

(別紙1)

厚生労働行政推進調査事業費補助金

政策科学総合研究事業

かかりつけ医の普及に向けた患者の医療機関選択や受療状況把握に関する研究
(H29-政策-指定008)

平成29年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松田 晋哉

平成30（2018）年 5月

(別紙2)

目 次

I. 総括研究報告書

松田晋哉

II. 分担研究報告書

1. 我が国のかかりつけ医に関する文献レビュー

富岡慎一・劉寧

2. 我が国の受療状況に関するレセプトデータ分析

富岡慎一・劉寧

3. フランスかかりつけ医調査報告

松田晋哉

厚生労働行政推進調査事業費補助金
政策科学総合研究事業

かかりつけ医の普及に向けた患者の医療機関選択や受療状況把握に関する研究
(H29-政策-指定008)

研究代表者 松田 晋哉

研究要旨

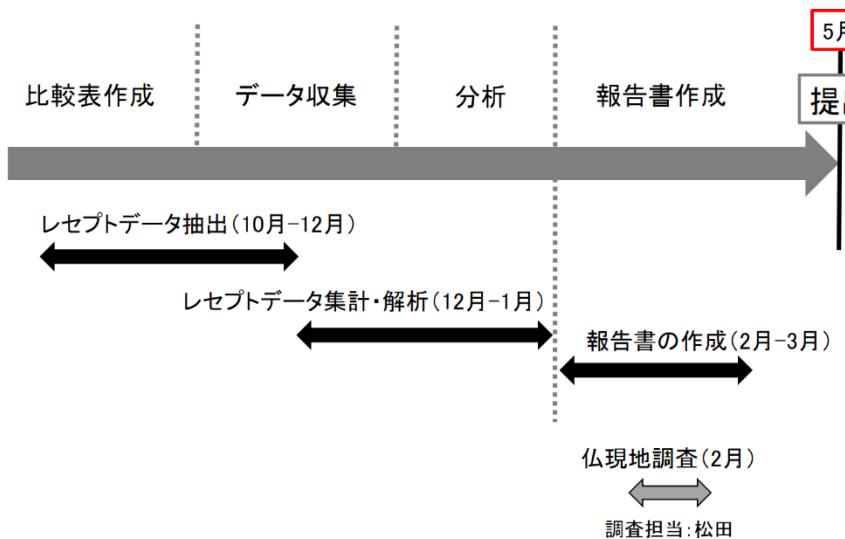
他国との比較において、我が国のかかりつけ医の在り方について考察を深めることが本研究班の本旨であり、本年度は特に総合的な診療に従事する医師の教育のあり方についてをメインテーマとした。研究手法は主に文献および現地でのインタビュー調査等を行った。

結果として、各国のかかりつけ医の比較表や我が国での総合的な教育や資格の現状、および海外のネットワークの例などを分担者と共に纏めている。

結論と提言として我が国においては、（1）大学以外での医学部臨床教育の積極導入、（2）医療提供者ネットワークによるピアレビューの充実、（3）かかりつけ医教育と専門医教育の整合性、の3点が現状では検討すべき点と考えられた。

昨年度までの諸外国における家庭医・総合医の実態調査の結果を踏まえた上で、国内外でかかりつけ医的枠組みでプライマリケアを提供している事例を参考に、我が国におけるかかりつけ医的サービス提供の実態について医療と介護レセプトを連結したデータベースを用いて分析し、今後我が国が整備すべきかかりつけ医体制のありかたについて検討する。特に、医療レセプトデータを使用して患者受診の実態を調べた上で、地域特性、外来主要疾患と医療施設、医療行為（薬剤の処方パターンを含める）との関係を明らかにすることで我が国のかかりつけ医の現状を的確に把握し、その在り方について提言することを目的とする。

H29年度かかりつけ医調査報告スケジュール



1. 我が国のかかりつけ医に関する文献レビュー

富岡 慎一 研究分担者 産業医科大学公衆衛生学教室
劉 寧 研究協力者 産業医科大学公衆衛生学教室

背景

わが国では古くからかかりつけ医という言葉が一般的に用いられてきているが、その役割や意味するところは曖昧で不確かである。また、かかりつけ医の定義等に関する議論も続けられているが、かかりつけ医に関する過去の文献を総合的にレビューした報告はまだない。

目的

この調査ではかかりつけ医に関して発表されている文献に対象を絞り、日本国内のかかりつけ医に関連している論文をすべてレビューすることにより、かかりつけ医に関する研究の現状を探ることを目的としている。また、H27 年度および H28 年度のかかりつけ医に関する研究班(代表研究者: 松田晋哉)では、国際比較的な調査研究報告を行ってきたが、本年度はわが国のレセプトデータを用いてかかりつけ医の現状を正確に把握する。そのレセプト分析を行う前段階として、過去に我が国で行われているかかりつけ医に関する文献をシステムティックレビューする。

方法

2018 年 2 月に医中誌 Web を用いて、また 4 月に英語文献を PubMed を用いて文献検索を行った。かかりつけ医に関連すると考えられる検索語を用いて検索を行い、更にタイトルや要約を参照して、関連性の低い文献は対象から除外した。加えて、検索された文献の引用文献から関連性の高い文献を抽出した。PubMed 検索に関しては、過去のかかりつけ医研究班の研究の結果より、海外との比較可能な関連事項としてかかりつけ医機能(ゲートキーピング機能)を中心であることを鑑みて、ゲートキーピングに関する用語に絞って検索を行った。

結果

医中誌での検索に用いられた検索語およびその検索数の結果は表1の通りである。また、PubMedでの検索に用いられた検索語およびその検索数の結果は表2の通りである。

表1 医中誌検索 2018年2月15日

検索語	検索結果
((家庭医/TH or 家庭医/AL) and (家庭医/TH or かかりつけ医/AL)) and ((FT=Y) DT=2013:2018 AB=Y PT=会議録除く)	136
(多数薬剤投与/TH or 多剤処方/AL) and (FTF=Y) PT=会議録除く	54
((紹介と相談/TH or 紹介/AL) and 逆紹介/AL) and ((FTF=Y) PT=会議録除く)	25
((時間外診療/TH or 時間外受診/AL) and 救急受診/AL) and ((FT=Y))	19
((時間外診療/TH or 時間外診療/AL) and (家庭医/TH or かかりつけ医/AL) and (AB=Y)) and ((FT=Y))	9
(重複受診/AL) and (FTF=Y)	6
(重複検査/AL) and ((FT=Y))	6
合計	255

表2 PubMed検索 2018年4月20日

検索語	検索結果
(General practitioners [Mesh] OR gatekeeping [tiab]) AND Japan [tiab]	9

医中誌により検索された文献数は255件であったが、2件は重複していたため253件の文献が医中誌検索により同定された。更に①タイトル、②要約を参照して、関連性が低いと考えられた文献や総説等の原著論文以外を除外し、加えて文献査読段階で関連性が高いと考えられた引用文献を統合した。結果的に、41件の文献が同定された。これらに対して査読を行い、7つのテーマに分類した。(表2)

この結果に従って、PubMed検索はかかりつけ医に関してより広い検索語での検索を行い、9件の文献が同定された。同様にタイトルと要約を参照して、関連性が低いと考えられた文献や医中誌検索との重複を除外して、4件の文献に対して査読を行った。計45の日英の文献査読後に、文献をテーマ別に分類した結果を表2に示す。

表2 文献結果のテーマ分類

分類テーマ名	該当文献数
重複受診とかかりつけ医機能	9
かかりつけ医の有無と役割	13
処方の管理と多剤処方	7
救急外来と時間外受診	6
医療連携(総合医・専門医、専門医・専門医)におけるかかりつけ医機能	8
重複検査とかかりつけ医機能	1
かかりつけ医機能と医療費	1
合計	45

査読を行った45件の文献のタイトル、発行年および内容の要約は付表1にまとめた。

重複受診とかかりつけ医機能

重複受診とかかりつけ医機能に関する9件の文献が同定された。うち6件は分析にレセプトを用いており、残りのうち2件は特定の主訴(めまい)または疾患(川崎病)を対象としたアンケートや全国調査であった。全体的に論文の発行年は古く、特にレセプトを用いた調査は1990-2006年の幅に発行されていた。

最も新しい論文はめまい患者531例を対象とした2015年のアンケート調査[1]であり、重複受診の理由として「症状が軽快しないあるいは再発した」と「診療に不満」が計65%と最も多く、めまい患者が相談先の医療機関に適切に受診できていない状況やかかりつけ医という相談役の重要性がわかった。川崎病の全国調査[2]は1996年と古く、且つ川崎病という特定疾患の重複受診を対象としており、かかりつけ医の在り方に直接の示唆を与えるものではなかった。また、レセプトを用いていない残りひとつの文献[3]は、地方都市無床診療所の214名の診療録を調査したものであり、重複受診に関する結果の汎用性は低いと考えられた。[4-9]のレセプトを用いた研究については、先述のように10年以上経過した論文が多く、加えて大規模レセプトではなく、生活予防事業参加者などで小規模レセプトを用いた分析である[4-6]。[4][5]は同じ研究グループの分析であるが、生活習慣病予防事業参加者140名に対して、それぞれメンタルヘルスや精神的健康度が低い群で重複受診が多く医療費も高いという結果が出ており、かかりつけ医の必要性を示している。

[6][7]はそれぞれレセプトデータを用いて医療費の分析を行っている。福岡県の某健康保険組合における老人保健制度医療対象レセプトの解析[6]では、179名の外来レセプトを分析し、重複受診者の外来医療費が高いこと、その理由として高齢者の平均疾患数が多いことや健康に対する不安感が強いことなどを挙げている。谷原ら[7]では、重複受診と医療費の関係を時系列で観測している。重複受診が増えると医療費が増える相関を示しているが、かかりつけ医に関する直接的な示唆は示していない。小川の高齢者の重複受診に関する研究[8]は、1990年と古いが、レセプトでの重複受診者の定義を明確に示しており、三段階の抽出で対象となりうる重複受診者を定義している。男性より女性の方が有意に重複受診が多く、また、「筋骨格系及び結合組織の疾患」と「循環系の疾患」というふたつのカテゴリーにおける重複受診が多いことが示されている。2002年の近藤の重複受診の現状と原因[9]は、北海道・千葉・福岡の平成9年度国保レセを使用し、最大規模のレセプトデータを分析している。この研究では、同月に外来レセが複数枚発行される状態を多受診、外来レセの総枚数が2件以上の場合を重複受診と定義している。結果として、A)ほとんどの重複受診者は、2つの医療機関受診である。B)短期間で高額治療を受ける入院を経験する重症患者には重複受診が多い。C)慢性疾患の患者では薬局に足を運ぶ回数が少ない患者ほど重複受診しやすい傾向。D)5歳未満から年齢が増えると重複受診件数が減少傾向、20代で底を打った後増加に転じて70歳以上で最大に達する。女性は重複受診が多く、性差は20代で最大でその後縮小傾向。E)北海道では、単位面積当たり病院診療所が少ないほど重複受診件数が多い(幼少期と老年期に限る)となっている。一方、著者も指摘しているように、重複受診を引き起こす原因としての1)合併症の治療、2)救急診療・夜間診療受診後のかかりつけ医受診、3)かかりつけ医機能の問題がある。

け医からの大学病院への紹介受診 を分類することができておらず、本来問題視されるべきである診断に対する不信感等に起因する重複受診を同定できていないという大きな限界がある。

かかりつけ医の有無と役割

同定された 13 件の文献のうち、9 件がアンケート調査、2 件がインタビュー調査、2 件が診療録調査であった。9 件のアンケート調査のうち 4 件は住民アンケート、2 件が患者アンケート、その他の 3 件は家庭医、家庭医と訪問看護師、医療機関へのアンケートが各 1 件であった。

一般人対象のアンケート調査としては唯一全国規模で行われている 4500 人の住民への無作為抽出アンケート調査[10]では、3395 人から回答を得ており、若年者よりも高齢者において外来利用率が高いこと、慢性疾病がある患者ではかかりつけ医をもつ割合が増え、その外来受診頻度は患者から知覚される種類の症状である場合ほど高くなることが示されている。2013 年の小樽市での 2400 人を対象とした住民アンケート[11]では、55% の住民がかかりつけ医をもっており、その割合は 40 歳以上の方が有意に多かった。一方、かかりつけ医をもっていると答えた人が時間外受診をした人の割合が高かった。自治医大が周辺住民を対象に行ったアンケート調査[12]では、1829 名のうち 1097 名 (60%) はかかりつけ医を持ち、732 名 (40%) はかかりつけ医を持たないと返答した。また、住民は検査器具を持っている医師をかかりつけ医として選ぶ傾向が強いこともわかった。2004 年の関東地方在住者 720 名を対象としたアンケート調査[13]では、性年齢別職業健康保険、かかりつけ医をもつかどうか、持つ場合の理由、どの医療機関の種類について集計・分析している。結果として、年齢が高い、会社員・公務員ではない、国保の被保険者、世帯所得が多い、通院回数が多い人はかかりつけ医を持つ割合が有意に高かった。また、かかりつけ医がいると、総合病院直接受診を抑制できる傾向があることもわかった。かかりつけ医の存在は重複受診の回数を抑制するが、これは有意ではなかった。

患者へのアンケート調査は[14][15]の 2 件である。胸部異常影で大学病院を受診した 82 名を対象とした患者アンケート調査[14]では、かかりつけ医を受診してから紹介で来た患者の方が検診で異常を指摘されてから来た患者と比較して不安が少なかった。一方、2017 年の旭川医科大学での初診患者へのアンケート調査[15]では、1273 人から回答を受けている。多重ロジスティクス回帰によると、紹介状無しで大学病院を初診で受診した要因として、身内・友人のすすめ (4.36)、別の医療機関に満足できない (2.20)、医大病院の設備がよい (1.68) とわかった。((() 内はオッズ比) 自由記載欄では、大病院の直接受診抑制政策への不満やフリーアクセスを尊重すべきという考えが認められた。また、個人と社会への制度上のメリットについて十分な説明が必要である一方、日本のかかりつけ医機能と大病院の専門医機能に明確な線引きがないことが混乱を招いている可能性があり、それらの機能分担の明確化が必要ではないかと考えられた。

アンケート調査の残り 3 件は医療者側へのアンケートである。2012 年に総合診療医 (GP) と訪問看護師 (DN) を対象に行われたアンケート調査[16]では、在宅の看取りに関する両者の対応状況

等を調査しており、DNの方が在宅での看取りや時間外のコンサルトに積極的であった。また、2016年にプライマリケア連合学会が行った家庭医療専門医に関する実態調査[17]では、384人の家庭医医療専門医に所属や実診療などを尋ねているが、かかりつけ医制度との関連性は薄い。同様に包括的なアンケート調査として、2016年に三菱UFJリサーチが厚労省からの委託で行った調査[18]がある。これは全国24都市において、診療所と200床未満の病院の計651施設から回答を得ている。施設調査と院長調査の2部構成のアンケートであり、施設調査では各施設での職員数や資格などの人員から検査器具、救急や在宅の診療体制まで調査しており、院長調査では、医師の経験や診療科から取り扱っている疾患などまで、極めて包括的な内容のアンケート調査であり、本年度の研究報告書においても参考文献として大きな役割を果たした。

インタビュー調査は2件であり、一方は内科開業医3名と通院患者12名に対するインタビュー調査[19]で、もう一方は病状が安定しているにも関わらず大病院への通院を希望する患者に対するインタビュー調査[20]である。どちらも同じ著者グループであり、2002年と2005年のものであるが、それぞれ診療所と大病院に通院する患者のニーズを調査している。患者がかかりつけ医をもつことに対して医師は「良好な医師患者関係」や「病診連携ネットワーク」と重要視していた。一方、患者は「近接性」や「専門医への紹介やアドバイス」を重要視していた。患者は軽症な病気であることをかかりつけ医受診の前提として考えていた。また医師は阻害要因として「プライマリ・ケアの機能に対する患者の無理解」や「病院との技術格差」を挙げていた。症状が安定しているにも関わらず大病院へ通院希望する患者へのインタビューに関しては、患者が重視していることは「主治医との人間関係よりも専門診療や緊急時の対応」であり、「前医でなかなか症状が改善しなかった辛い体験」が、その後の受療行動に影響を与えていた。

他の2件は診療録調査である。[21]は頭痛等を主訴として東京の6つの総合病院でMRI/MRA検査を受けた患者877名を対象として、かかりつけ医からの紹介の有無で有意差があるかを調査した。直接総合病院受診よりもかかりつけ医を介して受診した方が結果に異常有の割合が高かつた。ゲートキーパーとしてのかかりつけ医の役割の大きさが確認できた。[22]はある診療所の期間内症例を調査してプライマリケアにおけるトリアージ機能を評価しているが、いち診療所の事例報告であり、学問的価値は低いと考えられた。

処方の管理と多剤処方

同定された7件の論文のうち、4件が診療録調査、2件がレセプト調査、そして1件が処方情報データベースを使用した分析であった。

在宅医療を受けている430名の処方エラーを同定する診療録調査[23]では、患者への処方薬をSTOPP/STARTの基準で判別している。それによると、34%の患者が少なくともひとつの不適切な薬剤処方を受けており、60%が処方されるべき薬剤が漏れていることがわかった。そのようなエラーを生む原因として、多剤併用や複数の併存疾患が同定されている。また、神経筋疾患患者432

例を対象とした診療録調査[24]では、入退院時の薬剤種類や薬剤数を比較。多剤処方高齢者において薬剤数を有意に削減できる可能性があることが明らかとなった。[25][26]はそれぞれ一病院での診療録に基づいた調査研究であるが、[25]では骨粗鬆症における予防薬の投与におけるかかりつけ医の役割の重要性を、[26]では薬剤師による医師への情報提供により、向精神薬の多剤処方や大量投与の改善に関しての介入効果が認められており、薬剤師による介入により改善の可能性があることが示唆されている。

広域のレセプト分析を行っている研究は 2 件あり、どちらも統合失調症外来患者に対する精神科薬剤の多剤処方を扱っている。[27]は京都府の半年分の外来レセを使用して、統合失調症患者に対する多剤処方を調査している。全体の 33.3%が多剤処方と認定され、併用薬としてはベンゾジアゼピン系薬が 58%と最多、抗パーキンソン薬 31.9%、気分安定薬 22.1%、抗うつ薬 19.6%と続いている。[28]は京都府の国保と後期高齢のレセプトデータ(外来医科、調剤)を使用して 6726 人の外来統合失調症患者の大量処方の実態を調査している。全体の 7.9%が大量処方を受けており、施設別では精神科病院 13.1%、精神科診療所 8.3%、一般病院 5.0%、一般診療所 2.0%であった。また、ロジスティック回帰分析では、精神科リハビリテーションの非利用者のオッズ比は 1.8–4.38 と高く、75 歳以上高齢者では低い。最後に大規模処方データを用いて認知症患者への向精神病薬の処方実態を調べた研究[29]がある。これによると、認知症患者への催眠薬と鎮静剤の処方は 9920 名(19.7%)に対して行われていた。BPSD ガイドラインでは抗不安薬は原則使用すべきでないとされているが実際には etizolam が 6.2%と少なからず使用されていた。同一月で向精神薬を 2 剤以上併用している患者は 8,852 名(19.5%)であり、併用状況の組合せ上位は risperidone、tiapride が 209 名(2.4%)と最も高かった。診療科数が 2 つ以上になる場合に抗精神病薬の禁忌処方・慎重投与となる割合について有意の差($p<0.01$)をもって多くなり、受診する診療科が増えると禁忌処方や慎重投与となる割合が増加するということがわかつており、かかりつけ医・主治医機能を果たす医師の役割の大きさがわかる。

救急外来と時間外受診

同定された 6 件の論文のうち、診療録調査が 2 件、アンケート調査が 3 件、レセプトデータと診療録調査が 1 件であった。

診療録調査の 1 件目は獨協医科大学救急治療室を喘息増悪のために来院した患者の調査[30]である。317 人の患者についてかかりつけ医が独協医大であった患者は 191 人、他院は 43 人、かかりつけ医無が 83 人であった。年齢別の入院率は、15～39 歳が 40.0%、40～65 歳が 25.0%、65 歳超が 35.0%であった。重症度を加味するとかかりつけ医をもたない若年患者が懸念事項として挙げられた。2 件目は日赤和歌山医療センターの診療録調査[31]であり、1 年間に 10 回以上同院を受診した頻回受診患者 28 名を対象として受診回数、救急車利用有無、病名等を調べた。一人当たり受診回数が最も多いもので 190 回/年、受診時病名は不安神経症等精神疾患が 547 回(66%)

と最も多かった。その他、喘息、血友病、肝硬変、イレウス、胃腸炎など身体疾患の悪化によるものが最も多く、かかりつけ医の充実、精神科医の支援、情報共有化が必須と考えられた。

アンケート調査は3件あり、全て小児の母親対象の調査となっている。2件は小児患者家族へのアンケート調査[32][33]であり、1件[34]は保育所の幼児保護者に対して行われている。[32]は大阪で小児科を標榜している10病院に対するアンケート調査であり、かかりつけ医が休日、夜間も診療している場所は34.3%で、このうち病院の占める割合は86.8%と平成9年度に比べても高くなっていた。開業医の時間外診療に占める割合は各地域いずれも平成9年度に比べて減少していた。小児救急医療に対して不安を感じている者は74%と平成9年度の調査を上回っていた。沖縄南部の保育所に通う保護者を対象としたアンケート調査[34]は411名から回収。88.3%がかかりつけの医療機関が「ある」と回答。また、救急受診の6割は軽症で保護者に不安があったため受診したと考えられる。軽症での救急受診を減らす方法としては、「専門家に電話で相談できる体制がある」(76.4%)、「早めにかかりつけ医に診てもらう」(59.1%)、「かかりつけ医から家での対応について具体的なアドバイスを受ける」(51.1%)が上がっている。他に、国立病院機構に属する2施設の診療録を調査して軽症患者を割り出し、他の国立病院84施設の軽症患者を割り出す研究[35]があるが、モデルの開発に力点が置かれている研究であり、かかりつけ医に関して示唆的な内容ではなかった。

医療連携(総合医・専門医)とかかりつけ医機能

同定された9件の論文のうち、4件はアンケート調査、3件は診療録調査、1件はレセプト分析、他の一件は混合であった。アンケート調査のうち3件[36][37][38]は患者、1件[39]は医師を対象としたものであった。

地方中核都市の二次救急病院での471人の患者に対する医療連携に関するアンケート調査[36]では、患者が求める連携先医療機関の希望は、「総合病院との強い連携」および「専門医であること」であった。「待ち時間の長さ」は半数以上の患者にとっての不満因子でありながら、「連携先の紹介」の非希望群で有意に相関があった。総合病院もしくは専門病院の外来業務負担の軽減を目的とする「長期処方」は医療連携を妨げる強い因子であり、外来患者を増やして診察時間を短くするいわゆる「3時間待ちの3分診療」の原因となりうると結論を下している。[37]は日本版プライマリケアアセスメントツール(JPCAT)を用いて、13のプライマリケア診療所で205人の患者を追跡アンケート調査したコホート研究である。患者がプライマリケアにおいてよい体験をしていることは患者が診療所をバイパスして高次医療施設を受診することと逆相関しており、緩やかなゲートキーピングは患者体験の向上に役立つと述べている。島根県で779人の喘息患者に行われたアンケート調査[38]では、総合診療医と呼吸器専門医の喘息治療が比較された。総合診療医に喘息治療を受けた高齢者は自らの疾患の重症度を軽視し、過小な治療を受けていた。患者教育の重要性と総合診療医と専門医の連携の重要性を強調している。慢性疾患ケア評価(ACIC)の質問票を用い

て家庭診療所と糖尿病系の診療所を比較した研究[39]では、両群ともに地域社会との連携のスコアは質問票の6つのコンポーネントの中で最も低かった。一方、両群の差は「ヘルスケアの組織化」と「意思決定支援」において顕著であり、これらが家庭医にとっての重要コンポーネントであることがわかる。

診療録調査のうち、

重複検査とかかりつけ医

医療費とかかりつけ医機能

付表1. 我が国のかかりつけ医に関する文献の一覧

No	発行年	手法	内容の要約
重複受診とかかりつけ医機能			
1 過去の医療機関受診歴からみためまい患者 小林謙	2015	アンケート調査 (患者)	めまい患者531例を対象とし、重複受診あり群と重複受診なし群の受診理由、受診回数、原因等についてを調べた。結果：重複受診は年齢とともに増えた。あり群となし群には、最初に受診した医療機関とめまいを起こす種類において差異があった。重複受診の理由には、「症状が軽快しないあるいは再発した」、「診療に不満」は最も多い、両者で約65%を占めた。めまい患者の相談先について、医療連携の役割が十分果たしていない可能性が示唆された。
2 川崎病患者の複数医療機関受診状況の解析 尾代真弓、他	1996	全国調査	川崎病全国調査により最近の4年間に報告された、川崎病患者約2万名の重複受診の状況を明らかにする目的で、検索を行った結果、355名(157%)の重複受診者がみられた。重複受診は、不安型例、若年例、高年齢患者に多い。心後遺症出現率も全患者の場合に比べて高かった。初回受診から2回目の受診迄の間隔は同日中が最も多く、5日以下の者が2/3を占めていた。 γ -グロブリン使用の割合をみると、初回又は2回目のいずれかで使用している者の割合は、患者全体の場合より10%程度高く、体重当たりの γ -グロブリン総投与量も著しく多かった。
3 高齢者における多受診、重複受診と薬剤処方に関する研究 小川裕	2005	診療録調査	地方都市の無床診療所で受診患者214を分析した。慢性疾患の定期受診が最も多く、次いで急性疾患であった。男性では歯科、眼科、内科。女性では眼科、内科と歯科の順であった。他医療機関で処方を受けているものは分析対象者の半分を占めた。
4 メンタルヘルスと医療費の指標との関連に関する研究 石原礼子、他	2006	レセプト分析	生活習慣病予防事業参加者140名を対象とし、GHQ30低スコア群と高スコア群の外来受診回数、医療費、レセプト件数等について調べた。メンタルヘルスが悪い群では外来診療実日数、医療費が多かった（重複受診が多かった）。
5 精神的健康度と受診行動との関連について 八尋 玄徳、他	2005	レセプト分析	生活習慣病予防事業参加者140名を対象とし、GHQ30低スコア群と高スコア群の外来受診回数、医療費、レセプト件数等について調べた。精神的健康度の低い群は外来医療費、外来診療実日数、年間1人当たり複数受診件数と多受診件数が有意に多かった。1人あたりの傷病別医療費は、内分泌代謝疾患で問題ある群が有意に多かった。
6 福岡県の某健康保険組合における老人保健制度医療対象レセプトの解析 外来診療における個人単位分析、多科・重複受診に関するレセプト解析 竇満 誠、松田 晋哉	2001	レセプト分析	平成9年7月老人医療レセデータで179名外来レセプト312件を対象とし、傷病名、重複受診を調べた。結果：多科受診率は49.7%、重複受診率は9.5%。1人当たり医療費は非多科、重複受診者28314円、多科受診者52786円、重複受診者64306円と高かった。他科多科、重複受診者に対してかかりつけ医を決めることが、他の医療機関の受診時はかかりつけ医の紹介を経ることは重要。
7 多・重複受診老人の入院外医療費の実態に関する分析 谷原真一、他	2000	レセプト分析	T県A市の重複受診老人について1996年3月～1998年2月の診療報酬請求明細書を集計し、医療費と受療行動を時系列に検討した。その結果、月別の医療費総額・診療実日数とも平均値が1997年3月より徐々に増加を始め、6～7月に最高値となった後、一転して減少し、やがて元の水準に戻るという推移がみられた。
8 高齢者の重複受診に関する研究 小川裕	1990	レセプト分析	地方都市近郊の農村に住む70歳から75歳の高齢者全員の1年分の診療報酬明細書(レセプト)調査で、入院外レセプトのみ認められた男232人、女359人、計591人を対象として重複受診を検討した。第一に1ヵ月分でも同一月の複数の医療機関のレセプトで傷病名の重複がみられる場合、第二に2ヵ月分以上連続して複数の医療機関のレセプトで傷病名の重複がみられる場合、第三に第二の検討における「重複受診者」から異なる診療科で傷病名が重複した者を除いた場合の三段階に分けて検討した。1)第一の検討における「重複受診者」の割合は男22.0%、女29.8%で、男女差は有意であった。重複した傷病名は男では「循環系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸系の疾患」、女では「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「循環系の疾患」、「消化系の疾患」などの順であった。2)第二の検討における「重複受診者」の割合は男5.2%、女10.9%で、男女差は有意であった。重複した傷病名は、男では「循環系の疾患」と「筋骨格系及び結合組織の疾患」がほぼ同数で多く、女では「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「循環系の疾患」などの順であった。3)第三の検討における「重複受診者」の割合は男3.9%、女5.3%で、男女差は有意ではなかった。重複した傷病名は男女とも「循環系の疾患」が最も多かった。

9	重複受診の現状と原因 近藤康之.	2002	レセプト分析	北海道、千葉と福岡平成9年国民健康保険レセプトデータを使用し、重複受診、それによる医療費、疾病別の重複受診及びその要因分析を行った。結果：①ほとんどの重複受診者は、2軒の医療機関で受診している。②回帰分析の結果：短期間で高額治療を受ける入院を経験する重症度患者には重複受診が多かった。③慢性疾患の患者は年間を通して多額の薬剤処方を受けるが、薬局に足を運ぶ回数が少ない患者が重複受診しやすい傾向。④5歳未満から年齢が増えると重複受診件数が減少傾向、20代で底を打った後増加に転じて、70歳以上で最大に達する。女性は重複受診が多い。性差において、20代において最大で、その後性差縮小傾向。⑤北海道について、単位面積当たり病院診療所が少ないほど重複受診件数が多い（幼少期と老年）
かかりつけ医と患者の実像				
10	Relationship between Having a Home Doctor and Outpatient Utilization Bito Seiji, Fukuhara Shunichi, Shapiro Martin F, Hashimoto Hideki , Kurokawa Kiyoshi	2001	アンケート調査 (住民)	日本在住4500名を対象とし、過去3か月以内の外来受診有無、頻度、慢性疾患有無などについて調査した。結果：3395人から回答を得た。若い人と比べて、高齢者の外来利用率が高い。慢性疾患患者の外来利用率が高い。慢性疾患数、障害と一般知覚された健康状態によって仕事できない日はその人の外来利用率を影響する。外来受診頻度は、その人が知覚された自分の健康状態により影響される。フリーアクセスはケアの継続性と医療資源の適切な使用を低下させている。
11	地域住民のかかりつけ医の有無に関する要因の検討 基本属性・医療機関の利用・地域医療への期待との関連. 宇田川ゆかり、他	2013	アンケート調査 (住民)	小樽市在住者2400名を対象とし、かかりつけ医有無、基本属性、医療機関利用状況について調べた。結果：かかりつけ医ありの割合は55%。かかりつけ医あり群の特徴は40歳以上の割合が多い。医療ニーズが高い。時間外受診したことがある人の割合が高い。地域医療に期待することとして、病気の状態や治療法についてわかりやすい説明を望んでいる割合が高い。
12	Factors Affecting People's Preferences of Visiting a Kakaritsukei(Home-doctor) Sayaka Sekine et al.	2010	アンケート調査 (住民)	自治医科大学が、その周辺に健康検査を受ける住民を対象として、個人の特徴、検査装置、かかりつけ医の有無、想定された状況での回答を調査した。被験者を2群(かかりつけ医群:かかりつけ医を受診、専門医群:かかりつけ医を受診しない)に分け、統計比較した。解析対象者1829名中かかりつけ医群は1097名(60%)、専門医群は732名(40%)であった。かかりつけ医群では専門群よりも有意に多くのかかりつけ医がいた。かかりつけ医群では、専門群のかかりつけ医に比べ、胃腸検査装置(胃カメラ、結腸鏡検査法、超音波検査法)など、より多くのかかりつけ医が検査装置を有していた。かかりつけ医を選択する2つの因子(かかりつけ医がいる患者、検査装置を持つかかりつけ医の存在)が明らかになった。
13	かかりつけ医の実態と受療行動に及ぼす影響 遠藤久夫	2004	アンケート調査 (住民)	関東地方在住者アンケート720名を対象とし、年齢別性別職業健康保険、かかりつけ医をもつかどうか、持つ場合の理由、どの医療機関等について集計・分析した。結果：年齢が高い、会社員・公務員ではない、国保の被保険者、世帯所得が多い、通院回数が多い人のほうはかかりつけ医を持つ割合が有意に高かった。かかりつけ医がいると、総合病院直接受診を抑制できる傾向がある。かかりつけ医の存在は重複受診の回数を抑制するが、有意ではなかった。
14	段階的告知におけるかかりつけ医の役割 胸部異常陰影患者の不安テスト結果から 谷口 直子、他	2003	アンケート調査 (患者)	胸部異常陰影の精査で大学病院を受診した患者82名を対象に、不安テストとアンケート調査を行った。その結果、不安増強指数は、性別、年齢、付き添いの有無、最終診断が肺癌であったか否かで有意差を認めなかったが、かかりつけ医の診察後に紹介受診した患者は、検診後に直接受診した患者と比較して不安増強は少なかった。以上より、かかりつけ医は癌の段階的告知において非常に重要であると考えられた
15	大学病院受診への紹介状持参に関する患者側の要因と義務化に対する意見 西條 泰明、他	2017	アンケート調査 (患者)	旭川医科大学病院を初診した患者についてアンケート調査をした。統計解析は多変量ロジスティック回帰を用いた。「紹介状持参なし」に有意に関連していたのは、入院した・する予定(オッズ比:0.24)、身内・友人のすすめ(4.36)、医大病院の設備が良い(1.68)、重い病気やけが(0.42)、別の医療機関に満足できない(2.20)であった。「紹介状にかかわらず大病院・専門医を自由に受診できるようにするべき」に有意に関連していたのは、学歴(中学・高校)(1.59)、紹介状あり(0.30)、入院した・する予定(0.55)、大きい病院が安心(1.72)であった。自由記載の質的検討では、かかりつけ医制度自体への不満や自由な受診を尊重すべきとの考えを認めた。かかりつけ医からの紹介がある場合のみ大病院・専門医を受診できるようになる制度の推進には、個人と社会への制度上のメリットについて十分な説明が必要である一方、日本のかかりつけ医機能と大病院の専門医機能に明確な線引きがないことが混乱を招いている可能性があり、それらの機能分担の明確化が必要ではないかと考えられた。(n=1,273)

16	Providing palliative care for cancer patients: the views and exposure of community general practitioners and district nurses in Japan. Yamagishi A. et al.	2012	アンケート調査 (家庭医・訪問看護師)	日本の4つの地域の総合診療医(GP)と70人の訪問看護師(DN)に対して質問票を送信し、235人のGPと56人のDNから返信を得た。1)在宅で看取りを行うがん患者へのGPやDNの臨床的接触や、2)症状コントロールの有用性、3)時間外の連携や緩和ケアへの相談に対する積極性、4)緩和ケア患者が入院する理由について調査した。GPの53%は在宅での看取りを行っておらず、40%は1-10人しか看取っていない。対象的にDNの31%が10人以上、59%が1-10人のがん患者の自宅看取りを行った。GPの67%とDNの93%が緩和ケアの時間外コンサルトを受けることに前向きであった。
17	家庭医療専門医の活動に関する実態調査. 遠井 敬大、他	2016	アンケート調査 (家庭医)	日本プライマリ・ケア連合学会は家庭医療専門医に対して現在の活動内容に関する実態調査を行った。それにより専門医の所在、提供している診療内容等が具体的に明らかになった。調査項目：年齢、性別、専門、勤務先、外来診療の勤務実態と診療内容、在宅医療の診療内容と勤務先概要、地域ケアの活動内容と連携先などについて調べた。(N=384)
18	平成28年度かかりつけ医に関する業務実態調査報告書 三菱UFJリサーチ	2016	アンケート調査 (医療機関)	アンケート調査対象：一般診療所及び200床未満の中小病院2,200施設 対象地域：人口規模別に24か所の地域(郡、市) 調査期間：平成29年3月7日～3月31日 有効回答率：【施設票】29.6% 【院長票】29.4% 調査1－施設調査：1. 施設概要 2. 外来診療の取り組み 3. 在宅医療・介護の取り組み 調査2－院長調査：1. 印象プロフィール 2. 教育研修の経験 3. 外来診療・訪問診療への取り組み 4. かかりつけ医についての考え方
19	かかりつけ医の機能に関する探索的調査(第一報) 診療所に通院する患者のニーズの抽出. 瀬島 克之,	2002	インタビュー 調査	かかりつけ医機能を持つ内科開業医医師3名と通院患者12名を対象として個人面接を行った。医師達からは「良好な医師・患者関係」、「病診連携ネットワーク」、或いは「地域住民の包括的健康管理」等の10個のテーマが抽出され、患者は「かかりつけ医」に対して「近くで気軽に受診できる」、「専門医への紹介やアドバイスがもらえる」等が重要としていた。又、患者は「かかりつけ医」の診療スタンスを理解し評価していたが、「軽症な病気」であることが「かかりつけ医」に通院する前提となっていた。医師達は「プライマリ・ケアの機能に対する患者の無理解」、「病院との技術格差」等が「かかりつけ医」の活動を阻害すると考えていた
20	かかりつけ医の機能に関する探索的調査(第二報) 大学病院に通院する患者のニーズの抽出 瀬島 克之、他	2005	インタビュー 調査	病状が安定しているにもかかわらず大学病院への通院を希望する患者に対して個人面接。【結果】「かかりつけ医」という言葉のイメージとして、「気軽に話し(相談)ができること」「すぐに対応してくれること(専門医への紹介も含む)」「患者のことを熟知していること」といったテーマにまとめられる発言があった。また、参加者は主治医との人間関係よりも、専門診療や緊急時の対応に関する期待感をもっていた。また、前医でなかなか症状が改善しなかった辛い体験が、その後の受療行動に影響をあたえていることが示唆された。【結論】プライマリ・ケアにおける「かかりつけ医」の機能を考える場合、緊急時など患者が不安に感じる場合の対応を重視すべきである。すなわち、専門医療機関との連携、患者情報のやり取りなどをシステムとして構築することが重要であると思われる。そして、患者がこれらを認知・実感できるような体制づくりが必要である
21	Effectiveness of Gatekeepers in Determining the Appropriate Use of Brain MRI/MRA Tests Seiji Bito et al.	2014	診療録調査	頭痛等を主訴し東京の6つの総合病院でMRI/MRA検査を受けた患者877名を対象とし、ケースコントールスタディーを行った。結果：直接総合病院受診の患者よりも、かかりつけ医に紹介してもらって総合病院で検査を受けた患者のほうは結果に異常ありの割合が高かった。ゲートキーパーとしてかかりつけ医の役割が非常に大きいと示唆された。
22	都会型診療所の紹介におけるトリアージ機能の研究 和座 一弘、他	2015	診療録調査	本診療所の期間内症例を分析した。結果：平均受診患者1402名、平均紹介患者23人(紹介率1.6%)、紹介した6.75人が入院した。入院患者は肺炎、尿路感染、急性胃腸炎等。紹介率や入院率、紹介入院疾患の分布等をプライマリケアにおけるトリアージ機能の指標として抽出した。
薬剤処方の管理とかかりつけ医機能				
23	Risk Factors and Specific Prescriptions Related to Inappropriate Prescribing among Japanese Elderly Home Care Patients Hamano Jun, Tokuda Yasuharu	2014	診療録調査	在宅診療を受けている430例患者を対象とし、処方薬剤を調査した。34%で不適切な薬剤の可能性、60%は処方漏れの可能性。不適切な処方リスク因子またはリスク疾患として多剤併用と複数の併用疾患があるということは明らかになった。

電子カルテを用いた集学的薬歴調査による多剤処方高齢患者に対する薬剤数の削減	2017	診療録調査	神経筋疾患患者432例を対象とし、入退院時の薬剤名、カテゴリー、薬剤数などについて評価した。結果：入院時と比べて退院時の投与薬種類、薬剤数が有意に減少。多剤処方高齢者において薬剤数を有意に削減できる可能性があると示された。
24 対する薬剤数の削減 Hayashi Yuichi、他			
25 大腿骨近位部骨折症例の骨粗鬆症治療薬の服薬状況について 大野一幸、他	2015	診療録調査	大阪みなと中央病院において2008年39例と2013年の74例の大脛骨近位部骨折手術例を対象とし、服薬状況と退院後の経過を調べた。受傷前における骨粗しょう症薬投与の多くはかかりつけ医により行われた。予防には、BP製剤ビスホスホネートが重要であるが、急性期病院のみでの対応は困難であり、かかりつけ医の役割の大きさがわかる。
26 外来処方における向精神薬多剤投与の改善に向けた取り組み 勝部直美、他	2017	診療録調査	島根県立中央病院では、薬剤師が精神科担当薬剤師が多剤投与患者のリストを作成し、医師への情報提供を開始した。剤数および投与量を調査した結果、多剤投与の患者数に有意な減少はなかったが、多剤投与の処方せん割合は睡眠薬が1.7%から0.8%、抗不安薬が0.6%から0.1%、抗精神病薬が1.0%から0.1%と有意に減少した。大量投与の患者数も有意な減少はなかつたが、クロルプロマジン換算値で大量処方の割合は1.0%から0.1%に有意に減少し、診療報酬上の減算額もわずかに減った。減薬により予約外や救急外来で精神神経科を受診する患者の増加が懸念されたが、増加はなかった。今回の調査で一部の向精神薬の多剤投与や大量投与の改善が判明し、情報提供による介入の効果が認められた。
27 統合失調症外来患者の抗精神病薬多剤処方の要因 高橋 達一郎、他	2017	レセプト分析	京都府半年間外来レセプトを使い、統合失調症患者に対する多剤処方を調べた。結果：多剤処方は全体の33.3%。併用薬はベンゾジアゼピン系58%、抗うつ薬19.6%、気分安定薬22.1%、抗パーキンソン薬31.9%。
28 統合失調症外来患者における抗精神病薬大量処方の関連因子— 広域レセプトデータの活用 落合英伸、他	2014	レセプト分析	京都府の国保（外来医科、調剤）および後期高齢（外来医科、調剤）のレセプトデータを使用して、6726人の外来統合失調症患者を対象として、大量処方の実態を調べた。大量処方の定義は、患者当たりのクロルプロマジン換算値が1000mg/日を超える処方。結果、大量処方患者は全体6726人の7.9%。施設別では精神科病院13.1%、精神科診療所8.3%、一般病院5.0%、一般診療所2.0%・ロジスティック回帰分析では、大量処方の調整オッズ比は75歳以上の高齢者が低く、精神科リハビリテーション利用者の非利用者に対する調整オッズ比は1.8-4.38と高い。
29 処方箋データベースを利用した認知症患者に対する向精神薬等の利用実態の調査 村田 純一、他	2015	処方データ分析	JMIR社の処方情報データベースを使って、認知症患者への向精神薬の処方実態について調査した。向精神薬のATC第3階層ごとの患者数の割合はN05C催眠薬と鎮静剤が9,920名(19.7%)と最も多く使われていた。また、risperidoneの処方割合は5.6%と英国での調査と比較しても少ない。BPSDガイドラインでは抗不安薬は原則使用すべきでないとされているが実際にetizolamが6.2%と少なからず使用されていた。また、同一月で向精神薬を2剤以上併用している患者は8,852名(19.5%)であり、同一月での複数薬剤の併用状況の組合せ上位はrisperidone、tiaprideが209名(2.4%)と最も高かった。抗精神病薬の一部が糖尿病患者への処方が禁忌とされているにもかかわらず、実際には39名に処方がされていた。診療科数が2つ以上になる場合に抗精神病薬の禁忌処方・慎重投与となる割合について有意の差($p<0.01$)をもって多くなり、受診する診療科が増えると禁忌処方や慎重投与となる割合が増加するということがわかった。この状況を予防するために認知症患者に対する服薬管理の機能として2014年の診療報酬改定で導入された主治医機能の役割が必要であることが示唆された。
救急外来受診、時間外受診とかかりつけ医機能			
Analysis of the Characteristics of Patients Presenting with Exacerbation of Asthma to Emergency Care Units Satoh Hideyuki et al.	2015	診療録調査	2010年4月～2011年3月に喘息増悪のため獨協医科大学救急治療室に来院した317例(男性135例、女性182例、平均47.0±18.0歳)の診療録をもとに、患者背景を後向きに分析した。喘息の重症度は、ステップ1、2、3、4、不明がそれぞれ131例、26例、60例、98例、2例であった。また、かかりつけ医が当院であった患者は191例、他院が43例、かかりつけ医なしが83例であった。入院率はステップ1、2、3、4がそれぞれ55.0%、20.0%、0.0%、25.0%であった。また、年齢別の入院率は、15～39歳が40.0%、40～65歳が25.0%、65歳超が35.0%であった。パルスオキシメトリーで測定したSpO2は非入院患者(95.2%)よりも入院患者(92.4%)の方が有意に低かった。今回の調査から、かかりつけ医を持たない若年患者の懸念に対処する必要があり、さらに喘息増悪のため救急治療室に来院したステップ1の喘息患者には定期的な治療が必要であると考えられた。
30			

31	救急外来頻回受診症例の問題点 千代 孝夫、木内俊一郎	2003	診療録調査	日赤和歌山医療センターを1年間に10回以上受診した、頻回受診患者28名を対象とし、受診回数、救急車利用有無、病名等について調べた。結果：症例の延べ受診回数は825回、救急車利用回数延べ92回。1人当たり受診回数は最も多いものは190回/年であった。受診時病名は不安神経症等精神疾患が547回（66%）と最も多かったが、喘息、血友病、肝硬変、イレウス、胃腸炎など身体疾患の悪化によるものが最も多かった。かかりつけ医の充実、精神科医の支援、情報共有化が必要。
32	【小児医療の現況】 大阪府における小児救急医療の充実度についてのアンケート調査(第1報) 患者家族への調査 森口 直彦、他	2003	アンケート調査 (小児患者家族)	大阪の各医療圏で小児科を標榜している10病院で小児科受診患者を対象としてアンケート調査を行った。平成9年度の患者家族調査と比較して小児救急医療の現状に対する評価を検討。かかりつけ医が休日、夜間も診療しているのは34.3%で、このうち病院の占める割合は86.8%と平成9年度に比べても高くなっていた。更に、かかりつけ医を持たない者を加えた時間外施設別利用率は病院と急病診療所を合わせると86.6%にのぼり、開業医の時間外診療に占める割合は各地域いずれも平成9年度に比べて減少していた。小児救急医療に対して不安を感じている者は74%と平成9年度の調査を上回っており、一部の医療機関へ患者が集中した為と思われた。
33	時間外外来受診の判断基準となる情報のニーズに関するアンケート調査。 福原 信一、他	2006	アンケート調査 (小児患者家族)	時間外受診の小児患者保護者を対象として、かかりつけ医の有無、受診の必要性等について調べた。1432人(52.1%)からの回答より、1)全体で94.4%がかかりつけ医を持っており、内訳は小児科専門医52.7%、内科・小児科医38.2%、耳鼻科医3.4%、皮膚科医0.1%であった。2)時間外外来受診についてかかりつけ医との相談がありが全体で23.0%、喘息等の基礎疾患を持つ児の保護者では61.3%と高率で、年齢別では学童25.9%、幼児3.0%に対し乳児は16.0%と低率であった。3)子どもの急病についての指導を69.2%が希望し、年齢別では学童54.9%、幼児70.1%、乳児73.3%と年齢が低いほど指導の希望が多かった。以上、これらの結果からも、小児疾患の特性を理解した上ででの診療・情報提供が必要と考えられた
34	沖縄県南部地区における小児救急の現状と課題 保護者の受診行動に関する実態調査より 沖山 陽子、他	2010	アンケート調査 (幼児保護者)	沖縄南部の保育所に通う保護者を対象としたアンケートで411名から回収。88.3%がかかりつけの医療機関が「ある」と回答。子供の救急医療については、救急外来受診の6割は軽症で、保護者に不安があったため受診したと考えられる。軽症での救急受診を減らす方法としては、「専門家に電話で相談できる体制がある」（76.4%）、「早めにかかりつけ医に診てもらう」（59.1%）、「かかりつけ医から家での対応について具体的なアドバイスを受ける」（51.1%）
35	大病院を時間外受診する軽症患者の識別と推計 森脇睦子、他		レセプトデータ と診療録調査	国立病院機構に所属する一般病床200床以上の2施設でのデータを用いて、夜間・救急・時間外受診の軽症患者を判定するための識別モデルを作り、国立病院機構84病院の軽症患者の推計を行った。①診療区分モデル、②診療内容-医療費モデル、③主訴-医療費モデルといった3つの識別モデルのうち、①は感度が77.7%で比較高く、軽症患者を特定する上で有用。③は特異度が82.8%で高く、軽症外患者を特定する上で有用。また、①と②は外来レセプトデータのみで軽症患者を予測し患者推計を実施した結果、夜間・時間外・休日受診している患者の約4割が軽症患者だった。
医療連携（総合医・専門医）とかかりつけ医機能				
36	「患者の求める医療連携」を推進・形成させる潜在的な因子の特定 前田晋至	2012	アンケート調査 (患者)	地方中核都市の中規模二次救急病院である原三信病院での471人の患者を対象とし、医療連携に関するアンケート調査を行い、構造方程式モデリングした。結果：患者が求める連携先医療機関への希望・期待には「総合病院との強い連携」および「専門医であること」に関連が認められた。「待ち時間の長さ」は半数以上の患者にとっての不満因子でありながら、「連携先の紹介」を希望するまでには至っておらず、待ち時間の長さを理由に他院へ紹介することは難しいことがわかった。総合病院もしくは専門病院の外来業務負担の軽減を目的とする「長期処方」は医療連携を妨げる強い因子であり、外来患者を増やして診察時間を短くする原因となりうる。

37	Effect of Patient Experience on Bypassing a Primary Care Gatekeeper: a Multicenter Prospective Cohort Study in Japan. Aoki T. et al.	2018	アンケート調査 (患者)
			日本版プライマリケアアセスメントツール (JPCAT) を用いて、13のプライマリケア診療所で実施された前向きコホート研究。初診時のアクセス、長期性、連携性、包括性（包括的なサービス）、包括性（提供されるサービス）、および、地域志向性の6つの領域からなるJPCAT日本語版を使用してプライマリケアの患者体験を評価した。診療所の医師が、かかりつけのプライマリケア医師を務めた205人の患者からデータを分析。患者の社会人口および健康状態の特徴を調整した後、JPCAT の合計得点は、患者のバイパス行動と逆相関していた。（1 SD増加あたりのオッズ比、0.44; 95%信頼区間、0.21-0.88）。プライマリケアの患者体験は、病院などのより高次元の医療施設でケアを求めるために、プライマリケアのゲートキーパーをバイパスすることと逆相関していることを見出した。緩やかなゲートキーピングシステムは患者体験の向上に役立つはずである。
38	Comparison of clinical management of young and elderly asthmatics by respiratory specialists and general practitioners. Tada M. et al.	2015	アンケート調査 (患者)
			島根県における48の医療機関（39の民間診療所と9つの総合病院）で779人の喘息患者を対象に行われたアンケート調査。患者の背景、治療、喘息コントロールテスト（ACT）および治療法の順守に関するアンケートを使用して、横断調査（断面調査）を実施した。喘息患者は高齢者と若年者のグループに分けられ、また、呼吸器専門医（RS）群と総合診療医（GP）群に分けられた。総合診療医に喘息治療を受けた高齢者は自らの疾患の重症度を軽視し、過小な治療を受けていた。この結果は患者に教育をすること、ガイドラインに従うことGPとRSの連携の重要性を強調している。
39	Evaluation of the Diabetes Chroniccare System in Japanese Clinics Watanabe T. et al.	2016	アンケート調査 (医師)
			慢性疾患ケア評価（ACIC）質問票を26の家庭医診療所と糖尿病研究グループに所属する40の診療所に送って調査した。ACIC調査に対する回答率は家庭医85%、糖尿病専門医88%であった。ACICの総スコアは家庭医と糖尿病専門医の間で有意差があり、特にヘルスケアの組織化と意思決定支援のコンポーネントにおいて顕著であった。両群とも、地域社会との連携のスコアはACICの6コンポーネントの中で最も低かった。以上より、ヘルスケアの組織化と意思決定支援は家庭医にとって重要なコンポーネントであることが示唆された。地域社会との連携は両群とも改善する必要があると考えられた。
40	糖尿病専門医と認知症専門医の医療連携による認知症診療の有用性 伊藤 真一, 植木 彰夫	2015	診療録調査
			伊藤内科クリニックを受診した273名の糖尿病患者調査。認知症検査（MMSE）を実施し、認知症専門医、脳神経外科専門医へ紹介し医療連携を行った。認知症診療には糖尿病医と認知症医の連携が重要である。
41	The ecology of medical care on an isolated island in Okinawa, Japan: a retrospective open cohort study. Kaneko M., Matsushima M., Irving G.	2017	診療録調査
			プライマリケアにおけるゲートキーピング機能を診療所がひとつしか存在しない離島の診療所電子カルテ等のデータを元に調査している。2013年に1314人の住民があり、1年間の調査期間中、5682回の診療所訪問のうち、290人が沖合いの医療機関に紹介された。救急部への紹介は64件で、うち57人が入院。1000人の住民あたりのひと月の診療所訪問率は360.4訪問（95%信頼区間：351.0-369.7）。このうち18.4（16.3-20.5）は沖合いに紹介され、救急部への紹介は4.1（3.1-5.1）、入院は3.6（2.6-4.6）紹介された。プライマリケア診療所への訪問率は高いものの、病院ベースの外来診察訪問、救急診療訪問、入院率は、以前の日本の調査で報告された率よりも低かった。
42	健診受診者の慢性腎臓病(CKD)対策における「かかりつけ医」の重要性 全国健康保険協会東京支部CKD受診勧奨と受診動向アンケート調査から 岡本 康子、他	2016	健診結果、レセプトとアンケート (医師)
			健診結果とレセプトを用いて、CKD高リスク群を割り出し、直近1年分のレセプト情報から未治療者を受診勧奨者として抽出。これら勧奨者の受診の動向を調べるために受診勧奨に併せてアンケートを添付して、受診先の医師にアンケートを実施した。結果：受診先が腎臓専門医は31.9%、かかりつけ医は68.1%であった。かかりつけ医は、受診者の66%を自院で治療継続または経過観察である、8.9%は腎臓専門医に紹介した。かかりつけ医は、健診後のCKD対策に重要な役割を担っている。
43	外来患者の逆紹介がその後の入院率に与える効果 小原 仁; 福田 治久	2015	レセプト分析 (DPC)
			鹿児島県にある一般病床338床の南風病院の2年間の患者DPCデータを使用。COPD、喘息患者を対象とし、ロジスティック回帰分析を実施し、入院率の比較について傾向スコアマッチングを用いた生存時間分析を実施した。結果：長期処方実績や複数化外来受診などの要因が逆紹介と関連していた。外来患者の逆紹介とその後の入院率の減少に関連は認められなかった。
重複検査とかかりつけ医機能			

44	多施設受診に伴うMRIおよびCTによる重複検査の経済評価 大坪 徹也, 今中 雄一	2011	レセプト分析	「複数の医療機関における頻回検査のうち同一月の再検査」をCT,MRIの重複検査とした。結果、一年間レセプトデータ（外来入院問わず）の213078人のうち、3.8%の8071人は多施設に亘るMRIまたはCTの重複検査が認められ、費用は推計86,549,900円になった。
医療費とかかりつけ医機能				
45	老人訪問事業による医療費低減効果(第二報) K健康保険組合における多受診,重複受診,高額医療高齢者を対象として 小長谷 百絵、他	2004	レセプト分析	多受診、重複受診、高額医療者36名を対象とし、保健師による訪問援助活動を実施し、訪問前後6か月の診療点数を比較した。訪問実施群に診療点数は、訪問実施前に訪問除外群と比べて有意に高かったが、訪問6か月後には13%の減少を示した。

2. 我が国の受療状況に関するレセプトデータ分析

富岡 慎一 研究分担者 産業医科大学公衆衛生学教室
劉 寧 研究協力者 産業医科大学公衆衛生学教室

今回の分析は A 市国民健康保険、後期高齢者健康保険対象者(2016 年 4 月 1 日から 2017 年 3 月 31 日まで)の医科・調剤の外来レセプトデータを使用した。まず、A 市全体の外来受診データ(入外区分の「外来」である)を抽出した。次に、これらの外来患者のプロファイル情報、傷病名情報と医療行為明細情報に基づき、以下の分析目的に合わせるデータベースを構築した。

1. 記述統計の結果

図1は外来患者の年齢分布を示した。A 市外来患者総数は 16,597 人であった。年齢の最小値は0歳、最大値は 105 歳、平均値は 69.8 歳、中央値は 74 歳であった。図2は外来患者の性別を示した。男性は 7,065 人、女性は 9,532 人であった。図3は外来患者一人当たりの点数を示した。最小値は 73 点、最大値は 906,769 点、平均値は 32683.8 点、中央値は 21,416 点であった。図4は外来患者一人当たり薬剤費を示した。最小値は 8.2 円、最大値は 8,492,516 円、平均値は 129514.2 円、中央値は 68177.7 円であった。図5は外来患者一人当たりの受診日数を示した。最小値は 1 日、最大値は 418 日、平均値は 25.2 日、中央値は 17 日であった。図6は外来患者一人当たりの受診医療機関数を示した。最小値は1、最大値は 15、平均値は 3、中央値は 3 であった。図7は外来受診患者の主傷病名の上位 30 を示した。高血圧症が一番多く 8,598 人、以下脂質異常症(6,975 人)、胃炎(6,335 人)、脊柱障害(6,276 人)、歯周炎(5,919)、糖代謝異常(5,374 人)、湿疹(5,120 人)、急性上気道感染症(5,114 人)、屈折及び調整障害(5,046 人)、便秘症(4,524 人)等の順であった。図8は外来処方人数の多い薬物(上位 30)を示した。処方人数が最も多い薬剤はロキソプロフェンナトリウム水和物で 5,835 人であった。図9は薬剤費の多い薬物(薬剤費用上位 40 とその処方人数)を示した。最も高い金額を示したのはドネペシル塩酸塩で、34527322.7 円であり、568 人の外来患者に処方された。

図 10 に外来一人当たりの受診医療機関数と受診日数の散布図を示した。図 11 は外来一人当たりの受診医療機関数と薬剤数(薬効分類の数)の散布図であった。図 12 は外来一人当たりの受診日数と薬剤数(薬効分類の数)の散布図であった。

2. 外来受診のデシル分析

上記の分析を踏まえ、一人当たりの年間受診点数で A 市外来患者を 10 等分しデシル分析を行った。疑い病名を外したため、外来患者総数は 16,519 人であった。表1と表2はその結果を示した。デシル10は 1,651 人、平均年齢 77 歳、平均受診日数は 72 日、平均外来点数は 91,759、合計外来点数は 151,495,697 で一番高く、全体合計外来点数の 44.8% を占めた。デシル10、デシル9とデシル8は合計 4,955 人で、全体合計外来点数の 71.5% を占めた。即ち、3 割の患者は合計外来点数の約 7 割を占めた。

表1と表2に、デシル別に主要疾病の患者人数(上行)及びそのデシル人数を占めた患者割合(下行)を算出した。腎不全と心不全に関して、デシル9からデシル10に変わるに伴い、患者数に約 10% 前後急激な上昇を示した。また、脊柱障害、高血圧症、糖代謝異常、脂質異常、睡眠障害、便秘症と屈折及び調節の障害に関して、デシル1からデシル10に変わるに伴い、患者数が昇順で持続的な増加(約 40% 以上)を示した。一方、認知症、頭痛、慢性閉塞性肺疾患におけるデシル毎の患者割合の変化が約 2% あまりなかった。

図 13 は外来点数の最も高いデシル10の医療行為別の費用(上位30)を示した。人工腎臓(慢性維持透析 4 時間以上 5 時間未満)が最も多く、80 人の透析患者が 168,845,250 円を使った。

3. 糖尿病患者の外来受診パターン

かかりつけ医機能をはかる指標を見つけることは本分析の重要な目的の一つであるため、以下糖尿病患者を対象とし、糖尿病患者の外来受診頻度を確認した。

まず ICD10 コードの E10、E11、E12、E13、E14 から始まるものを抽出し、傷病名が糖尿病である患者データを作成した。次に、以下の薬剤が処方された患者データを加えて糖尿病患者と特定し、年間の外来受診日数のヒストグラムを作った(図 14)。薬効分類 4 枝が 3961、3962、3969 である糖尿病用剤、新成分分類が 3999013 であるエパルレstatt、薬効分類 4 枝が 2492 であるすい臓ホルモン剤、新成分分類が 2499410 であるリラグルチド(遺伝子組み換え)、2499411 であるエキセナチド、2499415 であるリキシセナチド、2499416 であるデュラグルチド(遺伝子組換え)が処方された患者を抽出した。

図 14 は A 市糖尿病患者 2,398 人の外来受診日数を示した。最小値は 1 日、最大値 407 日、中央値は 23 日、最頻値は 12 日であった。83 人は最頻値の 12 日間、79 人は 15 日間、75 人は 17 日間、69 人は 19 日間、64 人は 24 日間受診した。上記の外来受診日数とは、糖尿病患者(糖尿病病名有且つ糖尿病治療薬、インスリン処方有の患者)が 2016 年 4 月 1 日から 2017 年 3 月 31 日までの間に外来受診した日数である。ここでの外来受診について、必ずしも糖尿病治療だけでの受診とは限らないという点にご留意いただく必要がある。

図15は年齢層別糖尿病患者の外来受診頻度を示した。20—64歳の糖尿病患者受診日数の最頻値が11日間、12日間、14日間、17日間であった。年齢が増えるにつれて、受診日数の最頻値が集約していく、65—74歳の場合は12日間、75—84歳の場合21日間、85歳以上は18日間であった。

表3は糖尿病患者外来受診日数と年齢層のクロス表であった。75歳以上の糖尿病患者の半分以上は年間25日以上外来受診していた。

上の外来受診頻度に基づき、糖尿病患者の外来管理を定期的に行う指標として、以下の管理加算の算定回数を測定した。特定疾患療養管理料診療所(113001810)；特定疾患療養管理料100床未満(113001910)；特定疾患療養管理料100床以上200床未満(113002010)；生活習慣病管理料処方箋交付糖尿病を主病(113005910)；生活習慣病管理料処方箋を交付しない糖尿病を主病(113006110)；地域包括診療加算1(112021770)；地域包括診療加算2(112017270)。表4は糖尿病患者外来受診日数と管理加算回数のクロス表であった。

年間7—12日間外来受診した糖尿病患者354人のうち、上記いずれの管理加算が2—6回算定されたのは113人、31.9%であり、7—12回算定されたのは135人、38.1%であった。年間13—24日間外来受診した糖尿病患者770人のうち、上記いずれの管理加算が2—6回算定されたのは153人、19.9%であり、7—12回算定されたのは289人、37.5%であり、13回以上算定されたのは119人、15.5%であった。定期的に外来受診していると見られた受診日数が7—12日と13—24日の患者でも、管理加算があった算定割合は8割以下に留まり、定期的な外来管理の頻度も反映されている。

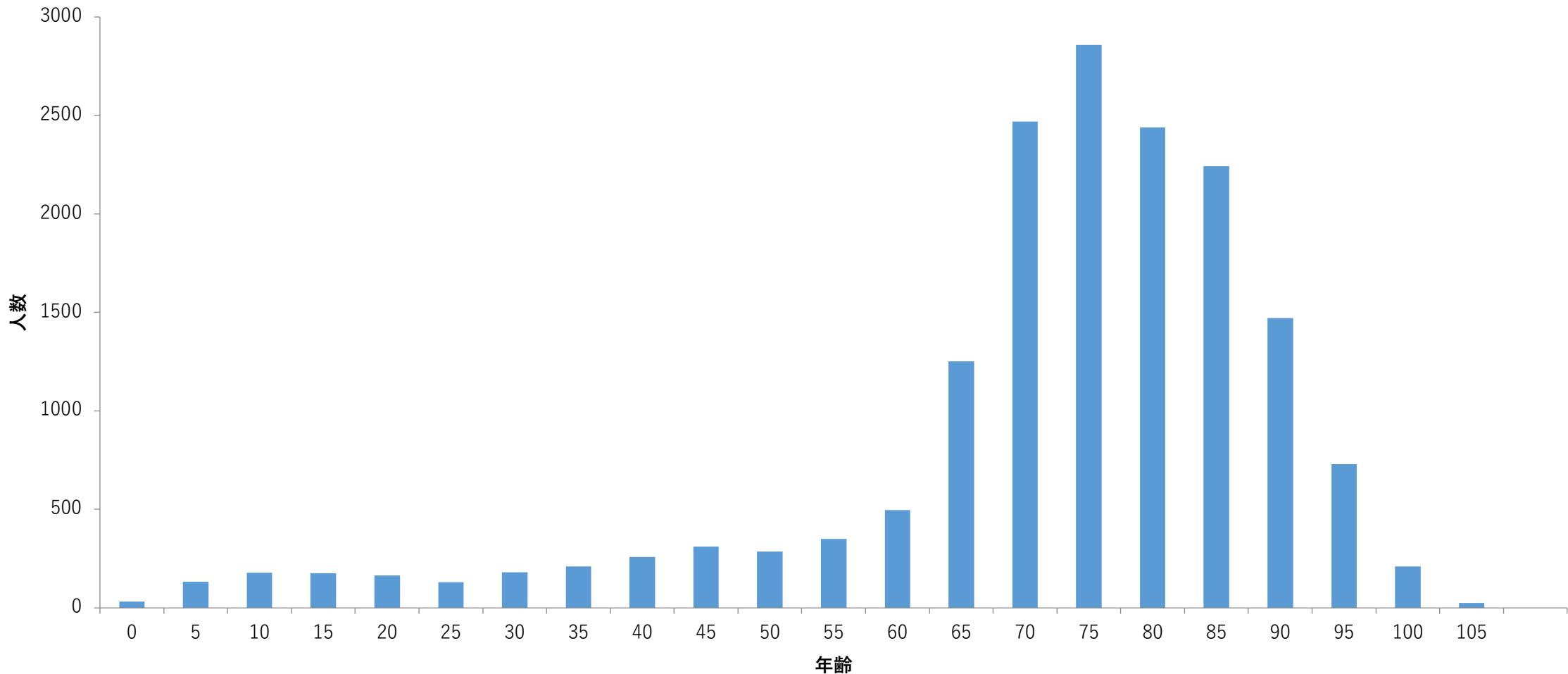
表5は糖尿病患者外来受診日数、HbA1c測定回数及び管理加算有無を示した。年間外来受診日数が2—6日以上で、年間HbA1c測定回数が2—5回以上の場合は、管理加算有の割合がすべて高かった。管理加算があった患者のほうはHbA1c測定がある程度できていると見られた。一方、年間でHbA1c測定が0回の患者、及びHbA1c測定が13—24回あった患者もいた。HbA1c測定回数を以下のレセプト電算コードで特定した。HbA1c測定160010010。

表6は糖尿病患者外来年間受診日数、眼科検査回数及び管理加算有無を示した。外来受診日数が2—6日以上で、眼科検査が年間1回以上実施された患者には管理加算有のほうが多くた。一方、糖尿病患者に対する外来眼科検査は年に一度もなかった患者数も目立っていた。眼科検査回数を以下のレセプト電算コードで特定した。160081550眼底カメラ撮影(蛍光眼底法)、160199310眼底カメラ撮影(自発蛍光撮影法)、160203710眼底カメラ(アナログ撮影)、160203810眼底カメラ(デジタル撮影)、160081010精密眼底(片)、160081130精密眼底(両)。

表7は糖尿病患者外来年間受診日数、腎機能※測定回数及び管理加算有無を示した。外来受診日数の多少を問わず、糖尿病患者に対する外来腎機能検査があまり行わなかつたことが明らかになった。腎機能検査測定回数を以下のレセプト電算コードで特定した。160004810アルブミン定量(尿)、160112010アルブミン定性(尿)、160132150クレアチニン(尿)、160176350クレアチニン試験紙法(尿)蛋白/クレアチニン比、160036610 β 2-マイクログロブリン、160131950BUN(尿)。

A市2016年度 外来レセプト分析

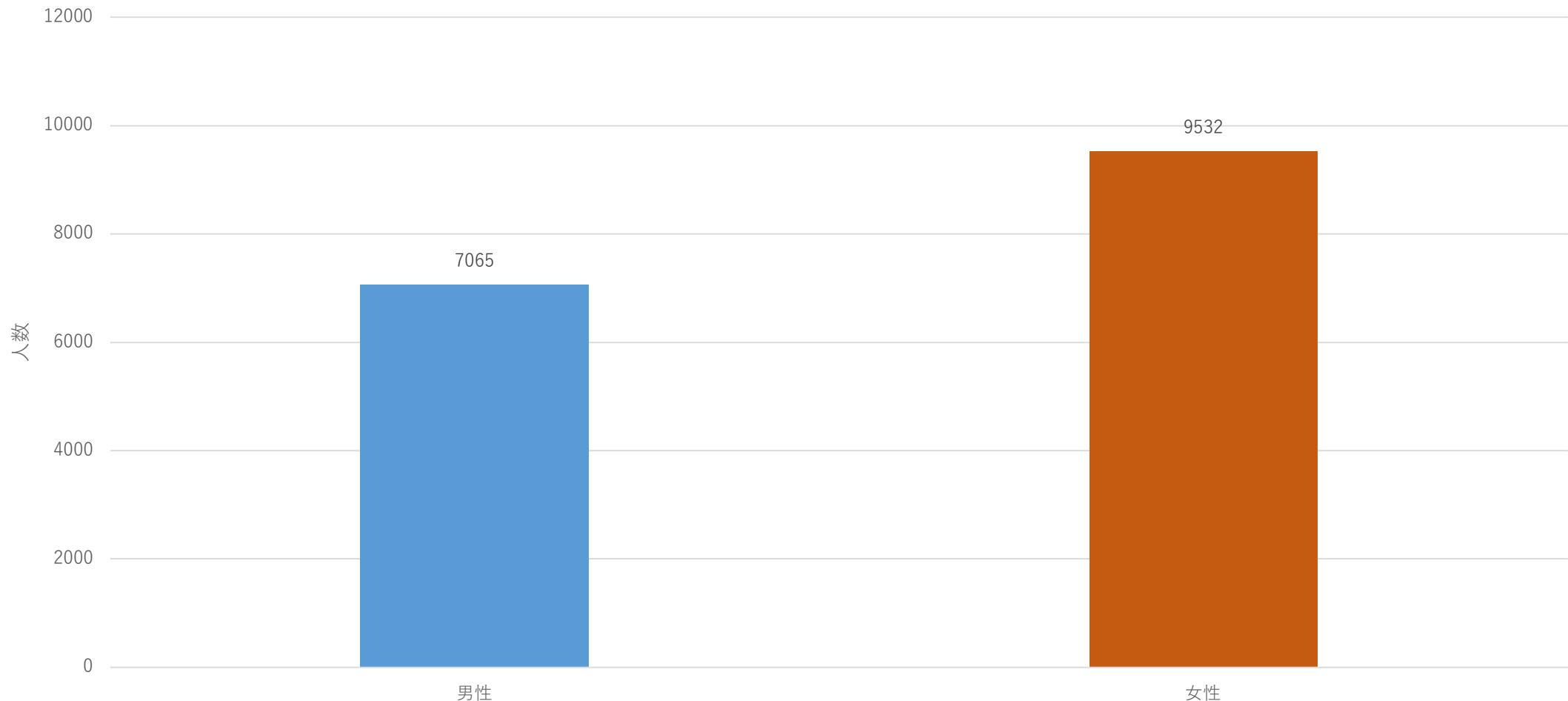
図1 外来患者の年齢分布



全外来患者数は16597です。

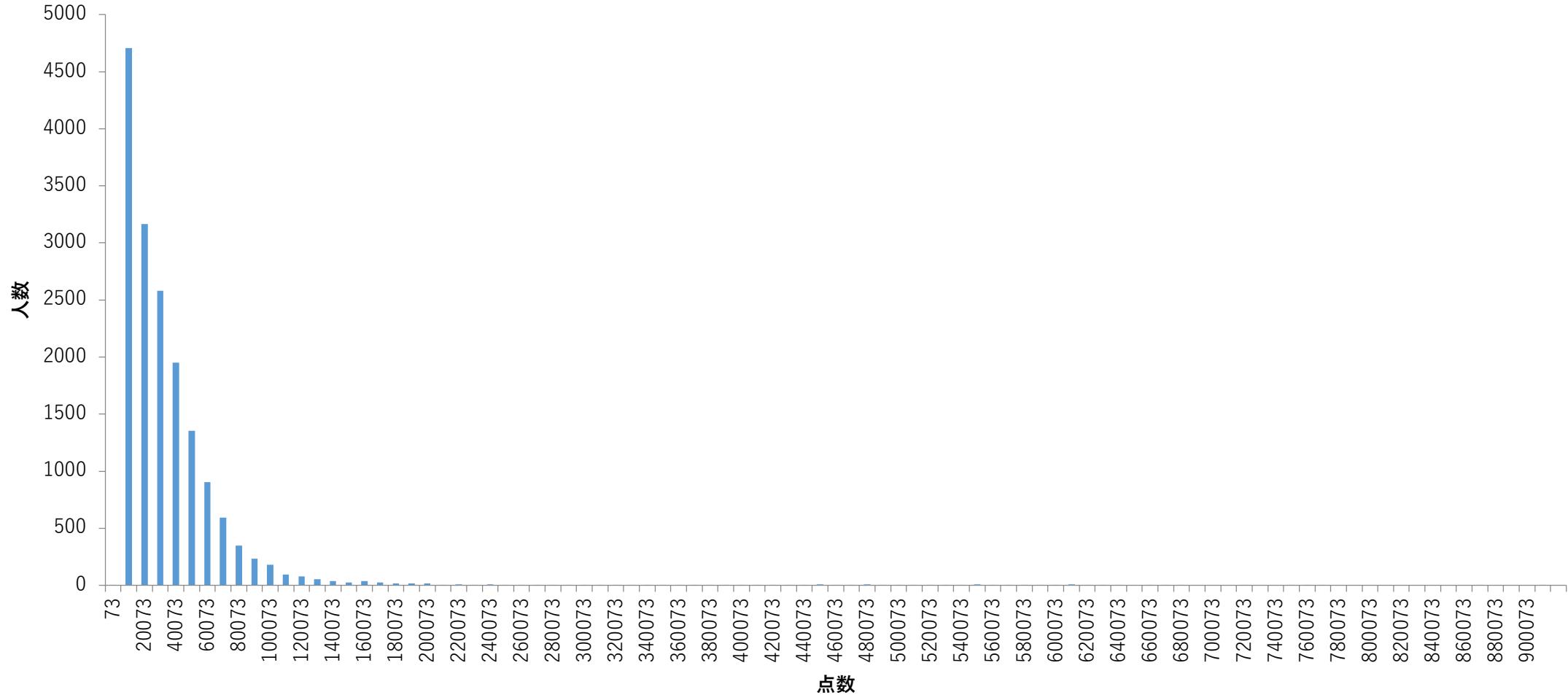
年齢の最小値は0歳、最大値は105歳、平均値は69.8歳、中央値は74歳です。

図2 外来患者の性別分布



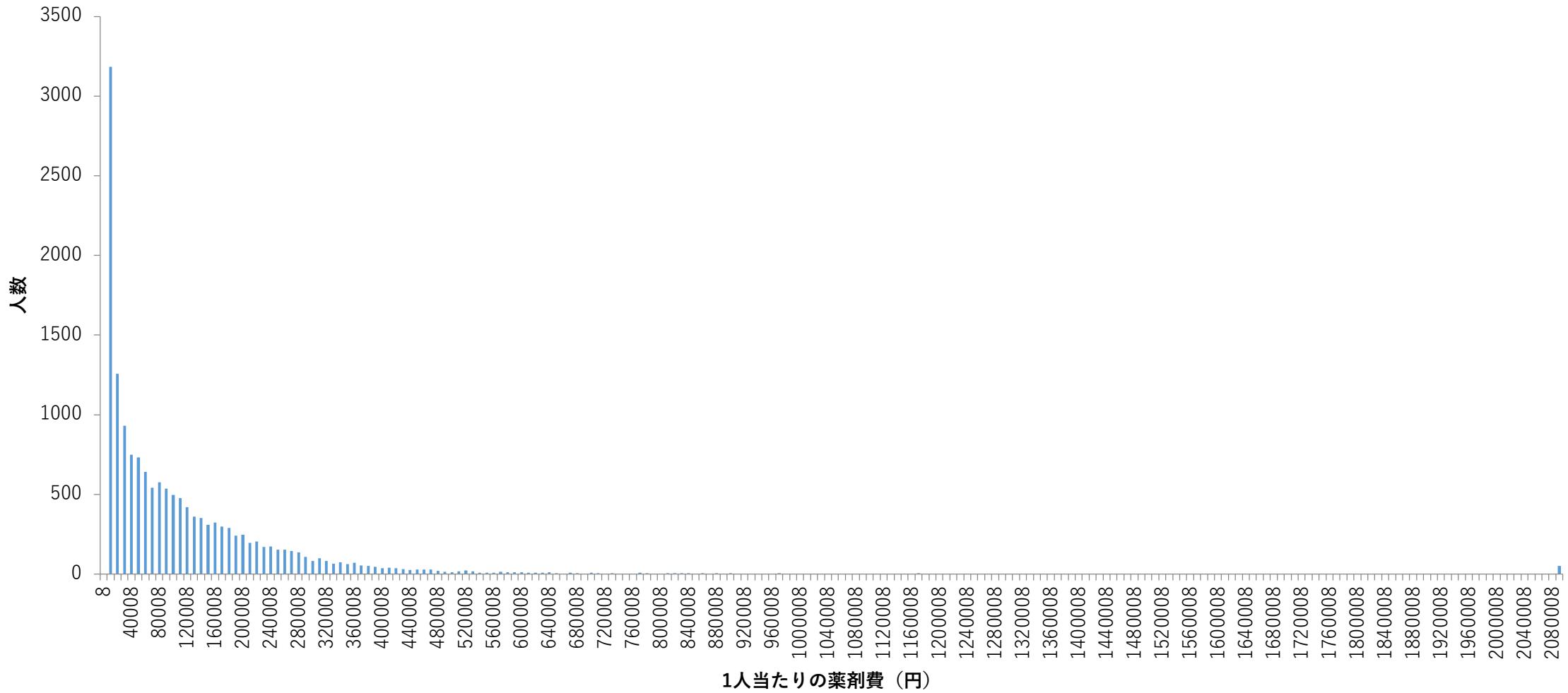
	人数	割合
男性	7065	42.6%
女性	9532	57.4%

図3 外来一人当たり点数の分布



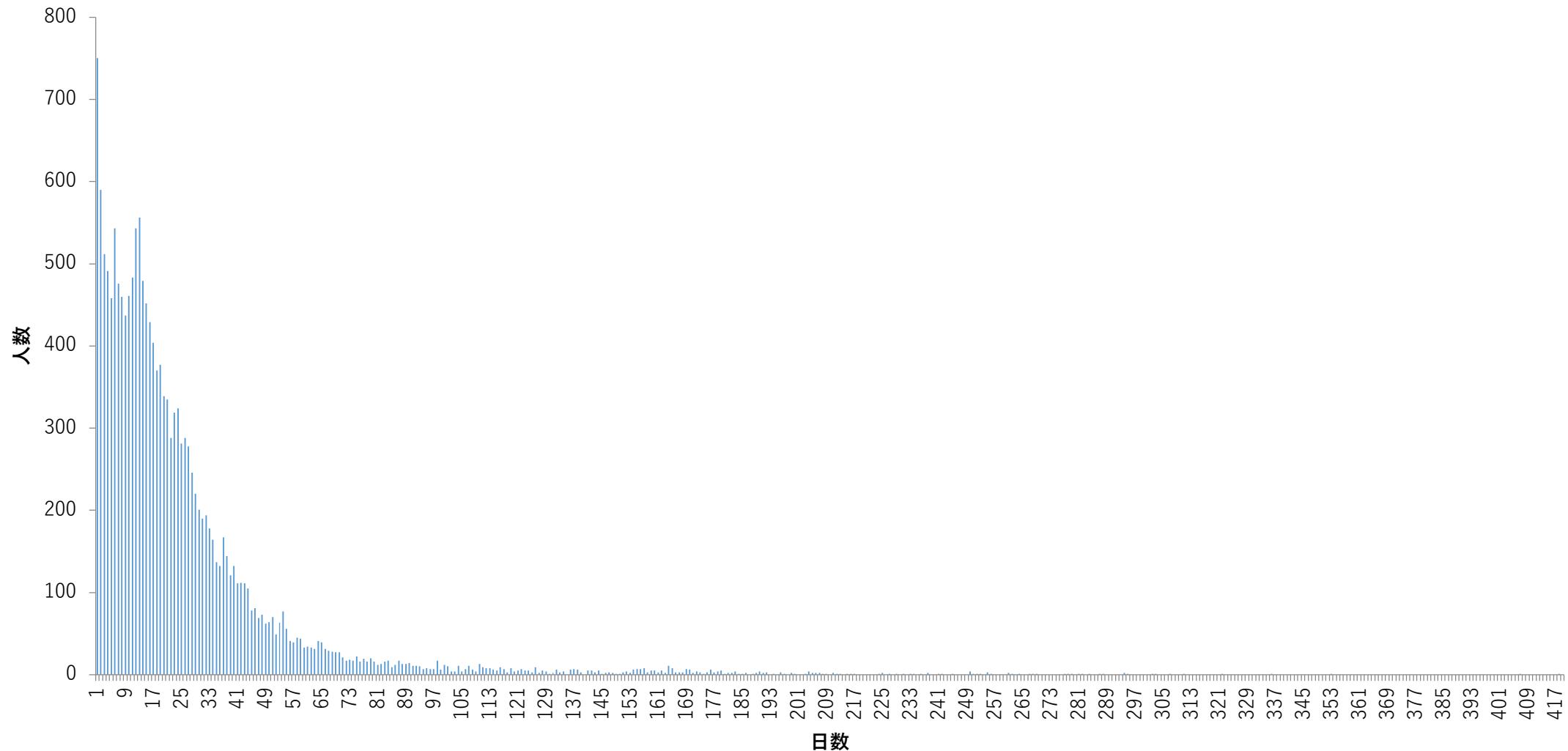
外来点数の最小値は73点、最大値は906,769、平均値は32683.8、中央値は21416です。

図4 外来一人当たり薬剤費の分布



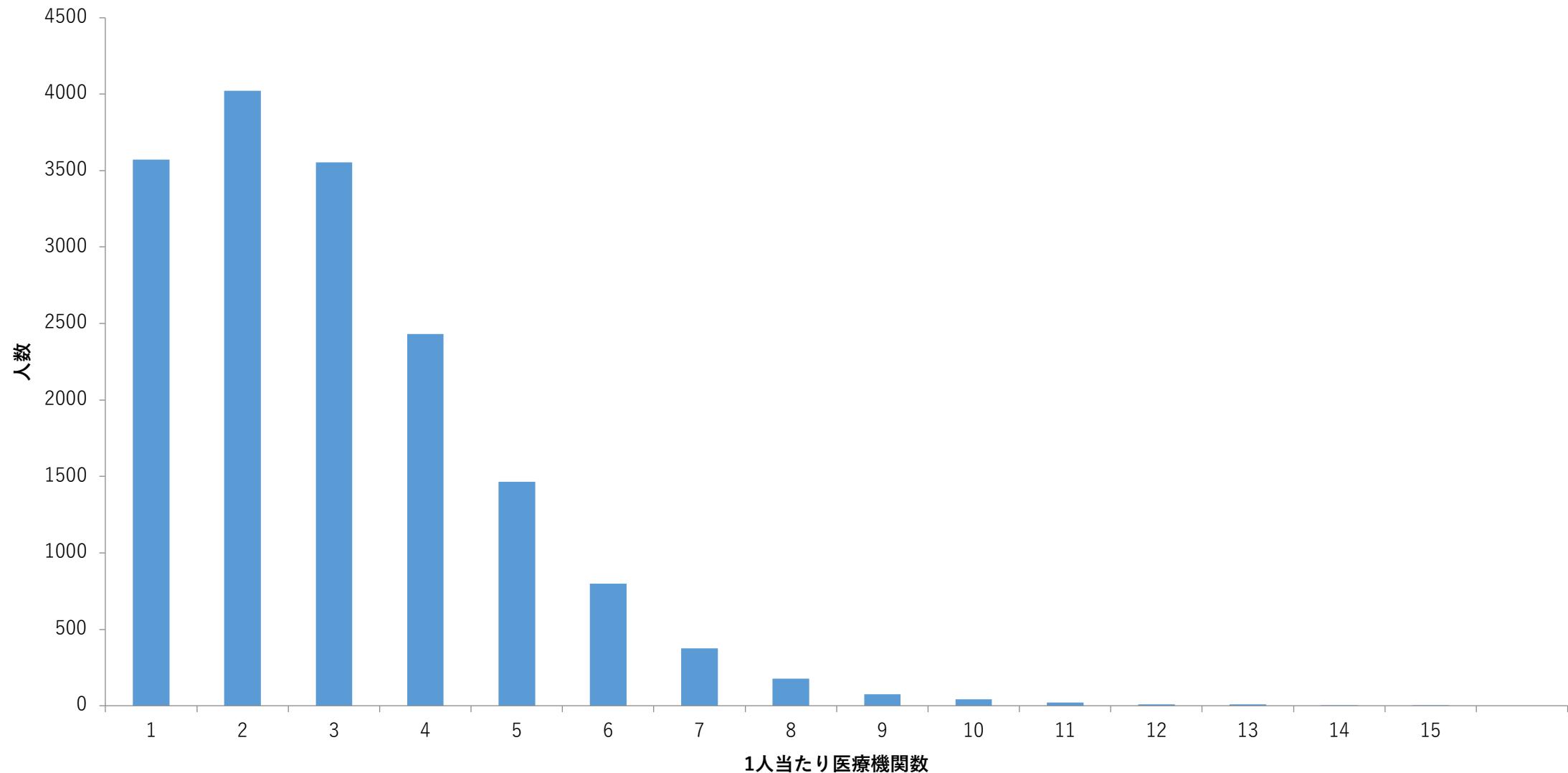
外来一人当たり薬剤費の最小値は8.2円、最大値は8492516円、平均値は129514.2円、中央値は68177.7円です。

図5 外来一人当たり日数の分布



外来日数の最小値は1日、最大値は418日、平均値は25.2日、中央値は17日です。

図6 外来一人当たり医療機関数の分布



外来患者一人当たりの医療機関数の最小値は1、最大値は15、平均値は3.0、中央値は3です。

図7 外来主要疾病（上位30）

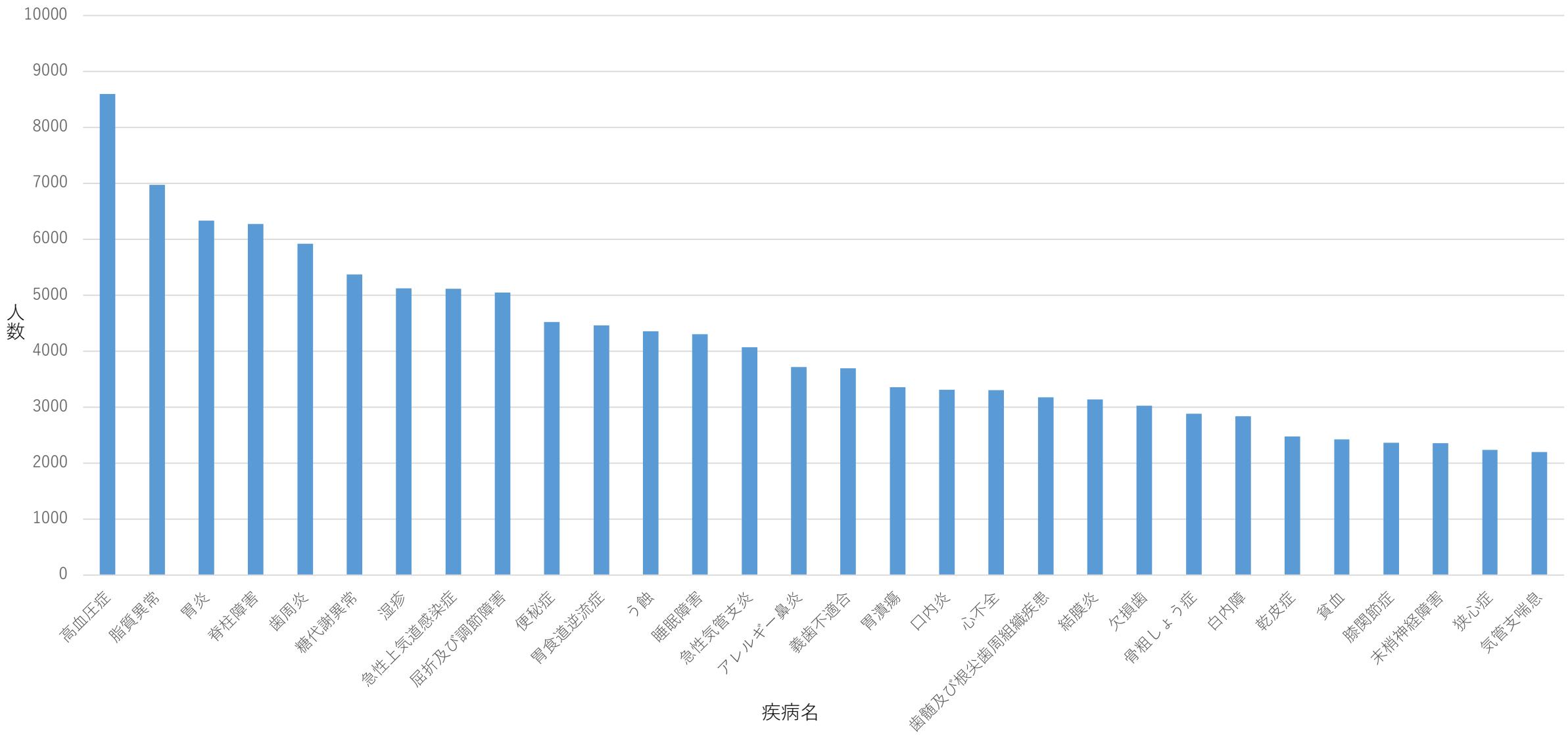


図8 外来主要処方薬剤（処方人数上位30）

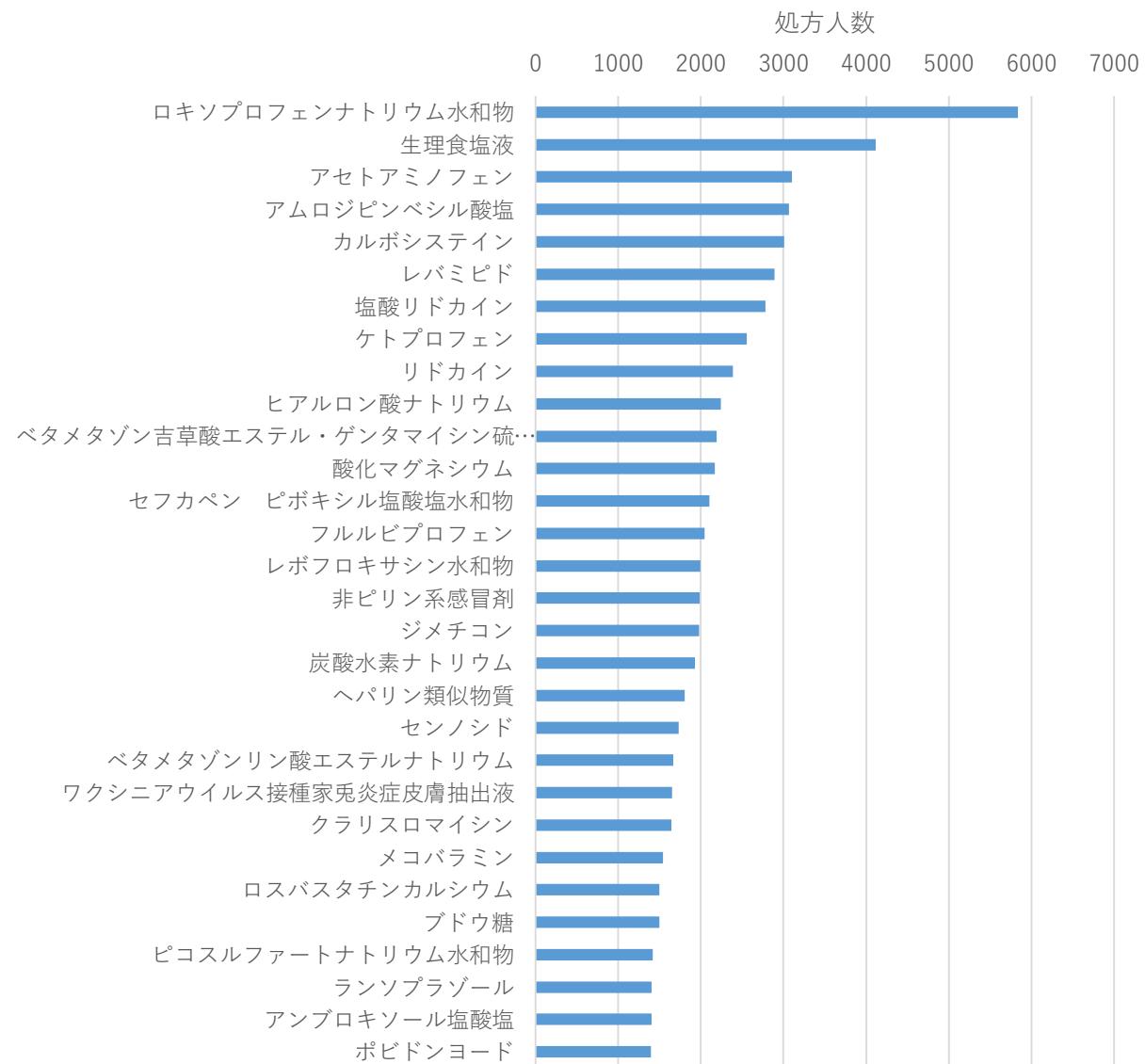


図9 外来主要処方薬剤（薬剤費用上位40とその処方人数）

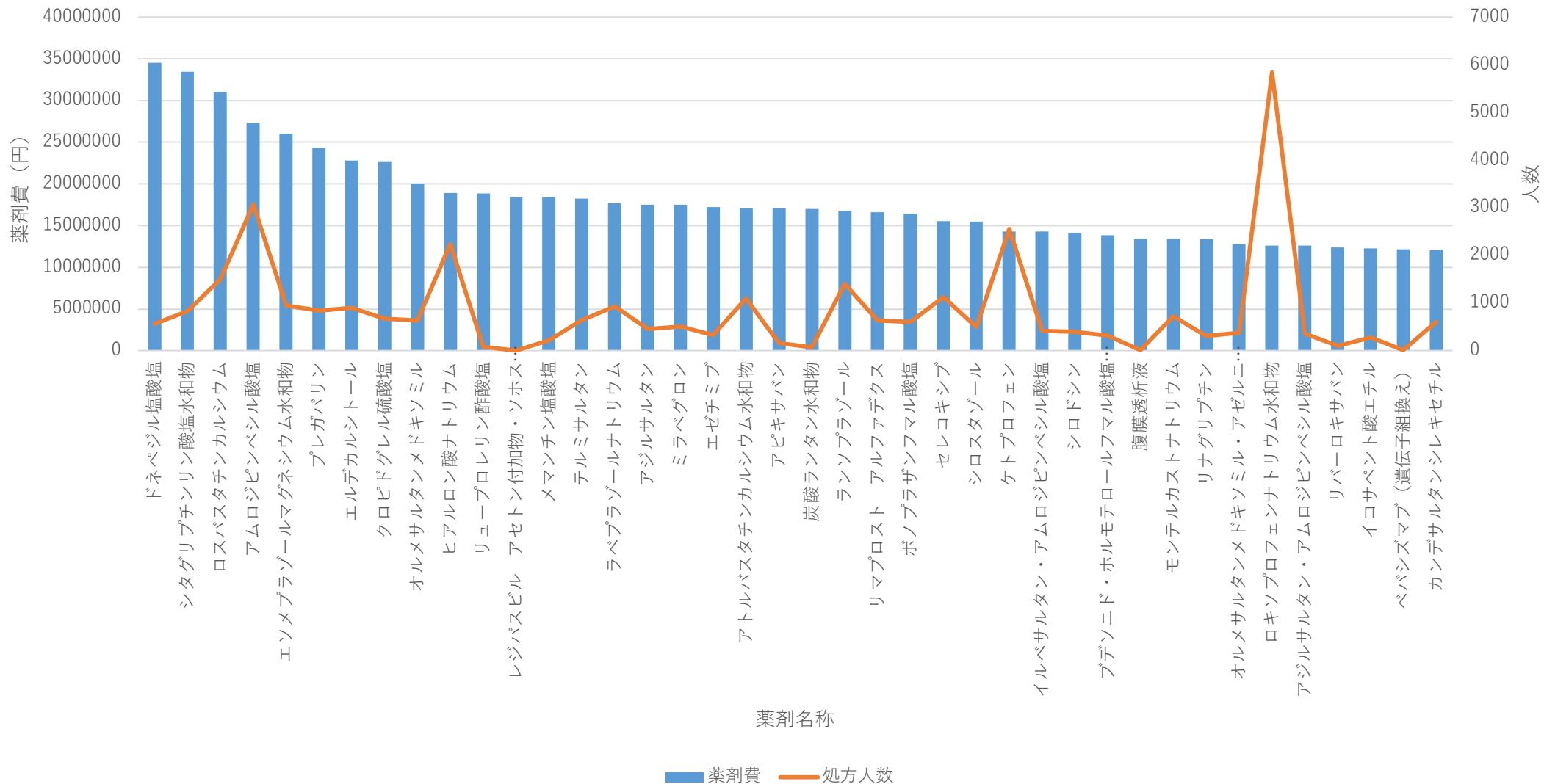


図10 外来一人当たり医療機関数と一人当たり外来日数の散布図

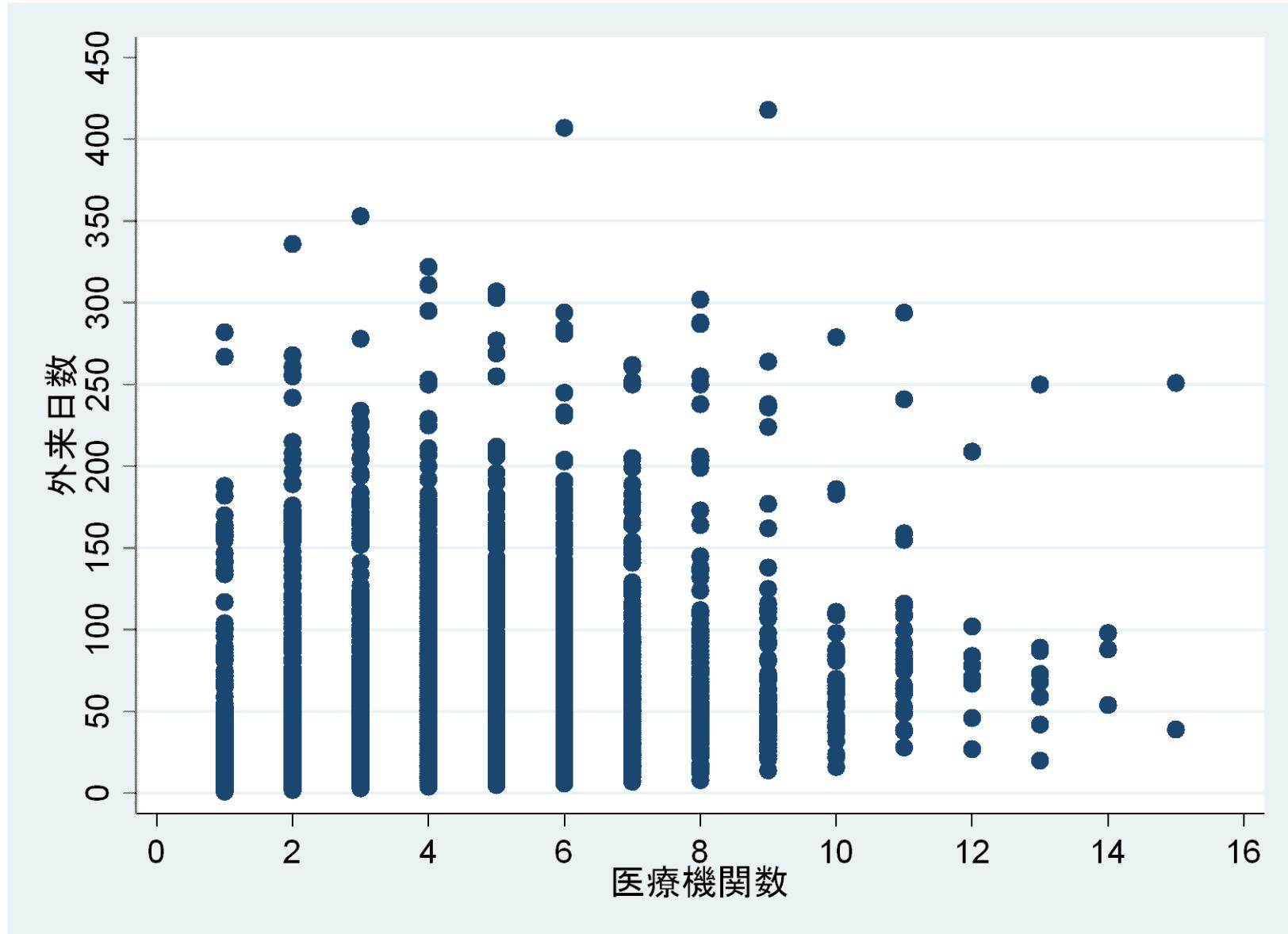


図11 外来一人当たり医療機関数と一人当たり薬剤分類数の散布図

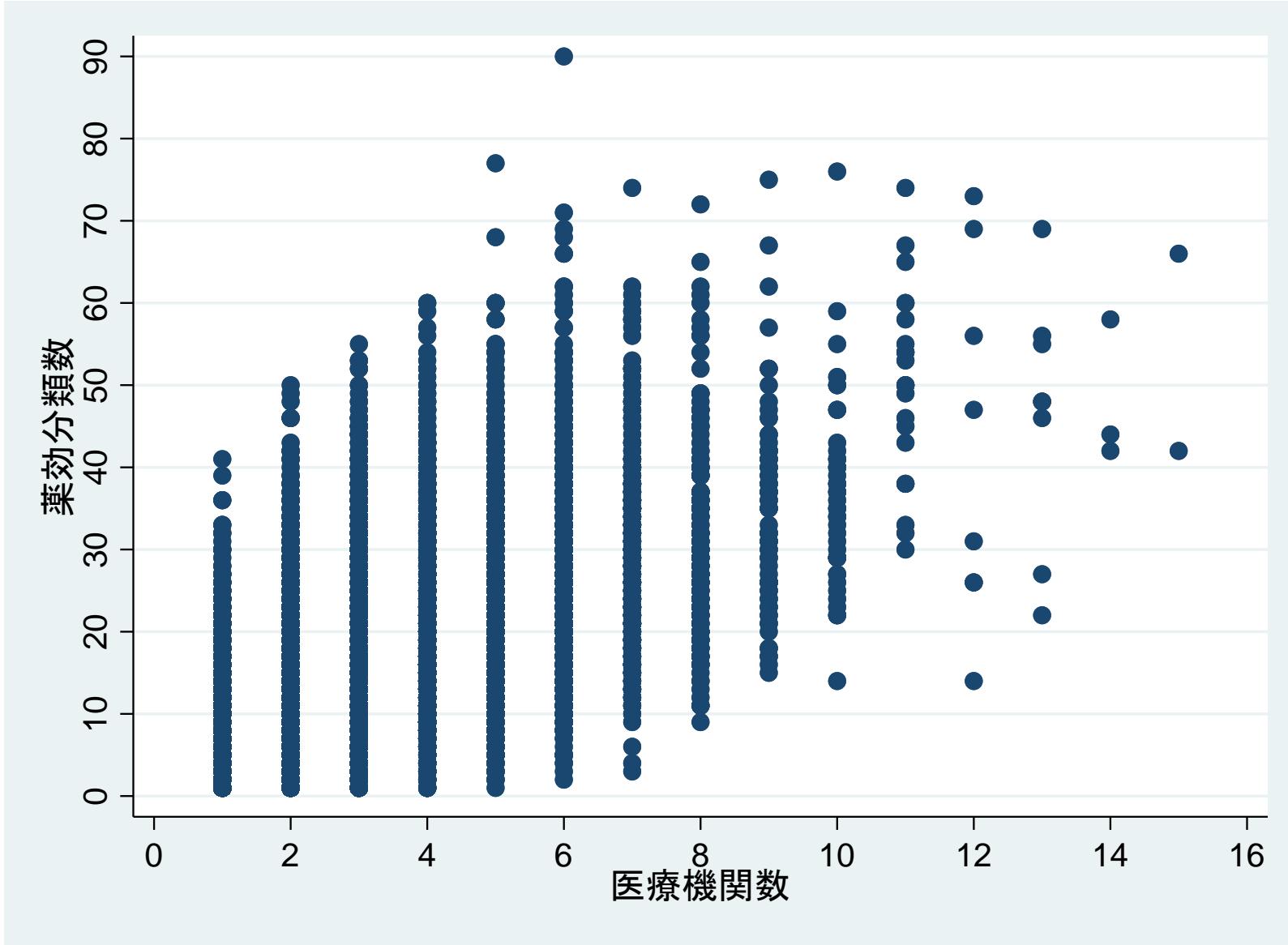
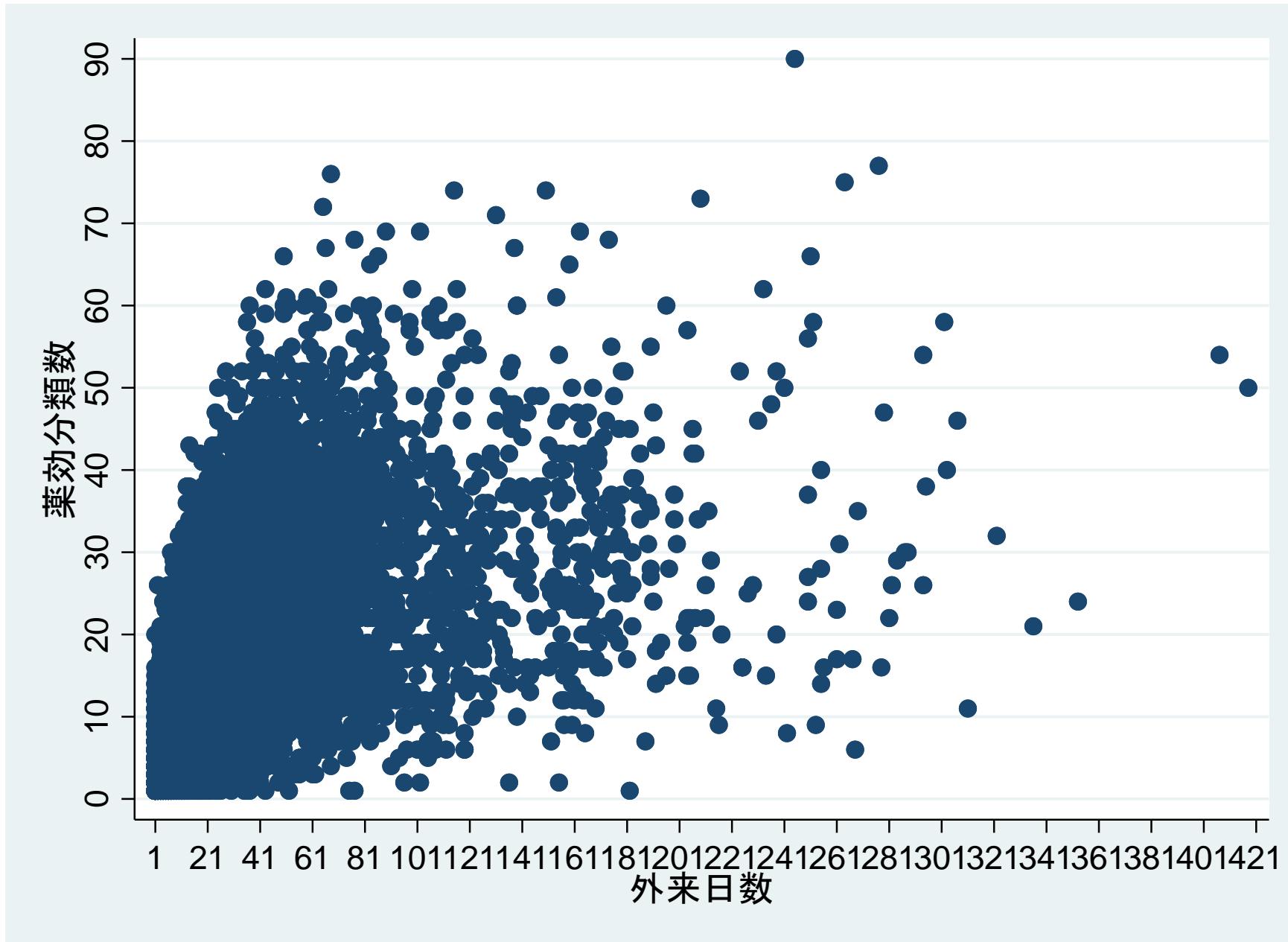


図12 外来一人当たり受診日数と一人当たり薬剤分類数の散布図



外来受診のデシル分析

表1 2016年度A市外来患者 デシル分析の結果1

デシル	人数	デシル毎外来点数の割合	デシル毎の累積割合	デシル毎合計外来点数	デシル毎平均外来点数	デシル毎平均診療日数	デシル毎平均年齢	腎不全	脊柱障害	心不全	高血圧症	糖代謝異常	脂質異常	アレルギー鼻炎	認知症	うつ病	気管支喘息	睡眠障害	便秘症	膝関節症
10	1651	44.8%	44.8%	151495697	91759	72	77	290 ※17.6%	1057 64.0%	675 40.9%	1242 75.2%	867 52.5%	933 56.5%	530 32.1%	44 2.7%	195 11.8%	362 21.9%	808 48.9%	891 53.9%	473 28.6%
9	1652	15.6%	60.4%	52751793	31932	45	77	119 7.2%	985 59.6%	545 33.0%	1188 71.9%	829 50.2%	942 57.0%	535 32.4%	32 1.9%	176 10.7%	301 18.2%	696 42.1%	676 40.9%	422 25.5%
8	1652	11.1%	71.5%	37597248	22758	35	75	79 4.8%	886 53.6%	476 28.8%	1117 67.6%	699 42.3%	896 54.2%	482 29.2%	36 2.2%	172 10.4%	292 17.7%	615 37.2%	654 39.6%	380 23.0%
7	1652	8.5%	79.9%	28640472	17336	27	75	59 3.6%	781 47.3%	386 23.4%	1075 65.1%	677 41.0%	890 53.9%	455 27.5%	24 1.5%	145 8.8%	253 15.3%	520 31.5%	565 34.2%	301 18.2%
6	1652	6.6%	86.6%	22383975	13549	21	72	62 3.8%	675 40.9%	326 19.7%	973 58.9%	622 37.7%	835 50.5%	388 23.5%	30 1.8%	113 6.8%	224 13.6%	449 27.2%	442 26.8%	248 15.0%
5	1652	5.1%	91.6%	17199897	10411	17	72	48 2.9%	606 36.7%	279 16.9%	921 55.8%	547 33.1%	771 46.7%	356 21.5%	30 1.8%	99 6.0%	205 12.4%	376 22.8%	378 22.9%	180 10.9%
4	1652	3.8%	95.4%	12839240	7771	13	69	29 1.8%	474 28.7%	229 13.9%	807 48.8%	461 27.9%	681 41.2%	326 19.7%	19 1.1%	84 5.1%	190 11.5%	312 18.9%	345 20.9%	158 9.6%
3	1652	2.6%	98.1%	8910394	5393	10	65	19 1.1%	388 23.5%	174 10.5%	630 38.1%	341 20.6%	521 31.5%	289 17.5%	18 1.1%	63 3.8%	167 10.1%	240 14.5%	258 15.6%	103 6.2%
2	1652	1.5%	99.5%	4906734	2970	6	59	15 0.9%	239 14.5%	103 6.2%	415 25.1%	215 13.0%	319 19.3%	257 15.5%	15 0.9%	56 3.4%	140 8.5%	172 10.4%	192 11.6%	61 3.7%
1	1652	0.5%	100.0%	1648414	997	2	54	10 0.6%	176 10.6%	54 3.3%	227 13.7%	114 6.9%	170 10.3%	185 11.2%	14 0.8%	30 1.8%	67 4.1%	107 6.5%	112 6.8%	38 2.3%

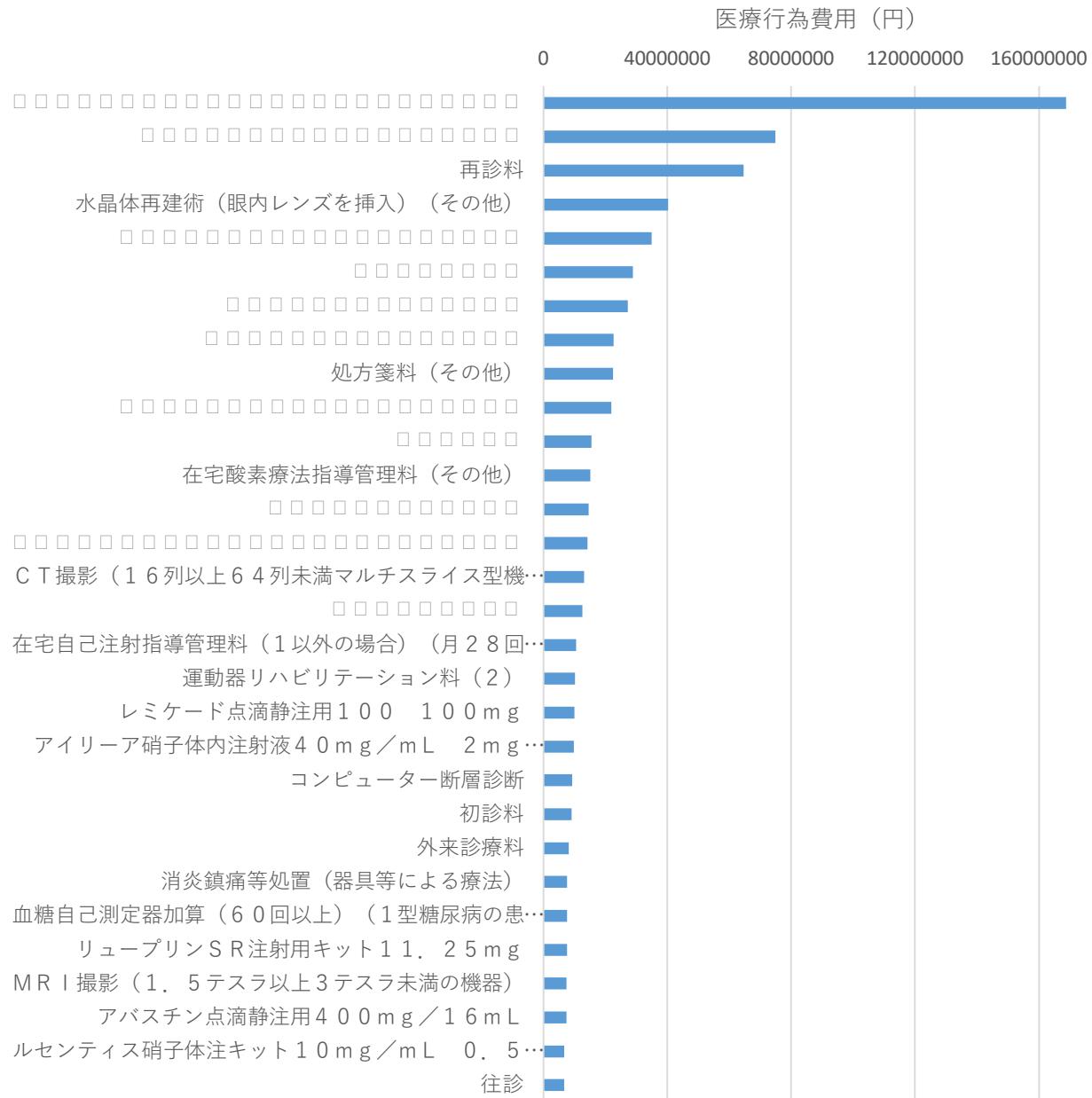
外来合計点数の降順で患者を10等分したら、一番上の1651人は全体外来点数の約45%を、一番上の3等分は全体外来点数の約7割を占めている。

※ 上行の患者人数/デシル人数

表2 2016年度A市外来患者 デシル分析の結果 2

デシル	人数	急性上気道感染症	肺炎	う蝕	狭心症	歯周炎	乾皮症	湿疹	肝障害	腎障害	白内障	高尿酸血症	脳梗塞	脳血管疾患後遺症	頭痛	慢性閉塞性肺疾患	四肢動脈アーメーム	貧血	屈折及び調節の障害
10	1651	696 42.1%	152 9.2%	612 37.0%	474 28.7%	796 48.2%	476 28.8%	804 48.7%	227 13.7%	164 9.9%	580 35.1%	318 19.2%	253 15.3%	235 14.2%	38 2.3%	65 3.9%	233 14.1%	544 32.9%	882 53.4%
9	1652	674 40.8%	105 6.4%	624 37.8%	386 23.4%	777 47.0%	388 23.5%	723 43.8%	219 13.3%	144 8.7%	485 29.4%	209 12.7%	229 13.9%	201 12.2%	27 1.6%	48 2.9%	187 11.3%	357 21.6%	820 49.6%
8	1652	661 40.0%	110 6.7%	599 36.3%	313 18.9%	780 47.2%	330 20.0%	660 40.0%	199 12.0%	117 7.1%	396 24.0%	157 9.5%	187 11.3%	172 10.4%	22 1.3%	34 2.1%	168 10.2%	323 19.6%	692 41.9%
7	1652	599 36.3%	66 4.0%	526 31.8%	254 15.4%	732 44.3%	297 18.0%	620 37.5%	155 9.4%	75 4.5%	335 20.3%	169 10.2%	162 9.8%	182 11.0%	26 1.6%	26 1.6%	169 10.2%	284 17.2%	600 36.3%
6	1652	498 30.1%	69 4.2%	463 28.0%	229 13.9%	670 40.6%	233 14.1%	532 32.2%	137 8.3%	80 4.8%	321 19.4%	157 9.5%	138 8.4%	139 8.4%	20 1.2%	35 2.1%	121 7.3%	229 13.9%	556 33.7%
5	1652	447 27.1%	56 3.4%	444 26.9%	211 12.8%	585 35.4%	190 11.5%	458 27.7%	111 6.7%	66 4.0%	225 13.6%	125 7.6%	137 8.3%	130 7.9%	19 1.2%	31 1.9%	103 6.2%	214 13.0%	425 25.7%
4	1652	451 27.3%	35 2.1%	360 21.8%	164 9.9%	525 31.8%	171 10.3%	419 25.3%	86 5.2%	56 3.4%	191 11.6%	109 6.6%	102 6.2%	114 6.9%	19 1.1%	22 1.3%	66 4.0%	170 10.3%	354 21.4%
3	1652	397 24.0%	39 2.4%	318 19.2%	107 6.5%	460 27.8%	155 9.4%	368 22.3%	84 5.1%	50 3.0%	144 8.7%	106 6.4%	70 4.2%	78 4.7%	15 0.9%	14 0.8%	42 2.5%	151 9.1%	319 19.3%
2	1652	363 22.0%	26 1.6%	268 16.2%	59 3.6%	397 24.0%	147 8.9%	296 17.9%	55 3.3%	23 1.4%	79 4.8%	44 2.7%	60 3.6%	50 3.0%	11 0.7%	6 0.4%	29 1.8%	96 5.8%	215 13.0%
1	1652	261 15.8%	13 0.8%	104 6.3%	36 2.2%	171 10.3%	98 5.9%	238 14.4%	22 1.3%	9 0.5%	50 3.0%	29 1.8%	35 2.1%	35 2.1%	4 0.2%	3 0.2%	22 1.3%	53 3.2%	196 11.9%

図13 デシル10の主要医療行為費用（上位30）



糖尿病患者の受診パターン分析

図14 糖尿病外来患者2398人

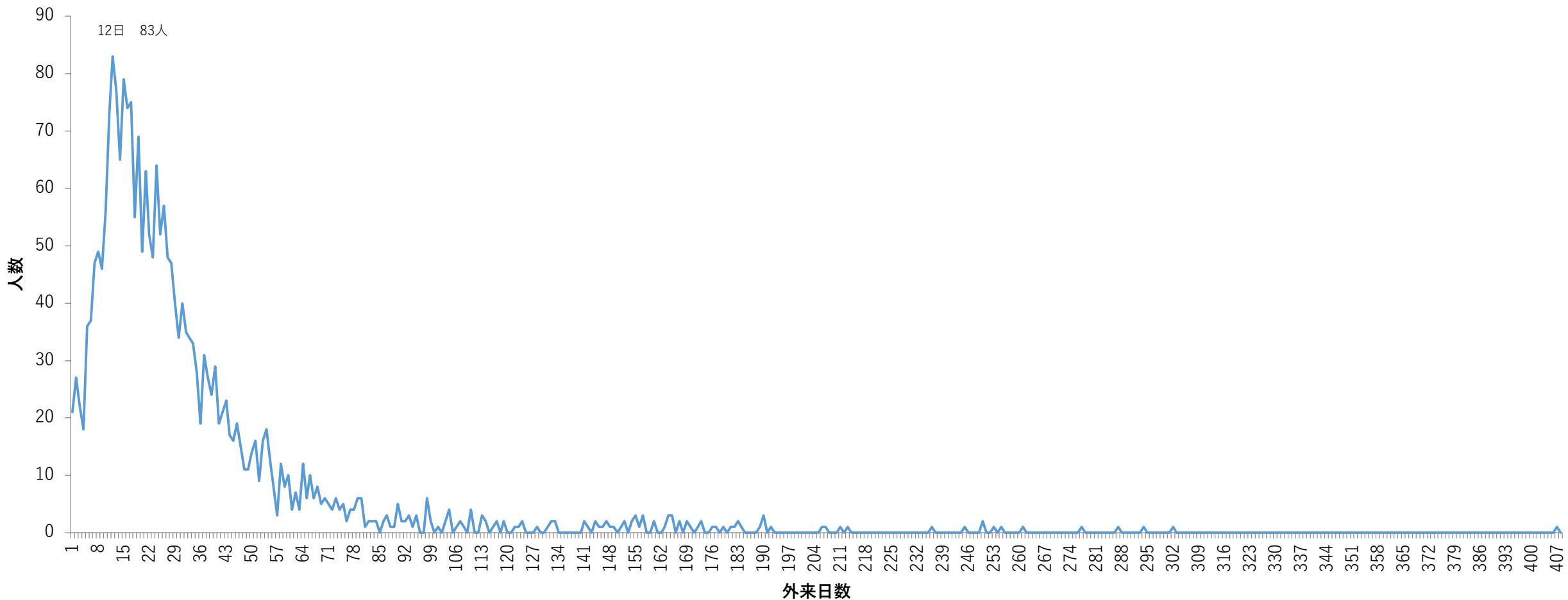
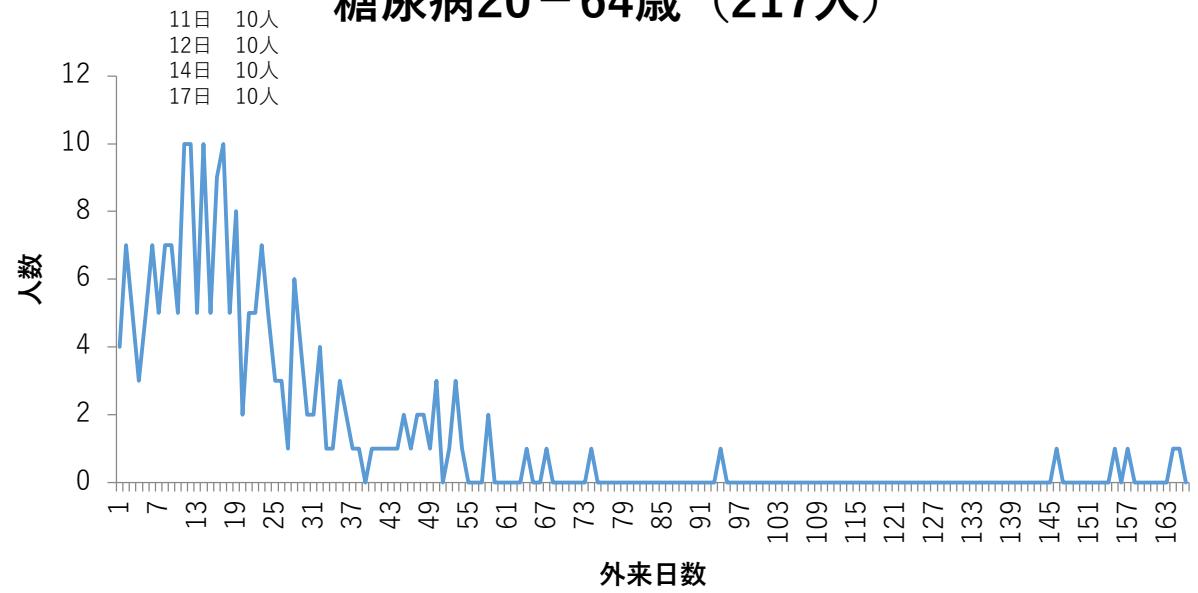
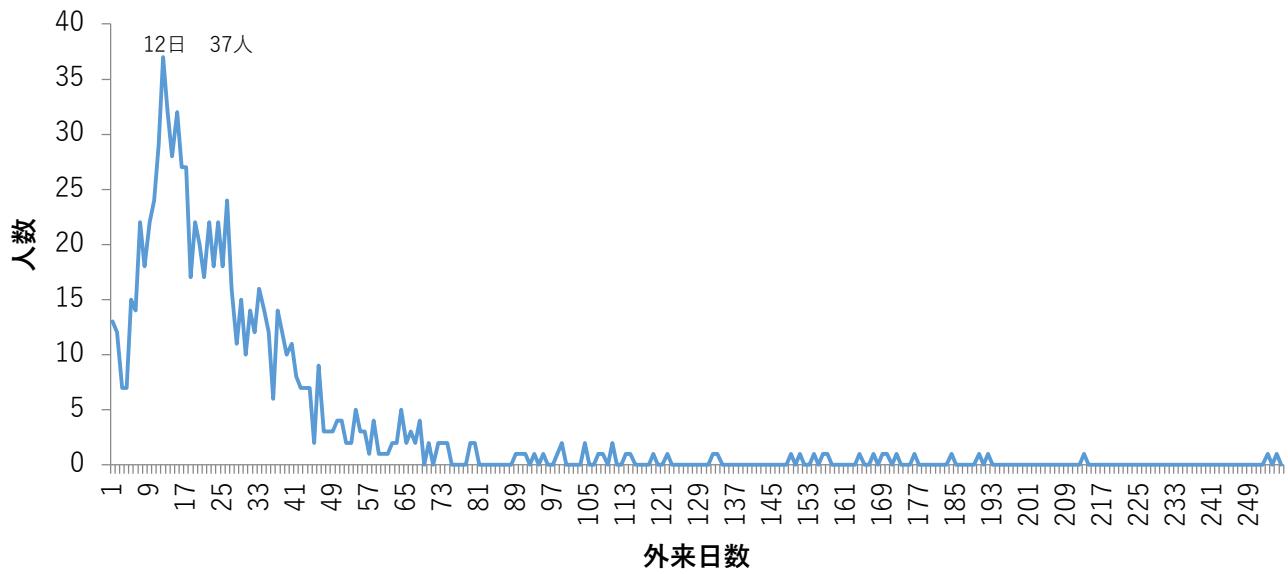


図15 年齢層別の受診パターン

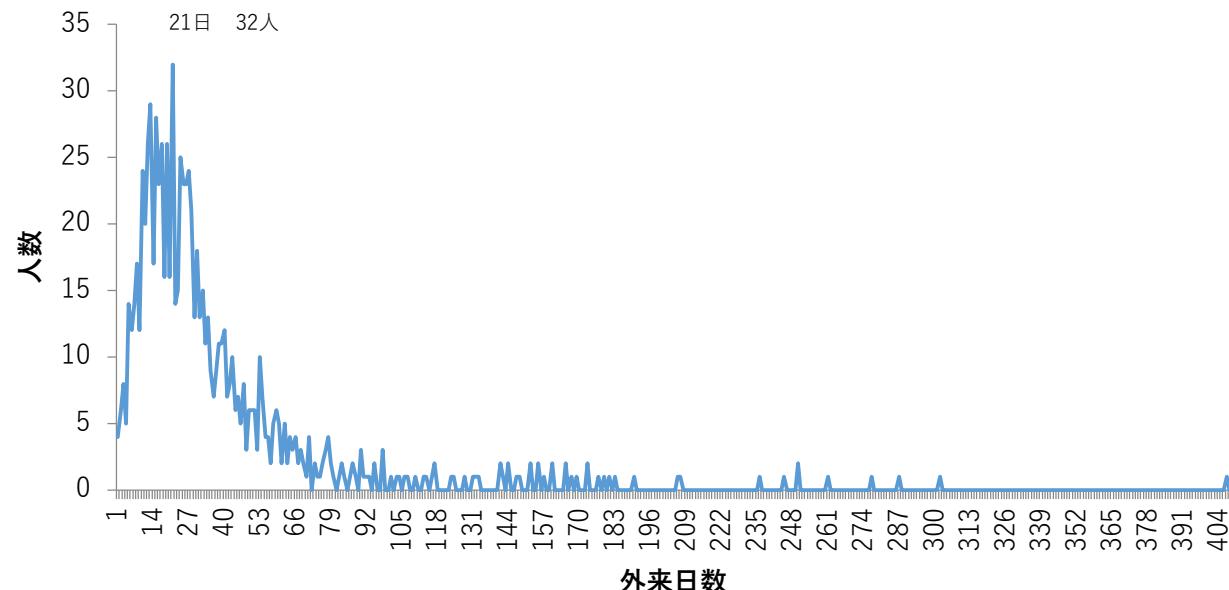
糖尿病20－64歳（217人）



糖尿病患者65－74歳（868人）



糖尿病75－84歳（900人）



糖尿病患者85歳以上（413人）

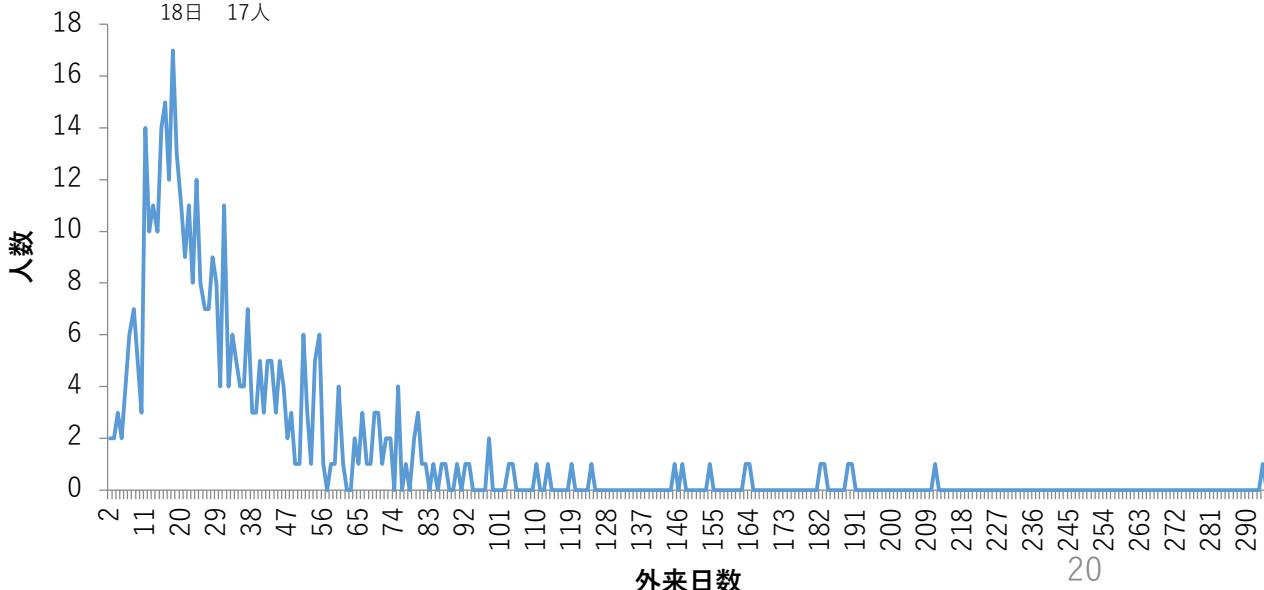


表3 糖尿病患者外来年間受診日数と年齢層のクロス表

受診日数	年齢層	20-64歳	65-74歳	75-84歳	85歳以上	総計
1日以下		4	13	4	0	21
		1.8%	1.5%	0.4%	0.0%	0.9%
2-6日		27	55	45	13	140
		12.4%	6.3%	5.0%	3.1%	5.8%
7-12日		44	152	113	45	354
		20.3%	17.5%	12.6%	10.9%	14.8%
13-24日		76	284	267	143	770
		35.0%	32.7%	29.7%	34.6%	32.1%
25日以上		66	364	471	212	1113
		30.4%	41.9%	52.3%	51.3%	46.4%
総計		217	868	900	413	2398
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表4 糖尿病患者外来年間受診日数と管理加算※回数

受診日数	管理加算回数	0回	1回	2-6回	7-12回	13回以上	総計
1日以下		9	12	0	0	0	21
		42.9%	57.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2-6日		46	14	80	0	0	140
		32.9%	10.0%	57.1%	0.0%	0.0%	100.0%
7-12日		101	5	113	135	0	354
		28.5%	1.4%	31.9%	38.1%	0.0%	100.0%
13-24日		181	28	153	289	119	770
		23.5%	3.6%	19.9%	37.5%	15.5%	100.0%
25日以上		273	34	146	288	372	1113
		24.5%	3.1%	13.1%	25.9%	33.4%	100.0%
総計		610	93	492	712	491	2398
		25.4%	3.9%	20.5%	29.7%	20.5%	100.0%

※管理加算は以下の加算を含める。

特定疾患療養管理料：113001810特定疾患療養管理料（診療所）、113001910特定疾患療養管理料（100床未満）、113002010特定疾患療養管理料（100床以上200床未満）。生活習慣病管理料処方箋を交付糖尿病を主病（113005910）、生活習慣病管理料処方箋を交付しない糖尿病を主病（113006110）。地域包括診療加算1（112021770）、地域包括診療加算2（112017270）

表5 糖尿病患者外来年間受診日数、HbA1c ※測定回数及び管理加算有無

受診日数	HbA1c測定回数		0回		1回		2-5回		6-12回		13-24回		総計	
	管理加算有	管理加算無												
1日以下	5		16		0		0		0		0		21	
	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無		
	3	2	9	7	0	0	0	0	0	0	0	0	12	9
			56.3%	43.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%		
2-6日	17		30		81		12		0		0		140	
	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無		
	9	8	16	14	60	21	9	3	0	0	94	46		
			53.3%	46.7%	74.1%	25.9%	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	67.1%	32.9%		
7-12日	8		9		171		166		0		0		354	
	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無		
	3	5	3	6	134	37	113	53	0	0	253	101		
			33.3%	66.7%	78.4%	21.6%	68.1%	31.9%	0.0%	0.0%	71.5%	28.5%		
13-24日	14		29		237		483		7		7		770	
	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無		
	10	4	23	6	187	50	363	120	6	1	589	181		
			79.3%	20.7%	78.9%	21.1%	75.2%	24.8%	85.7%	14.3%	76.5%	23.5%		
25日以上	50		38		258		711		56		56		1113	
	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無		
	18	32	22	16	213	45	541	170	46	10	840	273		
			57.9%	42.1%	82.6%	17.4%	76.1%	23.9%	82.1%	17.9%	75.5%	24.5%		
総計	94		122		747		1372		63		63		2398	
	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無		
	43	51	73	49	594	153	1026	346	52	11	1788	610		
			59.8%	40.2%	79.5%	20.5%	74.8%	25.2%	82.5%	17.5%	74.6%	25.4%		

※HbA1c : 160010010

表6 糖尿病患者外来年間受診日数と眼科検査※測定回数及び管理加算有無

受診日数 眼底検査回数	0回		1回		2回		3回		4-6回		7-12回		13回以上		総計		
	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	
1日以下	20		1		0		0		0		0		0		0		21
	12	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	9
	60.0%	40.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%	
2-6日	119		14		5		2		0		0		0		0		140
	78	41	10	4	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	94	46
	65.5%	6.7%	71.4%	28.6%	100.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	67.1%	32.9%	
7-12日	268		27		35		13		10		1		0		0		354
	192	76	19	8	27	8	8	5	6	4	1	0	0	0	0	253	101
	71.6%	28.4%	70.4%	29.6%	77.1%	22.9%	61.5%	38.5%	60.0%	40.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	71.5%	28.5%	
13-24日	449		61		115		39		69		32		5		5		770
	332	117	47	14	91	24	33	6	58	11	23	9	5	0	5	589	181
	73.9%	26.1%	77.0%	23.0%	79.1%	20.9%	84.6%	15.4%	84.1%	15.9%	71.9%	28.1%	100.0%	0.0%	76.5%	23.5%	
25日以上	453		144		190		86		142		105		41		41		1113
	338	115	72	24	146	44	67	19	105	37	82	23	30	11	30	840	273
	74.6%	25.4%	50.0%	16.7%	76.8%	23.2%	77.9%	22.1%	73.9%	26.1%	78.1%	21.9%	73.2%	26.8%	75.0%	24.4%	
総計	1309		199		345		140		221		138		46		46		2398
	952	357	148	51	269	76	109	31	169	52	106	32	35	11	35	1788	610
	72.7%	27.3%	59.9%	20.6%	78.0%	22.0%	77.9%	22.1%	76.5%	23.5%	76.8%	23.2%	100.0%	0.0%	74.3%	25.4%	

※眼科検査：160081550眼底カメラ撮影（蛍光眼底法）、160199310眼底カメラ撮影（自発蛍光撮影法）、160203710眼底カメラ（アナログ撮影）、160203810眼底カメラ（デジタル撮影）、160081010精密眼底（片）、160081130精密眼底（両）

表7 糖尿病患者外来年間受診日数と腎機能※測定回数及び管理加算有無

受診日数 数	腎機能検査回		0回		1回		2回		3回		4-6回		7-12回		13回以上		総計	
	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無	管理加算有	管理加算無
1日以下	21		0		0		0		0		0		0		0		0	21
	12	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	9
	57.1%	42.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%
2-6日	123		14		2		1		0		0		0		0		0	140
	78	45	13	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	94	46
	63.4%	6.5%	92.9%	7.1%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	67.1%	32.9%
7-12日	313		30		8		1		2		0		0		0		0	354
	221	92	24	6	6	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	253	101
	70.6%	29.4%	80.0%	20.0%	75.0%	25.0%	100.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	71.5%	28.5%
13-24日	660		77		13		11		6		2		1		1		1	770
	494	166	68	9	11	2	9	2	4	2	2	0	1	0	1	0	589	181
	74.8%	25.2%	88.3%	11.7%	84.6%	15.4%	81.8%	18.2%	66.7%	33.3%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	76.5%	23.5%
25日以上	967		97		29		5		7		8		0		0		0	1113
	732	235	69	28	24	5	4	1	7	0	4	4	0	0	0	0	840	273
	161.6%	51.9%	47.9%	19.4%	12.6%	2.6%	4.7%	1.2%	4.9%	0.0%	3.8%	3.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	75.5%	24.5%
総計	2084		218		52		18		15		10		1		1		1	2398
	1537	547	174	44	43	9	15	3	12	3	6	4	1	0	1	0	1788	610
	73.8%	26.2%	79.8%	20.2%	82.7%	17.3%	83.3%	16.7%	80.0%	20.0%	60.0%	40.0%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	74.6%	25.4%

※腎機能検査：160004810アルブミン定量（尿）、160112010アルブミン定性（尿）、160132150クレアチニン（尿）、160176350クレアチニン試験紙法（尿）蛋白/クレアチニン比、160036610β2-マイクログロブリン、160131950BUN²⁶（尿）

3. フランスかかりつけ医調査報告

研究代表者： 松田晋哉 産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授

研究協力者： 藤野善久 産業医科大学 産業生態科学研究所 環境疫学 教授

研究協力者： 得津 慶 産業医科大学 医学部 公衆衛生学 大学院生

1. 調査の目的

フランスは我が国と同様の社会保険による国民皆保険下に、比較的自由度の高い医療提供体制を構築してきた。自由開業制と医療へのフリーアクセスの保証など、我が国と類似の医療提供体制の中で、近年かかりつけ医制度を導入し、プライマリケア職を中心地域における統合ケア体制を構築しようとしている。この中で例えば高齢者を対象としたケア連携は、我が国の地域包括ケアと類似の概念となっている。そこで本調査研究ではフランスの「かかりつけ医」制度の現状と課題について、現地の関係者に対するヒアリング結果をもとに整理することを試みた。

2. 調査の概要

調査は下記の日程で行った。

平成 30 年 2 月 12 日：パリ市内の保健センター（Centre de santé Jack Senet）の見学

平成 30 年 2 月 13 日： レンヌにある国立公衆衛生高等研究院（Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique）における研究者のヒアリング調査（学院長 Laurent Chambaud 氏、国際関係部門長 Fanny Herriot 氏、研究部門長 Alessia Lefebure 氏、社会サービス研究部門長 Jean-Marie Andre 氏、病院マネジメント部門長 Michel Louazel 氏）

平成 30 年 2 月 14 日： パリ市内の開業プライマリケア職（理学療法士立花祥太朗氏氏及び一般医 Cécile Vieille 氏）のヒアリング、CCAM（パリ市）での資料収集

平成 30 年 2 月 15 日：パリ市内の保健センター（Centre de santé Jack Senet）の見学

平成 30 年 2 月 16 日： パリ市内の開業プライマリケア職の診療所の見学とヒアリング（開業理学療法士である立花祥太朗氏の診療所の見学とヒアリング）

3. 調査結果

（1）医療提供体制の概要

図 1 をもとまずフランスの医療提供体制の概要を説明する¹⁾。

1) 病院

フランスの病院は、設置主体によって公立病院、民間非営利病院、営利病院に区分される。公立病院はそのほとんどが一般病院であり、その診療能力と規模により地方病院センター Centre Régional Hospitalier（大学病院センター Centre de l’ Hôpital

Universitaire)、一般病院センター Centre Général Hospitalier、近接病院 Hôpital de proximité に区分される。また、我が国の回復期リハビリテーション病棟に相当する中期療養施設 Etablissement du moyen séjour、精神病院 Hôpital psychiatrique、長期療養施設 Etablissement du longue séjour も一部公立病院として運営されている。民間非営利病院は、がんセンター Centre du cancer、中期療養施設、長期療養施設が主なものであるが、共済組合が経営している病院には外科や産科に特化したものもある。また、営利民間病院はその多くが Clinique と総称される短期入院施設で、待機手術を中心とした外科病院が多い。ただし、最近の動向として外科技術の向上により、高度な手術を行う外科センター的な営利民間病院が増加している。

病院への支払いは、急性期病院の場合は DRG を用いた 1 入院包括支払い方式（フランス語では T2A）、その他の病院は 1 日当たり包括支払いとなっている。ここで我が国と異なる点として、長期療養施設のホテルコストは医療保険の対象となっておらず、原則患者の自己負担となっていることがある。ホテルコストは 1 日当たり費用額となっており、その額については ARS (Agence Régionale de la Santé 地方医療庁) の認可を必要とするが、各施設が独自に決めることができる。また、長期療養施設における介護ケアについては公的介護給付によって給付される。

2) 自由セクター（開業医療職）

フランスには自由開業セクターという独自の文化がある。これはフランスの医療提供の歴史的展開過程の中でつくられてきたものであり、同国の医療制度を理解するために重要な概念である。歴史的にフランスにおいては、医師に 4 つの自由が認められていた。患者による医師選択の自由、医師の開業の自由、医師の処方の自由、そして医師の診療報酬決定の自由である。このうち処方の自由と診療報酬決定の自由は診療報酬制度の導入により一定の制限がかけられるようになったが、最初の 2 つについては現在も医師がフランスの医療提供体制の根幹をなすものとして重視している。フランスの医療職の間では、こうした自由を持つことが専門職としてのレゾンデートルとして重要であるという意識が強く、このことが同国の自由開業セクターのこれまでの動向に大きな影響を持っている。

次に、フランスの自由開業医療職の現状について説明する。

(i) 自由開業医

フランスの医師は従来専門医と一般医とに区分されていたが、2005 年の医師研修過程の改革により一般医は 11 の専門診療科の一つとなった。希望する診療科の専門医になるためには医学部卒業後全国クラス分け試験 (ECN) と呼ばれるマッチングシステムで認可されることが必要で、その後受け入れ先の大学病院で 4 年から 5 年の専門教育を受けなければならない。各専門診療科の診察科目については医療行為規定 (Code Déontologie) によって厳密に規定されている。

自由開業医が行う医療行為に対する診療報酬は疾病金庫と医師の代表的な労働組合 (Fédération Française des Médecins des Généralistes、Fédération Nationale des Médecins de France、Confédération des Syndicat Médicaux de France 等)との間で締結される協約料金による。わが国と同様、各診療行為には点数が設定されており、その点数に1点当たり単価をかけたものが医師に対する支払いとなる。診療報酬の交渉にあたってはこの1点当たり単価をいくらにするかが争点となる。

また、フランスの開業医には Secteur 1 医師と Secteur 2 医師の区分がある。前者は患者に対する診療費の請求に関して協約料金を遵守することを強制される医師で、後者は協約料金以上の診療費を要求できる医師である。部分的ではあるがこのような形で医師による診療報酬決定の自由が維持されている。ただし、パリやマルセイユ、リヨンといった大都市で Secteur 2 の医師が多くなりすぎたために、住民が Secteur 1 の医師にかかることが困難になるという事態が生じたために、現在は新規の Secteur 2 医師の認定は行われていない。

一般にフランスの自由開業医の診療所はビルの1室を借りただけのシンプルなものが多く、例えば一般医の診療所では、そこで血液検査や超音波エコーヤ放射線機器による画像検査をする事はない。それらはそれぞれの専門医の独占業務であり（前者は臨床検査医 Biologist、後者は放射線科医 Radiologue）、一般医はそれらの検査が必要な場合はそうした専門医への紹介状を書き、患者は改めて予約をして紹介された専門医の検査や診察を受けなければならない。医療提供体制としてはフリーアクセスが保障されているが、我が国に比較すると利便性において問題がある。

（2）受診の仕組み

フランスにおいては患者による医師選択の自由が認められている。ただし、2005年のブラジ改革によりかかりつけ医制度が導入されたことに伴い、緩やかなゲートキーピングが導入されている。6歳以上の者は自分のかかりつけ医を選択することが義務づけられており（制度発足当初は16歳以上）、専門医や病院の外来を受診する際には、まず登録したかかりつけ医を受診し、その紹介状を持って受診することが必要となった（図2）。各患者はかかりつけ医を経ずに他の医療機関を受診する事が可能であるが、その場合は公定価格以上の支払いを要求されることになる（自己負担は70%）。また、原則として自己負担分を保証する補足医療保険制度による給付を受けることもできない。入院医療に関しても同様の流れになる。ただし、救急の場合は、かかりつけ医を経ずに医療機関の救急部門に直接受診することが可能である。

しかし、実際にはかかりつけ医登録をしていない自由開業医の診療所を受診する患者が少なくない。当該医師のかかりつけ医登録のリストにない患者が受診予約をした時点では、他の医師からの紹介状を持って受診するのかどうかを確認することは稀であるため、受診して初めてその患者がかかりつけ医制度の適用ルールから外れた患者であるこ

とが判明することも少なくないという。この場合、当該自由開業医は患者に70%の自己負担を求めるか（疾病金庫がカバーしないため、この割合が患者の自己負担となり、その場で支払うことが求められる）、あるいはそこで改めて疾病金庫のウェブサイトにログインし（患者のVital cardと医師の医療職カードが必要）、当該医師をかかりつけ医として再登録するという対応を求められる。こうした複雑な事務負担が増加しており、そのために抑うつになる医師も少なくない。医師年金基金の調査によると医師のうつ罹患率は一般人口の2倍で、またベルの調査では医師のBurn outの原因として管理業務的プレッシャーと業務過多と回答する者が70%と成果報酬導入などによる財政的重圧感の82%に次いで多くなっていた。

（3）医薬分業

フランスにおいては完全医薬分業が行われている。すなわち、医師が医薬品を処方した場合、患者は市中の調剤薬局に処方箋を提出することで購入する。この場合、処方を行った医師は患者に渡す領収証に処方を行った旨を記載し処方箋とともに患者に渡す。患者は渡された処方箋と領収証を市内の調剤薬局（選択は自由）に提出し、調剤を受けると同時に薬剤費と合計診療費を記載し、薬局名を押印してもらった領収証を所属する疾病金庫に提出し償還を受ける仕組みとなっている。ただし、現在ではICカードを用いた電子的なやり取りが一般化しているため、患者ではなく調剤薬局が当該患者の所属する疾病金庫に電子的に領収書を送る仕組みとなっている。

なお、1999年以降、医師が代替不可を処方箋に明記していない場合、薬剤師が代替処方できる制度が導入されている。また、参照価格制（TFR）も2003年から導入されている。

（4）医療保険の仕組み（図3）

現在のフランスの疾病保険制度を4つに大別すると国民の80%がカバーされる被用者保険制度、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度となる。

被保険者の医療機関の受診にあたっては、医療機関選択の自由が認められている（ただし、前述のように2005年からはかかりつけ医制度が導入されている）。外来医療の場合、被保険者は受診した医療機関において診療費の全額を支払い、医師の領収証（処方箋がある場合は薬局での費用を含めた領収証）を所属する疾病金庫に送ることで償還を受ける。ただし、現在は医療機関から電子レセプトが当該患者の所属する疾病金庫に電子的に送付される仕組みに移行している。また、2016年1月26日法（医療制度現代化法 Loi n. 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernization de notre système de santé）により、患者は窓口負担のみを支払い、残りは医療機関から疾病金庫への請求に基づき、疾病金庫から医療機関へ直接支払われる方式（第三者支払い方式の一般化 Tiers Payant Généralisé: TPG）が導入された。TPGへの移行は2017年年末までに段階的に

行われる予定になっていたが、疾病金庫による診療内容への介入の可能性を問題視する医師組合の反対により、調査時点では一般化は完全には実現されていない。ヒアリングを行った Vieille 医師によると、TPG 制度下では患者の加入疾病金庫に対する資格や受給条件の確認（TPG の対象かどうかも含む）が診療した医療機関の責任になるため、その事務作業が煩雑になり、診療所のような小規模施設の大きな負担になっているという。患者が TPG の対象でない場合は、疾病金庫が支払いを拒否する場合もあり、TPG に対する自由開業医の評価は低いものとなっている。

外来医療の償還率は約 60% で諸外国より低くなっている。ただし、がんや糖尿病など重篤でかつ長期にわたる治療が必要な疾患(ALD)については 100% 保険でカバーされるため（保険者による事前審査が必要）、平均的な自己負担率は 10% 程度である。入院医療の場合は、患者は自己負担分のみを施設に支払い、残りは疾病金庫から給付される（第三者支払い方式）。ただし、民間病院の場合、医師費用は、入院治療であっても外来医療の枠組みで規定されており、償還払いが適用されてきた（現在は TPG の対象）。

ところで、フランスにおいては自己負担分についてもそれをカバーする非営利の共済組合形式の補足制度が発達しており、国民の 80% は何らかの相互扶助組合等に加盟している。被用者の場合、この補足制度は労働協約の一部として共済組合あるいは相互扶助組合形式で組織されるか、あるいは民間保険会社に委託される形式で運営されている。また、国民が自助努力として個人的に民間保険に加入する場合もある。

補足制度については、従来、加入できる者とできない者との間で、医療施設へのアクセスに関して不公平があるという点が問題となっていた。そこで、2000 年の改革で CMU 法が制定され、低所得者に対して通常の医療保険に加えて補足疾病保険を提供する仕組みとなっている。しかし、CMU についても TPG が原則となっているが、低所得者に関しては本体部分と別の事務的運用が求められるため、これも自由開業医が TPG を忌避する大きな原因の一つになっているという。なお、CMU には公的保険の償還部分をカバーする CMU と補足保険制度をカバーする CMUC がある。それぞれで事務手続きが異なるため、医療提供者側の大きな事務負担になっている。

（5）一般医及びプライマリケアに関する最近の動向

1) 一般医を取り戻す課題

高齢社会においては複数の慢性疾患や介護や独居など医療介護生活の複合的なニーズを持った高齢患者が増加する。低経済成長下で社会保障財政とのバランスを考慮しながら、質の高い医療制度を構築していくためには、プライマリケア体制の充実が不可欠となる。そのためフランス政府は一般医を専門医の一つに位置付け、その社会的地位を高め、それを希望する医学生を増加させようとしている（各専門診療科の養成数は各年度で地域ごとに定められているため、トータルとして一般医の数は不足することはないが、勤務医や非常勤を選択する医師の増加による相対的な開業医の不足や地域間の偏在

が問題となっている)。この原因の一つとして下記に説明するように労働条件の問題がある。

フランスでは労働法典 *Code du Travail*・2010年12月12日法 (*Loi du 12 décembre 2010*) によって1週間の労働時間の上限が48時間に設定されており、雇用主と労働契約を結んで勤務する医師はこの法律の対象となる。ただし、厳密にこの規定を適用してしまうと医療現場が混乱するという判断から、評価期間である連続12週の平均労働時間が週48時間以内であること、いずれの週も60時間を超えてはならない、当直や治療上の必要性がある場合はさらに20時間の超過を認める、といったルールも同時に定められている。ここで問題となるのは、自由開業医はこの2010年12月12日法に基づく労働時間管理の対象とならないことである。必然的に一般医の労働時間は長くなる傾向があるが、このことも若い医師が研修終了後に開業を選択しなくなっている重要な理由の一つであるという。2005年4月に公表された *Berland* 報告でも、このことが指摘されている²⁾。今後、団塊世代の医師の退職により20年から30年間にわたり現役の医師数が減少するため、それを補完する開業医の確保が、都市・地方を問わず大きな課題となっている。その他 *Berland* 報告では若い医師のキャリア選択の傾向として、若い医師は技能形成に関する魅力及び生活環境を開業する地域を選定するに当たって重視していること、若い医師は、医療技術のレベルの維持向上及び家庭生活との両立を図るために、ソロプラクティスよりもグループプラクティスを好んでいること、多くの医師は開業医よりも病院医師として勤務し続けることを望んでいることが指摘されており、いずれもフランスがプライマリケア体制を充実させるための重要な解決課題となっている。こうした理由に加えて *Vieille* 医師は女性医師の増加も重要であると指摘していた(年度や大学によって異なるが、*Vieille* 医師が学んだ学年のパリ第2大学の医学部は80%が女子学生であったという)。図4に示したように、我が国に比較してフランスの保育環境は非常に優れているが、それでも子育てや家事に関して女性の負担が重くなる傾向は否定できず、前述の長い労働時間の問題と関連して、開業医を選択する医師が減少しているということであった。

2) フランス政府の対応

このような状況に対応するためにフランス政府は種々の対策を行っている。以下、それらについて説明する。

i) グループ診療の促進

Berland 報告をもとに、フランス政府は自由開業医、特に一般医の労働負荷軽減を目的の一つとしてグループ診療の一般化を目指している。実際、*Vieille* 医師もグループ診療を行っているが、実際には *Vieille* 医師の所有する診療所に5人の非常勤医が登録されており、毎日2人体制で診療をおこなっているという。ただし、診療所運営にかかる事務的な作業は管理者である *Vieille* 医師が行うために、その負担は大きく、管理者

として開業医を選択する者は減少傾向にあるという。ちなみにグループ診療の場合でも、かかりつけ医への登録は医師単位で行われるため、非常勤の医師も自分の担当患者を持つことになる。この点が診療所単位で登録を行なうイギリスの仕組みとは異なる。

こうした状況下でフランス政府は保健センター（Centre de Santé）や多機能診療所（Maison de Santé Pluridisciplinaire）といった新しい形態のグループ診療の推進を図っている。保健センターは自治体などの公的部門や共済組合によって設立された多機能施設で一般医を含む各専門科の医師や看護師、助産師、薬剤師、歯科医師、理学療法士、視能訓練士、ソーシャルワーカーなどが常勤あるいは非常勤の形で勤務している。一般の診療所と同様、予約制であるが第三者支払い方式が適用されている。貧困者や移民を対象とした無料診療も公的扶助の枠組みで行なっている^{注1}。

多機能診療所は一般医、開業看護師、開業理学療法士、薬剤師（上記がコアサービスで、これに助産師や歯科医、皮膚科医、小児科医などが加わることもある）が協働で多機能診療所を運用するものである。勤務形態としては複数の医療職が非常勤で交代で働くことも可能である。2016年現在、全国で1,000以上の施設があり、特に医療過疎地域で大きな宅割を果たしている。

ii) 代替政策 (substitution)

地方における医師不足に対応するために、開業一般医から開業看護師へのタスクシフトも行われている。これは国レベルで ASALEE という組織が推進しているもので、例えばヒアリングを行った Bretagne 地方では HAS の認可を受けて9か所で行われていた³⁾。具体的には認知症及び COPD の患者に対して、訓練を受けた看護師が医師の指示書と決められたプロトコールに基づいて医学的管理を行うというものである。類似のプログラムとして、これまで眼科医が行ってきた視能検査やと糖尿病患者の眼底検査を視能訓練士に移譲するという事業も試験的に行なわれている。

iii) 地域レベルでの一般医の組織化

医師不足は、現在活動している医師の労働負荷を高めると同時に、その孤立感を強めるため、医師不足地域でさらに医師不足が進むという悪循環に陥る。そこで、地域の職能集団レベルでも種々の対策が行われている。例えば、現地調査を行った Bretagne 地方では一般医の連絡協議会（groupes qualité en médecine générale; GQMG）が組織され、異なる地域で開業している一般医の情報交換や研修などが行われるようになってきている。2016年現在で Bretagne 地方では39のGQMGが組織され、350人の一般医がそこに加盟している。

また、一般医の時間外診療の負荷を下げるために一般医による時間外外来診療 permanence des soins ambulatoire en médecine générale という我が国の医師会に時間外休日診療サービスに類似したプログラムも行われている。これは自治体の設置す

る保健センターや近接病院 Hopitaux de proximité の外来で、一般医が交代で時間外勤務に当たるものである。2016 年現在、Bretagne 地方では約 60%の一般医が参加している。こうした試みは開業歯科医によっても行われるようになっている (permanence des soins dentaire)。こうした休日夜間の診療に関しては、患者搬送サービスがあることが広域対応を可能にするという認識から、付き添い救急搬送サービス Garde ambulanciere という民間の搬送サービスも行われている。2016 年現在で Bretagne 地方全体で 300 の会社が 1649 台の搬送車を運用している。Bretagne 地方の 15 の病院の統計によると救急搬送の 45%が救急車で、残り 55%は付き添い救急搬送サービスによるものであった³⁾。

iv) e-Health の導入

社会全体としてインターネットの活用が一般化したことを踏まえて、フランス政府はインターネットを活用した遠隔診療を行うことで医療資源の偏在問題の解決を図ろうとしている⁴⁾。実際、2018 年の ONDAM では e-Health 実現のための大規模な予算が組まれた。しかし、e-Health の実現のためには、医療情報の内容及びその送受信のプロトコールの一般化が必要である多恵、フランス政府は関連する事業主に働きかけ、情報環境の標準化と一般化を行うとしている。そして、この標準化された情報基盤を用いて、日常診療の中に遠隔診療（診察やモニタリング）を取り入れること、医療情報や処方情報を患者を含めた関係者で共有することなどが目指されている。

4. 考察

以下、上記の調査結果をもとにフランスにおけるかかりつけ医の現状と課題、そしてそれを相対化したときの我が国のかかりつけ医制度の課題について検討する。

（1）フランスの若い医師の意識の変化

フランスの医療政策において長年の解決課題は国民皆保険、出来高払い、フリーアクセスという組み合わせによる医療の過剰供給であった。特に自由開業セクターにおける医薬品処方の多さや傷病給付のための診断書交付の多さが問題視されてきた。これらの問題の解決策として、歴代の保健担当大臣が導入を試みてきたものが一般医によるゲートキーピングの仕組みであった。しかしながら、患者による医師選択の自由はフランスの医師団体にとって守らなければならない最重要項目であり、2004 年のラジプランでかかりつけ医 (Médecin traitant) 制度が導入されるまで、一般化することはなかつた。Médecin traitant 制度を一般化できた要因としては、保険で償還されない割合が高くなるとしても「患者による医師選択の自由」は保証されること、保険で償還されない部分の存在は Secteur 2 という仕組みすでに認められていたこと、一般医だけでな

く他の専門医もかかりつけ医になれること、かかりつけ医になることが診療報酬でも優遇されたことなどがあげられる。

また、医師としての働き方に対する若い医師の意識変化の影響もある。フランスの若い医師は高収入を目的として、自分で開業したくさんの患者を診るというようなライフスタイルを敬遠するようになっている。彼ら・彼女らは、生活の利便性や子供の教育などの環境が良く、しかも医師としての生涯教育の支援が受けやすい都市部で、仕事と私的生活の適度なバランスを保ちながらキャリア形成することを重視するようになっている。その結果、開業医よりは労働時間制限のある勤務医、また自由診療部門で働くとしても、相対的に負担が軽減できるグループ診療を志向するようになっているのだという印象をヒアリング結果から受けた。こうした意識の変化が、かつてのようなソロプラクティス中心の医療からグループ診療や連携を前提とした医療提供体制を受け入れる素地となっているのだろう。実際、ヒアリングをした開業理学療法士の立花氏も、かつてよりも一般医や病院医師との連携の事例が増えており、それが医師側からのアプローチによるものであることを指摘していた。こうした若い医師の意識の変化は我が国でも起こっていないだろうか。Berland 報告のような調査が我が国でも必要である。

（2）医療連携の要石として的一般医の重視

フランス政府がプライマリケアを重視する背景には、医療職の地理的偏在の問題がある。2013 年の調査によると一般医のアクセスのよい地域に住んでいる上位 10% の住民は、下位 10% の住民に比べて 3 倍もアクセスが良いと報告されている²⁾。また、一般医よりも理学療法士や看護師、小児科医、眼科医、精神科医などへのアクセスに関してはより大きな地域差が生じている。さらに一般医に関しては今後定年を迎える者が多いため、その不足と偏在はより深刻になるという。これに対して国は勤務医と自由開業医の業務の柔軟化、非医療職の活用、開業医を増やすための病院以外での初期臨床研修の実践、医師の管理業務の軽減などを提案している。例えば、地方で一般入院を担ってきた近接病院 Hôpital de proximité は、近年その機能に急性期以後の医療・介護（リハビリテーションや長期療養）を付加するようになり、リハビリテーション職や看護職が多く勤務するようになっている。加えて、地域の医療職の不足に対応するために、自由開業セクターの医師やコメディカルが開放病院として近接病院の患者を病院で診療することも一般化している。ヒアリングをした立花氏もそのような形で週に 1 回郊外の病院で勤務しているとのことであった。我が国では総合医の問題のみが議論される傾向があるが、プライマリケアへのコメディカルの関わり方についても議論することが必要であろう。

こうした異なる医療機関間及び医療職間の連携を促進するためには情報の標準化と共有が不可欠である。実際、フランスでもそうした問題意識のもと連携 (la fluidité des parcours) の強化が大きな課題となっている。具体的には、患者情報を相互に参照す

るためのDMP(Dossier Médical Personnel 個人医療カルテ)という情報共有システムも導入されている。これは地方レベルで国によって管理されたサーバーに、患者ごとに医療記録を行ったコンピュータ上のアドレスが記録されているもので、患者と医療職のICカードをリーダーに挿入することで、患者が許可した医療職について、医療情報の相互参照が可能になるというものである。DMPはすでに一般化されているが、個人情報に敏感な国民性もあり、その利用状況は芳しくない。その利用拡大のための社会心理学的な問題の解決が課題となっている。特に、患者の代理人機能を果たすことが期待されている一般医はDMPを活用することが期待されているが、ヒアリングを行ったVieille医師によると、患者もそれを希望しない場合が多いこともあり、実際の診療場面ではあまり使う機会がないということであった。ただし、臨床検査や画像診断については、一般医の紹介状に基づいて、それぞれの専門医で受けることが一般的であるフランスの開業医医療の場合、それらの検査結果をインターネットを介して閲覧することができるようになれば、非常に便利であり、コスト面や患者情報の管理責任の問題が解決されれば、こうした使い方は広がるのではないかとのことであった。

こうした一般医の代理人機能はフランス政府も重視しており、例えば、「2018–2022年国家保健戦略 Stratégie nationale de santé」では「一般医は医療システムの入り口機能を果たすとともに、予防やフォローアップ、専門医との連携、病院医療の適切な利用、そして在宅生活維持の要石である」と明言している⁴⁾。

(3) 日本への示唆

以上、フランスの一般医を取り巻く状況について調査結果に基づき説明してきた。ここで、フランスの一般医に求められていることは診療内容の総合性よりはその調整力であることに留意する必要がある。我が国ではかかりつけ医と総合診療医の議論が混同されてしまい、「かかりつけ医=総合診療医でなければならない」というような誤解があるよう思う。イギリスやフランスの一般医は、確かに総合診療を行っているが、医療サービス全体の中での彼らの主たる機能はCommon diseaseの診療と他の診療科への紹介などの調整機能である。調整機能を果たすためには、医療のみならず介護や福祉全般にかかる基本的な知識が必要となるが、そうした機能は我が国の現在の診療所の医師によっておおむね果たされているし、また日本医師会の「かかりつけ医研修」でも重視されているものである。我が国の医療提供体制において総合診療医は必要であると考えるが、現在地域の開業医が果たしている「かかりつけ医」機能もまた評価されるべきものであろう。実際、介護保険や学校保健、産業保健、母子保健などへの関与など、我が国の「かかりつけ医」が果たしている機能は、諸外国の一般医に比較して決して見劣りするものではなく、むしろ優れていると評価しても良いのではないだろうか。これが今回のフランス調査を通しての我々の印象である。

また、フランスの場合、一般医になるための臨床研修期間は3年で、我が国の初期臨床研修よりも1年間長いだけである。多くのフランスの一般医はその後開業あるいは種々の形態で勤務医になるが、その意味で我が国の医師は初期臨床研修において、フランスの一般医と同等の研修を受けていることになる^{注2}。我が国の場合、大学病院や一部の高機能病院を除けば、多くの医師は一般的な傷病の診療にもあたるのが一般的であろう。そうであるならば、専門診療科としての総合診療についてはそれを認めた上で、他の専門医の資格を持つ医師についても、地域の診療所や中小病院で common disease の診療や地域公衆衛生活動への参画、介護などの周辺サービスとの調整機能を果たしていくのであれば、それを専門診療科とは別に「かかりつけ医」機能として認めていく方向が実際的であると考える。そして、それを前提として生涯学習のカリキュラム作りや、異なる診療科・異なる職種間の情報共有の仕組みをIT技術を用いて構築することで、総合性を高めることが工夫されるべきではないかと考える。

注1：フランスではフランス国籍を持つ者、在留資格がある者で、一定の収入未満の者であればCMU、CMUCにより無料で医療を受けることができる。この枠組みでカバーされない不法滞在外国人の無料診療は公的扶助で提供されている。

注2：ただし、フランスの医学教育では5年生、6年生で行われるベッドサイドでの臨床教育の内容が我が国の初期臨床研修に相当するような実践的な内容になっている。したがって、改革すべきは我が国の卒前医学教育の在り方であるのかもしれない。

参考文献

- 1) 松田晋哉： 欧州医療制度改革から何を学ぶか、東京：勁草書房 2017.
- 2) Rapport de la Commission Démographie médicale (Présenté par Professeur Yvon Berland) : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf
- 3) ARS Bretagne: Bilan de l' Offre de santé en Bretagne, Rennes, 2017.
- 4) Ministère des solidarité et de la santé: Stratégie nationale de santé 2018–2022, Paris, 2018

図1 フランスの医療制度の概要

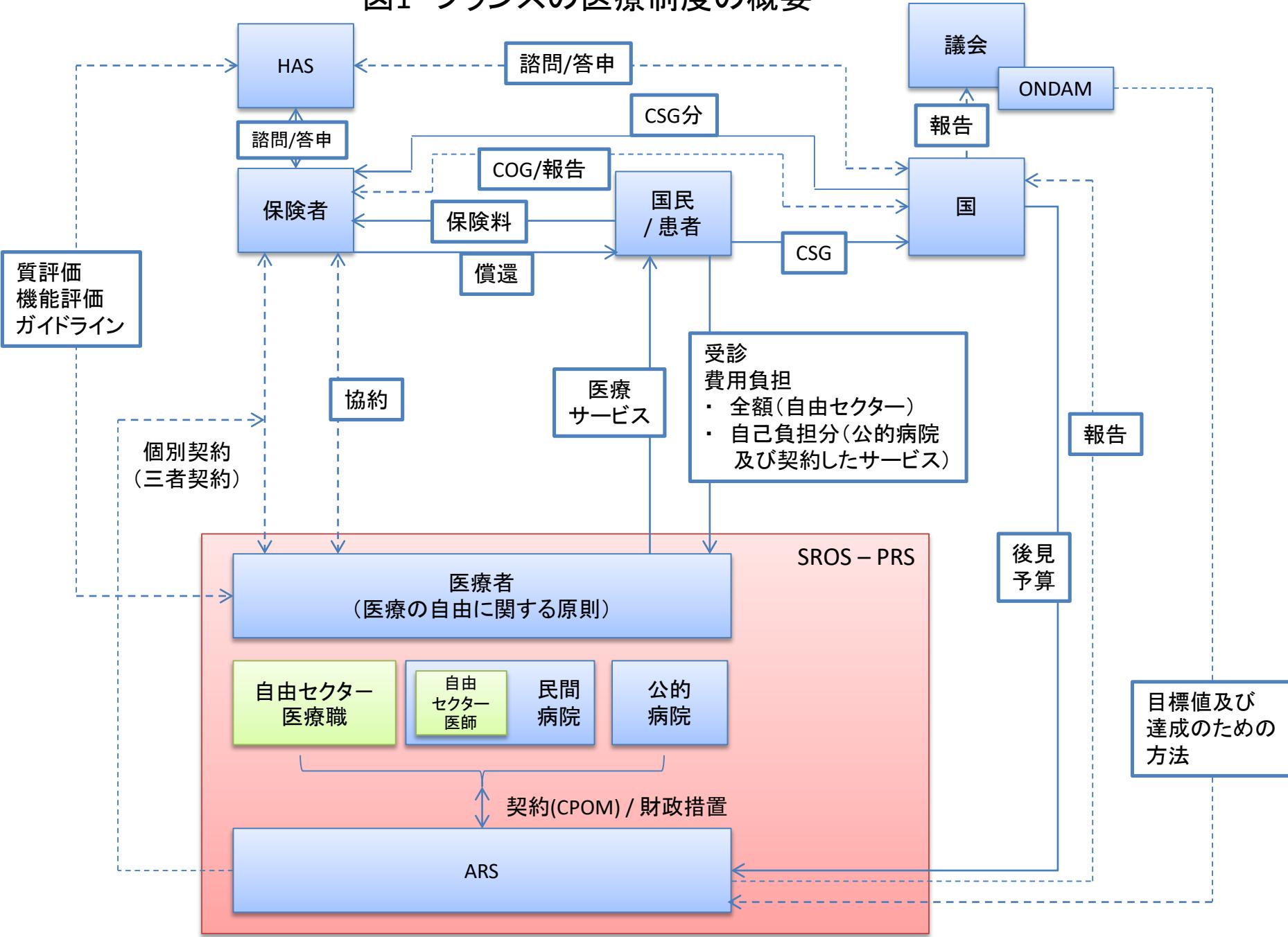
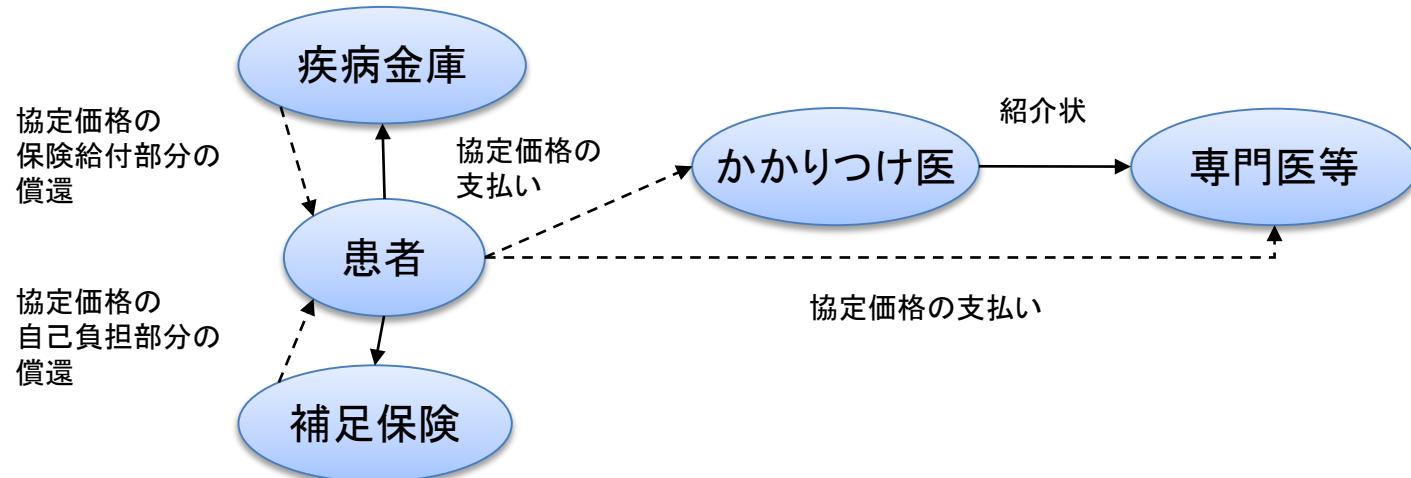


図2 フランスにおけるかかりつけ医制度の導入

かかりつけ医の紹介状ありで他の医師を受診



かかりつけ医の紹介状なしで他の医師を受診

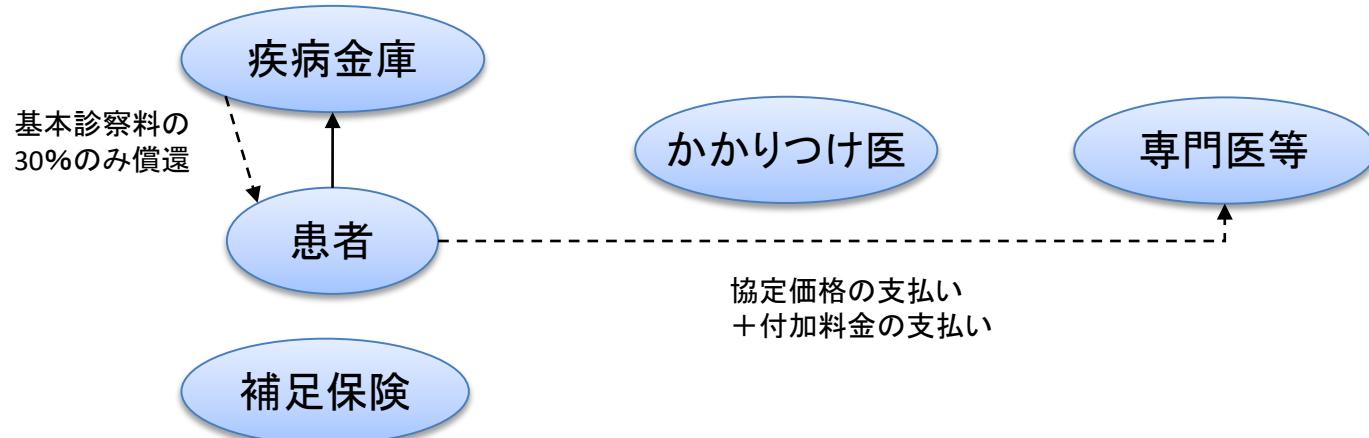


図3 フランスの医療保険制度(償還制)

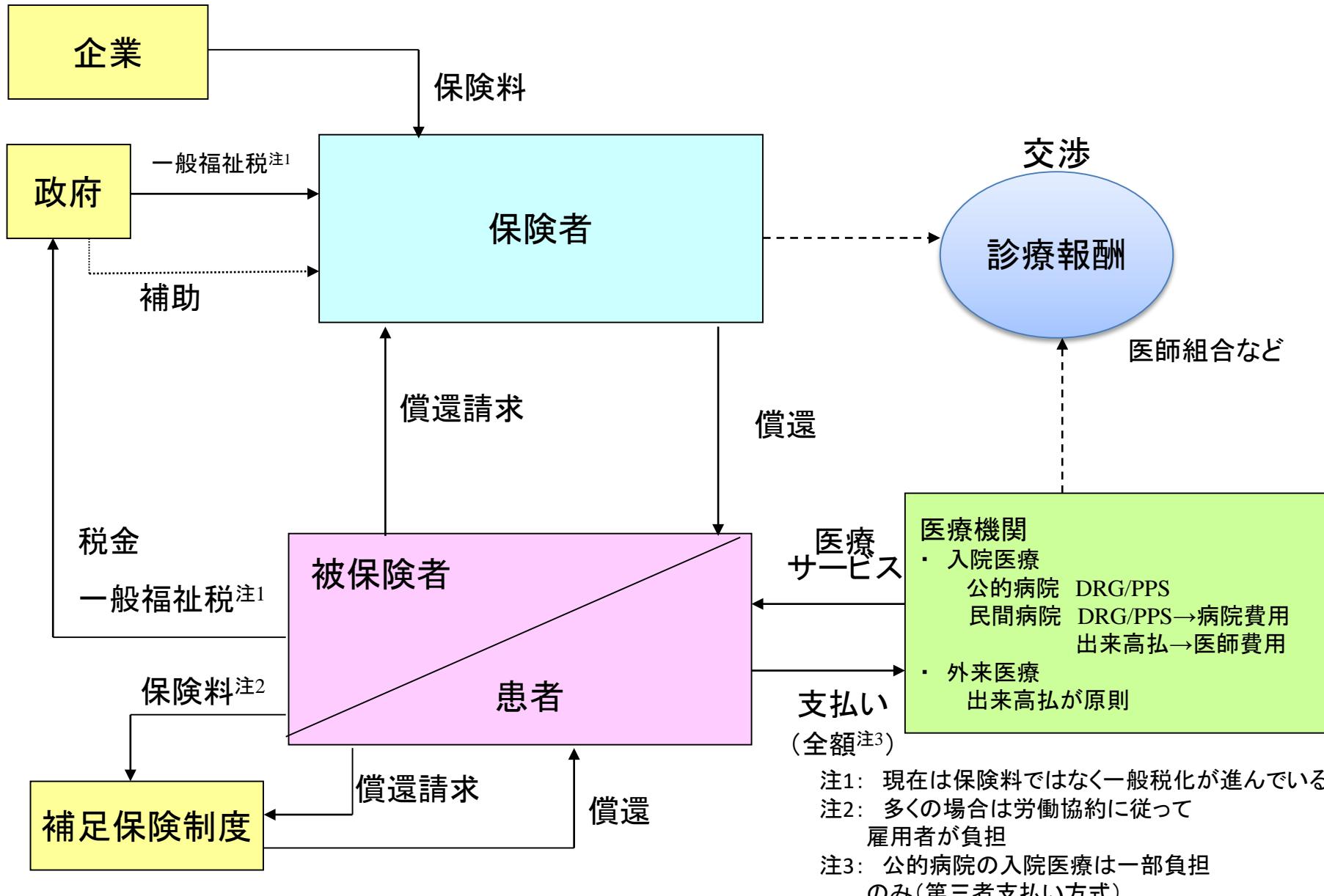
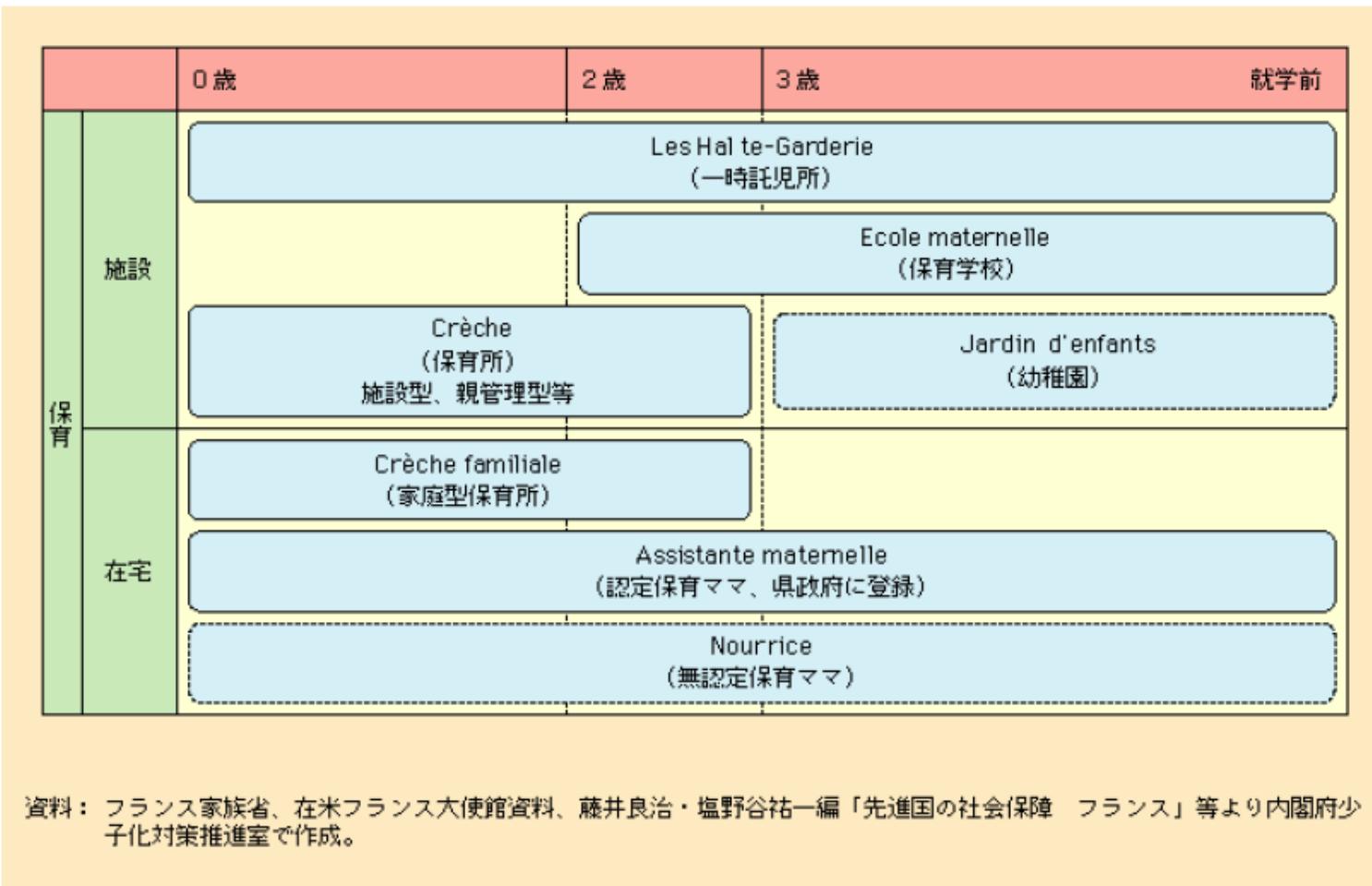


図4 フランスの保育体系

年齢別子供を預ける方法



<http://ameblo.jp/mamacampus/image-10151519405-10101148023.html>

http://pigeon.info/manga/izumi/izumi_19.htm

出典： www.nihon-u.ac.jp/research/careerway/SNS/kaigai/pdf

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年