

平成25年度
病院委員会中間報告

「病院外来のあり方について」

平成25年9月

日本医師会 病院委員会

平成 25 年 9 月

日本医師会長

横倉義武 殿

病院委員会

委員長 真野俊樹

平成 25 年度病院委員会中間報告

「病院外来のあり方について」

本委員会は、平成 24 年 7 月 25 日に開催された第 1 回委員会において、貴職より「病院の機能分化と役割分担—とくに病院外来のあり方について—」検討するよう諮問を受け、本委員会 6 回、小委員会 2 回にわたり議論を重ねてまいりました。

ここに、中間報告として「病院外来のあり方について」審議結果を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

病 院 委 員 会

- 委員長 真野俊樹（多摩大学大学院教授／
医療介護ソリューション研究所長）
- 副委員長 金井忠男（埼玉県医師会長）
〃 川島周（徳島県医師会長）
〃 渡部透（新潟県医師会長）
- 委員 安藤高朗（全日本病院協会副会長）
〃 生野弘道（大阪府医師会私立病院協会会長）
〃 伊藤健一（愛知県医師会理事）
〃 猪口正孝（東京都医師会副会長）
〃 今井重信（神奈川県医師会理事）
〃 加納繁照（日本医療法人協会会長代行）
〃 栗谷義樹（山形県医師会副会長）
〃 末永裕之（日本病院会副会長）
〃 竹重王仁（長野県医師会総務理事）
〃 武久洋三（日本慢性期医療協会会長）
〃 千葉潜（日本精神科病院協会常務理事）
〃 直江寿一郎（北海道医師会常任理事） 平成25年4月15日まで
〃 中島豊爾（全国自治体病院協議会副会長）
〃 二木立（日本福祉大学長）
〃 野村秀洋（鹿児島県医師会副会長）
〃 藤原秀俊（北海道医師会副会長） 平成25年4月16日より
〃 水足秀一郎（熊本県医師会理事）

目 次

はじめに.....	1
あるべき外来機能とその方向.....	1
かかりつけ医をめぐる外部環境.....	1
外来機能の分化.....	2
外来機能分化への議論.....	2
外来機能分化への提言.....	3
我々が考える外来機能分化への考察.....	3
添付資料.....	5

はじめに

日本医師会病院委員会では、このたび中間報告として「病院外来のあり方」に関する提言をまとめた。

病院外来のあり方を考えるにあたっては、あるべき外来機能とそれをとりまく外部環境を考え、それに合わせた外来機能分化を考える、そしてその機能分化を行うためにどのような方策が適当なのか、という視点とプロセスで考えている。

あるべき外来機能とその方向

あるべき外来機能は、「医療提供体制のあり方」（2013年8月8日日本医師会・四病院団体協議会合同提言）に基づき、「かかりつけ医機能」を中心に構築されるべきと考える。ここで「かかりつけ医」とは、「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」であり、「かかりつけ医機能」とは図1で示されるように考える。

社会保障国民会議でかつて示されたように（図2）、政府は病院外来の縮小および専門外来に特化、一方診療所の主治医機能の強化をうたってきた。この方向性については、有床診療所と中小病院の一部の機能が無床診療所の機能に重なるのではないかと（平成23年度日本医師会病院委員会審議報告）といった視点がない、あるいは初診や再診を明確に区分していないなどの問題を感じる。つまり、外来機能を制限する病院の範囲が問題である。したがって、この図2で記載されている病院を高機能病院（高度急性期（大学病院、三次救急病院）あるいは大規模DPC病院（DPC病床200床以上））とみなせば、おおむね、かかりつけ医の役割を強調するこの方向性は、あるべき外来機能分化と考えている。

かかりつけ医をめぐる外部環境

かかりつけ医機能を再検討し、現在以上に充実させようという、日本医師会（図3）や厚生労働省等の方向性は、本提言でも重視している。

しかし、フリーアクセスの医療制度をもつ日本では、患者行動が、軽症疾患であっても高機能病院を受診したほうが安心であるという、いわゆる大病院志向の考え方が根強い。

本来は、患者啓発によって、先進諸外国にみられるような（図4）、あるいは図2で示されたような、高機能の病院は外来の縮小および専門外来に特化、というあるべき姿に誘導していくことが望ましいが、患者啓発には時間を要すると思われる。なお、ここで専門外来については、診療科別の専門という点にこだわらず、高度急性期・高密度の医療が必要な段階であって急性期や病状が安定しない時期、あるいは適切な診断を行うことで治療方針の決定までの時期を担当する外来と考えている。

一方、高機能病院における医師の負担として病院外来をとらえることも必要であろう。法的には外来患者 40 名に対して医師 1 名と規定されているが、大学病院などでは 1 名の医師が 1 日 100 名といった数の外来を日常業務としてこなしているのが実態である。このために医師の疲弊を起こしている。

また、厚生労働省は図 5 のように病院機能の更なる分化、地域包括ケアの方向性を打ち出している。

外来機能の分化

このような状況において、日本医師会病院委員会は図 6 あるいは 7 のようなシェーマで、今後の病院や診療所の機能分化を提案し、その中で外来機能の分化を考えていきたい。図 6 と図 7 の違いは、外来の患者を制限する病院数の違いで、図 6 は高機能病院に外来の制限をする案で、図 7 は制限する病院の数を狭めた案である。図 7 の場合には対象病院数が少なくなるので、委員会としては図 6 を推奨したいという意見が多い。なお、病院機能の分類においては現在厚生労働省等で検討中であることを考え、詳細な分類ではなく、おおまかに機能分類を行っている。

実態として、前述したかかりつけ医機能を果たしている地域に根づいた中小病院や有床診療所、無床診療所が多いという点を鑑みれば、その機能を、そのような中小病院や有床診療所、無床診療所が持ち、高度急性期・高密度の医療が必要な段階であって急性期や病状が安定しない時期、適切な診断を行い、治療方針の決定までの時期を担当する外来を専門外来として、高機能病院で担当するという機能分担が適当であろう。

ここで地域に根付いた中小病院では、療養病床のみではなく、ケアミックス、在宅医療（支援）の機能や 2 次救急といった機能を持つ必要がある。

また、ポストアキュートとしてのいわゆる亜急性期、回復期（リハビリなど）病院はかかりつけ医機能は果たさないが、外来数も少なく、今回の外来における機能分化の議論には適さないと考える。

外来機能分化への議論

外来機能分化を誘導するためには、患者行動に影響を与える方策として大きく 4 つほどの方法があると想定される。

- 1) 患者啓発により自発的に外来機能の分化を目指す：理想的であるが前述したように時間がかかる。
- 2) 韓国のように病院規模によって初診料の自己負担割合を変える：自己負担を 3 割以上にすることについては、平成 14 年 8 月 2 日の健康保険法附則第 2 条第 1 項に「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」とあるために、法改正が必要になる。また、国民皆保険の理念に照らしてもいかなるものか、と考える。

- 3) 高機能病院での初診あるいは再診において、保険外併用療養費の中での選定療養の枠組での自己負担金として、初診や再診費用を患者より徴収する：現在も初・再診においては、選定療養として制度化されているが、公立病院では市民からの要望もあって機能していないことが多く、逆に一部の病院では高額な自己負担金を徴収するといった差がみられる。また、再診においては初診以上に自己負担金を徴収している病院は少ない。一方、選定療養の過度の拡大は、2)案と同様に保険診療の根幹にかかわる問題である。
- 4) 社会保障制度改革国民会議でも議論されているように、かつて外来薬剤一部負担が行われていたように公的医療保険制度の範囲内で、患者の一部負担の拡大という枠組みの中での制度化を行う。

外来機能分化への提言

以上の議論に基づいた方策のうち、4)の方法で一部負担金の追加徴収に強制力をもたせてはどうか（義務化する）、というのが我々の提言の骨子である。金額の絶対値については、この後に考察したいが、患者に行動変容を起こす金額であることが必要であると考ええる。

初診同様に、再診についても同じように一部負担金を追加徴収することも義務化することが重要である。現状では高機能病院の外来であっても定型的な患者が多いといわれる。たとえば、大学病院外来においても約90%が再診というデータ（参考資料）もある。

我々が考える外来機能分化への考察

以上の方法で、外来機能の分化が進み、かかりつけ医の機能が強化されることが期待される。また、高機能病院ではこの制度化で一日あたりの外来患者数が減っても、収入に関しては、外来患者1名あたりの一部負担金追加徴収金額込では単価が増加するので、収入が増加する可能性がある。また、外来への医師やコメディカル、医療従事者の配置数も少なくなり、経費も減少するために必ずしも高機能病院の経営を圧迫するものではない。医師への外来業務での負荷も減る。

しかし、各論として一部負担金追加徴収金額をいくりにするのか、特に再診において、どのような基準で徴収するのかを決定することは難しい。

たとえば、金額としては、患者の行動変容という視点からは、紹介状なしの場合初診1万円、再診5,000円相当が目安になると考える。

ついで、再診においての一部負担金追加徴収についての考え方であるが、前述したように高度急性期・高密度の医療が必要な段階であって急性期や病状が安定しない時期、適切な診断を行い、治療方針の決定までの時期を担当する外来を専門外来として、高機能病院で担当することとなる。そして、かかりつけ医機能は、地域に根付いた中小病院や診療所で行うという考え方からすれば、診療科別の機能分化あるいは専門の医師が担当するという従来の専門外来の方向性ではなく、新たに専門外来において

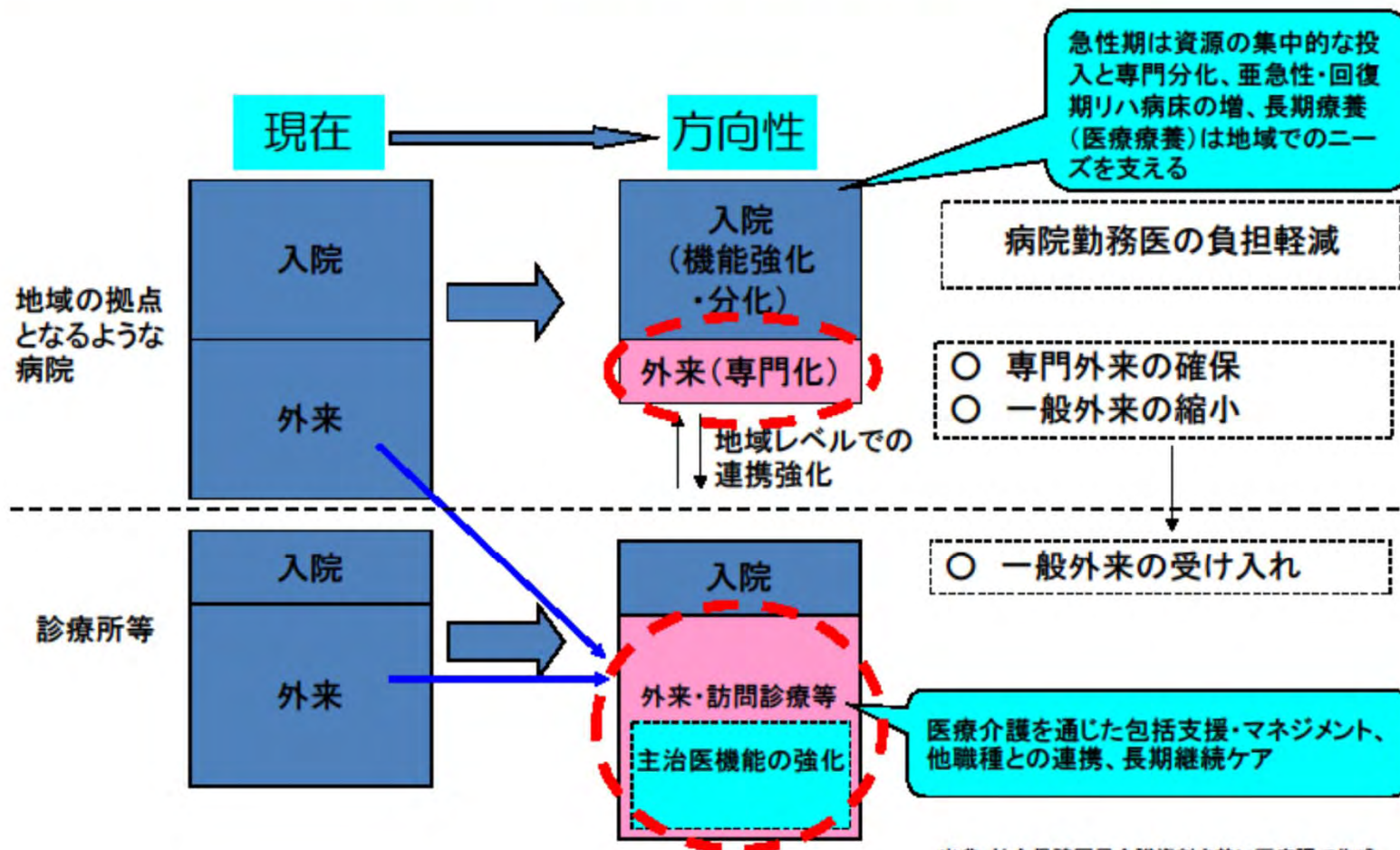
「逆紹介できない患者」を定義する必要があるだろう。ただし、医療の個別性を鑑み、また専門外来における裁量があまりに働きすぎるのも問題であるので、たとえば、専門外来からの逆紹介が難しい場合には、レセプトに逆紹介不可能との指示を記載する、3か月以上の継続外来患者については、継続が必要な理由をレセプトに記載するといった制度を作ることも一案であろう。もちろん、これはかかりつけ医に継続受診し、随時専門外来を受診するといった必要な受診行動を阻害するものではなく、その場合にはかかりつけ医からの紹介状を持参して、一部負担金追加徴収金なしで専門外来を受診することになる。

最後に、大学病院におけるかかりつけ医教育の意味合いも持つ総合診療外来をどう考えるのか、といった問題も残っている、この点においては、専門外来を適切な診断を行い、治療方針の決定までの時期を担当する外来と考えているので、一部負担金追加徴収金としての初診料・再診料の徴収対象にしなくてもいいかもしれない。

かかりつけ医機能

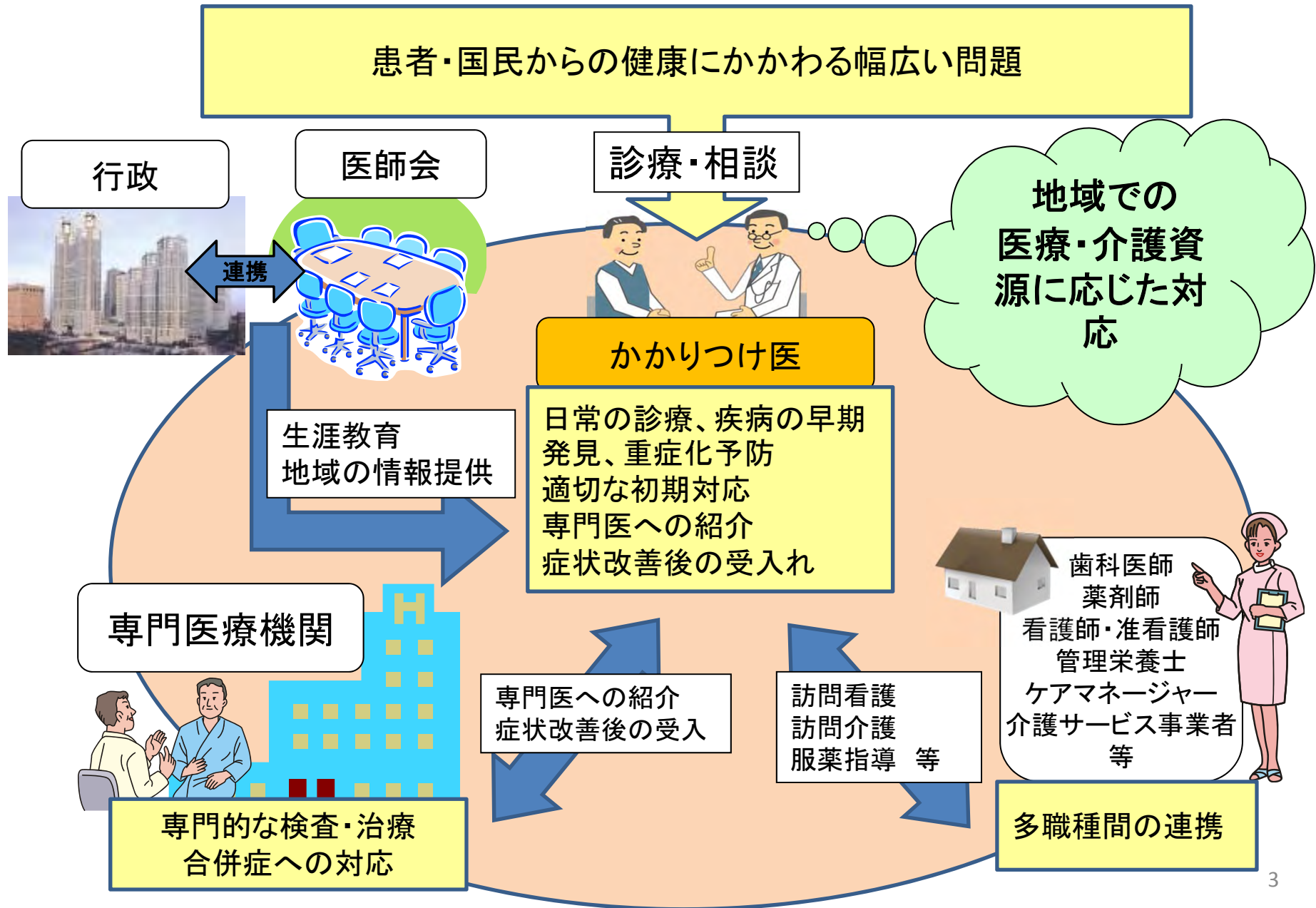
- ・ かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・ かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・ かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・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。

外来医療の役割分担のイメージ (改) 中医協 総-3
23.11.30



出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供 図3



かかりつけ医の構造

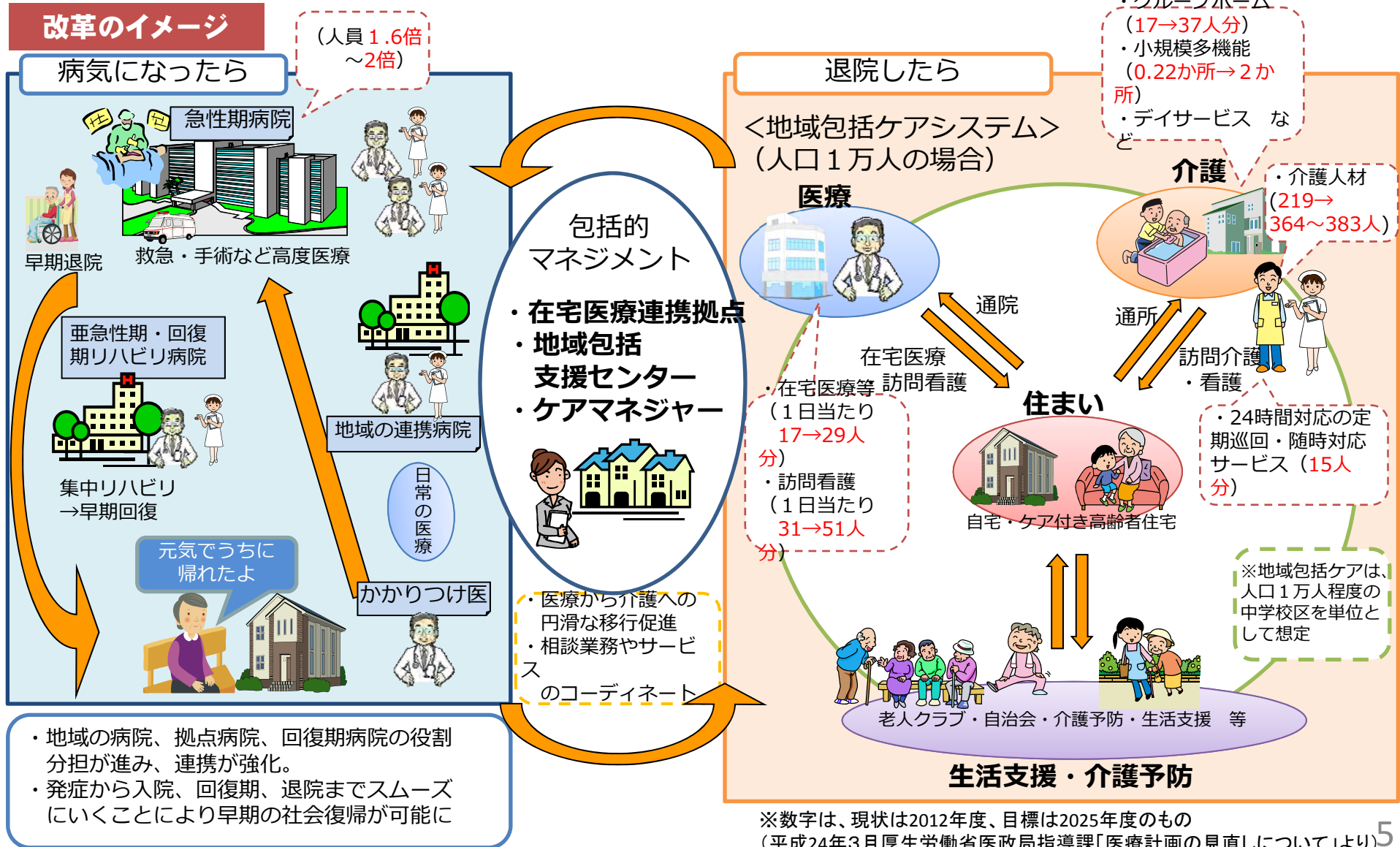
	財源	ゲートキーパー機能	患者からの選択	支払い方式	家庭医コースの独立性	waiting list
ドイツ	社会保険中心	弱い	強い	医師団体と保険者で協約	なし	なし
フランス	社会保険中心	弱い	強い	医師団体と保険者で協約	なし	なし
イギリス	税中心	強い	弱い	人頭+P4P	あり	あり
スウェーデン	税中心	強い	弱い	人頭+出来高(人数)	なし	あり
デンマーク	税中心	強い	弱い	人頭+出来高(疾病ごと)	なし	あり
オランダ	社会保険中心	中くらい	中くらい	人頭+出来高(人数、時間)	あり	なし

在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

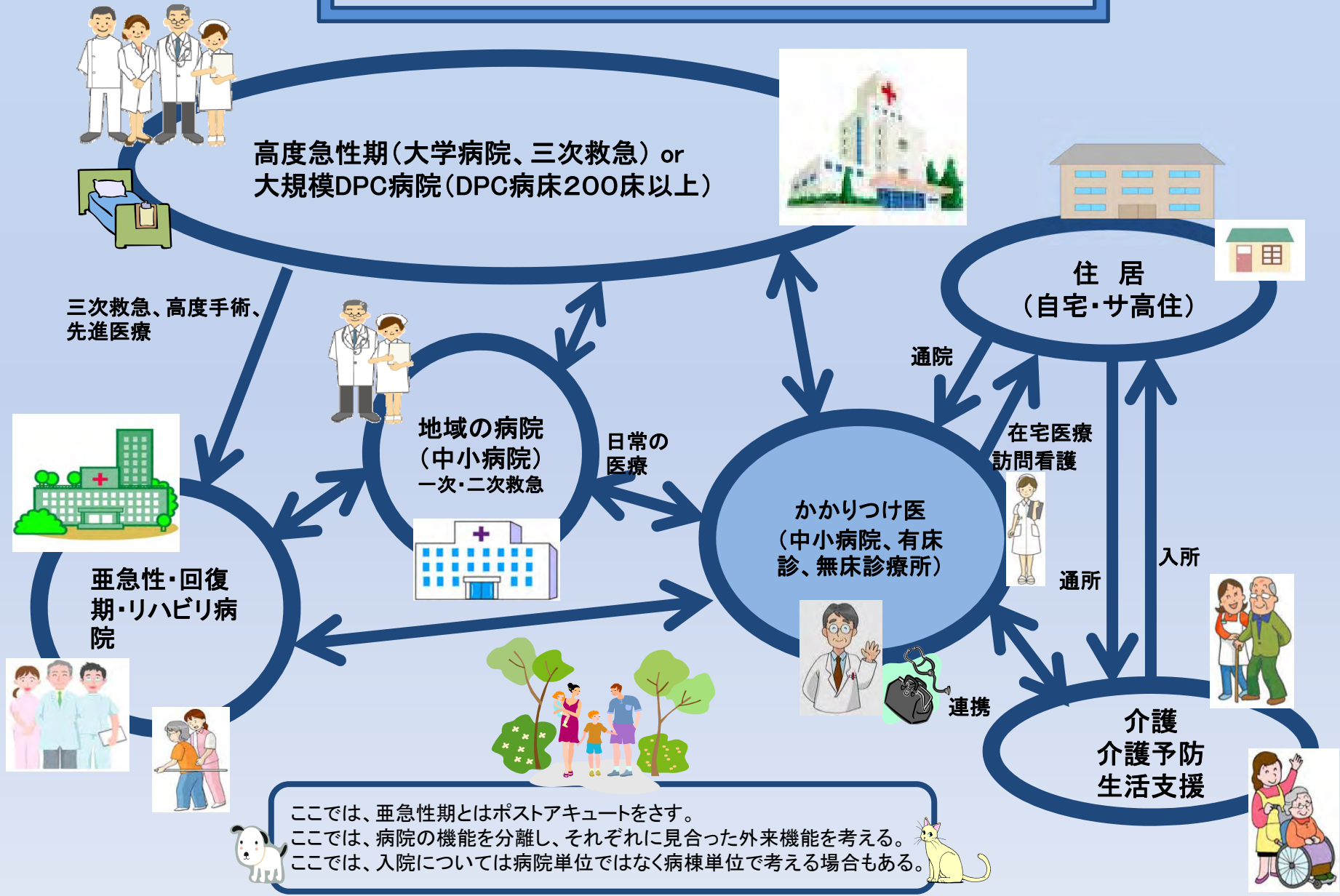
図5

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

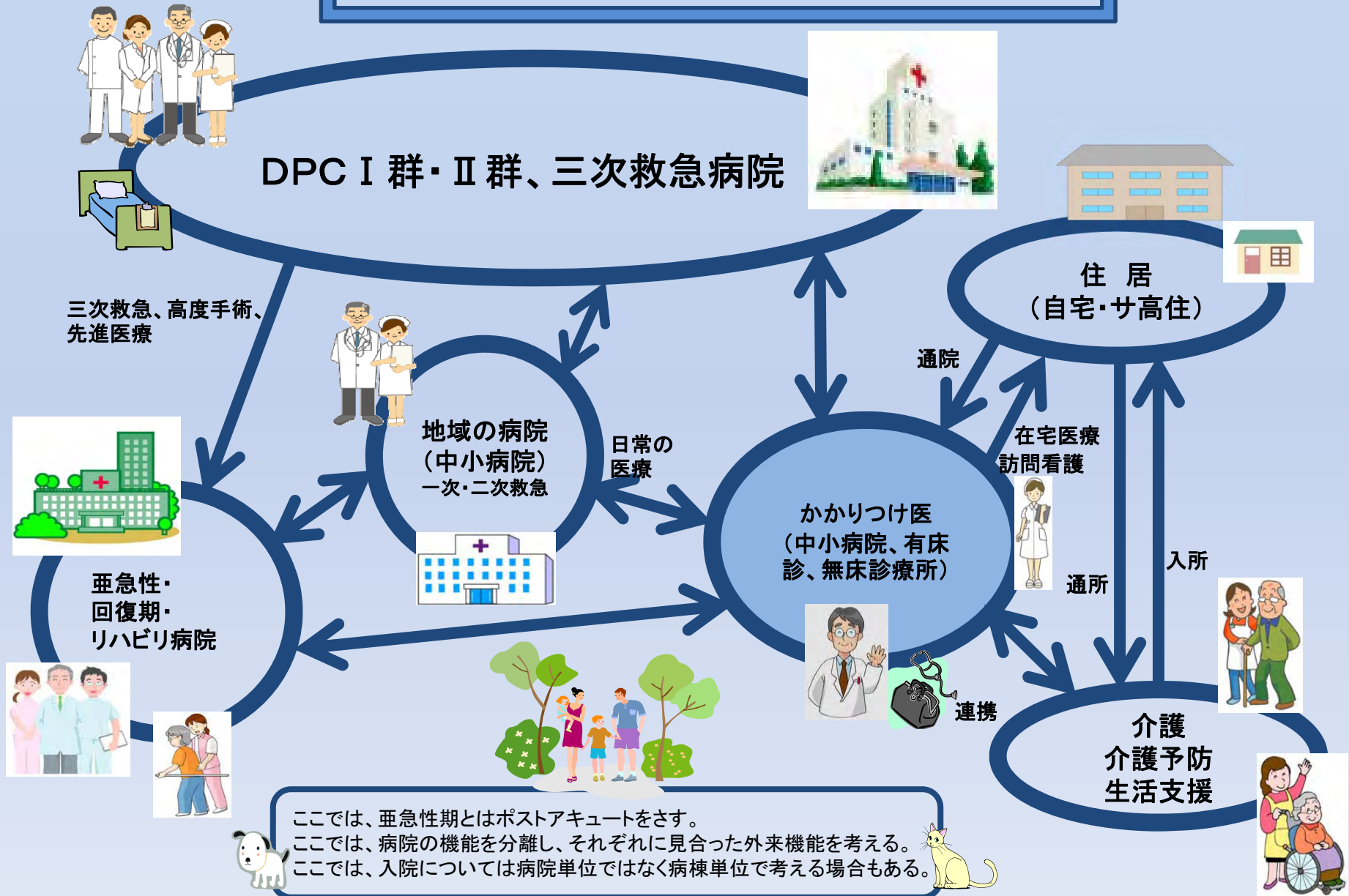


外来機能の分化図



ここでは、亜急性期とはポストアキュートをさす。
 ここでは、病院の機能を分離し、それぞれに見合った外来機能を考える。
 ここでは、入院については病院単位ではなく病棟単位で考える場合もある。

外来機能の分化図



ここでは、亜急性期とはポストアキュートをさす。
 ここでは、病院の機能を分離し、それぞれに見合った外来機能を考える。
 ここでは、入院については病院単位ではなく病棟単位で考える場合もある。

初診・再診 外来患者数

(単位:人)

	初 診	再 診	合 計
東京女子医科大学病院	88,363 (7.5%)	1,095,298 (92.5%)	1,183,661 (100%)
福島県立医科大学附属病院	18,935 (5.3%)	339,344 (94.7%)	358,279 (100%)
横浜市立市民病院	26,571 (9.0%)	268,452 (91.0%)	295,023 (100%)
浜松医療センター	24,970 (10.3%)	217,440 (89.7%)	242,410 (100%)

※各病院の平成23年度年報より