資料4

第3回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会
2008年8月5日
厚生労働省

ご説明資料

公立大学法人 福島県立医科大学 医学部
地域・家庭医療部
教授・部長　葛西龍樹

〒960-1295 福島市光が丘1番地
TEL: 024-547-1515　FAX: 024-547-1516
e-mail: ryukikas@fmu.ac.jp
HomePage: http://www.fmu.ac.jp/home/comfam/

私の経歴　1

葛西龍樹（かっさい・りゅうき）

- 1984 北海道大学医学部卒業
- 1990 British Columbia大学（カナダ）家庭医療科レジデント
- 1992 カナダ家庭医学会 認定家庭医療学専門医課程を修了
- 1992 川崎医科大学 総合臨床医学 講師
- 1996 北海道家庭医療学センターを創設、10年間所長を務め
  日本初となる本格的な家庭医養成研修システムを構築
- 2006 福島県立医科大学 医学部教授 地域・家庭医療部 部長
  県内に広がる地域を基盤とした県単位の広域家庭医養成
  システムを構築して、現在に至る

私の経歴　2

- 家庭医として臨床研究のエビデンスを評価・活用する立場から英国医師会出版部の*Clinical Evidence*編集委員（1999～）、*British Medical Journal*編集委員、および*BMJ Knowledge*アドバイザー（2004～）を務める
- 家庭医療の分野での国際貢献により、英国家庭医学会から名誉正会員・専門医（MRCGP）の認定を受ける（2005）
- 日本家庭医療学会 副代表理事を務め（2003～）、大会長として第23回日本家庭医療学会学術集会を主宰（2008）
- 医療情報関係では、医療情報サービス事業 運営委員（日本医療機能評価機構）、クリニカル・エビデンス日本語版編集委員長（医学書院）を務める
- 主な著書に「家庭医療　～家庭医をめざす人・家庭医と働く人のために～」（ライフメディコム刊 2002年）、「スタンダード家庭医療マニュアル」（永井書店 2005年）など

「家庭医療」とは？

どのような問題にもすぐに対応し
家族と地域の広がりの中で
疾患の背景にある問題を重視しながら
病気を持つひとを人間として理解し
からだとこころをバランスよくケアし
利用者との継続したパートナーシップを築き
そのケアに関わる多くの人と協力して
地域の健康ネットワークを創り
十分な説明と情報の提供を行うことに責任を持つ
家庭医によって提供される
医療サービスです

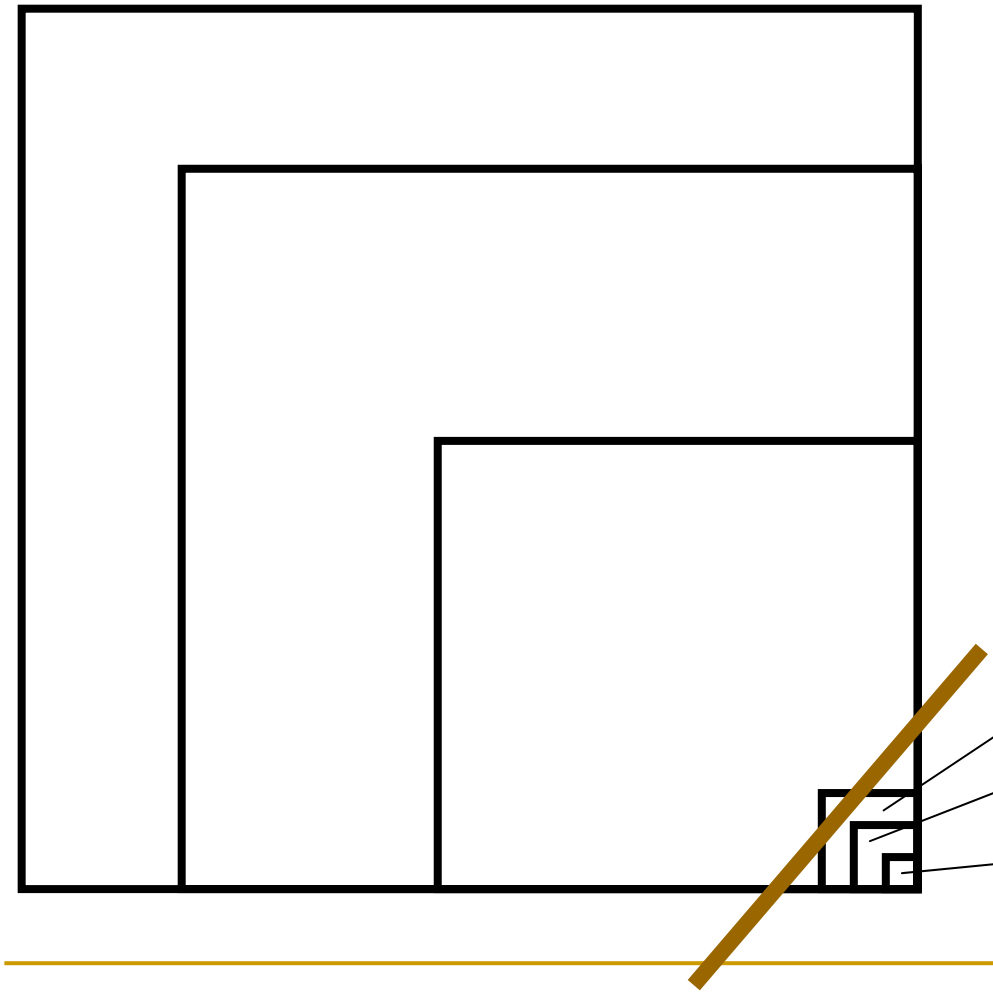
「家庭医」とは？

- 「家庭医」とは、健康問題や病気の8割を占める「日常よく遭遇する状態」を適切にケアすることができ、各科専門医やケアに関わる人々と連携し、患者の気持ち、家族の事情、地域の特性を考慮した、エビデンスに基づく「患者中心の医療」を実践できる医師をいう。

- 「家庭医療」は、ヨーロッパ（英国、オランダ、デンマーク）、北米（カナダ）、アジア・オセアニア（シンガポール、香港、マレーシア、オーストラリア）、アフリカ（南アフリカ）では、医療制度上も医学教育制度上も確立している専門分野である。

地域に起きる健康問題の行方

(White KL, Williams F, Greenberg B: N Engl J Med, 1961)



1000　・成人地域住民

750　・1カ月に1つ以上の問題

250　・1カ月に1回以上の受診

9　・その月に入院

5　・他科専門医に紹介

1　・大学病院に紹介

二種類の医師がいたら良い

- 家庭医
  - よくある健康問題
  - 初期像から対応
  - 主として外来・在宅
  - エピソードを越えて継続
  - 時間を使う
  - 多数の患者
  - 家族・地域の背景
  - 健康因を重視
  - 個別健康維持・増進
- 各科専門医
  - まれな疾患
  - 経過中に紹介される
  - 主として入院
  - エピソードごと
  - 高度先進医療を使う
  - 限られた患者
  - 生物・病理的背景
  - 病因を重視
  - 集団検診

家庭医と各科専門医がいて協働したら
（家庭医療先進国で示されていること）

- ヘルスケア要求の90%に有効・安全に対応できる
- 検査、紹介、治療のコストを減らせる
- 病院とスペシャリストは必須の仕事に集中できる
- 患者の満足度が増加する
- 健康についての不平等が改善する
  （貧 vs. 富、都市 vs. 地方）
- 医療におけるサイエンスとアートのバランスをとる

[Neighbour R (2007) *Family Medicine: the speciality of community generalism.*]

家庭医と各科専門医がいて協働したら
（日本で期待されること）

- 住民の受療パターンが改善する
  →賢い「コンビニ受診」の普及
- 病院勤務医のQOLが向上する
  →立ち去り型開業の減少
- 基幹病院における各科専門医の不足を緩和
  →各科専門医療の質が向上
- 効率的なケア提供　→　無駄な医療が減少
- 長寿医療、予防、在宅医療のマンパワー確保
- 「地域医療枠」医学生へ目指すキャリアパスを提示

福島医科大学モデルの特長

- 優れた連携の基盤がある（新エネルギー・産業技術総合開発機構NEDO採択事業、医療 IT ネットワーク、医療スーパー特区申請）
- 地域医療のニーズへ応えるため、専攻分野を超えた教授たちによるプロジェクト・チームが組織され、良く機能した
- 「地域に生き、地域で働く」家庭医を県内各地域を舞台に養成することを全学で、そして県行政でバックアップした（町村行政も協力している）
- 附属病院だけでなく、県内に広がる地域を実践・教育活動のフィールドとし、設立母体の異なる多くの医療機関から参加・協力を引き出せた
- 日本最大の家庭医療国際ネットワークからの支援を受け世界標準の質を目指すことができる

家庭医療の質追求

プライマリ・ケア再考－英国家庭医制度から学ぶ

①プライマリ・ケア診療の質追求

②家庭医の役割・倫理教育と規制 ― 特に医師免許更新制度を巡って

[葛西龍樹, 富塚太郎（2008）*日本医事新報 2月9日・5月31日号*]

Quality and Outcomes Framework (QOF) “pay-for-performance”

人口46万の地域、糖尿病16,867人、2004年4月→2006年3月

BMI 73→89%
喫煙 44→95%
HbA1c 75→94%
網膜症スクリーニング 47→84%
末梢の脈拍 22→81%
末梢神経障害検査 22→81%
血圧 87→97%
微量アルブミン検査 7→77%
血清クレアチニン 81→94%
血清コレステロール 78→93%

[目標達成の改善]

- 禁煙アドバイス
- HbA1c
- 血圧
- ACE阻害薬使用
- 総コレステロール
- インフルエンザ予防接種

[Tahrani（2007）*Br J Gen Pract*]

具体的な提言

- 広域（都道府県単位以上）におよぶ公益性の高いシステムを構築して、家庭医と家庭医療指導医を多数養成する
- 大学、医療機関、住民、行政、医師会の協働ができる先進モデルを核とする
- 「国民のニーズに応える」質の高い家庭医の教育・評価・認定システムの構築を支援する

地域で頑張っている医師が報われる政策に期待します