

コロナ禍を経て見えてきた 日本のプライマリ・ケアの課題

2022年12月8日 日本総研シンポジウム

北海道家庭医療学センター 理事長
日本プライマリ・ケア連合学会 理事長
草場鉄周

コロナ禍でのプライマリ・ケアの限界

- ▶ 発熱や上気道炎などの症状を持ち、コロナ感染の可能性のある患者に対して診察を断る医療機関も当初は少なくなく、感染への不安から受診を避ける患者に対してオンライン診療で診察を提供する用意がなかった
- ▶ クラスター感染が発生した介護施設の患者に対して訪問診療やオンライン診療を通じてサポートする機会はほとんどなかった
- ▶ コロナ感染者として施設療養あるいは自宅待機している患者に対して、当初は診療する機会はなく、2021年からようやく関与することができたが、政府や医師会の呼びかけにもかかわらず動いた医療機関は限定的（地域格差大きい、外来の検査・診察は40-50%程度、往診は10-20%程度）

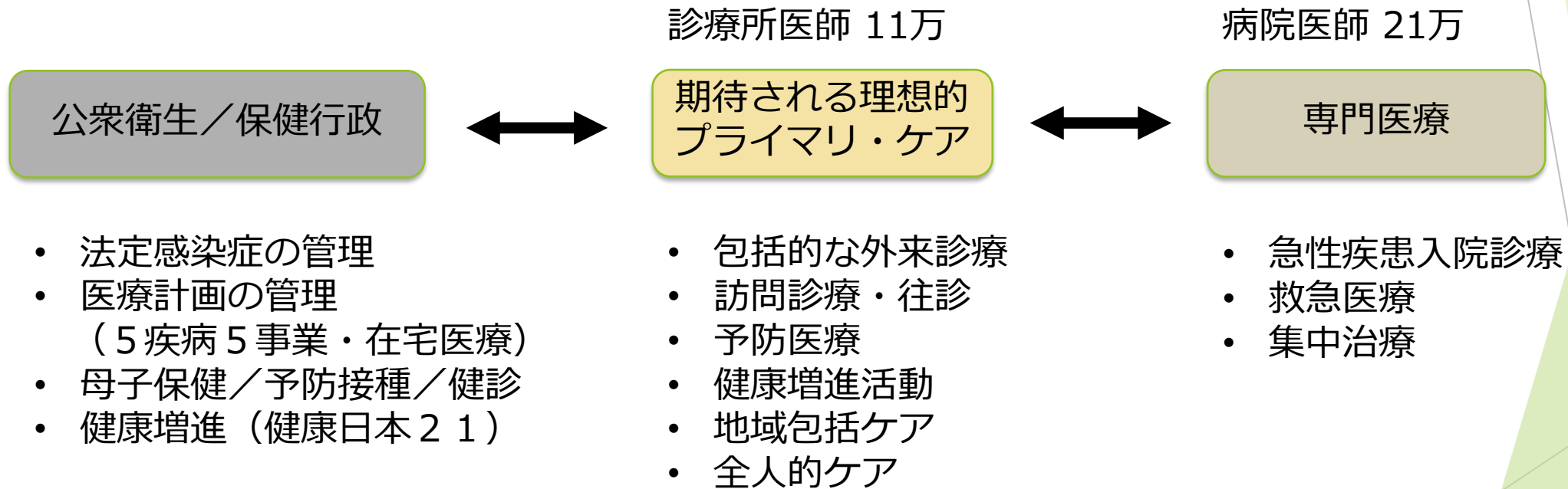
なぜ、こうなるのか？

- ▶ **医師・医療機関のエゴの問題ではなく構造的問題**
- ▶ グループ診療は珍しく、多くは一人医師の診療所で人員余裕なし
- ▶ 比較的年齢層の高い開業医が多く感染リスク高い
- ▶ ビル診に代表されるように施設規模も小さく、感染防御のためのゆとりある施設構造をとることが難しい
- ▶ オンライン診療はほとんど普及しておらず、訪問診療を提供する医療機関も少ない
- ▶ フリーアクセスで医療機関を受診する自由がある一方で、住民一人一人の健康管理をプライマリ・ケア医療機関が責任を持って担うシステムがなく、**コロナ禍など有事の際には住民が健康リスクを自分で取らざるを得ない**

日本の医療制度の限界

- ▶ プライマリ・ケア（≡かかりつけ医機能）は制度ではなく医師の努力規定
 - ▶ 日本のプライマリ・ケアの多くを担うのは内科系診療所や中小病院の内科勤務医
 - ▶ 多くの医師は臓器別の専門診療（消化器、循環器など）に長年従事し、その領域のエキスパートとして開業
 - ▶ 開業にあたってはプライマリ・ケアを提供するための認証試験やトレーニングは存在せず、プライマリ・ケアの内容は医師個人の志向性や実績、自己努力に全てが委ねられている
 - ▶ 結果として、献身的かつ良心的な一部の医療機関に在宅医療、地域包括ケアの負担が集中するが、地域住民には見えない

専門医療と公衆衛生・保健行政の橋渡し としてのあるべきプライマリ・ケア



有事だけでなく平時からの課題

かかりつけ医の制度化のための方策

1. 日本医師会「地域における面としてのかかりつけ医機能」
2. かかりつけ総合医制度
3. 全世代型社会保障構築会議「かかりつけ医機能合意制度」

1. 日本医師会 「地域における面としてのかかりつけ医機能」

- ▶ 以下の2つの方策を進めることによって、地域における面としてのかかりつけ医機能を整備
 - 1. 医療機能情報提供制度の充実・強化
 - 2. 診療報酬による評価の充実・強化
- ▶ 1と2の問題は次に指摘するが、「面としてのかかりつけ医機能」は現在の医療体制の言い換えに過ぎない。個々の医療機関のかかりつけ医機能をどう向上させるかという現在の課題に対して、改善や改革を促す内容とは言えず、新味に欠ける。

医療機能情報提供制度

- ▶ 医療機能情報提供制度はすでに動いている制度であるが認知度は極めて低い。
- ▶ また、「かかりつけ医機能」を表示してもその掲載内容は自己申告であり、内容や質についての基準や第三者評価がないので、一般国民が複数の医療機関を比較検討して選択するのは困難
- ▶ 医療機関がかかりつけ患者を把握して適切に対応する仕組みが無いため、パンデミックでは無効

かかりつけ医機能に関連する診療報酬

▶ 地域包括診療料と地域包括診療加算

- ▶ 2014年の診療報酬改訂で導入され、それぞれ一定の基準を満たした医療機関のみ算定可能で、前者は特に高い報酬
- ▶ ただ、算定医療機関は地域包括診療料は200-270程度、地域包括診療加算は5000-6000程度とここ4年ほどは横ばいで増加なし
- ▶ 対象患者は高血圧、糖尿病、脂質異常、認知症、腎不全、心不全のうち2疾患を持つ者のみで、健康増進や予防医療、コモンディジーズ対応などは未評価
- ▶ 一定の利益を得ている医療機関にとっては、基準をクリアするためのインセンティブは弱く、今後の拡大には疑問

2. かかりつけ総合医制度

- ▶ 国民は平時より、自身の健康管理に対応するかかりつけ総合医を選択する。（月単位で変更はいつでも可能）ここでは、ほとんどの健康問題を相談でき、訪問診療、オンライン診療、更には予防医療や健康増進の支援も受けられる
- ▶ 医療機関は選択した患者を登録し、日々の診療だけでなく有事（パンデミックや災害）の際には保健所や行政などと連携して登録患者の健康管理を担う
- ▶ 総合病院などで各科の専門医療を受ける際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介する（救急などでは不要）
- ▶ 総合的な健康管理に対する対価は出来高払いに馴染まず、登録住民数に比例する包括払いなどをハイブリッドで組み込む

かかりつけ総合医とは

- ▶ コモンディジーズ（一般的な健康問題）については臓器横断的に診察、検査、治療を提供することができ、必要に応じて各科の専門医に適切なタイミングでコンサルテーションを行うことができる。
- ▶ 患者の持つ健康関連データを一元的に把握し、健康増進や維持のために必要なアドバイスや相談業務を担う
- ▶ 電話診療及びオンライン診療に対応することができる
- ▶ 24時間対応の在宅医療を提供することができる
- ▶ 医療・介護の連携活動のハブとして機能する
- ▶ 保健事業・予防医療活動を行政と連携して担う
- ▶ 地域が抱える社会的課題に向き合い、地域包括ケアにおけるメンバーとして地域の多職種や医療・介護・福祉施設と協働して解決に取り組むことができる

かかりつけ総合医は誰が担うのか？

- ▶ 理想的にはプライマリ・ケアの専門家 = 「**家庭医、総合診療医**」
 - ▶ 日本プライマリ・ケア連合学会で2010年より養成と認定を行ってきた家庭医療専門医は現在1100人程度が活躍（養成プログラムは国際学会の公式認定済み）
 - ▶ 日本専門医機構でも2018年より総合診療専門医の養成を開始し、2021年に第1期生となる専門医が誕生
 - ▶ 10～20年後にはこうした医師が中核を担うことが期待される
- ▶ プライマリ・ケアの専門家が増えるまでの間は、現にプライマリ・ケアを担う開業医・病院勤務医を対象に、公的な研修と認証制度で「かかりつけ総合医」を位置付けることが現実的

3. 全世代型社会保障構築会議 「かかりつけ医機能合意制度」

- ▶ 6つの機能を満たすか、常勤の総合診療専門医が在籍する医療機関が自らを「かかりつけ医機能認定医療機関」として届け出を行い、都道府県知事の認定を受けた後、患者側もその医療機関を手上げ方式で選択し、双方が「かかりつけ医機能」を提供・受給する関係に合意するという制度
- ▶ 強制的な割り当てや義務を感じさせる「登録制」の表現を避け、あくまでもかかりつけ医と患者が機能提供に合意するというシステム

かかりつけ医機能認定医療機関の6つの条件

1. 一般的な健康問題への対応、PHRを基に継続的な医学管理及び健康増進、重症化予防などをオンラインを活用しながら行い、日常的な健康相談を行っていること
2. 地域の医療機関及び福祉施設等との連携
3. 休日・夜間も対応できる体制及び、診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと
4. 在宅療養支援診療所であること、またはそれとの連携
5. 地域公衆衛生への参加
6. 地域が抱える社会的課題に向き合い、地域包括ケアにおけるメンバーとして地域の多職種や医療・介護・福祉施設とデータを共有し、協働して解決に取り組むことができる

- パンデミックを通して日本のプライマリ・ケアの持つ弱点が浮き彫りになり、多くの国民がリスクを実感
- 今こそ想定外の健康危機にも柔軟に対応できる平時にも効果的なプライマリ・ケアのシステムを再構築するチャンス

かかりつけ医機能合意制度と地域医療

- ▶ かかりつけ医機能合意制度
 - ▶ 医療機関、患者双方による手上げ方式
- ▶ 前頁の条件を満たす医療機関を「かかりつけ医機能医療機関」として都道府県知事が認定（名称独占）
- ▶ 認定医療機関は、（医療連携推進方針のように）かかりつけ医機能医療機関であり、運営の方針を地域住民が閲覧することができるように公開し、この方針に合意する患者（地域住民）を募る。
- ▶ 認定医療機関は、本人の同意確認を前提に、継続的にPHRを蓄積し、一般的な健康問題への対応、日常的な医学管理 及び健康増進、重症化予防を行い、休日・夜間も問い合わせの対象となる住民の名簿を作成し、（産業医が果たしているように）管理することとする。
- ▶ 蓄積されたPHRをかかりつけ医機能を備えた医師・医療機関が継続的に管理しているため、プロアクティブなサービス、換言すれば、医師側から健康増進のために事前、予防的にアプローチできる環境が整備されているとも言える。

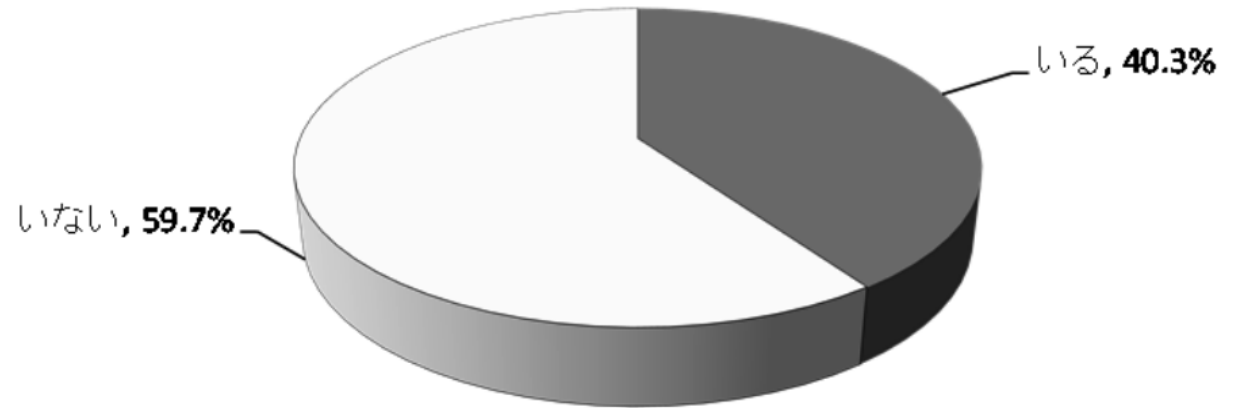
- ▶ 合意した住民は、必要な時に必要な医療を受けることができる日本のフリーアクセスの下で、医療の「必要性」そのもの、いかなる医療が必要なのか、その医療はどこが最も適切な医療機関であるのかを認定医療機関よりアドバイスを受けることができる（いわゆる、緩やかなゲートキーパー機能の活用）。
- ▶ 合意した住民は、休日・夜間、診療時間外を含み、緊急時にも、119番に連絡をする前に、認定医療機関に適切な対応の在り方を問う連絡をすることができる。
- ▶ 合意した住民は、住まいとは離れた勤務先からも、自分の生活地域の認定医療機関が提供するオンライン診療を受けることができる。
- ▶ 認定医療機関は、患者の身体機能や認知機能が低下した際には、ケアマネジャーと連携しながら適切な介護サービスへと導くことができ、もし患者が通院困難になった際は、単独あるいは在宅療養後方支援病院などの他の医療機関と連携しながら在宅医療を提供することができる。
- ▶ 合意した住民は、認定医療機関を「自らの健康状態をよく把握した身近」（社会保障制度改革国民会議）で「日頃から相談・受診しやすい」（社会保障制度改革国民会議）医療機関として利用することができる（いわば、健康面に関するコンサルテーションとしても利用できる）。

かかりつけ医の実態

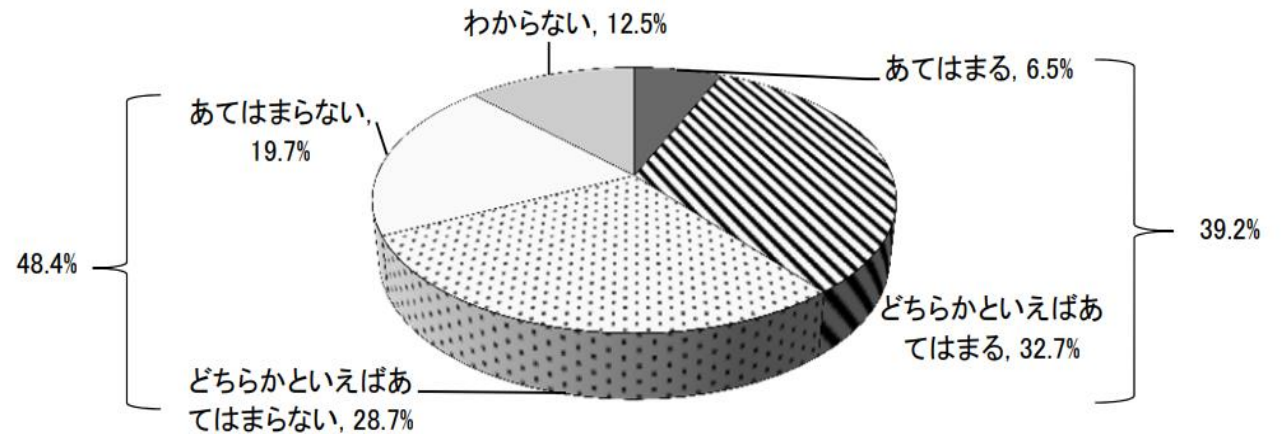
地域住民（4128名）に対するインターネット調査において、かかりつけ医が「いる」という回答は40.3%であった。そのうち、自らのかかりつけ医が、下記の総合診療専門医の定義に当てはまると回答した者は39.2%にとどまっていた。

アンケートで提示した総合診療専門医の定義
総合診療専門医は日頃よく発症する症状や病気のほとんどについて診療科の垣根を越えて適切に診療するための訓練を受け、その能力を認められた専門医です。看護師や薬剤師などの多職種と連携しながら、例えば、通院できない方には在宅医療、がんなどで終末期医療が必要な方には緩和ケアなど、幅広い健康問題について多様な医療を地域の必要に応じて柔軟に提供できます。また、地域の一般住民に対しては、健康講話などの健康を高めるための活動や、健康診断・予防接種などの予防医療を提供して地域全体が一層健康であり続けられるように貢献します。

図表 25 かかりつけの医師の有無 (n=4, 128)



図表 83 かかりつけの医師は総合診療専門医の定義にあてはまるか (かかりつけの医師がいる人) (n=1, 662)



日本医師会かかりつけ医機能研修制度

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

一般的な生涯教育単位。
かかりつけ医制度に
特化したものではない

講習会または学会等に
2日程度参加すれば取得可能

応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

規定の活動を2つ以上実施
(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より
修了証書または認定証の発行（有効期間3年）。



「研修」というよりは、日々の実践。
ジャンルも様々で、ハードルは低い

1. 学校医・園医、警察業務への協力医
2. 健康スポーツ医活動
3. 感染症定点観測への協力
4. 健康相談、保健指導、行政（保健所）と契約して行っている検診・予防接種の実施
5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力
6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施
7. 訪問診療の実施
8. 家族等のレスパイトケアの実施
9. 主治医意見書の記載
10. 介護認定審査会への参加
11. 退院カンファレンスへの参加
12. 地域ケア会議等への参加
13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員
14. 看護学校等での講義・講演
15. 市民を対象とした講座等での講演
16. 地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務

総合医育成プログラム

主催：全日本病院協会/日本プライマリ・ケア連合学会

- ▶ 一定の経験を持つ医師が、個々の有する専門性や経験を生かしつつ、さらにプライマリ・ケアを実践できる能力を身につけて、新たなキャリアを形成することを支援することを目的とする
- ▶ 単なる座学の知識ではなく「プライマリ・ケアの現場で一步踏み出せること」を目標とする
- ▶ 単に自施設での経験を認定するだけではなく、研修を受けて、診療に必要な知識を直接学ぶことができる
- ▶ 休日を利用したオンライン形式の研修で、地域を離れずに研修が受けられる（標準履修期間：2年）
- ▶ プライマリ・ケアの現場で遭遇する頻度の高いテーマを網羅している（6時間×22回）
- ▶ ノンテクニカルスキルに関する体系的な研修が受けられる（6時間×10回）

研修内容

おもに週末を利用した、1単位 = 6時間のオンライン研修

診療実践コース (22単位)

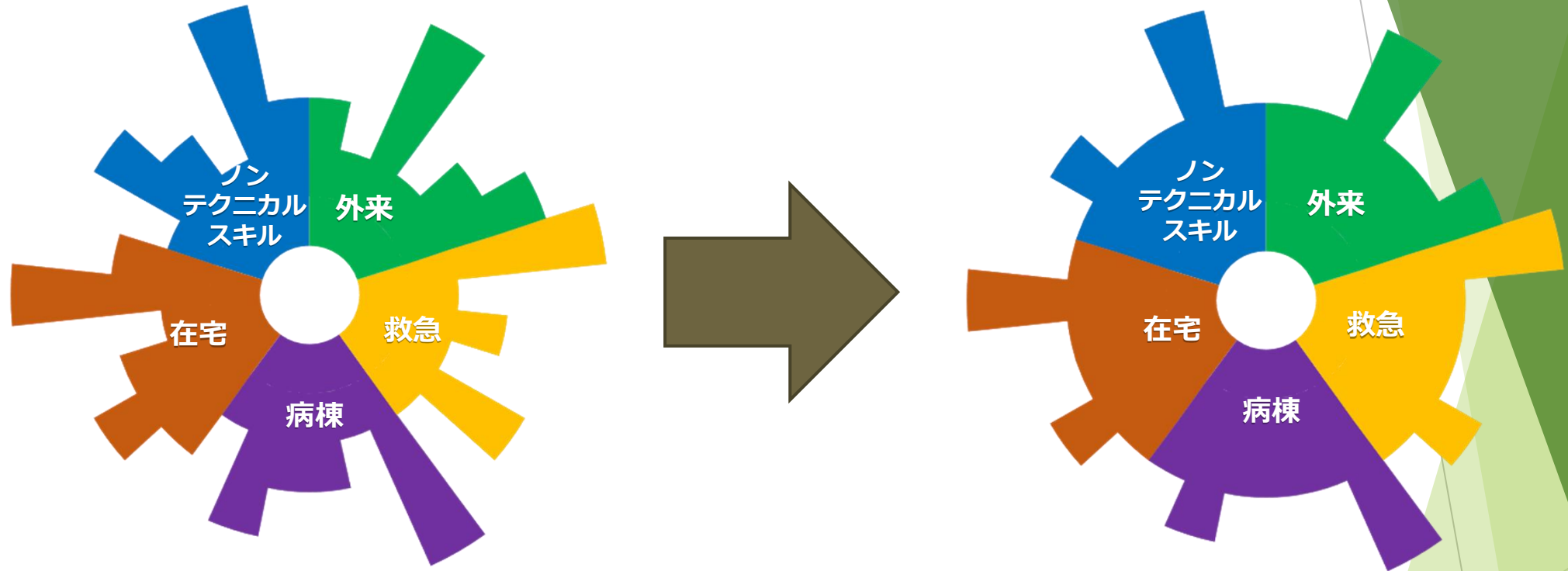
- 臨床推論
- EBM
- 一次救急
- 生活習慣指導
- 地域包括ケア
- リハビリテーション
- 循環器
- 呼吸器
- 消化器
- 代謝内分泌
- 腎・泌尿器
- 神経
- 血液・膠原病
- 感染症
- 小児科
- 整形外科
- 産婦人科
- 耳鼻科
- 皮膚科
- 精神科
- 認知症

ノンテクニカルスキルコース (10単位)

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

修了には、診療実践コース12単位以上とノンテクニカルスキルコース6単位以上の取得が必要

研修前後のイメージ

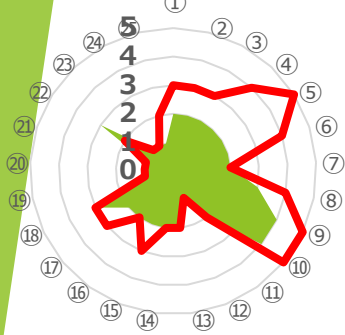


- 経験豊富で、自分の専門領域に関しては高い能力を持っている
- 診療領域の中で、総合的な診療を提供する基本的な診療能力（例：当直での初期対応など）に足りない部分がある
- 在宅ケアや地域連携等の知識や理解が足りない部分がある
- 組織人としてチームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、効果的にタスクをマネジメントするスキル（ノンテクニカルスキル）は経験的に体得しているが、体系化された教育を受けていない。

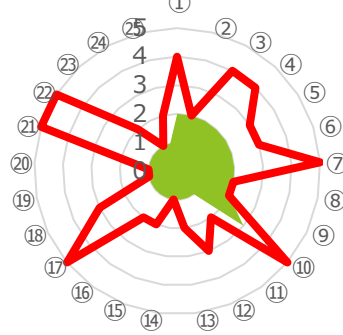
- 経験豊富で、自分の専門領域に関しては高い能力を持っている
- 診療領域の中で、総合的な診療を提供する基本的な診療能力（例：当直での初期対応など）**を広い範囲で身につけている**
- 在宅ケアや地域連携等の知識や理解が**十分ある**
- 組織人としてチームを作り、人を育て、リーダーシップを発揮して、効果的にタスクをマネジメントするスキル（ノンテクニカルスキル）は経験的に体得して**おり、それに加えて、体系的なスキルを身につけている**

診療領域の拡がり 修了者・アンケート結果から

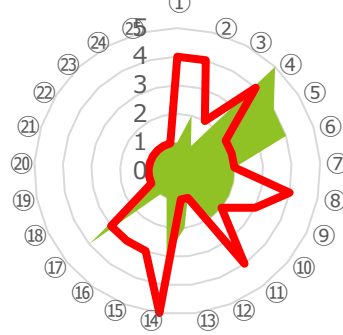
内科(経験43年)



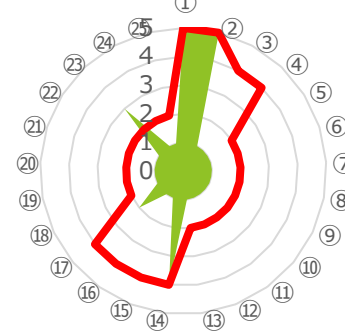
内科(経験32年)



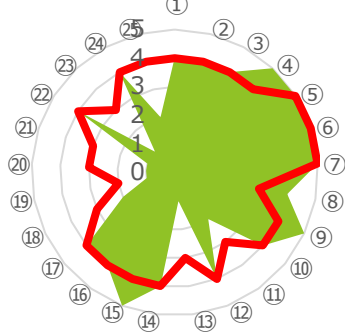
消化器内科(経験30年)



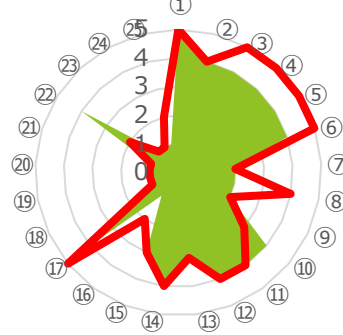
麻酔科(経験30年)



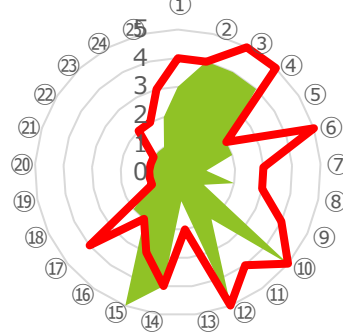
内科(経験27年)



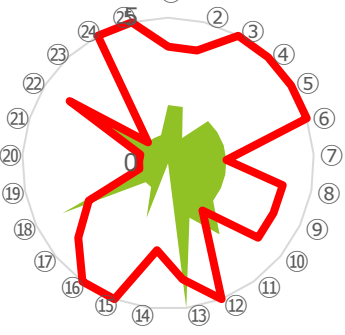
消化器内科(経験26年)



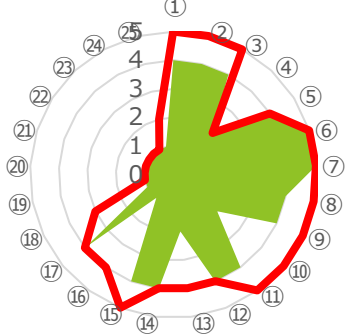
外科(経験25年)



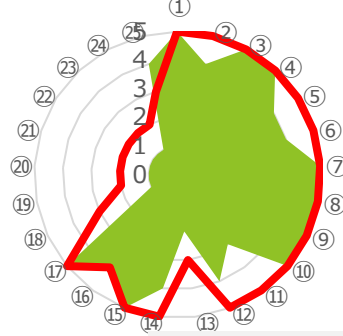
整形外科(経験25年)



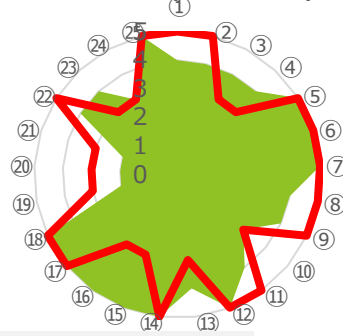
内科(経験23年)



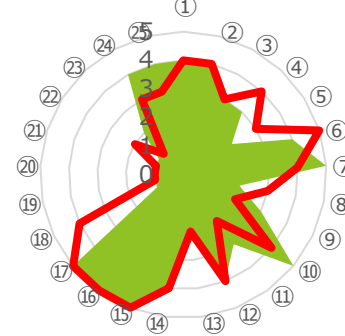
在宅医療科(経験15年)



総合内科(経験11年)



脳神経外科(経験9年)



- ①がん患者の看取り
- ②がん患者に対するQOLの管理
- ③脳卒中患者のケアプラン調整
- ④脳卒中患者のリハビリテーションの指示や処方
- ⑤心血管疾患患者に対する抗凝固薬の管理
- ⑥糖尿病患者のインリン管理
- ⑦ CKD stageを意識した糖尿病性腎症患者の管理
- ⑧軽症うつ病の管理
- ⑨認知症の診断と治療
- ⑩認知症周辺症状のコントロール
- ⑪アルコール使用障害の発見と管理
- ⑫創傷に対する縫合
- ⑬小児喘息発作の初期対応
- ⑭心肺停止患者の救急対応
- ⑮在宅患者の急性感染症の管理
- ⑯急性腰椎症の診断と治療
- ⑰湿疹や皮膚炎の外用剤使用
- ⑱家族計画の相談
- ⑲妊婦健診
- ⑳産褥期のケア
- ㉑乳幼児健診
- ㉒小児患者の予防接種
- ㉓小児の点滴
- ㉔膝関節穿刺
- ㉕骨折初期対応

■ 参加時 ■ 修了時

- 1 実施できない
- 2 実施していない
(専門医と連携できれば実施可)
- 3 実施していない
(状況が許せば実施可)
- 4 機会があれば実施
- 5 日常的に実施