

医療法第三十条の十八の四第一項に規定するかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第八に掲げる事項のうち、厚生労働大臣の定めるもの（案）に関する意見募集の結果について

令和7年3月31日
厚生労働省医政局総務課

医療法第三十条の十八の四第一項に規定するかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第八に掲げる事項のうち、厚生労働大臣の定めるもの（案）について、令和7年1月28日（火）から同年2月27日（木）まで御意見を募集したところ、2件の御意見をいただきました。

お寄せいただいた御意見とそれに対する考え方について、以下のとおり取りまとめましたので、公表いたします。

皆様の御協力に深く御礼申し上げますとともに、今後とも厚生労働行政の推進に御協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

No.	案に対する御意見	御意見に対する厚生労働省の考え方
1	【提案】 「一次診療に関する報告できる疾患案」に、頭痛や腰痛などの個別の疾患ではなく、「慢性痛」という疾患単位として登録する。 【提案の理由】 1. 慢性痛は common disease であり、社会経済的な影響は極めて大きいため。	かかりつけ医機能報告制度に基づく報告事項のうち、「一次診療において対応することができる疾患等」については、「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「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた議論の整理」(令和6年7月31日)等を踏まえて設定したものです。また、本告示において具体的に規定しない疾患等についても、「かかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が一次診療を行うことが

令和4年の国民生活基礎調査によれば、腰痛の有訴者率は人口の約10%である。また、日本国内を対象とした様々な調査研究でも、慢性痛の有病率は人口の約20%、2,000万人以上とされている。さらに、慢性痛による経済的損失は、医療費、生産性への影響（プレゼンティーズムも考慮）、家族への影響（介護や付き添い）なども含めると毎年数兆円以上と推計されている。これらに対しては、プライマリーケアレベルでの対処が不可欠である。 2. 慢性痛に対してかかりつけ医レベルで適切な診療を提供できるようにするため。 a. 日本の慢性痛診療体制は先進諸外国の中で最も遅れており、不適切・不必要な検査や治療によって、慢性痛患者の状態を悪化させている場合も少なくない（YouTubeチャンネル「北原先生の痛み塾」特別編 日本における慢性痛対策の必要性 https://www.youtube.com/watch?v=SNvA75xDw6c 参照）。 例えば、慢性痛のほとんどは原因不明であり、組織の炎症が原因であることは少ない。したがって、炎症に伴う痛みには有効な非ステロイド性「抗炎症」薬（NSAIDs）は理論的にほとんど効果がないはずである。しかし、臨床現場ではNSAIDsが長期（数か月？数年）にわたって漫然と投与されている例が多い。しかも、NSAIDsは消化管障害、腎障	できる疾患として報告することが適当であると判断するもの」として、幅広く報告できることとなっています。
--	---

	害、凝固機能障害などの副作用が起きる危険性も高く、実際にそれらの副作用で苦しんでいる患者もいる。 b. 慢性痛に対しては、一般的に薬物療法の効果は少なく（最も有効な薬剤でも、痛みが半減するには $NNT \div 3.6$ という研究がある）、日常生活習慣の改善（禁煙、節酒、適切な体重管理、日常生活時間帯の適正化 など）、適切な運動療法の指導、ストレスマネジメント法の指導などが予防にも治療にも有効とされる。これらはまさにプライマリーケアレベルで対処すべき内容である。 3. 現在あげられている対象 40 疾患の中に、慢性痛に強い関連があるものは既に多く含まれているが、対策は不十分であるため。 頭痛と腰痛は明確な慢性痛疾患であるが、末梢神経障害、関節症、頸肩腕症候群もしばしば痛みを主訴とする疾患である。また、糖尿病、骨粗しょう症、がんは慢性の痛みが患者の ADL/QOL を著しく損なう危険性がある。例えば、がんサバイバーが苦しむ慢性痛への対処は、世界的にもホット・トピックとなっている。 日本で毎年約 10 万人が新規に罹患する乳がんは、長期生存率が高い。一方、乳房切除後疼痛症候群と呼ばれる乳がん切除後の痛みは、手術を受けた患者の 2 割（毎年約 2 万人）以上に起こるとされ、長期生存率が高いからこそ長期間にわたり患者の ADL/QOL を下げることとなる。乳房切除	
--	---	--

	後疼痛症候群は女性の社会参画への面からも欧米では大きな問題とされ対策が進んでいるが、日本では前述の慢性痛診療体制の遅れもあり、専門医（ジェンダー特異的であることから、女性の医療者の方が望ましい）は日本全体で数えるほどしかない。 それ以外の疾患でも多かれ少なかれ、慢性痛への対処が必要になるものが多い。 4. 「慢性痛」が、国際的に独立の疾患概念として認められているため。 2022 年に発効した国際疾病分類第 11 版（ICD-11）では、慢性痛が初めて独立した疾患分類として認識された。ICD-11 の分類では「慢性一次性疼痛」に分類される多くの慢性痛では、痛みを起こす要因となるような基礎疾患や組織障害が明らかでないにもかかわらず、患者の ADL/QOL を損ねることが問題となる。現在の 40 疾患にあげられている中で、腰痛はその 8 割以上が原因不明の非特異的腰痛症とされ慢性一次性疼痛に分類される。また頭痛も、片頭痛の機序が少しずつ解明されているとはいえ、ほとんどが慢性一次性疼痛に分類される。	
2	以下、「2 改正の概要」について意見を行う。 改正後医療法第 30 条の 18 の 4 第 1 項第 1 号に規定する機能に関する事項について、	かかりつけ医機能報告制度に基づく報告事項のうち、「一次診療において対応することができる疾患等」については、「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「かかりつけ医機能が発揮され

・報告する一次診療において対応することができる疾患等として（略） この中の「統合失調症」については不適切ではないかと考える。 その診療については専門性が必要なはずであり、またそれなりに慎重に診察を行うべきはずであるが、加えて「統合失調症」扱い・呼ばわりというのは行為として注意すべきものであるはずである。 かかりつけ医がそのような疑いがある事について来院者に伝えるのは不可ではないとしても（※制度とは関わり無く）、他機関に報告するというのは不適切であると考ええる。（なお、かかりつけ医にも性質の悪い者がそれなりに数多くいると思われるが（※なお、健康保険制度他医療関係の法制度に関しての逸脱を行うような者などは既に性質の悪い者の範疇に入ると言えよう。もちろん、適切に診療録の作成をしない者なども当然にそうである。）、そのような者達によつての市民への嫌がらせの手段（※医師も医療機関も厚生労働省等も、そういう事をするというのはありえるものであろう。）として用いられる危険性がかなり高いのではないかと疑うし、よろしくない人間が仕組むような陰謀に用いられる危険性もあるのではないかと考える。精神科病院への不適切な強制入院やそこからの退院・待遇改善が不適切に不可能な事態などはいまだに発生し続けているものと思われるが、統合失調症をこのリストの中	る制度の施行に向けた議論の整理」(令和6年7月31日)等を踏まえて設定したものです。 かかりつけ医機能報告を行う医療機関に精神科を標榜する医療機関が含まれることを踏まえると、統合失調症等の精神疾患が一次診療において対応することができる疾患等に含まれることには一定の合理性があるものと考えております。
---	---

	に入れてしまうのは、そのような事態の危険性がぐっと増す制度であると考える。) 統合失調症についてはこのリストから取り除かれない。 (一般的感覚から言っても違和感があるものであり、その診療や社会的扱いの性質について考えても不適切と思われる。)	
--	---	--