

20180209_戦略経営研究会_医療リテラシー研究会_議事録

日 時：2018年2月9日（金）19:00－21:20

場 所：東京／竹橋 ちよだプラットフォームスクウェア

テーマ：家庭医療 ～プライマリケアの真髄と地域医療の創生～

発表者：草場鉄周さん（医師、北海道家庭医療学センター理事長）

参加者：41人（財務コンサルタント、戦略コンサルタント、会社経営、医師、会社員、大学生、NPO 法人理事長、行政書士、司法書士など）

共催者：医療法人社団花橘会

ヘルスケアビジネス研究会

目次：

1. プライマリケア
2. 総合診療専門医
3. 北海道家庭医療学センター
4. 地域医療再生を支える総合診療

発表：

プライマリケアと家庭医はイコールです。家庭医はプライマリケアを体現化したものといえます。明治以来の改革により、家庭医を養成できるようになりました。プライマリケアと地域医療をつなげることを目指しています。本日は、室蘭の家庭医として見えてきたこととお話しします。町内会、学校など地域に入っていっています。地域のお祭りに救護班として呼ばれることがあります。それ自体で活躍することはないかもしれませんが、「またよろしくお願ひします」とお声掛けをいただくことができます。地域に入ることで地域が自然と見えてきます。病院の中にいたのでは見えてきません。

1. プライマリケア

みなさんのプライマリケアのイメージはどんな感じでしょうか？ 予防医療、最初に相談できる医療、在宅医療などのイメージかと思いますが、どれも入ります。プライマリケアは人により定義が異なります。中には、救急医療と言う人もいますし、医師免許を持っていれば誰でも該当するとか言う人もいます。ちなみに、在宅医療はプライマリケアの一部ではありますが、プライマリケアが在宅医療ではありません。

プライマリケアの基本原則には次の通り5つがあります。①多様性、②協調性、③個別性、④継続性と近接性、⑤地域包括ケアです。なお、地域包括ケアと地域包括ケアシステムは異なります。地域包括ケアシステムは国の概念です。定義としては狭いです。

プライマリケアのケースをご紹介します。①41歳男性、トラック運転手のケースです。この方は、糖尿病の治療中に、娘を喪失し、うつ病を発症しました。当センターで総合的に診察しました。糖尿病患者はうつ病を発症しやすいです。臓器ごとに分かれな健康問題はたくさんあります。分けるから見えなくなります。ここに、一体で診察する重要性があります。多疾患合併症状に適切に対応できます。また、一元的に診察していけば、投薬量も減らすことができます。結果的にポリファーマシーの抑制ができます。幅広く診断することにも、専門性が必要になります。

臓器別だけでなく、年齢別の診断もしていません。幼少児の診断については、育児の状況も重要になります。このため、育児の相談にも乗ります。青年期の診断でポイントになるのは、うつ病です。不登校の相談にも乗ります。精神科はNGとされることがありますが、家庭医な

らば気軽に診断を受けることができます。ライフスタイル教育（性、薬物など）も行います。中年期の診断でポイントになるのは、生活習慣病です。しっかり把握する必要があります。また、職場のストレスがうつ病の原因になることもありますので、メンタルヘルスの相談にもなります。地方には産業医がいない会社もありますので、家庭医が支えることとなります。女性の健康問題としては、更年期障害があります。これもケアをすることです。高齢者についても、ケアを行います。そのためには診療科を横断する必要があります。高齢者の場合、病気を治すことではなく、クリエイティブに暮らせるかが大切になります。そこで、リハビリテーション、ターミナルケアも行っています。ターミナルケアだけを切り出すのはおかしいことです。

②60歳男性のケースです。めまいの症状があります。眼前暗黒感だけでなく、失神もしています。不整脈とわかり、循環器科に紹介しました。診断をしても、不確実であることは当たり前です。ぴたっと決まることはありません。臓器を超えた診断が大切です。確かに、循環器科であれば、細かい診断はできます。しかし、診療科を超える症状となると診断は難しくなります。そこに、家庭医の仕事があります。診断をして、90%は家庭医により解決できます。後の10%は他の診療科に紹介します。この点についての研究があります。どの国でも1次医療で90%は診断できるという結果になっています。

③84歳女性のケースです。もの忘れをしています。本人は「大丈夫だろうか？」と認知症への不安があります。毎回の診察で、10～15分の時間をとって、不安を語ってもらいます。聴いてあげて、安心して帰ってもらっています。傾聴はプライマリケアの大事な仕事です。患者のコンテキスト（ストーリー）を傾聴します。医療への主観的な部分が重要です。患者は「めまいがする。脳梗塞ではないか」と自分で診断することがあります。これを聴き取れるかどうかです（解釈モデルがあります）。病気で生活がどう変わったのかなど、患者の気持ちの揺れ動きも重要です。患者は医療への期待を持っています。たとえば、風邪であれば、効く薬は何かということです。医師がここを聴けるかどうか。聴けないとかみ合わず、すれ違うこととなります。

患者のコンテキストを傾聴すると、家族に言われたから診療所に来たという方がいます。この方の場合、家族にアプローチしないといけません。医療には家族内の関係が大事です。家族内の関係は上手くいかなくて起こる病気もあります。家族志向型のプライマリケアというジャンルもあります。また、地域の文化・風土から制約を受けることもあります。ある地域では、おばあさんらが点滴を打ってから農作業を行います。これはその地域の文化になっています。単に医療的に意味がないとはいけません。それでは、地域からはじかれてしまいます。

プライマリケアは患者中心の医療です。解釈モデルを活用し、患者のコンテキストから医療への期待を理解します。医師と患者の共通の理解基盤を見出します。率直に意見を出しながら、対話しながら医療を決めていきます。患者中心の医療は医師と患者の信頼感が増進しますので、医療をやりやすくなります。患者も医師との壁を乗り越えていくことができ、患者への個別的な診療を展開できます。患者を「様」付けで呼ぶことが大事ではありません。中身が重要ということです。

④90歳女性のケースです。末期胆嚢がんでした。訪問看護師、薬剤師と協力しながら、ご自宅でお看取りをしました。患者は家庭であれば主人公でいられます。

グループ診療で見ていくことによる継続性が重要です。患者と診療所との信頼関係にもつながります。1人の医師では自己犠牲となるだけです。また、ターミナルケアについては多職種連携が必要です。この連携により、在宅ホスピスも展開しています。とはいえ、ホスピスとの連携も必要です。

地域全体の健康を高めることも必要です。個別ケアから地域包括ケアへの展開です。現在、長野県は長寿県になっています。しかし、戦争直後は脳梗塞、脳出血が多くありました。これは、高血圧によります。しょっぱい味付けが当たり前、漬物も好きということが原因になりま

す。高血圧だから薬を投与するのではなく、医療が地域に入って味噌汁の味付けをレクチャーしました。これを継続したことにより、高血圧は少なくなり、長寿県となります。医療はこういう観点で捉えることが必要です。診療所の医師でもこういう観点を持って、地域に入って協同していくべきです。地域で汗をかく機会になります。プライマリケアの専門家であれば、お金になるならないではありません。

米国のデータによると、1000人の受診状況を調査しました。そのうち、受診は217人、病院受診は21人、病院入院は8人、大学病院入院は1人でした。このデータは日本も同様です。受診に来ない方に問題が潜在しています。しかし、いろいろな事情がありますので、いかにアプローチするかがポイントになります。地域志向型のアプローチです。地域包括ケアシステムのように高齢者だけを対象とするのではなく、全年齢が対象になります。

世界的な医療課題は健康の不平等の拡大などです。世界的な変化に医療システムが対応できていません。また、専門領域の医療への偏重、機能分化に伴うケアの断片化、自由放任の医療体制のひずみがあります。解決するためには、高度な検査機器や治療の追求に偏重しないことが必要です。また、プライマリケアの個別性を重視し、包括的で統合された対応が必要です。このためには継続性、信頼性が不可欠であり、そこから専門医療につなげていくことです。良く発達したプライマリケアと関連するエビデンスとしては、死亡率が低い、若年者死亡の減少、慢性疾患罹病の改善、患者満足の増加、公平なアクセスがあります。また、経済格差を健康格差につなげないことが大事です。より良い費用対効果とは、健康であり、医療費も低いことです。

日本的な医療の課題は上記の世界的な医療課題と同様です。たとえば、今まで急性期病院にかかっていた人が診療所にかかれるかという課題があります。これに応えなければなりません。医療業界の課題としては、医師の地域偏在、連携不足があります。プライマリケアを推進していかなくてはなりません。

プライマリケアの歴史が次のとおりです。1987年、厚生省に家庭医に関する懇談会が設けられました。しかし、発展しませんでした。1997年、プライマリケア学会が発足し、プライマリケア専門医制度が創設されました。2007年、厚生労働省に総合科構想が立ち上がりました。また、プライマリ連合学会に改組されました。現在の300以上の家庭医養成プライマリケアプログラムにつながっています。2013年、厚生労働省の検討会により総合診療専門医の設立が明記されました。2018年4月から、総合診療医の養成がスタートします。プライマリケアの専門家をつくるために30年がかかりました。

2. 総合診療専門医

総合診療専門医は取り扱う範囲が広いです。日常的には頻度の高い疾病や傷害に対応します。また、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応します。地域を診察する医師の視点が必要であり、地域における予防医療・健康増進も行います。総合診療専門医には7つの資質・能力が求められます。①包括的統合アプローチ、②一般的な健康問題に対応する診療能力、③患者中心の医療・ケア、④連携重視のマネジメント、⑤地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、⑥公益に資する職業規範、⑦多様な診療の場に対応する能力です。その医療は多様です。外来、救急、病棟、在宅にも活躍できます。医師の養成においては、外来での対応は教育対象になっていません。自由にやってくださいになっています。プライマリケアでは外来の対応に全力を注いでいません。当センターでは、外来の模様をビデオ撮影しています。ビデオレビューを行い、養成中の医師と指導医で観ます。これを観ると、愕然とします。自身のイメージとまったく異なります。外来の対応の基本として患者を見て話ししなくてはなりません、このためにはトレーニングが必要です。

3. 北海道家庭医療学センター

当センターは2つの医療法人と関連会社でグループを構成しています。介護事業も手掛けています。ミッションは家庭医療を行うこと、家庭医を育てることです。1996年に設立しました。この5～6年で伸びています。しかし、ニーズはまだあります。追いついていません。医師は45名、30代が主力です。家庭医はグループの中で育てています。また、子育て中の医師は6名、大学院在籍中の医師は3名います。現在、医師のいろいろな働き方を許容できるようになりました。道内に12の診療所・病院があります。室蘭、登別、札幌、更別、寿都などです。関西、九州の診療所・病院と連携しています。

グループ診療体制をとっています。所長（10年以上の経験者）、副所長、一般医師、専攻医のグループです。屋根瓦式と言っています。グループ体制により、お互いの診療を見ることができ、休暇や自己学習時間を十分に確保しています。指導医の養成も行っています。経営もわかるようにしていますので基礎体力がつかます。これにより活躍の場が広がります。

循環型地域医療支援モデルを進めています。地域のニーズは大きいです。これにマッチさせていきます。また、教育の場としてのサイトを作っていきます。出来上がった医師を送るのでは、家庭医の再生産はできません。地域に定着して信頼感の高い医療を提供しています。

4. 地域医療再生を支える総合診療

①日本は医師の存在が大きいです。欧米は医師をリスペクトはしますがフラットな関係です。日本ではある意味、従属的な関係です。これは変えなくてはなりません。しかし、医師と患者の意識を変えるのは難しいことです。そこで、戦略が必要です。キャリアパスがその一つです。今回、総合診療専門医のジャンルが設定されました。また、大学医学部の医局制度がほどこけてきました。大きく変わってきています。病院の総合診療専門医のニーズも高まっています。この分野のスペシャリストになっていきます。総合診療専門医と高度専門医の2つに整理されていくでしょう。地域のニーズ、診療所・病院の規模感に沿った総合診療専門医の配置が行われていくでしょう。

②都市部の家庭医療

といっても、地域ニーズによります。一概には言えません。整形外科、乳幼児健診、小児診療と子育て支援などニーズをしっかり見据える必要があります。また、在宅医療においては健康問題を選ばません。自然とゼネラリストになります。既存の開業医が在宅医療に進出しています。しかし、在宅医療のハードルは高いです。そこで、総合診療専門医がこれに協力して、面として対応する方向を打ち出しています。当センターは室蘭市医師会在宅連携システムを実施しています。少し時間はかかりますが、地域の開業医がもっとアクティブに動けるようになります。郡部の家庭医療は、プライマリケアを行う診療所・病院が担い手となります。市町村役場と連携するとともに、政策に直接関与することができます。なお、総合病院は総合診療を行うとしています。しかし、患者にはどの診療科が担当するかわかりません。また、認知症はどの診療科も引き受けられません。退院支援のニーズもあります。この担当は、総合診療専門医に向きます。

③日本の形の変化が起こっています。人口減少と少子高齢化、都市への人口偏在、地域の縮小と現在の医療との mismatch です。高度成長に合わせてきた医療が現状とマッチしなくなっています。総合診療専門医の活躍の場をいかに作るかが解決策の一つです。

④総合診療による医療連携体制が必要です。身近な診療所が家庭医療を担い、地域中小病院と連携して幅広く一般診療／救急を行います。地域中小病院は地方拠点病院と連携します。地方拠点病院の各科専門医は集約化して高度医療を担います。

⑤国の医療政策の方向性としては、地域医療構想と在宅医療が挙げられます。慢性期は在宅医療と介護施設が担い手になります。この方向性をプライマリケアで吸収できるかどうかです。

医療がプライマリケアになる可能性があります。

⑥地域包括ケアシステムと在宅医療については、医師に生活支援の視点がなければ、絵に描いた餅になるでしょう。

⑦近い将来、日本のプライマリケアを担う構図を説明します。現在、家庭医は希少な存在です。これをどう変えていけば良いのでしょうか？ 変えていくにはワン・クッションが必要です。まずは、病院医師、診療所医師、総合診療専門医の連携です。これでも、10年、20年かかるでしょう。かかりつけ医集団を構築し、かかりつけ医への支援も必要です。プライマリケアはいろいろな医療政策、診療報酬にも影響を与えています。これには政府が徐々に後押しをしています。20年、30年後には、診療所は総合診療専門医が担っていることでしょう。今後も日本のプライマリケア強化のために現場の総力を結集していきます。

以上