



米国家庭医からみた 日本版総合医プログラムへの提案

ミシガン大学
家庭医療科
神保真人

世界的に見ると primary care physician、プライマリケア医というのが、結構、主流な言葉となっておりますし、私自身、総合医という言葉にまだなじみがそれほどないものですから、この一連のプレゼンテーションでは総合医ではなくプライマリケア医なしプライマリケアということで話させていただきます。



定義

○ 総合医＝プライマリ・ケア医

それで、今、渡辺先生から御紹介いただきましたが、私は今アメリカのミシガン州に住んでいます。1985年に卒業ですから、64回生です。東京の都立広尾病院で生まれましたが、8歳から最初の2年間は、米国の東海岸のニュージャージーにいました。それで、次に8年間、カリフォルニアのサンフランシスコの近辺にいました。それで、日本の東京に戻って15年ぐらいいて、今度はフィラデルフィアのトーマス・ジェファーソン大学

で家庭医療の研修をし、チーフ・レジデントをし、それで、ノースカロライナで過疎地域において医療を行い、今度はまたトーマス・ジェファーソンに戻り、現在はここのミシガンにいますということなのです。

ミシガン州



このミシガンというのは、ここに五大湖があつて、ここがスペリオールで最も大きい湖で、これがミシガン湖、これがヒューロン湖になりますが、こうやっごらんになつてもわかるように、ミシガン湖をまたいで2つに分かれております。ちょうどデトロイトがあるのがここで、アナーバーがあるのが大体ここら辺です。アナーバーはミシガン大学のあるところです。ミシガンは、御存じのように、今は3大オートメーカーが非常に危機に遭つてゐるということで、失業率もロードアイランドと並んで6.9%で全米第1位になっております。



それにもかかわらず、今みんなミシガンの人たちは比較的オプティミスティック、比較的楽観的なムードが漂っている。1つは、ミシガン大学です。ミシガン大学は私が今いるところですが、これはビッグハウスといいまして、全米第一のフットボール競技場で、休日、土曜日にホームの試合がありますと、大体11万人入ります。アナーバーの人口が10万4000人ですから、アナーバーの人口よりも多い人たちがここにぎゅうぎゅう詰めになるということになります。



それと、もう1つは、この11月4日、このビッグハウスよりもさらに多い20万人をシカゴのグラント公園に集めたバラク・オバマの当選です。それで、この顔を見ていただきたい。全米初の黒人の大統領です。実際に市民運動で黒人が平等権を得たのが40年前ですから、わずか40年間で彼が大統領というトップの座まで上り詰めた。そういう国がアメリカです。



はじめに

- 医療は文化であり、一つの国において、医療の一つの項目だけを切り取って語るのは困難
- 他国から何か導入する場合、どういう経緯でその国ではそれを導入したのか、良く見極め、自国への導入には何を考慮すべきか、十分な検討が必要

なぜわざわざそういうことを一々申すかというと、まず医療は文化であり、1つの国において医療の1つの項目だけを切り取って語るのは困難だからです。他国から——特に今

回は米国ということですが、何かを導入する場合、医療に関係しても、それを導入する場合、どういう経緯でその国ではそれを導入したのか、よく見きわめ、自国への導入には—日本の場合ですが、何を考慮するべきか、十分な検討が必要と思い、ああいうふうにお話をさせていただきました。



本日の概要

- 米国と日本の医療の根本的な違い
- プライマリ・ケア、特に家庭医療科における臨床と教育
- プライマリ・ケア領域における新たな試み：コストの削減と質・アクセスの向上
- 日本独自のプライマリ・ケア医（総合医）の考察

本日の概要ですが、まずは米国と日本の医療の根本的な違い。次に、プライマリケア、特に家庭医療科における臨床と教育。次に、プライマリケア領域における新たな試み。コストの削減と、質とアクセスの向上に、今どういう取り組みが行われているか。最後に、日本独自のプライマリケア医——総合医ということですが、それへの考察、提案というふうに話を進めさせていただきます。



米国医療：低い費用対効果

- 医療費は、年間2兆ドルを超える（2005）
 - GNPの16%
- 16の健康指標において、先進国13カ国のうち、12位（JAMA 2001）
 - 平均寿命、新生児死亡率その他
 - 日本、スウェーデン、カナダ、フランス、オーストリア、スペイン、フィンランド、オランダ、英国、デンマーク、ベルギーの下
 - ドイツの上

まず米国医療ですが、低い費用対効果、cost effective です。医療費は2005年で年間2兆ドルを超えています。GNPの16%で、現在2008年にはもう17~18%になり、もう少しで5分の1になるところです。なおかつ、JAMAの2001年の記事によりますと、16の健康指標——例えば、平均寿命その他ですが、先進国13カ国のうち12位。日本はそのときはトップで、あとはスウェーデン、カナダがずらずらと続いていくわけです。ドイツの上にはなりましたが、これらの先進国において12位という結構惨たんたる成績だったわけです。

低い費用対効果のうち、要するに、たくさんのお金を使って、でも、国民の健康を全体的に見ると余り効果が得られていないのはなぜか。

低い費用対効果の一因:患者の多様性?

人種	2000年比率
非ヒスパニック系白人	69.1%
ヒスパニック	12.6%
非ヒスパニック系黒人	12.1%
アジア系	3.7%
ネイティブ・アメリカン	0.7%

まず1つには、患者の多様性が挙げられると思います。2000年のセンサスで、いよいよ非ヒスパニック系のいわゆる白人が7割を切りました。2045年には白人は5割を切ると言われています。かわりに何がふえてきたかという、ヒスパニックです。ヒスパニックは2000年のセンサスで初めて黒人を抜きました。抜いて、今はもう13%になっていると思います。アジア系は大体4%弱で、平たんですが、しかし、実際に新たに来る移民を見ていると、かなり多いのがヒスパニックの次にアジア系です。なおかつ、ネイティブ・アメリカン——これはインディアンとエスキモー、あるいはアメリカサモアやパンパシフィックの方でもアメリカの領地がありますが、それらのことを含めて1%弱。重要なのは、少数派、マイノリティがふえてきている。特にヒスパニックです。黒人も相変わらず多い。アジア系はパーセントは少ないながら、非常にふえてきているという状況です。



低い費用対効果の一因：社会構造の相違？


- 家族の四分の一は、片親のみ
 - 黒人家庭では、半数以上
 - ヒスパニック系の家庭では、三分の一
- 銃器保持率は、世界一
 - 銃器による殺人・自殺・事故死も世界一（2001年には3万人弱）
- 大きい貧富と教育の格差
- 高い文盲率

次に、社会構造の相違がアメリカの低い費用対効果には関係しているのではないだろうか。例えば、家族の4分の1は、平均的に見て片親のみ。ほとんどシングルマザーです。そのうち黒人家庭では半数以上、ヒスパニック系の家庭では3分の1が片親のみとなります。私がフィラデルフィアで診療していたときは、主に大学ですから貧困層なども扱っていたわけですが、メディケードの方々、黒人の方で実際に父親と母親がくっついているのは非常にまれでしたし、結婚しているのはさらに非常にまれでした。それこそ片手の指で数えるほどです。

銃器保持率は世界一、なおかつ、銃器による殺人・自殺・事故死も世界一で、2001年には3万人弱。それで、この殺人の非常に問題なのは、特にマイノリティにおける男性の殺人の件数です。特に若い黒人の男性は殺人による死亡が第1位を占めておりますし、それによって平均寿命が一般に比べて非常に低い。例えば、メディケアのスタディで、全米を各地に細かく分けて平均寿命を見たところ、ハーレムの一部にいる黒人男性の寿命は大体バングラデシュと同じぐらいだというデータもあります。

なおかつ、大きい貧富と教育の格差はますますひどくなってきています。

あとは、高い文盲率。実際に人口の5割が十分な、例えば、8年生相当の——これは中学2年生ですが、読解力を持っていないというデータもございます。



低い費用対効果の一因：健康保険制度の相違？

- 全国民の16% (4700万人) は、無保険 (2005)
 - その半数以上は、職を保持
 - 更に約16%が、部分的な医療保険のみ所有
- 保険を所有しても制限つき
 - 多数の保険会社が存在
 - 検査や治療を受けるのに事前に保険会社からのOKが必要
 - 契約を結んでいない医者を受診を制限
- 元凶はManaged Care? Managed Competition?

次に低い費用対効果の一因として、健康保険制度の相違というのものもあるわけです。これは2005年のちょっと古いデータですが、全国民の6分の1、5000万人近くは無保険。その半数以上は実際に職を持っている。さらに、この16%プラス16%、要するに、合わせて3分の1になりますが、さらに6分の1が部分的な医療保険のみ所有。要するに、保険を持っているけれども、自分の健康のすべてをそれがカバーしてくれるわけではないということになります。ここに書いてあります。

その背景には多数の保険会社が存在すること。あとは、検査や治療を受けるのに事前に保険会社からのオーケーが必要。例えば、MRIなど特に高額な検査であればオーケーが必要なこともあります。あとは、治療に関していうと、例えば、高脂血症に関してロバスタチンならいいけれども、アトルバスタチンはだめ。例えば、つめの白癬に関しては、経口薬のテルビナフィンが一番いいわけですが、それは糖尿病、免疫抑制、あるいは実際に炎症所見がひどくなければだめ。だめというのは、お金を払わないということですが、多くの人にとっては、1カ月分の薬が、例えば、2万、3万となる状況では、保険会社が払わない、イコール、だめということになるわけです。あとは、契約を結んでいない医者の受診の制限これも、結局は払わないということですから、それによって、実質、専門医であっても、ゼネラリストであっても、医療費は向こうの初診だと、プライマリケアにおいても恐らく1万円、専門医においては3万円ぐらいになっていきますから、なかなか保険なしには受診が難しくなってくるということになります。

よく元凶は managed care だと言われますが、managed care というのは、本来、予防を

中心にしてできた制度であって、むしろ多数の保険会社が林立している managed competition、こちらの競合ですね。診断基準、治療基準が全国的に一律に行われているのではなくて、各保険会社がそれぞれ独自のものを持っている。実際に、例えば、ミシガンにおいて保険会社の数は30ぐらいありますから、それをすべて把握して、なおかつ、それぞれに応じたケアをやるには、医者頭では到底ついていけなくて、それ専用の職を持った事務員もいるということになります。



米国医療保険のボトムラインは、利益向上

- 会社を替われば、健康保険も変わる
- 同じ会社でもより低コストのため健康保険を変える
- 健康保険会社としては、いかに多くの顧客を得るか、一旦得たら、いかに支出を低くするかが勝負
 - 経費の20-25%は、宣伝その他事務費
 - 利益の一部は、幹部のボーナスや株主の配当に補填
- 元の理念と異なり、長期的な投資が必要な健康増進、一次予防には最低限の投資
 - ビジネス故、3ヶ月毎の短期決算
 - 一個人が同じ健康保険に加入しているのは、平均3年

あとは、結局、米国医療保険のボトムラインは利益向上であるか。会社をかわれば健康保険もかわってしまう。そうすれば、自分を長年診てくれた主治医もかわってしまうということになるわけです。

同じ会社に勤めていても、低コストのために健康保険をかえるということもあり得る。そうすると、またがらっと診てもらい医者がかわる可能性はある。

健康保険会社としては、いかに多くの顧客を得るか、一たん得たらいかに支出を低くするかが、結構、勝負になってくるわけです。というのは、経費の20~25%は、宣伝その他、事務費に使われている。利益の一部は幹部のボーナスや株主の配当に補てんされている。ですから、実際に今は大体非営利と営利の健康保険が半々ぐらいですが、非営利はこれ以外はすべてまた医療に戻ってくるのに対して、営利に関してはこれも加わるため、医療から得られた利益が医療に戻るパーセントが減ってきているということになります。

もともと managed care は、予防を中心にやっていけば高価な治療も後日かからないだろうということで始まった理念が、それとは異なり、長期的な投資が必要な健康増進、一

次予防——一次予防というのは、例えば、予防接種のように病気にならないために、あるいは体重を減らす、運動をどういうふうにとったらよりよくやれるか、そのためのカウンセリング、健康指導ですが、こういうものは余りお金にならない、超短期的な結果は出ないので、一次予防には最低限の投資しかしない。それで、結局、ビジネスゆえ3カ月前の短期決算となりますし、一個人が実際に同じ健康保険に加入しているのは、平均3年ということとなります。ということは、3年以降、また診てもらおう医者がかわってしまうということにもなり得るわけです。



医療費を抑えるべく、いろいろな試み

- DRG/PPS
 - 疾患群別 (Diagnosis Related Group) に予めコストを定める (Prospective Payment System)
- ゲートキーパー制度
 - プライマリ・ケア医の紹介なしに専門医にかかることができない

ただし、アメリカはそういう厳しい状況にいますから、医療費を抑えるべく、いろいろな試みはなされているわけです。その中にはかなりイノベーティブな、かなり斬新的なことも含まれているわけで、例えば、diagnosis related group、疾患群別、あるいは、あらかじめコストを定める prospective payment system、これらは、現在、日本でも導入されているわけです。

あとは、一時90年代の前半ぐらいまでかなり気炎を上げていたのが、このゲートキーパー制度で、これは1990年前半までのプライマリケア、特に家庭医の非常にマッチング率が上がった、あとは、家庭医やプライマリケアを目指す学生がふえたというところには、このゲートキーパー制度がそのときは導入されていたという背景があります。これは、結局、プライマリケア医の紹介なしに専門医にかかることができないという制度だったわけですが、これは現在ほとんど存在していません。ただし、1つの試みとしては一世を風びしたわけです。



米国におけるプライマリ・ケア

○ プライマリーケアの定義

- 統合され、アクセス度の高い医療サービス
- 健康増進、疾患の予防及び早期発見、急性・慢性疾患管理を含む個人の医療ニーズの大部分を担う
- 患者と継続したパートナーシップを組む
- 患者が存在する家庭と地域の脈絡の中で診ていく

(Institute of Medicine)

では、米国におけるプライマリケアというのはどういうものなのか。ここで赤く塗らせていただいたのは、特にプライマリケアの基本理念に入るところです。まずは統合され、アクセス度の高い医療サービス。統合というのは、総合的に患者さんを診るということだけでなく、各必要な専門医、あるいは必要なその他の医療関係者とうまくコーディネート、連携がとれているということです。

次に、健康増進、疾患の予防及び早期発見、急性・慢性疾患管理を含む個人の医療ニーズの大部分を担う。大体8～9割。要するに、総合的に診るということです。

これも非常に重要ですが、患者と継続したパートナーシップを組む。なおかつ、患者が存在する家庭と地域の脈絡の中で診ていく。例えば、同じ発熱と咽頭炎でも、栃木県においてはそれが15歳の少年であった場合、溶連菌の感染による咽頭炎の方がH I V感染による可能性よりもずっと高いわけですが、同じ15歳の少年でもそれがアメリカのフィラデルフィアで、ドラッグをやっている、不特定多数と性行為のあるような男性であれば、H I Vの確率が上がってくるというようなことです。

この中で特に重要なのが、総合的に診るということと継続したパートナーシップ、特にこの2つなくしてプライマリケアはあり得ません。



米国におけるプライマリ・ケア

○ 人の健康スペクトラムにおいて、医療サービスの大部分を担う

- 健康増進
- 病気の予防(一次予防)
- 病気の早期発見(二次予防)
- 急性・慢性疾患の早期診断・治療 (コモン・ディゼーズ)
- 重症急性・慢性疾患及び合併症の診断・治療
- 社会復帰
- 緩和ケア

次に、ここにおいて、米国におけるプライマリケア。人の健康スペクトラムにおいて医療サービスの大部分を担う。ここは特に予防に焦点を当てて赤にさせていただきましたが、これはいわゆる健康増進で、現在の健康をさらに高めた状態に持っていく。

これは、先ほど言ったように、病気の予防、一次予防です。病気にならないように、例えば、予防接種を行う。例えば、もともと糖尿病にならないように、あるいは血圧を上げないように、体重を減らす、塩分摂取を減らすということです。

二次予防というのは、病気の早期発見。まだ患者さんが症状を呈していない早期の段階で発見する。これは、要するに、スクリーニングです。例えば、高血圧のスクリーニング、がんのスクリーニング、その他になります。

ここら辺は特に今まで医療が一番力を入れていたところですが。急性・慢性疾患の早期診断及び治療。特にプライマリケアにおいては、これはコモン・ディゼーズですが、この急性・慢性疾患を早期に診断し、特に慢性疾患でそれが合併症を起こさない、それが増悪しない、それは三次予防とも呼ばれています。

あとは、これが主に、例えば、慶應のような高次機能病院が行うところですが、重症急性・慢性疾患及び合併症の診断・治療です。

あとは、リハビリを含めた社会復帰。

それがかなわない、要するに、改善、回復、治癒がかなわないのであれば緩和ケア

そういうふうに、人生にこういうスペクトラムがあるわけですが、特にプライマリケアにおいてはここら辺が、最初の4つぐらいが非常に重要になってきます。これらの、通常、日本の一般的な開業医、今までの日本のプライマリケアを担ってきた先生たちが必ずしも

それほど力を入れていないところにも力を入れているというところに特徴があると思います。

米国におけるプライマリ・ケア

- プライマリーケア専門科は、現在アメリカで3つ：
 - 家庭医 41%
 - 総合内科医 25%
 - 総合小児科医 21%
- この中で、家庭医療学が、最も理想のプライマリーケアに近いとされている：
 - 年齢、性、臓器、疾患、症状を問わない
 - 患者の生物医学的背景だけでなく、社会心理学的背景も組み入れる

次に、プライマリケア専門家というのは、現在、アメリカで3つあります。この赤いのは家庭、私の専門ですが、これが4割。総合内科医というのは、いわゆる内科であって、それ以上の専門を持っていないという状況になります。これが25%。総合小児科も同様です。小児科というのを1つの専門としており、ただ、それより以上の小児神経科や循環器などの専門でなく、一般的に診るということです。

これらの3つが、一応現在アメリカでプライマリケア専門と言われていますが、この中で家庭医療学が最も理想と一応されています。なぜかというと、年齢、性、臓器、疾患、症状を問わない。あとは、患者の生物医学的背景だけではなく、社会心理学的背景も組み入れる。これは後のカリキュラムのところでお話ししますが、実際に家庭との関係がどうか、地域でどういう役割を担っているのか、どういうふうに患者さんの病気に影響しているか、そういうのも診ていくということです。



アメリカにおける家庭医療学の歴史

- 家庭医療学: Family Medicine
- 前身: General Practice
 - 卒後1年間のスーパーローテート(内科、外科、小児科、産婦人科)
 - 1930年には、全医師の83%だったが、1970年には、全医師の21%

次に、歴史について、そもそもこういうものがどういうふうに関連してきたかということをお話しさせていただきます。現在は、家庭医療学、family medicine と言います。一昔前は family practice とも言われていましたが、現在、名称を統合して、family practice です。これはアメリカではそう呼ばれています。前身は general practice です。この general practice というのは、例えば、ヨーロッパ、特に英国やオランダではいまだに general practice という名称を使っております。ちなみに、カナダでは family practice を使っています。

これはもともと何だったかという、卒後1年間のスーパーローテートをしたわけです。特に内科、外科、小児科、産婦人科ですが。それで、これは1930年には全医師の8割以上だったわけですが、1970年には大体5分の1に落ち込んだ。



アメリカにおける家庭医療学の歴史

- 1966年にMillis Reportを初めとする3つの政府白書が、医療の過剰な専門化と優秀なゼネラリストの不足を懸念
- 中西部を中心に新しいプライマリーケア専門科の確立を検討
- 1969年に正式な専門科として認可
- 現在、内科に次いで大きい専門科
 - プライマリーケア専門科の中では、最大

では、それが何が問題かということだったわけですが、1966年に Millis Report、ミリス白書を初めとする3つの政府白書が、医療の過剰な専門家と優秀なゼネラリストの不足

を懸念したわけです。結局、これが何がいけないかというと、いろいろな専門家はおのこの非常にすぐれた技能を持っている。だけれども、患者さんを総合して1人の人間として各専門家と連携をとり、総合的なケアを行う人が非常に減ってきてしまった。それが実際に健康に影響を与えてきている。そういうのが懸念されてきたわけです。

それで、これは特に中西部の州政府を中心に、上からのそういう政策と、あとは下からの、患者さん側からの要求、政府からの政策——特に州政府ですが、それと患者側、草の根からのボトムアップ、トップダウンとボトムアップがうまくかみ合っ、それで初めて69年に正式な専門家として認可されたわけです。ここで、中西部を中心になぜ family medicine が強いかというと、中西部での州政府が特に力を入れたということになります。

現在は内科医に次いで大きい専門家であり、プライマリケア専門家の中では最大となっております。



アメリカ家庭医療学研修内容

- 卒後研修期間を1年から3年に増加
- 内科、外科、小児科、産婦人科の他にマイナー科もローテート
- コモン・ディゼーズを中心に研修
- 予防と健康増進をも強調
- 外来トレーニングに重点
- 行動科学専門家(臨床心理士、ソーシャルワーカー等)を常勤として置き、常時患者の社会心理学的背景を考慮する
- コミュニケーション・スキルの修練

ここで、general practice から family medicine に研修内容を変更したときに何が変わったか。まず卒後研修期間を1年から3年にふやしました。アメリカの場合、恐らく大学院制で、4年制の大学を卒業した後、4年間、医学大学院をやるわけですが、例えば、慶應での学4に当たる最後に2年間は、ほとんど全部、臨床です。実際に患者さんと接する。例えば、学3の1日目、初日から、家庭医療の外来に行けば、少なくとも半日で2～3人は実際に自分で患者さんを直接診て、病歴をとり、身体所見をとり、そしてレポートを書き、ということをやっていくわけです。そうすると、1日では大体4～6人になっていく。それが週5日。そうすると、それが蓄積となっていくわけです。

次に、あとは、内科、外科、小児科、産婦人科のほかにマイナー科、例えば、特に重要なのは皮膚科、精神科、整形外科、その特にプライマリケアに重点を当ててローテートしていく。

コモン・ディジーズを中心に研修。我々家庭医というのは、もしすべての疾患の頻度が同程度であれば、プライマリケアというのは成り立たないわけです。例えば、せきの原因として、大体50から多ければ70ぐらい原因があると言われていますが、慢性の咳嗽の原因疾患が50~70、同程度に存在していたら、当然、専門家でないと無理なわけです。ただし、慢性咳嗽の9割以上は、例えば、要するに、gastroesophageal reflux、胃食道逆流です。次に、せきぜんそく。あとは、postnasal drip、要するに、副鼻腔炎とアレルギー性鼻炎。それと、ACE 阻害薬のような薬剤。あとは、smoker's cough、要するに、喫煙者による咳嗽。それらの9割から9割5分はこの5つに当てはめることができる。そうやって疾患の頻度に違いがある。こういうコモン・ディジーズがあるからこそ、プライマリケアは成り立つわけです。ですから、例えば、内科において、循環器において、精神科において、それらの専門のすべての疾患をくまなく知っていなくても、コモン・ディジーズを知っているだけで、実際に診療の8割、9割ができるということです。

なおかつ、継続性を保つためには、患者さんが、自分が病気になったときでなく、ふだんから医者にかかっているという意識が重要になってきます。そこで、一次予防、二次予防が入ってきて、ここで予防と健康増進をも強調。

それで、ここでなぜ赤にしたかという、次に述べます具体的なカリキュラムで、外来で行うトレーニングが赤になるからです。次の3つのスライドになります。外来トレーニングの重点。それで、1、2、3年と上がっていくにつれて、外来トレーニングの比率がどんどん上がっていきます。



アメリカ家庭医療学研修内容

○ 1年目

● 家庭医療センター外来	週半日(1コマ)
● 家庭医療学科病棟	12週間
● ICU	4週間
● 内科病棟	4週間
● 小児科病棟	8週間
● 産科病棟	4週間
● 救急外来	4週間
● 外科病棟	4週間
● 外科外来	4週間
● 家庭医療学科センター	4週間
● 老年科	4週間

これも重要です。行動科学専門家。臨床心理士かソーシャルワーカー等を必ず最低1人は常勤として置き、常時患者の社会心理学的背景を考慮する。

あとは、彼らはまたコミュニケーション・スキルズの修練に非常に関与してくれるわけです。いわゆる active listening です。

医療面接というのは単なるデータをとるだけではないです。そこで既に患者と医者との治療関係が成り立つわけであって、なおかつ、医療面接自体が治療行為になることもあります。私の同僚というか、ずっと先輩でメンターで、精神科をされていたアメリカの先生が、医者は透析機であると言いました。というのは、結局、患者さんのいろいろな訴え、患者さんの沈殿というか、いろいろあるものを、医者がある程度浄化していく。

だからこそ、私自身、こちらで、例えば、先ほど佐野厚生病院の名前が挙がりましたが、私が内科で出張していたところですが、あそこでは半日50人ぐらい患者さんを診ていました。ですが、アメリカで今はむしろ半日どころか1日で50人診ることはないです。恐らく大体25~30人ですが、1人1人にかかる時間、1人1人にどれだけ密度の濃いことをやっていくかということによって、終わった後は、実際、今の方がずっと疲れます。

次に、これはアメリカ家庭医療学の研修内容、カリキュラムです。これは私のいたトーマス・ジェファーソン大学のカリキュラムを主に使わせていただいています。ここの赤が外来です。内科、小児科、産科などは大体こうやってブロックでやっていきます。ブロック・ローテーションで、要するに、そのときは全部そこに集中してやっていくということです。1つの専門に専念にしてやっていくことが、短期間に効率的に知識、スキルを会得

することができるというのは、いろいろな教育の文献上証明されています。

ただ、問題は、ブロックでやる場合、そのブロックをやってから半年たってどのぐらい覚えているか。そこで重要になってくるのが、この週、半日は必ず行う継続外来です。その継続外来においては、もともとどういう訴えで来るか、どういう年齢の患者さんが、どういう疾患を持って来るかというのが全くわからない。そこで、常にこういうのをおさらいしておくことによって、特に家庭医療センターのようなコモン・ディジーズを中心にやっているところでは、それらが反復に研修となっていくわけです。



アメリカ家庭医療学研修内容

○ 2年目

● 家庭医療学センター	週1日(2コマ)
● 家庭医療学科病棟	8週間
● 家庭医療センター	8週間
● 小児救急外来	4週間
● 小児科外来	4週間
● 産科病棟	4週間
● 新生児室	4週間
● 家庭医療/産科	4週間
● 婦人科外来	4週間
● 整形外科外来	4週間
● 選択	8週間

これを見ますと、継続外来は2年目では2コマになります。あとは、家庭医療センターでもっとみっちり継続外来、その他の外来業務をこなすのが8週間となっていきます。あとは、小児科中心の外来、婦人科外来、整形外科外来と、外来がどんどんふえていきます。

アメリカ家庭医療学研修内容

○ 3年目

- 家庭医療センター外来 週1.5日 (3コマ)
- 家庭医療学科病棟 4週間
- 家庭医療/産科 4週間
- 小児救急外来 4週間
- 循環器外来 2週間
- 皮膚科 2週間
- 病棟コンサルト 6週間
- スポーツ医学 2週間
- 専門外来 18週間
- 耳鼻咽喉科、泌尿器科、眼科、リウマチ内科、地域医療、外来手技婦人科手技、消化器内科、老人ホーム、老年科機能評価
- 選択 10週間

それで、3年目になると、見ていただくとわかるように、ほとんど全部外来です。実際に家庭医療センター外来が週1.5日。あとは、その後も小児救急外来、循環器外来、皮膚科その他、全部ほとんど外来となります。選択のところはあえて赤くしませんでした、この選択も大体は外来中心のトレーニングが入ることになります。

研修のスタート・ラインで何が異なるか？

- 早期から患者ケアに直接参加
- 早期から医療面接と身体診察を学ぶ
- 早期から医療社会学、医療倫理、臨床疫学を小グループで学ぶ
- 基礎と臨床医学の融合
- PBL方式による基礎医学教育

では、こういう研修を行っているわけですが、研修のスタートライン、要するに、医学部を卒業した段階でそもそも何が異なるか。先ほど直接の臨床経験をずっと学生は積んでいるということを申し上げましたが、要するに、早期から患者ケアに直接参加です。私の息子はペンシルバニア大学を卒業して、今ジェファーソン大学の医学部の1年生です。彼は1年生ですが、実際に今は患者さんを診るということに参加しています。

要するに、それはどういうことかという、早期から医療面接と身体診察を、お互い同

士、OSCE や SP などを通じて学ぶだけではなく、実際に生の患者さんとともに学んでいくということになるわけです。

なおかつ、医療社会学——例えば、先ほどの managed care その他を話しているのは医療社会学になりますし、医療倫理——例えば、末期の患者さんの feeding tube をどうするかというのは倫理に入りますし、臨床医学——例えば、コモン・ディジーズについて頻度の話をしたのは臨床医学になっていきますが、これらを小グループで学んでいくわけです。これは後でいう成人学習を中心にやっていくことになります。

この基礎と臨床医学の融合というのはどういうことかということかということ、例えば、息子の場合、解剖は完全に解剖としてやっているわけですが、今後、生理学、薬理学、微生物学などは臓器のブロックに分けてやっていくことになります。例えば、循環器においてそこで生理、薬理、病態生理等を学んでいく。次は消化器で同様のことを学んでいく。そういうことです。

あとは、臨床は当然そうですが、基礎医学教育でも PBL 方式によって患者さんのビネット、臨床に直結して行っていくというのをやっております。



成人学習を前提

○ 以下の状況は、学習効果を向上する:

- 知る必要に迫られたとき
- 学習する内容や方法を自分で調整できるとき
- 学習活動に能動的に参加するとき
- 実際自分に関係のある問題について学ぶとき
- 学んだことを実践する機会があるとき
- 共鳴できるロール・モデルと出会ったとき

先ほどお話しした成人学習というのはどういうものか。結局、知る必要に迫られたときに学習する。学習する内容や方法を自分で調整できるとき。いろいろな文献も1つの与えられたものをするのではなく、自分でソースを探す。要するに、能動的に参加するわけです。患者さんを診るということは、結局、能動的に参加しているということです。手を使っているということです。実際に自分に関係のある問題について学ぶとき。患者さんを診

て、そこで何か問題意識が出てきたときに学ぶ。食べたいときがおいしいときというのと同じで、学びたいとき、それについて知りたいときが、一番頭に入るときです。あとは、学んだことを実際に実践する機会がある。要するに、アメリカでよく言われている「see one, do one, teach one」です。1つ見たら、それを次に実践する。そして、次に一番いいのは教える。教えるということは、最も能動的な学習方法とも言えます。あとは、これは非常に重要ですが、共鳴できるロール・モデル、メンターと出会うということです。



研修医のThen and Now

○ Then

- 主治医制度
- 患者ケアの全責任を負う
- 研修医の限られた監督・指導
- 限られた政府からの補助金
- 限られたセルフ・レギュレーション

では、研修医の Then and Now ということですが、これは以前です。例えば、私が沖縄中部病院に1985年から87年におりましたときに、それぞれの科の部長はみんなアメリカで研修を行っていたわけです。恐らく60年代から70年代にかけてです。そのころの Then ということです。

主治医制度。例えば、私が慶應で研修医をやっていたときは、自分の患者に何か急変があったら、当直だろうが何だろうが必ず自分が病院に行き、場合によっては泊まり込むこともあった。たしか私が1年目の研修医の終わりで、2年目の先生たちが出張に行った2週間、ほとんどずっと病院に泊まり込んでいたということもあります。それは主治医だからです。当直医とは全く別に、患者さんはあくまで自分がずっと継続して診ていく。要するに、患者ケアの全責任を負っているわけです。これはアメリカでも同じところがあった。あとは、研修医の限られた監督・指導。要するに、例えば、手技にせよ、手術にせよ、必ずしも指導医が常に立ち会っていたわけではない。特に、例えば、CVライン、挿管、その他の一般的な手技、あるいは簡単な手術ということになります。あとは、限られた政府からの補助金。政府からの補助金は余りなかった。あとは、セルフ・レギュレーション。お互いに、例えば、ピアレビューとか、utilization review とか、何か問題が起きたときにそれが医者同士で解決できるかということです。そのセルフ・レギュレーションが余

りなかった。

研修医のThen and Now

○ Now

- 研修医の責任を量、時間とともに制限
- チーム制度による患者ケア
- 研修医の微細に渡る監督・指導と記録
- 政府による補助と管理
- 保険会社によるマネージメント
- 質、安全度、効果のモニタリング

今は何かというと、研修医の責任は量、時間ともに制限されています。これは実際に患者側からの patient safety、患者さんの安全、患者さんの権利、それが強まってくるとともに、研修医だけにさせるのではなく、指導医が微細にわたって監督・指導と記録を行っていかなければならない。これは患者さんの安全だけでなく、この記録、ペーパーワークというのが結構ポイントです。結局、健康保険に請求するに当たっても、いかに実際に診療したかということをはっきりとわかるかということ、記録がどんどん、特に電子カルテでカット・アンド・ペーストができる現在、非常に膨大になってきております。


次に、チーム制度による患者ケア。結局、当直であれば、当直に患者ケアのすべてを任せる。要するに、例えば、その患者さんが急変しても、患者さんが亡くなっても、それは当直医がすべてやっていく。既に今アメリカでは、週80時間の勤務時間を研修医が超えてはいけないということになっています。必ず週に24時間は続けて休むことができるようにする。あとは、連続した勤務時間が長くても30時間を超えさせてはいけない。そういう制限が内科、外科、家庭医療に関係なくあります。そうすると、それぞれチームが日勤帯、準夜帯、深夜帯等に、看護師等が同じようなチーム制度で申し送り等もやっていき、患者さんのケアをトランスファーしていくということがだんだん日常茶飯事になってきているわけです。

なおかつ、政府による補助がどんどんふえてきている。今研修医を雇うと、1人につき、特にメディケアから補助金が出ます。ということは、その補助金を出すかわりに、きちんとやっているか、管理されるということです。

それだけでなく、保険会社によるマネージメント。結局、お金を出すか、出さないかによ

るマネジメントが入ってきているわけです。

あとは、これとは別に、もともとある程度それに対応していくということもありましたが、いかに cost effectiveness をよく改善させるかということで、質、安全度、効果をどのようにモニタリングしていくか。このモニタリングは、時代が新しくなるにつれ、どんどんふえてきております。後でもう少しそのことは話します。

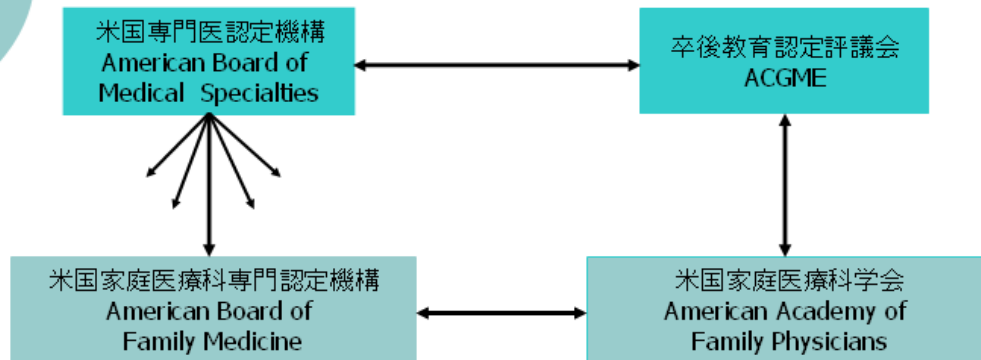


アメリカの卒後研修制度と専門医制度は、切り離せない

- 卒後教育認定協議会 (Accreditation Council for Graduate Medical Education; ACGME)
- 研修制度評価委員会 (Residency Review Committee; RRC)
- 米国専門医認定機構 (American Board of Medical Specialties)

あとは、アメリカの卒後研修制度と専門医制度は切り離すことができないわけです。まずここに3つのことを述べていますが、卒後教育認定協議会 (ACGME)、その下に存在する研修制度評価委員会 (RRC)、次に、それとは別に米国専門医認定機構 (American Board of Medical Specialties) というのがあるわけです。

アメリカの卒後研修制度と専門医制度は、切り離せない



これは、結局、図式がどうなっているかということ、こういうふうになっております。これが先ほど言ったACGMEです。この下に卒後教育認定協議会（RRC）というのがあります。後でもう少し説明します。それで、例えば、家庭医療を例に挙げますと、これも先ほど申しあげました米国専門医認定機構のうち、家庭医療という board があるわけです。米国家庭医療科学会（American Academy of Family Physicians）というのが専門医学会、です。これらはお互いに密に連絡は取り合い、情報の交換はしますが、完全に独立しています。要するに、家庭医の専門医を認定する機構、そのプロセスは、実は専門医学会から全く別の独立した組織によって行われているということです。これは家庭医に限らず、内科医、外科医、すべてです。これらは当然ACGMEと密な協力を行っているわけですし、より重要なものがこちらです。卒後教育認定協議会とこの American Board of Medical Specialties の2つです。

米国専門医認定機構

- 各診療科別の専門認定機構の連合体
- 各学会とは、密に協力するも独立

それで、米国専門医認定機構は——ちょうどここに当たりますが、結局、各診療科別の

専門認定機構の連合体であり、また、先ほど申しあげましたように、各学会とは密に協力するも、独立しております。

卒後教育認定協議会 (ACGME)

- 米国医師会、米国病院協会、米国医科大学協会、米国専門医認定機構、連邦政府、一般知識人により構成
- 1981年に設立された
- 目標は、医師卒後臨床研修の質を保障・改善することにより、米国医療の質を保障・改善すること
- 6つのCompetencies

次に、先ほどのACGMEは、米国医師会、米国病院協会、米国医科大学協会、米国専門医認定機構、連邦政府、一般知識人により構成。これは1981年に設立されました。目標は、医師卒後臨床研修の質を保障・改善することにより、米国医療の質を保障・改善しようということで、6つのcompetencies というので成り立っています。

6つのCompetency

- 患者中心のケア
- 医学知識と技術
- 診療に基づいた学習と向上
- コミュニケーション・スキル
- プロフェッショナリズム
- システムに基づいたケア

要するに、研修プログラムを卒業した段階では、これらの competency をそれぞれの専門において会得していなければならないということです。例えば、患者中心のケアを行う。当然なる医学知識と技術。診療に基づいた学習と向上。これらは当然ある程度当たり前のことなわけですが、ここで従来それほど重点を置かれていなかった、例えば、コミュニケーション・スキル。プロフェッショナリズム。例えば、いかに患者さんのプライバシーを守っていくかということもプロフェッショナリズムになります。あとは、いかに実際に患

者さんの同意に基づいて事を行っていくか。あとは、システムに基づいたケア。例えば、診療所と病院と救急室ではシステムが違うわけです。都心と過疎地域でもシステムは違うわけです。それぞれのシステムにおいて自分にどういうリソースがあって、どのように最も効率的なケアを行っていくか。これら3つの competency がすべての専門において要求されるわけですが、実際に外科系に比べて内科系の方がこちらに重点を置いている、その中でプライマリケアを行っている専門の方が重点を置いているという現実があります。

研修制度評価委員会(RRC)

- ACGMEの下部組織
- 各専門における臨床研修内容を詳細に定め、定期的に監査・評価を行う
- 認定を失った臨床研修プログラムは、実質閉鎖しなければならない

先ほどのRRCですが、これはACGMEの下部組織です。これは各専門における臨床研修内容を詳細に定め——要するに、家庭医であればどういうことを卒業、修了までに終えていなければいけないかというのを詳細に定めているわけですが、定期的に監査・評価を行う。大体3～5年のサイクルで行います。実際に認定を失った臨床研修プログラムは閉鎖しなければならない。ここで、今、特に非常に重要なのは、週80時間の研修医の労働時間を超過していないかどうか、これが今非常に重要になっております。あとは、先ほどの6つの competency に基づいたものを本当にやっているかということです。特に家庭医においては、システムに基づいたケアということで、病院や外来だけでなく、その他、長期ナーシングホーム、あるいは老年期ケアができるように、そういう場でのトレーニングもあるか。家庭訪問、在宅医療等はどの程度行っているか。そういうことまで詳細に検討されます。実際に監査に来るときは、数日間、3日間、必ず来ます。大体2人か3人のチームで来て、指導医だけでなく研修医まですべて代表者を介していろいろな質問なども受けます。大体5年認定されたら万々歳で、大体は3年の認定となります。



アメリカにおける家庭医の現状

- アメリカ家庭医療学学会 American Academy of Family Physicians
- 全国の医療過疎地域に最も浸透
- 患者のニーズに合わせる
 - 100%が外来診療
 - 80%が病棟診療
 - 80%が小児診療
 - 20%が産科診療
- 地域における健康向上に貢献

次に、アメリカにおける家庭医の現状ですが、先ほど申しましたように、専門学会はアメリカ家庭医療学学会（American Academy of Family Physicians）です。

家庭医が一応専門医の中では全国の医療過疎地域に最も浸透しております。実際に今いる、例えば、一般内科医、要するに、総合内科医、総合小児科医、産婦人科医——一部は産婦人科もプライマリケアと数えられているものですから、それらがすべていなくなったら、今アメリカの医療過疎地域はどうなるかということ、数、量はそれほどふえません。実際に家庭医がすべていなくなったらどうなるかということ、今の倍増となります。今の倍、医療過疎地域がふえてしまいます。

どういうことを行っているか。これは日本でも言われていると思いますが、患者、地域のニーズに合わせる。では、実際にそれはどういうことなのか。100%が外来診療を行っています。80%が病棟診療を行っています。これは徐々に減ってきている傾向にあります。というのは、米国だと、日本と違って、病院というのは大体ほとんどの専門医が、例えば、循環器、心臓外科、あるいは一般外科も含めて、自分たちが独立した診療体制を持っていて、病院とは契約です。実際に勤務はしていないわけです。そういう意味で入院患者を診ていくシステムが全然違ってくるわけですが、それも絡んでいて、だんだん病棟診療が減ってきています。

というのは、アメリカにおける入院の条件が非常に厳しくなっていて、以前であれば総合内科医、家庭医の患者さんが常時、病院に8～10人ぐらいいた。それらの患者さんは今ほど急性の患者さんではなかった。今は病院は巨大なICUと化しています。以前であ

れば、一応病院にいなくて外来にいても何とかなるわけです。それが、今だんだんと入院が厳しくなってきたというところから、かなり重症の患者さんでも外来で診るようになった。ということは、病院で自分が受け持っている患者さんが1人か2人になってくるわけです。それも非常に常時どんどん状況が変わっていく。そうすると、とてもではないですが、特に自分が独立して外来診療を行っている場合、病棟との両立が非常に難しくなってくるわけです。ですから、中にはグループ診療として、その週は必ず病棟担当というのを設けて、それでそのときは自分は外来をやらなくて病棟中心にやるというローテーションをとるグループもあれば、最近アメリカではやっているホスピタリストにお任せするというのがだんだんふえてきているわけです。

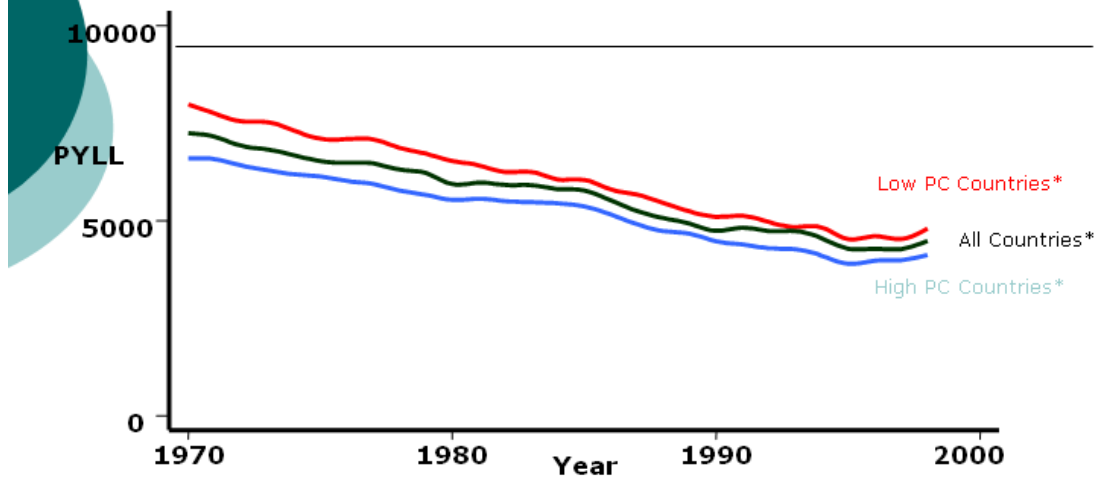
8割が、大人だけでなく小児も診ている。

ここを見てください。20%が産科診療。一応家庭医療では産科を行い、例えば、50~100の分娩を自分で実際にやらなければならないということになるわけですが、50~100というのは数からいうと決してそんなに多いほどではない。実際にこの20%というのはほとんど過疎地域の人たちです。この過疎地域の人たちは、実際に過疎地域に合わせたプログラムに行き、分娩もそれよりもはるかに多い数を行い、あるいは選択でも産科を行い、あとはフェローシップでも1年間の産科を行いということをやっております。ですから、実際に分娩を扱うことまでやっているというのは非常に少なくなっているということです。

ただし、いわゆる prenatal care、妊婦さんの外来については、必ずしもそうではないです。例えば、ミシガン大学は超専門病院で、ただ、我々の家庭医の指導医が65人ぐらいいますが、その中でOB、産科も完全にやっているのは、大体その5分の1、12人ぐらいです。私は分娩はしません。ただ、prenatal care は行います。特に日本人の方たちの妊婦さんで、言語のコミュニケーションにおける障壁がある場合、その方たちを主に私はやっております。

あとは、地域における健康向上に貢献。これはバーバラ・スターフィールドというジョンズ・ホプキンス出身の小児科医の教授がいろいろな非常に詳細なデータを持ってやっていますが、プライマリケアの浸透しているところ、プライマリケア医の比率が高いところであればあるほど、大まかな地域の指標としての健康は向上するというデータが存在しております。

Primary Care Score and Premature Mortality in 18 OECD Countries



*Predicted PYLL (both genders) estimated by fixed effects, using pooled cross-sectional time series design. Analysis controlled for GDP, percent elderly, doctors/capita, average income (ppp), alcohol and tobacco use. $R^2(\text{within})=0.77$.

Source: [Macinko, Starfield, & Shi \(HSR 2003\)](#)

Starfield 06/02
02-126

これはバーバラ・スターフィールドの資料で、国別に見ているわけです。これは premature mortality で、本来、死ぬべきでないときに死んでしまったということですが、プライマリケアの浸透が低い国と比べて高い方が、premature death、早期死の比率が低い。

Primary Care Score and Health Outcomes

Health Outcome	Association with Primary Care Score*	
	In Males	In Females
All-cause mortality	√	
Life expectancy	√	
Infant Mortality Rate	√	
PYLL (all causes)	√	√
PYLL (pneumonia & influenza)	√	√
PYLL (asthma & bronchitis)	√	√
PYLL (cerebrovascular disease)	√	√
PYLL (heart disease)	√	√

*Primary care coefficient significant at $p<0.05$ level and estimated by fixed effects, using pooled cross-sectional time series design. Analysis controlled for GDP, percent elderly, doctors/capita, average income (ppp), alcohol and tobacco use. $R^2(\text{within})$ averaged from to .36 to .84.

Source: [Macinko, Starfield, & Shi \(HSR 2003\)](#)

Starfield 06/02
02-287

なおかつ、実際にプライマリアケア・スコアと first contact、最初に医者に診てもらうときに、常にその人に診てもらうという医者があるか、継続性はどうか、どのように総合的に診てもらっているか、どのようにコミュニケーションを持って継続的に診てもらっているか、連携はどうか。そういう特に主に4つの指標で、こういうプライマリアケア・スコアは実際に数的に評価できます。これらは何かというと、実際にプライマリアケア・スコアが高ければ高いほど、男性、女性において、all-cause mortality、life expectancy、infant mortality rate（乳児の死亡率）、その他が低い、健康指標が向上するということのチェックリストです。

プライマリ・ケアの診療内容：患者が、家庭医にかかる理由トップ10

○ 一般健診	6.4%
○ 咽頭・頸部症状	5.6%
○ せき	5.4%
○ 高血圧	4.4%
○ 感冒症状	3.9%
○ 背中 of 症状	3.0%
○ 耳痛	2.5%
○ 腹痛	2.2%
○ 頭痛	2.1%
○ 小児健診	1.9%

(NAMCS 1994)

では、実際にアメリカの家庭医というのはどういうものを診ているのか。これは94年なので、データとしては大分古いですが、この赤いのが予防に関するものです。実際にかかる理由です。健診が6.4%、小児健診が1.9%で、これを全部合わせると10例で50%弱ぐらいになります。ということは、あとの50%はそれ以外にもあるということで、かなりいろいろなものを診ているわけですが、一般的には一般健診、咽頭・頸部症状——のどの痛みや首の痛み、せき、高血圧、感冒症状、背中 of 症状——腰痛など、耳の痛み。ですから、中耳炎はプライマリアケア医が診て当然という疾患になります。あとは、腹痛、頭痛。



プライマリ・ケアの診療内容: 家庭医が診る疾患群トップ10

○ 本態性高血圧	6.8%
○ 一般健診	3.9%
○ 上気道炎	3.8%
○ 気管支炎	3.1%
○ 慢性副鼻腔炎	2.8%
○ 中耳炎	2.6%
○ 糖尿病	2.5%
○ 急性咽頭炎	2.4%
○ 小児健診	2.0%
○ 喘息	1.8%

実際に疾患別に分けるとどうなるかという、また赤いのは予防に関してですが、本態性高血圧が最も多いですが、次に一般健診、上気道炎——かぜです。気管支炎、慢性副鼻腔炎。中耳炎は先ほどもお話ししたように多い。あとは、糖尿病、急性咽頭炎、小児健診、ぜんそく。ですから、この中には予防も含まれていますし、こうやって急性のものも含まれていますし、なおかつ、よく見る慢性疾患も含まれているわけです。ただ、これを全部合わせますと大体40%ぐらいいくか、いかないかですが、それ以外の60%というのはかなりいろいろなものがあるということになります。

実際にこうやって診る疾患としては大体135と言われていて、それも特にプライマリケアでよく診る疾患を中心にやっていっているわけですが、「New England Journal」の3週間前ぐらいの座談会などを見ていただいても、プライマリケア医は今非常に不足してきております。今、人気低迷している。1つは、収入の格差その他、あとは、ペーパーワークが多いという、いわゆる hustle factor などもあるわけです。

あとは、そういうプライマリケアをさらに活性化させるためにどのようにやっていけばいいだろうか。あとは、それとはまた別に、新たに21世紀に向けてどのようにプライマリケアは変貌していかなければならないかということで、こういう新たな試みがなされているわけです。



プライマリ・ケアにおける新たな試み

○ プライマリ・ケアチーム

- 同一専門医師のグループ診療の枠を超え、家庭医が総合内科医と一緒に診療したり、ナース・プラクティショナー、ソーシャル・ワーカー、臨床心理学士と共同診療体制をとる
 - 複数の慢性疾患を持つ患者のケアに重要
 - 24時間継続したケアの維持に必要

1つは、ホスピタリストです。患者の入院が必要な場合、ホスピタリスト（病院常駐医）が主治医となってケアを行う。これは内科出身者が大体95%を占めています。あとは、5%が家庭医です。みんな外来はもたないわけです。ですから、ある意味で私が佐野厚生総合病院でやっていたのは、あのときは外来をやっていましたが、私がもし外来をやらずにずっと一般内科の病棟をやっていたら、それイコール、ホスピタリストです。

このホスピタリストというのは、病院に常駐しているため、患者をより詳細に観察することができ、肺炎など入院患者におけるコモン・ディジーズのエキスパートになる。実際に入院日数、コストなどの削減にはつながっているだろうと言われています。ただ、死亡率の減少までになると、まだそこまでのデータはありません。あとは、実際にホスピタリストが常時常駐していなくても、例えば、先ほど申し上げました、家庭医療においてローテーションをして行う診療と余り変わらないというデータもあります。

私自身はホスピタリストというのは、ここでは当然になって行われていた、一般内科医が病院で診ていたホスピタリストというのが、アメリカでは概念が非常に新鮮だったため、ワキタが取り上げて、いつの間にか人気になった。例えば、ヨーロッパの人たちと話すと、今さら何をこんなことで騒いでいるのかということになりますし、私は日本でもホスピタリストというのは実際に以前から存在したわけであって、今さらこんなことでアメリカに追従する必要はないと思います。

プライマリ・ケアにおける新たな試み

○ 医者プロフィール（成績表）

- 医師組織よりも健康保険会社がイニシアチブをとっているため、コスト削減に重点を置きがち
- 3種類の評価（構造、プロセス、結果）のうち、プロセスが主体
 - 乳がん検診率、糖尿病患者における定期的な足底感覚チェックの有無など
 - 他の専門（心臓外科）を対象とした場合、術後合併症、死亡率などの結果評価も

次に、医者プロフィール、成績表です。医療組織よりも健康保険会社がイニシアチブをとっているため、コスト削減に重点を置きがちですが、3種類の評価——構造はどうか。要するに、設備はどうなっているか。プロセス。例えば、糖尿病において、HbA1c はどのぐらいの頻度で行っているか、足はちゃんと診ているか、LDL のコレステロールに対してはリピトールその他のスタチンを出しているか。結果であれば、糖尿病なら HbA1c が7を切っているか。主にプロセスが主体です。例えば、乳がん検診率、糖尿病患者における定期的な足底感覚チェックなど。あとは、プライマリケアでなく、特に心臓外科の場合は術後合併症、死亡率などの結構厳しい結果評価も出てきています。

プライマリ・ケアにおける新たな試み

○ プライマリ・ケアチーム

- 同一専門医師のグループ診療の枠を超え、家庭医が総合内科医と一緒に診療したり、ナース・プラクティショナー、ソーシャル・ワーカー、臨床心理学士と共同診療体制をとる
 - 複数の慢性疾患を持つ患者のケアに重要
 - 24時間継続したケアの維持に必要

次に、プライマリケアチーム。結局、継続して診ていく場合、24時間対応では1人の医者ではやっていけないわけですから、グループ診療、同一専門医師のグループ診療というのがあったわけですが、家庭医が、例えば、総合内科医と、ちょっと専門は違いますが、一緒に診療したり、ナース・プラクティショナー——看護師であっても処方できる、独立に診療できる専門ですが、ソーシャルワーカー、臨床心理学士と共同診療体制をとる。特

に臨床心理学士その他のメンタルヘルスケアを行う専門医とプライマリケアが同時に診療する場合、かなりアウトカムは向上すると言われていています。特にこれは複数の慢性疾患を持つ患者のケアに重要ですし、24時間継続したケアの維持にも必要となってきます。

プライマリ・ケアにおける新たな試み

○ 慢性疾患マネージメント

- セルフ・マネージメント
 - 心不全患者の体重管理、喘息患者のピーク・フロー
- 診断サポート
 - EBMに基づいたガイドラインを効率的に応用
- デリバリー・システムの再編成
 - 医療助手、看護師、医者役割等をきっちり分担
- 情報管理の効率化
 - 電子カルテ

次に、慢性疾患マネージメントです。先ほど言った慢性疾患を持つ患者のケアの重要なチームの体制。これは、要するに、セルフ・マネージメントが中心なわけです。例えば、糖尿病患者さんの血糖値チェック、高血圧患者さんの血圧チェックだけではなくて、心不全患者さんが毎日体重を測定するか、ぜんそく患者さんがピーク・フローを実際に自宅で行うか。あとは、診断サポート。EBMに基づいたガイドラインをいかに効率的に応用していくか。なおかつ、デリバリー・システムの再編成。例えば、医者がすべてやらなくてはいけないことはないわけです。例えば、場合によっては看護師や医療助手が測定間隔はチェックしておいていいかもしれない。そのように役割をきっちりと分担してなるべく効率的にやっていく。あとは、情報管理の効率化。電子カルテです。そのほかにリマインダーといって、例えば、我々が、この人がもう半年以上グリコヘモグロビンをチェックしないというのがいろいろ見ないとわからない状態では、なかなか今の忙しい外来では難しい。それだったら、リマインダーで、もしそれが必要であれば、例えば、車のハザードランプのように出てくるシステムができないか。これはかなり研究がなされています。



プライマリ・ケアにおける新たな試み

- アドバンスド・アクセス
 - 急患、予約患者を問わず、同日、患者が診て貰いたいときに診る
- グループ医療訪問
 - プライバシーの侵害がない問診・診察・教育等は、同年代、同疾患などの患者を15-20人ほど集めて行う

あとは、アドバンスド・アクセス、グループ医療訪問、その他ありますが、これは今は時間の都合から省きます。



プライマリ・ケアにおける新たな試み

- 患者とのコラボレーション(協同関係)
 - 患者と医者が協同して何が問題を掘り下げ、解決口を見出す
 - 医師中心から患者中心
 - Shared Decision Making

あとは、非常に大事なのは、慢性疾患のマネジメントということから、患者とのコラボレーションです。協同関係。医者と患者が協同して何が問題かを掘り下げ、解決口を見出す。医者中心から患者中心。医者は疾患のエキスパートですが、患者は患者自身のエキスパートですから、お互いの知っているもの、英知を統合させて、いかにやっていくか。shared decision making というのがキーワードとなっています。



日本における問題点

- アクセスと継続が分離
- 予防とその他の医療行為が分離
- 地域に密着した外来研修センターが未確立
- プライマリ・ケアの専門性

結局、日本における問題点ということですが、当然、今話したのは何かというと、アメリカと日本では状況が違う、これまでの歴史も違う、国民も違うということを書いていたわけですが、それでもこの4つは日本においても譲れないのではないかと、これをある程度改善しないとイケないのではないかとということです。挙げられるものとして、アクセスと継続の分離。予防とその他の医療行為の分離。地域に密着した外来研修センターが未確立。プライマリケアの専門性がまだはっきりしていないということです。例えば、家庭医という名称もあれば、総合医という名称もある。そういうことで名前からしてまだ一括したものがないということからも、まだ専門性がどういうものなのかというのが問題になっているわけです。



アクセスと継続が分離

○ アクセスは良好;しかし一定の医師に対するアクセスは必ずしも良くない

- 医者の疲弊
- グループ診療の是非
- 医者の責任性とは？

アクセスと継続が分離ということはどういうことかということ、日本はアクセスが非常に良好です。どこにもかかれる。しかし、一定の医師に対するアクセスは必ずしもよくない。A医師がダメならB医師に行く、A医院がダメならB医院に行く、C医院に行くという意味のアクセスはいいですが、私はA医院に絶対行きたい、その医者がいいからという場合に、そのお医者さんに24時間かかれるかということ、必ずしもそうではないわけです。その医者がソロで、自分1人でやっていて、それをやろうと思ったら、過労で倒れてしまいます。実際に家庭医療の牽引車となっていた2人の先生方は50歳前後の若さで亡くなりました。1つは、例えば、自分ですべてやろうとしたオーバーワークとも関係あるのではないかと、医者の疲弊とも関係があるのではないかと考えています。ですから、今既にグループ診療は不可欠です。これでお互い補ってやっていくこと以外は、実際にアクセスと継続を両方融合させて行っていくには無理があります。

次の医者の責任性というのはどういうことかということ、例えば、私が今当直がオフで、あるいはオンコールがオフで、別の人体制となっているとき、患者さんに何かあったときに、自分のチームのメンバーにそれを任せられるかということです。先ほど申

したいいわゆる主治医制からチームが患者さんを診ていく。その中でも1人が特に責任を持ってやっていくけれども、そこで何でもかんでもすべてその人任せでやっていくものではない。その責任性の定義をどのように見ていくかというのが、日本で非常に重要になっていくと思います。これは、別に家庭医に限らず、今後、病院に勤務する医師の疲弊を減らす意味でも、この責任性をどのように見ていくかというのは、非常に重要だと思います。



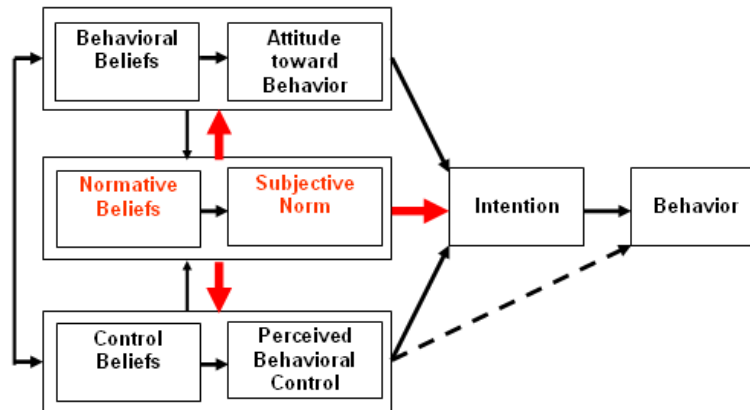
予防とその他の医療行為が分離

- 医師のアドバイスは、患者に強力なモチベーションを与える
- 異常データのフォロー
- 生活習慣病の指導

次に、予防その他の医療行為が分離。私がアメリカに行って家庭医で最も驚いたのは、例えば、婦人科やいろいろなほかの科もやるということよりも、いかに予防が徹底的にされているかということです。例えば、婦人科のがんの頸がんの PAP スミアは家庭医が行います。それも予防にどんどん実践してやっていくわけです。それで、外来では、この患者さんがきょう来たのはなぜか、何か新しい疾患があるのか、あるいは、今まで抱えていた疾患が増悪したのか、プラス、今予防的に何かすることはないか、常にお手玉して考えていく必要があるわけです。

なぜこういうのが重要になってくるかというと、患者さんが健康なときから継続性を保つということだけでなく、医師のアドバイスは患者に強力なモチベーションを与えているというのはもうわかっています。これはいろいろなデータがあって、治療にしても、健診にしても、予防にしても、これはデータがそろい過ぎるほどそろっています。残念ながら日本ではなく欧米ですが。異常データが出たときにどのようにフォローしていくか、生活習慣病の指導はどのようにやっていくか、こういうのもいかに継続性を持っていくかというのが重要になってくるわけで、それを考慮すると、予防とその他の医療行為を分離するのは難しくなってくるわけです。ただ、日本のように健診機関が林立している場合は、せめて実際の健診をほかの健康診断機関で行っても、そのデータをかかりつけの医師に見てもらおうというような何らかのプロセスを持っていかないと、患者さんが健康なときからかかるというような意識を持っていかないと難しいということがあります。

Theory of Planned Behavior



これは health behavior model です。健康行動、健康変容モデルなど、いろいろあるわけですが。例えば、日本で一番よく知られているのが、health beliefs model だと思われれます。私はむしろ theory of planned behavior、計画行動論が、恐らく日本人が一番合っていると思います。

これは実際に参考文献にもありますが、一番最初にあるもので、North American Primary Care Research Group といって、北米では、ヨーロッパも含め、プライマリケアの研究に関しては一番の権威を誇るカンファレンスですが、そこで質的な研究法で、このモデルにおいて日本人がどのように当てはまるかというのを検討しました。

これはがん検診についてですが、結局、難しいことは考えずに、例えば、がん検診に関して、自分はどう思うか、他人、例えば、家族その他はどう思っているか、自分に本当にそれができるだろうか、それらはそれぞれいろいろな要素があるわけですが、それらが「じゃあ、やろうか」という気に結びつき、実際の行動に結びつく。日本人の場合は、他人からの影響が非常に強い。例えば、この質的な研究をして非常に印象に残ったのは、むしろ義務化してしまえば自分はできる。義務化してしまえばやる必要があると思うし、自分は実際にできると思うということで、かなり人任せ、あるいは義務でもいいから、powerful address、権威のある者にゆだねるところがあります。という、欧米にあるデータでも、医者のおアドバイスというのは重要なわけですから、日本だったらそれ

以上に重要なことがあり得るわけです。それを利用しない手はない。ですから、予防行動と医療と、今のように、例えば、家庭医あるいは開業医が、余り予防の方に関与していないというのは、非常に残念だ、非常にもったいないと思います。

地域に密着した外来研修センター

- 病院患者診療のセレクション・バイアスを受けない
- 家庭医療型診療所の実際の構造から、家庭医療のアプローチを理解
- 家庭医としての自覚を育む

あとは、地域に密着した外来研修センター。これはどういうことかということ、大学の総合診療の難しいところは、大学に来る患者さんをプライマリケア医として診ていかななくてはいけないということです。アメリカでは2つのエコロジー・モデルがあり、日本でも最近、初めて日本の医師会の雑誌が英文で出たときにフクイ先生がエコロジー・モデルを出したと思いますが、例えば、1カ月で1000人、患者さんがいた場合、その中で大体800人ぐらいが何らかの症状を訴える。ほとんどは医者を受診しない。ですが、そのうち300人ぐらいは医療機関を受診する。そこがプライマリケアです。実際に病院の外来にかかるのは、例えば、10～50人レベル、病院に入院するのは1人レベルで、実際の研修の場が病院であると、本当だったら300人の段階で研修しなくてはいけないのに、1～50人ぐらいの非常に小さい箱でやっているわけです。それだと、本当に自分が実際に診ていく患者さんを研修機関では診ていけないということになります。

プライマリ・ケアの専門性

- ロールモデル／メンター
- 外部からの理解
- 明確な家庭医療学の専門性と守備範囲
 - 家庭医の守備範囲とは？
 - 婦人科、皮膚科、耳鼻科、整形外科はどの位？
- 家庭医としての自信

外来研修センターは、実際にそのストラクチャー、構造も独立しており、そうすれば、病院患者診療のセレクション・バイアスを受けない。その中では家庭医療型診療所の実際のプロセスを見ていて、アプローチを理解することができるし、家庭医としての自覚をはぐくむ。その後者は非常に重要になってきます。

これは、1つ、家庭医療の方で、なぜ独立した家庭医療センターが必要かというのを文献として参考に挙げております。これは私の同僚の Fetters が筆頭としてやっています。

最後に、プライマリケアの専門性です。私が WONCA——これは世界の家庭医学の学会ですが、2004年のとき、それに参加した結構日本を代表する指導医の方や優秀な研修医の方、あとは学生も含めて、modified Delphi method、デルフィ変法という質的な分析で、それらの意見をまとめて、結論というか、まとめを出したのですが、そこで出てきたのが、ロール・モデル／メンターの必要性です。ということは、今、日本にはいないということです。あとは、外部からの理解。外部からの理解を受けるにはどうすればいいか。なおかつ、家庭医としての自信。これらの3つが今は問題になっている。

それには何をしていかななくてはいけないか。結局、明確な家庭医療学の専門性と守備範囲をどのようにやっていくかというのが重要になってくるわけです。そこには、婦人科、例えば、パップスミアや子宮頸がんを行うこともやるのか。ニキビや皮膚真菌症など簡単な皮膚科のものは診ていくのか。中耳炎は当たり前のように診ていくのか。整形外科のような関節穿刺や、肩やひざ等の穿刺、ステロイド注入ぐらいはやっていくのか。骨折のスプリントを使ったマネジメント、ねんごのマネジメントはやっていくのか。そういう実際の内容がどのようにになっていくかということになっていくわけです。



プライマリ・ケアの専門性

○ その他の専門の確立なくしては、あり得ない

あとは、その他の専門の確立なくしてはあり得ないわけです。家庭医療は40年近くたつて、今こそすべて大体家庭医の指導医がまかなっていつているわけですが、これまでは

ゼネラリスト・マインドを持った、家庭医マインドを持った専門家の先生たちによって支えられていたわけです。今、日本はその状況にあると思います。ただ、例えば、今、家庭医で理想とされているのは、5割、プライマリケア、5割、専門という医療マンパワーの割合ですが、もしそうなった場合、専門医は本当に超専門医でないと意味がないことになります。中途半端にプライマリケアと専門を両方やりたいという人たちはむしろ二兎を追う者は一兎をも得ずで、そういう人たちは要らない。本当にプライマリケアが確立されたときは、本当であれば超専門医しか要らない。ただ、今の日本の段階ではそこまでプライマリケアが成り立っていない。ということであれば、家庭医、プライマリケア・マインドを持った専門家たちの協力が不可欠です。その中には、むしろそういう人たちが実際に家庭医となってしまって、そのほかの専門よりも、家庭医、あるいは総合医でもいいですが、その専門だと自覚を持ち、それだけをやっていくということをやっていかなければいけないと思います。

そこで、1つ問題になるのは標榜科です。日本のように内科、外科、小児科など全部の科を、たとえトレーニングをやっていなくても、それが合法的に標榜されるのであれば、患者側から見て、たとえ厚労省が総合科という標榜科をつくっても、それと内科、小児科、皮膚科とどう違うのかと言われたら、何とも言えません。ですから、そこで標榜科を本当に専門科による標榜科にする。それも、もしそうなったらとすれば、内科と外科を同時に標榜することはほぼなくなるはずです。あとは、内科、小児科と標榜するのも非常に少なくなるはずです。そういう状況にならないと、本当の意味でそういう専門の確立なくしては、プライマリケア、総合医というのはなかなか成り立たない。マンパワーが育っていかない。育っていかうとしても、その土壌ができないということになります。



まとめ

- 医療は文化であり、一つの国において、医療の一つの項目だけを切り取って語るのは困難
- 他国から何か導入する場合、どういう経緯でその国ではそれを導入したのか、良く見極め、自国への導入には何を考慮すべきか、十分な検討が必要

まとめです。医療は文化であり、1つの国において、医療の1つの項目だけを切り取って語るのは困難。他国から何か導入する場合、どういう経緯でその国ではそれを導入したのか、よく見きわめ、自国への導入には何を考慮すべきか、十分な検討が必要ということで、本日のまとめとさせていただきます。



参考文献

- [Jimbo M](#), Fetters MD, [Motohara S](#), [Asei S](#), [Uehara S](#), November 2008. Perspectives of Japanese men and women on cancer screening. 36th Annual Meeting of the North American Primary Care Research Group, Rio Grande, Puerto Rico. Available at: <http://www.napcrg.org/app/search08/results.cfm>.
- Tanaka N, Fetters MD, Chu M, [Jimbo M](#), [Nishiue T*](#). The importance and potential of the team approach in family medicine in Japan (in Japanese): An example from the University of Michigan. [Jpn J Fam Pract \(Katei Irvou\)](#), 2007; 13:22-28.
- [Jimbo M](#), Fetters, MD, [Nishiue T](#), [Rew K](#), [Takemura Y](#), [Pollock MP](#), [Kivota A](#), [Okada T](#), [Sano K](#). Family medicine education, clinical care, and research in Japan: Challenges and barriers identified during group interviews at a WONCA workshop (in Japanese). [Jpn J Fam Pract \(Katei Irvou\)](#), 2006; 12(1):4-15.
- Fetters M, [Jimbo M](#). Think outside the box: Why do we need an independent Family Practice Center (in Japanese)? [Jpn J Fam Pract \(Katei Irvou\)](#), 2005; 11(2):22-26.

これは参考文献です。これが先ほどの質的研究のモデルのときのアブストラクトです。これはチーム医療について。これは先ほどの家庭医で行うデルフィ変法で、今の日本の家

庭医にはどういうものが必要かということの研究の論文。これは family practice center、家庭医研修センターがなぜ必要かというものです。これはいずれも家庭医療です。日本の家庭医療学会の機関誌に載っておりますから、全部ウェブサイトからPDFで、ただでダウンロードすることができます。これも同じです。ぜひご覧になってください。では、以上です。

「米国家庭医からみた日本版総合医プログラムへの提案」 質疑応答

Q. 本日は大変貴重なお話をありがとうございました。アメリカの家庭医学においては、先ほど先生のお話にもあったように、医療だけではなくて予防にも大変重点を置く必要があるということでしたけれども、具体的にそういう健康増進や一次予防をどのようにやっているのでしょうか。特にアメリカの場合は自由診療で、メディケアを受けられない方もたくさんいるという中で、頻りにクリニックやかかりつけの方に来てもらうようにするために何かテクニックと申しますか、コツなど実際にしていることがあれば、教えていただきたいのですが。

神保 例えば、アメリカでも当然、理想ではないわけです。特に先ほど申し上げたような結構厳しい環境の中で予防をどういうふうに行っていくかというのは常に課題です。

ちなみに、データを申しますと、今、子宮頸がん、乳がん、大腸がん、この3つの検診は実際にどのぐらいなされているかとなると、子宮頸がんが大体80%ちょっと、乳がんが70%ちょっと、大腸がんが50%です。大腸がんの場合、アメリカの場合、いろいろ検便だけではなくて、大腸鏡を最初からスクリーニングに使うという方法もあるんですが、ただ、これを日本で見ますと、日本のデータは、例えば、地域的には非常に高い受診率のところもあるんでしょうけれども、少なくとも全国的に見るとすべて20%弱です。

ですから、それを考えると、アメリカは、日本のような低い文盲率、だんだん経済格差が拡大しているにもかかわらずまだアメリカに比べれば比較的一様である、それと単一国民である、なおかつ、1つの皆保険制度である、それでアクセスが高い、それらを何らか超えて、なおかつ、日本よりいい成績を出しているところがある。

1つは、継続性です。患者が自分の医者はだれだという意識が、最初はとりあえずその医者にかかるんだ、そのドクターにかかるんだという意識が、日本に比べて高いというの

が1つ。

あとは、1つは、レジストリー、登録です。自分のところに来ている患者さんにはどういう人がいるのか。これは必ずしも診療所に受診してこなくても、例えば、健康保険を通じて自分の患者となっている、そういう人たちを、例えば、どういうふうに健康診断に来るように言うか。日本のようにマスクスクリーンはほとんど行われていません。診療所レベルで行われていますので、それにはまず自動的な手紙をリマインダーとして送る。これは一定以上の効果があるとされています。もう1つは、我々診療所自体のシステムで、その人の検診が必要となったときに、それがリマインダーとして出てくる。

このリマインダーは2通り出てこなくてははいけません。1つは、受診していない方において、受診することが必要だとするリマインダーが1つ。これは診療所全体におけるリマインダーです。もう1つは、患者さんが別のことで診療所を受診したときに、もしそこで何らかのそういう予防において、あるいは慢性疾患の管理において、何か遅れているものがあるときに、それがすぐ表示に出てくるようなシステムが必要です。ですから、診療所ベース、あとは、1つ1つの診療の visit における両方のリマインダーというのが必要になってきます。

後者においては、結構、ミシガン大学の家庭医療学教室が中心にやっているんですが、コンピューター化した、自動的にそういうリマインダーがどういうときにも出るというソフトウェアが作ってあります。作ってあって、これが今かなりのよい成績を上げています。例えば、全国的には大腸がんが50%のところを、今、我々は80%以上になっています。

そういうところでの、1つはIT化、1つは登録制度、各診療所におけるレジストリー、あとは、継続性をいかに強力なものにしていくか、この3つが結構ポイントとして挙げられると思います。

Q. ありがとうございます。

Q. 今の話題に絡んで、日本では人間ドックというのがあるんですけども、プライマリケア医がやるべきものとして予防医療というのが、私はアメリカとしては非常に意外な感じがしました。日本のシステムの中では、健康診断とか、市の検診とか、いろいろ力を入れてやっていますけれども、そうすると、そういうところに日本の家庭医の制度ができた場合に、そこらとどういうふうに絡むべきなのでしょう。

神保 まず、人間ドックにおける検査項目ですが、Google で Japanese と health と Podcast とやっただけだと、ミシガン大学の私の Podcast が出てくると思うんですね。その中で、検診というものは本当に何が必要かというのを、そこにちょっとまとめたのがあるんですけども、実際に人間ドックで行われているもので本当にエビデンスに基づいた、実際に健康に関係あるとされているものは、ほとんどないです。胸部レントゲンばかり、心電図ばかり、あとは、臨床化学ばかり、末血ばかり、肺機能ばかり。例えば、視力においても、65歳以上ではレベルBのエビデンスでいいだろうと言われている。例えば、聴力も65歳以上ではいいだろうと言われている。

それで、あとは、全人口においてこれが有効だろうとされているのは、女性における子宮頸がん。これは欧米では20歳からですが、日本ではたしか30歳です。あとは、乳がんにおけるマンモグラフィ。触診は余りいいエビデンスが揃ってないとされて、今アメリカではマンモグラフィです。日本で行われているエコーについては、まだ欧米ではやってないのでそういうエビデンスはないですが、これが少なくとも50歳以上。多くの場合、40歳以上からと推奨されております。

大腸がんは50歳以上、全員。あとは、日本においては胃がんの40歳以降の検診、人口ベースの検診というのは、たしかやっているのは、世界的に見ても、日本と韓国と台湾の一部だけだと思うんですが、恐らくこれはある程度のデータが揃っているんですね。ただ、それ以外の、例えば、がん検診においては、それが本当に全人口でやる必要があるか。例えば、骨盤エコーを女性で常にやる必要があるかという、非常に疑問が残るところが多いわけです。

ですから、人間ドックにおいては、結構、いわゆる過剰利用というのがかなり見られていると思いますし、ですから、実際に本当に健康に基づいたケアにおけるものは何が必要かとなってくると、今申しました以外に、例えば、血圧とか、身長・体重を測定してBMIを測定するとか。実際に、例えば、20歳の女性において身体所見で何が必要かとなったら、血圧、身長、体重、あとは子宮頸がんの PAP スミア、それだけいいということになります。ですから、聴診その他もどれだけエビデンスがあるかという、実際にはないです。

Q. なるほど。ただ、日本の医療文化を考えると、人間ドックと健診というのは非常に

浸透しているのでそれを変えるのは難しいかとも思いますが。

神保 ですから、例えば、日本でやるとしたら、これほどはびこっている健診機関を、「あなたたちは要らないから、もうやめなさい」というふうにつぶすわけにはいかないと
思うんです。ですから、私が思うのは、そこで健診機関とかかりつけ医となっている医師
との連携が不可欠だと思います。

例え病気でないというレベルにおいてもです。私が向こうで非常に多く診る方で、例え
ば、尿酸値が高いとか、中性脂肪が高いとか、それがどの程度か、本人自身が自覚してな
い。それで、診ていると初めやや高血糖、耐糖能異常だったのが、いつの間にか糖尿病に
なっている。そこまでの移行に医療の介入がないんですね。どういうふうにそこまで行く
か。一番治るところでそういう介入がされてない。

何でかという、健康診断だと、僕もそうだったのですが、僕が研修医のときは結構バイ
トに行きましたが——今はそんなにないかもしれないですが、大体バイトで健康診断が多か
ったです。ということは何かという、継続性がない。健康診断機関によっては、問診す
る医者と、身体所見をとる医者と、最後にディスカッションする医者が違う。

そこで継続性が生まれてこないと何が問題になるか。結局、その最後に医者のアドバ
イスです。医者のアドバイスがどれだけ親身になって言えるか。それを患者さんがどうや
って受けとめるか。あとは、軽い異常があったときに、それをどこが継続して見ていくか。
軽い異常があったときに、どこがそれをフォローしていくか。そういうところでの、せつ
かくこれだけの膨大なデータを伴うほどの健康診断での検査をいろいろやっているんです
から、それが途中でまだ軽い段階で落ちたら、もったいないじゃないですかと僕は思うわ
けです。

ですから、そこで予防と医療とを何でこうやって切り離してやっているのか。健康診断
の機関がそれをやるのであれば、せめてそういうデータがかかりつけ医の方に常に行くよ
うに、それで、患者さんはその健康診断の機関でそういう結果を受けるのだけではなく、
最終的にはかかりつけ医のところでもその結果をさらにおさらいを受けるということであ
れば、健康診断の機関を保ちつつ、医療側はそれほどの設備投資をせず、それでも少し連
携を持つことによって、患者さんにとっての継続性を持ったケアができると思います。

ですから、病院の連携だけではなく、こういう健康診断機関と診療所との連携というの
も重要になってくると思います。

Q. なるほど。この家庭医という役割以外にも、保険会社の役割が非常に大きいとされていて、例えば、保険会社がコスト削減に対して非常にリミットをかけていくような役割を持つと思ったんですけども、実際にそのように医療界ではなくて第三者が介入にしていくということは、現場においてはどのような影響があるんですか。医師のやる気がそがれたりとか、医学生が回る意識がそがれたりとかいうことはないんでしょうか。

神保 ペーパーワークの過剰と医師のやる気がそげることです。アメリカ人の価値というのは何かというと、独立、選択、自由、この3つが基本です。特に医者というのは独立心が強い連中が多い。収入とか、いろいろ医者においても不満もありますが、今、医療側で最も不満なのは、独立した、自分がよかれと思った医療ができない、それが制限されている、それが今一番不満となって出てきている。でも、患者側から、医療側から、保険会社にかける push back も結構出てきています。

保険会社の中には、こうやって上から押さえるような、圧力的にやるのではなくて、医師の賛同を得、患者の賛同を得、協力し合ってやっていくことが、結局は最終的には、いい結果につながるだけではなくて、コストの削減にもつながると気づいてきたところもあります。それだったら、お互い、よしとされている医療というのがどういうものか、やっていこうじゃないかということで、例えば、先ほどのプロフィールで、メディケアも今検討中なんですけれども、いい質のケアをやっていれば、より高い健康保険費を払う。

それには、例えば、先ほど申し上げたように、糖尿病においてはグリコヘモグロビンを半年前にはかっているか。最低、年に1回は測定のチェックをして、特に間隔をモノフィラメントでチェックするか。LDLの有無にかかわらず必ずスタチンを出しているか。必ず年に1回、尿中アルブミン、マイクロアルブミン尿がないか、チェックしているか。そういうプロセスを見ていっている。今後は、中でも、例えば、グリコヘモグロビンが、実際、診ている患者さんの何割で7割を切っているか、高血圧の患者さんにおいて、140-90を切っているのが何割いるか、プロセスだけではなくて、そういう実際の結果の方で、今、質を検討していこうというのが、一応動きが見られます。そこは、それは納得する指標ですから、医療側も協力しています。そういう意味での協力というのが生まれてきつつあります。

そこに今また1つ、オバマ政権が新たに民主党政権で、健康保険を一気に皆保険化しよ

う、あるいは少なくとも今までのシステムを変えようという機運が高まってきていますので、これがどういうふうになっていくのか、今後の見物です。

Q. 質問なんですけれども、例えば、今から総合医、家庭医を日本に導入するとして、先生のお話を聞いていると、変えなければいけないことがとても多いように感じるんですね。でも、日本の政策というのは、私の勝手な思い込みかもしれないんですが、ちょっとだけ変えるというのが好きで、大きく仕組みを変えるのは嫌いな方向性があると思うんです。そもそも平均寿命も高いですし、結局日本の医療レベルは、世界を見てもそんなに低くないので、例えば、医師を増員すればいいじゃないかとか、総合医がいなくても無理やり研修医を派遣する科を制限したりすればいいじゃないかと言われたときに、それでも総合医を導入した方がいいというメリットをはっきり示すときの、反対意見を黙らせる何かばしっとした意見を先生がお持ちだったら、教えていただきたいんですけれども。

神保 日本で健康指標がいいのは、医療のおかげというよりも、公衆衛生のおかげです。医療と直接関係ないけれども非常に重要な栄養状態、衛生、感染の予防、あるいは、経済の格差を低くする、そういう医療以外のことで実際は健康の指標に非常に影響を与えているというのがあるんですね。

ただ、今後、このままでいったら、恐らく日本が誇る健康指標は悪くなっていくと思います。実際に今、日本は、平気寿命でいっても、たしかアイスランドとか、そういった国に抜かれてきています。あとは、例えば、本当に医療がどんなふうにもうまくいっているか、かなり総合的に評価したときに、フランスがトップに出て、日本は今やトップではない。これは126カ国ぐらいに分けて調べたものですが、アメリカは当然まだ日本よりも下ですが、日本はたしか6位かそのぐらいだったか、あるいは6位にもなっていないくて、もう少し下だったんですね。ですから、少しずつ日本がそうやって誇っていたものはだんだん減ってきていると思います。

あとは、例えば、日本人は全人口の3%が肥満、BMI 30以上です。アメリカだと、今、大体30%以上です。そういう生活習慣病の割合等も違ってくるんですが、一説によれば、日本の40歳以上の男性の2分の1はメタボリックシンドロームかその予備軍だといわれている現在、それが、今後、健康指標に影響を与えていく可能性は十分あると思います。

ですから、むしろ日本がある程度良好な健康指標を保っている環境がまだある状況で、医療もそれに応じて変えていかないと、財政困難その他によって、それまで支えていた社会的インフラがだんだんと破壊されていった場合、健康指標は悪くなっていく。要するに、大きなマクロの意味での予防のためにも必要だというふうに言うことができます。

Q ありがとうございます。

Q. 今日是非常に興味深い話を聞かせていただきまして、ありがとうございます。2点、質問があります。

米国の方で、例えば、Googleなどでhealthの関係の情報を交換できるようなGoogle healthという仕組みや、マイクロソフトではhealth walletというような仕組みが出てきているというので、それで情報交換というのが実際にアメリカでこれまでと変わってくるのかというのが、個人的に非常に興味があります。

それと、もう1つ、アメリカでは薬局でmini doctor's officeみたいなことが始まっている。これも個人的に非常に興味があるので、もしこの辺のことで何か御意見や御存じのことがあったら教えていただければ助かります。

神保 1つは、個人健康情報の公開、公開というか、Googleの中でセキュリティのポートを使って、プライバシーは保たれるけれども、それをよしとした個人がそれを閲覧することができるということになりますか。

Q. ホームページに自分でアクセスして、それで、例えば、自分で血液検査を受けたとか、そういうことがあれば、そのサイトに行って情報を拾ってきて見られて、例えば、セカンドオピニオンサービスみたいな病院があつて、そこにその情報を提供して、自分でセカンドオピニオンを聞けたりとか。

神保 今、医療施設によってはそういうものを導入しつつあるところがあるんです。要するに、患者さんのためのパーソナルホームページです。そのホームページを通じて、例えば、予約をすることもできる、それも診療所の予約だけではなくて、何か検査をしたければそれをやることもできる。あとは、それとは別に、今ブルークロスとかでは、eメールで医者意見を求めて、医者がそれに応じた場合、医者に30ドルずつが——3000円ぐ

らいですが、支払われるという試みが実際に起こってきています。

あとは、問題は、例えば、eメールの場合、何をeメールにとって適切とするか。例えば、医者側はどの程度の頻度で見えていかなくてもいけないか。緊急性のものはどのように扱うか。あとは、常に最後に陥ってくるのがプライバシーです。アメリカだとHIPPAという患者さんのプライバシーに関する法律があるんですが、それが今ネックになっていると思います。というのは、これは患者の個人情報保護のためのかなりいろいろなハードルを加えているものなので、それがGoogleがそういう患者さんのホームページ等をやっていくときに問題になっていくかなと思います。特に外部とのリンクとかを患者さんにさせるときに、そこにいかにウイルスが入ってくるのを防ぐか、いかにその情報が盗まれるのを防ぐか。残念ながら、まだそういう情報がほかの人に渡ってしまうということが全くないとは言えない状況なので、そこが1つのポイントだと思います。

後者に関しての薬局ですが、いわゆる retail health clinic と言うんですね。これは薬局だけではなく、現在、スーパーマーケットでもやっているところがあります。というか、向こうはスーパーマーケットが非常に巨大化して、そのスーパーマーケットの中に薬局がある。例えば、Kマートやウォルマートです。そこに retail health clinic があって、そこでは、例えば、独立診療できる nurse practitioner が medical director の監督のもと診療を行うわけですが、特に予約なしで来ることができる。それで、ある程度きっちりとしたプロトコルにのっとって、例えば、チェックリスト的に問診をしていって、それに当てはまれば、せきのときはこれ、膀胱炎の症状のときはこれとフローチャート式になっていて、診療するようになっています。薬局側のメリットは何かというと、もし薬が必要だったら、そこで購入してもらおう。あとは、例えば、待っている間にそのスーパーマーケットでいろいろほかのものを買い物することができる。これはウイン・ウインではないかとされているんですね。

それを結構危険視というか、危機感を持って見ているのが医療側です。なぜこういうことが起きたかという、結局、アクセスの問題になるわけです。ですから、患者側がかかりたいときに診てもらえない。それで、例えば、救急室も非常にあふれている。でも、救急室に行くと、軽症だったら、下手をすると、日本の3時間ぐらいどころではなく、6時間ぐらい待たなければいけない。それをすぐバイパスしてくれる。

しかし、医療側から見たら、そういう retail health clinic は本当にきちんとした診療だろうか。もし本当だったら、いわゆる長年の勘で培われた、これは咽喉痛で来たけれ

ども、ちょっと怪しい、何か違う、例えば、狭心症だったとか、そういうのをどういうふうに振り分けていくかというところで懸念が出てきますし、その後、本当に継続してやっ
ていくのかという懸念が出てきます。そういうところで、かなり賛否両論があるところ
です。

ただ、薬局、ウォルマートその他はかなり強気で、retail health clinic を今のところ
は増加の傾向にしていこうという動きが見られています。

川本 ありがとうございます。

Q. 本日は、米国のことについては余りよく知らなかったものですから、大変貴重な
お話をありがとうございました。2点、質問させていただきます。

まず先ほどの検診のことについて、私も日本の検診率の低さについては、いつも記事を
書くときに非常に気をつけております。先ほどアメリカの検診率の高さの要因として、私
が理解したものについては、継続性、つまり、かかりつけ医に行くところの継続性、それ
から、リマインダー、お手紙が来るという話が印象に残ったんですが、それだけで8割に
行くとは到底思えません。ほかに要因はどういうことがあるのか。

もう1つは、メディアの役割です。恐らくメディアが大きな役割を果たしているのでは
ないかと思うのですが、いかがでしょうか。

神保 そのとおりだと思います。今お話を伺っていて、1つ、啓発というのを入れてお
くのをお忘れたなど私も考えていたところでした。そこで、例えば、女性の場合は、年に1回
はパップスミアを受けに行くんだ、お医者さんにかかるんだというのが、結構、常識とし
てまかり通っています。

では、なぜそういうことが起きたかという、例えば、医療側がメディアと協力して行
った。あるいは、保健所等の public health、公衆衛生の機関がメディアと協力してそれ
を行った。例えば、向こうだと、NHKのようなNPRなど public television が、ラ
ジオでもテレビでもあるわけですが、それがP S A (public service announcement) 等
でそういうことをやっていく。あとは、医療者以外に、例えば、看護師の研究者、その他
心理学者などによる研究によって、いかに検診率を高めていくか。それこそ30年分ぐら
いの検診率を高めるためにどうしていけばいいかという積み重ねがあります。

それもただ単に、例えば、インフラのアクセスをよくする、検診車で患者さんの方へ行くというものだけではなくて、患者さんの背景で、例えば、医療で嫌な思いをした、自分は受けなくていいと思っている、適応ではないと思っている、受けてもむだだと思っている、検査が痛いと思っている、恥ずかしい、そういういろいろなバリアをいかに乗り越えてやっていくかというのが、30年ぐらいある。先ほど私はモデルを書きましたが、それこそああいいう行動変容モデルというのは10とか、それぐらいあります。

そういうのを利用して、例えば、メディアを使い、最近は結構インターネットを使っていますが、それをいかに効率的に使って検診率を向上させていくかというのは、それほどの長い歴史がある。それも、メディアで一般的に流すのではなくて、1つの人口におけるセグメント——target intervention と言うんですが、全人口ではなくて、一定の、何歳以上の女性で、このぐらいのことをやっている人に対してだけ行うとか、それだけのgranularity でやってきています。確かにおっしゃるように実際にメディアの役割は非常に高いと思います。

Q. もう1つ、先ほどチーム医療のことが出てきまして、私はコメディカルの本を書いているということもありまして、チーム医療の中のスキルミックスについて非常に高い関心を持っているんですが、日本の医師の中には責任のとり方についていつも話が及びます。先ほどもお話を聞いていたのですが、アメリカではだれが責任をとるかというところまで恐らく及んでいなかったと思いますが、教えていただけますでしょうか。

神保 医者です。最後に訴訟の対象になるのは医者です。

Q. 日本の中でコメディカルがそれぞれ責任をとるというやり方もあるという発言が出てきたのですが、それについてはどう思われますか。

神保 それぞれのコメディカルがどこの組織に属し、そこで責任をとるのはどういう人たちかということにもよると思います。例えば、アメリカだと、physical therapy、理学療法士が独立して開業して診療を行っているグループ診療、physical therapist だけのグループ診療も実際にあるわけです。これは1つのアメリカの事情とも言えるんですけども、結局、医療訴訟が起きる場合、だれがねらわれるかということ、一番懐の深いとこ

ろがねられるわけです。一番懐の深いのはどこかといったら、当然、医者になるわけです。その医者の中でも大規模な医療機関であればあるほど、その対象になっていくわけです。そういうことから、最終的には医者の方に責任がかかってくるというのはあります。ですけれども、実際にそういうコメディカルを使わずに自分だけでやっていた場合、それこそ今以上のエラーが発生するというのもわかっています。ですから、そのバランスでやっていくということになります。

Q. ありがとうございます。

Q. 先生のいろいろなメッセージの中で私が一番感心したのは、やっぱり文化が違う、それからカルチャーがすべて違って、国民性も違うので、アメリカのよさはもちろん認めながら、その中で日本にいかにか文化を考えて移行できるのかを入れるというのは大事だと思いました。

それから、もう1つのメッセージとして非常に大事だと思ったのは、継続性です。先ほど人間ドックの話が出ましたけれども、日本の一番の弱さは、人間ドックを繰り返しながら、実は医者への refer が非常に少ない。結果だけが本人に送られて、また翌年やってまた同じだという繰り返して、気がついたら糖尿病がひどくなっていたということがあるので、そこら辺の継続性をいかにするか。啓蒙も含めてですが、それが非常に大事だなと思って聞いていました。

日本の場合は、今年が1年目で、御存じだと思いますが、40歳から74歳まではメタボ検診が始まったので、その中には糖尿病とか高血圧とか、エビデンスで要るようなものが最低限度入っているの、ちょっと事情は違ってくるのかなとは思いますが、多分これが進みながらも、次のアクションの一番だめなのは、継続性が今のところないので、それをいかに持っていくかが、やはりこれから大事かなと思っているところです。

その継続性でもう1つ私が思ったのは、データの継続性というのはアメリカはどんなでしょうか。特にイメージというのはそのままCD-ROMでどんどん見られるんですけども、検査機関が日本の場合はいろいろな試薬でつくりますから、データが違うわけです。今はICTが非常に進んでいるので、カードに幾らでもデータが入れられると思うんですが、A機関でやって、B機関でやって、C大学に来たときには、全部データが違うので、そのまますぐできなくて、ただ、見られるのは、血糖が異常とか、そういうデータでしか

ないので、そこら辺のデータの管理で、全国、例えば、日本だったら小さいので、全部の機関が同じ正常値を使ってやるようになれば、これは非常に楽で、むだがなくなると思うんですが、その機関が1個要るかなと。

それから、もう1つ、先生に教えていただいて非常に参考になったのは、確かに日本のドックは過剰な検査をやっています。それは国民性の違いもあると思います。その点、アメリカで今まですばらしいなといつも思っているのは、エビデンスに基づいて必ずデータを決めたり、アクションを起こしたりする。エビデンスに基づいたアクションが日本は少ないのがだめなので、そこら辺が非常に大きいなと思って聞いておりました。

神保 ちょっとコメントをつけ加えさせていただきますと、まさに継続性で、本当にもったいないと思うんです。もしかしたら過剰検査で、もしかしたら実はそういうのがフォローされていたら何らかの効果があるかもしれない。でも、それがフォローされていないので、せっかくそれだけのデータがありながら、それがうまく使われてない。それは非常にもったいないと思います。

あとは、データをいかに標準化、一律化していくかというのは、これをまだ国レベルで実施しているところは、私は知りませんし、当然、アメリカでもまだそういうことにはなっていません。でも、そうやって1つ、データが、情報が手に入るというのは、今後、医療側にとっても非常に重要になってくると思います。

もう1つ、今だんだんインターネットが普及して、患者側も非常にインテリジェンスが高い方が、自分たちが実際に機関の連携を行って、それぞれの専門医にやっていくという方法でもいいんじゃないかということになりますけれども、そこでプライマリケアの介入はどういうふうになるかという、バーブラ・スターフィールド等のプライマリケアの浸透度と実際の健康指標との相関です。ですから、実際に自分だけで、医学の素人でありながら、すべてケアしていくというのは、本当にごく限られた人たちだと思いますし、実際にそれだけの知的レベルがある方でも、当然、健康というのは、ふだん、我々のように、そんなに余り第一優先とは考えてないわけです。例えば、仕事がありますし、家族がありますし、それ以外のものが優先するわけです。ですから、それだけデータとかがあっても、そこまでの情熱を持ってやっていくことができない。では、だれがやっていくことができるかという、当然、その道の専門をやっている者であって、例えば、医療データをいかに患者さんにコミュニケーションでわからせていくか。あるいは、専門医との連携で、い

かに専門でどういうことが行われているかというのを患者さんに話して説明していくか。そういうところもプライマリケアの非常に重要な役割だと思います。特にこういう日本での都会型の総合医の場合は、それが非常に重要な役割になってくると思います。それプラス、よくあるコモン・ディジーズの慢性疾患管理は非常に重要だと思います。

あと、さらに1つ。最後のメタボリックシンドロームの特定健康診断とそれに対する指導ですけれども、これはある意味で初めての大きがりに行う一次予防です。メタボリック予備軍というのは、まだなる前にそれを何とかしようというわけですから、そういう意味では非常に評価できると思います。ただ、指導においてもいろいろ得手不得手があるように、例えば、これは本当に医師が必要なのだろうか。それこそ看護師とか、指導のうまい人とかがこれを使って、どういうふうにそこでチームで分けて使っていくのか。そういうところとかも重要になっていくと思います。1つのやり方、結果に到達するのに、いろいろなプロセスがあるので、そこで4つか5つあるプロセスの中で一番有効なものを選ぶのではなくて、これだけしかだめとなると、せっかくのいいこういう機会も最大限に使えないかなという懸念はあります。

Q. family medicine の専門性の確立が重要だというのは、私もそう思うんですが、今、日本の現状を考えると、なかなか専門性とうまく共存できない。あとは、今の教育のシステムですね。専門性を確立するには、やはり医学部の中の教育自体も、そういう家庭医を養う土壌が、私が知っている範囲では、日本ではまだちょっと乏しい。

あとは、今度は卒後研修で、先ほど班会議のお話もありましたけれども、卒後研修でさえも、今、初期研修で general medicine ができるように課せられてないと言っていますが、今度は逆に今の初期研修を受けても、はっきり言うと、評判がよくないこともあります。広くやるけれども、昔のポリクリに毛が生えたような感じという印象もあります。本来はその初期研修の2年ぐらいは、この family medicine ではないですけれども、そういうようなことをむしろ取り入れて、そこから専門性を高める、あるいは、今の family medicine を専門にやるような後期研修のプログラムというのをやった方が、僕は今いいなと思ったんですけれども、それに関する先生のコメントを。

あとは、予防医療もやると言うんですが、日本で予防医療がなかなか進まなかったのは、裕福な人は人間ドックとかが受けられますが、日本では治療医学しか保険のカバーがなかったんですね。現時点でも予防医療の検査項目を病院でやったら、全部それは自費負担な

わけです。ですから、そういう制度の問題もあると思います。

あとは、先生は日本、米国の医療事情に詳しいので、先生が経験されて、日本も、僕も患者さんを1日に100人ぐらい診る、こういう医療がとてもいいとは思いません。しかし、効率、さっきの費用対効果という意味では、さっきの public health だけではなくて、ある程度効率的な医療が行われていると思うんですが、先生が日本と米国を経験されていて、いい点と、やはりアメリカの方が理想かどうかというコメントをいただきたいんですけども。

神保 幾つかポイントがあったので。

まず卒後の初期研修でどういうことを行うかということですね。それで、ここで問題が出てくるのは、家庭医のシステムでやっていくときには、研修の場というのが非常に重要になってくるんですね。それこそ大学病院のようにかなり専門化されて、先ほど申しましたエコロジーモデルではないですが、その地域に1000人、人がいたら、その1人ぐらいしか入院しないようなところでの研修だと非常に難しくなってくるわけです。ですから、そういう意味では大学病院に非常に不利になってくる。

なおかつ、必ずしもみんな家庭医マインドを持つ必要はないんですね。中には、自分もこの専門でやるんだという人がいて当然ですし、そういう人たちも必要です。ある意味で日本が特に基礎医学その他の面で一部、非常にいい成果を上げていますね。

「Nature」とか、「New England Journal」とか、「Cell」とか、そうやって出しているというのも、もともと日本の理数中心のやり方は全人的医療に関してはやや問題はあるけれども、そういうその方面で非常にすぐれた人たちが入ってくるということもあるわけです。ですから、そういう人たちは、むしろ全人的医療云々とかはやらずに、そのままやりたいことをやってもいいんじゃないかと思うんですね。向き不向きがあるので。

もし卒前の段階で、例えば、家庭医をやりたいという人たちをふやすのであれば、当然、その選抜をどういうふうにするかというのが重要になってきます。アメリカでも知られているのは、結構、家庭医をやっていく人たちというのは、どちらかというと、地域出身、それも比較的小規模の町、村レベルです。それで、あとは、標準の試験では必ずしもいい成績ではない。あとは、大学を卒業した後、すぐ医学部に入らずに、ある程度、社会人の経験を積んでいる。そういうのが結構データとしてあるんですね。ですから、例えば、ジェファーソン大学でも、プライマリケア、family medicine を中心にやる人たちが

ふやすために、あとは、地域にそれが戻るようにやっていますが、そういうのがデータとしてわかってきています。卒前だったら、そういう人たちをいかに今の日本の受験システムでやっていくかというのが問題になってきます。

もう1つは、今は日本ではこういう家庭医療とか総合医とかがまだ始まっていないわけですから、当然、当面の間、それこそ向こう20~30年の間、家庭医マインドを持った専門医というのが非常に重要になってきます。ですから、専門は持っているんだけど、継続性とか、全人的にほかの人に関心を持つ、そういう人たちというのが非常に重要になってくるんですね。そういう人たちをいかに活用していくか。1つは、それぞれのブロックで回っていくときに、そういう人たちにいかに教育をしてもらうか。あとは、そういう人たちがもしそれだけのやる気があるのであれば、むしろいかに、例えば、総合医、家庭医の専門をとって、それを名乗って、それでやっていくか。いわゆるグランドフォアザクローズということになりますが、そういうことになっていくと思うんですね。

それで、その移行においては、そういう人たちがある程度必要です。ただ、ある程度移行が完成していて、一定レベルの家庭医、総合医というのがふえてきた段階では、むしろ家庭医マインドを持った総合医というのは余り必要ではなくなってくる。逆に専門医でいい。だから、例えば、ミシガン大学は私にとって非常にいい場所です。何でもかという、その道の専門家、この人に聞けばこれは大丈夫というのがいるからです。特に我々は、患者さんをどこまで自分で診療することができて、それ以上はこの人だったらどういう専門に紹介する必要があるかという能力が必要なわけですが、その後で、その人に紹介して本当に大丈夫かなと思うのが出てくると、問題になってくる。だから、そこできちっと治療してくれる人、むしろその方が重要になってきます。

ですから、そういう意味で、逆にどのような研修をしていくか。ある意味で中途半端にプライマリケアをやられている人が一番困る。かえって、それで自分ができるんじゃないかと誤解されると一番困る。それをやることによってゼネラリズムの重要性というのがわかっていただける方がむしろ助かる。我々としてはありがたい。それにはむしろ逆に、今2年ある研修期間を本当は1年でもいいのではないかとか、そういう話にもなってくるわけです。

Q. 日米を先生が経験されて、よい点、悪い点を教えてください。

神保 そうですね。1つは、例えば、実際に向こうですと、一般的には外来の新患は30分、再診の患者さんの場合は15分、診ていくわけですね。それで、中には新患も再診もあわせて20分でやっていくというようなパターンも出てきましたけれども、日本に比べるとかなり長い。ただし、患者さんを1年間で診る回数というのは少ないんです。例えば、高血圧の場合、多くて3カ月に1回。大体は半年に一遍。人によっては、1年に1回でどうだろうかという人も出てきているんですが、まだそこまでエビデンスがないです。

一方日本だと、例えば、大体月1回、2カ月に1回ぐらいはそういう方たちを診ていく。では、もしそこで半年に一遍で年に2回、例えば、15分、あるいは20分、診るとして、40分ですね。でも、月1回5分だと60分です。ですから、総合すれば、その患者さんを年間で診ている時間というのは、必ずしも少なくない。むしろ多いかもしれない。問題はそれをどういうふうに活用していくかというところで、そこで日本式の家庭医療、外来診療のテクニックをどういうふうに磨いていくかというのが重要になってくると思います。

要するに、最初の段階ですべてのデータをとらなくてもいい。いかに振り分けていくときに新たにデータを集めていくか。最初はいくまで基本的なデータと診療方針の確立と患者さんとの治療関係の確立です。それをいかに築き上げていくか。それに専念していけば、むしろ長くても10分でできる。あとは5分であっても、そのたびに別の項目でやっていく。当然、血圧が問題であれば、それを中心にやっていきますが、中で新たな情報を得ていく。そうすれば、年間を通じてデータとしてはいいものができるはずです。ですから、日本ではいかにそういう狭い、非常に限られた時間を分けてそういうデータをとっていくかというのが重要になってくると思います。そこに1つのかぎがむしろあると思います。

Q. 質問ではないんですが、私は実は2年半前までアメリカのシアトルに住んでいました。40歳前ぐらいまでは日本でずっと住んでおりまして、それから10何年間、アメリカにおりまして、先生は日米の医療を両方経験されて、私は受ける側として日米の医療を両方経験しましたけれども、今、先生がおっしゃられたことというのは、全く受ける側としても実感として感じております。継続性があるということと、私の医師、my doctor というのは、私は40歳ぐらいまでは日本におりまして、そういうものが全くない中で、皆保険制度の中で育ってきたにもかかわらず、全くそういう意識が持てないままアメリカに行きました。

保健活動がかなり進展していた段階だと思うんですけども、乳がん検診だとか子宮頸

がんというのはきちんと受けるものだということ、それから、リマインダーというのが必ず、年に1回の健康診断はそろそろ予約をとる時期ですよというようなはがきが来ます。それでも予約をしていないと、医療者の事務の方から電話がかかってくる、「あなたはまだ予約をとってないですよ」というリマインダーが来るんですね。最近、こちらに移ってくるちょっと前になると、eメールでそういうリマインダーが来たりして、何度か答えないうときには、ちゃんとリマインダーを複数やってくれていましたので、一度もこういった検診を漏らしたことはないんです。

日本に帰ってきて2年半になりますけれども、恥ずかしいんですけれども、一度もこういう検診を受けていません。企業に属していないということもあるんですけれども、やはりそういったリマインダーがないと、先生がおっしゃったように、日常生活の中ですごく忙しいんですね。つつい非常に深刻な状態でないと延ばしてしまうということがあって。そういったリマインダーがあることによって、私はアメリカでずっと受けてきました。

それと、自分の医師に対する信頼性というのが圧倒的でした。今先生がおっしゃっていらっしゃるように、family medicine の専門医でしたけれども、やはり自分の守備範囲ではないときには、きちっとした専門医に紹介してくれるんだということで、そういうことも受けてきましたので、その制度が日本に確立されてないことの不安も私は感じながら、今、日米の状況を日本の立場で取材しております。

神保 ありがとうございます。今、多分、日本であなたのような方が非常に貴重なんだと思います。非常に重要。というのは、患者さん側から、向こうでの医療を経験して、何がよくて、何が悪くて、こういうのは何で導入できないのか。特にかかりつけ医の、家庭医の責任性ですね。あとは、継続性。あとは、予防に重点。医療の中に、本来、予防は含まれるわけですけども、診療の中に予防も取り込んでやっていく。そういうのを実際に体験された方が、それを啓蒙していただくことが非常に重要だと思うんです。

ですから、私が今現在やっているところで、デトロイトは日本人が非常に多いので、かなり診ているんですけども、そういう方たちはいずれ日本に戻る。そのときに備えて、なるべくそういう啓蒙も含めて、先ほど Podcast のことを話しましたが、あれは日本語ですから、一応外国に、特に米国に暮らしている人たちに対しての医療内容ですけども、例えば、検診について、日焼けについて、シートベルトについて、そういうのが結構盛りだくさんに入っております、大体月に1回は新たなものを加えています。それで、ただ

でダウンロードできます。ぜひ御利用ください。

あとは、向こうでも、シカゴ中心の地方機関誌である「Jungle」というものと、あとは、デトロイトの機関誌である「Views」というやつものにも、大体定期的にそういう啓蒙を含めた予防に関する記事を書いておりますので、そういうのを通じてなるべくそういう患者さんの意識が高まっていけばいいかなとも思うんですが、いかんせん、何だかんだ言って、日本に戻れば、そういう方たちは非常に数少ないですから、もしできれば、そういう方たちがもっと声をいかに効率的に、より知らせることができるとすれば、特にあなたのように、そういうことを啓蒙というか、世間に広めることができる方たちが、より声を大にしてやっていければ、非常に素晴らしいなと思いますので、よろしく願います。

(了)