

○医療政策企画官 ただいまより、第1回「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」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、事務局の紹介というところでございますけれども、質疑の時間を取りたいということもございまして、構成員名簿、それから、厚生労働省出席者名簿の配付をお手元にさせていただいております。これをもって紹介に代えさせていただきますと存じます。

本日でございますが、あらかじめオンライン、また、現地参加での選択をいただいて出席をいただいております。香取構成員からは御欠席の御連絡を、それから、山口構成員からは遅れての御参加ということで御連絡をいただいております。

続いて、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の御発言をよろしくお願いいたします。それから、オンラインの参加の場合は手を挙げるボタンを押していただきまして、これも座長の指名を受けてからマイクミュートを解除して御発言をいただきます。発言終了後はオフにさせていただいて、マイクミュートでお願いしたいと思います。また、賛否の確認の際に、オンライン参加の方は参加ボタンをクリックいただくか、カメラに向かってうなずくということで賛意を確認させていただきたいと思います。

事務的な説明は以上でございます。

それでは、事務局を代表しまして、医政局長の浅沼より御挨拶を申し上げます。

○医政局長 皆さん、こんにちは。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は、御多用でもあるにもかかわらず、本分科会に御出席いただき、心より感謝を申し上げます。

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、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるために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。

本分科会は、かかりつけ医機能報告等の制度の施行に向けた具体的な検討を行うことを目的に開催するものでございます。構成員の皆様には御負担をおかけいたしますが、これらの制度がよりよいものとなるよう、それぞれの御専門のお立場から御意見・御助言をいただきますことをお願い申し上げます。簡単ではございますが、私からの挨拶とさせていただきます。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、名簿、座席表のほか、資料1及び資料2、参考資料1、2、3と参考資料が3つございます。御準備をいただきたいと思います。もし、不足がありましたら事

事務局までお願いいたします。

それでは、議題の1つ目でございます。本分科会の座長についてお諮りをしたいと思えます。開催要項によりまして、座長は構成員の皆様の互選により選出となっております。皆様、御推薦いかがでしょうか。

家保構成員、お願いします。

○家保構成員 衛生部長会長の家保でございます。この分科会のいわゆる親の検討会に当たります国民・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提供等に関する検討会の座長を務められておられます自治医科大学学長の永井良三構成員にお願いするのがいいかと思いますが、皆様方はいかがでしょうか。

(首肯する構成員あり)

○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が挙がりまして、皆様から賛同いただいた旨を確認させていただきました。

それでは、永井構成員におかれましては、座長として以後の議事運営をお願いしたいと思えますので、恐縮ですが席の移動をお願いいたします。

(永井座長、座長席へ移動)

○医療政策企画官 報道の方、もし、カメラがいらっしゃいましたら、ここまでとさせていただきますのでよろしくをお願いいたします。

それでは、以後の議事運営は永井座長をお願いしたいと存じます。

永井座長、よろしくをお願いいたします。

○永井座長 ただいま本分科会の座長に御推薦いただきました永井でございます。構成員の皆様方のお力をいただきまして、この分科会を円滑に進め、よい取りまとめができるようにしたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、議事に入りますが、その前に開催要項で座長は座長代理を指名することができますとされております。座長代理を尾形構成員をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。尾形構成員におかれましては座長代理席への御移動をお願いいたします。

(尾形座長代理、座長代理席へ移動)

○永井座長 次に、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により参考人として参加し、御発言いただくことをお認めするというにしたいと思います。よろしいでしょうか。

(首肯する構成員あり)

○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「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する検討について」について、事務局より説明をお願いいたします。

○参事官 医療提供体制改革担当の参事官でございます。そうしましたら、私のほうから資料2「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する検討について」を説明いたします。構成員の先生方には事前に資料をお送りしており、また、親の検討会の資料と同じ資料も多くなっていますので、要点を絞って簡潔に御説明したいと思います。

まず1番目が医療提供体制を取り巻く状況です。そのうち人口動態、医療需要の変化、マンパワー等について、5ページに概要をまとめております。

人口動態、2025年に向けて高齢者人口の急速な増加、それから、生産年齢人口については2025年以降減少が加速する。そして、85歳以上の人口は2040年に向けて引き続き増加をしていくということです。

それに伴う医療需要の変化、入院患者数については、2040年にピークを迎える見込み、その中で、高齢者の割合が継続的に上昇していきます。外来患者については2025年にピークを迎える見込み、在宅患者については2040年以降にピークを迎える見込みとなっており、多くの地域では在宅患者が増加をするということです。85歳以上人口は2040年に向けて増加し、医療・介護の複合ニーズを持つ方が一層多くなる見込みとなっています。死亡者数も2040年まで増加をして、ピーク時には年間170万人の方が亡くなる見込みとなっています。

マンパワー、2040年には日本の就業者数全体が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材が現在よりも多く必要となる見込み、診療所に従事する医師につきましては平均年齢が60歳となっているところです。

その後ろの資料は今の説明のグラフをつけていますので省略をいたします。

15ページから国民・患者の意識・期待になります。

16ページ、日本の医療に関する意識調査ということで、かかりつけ医の診療科を聞いたものです。内科が多くなっていますが、ほかの診療科においても一定数の回答があるということです。

17ページ、かかりつけ医のいる医療機関を聞いた調査になります。診療所が多くなっていますが、中小病院、大病院にも一定の回答があるところです。

18ページ以降、かかりつけ医に対するイメージ、期待する役割・機能などの調査が続いています。

21ページが親の検討会から追加した資料になりますので、21ページを少し説明いたします。患者の調査でかかりつけ医に求める役割は何かと聞いたものになります。どんな病気でもまずは診療してくれるとか、これまでの病気・家族背景等を把握してくれている、必要時に専門医に紹介してくれる。それから、3つ下、体調が悪くなった場合の対処方法についてあらかじめ助言・指導、その3つ下、健康診断などの受診状況・結果を把握して助言・指導を行ってくれる、あるいは予防接種を推奨・実施してくれるなどが多くなっています。

22ページは今の同じ調査のインターネット調査です。

23ページは医療機関のほうに施設が有するかかりつけ医機能を聞いたものになります。

こちらで多い選択肢は、これまでの病歴・家族背景等を把握している、あるいは必要時に専門医に紹介する、体調が悪くなった場合の対処方法についてあらかじめ助言や指導、その下、生活習慣病予防を含めた助言・指導、健診などの受診状況結果を把握して助言・指導、予防接種、あと、医療機関との連携、訪問看護との連携、主治医意見書の作成などが多くなっています。

24ページも同じ調査ですが、患者がかかりつけ医を決めていない理由などを聞いているものです。右上のグラフで、かかりつけ医を決めていない理由としては、医療機関にかかることがあまりないからですとか、その都度適切な医療機関を選ぶ、あるいはどのような医師をかかりつけ医として選んでいいかわからないというような回答になっています。

25ページは同じもののインターネット調査になります。

26ページからはかかりつけ医機能に関するこれまでの政府の議論、それから、医療法改正を行っている制度の概要になります。

まず、27ページ、全世代型社会保障構築会議の昨年12月の報告書になります。かかりつけ医機能が発揮される制度整備として、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段落目で、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中で、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だとされ、かかりつけ医機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状についての幅広い対応、患者情報の一元的な把握、日常的な医学管理・健康管理の相談を総合的・継続的に行うことが考えられる。そのほか、休日・夜間対応、ほかの医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療・介護施設との連携などが考えられるとされています。

その2つ下、かかりつけ医の機能の活用については医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすることが考えられるとされています。

この一番下の行で、今回の制度整備については第一歩と捉えるべきだとされています。

次の28ページ以降、今度は社会保障審議会医療部会の昨年12月の取りまとめ内容になります。かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、2つ目のポツですが、複数の慢性疾患、医療・介護の複数ニーズを有することが多く見られる高齢者が増加をする中で、治し、支える医療を実現する。地域ごとに必要な医療を必要ときに受けられる体制を確保していくため、地域医療構想や地域包括ケアの取組に加えて、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。

29ページで、その一つが医療機能情報提供制度を刷新して、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とされています。

30ページからがかかりつけ医機能報告制度の創設になります。3つ目の○でかかりつけ

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こととされています。これらを踏まえて医療法が改正されています。それが33ページからになります。

33ページの全世代型社会保障構築法で医療法が改正されていますが、その改正法の中で34ページに附則が規定をされています。附則の2条の2項で、施行後5年を目途として見直しの検討規定が設けられています。施行後も状況を踏まえて改善・手直しをしていくことが想定されています。

その下の参議院の附帯決議では、2つ目の菱形ですが、こちらでも第一歩として位置づけられています。それから、教育・研修の充実などが指摘されています。

一番下の四角で、かかりつけ医機能報告の対象となる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と記載されていますが、これ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も含め、かかりつけ機能報告の対象について検討することが指摘されています。

35ページも法改正時の資料で、地域完結型の医療・介護提供体制の構築のイメージになります。これまで垂直連携を進める取組をしてきましたが、それに加えて、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域の医療・介護の水平連携を進めて、地域完結型の医療・介護提供体制を構築するとしています。

36ページ、具体的に制度の改正は3つ、下のほうの(1)(2)(3)の3つの改正をしています。それぞれ、その後のポンチ絵で説明をします。

38ページが医療機能情報提供制度の刷新です。見直しのポイントに書いていますが、まず、医療法でかかりつけ医機能の定義を規定しています。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をかかりつけ医機能と定義しています。

②で全国の情報を一元化・標準化した全国统一システムを構築する。

③で情報提供項目、分かりやすい情報を提供できるように見直す。具体的な項目の内容は、今後、有識者等の参画を得て検討するとしています。

39ページ、かかりつけ医機能報告の創設になります。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を整備する。

下の四角の1つ目の矢印ですが、かかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。詳細については有識者等の参画を得て検討することとしています。

報告対象の医療機関は、地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として、厚生労働省令で定めるものとなっています。

報告事項、かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無、その内容として、1が日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能、2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、介護サービス等と連携した医療提供、その他省令で定

める機能とされています。

その下の矢印で、都道府県知事は2の機能を有する報告をした医療機関が、その機能の確保に係る体制を有することを確認して、地域の関係者との協議の場に報告をする、そして、公表する。

一番下の矢印で、都道府県知事は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、結果を取りまとめて公表するとされています。

そのかかりつけ機能報告の流れをまとめたものが40ページです。この中の下のほうの⑥の黄色で塗ってあるところですが、地域の協議の場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することとなっています。その例を3つ挙げています。

その下の※ですが、介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求めること、それから、介護などの計画の内容を考慮すること、そして、二つ目の※ですが、高齢者の保健事業、あるいは地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意するということが規定をされています。

3つ目の制度改正の内容は41ページ、患者に対する説明になります。下の絵の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、真ん中に説明の内容と書いてある疾患名とか治療に関する計画、あるいは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。この具体的な内容等も、今後有識者等の参画を得て検討することとしています。

42ページからが今後の進め方になります。

43ページ、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の見直しや、2番目のかかりつけ医機能報告の報告を求める機能の内容、報告対象医療機関の範囲、それから、都道府県の確認・公表、医療機関の患者等への説明の内容など、それから、地域における協議の場への参加者、進め方、具体的方策や公表など、それから、医療計画に関する事項、その他研修、それから、国の支援の在り方などを検討していく必要がございます。

44ページ、検討の進め方について①、②、③と書いています。親の検討会として①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を新設して検討を統括する場として設けています。その分科会として、本日の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を新設して、かかりつけ医機能報告等の施行に向けた検討を行う。また、③で既存の検討会を①の分科会として位置づけて、医療機能情報提供制度の全国統一システム化、それから、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で検討会・分科会の検討状況については相互に共有、医療部会に報告しながら検討を進める。一番下の○ですが、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、または専門の構成員等の参画を検討することとしています。

45ページ、検討のスケジュールになります。10月13日に親の検討会を開催しています。

本日の分科会、左側の黄色のほうになります。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を議論いただいて、令和6年夏頃に取りまとめ、省令・告示の改正、それから、システム構築の準備などを行って、併せて自治体向けのガイドラインの検討をして、令和7年4月にかかりつけ医機能関係の施行を迎えるということです。

右側の医療機能情報提供制度の分科会では、医療機能情報提供制度の議論を行い、令和6年4月に全国システムの施行、その後にかかりつけ医機能に関する情報提供項目については、かかりつけ医機能の分科会の検討状況を踏まえて検討することを想定しています。

46ページは構成員名簿になります。

47ページは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。左側の本分科会においては、かかりつけ医機能報告、協議の場、医療計画、その他、研修や国の支援などを議論いただきます。右側の医療機能情報提供制度等の分科会は、医療機能情報提供制度の議論をいただくということです。

48、49ページは医療部会の主な意見と親検討会の主な意見を整理したのものになります。

50ページ、本分科会の検討の進め方の案になります。本日、第1回分科会の後、12月、1月の分科会において構成員のプレゼン、それから、有識者のヒアリングを通じたかかりつけ医機能に関する実態等の把握をしてはどうかと考えています。その後、必要とされるかかりつけ医機能など、論点の議論を1巡目の議論として行って、4月ぐらいから省令等の具体的な内容の2巡目の議論、3巡目の議論を行った上で、7月から8月ぐらいに議論の整理・取りまとめという進め方で考えています。

51ページ、構成員プレゼン・有識者ヒアリングの案になります。次回、それから、次々の分科会で10分程度のプレゼン・ヒアリングの後、質疑を10分程度を実施してはどうかと考えています。お名前が挙がっている構成員の先生方には事前をお願いをしているかと思えます。8名の構成員の先生方をお願いをして、一番下に書いていますが、令和3年、4年度にかかりつけ医機能調査普及事業を行っています。参考として、本日の参考資料2と3におつけしていますが、その調査事例のうち、ヒアリングの了承を得られた医療機関として、病院と診療所それぞれ1か所づつヒアリングを行ってはどうかと考えています。

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。

では、ただいまの説明につきまして御質問・御意見をいただきたいと思えます。できるだけ多くの構成員から御発言をいただきたいと思えます。いかがでしょうか。

釜菴構成員、どうぞ。

○釜菴構成員 日本医師会の釜菴です。既に今日の資料にも出ていますが、日本医師会では平成25年、2013年に日本医師会と四病院団体協議会との合同で、このかかりつけ医機能についての提言をいたしました。その前から、ずっとこの問題については医師会としていろいろ考え、どのように医療の提供にうまくつなげていくか、ということについて、会内

でも幅広く議論をしてきたという経緯がございます。

今回の検討は、医療機能情報提供制度の刷新とともに、かかりつけ医機能報告制度を設けるということでありまして、まず、医療機能情報提供制度は、これをしっかり運用することによって、地域においてどのような医療機能が備わっていて、それをどのように利用できるか、ということが大まかに分かるわけでありまして。

さらにそれを刷新して、そして、かかりつけ医機能の報告制度によって、かかりつけ医機能にさらに焦点を合わせた形で、実際に利用される方が使いやすいように、また、それぞれの地域の医療機関はどのような機能を自分のところに持っているのか、ということをもう一度振り返るとともに、一つの医療機関で全て担うというのは無理ですから、地域で連携して必要な機能を何とか確保するようにする。さらに大事なことは、地域に不足している機能への対応で、自分のところでさらにいろいろな努力を重ねることによって担える領域を広げていく努力をしっかりとやるのだ、ということが、今後の議論の中で多くの皆様の御意見を踏まえながら合意されていけばいいなと願っているところです。

地域に必要な医療資源というのは、それぞれの地域で限りがあります。無制限にあるわけではないので、地域の医療資源をいかにうまく利用して、そして、必要なものを何とかそれぞれの地域の特性に合わせて用意していくのか、ということが非常に大事になるだろうと思います。ですから、現状ある医療機能というのは最大限使わなければならない。総力でみんな吸い上げて利用するという方法が必要だろうと思いますので、現在ある地域の医療機能をいかにうまく引き上げていくのか、という形での議論がなされるといいなと願っております。

先ほども申しましたけれども、それぞれの医療機関はさらに役割を拡大していくという努力を続けなければならないと思いますので、その辺りについても有効な研修の手段とか、いろいろ経験を積むための工夫というようなことについても議論が深まればいいなと思っております。

冒頭、以上の点について指摘をさせていただきました。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 今村です。幾つか質問させてもらいたいと思います。

まず、かかりつけ医の定義についてです。資料の34ページに附帯決議があり、全体の定義としては継続的な医療を必要とする患者ということですがけれども、附帯決議の中身で、障害児・難病患者等を含めることとなると専門外来も入ってくるということになります。これは今まで紹介患者重点外来で議論してきたこととかぶってくるので、どのようにかかりつけ医機能と、今までの紹介患者重点外来と整理をされようとしているのかということが一つです。

次に36ページ、かかりつけ医機能報告の創設ということですがけれども、前回、紹介患者重点外来で話したときも、外来機能報告にどのような報告をするのかということが非常に



大きなポイントになったと理解しています。逆に、かかりつけ医の定義と直結するような内容と考えていますけれども、これを外来機能報告とどのように整理をされようとしているのかというのが2つ目です。

3つ目が最後ですけれども、40ページにありますかかりつけ医機能のための協議の場の設定です。これも地域医療構想・医療計画の中で、今まで外来計画をつくるために地域医療調整会議などで外来の議論がされてきています。それ自身の範囲は病院が中心になっているので今後検討するということですが、こちらのかかりつけ医機能に関しての協議の場と、そちらの整理をどのように考えているのかということで、今までの議論との整合性という意味で3点教えていただければと思います。

以上です。

○永井座長 事務局からお願いいたします。

○参事官 御質問いただきました1目がかかりつけ医機能の定義です。かかりつけ医機能の定義については資料の38ページになります。医療機能情報提供制度の条文の中で、かかりつけ医機能の定義を置いています。38ページの真ん中ぐらいに赤い字で書いてあるところです。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されています。

その上で、かかりつけ医機能報告の報告対象となる機能については39ページになります。39ページの真ん中に報告事項と書いており、①と②が規定されています。法律の条文ですと、この①②、例えば①ですと、日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能となっております、具体的には省令で定めるものに限りまうということになっていますので、今後、この分科会において報告を求める機能をどのようなものとするのかを議論していただきたいと考えています。

それから、2つ目の御質問で紹介受診重点医療機関、あるいは外来機能報告との関係です。まず、かかりつけ医機能報告の対象医療機関について、これも39ページで地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院、または診療所として省令で定めるものとなっているので、これも具体的な報告対象の医療機関は分科会で議論をいただこうと考えています。

他方で、親の検討会、あるいは医療部会の中でも紹介受診重点医療機関との関係はどうかというような御指摘をいただきました。紹介受診重点医療機関は医療機関単位で紹介を基本とする医療機関というようなものを手挙げでいただいているところになります。地域によっては周りに医療機関がないようなところでは、紹介受診重点医療機関の中の診療科によっては、プライマリーな診療というようなものも行っている場合もあると御指摘をいただいていますので、そのような指摘も踏まえて報告対象の医療機関は今後議論いただきたいと考えています。

それから、協議の場については、法律の条文上は外来医療計画に関して議論をいただく外来の協議の場の協議事項の一つとしてかかりつけ医機能の関する事項も協議を行うとい

うような立てつけになっています。ですので、外来医療の協議の場というのは、その中でかかりつけ医機能の協議も行っていただくという立てつけです。

以上になります。

○永井座長 よろしいでしょうか。

○今村構成員 まず、最初の紹介の重点機関ですけれども、私は専門外来が紹介受診の重点医療機関で、かかりつけ医とは別だと思っていたのですけれども、今のお話からすると、照会受診重点医療機関もかかりつけ医として考えていくという発言に聞こえたのですけれども、そういう理解でよろしいか。

あと、最後の協議の場ですけれども、今、地域医療調整会議でほとんど外来の議論をされているのですけれども、調整会議は基本病院なのです。ですから、大きな病院が中心になっている協議の場というのは、かかりつけ医機能の協議の場としてはあまり適切ではないと考えますので、そこは再構成が必要と考えます。その辺はいかがなのでしょう。

○参事官 紹介受診重点医療機関について報告の対象とするかどうか、今後また議論いただくと考えています。

他方で、先ほど申しましたが、紹介受診重点医療機関については医療機関全体で手挙げをいただくことになっていますので、その中の地域によって、あるいは診療科によって、どう考えるかというようなことも含めて議論いただくということかなと考えています。

それから、協議の場は先ほど申したとおり、法律上は外来医療に関する協議の場における協議事項の一つになっていますが、今回のかかりつけ医機能の協議を行う際に、先ほどの構成員ですとか、あるいは議論を行う区域の範囲をどうするかというものも、また今後の検討項目として挙げていますので、分科会で議論いただきたいと考えています。

○今村構成員 分かりました。御検討をよろしくお願いいたします。

○永井座長 山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 山口でございます。かかりつけ医機能のことについては、これまでも発言してまいりましたが、各論については、これからの議論の中でいろいろ意見を述べたいと思っております。

今日は、かかりつけ医機能報告の創設ということで、その前に、医療機能情報提供制度の刷新が行われているわけですけれども、かかりつけ医機能報告の創設が行われるということは、かかりつけ医を選びたいという患者にとっては、とても必要な情報源になると思っています。そういう意味ではとても大事な制度なのですけれども、医療機能情報提供制度自体がほとんど国民に知られていないという中で、あまり有効に使われていないという現状があります。

そこで刷新するというので3年がかりぐらいで現在刷新の作業が進められていて、私もそこに関わっているのですけれども、何分医療機関の負担を減らすということで、医療機関が報告している内容を利用して検索する仕組みになっていますので、非常に患者から見ると分かりにくい。その用語を使っている限りは、刷新しても分かりにくい内容ではな

いかと感じているところですので、ぜひかかりつけ医機能報告になったときに、一般の方が分かりやすいキーワードで検索できるような制度にしていきたい。

加えて、こういった医療機能情報提供制度であるとか、かかりつけ医機能報告制度を使って情報収集できるということをどうやって周知していくのか。一般の方がかかりつけ医を探すときには、ここで探すということが常識になるぐらい、情報源として理解してもらわないといけないと思います。そういった周知の方法についても議論の中でしっかりしていかないといけないと思うのですが、そういったことを議論するような予定はありなのでしょうか。事務局にお尋ねしたいと思います。

○永井座長 事務局、お願いします。

○参事官 医療機能情報提供制度、あるいはかかりつけ医機能報告での公表というものが国民・患者にしっかり使われることが大事だと思いますので、制度がある、検索できるということが国民にしっかり伝わるような議論をいただきたい。そういうものも今後の検討項目に入れていきたいと考えています。

○山口構成員 ありがとうございます。

これまでのやり方だと、全然広がりが見られないので、何かキャンペーンではないですけども、きちんとかかりつけ医機能をここまでしっかりと検討する以上は、そこを利用してもらえそうな制度にしないといけないと思っておりますので、ぜひよろしく願いいたします。

○永井座長 河本構成員、どうぞ。

○河本構成員 まず、50ページにございます検討の進め方については異論ございません。

それから、51ページで構成員のプレゼンということで記載をさせていただいております。私ども健保連の調査ですとか、あるいはあるべきかかりつけ医機能の在り方とか、そういったことについて発表の機会をいただけるということで感謝を申し上げたいと思います。

詳細は改めて御紹介させていただきますけれども、本日、かかりつけ医機能に関する制度整備に向けた私どもの基本認識を申し上げたいと思います。

まず、日本の医療提供体制が世界の中でも優れているということは事実だろうと思えますけれども、被保険者ですとか、あるいは事業主から貴重な保険料をいただいている、預っている保険者としては、常に効率的で効果的な療養の給付を追求するという立場にございます。

さらに今後、財政の支え手、それから、医療の支え手も減少する中で、将来にわたって社会保険方式の下で、患者が必要なときに迅速に必要な医療を受けられるためには、多様な患者のニーズを受け止めるかかりつけ医の役割ですとか、あるいはかかりつけ医機能の発揮に期待するところが極めて大きいと考えております。

かかりつけ医機能のうち、日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能は特に重要であると考えます。医療法上の定義としても、ほかの機能の前提として位置づけられておりますけれども、それを意識した制度設計が必要だと思います。もちろん時間外診療とか入退

院支援とか在宅医療、あるいは介護サービス等との連携も重要だと思います。ただ、これらの機能は全て1人の医師で対応するというのは不可能ですし、医療機関単位で考えても、ある程度の規模の病院でしか対応できないということもありますので、複数の医療機関が連携するのが当然必要になってくると思いますけれども、その場合には、連携の強さ、連携のタイトさが極めて重要なポイントになるのかなと考えております。

また、現状、コロナ禍でかかりつけ医に関する国民・患者の意識が高まっているということでございますので、制度整備を進めるには非常にいいタイミングなのかなと考えております。もう一つの分科会で御議論いただく医療機能情報提供制度の刷新も含めて、かかりつけ医機能の可視化というのは幅広く多くの地域住民が医療機関を選択する際に役に立つ、先ほど山口構成員から、きっちりと分かりやすくなければいけないというお話がございましたけれども、本当に役に立つものにならないと意味がないと思いますので、そこを目指すことができるようにやっていく必要があると思います。

あと、基準を明確にすることが必要だと思います。ある程度の基準を明確にすることで、現時点では基準を満たさない医療機関、それもそこを目指すということで地域全体のレベルアップにもつながるのかなと思っております。国民・患者に分かりやすくて、実効性の伴う形で都道府県が確認・公表することが重要だと考えております。

それから、医師から患者への書面交付についてでございます。慢性疾患を有する高齢者から求められた場合には、対応する努力義務が医療機関に係るということでございますけれども、かかりつけ医機能の要件を満たす医療機関に限りがあって、研修や育成に時間がかかるということを踏まえれば、最初の第一歩は優先順位の高い患者に絞るということは理解しております。ただし、国会の附帯決議にもありますとおり、高齢者だけではなくて、障害者や医療的ケア児、あるいは難病患者も含めた形でスタートをして、最終的にはさらに対象を拡大するということが想定すべきだと考えております。

私からは以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

阿部構成員、どうぞ。

○阿部構成員 私は日本障害フォーラムという中央障害者団体といわれる13の団体で構成している組織から、ここに参加させていただいています。今回のかかりつけ医機能が発揮される制度というのは、私たちにとってとても大事なことだと思います。といいますのは、もちろんですけども、障害・難病の方ももちろん高齢化していく中で、地域で相談できるかかりつけ医機能ができるといことは、安心して生活していくことにつながるのだと思います。

また、21、22、23枚目のところとの関連で発言させていただきます。21の患者票と22のインターネット調査による結果がかなり違うところもあるのかなと思いながら、例えば21の患者票のところでは、体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれることが望まれていることに対して、インターネットのほうでは、体調が

悪くなった場合の対処方法については17.9%と少ないので、違うのかなと思いつながりながら障害とか難病などの場合には、21の患者票のほうに近いし、もっとこの辺のニーズが高いと思います。

そして、23枚目の施設票の中で、体調が悪くなった場合の対処方法についてあらかじめ助言や指導を行うというところのパーセンテージはとても大きいということはありがたいことで、障害の原疾患を知っていただいて、そのときの体調、そのときの症状をある意味で鑑別診断するということが大切なのかもしれません。

私はポリオなので、ポリオの後遺症、二次障害の状況が、例えば実際に別な疾病が発症しているかどうか等の違いが分からなければ、私自身の対処が難しいようなところもあります。先ほどお話しさせていただきましたように、当該の原疾患を理解していただいて相談に乗ってくれる機能が身近なところにあるということは、すごくありがたいことだと思います。

それから、最後のところ、今の発言とも兼ね合いますけれども、資料の44と50ページに障害者、難病、また、医療的ケアが必要な人に関するヒアリングを行っていただくということは、障害は多様です、私はポリオによる下肢障害ですけれども、多様な障害による様々なニーズということ、この44、50ページにありますように、それぞれの当事者のヒアリングを行っていただくことはありがたいことですので、ぜひその実現をよろしく願いますということを申し上げます。ありがとうございます。

○永井座長 ありがとうございます。

吉川構成員、どうぞ。

○吉川構成員 日本看護協会の吉川です。

この資料の50～51ページにあります、今後の検討の進め方とプレゼン・ヒアリングの進め方につきましては、事務局の提案どおりで異論はございませんが、今後、議論を進めていくに当たりまして、3点ほど意見を述べさせていただきます。

まず、1つ目としまして、この資料の10～11ページにありますように、今後、在宅患者が増加して、医療・介護の複合ニーズを持つ方が増えていく中で、水平的連携を進めていくためには医療・介護全体のコーディネートを行っていく役割、またはそのような視点を持つことが非常に重要になると思います。そして、医療・介護を必要とする人を支援していくためには、例えば訪問看護ステーションや介護事業所、またケアマネなどを含めた連携体制の構築が極めて重要となってきます。通院困難な方につきましても、今後はオンラインを中心とした外来医療や訪問看護で支えることも重要になると考えます。

2点目は、かかりつけ医機能は医療機関が地域で果たす機能のことですが、こうした地域連携をうまく機能させていくためには、医療機関がどのような役割を担う必要があるかということをしつかりと念頭に置いた上で、かかりつけ医機能報告制度の具体について検討していく必要があると思います。それに関しましては、今後行われますプレゼンとかヒアリングをしつかりと聞いて、そこの意見を参考にしながら検討していくことが必要で

はないかと思えます。

最後に3点目ですけれども、医療機関が地域連携において期待される役割を果たしていくためには、今後、研修についても議論を深めていけるとよいかと思えますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○永井座長 ありがとうございます。

織田構成員、どうぞ。

○織田構成員 織田です。説明を聞きますと、これから高齢化がどんどん進展していく中で、地域で面での連携をいかに安定して提供していくか、ここに議論が尽きるのだろうと思えます。そういう中で、このかかりつけ医機能の報告をいかにうまく活用していくかというのが非常に大切になってくるのではないかと思えます。

これまで、地域医療の中で在宅はどこがやっているかとか、夜間対応にどう対応するかなど実情がなかなか見えなかったところが見える化されますので、そういう意味で、地域に必要なニーズを話し合いながら、お互いに足りない部分の連携を取っていくということだろうと思えます。特に地方では診療所の先生方の高齢化も進んでおりますので、全ての機能を背負うというのは非常に難しいところがあります。そういう中で、地域で話すことによって、夜間はどこが対応してカバーしようとか、在宅はどうカバーしようとかという議論が実際にできるようになってきます。

いい意味で、この報告を活用していけば、自分の地域の不足しているところが見えてきて、それをいかにカバーしていくかということですから、前向きな方向に向くのではないかと思えます。逆に、あまりにもこれを厳格にしすぎると、連携に向けて手を挙げる先生が少なくなったりしますので、そこら辺は地域の実情に見合った連携ができるような、かかりつけ医機能の体制づくりをしていく必要があると思えます。

また、外来機能でかかりつけ医機能と紹介受診重点医療機関に分かれたようになっていきます。ただ、紹介受診重点医療機関の中にも夜間に対応してくれたり、急変時の対応だったり、入退院時にどう対応していくかなど、非常に重要な役割をしている紹介受診重点医療機関もありますので、この報告は全ての医療機関において行われ、かかりつけ医機能を担う医療機関だけではなくて、幅広い報告制度にしたほうがいいのではないかと思えます。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

大橋構成員、お願いします。

○大橋構成員 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。私共はいわゆる総合診療専門医養成の一翼を担う学会であるとともに、地元のプライマリ・ケアを担っている医療従事者が集まった学会でもあります。

本日の議論を踏まえて私も考えているのですが、この機能報告制度には大きく2つの側面があると思えます。

一つは、市民の皆さんが選ぶのに分かりやすい視点というのがあると思うのです。そう

なると、市民の皆さんはどういうことを知りたいかというところ、例えばお腹が痛くなったときに見てくれるのはどこかとか、休日・夜間でも対応してくれるのはどこなのかとかという市民の立場で分かりやすい項目というのが重要だと思いますので、そこはぜひ反映していただきたいなと思います。例えばその先生が学校医をやっているか等は、実は患者さんにとってはすぐに必要な情報ではないのかもしれないというところで、どうしても医療者とのギャップが出るので、そこについては常に市民の皆さんの感覚というのは重要と考えております。

もう一方は、先ほどからも御意見がありますように、地域におけるかかりつけ医機能をどう整理するか、いわゆる面で支えるかというための資料としての側面があると思います。これについては先ほどの学校医がどのぐらいいるかというのもそうですし、在宅医療、そして、介護との連携とか、様々な問題が出てきますので、これについても先ほどの市民が選ぶのに分かりやすいというのと別な視点だと思いますので、それはある意味で切り分けて考えるのも必要と考えています。

前回、親会議で、城守先生から現状でも十分かかりつけ医機能を発揮されているというお話がございました。私も本当にそのとおりでと思います。一方で、今後2040年に向けて、高齢化社会がさらに深まっていく、また、医療的ケア児等が増えていくという状況の中で、さらに何を発揮しなくてはいけないのかという視点もこれからは重要です。

そのときに、私の中で考えているのは、先ほどまさに織田先生におっしゃっていただいたような在宅医療を担う人をどうやって増やしていくかという問題、あとは時間外対応をみんなでどうしていくか、もう一つ、ここにはないのですが新興感染症の初期対応というものもあるのではと考えております。コロナは御案内のとおりですけれども、実は2009年には新型インフルエンザ、2003年にはSARSがありました。これからも必ず出てくるものがございますので、そういうものを地域でどう支えていくかというのを地域全体で考えていく機会にもなるのかなと思っております。

この報告制度で絶対やってはいけないのは、今まで支えてきて、ここまで日本の医療をつくってきた方々が乗れないような制度にしてはいけないし、答えられない制度にしてはいけないし、取り残されたりとか分断されたりするようなものではないかと思っております。地域において、どこまで皆さんができるかというのを把握できる制度ではないかと思っております。

一方で、例えば24時間態勢の在宅医療を充実するためにはというと、どうしてもただ単に人間が増えるだけでは解決しない問題も出てくるかと思っております。そのためには、ある程度在宅医療を勉強するとか、時間外対応をどうやって支えていくかという新しい視点も必要で、そこが先ほど吉川構成員からもありましたが、教育というところが出てくるかと思っております。そういうようなある程度、例えば在宅医療に関して、もう少し深みを持って診療ができる医師というと、新しい制度でいえば、手前どもではございますが、総合診療専門医がでございます。彼らは若い医師が多いので、こういう若い人材をどう活用して増やして

いくかというのも地域、また、こういう場で議論するところだと思います。

もう一つは、今まで外科をやってきた、今まで違う科をやってきたけれども、ここで、プライマリ・ケア、または在宅医療等とか、地域医療に参画したいと考えていらっしゃる先生方に対するリカレント教育というのも一方で大変重要になってくるかと思います。今、私共も全日病の先生方と一緒にプログラムを開発したりしていますので、ぜひそちらも御検討いただければと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

では、城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 先ほど大橋先生もおっしゃったように、親会議でも申し上げましたが、現在の外来の医療提供体制をこれから国が考える「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」というものに持っていくためには、どういう形が必要なのか、ということを考える会議であろうと思いますが、先ほどお話にもありましたように、まず、そのためには、現在の外来の医療提供体制がどういう形で成り立っているのか、という認識が必要であろうと思うのです。

そのときには、御案内のとおり、現在では国家資格を得て、そして、医師臨床研修制度ですが、今、開業しておられる方は専門性を持った科に行って、病院で20年ほど研修をして、かなり高い専門性を持って開業される、という形になります。

ただし、開業した場合は、その専門性だけでは患者さんを診られるわけではありませんので、当然、自分で様々な研修をしたりして、少しずつ自分が診られるウイングを広げていく、という形で成り立っているというのが基本であろうと思います。

その先生方は朝から診察をされて、午後は産業医や学校医をされる方もおられるでしょうし、いわゆる地域医療を支えている方もおられるでしょうし、一方、自分のレベルを維持するために研修に充てることもであろうと思います。さらには、自分の専門の科以外の研修をしていくことによって、ウイングをさらに広げていく、という先生もおられる。また、在宅医療を行う先生もいらっしゃる。そして、夕方ないしは夜にはまた診察をする、というのが外来の基本だということを御認識いただきたいと思います。

その中で、資料2の16ページでございます日本医師会総合政策研究機関が実施したアンケートにありますように、患者さんたちが自分でかかりつけ医と思っておられるのはどういう科の先生ですかというと、当然内科が多いのですけれども、実はいろいろな科の先生がおられるわけです。それは患者さんも信頼をして、その先生に多くのことを相談されたりして、自分のかかりつけ医として認識をされておられるのであろうと思います。

そうしますと、資料2の39ページでございます報告事項の①、先ほど河本さんもおっしゃいましたけれども、ここは基本的に極めて皆さんで共有をしておくほうがいいのではないかなという項目で、「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」ということで、要するに、これは基



本全ての科において継続的に診察を要する疾患があるわけですから、恐らくほとんどの科の先生方というのは、この対象になり得るのではないかなと私は思っております。

恐らくそういうところからスタートしたほうが、この制度がごく一部の人のためにスタートを切るといいうびつな制度になるのではなくて、できるだけ多くの先生方に参加をしていただいて、そして、先ほどからいろいろな先生がおっしゃっておられるように、地域を面で支えるような形のものにしていく。そして、その地域で困ったときには、より正確に受診ができるということを目指すのが、この制度整備の目的であろうと思いますので、そういう意味では幅広く参加ができる形の制度設計が望ましいのではないかなと思います。

もう一つ、報告対象もこれからいろいろ考えられると思いますが、例えば難病の方におかれては、高次の医療機関においてかかりつけの先生がおられるという場合も既にあると思うのです。そういう方たちのために、高次の医療機関に対しての報告というのは、普通は考えにくいのですけれども、その辺りは別途検討してもいいのではないかなと思います。

先ほど様々な科の先生方がかかりつけ医機能を持つ医療機関の先生になってもいいのではないかなと申し上げましたが、内科の先生のほうがいろいろな情報を取れるし、薬剤等の管理も非常に的確にできるとお思いの方もいらっしゃるかと思いますが、今後、全国医療情報プラットフォームというのがオンライン資格確認を使ってできるようになります。

そうしますと、御案内のとおり、3文書6情報、この3文書というのは診療情報、退院時サマリーもありますし、健診の結果も入っています。6情報には傷病名とか禁忌薬剤とかアレルギーとか、必要な情報が基本的には入っておりますので、このプラットフォームがうまく機能するようになれば、どこでもその情報を見ることができるようになるということもありますので、そういう意味も含めると、この制度設計においてはかなり幅広く参加できる形でいっていただけるのが望ましいのではないかなと思います。

私のほうからは以上です。

○永井座長 続いて、長谷川構成員、どうぞ。

○長谷川構成員 長谷川です。私は教育研修の立場から参加させていただいております。

皆さんが疑問を持つように、ぼやとした部分があるのは、一つはかかりつけ医の在り方は、首都圏と、国土の7割を占める地方都市、さらには地方都市の中でも県庁所在地とそれ以外の都市では、かなり事情が変わってくるからだと思います。同じかかりつけ医でも役割のニュアンスが変わってくるので、そこを一定程度具体化して、質問する必要がありそうです。先ほどの報告にもありますように、病院の先生でもかかりつけ医と言われているところが多いと思うのです。地方都市、あるいは県庁所在地以外になると、そういう部分は増えてきますので、そこはちゃんと明確化しておかないと、一緒くたにかかりつけ医という質問では議論にはならないというのが1点です。

もう一つは、患者さんの状況からすれば、同じ高齢者でも、意識がはっきりしていて、まだバリバリ働いているのだけれども背景には重症な病気を持っている方と、逆に重症疾患はないけれどもかなり支援が必要になっている方がおりますが、多くのかかりつけ医の

先生は両方診ていることが多いわけです。そこをちゃんと明確化というか、そこも含めた形でうまく説明しないと、かかりつけの議論が分かりにくくなっております。日本ほど医療にかかりやすい国はないわけで、この部分をしっかりと生かしながら検討していくことです。

しかしながら、教育研修というのは一本化なのです。今、卒前教育、卒後教育、それから、生涯教育が一貫して、一定の総合力をつけることが医学教育のコア・カリ目標のメインとなっています。今日出ている全ての議論は卒前教育で基盤をつくりましょうという話になっていますし、それが卒後研修にもつながっているわけです。次世代に向けてそこをどう生かしていくかということが重要ですが、急な変革は無理なので、目標に向かって学びやすい教育環境をどう効果的・効率的につくっていくかという議論が必要だと思います。

かかりつけの先生は必ずしも在宅の人だけ診ているわけでもないし、自分の専門で紹介した急性期から帰ってくる専門の人を診ながら、ほかの部分も総合的に診ているかかりつけの先生もかなり多いわけなので、この辺は、日本独特の制度の実情に合わせて、幅広く聞かないと答えにくくなってしまいます。

もう一つ、質問するときにはぜひ聞いてほしいのは、自分が将来、10年後、20年後に理想的なかかりつけ医になるには、例えば一つ専門を持ちながらかかりつけ医としてやっている先生にとっては何が学びたいか、どういう分野のどういう内容を学べば、もっともっと幅が出せるかということです。今、まさに現場で頑張っている日本のほとんどの部分を支えている皆さんが学びたいような内容が分かれば、個々のニーズに合わせた教材を作成していくことが効率的です。例えば循環器で開業している人であれば、もうちょっとこの辺が知りたいとか、消化器系で開業している人であれば、この辺が知りたいとか、他にもっと専門性が高い診療科であれば、この辺が知りたいとかということも併せて聞くことが、最終的には患者さんの医療のかかり方をよくすることにつながりますので、聞いていただきたいなと思いました。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

土居構成員、どうぞ。

○土居構成員 親検討会と併せて、この分科会でも構成員をさせていただくことになりました土居でございます。よろしくお願いします。

親検討会では、49ページにあるように私の発言も記していただきまして、同じことは今日は繰り返さないということで、付け加えさせていただくコメントは4点ほど申し上げさせていただきますと思います。

先ほど釜菟構成員が担える役割を拡大する努力が大事だということをおっしゃって、私も全く同感であります。それに加えて、かかりつけ医機能を果たしていただく上で質の高いケアを継続的にできる努力を併せてかかりつけ医機能の中で担っていただきたい、努力をしていただきたいと思うわけでありまして。恐らくはこの報告制度も繰り返し毎年報告し

ていただくということになると、去年よりも今年ということでは進歩、どれぐらい機能が強化・拡充されたかということも継続的に御報告いただくことで、それが患者にも分かるように示すことができることとなりますので、そうしたかかりつけ医機能を有する医療機関の御努力が、報告内容にも反映できるような項目を設けていただくということが重要になってくるのかなと思います。

その中では、患者の健康アウトカムが改善したというようなことが、かかりつけ医機能を有する医療機関で観察されるようなことであれば、そういうことも御報告いただくと、患者にとってもこの医療機関はそういう健康のアウトカムを改善することに資するような医療をしてくださる医療機関だということが報告制度を通じて分かる、そういうことも期待できるのではないかと思います。

2点目は、かかりつけ医機能を有する医療機関は、まさにかかりつけ医機能を実践してくれる医療機関であると今後期待されるわけですので、そういうかかりつけ医機能を実践する担い手を育成するという意味でも、OJTを通じてかかりつけ医機能を有する医療機関が果たしてくれるのではないかと、そういうことが期待できるわけですね。もちろん研修制度も大事です。それも併せて行うとともに、まさにOJTでかかりつけ医機能を有する医療機関で担い手の育成を実施していただくと、ますます担い手が増えていくことが期待される。

ただ、担い手の育成という話は、必ずしも患者にとって必要な情報かということ、そうでもないかもしれない。患者へ提供する情報として、担い手の育成をこれだけやっていますということを報告しても、患者は別に担い手がその医療機関でたくさん育成されているということだからどうこうということはないかもしれないわけなので、これをかかりつけ医機能報告制度の中に入れるのかどうなのかは議論があるとはいえ、このかかりつけ医機能を有する医療機関が担い手を育成しているということも、いい具合に評価をしてあげられるような仕組み、これは報告制度の中でできるかどうかは分からないとしても、報告制度の中でできないなら別途そういう評価をして、医療機関の担い手の育成を高く評価するような仕組みというののもあってもいいのかなと思います。

3点目は、今村構成員が御質問された点と関連するところで、紹介受診重点医療機関のことですけれども、確かに地域によっては紹介受診重点医療機関がかかりつけ医機能を担うような診療科を有しているとか、そういうことは十分にあり得ると思うので、私はかかりつけ医機能を有する医療機関に紹介受診重点医療機関はなつてはいけないとする必要はないと思います。

ただ、もともとは紹介状なしに大病院に駆け込む患者がいるという話が問題だと言われていた時期があつて、今は御承知のとおり、追加で受診料を取るわけですけれども、そういう大病院に紹介状なしでかかる患者がいるところは、かかりつけ医機能を担っている医療機関はここですということを引き続き患者に周知させていかないといけないと思います。

そういう意味では今既に紹介受診重点医療機関になっている医療機関がかかりつけ医機能を有する医療機関になつてはいけないとは言わないけれども、同じ医療機関の中でかか

りつけ医機能を担う部分と、まさに紹介受診を受け入れるところの機能とは、それなりに機能分化していただかないといけない。そこははっきりさせておく必要があって、同じ医療機関の中でかかりつけ医機能を担うところと紹介受診を担うところがあっていいのだけれども、そこはきちんと役割分担をしているというところの何らかの線引きは、その医療機関内でしっかりしていただくということが併せて行われれば、同じ医療機関が両方担っているという体裁になったとしても、矛盾を来すことにはならないと思います。

最後の点ですけれども、私も構成員をさせていただいている全世代型社会保障構築会議の報告書が資料の27ページにあるわけです。これは親検討会でも申し上げたとおりなのですけれども、フリーアクセスの考え方の下でかかりつけ医機能を発揮していくというわけです。そうなりますと、かかりつけ医機能を幅広く読める、曖昧に定義して、どこの医療機関でもかかりつけ医機能を担っているといえるということになってしまうと、かかりつけ医機能とは何なのだという話に結局は議論が戻ってきてしまうところがあるので、報告制度を意識しながら、かかりつけ医機能とは何ぞやというところについての輪郭はある程度ははっきりしていただかないといけない。

だからといって、フリーアクセスですから、決して患者が行き場を失うようなことはない。あくまでもかかりつけ医機能を担っている医療機関かどうかはさておき、患者が最初にどちらの医療機関に行くかというフリーアクセスというのは残っているということですから、最後の砦としてフリーアクセスがあるということは、頭の片隅に置きながら議論を進めていく必要があるのかなと思います。

私からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 先ほど城守構成員が16ページの日医総研の意識調査という患者側の意識調査このことについて、患者がかかりつけ医と考えているのは必ずしも内科とは限らないのだというお話をされました。確かにそれはそうで、婦人科しかかかっていませんという方もいらっしゃるし、皮膚科しかかかっていませんという方もいらっしゃると思います。

私はこの意識調査を見たときに、患者のかかりつけ医の定義がかなり幅広に解釈されて異なるのではないかなという気がいたしました。といいますのも、今、継続的に診てもらっているドクターのことをかかりつけ医と言っている方が結構いらっしゃるのではないかな。もちろん1人でかかりつけ医を担うことができない場合に、複数のということはあると思うのですけれども、この複数回答を見ますと、全体で137%になってしまうということは、かなりの方は自分がかかっているドクターを想定して、複教科の方は複数の科を回答されたのではないかなと思います。

そうすると、例えば総合的に診てもらわない方も含まれていて、患者さんはかかっているからかかりつけ医だと思って回答しているけれども、ドクターの側は自分がかかりつけ医だと思われているということは認識がないというようなことも、この中にはかな

り含まれている。それが現状ではないかなと私は思いました。

ですので、今後ですけれども、患者自身が自分に必要なかかりつけ医とは何かということを考えられるような情報提供も必要になってくると思いますし、私はかかりつけ医はあくまで患者が主体的に選ぶものだと思っています。ただ、それだけではドクターの側の認識と一致しないので、患者が選んでドクターにそれを伝えてお互い合意する。かかりつけ医と慕っています、かかりつけ医と思ってもらっているということを両方が分かっているといけないのではないかとこの回答を見て感じました。

○永井座長 ありがとうございます。

城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 山口さん、基本的にこのアンケート調査をしたとき、何でも相談できて、必要があれば専門医に紹介してくれる地域で身近で福祉・医療を兼ねて診ていただけるお医者さんをかかりつけ医として、このアンケートにお答えいただきましたので、必ずしも山口さんが今おっしゃられたような形だけではないかなと思います。

ただし、皆さんもおっしゃっておられるように、現状からブラッシュアップをしていくということは必要になるわけですから、そのためにはかかりつけ医としての役割というのは、この分科会でどういうものが必要になるのかということを一定の範囲で議論していくことになるのは、みんなの共通認識ではないかなと思っています。

以上です。

○山口構成員 どうもありがとうございます。

ただ、医療者の間でもかかりつけ医の定義がかなりいろいろ異なっている以上に、国民の意識というのは、もっと違いがあるのではないかなと私自身は感じていますので、その辺りも含めて考えていかないといけないと思っています。

○永井座長 服部構成員、どうぞ。

○服部構成員 服部でございます。私のほうからは介護保険事業の在宅医療・介護連携推進事業と在宅医療連携拠点のコーディネーターの立場から、ここまで何度もお話の上がっている地域の協議の場についてお話をさせていただきたいと思いますが、現在、在宅医療・介護連携推進事業の中身といいますか、取組の多くは、住民の普及啓発ですとか、学びの場を通した専門職間の個々のつながりをよくする、強化するというような意味での連携強化・促進が行われている状況ではないかと思っています。一方で在宅医療、例えば訪問診療の先生方の24時間態勢のなかなか脆弱なところですか、グループ診療はどうか、訪問看護事業所間の連携ですとか、そういった医療機関同士の連携というところは、なかなかこの事業では、論議はまだこれからかなと思っていますところでは。

そういったときに、先ほどからお話のありました地域で補い合って面で支えていくという意味合いからも、ある程度小さな単位で、地域の現場の方々がお話をされる議論の場が大変重要になってくると思っていますが、在宅ケアといいますと非常に個別性が高いものですから、提供していらっしゃる先生方も非常に丁寧な議論が必要になってくると思

ます。そこで市町村の在宅医療・介護連携推進事業と、我々拠点コーディネーターをぜひ活用していただき、どういった場が設定できるのか、ぜひ国・都道府県から支援をお願いしたいと思っております。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

石田構成員、どうぞ。

○石田構成員 市町村の立場で少し発言させていただきたいと思います。

現状認識ですけれども、かかりつけ医機能を発揮させるためには都道府県、あるいは二次医療圏単位ではなく市町村単位、日常生活圏域単位で医療政策を考える必要があるのではないかなと日頃から問題認識を持っています。市町村では学校医、保育園医、予防接種、各種検診、介護保険の主治医意見書依頼など、地域のかかりつけ医さんとの密接な関係が既に構築されております。介護保険では地域のケアマネさんを含めた介護関係者との在宅医療・介護連携事業などへの参加も先生方は積極的に行われておまして、地域の在宅医療について、地域の先生方との議論も継続的に行われているのが実態だろうと思っております。

問題認識ですけれども、市町村、特に介護保険制度でいう日常生活圏域において、地域包括ケアシステムの要素としてかかりつけ医機能が発揮されることが望ましいのではないかなと私は思っています。フォーカスすべきは市町村のエリアであり、日常生活圏域におけるかかりつけ医の機能が発揮されるという議論が進むことを望んでいます。そのためには、市町村がエリア内で行われている医療について強く関心を持って実態を把握し、とりわけ日常生活圏域における在宅医療について、かかりつけの医の機能がこれまで以上に発揮される、そういったことになるように、地域の診療所を支える市町村の権限や施策の在り方も含めて考える必要があるのではないかと思います。

稲城市では独自に医療計画なるものを策定し、地域の診療動向を把握した上で、さらに将来の動向も推計し、地域医療を支える施策に役立てています。日常生活圏域を意識した在宅医療・介護連携の議論も活発に行われており、一定の成果が出ているのではないかなと思っております。

この分科会への期待でありますけれども、成果の一つとして、市町村自らが地域医療の実態を把握するとともに、市町村が主体的に地域医療への課題解決に向けた権限や役割を持つなど、地域医療体制を支援する仕組みづくりが少しでも進めば良いと思っております。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

家保構成員、どうぞ。

○家保構成員 全国衛生部長会長の家保と申します。都道府県の立場は、かかりつけ医機能の情報を提供するという主体になりますので、県民、また、患者の皆さん方に分かりやすく情報提供を進める非常に大事な立場だと認識しております。

ただ、このかかりつけ医機能自体は先ほど石田構成員がおっしゃったように、プライマリケアの領域に関するものであり、市町村が積極的に関与いただいてやっていると、より一層、住民の利用という部分ではプラスになると思います。

一方で、この資料の中の9ページと10ページ、外来が最大になる年や、訪問診療が最大になる年というのを見ていただきますと、地域による格差が非常に大きいです。現時点でも人口減、患者減によって、また、医療機関の減少に伴って医療機能自体が維持できない地域も多数出ております。また今後、当該地域に新たに医療人材が入る可能性も少ない中で、この機能を県民、その当該二次医療圏の患者さん方にどう説明していくのかという観点も併せて考える必要があります。単に報告制度を全国一律でやったからといっても、地域によっては現実的にはあまり裨益がない地域も現れると思います。全国統一の制度は必要だと思いますけれども、今後、医療自体の確保が難しくなって、かかりつけ医自体が存在しなくなるような地域も増えてくるという前提で、制度設計と併せていろいろな支援策をぜひとも考えていただきたいと思います。

今日の資料の参考資料2、3を見せていただきますと、ベストプラクティス的な医療機関として紹介されているのは、医師が3人以上いて、周辺に介護のサービス機関があり、かつそれらを城守構成員がおっしゃったようにICTを使いながら情報を共有して皆で24時間対応していこうという事例です。医師の働き方改革もあり、一人診療所の先生方が土日対応することは現実的には不可能です。面的に対応する意味でも、そういうICTを活用して均一な情報を共有してサービスするという観点も、ぜひ織り込んでいただいて、支援策も併せて検討いただければありがたいと思っております。

以上でございます。

○永井座長 それでは、猪熊構成員、どうぞ。

○猪熊構成員 猪熊です。かかりつけ医機能の問題は複雑で、まだ考えがよくまとまっていない状態のために、やや的外れなことを申し上げるかもしれませんが、現時点で感じていることを3点申し上げたいと思います。

1点目、全体のスキームについてです。各医療機関が自分のかかりつけ医機能を都道府県に報告して、足りないところは地域全体で面で支えるという考えの下、連携をキーワードに充足していく。また、各医療機関の機能を分かりやすく国民に情報開示する。絵柄としてはすごくきれいで分かりやすいのですが、果たしてこのとおりにうまくいくのだろうか。情報開示の仕方がよくなったとしても、患者・国民の立場から見て、新しい仕組みは今とどこが違って、よくなったという実感を持てるのか。そういう懸念がございます。

連携という言葉は非常に重要ですが、いざやるとなると、結構難しいのではないかと思います。連携を進めて不足を充足に変える調整をきちんと行えるのかどうか。報告された内容を誰がどのように確認・担保するのか。また、この資料を見ると、報告させるかかりつけ医機能の項目で、総合的・継続的に行う機能というのがその他の機能の前提条

件になっていますけれども、そうなったのはどうしてなのかなど、ぱっと見ただけだとよく分からない、どうなのだろうというところがございます。

そもそもこのスキームにのっとして多くの医療機関が報告をしてくれるのだろうか。面としてのかかりつけ医機能を発揮してもらうのはとても重要だと思うのですが、何らかのモチベーションとかインセンティブなどが必要なかどうか。頑張っている医療機関が報われるような手立てが必要なのか。この辺はまだ私自身も考えがまとまっていません。ただ、必要だと思うのは、患者が選択する際の支援が何かしら必要ではないかということと、先ほど大橋構成員が教育のことをおっしゃいましたが、患者自身にも、医療の現状についてよく分かってもらう学習の機会の提供といえますか、教育というのは必要ではないかと思います。

先ほど織田構成員から、面としてのカバーがうまくいっているとお話があったので、そんなに悲観的に捉える必要はないのかもしれませんが、せつかく検討するなら役に立つスキームにすることがこの検討会の役目だと思いますし、検討の結果、今とあまり変わらないということになれば、それはそれで、なぜそうなったかを国民に説明する役割もあると思います。なるべくいい方向に向かえばよいなということを感じております。

2点目。資料を見ていて、かかりつけ医やかかりつけ医機能に求める患者・国民の機能と、医療機関が実際に有する機能のギャップが、私は目を引きました。患者・国民側から見ると、総合的に診療できるというところが一番大きくて、あと、専門医につないでくれるという期待も強いのですが、医療機関側が有する機能としては、専門医の紹介の方は高いけれども、総合診療のところはあまり高くないという結果が出ております。スキームの話とちょっと離れるかもしれませんが、国民がこの制度はどうなっていくのかと見ている中で、このギャップを埋めるというのは重要かと思います。総合的に患者を診られるような医師を育成していくとか、専門医の方に総合診療の知識・技術を身につけていただくということが必要なだろうと思います。

それと、患者にとって大事なものは、時間や場所にかかわらず、必要なときに必要な医療にきちんとつながること、できれば質のよい医療につながっていることが大事だと思います。その意味ですと、既存の診療所がさらに連携を組みやすくするとか、中小病院が入院・外来だけでなく在宅医療もやりやすくするとか、そういう仕組みを考えていく必要があるかもしれません。電子情報連携の基盤整備や、オンラインのさらなる活用も必要だと思います。

今、申し上げたことは、既にほかの検討会でいろいろ審議されているものもあるかと思えます。この検討会でその辺りをどこまで議論するのか。既にされている検討会があれば、どこでどういう議論がされているのかという一覧があると、理解が進みやすいかと思えます。

3点目です。医療・介護が必要で、通院困難な高齢者が増えるこれからは、かかりつけ医機能を地域包括ケアの中で考えることが重要であり、そうすると行政の役割は大きくて、



特に市町村の果たす役割は大きいのではないかと思います。ただ、あまり小さな市町村では難しいため、幾つか一緒になって役割を果たしてもらうことが必要だと思います。医療保険者の役割についても、いろいろな役割の可能性があるのではと思います。

次回以降、様々な立場の方から御発表があるということですので、それを伺いながら考え、議論を深めていければと思います。ヒアリングの中でお話が出てくるかもしれませんが、参考になりそうな海外の情報も聞かせていただければと思っております。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

織田構成員、お願いします。

○織田構成員 今、猪熊構成員がおっしゃったように、今は面でうまくいっているけれども、今後どうなのかという議論はあると思います。

11ページを御覧いただきますと、これから一番大きな議論はここなのだろうと思うのです。というのは、我々の地域ではもう既に85歳以上の急増によって救急車の搬送患者も85歳以上、そして、この資料に出ている入院患者、8ページを見たら分かりますけれども、これも85歳以上が全入院患者の7～8割を占めています。そして、在宅患者を見てみますと、これも85歳以上です。ですから、この85歳以上をどうやって地域で支えていくかという議論が一番優先されるべきではないかと思います。

先ほどお話がありましたように、多分これは二次医療圏単位で議論はなかなかできませんから、生活圏域の自治体単位が基本になるのだろうと思います。もし、二次医療圏単位で話をするとしたら、この自治体はこういう取組をしている、この自治体はこういう取組をしているというお互いの情報交換としては有効だろうと思います。85歳以上が急増しているという現状で、かかりつけ医機能というのは非常に重要です。だから、言葉遊びではなくて、現実的にどうやっていくのかということも含めて、できるだけ多くの医療機関、できるだけ多くの介護関係者、そういうことも含めて多くが参加できるような、かかりつけ医機能の充実に向けた議論をしていかななくてはいけないと思います。

今回、こういう議論が出てきましたので、本当にいい機会だと思います。この待ったなしの状況を医療現場、病院関係者がいる中で、さらに議論を深め充実させたもの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。

尾形構成員、どうぞ。

○尾形構成員 私からは3点コメントさせていただきたいと思います。

資料2の冒頭で医療提供体制を取り巻く状況に関して、人口動態、医療需要の変化、あるいはマンパワー等が整理されて示されていて、これらはいずれも今後の議論に当たっての重要な前提となる事実、あるいは推計であると思います。その一方で、ここに示されている事実や推計と、かかりつけ医機能の必要性との間の関係については、私はこの資料だ

けでは必ずしも十分に明らかではないのではないかと感じました。その両方をつなぐ論理といえますか、医療提供体制を取り巻く状況を踏まえて、なぜ今かかりつけ医機能が必要なのかという点については、もう少し論理を整理して明確化をしたほうがいいのではないかという印象を持ちました。これが1点目であります。

2点目としては、資料2の21～25ページにかけて、中医協のかかりつけ医機能に関する調査が示されております。これは、私もメンバーである中医協の入院外来医療等分科会に報告されたものであります。先ほど猪熊構成員からも御指摘がありましたように、あるいはこの中医協の分科会でも出された意見なのですが、ここに示されている患者側、あるいは一般国民の側と医療提供側の間の意識にはある程度の差があることについては、十分留意する必要があると思います。

例えばかかりつけ医に求める役割として、21ページ、あるいは22ページでは、患者側、あるいは一般国民の側は、「どんな病気でもまずは診療してくれる」が多いのに対して、23ページの医療提供側の回答では必ずしも高くなかったわけです。一方で、「必要時に専門医に紹介してくれる」というのは患者側、あるいは一般国民、それから、医療提供側双方とも非常に高かったわけでありまして、こうした認識のギャップ、あるいは一致ということについては、今後の議論においても留意すべきものだと考えます。これが2点目です。

3点目として、資料2の35ページに示されている図ですが、これは地域完結型の医療・介護提供体制の構築ということで全体像が整理されているわけです。1点気になった点として、説明文の中に、「医療・介護の水平的連携を進め」ということが書かれております。これは大変重要な視点だと思いますが、一方で、今申し上げたようにかかりつけ医に求められる役割としては、先ほどもありましたように、必要時に専門医に紹介してくれるというところもあるわけであり、そういった意味では、垂直的と言っていいかどうか分かりませんが、大病院等との連携も重要であると思います。特に地域医療支援病院、あるいは特定機能病院には地域のかかりつけ医をサポートする重要な役割があることは強調しておきたいと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

大橋構成員、どうぞ。

○大橋構成員 地域を面で支えるという先ほどの議論なのですが、参考資料を拝見していて、好事例というのが、先ほど猪熊構成員からもありましたけれども、複数の医師がいる医療機関や、織田先生のような地域の第一線の病院というところがあると思うのです。どうしてもかかりつけ医の面で支えるという議論のときに、一人診療所だけ、お一人で開業されている先生だけでどう協力していくかという話し合いにすると、みんながみんなスーパーマンにならなくてはいけないという議論になってしまって、これはおよそ見当違いになるだろうと思います。そういうようなある程度地域で在宅、今の立てつけですと在宅診療や、あるいは在宅病等がいかに支える機能をつくっていくかということはこの場でも話し

合っていければなど考えております。

もう一つ強調したいことですが、この分科会の中で報告制度の詳細を議論する以前に、この報告制度で何が変わるのかというのをもう少しここで議論すべきなのではないか。例えばこの報告制度によって患者さんの受療行動とか、患者さんがかかりつけ医を選ぶときに何が変わっていくのかということ、あと、この報告制度ができることで、面で支えた結果、例えば在宅看取りが増えるであるとか、または在宅で24時間に救急車で搬送される件数が減るであるとか、ここで共通して見られるアウトカムをもう少し具体性を持って議論できればと考えております。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

私も今の大橋先生の御議論と同じことを感じておりました。まず、なぜ必要かということとを徹底的に社会に説明する必要があると思いますし、新しい制度を導入するわけですから、もちろん患者さんに満足していただかないといけない。地域では、面で支える医療が本当にうまくいっているかどうか、そういうものをしっかり押さえながら、また事前にある程度そういう指標をつくって進めていく必要があるのではないかと思います。

現実にはこういう制度をつくったときにいろいろな問題が起こるわけで、先ほどのコーディネーターの話もありましたけれども、ある意味でかかりつけ医制度のコーディネーターが必要になるかもしれない。いろいろな問題に対応する行政の支援、それは現場だけではなくて、例えば大病院も場合によっては相談に来るかもしれないと思います。そういう仕組みが今まであまりなかったように思いますので、ぜひそういうところにも配慮していただければと思います。

そのほかに御発言はございますでしょうか

城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 今の御議論をお聞きしていて、そのとおりでと思うのですが、例えば、地方でお医者さんがほとんどおられない僻地の診療所の先生であれば、その先生に求められるかかりつけ医機能というのはかなり幅広になろうと思います。一方、一般的な中規模の都市部において求められるかかりつけ医機能というのは、それとは少し変わってくるのではないかと思います。これは診療所の先生が診療する医療のレベルがあります。現在は、先ほども申し上げましたように、かなり専門性が高い状態で開業されていますので、一定のレベルが高い、要するに、日本の外来医療の質は一定で担保されていると評価されていますが、それをどういう形に考えるのか、ということも論点の中に入れていただければと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

そのほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

ほかに御意見がございませんでしたら、本日の議論はこの辺りとさせていただきます。

事務局におかれましては、本日の分科会の御質問・御意見を踏まえて、今後の検討をよろしくお進めください。

最後に、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 次回の分科会でございますけれども、資料説明の中にありましたとおり、ヒアリング・プレゼンということでございます。詳細につきましては、決まりましたら御連絡をさしあげたいと思います。

以上です。

○永井座長 それでは、本日はこれで終了させていただきます。長時間ありがとうございました。