

日本のプライマリ・ケアは どう変わるべきか

保健医療2035懇談会
浜松医科大学地域家庭医療学講座
静岡家庭医養成プログラム
井上 真智子
2015年4月18日

プライマリ・ケアモデルの パラダイムシフト

臓器疾患ごとのかかりつけ医
個別患者の疾患対応
自律と分業
ケアの分断・細分化
技術職・専門職モデル
自由開業
単独診療

→

患者中心の包括ケア
心理社会的モデル
チームで協働・連携
質向上活動・生涯学習
コミュニケーション(ICT)
グループ診療モデル
健康なまちづくり活動

総合診療医(GP)による プライマリ・ケア強化

臓器疾患ごとのかかりつけ → 患者中心・包括ケア
自由開業 → 一定トレーニングと需要に応じた配置
単独診療 → グループ診療モデルへ

高齢になるほど疾患数は増える

Figure 1: Number of chronic disorders by age-group
1,751,841 people / 314 practices in Scotland, 2007
Barnett K., et al. Lancet 2012.

身体疾患と精神疾患の合併率はLow SES群ほど高く、疾患数が多いほど高い

Figure 3: Physical and mental health comorbidity and the association with socioeconomic status
On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.
1,751,841 people / 314 practices in Scotland, 2007
Barnett K., et al. Lancet 2012.

主治医不在の多疾患併存患者

- 例: 92歳男性
 - 高血圧・心房細動: A病院:薬のみ(長男代理)
 - 胃癌術後: B病院外科:次男付きそい
 - 皮膚炎: B病院皮膚科
 - 前立腺肥大症: C病院泌尿器科:長男付きそい
 - 白内障術後: C病院眼科
 - 認知症ケア・心房細動の抗凝固療法: 事前指示: 不明
 - 茶製造業の長男家族と同居・新茶の時期は超多忙・90歳認知症の妻と一緒に施設ロングステイの予定
 - 3日前から左手首が赤く腫れて痛い → どこへ?

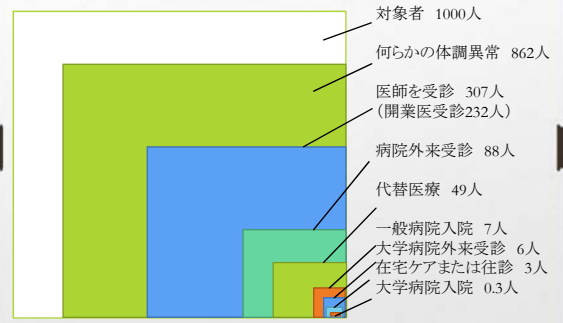
すべてGPが対応可能
↓
ケア統括
コーディネーター

臓器疾患別専門診療モデルでは限界

専門としてのGP/FP

- 専門細分化の弊害を受けて新たな専門として1960年代に誕生(英・米・加・豪など)
- 年齢、性、健康問題を問わずライフコースを包括
- Bio-Psycho-Socialモデル
- 家族志向・地域基盤型ケア
- 予防・健康増進(ヘルスマネジメント)
- Population healthの視点→まち全体の健康
- 連携・コミュニケーション・関係性重視
- 患者中心、ナラティブ(主観的世界)、構成主義的

日本人の1ヶ月の有訴率と医療利用の推定Prevalence



Fukui T, et al. JMAJ, 2005.

自由開業→一定の研修と配置

- 開業: キャリア後半の選択肢
 - 診療所医師 58.7歳 v.s. 病院医師 43.7歳 (H24)
 - 医師会員平均年齢 60-62歳 開業年齢 41歳
- 狭い専門領域 → いきなり広い領域の診療へ
 - プライマリ・ケアに関するフォーマルトレーニングなし
 - 他医師からの教育的フィードバックなし
 - 電子カルテ普及率は診療所で約4割

一定期間・レベルのプライマリ・ケア研修
診療科と立地の需要に応じた配置

単独→グループ診療へ

- 多疾患併存・複雑な心理社会的問題を抱えた患者の増加
 - 求められるケアの多様化・複雑化(専門科に分類不能)
 - 夜間/休日対応の需要
- 在宅診療の需要増、ケア・ニーズの複雑化
 - 24時間対応緩和ケア→地域・在宅の病棟化
- → Solo-practice中心のPC提供体制の限界

トレーニングされたプライマリ・ケア医と
多職種チームによるグループ診療モデル

The Triple Aim (US)

- Improving the experience of care
- Improving the health of populations
- Reducing per capita costs of health care



そのための一つの策として

Redesign of primary care

Berwick DM, et al. Health Affairs. 2008.

Patient-Centered Medical Home

- 米国で推進されている包括的プライマリ・ケア組織モデル <http://pcmh.ahrq.gov/>



<http://www.scenicbluffs.org/About/What-is-PCMH>

患者・家族中心かつ 不確実性・複雑性へ対応可能な 多職種PCチーム・組織

質・安全・コストの追求
コミュニケーション (ICT) と協働・アカウンタビリティ
健康なまちづくり活動

医学部教育のSocial Accountability

- The obligation to direct their education, research and service activities towards addressing the priority health concerns of the community, the region, and/or the nation they have a mandate to serve.
- This implies medical schools must make explicit contributions to improving health and demonstrate that their “products” — graduates, research findings, and service models — have tangible positive effects on health status in local communities.

Boelen C. MEDICC Review. 2008

結論

- 総合診療専門医 (GP/FP) によるグループ診療を行うプライマリ・ケアセンターを配置し、地元開業医や病院と連携→グローバル・レベルのPC質保証
- 診療所組織 (practice) としての質向上 (QI) 活動を評価
- 子供から女性、高齢者まで、予防～治療・慢性疾患管理・介護・終末期ケアまでライフコースを包括
- ICT活用による健康・医療・介護情報の管理・共有、意思決定支援 (ヘルス・コミュニケーション) の評価

添付資料

1. Rittenhouse DR, et al. Primary Care and Accountable Care — Two Essential Elements of Delivery-System Reform. *N Engl J Med* 361:24, 2009. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0909327>
2. Grumbach K, et al. The Outcomes of Implementing Patient-Centered Medical Home Interventions: A Review of the Evidence on Quality, Access and Costs from Recent Prospective Evaluation Studies, August 2009. http://www.pcdc.org/resources/patient-centered-medical-home/pcdc-pcmh/pcdc-pcmh-resources/toolkit-appendix/1_outcomes-of-implementing-pcmh.pdf
3. Boelen C. Social Accountability: Medical Education's Boldest Challenge. *MEDICC Review*, 10:4, 2008. <http://www.medicc.org/mediccreview/dev/index.php?c=YXY2YSYyMT1kaSYsPWV1c3Np>