

2024-7-5 第7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、ただいまより第7回「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」を開会させていただきます。構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中の御出席、誠にありがとうございます。

本日もハイブリッドでの開催とさせていただきます。

出欠状況でございますけれども、土居構成員からは業務の都合上御欠席の御連絡をいただいております。

それから、事務局において人事異動がございまして、本日付で新たに森光医政局長、森大臣官房審議官、梶野総務課長が着任しております。お手元の事務局名簿にも反映しておりますので、御紹介をさせていただきます。

次に、議事に入ります前に資料の確認をさせていただきます。

お手元のタブレットに議事次第、構成員名簿、厚労省関係者名簿、それから座席表のほか、資料1、2及び参考資料1、2、そして土居構成員提出資料を格納しております。不備等ございましたら御連絡をいただければと思います。

それでは、カメラの方はここまでとさせていただきますので御協力をよろしくお願いいたします。

では、永井座長、以降の議事進行を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。

本日は、「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」「議論の整理（案）」についてでございます。

まず、事務局より資料1と2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、まず資料の1を用いまして「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」について説明をいたします。

1ページめくっていただいて、かかりつけ医機能報告の報告事項につきましては5月24日の分科会で御議論いただいたところです。その際、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、こちらについて多くの意見をいただきました。

大きく1つには医師の研修に関する報告事項、そしてもう一つは一次診療、それから患者からの相談対応に関する報告をどうするかというところで意見をいただいたというふうに認識しております。本日はその2つについて、また複数の案を提示して御議論いただきたいと考えています。

資料の2ページの＜当該機能に係る報告事項＞の②が、まず研修についてになります。案の1、案の2、案の3と3つお示しをしています。

案の1は、「かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること、又は総合診療専門医

がいること」。

ただし、研修の修了者が現時点ではまだ多くないというような御指摘もありますので、その下にポツをつけて「研修充実に取り組み、必要な研修修了者数の確保を行う必要があり、それまでの間、かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無を報告すればよいこととする。」

それまでの間の期間については※2に記載をしています。「改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、改めて検討する」という案にしています。

案の2つ目は、研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無を報告すればよいということです。こちらについても下にポツをつけて、「改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況等を踏まえ、かかりつけ医機能に関する研修の修了者がいること又は総合診療専門医がいることを報告することについて改めて検討する。」というものにしています。

案の3は、研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無を報告すれば可ということです。

また、次の③の一次診療患者からの相談対応の報告事項の案です。こちらは、案の1から案の4と4つの案としています。

案の1は「35項目の症状ごとの一次診療の対応可能の有無」、その下のポツで、こちらにも「症状ごとの患者からの相談の対応可能の有無」です。

案の2は、一次診療のほうを診療領域に変えています。「17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無」、その下のポツの患者相談は症状になりまして「症状ごとの患者からの相談の対応可能の有無」です。

5月の分科会で、この症状については患者の訴える症状と、医師の判断する医学的な症状が異なるなどの意見をいただきました。

それで、また考えたのが案の3になります。「17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無」、括弧書きで「（一次診療を行うことができる疾患も報告する）」。その下のポツで、「医療に関する患者からの相談に応じることができること」、さらに括弧書きで「（継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む）」、こちらの患者相談の括弧書きは入念的に記載をしている。何でも患者からの相談を受け止めるというようなことになります。

こちらの疾患については、※5に記載をしています。※5で「報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する」。

その疾患の案の例を資料の3ページに作成をしまして、その疾患例として40疾患で作成をしたものになります。

それで、この40疾患の作成設定の考え方を3ページの下の方に記載をしています。「患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。」

その下のポツで「推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。」しています。その上で「ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。」

その下のポツですが、「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。」ということで作成をしています。

3 ページの表を見ていただくと、疾患として高血圧、あるいは腰痛症、かぜ・感冒、糖尿病、外傷、下痢・胃腸炎、アレルギー性鼻炎、鬱、認知症ですとか、右側に睡眠障害ですとか便秘、頭痛、更年期障害などを挙げているところです。

また、その右側の表の下に※印で「一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。」という案にしています。この40疾患以外にも一次診療を行うことができる疾患があるという場合にはこちらに記載をしていただくということで、20字くらいの自由記載欄を設けるようなイメージを案にしています。これによりまして、かかりつけ医機能報告によって一次診療を行うことができる診療領域を報告していただき、または一次診療を行うことができる疾患を報告するというものです。

この疾患については、この診療領域を報告したらこの疾患ですとか、逆にこの疾患はこの診療領域でなければ報告できないとか、そういうような限定をするものではない報告ということは考えています。

4 ページは、40疾患を統合する前の傷病名の内訳を参考としてお付けしています。

資料の2 ページに戻っていただいて、③の案の4、こちらは「17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無」、それからその下の「医療に関する患者からの相談に応じることができること」というものです。

その下の＜上記以外の報告事項＞は、5月24日の分科会の案と同じとしています。

資料は5 ページまで飛んでいただいて、(2)の2号機能です。

この2号機能については、基本的には5月の分科会の案と同じものにしています。そこから変更したものは、まず1番目の診療時間外の診療の②の後ろのほうの時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況、こちらを5月の分科会の内容から追加をしています。5月の分科会の際に、時間外の実績として時間外加算などを報告事項に入れる必要があるのではないかなという意見があったことを踏まえたものです。

その下の「入退院時の支援」「在宅医療の提供」、こちらは5月の分科会の案と同じものです。

6 ページの「介護サービス等と連携した医療提供」、こちらも5月の分科会と同じになっています。

最後の(3)の「その他の報告事項」の1つ目のポツで、5月の分科会ときにはここに健康相談という項目もあったのですが、1号機能のほうで患者からの相談の項目がありますので、そちらの健康相談の項目は落としております。

まずこれが資料の1になります。

続いて、資料の2の説明をいたします。

資料の2は「議論の整理(案)」ということで、基本的にはこれまでの分科会の資料の内容にこれまでの分科会での委員の先生方の意見を適宜反映したものにしています。本日

御意見をいただき、また本日時間が足りない場合には、後日事務局に修正意見を提出していただき、それらの意見を踏まえてさらに修正した上で、次回の分科会でもう一回御議論いただくということを想定しています。

資料2のまず1ページ、「はじめに」では経緯を記載しています。

2ページで基本的な考え方、最初の2040年頃までを視野に入れた地域で必要とされる主な医療機能、地域の医療提供体制のイメージ、こちらは4月の分科会でお示しをした資料の内容を記載しています。

3ページの下の方の制度の施行に向けた基本的な考え方、こちらも4月の分科会の資料の内容を記載しています。

4ページの真ん中くらいの制度の施行に向けて定める必要がある事項で「かかりつけ医機能が発揮される制度整備の枠組み」、こちらは医療法の改正の概要を記載しています。

5ページの「「かかりつけ医機能を有する医療機関」の明確化」で「（報告を求めるかかりつけ医機能の内容）」、こちらは先ほどの資料の1、議題1で別途本日議論をいただくということです。

その下の報告を行う対象医療機関、スケジュールなど、こちらは5月の分科会の内容を記載しています。

6ページ、「（地域性を踏まえた「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）」です。こちらも、5月の分科会の内容を記載しています。かかりつけ医機能を支援する病院、診療所を含めたものをガイドラインにおいて示すというイメージをつけています。

その下、6ページの下の方の「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」、こちらは6月の分科会の内容を記載しています。

7ページの下の方で「「地域における協議の場」での協議」、こちらは5月の分科会の内容になります。

8ページの下から3つ目の○、協議するテーマに応じて協議の場の参加者について、「住民・患者」の後ろに「（障害者団体・関係団体を含む）」ということを追加、それからその後ろで「その際、協議するテーマによって、病院・診療所関係者とともに、歯科関係者、薬局・薬剤師関係者、看護関係者等の参加を考慮する。」、こちらはこれまでの分科会、あるいは医療部会の意見を踏まえて追加をしています。

また、8ページの一番下、新たな地域医療構想の検討を進めていますので、その関係を追加しています。新たな地域医療構想について、新たな地域医療構想の検討会で2040年頃を見据え、医療のみならずかかりつけ医機能、在宅医療、医療・介護連携等を含めた検討が進められている。その中で、協議するテーマに応じた調整会議の市町村単位等での開催、あるいは市町村、介護関係団体の参画、そして市町村の役割などについても検討の論点とされています。今回のかかりつけ医機能に関する「協議の場」、地域の協議などについても、こちらの新たな地域医療構想の検討状況を踏まえることに留意するということの記載

を追加しています。

それから、11ページは患者への説明の努力義務です。こちらでも5月の分科会の内容を記載しています。その最後、13ページのところに「（国民・患者への周知）」を追加しています。かかりつけ医機能報告制度、あるいは患者への説明などについて理解を深めるための動画、国民・患者や医療機関それぞれを対象としたポスターなどを作成する。周知に取り組むということです。

13ページの下、医師の教育、研修の充実ですが、こちらは6月の分科会の内容を記載しています。

16ページの一番上に、これまでの分科会、大学との関係ということで指摘があったことを踏まえた記載をしています。実地研修の場のコーディネート・マッチングする役割について、都道府県と大学が連携をして大学の講座などが担うことも考えられるということを追記しています。

16ページの「（地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた連携体制の構築）」、こちらは5月の分科会の内容になっています。

17ページで「（都道府県・市町村職員への研修等）」、こちらは新しく追加をしています。厚労省でガイドラインを策定する。それから、そのガイドラインにおいて好事例などを踏まえてテーマごとの協議の進め方の具体例、考えられる具体的な対応方策、具体的取組の例などを示す。それから、都道府県、市町村職員、コーディネーターなどに対する研修・説明会の実施、説明動画の作成などを進めるということです。

その下の「医療DXによる情報共有基盤の整備等」、こちらは5月の分科会の内容になります。

18ページの「障害のある方に対するかかりつけ医機能」、こちらは6月の分科会の内容を記載しています。

最後に21ページで6番目の「今後の対応」、こちらでも追加で記載をしています。今後、厚労省において制度の施行に必要な以下のような取組を進めることを求めるとしてポツを並べています。医師の研修の詳細について厚労科研の研究班において整理を行う。それから、ガイドラインの作成、「地域の協議に資するデータブックの作成」「地域の好事例集の作成」、それから「都道府県・市町村等に対する研修・説明会の実施」「制度の普及・推進のための動画、ポスター等の作成」、一番下の○で医療法の基本方針、医療計画に定める事項については8次医療計画の中間見直しに併せて検討するということを記載しています。

資料1、資料2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、ただいまの御説明に御質問、御意見がありましたらお願いいたします。

本日は、議論を2つに分けたいと思います。まず「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」の議論を行い、その後、「議論の整理（案）」についてさらに議論を深めたいと思い

ます。

まずは資料1「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」について御質問、御意見がありましたら。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

まず「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」ですけれども、2ページの(1)の②のところですね。ここはかかりつけ医の研修を修了しているということが要件になるよりは、修了しているかどうか分かれば患者としてもいいのではないかと考えております。修了している者というふうに限定してしまうと、やはり候補者を狭めてしまうということになってしまうと思いますので、有無をしっかりと明らかにしていただくことと、やはりその見直しということは必要だと思いますので、②のところは案2がいいのではないかと私は思っています。

それから、これまでの議論をお聞きしていると、かかりつけ医機能報告制度ということですので、やはり医療者の皆さんから報告をするときは症状より診療領域のほうが報告しやすいのだろうということを、これまでの議論の中で感じていました。

ただし、患者としては診療領域だと標榜科目との違いということで混乱してしまうのではないかと。そうすると、症状あるいは診療領域と問われれば、患者に分かりやすいのは症状ですけれども、やはり症状と言われると私自身もしっくりこないところがありまして、例えば重症度によっても違いがありますし、あるいは鑑別が必要なものということで多くの疾患が該当する症状もあるということから、どちらにも決めかねていました。

かかりつけ医をこれから探そうという場合は、例えば高血圧がある方で高血圧を継続的に診てもらいたい。だけれども、アレルギーもあるし、実は不眠症もあってというときに、そういったことも診てもらえるかどうかということが選ぶときにはとてもポイントになると思っていました。

あるいは、既にかかりつけ医がいる場合も、先生は内科だと思っていたら更年期障害も相談に乗ってもらえるんだということが分かれば、患者の相談する領域も広がるのではないかと。

そういうことを考えていたところ、今回3ページの40疾患ということで、一次診療に関する報告できる疾患の御紹介があって、こういったことが出てくれば患者や国民としてはこれを公表していただくことによって選ぶことが明確になるのではないかと考えていますので、③については案3がいいと思っています。

ただ、その40疾患を見ていると、産褥や頸腕症候群といったやや難しい言葉もありますので、これはどのように公表していくかについてはまだ今後だと思いますけれども、こういったところは解説が必要ではないかと思っています。

よって、ここについては案2と案3ということで進めていただきたいというのが私の意見でございます。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、ウェブで先に手が挙がっていましたので、今村委員、家保委員お願いします。

○今村委員 奈良医大の今村です。

私は、今の山口委員の意見に賛成です。それで、特に御意見として申し上げたいのは、3 ページ目の資料にあります40疾患の選び方は非常にいい患者調査の使い方だと思いました。患者調査の問題点としては、例えば高血圧の患者さんならば高血圧症の総人数を調べているわけではないというのはかねてから指摘されているのですが、これは外来ならば1日に外来にかかってきた疾患のある患者さんの数なんですね。それから、1日に外来に患者さんが何人来るかという数字がこのもともとの数字でして、今回外来の機能報告をするに当たって、どれだけ患者さんとして1日に外来に来られるかということを忠実に見るのであれば、この患者調査の外来推計を使うというのは非常にいい使い方なのではないかと思いました。

そして、病院側からしてもどの患者さんが外来で多いかということですし、今度は患者さんから見ても分かりやすくなったと思いますし、そういう意味では賛成です。

ただ、患者調査の問題点としては、主な病名が選ばれて、副病名のほうは多分集計の対象になっていないと思うので、副病名が見えにくくなっているというのは問題としてはあると思います。

とはいえ、主病名で多くなくて副病名だけで多いというのは糖尿とか、もともと数の多いものが多いので、大体これでいけるのではないかと思います。

今村からは以上です。

○永井座長 家保委員、どうぞ。

○家保委員 ありがとうございます。全国衛生部長会の家保です。

まず、①から③のいずれも可の報告の場合に1号機能を有する医療機関とされております。③については医療機関側からの自己申告で、②はそれを患者さん側から見て信頼するための根拠情報というような位置づけになるのかなと思います。その根拠としては、先ほど言われた研修をきちんと受けられている、または総合診療専門医の資格を保有するという構成になりますので、②においてやはり単なる有無の報告だけでよしとするには少し適切ではないと思います。私自身は案1が適当ではないかと思います。

ただ、令和7年4月の施行時点までに9か月しかございません。かかりつけ医に関する研修の修了、または総合診療専門医の資格を取得するには少くない医療機関で困難を伴うことが予想されますので、案1のボツの以下のように改正医療法施行後5年などの一定期間緩和措置を設けて、研修の修了なり、総合診療専門医の資格取得を励行していただくという考え方がいいのかなと思います。

③については、お話のように案4では医療機関の標榜科目に近い中身になり、あまり現状とは変わらないと思いますので、先ほど山口、今村委員がおっしゃったように、ページ

3などの情報を併せて掲載する案2、もしくは案3のパターンがいいのではないかと考えております。

以上でございます。

○永井座長　ありがとうございます。

服部委員、どうぞ。

○服部委員　服部でございます。ありがとうございます。

私は、②につきましてはやはり地域医療の質の向上ですとか、地域を面で支えるということを考えるには、まずもってできるだけ多くの先生に手を挙げていただく必要があると考えております。そういったことで、やはり運用して一定の期間を経て改めて検討するという案の2がよろしいのではないかと思います。

③につきましては、これまでの委員の方同様の意見となりますけれども、一次診療の対応につきましては多くの場合、複数の症状を持って受診する状況があると思いますし、症状を来す原疾患も様々であると思いますので、一次診療とはいえ、35症候で選択をした場合には患者が自身で期待した診療をその場では受けられず混乱を招くおそれがあるのではないかと考えます。

一方で、現行の17の診療領域にはとどまらずに、より役立つ情報を国民に提供する必要もあると思いますので、今回示された患者調査からの40疾患は分かりやすく、現実的で、とてもよいように思いました。

相談に応じるということに関しましては、かかりつけ医の定義のほうにも何でも相談できるというふうに書かれておりますし、そもそも診療所の先生方は日頃どんな相談にも応じてくださっていると思いますので、わざわざ証拠を示す必要はないように思います。私は、案3でよろしいのではと考えました。

以上でございます。

○永井座長　ありがとうございます。

ほかにいかがですか。

織田委員、どうぞ。

○織田委員　ありがとうございます。

今お話になったとおりだと私も思います。

1つは、今回かかりつけ医機能制度はできるだけ多くの医療機関に参加してもらうということが非常に重要になってくるだろうと思います。そういう中で、やはり案1というのはかなり限定されるので、これでは手を挙げられる先生が減ってきます。下にポチで書いてありますけれども、それよりも案の2の有無をまずはっきりしてもらうということ、そしてその後、経過を見て再検討するということがあれば問題ないのではないかと思います。

また、③に関しましては、お話がありましたように患者さんの訴える症状と医師が考える症状等においては違いがありますし、今後85歳以上の御高齢の方が増えてまいりますので、症状だけではなかなか訴えが分かりにくく現場が混乱するのは間違いないだろうと思



います。そういう中で、診療領域ごとの一次診療の対応の可能性に関しては今回疾患も報告ということになっていきますので、ここまで報告すれば特に問題ないのだらうと思います。

そういうことで、②は案の２、③は案の３でいいのではないかと思います。

以上です。

○永井座長 大橋委員、どうぞ。

○大橋委員 ありがとうございます。

私は②からお話させていただきますと、まず②に関しては私も案２が一番妥当性が高いと考えています。分科会でも申し上げておりましたが、どのような研修が妥当かというのが今後の議論であることを考えると、案１では逆に質の担保にはつながらないのではないかと思います。まずはどのような研修がかかりつけ医機能の研修として妥当なものなのかということをしっかり議論した上で、その研修の充実を図った後に、これをどのように要件化するかというのを改めて検討するというのが、結果として責任を持った対応になるのではないかと考えております。

③のところでございますが、実はこの分科会が始まるに当たって私ども日本プライマリ・ケア連合学会の中でどのような機能報告がいいかをフリーディスカッションしていたのですが、その際はよくある疾患が一番いいのではないかという意見が大勢でした。

ただ、分科会が始まって事務局案では症状と領域というものが出てきて、御案内のとおり白熱した議論もあったわけですが、私たちとしては疾患、特にこの中でもよくある疾患であれば患者さん側も理解しやすいと思いますし、医療側も対応しやすいということで、大変リーズナブルな案になっているのではないかと考えております。

ここでもう一度、この相談という言葉の重みということについても同時に考えるべきなのではないかと思っております。かかりつけ医機能というのは、応召義務というレベルとは少し違うのではないかと思います。やはり困っている患者さんの思いであるとか気持ちというものを共感して、責任を持った対応を行うということになるかと思いますので、私も含めてですけれども、そこら辺を改めていま一度認識すべきであると考えております。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

吉川委員、どうぞ。

○吉川委員 ありがとうございます。

私も、同様の意見です。かかりつけ医機能に関する研修の有無と総合診療医専門医の有無につきましては、領域を狭めないというところからも案２がよいと考えます。

そして、③の症状か、診療領域かの案につきましては、患者さんからの分かりやすさの点も考えますと、案３がよいのではないかと考えております。

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。

角田委員、どうぞ。

○角田委員　ありがとうございます。角田です。

私も以前からお話ししているように、このかかりつけ医機能報告制度は、国民に分かりやすい情報を示すとともに、その地域でどうやって面としてかかりつけ医機能を提供するかというのが非常に大きな議論です。ですから、決して最初に手を挙げる人を絞るべきではない。つまり、②では案２で、プラス、それぞれの医療機関の先生方が自分たちの技能を、かかりつけ医機能を提供するためにしっかりと研修するという意味では、もう一回検証するのは極めて重要だと思っております。

また、③のほうですが、これも以前から私どもは案３に示すように診療領域を報告した方がいい、というお話をしております。そのほうが、何かディスクレパンシーといいますか、患者さん側と医療側の認識の差異がなくなると思います。

プラス、今回、非常に頻度の高い疾患ということで40の疾患を選んでいただいておりますので、これは非常に有益だと思います。

ただ、一方で、これらを見せるときに、あまりにも煩雑な見せ方を国民にしないようには一応気をつけていただきたいと思っております。

あともう一点、確認でございます。資料１の２頁目のスライドの一番下、＜上記以外の報告事項＞という中に①から④までございますが、この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」というのは「有していること」と書いてありますが、そういった体制を有しているか、いないかを報告していただくということで、ちなみに今オンライン資格確認導入の義務化対象は全保険医療機関・薬局の96％程度であり、こういったことを含めまして、この辺はしっかりと、あるか、ないかを示す形にさせていただくということを確認したいと思っております。

以上でございます。

○永井座長　ほかにいかがでしょうか。

皆さん、全員３でということでしょうか。

河本委員、どうぞ。

○河本委員　ありがとうございます。

まず②の関係でございますけれども、やはりかかりつけ医機能の質を担保するためには研修の修了者あるいは専門医の認定、そういった方がいるというのは本来は条件とすべきだと考えます。

案の１と案の２は、制度施行時点と５年後とどちらを重視するのかということの違いのように思います。私どもとしては、やはり本来は案の１ではないかと思っておりますけれども、ただ、実質的な取扱いが同じで医療現場の皆さんが受け止めやすく、円滑な施行につながるということであれば、案の２でもやむを得ないかなと考えます。

かかりつけ医機能の底上げにつながるように、関係団体にはその研修の内容を充実していただくとともに、多くのお医者さんが実行できる体制を整えて、今後５年間で質と量の両面についてしっかり取り組んでいただきたいというのが希望でございます。

それから、③の関係でございます。これも、これまで分科会で申し上げてまいりましたが、やはり日常的な診療を総合的に行うという定義を満たして、また国民や患者にとって分かりやすく、適切な医療機関の選択に役立つということから言うと、本来私どもは症状ということかと思えます。診療領域の報告では、医療機関の選択の際の情報としては現状とほとんど変わらないのではないかとわざと得ないということでございます。

ただ、一方で来年４月の制度発足時点において症状を切り口とするという報告を求めることが医療現場で混乱を招くという御意見は、今もかなり強く多数の方がおっしゃっております。現時点でその症状を報告する環境が整っていないということであれば、最低限案３にあるような疾患についても報告を求めるべきだと考えております。

お示しいただいている疾患の内容を拝見しますと症状に近いものもございますし、案の３であれば患者が医療機関を選択する際の情報として、現状に比べれば前進になるというふうには考えております。

今回、継続的な医療を要する高齢者の方を想定して、疾患名がある程度分かっている患者を主に対象とした制度設計になるというふうに考えますので、最初は案の３でスタートするということはやむを得ないと考えますけれども、ただ、今後、患者の受け止めを含めてこの制度の実施状況を見ながら、報告事項の②と同様に５年後を目途にその症状の取扱いについても改めて検討していただきたいと考えております。

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。

では、城守委員どうぞ。

○城守委員　ありがとうございます。

皆さん方とほぼ私も同じような意見なのですが、まず研修に関する②については、これから研修の項目内容、さらにはその項目立て等に関して厚労科研で検討されるということになっておりますので、その内容も含めて検討していく時間ということを考えますと、やはり案２が妥当ではないかと思っております。

③に関しては、以前から申しておりますように、この制度は地域の患者さんやその地域を面として支えるためにかかりつけ医機能が発揮できるような制度整備ということになるわけですので、多くの医療機関に参画をしていただくという意味においても、現場に混乱を来さない診療領域の報告ということがよろしいのかなと思えます。

それで、これは患者さんから見た形の議論が多いわけですが、実は医療機関同士が患者さんのやり取りをするときの、いわゆる医療機関の連携ですね。それを考えたときには、やはりその症状というよりも診療領域というほうが連携しやすい、分かりやすいということもありますので、そういう意味からも案３がよろしいかなと思っております。

それで、事務局へ要望になるわけですが、この案3において、一時診療を行うことができる疾患を明示するということになるわけですが、これは例えば、ある科の診療領域の報告をした場合に、一般的には当該領域での一次対応、恐らく一次診療というのはほぼできるのだろうとは思いますが、それが今回は例として40の疾患が出ておりますが、それぞれ例示されている疾患のうち、多くの外来患者さんが来られる疾患にチェックをするという制度設計にするのか、それとも、基本的には自分の診療領域においては一次診療に関連したところは診られるというふうにして、それ以外に自分の診療領域とは違う領域の疾患に関しても私は診られますよ、ということで、その該当する疾患を報告するような形にするのか。その辺り、うまく患者さんにとって分かりやすい制度設計にしていいただければと思います。

もう一点の要望ですが、③で先ほど角田委員もおっしゃった点でございますが、全国医療情報プラットフォームの体制を有すること、ということで、※印の4に「オンライン資格確認を行う体制」ということが基本になると思いますが、現状、オンライン資格確認導入の義務化が免除されている医療機関がございます。これらの医療機関というのは、主に僻地であるとか、離島であるとか、そういうところも多いということが免除になっている理由の根拠になっていると思います。

ですので、できればこういう医療機関こそ、かかりつけ医機能という意味において報告をしていただきたいということがございますので、そういうオンライン資格確認導入の義務化の対象になっていない医療機関もこの制度において報告いただくうえで、この要件はオミットしていただくのがよろしいのではないかと思いますので、御検討をよろしくお願いしたいと思います。

私からは以上です。

○永井座長　ありがとうございます。

長谷川委員、お願いします。

○長谷川委員　私も皆さんの御意見と一致しております。主な疾患について40挙げていただきましたが、ここには記載されていない頻度的にはほとんど変わらない疾患についても、自由記載欄が設けられていますので、そこにしっかりと記載できるということなのでよろしいかと思います。

今後、これまで以上にかかりつけ医の多職種連携やそのためのチームビルディングが重視されますが、疾患が進めると連携のための各現場チームの教育もやりやすくなる面も多いと思います。これまで皆さんが感じているように、日本ほど医療にかかりやすい国はありません。これまでの様々な議論を踏まえますと、さらにそれを一歩進めていくには、この案2を行っていった、③のほうは案3を進めていくことが、次の世代に向けてさらに質の高い医療に結びつけることができるのではないかと考えております。

以上です。

○永井座長　ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

大体これは意見がまとまっているかと思いますが、また何か後で追加の御意見がありましたらお寄せいただければと思います。

それでは、少し早めではありますが。

では、猪熊委員どうぞ。

○猪熊委員　ありがとうございます。

②のところなのですけれども、私は案1のほうが分かりやすいかなと思います。修了者がいるということは、かかりつけ医機能を持つ医療機関と示す一つの要素、ファクトになりますし、原則を示しておくのも重要だと思います。

ただ、原則はそうしつつ、経過措置を設けているというのも現実的だと思います。5年間という月日があるわけですし、かかりつけ医機能というものの研修をこれから考えてつくっていくということなので、分かりやすさという点では原則を示して、しかしながら現状も踏まえて、ということがよろしいのではないかと思います。

実際に報告をする医療機関のほうでどうしても案2ということであれば、それもありかなとは思いますが、考え方、分かりやすさの点では案1かなと思っています。

③ですけれども、案3についてコメントします。前回までの案では、症状か、診療領域かと問われていたので、症状のほうが分かりやすいと申し上げてきました。同時に、前案にはなかったので申し上げませんでしたけれども、現時点で想定されている主たる対象である高齢者の場合、これくらいは診ていただけるとよいかということ、例えば高血圧症とか、糖尿病とか、脂質異常症、認知症、慢性腎臓病など、それらが診られることを報告していただく方法もあるのだろうと思っておりました。ですので、一次診療を行うことができる疾患を報告するという案3は、例にある40疾患を見ても症状に近いものもござりますし、今挙げたようなものも含まれているので案3は良いと感じております。

もう一つ、案3の相談というところなのですけれども、「医療に関する患者からの相談に応じることができる」というのは各医療機関で既に実施されていることで、あまりにも当たり前という印象がございます。以前、この会でも、委員の先生から、一時診療ではなく相談なら症状での対応があるかもという御提案があったように、案2の相談の項目を案3に入れ込むということもあるのかなと思いました。症状というのは国民、患者の立場から見るとやはり一番分かりやすく、伝えやすく、相談したい点だと思います。もちろん、相談したから解決してくれということではなくて、聞いていただく、必要に応じてきちんとつないでいただくということです。

ただ、相談と一次診療の境目をつけるのは難しい、という現場の声があるということは聞きました。そうであれば、症状別の相談対応が可能であることを患者に伝えたい医療機関は、任意でそれを書くこともできる報告の仕方もあり得るのかなと思います。そうした情報があると、面で地域医療を支えるための材料や情報としても、国民や患者が受け取る情報としても、有益かだと思います。検討できるようであれば、相談の項目について検討し

ていただければと思います。

全体としては、2号報告を含め、診療実績とやりますという意欲、この2つをしっかりと見える化することが大事だと思います。国民、患者側の視点にも配慮しながら制度を組み立てていただきたいと思っています。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 先ほど、角田委員と城守委員から、2ページの一番下の＜上記以外の報告事項＞ということで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」について、有しているか、有していないかという二択にするか、これを外してほしいという御要望があったのですけれども、結構これはまとめの段階に入るとしたら大事なところだと思いますので、事務局からお答えがいただければと思います。

○永井座長 お願いします。

○参事官 2ページの＜上記以外の報告事項＞の③の「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」の項目です。こちらについて※印で書いていますが、全てこの体制を有している医療機関はごくごく現時点では少数になっています。ですので、これを有していないと1号機能あり、2号機能は報告しませんみたいになると現実的ではないと考えています。

ですので、2ページの資料の＜上記以外の報告事項＞の上に矢印で書いてあります、いずれも「可」の報告の場合は2号機能の報告を行うというのは、その上のほうの①から③についていずれも「可」の場合というような資料の記載にしています。ですから、このプラットフォームのところが要件だとか、そういう資料ではそもそもないということです。

○山口委員 ということは、医療機関には有しているかどうかを求めるとのことですか。有無を聞くということでよろしいですか。

○参事官 おっしゃるとおりです。

○永井座長 よろしいですか。もし御意見がなければ、次へ進みたいと思います。

資料の2に関してでございます。「議論の整理（案）」について、分科会の取りまとめに向けて修正したほうがよい点などございましたら御質問、御意見をお願いいたします。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

13ページの「（国民・患者等への周知）」ですが、私が意見を申し上げて取り入れていただいていたありがとうございました。確かにこういった動画をつくったり、ポスター等を作成したりして国として対策を取っていただくということも非常にありがたいと思うのですが、それに加えて、やはりかかりつけ医が直接患者に対してこういった説明を求められれば、きちんと書面で出すんだということを自ら伝えていただくということも大事なのではないかと思います。それを報告書の中で書くのか、何かの要件にするのか、それ

はどういった形がいいかというのは分かりませんが、やはりかかりつけ医から患者に発信していただくということもとても大事なことでないかと思いますので、ぜひそこは御検討いただければと思いますが、いかがでしょうか。

○参事官 現行の改正医療法の中で、医療機関が患者に対して、患者への説明、努力義務の内容を説明しなければいけないみたいな規定はありません。

他方で、かかりつけ医機能を担う医療機関もかかりつけをやっているお医者さんが患者に対して説明をしてもらうことが大事だ、重要だというような御指摘だと思いますので、そのような医療機関なりがしなければいけないというものではないんだけれども大事だということなところをどういうふうに位置づけるというか、記載をするかという御指摘かなというふうに受け止めました。

○永井座長 ウェブから、今村委員どうぞ。

○今村委員 今村です。2点ほど、意見を述べさせてもらいたいと思います。

まず、8ページのところにある協議の場で市町村のことを書き込んでいただいたのは大変ありがたいことだと思いますし、また都道府県がその協議に深く携わるようにということも追記していただいていることはありがたいと思います。

それで、会議でも申し上げましたけれども、大きな市町村は当事者の能力が大変大きいわけですが、小さな市町村になると、ほとんど医療のことは知らないという状況になると思います。ですから、この市町村の中でも特に小さいところが、介護のほうは当事者なんですけれども、医療の協議の場に出て行っても発言をすることができないというような、何をしなければいけないか分からないという場面というのはすぐに想像できるんです。

ですから、十分に事前の知識として市町村に持ってもらうように、都道府県からの支援というのがとても重要だと思いますので、そういう協議の場に参加するための支援体制ということもぜひ書いてほしいと考えます。

2つ目です。15ページから16ページにかけて、大学がかかりつけ医の養成に当たっての教育に携わることを追記していただいたので、大変これもありがたいと思っております。

ただ、実際の実地研修や、実地研修の設定で大学のファシリティを使うとか、設定するために協力するという表現であって、学部でのかかりつけ医教育ということには全然触れられていないと思うんです。大学自身も、今かかりつけ医教育についてそれほど熱心に行っているという状況ではないと思うので、そこはもう少し強調できるのであればしてほしいと思います。

在宅医療については、かなり大学のほうも踏み込んで事業なりを行っておりますけれども、今回このかかりつけ医という概念を医療の世界として重視するのであれば、これは大学教育の中で、学部教育の中で医師の養成をするための要件として位置づけていくということが重要だと思いますので、そこら辺を強調してもらえるとありがたいと思っています。

今村からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

吉川委員、どうぞ。

○吉川委員 1点、議論の整理の中に追記していただきたいことについて述べさせていただきます。

6ページの2つ目の○の地域の医療連携体制の構築についてです。こちらに書かれていますように、一つの医療機関において全ての機能を担うことは難しく、地域を面として捉えてそれぞれが連携しながらかかりつけ医機能を発揮することが本当に重要だと考えております。

特に在宅医療について、24時間対応で提供体制を安定的、効率的に確保していくためには、各医療機関の連携が絶対的に不可欠ですが、身近なところで患者を支え、また在宅の暮らしが継続できるように訪問看護、また介護等との連携体制の構築も重要であることについて、今まで意見を書かせていただきました。そのことについて議論の整理には記載がないため、訪問看護や介護等との連携体制の構築が重要であるというところをぜひ入れていただきたいと思います。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。

ほかにいかがですか。

石田委員、大橋委員どうぞ。

○石田委員 ありがとうございます。

この議論の整理案ですが、これまでの議論の状況、方向性が分かりやすく簡潔に整理されていると思っております。

まず8ページで「（協議の場の圏域と参加者）」の4つ目の○ですが、「かかりつけ医機能に関する「協議の場」の圏域」については、「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する。」としています。

これは、地域包括ケアシステムが機能するそれぞれの市町村内の日常生活圏域において、面的にかかりつけ医機能が発揮されることを想定したものであり、画期的なものだと思っています。ぜひ、日常生活圏域内における在宅医療がこれまで以上に充実するように進めていただければありがたいと思います。

次に、9ページ目で「（協議の場における議論の進め方）」の＜協議の進め方のイメージ＞として、9ページから11ページまでにかけて時間外対応と入退院支援の例を記載しておりますが、こうした具体的なイメージを関係者間で共有することがとても重要であり、地域での関係者間での議論の進め方の共通理解が進むものと思います。

21ページの「今後の対応」の中で、「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン（仮称）」の作成」「地域の協議に資するデータブックの作成」「地域の好事例集の作成」とありますが、これについては大いに期待したいと思います。こうしたツールについては、関係者、関係機関、とりわけ市町村へ丁寧に周知していただくようよろしくお願いいたします。



と思います。

これまで市町村は日常生活圏域での地域包括ケアシステムとして、在宅医療・介護連携推進事業として在宅医療との関わり合いがありましたが、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行を契機として、地域医療構想の中の地域における協議の場を通じて、これまでに以上に在宅医療の機能を充実するための環境を整えることが市町村にとって重要な仕事になります。このガイドライン、データブック、好事例集などは、市町村が問題意識を持って主体的に地域のかかりつけ医さんに関わるツールとしても重要な役割を果たすものと思っています。ぜひよろしくお願ひしたいと思っています。

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。

大橋委員、どうぞ。

○大橋委員 ありがとうございます。

今回のまとめ方に関しては、大変分かりやすくなっていて、私自身も議論の整理ができたと思っています。

1 か所、先ほどの「（協議の場における議論の進め方）」というところで、今までの地域医療構想調整会議の枠組みだけでなく、場合によっては市町村にも落とし込んでという話がございましたが、人口の少ない地域、医療機関の少ない地域では、その地域だけでは解決できないということが出てくると思います。

その場合、例えば隣の市町村と一緒に組むと、新しいアイデアが出てくるとか、この地域と一緒に組むと実はうまくいくとか、そういうところはそれぞれの市町村同士で協議させるよりは少し都道府県のアシストがあると良いのではと考えております。少し気になるところは、小さい単位に協議の場を落とし込むがゆえに、あとはそちらでお任せという形になって、都道府県が協力しないような体制になってしまうと、そこはよくないと思いますので、何らかの形で都道府県の関わり方についても記載していただければと感じました。

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。

香取委員、どうぞ。

○香取委員 議論の整理ですが、非常によく整理されているというふうに思います。

で、これによると、ガイドラインをこの後つくることになるわけですね。今大橋先生がおっしゃったこととも関係するのですが、結論から言うとガイドラインをどういうふうにつくるかというのが非常に重要になると思います。

まず、石田委員からもありましたけれども、レイヤーで会議を設定すると、県のレベルで、あるいは二次医療圏のレベル、あるいは市町村のレベルでテーマごとに会議を設定する。つまり会議自体が重層的につくられることになるわけですね。そうすると、それぞれプレイヤーも違ってくるということになるわけなので、ガイドラインをつくるとき、あま

り細かいものをつくるというのも、それはそれでどうかと思いますけれども、やはりレベルごとに会議のアジェンダ設定であるとか、プレイヤーの役割というのは分かるようにすることが必要になると思います。

協議の場自体の設定主体というのは都道府県になるわけですか。

そうだとすると、都道府県の立場からすると、ある部分は自分で仕切り、それ以外の部分はいろいろな主体に投げることになるので、全体の見通しが立って組み立てがちゃんと分かるようなガイドラインの策定が必要です。つまり、都道府県向け、あるいは市町村向けというのとは別に、会議に参加してくる、例えば医療界の人たちであるとか、そういう人向けのガイドライン、言ってみればあなた方にはこういう役割があって、こういう場でこういうことをしてほしいというようなガイドラインをわかりやすくブレイクダウンしてつくってあげるということをやらないと、議論が収斂せず全体がまとまらないということになってしまうのではないかと思いますので、このガイドラインの作り方がまずは大事だと思います。

それからもう一つ、かかりつけ医の話をかかりつけ医の話だけ議論する協議の場をつくるのか、という割と根本的設問です。この話は地域構想会議全体に深く関係する話になるので、地域医療構想の中のパーツとしても議論されることになるわけですね。

同様に、介護保険の事業計画を市町村はつくるわけですが、あの中でも老健局は医療との連携をちゃんと書きなさいと言っているわけですね。そういうことになると、ほかの様々な会議があって、恐らく全体を通して議論するのは地域医療構想と介護保険事業計画との連携ということになるのでしょうかけれども、そういう全体の中でかかりつけ医機能の話がどうはまるかということを総論のところできちんと書いてガイドラインを通じて全体を見通せるようにする。そういうことも考えて、きっちりとしたガイドラインを書くということが大事だろうということが次の1つです。

それからもう一つは、さっきの資料1のお話に戻るのですが、結局かかりつけ医の実装をして現実には多くの高齢者たちがかかりつけ医が持てるようになるにはかなり時間がかかるわけですね。来年、再来年でみんなが持てるというふうには当然ならないわけです。

そうすると、さっき②のところで案の1、案の2とありましたけれども、あれは結局同じことを表裏から言っているだけなので、結局、大事なことはきちんと研修を行う、あるいは総合診療医を養成して、一定のボリュームで意志と能力のある医師を地域に提供することをやっていくということになる。これは医療界でやっていたことになりますけれども、医学教育と並んで現任のお医者さんたちへの研修の体制がすごく大事になると思います。確かにそこは書いてありますが、医療界として医師会なり学会なり病院会なりできちんと研修について取り組んでいただくということを強調しておくということは、②が案の1であろうと案の2であろうと同じように必要なことなので、そこはもうちょっと書き込んでいただいてもいいのかなと思います。

以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

ウェブで参加の阿部委員、続いて家保委員お願いします。

○阿部委員 阿部です。

障害者団体なのですけれども、まず初めに生活のしづらさ調査という5年に1度の調査結果が5月末日に公表されて、障害者の総数が1164万人ということで、人口の9.3%と公表されてきているということとともに、この生活のしづらさ調査は5年に1回なのですけれども、実はこのたびはコロナで1年間延期されての実施でしたが、新たに特に必要と考えている支援という質問項目に対して一番多かったのは経済的援助ではあったのですけれども、その次にとても多かったのは26.6%の方々が、身近な医療機関に通院して医療を受けることとか、医療費の負担軽減というのがありますが、リハビリ、自立訓練を受けることと、医療関係に関して必要と考えている支援ということで答えられた方がとても多かったということをお伝えしたいと思います。

そのほか、社会参加、移動支援とかというのももちろんありますけれども、そしてその上でなのですが、まずは今回この会議の中で、そして20ページの下のほうにあるのですが、「かかりつけ医機能に関する研修において、合理的配慮や障害特性の理解等に関する項目を盛り込む。」というふうにまとめていただいたこととか、それから「継続的な医療を要するもの」ということで障害者の位置づけ、これは障害児・者、医療的ケア児、難病患者も障害者基本法の定義では障害者とされておりますし、そしてまた障害者の定義が障害及び社会的障壁により永続的に日常生活、または社会生活に相当な制限を受けるものということですので、医療機関を受診しながら継続的な医療を受けながら生活上の困難というのはまだあるわけでありまして、その辺のところについては障害当事者はある意味、同じような体験をしています。そこで、ピア（同じような悩みを持つ者同士）という視点からピアサポート（同じような悩みを持つ者同士で支えあう）機能を有している団体も多くありますので、どうかそのようなときに突然の疾病などによって生活上の大きな不安がある場合、もちろん医療機関の受診、そしてその上で生活上の課題がある場合などには障害者団体等につないでいただくことはとてもありがたいことかと思えます。

そして、その上で、それもあることとして「かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン（仮称）」ですが、「地域における協議の場」に障害者団体・関係団体も記載すると書いていただいたことに、まずはありがとうということを申し上げまして、生活のしづらさ調査、実際に障害福祉サービスを受けている方は大体手帳を持っている方の30%くらいです。そして、医療のニーズということで先ほどお話ししましたように、身近な医療機関に通院して医療を受けることとか、在宅で訪問診療、訪問看護を受けることが大事であると多くの方が答えているので、そのようなニーズがあるということをお伝えしながら今回の検討をよろしく願いいたしますということを申し上げたいと思います。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。

家保委員、どうぞ。

○家保委員 家保です。ありがとうございます。

何人かの委員もおっしゃっていましたように、8ページの「(協議の場の圏域と参加者)」のところで市町村の役割が非常に重視であることを書いていただいたことは非常にありがたいと思います。市町村の中にも今回の検討会に参加されている石田委員の稲城市のように、非常に医療に積極的に関与されているところもあれば、医療は都道府県の所管としてあまり関与されていない市町村が多数あるのも事実でございます。

また、僻地などは小規模市町村で、先ほどどなたかの委員がおっしゃったようになかなか協議をすることは難しいということがありますので、そういうところでは当然県型保健所がイニシアチブを取って議論を進めていくというのは大事なことだとは思いますが。

まず市町村に絡んでいただくということで考えると、地域包括ケアについては、老健局の所管になるかと思いますが、各市町村できちんと取り組んでおられますので、かかりつけ医機能についてもその関係で考えていく、一緒に進める上での重要なパーツであるということで市町村で考えることを制度的にも後押しする仕組みをつくっていただけると、都道府県としても話がしやすいと思います。この検討会は医政局の検討会でございますけれども、厚労省全体として老健局と協力して施策推進をしていくという必要性を今後の取組のところで加えていただけると、都道府県としては市町村に参加を促すときに非常に助かりますので、ぜひとも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。

尾形委員、どうぞ。

○尾形座長代理 ありがとうございます。

資料2については、格別大きな異論はありません。これまでの議論をうまくまとめていると思いますが、1点だけコメントをさせていただきます。

資料2の5ページです。上から4分の1くらいに「別途議論」と書いてある下のところですが、かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関が整理されております。これは以前にも確認したように、ここでは地域医療支援病院も報告を行う医療機関に含まれるということになっているわけです。これは地域によってはかかりつけ医機能を担う医療機関が存在しないというような場合もあるので、その場合には地域医療支援病院がかかりつけ医機能を担うということもやむを得ないという理解であったと思います。

ただ、さはさりながら、やはり医療法における地域医療支援病院の位置づけ、あるいは期待される役割ということを考えると、本来は地域医療支援病院は地域医療を支援する。この場合で言うと、かかりつけ医機能を支援するというのが本来の役割であると思います。

今回、報告対象病院となっていることから、地域医療支援病院でもかかりつけ医機能が担えるなどというふうに安易に考えてしまうと、これはかえって地域におけるかかりつけ医機能の育成を阻害するという本末転倒のことにもなりかねないと思います。

したがって、地域医療支援病院にかかりつけ医機能報告を求めるとしても、かかりつけ医機能を自院で担うというのはあくまでも例外的な状況であり、どうしても地域医療支援病院がかかりつけ医機能を担わざるを得ない何らかの合理的な理由があるという場合に限定すべきではないかと考えます。

併せて、この点とも関連するのですが、資料2の13ページの一番下のところに研修のことが書かれていて、「地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実」の下から2行目のところに「地域連携を進めるためのもの」ということが書かれています。私はこれは非常に重要な点だと思いますが、地域医療支援病院などはまさにこうした機能を担うべきものであると考えます。この辺は、今後地域医療支援病院の在り方を検討する中でさらに考えていっていただければと思います。これは要望です。

以上です。

○永井座長　ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。

猪熊委員、どうぞ。

○猪熊委員　13ページの「（国民・患者等への周知）」ですとか、最終ページの「今後の対応」の一番下にあるポツの「制度の普及・推進のための動画、ポスター等の作成」というところに関連して、ひとこと、要望を申し上げたいと思います。

地域でかかりつけ医機能が上手に、それこそ機能するためには、患者だけでなく国民全体の理解が不可欠だと思います。かかりつけ医機能という言葉は非常に分かりにくくて、何を指すのかとか、報告制度ができて今度どうなるのか、何が変わるのかということをよく聞かれます。どういうもので、なぜ今後の医療提供体制を考える上で必要なのか、今の医療の現状はどうなっているかということを知りやすく伝える必要があると思います。

今、厚労省の年金局のホームページを見ると、年金局は年金広報という項目を設けて、漫画とか、動画とか、職員が大学に出向いて学生との対話集会を行うなど、すごく積極的に広報をしています。そうした広報、年金教育をしているわけですが、その意味で、かかりつけ医機能というものが何なのかよく分かったとか、今その必要性がよく分かったというようなことを、ぜひ厚労省の医政局さんにも頑張っていただきたいと思います。

もちろんメディアのほうの責任もございまして、お金の話が絡むので医療保険というのは記事になりやすいのですけれども、医療提供体制の話はなかなかメディアも字にしにくいし、なりにくいというところは正直ございます。しかし、今後の日本社会の暮らしの体制を考えるに当たって、医療提供体制というのは非常に重要だと思いますので、メディアも頑張りたいと思いますので、医政局のほうもぜひ広報をただつくったというだけではないものをつくって情報公表、患者教育、国民の医療教育に頑張っ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。

いかがでしょうか。何か事務局から御意見はありますか。今の点でも、ほかの点でも結構ですが。

○医療政策企画官 ありがとうございます。医療政策企画官です。

猪熊委員からありました周知広報については、現行でも上手な医療のかかり方ということで予算事業も取っております。その中で制度の施行も含めて工夫をしていきたいと思っております。

○永井座長 いかがでしょうか。全体を通してでも結構でございます。

よろしいでしょうか。

大橋委員、どうぞ。

○大橋委員 もう一つ追加で、6ページの「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）のイメージというところでございます。

これは私も以前、自分自身の分科会の発表でこのようなスライドを用いさせていただきました。イメージ例で、幅広さ、深みに従って上から下へといくと思うのですが、一番下と下から二番目にある医療機関に従事する医師というのは、ある程度の総合診療としてのトレーニングが必要であると思います。これが、恐らく総合診療専門医が必要であるゆえんであったり、またリカレント教育でかかりつけ医機能支援病院、または支援診療所で従事する医師に求められる能力というものになってくるかと思います。

今回、機能報告の②のところに総合診療専門医を有するかという記載欄もあるのですが、なぜ総合診療専門医が必要かというのはもう少し詳しくこの全体像の中で記載していただく必要があると思います。よく地域で医者が足りないから総合診療医が来てくれたらいいんだという御意見を伺うのですけれども、今回の機能報告制度である程度はつきりとしたデータが示されると、こういう機能が足りないから協議の場でこういう医療機関が必要だ。だからこういう医療機関に従事する医師も増えなければいけない。だからこそリカレント教育の場も必要であるという理屈になってくると思いますので、もちろんかかりつけ医機能を有する医療機関が増えていくというのはすごく重要である一方で、ではかかりつけ医機能を支える医療機関の人材をどう養成していくかというストーリーについても記載していただくとありがたいと思っております。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

そのほか、御発言ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

織田委員、どうぞ。

○織田委員 今、大橋委員が言ったことと重なる部分があるのですけれども、16ページを御覧ください。

16ページの上のほうの図で、先ほど尾形座長代理もおっしゃいましたように、地域医療支援病院の役割と地域のかかりつけ医を支援する医療機関は、内容が若干違う部分がある

のではないかと思います。それで、医療法に関しましては地域医療支援病院はいろんな研修の場でもあると思うのですけれども、在宅等になってきますとやはり一番身近な在支病だったり、在支診だったり、在宅を中心にやっているところがありますので、そういうところが研修の中心になれば、より地域とネットワークがあり顔の見える関係にありますから、より現場に近い研修を進めることができるの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。

ほかはよろしいでしょうか。

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。「議論の整理（案）」について御発言できなかったところがおありでしたら、7月9日火曜までに事務局宛てに修正意見を提出いただきますようお願いいたします。

また、事務局におかれましては本日提出された意見を踏まえて「議論の整理（案）」をさらに修正するようお願いいたします。

最後に、事務局から連絡事項等をお願いします。

○医療政策企画官 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、また決まり次第、御連絡をいたします。

以上でございます。

○永井座長 それでは、本日の分科会はこれで終了いたします。

お忙しいところ、ありがとうございました。