

2023-10-13 第1回国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会

○医療政策企画官 それでは、定刻となりましたので、ただいまより、第1回「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」を開会させていただきます。

構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

初めに構成員の皆様方の御紹介及び事務局の紹介をさせていただくべきところではございますけれども、時間の関係上、構成員名簿、厚生労働省出席者名簿の配付をもって紹介に代えさせていただきますと存じます。

本日は、あらかじめオンラインまたは現地会場での御参加を選択の上で御出席いただいております。

磯部構成員及び尾形構成員から、御欠席の御連絡、猪熊構成員及び小林構成員からは、用務の都合上、途中退席との御連絡をいただいておりますことを御報告いたします。

続いて、発言の仕方など事務的な御説明でございます。

御発言の際には、現地会場の場合は挙手いただきまして、座長の指名を受けてから御発言いただくよう、お願いいたします。

オンライン参加の場合、「手を挙げる」ボタンを押していただきまして、座長の指名を受けた後、マイクのミュートを解除し御発言いただくよう、お願いいたします。発言終了後は、「手を挙げる」ボタンをオフにいただきまして、再度、マイクミュートでお願いいたします。

また、議題などについて、賛否の確認の際には、「賛成ボタン」をクリックいただくか、カメラに向かってうなずいていただくということで、賛否の旨を確認させていただきたいと思っております。

事務的な御説明は以上となります。

それでは、事務局を代表いたしまして、医政局長の浅沼より御挨拶申し上げます。

○医政局長 医政局長の浅沼でございます。

本日御出席の構成員の皆様方におかれましては、御多用であるにもかかわらず、本検討会に御出席いただき、心より御礼申し上げます。

本年5月に成立いたしました改正医療法におきまして、今後の高齢者のさらなる増加等を見据えて、かかりつけ医機能を発揮される制度整備を進めるため、医療機能情報提供制度の刷新やかかりつけ医機能報告制度の創設等を行うこととされたところでございます。

本検討会は、国民・患者の皆様が医療に関する選択を適切に行えるよう、かかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等の在り方について検討することを目的に開催するものであり、構成員の皆様におかれましては、今後の制度施行に向けた御意見等を頂戴でき

ればと考えております。

なお、制度に係るより具体的な議論につきましては、本検討会での御意見等を踏まえつつ、この検討会の下に設置する各分科会において御議論をいただく予定としております。構成員の皆様には御負担をおかけしますが、かかりつけ医機能が発揮される制度整備につきましては、皆様の専門的なお立場からの御意見、御助言をいただきますことをお願い申し上げます。

どうぞよろしくお願いいたします。

○医療政策企画官 続きまして、議事に入ります前に資料の確認をさせていただきます。

お手元に議事次第、構成員名簿、厚生労働省出席者名簿、座席表のほか、資料1及び2、参考資料1及び2があるかと思っております。御準備をお願いいたします。

資料の不足がありましたら、事務局までお願いいたします。

それでは、議題の1つ目、本検討会の座長についてお諮りしたいと思います。

開催要綱によりまして、座長は構成員の互選により選出とされております。皆様、いかがでしょうか。

家保委員、お願いします。

○家保委員 全国衛生部長会会長の家保でございます。

今回の医療法改正や、その基になります昨年12月28日にまとめられました医療提供体制の改革に関する意見などを取りまとめてこられました、前の社会保障審議会医療部会の部会長である永井良三委員にお願いしてはどうかと思っておりますが、委員の皆様、いかがでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○医療政策企画官 ありがとうございます。

ただいま永井構成員のお名前をいただきまして、皆様から御同意いただいたということを確認させていただきました。

それでは、永井構成員に座長をお願いしたいと存じます。

永井先生におかれましては、座長として今後の議事運営をお願いいたしますので、恐縮ですが席の移動をお願いいたします。

(永井座長、座長席に移動)

○永井座長 ただいま座長を仰せつかりました自治医科大学の永井でございます。

この「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」は、日本の医療の在り方、また医療提供体制そのものにも関わる重大な問題でございます。ぜひ皆様のお力をいただきまして、よい方向へまとめたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○医療政策企画官 ありがとうございます。

それでは、以後の運営につきましては、永井座長、よろしくお願いいたします。

○永井座長 それでは、議事に入ります前に、開催要綱で座長は座長代理を指名すること

ができるとされております。

座長代理を尾形構成員にお願いしたいと思います。

本日、尾形構成員は御欠席と伺っております。

続いて、団体を代表して御参加いただいている構成員の方が欠席した際には、代わりに出席される方について、まず事前に事務局を通じて座長の了解を得ること及び当日の会合において承認を得ること、この2つの手続によりまして、参考人として参加し、御発言いただくことを認めることとしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(委員首肯)

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、議事に入らせていただきます。

資料2「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討について」、事務局より資料の説明をお願いいたします。

○参事官（救急・周産期・災害医療等、医療提供体制改革担当） 医療提供体制改革担当の参事官でございます。

私のほうから、資料2を用いまして、「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会について」、説明をいたします。構成員の先生方には事前に資料をお送りしておりますので、要点を絞って説明をしたいと思っております。

ページをめくっていただいて、最初、「医療提供体制をとりまく状況について」になります。

4ページから人口動態あるいは医療需要の変化、マンパワー等についてまとめた資料、データをおつけしています。

5ページ以降に、グラフ等をまとめたものをおつけしています。

まず最初、人口動態について、2025年に向けて65歳以上、高齢者人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる。他方で、生産年齢人口は2025年以降、さらに減少が加速をいたします。また、高齢者の増加は緩やかになるとは言うものの、85歳以上の人口については2040年に向けて引き続き増加をしていきます。

2次医療圏別に見ますと、2025年にかけて、多くの地域で、高齢者人口の増加、生産年齢人口の減少となる見込みです。

2040年にかけては、高齢者人口が増加する地域と減少する地域に分かれる。多くの地域で生産年齢人口が急減するという見込みになっています。地域ごとに状況の違いが大きくなっていくということが見込まれています。

次に、このような人口動態の変化に伴う医療需要の変化でございます。

全国の入院患者数については、2040年にピークを迎える見込みです。

医療圏別に見ますと、2020年までに90、約3割の医療圏がピークを迎えています。2035年までには約8割の医療圏がピークを迎える見込みです。

全国の外來患者数については、2025年にピークを迎える見込み、医療圏別に見ると、2020

年までに約7割弱の医療圏がピークを迎えています。

在宅患者数については、2040年以降にピークを迎える見込み、多くの地域で在宅患者数が増加をしていきます。

また、85歳以上の人口については、2040年に向けて増加をし、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなる見込みとなっています。

死亡者数についても、2040年まで増加、ピーク時には年間170万人の方が死亡する見込みとなっています。

一方で、マンパワーの制約がございます。2040年には、日本の就業数全体が大きく減少する。その中で、病院に従事する医師数は増加していますが、60歳以上の医師の占める割合は15%程度まで今、増加をしています。

また、診療所に従事する医師については、こちらも増加はしていますが、60歳以上の医師が占める割合が50%程度、平均年齢は60歳に上昇しています。

6ページ以降、ただいまのグラフをつけております。

その後、15ページから、今度は国民・患者のかかりつけ医に関する意識・期待等についての調査、データになります。

16ページ、日本医師会の総合政策研究機構の日本の医療に関する国民・患者の意識調査になります。かかりつけ医の診療科をお聞きしたところ、内科が多くなっていますが、それ以外にも外科、整形外科など、そのほかの診療科を回答する方も一定数おられます。

17ページ、かかりつけ医の医療機関をお聞きしたところ、こちらも診療所が多くなっていますが、中小病院あるいは大病院を回答する方も一定数存在をしています。

19ページ、かかりつけ医に期待する役割や機能を聞いた調査になります。「どんな病気でもまずは診療できる」「専門医又は専門医療機関への紹介」「健康管理のための助言や指導の継続的な実施」「患者に寄り添う親身な対応」などが多くなっています。

21ページから、かかりつけ医機能に関する政府のこれまでの議論、あるいは今年5月に成立をした法律の概要をおつけしています。

22ページ、全世代型社会保障構築会議の昨年12月に取りまとめられた報告書の抜粋になります。かかりつけ医機能が発揮される制度整備として、1つ目の段落で、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要、2つ目の段落で、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方の下で、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきというような報告書が取りまとめられています。

この下のチェックのところ、かかりつけ医機能の内容についてこういうものが考えられるということ。それから、4つ目のチェックで、かかりつけ医機能の活用について、医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、患者が選択できる方式とすることが考えられるというような取りまとめがなされています。一番下の行では、今回の制度整備はそれに向けた

第一歩と捉えるべきだというようなことが指摘をされて、取りまとめられています。

23ページからは、社会保障審議会医療部会の昨年12月の取りまとめになります。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備として、基本的な考え方の2つ目の●で、医療と複数の慢性疾患、医療と介護の複合ニーズを有することが多く見られる高齢者が増加する、生産年齢人口の急減が見込まれる中で、「治し、支える医療」の実現、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。

24ページで、そのために医療機能情報提供制度の刷新、3つ目の●ですが、国民・患者がニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるよう、医療機能情報提供制度を刷新すべきではないかという意見がまとまっています。

25ページは、③で「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」になります。

3つ目の●、かかりつけ医機能報告制度を新たに創設し、必要なかかりつけ医機能の充実・強化を図る仕組みを導入するということ。

その下に「具体的には」ということで、医療機関が前記のニーズ、その上に◆で書いてあるようなニーズに対応する機能やそれを今後担う意向等を都道府県に報告し、都道府県がその機能の充足状況、医療機関を確認・公表した上で、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討し、公表すべきではないかという取りまとめがなされています。

それらを踏まえて28ページ、本年5月に全世代型社会保障の構築法が成立をしています。その中で医療法が改正をされ、赤線で囲っている4の①、かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映することとされています。

29ページ、その改正法の附則において、施行後5年を目途とした見直しの検討規定が置かれています。施行後も状況を踏まえながら、制度の改善をしていくということが想定されています。

その下、国会の附帯決議です。3つ並んでいます、その2つ目で、今回の制度改正は第一歩と位置づけるということ。それから、同機能を有する医療機関に勤務する方への教育・研修の充実などが指摘をされています。一番下の◆で、かかりつけ医機能報告の対象となる慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者については、障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定めること、それから、将来は継続的な医療を要しない者を含めて、かかりつけ医機能報告の対象について検討するということが指摘をされています。

30ページが、今回の制度整備によって地域完結型の医療・介護提供体制を構築していくイメージの図になります。

31ページ、具体的には今回3つの制度改正をしています。1つ目が医療機能情報提供制度の刷新、2つ目がかかりつけ医機能報告の創設、3つ目が患者に対する説明の努力義務

になります。それぞれ概要紙をおつけしています。

まず、33ページ、医療機能情報提供制度の刷新です。真ん中に見直しのポイントが3つ書いてあります。医療機能情報提供制度について、かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づき、国民・患者の医療機関の適切な選択に資するという制度趣旨を明確化。それから、かかりつけ医機能について、身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能ということで、医療法の定義を規定しています。②が全国統一システムの構築、3つ目が分かりやすい情報提供ができるよう、情報提供項目を見直すこととしています。この具体的な見直す項目の内容などについては、今後、有識者等の参画を得て、検討会、分科会で議論を行うこととしています。

34ページ、かかりつけ医機能報告の創設です。

慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みの整備です。

医療機関が、かかりつけ医機能について都道府県知事に報告を行います。報告の対象となる医療機関については、病院または診療所として、省令で定めるものとされています。この内容、対象となる医療機関についても、今後、検討会、分科会で有識者の参画を得て検討となっています。

報告事項については、かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容となっています。こちらにも有識者等の参画を得て検討することにしています。

1つ目が、日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能。

2つ目が、①を有する場合に、通常の診療時間外の診療、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、その他省令で定める機能となっています。また、連携して機能を確保している場合には、連携医療機関の名称、連携の内容を報告いただくということになっています。

その下の矢印で、都道府県は、医療機関がその機能の確保に係る体制を有することを確認して、地域の協議の場に報告をし、公表するということになっています。

一番下の矢印で、都道府県が、地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討して、結果を取りまとめて公表することとなっています。

35ページは、今のかかりつけ医機能の報告の流れを絵にしたものになります。

最後、3つ目の制度改正が36ページ、患者に対する説明の努力義務になります。

下のほうの絵で描いてある左側の「かかりつけ医機能を有する医療機関」が、右側の「継続的な医療を要する患者」から説明の求めがあった場合に、真ん中に書いてある患者の疾患名、治療計画、医療機関の連絡先、省令で定める事項を説明する努力義務が規定されています。こちらの説明の内容等にも有識者等の参画を得て検討することとしています。

37ページから、検討体制、検討の進め方になります。

38ページ、9月29日の医療部会に提出をした資料になります。施行に向けて検討が必要

となる主な事項です。

医療機能情報提供制度については、情報提供項目の表現の見直しなど、かかりつけ医機能報告については、報告を求める機能の内容、報告対象の医療機関の範囲、都道府県の確認・公表、それから医療機関の患者等への説明の内容などになります。地域における協議の場、協議の参加者、進め方、それから、地域でかかりつけ医機能を確保するための具体的な方策など、そのほか医療計画に関する事項、研修に関する事項、国の支援の在り方などが検討事項と考えられます。

39ページ、検討の進め方です。こちらも9月の医療部会に提出をした資料になります。

医療機能情報提供制度、かかりつけ医機能報告の両者の整合性を確保し、国民・患者に分かりやすい情報提供を進めることが重要なので、次のように検討を進めるとしています。

①が、本日のこの検討会を新設して、検討を統括する場を設ける。

②が、その分科会として「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会（仮称）」を新設し、かかりつけ医機能報告等の施行に向けた検討を行う。

③が、既設の「医療情報の提供内容等の在り方に関する検討会」を本検討会の分科会として位置づけ、これまでの議論との継続性も踏まえ、医療機能情報提供制度の全国統一システム化、かかりつけ医機能の情報提供項目等について検討する。

④が、検討会・分科会の検討状況について、相互に共有、医療部会に報告しながら検討を進める。

一番下、○を書いています。障害者に対するかかりつけ医機能の議論を行う際には、障害者関係団体のヒアリング、あるいは専門構成員としての参画を検討することとしています。

40ページ、検討のスケジュールになります。

本日の検討会において、2つの分科会を設置することとして、具体的な検討については、11月から分科会で議論していきたいと考えています。本日、各委員からいただいた御意見についても、それぞれの分科会で御紹介して、分科会で具体的な議論を進めていきたいと考えています。

黄色いほう、かかりつけ医機能の分科会においては、かかりつけ医機能報告に位置づける機能の基本的な考え方、それから省令等の具体的な内容などを議論いただいて、令和6年の夏頃に取りまとめたいと考えています。その後、省令・告示改正、システム構築を行い、併せて自治体向けのガイドラインの検討などを行った上で、令和7年4月にかかりつけ医機能報告の施行を考えています。

右側の医療機能情報提供制度・医療広告等の分科会においては、医療機能情報提供制度について分かりやすく伝える方法などの議論をいただいて、令和6年4月に全国システムの施行、その後、かかりつけ医機能に関する情報提供項目については、左側のかかりつけ医機能の分科会の検討状況を踏まえて、見直しについて議論いただくことを想定しています。

41ページは、検討会・分科会の構成員をまとめたものになります。

最後、42ページ、今後の検討の進め方ですが、先ほどの主な検討事項を2つの分科会に割り振ったものになります。かかりつけ医機能の分科会が、かかりつけ医機能報告、協議の場、医療計画、その他研修、あるいは国の支援の在り方など、医療機能情報提供制度・医療広告等の分科会が、医療機能情報提供制度というように割り振っています。

なお、※印で書いていますが、医療広告の関連事項については、これまでの議論との継続性も踏まえて、右側の分科会で議論を行っていただきます。

43ページ、9月の医療部会における主な意見を整理、まとめているので、御参考いただきたいと考えています。

資料の説明は以上になります。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして御質問、御意見をお願いいたします。時間は十分ございますので、できるだけ多くの構成員の方から御意見をいただきたいと思っております。いかがでしょうか。

まず、大道委員、その後、小林委員、お願いします。

○大道委員 ありがとうございます。

本日の事務局の御説明で、かかりつけ医機能に関する定義はよく分かりました。ただ、まだ私の中で理解がきっちり分かれていないところがございますので、かかりつけ医機能とかかりつけ医との関係性がよく分かりません。例えばかかりつけ医機能というのは、かかりつけ医が本来すべからず持つべきものなのか、それとも、かかりつけ医機能はないけれども、かかりつけ医というものはあり得るのか。そして、病院におけるかかりつけ医機能というのは、病院全体がかかりつけ医機能という位置づけなのか、あるいは、ある科においてはかかりつけ医機能があるという理解でいいのか、その辺りをお教えいただけますでしょうか。

○永井座長 事務局、どうぞ。

○参事官（救急・周産期・災害医療等、医療提供体制改革担当） 御質問ありがとうございます。

今回、医療法で定義を置いているものについては、かかりつけ医機能になります。身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能として定義を置いています。また、かかりつけ医機能報告制度においても、医療機関の機能として報告事項を定めて、医療機関の機能を都道府県のほうに報告いただくという制度になってございます。

他方で、いわゆるかかりつけ医というものについては、医師の個人に着目をした概念だと思いますが、そちらについては今回の制度改正で定義づけるあるいは制度の中に盛り込むということにはなっていないということでございます。

かかりつけ医機能について、病院全体、診療科、どのような位置づけなのかというよう

な御質問をいただきました。こちらについては、かかりつけ医機能を医療機関として報告いただくということに制度上なっていますが、その機能をどのように考えて報告いただくかということについては、またこの後、分科会のほうで議論いただきたいと思いますと考えています。

以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

それでは、小林委員、お願いします。

○小林委員 ありがとうございます。今後よろしくお願いいたします。

第1回会合から途中退席となり失礼いたしますが、改めてその点、お含みおきください。

連合は長年、私たち患者に寄り添って、適切な専門的医療への紹介や病診連携なども含めて、初期医療をしっかりと担っていただけるような医療、それを地域のどこで診てもらえばいいのかがわかる仕組みの構築、そしてどのようにそのような医療を広げていただけるのか、そういったことをずっと求めてきました。これを機にぜひ前進を図っていただきたいと思っております。

その上で、今年の法改正の中で、参議院の厚生労働委員会附帯決議として「障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定め、将来は、継続的な医療を要しない者を含め、かかりつけ医機能報告の対象について検討すること」が採択されております。これを尊重して、ぜひ実現できるように今後この検討を深めていく必要があると思っております。

例えば医療的ケア児ですと、訪問看護や福祉、介護など、様々連携をしていかないと対応が難しいでしょうし、それがまた保護者にも影響します。また、現役世代にとっては、健康診断や人間ドックなどを受けている中で、特定健診・特定保健指導を受けている人については継続的なアドバイスがありますが、そうでない人は、人間ドックや健診の結果を受けてどうするか悩み、日々仕事に忙殺される中で、放置しがちなのが実態だと思っております。そういうところにもメスを入れていく必要があると思えますし、最近では更年期の方々にとって仕事と治療の両立をいかにしていくのかといったところも課題です。これらについて地域でどこが担うのか、とりわけ医療機関が少ない地域ではどこが担うのか、そういったことも含めて、この医療機能情報提供制度の報告を見れば私たちが適切などころへたどり着けるようなものにぜひしていただきたいと思いますので、そういう観点も含めて分科会などでの御検討をいただければと思っております。

また、医療部会があつて、このいわゆる親検討会みたいなものがあつて、分科会が2つあるというところで、相互に意見や内容を共有し合うことが大切だと思っておりますので、その点もくれぐれもよろしくお願いいたします。

雑駁ですが、以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。

かかりつけ医機能のことについては、これまで医療部会等々でも発言をしてまいりましたけれども、今回、分科会にも私は入らせていただいておりますので、具体的なことは今後、分科会の中でしっかりと発言していきたいと思っております。

ただ、かかりつけ医機能ということ考えたときに、患者の状態といいますか、国民の中で例えば本当に内科的、総合的に見てもらわないといけないというような患者さんもいる一方で、耳鼻科だけかかっているとか、整形外科だけかかっているとか、そういった様々な方がいらっしゃる。そして地域によっては、かかりつけ医を選ぶ選択肢がたくさんあるところもあれば、選びようのないところもあると思っております。

今回、慢性疾患を有する高齢者と継続的な医療を必要とする人をまずは対象にするということが私も妥当ではないかなと思っておりますので、ともかく患者が自分の状態に合った、そしてその地域の中でどのように選べばいいのか。特にかかりつけ医ということになると、患者が選ぶ主体だと私は思っておりますので、患者が主体的に選べるようなかかりつけ医機能を考えていくことが重要ではないかと思っております。それによって、必要なときに必要な医療を受けることができるようにというような方向性が大事ではないかと思っております。

かかりつけ医を持っている方が多いという統計もあるのですが、実際にかかりつけ医を持っていますかと聞くと、いつも行っているところがかかりつけというような認識でおっしゃる方が結構多いです。実際に、本当はかかりつけ医が欲しいのだけれども、探すだけの情報がないと言っている方、総合的に診てもらいたい、かかりつけ医を探したいけれども、探すだけの情報がないという声が私たちのところには特に届いていますので、今回、患者が主体的に選ぶときに、報告制度も含めて、そういった方たちが適切に選べるような在り方を探っていくような機会にしたいと思っております。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

河本委員、どうぞ。

○河本委員 ありがとうございます。健保連の河本でございます。

私ども健保連は、かかりつけ医機能の発揮、さらにはかかりつけ医の位置づけ、これは医療全般にわたる極めて重要な課題であると認識をしております。今後の検討の進め方が資料の42ページにございますけれども、これについては異論ございませんが、何点かコメントをさせていただきたいと思っております。

まず、議論を始める前提として、今回の医療法改正が全世代型社会保障改革の一環として行われたということはしっかり押さえておくべきだと思います。具体的に申し上げますと、先ほども御紹介がありましたけれども、昨年12月に取りまとめられた構築会議の報告書あるいは医療部会の意見の中でも、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるものにするかとされております。

また、29ページに記載がございますけれども、参議院の附帯決議の中で、全ての国民・患者がニーズに応じて医療機関を選択して利用できるようにするといったことも求められております。今回の制度整備によって、全ての国民が恩恵を受けることが不可欠であるということは指摘させていただきたいと思っております。

15ページ以降で御紹介されております国民・患者の意識・期待を拝見しましても、例えば18ページに日医総研の調査がございますけれども、かかりつけ医のイメージとして、高齢者が必要とする医師というのに比べて、家族全員のかかりつけ医を想定する方が多いということが分かりますし、19ページを見ますと、かかりつけ医に期待する役割や機能について、「どんな病気でもまずは診療できる」ということが最も多くなっております。こうしたことから、全世代、また幅広い疾患を対象とすべきと考えているところでございます。

次に、議論の進め方についてコメントさせていただきたいと思っております。

医療機能情報提供制度とかかりつけ医機能報告制度、分科会が分かれて議論が進むことになると思っておりますけれども、この2つは2本立てではなくて、言ってみれば2階建ての仕組みとなるのかなと思っております。先ほど小林構成員からもございましたけれども、節目節目で親会議においてすり合わせをしながら制度をつくっていく必要があるのかなと考えております。

また、両制度のいずれも、国民・患者の希望に応えるためには、医療の質を担保することが非常に重要なポイントになると思っております。運用上の実効性を極力高める制度設計にすべきだと思います。

最後にお願ひでございますけれども、私ども健保連は、かかりつけ医やかかりつけ医機能について幾つか調査や分析も実施しております。今後の議論の中で、私どもから資料を提出する機会をいただければありがたいと思っております。御検討をお願いしたいと思っております。

私からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかに。

吉川委員、どうぞ。

○吉川委員 ありがとうございます。日本看護協会の吉川です。

4点ほど意見を申し上げたいと思っております。

まず1点目はかかりつけ医機能についてですが、これは医療機関が果たす機能であるということを踏まえますと、外来による重症化予防や、介護等との連携など、日常的な医学管理、在宅療養のためには、関係する各職種が果たす役割が非常に重要と考えますので、そのような視点も含めて今後検討させていただきたいと思っております。

2点目は報告の対象についてです。このことに関しては、29ページの参議院の附帯決議にありますとおり、障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるかなどを今後検討するとありますけれども、現にそうした自立支援医療や小児医療、難病医療等を必要とし、か

かりつけ医を必要とする方がいらっしゃるわけなので、できるだけこれらも早期にかかりつけ医機能の報告の対象に含めることが必要ではないかと考えます。

3点目は、地域でかかりつけ医機能を確保するための具体的な方策についてです。今後、生産年齢人口が減少していく中で、かかりつけ医機能を確保し、特に休日・夜間を含めて体制を確保するためには、医療機関間の連携や訪問看護との連携が欠かせないと考えます。各医療機関において必要な連携先をしっかりと確保・報告し、その情報を患者・国民に届けられるよう、今後の検討を進めていただきたいと思います。

最後、4点目は、研修に関する国の支援についてです。この点に関しましては、29ページの参議院の附帯決議の中で、かかりつけ医機能を有する医療機関に勤務しようとする者への教育及び研修の充実に加え、処遇改善やキャリアパスの構築支援等、これらの者が増加するような取組を推進する、とあります。この点は非常に重要で、かかりつけ医機能を発揮するためには、医師のみならず各職種が国民・患者のニーズに応じた、また重症化予防に向けた在宅療養支援を実践できるようにしていく必要があります。そのための教育研修の充実や処遇改善、またキャリアパス等の具体策などについても今後十分に分科会で議論をしていく必要があると考えてます。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

小森委員、どうぞ。

○小森委員 31ページにあります今回の医療機能情報提供制度の中で今まで検討してきたこと、制度の報告は各医療機関が入力業務をする、それがあまり複雑なものにならないよという話をしてきました。ここで書いてあることは、都道府県知事ということですので、最終的に協議の場で報告するとともに、公表するとあるのですけれども、これは各都道府県で入力業務が行われるのですか。その辺は当然分科会で今後検討されることだと思いますけれども、そこを明らかにしていくこと。

もう一つは29ページ、今お話しになっていた教育研修の話ですけれども、医師はもう既にかかなりの研修を受けていまして、特に産業医の講習なんかはかなりの時間を割いて土日もしくは平日の午後、授業を受けています。かなりの単位数を取らないと産業医は確保できません。産業医を持っていないと学校医になれないという制度になっていますので、その上にまだ研修を載せてくると、さすがに学会等を含めて勤務医というか開業医、一人医師の場合はかなりの負担がかかりますので、その辺のことも考えた上で検討していただきたいなど、これは一つの注文であります。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ネットで御参加の阿部委員、お願いいたします。

○阿部委員 ありがとうございます。

私の所属している日本障害フォーラムは13の中央障害者団体で組織しています。また、それぞれの団体には様々な団体がまた関わっていることですので、そういう視点から、今日の御説明、それから各委員のお話しいただいた、29ページの参議院附帯決議の中で、障害児・者、医療的ケア児、難病患者につながります。私たちが地域の中で生活していくためには、医療、そして福祉・介護との連携がとても大事だと思います。

改めまして、多分そのように進んでいくのだと思いますけれども、障害とか難病であると、それぞれ御承知のように多様な状況と、同じ障害でもその生活または健康維持について大きな違いがあります。そのことなどを含めまして、これはとても大事なかかりつけ医機能ということで理解をした上で、私の障害当事者としての役割は、多くの障害種別の方々の御意見、または難病の方々のお話も伺うということで、ぜひこの検討会の進行の中で、そのようにされるのだと思いますけれども、ヒアリングや各団体の意見を確認していただきながら進めていただきたいと思います。

本当に繰り返しですけれども、地域で暮らすことの重要性の中で、ともすると私たちは福祉との関係が今まで多かつたし、医療的な会議に出ることもあまりなかったにもかかわらず、今回この検討会に入れていただいてありがとうございます。そして、私の役割は多くの団体とのつなぎだと思しますので、その辺、よろしく願いいたします。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ネットで御参加の福長委員、お願いいたします。

○福長委員 福長でございます。ありがとうございます。

御説明をお伺いして、皆様の御発言を聞きながら、私は知識があまりないものですから、うなずきながらお話を聞いていたところです。今後の検討会等でいろいろ勉強させていただいて、自分の意見を言っていこうと思っておりますけれども、このお話の中でやはり大切なことは、システムの構築はもちろん必要なのですが、かかりつけ医についてのシステムが十分にできたとしても、患者がいかに早く適切な情報にたどり着けるかということが大事なのではないかと思っております。私はそこら辺の重大性も関心を持っているところなので、今後そのような形で発言をしていきたいと思っております。

今後ともよろしく願いいたします。

○永井座長 ありがとうございます。

続いて、猪熊委員、お願いいたします。

○猪熊委員 ありがとうございます。

報道の立場から、社会保障を担当している読売新聞の猪熊と申します。本日、中座しまして申し訳ありません。よろしく願いします。

短く3点申し上げたいと思っております。

1点目は、かかりつけ医機能を持った医療機関に国民がアクセスする道筋をできるだけ分かりやすく示すことが大事だと思っております。いろいろな方の話を聞いていて、かかり

つけ医機能の大切さとか、地域の中で面として機能を果たす役割の重要性は分かったのですけれども、いざ実際に個人として医療が必要になったときに、信頼できて、頼れて、責任を持って診てくれる医師や医療機関はどこか、どうやって選べばよいかがよく分からないので、使い勝手のいい仕組みをつくるのが重要だと思っています。

2点目です。かかりつけ医機能の内容はこれから議論するわけですがすけれども、それを示す際はできるだけ客観的な情報、データを用いてほしい。と同時に、医療機能の情報を読み解くための国民・患者側への支援の仕掛けもどこかに盛り込めればよいと考えています。さらに言えば、国民・患者が日本の医療の現状・課題をもっと学べるような仕掛け、仕組みもどこかに入れられればよいかなと思います。

頼れる医師、医療機関が分からないからすぐに救急車を呼んで、救急を疲弊させてしまうという現状がありますし、かかりつけ医機能の話はフリーアクセスと密接に関わって、医療を受ける国民の側の理解がないとなかなか制度整備が進まないと感じます。提供側に客観的な情報を求めると同時に、医療を受ける側にも医療への理解を深める努力が求められます。そのための支援の仕掛けが入ればよいかなと思います。

最後、3点目に、この議論はあまり小さく収れんさせずに、少し幅広にできればよいかなと思います。もちろん、拡散して収拾がつかなくなるのは本末転倒ですがすけれども、現行の制度がこうだからとか、現行の診療報酬体系の中で考えるとこうなるというふうなことで、現行の仕組みがこうだからこの議論はここまで、みたいなことではなくて、少しでもいい制度にしていくために、診療報酬の枠を超えるようなことがあっても、柔軟で幅広な姿勢で検討を進めるという合意ができればよいと思っています。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかに。

大橋委員、どうぞ。

○大橋委員 日本プライマリ・ケア連合学会から参りました大橋と申します。私たちの学会は、総合診療専門医の養成の一翼を担っている学術団体でございます。

かかりつけ医、また、かかりつけ医機能に対するニーズというのは、コロナをきっかけにそれまでなかったものが掘り起こされてしまったというのがあるように感じています。これから市民の方々が思っているものというところとして、例えば感染症対策であったり、休日・夜間の対応であったり、または在宅医療であったり、私も今、開業していますが、これを一人の開業医で全て応えていくのはやはり難しいということもあって、今回の報告制度によって、地域を面で支えるという体制がどのようにできるのかということに関しては真剣に議論しなければいけない時期なのかなと思っています。

そんな中で、面で支えるといったときに、ある程度地域で核になるような医療機関が出てくるのかどうかというのは今後の議論の中でぜひお伺いしたいところかなと思っています。そう申しますのも、在宅医療の体制整備の中で、在宅医療において積極的役割を担う

医療機関が今、提唱されています。これはもしかすると在宅医療のみならず、地域包括ケア全体において核となる医療機関が必要なのではないかと考えると、かかりつけ医機能報告というのがその重要な材料になるのではないかなと思っています。

また、かかりつけ医機能の報告によって、ただ公表するだけではなくて、選ぶ市民の皆様が選びやすいようないわゆる質の担保というもの、質というのはいい悪いではなくて、その方にとってフィットするものかどうかというものも踏まえて公表する方法についても御検討いただければなど。まさに患者がかかりつけ医を選ぶ基準となるという視点で御検討いただければと思います。

私たち日本プライマリ・ケア連合学会では、既に全日本病院協会さんとも協力して、総合医育成プログラムを開発しております。そのような中で、学術的にも今後かかりつけ医機能を担う皆様の教育への御協力であるとか、また、私たちの会員1万人、現場で今、いわゆるプライマリ・ケアをやっておりますので、何かデータ、実例等、御協力できる場所があれば、今後の分科会・検討会等で発表させていただきたいなと思っています。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。

先ほどの河本委員の御発言に対してちょっと感じたところがあって、発言したいと思います。

国民全体、全世代対象というお話がございました。そういったことも将来的に視野に入れてということはもちろん重要なことだと思っているのですが、そうなった場合に、国民の意識をかなり変えなければいけない問題だと思います。例えば予防的な観点からかかりつけ医を持つというような視点が必要になります。あるいは、医学教育は今、専門医を養成するような形で行われています。しかし、国民全体のかかりつけ医や全世代を対象にしたということになると、総合的に診る医師の養成が必要になってきて、イギリスのようにGPになるのだとしたら、医学部の途中からそちらの養成課程に入るといったようなことになって初めて成り立つのだと思います。それだけに、医学教育の在り方も大きく関係してくることだと思っています。ですので、そういったことを視野に入れた検討が必要な問題であるというようなことを踏まえて話し合っていないと、そう簡単なことではないのではないかなと私は思っています。

国民が置き去りににならないように、国民全体や全世代ということを経験に入れて考える段階になったとすれば、どういったことを国民にしっかり伝えないといけないのか、どのようなことを検討しないといけないのか、こういったことをしっかりと検討した上で話し合いに入っていくという体制が必要ではないかなと思いましたが、そのことだけお伝えしておきたいと思いました。

○永井座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

土居委員、どうぞ。

○土居委員 慶應義塾大学の土居でございます。この検討会で議論に加わらせていただくことになりました。よろしくお願い申し上げます。

私は3点ほど、かかりつけ医機能に関して申し上げたいと思います。

既に法律が通って、議論の枠組みの土台ができたということで、それはよかったと思います。その中で、事務局からも説明がありましたように、まずは医療界の理解がなければ制度が定着しない。2点目に、国民の理解もなければ定着しないというところかと思えます。まず、1点目と2点目について触れたいと思います。

医療界の理解は、まだもちろんこれから検討会が検討していくということなので、我々もこれが答えだというものを持っているわけではありませんから、今の段階でかかりつけ医機能報告制度はこういうものと説明に回るといって段階ではなくて、むしろみんなで一緒に考えようという段階なのだろうと思いますが、ただ、医療制度改革の荒波の中で、このかかりつけ医機能報告制度をてこにするとか、そのようなものではないとは思っていて、先ほど大橋委員もおっしゃったように、コロナ禍で、かかりつけ医という漠然としたものが、もう少しはっきりそういう医師の方ないしは医療機関の方々に助けてもらいたいと思う国民が、そのニーズを顕在化させたということが背景の一つあるということ。

もう一つは、私はこれは強調しておくべきだと思うのですが、事務局資料にもありましたように、外来医療の患者が今後各地で減っていく中で、それでいてしっかり各地での地域医療を守っていかなければいけないということを両立させていくにはどういうふうにしていけばいいのかということも考えなければいけないということだとすると、今までのような医療提供体制なり出来高払い中心の診療報酬体系というところにもしっかり立て直しを図っていかないといけないということはあるのではないかなと私自身は思っておりまして、そういう意味では、医療機関側の御協力が多大に必要だと思います。

確かに資料の19ページにもありましたように、どんな病気でもまずは診てくれるというものをかかりつけ医に期待したいということではあるのですが、先ほど山口委員からも御指摘がありました、今の医学教育ないし専門医の分布からして、総合診療を担える医師がたくさんいて、全国各地どこにでもいるというわけではないというようなことからすると、一人の医師で一人の患者の全ての病気を診られるというのはなかなか容易ではないということであれば、複数の診療科で複数の医療機関で連携して、地域でお住まいの方々のかかりつけ医機能を担うということを考えていくきっかけに、この制度の定着に向けて議論を進めていくことが必要だろうと。

私は最初からそう思っているのですが、一人の医師が一人の患者を診るのが何かかかりつけ医めいたものだと思われがちだけれども、むしろそういうイメージを持たれているとすれば、それは違うということなのではないかと。複数の医療機関で一人の

患者のかかりつけ医機能を果たすということだからこそ、特定の診療科の専門医の方がおられても、ほかの診療科の別の医療機関におられる医師と共にそのかかりつけ医機能を担っていくということで、かかりつけ医機能が各地で定着していくというようところが、今後さらに議論が深まるといいのかなと私は思っております。

2点目には、国民の理解が必要だと思います。特に私も委員をさせていただいています。全世代型社会保障構築会議の報告書で、今日の資料の22ページにもありましたけれども、フリーアクセスの考え方下でということをはっきり明記しておりますから、かかりつけ医制度ができると、フリーアクセスが妨げられるのではないかというような誤解があるとすれば、私はそれは払拭していくべきであると思っています。フリーアクセスの考え方下で、かかりつけ医機能を各地で定着させていくということであって、ただ、かかりつけ医機能を持つ複数の医療機関のどこかでまずは自分の疾病を診ていただくというのが最初のステップ、医療機関へのアクセスにはなるとは思いますけれども、決してフリーアクセスの考え方とかかりつけ医機能は矛盾するものではないというか、矛盾させないようにするというか、そういうことが国民にも御理解をいただかなければいけない。何かフリーアクセスがなくなるからかかりつけ医機能みたいなものはやめてしまったほうがいいのかというようなことにはならないように議論を進めていくことが必要だと思います。

そういう意味で申しますと、もちろん予防医療をどこまでこの仕組みでカバーするかというのは、まだ私も予断を許さないところではありますけれども、今、既に疾病をお持ちの患者の方々だけでなく、未病の国民・住民の方々でも、かかりつけ医機能とはこういうもので、いざとなったら自分はこういう形で使えるのだということが御理解いただけるような形で理解の浸透を進めていくことも必要です。

その点におきましては、国民皆保険ですから、私は保険者の役割も重要だと思っています。確かに先ほど来、複数の委員の方から、まずはどこの医療機関にかかればいいのか分からない国民の方がたくさんいらっしゃるということは事実で、それは重く受け止めるべきことだと思うのです。けれども、国民は本人として被保険者であるという方もおられれば、被扶養者という方もおられるわけですが、国民皆保険でどこかの保険には入っていて、そこには保険者が必ずいて、けれども、今の情報が不足している状況では、なかなか保険者からも被保険者に対して、まずはあなたはこういう医療機関にかかっただけではいかかでしょうということを紹介するということが情報不足ということもありますから、かかりつけ医機能報告制度を活用して、保険者もそれを活用しながら、被保険者の方々ないし被扶養者の方々に情報提供をよりパワーアップした形で進めることができる。そのようなことも今後はこの仕組みを使って、保険者が被保険者及び被扶養者に情報を提供するなり、医療機関のかかり方をより質的に向上させる、そのようなものとして進めていくということは今後必要になってくるのかなと。そうすることを通じて、国民もこういう機能があつてよかったなと納得していただけるようになっていくのかなと思います。

最後、3点目は、介護との連携という話であります。既に検討事項の中にも入っている

わけでありませけれども、釈迦に説法ですが、介護保険は保険者は基本的に市町村ですから、そういったしますと介護との連携は市町村の御協力なくしてはなかなか難しい。もちろん医療機関、それから介護事業者の方々が主体的にということではあるのですけれども、市町村の関与も欠かせない。もちろん市町村の事務を増やしてしまうというところについては、適度ということではあるのですけれども、かかりつけ医機能報告は、県に報告する想定にはなっているわけですが、市町村のほうにもしっかりと必要な情報は提供して、先ほど事務局からの説明にもありましたけれども、適切な場面で市町村にも御参画いただいて、在宅医療と介護との連携とか、そのようなところにもうまく連携が組められるようにする。それは医療機関が機能報告をする立場として、自分たちだけでやりなさいと言うには限界があると思いますから、市町村にも御協力をいただきながら、医療機関がスムーズに介護との連携が図れるように、今でも既にあるとは思いますが、今後ますますその仕組みを活用していくことが必要ではないかと思えます。

私からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、ネットの森委員、どうぞ。

○森委員 ありがとうございます。

日本精神科病院協会から参加させていただいております森と申します。よろしくお願いたします。

私のほうからは2点ほどお話しさせていただこうと思えますが、専門医機構というところずっと長らくおまして、今、何人かの方から専門医との関係も出てまいりましたので、その点を先にお話ししたいと思います。

現在、卒後研修というのは、大学を卒業して2年間のいわゆる初期臨床研修をやるわけですが、これは義務化されております。その後、3年間の専門研修に移るケースが圧倒的に多いわけです。九十何%ですから、ほとんど全員が専門研修に移っています。ただ、これは義務化されているわけではなくて、任意の制度になっているのですけれども、結果的には、卒業するとき、コンピューターのほうから自分がどこへ行くかをプログラムを見て決めるというのが研修医の中ではもう当たり前になっているのです。だから、専門医を決めるというのは筋道としてはそうなっている。

その中に19の基本領域があるのですが、19番目に総合診療専門医がございます。先ほどもプライマリ・ケアのほうからお話があったと思えますが、そこにある総合診療専門医というのは、専門医とはついてはいますが、全体を診るということになっていて、そもそも総合診療が診られる人たちを50%ぐらいつくるべきだろうというのが最初の考え方だったのですが、今の制度設計ではそういう形にはなっておりません。したがって、現在は19領域に分散して全部入ってくる。ですから、専門医をまず専攻するという形にはなっているのですが、ここで大事なことは、3年間で専門医制度は終わるのです。例えば内科専門医、外科専門医というのは3年間で1回終わる。その後、サブスペシャリティとって、

さらに上につながっていくわけですが、ここが問題で、サブスペシャリティに必ず行かなければいけないわけでも何でもないわけです。ですから、最初の3年間は取りあえず外科をやってみよう、内科をやってみようという勉強するのは別に僕は悪いことではないだろうと。その後、総合診療に行ってもいいのではないかという道を開くべきだと僕は個人的に思っています。

つまり、学生のうちから総合診療をやる人を決めるとか、そういう筋道をつくるというよりは、いつでも総合診療ができるようなスタイルをつくったほうが、結果的には総合診療が広がっていくだろうと思っていますので、それがかかりつけ医になっていくのだろうと。例えば外科の先生がオペをずっとしていたのだけれども、大分年を取って、手術をするにも目があまりよく見えなくなってきたなど。では、ちょっと地域へ出て、いろいろな患者さんを診ようではないかと。ちょっと勉強して、研修をして、総合診療みたいなことをやって、かかりつけ医になっていこうというのもありだと思えるのです。なので、これから医師も高齢化してまいりますので、そういった少し幅広い考え方をしにかかりつけ医を考えていただけるといいのかなと、専門医のほうからは思いました。

もう一つは、今日、話を聞いていて新しい制度を構築するみたいな形の話が出てくるのですが、新しい制度を構築することに目が向いてしまうと、必ずいろいろなビジネスモデルが登場してしまったりするのです。なので、現状を正しく把握した上で、現在の不足しているところ、十分ではないところをきちんと明確にした上で、新しい制度構築にどうつながっていくかということが重要で、それはどなたかがおっしゃったように、現在こうだからできませんという意味ではなくて、現状を正しく把握した上で新しい制度構築を無駄のないような形でつくっていくというのが非常に重要だと私は思っています。したがって、できるだけ単純な形で、国民に分かりやすい形でこの制度を明確に示していくということが一番大事なので、あまり新しい制度として理想論を掲げるよりは、その方向に向かって現状を少しずつ変更していくということも重要ではないかと思えるので、一言付け加えさせていただきます。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

城守委員、どうぞ。

○城守委員 ありがとうございます。日本医師会の常任理事の城守でございます。

今、構成員の先生方からの様々な御意見をお聞きしていたわけですが、この親会の位置づけとしては、タイトルを見ても、「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」というネーミングなわけです。先ほど山口委員もおっしゃいましたが、国民の方、患者さんは、それぞれ医療機関にかかれるときには、その状態が異なります。先ほどお話があったように、全体的に診てもらいたいという人もあれば、個別にその専門科を希望されるという形もあります。これは、それこそ患者

さんの状態に応じた情報が提供できるような制度設計が必要になるろうと思いますので、これは今後の医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会でしっかりと議論していただければいいかなと思っております。

その上で、もう一つの分科会、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会が恐らくその議論の主戦場になるのだらうと思います。その中で、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」という文言ですが、これは「地域で住民の方が安心して医療に関わることができる体制づくり」と言い換えることができようと思います。さらには、地域包括ケアの基盤の一つとして非常に重要になる位置づけであらうと思います。

その上で、これからこの分科会で議論をいろいろされるとは思いますが、2点ほど特に考慮していただきたいなと思うことがございますので、少し述べさせていただきます。

まず1点目は、今、森構成員もおっしゃいましたけれども、現在、外来を含めた医療の提供体制は現存していて、実際に動いているわけです。この動いている提供体制というのは、急に何か制度を変えて、動きを変えることができるかということ、医療制度というのは可変するのは非常に難しく、さらには一度変わってしまいますと元に戻すのになかなか時間がかかるという特殊な制度になっています。ですので、現在動いている医療提供体制が破壊されるような制度設計ということになりますと、この検討は外来の医療提供体制をよりよくしていこうということが目的でありましょうから、そういう意味においては何をしているのかということにもなりかねないということがございますので、まずはそういう視点で検討をしていただきたいと思っております。

先ほど全体的な絵をしっかりと描くということの御発言もありました。確かにそれは重要なのですけれども、先ほども申しましたように、白地に絵を描くのではなくて、実際に描かれた絵をいかに機動的に、より効果的にきれいな絵に仕上げていくのかという作業が現実的には必要になりますから、そういう視点をまずしっかりと持って議論していただきたいというのが1点でございます。

もう1点は、これも医療部会でも申しましたけれども、現在の外来の体制は、コロナ以前はそれほど大きな問題が生じている体制ではなく、それなりに各地域において機能していたと思っております。もちろんコロナ禍においては様々な問題点も出てきましたが、これは未知の感染症に対しての体制整備ができていなかったということでございまして、第8次医療計画において、感染症に対しては新たな事業として位置づけられております。また、予防計画もブラッシュアップされています。ですので、そういう意味においては、そちらでしっかりとした感染症の体制整備はなされますので、それとは別に、それ以外の医療提供体制を見直していくことになると思います。

そのときにポイントになるのは、現存している医療資源を最大限生かしていくという姿勢であらうと思います。その中で、特に人口の動態というものを踏まえすと、高齢者の医療をしっかりと確保できることが必要になります。そうしますと、先にも申しましたよう

に、多くの医療機関が積極的に参画できる体制整備がなされなければ、これはうまく機能しないであろうと思います。

そういう形で言いますと、これも先ほどお話がありましたけれども、これから議論されるかかりつけ医機能報告の内容はそちらの分科会でしっかりと議論していただくこととなりますが、この報告をより多くの医療機関がすることによって、それこそ先ほど森委員もおっしゃいましたけれども、現在の外来医療の提供体制がどうなっているのかが見える化されてきます。見える化されるとともに、どこが弱点になっているのかということも明確になってきます。ですから、これは非常にいいツールになるということになりますので、そういう意味では、不足する医療の提供体制を改善していくツールにもなります。結果的には、それをすることによって、その地域においてのかかりつけ医機能がより発揮される制度整備になるという、国の方針にも合致する形になると思います。

そういうふうに考えますと、基本的に制度を議論して、これから構築していくことになろうと思いますけれども、あまり厳格な制度設計にして、厳しい基準等の要件を課すということになると、この制度は患者さん、そして医療機関の手挙げが基本になるはずですので、医療機関、特に実際に現在かかりつけ医機能を担っている医療機関が手挙げできなくなる形になるような制度設計は逆効果になります。一体何のためにこの制度をつくっているのかということになりますから、多くの医療機関が積極的に参加できるような報告制度になるほうがよろしいのではないかなと思いますので、そういう視点を持ってしっかりと議論していただければなと思っております。

私のほうからは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、ウェブの織田委員、お願いいたします。その後、家保委員、お願いします。

○織田委員 ありがとうございます。全日本病院協会の織田です。

今、森委員、城守委員がお話しされたこととダブってくるわけですが、資料2のかかりつけ医機能をはじめとする医療提供体制を取り巻く状況の概要で、医療需要の変化の項目が書いてあります。ここのところに出てくるのは、85歳以上の人口の急増ということで、11ページを見ていただくと分かりますけれども、現在、75歳ではなくて85歳以上の方が急増していることが分かります。地方ではもう既に起こっている状況で、都会ではこれから起こるということなのですけれども、実際に入院、在宅等においても、85歳以上の方は増えてきています。これまでは何とか退院後を施設でカバーすることができたのですが、今後は直接在宅に変えざるを得ないという方たちも増えてまいります。

そういう中で、現在のフリーアクセスの現状が果たして本当にそんなに悪いのかということ。否定的に見るというよりも、日本のフリーアクセス、そして地域の身近なところがかかるといふ制度は住民の方達から見ると非常にいいのではないかと思います。ただ、今、診る側の診療所の医師も、年齢的に平均60歳ということで、5割が60歳以上、実際これを見ても3割が70歳以上です。その先生方は、高齢になっても使命感で地域にお

いて多くの役割を果たしておられます。ある意味で地域医療を守ってくれている先生方です。そのような現状で、このように医療提供体制を大きく変えてしまうと、逆に非常に危ない状況になるのではないかと思います。

特に地方では、承継者がおらず開業の先生がどんどん減ってきています。都会ではどんどん増えているかも分からないのですけれども、地方は減ってきている状況なのです。だから、できるだけ多くの先生方に参加してほしい。かかりつけ医機能報告をして、かかりつけ医機能に参加してほしいというのが我々の医療の現場での切実な思いなのです。ですから、これにいろいろな制限を加えたりするということではなくて、多くの先生方が入ってこられる制度設計をしていかなければいけないのではないかと思います。

あと一つ、30ページのイラストなのですが、確かに入院医療の垂直連携と地域の水平連携をうまく組み合わせるといことなのでしょうけれども、実際、紹介受診重点医療機関にもかかりつけ医機能を持っているところもあります。ですから、そういうところを逆にかかりつけ医機能を持つてはならないということではなくて、地域地域でその在り方、医療資源もアクセスも違いますから、紹介受診重点医療機関であってもかかりつけ医機能として担う部分があれば、それはもう十分に働いていただきたいと思いますし、逆にかかりつけ医機能を持つ病院でも、地域の医療機関から紹介ということもありますので、この図を見ると機能を2つに分けてしまうように見れます。そうではなくて、現在ある医療資源を各地域で有効に活用できる制度にしていくべきではないかと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

家保委員、どうぞ。

○家保委員 ありがとうございます。

この制度、都道府県が国民の皆さんに情報提供の仲立ちをするということで、非常に重要な役割を担っておりますので、積極的に取り組んでいかないといけないと思っております。

ただ、都道府県も正直申し上げて大規模県から地方まで様々な状況でございます。先ほど織田委員がおっしゃったように、大都市部のように、これから医療需要や後期高齢者が増える、また、診療所等の開設も増えているところと、当県の中山間のようにもう既に後退局面になっている県もあります。そこでは、人口も減る、それから従事者である高齢の医師も退職するというので、現状を維持していくのにいろいろな施策を打たないといけない状況になっています。よって、この制度の導入によって、そういうところで今頑張っておられる地域の医療関係者の方々がより撤退しないような形、十分に参加できるような形のフレームをぜひとも考えていただきたいという観点で、私も分科会に参加させていただいて、お話しできればなと思っております。

そういう地域では、介護との連携とかは、都市部よりは密接に顔が見える関係ができていますし、実際こういう報告制度でなくても、もうそこしか選択肢がないような地域も現

実にありますので、その方々がとにかく参加してよかったと思えるようなフレームをぜひとも一緒に御検討いただければと思います。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

香取委員、どうぞ。

○香取委員 ありがとうございます。香取でございます。

さきほど土居先生からお話がありましたが、私も全世代型社会保障構築会議の委員として、かかりつけ医機能が発揮される制度整備についての議論にずっと参画をして、報告書の取りまとめにも参画をいたしました。その報告書を取りまとめたときの全世代型社会保障構築会議でどういう議論があったか、報告書が何を言いたかったのかということを中心に置きながら、この検討会でどういう議論をしていただきたいかというのを、もちろんこの会議の構成員ではありますけれども、全世代型社会保障構築会議で議論した立場としてお話をしたいと思ひまして、事務局にお願いをして資料で出させていただきます。参考資料2で出させていただきます。

ここで書かれていることは恐らく分科会で議論することになると思うので、分科会でまた改めて必要に応じて御発言を申し上げたいと思いますけれども、今日皆さんの議論の中でかなりいろいろなことが出てきているので、その意味では重複するところがあるかと思いますが、お聞きいただきたいと思ひます。

最初に全世代型社会保障構築会議の報告書、22ページで事務局から御説明がありました。その前段部分のところをお示ししています。2ページになります。赤字で書いてありますけれども、まず、この制度は国民とか患者から見て医療サービスの質の向上につながるようなものでなければならぬということ。もちろん質の向上というのは費用対効果ということになるので、費用問題ももちろん入っているわけですが、基本的には患者目線で質の向上につながるというものでなければならぬ。これがないと国民が受け入れませんので、ここは大事なポイントです。

もう一つは②のところ、地域包括ケアの中でそれぞれの医療機関が機能を果たすという記述があります。

3ページですが、これは先ほど城守先生もおっしゃいましたし、大橋先生もおっしゃいましたが、全世代型社会保障構築会議の議論の中では、かかりつけ医の機能の議論は上位概念として地域包括ケアがある、地域の中で医療・介護・看護が連携した体制をつくり、その連携の中で一定の役割を果たす、そういう形でこの議論をしなければならないということ。

その意味で言うと、もちろん医療というか診療のことも大事ですが、医療以外の様々な周辺領域、予防も含めた外縁についても議論しないといけぬ。この点は、地域包括ケア学会というものがあるのでありますが、昨年、第4回がありましたが、この中で福井県医師会長の池端先生が講演されているのですが、地域包括ケア構築に必要な地域医療

の視点として、病診・病院連携あるいはかかりつけ医の機能があるという話をされていて、そのとおりだと思います。

その意味で言いますと、今回、医療法の改正がされて、報告制度の規定が入っているわけですが、実は地域包括ケアとかかりつけ医・かかりつけ医機能の関係については法律上の規定も整備されておられませんし、関係法の整備もされていないということになります。その意味では、5年後の法律改正ということが書かれていますけれども、そういったより広い視点でこの問題を捉える、まさに地域包括ケアの構築の中の重要な構成要素として「治し、支える医療」、これは2013年の改革会議に出てくる表現ですが、その重要な担い手としてかかりつけ医、かかりつけ医機能を考える、ということが重要だと思います。

2つ目は報告の後段のところですが、ここは具体的にかかりつけ医の機能としてこういうものがありますということとをずっと列挙してあり、最後のところで複数の医療機関による連携ということが書いてあり、この後、手挙げの話が書いてあって、これは第一歩だと書いてあるわけなので、この議論をしていくと、かかりつけ医機能の外縁が非常に広いものだという事は当然皆さんお分かりになるだろうと思います。そして、全世代型社会保障構築会議のときに、かかりつけ医・かかりつけ医機能の議論のベースになったのは、2013年の日医・四病協の合同提言、つまり医療界の統一見解としてかかりつけ医・かかりつけ医機能というのはこうあるべきだと、その議論を踏まえてずっと議論してきたということがあります。

その意味で言うと、今回、医療法の改正だったので、医療法上の定義として、かくかくしかじかこれこれの「医療の提供」と書いてあります。もちろん医療の提供はそうなのですが、当然ながらかかりつけ医の機能というのは、いわゆる診療あるいは療養の給付という意味での医療を超える様々な機能があります。今回の資料を見せていただくと、法律上の定義がそうなっているということから議論を展開しているので、医療の視点からの項目に非常に重きが置かれている。もちろんそれはそれで必要なことなのですが、せっかくこうやって議論するわけですから、必要とされるかかりつけ医機能を体系的・網羅的に考えて、そのどの部分についてどういうふうに報告制度に織り込んでいくか。その根っこの議論をきちんとやった上で報告の項目を決める。分科会ではそういう議論をするということになっているので、そういう形でやっていただきたいと思います。

それとの関係で言うと、これも今日、皆さんの意見から出ていますが、かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題というのは、医療・介護の提供体制全体をどうするかということと密接に関係します。先ほど織田先生のお話にもありましたけれども、これから地域は人口も減りますが、お医者さんも高齢化していきます。医療ニーズの増大に見合って医者とか看護師とかのリソースが増えるわけではないので、現行の医療提供体制の中で必要なニーズをどうやってカバーしていくかという視点で提供体制の改革をしていくということになります。

そうなりますと、例えば逆紹介の問題、休日・夜間等々いろいろな問題がありますけれ

ども、当然ながらこれは一人の医師でそれを担えるということはありませんので、提供体制全体で考えれば、「面」で捉える、あるいはシステムとして、ネットワークとして、かかりつけ医・かかりつけ医機能をどうやって地域に実装していくかという視点が必要になってくるのだらうと思います。

そうすると、例えば報告制度を具体的にどういう制度設計していくか、これからの議論ですけれども、これも先ほど土居先生がおっしゃっていましたが、患者と医師の1対1対応を前提に報告制度を組み立てるということになると、例えば連携でやっている、ネットワークでやっている、共同でやっている、そういった形で地域に絵柄を描いていったときに、それと報告制度がマッチしないということが起こります。さらに言えば、どういった提供体制の絵柄をつくるか。しかも、それも地域ごとに違ってくるはずですから、それを受け止めることができるような報告制度でないと、恐らく地域では機能しないということになるので、報告制度を作ることがまずあって、という議論の仕方ではない議論の仕方をしていただきたいと思います。

そのことで言いますと、7ページですが、全世代型社会保障構築会議の報告と今回の報告制度との関係を見てみると、まだ詰めておかなければいけない点が多々あるのではないかと思いますので、6点ほどお示しをしています。

1つは患者による選択です。これは山口先生もおっしゃいましたが、患者が選ぶということの視点が明確になっていないといけません。報告制度はもちろん報告をすることなのですけれども、患者の選択の保障であるとか、選択の支援であるとか、そういう部分は制度上まだ明らかではないので、ここはきちんと制度設計の中でお考えいただきたい。

2つ目は今申し上げたことで、かかりつけ医機能の定義をきちんと考える。医療法で定められた医療の提供以外の様々な機能があるはずで、そこをある程度明確にして、コンセンサスをつくる必要があると思います。

3つ目は今後の議論ですけれども、今回は慢性疾患を有する者、つまり高齢者からつくるとなっていて、これはこれでいいと思うのですけれども、翻ってコロナの時代のことを考えると、かかりつけ医が何で問題になったかということ、健康な人にかかりつけ医がいない。その人たちがコロナになったときに行き場がないというところから話が始まっているので、いきなりここまで話は持っていけないと思いますが、最終的な視点としてこれは持っていきたい。

裏返して言えば、患者・国民のニーズはどこにあるのかと考えれば、かかりつけ医には多様な役割が求められる。これは厚労省自身が様々なレポートの中で明らかにしていることですので、それは考えていただきたい。

5つ目、6つ目は今申し上げたことですが、現実問題、かかりつけ医機能をどう考えるかといえば、それは医療機関の連携ネットワークで実装するということになるはずですから、それはそういう視点で物事を考えていただきたい。もし医療や介護も含めた連携ネットワークを考えるのであれば、情報連携の基盤やPHRの話はその前提として必要になると

ということになりますので、もちろん報告制度に直接は関わらないと思いますが、そこまで視野に入れないと制度が実装できないということになると思います。

最後に、ずっと委員の皆さんのご議論を聞いていて、今までも考えていましたし今日も改めて思ったのですが、冒頭で大道先生でしたか、かかりつけ医とかかりつけ医機能と医療機関はどういうふうになるのだという話があったのですが、ここは整理して議論したほうがいいのではないかと、これは御提案です。かかりつけ医・かかりつけ医機能の議論をするときに、まず問題になるのは、小林先生もおっしゃっていましたように、総合診療医とかかりつけ医となる個々の医師にどういう資質・能力が求められるのか、あるいは、それをどうやって向上させていくのか。日医・四病協のいろいろな機能の列記の中で言えば、例えば総合診療能力とか、コモンディジーズに対応する能力であるとか、患者とのコミュニケーション能力であるとか、こういったものは医師の資質の問題ということになります。これはこれとして、医学教育の問題も含めて、あるいはOJTの問題も含めて恐らく議論になるし、ここは、日本医師会が国民に選ばれるかかりつけ医になるために自己研鑽を積むとおっしゃって、今、研修をやっておられるわけで、これはこれで一つの論点になるかなと。

ただ、この話とかかりつけ医機能を現場で実装していくというのはちょっとディメンションが違って、かかりつけ医機能を担う医療機関が地域の中でどういう役割を果たすかというのは、医師個人の能力の問題ではなくて、機関の問題ということになります。診療所、あるいは中小病院、そういった機関の機能ということになります。実際、在宅医療・訪問診療体制をどうするかとか、休日・夜間対応とか、入退院支援とか、相談、逆紹介、保健との関係等々は、実は医師個人ではなくて医療機関の機能の問題なので、これは制度面、現場での対応、両方の面で、機関としてのかかりつけ医を担う医療機関をどうやって整理をし、実装していくか、そこにどういう支援を行い、どういう機能を付加していくか。実際に患者さんと対面するのはもちろん個々の医師ということになるわけですが、こういう視点で考えれば、これは機関の機能ということになるので、報告制度を考える場合でも、機関に報告させるということになるので、機関の機能、医師個人の能力の両方が入ってくることになるので、そこはどういう交通整理をして、報告制度でやっていくのかということは考えないといけない。

3つ目は、これも繰り返しになりますが、かかりつけ医を機能させるためには基盤整備が必要で、情報連携であるとか、提供機関相互の連携・協働を支える様々な仕組みが必要になります。これは私はどちらかと言えば行政の仕事だと思っていますが、別途、それをどうやって整備していくかということをししないと、個々の医療機関は機能しないということになります。

最後に、これはここで議論する話ではないかもしれませんが、かかりつけ医・かかりつけ医機能に一定の機能・役割を果たすということを求めるのであれば、それに見合う安定財源を提供しないと、恐らくそれはある部分は診療報酬でしょうし、ある

部分は診療報酬ではカバーできない部分もあるはずなので、そこはそのような議論の仕方をするべきではないと思います。

あと、実は5月にイギリスに行ってGPを見てきたのですけれども、この話は分科会で議論になると思うので、改めて分科会で発言の機会をいただいて御説明したいと思います。

ちょっと長くなりましたが、私からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

大道委員、どうぞ。

○大道委員 ただいま香取先生からお話があったように、私もどうも引っかかるのは、これが機関の能力か個人の能力かというところがまだちょっと腑に落ちないところがございます。例えば今、外来において病院と診療所の役割分担がまだ十分にできていない中で、8,000以上の病院が現在ありますが、今の定義ならば、かかりつけ医機能を持っていない病院を見つけるほうが難しいのではないかと。ほぼ全員皆さんが持っていますねという形でスタートしたときに、果たしてこの制度がうまくいくのかという危惧がございます。

むしろかかりつけ医支援病院という意味であれば非常によく分かります。現状、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所があるではないですか。それと同じように、かかりつけ医支援病院、かかりつけ医支援診療所というものの位置づけならば、非常に外来の役割分担も目に見えて分かりやすいのですけれども、ほとんどの病院がかかりつけ医機能を持っていますと。クリニックで持っているのは逆に一部ですよといったときに、日本の外来は今後どうなっていくのだということを考えると、ちょっと問題をはらんでいるような気がいたします。いかがでしょう。

○永井座長 何か事務局から御意見はありますか。

○保健医療技術調整官 保健医療技術調整官でございます。

かかりつけ医とかかりつけ医機能の明確化ということがございましたが、この報告制度自体は医療機関の単位として報告いただくことなると思います。その機能をいかに分解して、制度として位置づけるかかりつけ医機能は何なのかというところを、まず機能に一旦分解して御議論いただくということになるのではないかと思います。それをかかりつけ医機能のある医療機関と大道先生はおっしゃいましたけれども、医療機関単位の考え方をパッケージで持っているような医療機関という考え方が必要なのかどうか、紹介受診重点医療機関といったような医療機関単位での機能を持った医療機関という考え方もあるわけなのですが、ここで法律の中であるのは、あくまでも個々のかかりつけ医機能を持っているかどうかという考え方ですので、医療機関単位でその機能を持っているかどうかというところをどういうふうにしていくかということは、この法律の中ではまだ決まっていないうことなのだろうと思います。

ただ、今後、地域の中で具体的な方策を検討していく中で、医療機関単位で何か明確化していくという観点が必要なのかどうかということは、今後の御議論ということなのではないかと思いますが、報告制度との関係という意味では、そういった理解の下で、法律が

そういう報告制度になっているという考えの下で御議論いただくということではないかと思えます。

○香取委員 今の調整官の御発言ですが、恐らく先生方皆さんそうだと思うのですけれども、一応かかりつけ医機能はこういうものが求められていますというのは交通整理をしてある程度決めていくのだと思うのですが、現実問題を考えて、一つの医療機関、病院でも診療所でもいいですが、求められる機能を全てそろえている医療機関はそうそうないはずなのです。だから、ネットワークで支えるとか、チームで支えるとか、面で支えるとかという議論になるということですから、もちろん医療機関が一個しかなくて、そこが全部やっていますみたいな中山間地はあるかもしれませんが、逆に言うと、そこで求められる機能が全部できているかどうかということと、またそれは別問題ということになるので、求められている機能をどう考えるかということと、それぞれの医療機関が何ができているか、どの部分を担っているか。行政の立場からすれば、幾つか複数の医療機関があってもいいわけで、とにかく全体として必要な医療・介護がカバーできているというゾーンディフェンスの形ができているかどうかは恐らく行政の側の問題だし、そこに至るプロセスには診療の流れというパスがあるわけなので、そのパスに沿って患者さんがうまく流れるように、フリーアクセスを前提に、途中で行き場がなくなったりこぼれ落ちたりすることのないような仕組みを考えるというのが行政の側の考えだと思います。そういう全体の中で、ではこの報告制度をどう考えるかということになるのだと思います。

ちなみに、今日はお話ししませんが、イギリスのGP制度というのは、かかりつけ医を登録しているわけではないのです。GP診療所を登録しているのです、その意味で言えば、機関登録になっている。かつ、GP診療所のほとんどはグループ診療になっているので、そもそも1対1対応を前提に報告制度を考えたり、かかりつけ医を考えるとやっていると、恐らく現状の日本の形とも合わないですし、皆さんが作りたいたいと思っている制度にも近づいていかないということになると思うので、そこは現実に機能している日本の医療の形、それなりに日本はセカンダリーまでやっているという、一定の専門性を持って診療に当たっておられる開業医さんの能力があるわけですから、そこはある程度前提というか、我々のシステムが持っているアセットだと考えて、そこは大事にしたほうがいいと思います。

○永井座長 城守委員、どうぞ。

○城守委員 かかりつけ医機能とかかりつけ医のお話ですけれども、住民や患者さんが求めているのは、もちろん信頼できる先生に巡り会えるということであろうと思います。ただし、その人に必要なのは、かかりつけ医機能がしっかりと提供されるということであろうと思いますし、先ほど香取構成員がおっしゃったとおり、一人でそれを全て持つのかどうかということとは次元がまた違う話だろうと思います。

今もそうなのですが、これからこの制度を設計していくに当たっては、先にも申しましたように、地域において、そこにある医療機関全てでそれを機能として面で支えてカバーリングしていくということで、住民は安心して医療にアクセスできる、医療機関に

もアクセスできますけれども、地域において医療にアクセスできる、そういう形で私は考えるほうが正しいのであらうと思います。

患者さんがかかりつけ医の先生だと思ふには、お互いに信頼関係がベースにないと絶対に無理であらうということを考えますと、これを制度で規定していくというのはかなり無理があると思います。ですから、私はあえてそこを厳格に定義づけする必要はないのではないかなと思ふますが、この辺りも分科会での議論ですね。

以上です。

○永井座長 大橋委員、どうぞ。

○大橋委員 先ほどもありましたが、私たちは総合診療医と専門医を養成して、私自身も総合診療医としてやっていると思ふはしているのですが、今、私のクリニックにも常勤が6名おりますが、もし私が一人で開業していたら、在宅医療、24時間対応ができるかという、私はそういう医療は提供できないと思ふのです。ですから、個々の医師の能力であるかかりつけ医の能力というお話と、今回の医療機関ごとにかかりつけ医機能をどう提供するかというお話は、一種切り分けて考えるべきだと思ふますし、現状で全ての先生が今回の機能報告制度に乗れるか乗れないかというお話も同様でありまして、現状お一人で頑張っている先生は、ここまでは提供できるけれどもここまでは難しいというのが現状だと思ふます。その方の能力ではないわけですから、機能なわけですから、そこは切り分けて、それを地域でどうやって面で支えていくかというところを真摯に議論していく場であってほしいと思ふます。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。

これは医療制度全体に非常に影響が出ますので、先ほどどなたかがおっしゃったように、かかりつけ医機能のある病院とない病院を簡単に分けられるのかということと、大学病院等の特定機能病院の議論とは少し遠いかもしれませんが、全て連鎖反応で影響が出てくる話だらうと思ふます。ぜひその辺りもこれからしっかり御議論いただきたいと思ふます。

いかがでしょうか。

ネットの先生方、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

今日はたくさんの御意見をいただきましたけれども、ほかに御意見がなければ、ここまですべてさせていただきます。

事務局におかれましては、本日の質問、御意見を踏まえて、今後の検討を進めていくよう、お願いいたします。

事務局から連絡事項等をお願いいたします。

○医療政策企画官 ありがとうございました。

本日の議事録でございますが、事務局で作らせていただきまして、御発言の構成員に確認いただいた上で速やかに公表したいと思っております。

また、本日いただきました御質問、御意見を踏まえまして、今後、両分科会で御議論いただくべく準備を進めてまいります。また詳細が決まりましたら、追って御連絡を申し上げます。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、本日の検討会はここまでとさせていただきます。お忙しいところ、ありがとうございました。