

**安心・安全な医療と全世代型社会保障制度への改革
～2040年を見据えた医療・介護提供体制改革～**

2024年10月24日

令和6年度健康保険組合全国大会

**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**

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



Future Institute Wolong

COI 開示

発表者名:香取照幸

**演題発表内容に関連し、発表者に開示すべき
COI関係にある企業などはありません。**



香取 照幸(かとり てるゆき) KATORI, Teruyuki

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部研究科経営専門職専攻特任教授、藤田医科大学専門職大学院客員教授。医療法人社団至高会高瀬クリニック顧問

東京都出身、麻布学園中学・高校から1980年東京大学法学部卒、同年旧厚生省入省。

在フランスOECD事務局研究員、埼玉県生活福祉部高齢者福祉課長、厚生省高齢者介護対策本部事務局次長、内閣官房内閣参事官(小泉総理大臣官邸)、同審議官、厚生労働省政策統括官(社会保障担当)、年金局長、雇用均等・児童家庭局長。その間、介護保険法、子ども・子育て支援法、GPIF改革等の制度創設・改革を担当。また、内閣官房内閣審議官として「社会保障・税一体改革」を取りまとめた。

2016年厚生労働省退官、2017年在アゼルバイジャン共和国駐箚日本国特命全権大使。2020年4月より上智大学総合人間科学部教授、同年8月より一般社団法人未来研究所臥龍代表理事。2023年4月より兵庫県立大学大学院社会科学部研究科経営専門職専攻特任教授。2024年4月より藤田医科大学専門職大学院客員教授。

主な著書:「介護保険制度史」(共著)『教養としての社会保障』『民主主義のための社会保障』『社会保障論Ⅰ【基礎編】』『高齢者福祉論【介護保険制度の理念・意義・課題】』(いずれも東洋経済新報社)。

日本医師会医療政策会議委員(2016-2018,2022-2026)、東京都医師会在宅医療協議会/委員会委員・TMA近未来医療会議委員長、日本年金学会幹事、日本地域包括ケア学会評議員、日米医学医療交流財団理事。

2021年11月より総理官邸「全世代型社会保障構築会議」構成員、2022年8月より厚生労働省「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」委員。2023年10月より同「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」委員。2024年3月より同「新たな地域医療構想等に関する検討会」委員。

3

はじめに

「全世代型社会保障」の意味

全世代型社会保障とは

「全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれに必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要があるものである。」

「社会保障制度改革国民会議報告書」(2013年8月)

人生にあるのは「青年期」「高齢期」であって「世代」ではない。

→社会経済状況の変容によって、これまでは問題になってこなかった新たな政策課題が「青年期(現役期・子育て期)」に登場。
それに適時適切に対応する、ということに尽きる。

5

社会保障の規模・費用は、国民経済との関係で考察する。
見るべきは「対GDP比」である

社会保障の規模を絶対額(名目額)で議論することは意味がない。
何となれば

:社会保障の給付と負担の名目額は、賃金・物価に連動している。

年金 収入は賃金の一定割合 支出は賃金/物価スライド

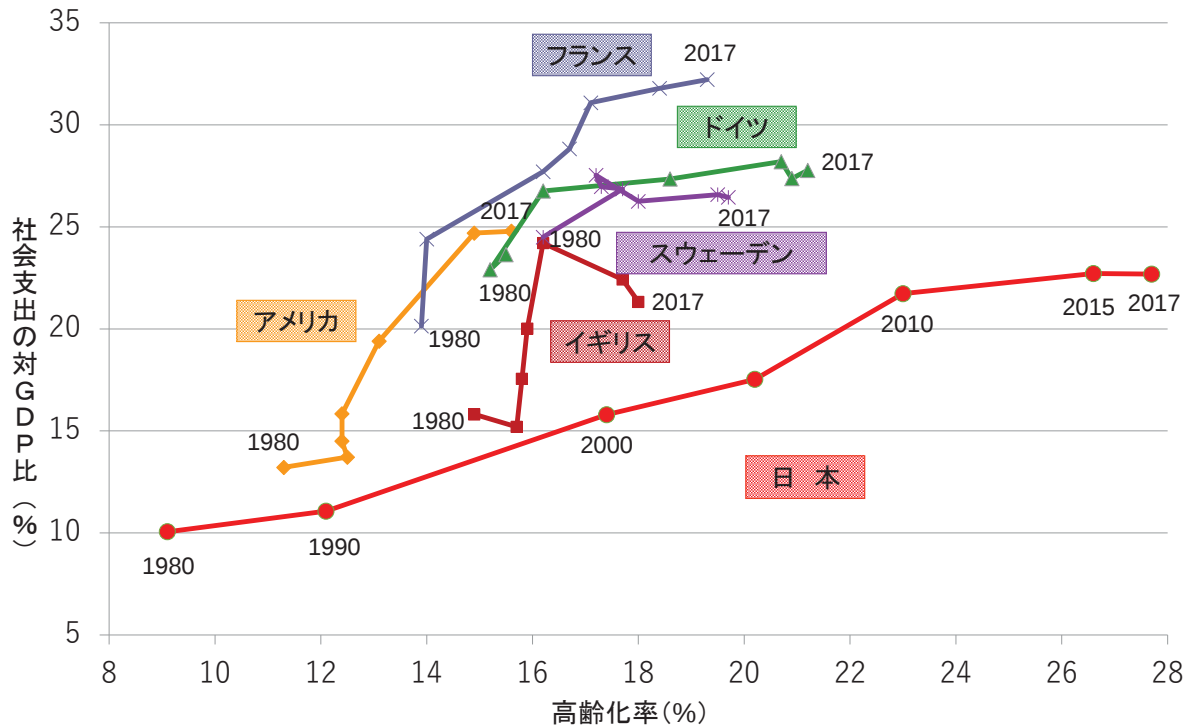
医療・介護 公定価格(診療報酬・介護報酬)→賃金・物価に連動

福祉給付(生活保護など) 基本的には物価連動

すなわち、名目額は基本的に国民経済(賃金・物価)にあわせて動く。
経済成長すれば増大するし、経済成長しなければ伸びていかない。

6

高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較



(資料) OECD(2020): OECD Social Expenditure Database, OECD Health Statistics 2020 より作成

7

■ 今後の負担増は、実は2000年代よりマイルド

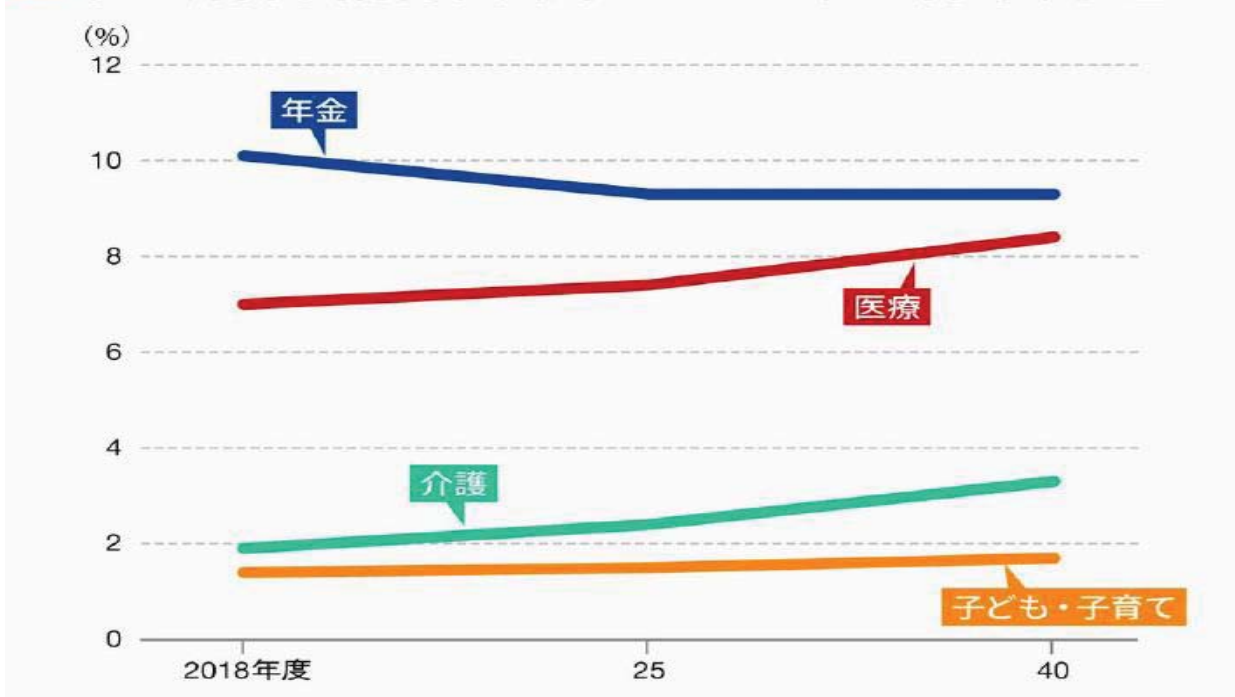
— 社会保障給付費の対GDP比 —



(出所) 厚生労働省の資料に筆者加筆

8

■ 社会保障給付費(対GDP比)の将来見通し



9

医療・介護 ～超高齢社会の医療・介護～

・平均寿命の伸長→生涯医療介護ニーズの増大 は不可避。

人はいつか老い、死んでいく。それを支えるのが医療・介護。 予防は大事だがそれでコストは減らない。

・受診抑制や公的給付の削減は社会的コストに影響しない(私的コストが増えるだけ)

やるべきことは「提供体制改革」による「社会的コストの最適化」

限られた医療介護資源でいかに効果的・効率的にニーズを受け止め、コストを「最適化」するか。

・疾病構造・社会経済情勢の変化(の速さ)に合わせた改革 機能分化・選択と集中

医療と介護を一体的に考える 「地域完結型ケア」 → 「地域包括ケアネットワーク」

ケアモデルの変革(認知症モデル・独居モデル) 生活支援系サービスの「脱構築」

技術革新・現場の改革の成果を「実装化」する努力 現場を変えるIT・DX スピード重視

10

人口動態の変化によるマクロの医療・介護需要の変化

- 65歳以上人口は2040年代半ばに、75歳以上人口は2060年代後半に上限に到達、以降は減少に転じる。

→総体としての医療需要/介護需要はそれぞれその時期に少し遅れてピークアウトする
すなわち、高齢者人口のピークを過ぎても医療需要/介護需要は増大していく。減少局面に転換していくのは2060年代以降。

→超長期で考えれば、個々の医療機関の経営(存続)の視点からも、地域全体の医療/介護提供体制の視点からも、需要減少・患者数減少・ニーズの変化に対応したダウンサイジング・再編合理化は必至だが、この問題は地域差が非常に大きく、引き続き医療介護需要が増大し続ける都市部がある一方で、すでに中山間地域では患者数減少→病床再編・合理化が現実の問題になっている。

- 他方で同時に総人口(現役世代人口)の急速な減少が進む

→高齢者数・後期高齢者人口の増加・総医療/介護費の伸びが鈍化しても、総人口の減少により高齢者比率/後期高齢者比率は上昇し、医療費/介護費の対GDP比も上昇し続ける。

→財政当局の立場からすれば、医療/介護費の最適化(「抑制・適正化」)は大きな政策課題であり続ける。

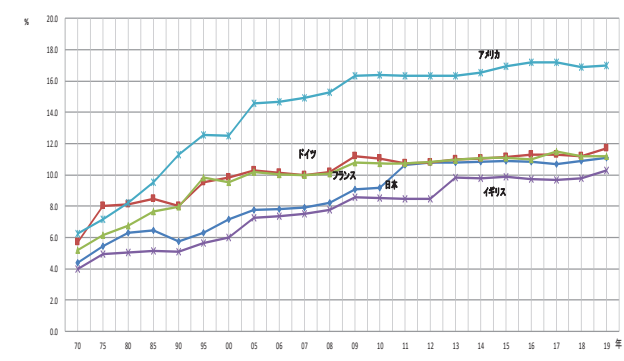
11

しかしながら現実、.....

程度の差はあれ、先進国の医療費の対GDP比は中長期的には上昇している。

→医療費適正化の努力は必要だが、超高齢社会日本にあって中長期にわたって医療費の伸びをGDPの伸びの範囲内に抑え続けようとする試みは非現実的であり、国民に提供する医療保障の水準(量と質)を犠牲にすることなしには達成できない。

医療費の対国内総生産(GDP)比の推移(OECD)



“Health spending set to outpace GDP growth to 2030”
(OECD Health at a Glance 2019 ; OECD Indicators)

07/11/2019 -

Health expenditure will outpace GDP growth over the next 15 years in almost every OECD country, according to new OECD forecasts. Health spending per capita will grow at an average annual rate of 2.7% across the OECD and will reach 10.2% of GDP by 2030, up from 8.8% in 2018, according to a new OECD report.

2019年11月7日

OECDの新しい報告によると、医療費の伸びはほぼすべてのOECD諸国で今後15年間でGDP成長率を上回ると見られている。1人当たりの医療費は、OECD諸国平均で毎年2.7%ずつ上昇し、2018年は対GDP比8.8%だったが、2030年までに対GDP比10.2%に達すると予測されている。

12

本題に入ります

“かかりつけ医機能が発揮される制度整備”

なぜ、今かかりつけ医機能の実装が議論されているのか。

それは、人口減少・超高齢社会を乗り切るための
医療提供体制改革の不可欠の要素だからである。

13

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

14

ゆえに、実際に機能するかかりつけ医制度を構築し、現場で実装していくには、関連する多くの課題を同時に解決することが必要になる。

→かかりつけ医機能の実装は「持続可能な医療介護の未来図」の中に（重要な役割を持つものとして）位置付くもの

→システムとしてのかかりつけ医機能の実装をいかに実現するか
という視点から、利用者国民・医療者・保険者それぞれが共有できる方向性を考えることが重要。

15

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）

:医療介護需要の増大 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

16

全世代型社会保障構築会議 中間整理(2022年5月17日)抄

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

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

経済財政運営と改革の基本的方針2022(2022年6月4日)抄

また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

17

全世代型社会保障構築会議 報告書(2022年12月16日)抄

今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、以下に整理した基本的な考え方のもとで、必要な措置を講ずるべきである。

その際には、国民・患者から見て、①一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要がある。

また、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は、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべきである。さらに、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方のもとで、②地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、③その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきである。

- ・ かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則13に規定されている「④身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」をベースに検討すべきである。
- ・ こうした機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認も活用して⑤患者の情報を一元的に把握し、⑥日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行うことが考えられる。そのほか、例えば、⑦休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携などが考えられる。

このため、医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、⑧複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる。

18

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」 の報告書について(報告)

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

19

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会について

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会

(敬称略、五十音順)

阿部 一彦	日本障害フォーラム(JDF) 代表
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長
石田 光広	稲城市副市長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／ 医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授
角田 徹	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会委員長
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
座長 永井 良三	自治医科大学学長
長谷川 仁志	秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授
服部 美加	新潟県在宅医療推進センター基幹センターコーディネーター
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

かかりつけ医機能報告の施行に向けた検討スケジュール

令和5年 11月	第1回分科会
12月	構成員プレゼン・有識者ヒアリング
令和6年 1月	
2月	必要とされるかかりつけ医機能など、 論点の議論
3月	
4月	
5月	
6月	省令等の具体的内容等の議論
7月	医師の研修等の議論
7月31日	報告書公表
令和7年度	システム改修等の施行に向けた準備
	かかりつけ医機能報告制度の施行

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかえらる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合かつ継続的に行う機能
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供
 - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

21

分科会で私が話したこと（大橋先生が簡潔にまとめてくれました）

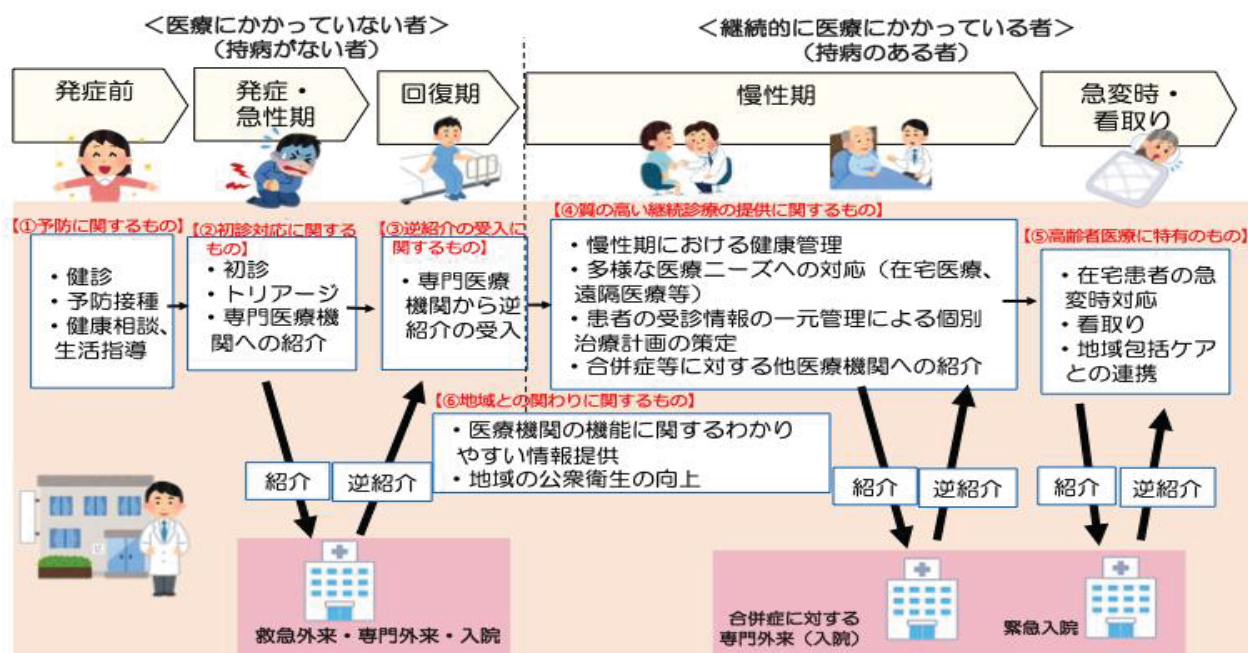
香取構成員プレゼンテーション資料より

- ・ 在宅医療・地域医療が機能しなければ病院の負担が大きくなる。病床の機能分化・連携だけでなく、診療所も含めた地域医療全体の提供体制改革、地域完結型医療の構築が必要
- ・ 包括的で切れ目ない健康サービス保障⇒提供者側の連携が不可欠⇒患者・家族の立場に立つて最適の医療＋介護が提供されるよう必要な調整を行うハブ機能はかかりつけ医・かかりつけ医機能にとって重要な役割⇒「包括的・継続的健康管理」
- ・ かかりつけ医・かかりつけ医機能の議論の枠組み
 - ①-1かかりつけ医となる個々の医師の資質・能力の向上
 - 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
 - ② ①を支える連携・協働システムの基盤整備
 - ③かかりつけ医・かかりつけ医機能を支える財源の確保
- ・ 在宅医療とかかりつけ医：診療・病診・多事業所連携の必要性
- ・ フリーアクセスとかかりつけ医機能：患者・利用者の立場に立つて最適な医療サービス利用を継続的に支援する専門職（かかりつけ医）の存在は、医療資源の効率的利用だけでなく、患者自身にとっての最適な医療サービス利用を保障するという意味で不可欠⇒そのためにも患者にとってわかりやすい情報提供が必要

今回の法改正は「かかりつけ医機能実装」の第一歩でしかない

第8次医療計画等に関する検討会（令和4年9月9日）資料1（抜粋）

受診の場面からみた、保健医療のニーズ



23

医療提供体制改革の目指すもの

在宅医療・地域包括ケアネットワーク・かかりつけ医機能

「三位一体」の改革

24

(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

(2) 医療提供体制改革の視点

- ① 在宅医療・地域医療の強化
- ② 超高齢社会における医療のあり方の変化
- ③ 必要な医療サービスの保障・切れ目のない医療サービス
～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークとそれを担うマネジメント機能～
- ④ 資源の効率利用 働き方改革
- ⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除

25

(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

- ・ 今回の COVID-19 禍は「すでに起こっている未来」
2040年に直面するであろう医療の現場を、我々は現在進行形で経験した。
そして今、能登半島でも同じ光景を我々は目にしている。
- ・ 高齢者人口は2040年代半ば、後期高齢者人口は2060年代後半までは増加
- ・ 他方で、今日すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上、高齢者の6割は独居高齢夫婦世帯
- ・ 近い将来、医療現場では要介護高齢者・基礎疾患(多くは複数)を持つ患者(multimorbidity)の急性期対応・感染症対応が常態化し、家族介護はほぼあてにならなくなる。

→現在の医療・介護提供体制で、2040年の社会を支えられるのか？

26

コロナ禍は2040年の世界だった



(株)ファストドクター 菊池医師の講演資料より

☆ 在宅医療の機能強化をしておかなければ、病院(入院医療)への負荷がどんどん大きくなって再び機能不全を起こす。

27

- ・ 今回のCOVID-19禍で、平時の医療提供体制が持っていた構造的弱点が顕在化。
課題は有事対応(のみ)にあるのではなく、平時の体制にある。
- ・ 自由開業医・自由標榜制のもと、独立採算の中小民間病院中心で発展してきた我が国では、設備投資や人的資源配置は個々の医療機関が判断。
医療機関は機能未分化・相互に競合/競争関係。医療機関相互の連携・協働の契機が内在していない。
- ・ 他方で患者の「選択の自由」が大きいフリーアクセスの医療保険制度の下で、患者の流れ(適時適切な医療需要の振り分け)は制度的にコントロールできていない。
- ・ 結果、全体としてみれば、地域(医療圏)全体での最適資源分配の視点がなく、機能未分化・非効率で「資源の薄まき」状態の余力のない医療提供体制が形成。
供給(提供側)もコントロールできず需要(患者)も制御できないまま、今回のCOVID-19禍のように局所的に負荷がかかればいとも簡単に崩れる、という脆弱さを露呈。

28

- このような日本の医療提供体制は、フリーアクセスの下で増大する国民の医療ニーズをカバーする仕組みとして歴史的に形成されてきたもの。

ある意味国民が選択した結果。

- しかし2040年の医療・介護を展望すれば、限られた人的・物的資源で必要な医療需要をカバーしていくための提供体制の効率化・最適化は不可避。



- 疾病構造の変化(患者像・医療需要の変化)に合わせた病院の機能分化と連携、思い切った医療資源の再分配(選択と集中)、そしてかかりつけ医機能をはじめとする在宅医療・地域医療の強化・地域完結型医療への転換を進めておかなければ、近い将来、再び医療崩壊の危機を招く。

29

(2) 医療提供体制改革の視点

① 在宅医療・地域医療の強化

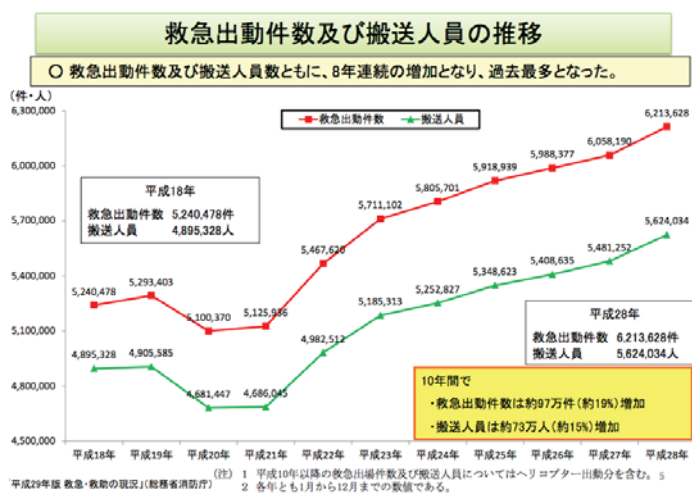
- 全世代型社会保障構築会議の中間取りまとめでも指摘されているように、今回のCOVID-19禍では、在宅医療・地域医療の弱さが病院への大きな負荷になって医療崩壊の危機を招いた。

在宅医療・地域医療が機能しなければ病院や救急の負担は大きくなる。

- 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。
- 新しい地域医療構想においては、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。

30

在宅医療の強化は様々な医療の課題を解決する(救急医療の例)



初期救急の往診体制が整えられれば
救急出動件数は相当数抑制できる

搬送患者の年齢別内訳



搬送患者の重症度別内訳



資料:総務省消防庁 救急・救助の現況

高齢者による搬送内訳

※「自宅・外出先など」からの搬送が対象



資料:東京都福祉保健局 地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に関する検討委員会(H29)

② 超高齢社会における医療のあり方の変化

・「治す医療」から「治し支える医療」へ

生活の質(Quality Of Life)を重視した医療、「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」

- ・ 人々は可能であれば最後まで住み慣れた地域・自宅で過ごすことを望む。
可能な限り住み慣れた地域で完結できる医療提供体制の構築が重要。

・ とすれば、超高齢社会の病院病床に求められる機能は

① 「治す」に特化した高次機能を担う病院

② 地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病院

という、二つの方向に分かれていくと考えられる。

- ・さらなる高齢化の進行、人口減少による過疎化の進行などの社会経済環境の変化を考えれば、在宅医療の重要性はますます高まる。

より患者・利用者の日常生活に近い場所で必要な医療が受けられることが求められる。

- ・他方で、診断治療技術の進歩、医療Dxの進展は、さまざまな治療を在宅で行うことを可能にし、時間と場所を超えて医療を提供することを可能にした。
- ・オンライン診療などの非対面診療は入院・外来・往診と並ぶ「第四の診療形態」として位置付け、その普及定着を進めていくべき。諸外国はすでにその方向に大きく舵を切っている。

33

③ 必要な医療サービスの保障・切れ目のない医療サービス

～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークとそれを担うマネジメント機能～

- ・医療や介護のサービスは、患者・利用者の状態像の変化に対応して必要なサービスが切れ目なく提供されなければならない。
- ・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。
- ・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ジャーが存在。ケアマネ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だが、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。

34

- ・ 現在でも、65歳以上の高齢患者の多くが同一月内に複数の医療機関を受診。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。

患者・家族の立場に立って最適の医療が提供されるよう必要な調整を行う機能は、地域医療体制に不可欠の機能。

さらに言えば、患者は医療以外の多様なニーズ(介護・生活支援・フレイル・栄養管理等々)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。

包括的で継続的な切れ目ないサービスは医療を超えて保障されなければならない。

- ・ 地域包括ケアネットワークはまさにそのために構想されているもの。個々の制度を越え、財源も専門性も規制も異なる様々なサービスや専門職の働きを横串で繋いでいく「メタ制度 —Integrated care network」として機能するもの。

- ・ 医療は地域包括ケアネットワークの重要な構成要素。
医療提供体制改革は、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。

35

④ 資源の効率利用 働き方改革

- ・ 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。
- ・ 医師1人当たりの入院担当患者数は、アメリカの1.1人に対して日本は5.5人。年間の医師1人当たりの外来延べ患者数は、アメリカの約1500人に対して日本は約5300人。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。

36

⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除

- 医療提供体制改革は、限られた医療資源によって必要な医療需要をカバーするという意味において、サービス提供の効率化を通じてアウトカムの最大化を実現することに繋がる。
- とするならば、医療費の最適化、費用対効果の最大化は提供体制改革によって実現される。
- すなわち、**提供体制改革こそが医療費適正化の最も正しい道筋である。**

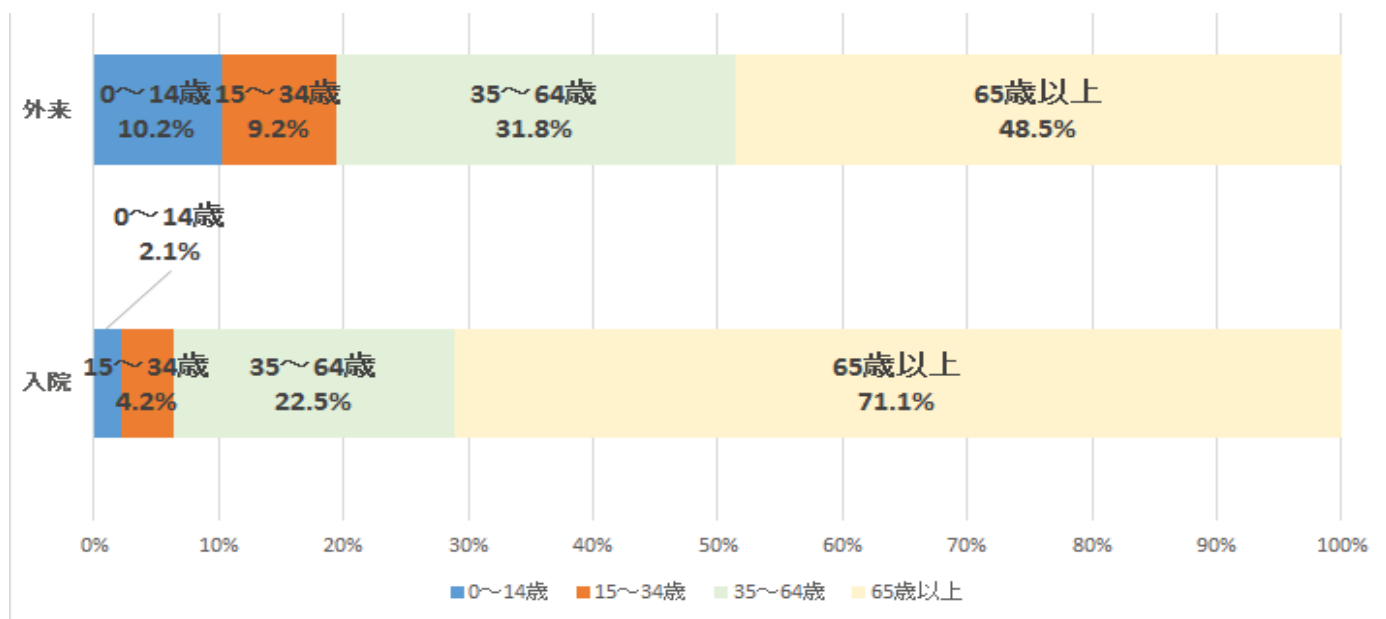
37

(改めて)高齢社会における医療に求められるもの

- **医療の目的の変化:「治す医療」から「治し支える医療」へ**
→生活の質(Quality Of Life)を重視した医療へ
「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」
- **病院に求められる機能役割の変化 ～病院機能の2つのベクトル～**
一方では、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能
他方では、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能
- **「治し、支える」は医療だけでは実現できない。**
地域医療の形も変わる「地域完結・在宅支援型」
外来中心から往診・オンライン中心へ 地域支援病院との協働が不可欠
医療・看護・介護・生活支援、包括的ケアが必要
医師・看護師・OT・PT・薬剤師・介護職など多様な専門職種の連携・協働が重要
→だから地域包括ケアネットワーク
多職種連携を支える情報基盤は不可欠
→ 医療IT・IoT・Dxは、在宅医療・地域包括ケアを支える不可欠のtool

38

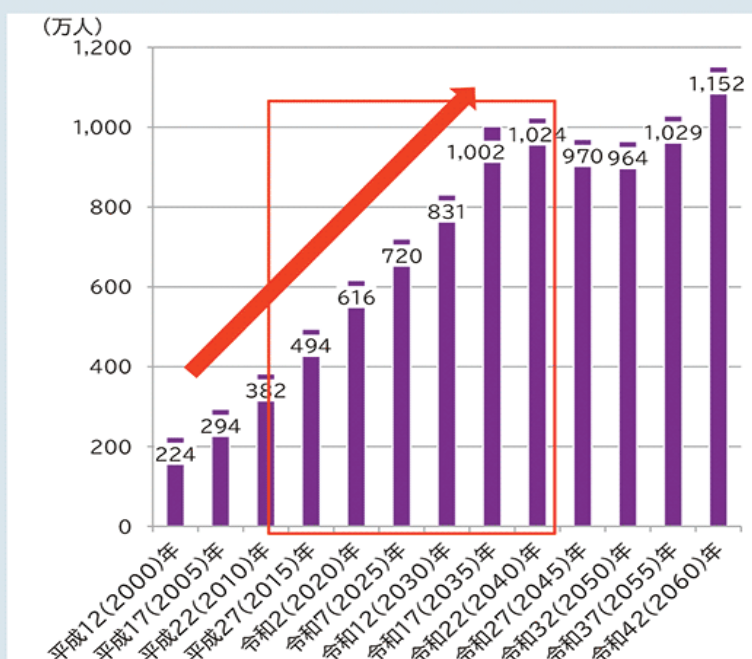
外来患者・入院患者の年齢構成比



厚生労働省「患者調査」(2019)

39

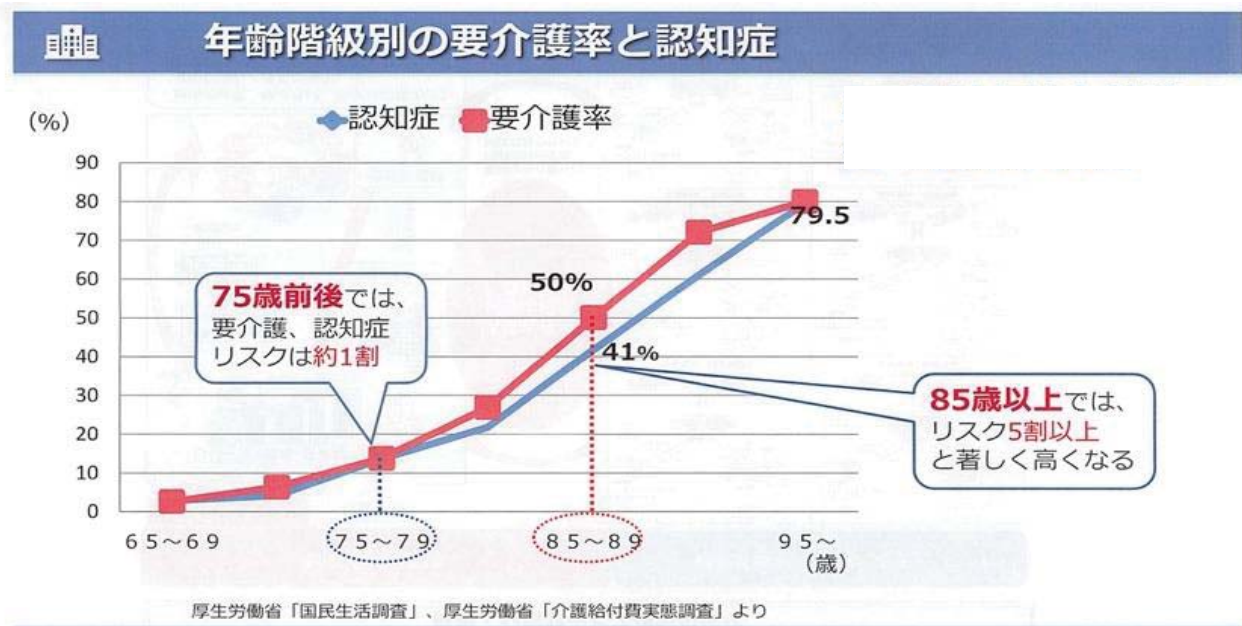
2035年：85歳以上の高齢者が1000万人



資料：2025（令和7）年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2018年推計）」の出生中位・死亡中位結果、2020（令和2）年以前は、総務省統計局「国勢調査」より厚生労働省老健局総務課において作成。

40

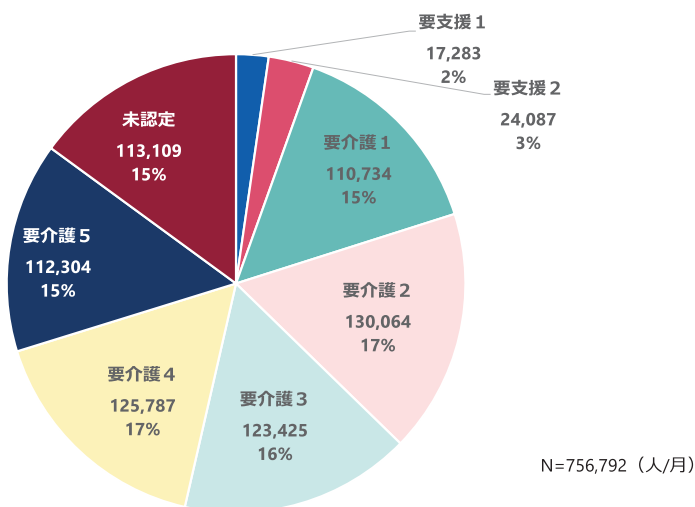
85歳を超えると5割は要介護・4割は認知症



41

訪問診療を受けている患者の85%は要介護・要支援者

○ 在宅患者訪問診療料を算定している患者のうち、要介護1・2の患者が約30%、要介護3以上の患者は約50%であった。



【出典】KDBデータベース (KDB) (2019年度診療分)
 ※算定項目：在宅患者訪問診療料 (I) 又は (II)
 ※月当たりの平均患者数、京都府除く

42

訪問診療が増える → サービスの中心はアウトリーチ型へ

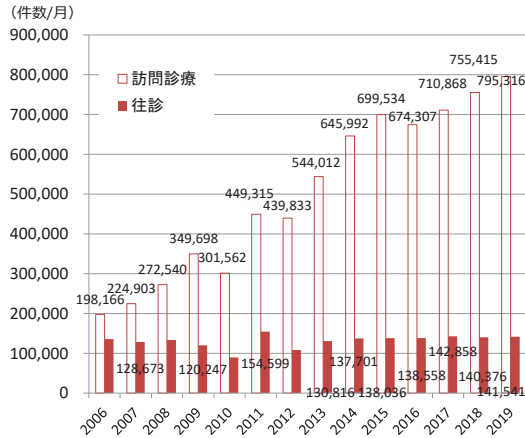
在宅患者訪問診療料等の件数の推移

第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
令和3年10月13日
参考資料
改

- 訪問診療料の件数は、大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者。

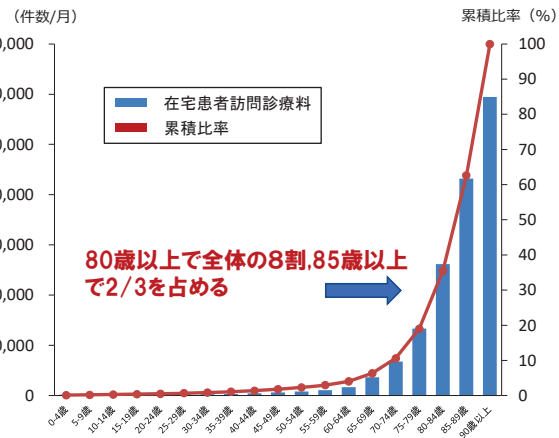
訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移



出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

在宅患者訪問診療料における年齢階級別分布



出典：2019年社会医療診療行為別統計（6月審査分）第3表をもとに作成

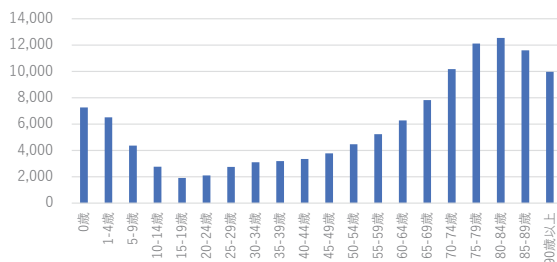
43

医療需要の変化② 外来患者数は既にほとんどの医療圏でピークアウト

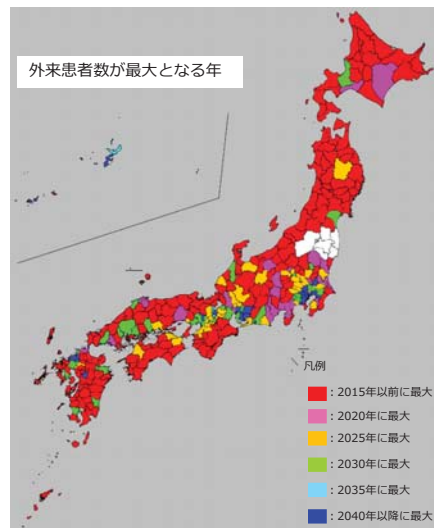
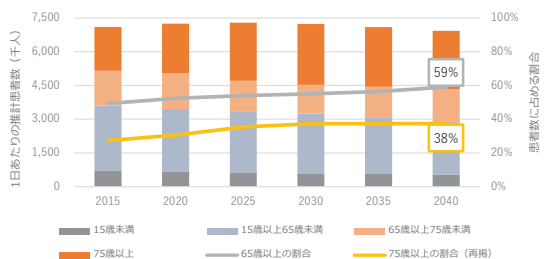
- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



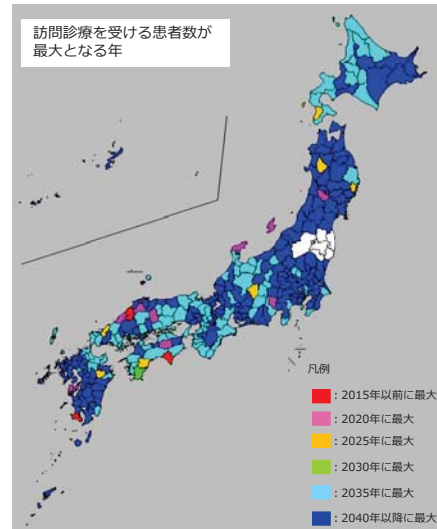
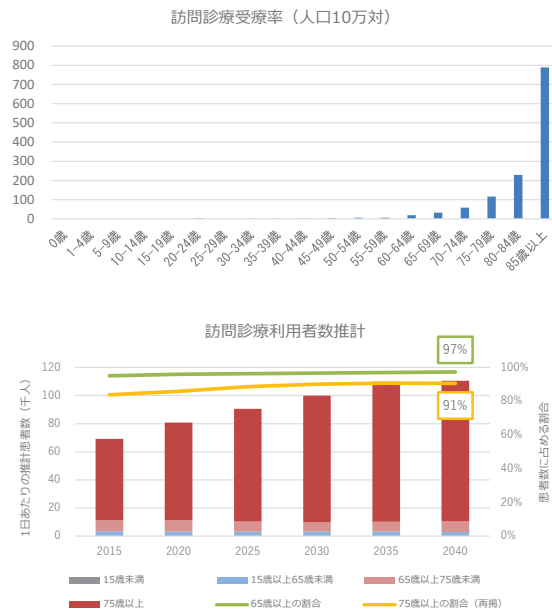
出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。
※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

44

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

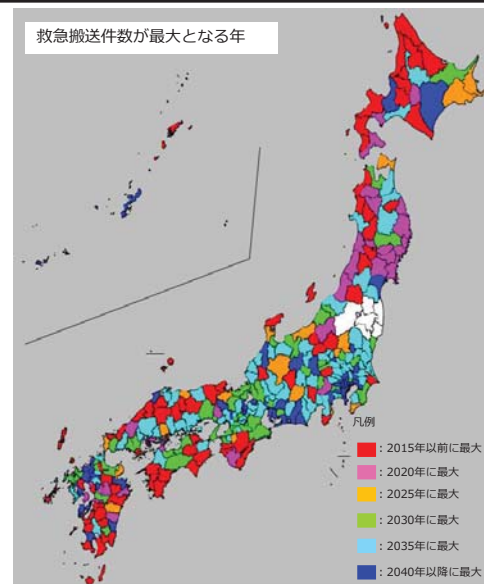
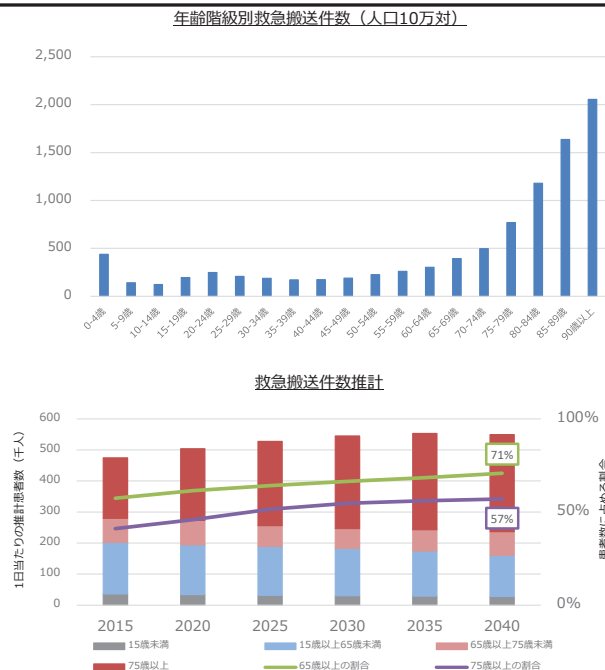


出典：患者調査（平成29年）「推計患者数・性・年齢階級×施設の種類・入院・外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※ 病院、一般診療所を対象に集計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

45

医療需要の変化④ 救急搬送も増大。その主力は後期高齢者、特に85歳以上高齢者

- 全国での救急搬送件数は2035年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約7割となるが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。



資料出所：「消防庁救急搬送人員データ」（2019年）を用いて、救急搬送（2019年分）の件数を集計したもの、
2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、
地域別将来推計人口に適用して作成。
※ 性別が不詳のレセプトについては集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

46

高齢者の急性期入院に関する議論

(2024年9月6日 新たな地域医療構想等に関する検討会資料より)

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞, 乳房上外側 4 分の 1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア, 閉塞及びえく瘻＞瘻を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病種におけるICD-10傷病名

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

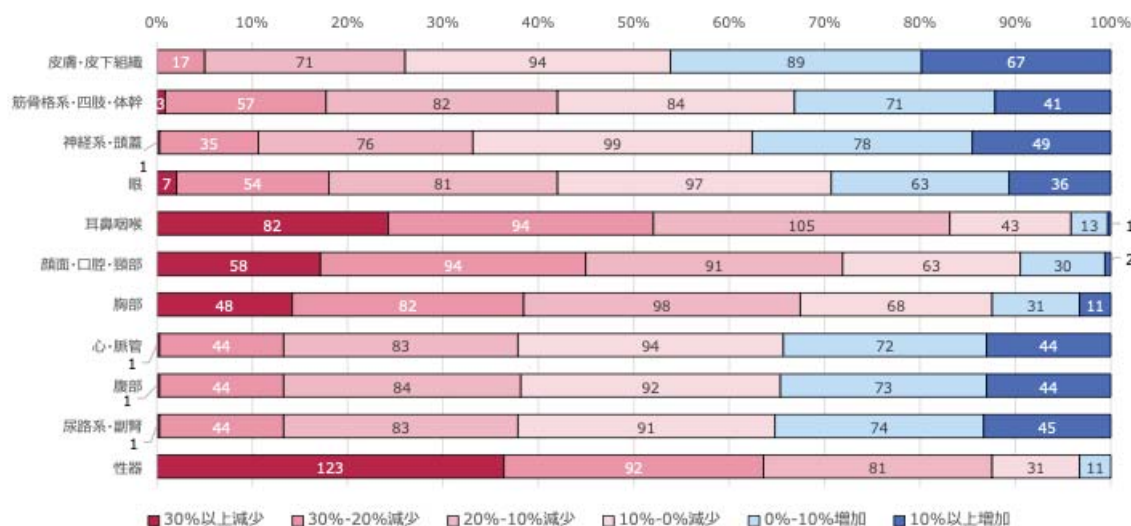
第7回新たな地域医療構想等に関する検討会

資料1

令和6年8月26日

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢別別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢別別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢別別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

49

∴地域医療構想で考えるべきは、病床機能分化・連携(だけ)ではない

①「治す医療」～急性期(高度急性期)の機能強化

急性期病院の集約化(病床削減+資源の集中投入)
→高度急性期・重症急性期の入院医療への特化

②「治し、支える医療」～地域医療・在宅医療の強化

かかりつけ医機能の実装、地域密着型多機能病院の役割の明確化

→ ex) コミュニティホスピタル 在支診/在支病 総合診療医 面で支える地域医療

③ 地域包括ケアネットワークとの協働・連携

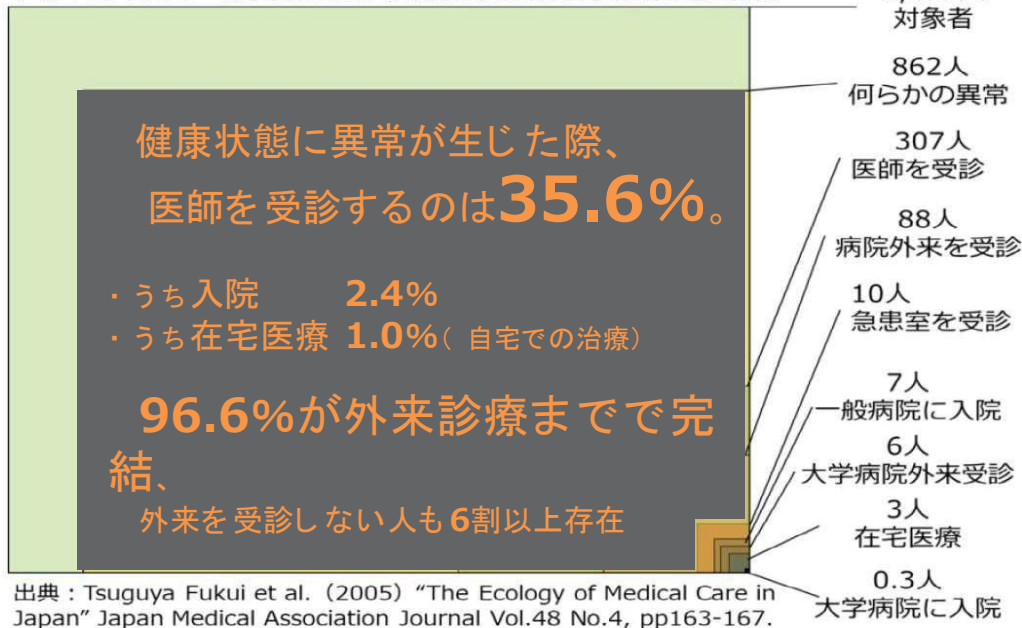
在宅医療(地域医療構想)・地域包括ケアネットワーク・かかりつけ医機能は「三位一体」

☆人的・物的資源の再配置という意味での提供体制改革を実現していかないと、医療費の「最適化」も実現できない。

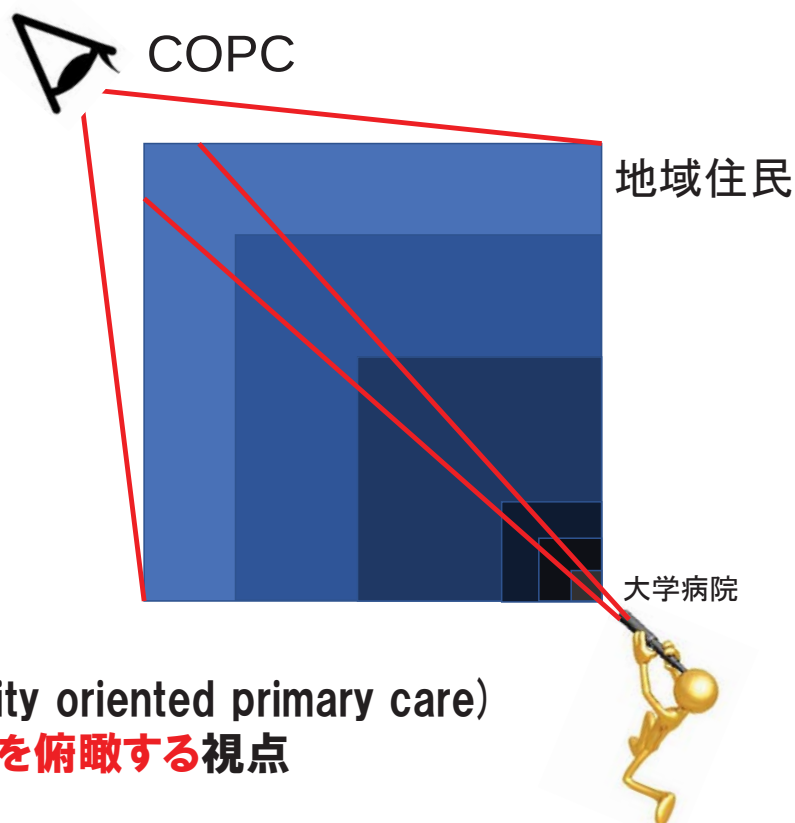
50

国民の医療ニーズはどこにある？

図1：日本人の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動



51



52

水平的連携で地域包括ケアを支える

【これまで】
「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へ、急性期病院→回復期→慢性期・在宅（地域包括ケア）の垂直連携（タテ連携）を推進

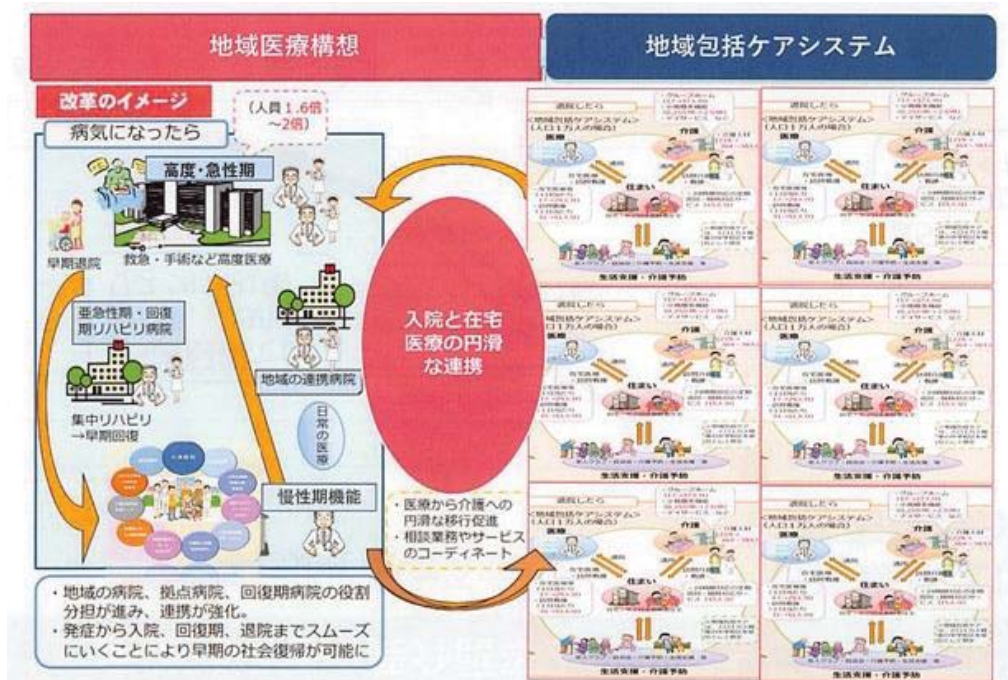
【これから】
在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医、地域密着型多機能病院・有床診療所、介護などとの水平的連携（ヨコ連携）を推進

The diagram illustrates a shift in the model of regional integrated care. On the left, a vertical flow (タテ連携) shows the progression from 'Acute Period' (急性期) at the top, through 'Recovery Period' (回復期) and 'Chronic/Residential' (慢性期・在宅) stages, involving various medical and care facilities. A large blue arrow points from this vertical model to a new horizontal model on the right. The right side shows 'Horizontal Collaboration' (ヨコ連携) where different types of facilities—'Acute Period' (急性期), 'Recovery Period' (回復期), 'Chronic/Residential' (慢性期・在宅), 'Primary Care' (かかりつけ医), 'Community-based Multi-functional Hospitals/Clinics' (地域密着型多機能病院・有床診療所), and 'Nursing' (介護)—are interconnected in a network. This new model emphasizes 'Strengthened and Consolidated Acute Period Hospitals' (強化・集約化した急性期病院) and 'Community-based Multi-functional Hospitals/Clinics' (地域密着型多機能病院・有床診療所) as central nodes for providing integrated care.

高度急性期～急性期の医療を担う大病院
から地域のかかりつけ医までの
「医療のみの垂直連携」

日常生活圏域ごとにかかりつけ医、地域密着型多機能病院、訪問看護、ケアマネジャー、介護、地域包括支援センターなどが水平に連携する「多職種協働・地域包括ケアネットワーク」

「地域包括ケアは制度を超えるネットワーク」
Community-based integrated care network



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。

55

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

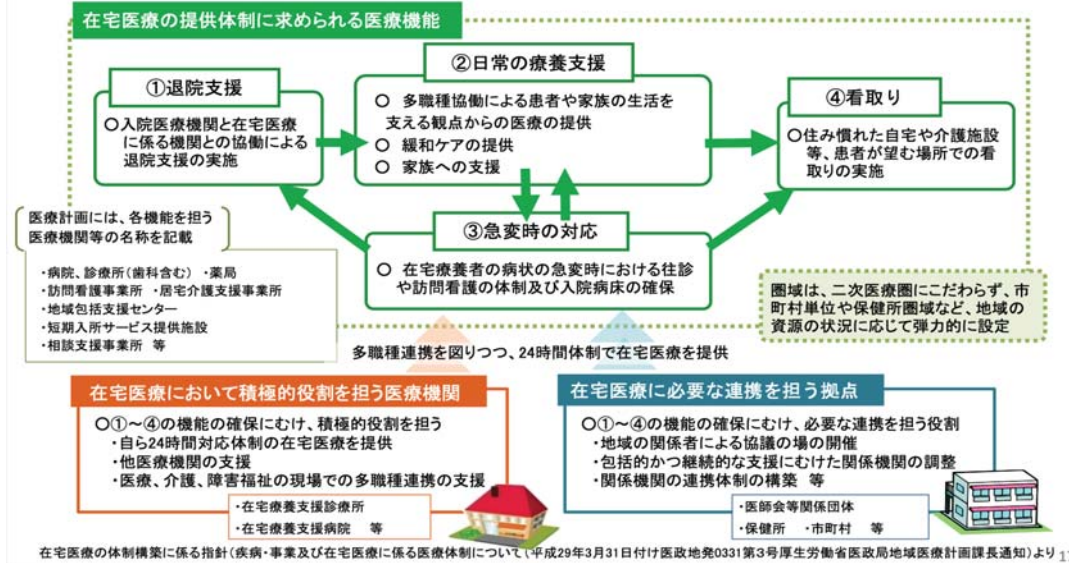
など、それぞれの地域で在宅医療を支える医療資源をシステムとして組み上げていく取り組みが必要。

56

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～



厚生省資料によれば、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？

57

入院医療・在宅医療・医療技術革新

入院医療と在宅医療の境界点（＝在宅から見れば「在宅医療の限界点」）とは？

そもそも、医療は連続的なもの。在宅医療と入院医療の間に断絶はないはず。

診断治療技術の進歩、在宅の医療資源の充実、ICTのような新しいテクノロジーの開発が進めば、在宅医療の限界点（守備範囲）は広がっていく（上げられる）はず。

実際、COVID-19を乗り越える過程で、さまざまな先端的診断治療機器が在宅現場に導入・実装され、在宅医療の可能性は大きく広がった。

これからの課題は、いかに在宅医療の限界点を高めるか、在宅支援の視点で（医療を含む）地域資源を組み立てるかになる。

→医療IT・IoT・Dxは、これからの在宅医療・地域包括ケアネットワークを支える不可欠のアイテムとなる。

58

さらに言えば、

革新的診断治療技術・情報集積／分析技術の進展は、医療の質を劇的に上げるだけでなく、医療(診療)の形そのものを変えるメガインパクトを持つ

例:ウェアラブルデバイスによるリアルタイムの生体情報取得 **時間と空間を超えた診療の実現**

→医療機関以外の場合(=医師が関与しない)で生体情報取得・集積・分析が可能になる

→医療機関以外の場合での診断治療(遠隔医療・在宅医療)を飛躍的に可能にする

例:ゲノム診断技術の進展

→個人レベルで疾病のリスク予測・予防/治療を可能にする **テーラーメイド医療・個別化医療**

→「**診断**」・「**予防**」・「**治療**」が一体化する **「診療」概念の革命的变化**

例:データヘルス、PHRは「専門職としての医療職の役割」を大きく変える

IoT→医療従事者の負担軽減、医療現場の効率化、プロセス標準化

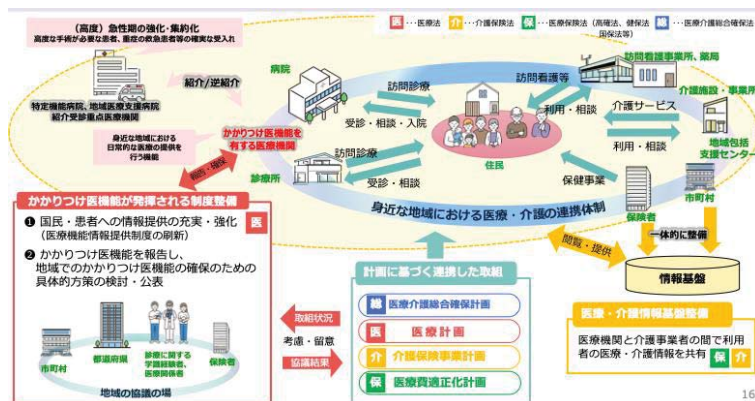
AI診断の進展 「医師の診断を支援する」→「医師にかわって診断する」

→AIでできることはAIに任せて、医師は「人でないとできない判断」に専念する

59

新地域医療構想とかかりつけ医機能

60



新しい地域医療構想の中核となる かかりつけ医機能

3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）



かかりつけ医・かかりつけ医機能を議論する枠組み

①-1 かかりつけ医となる個々の医師の資質・能力の向上（≒1号機能）

→かかりつけ医は患者が選ぶもの。患者に選ばれる医師を養成することが大事

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（≒2号機能）

→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）

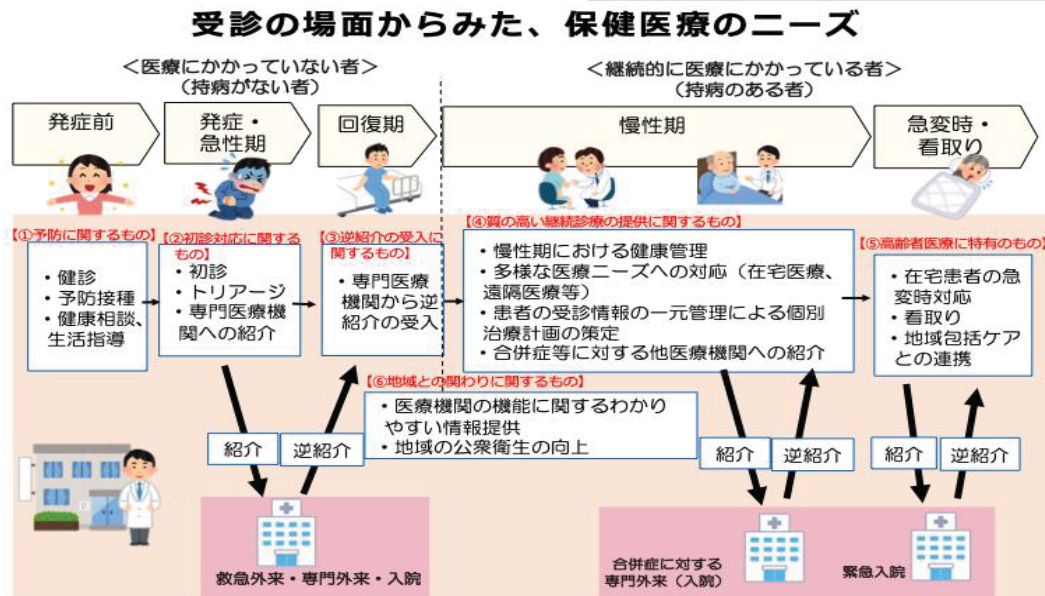
② ①を支える連携・協働システムの基盤整備

（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

（再掲） かかりつけ医と保険者機能 「包括的・継続的健康保障」

第8次医療計画等に関する検討会（令和4年9月9日）資料1（抜粋）



保険者（健保組合）の機能役割は「適用・賦課・徴収・支払」だけではない。組合員・被保険者の健康保障こそが本来機能。

63

時間があれば、、、

GP・プライマリケア イギリス（イングランド）のGP

64

イギリスの医療制度訪問調査の中で気がついたこと

<相違点>

- 1 医療提供体制の構造的相違
：大規模病院と診療所の並立（分立）（「中小病院」の不在）
- 2 英国GPと我が国診療所の機能・守備範囲の決定的相違
：primary careの意味するものの違い

<共通点>

- 3 疾病構造の変化・高齢化の進行によって直面する課題の共通性
：提供体制の構造が違うので対処方法は違うが、根底にある問題状況は共通
→ex) GPのグループ化、GPwithSI、社会的処方、virtual ward
- 4 「高齢化先進国日本」における改革への関心
：地域包括ケアネットワーク・地域共生社会/community care
：介護保険

65

UK GENERAL PRACTICE

- ・地域社会における最初の医療との接点
- ・未分化の病気
- ・急性および慢性疾患
- ・ホリスティック(身体的、心理的、社会的)ケア
- ・予防、発見、治療



General Practice Service (GPサービスとは、)

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

コア・サービス

- 必須サービスー診療圏内の全登録患者及び非定住居住者に対する義務として実施
- 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)ーGPは自ら提供するか、他のプロバイダーに委任

- クオリティ&アウトカムフレームワークー診療所が任意で参加できるプログラム。GPの収入の10%以上を占めるため、2018/19年には95%以上が参加した。

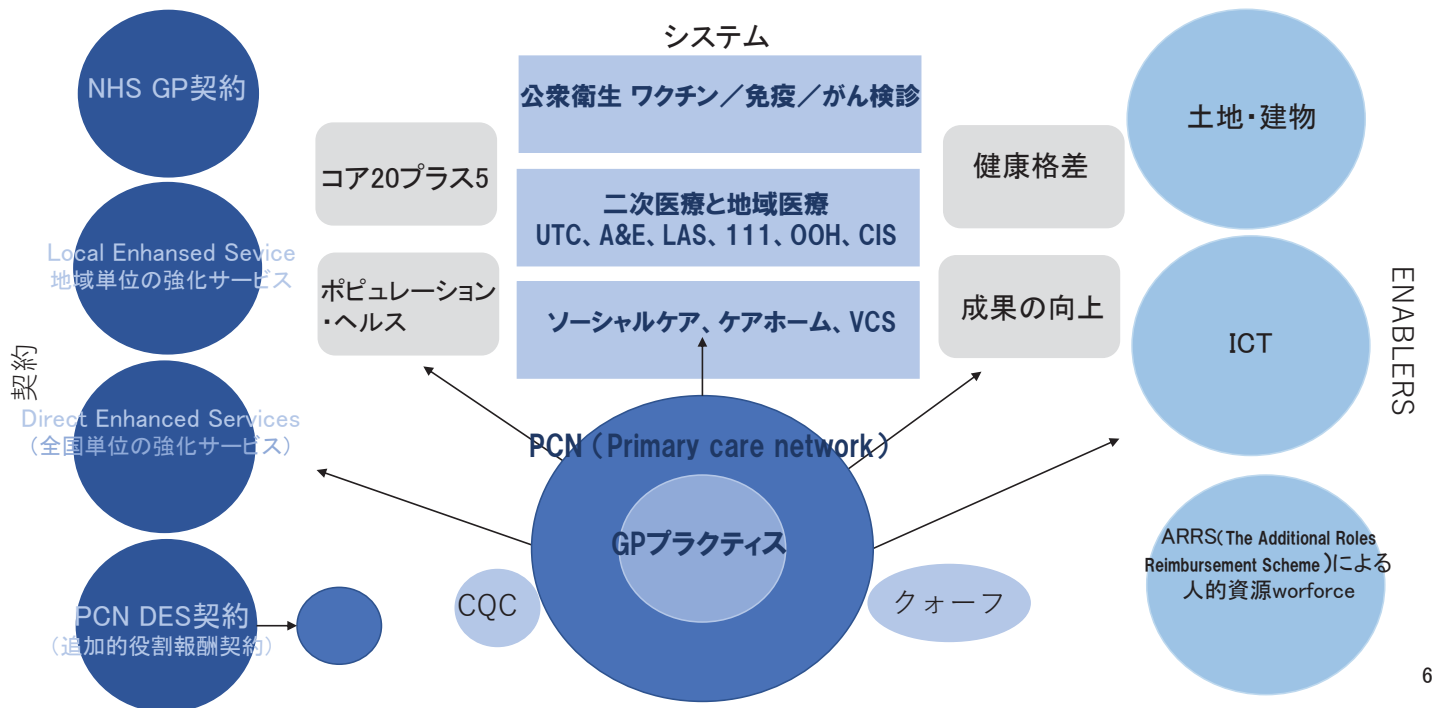
67

GP機能

- Primary (undifferentiated) healthcare including Preventative Care
- Moves care out of hospitals
- Gatekeeping referrals
- Out of Hours /Weekend services
- Health Services Management
- GP Speciality Training
- Overseas the multidisciplinary team
- 予防医療を含む一次医療(未分化医療)*
- 病院からケアを移す(→退院患者の引受け)
- ゲートキーピング(→GPを経由した入院・専門外来)
- 時間外／週末サービス
- 医療サービス管理
- GP専門トレーニング
- 海外の学際・多職種チームとの連携

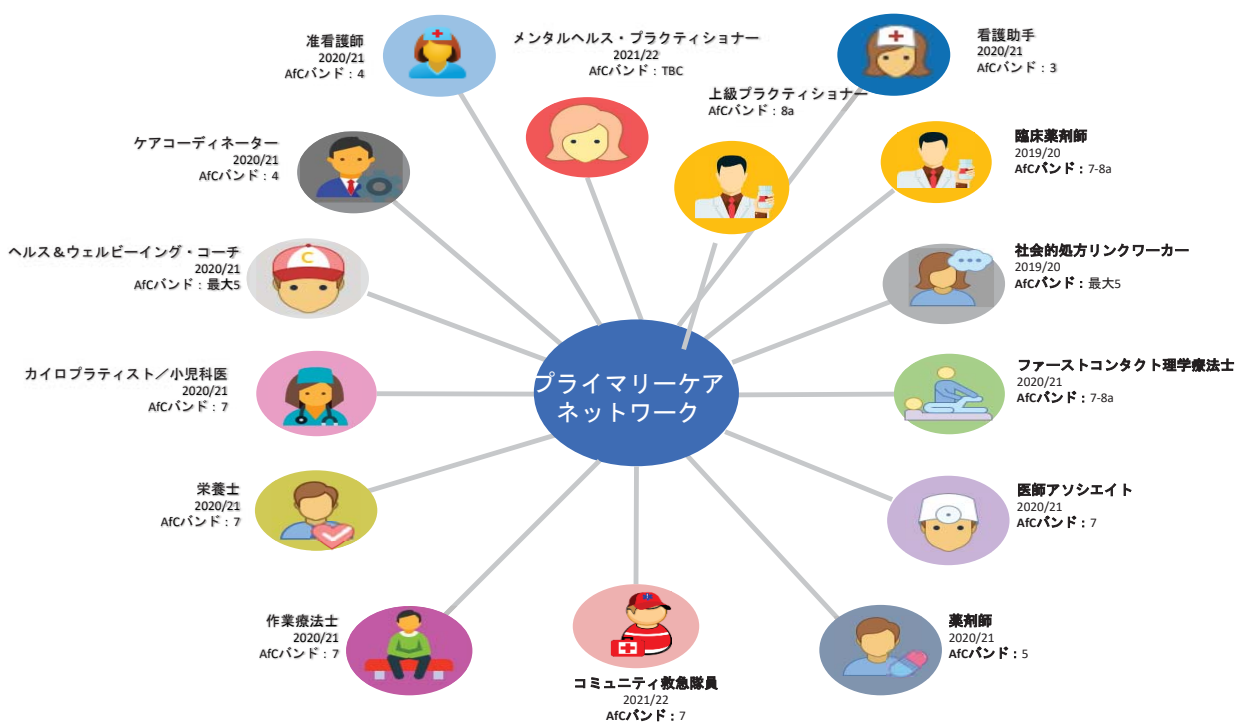
*総合的な健康の促進や維持に焦点を当て、同時に病気や健康問題の未然の防止にも力を入れる包括的な医療アプローチ

プライマリ・ケアの概要



69

最近はこの絵での説明も、、、



70



イギリスのGPクリニック



イギリスのGPクリニック（看板）



イギリスのG Pクリニック（待合室）



73



イギリスのG Pクリニック（外部）



イギリスのG Pクリニック（掲示）

74

英国の医療提供体制（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。

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（専門外来は行うが）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（＝連続性がある）国との対比では、むしろ病院と診療所の間に「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。

75

かかりつけ医・かかりつけ医機能のコンテキストで見ると

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との兼業（GPSI—GP with Special Interest）も増大している。

GP診療所もさらに地域で組織化され（Primary Care Network）、多くの職種がGP診療所に雇用されタスクシフトが進んでいる。医師はチームリーダーとして、患者のケアのエキスパートとなる。

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。

76

今後のGPの課題

- COVIDバックログ
- 人口の高齢化
- 慢性疾患の増加
- 24時間365日アクセスへの需要の高まり
- 労働人口の推移(パートタイム)
- ケアの継続性の維持
- 医療の質のばらつき
- 財政的圧力



→バックログ問題などイギリス固有の課題もあるが、直面する課題は基本的
人口減少・超高齢化・経済制約など、日本は「課題先進国」であり、同時に「改革先進国」



Future Institute Wolong
一般社団法人未来研究所 臥龍

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