

○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8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ありがとうございます。

本日も、あらかじめオンライン、それから現地会場での参加選択の上で御出席をいただいております。

本日でございますけれども、石田委員、尾形構成員、山口構成員からは、用務の都合上、御欠席との連絡をいただいております。

それから、河本委員におかれましてはウェブ参加に変更ということで、ウェブで参加をいただいております。

資料の確認でございます。お手元に議事次第、それから名簿類のほかに資料1を格納したタブレットを用意させていただいております。御確認をお願いいたします。

報道の方、カメラはここまでとさせていただきますのでよろしくをお願いいたします。

では、永井座長、以降の議事進行をよろしくをお願いいたします。

○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「議論の整理」についてでございます。

まず、事務局より資料1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。

資料1を用いまして、議論の整理案の説明をいたします。

前回の分科会に提出をしました議論の整理案について、前回の分科会で議論いただいた、かかりつけ医機能報告の報告事項の内容を追加する。それから、前回の分科会で議論の整理案にいただいた御意見、それからその後、事務局のほうに提出いただいた御意見を踏まえて修正をしたものとなっております。

前回の分科会の議論の整理案から修正した部分には黄色マーカーを塗っていますので、その修正した部分を中心に説明をいたします。

1 ページ目は議論の整理の題名として、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けたというものを書いたということ、そして分科会の名前を入れて、一番下のところにこれまでの議論を整理し、報告書として取りまとめるという内容を書いたものです。

2 ページ、3 ページ、基本的な考え方は前回の議論の整理案から変更はありません。

4 ページ、制度の施行に向けて定める必要がある事項で、ここについて5ページのかかりつけ医機能報告の（報告を求めるかかりつけ医機能の内容）、この部分について前回の分科会の意見を踏まえて追記をしています。

5 ページの最初の○で、「報告事項について、本分科会において、以下のような意見があった。」として7つの意見を追記しています。その上で下のほうの○で「このような意

見を踏まえ、かかりつけ医機能報告において、報告を求めるかかりつけ医機能の具体的な機能及び報告事項は、令和7年4月の施行に当たり、以下のとおりとする。」としています。

その下に1号機能、具体的な機能ということで、これは前回の分科会の資料の記載をそのまま転記をしています。

6ページ、＜当該機能に係る報告事項＞になります。このうち、②で研修については前回の分科会で議論いただいたものの案の②を記載しています。研修修了者の有無、それから総合診療専門医の有無、その下のポツで改正医療法施行後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ことです。

③は一次診療、患者相談対応については、前回の分科会の資料の案の③の記載をしています。診療領域ごとの一次診療の対応の可能の有無、それから括弧書きで（一次診療を行うことができる疾患も報告する）ということです。この疾患については、6ページの下の方に40疾患を記載しています。こちらも、前回の分科会の資料のまま記載しています。

「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」で、その下のポツは前回の分科会の資料から追加をしています。改正医療法施行後5年を目途として、制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討するということです。もともとの改正医療法にも、施行後5年を目途とした検討規定というものがございますので、その検討規定の検討の中でこちらの一次診療、患者相談対応の報告事項も改めて検討するという趣旨になります。

7ページは＜上記以外の報告事項＞で、こちらは基本的に前回の分科会の資料のままですが、その中の③番目、「全国医療情報プラットフォームに参加・活用する体制の有無」です。ここは前回の資料ですと、体制を有していること、というふうに記載をしていましたが、前回の分科会でこちらは1号機能の要件になっていないという確認がありましたので、それが分かるように「有無」というふうに修正をしています。

その下の「2号機能」、こちらは前回の分科会の資料から変更はありません。

8ページ、真ん中の下の方の「その他の報告事項」、こちらでも変更なしです。

その下の（かかりつけ医機能報告の報告を行う対象医療機関）、これは2つ目の○を追加しています。前回の分科会で「地域医療支援病院は地域の診療所等を支援する役割を担っており、自院でかかりつけ医機能を担う場合は限定される」というような意見があったので、それを追記しています。

9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。9ページの下の方の黄色い部分ですが、前回の分科会の御意見で、「医療機関間の連携とともに、訪問看護や介護等との連携体制の構築も重要。」という意見を追加しています。

10ページ、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルを提示ということになっていますが、前回の分科会の意見として、

かかりつけ医機能を担う医療機関の育成、それからかかりつけ医機能を支援する医療機関の医師の育成も重要という意見を追加しています。

また、その下のモデルのイメージ例の表も少し修正をしています。

それから、その下の「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」、こちらは変更ありません。

11ページ、「「地域における協議の場」での協議」です。下のほうで、以下のような意見があったとして12ページで、前回の分科会で市町村が議論に参加しやすくなる工夫、あるいは都道府県の支援というものが重要というような御意見、それから小規模市町村の場合は市町村単位というより複数市町村単位での協議の場の設定が現実的というような意見があったのでそちらを追加しています。

その下の○の括弧書き、これも小規模市町村の場合は複数市町村単位などで協議を行うというものを括弧書きで追加をしています。

その2つ下の○で、コーディネーターについて、こちらは前回の分科会の後に事務局に意見を提出いただいたものを踏まえて記載をしています。「ガイドラインにおいてコーディネーターに求められる機能を整理して示すこととする。」ということです。

それから、15ページで患者などへの説明についてで、こちらは最後の17ページの（国民・患者等への周知）のところで前回の分科会の意見を踏まえて、「書面や電子メール等による患者等への説明について、医療機関から患者に説明することも重要」ということを記載、追記をしています。

その下の医師の教育、研修の充実については18ページのところで、前回の分科会の意見を踏まえて大学の医学教育について追記をしています。

また、その下の○で「医療界が中心となり」ということを追加しています。

その下の「その際」、こちらは分科会後に事務局にいただいた意見を踏まえて追加をしています。「各学会においても、専門的な医療を担う若手医師等も将来的にキャリアパスの中で地域でかかりつけ医機能を担うことも想定しつつ教育活動を行うことが期待される。」ということを追加しています。

それから、21ページの医療DX、情報共有基盤、こちらは変更なしです。

22ページからの「障害のある方に対するかかりつけ医機能」、こちらでも変更なしです。

最後に25ページ、「今後の対応」で、厚生労働省において今後施行に必要な取組を進めるということですが、その際、前回の分科会の意見を踏まえて、関係部局で連携を行いながらその取組を進めていくということ、「関係部局で必要な連携を行いつつ」というものを追加しています。

それから、その下のガイドラインの作成について、「重層的に設定する「協議の場」ごとの議題設定、参加者それぞれの役割等を分かりやすくするよう留意する。」ということも追加をしています。

25ページの一番下のところの、国民・患者を対象とした医療教育・患者教育に取り組む

ということも前回の分科会の御意見を踏まえて追加しています。

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、ただいまの説明につきまして御質問、御意見をお願いいたします。できるだけ多く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。

服部委員、どうぞ。

○服部委員 ありがとうございます。服部でございます。

コーディネーターにつきまして、追記をしていただきましてありがとうございます。その件で、少し補足をさせていただきたいと思います。

12ページの中段のところに「コーディネーター」ということで書いていただいていますけれども、今回の2号機能のほうにあります地域の退院ルールですとか在宅医療、介護との連携につきましては、私も昨年まで委員を務めさせていただいていたのですけれども、老健局のほうの在宅医療・介護連携推進事業において多くの市町村で既に取り組みされているものというふうに認識をしております。

この事業では、個別の相談支援ということのほか、在宅医療と介護連携を推進する人材としてコーディネーターという役割に注目をしておりまして、昨年老健局のほうで市町村の悉皆調査をしており、全国の市町村の約50%でコーディネーターという名前の職種が配置をされているということが分かっております。老健局のほうでは今年も調査を重ねまして、コーディネーターの役割と機能についてももう少し明確に整理をされていくものと聞いております。

かかりつけ医機能の面展開の実装に関しましては協議の場のみならず個別ケースの調整ですとかマッチング等にはコーディネーターの役割は必須であると考えておりますし、枠組みができましたらそれを機能させる、調整する人材が必須と思います。

また、マンパワーの制約を踏まえれば、現場のドクターやナース、介護職には、本来の医療・ケア提供に専念していただく、タスクシフトという意味からもコーディネーターに調整、連携の役割を位置づけていただくということは重要と考えております。

合わせまして、先ほど触れました在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーター、かかりつけ医機能におけるコーディネーター、今年から医療計画に位置づけられた在宅医療に必要な連携を担う拠点、この三者が効率よく機能できますようにガイドライン等に位置づけ、役割などを明記していただけたらと思います。

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。

事務局、今の点よろしいでしょうか。

それでは、ネットで御参加の今村構成員、その後、阿部構成員お願いします。

○今村構成員 今村です。

まずは意見で、小規模市町村と大学の医学部教育のことを加筆していただいてありがと

うございます。小規模な市町村の参加というのは非常に重要なのですが、一般の大きな市町村とちゃんと分けて考えなければいけないと思っておりますし、またはかかりつけ教育では大学の教育が大きく関与いたしますので、その点、加筆していただき大変ありがたく思っております。

1点、意見と質問になると思うのですが、6ページの40疾病を今回報告の対象にさせていただくということで、これ自身は私は賛成ですし、そうすべきだと思うのですが、この疾病の定義をちゃんと切っていただけないかと思っております。例えば今、高血圧や糖尿病ということが書いてあるわけですが、この分類は今、厚生省が使っている疾病分類の小分類、中分類、大分類とちょっと分類の仕方が違うところがあって、できればこれをちゃんとICDのコードで何番から何番がこれの対象になりますよというようなことは定義としてぜひ切っておいていただきたいと思います。そうでないと、高血圧が例えば二次性高血圧とかは入るのかどうかというようなことも明確にならないし、毎回問合せというもおかしな話だと思いますので、その疾病の定義を切っていただく予定があるかどうか、厚生省のお考えをお聞きしたいと思います。

以上です。

○永井座長 今の点、いかがでしょうか。

○参事官 かかりつけ医機能報告でこの一次診療を行うことができる疾患を報告いただくというので、例として40疾患の案をお示ししています。それで、このかかりつけ医機能報告を医療機関にやっていただくに当たって、報告しやすいようにその辺の工夫をどういうふうにできるかというものについて考えたいと思っております。

以上です。

○今村委員 前回の資料で、この40分類の基になる表を出していただいているのですが、では高血圧全範囲がそこに入っているのですかというそうでなかったり、その他の疾病というのが入っていたり、入ってなかったりしているので、そこをしっかりとちゃんと定義を切ってもらっておかないと、報告する側がどの疾病が対象になっているのかというのが明確にならないと思うので、ぜひお願いしたいと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

阿部構成員、どうぞ。

○阿部構成員 ありがとうございます。日本障害フォーラムの阿部と申します。

私のほうは、今回最終的な整理ということにもなるかと思っておりますので、障害福祉領域のほうから文言について確認させていただきたいと思っております。

まず最初に、例えば1ページの目的・枠組みの「概要」のところの文言ですが、これについては4ページにもありまして、4ページのほうは字が私にとっては大きくて見やすいのでそこでお話をさせていただきます。

4ページの「(1) かかりつけ医機能が発揮される制度整備の枠組み」ということで、②に最初のボツで「慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者」ということで、ここで障害者も含めて検討していただいたことと思います。ありがとうございます。

ただし、③の患者等に対する説明のほうでは、そのままボツの1番目を読ませていただきますと、「都道府県知事による②の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に」とあって、高齢者と障害者なのかなと思いつつ、これは高齢者等とあるべきかなと思って読んでまいりますと、実際は15ページにそのことについて言及されております。

15ページで「(4) 「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者等への説明」ということで、○の2行目の中ほどから「慢性疾患を有する高齢者等」というふうに補っていたいておりますし、今度はその下のほうでボツの2つ目にも「慢性疾患を有する高齢者等」というふうに補っていただいております。これは、障害も含めてここに記載されているものだと思います。

それで、私のほうでいろいろ「高齢者」という文言を検索して調べますと、全てに「等」が入るかどうかは文の趣旨によって違うかもしれませんが、二十何か所、「高齢者」という文言があります。「等」が入るべきかということについて最終的な調整であれば御検討いただきたいと思います。

それから、2番目のことですが、8ページの「IV 介護サービス等と連携した医療提供」ということです。ここで、例えば「当該機能に係る報告事項」ということでありますけれども、「介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況」とありまして、その下に「ケアマネと相談機会設定等」ということが書いてありまして、これはとても大事なことだと思いますけれども、障害福祉領域ではケアマネという文言は使わずに障害者相談支援専門員という文言を使っています。

そもそも介護保険でもケアマネというよりも、基本は介護支援専門員を略称としてケアマネと呼んでいるのが介護保険だと思いますので、ここでも高齢領域だけではなく、介護保険だけではないわけですから、ケアマネ等、または障害者相談支援専門員などと補う必要があるかと考えます。

また、その次の行にもありますけれども、要は大事なこれからの2040問題に関して超高齢社会の中での医療の必要性とともに、障害がある人の人口も伸びているということで、今回その他の継続的に医療を必要とする者として障害関係について検討していただいたことに感謝をいたしますとともに、その辺のところもまた最終段階で調整すべきものかどうかについて御判断いただきたいと思います。

それから、最後の点で24ページです。24ページの一番下なのですが、「④かかりつけ医機能報告制度」ということで、その下のほうで2行目に「継続的な医療を要する者」には、障害児・者、医療的ケア児、難病患者等であって継続的な医療を要する者と記載していただいております。

ただ、ここでちょっと分かりづらくなってしまうのは、ここで「障害児・者」、それから「難病患者」の間に「医療的ケア児」とありますけれども、医療的ケア児に関してはすごく大事なことでありまして、医療的ケア児支援法、子育てに関する家族の負担軽減とか、学校の利用などを含めてこの法律ができていたのだと思いますが、医療的ケア児もやがて年齢を重ねますとケア児ではなくなるわけです。もっとも、この文言の中でも医療的ケア児、学校を利用している間だけと限っているわけではないとは思いますが、その辺のところも分かりやすく御記載いただければと思います。

以上、大きく3つについて障害福祉領域から発言させていただきました。御検討をよろしく願いいたします。

○永井座長 今の点、文言のことがあります、いかがでしょうか。

○参事官 御指摘いただいた点で、最初の4ページなどの患者に対する説明のところは、下のほうの記載で「高齢者」にはなっていますが、その後ろのほうに「等」と書いてあるので、その中で障害のある方に対しても入っているということだと思っています。

それで、その内容は15ページのところで「継続的な医療を要する患者」ということで対象患者になっていますので、そこで制度としては障害のある方で継続的な医療を要する方も入っているということになります。

あとは、その中で「高齢者」という記載のところに「等」は入れたほうがいいのかどうかなど精査してほしいということでしたので、最終的な精査はこれからやりたいと考えています。

以上です。

○永井座長 よろしいでしょうか。

そのほか、御発言ございますでしょうか。いかがでしょうか。

土居委員、どうぞ。

○土居委員 事務局におかれましては、この議論の整理をおまとめいただき、ありがとうございました。基本的にこの案文でいいと思います。

それで、修正案を求めるものではないのですが、今後の議論を深める上で私として1点申し上げたいことがあります。

資料1で、今7ページにちょうど書いてあるものですが、**「特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数」というのが2号機能の入退院時の支援の中の一つの報告事項として設けられているということ、これはそれでいいと思います。**

その際、この分科会でも議論があったと記憶しておりますけれども、紹介受診重点医療機関の役割というものは、それはそれとして既に設定されていて、そもそも紹介受診重点医療機関はここで言っているところの紹介状により紹介するのは、いわゆる逆紹介と言われる形でかかりつけ医機能を有する医療機関に紹介することになっている。ということは、かかりつけ医機能を有する医療機関と紹介受診重点医療機関は本来役割が違うということ

がそもそも紹介受診重点医療機関を設定するところで議論されていたと記憶しています。

もちろん、この分科会の中でも地域によっては紹介受診重点医療機関であってもかかりつけ医機能を担う部分があるんだということは承知していて、それはそれとして担っていただくことはこれから期待したいところでもあります。

ただ、そうは言っても紹介受診重点医療機関としての役割というのは、それはそれとして重要な役割がありまして、それはかかりつけ医機能とは違う役割を紹介受診においては果たしていただかなければならないということかと思えます。私はこの分科会の中では、診療科ごとに区切れるかどうか実態は必ずしもそんなに単純ではないとは承知しておりますけれども、例えばということで申し上げたのは、同じ医療機関の中でもある診療科においてはまさに紹介受診重点医療機関として果たす役割があるけれども、別の診療科では必ずしもそういう役割ではなくて、むしろかかりつけ医機能を果たす役割を地域では担っているんだということであれば、その辺りの役割分担を上手に医療機関の中で分けしてやっていただくということで、それぞれの役割を担っていただくということがあってもいいのではないかとすることは意見として申し上げていたところです。

今後ということで申しますと、この案文自体に何か付け加えるということをお願いするというよりは、むしろ地域における協議の場で各地域においてそれぞれの実情がおりかと思えますので、既に紹介受診重点医療機関になっておられる医療機関の中でも、その医療機関内でどこ部分でかかりつけ医機能を担うということなのかどうかということところは、協議の場の中でも地域におけるほかの医療機関などとしてしっかり御議論いただいて、それぞれの役割を果たしていただくということを期待したい。

最初から紹介受診重点医療機関はかかりつけ医機能を担うべきではないというふうに排除するという事ではないとは思っておりますけれども、それはそれとして役割が違うということは踏まえた上で、地域における協議の場で協議していただくということを期待したいと思います。

私から以上です。

○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。

香取委員、どうぞ。

○香取構成員 まず、この議論の整理は非常によく整理されているので、取りまとめは大変だったと思いますが、内容については意見はありません。よくまとまっていると思います。

その上で、これはこの分科会のマンデートがどうかということとちょっと関わるのですが、25ページの最後、「今後の対応」のところについてコメントします。

ここに、「今回の制度改正を確実に円滑に施行する」ということが書いてあります。

これはこれでこのとおりなのですが、今回の法律改正の内容に関して確実に施行するという意味で、1号機能、2号機能、あるいは報告制度云々議論してきて、それをこういう

形で取りまとめる。それはそれでいいのですが、そもそもこれからかかりつけ医機能をどうやって社会実装していくかという観点で、より大きな政策目標を達成するという点で、今回の法律改正によってかかりつけ医機能が発揮される制度整備のために必要な事項が全て用意されているかという点、そうではないわけですね。

つまり、実装に向けてはまだまだ様々な課題があるはずで、今回の医療法でも5年後見直しの規定が入っているわけですから、そうすると今度の法律改正に関わるものとして議論をまとめるということは結構なのですけれども、今後さらなる法律改正ということも含めて、かかりつけ医の実装、あるいは言うところの制度整備に向けて様々な課題は残っているはずで、かかりつけ医機能の実装が今回の改正だけでできるということではないし、実際に何百万、何千万という高齢者がかかりつけ医を持てるようになるためにはまだまだ何年もかかるわけですね。

そうすると、「今後の対応」として、今度の法律改正を確実に施行する、ということだけしか書いていないというのはちょっとお考えいただいたほうがいいのではないかと。今後、さらにいろいろな課題があるので、引き続き検討し、必要な制度整備なり法律改正なりをこれから検討する。

もちろん、検討する場合は部会なり何なりしかるべきところではやられるのだと思うのですが、そういうことがどこかに読めるようなところがあつたほうがいいのではないかと気がいたします。

あとは、もう12ページのところに書いてありますが、この話は地域医療構想全体の中で議論すべきことでありますし、協議の場もこれ単独で動くということよりは、大きな地域医療構想全体の中で地域の中で絵柄を描いていく中で位置づくということなので、恐らくガイドラインの中でいろいろなことが書かれていくと思うのですが、そこはきちんとピン留めをして分かるように書いていただければと思います。

前日も申しましたが、実はガイドラインをどう書くかというのはすごく大事で、そこは行政のお仕事なのでぜひよろしくお願ひしたいと思います。

以上、大きく2点です。

○永井座長 ありがとうございます。

河本構成員、どうぞ。

○河本構成員 ありがとうございます。

お示しいただいた議論の整理案は、これまでの議論の内容が適切に反映をされていると思います。特段の異論はございません。

その上で、何点か意見と要望を申し上げたいと思います。

まず、5ページから始まる(報告を求めるかかりつけ医機能の内容)の1号機能として、一次診療を行うことができる疾患というのが入ったことは、患者がより適切に医療機関を選択できるようになることが期待されるという意味で一定の前進だというふうに認識をしております。

また、医療に関する患者からの相談につきましてもかかりつけ医機能の重要な要素でございますので、患者が健康面で抱える課題について幅広く対応していただきたいと思っております。

ただ、今後、医療現場で混乱なくこの仕組みが活用されるというためには、以前に症状について議論した際にも少し申し上げましたけれども、一次診療とか、あるいは相談の範囲とか内容について、患者と医師、あるいはその医療機関が共通の理解を持つ必要があると思っております。厚生労働省には、ガイドラインで言葉の定義とか、あるいはその具体的な取扱いを整理する等々、運用面で工夫をしていただきたいと思っております。

また、5年後を目途とした見直しも念頭に、患者の受診行動、それにどのように影響したのかというようなことも含めて、丁寧な実態把握というものも必要であろうと考えております。

それから、2号機能については、医療法で定義された事項のほかに、健診あるいは予防接種への対応、こういったことについても報告するという事で、これも患者が医療機関を選択する際に大変参考になるものであるというふうに期待をしております。

その意味で、この制度が成功するためには地域のかかりつけ医機能を底上げすることが重要でございますので、医療関係団体の皆さんには研修の内容と体制の充実をお願いしたいと思います。

次に、8ページの報告を行う対象医療機関について、地域医療支援病院がかかりつけ医機能を担うことに対する御意見を記載されておりますけれども、その部分については私どもも賛同するところでございます。

ただ、一方で、地域によって診療所とか、あるいは中小病院でかかりつけ医機能を完結できないということも想定をされるということだとは思っております。紹介受診重点医療機関も同様だと思っておりますけれども、報告そのものは幅広く行っていただいて、公表の段階で、その他の医療機関とはやはり位置づけが異なるということは何らかの形で明確に示すということが必要ではないかと思っております。少なくとも患者の大病院志向を是正していく流れに逆行しないように、適切な情報提供をお願いしたいと思います。

最後に、保険者について、この報告書には地域における協議に関する部分のところにか記載がございませんけれども、この制度を被保険者に正しく理解をしていただくということが保険者の役割だというふうに認識をしております。25ページの円滑な施行に向けた周知、広報については健保組合も取り組ませていただきたいと考えておりますので、好事例の情報共有とか、あるいは広報資材の提供、こういったこともお願いをしたいと思います。

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。

城守構成員、どうぞ。

○城守構成員 ありがとうございます。

まず、本日事務局からお示しいただきました議論の整理案ですけれども、大変難しい議論をうまくまとめていただいたということで感謝いたしたいと思います。

その上で、5年後にはこの制度の見直しが行われるということ踏まえてコメントをしたいと思います。

今回の分科会において、かかりつけ医機能の報告制度の内容、項目を含めた制度設計が議論されたと思いますけれども、特にその目的としては、主に患者さんに対してその医療機関の持っている機能を分かりやすく、見えやすくすること、それとともに外来の質が向上するという、この大きな目的がこの制度設計の目的であろうと思います。

しかし、この報告制度の立てつけだけを議論しているように見えても、先ほど香取委員もおっしゃいましたけれども、外来の医療の提供体制そのものを変えていく議論にもつながるということでございます。

それに関しては、現在の医療の提供体制をさらにブラッシュアップしていきながら、地域を面として支えるというような形の制度設計のほうがいいのか、それとも一定の振り分け機能がきついイギリスのGP制度のような形に持っていくのかという二者択一ということではないわけですし、この二者には連続性があると思いますけれども、どの着地点に持っていくのかということをしつかりと意識してもらいながら議論を進めてくださいということ途中私が申し上げさせていただいたということでございますが、それに基づいてこの報告書の内容を拝見させていただきますと、基本的には地域を面で支えるという方向性で書かれているのではないかなと思っております。

しかし、5年経ちますと人口構成もさらに変わってくるでしょうし、地域の医療提供体制も変わってくるでしょう。そして、医療者側、または患者さん側もその受療行動や医療に対する考え方も変化してくる可能性は高いと思います。

その点において、恐らく制度の見直しを行う際の構成員も同じように、そのときには我々もいないかもしれませんので、そのときの構成員の方々に対しても、ただ、このかかりつけ医機能報告制度をブラッシュアップしていく、見直していくという意味だけではなくて、外来の医療提供体制をどのような形に持っていくのかということにつながる大変大きな議論をしているのだということを常に意識しながら、この制度の改修を行っていただきたいと考えております。

前にいらっしゃる事務局の方はまだ5年後もいらっしゃるでしょう。ですので、制度の見直し時には「過去の分科会でこういう議論もあった」ということはしっかりとお伝えをしていただきたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

私からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

大橋構成員、どうぞ。

○大橋構成員 ありがとうございます。

今回の議論の整理につきましては、本当に大変な中おまとめいただきましてありがとう

ございます。内容については、特段修正をお願いするところはありません。

私自身、今回の分科会で大変勉強になったのですが、特に後半の議論では1号機能の内容が大きく扱われましたが、前半の特にヒアリング等の部分を鑑みてみますと、先ほども城守先生からございましたが、地域を面で支えるというところについてはかなり強調されている方が多かったのではないかと考えています。

その中でそれを見返してみますと、キーワードとしては高齢者や配慮を必要とする方への時間外診療や救急の問題、そして住み慣れた地域や住み慣れた住まいで療養すること、つまり、これは在宅医療や在宅ケアということになるかと思うのですが、この2つにかなり問題は集約されているというふうに感じました。そういった意味でも、もう少しこの分科会でこの2号機能というところの具体について突っ込んだ議論をしたかったということをお個人的には考えています。

よく都市と僻地等では地域によって課題が異なるというお話が出てくるのですが、実は先ほども申しました時間外の対応であるとか在宅ケアというところについては、場面にかかわらず、場所にかかわらず共通の課題であって、ただ、その課題解決の方法が地域によって異なるというようなことなのかなというふうに今回、私自身は考えました。

その中で、その課題解決の方法の一つとして、10ページにありますようなかかりつけ医機能を支援する医療機関というのを位置づけていただいたのは大変ありがたいと思いますし、私たちプライマリーケアの専門家の集団としても身が引き締まる思いでございます。

今後も、引き続き地域を面で支えるということについては様々な場面で議論を続けていただいて、かかりつけ医機能がその課題解決の方略として発展していくことを願っておりますし、私どももぜひ協力していき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。

織田委員、どうぞ。ウェブからお願いします。

○織田構成員 ありがとうございます。

今回、我々の意見も十分入れていただいてよくまとめられていると思います。

また、2号機能に関しましては選べるような形になっていますので、特に異議はないのですが、ただ、入退院時の支援のところ、ここに具体的な機能として在宅患者の後方支援病床の確保というものが書いてあります。この議論の中でかかりつけ医機能支援病院として中小病院の役割をこれまで申し上げてきたわけですが、この中にはそういう項目がはっきり書かれていません。

それで、5番のところ、特定機能病院、地域医療支援病院が出てきますけれども、これは在宅医療を考えてみると若干違和感を覚えます。やはり地域の御高齢の方を受け入れるのは地域の中小病院が非常に多いわけですね。今後ぜひこの地域の中小病院、かかりつけ医機能支援病院の在り方というのを明確に示していただく必要があるのではないかと考えています。

以上です。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。

それでは、家保委員どうぞ。

○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。

今回の中身については、特段修文を求めるものではございません。

ただ、来年の春に施行になりますので、これから政省令が改正され、都道府県としては2号機能の体制の確認、また、かかりつけ医機能の報告に対する公表という実務が出てまいります。半年強の中で進めないといけませんので、厚生労働省におかれては早め、早めの都道府県への情報提供、それから医療DXなどを使った分かりやすい広報ができるような点についてぜひとも御支援をいただきたいと思います。

以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

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。角田でございます。

本当に今回の報告書に関しては、よく現場の医療機関の実態を、現場を預かる私どもの意見を入れていただいて、まさに国民・患者に分かりやすい形の報告制度の礎になると感じております。

今後、2号機能の議論もまた進みますが、やはりいかに1号機能を持っている医療機関に手挙げしてもらうかが大切になります。つまり、2号機能もある程度持っている医療機関に手を挙げてもらって、面としてかかりつけ医機能を検討するとき、その地域の持っている機能をしっかりと報告していただくことが必要です。そのためには、やはり報告できる医療機関を絞るべきではなくて、多くの医療機関に持っている機能をしっかりと報告していただけるようにすることが重要だと思っております。それによって、今後しっかりとかかりつけ医機能を面として提供することの実現に繋がると思っております。

また、各地域に住んでいる国民・患者の方々へしっかりとその機能を分かりやすく提示することを目指すものですから、前回の分科会でも申し上げましたが、ぜひ分かりやすい形で示していただきたいと思っております。

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。

ほかに、いかがでしょうか。まだ御発言いただいていない委員の方、いかがですか。

長谷川構成員、どうぞ。

○長谷川構成員 非常によくまとめられて、いろいろ皆さんと熟考した全国各地の各地域の事情もかなり配慮されていると思います。世界一の医療アクセス日本をさらによくするためのこれからの方向性が示されていると思えました。

また、大学教育のところがかかりつけ医教育ということでしたが、実はこれは全く別枠

ではなくて、既に今のコアカリキュラムの内容にかなり含まれております。どんな分野の医師としても必要な基本的な診療ということで、卒前教育のコアカリキュラムとほぼ内容が一致しております。その後の卒後臨床研修に関しましても同様です。まさに、コアカリの基本的な診療能力をさらに生涯伸ばしていく意識の重要性がコアカリにも明記されております。

また、記載されております国民の皆さんや社会も含めた教育という視点も非常に大事です。今回のコロナ対応で社会と医療者が一体となって医学・医療情報を共有し医療を進めていくということが実証できました。デジタル化も一気に進みました。今後、徐々にデジタルネイティブの世代にもなってきます。デジタルも活用して一般向けのガイドラインを活用した教育を様々な形で普及させ、一般社会や患者さんにより医療者といっしょになって進んでいくという方向性が示されますので、非常にいい展開と思います。

以上になります。

○永井座長 ありがとうございます。

では、吉川構成員どうぞ。

○吉川構成員 ありがとうございます。

まとめに関して、特に意見はございません。これからかかりつけ医機能報告制度が施行され、実践されてどうなっていくのかを見ていきたいと思えます。

ただ1点、感想ですが、今回これを進めるに当たり、医療情報ネット「ナビイ」のことが記載されております。ここを見て「ナビイ」を何回か使ってみたのですが、今はまだ使い勝手が悪いというか、使いにくいように思いました。これらが今後どのように改善され、患者さんが使いやすく、情報が得られやすくなるのか見ていきたいと思えますが、ぜひ使いやすく改善いただけるとよいと思えます。

以上です。感想でした。

○永井座長 ありがとうございます。

猪熊構成員、どうぞ。

○猪熊構成員 ありがとうございます。

報告書のほうで、25ページの医療教育、患者教育のところを入れていただきましてありがとうございます。かかりつけ医機能とは何かということですが、やはりまだまだ全然分かりにくいというか、何なんだろうと思っている一般の人は多いと思えますので、医療全体の提供体制がどうなっているのかというようなことを含めて、医療教育、患者教育をぜひ充実していただきたいと思います。

今回、報告書がまとまって、これは多分一つの種というか、シーズという形で、今後、地域でどう芽吹かせ、花開かせていくのかということだと思います。今後、ガイドラインづくりや協議の場での協議、「ナビイ」での情報提供、研修内容の検討など、非常に盛りだくさんのやることあるわけですが、関係機関にはそれぞれの場でさらなる努力をしていただいて、いいものにしていただきたいと思います。

もう一点。2号機能のほうのお話があまりできなくて残念というのはあるのですけれども、1号機能で一次診療の疾患が入ったのは、医療提供側にとっては負担かもかもしれませんが、よかったなと思います。

医療提供側、もしくは医療の支払い側、もしくは医療の受け手側ですね、国民・患者側がそれぞれどうしているかということ、それぞれが平場で話すということは理解を深めるために非常に重要だと思いますので、そういう機会も増えていくとよ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。

ほかにございませんでしょうか。

私からも、一言申し上げたいと思います。

このかかりつけ医機能の制度というのは、日本の医療の在り方、提供体制にも非常に大きな方向転換になるのではないかと思います。これは、専門医であるとか、専門医を目指す若い医師にとっても非常に関係のある問題であります。医師のライフサイクルを考えますと、医師の勤務場所というのは医育機関であったり病院、診療所、これを生涯移動していくという実態がございます。そこで、キャリア形成の過程で多くの医師は専門医を目指しますが、40歳、50歳になりますと、また多くの医師が地域の病院、診療所でのかかりつけ医機能を担っている。これが現実ではないかと思います。

したがって、今回教育、あるいは医療界が中心になって研修の充実とありましたけれども、その下に各学会においてもそうした教育活動ということを入れていただきました。40歳、50歳になったらというだけではなくて、若い医師も大学から地域の病院へ派遣されると、やはりかかりつけ医機能を担うということもありますので、専門学会においてもただ専門医の教育をするだけではなくて、将来のかかりつけ医機能を担う医師の養成、育成教育というものが重要ではないかと思います。

これと似たような例では認定産業医の講習会のようなこともございますので、専門の学会においてもそうしたスタンスで、学術集会などで教育活動を行っていただくことが期待されるのではないかと思います。

全体を通じて、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

ほかに御意見がなければ、本日の議論はここまでとさせていただきたいと思います。おおむね今回の案で御了解いただけるということであれば、またさらに字句修正等は座長にお任せさせていただきたいと思います。

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討について、昨年11月から精力的に御議論いただきまして誠にありがとうございます。本日の報告書案につきましても大きな御異議はなく、方向性は皆様の御意見がほぼ一致しているのではないかと思います。必要な修正をしていきたいと思っておりますけれども、表現等につきましても座長に御一任いた

きたいということで取りまとめをしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○永井座長 ありがとうございます。それでは、そのように取り計らせていただきます。

最後に、事務局からお願いいたします。

○医療政策企画官 今ほど、本日御議論いただきました報告書につきまして、永井座長御一任ということで取りまとめていただきました。

構成員の皆様方におかれましては、昨年11月の本分科会の設置以来、これまで精力的に御議論いただきまして誠にありがとうございました。事務局としても御礼を申し上げます。

今後でございますけれども、本報告書の内容を踏まえまして、円滑な制度施行に向けて取組を進めてまいります。引き続き、皆様方におかれましては御助言、御協力のほどよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○永井座長 ありがとうございます。

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。大変お忙しいところありがとうございました。