

2024-1-24 第3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 それでは、定刻より若干早い時間ではございますが、皆様、おそろいでございますので、会議のほうを始めさせていただきたいと思っております。

ただいまより、第3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。

本日も、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。

長谷川構成員からは御欠席の御連絡をいただいております。

議事に入ります前に、資料の確認でございますが、お手元のタブレットのほうに、資料番号で言いますと1から7、それから参考資料といったものを格納させていただいております。御確認いただきまして、不足等ありましたらお申し付けいただきたいと思います。

それでは、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、議事に入ります。

本日は、構成員のプレゼンテーションを6名の方から行っていただくことになっております。よろしく願いいたします。

では、事務局より、本日のプレゼンの進め方の説明をお願いいたします。

○参事官 医政局の参事官でございます。

資料1で本日のプレゼンテーションの進め方を簡単に説明いたします。

本日のプレゼンテーションは、6名の構成員の先生からお願いしております。

まず、構成員の発表を順番にやっていただいた後に、まとめて質疑を行うという形で進めたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

また、事務局において、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、10分程度で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 では、早速、釜菴構成員から御説明をお願いいたします。

○釜菴構成員 承知いたしました。

日本医師会常任理事の釜菴でございます。今日は、このような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

そこに書いてございますように「地域における面としてのかかりつけ医機能」という点について、申し上げたいと思っております。

今回、かかりつけ医機能が発揮される制度の整備について、その課題が議論された背景として、1つには、我が国の医療提供は、国民皆保険が実現する中で、医療機関へのアク

セスについては、受診される方の御希望が活かされる形で、いろいろ選択肢が幅広いと見なされていたところが、コロナ禍において、いざ医療機関にかかろうとすると、受診される側は、これまでかかっている、かかりつけのよく知っている医療機関とっておられるのにも関わらず、医療機関の体制が整わない、あるいは非常に混雑がひどいために受診できないという事例がありました。

それから、これまでに、あまり医療機関を受診する必要がなかった方が、コロナ禍において高い熱が出たりしていざかかろうと思うと、どこにかかたらいいのなかなか分かりにくいということがあって、非常に課題が指摘されたことがあります。

これらの課題に対しては、これから述べますように、いろいろな対策を講じていく必要があると思いますが、日本医師会では昨年の夏に、海外、特にイギリス、フランス、ドイツにおいて、コロナ禍におけるそれぞれの国の対応がどのようであったか、また、どのようにそれを現時点で評価されているか、調査に参りました。

その結果は、日本医師会総合政策研究機構、いわゆる日医総研と申しておりますが、そのワーキングペーパーも既に公表されておりますので、御覧いただけるかと思いますが、結論としては、受診される側と、それから医療機関の間で、どこにかかるとかをあらかじめきちんと決めておいて対応するという仕組みが、コロナ禍においては、全然うまく機能しなかったところがほとんどであります。

そういう結びつきよりも、御自身の判断で受診窓口が複数あるようなところにおいて、むしろ対応がうまくいったことがはっきり分かってきました。

具体的には、ドイツの対応が、今、申し上げたようにうまくいった事例であり、イギリスの場合には、結びつきをもともとしっかりつくっていたはずなのですが、いざというときには、決められた医療機関に実際に受診できないということが、非常に大きな問題になって、そして、最終的に人口当たりの感染者数、あるいはコロナでお亡くなりになった方の数を比較しますと、我が国は、決して諸外国に劣るものではなく、しっかりと対応してきたということも分かるわけですが、それらの課題が出てきているということが明確になったわけであります。

それで、1ページでありますけれども、まず、今後のかかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて、それぞれがどのように今後改善し、対応していくかということを1枚にまとめました。医療機関においては、それぞれの医療機関が持つ役割あるいは果たすことのできる機能をさらに磨いて幅広くし、そして、できればなるべく深くさらに掘り下げていくという努力を、引き続きしっかり継続する必要があります。

一方で、自分のところだけで全ての機能を担うことは難しいわけでありまして、地域において、いろいろな医療機関としっかり連携して、そして、後でまたスライドを出しますが、地域が面として役割を担えるようなことが、最も今後必要な、あるいは望まれる体制ではないかということ強く感じるわけであります。

左の上ですが、国民の皆さんにとっては、医療機能情報提供制度という制度が既に動き

出して、また、今後もそれがさらに拡充されて分かりやすくなるということですが、コロナのときに、この仕組みがうまく周知して使われたかという点、必ずしもそうでなかったところもあるので、この医療機能情報提供制度をさらにいろいろな面から拡充して、利用しやすいようにしていくことが、ぜひ必要だろうと思います。

先ほど述べましたように、感染症の発生蔓延時、この有事において、どういふ対応ができるのかということが非常に問題になるわけですが、もともと医療機関は、地域の皆さんに対して、必要な医療を提供していて、感染症以外の必要な医療を十分提供してやってくるわけですね。

しかし有事の場合には、そのほかに感染症に対する特別な対応をしなければならないということがありますので、なるべく幅広い医療機関でしっかり感染症の対応ができるように日頃から準備をしておくことももちろん大事ではありますが、一方で、前回のコロナ禍のように、これまでにない非常に急激なスピードで、そして、非常に範囲が広く、早く蔓延してしまうようなもの場合には、医療資源がどうしても足りなくなる場面も想定されるわけであって、そのときに、どのように本当に必要な方に効率よく医療を提供していくのかということ、コロナ以外の医療も維持しながらやらなければいけないことが非常に重要になってくるわけですね。

3 ページを御覧いただきたいと思いますが、意識調査です。出典は下に書いてありますけれども、2011年と2021年を比較しますと「医師は、信頼できる」という意見に対してどう思うかということで、肯定的に評価していただく方が、2011年の60%が、21年には70%まで増えてきています。

また、医療制度に対する信頼度も「信頼している」という評価が65%から2021年には87%に増えてきていることもありまして、国民の皆さんに一定の評価をいただいているという自負を持ちながら、さらに、しっかりと多様に努力しなければいけないということが分かるわけですね。

次に、6 ページを御覧いただきますと、これはもう御案内のとおりですが、平成25年(2013年)に、日本医師会と四病協との間で合同の提言として、かかりつけ医は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科を問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者の最も身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

定義として「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」というものであります。

かかりつけ医機能の定義も、そこに書いてありまして、それに基づいて、8 ページ、それから9 ページに書いてありますような形で、今、対応をしていくべきであろうと考えております。

12月6日に、当分科会で新潟県の小柳先生が御発表いただきました、大変優れた事例に

ついて、また、構成員の服部様からも後で御指摘があるかもしれませんが、クリニックと近くの病院との間でしっかり連携をとって、次のページですけれども、それぞれに訪問看護ステーションを持っているという大変恵まれた条件ではありますけれども、その中で訪問看護がしっかり行われて、そして、幅広いエリアをカバーしているという形の対応ができるのではないかと思います。

そして、小柳先生の場合は、既にしっかり体制が整っているわけですが、なかなかそこまでいかない場合には、医師会が地域の医療機関をしっかりと結びつける役割を担わなければならないと考えます。

それに当たりましては、それぞれの医療機関が、現在担っていてできていることは当然ですけれども、まだ十分できていないけれども地域で求められているものについて、常に、その能力や対応範囲を広げていく努力をする必要があるということが、12ページ、13ページの図で示しているところであります。

これに対しては、日本医師会は、従来からそのような機能を、いかに今後、さらに高めていくことができるかというための研修制度をしっかりとやっておりまして、これまでも実績を上げてはおりますが、さらにしっかりとやっていきたいと考えております。研修を受けられた方の実績が、そこに出てまいります、このように実績を積み重ねているところでもあります。

少し戻って恐縮ですが、25ページ、これだけの幅広い役割を地域に根差した医師の活動として日々行っているわけで、さらにそれをしっかりと高めていく必要があるだろうと思います。

最後になりますけれども、1人の医師や1つの医療機関が全て担うというのは難しいので、しっかり地域で連携をして、面として必要な機能を支えていくこと。

そして、多くの医療機関が積極的に参加して、白紙の状態から新たにつくり出すというよりも、現状の機能をしっかりと拡充していくことが必要である。

医師をはじめとする医療従事者、医療機関が、それぞれの役目に応じてできることを広げていく努力、これが非常に求められている、というのが結論でございます。

このような対応を日本医師会として、さらに進めてまいりたいと考えております。

どうもありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、後ほどディスカッションということですので、続いて、織田構成員からお願いいたします。

○織田構成員 それでは、スライドを共有いたします。

全日本病院協会の織田でございます。

私から「全日本病院協会が考える『かかりつけ医機能』について」と、現在、進めております総合医育成事業について、御説明いたします。

これは、厚労省の資料の抜粋です。右側が85歳以上の人口が、現在、急激に増加してい

るということでございます。2035年には1000万人を超えてくるということですから、相当人口の大きなマスになります。

一方、85歳以上の要介護率は、全体の認定率が6割を超えてくるということですから、この85歳以上の人口が増えてきたとき、どのような対策をたてるかは、喫緊の課題であると認識しています。

そういう中で、全日病は、高齢者を対象としたかかりつけ医機能の考え方について公表いたしました。これは、昨年1月に公表したわけですが、この薄いピンクで塗っている部分ですが、これはかかりつけ医機能等について、民間中小病院の面連携における役割について述べています。御高齢の方は入院が必要になる場合が非常に多いので、かかりつけ医機能支援病院として、民間の中小病院の役割が重要になるということを強調しております。

また、右側の黒丸ですけれども、かかりつけ医機能、地域の面連携にできるだけ民間の中小病院に積極的に関わる準備を促しています。

さらに、日本プライマリ・ケア連合学会とともに、全人的な医療ができる総合育成事業を継続して進めていくことを公表しています。

このイメージですけれども、御高齢の方が増えてまいりますと、やはり地域でいかに完結する医療を提供していくということが重要になろうと考えます。

85歳以上の方は、地域の中でかかりつけ医の先生方が日常は診ておられるわけですが、入院が必要になったときに、高機能の大病院に行くというのは、非常に効率が悪いのは明らかですので、地域に密着した中小病院の入院機能を活用することが肝要です。時々入院、ほぼ在宅ではないですけれども、短い入院期間で、できるだけかかりつけ医の先生に返っていただくように、積極的に進めていこうということでもあります。このかかりつけ医機能支援病院の役割は、在宅療養支援病院の機能強化型とかなり似ています。ほぼ同列になっています。

次のスライドですけれども、これは、令和4年度の診療報酬改定での在支病の施設基準です。在支病は、基本的には24時間対応できるということ。さらに機能強化型の基準には、この青で書かれた部分ですが、在支診等からの要請により入院を引き受ける病床の確保と、さらに在支診等から要請があった場合、年間31件以上受け入れているということが、機能強化型在支病の施設基準となっております。

現在、在支病は、どんどん増え続けておりまして、1,600病院を超えてまいりました。また、単独型、連携型を合わせて、機能強化型も600病院を超えてきております。

このように、地域でかかりつけ医機能を支援する在支病等が増えてきています。

このような病院には、地域医療連携室や、地域医療連携を担当するスタッフもおります。また、医師、看護師だけではなくて、リハビリセラピスト、あと管理栄養士、さらには、メディカルソーシャルワーカー等もおりますので、多職種協働で退院支援や退院後も含めて、地域の先生方や、地域包括ケアシステムと連携が非常にスムーズにいくということ

あります。

逆に、遠くの高機能病院に行っても、なかなか在宅に向けての連携はうまくいかないと思われる。特に、80歳、90歳になりますと、やはり地域に密着した医療機関の役割が非常に大きくなっていくということでもあります。

これは、2013年、かかりつけ医機能を日医、四病協で発表した年に、追加提言という形で四病協で同年11月に発表したものです。

このとき、地域医療介護支援病院という仮名称で発表していますが、本日はかかりつけ医機能支援病院と修正しております。

かかりつけ医機能支援病院は、在宅療養者、その家族が安心して療養生活を送れるように、在宅医療チームと、入院医療チームの協働が極めて重要であると述べています。さらに、高齢者の急性期医療は、若い方たちの急性期医療と異なって、病気だけではなく、全人的に患者の生活など、総合的な面を考慮して治療をしていかななくてはならないということをお述べております。

よって、全日病としては、対応可能な病院総合医の育成も重要であるということで、2013年に提言した後、総合医育成事業をスタートさせております。

この育成事業ですけれども、対象は全てのキャリア、全科の医師が対象になります。自院で働きながら2年間から3年間程度の研修を受けていただくということになります。

現在、18年から、23年度までの研修受講者が315名になっております。この目標とする医師像は、臓器別にとらわれない幅広い診療ができる医師であり、また、医師はいろいろな面でチームのリーダーになりますので、マネジメントができるということが重要になります。この教育、さらに、組織の運営に積極的に関与できる人材を育てようということで、プログラムとしては、総合診療の実践を行うとともに、スクーリングとして医療運営、診療実践コース、あと、ノンテクニカルコースという3つのコースを受講していただくということで進めております。これは、全日病のホームページで紹介をしているところです。

さて、総合医育成プログラムで養成する医師のイメージですけれども、医師は、それぞれの専門領域において高い能力を持っておられる方がほとんどです。

でも、実際、当直等で対応するときには、やはり総合的な診療として不足する部分がございます。また、組織人としてリーダーになることが多くあるわけですけれども、実際に、経験的に体得しているが、実際に教育を受けていない方が非常に多いということもあって、この育成プログラムでは、幅広い診療を身につけるための研修、さらには、組織人としてチームをつくり、リーダーとして、あと、タスクマネジメントするスキルを養っていただくということで、これを、経験的な体得だけではなくて、体系的にスキルを身につけていただく教育を進めています。

それによって、かかりつけ医機能を担う上でいろいろな面で幅広く診られるようになっていくだろうということです。

これは、最後の資料ですけれども、これを受けますと、診療領域が広がったということ

が、修了者のアンケート結果をレーダーチャートで見て分かります。

レーダーチャートで①のがんの看取りから、⑤の骨折の初期対応まで、25項目を見ている。この外側にあるのが、日常実施しているところ。内側になるほど実施していないということなのではけれども、この研修参加時がブルーの部分で、修了時が赤の部分です。結果を見てみますと、かなり幅広く診療領域が広がっていることが分かります。

このようにして、我々全日本病院協会としては、診療領域を拡大するためだけではなく、リーダーとしての教育等を進めるためのノンテクニカルスキルに力を入れて進めております。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

続いて、大橋構成員からお願いします。

○大橋構成員 ありがとうございます。日本プライマリ・ケア連合学会の大橋でございます。本日は、貴重な機会をありがとうございます。

私たちに与えられたテーマですが、地域の診療所として、かかりつけ医機能を発揮する実践、また、学会で実践する研修プログラムについてでございます。

まず、私どもの学会ですが、関連する3学会が2010年4月に合併して発足しました。現在、会員数1万2000人で、多職種の会員で構成されております。総合診療専門医の養成にも貢献している団体です。

さて、前回の分科会で香取構成員が示された資料より、ポイントを抜粋いたしております。

診療所を含めた地域医療全体の提供体制の改革、地域完結型医療構築の必要性や、かかりつけ医機能として、最適な医療・介護が提供されるような調整を行うハブ機能の必要性。

そして、かかりつけ医機能を担う医療機関の整備とともに、それを支える連携・協働システムの基盤整備についてもお話をいただいております。

私も全く同じ意見でございまして、そのための地域の診療所が、どのように実践すべきかということ、これまで考えてまいりました。

今回の報告制度には、2つの目的があると承知しております。1つは、国民や患者さんがより適切な医療機関を選択できること。もう一つは、この報告によって地域で不足する機能を明らかにして、不足する機能を確保する方策を地域ごとに検討することです。

そのためのキーワードとして、複数の機関で連携する地域を面で支えるという視点が重要となります。

ここで、改めて地域を面で支えるということについて考えてみたいと思います。

在宅医療を例にとりて考えてみますと、まず挙げられるのは、外来のみで訪問診療は未対応の施設。そして、日中は訪問診療を行うものの、休日・夜間は未対応の施設。さらには、夜間の往診や看取りまでも行う施設ということ。

ここで大事なことは、在宅医療を行っている施設がよくて、行っていない施設が目だ

ということではありません。在宅医療は、あくまでもかかりつけ医機能の一部であるわけで、その一部で優劣をつけるというものであってはいけないと思います。

それよりも、このようなグラデーションのある医療機関同士がどのように連携して、地域を面で支えるかという方法を考えることが重要だと考えております。

在宅医療以外にも幾つかの地域を面で支える視点というのがございます。それがこちらの表になります。時間外診療や病診連携、入退院支援や介護等の連携など、高齢者社会を支える上でも重要な視点となります。

それぞれに、やはり対応できる状況にはグラデーションがありまして、ここで大切なのは、この表の①、②のみで対応している医療機関で連携しても、夜間の自宅の看取りなどは解決できないということになります。

やはり表にある③、そして④へも対応できる、つまりかかりつけ医機能を支える医療機関というものも一方では必要なのではないかと考えております。

そこで、先ほど織田構成員からも御発表がございました、かかりつけ医機能支援病院というのは重要な役割になると考えています。

私の地元でも、このような機能強化型在支病の先生方との連携というのは大変強みになっておりまして、全日病さんの資料の中でも、このような病院は、人口2から4万人当たり1か所程度の分布という提言がございました。

人口の多くない地域は賄えるものの、私が診療しています川崎市多摩区は、20万人の人口がおりますので、このような病院を5か所から10か所つくるというのは、現実には厳しいということも実情でございます。

そこで今回の発表で、私どもは、そのようなかかりつけ医機能を支える診療所というものもあるべきなのではないかと考えました。

地域包括診療料や強化型在支診をベースにした考え方ではございますが、複数の医師が常勤勤務し、24時間の往診や困難な在宅医療にも対応している、在宅医療だけではなく、外来においても、発熱外来等も積極的に担っている診療所です。当然、地域医療、地域連携、多職種連携にも長けております。

このような医療機関が病院のみならず、診療所としても存在すれば、都市部でも、より細やかな面で支える対応ができるのではないかと考えております。

そして、そのようなバックアップ機能があるからこそ、地域で安心して、先ほどの表の1から2とか、2から3へと、より積極的にかかりつけ医機能を担う医療機関が増えるのではないかと考えております。

これは、私の全くの私見なのですが、在宅医療にも夜間等のリスクの低い患者さんから、いつ夜間に呼ばれてもおかしくない患者さんというのがいらっしゃいます。

これを仮に救急医療のように、一次から三次のように区分すると、一次については、現状の多くのかかりつけ医機能を担う医療機関で対応できるのではないかと考えています。

もちろん、二次、三次に進んでいくと、やはりかかりつけ医機能支援病院または診療所

が担当するという、今後すみ分けというのもできてくるのかなと考えています。

では、かかりつけ医機能支援病院や診療所には、どのような能力を持った医師が必要なのでしょうか。

私どもは、まずは、総合診療専門医というのが重要なプレーヤーになると考えています。総合診療専門医は、取得後のキャリアの不透明さというのが、実は若い方との間で問題視されておりまして、その中で、地域を支えるというキャリアを訴えることで、若手医師にとって、とても魅力的になるのは間違いないと思っています。

一方、他の専門医からプライマリ・ケアを学びたいという先生も最近増えており、このような方々に関して、リカレント教育として、全日病の皆さんとプライマリ・ケア連合学会が協力して、今、総合医育成事業を展開しております。

詳細は、先ほど、織田先生のほうからお話ございましたので、私はプログラム等を簡単にお示しします。先ほどの診療実践コースのテーマ、22項目になります。

そして、ノンテクニカルコースに関しても、このような項目になっています。

最後、こういう形で、お互いでやっているというスライドです。

ここからは、かかりつけ医機能支援診療所ということの実践例として、甚だおこがましいのですが、私どものクリニックの事例を御紹介したいと思います。

当院は、神奈川県川崎市で2010年に開設いたしました。高齢化率21%で、まさに、これから高齢化の波が押し寄せる地域です。

外来、在宅、オンライン診療を提供し、常勤医師6名のほか、看護師、ソーシャルワーカーなど、院内でも多職種連携を重視しています。

こちらが当院の診療実績になります。

これから幾つかの事例を御紹介したいと思います。まずは、81歳の男性の患者さんです。

もともと地元のO先生がかかりつけで外来通院しておりました。

ある夏の暑い日に、奥様からO医院に相談の電話がありました。お話を聞いてO先生は、熱中症を疑ったのですが、O医院では往診に対応しておらず、外来にも来られないということであれば、救急要請するしかない状況でした。

しかし、ここ最近では、このO先生から電話でちょっと見に行ってもらいたいという依頼が当院に来るようになりました。

当院の医師が往診することで、数日間の点滴管理で入院は回避できると判断しまして、実際、点滴で改善して、再びO先生のもとに通うことも可能になりました。

当院がO先生と連携する、これが、まさに地域を面で支えるということだと思っておりますが、入院を回避できるのみならず、かかりつけ医と患者さんの関係性は継続されて、地域の中で、かかりつけ医同士の連携も進みました。

2例目は、92歳の女性でKクリニックの通院の方です。

ある日、同居の長男からトイレで転んでしまって動けないということで連絡がありました。ここでもK先生は往診していないので、同じように、私どものほうに見に行ってもらい

いという御依頼がありまして、私どもの医師が往診しています。

特に骨折等は、疑いはなかったのですが、下血していて、ショック状態であったため、これは救急搬送を依頼して、精査の結果、大腸がんが判明しました。

92歳という方ですので、その後のACPについては、これまでの経緯をよく御存じのK先生が情報提供をしてくださいます。結果、御自宅での療養という形になりました。

それを引き継ぐ形で、当院での訪問診療が開始となったのですが、常にK先生とは情報提供をして、K先生もその患者さんにお電話をしていただくようなこともありまして、最期は、穏やかな自宅看取りが実現できたということです。

O先生とK先生は、地域医師会で、いつも顔を合わせている先生でございます。

このような2例にもありますように、かかりつけ医機能支援診療所によって、複数の医師が往診や訪問診療のできる体制があることで、救急搬送や入院回避をはじめとする短期的な急性期のケアや、地域のかかりつけ医との関係を崩すことなく、副主治医として長期的な慢性期ケアをすることが可能になると考えています。

もう一例御紹介いたします。この方は73歳の女性で、もともとは血液透析に通っていらっしゃいました。

しかし、脳梗塞を発症して通うことが困難となりました。これまでの選択だと、透析のできる療養型病院への入院か、または透析そのものを中止して自宅看取りという選択しかありませんでしたが、当院が訪問診療で腹膜透析への対応を始めたことで、入院せずに透析を受ける選択肢を増やすことが可能となりました。

このためには、大学病院の専門の先生や看護スタッフとの連携が大変重要となります。ですが、地域全体のケア力が向上することによって、地域にとっても大変大きなインパクトになりました。

このように、かかりつけ医機能支援病院や診療所が、地域の中で完結するために、最適の医療と介護を提供するハブとしての役割が求められると思っております。

結語です。かかりつけ医機能を担う医療機関の整備やそれを支える連携・協働システムの基盤整備が重要な課題です。

地域を面で支えるためには、時間外診療、在宅医療、病診連携、入退院支援、介護等との連携等の場面において、かかりつけ医機能を支える医療機関が必要であります。

そのためにも、かかりつけ医機能支援病院・診療所の整備が鍵となり、これらが機能することで、地域でより積極的に、安心してかかりつけ医機能を担う医療機関が増えることも期待されます。

かかりつけ医機能支援病院・診療所に求められる医師としては、総合診療専門医の養成は必須であり、専門医取得後のキャリアとして、地域を支える人材というのは魅力的になり得ます。

一方、他の専門領域からプライマリ・ケア領域へ転向したいというニーズについても、しっかり答えることが重要であり、総合医育成プログラムも、その1つの手段として活用で

きると考えております。

以上、御清聴ありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございました。

続いて、河本構成員、お願いいたします。

○河本構成員 ありがとうございます。健保連の河本でございます。

本日は、貴重な発表の機会を与えていただきまして、誠にありがとうございます。

まず、本題に入る前に、健保組合の特徴について簡単に御紹介をさせていただきたいと思っております。

健保組合というのは、企業ですとか、あるいは同業同種の業界、これを母体とする職域保険でございます。全国1,380健保組合に、全国民のおおよそ4分の1に当たります、2900万人が加入をしております。

被保険者は、若手から中高年ということがございますけれども、子育て世代が多く加入しているという特徴がございます。

また、退職後の継続加入ですとか、あるいは被扶養者として75歳未満の高齢者も一定数加入していると、そういった保険者でございます。

本日の内容でございますけれども、このうち1点目と2点目は、健保連が実施した調査でございます。健保組合の加入者だけではなくて、一般国民を対象といたしましたウェブアンケートです。本日は、かかりつけ医機能に関連する課題ですとか、あるいは期待される役割に関する調査結果、その部分を御紹介したいと思っております。

3は、一昨年11月に私どもが発表しました健保連の中間報告でございます。加入者の疾病管理ですとか、あるいは健康維持のために、健保組合がかかりつけ医に期待する機能、こういったものを紹介しております。

4は、健保組合のレセプトを使って、かかりつけ医機能に関連する診療の実績を分析した結果を御紹介しております。

最後の5は、これまでの私どもの主張も踏まえつつ、今回の制度整備に関する課題を申し上げます。

まず、令和3年の12月に実施したアンケート調査の結果でございます。新型コロナの感染拡大を踏まえて、かかりつけ医をどう考えるかと、そういった質問に対して、持病ありの方ですと89.2%、それから持病はないのだけれども、この間、体調不良があったという方の場合で83.5%、そういったかなりの数の方が、かかりつけ医が必要だと回答されております。

かかりつけ医に対する国民・患者の期待が、極めて大きいということが分かると思えますし、今回の制度整備というのは、非常にタイミングがよいと考えております。

次は、令和4年の7月に実施した調査の結果でございます。時期としては、コロナの第6波までを経験した後に、第7波に入り始めた頃ということがございますけれども、かかりつけ医や、あるいは、かかりつけの医療機関を持っていない方々に、不安や困難を感じ

たかということをお尋ねしております。

その結果、特段の不安を感じなかったという方が8割おられると、これは医療関係者の皆さんの御尽力ですとか、あるいは日本の医療体制の強さによるものだと思います。ただ、2割程度の国民は、不安を感じていると。

図の赤枠のとおりでございますけれども、30代と60代はやや少ないですけれども、どの年齢層も一定程度が不安を感じていたということかと思えます。

これは、具体的な不安あるいは困難の内容について、どんなことでしたかという問いでございますけれども、自分や家族にコロナ感染を疑う症状が出たときの相談ですとか、あるいはワクチン接種、ここに関わるところが多かったということでございます。

もちろん有事の相談とか、検査あるいは診療の体制、これを別途考えるということも、もちろん解決策としてあり得ると思えますけれども、例えば2番目ですけれども、自分の体質や病歴を知っている医師や医療機関で、ワクチン接種や、あるいは診察を受けたいと、そういった回答も一定程度ございました。

次が、かかりつけ医、あるいは、かかりつけ医療機関を持っていない方々に、その理由を質問したものでございます。

結果、あまり病気をしないとか、それから特に理由はないという回答が多かったのですが、もちろんこうした方々に、無理にかかりつけ医を割り当てるということは、私どもも当然考えておりません。

一方で、図の赤線のところで、どう探してよいのか分からないとか、あるいは情報が不足していると回答した方々には、解決策を提示する必要があると思えます。これが、今回の制度整備で前進することを期待しているということでございます。

また、その都度、医療機関を選ぶほうがよいという回答が、10%程度ございましたけれども、これは1人の医師とか、あるいは1か所の医療機関に決めたくないということだと思います。

そもそも、医療は、単独の医師とか医療機関で完結するものでないというのは当然でございますが、こうした方々のニーズを確実に受け止めるためにも、地域の面で対応する体制というのは必要だと考えております。

これは、体制整備や情報提供の前提として、どのようなかかりつけ医機能が必要なのか、アンケートで上位だった5項目について整理をしたものでございます。

一番左側の専門医や専門医療機関を紹介してくれる、こういった連携機能ですとか、その右側の幅広い症状や病気に対応してくれる総合診療機能、こういったものへの期待が高いと。

特に、高齢層とか、あるいはかかりつけ医を既に持っていると考えられる方々からの要望が多いということでございますけれども、ただ若年層とか、あるいはかかりつけ医を持っていない方々も相当数が希望しているということが見て取れるかと思えます。

また、一番右に、時間外や休日の連絡については、かかりつけ医を持っていない方々で、

逆に相対的に希望が多いというのが分かるかと思えます。

こうした結果を踏まえますと、医療法でかかりつけ医機能が定義をされて、報告制度に基づいて都道府県から公表される、そういった地域の情報は、幅広い世代にとって有益なものになると期待しているところでございます。

この表は、一昨年に私どもが公表しました議論の整理の中で示した参考資料を少し改編したものでございます。

青い表の上のほうを見ていただきますと、左から右に行くにつれて、継続的な医療の必要性が高まっていくと。それに伴って、かかりつけ医に期待する機能が変わっていくことを表しております。

例えば、一番左のふだんは健康でほぼ受診しない方々の場合、体調不良時の助言とか相談、そういったものが重要になってくると。

その右に移って、健診で異常が見つかったり、体調不良が続いている方々の場合は、早期に治療を開始したり、あるいは治療の必要性を納得できるように助言していただくと、そういったことが必要になってくるだろうと考えております。

さらに右に移って、定期的を受診している方々の場合は、既にかかりつけ医を持っているケースが想定されますけれども、ここがその意味では今回の制度整備でいうと、書面交付の対象にもなってくるのかなと思えますが、仕事と治療の両立ですとか、あるいは生活の中で療養するために、かかりつけ医に支えていただくことが必要だと考えております。

健保組合の立場としては、こうした加入者のタイプに応じて、情報収集ですとか、あるいは情報提供を行うことが保険者の役割だと考えているところでございます。

このスライドは、加入者数の多い118の健保組合から、令和2年の10月診療分から4年の9月診療分まで、2年間分のレセプトを使って、かかりつけ医機能の体制を評価する診療報酬でございます、機能強化加算の有無に着目した分析を行ったものでございます。

病院を含めると、解析が複雑になってしまいますので、常勤医師3人以下で主たる標榜科が内科系の診療所について、常勤医師数とかあるいは専門領域、開局年数、患者数あるいは周辺人口等、こういったものが類似するという条件で、そういう中で構成を合わせるような操作を行いまして、その加算の有無で、それぞれ4,000のペアを抽出いたしまして、表にあるような体制や実績を比較したものでございます。条件をそろえて比較したということでございます。

健保組合という特性上、75歳未満の患者さんのみが対象になりますけれども、それから施設数も限られているということではございますけれども、赤枠で囲んだ項目で統計的な有意差が示されております。

機能強化加算ありの施設群の場合、相対的に幅広い疾患の診療とか、あるいは感染症への対応、そういったところで一定の役割を果たしているということが示唆されたのかなと見ております。

一方で、赤枠以外は、健保組合のレセプトの分析からは、有意差が示されていないとい

うことで、時間外診療ですとか、ポリファーマシー対策、こういったことについては、さらに積極的な取組を期待したいところでございます。

最後、まとめでございますけれども、これまで申し上げてきたことを踏まえて、一昨年に私どもが発表した議論の整理で、想定した考え方をベースにして、先般の医療法改正に基づいて、今後の制度整備に向けた期待や課題をまとめたものでございます。

右側の医療法改正を踏まえて考えられることということで、吹き出しをつけておりますけれども、例えば、2番目の吹き出しの「かかりつけ医機能報告制度における質の担保」と書いてございますけれども、適切な研修の受講とか、あるいは学会等の認定を受けた医師の配置、そういった情報が提供されるといいだろうなど。あるいは、体制だけではなくて、機能を発揮した実績、そういった情報もほしいということを書いてございます。

また、その下の吹き出しですが、そういった情報を医療機能情報提供制度ですとか、あるいは保険者、民間事業者等を通じて、広く国民に分かりやすく発信をしていくことになると思いますが、そういう中では不足する機能も可視化して、機能強化を促進すると、これは、今回の制度整備の重要な目標だと思いますけれども、それも重要でございますし、また、研修修了医師や、認定医の氏名とか所属先を各団体から公表していただくと、そういった情報も充実するのかなと考えております。

また、最後の吹き出しですけれども、書面による合意形成で、患者と医師の強い信頼関係を醸成すると、これは大変重要なことだと思いますが、その際には、電子媒体の積極的な活用ということも考えていいのではないかと考えております。

かかりつけ医機能報告制度を通じて、地域のかかりつけ医機能の情報が可視化される。それとともに、それによって地域のかかりつけ医機能が充実されていくことを期待しております。

そのためには、かかりつけ医機能として求められるレベルを、ある程度は明確にしておくことが課題ではないかと考えているところでございます。

私からは以上でございます。御清聴ありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございました。

次に、家保構成員、お願いいたします。

○家保構成員 全国衛生部長会の会長の家保でございます。

5番目ということで、都道府県の立場から、お話をさせていただきます。

都道府県も様々ですので、こういう機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

まず、前回のプレゼンで非常に私も考えさせられる点がございましたので、4人の方、おのおの一部だけ書いておりますけれども、池端参考人の場合は、どうしてもかかりつけ医というと診療所だけだと思いますけれども、やはり一般病院もきちんと評価をして併せて考えないといけないという点。

小柳参考人からは、ICTの活用等から訪問看護ステーションを、どのようにきちんと関連

づけていくのかという点も出てまいりました。

山口構成員からは地域特性ということで、その次のスライドで示しますが、地方と大都市では、全然選択の規模が変わってきますので、そういう部分。

それから、都道府県はどうしても二次医療圏以上の単位を考えますが、香取構成員からは、やはり地域包括ケアが絡んでくることを考えると、市町村レベルでの分析も必要ではないかということ、この観点で少し考えてまいりました。

まず、二次医療圏別の医療機関の数、一般診療所、一般病院を足したものでございます。

二次医療圏としては335で、医療機関の数が1,000以上あるところが22医療圏、それらの平均人口は170万というところがある一方、医療圏の中に、10から20か所の医療機関しかない医療圏が1か所、30カ所以下が12医療圏、50カ所を下回る医療圏が離島、地方の中山間地域も含めまして34あります。それら地域の人口は全人口の1.8%、面積は18%という状況でございます。

データとしては医療施設調査を基にまとめています。ただ、医療施設調査の中には、外来をしない診療所、例えば、特別養護老人ホームに併設されている診療所、自衛隊の診療所等々がございますので、そういうところを除いて、きちんと地域の医療を考えないといけないということで、代表的な医療圏をいくつか示しました。

1番から39番まで割と少ない医療圏ということで、北海道、それから島嶼だけではなく、長野県、岩手県、秋田県、私のいる高知県の安芸医療圏も入っております。

それらの医療圏では、この10年で医療機関がかなり減っております。医療施設統計で平均して5、6機関、10年で減っていることになります。

先ほど申し上げました外来対応の可能な施設を見ますと、大体3分の1から半分ぐらいになっています。これらの地域を面的にどう支えるのかという非常に大変な課題があるかなと思います。

一方、多いところを見ますと、兵庫県の阪神医療圏、それから横浜市、大阪市になりますと、施設は2,000を超えております。かつ、この10年で10%以上増えていると。これは交通整理をしないと、本当に大変なことになると思われます。

また、この制度を運営する都道府県の立場になりますと、これらの保健所設置市では無床診療所の設置は届出になりますので、都道府県に情報が上がってきません。実際、医療監視とかを含めて、質のチェックも保健所設置市の保健所がやることになります。情報の質の担保をするというのを都道府県がやる場合には、やはり保健所設置市、指定都市などの協力をきちんと制度上担保してもらわないと、出てきたデータがどんなものかというのは、非常に判断しづらいことがございます。

続きまして、市町村レベルの状況を見てみますと、10カ所未満のところは634ですから、全体の3分の1が10カ所以下という状況で、しかも平均財政力指数が0.304という、かなり低い状況が出ております。面積だけは、約200平方キロと広域です。

10カ所未満と言いましても、先ほど言いましたように、7割程度しか一般外来を診ない

ので、それを細かく見てみますと、こういう状況になります。

医療施設統計と各都道府県の医療情報システム等を検索しまして、医療機関が2か所以下の154市町村では、実際、外来診療が可能な医療機関がないのが5町村、1か所のところが127町村、それらの医療機関のうち25%が民間医療機関であり、残りが国保なり県立の診療所です。ここの民間の先生方、多分かなり年齢的には高齢化が進んでいますので、今後維持するのは非常に困難な状況が出てくると思われま。

もうここまで来ると、昭和36年頃の国保創設のときのように保険あって医療なしのリスクが、かなり高い地域が全般的に増えているということは、ぜひとも認識しないといけないかなと思います。

また、都道府県の医療情報システムの検索をして感じたところとして、各々システムは違いますけれども、病院、診療所、歯科診療所、それから薬局の検索は非常に簡単ですが、訪問看護ステーションのデータがほとんどないのです。各医療機関に連携している訪問看護ステーションを探し出すのもかなり苦労するということで考えると、今後の面的なことを考えれば、ここの部分は、やはり留意しないといけないのかなと思います。

それから、隣県の情報システム、高知県のように他県と地域的に隔てているところはいいのでしょうかけれども、道路1つ隔てて他県になると、どちらの医療機関に受診されるのか患者さんの自由ですので、そういうところの検索というのも、かなり意識したような仕組みにしないと問題があるかなと思っております。

全国的にはこういう状況ですけれども、高知県としては、先ほど言った中山間地域が多いところですので、かかりつけ医機能の支援ということで、当県の取り組んでいる事業を若干説明させていただきたいと思っております。

中山間地域における医療のアクセスの改善ということで、ICTの活用をしようと思っております。

背景としましては、医療機関が減少すると並行して、公共交通機関がかなり脆弱になっており、通院の手段確保が難しくなっています。ところによっては、タクシーなどを使うと交通費が医療費の自己負担よりも高くなってしまいうということがありますので、そういう部分に対しては、後ほど説明しますが、ヘルスケアモビリティとかの導入を支援したり、対面診療を一部補完するようなオンライン診療の普及などを支援しております。

もう一点は、診療情報の共有ということで、カルテ情報や介護情報を共有化して、より個人の状況に応じた対応が望まれるということのを背景に、高知あんしんネット、はたまるネットという二つの電子カルテ情報の共有化システムと、あと、介護関係で使う在宅療養患者に対する医療・介護の多職種がモバイル端末を利用して、リアルタイムに情報共有するような仕組みを考えております。

右下が、ヘルスケアモビリティということで、他の都道府県でも実施されておりますが、軽自動車のキャンピングカー仕様のようところに機器をつけて、看護師等のスタッフが、患者の診療の補助をし、医師は病院で診察する。中山間で高齢者が多くなりますと、D to

P withナースかwithクランクがないと、ほとんど使えませんので、そういう点については、県としても補助事業をつくって、できるだけ医療機関が参加していただくように考えております。

次はオンライン診療を、あったかふれあいセンターとか、公民館みたいなところでできるような形にしようということで、現在、幾つかの市町村に取り組んでいただいています。

診療情報システムとしては、高知県は2つの地域で、医療情報のネットワークがございます。高知あんしんネットという県の幡多以外の地域と、それから、幡多地域でやっているはたまるネットがあります。面的にお互いの医療の情報が共有化すると、厚生労働省も医療DXで8年を目指していますけれども、その少し先駆けをさせていただいているような状況でございます。

もう一つが、在宅患者について高知家@ラインを用いて、情報を端末でやり取りするような仕組みでございます。

高知家@ラインのほうは、電話と違ってラインに乗っかると見るほうは、時間の拘束が少ないですので、後で見てコメントを入れる、それから画像も撮れるということで、比較的lowコストで進んでおります。

医療情報の仕組みは、2つ系統ございまして、はたまるねっとは、地域の医師会から上がってきたタイプ、高知あんしんネットは基幹病院の電子カルテの災害時の補完を契機として上がってきたタイプです。はたまるねっとは、加入率が住民登録率20%と、多分、全国でもかなり高い部類に入るのはないかと思われ、医療機関も病院は9割入る。それから薬局も7割、訪問看護ステーションも6割入っており、地域全体で活用されています。自分たちの問題として情報連携をしていかないと、なかなかICTを使っても活用に至らないということが分かりますので、制度設計の際から活用推進を重視し、また、令和8年に向けて、国民への周知や利用促進というのを併せてやっていくことが必要かなと思っております。

以上で、説明は終わらせていただきますが、結語としては、やはり各地域の医療資源に対応できる制度設計が必要であること。

それから、かかりつけ医の確保には、保健・医療・介護の連携も含めて、市町村の関わりが必要であること。

それから、ICTの活用による診療の補完、関係者の連携ということが重要になると、そういうものが担保される仕組みにさせていただき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。

それでは、最後に、石田構成員、お願いいたします。

○石田構成員 稲城市の石田でございます。

このような機会をいただきましたことを、感謝申し上げます。

早速、稲城市医療計画に基づく在宅医療・介護連携の取組状況について、発表をさせて

いただきます。

2 ページ目であります。発表のポイントは、1 点目として、稲城市では、高齢者の在宅ニーズの高まりと在宅医療基盤の脆弱さを認識したこと。

2 点目に、市民の医療の将来需要と医療提供の状況、在宅医療等の現状と課題などを把握したこと。

3 点目、稲城市内のあるべき医療提供体制の実現に向けた市の取組を決めたこと。

4 点目に、市として実態把握した結果に基づき、必要な施策を認識し、事業・施策を立案したこと。

そして、5 点目稲城市医療計画に基づき実施した各種施策の紹介をすること。

6 点目、介護保険事業計画第9 期に向けた、在宅医療に関する具体的な施策を紹介すること。

この6 点について、御紹介をさせていただきます。

3 ページは、資料の目次であります。

4 ページ目は、稲城市の紹介であります。

5 ページは、稲城市が目指す地域包括ケアシステムのイメージであります。

医療や介護が必要な状態となっても住み慣れた地域で暮らし続けられることをイメージしており、医療は、地域包括ケアシステムの一要素として位置づけているところでございます。

6 ページ目から9 ページ目までは、稲城市の医療計画の作成による地域包括ケアシステムの深化・推進の紹介であります。

7 ページであります。稲城市の医療計画作成による地域包括ケアシステムの深化・推進のイメージであります。

都道府県の医療計画では、病床からあふれた高齢者を地域で受け止めるという発想があることに対して、稲城市では、地域の在宅医療サービスでは支え切れない高齢者が、病院へ入るという発想で、地域での在宅医療サービスの提供状況や、その強化施策を稲城市医療計画として策定したものであります。稲城市の医療提供体制のあるべき姿を示したというものであります。

8 ページであります。稲城市の85歳以上の人口は、15年後には2倍になること。在宅医療を提供し、自宅を含めてあらゆる場所で看取れる体制を早急に整備する必要があることについて、稲城市が認識したということであります。

9 ページは、在宅医療について、医療機関へ向けたアンケートの結果であります。外来患者が通院できなくなった場合、自ら訪問する、あるいは在宅医を紹介するという回答が多く、稲城市では、自ら訪問医療、往診を希望する医療機関を継続して支援することが、重要であるということが分かったというものであります。

10 ページから16 ページまでは、稲城市の医療計画の概要であります。

11 ページ、国民健康保険及び後期高齢者医療の将来需要推計であります。令和22年度、

2040年度にかけて、75歳以上の入院医療需要、65歳以上の入院外医療需要の伸びが見込まれているところであります。

12ページは、国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプトの分析から、入院が33%、入院外が67%の構成となっており、さらに、受診の地域について、入院医療では市内が約3割強、都内が約4割、近隣の神奈川県が約2割という状況であり、市外への流出が多いことが分かったということでもあります。入院外医療では、市内で完結する割合が高いということが分かりました。

13ページでは、居宅への訪問診療について、市内の医療機関が、市民を診療する割合が高く、施設などへの訪問医療は、市外の医療機関が多いことが分かったわけでもあります。

また、市の在宅医療の需要は、令和22年にかけて倍増することが分かったというものであります。

14ページは、稲城市の救急医療の状況であります。

15ページは、往診・訪問医療の実施状況であります。実施していない医療機関が多く、今後も実施しないとす医療機関が多いということが分かったところであります。

16ページは、他の医療機関の医師に同行訪問する機会があれば、これを活用するかという問いですが、活用する予定がないという答えが多いことが分かりました。

17ページから34ページまでは、稲城市医療計画の今後に向けた検討や具体的な施策の実施についてであります。

稲城市医療計画に基づき実施してきた各種事業、施策について、その概要を幾つか紹介いたします。

18ページは、稲城市医療計画に位置づけたあるべき医療体制の実現に向けた取組の抜粋であります。

医療計画策定に際して実施した実態把握の分析結果に基づき、稲城市が在宅医療について今後の課題、方向性をまとめ、令和3年度から令和7年度までに実施すべき施策を取りまとめたものであります。

以降の資料は、こうした施策の実施状況を紹介するものであり、時間が限られておりますので、簡潔に御紹介だけさせていただきます。

19ページは、稲城市の在宅医療・介護連携推進協議会の議論の状況であります。

20ページは、議論を活発にするために、事務局が作成し、会議に提供した仮説シートであります。こうしたシートを活用して、議論を深めるように工夫しているところであります。

21ページは、稲城在宅医療・介護相談室に寄せられた相談から見える課題などを整理したものであります。

22ページは、顔が見える訪問診療医のガイドの作成とその配付であります。

市職員が稲城市民を対象として、訪問医療を行っているドクターを取材し、診療所の概要や特徴、医師の顔写真や専門、医師になった経過やモットーなどを掲載し、市内の医療

機関、ケアマネジャーなどへ配付し、在宅医療が必要となってきた高齢者に、円滑に提案することに役立てているものであります。

23ページは、在宅医療・介護連携するための多職種連携の研修会の様子であります。在宅で看取するための病院、在宅家族への備えのための研修であります。

24ページは、末期の看取りのプロセスの研修であります。

25ページは、医療関係者とケアマネの関係性の構築のための研修であります。

26ページは、事例検討を通じた研修であります。

27ページは、多職種連携研修では、必ず集合写真を撮って、後における関係職種の関係性が見える化のために工夫しているというものであります。

28ページは、多職種連携研修会から抽出した課題などでありまして。入退院、日常医療、急変時、看取りの4つの場面の目標設定の研修であります。

29ページは、専門職向けの研修で、在宅医療の実際について学ぶものであります。

30ページは、要介護高齢者の在宅医療の利用状況に関するケアマネ向けの調査結果であります。

31ページは、要介護高齢者の在宅医療に関するケアマネの調査結果から分かったことであります。

32ページは、ACP（人生会議）の実施状況に関する調査結果であります。

33ページは、市民向けシンポジウム、医師に自宅に来てもらうという選択肢の様子であります。

34ページは、市内各圏域に出向いて行った市民向け在宅医療ミニ講座の実施状況であります。

35、36ページについては、第8期介護保険計画の課題を踏まえた9期の取組についてであります。

急変時のルールの作成とその活用について、標準的な事項を第9期で位置づけたというものであります。

37ページは、この発表のまとめであります。

市町村が地域の医療提供体制の実態を把握し、市町村が必要だと判断する事業の施策を、市町村が実施することが、地域の在宅医療の基盤づくりに有効であり、必要であるとの意見、主張であり、こういったことが必要であるということであります。

御清聴ありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございました。

6名の構成員の方々から御発表いただきまして、大変貴重な御意見を頂戴いたしました。どうもありがとうございました。

それでは、ただいまの御発表を受けまして、引き続き、本分科会として検討をしたいと思います。御質問、御意見等をよろしくお願いいたします。どの論点でも。

では、どうぞ。

○服部構成員 服部でございます。

釜菴先生に新潟の例に触れていただきましたので、私のほうから少しその面を形づくってきた経緯というところをお話しさせていただきたいと思います。

お話のあった新潟市南区というところは、農村地帯でございますけれども、4万程度の人口になっております。そちらでは急性期の病院、それから地域密着型の病院、そして診療所、訪問看護、介護事業所、これらのつながりを深める有志の会というのが10年以上前からございまして、その中心を担っていましたが、吉沢浩志先生という診療所の先生でいらっしゃるのですけれども、新潟県医師会の副会長もやっていた先生なのですが、特養の嘱託医も務めていらっしゃるしまして、非常に地域医療に厚い志をお持ちの先生でした。

その方とともに動いていらっしゃったのが、急性期病院の医療ソーシャルワーカーです。そのお二人のコラボレーションが、非常に有効につながりをつくってきたと見ておりまして、そのつながりによって、ひもづく場というものが幾つかでき上がっていました。

それは、まず医師会側からは、新潟市医師会は非常に規模が大きいものですから、もともと合併前の地域の先生方のつながりで班活動があり、その医師会の班、白根総合病院という急性期病院がつながり、地域連携協議会というものを持って、病院が地域の先生方や訪問看護のニーズをしっかりとつかまえていくという場がございました。

それに付随して、地域密着型の病院では、地域の看取りを支えるシステムを作っています。今は介護医療院のベッドも持ち、病院が地域の看取り支援をしております。

そういった中で、有志の会は、定例でずっと顔を合わせる場として継続して動いてきておりまして、こういった関係者の長い関わりの中で、非常に安定した信頼関係が醸成されていると思っています。

さらには、区民の公開講座のようなところでこのような形で医療が動いているということも区民にもしっかりと話しされています。

こういったことが、面展開のために、地域医療を支える医師とともに、連携拠点のコーディネーターが活動することの重要性を示したモデルとっております。

最近では、やはりなかなか有志の会も、動きが難しくなり、新潟市医師会の班活動のところでサポートするということと、市の在宅医療・介護連携推進事業の拠点の一つに位置付け、行政のサポートを得て継続していく状況がございます。

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。

ほかにいかがでしょうか。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 山口でございます。

6名の方、御発表をどうもありがとうございました。

お話をお聞きしながら、やはり地域の特徴に合わせた、かかりつけ医機能ということが

必要だと改めて思いました。地域を理解して、中心、ハブとなる人材の存在が不可欠だと思う一方で、特定の方に依存してしまうと、継続ができないという問題もあって、その辺りを踏まえたかかりつけ医機能を考えていかないといけないと改めて感じました。

その上で、3名の方に質問したいのですけれども、まず、釜菴構成員に、現在も日本医師会では、かかりつけ医機能養成研修が行われていますけれども、現在行われているのは、修了した方の公表を前提としていないということで、研修を修了された方の公表については、各都道府県の医師会に任せられていると聞いています。

実際の研修の内容をお聞きすると、非常に基本的な研修だと伺ってまして、例えば、今回、かかりつけ医機能を持った候補の方を公表するに当たって、日本医師会で、これまでの研修のアドバンスコースというか、公表を前提にしたような研修を考えていかれるお考えや、そういった動きがあるのかどうかをお尋ねしたいのが、まず1点です。

次に、織田構成員と大橋構成員が、合同でされている研修の話をされたのですけれども、ノンテクニカルスキルについて、かかりつけ医機能を支援するためには非常に重要なスキルだと思う一方で、これは、ある程度の年齢に達してから、成長するのが非常に難しい部分でもあると思います。リーダーシップであったり、問題解決能力ということを見ると、そのように感じたのですけれども、むしろこういったことは、医学生の時代から培っていかないといけないスキルなのではないかなと思うのですけれども、その辺り、今後、教育というところに組み込んでいく必要性をどのように感じていらっしゃるのか。それで、ある程度一定の年齢になってから、そういったスキルが伸びるということを実感されているかどうかということをお尋ねしたいと思います。

最後に、家保構成員は、高知の事例をお話しいただいたのですけれども、私もヘルスケアモビリティは、非常にいいなと思っておりまして、ドクターは1か所のところにながらにして、複数の車が走れば、時間の無駄がなく、在宅でオンライン診療ができるということで、ほかの地域でも非常に機能しているという例を伺っております。

そういうことからすると、住宅が密集した都市部以外の在宅で、非常に効率が悪い地域では有効な手段ではないかと思うのですけれども、実際にアクセスが悪い地域での在宅診療を、どれぐらいカバーできるものなのかということと、かなり全国的にうまく展開すれば、在宅での診療が可能になる地域が増えるのではないかと思うのですけれども、その辺りの将来的な展望みたいなことを、どのようにお考えなのかということをお聞かせいただきたいと思います。

以上です。

○永井座長 それでは、最初に、釜菴構成員。

○釜菴構成員 御質問ありがとうございます。

公表していないというお話がありましたけれども、この研修の取組については、都道府県医師会ごとに行っていて、都道府県の医師会において、修了証書を出すのか、あるいは日本医師会と一緒に出すのかどうかというところは、都道府県の意向を非常に重視してき

たという経緯があるので、公表していないという認識は、あまりなかったのですけれども、修了証書については、それぞれの医療機関の待合室などに掲示ができるようにとはしておりました。

今後、これの閲覧性を高めて、この研修が修了した人をすぐに確認することができるような仕組みができるかどうかということについては、会内の合意をきちんと得て、そういう方向を目指すかどうかを考えたいというのが、現時点でのお答えでございます。

以上です。

○山口構成員 ありがとうございます。

公開されているところもあるということは、私もお聞きしておりますけれども、院内に貼っているだけだと、外からではなかなか分からないので、やはりこういう一定の研修を受けていることの候補者というのは公表しないと、患者が選べないかなと思っています。

○釜菴構成員 御指摘よく分かります。その方向で、会内で合意を得るように、今後、しっかり取り組んで、合意が得られてやっていくことになると思います。

○永井座長 続いて、織田構成員、いかがでしょう。

○織田構成員 ありがとうございます。

このノンテクニカルスキルに関しましては、超高齢社会になって、先ほど言いましたように85歳以上が増えてまいりますと、当然医療行為だけではなくて、入退院支援など多職種協働でやっていかなくてはいけなくなります。

そういう中で、いかにリーダーシップを発揮するかは、非常に重要になると思います。

若いうちから、研修の一環として身につけていくということは、非常に重要だろうと思いますし、また、ある程度の年齢になられて、それなりの経験、いろいろな組織を預かって経験してこられた先生方も、ノンテクニカルスキルを学ぶことによって、考え方が変わる先生もおります。ですから、年齢がどこであっても、これは必要なだろうと思います。

ただ、これからは総合医を積極的に育成していかなくてはなりませんので、早い時期から、こういうトレーニングを受けるというのは、非常に重要なことだろうと思います。

以上です。

○永井座長 大橋構成員。

○大橋構成員 御質問ありがとうございます。

まさに今、織田構成員がお話しされましたが、ノンテクニカルスキルを、このプログラムに入れるというのは、我々の学会でも議論がありまして、最初は不安もございました。しかし、参加者の声を聞いてみると、かなり高齢の先生も、これが一番勉強になったというアンケート結果でございました。

その理由は何かということ、何気なく今までやっていたことをしっかり言語化することができたというところなのです。ですので、今まで何気なく後ろを見て、先輩を見て、マネジメントスキル、リーダーシップを学んできたのだけれども、これを改めて理論的にやってみると、こうなっているのか、このようなしっかりしたのを若い人にも伝えていけばい

いのだというところが出てきたというところは、すごく大きいのかなと感じています。

医学教育への組み込みというところですけども、こちらも私たちも重要性を認識しております、もう少し幅広で考えると、地域包括ケアそのものについて、どうやって医学教育で教えていくのかという議論の中で、ただ単に、教育だけを説明するのではなくて、まずはノンテクニカルスキルのような、どのように多職種の方々とコミュニケーションを取って、かつマネジメントをしていくかという能力が必要だと考えておりました、文科省との話し合いの中では、何度かそれについては申し上げているところでございます。

以上です。

○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 御質問ありがとうございます。

まず、高知県内のヘルスケアモビリティについては、現在、1台が県の西部で動いております。やはり、他の医療機関の方々は、実際どんな感じなのかというのをやってみないといけませんので、そういう勉強会とかをして、現在考えておられるところが3病院ぐらいでございます。それを実施するのに、やはり大きいのは、地元の市町村とどれだけ綿密に話ができているかが重要になります。病院の近辺の人にやっても意味ありませんし、だから周辺の状態を把握して、必要なところを選んでくるというところでもありますので、その点が1点であります。

もう一点は、withナースになるのか、withクラークになるのか分かりませんが、そこの費用負担というか、コストが結構課題になります。中山間地域では、看護師の確保が難しいですので、そこへの手当を何かしてほしいということが、県にも要望があるのですが、なかなか県としては対応しづらいところで、普及に当たっては、そういう点が課題になるのかなと思います。

利用者の方は、今まで対面で見ていただいたドクターに、画面越しでもきちんと看護師が隣について説明してくれるのであれば、非常に楽になった、行く手間もかからないし、交通費もかからないということで、評価は高いと聞いております。

○永井座長 よろしいでしょうか。

○山口構成員 ありがとうございます。

私は、長野県の例を伺ったのですけれども、車で行くと、庭であっても家の中から車まで出てくるだけで、患者さんの張りが違くと、例えば、服装などでも、家の中で迎えるよりは、少し気持ちの張りにつながって楽しみにされている方がいらっしゃるという、患者にとってもプラスなのだということをお聞きしていますので、広まるといいなと思っております。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかに、今村構成員。

○今村構成員 今回、非常にためになるお話を聞かせていただき、ありがとうございます。

た。釜菴構成員と河本構成員に御質問したいと思うのですが、先ほど山口構成員がおっしゃったように、今、かかりつけ医の先生は365日24時間されているという、スーパーマン的な方が多いわけですが、釜菴構成員のお話の中に、現状を潰すような制度になってはいけないというお話があったと思うのですが、でも、その現状は、365日24時間、スーパーマンがやっていたという事だと思っております。

その中で、今回の議論の中では、かかりつけ医機能を、かなり高度なものを求めていくことになる、そのスーパーマンにさらに上乘せをしてしまって、今までの制度そのものが崩れてしまうようなことになってはいけないかと思うのですが、そもそも1人で、それだけ患者さんを診ているということそのものを、医師会として今後どうしていきたいと考えているのかということ、実際、自分の家が開業医の家でございまして、うちの父は、少なくとも今の労基法でいうと、明らかに労働基準法違反で、父は、自分は聖職者だから、当然だと言っていたのですけれども、今、医師は労働者だということですので、960時間という残業上限で考えると、既にそこで無理があるのではないかと思えるわけでありまして。

もう一つ、河本構成員のほうで、レセプト分析も私は関わらせていただいて、基本機能として、高度なかかりつけ医機能を持っていただこうとすればするほど、人数が要ということが分かってきて、人数が多いほど、総じて機能は多いということなのです。

それと複数人数になってくると、今、議論になっている病院との連携とかは、在宅死というところが重要だという話になるのですけれども、でも現実、集計していくと、1人でも全機能を持っておられる方は、やはりたくさんおられて、いわゆるスーパーマンと言われる方が、地域を現状として支えているという問題があるのです。

ですから、その方々をどう支えるかということとの天秤ではないかと思うのですけれども、それについて、今、その要件を見える化して考えていこうという中で、どうお考えいただいているか、教えていただければと思います。

以上、2点、お願いします。

○永井座長 どうぞ。

○釜菴構成員 ありがとうございます。

白紙に戻さないといけないのではないという私の申し上げた意味は、理想的な像を求めるのは、もちろん必要なだけけれども、現状で、既にその地域、これは地域によって様々ですが、その地域によって既に行われている機能が、今後さらに拡充していくという形の取組が良いのであって、今あるものが全部なくなって、新たに構築するという事ではかなり無駄が多いのではないかという意味で、スライドで申しますと、私の出した資料の29ページ辺りがそういう趣旨を述べたつもりでございました。

それで、今村先生が御指摘のように、現状でかかりつけ医を担っている、かかりつけ医機能を果たしている医師の中に、かなり過重な負担がかかっている人がいるということも確かなことでもあります。

ただ今後、持続可能性があるかどうかと考えると、そこはなかなか難しいところもあっ

て、今後、いかに持続させていくかということを見ると、1人の人に負担がかかり過ぎないようにするいろいろな工夫が必要で、それは自分のできるところ、できないところもあるわけで、そこを地域で、みんなで補い合っていくという連携、あるいはお互いのことがよく分かって、やっている人と自分の役割とうまく合わせて、地域に必要な機能を見いだしていくという形が、今後必要なのではないかと感じている次第です。

ですから、365日24時間を全部に強要しても、これは難しい、とても受け入れられないということになるので、現状で実現可能な形でどうすればよいかという発想の中で、持続可能性を考えながらやっていったらいいというのが、私どもからの提案でございます。いかがでしょうか。

○今村構成員 ありがとうございます。

今、負荷のかかっている先生に、より負荷を求めることになるのは避けたいと思いますし、その方々の苦勞が違う形で維持できるように、ぜひ考えていただければと思います。

○永井座長 河本構成員。

○河本構成員 御質問ありがとうございます。

本当にそういったスーパーマンの先生には、頭が下がる、もうそれだけでございますけれども、先ほどから出ておりますように、やはり24時間365日スーパーマン的な対応というのも限界があるというのは、絶対そういうことだと思います。

本日御提案というか、御発表の中でも出ておりましたけれども、かかりつけ医機能支援病院とか、あるいはかかりつけ医機能支援診療所、こういったところをもっともっと強化していただくことでいいですか、そういった形との連携の中で、そういったスーパーマン的に頑張っておられる先生方の負荷をできるだけ軽くするような、そういう方向性で考えるのかなと、個人的には思っております。

以上でございます。

○今村構成員 ありがとうございます。

ぜひスーパーマンは、当然と考えずに、それを分散するような方向に議論が行けばと思います。ありがとうございます。

○永井座長 そのほか、いかがでしょうか。

城守構成員。

○城守構成員 ありがとうございます。

まず、家保構成員にお聞きしたいことがございます。ヘルスケアモビリティ、特に中山間地、僻地のところでは、これからニーズが非常に増えてくるであろうと言われている取組で、非常に我々も注目をしています。基本的にいわゆるMaaSというもので、車の中にはドクターが乗ってなくて、ほぼ看護師が乗っておられるのが基本だろうと思います。実際、それをオンラインでやって有効の部分もございますけれども、やはり巡回診療的に先生が実際に診ないと駄目なパターンも多いです。高知としては、今後ヘルスケアモビリティを推進していかれるのだらうとは思いますが、やはり巡回診療というものは、な

くてはならないのかどうかということをお聞きしたいのが1点。

もう一人は、大橋先生にです。大橋先生がおっしゃっておられるように、かかりつけ医機能を持っている医療機関をさらにバックアップする医療機関というものの存在は、非常に重要であろうと思います。これは面で支える役割の一部としても重要であろうと思いませんし、先生がおっしゃっておられるかかりつけ医機能支援診療所ですけれども、これは、現在のいわゆる在宅療養支援診療所、在支診と機能的には非常によく似ていると思うのですけれども、その位置づけは、先生はどのように考えておられるのか、そのことをお聞きしたいと思います。

まず、家保先生。

○家保構成員 御質問ありがとうございます。

県としましては、あくまでもふだん対面でやっておられる先生が診察するというのを基本にしていますので、無医地区の巡回とか、そういうところが続けていただけるのであれば、県の補助制度は残すつもりであります。

ただ、無医地区の巡回とか、そういう巡回診療プラスそれ以外にこの車を使うことによって、わざわざ通院せずに受診の機会が確保できるということは、1つ大きなポイントではないかなと思っています。

それから、高知県の場合は、その車だけではなく、公民館とか、あったかふれあいセンターと言っているいろいろな方が集う場がございますので、そういうところに看護師が行くとか、きちんと協定を結んで、そこで診療をするということで、あくまでも通院の負担と医師の負担をできるだけ減らすということが趣旨で進めておりますので、一定限界はあると思っています。全てこれで置き換わるなどとは全然思っておりません。

○大橋構成員 城守先生、どうもありがとうございます。とても重要な御指摘かと思いません。

私も医師会で、在宅医療の話をするとき必ず出てくるのは、在宅医療ができないのは、イコール24時間対応なのだと思われている先生方が、まだ多いということなのです。

つまり、在宅医療をやるイコール在支診に、あなたはなりなさいというような御認識の先生がまだまだ多いところだと思っています。

実は、先ほども申し上げました、一次在宅医療というのは、昼休みに、週3回3人ぐらい、今まで診ていた患者さんが、腰が痛くなって来られなくなったから診に行くみたいなものを含めて、まずはやってみてはいかがでしょうという御提案を、いつもしているのですが、そうすることによって、例えば週3回、お昼休みに3人ずつ、月水金と行かれたら、大体18人程度の患者さんを診ることができるかと思うのですけれども、それだけでも随分違うのではないかなと。

ただ、一方でそういう患者さんが、夜にも対応が必要になってくるということであれば、在支診または強化型の在支診である、今日お話した、かかりつけ支援診療所のようなところにバトンタッチを、地域の顔の見える関係の中にバトンタッチをしていただけることで、

そこまでは、地域の今までのかかりつけの先生に診てもらうという流れの構築が、今後、重要なのではないかと感じております。

以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

○城守構成員 ということになると、従来の外来の先生と在支診の間みたいな位置づけとということですかね。

しかし先生の資料には、24時間対応とかも書いておられますけれども。

○大橋構成員 少し説明が悪くて申し訳ないのですが、私が申し上げた、かかりつけ医支援診療所は、もう少し機能強化型の在支診までも踏まえた、看取りまでも踏まえた機能を有しているかなと想定しております。

ですので、もともとの外来で診ていただいたかかりつけの先生が、どこまで御覧になれるかというのは、グラデーションがあるかと思うのですが、その先生が、ちょっとうちでは対応困難だというときに、地域の中で速やかにバトンタッチができるような機能を有するということになるかと感じております。これは、在宅のみならず、発熱外来や退院支援などでも応用できると考えております。

○城守構成員 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。

尾形座長代理 ありがとうございます。

6名の方の御発表は、いずれも大変興味深く、勉強になる内容でした。本当にありがとうございました。

私からは、織田構成員と河本構成員に御質問したいのですが、まず、織田構成員のスライドの4ページに、かかりつけ医機能支援病院の役割と連携という概念図が示されていて、これは大変興味深い図ではないかと思いました。

中小病院というと、常に一括して扱われますけれども、実は、我が国の病院8,000あるうち7割以上が200床未満の中小病院ということですから、このように機能、役割を分けていくというのは1つの考えであると思いました。

その上で、3点ほど確認というか質問なのですが、この図でいうと、小病院は、かかりつけ医、それから、かかりつけ医機能支援病院の両方に関わっているようになっておりますが、中病院については、かかりつけ医機能支援病院に専らなる、そういう位置づけと理解してよろしいのかというのが1点目です。

それから、この図で言うと、総合診療医が、かかりつけ医機能支援病院に配置されているという図になっていますが、そういう理解でよろしいのかというのが2点目です。

3点目は、前回の診療報酬改定で導入された紹介受診重点医療機関というのがありますが、それは、この図でいうと、例えば一番右の高度急性期の医療機関というところは、多分それに当たるのでしょうか、かかりつけ医機能支援病院というのも、紹介受診重点医療機関に当たると考えていいのか、その3点を確認させていただければと思います。

それから、河本構成員の資料で、8ページに、先ほども少し出てきた機能強化加算についての分析、これも大変興味深い分析だと思いますが、先ほどの御説明ですと、機能強化加算を取っているところは、一定の機能を果たしているのではないかという評価をされているということだったのですが、一方で、こういう診療報酬による対応というのは、いろいろ限界があるのではないのでしょうか。例えば、今のような一律患者負担定率制のもとでは、このように診療報酬上の評価をすると、患者負担が増えるということから、受診行動への影響という意味では、むしろ逆効果ということもあり得るわけですが、その辺、診療報酬をどう活用していくかということについて、保険者としてのお考えがあれば、伺いたいと思います。その2つであります。

○永井座長 ありがとうございます。

最初に、織田構成員、いかがでしょうか。

○織田構成員 御質問ありがとうございました。

先生おっしゃいますように、50床未満の小病院も多くありますし、また逆に、200床未満だけれども150床以上の病院もあります。中小病院と一括していいですけども、やはり、それぞれの機能は違う部分があります。

小病院は、地域のかかりつけ医として、自分の病院のかかりつけ患者に対応することに限られる部分がありますけれども、中病院100床、150床になってきますと、やはり、入院支援機能や在宅支援機能を持つところも多く、ほかの地域包括ケアの部分のカバーもできるようになっていくのだろうと考えております。

ここでいうかかりつけ医機能支援病院は、ほかのかかりつけ医の先生方をバックアップしていけるように機能を上げていくよう努めるべきと考えています。

また、質問の2つ目で、総合医ですけれども、現在、総合診療医は、まだまだ不足しております。ただ、総合的な目で診療していこうというドクターは多くおりますので、キャリアチェンジをしながら、総合診療という実践の場でやっていきながら、現在、総合医育成事業にも加わっていただけるように促したいと考えています。

総合医の育成は、やはり地域に密着した病院では必要ですし、ましてや85歳以上となりますと、専門領域だけではすみません、かなり幅広い診療が必要になってきますので、総合医育成を急いでいるということが現状です。

また、3つ目の紹介受診重点医療機関ですけれども、地域のかかりつけの先生から紹介をいただく、また、バックアップするという意味では、非常に似た部分があります。

ただ、紹介受診重点医療機関に関しては、条件として重点外来の初診と再診の割合が条件となっていますので、それをクリアーしているかそうでないかの違いですのである意味では紹介受診重点医療機関と、このかかりつけ医機能支援病院、重複する部分も当然出てくるのだろうと思います。全く違うものではないと思います。

ただ、今後、高機能の病院は、地域の医療ニーズからすると集約化されてもいいのではないかと思います。逆に、地域に密着した病院こそが、これから重要になってくると考え

ています。

と言いますのは、御高齢の方を遠くの病院、市街地の病院まで出すよりは、地域に身近なところにあることが重要です。

そういう意味では、医師会等を通じて、地域でお互いに話し合いの機会を増やし、かかりつけ医機能に関してやれること、やれないことを含めて、お互いオープンにして話し合うことによって、地域医療の機能は上がっていくのだろうと考えています。

以上ですけれども、よろしいでしょうか。

○永井座長 よろしいでしょうか。

ありがとうございました。

そのほか、御質問はいかがでしょうか。

河本構成員。

○河本構成員 先ほどの尾形先生の御質問ですけれども、大変難しいというか、なかなか答えるのが難しい御質問ではございましたけれども、やはり診療報酬を活用する部分と、それだけではなくて、やはりそうではない部分の組み合わせみたいな形になるのかなと思っております。

もちろん、そういう高い機能を果たしていただいている医療機関に、そういった報酬を支払うということは、ベースだと思いますけれども、そうではない部分ということで言うと、例えばですけれども、パフォーマンスの高い、これは、実績としてパフォーマンスの高い医療機関について、例えば、保険者は、加入者にお勧めをすとか、いろいろと得られた情報をベースに、情報提供の中でお勧めをすとか、そういったようなことも考えられるのかなと思ったりはしております。

すみません、ちょっとお答えになっていないかもしれませんが、以上でございます。

○永井座長 それでは、ウェブから阿部構成員、お願いいたします。

○阿部構成員 阿部と申します。障害団体のほうに所属しています。

今日お聞きして、かかりつけ医機能は、様々なシステムから構成されて、本当に、言ってみますと、取り残されることなく、いろいろな意味で相談できるシステムであろうということが理解できました。

ところで、質問といたしますのは、今、災害時の対応ということで、私は災害関係の委員会にも出させていただいたことがあるのですが、個別避難計画作成に関して、本当に実際的に避難が難しく、また避難生活が難しい方の計画をつくっていくということなのですが、医療や福祉との連携がまだ十分ではないので、本当に必要な方が取り残されているのではないかと、その委員会の中で話題になりました。

でも、今日お聞きしましたように、在宅医療、かかりつけ医機能の連携ネットワークの中で、先ほどの個別避難計画は、本人からの手挙げ方式になっているもので、必要な方というのが、そこで手を挙げるなり、周りの方からいろいろ言うていただくことによって、それぞれの地域でつくられていくものだと思います。

そのような点から、織田構成員、大橋構成員にお聞きしたいのですけれども、よくそのときに話題になったのは、病院に入院している人の状況、退院後のことまで、なかなか分からなくて、個別避難計画に結びつかないことということなどもありました。実際に、もう既に取り組みされているのかもしれませんが、まだまだ市町村の格差が大きいということをお聞きしているところでもありますので、この災害時の対応、本当に今回も能登半島地震でもお聞きしているのは、災害関連死の問題もあろうということと、避難生活の大変さということもありますので、個別避難計画をつくって、しっかりと支える体制ができていることが重要だと思っただけの質問ですけれども、織田構成員、大橋構成員に、これまで防災関係と取り組まれているような例はありますか。もう取り組まれているのかもしれませんが、多くの地域で格差なく、本当に必要な方ということですか。必要な人の個別避難計画の策定に関して、医療関係との防災部局との連携について、何かありましたら、お二人にお話を伺いたいと思って、今、挙手させていただきました。よろしくお願ひいたします。

○永井座長 では、織田構成員、お願ひいたします。

○織田構成員 ありがとうございます。

本当に、個別避難計画は、行政とともに、我々は、今後取り組んでいかななくてはならないことだろうと思ひますし、ましてや、地域の支援機能も病院は持っておりますので、そういう意味では、在宅医療BCPとしても検討していかななくてはならないことだろうと思ひます。

ただ、全国的にしっかりした計画ができているかというのは、まだ、僕らも調査をしていないので分かりませんが、今後、そういう個別避難がしっかりできるようなことも含めて、検討させていただきたいと思ひます。

御質問ありがとうございました。

○永井座長 大橋構成員。

○大橋構成員 ありがとうございます。

私も実は、学会の災害担当の副理事長も兼務しておりますが、やはり災害の亜急性期以降になりますと、長引く避難生活で、障害者の方も含めた、要配慮者へのケアというのは、かなりクローズアップされていきます。

その中で、今、二次避難計画というのがありますけれども、その中の優先順位をどのようにするか、特に要介護の方や、障害のある方が、医療以外の面も含めて、どういう優先順位をつけるかという視点というのは、かなりプライマリ・ケアの知識や経験も必要なのではと感じております。

たまたま、今、輪島市に我々の会員が1人おまして、彼は診療所が被災してしまって、今、大変な状況なのですけれども、同時に輪島市内で数少ない在宅医療を担っているクリニックの1人なので、今、輪島市の保健医療福祉調整本部に入って陣頭指揮をしていると聞いております。我々の学会も、今、会員を送って支援を始めているといったところでご

ざいます。

そういう中で、やはり地域包括ケアの力というのが、ニアリーイコール災害時の底力にもつながるといことは、強く感じているところです。

個別避難計画につきましては、自治体ごとで、私のいる川崎市もそうなのですが、個別避難計画の会議の中に、実は医師が含まれていないという自治体が、かなり多いと伺っています。やはりその視点から見ていかななくてはいけないというのを、個人的には考えております。

御質問ありがとうございます。

○永井座長 土居構成員。

○土居構成員 6名の構成員の皆様、御発表ありがとうございました。大変勉強になりました。

私は1点だけ、河本構成員に質問をさせていただきたいと思います。河本構成員の9ページの資料にありますように、現役世代にとっても、かかりつけ医機能というのは大事だと、私も全くそのとおりでと思います。

ただ、今までのこの分科会での議論は、比較的高齢者に焦点が当たっていて、特にかかりつけ医機能が地域包括ケアシステムとうまく連携することで、より機能をうまく発揮できるのではないかという話は、これはこれとして極めて重要ですし、それはそれとして、今後、制度構築をしていくべきだと思います。

その上で、ただ、75歳以上と言うべきなのか、場合によっては65歳以上の第1号の介護保険の被保険者は、確かに地域包括ケアシステムの中に組み込まれて、大いに地域で自分の生活を維持することにつながると、そこにかかりつけ医機能もうまく発揮していくことが、今後期待されることではあるのですけれども、74歳以下というか、現役世代というか、この方々に対するかかりつけ医機能というのが、何か別立てで2つ違う仕組みであるということになると、相当医療制度にも医療提供体制にも負担をかけてしまうことになるので、どちらかという、高齢者向けのかかりつけ医機能に、それを基盤にしながらも、現役世代もかかりつけ医機能を活用することができるというような、1つの仕組みで現役世代も恩恵を受けられるという、そういうものを考えていくというのでもいいのではないかなと、私などは思ったりいたします。

その観点から申しますと、現役世代は、通常は介護は必要ないし、在宅医療の必要性も低いということだけでも、高齢者は、その2つを極めて重視するわけだから、かかりつけ医機能として、在宅医療や介護との連携という機能を持っていることが、現役世代がかかりつけ医機能の恩恵に浴するということところで、邪魔をすることは決してないと、在宅医療や介護の連携というのが、かかりつけ医機能の中に入っていることによって、現役世代が何かそれによって自分たちのかかりつけ医機能が阻害されるということは、まずないだろうと。

ただ、現役世代ならではの何かかかりつけ医機能として、こういう機能があると、高齢

者には必要ないかもしれないけれども、現役世代ならではのニーズとして、かかりつけ医機能に期待したいというものが何かあるのかどうなのか、その辺り健保連なり、河本構成員がお考えになっておられることを、少しお聞かせいただくとありがたいなと思います。

私からは以上です。

○永井座長 河本構成員。

○河本構成員 ありがとうございます。

先ほどの御説明のアンケート調査の中で、6 ページ目のところで、かかりつけ医を持っておられない方々で、時間外や休日にも連絡が取れるというニーズがかなり高かったことを御紹介いたしましたけれども、まず、かかりつけ医機能が見える化される、そういった時間外対応も含めて、見える化されるというのは、現役世代も含めて、医療機関を選択する上で、極めて効果的というか、資する話だと思います。

その意味では、ある種、延長線上というか、まさにそれを使って現役世代のためにもなると考えておりますし、また、先ほども少しコメントいたしましたけれども、現役世代の中でも定期的に受診をしているような方、そういった方には、ウイングを徐々に伸ばしていただくというか、そういったことは必要になってくるのかなとは思いますが、いずれにしても、見える化ということにおいては、高齢者も現役世代も、あまり関係ないのかなと、個人的には思っております。

以上です。

○永井座長 ウェブから吉川構成員、手を挙げていらっしゃいますか。

○吉川構成員 はい、ありがとうございます。

○永井座長 お願いいたします。

○吉川構成員 2点ほどお伺いしたいと思います。

御発表ありがとうございました。実践の具体例も含めて非常に参考になりました。

まず、1つ目は、大橋構成員にお伺いしたいのですけれども、22枚目の地域全体のケア力を高める視点が重要であるということ、これは本当に非常に重要だと思いますし、事例の中で、やはり顔の見える関係性を築いているからこそ、患者にとって、地域の人にとって一番受けたい医療が受けられているのだということが非常によく分かりましたが、かかりつけ医機能支援診療所、仮称かもしれませんが、その支援診療所が今後ハブとなって、例えば地域全体のケアを、地域全体のケア力を高める取組をもっと横展開していくとしたら、どのような取組が今後必要か、また、どのような支援が必要か、何かお考えになっていることがありましたら、教えていただきたいと思います。

2点目は、家保構成員にお伺いしたいと思います。医療情報の中で、訪問看護のデータがなかなかないというお話がありました。

やはり、訪問看護ステーションの情報を関連づけて提供していく必要があるという提案に関しては、大変重要なことだと思うのですけれども、かかりつけ医と訪問看護との連携を強化していくための、かかりつけ医への支援として、何か必要なこと、どういったこと

が必要かとか、何かありましたら教えていただきたいと思います。

よろしく願いいたします。

○永井座長 では、大橋構成員。

○大橋構成員 ありがとうございます。

まず、22枚目のスライドの腹膜透析ですが、日本ではまだ約3%の患者さんにしか用いられていない。諸外国では二桁、数十%という国、40%近い国までであると伺っています。

しかし、それがそういう状況であるが故に、自宅で看取るしかないという方が出てきてしまうという現状認識は、これは、やはりふだん私たちが普通に診療している中では見えてこないことなのですね。

ですので、やはりそういう大きな問題があるのだ、地域で解決していかななくてはならない問題なのだとこのところを、いかに吸い上げるかというために、今回の場合は大学病院の先生からの御提案でしたけれども、そういう問題を地域の中で常に考えられるような、問題意識を共有できるような場というのが必要だと感じております。

これは、簡単に言えば、顔の見える関係ということなのですけど、もう少し濃い言い方をすると、医師会を通して問題を協議できるような場であったり、もしかすると、本来あるべき姿としては、現状ではベッド数の調整が主となっている地域医療構想調整会議が発展して、地域で起きている問題を、地域で共有して、では、どうやって解決していくかという検討をしたり、今後のかかりつけ医機能の協議の場において共有することによって、やはりいろいろな問題解決に進んでいくのではないかなということだと思います。その一例として、今回、腹膜透析を挙げさせていただいたということでございます。

以上です。

○永井座長 家保構成員。

○家保構成員 御質問ありがとうございます。

前回の参考人からのお話にもありましたように、かかりつけ医機能を十分生かすには、訪問看護ステーションや、ほかの関係者の連携が非常に必要だということは、皆さん方、異論はないかと思えます。

ただ、今回お話をしたのは、現行の医療情報システムの中では、非常に分かりづらいという点です。実際、訪問看護を受けるようになれば、医師の指示書が必要になりますので、それを円滑にするためには、やはり地区の医師会と看護協会なりが連携を取って、きちんと、先ほども出ています顔の見える関係を作った上で進めることが重要と考えます。情報提供の在り方としては、どのように国民に見せていくのかという部分を議論してやっていくしかないのかなと思っていますので、私自身がこういう方法がいいというのを、今出すほど能力も情報もございませんので、また、皆さん方で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。

まだ、御意見はおありかと思いますが、時間になりましたので、今日はここまでといた

します。

本日は、6名の構成員から御発表をいただきました。どうもありがとうございました。

引き続き、分科会として議論を深めてまいりたいと思います。

では、最後に、事務局から連絡事項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。

次回の本分科会の詳細につきましては、また追って、御連絡をさせていただきたいと思
います。

○永井座長 それでは、本日は、これで終了いたします。お忙しいところ、ありがとうございました。