

各検討チームの検討状況

1. 総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立
2. 患者の価値やアウトカムを考慮した診療報酬体系・インセンティブの設定
3. たばこフリーを進めるとともに、効果が実証されている予防、特に重症化予防の積極的推進
4. 情報基盤の整備と活用の推進（保健医療・介護の関連データの連結、NCD (National Clinical Database)の全疾患への対象化など）
5. グローバル・ヘルスを担う人材の育成体制の整備と官民一体となって人材をプールする仕組みの創設

平成27年9月24日

1. 総合的な診療を行うかかりつけ医の普及・確立

- 地域のかかりつけ医が、患者の状態や価値観も踏まえ、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。

現状と課題

○かかりつけ医の定義

- ・「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要などときには専門医、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」（日医・四病協の合同提言(H25.8)より)

○診療報酬での評価

- ・平成26年度改定において、複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療を行うこと評価する「地域包括診療料」「地域包括診療加算」を新たに創設。

※地域包括診療料122か所、地域包括診療加算6,536か所(H26.7)
利用者数：計約119万人(H26.5現在)

○患者負担の在り方

- ・患者負担は原則3割である中で、患者にかかりつけ医の受診を促すための方策が課題

○総合診療専門医の養成

- ・総合的な診療能力を有する医師を、「総合診療専門医」として新たな専門医に位置づけ、平成29年度から養成を開始。

日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人：69.4%
(平成23年健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査報告書」より)

今後の対応方針・スケジュール

○かかりつけ医普及促進のためのモデル事業の実施を中心とした総合的な診療を行うかかりつけ医普及促進のための方策

- [28年度]かかりつけ医が健康づくり・予防、病診連携、在宅医療、看取り等を幅広く担うモデルを構築するための予算を新たに要求
- [29年度]モデル事業や、以下の関係施策の取組状況を踏まえ、事業内容の拡充等を検討
- [30年度]さらなるかかりつけ医普及促進方策の検討

○診療報酬での評価

- [28年度改定]かかりつけ医機能の更なる強化を中医協で検討
- [30年度改定]引き続き、中医協で検討

○患者負担の在り方の検討

- [28年度]紹介状なし大病院受診時の定額負担を導入
- [29年度以降]上記の効果を踏まえつつ、関係者の意見を聞きながら検討

○総合診療専門医の養成支援

- [28年度]総合診療専門医の研修プログラム責任者等の養成を支援するための予算を要求
- [29年度]総合診療専門医など、地域医療研修を行う研修プログラムの運営に対する支援を検討

かかりつけ医普及促進モデル事業（案）

■ 事業趣旨・コンセプト

- 地域において「かかりつけ医」を持つことの普及を図り、「かかりつけ医」が、健康づくり・予防、病診の連携、在宅医療の推進、看取りの対応等を幅広く担っていくモデルを構築する。
- これにより、「かかりつけ医」が患者に対して継続的かつ全人的な医療・健康管理を行うことを推進し、外来医療の機能分化と医療資源の有効活用をさらに進める。また、世代を超えて「かかりつけ医」と関わりを持つ体制の構築も支援。

■ 実施主体

市区町村等（個々の事業を郡市医師会等に委託可）
※ 全国10箇所程度を想定

■ 補助額

1箇所4,500万円程度を上限 ※4.5億円で予算要求

■ 事業内容

市区町村は、地域特性にも配慮しつつ、事業趣旨・コンセプトに合致し、それを推進する事業を企画・立案し、実施。（国において、事業内容を審査・評価し、採択。）

ただし、実施事業には、少なくとも以下の3つ内容は含まれていなければならないものとする。

予防・健康相談

「かかりつけ医」が患者に対して継続的かつ全人的な医療・健康管理を行うことを推進する取組

<事業例>

かかりつけ医による健康相談の実施、
保険者と連動したレセプトデータ・健診データを活用した疾病予防・重症化予防、特定健診等の実施 等

病・診の連携、在宅医療の推進及び看取りの対応 等

開業医と病院との連携、在宅医療の推進、看取りの対応を推進する取組

<事業例>

共同診療体制の構築、紹介機能の強化、
主治医・副主治医制の推進 等

かかりつけ医の普及啓発、開業医に対する研修

かかりつけ医の普及啓発に関する事業、開業医に対する研修事業の実施

<事業例>

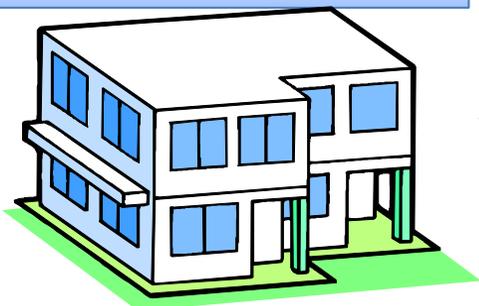
シンポジウムの開催、かかりつけ医研修の開催 等

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

紹介

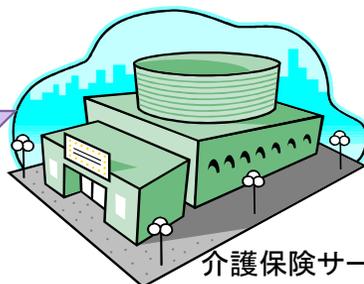
逆紹介

外来
受診



介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

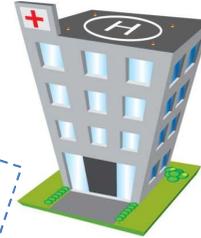
紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

○外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。

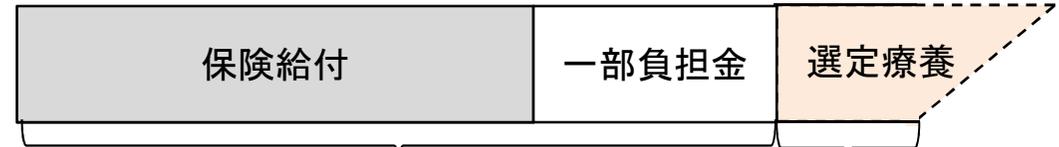
※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

中小病院、診療所

大病院



定額負担を徴収



現行

・病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初再診において特別の料金を徴収できる。

(設定状況(平成25年7月1日現在))

初診: 1,191施設(最高8,400円、最低105円 平均2,130円)

再診: 110施設(最高: 5,250円、最低210円 平均1,006円)

【関係者の意見を伺いつつ、詰めていくべき主な論点】

- (1) 大病院の範囲について ⇒ 特定機能病院、一定規模以上の地域医療支援病院
- (2) 定額負担の金額について ⇒ 5000円、10000円
- (3) 例外ケースについて
 - ⇒ 救急車等で救急搬送された患者
 - ⇒ 地域に診療科・診療所が他になく、大病院が外来診療を担っている診療科の受診患者 など

総合的な診療能力の必要性

- 高齢化に伴い、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。
- これらの患者には、複数の領域別専門医による診察よりも、一人の総合的な診療能力を有する医師による診察のほうが適切な場合がある。



総合診療専門医を新たに位置づけ

総合診療医：総合的な診療能力を有する医師

- ※ 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、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。

総合診療専門医：総合診療医の専門医としての名称

- ※ 新たな専門医の一つとして基本領域に加える。
- ※ 「地域を診る医師」としての視点も重要。
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が期待される。

総合診療専門医の養成

研修プログラム※（3年間を基本）

- **総合診療に関する専門研修（18ヶ月）**
 - ・ 診療所および中小病院での研修（少なくとも6ヶ月）
 - ・ 一定規模以上の総合病院等で、臓器に特化しない総合的な内科研修（少なくとも6ヶ月）
- **基本診療科研修（12ヶ月以上）**
 - ・ 内科6ヶ月以上 小児科3ヶ月以上 救急科3ヶ月以上
- **関連診療科研修（原則6ヶ月）**
 - ・ 外科、産婦人科、整形外科、精神科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科等の研修

※ 日本専門医機構組織委員会の「総合診療専門医に関する委員会のまとめ」（2014年5月）より

今後のスケジュール

- 平成27年度 研修プログラムの認定
- 平成28年度 専門医取得を希望する医師の募集
- 平成29年度 新たな仕組みの下で研修開始
- 平成32年度 日本専門医機構による専門医の認定

2. 患者の価値やアウトカムを考慮した診療報酬体系・インセンティブの設定

- 医療サービスの効果・価値等を診療報酬点数に反映させるなど、パフォーマンスに応じた診療報酬体系を構築する。

現状と課題

○診療報酬体系におけるパフォーマンス評価の導入

- ・平成15年度にDPC/PDPS(診断群分類別1日当たり包括支払方式)を導入し、診断群分類別の標準的な平均在院日数を基に入院初期を重点的に評価

○診療報酬でのアウトカム評価

- ・平成20年度改定で、アウトカム評価を導入
 - ▶「回復期リハ病棟入院料」に在宅復帰率や日常生活機能の改善率を要件化
- ・平成26年度改定でも、アウトカム評価を拡大
 - ▶「7対1入院基本料」等に在宅復帰率を要件化
 - ▶急性期病棟でADL維持・向上を達成した場合の「ADL維持向上等体制加算」を創設

○医療技術等の費用対効果評価

- ・英、仏等で、医療技術等の保険適用等の際に、質調整生存年数(QALY)等の患者にとっての効果と費用を考慮
- ・我が国では実施していない

○上記の評価を行う体制の確保

- ・上記の評価を行うための省内外の体制・人材の確保が課題

今後の対応方針・スケジュール

①DPCの対象病院の拡大

②診療報酬でのアウトカム評価の拡大

- [28年度改定]入院医療から在宅復帰に向けた流れを促進するための在宅復帰率の在り方等について、中医協で検討
- [28年度以降]引き続き、診療報酬におけるアウトカム評価や、有効性・効率性の高い個別技術の評価等について、改定の検証も行いながら中医協で検討

③医療技術等の費用対効果評価の検討

- [28年度改定]試行的な導入に向けて中医協で検討(日本人の調査に基づくQOL指標の整備を進めながら検討)
- [28年度以降]本格的な導入に向けて、関係者の意見を聞きながら、中医協で精力的に議論

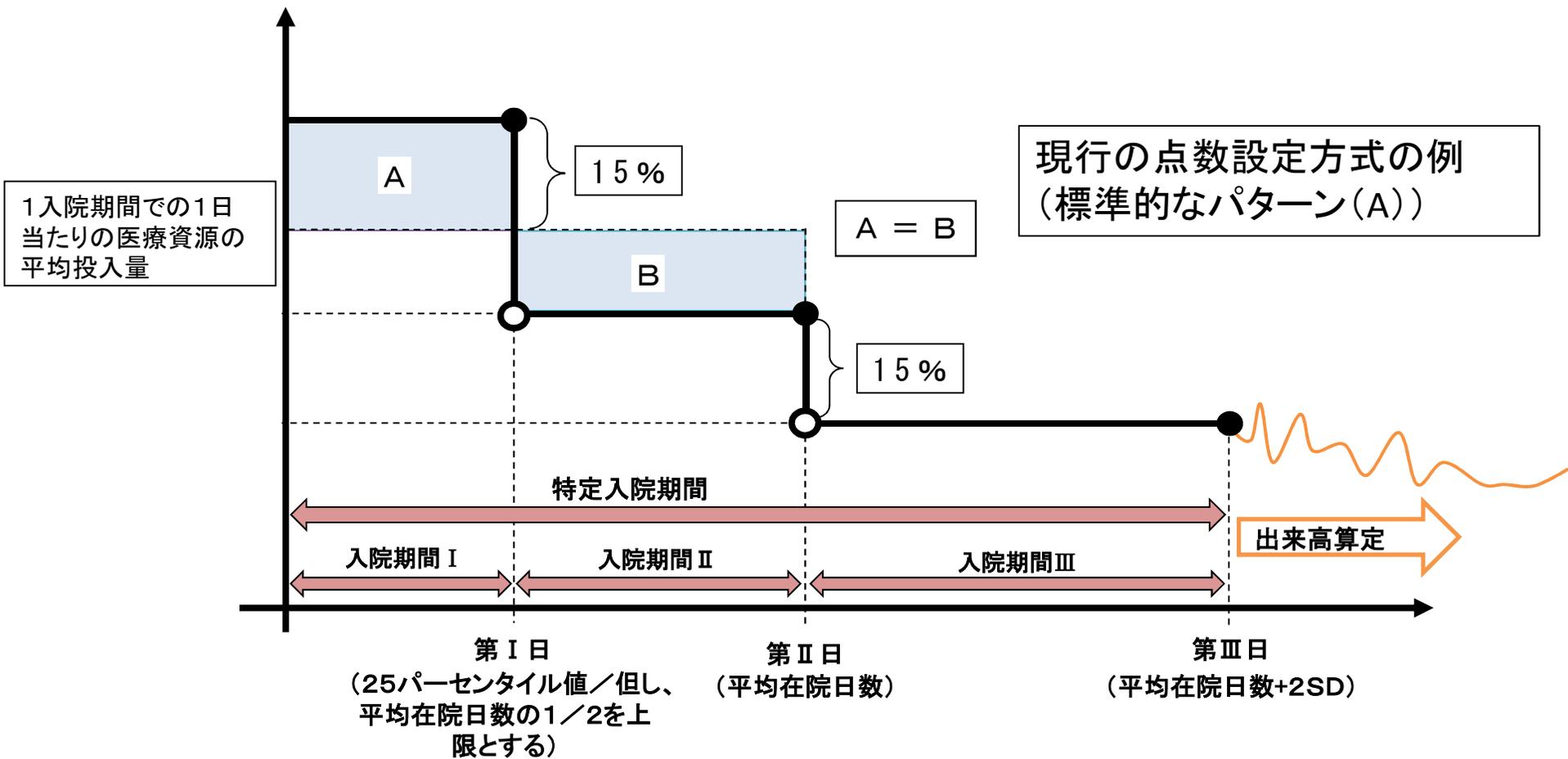
④上記の評価を行う体制の確保

- [28年度]組織・定員要求において、保険局医療課に「医療技術評価推進室(仮称)」の設置と定員増を要求
- 厚生科学課に「医療イノベーション企画官」を要求
- 国立保健医療科学院において、保健医療経済評価に関する研究を行う定員増を要求
- [28年度以降]引き続き、組織・定員要求による必要な体制の確保を検討
- 既存・新規の保健医療データベースの拡充、連結(後述)

診断群分類(DPC)点数表における1日当たり点数の設定方法

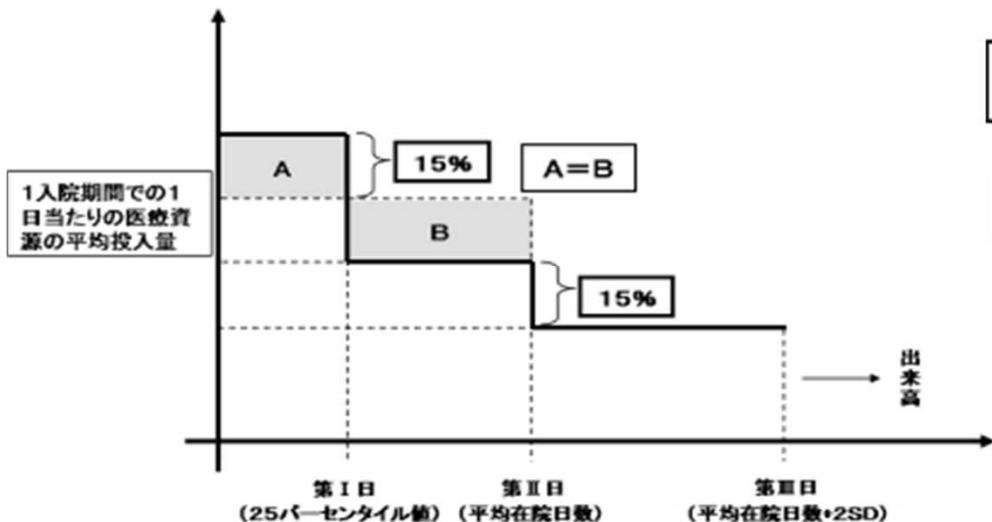
<1日当たり定額点数・設定方式のポイント>

- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者(アウトライヤー)については平均在院日数+2SDを超えた部分について出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応

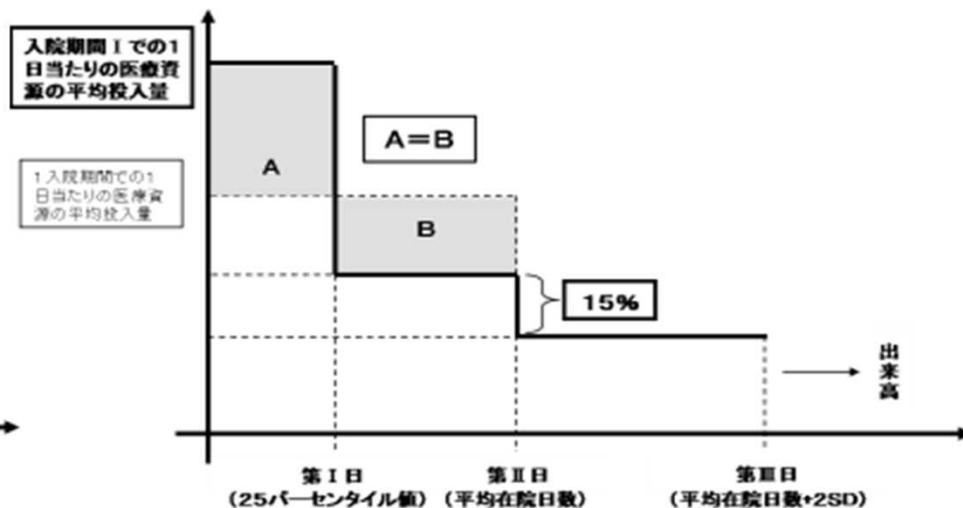


DPC点数表の点数設定方法(4種)

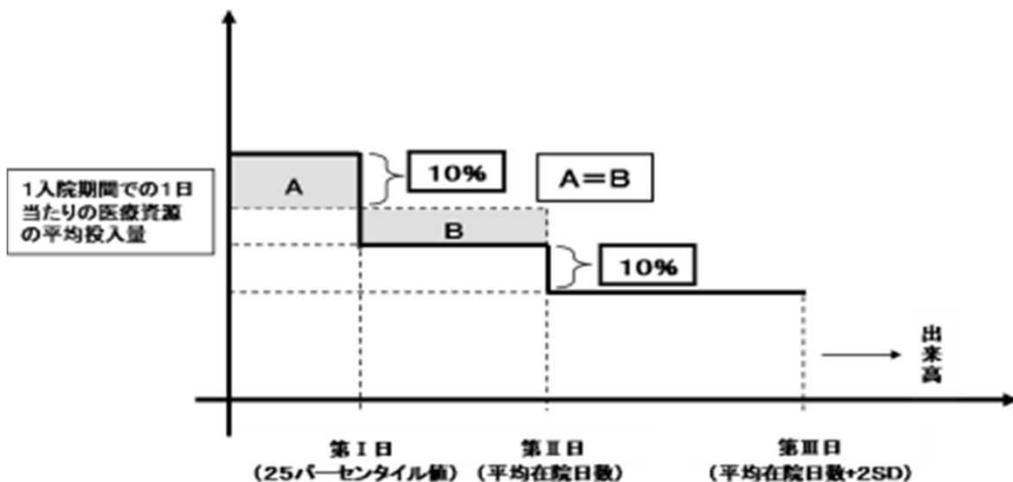
A 一般的な診断群分類



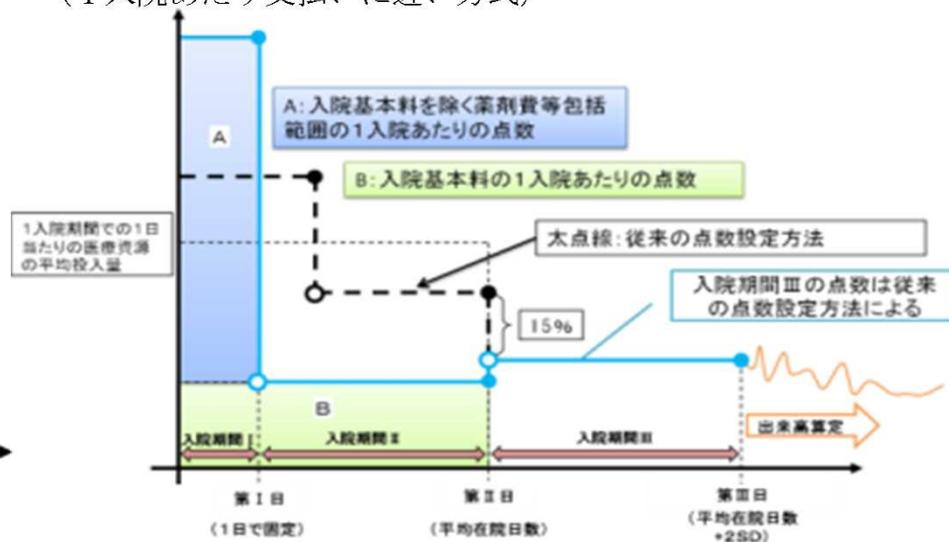
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D 高額薬剤等に係る診断群分類 (I 入院あたり支払いに近い方式)



DPC／PDPS参加病院数・病床数

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成27年4月1日で1,580病院・約48万床となり、全一般病床の約54%を占めるに至っている。

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月)	1,585	492,206
平成27年度対象病院 (H27年4月)	1,580	484,081
(参考)全一般病院(※) (平成25年医療施設調査)	7,474	897,380

平成15年

82病院

66,497床

平成27年

1,580病院

484,081床
(約54%)

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。