

2023-12-6 第2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

○医療政策企画官 ただいまから、第2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、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、あらかじめオンライン、現地会場での参加を選択の上で御出席いただいております。阿部構成員からは御欠席の御連絡、それから、石田構成員からは1時間程度遅れての御参加、それから、土居構成員が遅れているようでございます。

次に、議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきたいと思っております。

会場におられる構成員の皆様方には、お手元に議事次第、構成員名簿、厚生労働省出席者名簿、座席表のほかに、資料1から5と参考資料を格納したタブレットを御用意させていただいております。何か不具合等がございましたらお申しつけください。

それでは、以後の進行については、永井座長、よろしく願いいたします。

○永井座長 それでは、早速議事に入らせていただきます。

本日は、構成員プレゼンテーション及び有識者ヒアリングでございます。

本日は、4名の構成員と有識者の方々から発表を行っていただく予定でございます。有識者として、医療法人小柳真柄医院の小柳理事長、医療法人池慶会池端病院の池端理事長にお越しいただいております。

それでは、事務局よりプレゼンの進め方を御説明してください。

○参事官 参事官でございます。

まず初めに、資料1で本日の進め方を説明いたします。

本日と次回の分科会において、構成員プレゼンテーション、有識者のヒアリングを行いたいと考えています。

それぞれの発表者から10分程度で発表いただき、その後に質疑を10分程度行っていくということで進めたいと思っております。

本日は4人の方々に発表をお願いしております。順番に香取構成員、山口構成員、小柳参考人、池端参考人という順で発表と質疑をお願いいたします。

一番下に※で書いていますが、事務局でスクリーンに資料を画面共有いたします。発表者におかれましては、お渡しするポインターでスライド送りの操作をしていただきながら発表いただきますようお願いいたします。

以上になります。

○永井座長 ありがとうございます。

では、まず香取構成員から説明をお願いいたします。

○香取構成員 香取でございます。

10分のプレゼンということなので、資料は大部なものを用意しましたが、御案内の先生方が多いと思うので、端折りながら進めたいと思います。

初めに、この分科会の親会議で私が出した資料の中に書いてある事柄なのですが、この問題を考える上では、地域包括ケアという上位概念を置いた上で考える必要があるということでもあります。これは全世代型社会保障構築会議の報告の中でも位置づけられていることでもありますし、本日、私の後にプレゼンされます池端先生が今年の1月に地域包括ケア学会でプレゼンされた中にも、やはり地域包括ケア構想の中にある地域医療、そして、病診連携、病病連携とかかりつけ医機能といった位置づけをされておられるということでもあります。

その意味で言いますと、今回、医療法の改正の中でかかりつけ医の規定を置き、報告制度をつくったわけですが、本来であれば、地域包括ケアの構成要素としてのかかりつけ医というものを関係法令にもきちんと位置づけて、もうちょっと体系的な体制を組む必要があったのではないかと考えております。それはそれとして、医療法の中できちんと位置づけがされたというのは大きな進歩ですので、ここではそのことを議論するわけですが、この全体の中での位置づけという視点を常に持っていたいただきたいということでもあります。

何となれば、言うまでもなくかかりつけ医の機能の外縁は極めて広いということで、言うところの医療、療養の給付と言ってもいいですが、診療を超えた様々な機能や役割を持っている。医療法の中で議論する、あるいは医療の中で議論するということになりますと、どうしてもかかりつけ医機能の中の医療の部分だけが議論されるということになりますので、この点は常に意識しながら議論していただきたいと思うところであります。

つまり、今回の制度改正は第一歩であるという理解に立つべきだと思っています。

本日のプレゼンの内容に入ります。

かかりつけ医とかかりつけ医機能の議論をする場合は、これは医療システム全体に関わる広範な視点を含んでいるのだということを意識する必要があると思います。

まず、医療を提供する側の視点からすれば、これは地域医療構想の中で在宅医療やかかりつけ医をどのように位置づけるかという提供体制改革全体の議論に関わりますし、医療の機能分化・連携ということで言えば、地域の中でどのように地域完結型の医療、面で支える医療をつくっていくか、言い換えれば切れ目のない医療をどうやって実現するかという議論に関わります。さらには、医療を超えた包括的な支援を行う。まさにこれが地域包括ケアネットワークということになるわけですが、この視点で言えば、多職種連携とか多機関連携ということが問題になります。さらに、それを支える基盤としての情報連携、あるいはPHR、あるいは医療DXといったものがあるということになります。

他方、利用者側の視点からすれば、健保連や財界等が議論されていますが、無駄な医療を回避する、医療資源の効率的な利用という議論があります。この点は後で議論しますが、かかりつけ医の制度化は医療費の抑制にはつながらないということは明らかなので、この

議論はそういうことよりは、我々が持っている医療の資源をいかに効率的に利用して、最適な費用で必要な医療をカバーするかということだろうと思います。その観点からすると、今のサービス利用の形のままで果たして2040年が支えられるか、という問題になります。サービスの利用とか選択、フリーアクセスを保障するということと、無駄のない医療、適時適切な受診というものをいかに両立させるかということになろうかと思います。

3点目は、この2つの上位概念というか、制度・政策の視点からすれば、健康管理・予防・治療／療養を通じた、いわば総合的・包括的な健康保障をしていく。その中でかかりつけ医・かかりつけ医機能の問題をどう考えるか。当然、この3つは相互に関連しており、こういった視点の中で考える必要があるだろうということです。

このことを別の視点で申し上げますと、今回コロナ禍で日本の医療は随分頑張ったわけですが、幾つか構造的な問題、脆弱さというものが見えてきた。その中の一つがやはり地域とか在宅の医療の弱さということだと思います。これは全世代型の報告書でも指摘されていますし、諸外国の例を見ても、ドイツのように、20分の19と言いますが、地域の開業医たちがコロナ患者を支えたことで病院崩壊を防いだということもあります。そういうことから考えますと、やはり地域医療、在宅というものをきちんと考えていかないといけない。

高齢化社会における医療は、多くの方が言っているように、治すということから治し、支える医療に変わっていく。この観点から見ても、地域や在宅で高齢者、患者の生活を支えるという視点が大事になります。そう考えると、病院は治すということに特化した高次機能病院と、治し、支えるという形での在宅支援の地域密着の病院という形で恐らく機能のベクトルが分かれていく。後者について言えば、治し、支えるは医療だけではできないので、ここからも多職種連携とか地域のネットワークの結節点となるようなかかりつけ医の機能・役割が求められる。

3つ目は、先ほど言った医療需要の変化ということと医療資源が有限だということの中で、これをどのように効率的に組み合わせていくか。これは提供サイド、需要サイドそれぞれの視点があり、それを実現していくための基盤となる情報連携、医療DXのことがある。こういったことを頭に置きながら、この問題は考えていく必要があるだろうということです。

ここから、幾つかの論点に分けて考えていきたいと思います。ここに5つ書いておきました。

まず、かかりつけ医機能の重要性ということですが、これは、何度も申し上げますが、医療提供体制全体をどう改革していくかということの中で考える必要があるということです。在宅、地域を強化しておかないと、病院の負荷はますます大きくなりますし、これから、まだ高齢化は進みますので、医療需要、介護需要はまだ増大していく。そういう中で我々が持っている資源は有限ですから、それをどういうふうに効率的に使っていくか。そういう意味では、在宅とか地域をきちんと強化していくということが、全体の提供体制の効率化や資源量の適正化につながる。全ての人にとってこれはウィンになるということで

あります。

このときに、かかりつけ医の議論、恐らくこの会議の中でもこの後問題になると思いますが、諸外国の医療提供体制の中で採用されているいわゆる制度化されたかかりつけ医というものが日本に導入できるかという議論になると思うのですが、私が実際に見てきた感覚で言えば、やはりそれぞれ医療提供体制は歴史的につくられてきたものなので、構造的な違いがかなりあります。そこを頭に置きながら、参考にできる部分を参考にしていくという姿勢が要るのではないかと思います。

端的に言うと、今回のコロナ禍との関係で言えば、制度化されたかかりつけ医を持っている国のかかりつけ医はほとんどコロナには役に立っていないというのは厳然たる事実だったと私は思います。

2つ目は、医療を超えた様々な包括的で継続的な健康サービスを保障していくという観点です。今回、65歳以上の慢性疾患を持っている人の医療の提供ということでかかりつけ医を議論するわけですが、そのことだけを考えても、65歳以上の高齢者の多くの方々は複数の疾患を持っていますし、いわば病気の数だけ主治医がいるという状態になっているわけで、多受診とか多剤投与といったことは、確かに医療適正化の観点からも問題なのですが、患者にとって最適な医療を提供するという観点からも、複数の先生がそれぞれに関わって患者を診ているという状態を全体として最適化していかななくてはいけないということは必ずあるのだろうと思います。

さらに、医療以外の様々な生活ニーズもありますから、こういった全体を提供者側がきちんと連携して役割分担をして支えるという一種のゾーンディフェンスの体制というのがこれから求められていくのだろう。そうなりますと、それを真ん中で差配するハブ機能というのがどうしても求められるということになるかと思いますが。介護保険ですとケアマネジャーという人がいて、十分かどうかという議論はありますが、主治医との連携の中でそういう役割を果たしているわけですが、医療の場合は制度的にそういったことが明確にされていない。実際には開業医の先生がいわば応用動作の中でこういう役割を担っておられるということになるので、これをどういう形で制度の中で位置づけていくかということになるかと思いますが。

今日、隣に織田先生がいらっしゃいますけれども、これは織田先生からいただいたスライドですが、地域医療構想と地域包括ケアシステムというのは一体のものと考えてべきだろうと思います。

次に、かかりつけ医機能についてですが、ざっくり言えば包括的・継続的な健康管理をするということになるかと思いますが。ここに2013年の日医四病協の行動宣言の中に出てくる、かかりつけ医・かかりつけ医機能として求められているものをずっと書いたわけですが、これだけの様々な機能や役割が求められるということになります。

これを要素分解してみるとこんな感じになるのですが、総合診療能力や連携、あるいはネットワーク、地域包括ケアの参画、切れ目のない医療、そして、家族との信頼関係とか

コミュニケーション能力、様々なことが求められます。これを一人のお医者さんの能力問題と考えると、恐らく議論にならないのではないかと。つまり、総合診療能力でありますとか、common diseaseに対応するとか、患者との信頼関係あるいはコミュニケーション能力といった、個々のお医者さんの資質能力に関わるもの、そして、個々の医師の能力というよりは、機関としてのかかりつけ医医療機関、診療所あるいは地域の密着病院が機関として具備すべき機能に関わるもの、在宅医療とか夜間ができるとか、24時間対応できるとか、健康相談ができるとか、入退院支援ができる、紹介・逆紹介、あるいは連携等の機関の機能としての問題を分けて考える必要があるのだと思います。

この1と2、さらにそれぞれが機能するために、地域の中での協働を支えるインフラが要る。ネットワークをつくっていくこと、あるいは情報連携の基盤をつくっていくこと。こういったように分かれるのではないかと思います。

なので、これからかかりつけの機能を議論する場合も、全てを個々の医師の能力の問題であるとか個々の医師の心構えの問題であるとしてしまうと、制度はうまく機能しないのではないかと思います。個々の医師の資質能力は、これはこれで大事なのですが、このことによるだけではなくて、システムとしてこれが機能していくように、機関の機能をどう考えるか、それを支えるシステムをどう考えるかといった形で、論点を整理して考えていく。

さらに言えば、これは制度として動かすわけですから、どうやってファイナンスをするかということを考えないといけない。財源をどうするか、あるいは何に求めるかということと同時に考えないといけないということだろうと思います。

あとは飛ばしまして、在宅ですが、これは言うまでもなく、やはり在宅の重要性ということの中でこのかかりつけの議論を考えないといけないと思っています。私はずっと高齢者介護の問題に関わってきましたので、在宅でその人がその地域の中で最期まで生活し切ることが一番大事だろうと考えています。医療においてもそれは変わらないと思うので、「基本在宅時々入院」という言葉もありますように、医療は入院機能も含めて地域の人の生活を重層的に支えるという形が要るのだろうと思います。

その意味でも、やはりチームを組んでネットワークで支える。そのハブとして機能するかかりつけ医といったコンセプトが重要なのではないかと。単に診療所、単に病院ということだけではなくて、診療所、病院それぞれが在宅を重層的に支える。そして、様々な多職種・多機関との連携をしていくという全体的な流れの中で、かかりつけ医の機能の在り方というのを考えていくことではないかと思っています。

次に、フリーアクセスの話ですが、これはちょっと難しい話になるので、この後の議論に譲ろうと思いますが、簡単に言うと、どこに受診すればいいのか、どういう医療機関にかかればいいのか、今、自分の状態はどうなのかということ、今のフリーアクセスの制度というのは患者本人の判断に全て任せているという形になっております。つまり、言葉は悪いですがけれども、必要がないのに来る人もいれば、本当に医療にかからなくてはいけ

ないのに医療に来ない人もいる。そこをいわば差配してあげる人、相談してあげる人がいないというのが今のフリーアクセスなので、今のフリーアクセスをよりよく機能させるという意味でも、その人の健康状態をきちんと見ながら、適切な受診についてガイドをするような役割というのは必要なのではないか。よくゲートキーパーという表現がありますが、私はむしろゲートオープナーと言うべきだと思いますが、フリーアクセスの問題は少し時間をかけて議論した上で、かかりつけ医の機能との関係を考える必要があるかと思いません。

以上、整理しますと、まずは患者、国民の医療へのアクセスの保障というのを第一番に考えて、必要なときに必要な医療が受けられる、面で支える。地域完結型も同じ意味だと思うのですが、そういったものが確実に保障されるということを前提に、我々が今ある有限の医療介護資源でどうやってこの人たちの医療介護の需要を最も効率的にカバーできるシステムをつくっていく。そのための道具立ての重要な一つがこのかかりつけ医の機能の問題だと思いますし、そこがきちんと機能することによって、恐らく医療・介護のコストというものも最適化されるということだろうと。最適のコストで国民のニーズが保障できる、健康を守れるということだと思うのです。

この話は利用者（国民）にとっても、医療者にとっても、保険者にとっても、いわば利益は一致しているはずなので、利害対立はないという前提で議論する必要があるのではないかと考えています。

最後に、制度整備の話ですが、これは今お話ししたことの中に尽きますが、提供する側同士が患者について連携をしながら役割を果たしていくためには、情報がきちんと共有されている、一元化された患者情報が可視化されているということはどうしても必要なので、今ばらばらに持っている情報が一元化され、集約されていて、患者の下にそれがあって、それぞれ医療提供機関がそれを見ることができるということは当然必要だということになります。これは、言ってみればこの制度を仕組む前提、いわば基盤ということになるので、これは個々の医療機関の問題というよりは、先ほど申し上げた制度・政策の中で基盤として整備していくということが必要だろうと思います。

同時に、この話は医師の働き方改革といいますか、医師の負担を軽減して業務の効率化ということにもつながりますし、これから人口減少や、医師や看護師の数が少なくなっていく中で、どうやって広域の患者さんを支えていくかという意味で、遠隔診療、オンライン診療はこれから議論していかざるを得ないことになるので、医療技術を現場に積極的に導入していくことは、かかりつけ医の普及と同時に考える必要があるだろうと思っています。

ここで一つ大事なことなのですが、かかりつけ医を持つか持たないか、あるいは誰を選ぶかというのは、行政が決めることでもないし、医療提供者が決めることでもないし、基本的には国民自身が決めることです。つまり、これは義務ではなくて、国民の権利だということです。かかりつけ医とかかかりつけ医機能を制度化するというのは、アクセスの保

障というのをどういうふうにやっていくかということの中で議論されるべきことで、選択の権利を制限したり奪うというものではないということなので、その意味で言えば、情報管理にしてもそうですし、基本的には患者目線で物事を考えるというふうにしなないと恐らく機能しないだろうと思います。

この話をすると長くなるのでやめますけれども、例えば大病院志向があるとか重複受診がある。それはそれで問題なのですが、言ってみれば、その背景には、一人の患者の立場で考えれば、患者さんの不安というのが多分あるのだろうと思います。そういうところから考えれば、冒頭に戻りますけれども、医療機関あるいは医師との安定的な信頼関係というのがつくられることを通じて、恐らくこの問題は解決される。つまり、それがないと患者の行動は変えられないということになると思うので、やはり患者あるいは医師がそれぞれ自分の意思でかかりつけ医になる、あるいはかかりつけ医機能を担う、そういったかかりつけ医を患者が様々な形で選び取っていくという、一種自然な流れの中でつくられるようなものである必要がある。強制的に割り当てるとかというようなことをしても恐らくうまくいかないということになるのだろうと思います。

最後、お金の話ですが、今までずっとお話しした中で既に明らかだと思いますが、当然これは診療報酬という医療財源があるので、診療報酬の中できちんと評価をして手当をするということになるわけですが、当然ながら、今の診療報酬は医療の提供に係るものしか見ない。つまり、療養の給付ですから、保険事故が発生していないものには療養の給付はない。現にこういった役割を担っている先生方も、診療報酬で対価が払われていないことをたくさんやっているという現実があるわけです。ということから考えると、多くの人にこれをやってもらおうと考えるのであれば、実際のその機能・役割がどういうものなのか、それが現行制度の中でどういう役割を果たすのかということを考えながら財源のことを考える。費用の支払い方も考える、というふうにしなないといけない。診療報酬の議論をどうするかということから入ると、全体がうまくいかなくなるのではないかと思います。

最後に、今後取り組むべき課題ということで幾つか書きましたが、これは今まで申し上げたことの繰り返しなので繰り返しません。

最後に申し上げたいのは、2040年には高齢者は3900万人を超えます。本来であれば、全ての国民にかかりつけ医を持たせるようにという議論があるわけですが、それは措くとして、高齢者だけの今の議論を前提にしたとしても、3900万人の人に、希望する人にかかりつけ医が持てるようにすると考えるとすると、それなりにかかりつけ医になれる人、なる人を確保していかないといけないということになります。そうなりますと、それは今ある我々のリソースの中でそういったことを担ってくれる人たちをつくっていくということになりますので、ある意味志のある人、希望する人はかかりつけ医になっていっていただけのような流れをつくるというような視点も恐らく必要だろう。もちろん、誰でもなれるという議論ではありませんけれども、一方で、制度にしていくためには、それを支えるリソースを確保するという意味でも、そういう視点での議論が必要になるのではないかと思います。

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、御質問、御意見がおありの方は御発言をお願いいたします。いかがでしょうか。

私から、最後のかかりつけ医機能は医療機関の連携・ネットワークで実装すると。ので、これは、ネットワークをつくって、その中で名乗りを上げるというようなイメージでしょうか。

○香取構成員 これからの議論になろうかと思うのですが、私のイメージだと、かかりつけ医機能というのは一人の医師とか一つの医療機関だけで全ての機能が担えるということでは恐らくないだろう。平成3年に医政局が作った事例集の中でも、かかりつけ医機能として求められるたくさんの機能がありますけれども、それぞれの地域によって、それを誰がどう担って全体としてカバーするかというのは、いろいろな組合せがあったのです。そういうことから考えると、地域のネットワークでそういったものを実現する。その中で、個々の患者さんにとって、いわばフロントに立って自分と関わってくれる機関というのが多分かかりつけ医療機関ということになって、実際の診療の中で、例えば急性増悪があって入院したり、転院したり、在宅に戻って介護のサービスを受けたり、いろいろな局面があってそれぞれの場面でさまざまなサービス提供者が関わっている。必要なことは様々な場面場面で必要な医療や介護のサービスが切れ目なく提供される、ということになるのではないかと。そう考えますと、既に開業医の先生が高齢化して非常に数が少なくなっていて、基幹病院しか残っていないような地域でこの問題をどう考えるかということと、東京のようにたくさんの医療機関があって、むしろ競合関係のようなところでどうやってネットワークをつくっていくか考えることとは、全然問題状況が違うので、同じようなルールではつくれないのかもしれないと思います。そういう意味では、現場現場で実際に患者さんと接している先生方がどういうふうに考えるかというのがどうしてもベースになる。そこはそうなるのだろうと私は考えております。

○永井座長 ありがとうございます。

では、ネットから今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 今村です。

かかりつけ医の香取さんのお考えの概念を少し確認させていただきたいのですが、お医者さんは専門医であっても、ずっと診ていればかかりつけ医だと考えているのですけれども、その中で総合医的な人も、それはそう動いている専門的な医師だと考えている流れもあります。その中で、香取構成員としては、そういう今までの流れの総合医的な方がかかりつけ医なのか、それか、今御提案いただいているようなことを包括的にできるかというのはかなりの作業量を一人でこなせる方にもなりますけれども、そういう人が新たな概念として必要だということなのではないでしょうか。そこら辺のところを教えてください。

ればと思います。

○香取構成員 その議論は随分されるのですが、少し区分けして議論したほうが良いと思ったので、医師個人の資質能力をどう考えるかということと、医療提供体制の中で個々の医療機関、かかりつけ医療機関となる機関がどういう機能を持っていないといけないかというのを少し整理しましょうと私は御提案申し上げています。

当然ながら、いわゆる総合診療、common diseaseに対応できるという意味で言えば、かかりつけ医となる方には、一定の幅の広い診療が入り口でできるということが医師の能力として求められると思います。それをどこまで要求するかというのはむしろ医療界の方で考えていただきたいのですが、自分は膝関節しか診ないので、それ以外のこと分かりません、診ませんし、診られないし、診る気もありません、自分は専門外来でいきますという先生方は、そういう診療の役割分担ということなのだろうと思いますし、まさに今議論しているような、開業医としてそういった方々を入り口として幅広く診ますということをやっていたらというのであれば、それはそういうことだし、それをやるためにどういう能力が要求されるか、あるいはどういう研修をしていただくかというのは医療界自身が考えることだと思います。

それとは別に、例えば24時間対応できるとか、病診連携のシステムが組んでいるとか、あるいは入院・転退院、紹介・逆紹介がシステムティックにできているかどうかとかというのは、医療機関としてそれができるかどうかということになるので、機関としてそういう機能を装備する。ソロプラクティスだと一医療機関に医師は一人なのでこれはイコールになるので、一人で24時間できますかという話になってしまうのですがけれども、そこはむしろ医と機関と分けて考えて、そういう機能を地域の中で担おうと思えば、おのずとチームを組んだり連携したりという形によってそれを実現することになるので、その形をどうやってつくっていくかと考えれば良いと私は思っています。

総合診療医は正しいと思いますが、これから養成しても、恐らく2040年に何万という数の人が養成されるわけではないので、やはり今、病院や地域で働いている先生方にある程度こういうものを担っていただくという方向を考えないと、一定の数は確保できないということになるのではないかと思います。

○今村構成員 分かりました。個人の資質プラス機関としての能力を上乗せしないと難しいということと理解しました。ありがとうございます。

○永井座長 ほかによろしいでしょうか。

城守構成員。それから、土居構成員。

○城守構成員 ありがとうございます。

今の御質問と若干かぶるのですがけれども、今、香取構成員に御説明していただいたかかりつけ医機能は非常に幅広いですよね。香取構成員もこれを一人で持つことはなかなか難しいというお話をされていて、これを地域で面として支えるということは私もそうだなと思っているわけですが、先ほどから、やはりドクターが誰でもかかりつけ医になれるわけで

はない、また、今村構成員の御質問に対してのお答えでもありましたように、一定程度を養成する必要がある、というお話をお聞きすると、やはりハブ機能としての役割を担う先生が一定の要件を満たさないと、それはかかりつけのお医者さんとして香取構成員は認めない、という理解でよろしいのでしょうか。

○香取構成員 今申し上げたように、医と機関とを分けると考えて、医についても機関についてもそうですが、それぞれの地域でどの機関がどういう機能・役割を果たすのか、果たすことができるかを考える、ということだと思っておりますが、まず一つは、医療機関なりお医者さんにこういうかかりつけ医機能、かかりつけ医としての役割を担う意思があるかどうかということがまずありますよね。専門的な外来をやっている先生方であれば、自分はそれでやるというお考えの先生もいるでしょうし、そこは先生方がどのようにお考えになるかというのがまず一つある。

もう一つは、患者の側が選ぶわけですから、患者が選ぶときに、患者が選択をするということを前提に、こういう言い方をするとあれですが、患者に選ばれる医療機関になるということになるのだと思うのです。そうすると、どの程度の能力というか総合診療能力を求めるといえるのは、さっき申し上げましたけれども最終的に医療界自身が決めることだと思いますし、それを患者側に提示して、患者がその中で選ぶということになるのだと思います。行政が認定するとかということではなくて、患者が選択するという事の中で医療機関が自ら、こういう言い方をすると申し訳ないのですけれども、やはり自身で研鑽を積む、かかりつけ医として選ばれるような医師や機関を養成するというか、研修するというか、資質を向上していくということをしていく中で選ばれていくということになるのではないかと思います。

いずれにしても、仮に行政がそういう枠づけをしても、現状のフリーアクセスの下では、患者さんは気に入らなければ変えてしまうでしょうし、頼りにならなければ飛ばして大病院に行ってしまうということが起こってしまうので、やはりそういうことにならないようにするという事なのだろうと私は思っているのです、誰かが認めるとか認めないとか、そういう仕組みにしないほうがいいと思っています。

○永井座長 城守構成員、手短かにお願いします。

○城守構成員 確かにドクターが研修をしていって診療の幅を広げるということは重要な点であろうとは思いますが、ただ、香取構成員もおっしゃられたとおり、これから高齢者が非常に増えるという中において、フリーアクセスを担保するという意味においても、「こういう機能を持っていないとかかりつけの先生になれない」ということであれば、これは逆にフリーアクセスの阻害にもつながることになりますので、そういう意味においては、やはりそこはもう少し議論が必要なのではないかなと思います。

○永井座長 土居構成員、お願いします。

○土居構成員 お時間も無いということなので、コメントを申し上げるということだけさせていただきます。

香取構成員とは全世代型社会保障構築会議の報告書を取りまとめるところで御一緒させていただいていたので、その報告書に基づいたところでのかかりつけ医機能という話は私としても同意ということです。

特に地域包括ケアの概念というものの中でかかりつけ医機能を実装していくということは、私もそのとおりだと思うのですけれども、高齢者のためだけにしないようにする。地域包括ケアというのは高齢者だけのためではないと思いますけれども、割と高齢者に軸足がある仕組みということですので、それはそれでいいのですが、かかりつけ医機能というのは高齢者だけのためではないと思いますから、そこは今後の議論の中でよりフォーカスを広げていくということは必要かと思います。

最後に1点だけなのですが、御発言の中で、パンデミックの中でGPが制度化されている国ではうまく機能しなかったというような御発言があったのですが、御発表資料の後ろのほうの52ページ、53ページでイギリスの事例を挙げておられて、確かに実際に御訪問されたので、そのとおりにお書きになっておられると思うのですが、私、実際に行っていない人間でありながら、学術論文とかレポートとかを拝見していると、若干こちらに書かれていることと違うところがあるなと思って、どちらが正しいのかよく分からないものですから、香取構成員のこの資料の中で、より客観的な文献でどういうものに基づいてこの52ページ、53ページに書かれておられるかというところの根拠を後ほど結構ですので教えていただきたいなと思います。また、事務局におかれても、イギリス、ほかの国の例で学術的な根拠を持ってGPとか家庭医がどういうふうに機能しているということとされているのかというところ、ぜひとも俗説ではなくて客観的な文献に基づく資料を御提示いただけるとありがたいと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ちょっと時間が押していますので、次に行きたいと思います。後でまた総合討論でお願いします。

山口構成員から説明をお願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。山口でございます。

私が理事長を務めている、認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLは、1990年から活動してまいりまして、現在34年目の歩みを進めているところです。

特に日常の活動の柱として、1本に平均40分かけている電話相談をこれまで6万8000件を超えて対応してまいりました。

そういった中で、患者の意識の変遷などを身近に感じている中から患者が求めるかかりつけ医機能についてお伝えしたいと思っています。

先ほどからよく出てきているフリーアクセスですけれども、私は最近では「制限されたフリーアクセス」と感じています。それは、200床以上の病院に紹介状なしで初診でかかる場合には、病院が決めた特別料金を請求されるということが1996年に始まりまして、そこ

から27年たっています。そうしますと、やはり大きな病院は紹介状がないと診てもらえないという意識は、この27年間の間でかなり一般の方々の中に広まってきました。

下に書いているような医療機能の分化というところは、まだまだ理解が追いついていない現状はございますけれども、やはり安定しているときはかかりつけの医師に診てもらって、専門的・積極的な治療が必要になれば、紹介状を持っていかなくてはいけないという考えは浸透してきています。特に今は特別料金が特定機能病院と200床以上の地域医療支援病院では最低7,000円になっているわけです。そうすると、ますます紹介状の必要性を一般の人たちも感じ始めています。ですので、私はこのフリーアクセスは、今はもはや制限されたフリーアクセスだと受け止めています。

そんな中で、かかりつけ医については、日本医師会と四病院団体がまず定義をされたわけですが、そのかかりつけ医の定義に照らし合わせると、対象となるのは、生活習慣病を持っている御高齢の方は総合的に診てくれる医師の存在が不可欠ですし、一方、乳幼児・小児というのは様々な場面で医療にかかりますので、やはり総合的に診てくれるかかりつけの小児科医が必要とされていると思います。

ただ一方で、国民の実態はというと、内科以外の眼科だけかかっていますとか整形だけかかっていますという方もいらっしゃるれば、複数の科にまたがって受診の必要性がある方もいます。あるいは希少難病で大学病院がかかりつけだという方もいれば、多くの場合は受診の必要がない元気な方です。

こういう様々な実態があるということに加えて、非常に地域的な特性も違いがあると思っています。例えば都市部のように、選択肢はたくさんあるけれども、私にとってこういうかかりつけ医が欲しいと考えたときに、選ぶ情報があるかということ、なかなか情報がない。あるいは、ある地域では、この地域で5年、10年たつと診療所の後継者が一人もいなくて地域医療の構図が全く変化してしまうのだという地域もあります。あるいは候補はいるけれども、限定的で選ぶところまでではない。そういう地域差ということも考える必要があると感じてまいりました。

ですので、今、かかりつけ医機能の制度整備というときに、このスタート地点で誰を対象にするかということを考えると、先ほど申し上げた慢性疾患を有する高齢者、それから、高齢者でなくても継続的に診療を必要としているような総合的に診てもらふ必要のある患者、そして、乳幼児・小児は外せないと思っています。

国民全員にかかりつけ医というような話もございますけれども、これは登録医制が議論の俎上に挙がった際によく言われたのですが、日本にこれを今導入するということはほぼ不可能だと私は思っています。まず、医学教育自体が登録医制を前提になされていないことと、国民全体ということになれば、予防的な部分からかかりつけ医に診てもらふということになると、国民の全体の意識も変えていかなくてはいけないわけです。さらに、ある程度制限されたフリーアクセスとはいえ、例えば病気が見つかったときにかかりつけ医から紹介してもらふとしても、どの病院に紹介状を書いてもらうかは患者が指定できるわけ

ですので、こういった選択権をもし奪われるような登録ということになると、国民の意識としては納得できないところではないかと思っています。

では、どうかかりつけ医機能が必要なのかというと、先ほど香取構成員のお話にもございましたけれども、必要なときに必要な医療にアクセスできる。そういったかかりつけ医機能の検討が私は必要だと思ってきました。特に今まではインフォームド・コンセントが重要だということでこの約30年ずっと進められてきて、確かに医療界でとても時間をかけて丁寧に詳しく、うそ偽りなく説明をしてくださるようになりました。でも、やはり医療者からの一方通行の情報提供ということが起きていて、丸投げのような関係になっているようなところもあります。

そういったことを考えたときに、これからの患者、医療者関係、ましてやこのかかりつけ医との関係においては、やはり協働作業でやってかなくてはいけない。そうなったときに、また片仮名であることが残念ですが、シェアード・デシジョン・メイキングということが今、一般臨床の中でも必要だと言われるようになってきました。患者と医療者が情報を共有した上で、話し合いをしながら一緒に考えて決めていこう。これはまさしくかかりつけ医との関係を表しているのではないかと思っています。こういったことを実現してくれるようなかかりつけ医を国民が選べるようなシステムをつくることも必要です。ただ、会ってみたいと分かりませんので、最終的には実際に会ってから自分のニーズを満たしてくれるかどうかという判断が国民にも求められると思います。

ですので、かかりつけ医機能の制度整備をするのであれば、まず国からしっかりと国民に対してメッセージを送ることが必要だと思っています。まず、あなたにはかかりつけ医が必要なかどうか。一人称で言うと、私にはかかりつけ医が必要かどうか。まず考えて、それはどんな医療機関なのか、あるいは何科の医師なのか、こういったことを個々の国民が考えることが重要ではないかと思っています。

どのように医療機関を選ぶのかを考えるにあたって、いまだに医療機関を探すときは急性期型の考え方で選択している人が多いので、急性期なのか、慢性期なのか、よくある病気なのか、まれなのか、専門医が必要なのか。こういったことを御自分の病気や病状に合わせてまず考えてくださいと私はいつも申し上げているのですけれども、それに加えて、例えばかかりつけ医を探すのであれば、自分の選ぶ基準というものを一人一人が持つ必要があるのではないかと。それがないと、そのニーズを満たしてくれるかどうかということが判断できないので、一般の方にこれは欠かせないというニーズは何ですかということを常にお聞きするようにはしています。治療経験が豊富なドクターがいいとか、私はマイナスのことを聞いたときでもちゃんと答えてくれる人がいいとか、いろいろな思いがあると思うのですけれども、自らの基準がないと、なかなか選ぶという視点が持てません。こういったこともメッセージとして送っていく必要があるのではないかなと思いつつ、ずっと一般の方にも語りかけてきました。

かかりつけ医を選択するためにまず何が必要かですが、私はやはりかかりつけ候補者を

公表していただきたいと思っています。今回、方向性として報告制度が考えられています。例えば内科のドクターであったとしても、更年期障害ぐらいは内科でも診られますよとか、あるいは花粉症も対象にしていますよといった、かかりつけ医としてどの範囲をカバーすることができるのかということが分かると目安になります。これは一つの機能の一定レベル以上でない駄目ということではなくて、選ぶときの選択肢ということになるのではないかなと思っています。ある程度かかりつけ医として総合的に診ることができる、例えば在宅医療を手がけている、あるいは介護保険の主治医意見書を書けるといった、一定レベルの研修ということは修了していただきたい。それを修了しているということをも前提の上で、さらにこういったことができますよというようなことを報告制度の中では明らかにしていただきたいと思います。

その上で最も大事なものは、かかりつけ医は患者が主体的に選ぶものだということです。私は、かかりつけ薬剤師はある意味失敗だと思っています。なぜかと言うと、患者が主体で選んでいないからです。薬剤師さんから私をかかりつけ薬剤師として同意してもらえませんかと言われることで、非常に心理的な圧迫を受けているという相談が結構届いています。

ですので、同意ということになると、どうしても医療者主体の同意してくださいというような話になるので、同意ではなくて、私は合意が必要ではないかと思っています。まずは候補の医師を選んで、この先生にかかりつけ医になってほしいなと思ったら、先生、私のかかりつけ医でお願いできますかと言って、分かりました。では、何でも相談してくださいねというようなことを合意してもらえらる。

これを何かの書面に残すかどうかということは、もちろん残すようなことがあっていいと思うのですけれども、ただ、一度決めたらそこは絶対に変えられませんということのないように、柔軟さが必要だと思います。というのも、ドクターも長年かかりつけ医でお付き合いをしていくと、年を取っていかれます。性格が柔和な方だったのに、頑固になるかもしれないわけです。患者のほうもやはりニーズが変わってきますので、その辺りはある程度幅を利かせて、相性も変わることもあるかもしれませんので、そこはある程度緩やかに変更することも可能というような方向性を持っていく必要があると思っています。

以上で私の発表を終わらせていただきます。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、御質問、御意見をお願いいたします。いかがでしょうか。

河本構成員、どうぞ。

○河本構成員 プレゼンありがとうございます。

今おっしゃっていたお話の関係で、まずかかりつけ医を選んで活用するというのは、これは国民・患者の権利であって義務ではないと。先ほどの香取先生のペーパーにもございましたけれども、ということと、それから、フリーアクセスというのは必要なときに必要な医療に迅速にアクセスできるという意味での必要なフリーアクセスだと。それは私ども

全く一緒なのですけれども、その大前提に立った上で、当面の今回のかかりつけ医機能が発揮される制度整備のスタート時点の対象としては、慢性疾患を有する高齢者、乳幼児、それから、継続的な診療を必要とする患者ということでございますけれども、将来的に、これはあくまでも国民・患者がそういうかかりつけ医を持ちたいという意向の中で、それ以外の年代の方、若い方でもかかりつけ医の対象にしていくということについては、特に問題はないと考えておられるという理解でよろしいですか。

○山口構成員 もちろん今でもかかりつけ医を若い方が持つてはいけないとは思っていませんので、その方のニーズがあれば選ぶことはもちろんあると思います。

ただ、国民全体ということを考えていくと、先ほど申し上げたようなハードルをクリアしないことにはとても実現できることではないと思っていますので、そういったことをまず本当に国民全体が合意するのかどうか。必要性があるとしたら、かなりの大改革や法律の整備をしないといけませんので、その実現可能性ということも探る必要があると思っています。その上でではないでしょうか。

○河本構成員 実現可能性をまず探る。それは当然のことだと思いますけれども、ただ、そういったニーズが明確にある以上、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の中でそういった方が将来出てくるということもにらんだ上で、その辺を頭に置きながら制度整備の検討をしていくということは必要ではないかなとも思うのですけれども、その辺りはいかがでしょうか。

○山口構成員 国民全体が必要としているというニーズがあるというのは、どこでそういうニーズがあるということが証明されているのですか。

○河本構成員 国民全体というよりも、そういうニーズをお持ちの方が、先ほどの山口先生のペーパーの中でも、国民の実態は実は様々と。これは全くおっしゃるとおりだと思います。ただ、高齢者でなくても、慢性的な疾患を抱えていなくてもかかりつけ医を持ちたいという方は当然いらっしゃるわけで。

○山口構成員 それは今でも持とうと思えば持てると思います。その方のニーズがあれば、自分でかかりつけ医を決めて受診することはできると思いますので、今もそれは否定されていないと思います。

○河本構成員 それをもっとやりやすくするために必要な制度整備を進めていくということについて、これはまた異論はないということではよろしいでしょうか。

○山口構成員 将来的にその必要性があるというようなことであれば、将来的にはということとは否定しませんが、現在はある程度絞らないと、制度整備ということは複雑になってきて、ややこしくなると思いますので、今は絞る必要があると思っています。

○河本構成員 分かりました。

今回の検討について限定ということについては、これは決まった話ですので、そこについてとやかく言うつもりはもちろんないのですけれども、さらに先をにらんだときにどうかということでも申し上げたということでございます。ありがとうございました。

○永井座長 よろしいでしょうか。

御意見がなければ、次に進ませていただきます。

続いて、医療法人小柳真柄医院の小柳先生からお願いいたします。

○小柳参考人 小柳真柄医院の小柳でございます。

私の診療所は新潟市南区という農村地帯にございまして、これから厳しい厳しい冬が訪れます。私どもの医療法人の医療は、この日本海側の厳しい冬を思考と行動の原点としてきたものでございます。

私は湘南生まれの東京育ちでございますが、妻の実家が下越、父親が上越の出身でございまして、雪国への想いをずっと伝えられてきましたので、関東でこのまま医師をするのは新潟にとって不義理ではないかということで、医師不足の地域に飛び込みました。

新潟で医師をすることの意義なのですが、医師充足指標は、岩手と並び、最下位の地域ですけれども、この部分の上にある余白というのは、実は医師の成長であったり、医療の成長可能性指標の間違いなのではないかなと思っております。新潟の医療というのは、非常に可能性がございます。

私、先に結論を申し上げたいのですが、地域社会におけるかかりつけ医機能とは何かと申しますと、プライマリーケアやトリアージ、いわゆる連携を行うということは、かかりつけ医機能の一部にすぎないと思っております。地域におけるかかりつけ医機能の目的は、地域社会の構築でございます。外来、往診、予防というのは、我々は108年ここで医療をやっておりますが、108年前から変わらない医療の姿でございます。それから、学校医、産業医、警察医、施設配置医、その他、地域の公衆衛生普及活動に関する全てでございます。そのために、「幅広い疾患に対応し」と書いてございますが、これは研修医レベルの知識のフックがあれば十分でございます。そして、社会的な観点も含む診療能力の習得が必要と考えております。

私はこの診療所の上の2階に住んでいるのですが、12年間365日医療をしておりますけれども、地域の皆さんと同じ空気を吸って、同じスーパーで買い物をし、同じ風土に住まう仲間でなければ、理想的なかかりつけ医機能は発揮できないと考えております。今では自分で除雪車も運転し、雪中行軍のようなPCRもします。地元の間はこの医療機関を頼りにしてくれますので、夜中の2時に除雪車を持ち寄って、私たちの診療時間に合わせて一気にローダーで除雪をしてくれます。

私ども、1915年に開設しまして、今年で108周年、外来、往診、予防ということは国民皆保険制度の前からやっておりました。それを現代にマッチさせるために、自動化、機動化、教育・訓練、ペーパーレス化、地域社会構築といったことをやってきたわけでございます。

まず、自動化ですが、AI問診。今でもやっていますが、AI電話対応、オンラインワークの活用。

教育・訓練、主計局の若手、国土交通省東北整備局、北陸信越整備局の人、それから、近くの看護学校の看護実習を受け入れたりしています。

あと、ペーパーレス化、これは今、徹底的にやっています。

そして、往診をするために機動化、このような地域では、やはり車高が高く、幅の狭い四輪駆動の車が大いなる力になるわけでございます。

そして、これをもって地域社会を構築していくというのがかかりつけ医機能なのでございます。

私ども、非常に小さな所帯ではあります。医師3名や受付6名で年間約3万人の患者さんを診ます。インフルエンザワクチンは3,623人、そして、往診患者さんが120台から150ぐらいの前後で、24時間対応をしております。

例えば4年前にインフルエンザが大流行したとき、私どものタミフルの処方箋発行枚数は新潟市民病院以上でございました。

私どもの医療をしている地域でございますが、赤くなっているのが私のクリニック、そして、近くに24時間対応の訪問看護ステーションを運営しております。信濃川、中ノ口川といった一級河川、扇状に広がる治水によって成り立つ肥沃な農地。ここは昔、米を集積して新潟湊に運ぶというところでもございましたが、現在はその集積場は高齢化の進む老々介護、そして、独居の老人が住む地域でございます。このような地域のために医療を行ってまいりました。

私は、近くにあるかかりつけ医機能を持ち、かつ地域包括ケア病棟を持つ病院、そして、消化器の急性期であれば診られるようなかかりつけ、もしくは地域包括ケア病棟を持つ病院と提携しまして、病診連携、診診連携による「面としてのかかりつけ医機能」を実際に地域で実践しております。最終的には、それぞれの医療機関が訪問看護ステーションを小規模ながら持っており、そして、24時間対応でございますので、看看連携をして看取りも共同で行いたいと思っております。

話は変わりますが、地域社会における診療所を取り巻く外的要因でございますが、簡単に3つあると思います。人口動態の変化、疾病構造の変化、医療政策の変化でございます。

人口動態の変化でございますが、超高齢化者が進み、多死社会になります。高齢者のいる世帯の約半数が独居または夫婦のみの世帯となってまいります。まさに私どもの地域でございます。

それから、疾病構造の変化です。私ども、100年前は結核病床を持っておりましたが、今対応する疾患は生活習慣病や老化に伴う疾患となっております。そして、下に書いてございますが、認知症の増加も、死因にはならないが、非常に大きな変化でございます。

それから、医療政策の変化でございます。昭和60年医療法に当時の伊藤雅治課長が医療計画を入れ込んだことは記憶に新しいかと思いますが、伊藤雅治先生は新潟の糸魚川の出身でございますが、新潟の思想が医療法の中に息づいているというのは、新潟人として大変誇りを持っております。

病院診療におきましては、地域医療構想、そして、我々が魂を込めるのは地域包括ケアでございます。私ども、運営十則というのを持ってございまして、これは、別添の資料でお

配りした雪国の高齢者地域医療というのを御覧いただきたいのですが、職員採用は15キロ以内の者に限るですとか、医療圏が広大なため、ICTを積極的に活用する。そして、私のように、医師は診療所の2階に住み、緊急事案に昼夜を問わず可能な限り介入するといった十則を設けております。

そして、積雪期がございますので、地域の介護関係施設のケアマネジャーと密な関係を持って、冬期はシェルター機能を持つような介護施設に大いに入ってもらおう。そして、後方支援病院の医師や看護師、連絡室の事務職員と密な連携を保つといった幾つかの法則を設けております。

こうして、往診範囲10キロ圏内をこのような車高の高い車で常に診続けているわけがございます。往診かばんの中身は10キロ、コロナ禍がございましたので、往診患者さんのリスクを下げるために医師1人で往診をしております。ですので、点滴のルートを取って、その後は看護師に任せたりもしますが、まずは自分でやるといったことをしております。

何でこんなに必死に往診をやっているかということ、本田宗一郎の「死んでから来ては、どんな名医もヤブ医者以下だ」という名言がございますが、名医ではないので、私自身は馬力でカバーしているわけがございます。

こうして、何とかこの地域の人に医療を届けたいのだと一生懸命やっていると、連携してくれる薬局がたくさん出てまいりました。連携している訪問看護ステーションも、自ら経営しているところ以外にも10近くございます。例えばALS、筋萎縮性側索硬化症とって自宅で寝たきりになってしまうような患者さんを診る場合に、お風呂介助や全身の介助をする場合に、小規模な訪問看護1つでは成り立ちません。よって、3つ訪問看護ステーションに入ってもらいます。そして、シェルター機能を持つ介護施設も12連携を持つようになりました。

私は、これをInvisible General Hospitalと仮定しまして、顔の見える関係やICTの活用をもって、地域の得意を集めて一つの病院のようにコーディネートできたら、医師を中心としてコーディネートできたらと考えております。これは、恐らく広い意味合いでのメディカルコントロールと考えられるのではないかなと考えております。

かかりつけ医機能を個別疾患をもとに考えると、外来、往診、予防というのが分かりやすいのではないかなと思って例示させていただきます。

1つ目の使命は、COVID-19の外来でございます。抗原検査6,500、陽性者は30%近くでございました。機材がなく、我々のようなかかりつけ医院の発熱外来は、ごみ袋をかぶって、中国製の雨合羽を着て、ドライブスルーでやっておりました。

そして、2つ目の使命、往診でございますが、自宅の寝室にオンライン診療室を作りまして、日曜日の朝からでもオンライン診療ができるように整備いたしました。

3つ目の使命、予防でございますが、コロナワクチンは1万回を超えております。それから、先ほど認知症の増加も大いなる問題になるとお伝えしましたが、新潟県では、花角知事による認定制度で、かかりつけ医が認知症の初期対応をするため認定制度を設けてお

りまして、認知症対応も積極的にやっております。

それから、学校医でございます。地域の宝を守るのにかかりつけ医機能の一つでございます。

それから、警察医。これも、夜中の2時、警察官が寒い思いをして、地域で突然死した患者さんを検案するために待っています。これに応えるのも、地域の治安を守るのも、かかりつけ医機能の一つでございます。

そして、産業医。地域の雇用を守るのもかかりつけ医機能の一つでございます。

そして、施設の嘱託医。こういったシェルター機能を持つようなところで、ちゃんと発熱を診るような医師がいる。地域の拠り所を守るのもかかりつけ医機能の一つでございます。

私は、地域社会におけるかかりつけ医機能というのは、答えは地域社会の中にあると思っております。医師はそこに覚悟を持って、没入して、行動して、連携して、面として地域を守るという覚悟を持つことこそがかかりつけ医機能を持つことなのだと考えております。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

御質問、御意見は。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 御発表ありがとうございます。

こういった医療機関が自分の近くにあったらどれだけ安心するだろうと思いつながら聞かせていただきました。今、365日24時間、警察医とか、産業医とか、覚悟を持って没入するとおっしゃったのですが、これがかかりつけ医ですと言われると、とてもそんなことは及びませんというドクターが全国にたくさんいらっしゃるのではないかと思うのですけれども、新潟県内で同じようなかかりつけ医機能を発揮している医療機関がどれぐらいあるのかということと、それから、ドクターは3名でやっていたらということなのですから、地域でかかりつけ医としての継続のために、これから将来を見据えてどのように継続していこうというような取組をされているのでしょうか。

○小柳参考人 ありがとうございます。

このようなかかりつけ医機能を、私はグループプラクティスで診るのが理想的だと思っております。医師3名でやっているところは新潟県にはあと3つほどあると思います。大体親族でやっているところが多いです。大先生、そして、御夫婦でやっているところ。私もそうなのですが、これを持続的にやるためには、かなりの仕掛けが必要だと思っております。今、私がやっているのは、看取りを共同でできないかということで、新潟市に南区と西蒲区という非常に人口の小さいところがあるのですけれども、大体全部合わせると7万人ぐらいなのですが、そこの開業医が共同で、今日は看取り当番が誰、今日は看取り当番が誰ということで、地連がございませうけれども、ICTシステムで結びまして、

それぞれ共同で看取りをするといったことをやっております。そうすると、負荷が少なく看取り、それから、警察医活動も連携を取っておりますので、夜に関しては全員で連携を取るようなICTシステムを導入するのが効果的ではないかなと思っています。

○永井座長 よろしいでしょうか。

それでは、ネットで吉川構成員、お願いいたします。

○吉川構成員 ありがとうございます。実践されていることが、たいへんよく分かりました。

先生のおっしゃっている中で、例えば進められていることとして、自動化や機動化、また、ICTの活用というところをおっしゃっていたと思うのですが、先生の診療所では訪問看護ステーションなどともたくさん連携しているというお話が今回ありましたが、そのようなステーションとはICTなどを使いながら連携しているのかを教えてくださいということが1点目です。

それから、2点目としまして、構成員の中には新潟県で地域のコーディネーターをされている服部様もいらっしゃって、医師会のコーディネーターをされているということなのですが、先生のところではそういったコーディネーターを活用されているのかというか、質問がうまく言えないのですが、新潟県ではコーディネーターとの関わりとして何かあるのかということもお聞きできればと思いました。

○小柳参考人 ありがとうございます。2点御質問いただきました。

ICTシステムの訪問看護ステーションとの利活用ですね。これにつきましては、地連でありますSWANネットというものがございまして、私どもの診療所はSWANネットCONNECTというシステムを入れていますので、カルテを作った瞬間にSWANネットに情報がアップされます。キーオープンしますと、訪問看護ステーションはどこでも見られる。それから、看取りに関しても、ドクターにキーオープンしますと、キーオープンしたドクターは見られるといったシステムが構築されております。

それから、2点目のコーディネーターの活用なのですが、実はコーディネーターがいるところは、今後、在宅医療の拠点になっていくと思いますが、拠点として常駐しているわけでございますけれども、我々在宅医の知識共有であったり、あらゆる研修制度といったもので関わっていただくことが多いです。

○吉川構成員 ありがとうございます。

○永井座長 大橋構成員、どうぞ。

○大橋構成員 ありがとうございます。大変力強いプレゼンテーションで、私たちも本当にやる気が出るような実践を見せていただきまして、ありがとうございます。

前回の分科会でも申し上げたのですが、地域を面で守るという中で、先生方のようなある程度没入し行動する診療所または医療機関というのが、面で支える上で必要なのではないかなというのは私も考えているところです。その中で、急性期病院にそれを一手に担ってもらうというのは時代にはそぐわないということで、やはり在宅医療を積極的に

行っている診療所も出てくると思いますが、その中で、先生もまさにグループプラクティスというのをおっしゃって、私も本当に同意しているところです。

先生に1つ伺いたいのは、とはいえ、かかりつけ医全員がそういう能力を持つ必要もないし、そういう医療機関になる必要も僕はないと思っているのですけれども、ソロプラクティスでできることをできるだけやっていらっしゃる先生方と、先生方のようにグループプラクティスで、面で支える基盤となるような、地域で核となるような施設との関連性、協力の体制等について御意見をいただければと思います。

○小柳参考人 先ほど面で支えるといったところで、診診連携について言及させていただきましたが、私どもの近くに泌尿器科の専門の先生だったり、消化器の専門の先生だったり、皮膚科の専門の先生だったり、それぞれの得意分野がたくさんございます。例えば在宅で、新潟弁では「フォーレ」と言いますけれども、尿道カテーテルが詰まった場合には、やはり泌尿器科の先生に往診いただきます。褥瘡が悪化した場合には皮膚科の先生の出番です。吐血した場合にはすぐに消化器の先生に御紹介しますし、面で支える仲間というのは、どのような地域でもうまくつくり上げられると私は考えていまして、それをグループプラクティスと表現したつもりでございます。

○大橋構成員 例えば在宅医療になかなか参入できない理由として24時間対応等があると思うのですけれども、その中で、一つの医療機関の中で、先生は御家族3人でやっていらっしゃるのと伺ったのですが、そういうようなある程度複数の医師がいるような医療機関というのも有効活用できるのかなと実践でお見受けしたのですが、その点はいかがでしょう。

○小柳参考人 やはり医療機関に複数医師がいる、もしくは1人の診療所であっても3つぐらいが少し仲のいいグループをつくる。それは緩やかなアライアンスでもいいと私は思っているのですけれども、地域医療連携法人とかそういったものではなくて、仲のよい仲間と一緒にやっているというような雰囲気づくりを地域でされるのが一番いいのではないかなと考えています。

○永井座長 織田構成員、どうぞ。

○織田構成員 今の太橋構成員のお話にも似ているのですけれども、まさにかかりつけ医機能とはこういうことなのだという思いで聞かせていただきました。そこで9ページですけれども、この地域での連携として3つの医療機関が出てきていますよね。これは医師会等の仲間として自然発生的に協力してやっていこうというような形になりましたか。それとも、リーダーシップをどなたが執って、一緒に連携を取っていこうというような形になったのでしょうか。

○小柳参考人 この地域には、新潟大学で産婦人科学教室をやっておりました吉沢浩志先生という県の医師会の副会長がおりまして、その方が非常にリーダーシップを執り、南区というのは旧白根市、人口4万5000人ぐらいの旧市なのですけれども、横のつながりがもと非常にいい地域でございましたので、地域包括ケアの重要性や病診連携、診診連携

の重要性を啓蒙する医師会のキーパーソンがおりました。

○織田構成員 ありがとうございます。

やはり強いキーパーソンというか、そういう方がいると連携が大分進んでいくなどという思いを持ちました。よってかかりつけ医機能というのは、先生の話聞いていますと、いろいろなトレーニングとか研修を受ければいいというよりも、どちらかというマインドだったり、覚悟だったり、そんな意味合いにも取れましたけれども、そういう気持ちをみんなが持つためにどういうふうな仕掛け作りをしたらいいのか、医師会はどのような活動をしたほうがいいのかどうか、そこら辺はいかがお考えですか。

○小柳参考人 私は、やはりかかりつけ医機能の大きな受皿として医師会は不可欠なものだと考えておられて、というのは、先ほど申し上げました警察医とか産業医といったもののコーディネート機能というのを地域の医師会はやはり持っております。今後、在宅医療の拠点となっていくのも、恐らく私は医師会主体でやっていくほうが、私どものような地域はうまくいくのではないかなと考えております。

○織田構成員 ありがとうございます。

○永井座長 ほかに。

それでは、ネットから家保構成員、どうぞ。

○家保構成員 ありがとうございます。

非常にすばらしい事業で、都道府県の行政担当者としては、うちの県にもこういうところがあつたら非常にありがたいなと切に思うところですが、今までの取組に例えば新潟市とか新潟県からどういうふうな関与があつたのか。また、今後、行政にどういうことでサポートがあれば持続可能性が出てくるのか、展開できるのかについて御意見をいただければと思います。

○小柳参考人 ありがとうございます。

行政とかかりつけ医機能への関わりという御質問と理解いたしました。

新潟市医師会では、先ほど申し上げた地連でございますが、SWANネットという患者の共有システムを導入しておられて、その音頭取りをしていただきました。新潟市、それから、新潟市医師会の事業として、ICTシステム導入をまずは5診療所から試行的事業として始め、その後、今、130程度の診療所が結ばれていると思います。

どの地域でも地連に関してはやや低迷しているという実感はあるかと思いますが、私どもも確かにそうではあります。ヘビーユーザーというのがいまして、大体そのヘビーユーザーというのはこういったかかりつけ医機能をしっかりやっている医師でございます。今後発展が予想される医療間AIシステムの整備に行政が介入していただくと非常にありがたいなと思います。

○家保構成員 ありがとうございます。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、もう一人御発表がございます。医療法人池慶会池端病院の池端先生、お願い

いたします。

○池端参考人 では、発表させていただきます。

福井から参りました。今のお話だと、県医師会の方の活動もお話しすればよかったかと思えますけれども、今回は事務局から一応当法人の取組みについてということなので、地域密着型、中小規模、本当に小規模の病院のかかりつけ医機能ということでお話をさせていただきます。

スライドがすごく多いので、少し飛ばし飛ばしで進めさせていただきますけれども、地域包括ケアというのは地域医療構想とも両輪だということ。そして、在宅医療の基本条件というのは、不安なときにいつでも相談できるドクターがいてくれること。そして、必要なときに必要な期間入院できるベッド。このベッドは急性期でもなくてもいいのだろうと。そして、今後の死に場所は在宅限界を高める努力をする事で、「時々入院、ほぼ在宅」ということが求められるということがよく言われているところです。また入院医療の流れということで、大きく分けると「急性期」「地域包括期」「慢性期」となり、ここで「急性期」がそのまま残り、そのあとの「回復期」は「地域密着型多機能」となる。これは、それぞれが主としてこれまで担ってきた機能で、一般急性期に軸足を置いたものと、回復期や慢性期に軸足を置いたものとで多少の違いはあれど、それぞれが地域を支える重要な機能として一括りにできるのではないかと考えています。当院はこういう形の中で、主として地域包括ケア病床機能とリハビリ機能を中心とした地域密着型機能型の病院を目指しています。

そして、そのためには、在宅復帰・在宅医療支援機能とリハビリテーション機能と終末期医療機能が非常に重要ではないか。そして、そこに三種の神器、信頼できるかかりつけ医、信頼できるケアマネ、頼りになる地域包括支援センター。これは自前でもいいし、地域にそういう機能があれば、そこと連携。当院は自前のものと連携しているところであるということです。

そして、注目点はやはり「食べる」、「動く」、「交わる」が非常に重要だということで、食と栄養、リハビリ、認知症、これについても造詣が深いほうがよりいいだろうということで、地域密着型の多機能病院にはかかりつけ医機能が非常に重要だということです。

そして、これからの医療・介護のあり方というのは、医療に関しては生活的医療という視点で見ると、一方、介護のほうも医療的マインドを持って頂く。となると医療と介護は、これからは連携ではなくて融合、私はリンケージからインテグレーションという言い方をしますけれども、一緒に考える時代ではないか。そこを支えるのが、「かかりつけ医機能」ということだと思います。

よく、「Quality of Life(クオリティー・オブ・ライフ)」の向上を目指すといいますが、その「Life」とは、「生命」と「生活」と「人生」が全てライフなのです。そして「生命」を支えるのが「医療」で、「生活」を支えるのが「介護」とすると、「人生」を支えるものは、その方の「意志」となり、その意志を支えるのが「尊厳」となるのではないかと、そ

うなると、医療と介護の究極の役割は、尊厳と倫理をもって、その方の「人生」を全力で支える事ではないかと感じています。

そういったコンセプトで、当院は私が2代目の院長なのですが、1988年に継いで、そのときに提起した「3つの院是」の中のⅡ番目に、「私たちは地域の根差したかかりつけ病院を目指します」と謳っていて、今でもこれが生きています。

そして、これは、日医・四病協で言っている「かかりつけ医指針」ですけれども、この「医師」を「病院」に置き換えて、当院はこの機能を目指していこうということでやっています。

実は当院は30床の本当に吹けば飛ぶような小さな病院ですけれども、今、地ケアを13床と療養を17床でやっています。平均在院日数は、地ケアは20日で回しています。療養は120日間で回しています。在宅復帰率は地ケアも療養も80%から90%で回している。本当に高機能でぐるぐる回転している病院だと御理解ください。

そのために、やはりいろいろな在宅支援機能が必要だということで、地域包括支援センターと訪問看護、訪問リハ、ケアプラン、それから、通所リハとリハ強化型のデイサービスをもって、実は介護療養型とか訪問介護とか認知症デイもあったのですが、介護サービスは地域と連携する事で、逆に当院は医療に特化しようということで、介護系は全てやめました。

職員は、医師が今、常勤換算で約4名ですけれども、ケアマネ資格者が20名（実働者は約10名）、セラピストが18名、管理栄養士が4名ということで、人員配置からも食べること、動かすこと、マネジメントすることを強調した小さな地域密着型医療法人です。あと、関連法人として保育園があり、約300名の園児を預かっています。

ちょうど先ほどの小柳先生と同じで、訪問エリアは直線距離で10キロぐらいですけれども、10キロは遠いと思うかもしれませんが、ルートによっては信号は2つぐらいしかなかったりして、結構田舎ですので、海とか山とかにも行っています。

こんな田舎地域で、当院の30床をどう運営しようかということで、院内サ高住、介護医療院、急性期特化、慢性期特化等々いろいろな選択肢がありましたが、最終的にはこういう形で、病棟は慢性期治療病棟と在宅支援をする地域包括ケア病床を13対1で回し、それを支える外来診療と在宅医療と医療系通所サービス、居宅支援といったところに特化しました。

これは法人の組織図ですが、特にこの地域連携室が非常に重要な機能を果たしています。私も昨日から東京に来ていますが、毎週毎週この多職種での地域・病棟カンファレンスをやっていて、とにかくいかに早く在宅で帰すかということを、主治医のゴーサインを待たずに地連や病棟の職員らが毎週毎週会議をして、1日でも、半日でも早く在宅に帰そうということで、私が東京に来ているときも時々患者を帰していいですかという連絡が入るぐらいなのですが、在宅復帰を支援するという事に集中していて、それが当院の機能としても非常に重要だということです。

地域包括ケアができたのは2019年、その後コロナ禍になったのですけれども、コロナ禍で外来がどんと落ち込みましたけれども、一方で外来で診られなくなった患者さんが在宅で診てほしいと在宅が増えて、そして完全に面会ができないということで、各病院の患者さんで、家族と全く会わせてもらえないのなら退院したいというニーズが増えて、在宅が増えました。通所は減りましたけれども、おかげで地域包括ケア病床がぐるぐる回転して、収入は少しコロナ禍でも上がっていました。

もうひとつ私がここで強調したいことは、医療的ケア児の在宅医療への挑戦ということです。実は地域のニーズの中で一つあったのが、医療的ケア児が増えても地域でなかなか診る医者がいない。これは小児専門医と連携が非常に難しいことと、在宅をやる方は小児を診られない。小児科は忙しくて在宅は行けないということで、小児を診る意欲を持つ在宅医が必要だということです。こういった困難さを克服するために、やはり病診連携、病病連携が非常に重要だということ。そして、そのためには、小児在宅ではかかりつけ医の先生、これは通常のワクチン接種は担って頂き、あとは発熱や軽い消化器症状などの軽症のみ診てくれるだけでもいい。それ以上のカンニューレ交換等ができなかったら、それは小児在宅連携拠点というのをつくって、そこで連携する。そして、その拠点が基幹病院の小児科専門医と連携するという3段階の連携が非常に有効ではないかと思っています。

となると、地域医療でも同じではないか。かかりつけ医が24時間できなかつたら、それは地域密着型の中小病院に24時間、あるいは夜や休日だけ往診対応し、あと日常はかかりつけ医にお願いし、午後からの往診の先生と連携する。そして、どうしても緊急手術や緊急処置が必要になったら、それは高度急性期にお願いする。こういう3段階の中の地域密着型の真ん中の機能が、中小病院のかかりつけ医機能として生きるのではないか。

当院は福井県の真ん中の「丹南医療圏」というところにあります。ここにブルーがあります。最初、丹南地区は小児の基幹病院がなくて、大学とか福井市内にある大学と連携していたのですけれども、ここと連携するだけではどうしても担いきれないということで、小児専門医で在宅にも造詣が深かった県立病院の先生が定年退職された事を機に、週1回だけ当院に来てもらって、そこを起点に小児の在宅連携拠点とかかりつけ医の先生と基幹病院という3段階で対応することになり、現在、嶺北医療圏では比較的うまくいってます。

これは当院小児外来でのカンファレンス風景ですけれども、こうやって小児在宅ケアの拠点機能を担うことで、多くの医師がどんどん小児対応の方法が身について、やれなかった人がやれるようになってくるということが重要かと思います。

これが私が小児在宅を少し担う事になったきっかけですけれども、十数年前、13トリソミーの小児患者で、生後4か月のときに私のところに声がかかって、地域で小児を診る人がいないから診てくれと。私は在宅はやっているけれども、小児は診たことがないのでということで最初はお断りしたのですけれども、どうしても当時の小児病棟の看護師長から先生が受けなかつたらこの人は帰れないので、何とかしてくださいと言って叱られても・・・と思いましたが、その際にお母さんがおっしゃったのは、「この子はただ普通の子と少し

違う個性を持っているだけだと感じるのです。だからこそ家でみたいのです。覚悟はできています！」とおっしゃっていただいた。これが私を動かしました。この方は、結局その後1年程自宅で診ておりましたけれども、こうやって本も出して、今、小児在宅推進も含めて様々なボランティア活動に取り組んでおられます。

もう一つお話ししたいことがあります。実は初期研修医・医学生、当院で研修した方は毎回1か月研修でプレゼンするのですけれども、池端病院での研修前は、患者さんのニーズは何だろう、慢性期の病棟管理は何だろう、地域を交えた多職種連携とは何だろう、分からないと言われたのです。

ところがその研修医が研修後感じた事は、当院の外来は何でも相談できる。患者さんにとって安心できる環境。病棟は急性期も対応するし、退院後の生活も考慮している。病棟カンファレンス、身体拘束は最低限。そして、在宅は利用者本人の生活を把握できている。実生活を想定した効率のよい介入ができています。それから、地域ケア会議は多職種が集まって、非常によく協議している。介護予防教室もやっている。産業医もやっている。職員は非常に優しくて、充実した研修プログラム、御飯がおいしい。これは余計ですけれども、うちは御飯がおいしいので有名なので、同じようなことを皆さんおっしゃっています。これは学生さんです。学生さんには、「先生、卒業したらここに来たいです！」と言っていた。この学生さんもうちに來るまで全く急性期病院のこと以外は分からないのですけれども、ここに来ると、「これが地域のかかりつけ医機能か」ということを何となく分かってくれたなと感じます。

それから、この方は問題提起をしていました。救急救命センターで経験したことで、「1週間で退院できる患者さんを、施設に帰そうと思ったら空きがないと言われて困った。」あるいは急性期で経験した人は、いきなり交通外傷で両親が怪我をして入院治療後、「退院後の面倒を見てください」と言ったら、「母親の面倒を見るだけで大変なので、父は入院して面倒を見てほしい」「いや、それは出来ません！」ということになったとか。また救急で診ていると、帰宅で経過観察でいいよと言われたのに、「連れて帰りません」とか、「そんなことを急に言われても困る」とか、こういったことを救急でよく耳にするのだとの事でした。大学で感じたことは、「本当に正しい診断・治療をしていても、困っている人、家族の要望に応えられない無力さとか、罪悪感を感じていた！」とこの研修医は話していました。それが当院に來たときには、ちゃんと受け入れる対策がある、レスパイト入院も受けているのだということを知って、驚いたということをおっしゃっていました。

私達の病院はこれまでもずっと研修医を受けているのですけれども、研修医の段階だといわゆる「かかりつけ医機能」というのは非常に重要だと素直に感じてくれているので、若いうちにこういう研修を受けるということは非常に重要ではないか。それが遠回りのようで、いずれかかかりつけ医機能を担う先生が増えていく事になるのではないかと考えています。

あと、詳しいことは読んでいただければと思います。

最後に、「上手な医療のかかり方」とは、まず自分の体は自分で守りましょう、次に信頼できるかかりつけ医を持ちましょうということです。

先程、山口先生からもあったように、マスコミで有名な人が必ず名医とは限らない。万人に共通の名医などいません。私がかかりつけ医というのは自分とうまが合う医師（医療機関）が一番で、あなたはひとめぼれ派か、じっくり派か。お見合いと一緒にかなとも私は思っています。

それから、遠くの大病院より近くの医療機関。これは先程、小柳先生もおっしゃったように、近くの先生は、地域の住民ということ。あと、病病・病診連携は宝の山というのは、情報提供書によっていろいろな情報がお互い行き来するし、選定療養費も取られなくて済むしということで、あと、親がかかった医療機関というのは地域の医療機関ですので、それは貴重な相続財産なのです。こういったことを広報しながら「信頼できるかかりつけ医を持とう」ということで、今、県医師会としても盛んにPRしています。

そして、これもさきほど山口先生がおっしゃったように、私はインフォームド・デシジョンという言い方をしていますけれども、「一緒に考えましょう」「一緒に決定しましょう」ということ。

最後に、「命と暮らしと尊厳をまもるかかりつけ医機能」というのが私の一番訴えたいことでした。

以上です。ありがとうございました。

○永井座長 どうもありがとうございました。

御質問、御意見はいかがでしょうか。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございました。

地域のことがよく分からないのですけれども、池端病院がある地域で開業医さんがどれぐらいいらして、診療所との連携がどういうふうにされているのかということをお聞かせいただきたいと思います。

○池端参考人 私どもは、実は昔、村だったところが市に合併した。その旧村は人口5,000人ぐらいのところ、そこには医療機関は私のところしかないのです。ただ、その地区の近くに町があって、そこに医療機関が3つあります。そこはずっと在宅の連携もしていたのですが、その先生が高齢化して、訪問はやめるよということになって、今はあと2～3の診療所と連携はしています。あと、もう一つの旧村には公的な診療所があります。そこはそこで頑張ってもらっていて、そこで入院に対しても連携させてもらっている。あと、施設の連携もさせてもらっています。そんなところです。非常に田舎のほうです。

○山口構成員 例えば5年後、10年後を考えたときに、どういうふうになると想定されていますか。地域によって、そのように変化する地域は日本の中に多いと思うのです。

○池端参考人 おっしゃるとおりで、ここは今、先生もおっしゃったように、私は広い意味ではアライアンスみたいなものでもいいから連携していくしかないし、かかりつけ医機

能を全て担うにはやはりソロでは難しいと思うので、そこは病院でもいいし、診療所でもいいし、ただ、診療所の連携というのはやはり気心が知れていないとなかなか難しい。ただ紙の上で連携しても、結局、看取りのやり方ひとつでもちょっと違っていたりして、なかなか連携が進まないということを非常に感じるので、本当に飲み友達で昔から知っているよねというところだったら連携はうまくいくということだと思います。

○永井座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 今村です。

池端参考人から、最初の頃に介護との融合、連携ではなく融合が重要ということで御指摘いただいて、私も全くそのとおりだと思うのですが、その際に、ここに書いていますように、ケアマネジャーがやはりキーパーソンになると思うのです。でも、医療に詳しいケアマネジャーさんのほうが少ないという現状の中で、これからかかりつけ医が介護との融合連携を目指すのであれば、どのような形でケアマネジャーさんと連携を取っていくとよいかということをお教えいただければと思うのですが、いかがでしょうか。

○池端参考人 ありがとうございます。重要なお質問だと思います。

本当におっしゃるとおりで、ケアマネと医療の連携ということですが、当初は看護師さんたちにもケアマネの方はいらっしゃいましたけれども、どんどん減っていて、今はほとんど介護系の方で、これは逃げていてもどうしようもないので、その方にどっぴりつかってもらえない。当院は実はケアマネさんが実働十何名いる大型の居宅なので、そのケアマネさんには、毎週病棟のカンファレンス等の会議に出てもらいます。徹底的に医療の知識をつけてもらう。もちろん研修よりも実態の患者さんを受けて、そこで医師と看護師さんやリハスタッフらと直接話をして、そういうことによって医療の知識がついていくことの気づきを得ていく。すると、例えば、褥瘡ができてくると、「先生、栄養摂取が落ちてきているので褥瘡ができてきたのでしょうか？」とケアマネさんから言われたり、そういうことがあるので、やはり実際に現場に入って、会議や連携をやっていくしかないのではないかと思います。

以上です。

○今村構成員 医療系の施設で雇用される方はそのことができると思うのですが、普通の開業医の先生はそれはなかなか難しいと思うので、実際にあまり医療のことを詳しくないケアマネさんに医療の立場にも立って動いていただくことの困難さは私も感じているのですが、そこら辺について何か工夫というのは今後あり得るのでしょうか。

○池端参考人 これはお互い様で、開業の先生方も、何の知識も持たずに急に来られても困るとおっしゃるし、ケアマネさんはケアマネさんで敷居が高いとおっしゃるので、非常に困ります。福井県は、実は特に入院したときにチャンスだと思うので、入院のときに必ず3日以内にケアマネは情報ツールを病院に提供するという流れをルール化しました。各郡市区医師会も入って関係職種が約2年間かけて話し合った上でのルールで、今、90%以上、その連携で動いています。まず医療とのファーストコンタクトをそこでやっていた

くと、そこから少し広がって行って、知識も顔の見える連携もできるようになってきているので、そこは一つ、福井で少しうまくいっている事かなと思っています。

○今村構成員 ありがとうございます。

○永井座長 長谷川構成員、どうぞ。

○長谷川構成員 貴重な発表をありがとうございました。

先生、非常にすばらしい取組と思います。今後のかかりつけ医を考える上で、先生のバックグラウンドとしては、今までどういう専門性というか、どういう診療をやられてきたかということをお伺いしたいと思いました。

○池端参考人 私はもともとは消化器外科医で、父の後を継ぐために卒後6年で戻されまして、多少の迷いはありましたが「かかりつけ医機能」を担うしかないということが分かって、そこからどっぷり浸かっています。

医師会活動は20年ぐらい前から携わっており、今、県の会長までやらせていただいています。ただ最初継承した頃は手術が大好きで、最初はどんどん自院で手術をやっていて、ただ、地域のニーズが違うのですよね。私は手術をやりたいと思っても、例えば、「胃カメラでがんが見つかりました。手術をやりましょう、これならうちでできます」と言っても、「先生を信用していないわけではないけれども、やっぱり大学を紹介ください」とかと言われてしまう。うちは違うな。何をしなくてはいけないか。地域のニーズと違うということが分かって、では何だろうと思ったときに、ある保健師さんから、「先生、これからこの地域で、是非デイケアをやってください」と言われて、デイケアって何！？ということから始まって、介護保険の勉強をして、今があります。

ちょっと長くなりましたが、以上です。

○長谷川構成員 ありがとうございます。

やはり今、日本の歴史的な医療の国情を考えますと、先生のような現場のニーズに沿ってキャリア転換する医師の在り方や、そのための効果的な生涯学習教材が重要になってきます。今回は、2人の先生から人口も少なくかなり医師が足りないところのお話を伺うことができました。もちろん理想的であり非常に大事なことなのですが、一方で事情がかなり違ってくるもう少し都市部や大都市部のかかりつけ医機能というのも今後さらに課題になってきますし、そのときにいろいろな専門を持ちながらやってきた先生がどうキャリアを転換して、その地区の個別の事情にあったニーズに沿っていくかということが非常に重要になってきますので、お伺いしたところです。秋田のような多くの地方都市では、一定の専門を持ちながら中核病院専門医と連携して、並行して総合的に地域包括ケアをみるかかりつけ医が多いですし、病院の先生がその役割をする必要がある地区も多いです。

先ほど山口先生の話にもありましたけれども、恐らく全国各地の地域では、1次医療圏の面積や人口密度・医師密度などそれぞれの背景やニーズがかなり違って、自由にかかりつけ医を選ぶときに、個々のかかりつけの先生がどういう役割ができるのか国民に分かりやすくしてほしいということだったと思います。本日の2人の先生のお話は、かなりの

医師不足地域のかかりつけ医機能ということでの理想なお話だったのだけれども、このような事情のかかりつけの理想的な役割を参考にしながら、大都市部やその周辺のこれからの個々の実情のあったかかりつけとしての役割・取り組みやニーズに合った生涯学習教材のことも検討していかないと、一緒くたに全部かかりつけ医ということになってしまうと、現実的には、方向性が混乱するかもしれないと思って発言させていただきました。

以上です。

○永井座長 大橋構成員、どうぞ。

○大橋構成員 池端先生、大変先進的な取組についてありがとうございます。

1つ伺いたいのは、私たち、在宅医療をやっていると、高齢者の誤嚥性肺炎であったり、脱水の患者さんであったり、こういう患者さんは本当は地域包括ケア病棟に入院していただいたほうがその後の在宅復帰を考えてもいいのかなと思うのですが、なかなか受入れが難しかったりすることも経験上ございます。そういうことで急性期のほうに頼りがちになってしまい、逆に地域包括ケア病棟は急性期からの受皿になるようなことになってしまうことで、なかなかうまくいっていないことがあります。その中で、地域包括ケア病棟でしっかり受け入れできている要因は何かということと、そこをどう先生の病院は乗り越えられているのかなというところが一つ。

あと、もう一つは、地域医療構想調整会議と在宅医療や地域包括ケアというのがなかなかまだリンクし切れていないのかなと。ここがリンクしないと、なかなかかかりつけ医機能問題も含めて解決できないと最近感じているのですが、県の医師会長の先生でありますので、ぜひ御意見をいただけたらと思いました。

○池端参考人 ありがとうございます。

まず1点目は、御承知のとおりで、中医協でも高齢者救急に関してはやはり地域包括ケア病棟で受けようという流れで、ただ、どうしても急性期と地域包括ケア病床を持っていれば、当然最初は急性期に入れたいという人情が働く。地域包括ケアが一応最上位の病棟であれば、そこで受けられるなということで、ただ、実際に受けると、高齢者救急と誤嚥性肺炎等は一緒にリハビリをやるかやらないかが非常に重要なのです。治療はしても1週間で寝たきりだったら動けなくなってしまうということがあって、ここはやはり回復期機能を持ったところがそういうことを受けるべきではないかと。そのアウトカムが非常に出てきていますし、そこを在宅の先生も御理解いただけると、あとは顔の見える連携をやっていって、地域包括ケアもそういうところを入れることによって、回転率もよくなるし、ウィン・ウインの関係はできると思うので、ぜひ流れをそういうふうにできるといいかなと思っています。

もう一点は何でしたか。

○大橋構成員 地域医療構想調整会議と地域包括ケアの関連性について。

○池端参考人 調整会議はどうしても病院の仕分けが中心になってしまうようで、最近、次の第8次医療計画でもこの在宅医療とか感染症とかが出ているので、私もアドバイザー

をやっているのですけれども、ようやく各市町もかかりつけ医機能にした外来機能報告制度とかも入ってきていて、そこで在宅医療のニーズ、あとは供給体制がどれだけあるかというのを各市町に、少なくとも福井の場合は調整会議でもそういう話が出ているので、ここはチャンスではないかと思っ、そこに乗っかって、各地域で在宅サポート医というのをつくっている、そこで在宅が少ないところをどうフォローしていくかということも今やっています。それから、ICTもかかりつけ医機能を担えるICTに変換して、もうすぐ実動しますので、その辺は県医師会としても取り組んでいるつもりです。

以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

ほかにいかがでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、全体を通じて、釜菴構成員、どうぞ。

○釜菴構成員 今日はお二人の構成員の方、また、お二人の有識者の方からヒアリングをいただきまして、本当に大変貴重な機会をいただきまして感謝申し上げます。

その中で、当分科会の役目についてももう一度振り返ってみたいと思いますけれども、全世代型社会保障構築会議の報告書があり、また、骨太の方針が出て、そして、法改正が行われて、いよいよ今度は省令にどういうふうにそれを具体化させるかということで、この分科会が今開催されていると理解しています。

その中で、今日の香取構成員の資料の中にある「かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える」というパート以降では、ずっと「かかりつけ医・かかりつけ医機能」という文言が出てきますが、このかかりつけ医について、かかりつけ医はどのようなものなのか、定義はどのようなのか、どういう役割なのか、というところをもう一回掘り起こして考えるというのは、この分科会のミッションではありません。全国の医療資源、地域によって医療資源が様々違う。非常に人口の多いところで医療資源が豊富なところもあるし、今日もお示しいただいたように、非常に医療資源が限られた中で何とかやっていくということもある。それぞれの地域の特徴を踏まえて、それぞれの地域に必要なかかりつけ医機能がしっかり発揮されるようにするにはどうするか、というところに焦点を絞って議論を深めていくことがむしろ必要なのではないかと感じます。これは地域によって非常に差がありますので、どのような地域にも全てうまく当てはまるということまで整理できるかどうか分かりませんが、それぞれの地域の特徴が何とかきちんと反映できるようなことでないと、うまくいかないだろうなと思います。

それで、河本構成員からも先ほど御指摘がありましたけれども、先々、かかりつけ医を国民全体が持つべきだというような御意見も一方でありますけれども、医療現場にいる者としては、全く病気にならない方が事前にかかりつけ医を決めておく必要が果たしてあるのだろうか、と思います。必要になったときに、必要な情報にすぐにアクセスできて、そして、自分がかかりたいところを自分で選択してかかってみる。そして、それが必ずしも

自分の意に沿わなければ、また変更も可能である、というところがまず担保できていれば、国民の皆さんには十分な役割が果たせるのではないかなと私は感じております。

今後は、かかりつけ医機能が発揮されるために、あるいはかかりつけ医機能として、それぞれの地域にどういうものがあればいいのか。面としてこれを達成するという意義は、既に皆様からお話が出ているように、1人の医師あるいは1つの医療機関が全て担うというのは無理ですから、地域に必要なものをどういうふうに、地域の医療資源をうまく開発して、それをきちんと実現するのかということ。そして、医療機関あるいは医師、また、医療従事者は、それぞれの役目に応じて、常にさらに自分が今までできなかったことを拡大していくという努力をして、結果としてよい方向に向かっていかなければいけない。今までよりも改善して地域で提供できる医療が増えなければならないと思いますので、そういう形の議論が今後具体的になされれば、また今日のプレゼンテーションがさらに有意義なものになるのではないかなと感じました。

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。

織田構成員、よろしいですか。

ほかに御発言はございませんでしょうか。

今日の御意見は大変勉強になりました。改めて御礼を申し上げます。

それでは、本日の分科会の御意見を深めまして、引き続き検討会としてもさらに検討を進めていきたいと思っております。

全体を通じて何か御発言等はございませんでしょうか。

よろしければ、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す。

次回も引き続き構成員プレゼンテーションを行っていただく予定でございます。詳細につきましては、また改めて御連絡させていただきます。

○永井座長 ありがとうございます。

では、本日の分科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。