

第3回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
地域を面で支えるために診療所ができること

医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック
日本プライマリ・ケア連合学会
大橋 博樹

概要

日本プライマリ・ケア連合学会は、日本プライマリ・ケア学会、NPO法人日本家庭医療学会および、日本総合診療医学会の三学会が、国民や医療界に「総合医・家庭医の役割」の重要性を認識してもらうことを目的に、**2010年4月1日**に合併して誕生

目的

この法人は、**人々が健康な生活を営むことができるように、地域住民とのつながりを大切にした、継続的で包括的な保健・医療・福祉の実践及び学術活動を行うこと**を目的とする。

設立から現在まで

- 2010年4月、初代理事長に前沢政次が就任
- 2011年3月、日本医学会に加盟
- 2011年12月、社団法人日本専門医制評価・認定機構（現一般社団法人日本専門医機構）に加盟
- 2012年6月、第2代理事長として丸山泉が就任
- 2019年4月、第3代理事長として草場鉄周が就任

構成

理事長 草場 鉄周（医療法人北海道家庭医療学センター）

会員総数 11,980名（医師10,317名、歯科医師36名、薬剤師772名、看護師500名、他職種293名、学生27名、賛助15団体）

名誉理事長1名、顧問1名、理事長1名、副理事長4名、理事34名、監事2名、代議員869名（※2023年11月末日現在）

主な活動

- **プライマリ・ケア診療の普及と質向上支援**
 - 健康の社会的な格差、診療の質向上、多疾患併存、ポリファーマシー、在宅医療などについての委員会活動
 - プライマリ・ケアの立場から全国の医療者の活動に寄与するような様々な発信、災害支援活動
- **臨床研究や国際活動を中核とした学術的な発信**
 - 英文及び和文の学術誌の発行、研究人材の育成、多面的に学術的な活動を促進する体制を構築
 - プライマリ・ケア領域での最大唯一の国際学会であるWONCA（世界家庭医機構）の日本代表団体として、英国・韓国への交換留学支援、ネパール等諸外国の学術団体と積極的な交流を展開
- **プライマリ・ケア領域の専門職の養成とキャリア支援**
 - プライマリ・ケア認定医制度、総合医育成プログラム、家庭医療専門医制度、プライマリ・ケア認定薬剤師制度、プライマリ・ケア認定看護師制度を運営
 - 2019年、家庭医療専門医制度がWONCAより国際認証を取得

- 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・家族の立場に立って最適の医療＋介護が提供されるよう必要な調整を行うハブ機能はかかりつけ医・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：診診・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・利用者の立場に立って最適な医療サービス利用を継続的に支援する専門職（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

①国民・患者に情報提供することにより、**国民・患者がより適切な医療機関を選択**することができる。

②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**して、地域医療の質の向上を図る。

<地域で不足する機能の例>

- 在宅医療（特に休日夜間対応）
- 時間外診療
- 入退院支援
- 後方支援病床の確保
- 感染症まん延時の外来対応・・・

一つの医療機関で全てを対応するのは困難
「地域を面で支える」視点が重要

地域を面で支えることを考える

在宅医療を例に・・・

- ①外来を主体として、担当の患者を診療（訪問診療は未対応）
- ②外来主体で、通院できなくなった患者に対しては、昼休み等を使い訪問診療（休日夜間は未対応）
- ③外来に加え、訪問診療や夜間の往診体制も整え、自宅看取り対応も行う（在支診・在支病に該当）

かかりつけ医機能を備える医療機関の類型

かかりつけ医機能の例

	時間外診療	在宅医療	病診(診診)連携	入退院支援	介護等との連携
①	未対応	未対応	未対応	未対応	未対応
②	休日・夜間診療の 当番に参加	日中のみ実施 休日・夜間対応なし	紹介状作成	紹介状作成	主治医意見書作成
③	電話対応 (留守電 →折返し対応)	24時間体制での 対応	在宅医療移行患者 の受入	退院前カンファ レンスに参加	介護認定審査会 に参加
④	電話対応 (随時対応)	複雑困難例も対応	他院の在宅医療の 実施のサポート	退院困難例の 入院早期からの 退院受入相談対応	サービス担当者 会議・地域ケア 会議に出席

◆ これらに対応できる医療機関は一人の常勤医では現実的に困難

➡ ①・②の医療機関同士が連携しても、解決できない

➡ ③・④へも対応できる、かかりつけ医機能を支える医療機関が必要なのではないか？

かかりつけ医機能支援病院（全日本病院協会）

かかりつけ医機能において、

- －休日・夜間の対応、急変時の入院対応といった2次救急機能
- －在宅医療の提供とその支援機能
- －介護施設との連携

→地域に密着し、地域医療を担う病院＝かかりつけ医機能支援病院
民間中小病院の役割が重要となる

（2022年12月22日 かかりつけ医機能に関する全日本病院協会の考え方より）

・地域密着型の中小病院は人口2万～4万人あたり一ヶ所程度の分布で、集約下ではなく、むしろ分散化されることが求められる。

（2023年3月1日 全日病ニュース特別インタビュー「地域密着型の中小病院が在支病となって」より）

- ・上記のような病院はかかりつけ医機能を支える上で重要な位置付けとなり得る
- ・一方、都市部では、そのような機能を備えた病院を2～4万人あたり一ヶ所設置するのは困難

誰が（どの医療機関が）かかりつけ医機能を支えるか？

かかりつけ医機能支援診療所（仮称）

かかりつけ医機能支援診療所

- 複数医師が常勤
- 訪問診療を行い、24時間対応（在支診は必須）
- 困難な在宅医療（重症心不全・神経難病・腹膜透析等にも対応）
- 感染症まん延時の発熱外来や、自宅・施設往診も
- 地域連携・多職種連携も日常的に行なっている

※在宅医療専門クリニックも上記になり得るが、常に地域に密着し、顔の見える関係が構築できていることが必要

**かかりつけ医機能支援病院・診療所が機能することで、
地域でより積極的に(安心して)かかりつけ医機能を担う医療機関が増えることも期待**

在宅医療における1次・2次・3次（仮に定義）

- 1次在宅医療

かかりつけ医が昼休みの時間に訪問診療
24時間対応なし、夜間連絡も想定されない
例) 脊柱管狭窄症で通院困難な高血圧患者

- 2次在宅医療

基本的には訪問診療のみで管理しているが、年に数回は夜間の往診や電話連絡が想定される
例) 気管支喘息で在宅酸素導入中の患者

- 3次在宅医療

終末期や神経難病など、常に変化の可能性があり、24時間常に連絡や緊急往診が想定される
例) 悪性腫瘍で終末期の患者

→1次在宅医療は、医師一人の診療所で積極的に担い、2次・3次はかかりつけ医機能
支援病院・診療所が担うことで、機能分化できる（患者の奪い合いにはならない）

- ・ 総合診療専門医

総合診療専門医取得後のキャリアとして「地域（かかりつけ医機能）を支える」という視点は専攻医や若手医師にとっても魅力

- ・ 他の専門医からプライマリ・ケアへ

今までの専門領域と異なった分野の診療や、在宅医療、地域包括ケアシステム（多職種連携）について、さらに学びたいというニーズも

→ **全日本病院協会と日本プライマリ・ケア連合学会が協力して、総合医育成事業を展開**

・ 診療実践コース

● テーマの構成（全22回）

- 臨床推論
- EBM
- 病院T&A (triage&action)
- マイナーT&A (triage&action)
- 生活習慣指導（行動変容含む）
- 地域包括ケア
- リハビリテーション
- 循環器
- 呼吸器
- 消化器
- 代謝内分泌
- 腎・泌尿器
- 神経
- 血液・膠原病
- 感染症
- 小児科
- 整形外科
- 産婦人科
- 耳鼻科
- 皮膚科
- 精神科
- 認知症

・ ノンテクニカルコース

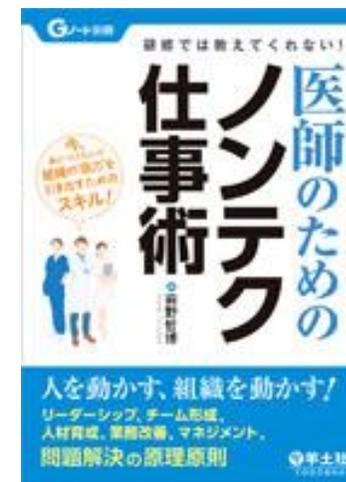
● テーマの構成（全10回）

- ① MBTI（性格タイプ別
コミュニケーション）（1）
- ② コンフリクトマネジメント
- ③ コーチング+人材育成
- ④ 教育技法
- ⑤ リーダーシップ・
チームビルディング
- ⑥ ミーティングファシリテーション
- ⑦ 問題解決（1）
- ⑧ 問題解決（2）
- ⑨ TEAMS-BI（仕事の教え方）
- ⑩ TEAMS-BP（業務の改善の仕方）
+ TEAMS-BR（人への接し方）



参考資料：

研修では教えてくれない！
医師のためのノンテク仕事術
（羊土社）





全日病総合医育成プログラム

①自院における 診療実践

指導医の支援、全日病による支援体制（メーリングリストなど）を受けながら自施設で診療・実践を行うことを原則とする。
診療以外の実践・活動：教育履歴、地域保健福祉活動、研究履歴なども評価対象とする。

②スクーリング

診療実践 コース

ノンテクニカル
スキルコース

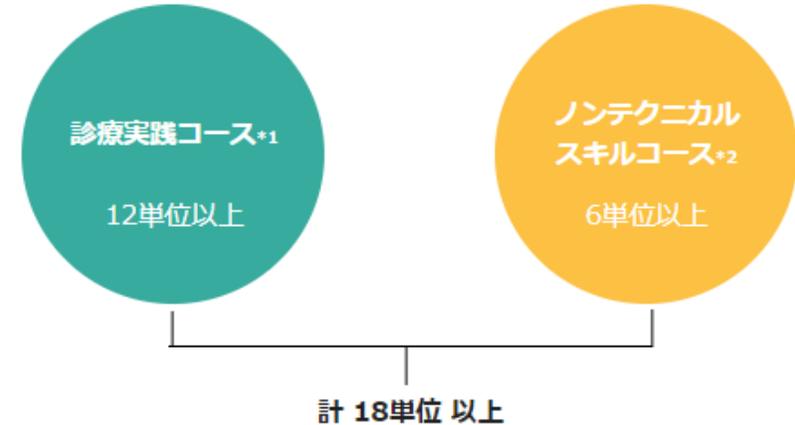
医療運営 コース

上記3コースから構成される。
研修者は、それぞれのコースにおいて所定の単位数を受講することを修了の条件とする。



認定要件

プログラム全体にお申し込みいただいたうえで、スクーリングを所定の回数以上履修



研修履歴

- ・本プログラムの修了者が、プライマリ・ケア連合学会の認定医試験を受験する場合、筆記試験が免除される（活動報告書、事例報告書の審査のみ）
- ・本プログラムの参加は、家庭医療専門医・プライマリ・ケア認定医更新の生涯教育単位として認められる
※単位数：1日（スクーリング1回）当たり、生涯教育単位として5単位を認定





多摩ファミリークリニックの事例

- 設立：2010年4月
- 所在地：神奈川県川崎市多摩区
- 診療科：内科、小児科、外科
- 周辺環境
 - 多摩区：人口216,213人
(高齢化率21.0% <全国28.9% >)
 - 病院が少ない、診療所が多い
 - 病院：2病院 (同区内)
急性期病院1病院、精神科単科病院1病院
 - 診療所：140か所 (同区内)
機能強化型在宅療養支援診療所：7か所



出所：Map-It マップイット | 地図素材サイト

運営方針

- ▶ 外来診療、在宅医療で地域の多世代の患者さんに対応
- ▶ 他院の受診状況や服薬状況も把握（地域包括診療料）
- ▶ 子育て中、仕事があって忙しい等で受診しにくい人へのアクセスの確保（オンライン診療）
- ▶ 24時間対応の在宅医療、多職種・多事業所連携

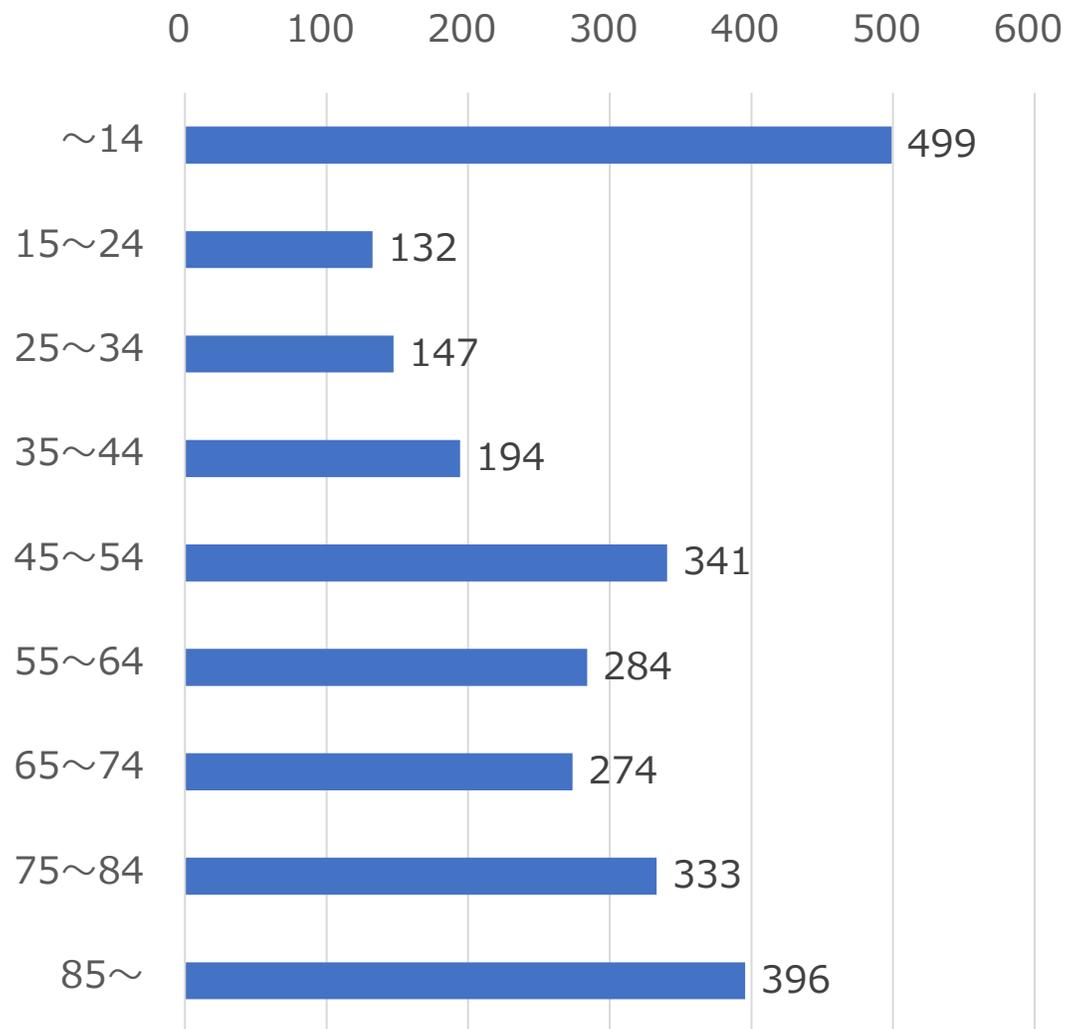
主な施設基準

情報通信機器を用いた診療	地域包括診療料 1
外来感染対策向上加算・連携強化加算	機能強化型在宅療養支援診療所
初診料の機能強化加算	在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

人員

常勤医師	6人	相談員	2人
非常勤医師	8人	診療アシスタント	1人
専攻医	2人	事務職員	17人
薬剤師	1人	ドライバー	4人
看護師	7人	非常勤職員（助産師、臨床検査技師）	4人

年代別患者数（2023年実績・月平均件数）



主な診療項目（2023年実績・月平均件数）

外来	初診患者	528
	再診患者	1,550
	発熱外来患者	605
	SARS-CoV-2（新型コロナウイルス抗原検査・PCR検査）	295
	上部消化管内視鏡検査	19
	情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）	4
健診・ワクチン	特定健診	315
	がん検診	66
	乳幼児健診	20
	予防接種（コロナワクチン除く）	569
	コロナワクチン接種	100
在宅	居宅療養中の患者	240
	施設入居中の患者	5
	往診	55
	自宅看取り	3

症例 1) 81歳、男性 (妻と二人暮らし)

高血圧症、2型糖尿病でO医院へ外来通院中、介護保険の利用なし

- 8月、妻からO医院へ相談の電話、「熱中症の疑い」と判断

当院へ電話連絡
往診の依頼

- 体温37.4℃、他のバイタルは安定
- 軽度の熱中症の診断で、末梢輸液を施行
- 連日往診、計3日間で2500mLの輸液を施行

- その後は、O医院へ外来通院を継続中

これまでは・・・

妻へO医院への外来受診を指示するが受診できず

救急要請を指示

急性期病院で入院加療

- 入院医療の回避
- かかりつけ医と患者の関係性の継続
- 地域の中でかかりつけ医同士の連携が進む

症例 2) 92歳、女性、夫と長男と3人暮らし

気管支喘息、脂質異常症でKクリニックへ外来通院中、介護保険は要支援2

「がん検診はやらない。がんが見つかったら治療せず、自宅で亡くなりたい。」

- 3月、夫から「トイレから出たところで転倒して動けない」とKクリニックへ連絡あり
- 本人は「入院したくない」「救急車は呼びたくない」、長男は出張で不在

当院へ電話連絡
往診の依頼

救急要請しても、骨折がなければ帰宅になる可能性あり

- 筋骨格系は問題ないが、下血のためショックバイタルの状態
- 本人へ説明し、精査のためS大学病院へ救急搬送

- 大腸癌の診断で入院、S大学病院の主治医とKクリニックの医師がACPなど情報共有
- 退院後、Kクリニックと情報共有し、当院で訪問診療開始

- ファーストタッチをすることで救急受診の必要性を判断
- かかりつけ医(Kクリニック)と患者の関係性の継続

かかりつけ医を支える「かかりつけ医機能支援診療所（仮称）」

- 複数医師が常勤
- 訪問診療を行い、24時間対応（在支診は必須）
- 困難な在宅医療（重症心不全・神経難病・腹膜透析等にも対応）
- 感染症まん延時の発熱外来や、自宅・施設往診も
- 地域連携・多職種連携も日常的に行なっている

- 短期的な急性期のケア
 - 入院にならないが連日の通院が必要な状況を在宅医療でカバーする = 救急搬送や入院医療の回避
 - 往診先で入院や救急搬送の必要性について判断する
- 長期的な慢性期のケア
 - 地域の中のかかりつけ医として、「主治医と患者との信頼関係」を理解している
 - かかりつけ医同士の横のつながりで患者の引き継ぎ、副主治医としての機能を担う
 - 時に、緩和ケアのような専門的なケアを地域の中の多職種と連携する

かかりつけ医が、安心してかかりつけ医として活動できるサポート

地域を面で支えることで、地域のケア力が高まる

症例3) 73歳、女性、長男夫婦、孫と5人暮らし

慢性腎不全、2型糖尿病、高血圧症で血液透析(HD)を実施中

→脳梗塞を発症し、透析のための通院が困難となる(要介護4)

- 腎代替療法の選択肢は、**透析医療の見合わせ、療養型病院への入院、腹膜透析への変更**
- 血液透析患者を受けられる療養型病院は多くないため、遠方の病院へ入院する可能性が高い
- 家族は自宅療養の継続を希望(入院・施設入所の希望なし)

S大学病院から当院へ
在宅医療の相談

これまでは、**透析医療の見合わせしか選択肢がなく、
自宅看取りになる**

- 血液透析から腹膜透析への移行は、医学的には可能な状態だが通院困難
- 地域の中で在宅医療で腹膜透析を受け入れている医療機関がない

- 腎臓専門医や透析専門医と連携しながら、**腹膜透析を在宅医療で管理する**
- 地域の訪問看護ステーション、訪問介護スタッフなどと連携して腹膜透析の勉強

- **地域の中で、腹膜透析という患者の選択肢が増える**
- **腹膜透析の患者を受け入れるという文化が地域・多職種の中に根付く**

かかりつけ医を支える「かかりつけ医機能支援診療所（仮称）」

- 複数医師が常勤
- 訪問診療を行い、24時間対応（在支診は必須）
- 困難な在宅医療（重症心不全・神経難病・腹膜透析等にも対応）
- 感染症まん延時の発熱外来や、自宅・施設往診も
- 地域連携・多職種連携も日常的に行なっている

- 困難な在宅医療のケア
 - 高齢者の透析患者は徐々に通院が困難になるが、**透析を中止するしか方法はないのか**
 - 在宅医療で対応できる腹膜透析（透析患者数の3%）の患者を受け入れる
- 地域の在宅医療のケア
 - 地域の中で**必要とされる医療**を在宅医療で受け入れることで**地域・多職種に根付く**
 - 腹膜透析を診療する医療機関が増え、腹膜透析を受ける患者数も増える
 - 末期腎不全患者の**療法選択の選択肢が増える**

地域の中で完結するために、最適の医療と介護を提供するハブとしての役割

- かかりつけ医機能を担う医療機関の整備やそれを支える連携・協働システムの基盤整備が重要な課題
- 地域を面で支えるためには、「時間外診療」「在宅医療」「病診(診診)連携」「入退院支援」「介護等との連携」等の場面において、かかりつけ医機能を支える医療機関が必要
- かかりつけ医機能支援病院・診療所の整備が鍵となり、これらが機能することで、地域でより積極的に、安心してかかりつけ医機能を担う医療機関が増えることも期待される
- かかりつけ医機能支援病院・診療所に求められる医師として、総合診療専門医の養成は必須であり、専門医取得後のキャリアとして「地域を支える人材」は魅力的なものになり得る
- 一方、他の専門領域からプライマリ・ケア領域へ転向したいというニーズについてももしっかり応える事が重要→総合医育成プログラムの活用も