

3. 「かかりつけ医」に関する制度の現状

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

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 医療・介護サービスの提供体制改革

(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。

(6) 医療の在り方

高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師(総合診療医)による診療の方が適切な場合が多い。これらの医師が幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。

このように「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。

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)

併せて、改革推進法(第6条第2号)では、医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図ることも求められている。

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。

2. 医療制度

高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。

(1)～(5) (略)

(6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

①・② (略)

③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置

イ (略)

ロ 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し

(7)～(10) (略)

かかりつけ医について

社会保障審議会医療部会の意見書

- かかりつけ医について、国民が身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、国民にわかりやすくその普及・定着を図る必要がある。かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師についても、それぞれの役割が果たせるように、その普及・定着を図る必要がある。
- 主要な事業ごとの医療連携体制を構築し、地域において実際に連携がなされるためには、かかりつけ医が、患者の病状に応じて適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者を支える立場に立って重要な役割を担うこと、また、診療時間外においても患者の病態に応じて患者又はその家族と連絡がとれるようにするなど適切に対応すること、が求められる。
- 患者の視点に立って、どのような かかりつけ医の役割が期待されるか、また、その機能を発揮するために、サポート体制を含め何が必要か等、各地域での医療連携が適切に行われるよう、かかりつけ医のあり方について、引き続き検討していく必要がある。

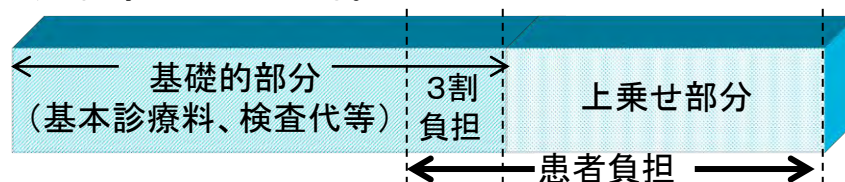
病床数が200床以上の病院において受けた初再診の別途負担（選定療養）の仕組み

- 200床以上の病院に紹介無しで受診する場合の初再診については、選定療養として、医療機関において患者負担を上乗せして徴収することができる仕組みとなっている。

1. 概要

病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院において、他の医療機関等からの紹介無しに初再診を受けた患者について、選定療養（※）として、初再診に相当する療養部分の費用を患者から徴収することができ、その他の基礎的な部分は保険外併用療養費として保険給付の対象とする仕組み。

※選定療養・・・療養環境・診療時間・診療回数など保険給付の範囲を超えた患者の選択にもとづく療養。患者が保険医療機関から療養を受けた場合、基礎的な保険部分は保険外併用療養費が支給され、保険医療機関は、選定療養に要した費用を患者から実費徴収できる。いわゆる差額ベッド代等がこれに当たる。



2. 対象となる保険医療機関

病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に、他の医療機関からの紹介の無い患者の初再診について、選定療養として患者から料金を徴収することと、その料金を届け出たもの。

3. 主な要件等

- 他の保険医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る
- 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、特別の料金の徴収はみとめられない
- 初再診に係る費用の徴収について、病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示する
- 特別の料金の額は、社会的に見て妥当適切なものである

4. 届出医療機関数等（平成23年7月1日現在）

（初診）届出医療機関数	1,174施設	料金の最低額：	105円	最高額	8,400円	平均	1,998円
（再診）届出医療機関数	109施設	料金の最低額：	6円	最高額	4,200円	平均	904円

救急外来や外来診療の機能分化の推進

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

[算定要件]

- ①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院(経過措置)当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

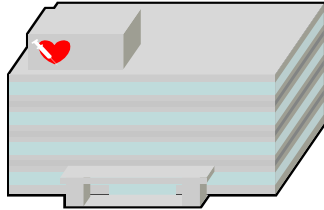
$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}} \quad \text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様

他医療機関受診の評価の見直し

- 病棟の特徴から他医療機関受診の必要性がやむを得ないと考えられる精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の患者が透析や共同利用をすすめている検査のため他の医療機関を受診する場合の評価の見直しを行う。

高度の医療（特定機能病院）



総合診療能力

<要件>

- 400床以上 ○診療科10以上
- 手厚い人員配置(医師8:1など)
- 医療安全管理体制 等

<要件>

- 特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療を提供
 - ・先進医療への取組
 - ・特定疾患への取組
- 臨床検査・病理診断の実施体制
- 集中治療室等の設備

高度の医療の提供

<要件>

- 特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療に係る技術の評価及び開発
 - ・国等からの補助等による研究
 - ・年間論文発表数が100件以上
- 医療技術の有効性及び安全性を適切に評価

高度の医療技術の開発・評価

<要件>

- 高度の医療に関する臨床研修
 - ・初期臨床研修終了後の医師等
- 研修医が年間平均30人以上

高度の医療に関する研修



機能分化

安定後、地域医療へ逆紹介
(要件なし)

医療技術の進歩・人材の育成等により、広く国民の健康に貢献

地域医療の枠を超えるような高度な医療等の必要時に紹介
(要件:紹介率30%以上)

地域医療・救急医療



地域医療提供体制の確保

- かかりつけ医機能
- 救急医療など4疾病5事業 等

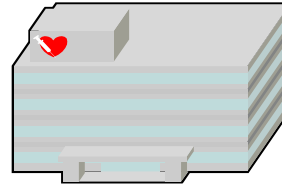
↓
地域の医療機関の連携による
「地域完結型」の医療提供体制の確立

地域医療支援病院の役割

第1回「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」資料(抄)

地域医療支援病院

- 原則として、いわゆる紹介外来制を実施。
- 24時間体制で入院治療を必要とする重症救急患者に必要な検査、治療を実施。このため、集中治療室等の整備、救急用自動車等の配備、通常の当直体制のほかに医師等を確保。
- 地域の医師会等医療関係団体の代表、都道府県・市町村の代表、学識経験者等で構成する委員会を開催し、病院運営等について審議。



地域医療の確保を支援

・協議会への参画

地域医療対策協議会を設置し、医師確保対策等を定め、公表

都道府県・保健所



- 地域医療体制の確保
- 医療機関の選択に資する情報の提供を支援
- 地域保健に関する思想の普及・向上

機能分化・連携

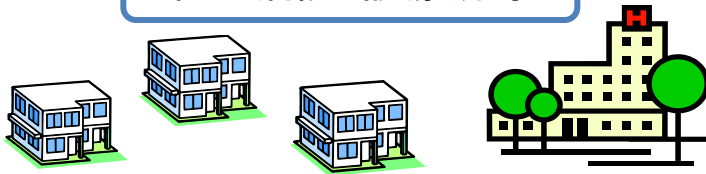
- ・患者の意思を確認した上で逆紹介を推進
- ・地域の医療従事者の資質向上のための研修を実施
- ・在宅医療の支援(提供者間の連携の支援、在宅医療に関する情報の提供など)

- ・患者の紹介
- ・医療機器、病床等の共同利用

・居宅等での療養の支援(在宅医療に関する情報の提供など)

- ・かかりつけ医等からの紹介受診
- ・救急受診

他の病院・診療所等



○患者に、より身近な地域での医療の提供

・一般的な入院診療、外来診療、往診、訪問診療等

患者・地域住民



○国民自らの健康の保持増進のための努力

視 点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

現 状

<専門医の質>
<求められる専門医像>
<地域医療との関係>

各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。
専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。
医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

新たな仕組みの概要

(基本的な考え方)

○新たな専門医の仕組みを、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。

○例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。（「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではない。）

○新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計。

(中立的な第三者機関)

○中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

○第三者機関は、専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準の作成を行う。

○第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医等に関するデータベースを構築。

(総合診療専門医)

○総合診療医の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とする。
※ 総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。
※ 「総合診療専門医」には、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することを期待。

○「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

○「総合診療専門医」の認定・更新基準や養成プログラムの基準は、関連学会や医師会等が協力して第三者機関において作成。
※ 臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、他の領域から総合診療専門医へ移行可能なプログラムも別に用意。

(専門医の養成・認定・更新)

○医師は基本領域のいずれか1つの専門医を取得することが基本。

※自助努力により複数領域の認定・更新基準を満たすのであれば、複数領域の取得を許容。

○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。

(地域医療との関係)

○専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が病院群を構成して実施。

※研修施設は、必要に応じて都道府県(地域医療支援センター等)と連携。

○研修施設が養成プログラムを作成するにあたり、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を検討。

○専門医の養成数は、患者数や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して設定。

○少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮。

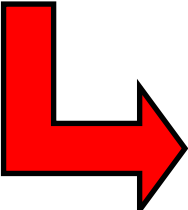
(既存の学会認定専門医からの移行)

○専門医の質を担保する観点から、第三者機関において適切な移行基準を作成。

(移行の時期は第三者機関において速やかに検討。)

(スケジュール)

○新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。



期待される効果

○専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)

○医療提供体制の改善

4. 診療科の標榜に関する制度の現状

①単独で標榜可能な診療科名

内科、外科、精神科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科（産科、婦人科）、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科（放射線治療科、放射線診断科）、病理診断科、臨床検査科、救急科

②①の診療科名と組み合わせで用いることができるもの

区分	施行令	施行規則
(a) 身体や臓器の名称	頭頸部、胸部、腹部、呼吸器、消化器、循環器、気管食道、肛門、血管、心臓血管、腎臓、脳神経、神経、血液、乳腺、内分泌、代謝	頭部、頸部、気管、気管支、肺、食道、胃腸、十二指腸、小腸、大腸、肝臓、胆のう、膵臓、心臓、脳、脂質代謝
(b) 患者の年齢、性別等の特性	男性、女性、小児、老人	周産期、新生児、児童、思春期、老年、高齢者
(c) 診療方法の名称	整形、形成、美容、心療、薬物療法、透析、移植、光学医療、生殖医療、疼痛緩和	漢方、化学療法、人工透析、臓器移植、骨髄移植、内視鏡、不妊治療、緩和ケア、ペインクリニック
(d) 患者の症状、疾患の名称	感染症、腫瘍、糖尿病、アレルギー疾患	性感染症、がん

※【組み合わせのルール】

- ・(a)～(d)の異なる区分の語句はそのままつなげて使用することができる。
- ・(a)～(d)で同じ区分の語句を使用する場合は、「・」などで区切る必要がある。

※不合理な組み合わせ(③)は不可。

③不合理な組み合わせとなる名称

診療科名	不合理な組み合わせとなる事項
内科	整形又は形成
外科	心療
アレルギー科	アレルギー疾患
小児科	小児、老人、老年又は高齢者
皮膚科	呼吸器、消化器、循環器、気管食道、心臓血管、腎臓、脳神経、気管、気管支、肺、食道、胃腸、十二指腸、小腸、大腸、肝臓、胆のう、膵臓、心臓、脳
泌尿器科	頭頸部、胸部、腹部、呼吸器、消化器、循環器、気管食道、心臓血管、脳神経、乳腺、頭部、頸部、気管、気管支、肺、食道、胃腸、十二指腸、小腸、大腸、肝臓、胆のう、膵臓、心臓、脳
産婦人科	男性、小児、児童
眼科	胸部、腹部、呼吸器、消化器、循環器、気管食道、肛門、心臓血管、腎臓、乳腺、内分泌、頸部、気管、気管支、肺、食道、胃腸、十二指腸、小腸、大腸、肝臓、胆のう、膵臓、心臓
耳鼻いんこう科	胸部、腹部、消化器、循環器、肛門、心臓血管、腎臓、乳腺、内分泌、胃腸、十二指腸、小腸、大腸、肝臓、胆のう、膵臓、心臓

④ 歯科も単独で標榜可能

⑤ 歯科と組み合わせで用いることができるもの

区分	施行令
(a) 患者の年齢を示す名称	小児
(b) 歯科医学的処置	矯正、口腔外科

※【組み合わせのルール】

- ・(a)～(b)の異なる区分の語句はそのままつなげて使用することができる。
- ・(a)～(b)で同じ区分の語句を使用する場合は、「・」などで区切る必要がある。

<その他留意点>

- ・ 医師又は歯科医師一人に対して主たる診療科名を原則2つ以内に標榜可能
- ・ 「麻酔科」については、標榜許可を受けた医師名を表示した上で単独でのみ標榜可能(組み合わせ不可)