

日本医療マネジメント学会の紹介

特定非営利活動法人日本医療マネジメント学会
理事長 宮崎 久義

2022年度 地域連携分科会（Web開催）
2023.2.18（土）

日本医療マネジメント学会の基本理念



クリティカルパス

医療連携

医療安全

電子診療録

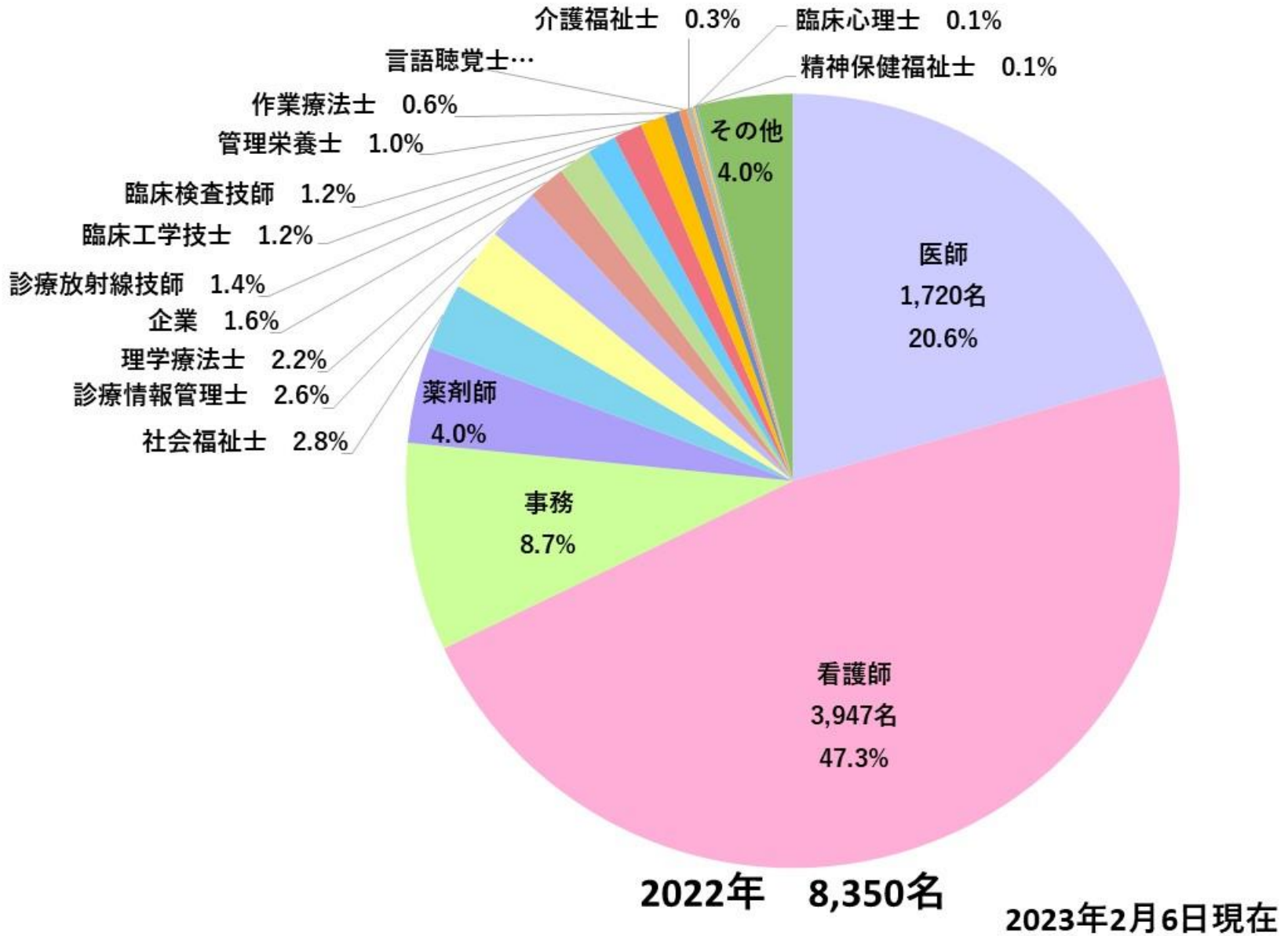
原価計算

.....



医療現場からの情報発信

職種内訳



『病院医療の展望』

～「パンデミック・災害とBCP」から
「求められる医療」へ～



第25回 日本医療マネジメント学会 学術総会

The 25th Annual Meeting of the Japan Society for Health Care Management

2023年(令和5年)6月23日(金)▷24日(土)

パシフィコ横浜

山本 登 横浜メディカルグループ 菊名記念病院 理事長

講演募集期間

2022.12.1 ▶ 2023.1.31

早期参加費受付期間

2022.12.1 ▶ 2023.5.19

招待講演1



「人生10年制時代を目指す
～たかしく楽しい仕事づくり～」(要)
慶応大学大学院
スポーツ健康科学研究科
兼任准教授

谷本 道哉

招待講演2



「僕が「百歳から生きる」世界へ
～学問の最前線～」
日本学術協会研究開発機構
(JAXA) 名誉教授

的川 泰宣

招待講演3



「国境上野動物園におけるジャイアント
パンダの飼育と繁殖について」
照屋上野動物園 園長

福田 豊

市民公開講座



「疫学診断学(要)」
国立科学博物館 副館長・研究調査役
標本資料センター・コレクションディレクター
分子生物多様性研究資料センター・センター長

真鍋 真

学術総会事務局 横浜メディカルグループ 菊名記念病院法人本部内

Tel: 045-334-3333 / FAX: 045-334-0026
Email: jhm2023@mhny.jp

日本コンベンションサービス株式会社 東北支社

Tel: 02-2720-3311 / FAX: 02-2720-1179
Email: jhm2023@convention.co.jp

分科会等の開催

地域連携分科会(2000～)

医療安全分科会(2001～)

医療福祉連携講習会(2010～)

医師事務作業補助者指導者養成講習会
(2014～)

地域連携分科会

地域連携委員会委員長 武藤正樹

参加人数	会 期	テ ー マ	
第1回	2000年7月29日 (土)	医療連携の実際	210名
第2回	2000年12月2日 (土)	医療連携の実際	239名
第3回	2001年5月12日 (土)	大学附属病院,地域医療連携支援病院の地域との医療連携	212名
第4回	2001年9月1日 (土)	急性期病院の外来と医療連携	219名
第5回	2001年12月1日 (土)	急性期病院の外来と医療連携 (Ⅱ)	251名
第6回	2002年3月30日 (土)	急性期病院と外来分離	235名
第7回	2002年9月14日 (土)	疾病別連携	144名
第8回	2003年3月29日 (土)	地域医療支援病院の現状と課題	215名
第9回	2003年9月13日 (土)	地域医療支援病院と外来分離－現状と課題－	192名
第10回	2004年9月25日 (土)	地域医療支援病院と逆紹介	206名
第11回	2005年9月10日 (土)	疾病別連携と連携クリティカルパス	174名
第12回	2008年10月18日 (土)	医療計画を理解する ～これからの地域医療連携の展望と課題	149名
第13回	2009年11月21日 (土)	医療連携における薬剤情報ならびに物流を考える	73名
第14回	2010年11月20日 (土)	効果的な地域医療連携を進めるために	134名
第15回	2012年2月18日 (土)	地域連携と医療計画の見直し ～急性期から在宅まで切れ目のない連携を目指して～	173名
第16回	2013年2月9日 (土)	医療と介護の連携～社会保障と税の一体改革へ向けて～	150名
第17回	2014年2月22日 (土)	2014年診療報酬改定と地域連携	183名
第18回	2015年2月21日 (土)	地域包括ケアと介護報酬改定	209名
第19回	2016年2月6日 (土)	2016年診療報酬改定と地域連携	197名
第20回	2017年2月18日 (土)	診療報酬改定と地域連携	197名
第21回	2018年2月17日 (土)	同時改定と地域連携	197名
第22回	2019年2月2日 (土)	同時改定を振り返り、医療機能の分化・連携を考える	107名
第23回	2020年2月15日 (土)	地域医療連携推進法人と2020年診療報酬改定	
第24回	2023年2月18日 (土)	2024年に始まる連携新時代(WEB開催)	

医療福祉連携講習会(実行委員長 野村一俊)

医療福祉連携講習会

共通科目：2クール 4日間

医療系科目
福祉系科目 } 各1クール 2日間 合計6日間

課題講習 合計5クール10日間

実習 6時間 6回

医療福祉連携士 認定試験 (認定委員会委員長 大久保一郎)

第1回	2011年3月5日(土)	87名合格
第2回	2012年3月3日(土)	60名合格
第3回	2013年3月2日(土)	59名合格
第4回	2014年3月1日(土)	63名合格
第5回	2015年3月7日(土)	53名合格
第6回	2016年3月5日(土)	34名合格
第7回	2017年3月4日(土)	61名合格
第8回	2018年3月3日(土)	68名合格
第9回	2019年3月2日(土)	50名合格
第10回	2022年5月21日(土)	27名合格
第11回	2022年5月21日(土)	35名合格

計 597名

受講生分布図



- 第1期生(2010年度)
- 第6期生(2015年度)
- 第2期生(2011年度)
- 第7期生(2016年度)
- 第3期生(2012年度)
- 第8期生(2017年度)
- 第4期生(2013年度)
- 第9期生(2018年度)
- 第5期生(2014年度)
- 第10期生(2019年度)
- ▲ 第11期生(2021年度)



商標登録証
(CERTIFICATE OF TRADEMARK REGISTRATION)

登録第5347847号
(REGISTRATION NUMBER)

商標 (THE MARK) (標準文字)

医療福祉連携士

指定商品又は指定役務並びに商品及び役務の区分 (LIST OF GOODS AND SERVICES)

第41類 医療・福祉の分野に関する技能の認定、医療機関（医師、看護師、事務スタッフを含む）及び患者との間で在宅医療・訪問診療を調整するための技能の認定、健康・医療・福祉に関する知識の教授、医療・福祉に関するセミナー・講習会・研究会の企画・運営・開催、電子出版物の提供、図書及び記録の供覧、医療・福祉に関する放送番組の制作、医療・福祉に関する教育用ビデオ・CD・DVDの制作（映画・放送番組・広告用のものを除く。）、レコード又は録音済み磁気テープの貸与、録画済み磁気テープの貸与

商標権者 (OWNER OF THE TRADEMARK RIGHT)

熊本市花畑町1番1号三井生命熊本ビル

特定非営利活動法人日本医療マネジメント学会

出願番号 (APPLICATION NUMBER) 商願2009-076098

出願年月日 (FILING DATE) 平成21年10月7日 (October 7, 2009)

この商標は、登録するものと確定し、商標原簿に登録されたことを証する。
(THIS IS TO CERTIFY THAT THE TRADEMARK IS REGISTERED ON THE REGISTER OF THE JAPAN PATENT OFFICE.)

平成22年8月27日 (August 27, 2010)

特許庁長官 (COMMISSIONER, JAPAN PATENT OFFICE)

岩井良行



Community Healthcare Coordinator

医療福祉連携士
認定証

医療福祉連携士に認定する

認定番号 第 号
認定期間 自 2019年 4月 1日
至 2024年 3月31日

2019年4月1日

特定非営利活動法人
日本医療マネジメント学会

理事長 宮崎久義



本認定は2019年4月1日
医療福祉連携士名簿に登録した

医療福祉連携士認定委員会

委員長 大久保一郎





特定非営利活動法人
日本医療マネジメント学会
2023年2月13日更新

第25回日本医療マネジメント学会学術総会は、会長：横浜メディカルグループ

訪問者数

01991326

第25回日本医療マネジメント学会学術総会
会長：横浜メディカルグループ 菊名記念病院 理事長 山本 登
会期：2023年6月23日(金)～24日(土)
会場：パシフィコ横浜

【2007年6月21日 日本学術会議協力学術研究団体に指定されました。】

TOPページ

学会について

入会案内

会員マイページ

各種事務手続き

年会費納入について

学会雑誌

News Letter

支部学術集会

分科会・セミナー

学会カレンダー

学会監修書籍

医療福祉連携士

CPライブラリー

医療安全リンク

関連リンク

Q and A 集

【更新履歴】

2023年1月10日の更新

- [第25回熊本支部学術集会専用ホームページをリンク](#)
- [公益財団法人日本医療機能評価機構 医療安全情報\[no190\]をリンク](#)
膀胱留置カテーテルの接続口の選択間違い
- [公益財団法人日本医療機能評価機構 医療安全情報\[no191\]をリンク](#)
容器の取り違いによる高濃度のアドレナリンの局所注射
- [公益財団法人日本医療機能評価機構 医療安全情報\[no192\]をリンク](#)
医療関連機器による圧迫創傷

2022年12月2日の更新

- [第10回群馬県支部学術集会開催案内の掲載](#)
- [第17回和歌山支部学術集会開催案内の掲載](#)
- [第22回長崎支部学術集会開催案内の掲載](#)
- [第21回千葉支部学術集会開催案内の掲載](#)
- [第22回神奈川県支部学術集会開催案内の掲載](#)
- [第20回香川支部学術集会開催案内の掲載](#)
- [第25回熊本支部学術集会開催案内の掲載](#)
- [第22回福井県支部学術集会開催案内の掲載](#)
- [第21回九州・山口連合大会開催案内の掲載](#)
- [第23回大分県支部学術集会開催案内の更新](#)
- [第21回福岡支部学術集会開催案内の更新](#)
- [第15回大阪支部学術集会専用ホームページをリンク](#)
- [2022年度 地域連携分科会案内の掲載](#)
- [日本医療マネジメント学会雑誌第23巻3号の目次、論文要旨を掲載](#)
- [NewsLetter No.89 \(2022.12.1\)の掲載](#)

2022年9月21日の更新

- [第14回宮城県支部学術集会開催案内の更新](#)

2022年9月14日の更新

- [第21回北海道支部学術集会専用ホームページをリンク](#)

学会情報は
ホームページから

紹介受診重点病院とかかりつけ医



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

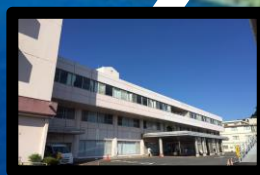
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次

- パート 1
 - 外来医療の現状
- パート 2
 - 外来医療改革
- パート 3
 - 紹介受診重点病院
- パート 4
 - かかりつけ医機能の制度整備



パート1 外来医療の現状



入院・外来患者数 (2019年患者調査)

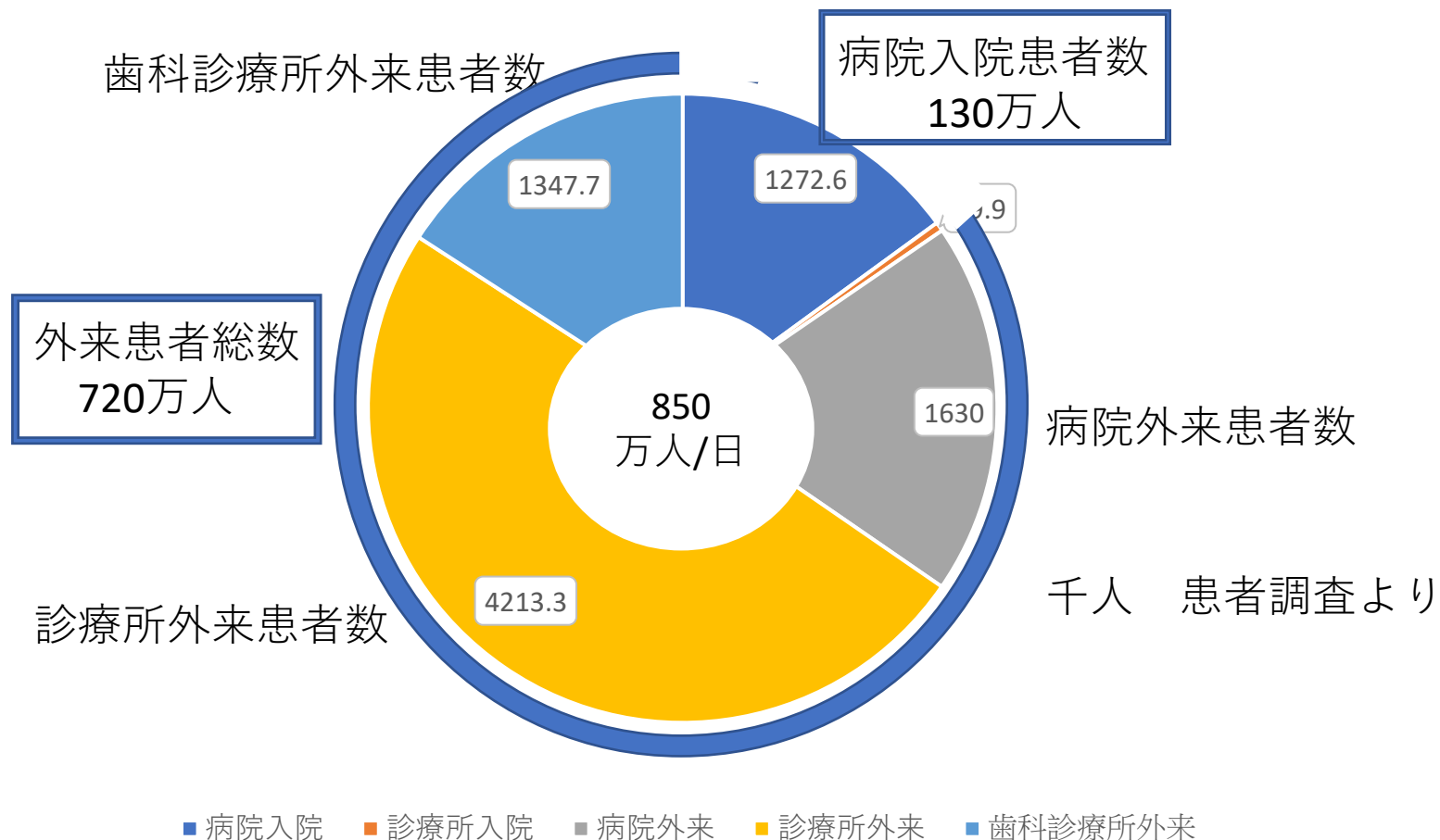
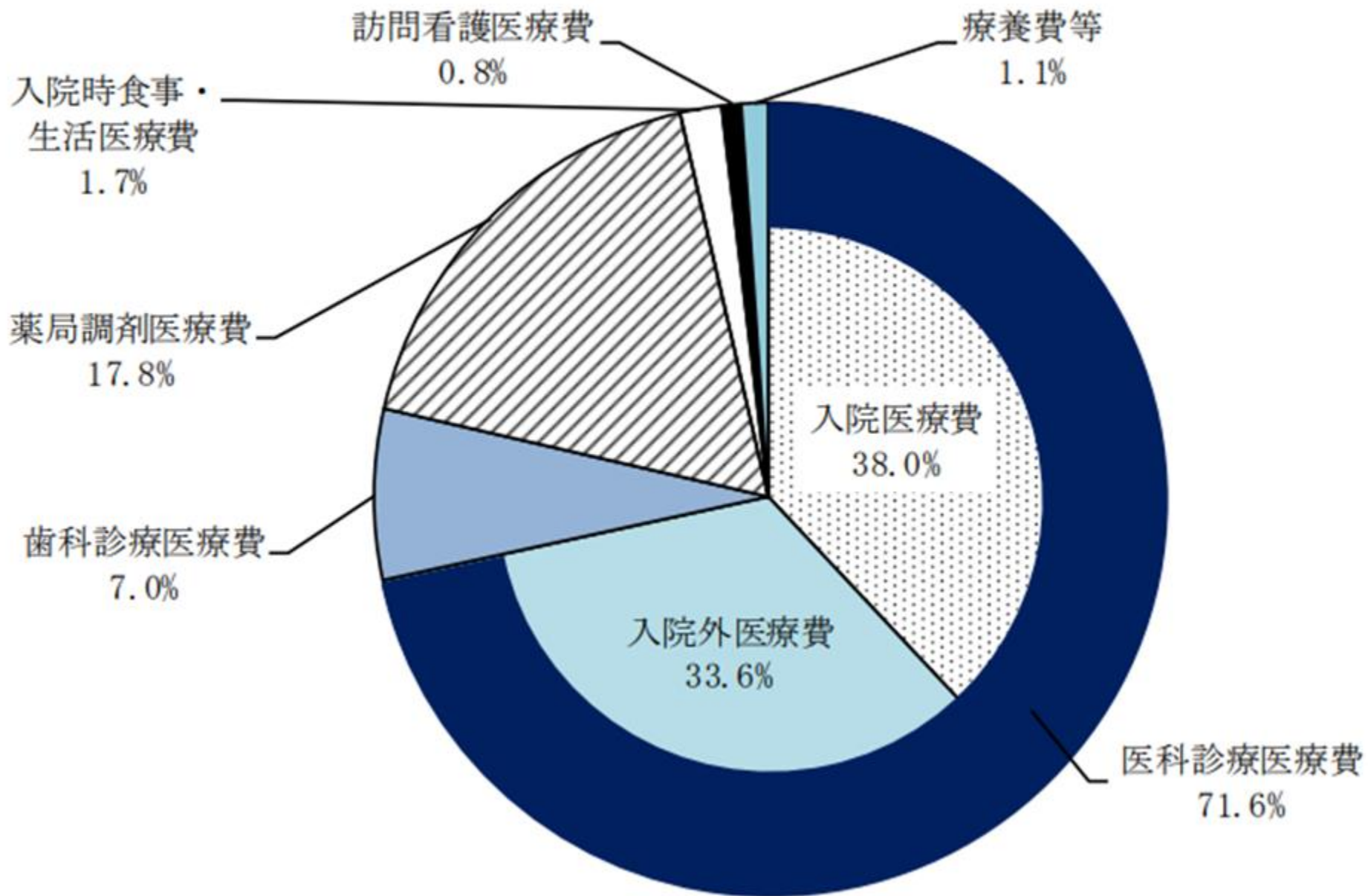


図2 診療種類別国民医療費構成割合

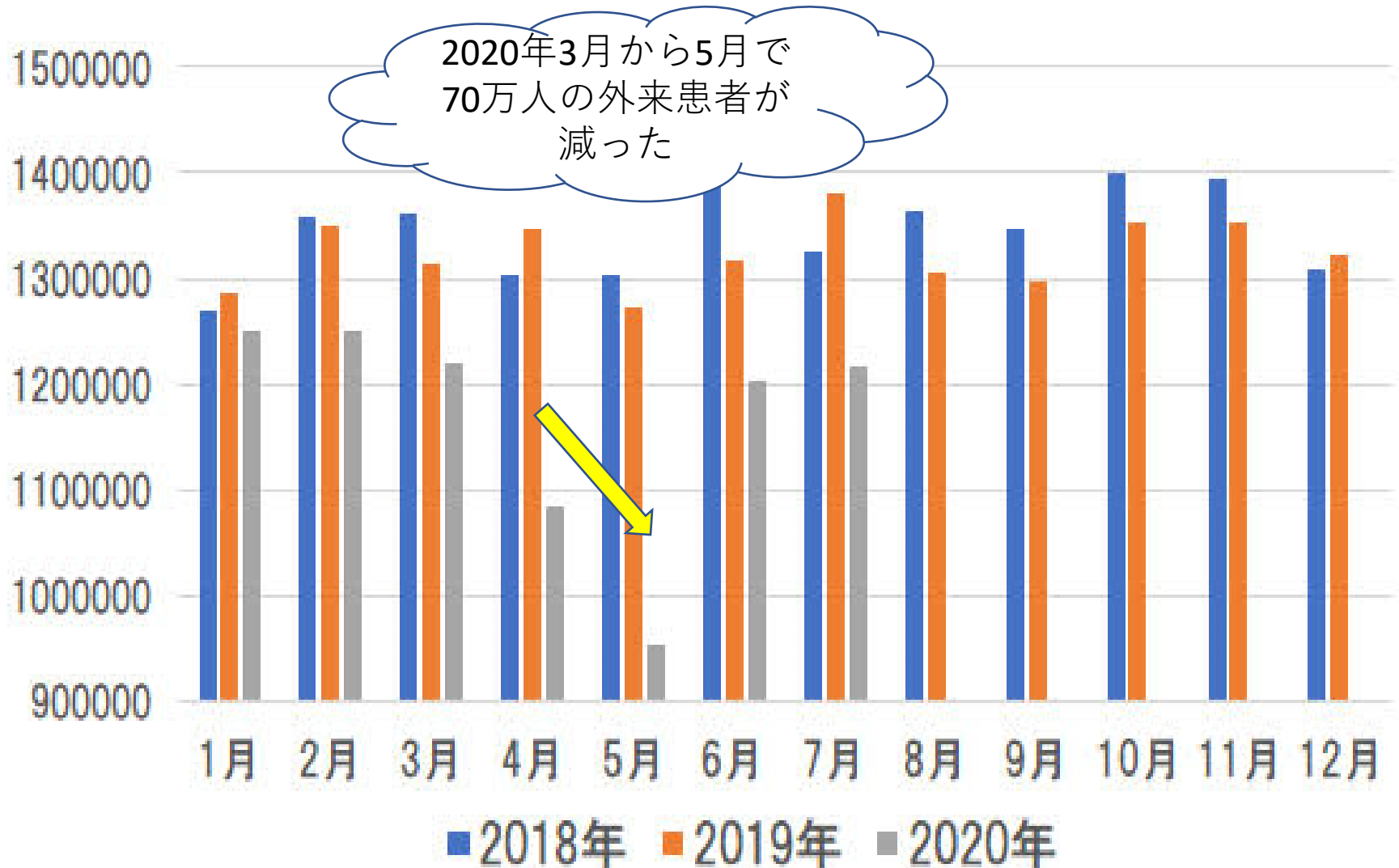
国民医療費43兆円

令和2年度(2020)



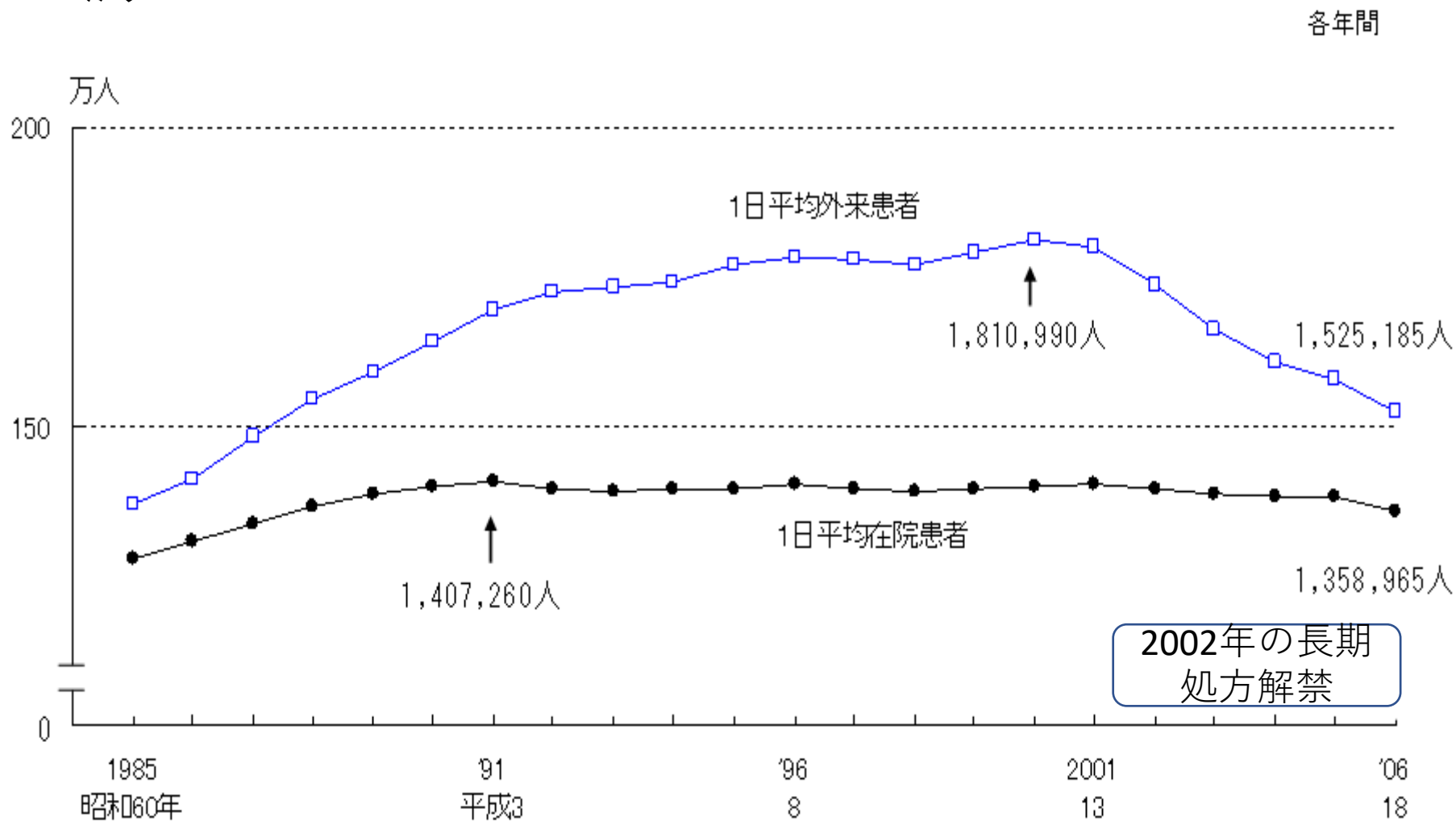
新型コロナで
外来受診動態が変わった

1日平均病院外来患者数の推移



(病院報告を基にじほうが作成)

外来患者数はコロナの前から減っている



注：1日平均外来患者数については、現行の算出式で再計算したため、平成11年までの報告書と一致していない。

年齢別の推計外来患者数の推移

千人

5,000

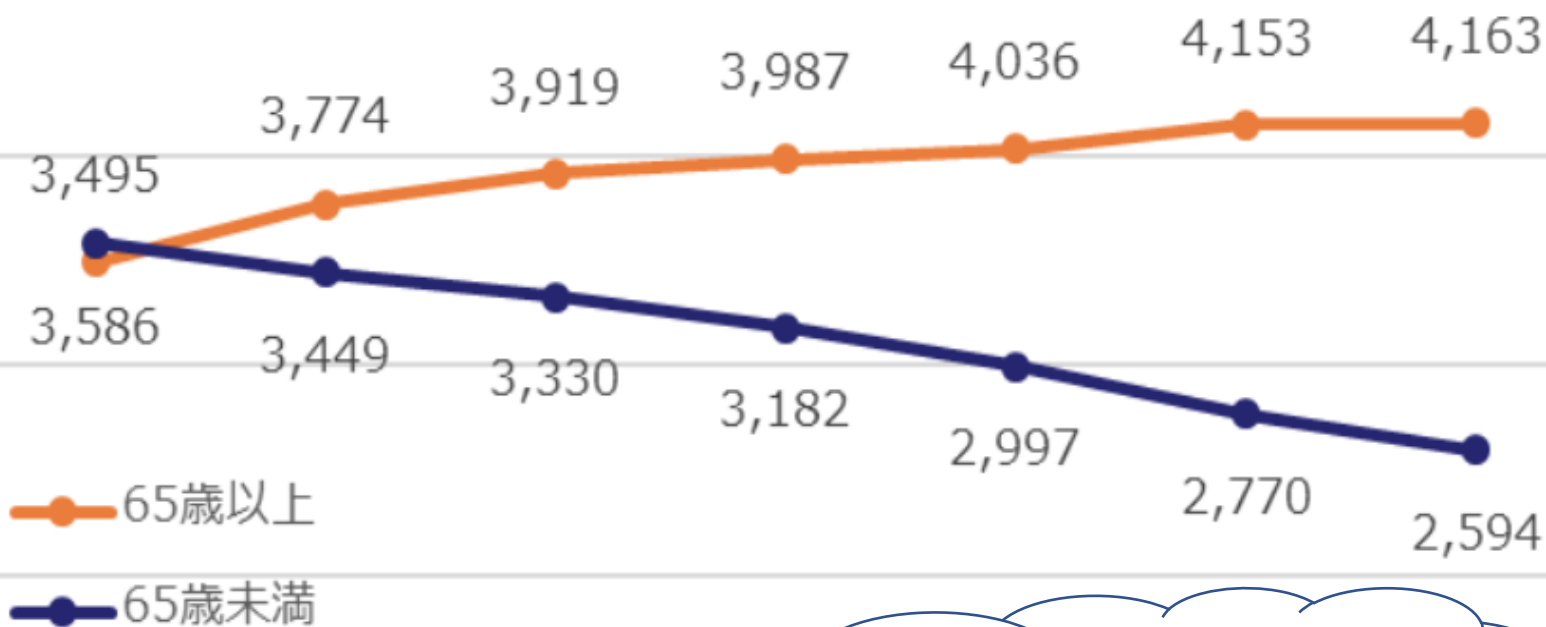
4,000

3,000

2,000

1,000

0



65歳以上

65歳未満

減るのは65歳未満の
外来患者

2015年

2020年

2025年

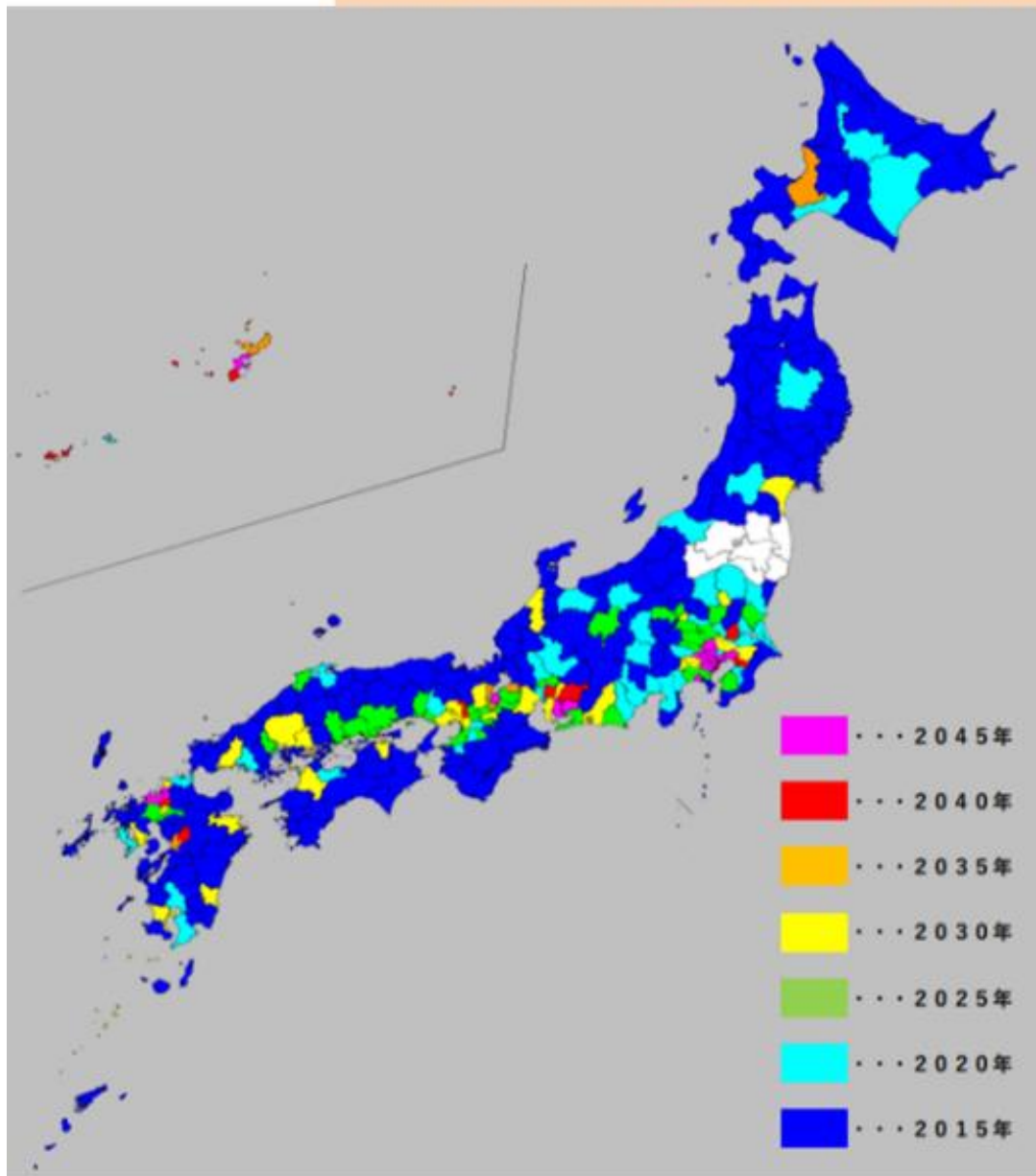
2030年

2035年

2040年

2045年

二次医療圏ごとの外来患者推計のピーク



外来医療については、多くの地域ですでに需要のピークを迎えていると考えられる。

【出典】

- ・国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」

※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。（2010年を100としたときの患者数を示している。）

※ 福島県については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

パート2

外来医療改革



全世代型社会保障検討会議 中間報告（2019年12月）



「後期高齢者であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とすること」、「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大を行うこと」

「全世代型社会保障検討会議 中間報告」(令和元年12月19日)[抜粋]

3. 医療

(2)大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

②大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の増大

大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

(中略)

社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

「全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告」(令和2年6月25日)[抜粋]

4. 医療

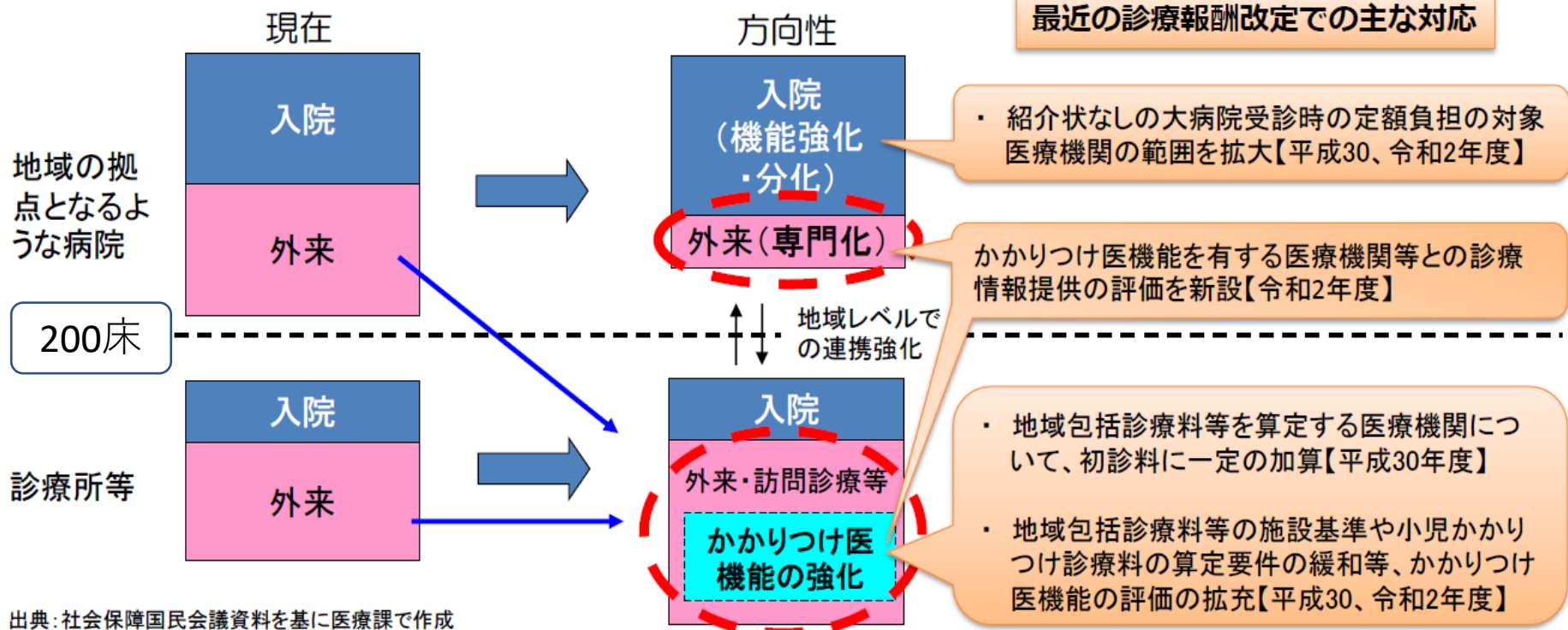
昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 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
- 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
- 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
- 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

外来医療の役割分担のイメージ



第3章 医療

1. 医療提供体制の改革

(略)

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

(略)


200床以上
病院へ

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担(初診5,000円)を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額(例:初診の場合、2,000円程度)を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。



200床以上病院の紹介状なし
患者の初診料等相当を保険
給付から控除、初診時の特
別負担は7000円程度に

社会保障審議会医療保険部会
2020年11月9日

定額負担の増額と公的医療保険の負担軽減について（案）

1 定額負担の増額

- 大病院の紹介状なし患者をさらに減少させ、より機能分化の実効性が上がるよう、定額負担の額を増額してはどうか。

2 公的医療保険の負担軽減

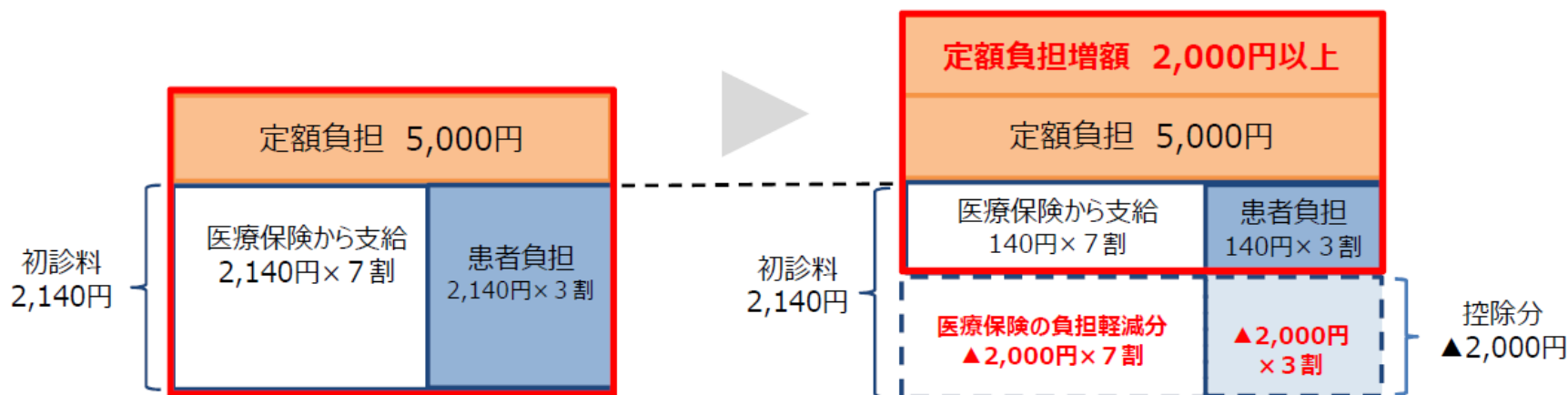
- 外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか。

- 控除に当たっては、受診の際に少なくとも生じる初・再診料（※）相当額を目安に控除し、それと同額以上に定額負担を増額してはどうか。具体的には、例えば、初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上とすることが考えられる。

※ 初診料288点、外来診療料74点。ただし、紹介率が低い場合等にそれぞれ214点、55点に減額されることとなる点に留意。

現行制度（初診のみ・3割負担の場合）

新たな制度案（2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合）



※ 1 初診料は288点だが、紹介率が低い場合等に214点に減額されるケースを想定。

※ 2 赤枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

■初診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000 円~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	511件 (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	187件 (30.9%)	146件 (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

■再診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	506件 (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	108件 (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものを。
(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

**地域医療構想の中で、
「紹介患者への外来を基本とする医療機
関」（紹介型医療機関）を明確にしていく
紹介受診重点病院**

紹介状なし初診患者の初診料の
保険控除と外来特別負担を徴収

パート3 紹介受診重点病院



紹介受診重点病院

外来機能分化の流れのなか、
「紹介受診重点病院」
という新類型が出来た

「紹介受診重点医療機関」



2022年改定の
連携課題の最大
の目玉
スタートは2023
年6月から

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

- 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点(入院初日)

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

医療資源重点活用外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

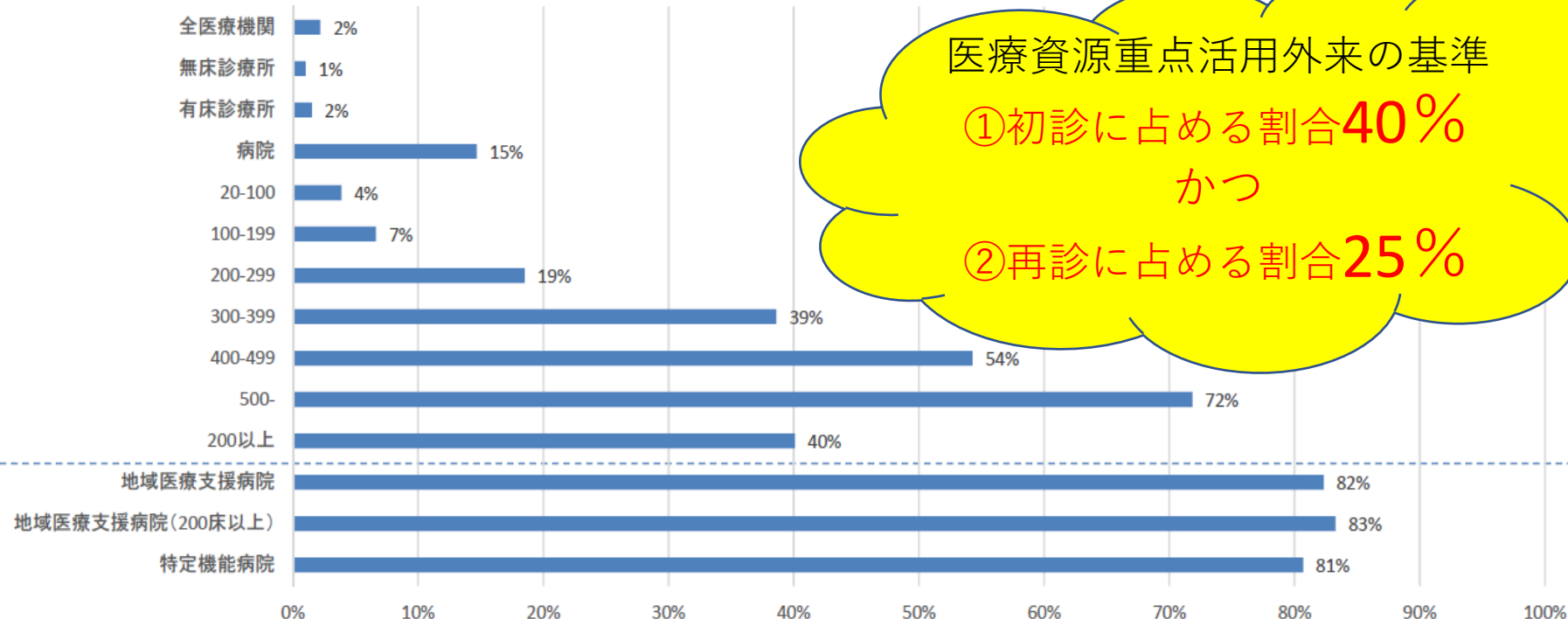
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



医療資源重点活用外来の基準

①初診に占める割合**40%**
かつ

②再診に占める割合**25%**

(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)**を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200~399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	297 (3.5%)	363 (4.4%)	258 (3.1%)	918 (11.0%)
全体	297 (3.5%)	607 (7.2%)	842 (10.1%)	8,412 (100%)

「拡大」
「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

特定機能病院・地域支援病院で666病院

200床以上一般病院688病院の40%、275病院が該当

出典: 特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

「紹介受診重点医療機関」に該当する病院

種別	施設数	クリア施設数	クリア割合
大都市型	122	72	59.0%
地方都市型	180	111	61.7%
過疎地域型	53	22	41.5%
大都市型 400 床～	37	25	67.6%
200 床～ 399 床	59	37	62.7%
～ 199 床	26	10	38.5%
地方都市型 400 床～	58	49	84.5%
200 床～ 399 床	79	50	63.3%
～ 199 床	43	12	28.0%
過疎地域型 400 床～	15	9	60.0%
200 床～ 399 床	20	7	35.0%
～ 199 床	18	6	33.3%

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- ▶ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ **紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 **7,000円**、 歯科 **5,000円**
- ・ 再診：医科 **3,000円**、 歯科 **1,900円**

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための**例外的・限定的な取扱い**として、定額負担を求める患者（**あえて紹介状なしで受診する患者等**）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**

- ・ 初診：医科 **200点**、 歯科 **200点**
- ・ 再診：医科 **50点**、 歯科 **40点**

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 7,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用**。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、
- 対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。
 - 「紹介率」・「逆紹介率」について、以下のとおり、実態に即した算出方法、項目の定義及び基準を見直す。

【改定後】 初診料の注2、3 214点 (←288点) 外来診療料の注2、3 55点 (←74点)
 (情報通信機器を用いた初診については186点) **減算**

	特定機能病院	地域医療支援病院 (一般病床200床未満を除く)	紹介受診重点医療機関 (一般病床200床未満を除く)	許可病床400床以上 (一般病床200床未満を除く)
減算規定の基準		紹介割合50%未満 又は 逆紹介割合30%未満		紹介割合40%未満 又は 逆紹介割合20%未満
紹介割合 (%)	$(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) / \text{初診患者数} \times 100$			
逆紹介割合 (%)	$\text{逆紹介患者数} / (\text{初診} + \text{再診患者数}) \times 1,000$			
初診患者の数	医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数。以下を除く。 <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者 			
再診患者の数	患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数。以下を除く。 <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送者、休日又は夜間に受診した患者、B005-11遠隔連携診療料又はB011連携強化診療情報提供料を算定している患者 			
紹介患者の数	他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数（初診に限る）。 <ul style="list-style-type: none"> 情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。 			
逆紹介患者の数	紹介状により他の病院又は診療所に紹介した患者の数。 <ul style="list-style-type: none"> B005-11遠隔連携診療料又はB11連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。 情報通信機器を用いた診療のみ行い、他院に紹介した患者を除く。 			
救急搬送者の数	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数。			

■ 紹介割合・逆紹介割合（診療報酬）

【従来】

「注2」にあつては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。）

「注3」にあつては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）

【新方式】

「注2」にあつては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）

「注3」にあつては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）

【逆紹介割合】

従来の計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}} \times 100$$

新しいの計算方式

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}} \times 1000$$

新しい式では分母に再診患者が入った！

逆紹介割合向上の 5つのポイント

- ポイント 1 リフィル処方への活用
 - リフィル処方を利用して再受診率の低減
 - リフィル3回まで可
- ポイント 2 地域連携パスへの活用
 - 節目定期受診を入れた地域連携パスを患者に渡してかかりつけ医に逆紹介
 - 地域連携パスに逆紹介先へ節目検診の紹介状ひな形を添付
 - 患者の病院との「縁切り不安を解消」役立つ
- ポイント 3 逆紹介希望の患者アンケート調査
 - 逆紹介を言い出しにくい患者のため、逆紹介希望アンケートを定期的に実施
 - 逆紹介希望患者の掘り起こし

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

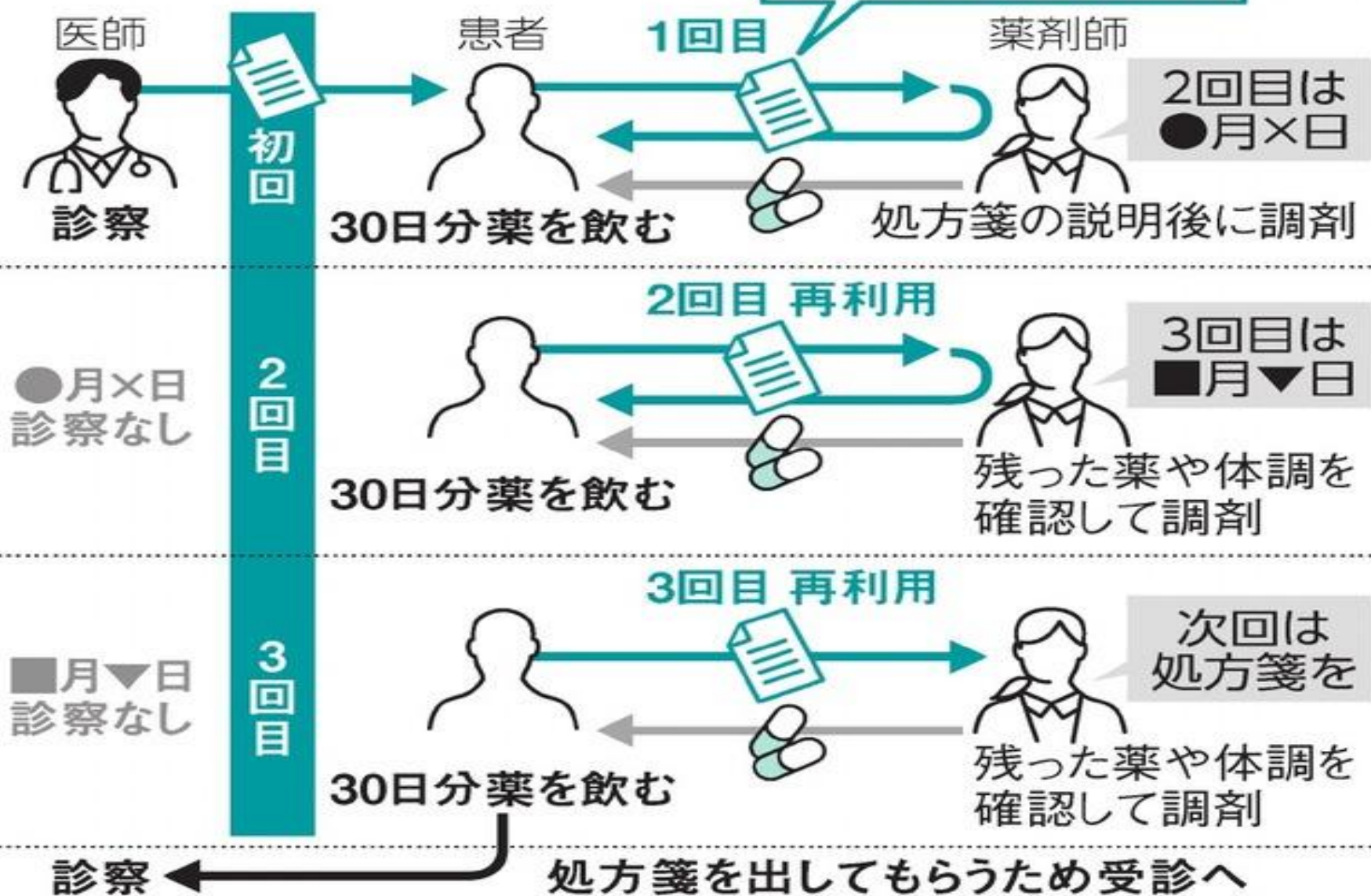
- 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

処方箋	
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)	
公費負担番号	保険者番号
公費負担診療の受給者番号	新保険者証・新保険者番号の記号・番号 (特番)
氏名	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号
性別	保険医氏名
区分	新保険者 新被保険者
交付年月日	令和 年 月 日
処方箋の使用期間	令和 年 月 日
変更不可	(※)この処方箋について、保険医療機関(ジェネリック医薬品)への変更を望み、変更があると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
備考	<p>保険医署名欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</p> <p>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)</p> <p>□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)</p> <p>次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)</p>
リフィル可	<input type="checkbox"/> (回)

備考	<p>リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</p> <p>保険医署名欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</p> <p>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)</p> <p><input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供</p> <p>調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)</p> <p>□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □3回目調剤日(年 月 日)</p> <p>次回調剤予定日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日)</p>
----	--

リフィル処方箋のイメージ

医師が1回30日分の薬を
3回処方してよいと判断したケース



循環型地域連携パス

糖尿病連携パス、がん連携パス、急性心筋梗塞連携パス、認知症連携パス



乳がん 診察・検査予定表

手術日：20 年 月 日

手術後	1年			2年			3年							
	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月					
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
手術病院				●			●				●			
連携先	●	●	●		●	●	●		●	●	●		●	●
診察	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
乳房検査														
マンモグラフィ (MMG)				◎				◎				◎		
乳房超音波 (US)		○		○		○		○		○		○		○
採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部X線		○		○		○		○		○		○		○
婦人科				○				○				○		
骨密度		○		○		○		○		○		○		○
内服確認	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH注射														

病院再診

病院再診

病院再診

逆紹介向上の5つのポイント

- ポイント4 逆紹介外来センターの開設
 - 逆紹介先を探したり、紹介状、多科診療の患者の処方箋整理、逆紹介状の作成など
 - 総合診療科の外来が地域医療連携室と協働して行うのがふさわしいだろう。
- ポイント5 逆紹介データベースを作成
 - 逆紹介できる診療所の機能をあらかじめ調査して、データベース化
 - (例) インスリン治療患者の受け入れの可否、がん患者の受け入れの可否など
 - 逆紹介パターンのデータベース化
 - Uターン (紹介元に返す)
 - Iターン (紹介状を持たずに来院した患者の逆紹介)
 - Jターン (紹介元とは別の医療機関に逆紹介する)
 - こうしたデータベースを逆紹介に活かす

逆紹介外来センター

- 総合診療科に逆紹介外来センターを設置
- 地域連携室と協働
 - 逆紹介先を探し
 - 多科診療の患者の処方箋整理
 - 逆紹介状の作成など
- 逆紹介先データベースの作成
 - 診療所診療機能
 - 逆紹介パターンの把握



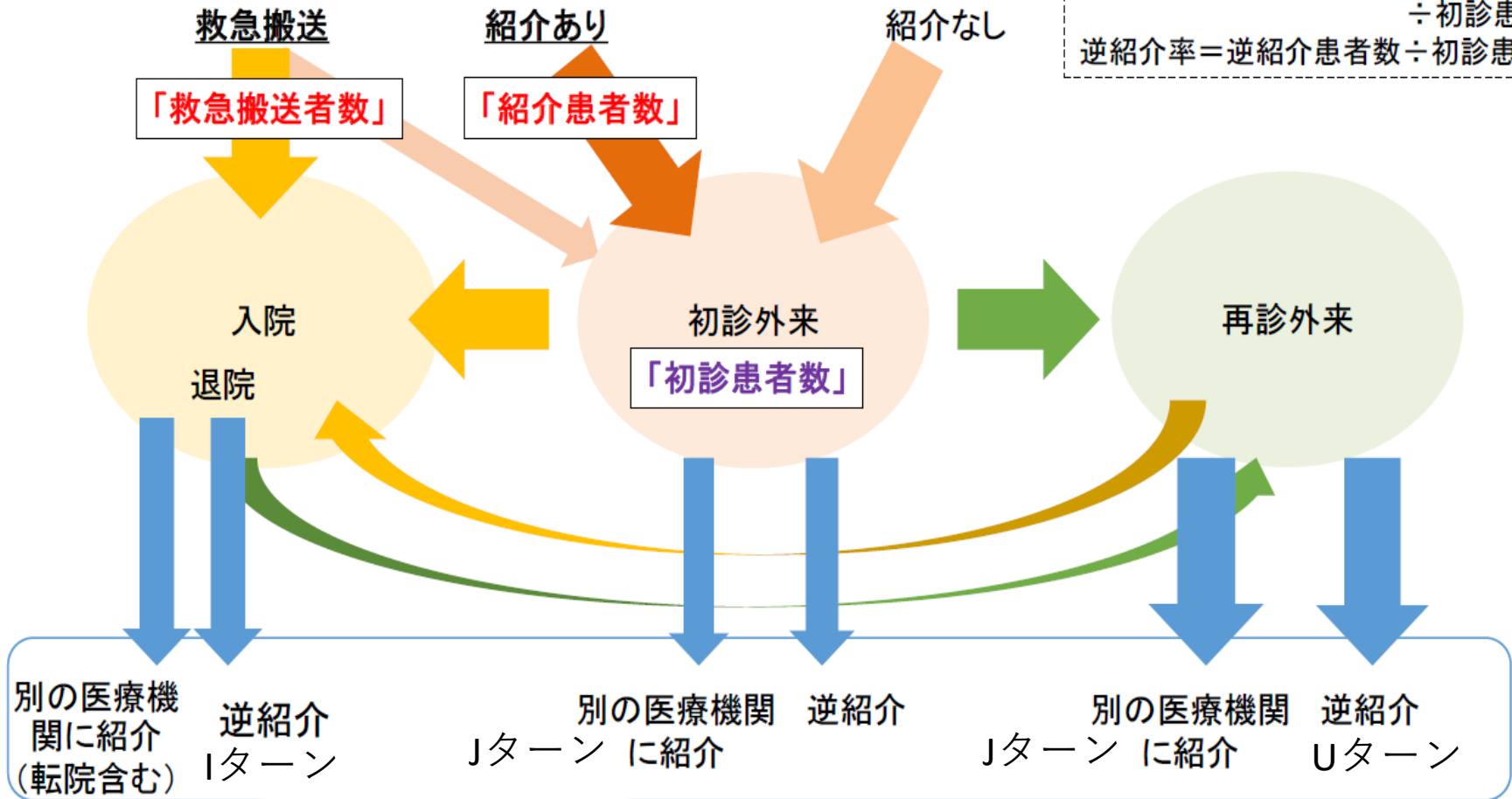
関西医科大学附属病院
総合診療科・地域医療連携部

外来医療における患者の流れと、紹介率・逆紹介率（イメージ）

○ 外来医療における患者の流れを踏まえ、現行の紹介率・逆紹介率について、算出方法に含まれる数値を表現した場合のイメージは以下のとおり。

$$\text{紹介率} = (\text{紹介患者数} + \text{救急搬送者数}) \div \text{初診患者数}$$

$$\text{逆紹介率} = \text{逆紹介患者数} \div \text{初診患者数}$$



「逆紹介患者数」

※「初診患者数」について、
 ・特定機能病院の場合は救急搬送者数を含む。
 ・地域医療支援病院、その他の400床以上の病院は救急搬送者数を含まない。 37

病院は逆紹介を受けるクリニックを探している

- 診療所の機能を明確にして病院側に実績をアピールする診療所をさがす
 - 訪問診療も行います。
 - 慢性疾患も受け入れます
 - 糖尿病のインスリン治療の患者も受けます
 - 抗がん剤服用中の外来患者も受けます
 - CKDの患者も受けます
 - COPDの患者も診ます
 - 心不全患者の外来フォローもします
 - コロナ患者も診ます

ホームページ
で患者実績を
公表している
クリニックを
さがす



パート 4

かかりつけ医機能



家庭医に関する懇談会 の失敗（1987年）



日本医師会の反対による家庭医懇の失敗

- 1980年代、日本医師会の武見太郎会長は米国の家庭医に関心をよせて「国立病院の医者を米国に勉強に行かせては？」と提案していた。
- 1987年厚生省が「家庭医に関する懇談会」を、有識者や医師会幹部をメンバーに開催
 - 英米の家庭医制度を参考に議論が行われた。
- 日本医師会は厚生省主導の「家庭医構想」に真っ向から反対した。
 - 英国の家庭医（GP）のような国家統制の強い仕組みに変えるのではないか？
 - 診療報酬制度の変更を通じて、医療費適正化の手段に使われるのではないか？
 - 家庭医懇談会では、喧々諤々の議論は交わされたものの結局、10項目の家庭医として果たすべき機能の制定のみに終わった
- 家庭医懇談会の失敗の理由
 - もともとは日本医師会も理解を示していた家庭医構想だが、日医執行部の勢力変化とともに、流れが逆になった。
- かかりつけ医
 - この家庭医懇談会以後、日医は「家庭医」という単語そのものにアレルギーを持つに至り、それに替わる言葉として「かかりつけ医」を提唱した

家庭医に関する懇談会報告書(昭和62年4月) 1987年

我が国の地域におけるプライマリ・ケアの将来展望

プライマリ・ケアを担う医師は、病院等との適切な機能分担と連携のもとに地域性を重視し、地域において住民の日頃の健康相談や指導等を中心とした健康管理を行い、さらに日常的な諸疾患に適切に対応するとともに、必要に応じ適切な医療機関への紹介等を行うことにより、地域住民に対し総合的かつ継続的な保健医療サービスを提供する必要がある。

このような将来像の中でプライマリ・ケアを担う医師に求められる機能を「家庭医機能」と定義すると、これには、具体的に以下の10項目が考えられる。

家庭医として担うべき機能

- 1 初診患者に十分対応できること
 - ① 疾病の初期段階に的確な対応ができること
 - ② 日常的にみられる疾患や外傷の治療を行う能力を身につけていること
 - ③ 必要に応じ適切な医療機関へ紹介すること
- 2 健康相談及び指導を十分に行うこと
- 3 医療の継続性を重視すること
- 4 総合的・包括的医療を重視するとともに、医療福祉関係者チームの総合調整にあたること
- 5 これらの機能を果たす上での適切な技術の水準を維持していること
- 6 患者を含めた地域住民との信頼関係を重視すること
- 7 家庭など生活背景を把握し、患者に全人的に対応すること
- 8 診療についての説明を十分にすること
- 9 必要な時いつでも連絡がとれること
- 10 医療の地域性を重視すること

家庭医のあるべきモデルを打ち出しただけで、制度構築には失敗した。これで日本の家庭構想は35年遅れた

家庭医に関する懇談会報告書

厚生省健康政策局総務課 編集



第一法規

総合診療の“夜明け” | キーマンが語り尽くした「来し方、行く末」

座談会 ①

1980年代

臨床研修指導医派遣制度と
家庭医に関する懇談会

“家庭医構想”の光と影

福井次矢 聖路加国際病院 院長

木戸友幸 木戸医院 名誉院長

伴信太郎 名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻 総合診療医学分野教授


松村真司 松村医院 院長、本誌編集委員、司会



福井次矢先生

木戸友幸先生

伴信太郎先生



私のニューヨーク留学体験(1987年、1988年)
ニューヨーク州立大学ダウンステートメディカルセンター
家庭医療課

旧厚生省からの留学で家庭医療を学びにNYのブルックリンへ

State University of New York Downstate Medical Center Department of Family Medicine



SUNY Downstate Medical Center

Department of Family Medicine

Monthly Schedule

The following monthly schedule is for Family Medicine Residents.

PGY 1

1. Community Medicine
2. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
3. GYN Outpatient
4. Internal Medicine
Inpatient (2 Months)
5. Newborn
6. OB Inpatient
7. OB Outpatient
8. Pediatric Inpatient
9. Orthopedics Outpatient
10. Fast Track
11. Vacation

PGY 2

1. Adult ER
2. Behavioral Science
3. Community Medicine
4. Elective
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Geriatrics
7. ICU
8. Night Float
9. Ophthalmology
10. Pediatric ER
11. Surgery Inpatient
12. Vacation
13. Dermatology

PGY 3

1. Cardiology
2. Community Medicine
3. Elective (2 Months)
4. ENT Outpatient
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Night Float
7. Orthopedics Outpatient
8. Pediatric Outpatient
9. Surgery Outpatient
10. Urology Outpatient
11. Fast Track
12. PCMH
13. Vacation

Curriculum

The Curriculum

Monthly Schedule

Conference Schedule



家庭医療課のレジデントプログラム

	月	火	水	木	金	土	日
午前	病棟	新患外来	予約外来	病棟	救急	研修単位	休み
午後	カンファレンス	禁煙外来	訪問診療	カンファレンス	当直明け	休み	休み
夜間	夜間内科当番			夜間診療+当直			

ニューヨーク市ブルックリンの キングスカウンティ病院ERや在宅医療の ローテーションした



Kings County Hospital Center

1988年に帰国したが、
日本医師会の家庭医構想大反対の中、
家庭医の留学経験は
全く活かされなかった・・・



[pixta.jp - 36657780](https://pixta.jp/36657780)

「隠れ家庭医」として地下に潜行

家庭医構想その後の経緯

- 1985年「家庭医に関する懇談会」の失敗
 - 日本医師会が家庭医に大反対、かかりつけ医を主導
- 2004年 新医師臨床研修制度
 - 各診療科のローテーション
- 2008年 後期高齢者医療制度
 - 外来主治医制度
 - 2010年に廃止
- 2014年 地域包括診療料等
- 2018年 総合診療専門医
 - 19番目の専門医制度の基本領域に「総合診療専門医」が位置付けられた

かかりつけ医機能の評価

- 地域包括診療料（加算）
- 認知症地域包括診療料（加算）
- 小児かかりつけ診療料
- 在宅患者訪問診療料
- 機能強化加算
（専門医への適切な紹介）

地域包括診療料・加算

かかりつけ医



中医協 総-3 3. 7. 7 (改)		地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)	地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
		病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
患者に対し指導・服薬管理等を行う	指導	・患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。	
	服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
		・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする	
	健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等	
	介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。	
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)連絡を受けた場合は受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。 ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所		

地域包括診療料に2疾患追加

- **2022年4月以降の対象疾患**
- 脂質異常症
- 高血圧症
- 糖尿病
- 認知症
- **慢性心不全**
- **慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る）**

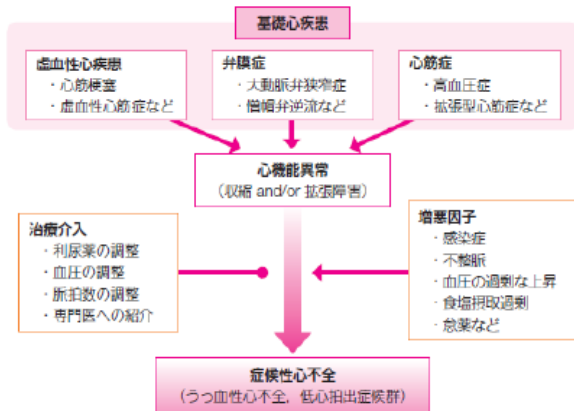
慢性疾患におけるかかりつけ医の役割の例

○ 例えば、慢性心不全や慢性腎臓病等の慢性疾患の診療については、かかりつけ医における、日常的な医学管理と重症化予防、専門医療機関や介護等との連携、在宅医療の提供等を含む、継続的かつ全人的な医療の提供が求められている。

(例)

慢性心不全

- 日本における死因については、心疾患による死亡は悪性新生物（癌）に次ぎ2番目に多く、そのなかでも心不全による死亡は最も多い。
- 心不全は心収縮力に関わらず、経時的に進行しかつ入院を繰り返しやすい慢性疾患であり、症候性心不全の予防や、再発・重症化予防が必要な疾患である。
- 日常診療においては、生活習慣病を含む基礎疾患に対する治療を継続しながら、生活指導と薬物療法による継続的な加療が求められている。



慢性腎臓病（CKD）

- 日本人のCKD患者数は約1,330万人と推計され、また、慢性透析患者数は令和元年末で34万人を超えている。
- CKDは進行すると末期腎不全に至り透析療法等が必要となる他、心血管疾患や死亡リスクを上昇させることから、重症化の予防が必要な疾患である。
- CKD診療においては、基礎疾患の治療、生活習慣の改善、ステージに応じた食事療法、血圧・血糖・脂質等の管理など、集学的治療が求められる。

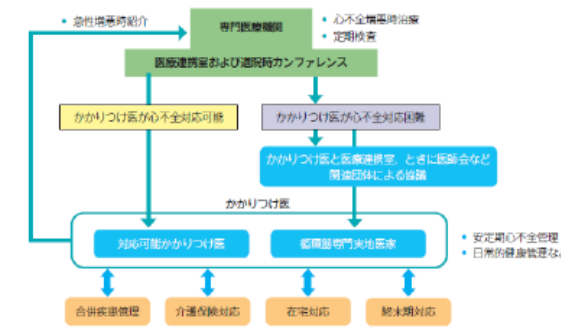


図15 専門急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携フローチャート
急性期病棟に入院した心不全患者が退院する場合、本来のかかりつけ医が安定期の心不全治療に対応困難な場合は、退院時カンファレンスや医師会を通じて心不全対応可能な実地医家や在宅医を確保してもらい、かかりつけ医の了承のもとで安定期心不全治療を、その医療機関で行ってもらうことも考慮する。

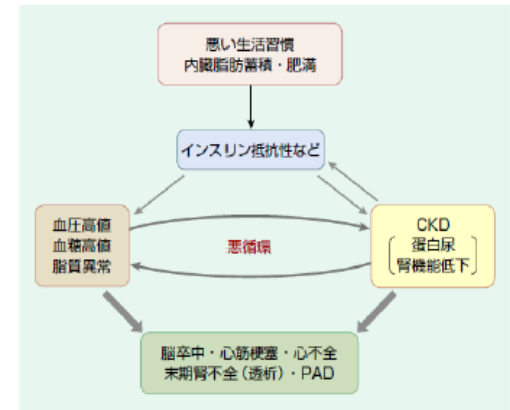


図13 生活習慣と心血管連関の概念
PAD: peripheral artery disease 末梢動脈疾患

参照：「地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック」（厚生労働科学研究費補助金「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」研究班）、「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）」（日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドライン）、「CKD診療ガイド2012」（日本腎臓学会）、「CKD診療ガイドライン2018」（日本腎臓学会）、「わが国の慢性透析療法の現況（2019年12月31日現在）」（日本透析医学会）

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

【地域包括診療料】または

【地域包括診療加算】届出医療機関

令和3年1月1日住民基本台帳人口10万人あたり

かかりつけ医機能
は西高東低

厚生局 2021年12月時点
(ミーカンパニー調べ)



人口10万人あたり



パート4 かかりつけ医機能の 制度整備



かかりつけ医機能の制度整備

- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」（2021年12月23日）
 - 「かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策」について検討を進める」
 - 検討期限は2023年度
- 「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太の方針2022）」（2022年6月7日）
 - 「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」
- 「第8次医療計画等に関する検討会」
 - かかりつけ医機能について検討（2022年9月9日）
 - 2023年度からの都道府県での第8次医療計画策定に向け、2022年中には一定の結論を出すスケジュール
- 社会保障審議会医療部会（2022年9月29日）
- 全世代型社会保障構築会議（2022年11月11日）
 - 増田寛也主査「かかりつけ医機能を強化するための制度整備は不可避」
 - かかりつけ医機能の情報開示



かかりつけ医機能について

2022年9月9日の「第8次医療計画等に関する検討会」

第8次医療計画等に関する検討会の論点

- ① 「かかりつけ医機能」という用語は、様々な意味で用いられていると考えられるが、「かかりつけ医機能の明確化」や「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が求められる中で、具体的にどのような機能を想定して議論を進めるべきか。
- ② ①のような様々な機能があると考えられる中で、日本の医療の現状と今後の課題を踏まえつつ、改めて今「かかりつけ医機能」を明確化し、「発揮させる」意義についてどのように考え、「かかりつけ医機能」をどのように定義すべきものとするか。
- ③ 「かかりつけ医機能」の発揮に関連して、全体としての「かかりつけ医機能」あるいは個別具体的な機能について、発揮が期待される理由、そして発揮させるための制度整備についてどう考えるか。

社会保障審議会 医療部会

2022年9月29日

「かかりつけ医は国民・患者が選ぶもので、医療機関は『自院がどういった機能を持ち、他医療機関と連携しどのような機能を果たせるのか』を明確にする必要がある」

「かかりつけ医機能の明確化は、英国のような家庭医制度化を目指すものでもなく、かかりつけ医と専門医を峻別することを旨とするものでもない点を明確にすべき」

「個々の患者の診療情報を全国の医療機関で閲覧可能とする仕組みを設ければ、どの医療機関にかかっても同水準の医療を受けられる環境が整い、かかりつけ医を決める必要はなくなる。将来はこういった姿を目指すべき」

百家争鳴

全世代型社会保障構築会議

2022年11月24日



かかりつけ医の定義と機能



2023年度に医療法改正で
法制化をめざす

かかりつけ医機能が発揮される 制度整備について

※令和4年11月28日第93回社会保障審議会医療部会資料1-1一部改変

かかりつけ医機能が発揮される制度整備（骨格案）

- ・国民・患者はそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- ・医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者のニーズ

多様な医療ニーズ

（高齢者の場合）

- 持病（慢性疾患）の継続的な医学管理
- 日常的によくある疾患への幅広い対応
- 入退院時の支援
- 休日・夜間の対応
- 在宅医療
- 介護サービス等との連携

制度整備の内容

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- ・ 医療機関は左記ニーズに対応する機能を都道府県に報告
- ・ この報告に基づき、都道府県は、地域における機能の充足状況や、これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表した上で、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表

期待される効果

身近な地域で提供される日常的な医療が充実

⇒住んでいる地域で、あるいは加齢に伴い、必要な医療が受けられなくなるのではないかと不安を解消

医師・医療機関との継続的な関係を確認できる

⇒今かかっている医療機関で、将来も継続的に診てもらえるのか、という不安を解消

大病院に行かなくても身近なところで必要な医療が受けられる

⇒大病院に行かないと必要な医療が受けられないのではないかと不安を解消
⇒大病院で働く医師の負担軽減にも資する

誰もが確実に必要な医療につながる環境が整う

⇒医療にかかるための情報が見つからない、情報の見方が分からない、という悩みや不安を解消

全ての国民への情報提供

- かかりつけ医・医療機関を選ぶための情報が不足している。
- かかりつけ医・医療機関を探す方法が分からない。

医療機能情報提供制度の拡充

- ・ 「かかりつけ医機能」の定義を法定化。「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」
- ・ 都道府県は国民・患者による医療機関の適切な選択に資するよう「かかりつけ医機能」に関する情報を分かりやすく提供

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明することとする（書面交付など）。

現行の医療機能情報提供制度について

【医療法】

第六条の三 病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、**医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報として厚生労働省令で定める事項**を当該病院等の所在地の都道府県知事に報告するとともに、当該事項を記載した書面を当該病院等において閲覧に供しなければならない。

5 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を公表しなければならない。

【医療法施行規則（省令）】

別表第一第二の項第一号イ(13)（地域医療連携体制）

(iii) 身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの（以下「かかりつけ医機能」という。）

【医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院、診療所又は助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項の内、厚生労働大臣の定めるもの（告示）】

第十七条 規則別表第一第二の項第一号イ(13)(iii)及びロ(13)(ii)に規定する厚生労働大臣が定める身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能は、次のとおりとする。ただし、病院については、第五号に掲げるものを除く。

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

具体性に乏しいとの指摘

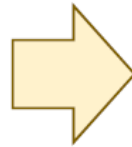
診療報酬点数であり、理解しづらいとの指摘

医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

- ・国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行うよう努めることとされている（現行医療法第6条の2第3項）ことも踏まえ、「かかりつけ医機能」の**定義を法定化**しつつ、「かかりつけ医機能」に関する国民・患者への**情報提供の充実・強化**を図ることとしてはどうか。
- ・かかりつけ医機能の定義
：「**身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能**」
- ・医療機関は、その有する「かかりつけ医機能」を都道府県知事に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する**情報を国民・患者に分かりやすく提供**する。

現在の情報提供項目

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出



今後の情報提供項目のイメージ

例えば、

- ◆対象者の別（高齢者、子どもなど）
 - ◆日常的によくある疾患への幅広い対応
 - ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など
 - ◆入退院時の支援など医療機関との連携の具体的内容
 - ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容
- など、国民・患者目線で分かりやすいものに見直す。

※具体的な項目の内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

国民・患者へのわかりやすい情報提供の実現

地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ

<慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ>

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。



地域の医療機関は、①～⑤の機能の有無や、これらをあわせて担う意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の機能をあわせて担う医療機関を確認。



協議の場において、各医療機関の①～⑤を担う意向を踏まえつつ、地域で不足している機能を充足できるよう、支援や連携の具体的な方法を検討。

かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	◎	○	◎	◎	◎
B診療所	◎	○	○	○	◎
C診療所	◎	◎	◎	◎	◎
D診療所	◎	×	×	◎	◎
E診療所	◎	○	×	○	◎
F診療所	◎	—	×	—	◎
G診療所	—	—	—	—	—

- ◎：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる
- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる
(連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。)
- ×：当該機能を担う意向はあるが、現時点では提供できない
- ：当該機能を担う意向がない

※他院を支援する意向も報告し、不足する機能の充足の協議に活かす。

地域におけるかかりつけ医機能の強化のための方策について

【都道府県は、地域における機能の充足状況を確認した上で、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表】

＜具体的な方策の例＞

- ◆ 病院勤務医が地域で開業し地域医療を担うための研修や支援の企画実施
（例えば在宅酸素療法、在宅緩和ケア、主治医意見書の書き方等。研修先の斡旋や研修中の受け持ち患者の診療支援も考えられる。）
- ◆ 地域で不足する機能を担うことを既存又は新設の医療機関に要請
- ◆ 医療機関同士の連携の強化（グループ診療、遠隔医療やオンライン資格確認の活用等）
- ◆ 在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点の整備
- ◆ 地域医療連携推進法人の設立活用（より簡易な要件で設立できる新類型を設ける）



【国による基盤整備・支援】

- ◆ 研修の標準的な基準の設定等を通じた研修等の量的・質的充実と受講の促進
- ◆ 国民・患者の健康・医療情報の共有基盤等の整備（医療DXの推進）
- ◆ かかりつけ医機能の診療報酬による適切な評価 など

患者に対するかかりつけの関係の説明について（案）

- ・ 国民・患者はそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- ・ 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。

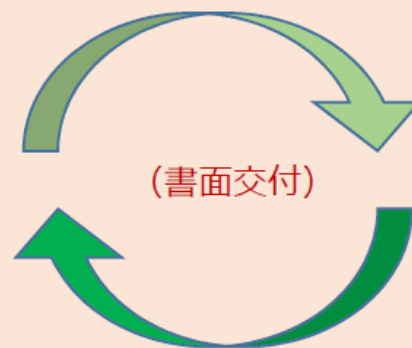
医師により**継続的な医学管理が必要と判断される患者**に対して、患者が希望する場合に、医療機関が**書面交付などにより、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明**することとしてはどうか。

かかりつけ医機能を有する医療機関

患者



継続的な医学管理が必要と判断



かかりつけ医機能として提供する医療の内容の説明

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ

- ◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方とりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。

医療機能情報提供制度の拡充

- ◆ ～令和5年夏目途
 - ・今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。
- ◆ 令和6年度以降
 - ・医療機能情報の公表の全国統一化（都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する）
- ・あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- ◆ 令和5年度頃 2023年度
 - ・医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」の検討
- 2024年～2025年度
- ◆ 令和6年度～令和7年度頃
 - ・個々の医療機関からの機能の報告
 - ・地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論
- ◆ 令和8年度以降 2026年度
 - ・医療計画に適宜反映

※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画や医療介護総合確保法に基づく



まとめと提言

- 紹介受診重点医療機関の要件は
医療資源活用外来初診40%、再診25%、
診療報酬上の減算規定は紹介率50%、逆紹介率40%
- 紹介受診重点医療機関が6月からスタートする。
- 紹介受診重点医療機関は定額負担の対象となる。
- さらにかかりつけ医の定義とその見える化、情報提供が始まる
- 2023年かかりつけ医機能が医療法で法制化される。
- 2023年は外来医療改革のスタート年だ

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトにて公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp