

令和4・5年度
診療所委員会答申

『診療所機能の活性化を目指して』

令和6年2月
福岡県医師会診療所委員会

令和6年2月29日

福岡県医師会
会長 蓮澤浩明 殿

診療所委員会
委員長 井上 隆

答 申

診療所委員会では、貴職からの諮問「診療所機能の活性化を目指して」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。

診療所委員会 委員

委員長	井上	隆
委員	植山	奈実
委員	岡部	浩司
委員	古賀	章正
委員	辻	裕二
委員	濱口	欣也 (令和4年6月～令和5年8月)
委員	原	速
委員	原田	嘉和
委員	百武	宏幸
委員	平川	俊夫 (令和5年8月～)
委員	宮崎	啓成

(五十音順)

— 目 次 —

I. はじめに	1
II. 診療所機能の活性化に向けて	2
1 総合的なかかりつけ医の活性化	2
(1) 総合的なかかりつけ医とは	2
(2) 地域包括ケアシステム	4
(3) 在宅医療	5
2 専門的なかかりつけ医の活性化	7
(1) 小児科	7
(2) 産婦人科	8
(3) 泌尿器科	10
(4) 透析医療	12
3 医療 DX 及びとびうめネットとかかりつけ医機能	13
4 地域医師会の役割（診療所のネットワーク化）	16
III. おわりに	18

I. はじめに

昨今、かかりつけ医に関する意見交換が活発に行われている。“かかりつけ医” “かかりつけ医機能” “かかりつけ医制度” というワードが医療・国民・行政それぞれの立場・思惑で使われている。令和5年2月に日本医師会は「かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものである。複数あることが自然であり、診療科を問うものではない。」等の考え方を示した。今回、令和4・5年度の診療所委員会(以下、「当委員会」)の議論の中でも「フリーアクセスが大前提、登録制は反対」で意見が一致した。『かかりつけ医の制度化』と『かかりつけ医機能が発揮される制度整備』は違うのである。

今回の諮問は『診療所機能の活性化を目指して』である。当委員会では「“かかりつけ医機能”を充実・発展させることで診療所の活性化を目指す」との基本方針を立てた。そこで、かかりつけ医を“総合的なかかりつけ医”と“専門的なかかりつけ医”に分けて討議することとした。

なぜ“総合的なかかりつけ医”ではないのか。それは『どんな病気でも対応できる スーパードクター』とのイメージが強いからだ。今回の答申での“総合的なかかりつけ医”とは医療だけではなく介護・福祉・保健等の分野も守備範囲となる。他に何でも相談できる上、必要な時は専門医を紹介でき、身近で頼りになることも要件である。当委員会が出された他の名称の中には“地域包括ケア医、地域医療コーディネーター・コンシェルジュ”もあり、実際の仕事内容を表している。つまり“総合的なかかりつけ医”とは住民の健康を守るため地域にどっぷりかかり、日々地域医療を支えている医師のことである。答申のⅡ. 診療所機能の活性化に向けてのうち1. 総合的なかかりつけ医の活性化ではかかりつけ医機能、地域包括ケアシステム、在宅医療について意見していただいた。2. 専門的なかかりつけ医の活性化では当委員会委員の診療科のみとなったことはご容赦いただきたい。さらに今後の重要な課題である医療DX・とびうめネット、地域医師会の役割についても合わせて意見していただいた。

これらの答申が診療所医師の“かかりつけ医”について考えていただく一助となることを委員一同期待している。

Ⅱ．診療所機能の活性化に向けて

1. 総合的なかかりつけ医の活性化

(1) 総合的なかかりつけ医とは

① かかりつけ医とは

日本医師会で「かかりつけ医」を、「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」としている。

すなわち、かかりつけ医には「専門性を保ちながら診療所内でそれを生かしていく」「専門性の中から、基幹病院へつなげていく」「診療所で対応できない患者を総合病院の専門医へつなげていく」「専門外の患者を受け入れ、専門の診療科、専門の病院へつなげていく」この役割が必要であると考えられる。内科医だから内科しか見ない、外科医だから外科しか見ない、そういうことではなく窓口を広くしておくことが必要である。

また、ホームドクターとしての機能も必要である。患者本人の診療にあたること、そして家族の診療にあたる、場合によっては親族を看取る、ということも役割の一つである。そして、時には、進学相談や、不登校の相談も受けることもあり、在宅医療の機能を深めるためには、多職種とのネットワーク、近隣の診療所とのネットワークは必須であり重要なのである。また、学校医などをしながら公衆衛生的な機能も持ち合わせることも大切なことである。

② 高齢者への対応

多様なニーズがある高齢者の場合には、持病の医学的管理や日常的によくある疾患、入退院の充実、在宅医療、介護サービスとの連携というニーズがあり、かかりつけ医にはこれらの機能の充実・強化が必要である。機能の不足している部分を明らかにし地域の協議の場で強化することも必要である。即ち「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・介護サービスなどとの連携」などをコーディネートできる機能を有しておかなくてはならないのである。

③ 主治医との違い

主治医とは、ある病気を患った患者の治療に対して責任を持った医師を指す言葉である。糖尿病や高血圧の治療のためにかかっている診療

所の先生は内科の主治医であり、その患者が骨折した場合には整形外科医が骨折の治療に当たるため、治療の間、主治医となる。

すなわち、「かかりつけ医」とは主治医機能を含めた多機能を持つ医師を指すものである。この多機能、という部分が「総合的」のいわんとするところである。この「総合的」という言葉は、「総合診療医」という言葉と混同されやすい単語であるが、私たちのいわんとするところはそれとは異なっている。「総合的な医師」とは地域住民との信頼関係を有し健康相談、健診、母子保健、学校保健、産業保健に参加し、行政活動や保健、介護、福祉関係者と連携し、自分の専門性を活かした治療を行いつつ、それを越えた診療や指導は地域の医療機関と協力し、様々な問題を解決する総合的な能力を有する医師を指している。

④ 総合的なかかりつけ医とは

コロナ禍において、発熱患者が受診先を見つけられないといった報道が広がったことから「かかりつけ医」という言葉が世に知り渡った。

「かかりつけ」という概念は、日本の風土、文化、歴史の中で培われた社会習慣的規範であり一般的にはもち得ない卓越した知識、技能に裏付けされた人物に対する、一種の尊崇の念を伴った表現である。「かかりつけ医」とは患者家族が頼りにしている先生を指す。また、私の考える「かかりつけ医」は、患者のよき友人であり、よき親であり、よき息子・孫になりえる者であり、その関係性を築くためには、患者一人一人との相性も関係してくる。そうであるからこそ、医療事情や社会機能だけで決められないものであり、制度として誰かが関係を決めて作り上げられるものではないのである。したがって、国民一人一人が、「自分のかかりつけ医」を決めるためには、フリーアクセスできる状況は必須でなくてはならないのである。

かかりつけ医を選ぶのはあくまでも患者が選ぶものであるという前提を崩すことはできない。また、かかりつけ医の候補となる医師一人一人は、かかりつけ医機能の充実、強化に向けた取組として、自らが持つ医療能力とともに社会保健機能を磨いていく必要があり、地域における他の医療機関とも親密なネットワークをつなげていく自己研鑽も必要なのである。

(2) 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、令和7年(2025年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築を目標としている。問題は、都市部と町村部で高齢化人口と生産年齢人口の比率はさらに異なった形態を示しており、高齢化の進展状況には地域差が生じている。そのため、地域包括ケアシステムを、保険者である市町村や都道府県が、地域の主体性に基づき、また地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされている。

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活が続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。そのために診療所として、その連携のなかでの役目がどのようなものであるかを我々は理解しなければならない。

現在、病院完結型医療から地域完結型医療への転換が進められてきており、医療・介護が包括的に受けられる地域包括ケアシステムが構築されている。かかりつけ医として高齢者医療のゲートキーパーの役割を担う診療所では、病院・診療所だけでなく介護事業所などとも連携(多職種連携)が頻繁に行われてきている。また、在宅療養支援診療所やへき地診療所など専門的な診療所の発足も次第に増えているが、医療・介護人材の減少がさらに進むと、地域によっては医療・介護機関の減少や偏在化までもが問題になると予測される。

高齢者は死亡するまでに医療ケアと介護ケアの循環を繰り返すというケアサイクルがあり、医療と介護ケアが交互あるいは一体的に提供されている。高齢化が進む中、地域の中で在宅医療だけでなく介護においても診療所としての役割が広がっている。地域包括ケアシステムにおいて多職種連携が求められる場面は、臨床的見地から、おおむね①退院し在宅に戻る際と急変時以外での入院の際、②在宅での日常的な生活(急変時対応を含む)、③人生の最終段階(看取り)の3つであり、在宅医療・介護連携、多職種間の情報共有、地域連携パスが充実してきており、病院と診療所間での役割分担が明確化し、紹介・逆紹介が円滑に行われるようになってきた。しかし、病診連携に比べ診診連携と多職種連携がまだまだ十分に機能していないのが現状と思われる。

その原因を考えると、病診連携では以前からの医療情報提供の延長でありスムーズな情報交換が可能なことに比べ、診診連携では各診療所間

における在宅医療や介護への取り組みに温度差があること、取り組む診療所数も限られていることや偏在性があることなどである。また、取り組む診療所数が増えない大きな理由として、診療所医師の高齢化やコメディカルの人材不足などが考えられている。

多職種連携では、医療知識量の違いによるコミュニケーショントラブル、介護事務の煩雑さや細かな情報提供や指示の多さなど、一般診療の合間に対応するにはやや壁が高いとの意見を聞く。また、介護側の中心になるケアマネジャーの力量格差や医師を敬遠するケアマネジャーも少なからず存在し、医師と多職種間でのコミュニケーション不足が起りやすい傾向にあると思われる。さらに、退院前カンファランスや ACP(人生会議)など、かかりつけ医の参加が有用な会議も増え、多くの時間を必要とする状況が進んでいる。しかし現状では、人材不足や時間節約を補助するための web 会議や DX の活用推進しか手がない状況であり、地域包括ケアシステムを充実させるためには、やはり診療所医師の在宅医療への意識改革・参加、小さな取り組みの積み重ねが最も重要と考えられる。

今後、認知症高齢者や独居高齢者等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援(配食・見守り等)を必要とする方の増加が見込まれる。そのためには、行政サービスのみならず、NPO、ボランティア、民間企業等の事業主体による重層的な支援体制を構築することが求められてくると推測されるが、その中で様々なリスク回避をするためにも、連携拠点となる医師会および診療所医師の役割はさらに重要になるものと思われる。

(3) 在宅医療

診療所機能の活性化の一つとして、地域包括ケアシステムにおける在宅医療への取り組みが考えられる。福岡県と本会が平成24年度より共同実施している訪問診療調査の令和3年度の集計によると、1か月間の訪問診療患者数は40,357人であり地域医療構想や第7次医療計画で立てられた予測を超え増加しており、令和5年度は42,000人を超えると予測される。また、在宅看取りも令和3年度は5,989人と増加しており、ともにこの2年間で予測以上に増加している。福岡県の在宅療養支援診療所は796か所でこの数年横ばいであるが、在宅療養支援病院は93か所であり増加傾向にある。在支診・在支病・在医総管に勤務する医師数はこの数年間は2,000人前後で推移しており、年齢的には50～60歳台が多くを占めているが、70歳以上の医師も約15%が勤務している。これらより推測すると、

訪問診療を実施している主体は依然として在宅療養支援診療所などの医師であり、高齢医師の割合が決して少なくないと思われる。人口10万人あたりの訪問診療に従事している医師数を見ると県平均40.5人であったが、最も多い医療圏は朝倉の66.4人に対し最も少ない医療圏は筑紫の22.8人で、県平均を下回るのは粕屋、宗像、福岡・糸島、田川、直方・鞍手の6医療圏であった。このように各医療圏でばらつきが大きいのが、医師の絶対数が多い筑紫、粕屋、宗像、福岡・糸島などの都市部もしくは都市部に隣接する医療圏よりも、医師絶対数の少ない京築、田川、直方・鞍手などの非都市部の訪問診療医不足が喫緊の課題である。

また、「在宅医療の体制構築に係る指針」によると①入退院支援②日常療養支援③急変時の対応④在宅看取りの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。

以上のことを踏まえ、在宅医療における診療所機能の活性化を考えてみると、超高齢時代を迎え急性期医療中心から慢性期医療中心へと変化してきている現状があり、病院中心の医療から地域で見る医療への変換が求められている。地域で暮らす高齢者のQOLを維持する「直し支える医療」、すなわち在宅医療の普及拡大が必要である。多くの開業医はかつて病院勤務医であり専門医であった。病院勤務医時代と同じ診療体系で診療している開業医も多い。自分の専門領域については詳しく診ることができるが、患者を人間としてみるにはさらに経験が必要である。従来の専門医から在宅高齢者の専門医にならなければ在宅医療は成り立たない。このことを自覚し訪問診療など自院で可能な在宅医療を積極的に推進することが、診療所機能の活性化の一つの要素となり得ると考えられる。特に非都市部の診療所医師にとっては、今後walk in患者の大幅な増加が見込めない中（むしろ減少が想定される）、移動距離の問題は残るが訪問診療などの在宅医療を積極的に実施することで、地域のニーズに応えながら共にWin-Winの関係を保たれる可能性があり、どのような形で在宅医療へのかかわり方ができるかを個々の開業医が検討すべきである。

2. 専門的なかかりつけ医の活性化

(1) 小児科

地域の小児科の診療所の大きな役割として、地域の子どもたちの疾病を診るということがあげられる。それと同時に大学病院や総合病院の中の小児科と違って、その地域の子どもたちの予防注射や乳幼児健診を含めた健やかな成長を見守るといった役割がある。また、診察室を離れても保育所の嘱託医・幼稚園の園医、小学校・中学校の学校医としての役割も重要である。今回、専門性を持ったかかりつけ医としてどのように活性化していくべきか、考察してみた。

日本医師会のかかりつけ医の定義は“健康に関することを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してくれる、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”となっている。小児科医は殆どがジェネラリスト的な役割を持っており、特に開業医は前述の定義に当てはまる立場である。小児は様々な感染症に罹患するため私たち小児科医は日々繰り返し診療することが多く、その中でその子供の特性や習慣などを知るようになり、症状の急変時などにその情報を反映させている。特に自分の症状を訴えることが出来ない年齢の乳児の診療には非常に重要な情報であり、これはかかりつけ医でないと会得出来ないといえる。多くの小児科医は“子どもの成長を同じ医師がきちんと責任を持って見守り、そして健やかな成育の助けを担う”という捉え方をしている。特に地域に根差している開業医はそのような思いを強く持って診療にあたっており、患児やその保護者と信頼関係を構築できるように努めている。

しかし、保護者が思っている“かかりつけ医”はこのような小児科医の目指す“かかりつけ医”と少し温度差があるのが現状である。政府が目指しているかかりつけ医機能の活用の実現に向けて、改めて政府が十分に国民に説明し、その周知を図るべきと考えている。このことは小児科のみならず、各科に当てはまる重要な対策と思っている。この周知が進めば、各専門医間の連携も構築しやすくなり、必要な診療科にスムーズに紹介が可能となるのではないだろうか。

また、福岡地区の小児科のネットワークは、福岡市だけでなく近隣の糸島・大野城・春日・那珂川・粕屋地区で構築されており、顔が見える近い関係を保っている。例えば、患児が転居した場合も転居先でかかりつけ医探しに苦慮することがないようにアドバイスができるという利点があり、また円滑な診療ができるように患児の情報を共有できるといった利点もある。福岡地区規模の開業医同士が密に連絡を取ることができる

いったネットワークは全国の中でも貴重な存在ともいえる。この情報共有は、現在社会問題になっている虐待児の追跡にも重要な役割を果たしている。

このように小児科として地域に根差す開業医は“かかりつけ医”としてその務めを果たし、そして患児・保護者には“かかりつけ医”の意味を十分に理解していただきたいと考える。少子化で将来的に国の行く末が不安ではあるが、貴重な子ども達の心身ともに健やかに成長を責任を持って手助けし見守るというかかりつけ医に努めたいと思う。

(2) 産婦人科

①総論

母子保健事業というなかで、産婦人科と小児科の強固な連携によるペリネイタルビジット事業というものがある。北九州市では、2016年より公的事業化されるまで両科は無償で行い、地域医療で関係性を地道に構築、そして予算化により事業の拡大化が一気に進んだ背景がある。さらに、県医師会とびうめネットを活用した母子保健事業拡充拡大も診療所活性化に繋がる将来性のある試みであると確信している。また、国民が医療機関を自由に選択できるフリーアクセスは大前提で、がん、女性ヘルスケア、分娩など各分野で得意とする先生がそれぞれ各地域におられ、いま議論されている、かかりつけ医機能に関しては言うに及ばず、それぞれの医療機関がいままで通り、横・縦・面で連携を維持していくことに変わりはない。一方、医師の働き方改革や分娩費用の保険適用化など産婦人科領域では、活性化と真逆の風が吹いているが、現在の周産期医療体制を維持し、安心・安全な出産環境を提供しなければならないと強く思うところである。

②各論

産婦人科診療所の機能としては、一般産婦人科診療・高度生殖医療・分娩取り扱いの3つに大別される。

一般産婦人科診療では、思春期・性成熟期・更年期・老年期という女性のライフサイクルに応じた健康管理支援を行っており、女性のかかりつけ医としての機能を担う。子宮頸がん検診、月経痛・月経異常の管理、子宮筋腫・子宮内膜症・子宮頸部異形成などの良性疾患の管理、初期妊娠、一般不妊治療、避妊、性感染症、更年期障害、骨盤臓器脱などが主な対象領域である。子宮頸がん検診においては精密検査

実施医療機関となっている施設も多い。概ね診療所ごとに診療は完結し、一部を高次施設へ紹介する。女性の社会進出が進む中で、企業においても女性特有の健康課題への対策がますます重要になっている。月経痛・月経異常についても、低用量ピルを中心にさまざまな治療製剤や服用法が開発され個々の状況に応じた治療法が可能となっており、産婦人科診療が求められる機会は増えている。さらに、少子化・晩婚化が進む中で、社会全体として安心・安全で健やかな妊娠・出産、産後の健康管理を支援するために、女性やカップルを対象として将来の妊娠のための健康管理を促す取り組み、いわゆるプレコンセプションケアの重要性が認識され国の施策としても始まっており、女性のかかりつけ医としての産婦人科診療所の役割が求められていれる。このように産婦人科診療所の役割は多岐にわたるが、婦人科関連の診療報酬は現状では低く抑えられているので、今後の診療所機能の活性化のためには診療報酬の増額が求められる。

高度生殖医療では、体外受精胚移植に代表される生殖補助医療（ART）を行っており、不妊症治療において高度な専門性を有する。概ね診療所ごとに診療は完結し、一般産婦人科診療を行う施設からの紹介が多い。関連する診療科、特に泌尿器科と緊密に連携する。晩婚化、初回妊娠の高齢化とともに高度生殖医療のニーズはますます高まっており、令和4年度診療報酬改定で高度生殖医療が保険適用化されて以降もその傾向は続いている。

分娩を取り扱う産科有床診療所は、妊娠・出産・産後を通じた包括的な産科管理を行う。我が国の周産期医療体制は、一次産科医療機関が周産期母子医療センターと緊密に連携・機能分担しながら地域ごとに周産期医療ネットワークを構築する小規模分散型の体制であり、有床診療所における分娩取り扱い割合は48%と約半数を占める。中でも福岡県は診療所における分娩が70%と全国で2番目に高い割合となっており（日本産婦人科医会施設情報調査2022）、周産期医療体制において産科有床診療所が特に重要な役割を担っている。産科診療所は妊産婦のかかりつけ医としての機能を担い、合併症を有する妊産婦については地域の関連診療科や高次産科医療機関と広く連携する。妊産婦メンタルヘルスケアのために、地域の精神科や小児科との連携、さらに子育て世代包括支援センターなどの行政機関との連携も求められている。

分娩取り扱い施設では24時間対応可能な勤務体制が必要であるが、現在の周産期医療はこの体制を維持するために医師や助産師・看

護師等の献身的な長時間労働によって支えられている。そして多くの施設では大学病院等からの医師派遣を得てこの体制を維持している。今般の医師等の働き方改革により時間外労働の制限が厳しく適用されれば、現状のような医療の質は保てなくなる可能性があり、また宿日直許可を取得していない医療機関においては医師派遣を得ることは難しくなるので、医療提供体制そのものに大きな影響が及ぶと考えられる。また近年無痛分娩の要望が増えてきているが、これに24時間対応することとなれば麻酔担当医師や助産師・看護師の確保がさらに必要となるので、問題に一段と拍車がかかる。

少子化が進行とともに分娩取り扱い施設も減少しているが、出生数減少そのもののスピードが上回っているので、施設あたりの分娩数は減少傾向にあり総じて収入は減少している。一方、産科医療の安全確保に係る様々な提言を受けて産科有床診療所であっても高いレベルの設備投資・人材確保が求められており、また施設によっては前述の無痛分娩への対応も新たに必要となっているので、支出は増加している。分娩は自由診療であるので、制約がありつつも出産費用は医療機関に一任されているが、保険適用となり不十分な診療報酬が定められた場合は、将来への展望を見出せずに事業承継や施設・設備への長期大規模投資を躊躇し産科医療から撤退する施設が出る恐れがあり、今まで積み重ねてきた地域の周産期医療体制は現状の形では維持できなくなる可能性がある。このように分娩費用の拙速な保険適用化は大きな混乱を招くので、その前にまず少子化の進行を踏まえて将来の周産期医療体制をどのようなものにするのかを地域の实情に応じて十分に議論する必要がある。

(3) 泌尿器科

泌尿器科の開業医は下部尿路症状を主訴とする患者を診ることが最も多いことは全国共通していることである。下部尿路症状とは頻尿、夜間頻尿、尿性低下、残尿感、尿失禁などの症状を言う。日本排尿機能学会／日本泌尿器科学会編集の「女性下部尿路症状診療ガイドライン〔第2版〕」によると、男女合わせると夜間頻尿は4,480万人、尿失禁に関しても二つのタイプがあり尿意があり間に合わずに尿が漏れる切迫性尿失禁は580万人、お腹に力を加えると尿が漏れる腹圧性尿失禁は540万人もいる。この数だけみても専門的なかかりつけ医としての泌尿器科の重要な役割が見えてくる。夜間頻尿は最もQOLを低下する下部尿路症状であるが原因

も高血圧、糖尿病、睡眠障害、泌尿器科疾患など多岐にわたる。本来であれば夜間頻尿を主訴に訴えられてこられた患者に色々な除外診断をして最後に高血圧が残ったのであれば調整をお願いするのが泌尿器科専門医のすることだとは思いますが実際はできていないのが現状である。しかし、逆に内科、在宅医療を行っている先生方も夜間頻尿を診てほしいというニーズはあるが、実際には自己完結している先生も多く、患者側は羞恥心があり泌尿器科を受診しない場合も多い。そこで、泌尿器科としての専門的なかかりつけ医の活性化を図るためにも地域医師会との連携が重要になってくる。地域医師会の勉強会で夜間頻尿、尿失禁などの下部尿路症状に関しての講演を行って、総合的なかかりつけ医が自己研鑽を図ることによることも重要である。また地域医療として他科医師との連携が進み、総合的なかかりつけ医、専門的なかかりつけ医として両方の側面において活性化できるし、医療の過疎が進む地域においても重要な役割を果たしてくるのではないかと考える。また本県では地域医療を活性化させ、患者に適切で迅速な、医療を提供するための、医療情報ネットワークであるとびうめネットがある。とびうめネットは患者の事前に登録された既往歴などの情報を医師が確認することで、より適切な処置をより迅速に行うことができるなど、県民の安全・安心につながる非常に有効なツールである。専門的なかかりつけ医としてもこのツールを積極的に利用して総合的なかかりつけ医との情報ネットワークを迅速に活用していくことも必要である。

また泌尿器科で夜間対応が必要な疾患はほぼ決まっており尿閉か膀胱内に血種が貯留する膀胱タンポナーデしかないと言ってもよい。泌尿器科の診療所では医師一人体制で行っているクリニックがほとんどのため、なかなか全ての夜間対応は難しいのが現状である。しかし、専門的なかかりつけ医として夜間頻尿を主訴に来院している患者が尿閉になった、膀胱タンポナーデになったら夜間対応してくれるクリニックも多くあり、福岡市で言えば急患センター、救急医療を行っている総合病院の少しは専門的なかかりつけ医としてお役に立てるのではないかと考えている。またこのようなことがあるということを患者側にもしっかりと伝えていくことも重要ではないかと考えている。

ニーズは少ないが尿道留置カテーテル管理、膀胱瘻管理、腎瘻管理、特に後者のふたつは泌尿器科しかできないことであり、地域医師会などを通じて在宅医療を担っている総合的なかかりつけ医からお願いされたら積極的に行っていかなければならない。泌尿器科が常勤医としていない総合病院などでは尿道留置カテーテルの管理や血尿などで困っていると

ころがあれば往診という形で専門的なかかりつけ医として機能していくことも重要であると考え。専門的なかかりつけ医として泌尿器科がやれることはたくさんあるが、自ら自己研鑽し積極的に他科の医師と連携を図るという意識が最も重要だと思う。

(4) 透析医療

慢性維持透析療法には大きく二つに分類される。一つ目は血液透析療法で、二つ目は腹膜透析療法である。血液透析療法においては週3回4-5時間の透析を受ける外来透析、自宅で週3-6回3-5時間の血液透析を行う在宅透析、睡眠時間を利用して6-8時間の血液透析を週3回行うオーバーナイト透析や曜日に関係なく2日に1回透析を行う隔日透析、更に血液透析と腹膜透析を組み合わせたハイブリッド透析などがあり、それぞれ患者のニーズに応じて最適な透析療法が選択できるように改善されてきている。最近では腎不全治療を開始する際に、腎移植まで含めた腎代替療法を説明する腎代替療法専門指導士という資格ができ、より良い腎不全治療が受けられるようになってきている。在宅血液透析療法や腹膜透析療法の場合は1-2ヶ月に1度病院を受診する事が多いが、外来血液透析の場合は年に156回病院を受診することになるので、他の慢性疾患患者と比較すると病院を受診する回数が圧倒的に多く、腎不全以外の疾患に罹患した際でも、まずは通院している透析施設にて診察した上で専門外来に紹介することがほとんどである。また、夜間の緊急透析も多くの透析施設で対応している。そういった意味でも透析医療では以前からかかりつけ医としての働きをしっかりとってきたと言えるし、より患者のニーズに対応した透析療法の形態に変化することで、かかりつけ医としての役割を十分に果たしていこうとしているし、更なる活性化がこれからも行なわれていくものと期待している。

3. 医療 DX 及びとびうめネットとかかりつけ医機能

世界中で進むデジタル化の流れの中で日本は遅れをとっており、その遅れを取り戻すべく多くの領域で DX（デジタルトランスフォーメーション）が進められている。医療においても、令和4年6月「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」及び「診療報酬改定 DX」の3本柱を中心に推し進めることを国が閣議決定し、その基本システムとなるオンライン資格確認等システム（以下、「オン資」）は令和5年4月より医療機関への導入が原則、義務化された。令和5年9月現在、マイナンバーカードと個人情報の紐づけミス、機器の不具合などによる資格確認エラーなど、正に準備不足を押して義務化した負の結果が当然のように起こったため、医療 DX そのものの信頼性、将来性が疑問視されてしまい、やはり従来のシステムの方が無難であるとの批判の嵐である。しかし、次世代の医療システムを構築していく上で、医療情報の標準化、共有化はキーワードになってくるため DX は避けて通れない問題であり、紙ベースに拘っていると、いつまでも旧来のシステムから脱却できない。国の準備不足、技術の不成熟を擁護するつもりは全くないが、医療 DX は後戻りしてはいけない。メリット、デメリットを比較し続けるだけでは何も前に進まず、益々デジタル後進国になってしまう。DX の鍵はいかにデメリットを減らしてメリットを増やしていけるかにかかっており、国はもちろん現場も相応の努力が必要である。

では診療所の活性化、かかりつけ医に医療 DX はなぜ必要か具体的に考えてみたい。まず、医療 DX 3 本柱の一つである「診療報酬改定 DX」について、2年に一度とはいえ、年度末から年度初めに行われる診療報酬改定にどれだけ人的、経済的な無理や無駄が強いられてきたかはいわずもがなであり、令和6年4月には診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定が迫ってきている。国は診療報酬改定を6月に延期するとの方針のようであるが、令和6年度からは働き方改革も本格的に始まる。年度末、年度初めといっても、日常診療は通常通り行われる。さらに、新型コロナウイルス感染症の新たな波が重なれば現場が大きく混乱することは避けられない。レセプトコンピューター（以下、「レセコン」）や電子カルテのレセコン部分がオン資と統一規格でパッケージ化され、マウスを何回かクリックすれば、少なくとも薬価を含む保険点数の改定が済むようになれば（日医標準レセプトソフトはすでにこうなっている）、医療現場のみならず、それを支える IT 事業者の負担も大きく減らすことができ、ひいては維持費も削減できる。診療報酬改定 DX はむしろ遅きに失していると言わざるを得ない。

次に「電子カルテ情報の標準化等」については、あくまで3文書（①診療

情報提供書、②退院時サマリー、③健診結果)・6情報(①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、⑤検査情報、⑥処方情報)を標準化し、その規格(HL7-FHIR)を統一するというものであり、すべての施設がすぐに標準化された電子カルテを導入すべきというわけではなく、前述の規格への対応を徐々に行っていけば良い話である。国もここ1~2年での達成を目標にはしておらず、最低でも4~5年はかかると予想しているが令和5年9月現在の混乱状況を見ると、もっと期間が必要と考える。今後はその期間に電子カルテメーカーも統一規格に対応した商品を出さざるを得なくなり、それができないメーカーは撤退せざるを得ない。また、オン資から電子カルテの規格統一された基本部分まではパッケージ化して、導入・維持も一括してできるようにすることで人的、経済的負担はさらに大きく減らせるはずである。DX対応機種に買い替え時や更新時に新たな費用がかかる懸念もあるが、これも国策である以上、基本は国が負担すべきであり、日本医師会より国に対し強く要求すべきである。

次に地域における面としてかかりつけ医機能が発揮されるためには、正に医療DXが必要であり、次世代の地域医療の根幹をなすものであると言っても過言ではなく、医療DXの最終目標でもある。そのためには規格統一され、標準化されたEHR、PHRの世代を通じた集積が必要で、それを全国どこでも見られるようにするためには「全国医療情報プラットフォームの創設」が必要である。しかしながら、現状でも処方、手術、特定健診結果は閲覧できるものの、地域連携に必要な患者の現況やACPなどは閲覧できないし、画像も共有できない。さらには今まで培ってきた地域独自の連携システムがこのプラットフォームで可能になるためには、技術的にも長期的視点が必要である。そのため当分の間は地域医療情報連携ネットワークは存続させる必要があり、本県でもとびうめネットを今後も維持する必要がある。この件に関しては、国も日本医師会も同様の対応方針であり、本県も全国医療情報プラットフォームが充実し、地域連携にも使用可能になるまで、患者の参加同意、医療情報登録・更新など運用面での簡素化、ACPの掲載などコンテンツをさらに充実させながらとびうめネットも同時運用していく方針である。

世界のデジタル技術の進歩は想像以上に早く、ChatGPTの出現はその進歩をさらに加速させたことで、今後世界がどのようになってゆくのか、世界中の人々が期待と不安に揺れ動いている。医療におけるデジタル技術もその進歩は目ざましく、もはや常人が理解し付いていける域を超えてしまっている。また、オン資が外部ネットワークと常時接続になっているため、院内のサイバーセキュリティ対策も今までとは次元が違う対策を取らなけ

ればならなくなり、令和5年度から診療所の立ち入り検査時のチェックリストにサイバーセキュリティ対策も取り入れられた。人材も財政基盤も脆弱な診療所においても、今後は医療技術だけではなく、ITリテラシーも必要最小限のレベルまで上げていかなければ生き残れない大変な時代を迎えていることだけは理解しなければならない。

4. 地域医師会の役割（診療所のネットワーク化）

当委員会では総合的・専門的なかかりつけ医について、その機能と活性化の議論を進めてきた。人口増加地域では今後さらに急増する高齢者を支える体制づくりが、人口減少地域では医療提供体制をいかに維持するかが、かかりつけ医にとっての大きな課題になる。

総合的な医療においてかかりつけ医は高いレベルで広範なスキルを要求されているが、必ずしも全てが揃わなければならないというわけではない。個々のドクターのスキルアップは必然のことではあるが、グループ化や連携によって足りないスキルをカバーし地域を支えることも重要である。専門医療においても、人口増加地域ではいかに多くの患者へスムーズに効率よく医療を提供するか、人口減少地域においては広範な地域に散在する患者に効率よく必要な医療を提供するかがカギとなる。やはりグループ化や連携が必須だ。各医師会が主体となった診療所機能の活性化のためには、診療所と多職種連携チームのグループ化への支援と、地域住民や多職種連携チームへのかかりつけ医からの情報提供が必要であると考えます。

そのための地域医師会の役割とはなんだろうか。それぞれの地域の実情を把握し行政と協同で医療提供体制をコントロールしてきた郡市区医師会が、その能力をフルに活用してこれからの地域医療全体をデザインすべきではないだろうか。地域医療構想とは正にこのためにあると言っても過言ではないのではないだろうか。その中で地域医師会が目指すべきものは、地域の多様性に対応した独自のネットワーク（郡市区医師会のネットワーク）としての地域医療ネットを立ち上げることである。それは地域における病診・診診連携や診療所と地域の多職種連携チームとの連携をスムーズに行うための、信頼性がありチームメンバーで共有できるクラウド方式のネットワークであることが望ましい。このネットワークを通じて地域医師会が主体となり今後の地域医療を牽引し創造していくことこそが地域医療構想の本来の姿であるともいえるのではないだろうか。各医師会で現在動いている地域医療のネットワークがあれば、まさにそれが「地域医療ネット」だと言える。これから更なる連携を目指して進化させてゆくべきである。

ここ福岡県に於いては「とびうめネット」による病院とかかりつけ診療所とのネットワークが徐々に浸透しつつある。現状の医療DXを超える情報量があり有用であることも前述した。この「とびうめネット」と郡市区医師会の「地域医療ネット」を合わせて活用することにより、様々な診療所の機能を活性化することができるだろう。「とびうめネット」において圏域全体をカバーする病院情報の共有が全ての診療所で可能となるだろう。それにより救急医療の安全性の向上と診療所における日常診療のレベルア

ップが期待できる。そして、その病院情報を活用し「地域医療ネット」で多職種連携チームや病気療養中・介護中の家族等と共有することにより、在宅における医療介護のレベルアップとかかりつけ主治医の信頼感の向上までもが、地域の人口や診療所の体制のいかんにかかわらずに期待できる。

人口の減少・増加、医療の専門・総合を考慮したうえで、これから自分たちの地域を支えるためにどのようなネットワークが必要なのかを早急に検討していくことが各郡市区医師会の喫緊の課題といってもよいだろう。

これらのネットワークを包括する能力をすでに「とびうめネット」は内包している。

Ⅲ. おわりに

厚生労働省は令和4年11月下旬にかかりつけ医機能として外来医療の提供(幅広いプライマリケア)、休日・夜間の対応、入退院の支援、在宅医療の提供、介護サービス等と連携を挙げており、当委員会では予防接種・学校医・各種検診などの、公衆衛生機能を加えた。地域包括ケアの中心的役割を担うのは“かかりつけ医”であるが1人の医師あるいは1医療機関がすべての機能を果たすことは困難との見解を示した。

令和4年11月初めに日本医師会提言として「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 “面としてのかかりつけ医機能” がさらに発揮されていく。」と発表された。

“縦糸を伸ばす”とは医師の自己研鑽である。この1つに“日医かかりつけ医機能研修制度”がある。これは国民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための内容であるので活用していただきたい。“横糸を紡ぐ”とは、まずは各医療機関同士が“顔の見える関係”になることである。コロナ禍のため困難であったが、今後は進んでいくと思われる。当委員会の「逆に現在かかりつけ医機能の中で活性化できていないところはあるか」の議論においては“休日・夜間の対応”が挙げられた。他にもこれら不足している機能の充足に対しては 地域医師会が中心となり行政や住民と一緒に協定すべきと考える。また診療報酬面でも何らかの支援が必要であろう。現在、かかりつけ医機能は“地域包括診療料・加算”“機能強化加算”“小児かかりつけ診療科”“在宅療養支援診療所”等で評価されている。今後さらに充実・強化させるべき部分だが登録制へ繋がる懸念がある。

点としての1人の医師(個々の診療所)が役割を果たすことで“面としてのかかりつけ医機能”が発揮される。地域単位で支え、住民のニーズに応じていくことが診療所機能の活性化につながると考える。そして国民にわかりやすくアナウンスする工夫も必要である。

<参考資料>

➤ かかりつけ医の定義（平成 25 年 8 月 8 日 日医四病協提言より）

「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。

「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に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。

➤ 令和 4 年度福岡県診療所研修会 特別講演 日本医師会 常任理事 釜范 敏 先生
「診療所がかかりつけ医機能を発揮するために」より抜粋

かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて
～これまでのかかりつけ医機能との違い～

国民

現在は「医療機能情報提供制度」という制度があることも国民には知られていない。
「医療機能情報提供制度」を国民に分かりやすい内容に改め、フリーアクセスにおいて国民が「医療機能情報提供制度」を活用し、適切な医療機関を自ら選択できるよう支援を行う。

医療機関

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通じて横糸を紡ぎ、それによって「地域における面としてのかかりつけ医機能」が織りなされ、さらに機能を発揮していく。
日常診療時より、他の医療機関と連携し、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う。

感染症発生・まん延時(有事)

感染症発生・まん延時(有事)における対応については、日頃から患者のことをよく知るかかりつけ医機能を担う医療機関が診療を行うことは望ましいが、未知の感染症への対応に際しては、動線分離を含めた感染拡大防止対策が重要であり、地域医療全体として通常医療を継続しつつ、感染症医療のニーズに対応していくことが必要である。

地域医療体制全体の中で感染症危機時に外来診療や在宅療養等を担う医療機関を平時から明確化しておくことで、平時に受診している医療機関がない方を含め、国民が必要とするときに確実に必要な医療を受けられるようにしていく。

2022年秋の臨時国会では、感染症発生・まん延時における「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」についてこうした方向で審議が進められ、2022年12月2日に改正感染症法等が成立した。

かかりつけ医機能の制度整備にあたっての日本医師会の主な考え方

令和5年2月15日に日本医師会は定例記者会見を開催し、「かかりつけ医機能の制度整備」について以下8項目を中心に改めて考えを示した。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものである。国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対である。

診療科別や専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、かかりつけ医は複数あることが自然である。

1人の医師だけを登録するという、いわゆる「登録制」は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民・患者さん側からすれば、かかりつけ医を固定するような提案は、決して望んでおられない。

「人頭払」という主張があることも承知しているが、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療においては現実的な提案ではない。

かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではない。

必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきである。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではない。

医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積むことが重要である。

*日本医師会 定例記者会見「全世代社会保障法案の閣議決定を受けて」(令和5年2月15日) <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011041.html>

地域に根差した医師の活動

地域に根差して診療している医師は、自院での診療以外に、以下のような活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

そうした活動はかかりつけ医が中心となって担っており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。

日本医師会は、「地域にどっぷりつかり」、日々地域医療を支えている医師に深く感謝するとともに、こうした活動を国民の皆さんに広く知っていただきたいと思っています。

1. 地域の時間外・救急対応	平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間急患センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など自らの地域を守る活動）
2. 行政・医師会等の公益活動	医師会・専門医会・自治会・保健所関連の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など
3. 地域保健・公衆衛生活動	母子保健、乳幼児保健（1歳6か月児健診・3歳児健診）、学校保健（学校健診、学校医活動）、学校健康教育（性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等）、産業保健（地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動）、事業主健診（特定健診・特定保健指導）、高齢者保健（高齢者健診・認知症検診）、予防接種（定期・その他）、がん・成人病検診、市民公開講座（健康講座・介護教室）、精神保健、健康スポーツ医活動など
4. 多職種連携	訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど
5. その他	看護師・准看護師養成所、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX、医療GX、学術活動、高齢者・障害者施設への対応など

➤ 「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」（令和4年4月 公益社団法人 日本医師会）

「かかりつけ医」の努め

わたしたち医師は、患者さんに信頼される「かかりつけ医」になるべく、これまで以上にかかりつけ医機能を発揮し、誠意をもって、患者さんを包括的かつ継続的に支えていきます。

- 患者さんに、いつでも、なんでも相談していただけるよう、しっかりとコミュニケーションをとって診察します。診察の結果をわかりやすい言葉で伝え、患者さんのライフスタイルを理解したうえで患者さんと治療目標を共有します。必要なときには、適切なタイミングで適切な専門の医師や医療機関につながります。そのために日頃から、地域の医師たちとの対話を深め、患者さんをチームとして支えます。
- いつでも安心していただけるよう、かかりつけ医を中心に地域の医師がチーム一丸となって患者さんを支えます。外来へのアクセスが困難な患者さんのために、在宅医療やオンライン診療など、患者さんのそばに寄り添える方法を選択します。
- 日々、新しい医療技術の研鑽を積み、患者さんおよびご家族とともに最善の治療を選択します。
- 患者さんの意思を尊重し、ご家族とともに、患者さんの尊厳ある生き方を支えます。
- 予防接種や健康診断を担い、生活のこと、仕事のことも含め幅広く患者さんおよびご家族からの健康相談を受け、必要なときに適切な医療につなげます。
- 患者さんの主治医意見書の作成をはじめ、患者さんの希望を受け止めて、地域の介護サービスや福祉サービスにつなぐなど、地域包括ケアシステムの中で求められる役割を果たします。
- 患者さんがもっとも安心・安全かつ効率的に最善の医療に到達できるよう医療のデジタル化を進めます。患者さん個人を守ることを絶対の条件として、また、地域の方々がより効果的に予防・健康づくりを進められるよう、医療情報を活用します。