

実施日：2018年7月19日～27日

対象数（代議員） 89 回収数 40 回収率 44.9%

1. 診療科

区分	人数	%
1 内科系(内・消内・精・児)	22	55.0%
2 外科系(外・整・耳・眼・産婦・皮・泌)	12	30.0%
3 無回答	6	15.0%
計	40	100.0%

2. 初診料の機能強化加算について、改めて質問します。

(1) 届出はされましたか？

区分	人数	%
1 届出した	8	20.0%
2 届出していない	31	77.5%
3 無回答	1	2.5%
計	40	100.0%

(2) 算定はしていますか？〔回答者は(1)で「1 届出した」を選択した方〕

区分	人数	%
1 算定している	8	100.0%
2 算定していない	0	0.0%
3 患者を選んでいる	0	0.0%
計	8	100.0%

3. 機能強化加算は「かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する」として新設されました（厚労省説明会資料より）。地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所・支援病院に限る）を届けている診療所又は200床未満の病院が「かかりつけ医」として定義づけられることについて、どう思われますか？

区分	人数	%
1 妥当だ	6	15.0%
2 妥当でない	20	50.0%
3 判断できない	13	32.5%
4 無回答	1	2.5%
計	40	100.0%

4. 政府は6月15日、「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2018」を公表しました。その中で「かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する」としています。かかりつけ医以外の医療機関の外来受診時に定額負担を求めることについて、どう思われますか？

区分	人数	%
1 賛成だ	5	12.5%
2 反対だ	28	70.0%
3 判断できない	6	15.0%
4 無回答	1	2.5%
計	40	100.0%

賛成の理由は？（幾つでも）〔回答者は「4」で「1賛成だ」を選択した方〕

区分	人数	%
1 まず、かかりつけ医にかかるべきだ	3	60.0%
2 もっと患者負担を上げるべきだ	1	20.0%
3 患者のフリーアクセスはある程度制限すべきだ	3	60.0%
4 その他	1	20.0%
計	8	160.0%

反対の理由は？（幾つでも）〔回答者は「4」で「2反対だ」を選択した方〕

区分	人数	%
1 かかりつけ医とその他の医師に差を設けるべきではない	16	57.1%
2 これ以上患者負担を増やすべきでない	8	28.6%
3 患者のフリーアクセスを阻害すべきではない	19	67.9%
4 その他	0	0.0%
計	43	153.6%

5. かかりつけ医を一人だけ決めて相談し、紹介を受けて他科を受診する患者もいれば、かかりつけ医を一人だけ決めるのではなく、専門科毎のかかりつけ医を決め、傷病によってそれぞれの専門科に受診する患者もいます。

(1) かかりつけ医を一人だけに決めてしまう制度について、どう思われますか。

区分	人数	%
1 賛成	3	7.5%
2 反対	27	67.5%
3 判断できない	10	25.0%
4 無回答	0	0.0%
計	40	100.0%

2) 患者が傷病に毎に専門科の医師をかかりつけ医として選択する考え方について、どう思われますか。

区分	人数	%
1 賛成	14	35.0%
2 反対	10	25.0%
3 判断できない	15	37.5%
4 無回答	1	2.5%
計	40	100.0%

(3) 国の言う「総合的な診療を行うかかりつけ医」について、先生の意見をお聞かせください。

1	(1)反対 (2)判断できない	一人の患者を全人的に診てコーディネートする、いわゆるかかりつけ医は必要な存在であるが、そこに点数をつけて患者の行動にしばりを設けることに問題がある。
3	(1)反対 (2)判断できない	私は耳鼻科ですが、眼科、婦人科等、最初から専門知識を持って診察すべき患者が多く、また患者サイドが何科を受診すべきか分かりにくいことも考えられます。患者本人（または家族）が自分で希望する医療機関を受診すべきと思います。
4	(1)反対 (2)判断できない	一人の医師を窓口として専門医に紹介することは、ある程度は効率的なアクセスとして評価できるが。一方で、かかりつけ医を持たない患者が、フリーアクセスできるようにしておくことも不可欠だと思う。
7	(1)反対 (2)判断できない	個別の疾患の組み合わせや地域の医療資源によるところが大きい。地域毎や医師と患者の関係の中で合意が図られるべきもの。
8	(1)判断できない (2)判断できない	かかりつけ医が紹介してくれなければ、他科受診ができないのは問題がある。
14	(1)判断できない (2)反対	各専門医を受診したいという患者さんの気持ちを制限するのは難しく、内科医に専門的医療を求められても対応できないが、高齢者は多くの疾患を抱えており、情報を統合して医療を行う立場も必要と考えられる。
16	(1)反対 (2)賛成	患者さんのネット等からの情報収集とニーズからすると、専門科毎のかかりつけ医を決めることは妥当と思われます。「かかりつけ医」に在宅医療、看取りの対応を担ってもらうモデルは、全ての科のDrができるわけではないので、各科が協力する体制づくりをするのがbetterと判断します。

17	(1)反対 (2)反対	真に総合的な診療を行う医師など日本には殆どいない。医師を長時間診療所に縛り付け、勉強会、行政への協力はおろか家庭生活も破壊するような制度検討は許せない。役人共は多くは9時～5時生活をしているではないか。
22	(1)反対 (2)賛成	専門性が高い科目についての判断は困難。
25	(1)反対 (2)賛成	総合的にかかりつけ医として介護保険との連携をとったり、多職種、他の専門性との要となる立場で、専門科受診及び専門性の存在は並列であって良いと思います。
26	(1)反対 (2)賛成	機能強化加算もしかり、「何かを届け出たら加算しますよ」というのは、お上に届け出ないヤツは減点しますよとされているのと同じこと。届出なしで加算するのが本道である。医者がぺこぺこしている。
28	(1)反対 (2)賛成	方向性としては理解でき容認できるが、かかりつけ医の要件については、賛成できない部分はある。
30	(1)反対 (2)反対	イギリス型のかかりつけ医制度の模倣を検討したものと見られるが、イギリスに在住した患者によれば、優れた医者に受診しようとしても保険ではかかることができず、困るとのことであった。
31	(1)反対 (2)反対	<ul style="list-style-type: none"> ・コンセプトは良いと思うが、事業を行うためのマンパワー、人材不足に対してどのように人材を確保するのか困難。 ・60歳以上の開業医が日常診療、経營業務、在宅医療、健康相談、予防、医師会の仕事等の多くの内容を求められ、長時間労働、24時間対応で過労死にならないか心配。
32	(1)判断できない (2)賛成	私は総合診療医（家庭医）です。医療経済コストの効率化、膨張防止のためには、かかりつけ医をゲートキーパーとし、紹介すべきと判断されたケースのみ、専門医に紹介する制度（英のNHSがモデル）が良いと考えます。ただし、その制度を支えるためには、総合診療医の数量、質を上げる政策と両輪で議論することが大前提です。そういう意味では、方針は国の政策に賛成ですが、すぐに移行することは拙速だと思います。
32	(1)判断できない (2)賛成	私は総合診療医（家庭医）です。医療経済コストの効率化、膨張防止のためには、かかりつけ医をゲートキーパーとし、紹介すべきと判断されたケースのみ、専門医に紹介する制度（英のNHSがモデル）が良いと考えます。ただし、その制度を支えるためには、総合診療医の数量、質を上げる政策と両輪で議論することが大前提です。そういう意味では、方針は国の政策に賛成ですが、すぐに移行することは拙速だと思います。

37	(1)反対 (2)反対	一定の医学的レベルを有した「かかりつけ医」は必要です。日本医師会が提唱、実施している「かかりつけ医認定基準」も一つの指標と考えます。患者のフリーアクセスを保障しながら、「かかりつけ医」登録も可とすべきで、加算も必要でしょう。「かかりつけ医」一人制には反対です。
38	(1)反対 (2)賛成	かかりつけ医を一人だけという考えは、無理があると思う。
39	(1)判断できない (2)判断できない	地域の事情を考慮しない、一律の制度検討に疑問を持つ。これで地道に働いている開業医が制度の変更、書類の増加、会議出席の増加で疲弊している。官僚と政治のきままに制度の改廃を繰り返さないでほしい。
40	(1)反対 (2)賛成	我々全て国家試験終了時では皆、総合診療医であったが、患者ニーズや専門的にレセプト請求から今のような専門制度になったと思う。それを変えていくのは難しい！

6. 初・再診料本体（200床以上病院が算定する外来診療料を含む）は、2014年の消費税率引き上げに伴う改定を除き、近年引き上げられていません。初・再診料は「初・再診の際の基本的な診療行為を含む一連の費用を評価したもので、診察にあたって、①個別技術にて評価されないような基本的な診察や処置等、②基本的な医療の提供に必要な人的、物的コスト等の費用が含まれる」と厚労省は説明していますが、②はおろか①も賄えない低評価に抑え込まれていると協会は考えています。

また、今回妊婦加算が新設されましたが、時間外・深夜・休日加算、小児加算、小児科特例加算、外来管理加算なども、引き上げられていません。一方、初診料の機能強化加算、再診料の地域包括診療加算など、施設基準を満たして届け出ることが必要な加算を作り、外来を担当する医療機関を格差付けしようとしています。

(1) 初・再診料の評価のあり方について、どう思われますか？

区分	人数	%
1 施設基準を満たして届け出た医療機関や、一定の条件の場合を評価するのではなく、初・再診料本体の評価を引き上げるべき	21	52.5%
2 初・再診料本体を引き上げるべきだが、加算等で評価する方が現実的であり、やむをえない	5	12.5%
3 医療機関機能に着目して引き上げる最近の改定方法こそが相応しい	1	2.5%
4 初・再診料は現状程度で良い	2	5.0%
5 判断できない	11	27.5%
6 無回答	0	0.0%
計	40	100.0%

(2) 上記(1)で「1」「2」を選択した先生に質問します。初・再診料本体について、何点の引き上げを要望されますか

	回答者数	平均値	中央値	最小値	最大値
初診料	18	169	70	8	500
再診料	17	59	30	3	200
外来診療料	10	40	20	5	100

※「引き上げを要望する場合」を前提としているため「0」という回答は排除した。

※欄外の意見

診療が長時間（例えば30分以上）になる場合に「加算点数」を設けるとか。