

日本総合研究所主催シンポジウム 2022年12月8日 経団連会館、YouTube同時開催

第二部 パネルディスカッション

プライマリ・ケアを核とした地域医療の再構築

〈パネリスト〉 日本プライマリ・ケア連合学会 理事長 草場 鉄周 氏
一橋大学大学院経済学研究科、国際・公共政策大学院 教授 井伊 雅子 氏
医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック 薬剤師 大須賀 悠子 氏
〈モデレータ〉 株式会社日本総合研究所 調査部 主席研究員 西沢 和彦

(西沢) それでは、第二部を開始したいと思います。第二部は、3セッションに分かれております。それぞれ約30分ですけれども、休憩前の第1セッションでは、あるべきプライマリ・ケアといったテーマ、休憩後の第2セッションでは、経済、社会のなかの医療、最終セッション、第3セッションでは、プライマリ・ケアの普及に向けてといった形で議論を進めていきたいと思っております。

今日のパネリストの先生方は、まず草場鉄周様。日本プライマリ・ケア連合学会理事長であり、北海道で家庭医療の実践をされていらっしゃいます。そのお隣が井伊雅子様、一橋大学大学院経済学研究科、国際・公共政策大学院教授で医療経済学をご専門とされていらっしゃいます。そして、そのお隣が大須賀悠子様、医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック総合企画室主任で、お仲間のなかで在宅療養支援診療所薬剤師連絡会というのをつくられ代表理事をされていらっしゃいます。以上の3先生でお話を進めていきたいと思っております。どうぞよろしく申し上げます。

では、早速ですが、草場先生から10分程度、プレゼンテーションをお願いしたいと思います。

コロナ禍を経て見えてきた 日本のプライマリ・ケアの課題

2022年12月8日 日本総研シンポジウム

北海道家庭医療学センター 理事長
日本プライマリ・ケア連合学会 理事長
草場鉄周

(草場) 草場でございます。今日は、こういった機会をいただきまして、誠にありがとうございます。10分間を使って、少しお話をさせていただきます。

私のほうからは、今回、コロナ禍ということをきっかけに、このプライマリ・ケアの議論が起きているということがございますので、その経過をたどりながら、現状がどういう議論になっているかということも含めて、私見をお話ししたいと思います。

まず、もう2年半、ほぼ3年経過しまして、だんだんいろいろ記憶が薄れてくるわけでございますけれども、発熱、上気道炎などの症状を持っている方が、2020年においては、コロナ感染の可能性があるということになりますと、なかなか診療してもらえない、診療を断られるような状況が当初は少なくなかったと思っています。



草場理事長

コロナ禍でのプライマリ・ケアの限界

- ▶ 発熱や上気道炎などの症状を持ち、コロナ感染の可能性のある患者に対して診察を断る医療機関も当初は少なくなく、感染への不安から受診を避ける患者に対してオンライン診療で診察を提供する用意がなかった
- ▶ クラスター感染が発生した介護施設の患者に対して訪問診療やオンライン診療を通じてサポートする機会はほとんどなかった
- ▶ コロナ感染者として施設療養あるいは自宅待機している患者に対して、当初は診療する機会はなく、2021年からようやく関与することができたが、政府や医師会の呼びかけにもかかわらず動いた医療機関は限定的（地域格差大きい、外来の検査・診察は40-50%程度、往診は10-20%程度）

実際、感染が怖いということで、受診を避ける患者さんに対するオンライン診療というものもなかなかできなかった。そして、クラスターが発生した介護施設の患者さんに対する診療というものもなかなかできなかった。また、最後に、これは非常に大事だと思うんですけれども、コロナ感染をして自宅で療養している方がなかなか診療を受けられないという状況が続いていた。そこにプライマリ・ケアの私たちのような立場の人間がかかわることもなかなか難しかったわけでございます。

現在、医療機関の関与というものは、相当拡大はしている状況ではございますけれども、まだまだやはり限定的で、私が診療所を一つ運営している札幌においても、現在においても有熱の患者さんを診ていく診療所は大体40%ぐらいということですし、往診とか訪問診療をコロナの方にしている診療所は

なぜ、こうなるのか？

- ▶ 医師・医療機関のエゴの問題ではなく構造的問題
- ▶ グループ診療は珍しく、多くは一人医師の診療所で人員余裕なし
- ▶ 比較的年齢層の高い開業医が多く感染リスク高い
- ▶ ビル診に代表されるように施設規模も小さく、感染防御のためのゆとりある施設構造をとることが難しい
- ▶ オンライン診療はほとんど普及しておらず、訪問診療を提供する医療機関も少ない
- ▶ フリーアクセスで医療機関を受診する自由がある一方で、住民一人一人の健康管理をプライマリ・ケア医療機関が責任を持って担うシステムがなく、**コロナ禍など有事の際には住民が健康リスクを自分で取らざるを得ない**

10%から20%の間ということで、実は増えていません。ですので、もともとそういう機能を持っていないところはなかなか診ることができないという非常に厳しい現実があるわけでございます。

ですので、私自身は、これは個々の医療機関のエゴとかそういった問題ではなくて、やはり構造的な問題であるということで考えるわけです。スライドで指摘していることは、たびたび出ていますのでにご認識かと思いますが、多くはソロ・プラクティス、そして年齢層が高い先生方が多いですし、施設

日本の医療制度の限界

- ▶ プライマリ・ケア（≡かかりつけ医機能）は制度ではなく医師の努力規定
- ▶ 日本のプライマリ・ケアの多くを担うのは内科系診療所や中小病院の内科勤務医
- ▶ 多くの医師は臓器別の専門診療（消化器、循環器など）に長年従事し、その領域のエキスパートとして開業
- ▶ 開業にあたってはプライマリ・ケアを提供するための認証試験やトレーニングは存在せず、プライマリ・ケアの内容は医師個人の志向性や実績、自己努力に全てが委ねられている
- ▶ 結果として、献身的かつ良心的な一部の医療機関に在宅医療、地域包括ケアの負担が集中するが、地域住民には見えない

規模も非常に小さいということで、感染防御ができない。また、オンライン診療ももともとやっていませんでしたし、訪問診療というものも提供していなかった。

そして資料の1番後、これを強調したいと思うんですけども、もちろん、フリーアクセスの良さというのはあったわけですが、一方で、冷静に考えますと、アクセスができない場合には、医療機関は患者さんを診る義務はない。つまり、かかった方に関しては診ていかなければいけない義務はありますけれども、かかれぬ方に関しては私たちはとくに義務がありませんので、結果的に受診できなかったという方は最終的には健康リスクを全部自分でとらざるを得なかった、という現実が見えたわけだと思います。

ですから、いろんな課題がございますけれども、やはり最も本質的なものは資料の1番後の問題、これが今回、コロナ禍という、ある種特別な状況ではありますけれども、問題が露呈したのではないかと、いうふうに私は感じています。

ですので、冷静に考えますと、先ほどからずっと説明がございますけれども、プライマリ・ケアというものについては、日本では制度がない。つまり、個々の医療機関がご自身の善意というか、努力というか、そういった形で提供しているのが日本の現状ということでございます。

実際、日本のプライマリ・ケアの多くを担われているのは、内科系の診療所、あるいは中小病院の内科系のドクターが診ておられる状況でございますけれども、ただ、もともとプライマリ・ケアのトレーニングをしっかり受けて、そのうえで開業するとか、病院のなかで総合的に診ていくという制度が日本にはございません。ですので、何らかの臓器別の専門診療というものを基本的にしっかりされた後、その領域のエキスパートとして開業しながら、ただ、実際、消化器内科という形で開業しても、風邪の方も来ますし、なかには肺炎の方もいらっしゃる。あるいは、足が痛いということで、実は痛風だったという方もいらっしゃる。ですから、消化器内科の時代には、もちろん、そういった方を診ていなかったと思うんですけども、やっぱり診ざるを得ないということで、実践のなかで勉強されていくというのが日本の開業医の先生方の実情、現状ということでございます。

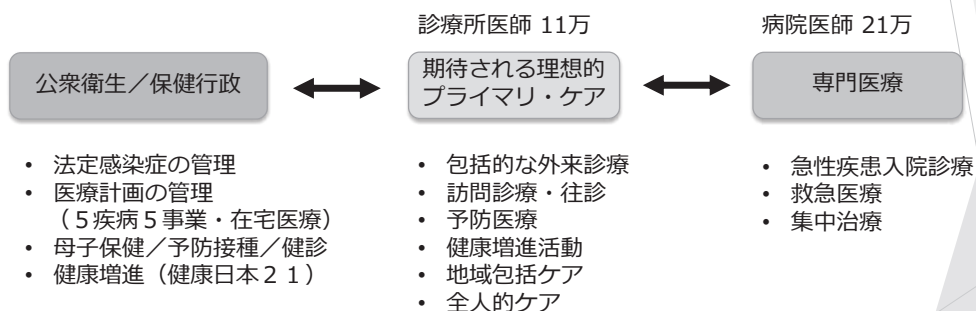
非常に頑張っておられる先生方もいらっしゃいます。そういった先生方は自己努力で頑張ってお勉強されているということもございますけれども、あくまでも診療の質の標準化というプロセスは日本では存在しないというのが現実だと思っています。

その結果、何が起きているか。例えば札幌のなかで診療所のうち40%ぐらいしか、実際、発熱外来を対応していないということを考えますと、そういった非常に頑張っておられる医療機関に、在宅医療とか、あるいは発熱外来も含めた医療の負荷が非常に集中している。

ですから、後で出てきますけれども、面として地域で機能を満たしていけばいいのではないかと、議論がよくございますけれども、その実情は、一部の医療機関が非常に頑張っている、自己犠牲をしながら頑張っている。そうでないところは、ある意味、ただ乗りをしているような部分がございますので、そういった点は非常に問題ではないかなと感じるわけでございます。

ただ、これは地域の住民にはなかなか見えてこない。どこの診療所が、どこの病院が高いプライマリ・ケア機能を持っているかという点について、専門家と一般国民の間で情報は非常に非対称的でございます。これは当然です。やっぱりある領域の専門家でない限り、そのクオリティを評価するのは非常に難

専門医療と公衆衛生・保健行政の橋渡し としてのあるべきプライマリ・ケア



有事だけでなく平時からの課題

しいわけですね。ですから、第三者の認証みたいなものがないと、住民一人ひとりが評価するということは難しいわけでございます。

ですので、今回の問題は、総じてまとめますと、プライマリ・ケアというものがいわゆる専門医療、そして公衆衛生・保健行政いわゆる保健所、地方自治体がやっていた機能との間にしっかり存在して、そこでしっかりとした機能を発揮すれば、相当程度両者の負担というものを軽減できたのではないかなというように感じるわけでございます。

かかりつけ医の制度化のための方策

1. 日本医師会「地域における面としてのかかりつけ医機能」
2. かかりつけ総合医制度
3. 全世代型社会保障構築会議「かかりつけ医機能合意制度」

具体的には、スライドに書いてございます通り、外来診療、訪問診療、予防医療、そして健康増進活動であったり、あるいは全人的ケア、こういったものを継続的にしっかり提供し続けるなかで関係性を築いていくプライマリ・ケアというものを、もっと日本のなかで定着させていたらよかったのではないかなと感じるわけでございます。

そこで、今回のかかりつけ医の制度化ということに関してはいろんな議論が出ております。

1. 日本医師会 「地域における面としてのかかりつけ医機能」

- ▶ 以下の2つの方策を進めることによって、地域における面としてのかかりつけ医機能を整備
 1. 医療機能情報提供制度の充実・強化
 2. 診療報酬による評価の充実・強化
- ▶ 1と2の問題は次に指摘するが、「面としてのかかりつけ医機能」は現在の医療体制の言い換えに過ぎない。個々の医療機関のかかりつけ医機能をどう向上させるかという現在の課題に対して、改善や改革を促す内容とは言えず、新味に欠ける。

医療機能情報提供制度

- ▶ 医療機能情報提供制度はすでに動いている制度であるが認知度は極めて低い。
- ▶ また、「かかりつけ医機能」を表示してもその掲載内容は自己申告であり、内容や質についての基準や第三者評価がないので、一般国民が複数の医療機関を比較検討して選択するのは困難
- ▶ 医療機関がかかりつけ患者を把握して適切に対応する仕組みが無い場合、パンデミックでは無効

日本医師会の2022年11月の発表では、医療機能情報提供制度、診療報酬の評価などがございましたけれども、面としてのかかりつけ医機能というのは、さっき申したように、特定の医療機関が非常に努力して、他の医療機関がどれぐらい頑張っているかどうかというのが見えない枠組みですので、これにはやはり問題があるなと感じるわけでございます。

先ほど、西沢さんから言及のあった医療機能情報提供制度、これがございますけれども、言われて初めて見るわけですね。あ、こういうのがあったんだと。ですから、これを知っている国民というのは非常に少ないですし、かかりつけ医機能というものは基本的に自己申告制度だという点に大きな問題があります。つまり、第三者評価がなくて、やっていますよと言えば、それでオーケーということになりますので、実際は、国民が行かなければその機能が満たされているかというのは分からないというのが現実でございます。

かかりつけ医機能に関連する診療報酬

▶ 地域包括診療料と地域包括診療加算

- ▶ 2014年の診療報酬改訂で導入され、それぞれ一定の基準を満たした医療機関のみ算定可能で、前者は特に高い報酬
- ▶ ただ、算定医療機関は地域包括診療料は200-270程度、地域包括診療加算は5000-6000程度とここ4年ほどは横ばいで増加なし
- ▶ 対象患者は高血圧、糖尿病、脂質異常、認知症、腎不全、心不全のうち2疾患を持つ者のみで、健康増進や予防医療、コモンディジーズ対応などは未評価
- ▶ 一定の利益を得ている医療機関にとっては、基準をクリアするためのインセンティブは弱く、今後の拡大には疑問

診療報酬に関しては、後ほど、また議論があると思いますので、詳しくお話ししませんけれども、現状の地域包括診療料、地域包括診療加算というものは、なかなか有効には機能していない。これは、患者さんの自己負担が非常に大きいという事情がありまして、実際に私たちが診療所で、この地域包括診療料というのを算定しようとしても、患者さん側から断られるという現象が非常に多いです。ですので、個々の患者さんに依存するのではなくて、包括的に診療報酬を考えていかないと、かかりつけ医機能に関連する診療報酬はうまくいかないなというふうに感じているわけでございます。

そういうなかで、私自身は「かかりつけ総合医制度」という制度を以前から提案をしています。これは、いわゆる登録制に近い枠組みでございますけれども、平時から自身の健康管理に対応するかかりつけ総合医を選択していただいて、そのドクターにしっかりつながっていく。そして、そこでほとんどの健康

問題を相談でき、訪問診療、オンライン診療、また、病気になる前の予防医療、健康増進の支援も受けられる。

そして、医療機関はちゃんと患者さんを把握していることが非常に重要だと思います。つまり、把握をしていないと、こちらから前向きに健康を増進する活動ができません。現時点ではそういった登録が

2. かかりつけ総合医制度

- ▶ 国民は平時より、自身の健康管理に対応するかかりつけ総合医を選択する。(月単位で変更はいつでも可能) ここでは、ほとんどの健康問題を相談でき、訪問診療、オンライン診療、更には予防医療や健康増進の支援も受けられる
- ▶ 医療機関は選択した患者を登録し、日々の診療だけでなく有事(パンデミックや災害)の際には保健所や行政などと連携して登録患者の健康管理を担う
- ▶ 総合病院などで各科の専門医療を受ける際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介する(救急などでは不要)
- ▶ 総合的な健康管理に対する対価は出来高払いに馴染まず、登録住民数に比例する包括払いなどをハイブリッドで組み込む

かかりつけ総合医とは

- ▶ コモンディーズ(一般的な健康問題)については臓器横断的に診察、検査、治療を提供することができ、必要に応じて各科の専門医に適切なタイミングでコンサルテーションを行うことができる。
- ▶ 患者の持つ健康関連データを一元的に把握し、健康増進や維持のために必要なアドバイスや相談業務を担う
- ▶ 電話診療及びオンライン診療に対応することができる
- ▶ 24時間対応の在宅医療を提供することができる
- ▶ 医療・介護の連携活動のハブとして機能する
- ▶ 保健事業・予防医療活動を行政と連携して担う
- ▶ 地域が抱える社会的課題に向き合い、地域包括ケアにおけるメンバーとして地域の多職種や医療・介護・福祉施設と協働して解決に取り組むことができる

全くありませんので、私たちから住民に働きかけることはできない状況がございます。そして、様々な専門医療を受ける際にはハブとして機能するというのもございますし、先ほど、チラッと成瀬さんからありましたように、登録住民数に比例する包括払いというものをハイブリッドで、出来高払いとうまく組み込むことによって、こういった健康増進、予防医療という部分に関してもインセンティブを提供できるのではないかなと思います。

このかかりつけ総合医は、いわゆるプライマリ・ケアの一種ということになりますので、スライドに書いてある通り、コモンディゼーズをしっかりと診ることができる。1番最初が非常に大事です。連携機能みたいなものばかりが強調されるんですけども、そうではなくて、まず最初にある程度幅広い健康問題を診ることができないと、患者さんが最初に受診しようということが難しいわけです。そのうえで、健康データを把握しながら、電話診療、オンライン診療、在宅医療等々をやっていくという形で、これはいろんなところで出ている内容でございますので、省略したいと思います。

かかりつけ総合医は誰が担うのか？

- ▶ 理想的にはプライマリ・ケアの専門家 = 「**家庭医、総合診療医**」
 - ▶ 日本プライマリ・ケア連合学会で2010年より養成と認定を行ってきた家庭医療専門医は現在1100人程度が活躍（養成プログラムは国際学会の公式認定済み）
 - ▶ 日本専門医機構でも2018年より総合診療専門医の養成を開始し、2021年に第1期生となる専門医が誕生
 - ▶ 10～20年後にはこうした医師が中核を担うことが期待される

- ▶ プライマリ・ケアの専門家が増えるまでの間は、現にプライマリ・ケアを担う開業医・病院勤務医を対象に、公的な研修と認証制度で「かかりつけ総合医」を位置付けることが現実的

本来は、こういった機能を担う医師は、家庭医、総合診療医という形で、専門的なトレーニングを受けた医師が望ましいわけがございますけれども、ただ、現時点では日本全体で千数百人しかいない現状がございますので、まずは、専門家が増えるまでの間は、このプライマリ・ケア機能を担う開業医、病院勤務の先生方を対象に、公的な研修と認証制度でそういった総合医を位置付けるということが私は非常に大事だなと思っています。

この3番以降は、後ほど医療政策の議論があると聞いていますので、そこで改めて私のほうからコメント、説明をさせていただきたいと思いますので、この3番は省略をさせていただきたいと思います。まずは2番まで、私見をお話しさせていただきました。

3. 全世代型社会保障構築会議 「かかりつけ医機能合意制度」

- ▶ 6つの機能を満たすか、常勤の総合診療専門医が在籍する医療機関が自らを「かかりつけ医機能認定医療機関」として届け出を行い、都道府県知事の認定を受けた後、患者側もその医療機関を手上げ方式で選択し、双方が「かかりつけ医機能」を提供・受給する関係に合意するという制度
- ▶ 強制的な割り当てや義務を感じさせる「登録制」の表現を避け、あくまでもかかりつけ医と患者が機能提供に合意するというシステム

ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

(西沢) 草場先生、どうもありがとうございました。

今回のシンポジウムを進めるに当たって、医師の方だけではなく、コメディカルの方が絶対に必要だと思ったんですね。そこで、大須賀先生にお願いした次第です。

では、大須賀先生、よろしくお願いします。

日本総研プライマリ・ケアシンポジウム
2022/12/8

**薬剤師が診療現場にいることが
当たり前になる世界を目指して
在宅療養支援診療所薬剤師の視点から**

医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック
在宅療養支援診療所薬剤師連絡会 代表理事
薬剤師 **大須賀悠子**

(大須賀) ご紹介ありがとうございます。桜新町アーバンクリニックの院内薬剤師の大須賀でございます。よろしくお願いいたします。

このようなシンポジウムに薬剤師を、しかも2%しかいない診療所の薬剤師を招いていただいたということに、とても感激しております。今日は現場の話をさせていただこうと思い準備してまいりました。

なぜ今回、在宅医療部の者を呼んでいただいたのかと考えた時に、一つは包括診療であるということと、機能評価の設定があることで比較的整備されている分野であるということが挙げられるかと思いました。先ほどお話がありましたけれども、薬剤師も薬局の外に出ていけないと言われて久しいですが、それが思うようにできていないのは、構造の問題がすごく大きいと思います。今日は院内に薬剤師がいることによって、院内も地域もどういふふうに変わっていったか、というような話をさせていただこうと思っております。



大須賀主任

桜新町アーバンクリニック

- 住所：東京都世田谷区（人口93万人+）
- **多職種在籍**：医師8名（常勤7名）、看護師15名、**薬剤師1名**
作業療法士4名、(管理栄養士1名)、MSW2名、ケアマネ1名、
医療事務7名、総務7名、ドライバー7名など
- 併設・**訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所**
 - ・ 認知症在宅生活サポートセンター(区委託事業)
 - ・ 外来 ・ 看護小規模多機能居宅介護
- 患者数：約**450名**（うち施設100名強）
- 年間看取り：約**150件**
- 在宅看取り率：**91%**

2013年から参画



Sakura Shinmachi Urban Clinic

Copyright © Platanus All Rights Reserved.

当院の概要です。世田谷区にあります。1番人口の多い区で、今お医者さんは8人とたくさんいてグループ診療でやっておりますが、それでも訪問診療の範囲として区内全域を回り切れないくらい広いです。

特徴としては、多職種が在籍しているということです。私は2013年から薬剤師として入りまして、その後、いろんな職種が参画し一緒に働いています。スライドの右下の写真を見ていただくと分かっているかと思いますが、事務所を医局とか看護部とか職種ごとに分けてしまうと絶対に壁ができるだろうと、院長がすごくこだわって、半年に1回くじ引きで席替えを行い、必ず隣の席は違う職種になるようなオープンオフィスで業務を行っています。

今、患者さんは450人ぐらいで、年間の看取りは150件ぐらいです。在宅の看取り率はかなり高い数字ではないかなと思っています。

診療所内薬剤師と保険薬局薬剤師の役割の違い		
	在宅診療薬剤師	保険薬局訪問薬剤師
調剤	なし(一部注射剤を除く)	あり
算定	なし(一部退院時共同指導等除く)	医療保険/介護保険
訪問形態	在宅医と同行 退院前カンファレンス	処方箋が出たとき 訪問薬局介入必要時のカンファレンス
薬剤情報 入手経路	電子カルテ 前医からの診療情報 各連携先からの報告書	患者、家族から 診療所からの情報
処方提案	医師が処方する場合での 処方作成支援(院内、患家)	服薬指導時患者からの情報を フィードバック、副作用など

- **診療現場での薬学的アセスメントによる処方支援**
- **院外保険薬局への情報提供の充実**

Sakura Shinmachi Urban Clinic Copyright © Platanus All Rights Reserved.

診療所の院内薬剤師と保険薬局の訪問薬剤師はどう違うのかを示した表です。先ほど、成瀬さんのお話にもありましたが、院内の薬剤師には保険制度上の報酬のインセンティブはほとんどありません。全くないと言ったらいいのでしょうか。薬剤師の点数は処方箋1枚につきいくらとついてきているので、私は調剤業務をしませんので、私のはたらきに対する報酬というのは一切ありません。しかし、診療現場で先生たちに同行して処方支援ができることだったり、なかにいるからこそ分かる情報を院外の薬局さんに情報提供ができることだったり、そこでのバリューを出していくというような立ち位置を評価してもらい雇い続けてもらっています。

入職した2013年はまだ150人ぐらいしか患者さんがいなかった頃で、今では450人なので、すごい勢いで増えていったなと感じます。入職してまず感じたことは、薬剤師のことをお医者さんも看護師さんも全然知らないということ。地域の薬剤師さんも、調剤薬局というのは医療者が薬剤師しかいない職場なので、とくに病院経験がなかったりすると、他の医療職とかかわる機会もないなかで疑義照会などの業務をしないといけない現状がある。これはとても難しいなと思ったのです。

訪問薬剤師さんが導入されている患者さんのお宅に伺っても、その薬剤師さんが保険制度の点数も取っているにもかかわらず、お医者さんとか看護師さんとかがお薬の管理をされていたりとか、薬剤師さんは単に薬を届けてくれる人だと患者さんやご家族に思われていて、玄関の前で渡すことしかしてなかったりとか、ケアマネさんとか訪問看護師さんからの認知度が低かったりというのが、本当に如実にありました。私は同じ薬剤師としてすごく悔しかったことを覚えています。

入職時に感じた、地域の薬剤師と連携の課題



薬剤師の職務内容や能力の浸透不足

- 患家の医薬品の残薬確認や、カレンダーへのセットを往診時に医師、同行看護師が行っている
- “薬を届けてくれる人”と認識されており、玄関前で渡すだけ
- ケアマネ、訪問看護師からの認知度も低い

圧倒的な情報不足

- 患者さんの状態が共有されていないため、緊急な状況に対応できない。
- 処方推論、調剤に時間が割かれ過ぎている

地域の薬局の在宅対応力が見えにくい

- どの薬局にどんな経験を積んだ薬剤師がいるのか
- 訪問薬剤管理指導 導入割合：17%
連携している訪問薬局数：3（ほぼ1つに集中）

スライドに圧倒的な情報不足と書きましたように、先ほど、処方箋に何も情報がないとありましたけれども、患者さんの情報が病名すら共有されていないので、薬の名前からすべて推察する「処方推論」という分野があるぐらい、推察することに薬剤師さんはすごく時間がかかっているわけです。でも、私のように院内にいれば、薬剤師さんが医療機関に一言電話して聞いてくれればいいのと思うことがいっぱいあるわけです。そこに時間を使うのではなくて、患者さんに時間を使うにはどうしたらいいのかすごく考えました。

あとは、在宅医療をやっている地域の薬局リストを薬剤師会が出してくださっているのですが、実際訪問薬剤師の導入が必要な時にリストのうえから順に電話してもなかなか見つからず、10薬局目でやっと1軒だったら対応が可能とお答えいただけただような状況で、なかなか地域リソースの本当の姿というのが分からない問題点も感じました。

150人の患者さんのなかで訪問薬剤管理指導を導入されている割合は17%にとどまってはいましたけれども、連携している薬局さんは、ほぼ一つの薬局に集中しているような状況でしたので、今後、在宅医療が普及することがもう目の前に見えている状態で、一つの薬局さんに頼ってはいは、ここが潰れたらうちも潰れてしまう、という率直な怖さがありました。

まずは、私も全然在宅医療を知らなかったので、往診同行につかせてもらって、診療現場に薬剤師が行ったらどんなことができるか、というのを一生懸命先生と一緒に考えることにしたのですが、まず感じたのは圧倒的に臨床知識が足りないことでした。

今の薬学部生は、いっぱい勉強して薬剤師になります。薬学部は6年制にもなったし、実習もたくさん行くようになって、勉強システムとしてはすごく充実してきてはいると思うのですが、やはり目の前の患者さんを先生と一緒にどう診るかという知識、経験は圧倒的に少ないですね。私の薬学部生時代にも

往診同行業務から見えてきたもの



地域医療チームに参画する薬剤師が備えるべきこと

- **臨床知識** + 診療報酬や介護保険、地域の情報
- **コミュニケーション能力**
- 対医師だけでなく、**訪看、ケアマネ、家族らとの連携や情報共有**
- **がん・非がん共に最終末期が多い**
⇒ **必要なのはスピード感と‘人が亡くなる’ことへの知識**

➡ **家族やケア提供者への適切な支援と協業により、
安心できる療養環境を薬剤師も一緒に構築できる**

Sakura Shimmachi Urban Clinic

Copyright © Platanus All Rights Reserved.

5

全然なかったなと思います。私は、病院経験も薬局経験もありますが、それでも全然知識が足りなかったですし、薬のことだけではなくて、診療報酬とか介護保険とか地域の情報とか、どこの地域包括にはどんな人がいて、この人につなげば何とかやってくれるみたいな、そういう情報まで分かっていないとちゃんとしたサービスにはつなげないということが分かりました。

あとは、薬剤師の知識がどれだけあっても、コミュニケーションがとれない方というのは、チームに入れないですね。それもすごく感じましたし、コミュニケーション能力と一言でいうと簡単ですけども、現実にはすごく難しいなと思いました。

医療という、お医者さんのことがすぐに頭に思い浮かびがちですけども、看護師さんというのは医療の中心ですし、看護師さんとコミュニケーションがとれないと仕事が回らない、それはもう病院でも在宅でも一緒だなと思います。

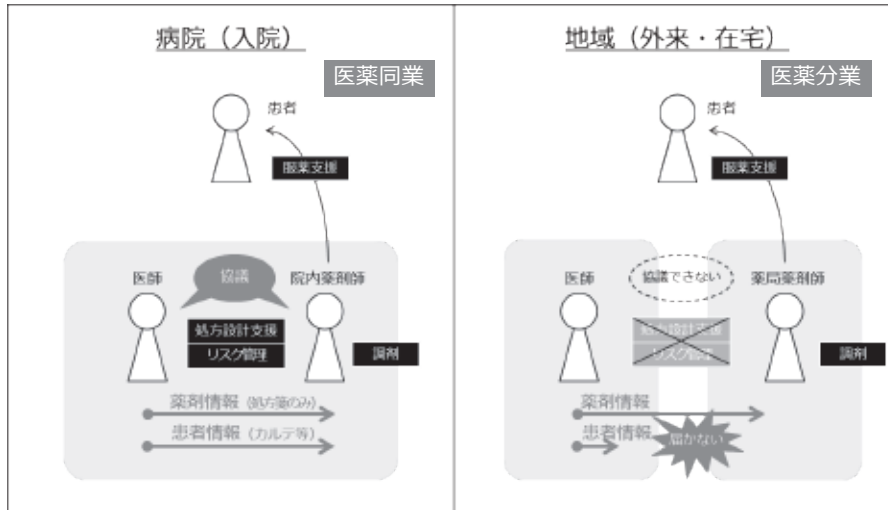
それから、ケアマネさんとか家族とか、もちろん、ご本人とも連携して情報を共有していくということが必要だと分かりました。最終末期の患者さんにかかわる時は、そのスピード感みたいなものが重要で、処方今日出て、届けるのは明日でいい薬というのはほとんどないんですね。もう今日、今、必要な薬を、今、届けてくれる薬剤師がどこにいるか、そういうスピード感を持って最終末期の方を在宅で診ているので、そこに薬局がついてこられるかどうかはすごく重要だと思いました。

家でできる治療というのは、基本的には薬物治療メインなので、そこに薬剤師がかかわっていないという状況のほうが多分おかしいのだらうと思いましたし、安心できる療養環境をつくるという意味で、薬剤師は一翼を担えると思いました。

病院と薬局では何が一番違うのか



慢性期疾患はトレーシングレポートなどで対応可

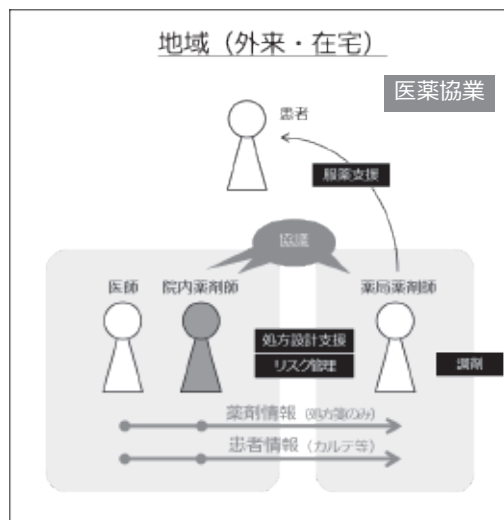


医薬分業になってから、処方元の医療機関から薬局薬剤師のもとに薬剤や患者さんに関する情報が届かないなかで服薬支援をしと言われていた現状では、患者さんの安全を守ることは難しいです。在宅医療で今私がやっていることは、協議する場に薬剤師を引っ張り出したり、必要な情報を薬剤師に送ったりと様々な手助けをすることです。

在宅医療で実現可能なかたち



特に高度薬物治療を必要とする疾患(緩和ケア含む)



1. 在宅医療導入依頼への対応

✓(特に)薬剤調整が必要なケースに介入

病院医師、病院薬剤部、病棟看護師、患者や家族と調整
最適解をさがす

✓退院前カンファレンス参加

疾患の知識とこれからの大まかな予測が必要
地域のどのリソースなら可能か、患者の希望に沿っているか

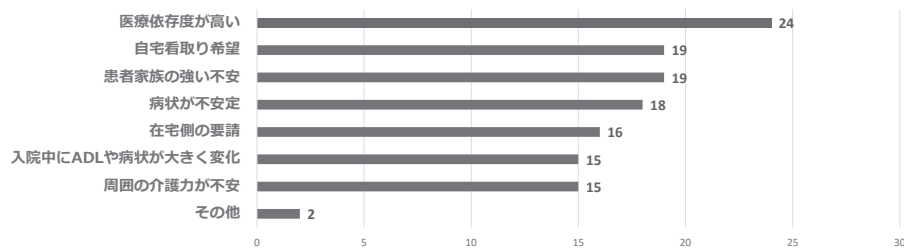
在宅でできる治療は、“薬物治療”メイン

院内薬剤師の実際の仕事を三つに分けて説明させていただこうと思います。一つ目は、まず在宅医療の導入依頼への対応というところで、薬剤調整が必要なケースに介入するようにしています。いろんな職種の方と調整をします。

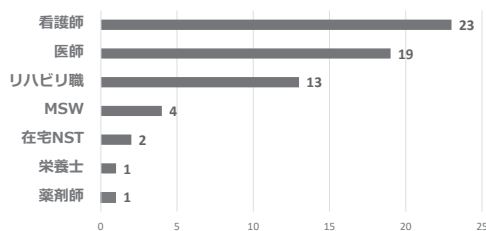
それから、退院前カンファレンスへの参加です。患者さんが自宅に帰っていく前に私たちが病院に伺って今の状況を聞くというカンファレンスで、よく参加しています。薬剤師として参加するメリットを出

連携先病院MSWへのアンケート 桜新町アーバンクリニックデータ n=25

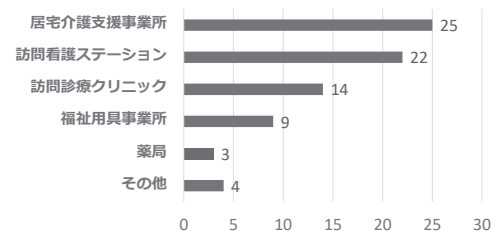
退院前カンファレンスを開催する必要があるのはどんな時か



院内で声をかける職種



院外で声をかける職種(施設)



すためには、先ほども申しあげましたけれども、疾患の知識がなかったり、大まかなこれからの予測ができなかったりすると、行っても全然意味がないので、この勉強は必須かなと思います。

これはちょっと余談なんですけれども、私たちの診療所ですべてのデータで、連携先の病院のソーシャルワーカーさん25人にとってアンケートがあります。退院前カンファレンスはどのような時に必要ですかと尋ねると、「医療依存度が高い方」という答えが最も多く24人でした。では、「その際、院内で声をかける職種は誰か」を尋ねると、病院内の薬剤師も薬局の薬剤師も全然声がかかっていないということが分かって、もっと薬剤師が病院のなかでも外でも認知される必要があるなということを感じました。

2. 診療現場での薬剤師業務

✓ 初回往診への同行

全処方薬把握、残薬、服薬管理状況確認
かかりつけ薬局への連絡、訪問薬局の選定
副作用歴、アレルギー歴などの聴取



✓ 定期訪問診療への同行、診療補助

処方せんだけではわからない情報を薬局にフィードバック

✓ 医師からのコンサルテーション対応、DI業務

コントロール不良時の薬剤選択、ポリファーマシー

✓ オピオイドローテーション時などの薬剤、機器調整手配

✓ 医薬品卸、製薬会社とのやりとり全般

二つ目です。診療現場で院内薬剤師がやっていることとしては、定期往診についていたり、訪問初回の往診についていたり、あとは、常勤は私一人ですべての先生についていけるわけではないので、電話でコンサルテーションを受けたり、DI（医薬品情報管理）の業務をしたりということをしています。当院はオープンカルテシステムといって、毎回のカルテを連携先とご本人ご家族に開示する仕組みを開業当時から導入していますので、他の診療所よりも連携先には情報は届いているはずですが、それでも、リアルタイムに必要な情報を追加で送ることが必要です。多くある情報のなかで薬剤師さんに必要な情報は何かということはお医者さんや看護師さんには分かりにくい側面があるので、薬局薬剤師の業務を知っている薬剤師が院内にいて、こういう情報を追加で書いてあげてください、と伝えることができるようになりました。

要は、薬局薬剤師さんが働きやすくなる支援を考え得る限りしてきたということです。薬局薬剤師さんがお医者さんの診療現場を見ることはすごく大事だと思ったので、同時訪問のセッティングなんていうこともしたりしています。



薬局薬剤師が働きやすくなる支援：

- ✓ 訪問時の変化等の共有
- ✓ 薬局薬剤師同時訪問のセッティング
- ✓ 必要そうな医療用麻薬の在庫などの事前確認



Sakura Shinmachi Urban Clinic

Copyright © Platanus All Rights Reserved.

スライドは、院内薬剤師がカルテに書き必ず薬局にお送りする服薬状況のレポートです。ちょっとビジーなスライドで恐縮ですが、これまでの病歴とか、薬歴とか、あとは処方以外の手持ち薬とかですね。残薬がどのくらいあるかを記載しています。右下の新規処方の項を見ていただくと2行しか書かれていないことが分かると思います。処方箋だとここしか送られてこないんですよね。でも、実際はこの人に必要な情報は本来これだけあるということを知っていただければと思います。



服薬状況レポート(例)：新患訪問

○山○男 79歳 M
 上行結腸癌術後、多発肝転移、腹膜播種、がん性疼痛
 経緯：
 H19/11 上行結腸癌に対し手術施行。手術施行。化学療法を行っていた。H24秋ごろ1ヶ月ほどTS-1内服により中止、以降ケモは中止。
 同時期、带状疱疹を発症。桜新町ペインクリニックでフォロー。
 H25/5 腹腔内動脈周囲の再発巣認め癌性疼痛としてオピオイド開始。今後を考え訪問診療を希望、開始となった。
 服薬状況： ご本人管理。ヒート調剤。
 オキシコンチン (5) 定期服用で日中の疼痛管理は良好だが、夜間痛くなるのを不安に感じオキシコンチンは定時に飲むように指導されている。
 薬の数が多いことについて、薬が体に与える悪さについて心配されている。現在飲んでいる薬は今のところ必要なので、服薬を続けていただき、今後様子を。

これまでの病歴 薬歴、副作用歴
服薬コンプライアンス
薬識、受け入れチェック

オピオイド内服してお。プレゼニド2錠2×朝寝る前での処方あり。
 本日より1日1回寝る前2錠へ変更となる。効果が無い場合は増量もしくは変更検討。吐き気や傾眠傾向などは聞かれず。
 食欲不振は顕著で、フルーツくらい。今回プレドニオン開始し、また甘いアモもお出した。今後の経過を観

新規処方の経緯
副作用等注意喚起

薬局： ○○薬局。訪問服薬指導
 他院からの処方： 特になし
 併用禁忌薬等： 特になし
 副作用歴： TS-1で腎機能悪化。胃痛

薬局、薬受取方法
禁忌、副作用管理
残薬管理
処方以外の手持ち薬の整理

<2013年●月●日現在の投薬状況
 定期処方 全てヒート調剤
 ○○病院外科 退院処方 21日分
 オキシコンチン(5) 4錠2×⇒3錠×2 朝1夕2 /残68錠
 オキノーム(5) 痛い時 /残75包
 カロナール(200) 6錠3× /残119錠
 ノバミン(5) 3錠3× /残68錠
 タケブロンOD(15) 1錠1× 朝食後 /残19錠

○●病院泌尿器科 退院処方 56日分
 ウプレチド(5) 0.5錠1×夕食後 /残21回分
 ハルナールD(0.2) 1錠1×朝食後 /残24錠
 ラックビー

新規処方：食欲不振に
 エンシュア・リキッド 1日1-2本 7本
 プレドニン(5) 2錠1×朝食後 7日分

初回往診 医師 遠矢(主)、看護師 尾山、薬剤師 大須賀
 相談員 染野
 以上 大須賀悠子

Sakura Shinmachi Urban Clinic

Copyright © Platanus All Rights Reserved.

12

3. 地域連携の強化

✓ 連携薬局との定例ミーティング

クリニックの朝礼+ミニ勉強会に薬局薬剤師も参加
緊急性はないが伝えておきたいこと、質問など直接話せる場の提供
地域や業務の有用な情報を共有できるプラットフォームとなっている

✓ 教育機会の創出

地域薬剤師の往診同行・見学のセッティングや学生実習の受け入れ
在宅医療に新規参画する薬剤師の支援

✓ 横の連携の強化

在宅医療に携わる地域の薬剤師間の横の連携会立ち上げ
当院以外と組むときにも役立つ→地域の在宅対応力を強化する

✓ 地域リソースの見える化

地域連携の強化ということで、いろんなミーティングの開催や教育機会の創出などもやっています。薬局間の横の連携を強化するという視点は大事だと思っていて、薬局さん同士が高め合ってくれることで、当院にかかわっている患者さんだけではなく、地域薬局に紐付けられた地域の患者さんも助かっていくということに目を向けて活動しています。地域の底上げという意味で、私たちの患者さんのためだけにやっているというよりは、地域のためにやっていくという考え方が必要だと思っています。

コロナ禍での協働



同じ患者を診ている医療チームから
同じ地域を守っている仲間という意識変容

コロナで協働する感覚がすごく変わりました。同じ患者さんを診ている医療チームという感覚はもうすでにできておりましたけれども、より一層、同じ地域を守っている仲間なんだと意識が変わったように思います。

在支診の薬剤師はだんだん増えてきてまして、今、25人から30人ぐらいになったかなと思いますが、本とかも書いたりして、細々と活動しております。

在宅療養支援診療所薬剤師の増加と連絡会設立



活動内容

- 全体会合(年2-3回)
- SNS上での情報交換
- 勉強会随時開催

参加薬剤師 2022/5現在 25名(順不同敬称略)

- 祐ホームクリニック
- わたクリニック
- ふくろうクリニック等々カ
- のぞみの花クリニック
- 多摩ファミリークリニック
- オレンジホームケアクリニック
- よしき往診クリニック
- 新宿ヒロクリニック
- いっぱ診療所
- 桜新町アーバンクリニック等

Sakura Shinmachi Urban Clinic

Copyright © Platanus All Rights Reserved.

地域のプライマリ・ケアを充実させていくために



- ✓ 薬剤師は積極的に診療の現場に存在し、同じ視点で患者をみる**ことが重要**
- ✓ 特に医療依存度の高い患者の多い在宅医療では、病院、診療所、薬局の連携が欠かせない
- ✓ 疲弊しない、させないために相互理解と援助が必要
- ✓ **地域の薬局間の機能分化や協働で持続可能な地域の服薬支援を考**えることも必要
- ✓ 薬剤師が本当の意味で知識を付け、医師と協業することで**プライマリ・ケアの質を向上**できるのでは

➔ 持続可能な地域医療を育成していくために薬剤師の力を

Sakura Shinmachi Urban Clinic

Copyright © Platanus All Rights Reserved.

16

これが最後のスライドになります。地域のプライマリ・ケアを充実させていくためにと書きました。1番言いたいことは、積極的に診療の現場に薬剤師を引きずり出してほしいというところですね。医師や看護師と同じ視点で患者を診ることが必要だと思っております。薬剤師が本当の意味で知識をつけて、お医者さんと協業できるとしたら、プライマリ・ケアの質は上がっていくのではないかなと思っています。

以上です。(拍手)

(西沢) 大須賀さん、ありがとうございました。お二人の話をお伺いして、こういう医療がいいなというのが、多分、多くの方が共感される場所があると思います。

この後は、井伊さん、そしてまた草場さん、大須賀さんの順でお話しいただきたいんですけども、井伊さん、お待たせしました。今のお二人の話を聞いて、また、最初ですので、できれば簡単な自己紹介も含めてお話しただけたらと思います。

(井伊) 一橋大学の井伊と申します。どうぞよろしくお願いたします。

セッション1: そもそもあるべきプライマリ・ケアとは？

1978年: アルマ・アタ宣言 “Health for all”

2008年: WHO World Health Report
保健医療制度が陥りがちな問題点
(特にプライマリ・ケアの弱い国)

1. 病院中心主義
2. 商業主義
3. 縦割りで細分化された医療介入政策



2008年: Margret Chan, WHO事務局長

“過去30年間の国際公衆衛生の失策として、包括的な基盤としてのプライマリ・ヘルス・ケア整備に取り組まなかった”

2008年: オバマケア

© 井伊雅子(一橋大学) all right reserved

自己紹介を兼ねて、私のプライマリ・ケアとの出会いを簡単にお話ししたいと思います。

もう30年ぐらい前になりますが、1990年代初めに、ワシントンD.C.に本部がある世界銀行という国際機関で働いておりました。主に途上国の医療制度改革の研究にかかわっていました。アルマ・アタ宣言、プライマリ・ケアなどに関心があり、そうした視点から指摘しますと、当時、「マサコは社会主義者だね」とよく言われました。

その後、90年代後半に、日本に戻りまして日本の医療制度改革の議論



井伊教授

にかかわり始めますと、今度は、「市場原理主義の経済学者が医療を語るのはあまりふさわしくない」と言われまして、自分のアイデンティティを喪失しそうになりましたが、私の拠って立つところは、常に地域住民の視点、患者の視点から良い医療とは何なのかな、どういう制度がいいのかな、と考えて研究することだと思います。その答えがまさに今日のシンポジウムのテーマで、プライマリ・ケアを核とした地域医療です。

アルマ・アタ宣言から30年たって、2008年にWHOから報告書が出たのですが、保健医療制度が陥りがちな問題点、とくにプライマリ・ケアの弱い国では、病院中心主義になりがちで、医療が商業主義になりがち、縦割りで細分化された医療介入政策になりがちと、3点指摘されていますが、残念ながら、日本はどれも当てはまっています、変わっていないようです。

ちょうどその頃、アメリカでオバマケアが導入されましたが、オバマケアの核心というのは、プライマリ・ケアを中心とした地域医療の構築だと考えており、徐々にアメリカでも変わってきているのだと思います。

セッション1: そもそもあるべきプライマリ・ケアとは？

日本の医療制度の大きな問題は 自由すぎることなのである



井伊雅子「日本の医療制度をどう設計するか？」
(2022)「アステイオン」96号

© 井伊雅子(一橋大学) all right reserved

次のスライドにあります、日本の医療制度の大きな問題点は自由過ぎることというのは、私が最近、いろいろところで主張していることです。夏に朝日新聞の「折々のことば」にも取り上げられましたので、多くの方々にも共感いただいているのではと思います。

これは最後のスライドで、「医療経済学とは」と書きましたが、プライマリ・ケアを整備することの目的とほとんど同じだと思います。費用の削減が目的なのではない。市場だけが手段ではなくて、制度設計が重要ということです。

大須賀さんと草場さんのご報告を伺って、一つずつ、質問があります。

医療経済学とは

- 費用の削減が目的ではない
- 限られた資源の最適な配分を追求する学問
- その際、重要なベンチマークとなるのが、費用対効果である(大前提が、費用と効果を測ることである)
- 市場だけが手段ではなく、制度設計が重要

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

大須賀さんの話で、薬剤師は診療所や在宅で医師と一緒に働くとのことですが、一緒に働く医師に教えることは、薬剤師にとってとても大きな学びになりますし、生涯教育にもなります。私は大学で教えていることもあり、教育制度に非常に関心がありますので、そうした教育のシステムが現状どうなっているのかということ。さらに、今後、そうした生涯教育の制度をどのように整備したらよいのか。そのあたりのご意見をお聞かせいただけますか。

(大須賀) ありがとうございます。ほとんどの薬剤師はお医者さんとかかわりで「教えてもらう」ことが多いと捉えていると思うので、お医者さんに「教えられる」職業とさせていただけたことは、目からうろこが落ちるといえるか、すごく光栄なことだなと思います。

薬剤師自体の資質を上げるための研修はたくさん整備されていますし、6年制になってから、大学の時点ですでに地域に出て勉強することのできる実習などもすごく充実してきたところだとは思っています。

でも、お医者さんに教えるというか、お医者さんに薬剤師のはたらきを分かってもらうためには、やはり一緒に働くしかないと思いますね。私も何か特別なことができたわけではないけれども、「薬剤師はこういうことを思っているんだ」とか、「こういうことで困っているんだ」というのを、お医者さんたちに伝えることができた。一緒に働くまでお医者さんたちがどれだけ薬剤師のことを知っているか分からなかったし、お医者さんたちも薬剤師がそこまで情報がなくて困っていたということを知らなかったもので、同じ場で働くということは必要だと思います。

また、もう地域に出てしまった薬局の薬剤師さんにどういうふうに教育するかという面で言えば、いきなり1年、2年、3年仕事を休んで外部で研修をするなんていうのは、現実的ではないかもしれないですけども、日本プライマリ・ケア連合学会などでも薬剤師の研修は行われていて、そのなかに診療所での研修が含まれています。専門医療機関連携薬局も機能整備されてきているなかで、薬剤師の認定要件を満たすためには必ず病院で実習することが入ってきています。地域で他の職種と働いたことがない人で

も、その機会を得ることはできるようになってきているので、そういうところにどんどん薬剤師が行ったらいいのではないかと。その後で、お医者さんに信じてもらえる薬剤師が育つのではないかなと思っております。

(井伊) ありがとうございます。

草場さんには、先ほどの報告の最後の資料、12ページ（「かかりつけ総合医は誰が担うのか？」）で、プライマリ・ケアの専門家がなくなるまでは、かかりつけ総合医というのを公的な研修と認証制度で位置付けることが現実的ではないとおっしゃっています。確かにそう思いますが、これは誰がどのように主導をしていくと考えたらよいのでしょうか、お聞かせください。

(草場) ありがとうございます。非常に重要な部分だと思います。

かかりつけ医という表現だと非常に分かりにくいんですけども、プライマリ・ケアの専門家である「かかりつけ総合医」という言葉を僕は使っているんですけども、やはり公的な位置付けというのが非常に大事だと思っています。医療団体が自らそれを認定すると、なるべく取りやすとか、あるいは、そんなに負担をかけないよという方向にどうしても議論が進んでしまいますので、中立的な第三者がかかわることが重要です。

もちろん、専門家がかかわるということでは、例えば私どもの学会、日本プライマリ・ケア連合学会は、プライマリ・ケアの教育ということをもう40年間ずっとやり続けていますので、こういった学会が当然入るべきでしょうし、もちろん、医療団体も入っていいと思います。でも、やはりそこに国とかそういった公共の立場の方も入っていただいたコンソーシアム的なものをきちんとつくって、そこにきちんと箔をつけていく。

日本の医師免許も、当然、国の認定を受けて私たちは医師免許を持っているわけですので、同じように、そういった公的な性質を帯びさせる。そして、その資格を取ることにステータスがあるということもきちんと医師のなかにも醸成させていく、ということが私は非常に大事なかなと思っています。

(西沢) ありがとうございます。

大須賀さんから薬剤師の話がありまして、それを受け止めて、医師である草場さんが桜新町アーバンクリニックの取組であるとかをどうお感じになるか、一言いただけますでしょうか。

(草場) 大須賀さんのプレゼンテーションを拝見して、私たちの医療法人、今、私が北海道で経営している医療法人のなかでは、こういった形の薬剤師さんをまだ雇用していないので、非常にうらやましいなというように感じています。

つまり非常に大事なものは、多職種連携というのも、簡単に言うんですけども、実は、それぞれの職種が持っている機能がどこまで広がり得るのか、そういう議論というのはあまりないですね。現状を前提としたままで、薬剤師さんは処方箋を出したら調剤してくれるでしょうということから、もう思考が動かない。看護師さんに関して、看護師さんは医師の補助的な形で、とくに診療所は主導的にケアを提供する看護師さんというのは比較的少ないと思います。本来は、看護師さんは、特定行為研修をしていなくても、もっと主体的に健康管理とか生活への指導とか、様々な家族の状況に対する配慮とか、できることがいっぱいあると思うんですね。

ですから、まずはそれぞれの職種の持っている機能というものを、もちろん、それは医師も把握しな

ければいけないわけですが、住民も理解していただく、国民にも理解していただいて、私たちプロフェッショナル同士でも理解をして、そこをどう引き出していか。今回の大須賀さんのお話では、それが非常に重要だし、それをしていかなないとプライマリ・ケアというものが非常に線が細いものになっていく。非常に大事な問題提起をいただいたなというふうに思っています。

(西沢) 第1セッション、あと3分時間がありますので、デジタルについてお伺いします。桜新町アーバンクリニックでも早くからデジタル、とりわけiPhoneが出た当初から使われているという話も伺いますし、デジタルの活用について、大須賀さんから井伊さん、草場さんで、1分ずつお話しいただけたらと思います。

(大須賀) うちでは職員一人に1台ずつiPhoneが支給されています。大きいカルテのシステムはすごく高価で、確かにセキュリティはとてもしっかりしているんですけども、なかなか自分たちでいじれなかったりします。けれども、アプリは、1個100円とかでいいものがいっぱいあるんです。そこに患者さんの個人情報さえおさえなければ使えるものも多いので、そういうものをうまく使ってやっていく考え方です。しかも、安く、もっとフランクに情報共有を、と考えてiPhoneを使っています。

(井伊) 今回、コロナのことで、日本はデジタル化が後れていると散々言われているのですが、今までにもそのように言われてどれだけ予算をつけてきたのでしょうか。それなのにデジタル化はなかなか進みません。医療制度の分野に関しては、他の国の様々な経験を見ていると、デジタル化というよりは、まずは医療制度を整えることでデジタル化が生きてきます。デジタル化にある程度お金をかけることも必要かもしれませんが、まず医療制度、医療保険制度を整備していくことが大切と常々考えております。

(西沢) ありがとうございます。草場さん、お願いします。

(草場) 非常に重要なポイントで、ただ、デジタル化自体を目的にすることはちょっとずれているような気が私はしていて、何のためにデジタル化するのか。ですから、今、井伊さんがおっしゃった通りで、つまり、データを共有する、標準化していく、そして、誰からでも見てもらえるような枠組みにしておくために、紙カルテではとてもそういうことはできませんので、デジタルというのが非常に重要になってくる。

例えば、医療介護連携のいいソフトがあったりしますが、電子カルテと全く連動していないんですね。日本はそれぞれのコンテンツとか、アプリはあるけれども、全然つながっていないので、結果的にそのアプリを使う時には、それを見ながら打ち込むみたいな形になって、非常に無駄が多い。

ですから、統一的に、医療、介護、福祉も含めた情報をちゃんと一極化していく、クラウド化するということだと思うんですけども、そういった意味でのデジタル化というふうに絞っていかなければいけないなと思います。

(西沢) 井伊さんからもお話がありました通り、制度を変えずに、例えば、バラバラの場所にみんなが勤務していて、情報連携してデジタル化しようとしても、無理がやはりくると思います。ですので、グループ診療をするというように制度を整えて、そのなかでデジタルを活用するという思考回路に切り替える必要があるのかなと思います。

まだ議論はあるんですけども、ここで第1セッションはいったん終了しまして、休憩を挟み、第2セッションに移りたいと思います。

(休憩)

(西沢) では、ここからは第二部の第2セッションを開始したいと思います。

第2セッションは、「経済・社会の中の医療」と題していますが、経済というのは予算制約とか費用対効果といったキーワードを念頭に置いております。また、社会というのは、地域社会ですね。それは、患者さんだけではなくて、地域住民をイメージしていますし、自らの医療機関だけではなくて、他の医療機関や行政といった他の医療関係者をイメージしています。

第2セッションでは、まず井伊さんからプレゼンテーションいただいて、その後、ディスカッションに移りたいと思います。

井伊さん、よろしくお願いいたします。

セッション2:

経済・社会の中の医療

「医療費の対GDP比は、世界一の高齢化水準に鑑みれば決して高い水準ではない。世界に高く評価されるコスト・パフォーマンスを達成してきた」

(社会保障制度改革国民会議の報告書)



© 井伊雅子(一橋大学) all right reserved

(井伊) それでは、私のほうから経済・社会のなかの医療というテーマでお話しします。このスライドは西沢さんもメンバーでいらした社会保障制度改革国民会議の報告書からの引用ですが、これに限らず、政府の正式な報告書でもこういった文言をよく見かけますが、本当にそうなのでしょうか。

今日、お話ししたいことは、まず日本の医療費、先ほど、西沢さんからご指摘があったように、推計にいろいろ問題があります。日本の医療費というのは一体高いのでしょうか低いのでしょうか。そして、医療の質はどうなのでしょうか。この2点からお話をしていきます。

費用に関して疑問を持ったきっかけは、今までいろいろな国の地域医療の現場を見る機会がありましたが、確かに日本は検査も多いですし、高額な医療機器へのアクセスも多いし、薬もすぐ出してくれる。だけど、他の国が断然お金をかけていると思うのは、医療者への教育などです。草場さんはお詳しいと思いますけれども、生涯教育などに日本はあまりお金をかけていないですし、あと、ガイドラインの

今日お話ししたいこと

1. 日本の"医療費"は、高いのか低いのか
2. 日本の"医療の質"は、高いのか低いのか

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

ためのデータベースづくりとか、患者の権利を守るためのインフラづくり、そういったものに日本はあまりお金をかけていないなと感じることが多くありました。ですから、総額の議論ではなくて、どの項目にどのぐらいの費用が使われているのか、そういった視点から統計を見ていくことが重要だと思っています。

質に関しても、日本では医療の質というと、アクセスがよいとか、すぐに検査が受けられるとか、そ

まず、費用について

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

セッション2: 経済・社会の中の医療
日本の医療費は高い？低い？

令和4年11月30日 厚生労働省 Press Release

「令和2(2020)年度 **国民医療費**」を公表します

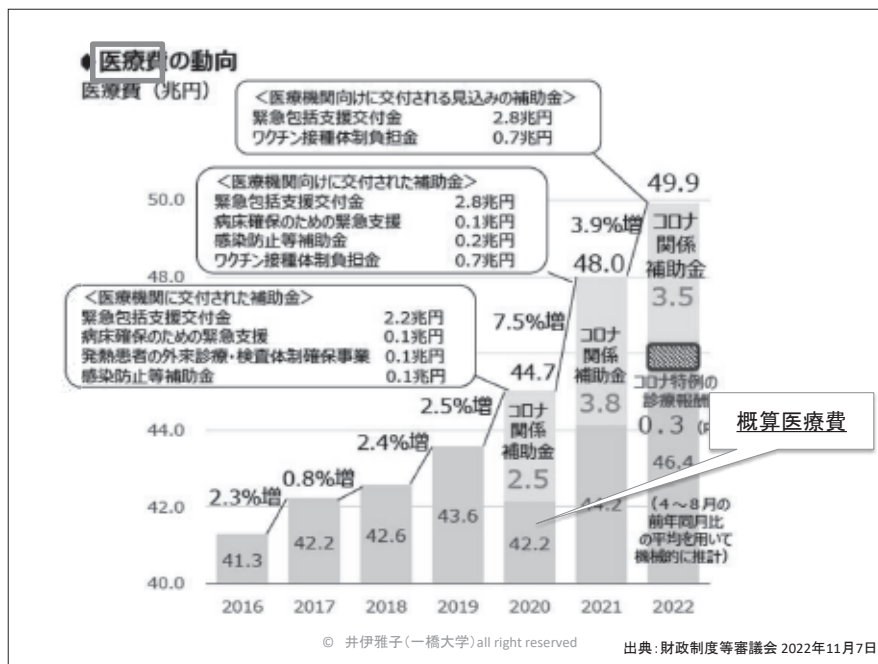
[結果のポイント]

令和2年度の**医療費**は42兆9,665億円となり、前年度に比べて1兆4,230億円の減少

© 井伊雅子(一橋大学) all right reserved

ういった視点で語られることがどうしても多くて、それも重要な質の評価の一つではありますが、他にも多くの指標がありますので、いろいろご紹介しながら、日本の制度にはどの指標が住民のために役に立つのか、お話ししていきたいと思います。

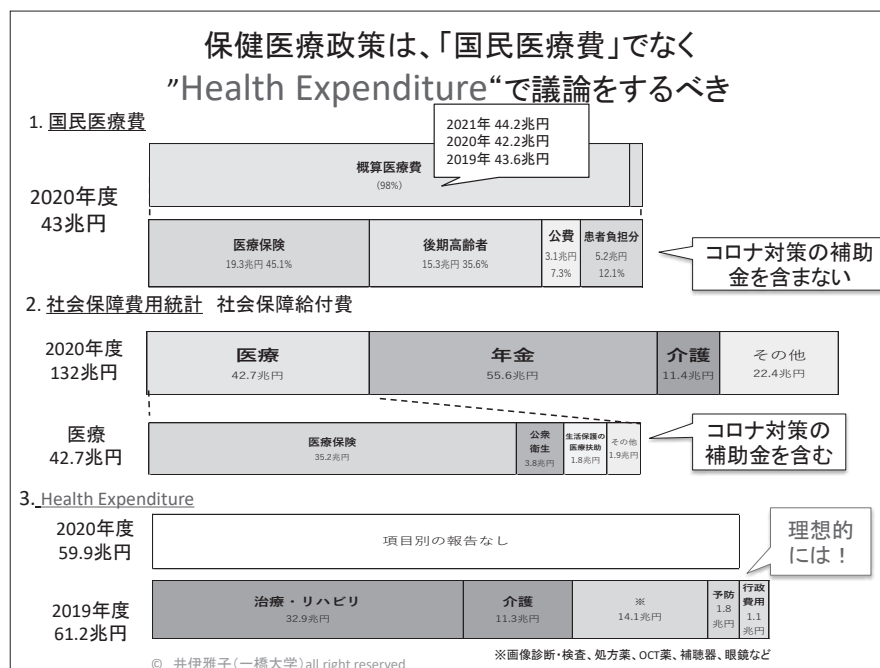
まず、費用ですが、これは先ほど西沢さんがお話しされたので、皆さん、大分イメージがつかめたと思います。ちょうど先週、ようやく2020年度の国民医療費が公表されて、新聞にもスライドに書いたよ



うに出ていました。メディアでも政府の資料でもよく使われるのは、この国民医療費です。これにはコロナ対策の補助金は含まれていません。2020年度はコロナで受診控えがありましたので、医療費が減少したということだけしか、ここには書かれていません。

次は、財務省の財政制度等審議会の資料で、ここでも医療費と言っているのですが、この概算医療費は、ほとんど国民医療費と同じと考えていただければいいのですが、この概算医療費だけではつかみ取れないということで、棒グラフの上段にコロナ関係の補助金を詳細に示しています。

これは、もともと西沢さんと私の長年の問題意識で、国民医療費のなかには予防接種とか医療機器への補助金とか、あと、予防が大切だと今さん言われているのに、その予防に関する様々な地方が行っている事業などは含まれていません。要するに、プライマリ・ケアに関心がある私たちが知りたい費用というのは、国民医療費にはほとんど含まれていないのです。一方で、経済財政諮問会議などでは、医療費の地域差分析に概算医療費や国民医療費を使っていますが、それが狭い概念であるという点に注意が必要です。



簡単に図で示していきますと、国民医療費というのは、先ほどお話ししたように、コロナ対策の補助金は含まれていません。社会保障費用統計には医療の項目がありますので、この項目を見ていくと、ここにはコロナ対策の補助金は含まれています。けれども、これは社会保障給付費ですので、患者の自己負担ですとか、あと、OTC、市販薬などは含まれていません。

そうすると、先ほどの西沢さんのプレゼンテーションのなかにもあったように、日本政府がOECDに提出しているHealth Expenditureが理想的です。これは国民医療費プラス、コロナ対策のような補助金、介護、予防などを包括的に推計しているものです。ただ、残念なことに、日本のHealth Expenditureの

推計は精密さに欠ける点もありますし、あと、速報性にも劣るという問題がありますので、ぜひ政府として改善に取り組んでほしい統計であります。

次が医療の質の評価です。代表的なものを四つご紹介したいと思います。

セッション2: 経済・社会の中の医療
日本の医療の質は高い? 低い?

医療の質の評価

1. OECDによる質の評価
2. Commonwealth Fundによるプライマリ・ケアの質の評価
3. 英国のQOF (Quality and Outcomes Framework): プライマリ・ケアの評価と支払い制度
4. 海外の行政機関等による医療機関の質の情報開示 (地域住民への情報提供)

© 井伊雅子(一橋大学) all right reserved

まず一つ目は、OECDによる質の評価です。

二つ目が、コモンウェルス・ファンドによるプライマリ・ケアの質の評価です。コモンウェルス・ファンドというのは、アメリカの民間の財団で、医療政策に関する研究や政策提言を行っています。OECDが2001年に質の評価のプロジェクトを始めた時に参考にしたのが、このコモンウェルス・ファンドの質の評価です。

三つ目が、イギリスのQOFで、成果払い制と言われるものです。

四つ目に、海外の行政機関が地域住民へどのように情報を提供しているのかということです。これらを簡単にご紹介します。

1. OECDによる医療の質

- (1) 急性期医療
- (2) がん医療
- (3) 精神医療
- (4) 患者経験
- (5) 患者安全
- (6) プライマリ・ケアにおける処方
- (7) プライマリ・ケア

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

OECDによる医療の質評価は、この七つの分野に分かれていて、今日のテーマでは(6)と(7)が関係していると思います。OECDのホームページで誰でも簡単にアクセスできますが、日本は本当に空欄が多いです。

日本は空欄が多い

Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Australia	80.5	80.8	81.1	81.4	81.7	82.0	82.3	82.6	82.9	83.2	83.5	83.8	84.1	84.4	84.7	85.0
Belgium																
Canada																
Denmark	80.4	80.7	81.0	81.3	81.6	81.9	82.2	82.5	82.8	83.1	83.4	83.7	84.0	84.3	84.6	84.9
Estonia																
Finland																
France	81.7	82.0	82.3	82.6	82.9	83.2	83.5	83.8	84.1	84.4	84.7	85.0	85.3	85.6	85.9	86.2
Germany																
Greece																
Hungary																
Ireland																
Italy																
Latvia																
Lithuania																
Netherlands	80.5	80.8	81.1	81.4	81.7	82.0	82.3	82.6	82.9	83.2	83.5	83.8	84.1	84.4	84.7	85.0
New Zealand																
Norway																
Poland																
Portugal																
Slovakia																
Slovenia																
Spain																
Sweden	84.8	85.1	85.4	85.7	86.0	86.3	86.6	86.9	87.2	87.5	87.8	88.1	88.4	88.7	89.0	89.3
Switzerland																
Turkey																

Data extracted on 02-Nov-2023 01:41 UTC (GMT) from OECD.Stat

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

これは急性期医療の質の評価指標です。

次に、精神医療の質の評価指標。これも日本はすべて空欄ですね。

セッション2:経済・社会の中の医療
日本の医療の質は高い?低い?

急性期医療

- ① 急性心筋梗塞入院後30日死亡率
- ② 脳卒中入院後30日死亡率
- ③ 虚血性脳卒中入院後30日死亡率
- ④ 股関節骨折入院後2日以内の手術
- ⑤ 股関節骨折入院後翌日の手術
- ⑥ 股関節骨折入院後当日の手術

なぜ日本は空欄?

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

セッション2:経済・社会の中の医療
日本の医療の質は高い?低い?

精神医療

日本はすべて空欄、
韓国は⑥以外すべて提出

- ① 精神障害を有する患者の院内自殺
- ② 精神障害を有する患者の退院後1年以内の自殺
- ③ 精神障害を有する患者の退院後30日以内の自殺
- ④ 統合失調症を有する患者の超過死亡率
- ⑤ 双極性障害を有する患者の超過死亡率
- ⑥ 重度精神疾患を有する患者の超過死亡率

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

プライマリ・ケアに関しては、こうした指標で、とくにプライマリ・ケアの質の評価として、処方に関してこれだけ多くの指標がありますが、日本はすべて空欄です。韓国は、⑤以外はすべて提出しています。

プライマリ・ケア

- 高血圧や糖尿病を原因とする入院率
- 糖尿病下肢切断

プライマリ・ケアにおける処方

- ① 糖尿病の患者にコレステロール値を下げる薬を処方
- ② 糖尿病の患者に推奨
- ③ 高齢者にベンゾジアゼピン系薬を処方
- ④ 高齢者に長時間作用性β遮断薬を処方
日本はすべて空欄
- ⑤ 経口NSAIDと組み合わせた治療をしている患者
韓国は⑤以外全て提出
- ⑥ 抗菌薬(抗生物質)の
- ⑦ 第一選択でない抗菌薬の使用量が全体に占める割合
- ⑧ 75歳以上で5種類以上の薬を服用している割合
- ⑨ オピオイドの処方量
- ⑩ オピオイドを常習的に使用している人口の割合
- ⑪ 65歳以上で抗精神薬を使用している割合

こういう状況であります。

2番目がコモンウェルス・ファンドのプライマリ・ケアの評価で、これは五つの分野に関して71指標を報告しています。これもホームページで簡単にアクセスできます。日本は対象ではありませんが、日本が参加するとなると、アクセス以外のデータ提出は難しいのではないかと思います。一方で、韓国ならば、ほとんどすべてすぐに提出できるのではないのでしょうか。

セッション2: 経済・社会の中の医療
日本の医療の質は高い? 低い?

日本は対象
ではない

2. Commonwealth Fund

(11ヶ国を対象としたプライマリ・ケアの評価)

- 1) アクセス(費用・時間)
- 2) ケアの過程(予防、安全、連携、参画と患者の意向)
- 3) 効率性
- 4) 公平性
- 5) アウトカム

に関する71指標

© 井伊雅子(一橋大学) all right reserved

次がQOFです。これはイギリスのプライマリ・ケアを担う診療所における成果払制度です。日本では、成果払制度はあまり効果がない、エビデンスがないと指摘されることがあります。私は、QOFの本質は、プライマリ・ケアの評価指標をエビデンスに基づいて作成して、そして更新を続けていくということだと考えています。そして、医師の評価ではなく、診療所の評価であって、診療所への支払いということです。具体的には、このように三つの分野に分かれて、合計72の指標があります。こうした指標をイギリス

セッション2: 経済・社会の中の医療
日本の医療の質は高い? 低い?

3. QOF (Quality and Outcomes Framework) とは?

英国のプライマリ・ケア(診療所)における成果
払制度

診療所の評価であり、診療所への支払い

© 井伊雅子(一橋大学) all right reserved

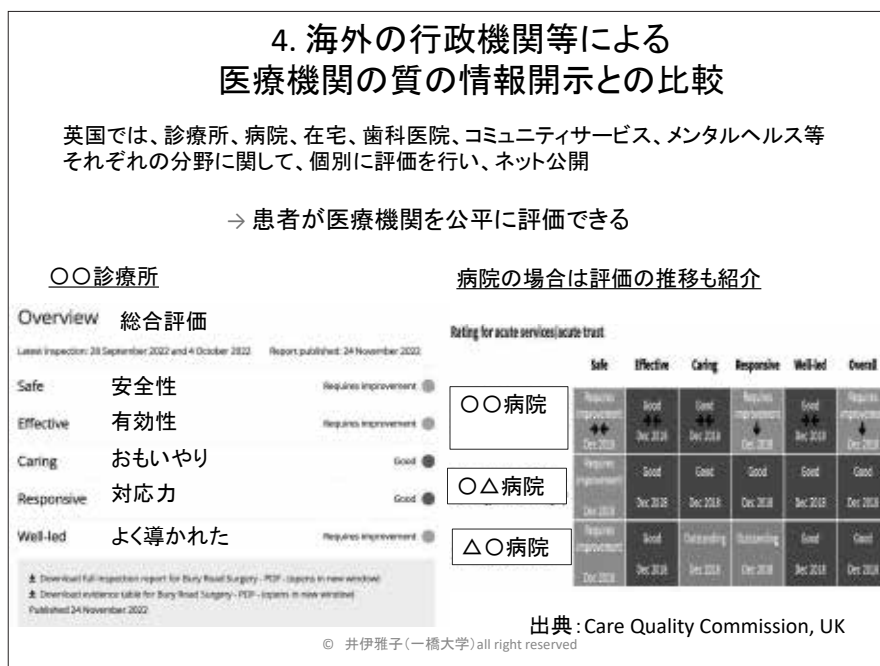
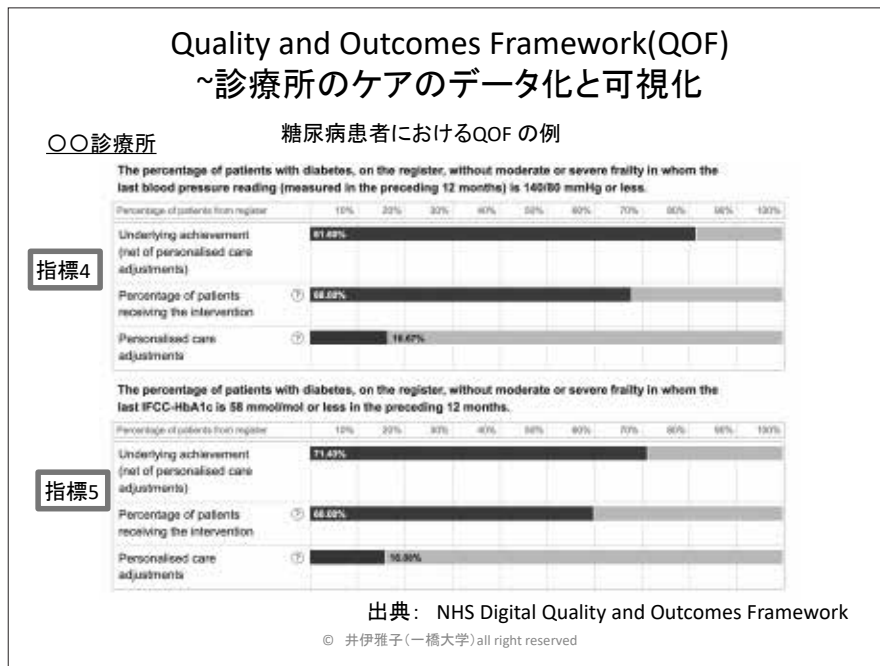
ではすべての診療所が計測し、提出し、評価を受けているということです。

糖尿病に関しては九つ指標があり、このように詳細な説明があります。

一般住民向けには、分かりやすいように、個々の診療所の評価をこのように可視化しています。

臨床分野 401pt			公衆衛生分野 160pt					
	指標数	点数の合計						
心房細動	3	29	血圧	1	15			
冠動脈疾患の二次予防	4	28	肥満	1	8			
心不全	5	29	喫煙	3	62			
高血圧	3	25	予防接種と免疫	4	64			
閉塞動脈硬化症	1	2	子宮がん検診	2	11			
脳卒中	4	11	質改善分野 74pt					
糖尿病	9	67	処方薬依存症	2	37			
喘息	4	45	家庭医へのアクセス最適化	2	37			
慢性閉塞性肺疾患	3	19	<table border="1"> <tr> <td>全体</td> <td>72</td> <td>635pt</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">出典: Quality and Outcomes Framework Guidance for 2022-23</p>			全体	72	635pt
全体	72	635pt						
認知症	2	44						
うつ病	1	10						
精神病	7	38						
がん	3	13						
慢性腎臓病	1	6						
てんかん	1	1						
学習障害	1	4						
骨粗鬆症	1	3						
慢性関節リウマチ	2	6						
緩和医療	1	3						
非糖尿病性高血糖	1	18						

臨床分野		点数	達成率
糖尿病			
記録	17歳以上の糖尿病患者全員の糖尿病を疾患タイプを特定し登録	6	
指標 1	糖尿病性腎症または微量アルブミン尿症と診断された登録糖尿病患者の内、ACE-IまたはARBを投与している患者	3	57-97%
指標 2	過去12ヶ月で足の診察及び糖尿病性神経障害のリスク分類の記録がある登録糖尿病患者	4	50-90%
指標 3	9ヶ月以内に構造化した教育プログラムを受けた新規登録糖尿病患者	11	40-90%
指標 4	過去12ヶ月以内の直近の血圧が140/80以下の登録糖尿病患者	10	38-78%
指標 5	過去12ヶ月以内の直近のHbA1cが7.5%以下の非脆弱登録糖尿病患者	17	35-75%
指標 6	過去12ヶ月以内の直近のHbA1cが9.1%以下の脆弱登録糖尿病患者	10	52-92%
指標 7	40歳以上で心血管疾患歴のない非脆弱糖尿病患者でスタチンを投与している患者（心血管リスク10%未満を除く）	4	50-90%
指標 8	心血管疾患歴がある糖尿病患者でスタチン投与している患者（出血性脳卒中を除く）	2	50-90%



4番目に、海外の行政機関による情報開示の比較ですが、アメリカ、イギリス、オーストラリア、韓国、フランスの行政機関の指標を、私の学部ゼミ生たちと、あと、大学院でアジアの若手官僚を対象としたプログラムを担当していますので、その2グループで精査してもらって、どれがいいか、彼ら、彼女たちに意見を聞いたたら、断トツにイギリスでした。

私は、別にイギリスが好きでイギリスばかり紹介しているわけではないのですが、とにかく患者の目

線で分かりやすくなっています。他の国でも、もしかしたら診療所もあるのかもしれませんが、主に病院だけの情報開示なのですが、イギリスでは、診療所、在宅、歯科医院、コミュニティサービス、メンタルヘルス、様々な分野に関して評価を行っていて、患者が医療機関を公平に評価できる制度になっています。

個々の診療所について、ここでは名前を隠していますが、総合評価の他に、安全性や有効性といっ

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare (厚生労働省). The main heading is "医療機能情報提供制度（医療情報ネット）について" (About the Medical Information Network). Below the heading, it states that the page introduces the network established under the revised Medical Information Network Act. A key feature is highlighted: "医療情報ネットを確認すれば、診療科目、診療日、診療時間や対応可能な疾患治療内容等の医療機関の詳細がわかります" (By checking the Medical Information Network, you can see details of medical institutions such as medical specialties, medical days, medical hours, and treatable diseases/therapies). A list of prefectures is provided, including Hokkaido, Aomori, Iwate, Miyagi, Akita, Yamagata, Fukushima, Ibaraki, Tochigi, Gunma, Saitama, Chiba, Tokyo, Kanagawa, Niigata, Toyama, Ishikawa, Fukui, Shiga, Kyoto, Osaka, Hyogo, Nara, Wakayama, Tottori, Shimane, Tokushima, Kagawa, Ehime, Kochi, Fukuoka, Saga, Nagasaki, Kumamoto, Oita, Miyazaki, Kagoshima, and Okinawa.

23

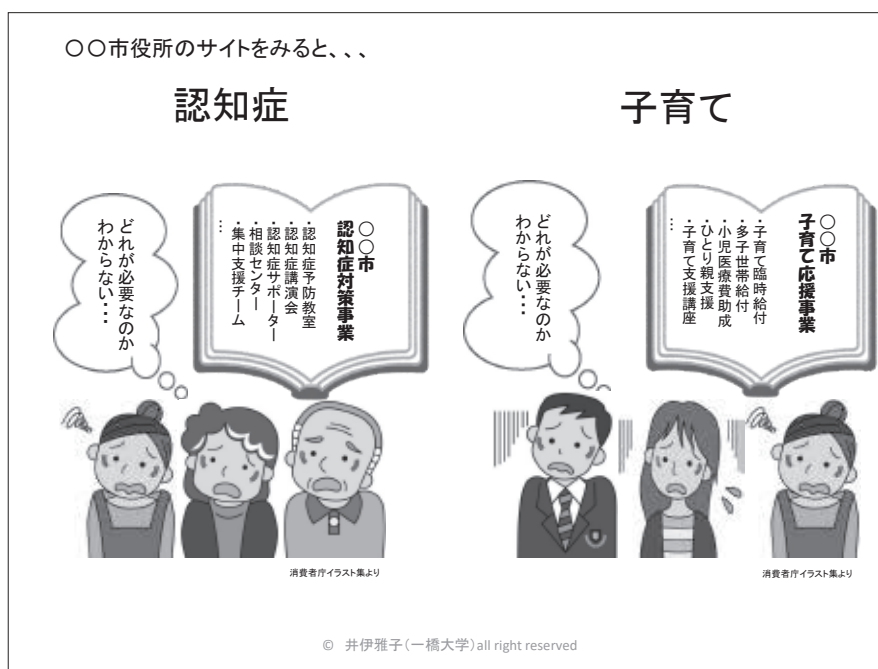
The screenshot shows the website for "東京都 医療機関・薬局案内サービス" (Tokyo Medical Institution and Pharmacy Branch Service). The page features a search bar and a grid of service icons. The icons include: "医療機関を探す" (Find medical institutions), "薬局を探す" (Find pharmacies), "特定医療機関を探す" (Find specific medical institutions), "救急受診ガイド" (Emergency care guide), "救急センターを探す" (Find emergency centers), "救急センターの場所" (Locations of emergency centers), "救急センターのサービス" (Services of emergency centers), "救急センターの受付時間" (Reception hours of emergency centers), "救急センターの連絡先" (Contact information of emergency centers), "救急センターの予約" (Reservations at emergency centers), "救急センターの予約方法" (Reservation methods at emergency centers), "救急センターの予約料" (Reservation fees at emergency centers), "救急センターの予約キャンセル" (Cancellation of reservations at emergency centers), "救急センターの予約変更" (Modification of reservations at emergency centers), "救急センターの予約確認" (Confirmation of reservations at emergency centers), "救急センターの予約履歴" (Reservation history at emergency centers), "救急センターの予約通知" (Reservation notifications at emergency centers), "救急センターの予約キャンセル通知" (Cancellation notifications at emergency centers), "救急センターの予約変更通知" (Modification notifications at emergency centers), "救急センターの予約確認通知" (Confirmation notifications at emergency centers), "救急センターの予約履歴通知" (Reservation history notifications at emergency centers), "救急センターの予約通知" (Reservation notifications at emergency centers).

24

た個別項目に関してRequires improvementとかGoodとか、五つの評価がされていて、さらに、もっと細かい指標を知りたい場合には、この下に書いてありますけれども、フルのレポートをダウンロードすることもできます。病院に関しては、評価の推移も紹介しています。本当に地域住民に分かりやすい指標が入手できます。

一方で、先ほどから話題になっています医療機能情報提供制度については、これを私たちは東京都を例として見ましたが、公開情報が乏しいということもありますし、患者目線ではない、分かりにくいというのは、皆さんもぜひどこか関心のある都道府県を見ていただければお分かりになると思います。

これは、ある市役所のサイトですけれども、自治体のホームページにはいろんな事業が紹介されていますけれども、縦割りで連携がない場合も少なくなくて、地域住民にとってせっかくの様々な事業をどのように活用したらよいのか、よく分からないというのが実感するところでもあります。多くの国のように、プライマリ・ケアを整備して、診療所がハブとしてこうした地域の様々な事業へつなぐ役割を担えると住民にとっても行政にとっても利便性が増すと思います。



なぜ日本では質の評価が進まないのでしょうか。いろいろ理由はあると思いますが、このようなことを私は考えています。すなわち、ランキングには関心があるけれども、そもそも評価に価値を置いていないのではないのでしょうか。評価というのは改善のためにあると思うのですが、それが共通の理解になっていないと思います。

まとめとして、日本では、残念ながら、費用も質も明らかでない。こういう状態で保健医療政策を進めることの危険性というのは、総額の医療費を抑えるという話になりやすく、そうなる、削りやすいところから削るという発想になりがちですので、やはりデータがないところでの政策議論というのはと

なぜ日本では質の評価が進まないのか

- 1 データがない?
- 2 あるけど提出しない?
- 3 集計の仕方が悪い?
- 4 そもそも評価に価値を置いていない?
→ 評価は改善のため

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

まとめ:費用も質も明らかでない

- これでは費用対効果はわからない
- データがないところで保健医療政策を進めることの危険性
- 総額の医療費を抑える議論になりやすい
削りやすいところを削る発想になりがち

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

でも危険であると思います。

最後のスライドですが、提言として2点。

まず、国際的には、OECDに対しより正確な Health Statisticsのデータを提出してほしいということ。それも速報性をもって提出してほしい。

国内では、医療機能情報提供制度にぜひ医療の質の評価指標を加えてほしいです。日本の医療の質は

セッション2: 経済・社会の中の医療

提言

1. (海外へは) OECD Health Statisticsへの提出
2. (国内では) 「医療機能情報提供制度」に、
医療の質の評価指標を加える。
(手上げ方式)

© 井伊雅子(一橋大学) all right reserved

世界一と自負する保険制度の下で運営していますので、それほど苦勞なく出せるものもあるのではと思っています。

以上です。

(西沢) 井伊さん、ありがとうございました。(拍手)

井伊さんの質の評価というのは、昨今の議論からすっぽり抜け落ちていると思うんですね。まだまだそこに至っていない。わが国は、早くその議論に到達しなければいけないということだと思います。

今のプレゼンを受けまして、私からも質問を加えさせていただきながら、大須賀さん、草場さんの順にお尋ねしたいと思います。

「資源配分」という言葉を井伊さんは使われました。医療の現場におられて、「ここではなくて、ここにもっとお金を使ったら」といったこともあると思います。あと、質といってもいろんなものがあると思うんですね。患者さんの病気が治る、あるいは気分がよくなる、いろんな質があると思うんです。ですので、このキーワードに着目しながらお話いただければと思うのと、私から一つ質問を。急で恐縮ですが、OECDの評価のなかでオピオイドの処方について話があって、とかく私たち患者というのは、薬を多くもらったり、検査を多く受けたりすると、いい医療であるかのような感覚があると思うんですけれども、そうではないと思うんですね。そのあたり、私からの質問も加えて、あまり縛られなくて結構ですが、コメントいただけたらと思います。大須賀さんからお願いします。

(大須賀) 今、いろんなことを考えていて、どれからお話ししようか、という感じです。まず質の項目ですけれども、どの項目をとったら医療経済学的に有意義であるかというところを、井伊先生のような先生たちに教えていただきたいというのが現場としての本音かなと思います。

今、外来も、もちろん薬局も、ぎりぎりの人員のなかでやっていると思います。とくに外来は、うち

の外來もですが、何人來たら幾らの診療報酬という世界で回っていますから本当に忙しいですし、これ以上人員を増やせず必死でやっているなかに、このデータを毎月出してくれとか毎年出してくれと言われてたら、しかもそれが手作業でしか出せない項目だった場合、大変なことになるのが想像できます。

なので、今後の医療を考えていく議論がどこで行われているか分からないんですが、少なくともその議論のなかに現場の人間をぜひ入れてほしいなということをも感じました。そして、それを可能にする電子カルテとか薬歴システムみたいなものも構築と一緒に必要だと思うので、そこにそういう人たちも入ったらいいのと思います。

あとは、どういう項目を網羅しているかというのはもちろん大事だと思うんですけど、それを受けたことでどうなったかというアウトカムの指標もあつたらいいなと思います。やはり私たち薬剤師は、薬を飲んだ後、体のなかでどういうふうに効くかを、6年間一生懸命勉強してくるのですが、今、お薬を渡すところまでで情報が止まってしまっています。そこにかかわったことでどうなったかという視点が含まれていれば、より患者さんに深くかかわっていく方向に誘導できるのではないかなと感じます。

(西沢) ありがとうございます。では、井伊さん。

(井伊) 西沢さんからご指摘があつたOECDのプライマリ・ケアにおける処方の評価指標は11ありまして、あと、イギリスのQOFの72の指標。こういった指標というのは、決して思いつきで出しているわけではなくて、一つひとつが研究のエビデンスに基づいています。イギリスのQOFなど、年を追って見ていると、結構変わってきています。ですから、エビデンスというのは未来永劫絶対的なものではなく、年々状況などにも応じて変わっていくものです。そうした指標を作成できるのは、日本では評判が悪い登録制ですが、すべての患者さんがどこかの診療所に登録していますので、そうしたデータを絶えず研究にも活用できるということなのだと思います。

日本で質の評価を何らかの形で導入する時には、なかなかそこまではできないわけですが、今日、大須賀さんと草場さんにぜひ伺いたいことは、日本でプライマリ・ケアの質の評価を始める時に、どういう指標から始めるのが現実的なのか。とくにOECDの評価などを見ていると、処方が別枠になっているぐらい、薬剤師の役割が重要になっています。どのあたりが現実的なのか、幾つか挙げていただければと思います。

(西沢) 質問を含めて、草場さん、お願いします。

(草場) たくさん質問があるので、やや混乱しながら聞いておりますけれども。

まず最初は、西沢さんがおっしゃった資源の配分が今どうかということが非常に重要だと私も思っています。つまり、処方する薬、薬剤費あるいは高額な検査、あと、もちろん、人件費はかかると思うんですけども、そういったところが今は非常に大きいのだと思うのですが、私自身がもっと資源を投資していいと思うのは、健康増進とか、そもそも病気にならないという形での予防医療に関する投資。そこはほとんどできていないと思います。

特定健診の受診率が非常に低いということで国が躍起になっていますけれども、結局、一人ひとりの国民と医療機関が繋がっていないので、私たちから受診しない方に対してアプローチができないんですよね。ですから、私たちのところにもし来ていただければ、年に1回、風邪でかかっていただけでもいいんですけども、「健康診断はどうされていますか」という形で、あるいは「おたばこ吸われているん

ですか。ああ、それだったら禁煙に関してもこういう方法がありますよ」とかお声がけできますね。

その時には、医者だけではなくて、看護師さんであったり、薬剤師さんであったり、いろんな方がむしろその健康相談に入って行く。そういった部分がすっぽり抜けていて、本当に薬を出す、検査をするというところに、医療がほとんどそこにすべての時間をかけているということが、やっぱり資源配分が1番の問題かなというふうに感じているところがあります。それが一つ。

あとは、質に関しては、本当に井伊さんの内容に全く同感でして、病院であれば、手上げ式ではあるんですけども、医療機能評価機構というところで病院機能の審査を受ける、認定を受けるという評価プロセスが実はあります。ただ、診療所に関しては、日本のなかでは全く評価をするシステムが存在しない。つまり、頑張っている、頑張っていない、誰にも分からないという状況があります。

ですから、さっきの話に結局つながるんですけども、現在の自己申告の報告制度ではやっぱりだめです。その内容も、患者さんへの応接みたいな、どちらかというと、受付の対応がいま一つだなとか、そういったベーシックな内容にとどまっています。そうではなく、例えば感染対策がこの診療所はちょっと不十分だなとか踏み込んだ内容を第三者に評価してもらい、それを見てもらって、一定の形式で報告するというのであれば、私はすごく意味があると思うのです。すべて情報をオープンに出すという前提がないなかで質を評価する話は全く進まない。ここが私は本質的な問題だと思っています。

ですので、先ほど、井伊さんがおっしゃったように、どこから始めるんですかというのはあると思うんですけども、井伊さんのプレゼンのOECDによる医療の質評価の項目のなかで、例えば<プライマリ・ケアにおける処方>という項目に関しては、日本のなかでもきちんとエビデンスがあって必要であるという項目が全部入っておりますから、十分評価できると私は思っています。ただ、電子カルテが50%しか導入されてない状況で、このデータを手作業で調べるとなると、先ほど、大須賀さんがおっしゃったように、結局、夜10時まで仕事をするみたいな話になるので、現実的ではない。

やっぱり先ほどのデジタル化というものが必須ですし、デジタル化する時に入力する情報というものをちゃんと明確にする。今は電子カルテがあるんですけども、結局、手書きでアナログ的に書いていますので、標準化できていないんですね。だから、ベンゾジアゼピンがどうだとか、処方量がどうだということに関して、的確にパッとデータが出るような電子カルテの構造をつくって、データベースをつくるということを、まずここから逆にスタートするというのがすごく重要なことだと思います。

(西沢) 先ほどのデジタルの話で、井伊さんから、制度をつくってというお話がありましたけれども、ここでも共通しますね。評価しようという意思があり、評価の設計をして、それに合わせてデジタルをつくっていかないと、今あるものをデジタルにしても、評価というのは横を見ながらやりますから、たどり着かないということだと思います。

まだお話ししたいことはあると思うのですが、第2セッションの二つ目で、もう一つ、社会のなかの医療ということで、先ほど、少しお話ししましたが、他の医療機関あるいは行政ですね、保健所ですとか市町村、保健センターとのつながりのなかで自分の医療機関を捉えるといったところが少なかったのだと思います。草場先生も、面で捉えるとはいっても抜け落ちるところがあるのではないかなというふうにおっしゃっていましたが、ここも比較的自由にご発言いただけたらと思います。

では、大須賀さんからこちらのほうに向かって、井伊さん、草場さんの順でお願いできたらと思います。

(大須賀) 地域のことについてですね。コロナ禍ですごく変わったと、先ほど、私はお話のなかで申し上げました。本当に地域のために何ができるか地域の人たちが何に困っているのか診療所ですごく考えました。それまでは受診してくださる方のことしか分からなかったですし、介護保険が導入されて医療がもう入っている患者さんのことしか知らなかったですけども、コロナになってどれだけ地域医療が脆弱であるかというか、穴があるかが分かりましたし、そのなかで私たちがどういうことをやっていけばいいか考えるきっかけになりました。

自院が地域のなかでどのような存在であるべきか常に考えるようになりました。それこそいま、あまり報酬がつかなくなってから発熱外来をやる診療所が減っています。発熱外来を普通の外来でやるのはすごく大変で、その時間、それ以外の患者さんは受けられなくなりますし、パーテーションをしたりとか、大変なんですよ。うちはまだ細々と続けてはいるんですけども、他のところが閉めてしまったおかげで、患者数はすごく増えている実態があって、今まで以上に、他のところが何をやっているか、そのうえで、私たちが何をやっていくべきか、みたいなことを考えるようになってきています。

最後に、地域市民への介入という点では、コロナの影響で受診控えが起きたことが、逆にいますごくチャンスだと思っています。何でもかんでも、ちょっと具合が悪かったら病院に行くという国民の考え方が、今、少し変わってきている時期だと思います。お医者さんとか薬剤師さんが一生懸命ちゃんと啓蒙して、地域住民に話しかけて、少しでもいい方向にというか、少しでも理想に近づくように、そこにはメディアの方々の力も借りて伝えていくことで変わるのではないかと考えています。国民の考え方というのはすごく重要に考えています。

(西沢) ありがとうございます。

井伊さん、お願いします。

(井伊) 地域医療とは何かと定義しようとすると、日本では難しいなと思います。地域包括ケアとか、いろんなところで地域が使われているのですが、フリーアクセスですから、例えば東京でしたら、国立に住んでいても、日常的に新宿区の病院に行くこともできますし、ですから、地域医療と言われても定義に困るところがあります。

その点、プライマリ・ケアを核とした医療制度が整備されている国は、地域を診ることで点数がつくような制度になっています。草場先生が、決して誰かのエゴではなくて、制度が問題なんだ、ということ最初のプレゼンでおっしゃっていましたが、日本は、地域を診たり地域の人々を健康にすることで医療機関が収入になるような制度になっていません。最初に成瀬さんもお指摘されたような、人頭払いとか成果払いは、それほど悪い制度ではないということ、その方向に変えていかないと、地域で一生懸命良い医療をやる人たちに大きな負担になってしまうと心配しています。そう考えると支払制度を変えることは何よりも重要ななと思っています。

(西沢) ありがとうございます。

草場さん、お願いします。

(草場) 非常に重要なテーマで、医療が社会にどう踏み込むかというところになりますね。実は、今の医療の枠組みだと、日本の抱える課題、先ほど、たしか西沢さんのスライドでもあったと思うんですけども、子どもの問題であったり、あるいは健康格差という形で、皆保険制度であるにもかかわらず十

分に医療を受けられていない方がいること、つまり、精神疾患やたくさんの病気を抱える方が医療をうまく使えず必要なケアが提供されていないということに関して、私たち医療機関というのは全く認知できていない。つまり、そうした方はそもそも登録されていませんから見えてこない。医療機関にとってはかかっている方だけがすべてなので、医療機関にかかっていない方に対応する責任があるのは地方自治体である、あるいは国であるみたいな姿勢になります。医療機関が地域住民全体の健康を守るプロセスに責任を負わなくていいという構造、これをやっぱり変えていくべきではないか。

当然、かかってくれる方も診ますけれども、かかってこれない方に関しても、私たちが地域に出ていくべきではないか。これは、在宅医療、訪問診療と同じように、地域を診るということにつながると思うんですけども、そういった機能をこのプライマリ・ケアのなかに当然持たせなければいけないですし、持たせない限りは、結局、医療と介護、福祉の連携といっても、非常に空疎な絵に描いた餅みたいな形になる。そこは、私、今回の制度化の議論でちょっと期待したところなんですけれども、それが今回、全く反映されていなかったのは非常に残念で、結局、私たちのやることは今までと変わらない、そういった問題があるなと感じているところです。

(西沢) ありがとうございます。

草場さんのお話からもありましたけれども、地域を診るということは、今の患者さんだけではなくて、患者さんでない人も併せて診るということです。だからこそ、井伊さんが言われたように、イギリスのQOFというのは、どれだけ地域が健康になったかという地域の健康度を評価していくことになるわけです。ですから、かかりつけ医という概念ではなくて、やはり地域を診るプライマリ・ケア、家庭医という概念で議論していくことが重要だと思います。

さて、最終セッションの第3セッションに移りたいと思います。プライマリ・ケアの普及に向けてです。

かかりつけ医の制度化の議論の俯瞰

〈 制度化を 〉

財政審

- ・機能の要件を**法制上明確化**
- ・**認定制度**
- ・**事前登録・医療情報登録（希望者）**
- ・機能発揮の実態の「見える化」（アウトカム）

健保連

- ・**1人の医師に登録**

全世代型会議

- ・**手上げ方式**

〈 反対 〉

日本医師会

- ・医療機関の連携とネットワーク
- ・**日医かかりつけ医機能研修制度**
- ・**医療機能情報提供制度の改善**

厚労省

- ・**かかりつけ医機能報告制度の創設**

(資料) 次の資料をもとに日本総合研究所作成。財政制度等審議会「歴史の転換点における財政運営」（2022年5月25日）、日本医師会「地域における面としてのかかりつけ医機能～かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて」（同年11月2日）、健康保険組合連合会「『かかりつけ医』の制度・環境の整備について」（同年11月8日）、全世代型社会保障構築会議（同年11月24日）資料2論点整理（各分野の改革の方向性）（案）、厚生労働省医療部会（同年11月28日）資料1-1

1

今日のお話のなかでは、こういう医療がいいなというふうにお感じいただいている方々がとても多いと期待しておりますが、それをどのように普及していったらいいのか。今日の議論のなかでは、教育であるとか、一緒にまず働いてみる、あるいは評価をするといった様々なアイデアが出てまいりましたけれども、そのような議論に移っていきたいと思います。ただ、足元の昨今の議論を見ますと、少しお話もありましたが、制度化といったものが物すごく後退している印象があります。

私のスライドの「制度化の俯瞰」をご覧ください。もともとは財務省の財政制度等審議会が制度化を議論していて、プライマリ・ケア領域への着目としてとてもいいことだと思っていました。健保連も一人の医師に登録すると言って、全世代型会議も、いきなり全員はだめだから手上げで進めようか、という議論がなかで行われていたと思いますけれども、それに対して、かなりデフォルメして反対と書いていますけれども、日本医師会はもっと医療機関の自主性に任せようではないか、研修を強化しよう、情報提供制度を改善しようという議論にとどまっているわけです。

ですので、まずこの評価を前段でお聞きして、後半で、もっと大きなビジョン、皆さんのビジョンについてお伺いしたいと思っております。草場さんからお願いします。

(草場) 先ほどのスライド、最後、お話したかった部分を出していただいていた方がいいですか。

これが一つ、全世代型社会保障構築会議のなかで出た、かかりつけ医機能の合意制度という形で、権丈先生から出された内容ということで、これをちょっと共有したいと思います。

六つの機能を満たすか、あるいは常勤の総合診療専門医が在籍する医療機関が自らを「かかりつけ医機能認定医療機関」として届け出を行い、都道府県知事が認定をして、患者側もその医療機関を手上げ方式で自分で選択をする。双方がかかりつけ医機能を提供する、受給する関係に合意する制度という形で提案をされました。

3. 全世代型社会保障構築会議 「かかりつけ医機能合意制度」

- ▶ 6つの機能を満たすか、常勤の総合診療専門医が在籍する医療機関が自らを「かかりつけ医機能認定医療機関」として届け出を行い、都道府県知事の認定を受けた後、患者側もその医療機関を手上げ方式で選択し、双方が「かかりつけ医機能」を提供・受給する関係に合意するという制度
- ▶ 強制的な割り当てや義務を感じさせる「登録制」の表現を避け、あくまでもかかりつけ医と患者が機能提供に合意するというシステム

かかりつけ医機能認定医療機関の6つの条件

1. 一般的な健康問題への対応、PHRを基に継続的な医学管理及び健康増進、重症化予防などをオンラインを活用しながら行い、日常的な健康相談を行っていること
2. 地域の医療機関及び福祉施設等との連携
3. 休日・夜間も対応できる体制及び、診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと
4. 在宅療養支援診療所であること、またはそれとの連携
5. 地域公衆衛生への参加
6. 地域が抱える社会的課題に向き合い、地域包括ケアにおけるメンバーとして地域の多職種や医療・介護・福祉施設とデータを共有し、協働して解決に取り組むことができる

これは、登録制という表現がやや強制的あるいは義務みたいなニュアンスを出しますので、そういうことではなくて、両者が合意をするという形で出たというふうに私は受け止めています。

この機能については、私は非常にいいなと感じて拝見をしていました。

一般的な健康問題に対応する。あと、PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）、言い換えれば、自分自身の健康記録、こういったものを基に継続的に医学管理、健康増進、重症化予防などをオンラインのデータベースを活用しながら行う。そして、日常的な健康相談を提供する。

そして2点目は、医療機関、福祉施設の連携。

3点目は、休日・夜間対応、診療時間外対応も含めて、どういう対応をするかという情報提供を行う。

そして、4点目が在宅医療ですね。在宅療養支援診療所であるか、それとの連携です。

5点目が、地域公衆衛生への参加です。

最後の6点目が、私が先ほどちょっとコメントした、まさに地域課題、地域のなかで見えていない住民が抱える問題、あるいは地域そのものが抱える課題、つまり、社会課題に向き合っていくということです。地域包括ケアにおけるメンバーとして地域の多職種や医療・介護・福祉施設とデータを共有し、協働して解決に取り組むことができるという形で、非常にいい提案が出たなと拝見していました。

内容的には、もちろん、登録という形を表現していないんですけれども、非常にそれに類似したものになったというふう感じておったんですけれども、西沢さんがおっしゃった通り、それとは全く違う内容のものが厚生労働省の社会保障審議会医療部会のほうで出てしまったということで、非常に残念に思っていたところでもあります。

ただ、こういった提案が国のなかで大きな位置付けを持つ全世代型社会保障構築会議のなかに出たということ自体は評価できるかなと思います。ですから、これに向けて進んでいくうえで、最初はどこか

セッション3:

あるべきプライマリ・ケアの普及に向けて

1. 情報開示
2. 専門医育成のロードマップ

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

ら始めるかという議論がもっとあればよかったんですけども、現状と全く変わらないものが出てしまったというところに関しては、もうちょっと改善できないか。この医療部会の議論もおしまいなのか、あるいはもうちょっと改善したものが最終的に出るのかという点は、期待しつつ、若干諦めもありますけれども、見ているというのが僕自身の現状です。

(西沢) ありがとうございます。

落胆ぶりが伝わってきましたけれども、では、井伊さん、お願いします。

(井伊) 私は資料の30ページから3ページの資料を使って説明します。

今、お話がありましたように、かかりつけ医とかかかりつけ医機能の医療機関を選ぶ時に手上げ方式にと言われていいますので、それであれば、ぜひ患者向け、地域住民向けに情報開示をしてほしいです。

一つは、質の評価。これもまずは手上げ方式で良いのではないかと思います。すべての医療機関にやってくださいという大変なので、できるところから出してもらおう。その時にどのような指標を出すかということで、今日、いろいろお示したものなども参考になるかもしれませんし、草場先生たちのような学会で出していただければ良いのではないかと思います。情報開示の時に、医療の質の開示が必要です。

もう一つは、今日は詳しくお話ししませんでしたけれども、経営情報のデータベース、すでにいろいろと議論になっていますけれども、財務諸表を公開することも不可欠です。公的医療保険制度の恩恵を受けている保険医療機関に関しては、民間であろうと、公的であろうと、開設主体に関係なく、病院も診療所もすべて義務化して、毎年、財務報告をする制度を設ける。まず情報開示が欠かせません。

次に、専門医育成のロードマップをしっかりとつけてほしいと思います。

次の資料はOECDの報告書の表を私が訳したものです。プライマリ・ケアがどのように医療制度のなかで位置付けられるべきか三つの軸で示しています。ゲートキーピングなのか、登録制なのか、専門研修

プライマリ・ケア制度導入のための成立条件

	ゲートキーピング	家庭医への登録制度	家庭医・GPになるための 専門研修
オーストラリア	はい	選択	はい
チェコ	いいえ	必須	はい
デンマーク	はい	必須	はい
イスラエル	はい	必須でない	はい
イタリア	はい	必須	はい
日本	いいえ	必須でない	いいえ
韓国	いいえ	必須でない	はい
ノルウェー	はい	必須	はい
ポルトガル	はい	必須	はい
スウェーデン	いいえ	選択	はい
トルコ	いいえ	必須でない	はい
英国	はい	必須でない	はい

出典: OECD (2017) に基づいて報告者訳

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

なのかです。

これを見ていただくと、ゲートキーピングというのは、やっている国もあるし、やってない国もあります。登録制も選択だったり、必須だったりします。結構いろいろです。ところが、3番目の専門研修について、唯一、日本だけが「いいえ」で、他のところが「はい」なのです。家庭医・GP・総合診療専門医になるための専門研修がないのは日本だけということです。

セッション3:あるべきプライマリ・ケアの普及に向けて

日本専門医機構のガバナンス

「総合的な診療能力を持つ医師が求められるが、日本専門医機構の総合診療専門医の育成を待っている時間はない」

→ そう言い続けて既に何年も経っている。

© 井伊雅子(一橋大学)all right reserved

それから、これは医師だけではなくて、プライマリ・ケアは多職種で提供されますから、保健チームには様々な専門職の方がおられますが、それぞれの地域のなかで専門職としてトレーニングがあるべきです。他の多くの国ではそうした多職種の地域でのトレーニングもしっかりあるわけですが、日本は欠けている。これはとても大きな問題だと思います。

「理想的には総合診療専門医。でも、育成を待っている時間はない」。そう言い続けられて、私もそれを聞いて、もうすでに何年もたっています。今回のかかりつけ医の議論も同様です。一体、日本専門医機構はどのようなタイムスパンで、何人育成すると考えているのか、それが開示されるべきです。機構内部のことが全く分からないので、そのガバナンスを私たちもしっかり監督するべきではないかと思えます。

最後が専門医育成のロードマップです。私は、常々不思議に思っていることが4点あります。

総合診療・家庭医療の分野で国際認証まで受けている、草場先生が理事長をされている日本プライマリ・ケア連合学会が、理由はよく分からないのですけれども、日本専門医機構のなかで社員になっていない。どうしてなのか。社員にするべきであると思えます。これが1点目です。

2点目は、総合診療と家庭医を標榜科にする。地域住民が医療機関を選ぶ時に、そうした標榜科がないと選ばれません。

3点目は、医師や歯科医師、薬剤師の三師統計（三師に関する厚生労働省の基礎資料）に、従事する診療科名として総合診療科とか家庭医療科がありません。なぜこういうことを申し上げるかということ、医学部生や初期研修医から、総合診療専門医は関心があるけど、キャリアプランが明確でないとされているからです。2年に1度、厚生労働省へ医師届をする時に、自分が従事する診療科名がないようなところには行きたくないのかもしれない。

最後に、先ほどお話ししたような、様々な質の評価を行う時にエビデンスが必要ですので、研究が不

セッション3:あるべきプライマリ・ケアの普及に向けて

専門医育成のロードマップ

1. 「総合診療・家庭医療」の分野で国際認証を受けている日本プライマリ・ケア連合学会を日本専門医機構の社員にする
2. 「総合診療・家庭医療」を標榜科にする
3. 医師・歯科医師・薬剤師統計(三師統計)の「従事する診療科名等」の欄に、「総合診療科・家庭医療科」を加える
4. 科学研究費の審査区分に「プライマリ・ケア、家庭医療学」を加える

© 井伊雅子(一橋大学) all right reserved

可欠なのですが、日本は医学の研究というと、基礎医学の研究や大病院での疾患中心の研究が主です。日本のように高齢化が問題になっていて、いろんな疾患を持っているとか、地域での問題、軽度から中等度の鬱病であるとか、そうしたプライマリ・ケアに関するいろいろな研究課題があると思うのですが、科学研究費の審査区分にもプライマリ・ケアとか家庭医療学はないので、研究も進みません。他にもいろいろありますが、まずはこうしたことを整備していくことも重要と思います。

(西沢) ありがとうございます。

次に、大須賀さんをお願いしたいのですが、先ほど、控室でも草場先生とお話ししていて、政策の議論のなかで、大須賀さんのような働き方にまだまだ頭が回っていない。今のかかりつけ医の議論というのは、あくまで医、お医者さんだけであるし、また、登録、認定という足元の議論でしかないんですけども、ですので、今のかかりつけ医の制度化の議論をどうぞ覧になるかということでもいいですし、あるいは先ほど、薬剤師さんの活躍の仕方として言い残された、こういったことを議論しろという言い方でもいいですし、コメントをお願いします。

(大須賀) かかりつけ医という言葉は、やはりお医者さん単体のことを表しているなどはすごく思っていて、プライマリ・ケアという言葉についても、定義のなかに、ちゃんと総合的に診られるお医者さんが行う医療であるみたいな文章があったりしますよね。ぜひそこに多職種という言葉を加えるであったり、さらに言えば多職種という言葉にくくらないで、薬剤師とか看護師とかそれぞれの職種の人たちがどのぐらいのバリューを出せるのかということをつかいたうえで、言葉に加えていただきたいなという思いはもちろんあります。

また、かかりつけ医という言葉で国民レベルで考えると、私たちが在宅医療で診ている患者さんのほとんどが、最終末期になって「初めまして」という方が多いのですが、「かかりつけのお医者さんはいらっしゃいますか」と聞くと、「〇〇大病院の院長先生にもう20年診てもらっているんです」とお答えになる方が多くいらっしゃいます。世田谷区なのでそういう方が多いのかもしれないですが、その専門医をかかりつけ医とっていらっしゃる人が多いという事実は、一つ考えておいていいかなと思うんです。

ですから、かかりつけ医を広めていきたいと思いますという議論になったとしても、私たち医療者は分かっているけど、国民の人たちの理解が追いついていくかということにちょっと不安があるかなと。やっぱり包括的に日々の困りごとを診てくれる地元のお医者さんにかかったことがない方はもちろんいらっしゃるし、先ほどの議論で出た登録制になったとしても、1回も診たことのない人が現れるかもしれないわけですよ。

その隙間を埋めていく一つの方策として薬剤師が担えることは多いのではないかと。予防医療にも薬局の薬剤師は携わっていきこうという流れもありますし、薬局は地域にたくさんあるはずで。地域の薬剤師さんをそこにも活躍させて、理想ですけども、いつも行く薬局の薬剤師さんが日々の相談に乗り適切な受診勧奨ができて、必要な時にちゃんとお医者さんにつなげることのできるゲートキーピングのところが担えれば、薬剤師さんも地域医療のなかでより活躍できるのではないかなと思います。そのための時間を確保するために今の薬剤師さんの手間がかかり過ぎている業務をいかに剥がせるかという議論に薬剤師は持っていくべきなのではないかと、話を聞いていて思いました。

(西沢) 最初のプレゼンにあった処方推論でしたか、あれもちょっとショッキングですよ。

(大須賀) 学問ですから (笑)。

(西沢) 処方箋にお医者さんの処方意図が書いてあれば、処方推論に時間をかける必要もないわけですよ。ですから、私は言葉自体がショッキングでした。

「かかりつけ医」という言葉は、このシンポジウムに当たって、何人かの若いお医者さんにも語感をお伺いしてみました。実は、いいイメージもあったんですよ。患者さんに選んでもらっている。それはお医者さんにとってとてもうれしいことなので、「かかりつけ」という言葉はうれしいんだという方もいたんですね。

でも、他方で、今後はかかりつけているお医者さんが、いろんな臓器別のお医者さんではなくて、総合診療専門医・家庭医になっていくというのが、多分、究極の姿なんだなと思っております。

それで、皆さんの評価を伺ったところですけども、残念ながら、今のかかりつけ医の制度化の議論というのは、かなりシュリンクしていると思うんです。ただ、せっかくここまで政府のなかで問題提起されたことですから、私たちとしてはこれをより発展させていかなければいけないわけです。かかりつけ医の制度化というよりも、大須賀さんが言われたように、多職種を視野に入れて、わが国は、お医者さんは少なく、コメディカルの方は多いという特徴もありますし、まだまだ活躍できる余地もあるわけですから、できれば、かかりつけ医の制度化という議論を、さらに標準的なあるべきプライマリ・ケアの普及として議論を発展させていきたいわけです。

そのためには、現在行われているように、一部の専門家、行政だけではなくて、広く国民が共有できるような、共感できるようなビジョンが必要だと思えますし、また、これまでお話がありましたけれども、私は、人材育成、教育がとても重要だと思えます。登録するといっても、登録するレベルに到達しているお医者さんが果たしてどれくらいいるのか。欧州ではお医者さんの約4人に1人がGPです。わが国に照らし合わせますと、8万人から9万人レベル。お医者さん全体が34万人ですけども。そういうレベルを確保しなければいけないのですが、足元では、草場さんからもお話があった通り、総合診療専門医や家庭医療専門医の育成が進まない。

ですから、ここの数を増やすと同時に、全国民が登録したいとなれば、既存のお医者さんに対するリトレーニングなども重要になってくると思います。今の政府の議論では、多分、ここがぼっかり抜け落ちていると思うんですね。登録するといっても、誰に登録するのか。

ここからは、残り約20分間、今後の普及に向けてのビジョンを、ぜひ国民目線で、国民が共感するような言葉で、1人ずつ、少し長めにお話しただけたらと思います。

まず、草場さんからお願いします。

(草場) まず、先ほどの井伊さんの内容に関して非常に共感するところがあります。つまり、総合診療とかプライマリ・ケアという領域そのものが日本の医療界のなかで独立性を持っている、一つの領域として専門性がある、というふうにまだ十分に認められていないという現実があると思います。ですから、どんな医師もプライマリ・ケアができる、開業したら誰でもかかりつけ医機能を発揮できる、という前提がまず医療界全体にあるんですよ。

ですから、制度を導入すればいいかというところではなく、実は、本質的にはこの医療界の前提が大きな問題なのです。これは海外でも同じで、海外でもたくさんGP・家庭医がいるんですけども、やっ

ばりまだまだ医療界のなかではステータスが低いんだよねという愚痴は、私、海外の仲間からよく聞きます。日本はそれがもっと非常に厳しい状況にある。

ですから、私どもの学会は、まずこの領域が一つの専門性を持っているということを示すために、様々な教育システムであったり、臨床研究などの学術的な成果をしっかりと出していったって、医療界のなかで私たち自身が一つの専門性があるということを出して行く。これは私たちの自己努力だと思っているんですけども、頑張っていかなければいけない。そのうえで、しっかりと国民にそれをアピールしていくという段階に進まなければいけない。順番としては、そういう議論が本来必要なんです。

総合診療医を育成するためにも、井伊さんが書いていただいたような標榜科の問題とか、統計とか、あるいは科研費の区分というところは、非常に象徴的なテーマだと思います。こういったところで、この領域は確かに日本に存在するんだ、きちんと社会からリスペクトされているんだ、ということ若い医師とか医学生に示すためにも、こういった点は非常に大事ですし、私が今回のかかりつけ医機能の制度化ということに関して期待したのは、実はそこも大きいんですね。

もちろん、今、かかりつけ医機能をどんどん発揮できる医療機関が急に全国に何万施設も出てくるというのは、現実的に非常に厳しいんですけども、少なくともかかりつけ医機能を持った医師こそが、まさにプライマリ・ケアの専門家であるという位置付けになりますので、「あ、そういった医師が日本に求められているんだ」ということが、医学生とか若い医師に伝わっていくんですよ。そういう意味合いもあり、非常に期待をしていました。

ですから、この領域に対する専門性を明確に自覚しているドクターにいっぱい参入していただくということは大前提で、1番大事。そのうえで、私はあくまでもベテラン医師向けのかかりつけ総合医制度という話を出したということですので、井伊さんのコメントには共感していますし、その両方がないとだめだ。制度の裏付けがあること、その養成プロセスがあること、この両方が合致しないと、日本のプライマリ・ケアの強化というものはいつまでたっても歪んだ形になるなというふうに感じています。

(西沢) ありがとうございます。

井伊さん、お願いします。

(井伊) 今日のように国際比較をしますと、海外の制度をそのまま持ってきてもうまくいかないとか、批判されることがあります。海外の制度をそのまま持ってきたらいいと言っている人がいるのでしょうか。その国の制度のなかでうまく機能する方法を見つけていけばいいのだと思います。

先ほどお見せした三つの軸に関しても、登録制があるところもないところもあれば、ゲートキーピングのあるところもないところもあり、様々です。よく私が例に挙げるオーストラリアは、自由にプライマリ・ケアを超えて病院にも、日本のようにフリーアクセスですけども、8割から9割の地域住民は、まず診療所に行きます。

その理由として、病院に直接行くと自己負担が高いのですが、1番大きな理由は、診療所の医師、家庭医ですね、そして一緒に働く多職種保健チームのレベルがとても高い。頭が痛いといっても、それは脳外科なのか何なのか本人にはよく分からない。そんな時に、家族の問題から、メンタルなことから、女性の場合、婦人科系の相談、子育て、介護、そうしたことも含めて気軽に相談に行ける。何でそこに行かないで、すぐ病院に行くんだ、ということです。まずプライマリ・ケアの質を上げていくことが重要

と思います。

(西沢) ありがとうございます。

大須賀さん、お願いします。

(大須賀) 概念的なことはお二人がすばらしくお話しいただいたので私からは控えますが、現場でプライマリ・ケアの普及が何で必要なのかと、今、考えながら聞いていました。何で普及しないといけないかといったら、お金のことだけではなくて、世の中に困っている人がいるからなんだろうと思うんです。

先週、うちの新規の患者さんの話ですが、2～3週間前に転んで、今、ゲーゲー吐いていると電話がありました。整形外科に行ったら、写真は撮ってもらったけれども、骨は折れていませんと帰された。内科の先生に行ったら、僕は専門ではないから分からないと言われた。それで、帰ってきてから、もう1週間寝込んでいる、御飯も食べない、このままだと死んでしまうのではないかと、どうしよう、という内容だったんですね。

こういうことは、世の中に報道されていないかもしれないですけども、いっぱいあるのだと思うんです。地域の内科を標榜されている先生でも、それは範囲ではないと言って患者を帰らせてしまうというのは、すごく問題だと思いました。

私たちは訪問診療の診療所なので、往診だけの対応はしていません。訪問診療というのは、基本的に契約を結んで1カ月に何回以上必ず診たうえで緊急時の往診にも対応する、という包括のシステムで、往診というのは緊急時に呼ばれて対応することを意味する言葉なので、全く報酬体系が違います。当院は往診だけの対応はやっていなかったもので、基本的にそういう方はお受けできないんですけども、ちゃんと大きい病院につないだり、この人の道筋をつけるのもプライマリ・ケアの仕事だろうと考え、院長が出ていってくれて、つないでくれて地域の基幹病院に入院することができました。その患者さんは感染症のようだと病院から報告もあって、脳の出血とかではなかったんですけども、それこそ、先ほどの話にもあったゲートキーピング機能の欠如で、すごく悲しい思いをしていたり、困り果てている家族がいるという事実があると思います。

そういう声はあまり上がってこないかもしれないけれども、この議論が大事だということのなかに、国民の困っているということが少し出てくると、もうちょっとみんな考えるようになるのかなんていうことを感じたことがあったので、共有です。

(西沢) ありがとうございます。

はい、手を挙げられている草場さん、お願いします。

(草場) 大須賀さんがおっしゃったところが本当に本質的だと私は思っていて、つまり、そういう困った状況にならないと、このプライマリ・ケアの良さというのはなかなか分からないんですよ。高血圧で薬を1錠飲んでいますが、これだとなかなか分かりません。ただ、高血圧から脳梗塞を発症したり、また、家族のなかで介護の問題が出てきて大変な状況になってくる。しかも、ちょっと認知症も入ってきて、だんだん生活の状況が不安定になってくる。そういった時、誰に相談すればいいのか。

そういう状況になると、今までずっと話をしていたプライマリ・ケアの機能がないととても対応できない。脳外科の先生であれば、いや、脳は大丈夫だからという話になりますし、循環器内科の先生だったら、心臓は大丈夫だよということになりますので。やっぱりそこはトータルに全体に目配せしながら、

かつ、それぞれの専門家にちゃんとつながられるプライマリ・ケア医がいると本当に楽だなと。

実際、私たちの医療機関を使っただけの方からは非常に感謝されるんですよね。たくさん病院を巡り巡ってさまよって、「いや、うちじゃない、うちじゃない、いや、おたくはうちの病気ではありません」みたいなことを言われて、ようやく家庭医のところに来た時に全体的に診てくれる。話も何でもできる。「ああ、こういう医療機関ってあるんですね」と初めて気づかれるわけです。

ですから、全国民的な議論にする時に、そういったケースを感じている方は、多分、大賛成と手を挙げられるけれども、元気で、何かあったら、耳鼻科に行けばいい、眼科に行けばいいという感じで動く余裕がある方は、やっぱり必要性があまりよく分からない。健康な国民にプライマリ・ケアの価値をどう伝えるかということが、本当に僕自身も難しいなと、いつも悩んでいますね。

ただ、今、大須賀さんがおっしゃったような事例をもっと繰り返し共有して行って、本当にそういった方が地域に埋もれてしまって非常に困っているということ、政治家も含めたリーダーの方に感じていただき、そういった方がどんどん社会に発信していく、伝えていくということも同時に必要なと、今、お聞きして思いました。

(西沢) 私の質問、疑問をお話しして、その後、皆さんに一言いただきたいんですけども、先ほど、草場さんのなかから医療界で認めてもらうというような、表現は正確でないかもしれませんが、再現できてないかもしれませんが、医療界に認めてもらう、若い人たちに希望を持ってもらう、総合診療は受け入れられているんだという希望を持ってもらうというお話がありました。

それは、裏を返せば、総合診療、家庭医療というジャンルが期待されているかどうか、若い人たちに分かってもらっていない。でも、草場さんや大須賀さんの話を聞けば、こういう医療はいいな、こういうところで働きたいな、と多くの若い方は思うと思うんですね。やりがいを持って、困った患者さんに手を差し伸べたい。コモンディーズ、できれば自分がやるし、そうでなければ、安心できる専門家に任せる、という医療を志したいという方は多いと思うんですけども、歓迎されてないのだとすると、私もどうしてかな、ととても不思議に思うし、また、それが今日の医療提供体制に至っている根幹にあるのではないかと思います。

これは、皆さんにお伺いすることではないのかもしれませんが、お聞きいただいている方も、何でそこが医療界のなかで歓迎されないのかと疑問を持っている方もおられるかと思うんですね。それは歓迎しない人に聞かなければいけないんですが、皆さん、私の質問にお答えいただく形でもいいですし、そうでなくてもいいですけども、では、また私の左手の草場さんから順にいただけたらと思います。

(草場) 私自身がいろんな世界の国の状況を見る限りは、日本の状況は悪くはないんですよね。開業医という表現になってしまいますけれども、プライマリ・ケアを実践されている先生と病院の勤務医の先生の給料を見ると、むしろ、開業されている先生のほうが給料が高いケースもあつたりしますから。つまり、経済的な動機で家庭医を選ばないというのは、多分、日本はあまりない。

例えばアメリカを見ると、脳神経外科の専門医と家庭医だと年収の差がすごいです。ただ、脳神経外科の専門医にはなかなかない、非常に高いハードルであるということです。そういう形で医師の序列的なものができるというのは、私はあまり好ましくないと思っています。日本はそういう前提がないんです。

ただ、さっき言ったように、医師免許を持っていれば、プライマリ・ケアというのは誰でもできるんだという前提になってしまっている。つまり、クオリティというところに関する共有というのが十分できていない。ですから、なかなか領域として専門性が認められないという状況があると思っています。ただ、そこからメスを入れていかないと、この議論は堂々巡りになってしまう。

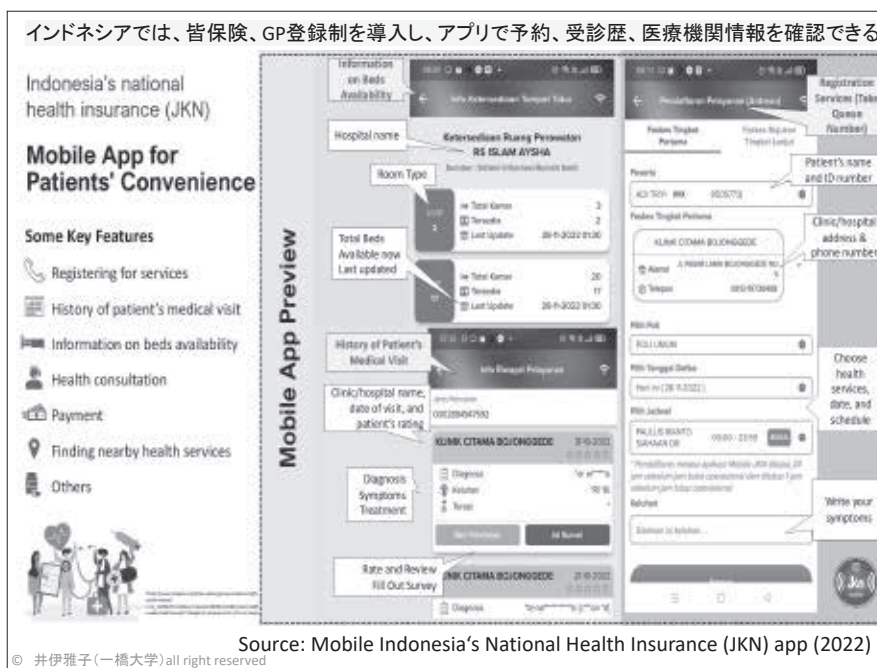
ですから、私自身がこういった形でこういった場でお話をさせていただいたり、いろんなメディアでお話をさせていただくということ自体が、実は、これまた私どもの学会の会員にとっては非常に元気が出ることであり、この領域に注目が集まっているんだというだけでも非常に驚くべきことなんです。私がこの領域に1999年に医学部を卒業して入った時には、家庭医という言葉はほとんど誰も知らない。総合診療という言葉もほとんど住民は知らない。そういった全く知られていない状況からスタートした当時から比べると、今は大分進歩したと思っているので、制度化ということを諦めるのではなくて、もっともっこの領域をアピールしていく。そして、メディアの方にも関心を持っていただけるように、僕らが頑張っていくことが大事なと最近思っています。

(西沢) ありがとうございます。

(井伊) 先ほど、草場さんがおっしゃったことでもあるのですが、現状で困ってない国民も結構います。費用対効果を考えると、効果の低い医療もたくさん行われていますが、たくさん薬をくれるし、他の国だとアクセスがないような高額な医療機器での検査も頻繁に行ってくれます。一見、いい医療だと思っている国民が結構いると思います。

政治家なり、いろいろな医療関係の団体も、「日本の医療は世界一」、「世界に冠たる皆保険」と言い続けてきて、もちろん、いい面もありますけれども、あまり改革を進めませんでした。

私の最後のスライドを映していただけるでしょうか。



先ほどもお話ししましたけれども、大学院で東南アジアの若手官僚に公共政策を教えるプログラムを担当していて、インドネシアから財務省と統計局の学生が来ていまして、彼らがこのアプリを見せてくれました。2014年にインドネシアは皆保険を導入して、すべての加入者は1カ所の診療所に登録をしないとイケないそうです。

このアプリはどんなアプリかという、登録制になっていますので、右のほうですか、ここに本人の名前、半分隠してありますが、そしてどのGPが担当しているか書いてあります。GPや診療所が気に入らない場合もあるので、3カ月待つと変えられるそうです。基本的にはグループ診療所なので、診療所を登録します。それで、こちらの左側が受診歴。医療機関の情報、ベッド数がどのくらい空いているかも分かります。アプリですべて予約もできます。

本当に世界はどんどん進んでいます。インドネシアでは、プライマリ・ケアだけでなく、病院もすべて自己負担無料だそうです。日本では医療機関の自己負担無料というと、1970年代の老人医療費無料化のことを思い出して、無駄な医療、過剰な医療が行われるのではとってしまうのですが、そこは、質の評価なり提供体制のほうで過剰医療にならないようなガイドラインであったり、教育であったり、もちろん、薬剤師の協力もあると思いますし、何らかの制度があるのだと思います。

インドネシアでは、9割近い病院が認証を受けていて、彼らは診療所はたった2.5%しか認証を受けていないと言うのですが、私にとって、2.5%であっても診療所がすでに認証を受けていることが驚きでした。

先ほどの成瀬さんのデータで、電子カルテを導入している診療所は50%という日本の状況と比べて、インドネシアの現状はこうなのです。こういうことを申し上げると、インドネシアは白紙で始められるからやりやすいんだとか、いろいろ口実は見つけることはできますが、世界はこれだけどんどん進歩しているということを、日本人も他の国の状況から学ぶことは必要と思っております。

(西沢) ありがとうございます。

大須賀さん、お願いします。

(大須賀) 言い忘れたこととか、何でも大丈夫ですか。

(西沢) ぜひ、含めて。

(大須賀) ありがとうございます。

質を測るといふところのことをまだちゃんとお伝えできてなかったなと思っていて、付け加えます。私の仕事は今までなかった仕事で、始めてから軌道に乗るまで、院内の人たちから価値を分かってもらうことが1番大変でした。院外の薬剤師さんたちは、診療所からの情報量が明らかに増えたこともあり、すぐ認めてくださって、いってくれて良かったと言っていたんですけど、質というのはすごく難しく、数字で表れてくるものではないし、診療所に入ってくる報酬は医師の診療への対価なので、患者さんへの訪問診療の回数が増えない限り変わらない、私がどう役立っているかというのが目に見えないんですよね。

多職種を雇うインセンティブがないという話を成瀬さんはしてくださいましたが、本当にその通りで、院内の人から分かってもらう努力がすごく大変だったこともあり、今、在宅療養支援診療所薬剤師連絡会のほうでも、どうやって質を測っていくかは大きな議論になっています。

あともう一つさせていただきたいのが患者さんのモチベーションの話です。うちの父は、脳梗塞を起

こしてぎりぎりのところで命をつないだあと、主治医からの励ましもあり一生懸命毎日ジムに通って生活改善したおかげで、たくさん飲んでた薬もどんどん減って行って、5種類以下ぐらいになっていました。この前、「やっともう一個減ったんだ、コレステロールの薬が減ったんだよ、半分の薬になったと言われたんだ」と喜んで処方箋を持って帰ってきたんですけども、薬局に行ったら、今までよりお薬代が高くなってたと。頑張ったのに、お薬が減ったと聞いているのに、何でお会計が高いんだと薬剤師さんに聞いたら、クレマーだと思われてしまったのか、薬局にはいろんな点数があるんですとか言われて煙に巻かれた、と言ってすごく怒っていました。私が確認したところ、新しく処方された弱い方のコレステロールの薬の薬価が前の薬よりも高かったようでした。

でも、こういうことは頻繁にあると思って、フォーミュラリーという議論が今日はあまり出なかったかなと思うんですけども、お医者さんは自分が書いている処方箋に対して患者さんがいくら払うのかということ、とくに病院なんかでしたら、考えずに出されることが多いかなと思うんです。薬剤師は、もちろん、お金をいただくので、この1錠がどのぐらい高いかみたいなことは分かっていると思いますけれども。

なので、患者さんのモチベーションが、決してお金だけではないと思いますけど、頑張ってきたことが裏目に出たみたいなのというのは、すごく悲しいことだと思うので、お医者さんにもそれを伝えたいなと思いましたし、フォーミュラリーは医療費の文脈ばかりで語られることが多いと感じますが、患者さんのほうからもそういう声が出ているということを感じたいなと思いました。

(西沢) ありがとうございます。

だんだん時間が迫ってまいりまして、今日の議論を振り返って、お一人1分ずつで恐縮ですけども、言い残したことであるとかを、草場さんのほうからお願いします。

(草場) 本当に大事なポイントは三つかなと感じました。

一つは、人材をきちっと養成していく。プライマリ・ケアをできる人材、医師だけではなく、看護師さん、薬剤師さんも含めて、この領域の専門性というのを感じながら養成することが大事。

もう一つは、制度のある程度の裏付けというのがないと、やっぱり絵に描いた餅になる。

最後は、今日、すごくいいなと思ったのは、質の評価ですね。質をきちっと評価することは、決してランキングをつくるということではなくて、改善するためのモチベーションになるんですよね。今、それが何も診療所にはないので、改善するモチベーションが湧かない。別に患者さんが来ているからいいじゃないか、となくなってしまう。

だから、質をきちっと評価して、その三つを合わせて、連動させながら日本のプライマリ・ケアというものをつくっていく方向にもっともっと議論をしていきたいなと、今日のお話をしていくなかで感じました。

(西沢) ありがとうございます。

井伊さん、お願いします。

(井伊) 私は視点を変えて、日本のダイバーシティの問題に関して一言。日本のダイバーシティの最大の問題は、世代間のダイバーシティだと常々思っています。人生100年時代とは言いますが、若い人たちが活躍できる環境を整えることが大切です。

草場先生が理事長をされている日本プライマリ・ケア連合学会は、西沢さんも講演にいらしたことがあるので、お気づきになったと思いますし、私も2022年の6月にシンポジウムに参加しましたが、本当に多職種で、若い人が多くて、活気があって、いつも感心します。

ですから、理事長だけではなくて、各地方に支部があると思いますが、そうしたリーダーにも緩やかな定年制を設けるなどして、ぜひ若い方たち、あと、医師だけではなくて、多職種の方たちが主導権を握るような、そのような組織にして、ぜひ日本の医療界へお手本として見せてほしいなと思います。若くてダイバーシティのある組織の皆さんに、プライマリ・ケアを核とした地域医療を構築してほしい。これは研究者というよりは、地域住民としてのお願いです。

(西沢) ありがとうございます。

大須賀さん、お願いします。

(大須賀) 最後にもう一度伝えたいことは、家でできる治療はほぼ薬物治療だという事実と、そこに携わる医療者として薬の専門家である薬剤師を入れてほしいということですか。プライマリ・ケアという議論にぜひ薬剤師も入れていただいて、薬剤師自身も成長していかないといけないですけども、入れていただけたことで成長していけるということもあると思いますので、ぜひお願いしたいと思います。

(西沢) ありがとうございます。

議論は尽きないんですけども、今後の先生方の発信であるとか、弊社もこれから引き続き取り組んでまいりますので、そこにご注目いただくとしまして、先生方はそのお席のままで、最後に、弊社理事長の翁百合より、皆様へのお礼と、あと、議論のクロージングとしてご挨拶をさせていただきます。

翁さん、お願いします。