

これまでの分科会等における主な意見

【かかりつけ医機能報告の報告内容】

(1号機能「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」)

- ・現在の医療提供体制や外来診療を見ないと、現場に大きな混乱を招く。現在の外来は、自分の専門性をもって開業しているのが一般的で、専門性を維持しつつ、診療の幅を少しずつ自己研鑽や研修で広げていって診療している。それらの医療機関の外来診療、在宅医療、地域医療への貢献、公衆衛生等があって、それらを組み合わせると地域の医療提供体制になっている。かかりつけ医機能は、多くの医療機関が参画でき、地域を面で支えて医療が提供できることが重要。患者と医療者の信頼関係が瓦解する制度設計になると、医療現場に大きな混乱が生じて問題が大きい。
- ・今後85歳以上の高齢者が増加するので、かかりつけ医機能に参加する医療機関が重要になる。他方、医師の高齢化が進んでおり、多くの医療圏で開業医が減っていく。1号機能を厳格にしすぎると、結果的にかかりつけ医機能の議論が進まなくなる。かかりつけ医機能に参画する意向のある医療機関はできるだけ全て参画できるようにすることが重要。その上で、協議の場で、地域で足りない機能や、自院で担うことができる機能を考えながら、充実させていくことが重要。
- ・診療領域か症状かについて、診療領域では、患者がどの医療機関にかかれればよいか判断できない場合がある。症状なら、自分の症状ならどこの医療機関に診てもらえるかが理解できるようになるため、対応できる症状を報告することとすべき。症状によっては領域が複数にわたり、レベルによって一次診療が可能かが変わってくるので、患者の相談に応じるかどうかは患者視点では一番分かりやすい。
- ・診療科は標榜されているので、標榜されている診療科以外に、このような症状も診られるということを明らかにした方が、患者にとってプラスになる。
- ・かかりつけ医機能報告は、患者の適切な医療機関の選択に資することが最大の目的。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かが明確になれば、加入者に分かりやすい情報発信ができ、患者が医療機関を選ぶ際にも効果的。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案1が一番望ましい。症状の報告は難しいという意見もあるが、臨床研修の必修項目で頻度の高い症状の報告は可能ではないか。案2の別案のいずれかの症状だと、総合的な診療が担保されるのか疑問。案3は、どんな症状に対応するか分からないと、報告の目的が果たせない。
- ・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ことが書かれており、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のが理にかなっている。案3のように診療領域や症状の報告もないのでは、何のためのかかりつけ医機能報告なのか分からない。民間のアプリが症状で医療機関検索を行っている。かかりつけ医機能報告で、何らかの形で症状の報告を求めることが必須。
- ・かかりつけ医機能の役割に期待されるのは、病院や救急車の疲弊軽減と患者のQOLの向上。患者の医療機関の選択のため、報告は患者に分かりやすいことが重要。診療領域を出すのでは現状と変わらない。患者には、症状の方が分かりやすい。一次診療で全部診てほしいということではなく、実際に診療して難しい場合もある。患者からは、相談したらきちんと対応してくれて、診療して別の医療機関への引き継ぎも含めて責任感がある、信頼できることが最も大切。患者側の医療教育も重要。
- ・現場を預かる立場として、症状で区切るのとは分かりやすいようで現場ではそうではない。症状は主観的に受診者が訴えるもので、文化的、地域的なものがあり、症状で話を聞かすが、実際は異なることがある。症状よりも、診療科を示す方が分かりやすいのではないか。かかりつけ医は、身近にいて信頼できて相談しやすく知識を持った医師を患者が選ぶもの。1号機能はあまり絞るべきではなく、患者が1号機能の報告によりそれぞれの医療機関のできることを見て、医療機関を選ぶことが重要。
- ・症状から考えられる疾患は多岐にわたる。症状に対して、どれだけ対応できるか、一次対応でも初期対応でも、どの程度までできるのかは、医療機関にとって非常に判断が難しく、これによって手挙げがしにくくなることを考えると、将来変えていくことは考えられるが、初期においては、診療領域の報告がよい。
- ・35の症候を示すことは混乱を招くのではないか。患者が受診する際には複数の症状があり、背景には様々な原疾患があるので、一歩先で混乱していく可能性がある。どんな専門性を持っているのかや、相談しやすいという部分を明らかにした方がいいのではないか。
- ・一次診療と患者からの相談対応に分けたのは大変よい。患者がかかりつけ医を選ぶにあたり、幅広さと同時に、医師の専門性で判断されており、一次診療は、診療領域で示す方が分かりやすいのではないか。患者からの相談対応は、患者が自分の症状で困ったときに検索するというところで、症状でよいのではないか。
- ・案1の症候は医師免許を持つ全員が一定の判断をしなればいけない内容であるところ、特にしっかり診られる症候を挙げていただき、一方で、それ以外の症候を患者が相談できなくなることを防ぐため、案1と案2をバランスよく混ぜて、両方記載すべき。

令和6年5月24日「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」における主な意見②

- 1号機能は、医師の診療能力や資質、かかりつけ医になる意欲を聞くということであり、こういう機能があるということを報告してもらい、それが実際にできることを裏付ける担保を客観的にみて分かるように示すことが重要。どの症状や診療領域の対応はできるという報告して、実際にできることを医師会や学会の研修を受けていることで裏付ける、研修はクオリティーコントロールとして出す。現に十年も開業していて、患者との信頼関係もある医師であれば、実習は要らないので、制度的な座学をしていただければよく、研修の中身で対応できる。多くの医師にかかりつけ医機能に参画してもらうなら、医療界で研修を充実することが重要。今回の法律は継続的に医療を要する者を対象にしているが、将来的には、これから病気になる者も重要になり、幅広く多くの医師が参画する仕組みとするのではないかと。
- 大事なのは案2の④で、医師の専門性には濃淡があるので、患者からの相談の対応可能の有無の報告が重要。患者がきたら必ず受ける、自分ができることはやる、必要があれば専門機関につなぐという、地域の医師や医療機関と協力して解決策を提供することが重要。
- 精神疾患のある高齢者が増えると、身体合併症が出てきたとき、どのように他の診療科と照らし合わせるのか、相談するのかが大きな課題。医療機関間の連携が取れるような表記が必要ではないか。
- 障害者の立場から、原疾患がある場合は、専門の医師からアドバイスをいただいているが、高齢化に伴って生活習慣病等にもなりやすいと思っている。身近な地域に障害者も診ていただける医師がいることは心強く、身近な地域に症状についていろいろ相談できる医師がいることが重要。
- 患者が自らの症状等に応じて最善の治療を受けるための医療機関の選択の判断材料となる情報が必要。医師、外来看護師、専門看護師等の数だけでなく、専門領域、具体的に提供できるケアや支援という情報も必要ではないか。
- 総合的な診療を担保するため、かかりつけ医機能研修の修了者や総合診療専門医の配置は報告事項に入れるべき。
- 研修したらすぐに診療できるのかというと、自己研鑽や経験を積み重ねて、しっかりとした診療ができるもの。研修修了者でないと手挙げができないのは、高齢者の増加に対して、より多くの医療機関がかかりつけとなることが重要である中で、手挙げがしにくくなる。研修を修了しているかどうかを報告して可視化すれば、患者の医療機関の選択に資するのではないかと。
- 研修を受けていないと報告できないという報告の要件にはすべきではない。研修自体をどうブラッシュアップしていくのか検討した上で、徐々に必須とすべきか検討することが必要。研修を受けていないだけで報告ができなくなると、患者とかかりつけ医の関係からマイナス面が大きい。

(2号機能「通常の診療時間外の診療」「入退院時の支援」「在宅医療の提供」「介護サービス等と連携した医療提供」、その他の報告事項)

- かかりつけ医機能として、地域で時間外や休日などをどうしていくかを考えると、多くの人が参画して面での地域連携を作っていくため、2号機能の報告、議論が重要になってくる。その上で、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所が重要になってくる。
- 2号機能で、関係する診療報酬項目の算定状況を報告事項に入れることは重要。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、医療機関の入力の負担を軽くすることが重要。
- 時間外対応加算は体制を評価するものであり、実際の診療を評価する時間外加算、深夜加算、休日加算の算定実績も報告が必要。
- 地域医療の質の向上という点で、2号機能は非常に重要。入退院支援では、入院によって、かかりつけの医師との関わりが離れてしまうことが往々にある。退院ルールのような地域の仕組みにかかりつけ医も関与していく仕掛けが重要ではないか。
- ACPの実施状況の報告は、実施の有無という二択ではなく、実態が見えるような報告内容が重要。
- ACPIについて、今回の診療報酬改定で、ACPの実施とともに、他事業所や多職種での情報共有も評価されることになったので、実績等も報告することが重要。
- 学生・研修医・リカレント教育等の教育活動は、やる気・積極性があることが分かるので、国民は知りたい情報。今後担う意向の有無も報告事項に入れるべき。
- 市町村の立場からも、今後の在宅医療ニーズに対応した体制確保の検討のため、今後担う意向の有無を把握することは必要。
- 今後担う意向の有無が報告事項になっているが、現在機能がある場合に、将来続けていく意向の有無も報告事項とすべきではないか。
- かかりつけ医機能を支援する医療機関は非常に重要であり、ガイドラインでモデルを提示するだけでなく、報告事項の中に位置付けてはどうか。

【かかりつけ医機能報告の対象医療機関】

- ・地域医療支援病院で、かつ、かかりつけ医機能を担うということが認められるということによいか。
- ・健診だけやっていて、一般の診療をやっていない医療機関は、対象医療機関から除いた方がよいのではないか。
- ・かかりつけ医機能を担う意思と能力がある医療機関に手挙げをしてもらうことからすると、かかりつけ医機能を担う意向がない医療機関に機能はないという報告を求める法律の立て付けに問題があるのではないか。

【協議の場】

- ・市町村の立場から、地域の協議の場について、テーマに応じて市町村単位、二次医療圏単位、都道府県単位など、協議の場を重層的に設定することに賛成。参加者について、協議テーマに応じて、市町村も参加者として、都道府県が市町村と調整して決定することに賛成。市町村は、住民アンケート等を通じて自らの市町村の実態を把握して、協議に臨み発言するなど、主体的に関わることが重要。在宅医療・介護連携推進事業の中で、市町村はすでに在宅医療に取り組んでおり、在宅医療提供体制の充実は今後市町村が取り組むべき中核的な仕事。国は積極的に取り組む市町村を支援してほしい。
- ・市町村が協議の場に入ることはとてもよい。多くの市町村は医療に関して当事者意識が薄いので、当事者意識を持って関与してもらう施策をセットにする必要。
- ・入院は二次医療圏単位でよいが、外来は市町村単位で議論して、連携を取って役割分担を進めていくことが必要。医療機関が少ない町村もあり、そのような地域では保健所等が主体となり市町村と連携を図りながら対応するなど、人口規模、医療機関数等を踏まえ、柔軟に体制が考えられる仕組みがよい。
- ・介護や福祉との連携を考えると、都道府県だけではなく、市町村や地域医師会等の関与を大きくしていくとよいのではないか。
- ・個々のかかりつけ医機能報告は、各医療機関の点の情報であり、線をつないで面にしていくコーディネーターが必要。協議の場で目指すべき全体像を共有し、足りない部分を検討するという、デザインができる参加者、権限、体制が重要。在宅や地域医療を考える圏域、入院を考える圏域など、レイヤーで計画をつくっていくので、地域医療構想の話につながっていく。

【患者等への説明】

- ・説明方法について、電子的な方法は必要。外来等でも患者等から求めれば治療計画等が文書やメール等で交付されることを国民に周知する必要。
- ・一定期間の継続的な医療提供として、生活習慣病等を想定して4か月と思うが、運用の実態を踏まえ、必要があれば基準の見直しも検討してもよいのではないか。

【教育や研修の充実】

- ・実地研修もちろん大事であるが、現場で働いている忙しい者を考えると、効果的なドリル、症例ベースの研修として、学びたい人が学びたい分野をしっかり学べるデジタル教材をつくっていくべき。医師のみならず、多職種も勉強できるデジタルシステムがよい。
- ・かかりつけ医機能を担う全ての医師向けの研修として、eラーニングなどで自ら学べるものを作り、全体を底上げすることが重要。また、他の科から総合診療の分野に移行して、かかりつけ医機能を支援する医療機関に従事する医師になるような研修も重要。
- ・実地研修の場を提供する医療機関について、かかりつけ医機能報告を通じて確認することは重要。かかりつけ医機能の制度整備はそれなりに時間を要するものであり、いかに人材育成をするか、医療機関に人材育成の協力を得られるかということは重要なポイント。
- ・大学を含む医学教育で、かかりつけ医機能の教育を強化することを入れるべき。
- ・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重要。看護の立場からは、在宅医療を担う者は、意思決定支援、多職種連携、退院支援、社会資源の知識・活用など、多くのことを学ぶことが重要。研修の場の整備に関して、多職種も含めて検討が必要。

【かかりつけ医機能報告】

- ・制度整備に際して重要なのは、国民・患者目線で医療がよりよいものになったと感ずることができるかどうか。患者にとっては、どんな症状を診てもらえるかという情報が重要で、対応可能な症状が報告される制度とすべき。一定の症状への対応を求めることによって、医療機関も自らが担うかかりつけ医機能を強化するよう、改善努力が働く。国民・患者から見た医療サービスの質の向上につながる。診療領域の報告では、診療科を表示している現状と変わらない。
- ・案1のように一定の症状に対して一次診療が行えるかどうか、全社会議で議論してきたイメージに最も近い。案2のような診療領域を示すことは、既に診療科が提示されており、国民目線を見た場合には改革の成果がほとんど見えない。今回の改革が骨抜きになったと受け止められる。
- ・当構築会議の2022年報告書のとおり、日常的に高い頻度で発生する疾患、症状について幅広く対応することがかかりつけ医機能として求められることを踏まえると、一定以上の症状に対応できるという案1が趣旨に合致する。民間の医療機関検索アプリでは、症状で選ぶ形になっており、かかりつけ医機能報告の報告事項の中に症状が入っていないことはあり得ない。また、案2の②のように、かかりつけ医機能に関する研修の修了者や総合診療専門医がいることも報告事項とすべき。
- ・案2のどれかの診療領域について一次診療を行うことができるという基準だと、現状でも全ての医療機関は満たすので、今と何も変わらない。案1の一次診療の対応と併せて、案2の患者からの相談に応じるかを医療機関に報告していただくことがよいのではないか。相談に応じる中でニーズが多い症状が分かれば、勉強していただいて、よりよいかかりつけ医になっていただくことにつながるのではないか。
- ・大事なことは、何を報告するかより、実質的に報告の内容がどう担保されるかどうかということ。こういう診療を自分たちができると言ったときに、やる気があるかはそれで担保できるが、本当にできるかは別の問題。総合診療医の養成を進めたり、開業する先生方にリカレント教育を行ったり、医療側がスキルを確保して、国民に提示していくということが重要。研修をどうするかなど、医療側がどうやってかかりつけ医の養成に取り組むかが重要。その上で、案1、案2、案3とあるが、最も重要なのは、自身がどういうふう研修していくか、実力を高めていくかという医療機関側の努力と同時に、一次診療を超える部分、自分が専門的な診療ができない部分について確実に専門の医療機関につないでいくことができるかどうかということ。
- ・当構築会議の報告書には「幅広く対応」というのがあり、「幅広く対応」を強く意識した形の案1、そして、案2の②の研修と④の患者からの相談を複合した形で考えることが我々から言うところ。患者からの相談対応、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複合した形で考えるのが合意点ではないか。
- ・2号機能については、算定状況の報告が非常に重要なポイント。

【教育や研修の充実】

- ・かかりつけ医が期待される機能を発揮するためには、医師の教育、研修が重要。「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」ということは非常に高度なことであり、どのようにこうした医師を全国的に増やすことができるのかという点は重要。
- ・かかりつけ医機能を発揮するためには、幅広い診療領域について全人的に診療できる医師が必要。そのためには、学部教育の段階から意識づけ、方向づけが必要であり、大学との連携が一層重要。
- ・かかりつけ医がいろいろな形で相談に乗ってつないでくれる機能が必要であり、そうした研修を受けられた医師の方がなっていくことが必要。

【かかりつけ医機能報告】

- ・住民の立場から求めているのは、いわば断らない医療。重篤な症状でない限り、門前払いをせずに気持ちよく診察をしてくれる、相談に乗ってくれるという機能こそがかかりつけ医の本質。自分が診断、治療までできない場合は責任を持ってしかるべき医療機関につなぐこともかかりつけ医の機能。その上で、患者は症状で訴えることになり、1号機能の報告は症状が基本。症状を例示して、まず来て下さいということを書いているのがかかりつけ医であり、それが明らかにすることで十分。
- ・町村は、そもそも医療機関が少ない。1号機能を厳格にし過ぎると、かかりつけ医の医療機関がない地域とも受け取られかねないので注意が必要。
- ・地域によって医療の偏りもあるため、このかかりつけ医機能報告による影響でかかりつけ医がなくなったり、医療を受けにくくなるような配慮すべき。
- ・かかりつけ医を探している方がどういう情報をほしいと思っているかを考えると、受診する慢性疾患以外にどんなことなら診てもらえるのか、花粉症、更年期、認知症、腰痛も含めて診てもらえるのかなど、症状の提示がある方が分かりやすい。診療領域がいいという意見もあるが、診療科は標榜されており、それ以外の診療領域が出てくると患者は混乱するのではないか。また、研修の修了をかかりつけ医機能の要件にするのではなく、修了者の有無を明確にすれば足りるのではないか。
- ・患者の医療機関の選択に役に立つものでなければ、今回の制度整備を果たしたとは言えず、一定以上の症状に対して一次診療が可能であることは1号機能の不可欠な要素であり、案1が妥当。診療領域の報告だけでは、診療科と大きな違いがない。案2の別案で、いずれかの症状では、総合的な診療という1号機能の定義を満たしているのか甚だ疑問。各症状の全てを自院のみで最後まで完結することを求めているわけではないという前提で、案1を軸に議論すべき。研修によって医療の質を担保することが重要であり、報告制度によって地域の実態が見える化した上で、条件を満たす医療機関が増えてくることが患者の選択につながる。
- ・患者が医療機関を選択する際に役立つものにするには、症状を報告した方が分かりやすい。また、一定の水準をクリアすることが患者の安心につながることから、案2のように、かかりつけ医機能に関する研修は必要。
- ・治し支える医療においては、コモンディーズへの診療、臓器別でない総合的・全人的な対応ができることが重要。また、24時間365日対応ができることが重要。患者から見たときに、自分の症状があっても、どの診療科にかかればよいか分からず、どこかに相談したいと思う。複数の診療領域の医師や医療機関が対応するにせよ、その患者の生活や抱えている傷病の全体をオーバービューできる医師、医療機関が必要。
- ・地域で不足する機能等を把握した上で地域で必要なかかりつけ医機能を連携等で確保できることが目的であり、多くの医療機関が参画できる制度設計にすべき。1号機能を絞ることは制度の目的としてよくない。患者が考える症状と医師が考える症状は大きな差がでる。症状の裏に隠れている疾患は多岐にわたる場合が多く、患者との間にトラブルが起こる。診療領域の報告の方がよい。患者が医療機関を選ぶ一番の理由は、医師に何でも聞いて相談できること。相談できて、その医療機関に機能がなくても、連携によって他院を紹介することで、地域で面として支えられれば、地域の患者には問題なくかかりつけ医機能が確保できているということ。
- ・1号機能を報告しないと、2号機能が報告できない。多くの医療機関に手を挙げてもらい、地域で何が足りないのか等を議論するのが重要であって、1号機能で絞るべきではない。患者の訴える症状と医師の判断する症状には乖離があり、症状の報告では困乱を招く。自分の専門性を高めた上で開業する医師が多く、地域で医療をやっていると広い領域を診られるようになるため、標榜科と、かかりつけ医が診られる分野はイコールでない。1号機能では診られる分野を示し、それを住民が見て選ぶことが重要。
- ・診断をつける責任が伴うため、案1の症状の報告は難しい。医師は症状を診ながら診断をしていくが、診療領域ごとの色々な判断があり、案2に近い形で検討すべき。研修については、研修を受けなくてもかかりつけ医として対応できる医師もおり、研修修了の有無の案3がよい。
- ・患者の訴える症状と、医学的に見る症状は必ずしも一致しない。症状を聞いて、どういう疾患が考えられるか、どの検査が必要か、検査結果をみて、疾患を判断し、当該医療機関で治療が可能であれば行い、専門とは違う場合はしかるべき医療機関に紹介するということが一次診療であることを、患者に理解してもらう必要。案2のような形で広げるか、案1であればその点を十分周知して誤解がないようにすべき。
- ・症状の原因は多々あるわけで、医療者はそれを患者に説明して、自分のところに対応するか、できない場合は連携医療機関や高度医療機関に送ったりする。患者が症状の報告を見て、何でもできるだろうと思ったら大間違い。案1は医療の中身と違ってくるおそれがあり、案2の方がよいと考える。
- ・かかりつけ医機能を持つ医療機関の垣根を高くして絞るのではなく、かかりつけ医機能を持つ医療機関を増やして、地域医療のために多くの医療機関が参画して、総力戦で地域に当たっていく必要。案1の症状は医師免許を持った人はできて当たり前という考えでないと、医師臨床研修を否定することになる。少し自信がない方はかかりつけ医研修を受けて補填していただく方向だと思うが、かかりつけ医研修や総合診療専門医を必須にすると、垣根は高くなるので、かかりつけ医研修を必須とすることは反対。
- ・診療時間内外問わず自院や他医療機関と連携して地域住民に対応すること、特定の領域に偏らない広範囲にわたる全人的医療や総合的な医学的管理を行うことが、かかりつけ医機能として重要。かかりつけ医機能が国民に理解されることを目的に、地域密着型医療機関という通称を検討してはどうか。
- ・在宅後方支援病院がかかりつけ医機能において重要であり、在支病だけではなく在宅後方支援病院についても記載すべき。

- ・医師、外来看護師、専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者の数については、どのような専門的なケアが受けられるかの情報も必要。専門領域や、具体的に提供できるケア、支援等も含めることが重要。
- ・障害者の対応を明示するようになっていただきたい。障害者というだけで門前払いされるケースがあり、苦勞している患者もいるということを踏まえるべき。
- ・かかりつけ医機能がなければ未来の医療や介護、在宅の姿は成り立たない。田舎では、診療所もなくなり、病院がかかりつけ医機能を發揮していることもある。患者にも症状や対処方法を理解してもらうことが重要。地域地域の事情にあわせてかかりつけ医機能と地域医療構想を検討していくべき。

【協議の場】

- ・かかりつけ医の議論は、二次医療圏ではなく、市町村の生活圏単位で議論されるべき。市町村が参加することに大賛成で、協議の場は県よりも市町村が主体となって設定されるべき。また、在宅医療を進めていく上では、多職種連携が不可欠で市町村の得意とするところ。地域医療介護総合確保基金などでの財政的支援もお願い。
- ・かかりつけ医機能の發揮には、調整や協議のコーディネーターが果たす役割が大きく、スキルアップに向けた研修や人的支援が乏しい地域でも連携できる仕組みが必要。
- ・薬局・薬剤師も外来在宅の医療提供体制の中で明示されなければ、都道府県、市区町村で判断がまちまちになる。協議の場の全てのテーマにおいて、医薬品提供体制も含めた枠組みを検討するとともに、参加者の例として、薬剤師や薬剤師会を明示するなど、抜け落ちないようお願いしたい。

【患者への説明】

- ・患者の求めがあれば文書や電子媒体でもらうことができるということを患者に説明することが重要。

【教育や研修の充実】

- ・総合診療を研修できる制度をつくっていくことがかかりつけ医養成のためには重要。養成のための資材の作成や実技指導についての支援をお願いしたい。
- ・かかりつけ医機能を構成する個々の医師の研鑽、診療能力に関する質の担保は不可欠。特に大病院から患者を逆紹介する仕組みを構築するためにも不可欠。研修の中身の議論をさらに詰めていただきたい。
- ・研修によって医療の質を担保することが重要。教育や研修の充実に向けて、実効的な仕組みになるように、関係団体に協力をお願いしたい。
- ・全人的な医療の必要性について、医師になる段階からの意識付けが重要で、臨床研修の地域医療研修を数か月に延長することも検討してほしい。
- ・多職種の教育や研修も重要。研修の場の整備に当たっては、看護職の研修等も検討してほしい。

【地方自治体への支援等】

- ・制度運用において都道府県に求められる役割は多い。実効ある運用を進めていくためにも、実務上の課題を踏まえた運用方法の整理が不可欠。都道府県と実務的な観点でのすり合わせを丁寧に行う必要がある。また、地方における準備調整には一定期間が必要で、具体的な制度内容について早期の提示が必要。専門的な知見に基づく技術的な支援や財政的な支援、都道府県等の人員体制を整備する場合の交付税措置等の地方の体制確保の環境整備も必要。
- ・町村部は、中山間地域や離島等の医療アクセス水準が低く、医師不足地域、無医地区、医療資源が不足している地域が多い。そういう現状も配慮しながら、持続可能な地域医療の構築に向け、限られた医師、看護師、医療機能等の活用を含めた検討など、地域の実情に応じた柔軟な制度設計としていただきたい。

【その他】

- ・かかりつけ医機能は国民に伝わって初めて意味をなすものであり、例えば、市町村の広報やホームページ等で、伝わりやすい情報提供を検討いただきたい。
- ・患者が医療機関を選択するにあたって、医療情報ネットに辿り着く導線や制度の使い方等の周知が必要。
- ・薬局における情報の医療機関等への提供や相互連携という観点からも、薬局情報等の標準化を進めるなど横断的に対応いただきたい。
- ・医療機関に限らず、夜間対応や複合ニーズへの対応を担う訪問看護事業所や看護小規模多機能型居宅介護事業、介護保険施設、薬局等がそれぞれの機能、役割を發揮し、地域全体で国民の健康を支える連携体制の構築が重要。
- ・来年これを施行するには拙速すぎる、準備が足りないのではないか。医師それぞれの能力や素質に応じた選択を尊重する考えも必要。