

2024-4-12 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

○医療政策企画官 それでは、定刻より若干早うございますけれども、皆様おそろいでございますので、ただいまより、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」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、御多忙中の御出席をいただきまして、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、現地会場での参加のハイブリッド開催とさせていただきます。

出欠状況の御報告でございます。本日、今村構成員から御欠席の御連絡をいただいております。土居構成員からは、用務の御都合上、14時頃の御退席と承っております。

資料でございます。お手元のタブレットに議事次第等々が入っております。資料としては資料1という1点でございます。不足等がございましたらお知らせいただきたいと思います。

それでは、報道の方、カメラはここまでとさせていただきますので、よろしくお願いたします。

それでは、永井座長、よろしくお願いたします。

○永井座長 それでは、議事に入らせていただきます。

本日は、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御議論いただきます。

まず、資料1について事務局より説明をお願いいたします。

○参事官 医療提供体制改革担当の参事官です。

そうしましたら、資料1を御用意ください。「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」になります。資料のページ数が多いですので、飛ばしながら説明をいたします。

最初、3ページになります。医療提供体制をめぐる状況の資料をおつけしています。第1回の分科会で人口動態・医療需要の変化、マンパワーなどの資料を提出していますが、将来推計人口の2023年版のデータを置き換えて資料を作成していますので、それを改めて提出しています。大きな方向としては、第1回の分科会にお示しをした資料と同じような内容になっているかと思えます。

4ページの人口構造の変化ですとか、あるいは5ページ、その人口動態も大都市型、地方都市型、過疎地域型で地域別に状況が大きく異なってくるということでございます。

6ページ、7ページ、8ページは、それぞれ入院、外来、在宅患者の需要になります。在宅患者が今後大きく増加をすること。

9ページ、85歳以上人口が増加をしますので、医療と介護の複合ニーズを持つ方が一層多くなるということです。

10ページ、亡くなる方も2040年頃にピークで年間170万人の方が亡くなられるということ、それから、自宅、介護施設等が亡くなる場所として増加傾向にあるということでございます。

11ページの人材の確保についても、労働政策研究・研修機構の「労働力需給の推計」が新しくなっているので、それを※3の注意書きで記載をしています。

12ページが、医師、提供者側の高齢化も進展をしているということです。

13ページからは、これは第1回の分科会におつけをしていませんでしたが、認知症の有病率、85歳、80代で4割を超える方になってございます。

それ以降、15ページは地域包括ケアシステムですとか、医療・介護水平連携ですとか、日本医師会・四病協の合同提言などの資料をおつけしています。

19ページ、高齢者の多疾患併存の状況ですとか、20ページのポリファーマシーの状況、それから、21ページでは全国医療情報プラットフォーム、こちらで今、医療DXというものに取り組んでいて、医療・介護現場の情報共有を図っていこうという取組を進めているところです。

23ページ、「地域医療連携推進法人制度」、こちらについて見直しを行って、個人立の医療機関あるいは介護事業者も参加法人となるような仕組みに見直しているところです。

25ページから、これまでの分科会での議論を項目ごとに整理をしたものになります。

最初、26ページ、地域の医療連携体制の構築に関する主な御意見を整理しています。1つ目のポツですが、自分の医療機関だけで全ての機能を担うことは難しい、地域で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という御意見。2つ目で、85歳以上が急増している中、できるだけ多くの医療機関、介護関係者が参画をして、かかりつけ医機能を充実させていく必要があるという御意見。それから、今回のかかりつけ医機能報告に関して、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、このかかりつけ医機能の報告をうまく活用していくことが大切だということ。それから、その3つぐらい下になると、かかりつけ医機能報告が、地域のかかりつけ医機能をどう整理するか、面で支えるかというための資料としての側面がある、高齢化社会が深まっていくあるいは医療的ケア児が増えていく中で、在宅医療を担う方、時間外対応をみんなでどうしていくか、感染症の初期対応などもどう対応するかということ議論する資料になるのではないかという御意見。その3つ下ぐらいには、水平的連携の推進も重要だけれども、専門医の紹介など大病院との連携も重要だという御指摘、御意見もいただいています。

27ページは、医師の教育や研修に関するいただいた御意見を整理しています。1つ目のポツで、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、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だという御意見。それから、その2つ下で、かかりつけ医機能を有する医療機関がOJTを通じて、担い手を育成する役割も重要ということ。その2つ下で、また、総合診療専門医を

どう活用して増やしていくかも重要ということと、今まで違う科をやってきたけれども、プライマリ・ケア、在宅医療や地域医療に参画したい先生方に関するリカレント教育も大変重要だという御指摘をいただいています。

28ページは、国民・患者への情報提供に関する意見を整理しています。1つ目のポツで、かかりつけ医、かかりつけ医療機関を持っていない方に、その理由を質問したところ、どう探してもよいか分からない、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のだという御意見。それから、患者がかかりつけ医を選択するために、報告制度が考えられている、その中で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、一定の研修を修了している前提で、さらにこういうことができるというようなことを報告制度の中で明らかにしてほしいという御意見。それから、その3つ下では、かかりつけ医機能報告制度の質の担保として、研修の受講とか、学会など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いいという御意見ですとか、その下で、基準を明確にすることで医療機関もそこを目指すということで地域全体のレベルアップにつながるという御意見。その下のほうは、医療機能情報提供制度、これを利用しやすくしていく必要ですとか、あまり国民に知られていないので、周知方法もしっかり議論しなければいけないという御意見をいただいています。

29ページ、こちらはかかりつけ医機能として期待される機能に関する意見を整理しています。項目としては、医療法のかかりつけ医機能報告の報告事項の条文に沿って整理をしています。1つ目が、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に関連するものです。1つ目のポツで、多様な患者のニーズを受け止めるかかりつけ医の役割、機能の発揮に期待するという御意見。その下が、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つきりしたほうがよいというような御意見。あとは、65歳以上の高齢者の多くが複数の疾患を持つということで、多受診、多剤投与の全体的な最適化をしていくことが重要だという御意見。あとは医療ニーズ、様々な生活ニーズを差配するハブ機能が求められるというような御意見。それから、その2つ下で、医師が病院で20年ほど勤務をして、かなり高い専門性を持って開業している、研修を受けるなど少しずつ御自身の領域を広げていく形が基本だということで、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ると、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いう御意見をいただいています。

下のほうの時間外診療は、時間外診療、入退院支援、在宅医療あるいは介護サービスとの連携は、1人の医師で全て対応するのは不可能だということで、複数の医療機関が連携するのが当然必要だという御意見をいただいています。

30ページ、こちらにもかかりつけ医機能として期待される機能に関する御意見で、1つ目が入退院の支援になります。在宅医療チームと入院医療チームの協働が重要ということ。それから、85歳以上の方は、地域に密着した中小病院の入院機能を活用することが大事だということ。地域連携室が大事、重要というような御意見。

在宅医療に関して、かかりつけ医が24時間在宅医療できない場合には、地域密着型の中小病院が24時間あるいは夜・休日の往診対応をするという連携体制が重要という御意見。かかりつけ医機能の支援をする診療所の役割も重要だということ。その下が、在宅看取りが増えるですとか、在宅で救急車で搬送される件数が減るなどのアウトカムが出ればいいというような御意見。

介護等との連携については、医療・介護全体をコーディネートする役割、視点が重要。

一番下の地域の公衆衛生について、学校医、産業医、警察医、施設配置医などの公衆衛生の活動が、こちらでも重要だという御指摘をいただいています。

31ページ、かかりつけ医機能報告の対象医療機関に関する御意見を整理しています。第1回目の分科会などでいただいている意見になります。紹介受診重点医療機関の中にも夜間の対応、急変時の対応などの役割をしている医療機関もあるので、このかかりつけ医機能報告は幅広い報告制度にしたほうがよいという御意見をいただいています。

32ページ、地域における協議などに関する意見を整理しています。かかりつけ医機能報告制度では、地域の医療機関がどのような機能を持っているかを振り返る、それから、地域で連携して必要な機能を確保するようにする、大事なものは、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、有効な研修の手段あるいは経験を積むための工夫についても議論が深まればよいという御意見。その下については、市町村の役割です。市町村が地域医療の実態を把握する、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という御意見。あとは、かかりつけ医機能の協議の場について、生活圏域の自治体単位が基本ではないかという御意見をいただいています。

33ページ、医療DXによる情報共有基盤の整備に関する意見を整理しています。多職種連携、多機能の連携をやるということで、その連携を支える基盤としての情報連携、医療DXが必要だという御意見。その中で、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、その取組が重要という御意見。下から2つ目ですが、医療機関の減少、公共交通機関が脆弱になっていくという中で、中山間地域における医療アクセスの改善のために、ICTを活用して、ヘルスケアモビリティの導入、あるいは対面診療を一部補完するオンライン診療などの取組を行っているという御紹介がございました。

34ページから、論点になります。

まず、35ページ、第1回目の分科会でお示しをした検討のスケジュール、こちらを1月の下旬にヒアリングを行ってから、能登半島地震の対応などもあって、2か月間分科会が空いていますので、スケジュールを置き直しています。本日は必要とされる機能など、論点の項目をお示ししています。本日の御意見、御議論も踏まえて、また次回5月の分科会では、かかりつけ医機能報告などの案を示して御議論いただきたいと考えています。

36ページ、37ページです。こちらが少し先、2040年頃を見据えて今後の人口動態・医療需要の変化を踏まえて地域で必要とされる主な医療機能などのイメージを整理したものです。このようなイメージを念頭に置きながら、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けて検討を進めてはどうかというものです。あくまでも事務局で一定の整理を試みたもの、また、かかりつけ医機能に関連しそうな主なものを事務局で整理を試みたものでして、引き続き御意見をいただきたいというものになります。

1つ目が、人口動態・医療需要に関するものです。複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズなどを抱える高齢者が増加、マンパワーの制約があると。働き方改革を推進する中で、地域の医療機関など多職種が機能、専門性に応じて連携をして、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になるのではないかと。

2つ目の○で、そのような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これも一層重要になるのではないかと。矢印で書いています複数の慢性疾患の継続的な管理、生活背景等も踏まえた全人的な診療や保健指導など、3つ目が紹介・逆紹介、4つ目が認知症の対応、高齢者の体調急変時の夜間・休日対応、高齢者の救急受入れ対応機能、情報の共有を行い、継続的な治療、服薬管理など、在宅医療、在宅療養者の後方支援病床の確保、入退院時の情報共有・支援、そして、高齢者施設における医療、看取り・ターミナルケア、介護サービス・生活支援サービス等との連携・調整、その下が少し広げて健康相談・生活指導など、そして、健診・予防接種などを行う機能、これらが高齢者の増加に伴い一層重要になるのではないかと。

一番下の○です。「治し、支える医療」を提供するために、個々の医師の担う領域を広げていけるよう、医師の教育・研修の充実が、こちらは一層重要になるのではないかと。

37ページ、2番目は医療提供体制側になります。1つ目の○で、生産年齢人口が減少する中で、働き方改革を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保するために、以下のような取組が重要となるのではないかと。矢印で、生産年齢人口が減少して医療需要の質・量に変化、人材確保が困難になると見込まれる中で、地域によって、一定の症例を集積して医療の質の確保、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関の連携、遠隔医療やオンライン診療の活用など、その際、情報共有基盤の整備ですとか、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮なども重要だと。次が、24時間在宅医療、夜間・休日対応等を行うため、病診連携、複数医師の診療所あるいはグループ診療の推進ということ。3つ目の矢印が、地域保健・公衆衛生の体制の確保。

その下の○が、今度は医療従事者の確保、活躍できる環境の整備、医師の地域・診療科偏在への対応、現役世代への対応、医療の高度化、持続可能性への対応なども重要だということ。

3つ目が、地域の医療提供体制のイメージを描いています。分科会の中でも都市部、大都市部、地方都市、過疎地域など、それぞれの地域で異なるというような御指摘をいただ

いています。イメージとして描いてみたというものになります。真ん中のところにかかりつけ医機能を置いて、主に診療所・中小病院がこのかかりつけ医機能、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、こちらを担う。その下のほうに、さらに主に在宅療養支援診療所あるいは在宅療養支援病院が後方支援病床、24時間の在宅医療、人材の育成などの役割を担う。身近な地域における医療・介護の連携体制の中で、訪問診療、受診・相談・入院、オンライン診療などを行っていくと。左側の専門的な医療の提供などについて紹介・逆紹介を行っていくという体制のイメージを記載しています。

38ページですが、このような2040年を見据えた医療提供体制について、3月の末に新たな地域医療構想等に関する検討会、こちらを立ち上げまして、検討を開始しているところです。

39ページに検討事項としてありますが、新たな地域医療構想について、2040年頃を見据えて、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、在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療体制全体の地域医療構想として検討していく予定としています。

40ページ、こちらはこれまでの分科会で今回のかかりつけ医機能が発揮される制度の目的が何かという御指摘がありましたので、改めて整理、用意をした資料になります。上のほうの趣旨のところにあります、複数の慢性疾患、医療・介護複合ニーズを有することが多い高齢者のさらなる増加という中で、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくことを目的としています。その際、国民・患者から見て、医療サービスの質の向上につながるものにする、それから、国民・患者が医療機関を適切に選択できるものとする、あと、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域で必要なかかりつけ医機能を確保する、これらを目的としています。

41ページ、これまでの分科会の中で「かかりつけ医機能」といわゆる「かかりつけ医」の関係が分かりにくいという御指摘をいただいているので、これも整理をしてみたものです。上のほうの「かかりつけ医機能」、こちらは平成25年の日本医師会・四病院団体協議会の合同提言において、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う、自己の専門性を超える場合には地域の医師、医療機関などと協力して対応するということとされています。令和5年改正で医療法に位置づけられたのは、この「かかりつけ医機能」になります。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」と定義をされています。

下のほうのいわゆる「かかりつけ医」については、医療法に位置づけはされておらず、定義も医療法ではされていないということです。日医・四病協の合同提言においては『「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師』とされて、何でも相談できる上、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をされています。「かかりつけ医機能」については医療機関の機能で、「かかりつけ医」は個々の医師のことという整理になろう

かと思えます。

42ページ、論点の項目になります。これまでの分科会の議論の中で、1つ目に、施行に向けて定める必要がある事項、2つ目に、かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備、国の支援の在り方など、こちらの両方の意見があったと思います。

1番目の施行に向けた事項については、「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、報告する内容、報告対象医療機関の範囲、都道府県の確認・公表など、あとは医療機能情報提供制度による報告もあると。3つ目のポツで、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」のモデルの提示を入れています。これまでの分科会において「かかりつけ医機能を有する医療機関」にはいろいろなパターンがあるという御指摘、その中には、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所も重要だという指摘をいただいています。そのような多様なモデルの提示を行ってはどうかということです。次の○の地域の協議の場での協議、こちらはその場の設定をどうするか、参加者、市町村の関与が重要ではないかという御指摘、それから、進め方など。3つ目は、患者への説明です。

2番目の基盤整備については、医師の教育・研修の充実、かかりつけ医機能の実装に向けた取組として、市町村の在宅医療・介護連携推進事業、連携推進法人、自治体職員の研修、そして、医療DXによる情報共有基盤の整備ということを入れています。

3番目は医療計画に関する事項で、こちらは8次医療計画中間見直しに併せて検討していく。

最後に、43ページ、これまでの分科会の議論を踏まえて基本的な考え方の案をお示ししています。本日御意見をいただいた上で、先ほどの1ページ前の論点について具体的な案も示して、次回以降議論いただきたいと考えています。

基本的な考え方の1つ目は、複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者が増加する、マンパワーの制約があり、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連携をして、効率的に質の高い医療を提供、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。

2つ目の○で、このため、かかりつけ医機能報告、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」、当該医療機関の機能の内容について、国民・患者に情報提供して、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。また、「かかりつけ医機能を有する医療機関」、当該医療機関の機能の内容、それから、今後担う意向について報告していただいて、地域の協議の場で地域の確保状況を確認し、不足する機能を確保する方策、研修の充実あるいは夜間・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などを検討・実施することで、地域医療の質の向上を図る。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って、各医療機関が連携しつつ、自らが担う機能の内容の強化をするように促すということが重要ではないか。

地域の協議の場について、特に在宅医療・介護連携等の協議に当たっては、市町村単位、日常生活圏域単位での協議、市町村の積極的な関与・役割が重要ではないか。

次の○が、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の充実が重要ではないか。

最後の○が、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、連携推進法人などによる病診連携、複数医師による診療所、グループ診療などの推進、自治体職員の研修などの充実が重要ではないかと。最後は、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ということ、基本的な考え方の案として記載をしています。

資料の説明、まずは以上になります。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして、御質問、御意見をお願いいたします。いかがでしょうか。

土居委員、その後、山口委員、お願いします。

○土居構成員 どうも御説明ありがとうございました。

42ページ、43ページの案については、特段の異議はございませんで、それを肉づけするような形で意見を述べさせていただきたいと思います。

これまでの分科会でも私は述べてまいりましたけれども、かかりつけ医機能報告制度を活用して、そのかかりつけ医機能というものをしっかり定義していくことが重要だと思います。定義を曖昧にして、結局のところ、かかりつけ医にどの医療機関でも報告できるということに幅広にし過ぎますと、何をもちかかりつけ医機能というのかが曖昧になってしまって、元に戻ってしまうことになりかねませんので、かかりつけ医機能の輪郭をしっかりとらえさせるべきではないかと思えます。あくまでもフリーアクセスの下でということでのかかりつけ医機能報告制度ですので、決して排除の論理ではないと。あくまでも患者の選択に資する情報提供を促すというところも重要なポイントなのではないかと思えます。その観点から、2点ほど意見を述べさせていただきたいと思います。

先ほどの事務局からの資料説明にもありましたように、医療法、特に、第30条の18の4がこの我々の議論の起点になっているわけですが、かかりつけ医機能報告の報告内容として「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」が1号として規定されていて、これがかかりつけ医機能の基礎的かつ重要な機能であると私は考えます。この基となったもの、私も関わらせていただいた全世代型社会保障構築会議で令和4年12月に報告書を出させていただいておりますけれども、この中でもかかりつけ医機能の1番目は「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」としておりました。まさにその部分で、特に高齢者がこれから増えていく中で、多くの疾患や症

状をお持ちの患者に「治し、支える医療」を提供できる体制を構築していくためにも、幅広い疾患と症状に対応できることが、この制度でも重要ではないかと思えます。

その中で、この分科会で釜菴構成員から御発表がございまして、私も大変勉強になりました。そこで御紹介いただいたのが、日本医師会のかかりつけ医機能研修制度でございました。その中で、基礎研修の中で57の症候論を掲げて、その研修を受けるというリストがございました。まさにこれがかかりつけ医として患者側が選択する際にどういう症候に対応して下さるのかということがはっきりリストとなって表れていて、私も大変分かりやすいと思えました。頭痛、食欲不振、発疹、腹痛、腰痛、様々ありますけれども、患者側はなかなか自分がどの疾患にかかっているかをあらかじめ理解することは容易ではないわけですし、どういう症状・症候を持っているかには自覚があるという観点からいたしますと、どの疾患に対応できるかも大事ですけれども、どの症状・症候に対応できるかということもかかりつけ医機能報告の中でお示しいただくことを通じて、患者の選択に資するものになるのではないかと思います。その際には、幅広い疾患・症状に対応できるということが重要ですので、そうしたところを報告制度の中でお示しいただくことで、その内容を明確化することにつながるのではないかと思います。

それとともに、かかりつけ医機能というものを発揮するというところだから、少なくともこういう症候には対応できるという範囲をある程度特定していただくことも必要で、もちろんどの症候に対応できるかを幅広く報告いただくことも必要ですけれども、かかりつけ医機能としてどういうものをもってかかりつけ医機能とするかということも、症候に対応するようなどころで何らかの特定をしていただくことも私は必要なのではないかと。これが1号のところが必要な部分ではないかと思っております。

もう一つは、日医のかかりつけ医機能研修制度がございまして、その研修を受けているということで、そのかかりつけ医機能を発揮できる医療機関であることを示すことも重要ではないかと思えます。ですから、どういう症状・症候に対応できるかということのみならず、どういう研修を受けておられるかも報告制度の中で盛り込んでいただくことを通じて、患者の選択に資することになるのではないかと思います。

繰り返しになりますけれども、あくまでもフリーアクセスの下でのかかりつけ医機能報告制度であるということですから、ある程度定義をはっきりしていただかなければ、患者の選択に資さないということになります。それでいて、別にかかりつけ医機能報告対象医療機関にならなかったからといって排除されるわけではなくて、あくまでもフリーアクセスの下でのこの仕組みですから、当然フリーアクセスということですから、患者も手を挙げてその報告制度に基づいた情報を基に選択するということであり、かつ必ずしもかかりつけ医機能報告制度の対象医療機関でなかったとしても、その医療機関にかかる自由は残されているということですので、そうした観点から議論していただきたいと思います。私は思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

山口委員。

○山口構成員 ありがとうございます。山口でございます。

私もこの42ページと43ページの論点と基本的な考え方については、おおむね賛成でございます。

かかりつけ医機能の対象ですけれども、私も慢性疾患を有する高齢者、それから、継続的な医療を要する者というところにある程度絞らないと、話がややこしくなるかと思っています。ヒアリングのときに、例えば難病の方の場合は大学病院などがかかりつけになっている場合もあると私は申し上げましたけれども、その場合は今回のいわゆるかかりつけ医機能というよりは、そこにかかっているという位置づけにしたほうが分かりやすいのかと思います。

42ページの特にかかりつけ医機能報告による報告・公表、ここのところがこれからかかりつけ医を選びたい人にとって、あくまでかかりつけ医は、何度も申し上げているように、患者が主体になって選ぶことが基本ですので、この報告・公表ということが大事になってくると考えています。ただ、こういう機能を備えていないと駄目だという基準をつくるのではなくて、患者が選べるように、各医療機関がどのような機能を持っているのかを医療機関が自主的に申告してくださるような報告の在り方が私は大事かと思っています。というのも、かかりつけ医を選びたいという人の中に、在宅医療をやっているところがいいと思う人もいれば、ニーズとして今はそれはないという方もいらっしゃるわけです。そうすると、全ての候補が在宅医療をやっているということになると、明らかに選択肢が狭まってしまうので、やっているところがどこなのが分かるような、そういう報告の在り方が望ましいと思っております。そういったことも加味して今後議論のたたき台をつくっていただければと思います。その中に、例えば継続的なケアが必要な代表的な疾患であったり、例えば花粉症であったりとか、更年期障害は総合内科的なことを診ているけれどもそういったことまではカバーしますよということがあれば、選びやすいのかと思いました。

今、土居構成員がおっしゃった日医の生涯教育カリキュラムコードの基本研修という症候のところ、私も拝見したのですけれども、確かにこれはこういうものも診てもらえるのかと患者が選ぶのには資すると思うのですけれども、かなり症候によっては全ての程度をかかりつけ医の候補になる方が担えるかということ、結構その辺りが自分の程度だったらどうなのだろうとか、基本研修は受けておられるけれどもどこまでのレベルのところを診てくれるのかかなり判断が難しいということと、数が多いので、もしこれを診られますということ申告制にすると大変なことになるかと思っていますので、ある程度ここは整理が必要かと思いました。

それから、研修は受けているか受けていないか、そして、受けているとすれば、例えば日医の基本的なかかりつけ医養成研修を受けているとか、以前、ヒアリングで発表がございました全日病のとか、代表的な研修を並べていただいて、どれを受けているかがチェックできるようなことがあればいいのかと思います。私、個人的には日本医師会のかかりつ

け医の基本研修だけではなくて、できればアドバンスコースもつくっていただいて、基本研修だけを終わっている方なのか、アドバンスを終わっている方なのか分かるようになれば、より患者が選択するのに役立つかと思います。あるいは、ほかの医療機関との連携をしているかどうか、しているとしたらどのような体制なのか、あるいは健診・予防接種、そのようなことも受けられるかどうかが見られるようになるかと思いました。

それから、このかかりつけ医機能というのが、かなり地域によって異なってくるのではないかと思います。ですから、公表していただくときに、自分たちの住んでいる地域はどのようなかかりつけ医機能を求めることが可能なかどうかを地域の住民の方たちがちゃんと判断できるような、そういった在り方も必要ではないかと思いました。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ウェブで御参加の織田委員、どうぞ。

○織田構成員 ありがとうございます。

私はこの42ページの論点に関しては、特に異論はありません。

37ページを御覧いただけますでしょうか。2040年頃までを視野に入れたということですが、この人口動態の変化は全国でいろいろです。多分地域によっては15年から20年間の開きがあって、既に地方ではこの2040年に近い状況のところもあります。そういう中でこれをまとめていくとしたら、かかりつけ医機能について図の中に描き込まれたのは、非常に意義があることだと思います。以前までの資料では、大学病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関との垂直連携だけが示してありましたが、今回はかかりつけ医機能の中で主に在宅療養支援病院・診療所が記載されております。

特に在宅医療のニーズは、地域によっては違うのかもしれませんが、地方ではもう在宅医療が既に急激に増えてきています。そういう中で、在支診・在支病の役割は非常に大きくなってきていると思います。もともと24時間往診体制や緊急時の対応などはもう施設基準として入っていますし、前回の診療報酬改定で機能強化型の条件には、在支診等からの紹介を受け入れるベッドを持っているかとか、実際に年間31件以上受け入れているかということが書き込まれています。そういうことを考えると、この在支病・在支診の役割をどのように示すかも大切かと思います。

特に在支病に限っていいますと、全国で1,600病院がこの在支病になっています。そして、その中で単独というよりも、連携して在支病になっているところも増えてきていますので、地域の医療機関同士が連携しながら在宅医療に対応していることが、これで分かるのだらうと思います。ですから、報告書の中にも、ぜひこの在支診・在支病の在り方等についても記されたほうがいいのかと思います。

ただ、この37ページの図を見ると、相変わらず垂直連携だけに紹介・逆紹介が示されていますけれども、これは診療所・中小病院と在支病・在支診、ここにも紹介・逆紹介が存在します。ですから、この部分も矢印を示すなり、分かりやすい絵になっていけばさらに

いいなと考えています。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

石田委員。

○石田構成員 発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。稲城市の副市長の石田でございます。

前回のプレゼンでも御報告したとおり、稲城市では高齢者の在宅医療の高まりと在宅医療基盤の脆弱さを強く認識したことから、独自の医療計画を策定するきっかけとなったものであります。市民の医療の現状における提供状況の把握、それと将来需要推計を行い、市において議論を深めたというものであります。在宅での医療の現状と課題を把握したことが、稲城市の地域医療体制の充実のための施策の立案にとっても役に立ったと思っております。

私は、市町村区域内あるいは日常生活圏内の在宅医療体制の実態把握をし、地域の医療資源の見える化をしていくことが必要であると思っております。そして、市民にその状況を知っていただくことが重要であると思っております。実際に市から医療機関への現在の往診、訪問診療の実施状況とともに、今後往診、訪問診療の実施意向を聞いたところ、これから在宅医療を始める意向がある市内診療所は極めて少なかったのであります。患者の外来通院が難しくなった場合には訪問診療を紹介すると考える診療所が多く、訪問診療ができないからこそ在宅医療にしっかりつなぎたいと考えている意見が多かったと思っております。こうしたことを踏まえまして、市内の医療機関が円滑に在宅医を紹介できるような支援をすることが効果的である、また、効率的であると考えてに至りました。このため、かかりつけ医機能報告の項目としては、診療所における在宅医療実施の意向の有無や、地域医療関係者と介護事業所との連携の状況などの把握も必要ではないかと思っております。

かかりつけ医のかかりつけ医機能が発揮されるためには、在宅医療の提供や介護サービス等との連携の見える化が必要であり、これが関係者間で共有され、さらに市民に知っていただくことが重要であると思っております。こうした点を踏まえて、かかりつけ医のかかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた具体的な制度整備を行っていただきたいと思っております。

私、市町村の地域医療提供体制の実態把握と問題意識の醸成、地域の医療関係者と介護関係者との連携を強めるための市町村施策の実施が、在宅医療提供体制の充実に資するのではないかと考えているところであります。このことについては、今後も機会を捉えて発言したいと思っております。

以上です。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。

それでは、吉川委員、お願いします。

○吉川構成員 ありがとうございます。

国民また患者の多様なニーズに対応できるかかりつけ医機能を発揮していくためには、病院や診療所の医療機関はもとより、身近なところで患者を支え、在宅での暮らしが継続できるよう、また看取りまでの生活全体を見ながら医療・看護を提供できる訪問看護の役割が非常に大きくなると思っております。第8次医療計画におきましても、訪問診療や訪問看護を含めて在宅医療の体制整備を進めることとされており、訪問看護の役割の重要性が示されています。そういったことから、今までの議論を踏まえ、かかりつけ医機能が十分に発揮される制度の施行に向けて3点意見を述べさせていただきます。

1つ目は、42枚目の論点案に示されているかかりつけ医機能報告についてです。報告を求める内容として、在宅医療の提供状況がありますが、訪問看護事業所との具体的な連携状況、例えば連携先の名称、数、実績といった項目を入れる必要があると考えております。それらを入れた上で、具体的に医療機関の機能が報告され示されるようになると、先ほどからご意見が出ております、患者、国民の自分の必要性に応じた医療機関の適切な選択につながるのではないかと思います。さらに、これらのデータに関しては、協議の場においてもかかりつけ医機能の体制確保や強化の検討に有用と考えます。訪問看護が在宅医療の中に含まれている、包括されていると考えられていますが、地域での体制構築を考えていく上では、明確に記載する必要があると思います。

2つ目は、今後の医療・介護の複合ニーズの一層の高まりを見据えると、訪問看護のみならず主治医との連携のもと通い、泊まり、そして、訪問看護も提供できる看護小規模多機能型居宅介護や、介護施設の看護職員、介護職員が果たす役割が大きくなってくると思います。さらに、複合疾患を有する患者や、在宅で生活する認知症高齢者の増加が見込まれており、特に重症化予防に向けた外来看護の機能強化や、専門的な知識、また、技術を有する専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者の活躍も期待されています。非常に幅広くなってしまいますが、そういった視点も含めてかかりつけ医機能が発揮される制度になるよう議論が深められるとよいと考えます。

とはいいまでも、これらは理想的なことでもあります。3つ目は、人材確保についてですが、資料にも示されているとおり、これからは訪問看護や介護の場などで働く人の確保が非常に困難になります。都道府県、二次医療圏や構想区域でどれくらい各医療職が必要になるのか、需給推計を含め、人材確保に向けた整備については国からの支援が必要と考えます。

以上、3点です。

○永井座長 ありがとうございます。

では、城守委員、続いて、猪熊委員、お願いします。

○城守構成員 ありがとうございます。

私も42ページ、43ページの事務局から提案されたこの論点の整理に関しては、特に異論

ございません。

その上で、いろいろな御意見、今までございましたけれども、このかかりつけ医機能を発揮される制度整備の目的は、40ページに事務局に整理をしていただいているとおりでろうと思います。特に、この上の3つ目の矢羽根にあります「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」、いわゆる外来の医療の質の向上ということは極めて重要であろうと思っておりますし、そのための研修の重要性も認識しております。そして、ここにありますように、その医療機関が持っている機能を可視化できて、そして、国民・患者が適切に選択できると。そして、一番下の行ですけれども、「地域において必要なかかりつけ医機能を確保する」ことが目的ですね。そういうことになりますと、先ほど土居委員もおっしゃってございましたけれども、この制度は手挙げが基本でございます。ですから、多くの医療機関が手挙げできる制度設計にしないと、今後高齢者の数は増えて、そして、この12ページにもありますけれども、医師は高齢化が進んでいるわけですね。ですから、この地域で多くの医療機関が参画をした上で、かかりつけ医機能を面として発揮していった、そして、その地域で生活しておられる患者さんに対して質の高い外来医療を提供することができようかと思っております。

そういう意味において、この1号機能のお話ですが、1号機能というのは一定程度の範囲を、例えば日医のかかりつけ医機能研修制度の中においても、明確というよりはこういうものもあるという形で明示はしておりますが、明確に「これとこれとこれだ」ということをこの会議で明確化することは、それはなかなか乱暴な議論になるのではないかと思います。高齢者の方が持つておられる、かかられる疾患は非常に多いわけですので、それを逐一「これとこれと」というのは、学問的にもまだ難しいのではないかと思います。その症候・症状において明確化ないしはそれを基準にするというお話もありましたが、これは山口委員に明確におっしゃっていただいているとおり、患者さんから見ても、その症状によって何が自分に起こっているのかは当然お分かりにならないでしょうけれども、医師からも、その症状によっても様々な疾患をまず考えるわけで、それをすぐに明確にできるものでもなければ、その症状に対して対応がどこまでできるのかというのは、病気の症状というのは連続性がございますので、どのレベルまで対応できるのかは非常に難しい。そうすると、「ここまでできます」よみたいな明示を医療機能情報提供制度でしていただくと、これは本当に大きなトラブルのもとになるだろうと思っておりますので、ここはしっかりとした整理が要ると思っております。

その中において、先ほど申しましたように、多くの医療機関が参画できるという意味においては、この法文上に、29ページにありますように「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」というこの「日常的な」というものですが、これは以前にも申しましたけれども、様々な診療科においても高齢者が慢性的に、また、継続的に治療を受ける疾患は大変多くございます。ですから、そういう意味においては、別に多くの医療機関においても、この法文に当たらないということはないと思っておりますので、こういう形で対象は広

げていただいたほうが、多くの医療機関が参画できると。ただし、生活習慣病も含めてですが、日医の研修制度でやっているような症候に対してできるだけ対応できるような努力は我々もすべきであろうと思いますので、それに関しては、そういう研修を受けているか受けていないかは、この医療機能情報提供制度においても「ある」「なし」という形等で明示していくことによって、患者さんに「この先生はこういう研修を受けているのだ」ということはお分かりになっていただけるので、最終的には患者さんにかかりつけ医を選んでいただくことになろうと思いますので、その判断材料の一つになるかと思います。

ただし、現在ある医療機関というのは、ほぼほぼ専門家で成り立っていて、そして、診療範囲をそれぞれ広げていっていると思いますけれども、それによって日本の外来医療はかなりレベルが高い状況が維持できております。ですから、そこを無理に「ここまで診られなければかかりつけ医機能が発揮できる医療機関として手挙げができない」となってしまうと、外来医療の全体の質が本当に上がるのか下がるのかは、これはまた非常に難しい問題ですので、ここはあまり明確に「こういう形の1号機能を有していなければ手挙げができない」という形にさせていただかないことが肝要かと思っております。

私からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

猪熊委員、どうぞ。

○猪熊構成員 ありがとうございます。

41ページの中段に医療法の話が出ていて、今回、報告が求められる機能のことが書いてあります。報告が求められるかかりつけ医機能についてですけれども、その医療機関の現状や実績がきちんと分かり、しかも、医療関係者以外の国民にとって分かりやすい内容にさせていただくことが大事だと思います。1人の医師や1つの医療機関だけで全てカバーできるものではなく、「地域を面で支える」という考え方は非常によいと思っておりますが、それを実現するためにも、各医療機関がどんな現状にあるのか、実績の「見える化」が必要と思っております。この41ページを見ますと、②の時間外診療や入退院支援、在宅医療、介護等との連携等については、実際にやっているのかどうか、どういう方法でやっているのかは比較的明確で、医療関係者ではない者が考えても割と分かりやすいような気もするのですが、①の機能については、これは何を指すのかということを思います。

以前、この分科会で、患者が求めるかかりつけ医機能の役割は「どんな病気でもまずは診療してくれる」が最多だったのに対して、施設が有するかかりつけ医機能の最多は「必要時に専門医に紹介する」が最多で、このギャップが気になると申し上げました。病気ごと、臓器別に専門の主治医を持つことは多くあり、それはそれでいいと思いますけれども、それとは別に、ちょっとおなかが痛いとか、時々動悸がして心配とか、そうしたことを相談できて診てもらえる医療機関、まさにかかりつけ医機能を持った、自分にとっての核となる医療機関が、多くの人にとってのかかりつけ医機能のイメージであるのかと思いますし、そうしたものが求められているのではないかと思います。

その機関でどれぐらい対応してもらえるのか、単に皮膚科や内科、また、消化器系、循環器系が専門ですということだけではなくて、患者は自分で何科だとすぐ分かるというより、症状は自分に起きていることなので分かりやすいので、急に心臓がドキドキして息苦しいけれども割とすぐ治まってしまった、しかし、これは深刻な病気なのか、しばらく放っておいても大丈夫なのかとか、最近手足がしびれるけれども相談して診てもらいたいとか、そういう具体的な症状に対応してもらえるのかどうか分かる報告にしていだけると、とても分かりやすい気がします。内科や総合診療が専門ではないけれど、幅広く症状が診られますという医療機関もたくさんあると思います。そういうところにとっても、症状による報告のほうがりやすいのではということも思います。

そうした報告があることで、「面として支える」という話が具体的に進んでいくと思いますし、患者・国民から見れば、この医療機関はこれをしてくれる、もちろん、かかった後の症状次第では、これはここでは難しいとか、いろいろあると思いますけれども、ここはこれはしないのだということが分かれば選択の一助になります。そのようにして患者が信頼できる医療機関を選べば、そこで全部完結する必要はなく、この病気に関してはこちらがいいよと紹介してくれる連携医療機関があれば、当然、紹介先の医療機関も信頼できると感じると思います。

現在はそうした情報がないまま、患者が自分であれこれ調べて、右往左往しながら医療機関を選んでいきます。選択肢が広いというメリットはあるかもしれませんが、コンビニ受診とか、すぐに救急車を呼んでしまうとか、弊害も多いと思います。今後85歳以上が急増して支え手となる人材が少なくなる中で、そうした弊害を繰り返す余裕はなくなっています。弊害を少なくするためにも、かかりつけ医機能とその質の向上は重要で、それを選ぶために、まず実績の透明化と報告内容の分かりやすさがあり、その上で、面としての連携というステップになるのかと思います。

その上で、「うちはこれからやります」という医療機関もあると思いますので、そうした意欲や覚悟がある医療機関には、その旨も報告してもらうのもよいかとも思います。患者・国民の立場からすれば、やる気のある医療機関を選びたいと思いますし、その際は例えば今、こういう準備をしているとか、こういう体制にしていくとか、こういう研修を受けるとか、具体的に報告してもらうのもありかとも思います。

長くなってすみませんが最後に一言。フリーアクセスの中でかかりつけ医機能をうまく育てるには、患者の理解や努力が絶対に欠かせないと思います。疲弊する医療の現状や医療費について、患者の知識や理解を深めるための医療教育についても、場違いと思われるかもしれませんが、せつかくかかりつけ医機能を考えるのであれば、医療教育についても、何らかの手だてを考えていただけるとよいかと思っております。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

まず、ウェブでお待ちの家保委員、その後、河本委員、それから、長谷川委員、お願い

します。

○家保構成員 家保です。ありがとうございます。

42ページ、43ページの御報告いただいた内容は非常に分かりやすく、おおむね異論ございません。

特に土居構成員がおっしゃっていたように、選択を維持する、選択する仕組みというのは、医療自体が医療の担い手と受け手の信頼関係に基づくということを考えますと、これを受け手の方が選べるという事実が非常に大きなことではないかと思えます。

ただ、前回私のプレゼンの中でもお話をしましたが、過去10年間で医療機関の数が増えたところ、維持されたところと、そうでないところが明確になってきています。2040年に向かって増えるところ、維持されるところはまだしも、減少しているようなところについては加速度的に減ってしまう可能性がありますので、それをさらに助長するような仕組みは避けていただきたい、年配の先生方で地域医療を目一杯頑張らせていただいている方々が続けられるような、参加できるような仕組みをまず考えていただきたいというのが希望でございます。

あわせて、複数の疾患、慢性疾患を持たれている高齢者を想定しますと、治療だけではなく生活を維持する観点からは、介護保険制度や日常の社会活動を支援することが重要になってまいりますので、市町村のかみ込みを従来よりも一層強くしていくことが大事だと思いますので、43ページのところでその点について触れられておりますので、ぜひともその点については強調していただけるとありがたいと思えます。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

では、河本委員、お願いします。

○河本構成員 ありがとうございます。

事務局から御提示いただいた基本的な考え方、これに記載されておりますけれども、国民・患者がより適切に医療機関を選択できるようになるということが今回の制度設計のポイントだと考えております。どの医療機関に行けばどのような医療を受けられるのか、国民・患者の視点で具体的に分かりやすく見える化をして、その情報を参考に患者が実際に医療機関を選んで、質の担保された医療が提供される、これが目指すべき姿と考えております。

健保連としては、前回プレゼンでも申し上げたとおり、発生頻度が高い疾患に関わる診療やその他の日常的な診療、これを総合的かつ継続的に行う機能、これをどう具体化するかが特に重要だと考えております。多様な患者のニーズあるいは幅広い疾患や症状を受け止めて、オンライン資格確認等のシステムを活用して患者の情報を把握して幅広く対応する、こういった機能が不可欠であると思えます。どのような疾患・症状に対応する医療機関なのかが分かれば、患者が医療機関を選ぶ際にも当然有効ですし、保険者としても分かりやすい情報発信をすることができますので、かかりつけ医機能報告にこの点をぜひ盛り

込んでいただきたいと思います。

前回の私のプレゼンでは、健保連のレセプト分析で疾患の種類を指標にして幅広い診療機能を比較すると有意差が出たといった御報告を紹介しましたがけれども、患者の視点に立てば、疾患もそうですけれども、症候・症状、これが分かりやすいのではないかと思います。なかなか難しい点があるという御指摘は先ほどございましたけれども、発生頻度が高い症候を具体的に列挙して、それに対応できるかどうかをかかりつけ医機能の有無を判断する一つの基準とすることも考えられると思います。

さらに、患者に交付する書面の中にも対応可能な症候、これを記載すれば、この自覚症状が出た場合にはここを受診すればよいということが理解できるわけで、患者の安心につながると思います。また、医療の質を担保するという観点からいいますと、実際にかかりつけ医機能を発揮した実績を確認できることも、患者にとって重要だと考えております。さらに、研修の受講状況あるいは総合診療専門医がいるかどうか、そういったことも患者が医療機関を選ぶ際に重要な情報だと考えております。これは1号機能である日常的な診療だけではなくて、入退院支援やあるいは在宅医療、介護等との連携といった2号機能、もっと言えば、医療法で規定されていない健診とか、保健指導とか、ワクチン接種とか、こういったことも含めて、かかりつけ医機能として期待される役割の全般に関するところでございますので、1号機能とは別に報告・公表するといった仕組みにすることも考えられるのではないかと思います。

いずれにしても、今回の制度改正で医療の実態が何も変わらないということにならないように、かかりつけ医機能報告制度の中でかかりつけ医機能を担う医療機関が満たすべき基準、これを明確にすることによって、現時点では満たしていない医療機関もそこを目指すことを通じて地域全体のレベルアップにつながることで、そういった動きになっていくことが重要と考えております。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

長谷川委員、どうぞ。

○長谷川構成員 医療状況とかかりつけ医の役割は、全国各地でかなり事情が違いますので、報告には各地区の現実的なニーズを考える必要もあります。医師の高齢化も含めて、現在でもぎりぎりのところで成り立っているところも多いことを踏まえると、かかりつけ医について、何らかの基準で一線引かれてしまうと、現実的にいろいろな問題が出てくると考えられます。先ほどからの主要症状への対応についてもその地域の診療所医師の構成や連携病院の状況によってどこまで深く対応できるかわ変わってきます。各地域の個々の医師のニーズに合うようなセルフアセスメントの研修システムを整えていくことが重要と思われました。

また、知識や技術だけではなくて、個々の医師がかかわる連携チームをどう育てるかも非常に大事です。したがって個々の医師の身の回りの理想的なチームを育成する意識も、

かかりつけ医制度では大事な報告の内容ではないかと思います。劇的に変えるというのは崩壊に繋がりますので、現在、それから、5年後、10年後にどう理想像にするかを考えることが重要だと思います。このようなことを加味した報告内容の検討は必要になってくるのではないかと思います。

実は卒前教育のモデルコアカリキュラム（令和4年）では、まさに皆さんお話ししている内容をしっかり習得して生涯向上しようとして明記されています。主要症候ベースで自分で勉強できるドリル形式の問題やデジタル教材などを作成して、そこを引き続き生涯教育でも身の回りのチームあるいは連携先のチームと一緒に勉強していくことができれば理想です。医師だけではなくて看護師をはじめとする多職種の皆さん、それから、患者さんも一緒に。

それぞれの医療現場で事情が全く違いますので、継続的な改良をその地区のかかりつけ医が進めていく教育的な姿勢も大事なポイントではないかと思います。

現在、日本医師会の生涯教育委員会でも、そのようなパネル一覧式で個々のニーズに合わせたテクニカルスキルやあるいはチームビルディングのためのノンテクニカルスキル、各種地域包括ケアの教材、個々の医療圏のニーズに合わせた演習ができるような教材も検討しているところです。かかりつけ医の報告には、その辺も含めて長期的展望に立ったチーム構築を継続的に改良していく教育意識の視点も入れていただければと思いました。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、ネットの阿部委員、その後、服部委員、お願いします。

○阿部構成員 ありがとうございます。

日本障害フォーラム、障害種別の中央団体が集まってフォーラムをつくっております。そのようなことから、障害の多様性を基に、また、それぞれの医療ニーズなどについても既にヒアリングしていただいております。これはまた後で検討されると思いますけれども、そのようなことに取り組みながら、私たち障害があっても希望と生きがいを持って生活していくというのはすごく大事なことだと思います。障害があっても健康で元気でという言葉が使えるのであれば、障害があっても健康で元気な生活をしていくことを目標にしておるところであります。

そしてまた、この会議に参加させていただきまして、かかりつけ医機能の今後の検討も含めて、重要性はとて認識させていただきました。ただ、この場合には、お話を伺うにつれ、地域のそれぞれの地域性がとても大きいということも、これも大事なことだと思います。

さて、意見といいますか、これも委員の皆様、お話しいただいておりますけれども、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というのも、資料のどのページか今すぐ見つけられませんが、指摘されているところです。障害があっても、高齢であっても、適切な医療機関を選択するというのはとても大事なことであり

まして、このことを考えれば、高齢、障害それぞれのサービスを受けている人たちには、その相談支援機関や福祉事業所などの理解も大事かと思えます。

さて、ただし、障害があっても障害福祉サービスを受けている人の割合は、受けていない人の割合も結構多いことも御理解いただきたいと思えます。そのような場合に、日本障害フォーラムは13団体の中央障害者団体のネットワークで構成されておりますので、それらの地域組織との連携も日頃大事と思っておりますので、このような周知広報には障害当事者団体、また、患者団体も役割を担うことができると思えますので、的確な情報というか分かりやすい情報をいただきながら、私たちもこの周知広報に努めてまいりたいと思えます。

繰り返しですけれども、とにかく障害があっても元気に生活していくことは、それ以上の障害の急激な進行になることを防ぐことができるということは、とても大事なことだと思っております。これからもよろしく願いいたします。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

服部委員、お願いします。

○服部構成員 ありがとうございます。

私はここまでの御意見にありますように、国民にとって分かりやすい見える化という点、それから、できるだけ多くの診療所の先生に手を挙げていただき、御報告をいただいた上で、地域での面展開ということが非常に重要と思っております。実際に地域で面展開を動かしていく際には、コーディネーター等の調整する役割が必要ではないかとも考えております。

ここで1点、かかりつけ医機能として期待される機能のうち入退院支援について発言をさせていただきたいと思えます。市区町村が行う在宅医療・介護連携推進事業4場面の中で、入退院支援は、日常の療養支援と並んで最も多い約7割の市区町村が取り組んでいるとの調査報告がございました。その入退院支援の取組の中でもいわゆる退院調整ルールを作成して運用する取組が、全国で広く行われております。これはもともと平成26年くらいから数年厚労省のモデル事業として行われていたものが、現在は市町村の在宅医療・介護連携推進事業で拡大し、形を変えながら機能しているものと認識をしております。

退院調整ルールとはどういったものかと端的に申しますと、御存じの先生もいらっしゃるかと思えますけれども、軸はケアマネジャー、地域包括支援センターと病院の連携部門及び看護部間で主には要介護高齢者の退院支援漏れをなくす、患者情報共有をスムーズにするためのルールです。新潟県でも昨年度県標準例を作成し、各地域のルール作成、運用を促進する取組を始めました。その取組の中で病院とケアマネジャー間の課題以外に、かかりつけ医とケアマネジャー間の連携の課題が上がってきています。特に入退院支援の場面で重要な要素に退院前カンファレンスがございますが、アドバンスケアプランニングの普及もありまして、医療・ケアチーム全体での情報共有が改めて重要視されてきておりま

す。そういった中で、カンファレンスへの参加はなかなか診療所の先生は難しい、参加ができないとしても、その後ケアマネジャーからかかりつけ医への情報提供がなかなかできていないことが課題となっています。また、退院時に訪問診療が必要となった場合に、もともとのかかりつけ医との相談がなされず、病院から在宅医療専門クリニックに直接依頼が行く、または介護施設にいつの間にか入所していたという事例も少なくないと聞いております。

新潟のルールでは、そういったかかりつけ医との連携に関わる課題解決に資する内容を盛り込み、運用を進めているところです。日常からかかりつけ医と介護との連携はもちろん必要なのですが、入退院支援の場面は、患者にとってこれまでの生活にまた戻れるかどうか非常に重要な分岐点かと思えます。医師間の病診連携にとどまらず、かかりつけ医が医療・ケアチームの一員として、支援の必要な方に元の生活にスムーズに早期に帰っていただくため、また、再入院をしないために関わっていただきたいと考えております。

私からは以上となります。

○永井座長 ありがとうございます。

大橋委員。

○大橋構成員 ありがとうございます。

先生方、皆さんの様々な御意見をいただいている中で、私も41ページ、42ページに関しては、特に異存はありません。

今回の報告制度の中で、慢性疾患を有する高齢者、その他の継続的な医療を要する者という方が対象になっていると考えると、そのような方は新たにかかりつけ医を見つけるためにこれを検索されることはあまり多くないと思います。つまり、もう既に自分がかかりつけとなっている医師がいて、自分のかかりつけの先生が、こういったことが起きたときにどこまで対応してくれるのかを確かめるために、この報告制度の内容を検索するというのが、もう一方で素直なシチュエーションになってくるのかと思います。例えばふだんは高血圧でかかっているのだけれども、この先生は私がおなかが痛くなったときに診てくれるのかしらとか、血圧以外の疾患になったときにどこまで対応してくれるのだろうか、最近では例えば帯状疱疹のワクチンは打ってくれるのかしらとか、そのような目的で使われるというのがもう一つ重要になってくるのかと考えています。そうすると、例えば時間外診療であったり、この方が診療所に通えなくなったときに在宅医療を提供してくれるのか、ケアマネジャーさんをちゃんと紹介してくれるのかというのは、報告する項目として自然な流れになってくるのかと思います。

また、1号報告のところで報告する項目は、疾患なのか症候なのかという議論がありますが、の患者さん側からすると、症候が分かりやすいというのはもちろんですが、重症度や緊急度というところも合わせて考えるべきかと思えます。この辺は慎重な議論が必要かと思うのですが、私は以前にオンライン診療の検討の会議に参加したときに、どこまでオンライン診療で診て良いのか、初診で対応して良いのかという論点の際も同様の

議論があったと記憶しています。その際は、突然起こった症状か、症状の重症度もかなりクローズアップされたかと思うので、ここは丁寧な議論が必要かと思います。

ただ、私はそれ以上に大事なのは、この中の対応という言葉です。この対応というのが、診断して治療をするということまで全て行うということに限定しているのか、初期対応のみでは、この場合の「対応」にならないのかということなのですね。私はそうではないような気がするのです。まずは門前払いをしないかどうか、患者さんや国民の側のニーズなのかと思うのです。まずは門前払いをしないで丁寧に相談に乗ってくれる、その上で、自身は診断・治療はできないけれども腕のいいしっかり診てくれるところにつながります、紹介しますという機能を果たせば、これは十分かかりつけ医の機能報告制度で僕は「初期対応」という丸をつけてもいいのかと。門前払いをしないかどうかについて、もう少しクローズアップしていただいてもいいのかと思います。また今回の報告制度に自分のかかりつけ医がのれるのかという患者さん側の視点で考えた場合、もし自分のかかりつけの高血圧の先生が報告制度にのれないとなった場合、その患者さんのショックは計り知れないものだと思うのです。ですから、そういった意味でも対応という言葉の明確化と、自分のかかりつけの患者さんをどう見捨てないで門前払いしないかという視点で今後の議論を進めていただくことが重要なかと思いました。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

では、釜薈委員、香取委員、その後、織田委員、お願いいたします。

○釜薈構成員 ありがとうございます。

今日もいろいろな皆様から大変大事な、大きな示唆が幾つも出ましたけれども、事務局でまとめていただきました整理の中にも、同様の内容がかなり含まれているとも感じます。したがって、もういよいよこの検討会においては、実際に省令としてどういうことを整理して書き込むか、というような議論になるべく早く入っていく必要があるのではないかと改めて感じたわけです。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備において、このような症候のときにどの医療機関にかかったらよいか、あるいは、そのかかる医療機関を探す、ということは、求められていません。大橋先生も言われましたけれども、慢性の、あるいは、複数の疾患を持っている高齢の方々を主なターゲットにするというのは、現状においてやむを得ないと思います。私は小児科医ですから、「子供のことはどうなるのよ」ということもあるのですけれども、まずはそこをターゲットにするということは妥当だろうと思いますが、その場合に求められるところは、今後、別の病気、あるいは、いろいろな状況が変わってきたときに、ちゃんと対応してくれるかどうか、とか、あるいは、夜間や休日の場合はどうしたらいいか、という相談ができるか、とか、そして、もともとこのかかりつけ医、あるいは、かかりつけ医機能を、日本医師会と四病協の間で平成25年に提言を出したときから、患者さんを全人的に捉えて、そして、患者さんの背景についてよく理解をされていて、そして、家族

のことも含めて適切に対応できることがかかりつけ医に求められる大きな役割だし、それはかかりつけ医機能にずっと求められていることだと思うので、そのようなところでしっかりもう一度焦点を当てて今回の議論が深まるということが、私は望ましいのではないかと考えています。

土居委員から日本医師会の生涯教育について大変評価していただく御発言をいただき感謝申し上げますが、症候がいろいろたくさんテーマの中に上がってきていますが、あれはあくまでも医師がさらに知見を深めたり広げたりするための一つのステップとして用意したものであって、あれを患者さんに御覧いただいて医療機関を選ぶために役立てるということは、私どもでは考えていなかったもので、そこまで患者さんをお願いをするのは、私は無理だと思います。したがって、むしろ今回のこのかかりつけ医機能の報告は、先ほど申し上げたように、より幅広く、あるいは、患者さんの背景も含めてしっかり対応し、家族のことも分かって、というようなことにさらに力を尽くしていく意欲、あるいは、その決意を表明するという形でこの報告制度が機能していけば、患者さんに非常に役立つのではないかと考えています。

いよいよ今後議論が深まっていくと思いますので、その辺りについて私からも指摘をさせていただきます。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

香取委員、どうぞ。

○香取構成員 ありがとうございます。

大分時間も押してきているので、簡単にいきたいと思います。第1回にプレゼンの機会をいただいて、この問題についての私の基本的な考え方は既にお示しをしているので重ねては申しあげませんが、今日の皆さんのお話、それぞれ非常に示唆に富んでいて、おっしゃるとおりだということが非常に多くありました。特に、どなたかもおっしゃっていましたが、かかりつけ医機能の話は、もちろんこれ単独で重要な論点がたくさんあるのですが、地域医療構想全体の中でどういう医療提供の仕組みを考えるかということの中での重要な要素になるということ、基本的に押さえる必要があると思います。

その意味でいうと、先ほどから地域によってそれぞれ状況が違うというお話がありましたが、まさにそのとおりで、東京であれば疾患ごとに主治医を持つことが可能になるので、病気の数だけ主治医がいて、その前提でかかりつけ医という話になる。そうすると先ほど大橋先生がおっしゃったような話になるわけですが、地方はもうそういう選択はないので、ある程度限られた医療機関でそれなりの診療をしてもらわなくてはいけないことになる。そうすると、求める側も診る側も、ある程度のことはそこで対応できてもらえるような医療機関がないと困るし、現実にもうそうなっている、ということになるのだと思います。

さらに言えば、2040年、2060年に人口がどうなっていて、高齢者がどうなっていて、そ

のときの医療需要の形はどうなっているか。先ほど事務局資料にこれから入院が増える、外来が減るといった絵がありましたが、あれは今の人口構成と今の診療行動を前提にプロジェクションで推計したもので、果たして将来も同じような医療需要行動になっているか、あるいはそのときの提供体制の側がどうなっているかを折り合わせて考えないとこの絵は描けないということになる。この話は地域医療構想の話なので、そちらで議論することになるのだと思うのですが、いずれにしてもそういう動的な視点で物を考えないといけな

いと。その前提で考えて、このかかりつけ医機能にどういう事項を求めるか、かかりつけ医報告制度で何を報告してもらうかということなのですが、これは前回申し上げたことの繰り返しになりますが、基本的にこの報告は個々の医療機関に機能を報告させるという考え方に立っているのです。基本的には点の情報が集まってくることになるのだと思うのです。かかりつけ医機能の実装というのは1年、2年で実現できるものではない。2040年まであまり時間はないのですが、点で上がってきた情報を線をつないで面の形にしていく作業をしていかないといけないことになるのだと思います。個々の医療機関の努力でこういう連携をしているということを報告してください、報告するのはそれでいいですけども、そのことだけではかかりつけ医機能は実装されていかないことだと思います。報告をしてもらって、足りる足りないを協議の場で議論して、という、病床機能のときのような立てつけではうまくいかないと思うのです。何が言いたいかというと、一旦報告してもらった内容、いわば素材を一定の考え方で線にして面にしていくという組み立て作業をどこかで、あるいは誰かがやらないといけないということになるのだと思うのです。

かかりつけ医機能報告に関する協議の場というのは恐らくそういう役割が求められる。とすれば、医療関係者が集まって相談して、誰か24時間やってくれますか、この医療機関と連携してこの機能を埋めてくれませんかとか、そういう話ではなくて、もうちょっと政策的な、あるいは計画的なインプリケーションがあるような協議の場にしないと、かかりつけ医機能は実装されていかないと思います。

同じことは、報告制度があって報告を見て患者が選べれば、医療機関の機能の見える化ができればかかりつけ医制度が実装できるかということ、多分そうはならない。現実に切れ目のない医療が提供できている、という提供体制の形をどうするかということの中で考えないといけないので、ぜひこの話は地域医療構想全体との関係でどう組み立てるかということをもまず考えていただきたい、ということが1点です。

もう一点は、報告事項の中身なのですけれども、こういうことを申し上げると大変申し訳ないのですが、今の医療法の1号機能、2号機能というのは、私の見るところ、1号と2号の間の整理がちゃんとついていないような気がするのです。これは前回のプレゼンの中でも申し上げましたし、今日の議論でもありましたが、この話がかかりつけ医になる医師の診療能力と、かかりつけ医になる意思があるかないかとかという意思、要するに医師の資質、能力と意思に関わる話と、当該医療機関がかかりつけ医の機能、連携の機能で

あるとか、時間外の機能であるとか、そういうものをどうやって担っているかという話とがあつて、そこは分けて議論しないとイケないのだろうと思っています。

前段は基本的には医師の資質とか能力とかやる気問題なので、これは先ほどもお話がありましたけれども、基本的には医療界自身が患者に選ばれる医師としての資質と能力をどういう形で作っていくか、医師の研鑽をどうサポートしていくかという問題ですが、後者は医療機関の機能問題ですから、単独の医療機関が全てカバーしているというような地域は別とすれば、基本的には各医療機関相互の機能連携で実現されることになる。言ってみれば機関の機能の問題なので、機関の機能として何を報告させるかということになる。これは当該お医者さんの診療能力がどうかということ報告させるというのは意味が違う。今の1号機能と2号機能はそこが截然と区別されず混在しているように思います。医師の診療能力を機関の機能として報告させる、というのは考え方としておかしい。なので、これは私の意見ですが、交通整理をした方がいい。その上で、医師の能力などそういうものに関わる問題は、基本的には医療界のプロフェッショナルオートノミーの問題なので、そういう問題として整理する。それと医療機関が機関としてどのような機能を担っているのか、担えるのかという話は分けて考える。そうしないと、報告させた後、これを実際に実装して形に組み立てていくときに、誰がどう何を議論しなくてはいけないかが見えなくなってしまう気がするので、そこは分けて考えたらいいのではないかと思います。

もう一つ。先ほど大橋先生がおっしゃったことはすごく私は重要だと思っていて、今日の資料の18ページに「受診の場面からみた、保健医療のニーズ」という絵があつて、そもそも病気になっていない人が最初に症状が出てきてというところ、あるいはさらにその前の健康診断みたいなことから始まって時系列で最後まで行くのですけれども、理想的に言えば、かかりつけ医はこの全般に関わるような人だと思うのです。本来はそうなので、理想的なことをいえば全ての国民にかかりつけ医がいる、それこそドイツみたいな形を想定するのだと思うのです。今我々が議論しているのは既に継続的に医療にかかっている慢性疾患のある人に関してかかりつけ医機能をどうするか、という話で、今の議論としてはこれはこれでいいのですけれども、将来のこと、目指す方向性ということで考えれば、それこそ公衆衛生も含めた全体の対応ができるような意味でのかかりつけ医ということになりますので、そもそも養成すべき人の数からして全然違ってきてしまうことになるのだと思うのです。将来的にはというか、本当に大事なのはそういう話なので、そこは念頭に置いて、今回の議論は、かかりつけ医機能を社会で実装していく上での最初の一步だと。そこはそういうものとして、先々のことも考えてオープンエンドで議論できるような形を考えたほうがいいのではないかと。

最後に、3月1日の『社会保険旬報』に大阪府医師会が実施したかかりつけ医に関する意識調査が載っていて、患者が求めるものと医療機関が考えているものをそれぞれ比較したものがあつて、非常に面白かったですけれども、雑誌の表題はその両者の意識が違っているというものだったのですけれども、よく見ると結構そうでもなくて、例えば信頼関

係が大事だというのは両方とも言っているのですね。それから、とにかく何かあったときに入り口できちんと診ることができるように、さっき大橋先生のおっしゃった通りで、治療するとかいうことではなくて、必ず患者を受け止める、という意味で、必ず診ると。これは実はイギリスのGPも地域と医療の最初の接点、未分化の医療を診るがGPだと書いてあって、そこはそういうことなのだろうと思います。もう一つは、何かあったときに確実に専門医を紹介してくれると。この3つは両者に共通しているのです。

時間外とか何とかというのは、医療機関の側がやらなくてはいけないという人が多いのですけれども、実は患者さん側からすると、特に大阪みたいに医療機関がいっぱいあるところは、そこはある程度ほかの代替手法があるので、あまり意識していない。ただ、これは地方でやったら違う結果が出ると思うので、そういう事細かく考えていくとすると、かかりつけ医の形とか、誰がどのように連携して機能するか、それこそ診診連携でやっているところもあれば、グループ診療のところもあれば、連携法人のところもあれば、病診連携、つまり、それぞれ地域が持っている医療のリソースのレイヤーによってかかりつけ医の機能の発揮の仕方は違ってくる。その意味でも、個々の医療機関の診療能力とか、やる気があるかないかとかいう話と機関の機能は整理して分けて、ぜひ議論していただきたいと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

では、ネットの織田委員、どうぞ。

○織田構成員 ありがとうございます。

今、香取委員が言われましたように、今回の報告は点での報告ということなのですけれども、40ページを御覧いただきたいと思います。この趣旨のところを見ますと、1つ目のポツは国民・患者側から見た視点で、2つ目のポツは、医療機関同士がお互いの情報を見る報告だろうと思っています。実際に日常の診療は別としても、時間外だったり、在宅だったり、そういうものが出てきますと、地域で話し合う一つの議論の材料になります。基本的には2040年をこれは目指しているわけでしょうから、こういう情報をもとに初めて話し合いができて、さらにこの地域の在宅医をどうしようかという議論になっていくのだろうと思います。

実際に各医療圏では休日急患センターなどを地区医師会がやっているところが多くあります。このような取り組みも地域に不足した医療ニーズをいかにカバーするかということでやっているわけで、今回のこの報告はある意味ではかかりつけ医機能を充実させるスタートであって、これはゴールではないのだろうと思います。これをもうゴールにしてしまうと次へは繋がりません。まずはこういう情報を開示して、その上でその地域に在宅をやる医療機関が少なければ、話し合いながらそれを増やしていったり、また、介護との連携も強化するなどの議論の材料になっていくのだろうと思います。そういう報告にしておかないと、地域にとっては何の役にも立たない。

ですから、患者さん側から見ての視点と我々地域医療をやっている者の視点と、最終的には重なると思うのですが、今から始めなくてはならないことも多くありますので、今後こういうものを見ながら不足したものを地域で取り組んでやっていこうというのは、当然これは地域医療に携わっている者としての責務と思います。ですから、次へのスタートの材料にするという視点で議論しないと、厳格にすべきだという議論だと、なかなか前に進まないと思います。そういう意味では、この医療機能情報提供制度等もありますし、ここで議論しているかかりつけ医機能報告に関しては、より分かりやすく、よりみんなで議論できるようなたたき台にしていくべきではないかと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

長谷川委員、どうぞ。

○長谷川構成員 各地域の事情の違いは非常に重要で、全国一律にはいかない状況です。先ほど東京都内など大都市であればいろんな専門にかかりながら医療を選ぶというお話がありました。逆に地方都市は、専門医が勤務医のころから総合的に診る必要性が高いので、その後のキャリア転換時に有効になっているようです。また、国土の7割の地方都市は老々介護の限界などさらなる高齢化の課題はあるものの、地域包括ケア・在宅医療など大きなピークを越えてきているところです。一方、これからの課題が大きい大都市圏のかかりつけ医をどうするかという地域事情やニーズの違いの視点でも考えないといけないと思われま。大都市圏では、現時点で各科専門医はかなりいても、それこそ2040年に向けたキャリア転換のバランスをしっかりと考えなくてはいけないときです。医師不足かつ人口減少で老々介護など地域医療が大変なところへの対応はもちろん重要ですが、一方で、大都市圏の事情が違ふところの視点も重視し、5年後、10年後、20年後のことを目指した方向性を示す制度検討が今回重要ではないかと感じました。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

城守委員、どうぞ。

○城守構成員 先ほどの香取委員のお話ですが、将来的に医療提供体制の中において外来機能を、イギリスのGPのようにゲートオープナーみたいな形として目指していくのか、それとも、現在の専門性を生かした中で、各医療機関ができる範囲内でウイングを広げていった中、さらには足りない部分を面として地域で支える形として目指していくのか、この考え方によって恐らく1号機能の報告の考え方は大きく変わると思いますので、非常に重要な点だと思いますから、ここはしっかりと議論をしていただきたいと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。ネットの方々もよろしいでしょうか。

なかなか今日だけで結論を出すことは難しいですし、論点は本日いろいろ御指摘いただ

けたのではないかと思います。ぜひ事務局におかれましては、この分科会の質問、意見を踏まえて、今後の検討をよろしくお願ひしたいと思ひます。

いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

もしよろしければ、次回の分科会の詳細について御連絡をお願ひいたします。

○医療政策企画官 事務局でございます。

本日様々な御意見をいただきましたので、かかりつけ医機能報告の案についての検討を深めてまいりたいと存じます。詳細につきましては、また御連絡させていただきます。

○永井座長 よろしくお願ひいたします。

それでは、本日はどうもありがとうございました。