

新たな医療の在り方を踏まえた 医師・看護師等の働き方ビジョン検討会

2017年1月26日
厚生労働省

亀田総合病院 総合内科 部長

八重樫 牧人

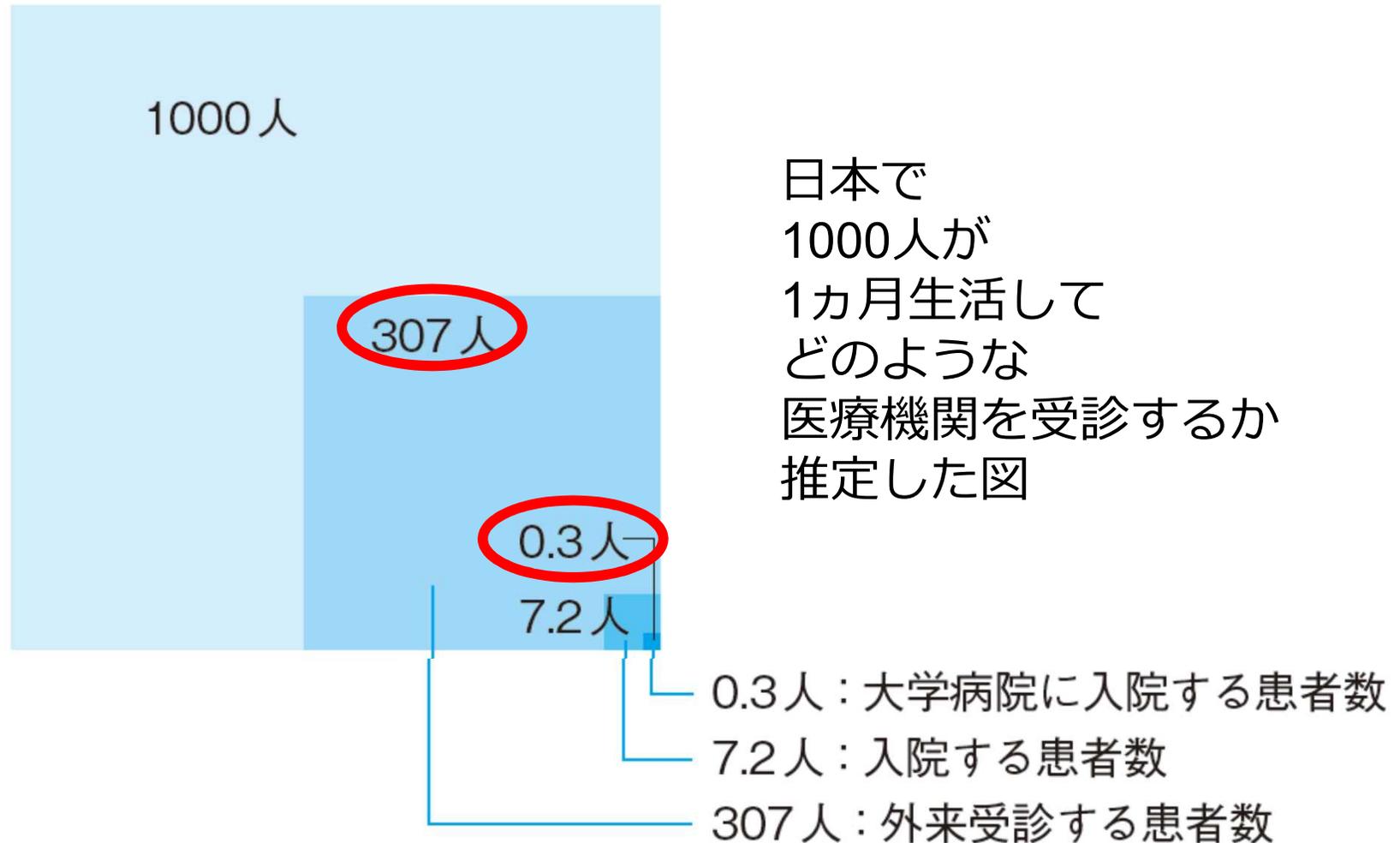
米国内科・呼吸器内科・集中治療専門医

米国内科学会上級会員(FACP)

米国胸部医師学会上級会員(FCCP)

医療の二ーズ

The ecology of medical care in Japan



プライマリ・ケア医が 数多く必要とされている

- 大学病院に入院し
専門家による治療が必要なのは約0.1%
- 99.9%はコモンな病気
↓
- コモンな病気の専門医が数多く必要
↓
- それが、プライマリ・ケア医

White KL et al. N Engl J Med 1961;265:885.

Green et al, N Engl J Med 2001;344:2021

Fukui T et al, Jpn Med Assoc J 2005;48(4):1346.

プライマリ・ケア医増加の効果

- 予後改善
 - 1医師/1万人追加で5.3%の死亡率低下
- 医療の質も(専門医に比し)劣らず
- コスト削減
- 公平な医療システム
- 患者も継続した相談相手を欲している

Primary Care – The best job in medicine? Woo B. NEJM 2006; 355:864

Safran DG. Ann Intern Med 2003;138:248.

Machinko J. Int J Health Serv. 2007;37(1):111

プライマリ・ケアの定義(ACCCA)

➡従来の日本の医師は定義を満たしにくい

Accessibility (近接性)	1. 地理的, 2. 経済的, 3. 時間的, 4. 精神的
Comprehensiveness (包括性)	1. <u>予防から治療</u> , リハビリテーションまで, 2. 全人的医療, 3. <u>コモンディジーズを中心とした全科的医療</u> , 4. 小児から高齢者まで
Coordination (協調性)	1. 専門医との密接な関係, 2. チームメンバーとの協調, 3. 住民との協調, 4. 社会的医療資源の活用
Continuity (継続性)	1. 「ゆりかごから墓場まで」, 2. 病気の時も健康な時も, 3. 病気の時も外来-病棟-外来へと継続的に
Accountability (責任性)	1. 医療内容の監査システム, 2. 生涯教育, 3. 患者への十分な説明

日本プライマリケア学会 <http://www.primary-care.or.jp/paramedic/>
1996年の米国国立科学アカデミー (National Academy of Sciences, NAS) 定義

日本でプライマリ・ケア医になれる総合医は？

※総合医：内科医、家庭医、小児科医

- **内科医；大人**
- ただし、幅広いコモンな疾患の診療が必要
 - ×：コモンな疾患で「専門外なので診れません」
 - うつ病も見逃さず診断、出来れば治療も
 - 骨粗鬆症・腰痛も診療
- 予防医療の教育も必要
 - ➡ 従来 of 内科医に、知識・技能を補う必要性あり
- **家庭医：大人・小児・妊婦**
 - 日本では「総合診療専門医」
- **小児科医：小児**
 - かかりつけ患者さんの予防医療も

科学的根拠に基づく予防医療

65歳女性に必要なのは 施行率(日本)



- 子宮頸部細胞診: 42%
- マンモグラフィー 43%
- 大腸内視鏡か便潜血 38%
- 血圧
- コレステロール
- 体重、身長、BMI
- 禁煙指導[喫煙者のみ]
- 節酒
- 肺炎球菌予防接種 19%
- インフルエンザ予防接種 60%
- 破傷風トキソイド 0%? [毎]
- 帯状疱疹予防接種 0%?
- 骨密度測定 5%
- 転倒予防 0%?
- うつスクリーニング 0%?

米国では各項目が提供されれば評価が上がる

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Forceと、
ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices (CDC下部組織)に基づく

Evidence-practice gapを埋めるのがより効率的



新しい治療を
発見する研究

有効な医療行為を
もれなく提供

日本でも米国並みの 内科専門医を育成可能



● エビデンスに基づく標準治療が学べる教材使用

– 内科医が幅広く診療可能な例：



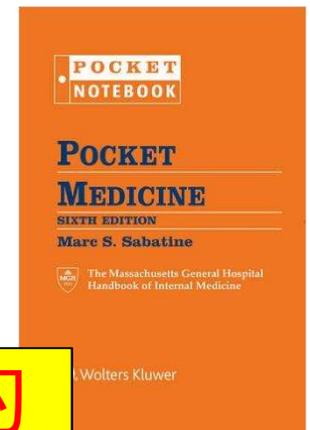
- 糖尿病性ケトアシドーシスの入院診療
- 心房細動の頻脈発作：急性期対応
- 肺炎診療



– 退院前には予防接種(肺炎球菌,インフルエンザ)

● エビデンスに基づく内科診療(質劣らず)

- 有効：実行、無効：避ける
- 費用対効果も考慮



臓器別専門医による医療より効率的

教育の例

亀田総合病院 総合内科

- 徹底したon-the-job-training現場教育
 - 到達目標:できるようになる ⇔ 経験目標
 - コモンな疾患の医療を担う環境で育成
 - ⇔ 大学病院 (稀な疾患に診療範囲が偏っている)
- 病歴・身体所見を重視し、過不足ない検査
 - 除外すべき疾患、治療で予後が変わる疾患に重点
- 入院も、外来も
- 屋根瓦式



指導医



後期専攻医



初期研修医
1年目後期専攻医

後期研修の研修期間

亀田総合病院 総合内科 (現時点)

後期1年目

4月	5月	6月	7月	8月	9月	11月	11月	12月	1月	2月	3月
総合内科					他科	他科	他科	救急	関連病院		
外来研修(週2回)+救急内科外来当直											

2年目

総合内科					他科	他科	他科	ICU	関連病院		
外来研修(週2回)+救急内科外来当直											

3年目

総合内科					他科	他科	ICU	海外	関連病院		
外来研修(週2回)+救急内科外来当直											

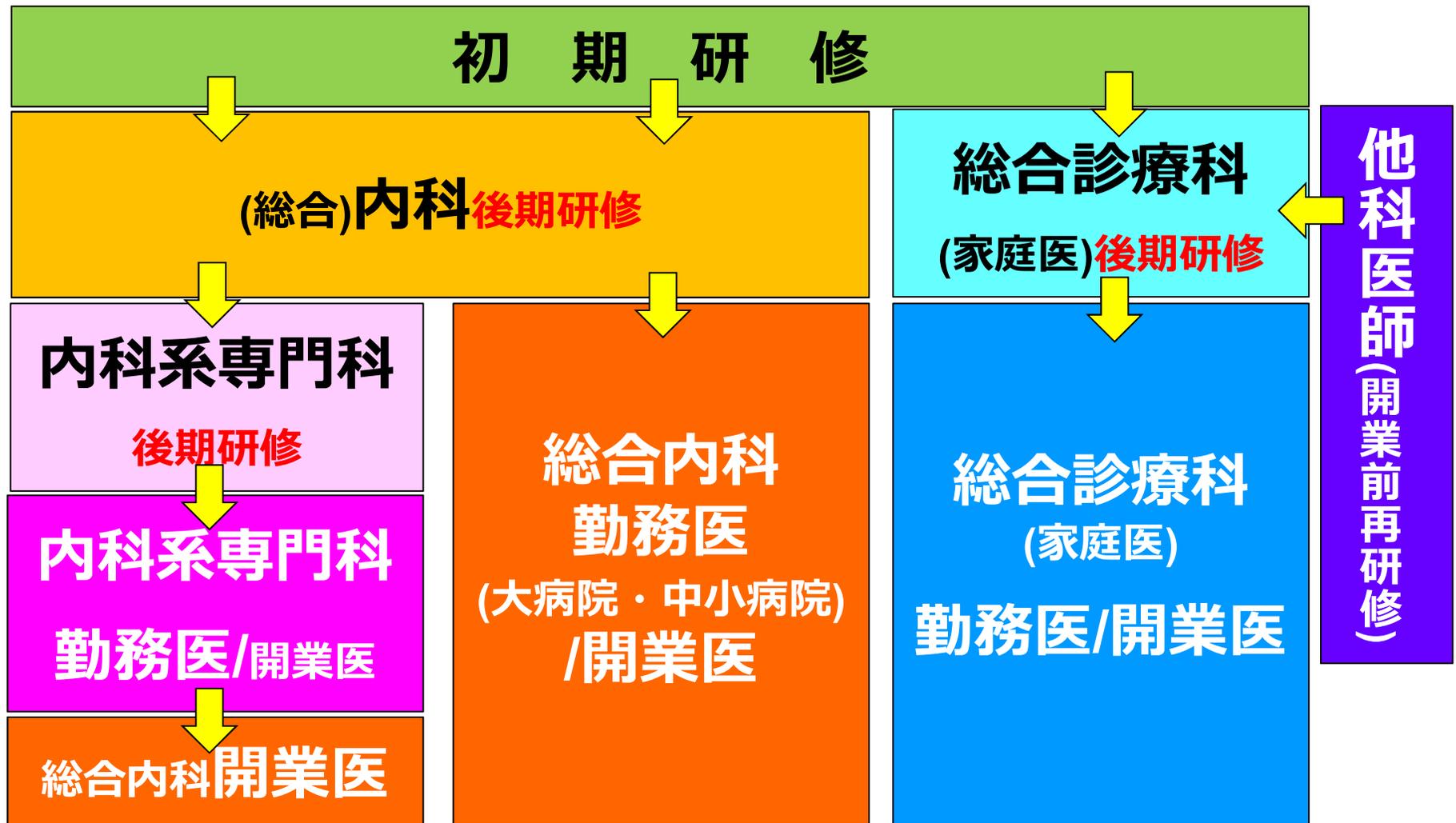
※ローテ月は例としてで、実際のローテ月は専攻医によって異なる。

研修期間

	病棟	ICU	その他
● 米国家庭医:	>6ヵ月	1ヵ月	+小児/婦人科/外科等
● 米国内科:	>12ヵ月	3ヵ月	+専門科12ヵ月
● 亀田総合内科:	24ヵ月	2ヵ月	+他科研修12ヵ月

※米国家庭医診療も85-90%は成人診療

総合医のキャリアパス(成人)



総合内科のトレーニングで、開業にも安心!

総合内科医のキャリアパス



総合内科指導医
(中小病院)



総合内科指導医
(大病院)



総合内科指導医
(大学病院)



総合内科 開業医
(±在宅)



大学院
(MPH等)



その他
(海外留学/企業等)



内科系専門科
後期研修→指導医

必要とされているので、幅広いのが特徴

様々なライフステージの変化にあわせることが可能
更に:①病棟+外来, ②病棟のみ(Hospitalist), ③外来のみ
±研修医指導ありorなし の選択肢あり

幅広くコモンな疾患が診療できると

- 76歳男性が心不全, 慢性腎臓病, 糖尿病, COPD(肺気腫), 前立腺肥大症で受診中
 - 循環器内科: 利尿薬、飲水制限
 - 腎臓内科医: 飲水推奨
 - 内分泌内科医: ピオグリタゾン
 - 呼吸器内科医: チオトロピウム吸入
 - 泌尿器科医: α 遮断薬
- 以下の問題の解決策は？
 - 足の引っ張り合い、薬剤相互作用、薬剤副作用、処方カスケード、最良のエビデンスに基づいていない治療薬、治療の協調不十分、予防無し

➡総合医がまとめて診療すれば解決

高齢者への不適切な処方



- Beer's Criteria: 高齢者のストップ・スタートが推奨される薬剤のリスト
- 日本の高齢者には**43.6%**で上記基準に該当する不適切な処方あり
 - H₂ブロッカー: 20.5%
 - ベンゾジアゼピン: 11.4%
 - 抗コリン薬・抗ヒスタミン薬: 7.9%

➡総合医は、最も幅広く
不適切処方を減らすことができる

事前指示



- 米国：人口の26.3%、高齢者の51.2%
- 米国では事前指示等の議論に診療報酬が支払われる(メディケア, 2016-)

事前指示を作成する割合が増え
患者が臨まない延命治療が減る

- 日本：認知症が進み衰弱してきた場合の胃瘻
 - 希望しない： 76.8%
 - 希望する： 5.8%
 - 胃瘻；約10万件/年

Am J Prev Med.2014;46:65-70
Gastrointest Endosc 2014;80:88

人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書 H26年3月

日本の医療

- 科学的な根拠に基づき、推奨される医療行為を受けている割合が低い
- 無益・不要と示されていたり、有効と証明されていない医療行為も多い

総合医が、最も幅広い診療範囲で
足し算・引き算できる

- 総合医が多ければ、厚労省の政策誘導で有益なものがあるが、結果を上げる可能性が高くなる
- 一方、総合医が少ないと
 - 総合医は仕事量が多くて疲弊→総合医が減少

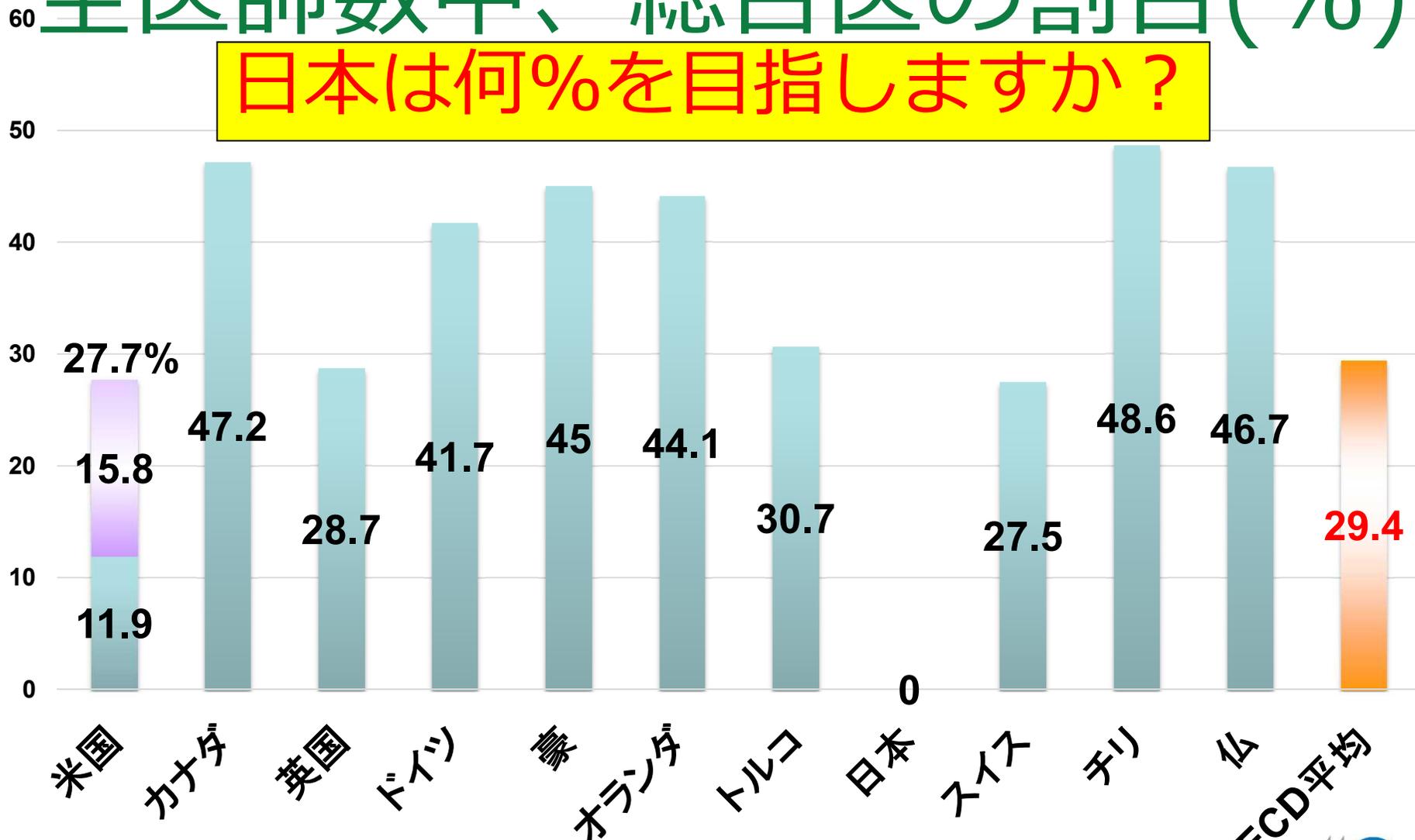
亀田総合病院の医師派遣の例 [一部]

(赤字は総合医)



全医師数中、総合医の割合(%)

日本は何%を目指しますか？



OECD 2013 (下記)、米国はAHRQ 2010年(Ann Fam Med 2012;10:503)より

http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2015-2016_factbook-2015-en

私見①

- 日本で総合医が少なくとも**全医師の30%必要**
 - 総合医：総合内科医＋総合診療医＋小児科医
 - 高齢者が全人口の>27%であり、実はもっと必要
- 目標値の設定が必要
 - 達成には政策誘導が必要
 - 誘導なし➡収入が多く労働時間が短い科に集中(専門偏在)
 - 必要な絶対数が多い：総合医内で争う必要なし
 - 開業医を再研修して増産しても不足する必要数
 - 総合内科医も活用する必要がある(研修内容改訂が必要)
 - 皆で協力して国民のニーズを満たす

私見②

- 政策誘導案：
 - 今後開業するなら総合医の資格取得を必須とする
 - 総合診療医・総合内科・小児科医・産婦人科等
 - もしくは外来診療内容は専門分野に限定
 - グループ開業を政策誘導
 - かかりつけ医でもオン・オフがはっきりする
 - 地域ごとの必要医師数算定と調整
 - かかりつけ医制度の導入
 - 予防医療、事前指示、ポリファーマシー対策に有効
 - 出来高ではなく、pay-for-performance
 - 到達度が低いと特に有効

まとめ

- 日本の医療には総合医が必要
 - 広範囲で必要な医療を提供(足し算)
 - 効率よく医療の無駄を削減(引き算)
 - トータルで医療費は減り、質は落ちない
- 総合医は数多く必要
 - 育成する目標値が必要
 - 総合診療医(家庭医) + 総合内科医
勤務医 + 開業医 が協力して育成数を増やす
 - 政策誘導が必要
- 数多く育成すれば、総合医のキャリアも充実

参考文献

(各スライドで提示したものに加えて)

- 日本でのがん検診実施率：
<http://www.gankenshin50.mhlw.go.jp/screening/situation.html>
- 日本での骨粗鬆症検診受診率
Nippon Rinsho 2011: 69; 1300-1304
- 日本での市町村検診の受診率
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/14/dl/gaikyo.pdf>
- 米国において、事前指示を話すことでの診療報酬
<https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2015-Fact-sheets-items/2015-10-30-2.html>