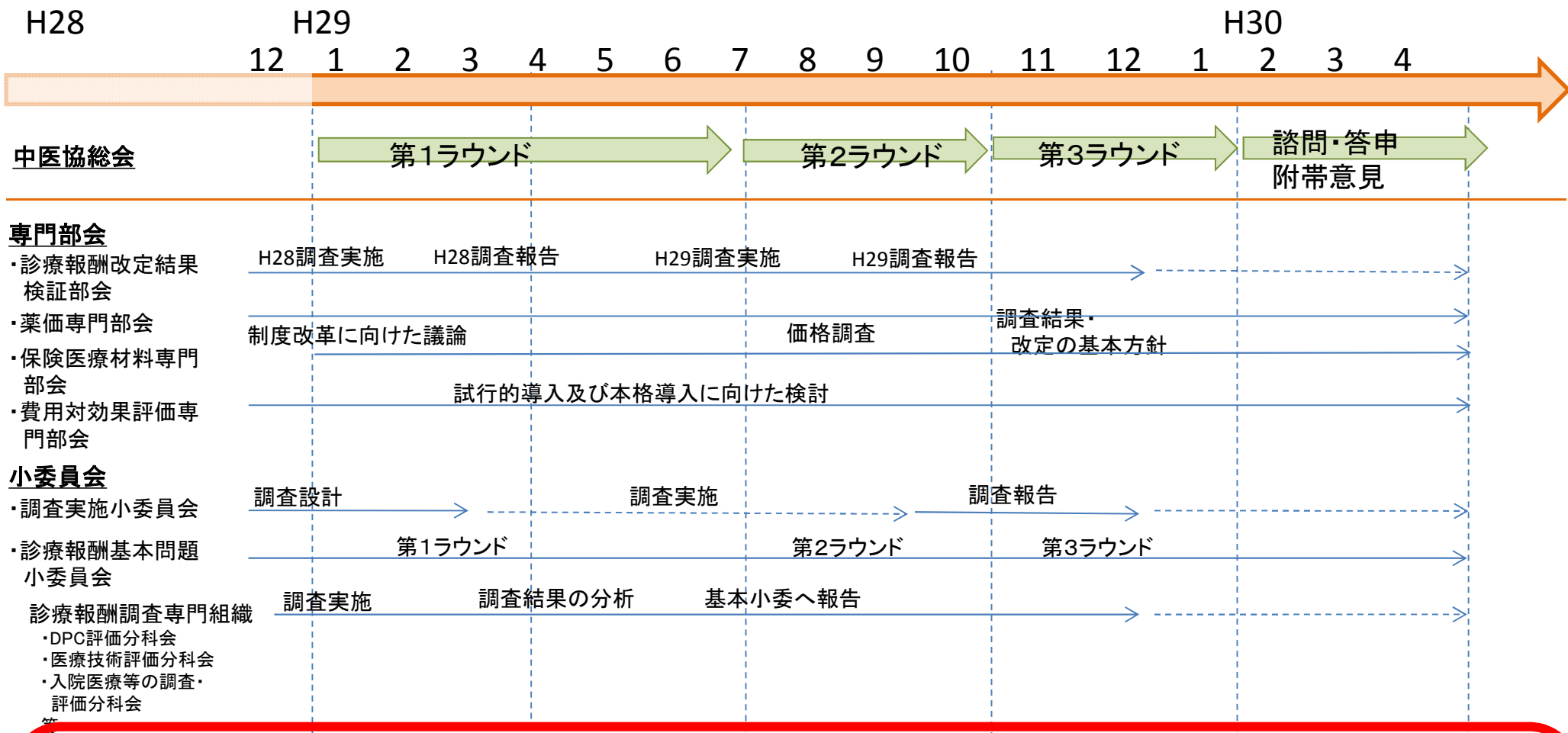


横断的事項 かかりつけ医機能(その1)

平成29年2月22日

中医協の検討スケジュール(案)



主
な
検
討
項
目

(1) 医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進

- ①入院医療、②外来医療、③在宅医療、④医療と介護の連携

(2) 患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現

- ・アウトカムに基づく評価
- ・患者や家族等への情報提供や相談支援
- ・医療機能等に関する情報提供や公表
- ・患者の選択に基づくサービス提供

(3) 重点分野、個別分野に係る質の高い医療提供の推進

- ・緩和ケアを含むがん、・認知症、・精神医療、・リハビリテーション、
- ・口腔疾患の重症化予防等、・薬剤管理業務

(4) 持続可能性を高める効果的・効率的な医療への対応

- ①医療品、医療機器等の適切な評価
 - ・薬価制度の抜本改革、・費用対効果、・新しい医療技術の保険適用 等
- ②次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進
 - ・バイオテクノロジー、ICT、AI(人工知能) 等

横断的事項について

平成28年12月21日の中医協総会等における、平成30年度診療報酬改定に向けた主な検討項目を踏まえ、現在、在宅医療、入院医療及び外来医療の総論を総会で、薬価制度や費用対効果評価等の技術的検討項目は各部会等で議論している。今後、がんや認知症等の重点分野・個別分野は「個別項目」として、それら以外の検討項目を含め医療提供のあり方に横断的に関係する事項については、「横断的事項」と整理して、それぞれ議論する。

1/11 在宅医療(その1)
1/25 入院医療(その1)
2/ 8 外来医療(その1)
に、総論を議論し、今後、具体的な内容について議論

「個別項目」として、今後、総会等で議論

薬価、材料、費用対効果の各部会でそれぞれ議論

(1) 医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進

①入院医療、②外来医療、③在宅医療、④医療と介護の連携

(3) 重点分野、個別分野に係る質の高い医療提供の推進

・緩和ケアを含むがん、・認知症、・精神医療、・リハビリテーション、
・口腔疾患の重症化予防等、・薬剤管理業務

(2) 患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現

・アウトカムに基づく評価
・患者や家族等への情報提供や相談支援
・医療機能等に関する情報提供や公表
・患者の選択に基づくサービス提供

(4) 持続可能性を高める効果的・効率的な医療への対応

①医療品、医療機器等の適切な評価
・薬価制度の抜本改革、・費用対効果、・新しい医療技術の保険適用 等

②次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進

・バイオテクノロジー、ICT、AI(人工知能) 等

(平成28年12月21日中医協総会総-4参考2 抜粋)

「横断的事項」として、今後、総会等で議論

横断的事項 かかりつけ医機能(その1)

1. かかりつけ医機能

- (1)「かかりつけ医」の定義等
- (2)かかりつけ医機能のイメージ
- (3)疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割

2. かかりつけ医機能に係る現状

- (1)国民の意識
- (2)医療機関の実態

3. 取組事例

- (1)日常的な健康相談等を受ける体制の例
- (2)かかりつけ医と専門医療機関等の連携の例

4. 関係審議会等の検討状況

横断的事項 かかりつけ医機能(その1)

1. かかりつけ医機能

(1)「かかりつけ医」の定義等

(2)かかりつけ医機能のイメージ

(3)疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割

2. かかりつけ医機能に係る現状

(1)国民の意識

(2)医療機関の実態

3. 取組事例

(1)日常的な健康相談等を受ける体制の例

(2)かかりつけ医と専門医療機関等の連携の例

4. 関係審議会等の検討状況

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」について

～「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）（抜粋）～

2. かかりつけ医

（中略）

2.1 かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

「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。

かかりつけ医機能のイメージ（案）

～生活習慣病を有する患者の例～

①

予防・外来

②

入院

③

在宅

かかりつけ医機能

処方

生活指導

・服薬指導
・薬剤師との連携

健康相談

24時間の
対応

必要に応じ専門
医療機関等の紹介

・要介護認定
の支援
・介護支援専
門員との連携

在宅医療の
提供

① 日常的な医学管理と重症化予防

② 専門医療機関等との連携

③ 在宅療養支援、介護との連携

疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割（案）

～生活習慣病を有する患者の例～

例：内服と生活習慣の改善を必要とする場合

① 日常的な医学管理と重症化予防

- 疾病教育
疾病への理解、自己管理を促す
- 生活指導
食事、運動等の生活習慣の改善を促す
- 治療方針の決定
運動療法、食事療法、薬物治療等（理学療法士、管理栄養士、薬剤師等との連携）
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 治療効果の評価
必要に応じ、治療方針の見直しや専門医療機関と連携し、精密検査等
- 重症化の予防、早期介入

等

例：合併症のために入院が必要な場合

② 専門医療機関等との連携

- 専門医療機関への紹介、助言
精密検査の依頼
合併症に対する治療
治療方針の見直し
追加的治療の導入
- 合併症に応じた療養指導
在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関等との連携

等

例：ADLが低下し、通院が困難になった場合

③ 在宅療養支援、介護との連携

- 在宅医療を行う場合の管理や療養指導
- 服薬管理
- 服薬指導（薬剤師との連携）
- 要介護状態等に応じた療養指導
- 介護との連携
主治医意見書の作成
介護支援専門員との連携
- 急性増悪への対応
24時間対応、専門医療機関との連携
- 看取り支援

等

横断的事項 かかりつけ医機能(その1)

1. かかりつけ医機能

- (1)「かかりつけ医」の定義等
- (2)かかりつけ医機能のイメージ
- (3)疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割

2. かかりつけ医機能に係る現状

- (1)国民の意識
- (2)医療機関の実態

3. 取組事例

- (1)日常的な健康相談等を受ける体制の例
- (2)かかりつけ医と専門医療機関等の連携の例

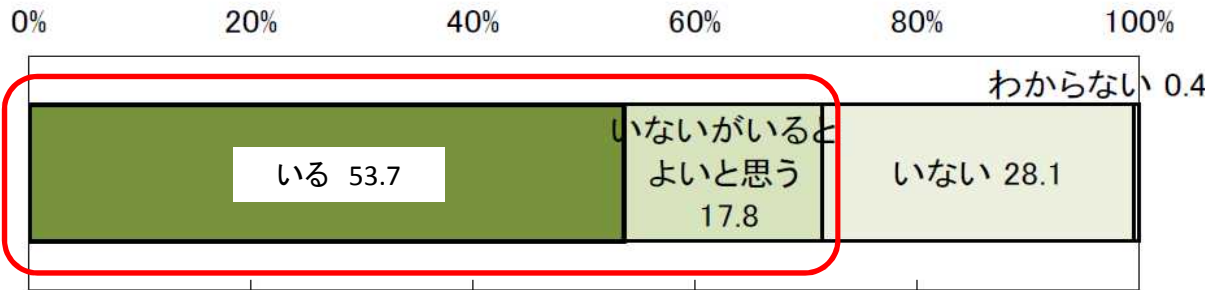
4. 関係審議会等の検討状況

2. かかりつけ医機能に係る現状

(1) 国民の意識

かかりつけ医の有無

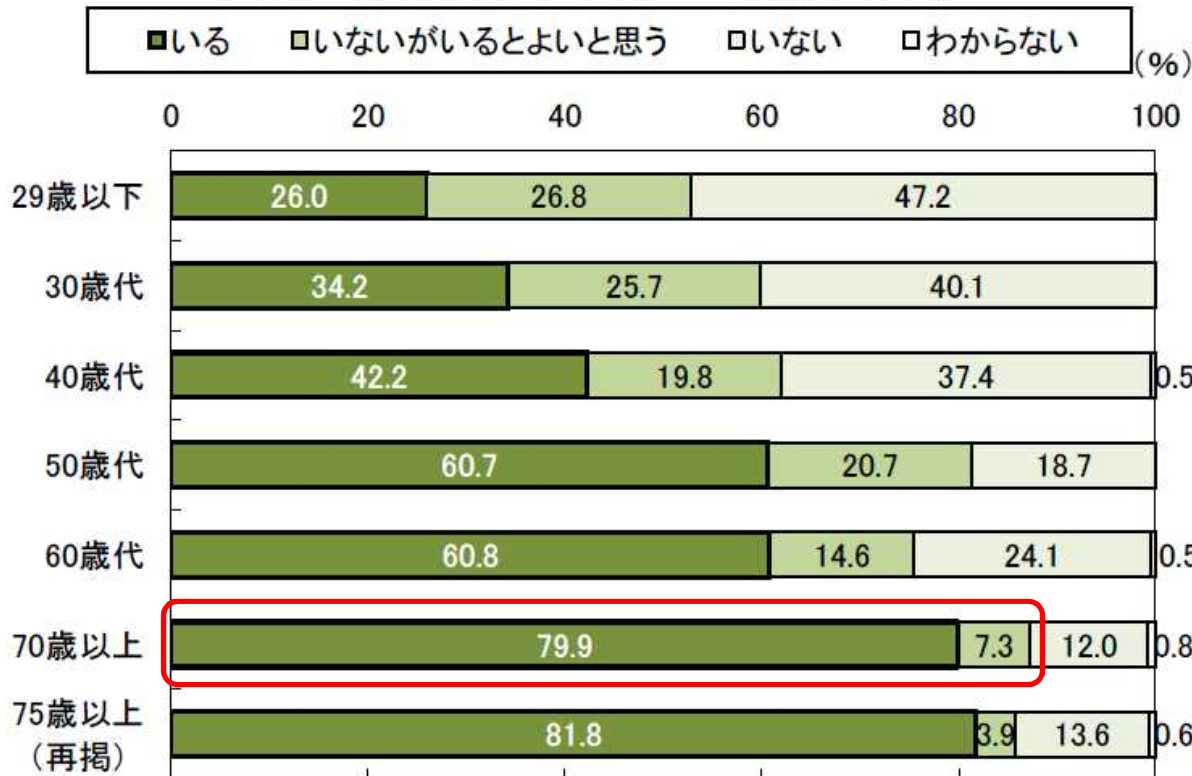
かかりつけの医師の有無 (n=1,122)



○かかりつけ医が「いる」と答えた者の割合は53.7%、「いる」及び「いないがいるとよいと思う」と答えた者は71.5%であった。

○年齢別にみると、かかりつけ医が「いる」及び「いないがいるとよいと思う」と答えた者の割合は、70歳以上では80%以上であった。

かかりつけの医師がいる割合-年齢別 (n=1,122)

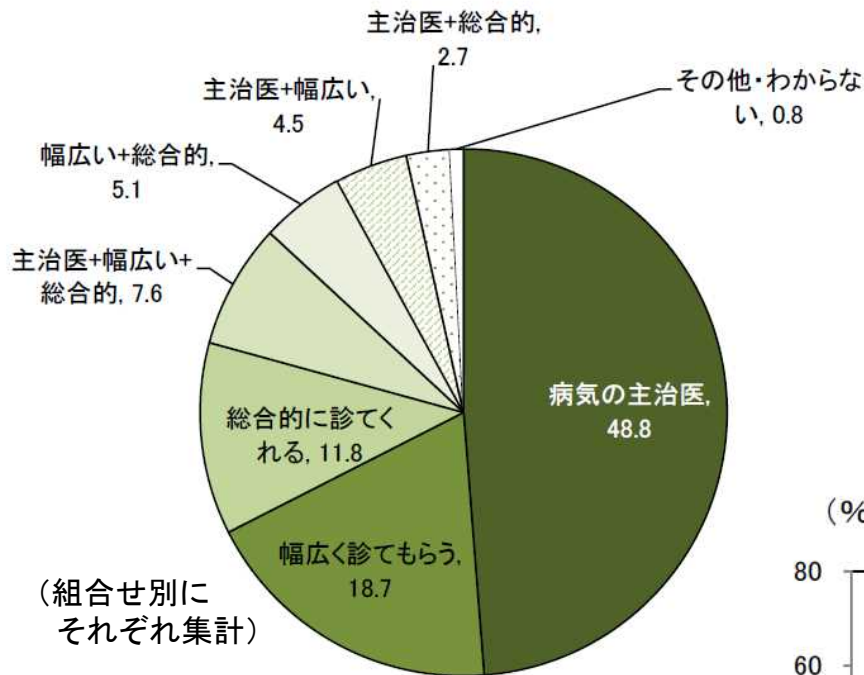


【設問】

Q9. かかりつけ医は、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のことです。あなたには、かかりつけの医師がいますか。

かかりつけ医はどのような医師か（複数回答）

かかりつけ医はどのような医師か (n=603)



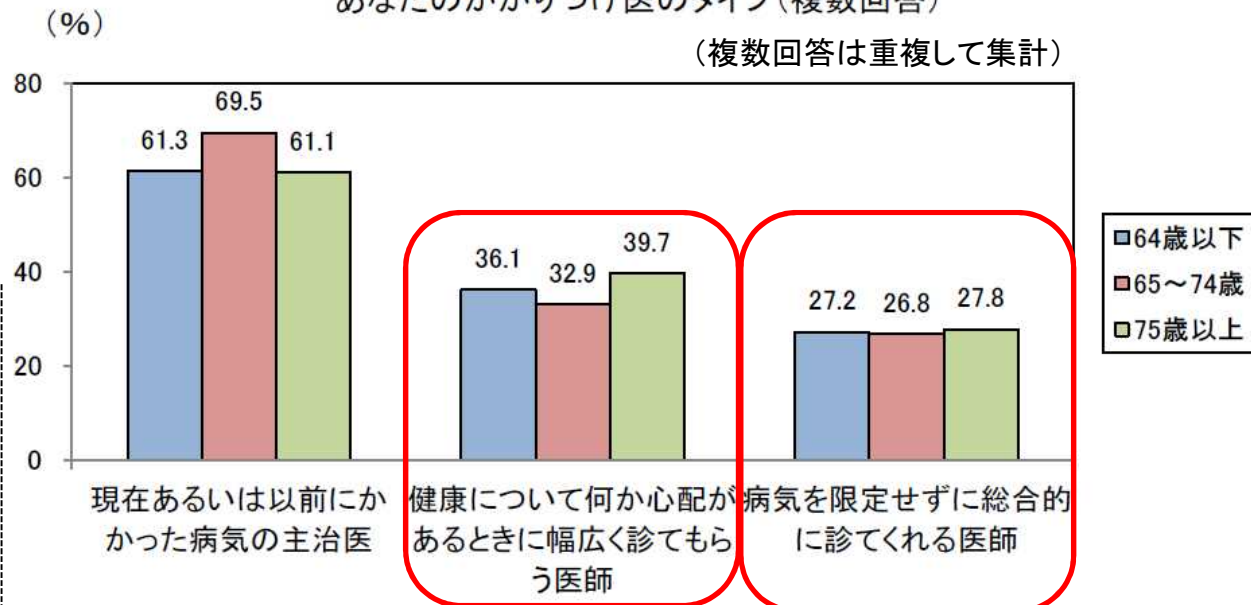
○かかりつけ医がいると回答した人のうち、どのような医師かの問いに対し、「病気の主治医」のみを選択した者の割合は約50%。

また、「幅広く診てもらおう」又は「総合的に診てくれる」をひとつでも選択した者の割合は約50%。

○年齢別にみると、「健康について何か心配があるときに幅広く診てもらおう」又は「病気を限定せずに総合的に診てくれる」を選択した者の割合は、それぞれ30%台(32.9～39.7%)と約27%。

あなたのかかりつけ医のタイプ(複数回答)

(複数回答は重複して集計)



【設問と選択肢】

Q9. -SQ1

あなたにとって、かかりつけ医はどのような医師ですか。

この中から当てはまるものをすべてあげてください。

(ア) 現在あるいは以前にかかった病気の主治医

(イ) 健康について何か心配があるときに幅広く診てもらおう医師

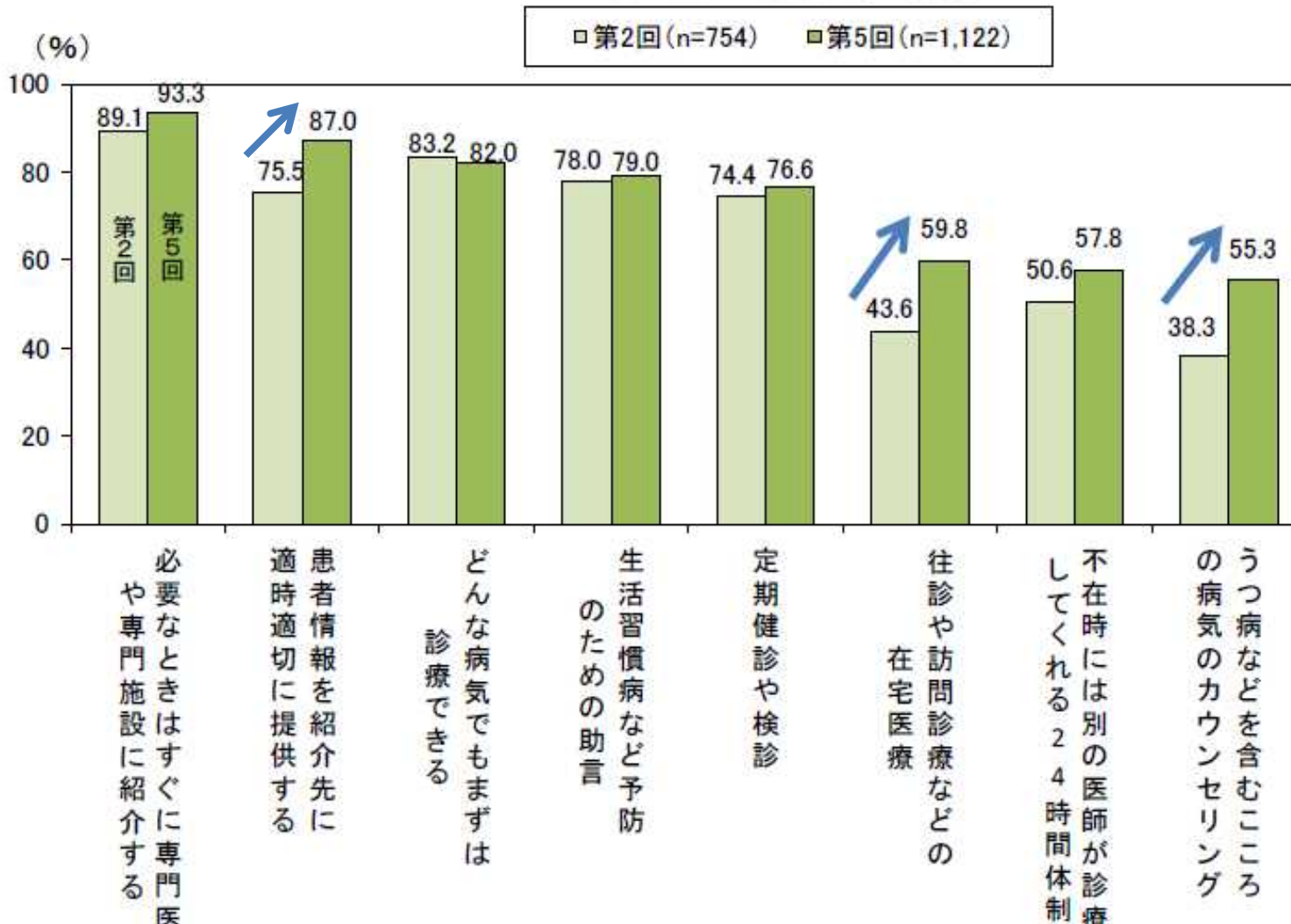
(ウ) 病気を限定せずに総合的に診てくれる医師

(エ) その他

わからない

かかりつけ医に望む医療や体制（2006年と2014年の比較）

○ かかりつけ医に望む医療や体制に関する回答（複数回答）について、第5回（2014年）の調査と第2回（2006年）の調査を比較すると、患者情報の紹介先への提供、在宅医療、こころの病気のカウンセリングなどへの割合の増加がみられた。



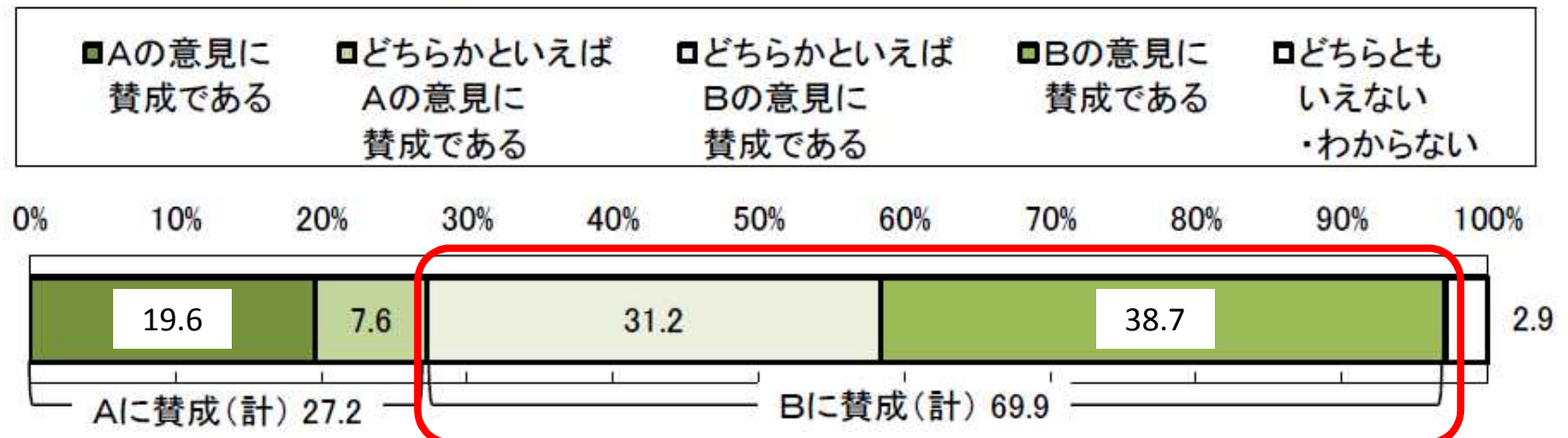
医療機関の受診のあり方に関する考え

- 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。

Q21 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

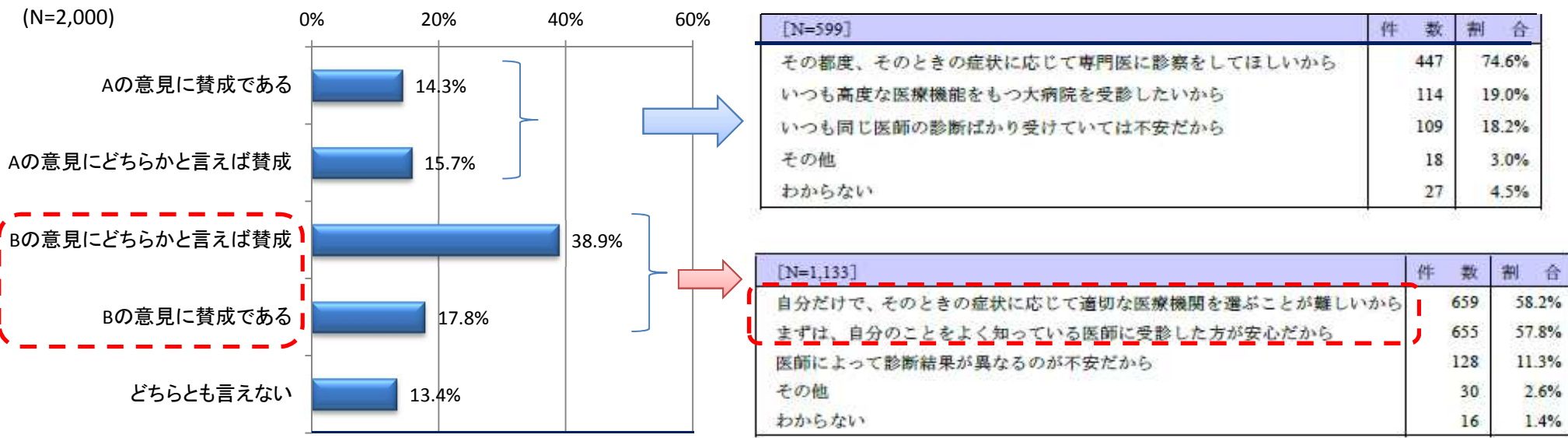
医療機関の受診のあり方について(n=1,122)



(参考)

医療機関の受診のあり方に関する考え

- 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、病院と診療所の区別なく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



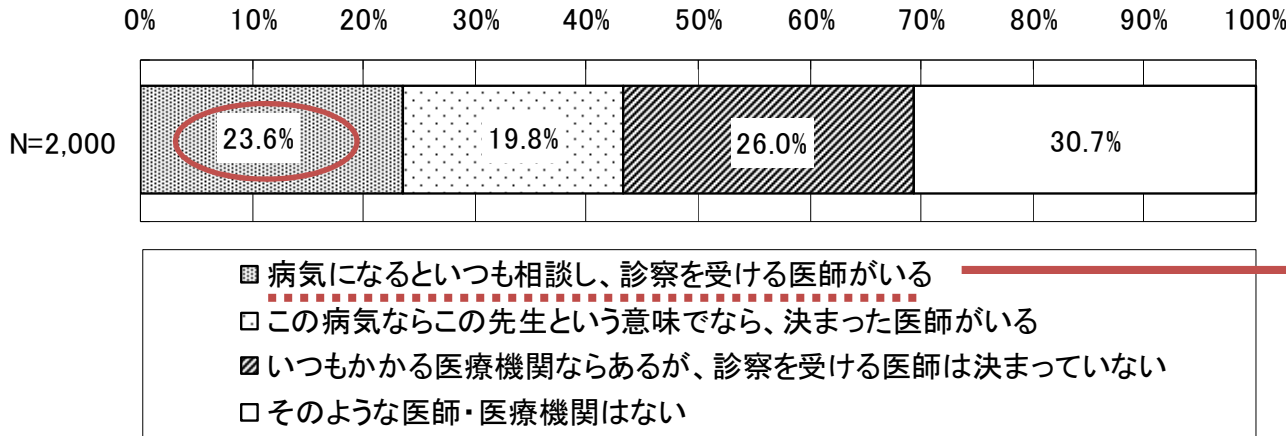
出典：平成23年11月17日「医療に関する国民意識調査」－調査結果報告の要旨－健康保険組合連合会

- 「Aの意見に賛成」と「Aの意見にどちらかといえば賛成」が合計30.0%（前回調査※33.0%）。
- 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」が合計56.7%（前回調査※53.0%）と上昇。
- 「Bの意見に賛成」と「Bの意見にどちらかといえば賛成」と答えた人のうち、**「自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから」と答えた人が58.2%、「まずは、自分のことをよく知っている医師に受診した方が安心だから」と答えた人が57.8%存在した。**

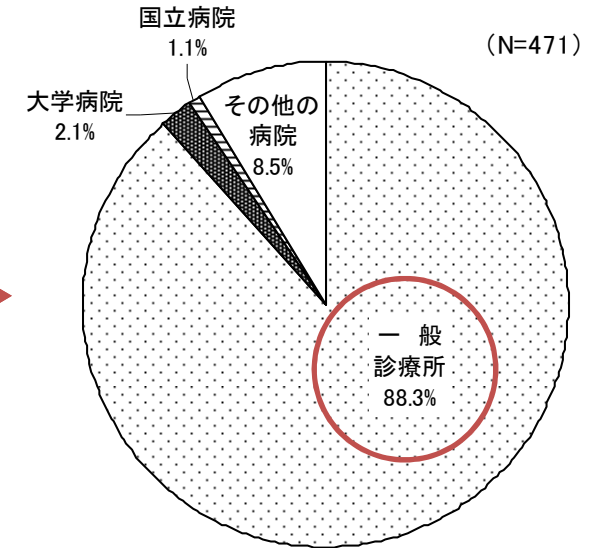
※ 前回調査は平成19年度に実施

日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無について

日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無



その医師のいる医療機関



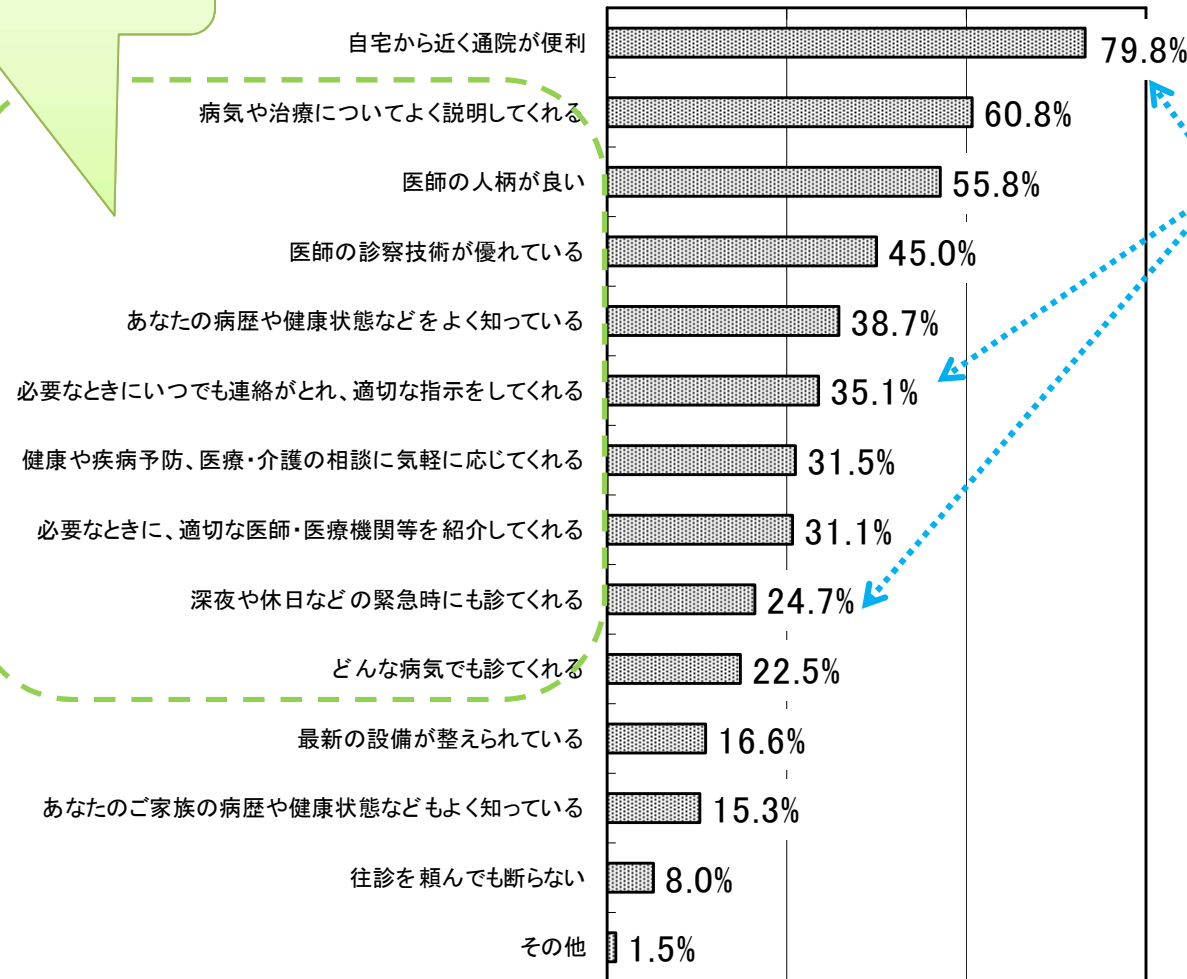
出典:平成23年11月17日「医療に関する国民意識調査」—調査結果報告の要旨—健康保険組合連合会

○ 「病気になる時いつでも相談し、診察を受ける医師がいる」と回答した者は23.6%であり、その医師がいる医療機関の88.3%が一般診療所であった。

日頃から相談・受診している医師・医療機関へ期待すること (複数回答)

全人的かつ継続的な診療

(N=2,000) 0% 30% 60% 90%



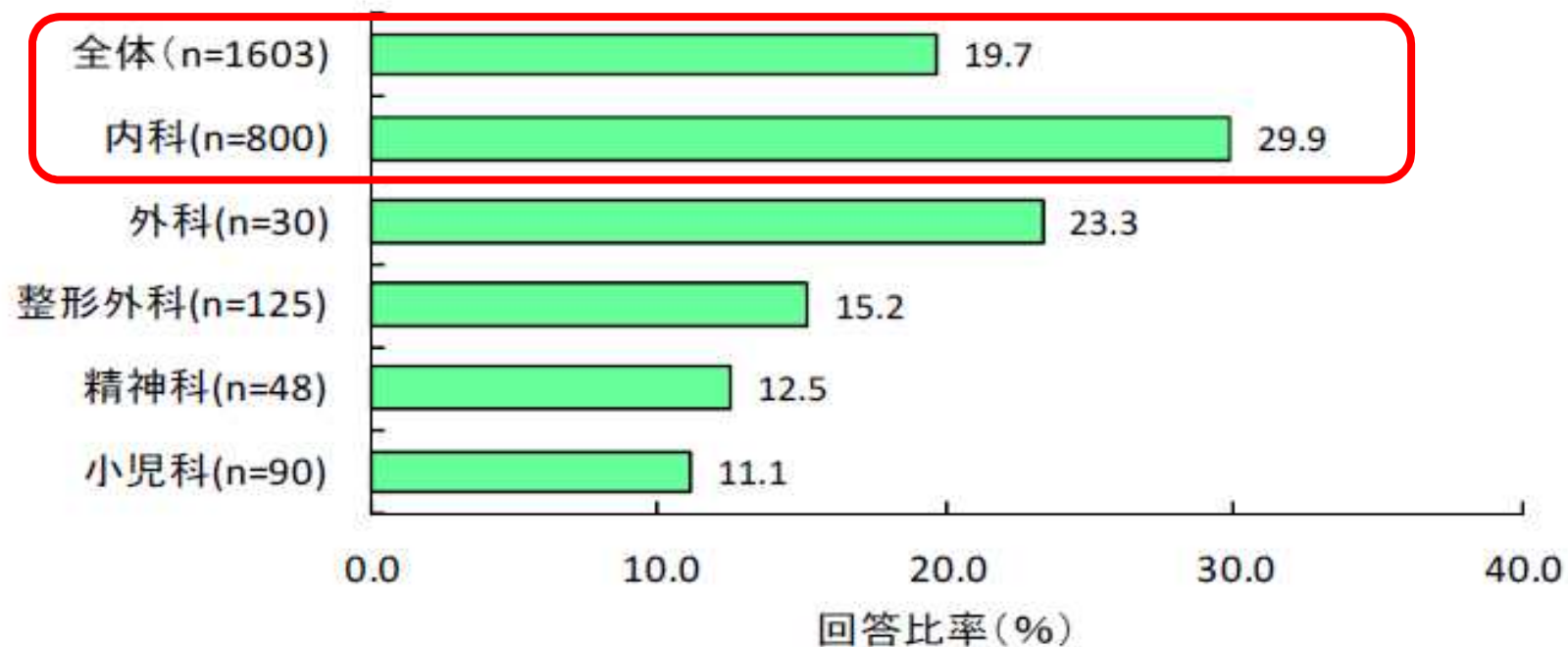
アクセスの良さ

2. かかりつけ医機能に係る現状 (2) 医療機関の実態

診療所における服薬管理の状況

- 診療所全体の19.7%、内科の診療所の29.9%が、患者に処方されているすべての医薬品を管理していると回答していた。

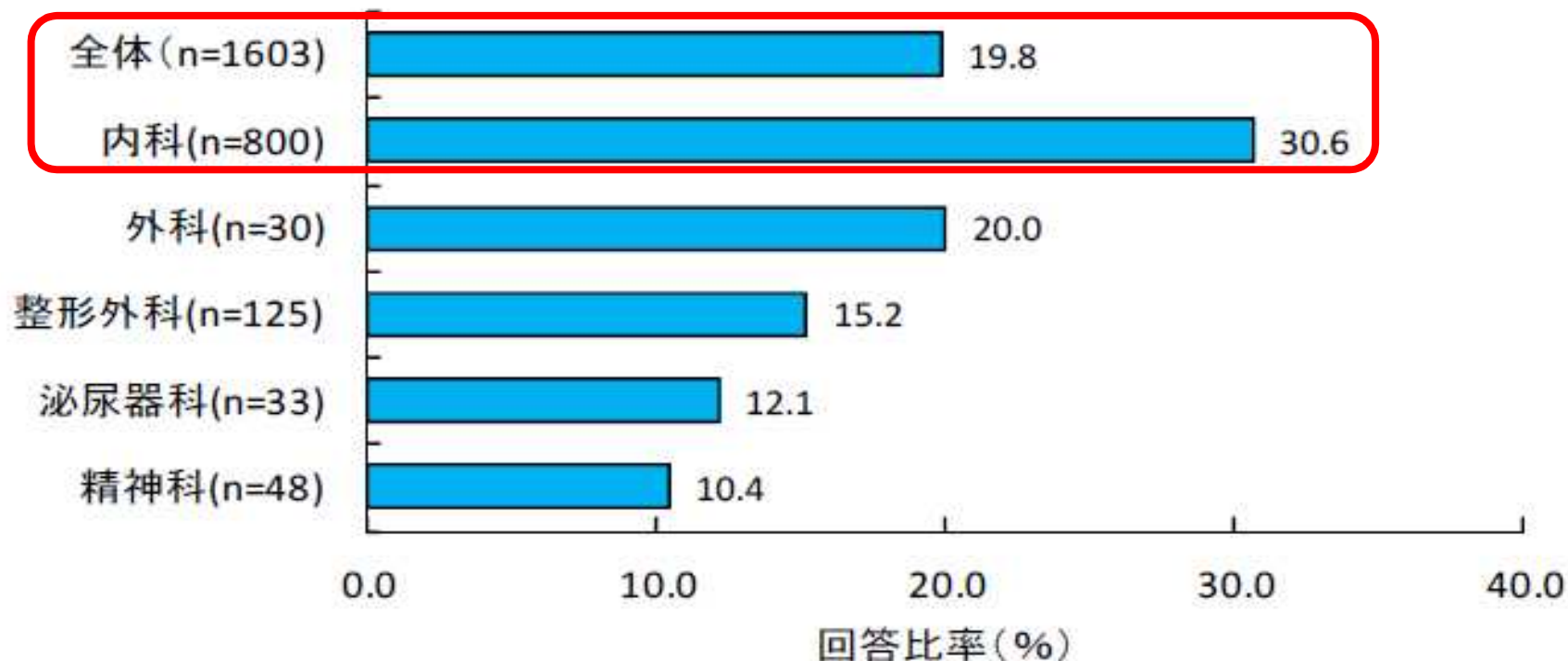
患者に処方されているすべての医薬品を管理している診療所の割合
(回答数20以上の上位5診療科, 複数回答)



診療所における通院患者の他院受診状況の把握

- 診療所全体の19.8%、内科の診療所の30.6%が、患者が受診しているすべての医療機関を把握していると回答していた。

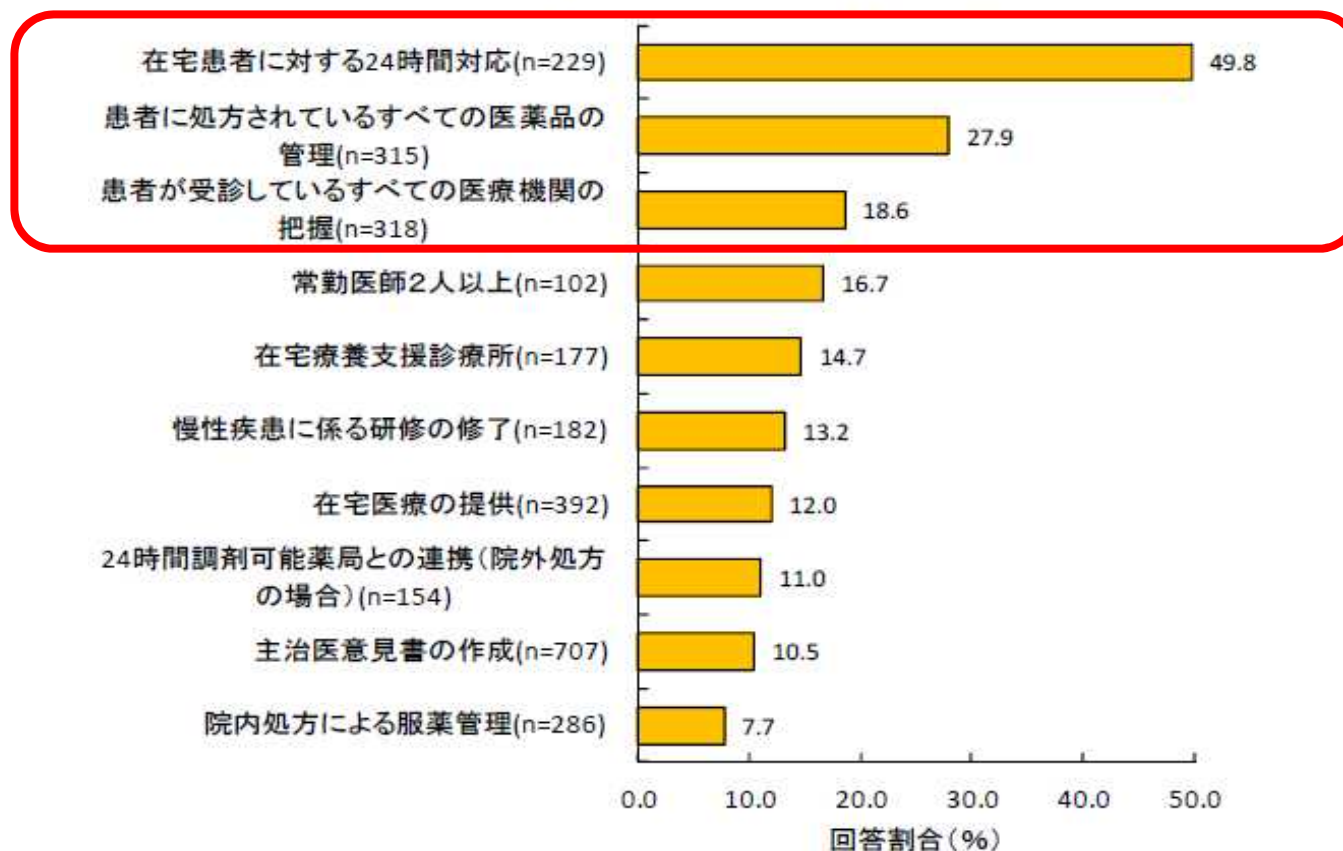
患者が受診しているすべての医療機関を把握している診療所の割合
(回答数20以上の上位5診療科, 複数回答)



診療所におけるかかりつけ医の業務に対する負担感

- 実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。

現在実施していて負担の大きい項目(上位10項目)



*n数は現在実施している診療所数。「回答割合＝負担と回答した診療所÷実施している診療所」

横断的事項 かかりつけ医機能(その1)

1. かかりつけ医機能

- (1)「かかりつけ医」の定義等
- (2)かかりつけ医機能のイメージ
- (3)疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割

2. かかりつけ医機能に係る現状

- (1)国民の意識
- (2)医療機関の実態

3. 取組事例

- (1)日常的な健康相談等を受ける体制の例
- (2)かかりつけ医と専門医療機関等の連携の例

4. 関係審議会等の検討状況

3. 取組事例

(1) 日常的な健康相談等を受ける体制の例

総合診療医によるプライマリー・ケアについて～英国の例～

英国におけるプライマリー・ケアの提供者と範囲

- 総合診療医 (General Practitioner)、ナースプラクティショナー、地域看護師、薬剤師等が提供。
- 専門的治療を必要としない疾患に対する治療・医学管理及び健康促進を範疇とする。

総合診療医によるプライマリー・ケア

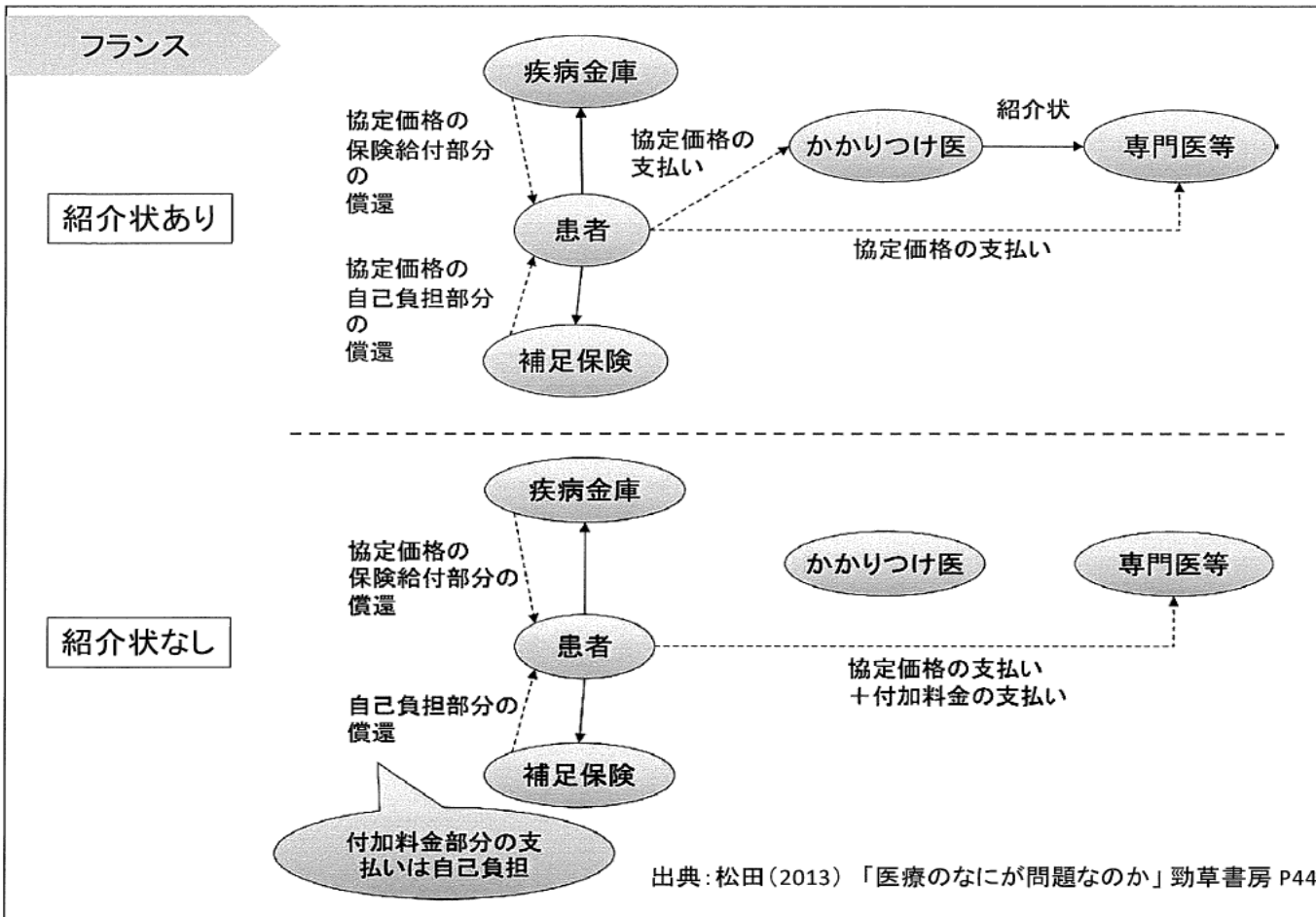
- 基礎的サービス Essential Services
提供することを義務づけられているサービス
(例) 急性期及び慢性期の患者のケア、必要に応じた病院への紹介など
- 付加的サービス Additional Services
提供することが基本であるが、診療所の判断で提供の有無を選択可能なサービス
(例) 子宮頸がんスクリーニング、避妊サービス、予防接種など
- 選択的サービス Enhanced Services
地域の医療委託グループ (Clinical Commissioning Group) や国のイニシアティブで行われるサービス (診療所が提供を選択することが可能)
(例) 認知症ケア、診療時間の拡大など

近年の変化

- 1. 診療所の大規模化** 1人の総合診療医による診療所の減少 (2002年26%→2012年11%)と、10人以上の総合診療医による診療所の増加 (2002年90施設→2012年472施設)
- 2. リピート調剤の進展** 患者の手間や総合診療医の業務負担の軽減等を目的に、一定期間総合診療医の診察を経由せずに薬を処方する仕組みを地域薬局に義務づけ (2005年)
- 3. ICTの活用** 成果報酬に係る報告制度の開始 (2004年) を契機に、電子カルテシステムや患者向けオンラインサービス (診療予約やリピート調剤用の処方せん等の発行等) 等のICTの導入が進展

専門医受診におけるかかりつけ医の関わり～フランスの例～

- フランスではかかりつけ医の紹介状がない場合でも専門医など他の医師の受診を可能としている。
- ただし、かかりつけ医の紹介状がなく専門医など他の医師を受診した場合、患者が受け取る疾病金庫からの償還額は、協定価格の30%のみとなる(通常は70%)。
- かかりつけ医は、いわゆる医療サービス利用のゲートキーパーとしての役割のみならず、ガイドラインに沿った慢性疾患の管理を担うことが期待されている。なお、一般医のみならず専門医もかかりつけ医になることができる。



家庭医中心診療契約について

～ドイツ バーデン・ヴュルテンベルク州の例～

○家庭医の選択と家庭医中心診療契約

- ・ 被保険者に家庭医で初診を受ける義務はなく自由選択制であるが、実態として9割以上のドイツ人が家庭医を持っている。
- ・ 疾病金庫と家庭医中心診療契約を締結している被保険者(国民全体の約5%)は、眼科・産婦人科等以外の専門診療を受けるとき、一定の要件を満たす登録家庭医の紹介を受ける義務を負う。
- ・ 家庭医に対する報酬は、一連の診療1回ごとの包括報酬が中心。
- ・ 家庭医は、薬物療法に関するクオリティサークルへの参加、血糖測定器や心電図計等の設置、診療報酬請求や転医等手続きのための決められたソフトウェアの導入、後発品等の一定の医薬品の優先処方等の義務を負う。
- ・ 家庭医は、症状を有する者の診療だけではなく、がん検診や新生児の健康診断等も担う。

○バーデン・ヴュルテンベルク州の例

家庭医中心診療契約を導入している、ドイツのバーデン・ヴュルテンベルク州において、2011年と2012年の2年間を比較すると、家庭医中心診療契約に加入している被保険者は、年間平均3回家庭医を受診している。

一方で、9000件の入院が回避され、通常の公的 disease 保険の場合に比べ、家庭医による調整を受けない専門医受診が20%以上少なくなっている他、医薬品使用も約3分の1に節約され、薬物治療に係る費用も被保険者1人当たり年間100ユーロ以上低くなっている。



ドイツ:バーデン・ヴュルテンベルク州

3. 取組事例

(2) かかりつけ医と専門医療機関等の連携の例

かかりつけ医と専門医療機関等の連携の例

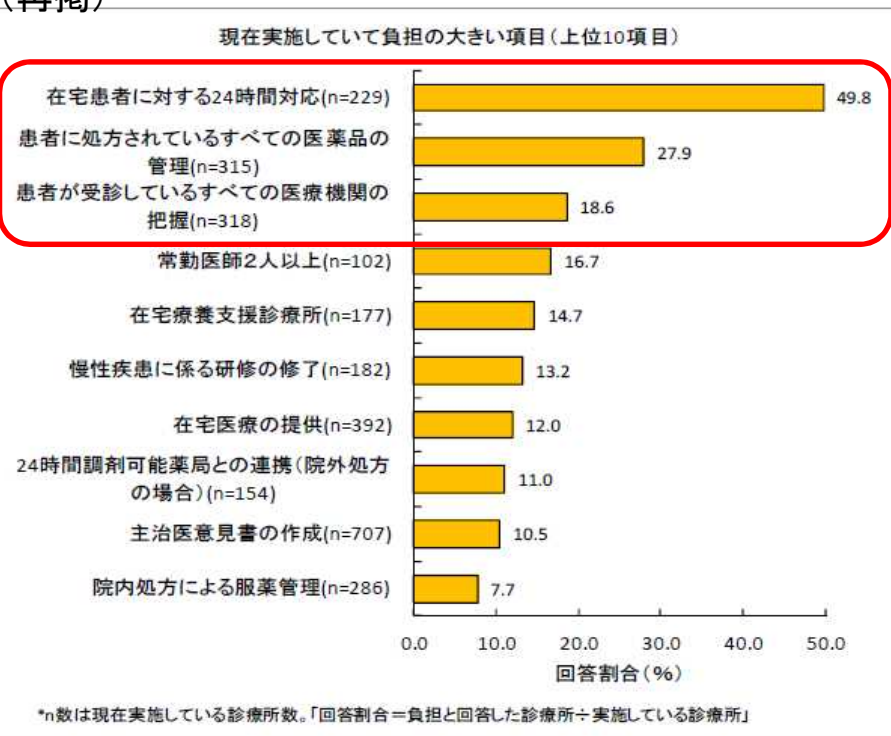
- いくつかの地域では、日常的な診療の質を向上させるため、かかりつけ医を含む参加施設間において、患者の既往歴、処方内容、検査データ等を共有することで、情報の収集や活用等を効率的に行うといった取組を進めている。

(例)

- まめネット(島根医療情報ネットワーク)
- 晴れやかネット(医療ネットワーク岡山)
- とねっと(埼玉利根保健医療圏)

【参考】 診療所におけるかかりつけ医の業務に対する負担感(再掲)

実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。



出典：日本医師会「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査 結果(概要版)(2017年2月15日)」

地域医療情報連携NWの例（島根県）

まめネットのサービス構成



基本サービス
 ① 掲示板 ② 紹介状サービス ③ 共有ファイルサービス (HPKI電子署名)

ネットワーク基盤
 IP-VPN、Ipssec-IKE
 施設管理・利用者ID管理・患者管理
インターフェースの公開

～ 患者のメリット ～

質の高い医療の提供

- 患者の同意を得て診療情報を共有し、地域の医療機関が一体となって患者をサポートするため、安心して紹介先病院等で受診できる。
- 他院で行った検査結果や投薬の情報がわかるので効率的な診療につながる。

安心・安全な医療の提供

- 他院で申告したアレルギーや病歴・処方歴などが共有でき、安全に治療を受けることができる。
- 救急搬送された時にも治療に必要な情報がわかるので安心。

連携カルテ 複数の医療機関で診療情報を共有する仕組み



共有されるカルテデータ(例)

患者基本情報

医師の記載(詳細)

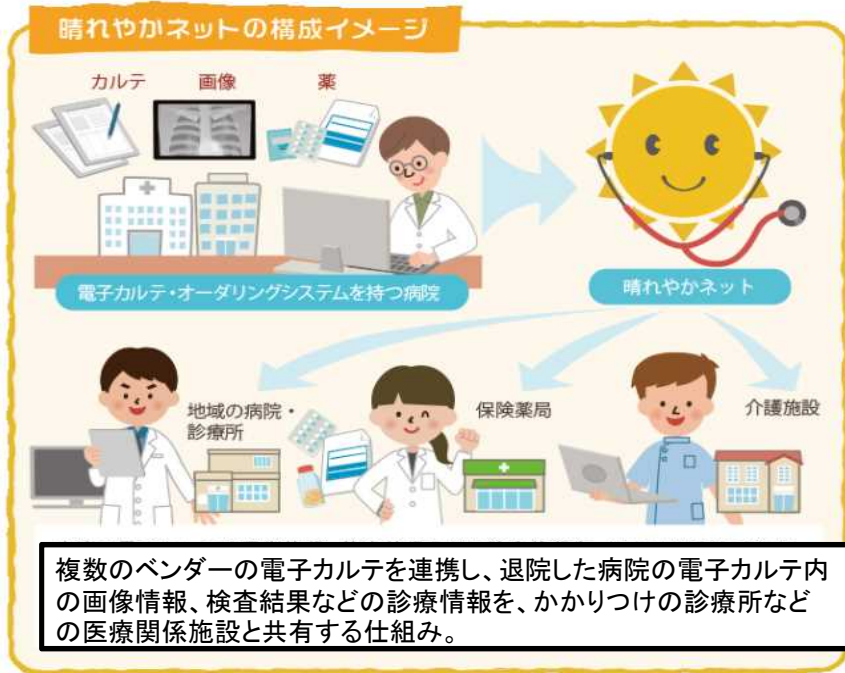
医師の記載

検査データ

処方データ

(しまね医療情報ネットワーク協会資料を基に作成)

地域医療情報連携NWの例（岡山県）



～ 患者のメリット～

質の高い医療の提供

- 患者の同意を得て、基幹病院で受けた過去の検査結果や治療方針等を身近なかかりつけ診療所等で閲覧できることにより、**切れ目のない良質な医療**を受けることができる。

安心・安全な医療の提供

- 既往歴や過去に受けた検査結果を詳しく説明できない場合も**安心して診療**を受けられる。

利便性の向上

- 紹介時にレントゲンフィルムなどのデータを持参する必要がなく、かかりつけ医が**事前にデータを確認**することが可能。

利活用場面例

クリニックの紹介状を受けた
専門クリニックで...

先生！〇〇クリニックで長いこと診てもらっていただきます！

わかりました晴れやかネットを見てください

こちらに精密検査に来るように言われて...

なるほど〇〇クリニックの治療歴からするとこの症状は...

以前にも今回と同じ痛みがあったと書かれてあったなあ...

救急 の場面で...

先生！〇〇クリニックから、晴れやかネットのデータを見て欲しいと連絡が入っています！

いままでの検査歴や投薬歴がわかるようです！

急げ！急げ！

すぐに晴れやかネットを見てみよう

薬局 で...

きちんと服用してくださいね

飲み忘れはためですよ

実はなあ...同じクスリまだたくさんあるんじゃないかな

いつも飲み忘れてしまっくんじゃ

晴れやかネットで伝えておこう

主治医

クスリが余ってる??

地域医療情報連携NWの例 (埼玉県)

「とねっと」提供機能概要

1 参加施設間の診療情報共有



2 検査予約／診療予約



3 住民・患者による健康情報管理



4 救急現場での患者情報参照



～患者のメリット～

質の高い医療の提供

- ・病院の専門医や診療所のかかりつけ医が同意を得た患者情報を共有。処方データや臨床検査データなどの診療情報を時系列で把握し、切れ目のない医療の提供が可能。

患者の重症化予防

- ・患者の疾病の状態に応じて処置の必要性をシステムが自動的に検知できる。これにより、患者は適切な時期に適切な治療を受けることができるため、患者の疾病の重症化予防につながる。

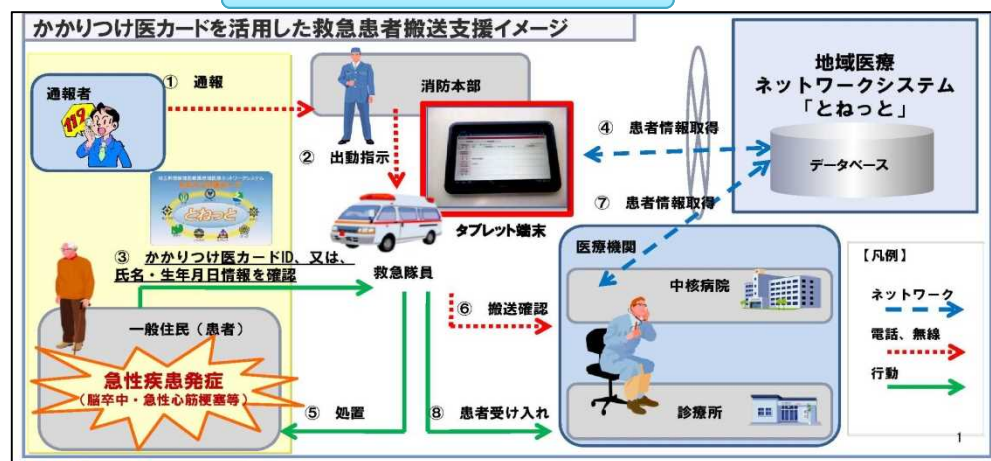
安心・安全な医療の提供

- ・救急時には救急隊員が救急に必要な患者情報を取得することにより、救急患者の迅速な処置や搬送に役立てることが可能。

診療情報共有の例



救急時の活用例



患者中心のメディカルホームモデルについて～アメリカの先進事例～

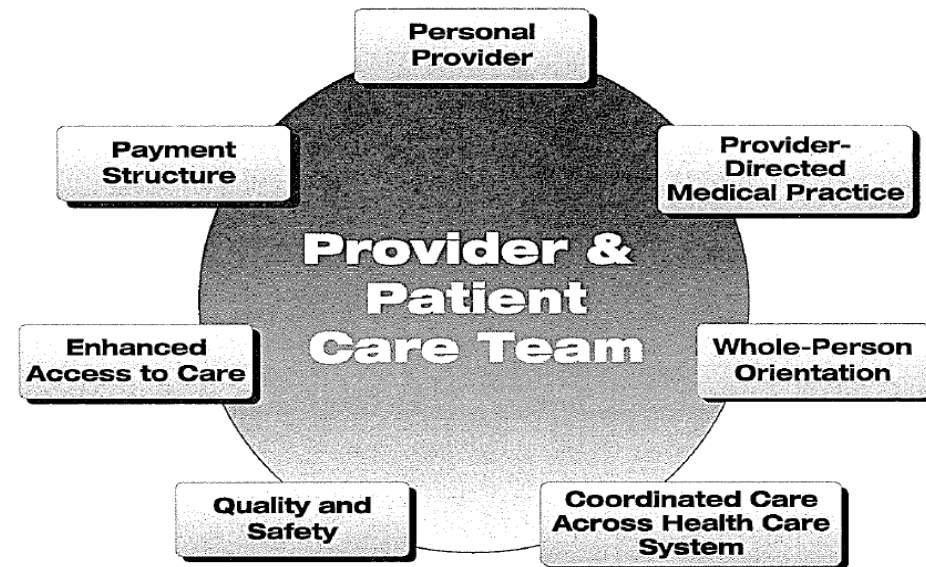
患者中心のメディカルホームPatient-Centered Medical Home (PCMH) モデルの基本的考え方

電子カルテの患者情報共有を基盤とする多職種連携医療を基本理念とし、情報共有によって個々の医療者の負担を軽減しつつ、場当たりのでない包括的かつ効率的医療を目指す。

指摘されている課題

- ・ 質の改善に係る指標を求められているため、目標を達成しやすい比較的健康的な患者を選ぶ傾向があり、社会的弱者や複雑な患者の排除につながる恐れがある。
- ・ 電子カルテを必須とする仕組みであるが、PCMHを主催する保険者ごとにベンダーが異なるために、異なる保険者間での患者データ共有はできない。
- ・ アクセス強化のためICTを活用するが、電子メールだけの病状判断には限界があるため、電話での直接対応をとらざるを得ないケースが少なくない。
- ・ PCMH関連ミーティングやウェブセミナー等への参加が医師の負担となっている。
- ・ PCMHへの登録による金銭的メリットが小さいためにソロプラクティスでは事務員を雇用できず、電子カルテ入力の完全事務化が難しい(グループプラクティスではスケールメリットが出るために可能)。
- ・ 救急対応が必要な場合、かかりつけ医が救命センターに紹介するのが一般的だが、特にソロプラクティスでは連絡がとれずに患者が直接救命センターに行くこともある。

【PCMHのイメージ】



(参考)各国かかりつけ医制度の比較

	アメリカ	英国	フランス	ドイツ	日本
保険制度	民間保険を基盤としたアメリカ型皆保険制度(州毎に異なる)	9割を占める公的(税財源)および1割の民間自費医療サービスが両立	公的皆保険(民間保険は二階建て部分をカバー)	皆保険。公的(90%)および民間医療保険(10%)の両立(公的保険は選択可能)	公的皆保険
外来患者自己負担	保有する保険により年間免責金額、定額負担、負担割合等が異なる	公的は原則無料(処方箋料等の少額負担あり)	3割負担(償還式)かかりつけ医を通さずに専門医を受診した場合は、7割負担(婦人科・小児科・眼科・歯科は除く)	原則無料(2013年より自己負担廃止)	原則3割負担(自己負担額の上限あり)
登録制の有無(法的義務含む)	無(保険毎に契約医あり)	有(登録診療所のみ受診可)	有(かかりつけ医を登録する制度はあるが、紹介状なしに他の医師を受診することができる)	無(法的義務はないが、90%がかかりつけ医を持つ。家庭医中心診療に参加しているのは、人口の5%程度)	無
登録制開始	—	1948年	2004年	2008年	—
登録医の資格	—	GPのみ	専門医も可能(研修なし)	州家庭医団体への登録および州医師会の研修を受けることが条件	—
登録医の選択	—	居住エリア診療所から選択(近年緩和される方向)	地理的制約なし	地理的制約なし	—
支払い方式	出来高中心(ACO、PCMHは包括的な支払いを施行) ※	人頭・出来高・成果報酬の混合(人頭5割以上)	出来高中心	家庭医に対する報酬は包括報酬中心	出来高中心
近年の変化	病院中心のACO、プライマリケア中心のPCMHとかかりつけ医機能をもった診療体制の増加 ※	GP診療所の大規模化や連携、プライマリケアのオンライン化が進展	疾病管理プログラムの施行	州毎のばらつきは大きいですが、国全体では家庭医中心診療は穏やかに増加傾向(2016年で国民全体の5%)	—

※ACO: Accountable Care Organization, PCMH: Patient-Centered Medical Home

出典: 平成27年度厚生労働科学研究「先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度の在り方に関する研究」(研究代表者 松田晋哉)報告書をもとに、保険局医療課にて作成。

横断的事項 かかりつけ医機能(その1)

1. かかりつけ医機能

- (1)「かかりつけ医」の定義等
- (2)かかりつけ医機能のイメージ
- (3)疾病の経過に応じ想定されるかかりつけ医の役割

2. かかりつけ医機能に係る現状

- (1)国民の意識
- (2)医療機関の実態

3. 取組事例

- (1)日常的な健康相談等を受ける体制の例
- (2)かかりつけ医と専門医療機関等の連携の例

4. 関係審議会等の検討状況

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

（中略）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。

（中略）

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。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。

保健医療2035提言書(平成27年6月)(抜粋)

5. ビジョン実現のためのガバナンス

我が国の医療提供体制は、患者が自由に医療機関を受診できるフリーアクセスと、民間主体の医療提供者が自由に開業し診療科を標榜できる自由開業制・標榜制に特徴づけられてきた。医療に対する患者のアクセスを十分確保しつつ、今後は、地域のかかりつけ医が身近なコーディネーターとして患者や社会を支えていく必要がある。

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

(1)「リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める～」

ii) 地域主体の保健医療に再編する

③ 地域のかかりつけ医の「ゲートオープナー」機能を確立する

- ・ 高齢化等に伴い個別の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加し、医療技術の複雑化、専門化が進む中、身近な医師が、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする「ゲートオープナー」機能を確立する。これにより、患者はかかりつけ医から全人的な医療サービスを受けることができ、また適切な医療機関の選択を可能とする。
- ・ このためには、総合的な診療を行うことができるかかりつけ医のさらなる育成が必須であり、今後10年間程度ですべての地域でこうした総合的な診療を行う医師を配置する体制を構築する。
- ・ 総合的に医学的管理を行っている地域のかかりつけ医が行う診療については、包括的な評価を行う。特に、高齢者と子どもについては、かかりつけ医が重要であり、かかりつけ医をもつことを普及させる。このため、総合的な診療を行うかかりつけ医を受診した場合の費用負担については、他の医療機関を受診した場合と比較して差を設けることを検討する。これにより、過剰受診や過剰投薬の是正等の効果も考えられる。

経済・財政再生計画 改革工程表(平成28年12月21日)(抜粋)

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度		2018年度				
医療・介護提供体制の適正化	《厚生労働省》	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会			
	<p><⑨かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討></p>							
	<p>かかりつけ医機能の更なる強化に向け、地域包括診療料等の普及に向けた必要な要件見直し等について、平成28年度診療報酬改定で対応</p>							
	<p>外来の機能分化を進める観点から、紹介状なしの大病院受診に対する定額負担を2016年4月から導入</p>							
	<p>かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討</p>	<p>かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、2017年末までに結論</p>		<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2018年通常国会への法案提出を含む)</p>		<p>かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。</p>		
<p><⑩看護を含む医療関係職種の評価・質向上や役割分担の見直しを検討></p>								
<p>特定行為研修制度を着実に実施するとともに、地域医療介護総合確保基金に基づく新人看護職員研修をはじめとする研修の推進や看護系データベースの参加・利活用の推進を支援</p>								
<p>臨床検査技師及び診療放射線技師の追加された業務範囲の内容の現場における実施状況に関する検証等の方法を研究</p>								
							<p>かかりつけ機能を評価する診療報酬である「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の算定状況【増加】</p>	<p>大病院受診者のうち紹介状なしで受診した者の割合【500床以上の病院で60%以下】</p> <p>患者が1年間に受診した医療機関数【見える化】</p>

社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(平成28年12月20日)(抜粋)

(かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担)

○外来機能の分化・連携の推進は、これまでに、

- ・診療報酬において、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に対する初診料等を適正な評価とするとともに、選定療養の枠組みを活用する

- ・地域医療総合確保基金を活用して、居宅等における医療の提供に関する事業を実施できることとする

等の取組を進めており、在宅医療を担う医師の確保・育成等の取組と併せて総合的に行っていくことが重要である。

○平成28年度診療報酬改定では、認知症に対する主治医機能の評価、小児に対するかかりつけ医の評価、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の緩和等も盛り込まれている。また、平成27年度国保法等改正において、平成28年4月から大病院の責務として、紹介状をなしで受診する患者から、診療報酬に上乗せさせる形で、一定額以上の定額負担(選定療養)を徴収することとした。

○かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担については、改革工程表において、「かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」とされている。

○これを踏まえ、当部会においては、「かかりつけ医」以外の者を受診した場合に、定率負担に加えて定額負担を求めることが考えられるが、

- ①定額負担を求めることについて、どう考えるか

- ②定額負担を求める範囲(かかりつけ医以外)について、どう考えるか。

等の各論点について議論を行った。

○かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、具体的な検討を進めるとの方向性に異論はなかった。その上で、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、幅広く検討を進めるべきとの意見があった。

横断的事項 かかりつけ医機能(その1) 課題(案)

【かかりつけ医機能】

・かかりつけ医機能とは、身近で頼りになる医師として、従来の「主治医機能」に加えて、日常診療から在宅における療養まで横断的により広い観点で患者を診る役割を担うものと考えられ、生活習慣病の患者を例にすると、①医学管理と重症化予防、②専門医療機関との連携、③在宅療養支援等といった、3つのフェーズそれぞれでかかりつけ医の役割が考えられる。

【かかりつけ医機能に関する国民や診療所の意識】

・国民の意識調査によると、「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がいますか」との質問に、「いる」又は「いないがいると良いと思う」と回答した割合は71.5%であった。また、他の調査では、日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無について「病気になるといつも相談し、診察を受ける医師がいる」と回答した割合は23.6%であり、そのうち88.3%が一般診療所であった。

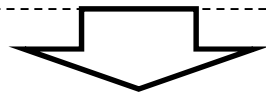
・医療機関の受診のあり方に関する考えでは、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に「賛成」及び「どちらかといえば賛成」の割合が、69.9%であった(2014年調査)。

・診療所の意識調査によると、「患者に処方されているすべての医薬品の管理」を行っている診療所の割合は全体で19.7%、内科では29.9%であった。「在宅患者に対する24時間対応」は実施している診療所でも約半数は負担が大きいと感じている。

【取組事例】

・日常的な健康相談を受ける体制構築に関する事例をみると、複数の医師・医療機関等による体制構築、多職種による連携、相談内容に応じた情報通信技術(ICT)の活用等といった取組がなされている。

・かかりつけ医と専門医療機関等の連携体制構築に関する事例をみると、患者・家族や関係する施設間等で、ICT等の活用により診療情報を共有し、様々な場面で活用できるようにすることで、効果的・効率的なサービス提供に向けた取組がなされている。



○ 今後、医療介護ニーズが増加する一方で支え手の減少が見込まれ、より質が高く効果的・効率的な医療の提供が求められる中で、

1)より質の高い医学管理の提供や重篤な合併症の予防を推進し、

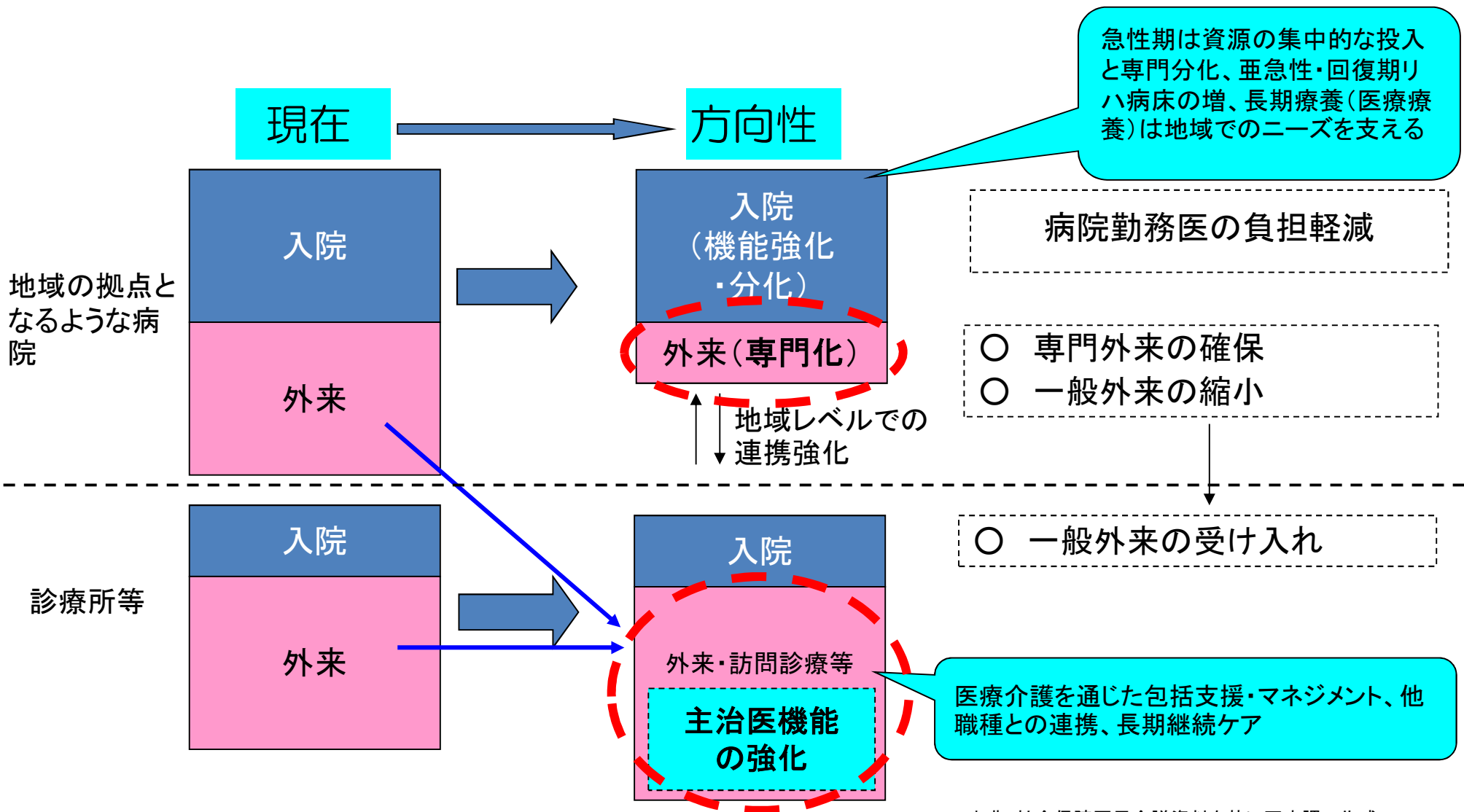
2)専門医療機関等との機能分化・連携により、早期の対応等を可能とし、

3)高齢になり要介護状態になったとしても、安心して地域で療養できるような地域包括ケアシステムを構築すること、

等が可能となるよう、より多くの患者がかかりつけ医機能のもと、安心して療養でき、また、かかりつけ医の負担軽減にも資するような、医療提供体制の構築に資する評価をどのように考えるか。

参考

外来医療の役割分担のイメージ



	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準	
新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症＋1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること	
	地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)		下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新 認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症＋1疾患以上		等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
	地域包括診療加算 20点(再診料に加算)			下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

地域包括診療料・地域包括診療加算の算定状況等

	届出施設数 (H27年7月1日時点)	届出施設数 (H28年7月1日時点)
地域包括診療料	93	199
地域包括診療加算	4,701	5,248

(保険局医療課調べ)

	算定件数	算定回数	1件あたり算定回数
地域包括診療料	3,261	3,261	1回／件
地域包括診療加算	630,161	1,033,119	1.6回／件

出典：平成27年社会医療診療行為別統計

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化③

小児かかりつけ医の評価

- 小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する。

(新) 小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

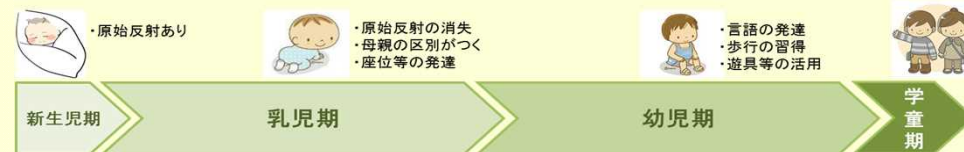
イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点



[主な算定要件]

- ① 対象は、継続的に受診している未就学児(3歳以上の患者にあつては、3歳未満から当該診療料を算定しているものに限る。)であつて、当該保険医療機関の医師をかかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。
- ② 原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定することとし、他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関をすべて把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。
- ③ 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行うこと。
- ④ 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- ⑤ 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。

[施設基準]

- ① 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。
- ② 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。
- ③ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されていること。
- ④ 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。
 - a. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施
 - b. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施
 - c. 定期予防接種を実施
 - d. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供
 - e. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

平成28年4月1日より実施

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



日医かかりつけ医機能研修制度

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より
修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。

