

| | |
|------------------------------------|-----|
| 第4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 | 資料1 |
| 令和6年4月12日 | |

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行 に向けた論点について

目次

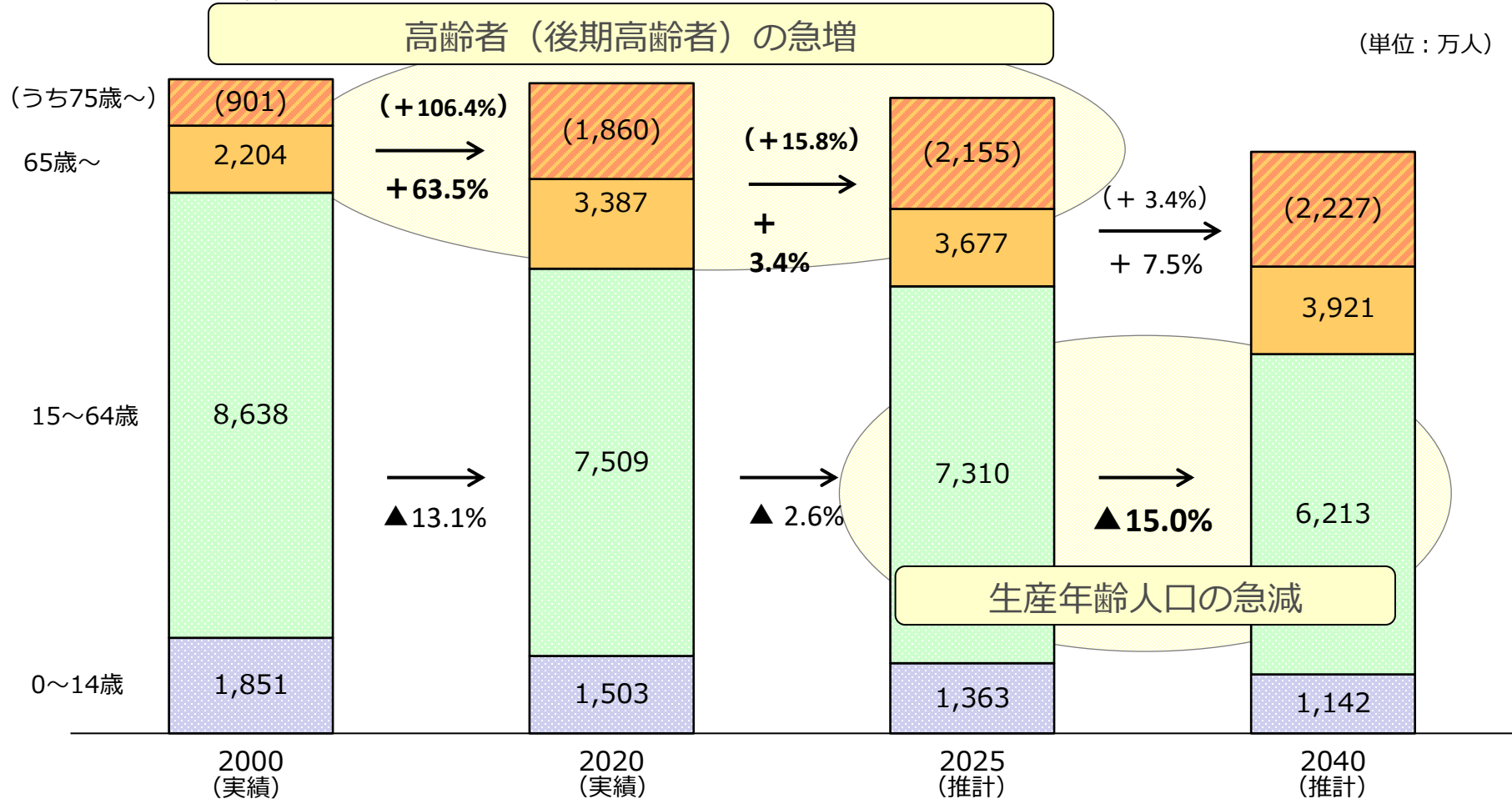
1. 医療提供体制をめぐる状況
(人口動態、医療需要の変化、マンパワー等) ……P. 3
2. これまでの分科会での議論 ……P.25
3. かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた論点 ……P.34

1. 医療提供体制をめぐる状況（人口動態、医療需要の変化、マンパワー等）

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

○ 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。

- ・大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
- ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
- ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

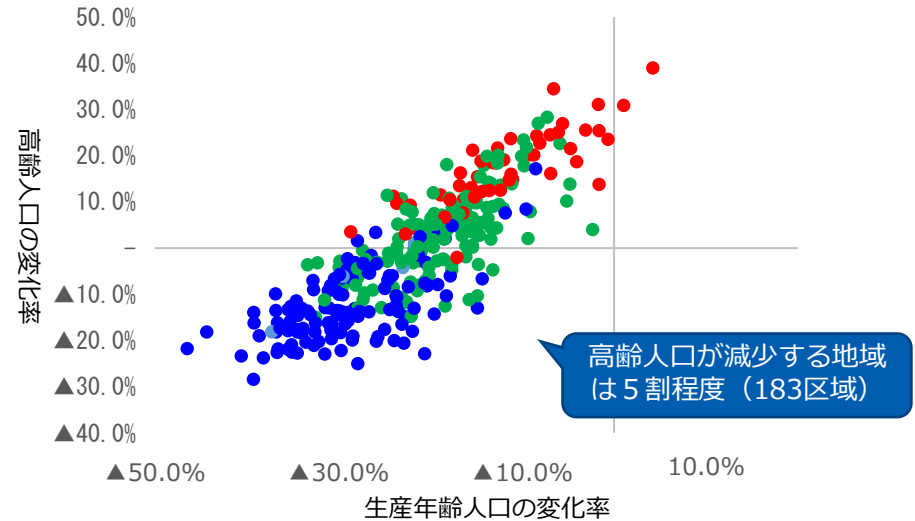
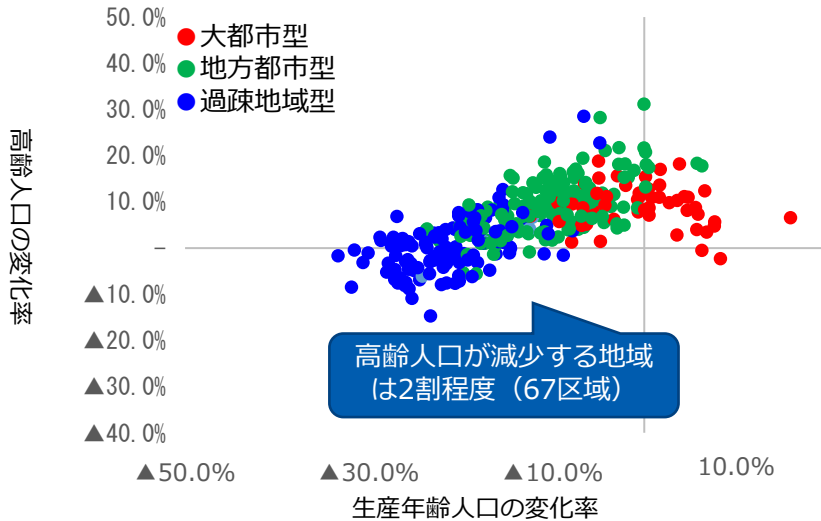
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外

＜2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況＞

| | 年齢区分別人口の変化率の平均値 | |
|---------|-----------------|------|
| | 生産年齢人口 | 高齢人口 |
| ● 大都市型 | -0.1% | 9.1% |
| ● 地方都市型 | -10.4% | 8.9% |
| ● 過疎地域型 | -20.9% | 0.6% |

＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

| | 年齢区分別人口の変化率の平均値 | |
|---------|-----------------|--------|
| | 生産年齢人口 | 高齢人口 |
| ● 大都市型 | -11.9% | 17.2% |
| ● 地方都市型 | -19.1% | 2.4% |
| ● 過疎地域型 | -28.4% | -12.2% |



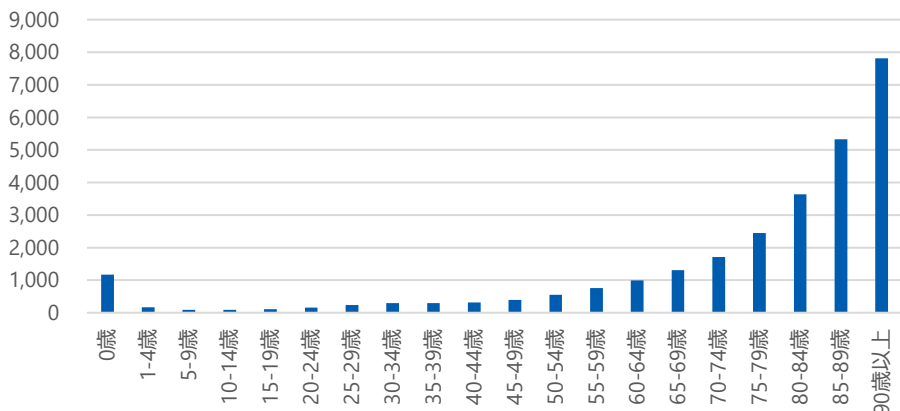
出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

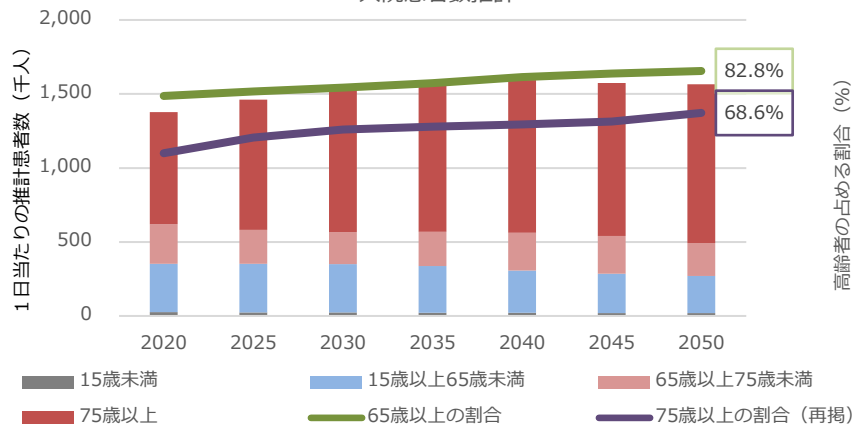
医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

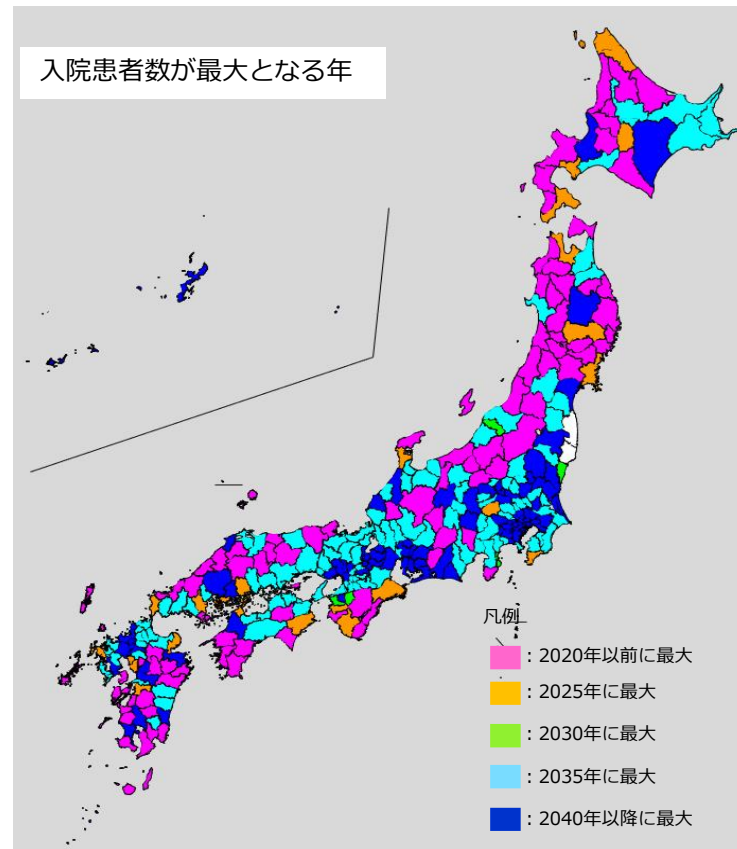
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

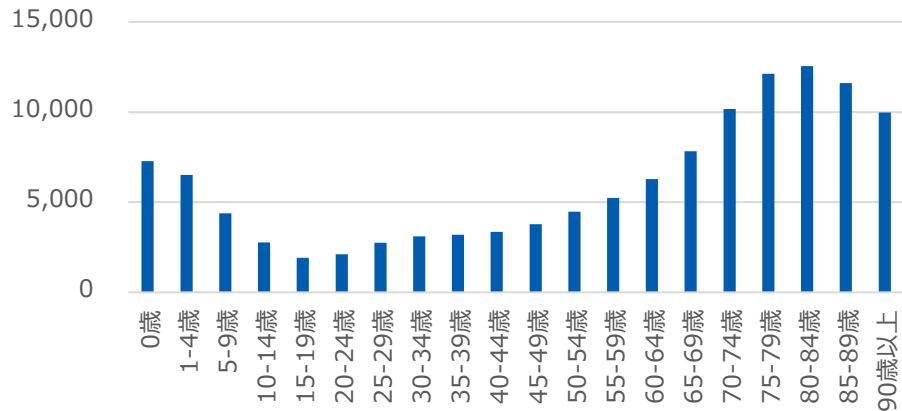
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の2次医療圏について集計。

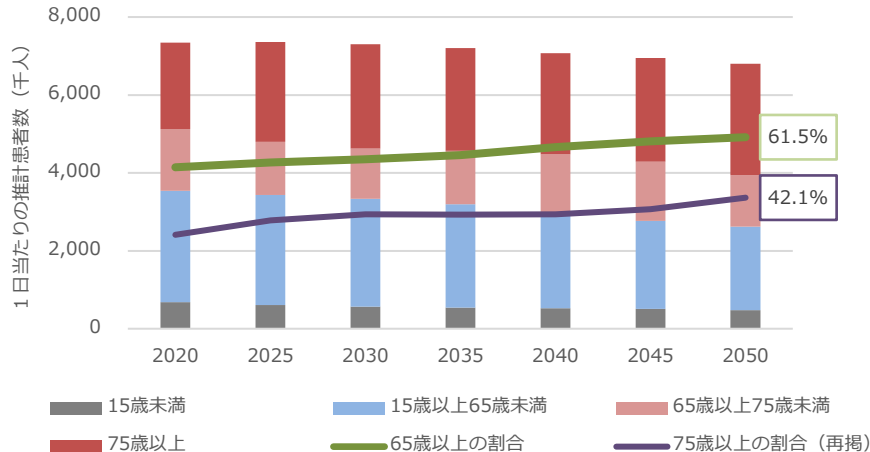
医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに218の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

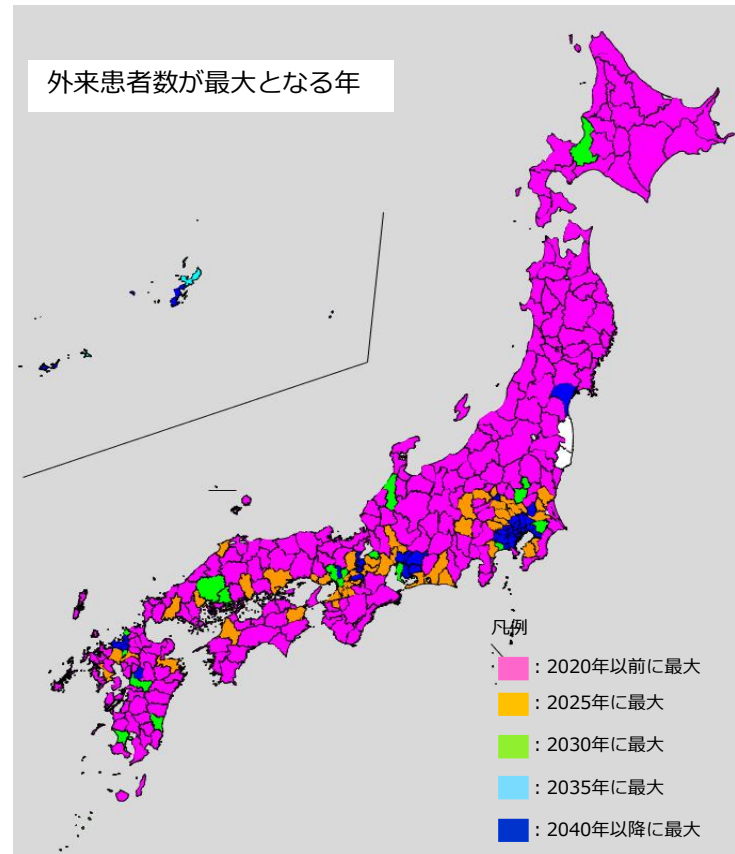
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



高齢者の占める割合（%）

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

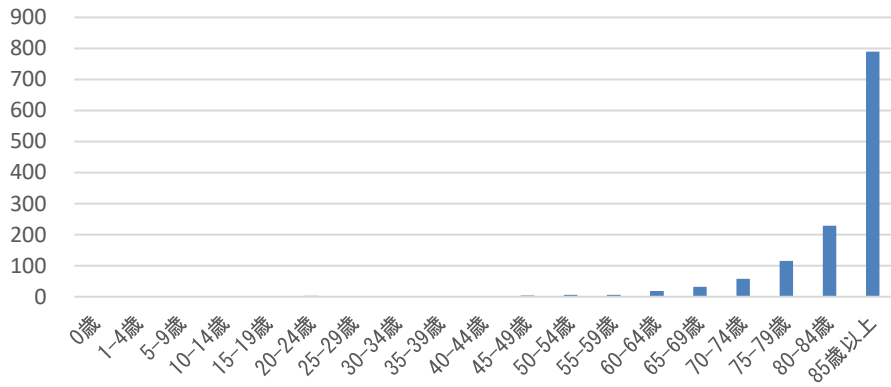
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

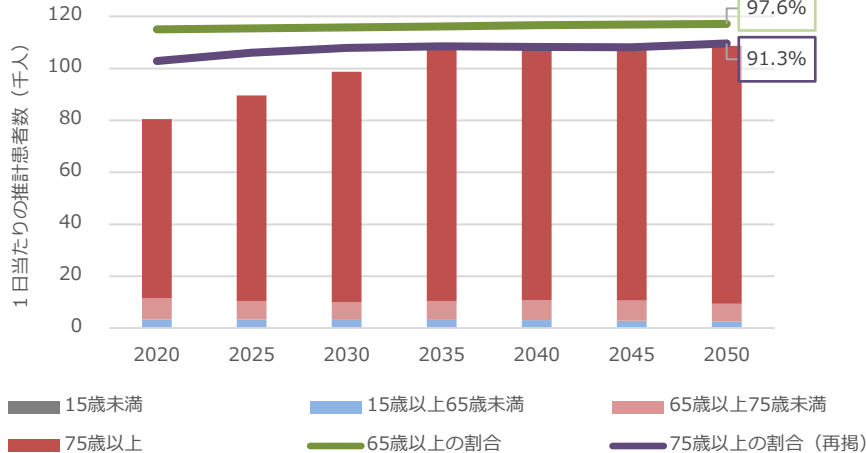
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

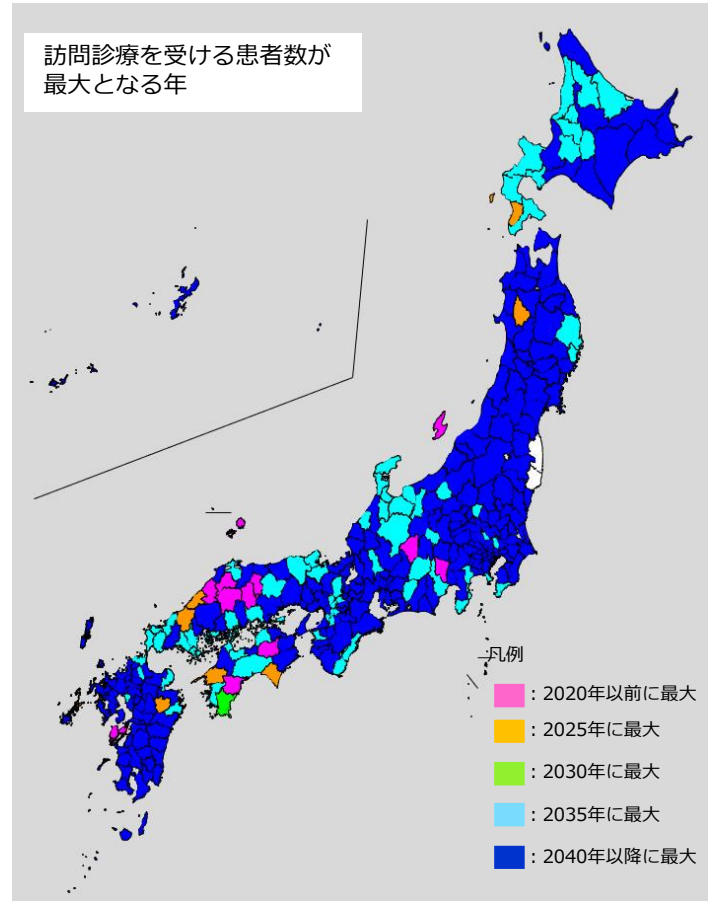
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

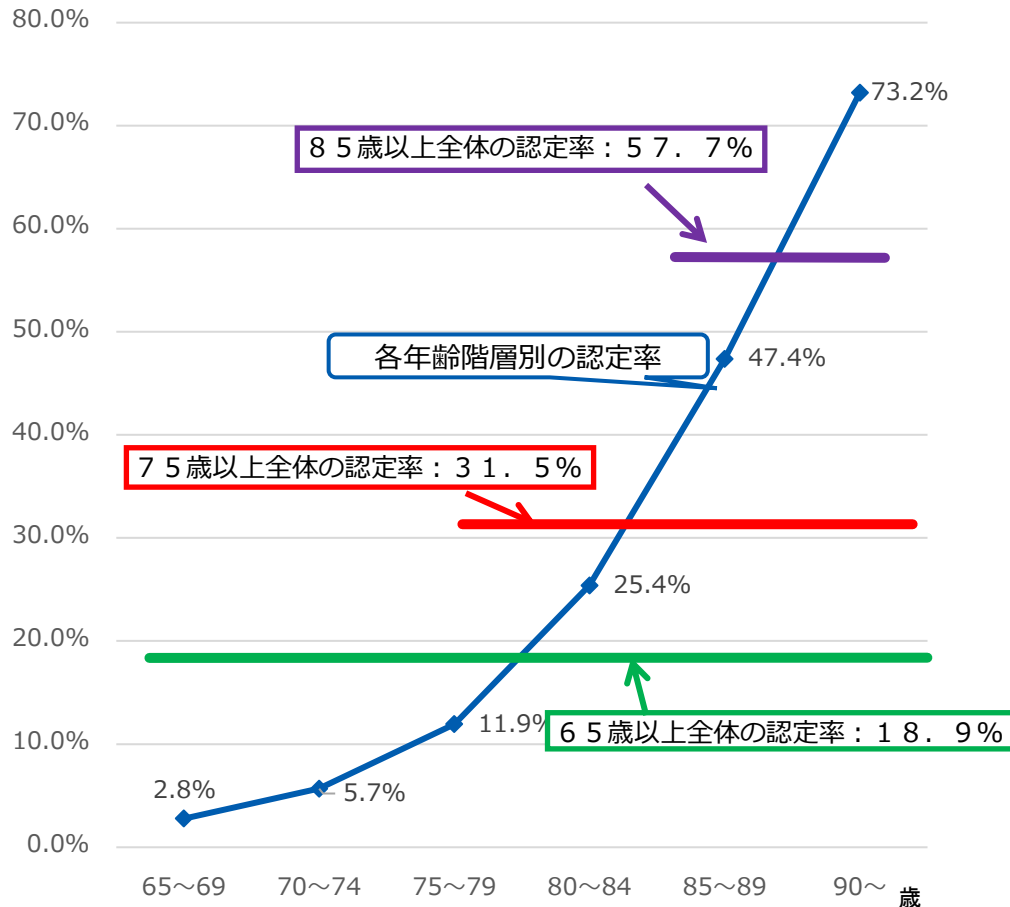
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

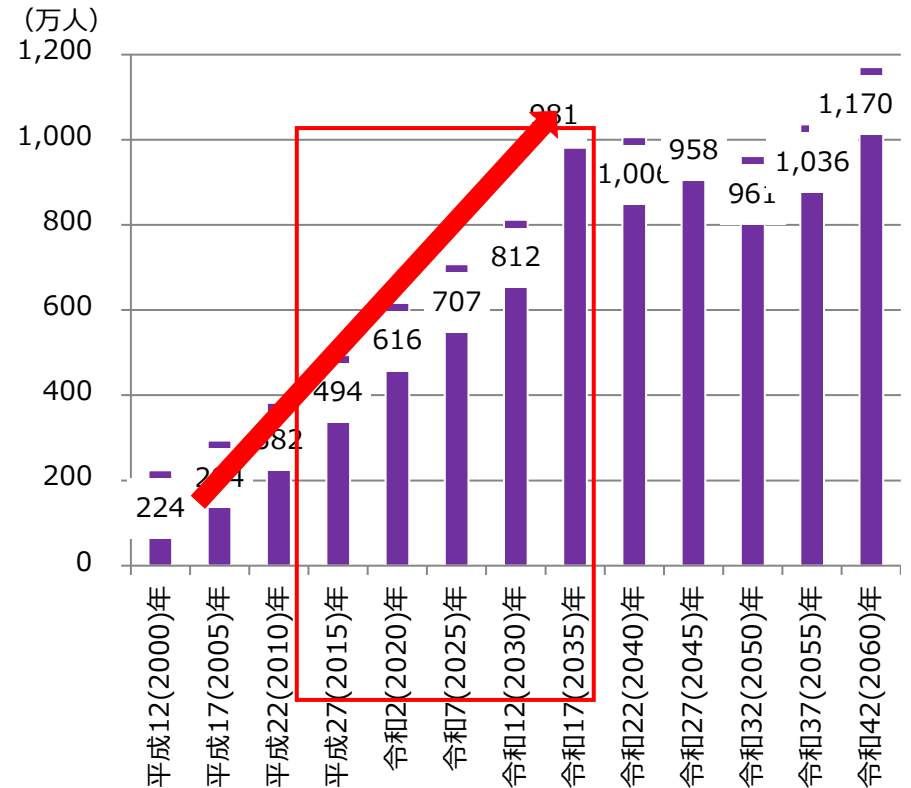
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



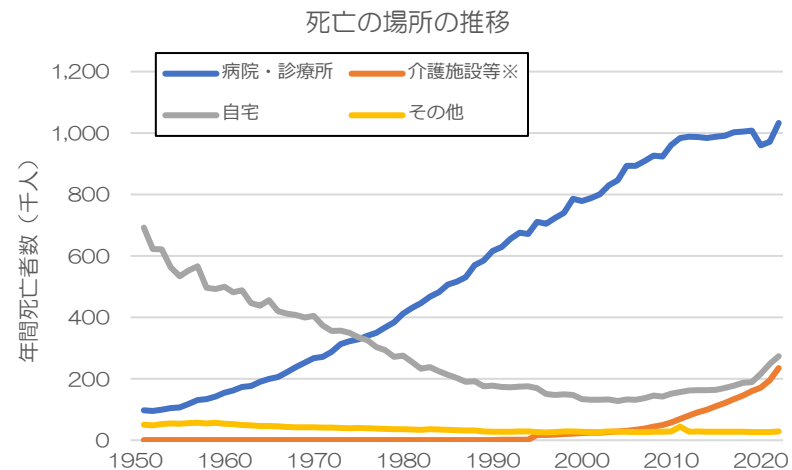
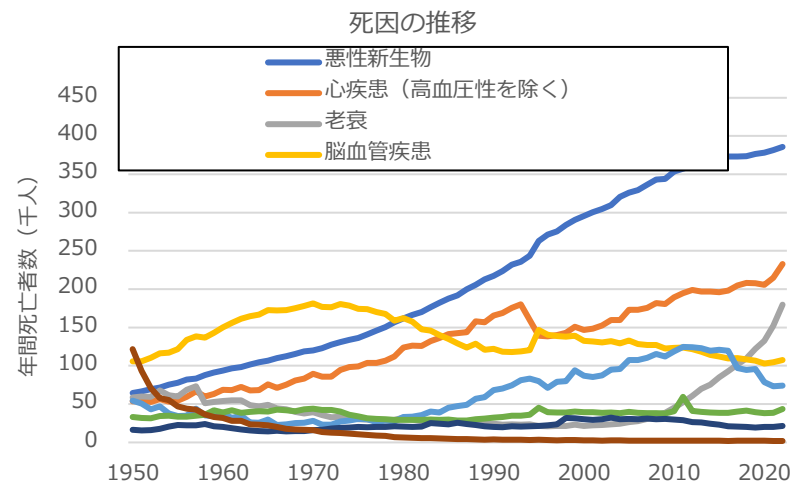
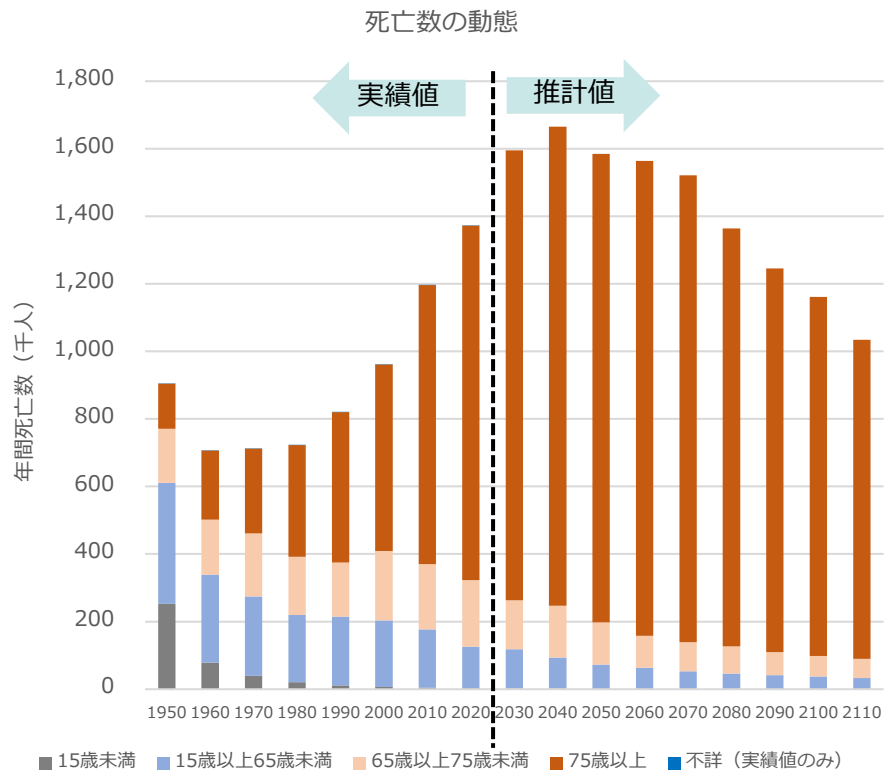
出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計

2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

医療需要の変化⑤ 死亡数が一層増加する

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）厚生労働省「人口動態統計」

※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム

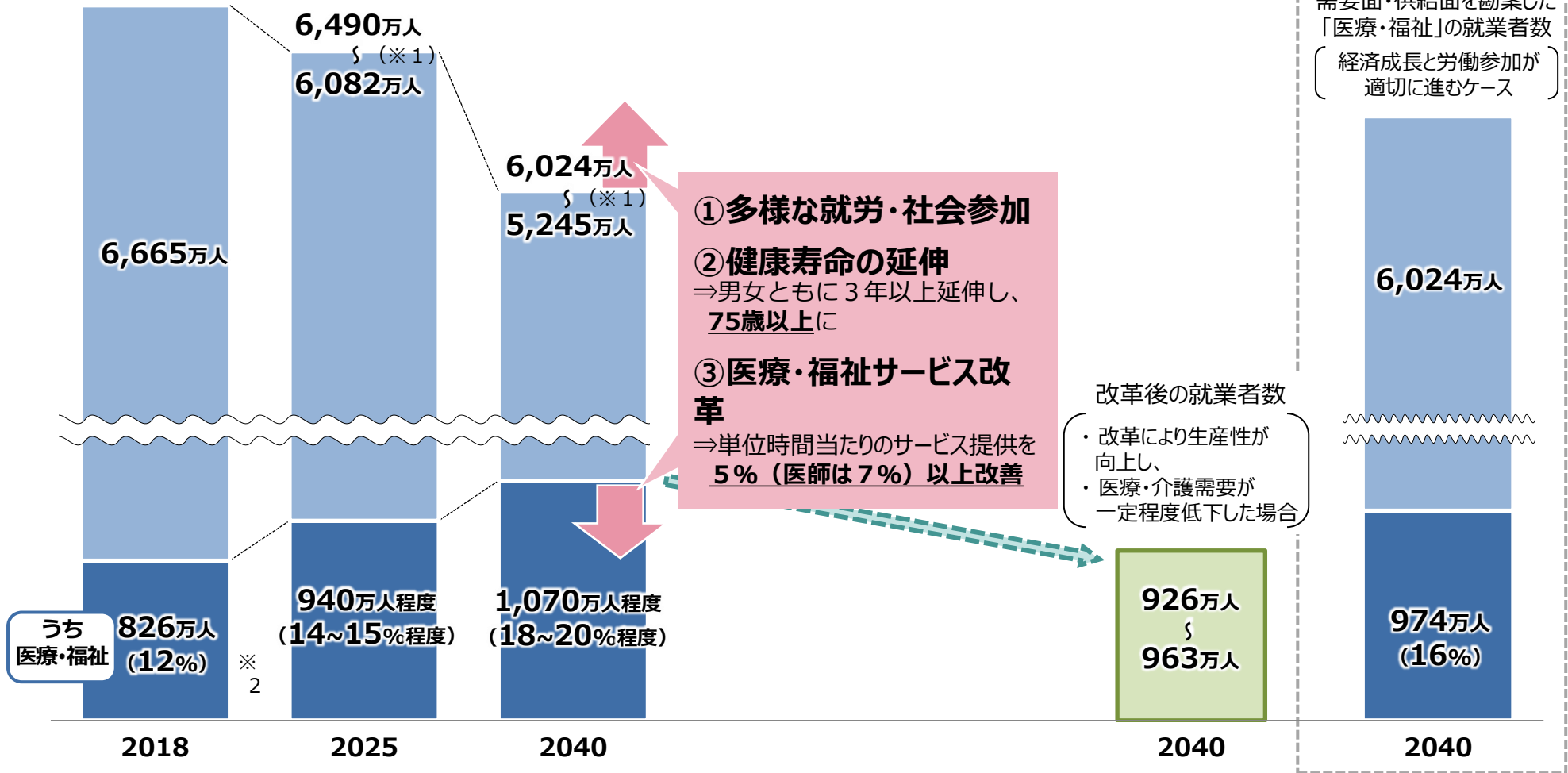
※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移

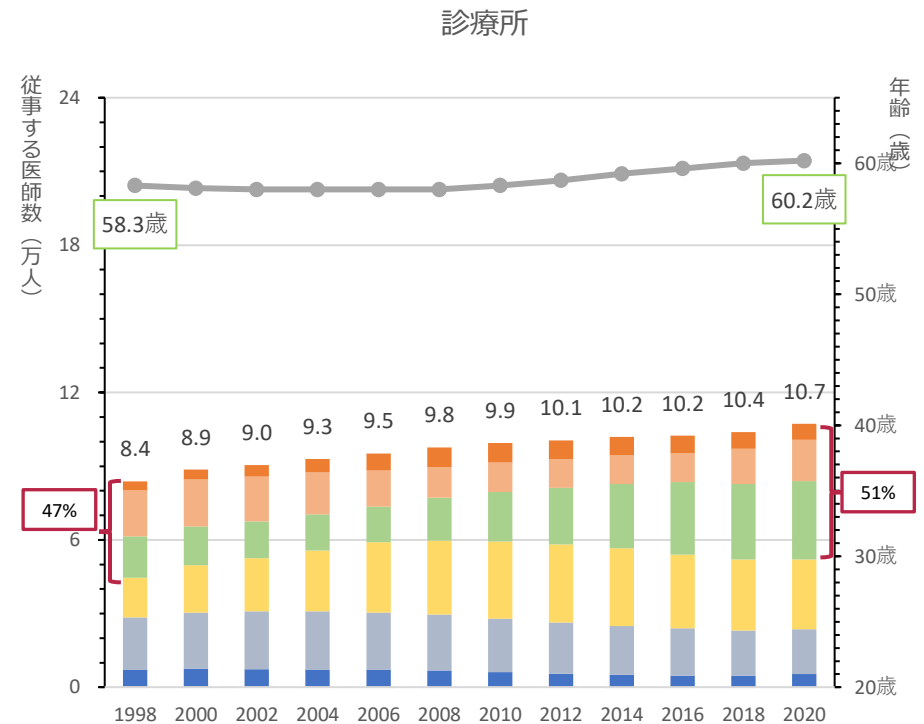
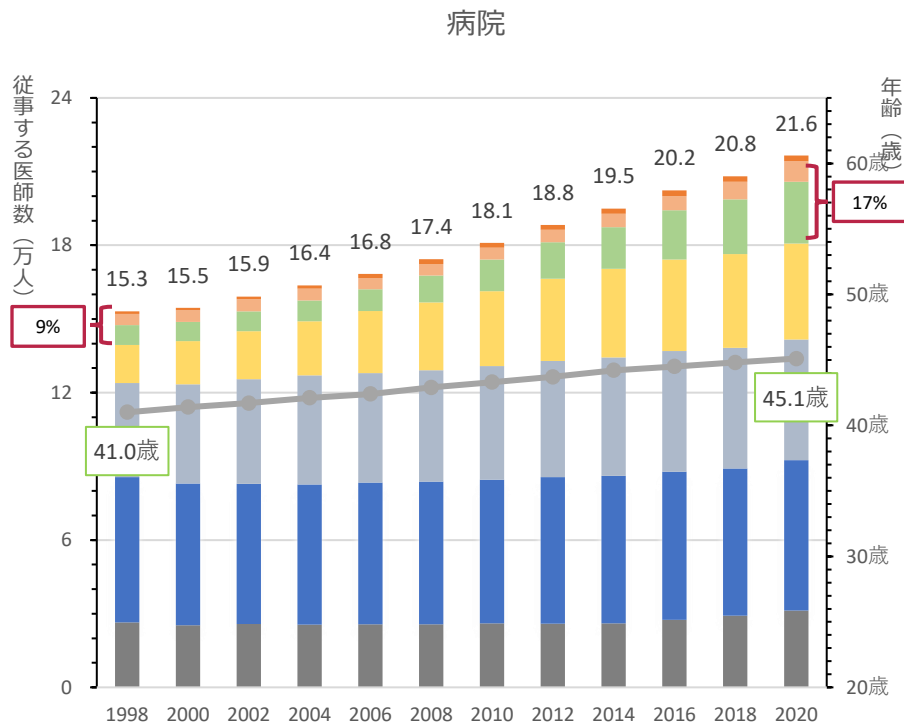


※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
 ※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。
 ※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

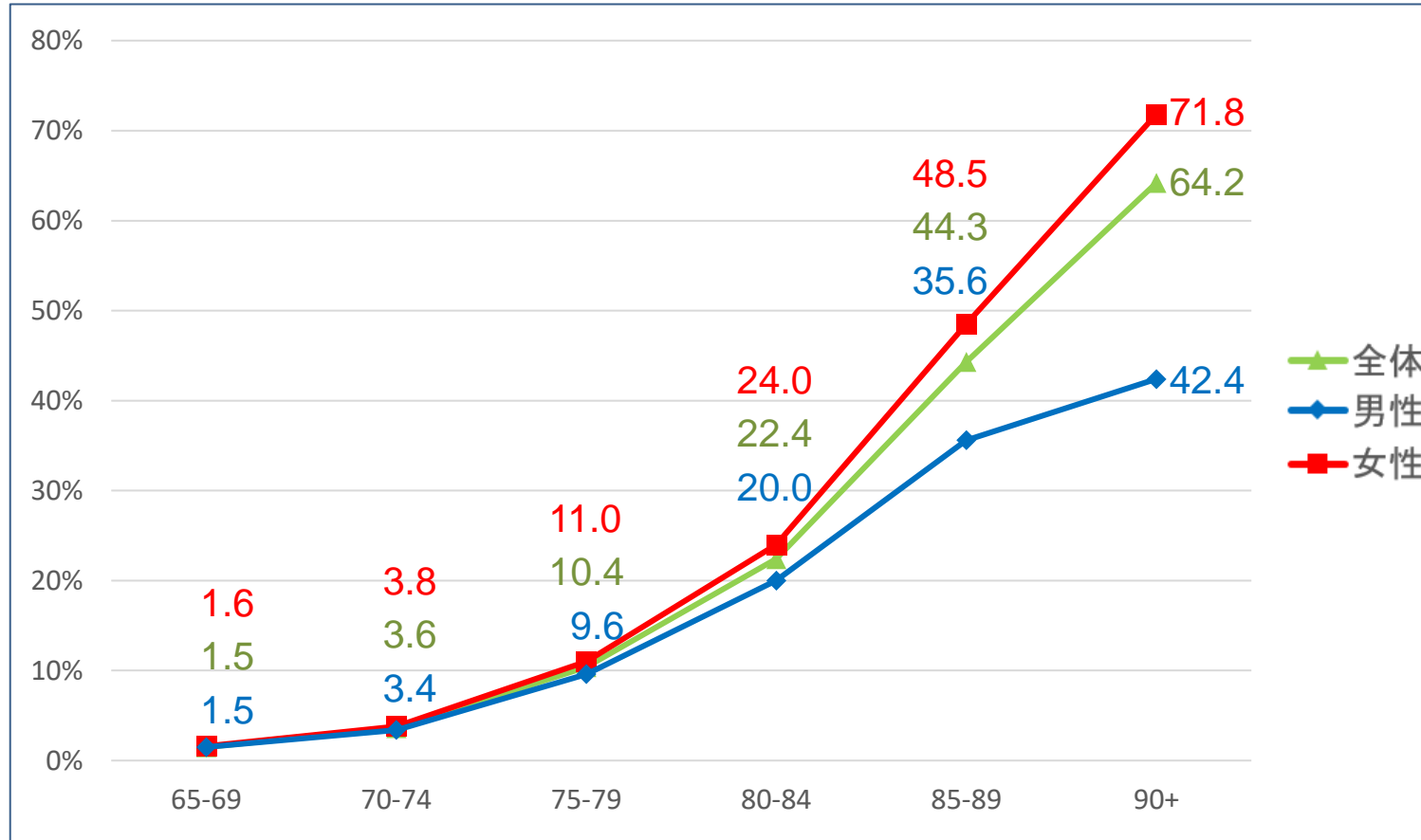
マンパワー② 提供者側（医師）の高齢化も進展している

- 病院に従事する医師数は、ここ20年で6.2万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は17%に増加しており、平均年齢は45.1歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で1.9万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は50%程度で、平均年齢は60.2歳まで上昇している。

年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移



一万人コホート年齢階級別の認知症有病率



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究(2016年~2020年)」

**悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果
(2017年 解析対象 5,073人)**

研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより2019年4月時点に厚生労働省が作図

単独世帯の認知症高齢者数の推計

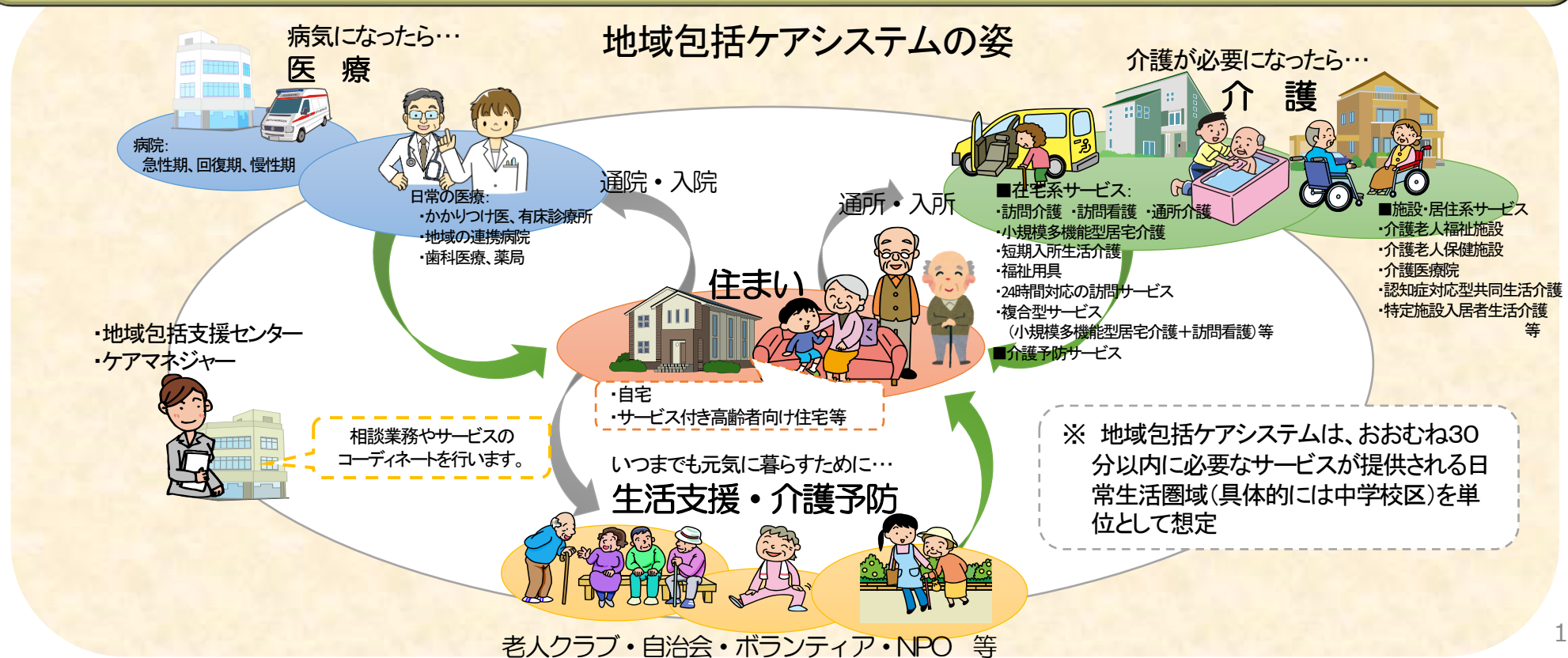
- 単独世帯の認知症高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。
- 2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になる。
- 2015～2040年の25年間で85歳以上の認知症高齢者は男性は2.80倍、女性は2.03倍増加する。

| | | 人口(千人) | | | | | | 割合(%) | | | | | | 2015-2040 増加率 |
|---|--------|--------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------------------|
| | | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | |
| 男 | 65~69歳 | 14 | 14 | 13 | 15 | 18 | 20 | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 1.41 |
| | 70~74歳 | 20 | 29 | 27 | 26 | 30 | 35 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 0.9 | 1.0 | 1.72 |
| | 75~79歳 | 32 | 40 | 56 | 52 | 50 | 58 | 1.1 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | 1.7 | 1.9 | 1.80 |
| | 80~84歳 | 52 | 61 | 75 | 101 | 94 | 91 | 2.6 | 2.7 | 2.9 | 3.2 | 3.5 | 3.8 | 1.73 |
| | 85歳以上 | 96 | 130 | 161 | 196 | 251 | 269 | 6.5 | 6.6 | 6.9 | 7.1 | 7.3 | 7.7 | 2.80 |
| 女 | 65~69歳 | 19 | 16 | 15 | 17 | 20 | 23 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 1.22 |
| | 70~74歳 | 44 | 50 | 43 | 39 | 43 | 50 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.1 | 1.2 | 1.2 | 1.14 |
| | 75~79歳 | 103 | 114 | 133 | 113 | 101 | 110 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 3.0 | 3.1 | 1.07 |
| | 80~84歳 | 225 | 238 | 265 | 312 | 263 | 234 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.4 | 7.4 | 7.5 | 1.04 |
| | 85歳以上 | 453 | 593 | 688 | 785 | 931 | 921 | 13.1 | 14.0 | 14.2 | 14.2 | 14.2 | 13.7 | 2.03 |

※割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す。

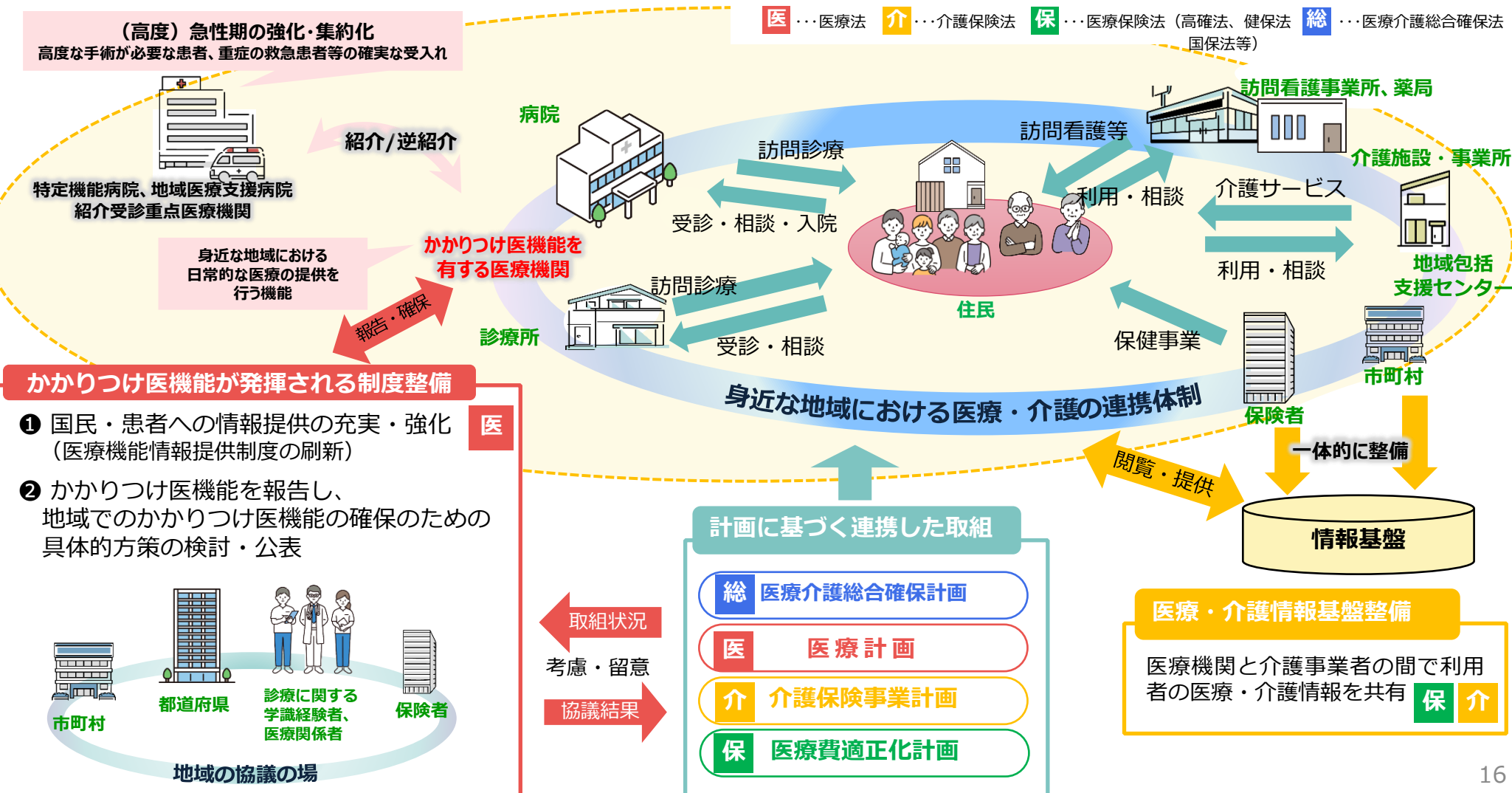
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、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における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



かかりつけ医の定義と機能(日本医師会・四病院団体協議会)

2.1. かかりつけ医の定義

「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かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっと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。

「かかりつけ医」とは(定義)

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。

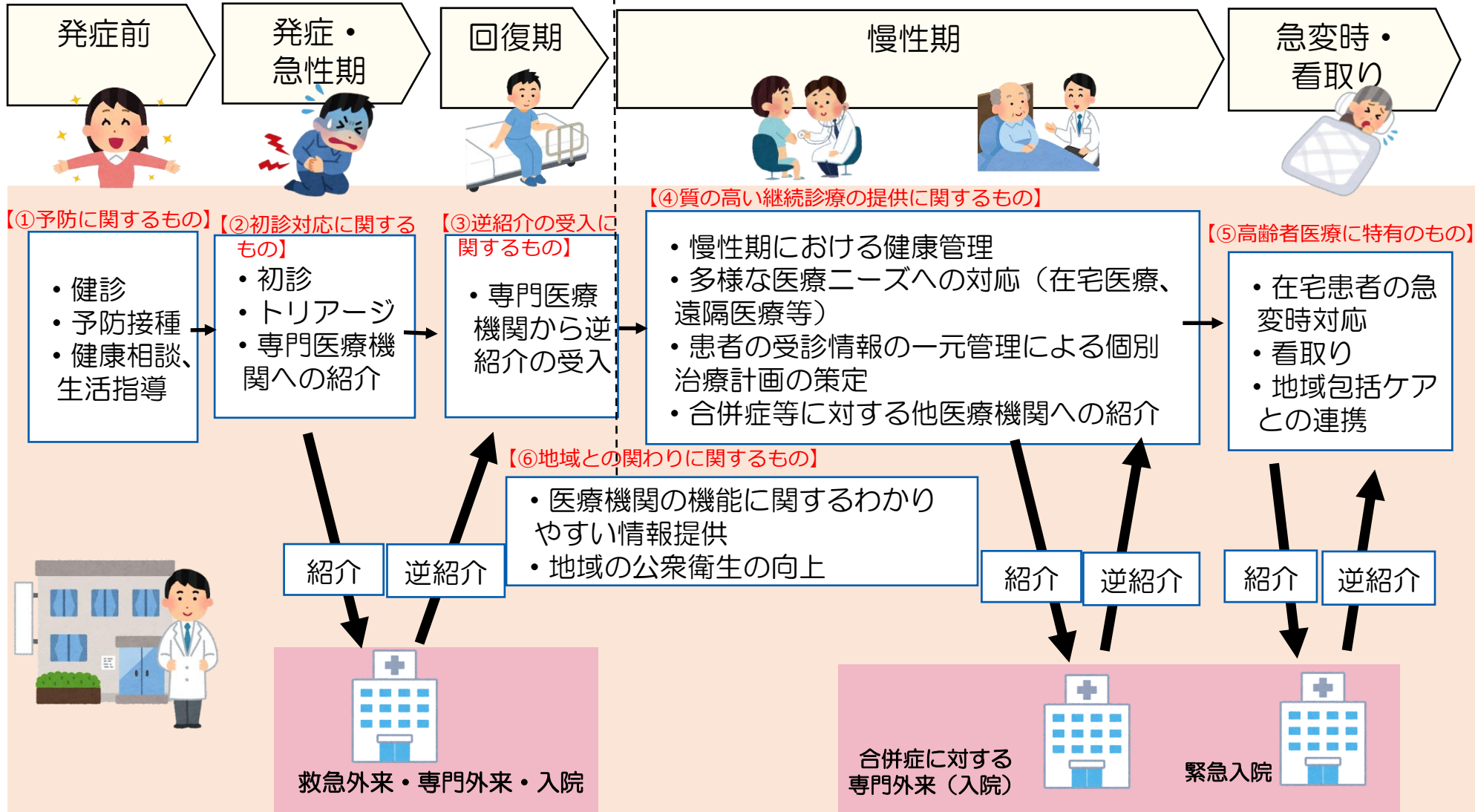
「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

受診の場面からみた、保健医療のニーズ

＜医療にかかっていない者＞
（持病がない者）

＜継続的に医療にかかっている者＞
（持病のある者）



高齢者の多疾患併存について

- 高齢者は複数の疾患を有しており、入院の契機となった疾患以外にも配慮が必要となる。

東京都の75歳以上の後期高齢者約131万1,116人分のレセプト情報の分析結果

- 東京都の後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存。
- 3疾患以上の疾患を併存した割合が約6割。
- 頻度の高い3疾患の組み合わせは、男性は以下の通り。
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患(12.4%)
 - ・高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患(11.0%)
 - ・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患(10.8%)。
- 女性では以下の通り。
 - ・高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患(12.8%)
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・脊椎／関節疾患(11.2%)
 - ・高血圧・脂質異常症・変形性関節症／脊椎障害(10.7%)。
- 多疾患を有する高齢者の特徴は、男性、85～89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けている、外来受診施設数が多い、入院回数が多い、であった。

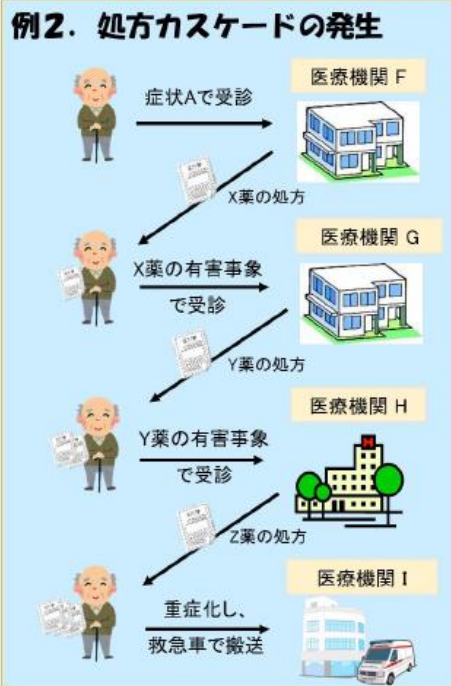
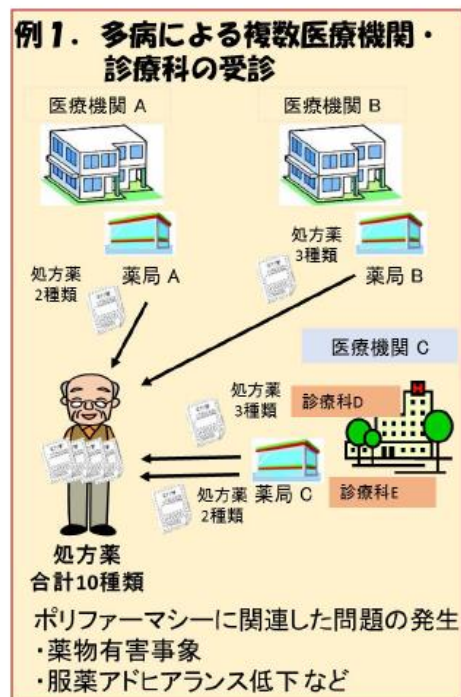
Mitsutake S, Ishizaki T, Teramoto C, Shimizu S, Ito H. Patterns of Co-Occurrence of Chronic Disease Among Older Adults in Tokyo, Japan. *Prev Chronic Dis.* 2019 Jan 31;16:E11.

ポリファーマシーの現状等

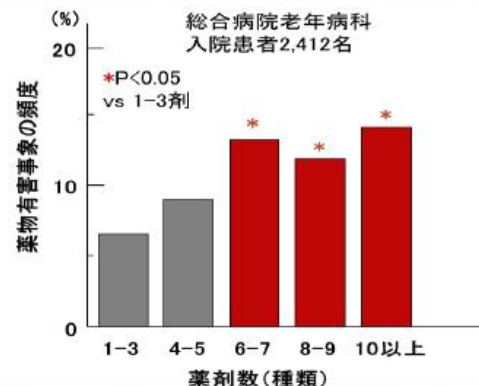
中医協 総-1-1
3 . 7 . 2 1

- ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（**多剤服用の中でも書をなすもの=ポリファーマシー**）
- ①新たな医療機関の受診による服用薬の積み重ね、②薬物有害事象に薬剤で対処し続ける「処方カスケード」の発生、によりポリファーマシーが形成される可能性がある
- 高齢者では6種類以上の投薬で有害事象の発生増加に関連したというデータがある
- 75歳以上の高齢者が1ヶ月間に1つの医療機関から処方される薬剤種類数は、約31.7%で6種類以上

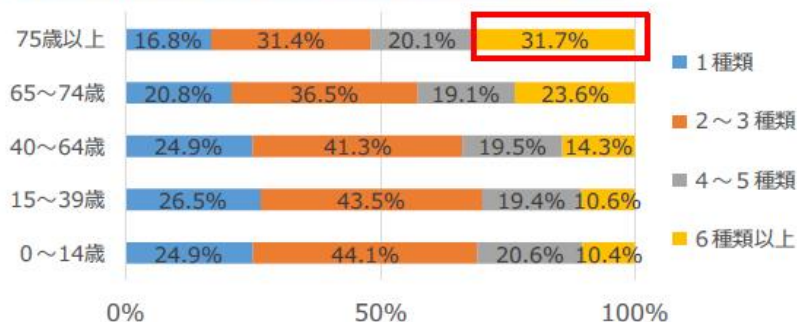
1 ポリファーマシーが形成される事例※1



2 服用薬剤数と薬物有害事象の頻度※1



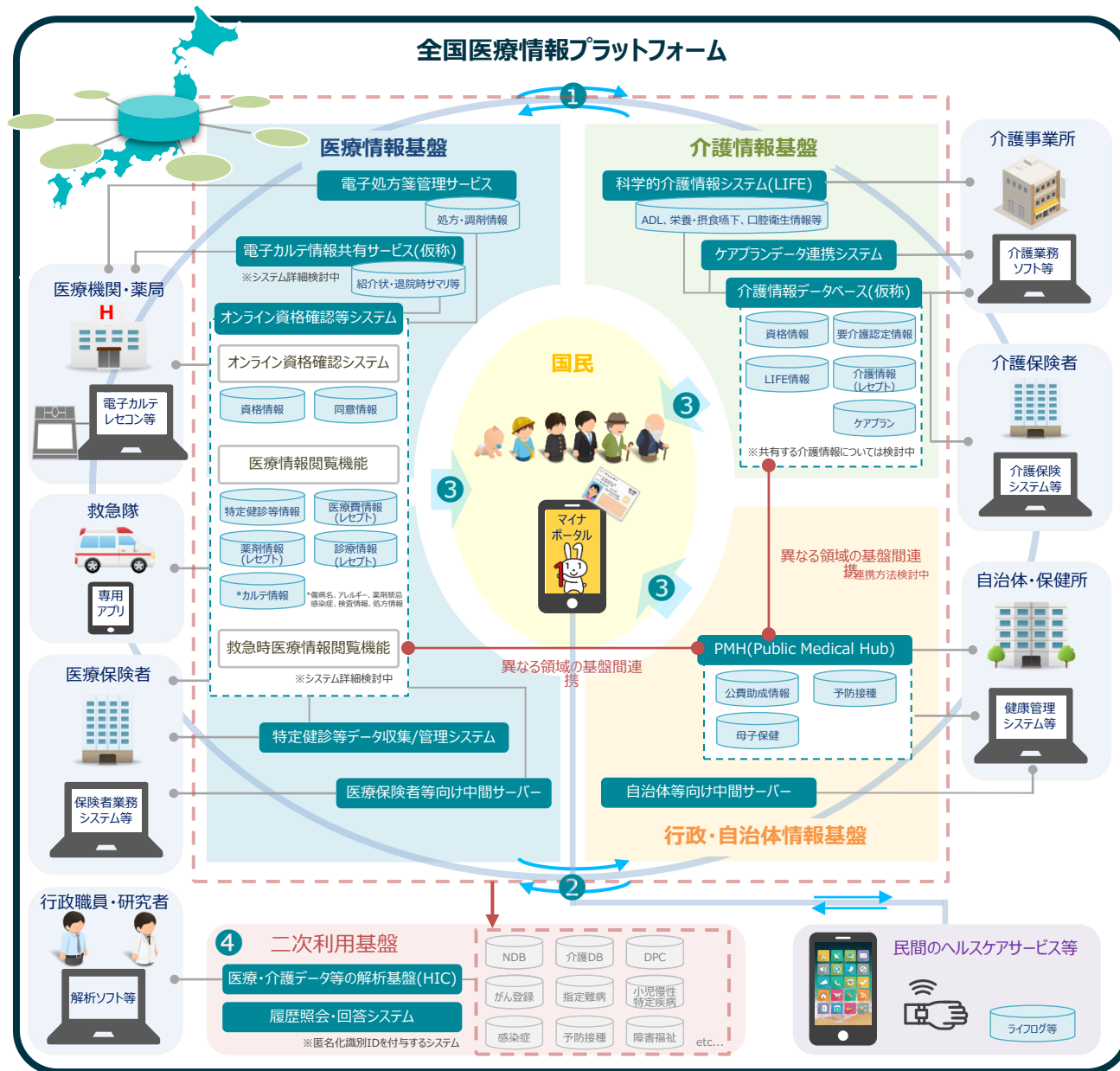
3 調剤レセプト1件あたりの薬剤種類数※2



※1 出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編（2018年5月厚生労働省）に基づき医療課において作成

※2 出典：令和2年社会医療診療行為別統計

全国医療情報プラットフォームの全体像(イメージ)



「医療DXのユースケース・メリット例」

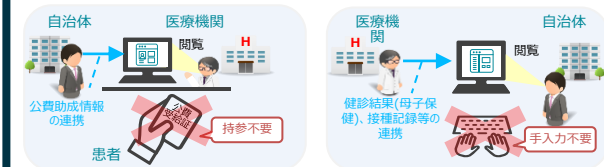
1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



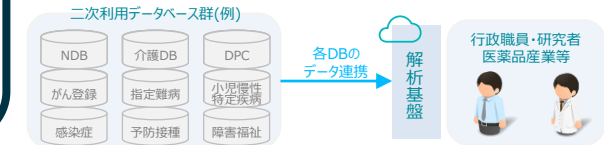
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予約券や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予約票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

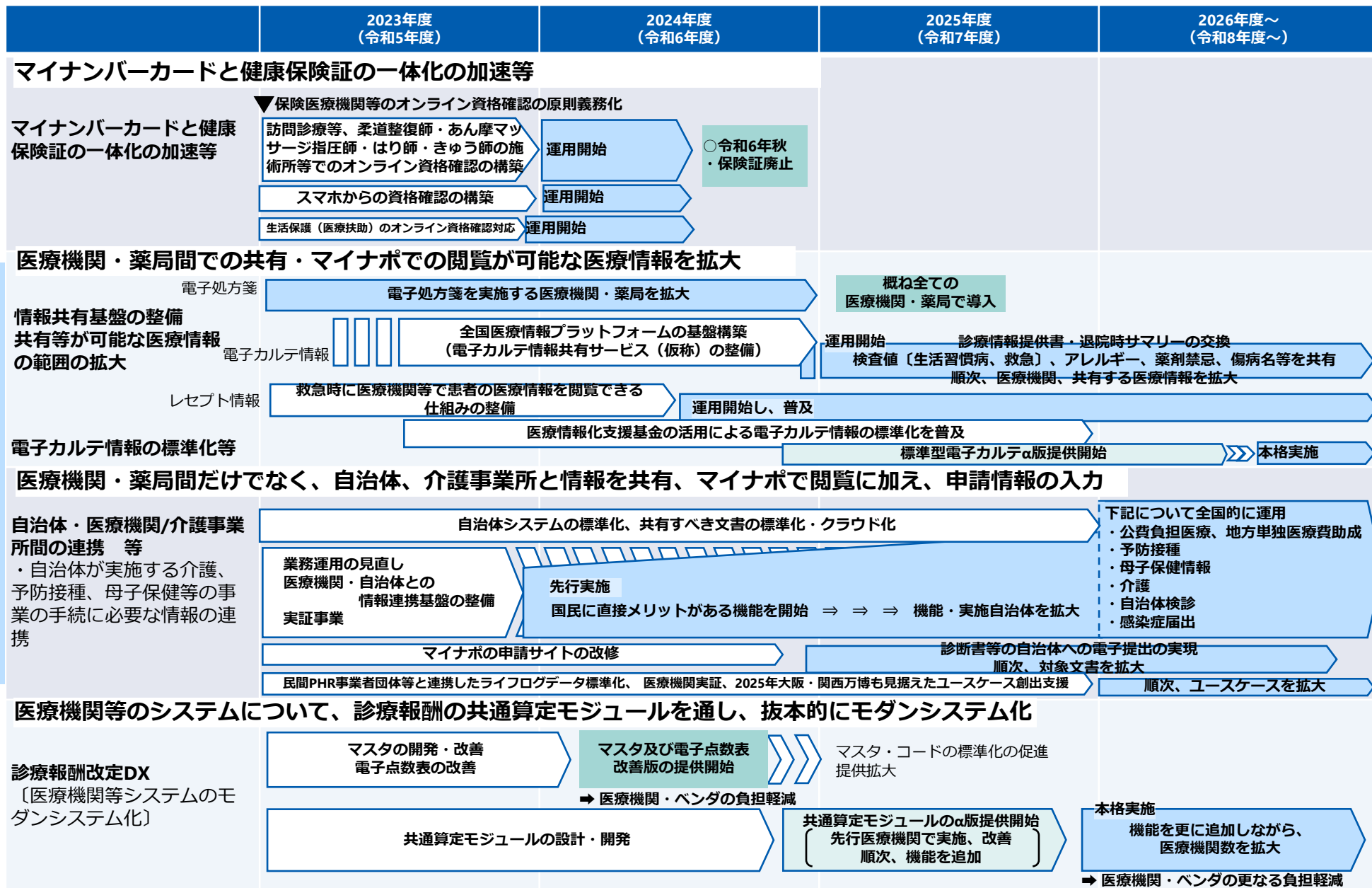


4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



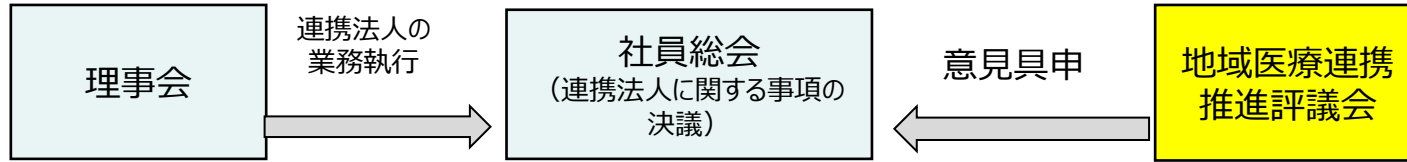
全国医療情報プラットフォームの構築

「地域医療連携推進法人制度」の見直し

※令和6年4月1日施行

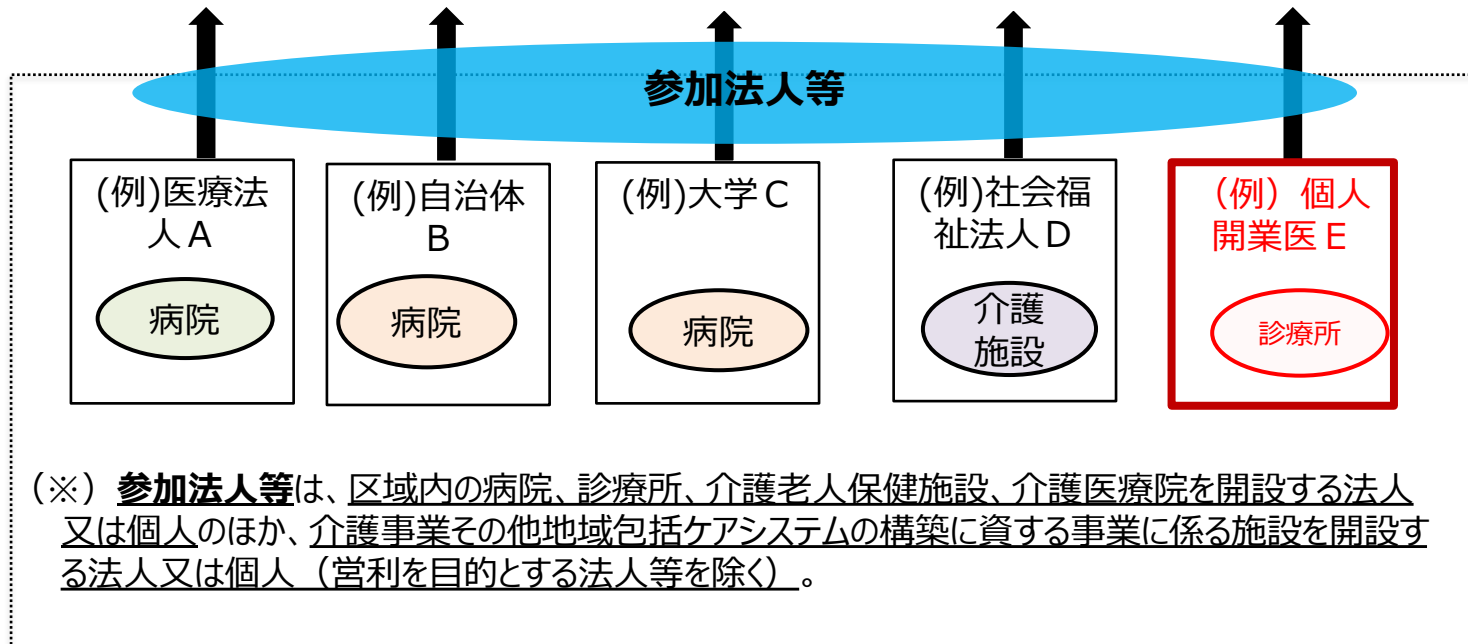
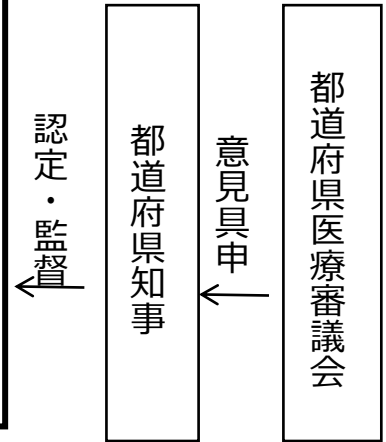
地域医療連携推進法人(新たな仕組み)

※赤字箇所が現行との相違点



個人立の医療機関・介護事業所等が参加法人等である新たな仕組みは、

- 診療科・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入等の医療連携推進業務を行うが、**参加法人等への資金貸付や関連事業者への出資は不可**
- 外部監査の実施**等といった、**連携法人の一部の事務手続きを緩和**



参加法人が重要事項を決定する場合に行う、連携法人への意見照会について、**新たな仕組みの地域医療連携推進法人の参加法人等は、意見照会を一部(※)不要とする。**

※①予算の決定又は変更、②借入金借り入れ、③定款又は寄付行為の変更。

地域医療連携推進法人の設立事例（設立順）

令和6年1月1日現在 連携法人数:36法人

※ ④はりま姫路総合医療センター整備推進機構は令和4年5月31日付解散



2. これまでの分科会での議論

これまでの分科会での地域の医療連携体制の構築に関する主な意見

- 自分の医療機関だけで全ての機能を担うことは難しい。地域においていろいろな医療機関と連携して、地域が面として役割を担えることが望まれる体制ではないか。
- 救急患者も入院患者も在宅患者も、85歳以上が大宗を占めており、85歳以上の患者を地域でどう支えていくのかを最優先に議論すべき。85歳以上が急増している中で、できるだけ多くの医療機関、介護関係者が参画し、かかりつけ医機能を充実させていく必要。
- 地域で面での連携をいかに安定して提供していくかという中で、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が大切。地域医療の中が見える化されるので、地域で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。特に地方では診療所の医師の高齢化も進んでおり、全ての機能を背負うのは非常に難しい。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で、前向きな方向に向くのではないか。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。
- 今後いかに持続させていくかを考えると、1人に負担がかかり過ぎないようにする工夫が必要。自分のできるところ、できないところもあるわけで、地域で補い合っていくという連携、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をうまく合わせて、地域に必要な機能を見いだしていく形が今後必要。
- かかりつけ医機能支援病院、かかりつけ医機能支援診療所との連携の中で、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方向性を考えることが重要。
- かかりつけ医機能報告は、地域におけるかかりつけ医機能をどう整理するか、どう面で支えるかというための資料としての側面がある。今後高齢化社会が深まっていく、医療的ケア児等が増えていく中で、在宅医療を担う人をどう増やしていくか、時間外対応をみんなでどうしていくか、新興感染症の初期対応もある。今まで支えてきて、日本の医療をつくってきた方々が乗れない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。取り残されたり、分断されたりするものではない。地域において、どこまで皆さんができるかを把握できる制度にする必要。
- 地域でかかりつけ医機能を発揮していくには、グループプラクティスが重要。例えば、看取りを持続的に行っていくために、地域で輪番を組んで共同で行うことや、ICTシステムの活用等による訪問看護ステーションを含めた連携が効果的。
- 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つぐらいがグループをつくとよい。緩やかなアライアンスでもよい。地域医療連携推進法人でなくとも、仲間と一緒にやっている雰囲気づくりを地域でするのが一番よい。
- 地域完結型の医療・介護提供体制の構築には、水平的連携を推進することも重要だが、専門医への紹介など、大病院との連携も重要。特に地域医療支援病院や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重視すべき。
- 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る。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る。
- かかりつけ医機能の大きな受皿として、地域の医師会は重要。警察医とか産業医のコーディネート機能を地域の医師会は担っている。今後、在宅医療の拠点も、医師会主体でやっていく方がうまくいくのではないか。
- 医療機関において、それぞれの医療機関が持つ役割や果たすことのできる機能をさらに磨いて幅広くし、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しっかりと継続する必要。

これまでの分科会でのかかりつけ医機能の確保に向けた 医師の教育や研修に関する主な意見

- 自分の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多い。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が重要。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何が学びたいか、どういふ分野のどういふ内容を学べば、もっと幅が出せるか、ニーズに合わせた教材を作成していくことが効率的。
- 都市部のかかりつけ医機能が今後さらに課題になり、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いくかが重要。
- かかりつけ医機能を有する医療機関がOJTを通じて、かかりつけ医機能を実践する担い手を育成する役割を果たしてくれるのではないか。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ことも、評価する仕組みがあつてよい。
- 全日病の総合医育成事業で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マネジメントができるということが重要。
- 総合診療専門医をどう活用して増やしていくかも重要であり、また、今まで違う科をやってきたけれども、プライマリ・ケア、在宅医療とか、地域医療に参画したい先生方に対するリカレント教育も大変重要。
- 総合診療専門医が重要なプレーヤー。総合診療専門医は、取得後のキャリアの不透明さが若い方の中で問題視されるが、地域を支えるというキャリアを訴えることで、若手医師にとって魅力的になる。

これまでの分科会での国民・患者への情報提供等に関する主な意見

- かかりつけ医、かかりつけ医療機関を持っていない方々に、理由を質問した。あまり病気をしないなどの回答が多かったが、一方で、どう探してよいか分からない、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、今回の制度整備で前進することを期待。
- 患者がかかりつけ医を選択するため、報告制度が考えられているが、例えば内科のドクターで一定レベル以上でない駄目ということではなく、患者が選ぶときの選択肢ということになる。ある程度総合的に診ることができる、在宅医療を手がけている、介護保険の主治医意見書を書けるといった、一定レベルの研修は修了している前提で、さらにこういったことができますということを報告制度の中で明らかにしていただきたい。
- 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考えられるような情報提供が必要。かかりつけ医はあくまで患者が主体的に選ぶもの。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必要。
- 患者が医療機関を選択する際の学習の機会の提供や教育に関する支援が必要。また、患者側と医療機関側でかかりつけ医機能に求める内容にギャップがあり、それを埋めるには、総合的な診療ができる医師の育成や総合診療の知識・技術の習得が必要。
- かかりつけ医機能報告制度における質の担保として、適切な研修の受講とか、学会等の認定を受けた医師の配置といった情報が提供されるとよい。あるいは、体制だけではなくて、機能を発揮した実績の情報もほしい。
- かかりつけ医機能の可視化は、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。その際、基準を明確にすることが必要。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もそこを目指すことで地域全体のレベルアップにもつながる。国民・患者に分かりやすく、実効性の伴う形で都道府県が確認・公表することが重要。
- 医療機能情報提供制度、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していくことになるが、その中で不足する機能も可視化して、機能強化を促進することは重要。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することも重要。
- 国民にとっては、医療機能情報提供制度が既に動き出していて、今後もさらに拡充されて分かりやすくなるが、コロナのときにうまく使われたかという、必ずしもそうでなかった。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必要。
- 医療機能情報提供制度が国民に知られておらず、有効に使われていない。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おり、患者から見ると分かりにくい。一般の方が分かりやすいキーワードで検索できる制度にする必要。周知方法も議論の中でしっかりしていないといけない。
- 都道府県の医療情報システムは、病院、診療所、歯科診療所、薬局の検索は簡単だが、訪問看護ステーションのデータがほとんどない。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苦労する、今後の面的なことを考えれば、留意しないといけない。

これまでの分科会でのかかりつけ医機能として期待される機能に関する主な意見①

<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>

- 多様な患者のニーズを受け止めるかかりつけ医の役割、あるいはかかりつけ医機能の発揮に期待するところが大きい。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。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、それを意識した制度設計が必要。
- 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すると、かかりつけ医機能とは何なのかという話に議論が戻ってしまう。報告制度を意識しながら、かかりつけ医機能の輪郭はある程度ははっきりした方がよい。
- 65歳以上の高齢者の多くは複数の疾患を持って、複数の主治医がいる状態もある。多受診とか多剤投与は、患者にとって最適な医療を提供する観点からも、全体として最適化していくことが重要。
- 医療ニーズと様々な生活ニーズを差配するハブ機能が求められる。介護保険でいうケアマネジャー。実際には開業医の先生が応用動作の中でこういう役割を担っておられるので、これを制度の中でどう位置づけていくかではないか。
- かかりつけ医機能というのは、マインド、覚悟、そんな意味合いにも取れる。
- 医師は病院で20年ほど勤務し、かなり高い専門性を持って開業。開業した場合、様々な研修を受けるなど、少しずつ自身の領域を広げていく形が基本。患者がかかりつけ医機能を担うと考える診療科は、内科が多いが、様々な診療科を認識。全ての診療科において継続的に診察を要する疾患があることを踏まえれば、ほとんどの診療科が報告制度の対象となり得るのではないか。できるだけ多くの先生方に参加いただける制度とすることが望ましい。
- どの程度の総合診療能力を求めるかは、医療界自身が決めること。行政が認定することではなくて、患者が選択する中で、医療機関が自ら研鑽を積む、かかりつけ医として選ばれるような医師を養成する、資質を向上していく。誰かが認める認めないという仕組みにしないほうがよい。
- 担える役割を拡大する努力が大事。どれぐらい機能が強化・拡充されたかも継続的に報告いただくことで、患者にも分かるように示すことができる。患者の健康アウトカムが改善したことが、かかりつけ医機能を有する医療機関で観察されれば、そういうことも報告いただく。
- かかりつけ医機能の在り方は、首都圏や地方都市、県庁所在地とそれ以外でも、役割が異なる。患者側も、意識ははっきりしているが重症な病気を持っている方もあれば、高齢化により支援が必要な方もおり、区別しながら検討することが必要。

<時間外診療>

- 時間外診療、入退院支援、在宅医療、あるいは介護サービス等との連携、これらの機能は全て1人の医師で対応するのは不可能。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ので、複数の医療機関が連携するのが当然必要。その場合は、連携の強さが重要なポイント。
- 365日24時間の対応を全部強要しても、難しい。とても受け入れられないので、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よい。

これまでの分科会でのかかりつけ医機能として期待される機能に関する主な意見②

<入退院支援>

- ・ 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重要。高齢者の急性期医療は、若い方たちの急性期医療と異なり、病気だけでなく、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く必要。
- ・ 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いるが、入院が必要になったときに、高機能の大病院に行くのは、非常に効率が悪い。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。短い入院期間で、できるだけかかりつけ医の先生に帰ってもらうように進めていく。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ほぼ同じ。
- ・ 地域連携室が非常に重要。多職種で地域・病棟カンファレンスをやって、いかに早く在宅で帰すかということ、地域連携室や病棟の職員らが会議をして、1日でも半日でも早く在宅復帰を支援する。

<在宅医療>

- ・ 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駄目ではない。在宅医療は、かかりつけ医機能の一部であり、その一部で優劣をつけるものであってはいけない。それよりも、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。
- ・ かかりつけ医が24時間できなかつたら、地域密着型の中小病院が24時間、あるいは夜や休日だけ往診対応し、日常はかかりつけ医にお願いして、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、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。
- ・ かかりつけ医支援診療所は、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と想定。在宅医療は24時間対応と認識されている先生が多いが、もともと外来で診ていたかかりつけの先生が対応困難というときに、地域の顔の見える関係の中で、速やかにバトンタッチをしていただけることで、地域の今までのかかりつけの先生に診てもらおうという流れの構築が、今後、重要なのではないか。
- ・ 報告制度ができることで、面で支えた結果、在宅看取りが増える、在宅で救急車で搬送される件数が減る等のアウトカムがもてればよい。

<介護等との連携>

- ・ 水平的連携を進めるには、医療・介護全体をコーディネートする役割や視点が大切。医療・介護を必要とする人を支援するには、訪問看護ステーションや介護事業所、ケアマネを含む連携体制の構築が重要。通院困難な方に対しても、オンライン診療や訪問看護で支えることも重要になる。また、医療機関が担うべき役割やその役割を地域連携の中で果たしていくための研修の在り方についても議論すべき。

<地域の公衆衛生>

- ・ 地域社会では、プライマリケアやトリアージ、連携を行うことは、かかりつけ医機能の一部。地域におけるかかりつけ医機能の目的は、地域社会の構築であり、外来、往診、予防、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。

これまでの分科会でのかかりつけ医機能報告の対象医療機関に関する主な意見

- ・ 紹介受診重点医療機関の中にも夜間の対応、急変時の対応、入退院時の支援など、非常に重要な役割をしている医療機関もあるので、かかりつけ医機能報告は全ての医療機関において行われる幅広い報告制度にしたほうがよい。
- ・ 例えば難病の方は高次の医療機関においてかかりつけの医師がおられるという場合もある。そういう方たちのために、高次の医療機関の報告というのは検討が必要。
- ・ 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ことはあり得るので、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。
- ・ かかりつけ医機能を担っている医療機関を患者に周知させていかないといけない。同じ医療機関の中で、かかりつけ医機能を担う部分と、紹介受診を受け入れるところの機能は、それなりに機能分化していただかないといけない。役割分担をしている何らかの線引きは、その医療機関内でしていただくということであれば、同じ医療機関が両方担っていても、矛盾をきたすことにはならない。

これまでの分科会でのかかりつけ医機能に関する 地域における協議等に関する主な意見

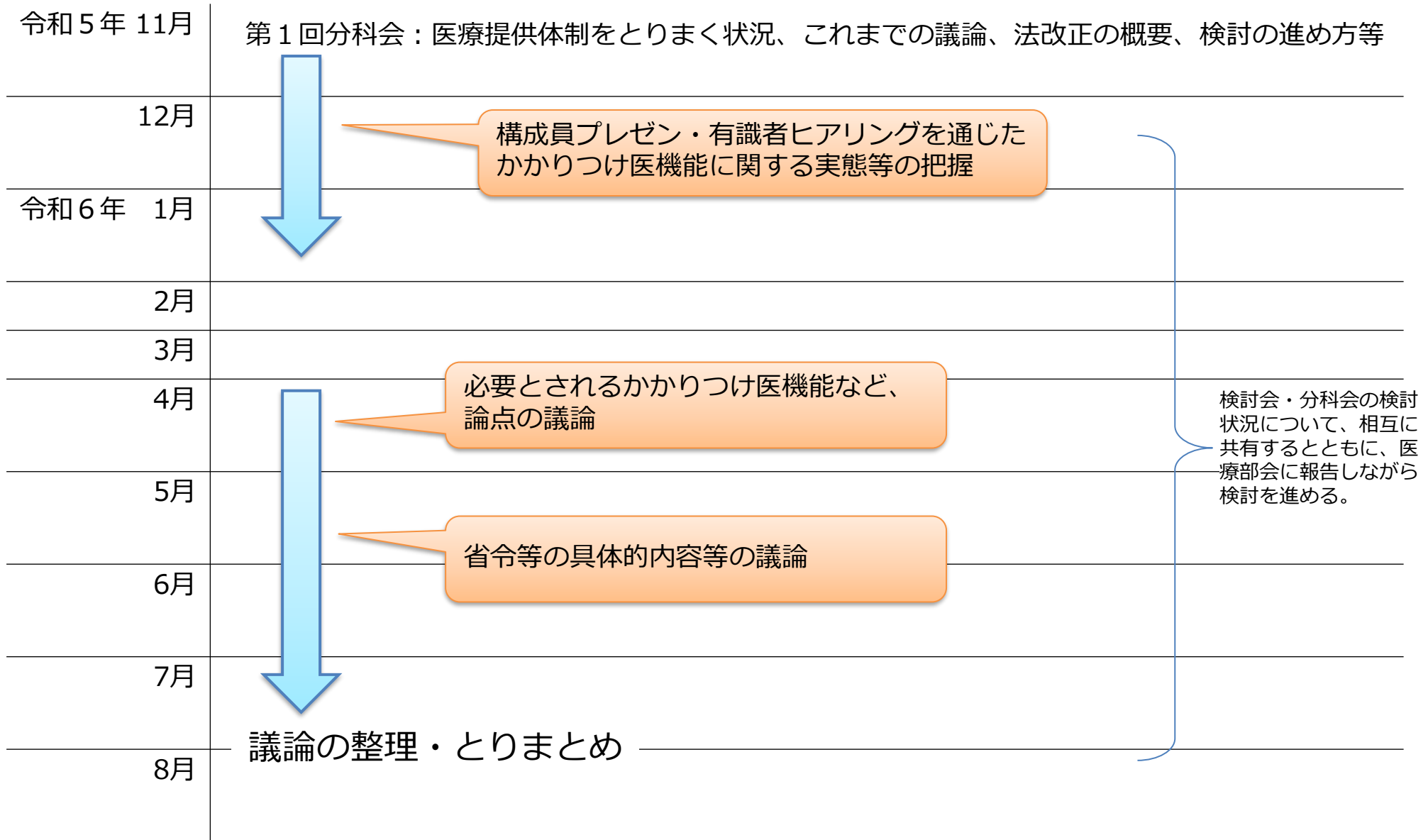
- かかりつけ医機能報告制度では、地域の医療機関はどのような機能を持っているか振り返るとともに、地域で連携して必要な機能を確保するようにする。大事なことは、地域に不足している機能への対応で、自分のところで担える領域を広げていく努力をしっかりとすることが、合意されていけばよい。地域の医療資源をいかにうまく利用して、必要なものを地域の特性に合わせて用意していくかが大事。有効な研修の手段とか、経験を積むための工夫というようなことについても議論が深まればよい。
- 市町村では、学校医、保育園医、予防接種、各種検診、介護保険の主治医意見書依頼など、地域のかかりつけ医と密接な関係を既に構築。在宅医療・介護連携推進事業等で、地域の在宅医療についての議論も行われている。市町村、特に介護保険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。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進めばよい。
- 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。特に市町村の果たす役割は大きい。
- 地域医療構想調整会議で外来の議論をされているが、調整会議は基本病院であり、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。
- 生活圏域の自治体単位が基本。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というお互いの情報交換として有効。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ければいけない。
- 既存の在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療や24時間体制の確保等に関して、医療機関同士の連携の取組が不十分。地域で不足する必要な機能を補い合うには協議の場での丁寧な議論が必要。協議の場では個別性の高い議論になり得ることから、コーディネーターをうまく活用していくことやその支援が必要。
- 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。
- 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、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、その強化施策を市医療計画として策定。
- 市職員が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て、在宅医療が必要となってきた高齢者に提案することに役立っている。

これまでの分科会での医療DXによる情報共有基盤の整備等に関する主な意見

- 医療を提供する側の視点からすれば、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、医療の機能分化・連携で言えば、地域の中でどのように面で支える医療をつくっていくかという議論に関わる。多職種連携や多機関連携を支える基盤としての情報連携、PHR、医療DXが必要ではないか。
- 全国医療情報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ので、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くのが望ましい。
- 面的に対応する意味でも、ICTを活用して情報を共有するという観点も織り込んで、支援策も併せて検討することが重要。
- 各地域の医療資源に対応できるよう、かかりつけ医機能の確保には、保健・医療・介護の連携も含めて、市町村の関わりが重要。ICTの活用による診療の補完、関係者の連携が重要であり、そういうものが担保される仕組みが必要ではないか。
- 医療機関の減少と並行して、公共交通機関が脆弱になっており、通院の手段確保が難しくなっている。中山間地域における医療アクセスの改善のため、ICTを活用して、ヘルスケアモビリティの導入、対面診療を一部補完するオンライン診療の普及などを支援している。
- 通院困難な方についても、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。

3. かかりつけ医機能が発揮される制度の 施行に向けた論点

かかりつけ医機能報告等の施行に向けた検討の進め方 (案)



※ 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又は専門構成員等での参画を検討する。
 ※ 今後の議論の進捗状況等に応じて変更がありうる。

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）①

- 慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れて、今後の人口動態・医療需要等を踏まえ、地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制について、地域での連携も含め、以下のようなイメージを念頭におきながら、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討を進めてはどうか。

※ 本資料の記載はかかりつけ医機能に関連しそうな主なものであり、記載していない医療機能の必要性・重要性を否定するものではない。

※ 本資料は事務局で一定の整理を試みたものであり、引き続き議論を行うもの。

1. 2040年頃までを視野に入れた人口動態・医療需要

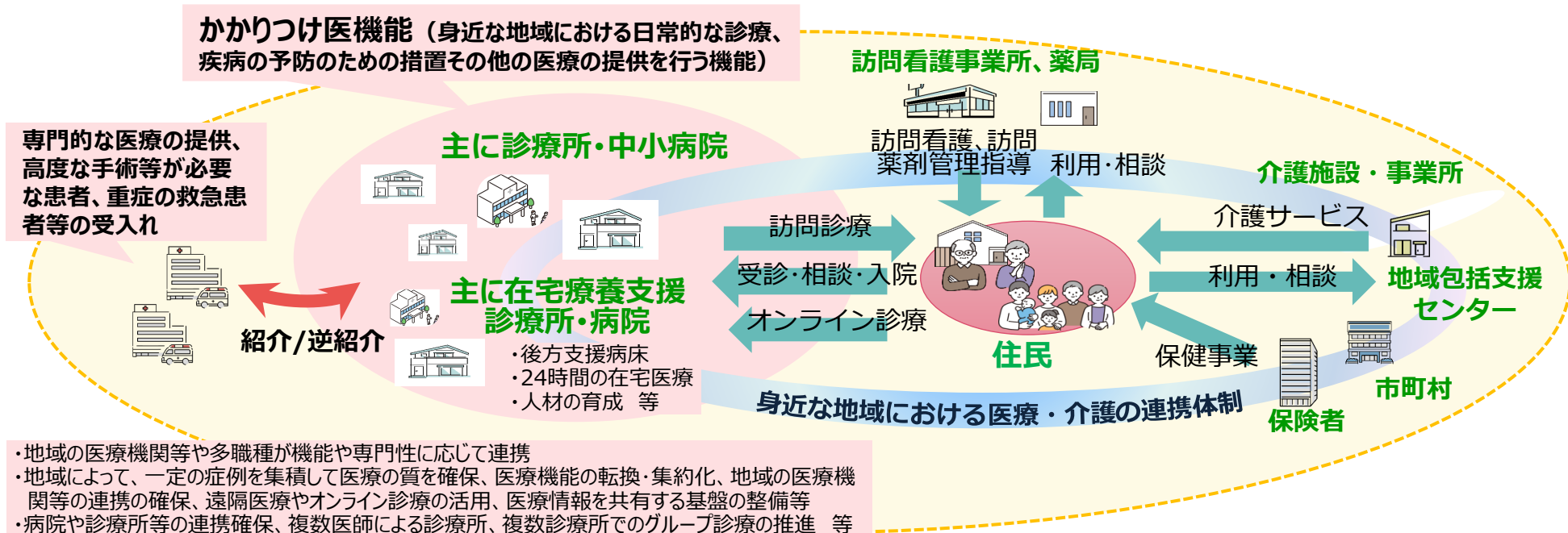
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保し、地域の医療需要に対応することが一層重要となるのではないかと。
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者の増加に伴い、地域において以下のような機能を確保することが一層重要となるのではないかと。
 - ▶ 複数の慢性疾患の継続的な管理を行う機能
 - ▶ 患者に体調悪化が生じた場合に、生活背景等も踏まえた全人的な診療や保健指導等を行う機能
 - ▶ 必要に応じて他の専門的な医療機関に紹介し、その後、患者の状態が落ち着いた場合は、逆紹介を受け身近な地域で継続的に医療を提供する機能
 - ▶ 認知症対応を行う機能
 - ▶ 高齢者の体調急変時に夜間・休日対応を行う機能、初期救急や二次救急等で高齢者を受け入れる機能
 - ▶ 医療機関等で医療情報の共有を行い、継続的な治療や服薬管理等を行う機能
 - ▶ 生活の場で高齢者を支える在宅医療を行う機能
 - ▶ 在宅療養者の後方支援病床を確保し、入院医療機関と在宅医療を行う医療機関等が連携し、入退院時の情報共有・支援を行う機能
 - ▶ 高齢者施設における入所者の高齢化も踏まえ、高齢者施設の入所者に対する日常的な健康管理、慢性疾患の管理、体調急変時に備えた指導や体調急変時の対応など、高齢者施設における医療を行う機能
 - ▶ 自宅や高齢者施設を含め、看取り・ターミナルケアを行う機能。本人の望む医療やケアを繰り返し話し合うACPを行う機能
 - ▶ 地域包括ケアシステムの中で、主治医意見書、地域ケア会議、ケアカンファレンス、認定審査会等の対応をはじめ、介護サービス・生活支援サービス等との連携・調整を行う機能
 - ▶ 高齢者の生活を支える観点から、治療等とともに、健康相談・生活指導等を行う機能
 - ▶ 予防の観点から、健診・予防接種等を行う機能 など
- 高齢者が増加する中で、治し支える医療を提供するため、個々の医師の担う領域を広げていけるよう、医師の教育や研修の充実が重要となるのではないかと。

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）②

2. 2040年頃までを視野に入れた医療提供体制を取り巻く状況

- 生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保するため、以下のような取組が重要となるのではないかと。
- ▶ 生産年齢人口が減少して医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用等。その際、医療情報を共有する基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等が重要。
- ▶ 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進。手法の一つとして地域医療連携推進法人制度の活用。
- ▶ 地域の医師の高齢化が進む中、健診、予防接種、学校医、産業医、警察業務等の地域保健・公衆衛生の体制の確保。
- 医療従事者の確保や医療従事者が活躍できる環境の整備、医師の地域・診療科偏在への対応、現役世代が医療・健診・健康相談等を受けられる体制の確保、医療の高度化や持続可能性への対応等も重要となるのではないかと。

3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）



新たな地域医療構想の検討（案）

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

<現行の地域医療構想>

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

(敬称略。五十音順)

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人日本医師会副会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会

○：座長

<新たな地域医療構想>

新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）【新設】

(敬称略。五十音順)

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 國分 守 福島県保健福祉部長
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 佐藤 博文 岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長
- 高橋 泰 国際医療福祉大学教授
- 土居 丈朗 慶應義塾大学教授
- 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。**その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保する必要。

など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

かかりつけ医機能が発揮される制度の目的・枠組み

令和5年9月29日

第102回社会保障審議会医療部会

資料1

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、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。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとり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があることから、
 - ・ 国民・患者が、その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ための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

今回の法改正による制度整備の目的

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「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」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

今回の法改正による制度整備の枠組み

「かかりつけ医機能」といわゆる「かかりつけ医」の関係

「かかりつけ医機能」

- 平成25年8月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言においては、「かかりつけ医機能」について、「日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する」等とされている。
- 令和5年改正で医療法に位置付けられたのは「かかりつけ医機能」であり、医療法第6条の3第1項において、「医療機関の機能として、「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義されている。
- 今回の「かかりつけ医機能」が発揮される制度整備については、国民・患者がそのニーズに応じて「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ための情報提供を強化するとともに、地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担う「かかりつけ医機能」の内容を強化することで、地域において必要な「かかりつけ医機能」を確保するための制度整備を行うもの。地域の医療機関の連携によって、地域に必要な「かかりつけ医機能」を確保することが想定されている。
- 医療法第30条の18の4によるかかりつけ医機能報告においては、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」の確保のため、一定の医療機関から都道府県知事に対して、「かかりつけ医機能」のうち、以下の機能の有無及び内容を報告することとされている。（詳細は今後検討）
 - ①: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
 - ②:①を有する場合は、時間外診療、入退院支援、在宅医療、介護等との連携等の機能
 - ・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容
- また、都道府県知事は、②の「かかりつけ医機能」を有する報告をした医療機関について、その機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に係る地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表することとされている。
- さらに、都道府県知事は、外来医療に係る地域の関係者と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、公表することとされている。

いわゆる「かかりつけ医」

- いわゆる「かかりつけ医」については、医療法に位置付けられておらず、定義されていない。
- 平成25年8月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言において、「「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」とされ、「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」と定義されている。

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた論点（案）

○ 次回以降の議論において、以下の論点について検討を進めてはどうか。

1. 施行に向けて省令やガイドライン等で定める必要がある事項

- 「かかりつけ医機能を有する医療機関」の明確化
 - ・ かかりつけ医機能報告による報告・公表
 - ▶ 報告を求めるかかりつけ医機能の内容（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、時間外診療、入退院支援、在宅医療、介護等との連携、その他省令で定める機能）
 - ▶ かかりつけ医機能の報告対象医療機関の範囲
 - ▶ かかりつけ医機能の体制に係る都道府県の確認・公表 など
 - ・ 医療機能情報提供制度による報告・公表
 - ・ 地域性を踏まえた多様な「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルの提示 など
- 「地域における協議の場」での協議
 - ・ 協議の場、協議の参加者、市町村の関与
 - ・ 協議の進め方、地域でかかりつけ医機能を確保するための具体的方策、公表 など
- 「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者等への説明
 - ・ 説明が必要となる場合、説明しない正当な理由がある場合
 - ・ 説明の具体的な内容 など

次回以降の
議論で検討

2. かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備、国の支援のあり方など

- 地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実
 - ・ 医療関係団体の研修
 - ・ 地域医療支援病院の「かかりつけ医機能の確保のための研修」を含めた研修
 - ・ 総合診療医の育成 など
- 地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた取組（在宅医療・介護連携推進事業、地域医療連携推進法人、都道府県・市町村職員の研修など）
- 医療DXによる情報共有基盤の整備 など

3. 医療計画に関する事項

- 基本方針、医療計画に定める事項 など

第8次医療計画の中間見直しに併せて検討（令和7年度：国で検討、令和8年度：都道府県で検討、令和9～11年度：中間見直し後の医療計画）

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた基本的な考え方（案）

- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要ではないか。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、明確化することによって、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要ではないか。
 - ・ また、「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域での確保状況を確認して、地域で不足する機能を確保する方策（プライマリケア研修や在宅医療研修等の充実、夜間・休日対応の調整、在宅患者の24時間対応の調整、後方支援病床の確保、地域の退院ルール等の調整、地域医療連携推進法人制度の活用等）を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図ることが重要ではないか。
 - ・ その際、地域性を踏まえた多様な「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルの提示を行い、地域で不足する機能の確保のため、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要ではないか。
- 「地域における協議の場」でのかかりつけ医機能に関する協議について、特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要ではないか。
- かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備として、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修を充実して、患者の生活背景等も踏まえて幅広い診療領域の全人的な診療を行う医師の増加を促していくことが重要ではないか。
- 地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けて、在宅医療・介護連携推進事業による相談支援や在宅医療研修等の取組、地域医療連携推進法人等による病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療等の推進、都道府県・市町村職員の研修等を充実していくことが重要ではないか。また、医療DXによる医療機関間の情報共有基盤の整備等に取り組むことが重要ではないか。

(参考) 政府における検討の主な経過

全世代型社会保障構築会議報告書（抄）（令和4年12月16日全世代型社会保障構築会議とりまとめ）

② 医療提供体制（抄）

◆ かかりつけ医機能が発揮される制度整備

今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、以下に整理した基本的な考え方のもとで、必要な措置を講ずるべきである。その際には、国民・患者から見て、一人ひとり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がある。

また、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべきである。さらに、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もとで、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、その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である。

- ✓ かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則に規定されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」をベースに検討すべきである。
- ✓ こうした機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認も活用して患者の情報を一元的に把握し、日常的な医学管理や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、例えば、休日・夜間の対応、他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。
- ✓ このため、医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる。
- ✓ かかりつけ医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、すなわち、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。そのため、医療機能情報提供制度を拡充することで、医療機関は自らのかかりつけ医機能に関する情報について住民に分かりやすく提供するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設することで、都道府県が上記の機能の充足状況を把握できるようにすることが考えられる。また、医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容を書面交付などにより説明することが重要である。
- ✓ 特に高齢者については、幅広い診療・相談に加え、在宅医療、介護との連携に対するニーズが高いことを踏まえ、これらのかかりつけ医機能をあわせもつ医療機関を都道府県が確認・公表できるようにすることが重要である。同時に、かかりつけ医機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるような仕組みを整備すべきである。
- ✓ 地域全体で必要な医療が必要なときに提供できる体制が構築できるよう、都道府県が把握した情報に基づいて、地域の関係者が、その地域のかかりつけ医機能に対する改善点を協議する仕組みを導入すべきである。

これらの枠組みが導入された後、国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩と捉えるべきである。

1 基本的な考え方

- 今般の新型コロナウイルス感染症への対応においては、行政による事前の準備が十分でなかったため、全国的な感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面し、それぞれの地域において、通常医療との両立を含め機能する保健医療提供体制を早急に構築することが求められる中で、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて必要な医療を連携やネットワークにより提供していくことの重要性が改めて認識された。
- 一方、この間も少子高齢化は着実に進みつつあり、今後、さらなる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、医療資源には限りがあることを踏まえ、地域によって大きく異なる「人口構造の変化」に対し、機能分化と連携、人材の確保を一層重視した国民目線での提供体制の改革を進め、コロナ禍における関係者の密接な意思疎通や役割分担・連携の模索の経験・教訓も活かしながら、地域ごとに必要な医療を必要なときに受けられる体制を確保していくことが喫緊の課題である。
- このため、2040年頃まで続く高齢化への対応とあわせて、人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくという基本理念の下で医療提供体制の改革を推進する必要がある。

(2) 人口構造の変化への対応

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を一体的に推進するとともに、DX等の技術革新を医療分野に確実に取り込むなど、総合的な医療提供体制改革を推進する必要がある。
 - ① 地域医療構想については、新型コロナ禍で顕在化した課題も含めて中・長期的課題を整理し、以下の取組について検討を深める必要がある。
 - ・ 現在は2025年までの取組となっているが、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある。
 - ・ このため、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化するとともに、これまでの地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進（急性期～回復期～慢性期）に加え、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、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での医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。
 - ・ こうした基本的考え方を実現するための改革として、①かかりつけ医機能が発揮される制度整備や、②医療法人制度の見直し（医療法人の経営情報データベース構築、地域医療連携推進法人の活用促進、認定医療法人制度の継続）を行う。

「医療提供体制の改革に関する意見」①（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

2. 具体的な改革の内容について

（1）かかりつけ医機能が発揮される制度整備

① 基本的な考え方

- かかりつけ医機能については、平成25年に日本医師会・四病院団体協議会から合同提言が行われ、行政においても医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における慢性疾患を有する高齢者等に関する評価を中心に組み込まれてきたが、医療計画等の医療提供体制に関する諸施策に位置付けた取組はこれまで行われていない。
- しかしながら、1に示したように、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多くみられる高齢者が今後更に増加するとともに、生産年齢人口の急減が見込まれる中で、医療資源には限りがあることを踏まえ、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現し、地域ごとに必要な医療を必要なときに受けられる体制を確保していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、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。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとり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があることから、国民・患者がそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用することができる仕組みとし、医療機関は地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化する仕組みとすることを基本的な考え方としてはどうか。
- なお、制度整備の検討及び実施に際しては、我が国の医療制度が、フリーアクセスの保障、国民皆保険、医師養成のあり方と自由開業制、人口当たりの病床数、といった様々な要素が微妙なバランスの上に成立していることに鑑み、エビデンスに基づく議論を行い、現在ある医療資源を踏まえ、性急な制度改革がなされないよう時間軸に十分に留意することが必要ではないか。

「医療提供体制の改革に関する意見」②（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

② 医療機能情報提供制度の刷新

- 「かかりつけ医がない」者について、「かかりつけ医を選ぶための情報が不足している」、「かかりつけ医を探す方法が分からない」という状況があり、国民・患者にとって、わかりやすいかかりつけ医機能に関する情報提供のあり方を検討することが必要である。
- これまでも医療機能情報提供制度において、かかりつけ医機能に関する国民や患者への情報提供が行われているが、当部会における議論においても、情報提供項目について、内容の具体性に乏しい、あるいは診療報酬点数そのままでは理解しづらいため、実際に医療機関を選択するツールとしては不十分といった指摘があったところである。
- このため、国民・患者がその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以下のとおり刷新すべきではないか。
 - ・ 医療法第6条の2第3項において、国民は、「医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない」こととされていることも踏まえ、その選択に資するべく「かかりつけ医機能」の定義を法定化する。
 - ・ かかりつけ医機能の定義は、現行の医療法施行規則1において「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能」とされていることを踏まえた内容とする。
 - ・ 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つ情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する情報を国民・患者に分かりやすく提供する。
 - ・ このため、情報提供項目を見直すとともに都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する。

（参考：情報提供項目のイメージ（案））

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| ◆対象者の別（高齢者、障害者、子どもなど） | ◆日常的によくある疾患への幅広い対応 |
| ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など | ◆入退院時の支援など他の医療機関との連携の具体的内容 |
| ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容 | |

- なお、具体的な項目の内容等については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討することとしてはどうか。その際、項目についてはその意味合いが国民に十分に理解されるように、住民・患者目線でわかりやすい内容とするよう検討すべき、職域の観点も含め幅広い国民を対象に検討すべき、特に、かかりつけ医を必要としながらもかかりつけ医がない方々の目線から検討すべき、その際、保険者の役割も重要である、医療機能情報提供制度そのものの認知度を高める取組も併せて講じる必要があるのではないかと、この意見に留意すべきではないか。
- こうした取組について、以下のようなスケジュールを想定して着実に進めてはどうか。
 - ・ 令和6年度以降に医療機能情報の公表の全国統一化
 - ・ 有識者や専門家等の参画を得た検討結果等を踏まえ、情報提供項目の見直しを実施

「医療提供体制の改革に関する意見」③（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

③ かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- かかりつけ医機能には、身近な地域における日常的な医療の提供に関する多様な機能が含まれるが、今後、高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、医療資源には限りがあることを踏まえ、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、地域ごとに必要なかかりつけ医機能を適切に確保していく必要がある。
- 特に、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者が今後更に増加すると考えられ、こうした高齢者については、以下のようなニーズがあると考えられる。
 - ◆ 持病(慢性疾患)の継続的な医学管理
 - ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
 - ◆ 入退院時の支援
 - ◆ 休日・夜間の対応
 - ◆ 在宅医療
 - ◆ 介護サービス等との連携
- こうしたニーズに対応する機能を確保していくため、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してはどうか。
- 具体的には、医療機関は前記ニーズに対応する機能やそれを今後担う意向等を都道府県に報告し（連携して機能を提供する場合には連携する医療機関も報告）、この報告に基づき、都道府県は、地域における機能の充足状況や、これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表した上で、医療関係者や医療保険者等が参画する地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討し、結果を公表すべきではないか。その際には、多様な全ての機能を一人の医師・一つの医療機関だけで担うことは現実的ではなく、個々の医療機関の機能強化に加え、医療機関の適切な連携を通じて、機能の充実強化を図ることが重要である。また、強化された機能については、医療機能情報提供制度において随時反映し、国民・患者に分かりやすく提供すべきではないか。
- その際、在宅医療や介護サービス事業者との連携などについて、医療介護総合確保法に基づく計画や介護保険法に基づく市町村介護保険事業計画等との関係についても検討すべきではないか。
- なお、報告を求める具体的な機能については、報告する医療機関が診療所である場合に加え、病院である場合も含めて、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討すべきではないか。他院を支援する意向も、不足する機能の充足に活かすことが考えられる。その際には、以下の意見があったことに留意すべきではないか。
 - ・ 個々の医療機関の機能を向上させるため、一定の報告基準を国が統一的に定めるべき。
 - ・ 研修の受講を必須とすべき。
 - ・ 医療機関からの報告だけでは不十分であり公的な認定によって一定の質を担保する仕組みを設けるべき。
 - ・ 全人的な診療に対応できる総合力を有する医師は重要である。
 - ・ こうした医師を養成するため、病院が研修を行う役割を担うべき。
 - ・ 大学病院等の大病院から患者を逆紹介させる仕組みを機能させるために必要である。

「医療提供体制の改革に関する意見」④（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

③ かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- 都道府県が、地域の協議の場において検討する具体的方策については、例えば、以下のような事項が考えられるのではないかと。
 - ・ 病院勤務医が地域で開業し地域医療を担うための研修や支援の企画実施（例えば在宅酸素療法、在宅緩和ケア、主治医意見書の書き方等。研修先の斡旋や研修中の受け持ち患者の診療支援も考えられる。）
 - ・ 地域で不足する機能を担うことを既存又は新設の医療機関に要請
 - ・ 医療機関同士の連携の強化（グループ診療、遠隔医療やオンライン資格確認の活用等）
 - ・ 在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点の整備
 - ・ 多職種連携の推進
 - ・ 地域医療連携推進法人の設立活用（個人立を含めた医療機関の連携を可能とする新類型を設ける。）
- こうした取組を後押しするため、厚生労働省において、例えば以下の支援を検討すべきではないかと。
 - ・ 研修の標準的な基準の設定等を通じた研修等の量的・質的充実と受講の促進
 - ・ 国民・患者の健康・医療情報の共有基盤等の整備（医療 DX の推進）
 - ・ かかりつけ医機能の診療報酬による適切な評価 など
- 地域の協議の場において検討する具体的方策や、国の支援内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討することとしてはどうか。その際、以下の意見があったことに留意すべきではないかと。
 - ・ かかりつけ医機能を有する医療機関に関し、最初に診療を受ける医療機関としてのかかりつけ医機能及び初期救急のあり方について検討すべき。
 - ・ かかりつけ医機能を有する医療機関に中小病院を含めるべき。
 - ・ 内科のみならず、眼科や耳鼻科など専門的な領域を担う医療機関のあり方についても検討すべき。
 - ・ 地域においては1つの医療機関で全てのかかりつけ医機能を担うのは困難であること。
 - ・ 地域における協議の過程において、かかりつけ医機能について合意し、行政や地域の医師会などの医療関係者の支援を受けながら、それぞれの医療機関の連携の在り方について確立していくべき。
 - ・ 地域の協議の場に関して、高齢者の在宅医療を想定するのであれば、地域医療構想調整会議では対応困難であることや、2次医療圏では規模が大きいので、市区町村単位での議論を前提とすべき。
 - ・ 医療分野の DX に関し、かかりつけ医機能を発揮させるためには PHR基盤の整備やオンライン資格確認の活用による患者の情報の一元的な管理が肝要、セキュリティを確保した上で患者と医療機関側の双方のデータ基盤の整備が重要である。その際、母子保健の仕組みも参考にして健診や予防接種なども含めてかかりつけ医が全人的に伴走できるようにすべき。

「医療提供体制の改革に関する意見」⑤（抄）（令和4年12月28日社会保障審議会医療部会とりまとめ）

③ かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- さらに、慢性疾患を有する高齢者が在宅で医療を受ける場合をはじめ患者が継続的な管理を必要とし、患者が希望する場合に、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容について、書面交付などを通じて説明することとしてはどうか。なお、書面の具体的な内容や交付手続き等については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討することとしてはどうか。その際、以下の意見があったことに留意すべきではないか。
 - ・ 対象者については、慢性疾患を有する高齢者のみならず、子どもを含め幅広く対象とすべき。
 - ・ 継続的な管理が必要と判断される患者に限定すべきではない。
 - ・ 情報の一元化やその調整窓口を想定し、患者と医師との関係は1対1にすべき。
 - ・ その情報を都道府県に登録し保険者が把握できるようにすべき。
 - ・ 複数の医療機関から書面の交付を可能とすべき。
 - ・ 書面等について統一様式を定めるなど医療現場の負担に配慮すべき。
- こうした取組を着実に進めるため、以下のスケジュールを想定してはどうか。
 - ・ 有識者や専門家等の参画を得た検討結果等を踏まえ、医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」等の関係法令を改正する。
 - ・ 令和7年度を目途に個々の医療機関からの機能の報告を受けて、地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論を開始する。
 - ・ 具体的方針等が決定した段階で、適宜、医療計画に反映する（第8次医療計画の中間見直しを想定）。
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備は、地域医療構想・医師偏在対策・働き方改革など、現在進めている医療提供体制に関する取組に密接に関連し、今後の少子高齢化の進展の中でも国民・患者が必要な医療を必要なときに受けられるようにしていく上で重要な取組となる。厚生労働省においては、今回の制度整備を具体化するとともに、実施していく際には、国民・患者目線に立って、その趣旨や内容を国民・患者にわかりやすく伝え、その理解を得ながら継続的に推進していくことが求められる。

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（抄） （令和5年12月22日閣議決定）

2. 医療・介護制度等の改革

＜② 「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

◆ 医療提供体制改革の推進

- ・ 地域医療構想については、これまでのP D C Aサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。その際、国においては、都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組を支援する。
- ・ 2026年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。
- ・ こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。
- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、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よう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年夏頃までに結論を得る。
- ・ さらに、令和5年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
- ・ また、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた、医師の教育や研修の充実にも取り組んでいく。

(参考) これまでの分科会等における主な意見

令和5年9月29日 医療部会における主な意見

【総論】

- 医療部会にもきちんと検討状況を報告してほしい。医療部会に報告しながら検討を進めるだけでなく、医療部会で反復して議論できるようにしてほしい。医療部会でまとめた意見がその後どうなっているかということについて、きちんとフィードバックすべき。
- 外来医療提供体制は、コロナ以前にはそれほど大きな問題が生じていなかったが、外来医療提供体制をよりよいものにしていくのが今回の制度整備の趣旨と理解。地域の実情や医療機関の実態に応じて、現在の体制の長所は残し生かしつつ、より多くの医療機関が積極的に前向きに取り組めるよう検討を進めてほしい。
- 今回の制度整備により、かかりつけ医機能が十分に担保されて、なるべく多くの国民・患者にメリットのある仕組みにしていくことが大変重要。
- かかりつけ医機能の制度整備は、国民が求めているものと乖離してはいけない。法改正して制度整備を図るわけなので、現状との違いも含め、きちんとした検討をすべき。

【かかりつけ医機能報告】

- 開業医、勤務医に関わらず、かかりつけ医機能を担う医師が適切に負担軽減しつつ、能力を発揮して地域で長く活躍できるように議論してほしい。
- かかりつけ医機能では時間外対応が求められるが、医師個人が夜間・休日も常時責任を担うのは負担であり、地域のグループで対応、多職種でタスクシェア、ICT活用等、働き方改革で進められてきた取組が重要。
- 身近なかかりつけ医の役割や大きな病院との関係など、かかりつけ医に関する普及啓発を分かりやすい形でやるべき。高齢の在宅療養者、障害者には、ケアマネや相談支援事業者が関与するので、支援者にも分かりやすい情報提供をしてほしい。
- 障害者のかかりつけ医機能について、幅広い現場の声を聞いて、議論をしっかりと行ってほしい。
- かかりつけ機能を因数分解して、ばらばらに患者が選択する形ではなく、全体を統括する、全人的な視点等が必要になってくると考える。
- 地域によって開業医が少なく、医療資源が乏しいため、病院の医師がかかりつけ医機能も果たし、紹介先がない地域もある。病院の医師がかかりつけ医機能を発揮することが必要な場合もあることを念頭に置くべき。
- 200床以下の地域の病院は、かかりつけ医機能も担わなければいけないと考える。
- 「紹介受診重点医療機関」と「かかりつけ医機能を有する医療機関」はきれいに分かれるわけではなく、紹介受診重点医療機関でも、ある診療科は周りに診療所がなく、かかりつけ医機能の外来をやる地域もある。また、かかりつけ医機能の中に入院に関する機能も含まれるか明確化が必要。
- 第8次医療計画の中で高齢者救急は二次救急病院が担うことが明記されたが、かかりつけ医機能との関係を明確にする必要。高齢者が増える都会では、二次救急は多くの中小病院が担っていることを踏まえる必要。
- 地域や在宅での生活の視点を持ったかかりつけ医の機能を検討して、教育する必要。大学教育も重要だが、地域医師会等を通じた教育が重要。
- 総合診療ができる信頼できるかかりつけ医を育成するため、介護の知識も含め、地域の教育・研修の充実、処遇改善、キャリアパス支援が重要。
- 学部教育、研修制度、卒後教育の段階で、かかりつけ医機能を担当できる医師を長い目で育てる仕組みが重要。
- 地域の医療機関との連携や研修、不足する機能の創出等に一定の費用が発生するため、例えば地域医師会等への財政措置を検討する必要。
- 200床未満の病院の電子カルテの普及率は50%ぐらいであり、情報交換がスムーズにできないので、国からの支援を検討すべき。

【医療機能情報提供提供制度】

- 全国統一システムの構築は、大きな病院から地域に戻るときにかかりつけ医を探す中で、非常によいこと。さらに、全国統一システムに載る情報と各医療機関のホームページを連動させるべき。国民への周知も含め、国民が全国統一システムを活用できるようにしてほしい。
- 医療部会のとりまとめの医療機能情報提供制度の情報提供項目のイメージは非常に大事なもの。

令和5年10月13日「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」における主な意見

- 医療部会、親検討会、2つの分科会において、議論の状況を相互に共有しながら検討を進めていくべき。
- 今回の制度整備は、全世代型社会保障改革の一環という位置づけであり、全ての国民が恩恵を受けられる制度整備とすべき。また、かかりつけ医機能報告制度と医療機能情報提供制度について、医療の質の担保の観点から運用上の実効性を高めるべき。
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める上で、全世代型社会保障構築会議の議論も踏まえた検討が必要。かかりつけ医機能の上位概念として地域包括ケアがあり、地域の中で医療・介護等が連携して体制を構築していくことが重要。医療の視点だけでなく、地域で必要とされるかかりつけ医機能を考えて、報告制度にどう織り込むか検討すべき。今後の課題として、患者による選択、かかりつけ医機能の定義・明確化、健康な現役世代、患者・国民のニーズ、医療機関の連携・ネットワーク、医療情報基盤等が考えられる。また、かかりつけ医となる個々の医師の資質・能力の向上、かかりつけ医機能を担う医療機関の制度面と現場での実装、連携・協働を支える基盤整備、財源の確保等の議論も必要。
- 現存する外来医療提供体制が急変してしまうことのないよう、現行の仕組みの長所は活かしつつ、さらによりよいものにしていくという視点が重要。医療資源を最大限に活かしていく観点からも、実際に現在かかりつけ医機能を担っている医療機関が積極的に参画できるような報告制度とすることが重要。
- 医師の高齢化が進み、特に地方では開業する医師も減っている中で、多くの医療機関がこの制度に参画できるようにすべき。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っている場合もあり、地域の実情に応じて医療資源を有効活用できるような制度とすべき。
- 複数の医療機関が連携して、地域住民のかかりつけ医機能を担っていくという考え方が定着するような議論が必要。かかりつけ医機能を持つ複数の医療機関のどこかで診るということはフリーアクセスの考え方と矛盾するものではなく、国民が誤解しないように理解の浸透を進めることが重要。国民皆保険の中で保険者の役割が重要であり、保険者が被保険者に適切に情報提供できるような仕組みとすべき。かかりつけ医機能の確保には在宅医療や介護との連携の視点が重要であり、市町村も参画する制度とすべき。
- 自治体によって医療資源も様々であり、地域で頑張っている医療機関が撤退してしまうことがないような制度設計を考えるべき。
- 医療ニーズは患者によって様々であり、また、国民がかかりつけ医を担う医療機関を選ぶための選択肢が豊富な地域もあればそうでない地域もある。患者が自身の状態を踏まえ、患者主体で適切に選択できるように、かかりつけ医機能報告の検討を行うべき。
- かかりつけ医機能を地域で面的に支える上で、その機能を積極的に担う医療機関が位置づけられるような報告制度を考えていくべき。かかりつけ医機能の公表のあり方について、患者が適切にかかりつけ医を担う医療機関を選ぶことができる基準となるという視点で検討すべき。
- 国民がかかりつけ医機能を持つ医療機関に適切にアクセスできる使い勝手のよい仕組みの構築が重要。国民・患者への客観的な情報やデータの提供と、国民・患者の医療への理解を深めるための仕掛けも必要。現行の法制上の建付にとらわれず、柔軟な姿勢で検討すべき。
- システム構築はもとより、患者が適切な情報に辿り着ける仕組みとすることが重要。
- 附帯決議にもあるように、障害児・者、医療的ケア児、難病患者等も含めた検討を行うべき。将来的には、継続的な医療を要しない者も含めたかかりつけ医機能報告とすべき。
- 障害児・者、医療的ケア児、難病患者が地域で生活していくには、医療、介護、福祉の連携が重要であり、多くの障害種別の方々や難病患者の意見を聞きながら検討を進めるべき。
- かかりつけ医機能に関係する各職種が果たす役割を踏まえた制度整備を行うべき。障害児・者、医療的ケア児、難病患者等も含めた報告制度の検討を早期に行うべき。かかりつけ医機能の確保における医療機関間や訪問看護との連携先の情報は、国民にしっかりと情報提供することが重要。かかりつけ医機能の発揮には、教育研修の充実、処遇改善、キャリアパス等の検討が必要。
- 学生のうちから総合診療を行う医師を明確にしていくより、病院の専門医が地域のかかりつけ医への転換を考えたときに、必要なかかりつけ医の資質等を確保できる研修の仕組みを構築することが重要。
- 医師によっては既に多くの研修を受講しており、かかりつけ医機能の研修のあり方の検討では、受講負担にも配慮すべき。
- かかりつけ医機能が医療機関の能力か個人の能力か分かりにくい。かかりつけ医支援病院等の位置づけがあるとよいと思う。

令和5年11月15日「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」における主な意見①

【検討の視点・方向性】

- 地域で連携しながら必要なかかりつけ医機能を確保していくということに加えて、自身が担うことができる領域を広げていく努力が大切であるということ、今後の議論の中でコンセンサスが得られればよい。地域の医療資源の有効活用や地域の特性を踏まえた機能の確保の観点から、現存する地域の医療機能の底上げが図られるような議論になればよい。
- 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り、その点を意識した制度設計が必要。時間外診療や入院支援、在宅医療、介護サービス等との連携も重要だが、連携の強度やタイトさが極めて重要である。医療機能情報提供制度も含めて、地域住民の医療機関の選択に資するよう、かかりつけ医機能の可視化が必要。また、地域全体の向上には基準の明確化が必要であり、国民にとって分かりやすい形での確認・公表が重要。患者への書面交付については、障害者や医療的ケア児、難病患者も対象に含めることを検討すべき。
- 水平的連携を進めるには、医療介護全体をコーディネートする役割や視点が大切。医療・介護を必要とする人を支援するには、訪問看護ステーションや介護事業所、ケアマネを含む連携体制の構築が重要。通院困難な方に対しても、オンライン診療や訪問看護で支えることも重要になる。また、医療機関が担うべき役割やその役割を地域連携の中で果たしていくための研修の在り方についても議論すべき。
- かかりつけ医機能報告によって地域における機能の不足が見える化されるようになり、地域の実情に見合う形で、連携しながらカバーし合える体制づくりが重要。より多くの先生に手を挙げてもらえるような柔軟な制度とすべき。
- 報告制度を検討していく上では、市民の立場から見た分かりやすさ、市民の感覚を踏まえた情報提供という視点と、地域においてかかりつけ医機能を面で支えていくに当たって必要となるデータとしての側面があり、これらは別の視点で切り分けて考える必要がある。
- 報告制度の詳細を検討する以前に、今あるリソースをどのように活用していくのか、この報告制度で何が変わるのか、アウトカムを具体性を持って議論すべきではないか。
- 現在の外来がどのように成り立っているのかを認識する必要。医師は病院で20年ほど勤務し、かなり高い専門性を持って開業している。開業した場合、様々な研修を受けるなど、少しずつ自身の領域を広げていく形が基本。患者がかかりつけ医機能を担うと考える診療科は、内科が多いが、様々な診療科を認識。全ての診療科において継続的に診察を要する疾患があることを踏まえれば、ほとんどの診療科が報告制度の対象となり得るのではないかと。できるだけ多くの先生方に参加いただける制度とすることが望ましい。難病等の患者は高次の医療機関がかかりつけ機能を担う場合もあり、報告対象について、高次の医療機関も検討してもよいのではないかと。
- かかりつけ医機能の在り方は、首都圏や地方都市、県庁所在地とそれ以外でも、役割が異なる。患者側も、意識ははっきりしているが重症な病気を持っている方もあれば、高齢化により支援が必要な方もおり、区別しながら検討することが必要。
- かかりつけ医機能を果たしていく上で、質の高いケアを継続的にできる努力が大切。毎年継続的な報告により、かかりつけ医機能の発揮に対する医療機関の努力が患者目線で見えるような報告項目を設けるべき。また、研修制度も大切であるが、かかりつけ医機能を有する医療機関がOJTで担い手を育成する役割を果たすことが期待され、何らかの形で評価する仕組みがあるとよい。さらに、紹介受診重点医療機関が、かかりつけ医機能を有する医療機関になることは否定しないが、当該医療機関の中で、かかりつけ医機能を担う部分と紹介受診を受け入れる機能の部分は線引きが必要。かかりつけ医機能が曖昧なものにならないよう、ある程度輪郭を明確にすることが重要。
- かかりつけ医機能を発揮する単位としては、二次医療圏単位ではなく、市町村単位、日常生活圏単位で考える必要。そのため、市町村が地域医療に関心を持って実態を把握することが大切。市町村の権限や施策の在り方も含め、検討が必要ではないか。
- 医療資源は地域により様々であることも踏まえた制度設計が必要。また、面的な対応には、ICTの活用が有効であり、支援策も検討すべき。
- 救急患者にしても入院患者にしても在宅患者にしても、85歳以上が大宗を占めており、85歳以上の患者を地域でどう支えていくのかを最優先に議論すべき。二次医療圏では議論は難しく、生活圏域の自治体を単位とすることが適当。85歳以上が急増している中で、できるだけ多くの医療機関、介護関係者が参画し、かかりつけ医機能を充実させていく必要。

令和5年11月15日「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」における主な意見②

- 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もう少し明確化すべき。また、中医協のかかりつけ医機能の調査結果にあるように、患者側と医療提供側には、かかりつけ医に求める役割について意識の差があることに留意が必要。地域完結型の医療・介護提供体制の構築には、水平的連携を推進することも重要だが、専門医への紹介など、大病院との連携も重要。特に地域医療支援病院や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重視すべき。
- 新しい制度の必要性を社会に説明できるよう、地域で面として医療がうまく機能しているのかや患者の満足度などが確認できるような指標を作って進めていく必要があるのではないか。かかりつけ医機能のコーディネーターを行政が支援する仕組みづくりも考えるべき。
- 地方と都市部では求められるかかりつけ医機能の幅も異なってくる。高い専門性で開業されていることから、日本の外来医療の質は一定程度担保されていると評価されるが、それをどういう形に考えていくのかということも議論すべき。

【国民・患者目線】

- 医療機能情報提供制度について、患者から見ると非常に分かりにくい。かかりつけ医機能報告の導入に当たっては、国民にとって分かりやすいキーワードで検索できる制度にすべき。また、この報告制度を国民がかかりつけ医機能を担う医療機関を探すときに使うよう、制度周知も必要。
- かかりつけ医機能を担う医療機関は患者が主体的に選ぶものであるべきだが、かかりつけであるということについて、患者側と医師側の認識が一致しているかが重要。
- 患者が医療機関を選択する際の学習の機会の提供や教育に関する支援が必要。また、患者側と医療機関側でかかりつけ医機能に求める内容にギャップがあり、それを埋めるには、総合的な診療ができる医師の育成や総合診療の知識・技術の習得が必要。

【地域における協議の場】

- かかりつけ医機能に係る協議の場について、病院主体の地域医療構想調整会議は適切でない。構成員や会議等の再構成が必要ではないか。
- 既存の在宅医療・介護連携推進事業では、在宅医療や24時間体制の確保等に関して、医療機関同士の連携の取組が不十分。地域で不足する必要な機能を補い合うには協議の場での丁寧な議論が必要。協議の場では個別性の高い議論になり得ることから、コーディネーターをうまく活用していくことやその支援が必要。

【障害者のかかりつけ医機能】

- 障害は多様であり、障害の原疾患への理解やその時々体調や症状を診断してくれる機能が身近なところであればありがたい。

【医師の教育・研修】

- 教育研修については、急な変革は困難であり、自分で学びやすい環境をどう効果的・効率的につくっていくかの議論が必要。医師が将来理想的なかかりつけ医になるために、例えば一つの専門性を持ちながらかかりつけ医機能を担うために必要な学びは何か、どの分野で何を学べば幅が出せるようになるか、現場の医師が学びたい内容を聞くことが大切。
- これまで日本の医療を支えてきた方が参加できないような仕組みは避ける必要があるが、単に人数を増やすだけでは解決しない問題もある。総合診療専門医の活用や、プライマリーケアや在宅医療等のリカレント教育が重要である。

【地域の病院・診療所におけるかかりつけ医機能の実践】

- 地域でかかりつけ医機能を実践していくには、地域において仲のよいグループを作り、一緒に活動していく雰囲気を作っていくことが重要。
- 地域でかかりつけ医機能を発揮していくには、グループプラクティスが重要。例えば、看取りを持続的に行っていくために、地域で輪番を組んで共同で行うことや、ICTシステムの活用等による訪問看護ステーションを含めた連携が効果的だと考えている。
- かかりつけ医機能を発揮していく上では、ICTシステムの導入等で行政の介入があるとありがたい。
- 地域でかかりつけ医機能を発揮していくには、介護との連携、ケアマネとの連携が重要。ケアマネが病院内の会議に参加することや、実際に患者に接しながら医師や看護師とも直接コミュニケーションを取っていく中で医療の知識も身に付けていく。福井県では、入院の場合は3日以内にケアマネが病院に来て連携することをルール化している。
- 地域医師会は警察医や産業医も含めたコーディネート機能を持っており、在宅医療の拠点も、地域医師会主体で担っていくのがよいのではないかと考えている。

【かかりつけ医機能の考え方】

- 地域に必要なかかりつけ医機能が発揮されるようにするにはどうするかに焦点を絞って議論を深めていくことが必要ではないか。1つの医療機関や1人の医師が全てを担うことは困難であり、地域で必要なかかりつけ医機能を、地域の医療資源を開発しながら、どのようにして実現していくか、医療機関あるいは医師、医療従事者がそれぞれの役割に応じて、自分ができることを拡大していく努力をしていく方向性で議論を行うことが重要ではないか。人口が多く医療資源が豊富な地域もあれば、医療資源が非常に限られた地域もあり、それぞれの地域の特徴を反映できるようにすることが重要。
- かかりつけ医機能は地域のネットワークの中で実現していくものであり、個々の患者にとっては、一番フロントに立って関わってくれる医療機関がかかりつけ医機能を担う医療機関となるのではないかと考えている。医療資源の少ない地域と東京都のような医療資源の豊富な地域では条件も異なることから、ネットワークの作り方は画一的なものではなく、地域の現場の先生方の考えをベースにしていくのではないかと考えている。
- 医師不足地域と都市部ではかかりつけ医機能のニーズも異なり、これらを一緒に議論すれば混乱を招く。医師不足地域におけるかかりつけ医機能の発揮の例を参考にしつつ、都市部のかかりつけ医機能を考えていく必要があるのではないかと考えている。
- 医療機関に求められるかかりつけ医機能と、かかりつけ医としての医師個人の資質能力は、区別して議論すべき。一定の幅の広い診療ができることは必要であるが、それをどこまで要求するか、それを担うためにどのような研修が必要かについては、医療界において考えるべき。
- 医師が研修を受けて診療の幅を広げることは重要であるが、何らかの機能を有していなければかかりつけの医師となれない、という仕組みにすることは、フリーアクセスの阻害にもつながることになり、慎重な議論が必要ではないかと考えている。
- かかりつけ医は高齢者だけのためのものではない。今後の議論の中で、若者等も含め、フォーカスを広げていくことが必要ではないかと考えている。
- かかりつけ医を若い方が持つてはいけないというものではないが、実現可能性の観点からも、当面は、慢性疾患を有する高齢者や乳幼児、継続的な診療を必要とする患者に焦点を当てて制度整備を進めていく必要があるのではないかと考えている。

【かかりつけ医機能(総論)】

- 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る。
- 自分のところだけで全ての機能を担うことは難しい。地域において、いろいろな医療機関としっかり連携して、地域が面として役割を担えるようなことが望まれる体制ではないか。
- 今後いかに持続させていくかということを考えると、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。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。
- 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重要。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。
- かかりつけ医機能支援病院、かかりつけ医機能支援診療所との連携の中で、頑張っておられる先生方の負担をできるだけ軽くすることが重要。
- 高齢者向けのかかりつけ医機能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ものを考えていくのではないか。
- 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。高齢者はその2つを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ころで邪魔をすることはない。
- 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いう質問に対して、持病ありで89.2%、持病はないが体調不良がありで83.5%、かなりの数の方が、かかりつけ医が必要だと回答。かかりつけ医に対する国民・患者の期待が大きく、今回の制度整備は非常にタイミングがよい。その都度医療機関を選ぶほうがよいという回答が10%程度あり、1人の医師とか、1か所の医療機関に決めたくないということ。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く、こうした方々のニーズを確実に受け止めるためにも、地域の面に対応する体制というのは必要。
- 365日24時間を全部に強要しても、これは難しい。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よい。
- 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。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。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、積極的に進めていく。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ほぼ同じ。
- 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。
- 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駄目ではない。在宅医療はかかりつけ医機能の一部で、その一部で優劣をつけるものであってはいけない。それよりも、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。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。二次、三次に進んでいくと、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、すみ分けもできてくるのではないか。
- 在宅医療イコール24時間対応と認識され、在宅医療をやるイコール在支診になりなさいという認識が多い。地域の顔の見える関係の中でかかりつけ医機能支援診療所にバトンタッチをしていただくことで、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おうという流れの構築が今後重要。
- 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と想定。もともとの外来で診ていただいたかかりつけの先生が対応困難というときに、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ことになるか。

【医師の教育・研修】

- 全日病は総合医育成事業を実施。対象は全てのキャリア、全科の医師。自院で働きながら2年間から3年間の研修を受けていただく。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、医師はいろいろな面でチームのリーダーになりマネジメントができることが重要。
- 総合診療専門医が重要なプレーヤー。総合診療専門医は、取得後のキャリアの不透明さが、若い方の中で問題視されているが、地域を支えるキャリアを訴えることで、若手医師にとって魅力的になる。

【協議の場】

- 顔の見える関係、医師会を通して問題を協議できるような場であったり、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、どうやって解決していこうか検討したり、今後のかかりつけ医機能の協議の場で共有することによって、問題解決に進んでいくことが重要。
- 新潟市南区は、急性期の病院、地域密着型の病院、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が10年以上前からある。有志の会は、定例で顔を合わせる場として継続して動いてきており、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。区民の公開講座でこのような形で医療が動いていることを区民にも話している。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。

【市町村の役割】

- 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に対し、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、強化施策を稲城市医療計画として策定。
- 市職員が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て、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っている。
- 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。

【医療機能情報提供制度】

- 国民にとっては、医療機能情報提供制度が既に動き出していて、また、今後もさらに拡充されて分かりやすくなるが、コロナのときにうまく使われたかという点、必ずしもそうでなかった。医療機能情報提供制度を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必要。
- 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、理由を質問した。あまり病気をしないなどの回答が多かったが、どう探してよいか分からない、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。今回の制度整備で前進することを期待している。
- かかりつけ医機能報告制度における質の担保について、適切な研修の受講、学会等の認定を受けた医師の配置といった情報が提供されるとよい。体制だけでなく、機能を発揮した実績といった情報もほしい。
- 医療機能情報提供制度、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中で、不足する機能も可視化して、機能強化を促進することは重要。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することも重要。
- 都道府県の医療情報システムは、病院、診療所、歯科診療所、薬局の検索は簡単だが、訪問看護ステーションのデータがほとんどない。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苦勞する、今後の面的なことを考えれば、ここの部分は留意しないとイケない。

【情報連携基盤・DX】

- 各地域の医療資源に対応できる制度設計が必要であり、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。ICTの活用による診療の補完、関係者の連携が重要であり、そういうものが担保される仕組みが必要。
- 医療機関の減少と並行して、公共交通機関が脆弱になっており、通院の手段確保が難しくなっている。中山間地域における医療アクセスの改善のため、ICTを活用して、ヘルスケアモビリティの導入、対面診療を一部補完するオンライン診療の普及などを支援している。
- ヘルスケアモビリティの導入について、利用者からの評価は、ドクターが画面越しでもきちんと診て、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、交通費もかからないということで、評価は高い。中山間地域では看護師の確保が難しく課題。

【医療機能情報提供制度の運用について】

- 医療情報ネットの認知度が低い。本当に必要な方に情報が伝わるよう、医療情報ネットの認知度の向上が必要である。
- システムの全国統一化後も、ICTの導入に対応できない高齢の医師等が医療機能情報提供制度の報告が行えるよう配慮してもらいたい。
- システムが変わって住民・患者・病院等から多数の問合せが寄せられることが想定されるので、厚生労働省の窓口において都道府県の問合せ対応を十分に支援してもらいたい
- 医療情報ネットで提供される情報の信頼性を高めるために、基本情報以外の情報も変更後速やかに更新されるようにするべきである。

【医療情報ネットにおける対象者別の情報提供について】

- 対象者別の情報提供のあり方については、当事者からユーザビリティについての意見を聴きつつ、システム改修を進めていくべきである。
- 弱視の方について、表の音声読み上げ機能などの利用が難しいという声を聞くので、精密に設計が必要である。
- 小児について、「ネットでの予約が可能であるか」の情報が重要であり、検索条件に追加してはどうか。
- 検索条件設定ページを作成する利用者区分として、妊娠関係や女性特有の病気を検索したい方が多いと思うので、「高齢者」、「小児」、「障害児・者、難病患者」の他に、「女性」を追加してはどうか。

【医療情報ネットの利便性の向上について】

- 高齢者がスマートフォンで検索しやすいようにシステム設計を行うべきである。
- 外国語翻訳について、英語、中国語、韓国語だけではなく、スペイン語もニーズがありそうなので、対応してはどうか。
- 医療機関の検索において、チャットボットが利用できるようにしてはどうか。
- 医療情報ネットは多くの国民が利用してこそ価値のあるサイトになると思うが、スマートフォンで利用する方が多そうなので、アプリ化を行うべきである。
- 症状から、受診すべき診療科が案内されるとよいのではないか。

【医療情報ネットでの情報提供のあり方・かかりつけ医機能の情報提供について】

- 病院から報告された医療機能情報そのままだと、一般の方には理解できないような内容が多いので、翻訳するようなことが必要ではないか。
- 医療情報ネットで提供される情報が多すぎても利用者の混乱を招くので、リミットをどうするのか考えないといけない。
- かかりつけ医機能の報告項目は見直し中のところなので、そのことが令和6年4月の医療情報ネットの運用開始時に住民・患者に適切に伝わるようにしないといけない。
- 医療機能情報提供制度は患者に適切な受療行動を促すことが目的であり、かかりつけ医機能のある医療機関がうまく検索できるようにする必要。医療情報ネットの機能を充実させるほど、近くの大病院や専門病院が検索される懸念。
- かかりつけ医機能の情報提供が医療情報ネットでどのように行われるか、一般公開前に実際にシステムを操作して改善のための意見を言えるようにしてもらいたい。
- かかりつけ医機能報告制度と全国統一システムが将来的にどう結びついていくのか。救急や時間外対応を行う医療機関に行ったほうが予約なしで簡単に診てもらえるといった認識間違いが生じないようにする必要。