

2023年6月5日

ヴォルフガング・クライシャー (Wolfgang Kreisler) : 会長

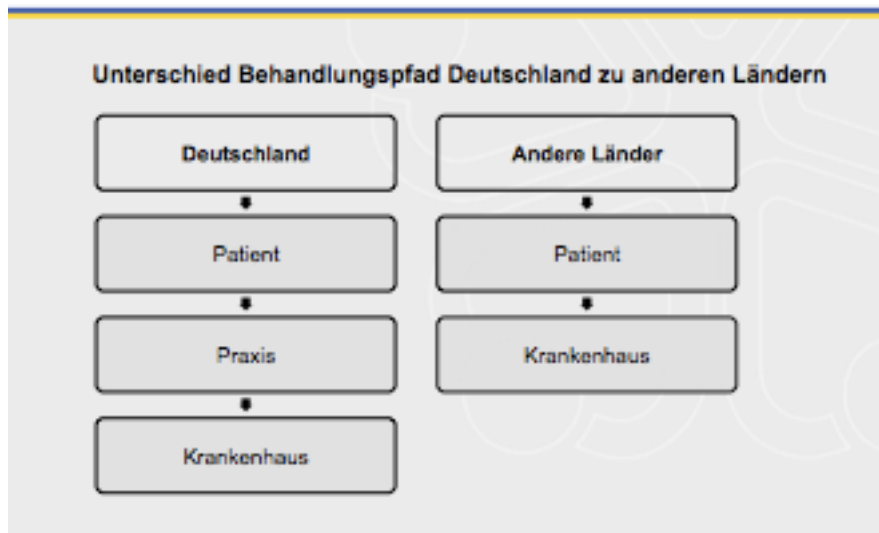
マリオ・フィリップス (Mario Phillips) : 総合医

<要約>

- ドイツ国民は、医療機関での診療が必要になれば、まず Hausarzt を受診する人が多い。
- ドイツの9割の総合医がコロナ診療に携わった。
- 入院させるべき患者を入院させることができず、在宅で診療せざるを得ないという状況は生じなかった。
- 2023年3月までに、25万人の集中治療患者が発生したが、それらが在宅医療にあふれることはなかった。
- 診療するために必要な情報は、ロベルトコッホ研究所をはじめとする政府機関から適切に提供された。
- ドイツの開業医がコロナを診療したのは、それが義務であったからではなく、それが責務であったからであり、また患者も Hausarzt を信用していたからだ。
- ドイツでは在宅死がタブー視されており、病院で死を迎えることが多い。
- Hausarzt の機能として、過疎地では妊婦も診察するが、都市部ではそれは専門医が診る。

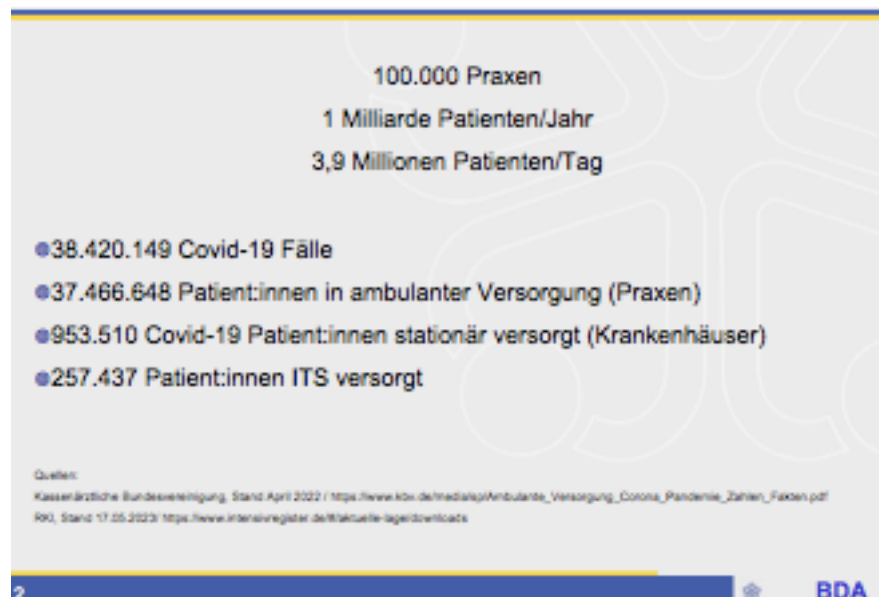
(クライシャー) ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会は1200人のメンバーを抱えている。後から皆さんが行く保険医協会や医師会は強制加入だが、こちらは任意加入制である。午前中に皆さんが訪問したビュルガーさんは私たちのメンバーである。皆さんからドイツではなぜパンデミック対応がよかったのか、というような質問をいただいた。まずスライドで体系的に説明する。まず、他国と比べ何が違ったのか。ドイツが他の全ての国と異なっていたわけではないが、Hausarzt (かかりつけ医)¹が殆んどいないという意味で対極にあるイタリアと比べてみたい。

¹ Hausarzt は“haus (家の) + “arzt (医師) “という構成をしていることから、直訳すれば「家庭医」となる。しかし、ドイツにおける Hausarzt は原則的には需要計画に基づいてかかりつけ医機能を担うことが期待された職種という意味において使われている言葉である。そのため、本稿においては「かかりつけ医」という訳語をあてる。その一方で、家庭医協会 (Hausärzteverbandes) は家庭医中心医療制度 (Hausarztzentrierte Versorgung) の促進を目指している。家庭医中心医療制度は、イギリス型の GP 制度のような登録制とゲートキーパー機能を備える制度であり、ドイツにおいてもこれを患者と医師の双方の任意の契約に基づいて選択することができる。話者がこの家庭医中心医療制度の Hausarzt と発言している場合は、「家庭医中心医療制度の Hausarzt」と訳することとする。



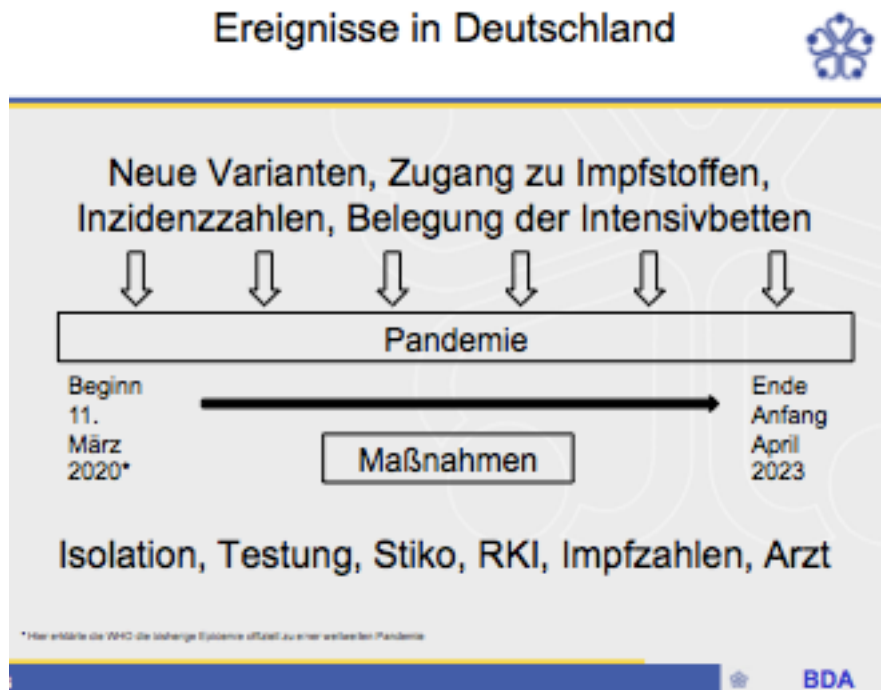
図の右がイタリアだ。病気になったら即病院に行く。イタリアでは、当初まだコロナがどんな病気なのか分からなかったこともあり、患者はマスク等の防護具をつけずに病院に行った。図の左はドイツまたはオーストリアだ。病院の前段階で診療所に行くことができる。ドイツにも直接病院に行く人はいるが、大半は自分のいつも行っている医師のところへ行く。患者が家庭中心医療制度の Hausarzt に行くのは自由意思によるものであるが、図の右のようにならないように、患者に義務づけることが望ましい。直接病院に行くと窓口払いを増やすといった方法もあるが、うまくいかないのが、他の方法で患者の流れを制御するしかない。

Eckdaten zu Covid in Deutschland seit Ausbruch 2020 bis heute



いくつかの数字を紹介する。ドイツには約 10 万の診療所がある。1 日 390 万の診療が行われている。患者と医師の接触の数は 1 年で約 10 億回になる。もし開業医がいなければ述べ 10 億人の患者が直接病院に行ったであろうことを意味する。2020 年以降現在に至るまでに 3842 万の COVID-19 が確認された。外来で診療したのが 3746 万人。病院に入院したのは約 100 万人だ。ほとんどを診療所で診たことになる。25 万 7 千人は集中治療

を受けた。他の国の数はわからないが、イタリアの入院数はこれより多かったことだろう。



ドイツでは2020年3月11日にパンデミックが始まり、公式には2023年4月初めに終わった。この間何があったか。感染者は増加する一方で防護具が足りなかったり、新しいワクチンが完成したり、病床が混んだり、新しい変異株が発生したりなど、様々な出来事があった。そういったことに対して様々な政治的・行政的決断が下された。例えば隔離や検査について、またワクチン接種に関してはSTIKO(予防接種常設委員会)が次々に新しい勧告を出した。そして様々な衛生対策も講じられた。その結果集中治療患者数は25万7千人にとどまった。外来で扱ったのは軽いケースだけではなかった。COPDや喘息の患者には定期的に酸素濃度を測定しなければならなかった。私たちは、病院に患者が行かないよう、高い障壁になっていた。ドイツは幸運なことに効果的なワクチンを手に入れることができた。接種に関しては連邦保険医協会からも話があるだろうが、50%のワクチン接種は病院ではなく診療所で行われた。診療所の他、接種センター、薬局、獣医等でも接種を行った。1週間に500万の接種を行ったこともあった。こうして病院の負担を軽減した。ドイツでは病院で感染するというケースは殆んどなかった。

(A) なぜか。

(クライチャー) 誰もが病院に行くようなことがないように、診療所の方で気をつけたからだ。



➤ PRAXEN ALS SCHUTZWALL ENTLASTUNG DER KRANKENHÄUSER

19 von 20
COVID-19-Fällen
wurden von
Niedergelassenen
behandelt.
Februar 2020 –
März 2022



Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; Stand: April 2022

私たちは良い外来制度を持っていることを誇りに思わねばならない。中国やタイ等では病院が一杯になっていると聞かすが、大きなパンデミックにならないことを願う。ドイツでは新しいパンデミックに関する法律ができ、多くのことを連邦政府が決定できるようになった。州政府や州議会がいちいち決断をしなくてもよくなった。私からの説明はこれで終わりだ。質問があればどうぞ。

(D) 病院と診療所の役割分担は上手くいっていたようだが、それでも病院で従来行っていた入院治療が影響を受けたことはあったのか。

(クライシャー) もちろん病院にも影響はあった。例えば延期可能な手術は延期した。背景には、人員が足りなかったということ、患者をリスクに曝したくなかったということがあった。

(A) ドイツは9割の総合医²がコロナ患者の診療をしたという。これは高い割合だ。日本にもイギリスにも得体の知れない病気ということから診療を拒んだ医師もいたが、ドイツではどうだったか。

(クライシャー) そういったケースもあったとは思う。ただ、一般にはそうではなかった。その逆で、パンデミックであることを信じようとせず、マスクもせずに診療する医師も何人かいた。

(C) 日本では2021年8月、35万人が重症でも入院できず在宅で治療を受けた。そういったことはなかったか。

(クライシャー) なかった。

(C) 日本では地域の開業医が重症の患者も含めてかなり診て、病院でも診たが診きれなかった。在宅で看取りもした。

(クライシャー) 酸素治療もしたのか。ドイツは病院に送った。ベッドはあったから。ドイツの病院はイタリアの患者を受け入れたりもした。先ほど示したように集中治療の患者はそれほど多くなかった。

(C) 25万人というのは多くないのか。

² 本稿では、医師の役割や性質に着目して言う場合には、「総合医」という訳語を選択する。

(クライシャー) 多くない³。危険だったのは高齢者施設でのクラスターだった。しかしながら全国どこでも起きていたというわけではなく、ちらほらあった程度だった。

(A) 高齢者施設でクラスターがあると医師が出向いたのか。

(フィリップス) ドイツでは、介護施設と特定の総合医との連携を促進する制度があり、それを適用して施設にとってのかかりつけ医としているところがある。クラスターが起きたエリアを隔離するといった管理は、担当のかかりつけ医が行った。2020 年末にワクチンがドイツに入ってきた。その後、施設に「接種の日」というものを設けて、かかりつけ医たちが診療所のスタッフたちとともに入居者に接種をしに行った。それによって次の感染の波が押し寄せた時も、ひどい状態になることはなかった。

(D) ほとんどの総合医がコロナ対応をした。そうなる感染対策をしなければならなかったはずだ。そういう助言は誰がしたのか。

(クライシャー) しっかりした情報の流れがあった。第一の情報源はロベルトコッホ研究所だった。STIKO、連邦(保健)省、連邦保険医協会、また私たち医師の職能団体も提供した。例えば何歳からワクチン接種ができるだとか、リスクの高い患者とは誰だとかの情報だ。

(D) ガイドラインがあったのか。

(クライシャー) ガイドラインというよりも、勧告が出た。ただし研究結果が揃っていない時点で勧告を出さなければならず、人々が受け入れることを難しくした。

(フィリップス) ワクチンが足りなかった頃は、これら情報や勧告に基づいて、年齢や既往症等に応じて診療所のスタッフとともに患者のリストを作りトリアージをしたこともあった。脆弱な人々を守るためにだ。

(クライシャー) 医師は自ら接種を受ける前に高齢者に接種をしていた。

(A) ほとんどの総合医がコロナ診療をしたということだが、これは罰則があったからか、使命感からだったのか。

(クライシャー) 私たちの役目だからだ。

(A) ドイツは登録制ではないけれど、訪れた人を皆診たということか。

(クライシャー) そうだ。ただし、コロナ患者とそうでない患者が混ざらないように、診療時間を分けた。

(D) そうするようにどこかから指示があったのか。

(クライシャー) 連邦保険医協会だとか、家庭医協会だとか、様々なところが勧告した。

(A) 計画配置によって全国に万遍なく総合医がいるという。日本は自由開業なので医師が都市部に偏る。

(フィリップス) 都市部の医療供給は大概良好だが、過疎地は難しい状況にある。需要計画はあっても、どこで働きたいかは医師が決断できるからだ。もう1つ重要なことがある。多くの人が家庭中心医療制度としての Hausarzt に信頼感を抱いていることだ。接種に不安を感じていた時などは、家族全員の相談窓口となった。

(C) ドイツは在宅医療があまり進んでいないような印象を持つ。信頼されている総合医は、在宅で最期まで患者を診るか。

(クライシャー) おそらく日本と社会の考え方が違うのだと思うが、ドイツでは家での死はタブーである。家族たちはよりよい医療を求めて病院に入れたがる⁴。

³ ECMO ネット (<https://crisis.ecmonet.jp/>) によれば、日本では、2023 年 3 月末までの期間に人工呼吸管理及び ECMO の延べ患者数は 1 万 1000 人程度であった。ECMO ネットが全数調査ではないことを考慮して比較しても、人口 8300 万人のドイツにおいて、同期間で 25 万人の集中治療患者が発生したことを「多くない」と評価することは、それ自体が特徴的である。その一方で、日本では 7 万 4000 人が死亡しており、集中治療を経ずに死亡した患者が多かったことを示している可能性がある。ドイツの死亡は 17 万 4000 人であり、集中治療の患者数よりは少なくなっている。

⁴ ドイツでは一般に死亡場所の約半分が病院であるとされている。複数のデータによると、在宅は 2-3 割程度である。ドイツのある地域を対象とした調査(Dasch/ Zahn)によると病院・自宅での死は減少傾向

(C) 85 歳以上になると治療計画が合わなくなるが、どうしているのか。

(H) 治療計画とは疾病管理計画のことか。

(B) ここではガイドラインのことだ。

(クライシャー) ガイドラインではないが指針はある。医師個人の裁量が大きい。

(C) 今のところは病気になったら全員病院に行きましょう、とうことなのか。

(クライシャー) 重い病気の場合はそうだ。複数の診療科に行き検査をするといったことを要求できないような患者の場合は、病院に行かせる。一度に全検査ができるからだ。

(C) 治療の可能性がないとなったらどうするのか。

(フィリップス) 高齢者施設では手続きが容易である。知的能力に問題がなければ、そして家族がいれば家族と共に、事前指示書を用意し、人工栄養や延命治療措置をしたいかを尋ねる。多くの総合医は終末期もしくは緩和医療も行う。ただしガンなどの難しいケースはそれ専門のチームが在宅でも緩和医療を提供する。

(A) 日本のような計画配置の無い自由開業医制をどう思うか。イギリスのような登録制をどう思うか。

(クライシャー) 例えば放射線医のようなドイツでは人数が少ない専門医は有意義な場所に配置すべきであろう。ドイツのような計画配置制度であろうと、イギリスやスウェーデンやデンマークのような登録制であろうと、それはどちらでもよいと思う。

(A) でもそうしたら医師は都市部に集中する。

(クライシャー) それはよくない。

(A) やはり計画はあった方がよいということか。

(クライシャー) 私が言いたいのは、計画は重要だが強制はよくないということだ。計画が全くなかったら皆シャルロテンブルク（ベルリンで人気のある区）に行ってしまう、マールツァーン（貧困層が多い区）には誰も行かないだろう。

(フィリップス) ベルリンのKV（保険医協会）も、医師が少なすぎる地域では開業促進策を講じ、医師をある程度分散させようとしている。経済的誘導で促進する。

(クライシャー) やはり自由意思が大切だ。先ほど話が出たように、信頼関係が大切だと思うからだ。

(D) かかりつけ医としての Hausarzt というのはどういう能力を持った人なのか。先ほど訪ねた Hausarzt は、小児科はしておらず、10 歳以上から 90 歳代までを診えていると言っていた。ペインクリニックを専門として神経ブロックもやっている。例えばかかりつけ医は妊婦さんも診るのか。ベースとして求められる能力が何で、サブスペシャリティーとして何ができるのか。

(クライシャー) 難しい質問だ。基礎の部分は、総合医の専門医教育規則を見ればわかる。ちなみに田舎では妊婦さんも診るが、ベルリンのような都市では診ていない。

(A) 総合医の専門医と内科専門医がかかりつけ医になった場合、診療報酬上の差はないのか。

(クライシャー) ない。

(フィリップス) 私は内科医だが、内科専門医ではなくかかりつけ医になることを決めて、かかりつけ医として開業している。私はまたリウマチの専門医でもあり、リウマ

にあり、介護施設や緩和ケア施設での死が増加傾向にある。(Dasch B, Zahn, PK.: Place of death trends and utilization of outpatient palliative care at the end of life—analysis of death certificates (2001, 2011, 2017) and pseudonymized data from selected palliative medicine consultation services (2017) in Westphalia, Germany. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: 331–8. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0124) 一方、日本では、2021 年度の人口動態調査 (https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20210&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result_back=1&tclass4val=0) の「死亡の場所」にかんする統計を確認すると、「介護医療院・介護老人保健施設」及び「老人ホーム」を合わせると 13.5%、「自宅」は 17.2%となっている。

マチの患者も診療でき、薬も処方できる。しかし、かかりつけ医として十分な数の患者を持つことが必要だ。だから介護施設の患者の診療もするし、往診もするし、大部分の患者には基礎的医療⁵を提供している。一方、数は少ないが内科専門医的な治療もできる。リウマチ専門医というのは内科の追加的な資格だ。ビュルガー医師がペイン治療もしているように、私はリウマチ治療もしている。

⁵ 総合医医療ないしはプライマリ・ケアを意味していると思われる。