

# コロナで変わる「かかりつけ医」制度



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

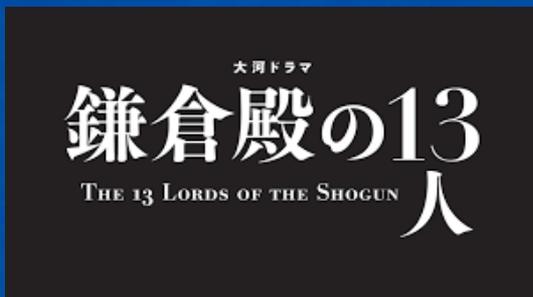
鎌倉

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
  - コロナとかかりつけ医機能
- パート 2
  - 家庭医懇の失敗
- パート 3
  - 米欧のかかりつけ医制度
- パート 4
  - 日本のかかりつけ医制度
- パート 5
  - 近未来のかかりつけ医 5 つのポイント



# パート1

## コロナとかかりつけ医機能

かかりつけ医



# コロナで再認識された かかりつけ医機能の重要性

コロナでかかりつけ医機能が発揮できなかった...

きである。...国民目線での改革を進めるべ

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年~)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある

13

慶應義塾大学経済学部教授の土居丈朗

2022年6月11日第13回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 (横浜)

# 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

# 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目指す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



# かかりつけ医機能情報開示(案)

- かかりつけ医とは
  - 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を行う
- かかりつけ医機能の情報開示(案)
  - ①日常的によくある疾患に幅広く対応しているか
  - ②休日や夜間も対応するか
  - ③在宅医療を提供するか
  - ④入退院時の支援などで他の医療機関と連携しているか
  - ⑤介護施設と連携しているか
- 各医療機関が都道府県に報告
- 都道府県は、ウェブサイトで各医療機関の状況を情報公開する。
- かかりつけ医機能報告制度

# 患者と医療機関のかかりつけの関係の確認について（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、**書面交付と説明**を通じて、患者と医療機関が**かかりつけの関係を確認**できるようにしてはどうか。

かかりつけ医機能を有する医療機関

かかりつけの関係の確認を希望する患者



継続的な医学管理が必要と判断



かかりつけの関係の確認

# 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

# パート2 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

「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

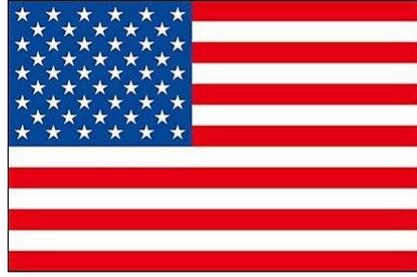
家庭医制度を持たない国は  
先進国の中で日本だけ・・・

先進各国では家庭医が世界標準

# パート3

## 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ここ数年減少している。

# 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



伝統的な家庭医  
モデルに回帰

# 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		 <b>Patient Worksheet</b> <small>Selected to Print for: All Patients, All Sections, Last Clinical Note</small>			u1.070 Comprehensive Version	
<b>PATIENT NAME</b> TEST, BED		<b>SEX</b> F	<b>DOB</b> 01/01/1911	<b>MRN#</b> 650730	<b>MRN#</b> 5992114	
<b>Problems</b>						
Diabetes Mellitus, Type 2 Hype rlipidem B		<b>Chronic conditions</b>				
<b>Active Medications</b>						
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						
<b>Allergies</b>						
(-) Penicillins - A Drug Allergies Group; Reaction(s): Rash						
<b>Allergies</b>						
<b>Disease Management</b>						
<b>ADL</b>		<b>Pain Score (0-10)</b>		<b>MMSE</b>		
11/16/2006	5	11/16/2006	4	11/16/2006	22	
<b>Preventive Care</b>						
<b>Pap Smear</b>		<b>Mammogram</b>				
No Data		No Data				
<b>Clinical Laboratory Data</b>						
<b>HgbA1c (&lt;=7.0)</b>		<b>UA Protein</b>		<b>uAlb/Cr (&lt;=30)</b>		<b>24 Urine Albumin (&lt;=30)</b>
No Data	-	No Data	-	No Data	-	No Data
<b>Serum K</b>		<b>Lipid Profile</b>		<b>LDL-C (&lt;100)</b>		
No Data	-	No Data	-	Trig (<150)	HDL (>45)	CHOL (<200)
No Data	-	No Data	-	No Data	No Data	-
<b>HCT</b>		<b>HsCRP</b>		<b>Homocysteine</b>		
No Data	-	No Data	-	No Data	-	-
<b>Clinic Data</b>						
<b>Date</b>		<b>Weight</b>	<b>BMI (&lt;=25)</b>	<b>Weight Class</b>	<b>Blood Pressure (&lt;130/80)</b>	
01/16/2006	144 lbs	23	Normal	01/16/2006	122/74 mmHg	01/16/2006
01/11/2005	155 LBS	25		01/11/2005	150/90 mmHg	
05/12/2003	50.00 N/A	-				
<b>Last foot exam:</b>		11/2005	Abnormal	<b>Last dilated retinal exam:</b>		11/2005
						Abnormal
<b>Reminders</b>						
<b>Lab</b>						
<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)						
<b>Procedure</b>						
<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. Suggested every 1-3 years for those with no disease. <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 - Suggested yearly fecal test or sigmoidoscopy Q 5 years, or colonoscopy Q 10 years.						
<b>Passive reminders</b>						
<b>Organized by illness</b>						

# Patient Information

ID Number:  Last Name: TEST First Name: TEST DOB: 8/16/1977 \* Age: 19-44 Race: Black/African A Sex: M

Phone: (800) 800-8000 Cell Phone:  Email:  PCP: Allen, Mitch PCP Phone: (800) 888-8888

Insurance: Mailhandlers Facility: ABC Clinic  Diab Collaboration FPP: 2.Confused/Chaotic

Date of Referral: 3/30/2004 \* Care Mgr: John Status: Active

**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

New Patient

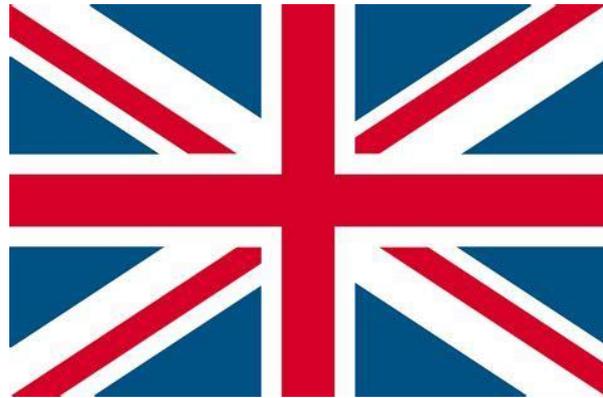
Save Patient

Delete Patient

Generate Clinical Note by Date

CMT database - example

# 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。

# 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

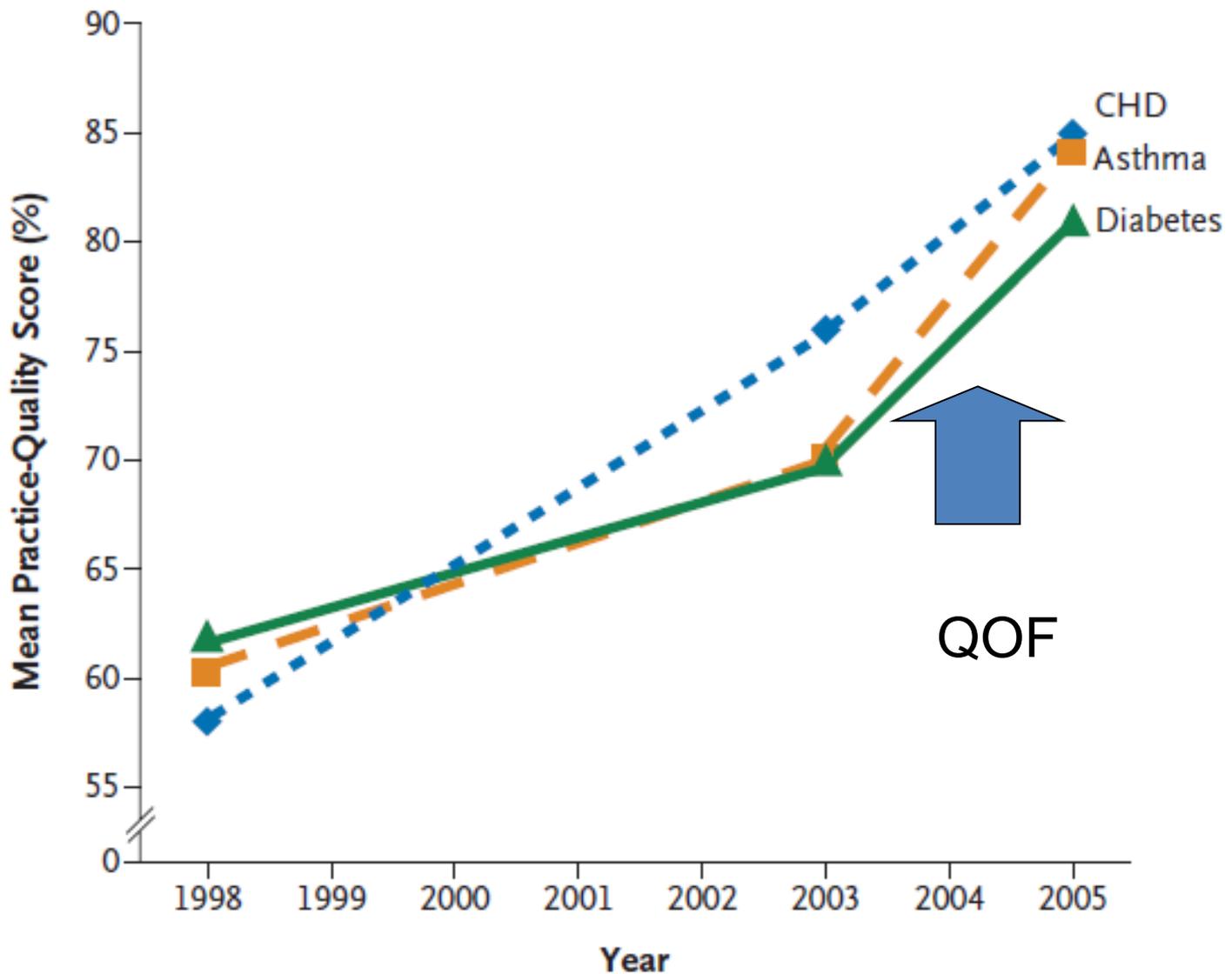
- GPの収入
  - 人頭払い(global sum)は約30%
  - 出来高払い(enhanced service)は約 20%
  - Quality and Outcome Frameworkは50%
- GPの収入は2004年以降、平均4万ドル、それまでの30%程度も増収になったといわれている。

# 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



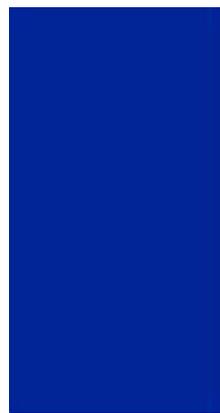
# マリー先生のP4Pに対する意見

- 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

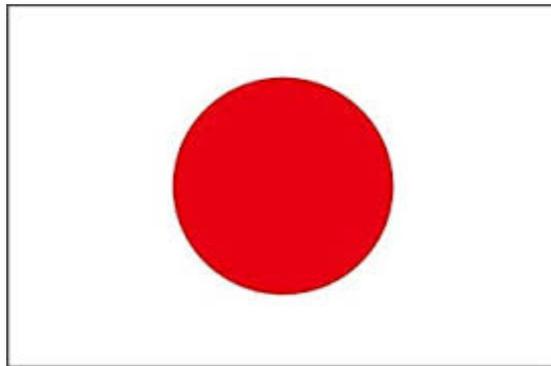
- 2008年より家庭医診療報酬(包括報酬)を導入
  - 家庭医への登録の法的整備はされていない
  - しかし国民の90%はかかりつけ医を持つという
- 家庭医中心医療
  - 保険診療で、家庭医診療と専門診療に区分されている。
  - 家庭医診療は一般医、小児科医、家庭医診療を選択した内科医が従事している
  - 家庭医診療の報酬は包括報酬中心
  - 家庭医診療は2016年で国民全体の5%程度

# かかりつけ医制度の米欧日比較

	米	英	仏	独	日
登録制	一部有り	有り	有り	無し	無し
人頭払い制	一部有り	有り	有り	無し	無し
法制化	有り	有り	有り	無し (診療報酬 ではあり)	無し (診療報酬 ではあり)
家庭医専門 医制度	有り	(無し)	有り	無し	有り
質に基づく 支払い方式 (P4P)	有り	有り	有り	有り	無し
標準的な 電子カルテ	有り	有り	無し	無し	無し

# パート4

## 日本のかかりつけ医制度



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

# 我が国のかかりつけ医の歴史

- 1987年
  - 家庭医懇の失敗
- 2004年
  - 新臨床研修制度
- 2018年
  - 総合診療医
- 2008年
  - 後期高齢者診療料による「主治医制」  
→2010年廃止
- 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

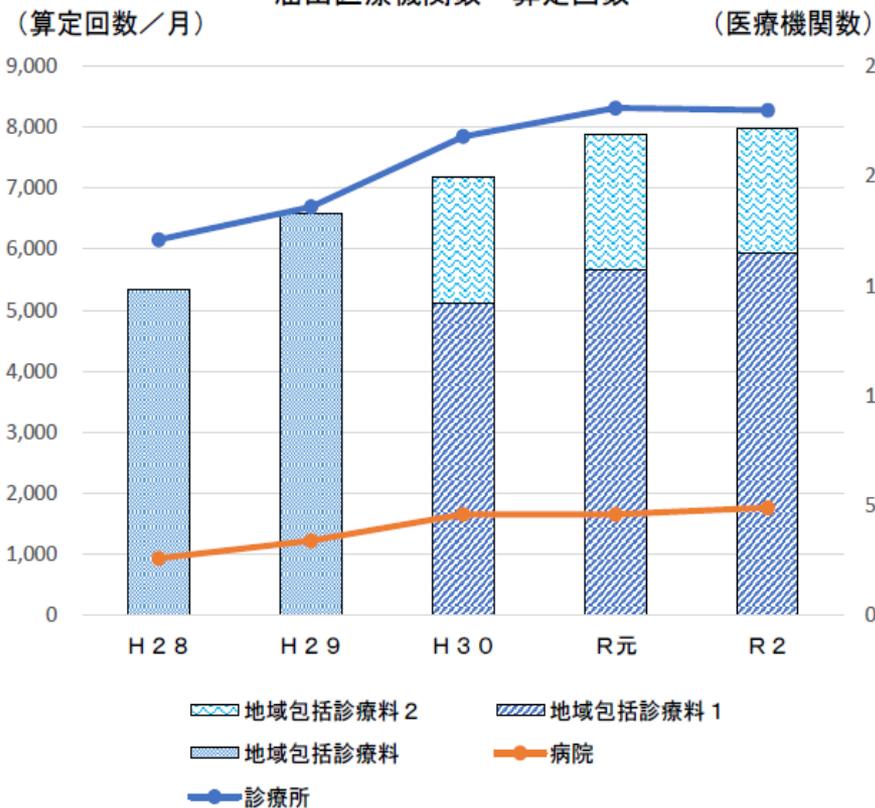
# 地域包括診療料・加算について

	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	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。		
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。) ・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

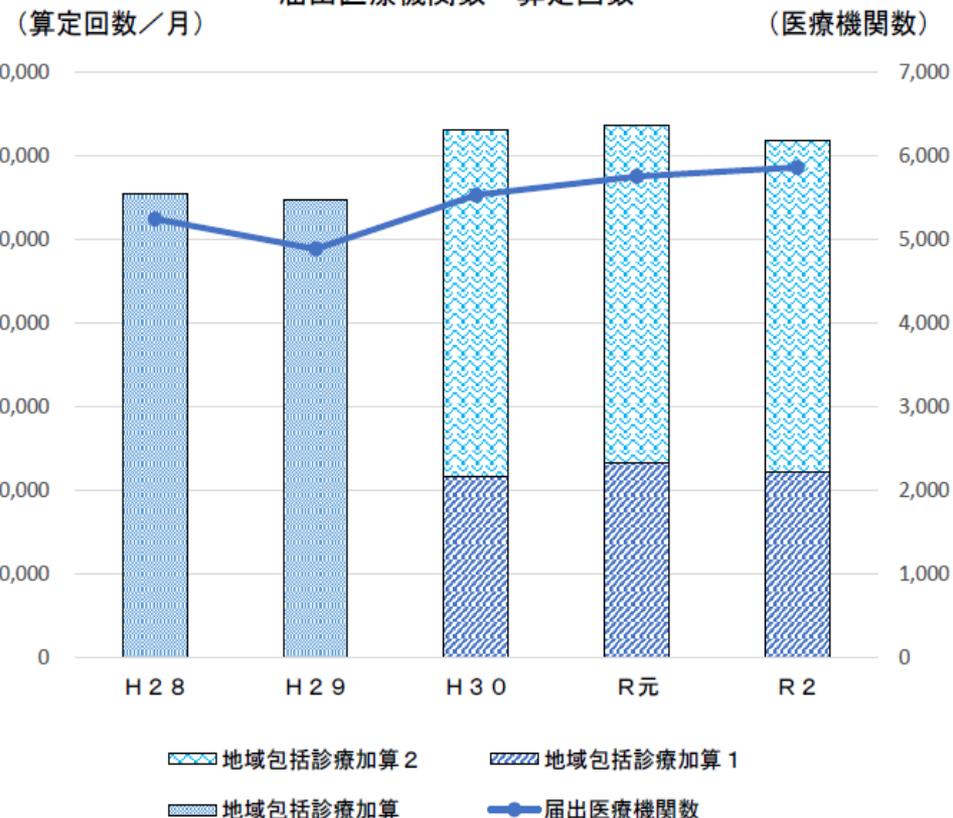
# 地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 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

# 診療報酬によるかかりつけ医の 誘導もそろそろ限界

改めてかかりつけ医に近未来を  
考える時機

パート5  
近未来のかかりつけ医  
5つのポイント



# 近未来の かかりつけ医の5つのポイント

- ①かかりつけ医の定義
- ②患者希望による登録医制
- ③ガイドライン順守と成果払い方式(P4P)
- ④適切な医薬品の使用(地域フォーミュラー)
- ⑤かかりつけ医とDX

# ①かかりつけ医機能の定義案

- 健康相談から健診、ワクチン接種に対応する
- 日常的な医学管理と生活習慣病の重症化予防
- 地域の医療機関等の連携と専門医への紹介
- パンデミック時の公衆衛生医機能
- 在宅医療支援、介護との連携
- 適切かつ分かりやすい情報提供
- オンライン診療や標準的な電子カルテの診療への活用
- 標準的な薬物治療と地域フォーミュラーの活用

## ②患者希望による登録医制度

- かかりつけ医の機能に対して、患者希望で登録を行う
  - 健康相談や健康診断、ワクチン接種の機能を希望する患者の登録
  - パンデミック時の診療を希望する患者の登録
  - 在宅医療を希望する患者の登録
- 患者による登録医を選定や変更はフランスのようにゆるやかな基準でおこなっては？

### ③ 診療ガイドライン準拠と成果払い

- 生活習慣病の重症化予防を診療ガイドラインに基づく診療を希望する患者の登録
  - 高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、CKD、心不全など
- 診療所側には診療ガイドラインに準拠した診療と、その診療結果の評価し、成果払い方式の報酬インセンティブ(P4P)を与える

## ④適切な薬物治療と 地域フォーミュラー

- 地域の第三者委員会が薬剤の有効性、安全性、経済性に基づき作成した地域フォーミュラーをかかりつけ医が活用することを推奨する。
- 診療所側への地域フォーミュラーを使用することへの報酬制度

# 英国ヨークシャー州の地域フォーミュラリー (ジョイントフォーミュラリー)の一部

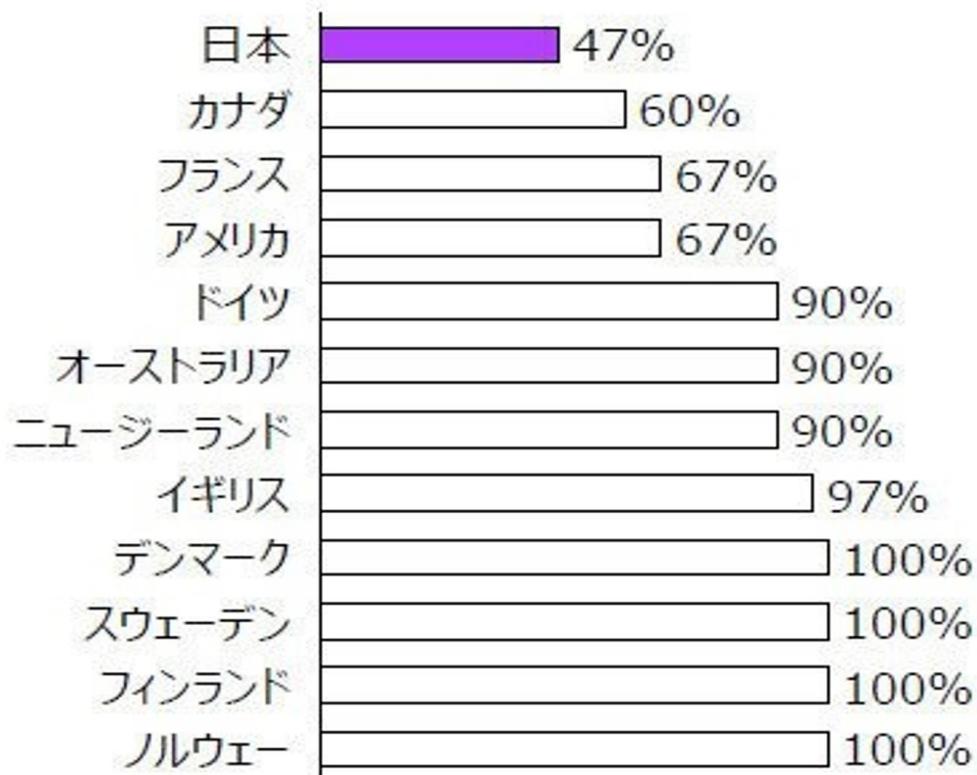
	第1選択	第2選択	要専門医アドバイス
ARB	ロサルタン	カンデサルタン バルサルタン イルベサルタン(糖尿病、 CKD用)	
PPI	ランソプラゾール	オメプラゾール	エソメプラゾール顆粒 (小児のみ)
スタチン	アトルバスタチン	プラバスタチン シンバスタチン	ロスバスタチン エゼチミブ
痛風	アロプリノール	フェボキスタット	プロベネシッド ベンズマロン
NSAID	イブプロフェン ナプロキセン	メロキシカム	ジクロフェナック(術後 短期)
抗インフルエ ンザ薬	オセタミビル	ザナミビル(吸入)	ザナミビル(静注)

## ⑤ かかりつけ医とDX

- オンライン診療、電子処方せんを使用することをかかりつけ医に推奨する。
- 標準化された電子カルテを使用することをかかりつけ医に推奨する
- これらのDXをかかりつけ医に推奨することに対する報酬インセンティブ制度を創設する

## 電子カルテ普及率の国際比較

- 日本の電子カルテ普及率は、海外に比べて低い<sup>1</sup>



<sup>1</sup>2017年時点の、電子カルテ普及率の国際比較

アクセンチュア資料より

# 電子カルテの普及

- 医療DX令和ビジョンでは2026年までに80%、2030年までに100%を目指すこととしている。
- そして標準化された電子カルテの普及には一般診療所や非DPC病院向に低廉で安全なHL7FHIRに準拠したクラウド電子カルテの開発と普及が必要だと述べている。
- このためには補助金などの施策が必要としている。

# 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**

かかりつけ医  
機能の評価を  
行う加算

### [算定要件]

- ・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む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を有する医療機関における初診を評価するものであり、（略）初診料を算定する場合に、加算することができる。
- ・必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
- (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。  
なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
- (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
- (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
- (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
- (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

### [施設基準]

- ① 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- 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 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

かかりつけ医の機能が決まったら、  
機能強化加算の要件に  
あるべきかかりつけ医の  
機能要件を書き込んで？

# 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35年遅れた
- かかりつけ医機能情報の開示と報告から再度スタート
- しかし、かかりつけ医登録制や認定制とはならなかった
- 2023年度中に医療法改正で法制化の見込み
- 将来的には患者登録制やかかりつけ医の第三者認定制が必要
- さらに標準化した電子カルテ、診療の質に応じた支払方式  
地域オーミュラリーも必要だろう
- さらなるかかりつけ医の議論を！

# 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

# 総合診療医の活用

中小病院での総合診療医の活用



COMMUNITY &  
COMMUNITY  
HOSPITAL  
ASSOCIATION

# 一般社団法人コミュニティ& コミュニティホスピタル協会



# 一般社団法人コミュニティ& コミュニティホスピタル協会(C&CH)

- 高齢化社会が進展する日本の医療に必要なのは、「治す」だけの医療ではなく、「治し、支える」医療です。現在、大病院と同様に特定の専門診療科の高度急性期を志向している全国にある5,800の中小病院は、この「治し、支える」医療への転換が必要であると考えています。
- 「コミュニティホスピタル」とは、総合診療を軸に超急性期以外のすべての医療、リハビリ、栄養管理、介護などのケアをワンストップで提供する病院です。
- すでにいくつかの地域では、このコミュニティホスピタルが立ち上がり、地域住民が安心して、自分らしく生活していける環境を作り上げています。
- また、そこで働く医療者にとっても、同じ想いを持った仲間たちと共に、やりがいと成長を得られる職場を提供していきます。

# 目的

- 1 コミュニティホスピタルの振興を目的とする事業
- 2 コミュニティホスピタルが担う医療を研究し、開発・普及させる事業
- 3 コミュニティホスピタルを担う医療人材の育成事業
- 4 地域包括ケアを始めとする地域づくりを目的とする事業
- 5 医療人材のキャリア開発、働き方改革に資する事業
- 6 その他法人の目的を達成するために必要な事業 コミュニティの再生、振興、特に地域保活ケアづくりを目的とする事業

# 主な機能

- 人材育成／紹介派遣／入職支援(理事長、経営担当理事、医師等)
  - コミュニティ・ホスピタルを担う人材の育成、ネットワーク化
- 参加会員の交流、勉強会開催
  - コミュニティホスピタルの経営支援
  - コミュニティホスピタルへの経営参画、継承支援
- コミュニティホスピタルの普及／啓発活動
  - コミュニティホスピタルについての勉強会、セミナー開催、学会発表
  - コミュニティホスピタルについての広報活動全般・
- その他、医療人材のキャリア形成、働き方改革支援
  - コミュニティの再生、振興、特に地域包括ケアづくり ー地域行政への支援、コーディネート
  - 上記を法人、個人のネットワーク化、育成、コーディネート

# 理事メンバー

- 代表理事 武藤 正樹  
理事 井野 晶夫  
理事 大石 佳能子  
理事 大杉 泰弘  
理事 亀田 省吾  
理事 草野 康弘  
理事 辻 哲夫  
理事 本田 宜久  
監事 渡辺 明良



株式会社メデイヴァ社長  
大石佳能子氏

# 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](mailto:muto@kinugasa.or.jp)