

2024-6-21 第6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、定刻となりましたので、会議を開会させていただきます。

ただいまより、第6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。委員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日もハイブリッドの開催という形で開催させていただいております。

尾形構成員、吉川構成員からは、用務の都合上、御欠席の連絡をいただいております。

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、名簿のほかに、資料1から3、そして、参考資料、吉川委員提出資料を格納してございます。もし不備がございましたら、お申しつけください。

それでは、報道の方、カメラはここまでとなりますので、御協力をよろしく申し上げます。

では、永井座長、以降の進行をよろしくお願いいたします。

○永井座長 では、ただいまから議事に入らせていただきます。

本日の議題は「かかりつけ医機能に関する医療機能情報提供制度の刷新について」、「障害のある方に対するかかりつけ医機能について」、「かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修について」、この3点となります。

まず、事務局から資料1から3までの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、私のほうから資料1から3の御説明をいたします。

まず資料1です。「かかりつけ医機能に関する医療機能情報提供制度の刷新について」になります。

資料1、ページをめくっていただいて4ページになります。4月12日の本分科会の資料になります。

2つ目のマルですが、かかりつけ医機能報告、それから、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、その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だということを書いております。

5ページ、5月24日の分科会の資料になります。こちら赤い字のところは、医療機能情報提供制度については、次回以降のこの分科会において検討するとしていたところですので。

6ページからは、医療機能情報提供制度の全国統一システムの構築、医療情報ネットを構築するということを今年4月から開始しています。まずは全国統一システムの取組の御紹介をしたいと思います。

7ページ、こちらが今年4月から開始している全国統一システムのイメージの図にな

ります。これまでは都道府県ごとのシステム、ホームページでの情報提供ということになっていましたが、それを全ての都道府県のシステム、データを集約する。全国統一のシステムをつくったということです。これが今年の4月から開始しています。

9ページ、10ページのように、この医療情報ネットについて、厚生労働省ホームページあるいはポスターなどを活用して周知に取り組んでいるということです。

また、10ページ、パンフレットの広報資材を都道府県のほうに配付させていただいて、都道府県などからも周知をしていただいているということです。

全国統一システム、医療情報ネットの機能の概要は11ページからになります。全国の病院・診療所について都道府県をまたいで検索することが可能。その際、キーワード検索でしたり、診療科目あるいは場所からの検索、設備や対応内容などから医療機関を検索することができるというシステムになっています。

12ページ、それ以外もマイホーム登録によってマイホームを中心とした検索ができるようになっています。

13ページ、医療機関を検索した結果、医療機関の概要が表示されます。検索結果についてはリスト形式、リストでの表示と、それから、マップ上にどのような医療機関があるかというような地図表示の2パターンで切り換えができるというシステムにしています。

14ページ、できる限り情報提供項目を分かりやすく伝える方法の工夫として、用語についての用語解説を作成しているところです。

また、15ページのように、情報ネットを利用する利用者区分を選択できるボタンを設定して、利用者区分ごとに利用頻度が高そうな項目を選んで検索ができるようにしています。15ページの下の方の四角の中ですが、利用者区分については高齢者、小児、障害児・者、難病患者というような利用者区分について、令和7年の4月から開始できるようにシステムの改修を進めているところです。

イメージは6ページのような医療情報ネットのトップページに左下のオレンジ色の高齢者とか小児、障害児・者、難病患者の利用者区分のボタンを設置する。例えば障害児・者のボタンを押すと、17ページのような検索条件の設定のページに移動します。障害者に対するサービス内容、聴覚障害者への配慮として手話による対応あるいは筆談など文字による対応などを検索条件としてチェックすると、それに該当する医療機関が検索できるというようなシステム改修を今進めています。それを18ページの高齢者ですとか19ページの小児障害児・者、難病患者で使えるようにというような取組を進めているところです。

21ページからがかかりつけ医機能に関する医療機能情報提供制度の見直しの案になります。

まず22ページ、対応案の1つ目、1になります。かかりつけ医機能に関する情報提供項目の見直しです。

1つ目のポツです。かかりつけ医機能報告の報告事項のうち、国民・患者が適切に医療機関を選択できることに資する項目について、医療機能情報提供制度の情報提供項目に位

置くこととしてはどうかということです。

2つ目です。具体的には、かかりつけ医機能報告の報告事項は引き続き本分科会で検討を行ってまいります。現時点の案としては、かかりつけ医機能報告の報告事項について、1号機能、2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合に、今後担う意向の有無を報告いただくという案としていましたが、今後担う意向の有無以外の項目については、医療機能情報提供制度の情報提供項目に位置づけることとしてはどうかという案です。今後担う意向については現時点では医療機関の機能ではないということなので、これは除いてそれ以外の項目に位置づけるということです。

※で書いているとおり、報告事項の検討状況を踏まえて、改めてこの医療機能情報提供制度の情報提供項目の検討を行っていきたいと考えています。

3つ目のポツ、こちらは分かりやすく情報提供する観点から、現在作成している用語解説において、かかりつけ医機能の内容についても分かりやすい解説というものを作成する。それから、医療情報ネットにおいても上手な医療のかかり方の周知を行っていくということとしてはどうかということです。

23ページ、対応案の2つ目です。これは医療情報ネットにおいてかかりつけ医機能に関連する検索機能を追加するというものです。医療情報ネットのトップページにかかりつけ医機能を探すボタンを追加して、かかりつけ医機能に関連する項目を検索条件として検索できるようにするというものです。先ほどの利用者区分で検索ができるようにというようなものと同じように、かかりつけ医機能で検索ができるようにというような工夫をすることはどうかというものです。

また、その下のポツで、検索した結果、医療機関の概要情報を表示するページにかかりつけ医機能のタブを追加して、その医療機関のかかりつけ医機能に関連する事項をまとめて見られるようにするというものです。

これがまず医療機能情報提供制度の対応案になります。

続いて、資料2「障害のある方に対するかかりつけ医機能について」です。

2ページで、昨年10月に日本障害フォーラム幹事会に厚生労働省のこちらの事務局のほうも参加させていただいて、意見交換を行っています。

また、3ページのように、今年の2月、それから、3月に、これも厚生労働省の事務局において障害者団体からのヒアリングを行いました。様々な御意見をいただいています。

いただいた意見を4ページ以降に記載しています。

いただいた意見について、事務局のほうで整理をさせていただいたのが9ページになります。障害者団体・関係団体との意見交換、ヒアリングにおいて以下のような意見があったということです。

1つ目は、先ほどの医療機能情報提供制度の情報提供項目に関する意見をいただきました。例えば1つ目のポツのように、現在の医療情報ネットで聴覚障害者・視覚障害者・車椅子利用者へのサービスの項目はあるけれども、知的障害者・精神障害者などの幅広い障

害者への対応状況についても情報提供が必要だというような御意見ですとか、あるいはその2つ下、医療機関の入り口から車椅子で入れるかを情報提供してほしいなどの御意見をいただいています。

2つ目の②医療情報ネットの情報提供の方法に関する意見です。デジタル庁のウェブアクセシビリティのガイドブックなどを参照してほしいなどの御意見をいただいています。

それから、③医療機関における合理的配慮、障害種別ごとの障害特性の理解などに関する御意見です。例えば1つ目のポツのように、障害のある子供が多動、大きな声を出すなどのケースがあるので、予約制ですとか個室待機、あるいは受診時間の指定などの配慮をしていただけるとありがたいというような御意見。あとは、真ん中よりちょっと下の地域の内科医に障害特性を理解してほしい。それから、その2つ下の障害理解についてeラーニングなどを作成して、障害理解を学べる仕組みをつくってほしいなどの御意見をいただきました。

④はかかりつけ医機能報告制度に関する意見です。地域の協議の場に障害関係団体の参画ということを入れてガイドラインづくりをしてほしいというような御意見。

⑤でその他医療制度などに関する御意見、こちらも様々な御意見をいただきました。

10ページです。一番上の○です。また、改正障害者差別解消法が今年の4月から施行されています。合理的配慮の提供が義務化されています。これを受けて、今年の3月に厚生労働省のほうで医療関係事業者向けのガイドラインを公表しています。その中で施設や設備のバリアフリー化、あるいはコミュニケーション支援、情報アクセシビリティの向上などの環境整備を事業者の努力義務ということでお示ししています。

これらを踏まえた対応案をその下に4つ記載しています。

1つ目の対応案、医療機能情報提供制度の情報提供項目の見直しです。先ほどの障害者団体との意見交換などで意見があった項目、それから、障害者差別解消法のガイドラインで示している医療機関の環境整備の対応状況、これらについて、医療機関の報告負担にも配慮した上で、報告可能な項目を医療機能情報提供制度の情報提供項目に位置づけることを検討してはどうかというものです。

※で書いています。具体的な内容については、もう一つの分科会、医療機能情報提供制度などの分科会において検討するということを考えています。

2つ目、対応案の2です。医療情報ネットの情報提供方法の見直しです。デジタル庁のガイドブックを踏まえて改善を進める。それから、利用者区分、障害児・者、難病患者を選択できるボタンの設定を令和7年度に向けて改修を進める。それから、医療情報ネットの利用実態等を踏まえて、引き続き改善を検討していきたいと考えています。

こちらも※で、具体的な内容はもう一つの分科会において検討したいと考えています。

対応案の3つ目、医療機関における合理的配慮、障害種別ごとの障害特性の理解の促進です。こちらはかかりつけ医機能に関する研修、後ほど資料3で説明をいたします。この研修において、合理的配慮、障害特性の理解等に関する項目を盛り込むこととしてはどう

かです。

最後、対応案4、かかりつけ医機能報告制度です。この報告事項は引き続き分科会で検討を行いますが、その際、継続的な医療を要する者には、障害児・者あるいは医療的ケア児、難病患者などであって、継続的な医療を要する方も当然含まれるということを念頭に置きながら検討してはどうかということです。

また、一番下、協議の場の参加者について、ガイドラインに障害者団体・関係団体も記載することとしてはどうかとしています。

資料の3番目、「かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修について」です。

3ページ、5月24日の分科会で、赤い字のところです。各団体で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、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しています。括弧内、本分科会で骨格を議論して、詳細は厚労科研で整理をするとしていました。

4ページがその研修の骨子の案になります。上の四角で書いています。かかりつけ医機能報告の報告事項は引き続き分科会で検討を行います。現時点の案として、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修の骨格について、以下のように、知識、経験の両面から望ましい内容などを整理することとしてはどうかというものです。

その下に骨子案を書いています。

1番目が基本的な考え方です。2つ目の○のとおり、リカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築するなど、医師の教育や研修の充実を図るという考え方です。

2つ目、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修です。知識、経験の両面から望ましい内容などを整理した上で、研修の実施団体からの申出に基づき報告対象として該当する研修を厚労省において示すということにしてはどうかというものです。これまでの分科会のヒアリングでも、医療関係団体が研修を行っているという御説明がございました。これらの実施されている研修も踏まえながら、知識と経験の両面で、望ましい内容などを整理するという事です。

(1) 対象者、地域で新たに開業を検討している勤務医、地域の診療所、中小病院などで診療を行っている医師等を対象者とする。研修の修了、研修の実施団体において、研修者が各研修の修了要件を満たしていることを確認する。括弧の中で地域の診療所などで一定期間以上の診療実績がある医師などについて診療実績を考慮することができることとする。現に開業されていて、経験、能力のある医師について診療実績を考慮するという事です。

(2) 座学研修（知識）の望ましい内容、幅広い診療領域への対応に関する内容、地域連携・多職種連携などに関する内容が含まれる。2つ目の○に書いて具体的な研修項目は、厚労科研において検討するという事です。

括弧で研修項目を医師が選択して学ぶことを想定しています。それぞれの医師の経験、

能力はそれぞれ異なりますので、研修項目全てを受けるというよりも、自分の不足する項目、補いたい項目などを選んで学んでいただくということを想定しています。

〈例〉で研修項目の例をその下に書いています。頻度の高い疾患症状への対応、高齢者の診療、在宅医療、初期救急、他職種連携・チームビルディング、あとは介護保険・障害福祉、それから、先ほど資料2で出てきた障害者への合理的配慮や障害特性の理解というような項目。

下の※で書いています。国において必要な支援を検討して、eラーニングシステムの整備を進めていこうと考えています。

5ページ、(3) 実地研修の望ましい内容です。在宅医療や幅広い診療領域の患者の診療などが含まれる。こちらの具体的な研修項目は厚労科研において検討する。こちらも括弧内、研修項目を医師が選択して学ぶことを想定するということは先ほどと同じです。

※で書いてある実施研修の場を提供する医療機関、意向のある医師のマッチングを行う仕組みの整備を進める。それから、実地研修の設備整備など、基金を活用して支援が可能であることを明確化する。

(3) 厚労科研の設置をして具体的な研修項目あるいはeラーニングシステムの研修教材の開発などの検討を行うこととしてはどうかと考えています。

資料1から3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、これから議論に入りたいと思います。3つの議題のうち、どちらからでも結構でございますので、御質問、御意見がおありの方は御発言をお願いいたします。時間は十分でございます。

では、山口委員からどうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。山口でございます。

私は1つ目と3つ目に分けてお話ししたいと思います。

まず1つ目のところですが、22ページの報告事項を情報提供することに位置づけるということかどうかというご提案がございましたが、医療機関からの報告内容によっては、それをそのまま情報提供に入れると、やはり何のことか分からないというようなことがあると思います。これは解説をつけると書かれていますけれども、解説よりも、項目を見ただけでこれは私たちに関係ないことだと拒否反応を示すというようなことになると、きちんと見てくれなくなることを危惧しますので、報告事項によっては、ある程度国民が分かりやすいように翻訳というか、言い換えるようなことは必要だと思っています。

それから、23ページの検索できるシステムということですが、これは当然必要だと思います。

1つ事務局にお尋ねしたいこととして、今年の4月から医療機能情報提供制度を医療情報ネット「ナビイ」ということで全国統一に刷新したわけですが、ビュー数が増えているのかどうか。その辺り、恐らくビュー数は追っていると思いますので、数がどう変

化しているのか知りたいと思います。まだ2か月ぐらいしかたっていないので、3か月目ですかね。まだはっきり分からないかもしれませんが、もし分かるようであれば教えていただきたいと思います。

それから、医師の研修の3番目のところですけども、4ページの座学にしても、5ページの実地研修にしても、医師が選ぶことを基本にするというお話があったのですが、やはり必須項目と選択項目に分ける必要があるのではないかなと思います。ある程度これは必須ということと、あとは自分の不足しているところと分ける必要があるのではないかなと思いました。

それから、実地研修の中で、例えば医療面接や患者対応、コミュニケーションといったこと、これからまだ研究班で検討していかれるのかもしれませんが、そういったことも内容に入れるというような準備があるのかどうかということをお話させていただきたいと思います。特にOSCE世代という今の40代半ば以下の方たちは医療面接を一応学んでいらっしゃるわけですけども、それ以前の方たちは基本的にコミュニケーションについて特に学ぶことでなく臨床の中で培ってこられていると思うのですけれども、改めてそういったことの教育も必要ではないかなと思いましたので、その辺りを入れていただければと思うのでの発言です。

以上です。

○永井座長 今の点、事務局、何かコメントはありますか。

○保健医療技術調整官 事務局の保健医療技術調整官です。

1つ目に御質問いただきました全国統一システムの医療情報ネットのウェブのビュー数についてなのですが、今、事務局の方でビュー数がどうなっているのかはデータを持ち合わせておりませんが、今後、全国統一化したことによって、国のほうでどういった検査項目とかどういったビュー数になっているかということは把握可能になっていて、今後はそういった使用状況も踏まえながら改修をまた行っていく必要があると考えております。今、直ちにデータはこうなっていると御説明できないのですが、今後そういったことは可能であるということで検討していきたいというところがございます。

あともう一つ、研修のインタビュー、医療面接を実地研修の中に入れるかどうかについては、今回、分科会で御意見いただいたことを踏まえて、また厚労科研のほうで御検討いただくという形でどうかと考えております。

○山口構成員 ありがとうございます。

ともかくこの医療機能情報提供制度、システムは周知が本当になされていないことが一番の問題だと思っていて、かかりつけ医機能の報告もここでやるのだとしたら、やはり国民により広く理解してもらうことが必要だと思いますので、ビュー数についてはまた折を見て報告していただければと思います。ありがとうございました。

○永井座長 続いて、今村委員、どうぞ。

○今村構成員 今村です。

3番目の医師の研修についての御意見です。4ページで医師の研修についてかなり具体的に書いていただいているのですけれども、ぜひそこに大学での医師のかかりつけ医の研修、教育の強化ということを入れてほしいと思っています。卒後研修で様々な研修会があると思うのですけれども、まずは学部教育の中でこのかかりつけ教育というのが行われるべきだと考えますし、また、研修医もかなりの部分が大学でプログラムが組まれているという現状がありますので、ぜひ大学での教育に含めていただきたいと思います。

この検討会と並行して文科省で今後の医学教育の在り方検討会が動いておりまして、これは永井先生が座長で、私も入らせていただいていますけれども、この前二次中間取りまとめが出まして、その中でもこのかかりつけ医の教育について取り組むべきだということは触れていただいています、ぜひこちらの検討会でも積極的に大学での取組を促すようなことを報告書を作る際や制度をつくる際にしていただきたいと思います。

もしお答えできるのだったら、事務局からのお答えもお願いしたいと思います。

以上です。

○永井座長 事務局、何かありますか。

○参事官 御意見ありがとうございます。今のは学部教育の中でのかかりつけ医機能に関する教育の充実ということだと思います。文部科学省のほうとも相談をして考えたいと思います。

以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

○今村構成員 はい。ありがとうございます。よろしく申し上げます。

○永井座長 ほかにいかがでしょうか。

香取委員、どうぞ。

○香取構成員 香取です。

最初に1つ、これは役人OBとしての苦言ですが、今回、医療情報ナビの改善をしましたというデータが出ているわけですが、先ほどの山口委員の質問はすごく大事で、こういう改革をしたことによって何が起こったのか。今、どのくらいアクセスが増えたかというお話がありましたが、その後のお話にもあったように、こういう資料を出したのであれば、今のアクセス数がどうなっているのか、例えばひと月に何件ぐらいアクセス数があつて改善前と比べてどのくらい増えているのか、そういう基本的なデータはお示しいただくような準備をして会議に臨んでほしい。そうでないと、何か言っても言いつ放しで終わってしまうので、ぜひファクトのデータというのは会議の議論が充実したものになるように進めていただきたいと思います。

それで、報告制度の話と研修の話とそれぞれお話ししたいのですけれども、報告制度の中でどういうことを報告項目の中に入れるかという議論は今お話があったわけですが、そもそもこの医療機能報告制度で言うところの報告の役割とか機能ということと、今回の医療法改正で医療機関からさまざま報告を取るといふときの報告というのは、役割が

違うのではないかと思うのです。平たく言うと、報告制度というのは患者が選ぶことに資するような形で情報を提供するということです。他方、かかりつけ医機能が発揮されるための制度整備の一環として医療機関から取る機能報告というのは、地域に面で支える医療提供体制をつくるための素材を集めるということになる。なので、患者に提供するための情報だけではなくて、それを通じて地域の医療提供体制をどうつくっていくかということも含めて必要な情報提供を求めるということになるので、取り方も違うだろうし、取ってきたもののうち、マルバツをつけて開示すれば患者のための報告制度になるということではないのだと思うのです。先ほど分かりやすいように加工しないと駄目だと山口さんはおっしゃっていましたが、そういうこともあるだろうし、何のために取るかということによって情報の扱いが違うので、データの取り方、開示の仕方というのはやはり違ってくる。そこはよく整理をして議論をしないといけないと思います。

それから、研修のほうですが、4ページのところである程度整理をされていて、これはこれでこういうことだと思うのですが、要するに、かかりつけ医の機能の確保というのはゼロからつくるわけではないわけですね。現にかかりつけ医として機能されている先生はそれなりにいらっしゃるわけだし、患者との信頼関係ということで言えば、今の医療提供体制の中でそのベースは一定存在している。その意味で現状について平たく言えば、できている人もできていない人もいるし、やっている人、やっていない人、やる気のある人、ない人、いろいろな人がいる、というのが現状なので、一律に同じような研修を行う、その前提で研修項目を決めるということには恐らくならない。

例としていいかどうか分かりませんが、介護保険でケアマネージャーをつくったときに、ケアマネージャーには医療、介護、福祉、制度のいろいろな知識を求めるので、それぞれの専門職ごとにこの部分は試験は受けなくていいとか、この部分は必要、と整理して、足りないところを研修して、実習をして、という形になっている。多分似たようなことを考えるのだろうと思います。これが一つ。

他方で、もう一つ考えなければいけないことがあって、今私たちは何をやろうとしているかということ、これからかかりつけ医制度を実装していこうとしているわけですね。そうになると、社会実装に向けて一定の数のかかりつけ医を確保していかないといけないという別途の要請があるわけです。つまり、意思と能力がある人についてはできるだけかかりつけになってもらう、それを言わば懲遷するような形で研修が含まれていないといけないということになるのだと思うのです。なので、この研修は試験のように選別するものではなくて、意思と能力のある人、言い方は難しいですけども、意思のない人でもできるだけ関心を持ってやっていただく。例えばイギリスのGPSIのようにSpecial Interestを持っている人でも一定GPの世界に関心を持ってもらってGPの世界に入ってもらおう。そのために必要な支援とか研修を行うという視点も求められるだろうし、意思はあるけれどもなかなか十分に自信がない、という先生には研修の機会を与える。つまり、そういう一種ベクトルを持ったものとして研修を考えるということにならないと、社会実装に向けての研修には

ならない。そういうことを整理しながら、研修の形や中身をどうするかとかということは考えていただきたい。

研修すべき内容をどうするかについては科研で詰めるというお話なのですが、その辺はよく整理して詰め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。

石田委員、どうぞ。

○石田構成員 稲城市の石田です。ありがとうございます。

私からは研修について意見を述べさせていただきます。

4 ページの 2 の (2) 座学研修 (知識) の望ましい内容の 1 つ目の ○ に地域連携・多職種連携等に関する内容が含まれることとあります。その例として地域連携・多職種連携等に関する内容とありますけれども、市町村としてこうした研修について一定の関与、支援ができるのではないかと思います。具体的には、各市町村における日常生活圏域内の実際の状況について、地域包括ケアシステムがその地域でどのように機能しているのか、情報提供ができるのではないかと思います。市町村では要介護者の数、今後の動向、国民健康保険や後期高齢者医療制度のデータに基づく外来患者や入院患者の診療状況、地域包括支援センターの活動状況や、担当者との連携の方法、市町村保健福祉セクション、高齢介護セクションとの連携、さらには在宅医療介護連携推進事業で行っている各種事業の状況など、日常生活圏域を面で捉えた状況をお伝えできるのではないかと思います。私はかかりつけ医の先生方が地域で十分に機能を発揮していただけるように、こうした研修に市町村が問題意識を持って関わることも必要ではないかと考えております。意見として参考にいただければありがたいと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

服部委員、どうぞ。

○服部構成員 服部でございます。ありがとうございます。

私も今の石田委員の意見に賛同いたします。また、現在、在宅医療介護連携推進事業では、市町村単位で、多職種を対象に、ともに学び連携を深める関係構築のための研修会がいろいろ行われておりまして、参加者間の顔の見える関係性の構築に一定の効果が得られていると考えております。そういった既存の実践的な研修の場を御活用いただきたいと考えます。

一方で、この多職種研修会に実は医師の参加がなかなか進まないというのがどの地域でも課題となっておりますので、そういった意味からも、この地域の研修にぜひ医師に参加していただくというようなことも必要な研修の一要素として御検討いただけたらと思います。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

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。

私から2つ申し上げたいと思います。

まず一つは、医療機能情報提供制度ですが、確かに先ほどから御指摘があるように、この4月からG-MISを使って新たな形で実施していますので、ぜひ実行数といいますか、アクセス数は出していただきたいと思います。

今までこれが伸びなかったのは、確かに周知不足ということは一つの面があるかもしれませんが、私どもが実際に外来でやっていると、ほかにもこういった情報を得る方法がございます。それを基に患者さんが来られる。例えば、地域ですと、地域の医師会がその地域での医療機関の情報を出しておりまして、初診の患者さんの問診票を見ますと、どうやって当院を受診しましたか、という項目を作っているのですが、ホームページであったり、周囲からの情報であったり、比較的そういった形で情報を得る方法が実はございます。ですから、これについては、そういった情報が既に存在しているということを少し念頭に置きながら進めていただきたいと思ひますし、ただ一方で、全国統一の報告項目と言いますと、同じ土俵で全国の医療資源等につきまして検討できますし、比較もできますので、これは大変有効だと思っております。

また、患者さんの動向を見ますと、やはりまず近隣の医療機関を探すようです。特殊な疾患以外は近隣の医療機関で探して、そして、いろいろな情報、例えば評判も含めて聞きながら、アクセスしてくるというのが現状でございます。

あともう一点、研修のことで申し上げますが、先ほど山口委員からも御指摘がございましたが、研修の項目の中でも非常に重要な項目といいますか、必須と思われるような項目とか、あとは地域の実情とか、御本人の専門性によっては選択の部分があると思ひます。必須と思われる項目も必修にするというよりは、十分その力量を習得していると御自身が判断した場合には、やはりあくまで医師による選択制でその研修を受けられるという形で、受けなければいけないというような規制をかけると、逆にそういったモチベーションをそぐようなことになるかと思ひます。ですから、基本的な骨格部分と周辺の部分と研修項目を分けることが必要ではないかと思ひます。

私からは以上でございます。

○永井座長 城守委員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

私も研修のところで3点ほどコメントを申し上げたいと思ひます。

まず、先ほど必須項目とそうでない項目とを分けて、必須項目は必修にすべきだというお話もございました。これは先ほど香取委員も大変重要なことをおっしゃっているなと思ひましたけれども、この研修項目というか研修の位置づけは、かかりつけ医機能の報告事

項の中でどう位置づけるのかということによって、要するに役割というのは変わってくるわけですね。特にこの制度としては、1号機能を手挙げできないと2号機能に進めない。要は、参加できないということになるようでは、先ほどもお話があったように、地域を面として支える制度設計に資するということにならないことを考えますと、その辺りに制約が出るような内容とすると現実的ではなくなるのではないかなと申し述べたいと思います。

その中で、やはりこの研修というのは、これから厚労科研で範囲も含めて内容を一定体系化するというお話でございますので、その中で各先生方が現状やっておられる診療において、本人のニーズとして何を求めているのか、何が足りないのか、または何をしたいのか。それは、各医療機関のそれぞれの先生によって異なるはずです。そして、先ほどからもお話がございましたように、この制度の一つの肝である各地域における機能というものを面として支えるためには、地域としてどのような医療機能が不足しているのか。そのために、その地域において必要となる地域のニーズというものもあります。ですから、この2つの側面を加味しながら、各医療機関が、または地域において、協議の場を通して、その研修を求めていくというか受講していく、という形にすべきだろうと思いますので、そういう意味からも、何か制約が出るような形にするというのは、あまりよろしくないのではないかなと思います。

もう一点ですけれども、5ページにある実地研修のところですが、この実地研修においては、実地研修の場を提供する医療機関ということで、資料には「受講の意向のある医師を把握し、」という形で示されており、それはそれでよろしいのですが、これはまた何か基準をつけるという形にすると、なかなか難しい面もありますので、この辺りは現実的に柔軟な対応ができるような制度設計にしていきたいということと、実地研修という意味においては、何も現場だけではなくて、大学とか、または医師会においてもシミュレーションラボみたいなものがございます。ですから、そういうものも使っていただいて現実にそういう形で実地研修をしているところもございますので、そういうところも参考にさせていただいて、この制度の中に取り入れていただいたらよろしいかなと思います。

私からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

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。

私からは、この議題3点それぞれについて若干コメントさせていただきたいと思います。

まず、1点目のかかりつけ医機能に関する医療情報提供制度の刷新の関係でございますけれども、22ページから23ページに示されている対応はおおむね異論はございません。やはり医療上の提供制度は分かりやすさということが大変重要だと思います。その上で、医療機関が現時点で対応可能な機能を広く情報提供することで、かかりつけの医療機関を探そうとする方々の役に立つような形が望ましいと思います。

また、用語解説云々という記載もございますけれども、上手な医療のかかり方を推進す

る観点からも、国民・患者の理解を高めるのは大変重要でございますので、ぜひ分かりやすい解説にさせていただきたいと思っております。

それから、23ページの方でございますけれども、御提案の方向で進めていただいて結構だと思いますけれども、例えば2号機能のうち、時間外対応とか在宅医療といった既に医療情報ネットで公表している項目と重複する部分が出てくると思います。情報提供の方法を少し整理する必要があるのかなと思っております。ちょっと細かい話になりますが、例えば1号機能を満たさないけれども時間外対応をしている医療機関はあると思っておりますので、かかりつけ医機能の入り口とかタブはあくまでかかりつけ医機能を有する医療機関を探すためのもので、1号機能でスクリーニングをかけているということが分かるように、そういったことにしておくことも必要だと思います。

それから、2点目の障害のある方に対するかかりつけ医機能でございますけれども、10ページの対応案の1から4はいずれも賛成です。障害のある方々の要望に応えるということは、障害のある方あるいはその御家族はもちろんですけれども、障害のない方にとっても患者に配慮した医療機関を探す際の参考になると思っております。情報提供とかかかりつけ医機能の研修にも盛り込むという記載がございますけれども、そういった研修の充実を進めさせていただきたいと思っております。

最後3点目です。かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の関係でございますけれども、かかりつけ医機能の確保に向けて、研修というのは極めて重要なアイテムだと認識しております。4ページから5ページの骨子案にあるとおり、座学と実地の両面から国が体系的な統一基準を示すということに賛成でございます。

研修の内容については、表現の問題かもしれませんが、望ましい内容ということに加えて、やはり必ず実施すべき必須の内容を示すことも検討すべきではないかと考えます。

また、研修を実施する各団体、医師個人の診療能力を高めるとともに、地域医療の底上げにつながるようカリキュラムを充実していただくとともに、研修を修了した医師を公表させていただきたいと思っております。医療現場で一定の診療実績がある医師については、それを考慮する。これはもちろん理解できますけれども、診療能力が確実に担保されるような運用を期待しております。

最後に、研修は一度修了したら終わりということではなくて、数年ごとに研修を受けて最新の知識とか技術を身につけていただきたいと思います。現在各団体で実施されている研修も更新の仕組みがあると思っておりますので、更新制度の設定ということをぜひお願いしたいと思います。

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。

阿部委員、お願いします。

○阿部構成員 阿部です。よろしくお願いたします。

まずは、令和7年に向けて、障害児・者、難病患者向けの検索という項目ができることについては、とてもありがたく思います。また、これを構築していく過程で、その前に障害者団体・患者団体のヒアリング等を行っていただいたことについても感謝いたします。

そして、その中で障害の多様性ということがあります。私も障害がありますけれども、多様な障害ということを理解していただくことはとても大事なことだと思います。

それで、ただいま河本委員もお話ししていただきましたように、障害があつて困ること、不便なことは私たちの立場から様々ありますけれども、それらを改善することは誰にとつても使いやすい医療制度になるのではないかなということ河本委員のお話を伺いながら思ったところです。

さらに、令和7年度に向けて内容の改善、改修をしていく過程においても、必要な場合にはまた障害者団体へのヒアリング、意見出し等、これからもお願いしたいと思います。

そして、今回は全国レベルの障害者団体ということでヒアリングしていただきましたけれども、やがて県レベル等でも同じように障害者団体は互いに連携するようにこの頃なつてきておりますので、そのような活用もよろしくお願ひしたいと思います。

それから、お話がありました医学教育の中での研修ということはすごく大事なことだと思います。障害理解、合理的配慮というのは何も難しいことではないと私たちは思っていますので、実際に学生さんのとき、または研修医になるときなどについても、その辺のところも理解いただくことが大事だと思います。

また、今回の検討の中で、医師として活躍されている方々が様々な研修を受けているということには本当に敬意を表します。

というようなことで、障害理解、また、患者の理解ということもあろうと思いますけれども、様々な場で私たちの立場からも発信してまいりたいと思いますので、そのようなことで今後ともよろしくお願ひしたいと思います。

以上、障害関係団体という立場からお話しさせていただきました。今回の検討、ありがとうございました。

以上です。

○永井座長 では、続いて土居委員、その後大橋委員、お願いします。

○土居構成員 私はまず資料1の医療機能情報提供制度の点について意見を述べたいと思います。

この刷新についての事務局の案は基本的にいいと思いますので、かかりつけ医機能報告制度が発足してから追加的に得られる情報を医療情報ネットで提供するというところでぜひ進めていただきたいと思います。

ただ、現状として医療情報ネットにどれぐらい国民の方がアクセスされるかというところについては、私もネット検索をかけたりすると、厚生労働省の医療機能情報提供制度の解説ページのここのバナーをクリックすると医療情報ネットに飛びますよというページにまず最初にヒットするという感じになっていて、いきなり医療情報ネットのトップページ

にネット検索の結果が出てくるという感じではない。それから、これはもちろんフィルタリングというか個人によって違うのかもしれませんが、私が検索すると、医療機関検索とかと打つと、地区医師会の医療機関の検索サイトが一番上に出てきたりするということもある。なかなか医療情報ネットが検索結果の上のほうにまだ出てきていないという感じがするので、まず、少なくとも厚生労働省のウェブサイトとしてももっと目立つところに医療情報ネットの入り口となるリンクを貼っていただくとか、ないしはいろいろな機関に御協力いただいて、ここをクリックすると医療情報ネットに接続できますよということを進めて頂きたい。もちろん広報のパンフレットも大事なのですが、ネット上で目立つところに医療情報ネットのリンクなり入り口をつくっていただくということが今からでもできる対応としてはあるのかなと思いました。

それから、資料3のかかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修についてということですが、基本的に事務局案はいいと思います。

それから、先ほど香取委員もおっしゃったように、かかりつけ医機能を担える医師をどんどん増やしていくのだというような方向でこの研修を位置づけるということについて非常に重要で、まさに慫慂という言葉が合っていると思うのですが、そういう形でこの骨子を固めていただくということがいいのではないかと私は思います。

その際に、確かに現時点における骨子としては、現状の医療提供体制を踏まえた上で骨子を固める以外になかなか現実的な対応としては難しいと思いますから、現実的に総合診療専門医の数はそんなにまだ多くないとか、そういう現状があるということ踏まえながら、いかに多くの医師の方に研修を受けていただき、レベルアップを図っていくかということ第一に考えるということは必要だと思います。

ただ、いつまでもその状態でいいということではなくて、恐らく2025年のかかりつけ医機能の求められるレベルと2030年とか2035年の日本におけるかかりつけ医機能として担ってほしい望ましいレベルというのはどんどん年を追うごとにレベルアップして、また、担える医師の方の数も増えていくということになると思いますから、バージョンアップを定期的にしていただくということは何らかの形で骨子の中に書いていただくのがベストだと私は思います。今後、医療提供体制ないし医師の研修の進捗度合いを見極めながら、かかりつけ医機能のレベルアップを図っていくのだというようなことも今後に向けた方向性として骨子の中に明記していただくというようなこともあっていいのかなと思います。

私からは以上です。

○永井座長 大橋委員、どうぞ。

○大橋構成員 ありがとうございます。

私からは、障害のある方に関するかかりつけ医機能のことと、かかりつけ医の機能の研修について意見を述べたいと思います。

まず、障害の方々に関することですが、障害のある方を拝見するときに2つの視点が必要だと思うのです。一つはおのおのの障害そのものへの配慮、バリアフリーであっ

たり、視覚障害に対する配慮等、お持ちの障害そのものへの配慮がございます。その他に、障害のある方も普通に起こる普通のことに対応できるかということも重要になるかと思えます。

例えば移行期医療の分野でも、小児期からのてんかんで小児科の先生が診ていた方が、成人になって脳神経内科のてんかんの専門医に移行する。てんかんという疾患についての引き継ぎはあまり問題ないのですが、ただ、その方はてんかんだけに罹患しているわけではなくて、例えば高血圧であったり、糖尿病であったり、あとはがん検診であったりというように、普通にその年代の方に起こるプロブレムにも当然対応できていかななくてはいけない。

となると、本当にてんかんの専門医同士での移行ではなくて、いわゆる障害のある方に対するかかりつけ医機能ということで考えれば、まさに普通に起こる普通のことに対する、障害のある方に対しても対応できるかかりつけ医というのがやはり必要になってくるのではないのでしょうか。最近では二人主治医とかと呼ばれていますけれども、やはりそういった視点も大変重要なのではないかなと考えています。

そして、かかりつけ医機能の研修ですが、こちら私も2つの視点があると思っています。一つは、かかりつけ医機能を有する医療機関に従事する全ての医師が対象になるような研修です。これに関しては、例えば眼科や整形外科の先生でも介護保険の相談には乗れるとか、自分の専門外だけれども相談には乗れるというような形で、少しずつみんなで自分のかかりつけ医機能の底上げを図ろうというような研修だと思います。これに関しては、やはり先生方が気軽に受けられたり、いつも専門医による最新情報ばかり学ぶようなことだと、患者さんの相談に対応できるという目標に対してうまく適合するかどうか分からないので、適切なレベル設定や目標設定というのも一方ではとても重要なかなと思っています。

そしてもう一方では、私たちがいつも述べさせていただいておりますかかりつけ医機能を支援する病院や診療所に従事する医師へ向けた研修というのは、少し深みは違ってくるのかなと思います。かかりつけ医機能を支援する人材としては、当然ながら総合診療専門医が出てくるのですが、先ほども御案内のとおり、まだまだ数が足りていない。そういったときに、リカレント教育も含めて、総合病院診療専門医に準ずるような人材を養成するための研修というのは、先ほど申し上げました前者のものとは異なると考えていますので、そちらについては厚労科研のほうでも別立てで御検討いただけたらと思います。先ほど実地研修というのが出てきましたが、まさに実地研修の指導ができる人材というのも後者の研修に関わってくるのかなと思います。

私からは以上です。

○永井座長 家保委員、その後、織田委員、長谷川委員の順でお願いします。

○家保構成員 衛生部長会の家保です。

2番の障害のある方に対するかかりつけ医機能についての取りまとめは、地方で医療行

政をやっている立場としては、こういうようなまとめ方をさせていただきますと、今後の医療の提供体制の在り方、また、地元の医療機関の先生方への情報提供などにも活用できると思ひ、ありがたい取りまとめであったと思ひます。

加えて、かかりつけ医を選択できる地域においては、今後新たに開設される医療機関にとってみれば、こういう視点をきちんと考えた上で、よりかかりつけ医機能を強化していくということが大事なことと思ひます。

ただ一方で、初回のときの私のプレゼンで言いましたように、全国の中にはかなり医療機関が減っている地域が多くございます。実質選択の余地がない地域において、どういふふうにこの機能を実施していただくのかというのが非常に難しい部分があります。

研修などでも現実的にやった、やっていない、受けた、受けていないの話をはっきりさせますと、うちの地域に唯一あるこの先生は受けていないのかというような噂になると、今ようやく何とか持ちこたえている医療機関が、それなら辞めてもいいわというような状況になる可能性があります。これからの10年でかなり医療機関が減る中、中山間地域の医療機関の減少を加速する恐れがありますので、全体としては、医療機関を選べる地域ではこのような情報提供システムをできるだけやるという一方で、そうでない地域が日本の中にあるということを前提に一定緩和措置も考えていかないと、本当に変な意味での後押しをしてしまうような部分があるかなと思ひます。

それから、資料1に関して言いますと、オールジャパンで考えれば、医療機関は大筋このとおりでいいかと思ひます。ただ、これも私は最初のプレゼンのときにお話ししましたけれども、地域包括ケアを進めるという意味でかかりつけ医機能をすすめるのであれば、医療機関、薬局だけでなく、きちんと訪問看護ステーションの情報も提供するような枠組みをセットで考えていったほうがいいのかと思ひます。訪問看護ステーションの中には、難病系が得意なところ、がん系、いろいろなところがございます。やはりそれを国民が選べるような情報もセットで提供することが、自分が参加して医療をともに進めるという観点で物事を考えていけるかもしれませんので、ぜひともそういう点は考えていただければと思ひます。

以上です。

○永井座長 お待たせしました。織田委員、続いて長谷川委員、お願いします。

○織田構成員 ありがとうございます。

今お話しになったこととダブるのですけれども、今、医療機関がどんどん減っている地域は意外と多いのです。皆さんの中には都会だけを見ておられる方が多いようですけれども、多分335の医療圏のうち、その半数ぐらいが医療過疎になりつつあると思ひます。そういう中で、あまり規制を課すことは、研修等も受けたくても受けられない状況もあったりしますから、すべきではないと思ひます。特に先ほど自分の経験からも必須が必要ではないかとかという議論がありましたけれども、基本的に医師は最終的な責任を負っていますから、必要と思ひすることは研修しているのです。この場になかなかオープンに出ないのです

けれども、医師の研修は医師会を中心にいろいろなものがあります。その出席も結構多いのですよ。病院協会もやっていますし、そういうところを全く無視したような形で言われるのは非常に問題だなと思います。

それと、研修の中で、先ほど障害のある方のことも含めて、このような我々が必要なことに関しては、あらゆる機会に我々も勉強させていただいて進めていきますけれども、基本的には医師のかかりつけ医機能制度の中であまりいろいろな規制をすると、本当に地域によってはかかりつけ医機能が全く進まないどころか壊れてしまうところが多くあるということをお聞きしたいとは思っています。

以上です。

○永井座長 続いて、長谷川委員、どうぞ。

○長谷川構成員 長谷川です。

これまで日本は、質が高く良好な医療アクセスの中で、各専門分野ごとに最新の医療を推進するために進んできました。今回のかかりつけ医の議論の中で医師としての基本的診療に関する生涯教育の議論は有意義だと思っています。そこにつながる卒前教育のコアカリキュラムでは、医師の資質として、いわゆる医療的なテクニカルスキルのみならず、むしろ理想的なチームや組織を構築するためのノンテクニカルスキルの内容が多くの範囲を占めます。卒後臨床研修の指導医講習会も、その内容のほぼ7～8割以上は、コーチングやフィードバック技法など、ノンテクニカルスキルをどう教える内容になっております。そして、先ほど医療面接コミュニケーションのお話がありましたが、他にも、どのように理想的なチームを医師が作っていくのか、その地域のチームをよくするための姿勢や継続的な教育もチームビルディングのためのノンテクニカルスキルとして重要です。そういうことも含めて、今、卒前教育からのシームレスな流れが構築されております。

卒前教育からシームレスな形で今後の在り方を考えたときに、ほとんどの医師は、1つ診療を持ちながら、その上で総合的に役割を転換してきた方が多いので、それぞれの役割を生かしつつ、どう研修したいのか、そのニーズに合った内容をどう学んでいくかということがポイントになるのだと思います。その際、今回も座学と実地と書かれていますが、そのように極端に分ける必要がなくなってきております。これまでの御意見にもありましたけれども、医療者が研修会に出たり、質保証のために何度も繰り返して学ぶ機会がこれまではなかなか十分ではなかったと思います。この点、コロナ禍であらゆる場面で教育のデジタル化が進みました。例えば実地研修ではなければできないと言われていたことも、今、ほとんどデジタル活用でできるだけ実地研修に近い学びが可能となってきました。全国どこでも実地研修をしっかりとやれるかと言われたら、必ずしもそうではないわけです。さらに研修が形だけにならないためにも、これからは圧倒的なデジタル化を活用して、実地研修に近いものを代用していくことで、自分で学びたいものを学びたいときに、自分で評価しながらドリルを繰り返していくことが重要だと思います。それぞれの地域の状況に応じて、個々のニーズに合った診療というのは、実際に各分野いろいろなレベルがあるわけ

です。それに見合った研修をどう実施していくかということがこれからの日本の医療をさらによくするために重要なのではないかなと考えています。

さらに、先ほどの障害者への対応についての情報のことは非常に重要と思います。実は私のところでも学部で聴覚障害の学生がいて、いろいろ本人から意見を聞きながらサポート体制を構築して5年間いっしょに進んできました。現在、同級生のサポーターとともに臨床実習を頑張っております。この経験で初めて本人がどれぐらい頑張っているか、大変な思いをしているのか、さらには、個々への対応やその準備は日本の大学や社会で十分でないことがわかってきました。また、今までの卒前教育でやはり不十分であったことや、背景として、これまで日本では医療側にもそのような障害を持った方があまりいない状況なので、医学教育的にはその辺が抜けていたと思われれます。今後、障害者への合理的な配慮に関しては卒前教育ももっと強化する必要があると思いますし、社会の多くの各種障害者の皆さんが心配ないように受診できるような社会・医療にするための教育はかなり重要なものと思います。この際にも、デジタル化を活用しますと、このような内容についても効果的に学べる機会ができますので重要です。

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。

猪熊委員。

○猪熊構成員 ありがとうございます。

医療機能情報提供制度についてです。今回資料を頂いて、改めてホームページなど見てみました。私は13ページに出ていますけれども、検索結果をリスト表示、地図表示という2パターンの切り換えが可能ということで、地図表示というのが非常にいいなと思いました。自宅の近くでどんな医療機関があるのかが地図で調べられて、知りたい医療機関についての情報を探っていけばできると。緊急を要しない場合、日常的なことで医療機関にかかりたい場合は、やはり近くというか、距離の問題があると思いますので、こういう表示は役立つと思います。一般の方はレストランを探すのでもこういう地図表示を見慣れているので、よいかと思いました。

この医療機能情報提供制度は知られること、使われることが非常に大事だと思っています。今回の報告制度もしくは医療機能情報提供制度が役立つかどうかは、何でもって分かるのだろうかということを、以前、同僚と話したことがあります。一番分かりやすいのは、この医療機能情報提供制度のページビューが増えるかどうかということではないかといった話をしておりました。その意味では、アクセス数がどう変化したかということは、御指摘があったように重要だと思います。また、分かりやすく、使いやすくないと、なかなかこういうふうになりましたということが報道されにくいし、ニュースにもなりにくいということがあります。ぜひ、分かりやすいものにしていただきたいと思います。

もう一つ、15ページの利用者区分というところで、高齢者、小児、障害児・者、難病患

者などと書かれております。これは、障害のある方へのかかりつけ医機能についても通じることかもしれませんが、特に高齢者ですが、認知症のある方、あるいは判断能力の衰えが初期段階、もしくは認知症の予備軍と言われるMCI、軽度認知障害という方が御自分で調べたり、関係者が調べたりということも増えてくると思います。診療情報や、身体疾患と認知症の症状の両方でそこで診てもらえるのかどうかといった情報、あるいは、認知症の人が理解しやすい表示や色使い、デザインを導入する医療機関も出てきておりますので、そうした情報も入れていただくと役に立つのかなと思います。

今までの議論を聞いていまして2点思いましたのは、今回のかかりつけ医機能の報告制度と医療機能提供情報制度は、目的として、患者が選びやすくするためということと、各医療機関の機能を見える化することで地域を面で支える体制づくりをするということですが、これら2つの項目と関係性についてどう考えるかは私もずっと悩んでいるのですが、非常に重要なことだと思っております。ここを考えていく必要があるかと思っております。

もう一つ、研修制度に関しては、意思と能力のある人、もしくは関心がある人になるべく参画してもらう形の研修というお話がありました。なるべく担える医療機関を増やす方向で研修を位置づけるというのは賛成でございます。

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。よろしいでしょうか。

城守委員、どうぞ。

○城守構成員 お時間があるようなので、今回のこの研修制度も含めてなのですが、もちろん我々医師は、少しでも自分の診療領域は広げられるものならば広げていきたいという意欲もありますし、そうすべきところもあるということは分かっている、みんな日々臨床し、そして、自己研鑽も含めた研修をしている、ということであろうと思います。

ただ、なぜ専門家は専門性があるのか。19の基本領域というのがあるわけですが、それぞれの診療領域においても、かなり診療の幅と深さがある。医者は患者さんをできるだけしっかりと治していきたい、そのためにはできることはしっかりと行ってあげたい、という形で診療に臨んでいます。

一方、患者さんも、取りあえず振り分けてほしいという人もいるかもしれませんが、やはり餅は餅屋で、しっかりとこの先生に診てもらいたい、ということですね。その結果として、今の外来も含めた、病院も含めてですが、医療の体制があるということです。要するに、例えば、診療所の先生においても、専門性を結構高く持っていて、どこまで自分の診療の幅を広げられるのかということに関して、先ほどからずっと、広げているいろいろなものが診られるようになるべきだ、という御意見も多々あります。そうなればいいのですが、残念ながら医療の幅は広いですね。ですから、そういう意味では、なかなかそれは難しいというのは、現場の先生なら誰でも分かっていることだろうと

思います。

その中で、将来的にこれを広げていって、例えばイギリスのGPのような形にするとどうなるかという、外来で治療は完結できるというものではなくて、外来から振り分けになるわけですね。これはこうですね、これはこうですね、と。そうすると、英国では病院がパンクして、手術待ちも半年、1年という形になるという現実があるわけですよ。言ってみれば、外来の医療の質が落ちるといふことはあるわけですね。

それに比べて、日本の場合は、外来の中で、例えば内視鏡も含めていろいろな検査も行い、そうして病気を見つけることもできます。ですから、そういう現状の体制というものを諸外国の家庭医やGPのような形に持っていく、という制度設計にするのか、それとも、現状の専門性は生かしながら、先ほどからお話に出ている、医療を地域で面として支える、という制度設計にするのか。この2つの方向性によって、要するに今回のかかりつけ医機能が発揮できる制度整備の内容というのは大きく変わってくると思うのです。ですから、ここをしっかりと踏まえた上で、それぞれの構成員にはそれぞれの考え方もおありでしょうから、それも踏まえて、できるだけいい議論になればいいかなと思っております。

以上です。申し訳ございません。

○永井座長 いかがでしょうか。今の点でも結構ですし、ほかの論点でも結構ですが、いかがでしょうか。

私から、長谷川委員が先ほどデジタル技術を使ってということをおっしゃいましたけれども、実際にかかりつけ医制度に適したデジタル技術というのは相当現場にも活用され始めているのか、あるいはもっと課題があるのか、その辺りを教えていただけますか。

○長谷川構成員 今後、デジタル技術の活用は重要で、本学でも先進デジタル医学・医療教育学講座を開設して推進しようとしています。それで、今言ったような基本的な診療というところは卒前教育での基盤を、そのまま障害伸ばしていこうという目標が今回のコアカリにも記載されています。例えば主要症候の臨床推論や聴診・心電図演習など、自己学修・演習のためのデジタル教材は出てきておりますし、容易に作成できるようになっております。したがって制度に合った形で、いつでも、どこでも、自分でドリル式で学べるという形はかなりできていると思います。

また、実地研修というのは、距離的にも時間的にも参加するのにかなりハードルが高い地域も少なくなりません。実地研修後も、繰り返して学びたい人は多いと思うのですけれども、それが毎回、遠方の研修現場まで行かなければいけないということになると、非常にハードルが高くなってしまいます。いつでもどこでも何度でも繰り返して学べるような教材をオンデマンドで作るといふことがこれから必要だと思われまます。実際に私自身、心電図の動画教材を何本か作ったところ、学生がどんどん自分たちで勉強して、心電図検定試験を受けるようになりました。このような経験から、効果的なデジタル教育は生涯教育でも十分に期待できると思います。特に、自分で評価して何回も解説を読みながら、何度も繰り返して行えるセルフアセスメントのドリルが鍵になると思います。実地研修や医師

のコミュニケーション、多職種連携もしっかり教えられる現場というのは限られてきますので、そこもいつでもどこでも対応できるような教材を計画して作っていく必要があると思います。

先ほどの障害者に対する対応でも、ポイント絞ってしっかりとしたものを作れば、これは全国どこに行っても同じような学びができます。学びたい人が苦手なところを学べるような教材を作って、働き方改革時代に誰でもどこでも学べるというものを作り、むしろそれを卒前教育にも活用いただきたいというくらいの流れが、生涯教育からのメッセージとして出せるとよいのではないかと思います。以上です。

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。何か御発言はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。時間が余っていますが、どんな点でも結構でございます。

先ほどの城守委員の御発言のような在り方、方向性の問題についてですが、私はこの問題は状況によって随分違うために、1つに決めるのは現実には難しいと個人的には考えております。例えば初診であれば多少振り分け機能が重要で、総合的に非常に幅広く診られる方が必要ですけれども、患者さんの多くは再診で、ある程度方向が決まっている。そういう方の場合には専門性を持った方のほうがよろしいと思います。一方で、長い間経過を拝見していると、思わぬ病気が出てくる。そうすると、守備範囲を広げておかないといけないと思います。その辺りを含めて、どう制度設計するかが大事なように思います。

いかがでしょうか。

香取委員、どうぞ。

○香取構成員 今、永井座長がおっしゃったとおりにだと思っているのですが、要は面で支えるという一種の機能連携の形で地域の医療の形を考えたときに、かかりつけ医という役割を果たす機能は、その中でどの部分でどういう機能を果たすのかと考えるのだと思います。

その意味で言えば、永井先生がまさにおっしゃったように、ファーストコンタクトのところというのはそこで全ての診療・診断が完結するわけではないはずで、もちろんそこで簡潔するような割と軽微なコモンディジェーズもあるのだと思いますけれども、一定の割合でそこで振り分けの機能というのは求められることになるでしょうし、今回は既に慢性疾患を持っている高齢者が対象、と法律に書いてあって、そこを想定しながら考えているので、ある程度すでに医療のアクセスが担保された人間について考えているわけですけれども、より広く考えれば、それこそ全く疾患のなかった人が身体の異常を感じたときに、最初に誰にコンタクトして、どこを通じて医療にアクセスするかということを考えていけば、入り口のところで幅広く受け止めてくれて、必要な処置を行い、状態に応じて振り分けてもらうという機能が求められる。今後の高齢化のさらなる進行を考えれば、これから確実にそういうことが求められていくことになる。そこで全ての医療が簡潔するということは

当然ながらないので、全体の医療提供体制の中でフロントラインに立っている役割を担うのがかかりつけ医でありかかりつけ医機能ということになる。

面で支えるというのはそういうことなのであって、医療サービス全体が時系列にも切れ目なくつながって地域の中でまさに面で患者を支える。その中で最前線に立っているかかりつけ医がどういう役割を果たすか。多分そういう話になってくるのだらうと思います。とすれば、今、城守先生がおっしゃった2つの方向性というのは、右か左かということではないように思います。

現実には、東京のように複数の疾患があって疾患ごとに主治医を持っているという前提で考えたときのかかりつけ医という議論と、既に医療機関が少なくなっていたり、あるいはフロントラインの開業医の先生が減っているという状況の中でどうやって患者を支えるかと考えたときの議論とでは、個々の医療機関にどういう機能、役割が求められるかは異なってくるのではないのでしょうか。

これは前回も申し上げましたが、個々のお医者さんの診療能力の問題というのはありますし、それはそれで大きなテーマなので、きちんと医療界として研修していただいて、ということになりますけれども、そのことよりは、機関としての医療機関がいかに連携し、重層的に患者を支える形が作れるか、面で支えるしくみがつくられるかが大事です。1号機能、2号機能ということ言えば、2号機能を地域でどう作っていくことを考えるかということのほうがはるかに重要だと私は思います。

以上です。

○永井座長 ネットで先に、今村委員、山口委員、どうぞ。

○今村構成員 今村です。

先ほどの城守委員、それから、永井座長のお話の続きとして、振り分け機能のほかに、かかりつけ医には医療を維持するという機能があると思うのですが、その点が、例えば糖尿病で考えたときに、糖尿病の患者さんを全部糖尿病の専門医で診られるかと言ったら、とてもではないけれども数が多過ぎて診られないわけなので、こういった方々をどうやってかかりつけの先生に診ていただくかということが1つ大きな問題なのだと思います。

さらに、糖尿病の薬はここ10年でもどんどん新しい薬が出てきていて、そして、インシュリンのコントロールもやり方が随時変わっていくので、維持医療というのは止まっているのではなくてどんどん上がっていきますので、少なくとも研修体制というのは振り分けだけではなくて維持機能にとっても必要ですし、患者さんの数が変わることでやはり起こってくるものなのだと思います。インシュリンの導入を全部糖尿病の専門医でやること自身も不可能ですし、すると、それができるようなかかりつけ医の先生、開業医の先生というのがやはり必要ですし、特に維持状態になった後に薬を増やすか、減らすか、薬を変えるかというようなことというのはかかりつけの先生にやってもらわないと、専門医のほうでやるということはもともと不可能だと思うのです。

ですから、私はかかりつけ医の先生の研修というのは非常に重要だと思いますし、その中で専門性を持ってやっていくということも重要だと思います。その2本が両立するような制度でなければならないと思っております。

今村からは以上です。

○永井座長 山口委員、どうぞ。

○山口構成員 私も今の議論の流れですけれども、患者の立場からかかりつけ医に何を求めるかということを考えたときに、例えば今かかりつけ医がいる方は、何か疾患を持っていて継続的にかかっている。それとは異なる症状が出てきたときに何でも相談できて、これは専門外だけれども、そのレベルだったら自分の守備範囲だから診てあげるよということになるのか、それはもう少しきちんと精密検査が必要なもので、うちではできないからこういったところを紹介する。そういったことを判断していただけるということだと思います。

今回、このかかりつけ医のどうやって選べるかという情報提供に関しては、今自分がかかりつけ医を持っていない方が探したいときに、どこにどんな候補の医師がいるのかということが、情報提供によって自分のニーズを満たしてくれる医師がどこにいらっしゃるか見つけられるようになればいいと思います。私の立場からして、研修に何を期待するのかというと、やはりこのままこの患者さんを診続けていいのかどうかの見極めをしていただきたい。たくさん相談を聞いていると、ここでもう少しきちんと紹介をしてくださっていただければ手遅れにならなかったのにとというようなことを抱え込んでしまっていたり、あるいはいつもの不定愁訴だろうと判断してしまって判断を誤ったということが非常に大きな問題だとかねがね思ってきました。

ですので、研修によって全てをやってくださいというよりも、何をどこまで御自分で対応して、ここからはこういったところに委ねないといけないというような時代に合わせた見極めみたいなことをしていただけるようなことをやはり患者としては求めたいと思っています。ですので、全てかかりつけ医で対応してもらえようことを望むということではないと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

大橋委員、どうぞ。

○大橋構成員 皆様方の議論を聞いていて、今日たまたま僕の午前中の外来の患者さんを思い出したのですけれども、高血圧で診ている患者さんがたまたま今日会社の健診で心房細動を指摘されたという心電図を持っていらっしまったのです。その場合、僕らは循環器内科というところにただ単に紹介状を書いて送ってしまえばいいのかというと、そうではなくて、実は私の地域でも心房細動のカテーテルアブレーション治療を積極的にやっている施設は1か所か2か所しかないのです。その先生にきちんと送ることがかかりつけ医の重要な役割なのかなと思います。

また、患者さんに対して、あらゆる医療情報を全て公開すれば、今言ったような心房細動でカテーテルが必要な患者さんが自分で見つけて自分でそこに到達することもやはりできないのです。

ですから、もちろん情報公開は大事なのですけれども、一方で、やはり領域、症状にこだわらず、まずは断らずに何でも相談できるかかりつけ医機能というところを担保していますということも必要ですし、また、先ほど言いました地域を面で支えるといったときに、そのような心房細動のカテーテルのアブレーションができる施設がうちの地域に少ないよね、遠くに行かなくてはいけないよねとなった場合に、そのような問題についてどう考えていくかという検討のきっかけになることが大変重要になると思います。ともすると、患者さんが全部自分で医療機関を見つけなさいみたいなことになってしまうと、変な方向に進むのではないかなと感じています。

以上です。

○永井座長 角田委員、どうぞ。

○角田構成員 ありがとうございます。

先ほど今村委員からもお話があったことについてお話ししたいと思います。繰り返になりますが、私ども日本医師会は、かかりつけ医は複数でいいと申し上げております。それは、例えば、自分が不得意なので紹介するという形もありますが、糖尿病の先ほどのインスリン導入であったり、あとは消化器のがんの治療であったりといった形で、私どもが発見して、専門医に送って、専門医が治療して、治療方針を示していただいて、戻していただく。つまり、二人主治医という形で、地域で診ながら専門医で診るという形にしています。ですから、かかりつけ医機能の中では、振り分け機能だけではなくて、そういった連携が極めて重要です。ですから、ある程度一般的な疾患、自分の専門ではない疾患を見つけるための力量を増やす研修は極めて重要ではございますが、やはり地域との連携が一番重要と思っております。

私は以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

土居委員、どうぞ。

○土居構成員 今、総論的な話なので、私の意見も、以前言った意見の繰り返しの部分があるかもしれませんが、申し上げたいと思います。

今日の資料3の2ページにこれまでの基本的な考え方を整理しているものがあって、これは非常によくまとまっているということであるということをお繰り返すわけですが、やはり国民・患者目線から見ると、赤字で書いてあるように、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が身近にいるといいなと思うわけで、そういう医師を増やすことに資するような研修をしていただくということが国民・患者のためにもなるのではないかと思います。

先ほど来、医療過疎というか医療機関や医師が少ない地域という話で、私もそういうと

ころについての懸念というのは共有するところであります。ただ、かかりつけ医機能報告制度との対応関係ということで言うと、この資料3の2ページの冒頭にもあるように、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あるということです。ですから、どこの地域でも一つは必ずかかりつけ医機能報告制度で手挙げをする医療機関がないと駄目だということまでこだわるのかということ、医療機関が少ない、医師が少ない地域にお住まいの方からすると、かかりつけ医機能報告で報告している医療機関があるうがなかろうが、一番近いところの医療機関に行くしかない。その医療機関こそが自分のかかりつけ医機能的なものを担っていただくということにならざるを得ないというようなことなのだろうと思います。そういうことだから、かかりつけ医機能報告制度は多くの医療機関が皆手を挙げられるようにするというよりかは、医療機関が少ない地域は、たまたま発足初年がかかりつけ医機能報告で手を挙げる医療機関がなかったとしても、フリーアクセスは残っているわけだし、そこにお住まいの方にとっては唯一というか、1つか2つかしかしかない医療機関にかかるしかないということなわけだから、引き続きその方に対するかかりつけ医機能的なものは、報告制度で手を挙げようが挙げまいがその医療機関が担うということになるだろうし、担うしかないということにもなるだろうというような全体像の中で、このかかりつけ医機能報告制度なり研修制度なりがどういう形でかかりつけ医機能の質の向上に資するようなものになるのかということです。ですから、発足初年に必ずしも報告できない、手を挙げないという医療機関だったとしても、2026年度ないし2027年度には報告できる体制が整ったので報告しますというような医療機関があっても全然問題ないのではないのかなと私は思っております。

以上です。

○永井座長 ほかに御発言は。

城守委員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

要らぬことを言ったばかりに、皆さんからいろいろな御意見を頂戴しました。でも、今お聞きしておりますと、やはり何となく専門性を維持しながらいかに幅を広げていけるのかということで、それは永井座長もおっしゃったように、バランスの問題であろうと。それは個人の問題でもあるし、地域の問題でもあろうと思います。ただし、やはりこの制度で多くの医療機関に手挙げをしていただかないと、地域での機能というものもなかなか見えにくい。地域の機能を見て、協議の場で足りない部分を補っていくという役割もこの制度にはあるでしょうから、そういう意味では、先ほど山口構成員がおっしゃったような、患者さんは取りあえず「先生、こういうのはどうなのでしょう」とか、要するに何でも相談できるということがベースにあれば、基本的には手挙げができるという制度設計にしていけば、私はいいのではないかなと思います。

これを「研修していないと駄目」だとか、「こういう要件でないと駄目」だとかいう形は、この制度の立てつけ上あまり好ましくなくて、その上に、先ほど香取委員もおっしゃ

いましたように、2号機能をその地域でしっかりと確保していくことが求められるようになるという理解ですので、そういう意味では、やはりこの1号機能というのは、みんなが参画できる、誰でも手挙げできる、医療機関の意向があればということですがけれども、そういう形の制度設計になるほうがいいのではないかなと思っております。

以上です。ありがとうございます。

○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 今の城守委員の話とほぼ同じなのですけれども、1号機能、手挙げしなくてもいいではないかという話が先ほどありましたけれども、2号機能で例えば時間外にどう対応するのか、あと、休日はどうするのかとか、在宅医療も含めてそこが非常に重要になってきます。1号機能が手を挙げなければ2号機能に進めない立つてからです、そういう地域の話し合いの中にも参加できないということになりますから、やはり1号機能より2号機能のほうが圧倒的に大切になります。1号機能にあまりにも意見が偏ってしまう。これは前回も言ったのですけれども、基本的に1号機能は自分もかかりつけ医としてやっておられる医師は手を挙げる方は挙げていただく。その上で2号機をどう地域で対応していくかということなのだろうと思います。圧倒的に85歳以上が増えていき在宅が増えていくわけですから、そういう時間外を含めて対応をどうしていくかということを急いで地域で話し合わなくてはいけない状況になってきています。

そういう中で、何が診られる、何が診られないというのではなくて、基本的にはやはり自分がかかりつけ医として診ている患者さんが何かあったときにはいつでも診ていこうというのであれば手を挙げていいのではないかなと思いますし、もし地域にない機能があれば、お互い輪番でやろうとか、そういう話し合いができるようになっていくわけで、1号機能から2号機能に早く移って、そして、2号機能をいかに地域で話し合っていくか。それは誰も手を挙げなければそれはいいではないかという話ではなくて、やはり地域の医療機関で診療するできるだけ多くの医師が参加して話し合いをしていかななくてはいけない。そういうときが来ていますから、そこら辺をよく御理解いただきたいと思います。

○永井座長 ありがとうございます。

河本委員、どうぞ。

○河本構成員 ありがとうございます。

そもそもこの研修制度というのは、結局、受けた方が受けるということを前提にした話だと思います。先ほど来、かかりつけ医機能と個人の医師が能力を高めてという部分と、それから、地域でどうカバーしていくのか。それぞれの側面があるということですがけれども、要するに能力を上げたいという医師の方がまさに自分の意思で能力を上げていく。そのために研修に参加するということを考えると、ここにございますように、例えばこういったことを必須の内容にする云々というのと決して矛盾しないのではないかなと私は思います。

研修については以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかに御発言はございませんか。よろしいでしょうか。

香取委員、どうぞ。

○香取構成員 何だか議論がねじれてきているような気がするのですが、研修については、それが制度的にどういう意味を持つことになるかというのを考えたほうがよくて、さっき私は意思と能力がある人、意思というのはウィルですね。かかりつけ医になる。あるいはそういう機能を自分が果たすという意味があること、できるだけそういう人になってもらいたいし、同時にそういう能力をきちんと涵養していくという仕組みにしたい、と言いました。その意味で言うと、恐らく一定の研修を受けているというのは、一種の能力のサーティフィケーションということになるのだと思うのですね。だから研修の中身を問題にしているということなのだと思うのです。そうすると、研修をやるのは医師会なり、あるいは学会なり、病院会なり、医療側がするわけですから、我々はこういう研修の体制を組む。その中身とかやり方をどうするかというのはありますけれども、とにかくやっている人たちについては、選んでいただける医療機関、あるいは医師として能力と意思を持っている方だということで国民患者にお示しする。一種そういう構造になる。

今回も医師会や病院会の研修の中身の資料が出ていますけれども、例えば医師会の研修を見ると、基本研修というのがあって、応用研修があって、実地研修がありますと。基本研修は生涯教育の認定書がこれでもらえますと言って、何をやるかということ、9ページにカリキュラムコードというのがあって、全部で83項目あって、これは基本研修だから基本的に全部やってくださいということになるわけですね。これは前回から議論になっている35の症状どころではなくて、これだけ幅の広いものを一応研修するというようになっていて、その上に応用研修でこういった研修してください。さらに、目の前の問題として学校医であるとか、こういう言わば行政的な関わりも含めて、この中で一定のものをやる。こういう研修を受けた人が言わば日医のかかりつけ医研修を受けた人だと。これをもってかかりつけ医としての基本的な資質を身につけているということが見る側からすれば担保される。研修とはそういう構造になっているのだと思うので、義務づけるか義務づけないかとかということ議論していますけれども、研修とはそういうものだということが共通理解になれば、1号機能の問題は基本的にはクリアできるのではないのでしょうか。

研修との関係で言うと、もう一つ、先ほど大橋先生のお話を聞いて思ったのですが、この後に病院会の研修が出てくるのですが、病院会の研修の中身を見ると、もちろん医師としての資質能力のことについての内容もありますが、かかりつけ医機能を支援する医療機関としてどういう機能が必要かということについての研修内容というのが入っていて、恐らくこれは管理者研修っぽい内容が入っているのですよね。そうすると、研修の議論というのも、1号に関わる部分と、2号に関わる部分があって、後者は機関の機能をどうやって高めていくか、かかりつけ意を支援する機能を具備するかという問題になると思

います。機関の機能の問題を地域を面で支えるという視点から考えれば、皆さんいろいろおっしゃっていますが、全体の議論としてはそんなにかみ合っていないことはない、同じことを言っているような気が私はしました。

以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

全体をどう取りまとめるかというのはこれからだと思うのですが、今日の機会にそれぞれのお考えをお聞かせいただいたのは非常によろしかったかと思います。

もし御意見がございませんでしたら、本日の議論はここまでとさせていただきます。

事務局におきましては、ただいまの議論、御意見を踏まえまして、今後の検討を進めていただきますようお願いいたします。

では、事務局から連絡事項等をお願いいたします。

○医療政策企画官 ありがとうございます。

次回の本分科会につきましては、また詳細が固まりましたら御連絡したいと思います。ありがとうございます。

○永井座長 それでは、本日はここまでといたします。どうもありがとうございます。