

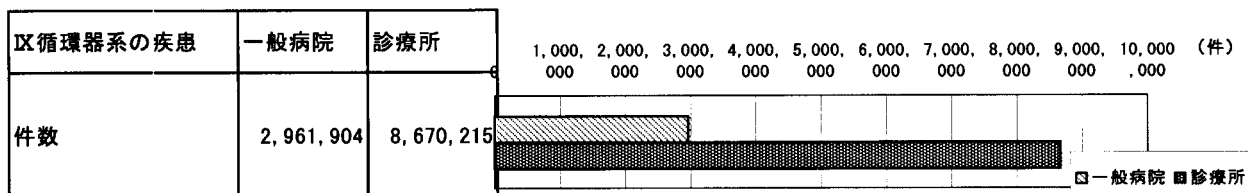
【参考】

「循環器系の疾患」（高血圧性疾患など）について、入院外の件数を見ると、一般病院が296万件、診療所が867万件であり、病院外来の件数は診療所外来の3分の1程度存在している。

1件当たり点数を比較すると投薬、注射の1件当たり点数は大きな違いが見られない。

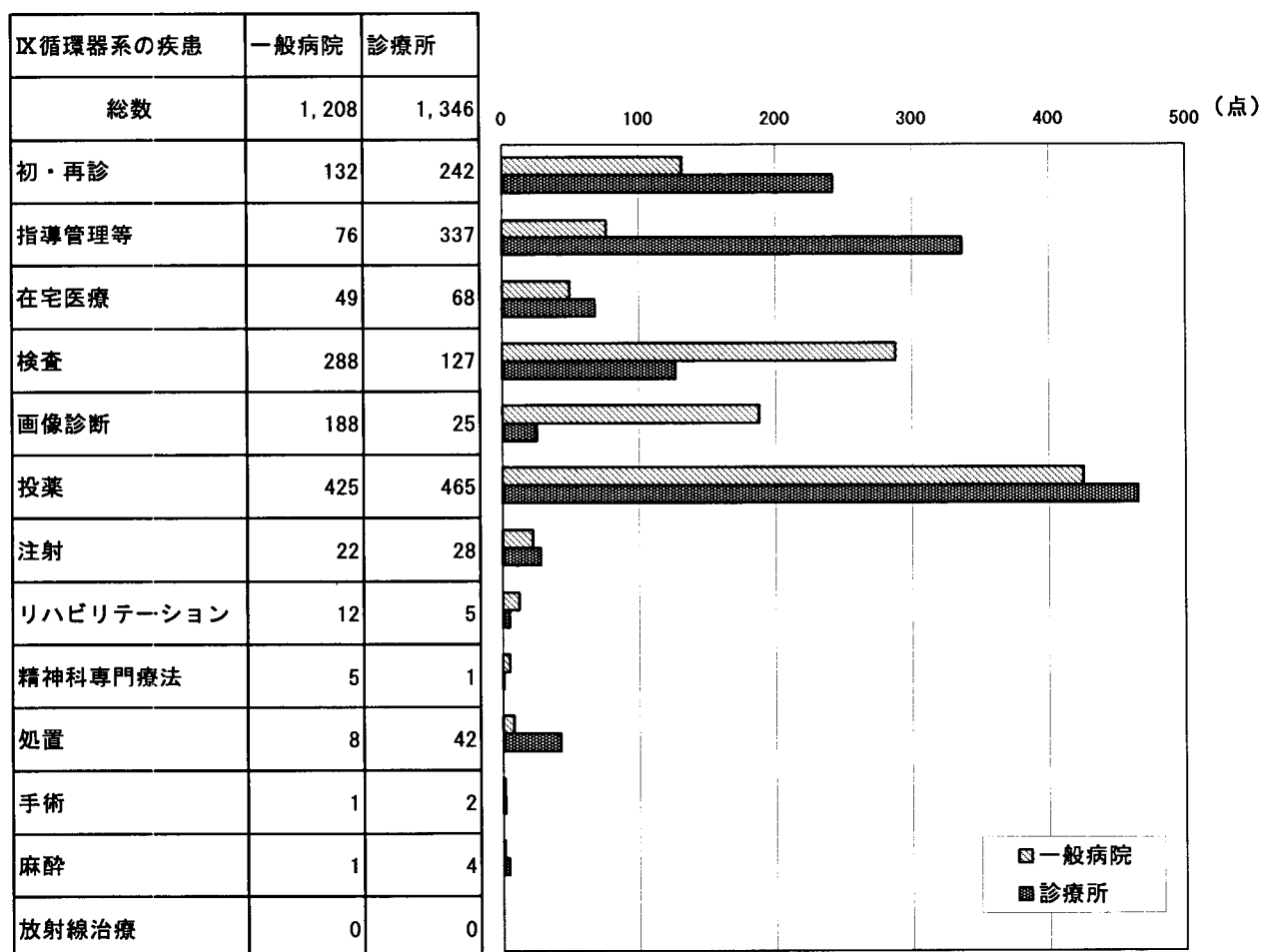
<「循環器系の疾患」（高血圧性疾患など）の入院外件数と1件当たり点数(一般病院・診療所別)>

図表：入院外の件数



(資料)厚生労働省「平成16年 社会医療診療行為別調査」より作成。

図表：入院外の1件あたり点数



(資料)厚生労働省「平成16年 社会医療診療行為別調査」より作成。

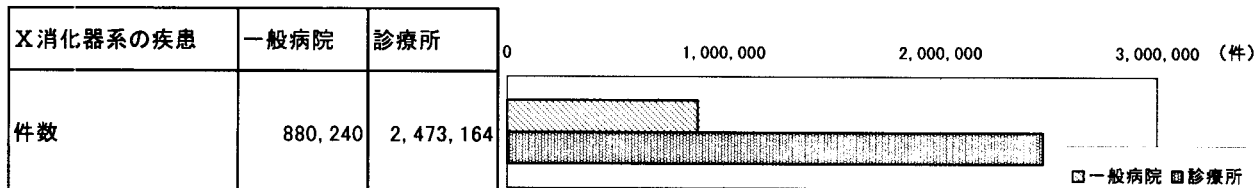
【参考】

「消化器系の疾患」について、入院外の件数を見ると、一般病院が88万件、診療所が247万件であり、病院外来の件数は診療所外来の3分の1程度存在している。

1件当たり点数を比較すると投薬の1件当たり点数は大きな違いが見られない。

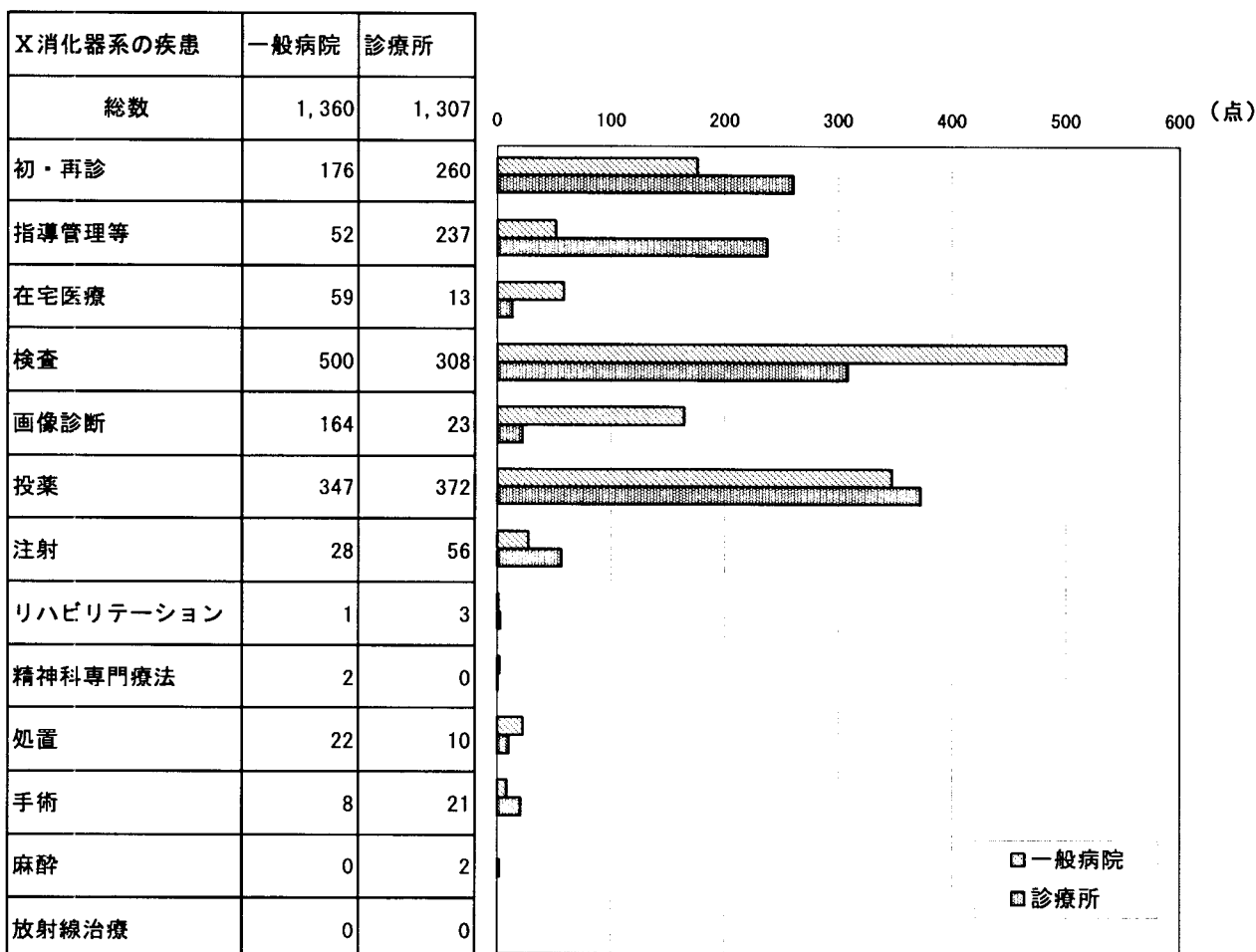
<「消化器系の疾患」の入院外件数と1件当たり点数(一般病院・診療所別)>

図表：入院外の件数



(資料)厚生労働省「平成16年 社会医療診療行為別調査」より作成。

図表：入院外の1件あたり点数



(資料)厚生労働省「平成16年 社会医療診療行為別調査」より作成。

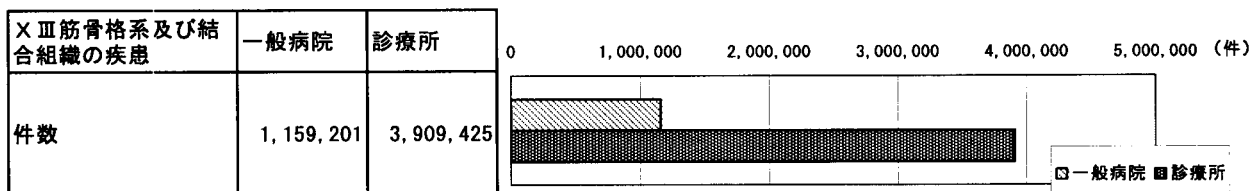
【参考】

「筋骨格系及び結合組織の疾患」について、入院外の件数を見ると、一般病院が116万件、診療所が391万件であり、病院外来の件数は診療所外来の3分の1程度存在している。

1件当たり点数を比較すると投薬、注射の1件当たり点数は大きな違いが見られない。

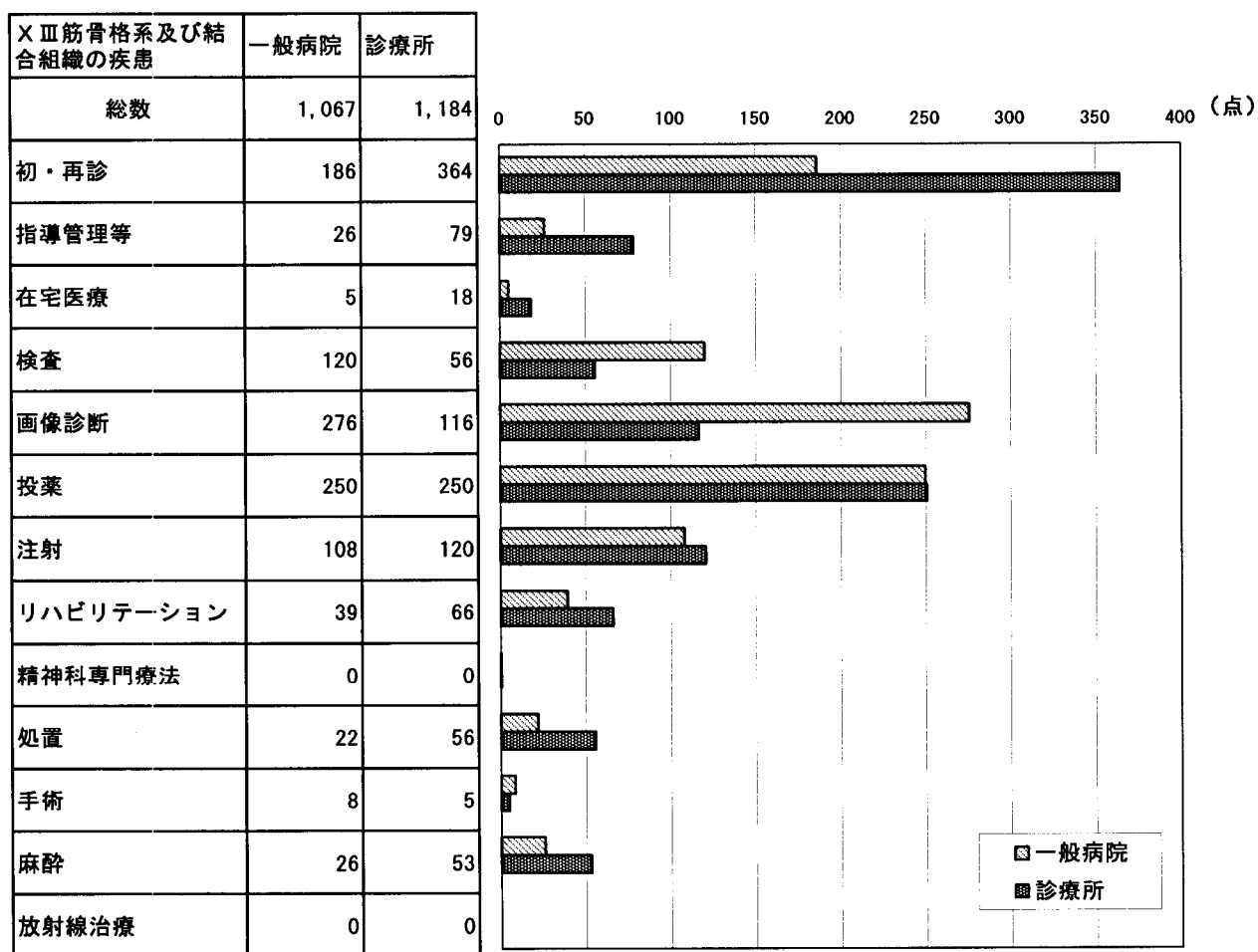
<「筋骨格系及び結合組織の疾患」の入院外件数と1件当たり点数(一般病院・診療所別)>

図表：入院外の件数



(資料)厚生労働省「平成16年 社会医療診療行為別調査」より作成。

図表：入院外の1件あたり点数



(資料)厚生労働省「平成16年 社会医療診療行為別調査」より作成。

（３）後期高齢者におけるかかりつけ医体制のあり方

後期高齢者を対象として、これまで述べてきたかかりつけ医の機能・役割を円滑に実現するためには、在宅医療を中心とするかかりつけ医体制を構築していく必要がある。具体的には以下の通り。

- ・後期高齢者は、原則として診療所の中からかかりつけ医を選ぶ
(病気になった場合には、最初にかかりつけ医を受診することを原則とする)
- ・かかりつけ医は以下のような役割を担う
 - －登録された後期高齢者の健康状態の把握と、健康上の相談への対応（例えば、健康づくりや保健指導、疾病予防、介護予防）
 - －診察、治療（専門医や病院への紹介を含む）
 - －リハビリテーションの指導
 - －ターミナルケアの対応と看取り
- ・かかりつけ医は、登録された後期高齢者が介護保険給付の対象となっても、そのサービス提供機関・施設と協力しながら、引き続き、かかりつけ医としての役割を果たす

（４）かかりつけ医の体制を強化することによる効果

後期高齢者におけるかかりつけ医の体制を強化することによって、以下のような効果が期待される。

- ・医療機関に対するフリーアクセス（「いつでも、誰でも、どこでも、どこへでも」）の中の、「どこへでも」をある程度制限することにより病診機能が明確になり、効率的な医療が提供される。その結果、真に医療を必要とする人に必要な医療が提供されるようになる
- ・高齢者の尊厳を重視した医療が実践され、QOLの向上がもたらされる
- ・後期高齢者における健康維持や疾病予防、保健指導、介護予防などに医師が大きな力を発揮して推進することができる
- ・日常の診察から、入院、退院、リハビリテーション、介護サービスに至るまで、継続的な医療が提供される

（５）平成15～17年度に実施された「かかりつけ医推進モデル事業」の概要

国民健康保険中央会では、平成15～17年度において、北海道・奈井江町、長野県・茅野市、神奈川県・伊勢原市をモデル地区として、「かかりつけ医推進モデル事業」を実施した。かかりつけ医のあり方を検討する上で、参考になるので、以下で各市町のモデル事業の概要を紹介する。

①北海道・奈井江町の事業

<北海道・奈井江町の概要>

人口：6,986人（うち65歳以上人口：2,106人）（2006年1月）

病院：奈井江町立国保病院（96床）

診療所：2ヶ所

歯科診療所：4ヶ所

北海道・奈井江町で実施された事業は以下の通りである。

- (1) 予防と医療の連携：健診情報の共有
 - ①生活習慣病、特に動脈硬化等予防対策ネットワーク事業
 - ②在宅診療・健康相談等サービスの充実
 - ③小児期からの生活習慣病予防事業
 - ④健康づくり応援団事業
 - ⑤運動指導事業

- (2) 診療所と病院の機能連携：地域における診療所・病院の連携体制の構築
 - ①病診連携推進事業
 - ②かかりつけ医機能を高めるための研修会の開催
 - ③歯科医師による訪問事業

モデル事業の効果は以下の通りである。

「(1) 予防と医療の連携：健診情報の共有について」

・医師と保健師の連携強化

地元医師と保健師との連携が、住民健診時の総合判定、健やか健診での事後指導、健康づくりアドバイスフロアでの運動指導票、健康づくり応援団での住民との懇談会などにより、さらに強化された。

・住民の自主的な健康づくり活動の動き

健康づくり応援団事業を通じての「健康づくりリーダー」を養成してきたなかで、今まで自分自身の健康観を振り返ることにとどまっていた状況が、参加者同士で健康について考え、交流する機会を持ったことにより、地域全体での健康づくりの必要性が認識されるようになり、自主的な活動が芽生えてきた。事業に参加した住民からは、

- ・最初は事業に参加するのが億劫だったが、参加したら知識が増えてよかった。今では近隣の人たちにレクチャーすることもある
- ・事業に参加したことで、外出の機会や知り合いが増えてよかった等の意見が寄せられている。

・家庭における健康意識の高まり

小児期からの生活習慣病予防事業による検診結果が、家庭内での健康意識拡大につながっており、さらには地域全体に広がってきた。子どもが「すこやか健診」を受けた家族からは、

- ・子どもが「すこやか健診」を受けてから、家族で健康のことを話す機会が増えた
- ・結果説明の時に丁寧にデータの見方を教えてくれたことがよかった
- ・悩みをよく聞いてもらい、相談にも親切に対応してくれた等の意見が寄せられている。

・運動意識の高まり

住民を対象としたアンケート結果によると、「健康のために日頃から心がけていること」のなかで、運動に対する意識が高まっている状況が見て取れる。その要因としては、モデル事業による運動指導事業への多数の参加とともに、運動サポーター養成や自主的活動の普及の成果などが考えられる。

・学校保健との連携強化

小児期からの生活習慣病予防事業を通じて、学校保健との連携が深まったことで、乳幼児期から思春期までの継続した健康づくりについて検討する体制が整備された。今後、さらに学校関係者と医療保健関係者の協働により、事業展開が進むものと期待される。

「(2) 診療所と病院の機能連携：地域における診療所・病院の連携体制の構築について」

・病診連携の深化

奈井江町立国保病院と診療所・歯科診療所の間における協力・連携関係が、開放型病床や検査・高度機器共同利用などの拡大、地域連携クリティカルパスの試行などを通して、さらに深まった。

また、開放型病床入院患者に対する在宅への円滑な移行のため、開業医師と病院在宅支援室が連携を深めたことにより、長期入院の是正等につながった。

②長野県・茅野市の事業

<長野県・茅野市の概要>

人口：56,747人（うち65歳以上人口：11,554人）（2005年10月）

病院：諏訪中央病院（362床）

診療所：30ヶ所

歯科診療所：20ヶ所

長野県・茅野市で実施された事業は以下の通りである。

(1) 予防と医療の連携：健診情報の共有

- ①病診情報共有化事業
- ②三師会との連携をもとにした健康づくり運動
- ③健康相談事業
- ④緑内障の健康相談
- ⑤地域の健康運動の活発化のための運動処方箋の普及
- ⑤-1 地域の健康運動(熟年体育大学)
- ⑥健康づくりのパートナーシップ事業

(2) 診療所と病院の機能連携：地域における診療所・病院の連携体制の構築

- ①診療所→病院→診療所のクリティカルパスの作成
- ②家庭医（かかりつけ医）及び病院勤務医の地域研修プログラム
- ③診療所と病院との患者情報の共有化
- ④家庭医（かかりつけ医）のための入院ベッドの確保
- ⑤家庭医（かかりつけ医）推進のための患者指導
- ⑥病院から診療所へ診療支援
- ⑦地域連携室の事業拡大
- ⑧開業医が連携した平日夜間の一次救急事業
- ⑨在宅医療の病診チーム医療
- ⑩医療材料・衛生材料の供給体制の連携
- ⑪診々連携事業
- ⑫病診・病病連携「安全のお産のネットワーク」

モデル事業の効果は以下の通りである。

「(1) 予防と医療の連携：健診情報の共有について」

・健康づくり運動の活発化

健康づくり運動が活発になった。諏訪中央病院の今まで行ってきた活動が後方にさがり、かかりつけ医が地域で主体的に健康づくりを行うようになった。

・実践的な活動の展開

今までの講演スタイルを減らし、医師と栄養士とか、医師と運動療法士とがペアを組んでレクチャーに加えて体を動かす実践スタイルを取り入れた。「役に立った、面白かった、これなら忘れない」などの声（成果）が出ている。

・運動処方箋の普及

運動処方箋の普及に取り組み、個々の状態に適した運動が行えるようにした。しかし、個人、個人の運動では継続が困難であるので、グループでの運動もすすめた。

・健康相談の充実

健康相談をかかりつけ医が自分の診療所の中でも丁寧に行うようにした。生活の注意や家族の指導も行われるようになって、市民のかかりつけ医に対する評価は上がった。

「(2) 診療所と病院の機能連携：地域における診療所・病院の連携体制の構築について」

・夜間の救急外来

夜間の救急外来をかかりつけ医が当番制で茅野市立のリバーサイドクリニックを利用して行うようになって、重い救急は諏訪中央病院、軽い救急は「時間外診療室」という分業ができ、感冒患者などの待ち時間が減った。

・地域連携クリティカルパス

診療所－病院－診療所の地域連携クリティカルパスができて、糖尿病や腰痛症など、地域の医療システムの中に、新しい流れができた。

・安全のお産のネットワーク

安全のお産のネットワークが構築され、クリニックで産前産後のフォローが行われるようになり、合併症などの予想されるお産は年間 50 例ほど、病院で行われるようになった。

・病院のベッドの確保

かかりつけ医を推進するためには、かかりつけ医にかかっている、いつでも必要な時は病院で検査ができ、入院ができる体制が必要と考え、病院のベッドを常時 4 床かかりつけ医のために確保した。これは住民の安心にもつながった。病院に軽い病気でもかかっている方が、入院が必要な時、安心と思っている住民が多い。診療所で診てもらっていても、いつでも入院できるとわかると、多くの住民が安心して診療所にかかるようになった。病診連携がやりやすくなった。

・紹介率の向上

病院は紹介率 30% を目標に数年努力してきたが、常に 26～28% 前後で 30% 達成が困難であった。小さな市で、一つしかない病院なので、平均在院日数を下げ、紹介率を上げるには、かかりつけ医の協力が必須である。この推進モデル事業によって、紹介率は 34～38% となり、急性期加算が取れる病院となった。

③神奈川県・伊勢原市の事業

<神奈川県・伊勢原市の概要>

人口：100,663人（うち65歳以上人口：15,350人）（2006年1月）

病院：東海大学医学部附属病院（1,133床）＝3次救急医療機関

伊勢原協同病院（413床）＝2次救急医療機関

伊勢原日向病院（204床）＝特例許可老人病院

診療所：44ヶ所

歯科診療所：47ヶ所

神奈川県・伊勢原市で実施された事業は以下の通りである。

- (1) 予防と医療の連携：予防を目的とした健診後指導システムの構築
 - ①かかりつけ医機能を生かした個別健康相談事業（ヘルスアップ支援モデル事業）
 - ②健康指導チームの活用事業
 - ③中高年健康づくり運動指導事業
 - ④磁気媒体を利用した健康管理システムの構築事業
 - ⑤歯の健康づくり推進事業
 - ⑥医療と保健・福祉の連携推進事業
 - ⑦健康教育の充実
 - ⑧地域における健康づくり・介護予防事業の推進
- (2) 診療所と病院の機能連携：地域における診療所・病院の連携体制の構築
 - ①病診連携等機能強化
 - ②患者紹介・逆紹介システム構築支援
 - ③開放病床等の運営強化
 - ④生活習慣病を中心としたクリティカルパス研究・検討とモデル的適用
 - ⑤医師及び医療技術者の研修会の開催
 - ⑥かかりつけ薬局の推進事業
- (3) 伊勢原市独自の取り組み：安心して安全な在宅生活の支援システムの構築
 - ①安定・継続した在宅療養生活の支援事業
 - ②在宅におけるターミナルケアへの支援事業
 - ③市民ボランティア「ヘルスマイト」を中心とした住民活動の推進

モデル事業の効果は以下の通りである。

「(1) 予防と医療の連携：予防を目的とした健診後指導システムの構築について」

・専門職の意識の向上

保健師、栄養士等の専門職がモデル事業に参画し、事業を企画・運営することにより、事業企画力・運営力が高まるとともに、市民の健康づくりに対する主体性・意識が高まった。

・行政と医療機関・関係者との連携強化

医療機関等に対する管理・監督権を持たない市町村において、モデル事業の構築・実施という共通の目的に対する協力・連携体制が構築できた。モデル事業の推進委員会だけではなく、「予防と医療の作業部会」「病診連携の作業部会」「情報提供の作業部会」

「在宅医療の作業部会」などの場で、市内の関係者が頻繁に集まって意見交換を重ねたことは貴重な経験だった。モデル事業に参加した関係者の多くから、このような機会を継続してほしいという要望が出されている。

「(2) 診療所と病院の機能連携：地域における診療所・病院の連携体制の構築について」

- ・三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）をはじめとする、関連機関の積極的な関与
三師会会長をはじめとする関係機関の長およびその構成員、保健・医療関係者や市民代表等で構成する推進組織（推進委員会・調整会議・作業部会）が機能し、事業の推進が図られたことにより、お互いの連携が深まった。
- ・東海大学病院と伊勢原協同病院の連携促進
推進委員会や作業部会等での情報交換などを通じて、両病院の窓口となる医師等が積極的なリーダーシップを発揮して、病病連携が推進された。
- ・新たな連携、ネットワークの構築
推進委員会、調整会議、作業部会などを通じて、保健、医療、福祉の関係者による意見交換、情報交換が活発に行われ、それが事業構築にも活かされたことにより、「顔の見える連携づくり」が進展した。

（6）留意事項

かかりつけ医の体制づくりを考える上では、地域によって診療所と病院の配置の状況が異なることにも配慮すべきである。基本的には診療所従事医（開設医ないし勤務医）をかかりつけ医とすべきであるが、大都市以外では、近隣にそのような施設がない場合が少なくない。その場合には、病院従事医をかかりつけ医とするなどの配慮が必要である。

いずれにせよ、このような配慮も含めて、早急に地域ごとに開業医と病院の連携が進むよう「地区詳細医療配置計画」を作成するなどして、プライマリ・ケアの位置づけを地域ごとに明確に打ち出す必要がある。

2. かかりつけ医の報酬体系のあり方

「1.」で述べたような、後期高齢者におけるかかりつけ医体制の強化に対応して、それにふさわしい報酬体系の新設も検討すべきである。

上述した、かかりつけ医の6つの機能は、診療行為の枠組みにはおさまらないものが多く含まれている。従って、6つの機能に対する報酬は、「診療行為×点数」という枠組みではない、新たな報酬体系の導入が必要となる。諸外国の例を参考にすると、登録された住民の数に応じてかかりつけ医に報酬が支払われるような報酬体系の導入を検討することが求められる。かかりつけ医には、登録された後期高齢者の人数に応じて、1人当たり一定額の報酬を給付することが考えられる。そうすると、現行の出来高払い中心の報酬体系は、出来高払いと上記定額払いを併用する体系となる。

診療については、これまで同様、出来高払いであるが、出来高払いの部分についても、例えば、かかりつけ医の紹介があって病院にかかる場合と、そうした紹介がなくいきなり病院にかかる場合で患者の自己負担額に差を設けるなど、病院外来からかかりつけ医に患者を誘導するような施策を講じる必要があると考えられる。

ヒアリングに訪問したイギリス・デンマーク・オランダでは、かかりつけ医の活動に対応して、医療報酬において定額払い報酬が導入されている。もちろん、医療報酬全てが定額払いというわけではなく出来高払いとの併用であり、一定程度の割合が定額払いになっている。

(→各国の制度の概要は次ページ以降の通り。)

イギリスにおけるかかりつけ医の制度とかかりつけ医の報酬（概要）	
<p>かかりつけ医の制度</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての住民に対して、原則無料で、包括的なサービス（予防やリハビリサービス等を含む）を税財源で提供している。 ・イングランドで約 300（150 に削減予定）の PCT (Primary Care Trust) が、地域における保健医療事業の計画立案と事業委託を実施。一つの PCT は現在、平均して人口 14 万人をカバーしている。 ・住民は、予め登録した診療所で診療を受け（プライマリ・ケア）、必要に応じて診療所の紹介の下に病院の専門医を受診する（セカンダリ・ケア）。 ・住民は、診療所の登録と変更を自由に行うことができる。 ・3人の医師の診療所で 5,800 人の登録が全国平均（ヒアリング結果）。（診療所が受け持つことのできる住民数に上限はない。）
<p>かかりつけ医の報酬</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医の報酬体系（2004 年以降）は次の三つからなる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括報酬（global sum） <p>登録住民の年齢別性別医療ニーズに応じた定額払い報酬。地域や登録患者の特殊事情も加味される。診療所の維持費、各種検診、簡単な外科的処置、時間外診療なども含めた額が支払われるが、時間外診療等を引き受けない選択も可能で、その場合はその分報酬が差し引かれる。</p> ・ 追加サービス（選択制）（enhanced services） <p>診療所が選んで特別なサービスを提供すると報酬が追加される。</p> ・ Quality and Outcome Framework <p>10 の疾病グループ毎に標準的な目標を設定。目標を達成すれば成果報酬が支払われる。また、診療所の運営や質の高いサービスに対しても成果が評価される。</p> ・ かかりつけ医の報酬の約 50% は、Quality and Outcome Framework に基づいて支払われている（global sum は約 30%、enhanced service は約 20% の比率）。Quality and Outcome Framework の導入により、かかりつけ医の報酬は 2004 年以降、平均して 30% 程度増加した。（ヒアリング結果）

デンマークにおけるかかりつけ医の制度とかかりつけ医の報酬（概要）	
かかりつけ医の制度	<ul style="list-style-type: none"> ・全てのデンマーク住民は公的医療が保障されている。（16歳以上の住民は、グループ1になるか、グループ2になるかを選択する。） ・グループ1に属する個人（とその子供）は： <ul style="list-style-type: none"> ・自宅から10キロ以内（コペンハーゲン地域は5キロ以内）で開業しているかかりつけ医（一般開業医＝家庭医）に登録する。このかかりつけ医から一般的な病気予防、診断、治療サービスを無料で提供してもらえる。 ・自分の登録するかかりつけ医の紹介があった場合だけ、専門医や病院の治療を受けることができる。（しかし耳鼻咽喉科や眼科の専門医には紹介がなくても診療を受けることができる） ・6ヵ月ごとにかかりつけ医を変えてもよい（変える人はほとんどいない。） ・ほぼ全ての国民がグループ1。 ・グループ2の個人（とその子供）は： <ul style="list-style-type: none"> ・どの医師にかかってもよく、かかりつけ医の紹介がなくても専門医にかかることができるが、病院治療以外のすべてのサービス料金の一部を支払わなければならない。 ・グループ2を選択する人は人口のわずか1～2%にすぎない。追加費用がかかることと、一般に紹介制度が充実していることがその一因となっている。
かかりつけ医の報酬	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医の報酬は、登録される住民数に基づく定額払い報酬（ベーシックフィー）と診療ごとの料金（サービスフィー）を組み合わせた支払い方式をとっている。その単価や労働条件は、県連合会と医師会（家庭医師会）の一元的な交渉による協約に基づく。 ・かかりつけ医の収入の4分の1がベーシックフィー、4分の3がサービスフィー。

オランダにおけるかかりつけ医の制度とかかりつけ医の報酬（概要）	
かかりつけ医の制度	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医としての登録は強制的なもので、専門医などの登録との重複登録はできない。 ・オランダに住むほぼ全ての人が自分のかかりつけ医を決めている。 ・救急（交通事故で骨折したケースなど）を除き、患者はまずかかりつけ医を受診する必要がある。そうでない場合には専門医の診療に対して保険から費用が賄われない（ことがある）。夜中の子どもの急病の場合でもまずかかりつけ医を受診する。
かかりつけ医の報酬	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医の報酬のうち60%は定額払い、40%が出来高払いである。 ・定額払い部分は、患者一人当たり52ユーロ/年。 ・出来高部分は、20分以内の診察9ユーロ、電話での相談4.5ユーロ、Eメールでの相談4.5ユーロなど。 ・常勤換算かかりつけ医一人当たり平均2,300人の患者を抱える。

フランスにおける主治医の制度と主治医の報酬（概要）	
主治医の制度	<ul style="list-style-type: none"> ・国民皆保険の原則の下、患者は医師および医療機関選択の自由が与えられており、医師は出来高払いによる診療報酬と自由開業制による医療活動の自由が認められている。 ・主治医の制度は2004年から導入されている。2004年8月に新しい法律が制定され、2006年1月から実施された。主治医にかからない場合には医療保険制度の償還率を70%から60%に引き下げられる。ただし、医師選択の自由は確保されている。 ・主治医には、一般医だけでなく専門医もなれるが、実際には主治医の98%は一般医から選ばれている。疾病保険金庫に届け出ることによって主治医となる。 ・医師の指示に基づいて病院に行くのが大原則である。
主治医の報酬	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医が行なう医療行為に対する診療報酬は疾病金庫と医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金による出来高払いである。 ・主治医の制度により、主治医にはサービスのコーディネイト代として40ユーロ/年を支払うことになったが、基準日（誕生日）前に主治医を変えられてしまうと支払いを受けることができないなどの問題があり、現実には機能していない。

3. 補論

かかりつけ医の体制づくりを具体化するに際しては、以下のようなポイントを検討する必要がある。

<かかりつけ医の選択に関するポイント>

- ・ 選択のためのリストの提示
- ・ 選択の地理的範囲
- ・ 医師側の拒否の可否

など

<かかりつけ医の確保に関するポイント>

- ・ かかりつけ医の条件設定
- ・ かかりつけ医の研修に関する手続き

など

<かかりつけ医の業務に関するポイント>

- ・ かかりつけ医の業務範囲
- ・ 受け持ちの患者が入院する場合の手続きとコスト負担
- ・ 終末期医療の取り扱い

など

<かかりつけ医の変更に関するポイント>

- ・ かかりつけ医の変更時期
- ・ かかりつけ医の変更手続き

など

<かかりつけ医の死亡等にかかる手続きのポイント>

- ・ かかりつけ医が診療不能となった場合の手続き

など

<かかりつけ医の研修に関するポイント>

- ・ かかりつけ医が受けるべき研修
- ・ かかりつけ医の取り消し

など

<かかりつけ医の広告に関するポイント>

- ・ かかりつけ医が広告できる内容
- ・ 虚偽広告が発覚した場合の手続き

など

<病院・専門医の対応に関するポイント>

- ・病院・専門医の義務
- ・病院・専門医の報酬（額と支払い手続き）

など

<かかりつけ医の報酬に関するポイント>

- ・定額払い報酬の設定
- ・サービス提供に基づく出来高払い報酬の設定・出来高部分の見直し
- ・定額払い部分と出来高払い部分のバランスなど
- ・報酬の設定主体（第三者機関の設置など）

など