

## 特別寄稿

# 地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題

葛西 龍樹\*

わが国で取り組まれている地域包括ケアシステムがより良く機能するためには、プライマリ・ケアの整備が鍵となる。これまで地域包括ケアシステムが目指してきたものを確認した上で、プライマリ・ケアとは何か、その地域包括ケアシステムにおける役割は何か、そこで機能する家庭医・総合診療専門医の専門性とは何かについて、日本のケア現場のコンテクスト（背景・文脈）から解説する。2013年に発表された社会保障制度改革国民会議報告書の「医療・介護分野の改革」で述べられた関連項目についても吟味する。さらに、2017年度に開始予定の日本の新しい専門医制度を契機として地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの整備を進めるにあたっての課題を議論する。

## 1. 地域包括ケアシステム

日本で「地域包括ケアシステム」と呼ばれるものが何を指すのか。広く全国的に多くの人たちが10余年にわたり用いているにもかかわらず、その定義は必ずしも明確ではない。関連するいくつかの文書から、これまで「地域包括ケアシステム」という言葉で表されてきた概念の全体像の把握を試みる。

「平成 16 年（2004 年）度を終期とするゴール

\* 福島県立医科大学医学部地域・家庭医療学講座主任教授

ドプラン 21 後の新たなプランの策定の方向性、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方について検討する」ために設置された高齢者介護研究会の報告書『2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』（2003 年 6 月 26 日発表）<sup>1)</sup>には「地域包括ケアシステムの確立」という項目があり、

介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中心とした多職種連携の文脈で登場したことが理解される。

と書かれている。日本では「地域包括ケアシステム」という概念が高齢者の介護保険サービスを中心とした多職種連携の文脈で登場したことが理解される。

地域包括ケア研究会（平成 20 年（2008 年）度老人保健健康増進等事業）による『地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～』（2009 年 5 月 22 日発表）<sup>2)</sup>では、「地域包括ケアシステム」の定義として、

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保

するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制

を提案しており、その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることを提案している。ここでは「医療」「介護」に加えて「住まい」「生活支援サービス」がキーワードとして登場するが、後に地域包括ケアシステムの「5つの構成要素」と呼ばれるもののうち「予防」の概念がまだ欠けている。

次いで介護保険法の第 5 条第 3 項（平成 23 年（2011 年）6 月改正、平成 24 年（2012 年）4 月施行）では、次のような表現で、国および地方公共団体の責務として地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨の条文が加わり、地域包括ケアシステムに法的根拠が与えられた。介護予防について言及していることも注目される。

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

平成 24 年（2012 年）度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステ

ムのあり方に関する調査研究事業報告書『<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』（2013 年 3 月発表<sup>3)</sup>では、地域包括ケアシステムの「5 つの構成要素」について、

- 地域包括ケアシステムを構成する要素として、これまで「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」という 5 つの構成要素を掲げてきた。これをより詳しく表現するならば、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」となる。
- これらの構成要素は、実際には、ばらばらに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えている。
- 「住まいと住まい方」を地域での生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、それぞれの「住まい」で生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができるだろう。「生活（生活支援・福祉 サービス）」という「土」がないところに、専門職の提供する「介護」や「医療」「予防」を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまうだろう。
- 従来は並列関係で 5 要素が理解されてきたが、このように捉え直すことにより、地域包括ケアシステムにおいては、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があることが理解できる。

と述べているが、それに以外に「本人と家族の選択と心構え」が重要な要素として加えられている。

それについては下記のように記述されている。

- 最後に、「5つの構成要素」としては掲げていないが、地域包括ケアシステムを支えていく重要な要素として「本人と家族の選択と心構え」について触れておく必要がある。2025年には、単身又は高齢者のみ世帯が主流になることを踏まえると、仮に十分な介護サービスを利用し、地域社会の支えが十分でも、従来のような、常に誰かが家の中にいて急変時には救急車で病院に搬送され、病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなる。むしろ、毎日、誰かが訪問ってきて様子は見ているが、翌日になったら一人で亡くなっていたといった最期も珍しいことではなくなるだろう。常に「家族に見守られながら自宅で亡くなる」わけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある。
- こうして、新しい時代の「在宅生活」に対する意識をもった個人が生活する「住まい」が提供され、その住まいにおいて必要な「生活支援」が地域で受けられることに加え、専門職による「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が有機的に連携し、一体的に提供されることにより、その地域では地域包括ケアシステムが生活を支えている状態になる。

この「本人と家族の選択と心構え」の追加とそれに続く記述はやや唐突に感じられる。これによって、わが国で「地域包括ケアシステム」と呼ばれるものが、専ら高齢者の在宅でのケアについて議論されていく方向へシフトしていったと考えられる。

厚生労働省の「地域包括ケアシステム」につい

てのホームページ<sup>4)</sup>では、「地域包括ケアシステムの実現へ向けて」「地域包括支援センターについて」「地域ケア会議について」「医療と介護の連携について」「生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加」の項目にわけて説明があり、多くの事例と関連情報のリンクも紹介されている。そこでは地域包括ケアシステムアは次のように述べられている。

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重要な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

以上のように、増大する高齢者ケアの特に在宅でのニーズに対応するためのシステム構築を目指してきた日本の「地域包括ケアシステム」であるが、さらに「プライマリ・ケアを整備する」という視点を加えてシステムを再構築して取り組むことで、より良い成果が出るだろうと筆者は考えている。

この後に述べるように、プライマリ・ケアは、認知症高齢者の在宅ケアのみならず、すべての地域住民のすべての健康ニーズのすべての種類のケアに対応することができる。そのうち約80%の問題はプライマリ・ケアの専門医でありその住民をよく知る家庭医（後に述べるように日本では2017年度から「総合診療専門医」という名称で養成される）が自ら解決できるし、それ以外の問題ではケアを支える家族と地域の実情を考慮しつつ、地域内外にある必要な資源とその他の専門職の利用をプライマリ・ケアチームが効率的に調整することができる。地域に必要な人材養成の取り組みを進めることも、プライマリ・ケアの機能に含まれる。

日本は諸外国と比較してプライマリ・ケアの整備に大きく遅れをとっているが、プライマリ・ケア先進諸国での30余年にわたる実践のプロセスとアウトカム、そしてそれによって生成してきた理論・原理も参考にできるのは利点だ。それらの知識と価値観を共有して実践できる人たちが増えれば、日本の実状に合ったよりよい地域包括ケアシステムが構築できるだろう。

## 2. プライマリ・ケア

プライマリ・ケアの意味するものは時代とともに進化してきたが、現時点で筆者は次のように表現している<sup>5)</sup>。

プライマリ・ケアとは、日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を患者中心に解決するだけでなく、医療・介護の適正利用や予防、健康維持・増進においても利用者との継続的なパートナーシップを築きながら、地域内外の各種サービスと連携する調整のハブ機能を持ち、家族と地域の実情と効率性（優れた費用対効果）を考

慮して提供されるサービスである。

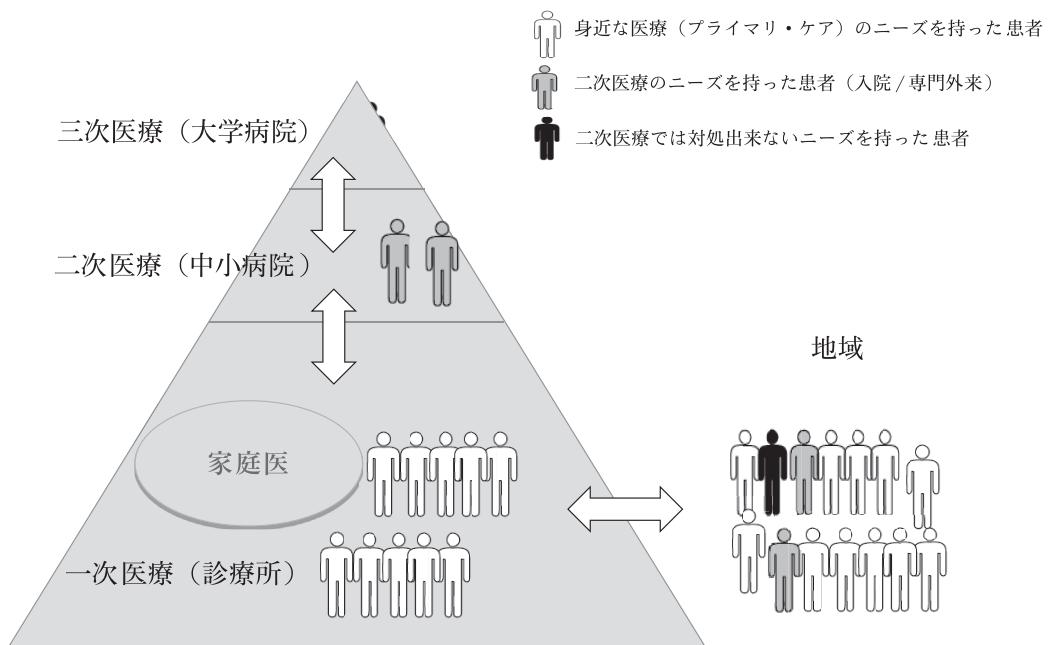
実際には、プライマリ・ケアは地域にいる健康に関連する多職種専門職で構成されるプライマリ・ケアチームによって実践され、そのチームで働く医師が、世界では「家庭医」と呼ばれる専門医である。世界約130カ国の家庭医療学会が加盟する世界家庭医機構（WONCA）<sup>6)</sup>では、general practitioner (GP) と family physician という歴史的経緯で2つある名称を互換性のある同義語として両方とも尊重しており、単独で使用する場合には family doctor を採用している。この分野における学問としての発展に伴ってその学問を指す名称としては family medicine が世界で広く使用されており、筆者はその日本語表記として「家庭医療学」を用いている<sup>7)</sup>。

プライマリ・ケアの役割を説明するために、まず地域で病気や健康の問題を抱えた人々がどのように医療機関を受診するかを見てみたい [図1]<sup>8)</sup>。

地域には、日常よく遭遇する身近な医療の問題を抱えた人（プライマリ・ケアのニーズ）、家庭医以外の専門医による診療が必要な問題を抱えた人（二次医療のニーズ）、そして二次医療でも対応できず高度先進医療が必要な問題を抱えた人（三次医療のニーズ）が混在している。

プライマリ・ケアが整備されている国や地域では、住民はどのような問題であってもまずプライマリ・ケアを利用することから始めるのが便利である。自分や家族のことを以前からよく知っていて継続してケアに関わってきた家庭医が大抵（約80%）の問題をその場で安全に解決できることの安心は大きい。

そして、不幸にして二次・三次医療が必要な問題があるとわかった場合にも、それらの専門医療へ適時・適切に紹介できる機能を家庭医が持っていることも重要である。二次・三次医療の必要性

図1 プライマリ・ケア先進国<sup>1</sup>での受療の動き

<sup>1</sup> プライマリ・ケアが整備されている国として、英国、オランダ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、シンガポールなど  
澤 恵明（2012）。これから日本の医療制度と家庭医療 第2章 医療制度における家庭医療の役割。社会保険旬報 2491 (4/1) : 22-30. から改編

を総合的に判断して限られた医療資源の無駄遣いを防ぐ「ゲートキーパー」としての役割とともに、二次・三次医療に不案内な患者・家族の真の代理人（agent または advocate）として、彼らと専門医療をつないでケアが順調に進むようにアシストする水先案内人とも言えるので、その役割は「ゲートオープナー」とも呼ばれている。

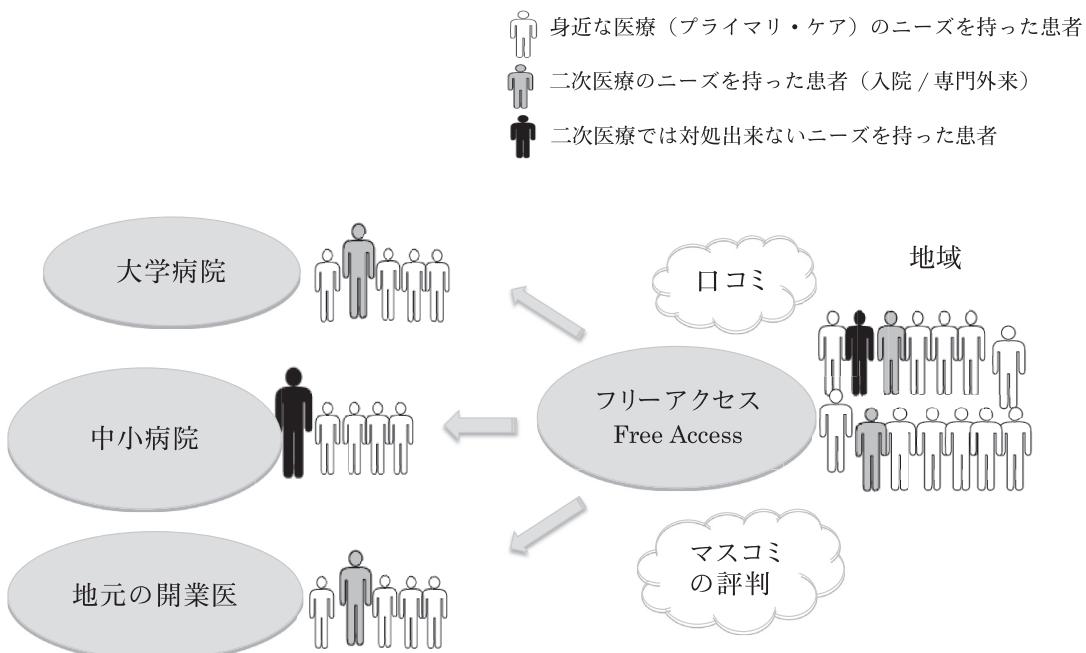
二次・三次医療で必要なケアが終わりその後のフォローアップをしたり地域での生活へ戻る時の支援もプライマリ・ケアの守備範囲であるし、1人の人が複数の健康問題を同時に抱えている場合も少なくないので、二次・三次医療のケアを受けつつも同時に他のプライマリ・ケアのニーズに対応できる。

一方、プライマリ・ケアが整備されていない日本では、地域にさまざまな問題を抱えた人々がいることは変わらないが、それが医療機関に到達す

る有り様は異なる〔図2〕。「フリーアクセス」ということで、地域住民はどの医療機関でも（別途費用を負担すれば紹介状なしでも）受診できる。地域というプライマリ・ケアのセッティングで診療する側の日本の医師は、プライマリ・ケアの専門研修を受けていないことが多く、かつて二次・三次医療の現場で働いていた時の思考様式や行動様式で診療している。セッティングはプライマリ・ケアであっても診療のスタンダードは二次・三次医療のものが使われる、というアンバランスが起きている。費用対効果や優先度の評価が省かれた過剰診断・過剰治療になりがちだ。

「フリーアクセス」がうまく働くためには、患者が正確に自分の症状を診断できることと、提供できるケアの中身をすべての医療機関が詳細に情報公開している必要がある。もちろん、そんなことはどちらも困難であるし、夜間・休日などの

図2 日本での受療の動き



澤 憲明 (2012). これからの日本の医療制度と家庭医療 第2章 医療制度における家庭医療の役割. 社会保険旬報 2491 (4/1): 22-30. から改編

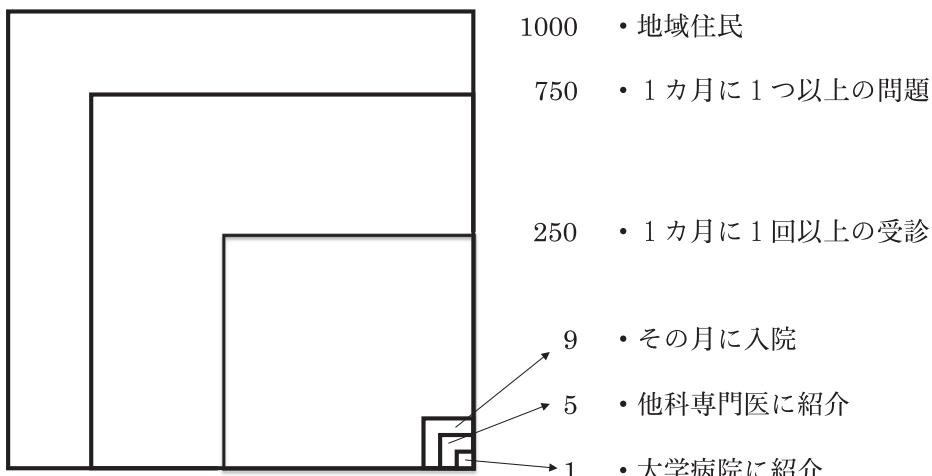
「時間外」にはさらに困難度が増す。それは患者の安全・安心が犠牲になる危険があるということを意味する。なお、「フリーアクセス」とプライマリ・ケアの整備は必ずしも相容れないものではなくて、例えばプライマリ・ケア先進国のオーストラリアでは、「フリーアクセス」は制限されていないが、実際には住民の約90%は身近にいる家庭医を利用すると言われている。

以上は病院・診療所を利用する人の流れによるプライマリ・ケアの説明であるが、実際には、1ヶ月の間に病院・診療所を利用する人の割合は、地域住民の約4分の1だけであることが知られている。そして、実に住民の約半数は健康上の問題を抱えながら医療を利用していない。さらに、残り（住民の約4分の1）の人たちは自分が健康だと思っている [図3]<sup>9,10)</sup>。問題があるのに医療を利用しないのは何故なのか。医者嫌い、医療機

関へ行く交通手段がない、医療費を払えない、我慢している等々、いろいろな事情があるだろう。しかし適切な医療・介護の利用をしないことが、さらに深刻な問題を引き起こすことも少なくない。自分が健康だと思っている人に本当に健康上の問題やリスクがないだろうか。禁煙にはまったく無関心な喫煙者もいるし、視力の異常を隠して自動車を運転している人や、無症状の悪性腫瘍を抱えている人もいるかもしれない。こういう人たちが手遅れの状態になって二次・三次医療に搬送されるのは誰にとっても不幸なことだ。

これまで日本で「地域医療」と呼ばれていたものは、医療機関を利用する人たちだけを対象としたものである。それとは異なり、プライマリ・ケアは地域住民すべてをケアの対象として考え、地域の行政とも連携しながら、その予防、健康維持・増進まで含めて取り組めることが特徴である。

図3 地域における健康問題のゆくえ



White KL, Williams TF, Greenberg BG (2012). The ecology of medical care. *N Engl J Med* 196; 265: 885-892. から改編

さらに、地域住民の健康のために必要な資源を利用できるように個々のニーズに合わせて調整していくのもプライマリ・ケアの役割である。WHO（世界保健機関）が創立60周年、そしてプライマリ・ケアの重要性を世界へ発信した「アルマ・アタ宣言」<sup>11)</sup>から30年経つ節目の2008年に発表した *The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever.*<sup>12)</sup> に掲載されている図が「調整のハブとしてのプライマリ・ケア」の役割をよく表している [図4]。

### 3. 日本の医療のどこが問題か

では、実際に日本の医療現場でどのような問題が起こっているだろうか。拙著『医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命』<sup>5)</sup>の中に掲載した事例について、家庭医の視点からさらに考察してみたい。家庭医が専門的に行う医療は「家庭医療 (general practice / family practice)」と呼ばれ、実際の家庭医療とその臨床教育ではそれぞれの問題について臨床研究の科学的根拠 (エビデンス)

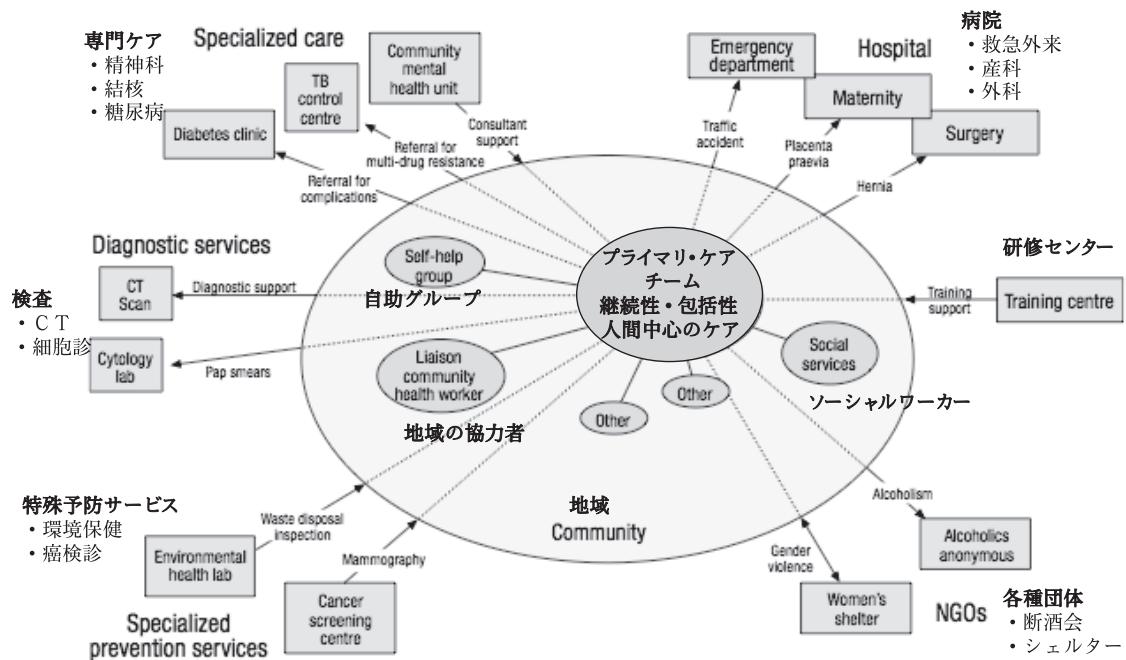
の吟味を含めてさらに詳しい検討をしているが、本稿の目的は家庭医の思考様式や行動様式を理解してもらうことなので、概略を述べるにとどめている。

#### <事例1>

80歳の母親を「最近もの忘れが多く、転びやすくなった」と娘が心配して病院へ連れて行った。担当の医師は「念のため」とMRIで頭を検査し、その結果を「小さな脳梗塞の跡がある」とだけ説明した。「日ごろから腰と膝を痛がり、目がかすみ、体をかゆがっている」と言うと、医師はくわしい診察をせずに、「お薬を出しておきます」。薬局に行くと、認知症の薬、血圧の薬、精神安定薬、胃薬、目薬、湿布、かゆみ止めの軟膏が処方されていた。娘はこれからどうしたらいいのか分からず、途方に暮れたままだ。

優れた地域包括ケアシステムが構築されればこの事例のような高齢者ケアは少なくなると期待さ

図4 調整のハブとしてのプライマリ・ケア：地域内外のパートナーとのネットワークづくり



WHO. *The World Health Report 2008 -Primary Health Care: Now More Than Ever*. から改編

れるが、現状の日本ではまだまだこうしたことが少なからず起きている。家庭医からみると次のような問題が挙げられる。①まず、この事例の医師には、患者・家族の安全・安心な生活を支えるという視点がない。すべての症状の訴えを同列にして対症療法的に薬を処方するだけで、この80歳の女性がこれらの症状を抱えて実際にどのように生活しているのかを想像して、患者・家族の安全・安心のために何を優先して解決すべきかを考えていない。②この人にどのような家族がいてどのような地域で暮らしているのか、誰が介護をしていて地域にはどのような支援の資源があるのか、という家族・地域のコンテキスト（背景・文脈）を探っていない。③訴えられた問題について十分に病歴を聴き身体診察をしているとは言えない。④この時点でのMRIは無駄な検査ではないのか。「念のため」と言っているが、何の存在を想定し

ているのか。優先度はどの程度か。診断したい疾患の検査前確率、MRIの陽性・陰性尤度比、費用対効果などのデータがあるか。⑤これからケアを継続していくためには患者・家族との人間関係を築く必要があるが、それも考慮されていない。⑥ただ対症療法的に薬を処方しているだけであるが、それらの治療についての説明や相談がまったくない。⑦それまで服用していた薬剤は確認されておらず、さらに多くの薬剤を加えること（ポリファーマシー）は高齢者では特に危険である。薬剤の副作用によって出ている症状だと気づかないこと、その症状を打ち消すためにさらに別の薬剤（それにも副作用がある）を加える誤りをおかす危険がある。⑧家族の介護疲れへの配慮など、家族もケアの対象としていく家庭医の専門的アプローチ「家族志向ケア（family-oriented care）<sup>13)</sup>」がされていない。⑨患者がその医師にとって初めて

の高齢者である場合には、認知機能、生活機能を含む包括的高齢者評価 (comprehensive geriatric assessment; CGA; 高齢者総合的機能評価とも呼ばれる) を進める必要があるが、それをまったくしようとしている。⑩高齢者に出現した場合さまざまな原因が複合しているため適切な解決が遅れて生活に大きな支障を来たしやすい症状がいくつかあり、「高齢者医療の巨人 (Geriatric Giants)」と呼ばれている。家庭医は高齢者のケアをする時に特にそれらに注意している。代表的なものは、もの忘れ、転倒、失禁、引きこもりであり、筆者はポリファーマシーも加えている。⑪多職種の連携が必須であるが、そのためのケアの調整を進めていない。介護保険を申請しているか、ケアマネジャーが誰なのかを確認していない。⑫この年齢と状況で必要な予防、健康維持・増進のための介入に何が必要であるかを考えて取り組もうとしている。癌の早期発見のためのスクリーニングでも、例えば乳癌については、平均寿命まで 10 年をきった高齢者ではむしろスクリーニングで陽性になった場合に、診断確定のためのさらなる侵襲的検査や治療を行うことの方が患者にとって不利益が大きいことについて警告する臨床研究のエビデンスも最近発表されており<sup>14)</sup>、患者・家族への説明と十分な相談をして、どのスクリーニングをしてどれをしないかを決めていかなければならぬ。

### <事例 2 >

45 歳の男性が会社の健診で体重、血圧、肝機能、尿酸、脂質の異常値が出たため、近所のクリニックへ行った。医師は「よくあるパターンですね。脂肪肝でしょう」と言って、健診と同じ血液検査に加えて、腹部超音波検査をした。血圧を測り「やっぱり高いですね。いいお薬出しておきますから、それでしばらく様子を見ま

しょう」と、何の説明もなく 6 種類の薬が出された。薬局でようやく薬の説明を受けたが、なぜそれらの薬が必要なのか分からぬ。かなり高額になったため、次回の受診はやめたくなつた。

これもよくある事例と思われる。家庭医の視点で次のような問題を指摘したい。①昨今の人間ドックの「基準範囲」(かつては「正常値」と呼ばれていた)に関連する全国的な混乱を見てもわかるように、日本では健診（健康診査）での異常にどう対処したらよいかの信頼できる情報が乏しい。もちろん特定健診では特定保健指導と組み合わされているが、メタボリック・シンドロームに特化しており、その他の問題への対応はできていない。②健診で行われる検査項目のすべてを毎年調べる必要があるのか。その有益性を示すエビデンスは見出せない。ちなみに日本では、毎年調べる annual health examination と、それぞれの項目ごとに費用対効果のエビデンスを考慮した適切な間隔（多くは 1 年より長い）で繰り返す periodic health examination との区別<sup>[15,16]</sup>を考慮せずに慣習的に健診の全項目を毎年実施するので無駄が多い。たとえば胸部レントゲン写真、上部消化管のバリウム造影、血液の尿酸測定を既往や症状のない人に毎年行うことには有益性は見出せない。③医師にとってはこのような健診異常を理由に受診する患者は珍しくなく、その異常値も「よくあるパターン」かもしれないが、患者にとっては大変なことだ。血圧が高く脳卒中で死んだ祖父を想起して恐れているかもしれないし、糖尿病になるのではないかと心配しているかもしれない。人生の一大事なのだ。ここで個々の患者の気持ちを考慮せず対応するのは患者と医師の人間関係構築にマイナスであるだけでなく、慢性疾患のコントロールへも悪い影響があると言われている<sup>17)</sup>。

④短期間に健診と同じ血液検査を繰り返すことにはどれだけの意味があるのか評価も説明もされていない。⑤腹部超音波（エコー）検査についても、その必要性について評価も説明されていない。エコーで何を探そうとしているのか。その検査前確率、検査の陽性・陰性尤度比、費用対効果も考えられていない。確かに血液検査についてのエビデンスは比較的乏しいが、肝機能については参考にできるものもあり<sup>18)</sup>、異常があればすぐエコーなどの画像診断をすることが質の高い医療とは言えない。⑥この時点で医師が診察室で血圧を測定することのはずも再考する必要がある。漫然とルーチンの診療行為としてやり続けていくことに害はないのか。2011年に発表された NICE（当時は National Institute for Health and Clinical Excellence；現在は National Institute for Health and Care Excellence）の成人本態性高血圧の診療マネジメントのガイドライン<sup>19)</sup>では、高血圧の診断確定のためにはもはや医師・看護師が診察室で測定する血圧ではなくて ambulatory blood pressure monitoring (ABPM；日本では24時間血圧計と呼ばれる一定間隔で自動測定を繰り返す機器を日中利用する) または home blood pressure monitoring (HBPM；標準化された測定方法で家庭血圧計を用いる) を使用することが新たに推奨されている。⑦この事例でも、ケアについて患者への説明と相談がない。今後どのようにフォローアップが継続されるかどうかについて何も説明されていない。

### <事例3>

休日の昼過ぎ、公園で遊んでいた4歳の男の子が転んでコンクリートの壁に額をぶつけ大声で泣き出した。額にコブができるて出血している。両親が休日当番医へ連絡すると、「子どもの頭は診ない」と断られた。救急車を呼んだが、

「今日は小児科医がない」という理由でたらい回しの末に、大学病院の脳神経外科へ運ばれた。そこで「とりあえず頭のCTを撮りましょう」と言われ、「異常なし」とわかると、額の傷を縫うために形成外科を紹介された。しかし、そこでは「縫うほどでない」とテープを貼られて帰された。

このようなことも極めて稀とは言えないだろう。小児の事例だが、この子の親の世代がさらに上の世代の介護に苦労していることも十分ありうるシナリオで、この子の親がで親が1日振り回されることが高齢者の介護へも影響するだろう。その逆に高齢者の介護が子どものケアに影響すること（例えば高齢者の介護のため家を空けることができないので子どもの受診を控えるなど）もあるだろう。家庭医の視点から見える問題は次の通りである。①こうした緊急時にどこへ連絡してどうすれば安心かの情報が市民に十分提供されているとは言えない。オンラインで提供される情報は膨大だが、真に知りたい質の高い信頼できる情報にたどり着くことは困難である。②どの医療機関へアクセス出来るかわからず、アクセスした医療機関で適切なケアが提供される保証がない。ケアの内容や質が偶然に左右されている。③時間外診療が当番医の専門科によって制限されてしまう。日本の医療は「フリーアクセス」だと言われるが、実は休日・夜間での医療機関へのアクセスはかなり不自由で、しかも安心に欠ける状況にある。④ここでも「とりあえず」あるいは「念のため」という枕詞のような表現でオーダーされるCTの必要性について評価も説明もされていない。CTの害、とくに放射線被爆について評価も説明もされていない。医師は検査の害や不利益について患者に説明しない傾向があると言われている<sup>20)</sup>。⑤テープを貼るだけのプライマリ・ケアが大学病院で提供

されていることも適切ではない。難しい手術など三次医療の専門性に特化した診療へかける時間が奪われることにもなるし、逆にプライマリ・ケアを専門としない医師が診療すると無駄な検査・治療が多く行われる傾向もある。<sup>⑥</sup>この事例でも、ケアについて患者・家族への説明と相談がないし、フォローアップについて何も説明されていない。テープをいつはがせばいいのか、シャワーを浴びていいのか。傷から出血してたら、発熱したら、嘔吐したら、けいれんを起こしたら、どうしたらいいのか。これらの疑問に答えが与えられず、もしこうしたことが起こってまた休日当番医へ連絡しても（あるいは救急車を呼んでも）また偶然に左右される結果となるだけだろう。

以上、3つの事例を検討しただけでも、家庭医あるいはプライマリ・ケアの整備という視点から見た場合、日本の医療には多くの問題があり、安心・安全とはかけ離れた実態がある。先ほど見てきたように、日本の「地域包括ケアシステム」は専ら高齢者の在宅ケアを支えるシステムについて検討して来ている。もちろん2025年に向けてそれが優先度の高いプロジェクトであることは理解できるが、高齢者のケアをもっと広い範囲のオプションから安心して選択できるような仕組みの整備も必須であるし、高齢者の介護・生活そして生き甲斐を支えていくその次に続く世代の人たちの健康を守る仕組みについても、地域を基盤として包括的に対応できるように整備するべきである。このような仕組み全体がプライマリ・ケアに他ならない。

そして、ここで強調したいことは、プライマリ・ケアチームで働く医師が質の高いグローバル・スタンダードのカリキュラムによる研修で養成された家庭医であれば、上記の事例で認められた問題のほとんどを解決できるということである。地域包括ケアシステムに限らないが、システムを整備

する際に優れた人材養成を先行させることの優位性を考えてほしい。自分がケアする人たちが住む地域にどんな健康問題のニーズがあり、何を優先しなければならないか、そのためにどんな人材・資源・システムが必要か、それを多職種のプライマリ・ケアチームおよび行政との協働でどう作り上げるか、などについて臨床研究の科学的根拠やプライマリ・ケア先進諸国の実践例を参考にしつつ、自律的・自立的に調査・検討・計画・実践・評価・改善できることは家庭医の専門能力の1つであり、それは研修によって身につけられ、その後の専門医としてのキャリアでさらに発展していく。地域包括ケアシステムを構成する「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」さらに「本人と家族の選択と心構え」についても、いちいち具体的なことを規定し指示しなくとも、家庭医はプロジェクトを進めていける。まだシステムが未熟でも、それが制度化されて動くまでに長いタイムラグがあっても、家庭医はそうした状況と相補的に機能していける。一方でシステムを改善させるために働きかけながら、他方で自らの機能・役割をニーズに合わせて補強・発展させることができる。

家庭医になるために何をどのように教える/学ぶのか。その養成教育のコアとなる「患者中心の医療の方法」については後述する。それを含めたモデルとなるカリキュラム、そしてその基盤となるスタンダードについては、それぞれプライマリ・ケア先進国の大変なドキュメントが存在するので<sup>21,22)</sup>、それらを日本の実情に合わせて思慮深く参考にすればよい。

#### 4. 社会保障制度改革国民会議報告書

2013年8月6日に発表された『社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代

に伝えるための道筋～』<sup>23)</sup>の「第2部 社会保障4分野の改革 II 医療・介護分野の改革」には、地域包括ケアシステムづくりの推進について次のように述べられている（p.28）。

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようすれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に実行されるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に実行されるべきものである。

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことを踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

ここでも「地域包括ケアシステム」が専ら高齢者の在宅ケアに焦点を当てていることがわかる。「医療から介護へ」「病院・施設から地域・在宅へ」という「流れ」を作ることを意識しているにしても、高度急性期を川上、在宅ケアを川下になぞらえるアロジーは、病院での高度先進医療を上に、地域での高齢者の生活を支えるケアを下に見下しているようだ。また、ケアの必要性

は川のように一方に向かって流れのではなくて、在宅ケアをしていても時に病院での検査・入院・手術などの医療が必要になる場合もある。外来診療を利用してもよい。この「医療・介護分野の改革」の項では「病院完結型」から「地域完結型」への転換がメッセージとして繰り返されるが、筆者は「病院」と「地域」はもっと相補的であるべきだと考える。それは二次・三次医療とプライマリ・ケアが相補的であることと同じである。上記文中に使用されている「切れ目なく継続的に提供される」「継続的で包括的なネットワーク」ということの真の意味はここにある。

なお、この報告書では「2 医療・介護サービスの提供体制改革（6）医療の在り方」の項目で下記のように総合診療専門医の必要性に言及している（p.31）。プライマリ・ケアを専門とする医師の役割について、このように正当に評価したわが国の公的な文書は他には見出せない。画期的のことと高く評価したい。

医療の在り方そのものも変化を求められている。

高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。これらの医師が幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。

このように「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取

組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

## 5. 患者中心の医療の方法

ここで改めて、プライマリ・ケアの専門医である家庭医の専門性のコアとなる「患者中心の医療の方法」について解説したい。

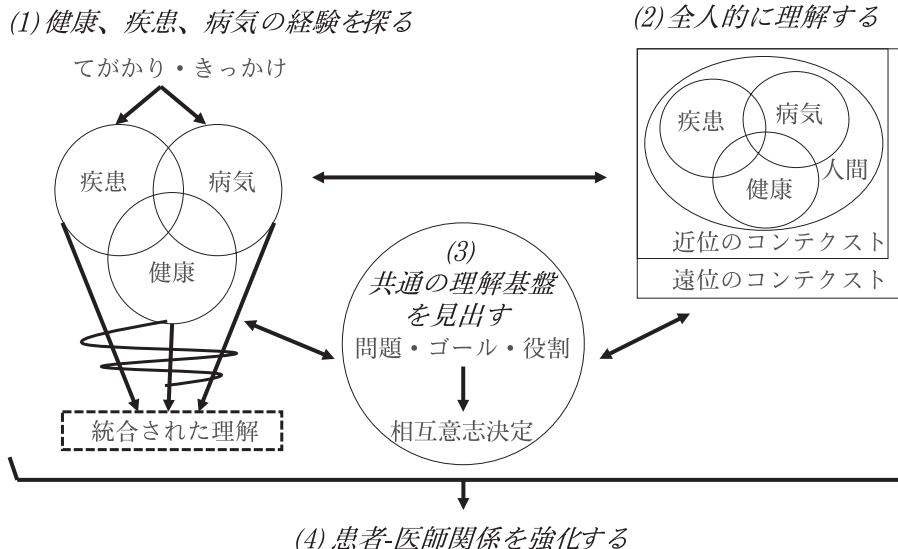
英国家庭医学会元会長の David Haslam 教授はかつて「家庭医療は、良い診療をするのが最も難しい専門科だが、いい加減にすることは最も簡単な専門科だ」と語っていたことがある。例えば、筆者が研修プログラム責任者をしている福島県立医科大学の家庭医療学専門医コース（3年間の後期研修）を修了した医師と、家庭医療の専門トレーニングをせずに病院または診療所で一般的な診療をする医師と、それぞれの外来診療場面を（もちろん患者と医師の承諾を得て）ビデオ録画してみる。一般の人が、または医療者であっても、それら 2 つのビデオを比較して見てどこが違うのかどちらが優れているかを言うことは困難に違いない。でも、家庭医療を学び自ら実践している家庭医がそれらのビデオを見せられたら、たちどころに家庭医としての能力の差を指摘することができ、さらに家庭医療指導医として訓練した人であれば、後者の医師の外来診療を改善するための技術をアドバイスできるはずである。

ではその違いを構成するものは何か。家庭医を定義する最もシンプルな表現として、筆者は「家庭医は患者中心の医療の方法を理解して実践できる専門医である」と言っている。つまり、この「患者中心の医療の方法（Patient-Centered Clinical Method; PCCM）」がちゃんと行えているか否かで、見る人が見れば明らかな違いとしてわかるのである。PCCM は、この 30 余年の間

に世界の家庭医による実践からのフィードバックと臨床研究のエビデンスによって進化して来ており、今回紹介する内容は、2014 年に発表された最新の専門書<sup>24)</sup>を参考にしている [図 5]。

家庭医療では、心身に起こる病理学的变化につけられたラベルを疾患（disease）、それによって苦しんでいる状態を病気（illness）と呼ぶ。たとえ同じ変化（疾患）があっても、それによる苦しみ（病気の経験）はそれぞれの人によって異なる。たとえば疾患としては同じくインフルエンザに罹っても、ただの風邪の一種と思って気にしていない人、同居しているねたきりの祖母にうつしたら肺炎で死んでしまうかもしれないと心配している人、この機会に肺がんがないかも調べてほしいと思っている人等々、それぞれに病気の経験は異なる。家庭医は、疾患を診断するためには最新の臨床研究のエビデンスや診療ガイドラインを「良心的、明示的、かつ思慮深く<sup>25)</sup>」利用した根拠に基づく医療（evidence-based medicine; EBM）を、そして患者の病気の経験を深く理解するためには「病気の経験とは患者を主人公として患者本人によって語られる物語である」と考え、患者が話す「言葉」「語り」そして患者と医師の間にある「対話」に注目する narrative-based medicine (NBM) をそれぞれ道具として用いる。さらに「健康」というものも、有名な WHO の健康の定義<sup>26)</sup>などは存在するが、それぞれの人によつて健康が意味するものは異なり、健康になるために何を望むかも異なる。フルマラソンを走る事が健康だと思っている人もいるし、いつも形のない流動食しか食べられない人がせめて季節を感じさせる食材の形のあるものを食べることを健康として望んでいるかもしれない。家庭医は、これら「健康」「疾患」「病気の経験」をバランスよく探りながら、患者に起こっていることの統合された理解へと進む。

図5 患者中心の医療の方法



Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. (2014) *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 3<sup>rd</sup> ed. から改編

一方、患者の状況は家族、教育、職業、社会的支援などの「近位のコンテクスト」と地域、文化、経済、社会保障制度、歴史、地理、メディアなどの「遠位のコンテクスト」にも影響される。それらのコンテクストを踏まえて問題を捉えなければならない。

その上で、何が問題か、何をゴールにするか、そのために患者・家族・家庭医はじめケアに関わる人たちがそれぞれどのような役割を担うかを患者・家族と十分に相談して確認する。このプロセスは「共通の理解基盤を見出す」プロセスと言われ、医師と患者・家族とで必要な情報を共有した上で相互に了解して意思決定する最も重要なプロセスである。このプロセスを見れば、家庭医がパートナリスティックに診療を進めるのでないことも、「患者中心の医療」が一方的に患者の言う通りにする医療ではないことも理解できるだろう。患者の利益を最大限優先する「患者にとっての眞の代理人」としての家庭医の能力が発揮される場

面である。

図中に4番目のコンポーネントとして示されているように、こうした患者中心の医療の方法を基盤で支えているものは患者・家族と家庭医との良好な人間関係である。この基盤なしでは、正確な身体所見を得る事も、病気の経験や健康の意味を理解することも、コンテクストを聴きだすこともできず、まして共通の理解基盤を見出すことはできない。

患者中心の医療の方法は、作法やスローガンではない。臨床的に患者満足度、治療アドヒアランス、患者の心配、健康自己評価、高血圧・糖尿病の検査値など多くの指標を改善する有益性が示されている方法である。たとえば最近では次のような科学的根拠が発表されている。

Dwamena らは 12 の臨床研究からのデータをプールして分析するシステムティック・レビューを行い、患者中心の医療の介入によって医師の行動、そして医師と患者の相互交流が改善したこと

を見出した。医師の行動の内容としては、患者の信念と心配を明らかにすること、治療オプションについてのコミュニケーションをとること、そして共感と気配りのレベルの改善が認められた<sup>27)</sup>。

Jani らは 45 人の家庭医による 659 の診療場面の観察研究を行い、患者中心の医療（客観的に評価した）がうつ病患者の良好なアウトカムと関連していることを見出した<sup>28)</sup>。

気になる「患者中心の医療の方法は医療費を抑制するか」については、Stewart らが 2000 年に発表した Patient-Centered Outcomes Study<sup>29)</sup>で、患者中心の医療の方法がより少ない診断検査の使用と専門医への紹介と関連していることを見出しているが、このリサーチ・クエスチョンを直接医療費で調べた質の高い研究はまだない。現在カナダで Stewart らがこのテーマで大規模な研究を進めているが、予備的な研究からの推計では、もしすべての家庭医が質の高いレベル（現在のカナダの家庭医の上位 25% のレベル）で患者中心の医療の方法を行えば、カナダの医療費の 3 分の 1 を減らすことができると述べている<sup>30)</sup>。

患者中心の医療の方法をどのように教育するのか。これについても、患者中心の医療の方法のアナログで「学習者中心の臨床教育」という方法があり、臨床と臨床教育の研究からの多くのエビデンスを参考に進化して来ている<sup>31)</sup>。講義などで患者中心医療の方法の概要を伝えることはできるがそれでは不十分で、実際にプライマリ・ケアが行われる地域の現場で、プライマリ・ケアを専門とする指導者とともに、経験した事例ごとに振り返ることでより深く学べる。患者中心の医療の方法の各構成要素がどの程度達成できているかを確認・評価して次のステップに向けて改善の課題を挙げていく。この指導者と学習者の形成的やりとりは、できるだけ言語化して学習ポートフォリオとして記録することが推奨される。最近では ICT を利

用した電子ポートフォリオによりタイムリーな教育を支援している先進例もある<sup>32)</sup>。家庭医を特徴づける能力として、患者中心の医療の方法、家族志向ケア、包括的・継続的・効率的（優れた費用対効果）ケア、地域における予防、健康維持・増進、というようにカテゴリーを設定して個別に振り返る場合もある。これらの専門性のコアとなる部分に加えて、全ての医師が備えるべき能力（診療に関する一般的な能力とコミュニケーション、医師としてのプロフェッショナリズム、継続した学習、組織・制度・運営に関する能力）、基礎的な教育・研究方法、そしてすべての臨床分野にわたるプライマリ・ケア領域の知識と技術の習得も必須である。そのためにはいくつかの基本診療科目の知識・技術の習得を越えた総合的なカリキュラムが必要で、独立した後期研修レベルの専門教育と継続した生涯学習が必要な所以である。

## 6. 看護師との関係

地域包括ケアシステムに限らず、家庭医にとって看護師はプライマリ・ケアチームの重要なパートナーである。プライマリ・ケアチームの構成メンバーには、家庭医、看護師、保健師、助産師、臨床心理士、リハビリテーション療法士、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士、鍼灸師などがいるが、国や地域の実情によって異なり、すべての職種がそろう地域はあまり多くないだろう。ただ、ほとんどの地域で家庭医と看護師はプライマリ・ケアチームの基本単位であり要の存在である。

このことが象徴的に制度として現れているのがキューバのプライマリ・ケアで、地域の家庭医診療所（consoltorio）には家庭医と看護師が 1 人ずつ勤務しており、この 2 人がペアになってその consoltorio が担当する地域住民約 1,000 人をすべて訪問しながら彼らの健康状態を把握してい

る。家族の状況、健康の社会的決定要因も把握した上ででのケアが特に非感染性疾患、慢性疾患、予防、健康維持増進に有効だという科学的根拠は多い。

日本でも紹介されることが多くなったオランダの看護師を中心とした在宅ケア組織 Buurtzorg は、フラットな組織作りで看護師の自律性を引き出していることが発展の鍵として伝えられるが、世界の家庭医療先進国でもトップクラスのオランダの家庭医が地域での Buurtzorg との協働を支持・歓迎していることも発展の大きな要因と考えられる<sup>33,34)</sup>。

近年の傾向として、看護でのより専門的な役割をもつ看護師を養成する制度を持つ国が現れてきている。日本でも日本看護協会による専門看護師 (Certified Nurse Specialist; CNS; 大学院修士課程と CNS 教育課程および規定の実務研修を経て認定審査を受ける) と認定看護師 (Certified Nurse; CN; 規定の実務研修と CN 教育課程を経て認定審査を受ける) の資格認定制度がある<sup>35)</sup>。それらの多くは病院を基盤とした看護を専門としていてプライマリ・ケアに関わらないが、地域看護、老人看護、慢性疾患看護、家族支援、在宅看護の CNS、および訪問看護、認知症看護の CN などは、地域包括ケアシステムで重要な役割を持つことが期待される。今までの日本ではプライマリ・ケアを専門とする家庭医が非常に少なかつたので、地域での医師と看護師との連携のモデルは乏しいが、複数の慢性疾患での看護師による疾患管理プログラムで成果を出しているグループもあり<sup>36,37)</sup>、今後の日本でも地域での看護師と家庭医との協働プロジェクトが発展することを期待したい。

地域包括ケアシステムと同様に、現在日本の地域で働く看護師によるケアの対象も専ら在宅ケアを利用する高齢者である。将来的には、日本でも

地域に多数の家庭医・総合診療専門医が地域で働くようになるので、もっと他のケアオプションにも対応でき、さらにすべての年齢の住民のすべてのニーズに対応できるように、プライマリ・ケアの領域すべてに横断的に対応できる「プライマリ・ケア専門看護師」(英国では community matron と呼ばれる) が養成されることを筆者は望んでいる。現在の CNS および CN の疾患別縦割り式の分野別けでは、特に 1 人で複数の問題を抱えている重複罹患 (comorbidity または multimorbidity) 患者に対応することは難しい。

看護師と家庭医の役割については、特にプライマリ・ケアでは地域へ出て働くこと多いため、お互いの役割で類似した部分もオーバーラップする部分も存在する。家庭医、看護師の少ない地域では、時間外のケアで両者が交替でシフトを組まざるを得ない場合もある。さらに看護師と家庭医は互いに学ぶことがたくさんあるので、ケアの仕方に類似点が増え、いきおい両者の役割の区別が困難になる場面があっても仕方がない。そうした中でも、家庭医の独自の役割は、日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分について科学的根拠を参考にしつつ安全に自ら診断・治療する能力に加えて、患者中心の医療の方法を質の高いレベルで実践すること、そして患者・家族の利益を優先する真の代理人として継続した責任を持つことになるだろう。

ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner; NP) は、国や地域によって制度と役割が異なり一概に論ずることはできない。NP が医学的診断とマネジメントについてさらに訓練を積んだ看護師である場合は、医師との役割のオーバーラップはかなり大きくなり、医師と看護師双方に問題を起こす可能性がある。筆者の恩師でカナダの家庭医養成システムを構築することによってプライマリ・ケアの整備に貢献した McWhinney は次の

ように述べている<sup>38,39)</sup>。

もし重複が小さければ、そして看護師が医師の助手として機能すれば、その役割は専門職とは言えないものになるかもしれません、それゆえチームは看護の考え方の恩恵を失うでしょう。他方、もし重複が大きければ、ナース・プラクティショナーは医師の代わりなり、将来のどこかで医師として再定義されるかもしれません。これは、歴史的に薬剤師が医療者として再定義された時に起こったことです。他の専門職も、看護の持つ患者ケアへのユニークなアプローチから多くのことを学ぶことができ、看護師が新しい役割に移行する時にそれが失われないようにすることが重要です。

## 7. 「総合診療専門医」の課題

日本でもようやく「総合的な診療能力」をもつ医師の必要性が国のレベルで検討されることになった。そして2017年度（平成29年度）から、日本で新たな専門医に関する仕組みが作られることになった。今まで日本専門医制評価・認定機構が認定していた18の基本領域専門医に加えて「総合診療専門医」が19番目の基本領域の専門医として養成されることになる。そのため2014年5月に日本専門医機構が設立された。筆者も同7月に新たに組織された総合診療専門医に関する委員会の委員として加わり、これから本格的に総合診療専門医を養成する後期研修の教育カリキュラム、専門医の認定方法、などが議論されていくことになる。

今までの日本で家庭医、プライマリ・ケアが扱われて来た経緯を見れば、新たな専門医の名前だけが実態を持たずに一人歩きする危険もある。それを避けて真に日本に住む人たちの健康向上に

資する専門医養成のシステムを構築しなければならない。日本にはグローバル・スタンダードの家庭医とは「似て非なるもの」も歴史的に許容されて来た。どうしたらこの新しい制度が日本の医療制度改革へ向けた大きな舵取りになるかの課題を示したい。

### （1）かかりつけ医とどう違うのか

現在すでに診療所、病院で「かかりつけ医」として診療している医師が総合診療専門医を志す場合の研修プログラムが早急に作られなければならない。志のある医師を「誰も置いてきぼりにしない」柔軟な制度設計が望まれる。それぞれの医師が現在の診療を続けながら履修できて、比較的短期間（移行期には2年程度か）で今まで述べて来た家庭医の専門性がある程度発揮できるようになるためには、かなり密度の高い研修プログラムが必要である。オンラインの教材、電子ポートフォリオ、月数回のセミナー、診療場面のビデオレビュー、評価者による診療現場への訪問アドバイス（サイトビジット）、などの教育方式が考えられる。新たな専門医制度が施行されて行けば、この再教育プログラムを経て総合診療専門医になる医師の数は将来漸減する。しかし一方で、後期研修を経て総合診療専門医になった医師向けにその診療能力を維持・向上させるための生涯教育プログラムが必要になってくる。この移行期の2年程度のプログラムを発展させて、5年程度で再認定に必要な内容をカバーする生涯教育プログラムを作っていてよい。こうして、日本でもプライマリ・ケアを専門とする医師の教育が徐々に一元化されていくことが望ましい。

### （2）総合内科専門医とどう違うのか

名称が似ていることもあり（かつての呼称「内科専門医」に戻すことも検討されているが）、一

般の人はもとより医師でさえ総合診療専門医と総合内科専門医の2つの専門医の役割を区別できなくなることが危惧される。事実、大学病院などの三次医療の場に、これら2つの専門医養成プログラムが同居するような形態で運営されることもありそうだ。ただ三次医療の現場でプライマリ・ケアを機能させることには無理があり、そこで学生・研修医に総合診療専門医（家庭医）の専門的な役割モデルを示すことはできない。現在大学病院にある総合診療部は、筆者が主任を務める福島県立医科大学 地域・家庭医療学講座のように、プライマリ・ケア実践（診療・教育・研究）の拠点群を地域に組織化していくべきだ。内科医ではない、プライマリ・ケアの専門医としての役割モデルを地域の現場で示しつつ総合診療専門医を養成することに加えて、大学医学部・医科大学にプライマリ・ケア専門の講座があることの重要性は、卒前教育で学生が早い時期からプライマリ・ケアの原理・価値観と実践に触れて将来その分野を目指すきっかけとなるインターフェースとしての役割、地域を舞台としたプライマリ・ケアチームの働きを学べる実習のコーディネーターとしての役割、大学院教育も含むプライマリ・ケア研究と教育法の開発を振興する役割、さらには海外のプライマリ・ケア専門家との交流や国際共同研究のハブとしての役割が果たせることである。

### （3）病院総合医とどう違うのか

現在あまり専門性の高くない診療科が集まっている比較的小規模の病院では、診療科ごとに高い専門性を發揮するための人材を確保するのが困難なこともあります、医師不足解消の戦略として総合診療専門医を養成することへの関心が高まっているのを感じる。二次医療をすべてプライマリ・ケアで肩代わりさせようとするその方向性には無理がある。しかし、日本の中小病院の現状を考えると、

二次医療の機能を規模が大きい病院へ集約して、自らはプライマリ・ケアに特化した病院を目指すこともあってよいと考える。当然、診察室で患者が来るのを待っている医療ではなくて、地域住民すべてをケアの対象として捉え、その予防、健康維持・増進まで含めて取り組まなければならない。筆者の知る限りカナダ、台湾、ハワイでは、よくある問題での入院・検査・手術も含むプライマリ・ケアを家庭医が中心となって提供する病院がよく機能しており地域住民から歓迎されている。ただ、地域住民すべてへの関わりはまだ十分とは言えないもので、今後日本でその機能も備えた「病院を基盤としたプライマリ・ケア」の新しいモデルを創出することが望ましい。そうした取り組みが費用対効果に優れ、国民の健康に有益であることをエビデンスで示す研究を進める必要もある。

### （4）へき地総合医とどう違うのか

へき地の診療所・小規模病院に期待される役割は質の高いプライマリ・ケアであるが、へき地に医師が1人で勤務していても、その医師がプライマリ・ケアの専門医として機能できるようになる保証はない。へき地でも複数の医師がバックアップしながら学び合える研修環境を作る必要がある。各都道府県では、卒業後に定められた医療機関で規定の期間（義務年限）働くことで返済免除になる奨学資金貸与制度があるが、今までの日本ではプライマリ・ケアや家庭医療が独立した専門分野と考えられておらず、多くの場合、義務年限内にプライマリ・ケアを専門に研修するキャリアパスを用意してこなかった。こうした環境でごくわずか卒業生たちは、専門医と言えば大病院で働くもので、地域の中小病院や診療所で働くことが何か二流の仕事のように思えて苦悩している。実際、義務年限を終えれば二次・三次医療の専門分野への転身を図って地域を去っていくことがほとんどで

ある。優秀な人材であるだけに残念だ。プライマリ・ケアの専門医が魅力ある一流のキャリアであることを彼らに伝え、理解してもらう必要がある。都道府県が貸与制度を改定して、義務年限内に総合診療専門医の後期研修を受けることを奨励することも重要である。地域で働きながら目指す専門医を取得できれば、キャリアの次のステップとしてプライマリ・ケアに価値観と信念を持って後輩たちを教育する指導医になることは自然なことと言える。地域にも定着する。ちなみに私が家庭医養成に関わった北海道家庭医療学センター（1996年開設）と福島県立医科大学 地域・家庭医療学講座（2006年開設）では、義務年限は存在しないにもかかわらず、今までの家庭医療後期研修修了者のほとんどがその後も地域（へき地・被災地も含む）で家庭医療の実践と教育に従事し続けている。

#### （5）在宅ケア専門医とどう違うのか

今までの日本の「地域包括ケアシステム」だと、高齢者の在宅ケアだけをしている医師もこのシステムの中心で機能できるように思えてしまう。しかし、日本でさらに目指すべきはプライマリ・ケアの整備であり、そこでは高齢者以外、在宅ケア以外のニーズも多くある。高齢者の在宅ケアだけをしている医師をそのままで総合診療専門医とみなすことはできない。総合診療専門医の研修を修了した後に在宅ケアをより重点的に学ぶことは役に立つだろうが、在宅ケアだけをしている医師が総合診療専門医を志す場合には、（1）で述べたような再教育プログラムに参加することが奨められる。

#### （6）家庭医とどう違うのか

2017年から日本で国を挙げて養成される総合診療専門医がグローバル・スタンダードの家庭医

と比べてどこまで日本でやれているか、どこがどう違うのか。しっかりと評価をする必要がある。本稿で述べてきたことの大前提でもあるが、日本で養成される総合診療専門医の質が高くなければならない。グローバル・スタンダードの研修カリキュラムを作成することと、日本には家庭医・総合診療専門医の指導医も不足しているので、海外の指導エキスパートを招聘して、将来日本での総合診療専門医養成の核となるリーダーたちの養成も進める必要がある。もちろん世界中どのシステムを移植してもそれだけでうまく機能することはなく、日本の文化、社会の実情に合わせて工夫して発展させていかなければならない。

### 8. 今後の研究課題～医療経済学への期待～

今後、日本でも家庭医・総合診療専門医が地域包括ケアシステムも含めたプライマリ・ケアの整備に大きな役割を果たし、専門分野として発展していくことが期待されるが、その際、家庭医療学の専門性を内外にきちんと示すために、筆者はプライマリ・ケア研究を振興しなければならないと考えている。前述の恩師 McWhinney は次のように述べている<sup>40,41)</sup>。

ある専門分野が本当に独立したものであるためには、その分野内のみから発せられうる研究課題（リサーチ・クエスチョン）がなければなりません。たとえ研究方法は他の専門分野から借りたものであったとしても、その専門分野の内側にいる者だけが、その方法を適用するコンテクストを知り得るのです。特に方法論上の落とし穴についてはそうです。

オランダのプライマリ・ケア研究は質・量ともに世界一である<sup>42)</sup>。その主たる要因は、①プライ

マリ・ケアのシステムとして整備が出来上がってること、②家庭医によるプライマリ・ケア研究の教育が充実していること、そして、③プライマリ・ケアのデータベースがあることだと筆者は考えている。

ここで特筆すべきは、オランダではプライマリ・ケアで何が行われているかを可視化できるデータベースが1967年から構築されてきたことである。これは、地域にある複数の家庭医診療所がデータベースを共有する研究ネットワーク（Practice Based Research Network; PBRN）から生み出されて発展してきている<sup>43)</sup>。日本でもプライマリ・ケアの有用性について評価し医療政策を立案するためにも、こうしたプライマリ・ケアのデータベースが構築されることが望まれる<sup>44)</sup>。そうして、日本でプライマリ・ケアを専門とする総合診療専門医たちから多くのリサーチ・クエスチョンが發せられることを期待している。

また、プライマリ・ケアの整備が国の医療制度改革の重要なアジェンダになるためには、我々だけではなくて、医療経済学の専門家から多くのリサーチ・クエスチョンが發せされることを期待したい。今回この特別寄稿という貴重な機会をいただいたことを契機に、プライマリ・ケアと医療経済学の学際的な共同研究プロジェクトに興味を持つようになった。たとえば次のようなことを知りたいと思っているがいかがだろうか。

- ・患者中心の医療の方法は医療費を抑えることが出来るか。
- ・プライマリ・ケアを整備する費用は意味のある投資か（その後の費用対効果の高いプライマリ・ケアシステムの完成で回収できるか）。
- ・地域包括ケアシステムを在宅高齢者以外にも広げることの有益性はどうか。
- ・プライマリ・ケアで診療を標準化/包括化する

ことの費用対効果はどうか。

- ・プライマリ・ケアで診療を個別化すると無駄は発生するか。
- ・診療現場での医療費支払い無料化で患者は増ええるか。
- ・「ゆるやかなゲートキーパー」制度の費用対効果はどうか。
- ・診療ガイドラインの浸透度と処方薬剤費用の関係はどうか。
- ・どのようなデータベースがプライマリ・ケアに最適か。

プライマリ・ケアが医療費抑制という文脈で語られることがあるが、ケアの質が犠牲にならないことが重要である。そのため、プライマリ・ケアの費用対効果は今後重要な研究領域である。ただ「費用対効果」と一概に言っても、言う人の立場によってその意味するものは異なるだろう。稿を終えるにあたり、家庭医としての筆者の考え方を述べておきたい。

医療で「費用」と呼ばれるものを構成しているのは、かなりの部分が公的な財源である。にもかかわらず、この「費用」が日本では医療機関そして医師の収入と連動しているために、いきおい医療側の関心は、限りある公的資源をどう効率的に配分するかではなくて、いかに自らの収入を確保するかという方向へ向かいがちだ。さらに、ある程度高額の検査や治療が必要とされる二次・三次医療の限られたニーズに対応することに慣れてきた医師が、専門のトレーニングもなくある時期から地域でプライマリ・ケアのニーズを扱いはじめるのが日本の多くの医師のキャリアパスなので、プライマリ・ケアとして不必要な、あるいは優先度の低い検査・治療を評価する能力もそれらから患者を守ろうというインセンティブも乏しい。そういう医療に慣らされて来た日本の患者には（高

額あるいは多数の）検査・治療を質の高い医療のシンボルとして尊ぶ傾向がある。医療のブランド志向とも言えるが、そのブランド品が健康を著しく脅かす害・リスクについて、医師は十分な情報を提供しているとは言えない。プライマリ・ケア後進国日本の場合、これからプライマリ・ケアが整備されるにつれて、おそらく最も顕著に認められるのはこれら無駄な検査・治療の減少だろう。そしてそれはケアの質の低下とは関連しないはずだ。

「効果」とは何か。どうやって測るか。現在まで多くの臨床試験・研究が、あることが効くかどうかについての疑問（efficacy）に答えるためにデザインされて来たが、あることが実際の診療現場でどのくらいよく効くかについての疑問（effectiveness）に答えを出すには適さないことが多い<sup>45)</sup>。そのため臨床研究で示されたほどの効果が実際の患者で達成されないことが多く経験される。さらに、プライマリ・ケアでは高齢者、重複罹病、ケアの害、予防、未病、医学的に説明不能な症状（medically unexplained symptom; MUS）等々、まだ臨床研究の科学的根拠が乏しい問題に対処することが多く、不確かさ（uncertainty）に耐えながら「効果」を見積もらなくてはならない。家庭医は医学の主観的側面も重視するので、客観的な（と思える）測定値以外に主観的効果を測る方法を探らなければならない。家庭医は資源の管理者でもあり、担当する地域住民すべてをケアの対象と考えるので、個々の患者の効果と地域社会全体の効果とが（たとえば資源配分をめぐって）対立する場合には倫理的問題に発展することもあるだろう<sup>46,47)</sup>。

プライマリ・ケアでは、このような扱いがやっかいな「費用」と「効果」のバランスで費用対効果を考えることになる。指標の設定や測定方法も含め新しい研究方法の開発が必要であり、その面

でも医療経済学の専門家との連携を期待する次第である。

## 謝辞

西村周三氏と橋本英樹氏には本稿をお読みいただき貴重なコメントを賜った。記して謝意を表したい。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省老健局高齢者介護研究会. 2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立へ向けて～. 2003.6.26 (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>
- 2) 地域包括ケア研究会 (平成 20 年度老人保健健康増進等事業). 地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～. 2009.5.22 (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>
- 3) 地域包括ケア研究会 (平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)). 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書『<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』. 2013.3 (最終アクセス 2014.8.29)  
[http://www.murc.jp/thinktank/rc/public\\_report/public\\_report\\_detail/koukai\\_130423](http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423)
- 4) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム. (最終アクセス 2014.8.29)  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)
- 5) 葛西龍樹. 医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命. 筑摩書房, 東京. 2013.
- 6) WONCA. Global Family Doctor. (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://www.globalfamilydoctor.com>
- 7) 葛西龍樹. 英国の家庭医療. カレントテラピー 2014;32(2):32-37.
- 8) 澤 憲明：これからの日本の医療制度と家庭医療— 第 2 章 医療制度における家庭医療の役割— 社会保険旬報 2012;(2491):22-30.

- 9) White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265: 885-892.
- 10) Green LA, Fryer Jr GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-2025.
- 11) World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978. (最終アクセス 2014.8.29)  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- 12) World Health Organization. The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever. 2008. (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://www.who.int/whr/2008/en/>
- 13) McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family-Oriented Primary Care, 2<sup>nd</sup> ed. Springer, New York. 2005.
- 14) Walter LC, Schonberg MA. Screening mammography in older women: a review. *JAMA*. 2014; 311 (13) : 1336-1347. doi : 10. 1001 / jama. 2014. 2834
- 15) McWhinney IR, Freeman T: Textbook of Family Medicine. 3rd ed., pp.212-213, Oxford University Press, Oxford, 2009
- 16) 葛西龍樹, 草場鉄周 (訳) : マクヴィニー家庭医学. 上巻. pp.296-298, ばーそん書房, 東京, 2013
- 17) van den Akker M, van Steenkiste B, Krutwagen E, Metsemakers JFM. Disease or no disease? Disagreement on diagnoses between self-reports and medical records of adult patients. *Eur J Gen Pract*. 2014 May 16:1-7. doi: 10. 3109 / 13814788. 2014. 907266
- 18) Smellie WS, Ryder SD. Cases in primary care laboratory medicine: Biochemical "liver function tests". *BMJ* 2006;333:481-483.
- 19) National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension: Clinical management of primary hypertension in adults. (NICE clinical guideline 127) Issued: August 2011. (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/guidance-hypertension-pdf>
- 20) Hoffman, RM, Lewis CL, Pignone M, Couper MP, Barry MJ, Elmore JG, Levin CA, VanHoewyk J, Zikmund-Fisher BJ. Decision-making processes for breast, colorectal, and prostate cancer screening: the DECISIONS survey. *Med Decis Making*. 2010;30(5)(suppl):53S-64S.
- 21) Royal College of General Practitioners. GP curriculum: overview. RCGP, London, 2014. (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://www.rcgp.org.uk/gp-training-and-exams/gp-curriculum-overview.aspx>
- 22) The Royal Australian College of General Practitioners. Standards for general practice (4th edition). RACGP, East Melbourne, 2013. (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://www.racgp.org.au/your-practice/standards/standards4thedition/>
- 23) 社会保障制度改革国民会議. 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～. 2013.8.6 (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- 24) Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 3<sup>rd</sup> ed. Radcliffe Publishing Ltd, London, UK, 2014.
- 25) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Maynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312 (7023): 71-72.
- 26) 日本WHO協会. 健康の定義について. (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>
- 27) Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(12):CD003267.
- 28) Jani B, Bikker AP, Higgins M, Little P, Watt GCM, Mercer SW. Patient centredness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *Br J Gen Pract*.

- 2012;62(601):e576-81.
- 29) 前掲書<sup>24)</sup> pp.796-804.
- 30) Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Health care costs and patient-centered care. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 3<sup>rd</sup> ed. Radcliffe Publishing Ltd, London, UK, 2014, 328-330.
- 31) 前掲書<sup>24)</sup> pp.165-311.
- 32) 高柳宏史, 増山由紀子, 吉田 伸, 澤 憲明. 日英プライマリ・ケア交換留学プログラムパイロット事業—英国短期訪問プロジェクト参加報告. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2014;37(2):141-143.
- 33) 堀田聰子. オランダの地域包括ケア—ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて—. 労働政策研究・研修機構. 労働政策研究報告書 2014;(167):34-38.
- 34) de Blok J, Kroon Y, Leferink A, Sluiter W, 山本則子. 「チームスピリット」が人を、地域を、社会を変える：Buurtzorg に学ぶフラットな組織運営の勘所（インタビュー）. 訪問看護と介護 2014, 19(6): 427-434.
- 35) 日本看護協会. 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者. (最終アクセス 2014.8.29)  
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>
- 36) Moriyama M, Nakano M, Kuroe Y, Nin K, Niitani M, Nakaya T. Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial. *Jap J of Nurs Sci*, 2009; 6 (1) : 51-63.
- 37) Moriyama M, Takeshita Y, Haruta Y, Hattori N, Ezenwaka EC. Effects of a 6-month nurse-led self-management program on comprehensive pulmonary rehabilitation for patients with COPD receiving home oxygen therapy. *Rehab Nurs*, 2013 Aug 6. doi: 10.1002/rnj.119.
- 38) 前掲書<sup>15)</sup> pp.388-389.
- 39) 葛西龍樹, 草場鉄周 (訳)：マクウェニー家庭医療学. 下巻. ぱーそん書房, 東京, 2014 (印刷中)
- 40) 前掲書<sup>15)</sup> p.10.
- 41) 前掲書<sup>16)</sup> pp.12-13.
- 42) Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ*. 2011 Mar 8; 342: d1028. doi: 10.1136/bmj.d1028.
- 43) van Weel C. The continuous morbidity registration Nijmegen: background and history of a Dutch general practice database. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 (suppl 1) : 5-12.
- 44) 井伊雅子. プライマリ・ケア研究事始め一次世代の医療制度の研究—. ファイザーヘルスリサーチ振興財団 (編). ヘルスリサーチ 20 年—良い社会に向けて—. 2014, 69-76.
- 45) Safford MM. Comparative effectiveness research and outcomes of diabetes treatment. *JAMA* 2014; 311 (22) : 2275-2276.
- 46) 前掲書<sup>15)</sup> pp.15-16.
- 47) 前掲書<sup>16)</sup> p.20.