

講演Ⅲ

わが国の医療が直面する課題 —医師の地域偏在・診療科偏在と総合医療—

聖路加国際大学学長 福井 次矢



演者紹介

中川 続きまして福井次矢 聖路加国際大学学長よりご講演をいただきます。

福井次矢先生の略歴をご紹介します。

1976年に京都大学医学部をご卒業後、聖路加国際病院で研修され、1980年米国コロンビア大学聖ルカ・ルーズベルト病院センターリサーチアソシエイト、1981年から3年間ボストンのケンブリッジ病院内科クリニカル・フェロー、1984年にはハーバード大学公衆衛生大学院修士課程を修了されました。

帰国後は国立病院医療センター（現・国立国際医療研究センター）循環器内科、佐賀医科大学総合診療部教授、京都大学医学部附属病院総合診療部教授、京都大学大学院医学研究科内科臨床疫学教授を歴任し、現在は聖路加国際病院院長と聖路加国際大学学長を兼任していらっしゃいます。

演題は、「わが国の医療が直面する課題 —医師の地域偏在・診療科偏在と総合診療—」です。それでは、福井先生、よろしくお願いいたします。

講演

総合医の養成が医師の地域偏在の解消に

福井 ご紹介ありがとうございました。聖路加国際病院の福井です。

私からは、ただいま河合先生が詳しくお話しされましたが、わが国の医療が直面する課題をスライド3枚で確認しました後、現在、厚生労働省の医師需給検討会で提唱されております、医師の地域偏在への対応の考え方の紹介をさせていただきます（図表1）。

私は、地域偏在につきましては、総合医と言えますか、プライマリ・ケア医、総合診療医を増やすことが何ととっても重要だと思っています。

私もキャリア上16年半ほど総合診療の分野において大学で仕事をしました。その経験に基づいて、今後、総合診療医を育てるというクリティカルな部分に対応しないと医師の地域偏在は改善しないのではないかという、私の考えについてお話をさせていただきたいと思います。

医療体制を病院完結型から、地域完結型へ

最初に、わが国の医療の課題につきまして、3つの報告書について簡単にお話しさせていただきます。

図表 1



わが国の医療が直面する課題

—医師の地域偏在・診療科偏在と総合診療—

1. わが国の医療の課題
—OECDによる評価等—
2. 地域偏在・診療科偏在
—現状と厚労省の対策案—
3. 求められる総合診療医
4. 総合診療への障害と展望



Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 1

図表 2



社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書 2013年8月6日

- 急速な高齢化の進展
 - ⇒ 疾病構造の変化(慢性疾患、複数の疾病)
 - ⇒ 病院完結型(究明・延命、治癒、社会復帰)から地域完結型(QOLの維持・向上と自宅・地域でのケア)へ
- 人口当たり多い病院や病床の機能分担が不明確、個々の医師の努力にかかわらず不十分・非効率な医療
 - ⇒ システムの変革(「選択と集中」による「構造的な改革」)
- 地域での包括的なケアシステムの必要性
 - ・医療の機能分化推進、急性期医療への人的・物的資源の集中投入、回復期医療・介護サービスの充実)
- 公立の医療施設が少ない ⇒ データによる制御機構の要請

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 2

ます。

これは先生方もご存じと思いますが、社会保障制度改革国民会議の報告書の一部です。**図表2**に書かれていることは、現在の日本の状況と、解決策の提言です。

河合先生がお話しされたことですが、急速な高齢化の進展に伴う疾病構造の変化で、慢性疾患、1人の人が持っている病気の数が増えています。

したがって、繰り返し言われておりますように、救命とか延命、治癒を目指す医療、社会復帰という病院完結型から、地域完結型に持っていかざるを得ないということが提言されています。

また、我が国では人口当たりの病院数も病床数も多いのですが、機能分担がなかなかうまく行えていません。

ただ、一人ひとりの医師は身を粉にして働いておりますし、ヒラリー・クリントンが以前来日した時、「あまりにも日本の医師は働き過ぎていて、いくらユニバーサル・ヘルス・カバレッジがあって寿命が世界で一番であっても、このモデルはアメリカには導入できない」と言い残して帰ったと聞いています。

一人ひとりの医師は最大限働いていても、それがうまく結果につながっていないという医療状況だと思います。したがって、システムの変革が求められます。

そして、現在、厚生労働省がかなり強力に進めておりますのが、いわゆる地域包括的ケアで、地域完結型に持っていくということです。

機能の分化を推進して、限られた数の急性期医療施設への集中的資源投入、並行して回復期医療、介護サービスを充実させる、そういう方向に進んでいるわけです。

ただ、すみやかに移行できないのは、外国と比べて公立の医療施設が少なく、私立の医療施設が非常に多いことから、トップダウンで医療施設を変えることができないからです。

したがって、報告書では、客観的なデータを示して、そのエビデンスに基づいた変革を求めるといった内容の提言になっております。

プライマリ・ケア、慢性期医療の充実を図る

2035年の保健医療を見据えた提言書が「保健医療2035」策定懇談会によって示されています。そして、ここにもほとんど似たようなことが書かれています。

特にプライマリ・ケア、慢性期医療の充実を要するとあります。

それから、複数の施設間での情報の供給が進んでいません。

図表3に書かれているように、「近視眼的な見直しを繰り返していて、制度疲労に陥っている」という文章もあります。

この中でいくつか提言されていることの1つが、2035年のビジョンを実現するためのアクションとして、かかりつけ医の「ゲートオープナー」とされています。

そうして、かかりつけ医、総合診療医を増やすことが解決につながる非常に重要な要素だということを提言しています。

その方策として、全人的な医療サービスを提供する場合に費用負担に差をつける、10年で全ての地域にかかりつけ医を配置できるようにしたらどうかという提言が行われています。

もう1つ、OECDの報告が2015年の8月に出版されました。たしか2014年の春に調査にきました。

OECDは、全ての会員国について医療の質についてのレビューを行って、報告書を作っています。日本についての報告書は2015年に出版され、この中に3つの事柄が指摘されています(**図表4**)。

最初に書かれていますのが、「日本ではプライマリ・ケア提供体制が未成熟」ということです。

2番目が、病院医療の質、クオリティについて、データがきちんと公開されていないので、他の国に比べるとよい医療が行われているかどうかかわからないということを指摘されました。

3つ目が、精神科医療の後進性。ここでも実は、

図表 3



保健医療2035提言書

「保健医療2035」策定懇談会 2015年6月

- ・ 変化する医療ニーズに、医療制度や提供体制が十分には対応できていない
- ・ プライマリ・ケア、慢性期医療（特に長期療養、介護）は大きな課題である
- ・ 複数施設間の情報の供給が進んでいない
- ・ 近視眼的な見直しを繰り返し、制度疲労に陥っている

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

ii) 地域主体の保健医療に再編する

〔具体的なアクションの例〕

③かかりつけ医の「ゲートオープナー」機能を確立する

- ・ 全人的な医療サービスを提供
- ・ 費用負担に差を設ける
- ・ 10年で全ての地域に配置

Feb. 13, 2019T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital3

図表 4



わが国の医療：OECDによる評価

OECD Reviews of Health Care Quality JAPAN Raising Standards, 2015



1. 未成熟なプライマリ・ケア提供体制
2. 病院医療の質の不確実性
 - ・ 悉皆的データの不足
3. 精神科医療の後進性
 - ・ プライマリ・ケア医関与の必要性

Feb. 13, 2019T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital4

プライマリ・ケア医が関与することで、精神科医療をかなり変えることができると提言されています。

今後も変わらない医療の地域偏在

こういう課題の中で、本日のテーマである地域偏在につきまして、少し厚生労働省の大きな方針・考え方を紹介させていただきます。

図表5をご覧ください。人口10万人当たりの医師数で、一番上にある黄色のラインが中国・四国です。次のブルーのラインが九州。それから全国平均、東海・北陸・近畿がほとんど重なって中央付近にあります。

中国・四国、九州・沖縄、東海・北陸・近畿と、それから、全国平均、下が北海道・東北、関東・信越となります。平成12年以降、この地域格差はずっと変わっていません。

したがって、恐らく今までと同じことをしていれば、ほとんどの地域格差はこのまま続くのでは

ないかと思われます。

ちなみに、北海道・東北の中でも、北海道、宮城、秋田、県別にこれだけの差があります（図表6）。

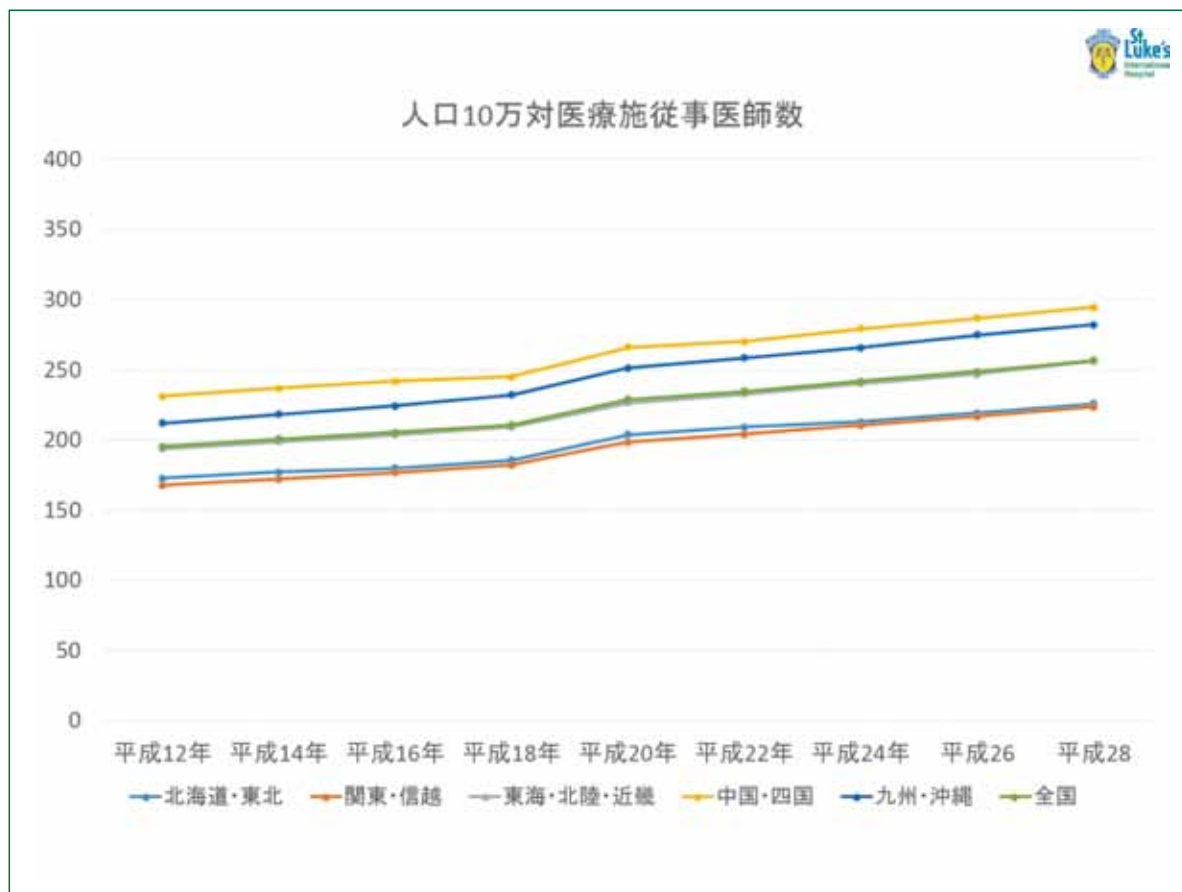
関東・信越では、東京が非常に多くて、埼玉が少ない。これは人口流入の関係でこのような形になっていると思います（図表7）。

同様に、東海・北陸・近畿でもかなり地域格差は大きく、中国・四国・九州・沖縄でも同様です（図表8、9、10）。

以上のデータは我々の研究チーム（聖路加国際大学公衆衛生大学 大手孝子准教授、高橋理教授）がまとめたものです。

人口10万人当たりの医師数と、年齢調整別の死亡率の相関関係をみましたところ、一つひとつの県について○で示していますが、男性については、明らかに相関がないと言えますが、女性については、少し、逆比例しているようにみえます。つまり、医師の人口が増えれば増えるだけ女性の

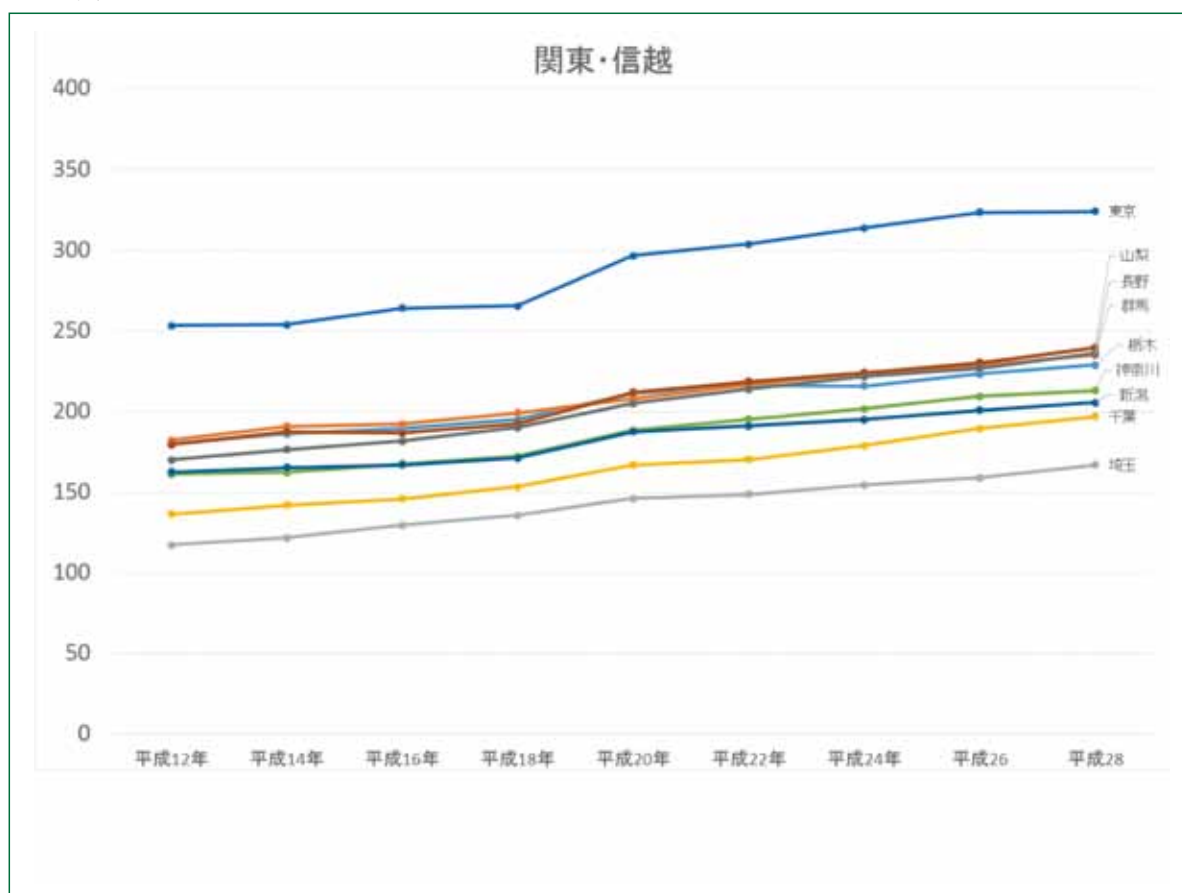
■ 図表5



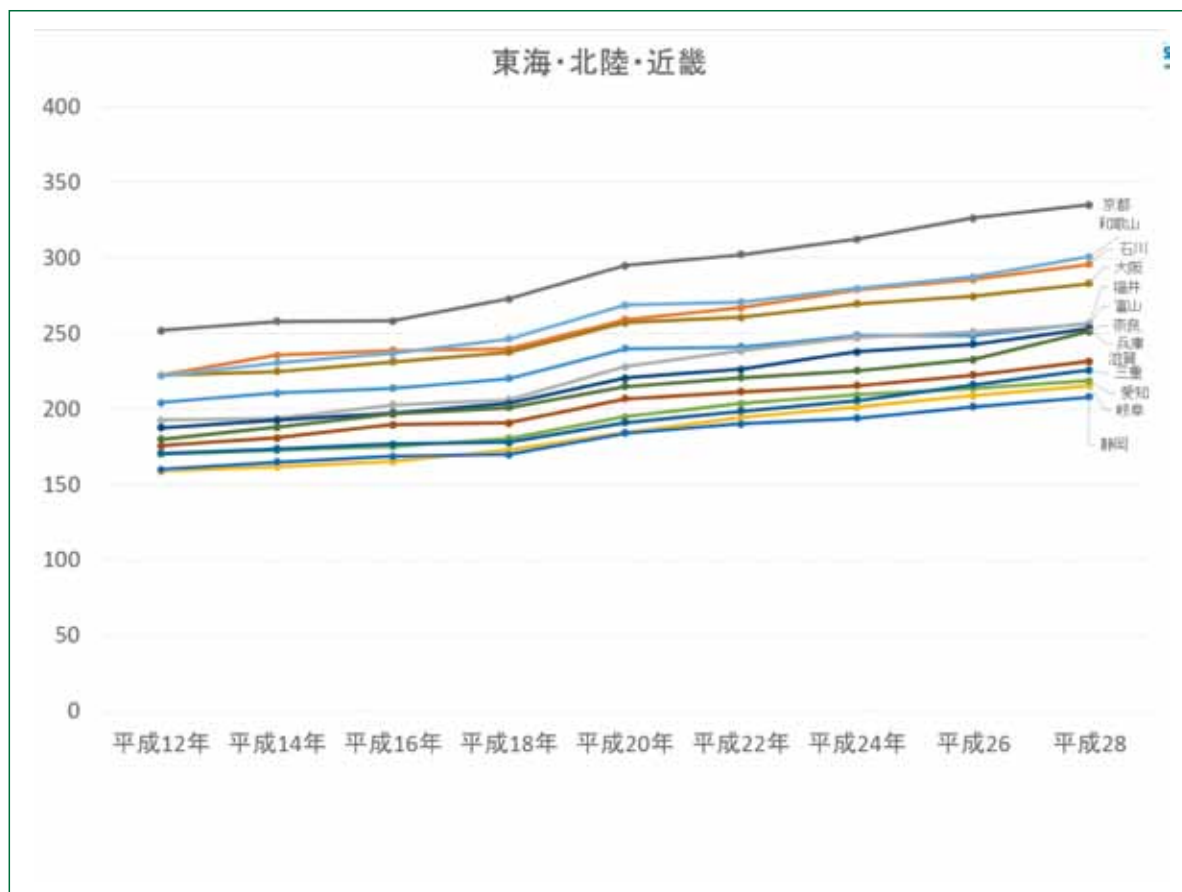
図表 6



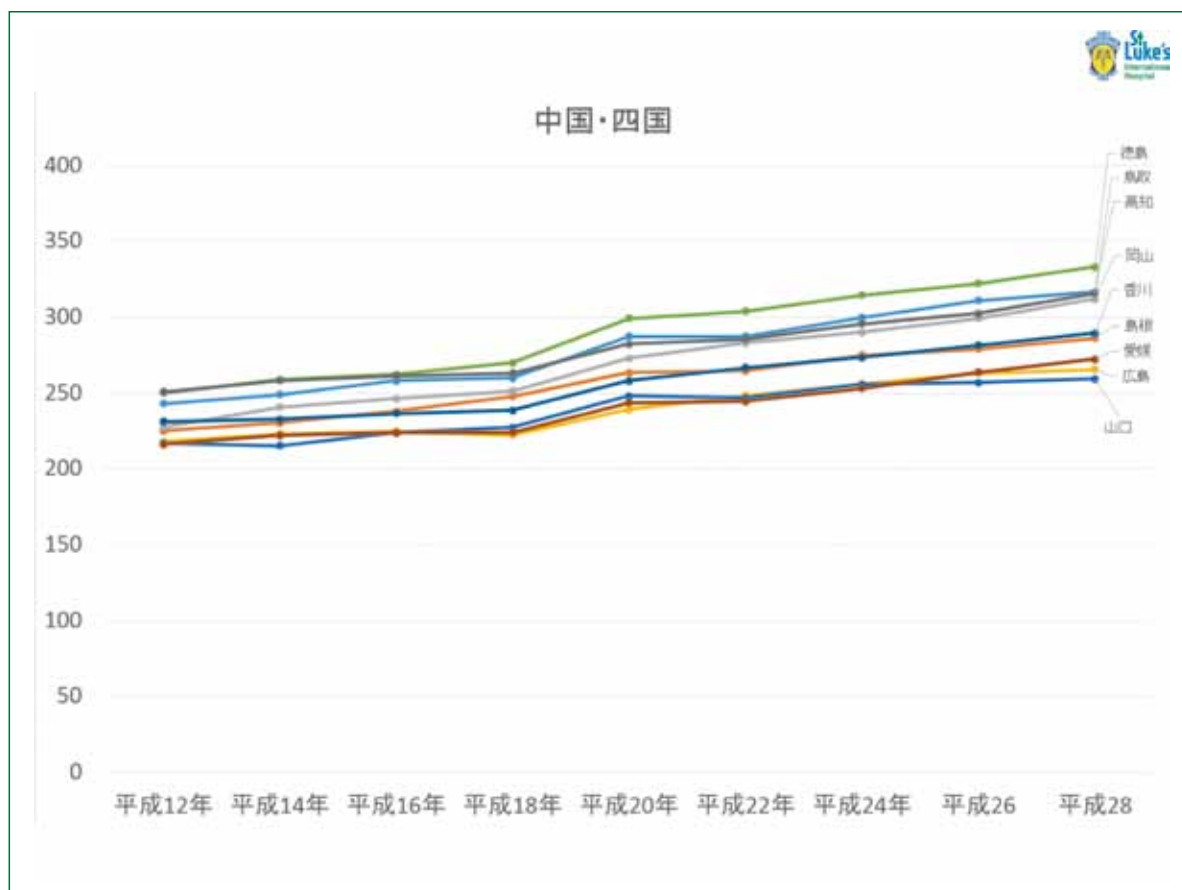
図表 7



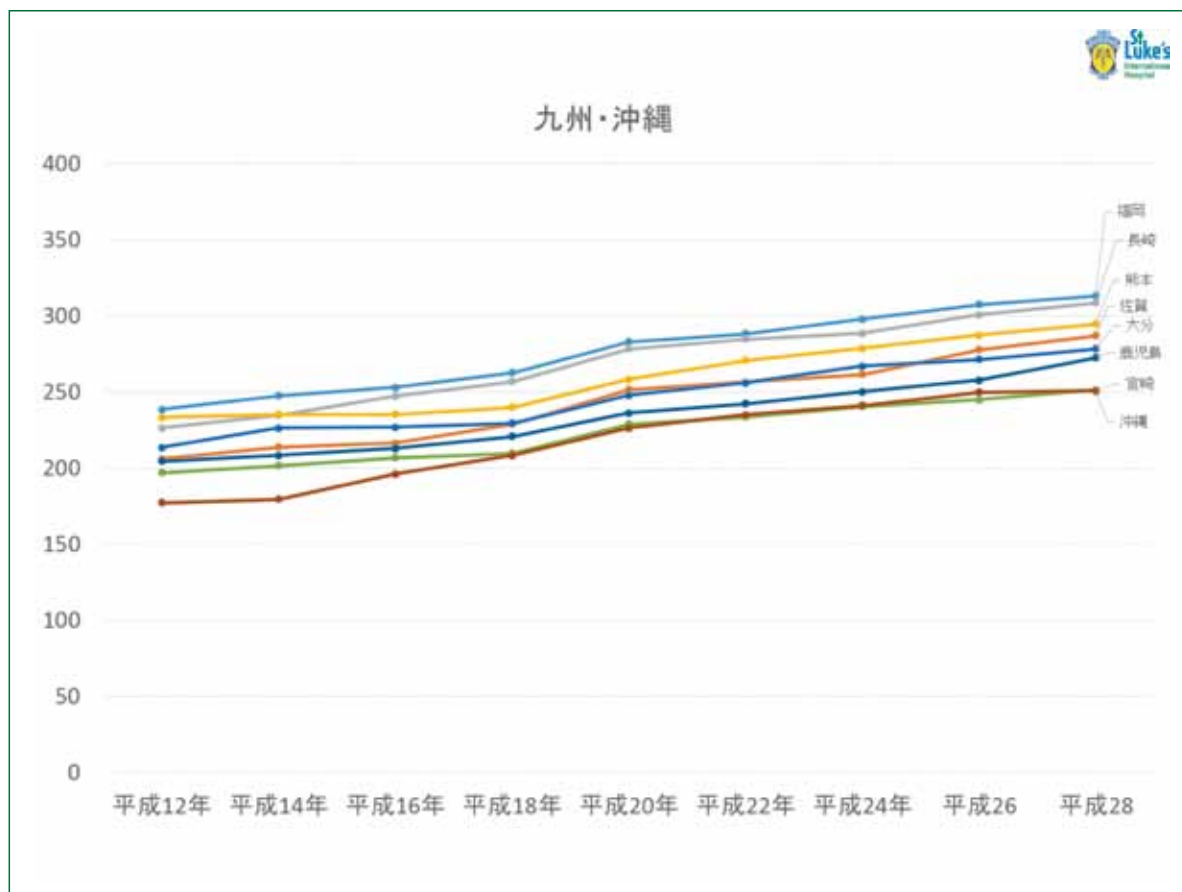
図表 8



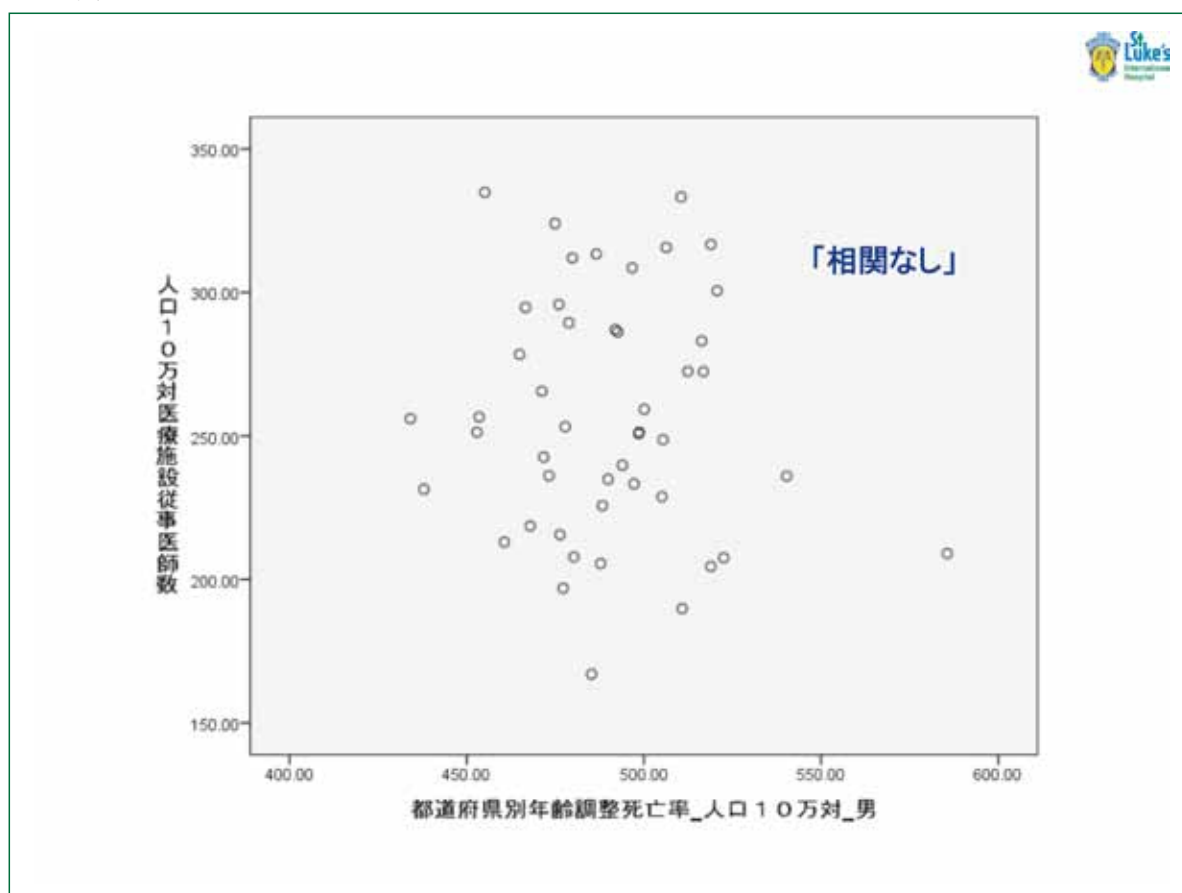
図表 9



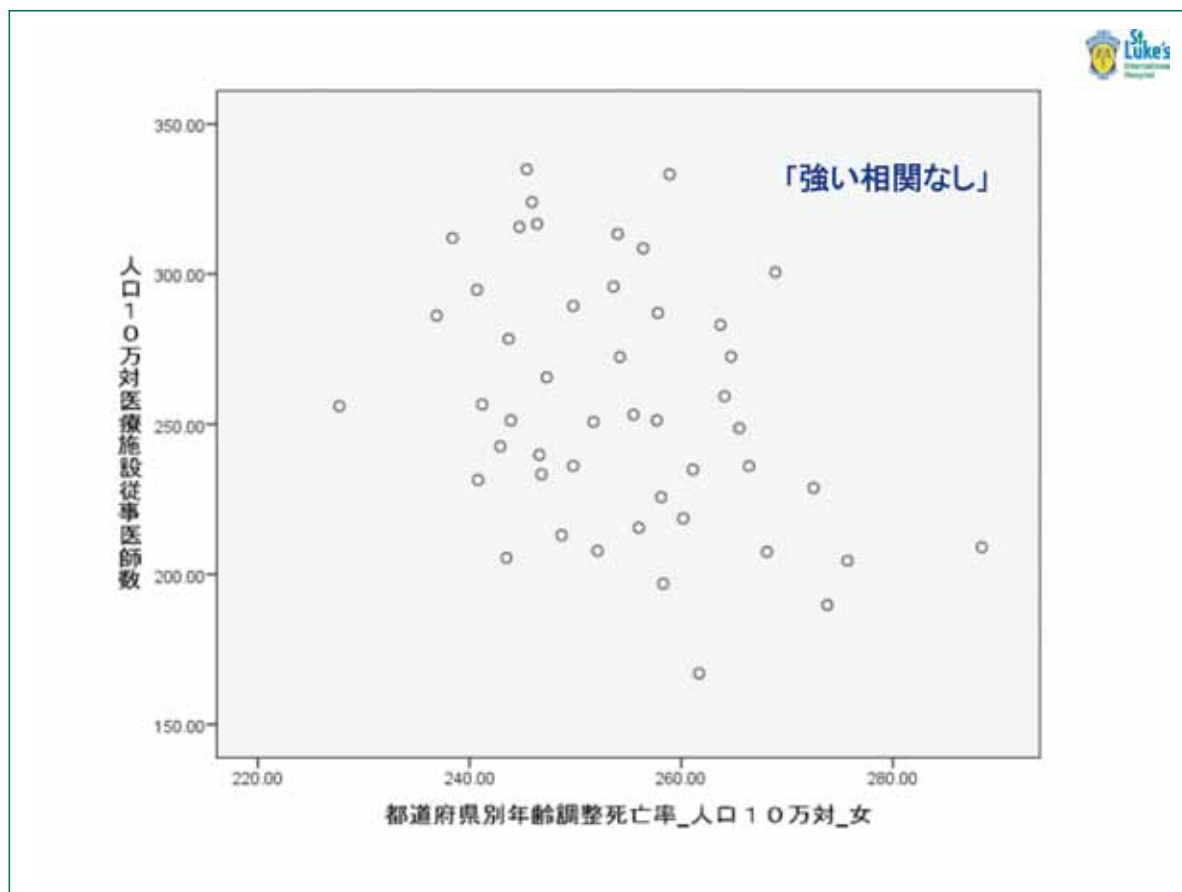
■ 図表 10



■ 図表 11



図表 12



死亡率は低くなっている可能性があるということです（図表 11、12）。

いくつかの国でこのような解析がされているので、我々もやってみました。これは決して強い相関ではないのですが、住民の健康のアウトカムにも地域格差が影響を与えている可能性は、ゼロではないのではないかと思います。

マクロ、ミクロで考える医師の地域偏在への対応

そういう状況下で、医師需給検討会が 2015 年の 12 月から 2019 年 1 月 30 日までの間に 27 回も開催されました。

医師会からも、副会長も含めて、何人かの先生方が検討会のメンバーになられています。

そこでは、大きな地域格差があるというのは共通の認識として持たれています。

マクロ的には、必要医師数は、大ざっぱに言うと、医学部への学生の入学定員に反映させる方針

ということになります。卒業生が、同じ県で研修を受けますと、その県に将来残る確率が約 8 割と非常に高くなります。そこで医学部の学生数と、研修の場所をコントロールすることで、全体的な数のコントロールをやっていこうという考え方が 1 つです。

そして、もう 1 つが、数だけではなく、ミクロでの医師の偏在についての対応です。このことに関しては、次の図表で説明させていただきますが、偏在指数というのを算出して、その偏在指数から、医師が多い区域と少ない区域を設定します（図表 13）。

主として二次医療圏ごとになるそうですが、そういう設定をした上で、医師少数区域については増やすための対策を取ろうということです。

私としては非常にリーズナブルな考え方だと思います、賛同したところです。

図表 13



医療従事者の需給に関する検討会
医師需給検討会
2015年12月から27回開催

・マクロでの必要医師数
↓
人口10万人対医師数 ⇒ 主として医学部入学定員に反映

・ミクロでの医師偏在
↓
医師偏在指数の算出 ⇒ 医師多数区域、医師少数区域の設定
⇒ 偏在対策(都道府県、認定医)

Feb. 13, 2019 *T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital* 13

図表 14



医師の偏在(1)
—医師需給検討会—

偏在に関わる5要素

1. 医療需要(ニーズ)及び将来の人口・人口構成の変化
2. 患者の流出入等
3. へき地等の地理的条件
4. 医師の性別・年齢分布
5. 医師偏在の種別(区域、診療科、入院／外来)

Feb. 13, 2019 *T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital* 14

医師の偏在に関わる5つの要素

現在のところ、偏在対策のかかなりの部分が都道府県に任されるという考え方で議論が進んでいます。各都道府県で実効力がどの程度なのかが決定的に重要ということになると思います。

ミクロ的には、医師の偏在に関わる因子が5つ取り上げられています（図表14）。

最初に、当該地域に住んでいる住民の人口構成です。男女比、年齢が若い地区なのか、高齢者の地区なのかによってニーズが全く異なってきますので、地域の人口構成を考慮するということです。

2番目は、患者の流出入。

3番目が、へき地等の地理的条件。

それから、4番目が、先ほど河合先生のお話にもありましたが、医師の性別と年齢。これらは医師の労働時間に反映されるものですから、性別、年齢も考えようということです。

5番目が、同じ医師でも、入院患者さんを診るのか、または外来診療だけなのかによっても随分異なってきます。また、診療科によっても、どういう患者さんを診るのかに反映されますので、これらの要素を全て考慮する必要があります。

全ての診療科について同時に考慮するのはなかなか難しいので、とりあえずは小児科と産科について考える方向で、議論が進んでいます。

都道府県がリーダーシップをとる医師偏在の改善

次に、医師の偏在指数についてです。

図表15が標準化医師数で、その数を地域の人口や住民の年齢、性別などの要素で割って、指数を算出します。

厚生労働省では非常にきめ細かく計算をして、現在、全ての二次医療圏、三次医療圏での医師偏在指数の分布を見ながら、ディスカッションしているところです。

その中で、医師少数区域と医師多数区域をこの偏在指数に基づいて設定しています。現在、二次医療圏の医師が少ない地域下位3分の1に相当す

るところを3年から4年ごとに解消していこうという方向でディスカッションされています（図表16）。

その上で、私は少し危惧するのですが、国がリーダーシップを取るのではなく、都道府県がリーダーシップを取って、医師の派遣の調整をすることにしてはどうかということです。

また、医師のキャリア形成、魅力的なプログラムを策定するということも、都道府県で行います。

そして、各医療機関の勤務環境を改善するのも都道府県です。

地域医療に貢献したことのある医師については、大臣が認定して、将来、限られた特徴を持った病院の院長になる資格を与えるということです。これは大臣ですから、国が行うことになります。

それから、臨床研修病院の定員の設定も都道府県に権限をおろすということです。

こういう方策を用いて、医師偏在指数で下位の地域を3～4年ごとに数値を上げていくというサイクルを何度か行います。そうして最終的には、格差が小さくなるように持っていくという方針が、現在、医師需給検討会でディスカッションされています。

診療科の偏在を解決する

次に、私の以前からの持論ですが、先ほどの数式にも出てきました診療科の偏在を解決しない限り、ほとんど問題は解決されないのではないかと考えています。

特に、救急・集中治療、外科、産婦人科、小児科、麻酔科、病理、放射線治療などの分野で、少なくとも私が病院の管理職として見ている限りでは、なかなか解決が難しいと考えています。

中でも深刻なのは外科、産婦人科の医師で、全国的に見ても、ほとんどこの10年間増えていません。他の専門分野は、比較的少ないとは言え、絶対数はかなり増えてきています（図表17）。

外科と産婦人科は非常にシリアスな状態にあると思います。

図表 15

医師の偏在(2)－医師需給検討会－



医師偏在指数の算出

- ・地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整
- ・医師については性、年齢ごとの平均労働時間の違いを調整

$$\text{医師偏在指数} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \Sigma \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率}(\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\Sigma(\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

Feb. 13, 2019

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

15

図表 16

医師偏在指数を活用した医師偏在対策



- ・医師少数区域と医師多数区域の設定
- ・下位3分の1の地域を3～4年ごとに解消
- ・そのための方策(案)
 1. 都道府県内での医師の派遣調整 (都道府県)
 2. キャリア形成プログラムの策定 (都道府県)
 3. 医療機関の勤務環境の改善支援 (都道府県)
 4. 地域医療への知見を有する医師の大臣認定
 5. 臨床研修病院の定員設定 (都道府県)

Feb. 13, 2019

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

16

図表 17



診療科偏在

- ・ 一般的には、救急・集中治療、外科、産婦人科、小児科、麻酔科、病理、放射線治療の医師が不足
- ・ 中でも、外科、産婦人科の医師が増加していないことは深刻



- ・ 診療分野ごとに必要医師数の算定方法を確立すること
- ・ 専門研修開始時に(入り口で)、診療科ごとの上限を設定すること
- ・ 専門学会と都道府県の連携が必要

Feb. 13, 2019
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital
17

私は、様々な機会に発言し続けているのですが、トータルが決まっている以上、診療分野ごとの必要医師数の算定について学会を含めて十分に話し合うべきだと思います。

例えば医師数のトータルのうち何%が内科医とか、何%が心臓血管外科医というように決める必要があると強く思っています。

特に、専門研修を開始する入り口でコントロールしないと、一旦特定の専門分野のトレーニングを受けて専門医になった医師に、国の方針で総合医、かかりつけ医になってほしいと言われても、ほぼ不可能だと思います。どう考えても、入り口のところで何らかの上限を設定することが必要だと思います。

多くの国では専門医研修コースの人数制限が行われていますが、日本では、いろいろな議論があり、なかなか簡単には進まないようです。

日本専門医機構と専門学会、都道府県、国が互いに連携して、早くそのような対応をしていただけないかと思っています。

簡単ですが、以上が医師の偏在に関する情報です。

プライマリ・ケアを担える医師の養成を

このことに関連して、私は、プライマリ・ケアを担える医師を今以上に育てていただきたいと思います（図表 18、19）。

その一番のネックになっているのは、私は大学での教育だと思っています。医学部での教育の雰囲気、私が少なくとも知っている範囲内では、ジェネラリストと言いますか、プライマリ・ケア医の養成に非常にネガティブなことが最大のネックになっています。

ジェネラリストの養成のために、温かい雰囲気での教育を行っていただきたいと思います。

総合医、かかりつけ医、プライマリ・ケア医という医師になることには何となく、ネガティブなイメージを持つ若い先生方が多いものですから、

図表 18



プライマリ・ケアとは(1)

• Accessibility	近接性
• Comprehensiveness	包括性
• Coordination	統合性
• Continuity	継続性
• Accountability	責任性

(米国科学アカデミーIOM、1978年)

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 18

図表 19



プライマリ・ケアとは(2)

プライマリ・ケアとは、個々の患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族および地域という枠組みの中で責任をもって診療にあたる、そのような臨床医によって提供される総合性と受診のしやすさとを特長とするヘルス・ケア・サービスである。

(米国科学アカデミーIOM、1996年)

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 19

図表 20



総合診療医の臨床能力

(1) 変化する幅広い臨床問題・医療的課題に適切に対応できる

- 1) 臓器・疾病にこだわらない
- 2) 機能的・心理的な問題にも対応する
- 3) 社会的な問題にも対応する
- 4) 予防医療的側面にも対応する
- 5) 頻度の高い慢性疾患の継続的ケア

(2) タイミングよく専門医への紹介ができる

福井次矢(京都大学、1994年)

Feb. 13, 2019
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital
20

そのところをぜひ変えてほしいと思っております。

文部科学省にもいろいろお願いはしているところですが、簡単には進まないのが実情です。

プライマリ・ケアの定義

次に、プライマリ・ケア、総合医の定義についてです。

実は先ほど、世界医師会の事務総長がお話しされましたように、最近になってもプライマリ・ケアの定義が新たに行われていますように、全ての関係者が同じ定義を頭に入れているとは限りません。

私は、臨床現場でのプライマリ・ケア医というのは、2つの大きな役割を果たせる医師で、幅広い臨床問題・医療的課題に適切に対応できる能力を持っている医師だと思っています。

臓器・疾病にこだわらない、器質的な問題だけではなくて、機能的・心理的な問題にも喜んで対

応する、社会的な問題にも興味を持って、できる範囲内で対応するなどです。

予防医療も非常に重要で、病気になった人だけを診るのではなく、予防医療にも興味を持つ、そういう意思や心構えが必要だと思っています。慢性疾患の継続的ケアができるということも非常に重要です(図表 20)。

求められる総合診療医とは

私は2009年の日本医師会の生涯教育カリキュラムを作る委員会の委員長を務めました。その時に作成した定義が今でも、適切な総合医、かかりつけ医の定義ではないかと思っています(図表 21)。

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉、健康にかかわる幅広い問題について、適切な初期対応と、必要に応じた継続医療を、全人的視点—予防や、心理・社会的な側面も含めて—一人で行う医師を多く養成してほしいと強く思ってい

図表 21



日本医師会生涯教育カリキュラム＜2009＞

- ◆2006年から日本医師会生涯教育推進委員会
(委員長福井次矢)にて検討開始
- ◆プライマリ・ケア関連3学会
(プライマリ・ケア学会、総合
診療医学会、家庭医療学会)
や小児科学会など共同
- ◆2008年3月に答申、2009年4月
に会員17万人に配布



日本医師会生涯教育カリキュラム＜2016＞

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 21

ます（図表 22、23、24、25）。

臓器別専門医は、患者さんが変わっても常に同じ病気を診たい、そういう価値観を有します。一方の総合診療医、プライマリ・ケア医は、人間の体を細分化していく方向の知識と集団で診る知識、個人の心理、それらを全て包含した幅広い側面視点で、病気の種類に拘わらず同じ人をずっと診続ける、そういう価値観を持つ医師ということになります（図表 26、27）。

臓器別専門性が強いと、大学病院のように大きな病院で患者さんだけを診ることが多くなります。総合診療医は、比較的軽症な患者さんも含めて診る医師、地域全体に目配りできる医師ということになります（図表 28）。

図 29 と 30 はアメリカの医師の考え方の紹介です。米国のプライマリ・ケア医は、へき地などで様々な世代の患者を診る Family Physician と、病院の外来で働く Officeist。それに、入院患者のジェネラリストである Hospitalist という 3 種類に分けられているようです。

実は、ジョンズ・ホプキンス大学の研究グループによって、プライマリ・ケア医がどのぐらい患者の健康アウトカムに好ましい影響を与えるのか調べた論文が発表されています。

そのグループの論文の中に、10 編の研究論文の結論をまとめたものがあります。その中で、人口 10 万人当たりプライマリ・ケア医が 1 人増えると、当該地域の死亡率が 5.3% 低下したというものがあります。

あくまでもアメリカの州ごとのデータの解析なのですが、このようなデータも発表されています。

患者の抱える医学的、医療上の全ての問題を解決するためには、臓器別専門医の集団で対応しようとする、非常に多くの様々な専門分野の医師をそろえる必要があります。現実としてこのことはほとんど不可能ですので、一人ひとりの医師が総合性を身につける必要があります（図表 31）。

プライマリ・ケア医と臓器・疾患別専門医との適切な組み合わせが必要なのですが、プライマリ・ケア医の養成がなかなか進んでいません。

図表 22



日本医師会生涯教育カリキュラム＜2016＞

【一般目標】
頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健、福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技能を身につける。

【行動目標】

- I 総論
 - 1. 医師のプロフェッショナリズム 2. 医療倫理：臨床倫理
 - 3. 医療倫理：研究倫理と生命倫理 ～
- II 症候論
 - 16. ショック 17. 急性中毒 18. 全身倦怠感 ～
- III 継続的なケア
 - 73. 慢性疾患・複合疾患の管理 74. 高血圧 ～ 83. 相補・代替医療

Feb. 13, 2019
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital
22

図表 23



日本医師会生涯教育カリキュラム＜2009＞ 一般目標

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技術を身につける。

Feb. 13, 2019
T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital
23

図表 24



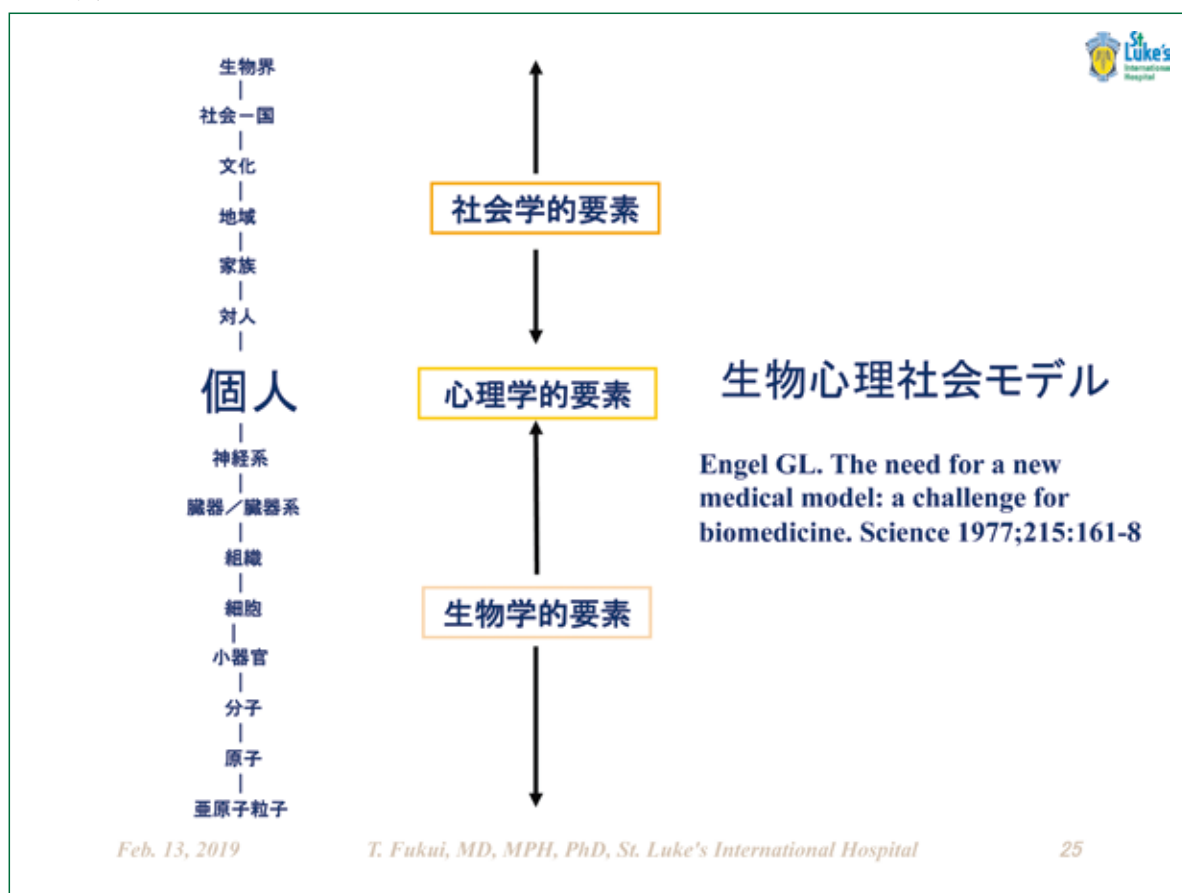
日本医師会生涯教育カリキュラム＜2009＞
一般目標

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技を身につける。

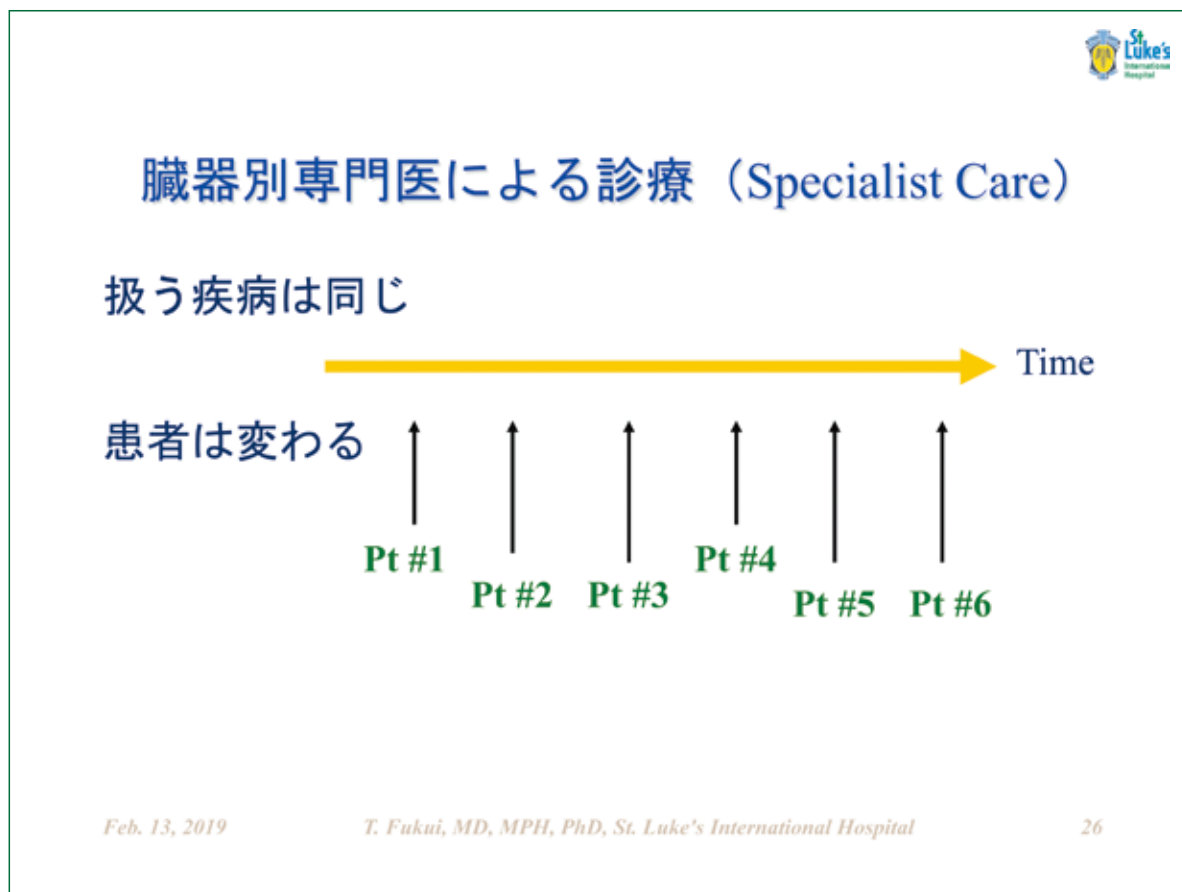
**プライマリ・ケア医
総合医、総合診療医、かかりつけ医**

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 24

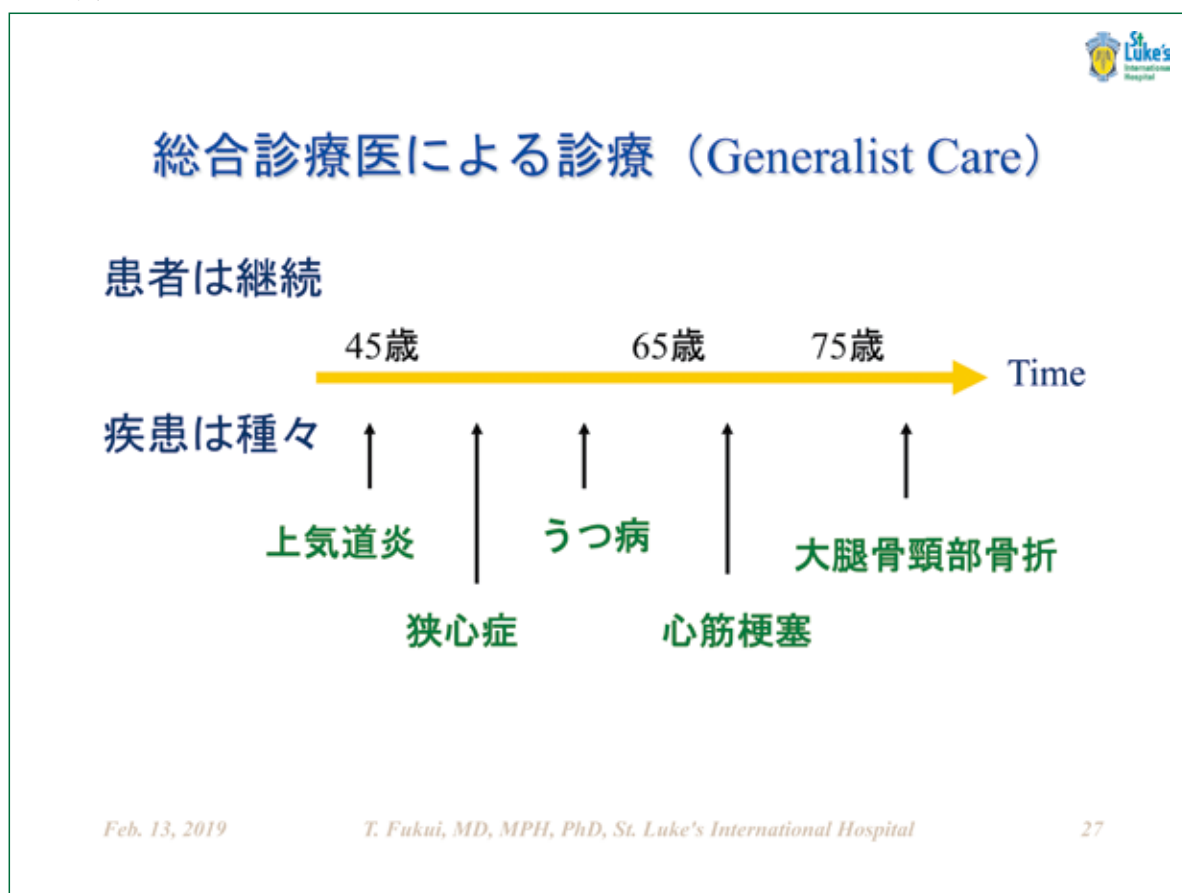
図表 25



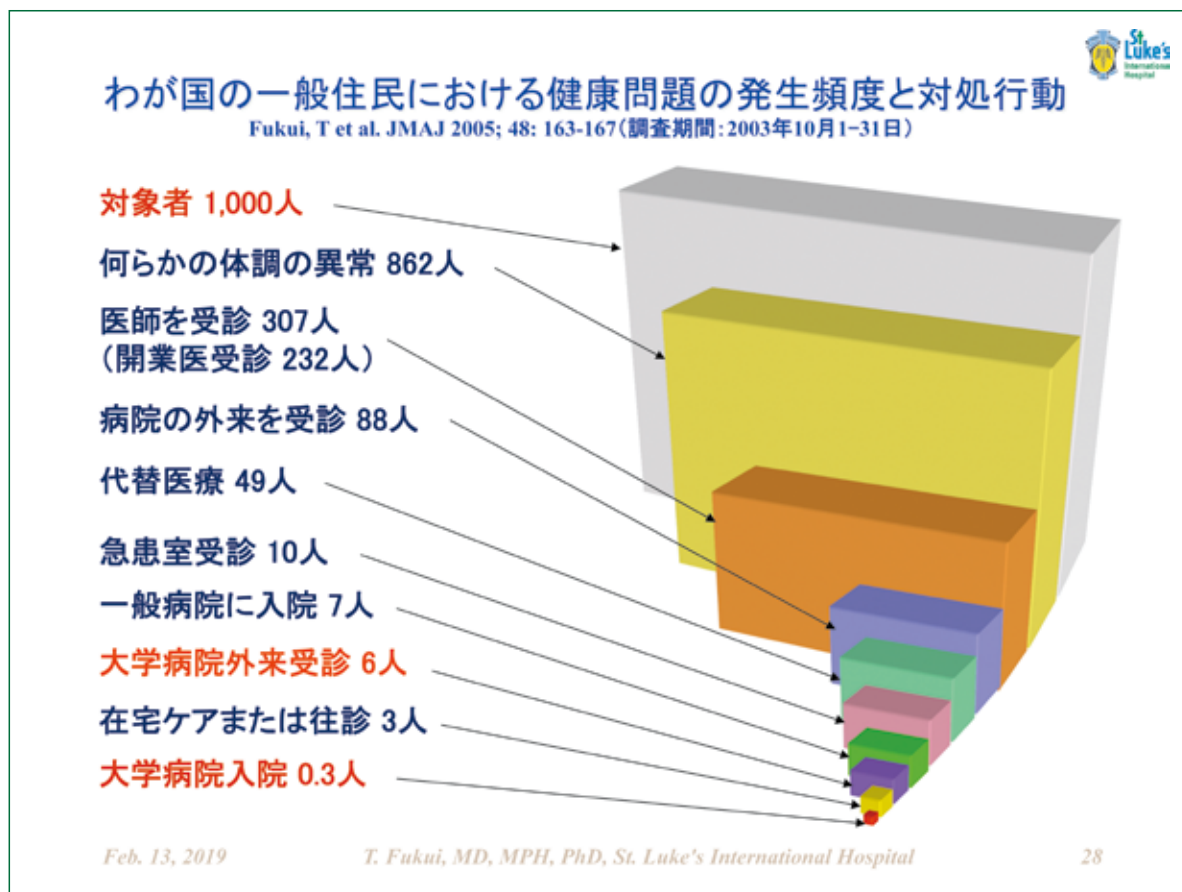
■ 図表 26



■ 図表 27



図表 28



図表 29



米国のプライマリ・ケア医

- 家庭医 (Family Physician)
 - ・ 年齢、性別を問わない
 - ・ 家族のすべてのメンバーを対象
 - ・ 元来、産婦人科、小児科、外科を含む
- 一般内科医 (Officist)
 - ・ 外来患者を扱う総合医
 - ・ 内科全般＋整形外科や皮膚科のプライマリ・ケア
- 病院総合医 (Hospitalist)
 - ・ 入院患者の総合医

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 29

図表 30



総合医の有効性・効率性 —米国の研究結果—

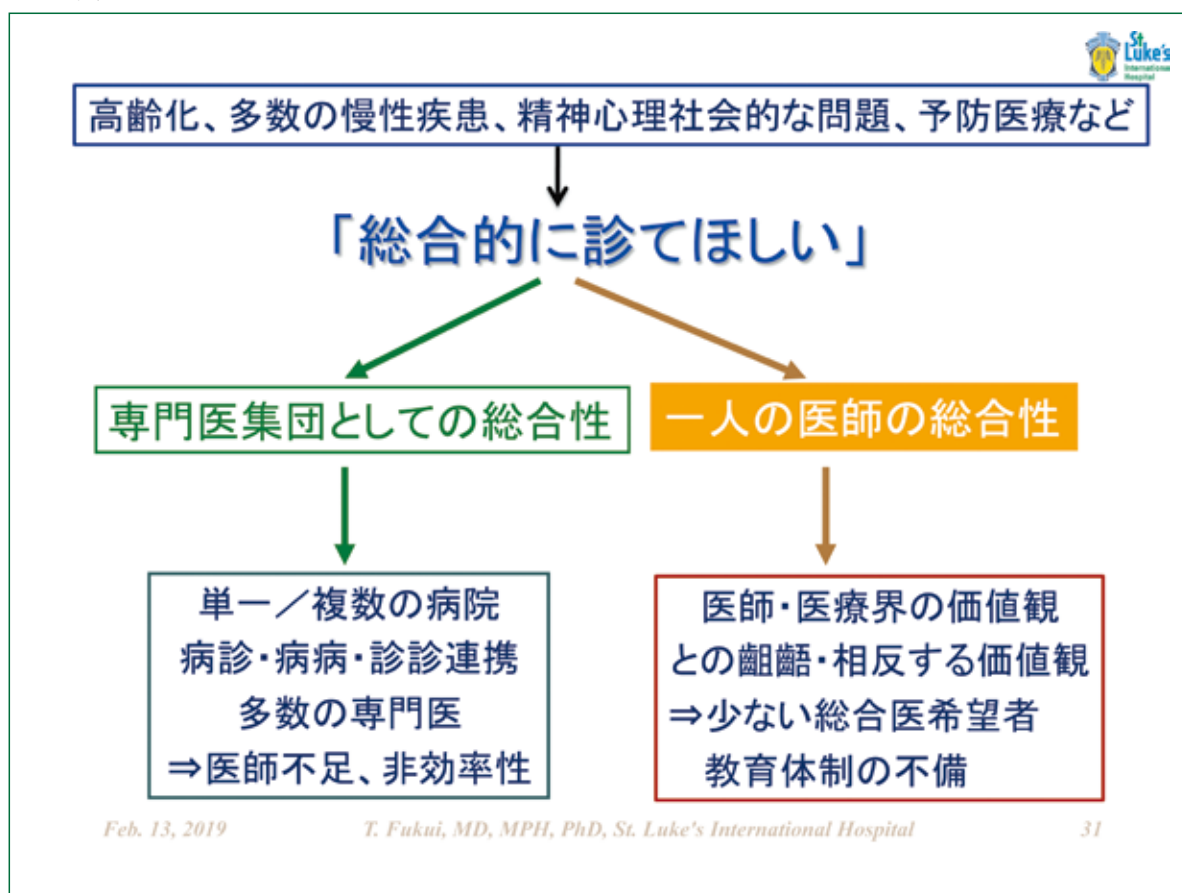
Macinko J, et al. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the united states. International Journal of Health Services, 2007;37:111-126

1985年～2005年に発表された論文の中で、米国において、プライマリ・ケア医増加がもたらす健康指標への影響をまとめた。10論文がこのテーマを扱っていた。

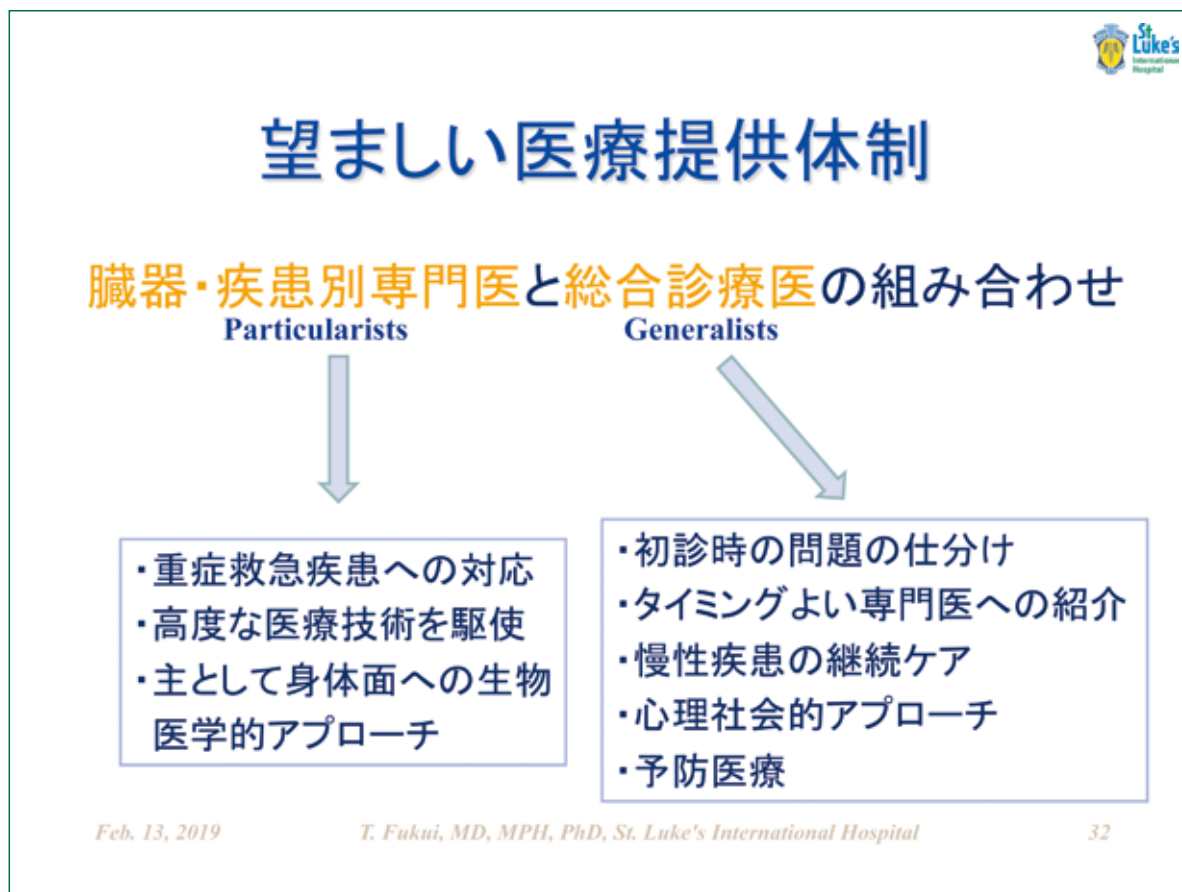
人口10,000人あたりプライマリ・ケア医が1人増えると、死亡率が5.3%（1年間で10,000人あたり49名に相当）低下する。

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 30

図表 31



図表 32



私の知っているアメリカ人が、臓器別・疾患別専門医のことを、Particularistsと呼んでいました。体の中の一部分に興味を持つ医師という意味だそうです（図表 32）。

総合診療を今後日本で育てるために

日本では、1980年代の家庭医懇談会での議論から始まって、大学や大きな病院で総合診療部が設置されてまいりました。

2000年代に入っても、いろいろ議論は行われていますが、思ったほどプライマリ・ケア医、ジェネラリストの養成は進んでいません（図表 33）。

日本専門医機構でも19の基本領域として総合診療科を加えましたが、たしか昨年マッチした、総合診療分野に入る専攻医は180人ぐらいしかいなかったということです（図表 34）。

私としては、総合診療分野に興味を持つ、若い医師が少ないということは非常にシリアスな問題だと考えています。大学ではジェネラルな分野へ

の興味をそがれるような雰囲気、このことは実は私がいたアメリカでも同様で、かなりシリアスな問題でした。総合診療、プライマリ・ケアの必要性や重要性を肌で感じるような大学病院はありません（図表 35）。

どちらかというプライマリ・ケアについてネガティブな雰囲気、医大生は学生時代を過ごすものですから、なかなかプライマリ・ケアの分野に将来進もうという気持ちを持つ人が出てこないということです。

その背景には、公衆衛生の教育のこともありません（図表 36）。

アメリカでは、実は私も訪れて驚いたのですが、ウィスコンシン大学は大学の名前を、School of MedicineからSchool of Medicine and Public Healthに変えて、プライマリ・ケア医の養成に大きく舵を切りました。そういう大学があるぐらいですから、日本でも何か同じようなことができないか期待しています（図表 37）。

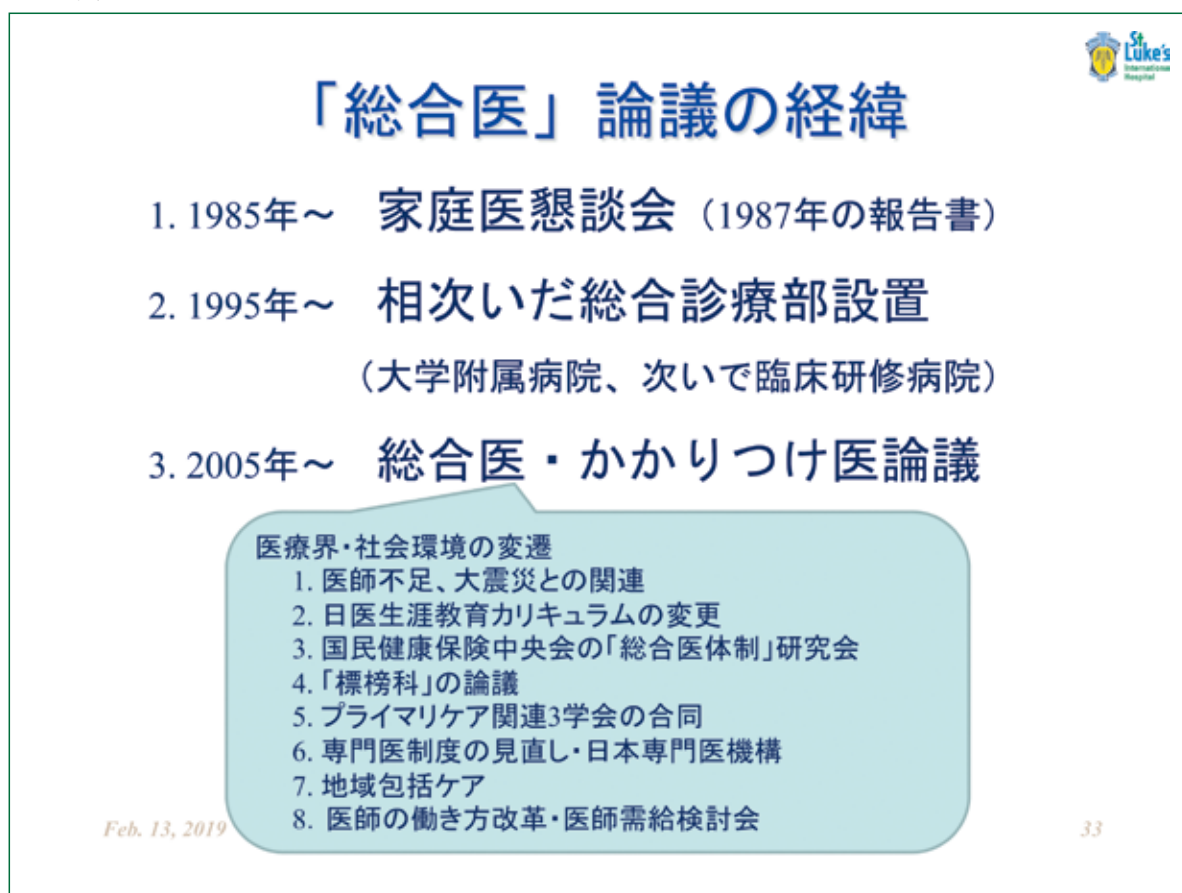
以上、現在、厚生労働省で主として議論されて

いる地域偏在への対応の考え方と、総合診療を今後日本で育むために、先生方のご協力をいただきたいという、そういうお話をさせていただきました

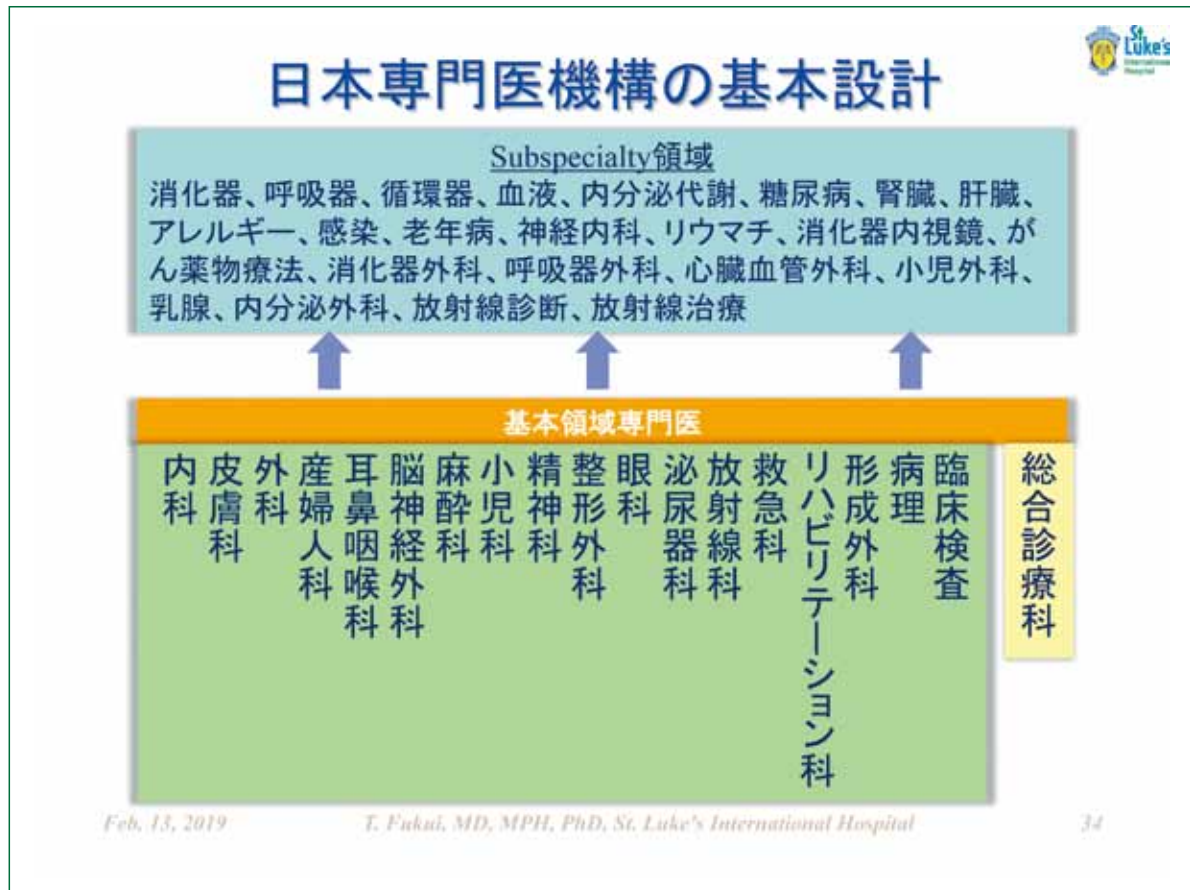
た。

ご清聴ありがとうございました。

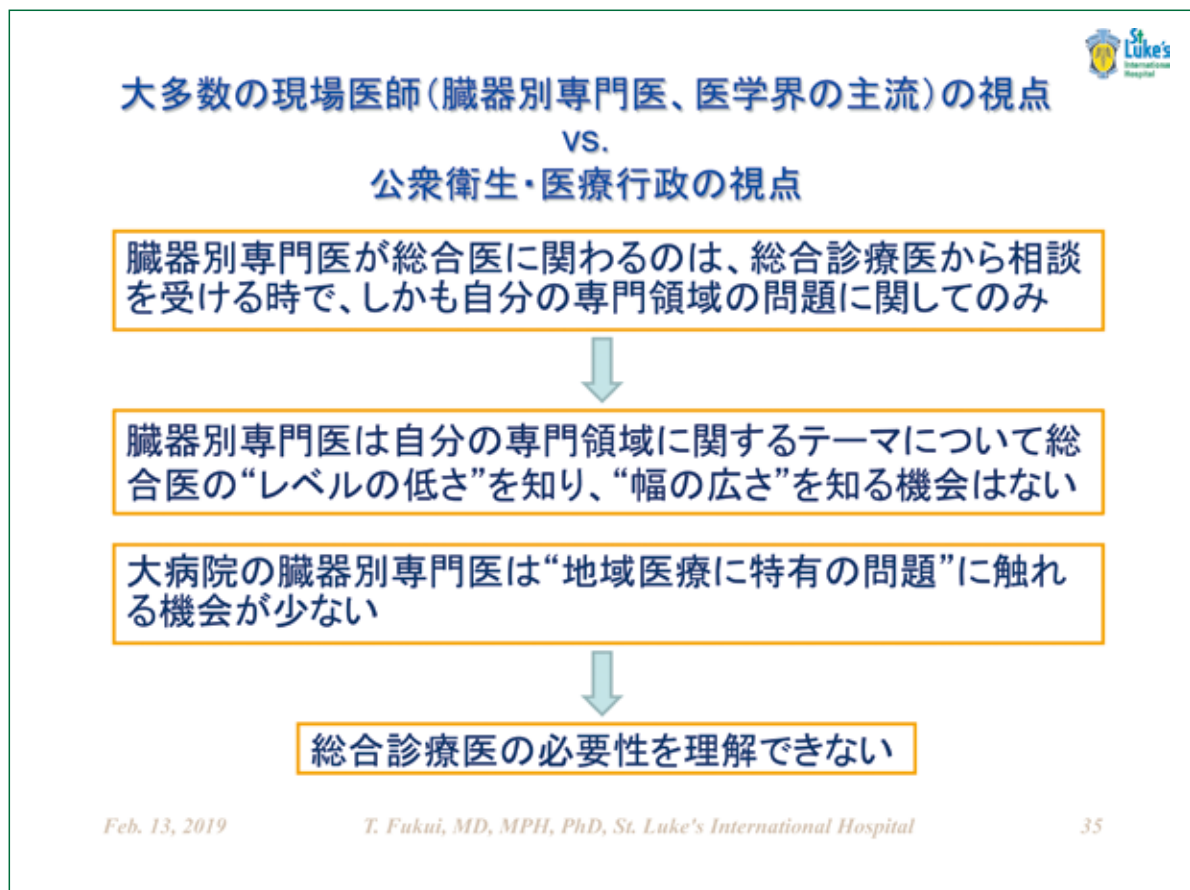
■ 図表 33



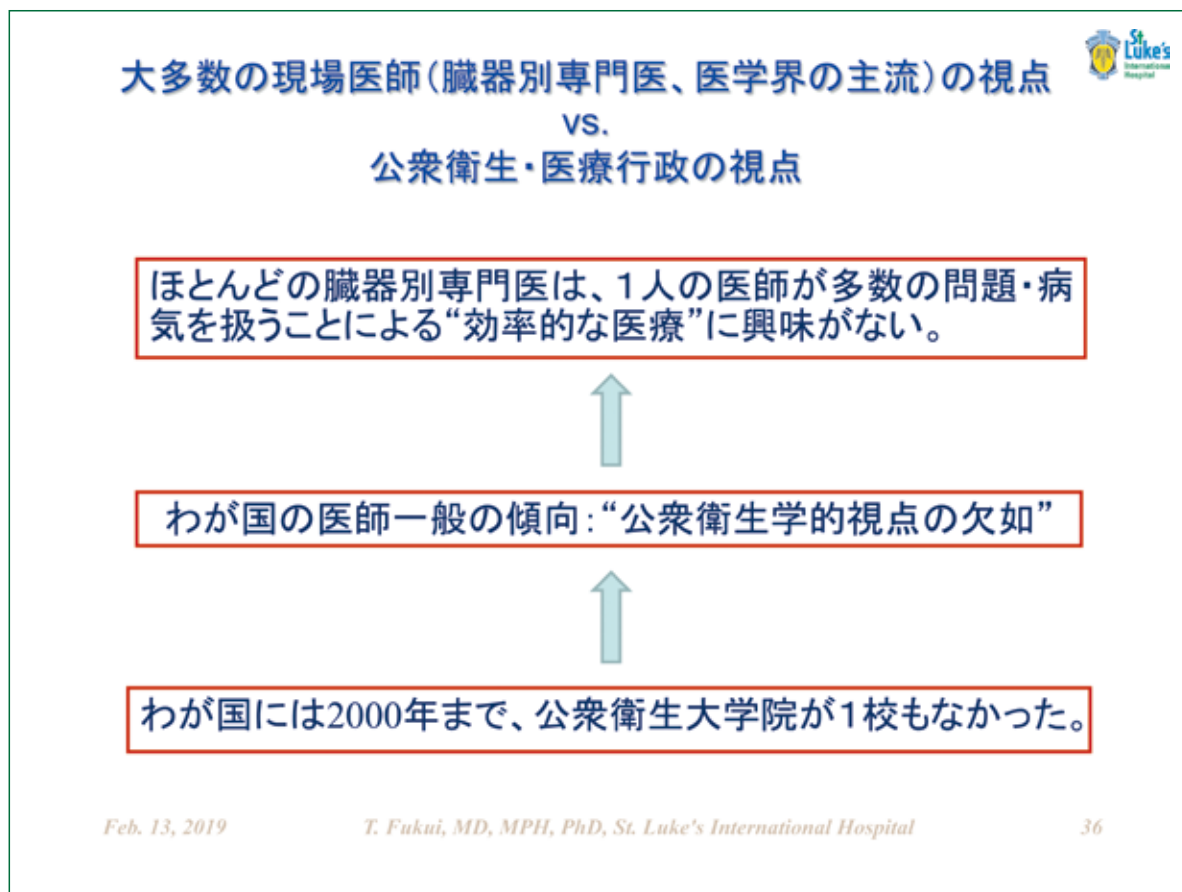
図表 34



図表 35



図表 36



図表 37

St. Luke's International Hospital logo

地域のニーズに最少数で対応できる
「総合診療医」を普及させるために

- 大学を挙げて、医学生にプライマリ・ケアの魅力、公衆衛生学的視点を伝える
(参考)米国のWisconsin大学のメディカルスクールは名称を「School of Medicine and Public Health」に変更した
- 名称にかかわらず、プライマリ・ケア、総合診療の能力の担保は必須で、特に若い医師には、資格の付与と何らかのインセンティブを与えられとよい
- 国民には、「総合診療医」にかかることでよい医療を受けられることを体験してもらう期間(5～10年)が必要
- 他国の経験では、人口1,500～2,000人当たり1人の総合診療医(=6万人、医師の20%程度)が必要と思われる

Feb. 13, 2019 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 37