

201501021A

平成27年度厚生労働省科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)研究報告書

先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び  
我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究

(H27-政策-指定-007)

総括報告書

平成28年3月

研究代表者：松田 晋哉

平成 27 年度厚生労働省科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

総括報告書・総合報告書

先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究（H27-政策-指定-007）

研究代表者 松田 晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授

研究分担者 鈴木 邦彦 日本医師会 常任理事

研究分担者 土田 武史 早稲田大学政治経済学部 名誉教授

研究分担者 田中 伸至 新潟大学法学部 教授

研究分担者 生坂 政臣 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 教授

研究協力者 富岡 慎一 産業医科大学医学部公衆衛生学教室 特任助教

## 目次

I.	総括研究報告	3
	先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究	
	研究代表者 松田 晋哉	
	(資料) 調査報告スケジュール・訪問調査先一覧	7
II.	分担研究報告	
	1) アメリカのかかりつけ医制度	8
	—患者中心のメディカルホーム Patient-Centered Medical Home への移行—	
	生坂政臣	
	2) 英国のかかりつけ医 (GP) とその関連情報	22
	富岡慎一	
	3) フランスの「かかりつけ医」制度について	37
	松田晋哉	
	4) ドイツの公的疾病保険と家庭医	44
	田中伸至	
	5) ドイツにおける家庭医の教育・研修	60
	土田武史	
III.	各国比較一覧表	80
	(参考資料) Baden-Wuerttemberg 州の家庭医中心診療契約一覧	
IV.	班会議資料	83

# 先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究

研究代表者 松田 晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授

## 研究要旨：

本稿は、「先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」を実施する背景、および調査研究課題の設定と、今後の検証のための課題について触れている。本研究は先進4ヶ国におけるかかりつけ医制度の進展について詳細を調査して記載することで今後の我が国におけるかかりつけ医制度の設計の資材を提供することを意図している。

現地でのヒアリング調査はアメリカ・英国・ドイツに赴いて行っており、フランスに関しては文献的探索に基づいた調査結果を示している。本報告書のとりまとめは各国の比較を一覧にまとめて示している。(III章参照)

これらの調査結果を踏まえたうえで我が国におけるかかりつけ医制度のあり方を考察することを来年度の課題としており、本研究は各国の現況を現地調査に基づく詳細な調査により示すに留めている。

## A. 研究の目的および背景

今回、我々研究班は我が国の今後の医療制度に必要な医療提供体制の基盤のひとつとしてかかりつけ医に着目し、まずは先進諸国におけるかかりつけ医の普及及び制度上の実態についての調査を行ってきた。<sup>1</sup>

<sup>1</sup>呼称について。かかりつけ医という言葉には固有の響きがあり、時代と共にその意味合いには変化がある。また関係者によってはイメージにも幅があろう。海外では同等の医師の役割りが、主に総合診療医・家庭医・一般医というような言葉に述べられることが多い。(詳しくは、一圓(2012)イギリスの家庭医制度.第196回産業セミナー,p50を参照) 今回の調査報告書では、我が国のものをかかりつけ医と総称して、各国はそれぞれに最も多く文献などに引用される呼称を用いている。

現在、我が国ではかかりつけ医を機能として定着させる必要性がかつてない程に高まっている。最大の理由は超高齢社会であり、それに付随して生じている地方での医師不足や社会保障費の不足などの要因がある。また、患者の側に立って医療を解釈し、健康の相談相手として包括的に幅広い医療を引き受ける医師の役割りも必要となってきた。

このような理由から H25 年 8 月の社会保障制度改革国民会議報告書では「ゆるやかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及は必須」と明記され、また H27 年にまとめられた 2035 年を見据えた保健医療政策のビジョン（保健医療 2035）では、「すべての地域で総合的な診療を行う、かかりつけ医を配置する体制を構築する」「身近な医師が、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする『ゲートオープナー』機能を確立する」との文言が並び、かかりつけ医の定着を求める声は日増しに大きくなっている。

古くからかかりつけ医をもつことの大切さは述べられていたが、我が国の医師養成に関する小史を振り返ると、旧来型の医局制度に依存した医学部での教育課程から専門医養成への偏りがみられ、かかりつけ医を養育する課程は十分であったとは言い難い。そのような専門医の多くは開業という機会に必要に迫られて総合医的な役割を担うようになっていた。2004 年の初期研修必修化に伴い医局制度が綻び始め、医局に属さずに自ら勤務地を選択する医師が増え、それに伴ってプライマリアケア系の学会も規模を拡大していき、2010 年には 3 学会が合併してプライマリアケア連合学会が発足した。一方、歴史的にはかかりつけ医教育に対するニーズを満たすという意味では日本医師会がその創設以来最も中心的な役割を果たしてきており、生涯教育制度を始めとした地域毎の勉強会等で横断的な学びを得るような機会を提供してきた。しかしながらかかりつけ医の普及については、これまでの経緯もありまだ多くの課題を検討する余地が残されていると言えよう。

本報告書では欧米諸国（ドイツ・イギリス・アメリカ）への現地調査を行い、各国でのかかりつけ医に関する経験や現状、課題等についての報告を行っている。それらを通して来るべき我が国でのかかりつけ医の定着に際して有用と思われる実質的な資料を提供することが本報告書の目的である。

## B. 調査研究方法

付表1に今回調査の大まかなスケジュールを提示した。現地調査の日程及び担当者も付記している。また、これに先立ち事前会議を2015年6月2日及び10月20日の2回に分けて開催した。付表2は実際にヒアリングのために訪問した施設の一覧を示している。アメリカ・英国・ドイツの3ヶ国は現地での調査を行い、フランスは文献的な調査のみを行った。

## C. 結果と考察

各国のかかりつけ医に関する詳細は各分担研究者の報告書を参照。各国かかりつけ医制度の比較をIII章に提示した。

アメリカでは、2013年から新たに保険登録が開始されたオバマケア法の影響により、ACO (Accountable Care Organization) および PCMH (Patient Centered Medical Home) などの新たな医療提供のスタイルが提供者グループと公的保険者である CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) との間でも締結されるようになり、それに伴って診療報酬も旧来の出来高中心の報酬体系から「患者ひとりあたり月額」などの包括的な報酬体系も広がりつつある。

英国では2010年から連立政権(保守・自民)のキャメロン首相によるNHS改革が始まり、GPが以前より地域全体の医療に責任をもつ立場となるCCGs (Clinical Commissioning Groups) が導入された。近年はGPの診療や大病院への紹介を支える電子カルテなどの医療ITのインフラ整備が進んでいると共に、24時間対応等のGPの時間外サービスを模索する動きが政権内にあり対応に追われている。

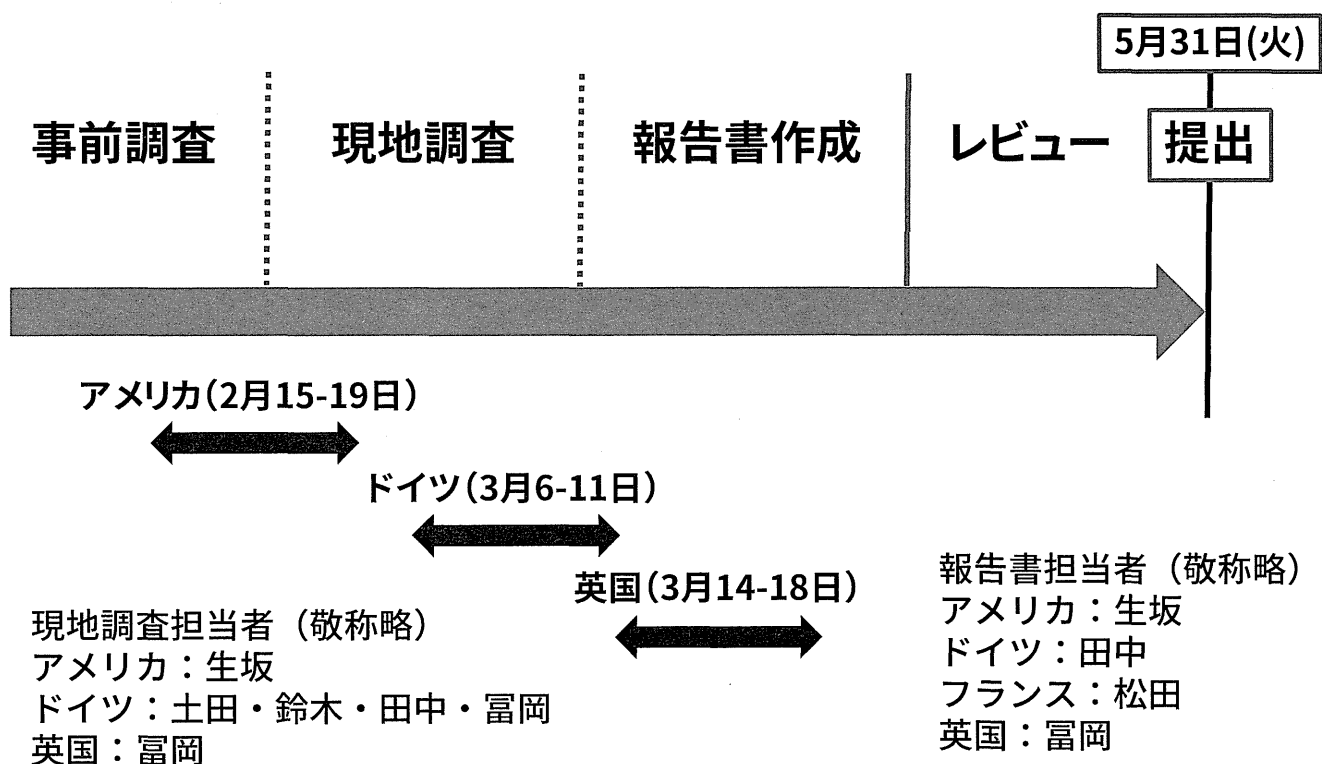
フランスではプライマリケアにおいても専門医の役割りが以前として強く、専門医でも特別な研修等の教育を受けずにかかりつけ医としての登録を受け付けることが可能である。外来診療の支払いは出来高であるが、患者の自己負担率に差をつけることで患者がかかりつけ医を受診するように誘導している。一方、比較的医師の自由が保障されていることもあり、地理的偏在の問題も大きい。

ドイツでは家庭医中心診療が2016年で全国民の5%にまで達しており、当初は荒波の中であったが徐々にその契約数は増えている。ただ、分権的であるため州毎に大き

な差もある。家庭医中心診療では包括的な支払いとなっており、その一例として Baden-Wuerttemberg 州の家庭医中心診療の疾病金庫毎の契約内容の一覧を参考資料に提示した。家庭医中心診療に参加するためにはクオリティーサークル（相互学習会）に参加するなどの条件があるが、基本的に診療所の経営には有利に働くようで参加医師数も増えている。

我が国においても、高齢化の中でプライマリケアを充実させていくことが急務であるが、まずはそれを担う医師の質を担保することが望まれる。その点では、総合診療専門医の専門資格としての認定や、日本医師会かかりつけ医機能研修などはそのための大きな布石となると考えられる。また、かかりつけ医の普及に向けては、国内データを活用したより実証的な研究も必要になると考えられる。

# (付表1) かかりつけ医調査報告スケジュール



# (付表2) 訪問調査先一覧

## ◆アメリカ (生坂)

Gesshinkai Hawaii Tsukikawa Clinic  
 Pacific Medical Administrative Group (PMAG)  
 ハワイ大学家庭医療科

## ◆ドイツ (土田・鈴木・田中・富岡)

バーデンヴュルテンベルク州家庭医協会  
 ハイデルベルク大学 Prof. Szecsenyi  
 連邦保健省  
 連邦保険医協会  
 BKK クニープス理事長  
 連邦医師会  
 連邦家庭医協会  
 AOKデュッセルドルフ

## ◆英国 (富岡)

St. Heiler Hospital  
 Nuffield Trust  
 Royal College of General Practitioner  
 LSHTM Prof. John Cairns  
 NHS England, Head of Finance  
 Parkshot Medical Practice  
 Richmond CCG  
 Richmond General Practice Alliance  
 Stuart Road Surgery  
 Ramsay Brown & Partners



アメリカのかかりつけ医制度

—患者中心のメディカルホームPatient-Centered Medical Homeへの移行—

生坂政臣

千葉大学大学院医学研究院 診断推論学

医学部附属病院 総合診療科

## I. はじめに

患者の高齢化、急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化、心理社会的課題も含めた複雑な健康問題の増加、医療の高度化と専門分化、医療資源の不足などにより、家庭医専門医制度が確立した米国においても、地域におけるプライマリ・ケア供給体制は、住民にとって必ずしも効果的、効率的とはいえなくなっている。すなわち診療所の予約が取れない、取れても診察時間が極めて短い、急性疾患に対するプライマリ・ケア診療に終始し、多くの国民が慢性疾患や疾患予防に関して推奨されている検査や介入を受けていない、などの問題である<sup>1)</sup>。

これらの課題を解消するため、包括的・継続的で、住民にとって安心・安全な医療を提供することを目的としたチーム医療によるヘルスケア提供のモデルが近年、全米各地で展開されている患者中心のメディカルホームPatient-Centered Medical Home (PCMH) である<sup>1)</sup>。PCMHの基本理念は電子カルテの患者情報共有を基盤とする多職種連携医療であり、情報共有によって個々の医療者の負担を軽減し、場当たり的でない、包括的かつ効率的医療を目指している。情報共有によりグループプラクティスを組織できるので、かかりつけ医とは言っても1人で責任を背負い込む必要がなくなる。

翻ってわが国のプライマリ・ケアはソロプラクティスである開業医によって支えられており、ソロプラクティスの医師がPCMHに参加した場合の障壁を理解しておくことは、このモデルのわが国での展開の是非を検討する上で重要である。ハワイ州は全米で縮小傾向にあるソロプラクティスのプライマリ・ケア医が少数ながらも活躍していることを知り、今回、ホノルル市のソロプラクティスのPCMHの取り組みを、同地域のグループプラクティスおよび大学関連のクリニックと併せて調査した。

## II. PCMHという概念のはじまり<sup>2)</sup>

PCMHという概念は、1967年にAmerican Academy of Pediatrics(AAP)によって導入され、当初は小児患者の診療記録を中央管理することを意味していた。2002年のAAPによる方針表明ではメディカルホームの概念が拡大され、容易にアクセス可能であること、継続的かつ包括的であること、家族も中心に置かれること、適切に調整されること、思いやりのあること、文化的に効果的なケアであること、という運用上の特徴が盛り込まれた。

## III. PCMHの原則<sup>2、3)</sup>

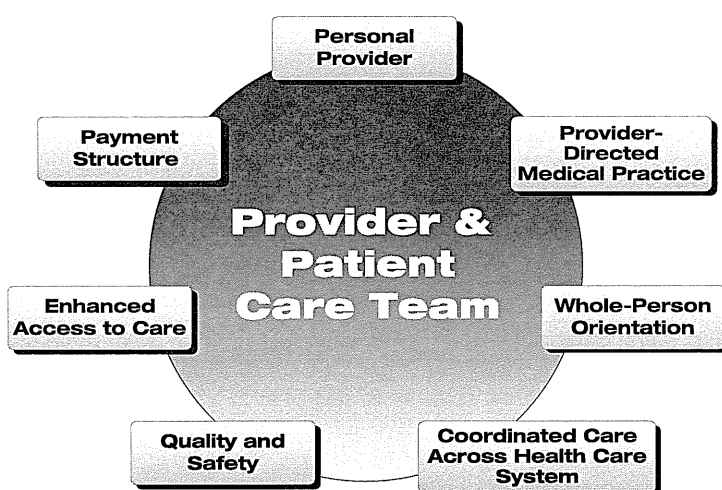
PCMHは運営母体によって異なるが、以下の共通した7つの原則がある。

1. かかりつけ医 Personal Provider or Primary Care Physician (PCP) : 個々の患者は、患者への初期対応と継続的かつ包括的なケアの提供を担うための訓練を受けたPCPと継続的な関係を維持する。
2. 医師が指揮する医療チーム Provider-Directed Medical Practice : PCPは診療現場におけるチームを指揮し、そのチーム全体で患者に対する継続的なケアの責任を担う。
3. 全人的志向 Whole-Person Orientation: PCPは、患者のヘルスケアニーズすべてに対応する、または、他の適任の医療専門職との間でケアの調整を適切に行う。その対象には、急性期医療、慢性期医療、予防医療、終末期医療などが含まれる。
4. ケアのコーディネイト Coordinated Care Across Health Care System : 複雑な医療システムのあらゆる要素(専門医療機関、病院、在宅医療機関、介護施設など)と患者・家族との間でケアをコーディネイトする。電子カルテなどのInformation and Communication Technology (ICT) に情報を共有し、必要とされるケアが患者のニーズと希望に沿う時期と場所で、適切に提供されることを保証する。
5. 質と安全 Quality And Safety : PCMHはエビデンスに基づく医療を提供し、患者中心のアウトカム達成を目指す。そのためにPCMHの医師は診療行為の評価および改善に自発的に取り組むことで継続的な質改善プロセスに責任を持って関与する。ICTの利用により、最適なケア、診療行為の評価、患者教育などを支援する。また、医療機関は適切な非政府機関による自主的な認定プロセスを受け、PCMHに合致し

た患者中心のサービスを提供する能力を保持していることを実証する。

6. ケアへのアクセスの向上Enhanced Access： ケアへのアクセスは、容易に閲覧が可能なスケジュール管理、診療時間の延長制度、患者・かかりつけ医・医療機関スタッフ間の新しいコミュニケーション手段などのシステムによって向上させることが可能である。

7. 支払いPayment： 支払いについては、PCMHの患者が享受する付加的な価値を正しく認識する。すなわち、対面受診以外の状況におけるケア管理業務についても、その価値を反映させるべきである。これにはセキュリティ対策がなされた電子メールまたは電話でのコンサルテーションのほか、医療機関内でのケアコーディネート、およびコンサルタント医、補助的な医療提供者、地域の医療資源の間でのケアコーディネートに関連したサービスに料金などが含まれる。また、測定可能で継続的な質改善の達成に対する追加の支払いを考慮すべきであるし、そのための電子カルテなどのICT採用を支援すべきである。さらに外来でのケア管理による入院の減少による費用削減に伴う利益について、医師がその分配を受けることを認めるべきである。



#### IV. ハワイのPCMH<sup>3)</sup>

ハワイ州には多くの民間医療保険会社が設立されているが、最大手のHawaii

Medical Service Association (HMSA)とKaiser Permanenteは被保険者にPCMHを提供している。ここではHMSAの仕組みについて述べる。

## 1. PCMHのかかりつけ医primary care physician (PCP) に要求されること

(1) general practice, internal medicine, family medicine, pediatricsの医師。他のスペシャリストやNurse practitionerも要件を満たせば登録可能。physician assistantはPCMH登録医のもとであれば登録できる。

(2) PCMHを支援するphysician organizationにひとつだけ加入する。ハワイ州最大手はHawaii Independent Physicians Associationで、その支援組織がPacific Medical Administrative Group (PMAG)。

(3) Population health management(PHM)の要件を満たすこと (後述)。

(4) 診療の質や臨床データをphysician organizationとHMSAと共有する。

## 2. 注意事項と支払いについて

(1) PCMHに登録出来ない医師：①主として病院で働く医師 (HMSAの診療報酬請求で判断) ②プライマリ・ケアを提供しない医師 (循環器内科専従医など)。

(2) PCMH登録を希望する場合は、physician organizationを通してPCMH同意書にサインする。

(3) PCMHへの登録は完全に任意であり、参加しない医師がHMSAからの支払いに負の影響を受けることは決してない。

(4) PCPがPCMHの診療要件を満たせば、そのレベルによってPHM feeがHMSAから毎月支払われる。2015年上半期のPHM feeはLevel 1- \$2.00/患者/月, Level 2 - \$3.00/患者/月, Level 3 - \$3.50/患者/月であり、下半期は Level 1 - \$1.00 /患者/月, Level 2 - \$3.00/患者/月, Level 3 - \$3.50/患者/月である。診療要件を満たせない場合の支払いはない。

(5) PCMHのレベルは、PCPが達成した最高レベルの月のレベルが、達成した月から3年間有効となる。PCPはこの間も定期ミーティングや診療の質改善プロジェクトに参加しなければならない。

(6) HMSAは、National Committee for Quality Assurance (NCQA) , The Joint Commission, またはUtilization Review Accreditation Committee (URAC)などのnational programで認められたPCPのレベルに対しても、換算表を用いて支払いを行っている。

NATIONAL PROGRAM LEVEL	HMSA PCMH LEVEL
NCQA 1 or 2	2
NCQA 3	3
URAC 1	2
URAC 2	3
The Joint Commission 1, 2	2
The Joint Commission 3	3

### 3. Population health management(PHM)レベルとその要件

まずは星印のMinimum Required Elements を満たす必要がある。1 から 7 までの項目で満たした要件の点数の合算でレベルを決定する。

①PCMH関連ミーティングおよび研修：PCMH関連の定期ミーティングやウェブセミナーwebinarへの参加、あるいは研修会主催などにより、それぞれに応じたポイントが付与される。

#### ②ケアへのアクセス

2.1. 時間外診療（2ポイント）：早朝、ランチタイム、夜間、週末などの時間外対応で、直接診療以外に、電話や電子メールによるアドバイスも含める。

2.2. 同日受診（3ポイント）：米国での通常の診療形態である完全予約制外来での同日受診は容易ではないので、電話や電子メールによる医療相談も認めている。

2.3. 外国語対応（4ポイント）：翻訳サービスや英語以外の言語に対応したハンドアウトなど。

#### ③ケアのコーディネイト

3.1. ケア移行（2ポイント）：専門医による診療、画像、検査依頼を含む他施設への紹介と逆紹介などのシームレスなケアの移行のドキュメント。

3.2. 患者との契約（2ポイント）：PCMHで期待される診療の患者/家族とPCPの取り決め。

3.3. オフィススタッフの研修（3ポイント）：診療所のスタッフがケアコーディネ

イターを担うための研修。DVDやハンドアウトなどを研修の証拠として提出。

3.4. 患者毎のケアプラン作成（3ポイント）：ケアプランには患者/家族への教育、治療目標、ケアのコーディネイトが含まれていなければならない。

3.5. 健康的な行動へ向けてのカウンセリング（3ポイント）

3.6. メンタルヘルスや薬物依存の専門治療施設への紹介とフォローのケアプラン（4ポイント）。

3.7.健康教育プログラムへの紹介（4ポイント）：家族を巻き込んだクラスで、糖尿病教室、禁煙や肥満、薬物依存患者向けのプログラムなど。

#### ④登録と管理

4.1. Cozeva®に登録（2ポイント）：Cozeva®という患者管理アプリケーションをパソコン上で月2回以上使用。

4.2. 電子カルテ（EHR）の登録と患者・疾患モニター（2ポイント）

4.3. 患者・疾患モニターを利用した患者支援（2ポイント）：必要なスクリーニング、慢性管理、薬剤モニターなどにより、患者へ電話や電子メール（CozevaやEHRを利用）を送る（3ポイント）。

4.4. 行うべき検査を電子カルテでチェックする責任者がいる（4ポイント）：例えばHbA1cが半年以上施行されていないことを電子カルテ上でピックアップして漏れがないようにスケジュールする仕組みがある。

#### ⑤診療の質の向上

5.1. 質指標の記録（2ポイント）：成人の高血圧症では血圧、糖尿患者では血圧、HbA1cとLDL、また全患者のBMIをEHRに記録する。小児では体重、BMI、栄養状態や身体活動をガイドライン（Complete the Child with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener）に従って記録する。

5.2. 質指標を25%以上の患者で行う（3ポイント）

5.3. 質指標を50%以上の患者で行う（4ポイント）

5.4. 質指標が改善している、または上位90パーセントイルを維持している（4ポイント）：3ヵ月間で上記いずれかを証明する。小児患者ではCSHCNで発見した問題の対処例（紹介、治療計画など）を報告する。

## ⑥診療の質向上プロジェクト

6.1～7. Physician Organization と協働した質向上のための評価計画作成と実行を PDSAに乗せる（それぞれ2～4ポイント）。

6.8. 患者満足度調査を行う（2ポイント）：診療所へのアクセス、連絡、ケアの調整（紹介等）、全人医療、患者教育支援などが質問事項に含まれている必要がある。

6.9. 上記調査に基づく質向上のための行動（2ポイント）。

6.10. これらの行動に対する患者満足度調査（3ポイント）。

6.11. その調査での満足度の10%以上の向上（4ポイント）。

## ⑦電子カルテEHR

7.1. 認可されたEHRの登録（2ポイント）：<http://oncchpl.force.com/ehrcert>に登録してあるEHRから選択する。

7.2. EHRの活用（3ポイント）：全処方箋の40%以上を電子カルテで発行 E-Prescribing (eRx)する。また50%以上の患者のバイタルサインをチャート表示できることなど。

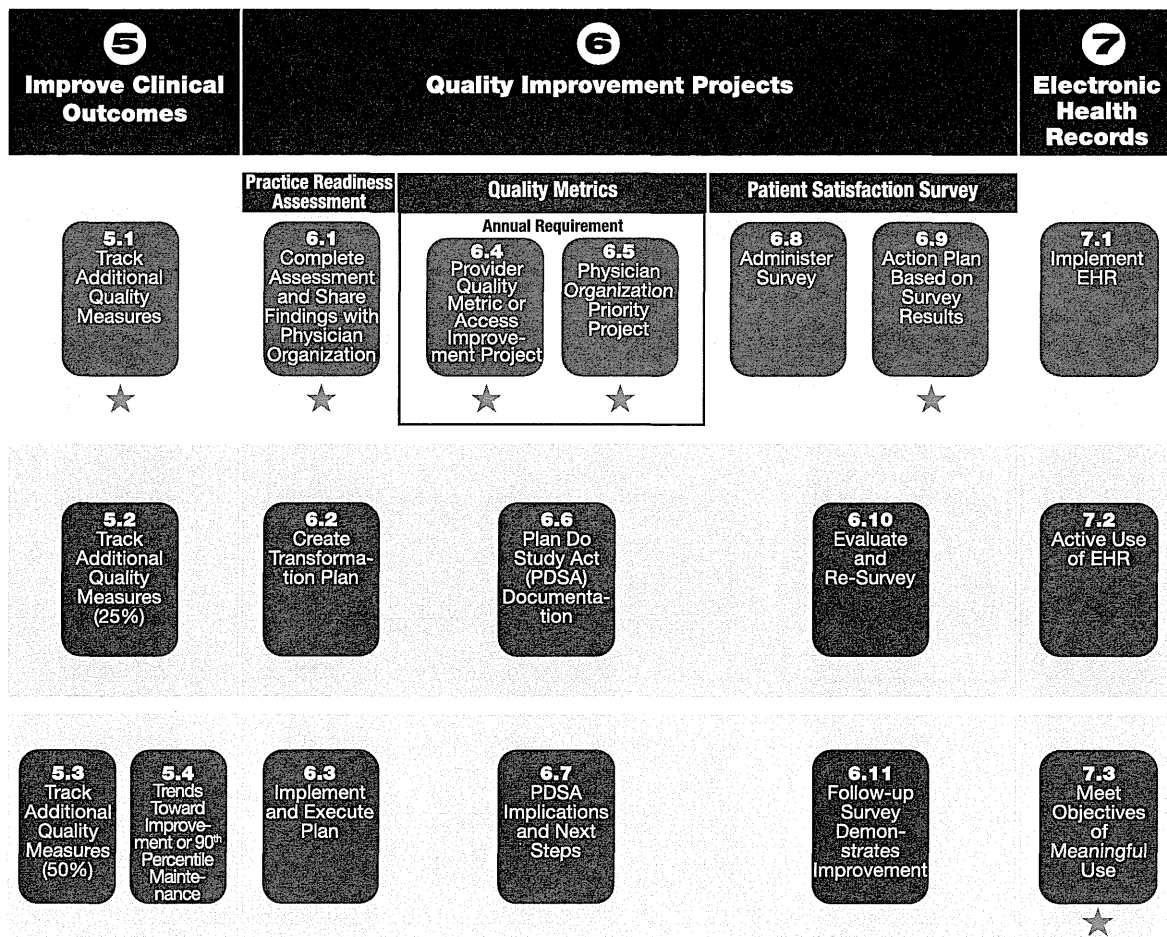
7.3. 有効なEHRの活用（meaningful use of an EHR）要件（本稿では省略）を満たしている（4ポイント）。

	<b>1</b> <b>Collaborative PCMH Meetings and Training</b>	<b>2</b> <b>Access to Care</b>	<b>3</b> <b>Care Coordination</b>	<b>4</b> <b>Registry Use</b>			
<b>2 Points</b>	<b>1.1</b> One Training Program, Conference, or Webinar ★	<b>2.1</b> Beyond Office Hours Care	<b>3.1</b> Document and Track Transitions of Care ★	<b>3.2</b> Implement PCMH Provider-Patient Agreement ★	<b>4.1</b> Cozeva Registry ★	<b>4.2</b> Electronic Health Record (EHR) Registry	
<b>3 Points</b>	<b>Annual Requirement</b> 1 Pt./Mtg. (max 10) <b>1.2</b> Large Physician Organization Group Meetings ★	<b>1.3</b> Small Breakout Group Meetings	<b>2.2</b> Access During Office Hours ★	<b>3.3</b> Train Office Staff	<b>3.4</b> Individualized Care Plans	<b>3.5</b> Counsel to Adopt Healthy Behaviors ★	<b>4.3</b> Analysis of Registry and Patient Outreach
<b>4 Points</b>	<b>1.4</b> Design and Conduct a Meeting	<b>2.3</b> Culturally and Linguistically Appropriate Services	<b>3.6</b> Care Plans Reflect Specialized Referral Tracking and Follow-Up	<b>3.7</b> Provide Referrals to Health Education Programs	<b>4.4</b> Standing Orders Based on Registry Analysis		

<b>General Details</b>	
<b>Level 1:</b> 45–69 points and all minimum required elements	
<b>Level 2:</b> 70–94 points and all minimum required elements	
<b>Level 3:</b> 95–110 points and all minimum required elements PLUS EHR Meaningful Use	
Total Possible Points = 110	

- ★ **Minimum Required Elements = 32**
- 1.1 One PCMH Training Program, Conference, or Webinar.
  - 1.2 Large Physician Organization Group Meetings.
  - 1.3 Small Breakout Group Meetings.
  - 2.2 Access During Office Hours.
  - 3.1 Document and Track Transitions of Care.
  - 3.2 Implement PCMH Provider-Patient Agreement.
  - 3.5 Counsel to Adopt Healthy Behaviors.
  - 4.1 Cozeva Registry or 4.2 EHR Registry.
  - 5.1 Track Additional Quality Measures.
  - 6.1 Complete Assessment and Share Findings with Physician Organization Leadership.
  - 6.4 Provider Quality Metric or Patient Access Improvement Project.
  - 6.5 Physician Organization Priority Project.
  - 6.9 Action Plan Based on Survey Results.





#### 1.2 & 1.3 Physician Organization and Small Group Meetings

- Each meeting counts as one point.
- Any combination of physician organization and small group meetings is acceptable.
- Level 1 = 8 meetings
- Level 2 = 9 meetings
- Level 3 = 10 meetings

#### Budget per member per month (PMPM)

- Level 1 = \$2.00 PMPM
- Level 2 = \$3.00 PMPM
- Level 3 = \$3.50 PMPM
- Effective July 1, 2015, budget will be:
- Level 1 = \$1.00 PMPM
- Level 2 = \$3.00 PMPM
- Level 3 = \$3.50 PMPM

#### 4. その他の報告要件

HMSAにはPrimary Care Pay-for-Quality Programs があり、上記の他、PCMHに参加するPCPには次の数値の定期的な報告が求められる。ここでは内科医として登録した場合を示す（小児を診る家庭医には要件が追加される）。

①直近の血圧が140/90以下である糖尿病患者の割合。

- ②直近のHbA1cが9%を超える糖尿病患者の割合(この指標だけは小さいほどよい)。
- ③直近のLDL-C が 100 mg/dLを下回る糖尿病患者の割合。
- ④直近の血圧が140/90以下である高血圧患者の割合。
- ⑤調査年、あるいはその前年にBMIが記録されている患者の割合。

## V. 現地調査と考察

2016年2月15日にホノルル市の月川ファミリークリニックを訪問し、ソロプラクティス開業している月川一恵医師と従業員2名に面会した。月川ファミリークリニックの1日の患者数は25人程度で、全体で2000人ほどの患者を診ている。元産婦人科の専門医でもあるため、家庭医としての診療も女性患者が多い。検査はコルポスコプまでで、エコーも外妊を除く婦人科疾患を対象を絞っている。

PCMHへの登録は完全に任意であり、参加しない医師がHMSAからの支払いに負の影響を受けることは決してないと謳ってあるが、月川医師によれば、ホノルルの経済的に余裕のある患者の大多数はHMSAかKaiser Permanente と契約しており、その多くがサービスの充実したPCMH登録医を選ぶので、これらの保険会社と契約する場合、PCMHに登録していないと患者獲得面で不利になる。一方、メディケアなどの公的保険は近年、診療報酬が大きく減額されたため、経営面で有利な民間保険会社の患者獲得のために、PCMHはもはや避けては通れない仕組みになっているという。

PCMHには電子カルテ導入が必須となるが、電子カルテ入力や診療報酬請求のためのコーディング入力事務員を雇用するほどのインセンティブはつかないため、月川医師は電子カルテと紙ベースのカルテを併用していた。電子カルテの約50%を医師が入力し、残りはmedical assistantに依頼していたが、高卒レベルのmedical assistantにしか賃金を支払う余裕がないので、入力の100%事務化は今後の課題という。

ケアへのアクセス向上で求められる24時間対応のe-mailは、結局電子メールだけの病状判断には限界があるために電話での直接対応を取らざるを得ないことが多く、その時間外対応の負担は大変大きいとのことである。

登録患者の救急対応はPCPがまず電話連絡を受け、それからPCPがERに連絡を入

れるのが一般的だが、連絡がとれずに患者が直接ERに行くこともあるという。水曜午後は休診だが土曜日は半日診療するし、祝日も半日予約診療を行うことがある。実際、月川ファミリークリニック訪問日であるPresident Day（祝日）も午前中に7名の予約患者が来院していた。

また診療の質の評価はCozevaというパソコン上のアプリケーションを通して行われるが、レベル3を維持するためには、細かい報告に伴う事務作業のために選任の事務員が必要となり、PHM feeではその人件費は出ないために、PCMHに患者獲得のために登録はしているものの、レベルアップは放棄しているという。具体的には、PCMHからの追加報酬は4000ドル x 3/年程度あるが、時給15~20ドルのスターバックス店員（年俸2万ドル以上）以上の賃金を出さなければ良い事務員を確保できない。一方、ホノルル市郊外（ヘレイワ）で6名のグループプラクティスを主催しているRandall Suzuki医師によれば、グループプラクティスであれば、事務員1名雇用して複数の医師が支援を受けられるので、レベル3の報酬で充分雇用を維持できているという。その意味でも、PCMHの運営をソロプラクティスで行うのは難しいと言える。

PCMHの道義的問題も指摘されている。PCMHの登録患者は、細かいチェックリストがあるので、非登録患者とのケアの差が生じる問題がある。また質の改善を求められすぎる余り、クリニック側は目標を達成しやすい比較的健康な患者を選ぶ傾向があり、社会的弱者や複雑な患者の排除につながる怖れがある。さらにPCMHが患者に推奨する医療にPCPが充分と判断できるだけのエビデンスがなくとも、保険会社のコスト削減に有用であれば採用される傾向があるので<sup>4)</sup>、医師の価値判断や裁量が狭められるきらいがある。

このようなPCMHの導入・維持にまつわる課題解決のために作られた医師向けの支援組織がphysician organizationであり、HMSAもそのひとつと契約することをPCMH登録の要件にしているが、その最大手がPacific Medical Administrative Group (PMAG)である。PMAGのExecutive director、Michael Changに2月16日に面会した。PCPの評価が診療報酬請求に基づくものだけを対象としており、保険外や無償で患者サービスを行っている医師は評価されず、また低所得層やコンプライアンスの低い患者は質の指標が改善しにくくいのでPCPによる“サクランボ摘み”が生じるなどの問題点を把握しているが、今のところこれに代わる評価方法がないとのことであ

った。また支援の一環であるはずのPCMHの定期ミーティングも多忙なPCPにとっては負担となっている側面があるという。ハワイ州の電子カルテの仕組みにも課題があり、EPICという製品が最も普及しているが、HMSAやKaiser Permanenteなど大手保険会社間で患者データの共有はなされておらず、PCMHも保険会社内での医療に留まっている。在宅医療に関しては、医師の移動コストがかかるために特別な手当や評価はされておらず、低コストの訪問看護師がその主体である。近年、PCMH内での専門ケア提供のために専門医の囲い込みも始まっているとのことであった。

2月17日はハワイ大学家庭医療科のSeiji Yamada 医師と面会し、経営に直接関わっていない大学教員の多くは、PCMHへの関心が薄いとの情報を得た。実際、Yamada医師グループの目下の関心事は貧困地区でのPCMHとは無縁の無償医療であった。同日、ハワイ大学関連の診療所のRandall Suzuki医師と面会し、彼自身もPCMHの問題点を指摘しつつ、患者サービス向上とPCPの質を高める仕組みのひとつPCMHの移行はやむを得ず、グループ診療であれば収支は合うとして、積極的に取り組んでいた。

24時間対応や医療の質の競争的向上のためにはソロプラクティスからグループプラクティスへの移行はやむを得ないし、そのためにはグループ間での情報共有は必要不可欠であり、電子カルテも必須アイテムとなる。しかし、質の細かい評価などに時間を取られ、直に患者と接する時間が徐々に減少していく状況がさらに厳しくなれば、PCPとしてのやり甲斐そのものが失われかねないため、近年、Direct Primary Careなる動きも出始めている<sup>5)</sup>。これは保険会社を通さずに患者と年間契約を直接結ぶ仕組みであり、事務作業が大幅に軽減されるために、1人1人の患者に手厚いケアを提供できる。しかし、それなりの契約料の支払いができる患者を対象とするために、富裕層向けのプライマリ・ケア、すなわちConcierge Medicineとの批判もある。

## VI PCMHが我が国のプライマリ・ケアへ示唆すること（作成中）

診療所に電子カルテが普及しておらず、ソロプラクティス主体のわが国にPCMHが導入できるかと言えば、現状ではほぼ不可能と結論づけざるを得ない。PCMHには互換性の高い電子カルテシステムが必要であるし、ソロプラクティスでは経営的、