

「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする 医療情報の提供等に関する検討会」

第2回分科会ヒアリング資料

本検討会(分科会)構成員
全世代型社会保障構築会議構成員

(一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事 /
兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授)

香取 照幸

はじめに

(2023年10月13日 第1回検討会提出資料より)

上位概念としての「地域包括ケア」

- 全世代型社会保障構築会議報告では、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっての「上位概念」は、「地域包括ケアの中での実装」であることが明確に示されている。

(この点はすでに多くの識者・現場実践者が指摘しているところ。)

例：第4回地域包括ケア学会における池端福井県医師会長のプレゼン

「地域包括ケア構築に必要な地域医療構想の視点～病病・病診連携とかかりつけ医機能～」

- とするならば、「かかりつけ医機能の制度整備」は、改正医療法の規定(報告制度)だけでは不十分であり、上位概念としての地域包括ケアの構築について(医療法のみならず関係する法律に規定し、その必須の構成要素の一つとして、高齢社会における医療(=治し支える医療)の重要な担い手としてのかかりつけ医・かかりつけ医機能を位置つけるべきだったのではないか。

かかりつけ医機能の外縁は極めて広い

- **かかりつけ医機能は、診療(療養の給付)という意味での医療を大きく超えている。**
- **今回の資料(法案審議時までには示されている資料)にある「報告事項」は、基本的に(狭義の)医療の視点からみた事項に限られており、必要とされるかかりつけ医機能を体系的・網羅的に示しているものとは言い難い。**
- **まず、必要とされるかかりつけ医機能とは何なのか、について十分な議論を行い、コンセンサスを形成することが必要なのではないか。**

かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は、医療・介護提供体制改革全体の中で位置づけられるものであり、例えば休日夜間対応、紹介・逆紹介、在宅医療、介護との連携、どれをとっても提供体制全体の改革と一体的に進めることがなければ実現することができない。

今回の医療法改正に盛り込まれている内容は、報告書が提起している事項の一部にとどまっている。



今回の制度改正はあくまで「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の第一歩、と理解すべきものである。

本日のプレゼン内容

かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は 我が国の医療システム全体に関わる広範な論点を含んでいる

提供者側からの視点—医療/介護サービスの提供に関わる論点

- 地域医療構想の再構築(在宅医療・地域医療をも視野に入れた医療提供体制改革)
- 医療の機能分化・連携(地域完結型医療—地域における「切れ目のない医療サービス」の実現)
- **地域包括ケアネットワーク(医療を超えた包括的支援を実現する多職種連携・多機関連携)**
- 医療情報連携・医療DX・PHR(上記を実現するための医療/介護情報の一元管理・連携・共有)

利用者側からの視点—医療へのアクセス保障・費用「最適化」に関わる論点

- 医療資源の効率的利用(無駄な受診の回避・サービス利用(提供)の「最適化」・医療費適正化)
- フリーアクセスの再定義(「サービスの選択・利用保障」と「無駄なき適時適切な受診」の両立)

制度・政策の視点—健康管理・予防・治療/療養を通じた総合的・包括的健康保障

→この3つは相互に関連している

同じことを別の視点から-----かかりつけ医機能を考える際に視野に入れておくべき論点

:コロナ禍で露呈した日本の医療提供体制の脆弱さ

→地域医療・在宅医療を強化しておかなければ、医療は再び機能不全をきたすことになる

:超高齢社会における医療の役割の変化 → 「治す医療」から「治し、支える医療」へ

→地域(在宅)医療を含めた提供体制全体の機能分化と連携(地域医療構想の再構成)

病院機能の2つのベクトル(「治す」を担う高次機能病院と「治し支える」を担う在宅支援・地域密着病院)

地域包括ケアネットワーク(治し、支えるは医療だけでは実現できない→医療を超えた地域資源の連携・多職種協働・多機関連携、その結節点となるかかりつけ医機能)

:医療介護需要の変化 vs 有限の医療資源 → 社会的コストの「最適化」

→提供サイドの改革:提供体制(システム)の効率化を通じた医療介護コストの「最適化」

:機能分化・連携を実体化するためのツール・仕組み(地域医療連携法人等)

:人的資源の効率運用 医師の働き方改革 医療専門職間のタスクシフト

→需要サイドの改革:「適時適切」な医療資源の利用→フリーアクセスの再定義(地域完結型医療)

:地域連携・かかりつけ医機能の基盤となる患者情報の一元化(PHR・データヘルス)・共有

→これらの論点を踏まえた、かかりつけ医・かかりつけ医機能に求められる役割(=定義)の明確化

かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
 - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
 - ② かかりつけ医の選択の保障
 - ③ 費用保障のあり方

かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) **かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性**
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
 - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
 - ② かかりつけ医の選択の保障
 - ③ 費用保障のあり方

(1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性

- ・ かかりつけ医・かかりつけ医機能の実装は医療提供体制改革の最重要課題の一つ。

- ・ 在宅医療・地域医療が機能しなければ病院の負担は大きくなる。

全世代型社会保障構築会議の中間取りまとめでも指摘されているように、今回のCOVID-19禍では、在宅医療・地域医療の弱さが病院への大きな負荷になって医療崩壊の危機を招いた。

- ・ 医療・介護需要が伸びていく中で、医療資源は人的にも物的にも有限。

今ある人的・物的医療資源を効率的・効果的に組み立てていかに必要なニーズに
応えていくかという視点に立ち、病院病床の機能分化・連携だけではなく、診療所も
含めた地域医療全体の提供体制改革、すなわち地域完結型医療の構築を考えること
が必要。

- ・ 在宅医療・地域医療の強化が、全体の提供体制、資源利用の最適化につながる。
このことを深く認識することが重要。

- かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は、医療提供体制全体の改革にかかわる。

かかりつけ医機能を担う医師の診療能力(総合診療能力)や夜間休日の診療体制の問題ではなく、地域完結型医療の実現、医療を超えた多職種・多機能連携(地域包括ケアネットワーク)など、医療システム全体の改革に関わる問題である。

- 同時に医療保険の課題とも深く関係。

限られた医療資源の効率的利用、医療費適正化、無駄な受診の排除—適時適切な受診(フリーアクセスのあり方)

- 医療提供体制の構造の違いを踏まえた設計を考える。

医療提供体制そのものの構造に大きな違いがある以上、諸外国のかかりつけ医制度や家庭医制度をそのまま日本に移植することは困難。仮に導入しても機能しない。

日本の医療提供体制の現実を踏まえたかかりつけ医・かかりつけ医機能の実装のあり方を考えることが必要。

- **医療を超えた包括的で継続的な切れ目ない健康サービス保障の必要性**

現在でも、65歳以上の高齢患者の多くは複数の基礎疾患を有している。

重複検査・重複受診・多剤投与の問題は、医療費適正化の観点のみならず、当該患者にとって最適の医療を提供するという観点からも重要な問題。

また、多くの患者は医療以外の多様なニーズ(介護・生活支援・フレイル・栄養管理等)を持ち、医療だけではその人の生活を支え切ることが困難。

患者・利用者は、状態像の変化に対応した医療や介護のサービスが切れ目なく提供されることを必要としている。

- **そのためには、提供者側の連携(病診・病病・診診連携、医療介護連携)が不可欠。各機関が役割分担し、相互に連携して継続的支援を行うことのできる、患者の立場に立ったシステムが地域に構築されていなければならない。**

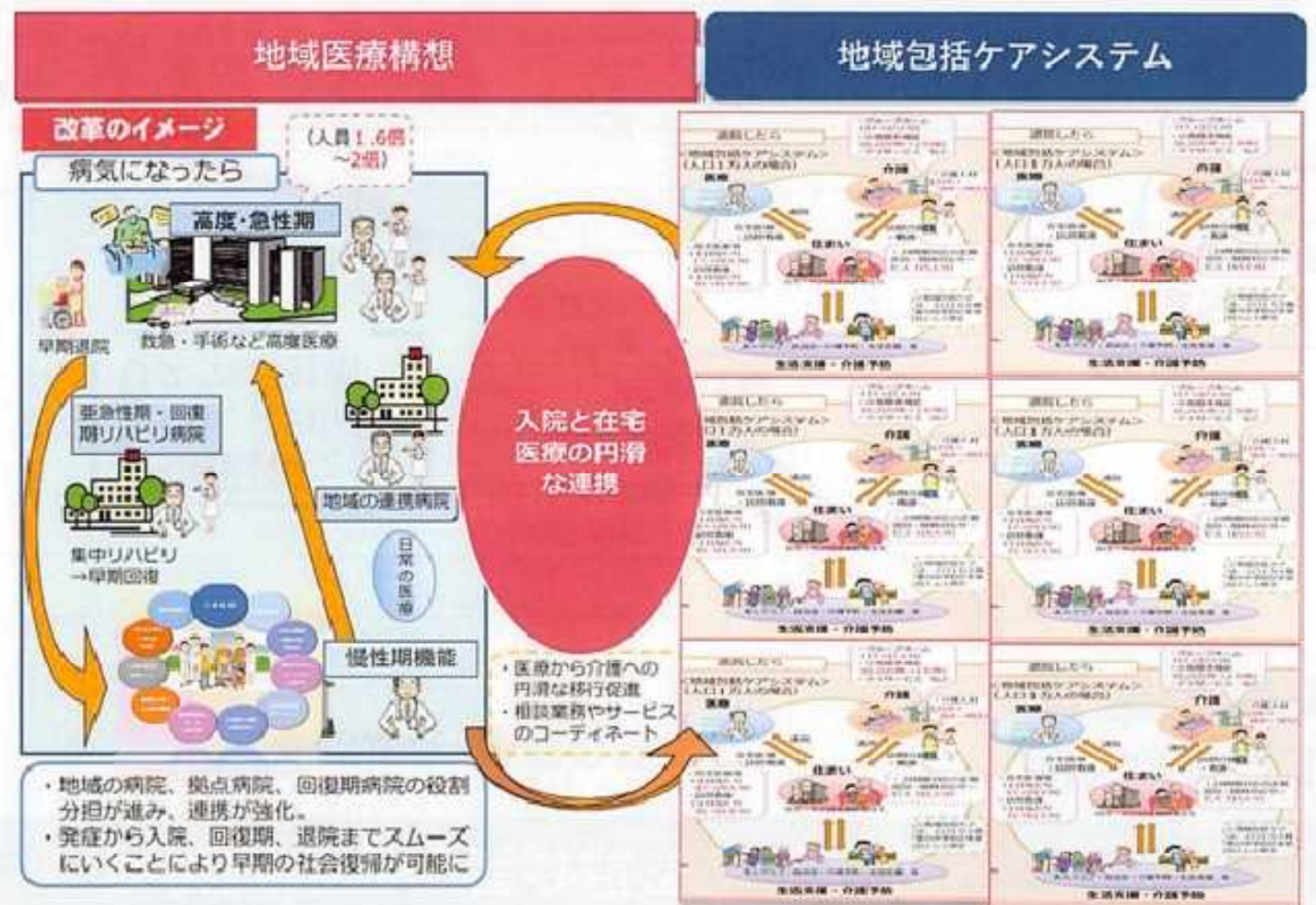
患者・家族の立場に立って最適の医療(+介護)が提供されるよう必要な調整を行う「ハブ機能」を担うことは、かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要な役割。

- 介護保険では各機関の役割分担や連携を担う役割としてケアマネージャーが存在。ケアマネージャーと主治医の連携が全体の調整を担っている。
- 医療にあっても、患者家族に伴走し継続的に関わり、必要に応じて入院支援・退院支援を行う役割を持つ存在は極めて重要。

しかしながら現在は制度上そのような機能・役割を担う存在は明確にされていない。

- かかりつけ医・かかりつけ医機能とは、まさにそのような役割を地域において果たすもの。
- 医療は地域包括ケアネットワークの重要な構成要素。
かかりつけ・かかりつけ医機能は、地域包括ケアネットワークの文脈の中で機能するものとして進められることが必要。

地域医療構想と地域包括ケアは車の両輪 そのハブがかかりつけ医機能



かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義**
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
 - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
 - ② かかりつけ医の選択の保障
 - ③ 費用保障のあり方

・ かかりつけ医機能とは、、、「包括的・継続的健康管理」

日常的な健康管理、相談指導、予防接種、健診、common diseaseへの対応(いわゆる「プライマリケア医」の役割)、慢性疾患の医学管理、夜間休日の対応、専門医療機関への紹介、入院支援、退院後のフォロー、複数医療機関を受診する患者の全身状態の把握、そして終末期(看取り)の対応など、

さらには、介護など医療以外のサービスとの連携のハブ機能、公衆衛生行政と通常医療の接点(災害やパンデミックなどの非常時における公衆衛生医としての役割)も求められる。

日医・四病協提言を要素分解してみると、、、

- 患者の生活背景を把握した適切な診療及び保健指導の実施。 **プライマリケア（総合診療能力）**
地域医療・保健・福祉を通じた総合能力 **common disease への対応**
自己の専門性を超える場合、専門医療機関の紹介、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供 **病診・診診連携・伴走支援**
- 休日・夜間対応体制の構築 **24時間対応 ネットワーク**
地域の医師、医療機関等との情報共有・協力関係の確保
- 地域住民との信頼関係の構築 **地域参加**
健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健への参加 **地域参加**
保健・介護・福祉関係者との連携 **地域包括ケアネットワークへの参画・医療介護連携**
- 在宅医療の推進 **アウトリーチ・退院時支援 「切れ目のない医療」の提供**
- 患者や家族への適時適切な医療情報の提供 **家族支援・コンシェルジュ機能(「総合相談支援」機能)**
コミュニケーション力

これを整理してみると、

①-1 かかりつけ医となる個々の医師の能力に関わるもの

(ex) 総合診療能力・common diseaseへの対応、コミュニケーション能力等)

①-2 かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・地域密着病院)が具備すべき機能に関するもの

(ex) 在宅医療、夜間休日対応、健康相談/指導(コンシェルジュ機能)、入退院支援、保健行政への協力、病診/病病/診診連携、看護/介護サービスとの連携等)

そして

② ①を支える地域で構築されるべき連携・協働のシステムに関わるもの

(ex) 地域包括ネットワークの構築、情報連携ネットワークの整備・実装等)

が含まれていることがわかる。



したがって、かかりつけ医・かかりつけ医機能を議論する枠組みも、

①-1 かかりつけ医となる個々の医師の資質・能力の向上

→医師の資質向上に向けての取り組み(かかりつけ医研修の充実)

①-2 かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・地域密着病院)の整備

→制度:かかりつけ医療機関の定義・機能役割の明確化、地域医療構想への組み込み

現場:地域における実装に向けての取り組み(病診連携・医療介護連携・地域包括ケアへの参画)

② ①を支える連携・協働システムの基盤整備

(ex) 地域包括ネットワークの構築、情報連携ネットワークの整備・実装等)

③ かかりつけ医・かかりつけ医機能を支える財源の確保

にわけて議論を進めるべきである。

☆かかりつけ医機能は、1人の医師・医療機関だけで担えるものではなく、かつ、担わなければならないものでもない。

:地域全体で必要な時に必要な医療が適時適切に提供できる体制、すなわち「地域完結型の医療提供体制」を構築していく中で実現されるもの。

∴「システムとしてのかかりつけ医機能の構築」こそが重要。

かかりつけ医となる医師の資質能力、かかりつけ医機能を担う医療機関の能力はもちろん重要な論点。誰でもなれるというものではない。

同時に、医療機関相互の役割分担と協働・ネットワーク、かかりつけ医をバックアップする病床機能を有する地域病院、診診・病診連携システムの構築など、システムとしてのかかりつけ医機能を地域の医療提供体制の中でどのように作り上げていくかという視点で考えることが必要。

かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医**
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
 - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
 - ② かかりつけ医の選択の保障
 - ③ 費用保障のあり方

(3) 在宅医療とかかりつけ医

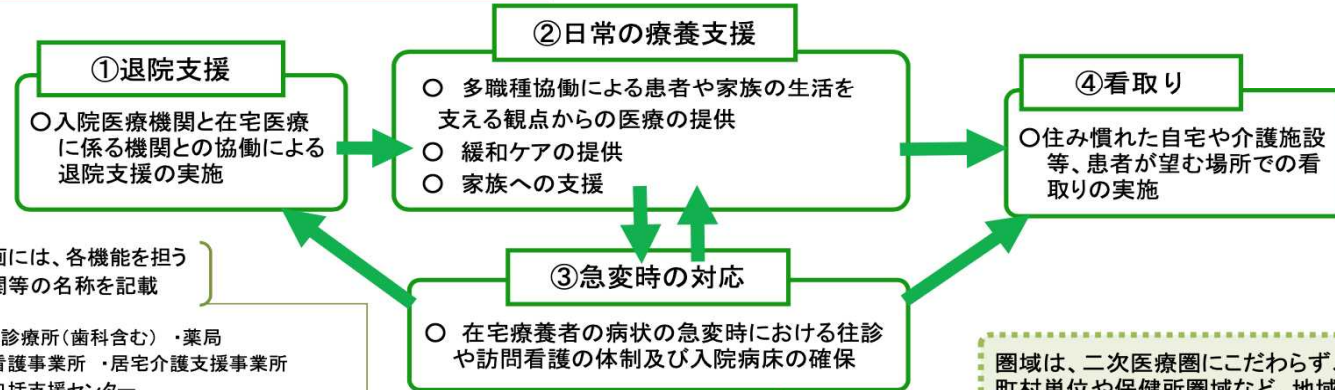
- 在宅医療はかかりつけ医機能の重要な役割。
- 高齢者介護の世界では「在宅介護原則」「24時間・365日の安心」を前提とした制度設計が行われており、「在宅生活の継続」を基本に、夜間介護・巡回介護や小規模多機能サービスといった多様なサービスを用意することで、高齢者の状態像の変化に対応した切れ目のないサービスの実現が目指されている。
- 在宅医療においても、時間外診療(夜間・休日の対応)や往診、さらにはオンライン診療といった「患者の生活の場でサービスを提供する」ことが求められている。
- これは在宅医療を担うかかりつけ医・かかりつけ医機能に求められる重要な役割の一つ。

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む) ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援
- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等
- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等

在宅医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より 17

厚労省資料によれば、在宅医療に求められる機能は

- ①退院支援
- ②日常の療養支援
- ③急変時の対応
- ④看取り

担うのは
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院 など

調整・連携機能を担うのは
医師会等関係団体
保健所・市町村 など

→内容はいいが、順番が違う。
②→③→①→④ではないの？

こうした機能を果たしていくためには、

- 患者に関わる複数の医療機関がチームを組んでかかりつけ医機能を担う仕組み
- 時間外診療を専門に担う医療機関との連携、
- 在宅支援を担う診療所とそれを支える地域密着型病院(在宅療養支援病院)の連携、
- 訪問看護など多職種との協働による対応

など、それぞれの地域で在宅医療を支える医療資源をシステムとして組み上げていく取り組みが必要。

かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能**
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
 - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
 - ② かかりつけ医の選択の保障
 - ③ 費用保障のあり方

(4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能

- 「国民(被保険者)は、自分が必要と思った時に自らが選択した医療機関に診療を求めることができ、医療機関は原則としてそれに応じる義務(応召義務)がある」という仕組み。
- 自分に医療が必要かどうかの一義的判断をしているのは患者自身。医療機関への受診(初診)に関する判断は全て患者自身に委ねられている。
つまり、(一部負担等による経済的誘導以外に)制度的・構造的に患者の適切な受診行動を促す仕組みは用意されていない。
- 結果、医療機関へのかかりやすさが早期受診・疾病の早期発見につながっている利点がある一方、医療に関する情報の非対称性、患者側に十分なヘルスリテラシーが形成されていない(+それを支援する仕組みが整っていない)ことも相俟って、ドクターショッピングのような客観的に見て不必要・不適切な受診を制御できず、逆に必要な時に必要な医療が提供されない(患者自身が行動を起こさない限り医療は提供されない)ことも生じる。
- このようなシステムの下では、住民一人一人の健康管理について特定の医療機関が一元的・継続的に責任を持ち、適時適切な医療を提供するシステムの構築は事実上困難。
-

- また、高齢化が進行している日本では、すでに多くの療養者(≒高齢者)はmultimorbidity(複数の主たる慢性疾患を持つ患者)。

それぞれの疾患について自身が選択した専門医療機関(主治医・主治医療機関)を持ち、現に継続的に複数医療機関に受診している。

- このような状況下では重複受診・重複検査・多剤投与の問題は常に発生。

個々の専門医療機関が自らの担当する疾患について適切な診療を行なっているにもかかわらず、全体としてみれば重複・過剰・不適切な医療が行われてしまう「診療における合成の誤謬」も発生する可能性。

- この問題は、保険者の視点からすれば「医療費適正化」の問題。

無駄な受診・無駄な診療・過剰な薬剤投与をなくして適時適切な受診を促す、日常からのトータルな健康管理を行うことで受診を減らす、そのために診療情報の一元化・共有を進める、といった問題提起がなされる。

- 現在のフリーアクセスは、国民の選択の自由と医療へのかかりやすさを最優先に組み立てられた仕組みであるが、見方を変えれば専門職のサポート・情報提供なしに自身の健康管理や医療サービス利用の決定を個々の国民の責任に委ねている仕組み。
- **これから2040年に向けて複数の慢性疾患を持つ高齢者はさらに増加。今後高齢期を迎える中高年を含め、患者の状態にあった医療を受けるために、身近な地域において、一般的な健康問題への対応をはじめ、日常的に相談に応じ、継続的、診療科横断的に患者を診るとともに、適切な他の医療機関を紹介する機能には国民の強いニーズ・関心がある。**
- 患者・利用者の立場に立って最適な医療サービス利用を継続的に支援する専門職、すなわちかかりつけ医の存在は、医療資源の効率的利用を通じた費用の適正化という観点のみならず、患者自身にとって最適の医療サービス利用を保障するという意味で、フリーアクセスのもとでの我が国医療制度にあってはむしろ必要不可欠なもの。

- さらに、「患者中心の医療・生活」を最適の資源分配・最適のコストで実現するシステムの実現は、国民にとっても、医療者にとっても、保険者にとっても望ましいことのはず。

ここに利害の対立はない。

- であるとするのなら、必要な医療サービスが保障されることを大前提に、国民の側での医療サービス利用のあり方についても、専門職による支援を前提とした何らかのルール化を考えることが必要。

以上整理すると、、、

かかりつけ医機能を実装する、とは

① 患者利用者(=国民)の医療へのアクセスの保障

(→「必要な医療」が「必要な時」に受けられることが確実に保障されること)

を前提に、

② 有限の医療/介護資源(人的・物的資源)で、必要な医療介護需要を最も効果的・効率的にカバーする提供体制を作るための重要なサブシステム(道具立て)の1つ

であり、このことは同時に、

③ 医療介護コストの「最適化」の実現

(→最適のコストで最も効果的・効率的に患者利用者(=国民)の健康を守ること)

でもある。

→本件に関する利用者国民・医療者(提供者)・保険者の利益は一致している(はず)

かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備**
 - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx**
 - ② かかりつけ医の選択の保障**
 - ③ 費用保障のあり方**

(5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備

① 情報の一元化・PHR・医療Dx

- **患者情報(患者・利用者に関する健康情報・医療/診療情報)を一元的に集約・管理する(できる)システムが構築され可視化されていること、そしてその情報がかかりつけ医が閲覧利用できることは、かかりつけ医・かかりつけ医機能が発揮されるための重要な前提条件の一つ。**
- **患者・利用者に関する健康情報・医療/診療情報をリアルタイムで把握することができなければ、かかりつけ医は日常的な健康指導も適時適切な医療提供の調整も行うことができないし、継続的な支援を行うこともできない。**
- **医療(/介護)情報の一元化・共有基盤の構築には各機関の協力が不可欠。電子カルテの標準化や処方箋の電子化、リアルタイムでの患者の健康情報把握システムなどの基盤整備—医療Dxの普及はその前提条件。**
- **オンライン診療などの遠隔診療はかかりつけ医機能の重要なツール。医療情報の一元化や医療Dx、医工連携技術の進展普及は、かかりつけ医機能の発揮、医療・介護の専門職間の多職種連携実現の技術的前提条件でもある。**

- 増大する医療ニーズを最小限の設備・マンパワーで(かつ民間医療機関中心に)引き受けてきた歴史は、医師・医療スタッフの慢性的過重労働という問題も招来。

勤務医の長時間労働は常態化しており、医師の働き方改革が大きな問題。

- 医療提供体制改革は、別の見方をすれば医療の人的・物的資源の再配置・再分配。限りある人的・物的資源の効率的な利用は、医師・看護師をはじめとする医療関係者の働き方改革にもつながる。
- 医療Dxの積極的活用も含め、医療従事者の働き方改革という視点からの専門職種間の役割分担の見直し、タスクシフト、チームプラクティスといった取り組みも必要。
- このことはかかりつけ医の負荷軽減という形で、かかりつけ医の普及実装にも貢献。

② かかりつけ医の選択の保障

- かかりつけ医を持つことは、国民の権利であって義務ではない。

皆保険体制をとる我が国にあっては、すべて国民は必要かつ適切な医療を受ける権利がある。

- 「かかりつけ医・かかりつけ医機能の制度化」とは、国民にとってより適切な医療へのアクセスが保障されるシステムを構築すること。医療機関へのアクセスや選択の権利を強引に奪うものではない。

- かかりつけ医は患者・利用者自身が選択するものである。

かかりつけ医は患者・利用者から自身の健康情報・医療/診療情報の管理・利用を託される者でもある。

その観点からも、患者にとって最も機微で重要な健康情報を託する相手であるかかりつけ医は患者・利用者自身が選択するものでなければならず、その機能は患者・利用者との信頼関係があって初めて十全に発揮されるものであることを銘記すべき。

- **患者が軽症でも大病院に行ったり、重複受診する構造的な要因として、情報の非対称性や医療の不確実性があり、端的にいうと患者の不安が背景にある。**
- **信頼できる医療機関との安定的な関係を作ることなくして、患者の行動を変えることはできない。**
画一的・統制的な手法でこの問題に対処すれば、かかりつけ医を飛ばして大病院を受診するために救急車を呼ぶ、といったイレギュラーなバイパスが生まれ、提供体制全体に弊害が及ぶ危険もある。
- **かかりつけ医・かかりつけ医機能を発揮するための制度整備にあたっては、登録の義務づけや強制的な割り当てといった統制的なやり方で臨んでも制度は機能しない。**

③ 費用保障のあり方

- かかりつけ医・かかりつけ医機能に求められている役割は極めて広範かつ重層的。
- 患者の生活背景の把握、日常的な保健指導、医療情報の提供、初期診療、専門医療機関への橋渡し、入退院支援・調整、健診・母子保健・学校保健への参加、在宅医療、看護や介護などの在宅サービスとの連携調整など、その担うべき業務の範囲は明らかに「保険診療一療養の給付」の範疇を大きく超えている。

求められる業務の多くには診療報酬上の対価は支払われない(「診療なくして報酬なし」)。

- かかりつけ医・かかりつけ医機能の制度化は医療提供体制のあり方の問題であり、医療法体系の中で行われるべきもの。

人頭払・包括払(定額払)といった「医療保険での報酬の支払い方」に議論が集中するくらいがあるが、診療報酬での支払い方式や点数化の議論をする前に、求められる機能役割を確実に実行できる条件整備(制度整備と基盤整備)をまず行い、その上でその機能役割に相応しい費用保障の仕組みを検討すべき。

•

会議報告を踏まえた「今後取り組むべき課題」

:患者による選択の保障

かかりつけ医は患者が選ぶもの、という視点の明確化。
(「報告/公表制度」は患者の選択の保障・支援に資するものでなければならない)

:かかりつけ医療機関が果たすべき機能の明確化

「医療の提供」以外の様々な機能(「地域包括ケアの中で発揮されるべき機能」など)の明確化・規定整備
かかりつけ医療機関に多様な役割があることは、厚労省自身が指摘してきたこと。

:かかりつけ医・かかりつけ医機能の対象

当面、慢性疾患を有する高齢者から始めるのは現実的だが、かかりつけ医機能は、健康人や現役世代にとっても(にとつてこそ)重要。コロナ禍で問題になったのも、健康な人にかかりつけ医がいなかったこと。

:かかりつけ医機能は医療機関の連携・ネットワークで実装する、という視点の明確化

改正法の規定は単独の医療機関による報告を前提にしており、多職種連携・ネットワークを想定していない

:情報連携・PHRなど医療情報基盤の整備促進



Future Institute Wolong

一般社団法人 未来研究所臥龍

<http://www.garyu.or.jp/organization.html>

付論

イギリスのGP制度訪問調査の中で気がついたこと

Groupings of General Practices into Primary Care Networks

Primary Care Network:

- General Practice
- Dental Practice
- Opticians
- Community Pharmacies / Chemists (eg on High Street)

Covering typically 30,000 to 50,000 population size in a geographical area

General Practice Service

Core services:

- **Essential services – mandatory to all registered patients and temporary residents in its practice area**
- **Identification and management of illnesses, providing health advice and referral to other services**
- **8am to 6 30pm**
- **Out of hours 6 30pm to 8am – GPs provide these out of hour services themselves or delegate to another provider**

- **Quality & Outcome Framework – voluntary programme that practices can opt in to, in order to receive payments based on good performance against a number of indicators. As it accounts for 10% of GP's income, more than 95% participated in 2018/19**
- **Enhanced Services**

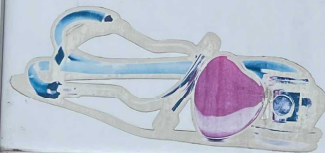
コア・サービス

- **必須サービス: 診療圏内のすべての登録患者および臨時居住者に義務つけられている。**
- **病気の特定と管理、健康アドバイスの提供、他サービスへの紹介**
- **午前8時から午後6時30分まで**
- **時間外サービス 午後6時30分から午前8時まで – GPはこれらの時間外サービスを自ら提供するか、他のプロバイダーに委任する。**



Hetherington Group Practice

- ✓ General Medical Services
- ✓ Family Planning
- ✓ Maternity Services
- ✓ Physiotherapy
- ✓ Drug & Alcohol Services
- ✓ Baby Clinics
- ✓ Counselling
- ✓ Sexual Health Screening
- ✓ Chronic Disease Management
- ✓ Minor Surgery
- ✓ Smoking Cessation
- ✓ Phlebotomy (Blood Test)



NHS Medical Centre

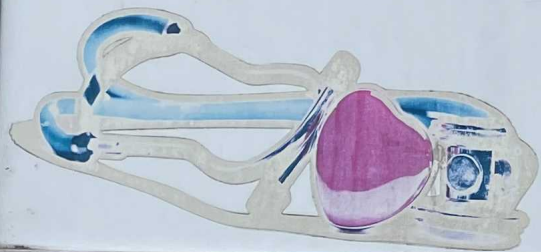
☎ **020 7274 4220**

www.hetheringtongp.co.uk

イギリスのGPクリニック

Hetherington Group Practice

- ✓ General Medical Services
- ✓ Family Planning
- ✓ Maternity Services
- ✓ Physiotherapy
- ✓ Drug & Alcohol Services
- ✓ Baby Clinics
- ✓ Counselling
- ✓ Sexual Health Screening
- ✓ Chronic Disease Management
- ✓ Minor Surgery
- ✓ Smoking Cessation
- ✓ Phlebotomy (Blood Test)



NHS Medical Centre

 **020 7274 4220**

www.hetheringtongp.co.uk

BROWN SIGNS
BABA 0888

イギリスのGPクリニック（看板）

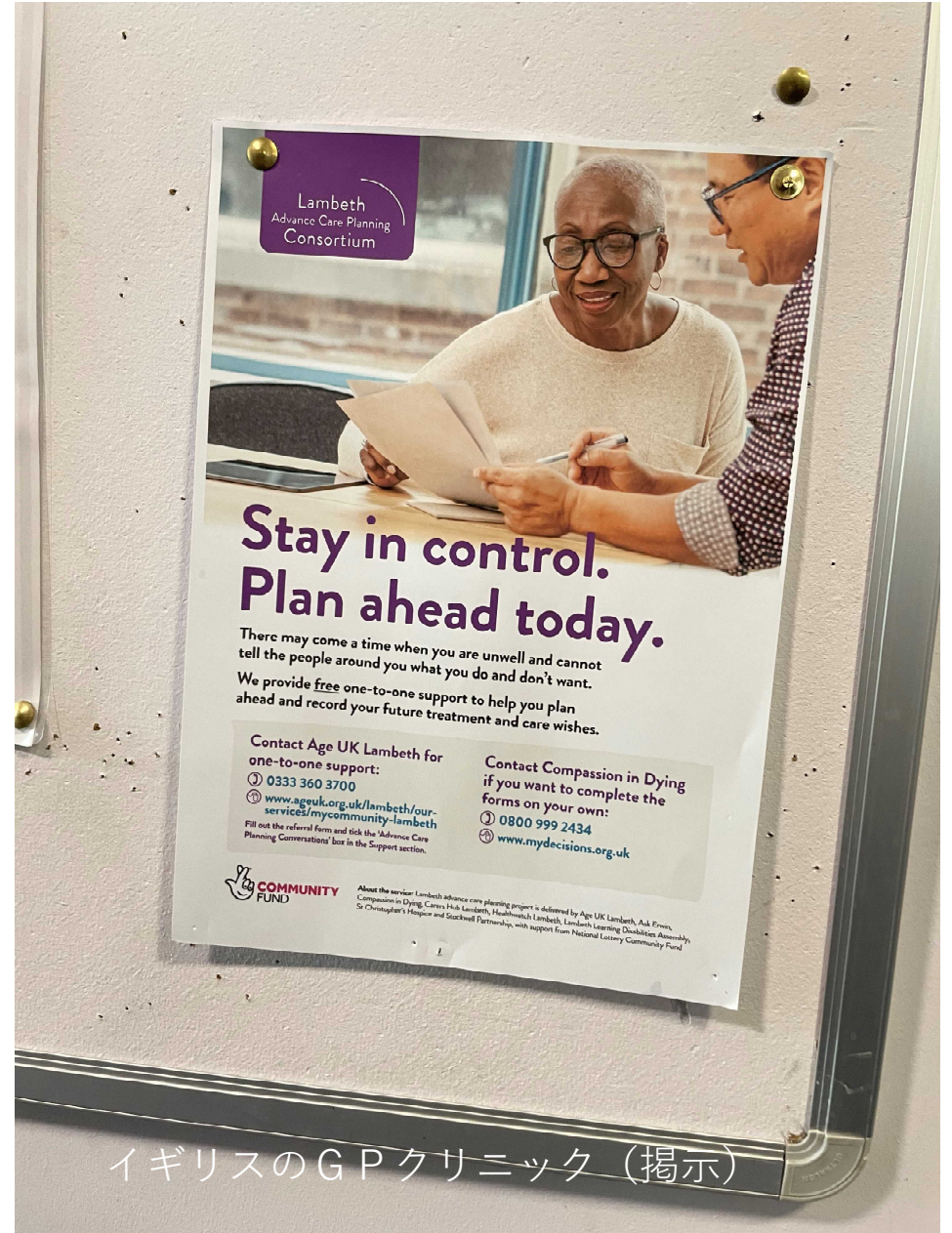


イギリスのGPクリニック（待合室）





イギリスのGPクリニック（外部）



イギリスのGPクリニック（掲示）









COVID-19 Vaccination Centre

#staysafe
#pharmacyheroes



Providing NHS services

医療提供体制（NHS）における診療所（GP、家庭医）の役割

「診療（療養の給付）」という視点で見ると、診療所（GP、家庭医）の守備範囲は、我が国で考えられているよりもずっと狭い

（そもそも、診療所（clinic）と病院（hospital）は異なる起源から別々に発展してきた存在。診療所が発展して病床を持ち病院が形成された日本（診療所と病院が連続的に存在する）とは決定的に異なる。）

GP・家庭医の役割の主力は予防・健康管理・ヘルスプロモーション。

一定レベルの専門診療（セカンダリケア）まで担っている日本の開業医の守備範囲とは大きな違い。

（特にイギリスはその形。NHSという一元的健康保障システムであるが故、ということか）

病院と診療所は意識の上でも実態的にも明確に役割が分かれている。病院はプライマリケアは行わない。日本のように地域の中小病院と開業医の間に機能重複がある国との対比では、むしろ病院と診療所の間には「医療の不連続」が生じているような印象。

そもそも日本の中小民間病院のような規模・経営形態の病院は基本的に存在しない。hospitalと言ったら（日本の感覚でいう）大病院のこと。

かかりつけ医・かかりつけ医機能のコンテクストで見ると

今やイギリスのGPの主力はグループ診療。全体の6～7割は複数の医師がいる。かつ全体の7割が非常勤医師。

女性比率も高く、ethnic group も多様。病院勤務医や開業専門医（GPSI—GP with Special Interest）との兼業も増大している。

そもそもGPの登録は診療所単位で、個人医師単位ではない。

ロックダウン中は閉鎖していたGP診療所も多い（∵患者が来ない）抗ウィルス剤の投与も（かなり後まで）していなかった。GPは通常診療に専念。

他方、GP診療所の医師は担当する患者の医療情報は全て閲覧できる。

NHSに全てのデータが集約・一元化されており、GPは自分の担当患者の情報は全て把握。民間病院（NHS以外の診療）での診療データも全て一元化されている。



Future Institute Wolong

一般社団法人 未来研究所臥龍

<http://www.garyu.or.jp/organization.html>