

コロナ禍を乗り越えて あるべきプライマリ・ケア

コロナ危機下の医療提供体制と医療機関の経営問題について
の研究会

日本プライマリ・ケア連合学会 理事長
草場鉄周

プライマリ・ケアとは？

- ▶ 住民の身近な医療機関として、よくある健康問題に幅広く対応し診察・検査・治療を提供できる
- ▶ 外来診療はもちろん、訪問診療・往診なども提供し、施設で暮らす高齢者のケアも提供
- ▶ 地域の総合病院、介護施設、介護サービス、訪問看護、薬局などと連携し、ケアのハブの機能
- ▶ 日本では「かかりつけ医」というイメージで主に内科・外科の診療所や中小病院がその役割を果たすが制度化はされていない

※日本では病院で総合診療を提供するプライマリ・ケアのあり方もあるがここでは診療所に限定している

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、第4, 5波で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であった

その結果として

- ▶ 有症状患者が普段かかっている医療機関での診療を受けることができず、急性期病院に直接受診、あるいは保健所・自治体に相談し医療逼迫を悪化
- ▶ 施設などでクラスターが発生した場合に、十分な医療を提供することができず、ほぼ放置されて死亡するケースが多発
- ▶ 自宅療養患者が急増した際に保健所での対応が難しく、自宅で孤独のうちに症状悪化し死亡するケースが多発

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いない
- ▶ 訪問診療を提供する医療機関が少ない
- ▶ 特定の臓器の診療に特化した診療所も多い（ex.眼科、皮膚科）
- ▶ 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**

日本の医療制度の限界

- ▶ パンデミック発生時に強制的に医療機関を動員する法制定は？
 - ▶ 病院での中等症以上の診療については、法律があっても実行性のある活動が可能な医師は感染症専門医、呼吸器科専門医、救急専門医、総合診療医などに限定され、医師の中でマジョリティとは言えず動けない（病床数ではなく人的資源が問題の中核）
 - ▶ 診療所での軽症の診療については、法律があっても先述の理由から動きたくても動けない
- ▶ **「強制の法制化」の議論をするならば、医療提供体制の速やかな改革と連動させなければ「絵に描いた餅」になり今回と同様の失敗を繰り返すことは必定**

日本の医療を巡る大きなギャップ

公衆衛生／保健行政

- 法定感染症の管理
- 医療計画の管理（5疾病5事業・在宅医療）
- 母子保健／予防接種／健診
- 健康増進（健康日本21）

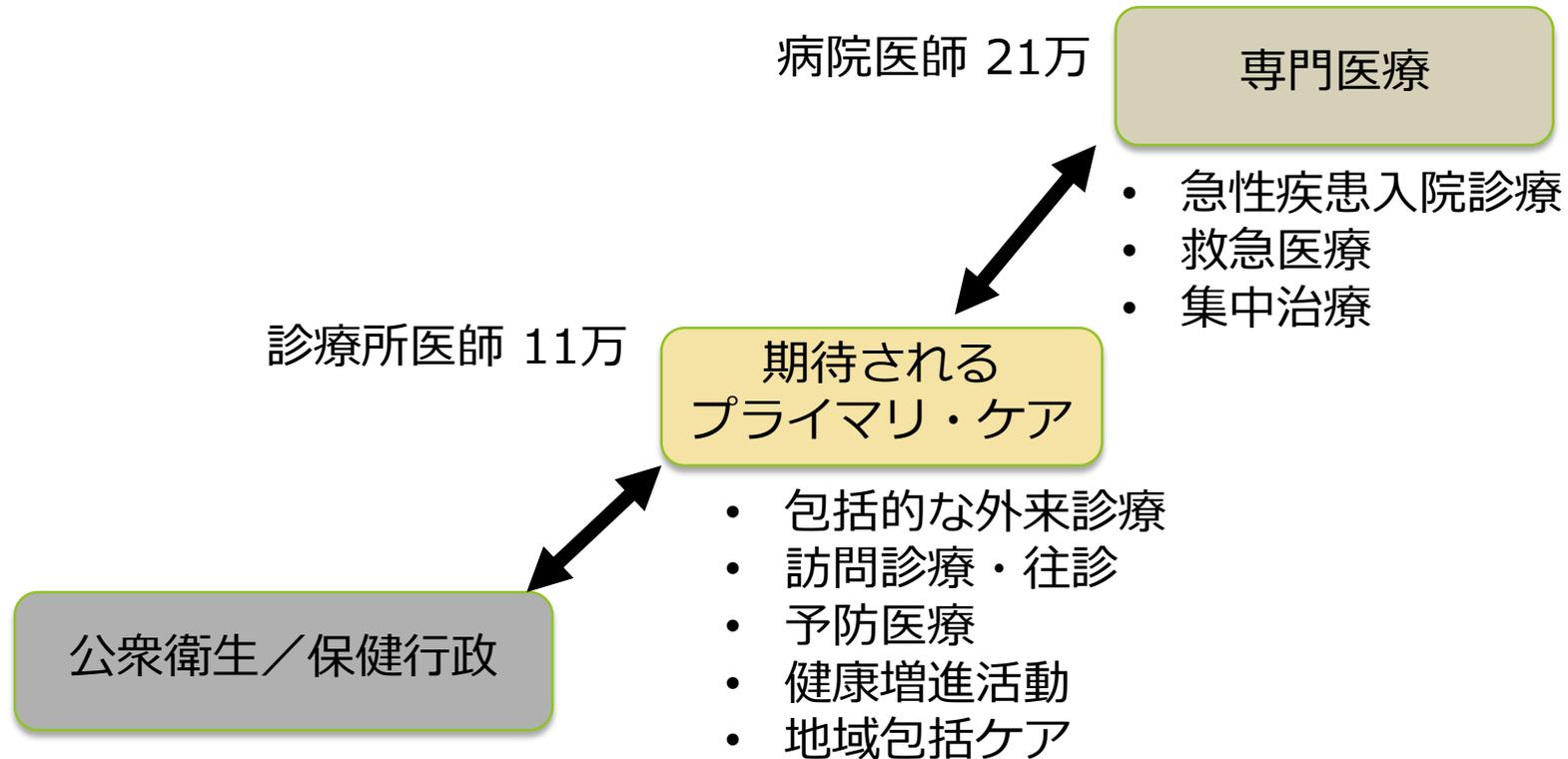
専門医療

- 急性疾患入院診療
- 救急医療
- 集中治療

現行の日本のプライマリ・ケア

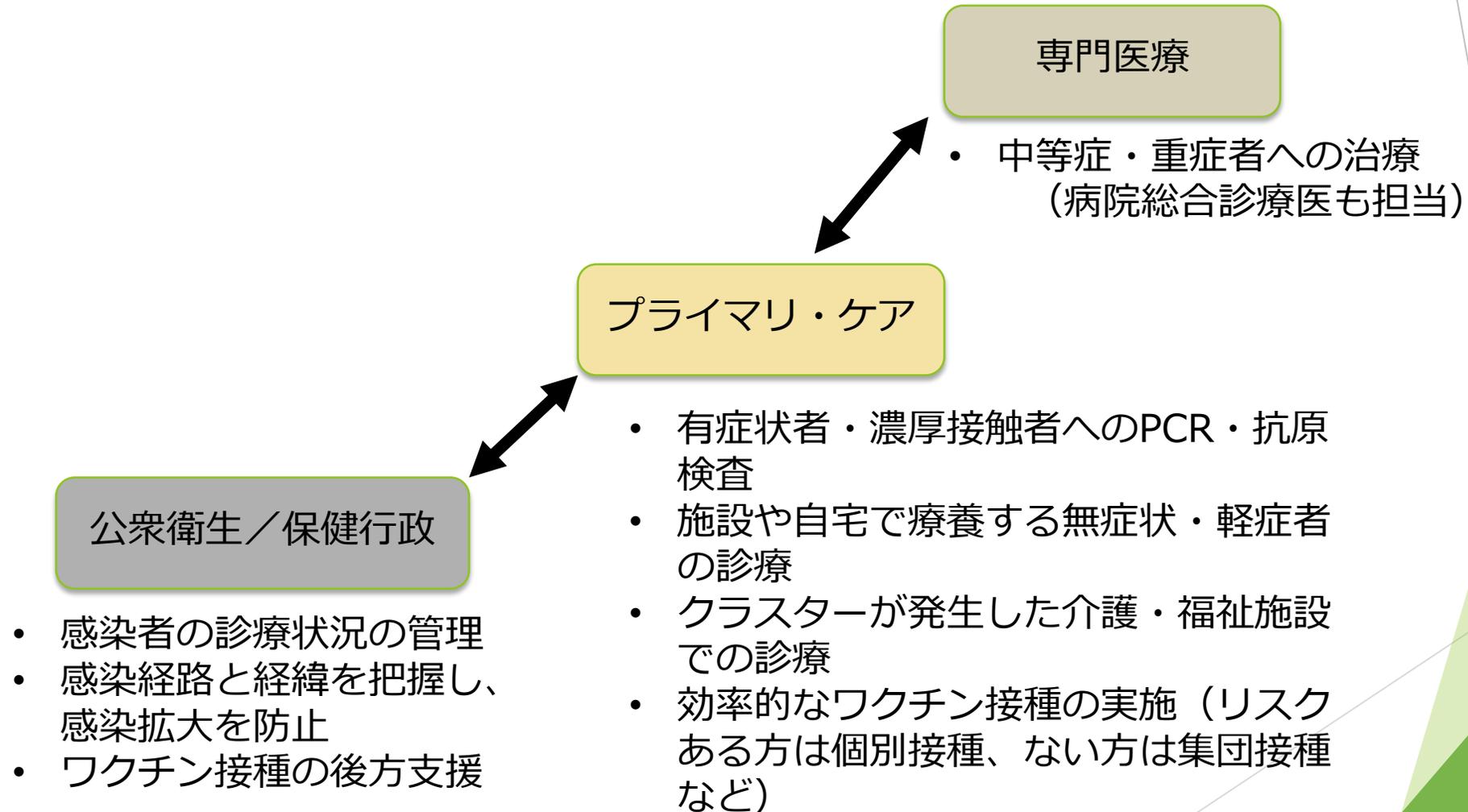
- 急性疾患外来診療
- 慢性疾患外来診療
（在宅医療、予防医療、地域包括ケアへの関わりは限定的）

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



- 法定感染症の管理
- 医療計画の管理（5疾病5事業・在宅医療）
- 母子保健/予防接種/健診
- 健康増進（健康日本21）

COVID19に当てはめると



システムとしてのプライマリ・ケアへ

- ▶ 有事の際に動けるように、平素から保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設としっかり連携をとりながら、対応することができる**プライマリ・ケアのシステム**を整備
 - ▶ 平素からの予防医療や公衆衛生活動への積極的な関わりとネットワーク構築
 - ▶ かかりつけ医への住民のゆるやかな登録システムにより、行政・かかりつけ医が連携して住民の健康サポートを隙間なく担うシステム構築 → 「かかりつけ総合医制度」

コロナ禍を契機にプライマリ・ケアのシステム
作りのスタートを！

かかりつけ総合医制度とは？

- ▶ 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。そこでは、ほとんどの健康問題を相談でき、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健康管理を支援する
- ▶ 訪問診療やオンライン診療を必要時に提供する
- ▶ プライマリ・ケア看護師など他の専門職と連携する
- ▶ 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
- ▶ 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組み込む

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年後にはこうした医師が中核を担うことが期待される
- ▶ 現在の開業医はある臓器の専門医として経験を積んだあと、プライマリ・ケアに従事するが、それに必要な研修や認証制度はない
- ▶ 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

- パンデミックに対応するためには、保健行政とプライマリ・ケアが効率良く連携することが非常に重要
- 今こそ想定外の健康危機に柔軟に対応できるプライマリ・ケアのシステムを再構築するチャンスである