

2024-5-24 第5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 定刻より少し早いですけれども、皆様おそろいでございます。会議のほうを始めさせていただきたいと思います。

ただいまから、第5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。皆様方におかれましては、お忙しい中の御出席をありがとうございます。

本日もオンラインと現地会場での参加を選択の上で御出席をいただいております。

まず、構成員の異動がございます。釜范構成員の御後任として、新たに、角田徹構成員が就任されておりますので、御紹介をさせていただきます。

続きまして、議事に入ります前に、資料の確認でございます。お手元のタブレットに議事次第、構成員名簿、それから座席表、資料1を格納しておりますので、御確認をいただければと思います。

報道の方は、カメラはここまでとさせていただきますので、以後、カメラ撮りは終了でお願いいたします。

それでは、永井座長、よろしくお願いいたします。

○永井座長 それでは、早速、議事に入らせていただきます。

本日の議題は「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた各論の検討について」でございます。

では、資料の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。

資料の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各論の検討について」ということで、各論点の案を説明させていただきます。枚数が多い資料になっていきますので、省略しながら説明をいたします。

1ページめくっていただいて、最初のスケジュールあるいは論点については、これまでの分科会でお示しをした資料になります。

基本的な考え方、それから、5ページ、6ページで、前回4月12日の分科会の主な意見を整理しています。

7ページからが各論の案になります。

最初7ページから1番目「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」です。

まず、そのうちの(1)が「『かかりつけ医機能を有する医療機関』の明確化」になります。

9ページ、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度による報告・公表の案です。

上のほうの四角の真ん中ぐらいですが、かかりつけ医機能報告については、この後、10ページから13ページに案を示しています。その案についてどのように考えるか、御議論い

ただきたいと考えています。

その下の医療機能の情報提供制度につきまして、この医療機能情報提供制度でどのように、国民・患者に分かりやすく情報提供するかについては、次回以降の分科会において案を示して、また、御議論をいただきたいと考えています。

10ページ、かかりつけ医機能報告の案になります。

1 番目が「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」です。

まず（１）が、いわゆる１号機能、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です。

その下に「具体的な機能」と書いています。この１号機能の具体的な機能の案を書いています。

発生頻度が高い疾患に係る診療を行う。それから、日常的な診療において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、医療機関等と協力して解決策を提供する機能という案にしています。

前段の発生頻度が高い疾患のところは、１号機能の条文、発生頻度が高い疾患に係る診療というところから引用しています。

後段の生活背景を把握し適切な診療、保健指導以降の記述については、※印で書いてある平成25年の日本医師会四病院団体協議会の合同提言の内容から記載をしています。

「当該機能に係る報告事項」です。これまでの分科会の意見を踏まえて、３つの案を作成しています。

１つ目の案、案の１については、前回の分科会で、幅広い疾患、症状に対応できることが重要という御意見もございました。これを踏まえて作成しています。

案の１は、一定以上の症状に対して一次診療を行うことができること。それから、35項目の症状ごとの対応可能の有無も併せて報告という案です。

この一定以上の症状については、※印で書いてある臨床研修の到達目標、この中の頻度の高い症状、35項目ございます。このうち必修項目、下線の20項目以上を行うことができることにしてはどうかという案です。

２つ目、案の２については、まず、前回の分科会で、患者の背景を含めて対応するという意欲を表明することが重要という御意見がございました。これも踏まえて、案の２の①で、上のほうに書いてある具体的な機能を有すること。それから、報告事項について、院内掲示により公表、表明をしているということ。

②番目については、前回の分科会で研修を修了していることも重要だという御意見もございました。これを踏まえて、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること、または総合診療専門医がいることということを報告していただく。

③番目、診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができることを報告いただく。

上のほうの具体的な機能のうち、適切な診療及び保健指導を行うという機能の内容に関

連する報告事項ということを考えています。

④番では、一次診療ではなくて、患者からの相談の対応可能の有無、いずれかの診療領域について、患者からの相談に応じることができることを報告していただくということ。

こちらは、上の具体的な機能の自己の専門性を超える場合に、地域と協力して解決策を提供するという内容と関連する報告事項と考えています。

また、案の2の③、④については、診療領域ではなくて別案として、案の1の症状で報告いただくというものを別案としています。

3つ目の案の3について、①は案の2と同じです。②について、かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、それから受講者の有無、総合診療専門医の有無について報告をいただくということです。

これも前回の分科会で、研修受講の有無を示せば、患者の選択に役に立つという御意見もございましたので、このような案の3の②を作成しているものです。

その下の上記以外の報告事項として、医療機関の体制、医師数ですとか、外来の看護師数、専門看護師などの数、それから②番目で、研修の修了者数、総合診療専門医数、それから情報連携の観点から、③の全国医療情報プラットフォームに参加、活用する体制を有していること、それから④の全国医療情報プラットフォームの参加、活用状況などを報告いただく案としております。

11ページ、(2)は2号機能になります。その1つ目が「通常の診療時間外の診療」です。

こちらの報告事項の案としては、①、通常の診療時間外の診療体制の確保状況、それから括弧内のような具体的な内容を報告いただく。そして、連携して確保する場合には、連携医療機関の名称も報告いただくということです。

②番目は、関連する時間外対応加算の届出状況、算定状況の報告というものです。

2番目「入退院時の支援」。こちらの報告事項の案としては、①、後方支援病床の確保状況、連携する場合は、連携医療機関の名称、それから、②、入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況などを報告いただく。

3番目「在宅医療の提供」、こちらの報告事項の案は、在宅医療を提供する体制の確保状況、括弧内のような体制、連携する場合は連携医療機関の名称、②のような関連する診療報酬項目の算定状況などを報告いただくというものです。

12ページ、4番目の「介護サービス等と連携した医療提供」です。

こちらは、報告事項としては、①の介護事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況、括弧内の具体的な内容、②のケアマネへの情報共有などの診療報酬項目の算定状況など。

(3)番目「その他の報告事項」として、健康相談、健診、予防接種、地域活動の状況、それから学生・研修医・リカレント教育等の教育活動の状況を報告いただくというものです。

その下の1号機能、2号機能の報告で、当該機能ありと現時点でならない場合には、今後、担う意向の有無を報告いただく。その上で、地域の協議の場での協議に役立てるという案としております。

2番目「かかりつけ医機能報告の報告を行う対象医療機関」。こちらは、特定機能病院及び歯科医療機関を除く病院診療所としています。

医療機関の機能分化、役割分担の観点で、特定機能病院を除くものになっています。

3番目、医療法の条文で都道府県が2号機能の体制の確認を行うこととしています。これに関して、報告事項で体制を有することを確認する。必要な場合は担当者等の体制を確認するということです。

4番目の公表について、これも医療法の条文で、それぞれ以下について公表を行うこととされているというものです。

一番下の※印です。次回以降の分科会で、医療機能情報提供制度による患者にとって分かりやすい公表の在り方について、こちらも、また案を示して御議論をいただきたい。

イメージとしては、かかりつけ医機能報告で報告いただいた項目のうち、国民・患者の選択に資するような項目を医療機能情報提供制度の情報提供項目にも位置づけるということを考えています。

13ページ、かかりつけ医機能報告のスケジュールの案です。

かかりつけ医機能報告について、医療機能情報提供制度に基づく報告と併せて行えるように、医療機能情報提供制度が1月から3月に報告をいただいているので、そこで併せて、かかりつけ医機能報告の報告をいただくというスケジュールの案としております。

14ページ以降は、これまでの分科会の資料を参考資料としておつけしています。

19ページです。

19ページは、これまでの分科会においても、地域でいろいろな医療機関と連携して、地域が面としての役割を担うというのが望まれる体制だという御意見ですとか、あるいは、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、地域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が重要だという御意見もいただいていた。

これも踏まえて、上の四角の4つ目の○ですが、かかりつけ医機能を支援する病院、診療所も含め、かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型、モデルの提示を行って、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すという観点で、国のガイドラインにおいて、このかかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型を示してはどうかというものです。

下のほうにイメージの例を記載しています。いろいろなパターンがあるということ。

それから、一番下のかかりつけ医機能を支援する病院、診療所として、例えば、後方支援病床の確保ですとか、あるいは在宅医療で地域の在宅医療をサポートする役割ですとか、あるいは一番右の学生・研修医・リカレント教育等の教育活動などを行うというイメージ

をおつけしています。

22ページからは、今度は「『地域における協議の場』での協議」です。

24ページ、協議の場の圏域と参加者についてです。上から4つ目の○で、かかりつけ医機能に関する協議の場の圏域です。現行の医療法においては、協議の場の設置主体は都道府県となっています。

他方で、これまでの分科会で、在宅医療あるいは介護連携等の観点では、市町村単位あるいは市町村の役割というのが重要だという御意見もいただいていた。

これを踏まえて、かかりつけ医機能に関する協議の場の圏域は、実施主体である都道府県が市町村と調整して決定することとし、その際、協議するテーマに応じて時間外診療、在宅医療、介護等との連携などは市町村単位などで協議を行い、入退院支援などの入院に関連するものは二次医療圏単位などで協議を行って、全体を都道府県単位で統合調整するなど、協議の場を重層的に設定することを考慮することとしてはどうかというものです。

参加者については、協議するテーマに応じて、都道府県保健所、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民、患者などを参加者として、こちらも都道府県が市町村と調整して決定することとしてはどうかとしています。

また、一番下ですが、調整協議のコーディネーターについて、これも役割が重要だという御指摘を今までいただいていた。それで、医療介護総合確保基金を活用して、支援が可能であることを明確化してはどうかとしています。

25ページ、協議の場における議論の進め方です。真ん中ぐらいにイメージの案を書いています。

データの活用、確保状況や課題等の認識の共有をやっていただく。原因の分析、目指すべき姿の共有、それから、具体的な方策と役割分担の決定、効果と検証をする。

一番下に※で書いていますが、テーマごとに、このサイクルを回していく、繰り返すことによって、地域医療の質の向上に向けて改善していくように取り組むというイメージの案にしております。

26ページからは、その協議の場のイメージ、分野ごとに時間外対応ですとか、入退院支援へのイメージをおつけしています。

30ページからは患者への説明です。

31ページ、今回の改正医療法において、下の絵になりますが、かかりつけ医機能を有する医療機関が、継続的な医療を要する患者から説明の求めがあったときに、疾患名、治療計画などを説明する努力義務が定められています。

この改正医療法の規定のうち、省令などで定めることになっている事項についての案を、今回お示ししています。

32ページ、まず、説明が努力義務となる場合です。これも厚生労働省令で定める場合であって、患者などから求めがあったときと規定されています。

この省令で定める場合について、下のほうの下線を引いているところです。「自院にお

いて、継続的な医療を要する者に対して在宅医療や外来医療を提供する場合であって、一定期間※以上継続的に医療の提供が見込まれる場合」としてはどうかという案です。

それで、※で書いていますが、この一定期間は、おおむね4か月としてはどうかというものです。

33ページ、説明の内容、こちらが一番上の○ですが、改正医療法において、疾患名、治療計画、病院、診療所の名称、その他、厚生労働省令で定める事項について説明の努力義務ということになっています。

この省令で定める事項について、下線で引いてある当該患者に対して発揮するかかりつけ医機能、先ほどの1号機能や2号機能、2号機能を連携して確保する場合は連携医療機関というもの。

それから、病院、診療所の管理者が適切な医療の提供のために必要と判断する事項としてはどうかというものです。

2つ目のものについては、入院診療の計画書の交付の努力義務の説明内容と同じという案にしています。

34ページ「説明の努力義務が免除される正当な理由」です。

こちら入院診療計画書の交付の努力義務が免除される場合と同じように、下のほうの下線を引いているものですが、説明を行うことで、適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合、あるいは説明を行うことで、生命、身体、財産に危険を生じさせるおそれがある場合としてはどうかというものです。

35ページ、説明の内容です。

こちらについては、電磁的方法、その他の厚生労働省令で定める方法によるということとされています。

これは、下線が引いてある4つ、書面により提供する方法、電子メール等により提供する方法、磁気ディスクの交付により提供する方法。

一番下の4つ目が、電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力する方法、患者がマイナポータルで見ることができるようになるということにしてはどうかというものです。※で書いていますが、電子カルテ情報共有システムは、まだ、今、開発中というものです。

39ページからは、今度は、かかりつけ医機能が発揮される基盤整備、国の支援などになります。

そのうちの1つ目が、医師の教育や研修の充実です。

41ページ、下のほうの「対応案」のところに書いてあります。研修内容などの明確化として、現在、様々な団体でかかりつけ医機能に関する研修が行われているところです。

この各団体が実施するかかりつけ医機能に関する研修について、知識、経験の両面から望ましい内容などを整理して、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示してはどうかというものです。

また、その際、学びやすい環境の整備として、国において必要な支援を検討して、医師が選択して学べるE-learningシステムの整備を進めてはどうか。

それから、実地研修の場の整備として、かかりつけ医機能報告を通じて、実地研修の場を提供する医療機関の確認を行う。また、実地研修の場を提供する医療機関の研修、実地研修の設備整備等について、医療介護総合確保基金を活用して支援が可能であることを明確化してはどうか。

一番下の実地研修受講の意思のある医師と実地研修の場を提供する医療機関の把握をして、マッチングを行ってはどうかというものです。

それから、55ページが連携体制の構築になります。

2つのパターン、①が「複数医師のいる診療所の医師同士が連携するパターン」。②が「別の診療所・病院にいる複数の医師同士が連携するパターン」です。

その支援、推進として右側に書いてあるような院内の複数医師の情報共有、患者への事前の説明の推進、あるいは先ほどの研修、実地研修などで、実地研修を受けようとする医師がその研修を提供する診療所に集まることで、複数医師の体制の確保。

それから、機能強化型在支診などの診療報酬の評価。

その下の医療機関間の情報連携としては、医療DXの取組ですとか、情報連携のルールづくり。

それから、地域の協議の場における調整や協議。

機能強化型在支診・在支病の評価というもので推進支援をしてはどうかということです。

最後が、医療DXによる情報共有基盤の整備になります。66ページです。

医療DXの取組として、患者情報の共有を可能とする全国医療情報プラットフォームの構築を進めているところです。

下のほうの対応案ですが、国が医療DXの取組として整備を進めている全国医療情報プラットフォームを活用して、地域の医療機関等が連携しながら、地域におけるかかりつけ医機能の確保の推進をしていく。この医療DXの取組を進めてはどうかということ。

それから、2つ目の○で、医療DXを活用した医療提供に関する関係者の理解を深めるため、先ほどのかかりつけ医機能に関する研修において、医療DXを活用した医療提供に関する項目を盛り込んではどうか。

それから、3つ目の○で、今、取り組んでいる全国医療情報プラットフォーム、介護関連の情報の共有も視野に入れて検討していますが、この介護関連情報の共有の実施まで、一定期間を要することが見込まれます。その間においても、医療機関、訪問看護ステーション、介護事業者などが円滑に連携できるように、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知に取り組むこととしてはどうか。

一番下の○、地域の実情に応じたオンライン診療・遠隔医療の実施に資する通信機器整備・連携体制等の構築について、既存の補助金もありますので、それらを活用して推進してはどうかということです。

資料の説明は以上になります。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、議論に入りたいと思います。本日は、2つのパートに分けて御議論いただきたいと思います。

まずは、資料の7ページから38ページまで「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」について、御質問、御意見をいただきましたらありがたいと思います。できるだけ多くの構成員の方々から御意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

山口委員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。山口でございます。

3点ございます。

まず、1つ目が10ページの「当該機能に関わる報告事項」というところで、事務局から案1、案2、案3というのが出ていますけれども、これは、患者に公表していくことを考えたときに、まず、診療領域と、それから35項目の症状という2種類が出てきているのですが、診療領域を見ていると、やはり患者が判断できない場合が少なからずあるのではないかと思います。一方で、この35項目の症状であれば、このドクターに診てもらえるのだなということが理解できるのではないかと思いますので、私は、この35項目の症状のほうがいいと思っています。

ただ、例えばですけれども、ここに書いてある中で、発熱、頭痛、それから胸痛、呼吸困難、腹痛、こういった症状は、鑑別診断が必要な場合がかなり多いことと、それから、領域が複数にわたることもあると思いますし、レベルによって一次診療が可能かどうかということが、やはり変わってくると思いますので、そういった場合は、例えば、案2の④にある、患者の相談に応じると、あなたの場合は、ここではこういう検査ができないので、もう少し大きなところに紹介しますという意味で、相談に応じるということが、一番患者の視点から見たときに分かりやすいのかなと思います。私はこの中の案2で35項目の症状という報告の仕方ということが、その後の患者に紹介していく上で生かされるのではないかと思います。

次に、12ページのところですけれども「介護サービス等と連携した医療提供」の中の「当該機能に関わる報告事項」の⑤のところに「ACPの実施状況」というのが書かれています。

これは、実施していますか、ある、ないというので答えるのではなくて、実態が見えるような報告の仕方の工夫が必要ではないかなと思いますので、具体的に、今、案として、まだお伝えできることではないのですけれども、ぜひ、ある、ないという二択にならないような工夫をしていただきたいと思います。

3点目が、事務局に質問ですけれども、32から35辺りに「『かかりつけ医機能を有する医療機関』の患者への説明」と、これは、今の時代は、もう当たり前だと思うことを、入院のときには書面でしていたけれども、外来では、そういったことをしていなかったの

で、あえてきちんと説明することを明記すると解釈しております。

ただし、ここに入院診療計画書の交付の努力義務と似たようなイメージだというお話があったのですけれども、これは、入院診療計画書の場合は、入院すれば必ずこういったものを渡されるわけですが、御説明の中で患者からの求めがあったときという話があったのですが、必ずではないのかどうかということ聞かせていただきたいと思います。

35ページにある方法については、これから先ペーパーレスの方向に向かっていると思いますので、電子的なものというのは落とせないのかなと感じました。

以上です。

○永井座長 事務局、いかがでしょうか。

○参事官 3点目で、説明が必ずではないのかという御質問がございました。今回の外来あるいは在宅医療の提供の場合の患者への説明の努力義務ですが、医療法の条文で、省令で定める場合であって、患者または家族から求めがあったときと規定されています。ですので、求めがあったときというのが、まず、医療法の条文上、限定になっていますということと、あとは、今回のお示しした案、32ページのところで、自院において在宅、外来医療を提供する場合で、一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれるという、一定以上の継続というものを、ここもその場合として規定してはどうかという案にしています。

入院の場合も、実は、34ページのところの下の方の※印で「入院診療計画書の交付について努力義務が免除される場合」の1つ目として、患者が短期間で退院することが見込まれる場合は免除されますということになっていますので、それと同様の一定期間以上という期間的な関係性を案の中に入れていくということです。

○永井座長 どうぞ。

○山口構成員 原則、患者等からの求めがある場合ということであれば、これは、まだ今後の話だと思いますけれども、患者に公表していくときに、求めれば、そういったものを交付されるのだということが分かるような、国民への説明ということが欠かせないかなと思いますので、ぜひその辺りは、お願いしたいと思います。

○永井座長 ウェブの今村委員、どうぞ。

○今村構成員 今村です。

今村から3点ほど、意見と、それに付随する質問ということで、まず、12ページの報告の件ですが、（3）に「その他の報告事項」というところがあって、当該機能ありの場合は、今後、担う意向の有無ということを知ることになっていますけれども、これは、今あるところが将来なくなる可能性もあるので、将来続けられるかということを含めて、将来続けていく意向の有無も必ず聞かないといけないと思います。

開業されている先生は、結構お年を召されているので、今やれるという話と、では、5年後やれますかという話は別だと思うので、今後も続けていけるかということを知ることが必要だと思います。

あわせて、その下のかかりつけ医の報告する対象医療機関なのですから、これも、

ほぼ全ての診療所に報告を求める形になりますけれども、10万ある診療所のうちの1万から1万5000ぐらいは健診をやっている、いわゆる診療をやっていないところだと思います。うち5,000ぐらいは移動している、健診などで登録だけしているようなところがありますので、そういったところまで全部これをかけるというのは、非現実的かなと思うので、それは避けたほうがいいと思うのですけれども、そこら辺、どのようにお考えいただいているかというのは、教えていただければと思います。

3つ目ですけれども、24ページの協議の場の話で、市町村が協議の場に入っていただくということで、それは大変いいことなのですけれども、市町村は、市民病院や保健所を持っている市町村は、医療に関しての当事者意識があると思うのですが、それ以外の市町村は、もともと医療のことを所管していないので、自分たち自身が医療について担当しているという意識は非常に薄いと思うのです。介護は、それぞれの市町村が担当されていますから、在宅のかかりつけの部分はある程度あるかもしれませんが、基本的に市町村は、医療に関しては全て県の仕事だと思っていると思うのです。

ですから、ここに市町村に入っていただくのならば、市町村にいかに当事者意識を持って、この問題に関与していただくかというところの施策がパッケージとしてついていかないと、これは、ただ座っていただいているだけの形になってしまう可能性があると思いますので、そこら辺の施策を考えていただいているかということも、併せて教えていただければと思います。

以上です。

○永井座長 事務局、お願いします。

○参事官 まず、2点目の対象の医療機関について、健診をやっている診療所、移動している診療所まで報告を求めるかという御質問でした。

これは、医療法の条文上は、省令で定める医療機関ということになっているので、これから、この対象医療機関の省令をどう定めるかということで範囲が決まってきます。

その際、今、おっしゃられたような、かかりつけ医機能報告で報告を行っていただく必要性があるかどうか、あとは、実務的な観点で対象から除外する医療機関を明確に特定ができるか、みたいなことも考える必要があるかなと考えています。

ですので、今、いただいた御指摘も踏まえて、事務局のほうで健診医療機関のところは、少し考えてみます。

あと、3つ目の協議の場に市町村が入るということで、これまであまり市町村が、医療を所管していないという観点で、当事者意識を持ってもらうような方策というような御質問でした。

これまでも市町村については、主に介護の観点から在宅医療・介護連携推進事業を行っていただいていた。その在宅医療という観点を取っかかりにして、在宅医療だけではなくて、かかりつけ医機能に関することについても、ある程度主体的な役割を持って参画してもらいたいということで、今回の案の中では、協議の場の設置主体である都道府県が

市町村と調整して、協議するテーマによって市町村単位などでの協議を行う。さらに、参加者としても、協議するテーマに応じて、都道府県だけではなくて市町村も参加者として入るよう、都道府県と市町村は調整して決定していただくという案としています。

おっしゃられるように、市町村職員に対する研修というものも必要になってくるかなと思っていますので、そちらについては、また、この協議の場の設置単位あるいは協議の場の参加者あるいは協議の仕方というものが固まってきたら、そういう職員への研修についても検討したいと思っています。

以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

○今村構成員 最初の今後担っていく意識があるかというのを、ぜひ今やっているところも、今後続けていくかということは聞いてほしいと思います。

あと、市町村も熱心な市町村は本当に詳しいですから、そこには、そんなことを言う必要はないのですが、数で言うと大半の市町村は、医療機関に関わったことがないと思うので、そこは、よほどの支援体制がないと、会議で合意するためのバックグラウンドを使うことができないと思うので、ぜひ御配慮をいただきたいと思います。

以上です。

○永井座長 では、吉川委員、どうぞ。

○吉川構成員 ありがとうございます。

報告事項については、国民、また、患者が自らの症状等に応じて、最善の治療を安心して受けられるための適切な医療機関の選択の判断材料となるような情報というものが必要だと考えております。

資料の10ページの一番下の「上記以外の報告事項」に、1号機能に係る報告の案として、医師、外来看護師、専門看護師・認定看護師、また、特定行為研修看護師修了看護師数が示されておりますが、国民・患者にとっては数のみならず、どのような専門的なケアが受けられるのかといった情報が必要だと考えております。

そのため、この報告事項においては、できれば専門領域、また、具体的に提供できるケアや支援といったものも含めることが必要だと考えます。

以上、意見です。

○永井座長 ありがとうございます。

石田委員、どうぞ。

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

私は、市町村の立場から意見を述べさせていただきます。

まず、最初に報告を求めるかかりつけ医機能の内容のことですが、12ページの（3）その他の報告の2つ目のポツで、1号機能及び2号機能の報告で、当該機能ありと、現時点でならない場合は、今後担う意向の有無とありますけれども、これは、市町村の立場から

見ますと、地域の在宅医療のニーズに対応した将来の体制確保のための施策の検討の上で必要な事項と思っております。

したがって、この事項は、ぜひ、報告事項に位置づけていただきたいと思いますと思っております。

もう一点、地域における協議の場、先ほど御意見もありましたが、24ページ、4つ目の○でありますけれども「かかりつけ医機能に関する『協議の場』の圏域は、実施主体である都道府県が市町村と調整して決定することとし、その際、協議するテーマに応じて、時間外診療、在宅医療、介護等との連携等は市町村単位等で協議を行い、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整するなど、『協議の場』を重層的に設定することを考慮することとしてはどうか」とありますけれども、これについては賛成であります。

テーマに応じての連携などの協議では、市町村内に設定されております、介護保険の日常生活圏域ごとの課題などについても、市町村単位等で協議がなされるものと理解しております。

実質的に市町村の各地域包括ケアシステム区域を対象とした協議がなされることになり、市町村内の在宅医療提供体制が充実することになることから、こうした仕組みになることを期待したいと思います。

また、5つ目の○では「協議の場の参加者については、協議するテーマに応じて、都道府県、保健所、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民・患者等を参加者として、都道府県が市町村と調整して決定することとしてはどうか」とありますが、これについても賛成であります。

私は、今後、在宅医療体制の充実のためには、地域における協議の場が非常に重要な役割を担うことになり、ここで実質的な議論が行われ、市町村内の日常生活圏域における、地域包括ケアシステムが十分に機能を果たすようにすることが重要であると思っております。

今回の資料では、この協議の場における議論のイメージの例も示されており、全国の市町村が自らの市町村の実態を事前に住民アンケートやヒアリングなどを通じて、しっかりと把握して協議に臨み発言することなど、主体的に関わることが求められるところとあります。こうしたメッセージも、今後は、ぜひ発信していただきたいと思います。

さて、先ほどもありましたが、こうした業務を市町村が担うことは負担であると思うかもしれませんが、現在でも、先ほどありましたように、介護保険事業である在宅医療・介護連携推進事業の中で、市町村は既に在宅医療に取り組んでおります。これからの高齢化を見たときに、住民が、地域で長く暮らし続けるために、もっと言えば、地域で暮らし遂げるためには、在宅医療提供体制の充実は、これまで以上に必要なことと理解しております。

市町村が取り組むべき中核的な仕事であり、結果次第では市町村の存立にも重大な影響をもたらすものであると思っております。市町村職員は本気になって取り組むことになると思っております。

地域の高齢者などを支えるためには、地域にある診療所を支え、訪問看護ステーションを支え、在宅医療を行ってくださるお医者さんをはじめとする多くの関係者を支えることが市町村にとって必要であり、これこそが、市町村の重要な仕事であると思うものであります。

私は、市町村が地域医療提供体制の実態把握や問題意識の醸成、地域の医療関係者と介護関係者との連携強化にしっかりと関与することが、在宅医療体制の充実に資するものと思っております。

国は、こうしたことに一生懸命に取り組む市町村を大いに支援していただきたいと考えております。

以上であります。よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○永井座長 ありがとうございます。

では、角田委員、どうぞ。

○角田構成員 永井座長、ありがとうございます。

私は、現場を預かる立場から幾つか申し上げたいと思います。10ページのところについて主に申し上げます。

1つは、案の1から3までお示しいただいていますが、症状で区切るということは、分かり易いようで、実は現場ではそうではないと思っております。

症状は、受診者が訴える非常に主観的なもので、かなり文化的なものとか、地域的なものがある、1つの症状で話を聞いてみると、少し違うものであるということがございます。

現状を考えると、むしろ症状というよりも、ある程度自分たちで科を絞って、初めての方などは、例えば胸が少し変だから、呼吸器科とか循環器科という形でいらっしゃいますので、むしろ診療科を示すほうがより分かりやすいかなというのが、現状であるかと思えます。

また、今さらながらですが、私どもが示すかかりつけ医というのは、身近にいて、信頼できて、相談しやすく、そして、知識を持ったという形で、しかも患者さんが選ぶものであり、科を問わず、診療所、病院を問わず、また、1人でなくて複数でもいいと示しております。

そういった面にかかりつけ医機能を考えたときは、この1号機能をあまり絞るべきではないと思っております。

受診者の方が、1号機能の部分で、どんなことができるかをしっかりと見据えた上で選ぶという形、これが極めて重要と考えております。

ですから、そういった形ではしっかりと示し、自分の医療機関等ができることを示しな

がら選んでいただくことが大事だと思っております。

私からは以上でございます。

○永井座長　ありがとうございます。

織田委員、どうぞ。

○織田構成員　今、角田委員がおっしゃったとおりだと思います。

これから、85歳以上がどんどん増えていきますので、できるだけ多くの医療機関がこのかかりつけ医機能に参加していただくことが、非常に重要になってきます。

ましてや、今、医師も高齢化が進んでいます。これは都会、あと県庁所在地、特別なところ以外の、二次医療圏の中で、その6割、7割の医療圏は医師が減っていく、そういう時代に多分入っていくのだろーと思います。

そのような状況の中で、あまり1号機能を厳格にし過ぎると、結果的には、かかりつけ医機能が全く進まない状況になってしまいます。ですから、このかかりつけ医機能に参画するという意向のある医療機関は、できるだけ入れるように、できるだけというか全て入っていただくようにすべきだと思います。これは、あくまでもスタートですから、そういう中で、協議の場で、もし、その地域で足りない機能は、自分のところが担うことができるかどうか考えていただきながら、さらに充実させていくということだろーと思います。

最初のスタート時点から間口を狭めると、結果的には何も動かない状況になりますので、ぜひ、そこら辺を考慮していただきたいと思います。

○永井座長　先に、家保委員、その後、河本委員。

○家保構成員　ありがとうございます。衛生部長会の家保です。

私は、今週から障害保健福祉部のほうで議論が始まっております、精神保健医療福祉の今後の施策の推進に関する検討会にも参加しておりまして、そちらでは、精神障害者にも地域包括ケアを適用するという議論があり、それに向かって政策推進が検討されると予想されます。

その検討会での意見として、外来医療でメンタルに不安を持たれている方、精神障害者の方の外来医療をどう関わっていくかということで、かかりつけ医機能がどうなっていくのか、どのように機能報告が進んでいくのかということに関心を持たれておりました。

その際に、精神科もしくは心療内科の先生方からお話を聞くと、今後、高齢者が増えるとうメンタルの問題を持っておられる方に身体合併症が出てきたときに、どのように他の診療科に問い合わせるのか、相談するのかというのが1つ大きな課題ということも聞いておりますので、医療機関間の連携が取れるような表記の仕方が必要かなと思われま。

そういうところで言いますと、10ページのところで、精神科領域なり神経内科の先生方で考えてみますと、例えば認知とか不安神経症、気分障害、そういう方々がかかりつけ医を持ちながら、かつ、ほかのところを診られるかということ、なかなかあまり〇が入ってこないという部分がありますので、やはり1番の案というよりは、2番のような形で、補えないところは、ぜひとも関係するところで、相談に応じて紹介できるという機能がはつき

りすることが必要なと考えております。

2点目は、市町村の役割というところで、先ほどの12ページでしたか、入院については二次医療圏単位というのは非常にリーズナブルだと思いますけれども、外来については、少なくとも市の人口レベルのところでは、やはり市単位できちんと議論をして連携を取って、役割分担を進めていくことが、患者さんにとって必要なことかなと思います。

地方の町村レベルのところでは、医療機関自体が少ない状況にございますので、保健所なりが音頭をとって、市町村と連携をしながらやるということも可能であるし、やっていけないと思います。先ほどの石田委員が仰った稲城市のように大きなところでは、市の力で中学校区単位などで、かかりつけ医機能を確保していくような取組を進めていくというのが必要なことで、一律というよりは、やはり人口規模、医療機関の数等を踏まえて、柔軟に取組体制が考えられるような仕組みを考えていただけるといいと思います。

市町村といいましても、例えば大阪市などは1つの市になりますので、実質は制度ののっとして細かい単位で議論していかないと、かかりつけ医制度も定着しないことになると思いますので、そこは、融通がつけられるような形で枠組みを設定することが必要かと思っています。

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す。

では、河本委員。

○河本構成員　ありがとうございます。

まず、かかりつけ医機能報告の内容についてでございますけれども、この機能報告の最大の目的というのは、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資するところにあると考えております。

前回の分科会でも申し上げておりますけれども、保険者の立場としては、どの医療機関がどんな症状に対応できるのかと、それが明確になれば、加入者に対して分かりやすい情報発信ができますし、また、患者の皆さんが、医療機関を選ぶ際にも効果的だと考えます。

そうした観点で、10ページにございます1号機能の案を見た場合に、一定以上の症状に対して一次診療を行うことができることを報告するという案の1、私は、これが一番望ましいと考えております。

前回の分科会において、症状の報告が難しいという御意見もございましたけれども、事務局が整理されているとおり、臨床研修の到達目標で必修項目となっている頻度の高い症状ということであれば、報告は可能なのではないかなと考えます。

また、案の2の③、④の別案として症状を報告するということが示されておりますけれども、いずれかの症状ということになりますと、1号機能の重要な要素である総合的な診療、これが十分に担保されるのかというところに疑問を感じます。

総合的な診療については、かかりつけ医機能の研修ですとか、あるいは総合診療専門医の配置と、これで担保するというのも、それはそれで当然必要なことだと思います。

報告事項として入れるべきだと思いますけれども、案の3の場合は、患者から見ますと、結局、どんな症状に対応してもらえるのかということが分からないと、報告の仕組みを導入する目的を十分に果たせないのではないかという懸念があると思います。

したがって、繰り返しになりますけれども、今回の3案の中では、案の1にすべきだと考えているところでございます。

次に、11ページの2号機能のところでございますけれども、1の通常の診療時間以外の診療、ここに関する意見を1点だけ申し上げたいと思います。

この報告事項の②に、時間外対応加算の届出状況、算定状況とございますけれども、時間外対応加算については、体制を評価する加算ということでございますので、届出状況は必要かと思いますが、算定状況については、実際の診療を評価する時間外加算あるいは深夜加算、休日加算、こうした実績についても報告していただくことを要望したいと思います。

最後に、かかりつけ医機能を有する医療機関の患者への説明に関してでございますけれども、32ページで一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれるものの、その一定期間ということについて、おおむね4か月とされております。

生活習慣病等を想定されて4か月を目安とするということかと思いますが、患者のニーズによって、もう少し短い期間でも対応してほしいということも考えられるのではないかと思います。

運用の実態を踏まえて、この辺りについては、必要があれば基準の見直しを検討してもよいのではないかと考えております。

私からは以上です。

○永井座長 まず、大橋委員、その後、長谷川委員、山口委員の順で。

○大橋構成員 ありがとうございます。

まずは、10ページの報告案でございますが、私は、案2が一番よいのではないかと考えております。

その理由ですが、まず、前回の分科会の中で対応という言葉があったのですが、これを一次診療と相談という形で分けていただいたということは、本当によかったと考えております。

その一次診療とは何かというのを見ると、患者さん御自身からすると、かかりつけ医を選ぶに当たり、幅広さと同時に、その先生が、およそどんな専門性を持っているかというのを判断されると思うのです。

となれば、この一次診療に関しましては、ある程度領域別で告示するほうが、むしろ分かりやすいのではないかなと考えております。

一方で、この相談ということになりますけれども、もともとかかりつけ医であれば、何でも相談できると、この四病協の定義にもありますので、全てこれは可ということになるのかもしれませんが、あえて患者さんが、今後、報告制度で実際に自分の症状で困ってい

るときに検索するというイメージであれば、ここは、症状でも良いのではないかと考えております。

2つ目は、案2にも書いてあるのですが、かかりつけ医機能に関する研修の修了者ということでございます。

私自身は、現時点では、受けていないと報告ができないという要件にはすべきではないと考えております。

と申しますのも、私たちの学会も同様の研修を提供していますが、今ある既存の研修については、その目的が、この報告制度にフィットしているのかということについて、まだ担保しているとは限らないと思います。

ですので、まずは、どの研修を報告における当該とするかというところから始まって、その研修自体が、あるべきかかりつけ医機能を研修するために、どうブラッシュアップしていくのかというのを検討して規定した上で、緩やかに、徐々に、これを必須のものとしていくとよいのではないかと考えております。

つまり、かかりつけ医機能報告が始まることによって、かかりつけ医機能をみんなでブラッシュアップしていこうという機運が出た段階で、では、どのように研修すればいいかというのをお示しするという流れが重要かと思います。

特に、先日の分科会でも申し上げましたが、今いる私のかかりつけの先生が、研修を受けていないということだけで報告ができないとなってしまうと、これは、患者さんとかかりつけ医の関係から考えても、かなりマイナス面が大き過ぎるのではないかと感じております。

3つ目でございますが、3つ目は、先ほど山口構成員からもご発言がありましたACPのところでございます。

今回の診療報酬改定で、ACPについては実施とともに、他事業所や多職種での情報共有について評価されることになりました。

そのような実績等も報告することで、先ほどの曖昧なACPの報告というご指摘に対して、より具体的なものになるのではないかなと感じました。

以上でございます。

○永井座長 それでは、長谷川委員。

○長谷川委員 10ページに関して、皆様のお話のとおり、大前提としてこれまでどおり幅広くかかりつけ医になっていただくということは全国の地域医療の維持に必須です。これまでの経験・実績を生かして診療を進めていくということは重要なので、案1の各専門領域の診療科の報告は必要と思います。また、その症候の原因が当該科の疾患ではない時に、患者さんが自分で別の診療科を探さなければいけないような状況が日々の医療現場で見受けられることも時々あるようです。今回の報告を地域を面で支える協議に使うとその地区の医療を充実していくには、案2の普段よく患者さんから相談を受けている症候についても限定せずに幅広く併せて報告していただくことも有用なのではと思います。ただし、対

応する症候を明示となると、どうしてもかかりつけ医の先生が控えめになりがちで、特に得意な症状に数を絞ってしまったり、患者さんがそれ以外の症候をそのかかりつけの先生の前で訴えにくくなるといった難しい問題があります。そうなりますと、大混乱になり崩壊につながりますので、症候の報告の仕方や基準、問いかけには相当な慎重さが必要です。現在の卒前教育や卒後臨床研修の内容にこられ主要症候への臨床推論・初期対応はほぼ網羅され重視されております。多くの先生は、地域の実情に合わせて自然に一定の判断しておりますので、そうであれば記載不要かもしれません。むしろこれからの医学教育の重要課題です。

以上です。

○永井座長 では、山口委員、その後、阿部委員。

○山口構成員 ありがとうございます。

今も話題になっている10ページのところですけれども、先ほど角田構成員と織田構成員から診療領域のほうがいいのではないかというお話があったのですが、そもそも大体診療科は標榜されているわけです。ですので、標榜されている診療科以外に、こういう症状も診られますよということを明らかにしていただいたほうが、患者にとっては、やはりプラスだと思います。

診療科を見れば、この先生は何が専門かということは、かかりつけ医であっても、もともと専門にしている科は何なのかということが分かるわけですので、むしろ、そこにさらに違う診療領域を書かれると、患者としては、少し混乱するのではないかなと思いました。

それから、先ほど大橋構成員が研修を要件にすべきではないとおっしゃったのですけれども、私も同じように思います。研修を受けているかどうかを気にする人と、そんなことは気にしない人もいるわけですので、受けているかどうかということを分かればいいので、それを要件にする必要はないのではないかと私も思いました。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

阿部委員、お願いします。

○阿部構成員 阿部です。よろしくお願いします。

私は、患者、障害者の立場ということでお話しさせていただきたいのですけれども、患者団体、障害者団体は、その原疾患がある場合には、機関紙等で専門の医師から様々なアドバイスをいただきながら取り組んでいるところですが、でも、やはり高齢化に伴って、生活習慣病などにもなりやすいのも、私たちなのかなと思っています。

そのようなことですので、確かに専門の先生方と機関紙等ではつながるかもしれないけれども、身近な地域に私たちのことを診ていただける先生がいるというのは、とても心強いことだと思います。そのようなことから、このかかりつけ医機能というのは、とても大事なことだと思っています。

そして、まずは、私たちは、それぞれ原疾患に伴う症状に、あまりにも意識して相互に

勉強したりしていると、何でも原疾患のためという判断になってしまう危険性があるかと思しますので、そのようなところから、例えば、案1の症状についても、いろいろ相談できる先生が、まずは身近にいることが必要だと感じているということです。

そして、また、私たち自身も自分の障害、自分の疾病だけを学ぶのではなくて、もっとしっかり学んでいく必要があろうかなと思いつつながら、例えば、この頃私たちの会の中であったことなのですけれども、オンラインで各地の会ごとに連携しているところですので、高齢化しているのも事実でありますので、介護保険の認定を受けてしまうと、今度は医療機関でできないことがあるのではないかとということで、皆さん、心配しているところがあります。そのことも含めて、私たち自身も学ばせていただきながら、先ほど介護保険の認定を受けると、リハビリができなくなるのだということで心配しているところがありました。

ただ、これは患者会の中でだけの心配なのだから、それがしっかり当たっているものかどうかとも分からないで、今、申し上げているのですけれども、私たち自身も学んでいく必要があろうと思います。

そして、かかりつけ医機能については、とても大事なことであります。ただし、今、検討の最中でありますので、どこかである程度の方向性が見えてきたら、私たちの中でもしっかり学ばせていただくことが大事なかなと思いつついるということを、患者の立場としてお話しさせていただきました。大事なことだと思います。今の世の中、だんだんこれから、障害とか疾病によって移動も困難になる中で、やはり身近な地域で私たちのことを知っていただいて、そして、相談いただけるかかりつけ医機能に関わる医師の方々がいるということは、ありがたいことだということを申し上げて、すみません、医療の専門ではないので、私たちの現状ということでお話しさせていただきました。

よろしくお願いいたします。

○永井座長 ありがとうございます。

続いて、猪熊委員、どうぞ。

○猪熊構成員 ありがとうございます。

かかりつけ医機能の役割を定めることで期待されることが、大きく2つあると思います。

1つは、救急車をすぐ呼ぶ、大病院に行くなど、現実には起きている疲弊とか弊害を取り除けるということ。もう一つは、その機能があることで、患者の生活のQOLが上がり、患者・国民も医療者もウイン・ウインの関係を築けるということだと思います。

基本的な考え方で、かかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報を提供し、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ということが、基本的な考え方として書かれていますけれども、報告される内容が医療機能情報提供制度に反映されることを思うと、その内容が、やはり国民・患者にとって分かりやすいものであることは重要だと思います。

1号機能に関して、診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無とありますけれども、診

療領域を出すということは、現状とあまり変わらないのではないかという印象がございます。

患者・国民にとって、やはり症状のほうに分かりやすいのではないかと。高齢化が進んで、多くの患者が高齢者であることを思うと、認知症かもしれないとか、脈が遅いのだけどもとか、そうしたことに対応してくれると安心感は増すと思います。

もちろん、一次診療で間違いなく全部見てくれということではなくて、対応可能であっても実際に診療して難しい場合も出てくる可能性はあると思いますし、「場合によって一次診療可能」というケースもあると思います。

翻って、患者・国民として求めるのは、相談したらきちんと対応してくれて、診療してくれる。別の医療機関への引き継ぎも含めて、責任感をもって診てくれる、信頼できるというところが最も大切かと思います。

その意味ですと、患者側の医療教育も非常に重要かと思っております、医療提供体制が全体として、どういう構造になっているかとか、モンスターペイシェントにならないために、医療の財政面ですとか、働き方改革が、今、どうなっているかとか、そういう国民が医療提供体制について知るための啓蒙も必要だと思います。これは、ぜひ医政局のほうに積極的に行ってほしいと思います。

患者にとって分かりやすい、医療機関の現状を見える化するということは、面として、地域で医療体制をつくるためにも必要ではないかと思います。

それと、患者のほうから考えますと、自宅から近いところ、結局、年をとって通院困難になると、自分のところから近いところで医療機関を選ぶということになるので、幾ら評判のいいところがあっても、距離の問題があると思うので、その機能がどうなっているか、そこで完結しなくても責任を持ってほかにつないでくれるのか、そういう情報を知りたいということを思います。

また、医療機関を選ぶのは口コミが最も信頼できるといわれますが、良質の口コミに出会える人と、そうでない人と、ある程度格差が広がっている印象があります。現在、80代、90代の親のかかりつけ医療機関について、子供がいる場合は、60代ぐらいの子供が、インターネットで調べるということはあると思いますし、今後の高齢者は、自分でネットで調べる機会も多いと思いますので、患者の選択に資するようなものにすることが大事だと思います。

この間の議論を聞いていて、1号機能で絞りすぎると入れなくなると困るというお話がありましたけれど、私の理解ですと、フリーアクセスの状況は変わるものではなく、また、この制度で認定をするわけでもございません。むしろ、そうした状況の中で、プラスアルファの情報として、こういうことが診られますよ、うちに対応していますよ、ここは対応していないけれども、このようにつなげますよという、そういう情報が国民に分かりやすいような報告制度になればいいかなと思います。

12ページの第2号の4項目の下にある「その他の報告事項」のところですが、こ

こに学生、研修医、リカレント教育等の教育活動というのがございます。

これは、もちろん医療機関の規模によると思いますけれども、利用者から見ると、これは知りたいかなと思いました。

研修医を受け入れて教育しているということは、非常にやる気があるというか、積極性があるということが感じられるような気がしますので、このところと、今後担う意向の有無というところも、その他の報告事項に入れていただくといいかなと思いました。

協議の場については、市町村の関与が大事ということで、稲城市の発表など、非常にすばらしい取り組みをされていると思います。市町村では小さ過ぎるということでありましたら、幾つかの市町村でまたがって活動する地域医師会の関与も有効という話も聞きました。いずれにしても介護と福祉の連携を思うと、都道府県だけではなくて、市町村ですとか、地域医師会とか、そういうところの関与を大きくしていただくといいかなと思いました。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

服部委員、その後、尾形委員。

○服部構成員 服部でございます。ありがとうございます。

私は、まず、国民・患者のより適切な選択に資するかどうかということに関しましては、35症候を示すことは、むしろ混乱を招くのではないかなと思います。

といいますのは、やはり患者として受診する際には、必ず複数の症状を持って受診されるということですか、あと浮腫ということが、もしありましたときには、その背景には様々な原疾患があるというところで、むしろ、その一歩先のところでは混乱していく可能性があると考えます。

そういった意味では、やはりどんな専門性を持っているかというところを、分かりやすく置いていただくのがよろしいのではないかなと思いましたし、もう一つは、やはり相談しやすいところを明らかにしていただくことがよろしいのではないかなと思います。

もう一つ、地域医療の質の向上という点におきましては、やはりかかりつけ医機能の展開には、2号機能が非常に重要であると考えております。

例えば、入退院支援のところだと、その入院という機会によって、そもそものかかりつけの医師との関わりが離れてしまうということが、往々にして現場ではあると考えますので、例えば、今、いわゆる退院調整ルールといった地域の仕組みに、かかりつけ医機能もしっかりとひもづけて関与をしていただく仕掛けが重要と思います。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

尾形委員。

○尾形座長代理 ありがとうございます。

私からは、2点質問というか、確認をさせていただきます。まず、9ページで、かかり

つけ医機能報告と、医療機能情報提供制度について整理がされています。医療機能情報提供制度については、次回以降の分科会において検討となっているのですが、先ほどの御説明ですと、医療機能情報提供制度の中のかかりつけ医機能に関する部分というのは、かかりつけ医機能報告制度の中から国民・患者の適切な医療機関の選択に資する部分を取り出すという御説明だったと思います。ということは、医療機能情報提供制度の中のかかりつけ医機能の部分というのは、かかりつけ医機能報告の、言ってみれば部分集合であると、そういう理解でよろしいのかということを確認させていただきたいというのが1点目です。

2点目は、12ページですが「2. かかりつけ医機能報告の報告を行う対象医療機関」ということで「特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所」と掲げられています。ということは、地域医療支援病院はここで除かれているわけですから、地域医療支援病院で、かつ、かかりつけ医機能を担う、こういうことが認められる、そういう理解でよろしいかという、この2点を確認させてください。

○永井座長 事務局、いかがでしょう。

○参事官 まず、9ページのところの、かかりつけ医機能報告と医療機能情報提供制度の関係ですが、既に、現在の医療機能情報提供制度の項目、情報提供の項目の中にも、今のかかりつけ医機能報告の1号機能あるいは2号機能に関連するような情報提供項目というのはございます。

それに追加をして、かかりつけ医機能報告で、今回報告いただくような項目について、そのうち患者・国民のほうから医療機関の選択に資するような情報、項目について、医療機能情報提供制度の情報提供項目にも位置づけてはどうかというイメージを持っています。

いずれにしても、また、この医療機能情報提供制度の情報提供項目の案についてお示しして、議論いただきたいと思いますと考えています。

それから、12ページのかかりつけ医機能報告の報告を行う対象医療機関です。こちらの現在の案においては、地域医療支援病院あるいは紹介受診重点医療機関などにおいても、地域あるいは診療科によって、かかりつけ医機能の役割を担っているような病院、医療機関もあり得るという意見もこれまでいただいていた。

それも踏まえて、今回の報告を行う対象医療機関の案としては、特定機能病院、あと歯科を除いた病院・診療所という案としています。ですので、地域医療支援病院、かつ、かかりつけ医機能を有する医療機関というのは、あり得るという案にしています。

○永井座長 よろしいですか。

その後、城守委員、香取委員、長谷川委員の順で。

○城守構成員 ありがとうございます。

私も10ページの報告を求めるかかりつけ医機能の内容について、2点ほどコメントをさせていただきたいのですが、その前に、外来医療の現状について、皆さん方に、やはり共有をもう一度、認識していただきたいと思います、少しお話をさせていただきたいと思います。

先ほどから、構成員の方々からいろいろな御意見も出ておりますけれども、現在の医療の提供体制がどうなっているのか、外来の診療がどうなっているのかということを見ずに、このようにすればいいのではないかという形というのは、理屈上は、非常に分かりやすいのですけれども、それは、現場にとって大きな混乱を招く可能性があるということも御理解いただきたいと思いますし、現在も患者さんは医療機関に、その医療機関の先生と一定の信頼関係のもとに受診をされておられるでしょうし、診療科も様々であろうと思います。

その中において、現在の外来というのは、開業診療所の先生方、医師というのは、一定の専門性を高めた、自分の専門性を持って開業しておられるのが一般的で、近年は、総合診療専門の先生もおられますけれども、一般的には専門性を中心とし診療所です。

そして、その専門性を維持しつつも、研修をはじめとする自己研鑽を通じて、一定の診療の幅を少しずつ広げていって、診療していただいている。

その結果、診療スタイルとしては、外来診療があつて、地域医療への貢献があつて、在宅医療、さらには、公衆衛生等、様々なものがあるわけですが、それに対して、各医療機関がそのスタイルに合わせて、対応可能な範囲で組み合わせて、その体制を取って、その集合体が地域における現在の医療提供体制になっているということですね。

その中において、先ほどから何もあまり変わらないというお話がございました。確かに、この議論をしている中においては、いろいろな目的、例えば患者さんから見て分かりやすい制度設計であるとか、かかりつけ医機能をより発揮していただきたいという目的というのは、医療現場の人間としても、それは共有していると思います。

ただし、現状、何かまず大きな問題があるのかというと、コロナ禍のときに、一定そういう問題があったかのごとく報道もされましたが、実は、日本の外来の医療というのは、諸外国の外来よりも非常に質がもともと高いと、それは専門性を持って開業しておられる先生が多いということですね。

このかかりつけ医機能の制度整備の議論に当たっては、やはり、先ほども何人かの先生がおっしゃられましたけれども、多くの医療機関が参画をできて、要は、地域を面で支えて、患者さんに医療が提供できるということが、私は最も重要であろうと思います。

その前提として、制度設計するに当たっては、現在の患者さんと医師とか医療者との信頼関係が瓦解するような制度設計であれば、私はよろしくないだろうと思いますし、恐らくそういうものをつくりますと、医療現場では大きな混乱が生じるし、いろいろと問題も大きくなると思います。

そういうことを踏まえた上で、10ページの2点、コメントをさせていただきますけれども、まず、この研修の修了者がいないと駄目だという要件です。実際、研修というのは、研修をしたらすぐに診療できるのかというと、形式上はできるかもしれませんが、実質上は、先ほどからありますように、座学、その後、自分が対応可能な症例を徐々に積み重ねて、そして、しっかりとした診療ができる、これが実態であると思います。

その研修というのは、何か国から指定された研修でないと駄目ということではなくて、

自己学習であつたりとか、様々な本を読んだりもされることもあると思うのですけれども、その結果として、研修を積み重ねている先生も多いと思います。

ですが、何か決まった研修の修了者でないと手挙げができないということになりますと、報告を行う対象医療機関が極めて偏り、また極めて少なくなるなど、手挙げがしにくいという形にもなります。

ですから、そういう意味においては、今後、高齢者が非常に多くなって、より多くの医療機関が、従来から診ている患者さんも含めて、かかりつけ医機能を有する医療機関としてしっかりと対応できるような制度設計にしようというのであれば、少なくとも間口は最初から狭めるべきではないだろうなと思いますし、それによって、患者さんと現在のお医者さんの信頼関係も継続できるでしょうし、先ほど、お話が少しございましたが、これは、制度設計の仕方によっては、フリーアクセスを一定程度制限するということにもなりかねません。ですので、そういう意味においては、間口を広くすれば、そういうこともないだろうと思います。これが1点。

○永井座長 手短にお願いできますか、ちょっと時間が。

○城守構成員 すみません、もう一点は、症状にするのか、診療領域にするのかということですが、やはり現在、症状から考える疾患というのは、非常に多岐にわたります。ですので、その症状に対して、どれだけのものを対応できるのか、また、それが一次対応であつたとしても、初期対応であつたとしても、どの程度までできるのかというのは非常に判断も難しいし、これによつても手挙げがしにくくなるということを考えると、後々の制度設計において、後々の考え方においては、変えていってもいいかもしれませんが、初期においては、やはり現在対応している診療領域を報告する形のほうがよろしいかなと思います。

ですので、私としては、この案の2、それで、2の②は×にして、案の3の②ですか、研修を修了しているかどうかということだけが分かれば、患者さんはそれを見て、この先生は研修を修了しているのだ、また、研修を修了していないのだということで十分可視化できて、受診する医療機関の選別に資するということになりますから、2と3の合併みたいのがいいのではないかなと思います。

すみません、長くなりました。

○永井座長 ありがとうございます。

では、香取委員。

○香取構成員 手短に行きたいと思います。

最初に1点だけ質問なのですけれども、報告の対象医療機関から特定機能病院は外しますとあるので、残りの医療機関は、必ずみんな報告をしないといけないという構成になるのでしょうか。

○参事官 医療法の条文では、残りの医療機関は報告をしなければならないという構成になります。ただ、そのときに、例えば、1号機能ですと、あり、なしということなので、

なしという報告も当然あり得るというものです。

○香取構成員 多分、その建て付けが問題なのではないかと思うのです。今の城守先生の話、それから、先ほどの猪熊委員の話もそうなのですが、そもそもかかりつけ医機能の話というのは、かかりつけ医になる意思と能力がある医療機関に手挙げをしてもらう、できるだけ多くの人になってもらうということですね。

そうだとすると、前回言及した大阪府医師会の調査でもそうですけれども、そもそも専門外来の先生とか、専門診療を中心に展開するという、つまりかかりつけ医としての機能については、そういう役割を自分としては担わない、そういう医療機関も当然あるわけなので、そういう人にも殊更に、自分がかかりつけ医でない、そういう機能役割はない、やる気もないという報告をしろと求めるということになる。法律の建て付けがそのようになっているのであれば、それは法律をつくるときの問題ではないかと思うのですけれども、そもそも何のためにこれをやるのかというのを考えて、法律との関係はあると思いますが、少しやり方を考えたほうがいいのではないかと、これが1点です。

その上で、今の皆さんのお話を聞いていて、私は、あまり皆さん違うことを言っていないのではないかという気がしています。

まず、1号機能の話なのですが、前回もお話ししましたが、1号機能は基本的に、医師の診療能力、資質、かかりつけ医になる意欲、そういうものがあるかどうかということを知り、そういう報告事項なのだと思うのです。

そうすると、案の1でも案の2でもそうなのですが、これこれが可でないと1号機能を有するとはしないという、そういう案になっている。逆に言うと、これがないと手挙げができない、2号機能の話に進めない、ということになっています。

ですが、多分求めているのはそういうことではなくて、自分にはかかりつけ医として求められる資質能力があり、かつかかりつけ医を担う意欲がある、ということをきちんと言ってくれということと、それが実際にできるということが裏づけられる担保がある、ということなのだろうと思うのです。で、それが客観的に見て分かるようにするというのが報告を求めるポイントなのだろうと思うのです。

そうだとすると、案の1でも案の2でもそうなのですが、例えば、先ほどから研修の話が出てきていますけれども、研修の修了というのは、35項目でも診療領域でもいいのですけれども、要はこれこれの対応を自分はやります、できますという報告について、ちゃんとそれができるということを客観的に担保する、例えば、総合診療専門医であるとか一定の医師会やあるいは学会の研修を受けているという、かかりつけ医を担う意思と能力があることを裏づけるクオリティーコントロールというか、サーティフィケートの1つのよすがとして出しているという意味になるはずですよ。

先々のことを考えれば、できるだけ多くの方が、開業に当たってそういう研修を受けることによって、一定のクオリティーが担保できる開業医ができていくということになるのであって、大事なことは研修の中身をきちんと充実させていくことではないでしょうか。

そう考えていけば、現にもう何十年も地域で開業されていて、患者との信頼関係のある先生であれば、それこそ実習は要らないわけなので、制度的な座学でもしていただければ多分いいのだと思うのですけれども、そこは研修の中身の組み方で幾らでも対応できることなので、何か今ある研修を受けていないと、1号機能ありと認めないという、そういう硬直的な案の立て方が、議論の混乱を招いているのではないかと。

繰り返しますが、要は、何ができるかできないか、つまり意思と能力があるということをきちんと表明してもらい、かつそれを裏づけるような何がしかの担保があることが患者にわかる、という仕組みであることが大事なのではないかということです。

できるだけ多くの人にかかりつけ医になってもらう、かかりつけ医を担えるような医師を確保していくとなれば、それは基本的には医師の資質・能力の話になりますので、医療界の中で、責任を持って研修なり何なりをきちんとする、そのことを通じてできるだけ多くのかかりつけ医を確保していく。

ここで入り口を絞る、絞らないという議論になっているのは、多分、これがないと駄目だとしてあるというか、そのように読めているからなのだろうと思うので、むしろ、そもそも何のための報告制度か、ということを考えて仕組みを理解したほうがいいのではないかと思います。

大事なことは、恐らく、案の2の④に書かれていることだと私は思っていて、スーパースターの先生ばかりではないですし、当然専門性には濃淡があるので、たとえそれであっても、患者が来たら、平たく言えば目の前の患者から逃げない、必ず診る。自分ができることはきちんとやり、必要があれば専門機関に確実につなぐと、四病協でいうところの、地域の医師や医療機関と協力して、解決策を提供するということが大事で、とすれば④のところのが1号機能に係る報告項目の中では重要なだろう。

そのことで付け加えて言えば、今の法律の前提は、既に継続的医療を要する人についてのかかりつけ医の話ですが、将来的には、これから病気になる人、これから医者にかかる人にとって、よすがになるようなガイドラインを示すということになるはずなので、基本的に幅広くいろいろな人にとって役にたつ仕組みにすることだろうと思います。

それから、協議の場に関しては、先ほど石田先生がおっしゃったことだと思うのですが、これも前回も言いましたが、個々の医療機関の報告というのは、各医療機関の点の情報です。それを線でつないで面にしていくという一種のコーディネート機能が必要です。ということになると、どういう機関の人に集まってもらって、この協議の場にどういう権限を与えるか、地域ごとに状況が違うので、目指す全体像を共有するというのを、まずやった上で足りない部分をどうするか考えていくことが必要です。これは足し算ではなくてデザインの話なので、そういうことができるような体制でなければいけません。

その意味で言えば、在宅を考える領域、地域医療を考える領域、あるいはもう少し上の高次入院機能を考える領域、恐らくレイヤーでかかりつけ医機能を実装していく計画をつくっていくことになるので、この話は、地域医療構想そのものの話につながっていくと思

います。そういう視点で協議の場の構成を考えると、このように考えればよろしいのではないかと思います。

以上です。

○永井座長 では、長谷川委員、それで、土居委員で最後にします。

○長谷川構成員 私も、報告によって医療崩壊を招かないような、すなわち今ある状況を悪化させないような配慮は十分していただきたいというのは、心から同じ思いです。これからの地域医療体制をどう工夫して各地域ごとに、より理想的に構築するかの協議のための報告であることが前提であると思っております。そうでないと多くの地域で医療が維持できません。

その点、先ほど猪熊委員がお話した学生・研修医・リカレント教育など、医師のテクニカルのみならずノンテクニカルな教育も含めた姿勢はその地区の医療の向上のための重要な要素になります。したがって、先生が多職種連携やチームビルディングの研修を実際行っている場合には、そこにそのことも記載して報告してもらおうとよいのではと思います。

○永井座長 土居委員。

○土居構成員 意見を述べさせていただきたいと思います。

まず、10ページの1号機能ですけれども、医療法で例示されているということもありますし、さらには、これが元になった全世代型社会保障構築会議の報告書にも、日常的に高い頻度で発生する疾患、症状に幅広く対応するということが書かれていて、それを体現するということであれば、やはり案1のように、一定以上の症状に対して診療を行うことができることを要件とするというのは、理にかなっていると思います。

案3は、診療領域の報告もなければ、症状の報告もないということでは、これは何のためのかかりつけ医機能報告なのか分らないと思います。

それと、最近、御存じの方も多いと思いますけれども、医療機関の検索アプリというのが大変高度化しております。

中には、全くの素人の方が、いきなり医療機関を選ぶのは難しいというのは、先ほど来も話がありましたけれども、それを何で選ぶかと言えば、診療科で選ぶわけでもなく、疾患名で選ぶわけでもなく、まずは、症状で問うと。あなたは、どういう症状か、自覚はありますかということから入って、AIによる問診が始まると、そういうアプリまでもうできている。

これがある現状において、かかりつけ医機能報告で症状の報告が全くないということで、果たして今後本当に、かかりつけ医機能報告制度が国民から評価される制度になるのかということだと思います。

もちろん、アプリは民間で勝手にやっているという話だからといって、どうぞ御自由にということで済むのかどうか。どっちのほうが便利なのか、どっちのほうが有用な情報が提供されているのかということは、国民は当然問うわけでありまして、かかりつけ医機能報告に基づく情報を見たって、医療機関を選ぶのには、あまり高い価値のある情報はない

ねという話になれば、結局民間のアプリのほうにいつてしまって、民間のアプリは民間でビジネススペースでやっているわけですから、当然、高いお金を払って、検索の上位にヒットするようにしてもらおうということは、今はやっていないかもしれませんが、行く行くはそういうことだってあったとしたら、これは、かかりつけ医機能を一生懸命定着させようと試みている政府の取組が台無しになってしまうかもしれない。わざわざ税金を投じて、かかりつけ医機能報告制度をやっているのに、役に立たないのでは、国民から後ろ指を指されるかもしれない。

そういうことを考えると、民間のアプリで、既に症状を問うことを始めているということである以上、もはや、かかりつけ医機能報告制度で症状の報告が1つもないというのは、もう許されないレベルになっているのだと思います。そのアプリをどう評価するかは、それぞれのお立場のお考えはあるのだと思いますけれども、国民目線で見ると、やはりそういう時代になっていると、技術の進歩は我々を待ってくれないということは、ここで肝に銘じるべきことかなと思います。

そういう意味では、何らかの形で症状の報告を、この機能報告で求めるということが、私は必須だと思います。

案2の③と④と案1の違いを私はどこに見るかということ、案2のほうは、いずれかのという、どれか1つでもいいということでありますけれども、どれか1つでもいいというのは、少しレベルが低いのではないかと。やはり一定以上、この一定という数字をどうするかというのは、いろいろ議論を深める必要はあると思いますけれども、一定以上というものが必要なのではないかとこのところが、私の意見の1点目であります。

2点目は、2号機能のところですが、やはり i、ii、iiiのところでも、算定状況というものが、各種報告事項として挙げられていて、これは、私は非常によいと思います。

願わくは、このレセプトデータをほぼ自動的に報告の際に利用するという形で、医療機関の負担を軽くするという形で報告を求めることにすることがよいのではないかと思います。

もう一点は、19ページのかかりつけ医機能を支援する医療機関ということで、これは私も非常に重要なものだと思いますし、かかりつけ医機能報告制度の中でも、重要な位置づけとしてしっかりと位置づけていただきたいと。

今のところ、19ページの4つ目の○では、ガイドラインにおいて示すことを記しておられますけれども、私はガイドライン止まりではなくて、報告事項の何かに、支援する医療機関であるというところの機能を明記するような形で報告を求めると。

もちろん、この機能がなければ駄目だということを言う報告事項ではなくて、担っているか否かということ報告していただくと、そういう形でかかりつけ医機能を支援する医療機関に対する評価というものも必要なのではないかと思います。

私からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。まだ御議論があるかと思いますが、引き続き、今後

も議論を重ねたいと思います。

続きまして、資料の39ページから最後のページまで「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」について、御意見をいただきたいと思います。いかがでしょうか。

今村委員、ウェブからお願いします。

○今村構成員 今村です。

研修について、41ページで、どのような研修が必要かということを書いていたのですが、大学でのかかりつけ教育という部分には、全然触れていただけていないので、教育、研修に関しては、かなり大学が機能として持っているわけで、ただ、現実にはあまりかかりつけの教育を大学はしているわけではないので、そこを強化するということをやった方がいいのではないかと考えています。

今、医学教育の在り方検討会という検討会が立ち上がって、その中では医師偏在までは、かなり議論として進んでいたと思うのですが、実際その先にある、かかりつけ医の教育、それに対して大学の関わりについては、あまり十分な議論が進んでいるとは思えないところがありまして、ぜひ、ここで大学を含む医学教育で、かかりつけ教育の部分を強化するということを入れた方がいいと考えています。

今村からは以上です。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

吉川委員。

○吉川構成員 ありがとうございます。

研修について意見を述べさせていただきます。

地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けて、資料では、医師の教育や研修の充実への対応案として、研修の場の整備について提案されております。

医療機関がかかりつけ医機能を発揮するためには、医師のみならず、他の職種の教育、や研修も非常に重要となってくるかと思います。

看護の立場から申しますと、例えば、在宅で暮らす人に向けて、特に外来において支援するにあたり、疾患や治療に関することに加えて、意思決定支援や多職種連携、退院支援、社会資源の知識や活用など、多くのことを学ぶ必要があります。研修の場の整備に当たっては、他職種のことも含めて御検討いただきたいと思っております。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょう。

土居委員、その後、長谷川委員。

○土居構成員 41ページの実地研修の場の整備というところで、対応案が示されておまして、この対応は非常にいい対応案ではないかと思います。

実地研修の場を提供する医療機関に、かかりつけ医機能報告を通じて確認するということは非常に重要だと思います。

ここでの議論にもありますように、かかりつけ医機能の制度整備は、今、過渡期であります。完成形まで、まだ将来、それなりの時間を要すると。特に人材育成というところは、課題としてあるということは、これも分科会でも議論があったと思います。

そういう意味では、いかに人材を育成していくか、そして、育成することに医療機関が御協力いただけるかということは、非常に重要なポイントでありますし、それをしっかり機能報告の中で、そのインセンティブになる形で報告していただくことは理にかなっていることかなと思います。

以上です。

○永井座長 どうぞ。

○長谷川構成員 効果的な研修に関しては医学教育界の重要テーマです。もちろん一定の実地研修も大事です。一方、日本では、医師・医療者の皆さん忙しい中、各職種とも勤務時間中に研修時間の確保が難しい、近くで学べるところがない、といったこれまでの厳しい背景の上に、働き方改革が重なって、ますます継続的に学ぶ時間確保が厳しくなっています。したがって、いつでもどこでも学べる効果的効率的なデジタル教育手法を活用することは必須となっています。画像・動画を活用した症例・症候ベースの効果的なドリル等、症例・症候ベースのセルフアセスメント教材をしっかりと一定数作成し、学びたい内容・分野をいつでも繰り返し学べるような体制をつくっていくことが重要です。医師個人のみならず、同職種も多職種もチームで一緒になって学ぶこともできます。効果的なデジタル教育システムをしっかりと構築して、時間のない中、繰り返しセルフアセスメントできるような流れを強力に推進していく必要があります。効果を上げるには、卒前教育からシームレスに展開することが重要となってきました。

○永井座長 ほかに、大橋委員。

○大橋構成員 ありがとうございます。

この教育については、私、2本立てというか、幾つかの側面があるのかなと思っています。

1つは、今、長谷川先生もお話ししていただいたように、かかりつけ医機能を担う全ての医師向けの研修ということ、これは、みんなで少しずつ底上げをしていこうという形で、幅広く、また、様々なコンテンツを、eラーニング等を用いて底上げしていくという、また、ドリルで確認していった、自らが毎日ブラッシュアップできるようなものをつくる。まず、これがすごく重要だと思います。

もう一つ大事なものは、先ほどありました、かかりつけ医機能を支援する医療機関というのは、今後、一方では重要になってきていて、それに従事する医師は誰かという話になると、私は、まず第一義的に考えるのは総合診療専門医なのだろうと思っています。

ただ、御案内のとおり、まだ総合診療専門医というのは、十分な養成ができていないというところで、その場合に、総合診療医が増えていない状況の中では、今、ほかの科で従事している医師が、この総合診療の分野に移行してこようと、そういう意向を持った方へ

のリカレント教育というのも、一方ではすごく重要なのかなと。

これは、全ての医師向けの研修とは、やや内容や時間等も異なるのではないかなと思っております。

以前、全日病の織田先生と私のプライマリーケア連合学会で構築しているプログラム等もありますが、やはりそのような、ある程度支援する医療機関に従事する向けのプログラムというのも、一方では、また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。

いかがでしょうか。よろしいでしょうか。あるいは先ほどのパーツでも結構ですが、何か全体を通じて御発言は。

織田委員、どうぞ。

○織田構成員 織田です。どうもありがとうございます。

かかりつけ医機能支援の診療所、病院の話がありましたので追加して意見を申し上げますと、先ほどからずっと1号機能の話ばかりで、そこに集中してしまっています。実を言うと、2号機能が最も大切で、これをなくして、かかりつけ医機能は全く動かないということを御理解いただきたいと思います。

時間外、あと休日、それをどうしていくのかというので、専門性云々の議論ではなくて、実際現場でどうやって動かしていくかというのは、これは、2号機能、ここにやはり重要な部分があるのではないかと思います。

先ほどから聞いていると、1号機能が云々と言う議論ばかり、これは、ドクターが努力していけばいい話で、基本的には多くの人に参加して、やはり面での連携をつくっていくと。そのためには、2号機能が非常に重要になってくるということです。

その上で、かかりつけ医機能支援病院とか支援診療所とか、こういうのが生まれてくるのだらうと思います。

○永井座長 ありがとうございます。

先ほどの議論をお聞きして、都会と地方、あるいは初診と再診患者などによって、1号機能については議論があると思います。まさに、織田先生がおっしゃったような2号のところですね、この辺をもう少し議論を深めたいと思います。

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、今、提示された論点については、今後さらに議論を深めていきたいと思います。

事務局におきましては、本日の分科会の御意見を踏まえて、今後の検討をよろしくお願いしたいと思います。

では、最後に事務局から何かございますでしょうか。

○医療政策企画官 審議をありがとうございました。

次回の分科会の詳細につきましては、決まり次第、改めて御連絡を差し上げます。

以上です。

○永井座長 それでは、本日の分科会は、これまでとさせていただきます。お忙しいところ、ありがとうございました。