

2023-12-6 第2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 議事録抜粋
(香取構成員プレゼン及びプレゼンに対する質疑部分)

○永井座長 ありがとうございます。

では、まず構成員から説明をお願いいたします。

○香取構成員 香取でございます。

10分のプレゼンということなので、資料は大部なものを用意しましたが、御案内の先生方が多いと思うので、端折りながら進めたいと思います。

初めに、この分科会の親会議で私が出した資料の中に書いてある事柄なのですが、この問題を考える上では、地域包括ケアという上位概念を置いた上で考える必要があるということがあります。これは全世代型社会保障構築会議の報告の中でも位置づけられていることでありますし、本日、私の後にプレゼンされます池端先生が今年の1月に地域包括ケア学会でプレゼンされた中にも、やはり地域包括ケア構想の中にある地域医療、そして、病診連携、病病連携とかかりつけ医機能といった位置づけをされておられるということでございます。

その意味で言いますと、今回、医療法の改正の中でかかりつけ医の規定を置き、報告制度をつくったわけですが、本来であれば、地域包括ケアの構成要素としてのかかりつけ医というものを関係法令にもきちんと位置づけて、もうちょっと体系的な体制を組む必要があったのではないかと考えております。それはそれとして、医療法の中できちんと位置づけがされたというのは大きな進歩ですので、ここではそのことを議論するわけですが、この全体の中で位置づけという視点を常に持っていただきたいということでもあります。

何となれば、言うまでもなくかかりつけ医の機能の外縁は極めて広いということで、言うところの医療、療養の給付と言ってもいいですが、診療を超えた様々な機能や役割を持っている。医療法の中で議論する、あるいは医療の中で議論するということになりますと、どうしてもかかりつけ医機能の中の医療の部分だけが議論されるということになりますので、この点は常に意識しながら議論していただきたいと思うところであります。

つまり、今回の制度改正は第一歩であるという理解に立つべきだと思っています。

本日のプレゼンの内容に入ります。

かかりつけ医とかかりつけ医機能の議論をする場合は、これは医療システム全体に関わる広範な視点を含んでいるのだということを意識する必要があると思います。

まず、医療を提供する側の視点からすれば、これは地域医療構想の中で在宅医療やかかりつけ医をどのように位置づけるかという提供体制改革全体の議論に関わりますし、医療の機能分化・連携ということ言えば、地域の中でどのように地域完結型の医療、面で支える医療をつくっていくか、言い換えれば切れ目のない医療をどうやって実現するかという議論に関わります。さらには、医療を超えた包括的な支援を行う。まさにこれが地域包括ケアネットワークということになるわけですが、この視点で言えば、多職種連携とか多機関連携ということ

が問題になります。さらに、それを支える基盤としての情報連携、あるいはPHR、あるいは医療DXといったものがあるということになります。

他方、利用者側の視点からすれば、健保連や財界等が議論されていますが、無駄な医療を回避する、医療資源の効率的な利用という議論があります。この点は後で議論しますが、かかりつけ医の制度化は医療費の抑制にはつながらないということは明らかなので、この議論はそういうことよりは、我々が持っている医療の資源をいかに効率的に利用して、最適な費用で必要な医療をカバーするかということだろうと思います。その観点からすると、今のサービス利用の形のままで果たして2040年を支えられるか、という問題になります。サービスの利用とか選択、フリーアクセスを保障することと、無駄のない医療、適時適切な受診というものをいかに両立させるかということになろうかと思えます。

3点目は、この2つの上位概念というか、制度・政策の視点からすれば、健康管理・予防・治療／療養を通じた、いわば総合的・包括的な健康保障をしていく。その中でかかりつけ医・かかりつけ医機能の問題をどう考えるか。当然、この3つは相互に関連している。こういった視点の中で考える必要があるだろうということです。

このことを別の視点で申し上げますと、今回コロナ禍で日本の医療は随分頑張ったわけですが、幾つか構造的な問題、脆弱さというものが見えてきた。その中の一つがやはり地域と在宅の医療の弱さということだと思います。これは全世代型の報告書でも指摘されていますし、諸外国の例を見ても、ドイツのように、20分の19と言いますが、地域の開業医たちがコロナ患者を支えたことで病院崩壊を防いだということもあります。そういうことから考えますと、やはり地域医療、在宅というものをきちんと考えていかなければいけない。

高齢化社会における医療は、多くの方が言っているように、治すということから治し、支える医療に変わっていく。この観点から見ても、地域や在宅で高齢者、患者の生活を支えるという視点が大事になります。そう考えると、病院は直すということに特化した高次機能病院と、治し、支えるという形での在宅支援の地域密着の病院という形で恐らく機能のベクトルが分かれていく。後者について言えば、治し、支えるは医療だけではできないので、ここからも多職種連携とか地域のネットワークの結節点となるようなかかりつけ医の機能・役割が求められる。

3つ目は、先ほど言った医療需要の変化ということと医療資源が有限だということの中で、これをどのように効率的に組み合わせていくか。これは提供サイド、需要サイドそれぞれの視点があり、それを実現していくための基盤となる情報連携、医療DXのことがある。こういったことを頭に置きながら、この問題は考えていく必要があるだろうということでもあります。

ここから、幾つかの論点に分けて考えていきたいと思えます。ここに5つ書いておきました。

まず、かかりつけ医機能の重要性ということですが、これは、何度も申し上げますが、医療提供体制全体をどう改革していくかということの中で考える必要があるということです。在宅、地域を強化しておかないと、病院の負荷はますます大きくなりますし、これから、まだ高齢化は進みますので、医療需要、介護需要はまだ増大していく。そういう中で我々が持っている資源は有限ですから、それをどういうふうに効率的に使っていくか。そういう意味では、在宅とか

地域をきちんと強化していくということが、全体の提供体制の効率化や資源量の適正化につながる。全ての人にとってこれはウィンになるということでもあります。

このときに、かかりつけ医の議論、恐らくこの会議の中でもこの後問題になると思いますが、諸外国の医療提供体制の中で採用されているいわゆる制度化されたかかりつけ医というのが日本に導入できるかという議論になると思うのですが、私が実際に見てきた感覚で言えば、やはりそれぞれ医療提供体制は歴史的につられてきたものなので、構造的な違いがかなりあります。そこを頭に置きながら、参考にできる部分を参考にしていくという姿勢が要るのではないかと思います。

端的に言うと、今回のコロナ禍との関係で言えば、制度化されたかかりつけ医を持っている国のかかりつけ医はほとんどコロナには役に立っていないというのは厳然たる事実だったと私は思います。

2つ目は、医療を超えた様々な包括的で継続的な健康サービスを保障していくという観点です。今回、65歳以上の慢性疾患を持っている人の医療の提供ということでかかりつけ医を議論するわけですが、そのことだけを考えても、65歳以上の高齢者の多くの方々は複数の疾患を持っていますし、いわば病気の数だけ主治医がいるという状態になっているわけで、多受診とか多剤投与といったことは、確かに医療適正化の観点からも問題なのですが、患者にとって最適な医療を提供するという観点からも、複数の先生がそれぞれに関わって患者を診ているという状態を全体として最適化していかななくてはいけないということは必ずあるのだろうと思います。

さらに、医療以外の様々な生活ニーズもありますから、こういった全体を提供者側がきちんと連携して役割分担をして支えるという一種のゾーンディフェンスの体制というのがこれから求められていくのだろう。そうなりますと、それを真ん中で差配するハブ機能というのがどうしても求められるということになろうかと思います。介護保険ですとケアマネジャーという人がいて、十分かどうかという議論はありますが、主治医との連携の中でそういう役割を果たしているわけですが、医療の場合は制度的にそういったことが明確にされていない。実際には開業医の先生がいわば応用動作の中でこういう役割を担っておられるということになるので、これをどういう形で制度の中で位置づけていくかということになろうかと思います。

今日、隣に織田先生がいらっしゃいますけれども、これは織田先生からいただいたスライドですが、地域医療構想と地域包括ケアシステムというのは一体のものと考えべきだろうと思います。

次に、かかりつけ医機能についてですが、ざっくり言えば包括的・継続的な健康管理をするということになろうかと思います。ここに2013年の日医四病協の行動宣言の中に出てくる、かかりつけ医・かかりつけ医機能として求められているものをずっと書いたわけですが、これだけの様々な機能や役割が求められるということになります。

これを要素分解してみるとこんな感じになるのですが、総合診療能力や連携、あるいはネットワーク、地域包括ケアの参画、切れ目のない医療、そして、家族との信頼関係とかコミュニ

ケーション能力、様々なことが求められます。これを一人のお医者さんの能力問題と考えると、恐らく議論にならないのではないかと。つまり、総合診療能力でありますとか、common disease に対応するとか、患者との信頼関係あるいはコミュニケーション能力といった、個々のお医者さんの資質能力に関わるもの、そして、個々の医師の能力というよりは、機関としてのかかりつけ医医療機関、診療所あるいは地域の密着病院が機関として具備すべき機能に関わるもの、在宅医療とか夜間ができるとか、24時間対応できるとか、健康相談ができるとか、入退院支援ができる、紹介・逆紹介、あるいは連携等の機関の機能としての問題を分けて考える必要があるのだと思います。

この1と2、さらにそれぞれが機能するために、地域の中での協働を支えるインフラが要る。ネットワークをつくっていくこと、あるいは情報連携の基盤をつくっていくこと。こういったように分かれるのではないかと思います。

なので、これからかかりつけの機能を議論する場合も、全てを個々の医師の能力の問題であるとか個々の医師の心構えの問題であるとしてしまうと、制度はうまく機能しないのではないかと思います。個々の医師の資質能力は、これはこれで大事なのですが、このことによるだけではなくて、システムとしてこれが機能していくように、機関の機能をどう考えるか、それを支えるシステムをどう考えるかといった形で、論点を整理して考えていく。

さらに言えば、これは制度として動かすわけですから、どうやってファイナンスをするかということを考えないといけない。財源をどうするか、あるいは何に求めるかということと同時に考えないといけないということだろうと思います。

あとは飛ばしまして、在宅ですが、これは言うまでもなく、やはり在宅の重要性ということの中でこのかかりつけの議論を考えないといけないと思っています。私はずっと高齢者介護の問題に関わってきましたので、在宅でその人がその地域の中で最期まで生活し切るということが一番大事だろうと考えています。医療においてもそれは変わらないと思うので、「基本在宅時々入院」という言葉もありまように、医療は入院機能も含めて地域の人の生活を重層的に支えるという形が要るのだらうと思います。

その意味でも、やはりチームを組んでネットワークで支える。そのハブとして機能するかかりつけ医といったコンセプトが重要なのではないかと。単に診療所、単に病院ということだけではなくて、診療所、病院それぞれが在宅を重層的に支える。そして、様々な多職種・多機関との連携をしていくという全体的な流れの中で、かかりつけ医の機能の在り方というのを考えていくことではないかと思います。

次に、フリーアクセスの話ですが、これはちょっと難しい話になるので、この後の議論に譲ろうと思いますが、簡単に言うと、どこに受診すればいいのか、どういう医療機関にかかればいいのか、今、自分の状態はどうなのかということ、今のフリーアクセスの制度というのは患者本人の判断に全て任せているという形になっております。つまり、言葉は悪いですが、必要がないのに来る人もいれば、本当に医療にかからなくてはならないのに医療に来ない人もいます。そこをいわば差配してあげる人、相談してあげる人がいないというのが今のフリーア

クセスなので、今のフリーアクセスをよりよく機能させるという意味でも、その人の健康状態をきちんと見ながら、適切な受診についてガイドをするような役割というのは必要なのではないかと。よくゲートキーパーという表現がありますが、私はむしろゲートオープナーと言うべきだと思いますが、フリーアクセスの問題は少し時間をかけて議論した上で、かかりつけ医の機能との関係を考える必要があるかと思っています。

以上、整理しますと、まずは患者、国民の医療へのアクセスの保障というのを第一番に考えて、必要なときに必要な医療が受けられる、面で支える。地域完結型も同じ意味だと思うのですが、そういったものが確実に保障されるということを前提に、我々が今ある有限の医療介護資源でどうやってこの人たちの医療介護の需要を最も効率的にカバーできるシステムをつくっていく。そのための道具立ての重要な一つがこのかかりつけ医の機能の問題だと思いますし、そこがきちんと機能することによって、恐らく医療・介護のコストというものも最適化されるということだろうと。最適のコストで国民のニーズが保障できる、健康を守れるということだと思うのです。

この話は利用者（国民）にとっても、医療者にとっても、保険者にとっても、いわば利益は一致しているはずなので、利害対立はないという前提で議論する必要があるのではないかと考えています。

最後に、制度整備の話ですが、これは今お話したことの中に尽きますが、提供する側同士が患者について連携をしながら役割を果たしていくためには、情報がきちんと共有されている、一元化された患者情報が可視化されているということはどうしても必要なもので、今ばらばらに持っている情報が一元化され、集約されていて、患者の下にそれがあって、それぞれ医療提供機関がそれを見ることができるということは当然必要だということになります。これは、言ってみればこの制度を仕組む前提、いわば基盤ということになるので、これは個々の医療機関の問題というよりは、先ほど申し上げた制度・政策の中で基盤として整備していくということが必要だろうと思います。

同時に、この話は医師の働き方改革といいますが、医師の負担を軽減して業務の効率化ということにもつながりますし、これから人口減少や、医師や看護師の数が少なくなっていく中で、どうやって広域の患者さんを支えていくかという意味で、遠隔診療、オンライン診療はこれから議論していかざるを得ないことになるので、医療技術を現場に積極的に導入していくことは、かかりつけ医の普及と同時に考える必要があるだろうと思っています。

ここで一つ大事なことなのですが、かかりつけ医を持つか持たないか、あるいは誰を選ぶかというのは、行政が決めることでもないし、医療提供者が決めることでもないし、基本的には国民自身が決めることです。つまり、これは義務ではなくて、国民の権利だということです。かかりつけ医とかかかりつけ医機能を制度化するというのは、アクセスの保障というのをどういうふうにやっていくかということの中で議論されるべきことで、選択の権利を制限したり奪うというものではないということなので、その意味で言えば、情報管理にしてもそうですし、基本的には患者目線で物事を考えるというふうにしなないと恐らく機能しないだろうと思います。

この話をすると長くなるのでやめますけれども、例えば大病院志向があるとか重複受診がある。それはそれで問題なのですが、言ってみれば、その背景には、一人の患者の立場で考えれば、患者さんの不安というのが多分あるのだらうと思います。そういうところから考えれば、冒頭に戻りますけれども、医療機関あるいは医師との安定的な信頼関係というのがつくられることを通じて、恐らくこの問題は解決される。つまり、それがないと患者の行動は変えられないということになると思うので、やはり患者あるいは医師がそれぞれ自分の意思でかかりつけ医になる、あるいはかかりつけ医機能を担う、そういったかかりつけ医を患者が様々な形で選び取っていくという、一種自然な流れの中でつくられるようなものである必要がある。強制的に割り当てるとかというようなことをしても恐らくうまくいかないということになるのだらうと思います。

最後、お金の話ですが、今までずっとお話しした中で既に明らかだと思いますが、当然これは診療報酬という医療財源があるので、診療報酬の中できちんと評価をして手当をすることになるわけですが、当然ながら、今の診療報酬は医療の提供に係るものしか見ない。つまり、療養の給付ですから、保険事故が発生していないものには療養の給付はない。現にこういった役割を担っている先生方も、診療報酬で対価が払われていないことをたくさんやっているという現実があるわけです。ということから考えると、多くの人にこれをやってもらおうと考えるのであれば、実際のその機能・役割がどういうものなのか、それが現行制度の中でどういう役割を果たすのかということを考えながら財源のことを考える。費用の支払い方も考える、というふうにしなないといけない。診療報酬の議論をどうするかということから入ると、全体がうまくいかなくなるのではないかと思います。

最後に、今後取り組むべき課題ということで幾つか書きましたが、これは今まで申し上げたことの繰り返しなので繰り返しません。

最後に申し上げたいのは、2040年には高齢者は3900万人を超えます。本来であれば、全ての国民にかかりつけ医を持たせるようにという議論があるわけですが、それは措くとして、高齢者だけの今の議論を前提にしたとしても、3900万人の人に、希望する人にかかりつけ医が持てるようにすると考えると、それなりにかかりつけ医になれる人、なる人を確保していないといけないということになります。そうなりますと、それは今ある我々のリソースの中でそういったことを担ってくれる人たちをつくっていくということになりますので、ある意味志のある人、希望する人はかかりつけ医になっていっていただけるような流れをつくるというような視点も恐らく必要だらう。もちろん、誰でもなれるという議論ではありませんけれども、一方で、制度にしていくためには、それを支えるリソースを確保するという意味でも、そういう視点での議論が必要になるのではないかと思います。

私からは以上です。

○永井座長 ありがとうございます。

それでは、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。いかがでしょうか。

私から、最後のかかりつけ医機能は医療機関の連携・ネットワークで実装すると。ので、こ

れは、ネットワークをつくって、その中で名乗りを上げるというようなイメージでしょうか。

○香取構成員 これからの議論になろうかと思うのですが、私のイメージだと、かかりつけ医機能というのは一人の医師とか一つの医療機関だけで全ての機能が担えるということでは恐らくないのだろう。平成3年に医政局が作った事例集の中でも、かかりつけ医機能として求められるたくさんの機能がありますけれども、それぞれの地域によって、それを誰がどう担って全体としてカバーするかというのは、いろいろな組合せがあったのです。そういうことから考えると、地域のネットワークでそういったものを実現する。その中で、個々の患者さんにとって、いわばフロントに立って自分と関わってくれる機関というのが多分かかりつけ医療機関ということになって、実際の診療の中で、例えば急性増悪があって入院したり、転院したり、在宅に戻って介護のサービスを受けたり、いろいろな局面があってそれぞれの場面でさまざまなサービス提供者が関わっている。必要なことは様々な場面場面で必要な医療や介護のサービスが切れ目なく提供される、ということになるのではないかと。そう考えますと、既に開業医の先生が高齢化して非常に数が少なくなっていて、基幹病院しか残っていないような地域でこの問題をどう考えるかということと、東京のようにたくさんの医療機関があって、むしろ競合関係のようなところでどうやってネットワークをつくっていくか考えることとは、全然問題状況が違うので、同じようなルールではつukれないのだろうと思います。そういう意味では、現場現場で実際に患者さんと接している先生方がどういうふうに考えるかというのがどうしてもベースになる。そこはそうなるのだろうと私は考えております。

○永井座長 ありがとうございます。

では、ネットから今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 今村です。

かかりつけ医の香取さんのお考えの概念を少し確認させていただきたいのですけれども、お医者さんは専門医であっても、ずっと診ていればかかりつけ医だと考えていると思うのですけれども、その中で総合医的な人も、それはそう動いている専門的な医師だと考えている流れもあります。その中で、香取構成員としては、そういう今までの流れの総合医的な方がかかりつけ医なのか、それか、今御提案いただいているようなことを包括的にできるかというのはかなりの作業量を一人でこなせる方にもなりますけれども、そういう人が新たな概念として必要だということなののでしょうか。そこら辺のところを教えていただければと思います。

○香取構成員 その議論は随分されるのですが、少し区分けして議論したほうがいいと思ったので、医師個人の資質能力をどう考えるかということと、医療提供体制の中で個々の医療機関、かかりつけ医療機関となる機関がどういう機能を持っていないといけないかというのを少し整理しましょうと私は御提案申し上げています。

当然ながら、いわゆる総合診療、common diseaseに対応できるという意味で言えば、かかりつけ医となる方には、一定の幅の広い診療が入り口でできるということが医師の能力として求められると思います。それをどこまで要求するかというのはむしろ医療界の方で考えていただきたいのですが、自分は膝関節しか診ないので、それ以外のこと分かりません、診ません

し、診られないし、診る気もありません、自分は専門外来でいきますという先生方は、そういう診療の役割分担ということなのだろうと思いますし、まさに今議論しているような、開業医としてそういった方々を入り口として幅広く診ますということをやっていただけるというのであれば、それはそういうことだし、それをやるためにどういう能力が要求されるか、あるいはどういう研修をしていただくかというのは医療界自身が考えることだと思います。

それとは別に、例えば24時間対応できるとか、病診連携のシステムが組めているとか、あるいは入院・転退院、紹介・逆紹介がシステマティックにできているかどうかとかというのは、医療機関としてそれができるとかどうかということになるので、機関としてそういう機能を装備する。ソロプラクティスだと一医療機関に医師は一人なのでこれはイコールになるので、一人で24時間できますかという話になってしまうのですけれども、そこはむしろ医と機関と分けて考えて、そういう機能を地域の中で担おうと思えば、おのずとチームを組んだり連携したりという形によってそれを実現することになるので、その形をどうやってつくっていくかと考えればいいと私は思っています。

総合診療医は正しいと思いますが、これから養成しても、恐らく2040年に何万という数の人が養成されるわけではないので、やはり今、病院や地域で働いている先生方にある程度こういうものを担っていただくという方向を考えないと、一定の数は確保できないということになるのではないかと思います。

○今村構成員 分かりました。個人の資質プラス機関としての能力を上乗せしないと難しいということと理解しました。ありがとうございます。

○永井座長 ほかによろしいでしょうか。

城守構成員。それから、土居構成員。

○城守構成員 ありがとうございます。

今の御質問と若干かぶるのですけれども、今、先生に御説明していただいたかかりつけ医機能は非常に幅広いですよね。先生もこれを一人で持つことはなかなか難しいというお話で、これを地域で面として伝えるということは私もそうだなと思っているわけですが、先ほどから、やはりドクターが誰でもかかりつけ医になれるわけではない。また、今、今村先生の御質問に対してのお答えでも、一定程度を養成する必要があるというお話をお聞きすると、やはりハブ機能としての役割をする先生が一定の要件を満たさないと、それはかかりつけのお医者さんとして先生は認めないという理解でよろしいのでしょうか。

○香取構成員 今申し上げたように、医と機関とを分けると考えて、医についても機関についてもそうですが、それぞれの地域でどの機関がどういう機能・役割を果たすのか、果たすことができるかを考える、ということだと思うのですが、まず一つは、医療機関なりお医者さんにこういうかかりつけ医機能、かかりつけ医としての役割を担う意思があるかどうかということがまずありますよね。専門的な外来をやっている先生方であれば、自分はそれでやるというお考えの先生もいるでしょうし、そこは先生方がどのようにお考えになるかというのがまず一つある。

もう一つは、患者の側が選ぶわけですから、患者が選ぶときに、患者が選択をするということを前提に、こういう言い方をするとあれですが、患者に選ばれる医療機関になるということになるのだと思うのです。そうすると、どの程度の能力というか総合診療能力を求めるかというのは、さっき申し上げましたけれども最終的に医療界自身が決めることだと思いますし、それを患者側に提示して、患者がその中で選ぶということになるのだと思います。行政が認定するとかということではなくて、患者が選択するという事の中で医療機関が自ら、こういう言い方すると申し訳ないのですけれども、やはり自身で研鑽を積む、かかりつけ医として選ばれるような医師や機関を養成するというか、研修するというか、資質を向上していくということをしていく中で選ばれていくということになるのではないかと思います。

いずれにしても、仮に行政がそういう枠づけをしても、現状のフリーアクセスの下では、患者さんは気に入らなければ変えてしまうでしょうし、頼りにならなければ飛ばして大病院に行ってしまうということが起こってしまうので、やはりそういうことにならないようにするという事なのだろうと私は思っているのです、誰かが認めるとか認めないとか、そういう仕組みにしないほうがいいと思っています。

○永井座長 城守構成員、手短にお願いします。

○城守構成員 先生、確かにドクターが研修をしていって診療の幅を広げるということは重要な点であろうとは思いますが、ただ、これから先生もおっしゃられた高齢者が非常に増えるという中において、フリーアクセスを担保するという意味においても、何かこういう機能を持っていないとかかりつけの先生になれないということであれば、これは逆にフリーアクセスの障害にもつながることになりますので、そういう意味においては、やはりそこはもう少し議論が必要なのではないかなと思います。

○永井座長 土居構成員、お願いします。

○土居構成員 お時間もないということなので、コメントを申し上げるということだけさせていただきます。

香取構成員とは全世代型社会保障構築会議の報告書を取りまとめるところで御一緒させていただいていたので、その報告書に基づいたところでのかかりつけ医機能という話は私としても同意ということです。

特に地域包括ケアの概念というものの中でかかりつけ医機能を実装していくということは、私もそのとおりだと思うのですけれども、高齢者のためだけにならないようにする。地域包括ケアというのは高齢者だけのためではないとは思いますが、割と高齢者に軸足がある仕組みということですので、それはそれでいいのですが、かかりつけ医機能というのは高齢者だけのためではないと思いますから、そこは今後の議論の中でよりフォーカスを広げていくことは必要かと思っています。

最後に1点だけなのですが、御発言の中で、パンデミックの中でGPが制度化されている国ではうまく機能しなかったというような御発言があったのですが、御発表資料の後ろのほうの52ページ、53ページでイギリスの事例を挙げておられて、確かに実際に御訪問されたの

で、そのとおりにお書きになっておられると思うのですが、私、実際に行っていない人間でありながら、学術論文とかレポートとかを拝見していると、若干こちらに書かれていることと違うところがあるなと思って、どちらが正しいのかよく分からないものですから、香取構成員のこの資料の中で、より客観的な文献でどういうものに基づいてこの52ページ、53ページに書かれておられるかというところの根拠を後ほど結構ですので教えていただきたいなと思いますし、事務局におかれても、イギリス、ほかの国の例で学術的な根拠を持ってGPとか家庭医がどういふふうに機能しているということとされているのかというところ、ぜひとも俗説ではなくて客観的な文献に基づく資料を御提示いただけると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。