

The
Economist

INTELLIGENCE
UNIT



新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

協賛



新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

目次

本報告書について	2
エグゼクティブ・サマリー	4
第1章 はじめに:新たな医療のかたち	7
既存システムの功罪	7
価値に基づく医療の重要性	8
"価値"の再定義	10
患者中心の医療とVBHC	11
異なる進化の度合い	13
第2章 PCCスコアカード	14
スコアカードの活用	14
調査結果	15
第3章 患者中心の医療：戦略と政策のギャップ	19
さらなる具体策の必要性	19
変化を妨げる要因	21
囲み記事：共同意思決定（SDM）の定義と影響	23
第4章 既存医療システムの最適化に向けて	26
既存プロセス見直しの必要性	26
診療記録開示の重要性	26
PCC実現に向けた道のり	27
囲み記事：Humana - 既存の枠組みを超えたPCC実現への取り組み	29
第5章 喫緊の課題：評価指標の確立とデータ収集	31
PROMが直面する課題	31
RREM・PCOM：新たな評価指標の広まり	33
囲み記事：患者の嗜好調査と医薬開発 - 真のエンゲージメント実現に向けて	33
データが持つ価値	34
第6章 中国がもたらす教訓：患者不在のPCC推進？	36
求められる取り組み	36
中国がもたらす教訓	36
患者不在の改革	37
第7章 患者と患者コミュニティの連携に向けて	40
異なる役割	40
アドボカシーの問題：AIDSと“てんかん”患者グループの経験	41
戦略の必要性	42
おわりに 患者中心の医療実現に向けた鍵	44

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

本報告書について

『新たなパートナーシップの創造に向けて：患者の価値・患者中心のアプローチが医療にもたらす影響』は、グローバル・バイオフーマ企業 UCB による協賛の下、ザ・エコノミスト・インテリジェンス・ユニット（The Economist Intelligence Unit = EIU）が作成した報告書である。本報告書の中で示される調査結果や見解は EIU 独自のものであり、必ずしも協賛企業の見方を反映するものではない。

世界各国の既存医療体制は、家父長主義的な価値観と医療提供者中心の考え方が主流となってきた。しかし近年、医療財政の逼迫などの流れを背景とし、“患者中心の医療”（patient-centred-care = PCC）という革新的概念が注目を集めつつある。本報告書では、世界の高所得・中所得国 9 カ国（ブラジル・中国・フランス・ドイツ・イタリア・日本・スペイン・英国・米国）を対象に、PCC の実現に向けた鍵となる様々な要因について検証する。

報告書の作成にあたっては、様々な専門的調査が行われた。プロジェクトの中核となったのは、“PCC スコアカード”の作成だ。EIU Healthcare によって作成された同スコアカードは、対象国の主要領域でのパフォーマンスを評価するために 26 のデータポイントを活用し、PCC 実現に向けた取り組みの現状を評価するものだ。また今回は 45 の患者グループやその他ステークホルダーのアンケート調査も行われている。同調査は、てんかん・HVI/AIDS・精神疾患・骨粗しょう症・乾癬の 5 つの疾患領域で活動するグループを対象とした。

本報告書の調査では、患者グループやシンクタンク、大学の専門家で構成される諮問委員会のインプットも重要な役割を果たした。本プロジェクトの一環として設立された同委員会のミーティングは、2018 年 5 月 17 日にロンドンで開催され、その知見は優先すべき調査テーマの特定やスコアカード・アンケート調査の内容に反映されている。EIU は患者グループ・医師・大学研究者・保険者・政策専門家 13 名への詳細にわたる聞き取り調査も実施し、各専門領域における取り組みの現状や課題について様々な知見を得た。また今回の調査にあたっては、EIU Healthcare による広範な文献レビューも行われている。

今回ご協力をいただいた下記の専門家（姓のアルファベット順に記載）には、この場を借りて感謝の意を表したい：

諮問委員会

- 英国 NCD Alliance 政策研究担当マネジャー Jessica Beagley
- ベルギー ヨーロッパ患者フォーラム 理事長 Nicola Bedlington
- 米国 医療評議会 CEO Marc Boutin

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

- 英国 オックスフォード大学 公衆衛生学部 シニア・リサーチ・サイエンティスト Angela Coulter
- 英国 ピッカー・インスティテュート・ヨーロッパ CEO Chris Graham（聞き取り調査にも参加）
- 米国 Planetree 国際ビジネス開発担当シニアディレクター Karin Jay
- リトアニア がん患者連盟 理事長 Šarūnas Narbutas

聞き取り調査

- 米国 患者擁護基金 CEO Alan Balch
- 米国 Humana 最高医療責任者（CMO）Roy Beveridge
- ドイツ AOK Hessen 代表取締役 Isabella Erb-Herrmann
- 中国 北京大学国家発展研究院 公共衛生学院 ディレクター Gordon Liu
- 米国 デューク大学 経営・医療・健康政策担当教授 Mark McClellan
- 米国 AIDS United 政策・アドボカシー担当ヴァイスプレジデント William McColl
- 英国 Granta Medical Practices 総合診療医 CEO James Morrow
- ドイツ 医療経済・医療管理研究所 医療経済・医療管理担当教授 Axel Mühlbacher
- 日本 NPO 法人 ASrid 創設者・理事長 西村由希子
- 米国 医療評議会 シニアヴァイスプレジデント Eleanor Perfetto
- 英国 国際患者団体連盟 CEO Kawaldip Sehmi
- イタリア イタリアてんかん連盟 最高科学責任者（CSO）Francesca Sofia

本報告書の執筆は Paul Kielstra、編集は Elizabeth Sukkar、PCC スコアカードの作成・アンケート調査は EIU Healthcare の Anelia Boshnakova、Alan Lovell、Anisiah Shazlin、Samyukta Balsubramani が担当した

2019年2月

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

エグゼクティブ・サマリー

全ての医療は患者のニーズ・嗜好・価値観を尊重するべきである。しかし世界各国の医療システムは、一見単純に見えるこの考えを依然として実践に移せずにいる。治療は、伝統的に医療従事者の意向やサービスの有無などを中心に患者に提供されてきた。こうした医療制度が、長年にわたり、健康・寿命の向上に大きく貢献してきたことは言うまでもない。しかし過去数十年、社会的変化やテクノロジーの進化、保険財政の逼迫などを背景に、医療を取り巻く環境が大きく変わりつつあり、医療者・患者間の情報格差が是正されてきたことによる、患者ニーズの多様化、医療者が持つ社会的権威の低下といった新たな流れも生じている。つまり、医療のあり方を根本的に見直す必要性が高まっているのだ。

こうした背景の下で生まれてきたのは、治療行為そのものよりもアウトカム(成果)を重視する、“価値に基づく医療”(value-based healthcare = VBHC)へのシフトという政策トレンドだ。そしてここで言う“価値”の定義に、(治療結果だけでなく)患者の価値観・意向も含めるというアプローチが推進されている。しかし本報告書では、“patient value”(患者視点の価値)という言葉さをさらに踏み込んだ意味合いで使っている。治療結果を患者にとって価値を持つものにすることでなく、何が重要なのかという価値判断自体を患者主導で行うべきだと考えるからだ。

こうした価値観に基づく医療では、医療従事者・予算が意思決定のベースとならない。患者の存在を軸に据え、個々の病という枠組みを超え、患者の総合的な健康状態を考慮に入れながら医療サービスを提供する必要がある。ここからさらに踏み込んだ考え方が、クリニカルパス(患者状態と診療行為の目標、および評価・記録を含む標準診療計画)や治療法の決定など、様々な側面で患者が積極的に意思決定に関わる“患者中心の医療”(patient-centred care = PCC)だ。

PCC実現のためには文化・組織面で大きな変革が必要となる。しかしそれによって、従来の医療のあり方やその利点が根底から覆されるわけではない。効果的サービスの提供に医療者が果たす役割、そして治療の進歩に専門家が果たす役割は依然として重要だからだ。PCCは“医者が全能である”という考え方から、“医療者・患者、各々が、医療の決断において重要な知見を持っている”という考え方へのシフトと捉えるべきだろう。患者価値の最大化を目指すPCCの取り組みは、すでに多くの国々で始まっている。しかし変化のスピードは国や分野によってそれぞれに異なるのが実状だ。

ザ・エコノミスト・インテリジェンス・ユニット(EIU)は、現在の取り組みやその将来的示唆を検証するため、PCCスコアカード(patient-centred care scorecard)を作成した。これはブラジル・中国・フランス・ドイツ・イタリア・日本・スペイン・英国・米国の9カ国を対象に、PCCの実現に向けた取り組みを様々な基準で評価したものだ。また本報告書の

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

作成にあたっては、13名の専門家への聞き取り調査、45の患者グループ・その他ステークホルダーへのアンケート調査、主要諮問機関との意見交換、デスクリサーチも行われた。

今回の調査で明らかとなった主要な論点は以下の通り：

“患者中心の医療”実現に向けた取り組みは依然として道半ば

PCCスコアカードは、患者中心の医療に欠かせない主要な要因を対象国別に評価するもので、11の指標と26の準指標で構成される4つのカテゴリー（“政策の有無”・“全般的な医療サービス体制”・“PCCに基づく医療の提供”・“医療システムにおける患者・患者グループの役割”）を対象に分析が行われた。これらの指標はその性質上、高得点を獲得することは難しくはない。したがって全指標で高スコアを獲得したとしても、それは（PCCの完全なる実現ではなく）PCC推進に向けた基礎が整っていることを示すものだ。とはいえ9つの対象国は少なくとも1つ低スコアのカテゴリーがあり、全体的に中程度あるいは低調なパフォーマンスが最も一般的なものだった。つまり対象国の多くは、PCC推進に向けた基礎が整っていない状態にあるということだ。最も良好な成績を残した英国でも、取り組みの進展には分野ごとの差が見られた。

多くの国は“患者中心の医療”の実現を目指しているが、政策レベルの取り組みは進んでいない

全ての調査対象国は、PCCへの転換に向けた戦略を掲げており、その多くは患者の権利宣言を公表している。しかしPCC導入に欠かせない多くの分野では、政策が大きな影響力を持っているにも関わらず、必ずしも取り組みの進展が見られない。例えば、“共同意思決定”（shared decision-making = SDM）推進に向けた政策を進める国は半数以下で、意思決定支援の仕組みを設けている国はさらに少ない。出来高払い（fee-for-service）から価値ベースの診療報酬制度への移行が広く実現されている国も、9カ国中わずか4カ国だ。また8カ国では、PCCに関する研修が医療教育の一環として行われているものの、取り組みが限定的だ。注目すべきは、上記の項目に関する評価が全項目の平均値を大きく上回っていたことだ。この結果は、PCC推進の取り組みが遅々として進まない現状を浮き彫りにしている。

政策分野以外の取り組みはさらに遅れている

今回の調査によると、対象国では患者の視点をより重視する形でケアが行われている。例えば多くの国では、総合医・かかりつけ医の診療予約が以前よりも容易になっている。診療記録の開示が法的に義務付けられている国も9カ国中7カ国を占めた。しかし個別化医療・統合医療の実施に関する平均スコアが低レベルにとどまるなど、全体としての取り組みは進んでいない。平均診療時間が15分を上回る国はわずか2カ国（フランス・米国）。スコア算出の際に代理変数として用いた5つの疾患全てで、統合医療のガイドラインが定められている国も英国だけだった。多くの国では診療記録の開示が未だ限定的である。

真に“患者中心の医療”を実現するためには、治療という枠組みを超えた取り組みが必要だ

取り組みの遅れが目立つ現状を考えれば、健康の社会的決定要因を考慮に入れた医療の実現に

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

はさらに長い時間がかかるだろう。しかし米国では、保険会社の多くがこの問題の重要性を認識し、一定の取り組みを進めている。米国の保険会社 Humana が関連組織と連携して実施する食糧貧困・社会的孤立解消プログラムは、今後の医療のあるべき姿を示す一例だ。

現場レベルではアウトカム評価がほとんど行われていない

今回の調査で、患者グループの回答者が PCC 実現に向けた最重要事項として挙げたのは、アウトカム重視のアプローチだ。アウトカムの達成を確認するためには、用いる基準を決め、評価を行う必要があるが、こうしたアプローチは今のところ定着しているとは言えない。唯一、英国だけが患者報告アウトカム指標（patient-reported outcomes measure = PROM）が広く活用されている国だ。しかし同国でも PROM の適用分野は減少しつつある。患者報告経験指標（patient-reported experience measure）や患者中心アウトカム指標（patient-centred outcome measure）など、治療結果という枠組みを超えた指標を作成する試みは見られるが、必ずしも活用は進んでいない。患者嗜好調査についても状況は同じだ。ここで重要となるのは、単に評価を始めることではない。重要なデータを有効活用するためには、研修・ワークフロー・経済的インセンティブなど様々な側面で改革を進める必要があるだろう。健康管理デバイスや家庭用健康機器などで収集された患者データの活用についても、同様の対応が求められる。

患者エンゲージメントが進まない現状は、PCC 推進の足かせになる恐れがある

スコアカード調査の結果と、対象国政府が PCC を重視する度合いには一定の相関関係が見られる。しかし、スコアが最も低い国の 1 つ中国は例外的な存在だ。同国は 1997 年以来 PCC を優先政策課題に掲げ、過去数十年にわたって医療改革に投資を行ってきたが、患者中心の医療は実現されていない。その一因は、患者の価値観重視を謳いながら、患者の関与なしに進められている改革のあり方だ。患者によるプライマリケアへの関心の低さや医療者に対する反感も、改革が患者不在で進められていることの証左だろう。

患者エンゲージメントはあらゆる疾病領域で推進する必要がある

PCC 実現に向けた取り組みの進展度は疾患領域によって異なる。例えば HIV・AIDS の領域では、比較的早い時期から医療者・患者間の対話が進んでいる。しかし他の領域（例：イタリアにおけるてんかん治療）には、依然として数多くの障害があり、患者エンゲージメントは広まっていない。こうした現状の打破に必要なのは、治療プロセスでより積極的な役割を果たそうとする患者の意思だ。多くの患者コミュニティが、様々な疾病領域で同じ戦いを繰り返すような状況は回避しなければならない。そのためには、患者・医療者が連携して治療計画を共創できる土壌作りを進める必要がある。また決定支援や共同意思決定（SDM）など、両者の連携に役立つ支援ツール・プロセスの普及を促す取り組みも不可欠だ。

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

第1章

はじめに：新たな医療のかたち

既存システムの功罪

古代ギリシャの哲学者ヒポクラテスが、医師の倫理・任務についてギリシャ神に宣誓した『ヒポクラテスの誓い』。現代人がこれを読んでまず気づくのは、患者という視点が奇妙なほどに欠落していることだ。新任医師が神と同僚への忠誠を誓った上で、「最大限の能力・判断力」を以って病人を救うと宣言をする。しかし患者に耳を傾けるということはおろか、患者が治療に何を望むのかについては一切言及がない¹。患者はあくまでも治療対象であり、自立したステークホルダー・パートナーとは考えられていなかったのだ。

現代医療でこの宣誓が歴史文書以上の価値を持つことはないが、行間ににじみ出る家父長主義的な価値観は少なからず残っている。患者の視点の重要性が叫ばれるようになったのはつい最近のことだ。患者の権利確立の先駆的存在である米国でさえ、“インフォームド・コンセント”という言葉が使われ始めたのは1957年の医療過誤裁判でのことだ²。そしてさらに急進的な患者の自主性という概念が市民権を得たのは、1979年にThomas BeauchampとJames Childressの先駆的な著作『生命医学倫理（The Principles of Biomedical Ethics）』が出版されて以降のことだ。この概念はピッカー・インスティテュート（Picker Institute）の努力により、1987年になってようやく“患者中心の医療”（PCC）という考え方に進化を遂げる³。インターネットの情報を元に患者が医師と話し合うというアプローチが世界各国の医師会に受け入れられたのも、たった15年前のことだ。

今世紀に入っても、家父長主義的な医療慣行は依然として根強く残っている。例えば日本では、多くの医師が2005年になっても（大半の患者の意思に反して）がんの診断情報を患者に公開していなかった⁴。またオーストラリアのビクトリア州では、2011年になっても電気ショック療法が（場合によっては患者の意向に反し、法的根拠のない形で）幅広く利用されていた⁵。基本的コミュニケーションの不在がもたらす同様の事例は、新興国でも数多く見られる。例えば2008年にブラジルで実施された調査では、アルツハイマー型認知症を患者に告知する専門医が全体の半数を下回った⁶。また2018年に中国で行われたある調査によると、がん患者の半数以上が化学療法を開始するまで病名を知らなかったと回答している⁷。

こうした事例は決して例外的存在ではない。Humanaの最高医学責任者（CMO）を務め、腫瘍学分野で20年以上の経験を持つRoy Beveridge氏によると、家父長主義的な価値観を擁護する医療者はほとんどいないものの、その名残は今も根強く残っている。「医療の世界では“医大を出ているから、患者にベストな治療法はわかっている”という考え方が未だに蔓延している。例えば現代に入っても“患者が治療指示に従わなかった”といった表現が普通に使われている」という。患者が指示に従わないのは、根拠のない反抗心からではなく、全く

1. Hippocrates, The Oath, Loeb Classic Library.
2. Dennis J Mazur, "Influence of the law on risk and informed consent," BMJ, 2003.
3. <https://www.picker.org/about-us/picker-principles-of-person-centred-care/>
4. H Miyata et al. "Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and prognosis: to tell or not to tell?" Journal of Medical Ethics, 2005.
5. "Mental health care inquiry," The Age, September 6th 2011.
6. Irina Raicher et al, "Alzheimer's disease diagnosis disclosure in Brazil: a survey of specialized physicians' current practice and attitudes," International Psychogeriatrics, 2008.
7. Yuxiu Liu et al, "Disclosure of cancer diagnosis in China," Cancer Management and Research, 2018.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

異なった視点を持っているからだ。医師・患者の思考傾向を検証した 46 の論文を元に作成された 2013 年の研究レビューによると、両者の考え方には大きな違いが見られるという⁸。特に目立つのは、“全能感”を持つ医師と“自分が常に正しい”と考える患者の対立だ。

価値に基づく医療の重要性

ここまで、根強く残る家父長主義的な価値観と、その現代的な意味合いについて検証してきた。しかし、これはあくまでも複雑な全体像の一部に過ぎない。米国医療評議会（National Health Council）のシニアヴァイスプレジデント Eleanor Peretto 氏によると、「家父長主義的な側面は未だに見られるが、価値観は確実に変化しつつある」という。今回聞き取り調査を行なった専門家の多くは、（程度の差はあるものの）概ねこの見方に同意している。この変化は、医療の目的・提供アプローチという分野で過去数十年に生じてきた大きな価値転換を反映するものだ。

純粋な医療という側面から考えれば、この変化は決して不可避なものではない。提供者主導の医療システムは、（数々の問題があるにせよ）これまで健康環境の向上に重要な役割を果たしてきたからだ。世界の多くの国で、過去 1 世紀半以上にわたり平均寿命が伸びていることは、既存医療が有効に機能してきたことを物語っている⁹。

しかし、数十年前から近年にかけて生じた様々な社会的・経済的トレンドを背景に、今大きな変化の波が訪れている。特に注目しているのは 7 つのトレンドだ。

- 多くの国々で発生した人権運動が患者に大きな影響をもたらしている
- テクノロジー革命を背景に消費者市場の利便性が向上する中、医療のあらゆる分野で患者の期待値が高まっている
- 急性疾患・伝染性疾患中心の医療から、継続的・統合的なケアを必要とする慢性疾患への重点シフトが進んでいる
- 慢性疾患を数年以上にわたって経験し、豊富な専門知識を備えた患者が増加している
- インターネットの普及などを背景に、疾患やその治療法、患者の経験といった情報へのアクセスが向上している
- テクノロジーの進化により、測定・評価可能な健康アウトカムが増加している
- 財政問題を背景とした医療費削減圧力の高まりにより、治療上の意思決定をめぐる保険者の影響力が高まっている

こうしたトレンドを背景に、情報非対称性の解消や医療者の社会的権威の低下が進んでおり、医療提供者を軸とする制度の財政的持続可能性が疑問視されている。これまで様々な形でメリットをもたらしてきた医療のあり方は、現代の経済的・社会的環境にそぐわなくなっているのだ。

8. Axel Mühlbacher and Christin Juhnke "Patient Preferences Versus Physicians' Judgement: Does it Make a Difference in Healthcare Decision Making?" Applied Health Economic and Health Policy, 2013.

9. Jim Oeppen and James Vaupel, "Broken Limits to Life Expectancy," Science, 2002.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

ただしここで留意すべきは、新たな仕組みが既存制度と同様、あるいはそれ以上に効果的な医療を実現しなければならないという点だ。英国で国民保険サービス（NHS）の総合診療医（GP）を務める James Morrow 氏によると、現在直面する問題は医療従事者の権限を縮小し、患者に移譲すれば解消するというほど単純なものではない。慢性疾患を抱える患者の多くは「自分の病気について豊富な専門知識を持っている。そして医師は彼らの治療や症状管理をサポートする存在だ。しかし消費者中心の考え方を医療へむやみに持ち込めば、薬の誤用や見当違いのリサーチ、（エビデンスではなく）感情に基づいた治療方針の決定など、望ましくない結果を招く恐れがある。バランスの取れたアプローチが必要だ」と同氏は指摘する。治療の選択肢や優先度を判断する際に — また最低でも何が可能な選択肢なのかを考える際に — 医療者が重要な役割を果たすことは確かだろう。

また医療者が、患者の選択肢拡大という名目で倫理的・法的責任を放棄できるわけではない。ドイツの保険会社 AOK Hessen 代表取締役の Isabella Erb-Herrmann 氏によると、知識豊富な患者が未承認の革新的治療法を試すといったケースでは、法的問題が起こりやすいという。「患者中心の医療は、患者を保護するものでなければならない。これは本当に難しい問題だ。」また Morrow 氏も「患者とのパートナーシップが誤った形で実践されれば、医療過失責任を問う訴訟につながりかねないため、患者にとって重要で必要なことを優先するよりも訴訟回避を優先した治療が行われる恐れがある」と指摘する。この問題を考える上で鍵となるのは、“患者の価値”と“患者中心の医療”という2つ密接に関連する概念だ。これら2つの言葉の定義は依然として確立されていないが、本報告書ではこれらの言葉を用いることにする。

近年“価値に基づく医療”（value-based healthcare = VBHC）をめぐって行われている論争は、“患者の価値”と“患者中心の医療”にも影響を与えている。VBHC は医療の評価軸を診療・手術の回数などのインプットから“価値”にシフトするという考え方だ。ここでいう“価値”は、診療アウトカム（成果）をコストで割ったものと定義されている。つまり治療行為の量よりもその成果が重要になるのだ¹⁰。VBHC への移行で期待されるのは、アウトカムの向上だけではない。無駄を減らし、医療コストを削減することが究極的な狙いだ。そしてこのアプローチを活用すれば、患者と保険者の影響力を高めることにもつながるだろう。

VBHC が様々な側面で診療アウトカムを向上させることは、数多くの研究で証明されている。費用対効果という意味ではその有効性にばらつきがみられるものの¹¹、これは複数のアプローチの存在や初期投資、新たなプロセスへの習熟期間といった要因が影響を与えている可能性が高い。120 の保険者を対象に最近米国で実施された調査によると、近年には経済的メリットも確認され始めている。VBHC を導入した医療機関では、昨年の医療費が 5.6% 削減されたという¹²。新たな取り組みにつきものの課題はあるが、VBHC は米国・英国・日本・スペイン（一部地域）など様々な国の政策目標に掲げられており、医療改革の手段として大きな注目を浴びているのだ¹³。

10. VBHC を初めて議論・提唱したのは：
Michael Porter and Elizabeth Teisberg,
Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results, 2006.

11. Lawton Burns and Mark Pauly,
“Transformation of the Health Care Industry: Curb Your Enthusiasm?”
Millbank Quarterly, 2018; David Bailey,
“Value-Based Care Alone Won’t Reduce Health Spending and Improve Patient Outcomes,” Harvard Business Review, 2017.

12. ORC International, Finding the Value in Value Based Care, 2018.

13. VBHC に関する議論と各国の現状については EIU の特設ページを参照。

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

“価値”の再定義

VBHC が抱える問題は“価値”をどのように、そして誰が定義するかだ。この点については今も活発な議論が行われている。英国など国民皆保険制度の国々で見られる定義の1つは、“国民全体の健康向上に向け、限りあるリソースを（疾患分野・地域間で）最も効果的に分配すること”だ。しかし医療者の観点から見れば、この定義は医療効率化の基本原則に過ぎない¹⁴。

一方、VBHC の支持者は、“患者が重視するアウトカムを実現すること”という定義を提唱している。しかし、一見この定義に則ったアウトカムを選択しているようでも、患者の意向が実際に反映されていない場合がある。米国患者擁護基金（National Patient Advocate Foundation）の CEO Alan Balch 氏によると、「米国では、“価値”という言葉が何を意味するのか、患者のため“価値”をいかに実現すべきかを十分理解しないまま VBHC が推進されてきた。現在、医療システム全体がこの点について見直しを図っている」という。

患者が政策上の意思決定に何らかの形で関与するケースもある。しかし、米国や他の国々で患者が VBHC 推進に果たした役割は不明な点も多い¹⁵。ドイツの医療経済・医療管理研究所（the Institut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement）の Axel Mühlbacher 教授は、こうした現状に批判的だ。

「患者不在で“価値”を定義することなどできない。患者の視点に沿った定義を、患者以外が考えることはできないからだ。我々は医療者・患者間の情報非対称性を考慮に入れ、意思決定の一部を国に任せてきた。しかし国は、患者の声を反映する代わりに自らの価値判断で意思決定を行っている。民主主義と独裁主義を取り違えるべきではない」と同氏は指摘する。この点については Perfetto 氏も同意し、“価値”という言葉はどう定義するにせよ「患者の意向を重視し、彼らが望む目標の達成を支援するものでなければならない」という見方を示している。こうした現状を反映するため、本報告書では患者の価値（あるいは価値一般）を“患者にとって重要なだけでなく、患者自身が選択したアウトカムに基づくもの”と定義することにする。

この新たな定義が VBHC にもたらす影響は、アウトカムの評価にとどまらない。特に次の3点が、当該レポートの議論において極めて重要だ。まず1つ目は、“患者の価値を反映したアウトカム”という概念に、治療結果だけでなく患者体験という新たな要因が含まれる点だ。Balch 氏は、「移動コストや介護者の負担、仕事との両立など、治療法によって影響の出方や度合いは様々だ。倫理的観点から治療法が1つしかない場合でも、より幅広いケアという側面で患者体験を個別化できる可能性はある」と指摘する。

2つ目は、アウトカムという言葉の意味合いが伝統的なそれをはるかに凌駕することだ。例えば米国医療評議会（National Health Council）は、診療アウトカムだけでなく個人的環境・治療法選択の際の人生目標も重視し、“患者が考慮すべき3つの要因”（patient trifecta）として提唱している¹⁶。

14. 価値の概念に関する議論については：
Muir Gray et al, How to Get Better Value Healthcare, 2017.

15. Eleanor Perfetto et al, “Value to Whom? The Patient Voice in the Value Discussion,” Value in Health, 2017.

16. Marc Boutin, “The Patient Trifecta: A Basis for a Truly Patient-Centric Health System,” American Journal of Pharmacy Benefits, 2015

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

3つ目は、個々の患者にとって意味のある（望ましい）アウトカムが大きく異なる可能性だ。例えば Humana の Beveridge 氏によると、「70 才に達した患者の多くが望むのは、マラソン大会に出場して完走することではなく、孫の結婚式まで元気であることだ。」もたらされる副作用は治療法によって異なるため、似たような病気を抱えていても、目指す目標に応じてベストの選択肢が変わる可能性もある。

Morrow 氏によると、この問題はこれまで個人差の解消を重視してきた医療のあり方に大きな波紋を投げかけている。「治療へのアクセス、治療技術の反映としてのアウトカムといった面で生じる個人差は解消されなければならない。しかし選択肢という意味での個人差は別問題だ。国が全てを管理するような医療のあり方を避けると同時に、賢明な判断に見えなくても、意味を理解している限りは患者の意志を尊重するというアプローチも考える必要がある」という見方を示している。

患者中心の医療と VBHC

VBHC は医療提供のあり方を根底から変えることを目指している。治療行為そのものよりもアウトカムを重視することで、患者を軸とした医療を実現するというのがその狙いだ。患者という存在を中心に据えれば、専門領域ごとに縦割りで行われていた医療を、複数の専門家で構成されるチームによる継続的かつ統合的な医療へと転換することも可能になる。

こうしたアプローチには数多くの利点があるが、特に次の 4 つは注目に値する。

- 治療だけでなく予防・教育も考慮に入れた包括的ケアの実現。医療ニーズや治療法の選択肢を、合併症や生活環境など個々の患者に特有の状況によって判断可能になる。
- 各患者の個別ニーズに応えるために医療者が連携を図る、連携医療（co-operative treatment）が実現できる。
- これにより一貫性の高い治療が実現。治療が患者にもたらす負担を減らすことで、患者体験が向上し、治療途中での離脱リスクを軽減することができる。
- 検査・治療の重複を減らし、医療費を削減できる。

“価値”と同様、“視点”も医療のあり方に影響を及ぼす要因だ。理論的に言えば、統合ケアは医師主導の医療を少し見直し、効率化を図れば実現できる。しかし患者中心の医療（PCC）は、概念として密接な相関関係を持つ VBHC からさらに一歩踏み込んだ考え方だ。Perfetto 氏が指摘するように、「“患者中心”という言葉は、患者のため（for）にでなく、患者と共に（with）に治療を行う」ことを意味するのだ。

イタリアてんかん連盟（Federazione Italiana Epilessie）の最高科学責任者（Chief Scientific Officer）Francesca Sofia 氏は、両者の違いを示す例として、イタリアのある大手

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

医療機関のケースを挙げている。同院では患者同士の情報共有をはじめとする活動が奨励されている。しかし、研究や治療方針について患者が意見交換を行う諮問委員会の設置は、“問題外”だという。こうした取り組みがPCCの実現に大きな意味を持つにもかかわらずだ。

この例が示すように、PCCという考え方には様々な解釈が存在する。確立された定義を持たず、現在も進化を遂げているのだ。例えば世界保健機関（WHO）は、既存制度の枠組みを超えたコミュニティケアの重要性を強調し、“人中心の統合ケア”（integrated people-centred care）という言葉を使うことが多い。中核となる概念自体は変わらなくても、それを表現する言葉自体は今後数年で変化する可能性がある。

こうした特質を反映し、医療関連機関は概念の根幹部分に特化した独自の定義を用いることが多い¹⁷。組織によって内容が異なる部分もあるが、その差は本質というより、枝葉の部分に関するものだ。多くの定義の中で挙げられる項目は、次の3つにまとめることができる。

1 統合医療の前提条件となる要因：患者の価値や経験を中心に据えた効果的・効率的医療へのアクセス

2 医療における患者（とその家族・介護者）の役割：自らの治療に関する選択権を持ち、治療費など制度上の意思決定に関与するなど、治療計画策定・推進のパートナーとして重要な役割を果たす

3 統合ケアと患者による積極的な治療参加を実現・促進するプロセス・仕組み：

例えば患者教育や価値の高いアウトカムを評価する制度の推進、統合ケアの実現・維持に向けた経済的インセンティブなど

ここで留意すべきは、PCCが医療者に求めるのは権限の委譲ではなく、治療対象となる患者とのコミュニケーション向上だという点だ。今回EIUが患者グループを対象に行った調査もこの点を示している。PCCの実現に情報技術（IT）がもたらすメリットとして多くの回答者が挙げたのは、医療者・患者間のコミュニケーション向上だ（例：新たなコミュニケーション・チャンネルの活用、オンライン診療予約など）。一方、診療記録へのアクセス、あるいは独立した立場からのデータ分析といった項目を選んだ回答者はごく僅かだった。PCCが（医療者の役割低下ではなく）患者とのパートナーシップ拡大につながることは、この結果からも明らかだ。

17. 影響力の高い定義は例えば：

Picker Institute; "Picker Principles of Person Centred Care;" Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, 2001; World Health Organisation, "Framework on integrated, people-centred health services," Sixty-ninth World Health Assembly A69/39: Provisional agenda item 16.1, 2016.

18. Cathal Doyle et al, "A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness," BMJ Open, 2013; Lori Delaney, "Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia," Collegian, 2018.

ではPCCは実際に機能するのか？その答えは、何をどのような基準で評価するかによる。同分野の研究は、特定領域で見られる事例の検証という形で行われることが多い。文献レビューの多くは、PCCと診療効果の間にプラスの（少なくともマイナスではない）相関関係を認めている¹⁸。ただし診療効果はあくまでも評価基準の1つにすぎない。例えば、治療が患者にもたらす心理的影響も重要な尺度となるだろう。過去20年に日本で幅広く実施されてきた

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

調査の多くは、医療者・患者間の円滑なコミュニケーションや患者の自主性尊重が、満足度の向上につながるという結果を示している¹⁹。しかし、診療アウトカムという枠組みを超えた効果を評価するのは決して容易でない。現行の医療体制には、適切な評価基準が必ずしも確立されていないからだ。この点は次のセクションで議論する。

異なる進化の度合い

評価基準の問題が何であるにせよ、患者の価値あるいは患者中心の医療という考え方が幅広く受け入れられていることは揺るぎない事実だ。ドイツ医療経済・医療管理研究所のMühlbacher氏が指摘するように、「現在ほぼ全ての国々が患者重視のアプローチを掲げている。しかし問題は、それを“どのように実践しているか”」だ。

この問いに対する答えは、地域や経済発展の度合いによって大きく異なる。国際患者団体連盟 (International Alliance of Patients' Organisations = IAPO) の CEO Kawaldip Sehmi 氏によると、アジア（特に新興国）では「家父長権主義が依然として蔓延しており、患者の視点にはほとんど関心が払われていない。“物乞いはえり好みするべからず” (beggars can't be choosers) という考え方が主流」だという。

一方、ヨーロッパではより良好な環境が見られるものの、依然として国・地域による大きな差があると指摘するのは、PCCの推進に特化したNPOピッカー・インスティテュート (Picker Institute) CEOのChris Graham氏。同氏によると、ヨーロッパ各国は「大きく分けると3つの発展段階にある。1つ目は、患者の役割拡大に向けた取り組みが進む国。2つ目はやや取り組みが遅れているが、患者のフィードバックを聞くという考え方が定着しつつある国。3つ目のさらに遅れている国では、問題に対する理解がいまだに浸透しておらず、実態を把握しようとしている段階にある。」また、同氏によれば経済発展と取り組みの進展度には一定の相関関係が見られるという。

進展の度合いに影響を及ぼしているのは地域や経済力だけではない。一国の中でも、分野によって大きな差が見られる場合がある。米国患者擁護基金のBalch氏によると、多くの医療者が患者の声を反映させる取り組みを行っているものの、「医療にはクリニカルパスや電子診療記録システム、質の評価、意思決定支援など患者が関わるものだけでも実に多くの側面がある。これらの多くでは、依然として家父長主義的な考え方が蔓延している。意図的にせよ無意識的にせよ、患者の視点が制度設計の原則として取り入れられていない」のだ。

だがこうした現状には改善の兆しも見られる。今回患者グループを対象に行われた調査では、自国政府がPCC実現に向けて海外事例から学ぶ姿勢を見せていると答えた回答者が半数を大きく上回った。では世界の国々はどうような取り組みが行われ、どの程度の進展が見られるのだろうか？ 次章では対象国の現状を詳細に分析し、PCCの実現に向けた課題をさらに検証する。

19. Tomoko Kawashima, "What makes Patients Satisfied with their Healthcare? Nationwide Patient Experience Surveys in Japan," Journal of Nursing & Care, 2015.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

第2章

PCC スコアカード

スコアカードの活用

ザ・エコノミスト・インテリジェンス・ユニット（EIU）は、患者中心の医療（PCC）実現に向けた取り組みについて評価するために“PCC スコアカード”を作成し、世界の主要経済国9カ国（ブラジル、中国、フランス、ドイツ、イタリア、日本、スペイン、英国、米国）の現状を、11の指標と26の準指標で構成される4つのカテゴリー（下記参照）にわたって検証した。

4つのカテゴリーは、

- PCC 推進に向けた戦略・方策（政策を含む）、患者の権利の法制化、価値ベースの診療報酬モデル活用
- PCC をベースとした医療提供体制（アクセスを含む）と継続的な治療・研修
- PCC をベースとした診療アプローチ（個別化医療、患者による意思決定への関与など）
- 患者の役割向上（患者のフィードバックを活用した評価システムなど）、患者エンパワメントに向けた取り組み、対象国における患者グループの役割・性質

今回用いられた指標・準指標には3つの種類がある。1つ目は、国レベルの研修や通常診療における患者報告アウトカム指標（PROM）の活用など、PCCの推進につながる取り組みの有無を示す二者択一式の指標。2つ目は医師による平均診療時間といった定量的指標。そして3つ目は、“Global Access to Healthcare Index 2017”（医療へのアクセス指標 2017年版）など、EIUがこれまでに作成した報告書で用いられた指標だ。（カテゴリー・指標の詳細については、“Adoption of patient-centred care: Findings and Methodology”（『患者中心の医療：主要な論点と方法論』）を参照。patientcentredcare.eiu.com で閲覧可 [英語]）。

PCC スコアカードについては2つの留意点がある。まずこうした調査の結果は、国際比較データの有無に大きく左右されることだ。情報にアクセスできない、あるいは情報が存在しないために、利用できなかった指標もある。また合併症患者のコミュニケーション能力を評価する目安として診療時間の長さを検証するなど、代替指標を用いた項目もある。

2つ目の留意点は、スコアカードによるベンチマーキングが、厳密な数値よりも印象に基づいたものである点だ。特に取り組みが複数分野にまたがる領域では、現状の大まかな理解という意味合いが強い。調査結果は、対象国の優劣を競うものではなく、伸ばすべき強みと解消すべき課題に関する議論の起点として活用されるべきだ。

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

調査結果

表1：PCCスコアカード [カテゴリー・指標・準指標（評価には数値スコアを利用）]

カテゴリー	#	指標	準指標	スコア 範囲	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
戦略	1.1	患者の権利に関する戦略・法律	PCC 実現に向けた国レベルの戦略	0-3	2	2	2	2	1	2	1	2	1
			患者の権利に関する法律・宣言		1	0	1	1	1	0	1	1	1
	1.2	PCC の質に関する国レベルの評価基準	なし	0-2	0	0	1	0	0	0	1	2	1
	1.3	PCC 実現のインセンティブとなる価値ベースの診療報酬制度	なし	0-2	1	1	2	1	2	1	2	2	1
提供体制	2.1	医療従事者の教育・支援	医療・看護教育機関のカリキュラムの一環として PCC に関する医療者向けの教育・研修	0-2	1	1	1	1	1	0	1	1	1
			サービス環境に関する医療者のサポート		0	0	1	0	0	0	1	1	0
	2.2	ケアの継続性	複数領域にわたる連携医療・統合医療の推進に向けた、国レベル診療ガイドライン（特定疾患領域）	0-4	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			プライマリケア・家族医・かかりつけ医へのアクセス		0	0	1	1	1	1	1	1	1
			診療予約の容易さ		0	0	1	1	1	1	1	1	1
			医療サービス利用の容易さ		0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.3	患者の医療へのアクセス	医療へのアクセス	0-3	1	0	2	2	1	1	1	2	1
			医療イノベーションへのアクセス		1	1	1	1	1	1	1	1	1
デリバリー	3.1	患者の価値・意向に基づく個別化医療	患者ケアへの個別化アプローチ	0-3	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			合併症患者の治療に関する包括的アプローチ		0	0	2	0	0	0	1	0	2
	3.2	共同意思決定への患者の関与	共同意思決定に関する国レベルの政策	0-4	1	0	1	1	0	0	0	1	1
			共同意思決定の推進に向けた患者の支援		0	0	1	1	0	0	1	1	1
			患者への診療記録の開示義務		0	0	1	1	1	1	1	1	1
			意思決定に関する質評価指標の活用		0	0	0	1	0	0	0	1	1

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

表1：PCCスコアカード【カテゴリー・指標・準指標（評価には数値スコアを利用）】

カテゴリー	#	指標	準指標	スコア 範囲	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
患者	4.1	PROM（患者報告アウトカム指標）の活用	日常ケアでの PROM 活用	0-2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
			患者による PROM 妥当性評価		0	0	0	0	0	0	0	0	
	4.2	患者グループ	透明性の高い財源を持つ独立した患者グループの存在	0-4	1	1	2	1	1	1	1	2	2
			政策策定への患者・患者グループの関与（例：国レベルのプログラム・戦略・医療技術評価）		1	0	1	1	1	1	1	1	1
			政策モニタリングへの患者・患者グループの関与（例：国レベルのプログラム・戦略・医療技術評価）		0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4.3	患者エンパワメント	信頼性の高い患者向け情報ソース	0-3	1	0	1	1	1	1	1	1	1
			一般国民向け医療教育プログラム		1	1	1	1	1	1	1	1	1
			医療提供者による患者エンパワメント評価ツールの活用		0	0	0	0	0	0	0	1	1
資料：スコアリング手法の詳細に関しては EIU 報告書 “Adoption of patient-centred care: Findings and Methodology” 2019 年 2 月を参照 (patientcentredcare.eiu.com にて閲覧可能)													

スコアカードを正しく活用するためには、本調査が行われた背景も理解する必要がある。まず指標の多くは、実現困難な長期的目標ではなく、PCC 実現に不可欠な基本要因を評価対象としている。（例：患者の権利に関する法規制・宣言の有無、疾病に関する信頼性の高い情報へのアクセス、診療予約のしやすさ）

また前述の通り、PCC を真の意味で実現するためには、複数領域での取り組みが求められる。逆に言えば、PCC を全体として機能させるために、あらゆる領域が重要となる。例えば統合ケアの実施には、患者の意向を話し合う機会が不可欠だ。しかし、こうした話し合いの時間が診療報酬の対象とならず、患者のインフォームド・チョイス（情報に基づく選択）に必要なサポートが提供されなければ、ケアの実現は難しい。

これと同様、スコアカードで優れた成績を上げるためには、幅広い領域・指標で高スコアを獲得する必要がある。しかし表 2 で示すように、多くの国はこうした状況とは程遠いのが現実だ。同表では最大値と実際のスコアを比較し、対象国の PCC 実現度を各指標について 3 段階（高い・中程度・低い）で評価している。

PPC 実現の環境が整っていれば、全ての指標で“高い”という評価を得られるはずだが、今回の調査ではこうした国が見られなかった。ほとんどの国は低調なパフォーマンスに終始

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

表2：PCCスコアカードの国別パフォーマンス
対象9カ国におけるPCC実現度の現状評価

		高い	中程度	低い						
カテゴリー	指標	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
戦略	患者の権利に関する戦略・法律	高い	中程度	高い	高い	中程度	中程度	中程度	高い	中程度
	PCCの質に関する国レベルの評価基準	低い	低い	中程度	低い	低い	低い	中程度	高い	中程度
	PCC実現のインセンティブとなる価値ベースの診療報酬制度	中程度	中程度	高い	中程度	高い	中程度	高い	高い	中程度
提供体制	医療従事者の教育・支援	中程度	中程度	高い	中程度	中程度	低い	高い	高い	中程度
	ケアの継続性	低い	低い	中程度	中程度	中程度	中程度	中程度	高い	中程度
	患者の医療へのアクセス	中程度	低い	高い	高い	中程度	中程度	中程度	高い	中程度
デリバリー	患者の価値・意向に基づく個別化医療	低い	低い	中程度	低い	低い	低い	低い	低い	中程度
	共同意思決定への患者の関与	低い	低い	高い	高い	低い	低い	中程度	高い	高い
患者	PROM（患者報告アウトカム指標）の活用	低い	低い	低い	低い	低い	低い	低い	中程度	低い
	患者グループ	中程度	低い	高い	中程度	中程度	中程度	中程度	高い	高い
	患者エンパワーメント	中程度	低い	中程度	中程度	中程度	中程度	中程度	高い	高い

資料：EIU “Adoption of patient-centred care: Findings and Methodology” (patientcentredcare.eiu.com にて閲覧可能)

している。“高い”が半数を上回った国は、対象となった8カ国中わずか2カ国。つまり多くの国は、PCC実現という目標からほど遠い状態にあるのだ。

スコアが比較的良好だった国も、少なからず課題を抱えている。例えば英国は、“高い”という評価が対象国の中で一番多い。しかし同国の患者グループ連合 National Voices が行った文献レビューでは、いくつかの課題が浮き彫りとなっている。国民保険制度（NHS）とソーシャルケアに関する患者意識調査をベースとした同レビューによると、がん患者による意思決定への関与など PCC へのシフトが生じている分野もある。しかし他の主要疾患領域では、ほとんど変化が見られない。同国でも、PCC の実現は“優先課題”ではなく未だ“長期的目標”と捉えられているのだ²⁰。

20. National Voices, Person-centred care in 2017: Evidence from service users, 2017.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

スコアカード内の 3 割以上の項目で高得点を取得した英国のこうした現状を考えれば、他の国がどのような状態にあるかは想像に難くない。例えばフランスと米国は、英国よりも“高い”と評価された項目が少なく、その他ヨーロッパ諸国、ブラジル、アジア諸国のパフォーマンスはさらに低調だ。

中庸な評価を獲得したイタリアだが、イタリアてんかん連盟の Sofia 氏によると、「過去 10 年、PCC について多くの議論が行われてきた。アウトカム向上に果たす患者の役割についてメディアで取り上げられる機会は増えており、医療費抑制の手段としても関心が高まっている。しかし PCC は今のところ一種の流行語に過ぎず、医療制度の中で患者が実際に重要な役割を与えられているわけではない」と指摘する。この状況はイタリアだけでなく、その他多くの国々に当てはまるだろう。

スコアカードを含めた今回の調査では、PCC 実現に向けて克服すべき 3 つの課題が浮き彫りになっている。

- 政策目標と実践のギャップ
- 一般医療と個別化医療に見られるアクセスのギャップ
- 評価アプローチ・基準の曖昧さ

次章ではこれらの課題について検証する。

第3章

患者中心の医療：戦略と政策のギャップ

さらなる具体策の必要性

ピッカー・インスティテュートの Graham 氏は、「患者ニーズを重視する考え方は、政策レベルでも広まりつつある」と指摘しているが、この流れは今回作成したスコアカードからも見て取れる。多くの国々では、“患者中心の医療”（PCC）の推進に不可欠な政策的枠組みが整備されつつあるのだ。

例えば、3カ国（イタリア・スペイン・米国）を除いた調査対象国では、全てあるいは多くの分野で PCC 推進に向けた政策が打ち出されている。上記3カ国（特にイタリア・スペイン）でも、プライマリケアの分野では政策的取り組みが見られる。その他分野で取り組みが進まない原因は、（関心の低さというよりも）地域主義のもたらす制約だ。これらの国々では、医療行政が地域（米国の場合は地区）単位で行われており、国レベルの政策を全国規模で徹底することが容易でない。こうした現状が3カ国の低スコアにつながっているのだ。

また中国・日本を除く全対象国では、患者の権利を謳った宣言・法令が採択されている（ブラジルの場合は憲法の条文に含まれている）。こうしたコミットメントが変化の第一歩として大きな意味を持つことは言うまでもない。しかし Graham 氏が指摘するように、「真に重要なのは、医療提供者がこうした宣言・法令をどの程度実践しているか」だ。現在のところ、実践のレベルは国によって様々だ。PCC スコアカードでは、政策担当者が実質的権限を持つ3つの領域を検証している。その1つは共同意思決定（SDM）で、国あるいは同等レベルでの政策・ガイドラインがあるかどうかを評価したものだ。（表3参照）。今回の調査では、政策・ガイドラインのある国が、ブラジル・フランス・ドイツ・英国・米国の5カ国にとどまった（ただしブラジルでは現場レベルにおける SDM 導入が遅れていることも確認された）。政策・ガイドラインのなかった残り4カ国は、SDM の実現から程遠い状態にあると言える。

例えば、NPO 法人 ASrid 創業者・理事の西村由希子氏によると、「日本でも、方針を患者に伝えた上で治療を行うのが一般的だが、患者と医療者には大きな情報非対称性が存在し、前者が後者の指示に従うものだという考え方が依然として根強い」という。

表3：共同意思決定

指標	準指標	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
共同意思決定への患者の関与	共同意思決定に関する国レベルの政策	1	0	1	1	0	0	0	1	1

0 = ない／存在が報告されていない 1 = 共同意思決定に関する国レベルの政策が存在する

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

SDM の取り組みが進まない現状は、他の領域にも深刻な影響を与えている。米国患者擁護基金の Balch 氏によると、「共同意思決定、そして患者との連携を通じて作られた治療計画は、真の意味で患者中心の医療を設計する際に不可欠だ」という。つまり、インフォームド・コンセントという概念からさらに踏み込んだ、“ケアの共創”という考え方が求められるのだ（囲み記事参照）。

2 つ目の分野は財源の確保だ。デューク大学 経営・医療・健康政策担当教授の Mark McClellan 氏によると、この領域は極めて重要な意味を持っており、「PCC 実現のためには、報酬制度の重点を患者と彼らが求める最善のアウトカムにシフトさせる必要がある」という。

だがスコアカードの結果が示すように、取り組みは遅々として進んでいない（表 4 参照）。全ての対象国が価値ベースの診療報酬制度を取り入れているものの、9 カ国中 5 カ国（ブラジル・中国・ドイツ・日本・米国）では依然として規模が限定的だ。また他の 4 カ国の 1 つスペインでは、導入規模に地域ごとの差が見られる²¹。McClellan 氏によると、同分野で良好なスコアを獲得した英国でも、医療機関の対応状況にばらつきがあるという。

表4：価値ベースの診療報酬制度

指標	準指標	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
PCC 実現のインセンティブとなる価値ベースの診療報酬制度	なし	1	1	2	1	2	1	2	2	1

0 = ない／存在が報告されていない 1 = PCC実現のインセンティブとなる価値ベースの診療報酬が活用されている領域がある
2 = PCC実現のインセンティブとなる価値ベースの診療報酬が医療制度全体で活用されている

21. Economist Intelligence Unit, Value-based healthcare country snapshot: Spain, 2016.

政策・規制が変化に重要な役割を担う 3 つ目の分野は、医療者の規制と教育だ。対象国中 8 カ国では、医療関連職の少なくとも 1 つで PCC の概念が導入されている（表 5 参照）。唯一の例外となった日本でも、こうした考え方は関心を集めている。今回の調査で制度化された取り組みは確認できなかったが、ASrid の西村氏によると「研修にゲストスピーカーとして招くなど、患者への理解を深めようという動きが近年広まっている」という。今回のスコア

表5：医療従事者の教育・支援

指標	準指標	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
医療従事者の教育・支援	医療・看護教育機関のカリキュラムの一環として PCC に関する医療者向けの教育・研修	1	1	1	1	1	0	1	1	1
	サービス環境に関する医療者のサポート	0	0	1	0	0	0	1	1	0

教育・支援： 0 = ない／存在が報告されていない 1 = 医療・看護教育機関のカリキュラムの一環としてPCCに関する医療者向けの教育・研修が行われている
医療従事者の支援： 0 = ない／存在が報告されていない 1 = サービス環境に関する医療者の支援が行われている

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

カード指標は、医療関連職向け教育の一環として PCC に関する研修が行われているかどうかを評価するものだ。つまりカリキュラム全体が PCC の実践を目指したものであるかどうかは問題とならない。

その大きな理由は、こうした方向性の改革を進め、成功を収めている国が見当たらないことだ。今回の聞き取り調査では、米国テキサス州オースチンのデル医科大学やカリフォルニア州のカイザーパーマネンテ医科大学、オランダのラドバウド大学医療センターなど、同分野で興味深い取り組みを行う医療機関が数多く挙げられた。しかし広範な成果が見られる国を例として挙げる専門家は皆無だった。例えば国際患者団体連盟の Sehmi 氏は、変化の兆しを認めながらも「断片的で遅々として進んでいない」と指摘している。英国 NHS の Graham 氏によると、「教育カリキュラムには PCC の概念が取り入れられており、医大生が卒業までに問題をより深く理解できるようになっている。しかし患者による協力・参加の下で研修が行われることは稀だ」という。

また Sofia 氏は、「医療機関には患者との協力の下で治療計画を策定する体制が整っていない。患者参加型の医療に関する教育が大学レベルで行われるようになれば、PCC の推進に大きな効果をもたらすだろう」と指摘する。McClellan 氏もこの見方に同意している。同氏によると新任医師は患者に高い関心を持ち、治療に熱意を抱いているが、必ずしも患者中心のアプローチ実践に積極的ではない。

共同の意思決定・支払い制度・教育という3分野で対象国が獲得したスコアは、PCC 実現に向けた取り組みが十分でない現状を反映している。そして後に紹介するように、他の分野では取り組みがさらに遅れているのが現状だ。McClellan 氏が指摘するように、「適切な取り組みが着実に行われているものの、PCC は依然として長期的な目標にとどまっている」のだ。

変化を妨げる要因

PCC 実現に向けた進化のペースが遅く、分野によって差が見られる現状には様々な背景があり、その中でも特に注目すべきは以下3点である。

1 つ目は、既存医療から PCC への移行に必要な変化は過大評価してもしきれないほど大きい、という点だ。Graham 氏が指摘するように、PCC の実現には「これまでの医療のあり方を根本から見直す」必要があり、変化につきものの様々な課題が生じがちだ。そして医療分野でのイノベーション実現は極めて難しい²²。

2 つ目の要因は、PCC 実現に伴う変化を全てのステークホルダーが無条件で受け入れているわけではないことだ（政策レベルで支持されていたとしても）。AOK Hessen の Erb-Herrmann 氏によると、例えばドイツでは医師の意識改革が「遅々として進んでいない。」「彼らは権限や影響力を失うことを恐れている。知識豊富な患者から“私はこうしたい”と

22. 医療分野で見られる変化実現の障壁については: Clayton Christensen et al, The Innovator's Prescription, 2009.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

言われるよりも、敬意に満ちた態度で“どうすべきか教えて下さい”と言われる方がやりやすいからだ。」Graham 氏もこの見方に同意し、「非専門家に同等の地位を与えれば自分の権威が脅かされるため、患者参加型の医療は医師にとって脅威になりかねない」と指摘する。問題克服の鍵を握るのは、患者・医療者が全く異なる専門知識とノウハウを持っているという認識を定着させることだ。

権威の低下を恐れているのは医師だけではない。2013 年以降の PCC 関連研究を対象としたあるレビューによると、「病院経営者・医師・看護師は例外なく、自分の組織が他の組織よりも積極的に PCC へ取り組んでいると考えがちだ」という。一方、患者グループでも、他グループの活動を軽視し、より賛否の分かれる取り組み（例：一般的な患者が望む以上の意思決定権限など）推進の道具として PCC を利用する傾向が見られる。同レビューが論じるように、PCC という概念は「医療体制における主導権争いの武器として悪用されやすい」のだ²³。

この点で、もう 1 つ課題となるのはコストだ²⁴。Graham 氏が指摘するとおり、大きな変化の実現にはコストが伴う。例えば、「大規模調査を実施したり、新たな職務を設ければ、ほぼ例外なく費用が発生する。多くの医療機関が財源不足に直面する中、こうした取り組みを進めるのは容易でない。」Erb-Herrmann 氏もこの見方に同意している。患者の意向を汲んだ治療を行えば、一定分野でのコスト増加が避けられない。「患者の意向・価値を重視した治療には、革新的アプローチが求められることも少なくない。こうしたアプローチの多くは高額な費用がかかる」という。

だが適切な理解があれば、コストを変化の推進要因として活かすことも可能だ。Graham 氏が指摘するように、PCC とコストは“win-win”の関係を築くこともできるのだ。同氏によると、例えば入院日数の短縮や予期せぬ再入院の削減など、患者中心の評価基準をさらに活用すれば、コスト削減につなげることもできる。現在のところ大きな成果は上がっていないが、そもそもコスト削減は VBHC が掲げる目標の 1 つなのだ。

患者が効果の高い革新的治療法に関心を持ちやすいのは事実だが、知識を得れば得るほど高額のケアを選択するとは限らない。ある統計調査の結果によると、意思決定支援ツール（例えばパンフレット、動画、あるいは治療の選択肢・副作用などを説明するオンライン講座など）の活用は知識拡大や自らの選択に対する信頼など、患者にプラス効果をもたらすという。

糖尿病治療や遺伝子変異の認められる乳がん患者の予防的乳房切除など、意思決定支援ツールが革新的治療法の選択を促す場合もある。しかし同研究によると、患者が知識を備えれば備えるほど、通常の治療法（特に手術の場合）を選択する傾向が見られるという。具体的な研究が十分に行われておらず、現時点で費用対効果を実証するのは難しい。しかし患者の知識獲得が医療費削減につながる可能性もあるだろう²⁵。PCC や統合医療の実現に投資が必要なのは言うまでもない。しかし VBHC と同様、長期的に見ればコストの抑制・削減を見込める可能性があるのだ。

23. Sara Kreindler, "The politics of patient-centred care," *Health Expectations*, 2013

24. この問題については例えば: Grant Martsof et al, "Cost of Transformation among Primary Care Practices Participating in a Medical Home Pilot," *Journal of General Internal Medicine*, 2016, which looks at the costs of changing from a traditional primary care practice to a patient-centred medical home in the US.

25. Dawn Stacey et al, "Decision aids for people facing health treatment or screening decisions," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

3つ目の要因は、PCC 実現の取り組みが非常に多面的で複雑なことだ。「今日では多くの医療者・組織が PCC について議論を行っている。しかし必ずしも全体像は理解されていない」と指摘するのは米国医療評議会の Perfetto 氏。PCC への移行は「行動様式の複雑な変化を伴い、非常に多面的だ。そしてステークホルダー間の共通理解や経営チームを含む組織全体の後押し、入念な研修、適切な支援ツール、実現に適した環境などが求められる。その 1 つでも欠ければ、PCC の実現は難しい」という。

共同意思決定（SDM）の定義と影響

ある諮問委員会のメンバーは、“患者中心の医療”（PCC）実現に不可欠な要因として「非常に急進的な概念」である“共同意思決定”（SDM）を挙げている。

だがその重要性にも関わらず、今のところ SDM の定義は確立されていない。2007 年に発表されたある文献レビューによると、定義を明らかにしない、あるいは特異な定義を用いる SDM 関連研究は全体の 4 分の 1 に上っている²⁶。また 2015 年に作成された別のレビューは、定義に大きなばらつきがあるため、インパクトの検証は困難という見解を示している²⁷。こうした現状がもたらす影響は、分析という領域にとどまらない。ドイツ医療経済・医療管理研究所の Mühlbacher 氏によると、SDM を活用し「患者の意向を医師・患者間で話し合うための体系的アプローチは現在のところ確立されていない」という。

つまり SDM については、“歩き方と鳴き方が似ていればアヒルである”という

ような、大まかな議論が行われているのが現状なのだ。では SDM に不可欠な要件とはどのようなものだろうか？

ある研究²⁸によると、意思決定を SDM と定義するには少なくとも次の 3 つの特徴を備えている必要がある。

- 意思決定の必要性が認識・共有されている
- 実現可能な最善のエビデンスが確認・理解されている
- 患者の価値・意向が決定に反映されている

これらは、医療者が診断を下し、実行可能な選択肢を示し、患者が適切だと思われる様々な要因を考慮に入れてその 1 つを選択するという意味において、インフォームド・コンセントの進化型と説明しても差し支えないだろう。

しかし米国患者擁護基金の Balch 氏によると、SDM はさらに先進的なアプロ

26. N Moumjid et al, “Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing?” Medical Decision Making, 2007.

27. L Shay and J Lafata, “Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes,” Medical Decision Making, 2015.

28. France Légaré and Holly Witteman, “Shared Decision Making: Examining Key Elements And Barriers To Adoption Into Routine Clinical Practice,” Health Affairs, 2013.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

一チだ。「SDM では、人として大事にしているものは何か。人生の目標は何か。職場や社会的環境はどのようなものか。“生活の質”のどの側面を重視しているのか、といったところから患者・医師間のコミュニケーションが始められるべきだ」という。こうしたやり取りをベースに、治療ガイドラインやコストなどの要因を考慮に入れ、その患者のニーズを最も満たす治療法を導き出す。つまり医師には、優れたサービス企業と同様の発想が求められるのだ。

Balch 氏は、情報の非対称性に基づいて医師が会話をリードするのではなく、患者・医師が双方の意見を出し合うことが重要だと考えている。「患者は自らの望みを最もよく理解する専門家だ。一方、医療者は医学とその活用法の専門家だ。両者の専門知識を組み合わせ、患者にとって現時点で最適な治療法を生み出すのが SDM のあるべき姿だろう。結論の出ない堂々巡りの議論を行うことも時には必要だ。」

一方、英国 NHS の総合診療医 (GP) を務める James Morrow 氏は、こうした意見交換を意義深いものにするため、会話スタイルの変更にとどまらない新たな取り組みが必要だと考えている。特に重要なのは、「尊重されるような形で意見を言える環境作り」など、より広範な体系的変化だという。「待合室で長時間待たせたり、即決を強いたり、ベッドに寝た状態で決断を促したりすれば、患者は適切な意思決定を行う力を削がれてしまう。患者の時間や尊厳、熟考する権利

を尊重することも、質の高いケアに欠かせない要因だ」と同氏は指摘する。

もちろん SDM という考え方にも制約はある。例えば決定者が誰であれ、現実的な選択肢は限られる可能性がある。病種によっては選択肢が 1 つあるいは全くないケースもあるからだ。

また患者が選択可能な治療法を十分理解するためには、広範なサポートが必要なケースもある。AOK Hessen の Erb-Herrmann 氏によると、「患者が治療法を設計・議論する場合、医療に関する非常に高いレベルの知識が必要」だ。そのため AOK Hessen では、患者に膨大な情報を提供しているという。

しかし今回作成したスコアカードの結果を見ると、国レベルではこうした取り組みが十分に行われていない。患者の意思決定支援が幅広く行われている国は 9 カ国中 4 カ国 (ドイツ・スペイン・英国・米国)。一定レベル以上の進展が見られる国も 1 国 (フランス) だけだ。

取り組みの不在も問題となることはさることながら、患者の意向反映を妨げる可能性があることもまた、SDM の欠点だ。ASrid の理事・創設者 西村由希子氏によると、一定の条件 (年齢・疾病の種類・家族環境など) によっては医師主導の治療を患者自身が希望する場合もある。Morrow 氏もこの見方に同意している。患者が決定を下す前に様々な情報を必要とするかどうかは「性格や病状によっても異なる。意識的な決断であれば、医者

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

が最善と考える治療を行うのも有効なアプローチだ。複数の選択肢の中から選ぶことを強ければ、アドバイスが欲しいという患者の意向を無視することになる。」

今回の調査ではこうした問題に関する質問が設けられていない。しかし回答者には、選択肢を示すリストの有無よりも、副作用に関する正確な情報を得られること、家族・介護者が意見交換に参加することなどを重視する傾向が見られた。

SDM というアプローチは実際に機能するのか？その答えは SDM の効果をどう評価するかによるだろう。2015 年に発表された研究レビューによると、この問題に関して検証した研究は極めて少ない。SDM がマイナス影響をもたらしたとする研究はわずか 4% だったが、診療アウトカムの向上につながったと言えるほどのエビデンスは存在しないのが実状だ。ただし、SDM と患者の満足度・

理解度に相関関係が認められるなど、従来型の治療よりも優れた面があることは確かだ。ある諮問委員会のメンバーが指摘するとおり、「患者個人の目標・意向は、治療結果と同様に重要」なのだ。

また同レビューによると、SDM のメリットは患者自身が意思決定に関わったと信じた際にのみ実現するという。一方、医師だけが共同で意思決定を行ったと感じているケースでは、アウトカムの向上は見られない。つまり SDM を実際に機能させるためには、患者が真の意味で意思決定プロセスに関与しなければならないのだ。同レビューは、「この調査結果がもたらす課題の 1 つは、患者に意思決定に関わることができた、と感じさせる要因が何なのか、そして SDM を推進しメリットをいかに実現するかという点が定かでないことだ」という結論で締めくくられている²⁹。その答えを知る唯一の存在は“患者”だ。

29. L. Shay and J. Lafata, “Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes,” *Medical Decision Making*, 2015.

第4章

既存医療システムの最適化に向けて

既存プロセス見直しの重要性

“患者中心の医療”（PCC）の実現が遅々として進まない要因の1つは、政策的取り組みが十分活用されていないことだ。

今回の調査対象国となった国々の大半は、EIUの『医療へのアクセスグローバル指数』（Global Access to Healthcare Index）で60カ国中トップ11に選ばれる（中国を除く）など、世界でも有数のアクセス環境を備えている³⁰。PCCの実現が遅れていても、医療へのアクセスが高い点は重要であり、こうした点は評価されるべきだろう。例えばASridの西村氏によると、「日本の平等な医療システム」は大きなメリットをもたらしているという。

また対象国となった全ての国において、医療技術評価機関など革新的テクノロジーの導入促進に向けた仕組みが備えられており、中でも英国の国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence）はリーダー的存在だ。その他、ブラジル・中国を除く全調査対象国において、かかりつけ医へのアクセス、診療予約の容易さが担保されていることが確認された。

ITは医療のアクセス・利便性向上に不可欠な存在だ。オンライン診療予約や医師とのコミュニケーションなど、その活用法は多岐にわたっており、国によっては今後医療機関へ直接足を運ぶ必要がなくなる可能性もある。例えば英国のNHS（国民保健サービス）は、2017年からロンドンにおいてスマートフォンを活用した遠隔医療の仕組みを試験的に導入している。日本・フランスでは、2018年よりオンライン診療が診療報酬の対象となった³¹。

30. Global Access to Healthcare: Building sustainable health systems, 2017.

31. "NHS offers smartphone GP appointments," BBC News, November 6th 2017; "Telemedicine via smartphone apps gaining in popularity in Japan," Japan Times, September 18th 2018; French Ministry of Health, Arrêté... portant approbation de l'avenant no 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, August 1st 2018.

診療記録開示の重要性

今回の調査では、診療記録の開示という領域でもPCC実現に向けた変化の兆しが見られた。例えばブラジル・中国を除く全ての対象国では、診療記録の開示が義務づけられている（表6）。これは患者による意思決定上の役割拡大に重要な意味を持つ。しかしこうした変化を過大評価すべきではない。記録開示の法制化が、オンライン診療記録の活用拡大につながるとは限らないからだ。

表6：患者による診療記録へのアクセス

指標	準指標	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
共同意思決定への患者の関与	患者への診療記録の開示義務	0	0	1	1	1	1	1	1	1

0 = ない／存在が報告されていない 1 = 患者への診療記録開示が義務付けられている

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

ASrid の西村氏によると、日本でも申請に応じた診療記録の開示が義務付けられているが、医療過誤訴訟などの特殊ケースを除けば、開示請求が行われることはめったにない。そして「請求には高額な費用がかかる上、医療機関に足を運ぶ必要があることや、開示義務が課せられる対象期間も極めて短い」など、実践上の様々なハードルは高いという。

課題が存在する国は日本だけではない。例えばイタリアの場合、電子診療記録にはごく基本的な情報しか記載されておらず³²、実用性に乏しい。ドイツでは開示に保険者の許可が必要となる一方、英国ではオンライン閲覧サービスの本格的開始が2020年になるなど、現時点では様々な制約が見られるのだ³³。オンラインアクセスが実現している国でも、利便性の問題を抱えるケースが多い。例えばフランスでは1つのID・パスワードであらゆる診療記録が閲覧できる一方、米国など医療機関ごとに異なったID・パスワードが求められる国もある³⁴。また記録開示の効果にも不明な点が多い。患者の知識拡大、セルフケア、医師とのコミュニケーションといった面での効果を指摘する研究もあるが、過去10年に行われた文献レビューの多くは、エビデンスが曖昧あるいは不十分なため、効果の証明が難しいという立場を取っている³⁵。

患者も情報開示を優先課題とは考えていない。患者グループを対象とした今回の調査では、共同意思決定（SDM）に不可欠な要因として診療記録・治療結果へのアクセスを挙げる回答者がほとんど見られなかった。より重視されたのは、選択可能な治療オプションの情報、あるいは意見交換に積極的な医師の姿勢といった項目だ。

医療記録開示の取り組みが、既存体制からの脱却という意味で重要性を持つことは間違いない。しかしPCCの実現という文脈では、小さな一歩に過ぎない。

PCC 実現に向けた道のり

PCC スコアカードの対象国では、統合ケア・個別化医療の実現に重要な分野で取り組みの遅れが目立つ。これらの国では、比較的優れた医療体制が整っていることを考えれば状況は深刻だ。

例えば、平均診療時間が15分を上回る*国がわずか2国（フランス・米国）にとどまるなど、個別化医療へのシフトはほとんど見られない。（*今回の調査では、合併症患者への対応状況を示す代替指標として診療時間の長さが用いられた [表7参照]。)

32. Lidia Di Minco, "Electronic Health Record (EHR): Implementation in Italy," conference presentation, April 5th 2017.

33. Boston Healthcare, "Digital health expands in Germany, providing new opportunities for global medical device and diagnostics innovators," [2018]; "Give patients access to their medical records," BMJ, 2017.

34. Anna Essén et al, "Patient access to electronic health records: Differences across ten countries," Health Policy and Technology, 2018.

35. Elske Ammenwerth, "Adult patient access to electronic health records," Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

表7：合併症患者の治療に関する包括的アプローチ

指標	準指標	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
患者の価値・意向に基づく個別化医療	合併症患者の治療に関する包括的アプローチ	0	0	2	0	0	0	1	0	2

0 = 通常診療の時間が10分以下 1 = 10～14分 2 = 15分以上

一見すると些末な問題のようだが、これは大きな意味を持つ結果だ。イタリアてんかん連盟の Sofia 氏によると、あらゆる疾患の患者グループは「医師・研究者と話をする時間・機会が非常に少ない」という問題に直面している。憂慮すべき状況だが、その責任を医師だけに押しつけるべきではない。医療制度の構造的問題に由来する部分が大きいかからだ」という。多くの国で平均診療時間が5～10分に限られる中、患者の複雑な状況について十分なコミュニケーションを図る、あるいは患者の異変の兆しを感じ取るのはほぼ不可能だ。西村氏によると、希少疾患の検知するには平均5～7年もの歳月を要するという。

統合ケアの実現という面でも体制の整備は遅れている。例えば、HVI/AIDS・てんかん・乾癬・骨粗しょう症・精神疾患という全ての領域で複数専門医の連携を推奨している国は英国だけだ（表8参照）。PCC スコアカードでは、進歩が伺える分野もある。しかし、合併症患者が複数医療機関で治療を受けるのは非常に難しい。つまり PCC 実現に不可欠な要因であるにもかかわらず、患者を軸とする統合医療は未だに進んでいないのだ。

表8：連携医療・糖業医療の推進に向けた国レベルの診療ガイドライン

指標	準指標	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
ケアの継続性	複数領域にわたる連携医療・統合医療の推進に向けた、国レベル診療ガイドライン（特定疾患領域）	0	0	0	0	0	0	0	1	0

0 = 5つの特定疾患領域中、国レベルの診療ガイドラインが存在しない領域が3つ未満
1 = 3つ以上

デューク大学の McClellan 氏によると、「多くの医療機関は体制づくりへ真剣に取り組み、試行錯誤を繰り返しているが、今のところ成功を収めていない。新たな医療モデルに対応する能力や仕組みが備わっていないからだ。大きな混乱を避けながら変化を実現する方法を見いださなければならない。進展の兆しはいくつかの分野で見られるが、統合医療の実現にはまだ時間がかかるだろう。どの国でも状況はほぼ同じだ」という。

連携医療・統合医療の実現にまつわる問題には、ここまで取り上げてきた医療全体の問題との共通点が多い。またその性質は、国によって大きく異なる傾向がある。例えば日本では、

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

総合診療医（GP）の役割拡大をつうじた包括的ケアの実現に取り組んでいる³⁶。一方、GP が長年大きな役割を担ってきた英国では、システム・イノベーションの財源不足が足かせとなっている³⁷。Graham 氏が指摘するように、「各国はそれぞれの環境に適した改革を進める必要がある。英国で効果を上げたアプローチが、ドイツで機能するとは限らない。」

ここで留意すべきは、統合ケアや連携ケアの実現が変革の究極目標ではないことだ。米国の患者グループ AIDS United の政策・アドボカシー担当ヴァイスプレジデント William McColl 氏によると、ある状況への対応を試みることで他の問題が浮き彫りになることがある。低所得層の HIV 患者向けに包括ケアを提供する米国のライアン・ホワイト・プログラム（Ryan White Programme）は、まさにこの問題に直面した。

「例えば患者にとって極めて重要な食事・栄養分の摂取は、治療の一部と考えられていない。この問題に直面しているのは HIV 患者だけではない。肝臓病を抱える患者が必要な食事を取ることができなければ、健康の悪化につながるだろう。」

こうした問題への対応という意味で、米国大手保険会社 Humana の事例は非常に興味深い。2000 万人以上の加入者を抱え、約 26 万人を対象とした医療機関の運営も手掛ける同社は、患者中心のアプローチを通じて、既存医療の枠組みを超えた健康環境の向上に取り組んでいる（囲み記事参照）。

HUMANA

既存の枠組みを超えたPCC実現への取り組み

医療評価の基準を治療の回数から個々の患者に求められている「結果」に移行すれば、患者に提供される適切な診療、またその診療領域は拡大する。最近米国で行われた調査によると、健康の社会的決定要因を考慮に入れる民間・公共医療機関は全体の 81% に上っている³⁸。

Humana の最高医療責任者（CMO）Roy Beveridge 氏によると、こうした取り組みは決して宣伝効果を狙ったものではない。「包括的ケアを提供しなけ

れば、病気を完全に治療することはできない。患者は診察に行くお金がなくて治療を受けられないのかもしれない。あるいは糖分の多い缶詰食品しか購入することができないために血糖値が下がらないのかもしれない。こうした状況を避けるためには、より幅広い視野から治療について考える必要がある」と同氏は指摘する。Humana は推進するのはまさにこうしたアプローチだ。

Beveridge 氏によると、同社ではまず

36. 富田清行 『転換期迎えた医療介護制度（上）：医療介護政策の担い手は地域に一持続性確保の鍵は"質の向上"』 東京財団政策研究所（ウェブサイト） 2017年9月27日

37. Ben Collins, "Adoption and spread of innovation in the NHS," King's Fund Paper, 2018.

38. Change Healthcare, The 8th Annual Industry Pulse Report, 2018.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

数千人の保険加入者を対象とする聞き取り調査を行い、嗜好やニーズを理解することから始めた。その結果判明したのは、「低所得層の患者にとって交通費が大きな問題であることだ。彼らは診察がいやで病院へ行かないわけではない。タクシーで病院に足を運ぶ経済的余裕がないのだ。」同社のフロリダ州事業部はこの調査を受け、病院までの交通手段あるいは交通費の一部を提供するという項目を公的医療保険（Medicare）の契約内容に追加した。この取り組みは大きな効果をもたらしている。

「前回マイアミに訪れた際には、Humanaがフロリダ最大のバス会社になったのではないと思うぐらい多くの利用者を見かけた」と同氏は語る。また同社は、提携医療機関で様々な領域の診療を行い、薬局も併設。1回の通院で多くのサービスを受けることを可能にした。

同社の保険加入者がもう1つの問題として挙げるのは、質の低い食環境だ。特に糖尿病や心臓病など慢性病患者の多くはこの問題に直面している³⁹。同社は2016年、地元フードバンクや提携先の病院チェーン Continucare との協力を通じ、問題解消に向けた4週間の実証研究を南フロリダ州で実施した。

これは3つの指定医療機関の患者（加入保険会社は問わない）を対象に、食環境に関する聞き取り調査を行うものだ。調査が行われた約1500人のうち、条件に当てはまる46%の患者にはその場で

フードバンク代表者との面談を提案。86%がそれに同意し、ほぼ全員が緊急食糧支援キットを受け取った。またプロジェクトの一環として、ソーシャルワーカーが政府の食料支援サービス“フードスタンプ”（Food Stamp）への加入手続き支援を行っている⁴⁰。

Beveridge氏によると、同社はフードバンクの支援対象者と非対象者の入院率や一人当たり医療費にどのような違いが生じるのか検証するため、長期間のランダム調査も実施しているという。

この調査は、同社が掲げる大きな戦略の一環として行われているものだ。“Bold Goal”（大胆な目標）と呼ばれる同プログラムでは、米国の11都市を対象に医師・NPO・研究者・企業・コミュニティリーダーと連携を図り、食環境や孤独、社会的孤立といった健康の社会的決定要因についてエビデンス・ベースの対策を研究している。

これは決してCSR（企業の社会的責任）ではなく、あくまでも同社が手がける広義の医療活動だ。コストが異なる様々な選択肢から、様々な人口グループに効果的な対策を検証するのが同社の狙いだ。今後は調査結果をベースに対策の選別を行い、効果の高いものに注力するという。健康な加入者も含め、「自分にとって何が大切なのかを理解することは非常に重要だ。それによって患者の寿命が延びるだけでなく、我々も医療コストを削減できる。お互いに大きなメリットを享受できる取り組みだ」とBeveridge氏は語る。

39. Dominic Decker and Mary Flynn, “Food Insecurity and Chronic Disease: Addressing Food Access as a Healthcare Issue,” Rhode Island Medical Journal, 2018.

40. Humana, Health Happens Where You Are: 2018 Bold Goal Progress Report, 2018; “Humana’s CMO Speaks of the ‘Bold Goal’ Embedded in the Company’s Population Health Work,” Healthcare Informatics, September 14th 2018.

第5章

喫緊の課題： 評価指標の確立とデータ収集

PROM が直面する課題

“人は目指す基準に応じて成長を遂げる”という古い格言は、医療の世界にも当てはまる。ピッカー・インスティテュートの Graham 氏によると、“患者中心の医療”（PCC）の実現に向けた最初の重要なステップは、患者の経験を理解することで現状を見極め、変化が必要となる理由を理論的に確立することだという。「体系的な評価指標がなければ、重要な変化を実現することはできない」のだ。

患者グループもこの見方に同意している。今回の調査では、患者アウトカムを PCC に不可欠な要因として選択した対象者が、患者の経験や共同意思決定（SDM）といった要因を上回った。

しかしスコアカード対象国の多くは、こうした PCC 評価関連指標で最も低いパフォーマンスを示した。例えば、患者エンパワーメントに関する評価ツールを利用する国はわずか2カ国（英国・米国）だ（表9参照）。この2カ国に加え、SDMの質的評価を部分的にでも行っている国はドイツ1国にとどまった（表3参照）。

表9：医療提供者による患者エンパワーメント評価ツールの活用

指標	準指標	ブラジル	中国	フランス	ドイツ	イタリア	日本	スペイン	英国	米国
患者エンパワーメント	医療提供者による患者エンパワーメント評価ツールの活用	0	0	0	0	0	0	0	1	1

0 = ない／存在が報告されていない 1 = 活用されている

今回の調査で最も注目すべきは、近年関心が高まっている“患者報告アウトカム指標”（PROM）に関する結果だ。PROMは、肉体的・精神的症状の有無、患者の健康状態、治療にまつわる生活の質といったアウトカムを患者が評価するためのツールで、妥当性評価・標準化が行われたアンケートという形を取ることが多い。アンケートの質問は、一般的なものと疾患に特化されたものがあり、正確な検証のために治療前後で行われるのが一般的だ（治療後については複数回行われる場合もある）⁴¹。

41 この点に関する詳細は：Charlotte Kingsley and Sanjiv Patel, “Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures,” BJA Education, 2017 and Theresa Weldring and Sheree Smith, “Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs),” Health Services Insights, 2013.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

表10：日常ケアにおけるPROMの活用

指標	準指標	Brazil	China	France	Germany	Italy	Japan	Spain	UK	US
PROM（患者報告アウトカム指標）の活用	日常ケアでの PROM 活用	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	患者による PROM 妥当性評価	0	0	0	0	0	0	0	0	0

日常ケアでの活用 0 = ない／存在が報告されていない 1 = 活用されている 患者による妥当性評価 0 = ない／存在が報告されていない 1 = 行われている

つまり PROM は、医療機関主導の生物医学的な治療結果から、症状改善の有無（や度合い）に関する患者体験へと評価軸をシフトさせる取り組みといえる。PCC 実現に PROM が不可欠なのはそのためだ。

しかし今回の対象国で PROM を利用するのは英国だけで、他の国ではほとんど活用が進んでいない（表 10 参照）。また英国でも PROM の活用領域が縮小され、現在対象となっているのは人工ひざ関節・人工股関節置換術だけだ⁴²。つまり利用拡大とは全く逆の流れが生じているのだ。他の治療分野と異なり、英国では人工関節置換術を民間医療機関が行うケースも多い*（2017 年時点で全体の 38%）⁴³。また 2017 年に実施された調査によると、収集された PROM のデータを実際に活用する医師は半数を下回っている⁴⁴。（* 医療費は国民保険制度（NHS）が負担する場合もある。）

42 NHS Digital, "Patient Reported Outcome Measures (PROMs)," website accessed October 19th 2018.

43 National Joint Registry, "NJR StatsOnline," website accessed October 19th 2018.

44 NHS England, National Patient Reported Outcome Measures (PROMs) Programme Consultation Report, 2017.

45 Birgit Prodinger and Paul Taylor, "Improving quality of care through patient reported outcome measures (PROMs)," BMC Health Services Research, 2018.

46 Birgit Prodinger and Paul Taylor, "Improving quality of care through patient reported outcome measures (PROMs)," BMC Health Services Research, 2018; Anja Desomer et al, Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy, 2018; Joanne Greenhalgh et al. "How do doctors refer to patient-reported outcome measures (PROMS) in oncology consultations?" Quality of Life Research, 2013.

47 Bianca Wiering et al, "Patient involvement in the development of patient-reported outcome measures: a scoping review," Health Expectations, 2017.

PROM が抱える大きな問題は、比較的新しい概念であるため理解が十分に浸透していないことだ。米国患者擁護基金の Balch 氏は、「個別医療という概念を反映する形で患者がアウトカムを評価する取り組みは依然として稀だ。現在広く利用されている PROM は、病種・症状の進行度・年齢・人種や民族ごとの価値観・通院にまつわる負担など、患者の価値観・経験を細かく反映できるような設計になっていない」と指摘する。医療制度全体の評価には有効だが、患者とのコミュニケーションに PROM をどう活用すべきか、あるいはどのような結果が“良い傾向”を示しているのかを、医師・看護師が必ずしも理解していないのだ⁴⁵。

また日常レベルのケアに PROM を導入するためには、制度改革が不可欠だ。通常診療プロセスの妨げとなる恐れから、PROM の実施やデータ活用に難色を示す医療従事者は少なくない。さらなる普及のためには、研修やワークフローの改革、診療報酬の対象化といった取り組みが必要となるだろう⁴⁶。

こうした実践上の課題は努力により克服可能だが、PROM の活用拡大に求められるのはそれだけではない。皮肉なことだが、PROM の設計そのものをより“患者の価値中心に”変えていく必要があるのだ。米国・英国・ドイツを対象として実施された 2017 年の調査によると、PROM 作成の際、評価対象となるアウトカム選定に患者が関与したケースはわずか 11%。アンケート内容に関する患者への聞き取りが全く行われないケースも 26%に達している。また内容が患者の視点を広く反映しているか確認したケースも半数程度だ⁴⁷。Graham 氏はこの点について、「患者不在で PROM が設計されることは珍しくない。医師の価値観を患者が評価するような仕組みは重要だ」と指摘する。

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

PREM・PCOM：新たな評価指標の広まり

医療評価は PCC を推進する上で不可欠な取り組みだ。しかし PROM の活用が十分進んでいない現状を見ると、その進展にはさらに長い時間がかかる可能性が高い。近年、アウトカムという枠組みを超え、治療に関する満足度や体験を評価するアプローチ“患者報告経験指標”(patient-reported experience measure = PREM) が注目を集めており、一部の対象国では活用が始まっている。例えばフランスでは、患者に治療経験の満足度を聞き、その結果を公開するプログラム“e-Satis”への参加が、全ての医療機関に法的に義務付けられている。また英国でも、プライマリケア・専門ケアに関する患者の満足度を調査する取り組みが国レベルで実施されている。しかし世界全体で見ると PREM の活用は限定的で⁴⁸、収集されたデータが（システムレベルではなく）各医療機関レベルで利用されることは稀だ⁴⁹。

また PREM の他にも、患者中心アウトカム指標（patient-centred outcome measure = PCOM）と呼ばれるアプローチの活用が始まっている⁵⁰。これは患者が独自評価を行う仕組みで、治療の枠組みを超えた領域も対象となることが多い。デューク大学の McClellan 氏によると、PCOM の評価対象となるのは、「たとえばがん患者にとって最も重要なことが、大きな家族行事に参加することができているか、であった場合、それを評価指標として用いる。またコミュニティの中で日常生活を送ることができるか」といった要因も含まれる。また同氏は、ユーザーが特定商品・サービスを友人・知人に勧める可能性を評価するネットプロモーター・スコア（NPS）など、他業界の評価指標も将来的には有効だと考えている。英国 NHS は、患者が家族・友人にサービスを勧めるか評価した NPS データの収集をすでに 2013 年から開始している。

しかし全体としてみれば、患者による医療評価の活用は依然として初期段階にある。各国には PROM などの取り組みを、目標から実践へと変えていく努力が求められているのだ。こうした指標は、医薬開発の分野でも重要な役割を果たすだろう（囲み記事を参照）。

患者の嗜好調査と医薬開発 真のエンゲージメント実現に向けて

PROM・PREM は、患者や医療者、保険者にメリットをもたらす取り組みだが、こうしたアプローチは新薬開発（医薬品承認審査と薬価の設定）の分野でも活用され始めている。例えば規制機関や医療技術評価機関の多くでは、承認

プロセスへの患者の関与が義務付けられている（意思決定権限を持たない場合もある）。しかしドイツ医療経済・医療管理研究所の Mühlbacher 氏によると、「患者が“お飾り”的な意味しか持たないケースも少なくない」という。

48 Anja Desomer et al, Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy, 2018.

49 Ronen Rozenblum et al, “The patient satisfaction chasm: the gap between hospital management and frontline clinicians,” BMJ Quality Safety, 2013.

50 International Rare Diseases Research Consortium, Patient-Centered Outcome Measures Initiatives in the Field of Rare Diseases. 2016; R Bryant-Waugh, “What matters to me?: Development and use of a person centred outcome measure (PCOM) for parents of children with feeding disorders,” Poster presentation, BMJ Archives of Childhood Disease, 2017.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

例えばドイツでは、患者グループの代表がプロセスに参加するが投票権は与えられていない。また新薬承認プロセスにおいて、患者の視点をどう反映させるのかという点についても不明瞭な部分が多い。「患者の視点を意思決定に反映する体系的アプローチを示した文書は存在しない」のだ。

同氏によると、こうした現状を反映して「患者の視点に関する研究が着実に増加しつつある」という。新薬開発に反映されるべき患者ニーズ、治験で評価対象とすべき項目、新薬の潜在メリットとリスクのバランスといった側面について患者の視点を積極的に取り入れるのが目的だ。

しかしこうした流れはまだ始まったばかりだ。Mühlbacher 氏は、こうした研究を現在最も積極的に取り入れている機関として米国の食品医薬品局（Food and

Drug Administration = FDA）を挙げている⁵¹。また欧州医薬品庁（European Medicines Agency = EMA）もデータ収集などの試験的取り組みを行っているという。

取り組みをさらに拡大する上で課題となるのはコストだ。同氏によると、研究の実施には通常 20 万～30 万ドル（約 2200 万～3300 万円）、最も高度なアプローチを使えば約 50 万ドル（約 5500 万円）の資金が必要になるという。この金額をどう評価するかは、どの視点からこの額を評価するかによる。治験にはさらに莫大な費用がかかること、そして新薬の価値を患者目線で正確に理解できることを考えれば、必ずしも高くないというのが Mühlbacher 氏の意見だ。「治験のわずか 1% のコストで、患者にとって価値のある新薬を作れるのならば、意義ある投資だろう。」

51 FDA, "Patient-Focused Drug Development: Collecting Comprehensive and Representative Input Guidance for Industry, Food and Drug Administration Staff, and Other Stakeholders DRAFT GUIDANCE," June 2018.

52 IDC, "Global Wearables Market Grows 7.7% in 4Q17 and 10.3% in 2017 as Apple Seizes the Leader Position," press release, March 1st 2018.

53 Deborah J Cohen et al, "Integrating Patient-Generated Health Data Into Clinical Care Settings or Clinical Decision-Making," JMIR Human Factors, 2016; US Office of the National Coordinator for Health Information Technology, "Conceptualizing a Data Infrastructure for the Capture, Use, and Sharing of Patient-Generated Health Data in Care Delivery and Research through 2024, 2018; AM Lai et al, "Present and Future Trends in Consumer Health Informatics and Patient-Generated Health Data," IMIA Yearbook of Medical Informatics, 2017.

データが持つ価値

現代社会には、血糖値・血圧など健康状態の測定・監視に役立つ様々な機器が普及している。携帯用心電計や自らのルーツ・健康状態を調べる DNA 検査キット、フィットネストラッカーなども急速に広まっている。スマートウォッチをはじめとするウェアラブル端末は、2017 年だけで年間 1 億 1500 万台の売上を記録しており⁵²、エクササイズ量、睡眠パターンなど健康にまつわる膨大なデータが日々生成されている。

英国 NHS の Grahama 氏は、「今の時代、かつて医療関係者が望んでいた以上に豊富なデータを簡単に集めることができる」と指摘する。患者生成健康データ（patient-generated health data = PGHD）の活用が医療にもたらすメリットは計り知れない。患者の健康状態についてより正確なデータが得られるだけでなく、家庭での生活状況も理解できるため、より精度の高い治療計画を実現できるのだ⁵³。だが PGHD の活用には問題も伴う。測定機器やソフトが無数にあり、データの質が安定しない、あるいは標準的な診療記録のフォーマットに準じていない、患者が途中で計測を止めたためデータが不完全であるといった問題が生じる

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

可能性があるのだ。また PGHD には多くの種類があり、主要情報源としての活用も始まったばかりだ。そのため、有用性が広く実証されていない。診療データとして PGHD の活用が進めば、情報への過度な依存あるいは軽視によって、データ所有権・プライバシー・法的責任などの問題が生じる可能性もあるだろう⁵⁴。

しかしこうした課題に直面しながらも、PGHD の活用に取り組む医療者は増加している。「妥当性が確保された患者データは積極的に活用している」と語るのは英国 NHS の Morrow 氏。家庭用の健康管理デバイスで継続的に健康状態をチェックすれば、医療機関で単発の検査を行うよりも正確なデータが得られることもあるからだ。

ただし同氏によると、PGHD の活用には優れた判断力が求められる。家庭用デバイスといっても「その質は“玉石混交”」で、医学的に疑わしい効果を謳うものもあるからだ。「こうしたデータを患者が治療に持ち込めば、エビデンスベースの医療をかえって妨げることになりかねない。ここで重要となるのは、医師に対する患者の信頼だ。医師が患者の意向をどこまで受け入れるのか。データの利用を黙認し、効果が疑わしいツールの利用を助長するのか。両者の関係が活用のアプローチを大きく左右する。」

例えば Morrow 氏は、どの薬ががんに効きそうかを見るために個人用のがん遺伝子検査キットを購入した患者をととても強く支持している。一方で、微量元素*不足を相談に来た患者が、髪の毛を利用した検査データを持ち込んでも「あまり治療の役に立たない」としている。残念ながら、どちらの患者も適切かつ重要なデータだと信じていることが、問題をさらに複雑にしている。PCC 実現に向けた患者・医師間のコミュニケーション向上に役立つ場合もあれば、かえって意思疎通の手間を増やす場合もあるのだ。（*微量元素 = 人体を構成する元素のなかで、酸素、炭素、水素、窒素の4つを除いた他の元素をミネラルと呼び、極めて少量しか存在しないものを微量元素と呼ぶ。）

こうした潜在的問題はあるものの、PGHD は大きなメリットをもたらす存在だ。米国医療評議会の Perfetto 氏は、「近い将来、データを自動収集するデバイスが普及し、診察で PGHD を利用することが必須となるかもしれない」と指摘する。英国 NHS はこうした流れを先取りし、慢性病患者向けの健康データ収集アプリの民間企業による開発を奨励している。将来的にはこうしたデータが電子診療記録とシームレスに統合されていくだろう⁵⁵。

しかし現在のところ、PGHD の活用には大きな壁が立ちはだかっている。米国の国家医療 IT 調整室（Office of the National Co-ordinator for Health Information Technology）が最近実施した調査によると、「多くの医療機関・研究機関は、技術インフラと機能的ワークフローの欠如、労働力不足、研修制度の不備といった問題を抱えている」という。データ活用のノウハウが不足しているだけでなく、「患者が PGHD を持ち込めば、仕事が増え、診療の流れを妨げかねないと敬遠されている」のだ⁵⁶。PGHD 活用を進めるためには、医療システム全体の改革を推進し、診療報酬の対象とするといった取り組みが求められるだろう。

54 Peter West et al. "Information Quality Challenges of Patient-Generated Data in Clinical Practice," *Frontiers in Public Health*, 2017; Peter West et al. "Common Barriers to the Use of Patient-Generated Data Across Clinical Settings," *Proceedings of the 2018 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, Paper No. 484, 2018; AM Lai et al. "Present and Future Trends in Consumer Health Informatics and Patient-Generated Health Data," *IMIA Yearbook of Medical Informatics*, 2017; US Office of the National Coordinator for Health Information Technology, *Conceptualizing a Data Infrastructure for the Capture, Use, and Sharing of Patient-Generated Health Data in Care Delivery and Research through 2024*, 2018.

55 "Linking patient health data is a huge opportunity for the UK," *EIU Perspectives*, June 29th 2018.

56 *Conceptualizing a Data Infrastructure for the Capture, Use, and Sharing of Patient-Generated Health Data in Care Delivery and Research through 2024*, 2018.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

第6章

中国がもたらす教訓： 患者不在の PCC 推進？

求められる取り組み

今回作成された PCC スコアカードの結果は、全体として容易に説明がつくものだ。例えば“患者中心の医療”（PCC）実現に向けた英国の取り組みは依然として道半ばだが、他の対象国と比べ進んだ状態にある。その大きな要因は、1991 年に最初の患者憲章を制定し、1997 年には正式な政策目標として PCC を掲げるなど、長年取り組みを続けていることだ⁵⁷。また同国では、数十年以上前からプライマリ・ケアベースの医療体制が導入されていることも挙げられよう。

一方、日本のスコアが比較的低調だった理由は、近年まで PCC への関心が低かったことだ。医師・病院主導の医療体制は、日本における平均寿命の向上に重要な役割を果たした。しかし現在、その成功がかえって改革の足かせとなっている。患者中心の統合ケア推進といった改革がようやく始まったのは約 10 年前のことで⁵⁸、総合診療科が専門領域として認められたのも 2017 年になってからだ⁵⁹。

医療の効率化に向けた取り組みの将来的方向性については様々な意見がある。若手官僚や外部関係者の参加を通じて厚生労働省が作成した提言書『保健医療 2035』では、患者の自律性や共同意思決定をベースとした“価値に基づく医療”（VBHC）の実現が高らかに謳われているが、策定懇談会のメンバーには、患者の視点を代表する専門家が 1 人も含まれていない⁶⁰。しかし ASrid の西村氏によると、「参加型医療は日本でも徐々に広まりつつあり」、特に若手医療者の間では積極的に受け入れられているという。

57 Ruth Thorlby and Jo Maybin, A high-performing NHS? A review of progress 1997-2010, 2010.

58 Kenji Shibuya et al eds, Japan Health System Review, 2018; Economist Intelligence Unit, The shifting landscape of healthcare in Asia-Pacific, 2015; OECD, OECD Reviews of Health Care Quality: Japan, 2014.

59 Makoto Kaneko, “Current trends in Japanese health care: establishing a system for board-certificated Gps,” British Journal of General Practice, 2017.

60 報告書は右記リンクよりダウンロード可能：
<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/>

中国がもたらす教訓

今回の調査で最も有用な教訓を示すのが、中国の取り組みだ。同国はスコアカードに用いられた 11 の指標のいずれでも最高得点を獲得できず、準指標レベルでも 26 のうち 4 つにとどまるなど、あらゆる分野で低調な成績だった。発展段階が異なる国を対象としたベンチマーキング調査では、リソースに限りのある新興国が先進国に遅れを取ることが珍しくない。しかし今回の調査結果には、さらに複雑な背景がある。

中国の興味深い点は、低スコアの原因が財源不足にないことだ。2009 年以降、中国政府は大規模な予算を投じて医療制度改革に取り組んでおり、政府予算と公共医療保険の年間支出は 2015 年までに 3 倍（3380 億ドル）へ達した⁶¹。これは同期間の GDP 成長の約 1.5 倍に

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

あたる数字だ。改革では縦割りで医療機関中心のシステムを、プライマリケアをベースとした重層的システムに変革するという目標が掲げられている⁶²。

中国政府は長年 PCC 実現を重視しており、1997 年の改革でも医療政策の一大目標として掲げた⁶³。「政府関係者は、施設・機器・処方箋の向上や診療待ち時間の短縮など、ケアの質・アクセスを向上し患者ニーズに応える医療制度の実現を重視している」と語るのは、北京大学国家発展研究院の経済学教授で、医療改革関連の政府諮問委員を務める Gordon Liu 氏。

同国の改革はこれまでいくつかの重要な成果を上げている。例えば、基本医療保険に加入する国民の割合は 2002 年時点でわずか 10% だったが、現在 95% まで増加している⁶⁴。また総合医療インフラの整備に向けた大規模投資も行われており、都市部でプライマリケアを提供するコミュニティ医療機関の数は、2008 年～2014 年の間に 24,260 件から 34,238 件まで拡大⁶⁵。プライマリケア医療機関向けの政府補助金も、2008～2015 年の間に 7 倍増加し、203 億ドルに達している⁶⁶。

こうした進展にもかかわらず、同国は PCC や統合医療の実現という面で大きく遅れをとっている。世界銀行・WHO（世界保健機関）と中国の複数省庁が最近実施した共同調査によると、同国の医療制度は「依然として医療機関主導で行われており、縦割りの組織構造やボリューム重視の治療といった問題が見られる。医療サービスも、（健康アウトカム向上より）多くの治療をこなすことが優先されている。また治療は病院中心に行われ、コミュニティレベルの医療は進んでいない。」⁶⁷。

同調査は患者についても言及し、「参加型医療に向けた包括的な取り組みや、患者・医療者の明確な役割定義は依然として見られない。中国には患者中心のアプローチへの移行を進める努力が求められる。ケアの質に対する懸念や、患者を尊重しない医療者の態度が、市民の不信感を招いている」と指摘している⁶⁸。

患者不在の改革

1997 年以降の改革（特に統合医療の実現を目指した 2009 年の改革）が失敗した背景としては、様々な要因が考えられる。その 1 つは本報告書と密接に関わるテーマ、つまり患者不在で改革が行われてきたことだ。例えば 2010 年以前の政策では、医師・患者のケア共創よりも、医療機関のサービス向上を通じて PCC の実現を試みていた⁶⁹。

近年では患者の視点を反映する取り組みも見られる。例えば Liu 氏によると、政府は近年、医療機関に対する患者の不満を取り上げるメディア報道や研究論文への関心を高めている（例：法外な医療費請求など）。しかし中国には「政策・医療保険・サービス提供体制に関する議論に患者の声を反映させる仕組みや方法が存在しない。状況の改善には長い時間がかかる」という。こうした問題は 2009 年の改革にも影響を与えた。特に顕著なのは、プライマリケアへの

61 WHO Global Health Expenditure Database, accessed October 27th 2018.

62 Zhu Chen, "Launch of the health-care reform plan in China," Lancet, 2009.

63 Jingqing Yang, "The side-effects of China's patient-centred healthcare reform," Social Policy Association [UK] conference paper, 2010; Central Committee of the Communist Party of China, 关于卫生改革与发展的决定 [Decision on health reform and development], January 15th 1997.

64 Gordon Liu et al, "China's Health Reform Update," Annual Review of Public Health, 2017.

65 National Bureau of Statistics China, "Health Care Institutions," Table 22-1, China Statistical Yearbook 2015, 2015.

66 Xi Li et al, "The primary health-care system in China," Lancet, 2017.

67 Deepening Health Reform In China: Building High-Quality And Value-Based Service Delivery, 2016.

68 同上

69 Jingqing Yang, "The side-effects of China's patient-centred healthcare reform," Social Policy Association [UK] conference paper, 2010.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

移行を支援する取り組みの欠如だ。政府統計によると、プライマリケアを提供するコミュニティ医療機関の利用者数は、2010～2017年にかけて横ばい状態あるいは微増が続いている。しかし Liu 氏によると、「三次医療機関*の利用者数は同時期に急増した。つまり外来患者は減るどころか増えているのだ」という。

*一次医療機関 = 外来診療によって患者の基本医療を担当する医療機関

二次医療機関 = 入院治療を必要とする重症患者の医療を担当する医療機関

三次医療機関 = 二次医療機関で対応できない重篤患者に高度医療や先端医療を提供する医療機関

この現象の背景としては、2つの可能性が考えられる。その1つは、公共医療保険の適用範囲が拡大し、二次・三次医療機関を利用しやすくなったことだ。さらに重要なのは、一次医療機関の質が（特に都市部の大病院と比較した場合）大きく劣ると考えられていることだ⁷⁰。その結果、全体の8%を占める同国の三次医療機関が、外来診療48%分の受け皿になるという事態が生じている⁷¹。多くの三次医療機関はこうした需要の増加に対応できず、15分の診療を受けるための待ち時間が2.5～8時間まで拡大している⁷²。

70 Gordon Liu et al, "China's Health Reform Update," Annual Review of Public Health, 2017.

71 Huixuan Zhou et al, "The development of indicator measure for monitoring the quality of patient-centered care in China's tertiary hospitals," PLoS One, 2018.

72 Gordon Liu et al, "China's Health Reform Update," Annual Review of Public Health, 2017; Huixuan Zhou et al, "The development of indicator measure for monitoring the quality of patient-centered care in China's tertiary hospitals," PLoS One, 2018.

73 William Wong et al, "Primary care workforce and continuous medical education in China," BMJ Open, 2017; William Wong et al, "Availability and use of primary care facilities in China: a nationwide representative survey," Lancet (poster abstract), 2016.

74 Xi Li et al, "The primary health-care system in China," Lancet, 2017.

75 Cheris Chan, "Mistrust of physicians in China: society, institution, and interaction as root causes," Developing World Bioethics, 2017.

76 "Chinese doctor stabbed to death after row with patient's husband," South China Morning Post, March 15th 2018; "Beaten, stabbed and threatened: who'd want to be a doctor in China?" Inkstone, March 16th 2018; "China's Health Care Crisis: Lines Before Dawn, Violence and 'No Trust,'" New York Times, September 30th 2018.

77 Therese Hesketh et al, "Violence against doctors in China," BMJ, 2012.

プライマリケアに対する患者の不安感はある意味で理に適っている。コミュニティレベルでサービスを提供する一般診療者の約半数は、大学すら卒業していない。また一次医療機関の64%には婦人科診療に必要な機器がなく、誤診も横行している⁷³。しかし優れた経験・資格を持っていたとしても、過労状態の医師がより良いアウトカムを実現できるとは限らない。高血圧・糖尿病患者を対象としたある調査によると、中国の医療機関は診断・症状管理のアウトカム・レベルが総じて低い。一貫して三次医療機関で診療を受けた患者のアウトカムは、一次医療機関の結果を若干上回るものの、差はほとんど見られないという⁷⁴。

プライマリケアの利用を拡大するためには医師の質向上が求められるかもしれない。しかしプライマリケア自体を魅力あるものとするために、患者とのコミュニケーションを改善し、そのニーズに対する理解を深めることも重要だろう。中国は医療従事者全体に対する不信感という深刻な問題にも直面している。最近実施された2年間にわたる民族学的調査によると、対象となった患者とその家族ほぼ全員が、医師への不信感を示した⁷⁵。不満を抱いた患者が医師・看護師に対して暴力を振るう問題は、「医鬧」（医療トラブル）と呼ばれ、過去数年大きな社会問題となっている。中国医師協会が2016～17年に行ったアンケート調査では、暴力・暴言を受けた経験があると回答した医師が66%に上っている。また最高人民検察院が2018年3月に発表した報告書によると、医療関係者への暴力行為や医療機関での抗議行動で検挙された容疑者数が2016年以来7816名に達しているという⁷⁶。不満を抱いた患者が犯罪組織を雇い、治療の改善を求めて脅迫を行う事態も発生している⁷⁷。

だが Liu 氏によると、医師・患者間のこうした軋轢は、技術力や治療体験の質から生じているわけではない。中国の医療者は、欧米と比べても大きく引けを取らない能力を持っているという。むしろ深刻な影響を与えているのは、医療ニーズが膨大であることから「患者とのコミュニケーションもままならない現状だ。患者に敬意を示し、会話に時間を割けば、状況は

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

大きく改善するだろう。つまり問題となっているのは、患者に対する敬意・尊厳という意識が医師に不足していることだ」という。このためには、プライマリケア提供体制の改善と患者の利用拡大が不可欠だと同氏は指摘する。

中国の政府関係者がこうした状況を認識していることは言うまでもない。2017年7月に発表された国家卫生健康委員会と公安部の共同声明では、医療トラブル対策の一環として、病院警護の強化や暴力事件の厳罰化を打ち出すだけでなく、患者重視のアプローチへの移行を医療機関に促している⁷⁸。また2015年の医療改革プログラムの下で前者が掲げたアクションプランでは、より統合的・継続的なケアの提供、治療アクセス・患者体験の向上といった方策が盛り込まれた。患者体験向上の具体策としては、医師・患者間コミュニケーションと治療環境の改善に向けたメディカル・ソーシャル・ワーカーの配置、そして診察待ち患者への書籍・飲食サービスや公共スペースでの娯楽サービスの提供といったアイデアが掲げられている⁷⁹。

だがこうした政府の取り組みには、依然として患者の視点が欠けている。国家卫生健康委員会は、国内の主要三次医療機関を対象に、PCCの質を評価する56の指標を開発した。指標には患者体験向上を医療機関に促す狙いがあるが、医療政策に患者の視点を反映するものは1つもない⁸⁰。

Liu氏は、こうした現状がすぐには変わることはないと考えている。「今の中国には、患者グループが国の政策に影響を及ぼせる環境がない。そして政府がこうした流れを積極的に推進する見込みは薄いだろう。」ただし政策担当者が優先すべき研究分野といった議論に関して、患者の参加を促す可能性はある。「今後、患者の声を政策に反映するチャンネルが作られることを願っている。しかしそれがいつなのかを予測するのは難しい」と同氏は語る。

1つだけ確かなのは、患者の役割が拡大しなければ、PCCや統合医療の実現に向けた取り組みの成果が限られたものになるということだ。

78 国家卫计委等三部门亮“组合拳”防控伤医医闹行为 The National Health and Family Planning Commission and three other departments work together to prevent and control violence against doctors], China Central Television News, July 13th 2017; 官方严惩涉医犯罪：行为异常患者由保卫人员陪诊 [Officials severely punish drug-related crimes: patients with abnormal behavior are accompanied by security personnel], People's Daily, July 12th 2017.

79 “进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）” [Further Improvement of Medical Services Action Plan (2018-2020)], 2018.

80 Huixuan Zhou et al, “The development of indicator measure for monitoring the quality of patient-centered care in China's tertiary hospitals,” PLoS One, 2018.

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

第7章

患者と患者コミュニティの連携に向けて

異なる役割

患者が“患者中心の医療”（PCC）に求めるものは、様々な条件によって異なる。英国 NHS の Graham 氏によると、先進国では医療制度への積極的な関与が求められる一方、新興国では患者の安全対策が重視されることが多い。今回の調査で英国の回答者は、PCC 実現に重要な要因として共同意思決定（SDM）とアウトカムをほぼ同じ割合で挙げている。一方、その他全ての対象国ではアウトカムを優先する傾向が強く見られた。

また興味深いことに、PCC 実現の最重要課題に関する患者グループの回答は、疾患領域によって大きく分かれた。例えば HIV・AIDS の患者グループは、効果的な診療予約・紹介プロセスを PCC の最重要課題として挙げている。その他疾病の患者グループでも同様の傾向が見られるが、患者の考えに耳を傾ける医療者の存在も重視されている。HIV・AIDS の患者グループがこの要因を重視しない背景には、医師とのコミュニケーションを積み重ねてきたこれまでの経緯が影響していると考えられる。

患者や患者グループが持つ影響力のレベルは、PCC 実現の取り組みに大きな影響を及ぼすことが多い。84 カ国の 1016 に上る患者グループを対象として、コンサルティング企業 PatientView が 2018 年に実施した自己評価調査によると、“医療政策に影響を与えた”と考える回答者が 25%、“おそらく影響を与えた”とする回答者が 37%に上った。しかし調査結果は、疾患の種類によって大きく異なる。例えば、HIV・AIDS の患者グループが活動の成果に自信を示す一方、神経疾患などの患者グループは成果を控えめに評価する傾向が見られた⁸¹。

国際患者団体連盟の Sehmi 氏によると、罹患者が多い慢性病のグループは豊富な資金力を持ち、効果の高い患者アドボカシー（advocacy）を実現する傾向が見られる。「政府もこうした患者グループの影響力を認識し、その疾患に大きな関心を払いがちだ。一方、希少疾患の場合は患者の絶対数が少なく、アドボカシーの経験値も低い。そのため、メディアの注目を集められずに、患者の声がないがしろにされているのが現状だ。各国政府は、30～40 年前に非感染症領域の医療改革で犯した過ちを今も繰り返している」と同氏は指摘する。

ある疾患（とその患者）が、世間の注目を集めることができるかどうかは、環境にも左右される。その要因の 1 つとなるのは社会的イメージだ。Morrow 氏によると、例えば「小児病は、高齢者に多い疾患や精神疾患よりも、資金とメディアの注目を集めやすい」という。

81 Benchmarking the Patient Movement, 2018.

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

アドボカシーの問題：AIDS と“てんかん”患者グループの経験

患者が自らのニーズを理解し発信する能力は、アドボカシーに重要な影響を及ぼす。米国の HIV/AIDS 患者とイタリアのてんかん患者の対照的な経験は、その意味で象徴的だ。

患者グループ AIDS United の McColl 氏によると、HIV/AIDS が米国で拡散した背景が、患者の声を医療改革に反映させる上でプラスに働いたという。「HIV/AIDS が広まり、多くの人が死にゆく姿は恐ろしく、人々に強い印象を残した。そのこと自体が活動の推進力となった」と同氏は語る。発病者が当時偏見の目で見られていた LGBT コミュニティに集中し、生物学的指標でその相関関係が立証されたことで、「HIV/AIDS は他の慢性病にないアイデンティティを持つことになった。このアイデンティティは、人々が団結して、患者としてのニーズを理解・発信する上で大きな役割を果たした」という。

包括的アイデンティティが確立されたことで、社会的に対等な存在としてそのニーズを発信する素地が作られたのだ。「顧客」や「患者」、あるいは耳障りの悪い「被害者」といった言葉を使わずに、「人間」として運動を展開することができたのはそのためだ」と McColl 氏は指摘する。

HIV/AIDS 患者のコミュニティ意識と自尊心は、患者運動の成功に重要な役割を果たした。過去数十年の変化を背景に、患者のニーズは変化しつつある。米国の HIV/AIDS 患者が現在重視しているのは、ライアン・ホワイต์・プログラムを通じた低所得者への包括的ケア提供や、同病の患者に多い合併症への効果的対応、ウィルス量を検知不可能なレベルにまで減少させる抗レトロウィルス薬の活用を通じた症状進行の抑制・停止といった問題だ。こうしたニーズの変化の中でも、コミュニティ意識と自尊心は大きな結束の力となっている。McColl 氏によると、この結束力が「我々にはこういうニーズがあり、こうすればケアが効果的になる」と発信する自発的アプローチを支えているという。

一方、イタリアにおける“てんかん”患者の経験は、米国 HIV/AIDS 患者と対照的だ。イタリアてんかん連盟の Sofia 氏によると、この領域では患者や家族ではなく医療者がアドボカシーを推進することが多く、医師・患者の関係にも「依然として家父長主義的な傾向が見られる」という。今回 EIU が行った調査にも両者の大きな差は反映されている。米国 HIV/AIDS 患者のほぼ全員が、ケアプランの作成や意思決定に患者が関与していると回答した一方、イタリアのてんかん患者ではその数がほぼゼロだった。

イタリアでは、患者の役割拡大に抵抗感を持つ医療者が今も少なくない。Sofia 氏が数年前に患者アドボカシー活動を始めた際、てんかん患者である娘の主治医は「ひどく失望し、怒りの表情さえ見せた。私がてんかんの研究といった分野にも関心を持ったからだ。主治医は、私が家族支援の運動などに集中すべきだと考えていた。」

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

同氏は医師の意識改革以外にも大きな問題に直面した。HIV/AIDS 患者のようなコミュニティづくりに取り組んだものの、社会的偏見や取り組みの遅れを背景に患者の参加が進まなかったのだ。同氏によると、てんかん患者の約半数は、現在入手可能な薬で症状をコントロールすることができる。そして「これらの患者たちは、自らの病気について語りたがらない」という。一方、症状のコントロールが難しい患者は疎外感を持ち、また、何十年もの間、医療の進展がなく、「諦めの境地で現状を受け入れている」というのが同氏の見方だ。

同氏は長期的な見通しに楽観的だが、現在のところヨーロッパにはてんかん患者のコミュニティがほとんど存在しない。運動拡大のためにまず重要なのは、「患者自身が変わることだ。患者として、より積極的な参加意識を持たなければならない。そのためには自らの視点を認識し、発信する努力が必要だ」と同氏は指摘する。

こうした問題に直面するのはてんかん患者だけではない。現在感染症の中で最も死亡者数の多い結核でも同様の傾向が見られる。多くの国で社会的偏見が根強いこともあり、患者や元患者が病名の公表に積極的でなく、患者運動の拡大が進まないのだ。結核患者のアドボカシーを推進する関係者の多くは、HIV/AIDS の患者グループでアドボカシーを経験した者で占められている⁸²。

McColl 氏によると、アドボカシー推進の鍵を握るのは、患者としてのアイデンティティを前向きに捉え「積極的に発信し運動を推進できる仲間を探す」ことだ。HIV/AIDS のケースでは、致死率が高く、既存の LGBT コミュニティと重なる部分が多かったこともプラスに働いたという。他の領域で同じような環境を作るのは決して容易でないが、「患者としての声を発信する情熱と結束力」があれば、政策レベルで影響を及ぼすことは可能だろう。

戦略の必要性

ここまで取り上げてきた米国・イタリアの事例は、PCC の実現という意味でいくつかの教訓を示唆している。1 つ目は、真に価値のある PCC を実現するためには、患者の積極的関与が不可欠となることだ。しかし患者というだけで運動への参加を強いるようなアプローチは避けなければならない。HIV/AIDS など、過去に見られた運動の中にはある種の熱気が重要な役割を果たしたケースもある。しかしこの方法が成功を収めたのは、家父長主義的な医療制度が今よりも色濃く残っていたからだ。各国政府が優先順位に応じて疾患を取捨選択し、制度全体としての成果を目指している現在の文脈で効果的発信を行うためには異なった戦略が必要だ。

患者や家族、医療関係者には、パートナーシップ形成をあらゆる疾病領域で必須の取り組みにする努力が求められる。パートナーシップを通じて患者の視点を環境改善につなげるケースが増えれば、参加拡大に向けた様々な壁は解消していくはずだ。そして患者コミュニティがより

82 Economist Intelligence Unit, Ancient enemy, modern imperative: A time for greater action against tuberculosis, 2014.

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

明確に自らのニーズを理解・発信し、政策へさらに取り入れられるというプラスの循環を生み出す事ができるだろう。

ここで求められるのは、患者グループがこうした関係を医師・患者に押しつけることではない。医療者が積極的に患者とのパートナーシップを構築するというアプローチが必要だ。また意思決定支援や共同意思決定といったツール・プロセスの普及も重要な鍵となる。患者の自発的な参加を待つだけでは、大きな進歩を期待できない。

Sofia 氏が指摘する通り、PCC 実現に向けた取り組みが進めば、病気の効果的治療という共通目的に対する理解が深まることになる。「病気を抱えながら生きる患者は、非常にユニークな視点を共有できる存在だ。どんなに経験を積んだ医師でもこの視点は提供できない。てんかんを抱えながら生活する患者が、医療に参加するというチャレンジ・責任を積極的に受け入れる日が来ることを願っている」と同氏は語る。

新たなパートナーシップの創造に向けて

患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

おわりに： 患者中心の医療実現に向けた鍵

患者の価値観を重視する“患者中心の医療”（PCC）は、医療のあるべき姿として多くの国に支持されている。治療重視・医療者主導の従来型アプローチよりも現代社会のニーズに即した医療が提供できるだけではない。伝統的治療という意味でも、患者にとって重要な価値という意味でも優れたアウトカムを（より低コストで）実現できる可能性があるのだ。この考え方は、今回調査対象となった9カ国でも政策宣言・戦略という形で謳われている。

欧米諸国を中心に一定の進展は見られる。しかしPCCが依然として理念にとどまっている国も少なくない。そして変化は、医療システム全体というよりも、一部の分野に限られるのが現状だ。今回対象となった国の多くは、比較的容易に実現可能な領域でも低スコアに終始している。

真の意味での変化には、公的宣言という枠組みを超えた具体的アクションが不可欠だ。医療のあり方は国によって大きく異なるため、万国共通の改革チェックリストは存在しない。しかし今回の調査では、多くの国で重要となるいくつかのポイントが浮き彫りとなっている。

PCCの実現には、基本政策の抜本的改革が求められる

PCCという考え方は多くの国で支持されている。しかし患者（そして家族・介護者）を中心とする医療の実現に向けて、全てのステークホルダーが一致団結することは現実問題として難しいだろう。共同意思決定や関連支援ツールの活用が（例外措置ではなく）必須となるのはそのためだ。また予算調整も治療の数よりも治療によってもたらされる価値を基準とすることも重要だ。そして医療従事者の教育・研修は、治療プロセスへのPCC導入を念頭に入れて行われるべきだ。一見これらの項目に共通点を見出すのは難しいが、いずれも政策担当者が大きな影響力を及ぼすことのできる分野だ。そして今回の調査結果を見ると、影響力は必ずしも有効に活用されていない。

医療改革の軸を既存プロセスの改善から抜本的な制度見直しへとシフトする必要がある

今回の調査対象となった多くの国では、新たなテクノロジーを活用したオンライン診療予約の導入が進むなど、医療制度の利便性向上が進んでいる。しかしこうした取り組みが、PCC・VBHCの実現につながるとは限らない。統合医療・個別化医療の導入は依然として道半ばで、ワークフローや診療報酬など医療制度のあらゆる面で抜本的な見直しが必要だ。診療記録の開示など一定の進展が見られる分野においても、法制化が必ずしも現場レベルでの効果的な導入や実践に結びついていないからだ。

新たなパートナーシップの創造に向けて 患者の価値・患者中心のアプローチが医療に果たす役割

PCC 実現につながる適切な評価指標の導入が必要だ

PCC 推進につながる医療プロセス・アウトカム評価の導入は遅々として進んでいない。特に PROM 活用の遅れ、そしてその開発が患者のインプット不在で行われている現状は大きな懸念材料だ。PROM は PCC 実現に向けた最初のステップに過ぎない。患者体験や治療以外の領域のアウトカムを理解するためには、その他関連評価指標の活用も進めなければならない。またこれらの指標を有効に機能させるためには、ワークフロー・診療報酬・研修といった分野での改革も並行して進める必要がある。包括的な取り組みが行われなければ、適切な評価システムの（ひいては PCC の）実現は困難だろう。

患者の治療プロセス関与が常識とならなければ PCC 実現は困難だ

患者不在で PCC の実現を目指しても、失敗に終わる可能性が高い。膨大な投資と高邁な理念だけで患者の価値観やニーズの理解が進まないことは、20 年にわたる中国の経験を見ても明らかだ。こうした問題を抱えるのは中国だけではない。ある疾患領域で活発なアドボカシーが PCC の進展につながった結果、その他の疾患領域が軽視されるといった状況は多くの国で見られるものだ。こうした現状を克服するための鍵となるのは、文化面の変革だろう。患者の積極的関与を促すためには、その妨げとなる要因を解消する必要があるからだ。医療従事者・医療機関から患者へと権限を委譲するという意味ではない。PCC は医療従事者と患者が“パートナーシップ”を組んでこそ実現されるのだ。この考え方こそが、医療従事者と患者の「常識的関係」となるべきなのだ。そのために求められるのは医療者・患者の文化的変革だけではない。政策担当者が患者の声に耳を傾け、PCC 実現につながる形でアクションを実践することが極めて重要となるだろう。

本報告書に記載された情報の正確を期すために、あらゆる努力を行っていますが、ザ・エコノミスト・インテリジェンス・ユニットとスポンサー企業は第三者が本報告書の情報・見解・調査結果に依拠することによって生じる損害に関して一切の責任を負わないものとしてします。また本報告書の中で明らかにされた調査結果・見解は必ずしもスポンサー企業の見方を反映するものではありません。

ロンドン

20 Cabot Square
London
E14 4QW
United Kingdom
Tel: (44.20) 7576 8000
Fax: (44.20) 7576 8500
Email: london@eiu.com

ニューヨーク

750 Third Avenue
5th Floor
New York, NY 10017
United States
Tel: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
Email: americas@eiu.com

香港

1301 Cityplaza Four
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
Email: asia@eiu.com

ジュネーブ

Rue de l'Athénée 32
1206 Geneva
Switzerland
Tel: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
Email: geneva@eiu.com

ドバイ

Office 1301a
Aurora Tower
Dubai Media City
Dubai
Tel: (971) 4 433 4202
Fax: (971) 4 438 0224
Email: dubai@eiu.com