

井伊・関本論文への一考

草場 鉄周*

平成 25 年 4 月に公表された厚生労働省・専門医の在り方に関する検討会の最終報告書において総合診療専門医を一つの基本領域専門医として確立すべきという指針が示された。わが国の医療を考えていく上でたいへん画期的なことである。そして、その役割として「日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供し、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師であること」と規定された。この役割はまさにプライマリ・ケアの担い手たる医師に求められるものである。

では、なぜ今プライマリ・ケアの強化が必要とされるのだろうか。本論文は、まさにこうした疑問に答えるべく、日本のプライマリ・ケア制度が持つ特徴を説得力のあるデータで示し、その実像を立体的に把握する助けとなるものと考えてみる。

本論文の前半部分で提示された医療制度に対する国民の満足度調査において、この 1 年間に受けた医療については「たいへん良い」「良い」まではおよそ 50%、「まあまあ」は 42% という結果が得られた。また、医療制度の改革に必要な性についても「ほとんど改革の必要性はない」方が 4.4% に過ぎず、「部分的」「根本的」を合わせて 80% の方が改革の必要性があると示された。また、本論文の回帰分析では「かかりつけ医療機関の有無」が有意に満足度と相関していることが示された。

この結果を踏まえて考えると、国民の多くは

医療のコンテンツそのものには強い不満はないものの、かかりつけ医療機関の有無に代表される医療機関の受診システムの在り方には一定の問題意識を持っていると推定される。世界最高水準の乳幼児死亡率・平均余命・健康寿命を誇る日本において、過去の国際比較調査での医療に対する満足度が相対的に低いという事実の理由を考えると、この理解の枠組みは通用するかもしれない。

日本の医療機関の受診システムを端的に表現する言葉は「フリーアクセス」である。健康保険証一枚あれば、全国津々浦々の診療所から大病院、更には大学病院にまで自由に受診することが可能というシステムである。もちろん、「全国津々浦々」、つまり日本のあらゆる地域で一定水準医療の医療を受けることができることは極めて重要なことで有り、憲法第二十五条で保障された「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」という文言に合致している。ただ、患者の持つ健康問題と医療機関の提供する医療機能のマッチングを無視して、あらゆるタイプの医療機関への受診を認める自由の是非については国によって異なる対応をしているのが世界の实情である。

今回のデータは、大きな権利のように見える「フリーアクセス」を国民が持てあましている実情がある可能性を示唆している。エーリヒ・フロムは著書「自由からの逃走」の中で、「自由というものは、本来はそれが与えられること

* 医療法人北海道家庭医療学センター理事長

に対しての孤独や責任を受け止めるということが求められるわけであり、その覚悟を持った上で自由を希求して得た者によって構成される社会こそが望ましい社会」と語ったが、まさに乱立する医療機関の中でフリー（自由）にアクセスできる枠組みは国民に相当の責任と知識を求めている制度であるという点が良いだろう。

例えば、患者自身が腹痛を覚えたときに、きっと胃腸炎か食あたりだと思い、1日我慢をして消化器内科を選んで受診した際、胃カメラで特に異常を認めず、軽い胃薬で自宅に帰された場合を考えよう。実は、従来から循環器内科では高血圧の治療を受けていたのだが、この事実は消化器内科医には特に伝えていなかった。帰宅後も、徐々に腹痛が悪化し、夜に意識が薄れ、心配した家族が救急車を呼んで近くの救急病院へ搬送した。受診時は血圧が非常に低く、意識低下も有り、CT検査で腹腔内の出血と大動脈の解離病変が認められた。緊急手術を実施したが、残念ながら全身状態がすでに悪く死亡に至った。

このケースの場合、何が死をもたらしたのだろうか。救急対応の医師はおそらくベストを尽くしただろう。消化器内科医が腹部大動脈解離を見落としたのが悪いのだろうか。ただ、彼は消化器科の専門医としてベストは尽くしたかもしれない。日々の診療で対応する患者は実際に消化器の病気を持つ方がほとんどであり、そうした方には適切な医療を提供しているはずだ。では、大動脈解離を想定できずに、間違った判断をして消化器内科医を受診した患者自身が悪かったのだろうか。ただ、「フリーアクセス制度」では患者は当然期待される受診行動をとったに過ぎず、彼はベストを尽くした可能性が高い。となると、この死は「フリーアクセス制度」がもたらす「自由」というメリットの犠牲としてやむを得ないものとして甘受しなければならないのかもしれない。

こうした「フリーアクセス制度」における自己責任の重さと複雑な医療制度の中でベストを尽くすことの心理的負担が満足度の低さに寄与

していることは否定できない。

本論文では、かかりつけ医を一人に決めている場合に満足度が高く、特に病気になった際に最良のケアを受けられる割合との相関性を明確に示している。これは、ここまで論じた結果とまさに相補する結果と考えて良いだろう。その一方で、かかりつけ医の有無と夜間・休日の救急受診との相関がないという点は、日本の現行のかかりつけ医の限界として、夜間・休日の対応機能が低いことを示唆していると言える。

また、頻回受診は患者満足度及び疾患のコントロールとも相関しないというデータも重要である。かかりつけ医に対して求められることは受診回数の多さではなく、おそらくその診療の内容であり医師・患者の関係性にあるのではないだろうか。プライマリ・ケアが重視する機能の中には「あらゆる健康問題に対応する包括的な診療機能」「継続性のある医師・患者関係」「患者一人一人の価値観や生活背景を重視した個別のケアを提供する機能」などが含まれるが、これらは必ずしも受診頻度とは比例しない。

最後に、本論文では高圧治療におけるARB処方割合が地域差なく高い日本の実情を示している。日本人は他国に比べて特異的にARBの効果が優れているという科学的証拠は存在せず、世界全体でARBを他の降圧剤と比較して優先的に処方すべきというガイドラインもない。理由はともかく、近年必要性が語られるEBM（Evidence-based medicine）が日本の医療提供に根付いていない現実をまざまざと見せつけるデータである。

本論文から見えてくる日本のプライマリ・ケアの現状は厳しい。保険と税によって支えられる医療システムが、提供体制においては自由市場に委ねられている中、当然医療費は拡大の一途をたどるのであろう。個々の医師、個々の診療所・病院は生き残りのために収入を拡大すべくベストを尽くしているに過ぎないのだから。部分最適の積み重ねが、全体最適を損なっている良い例である。

しかし、国民の求める医療制度は決してそこ

にあるのではなく、EBMとプライマリ・ケアの原則に基づく適切な医療を提供する「かかりつけ医」をハブとしながら、複雑で多様化し高度医療にも繋がる医療制度を“適切に”利用できるシステムにあるはずだ。医療制度改革において様々なテーマが取り上げられているが、まさにこのプライマリ・ケア機能強化の改革こそが全ての改革の成否の鍵を握るといって過言で

はないだろう。その機能が活かされてこそ、病院機能の改革、医療・介護連携の改革が真の輝きを放つ。

超高齢化に伴う2025年問題のみならず、国家百年の計に準ずるテーマとして、本論文の提起する問題意識を多くの方に共有して欲しいものである。