

「かかりつけ医の社会実装に向けた課題と 医薬品をめぐる課題」

令和5年6月15日(木) 15:00~17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

武田 俊彦氏

(たけだ としひこ)

岩手医科大学 医学部 客員教授

ボストンコンサルティンググループ

シニア・アドバイザー

講師略歴

■略歴

- 昭和58年3月 東京大学法学部卒業
- 昭和58年4月 厚生省採用
- 平成11年8月 厚生省大臣官房政策課企画官
- 平成11年10月 同 大臣官房人事課秘書官事務取扱(丹羽雄哉厚生大臣)
- 平成12年7月 同 大臣官房政策課企画官(併任 健康政策局)
- 平成13年1月 厚生労働省大臣官房総務課 企画官(併任 医政局)
- 平成14年8月 同 保険局医療課 保険医療企画調査室長
- 平成16年7月 社会保険庁運営部 医療保険課長
- 平成18年9月 厚生労働省医政局 経済課長
- 平成20年7月 同 保険局 国民健康保険課長
- 平成21年7月 同 医政局 政策医療課長
- 平成22年7月 同 保険局 総務課長
- 平成23年8月 同 政策統括官付 社会保障担当参事官
- 平成24年9月 総務省消防庁審議官
- 平成26年7月 厚生労働省 大臣官房審議官(医療保険担当)
- 平成27年10月 厚生労働省 政策統括官(社会保障担当)
- 平成28年6月 厚生労働省 医薬・生活衛生局長
- 平成29年7月 厚生労働省 医政局長
- 平成30年7月 退職
- 平成30年11月 厚生労働省政策参与(非常勤)(令和元年9月まで)
- 平成30年12月 岩手医科大学 医学部客員教授(現在まで)
- 平成31年1月 東京海上日動火災保険株式会社 顧問(令和4年10月まで)
- ボストンコンサルティンググループ シニア・アドバイザー(現在まで)
- 令和4年12月 西村あさひ法律事務所 顧問

■著書

- ・医療機器産業論 リーディング産業へ向けた課題と展望(共著)
- ・オバマ政権はアメリカをどのように変えたのか(共著)

■主要著書

- ・医療・介護改革の羅針盤：シミュレーションの概要と医療・介護報酬改定の今後
「病院」第71巻第11号
- ・わが国にふさわしい「非営利ホールディングカンパニー」構想とは
「病院」第73号第8号

かかりつけ医の社会実装に向けた課題と医薬品をめぐる課題

ご来場の皆さま、天気の良い中、お集まりいただき、ありがとうございます。先ほど、ご紹介していただきましたように、私は厚生労働省で35年間、役人生活をさせていただきました。特にその後半20年間は、医療保険、または医療提供体制ということで、医療と大変深い関わりのある仕事をさせていただきました。そのご縁もあり、いまだにいろいろな関係の方々とは議論をする機会があります。

私が役所を辞めたのが平成30年ですか、5年前のことになります。その後、コロナになりました。コロナが起きてから、厚生労働省はとにかく対策で明け暮れていましたので、現役の方はなかなか取材も受けられず、いろいろなメディアの方が私のようなOBにも取材に来られました。私もいろいろ現場の声をお聞きしながら、こういうことが起きているのではないか、こうしたほうがいいのではないかとということをお知らせしたこともあります。

日本在宅ケアアライアンスというところで、在宅医療の推進の仕事もしていました。前代未聞と言っているのでしょうか、非常に強い感染症ですから、どうしても自宅で療養せざるを得ない方が出てきます。そうすると在宅医療の出番だということで、どういう方々にどういうネットワークを作っていたか、どういう形で医療の提供をするかということが課題になり、この日本在宅ケアアライアンスでプロトコルを作ったりしていました。

かかりつけ医の社会実装に向けた課題と医薬品をめぐる課題

今日のテーマは、「かかりつけ医の社会実装に向けた課題と医薬品をめぐる課題」です。少し欲張りですが、2つの異なるテーマを選んできました。いずれも医療現場にとっては大きな課題です。

かかりつけ医については、法律改正が通り、やや一段落ということかもしれませんが、この一段落の時

期こそ、いろいろなことを考えていったらいいのではないかと、少しおさらいをしてみたいと思います。

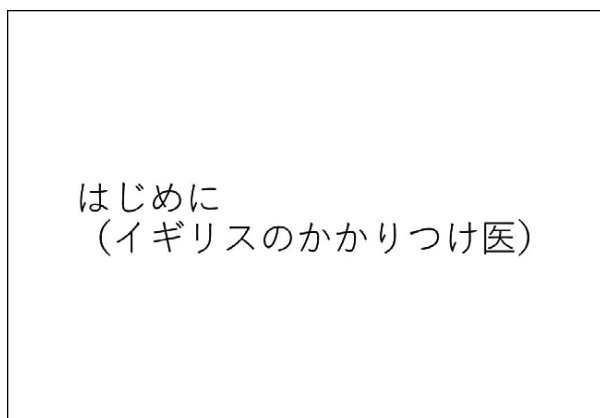
それでは資料に沿って、お話を進めさせていただきたいと思います。



■はじめに(イギリスのかかりつけ医)

まず初めに、イギリスのかかりつけ医ということで、数枚の写真を持ってきました。実は先般、日本医師会で、欧州調査団が派遣されました。鈴木邦彦先生が調査団長だったのですが、私も参加させていただくことになりました。さすがに2週間行くのがしんどいので、最初のイギリスのところだけでも参加できないかと、お誘いを受け、イギリスだけ行ってきました。

5月29日から6月2日まで約1週間、イギリスでいろいろなことをお聞きしてきました。率直に申し上げると大変勉強になったという思いでいます。これについては、詳細な報告書を数カ月以内にまとめる予定になっています。私がお話をあまりするのもいかがかと思ったのですが、記憶に新しいうちに少しコメント、感想だけでも申し上げておいたほうがいいかと、最初何枚か写真を付けました。



これがHetheringtonのGP診療所です。入る前に看板を見て、これは大変面白いと思い、写真を撮ってきました。まずGPというのは普通はGeneral Practice、GPドクターを指して使われます。しかし、この看板をよく見ると、Hetherington Group Practiceと書いてあり、同じGPですけれども、Group Practiceという名前になっています。

日本において、イギリスのGPの話が紹介される時に、1人の医師が全て診るというイメージでの紹介がされることがありますけれども、今、イギリスのGPの仕組みは基本的にはグループ診療なのです。住民は1つのクリニックに登録をするのですが、ドクターは何人かいらっしゃって、共同で診るという形になります。そう意味でいいますと、一人開業が主体の日本の診療所と同等に扱うのは少し無理があるのではないかという感じがします。



Group Practiceであるということに加え、この看板を見ると、一番左上に「General Medical Services」、一般的な医療について全て扱うということではあります。例えばここに「Minor Surgery」というものがあります。恐らく軽度の裂傷の縫合などを指すのではないかということでした。例えば「Family Planning」、「Drug & Alcohol Services」、「Sexual Health Screening」など、詳しくは分からないところもあり、よく聞けなかったのですが、禁煙の話など、日本的にいうと、保険給付、従って治療がメインの日本の診療所とはサービスの範囲がだいぶ違うと思います。

ここに来るまで、単語として知らなかった「Phlebotomy」というものがありますが、「Blood Test」と書いてありますので、採血をするものです。日本的にいうと、採血での血液検査に対応していると、わざわざ書かなくてもよいのではないかという気もしますが、こういうことが看板に書かれています。

それからもう1つ、ここに大きく電話番号が書いてありますが、後で大きな意味を持ってきます。



これが待合室です。待合室に入ってみると、すごく懐かしい感じがして、どこの国も病院の待合室はこういうものかと思います。こうやって診察室がいくつかあり、やはりGroup Practiceだという感じがします。壁の掲示などを見ると、小さくて見にくいと思いますが、掲示板の上に、「CARERS」と書いてあります。ケアをする人へ、ということですから。いってみれば、やはりFamily Medicine(家庭医療)だという感じがするわけです。病気の方だけではなく、病気の方を支える家族、介護者というのか、家族療養・自宅療養のお手伝いをする家族の方々向けの掲示がいくつか書いてあったりしました。



それからお話の中で出てきたもので、目立ちませんが、建物の横に臨時の屋根を付けてあります。これはコロナでワクチンの接種をやった時に、外で待ってもらって問診をやったということだったと思います。正確にはメモを起こして報告書が出ますので、その時にきちんとご説明ができればと思います。

これはお話を聞いたというよりは、その場にあったものを写真に撮ってきたものです。私が医政局の時に、ACPというアドバンスド・ケア・プランニングということで、報告書をまとめさせていただきましたが、「Stay in control. Plan ahead today.」、恐らく日本のACP、その後、後任局長が「人生会議」という名前を付けましたけれども、終末期の相談などにも対応しているということがうかがわれるポスターも掲示されていました。

お話を聞きながらでしたが、写真も少し撮ってきたので、こういうことをご紹介させていただきました



■ イギリスのGP / プライマリケア

詳しくは報告書を参照していただきたいのですが、さわりだけ少し申し上げます。コロナへの対応はどうだったのかが、実は今回の調査団のメインでもありました。医師会としてもイギリスのGPをきちんと把握しておきたいということでもあったのですが、行っているいろいろなことを聞いて、私自身があまりよく知らなかったことがあります。

コロナへの対応ということですと、日本でもいろいろ言われましたが、行ってみた印象で言いますと、イギリスは本当にGeneral Practiceの一般診療、プライマリケアと病院の医療がきちり役割分担をしています。

検査、そしてその検査で陽性判定が出た方のフォローも、基本的にはクリニックではやらないという整理でした。だからコロナへの対応ということでは、一番頑張ったのはワクチンの接種勧奨などで、ここまでは自分たちの責任で、いったん陽性判定が出た後の対応については、全て病院と救急部門が対応したということでした。

このGPクリニックに勤務する医者はどういう方々なのかも少し伺いました。実は今はパートタイマーが非常に多くなっているそうです。パートタイマーが多くなっているということは、皆さんはここどこを掛け持ちしているのかとお伺いしました。1つは、プライベートホスピタルで働く、または研究機関、つまり大学で働く、研究活動をする、または専門医として専門医の診療機関で働く、産婦人科であと2日働いてるということを知りました。そういう意味では、GPだけで暮らしている先生が非常に少なくなっているという印象でした。この背景にはいろいろな要因があるようです。深入りすることは今回は避けたいと思います。

コロナ前後での変化も聞いてきました。コロナ前後での変化は、やはりオンライン診療などが進んでいるかを少し念頭に置いての質問だったのですが、コロナが始まった時は、何しろロックダウンだったので、このクリニックに来る患者はすごく減った、場所によっては診療所を閉じたところもあるそうです。患者が来なくてではどうするのかという話もありましたが、基本的には、電話対応が多くなったそうです。NHSでアプリも開発をして、使えるようになっているのだけれども、大体初診というか、クリニックへのアクセスの8割くらいは電話対応が主だという話でした。

1つは、世界的にはオンライン診療、それからそのアプリケーション、DXというイメージが強いわけですが、イギリスにおいては相変わらず電話が中心だと聞いてきました。地域差があるのかもしれませんが。

高齢化への対応も1つのテーマでした。これもあまり詳しくここで話するほど整理がついていませんが、結局、イギリスにおいても医師だけでは対応できないものが増えています。医師だけでは対応できないということになると、看護師、薬剤師、名前が挙がったのはダイエティシアンと言っていましたので、栄養士さんなどと連携チームを組んでやっているということでした。

それは一体どういう支払いになっているのかというと、そのクリニック、またはだんだんクリニック単位ではなく、その地域のさまざまな事業体が1つの事業体になって、そこにいわゆる人頭払いで払われているようです。その人頭払いが、例えば栄養士を置いたとか、例えばここで社会的処方というものが出てきますが、社会的処方、ソーシャルプリスクライバーを置いたとすると、それはちゃんとNHSから支払われます。

「すごいではないですか。それでは付加的にどんどん新しい人を配置できるようになっているのですね」と言うと、「トータルの予算が増えていないので、結果的に医師の技術料と言ったほうが日本では分かりやすいかもしれませんが、やはりそこがだんだん苦しくなってきます。従って、やはりパートタイムで、他で働かないといけないという話にもなります。そもそもイギリスを出て外国に行く医師が非常に多いのです」という話でした。

ここから先、これが教訓として日本にどう使えるのかは、なかなか一筋縄ではいきません。イギリス型のGP、ゲートキーパーというものが日本でも導入が必要ではないかという議論もありましたが、そう簡単なものではありません。行く前からそう思っていました。医療は、それぞれの国の文化とか歴史を背負っていますので、そう簡単に単純に輸入はできないし、どこの国も同じような問題で困っています。

向こうから見ると、「日本はうまくやっていますね」というコメントを頂くことが多かったです。今日ばかりつけ医の話をしようかと思ったのですが、まさに直近の経験ということで、お話をさせていただきました。

あとは資料をいろいろ用意していますが、逐一ご説明をするというよりは、少し雑談風にお話をさせていただいたほうがいいかと思っていますので、お付き合いをしていただければ幸いです。

イギリスのGP／プライマリケア（未定稿）

- コロナへの対応
- GPに勤務する医師の動向
- コロナ前後での変化
- 高齢化への対応
- 社会的処方
- その他

■ ポストコロナの医療提供体制の課題

「ポストコロナの医療提供体制の課題」というテーマにしてみました。何度かお話をしていますので、お聞きになった方もいらっしゃるかもしれませんが、私が役所を退職してまもなく、コロナの問題が起き、非常にやきもきしていました。感染症への対応について、政府が次々と新たな対応を打ち出しましたが、本当に現職の後輩の皆さんは大変だったと思います。

ポストコロナの医療提供体制の課題

■ コロナで問われる医療提供体制(入院から在宅へ)

ご承知のとおり、最初は全員感染症病床にという対応でした。感染者が増えて、感染症病床だけでは対応できなくなると、一般病床に入院させる、それでも対応しきれなくなると、症状や対象者に応じて適切な場所にと、感染者を振り分けるようになりました。いってみれば、トリアージと、それぞれの場所でのフォローアップという対応が始まります。

自宅、宿泊療養、入院という組み合わせになるわけですが、そうすると入院医療は非常に重い患者を集中的に入れるということになり、重症者を受け入れられる病床の増強が求められました。

初期のコロナの患者は、本当に急激に悪くなりました。先ほどまでスマホをいじっていた人が30分後に意識を失ったということがニューヨークタイムズなどに出ていて、私も何が起きているのだろうかと思いましたが、要するにそのような急変があるため目が離せないわけです。

目が離せない患者になると、24時間医療従事者が張り付いている病床が必要になり、それはやはりICUということになります。だからICUの増強が求められるわけですが、ICUはすごく人手を食うので、これをやろうとすると、他の病床を閉じるなりして、他の病床から医師、看護師を持ってくるということになります。



今回、イギリスに行き、ロンドンの中心地にあり、その患者を集中的に受け入れたICUも訪れてきました。ICUは32床でしたが、とても足りず、増床するために他のベッドを空けて、医師、看護師を集めて乗り切ったそうです。日本よりもベッドコントロールが集中化されていて、人の管理も集中化されているような印象を受けました。

しかし、余談になりますけれども、ベンチレーションは足りていましたかと、同行者が聞いたところ、32ベッドのICUでやはり半数しか機器がなかったのですごく大変だったという話もありました。やはりどこの国も最初、すごく苦労したのだということを感じてきました。

そうすると限られた病床をどうやって使うかということになるので、転院の促進をしなければいけません。「機能連携・患者の流れ」と書きました。後方病棟からさらに自宅に帰す、また病院に入る前、入院前の体制でやはり自宅療養の期間が出てきますので、在宅はどうするかという話で、多職種連携やネットワークが必要になってきます。短い間に、目まぐるしく重点政策が変わります。そしてそれは、医療提供体制の在り方とか改革と言ってきた、厚生労働省の何十年かの医療政策に非常に近い感じがします。

ということを書いてきたのですが、さらに厚生労働省がやってきた医療提供体制の改革を追い越すような事態も一部始まっています。下に書きましたけれども、在宅医療は看取りの医療と受け止められることが多かったのですが、看取りだけではなく、急性期に対応する在宅医療という機能の必要性が非常にクローズアップされてくるわけです。

それからワクチン問題というものがありましたので、予防も含めた真のかかりつけ医をどうするかという話になりました。国も医師会もかかりつけ医を持ちましようと言っていましたが、いざかかりつけ医を持とうとするとどこにいるのか分かりません。

高齢者施設でクラスターが発生し、一気に10人、20人、30人、あるいは50人、100人という患者が発生した時、全員は病院に搬送できません。そうであれば、外付けの医療をどうするか、即ち、高齢者施設、高齢者住宅、介護の場に対して、外から医療をどうやって提供するかということを考えざるを得なくなります。厚生労働省は指示を飛ばして、各都道府県に、全ての高齢者施設に外から医療を提供できる体制を求めるわけですが、これは近未来の世界だという話が非常によくありました。

コロナで問われる医療提供体制(入院から在宅へ)

- ・ 陽性者全員を入院・隔離できる医療体制
- ↓
- ・ 自宅療養、宿泊療養と入院医療の組み合わせ (振り分けとフォローアップ)
- ↓
- ・ 重症者を受け入れられる病床の増強 (病院に求められる機能の純化・強化)
- ↓
- ・ 後方病棟への転院の促進 (機能連携・患者の流れ)
- ↓
- ・ 在宅医療による患者支援・多職種協働 (ネットワーク・医療介護連携拠点)
- 「高度医療提供」と「地域包括ケア」の充実が切り札
- ※ 在宅医療も、看取りの医療から急性期にも対応へ
- 予防も含めて、真の「かかりつけ医」とするための政策が問われる。
- ※※ オミクロン株が救急をマヒさせる → 高齢者施設で(外から)医療を

■ 今後の医療提供体制(想定されるもの)

そうなりますと、政策的にこれをどう考えるかですが、1つは高度急性期をきちんと整理するという事です。高度急性期という言い方をしていたので、人によって受け止め方が全然違っていたのですが、ここはもうはっきり、ICUであるということを念頭に置き、これを一定数持つことを地域の課題にすべきではないかという話になります。

キャンングローバル総研の「ポストコロナ医療提供体制シンポジウム」に私も出ていますが、ここで明確に言われているのは、ICUを増やそうという話です。私と一緒に登壇されていたのが、大学病院の中では一番コロナを受け入れたところだと思いますが、東京医科歯科の田中学長で、ICUの充実を訴えられていました。

それからもう1つは地域包括ケアの機能強化です。これはもうどうしてもやらざるを得ません。看取りだけではなく、軽度救急、急性増悪、介護の重度化といういろいろなことがテーマになります。全員入院だと言ってみたところで、入院判定を全国の都道府県でやるわけですけれども、入院判定、入院調整をやるというのは、大オペレーションになります。入院判定が出ても入院できない人が一定数いるということが明らかになりました。

障害のある方、認知症のある方、どうしても病院に入院したくないという方、こういう方々に、ではどうやって医療を提供するのか、そして急性期病院は、介護が必要な人がたくさん入るととてもケアできないという問題が明らかになってしまいました。これも近未来だという話で、医療提供体制はどうするのか、極めて切迫した問題となりました。

今後の医療提供体制(想定されるもの)

→ 「高度医療提供」と「地域包括ケア」の充実が切り札

※ 在宅医療も、看取りの医療から急性期にも対応へ

予防も含めて、真の「かかりつけ医」止のための政策が問われる。

※※ オミクロン株が救急をマヒさせる → 高齢者施設で(外から)医療を

・ 高度急性期の必要性

= ICUの必須化 = 地域中核、スタッフ集積、常時稼働病床減

注:キャンングローバル総研 CIGS「ポストコロナの医療提供体制シンポジウム」(HPで動画公開中)

・ 地域包括ケアの機能強化

= 看取りから軽度救急、急性増悪、介護重度化も視野に

→ 病院なのか、診療所ネットワークなのか、介護なのか

■ かかりつけ医機能が発揮される制度整備

そういう状況において、先般、厚生労働省から、かなり多数の法律を変える「一体的な全世代対応型医療保障制度を実現するための法律案」が出てきました。中でも大きな議論になったのは、かかりつけ医機能

です。

全世代型社会保障構築会議でしたか、その中の議論もかなりの部分がこのかかりつけ医の議論に費やされていました。結果的に作成された法律が国会を通りましたが、私はこのかかりつけ医の議論は、日本の医療提供体制をどうするかという非常に大きな問題と絡むし、医療保障制度が今のままでいいのかという問題にも絡むので、せっかく議論をするのであれば、幅広くかつ深い議論をしたほうがいいのではないかと申し上げてきました。

今回の法律がどうこうというよりは、今回の法律をさらに深めていくような議論をしたほうがいいのではないかと考えています。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

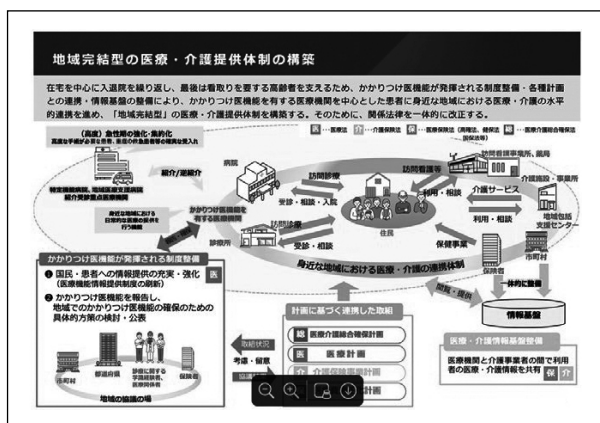
■ 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

厚生労働省が提出した法案の説明資料をいくつか持ってきました。これをすごく詳しく説明するつもりはありません。書いていることは、従来から言っていた地域包括ケア体制のような住民中心のこの日常生活のところと、それから急性期医療が必要になった時の急性期の充実強化をより進めるということです。それに加え、ここに書いていますが、かかりつけ医機能が発揮される制度整備というお題に沿って、特に情報提供機能ということで、機能報告をしてもらい、情報提供して、患者が選ぶという形に制度化がされています。

それを受けて、各医療計画をはじめとした、地域の計画にもこういうことを盛り込んでいくことになりました。私が医政局長をやらせていただいた時の医師偏在対策法案があるのですが、この時に外来における医療提供体制という課題がありました。地域医療構想は入院中心という立て付けだったので、外来についても話し合いの場を作りました。

今回、このかかりつけ医機能が制度化され、それについてかかりつけ医機能も地域で議論をする、地域医療計画の中でもそういうことになっています。やはりもはやトレンドは、一病院で完結するものではない、病院だけの議論で完結するものではない、地域医療を取り込んで、そこでさらに医療全体のことを議論しなければいけないし、もっと言うと、介護サービス、社会サービスを巻き込んでいかなければならないということです。

イギリスも一医師との契約からグループ診療所との契約、さらに何とかトラストだとか、どんどん名前が変わっていますが、実態が必ずしも追い付いていないような気がします。日本はある程度、介護保険を作ったことによって、サービスはかなりできてきましたけれども、ネットワークが不十分だということと、やはりその基盤になるかかりつけ医のイメージを明確化することが本当はもう少し大事なのではないかと思います。



かかりつけ医機能が発揮される制度整備

法律自体については、ここに書いてあります、あくまでかかりつけ医機能が発揮されるための制度整備ということで、医療機能情報提供制度の中でかかりつけ医機能をちゃんと位置付けるとか、かかりつけ医機能報告の創設を新たに書くなどがあります。

また患者に対する説明という条文も入りましたが、いくつか課題が残っているような気がします。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- ▶ かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- ▶ 今後、慢性の難病や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療連携や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- ▶ その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、地域の実情に応じて、各医療機関が機能と専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

- (1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）
 - ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実、強化を図る。
- (2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）
 - ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的提供、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めるとする。
 - ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場を設けるとともに、公表する。
 - ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。
- (3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）
 - ・ 都道府県知事による(2)の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

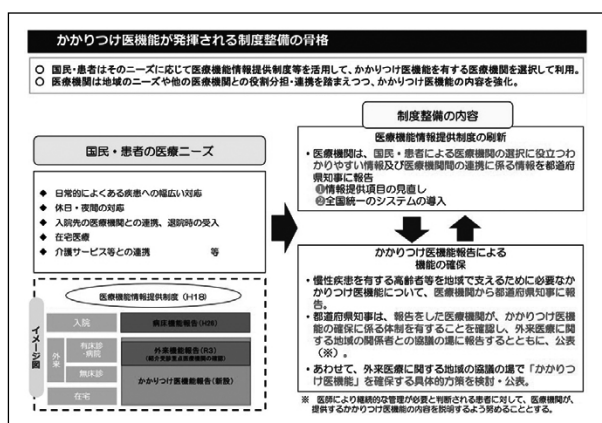
■ かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

特にイギリスの話と並べてみると、非常に感じられるところだと思いますが、国民・患者の医療ニーズは何かというと、日常的によくある疾患への幅広い対応、休日・夜間の対応、入院先の医療機関との連携、在宅医療、介護サービスとの連携などになります。

これを機能報告制度で都道府県に報告してもらって、都道府県が情報提供をするという形ですが、その報告もある程度、実態がないと報告制度の意味もないし、これをどうやって情報還元するのかという話も必要になってきます。これはこれからの議論ではないかという感じがします。

もしこれだけの法律改正であれば、今年、法律提出ではなく、もう1～2年、もう少し議論してからではないかということが、医政局を経験した者にとってみると、通常的时间感覚のような気がします。ご承知のとおり、医師働き方改革は来年4月スタートですが、もう議論に2年かけて、そこから法律改正まで何年かけて、法律改正してから施行まで何年かけてという時間感覚でやっているわけです。

このかかりつけ医機能の制度整備については、もう本当に法案を出すということが他の法律の関係でもう決まっていたので、非常に時間のない中でやっています。だからここから施行までの省令もかなり新しい議論がいろいろ出てくる可能性があるのではないかと思います。



あまり条文を持ってくるのもどうかという気はしますが、例えば、かかりつけ医機能の報告制度についてのものです。前のほうに、かかりつけ医機能報告の対象病院というものがあります。かかりつけ医機能を担っている病院、診療所です。この管理者は「慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者として厚生労働省令で定める者」と書いてあります。

結局、イギリスと比べてみると、ここが1つのポイントだと思いますが、日常的にずっと継続的な医療が必要な人をあらかじめ定義の中に書き込んでいます。先ほどの「何とか相談とか、検査とかも全部OKです。とにかくお電話をください」というようなものとはやはり非常に違うイメージではないかと思います。

継続的に医療が必要な人の代表者は高齢者ですが、高齢者は医療ニーズが高い、または別の言い方をすると、医療費をたくさん使っているグループであるということは確かに事実ですので、ニーズの高いところからやっていくという意味は1つあるのかもしれませんが、本来的なかかりつけ医の話はここなのだろうかというのは、やはり議論があるところだと思います。

それからもう1つ、ここに書いてある、時間外であるとか、急変した場合に入院させるような調整機能

だとか、在宅医療をちゃんとやることなどが列挙されています。必ずしも義務ではありません。継続的な医療はやるし、時間外もやるのだけれども、在宅はやらないというのであれば、そういう報告をしてもらえばいいという立て付けになっています。

これがかかりつけ医機能なのですが、まず対象患者として念頭にあるのが高齢者で、イギリスのGPは住民全部だということと、かなりイメージ的な違いがあります。ではイギリスのGPはこういうことをやっているのかですが、実は結構微妙です。

今回行ってきた感じ、それから文献などでいいますと、やはりイギリスのNHSも時間外もちゃんとある程度対応してほしいということなのだそうです。ただし、先ほど申し上げましたように、パートタイマーの医師がほとんどです。

それからパートタイマーの医師への報酬の支払い体系が、午前中やったら1単位、午後もやったら2単位、それを2日やったら4単位という支払い方です。午前1単位、午後1単位で、夜がないのです。NHSは夜もと言っているのですけれども、現場ではパートの先生が午前中何人、午後何人、何曜日は医師がいないのでNurse Practitionerのような人が対応するということになります。

これは制度の説明と実態と違うという話になるのですが、やれと言われると、イギリス的には夜間の電話の受け付けを外部委託するかとか、そのための医師と契約するかとかという話になって、GPは夜の対応は一般的にはあまりやられていないようです。

日本のかかりつけ医機能は、1番目は時間外という規定があります。日本的にいうと、24時間対応を位置付けた在宅療養支援診療所のイメージが少し出ています。私が担当したのが平成16年の診療報酬改定で、在宅療養支援診療所が入ったのが、平成18年の診療報酬改定です。その時のキーワードは24時間対応でした。24時間対応できるかできないかということと、診療報酬上高い点数を付けるかをリンクさせて、差別化を図りました。

それは今にしてみると、非常に強い負荷をかけたという感じがします。まして在宅医療をやるのがかかりつけ医機能だとか、それが24時間を意味するとかということになると、本当に何カ所ができるのかという話になってくる気がします。

こういう要件をこれから施行までの間に省令で書くということになりますが、この条文のままいくと、高齢者の在宅医療をやるようなところ、高齢者の看取りができるようなところ、高齢者の救急対応ができるようなところ、介護とつなげるところを重点的に掘り起こしていくということかもしれません。若い人の対応の部分が、取りあえず、今回の法案には入っていない気がしますので、そういうこともこれから議論になるかもしれないと思ったりもします。

第三十条の十八の三（略）
 2. うものとする。
 3. (略)

第三十条の十八の三（略）
 下に必要なお病状又は診療所として厚生労働省令で定めるもの（以下「この条において「かかりつけ医機能報告対象病院等」という。）の管理者は、慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者として厚生労働省令で定める者（第一号及び第二号において「継続的な医療を要する者」という。）に対するかかりつけ医機能の確保のために、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該かかりつけ医機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。
 一 かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る継続的な日常的な総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容
 二 前号に規定する機能を有するかかりつけ医機能報告対象病院等にあつては、かかりつけ医機能報告対象病院等が定める者に対するかかりつけ医機能の提供に関する事項
 三 厚生労働省令で定める「かかりつけ医機能報告対象病院等」の内容
 四 当該かかりつけ医機能報告対象病院等の運営の診療時間以外の時間における他の必要入院が必要となる場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を運営する者を引き続き就業を必要とする場合に当該患者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等ににおける療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供する機能
 五 居宅等において必要な医療を提供する機能

65|
 一 介護その他の医療と密接に関連するサービスを提供する者として必要な医療を提供する機能
 二 その他厚生労働省令で定める機能
 三 当該かかりつけ医機能報告対象病院等及び他の病院又は診療所が厚生労働省令で定めるところにより相互に連携して前号に規定する機能を確保するときは、当該他の病院又は診療所の名称及びその連携の内容
 四 その他厚生労働省令で定める事項
 五 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、前項の規定による報告をしたかかりつけ医機能報告対象病院等（以下「この条において「かかりつけ医機能報告対象病院等」という。）の管理者は、慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者として厚生労働省令で定める者（第一号及び第二号において「継続的な医療を要する者」という。）に対するかかりつけ医機能の確保のために、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該かかりつけ医機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。
 一 かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る継続的な日常的な総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容
 二 前号に規定する機能を有するかかりつけ医機能報告対象病院等にあつては、かかりつけ医機能報告対象病院等が定める者に対するかかりつけ医機能の提供に関する事項
 三 厚生労働省令で定める「かかりつけ医機能報告対象病院等」の内容
 四 当該かかりつけ医機能報告対象病院等の運営の診療時間以外の時間における他の必要入院が必要となる場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を運営する者を引き続き就業を必要とする場合に当該患者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等ににおける療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供する機能
 五 居宅等において必要な医療を提供する機能

■ かかりつけ医機能をめぐる論点

そういう意味で、これは何度か申し上げていますので、重複される方はさらっと聞いていただければいいと思うし、あまり詳しくご説明する必要はないかもしれません。そもそもかかりつけ医機能というと、イギリス型なのか、フランス型なのか、ドイツ型なのか、そもそもアメリカにおける家庭医との違い、プライマリケアとこのかかりつけ医機能とか、いろいろな方がいろいろなことをおっしゃっています。それもあって合意しやすいところで法案を出したということかもしれません。

かかりつけ医機能をめぐる論点

■ 横倉元日医会長の言葉より(世界医師会挨拶)

いろいろな方がいろいろなことをおっしゃる場合は、取りあえず、原点に戻って見たほうがいいのではないかと思います。何度も引用させていただいて、そろそろ横倉先生に「すみません」と言わなければいけないような気がしてきますが、非常に名高い世界医師会でのごあいさつがあります。

ここにかかりつけ医制度という名前が付く以前の医療の原点というものがあるかもしれません。やはり医療の原点はそもそも治療なのかという話があります。これを見させていただくと、赤字にしておきましたが、「常に地域住民の健康状態の把握に努める」、「感染症の啓発」、「誕生から死を迎えるまで」、「より健やかな人生を患者と共に作り上げていく」などがあります。



いってみれば、健康面における安心の確保です。皆保険がスタートして60年を経過しましたが、皆保険が全ての国民にとって当たり前のこととなり、皆保険の療養の給付は疾病の治療だということになりました。広辞苑でも、医療というのは病を治すことだという定義が何十年も続き、病気を治してくれるのが医療であるということにすっかりなりました。

治療手段がなくなると「すみません。もう医療でできることはありません。もうホスピスに行ってください」という話になっているのが本当にいいのかどうかというところまでさかのぼって考えたいと思います。下のほうに「『医療の原点』に立ち戻り、テクノロジーも取り入れて」と先生もおっしゃっていますが、こういう視点で、もっと建設的な議論ができないかと思うわけです。

さらに言うと、医師法の最初のほうに、医師はどのようなことをする職業であるかについては、治療という概念ではないことが書かれているということも付け加えておいたほうがいいのかと思います。

横倉元日医会長の言葉より（世界医師会挨拶）

さて、私が昨年10月に開催された世界医師会台北総会におきまして、世界医師会員に立候補いたしましたのは、一つの強い思いによるものです。それは「日本の国民健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げた、わが国の医療システムやノウハウを広く世界に発信していきたい」というものでした。

本日は、この思いについてお話しいたします。一つは私の原点からくる思いです。

私は、福岡県高田村という村で生まれ育ちました。元は海医村だったこの土地に軍医だった父が小さな診療所を建てたのです。目を輝かせる父と母の姿が目に浮かびます。父は、病に苦しむ人がいれば、誰でも救ってあげました。感染症の予防にも力を入れ、常に地域住民の健康状態の把握に努める医師でした。母は、治療の私えない患者のために自らの着物を売って薬代に充てるような人でした。こうした両親の背中を見て育った私は、「目の前の人一人が、おかげを蒙らずに生きよう」という医療の精神を日々の生活の中で学んできました。

医療は「人を救う」ことが仕事です。そして、誕生から死を迎えるまで寄り添い、より豊かな人生を患者と共につくり上げていくことを使命としています。地域社会にあって医師として働く父を思い出す時、「医療の原点」がここにあるという気持ちを新たにします。

現在に目を転じると、医療を取り巻く状況は、ICT（情報通信技術）、AI（人工知能）等の急速な発達とその利活用により、大きく変化しています。

このような時代だからこそ、「ジュネーブ宣言」にある「人間への単に自分の人生を捧げることを義務に留まらう」という「医療の原点」に立ち戻り、こうした進歩するテクノロジーを安全かつ有効に医療に応用していかなければなりません。また、世界は少子高齢化の進む中、高齢社会という次元で突入しています。日本は世界に先駆けて、2025年以降の世代が75歳となり超高齢化社会に突入します。それに伴い医療分野における課題も増加していきます。高齢になっても人生に積極的関与を続けていく健康長寿社会、人命を尊重する社会をつくり出さなくてはなりません。これは、各国が待たねばならない大きな課題です。

■ 横倉元日医会長の世界医師会挨拶から考えること

あまり難しいことを言うつもりもないのですが、結局、プライマリケアなどを考えた時に、本来はこういうことだったけれども、医療保険制度の中で、少し治療中心に変質した部分があるのではないかと思います。

しかし医療保険制度も別に治療をやればよいというものでもありません。みんな少し誤解をしているのではないかと思います。日本の医療保険制度は保健事業というものが別途立っています。ご承知のとおり、国民健康保険の長い歴史をたどると、まさに地域住民の健康の確保、国保保健師というものが歴史に出てきます。

だから何となく保険制度でやっているから治療重視でも仕方がないということも、本当は違うのかもしれないと思います。しかしかかりつけ医機能というのはこういう機能だから、今の制度のままで普段からの健康相談、ワクチン、家族に関する相談などということまで言い出すと、実はそれは保険で払ってもらっていないということにはなるだろうと思います。

横倉元日医会長の世界医師会挨拶から考えること

- 私たちは、今一度「医療の原点」、すなわち、医療が果たすべき役割についての原点と、皆保険制度が目指したものの原点に立ち戻って、来るべき社会にふさわしい医療提供体制・医療提供システムを再構築していくべきではないか。
- 医療の原点
= 誕生から死を迎えるまで寄り添い、
健やかな人生を患者と共に作り上げていくこと
- 医療保険制度の原点
= 誰もが、費用負担を心配することなく、保険証を提示さえすれば、
必要かつ適切な医療が安心して受けられること

Keyword 生涯にわたる健康支援、信頼、伴走支援、医療保障、質の担保、アクセスの保証

■ かかりつけ医の定義(日医四病協提言より)

かかりつけ医機能の議論をしていくと、結局、2015年ですか、日医四病協提言のかかりつけ医の定義に戻っていきます。かかりつけ医の定義の前文のようなところがあり、ここに「病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない」、「定義を理解し、『かかりつけ医機能』の向上に努めている医師」というフレーズが出てきます。これは非常に大事なことを言っていると思います。

例えば、資格を取ったら終わりということでもなく、研修を受けたら終わりということでもなく、常にかかりつけ医機能の向上を目指しているということに非常に大きな意味があるのではないかと思います。

かかりつけ医の定義（日医四病協提言より）

2.1. かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

■ かかりつけ医の定義（日医四病協提言より）

その後「定義」が出てきて、こういうことが書いてあります。「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とあります。

先日と言っても少し前になりますが、NHKの朝のラジオを聞いていたら、長く医療を担当していた方と、男性アナウンサーの間のやりとりで、「最近、かかりつけ医機能が話題になっているようですが、国はこういう定義を言っています。その定義がよく分かりません」という話が出ました。すると「昔、かかりつけ医の定義は、『なんでも相談できる上、何々』』という話を詳しい方が紹介したところ、男性アナウンサーは、「長いけれども、こちらのほうがはるかによく分かる。要するに何でも相談していいのですね」ということでした。やはりそういうことなのだろうと思います。それが皆さんにとっての分かりやすさもあって、やはりいまだにこれがいい定義だと言われています。

かかりつけ医の定義（日医四病協提言より）

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

そのかかりつけ医機能については、このようにいろいろ書かれています。このかかりつけ医機能が出た時に、これは非常に水準の高いことを求めているし、こういうことを日本医師会、四病院団体協議会が言うのであれば、ちゃんと政策としても対応しなければいけないというのが私の厚生労働省にいた時の受け止めです。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

日医四病協のかかりつけ医の定義の要素 (上智大香取教授による)

ここから先は多少飛ばしながらいきたいと思います。要素分解をするとこういうことが書いてあるという香取さんの分析があります。

日医四病協のかかりつけ医の定義の要素 (上智大香取教授による)

日医・四病協提言を要素分解してみると、...

- 患者の生活背景を把握した適切な診療及び保健指導の実施。 プライマリケア (包括的健康管理・総合診療能力) common disease への対応
地域医療・保健・福祉を通じた総合能力
自己の専門性を超える場合、専門医療機関の紹介、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を構築
病診・診診連携・相互支援
- 休日・夜間対応体制の構築
地域の医師、医療機関等との情報共有・協力関係の確保 24時間対応 ネットワーク
- 地域住民との信頼関係の構築
健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健への参加 地域参加
保健・介護・福祉関係者との連携 地域包括ケアネットワークへの参画・医療介護連携
- 在宅医療の推進 アウトリーチ・遠隔時支援 「切れ目のない医療」の提供
- 患者や家族への適時適切な医療情報の提供 家族支援・コンシェルジュ機能(「総合相談支援」機能)
コミュニケーション力

—実際の医療現場で「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」を定義していくための2つの視点

- ①個々の医師に求められる能力・個々の医療機関が提供する体制
- ②地域で構築されるべきシステムの姿とシステムを機能させるための基盤

■ なぜいまかかりつけ医なのか

なぜ今、かかりつけ医なのかということも少し触れておきたいと思います。

なぜ今かかりつけ医なのか

■ なぜいまかかりつけ医なのか

コロナがあってかかりつけ医というイメージもありますが、実はコロナ前から、かかりつけ医の評価をやるという話がありました。確か診療報酬でかかりつけ医の評価をやっていたと、通の方はそうおっしゃいますが、そのとおりです。

だからコロナ前の状況で言いますと、先ほどの、かかりつけ医について日医四病協提言が出て、中医協でも議論になり、かかりつけ医の評価という機運はもう既にありました。一方で、かかりつけ医が実際に持っていないという若手の声、救急、多剤投与、予防の重視などにおいて、かかりつけ医は必要だけでも、日本でかかりつけ医が実際に機能しているのかという問題はもちろんありました。

それがコロナでいろいろ明らかになりました。結局、発熱外来、ワクチン、緊急時往診は、いずれもかかりつけ医機能だと言われる割には、国民はかかりつけ医というものを持っていません。1回行ったことがあるので、あそこがかかりつけ医だろうかという感情は持っているけれども、実は医者はその思っていないかったとかという問題がいくつか出てきました。

なぜいまかかりつけ医なのか

- ・ **コロナ前の問題状況**
 - かかりつけ医の評価について機運醸成
これは、日医・四協協提言で定義が明らかにされ、
国としても政策課題に載せたことが大きい
 - しかしかかりつけ医が実際には持っていないことが課題に
特に救急のひっ迫、多剤投与、予防の重視等において顕著
- ・ **コロナで明らかになった課題**
 - 大多数の国民にとってかかりつけ医が不在
 - 発熱外来、ワクチン、緊急時往診、いずれもかかりつけ医の機能が
問われる事態に
 - オンライン診療においてもかかりつけ医の定義が課題となった
 - 妥当適切な患者の流れ、医療のアクセス、医療におけるデータの強い、医療に
おける信頼性の確保、等々の観点から、かかりつけ医機能（何と呼ぶかどうか
は別にして）の議論はある意味必須だった。

■ 救急医療の歴史(主要事項)

昔は往診してくれたお医者さんというイメージがありましたが、今はかかりつけ医というものがだんだん薄れてきたような気がします。先ほどの横倉先生の「かつての医師と今の医師のスタイルがだいぶ違う」という感じがいつもしてきたわけです。

これが全部というわけではなく、例えばとふと思いついた1つを持ってきました。昭和36年に皆保険が実現します。皆保険が実現することによって、お金の心配がなくなった、特に高い薬も保険の適用になり、お金の心配なく薬がもらえるようになりました。非常に薬剤比率も上がって、薬をもらいに行く外来医療というようなイメージがだんだんできたのもその1つではないかと思います。

一方で、皆保険施行2年後の昭和38年、消防法に救急搬送業務が初めて位置付けられます。皆保険は昭和36年、3年かけて施行したのですが、この3年の間に、全国の自治体で、「保険あって給付なし」だとか、「わが町に病院はないではないか」という話になったので、国保病院というものがたくさんできました。北海道にも多いのですけれども、市町村としては住民の理解を得て保険料を取らなければいけない、その時に病院もないと大変だということで、国保病院が各地で建ちます。

国は、国民健康保険料の一部が市町村に回っているので、こういうことを財源として病院に使ってもいいとなり、病院が増えると同時に、消防法で救急搬送業務が法律上明確に位置付けられます。一部の消防ではその前からやっていましたが、法改正を機に救急車は消防だということで、全国で急速に救急隊の整備が進みます。

そしてその消防法の中で、どこに運ぶかは告示で決めるということになり、救急指定告示ができ、救急指定病院ができます。119番から救急という体制が全国にできていくわけですが、これが救急対応という意味では、一気に手を染めていくことになったのではないかと思います。

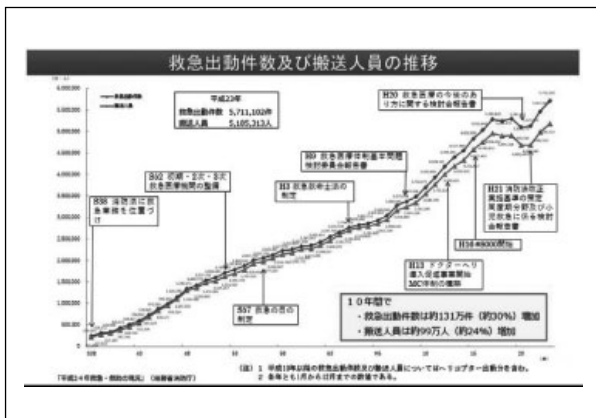
救急医療の歴史（主要事項）

- 昭和6年 日赤大阪支部で救急業務
- 昭和8年 大都市部の警察で救急車運用
- 昭和38年 消防法に救急搬送業務を位置づけ
- 昭和39年 救急医療機関告示制度
- 昭和52年 初期・2次・3次救急医療機関、救命医療情報センターの整備
- 昭和57年 救急の日の制定
- 平成3年 救急救命士法の制定
- 平成9年 救急医療体制基本問題検討委員会
- 平成11年 小児救急医療支援事業開始（2次病院当番制）
- 平成12年 病院前救護体制の在り方に関する検討会
- 平成13年 ドクターヘリ導入促進事業開始、MC体制の構築

法的には
ここから

救急出動件数及び搬送人員の推移

このグラフはスタートが38年の法制化された年です。



こういうグラフを見ると、保険局にいた人間は、これは医療費のグラフではないかと一瞬思っています。これは消防の救急搬送の業務です。非常に大きく伸びています。2回ほど対前年マイナスの時がありますが、これはいずれも奈良と東京でいわゆるたらい回し事件が大きなニュースになった時です。一瞬減るのですが、やはりそれを上回るスピードで伸びていくのが、救急搬送の状況です。これもやはりコロナで非常に問題になるわけです。

#7119の取り組み

東京でいうと、#7119というものがあります。119番に、「どこの病院に行っていかが分かりません」、「そもそも病院に行くべきかどうか分かりません」というコールがあまりにも多いので、専用番号を作り、24時間、365日、東京の場合は、医師、看護師が東京消防庁の指令室の隅に部屋を作り張り付けています。そして救急相談で、とにかく救急車を呼んでいいのかどうか分からないのだったら、こちらに電話してほしいということです。

| #7119の取り組み | | | |
|---------------------------------|---|-------------------|-------------------|
| * 事業実施規模により、勤務人員、相談件数、運営費に差がある。 | | | |
| (4) 受付時間 | 24時間365日(12地域で実施)※※※ | 【平均相談件数(1日あたり)】 | 約1,000件(東京消防庁) |
| (5) 受付場所 | 各消防庁でコールセンターを開設(一部事務委託している地域あり) 一部地域(佐賀県、岐阜県、愛知県、福岡県、静岡県、神奈川県、東京都、千葉県、埼玉県) 各消防庁が設置コールセンター→緊急要請→下管轄(消防署、消防団、消防中隊、消防分団、消防団、消防団) | | |
| (6) 勤務人員 | 通常、①救急相談、又は電話等で症状相談対応が可能な医師、②看護師、③受付員/オペレーター ④監督員で構成 実施開始時の時間外勤務人員(例)：4人(1人1名は消防)、22~24人(東京消防庁) | | |
| (7) 相談件数 | 全国 約162.5万件 | 東京 約10.5万件(相談件数)※ | 最大 約16.5万件(東京消防庁) |
| (8) 運営費 | 全国 約16.6億円 | 東京 約10.0億円(相談件数)※ | 最大 約16.5億円(東京消防庁) |

#7119の取り組み

これはかなり前ですが、何しろ東京都の場合は年間40万件の電話がここにかかってきます。一口に40万件と言っても、これはなかなかすごい数字です。かつ救急搬送になる患者は、高齢者が多いのですが、これ自体が消防から見ると、軽度高齢者がすごく救急を使っていると問題になっています。

#7119にかけてくる方々は、「そもそも病院に行っていかがかどうか分かりません。私はかかりつけ医がおらず、病院を知らないで、どこに行っていかが分かりません」という電話が、東京で毎年40万件かかっています。そのかなりの方が若年層と言っていかが分かりませんが、いわゆる働き世代です。

そういうことでいうと、かかりつけ医を持っている人が結構いるのは、実は継続的にかかっている高齢者が多いのです。「私にはかかりつけ医はいません」というのは、実は若い人が多いのが実態であるのは、これを見ても分かると思います。

別に#7119があるからいいというのであれば、これでいいのかもしれませんが、本来これも含めてかかりつけ医の役割なのであれば、この「継続的に医療にかかっている」という定義に当てはまらない若い方々のかかりつけ医機能を考えたほうがいいのではないかと思います。

私は2年間消防庁に行っていたので、これは切実に感じてしまいました。厚生労働省にいた時には見えなかった問題です。本来かかりつけ医機能の議論をするのであれば、こういうことも議論しても良かったのではないかと思います。

#7119の取り組み



(iv) 効果の考察

医療機関への自力受診可能な成人層において、#7119の医療機関内で適切な診療料を紹介することで、適切な受療機会の確保に寄与していると考えられる。

また、ある調査では、30歳以上におけるかかりつけ医を持つ率は、若年層ほど低く、30～39歳代では60歳代・70歳代の半分以下であるとの報告があり、気軽に相談できる先（かかりつけ医）を持たない成人層の医療相談に対するニーズに応えるとともに、必要に応じて受診を促すことで、かかりつけ医を持つことへの機会の創出も考えられる。

■「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」に向けて

そういうことでいうと、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」とはどのようなことなのでしょうか。

「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」
に向けて

■いま求められる、かかりつけ医機能の発揮のための環境整備

法律は通りましたけれども、1つは、かかりつけ医が欲しいというのであれば、本来は国かまたは保険制度がこのかかりつけ医が欲しいという患者に応えなければいけないのではないかと思います。それを国民とか、被保険者の権利だと言うのであれば、それを保障する仕組みを作らなければいけません。

かかりつけ医を持つこと、かかりつけ医を欲しいと思った人に紹介する仕組みについて、私がここに書いているのは複数ルート作ったほうがいいということです。すぐ思い付くのは医師会ですが、医師会も事務局体制に大きな違いがありますので、医師会だけというのもなかなか難しいです。市町村も、やはり結構大きいところ、小さいところがありますので、市町村だけというのも難しいということであれば、いろいろな複数ルートを考えるのもあるのではないかと思います。

それからかかりつけ医機能を定めて、国民が選ぶということであれば、認定し、公表し、評価をする仕組みが必要なのではないかと思います。実はこの「認定」という言葉が1個入っていますが、かかりつけ医の認定制度は、法案提出の段階ですごくもめた1つの問題です。

資格制度ではないし、認定とか、登録ということになると、極めて人頭払い、包括払い、ゲートキーパーの色彩が強くなるのではないかと慎重論が多かったのです。だから先ほどご紹介した法案の中身については、「認定」とか、「登録」という言葉は入っていませんが、素直に考えるとこういう枠組みが必要なのではないかということは議論としてあっていいと思いました。

いま求められる、かかりつけ医機能の発揮のための環境整備

- ・ かかりつけ医(かかりつけ医療機関)を持つことを国民の(被保険者の)権利と位置づける
(ただし、同時に国民は患者としての健康に対する自らの責務も受け入れるものとする)
- ・ かかりつけ医を持つことを望む国民にかかりつけ医療機関を紹介する仕組みを導入する
 - 救急受診後の情報提供(救急指定医療機関への義務付け)
 - 退院時の情報提供(退院支援体制の整っている医療機関への義務付け)
 - かかりつけ医紹介拠点における情報提供(医療介護連携拠点機能の報酬上の評価)
 - 医師会における紹介・あつせん(育成を含む) 医師会への補助事業
- ・ かかりつけ医機能を定め、その認定・公表・評価の仕組みを整備する
 - 生涯にわたる健康支援＝健康情報(既往歴・家族歴・健診情報)の把握・提供、相談応答
 - かかりつけ医の受診の際の自己負担軽減(他の医療機関との差別化)
 - かかりつけ医機能にふさわしい診療報酬上の評価の在り方の検討を早急に行う

■かかりつけ医機能(現役世代)

そうなりますと、かかりつけ医機能とは何かということですが、若い世代に必要なかかりつけ医機能は、まず登録時に、健康情報の一元的把握が要るのではないかと思います。今、医療情報というのは1つのトレンドで、DX化は避けられないと言われています。

業界紙を拝見しますと、東京都医師会の尾崎会長も、「医療のDX化、医療情報の共有は、少なくとも東京においては、かかりつけ医機能を発揮するためには1人の医師だけではできないので、患者情報を共有

することが必須であり、そのためにはDXは必須である」ということをおっしゃったと拝見させていただきました。そういうことで1つのトレンドではあります。

イギリスでも少しその話が出たのですが、やはり本当の担当の先生がいらっしゃって、そこがその当該住民の健康情報のいわばコンシェルジュのような形で、彼が責任を持って患者情報を管理するということを少しおっしゃっていた記憶があります。

医師と患者の信頼関係があつての医療であり、医師と患者の信頼関係があつてこそ、全ての情報を提供することができます。そういう意味でいうと、現役世代にとってみても、健康情報の一元的把握は、今は国がたまたま持っていた情報としてのレセプト情報とか、健康診断の結果情報などを中心に構築しつつあるわけですけれども、本来はもっといろいろなさまざまな情報があつていいはずですよ。それをどこかの医者にとまとめて預けるといふこともあつていいのではないかと思います。家族情報、履歴、今の医療DXでは手術の歴史まではさかのぼられるようにすると言っているようですが、こういうものを一括して預かるというところで医師、患者関係はあつていいのではないかと思います。

それは現実的なのかと言われそうですが、皆さんが検診を受けているのだったら、1回その検診結果を持って、先生にちゃんと診てもらいたいと思いませんか。私は切実に思うのです。検診を受けていますが、「あなたはここが悪い」という報告書をたくさん頂くのですけれども、それを親身になって相談ができる医者がいたらいいとは思っています。

検診にあれだけ日本全国でお金をかけるのであれば、もう一手間かけて、自分の信頼できる医者へ検診結果を診てもらふということがあつていいのではないかと考えたので、こういうお話をさせていただいています。先日、東京都の医師の集まりでお話したところ、「うちはやっています。検診結果を持ってきてもらっているのです」という先生がいて、本当にそういう先生はありがたいと思います。

その他、いろいろ問題になったのは、ワクチン、発熱外来、オンライン診療・オンライン健康診断、救急相談です。私は、先ほど少し申し上げましたが、在宅医療のコロナの対応の話をしていました。

日々というほど頻繁でもありませんが、現場の先生方とつないで、情報共有、情報発信をしていました。一番大変だったのが、いわゆるデルタ株と言われた時です。若くて重篤な患者が在宅に結構いて、保健所からの電話を待っても2日も、3日も来ない中で、在宅チームが派遣されて、場合によっては緊急入院だし、場合によっては酸素濃縮器を運び込んでいました。

そこでお伺いした話なのですが、やはり保健所に対しては、「基礎疾患はありません」、年齢は40代とか、30代とかと言うのです。保健所的には、危なくない人になるのですが、現場に行ってみると、もう完全に酸素濃度が下がっていて、すぐ救急搬送しなければいけないような患者が結構いらっしゃいました。プロの医者が行くと一発で分かるそうですが、ほとんどのケースが、完全に肥満で糖尿病系だと、測ってみると、そういう数字が出るのです。

日本の統計に出てこない、そういう基礎疾患ありではないかという患者が結構いて、そこがかなり今回、コロナで重症化した事例が多かったそうです。それももしこういう仕組みがあれば、まずその人が基礎疾患あり、なしというのは、初めから分かっていたはずですし、そういう状態になる前に医者へ相談できたらもっといいのではないかという気がします。

あまりにも理想論を話しているのではないかとと言われるかもしれませんが、一応目指すべき話としては、こういう話が1個あるのではないかと思います。

かかりつけ医機能 (現役世代)

- 健康情報の一元的把握 (登録時)
- 家族情報・健康履歴(病歴)の把握 (登録時)
- 健診・健康相談 (年1回)
- ワクチン (必要時)
- 発熱外来 (必要時)
- オンライン診療・オンライン健康相談
- 救急相談 (救急車を呼ぶかどうか)

■ かかりつけ医機能(高齢者世代等)

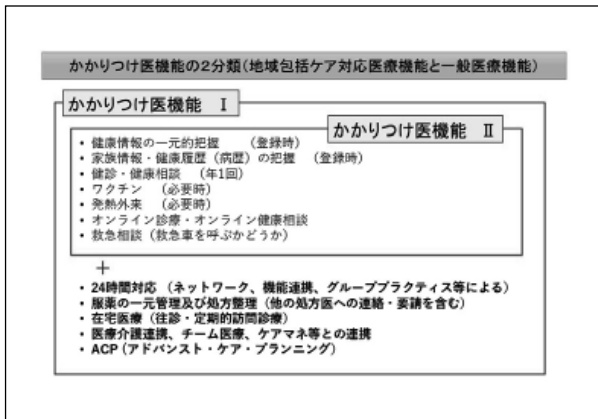
高齢者になると、これだけでは足りないので、24時間対応、服薬の一元管理、在宅医療、医療介護連携、アドバンスト・ケア・プランニングに対応できるものがかかりつけ医機能だとなると思います。

かかりつけ医機能 (高齢者世代等)

- 健康情報の一元的把握 (登録時)
- 家族情報・健康履歴(病歴)の把握 (登録時)
- 健診・健康相談 (年1回)
- ワクチン (必要時)
- 発熱外来 (必要時)
- オンライン診療・オンライン健康相談
- 救急相談 (救急車を呼ぶかどうか)
- +
- 24時間対応 (ネットワーク、機能連携、グループプラクティス等による)
- 服薬の一元管理及び処方整理 (他の処方医への連絡・要請を含む)
- 在宅医療 (往診・定期的訪問診療)
- 医療介護連携、チーム医療、ケアマネ等との連携
- ACP (アドバンスト・ケア・プランニング)

■ かかりつけ医機能の2分類 (地域包括ケア対応医療機能と一般医療機能)

しかしこうやって並べてみると、先ほどの新しい法律の報告制度はこちらだということがまた分かっていただけるのではないかと思います。



■ かかりつけ医機能の担い手(診療所では)

かかりつけ医機能をどうやって担うのかですが、1つは全ての診療所が同じ機能を有しているわけではありません。新型コロナの対応をしていない医療機関も結構あります。新聞報道的には、開業医でコロナ対応をしていないところは多いという言い方になってしまうわけですが、これは鈴木邦彦先生の調査ですが、高齢である、医者が病気療養中、院長が入院中、基礎疾患をその先生が持っている場合は対応できませんという回答です。

そのとおりだろうと思います。従って、コロナ対応というと、右側のグラフとなりますけれども、大多数の先生が協力してくれた診療科もあるし、一部の先生が協力してくれた診療科もあるけれども、全体的にはどの診療科であってもやってくれる先生はやってくれます。内科側でやるのだろうと言っても、できない先生もたくさんいるということです。

それが2015年でしたか、日医四協で書いてある「診療科を問わず」というのはこういうことだったのかと改めて思いました。



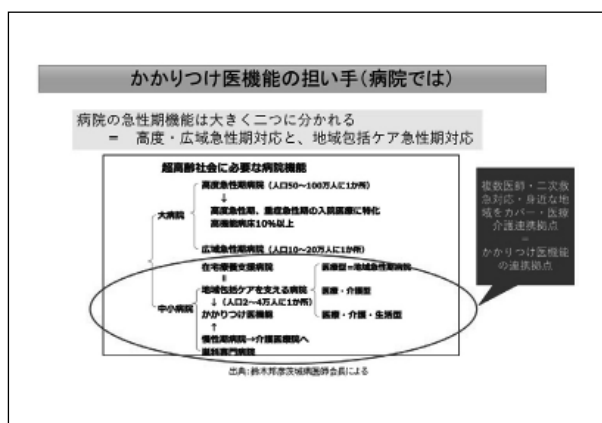
■ かかりつけ医機能の担い手(病院では)

これも鈴木先生のスライドをお借りしてきています。中小病院が地域包括ケア対応の病院とか、回復の対応の病院などと言われてきましたが、ここは実はいろいろな機能を複合的に持っています。先ほど言っているかかりつけ医機能高齢者版のかなりの部分をカバーできているとも考えられます。

逆にいいますと、イギリスは当たり前のようというか、標準形がGroup Practiceになっています。日本Group Practiceという、実は中小病院のスタイルに近いわけです。入院機能があるかどうかという決定的な違いはありますが、そう思うわけです。

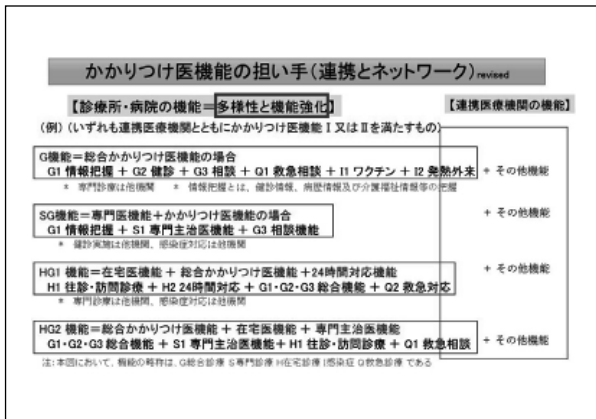
この部分がかかなり最近の地域医療構想の中では、急性期を伸ばすので、急性期以外の病院は病床数が地域でどこまで必要なのかという議論が多かったのかもしれませんが、今後を考えると、この病床は必要なのかもしれません。

かかりつけ医機能という議論が、去年、随分大きくなった時、病院団体でもかなり議論が活発化しましたが、それもこういう背景があるからではないかと思っています。



■ かかりつけ医機能の担い手(連携とネットワーク)

かかりつけ医機能の担い手を考えた時に、日本は諸外国と違って、専門性を持った先生が開業して、プライマリケアも担当するというケースが多いです。冒頭、少し申し上げましたが、イギリスは逆に、GPがプライマリケアを担うのですが、このGPの方々が専門性を身に付けて、専門診療もパートでやるというスタイルが多くなってきています。そういうことでは、そんなにすごく差はないような気がします。

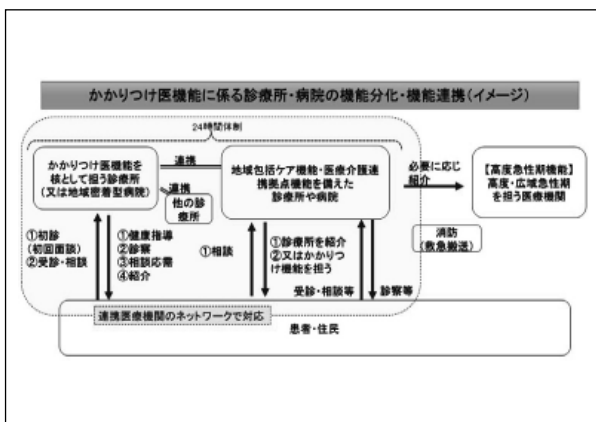


かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携(イメージ)

診療所ごとに多様なものがあるということを認めつつ、その診療所で対応できない場合は、背後にその他の機能を一括して担う、地域のそういう意味での基幹病院、実質的には地域密着型の病院というものがあるといのがかかりつけ医機能の1つの考え方ではないかと思います。

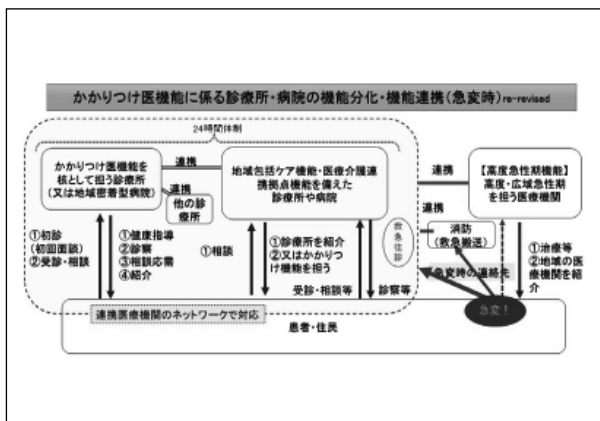
その場合、かかりつけ医機能を担うところがたくさんあっていいという議論ももちろんあります。かかりつけ医を1つの診療所にするというは事実上無理だというのは各国を見ても明らかだと思います。

ただそれは担当の先生が決まらないということではなく、やはり中心になって診ていただける、ここでいうと、かかりつけ医機能を核として担う診療所が、この患者・住民ごとにあって、そこがネットワークのコアになるのが日本型のスタイルとしていいのではないかと思います。



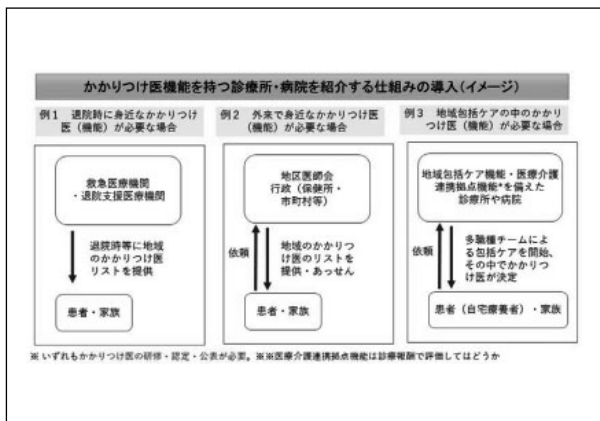
かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携(急変時)

いきなり救急という場合でもなく、この24時間体制、特に高齢者を考えた時は、全体として、面としてのかかりつけ医機能の中に救急対応も盛り込んでいく、そうすると救急往診という機能がいわゆる救急病院とは別に必要になる可能性が強いです。現にこの救急在宅往診というスタイルが広がっているのは、皆さん方も実感をされているのではないかと思います。



かかりつけ医機能を持つ診療所・病院を紹介する仕組みの導入(イメージ)

紹介する仕組みを作ったらどうかというスライドを付けています。



■ ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿(案)

それと関係するような関係しないような話ではありますが、「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」という議論が始まっています。

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿
(案)

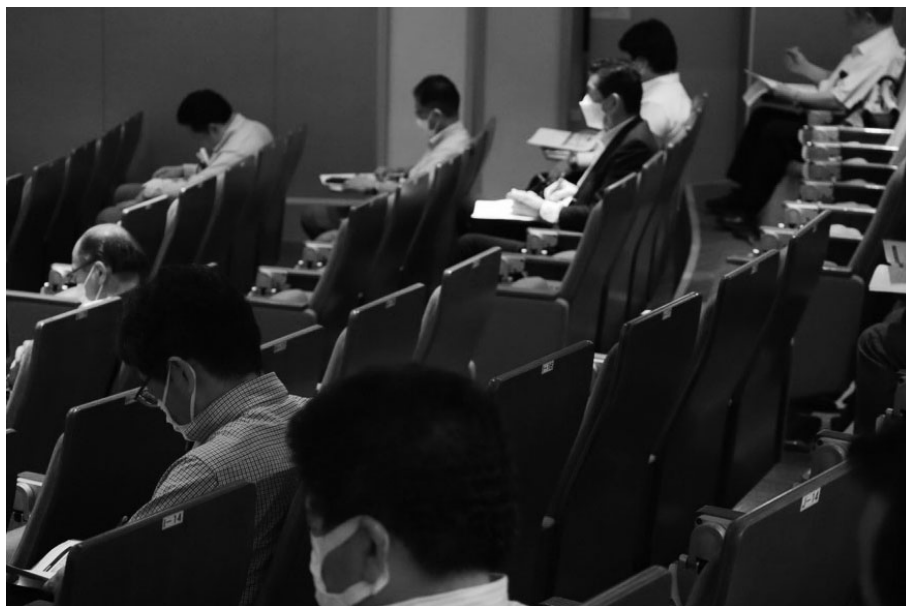
■ ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿(案)より

少しスライドは古いのですが、直さずに持ってきました。これは完成版の1つ前の医療介護総合確保会議で議論をしていた時のものです。従って、赤い部分は議論の後、修正で入ったところです。

最終版を持ってくれば良かったのですが、昔のスライドで勘弁していただきたいと思います。議論で入ったところも意味があるかもしれないと思っています。ポスト2025年と考えた時、入院医療については、分化・連携でやってきたし、外来医療は、大病院の外来集中を緩和するということをやってきたけれども、今後、こういうことが大事ではないかということです。

「こうした取組に加え、在宅医療を含め、身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行うかかりつけ医機能について、こうした機能が発揮される制度整備を行っていくこととされている」と書いてあります。

「予防」が入っているのですが、先ほどの法律の立て方より少し広いのです。先ほど見ていただいた法律がターゲットにしているのは、継続的に診療が必要な人です。ポスト2025年を見据えると、やはりもっと広い形になります。



「入院医療の中で急性期から回復期、慢性期」、「外来医療や在宅医療」と、ここにも在宅が出てきます。「介護保険施設における医療」がここで追加になったようです。これもやはり介護に外から医療を付けていくということがもう必須だということです。テーマは介護施設に入っている人はみんな医療が必要になってきているということです。もう1つのテーマは、入院している人がすごく介護を必要になっている、どうしますかということです。

普通に政府で考えると、それは介護施設における医師、看護師の配置比率を少し上げますかという話になります。一方、医療の場では病院における入院の基準というものがありますので、看護師だけではなくて、看護助手の配置基準を作りますかとか、上げますかということになるわけです。

ポスト2025年の医療・介護
提供体制の姿(案)より

(ポスト2025年を見据えた医療機能)

- 入院医療については、令和7年(2025年)に向けて、4つの医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計した病床の必要量を含む地域医療構想を策定し、これに基づき医療機能の分化・連携の取組が進められている。
また、外来医療については、地域における紹介受診重点医療機関の決定など、大病院への外来患者の集中を緩和するための取組が進められている。
こうした取組に加え、在宅医療を含め、身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行うかかりつけ医療機能について、こうした機能が発揮される制度整備を行っていくこととされている。
- 入院医療の中で急性期から回復期、慢性期に至る診療体制を構築するだけでは、「治し、支える」医療やこれと連携した介護を地域で完結して受けられる体制を構築していくことはできない。外来医療や在宅医療、介護保険施設における医療を含め、限りある医療資源が連携して最適化・効率化されていて、これが住民に分かりやすく共有されることで、患者もこれに応じて適切に医療にかかることができる。

■ ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿(案)より

医療も介護もそうやって人手を上げていく余裕は、財源的にも、人材確保の面からも、ありません。そうなると、私は地域医療構想をアップデートしていく必要があるというのは本当にそのとおりだと思います。

医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者に対して、1つは在宅というものがキーワードになりますけれども、在宅を中心に本当に限定的な場合しか入院しないような形にすべきだし、介護保険施設の協力を考えざるを得ません。

つまり入院を絞るのです。本当に介護が必要な患者を入院させて、ケアする体制を病院で取るのはとても難しいのです。取ってと言っても、「人がいません」と、今、言われています。そうするとコロナで行われたように、介護保険施設における医療を外から見っていくという方向しかありません。そもそも介護保険施設にみんなが入るといふモデルではありませんので、在宅中心にということにもなります。

ポスト2025年の医療・介護
提供体制の姿(案)より

- こうした観点も含め、地域医療構想をアップデートし、これに基づき、さらに医療機能の分化・連携を進めていく必要がある。
- また、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者が増加する中、要介護になっても、在宅を中心に生活を継続しながら、必要に応じて入退院を繰り返すこと、即ち「ときどき入院、ほぼ在宅」にも対応できるよう、こうした高齢者の入退院における対応について介護保険施設との協力や役割分担も含め検討していくことが必要である。

■ ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿(案)より

私は在宅問題をずっとやってきましたが、この在宅医療の推進をもっとみんなに受け止めていただかなければいけないとつくづく思います。

ここも赤字になっているのは面白いと思っているのですが、「日常的な診療」だけではなく、「予防」なども書かれています。やはりもう少し広めのことが医療提供体制の議論ではあるかと思います。

かかりつけ医機能の議論は、今、一段落している感じではありますが、施行に向けて、かかりつけ医機能は何なのかという議論をもう一度やらなければいけません。検討会で議論をし、省令の原案を作り、省令を出し、法の施行になりますが、その間、もう一度、このかかりつけ医機能の議論が盛り上がると思います。

そのかかりつけ医機能の議論が盛り上がる時に、この法案が念頭に置いているもの以外のかかりつけ

医機能は議論しなくていいのかという話になる可能性もあります。一方で、法の施行とは別に、ポスト2025年という議論が並行して動きます。

私のいた医政局のテーマで言いますと、先ほど、何と書いていましたか、地域医療構想のアップデートという話は非常に大きなテーマとして出てきます。これは本当に今後の高齢化に向けた重大テーマだと思いますので、ぜひ積極的な議論につながっていけばいいということでご紹介をさせていただきました。

ポスト2025年の
医療・介護
提供体制の姿（案）
より

3 地域に健康・医療・介護等に必要ときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること

(基本的考え方)

- 健康・医療・介護に関して何か不安を感じたときに、自分が住み慣れた地域に気軽に相談できる専門職やその連携が確保されている。こうした専門職等に相談すれば、自ら適切なサービスを提供してくれるか、その時々状況に適した専門職を紹介し、適切なサービスに繋げてくれる。こうした気軽に相談できる専門職等があるかじめ明らかになっていて、自らそれを選ぶことができる。

(医療・介護サービス利用の観点)

- 身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行うかかりつけ医療機能を担う医療機関やその連携が明らかになっていることが重要である。自らこうした医療機関を選択することで、国民は、地域において「治し、支える」医療やこれと連携した介護を提供してくれる地域包括ケアシステムへの起点を持つこととなる。
- こうした機能を担う医療機関は、日常的な医療を提供しつつ、必要に応じて、地域の介護サービスや通いの場などの社会資源につないで、専門的な医療機関等へ紹介したりして、患者を継続的に総合的に支える役割を担う。また、退院した患者を地域で継続的に支援する機能なども担うこととなる。

くすり未来塾について

あと残り15分ぐらいで、くすり未来塾の話をしていただきたいと思います。私がくすり未来塾を、昔からよく知っている、業界で長年薬価のことをやっていた長野さんという方と2人でくすり未来塾という研究プロジェクトのようなものを立ち上げています。

くすり未来塾について

くすり未来塾について

これについて、なぜそのようなことをやったのかですが、簡単にご紹介しますと、国の検討会にも呼んでいただき、さらに時々において提言をしています。この未来塾が発足したのは、1年半前、2021年の暮れです。



くすり未来塾発足時と現在

なぜこれを行っているかですが、一昨年12月のことです。財政当局から、また薬を財源として考えるかという動きがあり、薬価の伸びにキャップをはめたらどうかという民間団体の提言や。それから調整幅というものが議論に浮上しました。これを説明すると長くなりますが、調整幅2%というものが今、あってこれをゼロにしたら、またお金がたくさん浮くのではないかという提言が財政当局から出ました。

こういう話が厚生労働省からの反論がほぼできない中で、ありました。なぜできないかというと、コロナがまだ全然収まっておらず、省を挙げて対応をしていると、個別政策において反論権が事実上ないような状況でした。そういうところで、予算編成で、下手したらこれが決まりかねなかったので、民間の立場ということで声を上げさせていただきました。幸い、この予算編成の時にこの2つは盛り込まれずに済みました。

その後、厚生労働省で有識者検討会が発足しましたので、厚生労働省の側から何も提言ができないような状態は少なくとも解消されました。非常に画期的な検討会ができましたが、今、それだけ世の中的には危機感があるということです。昨年末もさまざまな議論がある中で、私からもいろいろな提案をさせていただきました。

くすり未来塾発足時と現在

- くすり未来塾発足時(2021年12月)、「薬価キャップ制」「調整幅ゼロ」という議論が飛び交う状況。一方、厚生労働省はコロナ対策の渦中。
(予算編成に上記の二つの論点は盛り込まれず)
- その後、厚生労働省に有識者検討会が発足。(2022年8月)
(薬価・流通を一つの検討会で議論するのは困難的)
- 毎年改定との関係がある中で、昨年末の予算編成時に、中間年改定の実施と新薬・必須医薬品への配慮が決定される(2022年12月)
(薬価・流通問題の議論は2023年度が主要舞台に)

くすり未来塾発足時と現在(承前)

つい先日、厚生労働省の有識者検討会の報告書がまとまりました。「骨太の方針」が近日中にまとまると思います。ほぼほぼ合意をされましたので、その中でも薬の話がたくさん盛り込まれています。

また中医協で議論して年内にということになるとと思いますが、少しでも多くの方にこの薬の問題をぜひ理解をしていただきたいと、今日も取り上げておきます。先ほどの話と全然違います。かかりつけ医の話と、薬の話と、今日は2大話だと思って、2人目の演者が出てきたと思って聞いていただいてもいいです。

くすり未来塾発足時と現在(承前)

- 厚生労働省の有識者検討会が報告書をまとめる。(6月)
- 「骨太の方針2023」が決定(6月か)
- 報告書を踏まえた議論が行われる
(薬価については中医協で年末まで議論が継続、来年の同時改定と同時決着か)
(中医協以外で、どの場で議論が行われるか、注目される)

世界的な供給網の見直しの動きと求められる対応

世の中はすごく変わってきています。ここで書いているのは、インフレ時代に入ったということです。特に医療に携わっている人は、毎年2年に一度の薬価改定と、診療報酬改定もあります。2年に一度の薬価改定で財源が出てくるのは当たり前という感じでほとんどの関係者が受け止めているわけですが、考

えてみると、1回薬価改定をやりますと、全体で5,000億円ぐらい薬価を下げるということになります。1つの業界で5,000億円下げるとするのはとんでもないことで、これが2年に1回まかり通っているというのは一体どういうことでしょうか。

実は1つはここに少し書いていますが、例えば典型的な例が抗生物質です。後に少し出てくるかもしれませんが、抗生物質の代表的な例はセファゾリンでしたか、セフェム系の抗生物質ですが、薬価が91%ダウンです。昔の薬の値段の10分の1になっています。

薬はそれだけもうかるのでそれだけ下げても大丈夫なのかと思っていらっしゃる方も多いと思いますが、何が起きているかということ、大きな工場が国内にあって抗生物質の原料を作っていたのですが、企業はそれを閉鎖することになるわけです。もっと安いところで作らなければいけません。

そしてもっと安い原末を探すとということで、何が起きたかということ、日本の国内製造の拠点がほとんど失われて、日本で作っていない抗生物質ができ、かつ日本に限らず、アメリカもということですが、一番安く作れるところは中国でした。

中国に行き、とにかく安いところを探し、結果的に国内製造が空洞化します。いざ何かが起きた時に、中国が売ってくれないと日本に薬は来ません。当然のことながら、足りない時は高く買ってくれるところに、では売りますか、という話なので、これだけ円安が進むと日本は買い負けてしまいます。

それとともに、国民にとっての必須物資が1国に牛耳られると、戦略的に使われる恐れがあります。本当にそういうことをしていいのかと、もともと安全保障の問題で言われていました。特に半導体を中心に、脱中国をしなければいけないのではないかというのが、最近の安全保障の考え方です。

もう1つは、そういうふうにならなくなると、一番安いところで作るのをやめるといことになるので、必然的に日本国内で作ると、やはり割高、コスト高になります。それがそもそも今の世界的なインフレの始まりの背景にあります。

コロナとか、ウクライナにおける原料価格の増加は、それを後押ししたということで、戦争が終わればそれで下がるわけではないというのが今の状況の説明です。

ところが何と、薬に限って言いますと、毎年5,000億円下げていたのだけれども、それだけでは国民負担の軽減ができないということで、毎年改定が導入されています。これが決定的にさまざまな矛盾を浮き彫りにしてしまいました。

世界的な供給網の見直しの動きと求められる対応

〈世界的な供給網の見直しとインフレ率〉

グローバル化は、徹底的にコストパフォーマンスを追求しよう、そのためであれば世界のどこでも進出しようという考え方に由来するものでした。これに対して、「脱グローバル化」の背後にあるのは、供給網の安全性と安定性を重視し、そのためにコストパフォーマンスが多少犠牲になってもやむを得ないという発想です。必然的にグローバル企業の製造コストは上昇し、製品価格は上昇します。脱グローバル化は、長期的かつ静かに進行する供給ショックの予兆です。(中略) 世界のインフレ率の持続的増大であったグローバル化が脅威、後退することになれば、インフレ率はその分、膨らんでいきます。パンデミックを経て、企業も行動変容し、それが先行きのインフレ率を高める可能性があるのです。

(「世界インフレの謎」渡辺野 講談社現代新書 pp.149-150)

〈医薬品産業政策における経済安全保障〉

効率的な追求の下、グローバルなサプライチェーンが広がっていく中で、2019年にセファゾリンナトリウム注射薬が長期間にわたり欠品となるなど、安定供給という観点から懸念される事態が生じた。さらに、新型コロナウイルス感染症パンデミック時に生じたグローバルな生産・流通網の停滯・断絶、自国第一主義の顕在化により、サプライチェーンの問題は、経済安全保障にも直結する課題であることが認識された。医薬品は、国際的にも、半導体やレアアースなどと並ぶ重要物資として注目を集めている。(中略) こうした経済安全保障や医薬品の安定供給の確保は、顕微鏡的な対応も含めて、今後その重要性を押し上げていくと考えられる。

(厚生労働省「医薬品産業ビジョン 2021」令和3年9月13日)

世界の供給網の変化と安定供給

「世界の供給網の変化と安定供給」と書きましたけれども、リアルに現場の先生方が注文しても薬が届かないということが起きています。構造的に見ると、コストは上昇するけれども、薬価は下落という行き詰まりがあります。

医薬品といっても、イノベーションを評価する医薬品と、安定供給を評価する医薬品は区別して議論しなければいけません。それからコストがどんどん上がるという状況になっているのにもかかわらず、コスト上昇を飲み込む薬価制度になっていません。そもそも産業構造がおかしいのではないかという話が、今の問題点であり、これが厚生労働省の有識者検討会のテーマでもあり、くすり未来塾からずっと発信していたテーマでもあります。

世界の供給網の変化と安定供給

- コストは上昇、薬価は下落、で行き詰まりを見せる現行制度
(常に下がり続ける価格と製造販売コストの上昇は二律背反=持続可能ではない構造)
- 医薬品と一つのジャンルで区切っているのか
(イノベーションと安定供給と)
- コスト上昇に応じて価格を引き上げるにはどうしたらいいのか
(購入価償還、コスト連動の算定方式、カテゴリー別の制度設計 等)
- 産業の構造をどう変えていくのか
(後発医薬品業界、安定確保医薬品業界の将来像)
- 薬価差をどう考えるか

世界的な脱グローバル化・コスト増時代に適した新しい薬価制度の在り方(1)

この辺は飛ばします。

世界的な脱グローバル化・コスト増時代に適した新しい薬価制度の在り方(1)

- 現在の薬価制度、特に流通改革と薬価改革が行われ、仕切額制度と市場実勢価格加重平均値一定幅(調整幅)方式が導入された以降の時代(2000年代~2010年代)は、概ね、一貫してデフレ下の状況にあった。
 - 薬価制度は市場価格を引き下げる方向で市場に影響を及ぼしたが、さらに後発品の使用促進策、未妥償減算制度(半年以内に償還実績しなければペナルティが課される診療報酬制度)が導入され、制度による価格引き下げ圧力は強められた。一方、同時期に、薬事制度的には共同開発制度が導入され(2005年)、企業は原薬調達先を海外に求めるなど、コストの低下が同時に進んだ。
 - 現在、これらの状況は急速に変化しており、既存の制度との不整合が顕在化している。
 - 特に、毎年改定の実施により、この問題がさらに深刻化したとみることができる。
- (※ 本年の薬価改定においては、不採算医薬品の価格見直しについて、一定の配慮が行われる予定になっている。)

世界的な脱グローバル化・コスト増時代に適した新しい薬価制度の在り方(2)

不採算医薬品というものが大量に発生しています。これが安定供給できなくなっています。

世界的な脱グローバル化・コスト増時代に適した新しい薬価制度の在り方(2)

- このように、医薬品の製造環境は急速に変化しており、既存の制度との不整合が顕在化していると言えるが、特に、一部の製造コストの占める割合が高い医薬品については、コスト構造が他の医薬品と大きく異なるにもかかわらず、同一の薬価制度が厳格に当てはられたため、**コスト上昇と薬価低下が同時に発生し、これが不採算医薬品が発生する一つの原因**となっている。
- また、新薬は一般的に製造コストよりも研究開発コストが大きいが、これらの医薬品であっても、**特許切れ後一定期間経過すればコスト見合いの価格とする必要がある製品群に該当してくる。**
- したがって、一定の医薬品については、**コスト要因で価格を定まらせ、サプライチェーンを複雑化するとともに安定供給を確保するよう、薬価制度の見直しが必要。**
- なお、同時に、すべての企業のすべての品目を手当てするのではなく、品質を確保する企業、既存品であっても研究開発を行う企業、安定供給義務を果たす企業といった国民の医薬品ニーズに応えられる企業が評価される仕組みとすることが必要ではないか。
- **こういう観点から、現行薬価制度の見直しについてどう考えるか。**

Web医事新報チャンネル(2022/11)

私も今日、どこまで数字を持ってきたか忘れましたが、見苦しい私の顔がたくさん並んでいて申し訳ありません。これはホームページから持ってきているだけです。「Web医事新報チャンネル」というところで、先輩の香取さんと対談を4回にわたってやっています。その時のスライドを少し持ってきています。動画を全部見ると1時間かかるのですが、それを5分でやってみたいと思います。

Web医事新報チャンネル(2022/11)

医薬品の迅速・安定供給をどう実現するか ④
2022/11/29
香取 賢一・武田 健彦「医薬品の迅速・安定供給をどう実現す…」

医薬品の迅速・安定供給をどう実現するか ③
2022/11/28
香取 賢一・武田 健彦「医薬品の迅速・安定供給をどう実現す…」

医薬品の迅速・安定供給をどう実現するか ②
2022/11/25
香取 賢一・武田 健彦「医薬品の迅速・安定供給をどう実現す…」

医薬品の迅速・安定供給をどう実現するか ①
2022/11/24
香取 賢一・武田 健彦「医薬品の迅速・安定供給をどう実現す…」

今、医薬品を巡り生じている深刻な問題 ～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景～

4回シリーズだということで、テーマを4つにしました。

「処方しても薬が薬局にない？」です。先生は自分の手元にあろうがなかろうが処方箋は書けますが、処方箋が出て薬が薬局にありません。薬局は卸に注文しますが、「もうありません」と言われます。

新薬が全然日本に来ていません。欧米で承認されている新薬のうち、7割は日本では未承認です。

メーカーも卸も人手不足でもう大変なことになっています。最後、薬価差という言葉はどう考えるのか、薬価差という言葉のトラップをどう考えるかです。

今、医薬品を巡り生じている深刻な問題
～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景

- ・処方しても薬が薬局にない？
～ 薬局が注文しても薬が来ない
- ・新薬が欲しければ海外へ？
～ 欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か
- ・メーカーも卸も誰も来ってくれない？
～ メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺
- ・疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか
～ 薬価差という言葉のトラップ

今、医薬品を巡り生じている深刻な問題① ～「処方しても薬が薬局にない？～

最初のテーマで言いますと、出荷調整品目というものがあります。これは完全に出荷停止ではありませんけれども、「2箱ください」と注文したら2箱届くというのが普通ですが、2箱注文しても、「いや、今、1箱しかありません」とか、「来週になったら1箱持ってこられます」とか、これは出荷調整品目です。

今、医薬品を巡り生じている深刻な問題
 ～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景

➡ - 処方しても薬が薬局にない？
 ～ 薬局が注文しても薬が来ない

- ・新薬が欲しければ海外へ？
 ～ 欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か
- ・メーカーも卸も誰も来てくれない？
 ～ メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺
- ・疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか
 ～ 薬価差という言葉のトラップ

■ 出荷調整、欠品等の全体像についての状況確認

品目数でいいますと、大体1万3,000品目の薬価基準収載品目のうち、3,000品目が出荷調整です。出荷調整が、薬局でも医療機関でも、普通にオーダーを入れますと、オーダーは入ってしまうのですが、その翌日に卸のセールスマンから、「すみません。これは注文が入っていますけれども、ないのです」と、手作業で止めるという仕組みになっていて、今、医薬品卸のほぼ全ての現場のMSの仕事が、午前中、電話をかけ続けるというものです。「もうありません」、「何でないのか。患者が来ているのだ」という話です。

出荷調整はどうするかというと、今まで使っている患者の薬がなくなると本当にまずいので、その患者の薬は確保します。これは別の言い方で言うと、今まで取引実績のあるところには薬は出しますけれども、新規のお取引先には薬は出せませんということになり、これで薬局との間で大きなトラブルが出たりもしています。

※1 図 医薬品の迅速かつ安定的な供給のための流通・薬価制度に関する有識者検討会（8月31日）資料より

出荷調整、欠品等の全体像についての状況確認

安定供給の確保に関するアンケート（令和3年8月末時点）2021.11.18日薬業公表（出費社数 218社（15,444品目））

| | 品目数 | | | | 割合 | | | |
|---------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|-----|--------|
| | 品目数 | 割合 | 品目数 | 割合 | 品目数 | 割合 | 品目数 | 割合 |
| 薬価出納 | 12,101 | 79.6% | 4,461 | 95.6% | 6,933 | 70.6% | 907 | 94.9% |
| 欠品・出荷停止 | 743 | 4.8% | 34 | 0.7% | 686 | 7.0% | 23 | 2.4% |
| 出納調整 | 1,572 | 10.2% | 94 | 2.0% | 1,472 | 15.0% | 6 | 0.6% |
| 小計 | 2,400 | 15.5% | 170 | 3.6% | 2,204 | 22.4% | 26 | 2.7% |
| 医薬品出納停止 | 3,143 | 20.4% | 284 | 4.4% | 2,899 | 29.4% | 49 | 5.1% |
| 合計 | 15,444 | 100.0% | 4,665 | 100.0% | 9,823 | 100.0% | 956 | 100.0% |

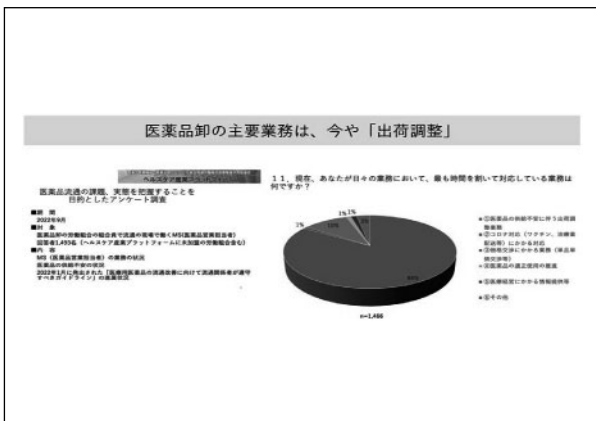
■ 医薬品の供給に関する情報

これは医療現場にとって大きな問題なので日本医師会のホームページの中でもこのように何が起きているかを書いています。



■ 医薬品卸の主要業務は、今や「出荷調整」

出荷調整で現場の人たちがひたすら疲弊をしています。



今、医薬品を巡り生じている深刻な問題② ～「新薬が欲しければ海外へ?～」

日本に新薬が来ていないというのは、結構深刻です。

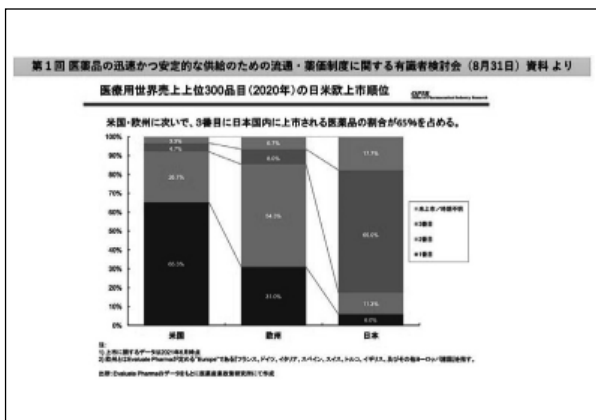
今、医薬品を巡り生じている深刻な問題
～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景

- ・処方しても薬が薬局にない?
～ 薬局が注文しても薬が来ない
- ➡ **新薬が欲しければ海外へ?**
～ **欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か**
- ・メーカーも卸も誰も来てくれない?
～ メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺
- ・疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか
～ 薬価差という言葉のトラップ

医療用世界売上上位300品目(2020年)の日米欧上市順位

アメリカ、欧州、日本と、これは何を示しているかということ、6割の薬はアメリカが1番目です。欧州でいうと、これが1番目で、ここが2番目です。日本で1番目の薬、2番目の薬はほとんどありませんが、これはやはり薬価が高い国から出していくのです。

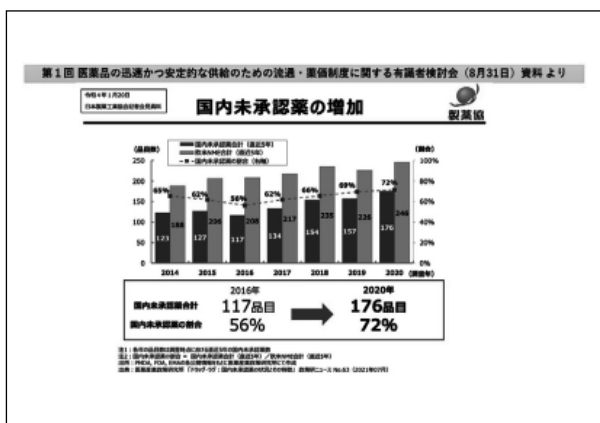
なぜかということ、例えば日本で1万円という値段が付いたということは、アジアの国々などでは、日本の1万円よりも安くしないと売ってはいけないというような、各国の価格参照が効いているので、最初に日本で売ってしまうと、日本の薬価が標準で他の国でそれより高く付けられなくなってしまいます。





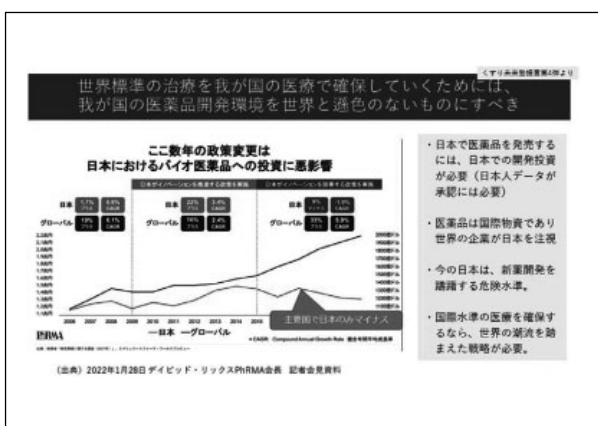
国内未承認薬の増加

日本がなかなか厳しい値段しか付かないのだったら後回しだとされています。後回しにされている結果として、国内未承認薬の割合は72%まで上昇しています。この72%のうち、かなりの品目が、将来ともに日本での開発予定はないという薬になっていて、これは非常に深刻な状況です。



世界標準の治療を我が国の医療で確保していくためには、我が国の医薬品開発環境を世界と遜色のないものにすべき

これは外国から見ると一目瞭然で、2009年から2015年までは、いろいろ旗を振っていたのですが、途中から、とにかく高額医薬品が医療の足を引っ張るということで、かなり激しい引き下げ措置を入れたりもして、それ以来、世界の市場の伸びと全くトレンドが逆になっていて、将来的にも伸びる見込みがない、まず日本で上市すると、その価格が各国に参照されて、他の国でひどいことになります。これで一気に日本はマイナーマーケットになってしまっています。



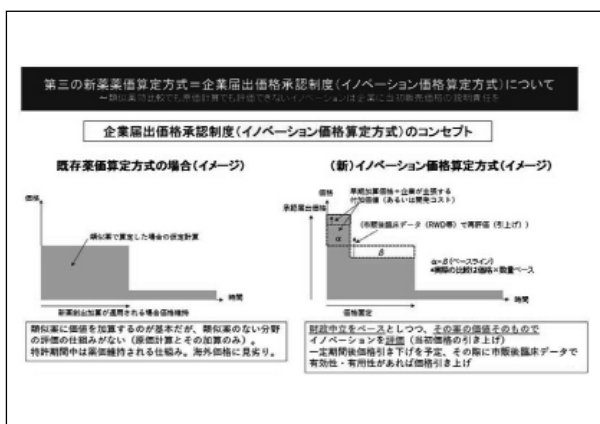
第3の算定制度、企業届出価格承認制度について

そうこうしているうちに、全く新しい医療が出てきていますので、今までのような値段の付け方ではいけないのではないかと考えています。



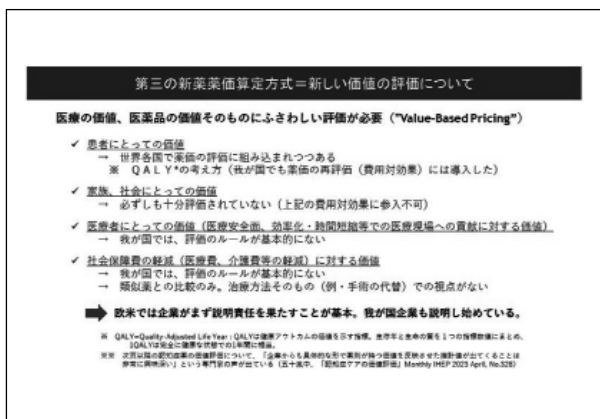
第三の新薬薬価算定方式＝企業届出価格承認制度 (イノベーション価格算定方式)について ～類似薬効比較でも原価計算でも評価できないイノベー ションは企業に当初販売価格の説明責任を～

そういう話で、最初の値段をどう付けるかというところでめりはりを付けないと、引き続き、日本は7割どころか、8割、9割、新薬が入ってこない国になってしまうという提言をしています。



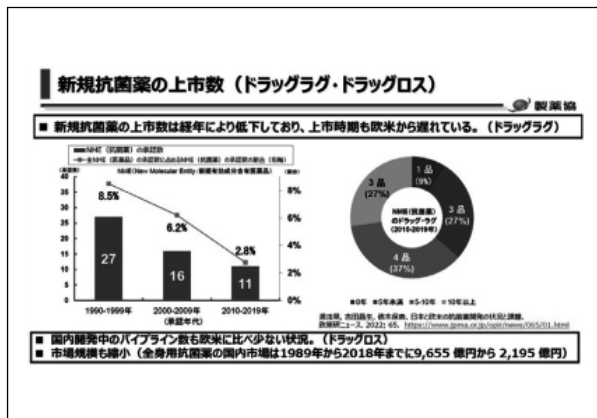
第三の新薬薬価算定方式＝新しい価値の評価について

どういう観点で値段を付けるかは、今までのスタイルだけでは少し足りないので、患者にとっての価値だけではなく、家族にとっての価値、社会にとっての価値、医療安全にとっての価値とかということ全部踏まえて、メーカーに説明責任を負わせればいいのではないかと提言をしています。



■ 新規抗菌薬の上市数(ドラッグラグ・ドラッグロス)

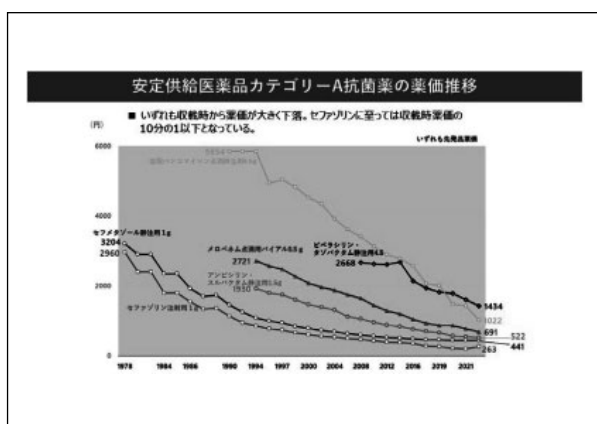
1つの典型的な分野で、すごく値段を下げ過ぎて、国内製造が空洞化し、かつコロナで、「なぜ日本でこんなに感染症の薬が開発できないのか」と言われているのが、感染症の分野です。本当に新しい承認が日本から出なくなっているというのは、深刻化しています。感染症の薬をやっている会社は本当に数えるほどしかなくなっています。



■ 安定供給医薬品カテゴリー A抗菌薬の薬価推移

そういう状況を作った1つの原因がこの薬価の下落です。先ほど申し上げた90%下がったのは、この「セファゾリン(注射用)」というものです。

新しい物が出ると、多少高く付きますが、一気に下がって行って、やはりこういうことになっています。



超低薬価品目が急増中(全額ベース10%時代、 アイテム数50%時代の到来)

これは、くすり未来塾で出したデータですが、私自身もびっくりしました。今、日本で1億円の薬があるのですが、一方で20円以下の薬もあります。20円以下の薬が、品目数で日本の薬の何割かという、何と50%です。そしてそれが金額で見ると医薬品の10%です。そういうものすごく安いものが大変多くなってしまいました。

超低薬価品目が急増中 (全額ベース10%時代、アイテム数50%時代の到来)
～コスト増に対応できず、利益の在庫コスト・配送コストがマージンで確保できない

| 薬価 | 規格用原形品目数 (製品小分類) | 割合 | 包装単位別品目数 | 割合 | 流通金額(億円) 2022Q4-2023Q3 | 割合 |
|----------------|---------------------|------|----------|------|---------------------------|------|
| 20円未満 | 7,125 | 42% | 14,768 | 49% | 9,936 | 10% |
| 20円以上100円未満 | 4,994 | 29% | 8,637 | 29% | 14,187 | 14% |
| 100円以上1,000円未満 | 2,691 | 16% | 3,936 | 13% | 25,948 | 26% |
| 1,000円以上10万円未満 | 2,119 | 12% | 2,475 | 8% | 33,638 | 34% |
| 10万円以上100万円未満 | 232 | 1% | 239 | 1% | 14,437 | 15% |
| 100万円以上 | 31 | 0% | 47 | 0% | 1,072 | 1% |
| 単位薬価無し | 2 | 0% | 33 | 0% | 48 | 0% |
| 総計 | 17,138 | 100% | 30,135 | 100% | 99,266 | 100% |

出典：エンサイズ

今、医薬品を巡り生じている深刻な問題③ ～メーカーも卸も誰も来てくれない?～

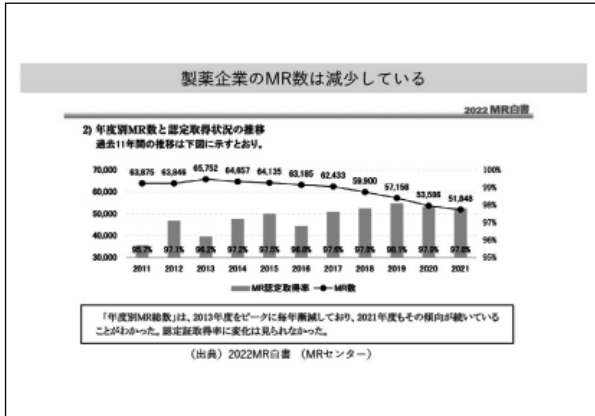
このような厳しい環境の中、メーカーも卸も大幅に人員削減をしています。

ここから先は、非常に医薬品産業全体が疲弊しているというデータを付けていますので、後でご参照になっていただければと思います。

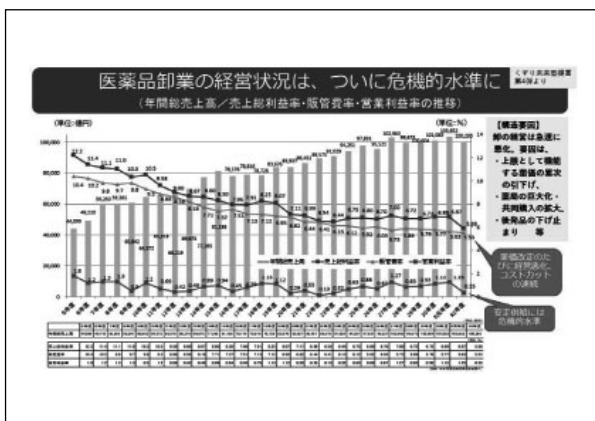
今、医薬品を巡り生じている深刻な問題
～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景

- ・処方しても薬が薬局にない?
～ 薬局が注文しても薬が来ない
- ・新薬が欲しければ海外へ?
～ 欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か
- ➡ **メーカーも卸も誰も来てくれない?**
～ メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺
- ・疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか
～ 薬価差という言葉のトラップ

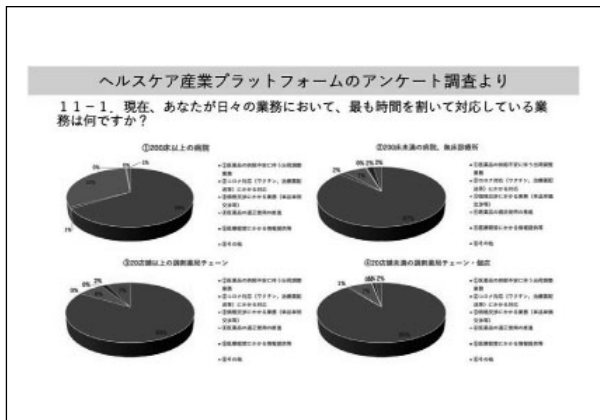
製薬企業のMR数は減少している



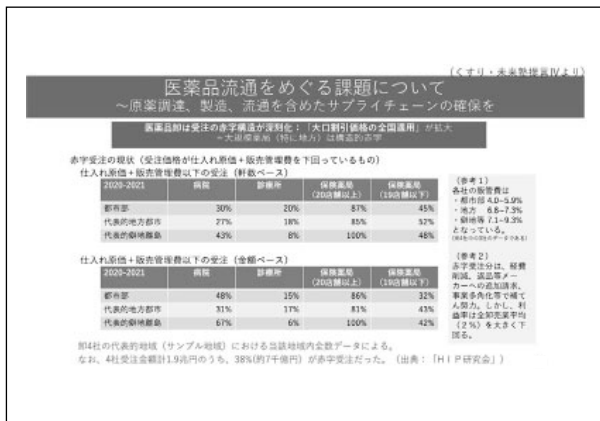
医薬品卸業の経営状況は、ついに危機的水準に (年間総売上高／売上総利益率・販管費率・営業利益率の推移)



ヘルスケア産業プラットフォームのアンケート調査より



医薬品流通をめぐる課題について ～原薬調達、製造、流通を含めたサプライチェーンの確保を～



今、医薬品を巡り生じている深刻な問題④

～疲弊する医薬品産業、薬価差という言葉のトラップ～

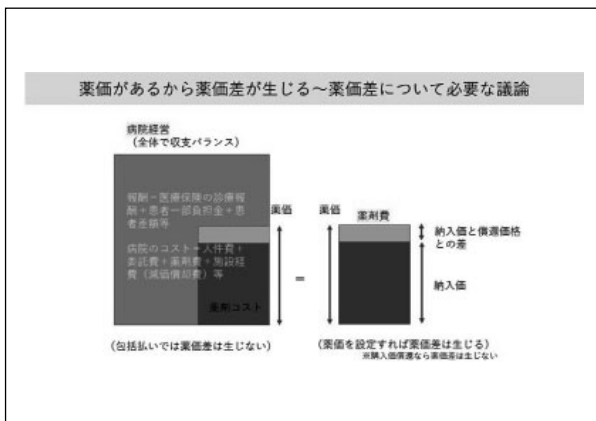
薬価については、やはり平成元年の時のイメージが強過ぎて、まだこういう発想でいるのですが、今、全く全然状況は違っているということを申し上げます。時間が来ましたので、薬価差の話は、解説なしでこの資料を見ていただくと、なるほどと思うところはあるかと思えます。

今、医薬品を巡り生じている深刻な問題
～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景

- ・処方しても薬が薬局にない？
～ 薬局が注文しても薬が来ない
- ・新薬が欲しければ海外へ？
～ 欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か
- ・メーカーも卸も誰も来てくれない？
～ メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺

➡ **疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか**
～ **薬価差という言葉のトラップ**

薬価があるから薬価差が生じる～薬価差について必要な議論



薬価差問題のトラップ～30年前の認識器と現状の大きなギャップ

| 薬価差問題のトラップ～30年前の認識と現状の大きなギャップ | |
|---------------------------------|---|
| (平成元年) | (令和) |
| a. 薬価差1兆3,000億円の報道 | a. 国民負担の軽減 (薬価差報道なし) |
| b. 医薬品費の4分の1が医療機関の収益収入 (上記新聞報道) | b. 主な薬価差の帰属は医療機関ではない (医療機関ではなく薬局) |
| c. 類似新薬で同一市場で競争 (抗生物質の競争モデル) | c. 「最善使用推進ガイドライン」とジェネリック (遺伝子が限定される抗がん剤モデル) |
| d. 医薬分業は進展せず (基本的に非分業) | d. 医薬分業は大きく進展 |
| e. 価格はメーカー主導 | e. 価格は卸が決定、メーカー不介入 |
| f. 信頼できる後発品なし (新薬間競争中心) | f. 後発品80%時代 |
| g. 長期収載品が大きな市場 | g. AGという後発品の名前を持つ長期収載品 |
| h. グローバリゼーションでコスト削減可 | h. 世界的にコスト上昇、自国生産に回帰 |

社会保険旬報 2009年5月21日

「薬価差問題」の再認識～パラダイム転換に向けて より抜粋

社会保険旬報「〇〇」の再認識、パラダイム転換に向けて
より抜粋

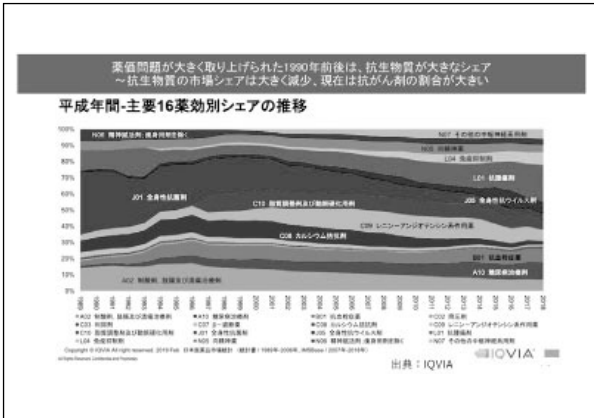
代表的な例が、平成元年11月9日の朝日新聞の1面での報道である。「薬価差、年1兆3,000億円、厚生省が試算を初めて公表」との見出しの下、詳しい記事が載せている。

その内容を見ると、まず、「両省が薬価差の年間総額について具体的な数字を、公式に示したのは初めて」とした上で、「4年度中、各健康保険や患者から医療機関に支払われた医薬品費は約5兆1,600億円、このうちの4分の1が、医療機関の収益収入となっていた」としている。

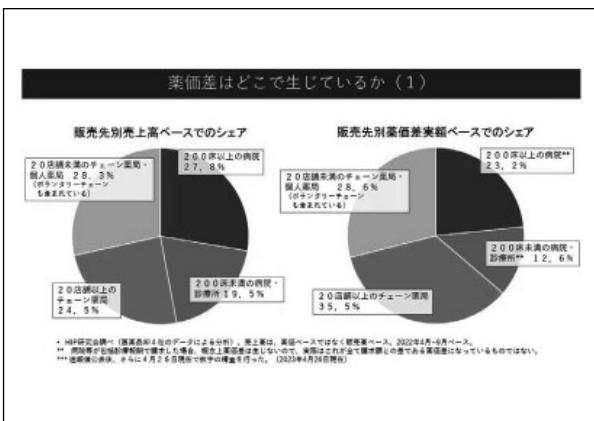
そして、「この薬価差の構造として、『医療機関は患者に拠った薬料費を薬価差価格で保険請求する。しかし、実際には、ほとんどの薬料について割引価格で購入しており、この差額はそっくり、医療機関のほうになる』と解説し、厚生省のコメントとして、「薬の4人世帯では約4,000億、医療機関の薬価差は約4,000億、この差額を全額、医療者に還元した場合は、標準1世帯当たりの保険料を月額で3,000円軽減できる」としている」とし、「厚生省はこうした薬価差の幅を縮めるため、2年に1度、医療機関の実際の薬購入価格を調査し、薬価基準を設定しており、未審に決まれば引き上げられる」とも述べられている。

なお、日本医師会の村瀬敏郎・副会長(当時)のコメントも載せられており、「社会保険はすべてが

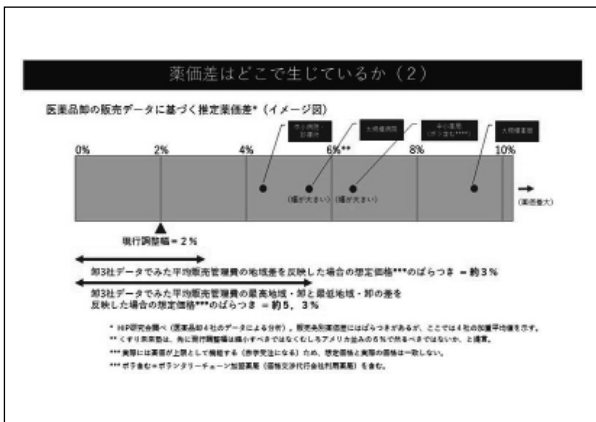
薬価問題が大きく取り上げられた1990年前後は、 抗生物質が大きなシェア ～抗生物質の市場シェアは大きく減少、現在は抗がん剤の 割合が大きい～



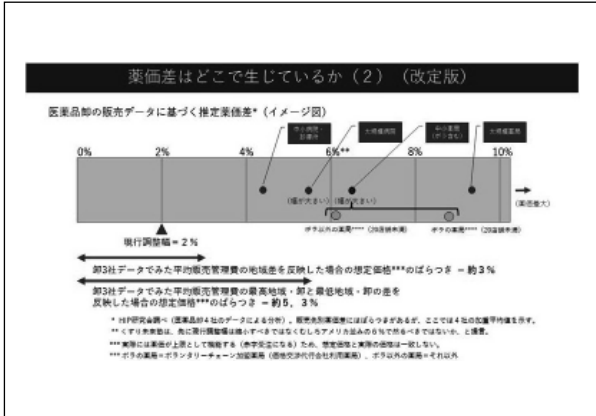
薬価差はどこで生じているか(1)



■ 薬価差はどこで生じているか(2)



■ 薬価差はどこで生じているか(2) (改訂版)



■ 薬価差は何を賄っているのか



取りあえず、私からの今日の資料のご説明は以上です。ご清聴どうもありがとうございました。

《会場からの質疑応答》

<質問者>

今日は、非常に幅広いお話、興味深いお話をありがとうございました。

先生のお話の中で、健康情報の一元化というお話があったかと思います。それから若い方々の情報が、現在の医療機関にあまりないというお話もあったかと思います。私なども、サラリーマンを長くやっていたので、そうすると毎年、とても嫌だったのですが、健康診断というものがありました。あのような情報がたくさんあるはずなのです。

私の場合には、太り過ぎだとか、血糖値が高いなどとどんどん毎年言われるのですが、そういう情報などと、医療機関における検査等々の情報というものを一元化してそれを普段からのものに活用できないかと思います。

その活用をする際に、今、盛んに言われているマイナンバーカード、もう健康保険証にしようということまでは決まっていますので、それを使うこと、そういった情報の一元化が、どういった形で、どこまでできるのでしょうか。あるいはどこまで先生がしたいと思っていらっしゃるのかという辺りを教えていただけたらと思います。

<武田講師>

ありがとうございます。ご質問を頂きましたのは、医療情報に関してです。一言に医療の情報を一元化し、それをさらに医療プロフェッショナルの間で共有するという流れで国全体の政策は動いています。マイナンバーカードの活用によるオンライン資格確認のフレームの構築もそういう流れの中で、意義が説明をされているのはご承知のとおりです。

そういう中で、医療情報の原点を少し申し上げると、やはり情報の意味というのは、いい情報を作ることと、いい情報を集めるということと、それを活用する仕組みを作ることが基本です。いい情報を作るという意味において、日本の医療情報では、その部分への取り組みが必ずしも十分ではないと私は問題意識を持っています。

検診情報の積み重ねはありますが、検診情報が現場で知りたい全ての情報なのかです。少し言い方が難しく、少し昔の話になりますけれども、平成15年にDPCというものが始まりました。

DPCが始まった時に、考えたことがいくつかあります。実現できたことも実現できていないこともあります。1つは病名の標準化、疾病名の標準化です。これは1入院を1エピソードとして、1つの病名を付ける、そしてそれは当時矢島さんという人がすごく熱心に取り組み、それのおかげでできたDPCですけれども、最も医療資源を投入したものが病名だという整理をします。その病名が確定するのは退院の時です。その退院の時に、退院時サマリーを必ず作って、その患者について、どういうエピソードであったかをしっかり記録にまとめて残します。それを情報として請求データと一緒にさまざまなデータが届きます。それを分析して、次の診療報酬改定に生かすという、平成15年のDPCの導入は、相当いろいろなことを期待を込めて入れたものでした。そういう医療情報を集めて活用するというのは、それだけの仕掛けを考えないとなかなか難しいのではないかと思います。

そういう意味でいうと、検診データが患者の医療に関するデータをサマライズし、いざという時に取り出せるような仕組みになっているかということ、私は少し疑問があります。

それは私ごときが考えるのではなくて、やはりちゃんとした先生に考えていただく必要があると思いますが、例えば救急の時に使う場合、救急の時にどういう情報が必要なのか、それから手術の時にどういう情報が必要なのか、それが検診でカバーされていないのであれば、どういうものが追加的に必要で、さらにいうとその瞬間ではなく、経時的な変動はどこまで必要なのかということまで、欲しい情報から逆算していったほうがいいのではないかと思います。



こういうことを言うと、当然、「そんな情報を誰が入れるのか」という話になるわけですが、私はそのきっかけとして、このかかりつけ医制度があると思います。かかりつけ医制度と言うのであれば、独自の報酬体系をもう1本立てるのが筋だと思います。それができないのであれば、診療報酬でもう1本立てて、患者についての外来のサマリーを作って、そこに患者情報を全部整理してもらって、報告してもらって、それを共有する仕組みがどうしても必要なのではないかと思います。

介護は、ケアプランがあったりするわけです。在宅医療に、私も同行したことがあります。在宅医療に行くと、患者の家まで5分間の車の中で、ナースが「この人はこういう持病があって、こういう病歴があって、家族はこうで、要介護度はこうで、出ている薬はこうです」ということを数分でぱっとまとめて説明してくれるのです。そういう情報が本来、一人一人にあってもいいし、それはやはりかかりつけ医の先生がまとめてくれないとできないと思います。

すぐにはできませんけれども、そういうことを考えて、先々のことを考えて議論をして、とにかく集めればいいのかという発想でやらないほうがいいのではないかと思います。

少し長くなりましたが、以上です。