

地域包括医療・ケアとPDCAサイクル



社会福祉法人

日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ理事
武藤正樹

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

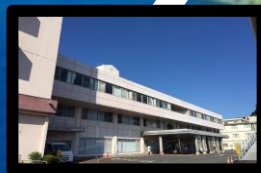
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次



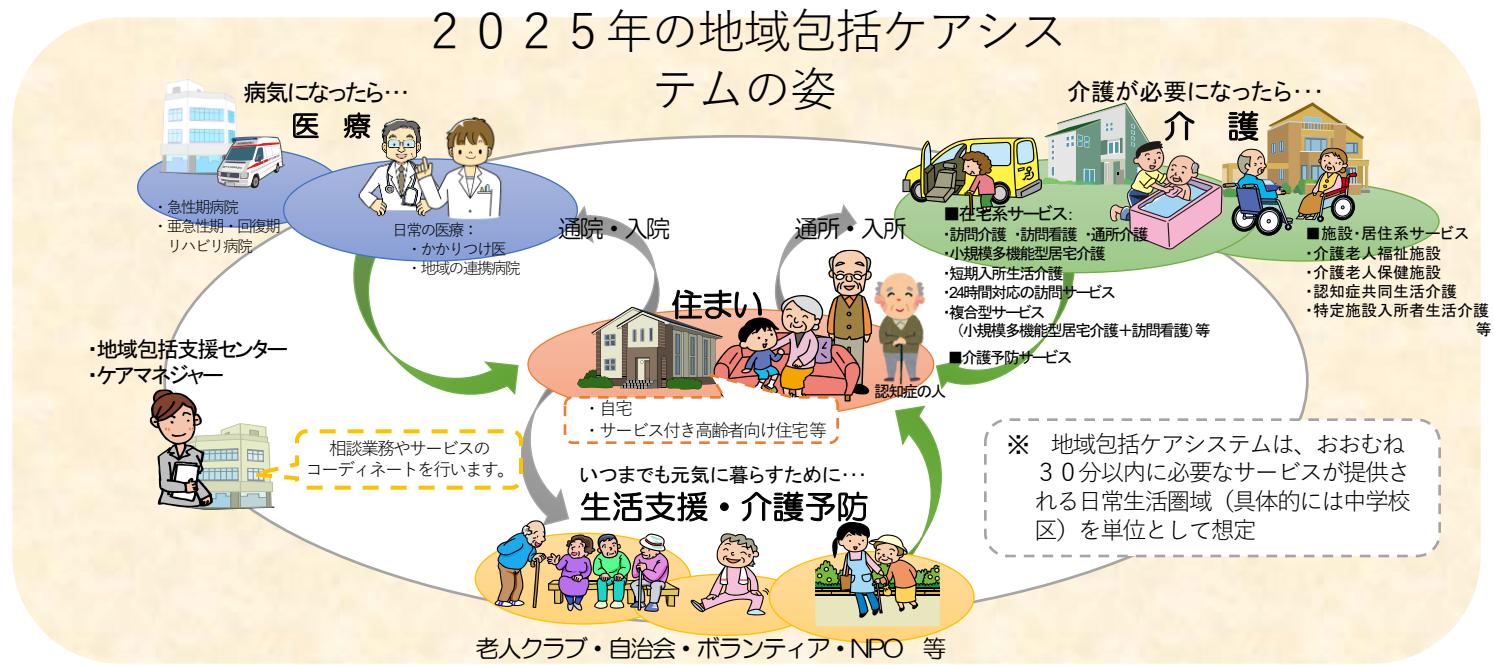
- パート 1
 - 地域包括ケアシステムとは何か？
- パート 2
 - 地域包括ケアシステムとPDCAサイクル
- パート 3
 - 地域包括ケアシステムとかかりつけ医機能
- パート 4
 - 地域包括ケアシステムと総合診療医

パート1 地域包括ケアシステムとは 何か？



平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



地域とは人口1万人、中学校区、駆け付け30分圏内

地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

Aging in Place

地域包括ケアシステムの歴史



地域包括ケアの原点は
広島県尾道市の寝たきり予防から
始まった

地域包括ケアの原点は広島県尾道市 山口昇先生



昭和40年代後半、高度医療の体制を作り
命を助けるほど、要たまりが増えていった

地域包括ケアは 公立みつき総合病院から始まった

- 公立みつき総合病院
 - 1970年代に広島県公立みつき総合病院を拠点とした尾道市御調町の「地域包括ケア」が起源
- 「地域包括ケア」の最初の提唱者、山口昇先生
 - 同病院の山口昇医師は、1970年当時、脳卒中や心筋梗塞でみつき総合病院に入院した高齢者が退院し、在宅に帰ってから間もなく「寝たきり」となって再入院するケースが多いことに気がついた。寝たきりゼロを目指す。
- 御調町の取り組み
 - 1975年から看護や医療を在宅に「出前」するサービスを開始して、寝たきり防止に努めることにした。

公立みつぎ総合病院全景

2013年
(平成25年9月 240床)



1962年

〔昭和42年5月オープン時
40床、45人〕

御調国民健康保険病院



御調で地域包括ケアがはじまった きっかけとその後の経緯（変遷）

- 1 在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦
→ 最初はソフトからはじまった
- 2 保健・医療・福祉の連携・統合
→ 病院と行政のドッキング（行政改革）
- 3 各種介護施設の併設
→ 維持期（生活期）のリハビリセンターを合築
- 4 住民参加
→ 住民組織とボランティア
- 5 地域包括ケアシステムの構築

住宅改修 玄関等の手すり

(平成5年頃) 1993年



(平成24~25年)

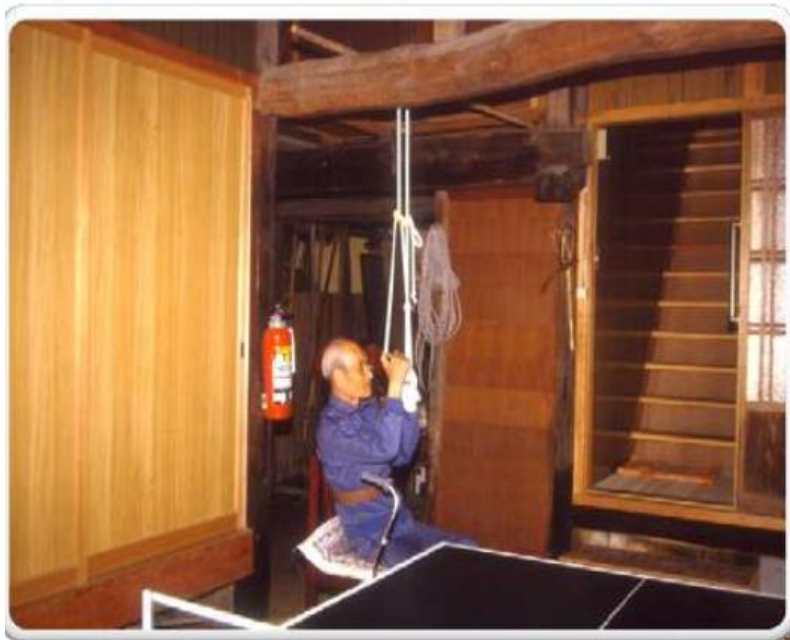
2012年~2013年

納屋に吊るした簡易フーリーで

背中と肩をストレッチ

1984年
(昭和59年頃)

2008年
(平成20年頃)



急性期(外来・一般棟)



公立みつぎ総合病院 における リハビリテーションの状況

回復期リハビリ
テーション病棟



維持期(施設)



保健福祉センター



地域包括支援センター



病棟での退院前カンファレンス



緩和ケア病棟でのカンファレンス



在宅でのカンファレンス



デイサービスのボランティア



福祉バンク(市町村合併前)



緩和ケア病棟でのボランティア



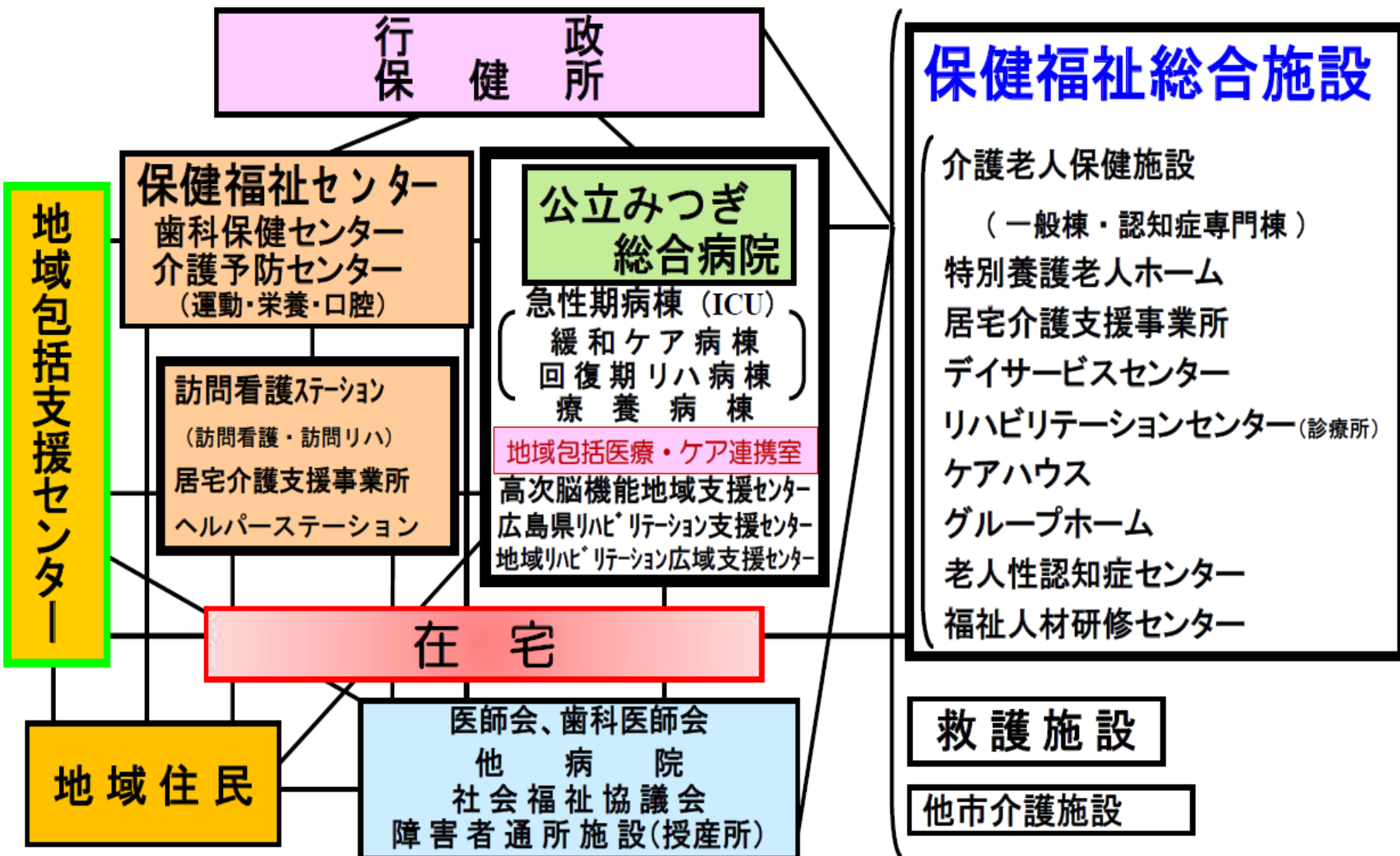
健康づくり座談会 (健康わくわく21)



ナイトパトロール



公立みつぎ総合病院を核とした地域包括ケアシステム (保健・医療・介護・福祉の連携・統合システム)



地域包括ケアは寝たきり ゼロを目指す病院の 専門職の地域活動から 始まった



専門職の出前サービス

地域包括ケアシステムが
出来上がるのは
2000年の介護保険の成立から . . .



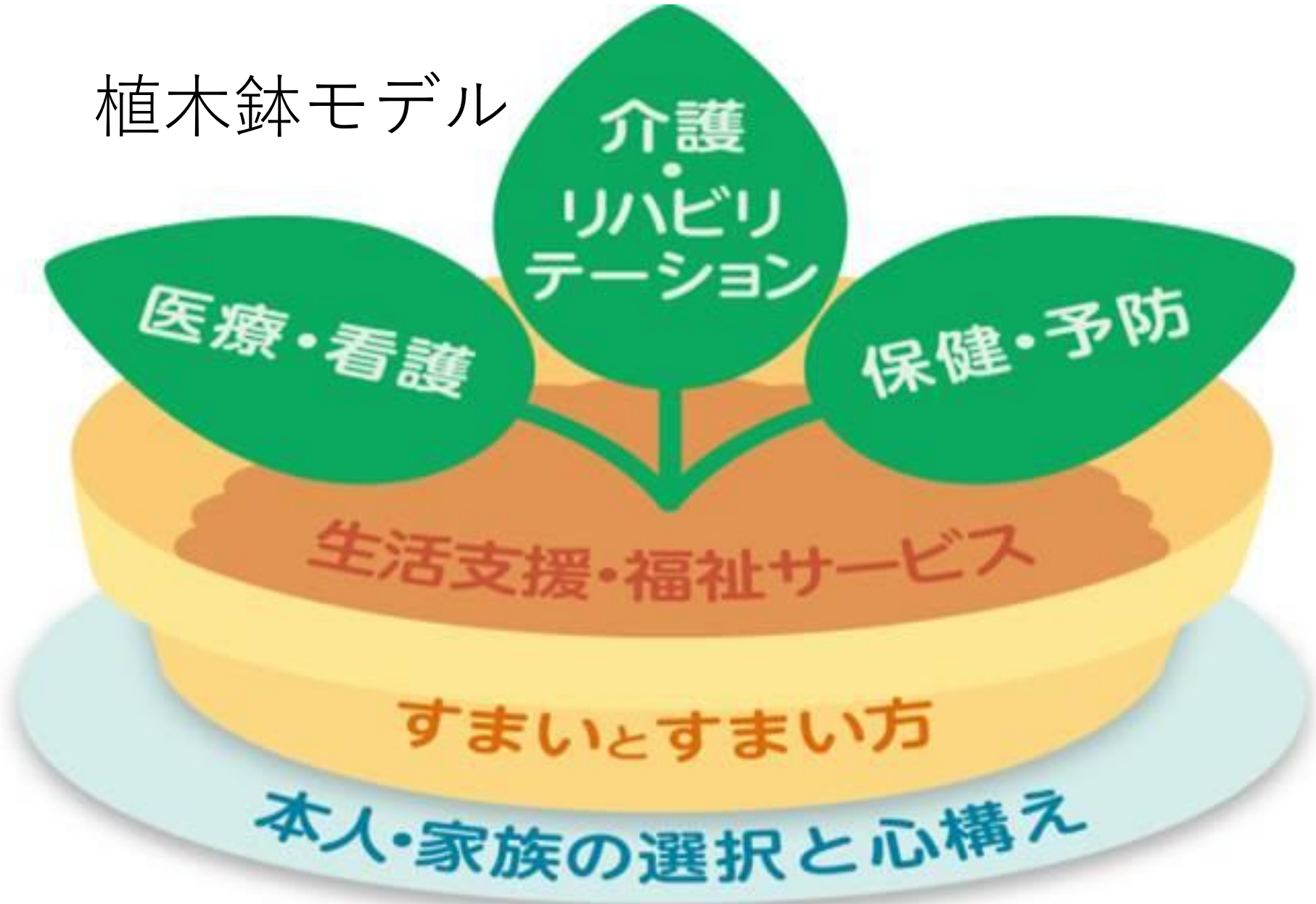
高齢者介護研究会と地域包括ケア

- 「地域包括ケア」が初めて国の文書に登場したのは2003年6月だった。
 - 2000年に介護保険制度が始まって3年後である。
- 「高齢者介護研究会」（座長・堀田力さわやか福祉財団理事長）
 - 厚労省老健局長の私的研究会がまとめた報告書「2015年の高齢者介護」
 - 「地域包括ケアシステムの確立」と初めて記載された。
- 「介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民運動を含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア」

地域包括ケア研究会

- 2008年、厚労省に「地域包括ケア研究会」
（座長・田中滋慶應義塾大学大学院教授）がスタート
- 2009年に研究会は「住宅サービス」を加えた
- 「個人が尊厳ある生活を地域の中で送るためには、居住環境が整備された住宅を個人が選択できることが大切」
- その後、研究会は地域包括ケアシステムの概念を更新していく

植木鉢モデル



地域包括ケア研究会

地域医療介護 総合確保法と地域包括ケア

地域包括ケア
の法制化



2014年

地域医療介護総合確保法 (2014年)

- **第二条** この法律において「**地域包括ケアシステム**」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

社会保障制度改革国民会議 最終報告書（2013年8月6日）



地域医療構想
と地域包括
ケアシステム

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

地域医療介護総合確保法 可決（2014年6月18日）

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

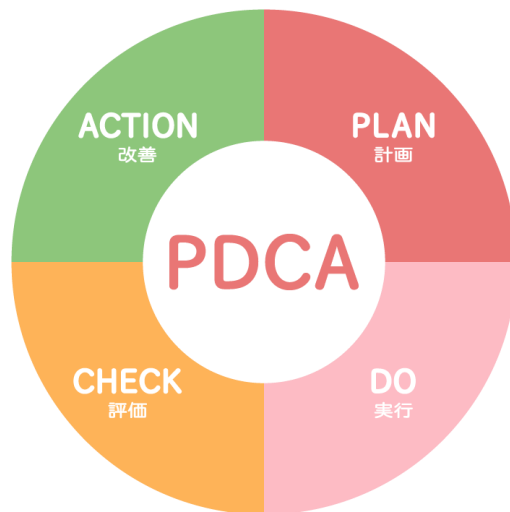
アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」
地域密着型サービスについて意見を述べた

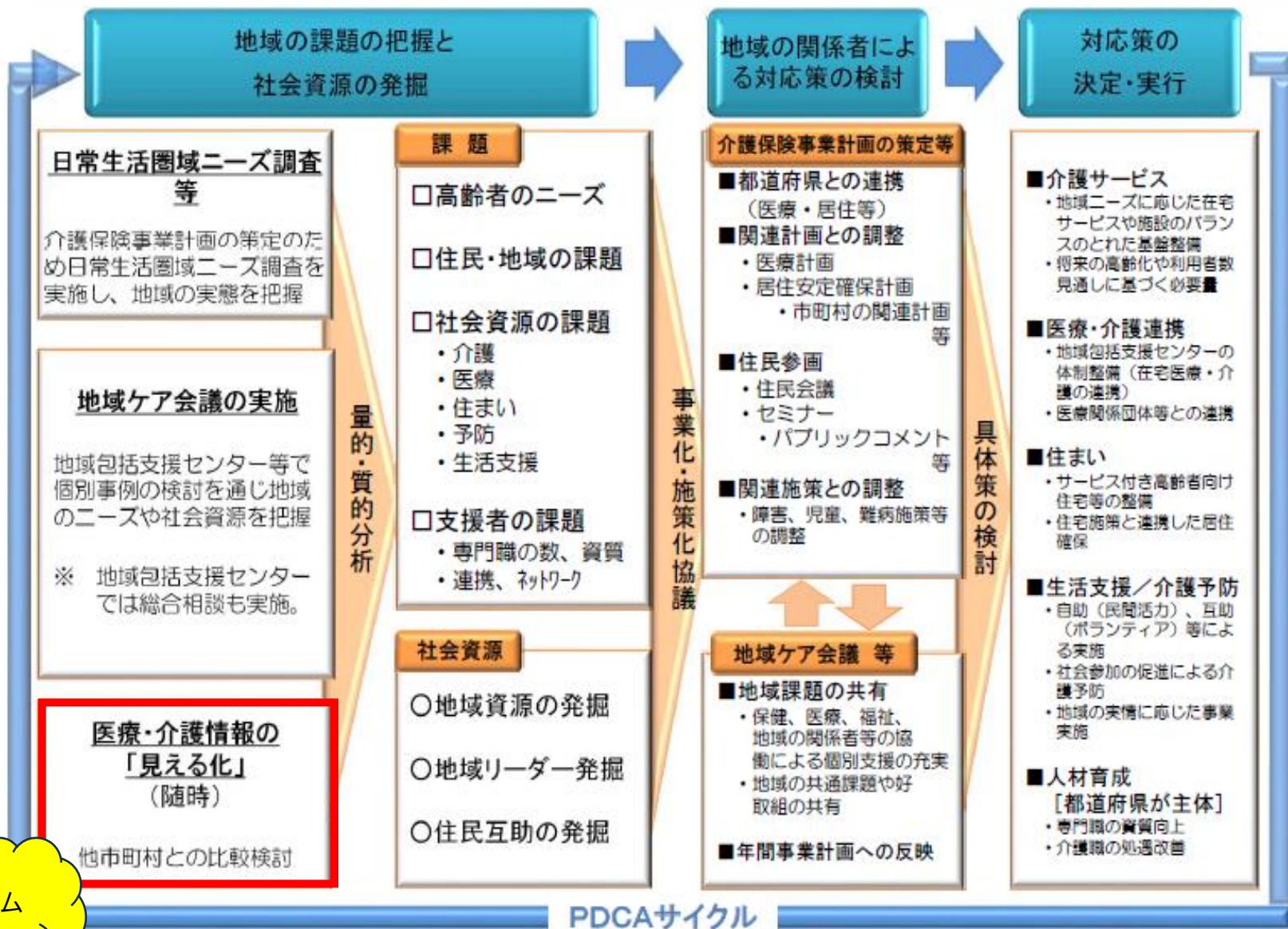
パート 2

地域包括ケアシステム

PDCAサイクル



市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



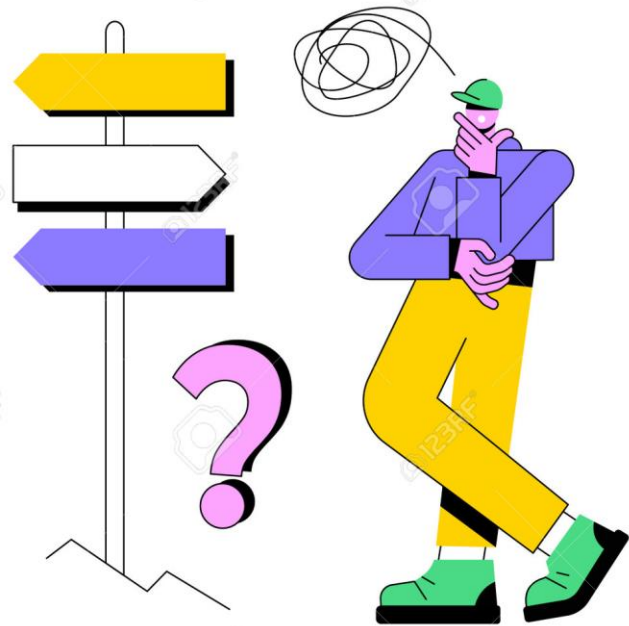
アウトカム設定

PDCAサイクル

PDCAサイクルを回すには アウトカム設定が大切

- 地域包括ケアシステムの概念は超抽象的！
- 地域包括ケアシステムを実務として運用するには、PDCAサイクルを回すことが必要
- PDCAサイクルを回すには、**地域包括ケアシステムのアウトカム**は何かを考える必要あり

アウトカムとは？



地域包括ケアシステムの見える化 アウトカムとは？



山口昇先生のころは
「寝たきりゼロ」が目標（アウトカム）だった

寝たきり老人ゼロ作戦（1989年）

- 日本には寝たきり老人が多い・・・



- 研究班「寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する厚生科学研究特別研究事業」（竹中浩治班長）
- 米国の寝たきり老人を調査担当（武藤）

- デンマークには寝たきり老人はいない！



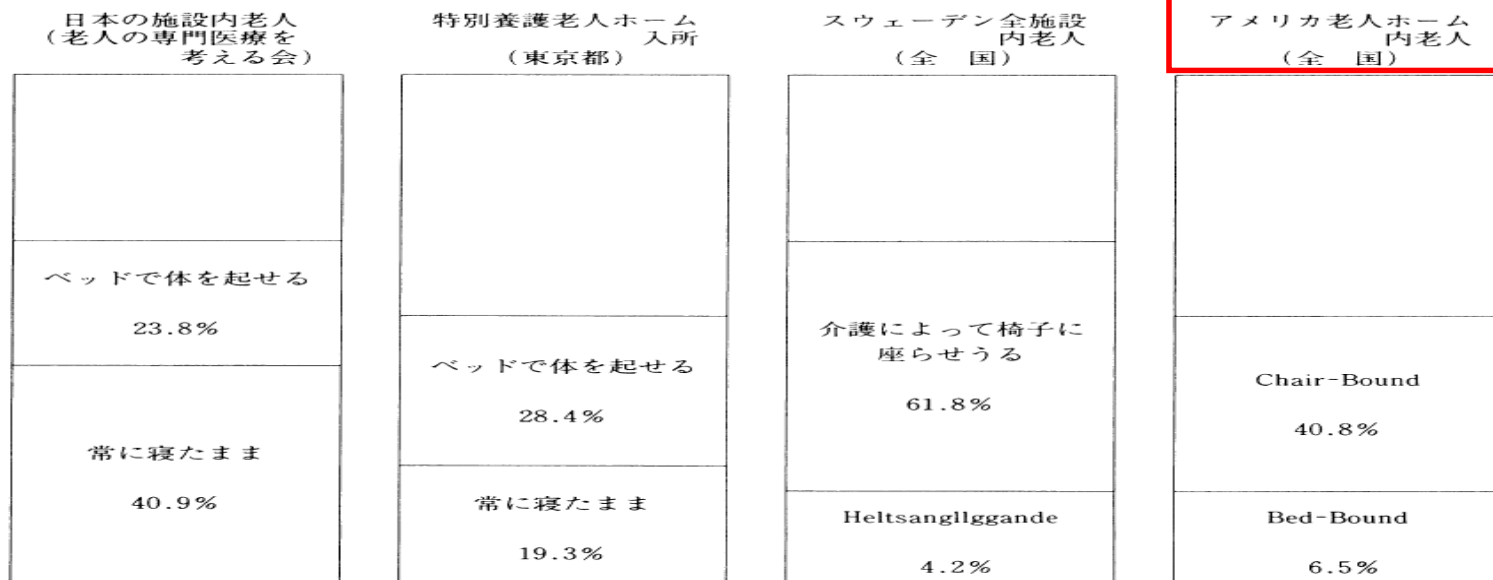
寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究

1989年

平成元年 8月15日

(昭和63年度厚生科学研究特別研究事業)

(図一) 施設内老人のADL(移動)状況の国際比較



アウトカム指標とは

- アウトカム指標
 - アウトカム指標もしくはアウトカムに影響を与えるプロセス指標のこと
 - データ収集が比較的容易であること
 - 指標としての代表性が高いこと
 - 標準的な成績が目安としてあわせて提示できることと（施設間比較ができること）
 - 改善への努力が反映されやすいこと
 - 卓越した事例（ベストプラクティス）を示せること
- 指標の例
 - 寝たきり率、在宅看取り率、認知症診断率、不必要な入院率（誤嚥性肺炎による入院、心不全による入院など）
- アウトカム指標設定がPDCAサイクルを回転させる最初の起動力・・・KPI（Key Performance Indicator）

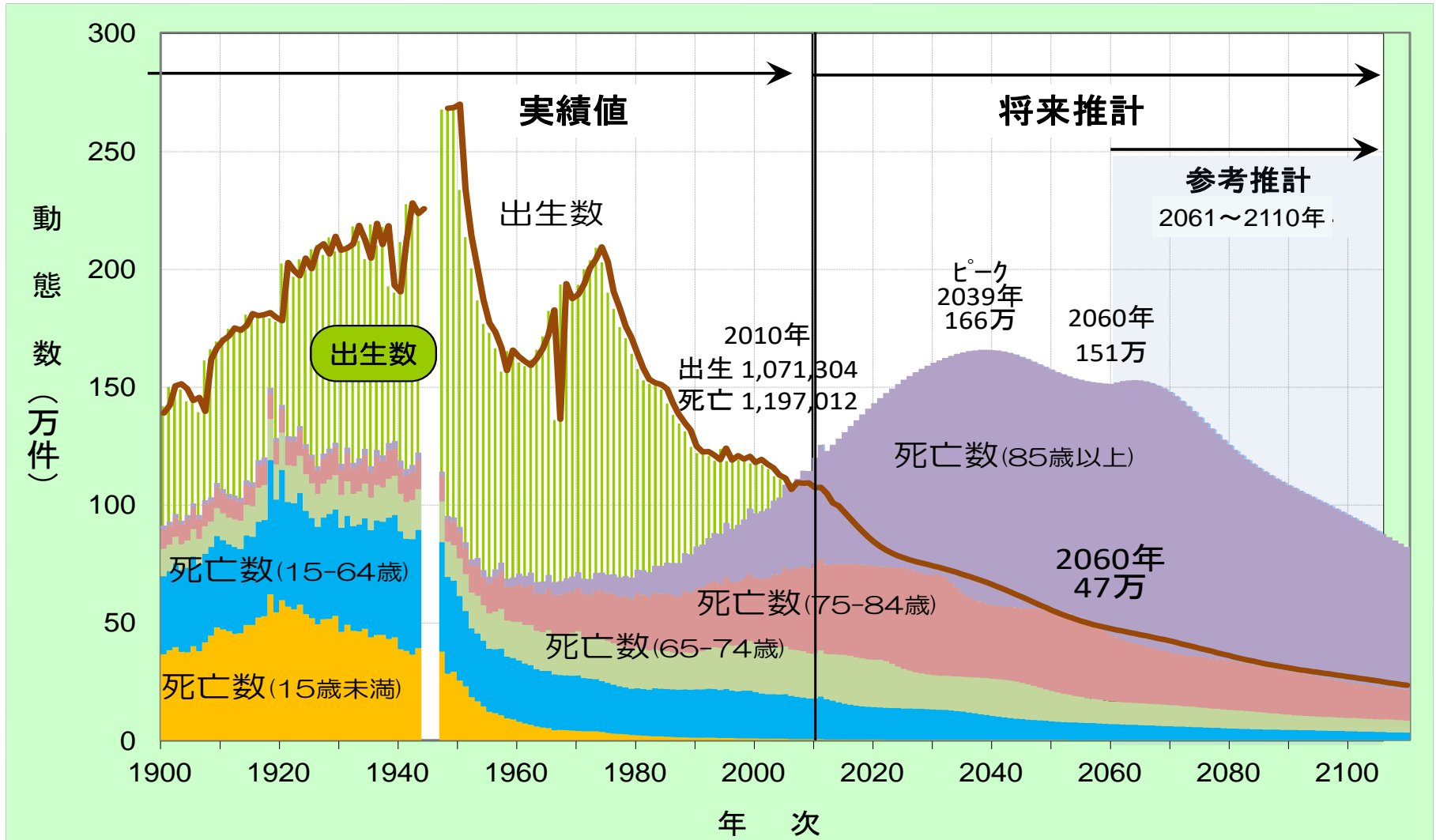
地域包括ケアシステムの アウトカム指標の例を 見ていこう

- ①在宅看取り率
- ②認知症診断率
- ③後期高齢者入院率

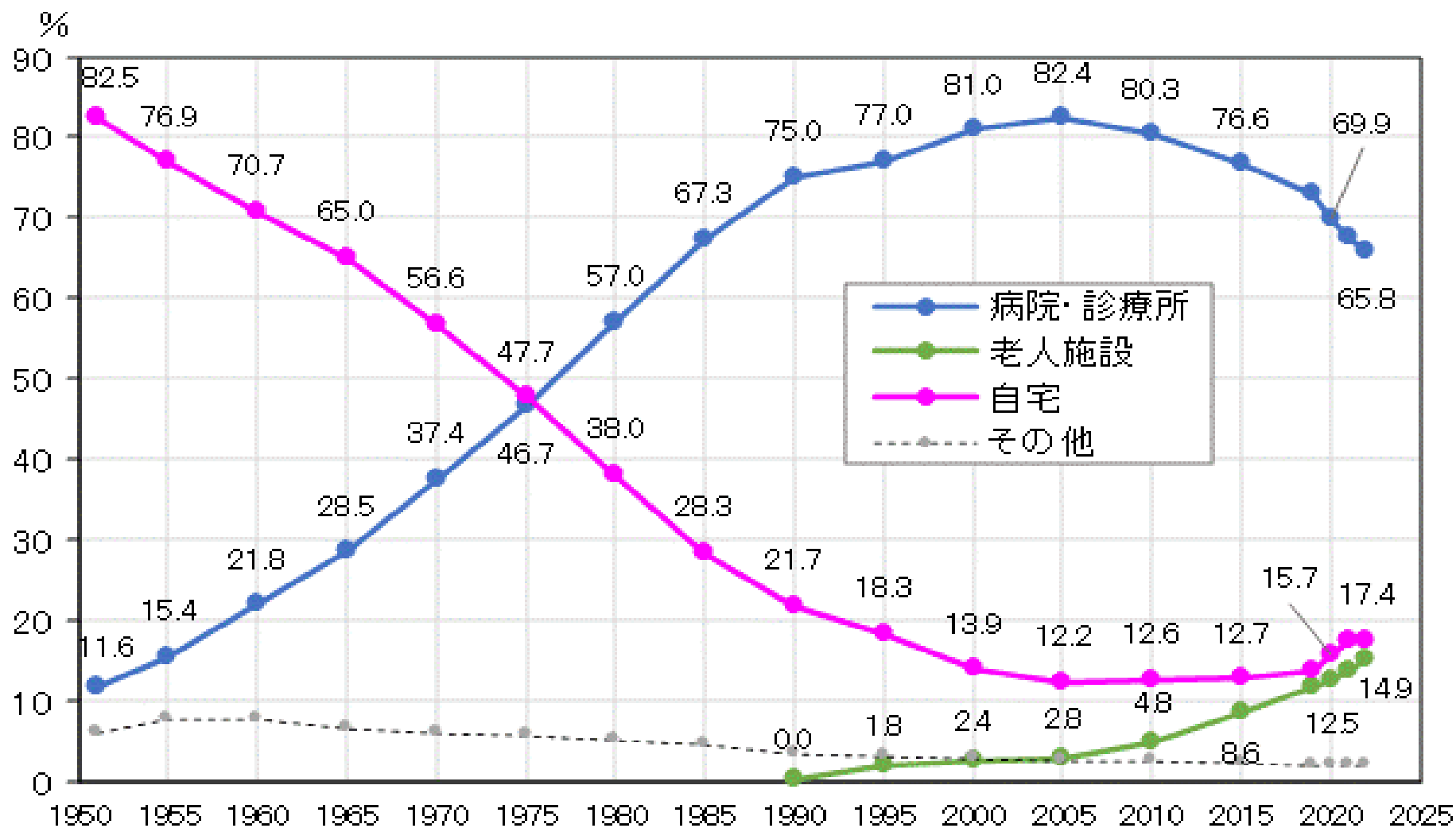
①在宅看取り率



出生数 と死亡数の推移 : 1900~2110年



死亡の場所の推移



(注) 老人施設は介護老人保健施設、老人ホームの計。長期傾向を見るために基本的には5年おきにデータを示したが2019～22年は新型コロナで自宅死を余儀なくされた者が多くなったかを確認するため毎年の推移を示した(ただし数値表示は2020年と最新22年のみ)。

(資料) 厚生労働省「人口動態統計」

横須賀市 在宅死亡割合22.9%

20万人以上の都市で全国トップ！

2016年7月8日厚生労働省



在宅看取り率を
アウトカム指標としては？



在宅看取りは在宅ケアの最終結果

平成26年度 練馬区死亡小票分析調査結果

2015年3月10日

株式会社メディヴァ

➤ 目的

練馬区民の全死亡者における「どこで(死亡場所)」「誰に(看取った医療機関)」「何が原因で(死因分類)」を明らかにし、地域(練馬区および周辺地域)の在宅看取り力や隣接自治体の医療リソースとの関係性等を把握する。同時に将来の在宅医療の需要を推計し、その需要に合った(整備していく)練馬区の在宅医療体制を検討する。

➤ 対象

人口動態調査の死亡小票データ(練馬区保健所保有データ)※死亡時の住所が練馬区内だった人を対象

➤ 方法

異常死を除外することで治療や療養の結果としての死亡者を抽出し、「死亡場所の種別」、「死因の種別」、「施設名」などとクロス分析を行う。

➤ 期間

2011年1月1日～2013年12月31年の3カ年

➤ 調査事項

- ・異常死の状況
- ・死亡場所別での死亡の状況
- ・医療機関での死亡の状況
- ・自宅での死亡の状況
- ・将来の在宅医療の需要推計

➤ 対象数

17,621件

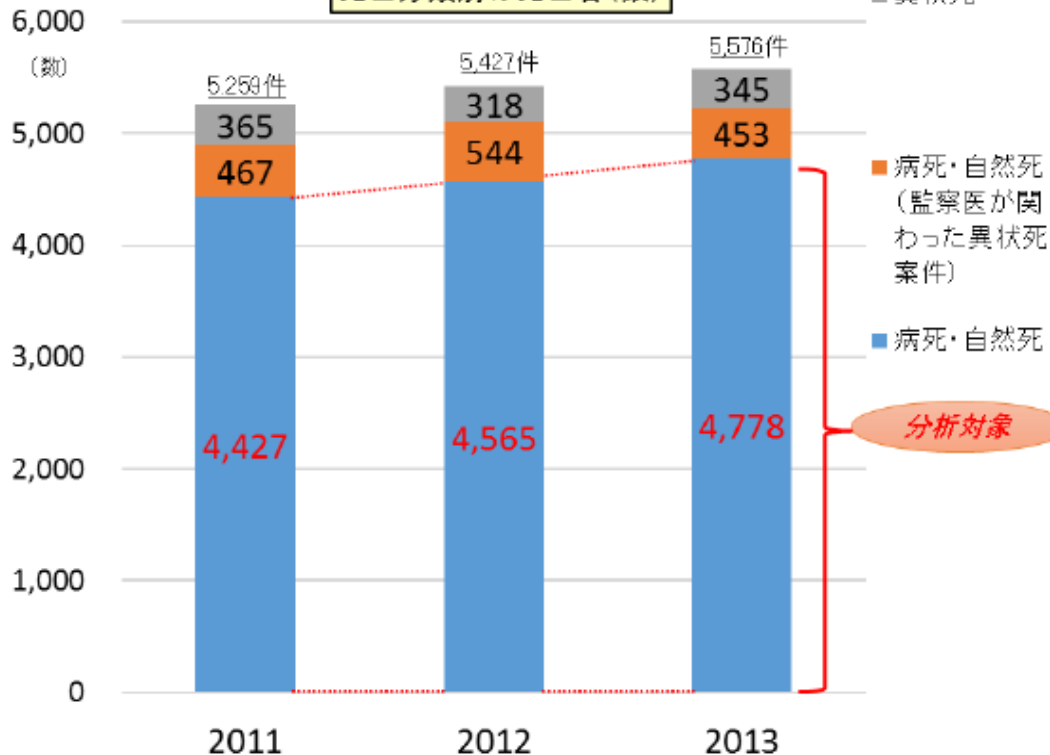
➤ 調査結果の施策への活用

練馬区における在宅医療の需要推計(病院からの溢れだし)の算出が可能となり、今後整備していくべき看取り体制の考案につながる。

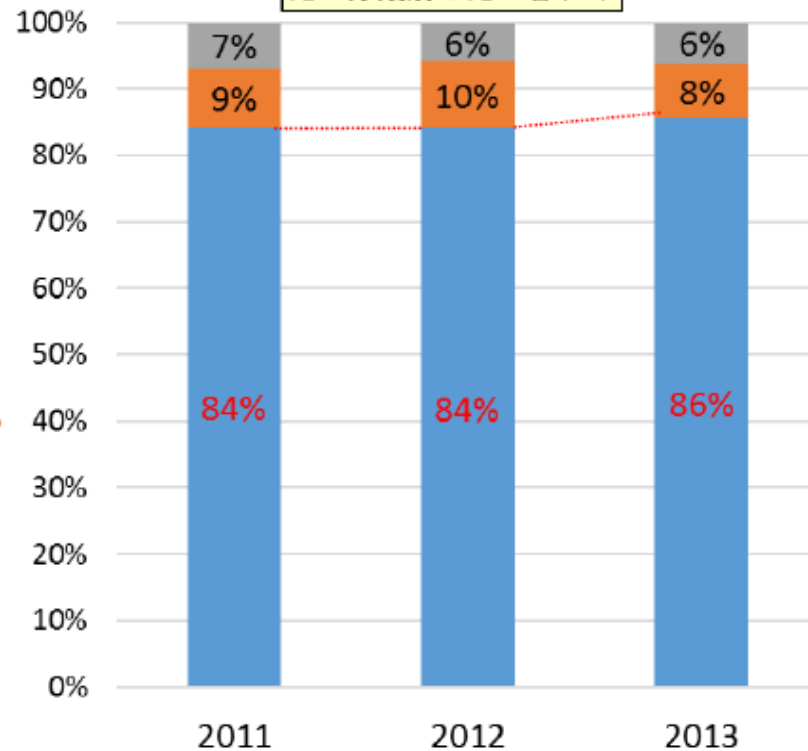
異常死の状況(2011年-2013年)

- 2011年からの3年間では、全死亡に占める異常死の割合は約6%で、検案となった案件は約10%である。
- 分析では、異状死および監察医が関わった案件を除外して分析を行う。

死亡分類別の死亡者(数)



死亡分類別の死亡者(%)



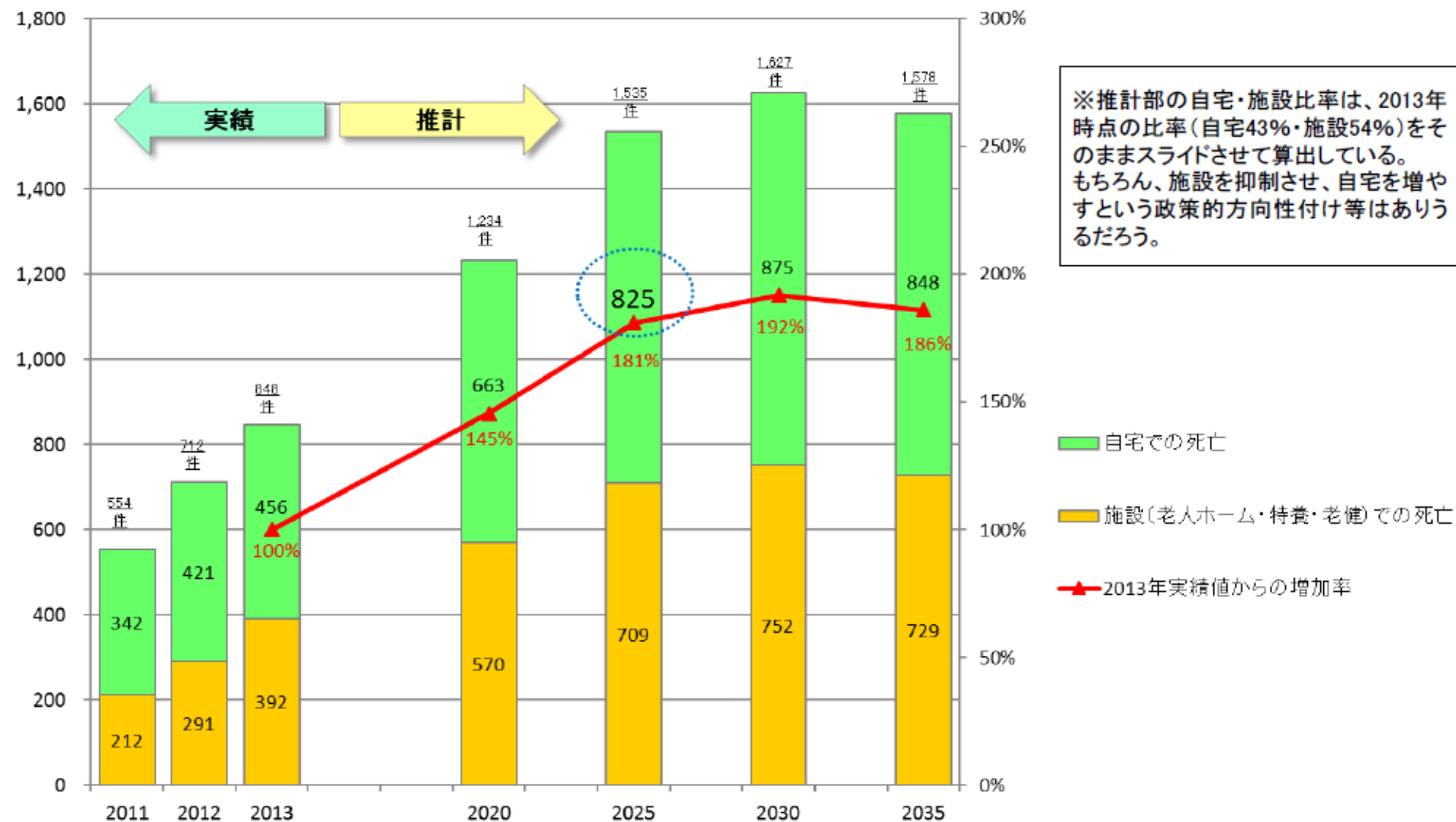
尚、施設(老人ホームや老健)では異状死はあまり現れず、異状死のほとんどは病院と自宅での死亡者に集中する。

自宅死亡者における**異状死の割合は、2013年時点で50.1%**(うち、自殺や溺水、火災等の異状死が19.5%、病死・自然死だが監察医によって死体検案書が発行されている死亡が30.6%。後者の多くが自宅での**孤独死**であろうと推定される。)で、約半数を占める。(2011年は57.7%、2012年は54.9%で毎年割合は下がっている)

これは、実際に在宅での継続的診療の結果としての死亡として死亡診断書が発行されている、いわゆる「在宅看取り」の件数が、**自宅死亡者数の半分(49.9%)に過ぎない**、ということを意味している。

2025年～2030年に、自宅看取り件数は2013年の2倍に増加する

練馬区民の在宅(自宅・施設)での看取り件数



2025年の自宅看取りに対応するため練馬区内医療機関の体制

2013年時点 実績値

456人の
自宅看取りに対応

※

練馬区内医療機関
79クリニックで334名を
自宅で看取っている

特化型在支診
～在宅メイン～

在宅医療に集中・
特化したクリニック
(年間**20名以上**看取り)

2クリニック



UP

4クリニック



併用型在支診
～外来&在宅～

午前外来→午後在宅等
バランス型クリニック
(年間平均**10名**看取り)

19クリニック



UP

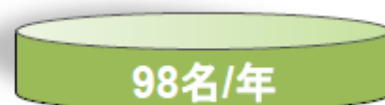
30クリニック



外来型在支診
～外来メイン～

ほぼ外来のクリニックだが
自院の患者数名は在宅で
診ているというクリニック
(年間平均**2名**看取り)

58クリニック



UP

162クリニック



区外の
在支診

練馬区外
在支診による
看取り人数は
現状維持と仮定

122名/年

横ばい

122名/年

2025年 目標値

825人の
自宅看取りに対応

※

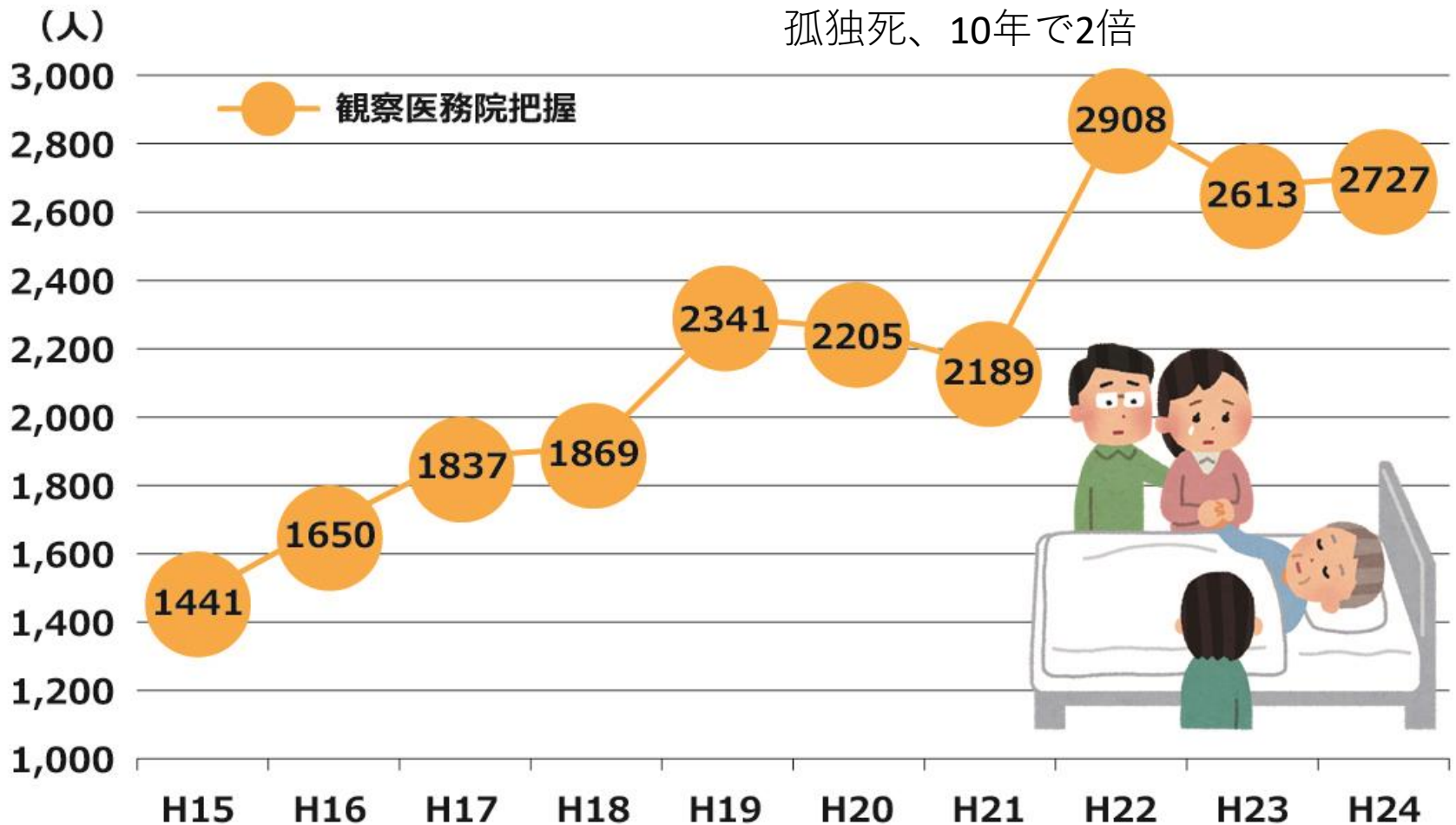
練馬区内医療機関
196クリニックを動員し、
約700名を自宅で看取とる

増える孤独死、孤立死

【孤独死】 家族など誰にも看取られずに自宅で亡くなり、何らかの手助けがあれば防げたかもしれない不本意な死

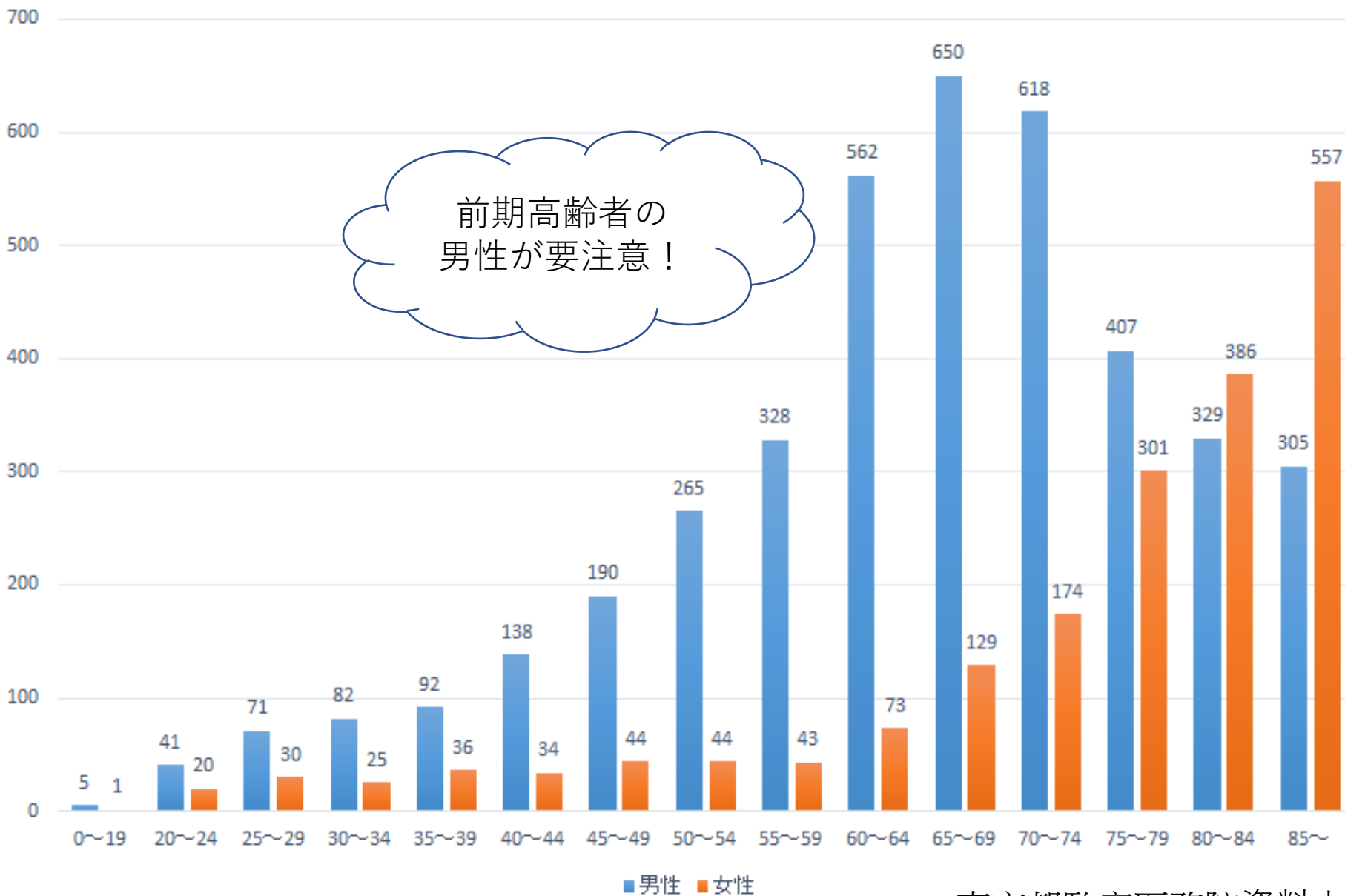
【孤立死】 1 人暮らしの高齢者が、社会からも地域からも孤立した状態での死、又は劣悪な環境での死

年間孤独死者数の推移(東京23区内)



資料:東京都監察医務院『東京都23区における孤立死統計』を基に作成

一人暮らしで1人で亡くなった方の数



在宅看取り率のポイント

- ①自宅での死亡、
- ②施設での死亡、
- ③孤独死・孤立死

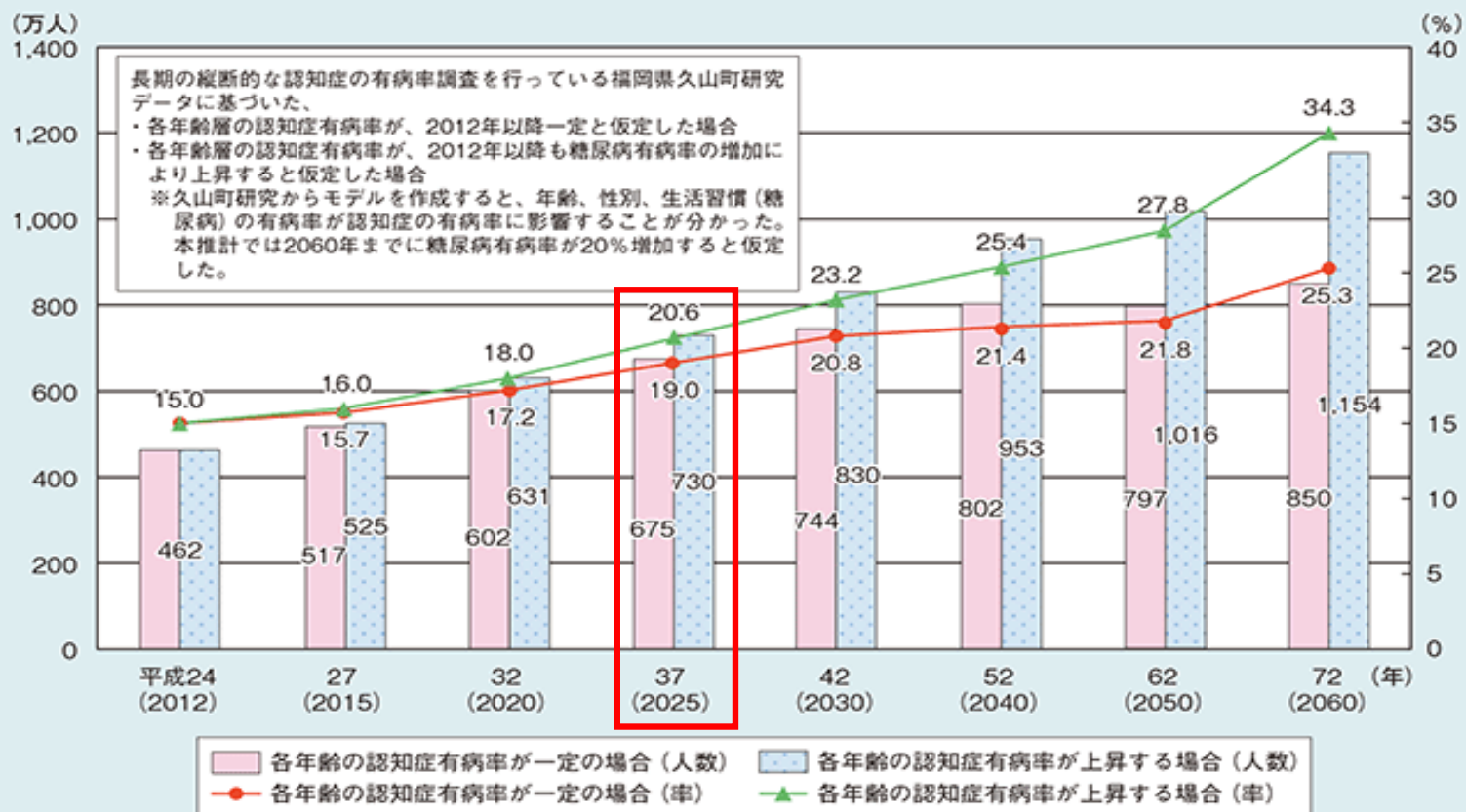
サブカテゴリー別に統計をとって、
それぞれに対する対策が必要

② 認知症診断率



2025年、認知症700万人時代 認知症有病率の疫学調査

図1-2-12 65歳以上の認知症患者数と有病率の将来推計



資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授)より内閣府作成

認知症有病率等調査について

都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応

(厚生労働科学研究 筑波大学 朝田教授)

【認知症有病率等】

○認知症の全国有病率推定値15% (95%信頼区間で12%~17%)

○全国の認知症有病者数約439万人(平成22年)と推計。(95%信頼区間で約350万人~497万人)

【MCI有病率等】

○MCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)の全国の有病率推定値13% (95%信頼区間で10%~16%)

○全国のMCI有病者数約380万人(平成22年)と推計。(95%信頼区間で約292万人~468万人)

※上記は、全国の65歳以上の高齢者についての推計値である。

◆調査内容等◆

・調査期間:平成21~24年度

・調査地域:全国10か所の市町

平成21年度:宮城県栗原市、茨城県利根町、新潟県上越市、
愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、
大分県杵築市

※宮城県栗原市は、東日本大震災の影響を考慮して解析の対象から除外

平成23年度:茨城県つくば市、福岡県久山町、福岡県大牟田市

※有病率の推定にあたっては、医師による面接調査までの完遂率の高さを
考慮し、上越市を除く8地域のデータを用いた。

・調査対象:65歳以上の高齢者

・10市町の住民基本台帳より無作為抽出	9,278名
うち調査対象者	8,964名
参加者総数	6,131名(68.4%)
・分析には、上記のうち8市町の参加者を引用	5,386名

・調査方法

1. 会場調査(体育館等)

①訓練された調査員による問診・神経心理検査、および血液検査
(含遺伝子検査)

②医師による神経学および身体的診察

③認知症が疑われた場合、頭部MRI撮像

2. 来場困難者への訪問調査

病院・施設・自宅等へ赴き、会場調査同様の調査を行う

実態を調査するため全国より10カ所で調査を行った



会場検診



家庭訪問



施設訪問



診察



検査



地域における実際の認知症患者数と
認知症有病患者数との間には
ギャップがある。



認知症診断率 =

認知症診断患者数/地域別認知症推計患者数

認知症診断率は地域ごとに差がある。

認知症診断率をアウトカムとしてその向上に努める施策を
考えてはどうか・・・



Prime Minister's challenge on Dementia (2012)

“there will be a quantified ambition
for diagnosis rates across the
country ..robust and affordable local
plans”

「定量的な認知症診断率目標(67%)
に基づく地域施策が必要！」



早期の診断・支援のための体制整備

- プライマリケア（家庭医、GP）センターにおける早期診断と早期支援の推進
- 認知症診断率
 - 疫学調査をもとに地域別の認知症の推定患者数を分母に、認知症と診断された人の数を分子にとり、地域別認知症診断率を把握する
 - 地域ごとに大きなバラツキがあった
- 早期診断と早期支援プログラムの推進

South London and Maudsley NHS Foundation Trust

Dr Daniel Harwood
(**CAG**の Clinical Director)
イギリスにおける認知症分野の
著名なリーダーの1人

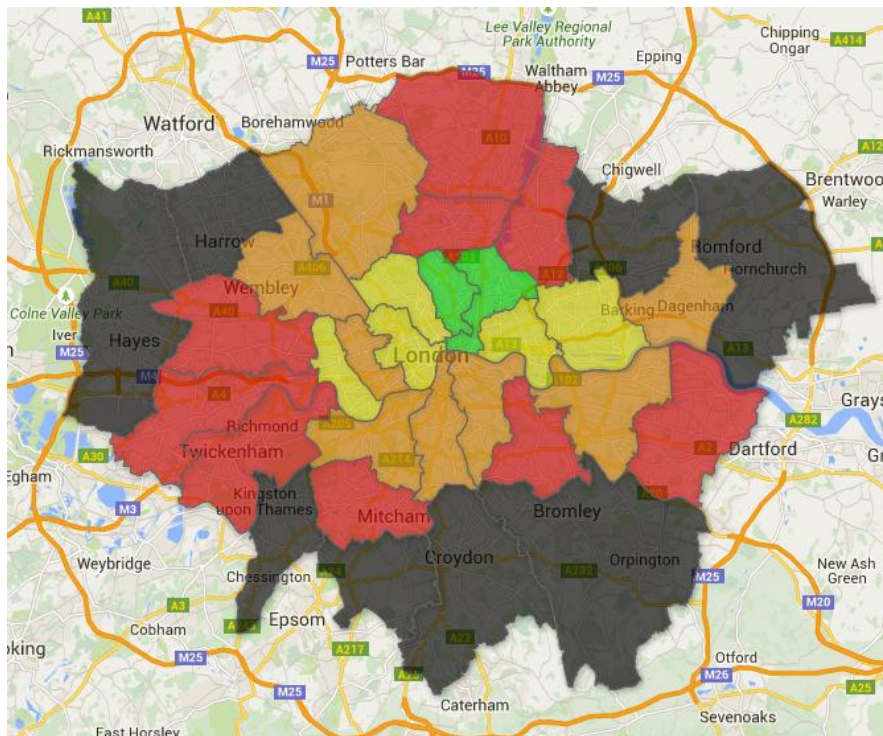
- ・ **認知症国家戦略**
 - ・ 認知症の診断率向上
 - ・ 抗精神薬の低減
 - ・ 早期介入とQOL
 - ・ ケアラー支援

認知症診断率＝
認知症診断患者÷地域別推計認知症患者

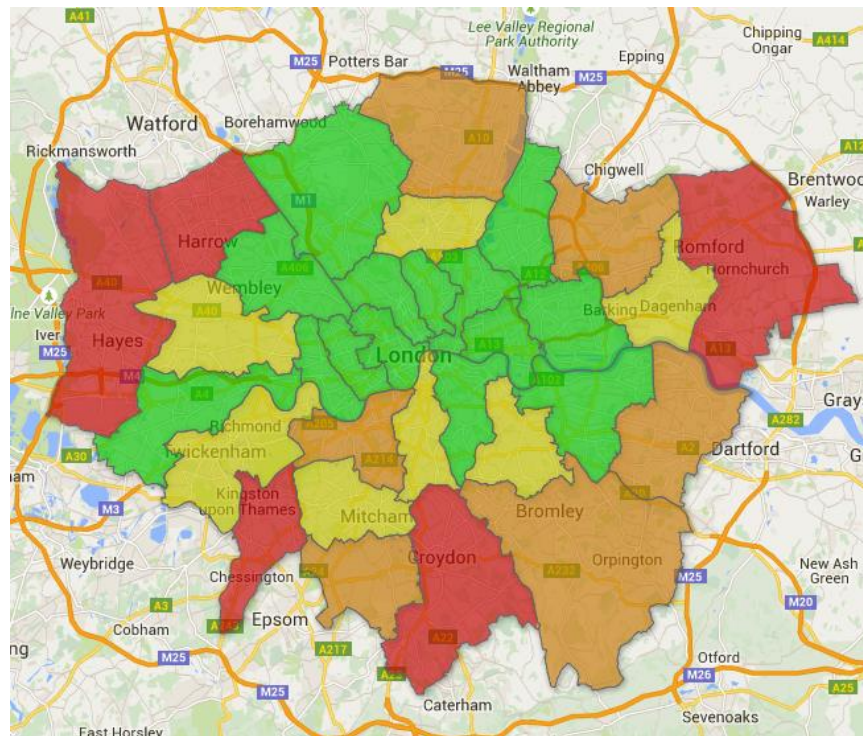
Result

ロンドンの地域における 認知症診断率の推移

- September 2014



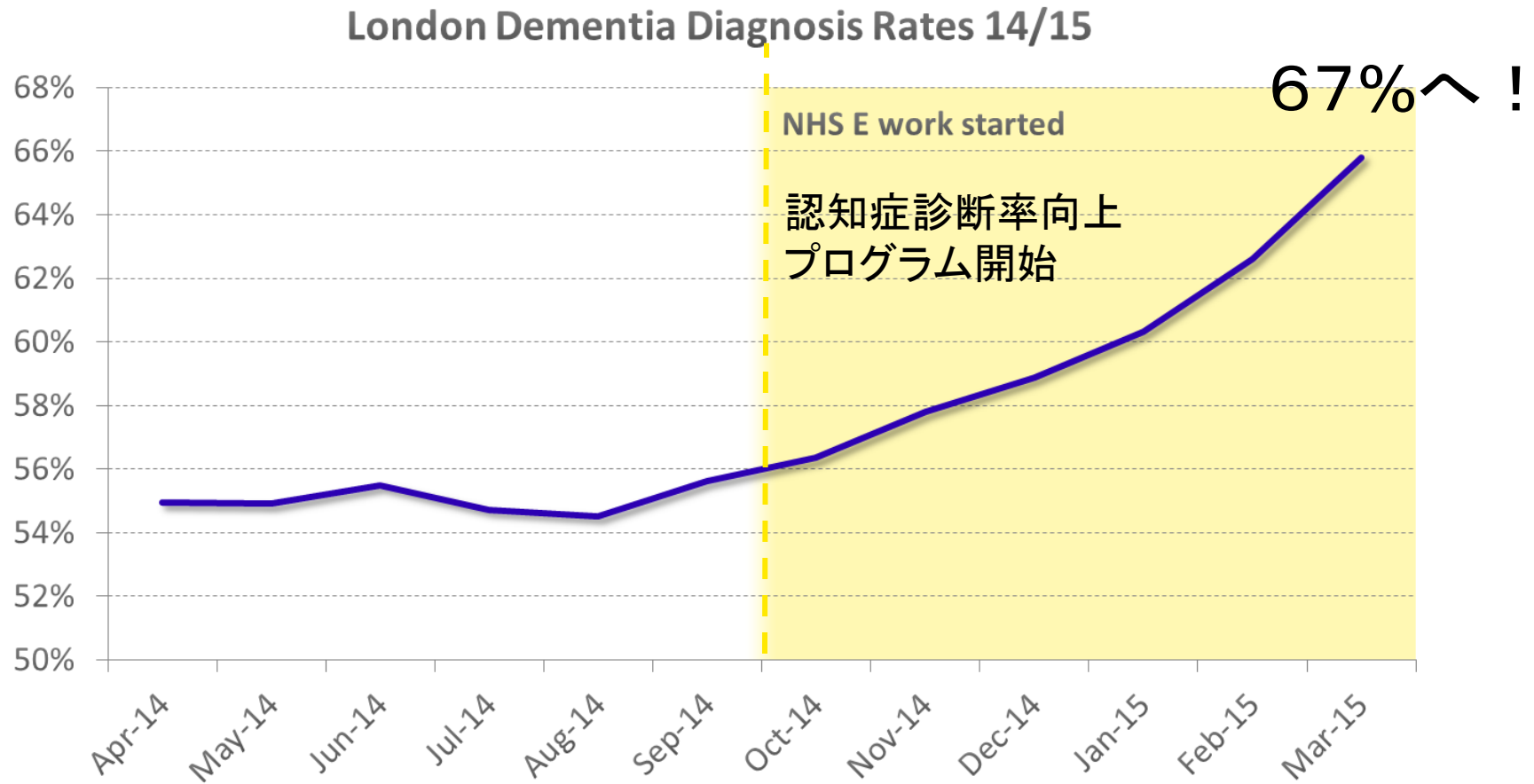
- March 2015



Diagnosis Rate



認知症診断率の推移（ロンドン） 2015年



早期診断・早期支援プログラム

- 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気付くことができるようにする
 - 市民啓発活動の強化
 - プライマリケア医の認知症診断力の向上、対応力の改善
- 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられる
 - メモリーサービスの普及とその質向上
 - 日本の初期集中支援チームに相当する

メモリーサービス

- 認知症の早期診断と支援の地域拠点、65歳以上人口約4万人に1箇所の割合で設置
- 多職種チームによるアウトリーチ
 - アセスメント、チームによる診断会議、当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援を経て、プライマリケア医に引き継ぐ
 - 認知症が重症化する前に地域での生活が継続できる体制を構築するのが目的

NHS クロイドンメモリーサービス (ロンドン、南クロイドン地区)

- 多職種チーム（看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなど6名）
- 精神科医は非常勤でチーム診断会議における助言が役割
- アセスメント
 - 初回アセスメントはスタッフ2名で訪問し、アセスメントを行う
 - チーム診断会議でアセスメントによって得られた情報により、医師が参加する週に診断会議を行う。必要に応じて画像診断を行う
 - 診断の結果の当事者・家族への丁寧な説明

Croydon Memory Service; (NS・OT・心理士)

メモリーサービスのパイオニア



看護師

作業療法士



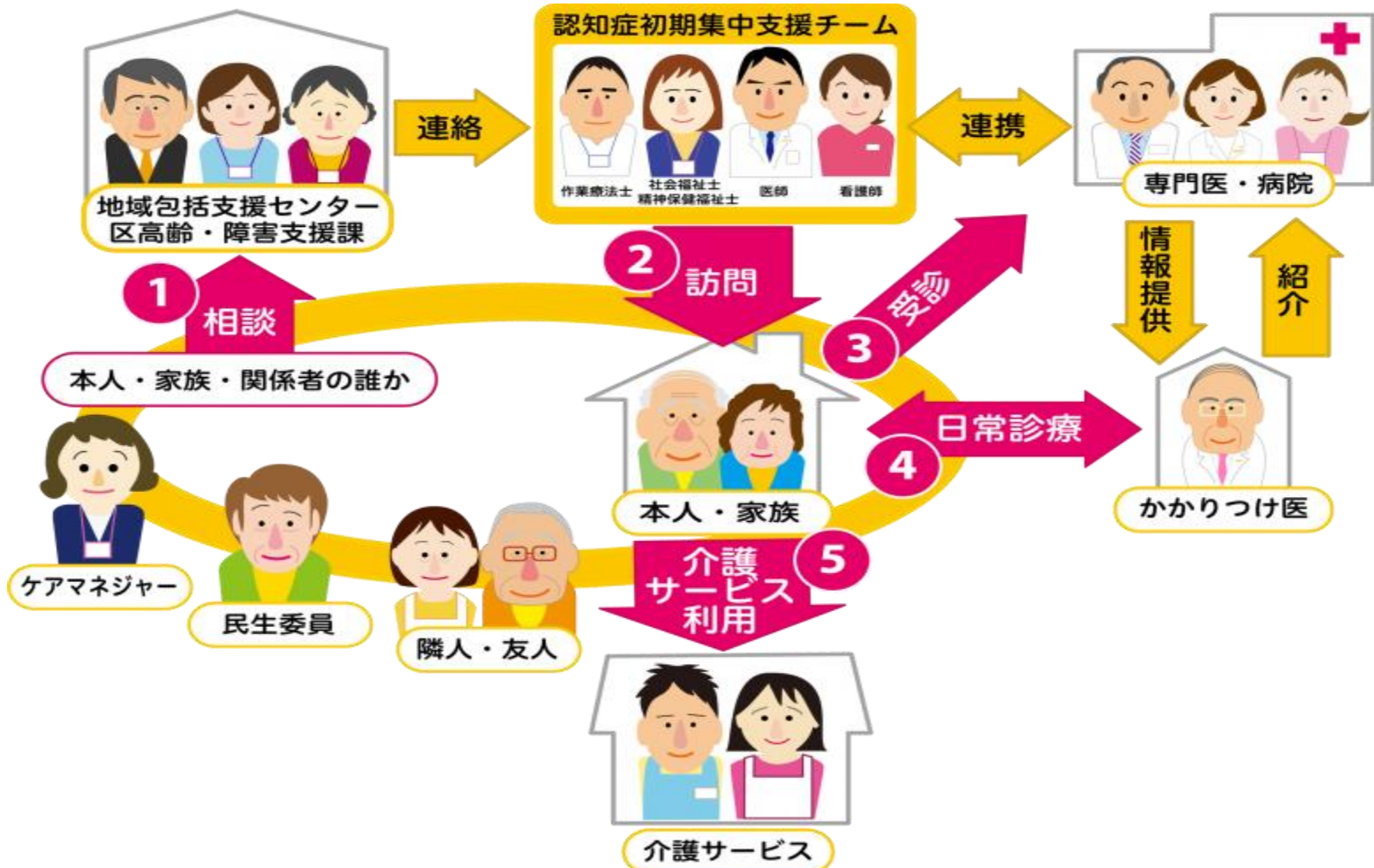
臨床心理士

認知症の人の早期支援

- 診断後の心理ケア
- 必要かつ良質な情報の提供
- 家族支援（たとえば認知症カフェへの参加）
- 認知症治療薬の選択
- 本人の残された判断能力を尊重したケアプランの作成
- 生活環境の改善
- 通常、メモリーセンターが係るのはおよそ3ヶ月、その後はプライマリケア医に引き継ぐ



認知症初期集中支援チーム



認知症診断率を
アウトカム指標にしては？



③後期高齢者入院率

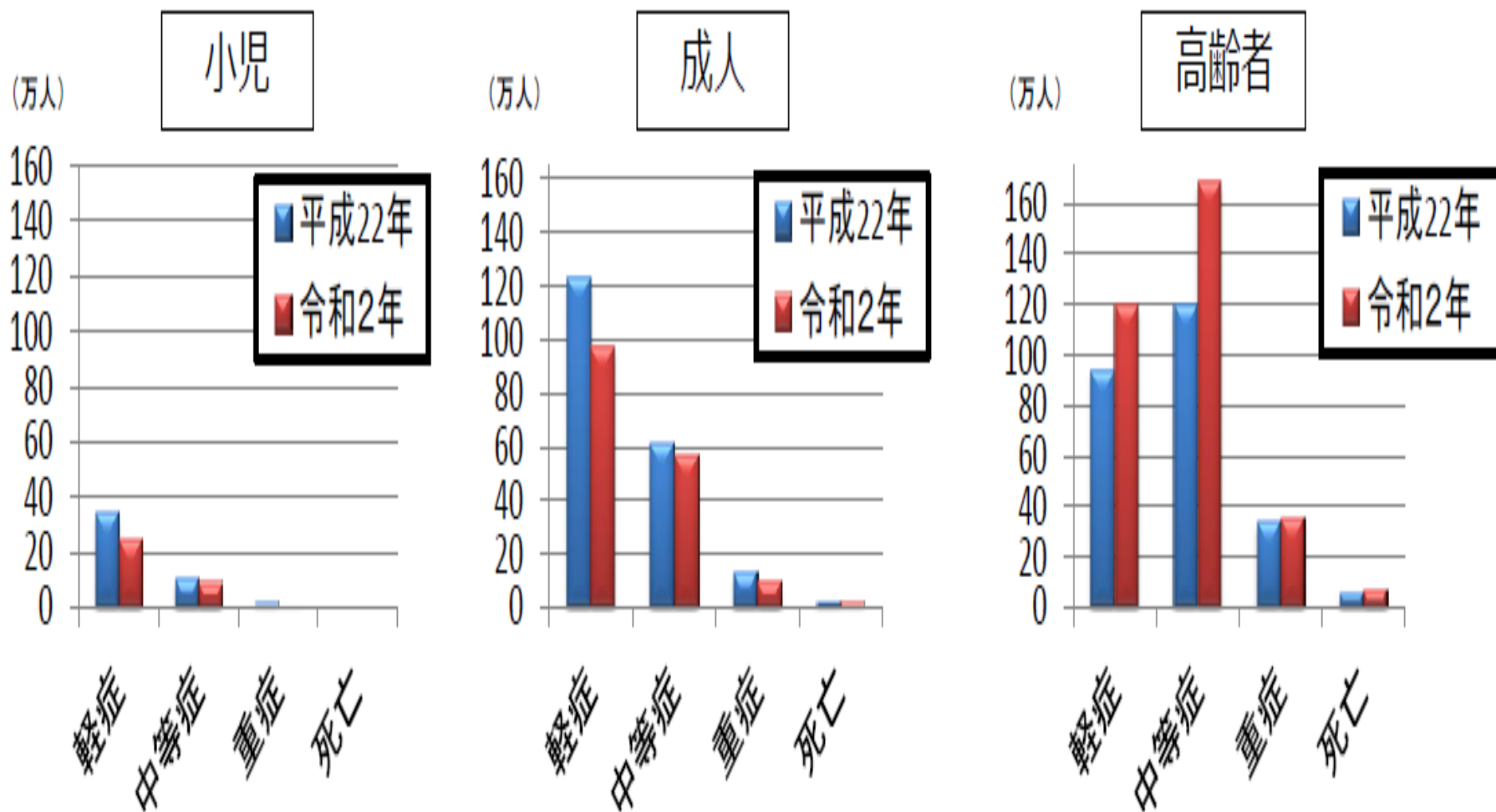


10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

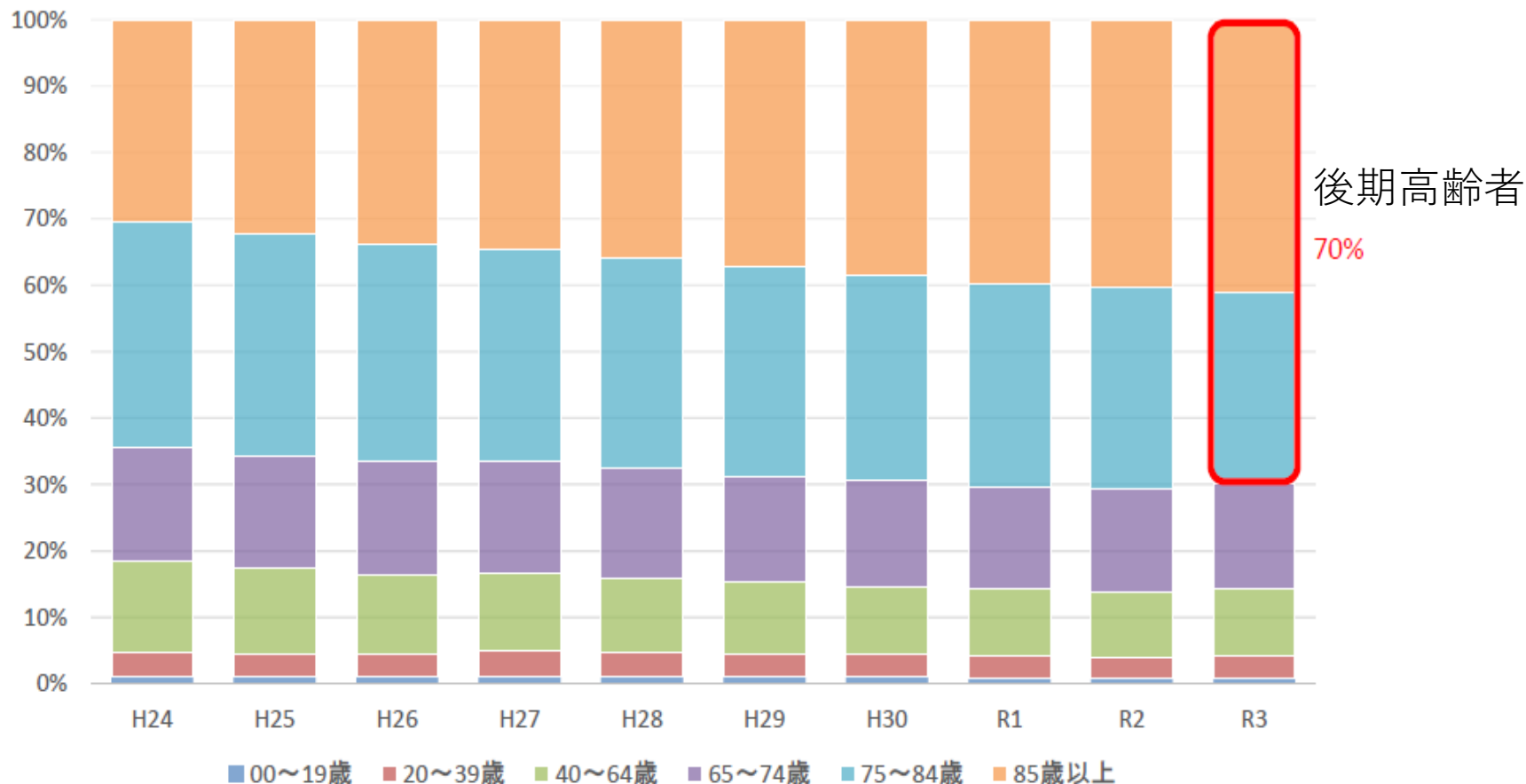
NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	10,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	7,054	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	6,254	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	5,754	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	5,602	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	5,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

2025年
団塊の世代
800万人が後
期高齢者へ



後期高齢者
入院パンデ
ミック

急性期病院の 後期高齢者入院率

地域包括ケアシステムで
後期高齢者の急性期病院への入院率を低減させる
地域連携パスの活用

誤嚥性肺炎地域連携パス

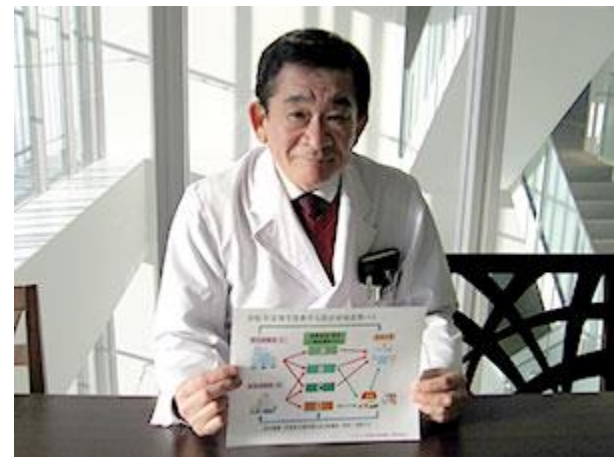


浜松肺炎地域連携クリニカルパスについて

2021年2月10日

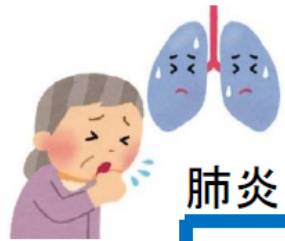
総合病院 聖隷浜松病院
呼吸器内科 部長 中村 秀範

令和3年度浜松市医療奨励賞



浜松肺炎地域連携パス(旧名称：高齢者肺炎地域連携パス) 作成の背景

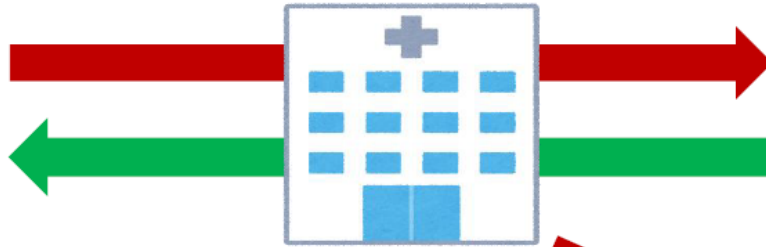
誤嚥性肺炎がほとんど「肺炎は老人の友」
再燃を繰り返す（食事を開始して再燃）併発症・合併症も多い
→転院や自宅退院まで時間がかかる
→急性期病院のベッド占拠



①急性期病院

②連携施設・病院

③診療所(生活期)

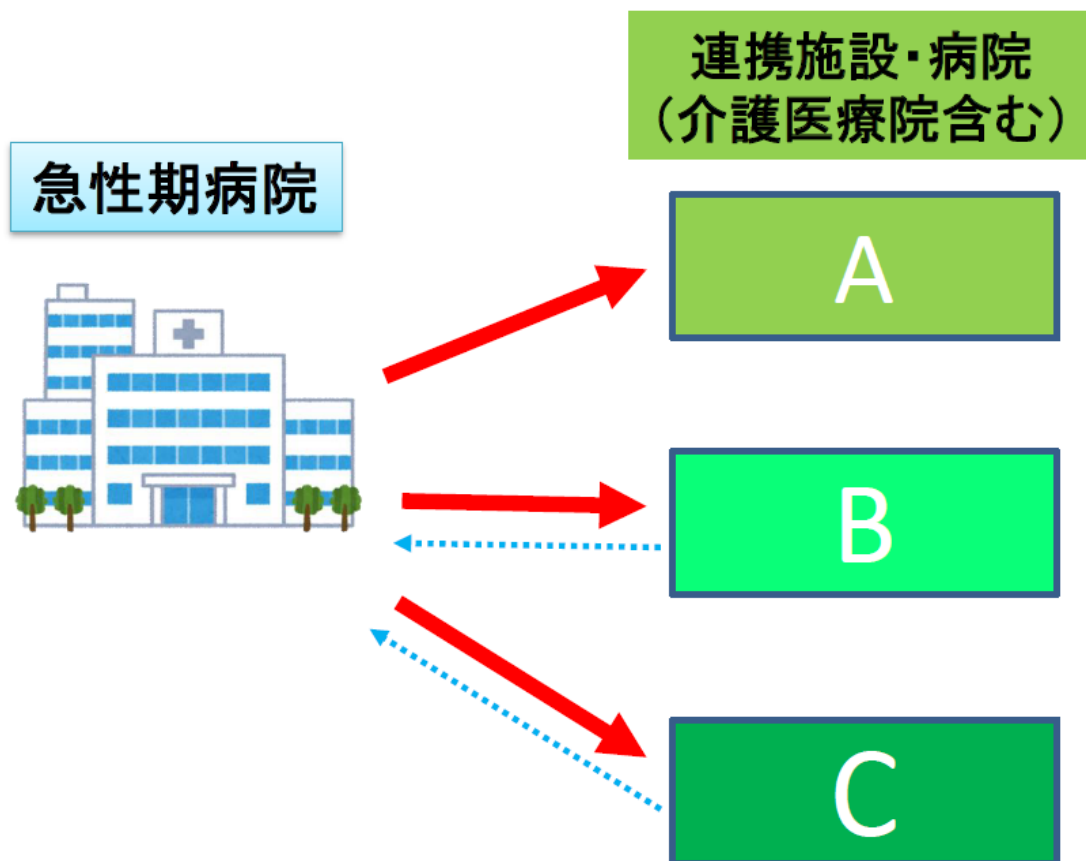


- ①地域包括ケア：地域全体でみていく
- ②医療機関の機能分担：急性期病院での治療後は速やかに連携施設・病院へ
→急性期病院が満床で救急患者を受けいられない状況をつくらない

当院では、厚生労働省が推奨する地域包括ケアシステム構想に則り、地域全体で患者さんの療養生活を支援しております。
 当院の入院は、急性期での治療が終了し、症状が落ち着き次第、連携している医療施設に転院し、療養を受けていただくことができます。
 連携医療施設では、その後の療養生活の場所の検討と支援を行います。

	1-2日目	(~)日目	(~ 転院日まで)	(~)前後を目処に	(~)以降を目処に
	急性期病院			連携医療施設	維持療養施設
担当医療機関	【施設名: _____】 あなたの連携先を太線で明示していきます。 複数の医療施設が連携して、治療や機能回復・維持を支援します。 			【施設名: _____】 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> その他(_____) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> その後の療養先の希望 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>介護施設 <input type="checkbox"/>療養病院 その他 _____ </div>	
あなた家族	<input type="checkbox"/> 医師から、病状の説明と治療の流れ、その後の転院、退院についての説明を受けます。 	転院先(_____)の決定 <input type="checkbox"/> (_____)病院的資料を受け取ります <input type="checkbox"/> 詳細の説明を希望の方はMSWを紹介します <input type="checkbox"/> 転院先の面談希望のある方は調整いたします (*事前面談の有無は病院によって異なりますので担当者にご相談下さい)	<input type="checkbox"/> 転院時の搬送方法 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/>自家用車 <input type="checkbox"/>タクシー <input type="checkbox"/>その他 (_____) </div> <input type="checkbox"/> ご家族同伴し転院して頂きます 	<input type="checkbox"/> 転院先の医師から、今後の治療や機能回復の見直しなどの説明を受けます <input type="checkbox"/> 栄養の取り方について、意思決定します <input type="checkbox"/> 連携医療施設退院後の療養先を決定します 自宅に退院する場合には、診療所医師(かかりつけ医)と連携いたします。 決まっていない場合には、ご紹介いたします。 	<input type="checkbox"/> ご本人の状況にあった場所で、療養を継続していただきます。
治療リハビリの流れ	<input type="checkbox"/> 抗生剤などの薬物治療を行います <input type="checkbox"/> 必要に応じて、酸素投与を行います <input type="checkbox"/> 食事摂取の判断を行います。患者とご家族に今後の予測を説明します。 <input type="checkbox"/> 急性期リハビリを開始します			<input type="checkbox"/> 食事摂取の判断に基づき、栄養補給経路の検討をします <input type="checkbox"/> 嚥下訓練などを行います	
説明と同意	私は、この表にある地域連携診療計画に関する説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意します。				
	(署名)	年 月 日 主治医:	年 月 日 主治医:		
	患者氏名 又は	代理人の場合	患者氏名 又は	代理人の場合	

柔軟な連携体制：浜松肺炎地域連携パス 退院転院基準



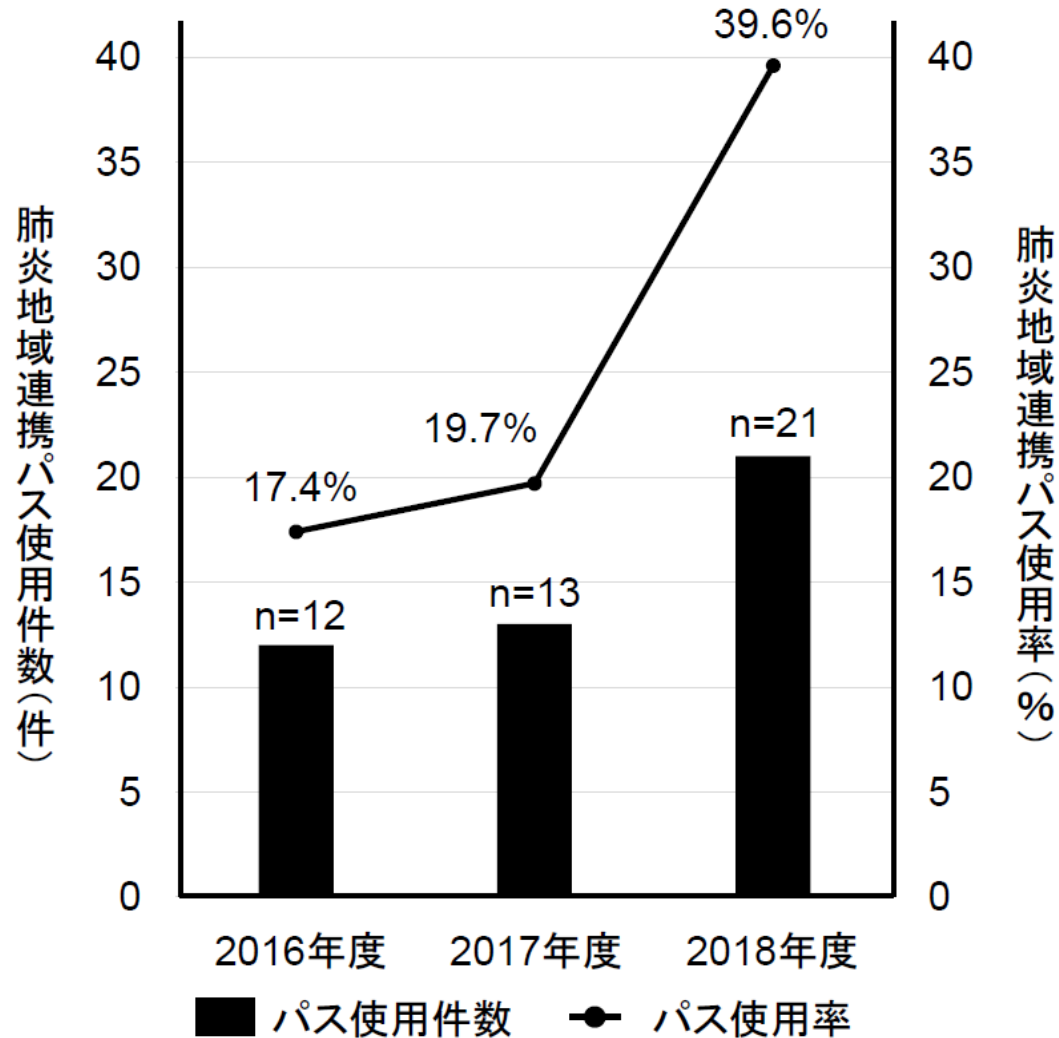
連携施設・病院の受け入れ体制に応じた退院転院基準

連携施設・病院毎に
「受け入れられる体制」
は異なる

急性期病院との取り決め
「転院受け入れ可能な条件」
を取り決める

肺炎パスの使用状況

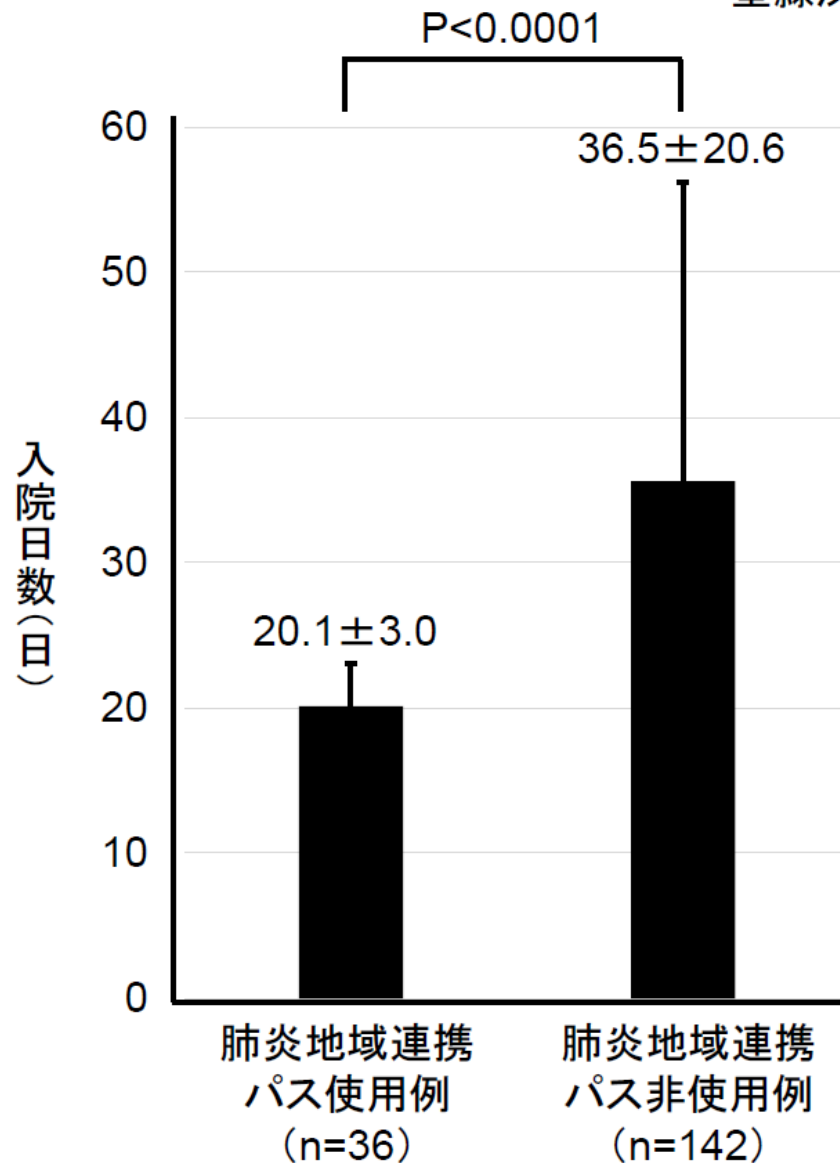
聖隷浜松病院 呼吸器内科



(日本クリニカルパス学会雑誌 2021 in press)

肺炎地域連携パス使用有無による入院日数の比較

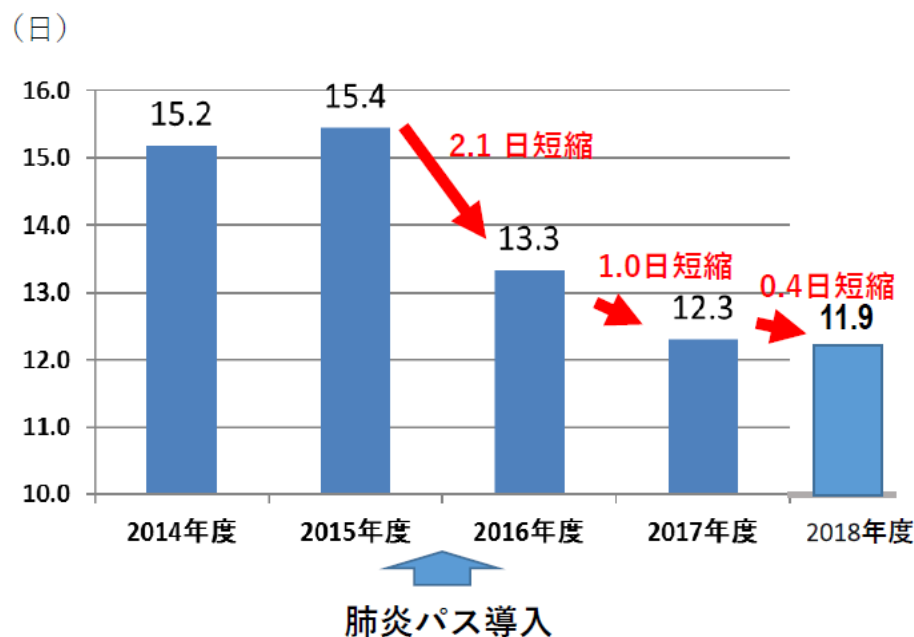
聖隷浜松病院 呼吸器内科



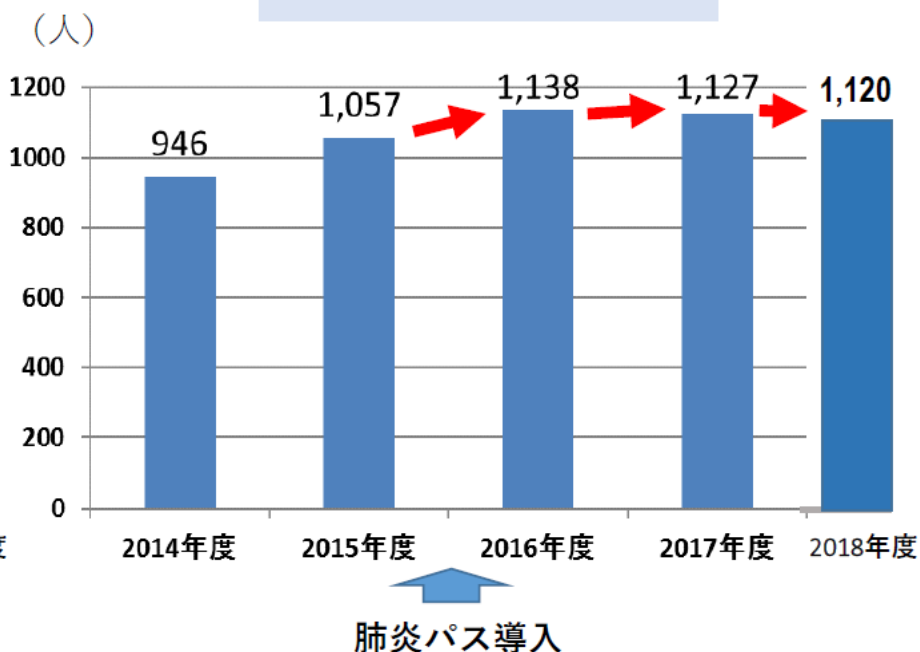
(日本クリニカルパス学会雑誌 2021 in press)

肺炎パス導入後の呼吸器内科の平均在院日数の推移

平均在院日数



新入院患者数



浜松肺炎地域連携パスの目指すところ

- ✓ 医療機能や患者の状態に応じた医療の実施：
 - ・高齢者肺炎診療における診療機能の分担
- ✓ 地域包括ケア：高齢者肺炎の患者さんを地域全体で支える
 - ・ACP(アドバンス・ケア・プランニング)：
 - 高齢者肺炎の患者さんの価値観や目標や
 - 治療選好に一致した医療が受けられるようにサポート
- ✓ パスの活用を通じた医療機関の相互交流により、“顔の見える” “信頼しあえる” 関係を構築する。

心不全地域連携パス

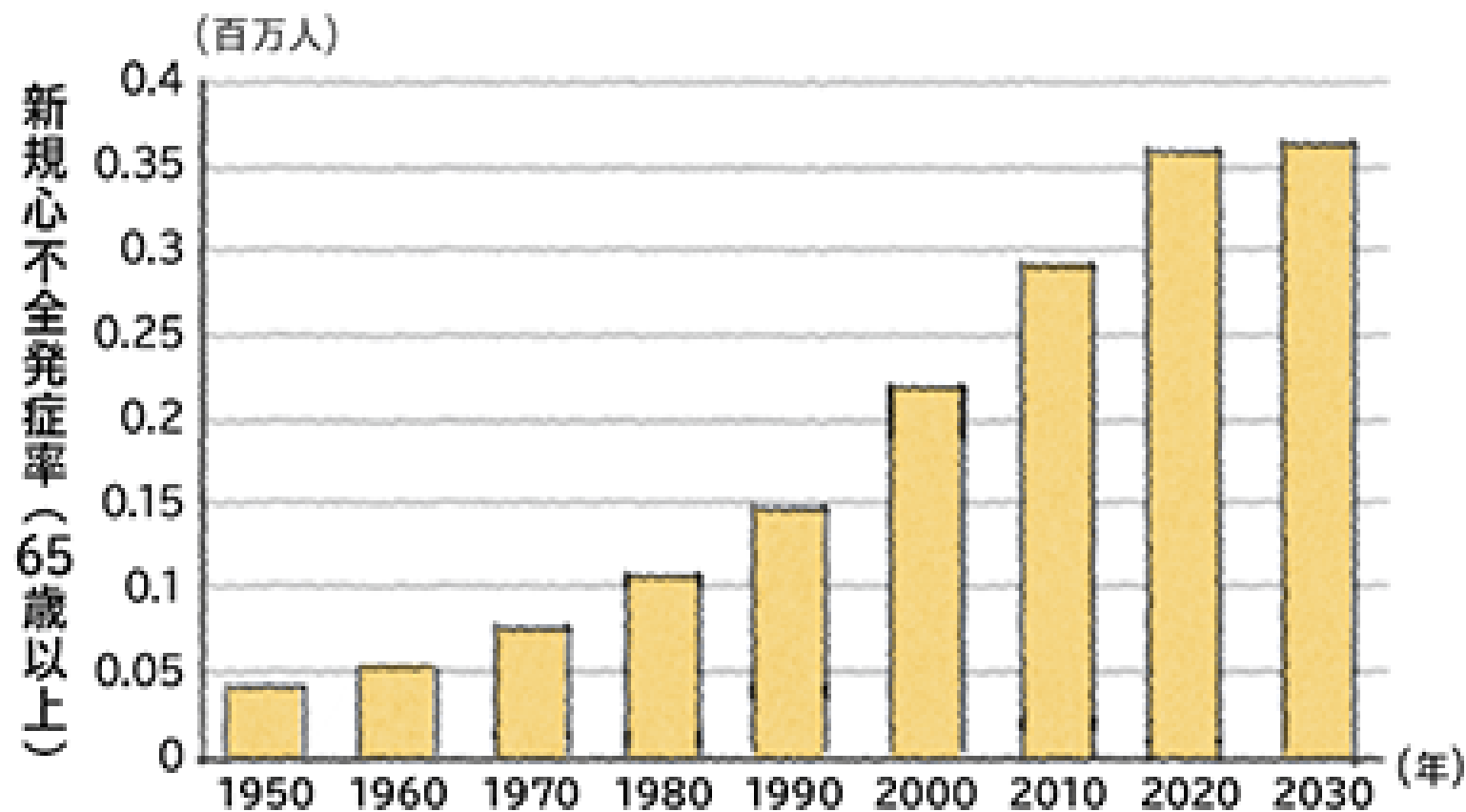
【心不全の症状】

ポンプ機能の低下

肺うっ血や血液のうっ滞



心不全パンデミック

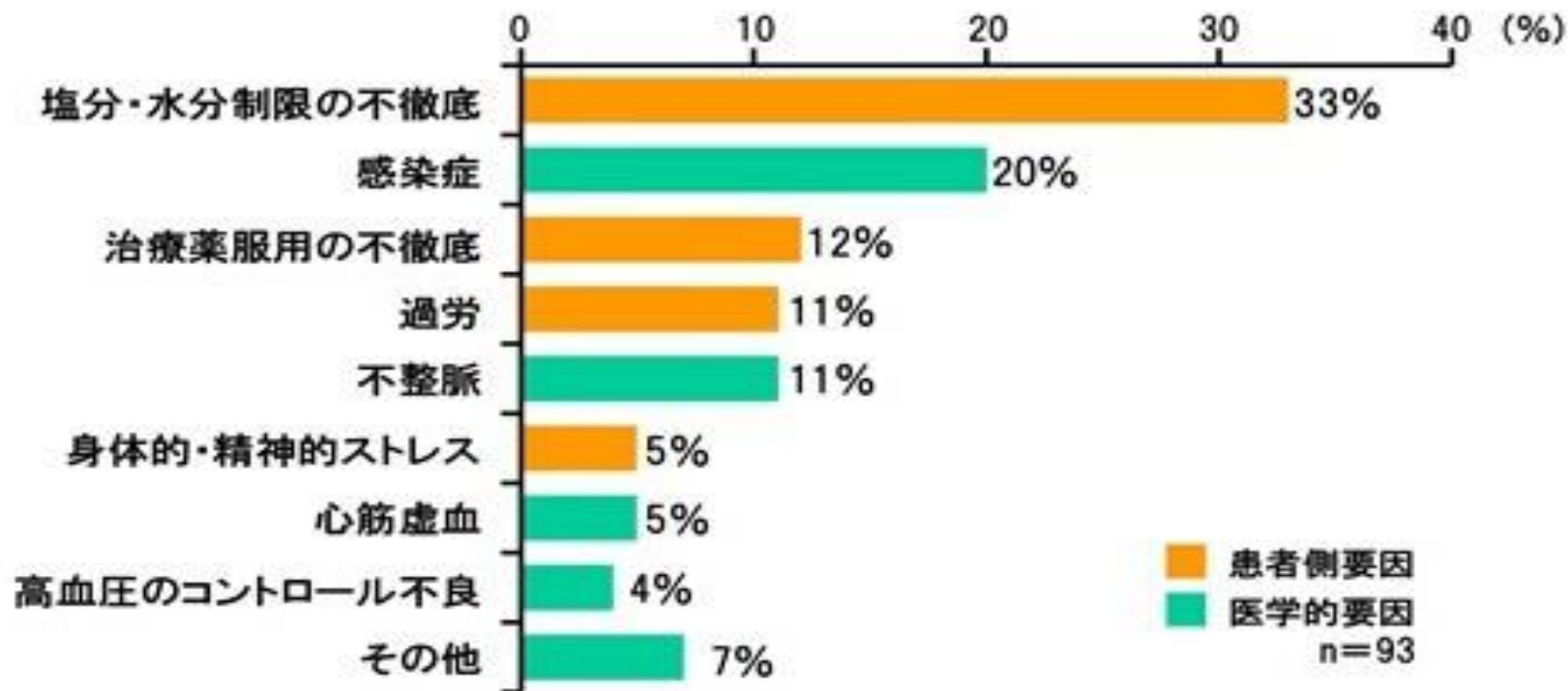


総人口 (百万人)	83.2	93.4	103.7	117.1	123.6	126.9	128.1	124.1	116.6
--------------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

出典：Shimokawa H, et al. Eur J Heart Fail 2015;17:884-892.

心不全では再入院が多い

図2 心不全再入院の原因



(Tsuchihashi M, et al : Jpn Cir J 2000;64:953-959より改変)

慢性心不全患者に求められる疾病管理

- 「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、疾病管理として、退院後特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効であるとしている。

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)

XII. 疾患管理

1. プログラム(教育など)とチーム医療

1. 2 疾病管理プログラムの具体的な内容

1. 2. 1 アドヒアランスとセルフケアを重視した患者教育

患者の適切なセルフケアは心不全増悪の予防に重要な役割を果たし、セルフケア能力を向上させることにより生命予後やQOLの改善が期待できる。医療従事者は患者のセルフケアが適切に行われているかを評価し、患者および家族に対する教育、相談支援により患者のセルフケアの向上に努める。患者教育では、疾患に関する情報にアクセスし、理解し、活用する能力であるヘルスリテラシーを考慮しつつ、患者の理解度に応じた教材を有効に活用することも重要である。

2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」フォーカスアップデート版

第7章 疾病管理

2. 疾病管理プログラムの具体的な内容

2. 8 退院調整・退院支援および移行期支援と継続的フォローアップ

入院後早期からの退院調整および退院支援は、心不全患者の退院後早期の再入院の回避に効果的である。入院中の退院調整では、退院支援の必要性の評価、具体的な支援内容の検討を行うとともに、セルフケア能力を強化するための患者教育も同時に実施する。退院後の受診頻度は退院後の再入院のリスクと関連しており、**退院後、特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効**である。

心不全に対する疾病管理のエビデンスレベル及び具体的な治療及び教育・支援内容

- 心不全に対する疾病管理として、「多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援」、「退院支援と継続的フォローアップ」が推奨されている。
- ガイドラインにおいて、心不全患者、家族及び介護者に対する教育・支援内容が具体的に示されている。

■心不全に対する疾病管理の推奨とエビデンスレベル*

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds推奨グレード	Mindsエビデンス分類
多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援を行う：患者および家族、介護者に対して。	I	A	A	I
退院支援と継続的フォローアップを行う。	I	A	B	I
禁煙教育・支援を行う。	I	C	B	IVb
身体症状のモニタリングを行う。	I	C	C1	VI
精神症状のモニタリングと専門的治療を行う。	I	B	B	II
心不全増悪の高リスク患者への教育支援と社会資源の活用を行う：独居者、高齢者、認知症合併者などに対して。	I	A	A	I
感染症予防のためのインフルエンザワクチン接種を行う。	I	A	B	IVa
1日6g未満の減塩食を考慮する。	IIa	C	C1	VI
節酒を考慮する。	IIa	C	C1	VI

■心不全患者、家族および介護者に対する治療および生活に関する教育・支援内容**

教育内容	具体的な教育・支援方法	教育内容	具体的な教育・支援方法
心不全に関する知識		アルコール	
症状、病状、病状、病状の経過、重症度の評価（経過観察）、治療の目的、合併症、薬剤治療、薬物治療	理解度やヘルスリテラシーを考慮し、教育資料などを用いて知識を提供する。	酒類のアルコール含有量の危険性	心不全の病態を含め個別性を考慮し、飲酒量に関する教育を行う。
セルフモニタリング		禁煙	
患者自身が症状モニタリングを実施することの必要性・重要性、セルフモニタリングのスキル、患者手帳の活用	患者手帳への記録を促すとともに、指導者は記録された情報を把握し、患者教育に活用する。	禁煙の必要性	「禁煙ガイドライン(2019年改訂版)」を参照。
運動の対応		身体活動	
増悪時の症状と評価、増悪時の対応者への連絡方法	呼吸器機能、体重、3日間で2kg以上の体重増加など増悪の兆候を認識した場合は医師や看護師への受診の必要性と、具体的な方法を説明する。	定期的な適切な身体活動の必要性	運動目標、増悪を評価する。定期的に日常生活動作を評価する。
お薬に対するアドヒアランス		定時化の適切な身体活動の必要性	定時的に日常生活動作を評価する。
薬剤名、薬効、薬量方法、副作用、処方通りに服用することの重要性	理解度やヘルスリテラシーを考慮し、教育資料などを用いて知識を提供する。	定時化時の安静、活動制限の必要性	身体機能とともに生活環境を考慮したうえで、転倒リスクなどを評価し、目標生活上の身体活動の留意点を具体的に説明する。
アドヒアランス改善の目的、治療に関する生活上の注意事項	定期的にアドヒアランスを評価する。	入浴	
アドヒアランスが欠如している場合は、医師による教育、支援を行う。	アドヒアランスが欠如している場合は、医師による教育、支援を行う。	適切な入浴方法	浴室や生活環境に応じた方法を指導する。
感染予防とワクチン接種		旅行	
心不全増悪因子としての感染性インフルエンザ、肺炎に対するワクチン接種の必要性	日常生活上の感染予防に関する知識を提供する。	旅行中の注意事項（飲酒、飲水、食事内容、身体活動量）	旅行中の食事内容や食事時間の変化、気候の変化、運動量の増加などが心不全に及ぼす影響を説明する。
塩分・水分管理		旅行中の心不全増悪の対応方法	旅行中の心不全増悪の対応方法を説明する。
高塩食の危険性、重症心不全患者における飲水制限	飲水量の計量方法について具体的に説明する。	性生活	
適正な塩分摂取（5g未満/日）と適正な水分摂取の重要性	効果的な減塩方法について、資料などを用いて説明する。	性生活が心不全に及ぼす影響	性生活により心不全増悪の可能性があることを説明する。
栄養管理		心不全治療と性生活の関わり	心不全治療と性生活の関わりについて説明する。
バランスのよい食事の必要性	定期的に栄養状態を評価する。	心理的支援	
合併症を考慮した食事内容	減下機能などの身体機能や生活状況に応じた栄養指導に努める。	心不全と心理的支援	心不全と心理的支援の重要性を説明する。
家族支援		定期的な家族とのコミュニケーション	定期的に家族とのコミュニケーションを促進する。
家族の役割、家族の役割	定期的に家族の状態を評価する。	定期的な家族とのコミュニケーション	
	定期的に家族の状態を評価する。	定期的な家族とのコミュニケーション	定期的に家族の状態を評価する。

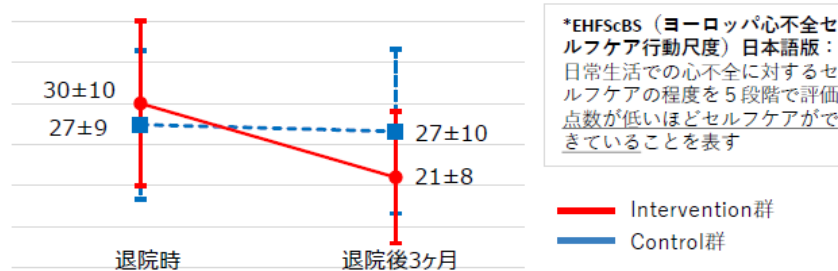
慢性心不全患者に対する退院直後の療養支援の効果

- 慢性心不全患者に対し、ガイドラインに基づき退院直後に集中的な対面及び電話による療養支援を行うと、セルフケア行動が有意に改善することが示されている。
- 心不全患者において、セルフケア行動が維持されていると、再入院率が低くなることが示されている。

■慢性心不全患者の重症化予防に向けた、退院後の集中的な支援の効果

<退院後3か月におけるセルフケア行動の変化>

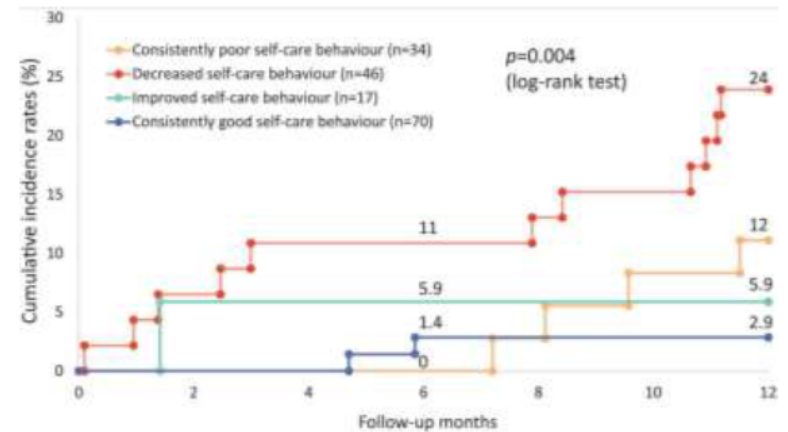
退院後3か月におけるEHFScBS*の総得点は、有意に介入群で低値であった ($p < 0.001$)



■セルフケア行動と入院率

<セルフケア行動別、心血管疾患による累積入院率>

セルフケア行動が維持されることにより、心血管疾患による累積入院率は有意に低い ($p = 0.004$)



出典: Lijeroos M, et al. (2020) 「Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors」
European Journal of Cardiovascular Nursing, Vol19,5,421-432

【研究方法】介入研究

Intervention群: 「2021年JCS/JHFSガイドラインフォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療」で示された、疾病管理プログラムに基づき提案する、療養支援フローに則り、対面及び電話による療養支援プログラムを実施



【対象患者】

慢性心不全と診断された成人患者(18歳以上)で、ACC/AHAの心不全ステージ分類Stage Cにあり、包含基準に該当する者 (包含基準) 過去1年間に1回以上の入院を経験し、アドヒアランスに関わる問題を1つ以上有している

出典: 日本看護協会「慢性心不全患者に対する外来看護師による対面及び電話による療養支援の効果に関する研究」(2022~2023年度)

心不全 倉敷地域連携バス



倉敷中央病院（岡山県倉敷市）

地域全体で心不全患者を診る ～倉敷地区地域チーム医療～

●心不全地域連携パス

●マイカルテオンラインシステム

心不全入院から外来診療までの流れを円滑に

急性期病院

心不全チーム
CCUチーム
NST

●心不全手帳

患者・家族への教育と多職種、施設間の情報共有ツール



心不全教室

患者及び家族への教育

●心臓リハビリ地域ネットワーク

外未での心臓リハビリ継続

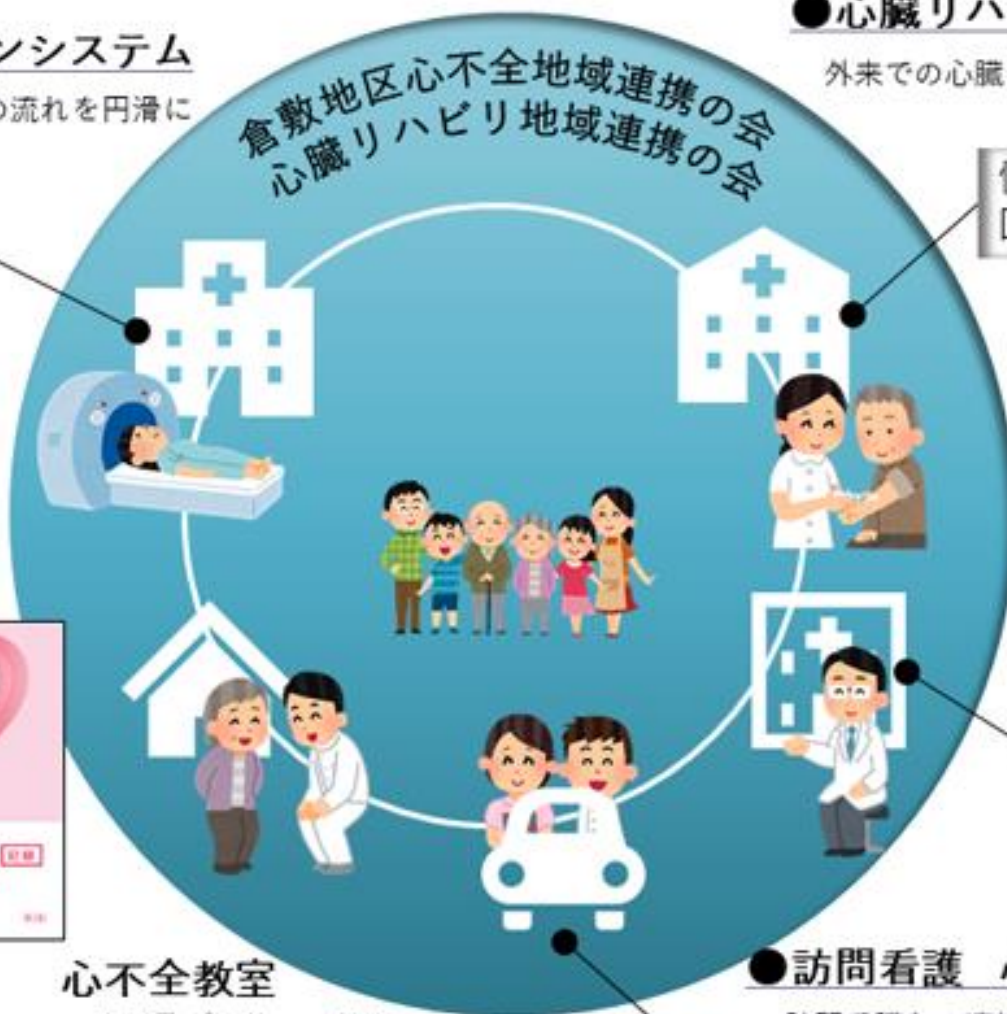
慢性期/
回復期リハビリ病院

かかりつけ医

●訪問看護 心不全ホットライン

訪問看護との連絡ツール

訪問看護ステーション



心不全地域連携クリティカルパス

※このクリティカルパスは、
入院型です。

心不全で入院されました

入院日 年 月 日

急性期病院
倉敷中央病院

入院前	急性期治療（1週間目安）	亜急性期治療（2週間目安）	転院
<p>検査、心エコー、心電図、レントゲン等 検査があります</p> <p>点滴治療を行います</p> <p>医師の指示により内服治療を行います</p> <p>薬物投与を行います</p>	<p>病状に応じて追加検査を行います</p> <p>転院先病院のベッド調整が 済んだ段階となります</p> <p>栄養指導 薬物投与が内服について説明いたします</p> <p>日時 年 月 日 時 分</p>	<p>患者様の状態にあわせて 特別食になります</p> <p>心臓病食・腎臓病食・糖尿病食</p> <p>栄養指導 食事についてご家族とともに説明を させていただきます</p> <p>予約日時 年 月 日 時 分</p>	<p>医師の許可があれば、 平日シャワー・入浴を 計画し、必要時介助します</p> <p>病状にあわせ、 座器・ポータブルトイレ・車椅子トイレ・一般トイレでの 排泄介助をします</p> <p>ベッド上安静です 車椅子、歩行は患者様の 状態にあわせ介助します</p> <p>転院に注意します</p>
<p>医師の指示のもと早朝から心臓リハビリを開始します 状態に合わせた安全な心臓リハビリを行います</p> <p>医師より病状に合わせて 適宜説明があります</p> <p>必要に応じて医療相談を受けていただき、 転院を含めた今後のことについて相談します</p>			

※地域連携パスの同意・署名は、倉敷中央病院 入院診療計画者と兼ねています。倉敷中央病院 入院診療計画書にて、上記の入院診療計画について説明をし、ご了承いただきました。

心不全手術の利用 あり

転院基準 病状が安定しているが、入院継続が必要

転院日 年 月 日

() 病院
説明日 年 月 日 主治医: 看護師:

転院日～退院 (入院期間: およそ 日程度)	
検査	<p>検査、心エコー、心電図、レントゲン等 検査があります</p> <p>リハビリ状況を確認します 定期的に今後のことを相談していきます</p>
食事	<p>患者様の状態にあわせて特別食 心臓病食 腎臓病食 糖尿病食</p> <p>特別な栄養指導の必要性(有・無) ※必要と判断した場合は、栄養指導に取り組みます</p>
清潔	<p>清潔の介助を行います お風呂の場合は状態によって変更します</p>
排泄	<p>病状にあわせ、 座器・ポータブルトイレ・車椅子トイレ・一般トイレでの 排泄介助をします</p>
リハビリ	<p>医師の指示のもと、病状に応じてリハビリを行います 状態によっては、必要に応じて心臓リハビリを行います</p>
病状説明	<p>医師より病状について説明があります 今後のことについても説明があります 予後予測しながら日程を調整します</p>
薬物	<p>薬物指導、栄養指導を行います</p>
医師 相談	<p>入院中の様々なご質問に応じます 予約日時 年 月 日 時 分</p> <p>必要に応じて、 ・介護認定申請手続きのお問い合わせ ・施設入居申し込みのお手伝い ・ケアマネジャーと連絡、調整</p>

日付 年 月 日
氏名 (捺印)

退院・転院基準 病状が安定している
◆予定日 年 月 日
◆退院日 年 月 日
※本人または家族のサイン

外来通院型連携医療機関

医療機関名: () 主治医: ()
倉敷中央病院 退院後外来 あり

外来通院しながら治療継続します

病状が落ち着けば、かかりつけ区へお薬の継続、日常診療をお願いします。

退院基準

転院日 年 月 日

一般・療養型病床 ()
主治医: ()
看護師: ()

状態に応じて期間を決定

検査 採血やレントゲン等、検査を行います
必要検査は一般病院で行うこともあります

治療 内服治療を継続します

リハビリ リハビリを継続します

入所施設 ()
担当者: ()

状態に応じて期間を決定

相談 療養支援について相談を受けます

日付 年 月 日
氏名 (捺印)

かかりつけ区 ()
主治医: () 他担当者: ()

病状が安定している限り

検査 採血やレントゲン検査等を行います

治療 内服治療を継続します

リハビリ リハビリを継続します

相談 療養支援について相談を受けます

訪問看護 ()

必要時

相談 療養支援について相談を受けます

リハビリ リハビリを継続します

心不全連携パス 主な連携病院 2022.4-



①高梁中央病院



②笠岡第一病院



③金光病院



④玉島協同病院



⑤水島中央病院



⑥玉島中央病院



⑦水島協同病院



⑧やまな内科整形外科



⑨重井医学研究所附属病院



⑩児島中央病院



⑪南岡山医療センター



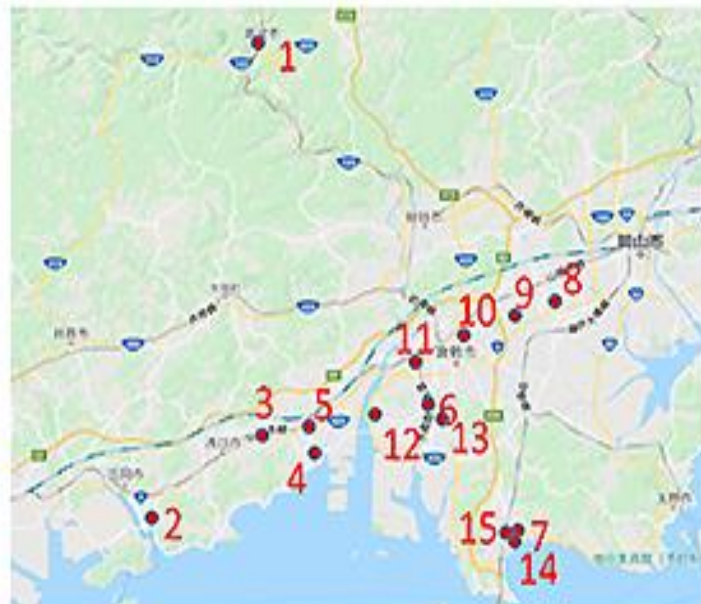
⑫しげい病院



⑬倉敷記念病院



⑭倉敷中央病院リバーサイド

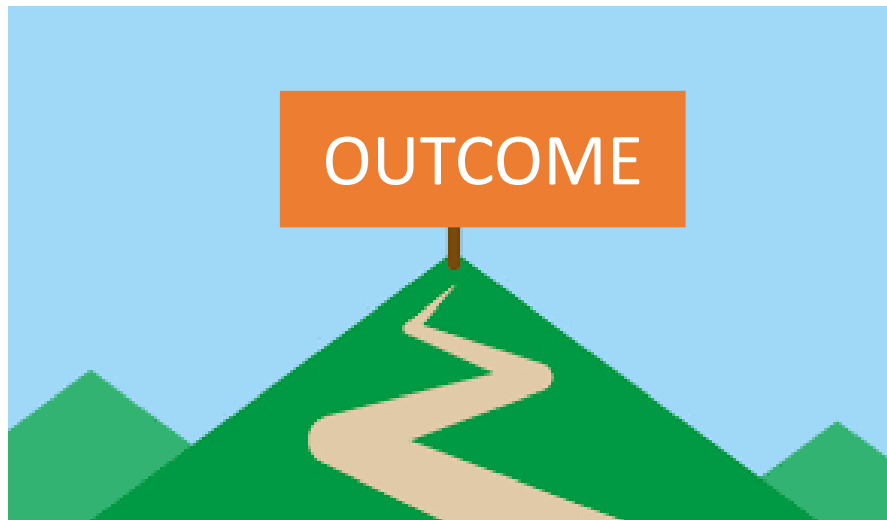


⑮倉敷市立市民病院

誤嚥性肺炎、心不全の疾病管理で 高齢者の入院率を低減



地域包括ケアシステムの
アウトカム設定で
行うべき施策が見えてくる
そして施策評価も行える



パート 3

地域包括ケアと かかりつけ医機能

かかりつけ医



かかりつけ医機能について

2022年9月9日「第8次医療計画等に関する検討会」

全世代型社会保障構築会議

2022年11月24日



かかりつけ医の定義と機能



2023年5月12日

かかりつけ医機能の制度整備などを盛り込んだ
改正医療法が可決成立した

医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

- ・国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行うよう努めることとされている（現行医療法第6条の2第3項）ことも踏まえ、「かかりつけ医機能」の**定義を法定化**しつつ、「かかりつけ医機能」に関する国民・患者への**情報提供の充実・強化**を図ることとしてはどうか。
- ・かかりつけ医機能の定義
：「**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**」
- ・医療機関は、その有する「かかりつけ医機能」を都道府県知事に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する**情報を国民・患者に分かりやすく提供**する。

現在の情報提供項目

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

これまでは医療法の施行規則には記載があった。これ**医療法**の条文に載せた

今後の情報提供項目のイメージ

例えば、

- ◆対象者の別（高齢者、子どもなど）
- ◆日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など
- ◆入退院時の支援など医療機関との連携の具体的内容
- ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容

など、国民・患者目線で分かりやすいものに見直す。

※具体的な項目の内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

改正医療法成立

- 5つのかかりつけ医機能
 - (1) 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - (2) 時間外診療を行う機能
 - (3) 病状急変時等に入院など必要な支援を提供する機能
 - (4) 居宅等において必要な医療を提供する機能
 - (5) 介護サービス等と連携して必要な医療を提供する機能



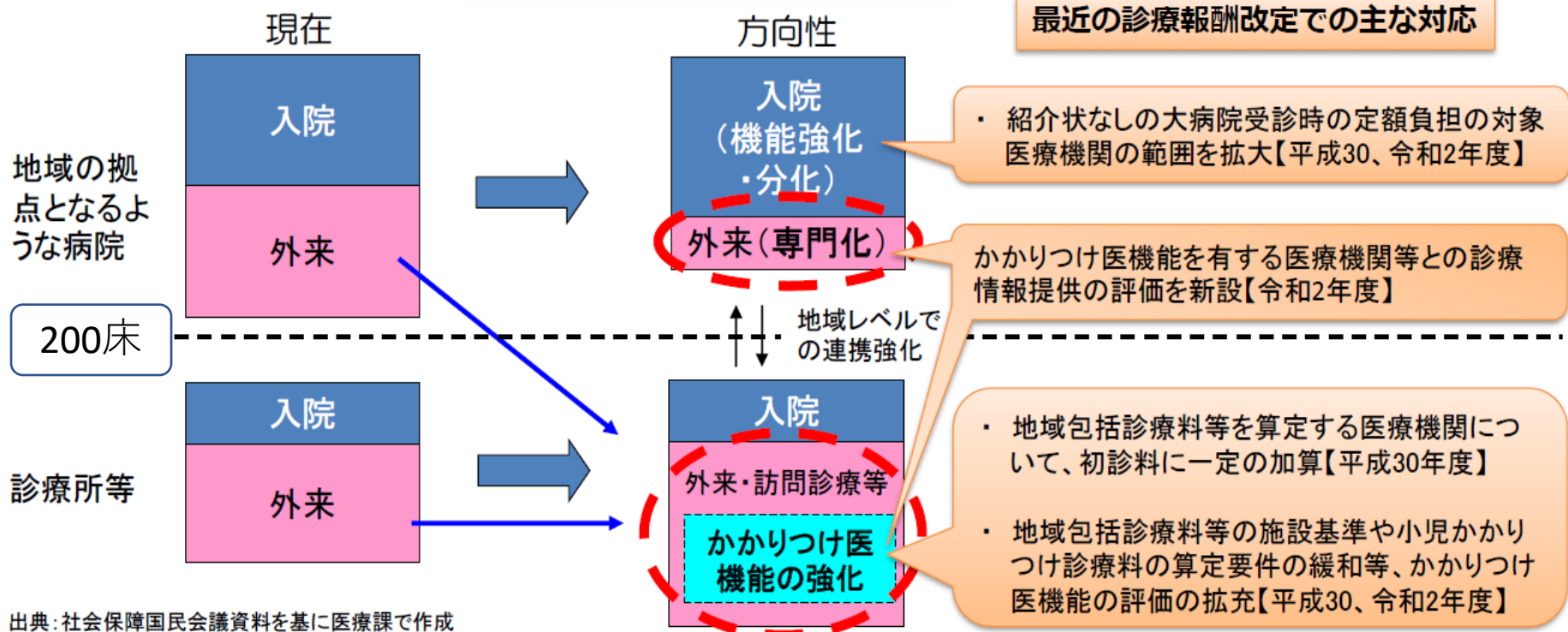
2023年5月12日

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

外来医療の役割分担のイメージ



かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表（※）。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

医療機能情報提供制度完成

医療機能情報提供制度 (H18) 2006年



※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

かかりつけ医機能報告制度



第7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（2024年7月5日）



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

令和6年9月5日 第110回社会保障審議会医療部会（資料3）

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以龍代表理事／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
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

座長

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

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

○かかりつけ医機能が発揮される制度整備としては、（１）医療機能情報提供制度の刷新、（２）かかりつけ医機能報告の創設、（３）患者に対する説明で構成される。

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、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ことから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

（１）医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

（２）かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行） 2025年4月

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

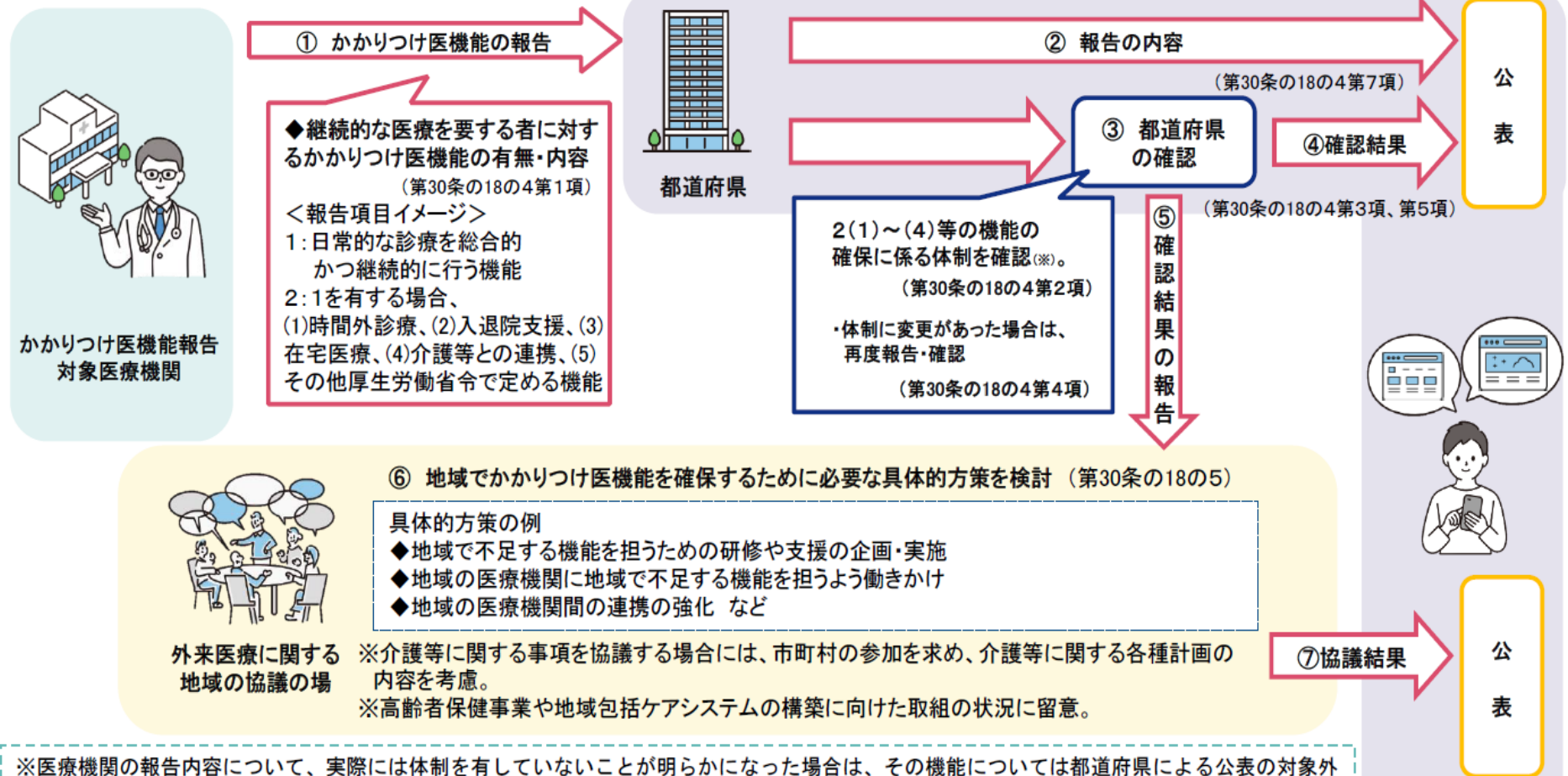
（３）患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（２）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外
 医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

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かえ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的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にも、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。

報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

■ かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

■ 具体的な機能（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を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

■ 医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- 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
- 17の診療領域*1ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- 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

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後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て、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が發揮される制度の施行に関する分科会」資料

（例）一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症（関節リウマチ、脱臼）	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ（気分障害、躁うつ病）	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス（神経症）	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じよくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛（片頭痛）	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=1>

【上記例の設定の考え方】

- ・ 一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・ 推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数が多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・ XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患)

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症 (関節リウマチ、脱臼)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ (気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス (神経症)	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数 (千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛 (片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頰腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎 (肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=1>

【上記例の設定の考え方】

- ・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案 (40疾患) の内訳

傷病名	推計外来患者数	内訳の傷病名	推計外来患者数
高血圧	590.1	本態性(原発性)高血圧(症)	590.1
腰痛症	417.5	脊椎障害(脊椎症を含む)	266.5
		椎間板障害	75
		腰痛症及び坐骨神経痛	46.3
		その他の脊柱障害	29.7
関節症(関節リウマチ、脱臼)	299.4	関節症	195.9
		関節リウマチ	31.7
		脱臼、捻挫及びストレイン	71.8
		その他の急性上気道感染症	71.3
かぜ・感冒	230.3	急性気管支炎	46.4
		急性咽頭炎及び急性扁桃炎	44.9
		急性副鼻腔炎	24.8
		慢性副鼻腔炎	24.1
		急性鼻咽頭炎[かぜ]〈感冒〉	18.8
		その他の皮膚炎及び湿疹	59.9
		アトピー性皮膚炎	53.5
皮膚の疾患	221.6	皮膚及び粘膜の病変を伴うその他のウイルス性疾患	36.6
		接触皮膚炎	27
		ざ瘡〈アクネ〉	25.1
		じんま疹	22.5
		皮膚糸状菌症	22.2
		皮膚及び皮下組織の感染症	19.2
		帯状疱疹	11.4
		2型糖尿病	135.8
		その他の糖尿病	74.2
		その他の明示された部位、部位不明及び多部位の損傷	82.5
外傷	199.1	肩の傷害〈損傷〉	76.1
		軟部組織障害	40.5
		脂質異常症	153.4
下痢・胃腸炎	124.9	胃炎及び十二指腸炎	60.2
		その他の食道、胃及び十二指腸の疾患	29.6
		感染症と推定される下痢及び胃腸炎	17.6
		その他の胃腸の疾患	17.5
慢性腎臓病	124.5	慢性腎臓病	124.5
がん	109.2	乳房の悪性新生物〈腫瘍〉	34.9
		前立腺の悪性新生物〈腫瘍〉	20.9
		結腸の悪性新生物〈腫瘍〉	18.6
		気管、気管支及び肺の悪性新生物〈腫瘍〉	18.6
		胃の悪性新生物〈腫瘍〉	16.2
喘息・COPD	105.5	喘息	89.9
		慢性閉塞性肺疾患	15.6

傷病名	推計外来患者数	内訳の傷病名	推計外来患者数
アレルギー性鼻炎	104.8	アレルギー性鼻炎	104.8
うつ(気分障害、躁うつ病)	91.4	気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)	91.4
骨折	86.6	その他の四肢の骨折	61.5
		頸部、胸部及び骨盤の骨折(脊椎を含む)	25.1
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	結膜炎	28.6
		涙器の障害	23.4
白内障	64.4	角膜炎	13
		白内障	64.4
緑内障	64.2	緑内障	64.2
骨粗しょう症	62.9	骨粗しょう症	62.9
不安・ストレス(神経症)	62.5	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表見性障害	62.5
認知症	59.2	アルツハイマー病	45.4
		血管性及び詳細不明の認知症	13.8
脳梗塞	51	脳梗塞	51
統合失調症	50	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	50
中耳炎・外耳炎	45.8	中耳炎	27.3
		外耳炎	18.5
睡眠障害	41.9	睡眠障害	41.9
不整脈	41	不整脈及び伝導障害	41
近視・遠視・老眼	39.1	屈折及び調節の障害	39.1
前立腺肥大症	35.3	前立腺肥大(症)	35.3
狭心症	32.3	狭心症	32.3
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	正常妊娠・産じょくの管理	27.9
心不全	24.8	心不全	24.8
便秘	24.2	便秘	24.2
頭痛(片頭痛)	19.9	片頭痛及びその他の頭痛症候群	13.4
		頭痛	6.5
末梢神経障害	17.2	神経、神経根及び神経そうの障害	17.2
難聴	17.1	難聴	17.1
頸腕症候群	17	頸腕症候群	17
更年期障害	16.8	閉経期及びその他の閉経周辺期障害	16.8
慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	6.2
		C型ウイルス性肝炎	5
		B型ウイルス性肝炎	4.1
貧血	12.3	鉄欠乏性貧血	8.8
		その他の貧血	3.5
乳房の疾患	10.5	乳房の障害	10.5

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=1>

報告を求めるかかりつけ医機能「2号機能」

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

■ 具体的な機能（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ・通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- （2）入退院時の支援
 - ・在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
- （3）在宅医療の提供
 - ・在宅医療を提供する機能
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ・介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

■ その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日 夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況
- （2）入退院時の支援
 - ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
 - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
 - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- （3）在宅医療の提供
 - ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
 - ④ 自院における在宅看取りの実施状況
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機設定等）
 - ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
 - ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
 - ⑤ ACPの実施状況

地域性を踏まえた「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(案)

- 「全世代型社会保障構築会議報告書」(令和4年12月)において、「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、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、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」とされている。
- これまでの分科会においても、地域の医療連携体制の構築に関して以下のような意見があった。
 - ・ 自分の医療機関だけで全ての機能を担うことは難しい。地域においていろいろな医療機関と連携して、地域が面として役割を担えることが望まれる体制ではないか。
 - ・ 地域で面での連携をいかに安定して提供していくかという中で、かかりつけ医機能の報告をいかにうまく活用していくかが大切。地域医療の中が見える化されるので、地域に必要なニーズを話し合いながら、お互いに足りない部分の連携を取っていくということ。特に地方では診療所の医師の高齢化も進んでおり、全ての機能を背負うのは非常に難しい。自分の地域の不足しているところが見えてきて、それをいかにカバーしていくかで、前向きな方向に向くのではないか。地域の実情に見合った連携ができるような、かかりつけ医機能の体制づくりをしていく必要。
 - ・ かかりつけ医機能支援病院、かかりつけ医機能支援診療所との連携の中で、頑張っておられる先生方の負荷をできるだけ軽くするような方向性を考えることが重要。
- また、かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型が考えられる中で、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所が支えることにより、地域の医療機関がより積極的に安心してかかりつけ医機能を担うことができるようになるとの意見があった。
- かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、「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、地域で不足する機能の確保のため、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、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であり、このような観点から、国で策定する「かかりつけ医機能報告ガイドライン(仮称)」において、地域性を踏まえた「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)を示すことについて、どのように考えるか。

<「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)のイメージ例>

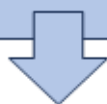
	日常的な診療	時間外診療	入退院支援	在宅医療	介護等との連携	その他
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 在宅当番医制に参加	・ 未対応	・ 未対応	・ 未対応	
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 休日夜間急患センターに参加	・ 紹介状作成	・ 日中のみ実施	・ 主治医意見書を作成	
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 準夜帯の患者の問合せに電話対応	・ 退院前カンファレンスに参加等	・ 日中のみ実施	・ 介護保険の訪問看護指示書を作成等	
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 幅広い領域のプライマリ・ケアを実施	・ 時間外の患者の問合せに留守番電話対応	・ 退院困難患者の入院早期から受入相談対応等	・ 24時間体制で対応	・ 地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等	
かかりつけ医機能を支援する医療機関	・ 幅広い領域のプライマリ・ケアを実施	・ 時間外の患者の問合せに随時対応	・ 退院困難患者の入院早期から受入相談対応等 ・ 後方支援病床を確保	・ 24時間体制で対応 ・ 複雑困難患者も対応 ・ 地域の在宅医療をサポート	・ 地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等	・ 学生・研修医・リカレント教育等の教育活動

○ かかりつけ医機能を支援する医療機関のコンセプト・求められる主な要素

- ・ 地域の医療機関がかかりつけ医機能を発揮するための包括的な支援を行い、地域で積極的にかかりつけ医機能を担う医療機関の増加に資する。
- ・ 複数医師が常勤、休日・夜間対応を実施、24時間体制の在宅医療を実施、困難な在宅医療にも対応、地域の在宅医療をサポート、後方支援病床を確保、介護施設との連携、地域連携・多職種連携を日常的に実施、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等

【「かかりつけ医機能報告制度」の医療法上の立て付け】

対象医療機関（特定機能病院・歯科診療所以外の病院・診療所）



「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的かつ継続的に行う機能」（1号機能）を持つか否か、その内容は何か報告する



対象医療機関（特定機能病院・歯科診療所以外の病院・診療所）

「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的かつ継続的に行う機能」（1号機能）を持つ医療機関



▼時間外の診療▼病状が急変した場合の入院支援、病院等からの退院支援▼在宅医療対応▼介護連携—などの機能（2号機能）を持つか否か、その内容は何かを報告する

パート4 地域包括ケアシステムと 総合診療医



地域包括ケアシステムの
ジグソーパズルに必要なラストピース

地域包括ケアシステムに必要なのは総合診療医！



表3：総合診療医に求められるコアコンピテンシー（中核的な能力）

①人間中心のケア

- 患者中心の医療
- 家族志向の医療・ケア
- コミュニケーション

②包括的統合アプローチ

- 未分化な問題、不確実性・複数の健康問題
- 地域を意識したマネジメント
- 健康増進・予防・リハビリテーション
- 継続性

③連携重視のマネジメント

- 多職種連携
- 病診連携
- 組織全体のマネジメント（質改善含む）

④地域志向アプローチ

- 地域の健康福祉行政などへの参画
- 地域の健康問題への対応

⑤公益に資する職業規範

- 倫理性・説明責任
- ワークライフバランス
- 教育研究

⑥診療の場の多様性

- 外来医療
- 救急医療
- 病棟医療
- 在宅医療

出典：日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトを基に作成

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャリティ領域（29 領域）


消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

19番目の専門医として2018年から

基本領域（19 領域）

内科 小児科 皮膚科 精神科 外科 整形外科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科 麻酔科 病理 臨床検査 救急科 形成外科 リハビリテーション科

総合診療



私のニューヨーク留学体験(1987年、1988年)
ニューヨーク州立大学ダウンステートメデイカルセンター
家庭医療課

旧厚生省からの
留学で家庭医療
を学びにNYのブ
ルックリンへ

State University of New York Downstate Medical Center Department of Family Medicine



SUNY Downstate Medical Center

Department of Family Medicine

Monthly Schedule

The following monthly schedule is for Family Medicine Residents.

PGY 1

1. Community Medicine
2. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
3. GYN Outpatient
4. Internal Medicine
Inpatient (2 Months)
5. Newborn
6. OB Inpatient
7. OB Outpatient
8. Pediatric Inpatient
9. Orthopedics Outpatient
10. Fast Track
11. Vacation

PGY 2

1. Adult ER
2. Behavioral Science
3. Community Medicine
4. Elective
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Geriatrics
7. ICU
8. Night Float
9. Ophthalmology
10. Pediatric ER
11. Surgery Inpatient
12. Vacation
13. Dermatology

PGY 3

1. Cardiology
2. Community Medicine
3. Elective (2 Months)
4. ENT Outpatient
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Night Float
7. Orthopedics Outpatient
8. Pediatric Outpatient
9. Surgery Outpatient
10. Urology Outpatient
11. Fast Track
12. PCMH
13. Vacation

Curriculum

The Curriculum

Monthly Schedule

Conference Schedule



家庭医療課のレジデントプログラム

	月	火	水	木	金	土	日
午前	病棟	新患外来	予約外来	病棟	救急	研修単位	休み
午後	カンファレンス	禁煙外来	訪問診療	カンファレンス	当直明け	休み	休み
夜間	夜間内科当番			夜間診療+当直			

ニューヨーク市ブルックリンの キングスカウンティ病院ERや在宅医療の ローテーションした



Kings County Hospital Center

日本に帰国して みたら



- 1985年 「家庭医に関する懇談会」
 - 日本医師会が厚労省主導の家庭医に大反対
 - 医師会はかかりつけ医を主導
- 2004年 新医師臨床研修制度
 - 各診療科のローテーション
- 2018年 新専門医制度
 - 19番目の基本領域に「総合診療専門医」が位置付けられた

1988年に帰国したが、日本医師会の
家庭医構想大反対の中、
家庭医の留学経験は
全く活かされなかった・・・



pixta.jp - 36657780

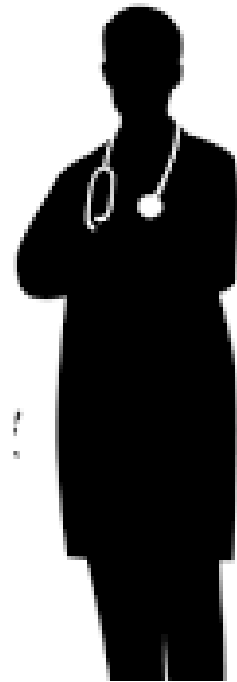
「隠れ家庭医」として地下に潜行

中小病院に総合診療医は なくてはならない存在

【総合診療医】



地域包括ケアシステムの
マネージャー





COMMUNITY &
COMMUNITY
HOSPITAL
ASSOCIATION

一般社団法人 コミュニティ&コミュニティホスピタル協会

2022年5月
発足



一般社団法人コミュニティ & コミュニティホスピタル協会

- 高齢化社会が進展する日本の医療に必要なのは、「治す」だけの医療ではなく、「治し、支える」医療です。現在、大病院と同様に特定の専門診療科の高度急性期を志向している全国にある**5,800**の中小病院は、この「治し、支える」医療への転換が必要であると考えています。
- 「コミュニティホスピタル」とは、**総合診療**を軸に超急性期以外のすべての医療、リハビリ、栄養管理、介護などのケアをワンストップで提供する病院です。
- すでにくくつかの地域では、このコミュニティホスピタルが立ち上がり、地域住民が安心して、自分らしく生活していける環境を作り上げています。
- また、そこで働く医療者にとっても、同じ思いを持った仲間たちと共に、やりがいと成長を得られる職場を提供していきます。

目的

- 1 コミュニティホスピタルの振興を目的とする事業
- 2 コミュニティホスピタルが担う医療を研究し、
開発・普及させる事業
- 3 コミュニティホスピタルを担う医療人材の育成事業
- 4 地域包括ケアを始めとする地域づくりを目的とする事業
- 5 医療人材のキャリア開発、働き方改革に資する事業
- 6 その他法人の目的を達成するために必要な事業
コミュニティの再生、振興、特に地域包括ケアづくりを
目的とする事業

主な機能

- 人材育成／紹介派遣／入職支援（経営担当理事、医師等）
 - コミュニティ・ホスピタルを担う人材の育成、ネットワーク化
- 参加会員の交流、勉強会開催
 - コミュニティホスピタルの経営支援
 - コミュニティホスピタルへの経営参画、継承支援
- コミュニティホスピタルの普及／啓発活動
 - コミュニティホスピタルについての勉強会、セミナー開催、学会発表
 - コミュニティホスピタルについての広報活動全般・
- その他、医療人材のキャリア形成、働き方改革支援
 - コミュニティの再生、振興、特に地域包括ケアづくり　－地域行政への支援、コーディネート
 - 上記を法人、個人のネットワーク化、育成、コーディネート

理事メンバー

- 代表理事 武藤 正樹
- 理事 井野 晶夫
- 理事 大石 佳能子
- 理事 大杉 泰弘
- 理事 亀田 省吾
- 理事 草野 康弘
- 理事 辻 哲夫
- 理事 本田 宜久
- 監事 渡辺 明良



株式会社メデイヴァ社長
大石佳能子氏

CCH
パートナー
ホスピタル募集中!



火災による全焼...地域住民に支えられ復興を遂げた病院が住民を支え...

神奈川県横須賀市にある衣笠病院（198床）。在宅医療先進地域である横須賀市でコミュニティホスピタルと...

 一般社団法人コミュニティ...
1年前



コミュニティホスピタルの認知症ケアのアプローチ（認知症に優しい...

こんにちはCCH協会の草野です。みなさんは「認知症に優しいデザイン」をご存じでしょうか？コミュニティ...

 一般社団法人コミュニティ...
1年前



コミュニティホスピタルに向けた同善病院の組織改革②（2022年10...

専攻医など若手医師が取り組む組織マネジメント 2022年春からコミュニティホスピタルを目指して再出発し...

 一般社団法人コミュニティ...
1年前



カザフスタンの総合診療医



コミュニティ&コミュニティホスピタル協会主催
総合診療医国際交流事業でカザフスタンのアルマトイ市から
36人の総合診療医が衣笠病院を訪問(2024年12月10日)



ジュネーブ宣言

1948年

医の倫理に関するヒポクラテスの誓いの現代版。



ヘルシンキ宣言

1964年

ヒトを対象とした医学研究の倫理。
インフォームドコンセント。



シドニー宣言

1968年

ドナーの死の判定。臓器移植。



アルマアタ宣言
WHO/ユニセフ

1978年

プライマリヘルスケア。包括医療、総合保険。
Health for All



リスボン宣言

1981年

患者の権利宣言。医師を選ぶ、説明を受ける権利。



オタワ憲章

1986年

健康の増進。ヘルスプロモーション。



コミュニティホスピタルを広げるネットワーク
CCHパートナーズ制度

パートナーを
募集中

Community &
Community Hospital
Partners

まとめと提言

- 地域包括ケアシステムは山口昇先生の寝たきりゼロ作戦から始まった
- 地域包括ケアシステムのPDCAサイクルはアウトカム設定から
- 在宅看取り率、認知症診断率、後期高齢者入院率など
- 地域包括ケアシステムのラストピースは総合診療医
- コミュニティ&コミュニティホスピタル普及運動にご参加を！

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

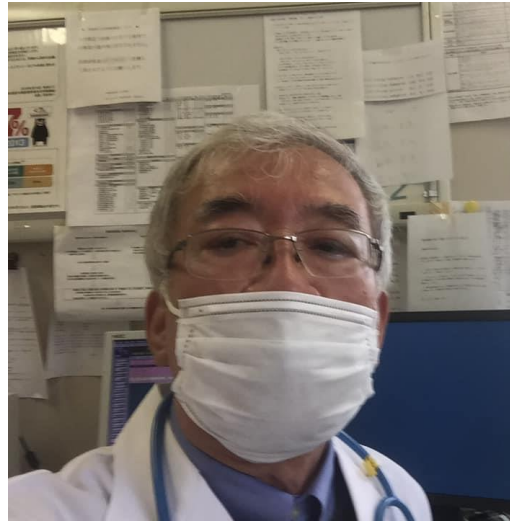
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

総合診療医の活躍
についても詳しく
述べています

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp