

かかりつけ医制度の近未来 ～家庭医懇の失敗からかかりつけ総合医へ～



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

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
通所事業所(長瀬ケアセンター) 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

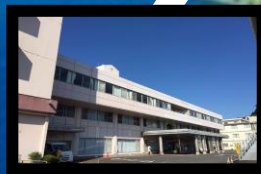
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次

– パート 1

- 家庭医懇の失敗

– パート 2

- 米欧のかかりつけ医制度

– パート 3

- 日本のかかりつけ医制度の在り方

– パート 4

- かかりつけ総合医の実現を



パート1
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世界に30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

「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
- 2018年 新専門医制度
 - 19番目の基本領域に「総合診療専門医」が位置付けられた

家庭医制度を持たない国は
先進国の中で日本だけ・・・

パート2

米欧のかかりつけ医制度

各国とも制度としての
家庭医(かかりつけ医)制度を持っている



米国の家庭医と 患者中心のメディカル・ホーム



米国の家庭医の歴史①

- 米国のプライマリケアを支えていた家庭医
 - 第二次大戦後、米国のプライマリ・ケアを支えていたのは、街の一般医 (General Physician GP)、医師全体の6割以上を占めていた
 - その後、一般医は専門医制度の進展とともに減少
- ミリス・レポート
 - 米国医療と古き善き時代の一般医と専門医をどう共存させるかにつき、ジョン・ミリスを委員長にした市民委員会が設立
 - 「家庭医」のレジデント研修の提言 (ミリス・レポート)
- 専門医としての家庭医 (Family Practice) の誕生
 - 1969年に米国で第20番目の専門医養成コースとして家庭医療学科が誕生

米国の家庭医の歴史②

- 1970年代の家庭医療学科
 - 誕生間もない70年代前半には、既存の専門科からの非難・中傷と研修医数の伸び悩みで多くの苦難を経験した
- 連邦政府の支援
 - 連邦政府からの家庭医の研修医や研修施設への助成金という経済的な支援を得たお陰で、研修医数も増加
 - その後の研修医達の活躍の結果、他の専門科の信用も次第に得るようになってきた。

米国の家庭医の歴史③

- 1990年代のマネジドケア全盛と家庭医
 - クリントン政権が、米国の健康保険制度改革を政策に掲げたのが90年代前半である
 - クリントンは米国の医師数の51%をプライマリ・ケア医にしようという具体的提案をした
- マネジドケアと家庭医
 - 保険会社の管理医療(マネジドケア)の発展とともに、ゲートキーパーとしての家庭医が注目された。
 - しかし、マネジドケアの評判の低下とともに家庭医もまたそのお先棒かつぎと見なされるようになってきた。
 - このため家庭医のレジデント研修を目指す医学生は減少した。

2009年から新たな家庭医モデル 患者中心のメディカル・ホーム (Patient-centered Medical Home)

保健・福祉省のCMS(メディケア・メディケイド・
サービスセンター)は2009年から3年間の
メディカル・ホームデモンストレーションプロジェ
クトを開始

患者中心のメディカル・ホームの 歴史

- 起源は1967年に米国小児科学会が提唱した「子供の診療記録を自宅に置いておこう」という運動にさかのぼる
- その後、米国内科学会や米国家庭医療学会がこの概念を拡張して、患者がアクセス可能で、継続性がある、包括的で、調整された、思いやりのある文化的に効果的な患者中心のケアコーディネーション方式として概念整備してきた。

患者中心のメディカル・ホームの定義

Grumbach and Bodenheimer, JAMA 2002

- メディカル・ホームは、患者と医師との関係の上に築き上げられ、患者ニーズを中心に組織化された保健医療のアクセスポイントのことである。メディカル・ホームは住民のプライマリケアニーズの90%をカバーするのみならず、専門医への紹介やその他付帯サービスも提供する。メディカル・ホームはファーストコンタクト、包括的ケア、継続的予防ケア、急性、慢性疾患のニーズに応える資源となる。
- The medical home is a point of access to health care that is organized around the patient's needs built on a relationship between a patient and a physician. It is a primary health care based capable of providing 90% of health needs but also coordination specialty referrals, and ancillary services. The medical home is a source of first contact care and comprehensive care across a continuum of preventive, acute and chronic health care needs.


患者中心のメデイカルホーム 8つのポイント

- ①かかりつけ医
- ②チーム医療
- ③反応的、断片的なケアではなく、プロアクティブなケア
- ④特別なITソフトウェア(患者登録)を用いた患者フォロー
- ⑤慢性疾患(例えば、喘息、糖尿病、心臓病)の自己管理のサポート
- ⑥意志決定における患者参加
- ⑦すべての状況におけるケアコーディネーション
- ⑧アクセス強化(例えば、安全なメール)

Patient Worksheet

For
Physicians
Care Managers
Patients

Wilcox, Proc of
AMIA Symp,
2005

16 November 2006		 Patient Worksheet <small>Selected to Print for: All Patients, All Sections, Last Clinical Note</small>			u1.070 Comprehensive Version	
PATIENT NAME TEST, BED		SEX F	DOB 01/01/1911	MMW 650730	MRN# 5992114	
Problems						
Diabetes Mellitus, Type 2 Hype rlipidem B		Chronic conditions				
Active Medications						
1. - Glucophage (Metformin HCl), 500mg, Tablet, 1 TABLET, Daily 2. - Simvastatin, 10mg, Tablet, Oral, 1 TABLET, Daily 3. - Lisinopril, 10mg, Tablet, Oral; No dose for id 4. - Calcium Carbonate/Vitamin D (Calcium 500 Mg-Vitamin D), 500-200, Tablet, 1 TABLET, BID						
Allergies						
(-) Penicillins - A Drug Allergies Group; Reaction(s): Rash						
Diagnosis Management						
ADL		Pain Score (0-10)		MMSE		
11/16/2006	5	11/16/2006	4	11/16/2006	22	
Preventive Care						
Pap Smear		Mammogram				
No Data		No Data				
Clinical Laboratory Data						
HgbA1c (<=7.0)		UA Protein	uAlb/Cr (<=30)	24 Urine Albumin (<=30)	Serum Cr	
No Data	-	No Data	-	No Data	-	No Data
Serum K		Lipid Profile	LDL (<100)	Trig (<150)	HDL (>45)	CHOL (<200)
No Data	-	No Data	-	No Data	-	No Data
HCT		HsCRP		Homocysteine		
No Data	-	No Data	-	No Data	-	-
Clinic Data						
Date	Weight	BMI (<=25)	Weight Class	Blood Pressure (<130/80)		Heart Rate
01/16/2006	144 lbs	23	Normal	01/16/2006	122/74 mmHg	01/16/2006 74
01/11/2005	155 LBS	25		01/11/2005	150/90 mmHg	
05/12/2003	50.00 N/A	-				
Last foot exam:		11/2005	Abnormal	Last dilated retinal exam:		11/2005 Abnormal
Reminders						
Lab						
<input type="checkbox"/> Creatinine - Patient on Metformin product(s) and no Creatinine on record. <input type="checkbox"/> HgbA1C - Urine Albumin Test - LDL - Serum Cr (should be done on all Patients with Diabetes). <input type="checkbox"/> HCT - Serum K (should be done on all Patients with Hypertension)						
Procedure						
<input type="checkbox"/> Mammogram - Suggested yearly for women age 40 and above, every 1-2 years age 40 and above. <input type="checkbox"/> Pap smears - Suggested for all Patients with cervix. For women age 18-29, every 1-3 years. <input type="checkbox"/> Tetanus Immunization - Suggested every 10 years. <input type="checkbox"/> DEXA Screen ing - Suggested for women age 65 and over. Follow-up screening for those treated for osteoporosis recommended every 2-3 years. <input type="checkbox"/> Colon Cancer screen ing - Suggested yearly fecal test or sigmoidoscopy Q 5 years, or colonoscopy Q 10 years.						

Chronic conditions

Medications

Allergies

Functional status

Preventive care summary

Pertinent labs

Pertinent exams

Passive reminders

Organized by illness

Patient Information

ID Number: Last Name: First Name: DOB: * Age: Race: Sex:

Phone: Cell Phone: Email: PCP: PCP Phone:

Insurance: Facility: Diab Collaboration FPP:

Date of Referral: * Care Mgr: Status:

Patient Search

ID Number:

Last Name:

First Name:

Care Mgr:

	Diag. Date	Diagnosis	Status
<input type="button" value="Edit"/>	2/28/2005	CHF	Active
<input type="button" value="Edit"/>	3/30/2004	Anxiety	Active
<input type="button" value="Edit"/>	3/30/2004	Depression	Active

	Sched Date	Sched Time	Encounter Type	Status
<input type="button" value="Edit"/>	4/30/2005		Telephone Contact	Pending
<input type="button" value="Edit"/>	1/30/2005		Home Visit	Resolved
<input type="button" value="Edit"/>	1/26/2005		Telephone Contact	Resolved
<input type="button" value="Edit"/>	10/18/2004		Telephone Contact	Resolved

	MH Packet Date	Symp	Severity	Fctnal	Diff	Dysth.	Q9	Suicide State	Suicide Risk	[Mood 1 2 3]	MoodImp	MoodSx	AnxImp	AnxSx
<input type="button" value="Edit"/>	1/26/2005	1	3	Somewhat	<input checked="" type="checkbox"/>	0		No Risk						
<input type="button" value="Edit"/>	9/1/2004	0	4	Not at all	<input checked="" type="checkbox"/>	0		No Risk		16	45	14	52	
<input type="button" value="Edit"/>	5/4/2004	8	22	Somewhat	<input checked="" type="checkbox"/>	1	1. Thoughts Only	Low Risk						

Diab Assess Date

Diagnosis	Encounter	Meds	MH Instruments	Pediatric Assess
Diabetes History	Diab Pre/Post Knowledge Assess	Patient Goals	HF Follow-Up	

<input type="button" value="New Patient"/>	<input type="button" value="Save Patient"/>	<input type="button" value="Delete Patient"/>	Generate Clinical Note by Date <input type="text" value=""/> *
--	---	---	--

CMT database - example

CMSのメディカル・ホーム デモンストレーションプロジェクト

- CMSのデモンストレーションプロジェクト(メディカルホーム)
 - 2009年より全米の8つの州で40万人のメデイケア対象者(65才以上高齢者)
 - 400診療所、2千人のプライマリケア医の参加のもとに行われる予定
- メディカルホームデモンストレーションプロジェクト
 - プロジェクト第一レベル
 - 患者のメディカル・ホームプロジェクトへの参加同意
 - 患者データの収集、ケアプランの作成、患者教育などが要件
 - プロジェクト第二レベル
 - 電子カルテ(EHR)を用い、血圧、検査値、予防サービスの実施状況などを記録
 - 病院や診療所外来など関連施設の体系的なコーディネーション機能
 - 退院後の服薬リストをチェックすること、電子処方を行うこと
 - 治療成績などのデータ収集など

•

メディカル・ホーム診療報酬

- メディカルホームに対する診療報酬
 - 要件を満たした診療所についてはメディカル・ホームに関する診療報酬が支払われる
 - 診療報酬の支払いは人頭割支払い方式で、メディカルホームに登録患者の人頭割の料金設定がなされている
 - 料金は住民1人1月あたりメディカル・ホーム第一レベルで40.40ドル、第二レベルで51.70ドルとなっている
 - 患者重症度の補正は患者の現状からの将来の疾病負担の予測モデルにより行われる。

英国の家庭医 (GP)



英国の国営医療(NHS)

- 英国の国営医療サービス(NHS)と開業医
 - 1948年にNHSスタート
 - 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
- 登録医制度(GP: general practitioner)
 - 住民は、予め登録した診療所のGPの診療を受け、必要に応じてGPの紹介の下に病院の専門医を受診
 - 住民は、診療所の登録と変更を自由に行うことができる。

英国のGP

- 英国の開業医 (GP: general practitioner)
 - 全英で診療所数は10,352 (イングランド 8,451、ウェールズ 497) 2005年
 - GP数はイングランド (2004年) で31,523人 (非常勤、研修医を除く)
 - GPは開業医トラスト (PCT : Primary Care Trust) を地域単位で形成し、地域における保健医療事業の計画立案とNHSからの事業委託を実施
 - イングランドで約300の開業医トラストがあり、一つの開業医トラストは現在、平均して人口14万人をカバー

開業医の診療報酬体系

- 包括報酬(global sum)
 - 人頭支払い制度
 - 人頭支払いでは、登録住民の年齢別、性別、医療ニーズに応じた住民一人当たりの括報酬が支払われる
 - 包括報酬には、もちろん地域や登録患者の特殊事情も加味される
 - 包括報酬には、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
- 追加サービス(enhanced services)
 - 出来高払い
 - 診療所が特別なサービスを提供すると報酬が出来高払いで追加される

2004年のブレア政権時

第三の診療報酬体系として成果払い (P4P: Pay for Performance)を導入

- Quality and Outcome Framwork:QOF
 - 2004年よりブレア政権の時、新たに英国版P4PであるQOFが追加された
 - 10の疾病グループと146の臨床指標を設定
 - 臨床指標ごとに標準的な達成目標数値を設定し、目標を達成すれば成果報酬が支払われるという方式である。
 - 点数スライド制

2004年以降の変化

- GPの収入
 - 人頭払い(global sum)は約30%
 - 出来高払い(enhanced service)は約 20%
 - Quality and Outcome Frameworkは50%
- GPの収入は2004年以降、平均4万ドル、それまでの30%程度も増収になったといわれている。

QOFの仕組み

- 10疾患・146臨床指標の設定
- 10疾患
 - ①喘息、②がん、③慢性閉塞性肺疾患（COPD）、④冠動脈疾患、⑤糖尿病、⑥てんかん、⑦高血圧性疾患、⑧甲状腺機能低下症、⑨重篤な長期療養を必要とする精神疾患、⑩脳卒中および一過性虚血発作

糖尿病

- 糖尿病(最高点99ポイント)
 - 糖尿病の患者登録が可能 最高6ポイント
 - BMI記録 最高3ポイント 25~90%
 - 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
 - 禁煙指導 最高5ポイント 25~90%
 - HbA1c記録 最高3ポイント 25~90%
 - HbA1cが7.4%以下 最高16ポイント 25~50%
 - HbA1cが10%以下 最高11ポイント 25~85%
 - 網膜症スクリーニング記録 最高5ポイント 25~90%
 - 末梢動脈の拍動記録 最高3ポイント 25~90%
 - 末梢神経障害記録 最高3ポイント 25~90%

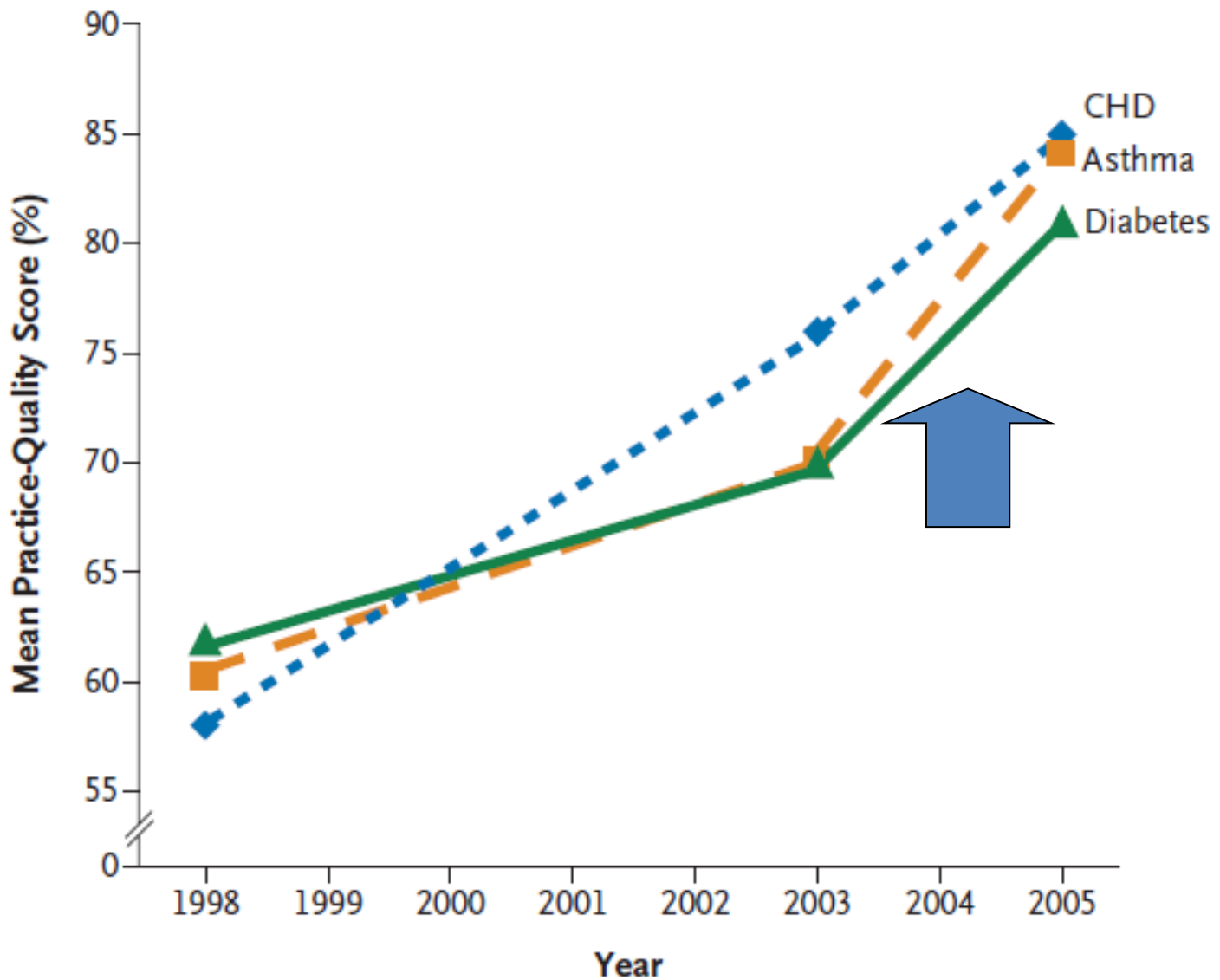


Figure 1. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes, 1998 to 2005.

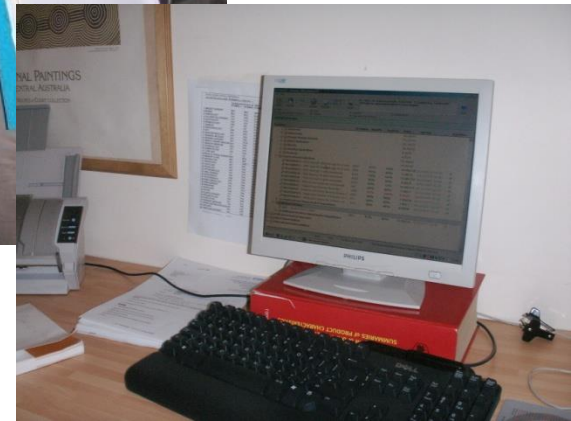
[Campbell et al., 2007]

サウスロンドンのGPクリニック



2007年10月

Dr Marie



マリー先生のP4Pに対する意見

- クリニックの女医のマリーさんが説明してくれた。
 - 「まずNHSのインフォメーションシステムを見せましょう」と言って、電子カルテの前に案内してもらった。
 - 「この患者は冠動脈疾患の患者ですが、テンプレートを開けて、この患者が12ヶ月以内に血圧の記録があるかどうかチェックします。また禁煙指導をおこなったかどうかもチェックするわけです。していなかったら電話で呼び出して次の診察の予約をとるわけです。これがポイントになって収入になるわけですから、患者のフォローの仕方が、QOF(クオーフ)導入の2004年前とはだいぶ変わりましたね。」

マリー先生のP4Pに対する意見

- Q「収入はどうですか？」
- A「このクリニックでは15%ぐらいの増収ですね。増収分はクリニックの人の雇用に当てました。患者を電話で呼び出したりするのにも人手もかかりますからね。QOFのおかげで患者の日常のケアに目が行き届くようになったし、診療の質はあがりましたね。」
- Q「患者データの電子カルテへの入力は手間ではありませんか？」
- A「そうでもないです。テンプレートのチェックボックスを選んでいけば良いので、そんなに手間でもないです。」
- Q「デメリットはありましたか？」
- A「QOFではNHSの監査が増えたのが、ちょっとわずらわしいですね」とのことだった。

フランスのかかりつけ医



フランスのかかりつけ医

- フランスは日本と同じようにフリーアクセス制の国だった
- 2005年よりかかりつけ医制（登録医制）を導入
 - かかりつけ医の選択は住民の自由、大病院の勤務医で可
しかし98%は一般医から選ぶ。
 - 地理的制約もない
 - かかりつけ医の変更も可能
- 診療科により異なる紹介制
 - 小児科、精神科、産婦人科、眼科、歯科はかかりつけ医を通さずとも直接の受診可能
 - その他の診療科についてはかかりつけ医を通さず受診すると7割負担となる。
- 緩やかなかかりつけ医制ともいえる

ドイツのかかりつけ医

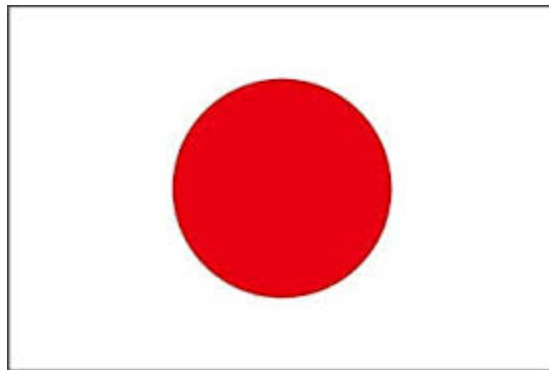


ドイツのかかりつけ医

- 2008年より家庭医診療報酬(包括報酬)を導入
 - 家庭医への登録の法的整備はされていない
 - しかし国民の90%はかかりつけ医を持つという
- 家庭医中心医療
 - 保険診療で、家庭医診療と専門診療に区分されている。
 - 家庭医診療は一般医、小児科医、家庭医診療を選択した内科医が従事している
 - 家庭医診療の報酬は包括報酬中心
 - 家庭医診療は2016年で国民全体の5%程度

パート3

日本のかかりつけ医制度の在り方



日本でもドイツと同じように法制度に基づくかかりつけ医はいない

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋

「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、必要なときには専門医、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。

診療報酬による かかりつけ医機能の評価

- 2008年
 - 後期高齢者診療料による「主治医制」→廃止
- 2012年
 - 在宅患者訪問診療料
- 2014年
 - 地域包括診療料（加算）
 - 認知症地域包括診療料（加算）
- 2016年
 - 小児かかりつけ診療料
- 2018年
 - 機能強化加算

地域包括診療料・加算について

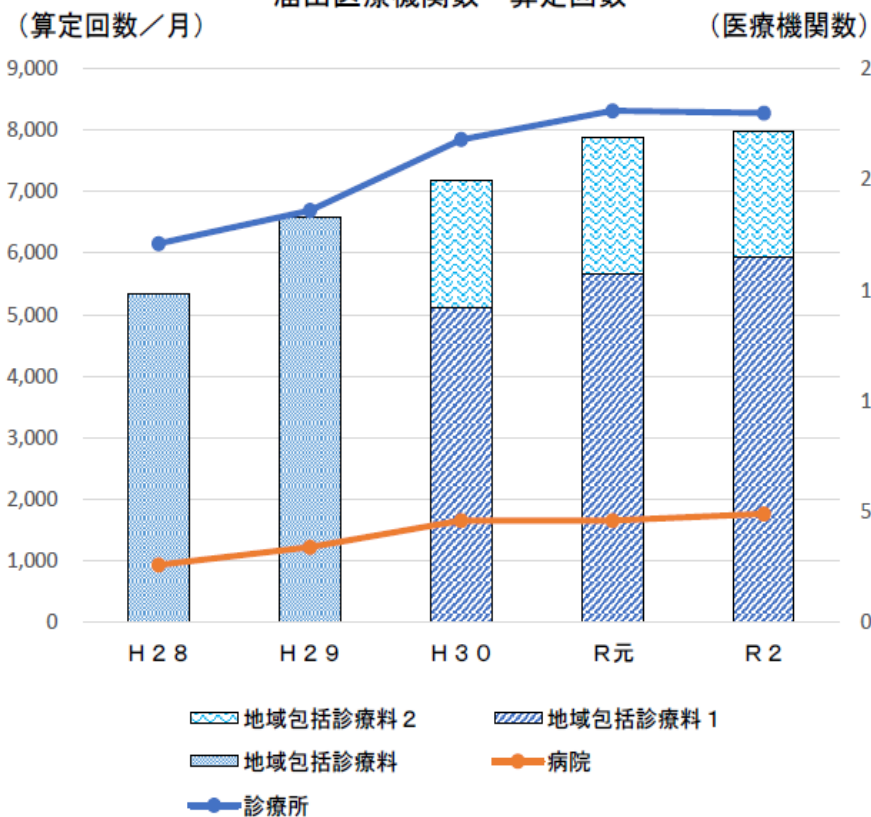
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)	地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・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 	
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。	
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
		<ul style="list-style-type: none"> ・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



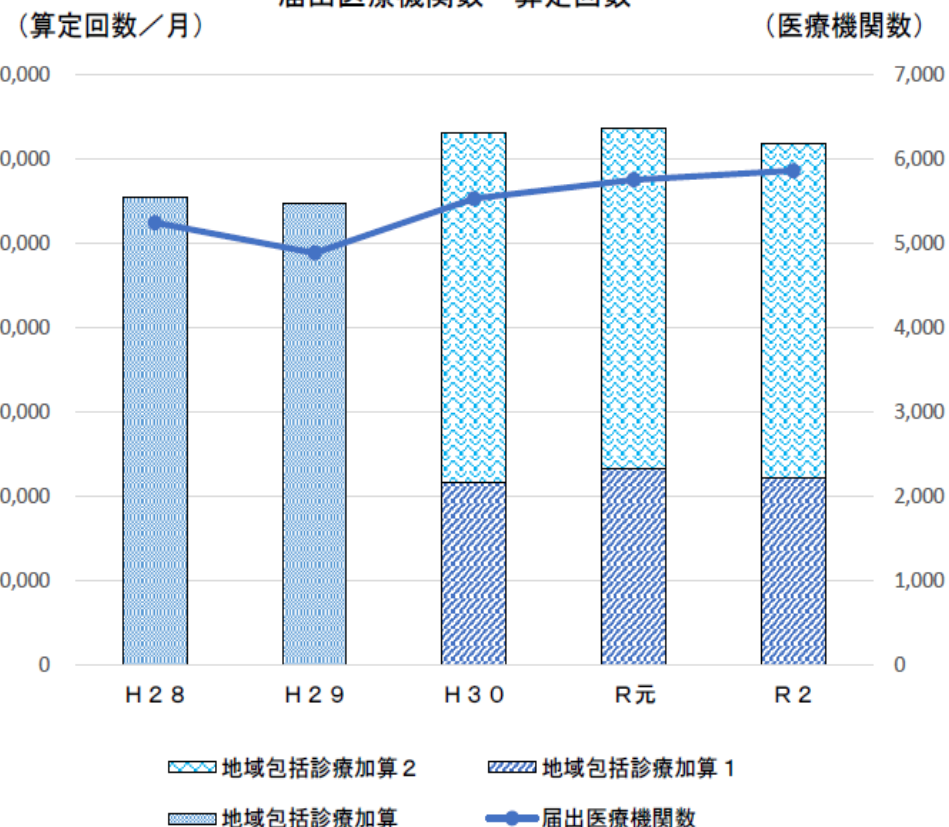
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料・加算の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の方が、届出医療機関数・算定回数ともに多かった。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数



地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数



出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計

認知症地域包括診療料・加算について

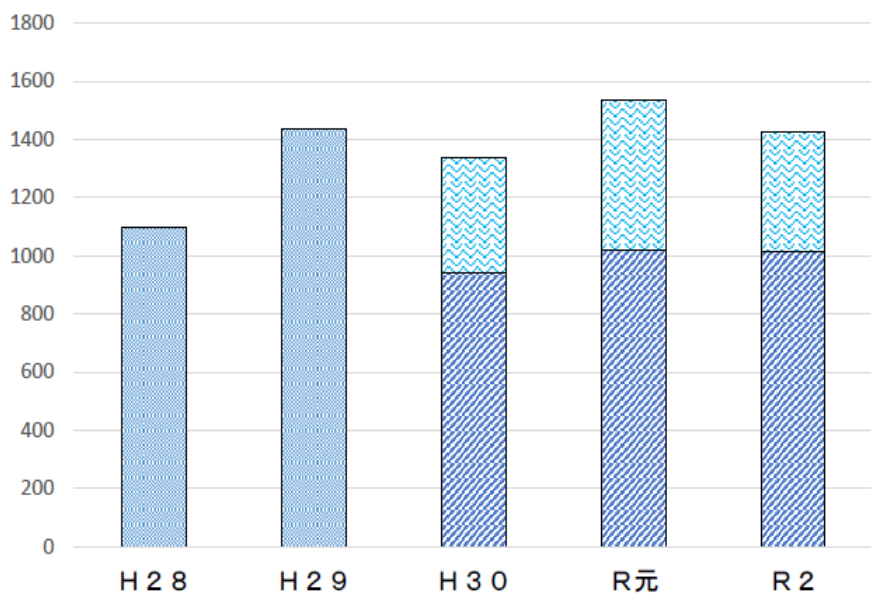
	認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回)	認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき)
	病院	診療所
包括範囲	<p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、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
対象患者	<p>以下の全ての要件を満たす認知症患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者 	
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。	
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。) 	
施設基準	<p>それぞれ以下の届出を行っていること</p> <p>診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2</p>	<p>それぞれ以下の届出を行っていること</p> <p>加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2</p>

認知症地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 認知症地域包括診療料の算定回数は増加傾向。
- 認知症地域包括診療加算は、平成30年以降大きく増加しており、認知症地域包括診療料より多い。

認知症地域包括診療料
算定回数

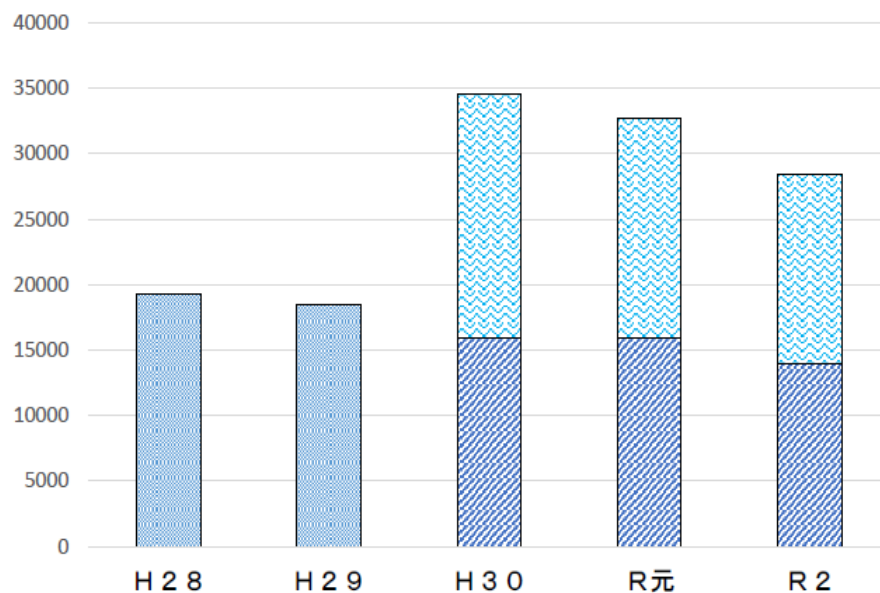
(算定回数/月)



- 認知症地域包括診療料2
- 認知症地域包括診療料1
- 認知症地域包括診療料

認知症地域包括診療加算
算定回数

(算定回数/月)



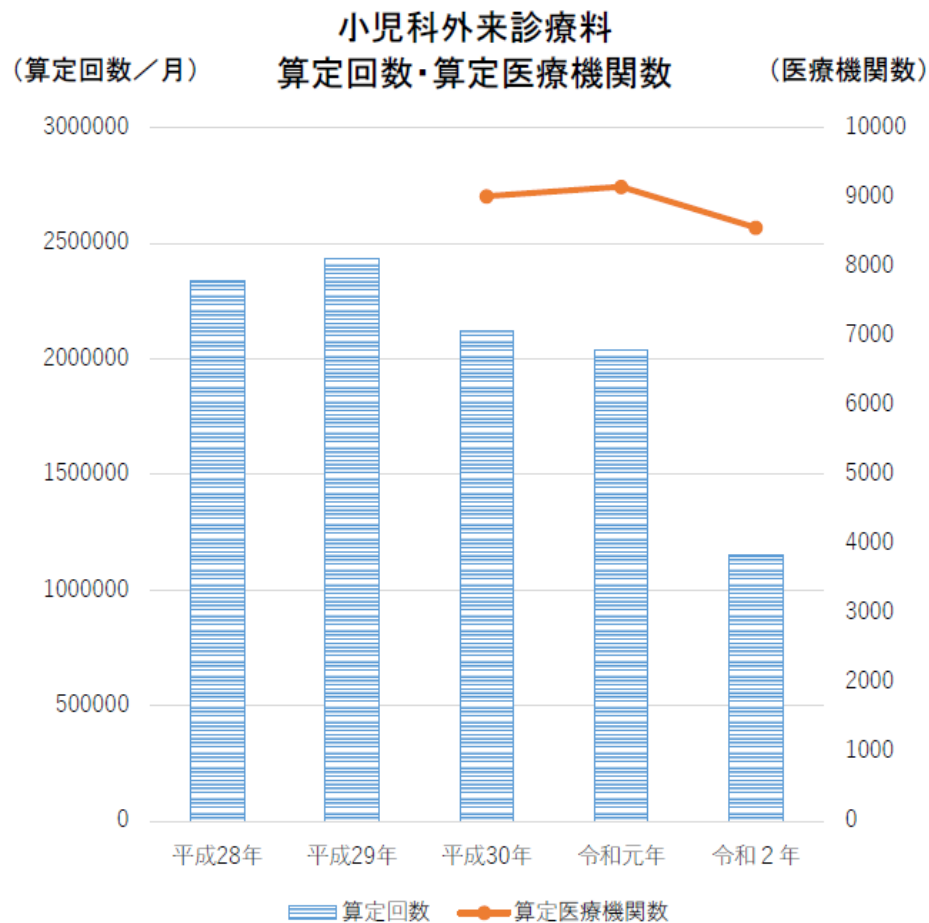
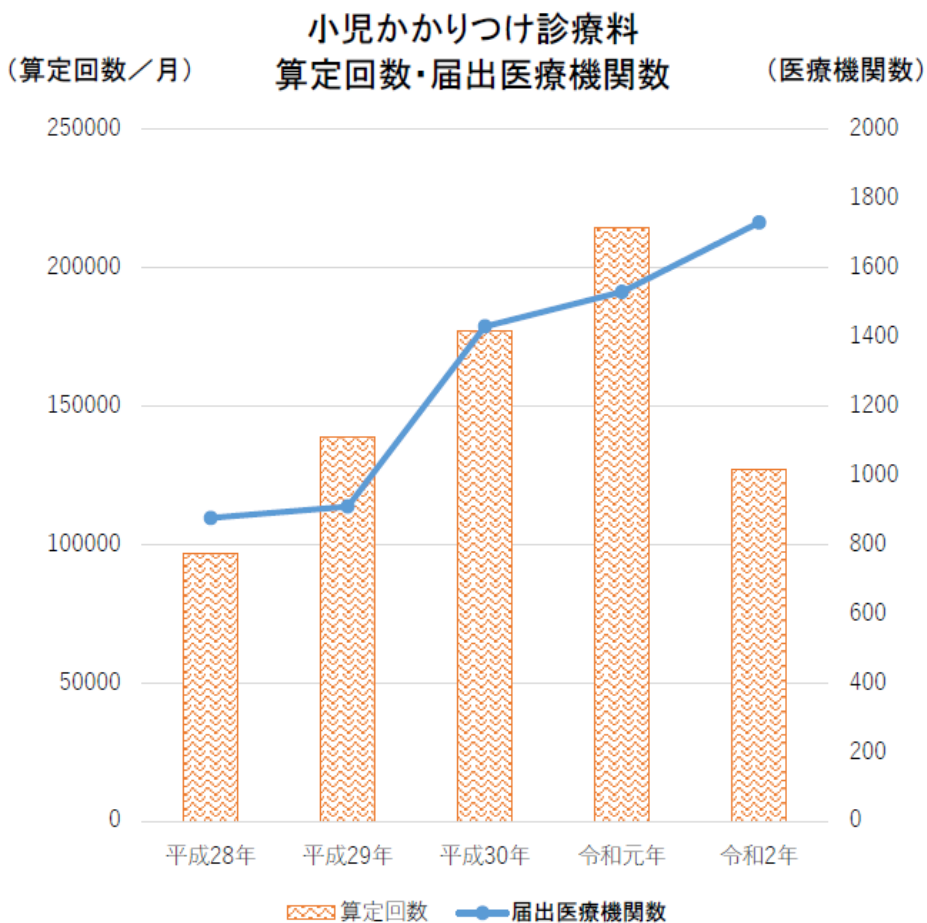
- 認知症地域包括診療加算2
- 認知症地域包括診療加算1
- 認知症地域包括診療加算

小児科の外来診療の評価について

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料
点数	(1日につき) 1. 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 初診時：599点、再診時：406点 2. 1. 以外の場合 初診時：716点、再診時：524点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時：631点、再診時：438点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時：748点、再診時：556点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、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 ・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ)・院内トリアージ実施料・往診料 ※ただし初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、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 ・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料
対象疾患	・入院中の患者以外の患者(6歳未満の乳幼児に限る)。 ・小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパリピズマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、算定対象とならない。	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る)の患者であって入院中の患者以外のもの。
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。 等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導等を行う。 等
施設基準	小児科外来診療料の施設基準に係る届出を行うこと。	① 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。 ② 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。 ③ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ④ ③の医師について、以下の要件のうち3つ以上に該当すること。 a. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施 b. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 c. 定期予防接種を実施 d. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 e. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

- 小児かかりつけ診療料の算定回数は上昇傾向であったが、令和2年において大幅に減少した。
- 小児科外来診療料の算定回数は、年々減少傾向であった。令和2年においては、算定回数及び算定医療機関数が大幅に減少した。



出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数、医療機関数)社会医療診療行為別統計 各年6月審査分

※平成30年～令和2年の算定回数・算定医療機関数(初診の算定医療機関数を表示)はNDBより保険局医療課にて集計。

在宅療養支援診療所・病院の概要

医療保険部会 参考資料
(改) 25. 5. 29

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

在宅療養支援病院

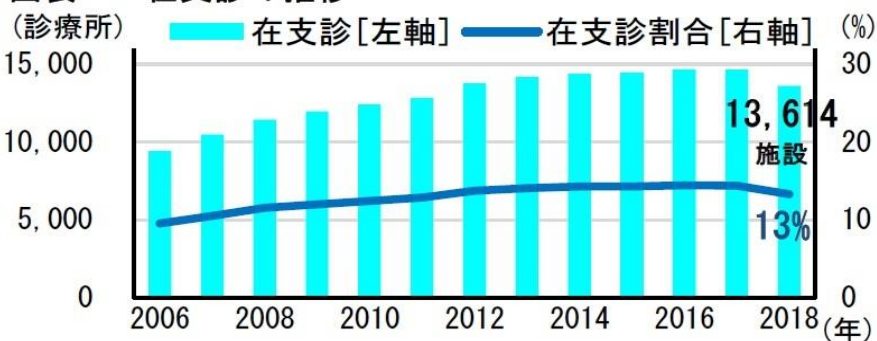
診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

図表4-1. 在支診の推移

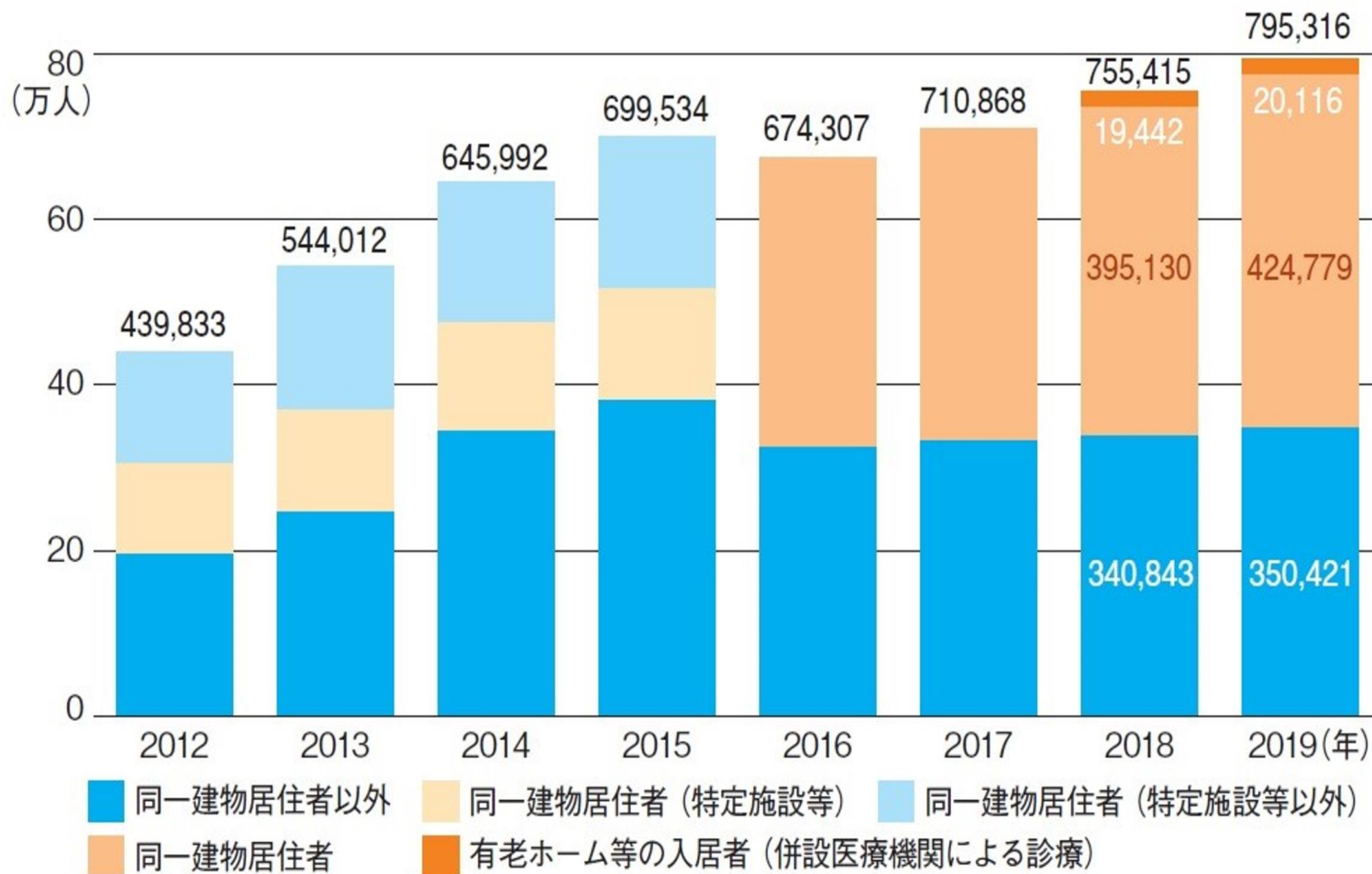


図表4-2. 在支病の推移



* 2013年までは7月1日時点、2014年以降は3月31日時点の届け出数。

在宅患者訪問診療料の算定患者数



機能強化加算について

機能強化加算

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、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、初診時における診療機能を評価する。

(平成30年度診療報酬改定において新設)

初診料・小児かかりつけ診療料（初診時）

機能強化加算 80点

[算定要件]

- ① 施設基準を満たしているとして厚生局に届け出た医療機関において初診料（ただし2つ目の診療科に係る初診料を除く）を算定する場合に、加算する。

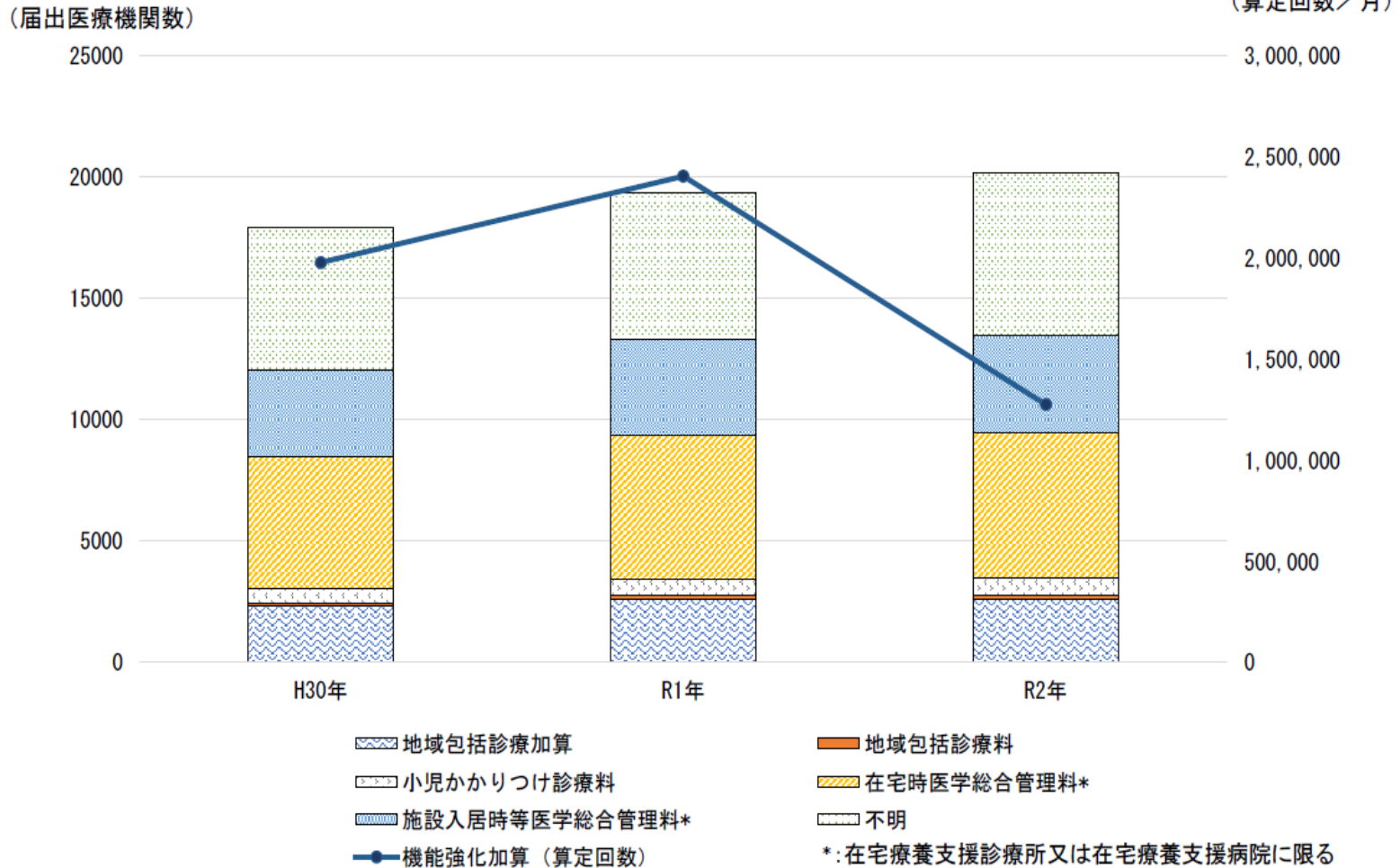
[施設基準]

- ① 診療所又は許可病床数が200床未満の病院。
② 次のいずれかにおける届出を行っている。
ア 地域包括診療加算
イ 地域包括診療料
ウ 小児かかりつけ診療料
エ 在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
オ 施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る）
- ③ 健康診断の相談等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを見やすい場所に掲示している。
④ 医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等を検索できることを見やすい場所に掲示している。
⑤ ③④の内容を記載した文書を患者が持ち帰ることができるようにする。

機能強化加算の算定・届出状況

- 機能強化加算の届出施設は、平成30年から令和2年にかけて増加している。
- うち、在宅時医学総合管理料を算定している医療機関が最も多く、地域包括診療料が最も少なかった。

機能強化加算の算定・届出状況



※各年7/1時点の届出状況を基に医療課で作成

※算定回数は社会医療診療行為別統計より。R2年のみNDBより集計。

診療報酬によるかかりつけ医の 誘導もそろそろ限界

かかりつけ医(登録医)の
法制化が必要では？

パート4

かかりつけ総合医の実現を



10月11日、財政制度等審議会・財政制度分科会の有識者ヒアリングで「かかりつけ総合医」制度を提案した。

日本プライマリ・ケア連合学会理事長 草場鉄周先生

コロナ禍を乗り越えて あるべきプライマリ・ケア

コロナ危機下の医療提供体制と医療機関の経営問題について
の研究会

日本プライマリ・ケア連合学会 理事長
草場鉄周

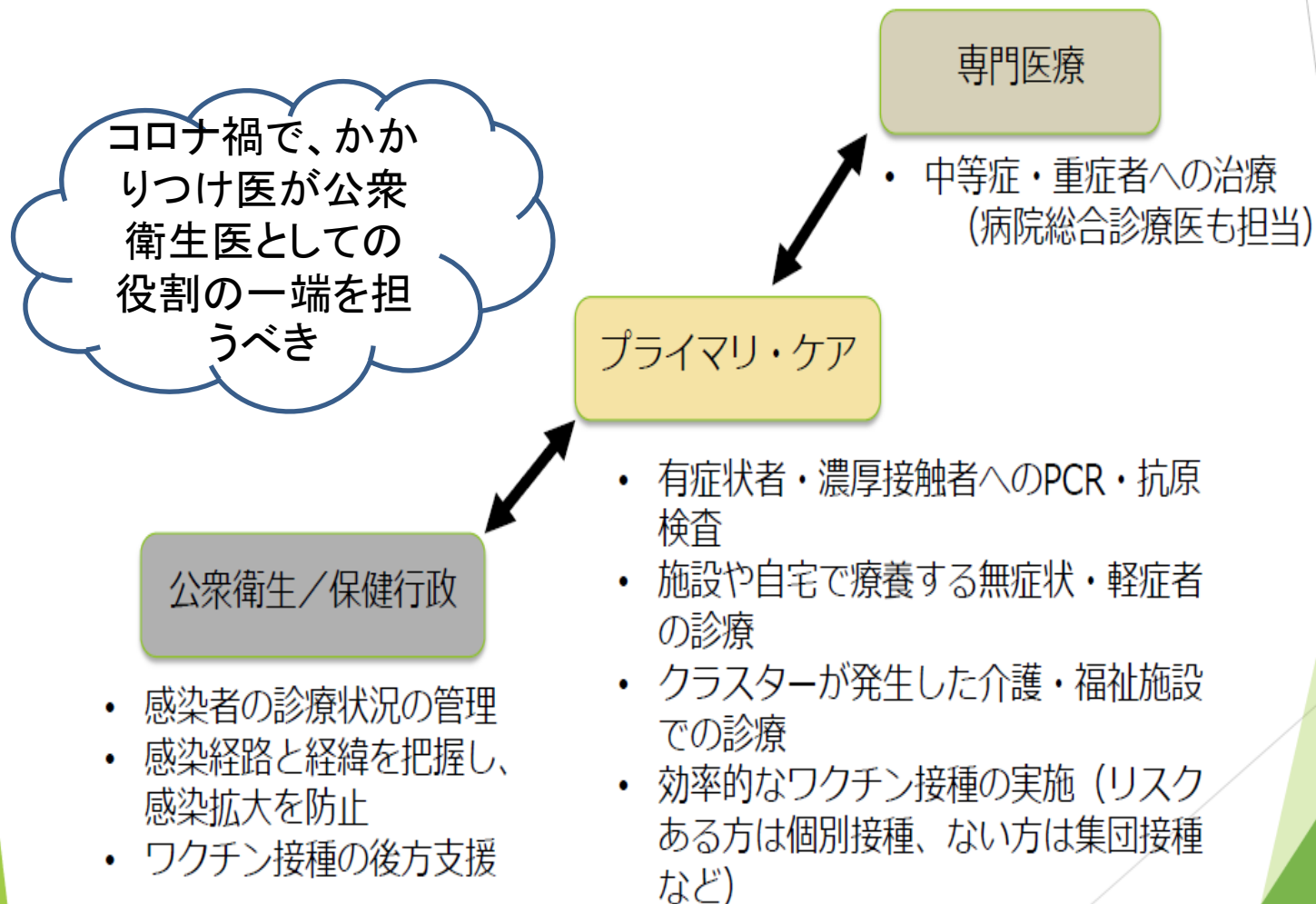
かかりつけ総合医制度とは？

- ▶ 国民は平時より、自身の健康管理に対応するかかりつけ総合医を選択する。そこでは、ほとんどの健康問題を相談でき、予防医療や健康増進の支援も受けられる
- ▶ 医療機関は選択した患者を登録し、日々の診療だけでなく有事（パンデミックや災害）の際には保健所や行政などと連携して健康管理を支援する
- ▶ 訪問診療やオンライン診療を必要時に提供する
- ▶ プライマリ・ケア看護師など他の専門職と連携する
- ▶ 総合病院などで各科の専門医療を受ける際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介する
- ▶ 総合的な健康管理に対する対価は出来高払いに馴染まず、登録住民数に比例する包括払いなどを組み込む

かかりつけ総合医は誰が担うのか？

- ▶ 理想的にはプライマリ・ケアの専門家 = 「**家庭医、総合診療医**」
 - ▶ 日本プライマリ・ケア連合学会で2010年より養成と認定を行ってきた家庭医療専門医は現在1100人程度が活躍（養成プログラムは国際学会の公式認定済み）
 - ▶ 日本専門医機構でも2018年より総合診療専門医の養成を開始し、2021年に第1期生となる専門医が誕生
 - ▶ 10年後にはこうした医師が中核を担うことが期待される
- ▶ 現在の開業医はある臓器の専門医として経験を積んだあと、プライマリ・ケアに従事するが、それに必要な研修や認証制度はない
- ▶ 専門家が増えるまでの間は、現にプライマリ・ケアを担う開業医・病院勤務医を対象に、公的な研修と認証制度で「かかりつけ総合医」を位置付けることが現実的

COVID19に当てはめると



システムとしてのプライマリ・ケアへ

- ▶ 有事の際に動けるように、平素から保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設としっかり連携をとりながら、対応することができる**プライマリ・ケアのシステム**を整備
 - ▶ 平素からの予防医療や公衆衛生活動への積極的な関わりとネットワーク構築
 - ▶ かかりつけ医への住民のゆるやかな登録システムにより、行政・かかりつけ医が連携して住民の健康サポートを隙間なく担うシステム構築 → 「かかりつけ総合医制度」

コロナ禍を契機にプライマリ・ケアのシステム
作りのスタートを！

まとめと提言

- 家庭医懇の失敗で日本のかかりつけ医制度は30年遅れた。
- フリーアクセス制を取っていたフランスも今ではゆるやかなかかりつけ医制をとっている
- プライマリ・ケア連合会の提案の「かかりつけ総合医制度」を検討すべき
- かかりつけ医制には標準化された電子カルテが必須である

医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

コロナ渦中の規制改革推進会議、2年間の記録



医療介護の岩盤規制をぶっとばせ！

第1章

- － コロナと医療提供体制

第2章

- － 規制改革会議と医療DX

第3章

- － 規制改革会議と科学的介護

第4章

- － 規制改革会議と医薬品・医療機器

第5章

- － 2025年問題へ向けての改革トピックス

篠原出版新社

8月11日緊急出版

B5版 120ページ

定価 1800円

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外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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