

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

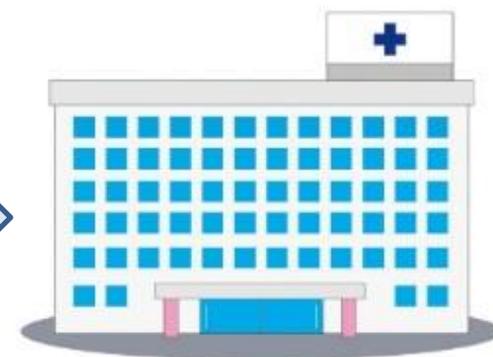
平成28年11月18日
厚生労働省保険局

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 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

(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

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
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)
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)かかりつけ医以外受診の場合は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)
登録制の有無	無(保険毎に契約医あり)	登録診療所のみ受診可	かかりつけ医は登録制(外来はフリーアクセス)	かかりつけ医は登録制(外来はフリーアクセス)
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	家庭医中心診療は包括的報酬
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%)

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)

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(論点)

- 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観点から、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を普及させ、医療機関間の適切な役割分担を図ることは重要な課題。
- このような観点から、「かかりつけ医」を普及させることが重要であるが、その方法として、かかりつけ医の範囲を決めた上で、それ以外を受診した場合に定額負担を求めることについては、
 - ・ 診療科毎に複数の「かかりつけ医」を認めるかどうか
 - ・ 受診頻度の低いという理由で「かかりつけ医」を持たない若者についてどう考えるか等の課題がある。このため、「かかりつけ医」の要件について、プライマリケアの在り方を含めて検討していく必要があり、こうした検討には、一定の時間を要する。
- 一方、一定規模以上の病院を受診した場合には、外来の機能分化・連携の観点も踏まえれば、一定の負担を求める場合もあり、医療保険制度においては、診療報酬上の対応のほか、
 - ・ 紹介状のない患者が、200床以上の病院を受診した場合、選定療養として特別の料金を徴収することができるほか、
 - ・ 今年4月から、紹介状のない患者が、特定機能病院や500床以上の地域医療支援病院を受診した場合、選定療養として初診5000円、再診2500円を徴収することが義務化されているところであるが、これらは、紹介状のない患者に追加的な負担を求めるものである一方、医療保険財政には直接影響しないことに留意が必要である。
- 以上を踏まえ、外来の機能分化・連携やかかりつけ医の普及の観点から、患者負担の在り方について幅広く検討する場合、どのような案が考えられるか。

參考資料

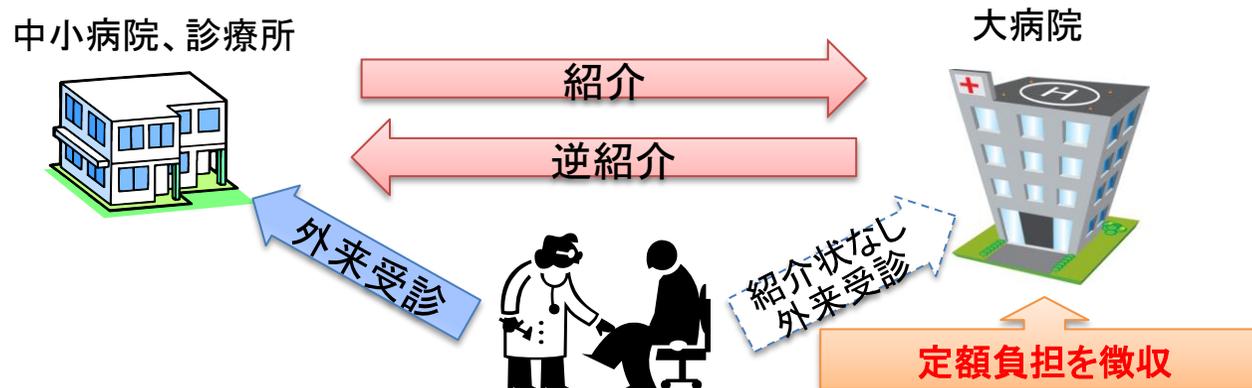
外来機能の分化に関する医療保険制度上の措置

- 医療保険制度においては、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係る初診料等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)の枠組みを活用し、病院及び診療所における外来機能の分化を図っている。
- 一方、診療報酬上の措置は、定率負担の下では、診療報酬が低く評価された方が患者負担が安くなるという問題が伴う。また、選定療養は、活用の有無や料金水準が病院の選択に委ねられているほか、診療報酬への上乗せとなる。

初診料・外来診療料	選定療養
<p>初診料 209点 外来診療料 54点</p> <p>【対象医療機関】</p> <p>① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設</p> <p>② 許可病床数が500床以上の全ての病院のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設</p>	<p>初再診において特別の料金を徴収</p> <p>【対象医療機関】 病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たもの</p> <p>【主な要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る(初診) ・ 病院が他の医療機関(200床未満)に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に限る(再診) ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く ・ 初再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示 <p>【設定状況(H26.7.1現在)】</p> <p>≪初診≫ 1,201施設 最高10,800円 最低210円 平均2,365円</p> <p>≪再診≫ 101施設 最高6,480円 最低210円 平均 962円</p>
<p>上記以外</p> <p>初診料 282点 外来診療料 73点</p>	

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

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者等
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担に係る関係法令

● 健康保険法（大正11年法律第70号）

（保険医療機関又は保険薬局の責務）

第70条（略）

3 保険医療機関のうち医療法第4条の2に規定する特定機能病院その他の病院であって厚生労働省令で定めるものは、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することその他の保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として厚生労働省令で定める措置を講ずるものとする。

● 保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号）

（一部負担金等の受領）

第5条（略）

3 保険医療機関のうち、医療法（昭和23年法律第205号）第4条第1項に規定する地域医療支援病院（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が500以上であるものに限る。）及び医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院であるものは、法第70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。

二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。） に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めると。
（厚生労働大臣の定める場合を除く。）

● 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年3月6日）（厚生労働省告示第107号）

第1の2 療担規則第5条第3項第2号及び療担基準第5条第3項第2号の厚生労働大臣の定める選定療養

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第2条第4号及び第5号に掲げるもの

第1の3 療担規則第5条第3項第2号及び療担基準第5条第3項第2号の厚生労働大臣の定める金額

一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第4号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額

（一） 医師である保険医による初診の場合 5000円

（二） 歯科医師である保険医による初診の場合 3000円

二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第5号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額

（一） 医師である保険医による再診の場合 2500円

（二） 歯科医師である保険医による再診の場合 1500円

第1の4 療担規則第5条第3項第2号及び療担基準第5条第3項第2号の厚生労働大臣の定める場合

一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第4号の初診にあつては、他の病院又は診療所からの文書による紹介がない患者に対して、療担規則第5条第3項第2号又は療担基準第5条第3項第2号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合

二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第5号の再診にあつては、他の病院（療担規則第5条第3項及び療担基準第5条第3項に規定する保険医療機関を除く。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に対して、療担規則第5条第3項第2号又は療担基準第5条第3項第2号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合

○ 紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方については、過去の医療保険部会において、以下のような案が議論されている。

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方の論点

○ 療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係をどうするか。

通常の療養

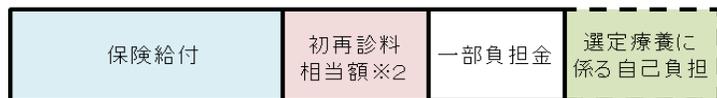
療養の給付に要する費用



※1 一部負担金相当分を除く

パターン1

初再診料相当分を定額負担として求める(この場合、初再診料相当分は給付しない)



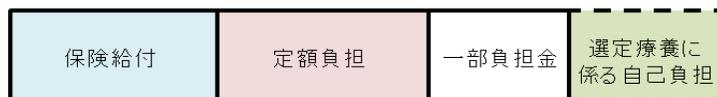
※2 3割負担の場合、初診:1974円、再診:511円が目安

【論点】

・定額負担の額として、患者の受診行動に与える効果が少ないのではないか。

パターン2

保険給付の範囲内で、一部負担金相当額に加え、新たな定額負担を求める



【論点】

・定額負担の額が、本来保険給付すべき額を上回った場合に、保険給付すべき額までを負担として求める「たけくらべ」の必要があり、事務が煩雑化するのではないか。

パターン3

定額負担を、療養の給付に要する費用の額に上乗せして求める



【論点】

・定額負担の導入が医療費の総額を膨らませることについて、合理的な説明は困難ではないか。

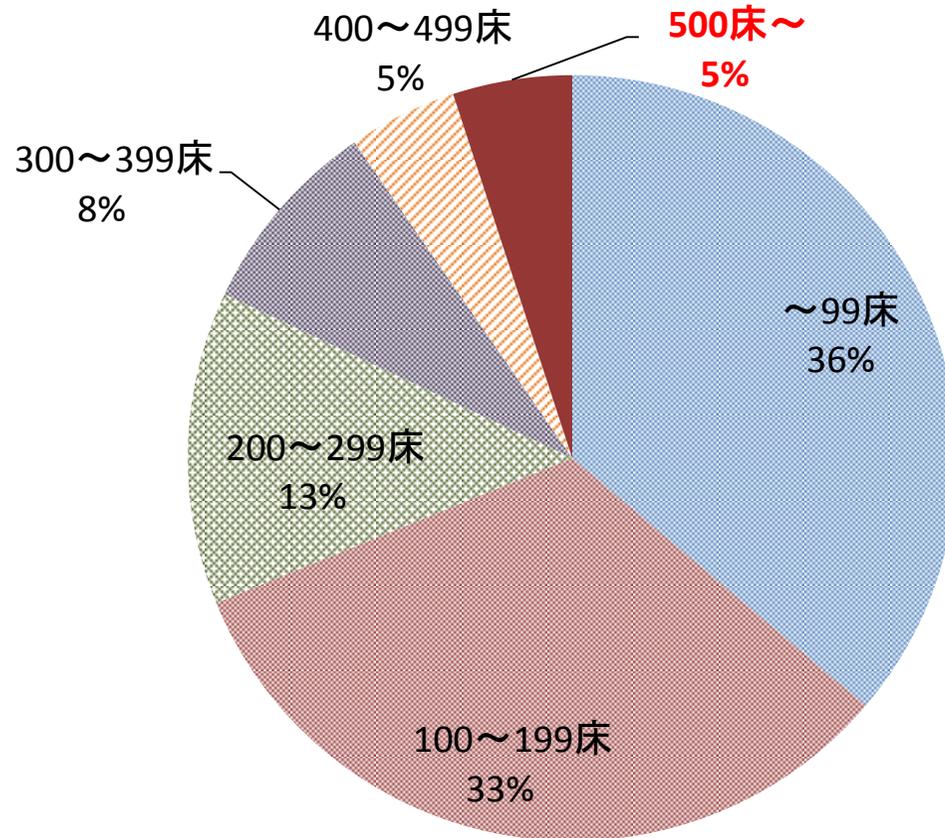
※パターン1～3の定額負担は、いずれも療養に要した費用の範囲内として整理。なお、定額負担を療養に要した費用の範囲の外に位置付けることは、法制的に困難。

特別な機能を有する病院等

	特定機能病院	地域医療支援病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	84 (平成28年9月1日時点)	515 (平成27年10月1日時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ <u>紹介率50%以上、逆紹介率40%以上</u>であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① <u>紹介率が80%以上</u> ② <u>紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上</u> ③ <u>紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上</u> ○ <u>原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設</u>を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。 <p>(出所)特定機能病院一覧、平成27年医療施設調査</p>

病床規模別病院数の割合

○ 全病院8480病院のうち、500床以上の病院は5%程度、200床以上の病院は31%程度を占める。



病床数	病院数
20~49床	942
50~99床	2127
100~149床	1429
150~199床	1338
200~299床	1121
300~399床	711
400~499床	387
500~599床	179
600~699床	106
700~799床	54
800~899床	31
900床以上	55
合計	8480

(出所) 平成27年医療施設調査

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の実施について(案)

1. 目的

平成28年度診療報酬改定の基本方針及び答申に当たっての中医協附帯意見を踏まえた調査項目について特別調査を実施し、検証部会における平成28年度診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

2. 調査の実施方法

特別調査は、外部委託により実施することとし、実施に当たっては、検証部会委員、関係学会等により構成された「調査検討委員会」を設置し、具体的な調査設計、調査票の作成及び集計・分析方法等の検討を行う。

3. 調査項目

以下に掲げる9項目について、「平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」として平成28年度及び平成29年度の2か年で実施することとし、うち、下線の5項目を平成28年度調査として実施し、それ以外の項目については、施設基準を新設するなど改定の効果が明らかになるまで一定程度の期間が必要であることから平成29年度調査とする。なお、平成28年度調査においても、改定による効果がより明らかになるように、経過措置のあるものについては原則としてその終了後に調査期間を設定する。

(1) (略)

(2) かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査

(3) ~ (9) (略)

4. スケジュール

平成28年度調査におけるスケジュールは次のとおり。

平成28年5月 検証部会、総会で調査項目の決定

6月 事務局において受託業者の調達、決定

7~9月 調査検討委員会で調査設計、調査票等の検討

→検証部会、総会で調査票の決定10~12月委託業者において調査実施(調査票の配付、回収、調査結果の集計及び分析)

平成29年1月~調査検討委員会で調査結果の検討→検証部会で調査結果を取りまとめた項目から順次、総会に報告

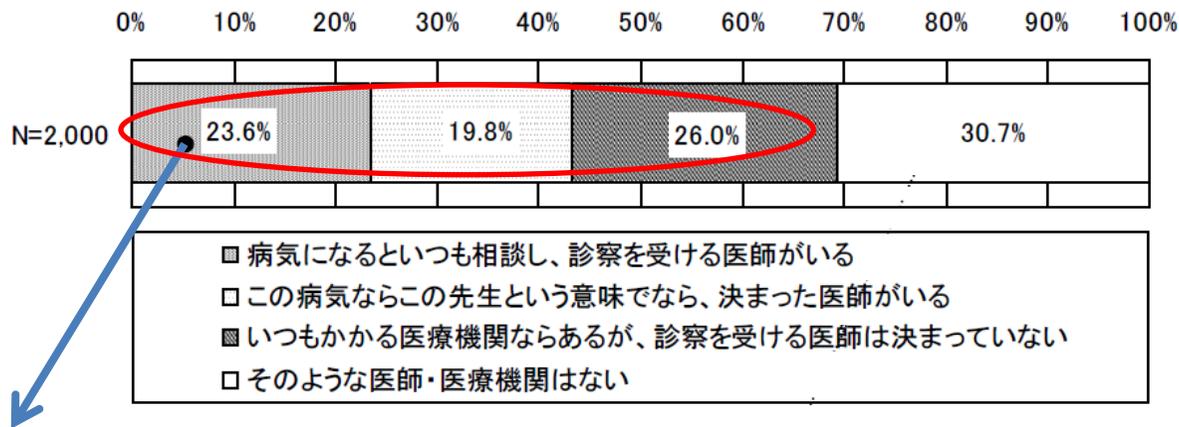
5. 調査分析手法等について(略)

日頃から健康相談や病気のとくに決まって受診している医師・医療機関の有無①

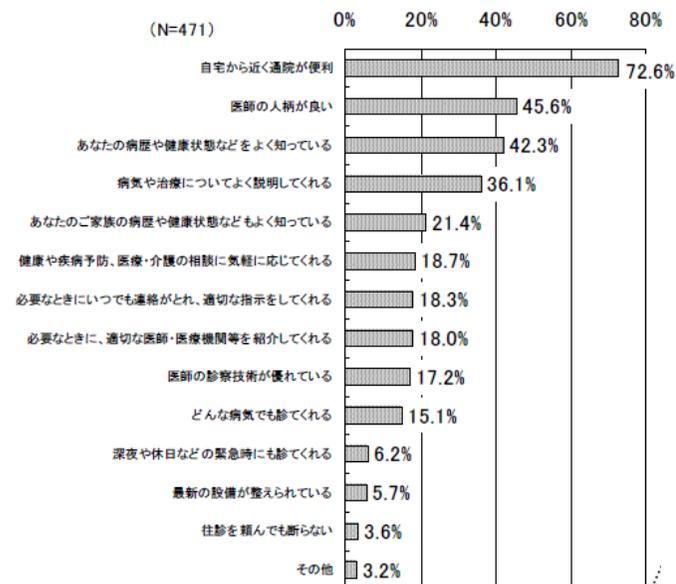
○ 「日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人」は69.4%に達している。

(平成23年11月17日健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査」)

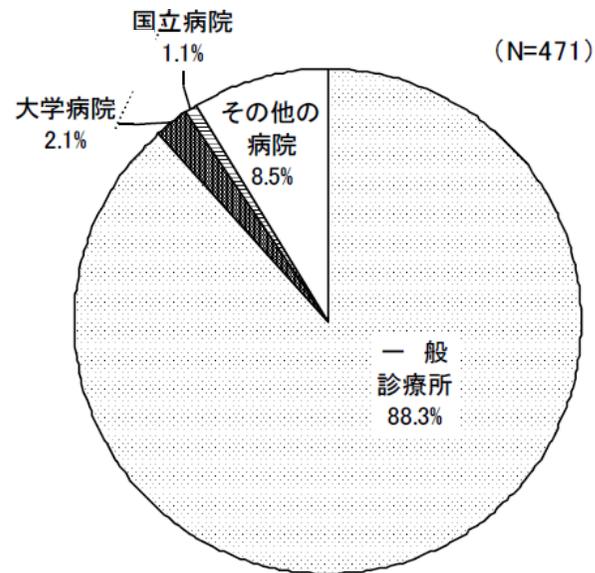
図表 2-2-11 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無



図表 2-2-12 その医師に決めた理由（複数回答）



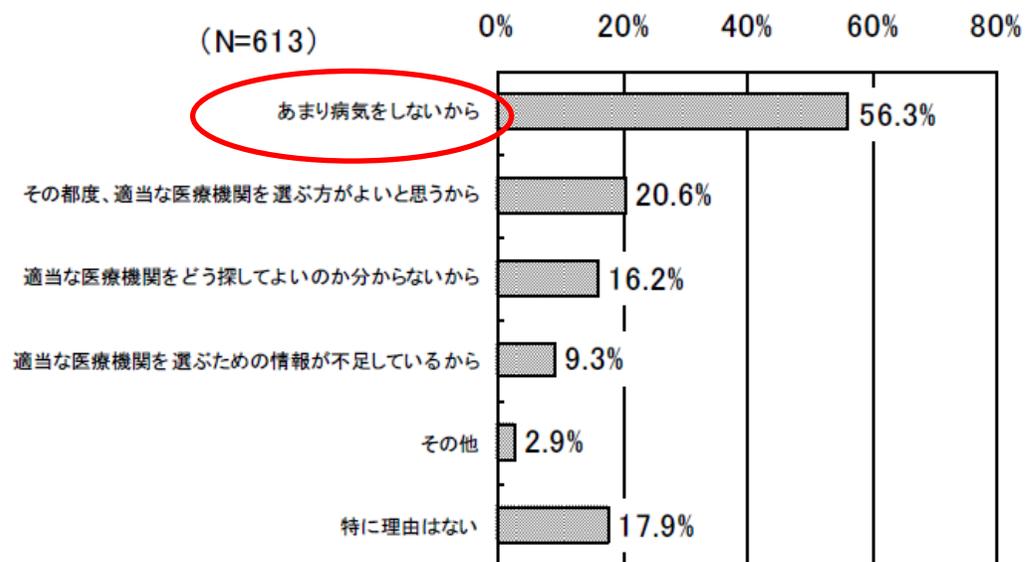
図表 2-2-13 その医師のいる医療機関



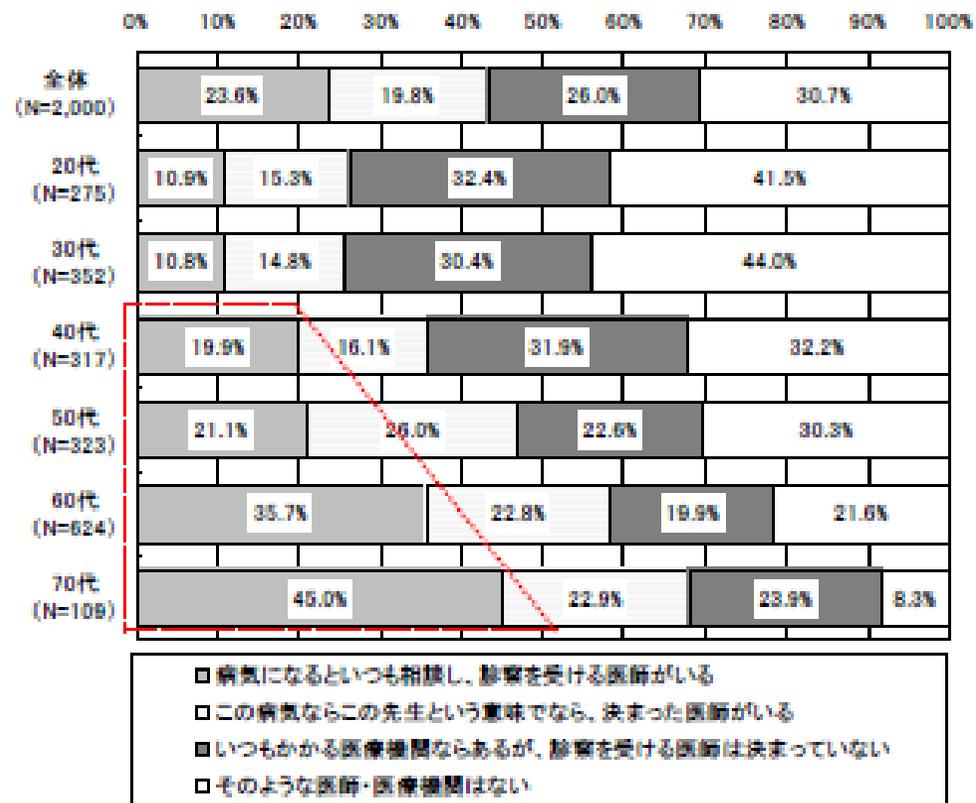
日頃から健康相談や病気のとくに決まって受診している医師・医療機関の有無②

○ 「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」は年齢階層が上がるとともに、その割合は増加する。（平成23年11月17日健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査」）

図表 2-2-14 決まった医師・医療機関をもたない理由（複数回答）



図表 2-2-15 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無；年齢階層別



「かかりつけ医」及び「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」(2013年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会)では、「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」について、以下のように説明されている。

「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、必要な時には専門医、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に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。