

在宅医療カレッジ×医療法人社団悠翔会 2021 年末特別企画シンポジウム

コロナ禍から見えた日本の課題と これからの地域医療のカタチ

2021年11月30日(火)



主 催:医療法人社団悠翔会

本書の一部あるいは全部を、著作権の承諾を得ずに無断で複写・複製することは禁じられています

〈目次〉

パネリストのご紹介・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
武田俊彦氏プレゼンテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
草場鉄周氏プレゼンテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	11
志賀隆氏プレゼンテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	18
ディスカッション①・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	24
浅川澄一氏プレゼンテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	27
原田奈穂子氏プレゼンテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	38
大空幸星氏プレゼンテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	41
ディスカッション②・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	•••••49

【パネリスト(50音順)】

▶浅川澄一氏

元・日本経済新聞社編集委員、日経トレンディ初代編集長として活躍。現在も、ジャーナリストとして日本の医療介護を俯瞰的な視点から分析・発信し続けている。公益社団法人長寿社会文化協会常務理事。

▶大空幸星氏

慶應義塾大学総合政策学部在学中。孤立者への支援を提供する NPO 法人あなたのいばしょ理事長。政府への政策提言、TV 番組のコメンテーターなど、メディアでも活躍する次世代のリーダーの一人。

▶草場鉄周氏

日本有数の家庭医療研修プログラムを運営する医療法人北海道家庭医療学センターの理事長として、また、日本プライマリ・ケア連合学会理事長としても活躍する、総合診療・家庭医療界のオピニオンリーダー。

▶志賀隆氏

救急医療から公衆衛生まで幅広い領域で高度な専門知識とスキルを有し、ハーバードで教鞭をとっていたことも。現在は国際医療福祉大学医学部救急医学主任教授として、診療・教育研修・研究に取り組む。

▶武田俊彦氏

元・厚生労働省医政局長。現在は、日本在宅ケアアライアンス副理事長、岩手医科大学客員教授、 ボストン・コンサルティング・グループ シニア・アドバイザーとしても活躍。日本の医療業界きっての論客。

▶原田奈穂子氏

宮崎大学医学部看護学科統合臨床看護科学講座精神看護学領域教授として活躍する、公衆衛生、特に災害支援・精神支援のプロフェッショナル。新型コロナ禍でも、新型コロナ感染拡大防止活動基金等を通じて支援にあたった。

▶佐々木淳(モデレータ)

首都圏と沖縄に 18 の在宅診療拠点を運営する、医療法人社団悠翔会理事長(在宅医)。第五波においては、東京都からの委託で在宅コロナ患者の療養支援事業に取り組んだ。内閣府規制改革推進会議専門委員。

〈With コロナ時代の医療はどう変わるか〉

武田俊彦氏

この医療提供体制の各国比較の表は、実は私が医政局に初めて異動した 2001 年から使っている。

医療提供体制の各国比較(2018年)

国名	平均在院日数	人口千人あた り病床数	病床百床あた り臨床医師数	人口千人あた り臨床医師数	病床百床あた り臨床看護職 員数	人口千人あた り臨床看護職 員数
日本	28.1 (16.1)	13.0	19.2	2.4	90.6	11.8
ドイツ	*8.9 (7.5)	*8.0	*54.0	4.1	165.7	13.2
フランス	8.8 (5.4)	5.9	53.7	3.1	#182.1	#10.8
イギリス	6.6 (5.9)	2.5	120.0	2.8	315.5	7.8
アメリカ	(5.5)	2.9	*91.5	2.6	#417.0	#11.9

(出典) OECD Statistics

注2 「1」は2017年のアーダ 注3 病床百床あたり臨床医師数及び臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百を掛けた数値である。 注4 平均在院日数の括弧書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

20 年前から使っているこの

表の、病床の多さが随分と話題になった。当時から厚生労働省でも、この病床の問題、つまり病院の問 題を大きなテーマとして取り扱ってきたが、病院の問題を突き詰めていくと、実は在宅の問題につながる。 今日はそんな話をしようと思っている。

欧米諸国と比べて病床数は多いのに、日本ではなかなか入院できないのはなぜか。それは「病床が多い から」である。病床が多い分、集中治療を行う体制は弱く、実際、日本はアメリカに比べて ICU の数は圧 倒的に少ない。

ICU等の病床に関する国際比較について

厚生労働省医政局 (令和2年5月6日)

	ICU等合計病床数	<u>人口10万人当たり</u> ICU等病床数	(参考) 死亡者数 (5月3日18時)	(参考) ICU等合計病床数 当たり死亡者数
米国* ¹	77809*2	34.7 * ³	66364	0.8529
ドイツ*4	23890	29.2	6812	0.2851
イタリア* ⁴	7550	12.5	28710	3.8026
フランス*4	7540	11.6	24760	3.2838
スペイン*4	4479	9.7	25100	5.6039
英国*4	4114	6.6	28131	6.7884
日本*5	5603*5	4.3 * 6	(-)	(-)
日本*7	17034*7	13.5	510	0.0299

- *1,*2, *3:米国集中治療医学会が作成した資料(U.S. Resource Availability for COVID-19[2020年3月]及び、その根拠となるDavidらの原著論文 (Crtical Care Bed Growth in the United States[2015年2月])からの引用。なお、当該論文では、分母となる人口を20歳以上としているため、全人口とした場合は、さらに小さくなると考えられる。
- *4:ドイツ、イタリア、フランス、スペイン、英国については、日本集中治療医学会の理事長声明(2020年4月1日)で引用されているRhodesの論文(2012年)から一部を抜粋。なお、当該論文では、ICU病床数として、各国の公式情報等を元に作成したとの記載があるが、それぞれの病床の定義は明確になっていない。ただし論文中に、「新生児集中治療病床(NICU)、小児集中治療病床(PICU)、冠疾患治療病床(CCU)、脳卒中治療病床(SCU)、腎疾患治療病床は除いた」との記載がある。このため、日本の病床数を計算する際には、それぞれの病床数は、含めずに計算を行った。
- *5:日本集中治療医学会の理事長声明(2020年4月1日)で引用されているN.Shimeの論文(2016年)から一部を抜粋。
- *6:内野, 我が国の集中治療室は適正利用されているのか,日集中医誌(2010;17:141-144)から一部を抜粋。
- *7:日本については、特定集中治療室管理料(5211床)、救命救急入院料(6411床)、ハイケアユニット入院医療管理料(5412床)の合計数を記載。 2

日本の数字は約5600、約1万7000と2つあるが、本当の意味でのICUというと5600のほうの数字が近くなるので、日本は病床が多いと言っておきながら、いかにICUが少ないかということがわかっていただけるだろう。日本の国民みんなが、「とにかく病院さえあれば大丈夫」「病院に辿り着きさえすればいい」「なんで病院に連れていってくれないんだ」と考えるが、必ずしも病院がすべてのことに対応できるわけではないということが明らかになってきたのだと思う。

日本の医療についての批判とそれに関する私見

- 病院はどうして思い切って機能転換できないの?お金出してるのに。
 - → 我が国の医療の余裕のなさ

4人部屋で感染管理はできない (ハードの問題)

病床利用率が高くないと経営できない (経営の問題)

そのそも利益率がほとんどない

(経営の問題)

使えるスペースがない

(ハードの問題)

ギリギリの人員体制、専門性の限界

(マンパワーの問題)

高齢者が多い(急性期病院でも高齢者過半数) =リスクが高い患者が集中、迅速な退院・転院が困難

→ 公立・公的・民間非営利・民間の役割分担が不明確 (国家危機管理で、警察・消防・自衛隊は公営。病院のみが民営中心。)

※ ちなみに、イギリスは思い切って機能転換したが、その副作用もあったという。

6

「国難であり病院は思い切って機能を転換し、新型コロナ患者を受け入れるべきだ」との議論もあった。しかし、わが国の医療にはそのような余裕はない。これについては3つの問題がある。1つ目はハードで、4人部屋では患者個々人に合わせた感染管理はできず、病室以外で感染管理に使えるスペースもない。2つ目は、経営だ。急性期病院はそもそも利益率が低く対応余力がないし、病床利用率が高くないと経営できないため病床の余裕もない。3つ目はギリギリの人員体制による、マンパワーの問題。有事の際に本当に機能転換を求めるなら、平時から病院に余裕をもたせる必要がある。

わが国では大局的な見地というよりは、「病床は空いているのに」「職員は結構たくさんいる」といったミクロ での批判をされることが多く、それに弱い。しかし、そうするとどんどん余裕がなくなっていく。公務員の世界も 同じだが、病院の世界も公的保険中心に医療を行う中でそういう世界にさらされてきた。

公立・公的・民間非営利・民間の役割分担論が不明確なのも問題だ。国家危機管理に際して、警察や消防、自衛隊はすべて公務員だが、病院や医薬品卸など、医療サイドは民間中心だ。私は朝日新聞にインタビューされたときには、「有事の際には、思い切って病院を一時的に国営化する必要があるのではないか」と答えた。公務員は非効率の典型と言われるが、危険な仕事に就かせるためのきちんとした補償がある。危機管理は公務員が担うのが基本で、民間が担うなら手厚い補償措置が必要。医療は民間中心の体制なので今回のコロナ対応も民間中心だが、公的な支えは不十分だろう。

コロナで問われる医療提供体制(私見)

- 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)結局。。「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」とそのための政策が問われる。

その後、重症者を受け入れられる病床が足りないという問題に移る。きちんとした病院を作っておかないと、本当の重症者の命を救う医療ができない。さらに重症者が増えると、転院できる後方病棟が必要だという話になった。さらに、病院に入れない患者さんが問題となり、在宅医療が必要ということになった。

これは、まさに我が国の医療が辿ってきた流れそのものであり、結局これまで追い求めてきた「高度医療の提供」と「地域包括ケアの充実」が切り札になると思う。

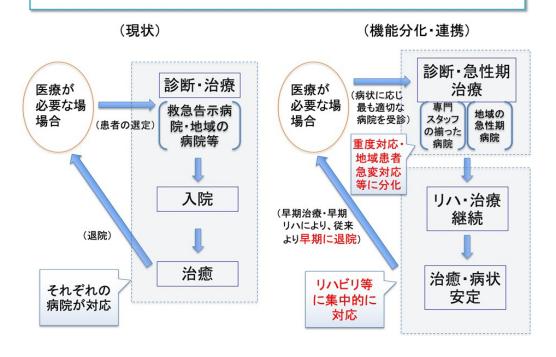
先般、日本記者クラブで行った、日本在宅ケアアライアンス理事長・全国在宅療養支援医協会会長の新田國夫先生などとのディスカッションの結論は、コロナにおける在宅医療がうまく動いたかどうかは、結局、地域において地域包括ケアのネットワークができていたかどうかだ、ということだった。

医療政策の動向(過去半世紀)

- 老人医療費無料化時代(1973~1983)
- 財政再建(臨調行革時代)(1980年代)
- ・介護対策の10年(1990年代) 平成元年 ゴールドプラン 高齢者対策の充実 平成9年介護保険法成立 → 12年施行
- 医療提供体制の改革(2000年代) 厚生労働省初の医療ビジョン=21世紀医療提供の姿 病床の機能分化・機能連携
- 社会保障・税一体改革(2010年代) 公費の投入で医療機能を強化(消費税) 治す医療から、治し・支える医療へ

2013年の武田資料

患者の視点、患者の流れを踏まえた機能分化のイメージ



これまで辿ってきた医療政策の流れでいうと、「患者の視点、患者の流れを踏まえた機能分化のイメージ」は、私が 2013 年に使っていた資料となる。左は病院完結型で、地域に病院さえあればよく、患者は治って自宅に帰ってくる、という形で完結していた。しかし、医療が高度化し、一方で社会全体が高齢化すると、医療の形も変わってくる。これからは重症患者を救える病院やリハビリテーションを行う病院が役割分担を行い、速やかに自宅に帰す。資料には書いていないが、病院の機能の維持のためには、在宅医療が必要だという話になってくるわけだ。

医療が変わる・変化の予感

- 1. かかりつけ医の役割が重要に ワクチン接種(予防) から感染予防・療養指導、早期診断から早期治療へ
- 2. 地域医療構想が生まれ変わる 患者の流れ、中核病院の責務(医師確保・医師派遣・医療支援等)を規定
- 3. 入院機能の一部が外来機能に変わって行く 病床数の制約・病院外で重症者。入院医療を自宅へ提供、医師とつながる
- 4.。。。。既存の病院、診療所は変われるのか。

11

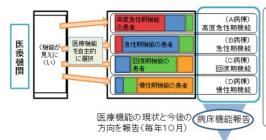
2021年になって初めて、こういうことなのかとわかった。

地域医療構想(現在の姿)

地域医療構想について

- 今後の人□減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人□の減少を見据え、質の高い医療を効率的に 提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回 復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。

その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置 された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



(「地域医療構想」の内容)

- 1.2025年の医療需要と病床の必要量
- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療 需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
- 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、 在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、 更なる機能分化を推進

○ 機能分化・連携については、 「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

地域医療構想の課題と、生まれ変わったら進むべき方向(私見)

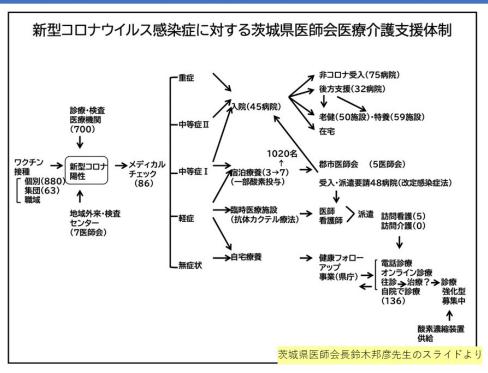
- 病床数が主な目標 → その地域の医療の在り方
- 病院が参加する「調整会議」→ 入院外来を通じた機能分担
- 地域の核となる病院不在 → 地域の中核拠点の責務を明示
- 感染症等緊急時対応
- → 余裕と転用の準備を織り込む

- ICUの不足
- → 高度急性期の定義見直し
- 外来と在宅の視点の欠如 → トータルで面的な医療提供

これは地域医療構想の資料と、地域医療構想でこういう議論をしていくべきだという資料だが、今まで命を守るということは、病院の役割だと思われていた。そして、在宅医療は看取りの医療だと思われてきた。ところが、今年の経験により、実は在宅医療こそが命と暮らしの両方を守るカギであり、それができるということがわかった。

今までの在宅医療とは結構違うことをしようとしているので、非常にチャレンジングだと思うが、パンデミックに際しても、在宅の重要性は非常に大きいということが本当によくわかった年だった。そして、これまで見過ごされていたが、さまざまな事情で入院できない患者さんが地域に結構いるということも、パンデミックでの感染者全員へのアウトリーチで明らかになった。結局、地域全体の問題は保健所任せにはできず、最後は地域の医師会も積極的に関与しなければいけないということになり、今後の医療を考えるうえで大きな転換点になったと思う。

茨城県における病院等の機能の明示、患者の流れ、役割分担



最後に茨城県の事例をご紹介したい。茨城県は、日本医師会の地域包括ケアシステムの担当だった鈴木邦彦先生が医師会長のリーダーシップでこういう体制をつくり、みんなで連携してやるということになったそうだ。一人ひとりの開業医の先生や病院単体ではコロナへの対応が難しい。地域の課題に皆が協力し、病院から人を派遣してもらう、または佐々木先生のようなグループの診療所に頼らざるを得ない、ということは、医療界にとっても一つの教訓となったと思う。

〈コロナ禍を乗り越えて~あるべき・プライマリ・ケア~〉

草場鉄周氏

プライマリ・ケアとは、よくある健康問題に包括的に対応するとともに、外来に加えて訪問も提供し、地域の医療や介護のハブとなる機能も果たすものだ。

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

日本では「かかりつけ医」というイメージで主に内科や外科系の診療所、中小病院がその役割を果たしているが、非常に緩やかな枠組みであり、制度化はされていない。

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、<u>コロナ感染の可能性のある患者に対して診察を断る</u>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<u>オンライン診療</u>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

今回のコロナ禍でプライマリ・ケアの限界を感じたことがある。たとえば、昨春から昨夏にかけて、発熱や上 気道炎などの症状をもつコロナ感染の可能性のある患者の診療を断る医療機関が多かった。オンライン 診療も手掛けられるところはほとんどなかった。また、クラスター感染が発生した介護施設の患者さんに対 して、プライマリ・ケアの医師がサポートを行う機会は少なく、残念ながらかなりの方がそのまま亡くなられた。 さらに施設療養や自宅待機に対しても当初はほとんど関わらなかったことで、急性期病院が逼迫し、保健 所が大変な状況に追い込まれた。

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、住民ー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

なぜこうなるか、ここが論点で、これらは医師や医療機関のエゴや、努力が足りなかったからではない。構造的な問題だ。まず、グループ診療というものがほとんどない。プライマリ・ケアの診療所の多くは、比較的年齢層の高い一人医師で、人員の余裕はなく、訪問診療をしているところも少ない。施設規模も小さく、感染防御の体制もとれない。オンライン診療も、平素からほとんど普及していなかった。

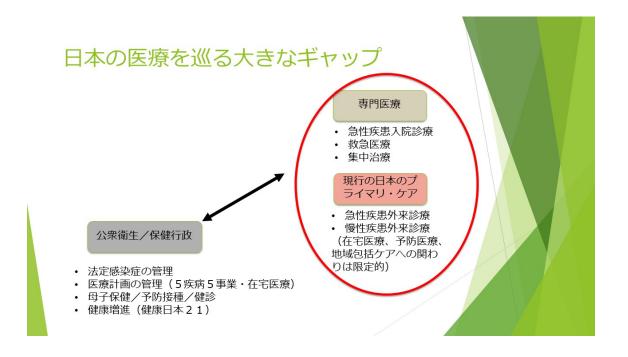
さらにフリーアクセスは、患者に受診する自由がある一方で、医療機関が患者を断ることもできる。国民は今回、自己責任が求められる医療体制であることを実感したと思う。

日本の医療制度の限界

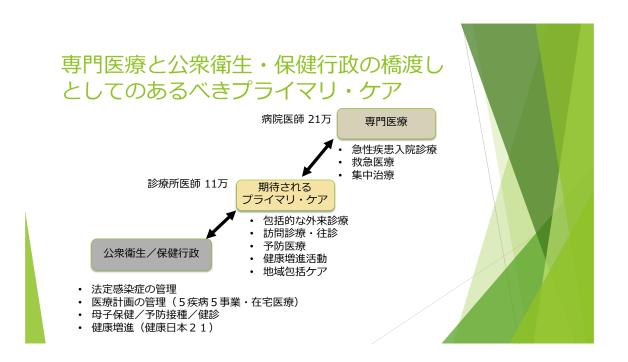
- ▶ パンデミック発生時に強制的に医療機関を動員する法制定は?
 - ▶ 病院での中等症以上の診療については、法律があっても実行性のある活動が可能な医師は感染症専門医、呼吸器科専門医、救急専門医、総合診療医などに限定され、医師の中でマジョリティとは言えず動けない(病床数ではなく人的資源が問題の中核)
 - ▶ 診療所での軽症の診療については、法律があっても先述の理由から動きたくても動けない
- ▶ 「強制の法制化」の議論をするならば、医療提供体制の速やかな改革と連動させなければ「絵に描いた餅」になり今回と同様の失敗を繰り返すことは必定

第6波を含めて、今後さまざまな危機が起きると思うが、強制的に医療機関を動員するのは難しい。中 長期的な医療体制の改革を進めなければ、危機が起きるたびに、日本の医療は批判されながら崩れ落 ちていくだろう。

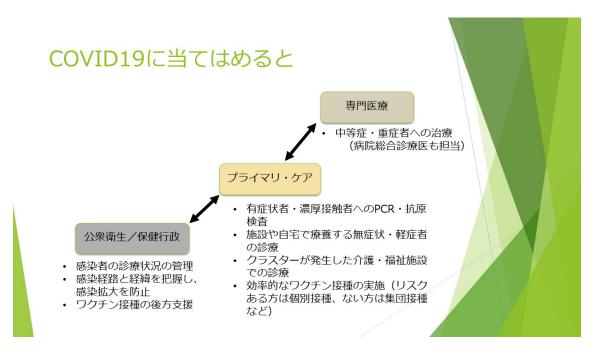
今回、公衆衛生・保健行政と、普通の医療の垣根が非常に大きいと感じた。今回のような法定感染症になると、途端に保健所と行政任せになってしまい、保健所が必死にやらざるを得なかった。



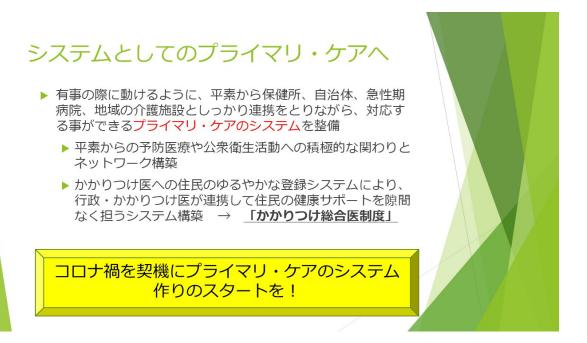
しかし本当は、公衆衛生や保健行政と、専門医療の橋渡しを行う存在として、プライマリ・ケアがある。



外来、訪問診療、予防医療、健康増進活動、地域包括ケアを、責任をもって担うプライマリ・ケアの仕組みが、どこの地域にもあるかというと、かなりばらつきがある。



プライマリ・ケアが機能していれば、PCR 検査や抗原検査等は担えたはずだし、自宅療養する方の診療も当然担うという体制が組めたのではないか。



危機になって慌てて総動員するのではなく、まずは平時から、きちんとプライマリ・ケアのシステムをつくるべき ではないかというのが私の主張だ。それによって医療の中に、予防医療、公衆衛生活動を組み込んでいく。 少なくともネットワークをつくる。 かかりつけ医という存在にはきちんとした取り決めがないために、患者さんの思いと医療機関の思いにはずれがある。そこで、ひとつの提案として、「かかりつけ総合医」と私は表現しているが、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、住民の健康サポートを隙間なく担う「かかりつけ総合医制度」の構築を、そろそろ検討すべきではないか。

かかりつけ総合医制度とは?

- ▶ 国民は平時より、<u>自身の健康管理に対応するかかりつけ総合</u> <u>医を選択</u>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
- ▶ <u>医療機関は選択した患者を登録</u>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

これは非常にシンプルで、国民に、平時から自身の健康問題に対応する「かかりつけ総合医」を選択していただく。そして基本的にほとんどの健康問題は「かかりつけ総合医」がワンストップで診て、予防医療、健康増進の支援を受けられるようにするという制度だ。

さらに、ここがポイントだが、医療機関側も、自分たちのかかりつけの患者さんは誰か、というリストが手元にあり、それらの方に関しては責任をもって診る。熱が出たという時には当然、自分たちが診るべきであるという自覚が、我々の方にあるという形でやっていく。そういったところに、保健所や行政が「かかりつけ総合医」を支援するという形で、今回のような危機にも対応できるだろう。

訪問診療・オンライン診療の提供、他の職種との連携は当然であるし、緊急時を除き、総合病院の利用に関しても、原則的にかかりつけ総合医からの紹介とするシステムだ。こういった枠組みをつくれないかと思っている。

診療報酬を考えると、その場合、出来高払いという形はおそらくなかなか馴染まない。普段からの健康管理をしていく部分のコストについては、やはりある程度、包括払いを積極的に考えるべきではないだろうか。

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

今の開業医の先生方の中には、それを担うことが十分できる方がおられる一方で、なかなか難しい方もいるかもしれない。「かかりつけ総合医」の研修制度や認証制度といったものを、今後考える必要がある。

- 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

まとめると、今回、パンデミックに対応するためには、改めて保健行政とプライマリ・ケアが連動しなければいけないということを実感した。今こそこういった危機をひとつのタイミングと捉え、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だろうと思っている。

〈COVID19 第五波~救急の立場から~〉

志賀隆氏

救急の立場から COVID19 の第 5 波を考えると、結論は「兵站・ICT で躓いた」「県知事の能力で左右された」である。



仮想のA県の、ある月のある日の新型コロナの対応状況を例に説明する。



新型コロナを受け入れる病床は約 1300、それに対して入院 100 ● 名、自宅待機 999 ● 名、ホテル療養 43 ● 名などとなっており、キャパシティを超えていた。



お盆のころの当院は、中等症 43 床 + ICU 2 床がすべて満床。 毎日 10 件ほどの COVID19 の問い合わせがあったが、 ほとんど受けられなかった。 ネーザルハイフロー療法(NHF)の症例が常に 10 程度あったが、 ICU は 2 床しかないため、1 日、2 日おきに挿管して転院させることを繰り返していたというのが、

我々の現場の状況だった。

病院到着時には発症~1週間

治療タイミングが置い

- ▶ 自宅で酸素をしていても抗ウイルス薬はない(できない)
- ▶ ホテルは隔離効果はあるが抗ウイルス薬はない(できない)

 \longrightarrow

結果病院に来た時には**もう重症である**

いかに早期治療できるか? (ステロイドは後期にしか使えない)



波の後半になると、治療タイミングが遅いことが課題となった。自宅で酸素療法をしても抗ウイルス薬はない(できない)。我々の県では、ホテルでは抗ウイルス薬は使えなかった。結果、病院に来たときにはもう重症で、すぐ挿管、すぐ NHF だった。どうしても数に対してキャパシティが追い付かない。ステロイドは後期にしか使えないので、いかに早期に抗ウイルス薬を入れられるかというロジスティックゲームだった。

救急の課題

- ▶ベッドの確保
- ▶バッファー ホテル、酸素ステーション
- ▶在宅往診の補助金があったが...

ベッドの確保や、バファとしてのホテル、酸素ステーションなど、いろいろ取り組んだが、限界があった。

神奈川県では、神奈川県医療危機対策統括官兼理事・藤沢市民病院副院長の阿南英明先生、沖縄県では沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科の高山義浩先生が、自発的に行政と 10 年ほどかけて連携体制をつくってこられたことで、的確な対応を実現していたが、ほとんどの都道府県では戦略的にそのような行政医をつくっていなかったためにうまくいかなかった。

私は病院の勤務医だが、草場先生が指摘されたような、往診の医師と保健所の医師をつなぐ取り組みを行った。千葉県では、往診すると 10 万円ぐらいの補助金が出たが、両者をつなぐ人はほとんどいなかった。そこで、勇気を出して佐々木淳先生に「助けてほしい」と依頼し、延べ 70 件ほど診ていただいた。ただこれは、勇気を出した人と、友人同士がたまたまつながってできたことで、このような取り組みがほとんど行われなかったことはもったいないと感じる。

草の根的な活動として、コミュニケーションツール「SLACK」を使った取り組みがうまくいった。



重症患者さんについては、匿名性を保ち、「この人は ECMO が必要ではないか」などと SLACK で詳細な情報を発信、それを見た他院の医師が「受ける」と答える、という感じだ。東京では 100 件以上電話をかけることもあったと聞くが、千葉県では重症患者さんには電話ではなく「SLACK」を使った。 もちろん、呼びかけても決まらない時もあったが、1回情報を打ち込んだだけで決まったケースもかなりあった。

保健所→ホテル・医療機関が目詰まり

- ▶沖縄
- ・正確な患者予想
- ・県庁職員の機動的運営
- ・保健所と県のお見合い回避



- ▶ 神奈川
- ・10年以上かけたネットワーク
- ・行政の言葉・信頼・法を知る阿南医師の存在
- ・ICTの活用、徳洲会とのコラボレーション



沖縄がすばらしかったのは、正確な患者予想だ。年齢別に患者を分析し、患者数が翌々週にどの程度になるかを予想して、ホテル、ベッドのキャパシティを調整していた。また、沖縄県庁では、土木担当の職員でも、保健を助けるという体制があったそうだ。

神奈川県は、臨床をやめて県の理事になった阿南先生が、10 年以上かけて医師会や行政とネットワークを構築されていたし、徳洲会が非常にがんばってくださった。

今後の方向性

- ▶ 診断→治療までのつなぎ(保健所の沖縄式支援)
- ▶ 自宅で治療ができる(経口治療薬の導入)
- ▶ ホテルで治療ができる(経口治療薬+Ns確保+診療所扱い)

首長の現状・対応策の認識 →実施へのスピード化

組織知を高めるしかない。(記録が大事!)

今後の方向性としては、保健所での目詰まりをなくすためにも、経口治療薬や、大阪で行われた自宅療養やホテル療養での抗体カクテル療法の導入を進めていく必要がある。大切なのは首長や首相の政治的な決断だ。酸素ステーションも首相の鶴の一声で進んだ。私たち医師は、記録や公衆衛生の部分で弱いドイツ医学を行ってきたが、結局は、記録と公衆衛生に尽きるのではないかと思っている。

■ ディスカッション①

治療偏重からの脱却と「受援力」の必要性

佐々木 武田先生のお話から、日本の病院の特質、コロナ禍で迅速に対応できなかった理由が非常に明確にわかったと思う。草場鉄周先生からは、プライマリ・ケア、診療所の側から見たときに、なぜうまく機能できなかったのか、そもそも日本にプライマリ・ケアという概念がまだまだ未達で、病院と保健所、診療所がそれぞれでやるしかなかった状況をお話しいただいた。志賀先生からは、救急の現場の状況と、結局、最終的には公衆衛生だということをうかがった。

今回のコロナ禍で1つ強く感じたのは、司令塔の不在ということだ。目の前に困っている患者さんがいるのに、手を出してよいのかわからない。手を出した後、どうフォローし、どこまでしていいのかわからなかった。そうこうするうちに治療のタイミングが後ろにずれていった。これほど在宅にアウトリーチしているのに、抗体カクテル療法は使えないという状況だった。

このあたりのフローについては第6波に向けて、どうするかを考える必要があると同時に、さまざまな理由で、 最適な対応ができない仕組みになっているということが明確になった。そこで平時も含めて今後、我々はど ういう方向を目指していかなければならないかを考えていきたい。

武田 今回のコロナは公衆衛生より災害医療に近い。災害医療で最もやってはいけないのは、現場に細かく介入することだ。現場に最大限裁量を与え、その場で身体が反応するくらいでないと災害対策はできない。それなのに今回、保健所の委託という形で医療機関を動かそうとした。たとえば、在宅医が往診に入るには、委託契約をつくる必要があるといったことをしていたわけだ。

システムの問題として明らかに見直すべき点があるのに、感染拡大が何となく収まったら、次は景気対策を どうするかに移っている。しかし、この問題は終わっていないし、議論しなければならないことはたくさんある。 一方、医療側にも問題はあった。保健所が管轄していために、手を出せなかったのは事実だが、「手を出 したくない」という雰囲気もあった。

草場 あるグループで、2020 年 7 月、自宅療養者に対して、「往診できる体制を用意して、次の大きい波が来たら往診に行けるようにしてほしい」との提言を出した。

厚生労働省に相談したところ、「地元の保健所長と直接やってほしい」との話になり、保健所長のところに行くと、「わかるが、我々に任せてほしい」という対応をされた。「自分たちの責任だ」という矜持を感じたい一方で、「そこは任せられない」という強い意識も感じ取れた。第4波の終わりごろになって、ようやく我々の提言に乗るような機運ができてきた。確かに、医療側には「なるべく行きたくない」、行政側には「自分た

ちがやらねばならない」との雰囲気があったと思う。

浅川 医師は「感染したり、クラスターが起きたりすると診療所を2週間閉鎖しなくてはならない。そんなリスクは冒したくない」という本音を出さないし、メディアも報じない。そのため、一般の人は「医師は人の命を救うのが当たり前なので、新型コロナの診察に行きたくて仕方がない」と考えてしまう。本当に行きたいのだったら、もっと大きな声で「自分たちは行きたい」と叫べばよかった。

もちろん、地域の保健所や医師会、市長などとの関係性もあって、個別に動くのは難しいだろう。だからこ そ、各種学会などの全国組織をもつ団体が、そうした声明をきちんと出すべきだったと思う。

志賀 浅川さんの指摘はかなり本質をついている。私も 2020 年 4 月はコロナを本当に怖いと思った。しかし、携わるうちに、きちんとやれば大丈夫だということがわかり、同様の医師や医療職をいかに増やすかが重要だと気づいた。携わる人のすそ野を広げられた病院や地域はうまくいったと思う。

保健所に関しては「受援力(「助けて」と言える力)」をもっともたければいけない。「武士はいつ死んでもいいという覚悟が必要」という発想では、第二次世界大戦と同じだ。兵站が大事だというのは、「人の助けを借りる能力」が大事だということだ。

佐々木 「医師は診たがらない」との指摘もあったが、診ることができない事情もあった。たとえば、コロナ患者を診ていると「訪問診療はお断り」と言われたり、働いている看護師が保育園に子どもを預けることを断られたりした。未知のものに対する恐怖は地域住民にもあり、それがコロナ診療のブレーキになったことは間違いない。もちろん、診療所が閉鎖された場合の補償もないというのも関係している。

一方、第4波の大阪や第5波の東京は「災害だから何をやってもいいだろう」との風潮があり、それが現場の原動力になっていた部分がある。志賀先生の「受援力」という話があったが、自分たちも他の地域から医師や看護師が来てくれた。ただ、医師会単位で同様のことができるかというと難しい。

武田 少し異なる話をするが、コロナのピーク時に、保健所から2、3日間電話がないなかで自宅療養されていた患者さんは、絶望的な思いをしていた。電話診療でも医師とつながることで安心感を得られる。これは医師の提供するサービスは治療だけではないという証だ。かかりつけ医のあり方にもなるが、日常的に医師とつながっていられることが、安心社会をつくるキーワードになると感じた。

佐々木 自宅隔離された人のなかには 20~40 代で、基礎疾患がなく受診歴がない人も多かった。そうした人はかかりつけ医がおらず、誰に相談していいかわからなかった。日本では、患者さんが医師とつながるには病気がないといけない。草場先生が提言された「住民がかかりつけ総合医にゆるやかに登録する」ことには大きな意味がある。

草場 日本の医療は、上手く受診できた人にはクオリティの高い診療を提供できる一方、言語や経済的な問題なども含めて、医療にアクセスできない人は視野に入っていない。残念ながら地域住民全体の健康を真剣に考えるという状況にはなっておらず、それに対するインセンティブもない。そのため、医師のなかでも、がんばる人はがんばる、という状況になってしまっている。

武田 戦後の日本の医療は治療偏重・優先で今日まで来た。さまざまな医療の問題を考えると、治療偏重、治療中心、治療をしないとお金が入らない、病気がないと医師の出番がないという部分が行き過ぎている。この機会に日本の医療の治療偏重の体制を変えるブレイクスルーを考える必要があり、オンライン診療がその1つのきっかけになるかもしれないと思う。

佐々木 人生 100 年時代というなかで、健康を積極的に守ることが重要になっている。従来のように保健医療だけを行うのではなく、そうした部分に一歩踏み出せる素地をもっていれば、おそらくウイルスに関しても、感染予防や教育などにも関わることができただろうし、その結果、もう少し地域の混乱を抑えられたようにも思う。

〈コロナ禍からの学び〉

浅川澄一氏

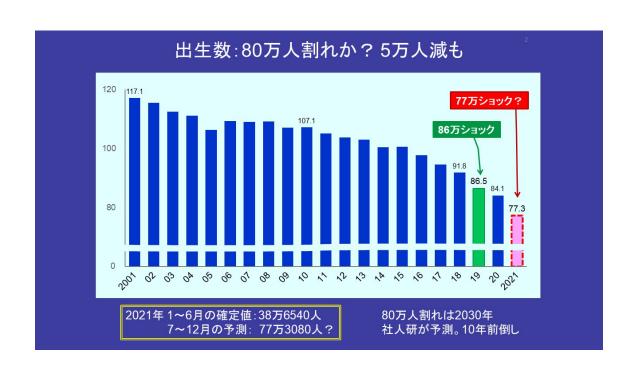
コロナ禍で、日本の医療が目指す方向の1つの答えがみえた。「医療をもう少し公の組織に組み込むこと」と「ヨーロッパの家庭医(GP)を地域包括ケアの主人公に据えること」だ。かかりつけ医という言葉は使わない。 なぜ使わないかの話もこれからしたいと思う。

コロナ禍からの学び

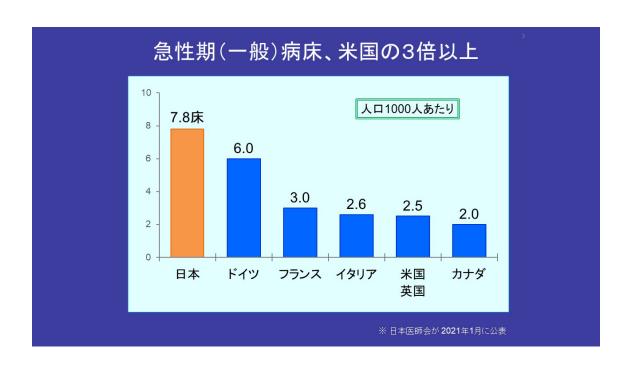
- ① 少子化を加速、女性達のストライキ
- ② ベッド数世界一なのに。「民」が8割
- ③ 死者。高齢者なら地域包括ケア、ACP
- ④ 「かかりつけ医」でなく家庭医(GP)を 「公」の自覚、コロナベッドへの転換

2021年 11月30日 ジャーナリスト 浅川 澄一

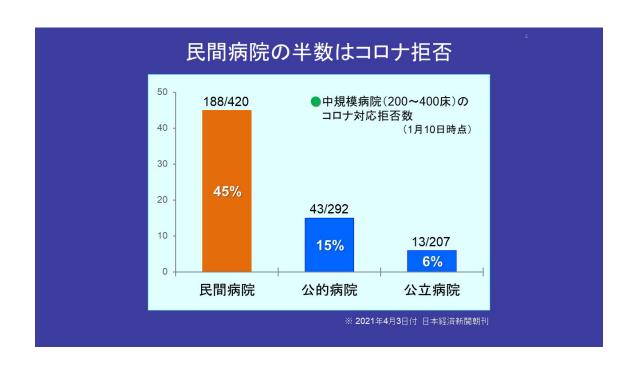
今回のコロナの一連の騒動の中で、最大の問題が一つ残ると思う。それは、非正規労働の女性たちが、 いろいろな形で職を追われ、不安な日々を過ごす中で一斉に出産ストライキに入ったということだ。



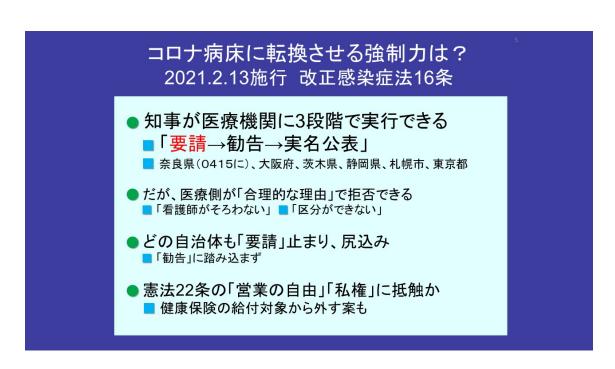
今年の出生数は、1~6 月の半年で 40 万人を割り、この後、たぶん 80 万人を割るだろうと予測されている。かつて言われた、出生数 90 万人を割る大きなショックをさらに上回る出生数の減少となるだろう。これが一番の大きな問題で、のちほどもう少しきちんと議論をしたいと思う。



今回、病床数はイギリスやアメリカの3倍以上ありながら、コロナ患者を受け入れられない医療危機に陥った。



2021 年 1 月時点で、民間病院のおよそ半数がコロナ患者を断っていた。公的病院や公立病院は組織の一環なので当然受けるのだが、それでも 90%以上ではなかったということでいえば、コロナへの対応がおかしいのではないか。



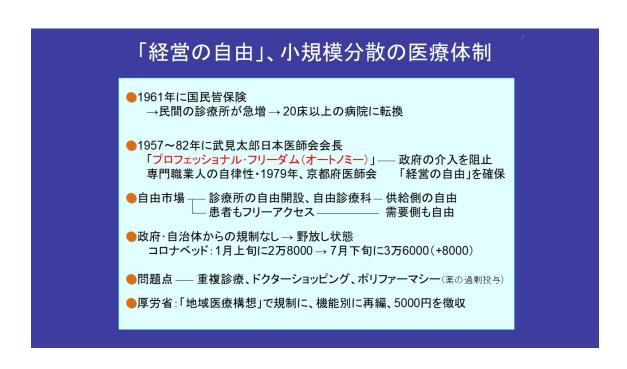
感染症法を改正し、「要請⇒勧告⇒実名公表」という 3 段階を踏んで強制的にコロナ病床に転換させる仕組みが整えられた。それでも、「看護師が不足」「導線の確保が難しい」と断られる。断ってもよいとい

う法律であったために、勧告すらもできずに、行政側は医療側の力に圧倒的に負けてしまった。

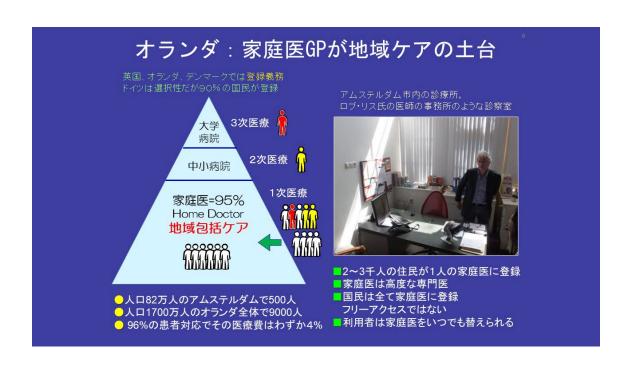
- 菅首相「医療関係者には要請しか手立てがないのが 今の制度」「緊急時への特別措置が必要」(210423会見)
- コロナ専用ベッド(全89万床のうち)
 - •2020.9 約2万6000床
 - -2021.9.15 3万9000床(約5割増)
 - ・2021.11.12 4万5000床 総合対策で発表、5%
- 病院の機能分担の計画作成: 政府→知事
 - ・スウエーデン:大学病院で1600床を500床転換
 - •ドイツ: 数百床の病院の1割を転換(210105日経)
- 医療は公共財:警察、消防、教育…と同じインフラ
 - ・宇沢弘文の「社会的共通資本」、新自由主義の終焉

90万床ある一般病床でコロナ用に転換したのは5%未満で、たくさん病床があるにもかかわらず、「うちはコロナなんかにかかわりたくない」というところが多くあった。一方、スウェーデンやドイツなどでは、日本の場合は2割しかない公的病院が多いため、命令一下でコロナ専用病床に転換し、医療危機は起きていない。

日本の今の状況は、言ってみれば新自由主義そのもので、医者が経営の自由を謳歌しているために、外からの圧力が全く通じない。本来、医療というのは、教育などと同じように公なものがあり、脇にプライベートがあればいいのだが、日本は全く逆だという構造的な問題がある。

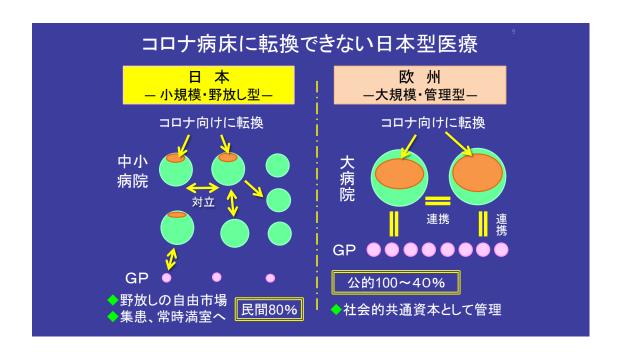


こういった経営の自由が野放しにされていたのは、日本の医師会がそれだけ強力な政党のような形で、官邸を含めて、あらゆる政治に介入してくるからだ。彼らは、自分たちはプロフェッショナル・フリーダムであるから外からの介入は受けないと言い、なかなか外からコントロールができない。こんな国は日本しかない。



先ほど、かかりつけ医という話があったように、図はオランダだが、イギリスも含めて基本的には家庭医 (GP) が 95%ぐらいの病気はすべて診てしまう。よっぽどのことでない限り、中小病院や大学病院に患者を運ば

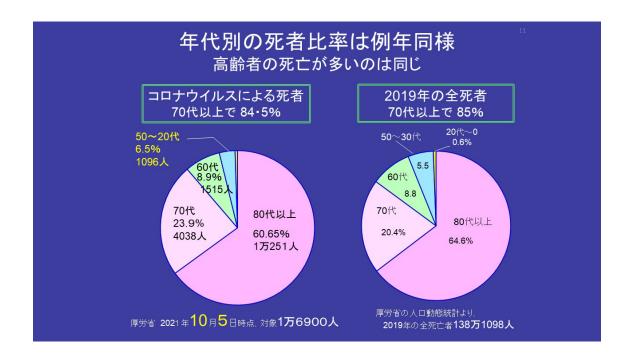
なくても完結できる。そういう体制を早くつくらなくてはいけないと思う。



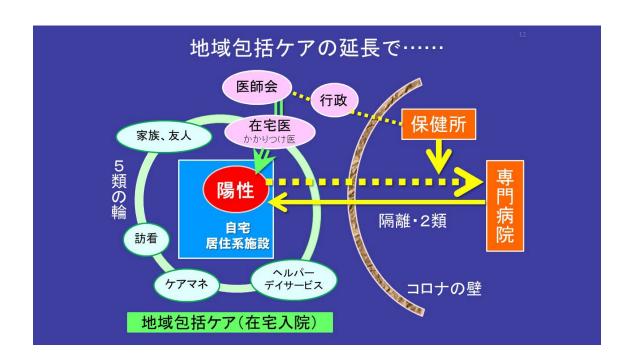
日本は個人の診療所がそのまま病院に転化したために、200 床以下の中小病院が全体の 7 割を占める一方、底辺を支える GP はいない。医療危機が起きた背景には、海外とは様相が異なる体制があるだろう。



そもそも考えてみると、アジアでのコロナの死亡者は、ヨーロッパやアメリカに比べれば非常に少ない。100万人当たりの死者を見ても日本はイギリスの 15 分の 1 ぐらいしかいない。つまり、コロナコロナと大騒ぎするテレビのワイドショーも含めて、メディアの過剰な騒ぎ過ぎに乗ってしまっているのではないかと思う。

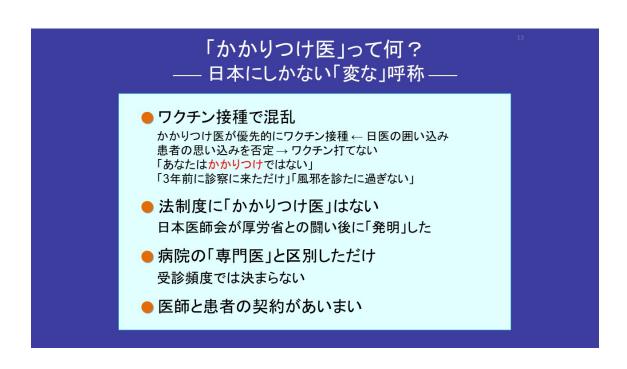


それがよくわかるのは、死亡者数の内訳だ。右の円グラフは通年、つまり 2019 年の全死者だ。なんと 70 台以上で 85%を占めているが、コロナによる死者も全く同じで、つまり、コロナでは基本的には老人が死ぬ。老人が死ぬのは当たり前であり、自然の摂理だ。老人から死んでいかなければおかしなことになるわけであって、そういう意味ではコロナも、体力が弱くなり死に向かいつつある老人から死んでいて、なんと、29 歳以下で亡くなった方は 9 月時点でたったの 25 人しかいない。それもほとんどは基礎疾患のある人だ。

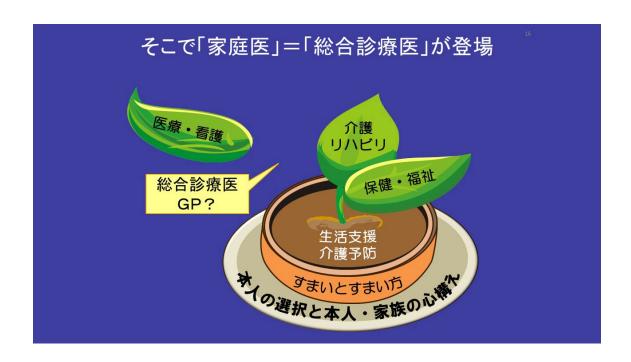


若い人が亡くならないので、基本的には高齢者の日常的な医療や介護のシステムをそのまま使えばいい。 地域包括ケアである。

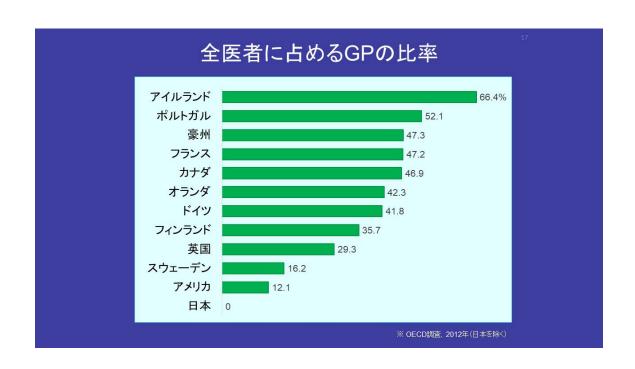
今回、コロナでは大きな壁があり、陽性患者が一旦保健所に入ると、地域包括ケアで連携していた医師や看護師、介護職が分断されてしまう。神奈川県や長野県松本市のように、医療と介護を結び付け、全体の歯車を回せていた自治体はごく一部だった。それを突破するために、2 類の輪を突破する方向になぜ向かわないのかは大きな疑問だ。



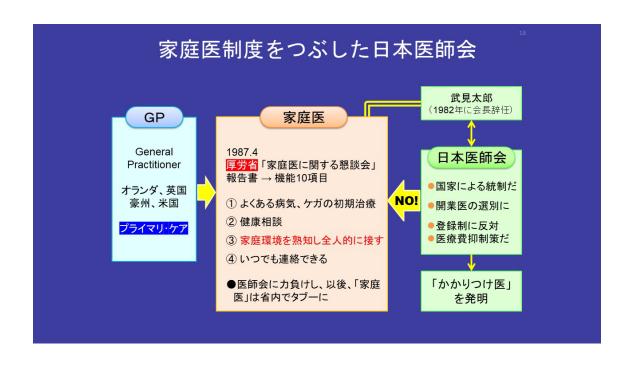
「かかりつけ医」という名称には、制度的裏付けも法律的裏付けもまったくない。



地域包括ケアは中学校区域で構成され、医療もその中に入らなければならないが、日本はフリーアクセス のため必ずしもそうなっていない。厚生労働省は今、総合診療医療をつくり、地域包括ケアに収めようとしているが、これがきちんとできれば、状況は大きく変わると思う。



OECD の調査によると、各国では全医者のこれだけを GP が占めているが、日本には制度がないため、日本はゼロとしている。



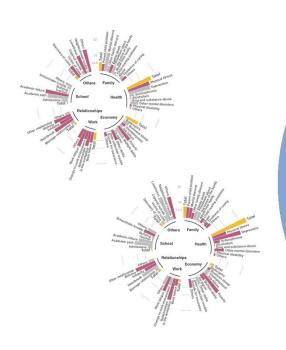
今から 30 年以上前の 1987 年、当時の厚生省が家庭医を制度化しようとしたが、最終的に日本医師会が、地域によっては自由に収入を得られなくなるとしてつぶしてしまった。その後、家庭医をわざわざつくらなくても、自分たちには同じような制度があるということで始めた"発明品"が、「かかりつけ医」である。

ワクチン接種時に、「去年この診療所を受診したので、ワクチンも打ってくれるか」と聞くと、「あなたは対象ではない」と言われることがあった。「自分はあなたのかかりつけ医だ」と名乗れる基準もない。そんな制度的に曖昧なものを「かかりつけ医」としているわけだ。医師が勝手に、「あなたは私の診療所 = かかりつけ医の患者だ」という、そんなおかしな制度で、「かかりつけ医」と皆さんが話されているのは、噴飯ものだ。

〈自死 COVID-19 パンデミックによる災害間接死〉

原田奈穂子氏

医療制度等からはかなり外れるが、私自身が精神看護と災害に携わっていることから、災害、そしてメンタルヘルスの観点からお話ししたい。



自死 COVID-19パンデミック による災害間接死

- ・自殺者数の増加
- ・女性の自殺率の増転
- ・男女:失職・貧困
- ・女性:家庭問題・精神疾患
- ・男性:孤独・失恋

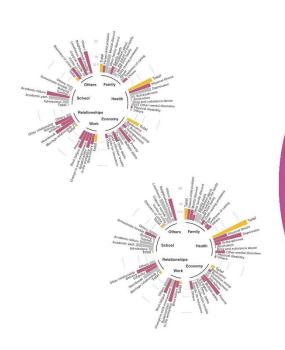
Koda, Harada他 (in process) Reasons for Suicide Before and During the Coronavirus-2019 Pandemic in Japan, 2010–2021

私たちは、COVID19の間接死の最も悲しい形態である「自死」のデータを研究している。そこで、日本における COVID19 パンデミック前後の男性と女性の死亡原因を比較し、どのような理由が超過しているのかを分析した。

一般的に、パンデミックが起きた後、自殺者数は明らかに増加すると言われている。災害時と似た傾向として、日本ではパンデミック直後、自殺率は一旦少し低下したが、その先のフェーズになると、やはり自殺は増加傾向になっている。大きな特徴は、日本の長い自殺統計史上初めて、女性の自殺率が男性を超過したことだ。

自死に至る主な理由は、男女共通のものとしては失職や貧困が挙げられるが、女性は家庭問題としての 精神科の疾患が顕著であることが明らかになった。男性は、孤独感や失恋などが挙げられる。 女性は COVID19 の流行以降、学校閉鎖や在宅勤務といったライフスタイルの変更に伴って、家庭と社会における役割が増大したと考えられる。また、男性は災害後のメンタルヘルス研究でも孤独感を非常に強くもち、社会とのつながりを保ちにくいという傾向があり、孤独感が非常に強く作用して自殺に至ることが、データから見てとれる。

では、感染状況下が長引く日本で、私たちが自死を踏みとどまる、あるいは自死に至る前に誰かに助けを求めようとした場合、どのような手段があるのか。



生きることを人が選ぶ時 に効果があること

- 家族や友人とのつながり
- やりがいのある何か
- ・自分のコミュニティへの信頼感
- ・将来の夢
- ・経済的な安定

ライフリンク自殺のリスクが高まるときの状況から一部抜粋改変

一つは、家族や友人とのつながりだ。コロナ禍で長い間、密を避けなければならず、緊急事態宣言解除後、久しぶりに家族や友人と対面で会食し、直接会って楽しい時間をもったことは、やはりメンタルヘルスに直結する。

もう一つはやりがいだ。仕事でも趣味でも、何でもいい。さまざまな制限があるなかで自分が今日、あるいは今週、何かを成し得たという達成感を得られる。今後もそんな心のもちようが必要になるフェーズが来ると思う。

自分のコミュニティへの信頼感もある。このコミュニティには、物理的に近いコミュニティだけでなく、オンラインも含まれることを忘れないでほしい。

もちろん、経済的な安定もある。最終的には経済的安定が身体的健康にもメンタルヘルスの安定にも大きくかかわっている。

苦境に立たされている方たちが、長引くコロナ状況下で、少しでも安心して生きていくことができるような社会に医療者としてかかわり続けるとき、プライマリ・ケア及び在宅ケアは最も近い位置にいるのではないかと考えている。

〈参考〉

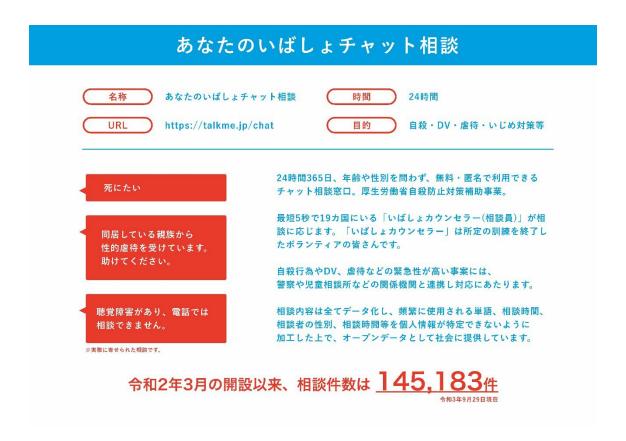
https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788496

Koda M,Harada N,Eguchi A,Nomura S,Ishida Y:Reasons for Suicide During the COVID-19 Pandemic in Japan. JAMA Netw Open. 2022;5(1):e2145870. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.45870

〈望まない孤独をなくす〉

大空幸星氏

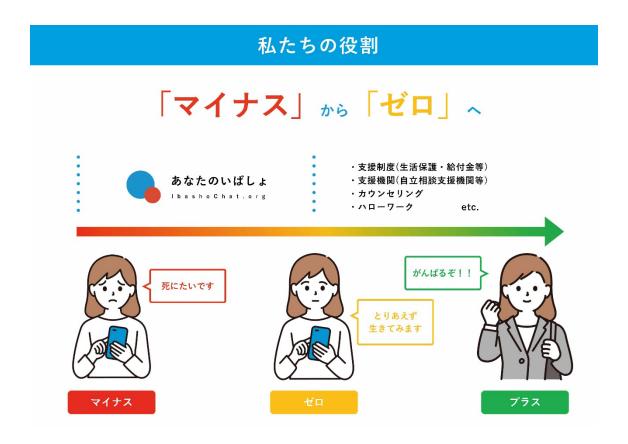
僕からは、自殺を防ぐというセーフティネットが、このコロナ下でどういう状況であったのか、そこから見えてきた課題は何かについてお話ししたい。簡単に自己紹介をすると、NPO 法人あなたのいばしょという、チャット相談を 24 時間行う窓口を運営している。今、慶應義塾大学に通う大学 4 年生で、今日は見るからに最年少かと思う。このチャット相談を通じて、自殺や孤独対策に取り組んでいる。孤独対策については、のちほど少しだけ触れたい。



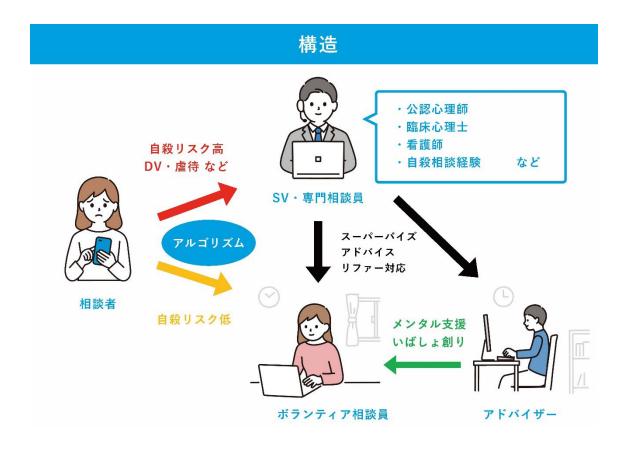
24 時間 365 日のチャット相談窓口は、厚生労働省から委託を受けるかたちで運営している。24 時間 体制のチャットや SNS の相談窓口は、日本全国で我々1 団体だけになる。 夜間の相談を受け付ける団体は、電話では、いのちの電話さんやチャイルドラインさんがあるが、チャットや SNS は我々ということになっている。

相談内容は、「自ら命を絶ちたい」が最も多い。ただ、それ以外にも毎日、例えば「親から虐待を受けてい

る」「聴覚障害や吃音があって、電話ではなかなか相談しづらい」という方から相談がある。2021 年度から、聴覚や発話に困難のある人を対象とした、日本財団の電話リレーサービスが始まっている。しかし、これは当然第三者を介すことになるため、当事者の方にとって本当に深刻な悩みを打ち明けることは非現実的だ。そうした人たちにとっても、このチャット相談は頼れる窓口だという側面がある。



私たちが行うのは、基本的には「傾聴」だ。問題解決は目指さない。今、死にたいという人の問題を解決し、仕事もみつけ、「これから一生懸命がんばっていく」というプラスの状態ではなく、とりあえず、「今日は死ぬのを止めておく」という、ゼロ、つまりフラットの状態にもっていくのが役割だ。

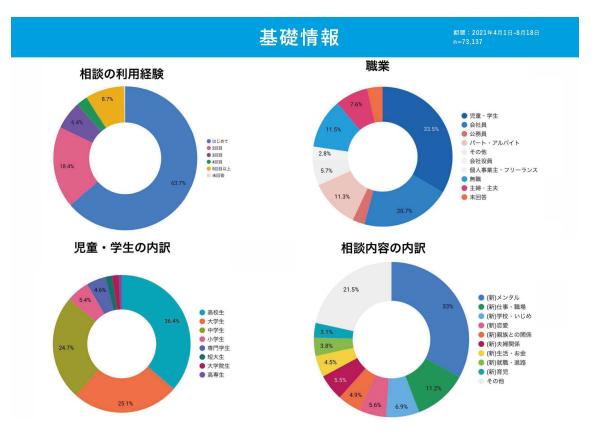


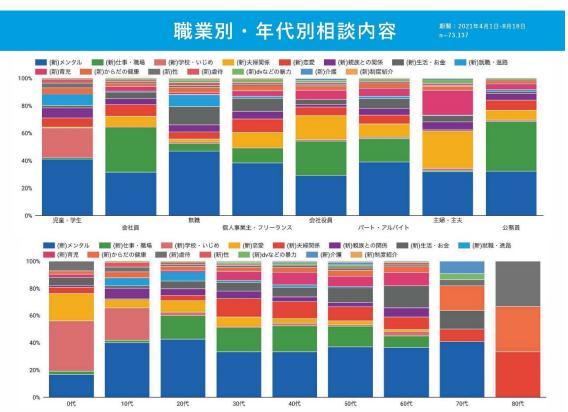
プラスの領域に関しては、さまざまな地域のリソースにつないで解決を図る。ボランティア相談員は世界中にいて、最も相談が増える日本の夜から朝方にかけては、海外に住む日本人の相談員がリモートで対応している。ボランティアの相談員が、相談者さんからの「助けて」という声を傾聴すると同時に、資格をもったスーパーバイザーや専門の相談員といった有給の職員が、このボランティアを支えている。基本的に、一般市民の力を使いながら運営している NPO だ。



コロナ禍での相談データを分析しているが、これは、日本のメンタルヘルスの貴重なローデータだと思っている。まず、性別でみると女性が 7 割を超える。女性が 7 割というのは、他の相談窓口でも同様の傾向がある。コロナ禍で女性の自殺が増えているので、女性が深刻な問題を抱えているのかもしれないが、男性が相談に来ていないというのが正しい答えだろう。「男は泣くな」という言葉もあるように、スティグマを抱えていて、なかなか来ない。男性が相談窓口を利用するのは、ロープを買った後など、最後の局面であることが多い。

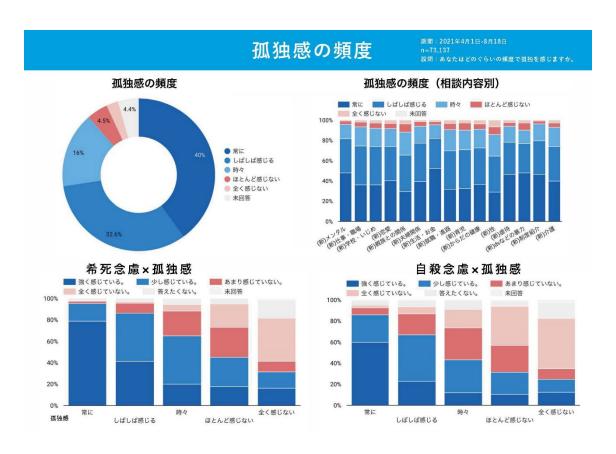
その他という方も一定数いらっしゃる。これは8割ぐらいが29歳以下の子どもや若者たちで、自らのセクシャリティに対して非常にオープンだという傾向もあると思う。

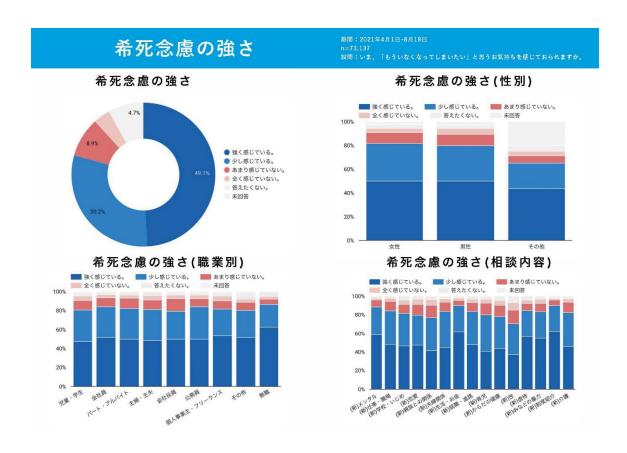


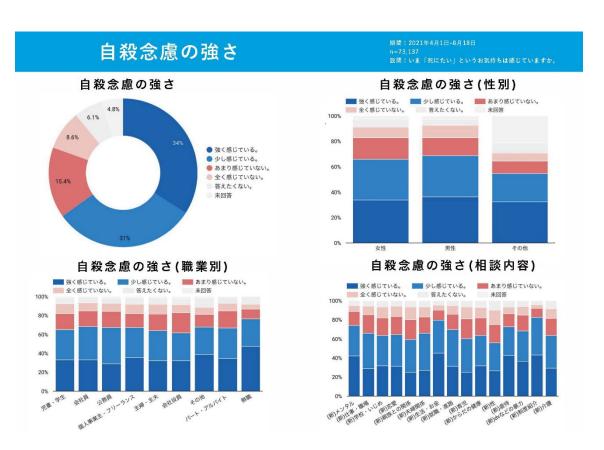


職業別や相談の内容別にも分析しているが、無職の人からの相談が深刻だ。

相談内容を「孤独感の頻度」「希死念慮の強さ」「自殺念慮の強さ」と分けており、この3つについて理由を聞くと、「経済的不安」がすべてにおいて高い。このコロナ禍で当然、仕事がみつからないという方や、バイトに入れなくなり、金銭的に厳しい状況になったという学生など、経済的に不安を抱えた方からの相談がやはり多かった。







相談窓口はパンデミック前からひっ迫している。電話相談では 1~2 割しか返答できないのが実情だ。千回かけてもつながらないという状況だったのが、このコロナでさらに相談が増えている。我々の認知度が高まったということもあるが、1 日の平均相談件数は、150 件から、9 月には 1000 件を超えた。今も、連日1000 人近い方からの相談がある。また、どんどん若年化し、子どもたちからの相談も増えている。

濁流のように相談が寄せられる。

最下流の相談窓口を拡充するだけでは

もはや追いつかない

問題を抱えて深刻化した方が相談に来られる。相談者の背景はさまざまだが、孤独感が大きい。相談窓口は、望まない孤独を抱えて苦しんでいる人たちがどんどん来ることによって、対応が追い付かなくなっている。実際に我々の応答率も、どんどん下がり続けている。時差を利用して、これまでのセーフティネットとは違う新しいアプローチで取り組んだとしても、とてもではないが、すべての相談には対応できない。

やはり「源流」へのアプローチが必要だ。より予防的な観点からのアプローチが必要だということは、コロナ禍で新しくみえてきた課題だ。これまで、「孤独死」という言葉はあったが、その後に「対策」という言葉はつかなかった。しかし、国を挙げて個人の主観的な問題である孤独に取り組もうと、2021 年2月に孤独・孤立担当大臣が設置された。

相談者の源流である孤独に向き合うために、「社会的処方」も含めた取り組みが進められている。セーフティネットを支えていくと同時に、そういった源流へのアプローチをしなければ、30 年後、50 年後、100 年後、日本のセーフティネットはもたない。自殺がどんどん増えるなかで、ますます命を絶つ人が増えるという状況が訪れるのではないかと、危機感をもっている。

■ ディスカッション②

つながりづくりには社会的処方と地域包括ケアの推進が必要

佐々木 コロナに伴う死を防ぐというと、医療従事者は感染者をいかに減らすか、いかに究明するかという話になる。一方で、経済状況の悪化によって、不況時と同様に多くの経営者が亡くなるのではないかとの懸念があった。しかし、ふたを開けてみると自殺者が多かったのは若い女性や子どもたちだった。

その状況を細かく分析されたのが原田先生、実際に援助をしているのが大空先生だ。私たちは、コロナによる死を防ぐという共通のミッションをもっている。実際、患者さんの真のニーズは孤独で、それを満たすための仮のニーズとして医療を提供しているのではないかと感じることもある。ただ、コロナ禍で健康な人への医療サービスの問題と同様、この部分もセーフティネットとしては脆弱だと感じた。

原田 佐々木先生をはじめ在宅療養の支援を行っていた先生方のなかには、単に医療的なサポートを 行うだけではなく、食料も一緒に提供されていた方々もおられた。在宅医療はこうした方々のセーフティネットとして機能したと思う。

佐々木 運よくつながった人はサポートを受けられた一方で、そうではなくてつらい思いをしている人も大勢いる。大空先生のプレゼンにあったが、コロナ前からさまざまな相談は増えていた。

大空 コロナ禍で、これまでつながりのなかった人はさらにつながるのが難しくなった。また、アクセスが悪くなったことで、これまでつながりがあった人もコミュニティにつながれなくなったこともある。

いま必要なのは、「社会的処方(Social prescribing)」だと思う。これはイギリスで地域の家庭医が、薬の処方などの医療的な処置を行うだけではなく、その人が生活を取り戻していくための手助けとして地域でのボランティア活動やサークルなどへの参加を勧める取り組みだ。政府の骨太の方針にも孤独・孤立対策として社会的処方が入っている。

イギリスにはコミュニティとつなげるリンクワーカーという仕事があるが、日本にも民生委員という仕組みがある。 民生委員については高齢化しているとの問題もあるが、若い人たちでも意欲のある人はいる。若い人にも 呼びかけながら、うまく地域のつながりづくりを進めないといけない。

また、コロナ禍で心に苦しみを抱える人が増えた結果、メンタルヘルスクリニックへのアクセスも悪くなった。ただ、社会的な注目度が低く、そこに対して投入されるリソースも少ないのが実情だ。こうした分野に力を入れていかないと、ますます命を絶つ人が増えてしまう。

原田 社会的処方は、私のような看護師や保健師、ソーシャルワーカーなど、医師でなくてもできるものだと理解している。しかし、「処方」という言葉から、医師が行うというイメージが強い。この国民の意識を変えるにはどんなアプローチが必要と考えるか。

志賀 学ぶことをやめた高齢者、もっと言うと、国会議員に居座り続けるような人は想像力が欠けている。 10 代や 20 代の女性や子どもたちが苦しんでいることを想像できない。多様なリーダーを生み出す社会と、 多様なリーダーがつくれる情報公開が必要になると思う。

草場 Social prescribing をメインテーマにしたイギリスの家庭医療の学会に参加したことがあるが、医師が処方するというよりも、ソーシャルワーカーが関わるのが当たり前になっている。一方、日本の診療所では、看護師は医師の指示に従って補助を行う存在と位置付けられており、独立した判断を行うことは想定されていない。また、目の前の患者さんに追われるあまり、社会的処方にまで目が向いていないのが現状だ。関心をもっている医師もいるが、ごく一部である。

看護師が独立した形でさまざまなプラクティスを提供できるようにするには、医師の理解が必要だ。家庭医という言葉をあえて使うが、そうした包括的に生活を診るような医師を養成していく土台がないとなかなか進まないと思う。ただ、そういう問題意識をもつ医師は少なからず増えてきており、希望の星として期待している。

武田 外国の制度をそのまま導入しようとする上手くいかないことが多い。ソーシャルサービスにつなげる社会的処方は意味がある取り組みだが、以前から厚生労働省と地域では、地域包括ケアを行ってきた。医師と多職種の上下関係、ヒエラルキーを完全になくし、フラットな関係での地域での議論を進めてきた。私や私の上司であった唐澤剛は、医師が先に話すと、みんな発言できなくなるので、「医師は最後にしゃべってほしい」と言ってきた。日本流のつながりもだんだんとつくられつつあるので、これを育てる方向で社会的処方についても上手くやっていけたらと思う。

浅川 医師のパターナリズムを壊さなくてはいけない。医療も介護も保険サービスは医師の指示がないと動けないようになっていて、これが医師の専制支配の根源となっている。ヒエラルキーを解消するには、まずは医師以外の医療関連職種の自主開業権が必要ではないか。開業できるようになることで初めて、医師と対等な関係が結べるのではないか。

佐々木 東京に出てきて 24 年経つが、東京はみんな孤独に暮らしていると思う。なかには孤独を好む人もいると思う。コンビニもあるし、何も困らない。孤独な生き方に最適化する形で都市は発達しているのではないかと思うこともある。ただ一方で、東京消防庁の救急搬送数は増えており、その増加分のすべてが後期高齢者、うち 7 割は中等症から軽症だ。

中等症から軽症の高齢の救急患者が増えた背景には、高齢独居世帯や高齢夫婦世帯の増加があると感じる。世帯統計でみると親子 4 人世帯は 5%を切っている。私が生まれたころは 17%くらいだった。日本の標準世帯が高齢単独世帯となったとき、日本のコミュニティはそういう世帯構成に最適化されているのだろうか。

最近、コミュニティナースが活動のフィールドを広げている。彼女たちは訪問看護をしないために、医師の指示を受けない代わりに、プライマリ・ヘルスケアと銘打って、コーヒー屋台をしたりしながら、コミュニティの再構築をしている。つながりをつくるには、やはり誰かがアクションを起こさなければならないし、楽しくないとつながれない。日本では今、あまり活用されていないが、ナース・プラクティショナーのような仕組みを積極的に生かしていくべきだと思った。