

調査研究結果

I 郡市区医師会アンケート調査

1. 調査の概要

(調査目的、対象および調査方法)

全国の郡市区医師会(大学医学部医師会等を除く地区医師会 890 箇所)の医師会長及び在宅医療・医療介護連携担当理事を対象に、コロナ禍において構築した病診連携・医療介護連携・多職種連携、在宅医療への取り組み等の実情、かかりつけ医機能のあり方についての考え方、政府の取り組み(審議会等での議論)に対する意見等を把握することを目的として、郵送と Google フォームを用いた Web の併用によるアンケート調査を行った。

(調査期間) 令和 5 年 9 月 19 日～11 月 30 日

(回収状況、有効回答数) 有効回答数 187、回収率 21%

(調査内容)

(1) 郡市区医師会における多職種連携の取り組みの実情についてのアンケート調査

- ① 平時において実施している病診連携・医療介護連携・多職種連携の取り組み(行政との協力体制を含む)
- ② コロナ禍において新たに構築した在宅療養支援体制の概要(保健所との連携体制を含む)
- ③ ①②の取り組みに際して問題となった課題、特に医療を超える連携に関する地域の課題、傘下会員の意識
- ④ 2040 年に向け、地域医療の確保に関して感じている課題
- ⑤ かかりつけ医機能のあり方についての考え方、政府の取り組み(審議会等での議論)に対する意見等

(2) 集計・分析

- ① 単純集計
- ② クロス集計(地域ブロック別・人口規模別・会員規模別の集計軸)

Excel(Microsoft)、SPSS(IBM)、StatFrex(アーテック)を用いて解析した。

- ③ 自由記述回答のテキスト分析の集計においては、Excel(Microsoft)を用いて集計・分類を行った。

なお、調査票は報告書巻末参考 1 に示した。

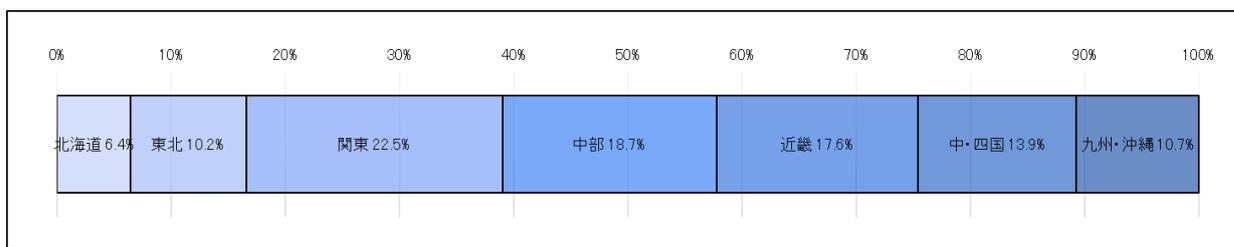
2. 調査結果

I. 基本情報

1-1. 地域ブロック別

分析対象の 187 医師会における地域ブロック別は、図表 1-1 に示すとおりである。全国の地域ブロックすべてのエリアに分布している。

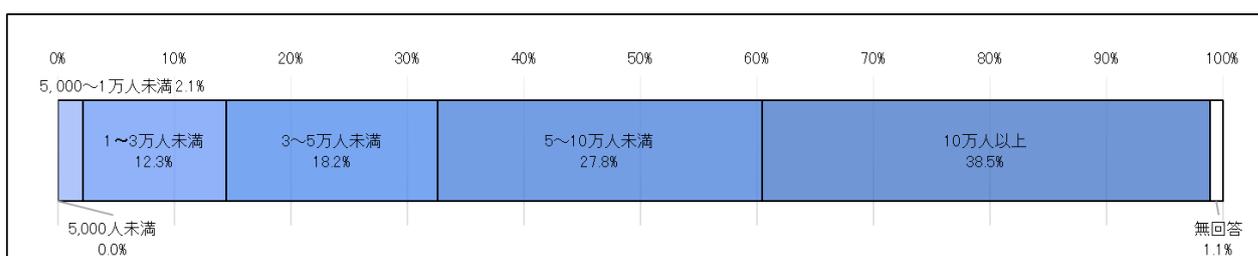
図表 1-1. 所在地の地域ブロックの状況 (n=187)-構成割合



1-2. 管轄地域の人口規模

管轄地域をみると、回答があった郡市区医師会はすべて 5000 人以上の人口規模であり、「10 万人以上」が 38.5%で最も多く、続いて「5～10 万人」が 27.8%、「3～5 万人」が 18.2%、「1～3 万人」が 12.3%、「5000～1 万人」が 2.1%、「2000～5000 人」および「2000 人未満」の地域からの回答は 0%であった。

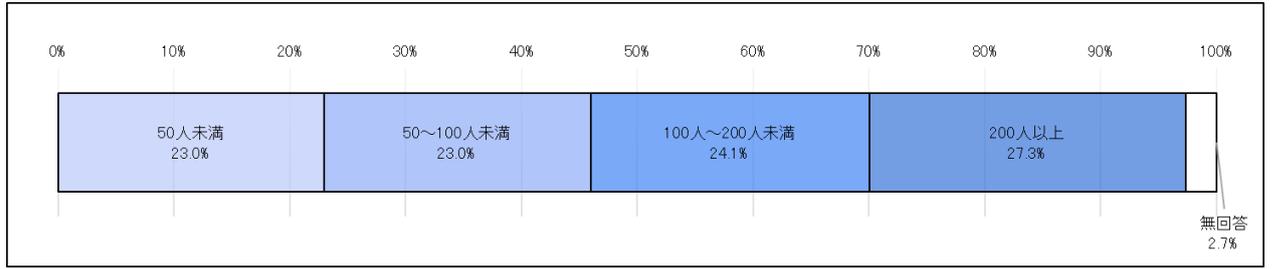
図表 1-2. 管轄地域の人口規模 (n=187)-構成割合



1-3. 医師会員数

医師会員数の区分をみると、「200 人以上」が 27.3%、「101 人～200 人」が 24.1%、「50 人未満」および「50 人～100 人」が各 23%の順であり、ほぼ 4 分の 1 ずつにばらついた分布となっていた。

図表 1-3. 医師会員数(n=187)-構成割合



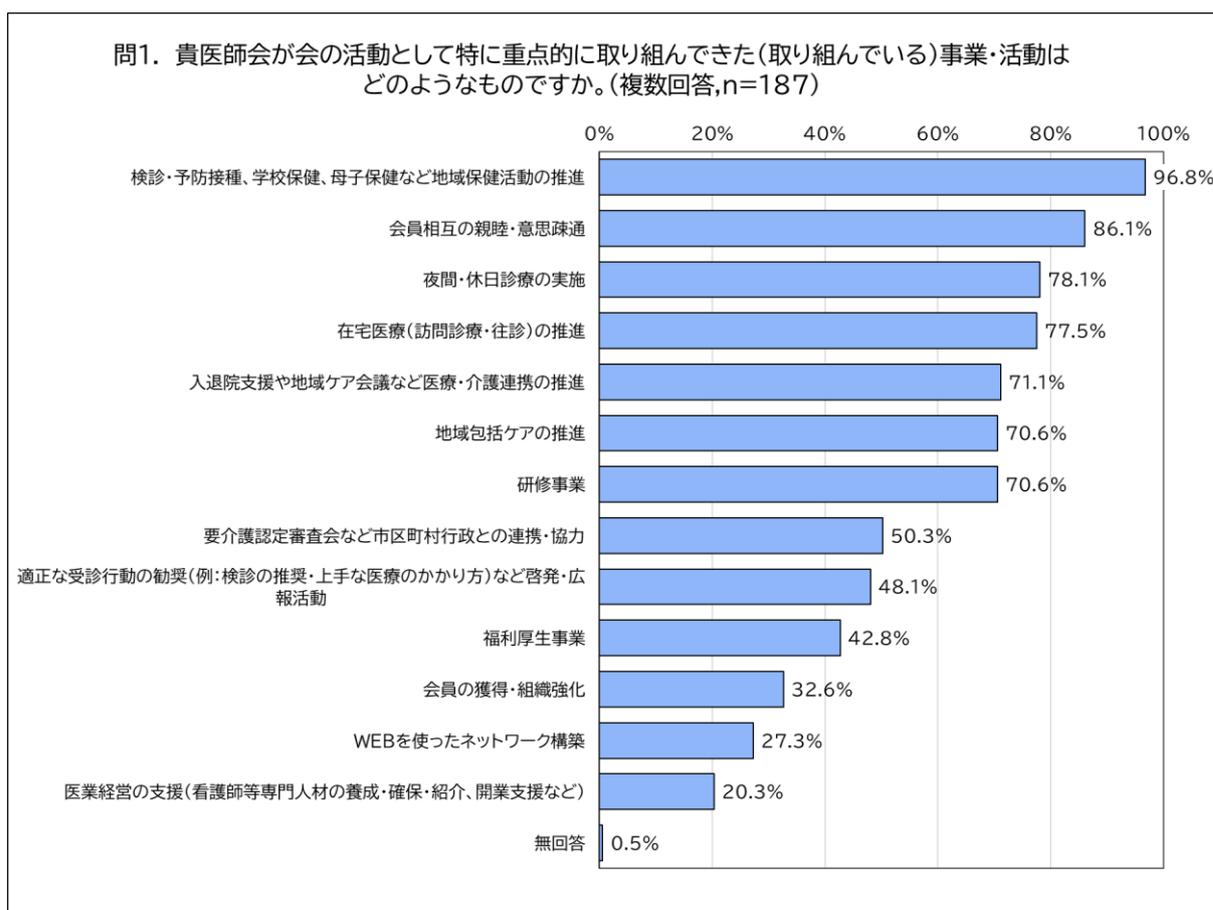
Ⅱ. 平時(コロナ発生前¹)における医師会の活動状況

2-1. 特に重点的に取り組んできた事業・活動

図表 2-1-1 は、医師会が会の活動として特に重点的に取り組んできた事業・活動についての尋ねた結果を示している。

「検診・予防接種、学校保健、母子保健など地域保健活動の推進」が最も多く 96.8%、続いて「会員相互の親睦・意思疎通」が 86.1%、「夜間・休日診療の実施」が 78.1%、「在宅医療(訪問診療・往診)の推進」が 77.5%、「入退院支援や地域ケア会議など医療・介護連携の推進」71.1%、「地域包括ケアの推進」および「研修事業」が各々 70.6%と、多数を占めていた。

図表 2-1-1. 特に重点的に取り組んできた/取り組んでいる事業・活動(n=187, 複数回答)



¹ 本調査での「コロナ前」の時期は、具体的には定めず回答者の理解に委ねた。

地域ブロック別

事業・活動の取り組み状況について、地域ブロック別でみると、ほとんどの地域において、取り組み状況に大きな差はなかったものの、「要介護認定審査会など市区町村行政との連携・協力」「入退院支援や地域ケア会議など医療・介護連携の推進」の2つについては、統計的な有意差がみられた(図表 2-1-2)。

図表 2-1-2. 特に重点的に取り組んできた/取り組んでいる事業・活動-地域ブロック別・クロス

特に重点的に取り組んだ事業・活動	取り組みあり(%)						
	北海道 (n=12)	東北 (n=19)	関東 (n=42)	中部 (n=38)	近畿 (n=33)	中・四国 (n=26)	九州 (n=20)
検診・予防接種、学校保健、母子保健など地域保健活動の推進	100	100	92.9	97.1	97	96.2	100.0
要介護認定審査会など市区町村行政との連携・協力*	66.7	73.7	33.3	42.9	60.6	57.7	40.0
適正な受診行動の勧奨など啓発・広報活動	33.3	36.8	42.9	68.6	54.5	38.5	45.0
在宅医療(訪問診療・往診)の推進	41.7	78.9	81	85.7	81.8	69.2	80.0
入退院支援や地域ケア会議など医療・介護連携の推進*	41.7	52.6	64.3	82.9	81.8	73.1	80.0
地域包括ケアの推進	33.3	63.2	69	74.3	81.8	73.1	75.0
夜間・休日診療の実施	58.3	84.2	83.3	88.6	63.6	76.9	80.0
会員相互の親睦・意思疎通	66.7	73.7	90.5	91.4	84.8	92.3	85.0
会員の獲得・組織強化	16.7	26.3	35.7	31.4	21.2	46.2	45.0
医業経営の支援	8.3	36.8	11.9	22.9	15.2	15.4	40.0
福利厚生事業	25	31.6	50	48.6	54.5	34.6	30.0
研修事業	66.7	47.4	71.4	82.9	75.8	76.9	55.0
WEBを使ったネットワーク構築	16.7	26.3	38.1	20	30.3	23.1	25.0

人口規模別、会員規模別

人口規模別では、「要介護認定審査会など市区町村行政との連携・協力」については、人口規模が小さいほど取り組み率が高い傾向を示しており、明確に統計的に有意であった。「適正な受診行動の勧奨など啓発・広報活動」「在宅医療(訪問診療・往診)の推進」「地域包括ケアの推進」「福利厚生事業」の5項目については、人口規模が大きいほど取り組み率が高く、これらの傾向については、統計的な有意差が示された(図表 2-1-3)。医師会員数別でみると、「適正な受診行動の勧奨など啓発・広報活動」「在宅医療(訪問診療・往診)の推進」「入退院支援や地域ケア会議など医療・介護連携の推進」「医業経営の支援」「福利厚生事業」の5項目について、会員規模が大きいほど取り組み率が高く、いずれも統計的に有意であることが示された(図表 2-1-4)。

図表 2-1-3. 特に重点的に取り組んできた/取り組んでいる事業・活動-人口規模別

特に重点的に取り組んだ事業・活動	取り組みあり (%)			
	5,000人以上3万人未満 (n=27)	3万人以上5万人未満 (n=34)	5万人以上10万人未満 (n=52)	10万人以上 (n=72)
検診・予防接種、学校保健、母子保健など地域保健活動の推進	96.3	100.0	94.2	97.2
要介護認定審査会など市区町村行政との連携・協力*	66.7	61.8	50.0	37.5
適正な受診行動の勧奨など啓発・広報活動*	29.6	38.2	46.2	61.1
在宅医療（訪問診療・往診）の推進*	63.0	70.6	67.3	93.1
入退院支援や地域ケア会議など医療・介護連携の推進	59.3	67.6	63.5	81.9
地域包括ケアの推進*	59.3	70.6	61.5	81.9
夜間・休日診療の実施	66.7	79.4	76.9	83.3
会員相互の親睦・意思疎通	81.5	88.2	82.7	90.3
会員の獲得・組織強化	25.9	23.5	30.8	40.3
医業経営の支援	11.1	11.8	17.3	29.2
福利厚生事業*	7.4	52.9	51.9	43.1
研修事業	70.4	79.4	59.6	73.6
WEBを使ったネットワーク構築	22.2	14.7	25.0	36.1

*p<0.05

図表 2-1-4. 特に重点的に取り組んできた/取り組んでいる事業・活動-医師会員数別

特に重点的に取り組んだ事業・活動	取り組みあり (%)			
	50人未満 (n=43)	50~100人未満 (n=43)	100人~200人未満 (n=45)	200人以上 (n=51)
検診・予防接種、学校保健、母子保健など地域保健活動の推進	97.7	95.3	97.8	96.1
要介護認定審査会など市区町村行政との連携・協力	62.8	51.2	51.1	35.3
適正な受診行動の勧奨など啓発・広報活動*	20.9	58.1	46.7	64.7
在宅医療（訪問診療・往診）の推進*	60.5	81.4	82.2	86.3
入退院支援や地域ケア会議など医療・介護連携の推進*	55.8	67.4	73.3	86.3
地域包括ケアの推進	65.1	62.8	73.3	82.4
夜間・休日診療の実施	69.8	81.4	82.2	80.4
会員相互の親睦・意思疎通	83.7	95.3	80.0	88.2
会員の獲得・組織強化	18.6	34.9	33.3	43.1
医業経営の支援*	7.0	9.3	26.7	35.3
福利厚生事業*	23.3	53.5	37.8	51.0
研修事業	67.4	76.7	62.2	76.5
WEBを使ったネットワーク構築	23.3	16.3	24.4	43.1

*p<0.05

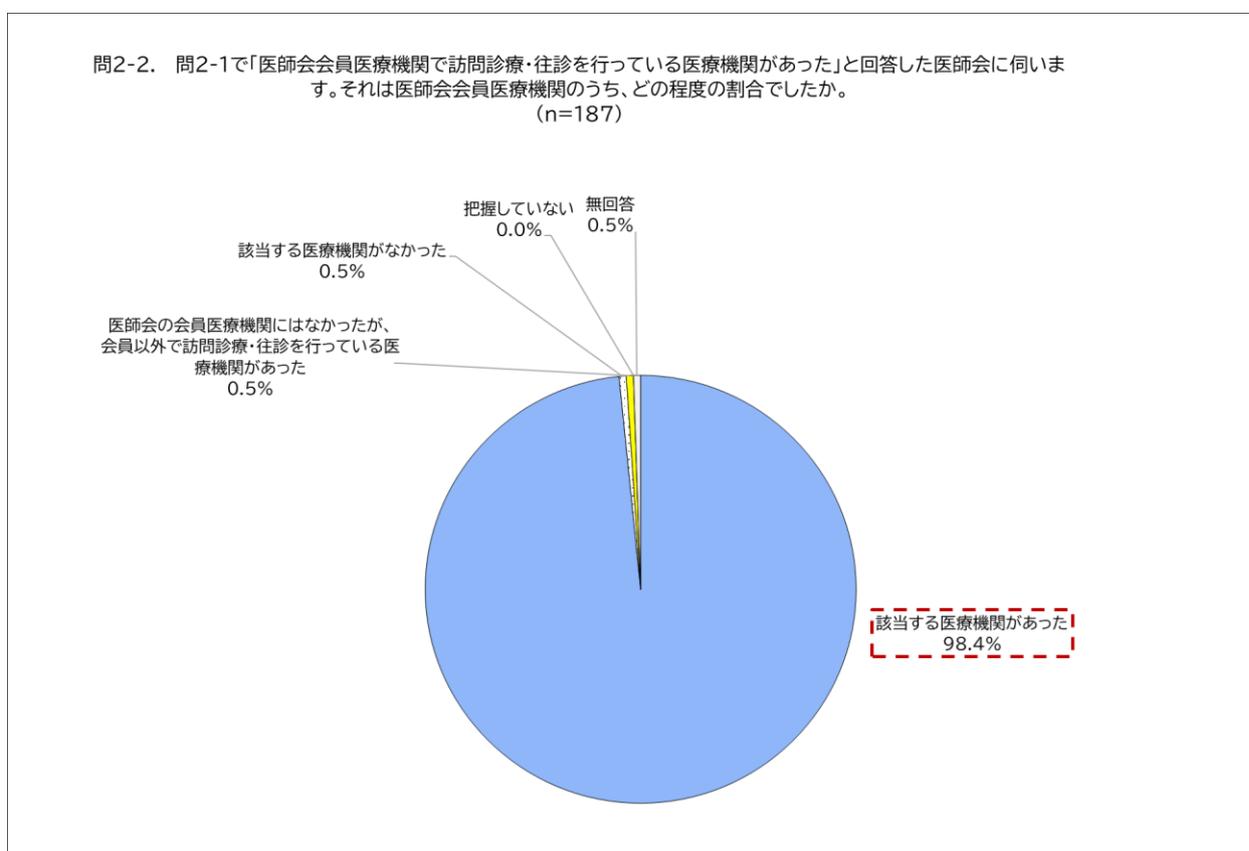
2-2. 訪問診療・往診に取り組んでいた会員医療機関の状況

訪問診療・往診に取り組んでいた会員医療機関の状況

図表 2-2-1 は、コロナ前の時期に、訪問診療・往診に取り組んでいた会員医療機関（在支診・在支病、在宅患者訪問診療料・往診料の算定医療機関）が管下にあったかどうかを尋ねた結果を示している。

対象の 187 郡市区医師会（以下、医師会という）のうち、98.4%（184 医師会）が「該当する医療機関があった」と回答していた。

図表 2-2-1. 訪問診療・往診に取り組んでいた会員医療機関の状況 (n=187)



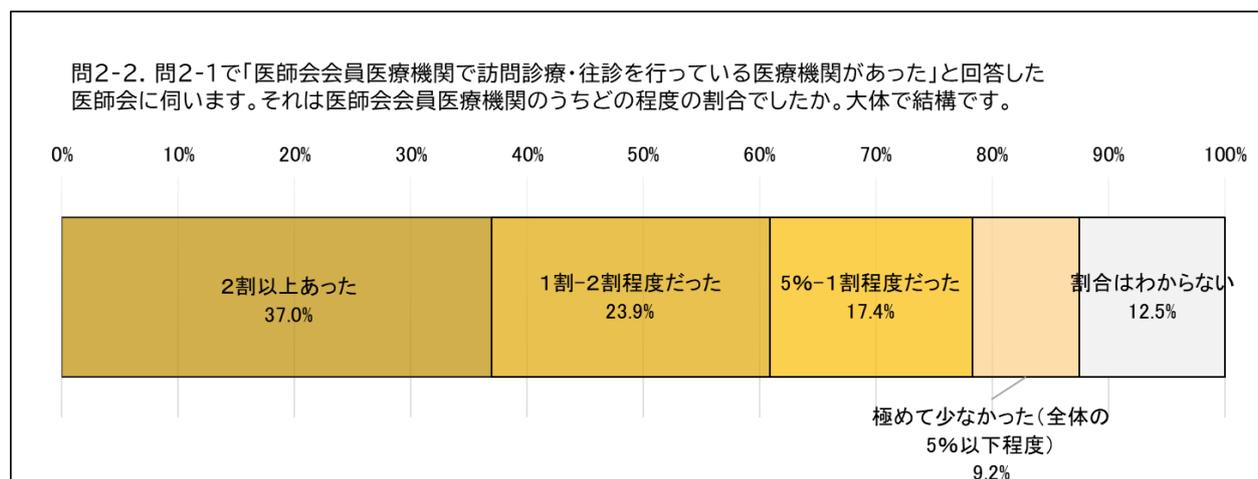
会員医療機関における訪問診療・往診の取組状況

図表 2-2-2 は、コロナ前に、訪問診療・往診に取り組んでいた会員医療機関が管下にあったと回答した 184 の医師会に対し、医師会の会員医療機関のうち、どれくらいの割合で訪問診療・往診に取り組んでいたのかを尋ねた結果を示している。

訪問診療・往診に取り組んでいた管下の会員医療機関が「2 割以上あった」という回答が最も多く 37.0%であった。その一方で、「2 割に満たなかった」とする回答が約半数(50.5%)²を占めていた。

図表 2-2-2. 管下の会員医療機関における訪問診療・往診の取組状況

(管下に訪問診療・往診に取り組んでいた会員医療機関あり n=184)

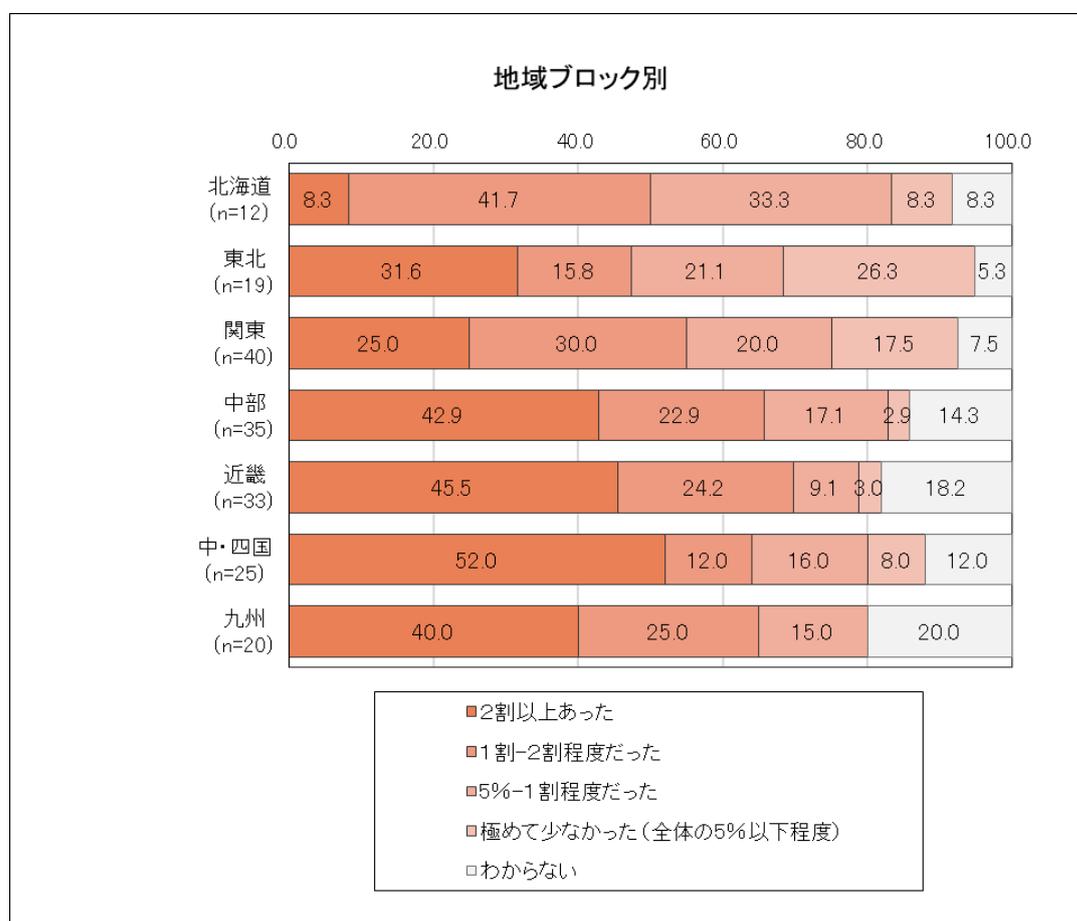


地域ブロック別

地域ブロック別の取り組み状況を見ると(図表 2-2-3)、いずれの地域においても、訪問診療・往診を実施している会員医療機関が管下であったという回答が 8 割以上を占めていた。一方で、管下の当該医療機関の訪問診療・往診についての実施の割合に着目すると、「中・四国」「近畿」「中部」「九州」などの 4 割を超える地域と、それ以外での差が顕著に確認された。訪問診療・往診の取り組み内容については、西高東低の傾向を示している。

² 「1 割から 2 割だった (23.9%)」、「5%から 10%だった (17.4%)」、「極めて少なかった」 (9.2%) の 3 区分の合計

図表 2-2-3 管下の会員医療機関における訪問診療・往診の取組状況-地域ブロック別

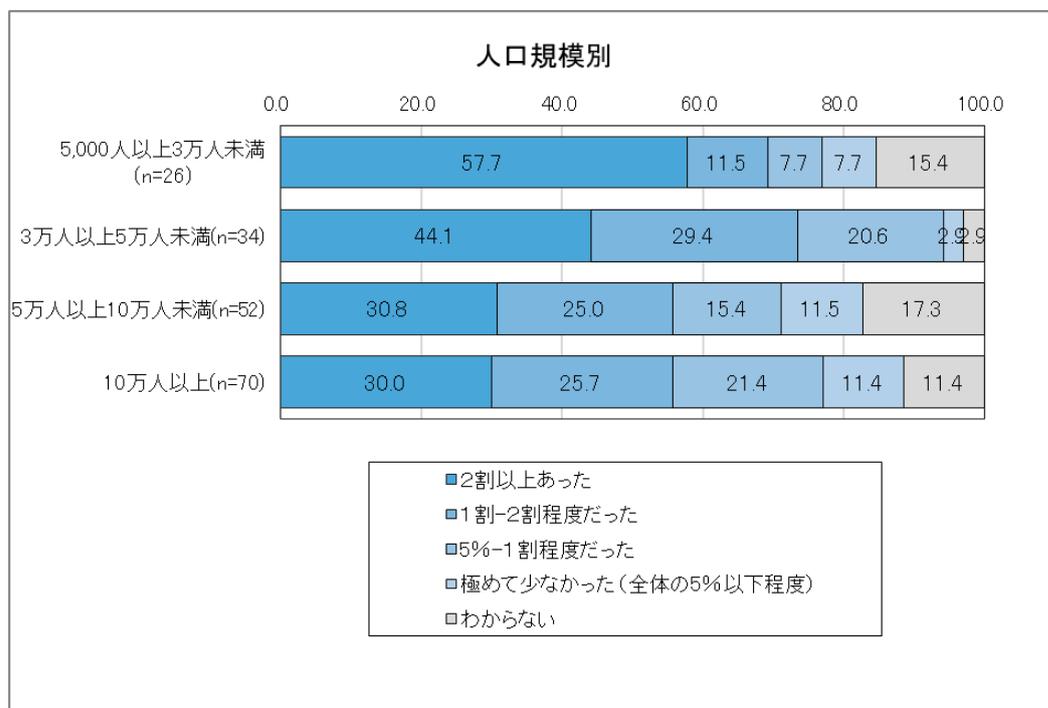


人口規模別、会員規模別

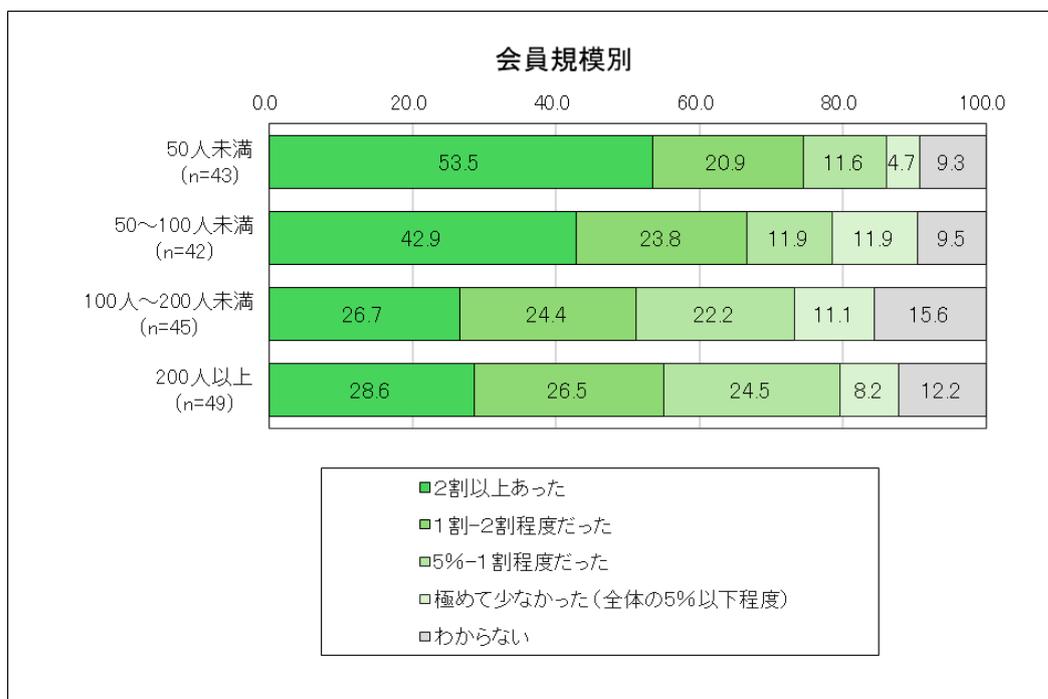
人口規模別でみると、いずれの人口規模においても、管下に訪問診療・往診を実施している会員医療機関があったという回答が8割を超えていた。管下の当該医療機関の訪問診療・往診についての実施が2割を超えていた医師会の割合に着目すると、「5,000人以上3万人未満」が57.7%で最も高く、続いて「3万人以上5万人未満」が44.1%、5万人以上の規模の医師会では、各々30%台であり、人口規模が小さいほど、管下で実施していたという認識が高い傾向が見られた(図表 2-2-4)。

会員規模別では、いずれの会員規模においても、管下に訪問診療・往診を実施している会員医療機関があったという回答が8割を超えていた。また、管下の当該医療機関の訪問診療・往診についての実施が2割を超えていた医師会の割合について、会員数の規模が100人以上の医師会においては約3割であった一方で、少ない規模であるほどより高い割合を示していた(図表 2-2-5)。

図表 2-2-4 管下の会員医療機関における訪問診療・往診の取組状況-人口規模別



図表 2-2-5 管下の会員医療機関における訪問診療・往診の取組状況-会員規模別



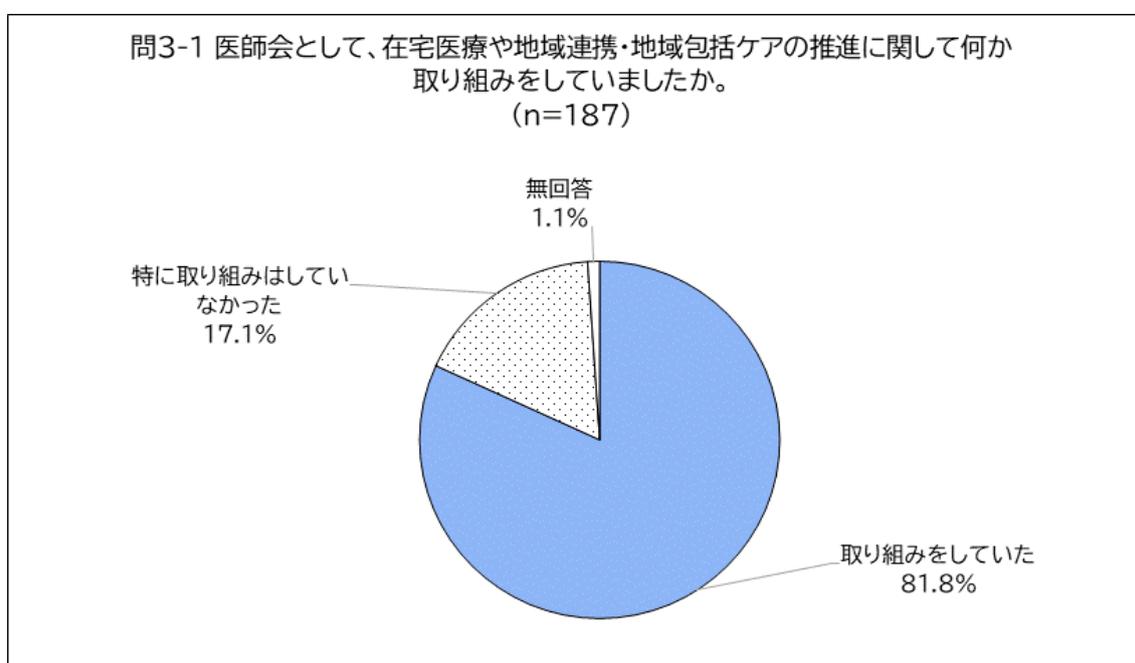
2-3. 在宅医療や地域連携・地域包括ケアの推進に関する取組状況

医師会における在宅医療や地域連携・地域包括ケアの推進に関する取組状況

図表 2-3-1 は、医師会として在宅医療や地域連携・地域包括ケアの推進に何か取り組みをしていたかについて尋ねた結果を示している。「取り組みをしていた」が 81.8%と多数を占め、「特に取り組みをしていなかった」は 17.1%であった。

図表 2-3-1. 医師会における在宅医療や地域連携・地域包括ケアの推進に関する取り組み状況

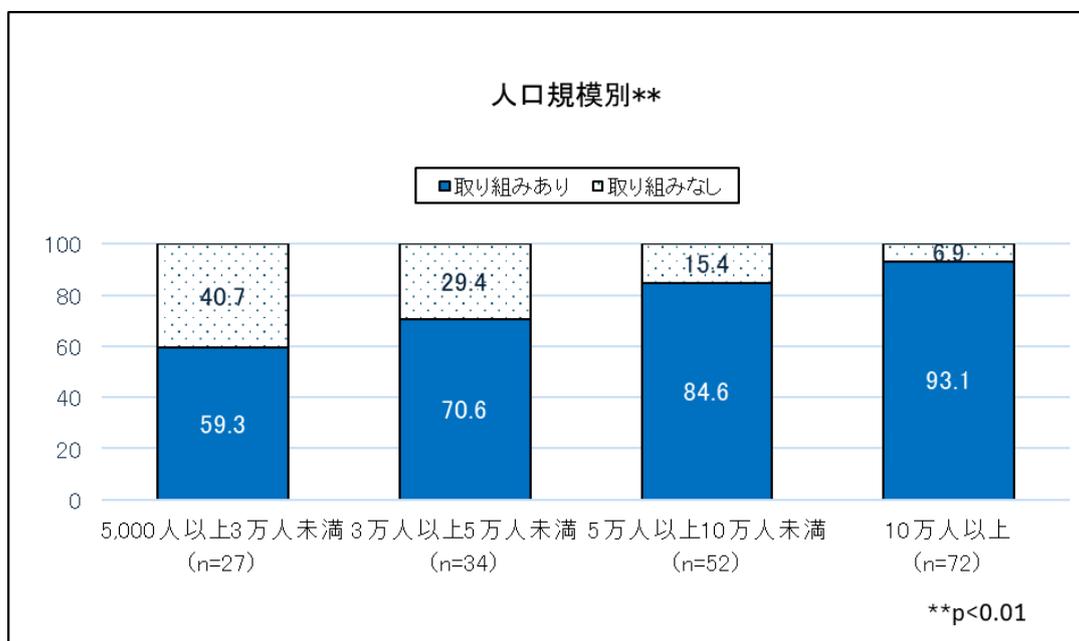
(n=187)



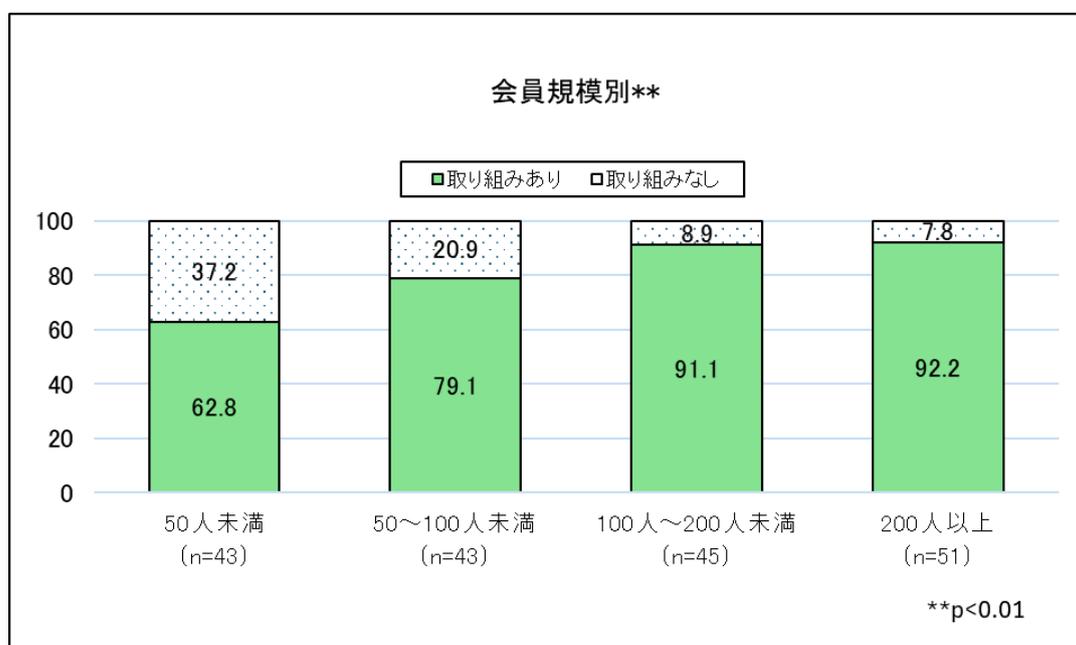
人口規模別、会員規模別

人口規模別にみた結果を示す(図表 2-3-1-①)。人口規模が大きくなるにつれて「取り組みをしていた」という回答の割合が高く、統計的に有意であることが示された。また、会員規模別についても、会員規模が大きくなるにつれて「取り組みをしていた」という回答の割合が高く、統計的に有意であることが示された(図表 2-3-1-②)。なお、地域ブロック別について、特段の有意差は認められなかった。

図表 2-3-1-①. 医師会における在宅医療や地域連携・地域包括ケアの推進に関する
取り組み状況-人口規模別



図表 2-3-1-②. 医師会における在宅医療や地域連携・地域包括ケアの推進に関する
取り組み状況-会員規模別



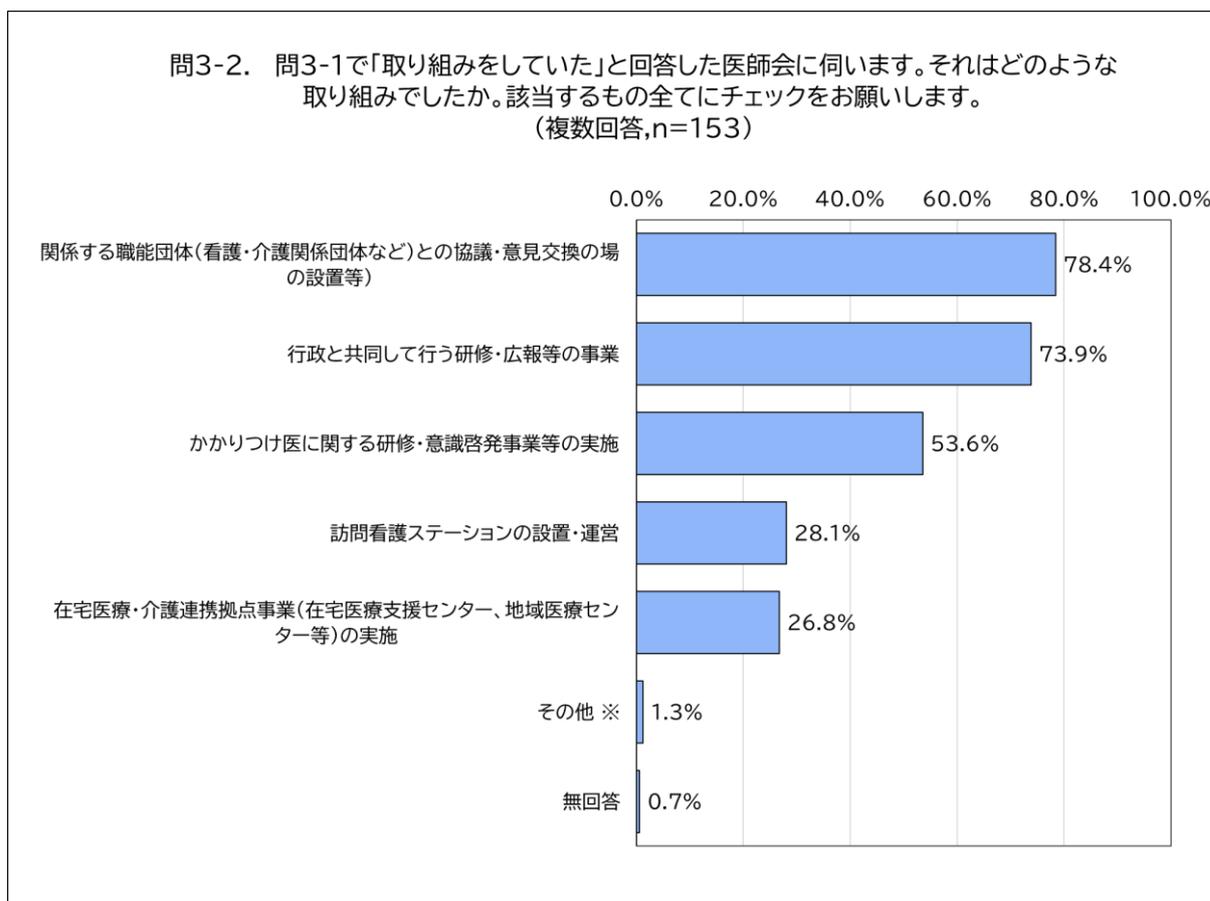
取り組みの内容

図表 2-3-2 は、「取り組みをしていた」と回答した医師会(n=153)に対して、それがどのような取り組みだったのかを尋ねた結果を示している。

「関係する職能団体(看護・介護関係団体など)との協議・意見交換の場の設置等」が78.4%と最も多く、続いて「行政と共同して行う研修・広報等の事業」が73.9%、「かかりつけ医に関する研修・意識啓発事業等の実施」が53.6%などの順であった。また、「訪問看護ステーションの設置・運営(28.1%)」、「在宅医療・介護連携拠点事業(在宅医療支援センター、地域医療センター等)の実施(26.8%)」も各々約3割の医師会が取り組んでいると回答した。

図表 2-3-2. 在宅医療や地域連携・地域包括ケアの推進に関する医師会としての取り組み内容

(n=153, 複数回答)



※その他(具体的な自由記述回答)

- ・在宅医療機関での連携みとり(看取り)体制の構築(当番制)
 - ・24時間オンコール体制の構築に向けた協議の場を設けた。市町村と多職種交えての「比企在宅医療連携協議会」を主導し、複数名の医師が参加。在宅医療における ACP 普及啓発に向けて、住民に対するの学びの場に医師会から講師を派遣した。
- ・多職種連携情報共有システムへの参加
- ・在宅医療介護シンポジウムを10年間行った。
- ・居宅介護支援事業所の運営

人口規模別、会員規模別

次に、人口規模別でみると、「かかりつけ医に関する研修・意識啓発事業等の実施」は、概ね規模が大きいほど高い割合を示す傾向がみられ、最も高い割合を示す「10万人以上」と最も低い「3万以上5万人未満」では約 50 ポイントの差が見られた。「関係する職能団体(看護・介護関係団体など)との協議・意見交換の場の設置等」も同様に、最も高い割合を示す「10万人以上」と最も低い「5,000人以上3万人未満」では約 50 ポイントの差が見られた。「行政と共同して行う研修・広報等の事業」についても、「10万人以上」と「5,000人以上3万人未満」で 40 ポイント近いが見られた。これらの 3 つの取り組み状況の結果については、いずれも統計的に有意であることが示された(図表 2-3-2-①)。

会員規模別では、「かかりつけ医に関する研修・意識啓発事業等の実施」「関係する職能団体(看護・介護関係団体など)との協議・意見交換の場の設置等」「行政と共同して行う研修・広報等の事業」「訪問看護ステーションの設置・運営」の 4 つの取り組み内容について、会員規模が大きいほど、取り組みをしている医師会の割合が高く、統計的にも有意であることが示されていた(図表 2-3-2-②)。

なお、地域ブロック別では、特段の統計的な有意差はみられなかった。

図表 2-3-2-①. 在宅医療や地域連携・地域包括ケアの推進に関する医師会としての取り組み内容－人口規模別

取り組みの内容	割合(該当あり%)			
	5,000人以上3万人未満(n=27)	3万人以上5万人未満(n=34)	5万人以上10万人未満(n=52)	10万人以上(n=72)
かかりつけ医に関する研修・意識啓発事業等の実施*	23.3	30.2	42.2	76.5
関係する職能団体(看護・介護関係団体など)との協議・意見交換の場の設置等*	39.5	62.8	68.9	84.3
行政と共同して行う研修・広報等の事業*	39.5	53.5	71.1	74.5
在宅医療・介護連携拠点事業(在宅医療支援センター、地域医療センター等)の実施	16.3	18.6	28.9	21.6
訪問看護ステーションの設置・運営*	9.3	18.6	33.3	31.4

*p<0.05

図表 2-3-2-②. 在宅医療や地域連携・地域包括ケアの推進に関する医師会としての取り組み内容－会員規模別

取り組みの内容	割合(該当あり%)			
	50人未満 (n=43)	50～100人未満 (n=42)	100人～200人未 満 (n=45)	200人以上 (n=49)
かかりつけ医に関する研修・意識啓発事業等の実施*	25.9	23.5	25	73.6
関係する職能団体(看護・介護関係団体など)との協議・意見交換の場の設置等*	33.3	47.1	65.4	83.3
行政と共同して行う研修・広報等の事業*	40.7	47.1	55.8	77.8
在宅医療・介護連携拠点事業(在宅医療支援センター、地域医療センター等)の実施	22.2	14.7	23.1	22.2
訪問看護ステーションの設置・運営	11.1	20.6	21.2	30.6

*p<0.05

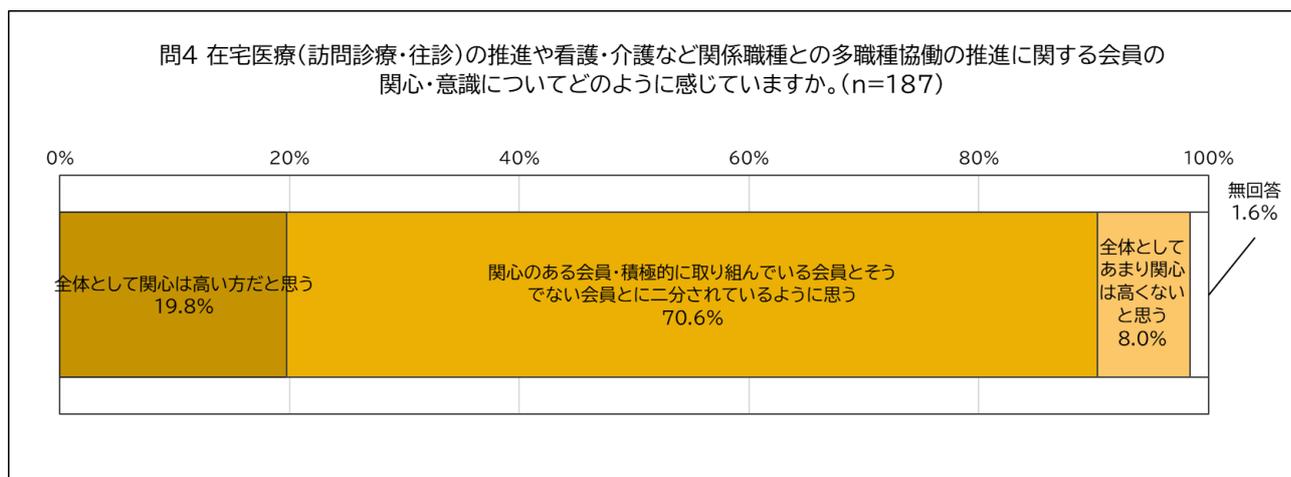
2-4. 多職種協働の推進に関する会員の関心・意識についての印象

図表 2-4 は、在宅医療(訪問診療・往診)の推進や看護・介護など関係職種との多職種協働の推進に関する会員の関心・意識についてどのように感じているかを尋ねた結果を示している。

「関心のある会員・積極的に取り組んでいる会員とそうでない会員とに二分されているように思う」が最も多く70.6%、続いて「全体として関心は高い方だと思う」が19.8%、「全体としてあまり関心は高くないと思う」が8.0%の順であった。地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についてもみたが、特段の有意差は確認されなかった。

多くの医師会で、在宅医療や多職種協働に関する会員の関心・取り組みが大きく二分されていることが明らかになった。

図表 2-4. 在宅医療(訪問診療・往診)の推進や看護・介護など関係職種との多職種協働の推進に関する会員の関心・意識についての印象(n=187)



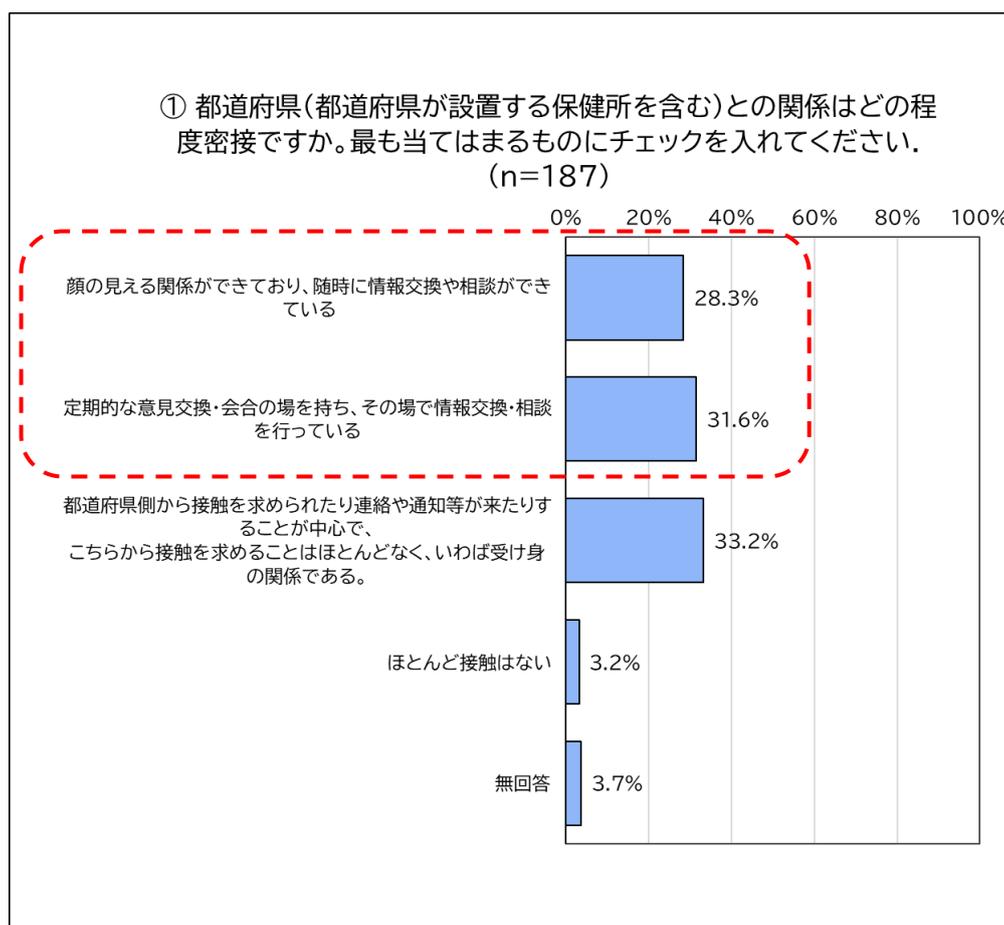
2-5. 自治体(都道府県・市区町村)との関係

都道府県(都道府県が設置する保健所を含む)との関係

図表 2-5-1 は、医師会が、日頃の都道府県(都道府県が設置する保健所を含む)との日常的または定期的な関係性について、どの程度密接かを尋ねた結果を示している。

「都道府県側から接触を求められたり連絡や通知等が来たりすることが中心で、こちらから接触を求めることはほとんどなく、いわば受け身の関係である。(33.2%)」が最も多い一方で、「定期的な意見交換・会合の場を持ち、その場で情報交換・相談を行っている(31.6%)」と「顔の見える関係ができており、随時に情報交換や相談ができている(28.3%)」が各々約 3 割であることから、約 6 割の医師会が、都道府県行政との一定程度の関係性を持っていることがわかる。なお、地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についてもみてみたが、特段の有意差は確認されなかった。

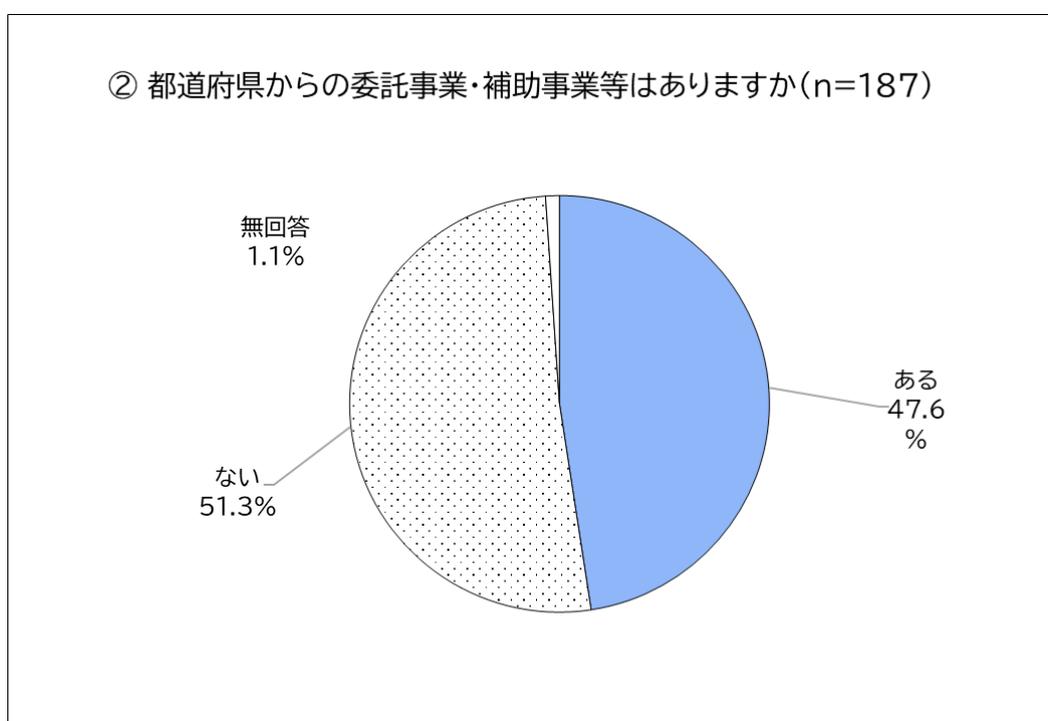
図表 2-5-1. 都道府県(都道府県が設置する保健所を含む)との関係



都道府県からの委託事業・補助事業等の有無

図表 2-5-2 は、都道府県からの委託事業・補助事業等の有無について尋ねた結果を示している。都道府県からの委託事業・補助事業等が「ある」と回答した医師会が 47.6%、「ない」が 51.3%であり、ほぼ半々であった。地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についてもみてみたが、特段の有意差は確認されなかった。

図表 2-5-2. 都道府県からの委託事業・補助事業等の有無



「ある」と回答した医師会の具体的な委託事業・補助事業(自由記述回答)については、図表 2-5-2 に示す。「在宅医療・介護連携に関する取組」、「地域医療に関する取組」、「地域包括ケアシステムに関する取組」、「かかりつけ医を中心とした研修事業」等に関する事業の名称や概要などが挙げられている。

図表 2-5-2 都道府県からの委託事業・補助事業等の内容や名称(自由回答)

■在宅医療・介護連携に関する取組(18)

在宅医療推進センター運営事業の補助金交付による在宅医療推進センター運営(2)／在宅医療介護連携推進事業(2)／在宅医療体制整備事業(在宅医療を強化するために医療・介護・福祉の連携をはかっている)／在宅医療機関開拓(開発)支援事業／在宅緩和ケア推進事業(芸北地域保健対策協議会補助金)・在宅緩和ケア講演会・在宅緩和ケア症例検討会／人生の最終段階における医療・ケアを担う専門職のための ACP 研修／在宅医療に関わる専門職のための在宅緩和ケア研修／難病訪問診療事業／在宅医療強化充実推進事業(北海道の在宅医療の主治医副主治医制度への補助金、後方支援病院への連携の補助金)／医療介護総合確保法に基づく県計画(医療分)策定のための事業より「在宅医療を推進するための事業」(委託元:青森県)／山形県在宅医療推進事業費補助金／在宅医療・介護連携拠点事業

新潟県在宅医療推進センター整備事業(補助金)／埼玉県在宅医療提供体制充実支援事業／神奈川県地域在宅医療推進事業／平成 22 年～25 年度 在宅あんしんネット事業の実施(平成 22 年～24 年福井県補助事業) 平成 28 年度 福井市医師会在宅支援事業運営協議会(福井県補助事業)／中京区在宅医療センター／大阪府在宅医療移行支援事業

■地域医療に関する取組(9)

病診・診診連携体制構築支援事業(主治医・協力医制)／茨城県医療提供施設等グループ化推進事業 平成 30 年～令和 4 年
／千葉県医療情報連携システム整備促進事業／群馬県小児救急地域医師研修事業(令和 5 年度)／医療連携推進コーディネーター事業補助事業／協議会の設置／地域の医療課題を協議し、課題解決のためのツールを作成し活用を進めている／CKD 医療連携推進事業(2)／以前 ICT 関連の事業を東京都からの補助事業で行った。

■感染症対策(8)

ワクチン接種／予防接種(2)／肝炎ウイルス検査(2)／風疹抗体検査(2)／PCR センターの設置(2023 年で終了)

■かかりつけ医を中心とした研修事業(5)

かかりつけ医認知症対応力研修(2)／かかりつけ医に関する研修・認知症診療強化事業／認知症対策勉強会／主治医意見書研修会・説明会(2)

■地域保健活動・健康増進(4)

地域健康づくり指導事業として市民公開講座や地域住民を対象とした健康相談の開催等を実施／地域保健活動推進協議会事業／健診(特定健診)など(県医を通じて)／健診事業(後期高齢者)

■地域包括ケアシステムに関する取組(4)

地域包括ケア推進事業／地域包括ケアシステム構築に関する事業への補助金交付制度／地域包括支援センターへの協力と定期的意見交換会／介護審査会への参加

■その他

附属准看護学院への補助金

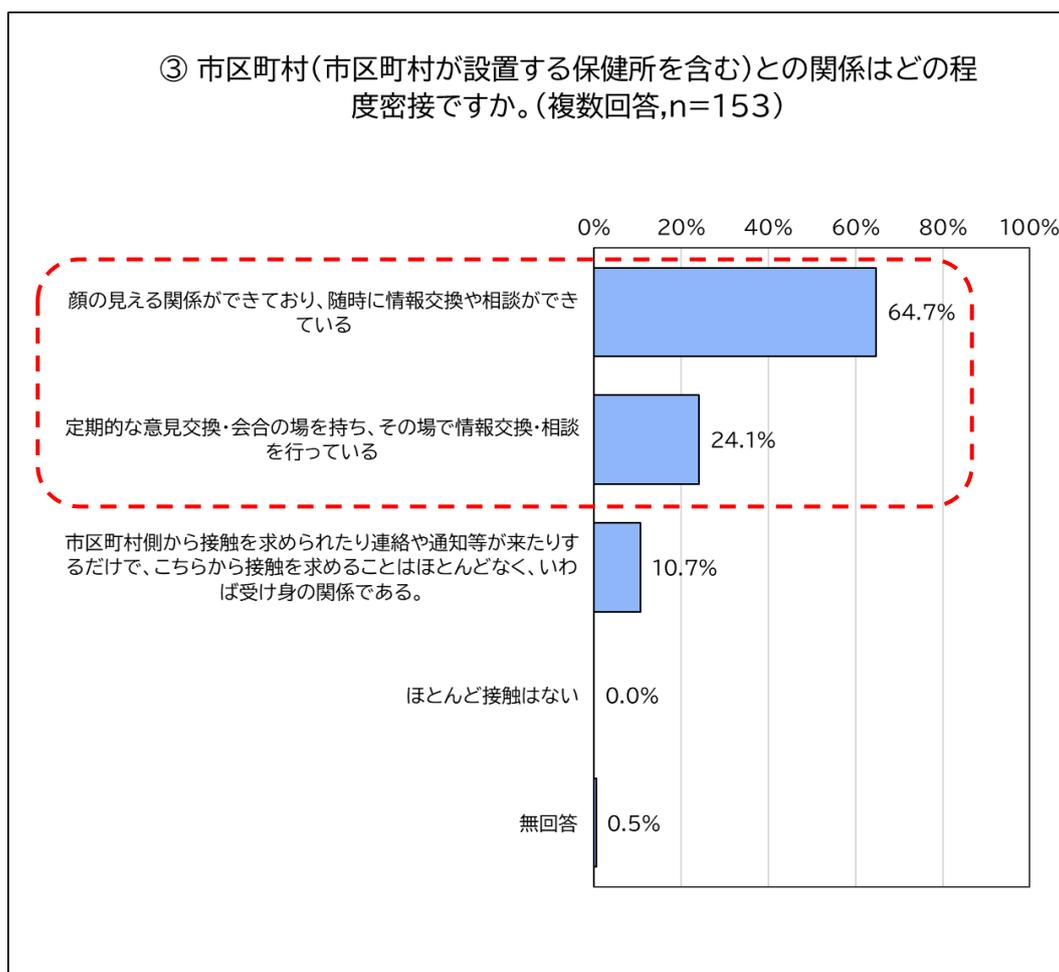
注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

市区町村(市区町村が設置する保健所を含む)との関係

図表 2-5-3 は、医師会が日頃の市区町村(市区町村が設置する保健所を含む)との日常的または定期的な関係性についてどの程度密接かを尋ねた結果を示している。

「顔の見える関係ができており、随時に情報交換や相談ができている(64.7%)」と「定期的な意見交換・会合の場を持ち、その場で情報交換・相談を行っている(24.1%)」を合わせると、ほぼ 9 割を占めた。「市区町村側から接触を求められたり連絡や通知等が来たりすることが中心で、こちらから接触を求めることはほとんどなく、いわば受け身の関係である。(10.7%)」は 1 割程度であった。郡市区医師会と市区町村行政との関係性は、都道府県行政と比べてより緊密であることが窺える。なお、地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についてもみてもみたが、特段の有意差は確認されなかった。

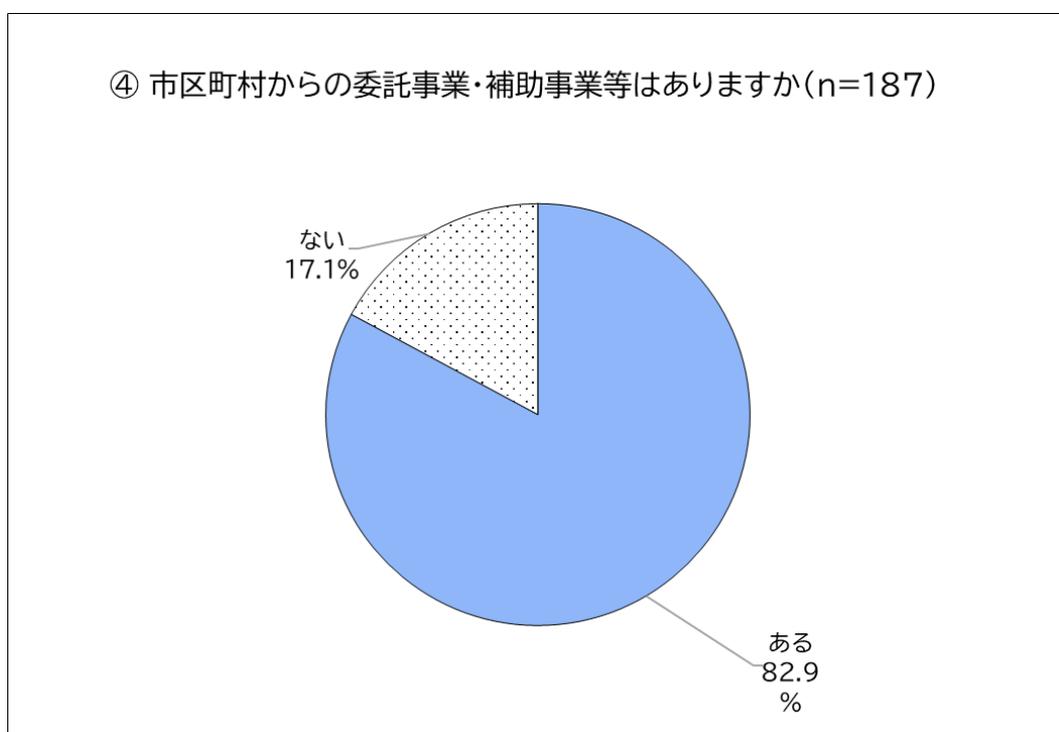
図表 2-5-3.市区町村(市区町村が設置する保健所を含む)との関係



市区町村からの委託事業・補助事業等の有無

図表 2-5-4 は、市区町村からの委託事業・補助事業等の有無について尋ねた結果を示している。市区町村からの委託事業・補助事業等が「ある」と回答した医師会が 82.9%、「ない」が 17.1%であり、多くの医師会が、コロナ前から市区町村からの委託事業・補助事業等を受託し実施していることが判明した。地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についてもみてもみたが、特段の有意差は確認されなかった。

図表 2-5-4. 市区町村からの委託事業・補助事業等の有無 (n=187)



「ある」と回答した医師会の具体的な委託事業・補助事業(自由記述回答)については、図表 2-5-4 に示している。「在宅医療・介護連携に関する取組」は都道府県行政からと同様に出現頻度が高く、他方、検査検診等の「健康増進・疾病対策関係」、「夜間休日診療・救急」、介護認定審査会などの「介護保険関係」等についても多い特徴がある。

図表 2-5-4. 市区町村行政からの委託事業・補助事業等の内容や名称

■健診・健康増進・疾病対策関係(63)

健診・検診(23)／特定健診・特定保健指導等委託(15)／がん検診(4)・成人検診・がん検診等普及啓発事業(3)・健康増進事業(がん検診等)他(いずれも会員医療機関が実施)／健康増進法に基づく医療等以外の保健事業・糖尿病対策事業・糖尿病予防事業・CKD 予防事業・転倒予防事業(4)／肝炎ウイルス検診／胸部・胃がん施設検診(3)・胃内視鏡による個別検診事業委託・大腸がん(2)・肺がん(2)／母子保健(2)／微量アルブミン検診事業／精度管理業務(2)

■夜間休日診療・救急(50)

在宅当番・救急医療情報提供実施事業(20)／休日夜間応急診療所への医師派遣業務(8)／休日夜間急患センター(4)／夜間急病診療所運営業務(2)／夜間初期診療業務／救急医療事業(2)・救急医療(当番制.1年 365 日、24 時間体制で)／平日夜間小児急患センター・こども救急センター／救急医療啓発普及業務(2)／在宅当番医(3)／休日の昼間に輪番で診療支援にあたる当番医の当番日の調整及び診療支援／病院群輪番制病院運営事業(3)／地域住民に対する救急医療知識の普及啓発(救急医療啓発普及事業～市民講演会の実施.救急医療普及啓発等の各種イベントへの参画当)(2)

■在宅医療・介護連携に関する事業(35)

在宅医療・介護連携推進事業(13)／在宅医療・介護連携推進支援事業(社協が委託を受け医師会が協力の体制)
 ／在宅医療サポートセンター事業・在宅医療介護連携サポートセンター(在宅医療・介護連携支援センター業務委託)設置・運営受託(10)／在宅医療推進強化事業／在宅医療・介護連携推進協議会(2)／在宅医療提供体制整備事業／在宅医療に関する事全般／『顔の見える連携会議』を3 圏域に分けて毎年実施／多職種連携推進・研修部会／多職種連携、東近江認知症ケアネットワークを考える会、医療福祉・在宅看取りの地域創造会議／地域包括ケア研修会(多職種連携研修会)／在宅医療、ACP の市民への普及啓発／在宅医療推進協議会の運営／地域の医療および介護サービスの資源の把握、在宅医療および介護連携の課題の抽出と対応の検討、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、在宅医療および介護連携に関(2)／在宅医療・介護連携相談室設置委託(2)／在宅医療・介ゴに関する講演会や住民公開講座の開設(2)／多職種事例検討会／入院時の医療コーディネーター／医療・介護・福祉スーパーバイザー人材配置委託

■ワクチン接種(42)

予防接種・ワクチン接種(38)／新型コロナワクチン接種問診業務(3)／予防接種健康被害調査委員

■地域保健活動(24)

学校保健業務委託(腎臓・心臓病調査・各種検診・検査、学校相談)(12)／母子保健(乳幼児健診等)(11)／産業医

■介護保険関係(19)

介護保険審査会(4)／介護保険制度・主治医意見書記載内容等支援事業／介護保険制度円滑化事業／介護保険対策事業／地域包括支援センター業務委託(2)／広域行政事務組合からの依頼に基づいて、介護認定審査会の会長と副会長の就任／主治医意見書作成研修会／障害支援区分認定等に係る医師意見書記載内容等支援事業／認知症初期集中支援推進事業受託(4)／認知症地域医療支援・認知症施策総合支援事業／認知症総合支援／かかりつけ医認知症対応力向上研修

■准看護師養成学校の運営(4)

准看護師養成所の運営(3)／附属准看護学院への補助金

■その他

かかりつけ医研修会の開催(年数回)／地域医療室推進事業・地域医療に関する講演会／小児医療等対策事業／ICT 推進公衆衛生活動費補助金(2)／特定疾病診療報酬請求事務手数料／国民保護・防災委員／子ども医療費補助事業

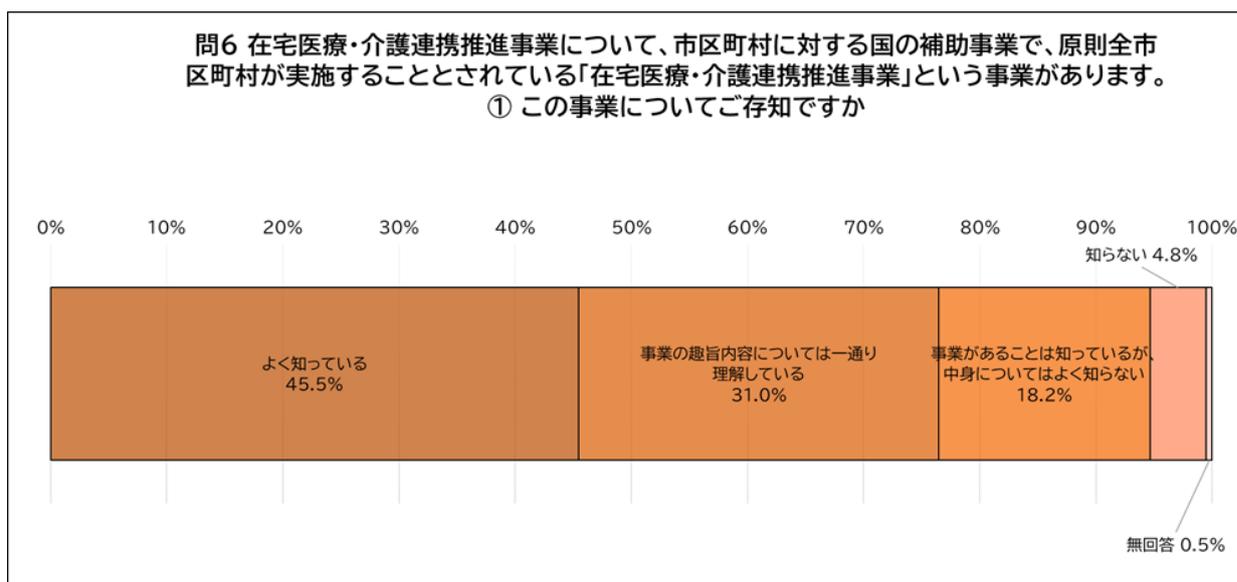
2-6. 在宅医療・介護連携推進事業について

在宅医療・介護連携推進事業についての認知度

図表 2-6-1 は、市区町村に対する国の補助事業で、原則全市区町村が実施することとされている「在宅医療・介護連携推進事業」についての医師会の認知度を示している。

「よく知っている」が 45.5%で最も多く、続いて「事業の趣旨については一通り理解している」が 31.0%であり、8割弱の医師会が認知しているという状況であった。「事業があることは知っているが、中身についてはよく知らない」と回答した医師会は、18.2%であった。なお、地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についてもみたが、有意差は確認されなかった。

図表 2-6-1. 在宅医療・介護連携推進事業についての認知度



在宅医療・介護連携推進事業への参加状況

図表 2-6-2 は、在宅医療・介護連携推進事業への医師会の参加状況について尋ねた結果を示している。

「参加している」と回答した医師会は 87.2%で、参加している医師会が大半を占めていた。参加の形態（複数回答）については「会議体への参加（委員として参加）」が全体の 57.8%で最も多く、「求めに応じて市区町村が行う事業に傘下会員が参画・協力」が 44.4%、「医師会として事業の一部を受託して実施」が 40.1%の順であった。

図表 2-6-2. 在宅医療・介護連携推進事業への参加状況

	回答数	割合
参加している	163	87.2%
【再掲】 会議体への参画（委員として参加等）	108	57.8%
【再掲】 求めに応じて市区町村が行う事業に傘下会員が参画・協力	83	44.4%
【再掲】 医師会として事業の一部を受託して実施※	75	40.1%
参加していない	22	11.8%
無回答	2	1.1%

「医師会として事業の一部を受託して実施」していると回答した医師会の具体的な事例（自由記述回答）については、図表 2-6-2 に示している。

一部受託とはいえ、多くの事業が詳細に回答として寄せられている。最も高い頻度だったのは、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進のための「多職種連携」として「研修会や講習会」、続いて、合議体である「在宅医療・介護連携支援センターの設置」、「医療・介護関係者の情報共有の支援」、「地域住民への普及啓発」などが挙げられていた。これらの記述から、同じ事業名でも、医師会（あるいは地域ごと）の取り組み方の特徴、創意工夫の様子、今後の展望など、事業の多様性がうかがわれる。

図表 2-6-2. 医師会として事業の一部を受託して実施(自由記述回答)

■多職種連携(61)

○研修会・講習会(46)

多職種連携推進研修会(9)／多職種連携、在宅医紹介、在宅医の研修等(在宅医療研修会 在宅医療講習会など)(2)／

多職種連携推進研修会、事例検討会をそれぞれ年度内に一度開催している／職種研修会を年数回開催／地域包括ケア研修会(多職種連携研修会)／医療介護スキルアップ研修、ACP スキルアップ研修／在宅医療・介護連携推進事業検討会／在宅医療・介護協議会主催(在宅医療・介護協議会ワーキンググループ主催)／多職種連携の推進を目的とした講演会、勉強会の開催／医療介護福祉等の関係者との連携強化のため、市と共催し「清水在宅医療・介護・福祉連絡会」を年2回開催している／医師会が主導し、多職種連携の会を定期開催している(医師・歯科医師・薬剤師 訪問看護師 リハ専門職 ケアマネージャー・行政職)／医師、訪問看護師、薬剤師で定期的に検討会を開催／在宅医療啓発事業及び講演会の実施／多職種合同ケアカンファレンス、多職種連携研修会、症例懇談会／多職種連携カンファレンスの開催(年1回2月開催)／かかりつけ医研修会の開催(年数回)／ケアマネ試験直前講習会6回／連携を密にするため研修会や多職種の代表者との集まりを定期的に行っている。また ACP 研修も行っています／定期ではないが介護職の方々と会合／顔の見える多職種連携の勉強会。年6回偶数月に実施。運営:ケアマネを中心として実施。事例研究とテーマに合わせたミニ講座実施。多職種研修会は年1回、外部講師による講演、事例研究等／多職種連携研修会やワークショップを実施／医療と介護のネットワーク、地域包括ケアシステムの推進と共生社会の実現に寄与するため、医療・保健・福祉・介護・行政など、多様な職種や関係機関と連携、協力する体制づくり／訪問診療医向け同行研修の実施(2)／ケアマネと Dr の連絡シートなどの作成／ケアマネタイム／多職種との情報交換に努め定期的な研修会を実施している／担当者会議、研修会の実施／地域医療における多職種連携に関する講演会開催／管理栄養士を招いて多職種事例検討会を開催した。今度は、歯科医を招いて、口腔ケアを通じて、肺炎予防について検討会を開催する予定／H26年度より地域在宅医療介護連携推進会議を医師会主導で開催。現在は行政が中心となり、継続的に会議を実施。年1回多職種の集まる勉強会を医師会が開催している／京都府医師会の補助金事業で多職種協働の事業。年2-3回府市もご協力いただいている／鈴鹿在宅医療ケアシステムの運営に参加。運営会議・議長は医師会長が務める。研修会・事例検討会など活発に運営されている多職種連携の会で定期的に事例検討・研究会を実施／市と協働して年6回多職種が集まり研修会を開催している／東彼3町ケアセミナー ケアを必要とする人々が、いつでも良質のサービスが受けられるようにケアを担当する人々の資質向上を目的とし、あわせて医療・保健・福祉・行政の連携を深めていくもの／毎月訪問看護・介護事業従事者を対象に研修会を開催している／3事業合同研修会を開催、病院医療職研修(研修講師の派遣)、多職種連携セミナー(セミナー講師の派遣)、ケアマネージャーのための在宅医療セミナー(セミナー講師の派遣)の実施／在宅ケアネット・渋川講習会・渋川摂食嚥下研究会・渋川褥瘡ケア研究会 など

○合議体の設置等(15)

在宅医療介護連携推進会議(在宅医療推進連絡協議会、在宅医療・介護連携推進委員会など)(8)／在宅医療介護連携支援センター運営委員会の開催。年1~2回／在宅医療ネットワーク専門部会主催(訪問看護部会及び訪問リハ部会主催)／多職種連携の協議・意見交換会の場の設置・運営／区域別多職種連携会議への参加／四師会(医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会の協議の場)／多職種連携し、心不全を早期に発見、予防する／多職種連携会議の開催

■在宅医療・介護連携支援センターの設置(37)

在宅医療・介護連携支援センター運営業務(20)／医師会在宅医療連携拠点を運営している／当医師会管内市町からの委託料により、担当職員1名を配置している。事業内容については、在宅医療・介護連携推進事業の全般を実施しているが、市町とも定期的に企画会議をもち事業を進めている／事業の各種プロジェクトに当初から関わり協力・協賛／市からの委託により、在宅医療・介護連携相談センターを設置(3)・在宅医療・介護連携に関する相談業務(6)／ほとんどの事業内容を受託している・8つの事業項目のうち(7)の関係市町村の連携以外全ての項目について受託(4)／医療介護連携コーディネーター事業を3年間実施

注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

(続) 図表 2-6-2. 医師会として事業の一部を受託して実施

■地域住民への普及啓発(14)

地域住民への普及啓発(3)／市多職種協働活動として市民への啓蒙活動(市民ドーム)の実施／市民医療フォーラム、つながりノート連絡会／年1回市民フォーラムと称した講演会などを開催している／地域住民対象の医療相談

市民公開講座 出前講座／在宅医療出前講座／市庁舎の中で高齢者相談窓口を開設／認知症市民フォーラム／住民公開講座／在宅医療協力医療機関のホームページへの掲載／紙芝居を作成して社会福祉協議会のサロン活動に同行している／認知症サポートデイ～オレンジケア in 渋川・北群馬の開催(認知症高齢者などにやさしい地域づくりを目指す活動)

■地域医療関係(11)

入退院支援ルール調整会議主催／入退院・入退所連携／医療機関のMSWと地域包括支援センターとの連携会議を実施／退院調整ルール関連／認知症対応マニュアルや災害時のチェックシート／認知症初期集中支援チーム／医師会が会議を主催している。主治医不在時の対応法等協議している／認知症対応・在宅医療・入退院支援・災害時の対応の4つの部会において毎月活動を行っている／ブルーカードシステムの運用(在宅患者が夜間、休日などの急変時に搬送先の医療機関に事前登録しておくことで、救急搬送をより迅速に行え、本人の事前意思を尊重できるようにするシステム／L' école de 在宅など)(2)／地域糖尿病学術講演会

■医療・介護関係者の情報共有の支援(9)

カナミック管理者会議主催／ネットワーク構築(SNS)／イカロスネット(医療介護地域推進ネット)：平成23年より、地域包括支援センターと医師会が共同で関係多職種連携を行い、在宅医療を推進。それ以前の平成12年より、医師会が中心となり、多職種が集まり講演会や事例検討会、情報交換等を実施／医療介護関係者の情報共有ツールの整備(シズケア・かけはし)／比企医師会が中心となって患者情報共有システムを使い、多職種専門家と医療機関・介護施設等の多くの施設の連携を進めている／患者情報共有システムの導入／MGS(メディカルケアステーション(MGS)という、エンブレース株式会社が運営する地域包括ケア・多職種連携のためのコミュニケーションツール。厚生労働省、総務省、経済産業省から提供されている各種ガイドライン(3省3ガイドライン)に準拠したICT環境で利用できる)の導入・推進(3)

■地域の医療・介護の資源の把握(2)

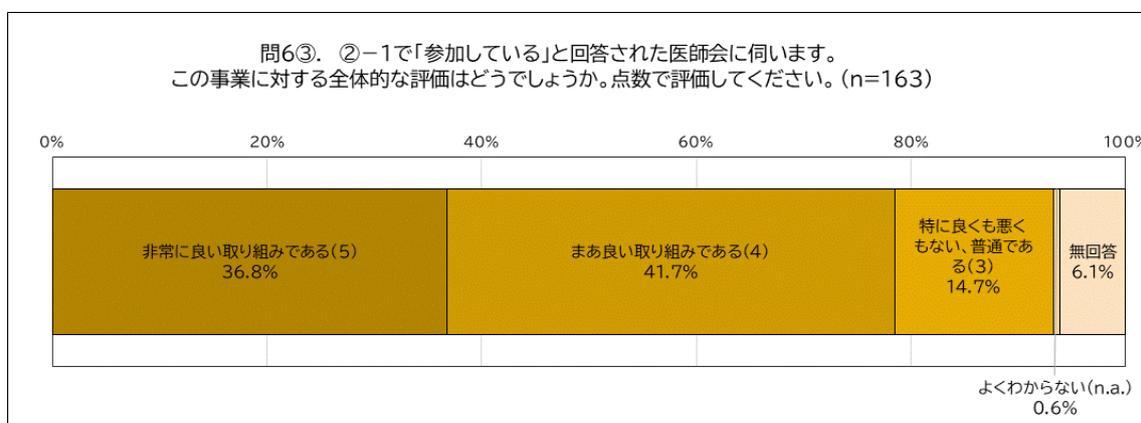
地域の医療・介護の資源の把握／在宅医療資源マップ

注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

在宅医療・介護連携推進事業についての評価

図表 2-6-3 は、「参加している」と回答した医師会に、在宅医療・介護連携推進事業に対する全体的な評価を点数で尋ねたものである。「非常に良い取り組みである(5)」が 36.8%、「まあ良い取り組みである(4)」が 41.7%であり、8 割近い医師会からは一定の評価を得ていた。他方で「特に良くも悪くもない、普通である」という回答が 14.7%あり、今後の課題として留意する必要がある。なお、地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についてもみてみたが、特段の有意差は確認されなかった。

図表 2-6-3. 在宅医療・介護連携推進事業についての評価



図表 2-6-4 は、在宅医療・介護連携推進事業について評価できる評価できる点(自由記述回答)について示している。「多職種連携の促進・意識の向上」が最も出現頻度が高く、続いて「多職種連携促進による効果」として、関係性の構築による効率的な業務遂行、協力体制が築けたなど多様な効果があげられた。「医師会と行政との協働を促進」、「医療機関との連携の円滑化・地域医療提供体制構築への期待」および「在宅医療・介護連携関係」なども挙げられていた。また、「情報共有・連携システムの構築」および「地域ケアの向上」などに関する回答もあった。結論としては、多職種連携への効果が見られていることがわかる。他方、少数ではあるが、「任せきりで自治体の関与はほとんどない」「行政がしてくれないと、医師会としては手が回らない。」「まだよくわからない」などの評価していない点についての回答があり、今後の課題として留意する必要がある。

図表 2-6-4. 在宅医療・介護連携推進事業について評価できる点(自由記述回答)

■多職種連携の促進・意識の向上(31)

様々な医療・介護関係者の顔の見える関係を構築でき、多職種によるスムーズな連携ができて点／参加者の意外な一面を見ることが出来る／在宅医療・介護に携わるすべての職種の代表が参加している4つの部会が具体的な活動をしている／歯科医師会や薬剤師会を始め、医療・介護専門職との連携強化に繋がっている／顔が見える相談しやすいシステムができて点、スムーズに話がすすむ／多職種連携がすすみ、在宅患者さんへの診療・介護が行いやすくなった／距離のあった医療専門職と介護事業者の顔の見える連携ができた／文字通り顔の見える関係ができる 誰に相談すればよいか判断に時間がかからない／事例検討会を行い顔の見える関係になっている／在宅医療に係わる多職種間の連携が大幅に推進された／地域で医療・介護に関わる行政を含めた全ての職種との顔の見える関係が構築できて点／介護事業所から介護施設をはじめ、歯科医師を含め多職種に渡る情報の共有と検討がされ、医療機関の参加も増えている／退院調整ルール策定、研修、会議等の開催により、多職種連携の重要性について医療・介護関係者の意識向上に繋がっている。

■多職種連携促進による効果(15)

医療や介護の多職種、関係機関との連携により、包括的な地域づくりへの取り組みが出来ている／多職種協働の取り組みにより医療と介護の高い壁が少しは低くなってきている。コロナ感染症が発生前は1カ所に集まっていた研修会や講演会であったが、現在は殆どがZoom活用で実施している。コロナ感染症がきっかけとはなっているが、時代にあった手法だと評価できる／「医療・福祉・司法何でもかんでも相談会」にて、適切に医療受診できていない方、障害があり生活しづらさを感じている方、他を医療職、福祉職、司法職が一体となって問題解決の方向付けをする。効果的な多職種連携。相談内容のその後のフィードバックを実施。地域独自の取り組みができること、PDCAサイクルに沿った継続的取り組みができること、色々な取り組みが出来ている／医療介護関係者、警察消防署職員が一同に会し、研修会を実施しているため、顔の見える関係が作れる。又、事例検討会やグループワーク等で各々が抱えている問題を共有し協力体制が得られる／多職種が集まる機会が増えた／各職種が共同で個別のケースに対応することで、個別のニーズをより高い次元で満たすことができるというメリットを衆知することができる。又、お互いが情報交換することで双方にとって負担の少ない、効率的な作業行程等を構築することが可能となる／多職種の意見を聴取出来る点・多職種の意見交換が出来る・最新の課題に対して多職種で討論できる／行政や消防等も含めて種々の職種から成り毎年テーマを決めて活動を行っている点、総人数は80人程度でグループに別れて活動している。

■医師会と行政との協働を促進(11)

市町村と医師会のそれぞれの強みを生かし、協働で取り組み課題を共有することで医療介護連携の事業に反映できる(3件)／市民の意識向上(一般市民への在宅医療の普及啓発・大小の市民公開講座を開催し、啓発に力を入れている。実情に応じた課題に対し、協議体を速やかに立ち上げ、協議の場の提供を行っている・在宅医療について市民の意識を高める・市民の参加が少しずつ増えている。)／行政が積極的に介入してくれる場ができた点／行政が事業の重要性を理解している点・市役所が首頭をとり、多職種があつまるとして機能している／市民向け啓発など、1つの団体がおこなうよりも周知力や場所の提供など、メリットも大きい／各市町村を主体にしている点／医師会が主体的に事業を取り組むにあたり人員確保の予算を確保できる／補助金を出してもらえ点、医師会がしっかり取り組まなければいけないことであると自覚してもらえる点／行政、多職種との連携が深まる。市民への普及啓発がすすむ。

■医療機関との連携の円滑化・地域医療提供体制構築への期待(6)

医師会がこの事業を受託しているメリットは、医療機関との連携がスムーズであること。また、訪問看護ステーション、介護支援ステーション(居宅介護支援事業所)、ヘルパーステーション(R5.5.1～休止中)を運営しており、在宅医療・介護連携の需要は高くなっている。地域住民の生活を守るために、多職種が顔の見える関係を築き連携を図る上で、医療を担う医師会が果たす役割は重要であるとする／各事業の実施により在宅医療に対する理解、診察連携、病診連携、多職種連携の推進、日常の療養支援、緊急時の対応、在宅での看取り等様々な局面で求められる課題への対応に資するもので、在宅医療を確保するうえで評価できるものとする／病院の持つ機能が生かされる状況となり、連携がスムーズになりやすくなると思われる(当地では基幹病院内に事業の拠点が設置されたため)／病院の連携室にいるMSW,NS,PSW等の力を借りて連携事業に取り組める/夜間急変時の対応がよくなるかもしれない／訪問看護ステーション、基幹病院の地域医療連携室との意見交換会を定期的に開催している。

(続) 図表 2-6-4. 在宅医療・介護連携推進事業について評価できる評価できる点

(自由記述回答)

■在宅医療・介護連携関係(6)

在宅医療はこれから必須になると思われその際には介護との連携が必要になり事業としては良いと思われる／PDCA サイクルに沿った取り組みを行うことで、医療介護連携の提供体制が継続的に構築できる。／仮題を抽出し、課題の解決に向けた切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築が進んだ。／在宅医療・介護連携の必要性・重要性を認識する機会を得ることのできる事業である。関係団体(行政・医師会・在宅事業所など)の職員が、一堂に会し顔の見える関係を作れることは良いことである。／超高齢化社会にある日本では、今後さらに在宅医療・介護連携の推進の取り組みは必要となり医師会も積極的に事業に参加していることが多職種協働・連携に重要なものとなる。(市が窓口を医師会にしたことは評価できる。)(本会が事業参加していくことは引き続き行いたい。)/在宅医療・介護連携のための拠点が明確になった。

■情報共有・連携システムの構築(5)

多職種間で利用できる連携ツールの作成／入退院情報共有シートや、医療・介護の資源リストを作成し、活用している／医療介護連携相談支援室から在宅医療機関全件にメールリストでアクセス可／MCSの使用頻度は県内でも有数となっており、多職種連携に関してはかなり進んでいると考える。/地域医療における在宅医療 包括的ケアに関する問題点や実情の情報共有ができる／2040年に向けて在宅医療介護の連携による在宅医療と入退院治療のスムーズな移行は重要なテーマと考える。インフラ・ネットワークの構築、人事育成には時間がかかるので現時点から取り組みを進めることは大きな意義がある／市が運営するクラウドシステムにて、患者・利用者に関係する専門職が情報交換できるシステムを運営している。専門職と連携して、入退院支援ルールを活用し、医療と介護の連携を進める上で中心的な役割を持っている。

■地域ケアの質向上(5)

地域におけるケアに対する資質向上ができています。／地域課題の把握、地域資源の把握ができた/当市はこの事業を契機に、介護の主軸の一つである社協を委託事業者として、市と医師会・歯科医師会・薬剤師会が全面的に協力する体制でスタート。市内の各事業所のヒアリングより、個別対応で困ることは少ないが事業者間の連携体制や事業所のサポート体制がないことから、事業者の相談窓口やスキルアップ等のサポートを行う事業を中心に開始して成功しており、毎年市内の全介護事業所(約300)の医療対応の一覧冊子の作成や、市民対象の啓発活動を行うなど積極的に活動している／住み慣れた地域に住み続けることができる/年老いても住み慣れた地域に住み続けることができる。

■その他(5)

近隣医師会と合同で行う事が多く両医師会の交流が活発になっている。

地域包括ケアシステムの構築に向けて検討している。

地域からの発案及び運営

職種連携研修会を定期的に開催している。一般市民を対象に市民公開講座を定期的に開催している。

定期的に連携会を開催し、モチベーションを保っている。

注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

その他

任せきりで自治体の関与はほとんどない。

行政がしてくれないと、医師会としては手が回らない。

まだよくわからない。

Ⅲ 新型コロナウイルス発生後(2020年4月～2023年5月の5類移行まで)の対応

3-1. 在宅のコロナ陽性者等への診療対応についての取り組み

新型コロナウイルスの感染拡大をうけて、特に自宅療養を余儀なくされた在宅のコロナ陽性者(感染の疑いのある方を含む)や濃厚接触者である同居家族の方々への診療対応が各地域で大きな問題になった。

図表 3-1-1 は、新型コロナウイルス発生後の在宅のコロナ陽性者や感染の疑いのある方への診療対応について、各地域でどのような取り組みがなされたのかを尋ねた結果を示している。

「陽性が判明した時点で、患者は保健所の管理下に入り、入院調整や在宅患者との連絡等は、基本的には保健所がすべて対応した(44.9%)」との回答が最も多く、基本的には保健所が対応したとの回答が半数近く占めていた。他方で、「保健所業務がオーバーフローし、支援を求められたので、自身の患者以外の陽性患者についても往診・電話対応・オンライン診療等の対応を行った(医師会として、会員医療機関に協力を求めた)(20.3%)」、「保健所・行政は患者家族の生活支援を中心に行い。医療については初診をした医療機関が引き続きフォローした(19.8%)」、「保健所業務(入退院調整、在宅患者・退院患者のフォロー等)を支援するために、特別の支援体制を作った(2.7%)」など、保健所業務の支援や役割を分担して、医療機関も在宅のコロナ陽性者等への診療対応を行っていたと回答した医師会も4割以上存在した。

なお、地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についてもみてみたが、特段の有意差は確認されなかった。

図表 3-1-1.在宅のコロナ陽性者や感染の疑いのある方への診療対応についての取り組み

選択肢	回答数	割合
陽性が判明した時点で患者は保健所の管理下に入り、入院調整や在宅患者との連絡等は基本的には保健所が全て対応した(陽性になってから以降は初診をした医療機関(診療所・病院)の手を離れた)	84	44.9%
保健所・行政は患者家族の生活支援を中心に行い、医療については初診をした医療機関が引き続きフォローした	37	19.8%
保健所業務がオーバーフローし、支援を求められたので、自身の患者以外の陽性患者についても往診・電話対応・オンライン診療等の対応を行った(医師会として会員医療機関に協力を求めた)	38	20.3%
保健所業務(入退院調整、在宅患者・退院患者のフォロー等)を支援するため、特別の支援体制を作った	5	2.7%
その他※	5	2.7%
無回答	18	9.6%

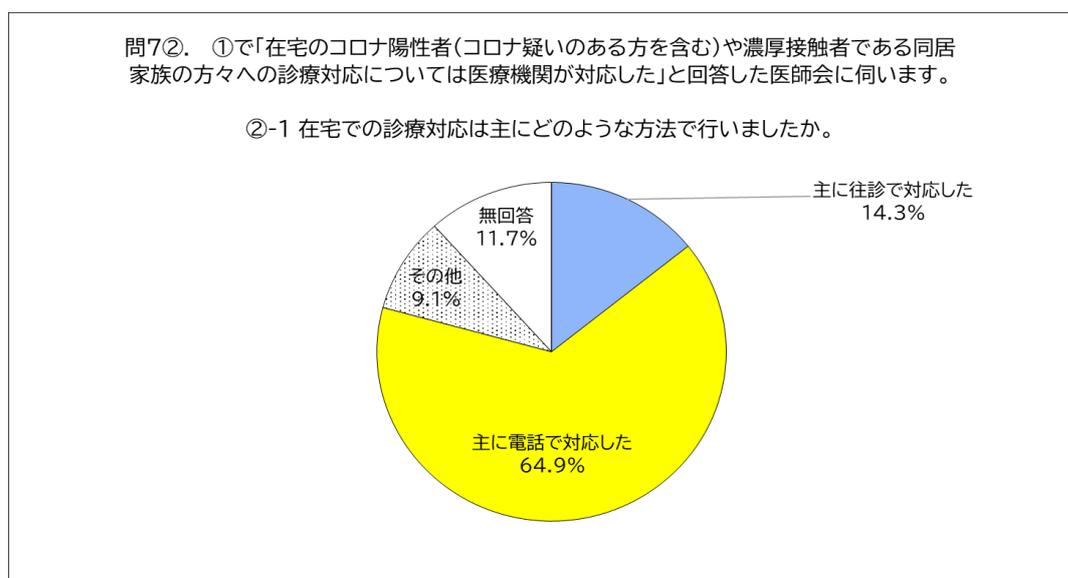
※その他

・会員医療機関が個別に判断し対応した

図表 3-1-2 は、在宅のコロナ陽性者(コロナ疑いのある方を含む)や濃厚接触者である同居家族の方々への診療対応について医療機関が対応した旨を回答した医師会³が、在宅での診療対応を主にどのような方法で行ったのかを尋ねた結果を示している。

「主に電話で対応した」が最も多く 64.9%であったが、他方「主に往診で対応した」という回答が 14.3%みられた。

図表 3-1-2. 在宅での診療対応は主にどのような方法で行ったか(n=80)



その他(自由回答):

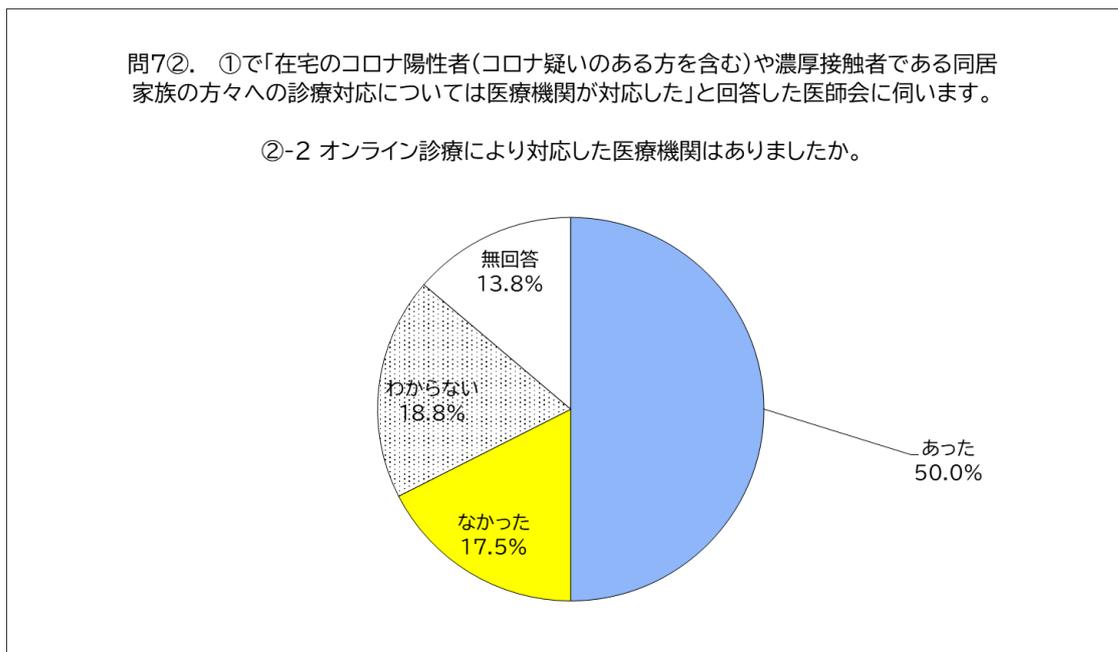
- ・初診で対応した医療機関が大変少なく、市民の皆さんがどのような対応を受けていたのかは不明。
- ・回答している当院はできる限り往診していたが、他がやっていないので、という前置きで依頼が多かった記憶があります。ただ、当院も往診ができるようになったのはだいぶ後になってからです。

³ アンケートの設問 7①で、下記 3 つの選択肢のうち、いずれかを選択した回答者 84 医師会のうち、回答、本設問に回答していた 80 医師会の分析結果である。
 保健所・行政は患者家族の生活支援を中心に行い、医療については初診をした医療機関が引き続きフォローした。
 保健所業務がオーバーフローし、支援を求められたので、自身の患者以外の陽性患者についても往診・電話対応・オンライン診療等の対応を行った。(医師会として会員医療機関に協力を求めた)
 保健所業務(入退院調整、在宅患者・退院患者のフォロー等)を支援するため、特別の支援体制を作った。

図表 3—1—3 は、オンライン診療により対応した医療機関があったかどうかを尋ねた結果を示している。

「わからない」が 18.8%、「なかった」が 17.5%であった一方で、「あった」と回答した医師会が 50%あり、コロナ禍でオンライン診療が一定の普及を見たことが推察される。

図表 3—1—3. オンライン診療により対応した医療機関



3-2. 行政側から求められた支援

図表 3-2(1)～(6)は、行政側から特に支援を求められたことと、それらの要請にどの程度対応できたかを示している。

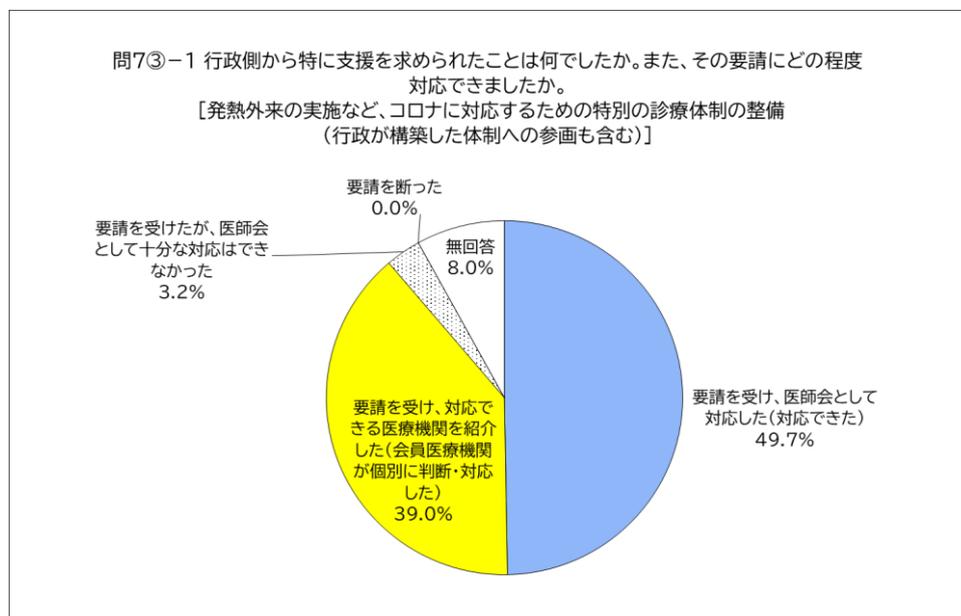
「要請を受け、医師会として対応した(対応できた)」割合に着目すると、最も高い割合を示したのは、「ワクチン接種」であり 79.1%を占めた。続いて、「発熱外来の実施等など新型コロナウイルスに対応するための党区別の診療体制の整備」が 49.7%、「クラスター対応」18.6%、「在宅患者への往診・訪問診療」が 18.0%、「退院患者のフォローアップ」が 10.7%の順であった。「要請を断った」割合は、各々の対応において極僅かまたは皆無であった。また、対応できない場合は、対応できる医療機関を紹介しているが、「対応できる医療機関を紹介した」割合が最も高いのは、「在宅患者への往診・訪問診療」で 56.4%、続いて「退院患者のフォローアップ」が 46.0%、「クラスター対応」が 44.9%、「発熱外来の実施」が 39.0%などの順であった。

なお、地域ブロック別、人口規模別、会員規模別にもみてみたが、特段の有意差は確認されなかった。

「退院患者のフォローアップ」と「クラスター対応」については、無回答が各々32.1%、24.1%であるが、これらの無回答の割合の高さの解釈については、そもそも行政からの要請がなかった医師会だったという可能性も考えられる。総じてみると、ワクチン接種については医師会主導で組織として対応、在宅患者への往診・訪問診療、退院患者のフォローアップなど個別の患者への対応については各会員医療機関の判断で対応、というケースが多かったことが見て取れる。

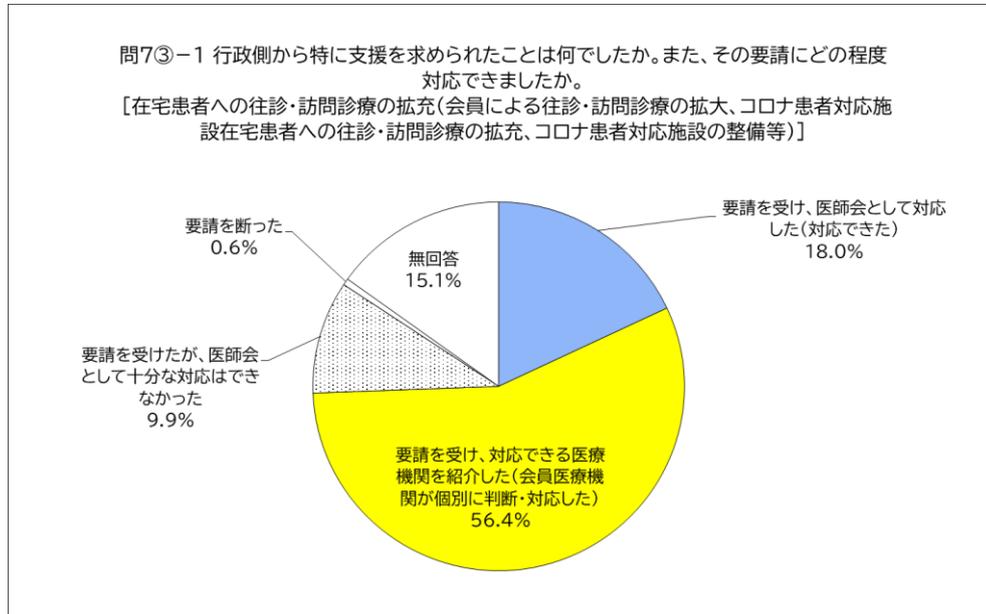
図表 3-2. 行政側から求められた支援(n=187)

(1) 発熱外来の実施など、コロナに対応するための特別の診療体制の整備
(行政が構築した体制への参画も含む)



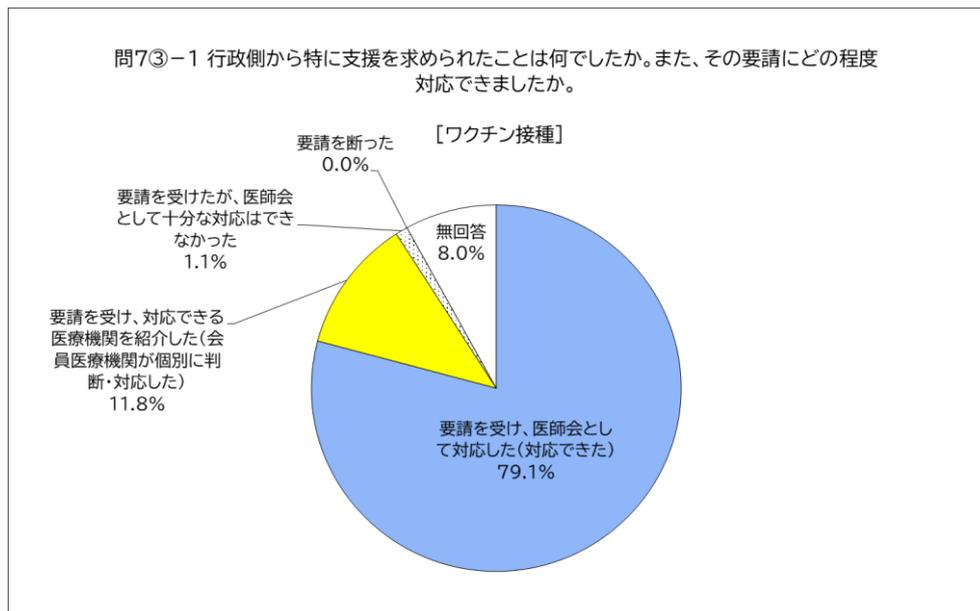
(2) 在宅患者への往診・訪問診療の拡充

(会員による往診・訪問診療の拡大、コロナ患者対応施設在宅患者への往診・訪問診療の拡充、コロナ患者対応施設の整備等)

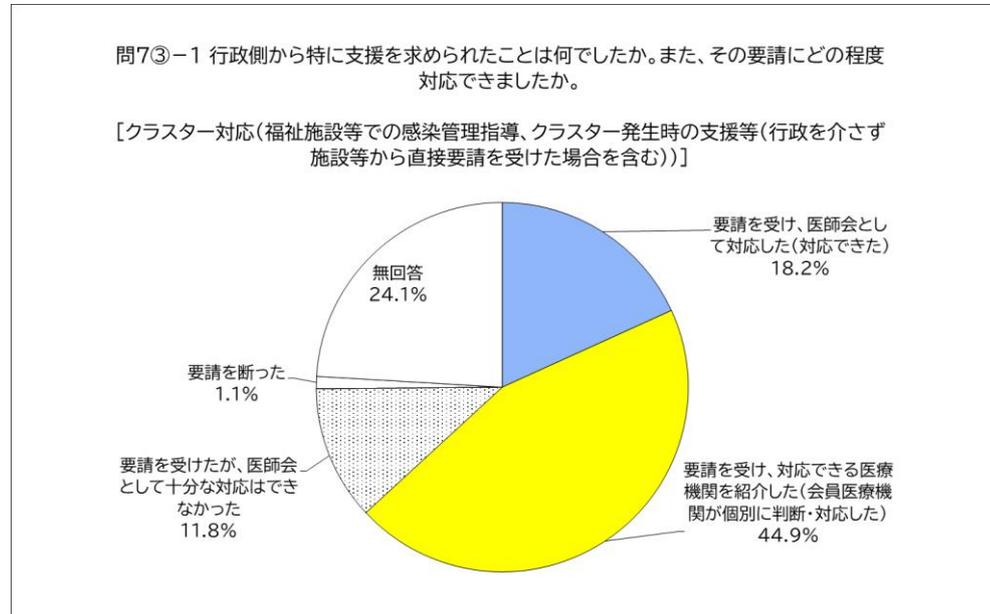


(続) 図表 3-2. 行政側から求められた支援(n=187)

(3) ワクチン接種

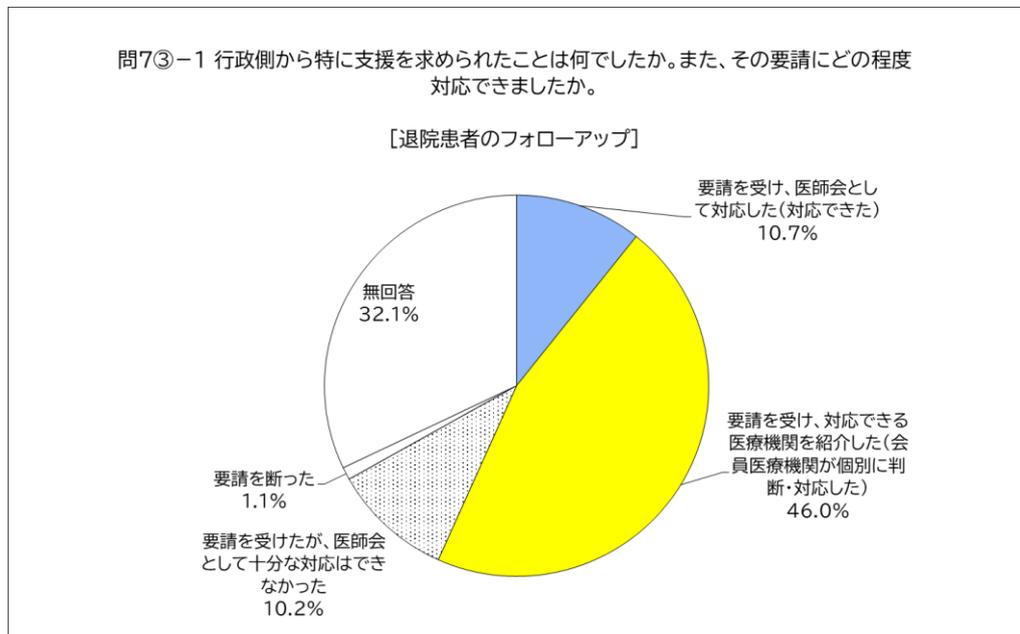


(4) クラスター対応(福祉施設等での感染管理指導、
 クラスター発生時の支援等行政を介さず施設等から直接要請を受けた場合を含む)



(続) 図表 3-2. 行政側から求められた支援(n=187)

(5) 退院患者のフォローアップ



(続) 図表 3-2. 行政側から求められた支援(n=187)

(6) (1)～(5)以外の具体的な要請事項とそれへの対応

■医師会が設置した発熱外来、PCRセンターでの活動(14)

PCRセンターの設置(3)／相談センターの設置(2件)／医療機関とは別に発熱外来拠点が設置され、医師会として医師を派遣した／③-1で選択していない項目は、特に要請を受けた訳でなく、従って要請を断ったこともない。川西市医師会が独自に発熱外来を整備し、会員がそれぞれ退院患者のフォローを行った。また、クラスターが最小限となるよう指導を行いクラスターはととも少なかった。／ドライブスルーのPCR検査(医師会対応) 休日診療所でのPCR検査(医師会対応)／当初、PCR検査体制の確保に、医師会と泉大津市、保健所の協働による検査体制を確保した。具体的には、①自院で検体を提出する方法、②検体を市・町の回収場所に提出する方法をとった／医師会員が協力してサポートする体制を構築した／①では患者がかかりつけ医に電話相談後、院外や個室で検体採取し民間検査機関に検体回収を依頼、結果がかかりつけ医に戻り患者に連絡する。／②では主にかかりつけ医がいない患者に向け、指定の医療機関が電話相談に応じ、PCR検査が必要と判断した場合、医療機関で検査容器を受け取り自宅等で検体を採取願ひ、所定の回収窓口に提出いただく。検査結果は電話相談した医師に戻り、患者へ連絡した／年末・年始等の発熱外来対応の要請を受け、医師会として対応した／医師会会員が執務を担っている急病診療所での予約なしでの発熱患者への対応。

■医師の派遣・往診等(4)

入院調整がつかない時に、新宿区では一時的に入所して待機する施設に6病床を設置し、医師会から医師が派遣された／宿泊療養施設の担当医、臨時医療施設への医師派遣、クラスター施設への対応／医師が運営する老健でのコロナ患者発生時、同施設から依頼を受けた医療機関が、老健に往診(複数名、複数回)し、コロナ治療薬処方を行った(個別に対応)／宿泊療養施設(ホテル療養)患者の健康観察を行う医師の派遣 → 対応できる医療機関を紹介した。

■保健所業務のサポート(4)

保健所がオーバーフローし、自宅療養患者の健康観察、県のシステムへの日々の状態の入力を行いました／保健所の所長や保健師のオーバーワークによる疲弊を解消するために、感染患者の積極的疫学調査のための医師協議のサポートや、療養中に医師の診察が必要となった場合の時間外での対応に協力した／外出できない方への往診での病原体検査→実施可能な医療機関へ紹介／老健施設などへの出張ワクチン接種・在宅患者への出張ワクチン接種

■オンライン診療

新潟県医療調整本部より要請を受け自宅療養患者をオンラインで診療(内科医が交替で)を行った。

オンラインシステム(SHINGENシステム)による患者の病態把握を県医師会の指導のもと医師会員で行った。

■その他

在宅訪問診療体制の構築(保健所、医療機関、訪問看護ステーション)

毎月1回定期的に行うネットワーク会議での情報共有”

酸素ボンベを活用した医療支援活動。

https://www.city.minato.tokyo.jp/houdou/kuse/koho/houdouhappyou/documents/20210830kisyahappyo_pp3.pdf

■要請無し

クラスター対応・退院患者のフォローアップの医師会への要請はなかった。

無記入の2件については、要請がなかった。

注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

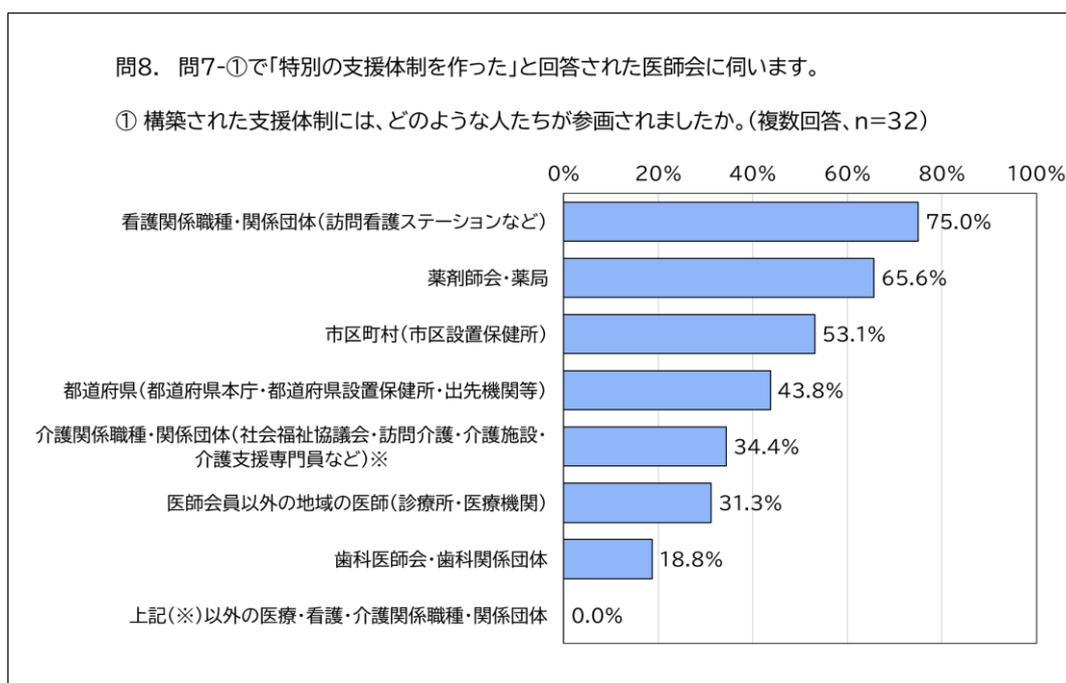
3-3. 新型コロナウイルスに対応するための支援体制の構築

構築した支援体制に参加した関係者

図表 3-3-1 は、新型コロナウイルスの対応のために構築した支援体制に、どのような人が参加したかについて尋ねた結果(複数回答)を示したものである(支援体制を構築した医師会 n=32)。

支援体制に参加した関係者については、「看護関係職種・関係団体(訪問看護ステーションなど)」が 75.0%で最も多く、続いて「薬剤師会・薬局」が 65.6%、「市区町村(市区設置保健所)」が 53.1%などの順であった。

図表 3-3-1. 構築した支援体制に参加した関係者(n=32)



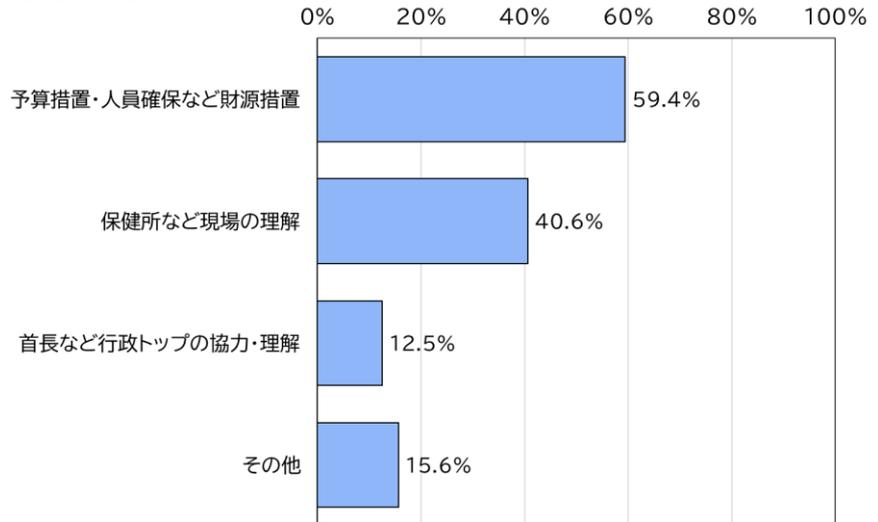
体制を構築する上での行政側の課題

図表 3-3-2 は、新型コロナウイルスの対応に関する特別な支援体制を構築する上での行政側の課題を尋ねた結果を示したものである。「予算措置・人員確保などの財源措置」が 59.4%と最も多く、続いて「保健所などの現場の理解」が 40.6%、「首長など行政のトップの理解」が 12.5%の順であった。

図表 3-3-2. 体制を構築する上での行政側の課題(n=32)

問8. ③ 体制を構築する上で何が課題(隘路)になりましたか。該当するもの全てにチェックをお願いします。

③-1 行政側の課題(複数回答、n=32)



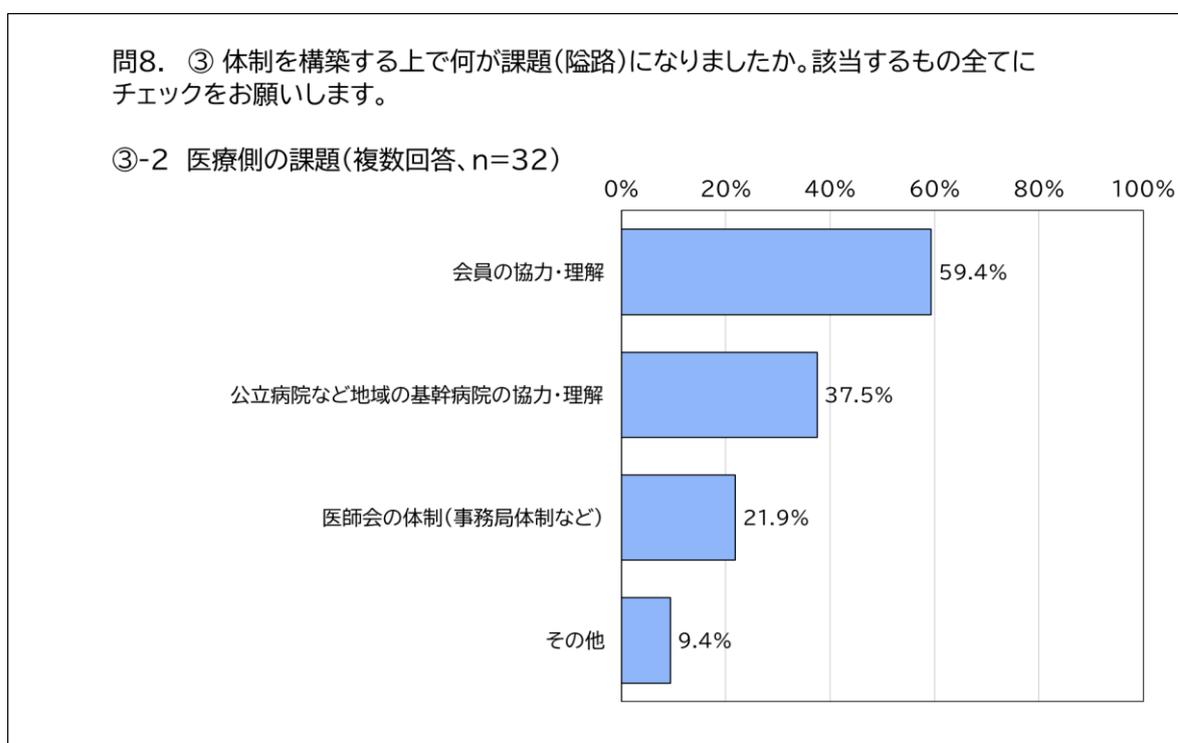
その他

- ・ 住民への情報提供に対する住民の理解、感染症指定医療機関、PCR 検査の場所の確保
- ・ 改善点という意味とは逆に、神奈川県はトップダウンで速やかに、県全体のコロナ対応を行う体制を構築し前述の地域(自宅)で診る体制や、入院施設を一括管理して入院手配するシステムを構築するなど、全国に先駆けてシステム構築したことは、システム的一端に関わったものとして強く評価する。コロナのような非常時にはこうした強いトップダウンの体制構築が必要であると考えられる。(原文のまま)

体制を構築する上での医療側の課題

図表 3-3-3 は、新型コロナウイルスの対応に関する特別な支援体制を構築する上での医療側の課題を尋ねた結果を示したものである。「会員の協力・理解」が 59.4%と最も多く、続いて「公立病院など地域の基幹病院の協力・理解」が 37.5%、「医師会の体制(事務局体制など)」が 21.9%の順であった。

図表 3-3-3. 体制を構築する上での医療側の課題(n=32)



その他

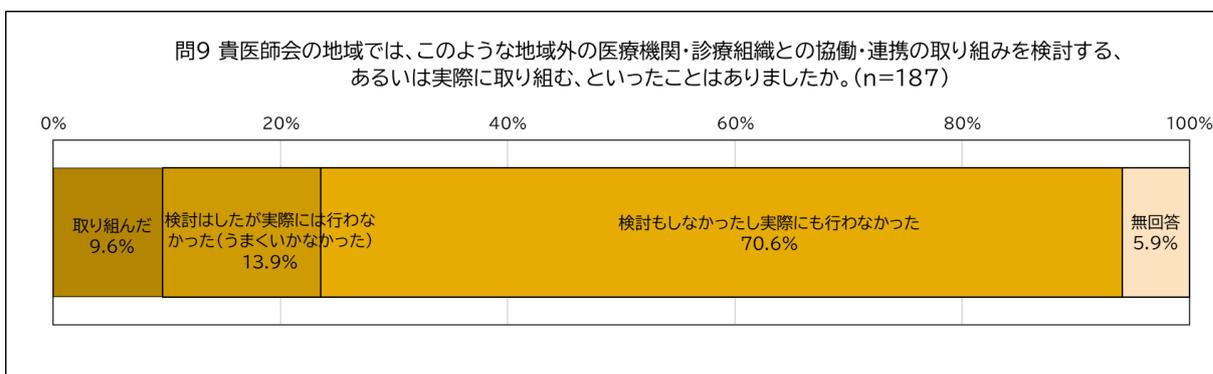
- ・医師が少ないこと／一人の医師の負担が増大
- ・改数の事業所による協力が必要なため密な連絡体制の構築が課題だった
- ・住民の集団ワクチン接種には大半の開業医が参加したが、個別については、全く参加なしの特定の診療科の医師もあり。

地域外の医療機関・診療組織との協働・連携の取り組みの状況

図表 3-3-4 は、地域外の(地域を超えた)医療機関・診療組織との協働・連携の取り組みの状況を示している。

感染拡大の大きかった地域では、地域外に拠点を持つ在宅診療専門医療機関や夜間・時間外専門の医師グループ等と連携して在宅患者への対応を行った例があったが、「検討もしなかったし、実際にも行わなかった」という回答が 70.6%と最も多く、続いて「検討はしたが、実際には行わなかった」が 13.9%、「取り組んだ」のは 9.3%であった。なお、地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についての有意差は確認されなかった。

図表 3-3-4. 地域外の医療機関・診療組織との協働・連携の取り組みの状況 (n=187)



図表 3-3-4 の図表. 協働・連携した相手方の医療機関・医師グループ

在宅医療機関・在宅医療専門診療所等との連携(7)

ファストドクター(2)／コロナ自宅療養医療支援については、日中は医師会が担当し夜間はファストドクターに依頼した。居住区に関係なく、軽症患者の入院先と重症患者の入院先を振り分けた／市内の訪問診療を行っている医師8人がローテーションで、訪問看護からの連絡を24時間電話で受け、必要ならば電話／布施医師会内の医療機関(21 医療機関)で布施コロナ往診チームを作った KISA2隊への参加／市側より中心となる病院を設定し、協力体制のもと有志の医師が訪問診療を行った／主に在宅医療を行っている医療機関

医師会との連携

福山市をエリアとする4つの医師会で協働した
夜間急病センターを医師会の先生方と協力し発熱外来を開設
東京都医師会

病院との連携

二次医療圏域の病院に入院応援依頼した山梨大学医学部、村上グループ、山梨県立中央病院、三河グループ
現だいだいの丘クリニック

行政

保健所
オンライン診療で県から割当ての診療を実施

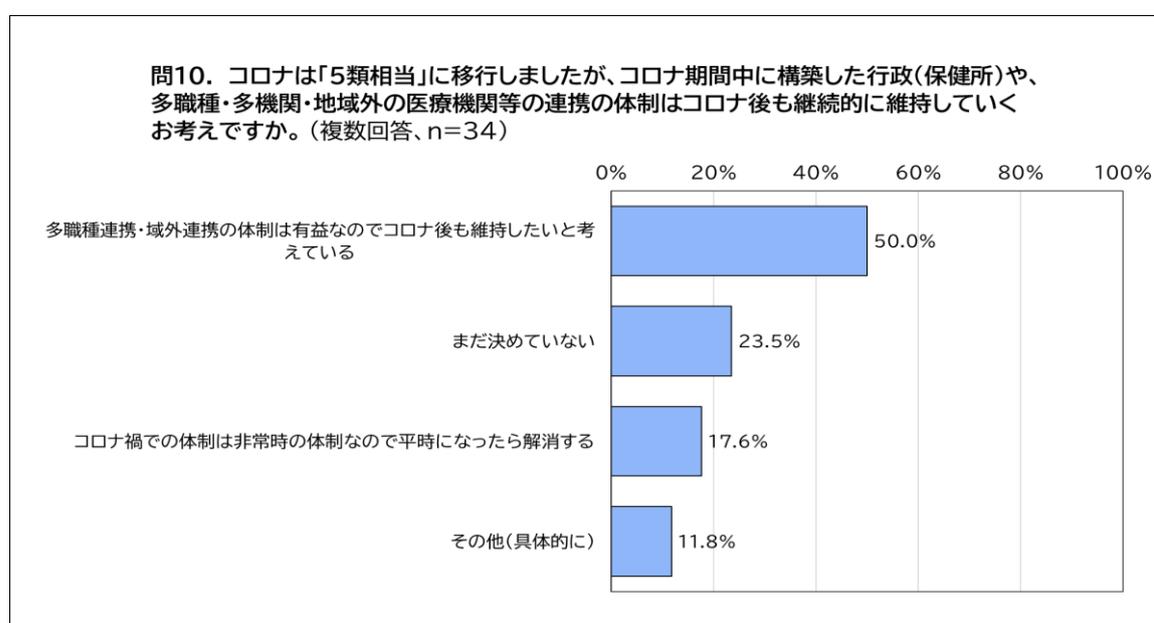
3-4. コロナ期間中に構築した行政(保健所)や多職種・多機関・地域外の医療機関等との連携の体制維持についての意向

新型コロナウイルス感染症は令和5年5月から「5類相当」に移行した。

図表3-4は、コロナ期間中に構築した行政(保健所)や多職種・多機関・地域外の医療機関等の連携の体制をコロナ後どうしていくのかを、「特別な支援体制を作った」と回答した医師会および地域外に拠点を持つ在宅診療専門医療機関や夜間・時間外専門の医師グループ等と連携して在宅患者への対応を行ったと回答した医師会(n=34)に尋ねた結果を示している。

コロナ期間中に構築した連携の体制については、「非常時の体制なので平時になったら解消する」と回答した医師会が17.6%であったのに対し、「有益なのでコロナ後も維持したい」と回答した医師会が約半数であった。「その他」に含まれる「体制を変更して維持したい」を勘案すると、全体の半数以上の医師会が何らかの形でコロナ禍において構築した連携体制を維持する意向を示している。

図表3-4. 地域外の医療機関・診療組織との協働・連携の取り組みの状況(n=34)



※その他(自由回答):体制を一部変更して維持したい/5類になった時点で、すでに事業としては終了となっている/令和6年3月を持って解消することにした。

IV かかりつけ医・かかりつけ医機能のあり方

4-1. かかりつけ医となる医師・医療機関に求められるもの

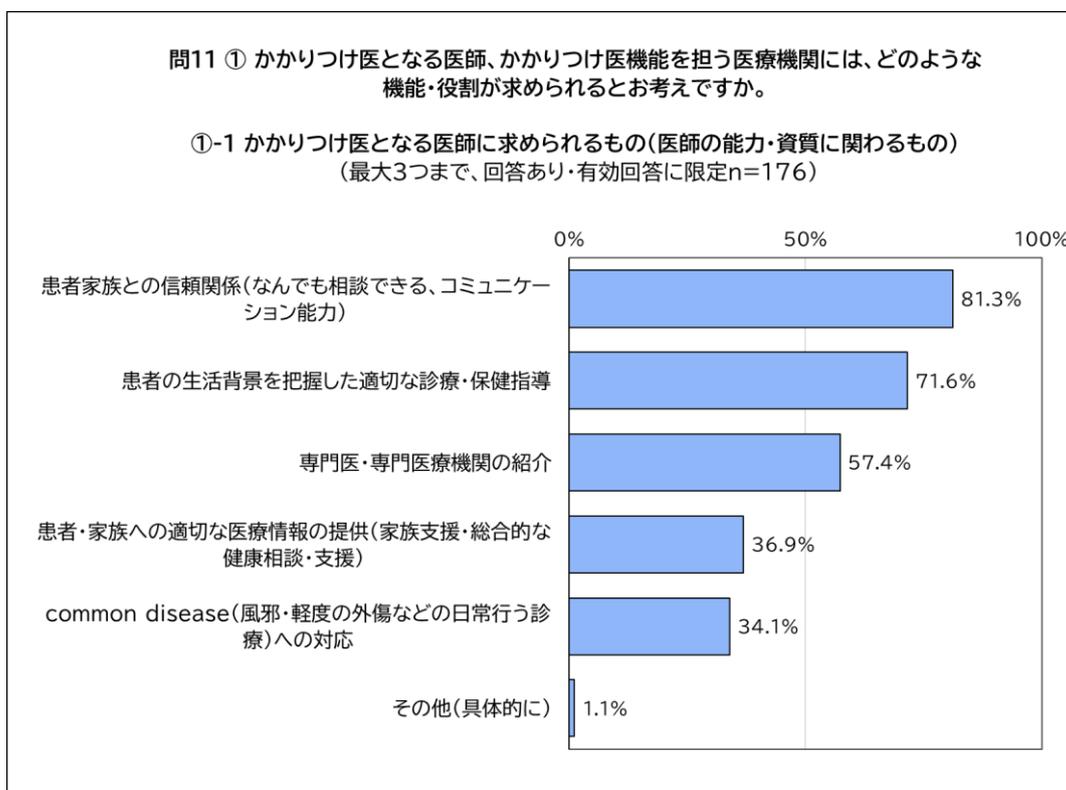
図表 4-1 は、かかりつけ医となる医師、かかりつけ医機能を担う医療機関にはどのような機能・役割が求められるかを尋ねた結果を示している(合同提言で示されているもの⁴のうち、最も重要と思うものを最大 3 つ選択)。

「患者家族との信頼関係(なんでも相談できる、コミュニケーション能力)」が 81.3%、「患者の生活背景を把握した適切な診療・保健指導」が 71.6%、「専門医・専門医療機関の紹介」が 57.4%などの順であり、「common disease(風邪、軽度の外傷などの日常行う診療)への対応」の 34.1%を大きく上回った。なお、地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についてもみてもみたが、有意差は確認されなかった。

かかりつけ医となる医師に求められるものとして、患者家族との信頼関係や日常的な診療・保健指導、専門医への紹介を重視していることが見て取れる。

⁴ かかりつけ医・かかりつけ医機能のあり方(定義)については、2013年に日医・四病協による「合同提言」が策定され、医療界としての統一見解が示されている。

図表 4-1. かかりつけ医となる医師に求められるもの(医師の能力・資質に関わるもの)



※その他(自由記述回答)

・国や自治体がかかりつけ医を定義し、医療界の統一見解を表しても、地域住民(患者)側が、かかりつけ医を持つ意識が薄いと思います。コロナ禍となり、発熱症状があった患者でもかかりつけ医と思われる主治医の医療機関を受診せず、他の医療機関を受診した患者も数多くいたのが現状です。すべて重要ですが、身近な相談相手であることは大切と考えます。

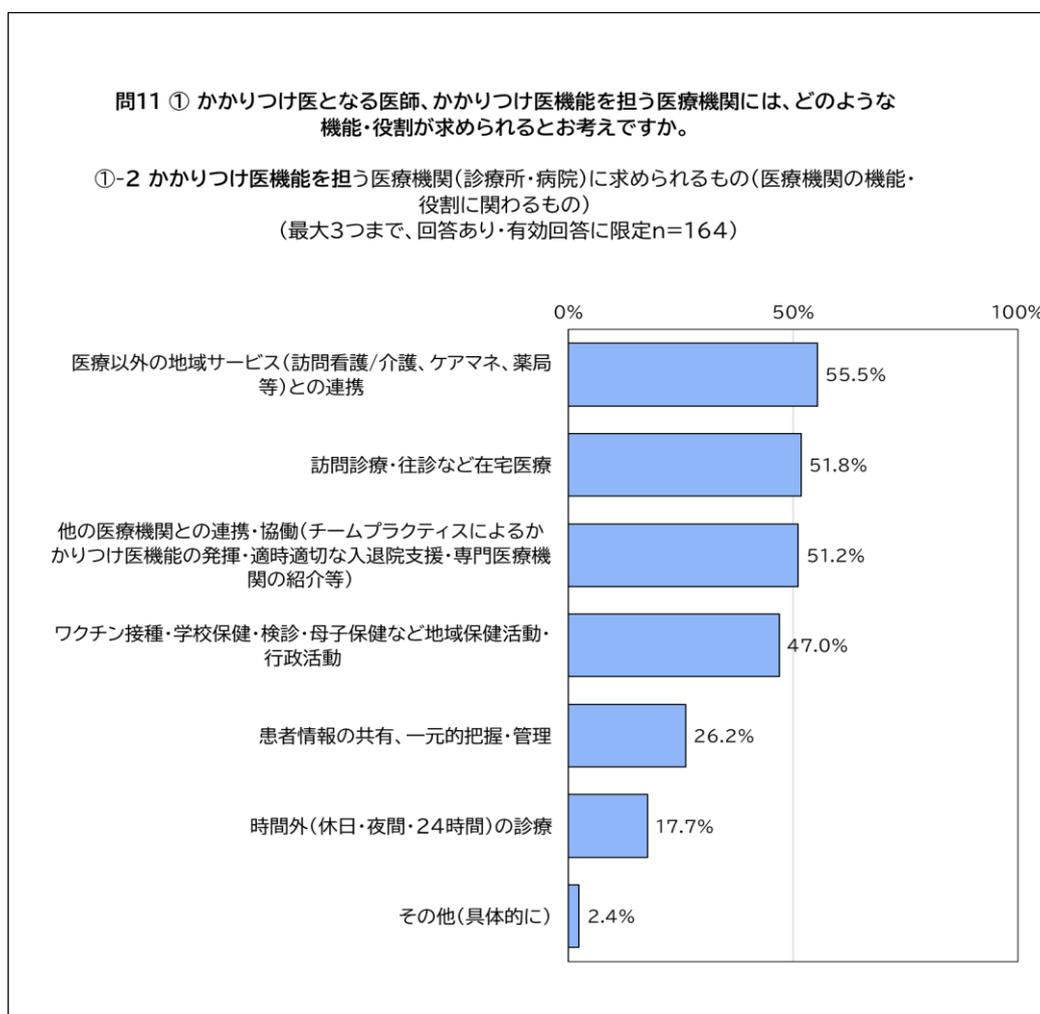
・全て行っているのが日本の「かかりつけ医」である。(回答者は、)訪問診療を実施し(機能強化型在宅療養支援診療所)、ほぼ24時間体制が維持できている。外来患者には、休日の緊急受診を控えてもらえるよう、早めに医療機関への紹介に努めている。場合によっては、休日夜間急病診療所を案内している。

4-2. かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・病院)に求められるもの

図表 4-2 は、かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・病院)に求められるもの(医療機関の機能・役割に関わるもの)について尋ねた結果を示している。

「医療以外の地域サービスとの連携」が 55.5%で最も高く、続いて「訪問診療・往診などの在宅医療」が 51.8%、他の医療機関との連携・協働」51.2%、「ワクチン接種・学校保健・検診・母子保健などの地域保健活動や行政活動」が 47.0%などの順であった。なお、地域ブロック別、人口規模別、会員規模別についての有意差は確認されなかった。

図表 4-2. かかりつけ医機能を担う医療機関に求められるもの(最大3つ)



※その他(自由記述回答)

・基本的にすべて重要です

・24時間対応は無理です/強制的に求めるものではない。診療所や開設場所、先生の考え方、地域から求められているものが異なる。

・医療機関共通の診察券に情報入力(マイナンバーカードは不要)

4-3. 地域でかかりつけ医機能を発揮できるために、医師自身・職能団体が取り組むべきこと

図表 4-3-1, 図表 4-3-2, 図表 4-3-3 は、希望する国民がかかりつけ医を持てるようにするために、また、意欲と能力がある医療機関が地域でかかりつけ医機能を発揮できるよう、**医師または医師会が**、かかりつけ医となる医師の養成や資質向上のために取り組むべきことを尋ねた回答(自由記述)を構造化したものである。

第一に、医師自身が取り組むべきこととして、「幅広い知識を身につける」・「最新の知識を得る努力をすること」・「自主的に」・「定期的に」・「積極的参加」・「生涯学習」・「自身の専門分野だけではなく」、研修等を通じた継続的かつ積極的なしつかりとした自己研鑽が強く意識されていた。さらに、信頼される医師であるために、「真摯な対応」をし、「専門外の病態に対しても適切な対応ができるよう」努め、地域において情報共有や協力体制(連携)なども重視されていることが判明した(図表 4-3-1)。

図表 4-3-1. 地域でかかりつけ医機能を発揮できるために、医師自身が取り組むべきこと

■ 研修等を通じた自己研鑽(21)

かかりつけ医として、**専門外のことも**幅広く知識を習得できるよう自分自身で積極的に勉強する／専門分野以外においても可能な限り研修等で**幅広い知識を身につける**／積極的に参加し**最新の知識を得る努力をすることが必要**／**自主的**研修の受講／**定期的に**研修会に参加するなど／勉強会、講演会への**積極的参加**／各種研修への**積極的参加**／**生涯学習制度への参加**／研修会等への参加を通して、知識を深め、資質向上を図る／生涯学習と自己研鑽／広範でかつ新しい知識の修得／講習会等に**積極的に参加**して資質向上に努める／最近の医療情報を熟知し、必要なときに専門医療機関等を紹介できるよう総合的な情報収集と患者の生活背景などを把握し、**信頼関係を構築しておくこと**だと思います／研修会参加を通して、知識を深め、資質向上を図る／学会や講習会等への出席、学習／研修会への参加や**自主学習**により総合医としての資質を高める／定期的な勉強会／**自身の専門分野だけでなく**、各種研修会への参加／医師の養成や資質向上のための研修会開催等／積極的に研修会へ参加すること／生涯学習

■ 地域における信頼や協力関係の構築(5)

制度として行うのではなく**真摯な対応**をしていれば国民が選ぶと思う／専門外の医療領域に関して知識や診療技能を積極的に習得するよう努めて、**専門外領域の病態に対しても適切な対応ができる**ようにする／同じ地域住民として、診療所外での対等な関係作りに取り組む／医師会員であれば、**必要な情報提供**を適宜行う／**協力体制の構築**

注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

第二に、医師会が取り組むべきこととして最も重視されていたのは、「病診連携および診診連携」であった。回答をみると、個別の診療所のみで対応するのではなく、地域全体で(地域によっては、医療機関同士や医療機関と医師会が連携して)病診連携および診診連携を進め、患者を地域全体でみていくことの重要性が示されていた。

続いて、地域の実情に応じた「診療体制の見直し」、「医療・介護連携」についても、強く意識されていることがうかがえた。「診療体制の見直し」については、在宅医療への取り組みや、医師の働き方改革が迫る中での休日・夜間対応についての対応など、地域のニーズの把握や医療機関同士の役割分担や医療・介護連携を視野に入れた患者や地域住民への対応についての課題の認識が見て取れていた。さらに、医師会には、医師の生涯教育や医師だけではなく地域の多職種も含めた合同の研修などを主導することについても意識されていた(図表 4-3-2)。

第三に、その他の回答として、医学教育の観点から、かかりつけ医機能に関する教育については、学生などの若いうちからの教育の必要性や、かかりつけ医(機能)に関するカリキュラムを作り、実際に地域で実践する機会を設けることの重要性について、複数あげられていた(図表 4-3-3)。

図表 4-3-2.地域でかかりつけ医機能を発揮できるために、医師会が取り組むべきこと

■病診・診診連携

病診連携(11)／医療機関相互の病診連携、診診連携を密にして、地方においても患者が最適の診療が受けられるよう努力する／他科診療所、病院との顔の見える関係の構築(2)／専門性の強化と他院との連携／医師会を中心としたネットワーク／全職員を対象とする、プライマリ・ケア機能の必要性や役割についての啓蒙／個別の診療所のみで対応するのではなく、地域全体で専門医療機関と連携する／それぞれの医療機関が出来ることと出来ないことを明確にして、患者の取り合いではなく、地域でグループを組んで一人の患者を診ていくようなシステムを作っていく土壌を作る必要がある。時間外診療や在宅医療にどうしても対応できない医療機関は、それを患者に十分説明した上で、それに対する希望がある場合は対応可能な医療機関を紹介する／紹介患者の受け入れ強化／多職種連携の重要性の再研修／他の医療機関との連携・協働(3)／病院・診療所・在宅・施設がネットワークを結び、入院時等の連携を強化すること／医療機関同士の連携／病院と医師会が連携し、勉強会の開催などで最新知識の提供を行う／病診連携を充実させ、ある程度の病状なら診療所でも診ていけるような制度を構築する／診療所どうし、診療所と病院との連携を深める。なるべく時間外の対応もする／医療機関同士の情報共有・病院医師と在宅医の連携／他医療機関の状況把握及び地域連携かかりつけ患者を病院施設紹介、在宅看取りを含め最期まで診ること／セカンドオピニオンとして相談しやすい環境、他院との連携の充実／医療機能の共有・活用／専門医との連携／病院と診療所が双方に連携を強化する。(退院時の合同カンファレンス等)／かかりつけ医と地域の基幹病院の連携を密にすることが必要である。(夜間での対応など)／各医療機関への円滑な紹介等／病診連携機会への参加／地域の中核病院の集約化による患者の状態悪化時の十分なサポート体制／隣の医院と親しくなる。／「専門医クリニック」と「かかりつけ医型クリニック」の差別化、かかりつけ医型クリニックでの運営ガイドラインに沿った運営

■診療体制の見直し

医療機関が連携して、訪問診療・往診などの在宅医療に取り組む(4)／必ずしも一つの医療機関でかかりつけ医機能をすべて持たなければならないわけではなく、地域で病院や診療所が連携し「面」として機能をはたしていく体制を構築することが重要と考える／地域の実情に応じた診療は何か、地域住民のニーズはどこにあるかを探る努力をする／必要分量の医薬品を準備し、必要な医療を提供できる環境を構築する／夜間対応：分担制・時間制など、グループ間のネットワークづくりに努め負担の分散、二次救急の強化／地域の基幹病院、中核病院に総合診療科を設置することで診療所病院内での紹介、逆紹介がスムーズになりかかりつけ医機能が発揮できる／かかりつけだった近隣住民が通院できなくなった時に一度自宅に行くこと／2024年から適応される医師の働き方改革に沿った診療体制の構築が必要・効率的な働き方／かかりつけ医のサポート／少なくとも時間外・夜間でも患者からの電話には出ること／発熱対応できる設備 幅広い疾患を診られるようにすること 地域保健活動を広く行うこと／患者が相談しやすい環境、雰囲気を作ること／医療機関同士の連携強化(病診連携、診診連携)と市民・患者が、医療機関を選択できるような情報(対応可能な治療内容等)を提供することだと思います／休日、夜間対応できるための方策を検討する／医療相談員等職員の配置／窓口でのコンシェルジュ機能／感染症などの診療、ワクチン接種／院内におけるプライマリ・ケア機能を持つ医師の地位や発言力の向上／チームとしての活動継続(交代制)／チーム医療の促進(2)／地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を強化するとともに自ら担当かかりつけ医機能の内容を強化していくことが重要かと思えます／24時間対応は不可能です

■医療・介護連携

医療と介護の連携(3)／多職種(医療機関以外)との顔の見える円滑な関連の構築(3)／診診、病診の連携、他職種との連携の充実(2)／多職種の相互理解と連携(2)／複数の医療機関や多職種が連携し、患者の住所や症状に合わせ協同で対応していく／病院連携、診診連携だけでなく、介護保険の窓口とも意見交換を密に行い、医療と介護のスムーズな連携、補完をめざす／診療所と専門的病院いずれもが、多職種研修や地域の活動に参加し、お互いの理解を深めあう／多職種との連携を密にすること(敷居の低い関係性、気軽に連絡相談できること)／入院医療機関との病診連携のみならず、歯科や薬科、在宅専門医療機関とも顔の見える連携や、地域の医療資源・介護・福祉資源を把握し、適切に有効活用すること／他の医療・介護機関と緊密に連携／地域医療福祉機関との連携／行政主導事業(委託事業・補助事業等)への参加

注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

(続) 図表 4-3-2.地域でかかりつけ医機能を発揮できるように、医師会が取り組むべきこと

■医師会による研修会・生涯教育

日医生涯学習制度の活用など自己研鑽に取り組むこと／医師会が主体となり、講演会等の定期的実施と参加／地域医療において医師会主催の勉強会、講義等も積極的に実施／国民・患者に良質で安心できる医療を提供するため、医師自身がしっかりと研鑽を積み、かかりつけ医の機能を高めることが必要である。医師会としては、**生涯教育を推進**するため、**学術講演会やかかりつけ医機能研修会などを開催**する／現在かかりつけ医として医療を行っている医師に対しては医師会やその地域の大学が資質向上のための研修を行うこと／**かかりつけ医機能研修**の実施、参加／かかりつけ医機能の要件(項目)をクリアするため、市町村単位あるいは郡市医師会単位での教育(養成)の機会を設けて、対応していく必要があるのではないのでしょうか。(医師個人ではなく集団で)／**定期的な研修会等による質的向上の確保**／研修の充実 かかりつけ医研修会への参加を促していく／**多職種協働の研修に多くの医師会員に参加していただく**／かかりつけ医として、患者さんへの対応力向上、幅広い知識習得のため勉強会等の開催／**お互いに職種間の勉強会や研修会を開催し、情報共有するとともに「顔の見える関係」を構築**すること。

■求められる研修・教育内容

開業前に最低1年間の総合診療部や地域医療振興協会での研修／在宅医療を行う医療機関を増加させるための研修の受講や開催／医師の**再教育**(医療の質のみならず安全、有効性、患者中心、適時性、効率性、公正性、統合性)を行う／専門外分野の研鑽機会を設ける、病診連携機会の拡充、情報共有(医療介護関係者・行政などの)より実践的な個人開業医のための総合診療の研修(online, self assessment test)を充実させる／総合医としての研修／効率的な研修、多職種でのグループワーク／「人」としての教育。“ヒボクラテス”多職種との連携の機会を増やす事／専門外の疾患を見分ける能力を向上させる研修／地域包括ケアを実践する為に会員がスキルアップを計るような講演会を開く／社会からのニーズの把握と必要な知識、手技、スキルの習得。そういったことをできる機会を確保し、定期的に講習実習(試験)を行う／医師会主導で新たな医療・薬物治療等の研修の機会を定期的に行う。

■地域保健活動

健康寿命延進の為、糖尿病腎症重症化予防、心不全の予防の為の講演会を開くこと／学校健診や検診や予防接種など地域保健活動に取り組む

■その他

医師会が主導して、多職種連携ネットワークの構築

図表 4-3-3.地域でかかりつけ医機能を発揮できるように重要なことーその他

■**医学教育**

学生時代からの教育／自覚のある学生を育てる／学生の頃より教育が必要／医学部在籍中や研修医等早い時期から、実際にかかりつけ医として地域で仕事をする医師の見学をする機会を持つ／国家試験(卒業)前より、かかりつけ医に関するカリキュラムの実践／かかりつけ医の養成には大学病院での総合診療科の設置による教育が必要／若い医師が、かかりつけ医の重要性を認識する為の研修制度を設ける若い Dr を育てること。

■**その他**

総合診療医の養成が必要であるが、充足するまでは内科専門医(総合内科専門医)の参画が望まれる、

注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

図表 4-3-4 は、希望する国民がかかりつけ医を持てるよう、また、意欲と能力がある医療機関が地域でかかりつけ医機能を発揮できるよう、医療機関(診療所・病院)が、かかりつけ医となる医師の養成や資質向上のために取り組むべきことを尋ねた回答(自由記述)を構造化したものである。

最も重視されていたのは、「人材育成・教育」であった。かかりつけ医のスキルのみならず、学会・講演会・各種研修等を通じて、専門外や常に新しい知識を、不断の学習を通じて身に着けることや、医師以外のスタッフへの教育の必要性について、多数挙げられていた。また、地域における医療連携・多職種連携の必要性から、「情報共有」や ICT を用いた情報共有システム等への参加も挙げられていた。「患者・家族とのコミュニケーション・市民への情報発信」などの地域住民への視野の広がりも伺えた。

図表 4-3-4. かかりつけ医機能を発揮するために、医療機関(診療所・病院)が取り組むべきこと

■人材育成・教育(14)

かかりつけ医スキルの習得／**専門外分野の研鑽**／**自己研鑽**／**後継者の育成**／**不断な勉強**。コミュニケーション能力の向上など／勤務医師への研修奨励／多忙な医師が機能を発揮できるよう、従業員への研修・能力向上・維持への取り組みが必要と思われる／学術講演会や連携に関する会に積極的に参加する／医療医学の発展を十分とり入れて**常に新しい診療を取り入れる研修**を行っていく。遅れないようにという意識をいつも持つべき。職員にも促す／動線整備。感染対策。受付。窓口の職員の相談相手としてのスキル向上。生涯学習の機会を設ける。(患者さんが安心してするために何がなか、日々考え、必要なものは身に付けるよう努める。)／医師が多職種の研修を充実させる／使命感をスタッフ全員にうेतつけること／診療時間内で完結する診療ができる様に学ぶこと／DNAR、ACP に精通すること。

■情報共有(6)

情報の共有(2)／病診、診・診連携の充実のためには患者情報の共有をどうしていくか検討が必要／**ICT** を活用した医療機関及び関係団体・事業所(薬剤師会・歯科医師会・在宅事業所等)との連携・情報共有／様々なデジタル化の推進／情報共有**システム**への参加

■人材確保

医師の勧誘／医師不足なので、**人材確保**／**医師の働き方改革**を考慮しながら自院での診療を続けられよう人員を確保する／人員の補充

■患者・家族とのコミュニケーション・市民への情報発信

患者及びその家族との信頼関係を築き上げること／地域からの信頼／市民への情報開示(発信)／患者教育と予防医療の推進

注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

図表 4-3-5 は、希望する国民がかかりつけ医を持てるよう、また、意欲と能力がある医療機関が地域でかかりつけ医機能を発揮できるよう、制度や政策で取り組むべきことを尋ねた回答(自由記述)を構造化したものである。

最も重視されていたのは、「かかりつけ医の評価・処遇改善等」であった。具体的には、かかりつけ医機能を有する診療所や病院に対する診療報酬等によるインセンティブに関する要望が様々な方法論により多数挙げられていた。続いて、国および市区町村などの「行政に対する要望」が挙げられた。国に対しては、診療報酬上の評価や、かかりつけ医機能をサポートするための予算の必要性やかかりつけ医の制度化に対する反対の意思表示、保健所機能の充実への要望など多岐にわたった。市区町村についても、補助金や必要な予算についての要望や、多職種連携のための場の提供や運営支援等が挙げられていた。

「医師不足・医師偏在」についての対策の要望も多く、特に高齢化の先行する地方の深刻な事情がうかがえた。このままでは無医村が増えていくのではないかと、「かかりつけ医機能を有する公的病院」を設けざるをえなくなるのではないかなどの様々な懸念の下、地方や田舎においても診療が成り立つような政策を求める意見もあった。

「かかりつけ医機能のバックアップ体制」は、医師の高齢化、24 時間体制への対応、休日夜間の診療体制を維持していくため、働き方改革を踏まえた支援や施策が求められている様子であった。「地域包括ケアシステムの充実のための支援」については連携強化の必要と財政的支援、まちづくりの必要性を踏まえた対応が求められていた。「医療 DX」については、高いコストなシステムに対する財政的支援や費用の軽減や、「患者情報を共有しやすくするシステムを作ってほしい」などの要望が挙げられていた。「医師以外の他職種を含めた人材確保と支援」も切実であり、看護師・介護職員の確保が喫緊の課題であることや、人材確保のための施策や時間外労働などの適切な給与の設定などが回答されていた。「国民に対するかかりつけ医への理解の醸成」については、「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ことが大事」、「国民に対し、どのような医師がかかりつけ医と呼べるのかという事、かかりつけ医がいないとどのような不利益があるのかという事を、もっと分かりやすく啓蒙してほしい」など、かかりつけ医機能について、国民(患者)に向けてわかりやすくしっかりと広報することの必要性が明記されていた。

図表 4-3-5. 制度や政策で取り組むべきこと

■かかりつけ医の評価・処遇改善等(24)

かかりつけ医に対する経済的なインセンティブ(6)／かかりつけ機能に対する患者負担の無い報酬／かかりつけ医となることで得られる十分な収入／かかりつけ医(機能)を評価する診療報酬／診療以外の、アドバイスや予防・保健指導を評価(保険点数化)するのが難しい(2)／国民の健康を守る事は国や地方自治体の責務であるので、経営効率的発想は慎んで切れ目のない医療のために医療施設を整理してほしい／かかりつけ医機能を有する診療所や病院に対しインセンティブをつける／かかりつけ医機能を発揮することを評価する施設基準や提出実績などをもうけて、保険点数を付加する。逆にかかりつけ医機能を発揮していないプライマリ・ケア施設は減算となる点数にして保険算定改定で誘導する／かかりつけ医機能の評価(パラメディカルの間での、かかりつけ医の周知、保険点数、かかりつけ医の公表)／在宅看取り時の医師の負担は大きくそれに見合った診療報酬の up を望みます／医療についての行為(名称)や結果(日数)のみでなく、**プライマリ・ケアの過程を評価**する(例えば患者・家族への説明、訪問看護ステーションとの情報交換(指示書や報告書といった書類ではなく現実に行った協議(電話でのディスカッション等も含む))等)／在宅医療を推進するため、24H.365Dに対応できる医療関係者の育成と補助金等の支援がなければかかりつけ医の育成や在宅医療の推進は困難だと思う／診療報酬等のアップ、処遇改善が必要です。／医院経営が厳しいのと、介護業界も大手資本以外は儲ける仕組みがなかなか構築できず苦しいです。お金が無ければどんな写真も無意味です／家庭医、総合診療医、プライマリ・ケア医などを、標榜科として認めること。病院や診療所において、プライマリ・ケア機能を実践している医療機関に対して何等かの評価基準を設け、その評価に対して、補助金や人的支援などのサポートを行うこと／保険制度などもふくめて、プライマリ・ケア機能を担うことに積極的に関わりたいと思わせる、インセンティブを与えること／かかりつけ医専門医等を設け、診療報酬に反映する／行政から依頼された事業、往診訪問診療をしない医院は内科標榜して開業できないようにする／制度設計では厳格な条件で開始し、実績を踏まえて条件を緩和する方向性が望まれる。／連携などに取り組んでいるところへの支援を強化すべき／「走りながら考える」という率先して取り組む姿勢は評価するものの、十分は経済的裏打ちなく、人材育成をはじめ多くを現場依存している、やがて担当者が疲弊してしまうことを懸念する。／より在宅医療の重要性に着目していただきたい。

■行政に対する要望(14)

(国へ)

国は、かかりつけ医に対する**診療報酬**でバックアップをしっかりとる。地方自治体は地域保健活動(検診、ワクチン、学校医、母子保健など)に対する**予算**をしっかりとつけてバックアップをする。／**かかりつけ医の制度化はダメである**。／国民の真のニーズにこたえること／医療と介護が有機的に連動するような制度改革(分断ではなく)、少子高齢化社会に合わせ**保健所機能を充実**させる。(地域保健師に地域ニーズを把握させるなど)／**行政の縦割りを改革**／国が主体となり、かかりつけ医とそれとの連携を積極的に行う病院を評価し、後おしする体制づくりを行ってほしい。／かかりつけ医になるとういう医師はさまざまな役割があり忙しいので、診療報酬算定のために煩雑な書類を書かせることを義務付けるのはやめていただきたい。／有事の時でもかかりつけ医機能が発揮されるよう、平時より有事を想定した役割分担を明確化するなどの、**体制整備**を行う。

(市区町村行政へ)

高齢化社会における地域包括ケアについては、市町村の役割があるはず。医療機関、介護施設などと積極的に連携し、住民の生活支援にかかわることが求められる。／チームとしての、**かかりつけ医機能の確立へのサポート**／協働の勉強会や研修会を開催するときの運営／**医療介護連携(インフォーマルも含む)の場の提供**／地域包括ケアの大枠を示して、地域にあった**ランドデザイン**を提案すること／行政は健康寿命延進の為、糖尿病腎症重症化予防、心不全の予防の為の企画を補助して欲しい。／**住民に対して医療資源の情報発信**／研修・講演会等の開催、**財政的援助**

■医師不足・医師偏在の是正(12)

病院勤務医や開業医を含めた**医師数の確保**に係る政策の構築／診療所の医師は、当圏域の地域医療を守るため、診療以外の業務も休むことなく実施しています。当圏域は、新潟県の中でも最も医師数が少ない圏域となっており、**医師不足、医師の高齢化が深刻な課題**となっています。相当前から、医師の偏在について対策が講じられていますが、全く改善されていません。**地方の医師不足に対して、本気で対応していただきたい**。／医師偏在の是正／医師そのものが足りない。／地方に来る医師の確保／民間医局など医師派遣システムの構築／地域におけるかかりつけ医機能の充足状況を確立して、地域で不足する機能を充足する具体的な方策を検討する／地域での医師不足の解消／地域での医師の偏在をなくすため、医療機関が十分に能力を発揮できるよう医薬品などの十分な備蓄や人手の確保／地域医療充実のための医師確保制度の充実(地域の医療機関で従事する医師に対するインセンティブの付加など) 医師偏在の是正／また医療関係者の休養のための制度作りや市民への啓蒙活動／補助制度や人材確保等の仕組みの構築ならびに支援／人口減少時代、医師の偏在がすすむと、「**無医村**」が**点々と発生**し、徐々にふえてくる可能性もある。「**かかりつけ医機能を有する公的病院**」の実現が**欠かせなく**と思われる。／**過疎・田舎での診療が成り立つ様な政策**もお願いしたい。

(続) 図表 4-3-5. 制度や政策で取り組むべきこと

■**かかりつけ医機能のバックアップ体制の必要性(11)**

高齢医師へのサポート／多忙である医療機関のバックアップ／金銭的な支援や医療機器の支援、一時的入院のためのベッドの確保／かかりつけ医は 24 時間体制が前提となっているが、実際には看取りを行っていても外には宣言していない診療所も多いかと思われる。24 時間体制は個人では無理なので、医師会に入れば自動的に連携の輪に入るような制度の構築が望ましい。／労働量の負担軽減のためのバックアップ体制などの構築／時間外診療体制の整備／適度にかかりつけ医が休めるように、支援体制が必要／高齢者の救急体制への考え方の整理／休日等における当番制の構築と当番時のスタッフの働き方改革の例外制度／個人開業医が一定の休息ができて、かつ休日、夜間に対応するための支援を考える／かかりつけ医を含む多職種連携のサポート／病診連携／

■**地域包括ケアシステムの充実のための支援(11)**

地域包括ケアに対する支援補助金の充実／地域包括のネットワークを構築する／医療・介護・福祉の連携強化／顔の見える連携に関する情報交換の機会と場の企画・立案・施行。／高齢化に伴う構造的変化にあった街づくり、医療制度の拡充／地域ネットワーク構築に向けた財政等の支援、／ACP の市民への普及(2)／在宅医療介護体制の整備／全世代、全対象型の地域包括ケアシステムの構築、まちづくり／地域で関係する全ての職種との顔の見える関係を構築していくことまたそのような会議等を開催するために必要な費用助成等をお願いしたい。

■**国民・患者に対するかかりつけ医への理解の醸成(7)**

かかりつけ医をもつことの意義を国民へ普及啓発する。／かかりつけ医を持つように市民への啓蒙／かかりつけ医の地位保証、地位向上、市民への啓蒙／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ことが大事だと思います。患者に対する「かかりつけ医」とは何かの広報 保険診療の有り方の広報／国民に対し、どのような医師がかかりつけ医と呼べるのかという事、かかりつけ医がいなくてどのような不利益があるのかという事を、もっと分かりやすく啓蒙して欲しい／時間外休日夜間などの急病の際、「今すぐに受診が必要か、明白でもよいかを判断できるような市民に対する教育が必要／DNAR、ACP の啓蒙

■**医療 DX(6)**

情報共有の為にプラットフォームの構築 デジタル化推進の支援 必要な医薬品・サービスを提供できる体制作りと担当地域における情報収集・分析結果の提供／地域で活躍する多忙なかかりつけ医の負担軽減策(24 時間支援対策や患者情報共有の ICT 化支援を含む)を検討し、より地域に還元できるように支援してほしい。／医療情報の共有・電子カルテ関連のコスト軽減(紙カルテと同じくらい)／ICT を活用した関係機関同士の連携・情報共有を図るためのシステムに対する支援(補助金など)の充実／患者情報の共有をしやすくするためのツールを作ってほしい(電子カルテ活用も含めて)。現状のオンライン資格確認では、薬剤の受診月の内容を確認することができない。)早期に対応をして欲しい。電子処方箋もベンダーが対応しておらず導入できない。

■**医師以外の他職種を含めた人材確保と支援(5)**

看護師・介護職員の確保が喫緊の課題／担当の職員を養成、配置するために経済的な支援をすること／現場の実情を地区市町村医師会と共有して現実的な政策を立案していくことが必要／就業者数が減少する中で、医療・福祉職種は現在より多く必要になるため、マンパワーの確保が重要だと思います。／時間外等に労働する職員に対する適正な給与の設定

■**研修会などの人材育成事業(3)**

かかりつけ医向けの研修制度作りや継続的な啓蒙活動を行い、多職種連携による地域医療システム構築を推進してほしい／大学病院に総合診療科の設置を義務づけて将来のかかりつけ医の養成を行うとともに、現在医師として働いている者の中で総合診療科(かかりつけ医)を目指す者への再教育の場をつくること／研修医の「地域医療研修」において、所属する病院と連携をしている診療所での研修を増やす機会を設ける。しかし現状は、受け入れ側の診療所が「指導医資格を持たないといけない」などの厳しい制限があり、指導医資格について再度検討するか、資格を取るための研修に工夫が必要と考える。

注) ■は、自由回答から導き出されたタイトル(キーワード)、()内の数値は、同一表現または明確に同義の回答の合計

その他

- ・「嘱託医制度の見直し」特別養護老人ホームなど介護保険内で医療がまかなわれる施設は嘱託医となっており、制度の見直しがないと、かかりつけ医に準じた対応は困難です。施設クラスター時の対応に苦慮しました。
- ・”グループホーム”は居宅に位置づけられるので是非ともデイサービスの利用を制度化してほしい(認知症の人が、1日中同じ施設内で生活してはだめである)
- ・多重受診を止めさせる。
- ・かかりつけ医認定制度と保険診療の推進 かかりつけ医型クリニックの運営ガイドラインの作成
- ・**かかりつけ医の定義について医師会と行政で話がまとまらないのはナンセンス**。職員を侵されないように医師会がどうこういうのは本来の姿でない。

3 調査のまとめ

コロナ発生前における、郡市区医師会の在宅医療・介護連携を中心とした活動状況

1 コロナ発生前における郡市区医師会の事業・活動

郡市区医師会においては、コロナ前から、検診・予防接種などの地域保健活動の推進(96.8%)、会員相互の親睦・意思疎通(86.1%)、夜間・休日診療の実施(78.1%)、在宅医療の推進(77.5%)、入退院支援や地域ケア会議など医療・介護連携の推進(71.1%)、地域包括ケアの推進および研修事業(各々70.6%)など多様な事業・活動を実施していることが分かった。

これらの事業・活動については、地域特性による実施の差も見られた。在宅医療の推進および地域包括ケアの推進については、人口規模、医師会員数の規模が大きいほど取り組みが多い傾向がみられている。入退院支援や地域ケア会議など医療・介護連携の推進については、東日本と比べて西日本の地域においての取り組みが多く、医師会員数の規模が大きいほど、取り組みが多い傾向がみられている。

2 在宅医療・多職種連携について

在宅医療・多職種連携については、8割を超える郡市区医師会が、コロナ前から取り組みを進めていた。人口規模、会員規模が大きいほど取り組んでいる割合が有意に高い傾向がみられた。関係団体との協議の場、行政と共同して行う研修・広報等の事業、かかりつけ医に関する研修等の実施などが多く行われていた。

また、市区町村行政とは、形式的な連携にとどまらず顔の見える関係、より緊密な関係づくりが進んでおり、会議体への参加、行政の求めに応じた事業への参画や協力、医師会として事業の一部を受託するなど、健診・健康増進・疾病対策、夜間休日診療・救急に次いで多い多様な取り組みが行われていた。

一方で、医師会員の意識は関心を持っている・積極的に取り組んでいる会員とそうでない会員が二分されているとの回答が7割を占めた。

なお、管下における在宅医療(訪問診療・往診)を実施状況については、郡市区医師会の98.4%が、実施しているという結果であった。ただし、管下の会員医療機関の実施割合については多寡があり、地域ブロックで見ると西高東低の傾向が、人口規模や会員規模別では、規模が小さい医師会の割合のほうが、各々実施割合が高い傾向が示されていた。限られたリソース(医療機関・医師数)の中で、最大限に対応せざるを得ない状況が垣間見えている。

コロナ発生以降から現在にかけての状況

3 コロナ禍における郡市区医師会の対応状況

郡市区医師会では、コロナ禍における行政との共同体制として、ワクチン接種は約8割発熱外来では約半数など高い割合で対応していた。コロナ患者の往診・訪問診療に対応した医師会、クラスター対応などについては約2割、行政からの要請に対して対応できな

いとしても対応できる医療機関を紹介するなど地域内の連携体制で乗り切った医師会が約半数であり、要請を断ったという回答は約1%と極めて少なかった。行政の求めに対してできる限り役割を果たしていた郡市区医師会の様子が見えてきた。

4 医療機関相互の連携や多職種協働

コロナに対応するための様々な取り組みを通じて、医療機関相互の連携や多職種協働の重要性への認識はかなり深まっている。在宅医療・介護連携推進事業については8割近くの医師会が事業について知っており、実際に参加している医師会は9割近くを占めていた。在宅医療・介護連携推進事業に関与することにより、多職種連携の促進や意識の向上や地域の様々な医療機関や多職種との連携が円滑化しており、事業に対する医師会からの評価は、総じて高い傾向が見られる。

5 基礎自治体との関係

基礎自治体との関係は緊密で、在宅医療・介護連携推進事業、地域保健事業、休日・夜間診療等の救急に関する事業など様々な事業を共同で行なったり受託したりしており、平時の「顔の見える関係」がコロナ禍での共同体制構築に大きく寄与していることも確認された。コロナ期間中に、行政(保健所等)や多職種・多機関・地域外の医療機関等(地域外に拠点を持つ在宅診療専門医療機関や夜間時間外専門の診療グループ等)との連携体制を構築した医師会の半数は、平時にも維持していきたいと考えている。

今後に向けて-かかりつけ医機能に関する郡市区医師会の課題認識

6 医師会(医療界)自身で取り組まなければならないこと

- ・ 医師自身が取り組むべきこととして、研修等を通じた継続的かつ積極的なしつかりとした自己研鑽、信頼される医師であるために真摯に地域に向き合い地域での連携や協力関係を気付いて築いて信頼を高めていくこと等が挙げられていた。
- ・ 医療機関が取り組むべきこととして、人材育成・教育、具体的にはかかりつけ医のスキルのみならず、学会・講演会・各種研修等を通じて、専門外や常に新しい知識を、不断の学習を通じて身に付けることや、医師以外のスタッフへの教育の必要性も挙げられていた。また、地域における医療連携・多職種連携の必要性から、情報共有やICTを用いた情報共有システム等への参加、患者・家族とのコミュニケーション・市民への情報発信などの地域住民に向けた活動への取り組みが指摘されていた。
- ・ 医師会が取り組むべきこととしては、病診および診診連携が最も重視されていた。地域全体を見据えた病診および診診連携を進めて診療体制を見直し、ひとつの医療機関だけではなく、患者を地域全体でみていくことの重要性が示されていた。人口減少や医師の高齢化、医師偏在を背景とした地域医療・介護への取り組み、さらには、大学医学部の時点など早期からかかりつけ医機能に関する実践的な教育カリキュラムを設置し、かかりつけ医を育成する必要があるという指摘もあった。

7 患者に求めること

かかりつけ医を持つことの意義・重要性、適切な受診のタイミング（今、本当に受診して
する必要はあるのか）ACP への理解など、医療に関するリテラシーの向上が求められて
いる、として、そのためには、かかりつけ医（またはかかりつけ医機能）の役割とはどうい
うものか、かかりつけ医を持つ意義はどういうことかなどを、国民（患者）がしっかりと理
解できるよう、医療界が（特に医師会が中心となって）情報発信や広報をしていく必要が
あるとしている。

8 行政に求めること

行政に対しては、かかりつけ医機能における評価（経済的インセンティブ）・処遇改善
等が最も多く、特に国に対して要望されていた。また国に対しては、かかりつけ医の制度
化への反対意見、保健所機能の強化も要望されていた。また、市区町村には、事業に関
する予算・補助金や、多職種連携の場の提供、運営や財政的支援が求められていた。

他方で、医師不足・医師偏在の問題については、特に地方において切実で、人口減
少や医師の高齢化、働き方改革によっても医療提供体制が維持できるよう、制度の見直
しが強く求められていた。併せて、かかりつけ医機能のバックアップ体制、医師以外の他
職種を含めた人材確保と支援、地域包括ケアシステムの充実のための支援、医療 DX
における費用負担の軽減や支援策、患者情報を共有しやすくするシステムの構築、国民
に対するかかりつけ医への理解の醸成など要望は多岐にわたっていた。