

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>・現場の医療者のキャリアパスの改善と提示</p> <p>・病院と診療所の格差の問題</p> <p>・プライマリケアの現状と課題</p> <p>・現実のトレンドを踏まえた制度設計の必要性</p> <p>・病院での総合診療の仕組みづくり</p> <p>・各診療専門科から家庭医へのキャリアパス</p> <p>・専門医としての家庭医と、横断的な範囲の専門医の並立あるいは移行という考え</p> <p>・横断型総合診療医制度の必要性</p> | <p>す。ですから、今後、制度を考える上でも、厚労省に何とかしてもらおうという発想はやめたほうがいいと。要するに、現場で何が必要なのか、それを自分たちがつくっていかばいいわけですから。現場の専門家以外には本当に何が必要なのか、国民に提示することはできないわけですから、そういう観点をまず確認したいということです。</p> | |
| <p>こういう前提で考えれば、我々は何をツールとして使えるかといえば、規制緩和とインセンティブということに多分なるのだろうと。これも大臣がおっしゃっていたことですが、この最終的なエンドポイントを考えますと、現在、医療提供体制は持続可能性がない状態になっているものを、ちょっと何とかするというのが1点です。</p> | <p>医療提供体制の再構築</p> | |
| <p>そのために、医療の質とアクセス——アクセスを確保するためには量的な問題と制度的な問題があると思いますが、さらにその経済性を確保しなければいけないということになるかと思っています。</p> | <p>アクセスと経済性の確保の必要性</p> | |
| <p>それで、すごくざっぱな話で、学生さんたちの深い話に比べると申しわけないのですが、質の確保という点では、専門領域の医療がどれだけクオリティーを出せるかということだと思いますし、量的な確保に関しては、医師数増ということは方向性として出ているわけですが、また、現場からのすごい勢いの離脱というものをどのように下げていくことができ、現場を改善することができるかということにかかると。</p> | <p>質と量の確保の意味合い</p> | |
| <p>私の理解では、経済性を前提としたアクセスを確保する上で、専門医と総合診療医とのバランスという問題もとらえることができるのではないかと。これは私の意見ですが、産婦人科はもうめっちゃくちゃになっていますから、それはいろいろ改革をやってありますが、その中で考えてきていることは、とにかく現場は多様ですから、その多様性を一律に何かしようというのは大体うまくいかない。</p> | <p>専門医と総合医のバランス</p> | |
| <p>それから、今、現実に現場で起きている医師あるいは医療従事者のキャリアパスというものを改善する、そういう方向は現場では受け入れられるだろう。ただ、逆に、現場の状況やトレンドに逆行するような、あるいはその流れを止めようといったことは、現実問題としてはできませんよ。ですから、それを選択する人がいれば、それはできるだろう。</p> <p>こういうトレンドは明らかにあるわけですが、そのトレンドをどのように国民の現在と将来のニーズに沿うように誘導できるか。そのニーズが確認できなければならぬでしょうけれど、そういうことで考えられるのではないかと。</p> <p>医療現場のトレンドを考えますと、専門医療と総合診療の間の相克があります。これはどちらに流れているのかというのは、私はわかりません。先生方もいろいろご意見があると思いますが、その必要性はどっちもあって、それで専門医療の分野も決して人が足りている、余っているわけではない、ということがありますので、なかなかわからない。</p> <p>けれど、どちらかという、専門医療を選びやすいのは、前からありますので、そのポスト、キャリアパス、処遇などがある程度わかっているという部分はあるだろう。総合診療の部分はこれから育てなければならぬ。</p> | <p>現場の医療者のキャリアパスの改善と提示</p> | |
| <p>病院と診療所に関しては、これは明らかなトレンドがありまして、病院はつぶれて、開業医が増えているということですから、これは背景となっているのはおそらくは勤務条件、リスク、身分、雇用形態、処遇等の問題で明らかな格差が起きているということだと思います。</p> | <p>病院と診療所の格差の問題</p> | |
| <p>これはよく出るスライドですが、診療所で働いている医師は全体の36%です。これは私は一番最初からひっかかっているのは、総合診療医、家庭医はどのく</p> | <p>プライマリケアの現状と課題</p> | |

| | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| | <p>らのパーセンテージ必要なのだろうかという議論のときに私は質問したことがあったと思いますが、そのときに、40～50%必要でしょうというお話が確かあったと思います。今、そんなんですね。</p> <p>要するに、現場でプライマリケアをなさっている先生方は少なくとも36%は多分いるはずだということになりますから、それはそうなのですが、ただ、問題は、システム化されていない、トレーニングはない。そういう中でクオリティーコントロールはないという状況で、あるいは配置とかさまざまな問題に関して何も行われないうままになっているという現状であると。</p> <p>でも、考えてみると、そんなものは提示されていない、今までそういうトレーニングのシステムは全くないというのが現実ですから、こういう状況に今なっているのは、そういうものだとということになるかと思います。</p> | |
| | <p>それで、今後やるべきことですが、こういう病院や大学病院からどんどん今までもより若い先生たちがやめているんですね。そして、こっち側に回っている。そういう明らかなトレンドがあるというのが現実ですから、その中で、プライマリケアの部分をどのように確保しながら、あるいは同時に専門医療の部分をどう確保するのかということが必要な状況になっていると。</p> <p>これも医療確保ビジョンのスライドですが、病院の医師は、今、小児科はちょっと増えていますけれど、内科も外科も、もちろん産婦人科もですけど、減っているというのが現実です。ですから、これはもう専門医療にせよ総合診療にせよ、どっちもどっちだという現実になっているのだというのが現場だと思います。ただ、これからどう育てるかということに関して言えば、このトレンドを無視しては、つくっても意味はないだろうと。</p> | <p>現実のトレンドを踏まえた制度設計の必要性</p> |
| | <p>これは学生さんのスライドに比べて稚拙で申しわけないですが、今の病院ってどうなっているのかなということを考えると、これは専門医療のそれぞれの分野があって、さっき村重先生のお話もありましたけれど、それぞれの分野の先生が少し余分に仕事をし、それで重なり合っていて、ですから、高密度に重複した診療体制を展開していて、それで何とかやっているわけですね。それで幅の広い診療ができる人は、いるのだから、いないのだから、よくわからない。これは効率も悪いですし、多分アクセスも悪くなる。</p> <p>私の理解の病院での総合診療ということではいいですと、それは結局、総合診療の先生方がこの無駄を省く、この重複している部分を削いでいっても、それでもちゃんと成り立つような仕組みをつくっていただくということに病院ではなるのかもしれない。</p> | <p>病院での総合診療の仕組みづくり</p> |
| | <p>それで、この2事例があるという絵ですけど、要は、これは現実に起きていることと別に何ら変わらないんです。専門家としての家庭医というのは、今、全体でいうと数%だと思いますが、そういう形で養成されてくる先生たちがおられる。現実には、後期研修で、各診療科専門医になって、でも、医者をやめるまで高度専門医療をやり続ける先生はごく限られた先生方で、途中から一般的な総合診療に近いようなプライマリケアのほうに移っていくことになります。</p> <p>ここをどうするかということですが、もし40～50%必要だとすれば、黄緑と緑の部分が40～50%あればいいわけですね。もし質が担保されれば、ですから、そういうことかなと思います。ただ、初期研修から後期研修に行くと、専門医としての家庭医の先生方がどのくらい必要なのか。これからそれを育てるカリキュラムやコースがつくられていく。</p> <p>日本医師会との関係でいろいろあると思いますが、これからやらなければならないのは、実際に各科専門医がどんどんプライマリケア側に行くわけです。その先生たちのきちんとした質が確保されれば、それで必要な数は確保できると思います。ですから、そのキャリアパスをきちんとできるかどうか。</p> | <p>各診療専門科から家庭医へのキャリアパス</p> |
| | <p>私が申し上げたのは言葉を間違っていますが、基本領域の専門医としての家庭医というものと、多領域の横断的な範囲の専門医制度がありますね。そういう専門医としての総合診療や家庭医というものの、ちょっと違う2種類のものが</p> | <p>専門医としての家庭医と、横断的な範囲の専門医の並立ある</p> |

| | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| | <p>多分現実が必要で、そこで質の担保をどうやってできるかということ議論されればよいという気がしております。</p> <p>そのある段階で、どうしても専門医から総合診療のほうへ移行していく先生方をどういう形でその後の診療の質を担保できるか。もともと専門医をやっていた先生方は深い経験を持っていますので、その経験を生かしていただくということは決して無意味ではなからうということです。</p> <p>いずれにしても、この分野は全身を診なければいけない部分ですから、そして数の問題からいっても、我々マイナーな分野で開業してもずっと専門的にやっていく分野と、またちょっと違うその分野の内科・外科の先生が中心になる分野かもしれません。</p> <p>そして、ほかの診療科の専門医からも、この取得可能な多領域横断型の総合診療医の制度も必要だろうと。ただ、ほかの診療科から行くのだと、必要なステップが多いでしょうから、2段階ぐらいの感じであらうかと。私はとても保守的な人間なので、これは現実は今議論していることとそんなに変わらないと思います。ただ、問題は、これを誰につくってもらうかという問題で、はっきり言って、これから開業しようという先生たちがこの専門医をぜひとも取っておかないといけなく現場で思ってもら制度をぜひとも先生方につくっていただければ、それはつくられるということになるのではないかと。それがなくところで議論していても、それは今の現実のトレンドとの整合性がないのではないかとということになります。</p> <p>以上でございます。</p> | <p>いは移行という考え</p> <p>横断型総合診療医制度の必要性</p> |
| <p>○土屋</p> | <p>どうもありがとうございました。海野先生のプレゼンテーションについて、ご質問やご意見はいかがでしょうか。</p> | |
| <p>○渡辺 ・医療体制の現状を把握する情報の必要性があるのでは</p> | <p>海野先生にというわけではないのですが、先ほどの学生さんの発表も含めて質問させていただきます。こういうことを決める場合の根拠というのが、日本という国は非常に希薄かなと思いました。というのは、マッキンゼーでやったときには、ロンドンなどでは、将来シミュレーションというものが立っているのですけれど、日本の場合は、NHKの「医療再建」という番組を見る限りにおいても、奈良県という県単位の地域においてすら、どういう疾患がどこに多いかとかということが全くデータがないと。</p> <p>適正配置ということ考えた場合に、そういうデータがないと、結局、声の大きい知事さんやお金のある県が優遇されるといったことになってしまうので、まず、今の医療の現状がどうかという正確な把握が必要だと思えます。学生さんのスライドの中に、情報大国とかがあったのですが、日本はいろいろな情報があるので、そういうことをつなげて、ある程度計画性を持つためにも、情報収集ということがまず大事かなと思います。</p> <p>でないと、結局、声の大きい人の意見にひっぱられるという従来の姿と変わらなくなってしまうと思うのです。村重先生がいらっしゃるので、もしその辺で国の意見があればお願いします。</p> | <p>医療体制の現状を把握する情報の必要性があるのでは</p> |
| <p>○海野 ・専門家自身による試算の必要性</p> | <p>国の意見はないと思えますよ。この問題に関する私の意見ですけど、それを言っていると永遠に始められません。私の主張は、専門家が自分たちは何人必要なのかということと言わなければ、物事は絶対に始まらないと。それで失望したのですけれど、脳神経外科の先生方が見えたときに、何名かといったときに、「それは答えがたい」とおっしゃっていました。</p> <p>ただ、それは誰にもわからないんです。私は産婦人科は毎年500人と言っているんですけど、今、380人ぐらいですが、けれど、そういう数字がないと議論も何も始められないですし、大ぶろしきでも何でもいから、それをとりあえず言っていたらかないと、と思えます。</p> <p>専門医制度で実際に300人とか、400人とか、50人とか、それぞれの専門医ができていますが、それが足りているのか足りていないのか、一向にわからない。それはどう考えても、はなからわからないです。ほかの病気のことは我々医者</p> | <p>専門家自身による試算の必要性</p> |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| | <p>は全然わかっちゃいないので、それを出してもらった上で議論を始めないと仕方ない。</p> <p>それで、土屋先生にぜひお願いしたいのですが、各学会に出せと。厚生省や文科省から出るような話ではないような気がしますけれど、それが出ないと、話がいつまでたっても同じことを繰り返していることになると思います。</p> <p>しかも、その専門家としての責任を全然とっていないことになると思うのです。そして、結果的に何かできたときに、また文句だけ言っているということになるのではないのでしょうか。</p> | |
| ○土屋 ・日本認定医制評価・ 認定機構の試算 | <p>各学会の主張については、今、日本認定医制評価・認定機構の池田先生のほうから、どういう根拠で数を出すのかということを含めて、アンケートが行っていると思います。それが出たら、また情報をいただきたいと思いますが。</p> <p>さっきの年代別の診療所と病院勤務のスライドをお願いします。</p> <p>数は9万、12万で合うのですが、問題は、水色の病院側の仕事量が人数に比べて多し。黄色のほうの仕事量は比較的少ない。そうすると、今、日本では、病院側で持っている仕事量のうちのかんりの部分は診療所でできるんじゃないかと。しかしながら、自分たちは今受けとめない。</p> <p>ですから、私どもの病院も専門病院ですから、3年前から入り口で、紹介状がないと診ないと掲示しています。それと、できれば術後のフォローアップなどは診療所へ任せたい。そういうときに、それを受け皿となってくれるような診療所がない。「肺がんの手術をやったのなんか診れないよ」と突っぱねるような状況では困る。その辺の改善も必要だろうと思います。</p> | 日本認定医制評価・ 認定機構の試算 |
| ○海野 | <p>でも、先生、それは全部が足りないんですから、全部が足りない状況での議論なので、もう現場ではそういうことは起こりますとしか言いようがないんです。現状では。</p> | |
| ○土屋 ・地域の特性に応じた 家庭医への移行 | <p>現状では、なぜ勤務医側が忙しいかといえば、仕事量が大きな差があるわけですよ。</p> <p>それから、最後から2枚目のスライドですが、専門医としての家庭医へ途中から移行すると。おそらく東京は、途中から移行して、専門性の高い診療所というのはいくらなり成り立つと思うのですが、先ほどいった北海道の真ん中とか、アメリカの中西部だと、最初から家庭医として幅広い教育が必要になると。</p> | 地域の特性に応じた 家庭医への移行 |
| ○海野 | <p>ですから、この緑色の部分をどれだけ太らせられるかということになると思うのです。</p> | |
| ○土屋 ・根拠に基づく家庭医・ 専門医の現況把握の 必要性 | <p>渡辺先生が言われた、データに基づいてその辺の数を考えていく。ですから、学会からの数を集めても、その根拠というのは今はほとんどなくてやっていますから、我々としてもそのデータを集めなければいけないかなと思います。</p> <p>時間がなくなりましたが、最後に、葛西先生、どうぞ。</p> | 根拠に基づく家庭 医・専門医の現況把 握の必要性 |
| ○葛西 ・家庭医の後期研修 プログラム整備の重要 性と質の高いプログラ ム整備の必要性 ・専門医としての家庭 医研修とほかの科の 研修の位置づけ | <p>海野先生の現実的なところを見ながら制度設計をしようというお考え、そしてその基本になっているものは共有できると思いますが、ここは後期研修についての検討をするところですので、黄色から黄緑へ移行するところの教育がかなり強調されていますけれど、私はほかの各科の後期研修と同じように、専門医としての家庭医の後期研修プログラムを日本にちゃんとつくってスタートさせる必要性をやはり強調したいと思います。それは学生の人たちのニーズでもあるわけですね。</p> <p>1985～87年の家庭医に関する懇談会、あのときから家庭医療専門医の研修ができていれば、今、その研修を修了した人たちが増えていったはずですが、あの時にいた医師たちのすみ分けをしようということになってしまったので、日本は世界でもまれな、トレーニングなしに自然発生的に誰でもなれるプライマリケア医というものができてしまっているわけですね。</p> <p>もちろん、その過渡期にあつては、今、病院から開業する際に、質の高いプライ</p> | 家庭医の後期研修 プログラム整備の重 要性と質の高いプロ グラム整備の必要性 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| | <p>マリケアを担いたいという人も結構あるので、その教育をどうつくっていくかは大事です。この研究班の役割からは少し外れるかもしれませんが、それを医師会、各学会、大学等で十分協議する場をつくらなければいけないと思っています。</p> | |
| | <p>ですから、私も両方の重要性というのは非常に大事だと思いますけれど、専門医としての家庭医が生まれる後期研修がしっかりして、ほかの科もしっかり後期研修ができていけば、わざわざ後期研修を2回やって、ダブル専門医をやるなんていうのはすごくつらいことですし大変ですので、みんな黄色は黄色、緑は緑で人生を全うするんじゃないかなと思います。</p> | <p>専門医としての家庭医研修とほかの科の研修の位置づけ</p> |
| ○海野 | <p>いえ、それは違うと思います。それは全く違います。だって、病院の現場にずっと年とってまで働き続けると年齢構成がうまくいかないですから、実際には病院の現場から仕事をかえていくという状況が今のトレンドですから。</p> | |
| ○葛西 ・専門医のキャリアパスとプライマリケアへの移行の課題 | <p>先生が言われたようにそれが今のトレンドですけれど、これからのシステムで後期研修が各科できていくと、それぞれの科で、例えば血液内科のスペシャリストの人は、若い時はもちろん病院でバリバリやる、いろいろな先進的な治療開発をしていく。そして、少し年齢が上になってくると、今度はコンサルタントとなって下の人たちの相談役になる、あるいは教育に力を入れていく。そういうことになっていくので、そうなるからわざわざ第一線のプライマリケアをやるほうに行くのは無理があるんじゃないかなと思います。</p> | <p>専門医のキャリアパスとプライマリケアへの移行の課題</p> |
| ○海野 | <p>でも、先生、二階建ての専門医としてのプライマリケア医ということは成り立ちませんか。先生が成り立たないというのであれば、この絵はできないんですけれど。</p> | |
| ○葛西 | <p>この2つのキャリアパスが今はあってもいいと思います。そして、それを二階建てというのであれば、そういう言い方もできるかもしれませんが、それはあくまでも、今、諸外国で家庭医療のシステムが整った国々の、20年前の状態かなと思います。</p> | |
| ○土屋 | <p>この問題は、途中のトランジション(移行)をどうするかという問題と、将来をどうするかと。トランジションの段階ではこの図は皆さんが認めると思うのです。ただ、将来像として、この斜めのところをどこまで補足していくか、あるいはなくしてしまうかというのは、また理想論として議論をしたいと思います。今日はもう時間が来ていますので、この話題についてはここまでにしたいと思います。全体を通じて、班員で山田先生はご発言の機会がなかったのですが、何かありましたらお願いします。</p> | |
| ○山田 ・日本の医療システムの現状の認識と改善策の検討 ・学生としての当事者としての視点と医療施策への関与 | <p>私は、会議の時間運営のために、なるべく発言しないように努めているんですけど、ただ、非常に散散的に見える討論要素は、一方向に集約していかないとかなという感じは受けます。今、海野先生のご意見に私のポジションは非常に賛成なのですが、現実の日本の医療システムを見て、そこからどういう具合の改善ができるのかということを現実論でやらなければ、医療は毎日求められているものですので、いつかできるというような視点はある程度制限すべきだろうと考えています。それで、この議論は、マッキンゼーに調査していただいたのですけれど、どういう基盤の医療システムというものを基盤計画としておいて、それに対して実態配置をどのようにやっていくのが一番いいのかというのが判断するときの重要な要素になってくると思いますので、簡単に言うと、イギリスのシステムが総合的に日本にとっていいのか、あるいは日本をベースにした少し改変型みたいなものがあるのか、そういうところを考えつつ、総合医、家庭医の後期研修においても考えるべきなのではないかなと思います。そして、それは多分次回につ</p> | <p>日本の医療システムの現状の認識と改善策の検討</p> |

| | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| | <p>ながっていくのだろうと思います。</p> <p>それから、学生さんと討論したいなと思っていたのですが、学生の立場からは、当事者として2つあると思います。</p> <p>1つは、若い者として、個人としての将来に向けて自分がどういう取り組みをしていくかということと、どういう希望を持ってそれに向かっていくかという観点。</p> <p>それから、医療体制に対する提言なので、体制、仕組みをどのようにしてやっていくか。そうすると、一番大きな問題は、診療科にしても地域にしても、配置の最適化、あるいは最適になるような方向に向かって施策を打つということが非常に強く求められているわけだけれど、それに対して、当事者である学生の立場からどういう具合にコミット(関与)できるのか。</p> <p>私は、先ほど規制緩和とインセンティブがツールになるのだということでしたが、ある面では、適正な規制——適正な方向に向かうような形での規制をどういう具合に入れていくのかということも、考える視点になるかなと思います。</p> | <p>学生としての当事者としての視点と医療施策への関与</p> |
| <p>○土屋 ・よりよい規制(緩和)とインセンティブによる制度の運営</p> | <p>ありがとうございます。最後にご発言いただいて、大変助かりました。私もさっきメモをしていて、「規制緩和とインセンティブ」というのを、「緩和」の部分をと括弧して閉じて、「よりよい規制(緩和)とインセンティブ」というところがキーワードじゃないかというつもりで聞いておりました。</p> <p>昨日、マッキンゼーで、この後、どうまとめていこうかという話もしたときに、まさに短期的なもの、トランジションのものと将来的なものということで考えていくときに、科ごともありますし、地域性もありますし、その辺を「的確な規制とインセンティブ」で誘導していかなければ、なかなかその形には行かないのだろうというのを議論しまして、それは今、渡邊君とマッキンゼーのほうで討論内容をまとめていますので、その思考過程を次回までに開陳をして、次々回のときにはそのディスカッションができるようにと思いますので、ぜひまたご検討いただければと思います。</p> <p>それから、今日問題になったイギリスのGPについては、次回にもうちょっと掘り下げて考えて、次々回には、今言いましたように、これを取りまとめていく過程についてご相談をしたいと思います。</p> <p>それでは、渡邊先生、事務局から連絡をお願いします。</p> | <p>よりよい規制(緩和)とインセンティブによる制度の運営</p> |
| <p>○渡邊(事務局) ・次回の班会議</p> | <p>次回は、2月9日の15時から17時まで、この同じ会場で、英国家庭医学会の前会長でいらっしゃるロジャー・ネイバー先生にご講演いただいて、家庭医の、あるいは総合医の仕組みについてご意見をいただき、ご討議をいただきたいと思います。</p> <p>葛西先生、何かご紹介をいただければと思います。</p> | <p>次回の班会議</p> |
| <p>○葛西</p> | <p>ロジャー・ネイバー先生は、2006年まで英国家庭医学会の会長をされていた先生で、私とは2005年からおつき合いがあって、2005年から日本に3回来られて、日本の事情も非常によくわかっておられます。英国家庭医学会前会長というと非常に権威ですが、もちろん実績のある方ですけれど、イギリスのプレア前首相などと同じように、若くしてみんないいポジションで仕事をしてリタイアしますので、まだ年齢は60歳ぐらいで、非常に若々しくて、そして皆さんにいろいろな質問に丁寧に答えていただけたと思います。今日来た学生の方も次回もぜひ参加されたいと思いますし、メディアの方も含めて、家庭医療というものが何か、コアの部分でどういうことが家庭医療の価値観であるのか、そしてそれをイギリスの社会でどのように適用させて、どういう問題点があるのか、どこがうまくいっているのか、いいところも悪いところも全部聞いて、理解を深められるいい機会だと思いますので、どうぞご期待ください。</p> <p>なお、プレゼンテーションは、通訳をつけていただくようお願いしていますし、スライドのほうも既に入手しまして、今、私が翻訳をして、日本語のスライドと英語のスライドと両方を見られるような形で、事前資料にも含めていきたいと思いますので、よろしくお願いたします。</p> | |

| | | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <p>○土屋 ・閉会挨拶</p> | <p>ありがとうございます。 それでは、次回のイギリスの分とその後の取りまとめですが、取りまとめ前に、マッキンゼーのほうのまたご厚意で、もう1回ロンドンと会議を行い、さらにまとめをきっちりやっていきたいと。まとめのところも彼らはサービスで手伝ってくれるということですので、説得力のある報告書にして、多くの方面で受け入れられるような形のご提言をしたいと思いますので、年度末の忙しいときで申しわけありませんが、また何度もお声をかけるかと思えますけれど、よろしく願いいたします。 今日、時間厳守と言いながら、10分超過しまして、120分の10で、10分の1以内ということで、ご勤弁を願いたいと思います。 それでは、今日の班会議を終わります。どうもありがとうございました。</p> | <p>閉会挨拶</p> |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

第8回班会議 会議録

日時:平成21年2月9日(月)17:10~19:30

場所:国際会議場(国立がんセンター築地キャンパス内 国際研究交流会館3階)

出席:土屋(班長)、江口、葛西、川越、阪井、山田、渡辺

ロジャー・ネイバー先生(英国家庭医学会前会長)

| | | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <p>○土屋 ・開会挨拶 ・今回の進め方</p> | <p>それでは、定刻を10分過ぎましたので、始めさせていただきます。10分間、お待ちいただいて、どうもありがとうございます。 今日は第8回の班会議ということで、英国家庭医学会の前会長でありますロジャー・ネイバー先生をお招きして、先生の御講演とディスカッションということで用意をさせていただきました。これは班員の1人であり葛西先生の大きな御努力で実現できたことを、あらためてこの場をかりてお礼申し上げたいと思います。</p> <p>本日は、葛西先生にこの講演のご司会をお願いしてあります。そして、機材の使い方は事務局からご説明しますが、同時通訳がついておりますので、日本語での質問も快く受けていただけます。ぜひ活発なご質問をお願いしたいと思います。</p> <p>英国の事情については新聞そのほかでも私どもは知ることができますが、やはり間接的だと話が曲がってきますので、直接当事者からお話を伺うという利点を生かして、正確な情報を私どもの班で得たいと思いますので、よろしくご協力をお願いします。</p> <p>それでは、事務局のほうから説明をお願いします。</p> | <p>開会挨拶</p> <p>今回の進め方</p> |
| <p>○渡邊(事務局) ・本日の議題</p> | <p>事務局の渡邊でございます。本日の議題は「英国における家庭医と医師の専門医教育研修制度のあり方」ということで、英国の家庭医学会前会長でありますロジャー・ネイバー先生をお招きしてご講演いただくことになっております。</p> <p>お手元にレシーバーがございますが、チャンネル1が日本語、チャンネル2が英語となっております。そして、前面のメインスクリーンは英語が表示されまして、左右に2つのサブスクリーンで日本語が表示されます。お手元の資料は、英語、日本語、どちらもございますので、そちらをお使いいただければと思います。質問も、英語、日本語、どちらでもお受けできますので、よろしくお願いたします。それから、電池がもし切れている場合は、手を挙げていただければ事務局の者が参りますので、お申し出ください。</p> | <p>本日の議題</p> |
| <p>○土屋</p> | <p>ありがとうございます。いくつかの項目に分けていただいて、その都度ディスカッションをしながらということで、2時間たっぷりありますので、フルに使って事情をお伺いしたいと思います。</p> <p>それでは、葛西先生よろしくお願いたします。</p> | |
| <p>○司会(葛西) ・司会挨拶 ・ネイバー先生ご紹介 ・家庭医を育ててきた実績を伺う機会</p> | <p>土屋先生、どうもありがとうございます。皆さん、こんにちは。福島県立医大の葛西でございます。今日は、ネイバー先生をお迎えして、これから班会議の講演の司会をさせていただきますので、どうぞよろしくお願いたします。</p> <p>最初に、ロジャー・ネイバー先生の御紹介をさせていただきます。</p> <p>ロジャー・ネイバー先生は、2003~2006年まで直前の英国家庭医学会の会長をされてきました。英国家庭医学会は1952年に設立され、家庭医の学会としては世界で最も伝統と実績のある学会であります。先生は1971年にケンブリッジ大学医学部のキングス・カレッジを卒業しております。その前に心理学で修士を取られてから、医学に進んでおられます。</p> <p>英国家庭医学会の会長になる2003年まではロンドン郊外のアボッツ・ラングレー</p> | <p>司会挨拶</p> <p>ネイバー先生ご紹介</p> |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| | <p>というところで家庭医として働いておりまして、家庭医として働きながら医学教育のエキスパートでもありまして、今日の講演の中でも出てきますけれど、英国家庭医学会の指導医として、そして指導医を指導する教育プログラムのコーディネーターとして活躍されました。特に英国家庭医学会の専門医の試験(MRCGP: Membership of the Royal College of General Practitioners)の試験官を20年間お務めになりまして、1997~2002年まではMRCGPの首席試験官を務められております。</p> <p>医療と臨床教育の心理面、そして行動面についての実績、造詣が深く、診療については「The Inner Consultation」という本、教育に関しましては「The Inner Apprentice」という本、いずれも医学教育あるいは家庭医の教育や診療の面では世界の家庭医から読まれている本を書かれています。</p> <p>医学以外のところでは、バイオリンはセミプロ級の演奏者でありまして、私も教会の新年コンサートで弾いていらっしゃるのを聞かせてもらったこともあります。それから、シュベルトの研究もされたり、英国で禅の修行を受けているとか、人間としても非常に魅力的な方です。</p> | |
| | <p>最初は2005年に私が臨床教育のワークショップを日本で開催された家庭医療学の国際学会の後にやらせてもらったときに、リーダーの一人として来ていただきまして、それ以来のおつき合いで、今回が4回目の来日となります。その間、日本の家庭医療の実際の診療・教育現場にも回っていただきまして、いろいろな人たちとディスカッションをして、日本の実情についてもかなりお詳しいという方です。ですから、日本で家庭医療のことがディスカッションされるときに、どうしても核心を突いた議論になりにくいのは本格的な家庭医療を知る人が少ないため、海外の情報でも家庭医療を本当に実践し家庭医を育ててきた人の意見やその実績を我々が直接知れなかったということがありますが、今日はまさにその中心にいる当事者に直接聞ける非常にいい機会だと思います。</p> <p>それでは、ロジャー・ネイパー先生にご講演をいただきたいと思っております。</p> | <p>家庭医を育ててきた実績を伺う機会</p> |
| <p>○ネイパー</p> <ul style="list-style-type: none"> ・はじめの挨拶 ・講演の進め方と全体の構成 ・日本と英国の医療の類似点と相違点 ・英国では病院の専門医と家庭医はほぼ同数 ・英国の家庭医療の5つの重要な特徴 ・英国における家庭医の役割の実際 ・医療制度、ヘルスケアの概要のまとめ | <p>「こんにちは」——私が日本語でお話しするのは以上です。土屋先生、そして研究班の先生方、まず冒頭に、本日お招きいただきましたことを感謝申し上げます。</p> <p>日本から我々は学びたいと思っております。英国、日本ともに、医療を国民に提供する上で同じような問題を抱えているからです。</p> <p>日本では、すばらしい病院のケアを提供なさっています。英国では、日本のその状況をうらやましく思っております。一方、英国では、30年にわたり若い医師が家庭医になるための教育を行ってまいりました。本日は、その経験に関して皆様にご紹介したいと思っております。葛西教授に座長をしていただくということで、大変光栄に思います。</p> | <p>はじめの挨拶</p> |
| | <p>お手元に資料が配布されているかと思いますが、それに基づきながら少しお話を広げていきたいと思っております。</p> <p>5つのセクション(章立て)から構成されております。それぞれのセクションに関して簡単に話した後、葛西先生の座長のもと、ディスカッションをしていきたいと思っております。何かご質問がありましたら、それにお答えするという形にしたいと思います。また、私の講義の終わった段階で十分時間をとって、両国の状況に関して議論をしていきたいと思っております。</p> <p>まず、日本の医療、そして英国の医療の制度がお互いに似通っている点と、お互いに違っている点に関して、幅広く見ていきたいと思っております。</p> <p>2つ目に、病院を基盤とする専門医と地域を基盤とするジェネラリスト(家庭医・総合医)のシステムがどう違うのかということを見て、それぞれの制度の強み、長所を見ていきたいと思っております。</p> <p>3つ目に、日本に家庭医療を整備することで期待される利益を、特に高齢者、小児科、産婦人科、そしてメンタルヘルスケア(心の健康)の領域で見ていきたいと思っております。</p> <p>4つ目に、英国の病院勤務医と家庭医の養成制度に関しても触れたいと思いま</p> | <p>講演の進め方と全体の構成</p> |

| | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| | <p>す。そして、特に家庭医の養成制度に関して、カリキュラム、教育方法、そして評価方法に関してご紹介したいと思います。</p> <p>そして、最後に簡単に、英国の卒後医学教育の計画準備と管理運営に関してご紹介をして、そして質疑応答と結んでいきたいと思っています。よろしいでしょうか。</p> | |
| | <p>それでは、まず日本と英国の医療、ヘルスケアの類似点と相違点を見ていきたいと思っています。</p> <p>ここで簡単な質問をしたいと思っています。まず、医者数は何名いるかということですが、日本の人口は約1億2,700万人、そして英国の人口はその半分弱の約6,000万人でございます。こちらは世界保健機関の統計からとりましたが、日本の医師数は約28万人、そして英国は13万5,000人です。これで計算しますと、同じような数字になってまいります。すなわち、英国、日本とも人口1万人当たりの医師数が22~23名ということで、大変類似した状況であります。</p> <p>しかしながら、大変重要な違いがあります。すなわち、病床数ですが、日本において人口1万人当たりの病床数は141床です。一方、英国においては、大変少ない国ということで、39床しかありません。この数の大きな違いから、我々2カ国の医療制度の違いがわかるわけです。</p> <p>それでは、この病床数の1万人当たりの違いはどうか解釈すべきかです。医師の数は同じなのに、なぜなのか。日本人の患者は英国人患者より3倍重症なのか。もちろんそういうことではありません。もちろん、日本のほうが高齢者数は英国より多いわけです。しかし、この相違を説明するには十分な理由ではないでしょう。というのは、例えば、心疾患、がん、脳卒中といった重症の疾患の発症率は両国でほぼ同じだからです。もしかすると、日本の国民のほうが英国国民よりも3倍ぐらい健康なんでしょうか。日本人のほうが英国人よりも健康であるわけですが、3倍健康だとは言えないでしょう。日本人の寿命のほうが英国人より3年長いわけです。</p> <p>しかしながら、私の理解では、この差異というのは、日本人の遺伝的なもの、そして大変おいしい食事の因子、そして生活習慣の要因によるものがほとんどで、よりハイテクな医療によるものではないと考えられるわけです。</p> | <p>日本と英国の医療の類似点と相違点</p> |
| | <p>こちらのスライドに2カ国の重要な違いがあります。英国の13万5,000人の医師の内訳を示しております。68%の医師が病院で勤務をしております。この中には研修医も含まれております。そして、すべての英国の医師のうち32%が家庭医として地域で働いております。</p> <p>実は病院を基盤とする医師のうちコンサルタントと呼ばれる各科の専門医の数は4万3,000人です。ですから、病院の専門医と地域の家庭医が大体半々ぐらいであるというのが現在の状況です。</p> | <p>英国では病院の専門医と家庭医はほぼ同数</p> |
| | <p>それでは、英国における家庭医療の重要な特徴をご紹介したいと思います。</p> <p>1つ目に、英国市民はすべて家庭医療の診療所に登録をしています。すなわち、その市民とその地域にいる家庭医(GP)が登録関係にある、契約を結んでいるということです。</p> <p>2つ目に、1人の家庭医が約2,000人の患者をケアしております。</p> <p>3つ目に、家庭医は地域で通常3~5人ぐらいが共同で、設備の整った診療所で、スタッフやさまざまな管理運営的な資源を共有しながら働いております。</p> <p>4つ目が、英国のプライマリケアの制度と日本の制度の重要な違いであり、そして、プライマリケアを持つ国でも英国と違う点があるのがこの点です。英国では、ほとんどの場合、家庭医が患者の健康サービスにおける最初の接点となります。英国では患者が病気になると、ほとんどの場合、まず家庭医に行きます。救急の場合は、例えば交通事故であったり、心臓発作になった場合には、もちろん患者は(家庭医でなく)救急部に送られます。</p> <p>5つ目ですが、しかし、通常は、英国の患者は、まず家庭医に診てもらって、その家庭医からの紹介があって、2次ケア、病院の先生に診てもらおうということになっております。これが英国のヘルスケアの制度となっております。</p> | <p>英国の家庭医療の5つの重要な特徴</p> |

| | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| | <p>その結果、最初の接点である家庭医は 10 の診療のうち9を2次ケアへ紹介することなく取り扱うという状況になっております。10 人の患者が家庭医のところに来たとしたら、そのうち病院に行くのは1人のみです。家庭医はさまざまな検体検査ですとか放射線検査、血液検査や細菌などの検査、CTや MRI 検査、そういったものもオーダーして利用することができます。</p> <p>そして、家庭医は、看護とか、注射・点滴・採血をしたり、カウンセリングや栄養士のサービスを提供したり、さらにへき地におきましては薬剤提供を行っております。さらに、慢性疾患——糖尿病、喘息(ぜんそく)、甲状腺疾患、高血圧、小児発達、妊娠・出産前のケアなどの専門外来を提供しています。さらに、多くの家庭医は、専門分野にも臨床的興味を持っています。例えばポピュラーなものといましては、皮膚科学、心臓病学、小児科学、内視鏡などの専門分野が挙げられます。地域を基盤としながらも、特定の分野に臨床的興味を持ち、そしてそれを患者にサービスとして提供していくということを行っております。</p> | <p>英国における家庭医の役割の実際</p> |
| | <p>こちらが要約となりますが、イギリスの市民がどのように医療制度を使うかということです。まず、日本と同じように、多くの人たちは自己ケアを行っています。親せきや友人に聞いたり、または薬局で尋ねたりします。そして、その 10%は家庭医のところへ行きます。図の真ん中から上のところ。そして、その 10%から2次ケアに行くのは1%のみです。</p> <p>では、葛西先生、1つ目のセクションのヘルスケアの前半についてお話をいたしましたので、班員の方から何か質問がありましたら、ここで質問を受けたいと思います。</p> | <p>医療制度、ヘルスケアの概要のまとめ</p> |
| <p>○葛西 ・日英のヘルスケアの類似点と相違点のまとめ</p> | <p>ネイバー先生の講演は5つのパートに分かれておりますので、それぞれのパートが終わるごとに、内容について明確にしたいこと、疑問のあることについて質疑応答をしまして、それで理解ができたところで次に進み、最後に全体を通してのさらに突っ込んだディスカッションをする、そういう進め方にさせていただきたいと思っております。</p> <p>それでは、最初の日本と英国のヘルスケアの類似点や相違点について、皆さんから、明確にしておきたいこと、あるいはご質問等がございましたら、お願いいたします。</p> | <p>日英のヘルスケアの類似点と相違点のまとめ</p> |
| <p>○土屋 ・家庭医の担うグループ診療と専門診療、少人数での診療</p> | <p>「英国家庭医療の重要な特徴-1」のスライドの3つ目で、「家庭医は地域で、通常3人以上で共同して、設備の整った診療所で働いている」という記載がありますが、これはいわゆるグループ診療的に考えてよろしいでしょうか。そうであれば、次のスライドの「重要な特徴-2」の中で、専門外来を持っているというのは、自分は糖尿病だ、自分は高血圧だと、それぞれが特徴を持ってやっているのかどうか。そして、それぞれについて特別に専門的なトレーニングをどこかで受けているか。</p> <p>もう一つ追加すると、人口が1,000人や2,000人を超えて5,000~6,000人であれば3人の共同でいいのですが、人口の少ない町、1,000人とかぎりぎりのところで、定員として1人ぐらいしかいないというときにどうされているか。その点を教えてください。</p> | <p>家庭医の担うグループ診療と専門診療、少人数での診療</p> |
| <p>○ネイバー ・グループ内での専門化と役割分担</p> | <p>土屋先生、ご質問ありがとうございます。まず、この共同で診療するという方法ですが、医師は、通常、その場所を所有していて、同僚を自分で選ぶというビジネス的な手法でやっております。そして、その中でいろいろと専門領域が違います。私の関心は皮膚科、小児、精神分野ですが、私のパートナーは特に糖尿病と高齢者のケアに関心を持っています。</p> <p>ですが、この専門化というのは、それほど専門分化したものではなく、ほとんどの者は高血圧、糖尿病など基本的なものに関しては共通に診られます。ただ、あるクリニックでは特別な専門外来を持っていたり、また、ある患者で何らかの難しい問題を抱えている場合には、同僚の間で相談をするということで、非公式的な専門化というのをこのパートナー間で持っているという状況です。</p> <p>それから、人口の少ない地域ではどのようにしているのかという御質問をいた</p> | <p>グループ内での専門化と役割分担</p> |

| | | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| | <p>だきました。英国ではそれほど小さな村というのは実はないんです。例えば、スコットランドのハイランド、もしくはスコットランドの島にはそういった人口の少ない村はありますが、1人しか家庭医がいないというところは本当に限られております。ほとんどは2人もしくは3人の家庭医がいるところでやっております。というのは、輸送も整っておりますし、医師がその村の間をうまく移動できるということです。ですから、遠隔地であっても1人しか家庭医がいないというところは英国ではめったにありません。</p> | |
| ○葛西 | <p>ありがとうございました。そのほかにいかがでしょうか。 阪井先生、どうぞ。</p> | |
| ○阪井 ・家庭医の「契約」の 考え方 | <p>阪井といいます。スライド(「英国家庭医療の重要な特徴-1」)の最初の点についてですが、すべての国民は1人の家庭医に登録されている、契約を結ぶとおっしゃっていましたが、それは自由に選べるのでしょうか。つまり、嫌になればほかの人に代わるのでしょうか。 逆に、医師のほうも、先生は contract とおっしゃいましたが、それが契約ということであれば、もし嫌になれば、その契約を延ばさずに、「ほかの医者に行ってください」ということが言えるのでしょうか。</p> | 家庭医の「契約」の考え方 |
| ○ネイバー ・契約による医師と 住民の関係 ・市民の権利と責任 | <p>阪井先生、ありがとうございます。確かにこれは契約で、そして署名を行う契約であります。そして、患者は自由に選択をすることができます。もちろん、へき地であればその選択肢はそこまで広くありませんけれど、これは自由な選択で、そして理由もなしに医師を替えることもできます。例えば、私は5人のパートナーがいましたけれど、皆さんが私のところに登録しているとして、しかし、私が嫌であった場合に、ほかの方へ登録をすることができます。別の医者のところへ行くことができるわけです。 そしてまた、こういったケースはなかなかないのですが、その逆もあるわけです。医師のほうから、「この患者は嫌だ」と言うことができます。例えば、暴力的であったりなどの理由があるときは、医師のほうから契約を切ることができます。しかし、それはまれです。実際には、自分が心地よいと思える医師を見つけることができるということがほとんどです。</p> | 契約による医師と住民の関係 |
| | <p>2週間前、新しいヘルスケア法(Health Care Constitution)というものを政府が出しました。これはもちろん政府側の見解にあふれたものであるわけですが、しかしその中で、市民は医師に対する権利があるとともに、そのサービスを誠実に使う責任があるということが書かれております。こういった新しいイニシアチブが2週間前に出てきました。</p> | 市民の権利と責任 |
| ○川越 ・在宅の看取り ・看護師との協働 | <p>質問ですが、日本の場合は家で亡くなる方が 13%ぐらいあります。がんですと6%ぐらいですけど、イギリスの場合、GP は在宅死のことをどのくらい看取っているのでしょうか。</p> | 在宅の看取り |
| | <p>そして、もし可能でしたら、もう1つの質問は、看護師の協働ということにこれから触れられるのでしょうか。もし触れられる予定がなければ、ナースとどういった協働をしているかについて教えていただければと思います。</p> | 看護師との協働 |
| ○ネイバー ・ホスピスにおける 緩和ケア ・トリアージや地域に おける看護師の役割 | <p>ありがとうございます。家庭での死亡は、英国と日本の制度ではかなり違うと思います。はっきりとした数字は持っていませんが、私の記憶では、英国国民の60%が家で、もしくはホスピスで亡くなります。英国の制度で、日本でもホスピスがあるかと思いますが、地域でのターミナルケア——介護のようなところです。例えばがんの患者の場合は、家で、もしくはホスピスで亡くなります。急性期の病棟で亡くなるということは英国ではありません。 ホスピスというのは、家の環境と病院の環境が合わされたような環境になっています。緩和ケアということが提供されます。そして、医師がいるわけですが、急性の医療の現場のような状況ではありません。ですから、親族などもホスピスでは</p> | ホスピスにおける緩和ケア |

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| | その患者と一緒にいられます。 | |
| | それから、看護師のことですけれど、ここで少し触れたいと思います。プライマリケアにおいて、家庭医は看護師を雇うことになります。例えば、私の診療所では5名の医師がおりまして、4名の看護師を雇っています。そして、看護師は開設機関の中におりまして、軽微な疾患に関しては対処できますし、また、重要なトリアージ(ふるい分け)という役割がありまして、例えば、医師のケアが必要であるという際にトリアージの役割も果たします。それから、ディストリクトナースと呼ばれる地域で働く看護師というのがあります。それは術後の患者を診る、もしくは慢性の疾患の患者を診るというのが役割です。これでお答えになっておりますでしょうか。 | トリアージや地域における看護師の役割 |
| ○川越 ・地域看護師の在宅医療における役割 | 5人のナースがいるということはおそらくはよくわかったのですが、そのナースは、地域で在宅訪問することがあるのでしょうか。もし、しないとすれば、在宅訪問はディストリクトナースがやるのでしょうか。その辺のところを教えてください。 | 地域看護師の在宅医療における役割 |
| ○ネイバー | その診療所の看護師というのは、例えば血液検体を取りに行ったりとか傷などを見るということですが、慢性の患者というのはディストリクトナースが診ます。ただ、そういう看護師というのはすべて家庭医が雇っているということになります。お答えになっておりますでしょうか。 | |
| ○葛西 ・終末期医療における家庭医の役割 | 川越先生の質問を明確するために私のほうからお聞きしますが、在宅で、あるいはホスピスでターミナルケアが行われるときに、そこでの家庭医の役割はどのようなものなのでしょうか。 | 終末期医療における家庭医の役割 |
| ○ネイバー ・医療上の決定を行うことと、精神的な支援を行う役割 | ターミナルケアにおける家庭医の役割ですけれど、いくつかあります。1つは、臨床上の決定、例えば疼痛モルフィンの用量とか、酸素吸入ができるようなベッドを用意するとか、そういった医療上の決定を下します。また、家族にとって大変厳しい状況の中で、家庭医と家族の関係が大変近くなるわけです。そして、そういう状況での家庭医の役割というのは、感情的な支援を家族に対して行います。患者が亡くなる前、そして後にも行うということが役割として大変重いわけです。ですから、臨床上の役割、そしてそういう精神的な役割を果たしているということです。 | 医療上の決定を行うことと、精神的な支援を行う役割 |
| ○渡辺 ・家庭医の配置の仕組み | 質問ですけれど、2,000人に1人という割り当てを、ドイツの事例などで強制配置になっているのですが、イギリスの場合にはどのように2,000人に1人という割り当てができるような仕組みになっているのでしょうか。 | 家庭医の配置の仕組み |
| ○ネイバー ・地域による配置の仕組み | おそらく世界共通であると思いますが、医師の人たちはよい地域で働きたいと考えております。そしてまた、文化的な施設が整っているところ、よい学校のあるところで働きたいと考えております。貧困地域では働きたくないと考える人がほとんどで、それは世界共通であると思います。イギリスにおきましては、貧困地域で働くための医師のインセンティブがあります。ロンドンにおきましては、そういうところで働けば給与が少し高くなるといったインセンティブがあります。また、へき地で働くことに関しましては手当があります。しかし、医師の中には、へき地で働くことを好む人もいます。特にアウトドアが好きな方たちや山登りが好きな医師たちです。また、患者と医師のそういった小さなコミュニティにおける関係というのは大変密接なものがありますので、そういうところに好んで行く人もいます。ある医師が亡くなって空気が出た場合には、地方自治体のほうからそういった空気を埋めるためのコミッション(依頼)を得なければいけません。そして、このようにして入れ替えが行われていくということになります。 | 地域による配置の仕組み |
| ○渡辺 | サラリー(給与)は NHS(National Health Service)で支払われるのだと思います | 家庭医における給与 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <p>・家庭医における給与の体系</p> | <p>が、その場合にサラリーに地域差があるというのは、どういう仕組みで地域差がつけられるのでしょうか。診た患者に応じて NHS が支払うのかと私は思っていたのですけれど。</p> | <p>の体系</p> |
| <p>○ネイバー</p> | <p>給与の体系ですけれど、英国の家庭医の場合には大変複雑です。まずは固定給の部分があります。2つ目に患者の数に応じたものです。3つ目は、5年前に始まったもので、給与の 60%は臨床的なアウトカムファクター（結果の指標）によるもの、すなわち糖尿病ですとか高血圧などで設定されたのスタンダード（基準）に到達することで支払われるものです（Quality and Outcomes Framework）。こういったかなり複雑な体系になっていますが、家庭医の給与は地域による、というそこまでの格差はありません。</p> | |
| <p>○土屋 ・診療所での検査設備</p> | <p>いわゆる検査機器についてお聞きしたいのですが、こういう診療所ではどの程度の検査機器を用意されているのか。それから、血液検査などはどうされているのでしょうか。</p> | <p>診療所での検査設備</p> |
| <p>○ネイバー</p> | <p>ほとんどの家庭医の診療所では検査機器というのは少なく、例えば超音波の機器であったり、血液検査の機器はありますが、通常は検体ラボに毎日血液検体を届けるという形でしています。 X 線の施設に関しては、診療所にはルールとしては置いているわけではありません。このルールは少し変わりつつありますが、例えば複雑な患者の場合には病院に行くこととなります。</p> | |
| <p>○葛西</p> | <p>そのほかにかがででしょうか。 それでは、セクション2に進みたいと思います。よろしく願います。</p> | |
| <p>○ネイバー ・専門医と家庭医の診療の違い ・家庭医の患者の背景（コンテキスト）を見る視点 ・家庭医・総合医としてのアプローチが好ましい場面 ・家庭医・総合医による継続的なケア ・病院でのケアが望ましい場面 ・地域に基盤を置いたケアが望ましい場合</p> | <p>では、次に、専門医の診かたと家庭医がどのようにして診ているかの違いを見ていきたいと思います。これはすごく見えにくいところではあるのですが、大変重要な点でありますので、説明していきます。 専門医としてトレーニングを受けた人であれば、まずは機械としての体について学びます。どういう疾患が起こり得るのか、そして生物学的機能不全として疾患を捉え、それにはどのようなものがあるのかということについて学びます。 そして、そういった中で、疾患の経過に集中する——何がうまくいかなかったのか、どこに異常が起きたのか、それを同定し、それを修正して通常の状態に戻そうとします。私にしましても、世界中の医師にしても、このような形で専門医の教育を受けているわけです。このようなアプローチは大変効果的です。</p> <p>それに対して、家庭医ですけれど、家庭医もちろんそういう見方をしますが、それに加えて、さまざまな見方をします。生物学的機能不全だけではなく、家庭医としての見方を加えていきます。家庭医には、患者を生物学的な機能としての体として見るだけでなく、さまざまなコンテキスト（背景）で見るということが重要になります。家族とか社会的なグループ、あるいは職業、雇用、そういう観点からも見ていくこととなります。 なぜなら、そういうコンテキストにおいても不全が起きることがあるわけです。家族や職場で何かうまくいかなかったり、または人間関係でうまくいかなかったりということで、生物学的な機能不全が不調を引き起こすのと同じような不調を引き起こすことがあります。</p> <p>このように、家庭医は身体的な観点からも診断をつけますけれど、それだけではなく、心理学的および社会学的な観点からも診断していきます。さらに、病気が、職業、人間関係、そして環境に与える影響を考慮していきます。このようなコンテキストからも考えるわけです。 さらに、患者の人間関係、職業や社会的な環境、そして家族の環境が病気とそこからの回復にどのような影響を与えていくかということも見ていきます。</p> | <p>専門医と家庭医の診療の違い</p> <p>家庭医の患者の背景（コンテキスト）を見る視点</p> |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <p>では、ここで、スペシャリストのアプローチよりジェネラリストのアプローチが適用される方が良い場合はどういふときなのかについてお話をしていきたいと思ひます。</p> <p>理想的な家庭医は、ときによつてはスペシャリストとして、そしてときとしてはジェネラリストとして考えられるということがベストです。どちらか二者択一ではありません。両方ともできなければいけないわけではなひ。ただ、つけ加えておきたいことは、ときによつては臨牀的にベストアプローチとして、ジェネラリストのアプローチをとるといふことが好ましいときがあります。</p> <p>例へば、病理解学的基盤が不明の場合——神経性の過敏症ですとか片頭痛、そういふ何かが生物学的におかしくなつていふのかといふことが不明な場合が挙げられます。</p> <p>また、ジェネラリストのアプローチが好ましいのは、診断や最良のマネジメントについて臨牀的に不確定性が高い場合です。例へば、早期の場合ですと症状がはっきりしない場合があり、教科書的な経過をたどらないときがあります。一体何が正しいのか、そして診断としては何をすべきなのか、マネジメントとしては何が一番いいのかといふことがわからないときがあります。プロトコールがないとき、ガイドラインや研究がまだないとき、そのときにはジェネラリストのアプローチをするほうが好ましい場合があります。</p> <p>また、心理学的、家族的、社会的局面が病気に大きく影響してゐる場合は、単に純粋に生物医学的なアプローチのみをするといふことが好ましくない場合があります。</p> <p>さらに、高齢者にアプローチをするときには、多くの問題を同時に抱えてゐる場合が多いわけではなひ。例へば65歳以上の場合は、1つの疾患だけを抱えてゐることは少なくなつていひます。高齢者の場合は、糖尿病あるいは高血圧だけではなひ、その双方を抱えてゐるときがあります。また、変形性関節症ですとか、貧困の問題、または寂しいといふ孤独を抱えてゐるときもあります。</p> <p>そういう場合は、治療をすべてやつていふことが最善といふわけではなひません。過治療になつてしまふことがあるからです。そういう場合には、ジェネラリストのアプローチをとつて、妥協点を見つて、どこが一番いいのかといふことを探つていふことが必要になるわけではなひ。</p> | <p>家庭医・総合医としてのアプローチが好ましい場面</p> |
| <p>英国の家庭医療で行われてゐることは継続的なケアです。何年も治療をし、そして人の意思に継続的にかかわつていふことによつて、ある1人の患者を大変よく知ることができるといふことです。これには大変多くの利点があります。ただ、政治的になかなかできなかつてきつてありますが、私はこの30年間この分野でやつてきて、1人の人を小さいときから大人になつて結婚をするまで診たりですとか、その両親が年老いて死に直面するといふ状況も見つてきました。</p> <p>そして、このように継続的に見ていふことによつて、病気が発生したときにそれに対応することがやりやすくなるといふことがあるわけではなひ。病院を基盤にした治療になりますと、このような継続的なケアといふことが難しくなつていひます。多くの研究によつて、患者さんの多くはこのような継続的なケアを望んでゐます。そうすることによつて、医師の信頼性を増すことができ、何が起つていふのかを理解することができるといふからです。</p> <p>また、英国と日本に共通して言えることですが、なかなか病院にアクセスすることができない患者さんもたくさんいます。病院に行くまでの交通手段がないですとか、そういふ問題に直面してゐる患者さんもいます。病院に行くために職場を休まなければいけなかつたり、または家族に連絡して連れていってもらわなければいけなかつたり、そういう場合にはジェネラリストとしての家庭医が診ることのほうがよい場合もあるわけではなひ。こういう場合には、ジェネラリスト・アプローチのほうが望ましいといひます。</p> <p>しかし、私がここで地域を基盤としたケアが良くて病院でのケアが悪いといふことを言おうとしてゐるのではなひません。そこは誤解しないでください。</p> | <p>家庭医・総合医による継続的なケア</p> |
| <p>病院のケアは、特定の場合においては大変効果を発揮します。例へば、救急ケアの場合、患者が重症の場合、病気がまれで複雑な場合、または診断がつか</p> | <p>病院でのケアが望ましい場面</p> |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| | <p>い場合、さらにハイテクの検査や治療が必要な場合などです。まれな病気の場合にはスペシャリストが常駐で病院にいて、そういった専門的な治療を患者さんに対して行うことがよい場合もあります。さらに、患者が、理学療法やリハビリテーション、言語療法などの専門化された治療を受けるときには、病院を基盤としたケアがよいと言えます。</p> <p>地域に基盤を置いたケアがよいと考えられるのは、軽症の場合ですとか、緊急を要しない場合、さらに慢性疾患を取り扱うためなどが挙げられます。糖尿病ですとか喘息、高血圧症、関節炎、認知症などです。こういった慢性の治療を行っていくのは、地域を基盤とした家庭医が診たほうがよいということが臨床研究によってわかっております。短期的に病院で診るのではなく、長期にわたって家庭医療を用いたほうがよいという研究エビデンスがあります。</p> <p>また、小児の発達ですとかワクチンの接種、あるいは予防医学のため、さらに多数の診断を持つ患者で全体にわたるマネジメント計画を立てるためなどが挙げられます。</p> <p>では、ここで一回止めまして、質問があるかどうか聞いてみたいと思います。</p> | <p>地域に基盤を置いたケアが望ましい場合</p> |
| ○葛西 | <p>確認しておくことや質問のある方がいらっしゃいましたら、お願いいたします。</p> | |
| ○川越 ・家庭医・総合医としての視点の歴史的な背景とホスピスケアについて | <p>すごく参考になったのですが、質問したいことがあります。GP の患者さんの見方というのが専門医と違うということはよくわかりましたが、今、日本ではそういう見方をしなければいけない。今までは専門的なところだけで患者さんを診るというのでいろいろ問題が起きているということが取り上げられているんです。そのときに、イギリスでこういう患者さんの見方が出てきた歴史的な背景ですが、どうしてこういうものが出てきたのかについて教えていただきたいと思います。</p> <p>というのは、日本人の写真が出てきたスライドですが、身体的、心理学的、社会的、そういう視点から患者さんを診ていくということは、まさにホスピスケアで非常に言われていることなのですが、家庭医の発達ということの中に、イギリスで誕生したホスピスケアというものは影響しているのでしょうか。その辺のことも含めて教えてください。</p> | <p>家庭医・総合医としての視点の歴史的な背景とホスピスケアについて</p> |
| ○ネイバー ・英国における家庭医の歴史 ・家庭医学会の歴史、専門性と独自の研修制度などの導入 ・ホスピスケアの成り立ち | <p>川越先生、ありがとうございます。お恥ずかしい話ですが、150 年ほど前ですが、1850 年ごろまではすべての英国の医師というのは GP(古典的一般医)でした。これは世界中そうだったと言えると思いますが、科学がそれほど発展していなかったからです。1850 年から 1900 年まで、医学の科学的な理解というものが拡大してまいりました。すなわち、医学のサイエンスというものが提供できるものが大変多かったというのがその時期です。そして、病院も病院の技術も発展していき、最高の医師が病院に勤務するようになり、英国におきましては 1950 年ごろまで最高の医師は病院で勤務しておりました。</p> <p>そして、1954 年に極めて有名な議論が公になりました。それは我々の大先輩のロード・モレンという英国の医師がおりまして、彼は英国のロイヤルファミリーのお抱え医師だったのです。当時、GP というのは昇進のはしごから外されてしまった医師——すなわち最高の医師というのは専門医で、どの医師も昇進の階段を上っていきたいが、その階段から落ちた人が GP になるというふうに見られておりました。1950~1960 年ごろまでは英国ではそのような考え方が一般的でした。私のはるか前任者でありますその会長は、その議論を転換させました。</p> <p>1分ほど歴史について申しますと、私どもの家庭医学会は 1952 年に設立されました。それは家庭医療というものが劣っている専門であるという考え方に対抗するためでした。</p> <p>そして、家庭医(現代的 GP)が専門医と比べてどういうところが特徴であるかということを議論し、両方ともに価値があるということになってきたわけです。そして、1960 年代に英国家庭医学会が家庭医療というものを専門性のあるものとして高めていったわけです。専門性と独自の研修制度などを導入することによって、そう</p> | <p>英国における家庭医の歴史</p> <p>家庭医学会の歴史、専門性と独自の研修制度などの導入</p> |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>いった考え方を打ち立ててきました。そして、家庭医療の専門医と他科の専門医は、それぞれ強みを持った対等のものであるとしてきたわけでありませう。そういう対等の関係にするまでにはかなりの年数がかかったということをおし上げて、歴史的な御説明としたいと思います。</p> <p>それから、ホスピスケアのこともお伺いになったと思いますが、ホスピスの英国における動きは1970年から出ておりまして、Cicely Saundersという看護師がこれをつくり上げました。彼女がノーベル賞を受賞したかどうかはわかりませんが、ホスピスケアの創設者ということで大変著名です。</p> <p>ほとんどのホスピスは家庭医が緩和医療の特別な研修を受けて、そしてがんの専門家、神経の専門家の支援を得ながらやってきたわけですね。そういう分野におきましては専門医とジェネラリストが緊密に連携をしながら協力をしてやっております。</p> | |
| ○葛西 | <p>ありがとうございました。それでは、セクション3に行きたいと思っております。よろしくお願いたします。</p> | ホスピスケアの成り立ち |
| ○ネイバー ・プライマリケアの死亡率改善に与える影響についての研究 ・日本において家庭医が果たすことができる役割(高齢者のケア) ・病院の専門医の負担減 ・産科・婦人科における家庭医の役割 ・小児科、小児保健における家庭医の役割 ・心の健康における家庭医の役割 ・病院の医療とプライマリケアの併存による利点 ・プライマリケアの費用対効果の利点 ・患者の高い満足度 ・プライマリケアによるさまざまな利点 ・日本において、家庭医療、プライマリケアを発展させる利点 | <p>トレーニングの話に入る前に、質の高い家庭医療を整備するとどのような利益があるのかを話したいと思います。私は外国人として日本の皆さんに、自分たちの国において学んだ教訓が日本にとって利するところがあるかもしれないということで、私どもの経験についてお話をしたいと思います。</p> <p>ジョンズ・ホプキンス大学にBarbara Starfield教授という方がいらっしゃいます。彼女はたくさんの方の研究をされておられまして、プライマリケアが死亡率にどのような影響を与えるのかということについて研究を行ってまいりました。そして、彼女が最近発表した統計でとても興味深いものがあったので、ご紹介いたします。</p> <p>がんや脳卒中や心臓発作などの死亡原因などの統計をもとに編み出した数字といたしまして、10万人の人口があるところに対して1人の家庭医を増やすと、その家庭医が自分の活動の中で34人の命を救うことができると言ったわけですね。これは彼女の統計ですけど、これだけの影響を死亡率にもたらすことができるのは家庭医だけだと彼女は言っています。神経専門医や心臓専門医などに関しましては、人数が増えても救える命はそこまで変わらないのですが、家庭医の場合はその数を増やすことによって救命に大きな影響を与えることができるわけですね。</p> <p>では、日本において家庭医が果たすことができる役割について考えていきたいと思います。</p> <p>まず、高齢者のケアから始めたいと思っております。日本も英国も高齢者の割合が増えてきておりますし、ヘルスケアの多くの資源を使うポテンシャル(可能性)があります。高齢者というのは多くの疾患にかかるわけですが、地域で治療することによって、病院の日常業務の負担が軽減されます。高齢者のケアは定期的なものであります。例えば、投薬の確認をしたり、フォローアップをしたり、モニタリングをするということですね。また、その薬に関して調整をしたり、簡単な検査を行ってその治療の監視をするわけですが、そういったものは地域でできますし、また、地域ですれば病院の負担が大きく軽減できるというメリットがあります。</p> <p>また、これによって病院の専門医が、重篤で専門性が必要な患者に時間や資源を向けることができます。家庭医は、複数の診断を持った患者さんの治療の合理化をすることができます。また、家庭医というのは地域の状況をよく理解しています。ですから、その地域の例えばデイケアであったり、休息介護であったり、外来のケアなど、その地域社会でのサービスとのリンクづけも家庭医がよくできるでしょう。また、家族をよく知っている医師が依頼するほうがほかの家族のメンバーからのケアも得やすいということがあるでしょう。</p> | <p>プライマリケアの死亡率改善に与える影響についての研究</p> <p>日本において家庭医が果たすことができる役割(高齢者のケア)</p> <p>病院の専門医の負担減</p> |

| | | |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| | <p>また、家族全員が病院と一緒にいていくということはなかなかないわけですが、家庭医というのは家族全員をケアしているので、家族全員を巻き込んだケアを患者に対してやりやすいという状況があります。そのことで病院の専門医の負担を減らすことができることとなります。</p> | |
| | <p>次に、産科と婦人科に関して見ていきたいと思えます。日本では産科・婦人科医が不足しているという状況だと聞いておりますが、英国におきましては通常の妊娠・出産前後のケアは家庭医がしております。妊娠をすれば女性は病院の専門医に最初の段階で受診して、その後36週目と出産の段階では専門医に会うわけですが、ほかの定期的な検査は家庭医が行っています。そして、出産後のケア、そして赤ちゃんの定期検診も家庭医が行います。</p> <p>そして、家庭医は避妊や性関連の保健サービスももちろん提供しています。そういう場合は特別なクリニックに患者は行く必要はありません。</p> <p>また、別の例ですが、家庭医は女性が閉経期に近づくとホルモン補充療法なども取り扱います。こういったものはもちろん病院でもできますが、地域で行えば、その分専門医はほかの診療を行うことができます。</p> | <p>産科・婦人科における家庭医の役割</p> |
| | <p>次に、小児科、そして小児保健という分野で見ますと、ここでも家庭医の役割は大きいわけです。通常の小児のケアをすることができます。例えば、小児の発達評価や予防接種も行いますし、また、小児の発達段階が正常であるかという確認もできます。</p> <p>また、ほとんどの小児の疾患というのは、風邪であったり耳の感染であったり、ちょっとおなかが痛かったりということで、そういう小児は病院に行く必要はありません。英国では、子供たちは、病院で白衣を着た医師、そしていろいろな大きな機械、そして忙しいところを見るとびっくりしますので、子供の治療はほとんどの疾患に関しては家庭医で診ることができます。そして、重篤な小児の疾患であっても家庭医がうまく管理することができますし、例えば喘息の場合には、明確なガイドラインがすべての段階であります。また、湿疹に関しても、哺乳乳(ほにゅう)の問題に関しても、夜尿症といった行動的なものであっても、また学習困難などの子供であっても、その地域社会でうまく管理できるようになっています。</p> <p>ご存じだと思いますが、小児科の問題というのは、身体的な問題だけではなく、人間関係の問題であったり、家族の問題であることが多いわけです。また、夫婦間の問題や、新しい赤ちゃんが生まれたことによって子供の行動に影響が出るということは広く理解されておりますし、プライマリケアで治療されています。</p> <p>例えば、日本の子供はどれくらい学校嫌いかというのはわかりませんが、不登校の児童は日本では英国ほど多くはないと思えます。英国では、子供が不登校になった場合、そしてあまり重篤ではない精神的な問題に関しては家庭医が診ることになっています。</p> | <p>小児科、小児保健における家庭医の役割</p> |
| | <p>また、忙しい病院の先生方の負担を精神保健問題やメンタルヘルスでも軽減することができます。うつと不安のほとんどの場合は重篤ではありません。そういう場合には家庭医が抗うつ剤やほかの投薬、そして個人をカウンセリングして行動に関するアドバイスをすることによって、ほとんどの場合は管理をすることができます。</p> <p>また、家庭医というのはその家庭をよく知っているわけですから、初期の段階で複雑な心理的な状況に関しても介入をすることができます。そうすることによって、大きな危機的な状況を回避することができます。例えば、夫がアルコール依存症であったり、妻が不倫をしているといった場合には、大きな問題になる前に家庭医が初期の段階で提案をしていき、コントロールできないまでにならないように、管理をしていきます。また、例えば、統合失調症や躁うつ症や強迫神経症といった重篤な問題に関しても、家庭医は病院の精神科医と分担しながら、患者の慢性的な疾患であっても管理することができます。</p> <p>また、多くの家庭医は、カウンセリングやいくらかの精神療法を引き受けております。その患者さんとの人間関係があるわけです。ですから、そういう関係を使ってカウンセリングなどを行う。そして、多くの家庭医がこういう分野でも技術的にも改</p> | <p>心の健康における家庭医の役割</p> |

| | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| | <p>善していて、その価値も良く理解されております。</p> <p>まとめとして、もし強力な病院における医療に加えて強力なプライマリケアがあった場合には、どのような利点があるのかということをお話します。</p> <p>まず、両方があれば、病院と専門医はその専門手技と資源を真に必要な患者に集中することができます。</p> <p>それから、ハイテク検査、高価な治療、そして検査をより適切に本当に必要な患者のために利用することができます。そして、すべての患者にそういったハイテクな検査治療を行う必要はなくなるわけです。</p> <p>また、遠隔地においても、しっかり訓練を受けた家庭医療の専門性に関して深い知識・技術を持ったプライマリケアの医師がいることによって、へき地・遠隔地でのケアの水準は高くなります。</p> <p>それから、ここでは健康の不平等ということが問題として挙がっています。例えば、貧しい患者や失業者、あるいは遠隔地に住んでいる患者の医療、ヘルスケアは、裕福で豊かな地域に住んでいる患者より劣っているという問題があります。そういう状況でも質の高いプライマリケアを利用することによって、そういう不平等の問題も改善されるでしょう。</p> | <p>病院の医療とプライマリケアの併存による利点</p> |
| | <p>現在、世界的な同時不況ですので、金銭的なことには触れたくありませんが、医療に対するの予算が決まっている場合に、強力なプライマリケアがあれば、同じような予算であっても効果的に使うことができます。</p> <p>すなわち、国内総生産(GDP)比が同じ予算であっても、プライマリケアを強力にすれば状況を改善することができます。投資効果がよくなるということを表現として申し上げたいです。アメリカでも言われております。</p> | <p>プライマリケアの費用対効果の利点</p> |
| | <p>それから、患者(有権者)の満足がより高くなるということです。英国では数年に1回、患者というのは投票者にもなります。少なくとも英国においては、その有権者は、定期的な調査を行っていろいろな専門医に関する人気投票をしますが、家庭医に関しましては満足度が90%を超えております。英国の政治家の人気はどうかといいますと、7%です。</p> | <p>患者の高い満足度</p> |
| | <p>このスライドに関してはお読みいただければいいと思いますが、世界中でさまざまな研究がなされ、プライマリケアが十分に発達していれば、さまざまな利点があることが示されています。糖尿病、高血圧、心疾患の臨床アウトカムが改善されます。アルコール症、喫煙、肥満も減ります。ライフスタイルの変化に関しても、プライマリケアがしっかりしているとよい結果が出ます。狭心症、心不全、肺炎での入院率も下がっております。がんの診断に関しましては、患者をよく知っている家庭医であれば、患者が重篤な症状に関して訴えた場合に、早期の段階で病院に紹介する必要があるのかという判断もできるわけです。</p> <p>そして、それ以外の利点についてもいくつか並べております。</p> | <p>プライマリケアによるさまざまな利点</p> |
| | <p>日本に関して、家庭医療、プライマリケアを発展させることが、このような助けになるのではないのでしょうかということでご提案申し上げたいと思います。</p> <p>現在、日本では、小児科、産科・婦人科で医師不足があると聞いておりますが、プライマリケアでより多くのケアをすることによって、その医師不足が緩和できるのではないのでしょうか。また、遠隔地・へき地においてヘルスケアを改善する、そしてその医師の仕事量を増やすことなく、その病院の仕事量を増やすことなく、より効果的なヘルスケアを提供することができるでしょう。そして、病院の医師の仕事量は減るでしょう。</p> <p>また、医療というのは大変高価なものですが、プライマリケアを行うことによって医療費の増大を抑制することもできるでしょう。</p> <p>また、次のセクションでご紹介しますが、若い医師に対して家庭医療というのは大変魅力的なキャリア選択となります。</p> <p>ここで少し質問の時間をとれればと思います。</p> | <p>日本において、家庭医療、プライマリケアを発展させる利点</p> |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ○葛西 | それでは、ネイバー先生に2時間集中して話していただいて質問するのはすごく大変で非人間的ですので、この後少し休憩をとりたいと思いますが、その前に、今までのところで確認やご質問がございましたら、どうぞ。 | |
| ○渡辺 ・家庭医による周産期、分娩 | 出産のことでお聞きしたいのですが、日本では少子化が進んで、しかも高齢出産のハイリスクの妊婦さんが増えていて、そのリスクを負いたくないという風潮になっているがために、余計に産婦人科の専門医が忙しくなっているという現状がございます。 それで、イギリスの状態を教えてくださいたいのと、GP がお産を取り上げて、ハイリスクの場合に訴訟という問題があるかどうかということをお聞きしたいと思います。 | 家庭医による周産期、分娩 |
| ○ネイバー ・英国における出産のほとんどは病院で行われる | 渡辺先生、ありがとうございます。英国では、出産を扱う家庭医はほとんどおりません。女性は家庭医に頼むのですけれど、ほとんどの家庭医は「ノー」と言います。というのは、今おっしゃったようなリスクがあるんです。妊娠というのは致命的な疾患ではありません。もちろん母親や子供が死ぬというのは最悪の状況です。ですから、ほとんどの出産は病院で行われます。そしてほとんどの場合は助産婦が病院で行っています。もちろんそのときに惨たんたる状況になったりすることも英国でもあります。家庭医が出産を行わない理由は、そのおそれがあるからです。 ほとんどの出産、そしてリスクの高いものに関しましては病院で行います。そして、高齢の女性の妊娠であったり、双子などの複数の妊娠の場合は、ほとんど病院で行われています。 | 英国における出産のほとんどは病院で行われる |
| ○川越 ・妊娠管理における家庭医の役割 | 今の質問と若干関連しますが、GP が妊娠・出産に関してどのくらいのことをされるのか。つまり、妊娠のリスクが高いときというのはお産のときではなくて、特に妊娠の初期は非常にリスクが高いわけです。流産が起きたり、あるいは今は赤ちゃんの大きめで予定日を変えたりということを行いますので、最低は超音波を使った診断などにかなり専門的な知識と技術が我々ですと要求されるわけですが、そういうところまでやるのでしょうか。 | 妊娠管理における家庭医の役割 |
| ○ネイバー | 川越先生、ありがとうございます。妊娠のときには、まず初期に病院に行きます。それはリスクがあるかどうかを見るためです。例えば、帝王切開が必要か、複数の妊娠をしているか、または高齢出産であるかといったことを確認します。そして、妊娠 36 週、またはその前にもし家庭医が心配がある場合には、もう一度スキャン(超音波検査)などをします。そして、この段階においてコンサルタント(専門医)によって決定がなされ、妊娠を中断すべきかといったようなことについてみていきます。 このセーフガード(安全策)があるわけですが、特に妊娠におきましては予期せぬ事態が起こり得るわけです。そういう意味で、家庭医がそのような予期しない異常な事態を見極めて行動をとるということが必要です。 | |
| ○渡辺 ・家庭医の全医師における割合 | この前のセクションに関する質問ですが、先ほど地域のバランスのことをお尋ねしたのですが、今度は科の偏在といえますか、GP の数が 32%ということですが、イギリスの場合は医師がかなり不足していて、最近また増やしているという状況の中で、この 32%というのは常に変わらないのか、それとも 32%を維持するために何らかの誘導というのはあるのでしょうか。 | 家庭医の全医師における割合 |
| ○ネイバー ・女性家庭医の増加と勤務体系の変化 ・医学の進展による医療の大きな変化 ・医師不足から現在の養成バランスの | ありがとうございます。医療従事者の計画というのは大変難しいものです。ですから、だれも正しい答えは持っていないと思いますけれど、家庭医の割合は変わっておりません。何が変わったかといいますと、彼らの勤務時間が変わっております。例えば、私が卒業した際には、家庭医の 40%が女性でした。今は 60%に増えています。理由ははっきりしてしまっていて、女性の医師は出産休暇をとったり、家族のケアをするためにパートタイムで業務をしたりしております。 | 女性家庭医の増加と勤務体系の変化 |