を増やす制度として受け止められれば定着しない。報告された情報が地域の連携改善に実際に使われることを現場が

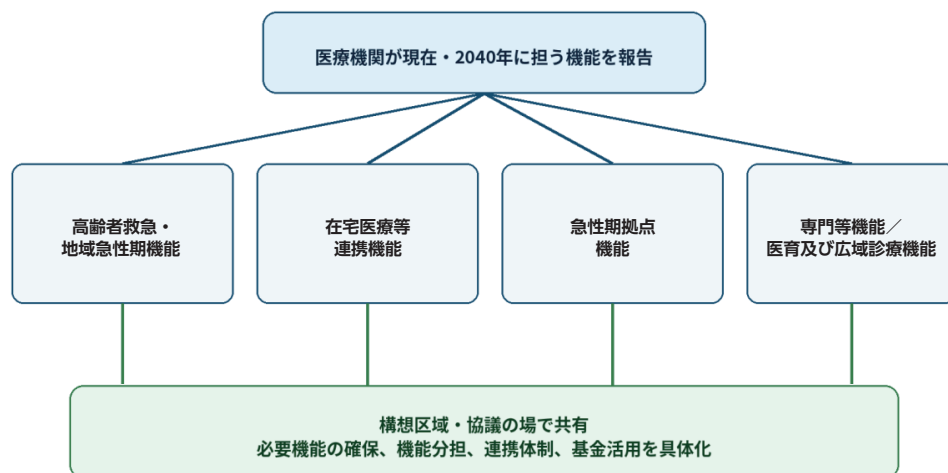


図4 医療機関機能報告制度に基づく地域協議の枠組み

出典：厚生労働省「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革」をもとに作成

URL： <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001676424.pdf>

実感できる仕組みが必要である。

4. 制度運用において重視すべき視点

新たな地域医療構想とかかりつけ医機能報告制度の運用に当たり、第一に重視すべきは、数合わせに陥らないことである。病床数や報告件数だけを見て地域医療を論じて、患者の移動距離、豪雪時のアクセス、通院・在宅療養の現実、医師・看護師確保の難しさといった地域固有の条件は見えてこない。新潟県のように広域で医師少数県である地域では、全国一律の指標をそのまま当てはめるのではなく、地域特性を踏まえた解釈が不可欠である。

第二に、病院と診療所を対立的に捉えないことである。中核的な急性期病院の機能強化は必要であるが、それだけで地域は守れない。高齢者の多くは、入退院を繰り返しながら外来、在宅、介護サービスを利用して生活する。したがって、急性期病院の後方支援を担う病院、地域の外来と在宅を支える診療所、訪問看護、介護事業者、行政が一体となった地域連携が不可欠である。かかりつけ医機能報告制度は、その連携の接点を可視化するものとして活用すべきである。

第三に、医療従事者の確保と育成を議論の中心に置くことである。制度上どれほど美しい役割分担を描いても、実際に担う医師、看護師、医療介護職がいなければ構想は動かない。開業医の高齢化が進む地域では、診療所医療の継承、総合診療的役割を担う医師の養成、地域医療を支える勤務医の確保、在宅医療に従事する人材確保を並行して進めなければならない。地域医療構想とは施設再編の計画ではなく、人材と機能の再配置計画でもある。

第四に、データと現場感覚の往復を絶やさないことである。制度設計は統計や推計を前提に行われるが、現場では患者の独居、家族介護力、移動手段、地域の慣行など、数値化しにくい要素が医療需要を大きく左右する。協議の場では、病床利用率や患者数だけでなく、救急搬送後の転帰、在宅復帰率、退院調整の難しさ、介護資源の逼迫といった質的情報も重視されるべきである。

第五に、制度を行政手続として終わらせないことである。報告制度は本来、地域での対話を促す道具である。報告して終わり、掲示して終わりではなく、その内容をもとに病院、診療所、介護関係者、自治体が機能分担と連携の不足を確認し、具体的改善につなげることが必要である。制度の

価値は、報告そのものではなく、報告を契機に地域の意思決定が深まるかどうかにある。

おわりに

新たな地域医療構想とかかりつけ医機能報告制度は、2040年に向けた人口構造の変化と医療需要の変容に対応するための重要な基盤である。その本質は、病院再編や報告制度の導入そのものではなく、高齢化が進む地域社会において、治し支える医療をいかに持続可能な形で実装するかにある。

新潟県では、中核的医療機関の機能整理、後方支援病院の役割明確化、診療所のかかりつけ機能の維持・継承、外来・在宅・介護連携の再構築が同時進行で求められている。これは容易な作業ではないが、地域の実情を踏まえ、病院、診療所、介護関係者、行政が同じ地図を共有しながら協議を重ねるほかに道はない。

地域医療構想の議論は、しばしば病床削減や再編統合の問題として受け止められがちである。しかし本来は、地域住民が住み慣れた場所で必要な医療と介護を受け続けられる体制をどう守るかという問いである。かかりつけ医機能報告制度もまた、個々の医療機関を評価する制度ではなく、地域全体の機能を可視化し、支え合うための制度として育てるべきである。現場の視点を失わず、地域に根ざした現実的な構想として磨き上げていくことが、今後の新潟県医療に求められている。

文献

- 1) 厚生労働省. “新たな地域医療構想等に関する検討会”. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_436723_00010.html>. (閲覧2026年3月24日)
- 2) 厚生労働省. “新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和8年3月19日）”. <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001676424.pdf>>. (閲覧2026年6月15日)
- 3) 厚生労働省. “かかりつけ医機能報告制度”. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00007.html>. (閲覧2026年3月24日)
- 4) 新潟県. “新潟県地域医療構想を策定しました”. <<https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/chiikiiryo/1356864931803.html>>. (閲覧2026年3月24日)
- 5) 新潟県. “第8次新潟県地域保健医療計画”. <<https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/chiikiiryo/1356890019056.html>>. (閲覧2026年3月24日)
- 6) 厚生労働省. 2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001440677.pdf>>. (閲覧2026年3月24日)