

目指すべき「かかりつけ医」の近未来 制度化のポイントは？



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

相談役 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

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
通所事業所(長瀬ケアセンター) 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

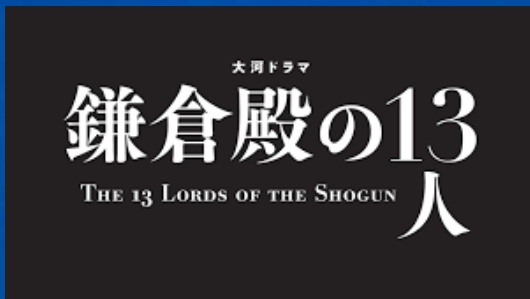
鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀



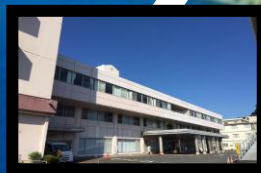
衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次

- パート 1
 - コロナとかかりつけ医機能
- パート 2
 - 外来医療の現状と外来医療改革
- パート 3
 - 家庭医懇の失敗
- パート 4
 - 米欧のかかりつけ医制度
- パート 5
 - 日本のかかりつけ医制度
- パート 6
 - 近未来のかかりつけ医10のポイント



パート1

コロナとかかりつけ医機能

かかりつけ医



コロナで再認識された プライマリ・ケアの重要性

きである。...国民目線での改革を進めるべ

2025年までの取組となっている地域医療構想について、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

13

慶應義塾大学経済学部教授の土居丈朗

2022年6月11日第13回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会（横浜）

かかりつけ医機能の制度整備

- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」（2021年12月23日）
 - 「かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための**具体的方策**について検討を進める」
 - 検討期限は2023年度
- 「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太の方針2022）」（2022年6月7日）
 - 「かかりつけ医機能が発揮される**制度整備**を行う」
- 「第8次医療計画等に関する検討会」
 - **かかりつけ医機能について検討**（2022年9月9日）
 - 2023年度からの都道府県での第8次医療計画策定に向け、2022年中には一定の結論を出すスケジュール

「経済財政運営と改革の基本方針2022 (骨太の方針2022)」 (2022年6月7日)

- 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。

かかりつけ医機能について

2022年9月9日の「第8次医療計画等に関する検討会」

第8次医療計画等に関する検討会の論点

- ① 「かかりつけ医機能」という用語は、様々な意味で用いられていると考えられるが、「かかりつけ医機能の明確化」や「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が求められる中で、具体的にどのような機能を想定して議論を進めるべきか。
- ② ①のような様々な機能があると考えられる中で、日本の医療の現状と今後の課題を踏まえつつ、改めて今「かかりつけ医機能」を明確化し、「発揮させる」意義についてどのように考え、「かかりつけ医機能」をどのように定義すべきものとするか。
- ③ 「かかりつけ医機能」の発揮に関連して、全体としての「かかりつけ医機能」あるいは個別具体的な機能について、発揮が期待される理由、そして発揮させるための制度整備についてどう考えるか。

かかりつけ医機能に関する今後の議論の進め方

かかりつけ医機能に関しては、外来医療計画に関し地域で協議することとされている法定事項とは異なるが、各自治体で同計画を策定するにあたり関連する事項と考えられることから、本検討会において、同計画の策定に向けた議論に併せて議論を行う。

令和4年6月 2022年	【本検討会における議論】	【かかりつけ医機能に関する議論】
7月	1巡目の議論	【本日】 ● かかりつけ医機能に関する経緯と課題
8月		● ヒアリング等を通じた実態確認 ● 今後の方向性に関する議論
9月		● 課題への対応
10月	2巡目の議論	
11月		
12月		

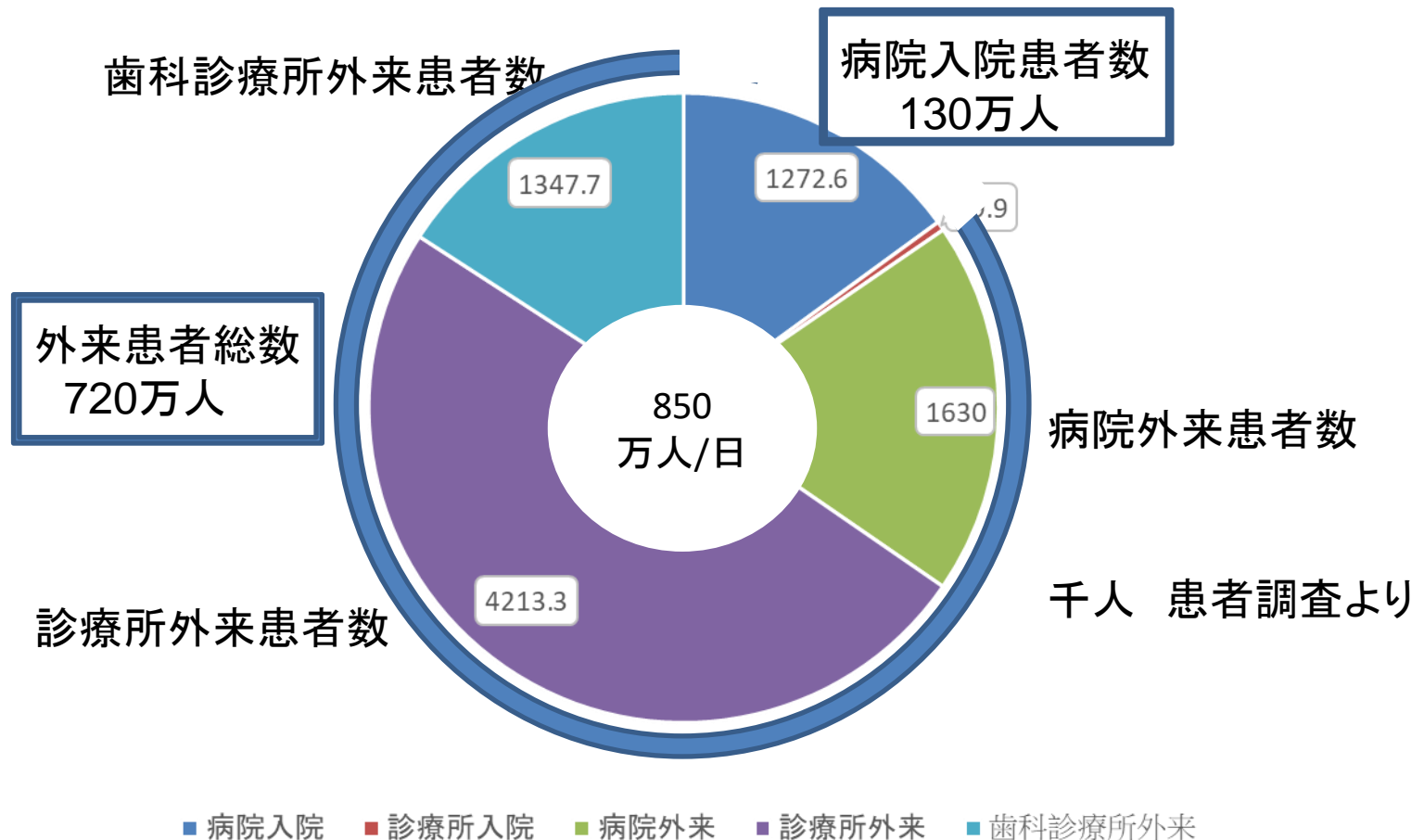
2023年4月には都道府県向けの計画見直しの指針を发出

パート2

外来医療の現状と外来医療改革



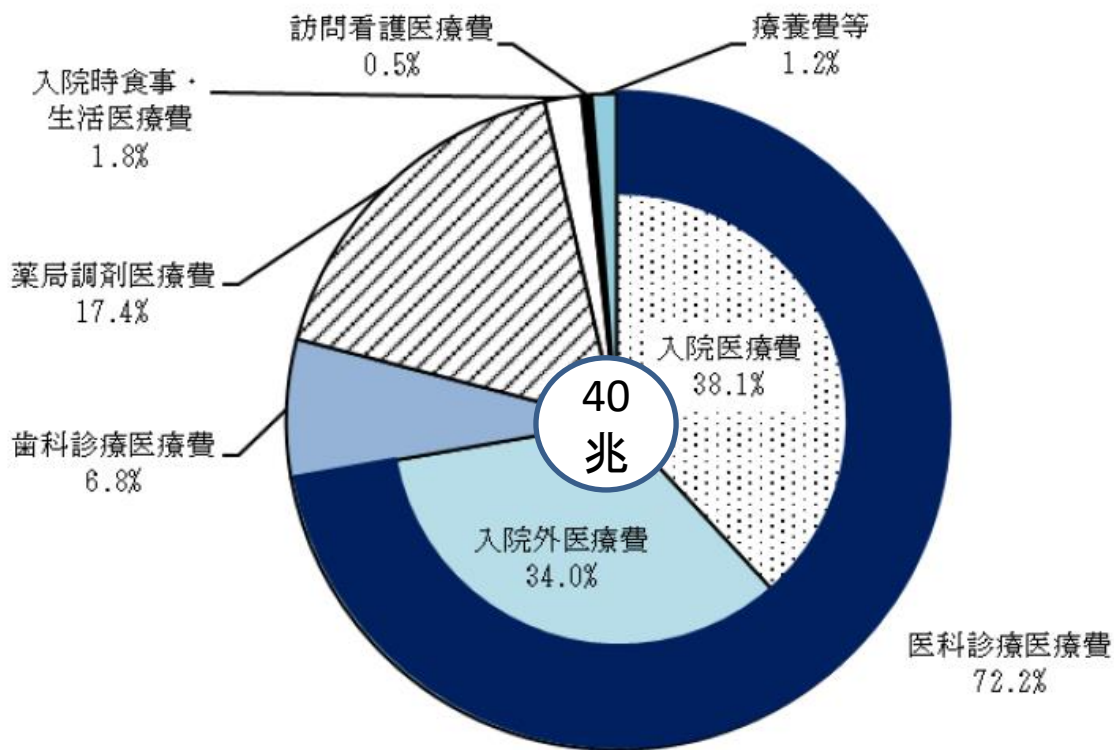
入院・外来患者数 (2019年患者調査)



国民医療費内訳2018年

図2 診療種類別国民医療費構成割合

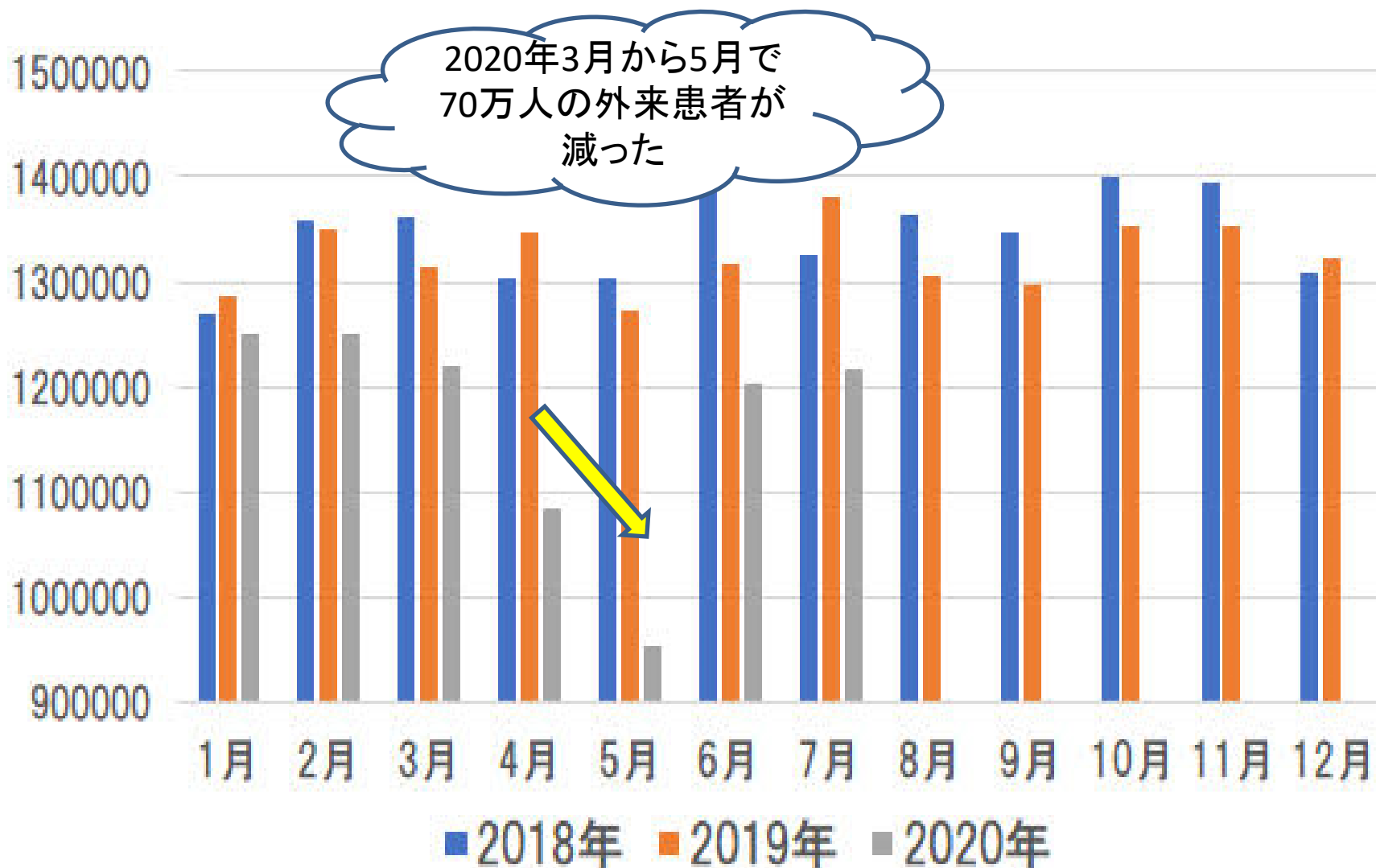
平成30年度



新型コロナで 外来受診動態が変わった



1日平均病院外来患者数の推移



(病院報告を基にじほうが作成)₁₆

年齢別の推計外来患者数の推移

千人

5,000

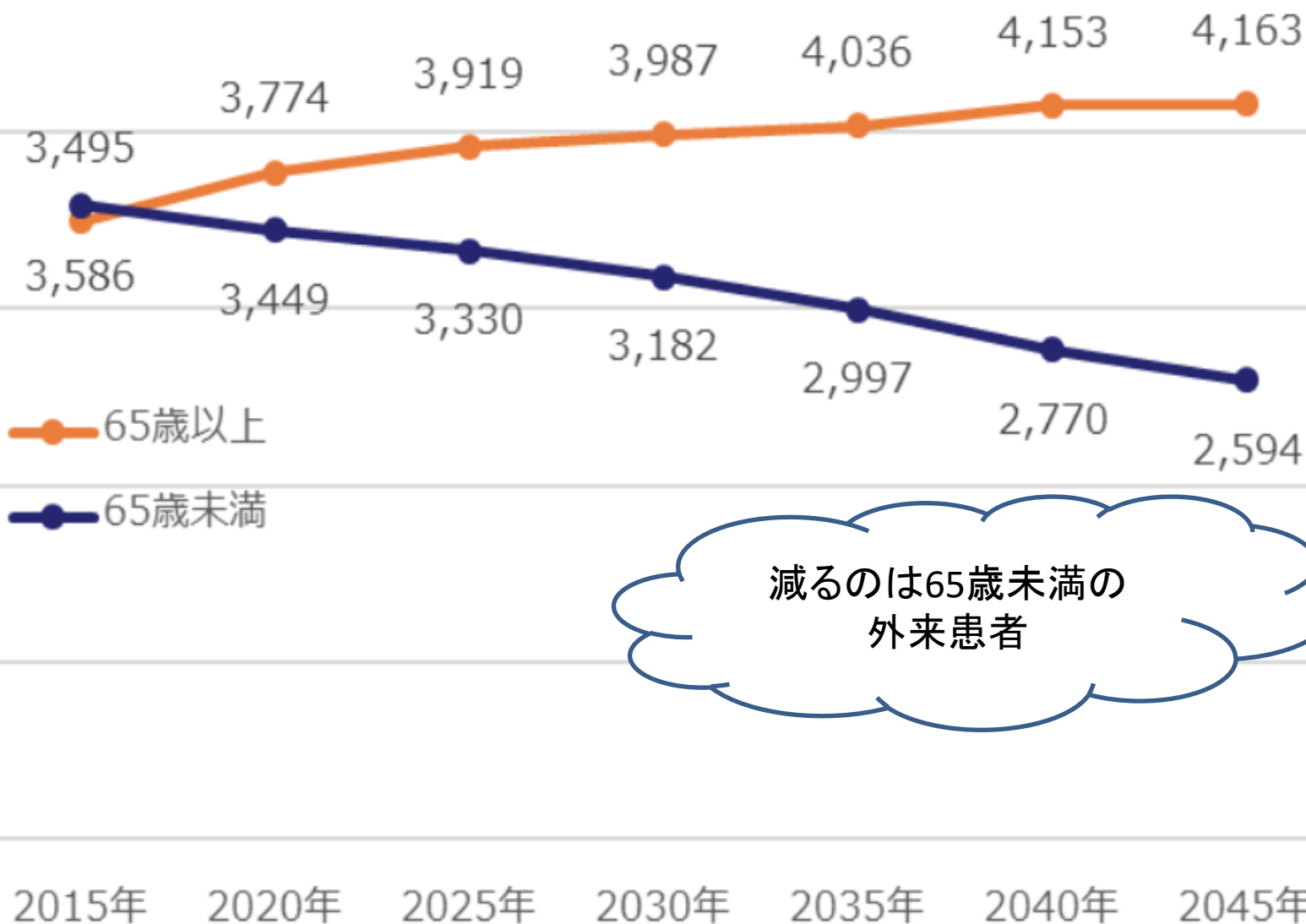
4,000

3,000

2,000

1,000

0

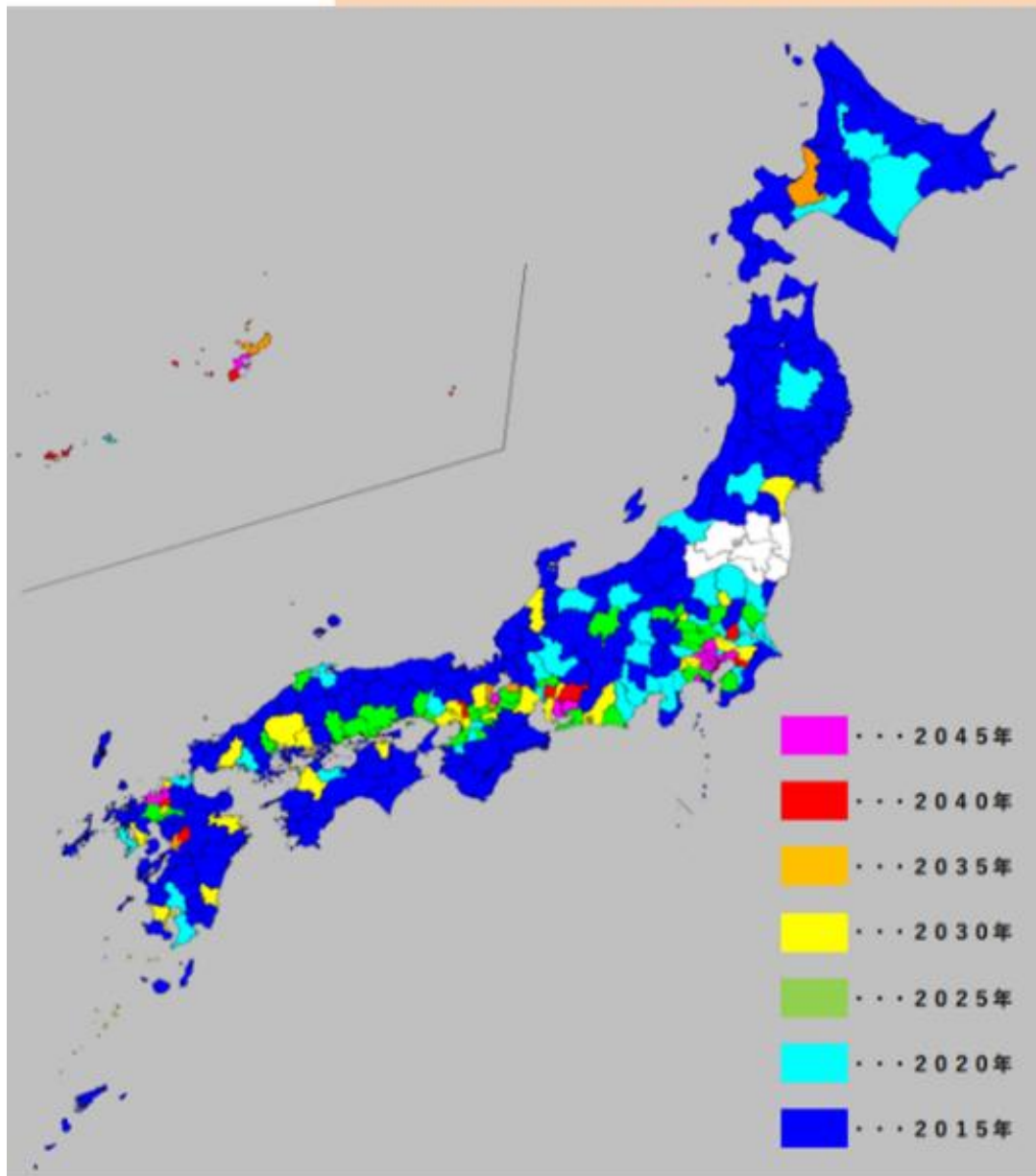


65歳以上

65歳未満

減るのは65歳未満の
外来患者

二次医療圏ごとの外来患者推計のピーク



外来医療については、多くの地域ですでに需要のピークを迎えていると考えられる。

【出典】

- ・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年推計）」
- ・厚生労働省「平成29年患者調査」

【データ加工】

- ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAPA」

※「地域別人口変化分析ツールAJAPA」による推計方法

患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。（2010年を100としたときの患者数を示している。）

※ 福島県については、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年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

全世代型社会保障検討会議 中間報告(2019年12月)



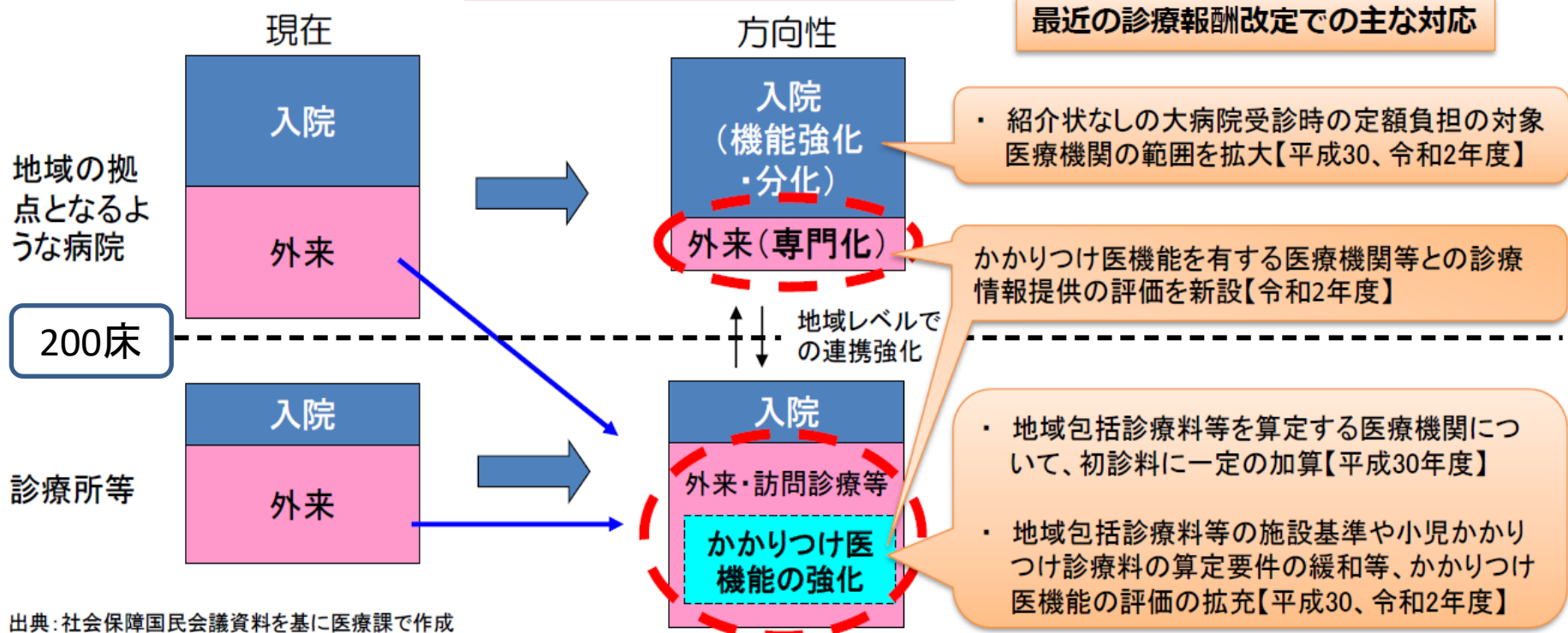
「後期高齢者であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とすること」、「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大を行うこと」

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



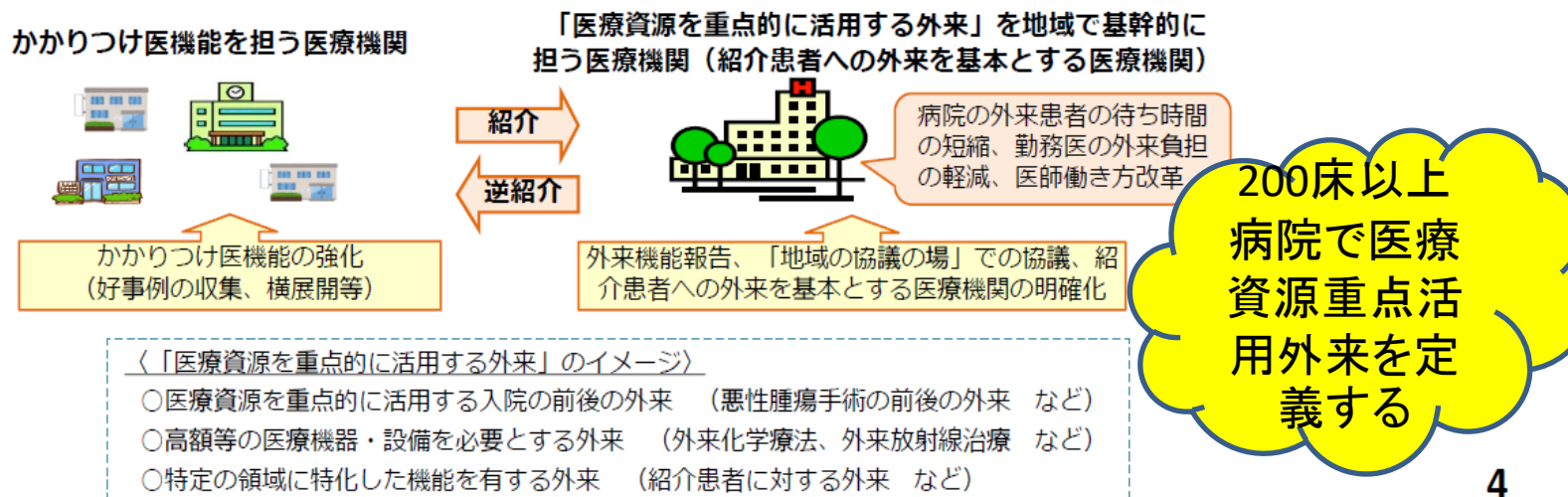
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性 (案)

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 - ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)

NDBで抽出
する

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

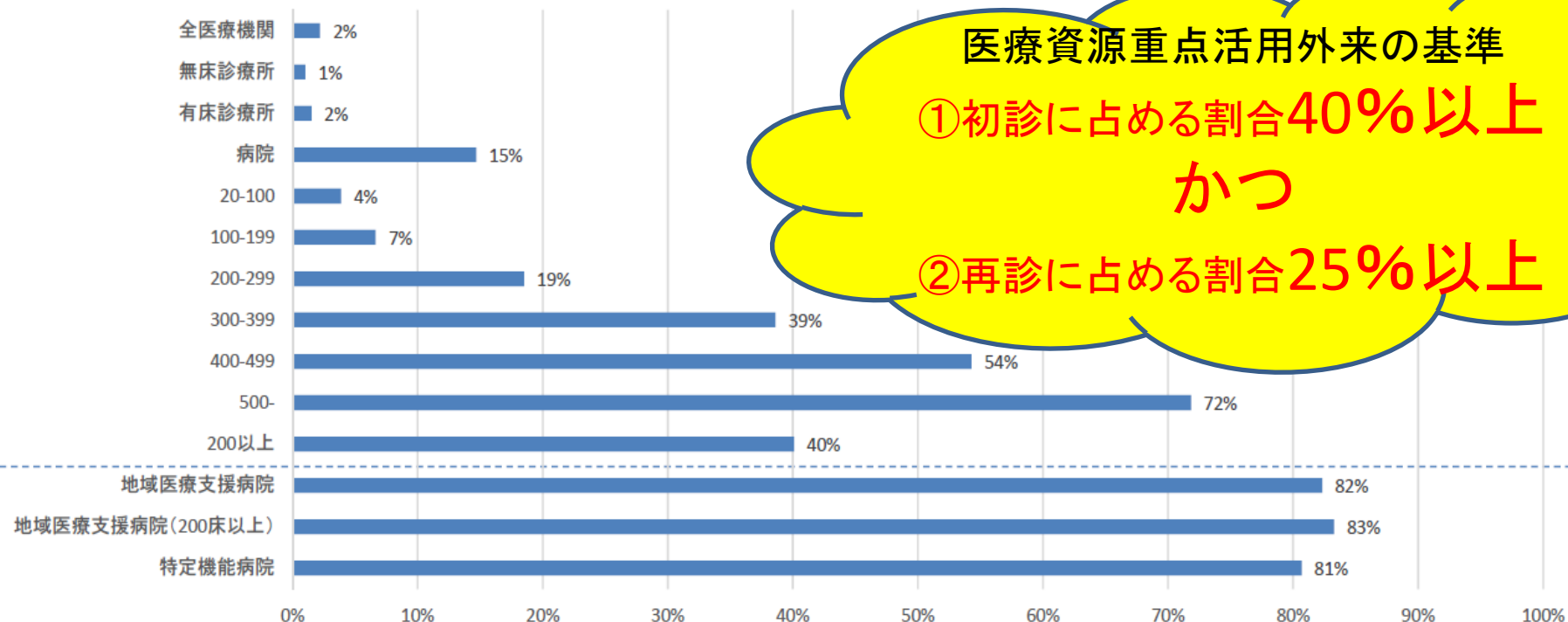
- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の割合
 = 初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の施設数
 施設数全体

初診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が40%以上で、かつ、再診の外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が25%以上である医療機関の分布



医療資源重点活用外来の基準

①初診に占める割合40%以上
 かつ
 ②再診に占める割合25%以上


(注)

- ・外来受診回数ベースでの集計(ただし、同日に同一の医療機関を複数回受診した場合は同日再診としてカウントしない)
- ・2019年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
- ・精神科病院を除いて集計している。
- ・病床数は許可病床数

国の基準を満たす病院を
「紹介受診重点病院」
という新類型とした

「紹介受診重点医療機関」





200床以上病院の紹介状なし
患者の初診料等相当を保険
給付から控除、初診時の特別
負担は7000円程度に

社会保障審議会医療保険部会
2020年11月9日

(参考) 定額負担の対象病院拡大について

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、**新たに「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)**を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200~399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)		27 (0.3%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)		693 (100%)

現在の定額負担(義務)対象病院

現在の定額負担(任意)対象病院

「拡大」
「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)

200床以上一般病院
688病院の40%、
275病院が該当

出典: 特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

定額負担の増額と公的医療保険の負担軽減について（案）

1 定額負担の増額

- 大病院の紹介状なし患者をさらに減少させ、より機能分化の実効性が上がるよう、定額負担の額を増額してはどうか。

2 公的医療保険の負担軽減

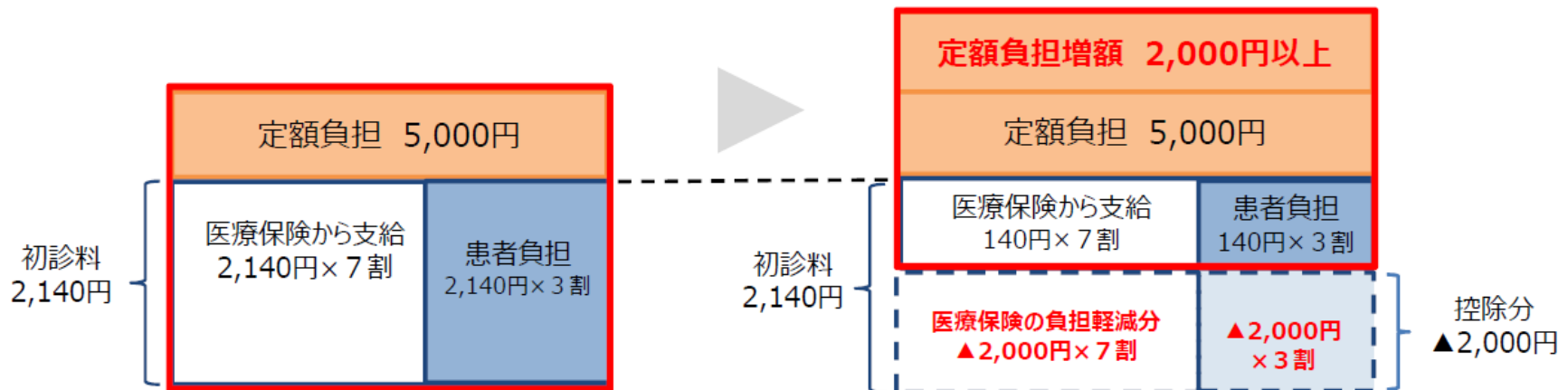
- 外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか。

- 控除に当たっては、受診の際に少なくとも生じる初・再診料（※）相当額を目安に控除し、それと同額以上に定額負担を増額してはどうか。具体的には、例えば、初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上とすることが考えられる。

※ 初診料288点、外来診療料74点。ただし、紹介率が低い場合等にそれぞれ214点、55点に減額されることとなる点に留意。

現行制度（初診のみ・3割負担の場合）

新たな制度案（2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合）



※ 1 初診料は288点だが、紹介率が低い場合等に214点に減額されるケースを想定。

※ 2 赤枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

紹介受診重点医療機関の次は

かかりつけ医、在宅医療等の
外来機能の明確化とその指定・・・

パート3 家庭医に関する懇談会 の失敗（1987年）



日本医師会の反対による家庭医懇の失敗

- 1980年代、日本医師会の武見太郎会長は米国の家庭医に関心をよせて「国立病院の医者を米国に勉強に行かせては？」と提案していた。
- 1987年厚生省が「家庭医に関する懇談会」を、有識者や医師会幹部をメンバーに開催
 - 英米の家庭医制度を参考に議論が行われた。
- 日本医師会は厚生省主導の「家庭医構想」に真っ向から反対した。
 - 英国の家庭医（GP）のような国家統制の強い仕組みに変えるのではないか？
 - 診療報酬制度の変更を通じて、医療費適正化の手段に使われるのではないか？
 - 家庭医懇談会では、喧々諤々の議論は交わされたものの結局、10項目の家庭医として果たすべき機能の制定のみに終わった
- 家庭医懇談会の失敗の理由
 - もともとは日本医師会も理解を示していた家庭医構想だが、日医執行部の勢力変化とともに、流れが逆になった。
- かかりつけ医
 - この家庭医懇談会以後、日医は「家庭医」という単語そのものにアレルギーを持つに至り、それに替わる言葉として「かかりつけ医」を提唱した

家庭医に関する懇談会報告書(昭和62年4月) 1987年

我が国の地域におけるプライマリ・ケアの将来展望

プライマリ・ケアを担う医師は、病院等との適切な機能分担と連携のもとに地域性を重視し、地域において住民の日頃の健康相談や指導等を中心とした健康管理を行い、さらに日常的な諸疾患に適切に対応するとともに、必要に応じ適切な医療機関への紹介等を行うことにより、地域住民に対し総合的かつ継続的な保健医療サービスを提供する必要がある。

このような将来像の中でプライマリ・ケアを担う医師に求められる機能を「家庭医機能」と定義すると、これには、具体的に以下の10項目が考えられる。

家庭医として担うべき機能

- 1 初診患者に十分対応できること
 - ① 疾病の初期段階に的確な対応ができること
 - ② 日常的にみられる疾患や外傷の治療を行う能力を身につけていること
 - ③ 必要に応じ適切な医療機関へ紹介すること
- 2 健康相談及び指導を十分に行うこと
- 3 医療の継続性を重視すること
- 4 総合的・包括的医療を重視するとともに、医療福祉関係者チームの総合調整にあたること
- 5 これらの機能を果たす上での適切な技術の水準を維持していること
- 6 患者を含めた地域住民との信頼関係を重視すること
- 7 家庭など生活背景を把握し、患者に全人的に対応すること
- 8 診療についての説明を十分にすること
- 9 必要な時いつでも連絡がとれること
- 10 医療の地域性を重視すること

家庭医のあるべきモデル
を打ち出しただけで、制度
構築には失敗した。
これで日本の家庭構想は
35年遅れた

家庭医に関する懇談会報告書

厚生省健康政策局総務課 編集



第一法規

総合診療の“夜明け” | キーマンが語り尽くした「来し方、行く末」

座談会 ①

1980年代

臨床研修指導医派遣制度と
家庭医に関する懇談会

“家庭医構想”の光と影

福井次矢 聖路加国際病院 院長

木戸友幸 木戸医院 名誉院長

伴信太郎 名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻 総合診療医学分野教授


松村真司 松村医院 院長、本誌編集委員、司会



福井次矢先生

木戸友幸先生

伴信太郎先生



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ィカルセンター
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

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

家庭医構想その後の経緯

- 1985年「家庭医に関する懇談会」の失敗
 - 日本医師会が家庭医に大反対、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

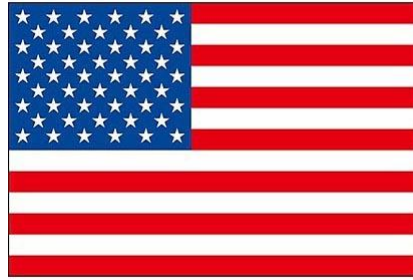
家庭医制度を持たない国は
先進国の中で日本だけ・・・

先進各国では家庭医が世界標準

パート4

米欧のかかりつけ医制度

各国とも制度としての
家庭医(かかりつけ医)制度を持っている



米国の家庭医と 患者中心のメディカル・ホーム



米国の家庭医の歴史①

- 米国のプライマリケアを支えていた家庭医
 - 第二次大戦後、米国のプライマリ・ケアを支えていたのは、街の一般医 (General Physician GP)、医師全体の6割以上を占めていた
 - その後、一般医は専門医制度の進展とともに減少
- ミリス・レポート
 - 米国医療と古き善き時代の一般医と専門医をどう共存させるかにつき、ジョン・ミリスを委員長にした市民委員会が設立
 - 「家庭医」のレジデント研修の提言 (ミリス・レポート)
- 専門医としての家庭医 (Family Practice) の誕生
 - 1969年に米国で第20番目の専門医養成コースとして家庭医療学科が誕生

米国の家庭医の歴史②

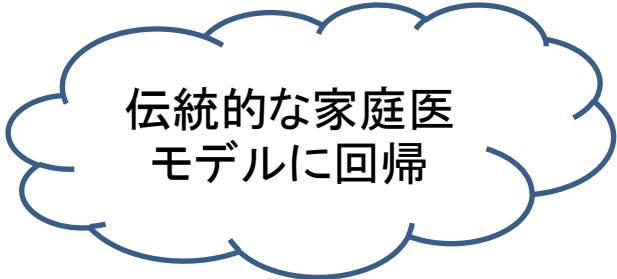
- 1970年代の家庭医療学科
 - 誕生間もない70年代前半には、既存の専門科からの非難・中傷と研修医数の伸び悩みで多くの苦難を経験した
- 連邦政府の支援
 - 連邦政府からの家庭医の研修医や研修施設への助成金という経済的な支援を得たお陰で、研修医数も増加
 - その後の研修医達の活躍の結果、他の専門科の信用も次第に得るようになってきた。

米国の家庭医の歴史③

- 1990年代のマネジドケア全盛と家庭医
 - クリントン政権が、米国の健康保険制度改革を政策に掲げたのが90年代前半である
 - クリントンは米国の医師数の51%をプライマリ・ケア医にしようという具体的提案をした
- マネジドケアと家庭医
 - 保険会社の管理医療(マネジドケア)の発展とともに、ゲートキーパーとしての家庭医が注目された。
 - しかし、マネジドケアの評判の低下とともに家庭医もまたそのお先棒かつぎと見なされるようになってきた。
 - このため家庭医のレジデント研修を目指す医学生はここ数年減少している。

2009年から新たな家庭医モデル 患者中心のメディカル・ホーム (Patient-centered Medical Home)

保健・福祉省は2009年から3年間の「メディカル・ホームデモンストレーションプロジェクト」を開始



伝統的な家庭医
モデルに回帰

患者中心のメディカル・ホームの 歴史

- 起源は1967年に米国小児科学会が提唱した「子供の診療記録を自宅に置いておこう」という運動にさかのぼる
- その後、米国内科学会や米国家庭医療学会がこの概念を拡張して、患者がアクセス可能で、継続性がある、包括的で、調整された、思いやりのある文化的に効果的な患者中心のケアコーディネーション方式として概念整備してきた。

患者中心のメデイカルホーム 8つのポイント

- ①かかりつけ医
- ②チーム医療
- ③反応的、断片的なケアではなく、プロアクティブなケア
- ④特別なITソフトウェア(患者登録)を用いた患者フォロー
- ⑤慢性疾患(例えば、喘息、糖尿病、心臓病)の自己管理のサポート
- ⑥意志決定における患者参加
- ⑦すべての状況におけるケアコーディネーション
- ⑧アクセス強化(例えば、安全なメール)

Patient Worksheet

For
Physicians
Care Managers
Patients

Wilcox, Proc of
AMIA Symp,
2005

16 November 2006		Patient Worksheet			u1.070
Selected to Print for: All Patients, All Sections, Last Clinical Note					
PATIENT NAME	SEX	DOB	MMW	MRN#	
TEST, BED	F	01/01/1911	650730	5992114	
Problems					
Diabetes Mellitus, Type 2		Chronic conditions			
Hype rtipdem B					
Active Medications					
1. - Glucophage (Metformin HCl), 500mg, Tablet, 1 TABLET, Daily 2. - Simvastatin, 10mg, Tablet, Oral, 1 TABLET, Daily 3. - Lisinopril, 10mg, Tablet, Oral; No dose for id 4. - Calcium Carbonate/Vitamin D (Calcium 500 Mg-Vitamin D), 500-200, Tablet, 1 TABLET, BID					
Allergies					
(-) Penicillins - A Drug Allergies Group; Reaction(s): Rash					
Chronic Management					
Functional status					
ADL	Pain Score (0-10)	MIME			
11/16/2006 5	11/16/2006 4	11/16/2006 2			
Preventive Care					
Pap Smear		Mammogram			
No Data		No Data			
Clinical Laboratory Data					
HgbA1c (<=7.0)	UA Protein	uAlb/Cr (<=30)	24 Urine Albumin (<=30)	Serum Cr	
No Data	No Data	No Data	No Data	No Data	
Serum K	Lipid Profile	LDL (<100)	Trig (<150)	HDL (>45)	CHOL (<200)
No Data	No Data	No Data	No Data	No Data	No Data
HCT	InCRP	Homocysteine			
No Data	No Data	No Data			
Clinic Data					
Date	Weight	BMI (<=25)	Weight Class	Blood Pressure (<130/80)	Heart Rate
01/16/2006	144 lbs	23	Normal	01/16/2006 122/74 mmHg	01/16/2006 74
01/11/2005	155 LBS	25		150/70 mmHg	
05/12/2003	50.00 N/A	-			
Last foot exam:	11/2005	Abnormal	Last dilated retinal exam:	11/2005	Abnormal
Reminders					
Lab					
<input type="checkbox"/> Creatinine - Patient on Metformin product(s) and no Creatinine on record. <input type="checkbox"/> HgbA1C - Urine Albumin Test - LDL - Serum Cr (should be done on all Patients with Diabetes). <input type="checkbox"/> HCT - Serum K (should be done on all Patients with Hypertension)					
Procedure					
<input type="checkbox"/> Mammogram - Suggested yearly for women age 40 and above, every 2 years age 50 and above. <input type="checkbox"/> Pelvic exam - Suggested for all Patients with a cervix. Suggested every 3 years for women age 21 and above. <input type="checkbox"/> Testis Exam (testis) - Suggested yearly for men age 65 and older. <input type="checkbox"/> DEXA Screen (leg) - Suggested for women age 65 and older. Follow-up screening for those treated for osteoporosis recommended every 2-3 years. <input type="checkbox"/> Colon Cancer screen - Suggested yearly fecal test or sigmoidoscopy Q 5 years, or colonoscopy Q 10 years.					
Pertinent labs					
Pertinent exams					
Passive reminders					
Organized by illness					

Patient Information

ID Number: Last Name: TEST First Name: TEST DOB: 8/16/1977 * Age: 19-44 Race: Black/African A Sex: M

Phone: (800) 800-8000 Cell Phone: Email: PCP: Allen, Mitch PCP Phone: (800) 888-8888

Insurance: Mailhandlers Facility: ABC Clinic Diab Collaboration FPP: 2.Confused/Chaotic

Date of Referral: 3/30/2004 * Care Mgr: John Status: Active

Patient Search

ID Number:

Last Name:

First Name:

Care Mgr:

Diag. Date	Diagnosis	Status
<input type="button" value="Edit"/> 2/28/2005	CHF	Active
<input type="button" value="Edit"/> 3/30/2004	Anxiety	Active
<input type="button" value="Edit"/> 3/30/2004	Depression	Active

Sched Date	Sched Time	Encounter Type	Status
<input type="button" value="Edit"/> 4/30/2005		Telephone Contact	Pending
<input type="button" value="Edit"/> 1/30/2005		Home Visit	Resolved
<input type="button" value="Edit"/> 1/26/2005		Telephone Contact	Resolved
<input type="button" value="Edit"/> 10/18/2004		Telephone Contact	Resolved

MH Packet Date	Symp	Severity	Fctnal	Diff	Dysth.	Q9	Suicide State	Suicide Risk	[Mood 1 2 3]	MoodImp	MoodSx	AnxImp	AnxSx
<input type="button" value="Edit"/> 1/26/2005	1	3	Somewhat	<input checked="" type="checkbox"/>	0		No Risk						
<input type="button" value="Edit"/> 9/1/2004	0	4	Not at all	<input checked="" type="checkbox"/>	0		No Risk		16	45	14	52	
<input type="button" value="Edit"/> 5/4/2004	8	22	Somewhat	<input checked="" type="checkbox"/>	1	1. Thoughts Only	Low Risk						

Diab Assess Date

Diagnosis

Encounter

Meds

MH Instruments

Pediatric Assess

Diabetes History

Diab Pre/Post Knowledge Assess

Patient Goals

HF Follow-Up

New Patient

Save Patient

Delete Patient

Generate Clinical Note by Date

CMT database - example

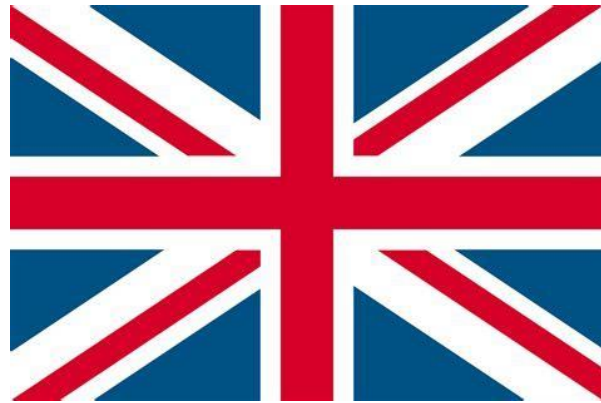
CMSのメディカル・ホーム デモンストレーションプロジェクト

- CMSのデモンストレーションプロジェクト(メディカルホーム)
 - 2009年より全米の8つの州で40万人のメデイケア対象者(65才以上高齢者)
 - 400診療所、2千人のプライマリケア医の参加のもとに行われる予定
- メディカルホームデモンストレーションプロジェクト
 - プロジェクト第一レベル
 - 患者のメディカル・ホームプロジェクトへの参加同意
 - 患者データの収集、ケアプランの作成、患者教育などが要件
 - プロジェクト第二レベル
 - 電子カルテ(EHR)を用い、血圧、検査値、予防サービスの実施状況などを記録
 - 病院や診療所外来など関連施設の体系的なコーディネーション機能
 - 退院後の服薬リストをチェックすること、電子処方を行うこと
 - 治療成績などのデータ収集など

メディカル・ホーム診療報酬

- メディカルホームに対する診療報酬
 - 要件を満たした診療所についてはメディカル・ホームに関する診療報酬が支払われる
 - 診療報酬の支払いは人頭割支払い方式で、メディカルホームに登録患者の人頭割の料金設定がなされている
 - 料金は住民1人1月あたりメディカル・ホーム第一レベルで40.40ドル、第二レベルで51.70ドルとなっている
 - 患者重症度の補正は患者の現状からの将来の疾病負担の予測モデルにより行われる。

英国の家庭医 (GP)



英国の国営医療(NHS)

- 英国の国営医療サービス(NHS)と開業医
 - 1948年にNHSスタート
 - すべての住民に対して、原則無料で、包括的なサービス(予防やリハビリサービス等を含む)を税財源で提供
- 登録医制度(GP: general practitioner)
 - 住民は、予め登録した診療所のGPの診療を受け、必要に応じてGPの紹介の下に病院の専門医を受診
 - 住民は、診療所の登録と変更を自由に行うことができる。

英国のGP

- 英国の開業医 (GP : general practitioner)
 - 全英で診療所数は10,352 (イングランド 8,451、ウェールズ 497) 2005年
 - GP数はイングランド (2004年) で31,523人 (非常勤、研修医を除く)
 - GPは開業医トラスト (PCT : Primary Care Trust) を地域単位で形成し、地域における保健医療事業の計画立案とNHSからの事業委託を実施
 - 1人の医師が2000人の住民をカバー
 - 2~3人医師がグループプラクティスを行う

開業医の診療報酬体系

- 包括報酬(global sum)
 - 人頭支払い制度
 - 人頭支払いでは、登録住民の年齢別、性別、医療ニーズに応じた住民一人当たりの包括報酬が支払われる
 - 包括報酬には、もちろん地域や登録患者の特殊事情も加味される
 - 包括報酬には、診療所の維持費、各種検診、簡単な外科的処置、時間外診療なども含めた額が支払われる
- 追加サービス(enhanced services)
 - 出来高払い
 - 診療所が特別なサービスを提供すると報酬が出来高払いで追加される

2004年のブレア政権時

第三の診療報酬体系として成果払い (P4P: Pay for Performance)を導入

- Quality and Outcome Framwork:QOF
 - 2004年よりブレア政権の時、新たに英国版P4PであるQOFが追加された
 - 10の疾病グループと146の臨床指標を設定
 - 臨床指標ごとに標準的な達成目標数値を設定し、目標を達成すれば成果報酬が支払われるという方式である。
 - 点数スライド制

2004年以降の変化

- GPの収入
 - 人頭払い(global sum)は約30%
 - 出来高払い(enhanced service)は約 20%
 - Quality and Outcome Frameworkは50%
- GPの収入は2004年以降、平均4万ドル、それまでの30%程度も増収になったといわれている。

QOFの仕組み

- 10疾患・146臨床指標の設定
- 10疾患
 - ①喘息、②がん、③慢性閉塞性肺疾患（COPD）、④冠動脈疾患、⑤糖尿病、⑥てんかん、⑦高血圧性疾患、⑧甲状腺機能低下症、⑨重篤な長期療養を必要とする精神疾患、⑩脳卒中および一過性虚血発作

糖尿病

- 糖尿病(最高点99ポイント)
 - 糖尿病の患者登録が可能 最高6ポイント
 - BMI記録 最高3ポイント 25~90%
 - 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
 - 禁煙指導 最高5ポイント 25~90%
 - HbA1c記録 最高3ポイント 25~90%
 - HbA1cが7.4%以下 最高16ポイント 25~50%
 - HbA1cが10%以下 最高11ポイント 25~85%
 - 網膜症スクリーニング記録 最高5ポイント 25~90%
 - 末梢動脈の拍動記録 最高3ポイント 25~90%
 - 末梢神経障害記録 最高3ポイント 25~90%

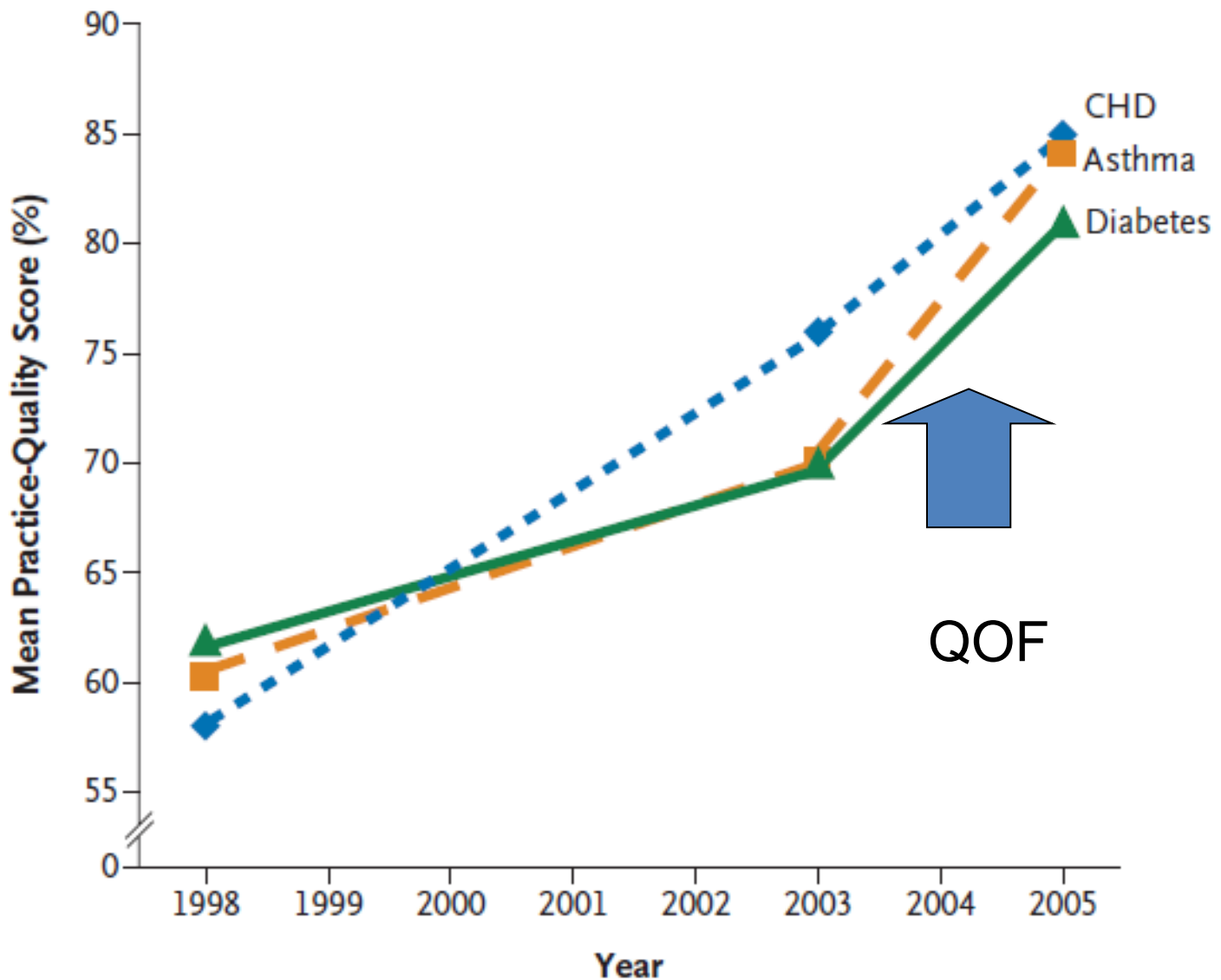


Figure 1. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes, 1998 to 2005.

[Campbell et al., 2007]

サウスロンドンのGPクリニック



2007年10月

Dr Marie



マリー先生のP4Pに対する意見

- クリニックの女医のマリーさんが説明してくれた。
 - 「まずNHSのインフォメーションシステムを見せましょう」と言って、電子カルテの前に案内してもらった。
 - 「この患者は冠動脈疾患の患者ですが、テンプレートを開けて、この患者が12ヶ月以内に血圧の記録があるかどうかチェックします。また禁煙指導をおこなったかどうかもチェックするわけです。していなかったら電話で呼び出して次の診察の予約をとるわけです。これがポイントになって収入になるわけですから、患者のフォローの仕方が、QOF(クオーフ)導入の2004年前とはだいぶ変わりましたね。」

マリー先生のP4Pに対する意見

- Q「収入はどうですか？」
- A「このクリニックでは15%ぐらいの増収ですね。増収分はクリニックの人の雇用に当てました。患者を電話で呼び出したりするのも人手もかかりますからね。QOFのおかげで患者の日常のケアに目が行き届くようになったし、診療の質はあがりましたね。」
- Q「患者データの電子カルテへの入力は手間ではありませんか？」
- A「そうでもないです。テンプレートのチェックボックスを選んでいけば良いので、そんなに手間でもないです。」
- Q「デメリットはありましたか？」
- A「QOFではNHSの監査が増えたのが、ちょっとわずらわしいですね」とのことだった。

フランスのかかりつけ医



フランスのかかりつけ医

- フランスは日本と同じようにフリーアクセス制の国だった
- 2005年よりかかりつけ医制（登録医制）を導入
 - かかりつけ医の選択は住民の自由、大病院の勤務医で可
しかし98%は一般医から選ぶ。
 - 地理的制約もない
 - かかりつけ医の変更も可能
- 診療科により異なる紹介制
 - 小児科、精神科、産婦人科、眼科、歯科はかかりつけ医を通さずとも直接の受診可能
 - その他の診療科についてはかかりつけ医を通さず受診すると7割負担となる。
- 緩やかなかかりつけ医制ともいえる

ドイツのかかりつけ医

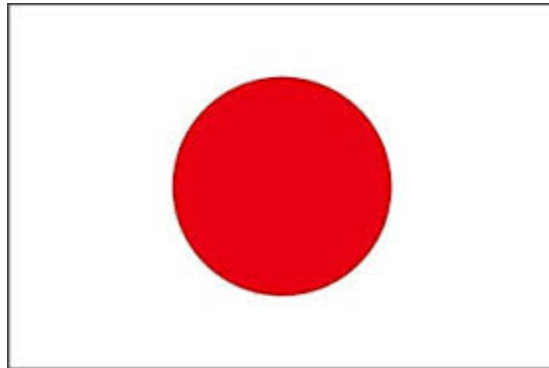


ドイツのかかりつけ医

- 2008年より家庭医診療報酬(包括報酬)を導入
 - 家庭医への登録の法的整備はされていない
 - しかし国民の90%はかかりつけ医を持つという
- 家庭医中心医療
 - 保険診療で、家庭医診療と専門診療に区分されている。
 - 家庭医診療は一般医、小児科医、家庭医診療を選択した内科医が従事している
 - 家庭医診療の報酬は包括報酬中心
 - 家庭医診療は2016年で国民全体の5%程度

パート5

日本のかかりつけ医制度



日本でもドイツと同じように法制度に基づくかかりつけ医はいない

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）より抜粋

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。


「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、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。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

診療報酬による かかりつけ医機能の評価

- 2008年
 - 後期高齢者診療料による「主治医制」→廃止
- 2012年
 - 在宅患者訪問診療料
- 2014年
 - 地域包括診療料（加算）
 - 認知症地域包括診療料（加算）
- 2016年
 - 小児かかりつけ診療料
- 2018年
 - 機能強化加算

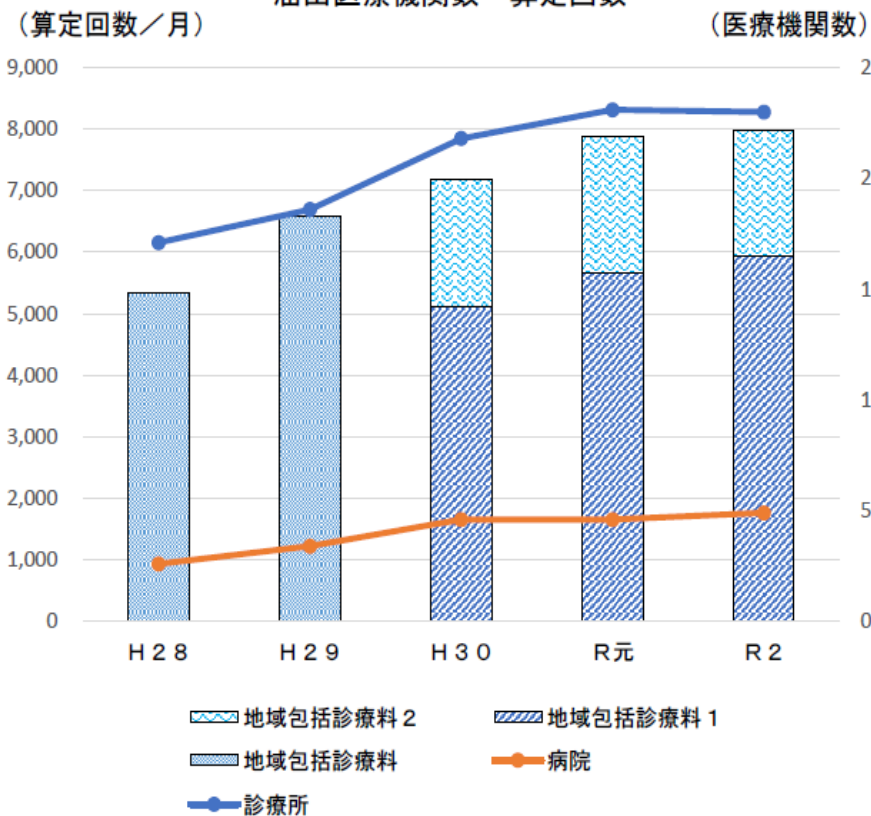
地域包括診療料・加算について

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。) 		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・下記のすべてを満たす		
	①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

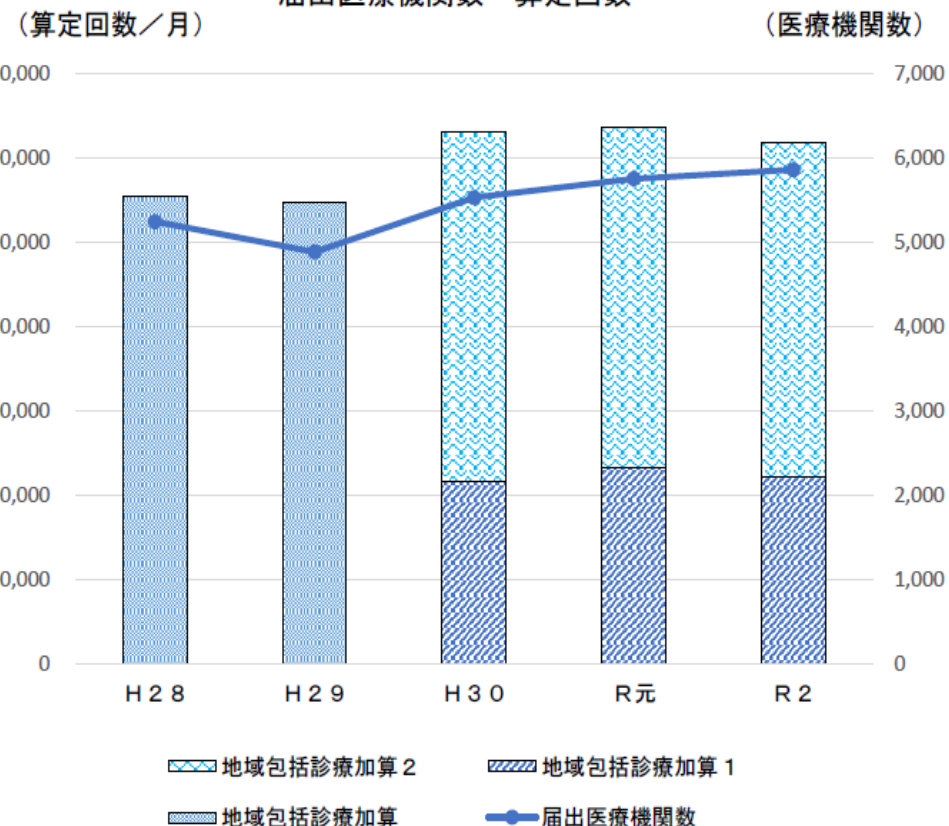
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料・加算の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の方が、届出医療機関数・算定回数ともに多かった。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数



地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数



出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計

診療報酬によるかかりつけ医の 誘導もそろそろ限界

かかりつけ医(登録医)の
法制化が必要では？

パート6
近未来のかかりつけ医
10のポイント



かかりつけ医の10のポイント

- ①かかりつけ医の定義
- ②患者希望による登録医制
- ③ガイドライン順守と成果払い方式
- ④適切な医薬品の使用（地域フォーミュラリー）
- ⑤かかりつけ医とDX
- ⑥かかりつけ医とタスクシェア・タスクシフト
- ⑦在宅医療
- ⑧終末期医療とACP
- ⑨地域包括ケアとかかりつけ医
- ⑩患者・家族とのコミュニケーション

①かかりつけ医機能の定義案

- 健康相談から健診、ワクチン接種に対応する
- 日常的な医学管理と生活習慣病の重症化予防
- 地域の医療機関等の連携と専門医への紹介
- パンデミック時の公衆衛生医機能
- 在宅医療支援、介護との連携
- 適切かつ分かりやすい情報提供
- オンライン診療や標準的な電子カルテの診療への活用
- 標準的な薬物治療と地域フォーミュラリーの活用

②患者希望による登録医制度

- かかりつけ医の機能に対して、患者希望で登録を行う
 - 健康相談や健康診断、ワクチン接種の機能を希望する患者の登録
 - パンデミック時の診療を希望する患者の登録
 - 在宅医療を希望する患者の登録
- 患者による登録医を選定や変更はフランスのようにゆるやかな基準でおこなっては？

③ 診療ガイドライン準拠と成果払い

- 生活習慣病の重症化予防を診療ガイドラインに基づく診療を希望する患者の登録
 - 高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、CKD、心不全など
- 診療所側には診療ガイドラインに準拠した診療と、その診療結果の評価し、成果払い方式の報酬インセンティブ(P4P)を与える

④適切な薬物治療と 地域フォーミュラー

- 地域の第三者委員会が薬剤の有効性、安全性、経済性に基づき作成した地域フォーミュラーをかかりつけ医が活用することを推奨する。
- 診療所側への地域フォーミュラーを使用することへの報酬制度

英国ヨークシャー州の地域フォーミュラリー (ジョイントフォーミュラリー)の一部

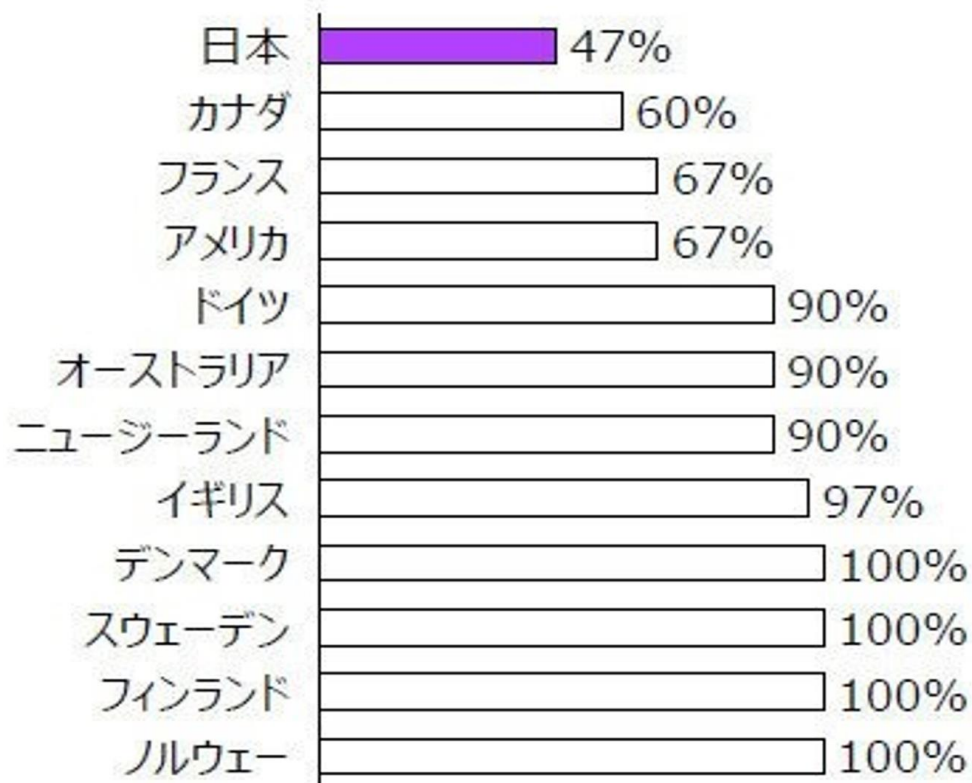
	第1選択	第2選択	要専門医アドバイス
ARB	ロサルタン	カンデサルタン バルサルタン イルベサルタン(糖尿病、 CKD用)	
PPI	ランソプラゾール	オメプラゾール	エソメプラゾール顆粒 (小児のみ)
スタチン	アトルバスタチン	プラバスタチン シンバスタチン	ロスバスタチン エゼチミブ
痛風	アロプリノール	フェボキスタット	プロベネシッド ベンズマロン
NSAID	イブプロフェン ナプロキセン	メロキシカム	ジクロフェナック(術後 短期)
抗インフルエ ンザ薬	オセタミビル	ザナミビル(吸入)	ザナミビル(静注)

⑤ かかりつけ医とDX

- オンライン診療、電子処方せんを使用することをかかりつけ医に推奨する。
- 標準化された電子カルテを使用することをかかりつけ医に推奨する
- これらのDXをかかりつけ医に推奨することに対する報酬インセンティブ制度を創設する

電子カルテ普及率の国際比較

- 日本の電子カルテ普及率は、海外に比べて低い¹



¹2017年時点の、電子カルテ普及率の国際比較

アクセンチュア資料より

電子カルテの普及

- 医療DX令和ビジョンでは2026年までに80%、2030年までに100%を目指すこととしている。
- そして標準化された電子カルテの普及には一般診療所や非DPC病院向に低廉で安全なHL7FHIRに準拠したクラウド電子カルテの開発と普及が必要だと述べている。
- このためには補助金などの施策が必要としている。

まとめと提言

- 家庭医懇の失敗で日本のかかりつけ医制度は35年遅れた
- かかりつけ医制度の患者登録はまず患者の手上げで始めて
- 患者健診登録、パンデミックなど有事の登録、生活習慣病重症化予防のための疾病登録、在宅医療の登録など
- 標準化した電子カルテ、オンライン診療・電子カルテなどを使用すること、診療ガイドライン準拠やフォーミュラリー準拠した診療を行うことへの報酬インセンティブを。
- 法制化は団塊世代が後期高齢者になる2025年までに。

▪

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

総合診療医の活用

中小病院での総合診療医の活用



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



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。
- すでにいくつかの地域では、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、同じ想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、特に地域保活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(理事長、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 ー地域行政への支援、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 大石 泰弘
理事 大杉 省吾
理事 亀田 康弘
理事 草野 哲夫
理事 辻 宜久
理事 本田 久良
監事 渡辺 明良



株式会社メデイヴァ社長
大石佳能子氏

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