

いと自信を持って言えます。ところが、政策提言とか医療提供体制への働きかけは、ヨーロッパ等に比べると若干弱いかなと。

なぜ弱いかというと、理由がここに書いてありますけれども、保険者が細分化されている。保険者数が3,200もあれば、なかなか意見をまとめるのは大変です。それから、医療提供体制に関する情報が、情報量が非対称になっていますので、相対的に不足している。それから協会けんぽは、もともと政管けんぽ、国の機関で、公法人化されてからまだ6～7年しか経っておりません。それから、国と地方の権限が不明瞭というのは、佐藤先生の話でも、トップダウンかどうかという議論がございましたけれども、国がリーダーシップをとらなければいけない部分が非常に多くあるわけですね。診療報酬などはまさにそうですけれども、一方では、地域医療構想のように都道府県がリーダーシップをとらなければいけないものもあるんですね。その辺の権限がどうなっているのかよくわからないという状況が、現実ではないかなと思っております。

〔(5)医療制度におけるガバナンス強化、今後の方向性〕

ということで、ここにいろいろ書いておりますけれども、今後、ガバナンスの強化といった場合には、何をやるんだ。本日のテーマは国民主体の医療ということですが、私の感じは、日本の医療は国民主体過ぎるからガバナンスが効いてない。よく言われるフリーアクセスですね。これは欧米では普通考えられないわけですが、風邪をひいて大学病院に行く。それはフリーアクセスです。これを、

健康保険。みらいのために、今、変えよう。
おしめの健保プロジェクト

(5)医療制度におけるガバナンス強化、今後の方向性

- ①国民への情報提供・啓発(制度、財政、医療、健康)
- ②政策決定過程、保険者運営への「当事者」の関与促進
- ③行政権限の適切な行使と強化

健康保険組合連合会 24

では、ガバナンスを効かせてという、ある意味、国民の自由度を若干制限しなければいけないということになります。

これは、今、島崎先生の話ではないですけれども、医療保険制度の危機的状況ということを考えれば、ガバナンスを効かせる方向に、あるいは若干統制を強めるような方向に少し方向転換をしていかなければいけない、そういう時期かと考えております。あとはディスカッションのなかで意見を述べさせていただきます。

ご清聴、大変ありがとうございました。(拍手)

山田 隆司 氏（公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所 所長、注4）

「国民主体の医療制度構築に向けて—高齢者医療と総合診療医の役割—」



山田所長

それでは、早速、お話をさせていただきます。私のほうは、今までのお三方とは違って、医療提供者の一人なんですけれども、そういった立場から、今回は、総合診療医、国際的にはどちらかというと家庭医と呼ぶのが一般的なのですが、その紹介というか、今後のこういった医療提供体制の仕組みのキーになるのではないかなということで、今日、お招きにあずかって、そのご提案をすることになりました。

と申しましても、私は家庭医を目指してずっとやってきたわけではなくて、私の出生というか、もともとは自治医大という義務を持った大学の卒業生で、望んでというよりは、むしろ止むを得ずへき地の医療に従事したのが総合診療とのかかわりのきっかけということになります。へき地では医療資源や人的資源が限られていて、自分ひとりで何でもやらなければいけない。

〔診療の様子〕

スライドは私の若かりし日の診療の様子なんですけど、内科以外にも、ちょっとしたケガ、あるいは関節穿刺などの整形外科的な処置も行っていました。外来でやるような処置については、手術と違って専門的なトレーニングをしなくても、数カ月程度の外来でのトレーニングで対応できるようになります。

〔地域医療でのストレス〕

当初は実は、非常にストレスもありました。私の自治医大以外の友人は、若くして専門医の道を選んで早くから専門的なトレーニングをしているのに、私はお年寄りの腰痛や風邪、高血圧を診るだけという毎日に非常にストレスを持っていたんです。

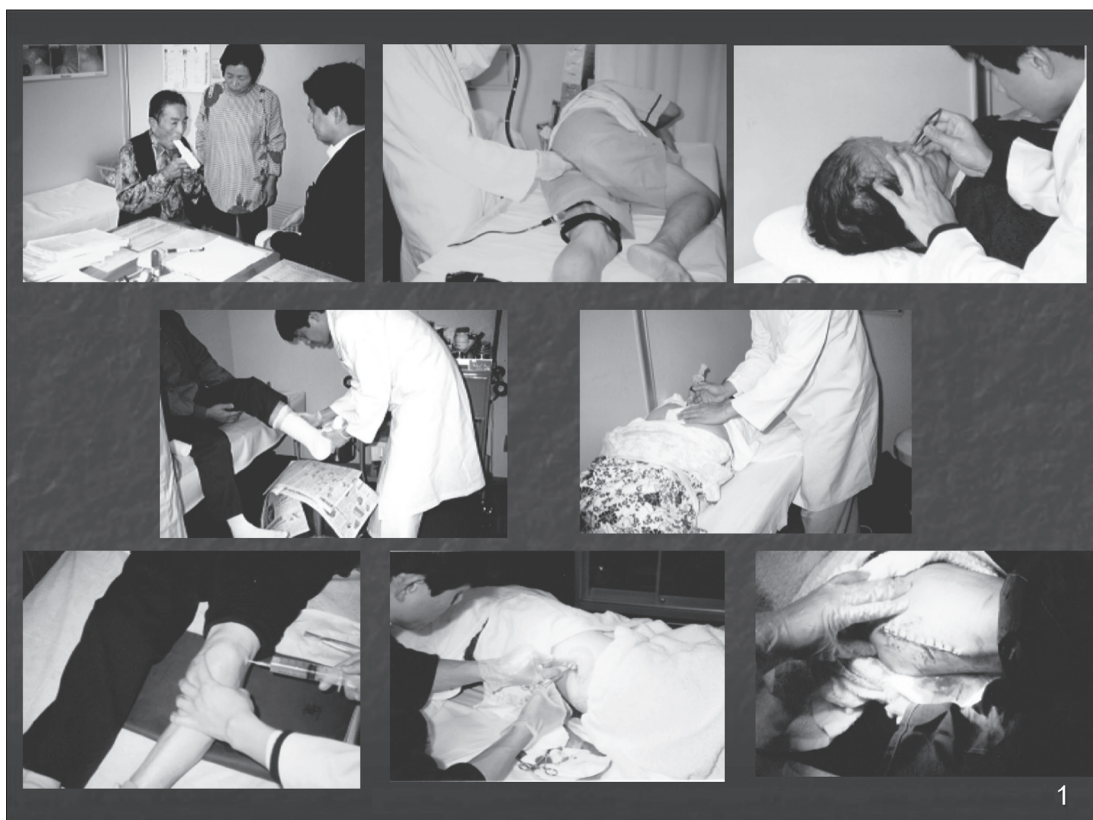
〔注4〕〔プロフィール〕1980年自治医科大学卒業。研修後、岐阜県久瀬村診療所（現揖斐川町）に赴任。99年社団法人地域医療振興協会常務理事、2003年同地域医療研究所所長、2014年同副理事長。台東区立台東病院管理者、岐阜大学医学部地域医療医学センター特任教授。近著：『ザ・総合診療医 地域医療を語り合った仲間たち』（メディカルサイエンス社、2015年）

国民主体の医療制度構築に向けて

～高齢者医療と総合診療医の役割～

岐阜大学地域医療医学センター
(公益社団法人)地域医療振興協会 地域医療研究所
山田隆司

yamada@jadecom.or.jp



1

地域医療でのストレス

- 勤務時間外の患者が多い
- 私生活の面でも地域との付き合いがある
- 自分の能力以上の診療を求められる
- 診療施設・医療機器が不十分
- 他職種との調整が厄介
- 自分勝手、わがままな患者が多い
- 病院医療を質が高いという信奉
- 行政担当者が無理解
- 地域の医師に対する評価が低い

2

〔Continuity of Care〕

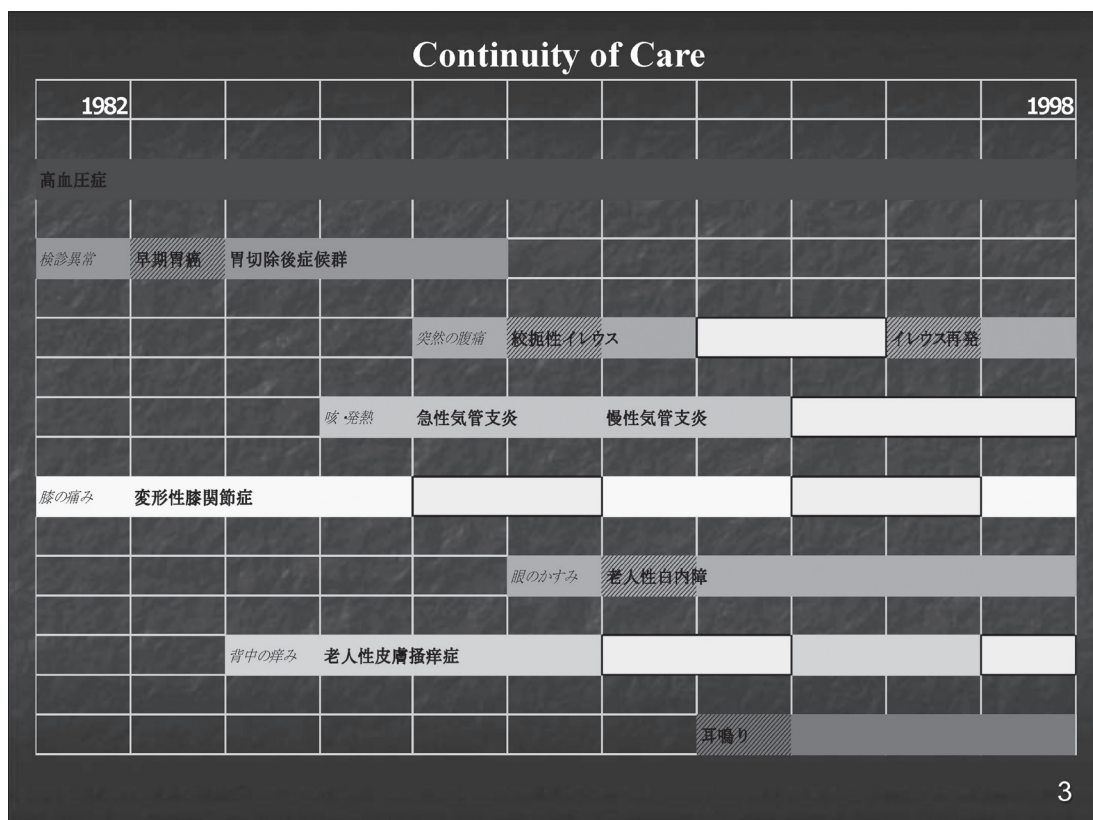
一方で、なんでも対応しているうちに高齢者の患者さんの全体像が見えてくるようになりました。同じ地域に私は結果として20年ぐらいたったものですから、2,000人の人を20年診続けるということになりました。一人のお年寄りの患者さんを20年診続けると、おおむね七つ、八つの慢性的な疾患があり、それぞれ時々具合が悪くなる。ただ、本当に重篤になった場合には病院を紹介するのですが、そうじゃない安定している時期は、基本的にはおおむね無理なく自分で管理できる。そうすると、徐々に患者さんに起こるさまざまなことに直接関与ができるようになってきました。

よくご紹介する例なのですが、腰の曲がったおばあさん、腰が痛い、腰が痛いと言って何回もやってくるのですが、レントゲンを撮れば、圧迫骨折を伴った骨粗鬆症がひどい。普通ですと、整形外科へ行って、レントゲンを撮って、上記の診断をして、ビタミンDだとか、カルシウムだとか、ビスフォスフォネートだとか、あと、お注射だとか、いろんな対処をするんですけども、同じようにしたんですが一向によくならない。

あるとき呼ばれて往診に行ったら、病人の介護をされていた。連れ合いのおじいさんが寝たきりだったんですね。そこで、こんなことをやっているとよくならないだろうということで、説得してヘルパーさんを入れてもらった。昔のご家庭でしたから、そういった他人の手を煩わせることは非常に抵抗があったようなんですけども、最後は納得して入れられたんですね。そうしたら、腰痛がよくなった。

このおばあさんの腰痛に対してレントゲンを撮って、骨粗鬆症と診断して、圧迫骨折を見つけて、注

Continuity of Care



3

射をして、お薬を与え続けても一向によくならなかったのが、全体像を見て、福祉のサービスを充実させてあげること、そもそものおばあさんの生活の質が向上した。ということで、あまり大胆な言い方をしてはいけないかもしれないですけども、おばあさんの最良の処方箋は決して専門的な医療を正しく診断して介入をすることではなくて、生活全体を見て調整してあげることだったということです。

〔地域医療を担う医師の役割〕

我々は学生時代から、専門的な医学としての勉強を突き進めると、どうしても遺伝子だとかそういったレベルまで、科学的に原因を追及することになるんですけども、実際の現場では、おばあさんの全身像あるいは背景だとかそういったことを理解しないといけないということを強く感じたわけです。

〔より多くの症例を〕

そんなことで、よかれあしかれ、専門医療というのは同じような手技を繰り返すことで質を高めるんですけども、どちらかというと、家庭医、総合診療医というのは、地域に長く根差して、いろんなことにかかわって、全体像を繰り返し見て、患者さん、家族と信頼関係を培っていくことで、非常に質の向上が図られるということを知ったわけです。

地域医療を担う医師の役割

- 病気の治療 → ■ 病人の生活の質の向上
- 病因の解明 → ■ 病人の理解
 - 個別性
 - 生育歴、性格、人生観、宗教
 - 家族、職場、地域
- 専門分化 → ■ 統合性
 - 科学としての医学
 - 臓器
 - 細胞
 - 遺伝子
 - 全人的
 - 生物学的、心理的、社会的

4

専門医療

より多くの症例を

限られた時間
狭い分野
重症
入院

外来
軽症
広い分野(何でも)
24時間対応(何時でも)

患者・家族・地域に
より近く・より長く

総合医療

5

〔地域で必要とされる診療の質〕

専門医療では、どちらかというと、一つの疾患に詳しいことですか、専門的に技術を発揮すること、多くの医師はこれを目指して専門分化をしていくんですけども、実際のフィールドで必要なのは、そんな医師たちばかりではなくて、実は、こういった日常病に詳しくったり、包括的に診ることができたり、患者さんとのコミュニケーションが上手だったりというようなことが非常に重要であるということを感じたわけです。

私の医師としての最近の10年は、東京の下町で高齢者を扱っているのですが、高齢者の問題はどこでも全く一緒なんですね。多臓器にわたっているような慢性疾患を持っていらっしゃるって、都市部ではアクセスがいいだけに、大学病院や民間病院や個人病院を5軒も6軒も掛け持ちでかかっているような方々が珍しくない。

それぞれ非常に個体差があったり、もともと老化と関係しているので大半は治らなかつたり、疾患を診断することより個々の患者さんにとってどう生活を支えなければいけないかという視点を持ってケアをしないと、正直、あまり質の高いケアはできないんじゃないかなと思います。

〔高齢者を取り巻く医療の現状〕

これが今の都市部での現状だと思うんですけども、非常に軽症で慢性的な病気に対して何回も何回も繰り返して受診する。そういうことにお医者さんも労力を割いているというのは、非常に無駄が多い

専門医療で必要とされる診療の質

- 特殊な病気に詳しい
 - 豊富な症例経験
- 一つの分野の最先端の診療
 - 最新の治療手技に熟練している
- 重症疾患に対応できる
 - 困難な手術も対応できる
- 最新診療機器
 - 最先端の医療機器を備えている
- プロセスよりも結果が重要
 - 手術成績、治療実績での評価
 - 術後生存率、合併症の発症率、剖検率

地域で必要とされる診療の質

- 日常病に詳しい
 - 日常的健康問題
 - 安定した時期のバランスの良い慢性疾患管理
- 包括的な診療ができる
 - 臓器、年齢、性別を超えて
- 病初期の適切な対応
 - 適切な臨床推論と介入、適切な紹介
 - 重大な疾患を見落とさない
- 基本的診察能力が秀でている
 - 外来診療技能
- コミュニケーションに秀でている
 - 患者の愁訴や要求を理解する能力

7

地域医療のニーズ

- いつでも気軽に診てくれる医療
- 自分の個別の事情を理解してくれる継続性のある医療
- 何でも見てくれる幅広い医療
- 保健や福祉と協調できる医療
- 地域住民に信頼される医療
- 限られた設備・備品での最大限の診療

8

地域で必要とされる総合診療医

- Accessible Care (近接性)
 - 身近な家庭医として
- Continuity of Care (継続性)
 - 継続的なケアの提供
- Comprehensive Care (包括性)
 - 全身を包括的にケアする
- Coordinative Care (協調性)
 - 多職種調整役として
- Contextual Care (個別性)
 - 患者さんの個別性、尊厳を重視したケア

9

高齢化に伴う健康問題の変化

- 多臓器に亘っている
- 老化と関係する慢性的な疾病
- 予防的治療は限定的
- 個体差が激しい
- 心理・社会的影響を受けやすい
- 治らない。治っても以前と同じレベルには戻れない
- いずれ終末期を迎え、死に至る

10

高齢者を取り巻く医療の現状

- 疾病毎に複数の医師に管理されている
 - 相互の調整が不十分
 - 優先順位がつけられない
- 漫然と慢性疾患管理がなされている
 - 治療目標の設定が再評価されていない
 - 過剰な介入(壮年期と同じ治療方針)
- 保健、医療、介護サービスがばらばら
 - 情報が一元的でない
- 個別性を尊重していない
- ばらばらな診療、誰が本当の主治医？

11

んじゃないかなという気がします。

〔高齢者医療の問題点〕

ということで、高齢者は外来では病名が多くなり検査や介入が増えてくるんですけども、それが必ずしも実際にはその人のケアにとってあまり重要ではないのではないかと。

また高齢者の方々の入院治療というと、多くは終末期の方々を扱うわけですけども、基本的には、最後の最後までとことんやるというのは望ましくないと思うのですが、信頼関係が患者さん家族とできてないと途中でやめることもできない。予期せぬ転帰をとれば家族から不信に思われる。だから、尊厳を守るようなケアは病院ではなかなかしにくくて、リスクを避けるための延命治療が基本的には非常に多い。そういった無駄というか、過剰な介入が多いのではないかとこののを、東京で実際に病気や医療に携わって感じているところです。

〔高齢者医療の質の高さ〕

高齢者医療の質というのは、フリーアクセスでどこへ行っても専門的医療、MRIが受けられるということではなくて、全身を診て、ある程度自分の尊厳を尊重してもらって、家族とのコミュニケーションがうまくとれるようなことが質の高い医療と言えます。そこを履き違えると、患者さんや家族は、質が高いというのは大学病院に行くことだ、あるいは専門的な検査を受けることだ、となる。そういうよう

高齢者医療の問題点

- 外来診療
 - 増え続ける病名
 - 増え続ける検査、処方
 - 優先性がつけられないバランスの悪い介入
- 入院診療(終末期)
 - 患者個人、家族の意向がまちまちで、介入を控える事が困難(不必要な延命治療)
 - 尊厳を守るケアではなく、リスクを避ける延命処置
 - 予期せぬ死亡が受け入れられない事による訴訟

12

高齢者医療の質の高さ

- 専門に偏らないバランスの取れた診療
 - 全身を診る
 - 適切な(控えめな)予防的介入
- 個別性、尊厳に配慮した診療
 - 患者の思いを叶える
- 人生の終末期を考えた診療
 - 終末期に関する意思疎通
- 家族環境を配慮した診療
 - 在宅診療
 - (真の)家族とのコミュニケーション

13

なことを限りなく求められると、そうはあっても最後は死を迎えるわけですから、そのときに必ずしも満足な死というふうなことにはつながらないのではないかと。

〔総合診療専門医の在り方〕〔新たな専門医制度の基本設計〕

これまで私の個人的な経験を通して、総合診療の概要をお話ししました。一昨年から専門医機構のなかで総合診療医のことが議論されていて、今後、今、お話ししたような日常的に頻度の高い疾患を主に扱い、他職種と連携し、患者さんと非常に長い間つき合って信頼関係を培えるような医師が非常に重要だろうということが言われて、2017年から総合診療医が19番目の基本領域の専門医として認められるようになりました。

〔これまでの医師養成 専門医と総合医の育成〕

今までは、どちらかという、かなり専門医教育に偏っていたんですけども、今後はそういった幅の広い家庭医、総合医といったものの育成が重要になってくる。

〔地域病院 高次機能病院〕

これまでは、地域のなかで診療所や病院が競合してお互いに患者さんの奪い合いのようなことになっていたんですけども、今後はできれば一次医療、患者さんの外来診療の多くは総合診療医が担って整

総合診療専門医のあり方

総合診療専門医は、従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。

総合診療専門医は日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応出来る事に加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応出来る「地域を診る医師」の視点が重要である。

地域のニーズを基盤として、多職種と連携して、包括的且つ多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなど）を柔軟に提供し、地域における予防医療・健康増進活動等を通して地域全体の健康向上に貢献出来る。

専門医のあり方に関する検討会（高久史麿座長）平成25年4月

新たな専門医制度の基本設計

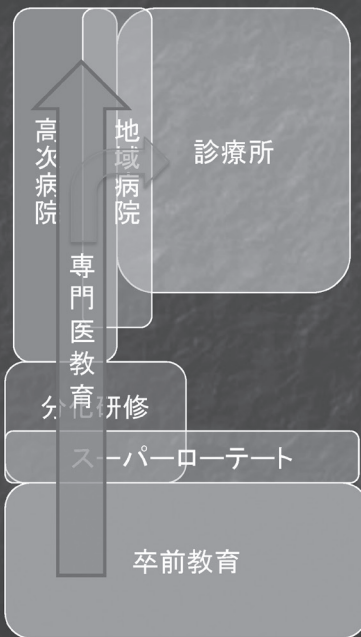
Subspecialty専門医
 消化器・呼吸器・内分泌代謝・腎臓・アレルギー。老年病・
 循環器・血液・糖尿病・肝臓・感染症・神経内科・消化器
 外科・呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科 等

基本領域専門医

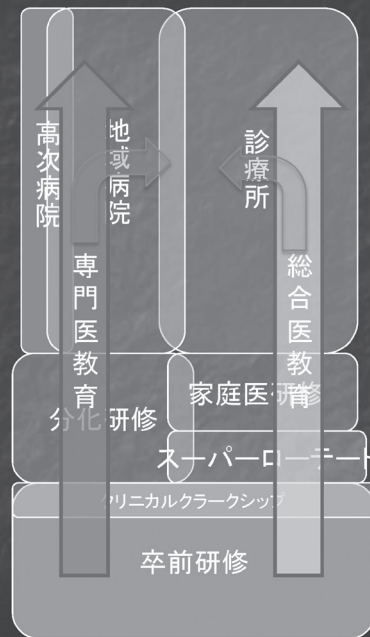
総合診療科
 臨床検査
 病理
 形成外科
 リハビリテーション科
 救急科
 放射線科
 泌尿器科
 眼科
 整形外科
 精神科
 小児科
 麻酔科
 脳神経外科
 耳鼻咽喉科
 産婦人科
 外科
 皮膚科
 内科

15

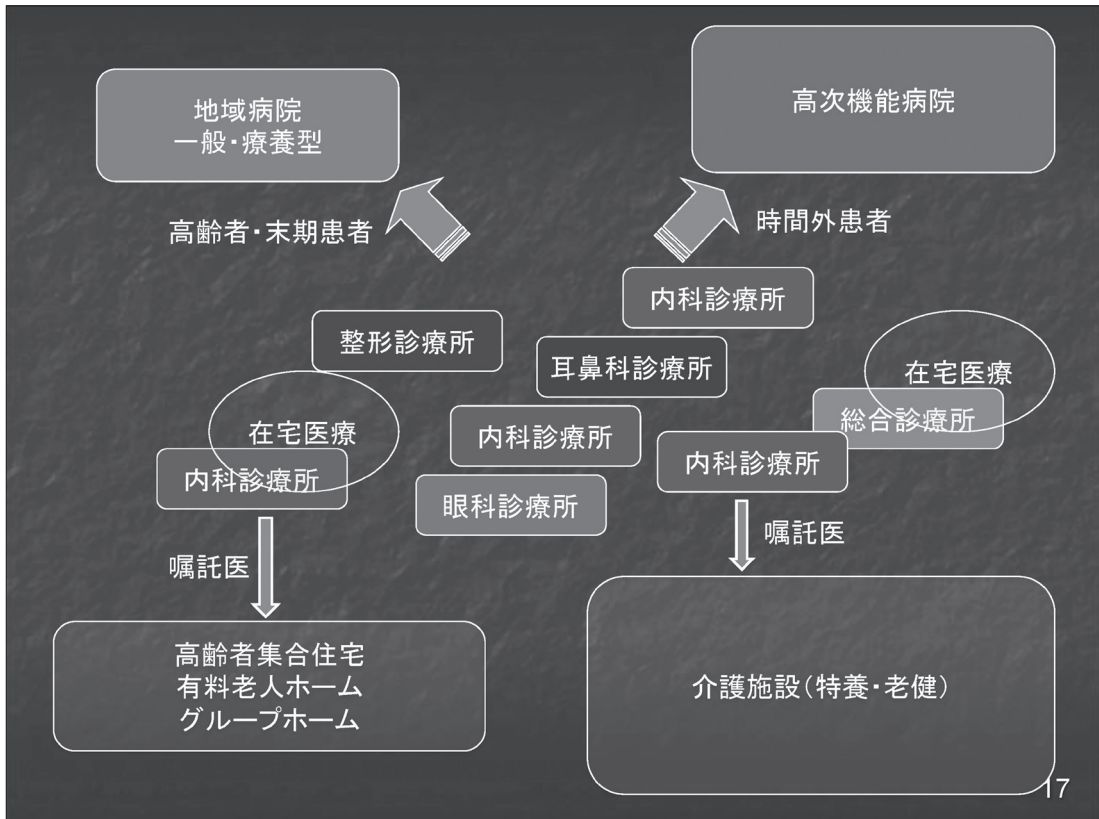
これまでの医師養成



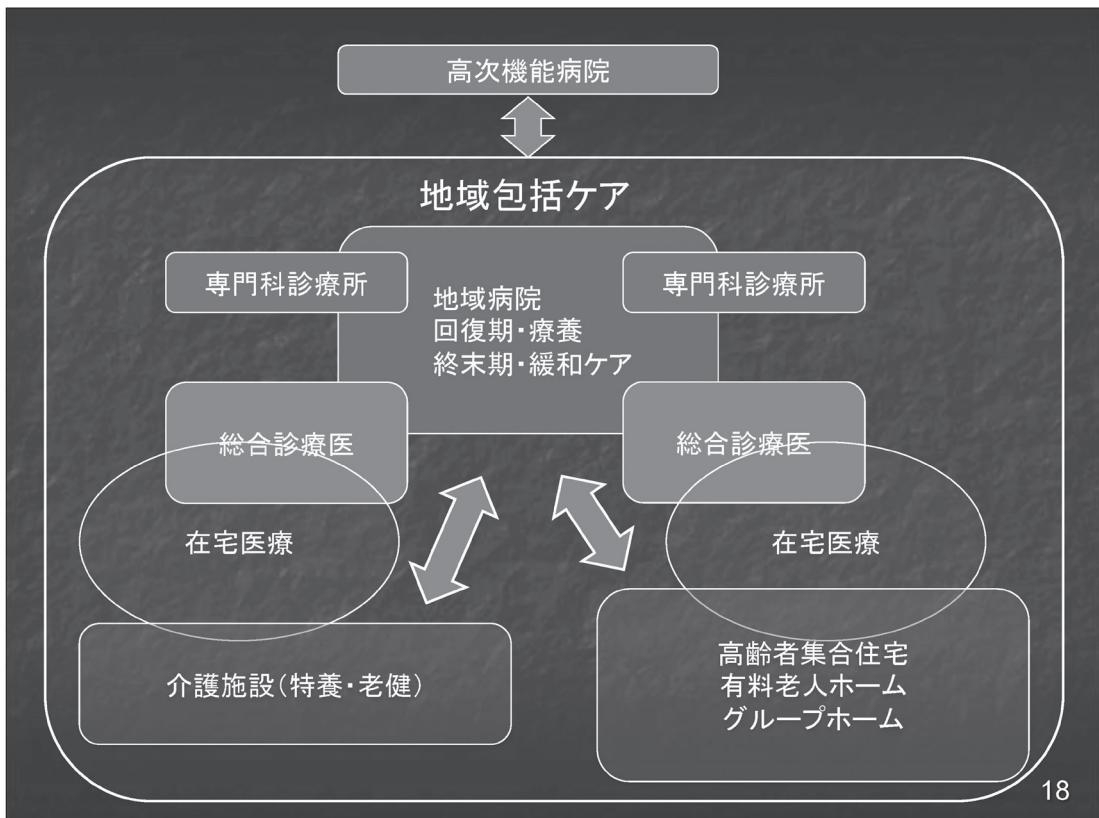
専門医と総合医の育成



16



17



18

理役をしてやるのがふさわしいのではないか。

〔望まれる方向性〕

望まれる方向性と書きましたけれども、今後はできるだけかかりつけ医、家庭医を通じて病院を紹介してもらおうというようなことで、無制限なフリーアクセスを見直すべきだろう。入院後も患者さんの調整役をやって、インフォームドコンセントだとか、患者さんや家族に説明するときは、病院の医師というよりも、そのかかりつけ医、家庭医がそういったことについてもある程度調整をする。

単に医療サービスだけではなくて、介護サービスとつながるような、東京では、どちらかという、外来へ通えなくなると、突然、介護難民ではないですけれども、ほかの医師や施設を探さないといけないう状況なんですけれども、かかりつけ医をずっと継続して持つことで、そういった調整ができるのではないか。

あと、外来における高齢者医療サービスのCapitation feeと書きましたけれども、お年寄りのケアの質を保っていくには、出来高払いを推し進めるとするのは、やっぱりバランスが非常に悪くなることにつながっているのではないかなということを素朴に思います。

〔期待できる効果〕

そういったことで無駄をなくすとか、あるいは過剰な検査——医療費がかかっているといっても、実

望まれる方向性

- 一人のかかりつけ医(総合診療医)が調整役
 - 原則一人のかかりつけ医(総合診療医)をもつ
- 無制限なフリーアクセスを見直す
 - かかりつけ医(総合診療医)からの紹介制
- 入院後も患者の主治医として弁護士役を
 - インフォームドコンセントの仲介
 - 予期せぬ事態についての評価役
- 予防、介護との統合的なサービス提供
 - 地域の総合診療医が予防、介護についても調整役を
- 外来における高齢者包括サービス(健診、予防、慢性疾患管理)のCapitation Feeの導入検討

期待できる効果

- 外来診療の無駄を削減
- 過剰な検査、処方削減
 - 過剰な医療機器(MRI)、過剰な薬剤、過剰な薬局
- 尊厳を守ることによって省かれる終末期の過剰な医療的介入を防ぐ
- 医師-患者間の良好な信頼関係の構築
- インフォームドコンセントに関する過剰な労力、時間、人件費の削減
- 医療訴訟の総数の減少
- 医療・介護サービスに対する満足度の上昇

20

は、医療機器の購入代金がかかっていたり、薬剤費がかかっていたり、いろんな薬局が栄えていたりということだけで、我々医師の技術料が上がっているわけではなくて、そういった意味では、もう少し医師が医師らしい仕事で評価をされるべきではないかと。

それから、医療訴訟の多くは、実は、不信に基づく誤解のようなことがあって、良好な信頼関係のキーパーソンになる総合診療医ができてくれば、そういった訴訟に関することも随分減るんじゃないかなと期待したいところです。

〔望まれる方略〕

そういったことを進めていくためには、国民というか、患者さんに無制限なフリーアクセスを保証するよりは、自分の信頼のおけるかかりつけ医、近所の半径何kmでもいいと思うんですが、その信頼関係のうえに、ある程度アクセスを制限してもよいのではないかと思います。私の経験からしても、私も田舎にとどまって同じ人を診続けなければいけなかった訳ですけども、一方で患者さんもずうっと私にかからざるを得なかった。その不自由が非常に質の悪い医療を生んだかということ、決してそうではなくて、そういった環境のおかげである程度信頼ができたということも事実です。患者さんもそういった主治医、かかりつけ医、家庭医を決めて、信頼関係を培うことに協力をしなければいけないということを感じてほしいなと思います。

総量規制をして、今ある病院や専門医をある程度プレッシャーをかけて小さくするというのではなく

望まれる方略

- 国民に総合診療医を持つことの意義を正しく伝える
- 本来の医療サービスの質の高さを問う
- 地域内での資源(施設・人材)活用の有用性
- 総量規制の中での利害調整ではなく、質に関する議論を中心に
- 国民の信頼に応えるプロフェッショナルオートノミー
- 今ある資源の有効活用
 - 開業専門医、数多い中小病院
- 国民中心の医療システム改革を

21

て、できれば今ある機能を残してというか、尊重して改革を進めてほしい。性善説ではないですけども、医師はわりかし誠実に、誠意をもって、与えられた仕事を一生懸命やるというか、極めて真面目な専門職とも言えます。その人たちをうまく誘導していくというか、新しい世代の医師を養成しながら、今のドクターをうまく活用していく仕組みが非常に重要ではないかなと思っています。

ということで、私の報告を終わります。以上です。(拍手)