

令和4・5年度

医政研究委員会答申

かかりつけ医機能の  
これまでとこれから

令和6年1月

福岡県医師会医政研究委員会

令和6年1月31日

福岡県医師会

会長 蓮 澤 浩 明 殿

医政研究委員会

委員長 穴 井 堅 能

## 答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「かかりつけ医機能のこれまでとこれから」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

医政研究委員会

委員長	穴 井	堅 能
副委員長	松 尾	喬 之
委員	浦 田	康
	竹 田	虎 彦
	山 近	仁
	荒 木	昭 輝
	松 田	晋 哉
	佐 野	正
	岡 部	浩 司
	田 邊	庸 一
	秦	洋 文
	雨 宮	直 子
	佐 藤	彰 記
	岩 田	定 幸
	辻	裕 二
	戸 次	鎮 史
	原	祐 一
	稻 光	毅
	横 倉	義 典

# 目 次

はじめに	1
I かかりつけ医とは	3
II かかりつけ医機能とは	5
III かかりつけ医機能のこれまでとこれから	
(1) 医療・医学の進歩による影響	8
(2) 高齢化・少子化の影響	10
(3) 医師の働き方改革の影響	11
(4) 災害や新興感染症パンデミックの対応	12
(5) 病院勤務医としてのかかりつけ医機能	15
(6) これからの地域医療におけるかかりつけ医機能	16
IV 地域医療構想から見たかかりつけ医機能	19
V 医療DXとかかりつけ医機能	20
VI かかりつけ医機能強化に向けた県医師会への要望	22
VII かかりつけ医機能が発揮される制度化、制度整備	24
おわりに	27

## はじめに

かかりつけ医やかかりつけ医機能について様々な議論がなされている。これはコロナ禍の初期に、新型コロナウイルスについて何も分かっていない状況で、発熱患者を診ない開業医が多かったため、マスメディアが開業医（かかりつけ医）が発熱患者の診察を断っており、そのため総合病院に発熱患者が押し寄せ、診療が混乱しているといった報道を発信したことに拠る。その後、全世代型社会保障構築会議、財政制度等審議会などで、そのことが取り上げられ、かかりつけ医が本来のかかりつけ医機能を発揮する制度整備が必要であると明記された事から、骨太の方針にもかかりつけ医機能の制度整備が挙がってきたものである。かかりつけ医の制度化そのものはされなくなったものの、かかりつけ医機能の報告制度は法制化しそうである。当初はイギリス方式で国民にかかりつけ医を登録させて（背番号制）、医療内容を可視化しようと考えていたのではないだろうか？

もともと福岡県医師会では2006年より全国に先駆けて「新かかりつけ医宣言」をしてかかりつけ医の制度を充実させてきた。基本的には、かかりつけ医とは患者さんが決めるものであり、かかりつけ医はしっかりと自己研鑽をし、医師会はそれを認め支えて行くという趣旨ではなかったろうか。2014年2月からは福岡県医師会認定総合医（新かかりつけ医）制度を創設し研修会などを行っていた。その後、日医が福岡県医師会方式を取り入れて、2016年から日医かかりつけ医機能研修制度を開始し、福岡県医師会も一本化することとし、今年3月末で福岡県医師会認定総合医（新かかりつけ医）制度は終了した。

現在かかりつけ医機能で求められているのは、緩やかなゲートキーパーという言葉も使われているが、かかりつけ医が地域包括ケアシステムの中心的役割を担うという事ではないだろうか。日常の診療機能や必要時の紹介機能、救急時の対応機能、健康管理機能などはもちろんだが、国は在宅医療の提供という事も、担うべきかかりつけ医機能に入れて、在宅医療に積極的に参加することを誘導している。しかし全ての診療科で在宅医療ができるわけもなく、24時間患者さんのケアを一般医に要求するのは無理である。これは日医が言うところの横糸を紡いで周辺の医療機関と連携し面として地域を支えていくという事になると考えている。

今回、医政研究委員会では「かかりつけ医機能のこれまでとこれから」というテーマで会長諮問を受けた。

医療・医学の進歩による影響、高齢化・少子化の影響、医師の働き方の影響、災害や新興感染症パンデミックの対応、病院勤務医としてのかかりつけ医機能、地域医療構想から見たかかりつけ医機能、医療DXとかかりつけ医機能、かかりつけ医機能強化に向けた県医師会への要望、かかりつけ医機能の制度化・制度整備についてなどのテーマで各委員のご意見を書いて頂いた。これには正解はないものの、今の時点での、福岡県医師会としてのかかりつけ医機能のあり方として捉えて頂き、日常診療にお役に立てれば幸いである。

最後にかかりつけ医、かかりつけ医機能について、国も目まぐるしく方針や制度が変わっている状況での答申であると考えて頂きたい。

## I かかりつけ医とは

医療は、医師と患者との間で行われる行為である。そこには、医師と患者との間に相互の信頼関係が築かれていなければならない。「元気で長生きしたい」「病気になったら治りたい」ということは誰もが願うことである。その願いを達成するために、医師と患者との関係が成立することになる。医療を提供する医師とそれを受ける側の患者との間に無言の契約が出来上がり、相互の信頼関係が成り立っていることが、医療が実施されるための基本である。また医療現場において、医師は患者が選ぶものであり、医師は患者を選ぶことは出来ない。そこで、患者側からみた「かかりつけ医」という概念が生まれてくる。これまでは、医師と患者との信頼関係があり、なんでも気軽に相談できるいわゆる「顔の見える関係」であるのが「かかりつけ医」であるとされてきたと考える。これが原則であると考え、時代の変化とともに「かかりつけ医」に求められるものも多種多様化して変化してきた。最近では、日医・四病協合同提言により「かかりつけ医」というものが明記されており、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関に紹介でき、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」とされている。また、厚労省のウェブサイトを見ると、「かかりつけ医は、自己の診療時間以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、医療機関等とも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こと」、さらに「かかりつけ医は、日常行う診療の他に、社会活動、行政活動に積極的に参加するとともに保険・介護・福祉関係者と連携を行う」と明文化されている。これらの内容は時代の変化するなかで必然的なことであるが、その内容からはオールマイティーな能力を有する医師を求めており、これらの条件を一人の医師で担うのは不可能ではないだろうか。昨今は医療内容も多様化し専門性を求められるようになってきている。標榜する診療科に限らず、専門とする科や分野を超えて「かかりつけ医」であることが可能であり、また複数の医師の連携による「かかりつけ医」も選択肢の中に入ってくるのではないだろうか。時代の流れに対応して、求められる「かかりつけ医」像も変化し多様なものになってきている。「かかりつけ医」とは医師と患者との信頼関係の間で構築されるものであり、「かかりつけ医」が地域医療の地域包括ケアシステムの中で多職種との連携も含めて果たすべき役割は「かかりつけ医機能」であり、「かかりつけ医」とは切り離して論ぜら

れなければならない。定型的な型にはまった「かかりつけ医」ではなくなってきている現状において、「かかりつけ医」を点数化や資格といったいわゆる認定医制度の様に制度化することは、決して望ましいことではなく避けねばならない。しかし一個人の医師として、日医の「かかりつけ医研修制度」等を利用して、新しい医療知識・医療技術の研鑽を積んで最善の努力をすることは必要なことである。そうすることによって、患者から「かかりつけ医」として信頼されることに繋がるのである。

## Ⅱ かかりつけ医機能とは

2013年の日本医師会・四病院団体協議会合同提言については山近委員が前項のⅠ「かかりつけ医とは」で述べているので詳細は割愛するが、日常から患者の生活背景を把握し、地域住民との信頼関係の構築、社会活動、行政活動に積極的に参加することが必要である。そして医療に関する適切かつ分かりやすい情報の提供を行うことが求められている。また、都市部では「高齢者が種々の専門診療科をかかりつけ医として持つ」一方で中山間地域では「内科診療所などが総合医的な役割でかかりつけ医として機能している」ことが推測される。都市部では内科医を起点として複数の診療科がネットワーク化してかかりつけ医機能を発揮し、中山間地域では、内科医や外科医が総合診療機能を強化する必要がある。

以上の事から「かかりつけ医」に求められる機能を機能別にあくまでも私見であるが検討した。

### ①外来機能の提供(幅広いプライマリケア等)。

「治す医療」から「治し、支える医療」が提唱される中、フリーアクセス・国民皆保険を維持しながらコモンディジーズから専門医療までの幅広い医療が求められる。日常的に患者の疾病における相談を受け、日常生活における療養・加療のアドバイスを行う。他院の処方を含め一元的に管理する必要があり、患者の病状、状態を含めての薬剤管理を「かかりつけ医」が総合的に管理判断し、他院との連携・情報交換を行うことが望ましい。必要に応じて専門医（病院及び紹介重点医療機関）への紹介及び併診における情報交換を行うことに努める。そして緩やかなゲートキーパー機能により一部の病院（専門医）への集中を避け、勤務医の疲弊を予防する機能を有する必要がある。

### ②休日・夜間の対応。

休日・夜間における急変時への対応は各医療機関、各地域において対応が異なり、地域における休日急患センターへの出務、在宅当番医、地域での夜間休日診療のネットワーク等への参加が求められる。

病院勤務医の場合、自院での急変時対応及び救急搬送先への情報提供は比較的容易と思われるが、中小病院を含め自院にて24時間対応できる医療機関は多くはないと思われる。「とびうめネット」による情報提供、「マイナンバーカード」における薬剤・検査データの情報が必要で、その上で消防救急隊との協力



の下、各地域における救急医療体制の構築が求められる。2次・3次医療対応においては2次医療圏にこだわる必要はなく、むしろ福岡県4ブロック(福岡、北九州、筑後、筑豊)内での完結を目指した協議、協力体制の構築が望まれる。これらの基礎的な構築の存在の上に乗って、患者急変に備えた情報の整理・整備を「かかりつけ医」が行うことが可能になると思われる。

#### ③入退院の支援。

入院前または入院早期からソーシャルワーカーや介護支援専門員等の多職種と連携し、退院後の家庭や施設などの療養の場で安心して生活が送れるよう、在宅生活の準備など支援を行う。患者や家族の希望・不安などを把握し、様々な職種と連携して療養生活環境調整を行う必要がある。そして、退院先や在宅サービスの選択肢を広げ、地域との連携をより密にし切れ目のない支援を行い、安心して在宅療養・施設入所・転院へと継続できるよう取り組む必要がある。

#### ④在宅医療の提供。

「在宅医療の体制構築に係る指針」において前述した①入退院支援②日常療養支援③急変時の対応に加え④在宅看取りを加えた4つの在宅医療の機能が考えられる。訪問看護師などの他職種との連携の下、地域包括ケアシステムの一部として訪問診療を担う事が求められる。単独での訪問診療が基本となるが、グループでの診療やICTを活用した診療、そして2次医療圏にこだわらない圏域の設定など個々の事情や地域性を考慮した対応策を講じるべきと思われる。また、在宅看取りの4割を超える事例が死体検案事例である事から、死体検案及び死体検案書の作成を行うことが望ましい。

#### ⑤介護サービス等と連携。

介護支援専門員、訪問看護師等の他職種および通所・入所施設の職員等との多職種連携を日常より密に行うことで、地域包括ケアシステムの一端を「かかりつけ医」として担うべきであり、そのためにも介護認定審査会への出務および主治医意見書の作成を行う必要がある。

#### ⑥学校保健、産業保健、地域保険等の地域における医療を取り巻く社会活動。

行政における保健活動が縦割りで乳幼児、学生生徒、勤労者、高齢者と対象が変るため一貫した健康管理が出来ないのに対し、地域に根ざした「かかりつけ医」は一生涯にわたる身近な健康の相談相手として期待される役割は大きい。そのため地域保健や学校保健(学校医・園医)、産業保健(産業医)としての活動が望まれる。地域における医師の役割が単に病人を診るだけでなく予防医学の分野にも大きく活動の巾を広げている。地域に密着した「かかりつけ

医」が予防も含めてその専門的な知識を活かす事は最も大切である。勤務医が開業医に比較して予防や地域医療に関りが薄いことも今後の課題であろう。

#### ⑦病院勤務医。

日常的に病院専門外来のみ受診している患者も数多くいると思われる。この場合日常の診療を「かかりつけ医」である開業医が行い、定期的に専門外来を受診することができればよいが、患者にとって定期的に受診している病院専門医が「かかりつけ医」となることを望むケースもあるであろう。勤務医師・所属医療機関での「かかりつけ医」に対する議論、態勢構築が必要と思われる。

以上のように「かかりつけ医」に求められ、また実施できる機能は数多くあるが、その全てを実施しなければならないことではなく、できる機能を実施すればよいと考える。また一人の「かかりつけ医」が単独で実施できない機能は、他医療機関・急患センター等との連携やグループを形成し、実行することで最終的な機能を維持できればよく、その中に病院勤務医の参加も必要と思われる。

### Ⅲ かかりつけ医機能のこれまでとこれから

#### (1) 医療・医学の進歩による影響

日本医師会・四病院団体協議会は医療提供体制のあり方に関する合同提言(2013年8月8日)を出しているが、その中でかかりつけ医の機能の一つとして「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」とある。新卒医師の半数近くが、制度として一般医(あるいは家庭医)となるヨーロッパ諸国と異なり、日本では、種々の専門診療科をもった医師が診療所や病院(主に中小民間病院)の外来で、専門とする領域外についても幅広に対応する体系となっている。この方式は、諸外国であれば、病院の専門外来で提供するような診療行為を身近な診療所で受けることを可能にし、それが日本の医療提供体系の効率化につながっているという意見がある。例えば、消化管の内視鏡検査について、諸外国で経験されるような数か月待ちというような事態は我が国ではほとんど起こらない。地域において消化器内科で開業している医師が対応できるからである。そして、その消化器内科の医師は、感冒や高血圧、糖尿病、血中脂質異常、頭痛、アレルギー性鼻炎などのコモンディジースにも対応している。専門診療科も持ちながらも、幅広に診療ができる医師の養成方式を筆者は「T字型研修」と呼んでいる。医療・医学の進歩は、それまで病院の入院あるいは専門外来で主に行われてきた医療を、地域の診療所で受けることを可能にしている。その意味で、わが国のかかりつけ医体制は、その医師が持つ専門性については、さらに高度化していると言える。

他方で、専門性が行き過ぎて、当該医師が診察できる範囲が狭くなれば、かかりつけ医の機能として重要なコモンディジースの診療機能が弱くなってしまう。現行の専門医制度の場合、こうした専門診療科以外への対応力を弱めてしまう可能性は否定できない。医療・医学の進歩は重要であり、科学者としての医師はそれに対応し、知識・技能の向上に努めることが、専門職としての使命である。したがって、各医師がその専門領域の技能を高める生涯研修の仕組みは不可欠であるが、それに加えて、コモンディジースに対応するための生涯研修の仕組みが不可欠となる。ここで、医療・医学の進歩はコモンディジースの範囲を拡大することに留意する必要がある。卒前教育、そして卒後の前期・後期の臨床研修、さらには医師会や各学会が行う生涯研修において、この二つの視点からの研修

を準備する必要がある。また、そうした研修をサポートする媒体としての、日本医師会及び地区医師会が発行している雑誌の役割が重要となる。今後はそれに関連した映像教材なども充実させる必要があるだろう。

インターネットを通じた情報収集が可能になっている今日の状況では、患者が医師に期待する診療内容も「高度化」していく。そうした要求の中には、見当違いなものも少なくない。しかし、日常診療においては、そうした高度化した要求に対しても適切に対応していく力が求められるようになる。かつて、福岡市東区医師会では、メールを使って会員同士がリアルタイムで相互に相談ができる仕組みを構築していた。例えば、内科開業医の会員が、患者の皮膚症状について、皮膚科の医師会員に相談することなどが日常的に行われていた。自身の専門領域を超えた患者からの要望に対して、地域で面として対応できる体制づくりが必要である。福岡県メディカルセンターでは福岡医療情報ネットを整備し、県民に対して医療機関に関する情報提供を行っている。それよりもより専門性の高い情報を、会員間で共有できるような仕組みが必要だろう。あるいは福岡県メディカルセンターにAI機能を持ったQ&A窓口を準備し、会員がそこにアクセスすれば、紹介先などについて適切な助言をもらえるような仕組みがあってもよいのかもしれない。このような面としてのかかりつけ医機能を強化するような仕組みを、医療・医学の進歩に対応して準備することが必要である。この点については、わが国の医療情報共有システムの構築に関してリーダーシップを発揮している九州大学病院のメディカル・インフォメーションセンターの協力を得て、福岡県医師会としてシステムを整備することが適切であると考えられる。

## (2) 高齢化・少子化の影響

少子高齢化により、1961年国民皆保険制度開始時にはわずか6%であった高齢化率（総人口に占める65歳以上の割合）は2025年30%、2070年40%と大きく変わると想定される。1人の高齢者を支える現役世代の人数は、現保険制度開始時期の1960年の12人から、2020年に2.1人、2070年に1.3人に減る見通しである。医療費の60%は65歳以上の高齢者に費やされている現実を考えた際、国民皆保険制度を継続させるためには、医療費の削減、有効な分配が喫緊の課題となり、その為には、高齢者医療の窓口となっている、かかりつけ医の役割は大きい。

“これまでのかかりつけ医”は、大学病院をはじめとする高次医療機関で修練を積んだ後に開業、かかりつけ医となることが多く、それまでのキャリアの延長線上の診療、つまり、現前の患者の診断、疾患に応じた最も適切な治療（標準治療）を提供することに邁進したとしても異論は無かったであろう。しかし、“これからのかかりつけ医”は、特に高齢患者に対しては、QOLを重視した医療を提供することを維持しつつも、医療費の削減を目指さなければならない。同時に、そのことが、手薄になっている高度急性期医療を充実させることにもつながるという知見をもち、より俯瞰的に日本の医療を考える義務がある。おのずと、疾病予防、疾病治療、介護予防、介護、終末期医療、看取り、までを連続性をもって見ることが出来る医療人となるべく努力も望まれる。

具体的には、①老年医学の修練に励むことはもとより、高齢者に対しては、治癒を目指したやみくもな治療よりも症状緩和、QOLの重視が肝要である、という認識を持つ。②本人の意向（ACP\*1）、家族の希望、医学的判断のバランスをとる能力を磨く。③治す医療から治し支える医療へ、言い換えれば、病院完結型医療から地域完結型医療への転換を目指す。④そのためには、現在、構築と普及が推進されている地域包括ケアシステム・多職種連携の重要性を知り、また、その中心が在宅医療であることを知り、積極的に参加し、その中心的役割を担うことを厭わない。⑤さらには、介護、看護、行政、その他の専門分野に対してもその苦勞と難しさを知り、地域包括支援システムという“オーケストラ”の指揮者としての役割を担う努力も必要である。⑥重篤な疾病で高額な医療・入院（医療費の40%）が必要となる前に、予防医学・健診の普及啓蒙に努める。等々である。

とはいえ、個々の能力では限界があり、自分の専門領域の能力を伸ばすとともに、他の専門領域を持つ医師と共同して、複数の医師の連携によるかかりつけ医機能をイメージするという柔軟な考え方も肝要である。

\*1 advanced care planning

### (3) 医師の働き方改革の影響

かかりつけ医とは日医・四病協会合同提言では、何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して必要な時には専門医、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とある。つまりは何かあった時まず相談できる近くの診療所や病院の医師のことで診療所の医師か病院の医師かとか何科の医師かとかを問うものではない。日常診療時から他の医療機関と連携し地域住民（患者）の医療ニーズに地域ネットワークで対応することが望ましいと思われる。地域における面としてのかかりつけ医機能が求められこれには診診連携、病診連携が大きく関わってくることになる。各医療機関は自らが持つ機能を磨くことにより縦糸を伸ばすとともに、さらに地域における他の医療機関との連携を行う事を通じて横糸を紡いでいくことが大変重要である。このようにして織りなす医療機関間の連携とネットワークにより「地域における面としてのかかりつけ医機能」がさらに発揮されていく。かかりつけ医に外来医療の提供、休日夜間の対応、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護サービス等との連携が求められる。個人開業医と病院勤務医との協力で面としてのかかりつけ医機能を構築していくことが必要となる。つまりは連携とネットワークによるかかりつけ医機能の発揮となる。個人開業医と病院勤務医では当然診療内容、時間的な自由度等も異なる。ここで問題となるのが2024年から実施される働き方改革である。

本来ならば「働き方改革」「地域医療構想」「医師偏在対策」の三位一体で考えるべきと思うがここでは「働き方改革」に特化して述べる。働き方改革は現時点では基本的に勤務医を対象とした法案であり経営者側面を持つ開業医は対象外である。医師の働き方改革が目指すものは、簡単に言えば地域医療の継続性を損なわないことと、医師の健康確保である。2024年からは医師の時間外・休日労働時間の上限規制が現実化することになる。医師の派遣を受ける病院は宿日直許可を受ける必要が生じる。ここにも色々な条件が存在するため判断が難しい事が多々生じている。かかりつけ医の業務として休日夜間の時間外対応などが求められているが病院勤務の医師にとって一人で対応することは困難であり病院ないしは施設としての対応が不可欠となる。ここでかかりつけ医機能を面でとらえると開業医と病院勤務医で役割分担することで地域のかかりつけ医としての職務を遂行することが可能になる。また全日本病院協会は休日夜間対応、急変時の入院対応などの2次救急機能、在宅医療の提供・支援、介護施設との連携を通して地域に密着した医療を担う病院を「かかりつけ医機能支援病院」として位置づけし2023年から研修会を開催するとしている。このような流れの中、働き方改革の制約の中でその地域の特性を踏まえてかかりつけ医を実践してゆかなければならない。

#### (4) 災害や新興感染症パンデミックの対応

災害と新興感染症パンデミックは、その空間的、時間的な広がりには違いがある。災害の影響は限定的、一時的である一方、新興感染症パンデミックは広域に、断続的に影響を及ぼす。このような違いはあるものの、今回の新型コロナウイルス感染症対応に際しては、いくつかの地域で災害医療対応として準備されていた体制が、新型コロナウイルス感染症の対応体制として有効に活用された<sup>1)2)</sup>。日本医師会は新型コロナウイルス感染症に対応する特例的なJMAT（日本医師会災害医療チーム）として「COVID-19 JMAT」を派遣し、本県では入院調整の実務者にDMAT（災害派遣医療チーム）医師が派遣され有効に機能したという報告がある<sup>3)</sup>。この点を踏まえて、次に起こる災害や新興感染症パンデミックに対応するために、かかりつけ医機能が準備すべきことを考えたい。

あらゆる災害に共通する対応の基本は、災害医療を実施するための組織づくりCSCA（Command:指揮命令 and Control:統制、Safety:安全、Communication:情報、Assessment:評価）であり、それが確立したのちにTTT（Triage、Treatment、Transport）が実践される<sup>4)</sup>。わが国の災害時の対応については、1995年の阪神・淡路大震災、2011年の東日本大震災、2016年の熊本地震などを経験し、保険医療調整本部のもとDMAT、JMATなどの医療チームが連携して災害直後の救急医療から被災地のかかりつけ医機能が回復まで活動する危機管理体制が構築され、大規模災害のたびに問題点の見直しが続けられている。

新興感染症パンデミック対応においても、災害時と同様に各機関が協力した組織づくりと連携が必要であるが、わが国では新興感染症パンデミックを想定した十分な段取りが組まれておらず、前述の通り今回のパンデミックでは一部の地域で災害医療対応体制が活用された。福岡県においてはホテル療養施設にJMAT医師が24時間常駐して対応し、ホテル療養施設でも新型コロナウイルス感染症治療が行われた。これには県下の医師が診療科に関わらず協力し、その医師を県本部やアドバイザーの救急医がサポートした。医師24時間常駐のホテル療養は、県下における病床ひっ迫予防に非常に有効に機能した。

平時においては、主に診療所がかかりつけ医として患者さんの日常の健康管理に従事し、中小病院は自身がかかりつけ医として、あるいは診療所と連携して地域住民に密着した医療を提供し、大規模病院が高度急性期医療を提供するというのが我が国の医療提供体制である。この地域完結型の医療体制は、コロナ禍において十分に機能したであろうか。新型コロナウイルス感染疑い患者は保健

所経由で帰国者・接触者外来において診断、あるいは診療・検査医療機関が自院で診断をした。診断後は、保健所が引き継ぎ、紹介医・診断医の手を完全に離れることになったため、直接に連絡をとらない限り診断後の患者の状況をかかりつけ医であっても知るすべがなかった。その後、保健所がひっ迫し、自宅療養患者については地域の診療所がオンライン診療等を利用して診療する体制がとられたが、自宅療養患者を想定したプライマリケアの対応が準備されていなかったため対応したのは一部の診療所に限られた。また、入院を要した患者についてはどこの病院に入院したのかさえ診療所の診断医やかかりつけ医に情報が入らない状態が福岡市（県？）では続いた。医療機関間の連携はなく、診療情報が入院前後で引き継がれることはなかった。

地域におけるかかりつけ医機能をパンデミック下でも維持するためには何が必要だろうか。2022年度診療報酬改定で診療所向けの外来感染対策向上加算等が新設された。これらの加算の施設基準には、新興感染症の発生時に対応する医療機関であること、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関と平時から新興感染症パンデミックを想定した訓練や協議を行うなどして連携をとること等が求められている。患者の初期対応に当たる診療所と入院を受け入れる病院の連携が準備できていれば、継続的な診療が可能となる。また、本年5月「感染症法に基づく「医療措置協定」締結等のガイドライン」が厚生労働省より示され、福岡県においても新興感染症の発生及びまん延に備えるため、平時から県と病院、診療所、薬局及び訪問看護事業所の間で、医療措置協定（医療提供体制の確保に関する協定）を締結することとなった。ふたつの連携システムがある状況は混乱をきたす可能性もあり今後一本化することが望ましいのではないかと考える。いずれにしても、この連携が形式的なものでなく、経験したコロナ禍に根差した実践的なものとして今後継続されることが次への備えになると期待している。

ただし、こうした体制整備を行ったとしても、そもそも各かかりつけ医に患者を診る覚悟がなければ非常時において医療体制を維持することは不可能である。2024年春に行われる診療報酬改定に際して、新型コロナウイルス感染症に対応したことによる診療所の増収をもって「診療所の極めて良好な経営状況」という表現がなされた。夜間休日の別なく発熱患者に対応してきた診療所の医師として、このことは本当に残念で悔しい。しかし、種々の診療報酬に係るコロナ特例措置がとられた以外に、発熱患者対応をする医療機関に対して多くの支援金や補助金が支払われたのも事実である。施設にいる親に会うこともできない、友達と顔を合わせて給食を食べることもできないような非常時において、かかりつ



け医が当然のこととして果たすべき役割は何だっただろうか。追加の診療報酬以上の支援金や補助金は全て必要だっただろうか。お金以外に、患者対応をすることで得るものはなかつただろうか。かかりつけ医として貝原益軒の言葉「医は仁術なり。仁愛の心を本とし、人を救ふを以て、志とすべし。わが身の利養を専に志すべからず。（養生訓）」を肝に銘じたい。また、国や自治体には、背後から刺すことになるようなお金の配り方は今後は慎んでもらいたい。特に非常時には、国民に対し適切な医療資源の利用の周知をしてもらいたい。

災害においても、新興感染症パンデミックにおいても、患者さんの医学的、社会的背景を知っているかかりつけ医が個々にとっての最善は何かを考えて対応すれば、非常時という不安と緊張の中にいる患者さんに安心を与えることができるであろう。かかりつけ医がその自覚をもって対応に当たる覚悟を持ち、それに対し相応の報酬が保証されること、そのかかりつけ医を地域全体で支えるかかりつけ医機能を平時から充実させ縦横のネットワークを築いておくことが、いつ来るかはわからないが、必ず起こる次の非常時に備えるために重要であると考える。

#### 参考文献

- 1) 出口宝他：災害医療の考え方に基づいた新型コロナウイルス感染症の対応体制—沖縄県における統合調整。日本医学会雑誌；152（2）：203-209.
- 2) 清古愛弓：都道府県と政令市・特別区との連携（2）東京都と特別区との連携。一般社団法人日本公衆衛生協会『令和4年度地域保健総合推進事業 新型コロナウイルス感染症対応記録』：122-124.
- 3) 野田英一郎：FRESH～福岡県の病床情報共有システム。一般社団法人日本公衆衛生協会『令和4年度地域保健総合推進事業 新型コロナウイルス感染症対応記録』：326-329.
- 4) 江部克也：災害対応の原則（C S C A）。災害医療 2020 日本医学会雑誌；149 特別号（1）：S65-S67.

## (5) 病院勤務医としてのかかりつけ医機能

2013年に公表された日本医師会・四病院団体協議会の合同提言では、かかりつけ医の定義の中で「病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない」とされており、病院勤務医もかかりつけ医として対応すべきこととなっている。しかしながら、急性期を担う大病院の病院勤務医にはその認識はあまりないと思われる。彼らは自分の専門領域の中で、自己の責任を全うすることに汲々としており、専門外の疾患までを視野に入れた診療を行えていないのが実情である。

そのため基本的な検査項目の結果から重要な兆候を見落とすリスクもあるので、病院経営者は情報システムの活用により、それらを検知する仕組みなどを検討する必要性に迫られている。

ならば、病院勤務医に対して、かかりつけ医としての自覚を促すことが重要なのであろうか？日本医師会の考えでは、かかりつけ医を誰にするかは患者が決めることとされているので、特定の病院をかかりつけと考えている患者が多い現状では当然のことではある。もちろん、病院勤務医でも（とくに中小病院）かかりつけ医として機能している医師も多いと考えられる。

しかし、医局人事などで異動の多い病院勤務医に病院がかかりつけ医機能を期待しても無理がある場合も多いと思われる。かかりつけ医機能研修制度参加の方針を決めても、従ってくれるとも限らない。

さらにこれからは連携とネットワークによる「地域における面としてのかかりつけ医機能」が重視される。すなわち、急性期の病院勤務医は診療所のかかりつけ医から頼られる専門医という位置付けであり、かかりつけ医から紹介された患者は極力紹介元に返すことが要求される。さらに病院で担当している患者を積極的に逆紹介していけば、結果大部分の患者は診療所にかかりつけ医を持つこととなり、また病院勤務医の「かかりつけ患者」は減少し、それは最近求められるようになった「働き方改革」にも繋がるであろう。国が求める病院の機能分化にもこの方向性の方が合致する。

現状では病院勤務医にかかりつけ医と専門医という2つの役割を期待せざるを得ないため、かかりつけ医としての自覚を促す取り組みも必要と思われるが、どこかの時点でかかりつけ医の定義から一部の病院勤務医を外すという判断が必要になるかもしれない。

## (6) これからの地域医療におけるかかりつけ医機能

### ——粕屋医師会の試み——

粕屋医師会は平成18年、かかりつけ医、病院、多職種、行政と『地域医療を考える会』を立ち上げ、地域の声を生かした地域医療の構築に努めてきた。病院と地域は膨大な患者情報をやりとりしているが、とても十分とは言えない。カルテ内の日本語文章に地域医療が求める生活情報が存在するが、地域にわかりやすく伝える術がない。担当者がその一部をばらばらの表現、ばらばらの手法で地域に伝えても、効果は多くない。厚生省の全国医療情報プラットフォームには看護やリハビリテーション、栄養に関する記述がない。結果として、かかりつけ医と介護職は疲弊気味である。

そこで、粕屋医師会は地域内の支援病院の協力を得て、多職種の気付き等の日本語文章をわかりやすい表現に変換し、標準的な『わかりやすい報告書』を作成するシステムを開発して電子カルテに搭載した。次いで、地域支援病院と医師会、圏内医療機関を繋ぐ粕屋地域医療ネットワークを構築した。また、圏内医療機関（かかりつけ医）と介護、ケアマネージャー、訪問看護師、調剤薬局、リハビリテーションとは主に『わかりやすい報告書』で繋ぎ、『わかりやすい報告書』の説明や指導、反対に地域の声を聞くミニネットワークを構築する。

全国医療情報プラットフォーム記載のない看護やリハビリテーション情報を補完する。更に、ミニネットワークを形成する地域支援病院や一般病院、調剤薬局の特性を生かした生活指導やリハビリテーションの効果判定や強化作業を担う共同指導体制を構築して、医療の継続と健康寿命の延伸を図っている。

かかりつけ医と支援病院、調剤薬局が特性を生かした共同の服薬指導を行う体制を紹介する。服薬指導は、従前から、かかりつけ医、調剤薬局、地域支援病院が各々行ってきた。患者の指導には、『一貫した継続的な指導』が原則と思われるが、服薬指導の現状はその原則からほど遠いものであった。そこで、かかりつけ医、調剤薬局、地域支援病院、各々の強みと、弱点を振り返った。地域支援病院では院内の医師と専門職の協力で高度な対応や、看護師が病棟での対応薬剤師に伝えてきめ細かい対応ができるが、継続的な教育は難しい。一方、調剤薬局は患者や家族との関係は濃厚、月々受診する患者を長期的に観察してその課題を記録に留めている。継続的な教育は仕事そのものである。かかりつけ医とその看護師の連合体は調剤薬局と比べて負けるものではない。

薬剤師会と地域支援病院、保健所と協力して協力指導体制を構築し、その手順を作成した。手順は①地域支援病院の入院予定患者のお薬手帳を元に該当薬局

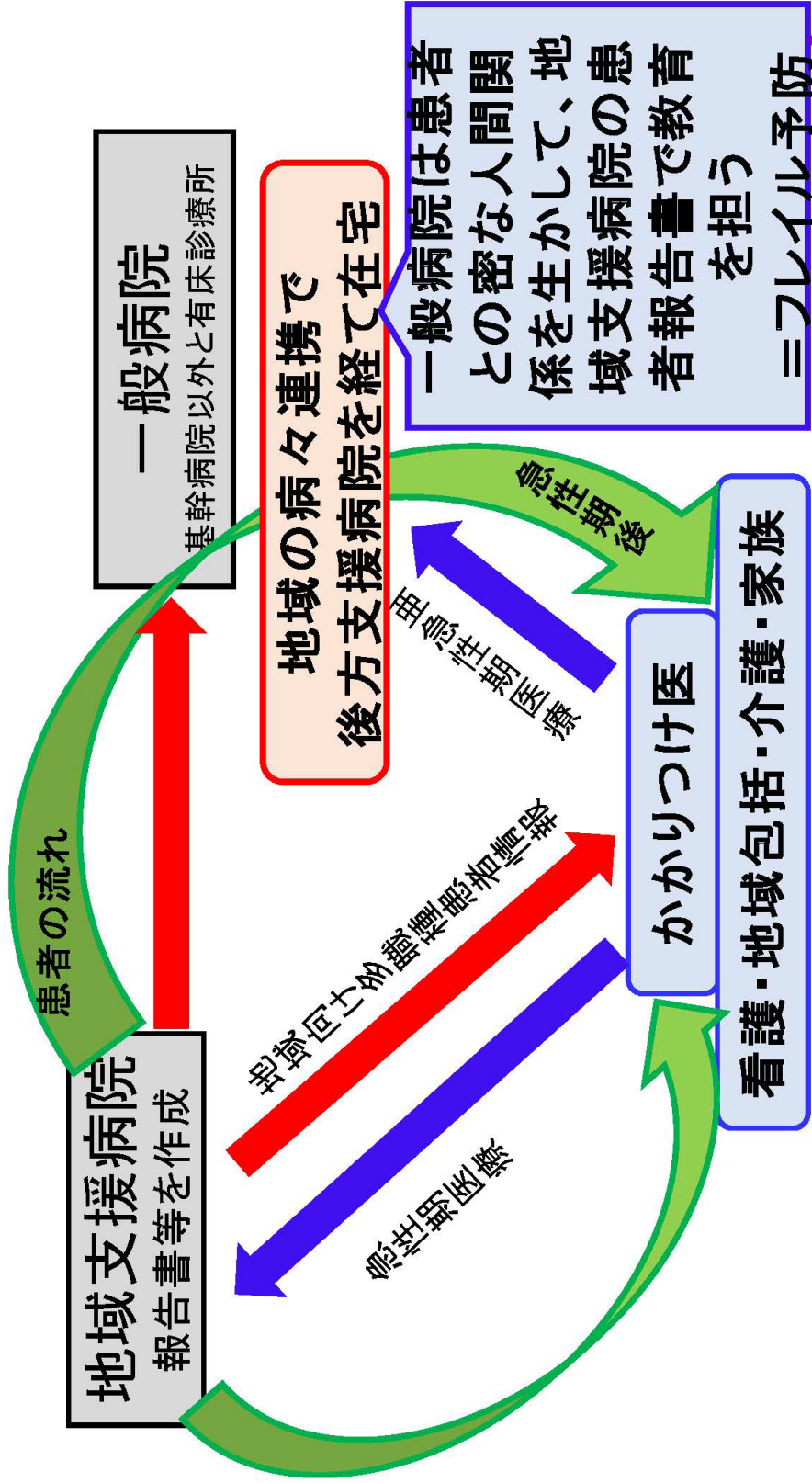
に患者情報の回答文書付き F A X を送信する。②該当薬局は患者記録に従って、調剤薬局からの病院向け情報提供、患者向け要望、病院向け情報提供の該当項目に✓して返信する。③かかりつけ医は地域の介護士や看護師から情報を集め、双方向性テンプレート（地域医療ネット）で病院に提供する。④地域支援病院の地域連携室は、F A X と双方向性テンプレートの記載事項を電子カルテに入力する。病院の看護師は患者基本情報（患者の暮らしぶりや持参薬の残薬や整理の状況等）の該当事項を入力する。⑤病院薬剤師は調剤薬局とかかりつけ医、院内看護師から提供された情報を薬剤師支援画面で受け取り、服薬指導を行い、課題への対応の該当選択肢をクリックする。⑥標準的で判りやすい表現の服薬指導結果報告書（以下、『わかりやすい報告書』）がレセプト病名と業務用臨床経過つきでかかりつけ医と調剤薬局向けに自動出力される。⑦『わかりやすい報告書』を電子媒体（ヒューマンブリッジ）でかかりつけ医に、郵送で調剤薬局に配信する。⑧かかりつけ医と調剤薬局は『わかりやすい報告書』で指導を継続する。⑨地域支援病院の薬剤師を対象に模擬服薬指導、調剤薬局向けに合同ズーム説明会を開催し、薬剤師の意見等を聴取した。

『わかりやすい報告書』と服薬指導画面に対し、薬剤師はわかりやすい報告書の内容を高く評価した。また、服薬指導画面の選択構文は薬剤師にガイドライン効果を発揮して漏れのない服薬指導を実現する。選択構文を選ぶことでわかりやすい表現の、豊富な構文で豊かな表現の報告書が作成されると評価した。

教育の基本、『わかりやすい報告書で一貫した継続的な指導』に即した患者指導の効果は大きいと確信している。同じく『わかりやすいリハビリテーションや栄養指導報告書』を活用して、地域のミニネットワークを構成する有床診療所や一般病院で、地域支援病院の退院後1年前後の患者を対象に、1-2泊の入院で指導効果の順守状況や効果判定を行う。入院中の特別食（糖尿病食や高血圧食）を提供し、在宅での食事の順守状況や効果を判定する。また、地域のリハビリテーション療法士が運動能力を測定し、効果を判定する。患者や家族との密接な関係を活用して学校型の指導と異なる会話型の高齢者向けの指導を提供する。

# 粕屋地域医療ネット

全医療機関が機能分化して継続医療を担う



地域の紹介を端緒に医療機関の協力で健康寿命の延伸を図る

## IV 地域医療構想から見たかかりつけ医

地域医療構想により、病床数の調整方針を定め効率的な医療提供体制を目指す一連の取り組みが進むなか、令和4年4月外来機能報告制度が施行された。外来機能報告制度とは、地域における医療機関の外来機能の明確化及び患者の流れを円滑にし、外来患者の待ち時間短縮等の外来医療の質の向上や勤務医の業務の負担軽減等の医師の働き方改革を目的とする仕組みであり、具体的には患者がまず地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて「紹介受診重点医療機関」を受診する、その後状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻る、といった受診の流れを明確にするものである。外来診療をやっていない休日や夜間に緊急性のない軽症患者が病院の救急外来を自己都合で受診するいわゆるコンビニ受診を抑制する効果が期待されるが、一方で、この受診の流れに固執すれば全ての患者がまずかかりつけ医を受診することになり、かかりつけ医が休診の時間帯である夜間や休日の外来をどうするのか、緊急度・重症度の高い急病や外傷の対応をどうするのが課題となる。

休日夜間については各郡市医師会で担っている現行の休日夜間当番医制度・輪番医制度を継続して活用し、その診療医・医療機関は受診したすべての患者にかかりつけ医としての診療報酬加算を認めて良いことにすれば、当番医・輪番医を避ける医師・医療機関はないのではないかと考えられる。また、緊急度・重症度の高い急病や外傷の対応については、Preventable Death（防ぎえる死）を減らす観点からオーバートリアージ（緊急度・重症度の過大評価）を許容し、現場からかかりつけ医に経路することなく直接高次病院へ搬送するべきであろう。

とは言いつものの、平成16年に医師臨床研修制度が施行されたことによって、医局在籍医師の減少と都市部の医療機関への医師集中および僻地の医師不足を招き、令和6年4月施行の医師の働き方改革を見越した動きが決定打となり、これまで大学医局派遣の当直医に依存してきた多くのかかりつけ医の夜間休日体制・救急医療体制は壊滅状態にある。その煽りを受けるのは地域の高次救急医療機関であり、過負荷となって救急医療が立ち行かなくなることが想像される。救急医療にはマンパワーが必要である。高齢化社会となった今、かかりつけ医が主体となって患者を住み慣れた地域で完結させる地域包括ケアシステムによる水平連携を、大学病院をピラミッドの頂点とする昔の垂直連携に回帰させよと言うつもりは毛頭ないが、医学部1学年100人×6学年=600人の巨大マンパワーを有する大学医学部（大学病院）に救急医療を集約させることを考えることも一手だと思う。幸いにも総務省消防庁管轄下にある消防署の救急隊員数は毎年増加傾向にあり、救急搬送能力については心配無用と思われる。

## V 医療DXとかかりつけ医機能

医療DXとはなんだろうか？2022年9月22日に開催された第1回「医療DX 令和ビジョン2030」厚生労働省チームの資料によると

・DX（デジタルトランスフォーメーション）とは、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変えることである。

・医療DXとは、保健・医療・介護の各段階(疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など)において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できるとしている。

日本の医療における現状を考えると、レセプトコンピューターはほぼ全ての医療機関に配備されているが、電子カルテは特に診療所においてはあまり普及しておらず、電子化そのものがなされていないのが実情である。したがってまず医療情報の電子化等DXの前段階の整備が重要となる。

次にかかりつけ医機能とデジタル化について考えてみると、日本医師会が2022年11月2日に公表した「地域における面としてのかかりつけ医機能」では「日常診療時より、他の医療機関と連携し、地域住民（患者）の医療ニーズに対し、地域におけるネットワークで対応していくことが望ましい。急変時においても、可能な限り地域におけるネットワークで対応を行い、必要に応じて救急搬送の依頼や、高度急性期を担う医療機関での対応を行うべきである」としており、前述の医療DXにおける地域医療連携のネットワークの実現には、地域の電子化されたネットワークに参加することが面としてのかかりつけ医機能を実現するための手段となる。

電子化された医療情報ネットワークが推進される一方で、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版では医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の強化が細かく規定され、診療継続のためのバックアップなどが必要となってきた。

これらを鑑みると福岡県医師会としては、会員医療機関（特にかかりつけ医機能を有する医療機関）に対して

- ・電子化された地域医療ネットワークへ参加（とびうめネット等）の推進
- ・診療情報のバックアップへの参加（とびうめネットの災害時バックアップ等）の推進
- ・電子化された医療情報の取扱い等について、会員医療機関への周知徹底等の他、地域医療ネットワーク、医療介護連携の拡充等会員医療機関がかかりつけ医機能が十分発揮できる施策を実行すべきである。



## VI かかりつけ医機能強化に向けた県医師会への要望

かかりつけ医機能強化に向けた県医師会への要望は、1. 各かかりつけ医が習練を積み、かかりつけ医としての技量を伸ばしていけるような研修会の開催。2. 研修など努力をしたものには、それを目に見える形で認めてやる制度の創設を要望する。

生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩発展に尽くすという事は医の倫理綱領にも書いてあるとおり、医師として当然の事である。

各地区のかかりつけ医が、揃って平等に必要な知識の習得や技術を身につける事ができるように、できるだけ多くのかかりつけ医が参加できるように、県医師会には大変な労力となるが、以前行っていたように県医師会で丸1日研修会を開いて基礎疾患の基調講演をして頂くのが一番良いのではないだろうか？かかりつけ医は診療科に拠らず全ての医師が関わるべきものである。当然、自分の専門科以外の知識を身につけることも必要となる。研修会は専門的なものではなく幅広く分かりやすい内容にして頂きたい。基礎疾患は5疾病6事業に関するものが中心となると考えている。勿論、現在行われている日医のWeb講習会もこのまま続けて頂き、それを補完する形の研修会で良いと思う。

がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患の知識は専門科にかかわらず、かかりつけ医として知っておかねばならない知識である。その基礎知識がなければ適切な医療機関への紹介、連携ができない。救急の対応が必要な疾患は基礎知識の他に連携に必要な手段や患者搬送などの知識も必要である。基幹病院や専門病院に紹介するときに必要な検査や迅速な診断、迅速な紹介の重要性、また退院後のフォローアップでの注意する点なども研修会で教える必要もあろう。そのような細かい対応はその地区地区で医療機関の事情が異なるので、各地区の基幹病院がそのような紹介や搬送の注意点などの研修会を開けるように、各区医師会と連携し県医師会の支援指導をお願いしたい。

救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、新興感染症についても研修が必要である。特に医師の働き方改革以後に勤務医の派遣が少なくなると思われる救急医療、周産期医療、小児医療は、今後益々かかりつけ医の役割が重要となる。各区における救急医療、周産期医療、小児医療は各区での話し合いの場を設け、かかりつけ医と病院勤務医で話し合う必要がある。その方法も県

医師会で示して頂けるとありがたい。新興感染症への対応は、今回のコロナ禍で各自経験したと思われるが、引き続き県医師会の指導・助言は必要と考える。災害医療は殆どのかかりつけ医が経験したことがないため、混乱しないように繰り返しの災害時対応訓練が必要と考える。これは県医師会、郡市区医師会ともに関わっていく必要がある。

かかりつけ医の研修会講習を受けた者には、何らかの研修修了証明を出すなど、頑張った者にはそれを認めてやる証明証は必要ではないだろうか。何らかのインセンティブを付けてモチベーションを上げてやると受講者は増えると予想できる。ここの医師はしっかり勉強していると患者にも分かるように、研修会受講者の見える化は必要と考える。また修了書や証明書をどう活用するかは各自の判断で良いと思う。

最後にかかりつけ医機能の報告の内容も御検討頂きたい。国や日医が示すかかりつけ医機能だけでなく、各かかりつけ医の専門性も具体的に見える化する必要があると考える。国民だけでなく、近隣の病院にも診療所同士でも、得意とする専門分野が見える化し、地域内で速やかに連携がとれ面として地域を支えられるような、かかりつけ医機能報告の情報提供を考えて頂きたい。

## Ⅶ かかりつけ医機能が発揮される制度化、制度整備

### かかりつけ医機能が発揮される制度化

#### 1. かかりつけ医制度化の経緯

- (1) 1985年に国は家庭医制度を作ろうと動き出す。家庭医に関する懇談会
- (2) 2003年には国と日本医師会が議論する。
- (3) 2006年に医療機能情報提供制度（医療情報ネット）が創設され  
「かかりつけ医機能」に関する記載で国民に分かり易くかかりつけ医機能を示すために現在8項目を記載している。
- (4) 2016年に日本医師会は日医かかりつけ医機能研修制度を創設する。
- (5) 診療報酬への反映 地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ医診療料、機能強化加算の届出、在宅支援診療所・病院、急性期外来：紹介逆紹介の割合に基く減算規定、連携強化情報提供料
- (6) 何故かかりつけ医制度がクローズアップされたのか？
  - 1) 超高齢化及び少子化に対応するため（本来の目的）
  - 2) 新型コロナウイルス感染の爆発（一部メディアの間違った報道）

#### 2. 他国のかかりつけ医制度

英、仏では登録制で、法制化されており人頭払いで包括払いもある。独では登録制はなく人頭払いもなく法制化もされていないが包括払いはある。米では患者登録性が一部あり人頭払いも一部あり法制化もされており包括払いもある。日本においては登録制も、人頭払いも法制化も包括払いもない。独では登録制はないが国民の9割以上が家庭医を持っている。英、仏、独では一般開業医は外来医療、病院勤務専門医は入院医療と機能分化が厳密に行われているが日本においては一般開業医も専門医療機能を持ちつつかかりつけ医機能を果たし、病院の勤務医の大半も外来の専門医機能とかかりつけ医機能の両方を果たしている。独、仏では診療所受診時の窓口負担はないが日本ではすべての外来患者に1～3割の定率負担が課されている。独、仏と違い日本においては貧富の差によらず全国民に平等な医療が提供されている。これらのことからかかりつけ医制度化は易しいことではないであろう。

### 3. かかりつけ医制度化の課題

フリーアクセスの堅持やかかりつけ医機能要件の法制上明確化。

かかりつけ医の役割と責任を明確化する。

かかりつけ医の機能が発揮される制度導入はコスト抑制より質の向上を主眼とし報酬面で評価する仕組みの導入を考なければならない。

超高齢化社会の医療提供体制で重要な在宅医療の充実においてかかりつけ医は必要で家庭医、総合診療医を増やしていくようにする。今後オンライン診療の需要は拡大すると思われるので環境整備が必要である。

財政制度等審議会はかかりつけ医機能を果たす医療機関の認定や利用患者の事前登録を考えていたようだが必ず阻止しなければならない。

また医師の働き方改革が行われ一般開業医にとっては厳しいものになるだろう。

### かかりつけ医機能が発揮される制度の整備

「全世代対応型の持続する社会制度を構築するための健康保険法等の一部改正法案」が閣議決定された。医療介護連携機能及び提供体制等の基盤強化にかかりつけ医機能の制度整備が盛り込まれた。制度整備のため「かかりつけ医機能報告制度の創設」と「医療機能情報提供制度の充実強化」が重要と思われる。これに加え医療機関の連携、医療介護連携や多職種連携も必要になってくる。

#### 1. 短期的な課題への対応

「国民に分かりやすくかかりつけ医機能を示すため」に「医療機能情報提供制度」を充実強化し「医療機関がかかりつけ医機能を発揮するために」、「かかりつけ医機能への診療報酬の評価の充実・強化」の取り組みを総合的に進め、その結果として「地域における面としてのかかりつけ医機能を発揮していく」ことが、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」である。

#### 2. 中期的な課題

日医で実施しているかかりつけ医に関する研修会の在り方や日医かかりつけ医機能研修制度の修了書発行についても考えねばならない。また各地域での現場の声も反映させるべきである。

### 3. 長期的な課題

「日医かかりつけ医機能研修制度」の修了証書に必ず日本医師会長名を記載したうえで、それを日本医師会の認定とするのか、類似のカリキュラムの研修もあるがそれらとの整合性を図っていくか検討しなければならない。かかりつけ医機能を有する医療機関の質を担保し、ひいては国民の安心・安全を守ることに繋がるものとする。

#### 制度整備

国民、患者は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利用し医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ自らが担うかかりつけ医機能の内容の強化を行う。

国民・患者のニーズにこたえるべく制度整備を行うには医療機能情報提供制度の充実強化が重要である。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。

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。地域におけるかかりつけ医機能の強化のための方策として都道府県は地域における機能の充足状況を確認したうえで、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的な方策を検討・公開する。

患者に対するかかりつけ医との関係の説明については医師により継続的な医学管理が必要と判断される患者に対して、患者が希望する場合に医療機関が書面交付などにより、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明する。報告を求める具体的な機能は今後検討する。

制度整備において医療機能情報提供制度の拡充とかかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化が重要である。

## おわりに——かかりつけ医機能を考える

かかりつけ医を定義することは難しいと考える。日医、四病協同提言により定義されていることが一般的である。地域の中核病院、一般病院の勤務医、診療所医師の立場により、かかりつけ医に対する考えの違いは当然と思われる。その中でかかりつけ医機能を考えるとき、松本吉郎日本医師会長の講演にあるように、面として捉え地域として考え、その地域に適した機能を持たせることが必要であると考える。

かかりつけ医機能として、多岐にわたる業務が期待されている。外来機能の提供（幅広いプライマリケア）、休日夜間の対応、地域医療（病院医療の継続）、入退院の支援（地域の介護職等の専門職との連携）、在宅医療の提供、介護サービス等との連携、学校保健・産業保健、地域保健への取り組み、新興感染症（パンデミックへの対応）等の業務を担うことが期待されるという。実に幅広い業務が網羅されている。これらを担うためには、中核病院、一般病院勤務医、診療所医師がそれぞれかかりつけ医としての特性、業務との相性、あるいは業務の特性を検証し、その立場に応じた機能を果たすことが必要である。

高齢化社会では、地域と病院が組織横断的な情報共有体制を築き、高齢者の医療を切れ目なく担うことが求められている。日医と厚労省がすすめる医療DX（マイナンバーカードを利用した診療情報の提供、薬剤情報の提供）である。しかしこれだけでは、地域医療の継続に必要な患者情報は地域に届かず、病院の治療に患者の思いや日々の暮らしぶりが十分に反映されていない印象がぬぐえない。このことが地域の在宅医療を担うかかりつけ医、介護職の疲弊をまねいていると考える。地域に適した医療情報を地域の医療DX（とびうめネット）を利用し提供することが必要であると考える。またこのことが、地域救急医療を担う病院勤務医の負担を軽減し働き方改革につながると考える。

これからの地域におけるかかりつけ医機能として粕屋地域医療ネットを提案し構築している。地域住民の信頼を得、かかりつけ医のステータスを上げる一助となればと考えている。

## 委員会講師一覧

○第3回（令和5年2月8日）

わが国にふさわしいかかりつけ医のあり方について

／日本医師会医療政策会議かかりつけ医WG座長

茨城県医師会会長

鈴木邦彦

○第5回（令和5年6月21日）

かかりつけ医機能をどう考えるか

／委員・産業医科大学公衆衛生学教室教授 松田晋哉