

論 説

枠から外れた考えの勧め：何故独立した家庭医療型診療所が必要か？

Michael D. Fetters, MD, MPH, MA マイク・D・フェタース *¹

Masahito Jimbo, MD, PhD, MPH 神保真人（じんぼうまさひと）*¹

*¹ Department of Family Medicine, University of Michigan

要旨

現在、日本の大学病院の半数以上で総合診療部が設立されたが、これらの院内における立場は、まだ発展途上段階にある。総合診療部の多くは、米国の家庭医療科を基にしているが、米国家庭医療学研修の中心的役割を果たすのが、独立した家庭医療型診療所（Family Medicine Center）である。これには、重要な理由がある。まず、セレクション・バイアスであるが、これには疾患頻度だけでなく、患者の期待・態度も重要な要素である。経営スキルは、個人開業では不可欠であり、家庭医療型診療所は、実際の開業形態に最も近い形で研修を受けることを可能にする。家庭医療学の哲学は、家庭医療型診療所の実際の構造にも反映し、指導医と研修医共に家庭医としてのアイデンティティーの確立に役立つ。医師患者関係を含めた人間関係の構築は、家庭医にとっては必須であり、家庭医療型診療所では従来の病院外来とは異なった包括性と継続性が保っていきける。このような診療所が普及するには、いくつかの障害を乗り越えなければならないが、その重要性を理解し、情熱と気力を持って戦えば、可能なはずであり、又、質の高い家庭医療学研修を日本にもたらすには、不可欠である。

はじめに

現在、日本の大学病院の半数以上で総合診療部が設立されたが、その病院内における目的と役割は、まだ発展途上段階にある。元々大学病院外来を受診する患者は、開業医から紹介されてくるため、初めから専門外来受診希望が強く、総合診療部の多くは、ふるいわけ機能を果たしている。これは、来院する患者がどの専門外来を受診するのが適切か定め、専門医が自分の専門以外の疾患を持つ患者を診ないで済むようにする事が主目的である。このような外来では、患者を専門外来に紹介し得る具体的な問題が確認されるまで一時的に預かる状況にあり、ごく単純な問題を除いて、具体的な診断と治療方針が決定されるとは言い難い。このようなふるいわけ機能は、米国では看護師によって行われており、他国でも高度な知識と技能を備えた医師が行うことはなく、医師の効率的な活用法とはいえない。

総合診療部の一部は、国際的に認知され得る、診療・教育・研究の三要素を備えた、家庭医療科や総合内科に基づいた真の総合診療モデルをつくらうと真剣に努力している。そこで根幹となるのが、質の高い外来教育であり、それなくして国際的認知はあり得ない。外来教育を推進するに当たって、米国では、独立した家庭医療型診療所（Family Medicine Center）を持つことが、研修

論 説

プログラムとして認定される必要不可欠な条件である¹⁾。このような診療所における訓練が、家庭医療学研修においては、根本的なものであり、米国家庭医療学教育者の殆どは、独立した家庭医療型診療所が存在しなければ、質の高い家庭医療学を教えることはできないと考えている。この論文の目的は、家庭医療型診療所の存在意義を明確にし、日本の大学や臨床研修病院の総合診療部における指導者の先生方にその存在が診療・教育・研究において不可欠であることを認識して頂くことである。

何故家庭医療型診療所が必要か

独立した家庭医療型診療所が必要な理由を以下に述べる。この場合、「独立」とは、病院の外来より物理的に独立していることを指す。

病院患者診療のセレクション・バイアスを受けない

病院患者の診療のみでは、2種類のセレクション・バイアスのため家庭医療の訓練としては不完全である。福井²⁾の医療エコロジー・モデルの研究からも明らかのように、疾患の分布は、病院、特に高次医療センターと診療所とは異なる。彼らの研究によれば、地域における成人・小児を含めた1000人のうち、1ヶ月間に862人が何らかの身体の不調を覚えるが、そのうち診療所にかかるのは302人（内、プライマリ・ケアは232人）に対し、病院の外来を受診するのは88人、入院するのは7人、大学病院外来を受診するのは6人である。この研究は、40年前にWhite³⁾が成人に限って同様の分析を行い、得た結果とほとんど変わらず、プライマリ・ケアの対象となる患者層の普遍性を示しているとも言える。診療所の家庭医が相手する232人と大学病院勤務医が相手する6人では、おのずと患者の背景や疾患の有病率・重症度も異なる。例えば、胸痛を主訴とした患者の場合、三次医療機関ではその67%が心疾患を原因とするが、診療所では、10%程度である⁴⁾。教育と臨牀的見

地からも、これら2つの異なった現場で行う問診、鑑別診断、臨床評価の方法は異なり、診療所では、問診、身体所見を基盤とし、医師-患者関係を重視した医療面接が主体をしめる。最新の検査機器を駆使できる高次医療機関のみで訓練を受けた医師が、外来での訓練なしに上記のように効率的に診療所における患者を評価することは非常に困難である。

又、患者の態度や期待も診療所と病院では異なる。日本の患者は、良く大病院志向が強いといわれる。大学や臨床研修病院で診療している医師の場合、診療所でも対処できるような問題で病院外来に来る患者を診るにつけ、どんな些細なことでも患者は大病院に来ると考えがちであろう。しかし、大病院に実際来ない患者についてはまったく情報が無い。もし、日本における患者の全員が大病院志向であるなら、日本では開業医は成り立たないはずであるが、実際はそのようなことはない。正しい捉え方は、「大病院に来る患者は、一部のことで大病院の受診を希望し、診療所に来る患者は、一部のことで診療所の受診を希望する」ということである。まとめると、受診する場によって患者の病識や期待度は異なり、病院でのみ患者を診る研修医や医師は、医療に関わる全てのスペクトラムの患者を診てはいないことになる。

開業に必要な医療経営知識・技能を会得できる個人開業で成功するには、医療経営についての知識と経験は必須である。個人開業医は、医師であると同時に事業家でもある。これは、事業計画の発案、雇用と解雇、保険請求、常備薬の設定、プロトコルの作成など、多彩である。最近、開業医を対象とした講演で、筆者の一人は、医学部在学中に聴講者の内何人が医療経営の訓練を受けたか質問したが、只一人といなかった。病院での研修では、医療経営を学ぶ機会は僅少であろうし、何らかの形で存在したとしても診療所で家庭医療を行っていかうと考えている研修医には余り役立

論 説

たないであろう。医療経営について学ぶことは、家庭医研修では必須であり、これを学ぶ場として、実際の診療所として機能する家庭医療型診療所は、理想的である。

家庭医療型診療所の実際の構造から、家庭医療のアプローチを理解できる

家庭医療の哲学は、本来、診療所の外見からも伺うことができる。まず、理想的な家庭医療型診療所は、アクセス度が高い。これは、駐車が容易とか、公共交通手段を使用しやすいというだけでなく、地域に根ざし、患者を番号でなく、名前でもスタッフが呼んでくれる受診しやすい場でもある。これらのアクセス（近接性）は、家庭医療の基本理念の一つでもある。

診療所の内装も家庭医療の哲学を反映する。消毒薬の匂いがし、患者にとって近づき難い場所でもある大病院の待合室とは違って、家庭医療型診療所の待合室は、開放的で暖かく、居心地が良い。そこでは、患者教育や健康増進の書物だけでなく、患者の嗜好に合った一般雑誌を読むこともできる。理想的な家庭医療型診療所は、患者のニーズに敏感である。車椅子のためのアクセスがある。トイレには、赤ちゃんのおむつ交換用の台があり、小さな子供を抱えた母親にも歓迎されているという気持ちを与える。米国では、医師が座る椅子は、患者のそれよりも小さい。それは、医師が、自分が患者よりも優れているのではなく、パートナーシップとしての医師-患者関係を築こうとしている意思の表れでもある。診療所と病院とでは、役割が異なり、研修医と学生は、実際の家庭医療型診療所で働くことにより家庭医療の哲学を体で学んでいくのである。

家庭医としての自覚を育むことができる

自分が仕事をする場所で確立される人間関係は、仕事に対する自己認識に大いに貢献する。米国における家庭医療の指導医と研修医は、家庭医

療型診療所において、正に自分の家庭医としてのアイデンティティーを確立し、育んでいくのである。診療所は、彼らにとって知的にも精神的にも重要な基地となる。これは、病院内外来では、確立できるものではなく、指導医にとっても研修医と同等に必要なものである。

真に独立した家庭医療学教育を展開するには、他診療科から物理的に独立した場が必要である。これは、身近にCTスキャンがあれば、どんなに良性の筋緊張性頭痛と思われるものでもCTをオーダーしてしまいたくなるのと似ている。それぞれの専門外来が近接している場合、家庭医の範疇にある患者の80-90%の問題でも紹介しがちになり、振り分け外来の域を出ず、低価格で質の高い効率良いケアを提供する医療を修得し、実践する場ではなくなってしまう。

人間関係の構築過程を学べる

外来診療において、人間関係の構築は、中心的役割を果たす。病院では、個人開業医が診療所で患者と築くような人間関係を築くことは難しい。これは、医師-患者関係の他に、医師と地域との関係、医師と地域における専門家との関係、医師と看護師や事務員との関係でも同様のことが言える。最近、米国における家庭医療学に関連した7つの学術組織が、家庭医療学の更なる発展のためFuture of Family Medicine Projectを開始したが、家庭医療の根本を成すものとして、前述の近接性の他、患者を全人的に診る包括性と、自分がこの患者をずっと診ていくという責任感と博愛に裏打ちされた継続性がある⁵⁶⁾。継続性なくして有効な家庭医療の研修は行えない。医師-患者関係が一時的なことが多いふりわけ外来と、継続的な医師-患者関係を重視する家庭医療型診療所では、後者の方が家庭医療学教育に有効であるの言うまでもない。同様に、教育においても、有効な指導医と研修医間、指導医と学生間、研修医と学生間の関係を築き、信頼関係をつくることによ

論 説

って、成人教育モデルを実践することができる⁷⁾。

日本における独立した家庭医療型診療所の確立 するにあたっての課題

日本において家庭医療型診療所を設立し、維持していくに当たって最も重要な課題は、その重要性の認識を広めることである。我々は、これまでその重要性について述べた。日本の家庭医療指導者達は、大学の他科の医師や経営陣、厚生労働省等にその重要性を明確に説明し、同意や支持を得る必要がある。「ローマは一日にして成らず」の格言の如く、短期間で変化をもたらす事は難しい。しかし、必要な変化をもたらすための情熱と努力が今ほど必要なときはなく、これは家庭医療学関係者の中から起きなければならない。ウォルト・ディズニーが言ったように「夢を見ることができれば実現することができる (If you can dream it, you can do it.)」のである。ひとつの方法として、地域の優れた家庭医療学を实践する開業医の下で総合診療部の医師がアルバイトをしつつ学ぶという方法もあるが、これはあくまでも正式な家庭医療型診療所のシステムが確立され、それが家庭医療研修として認知される必要条件となるまでの一時的なものとして見なければならない。

医師会からの反対

総合診療部に従事する医師から聞かれる懸念の一つとして、医師会が地域における大学病院の中心的役割に反対するというものがある。これは、患者を大学病院に盗られてしまうという不安から来ていると思われる。しかし、高齢となった開業医が廃業するにつれ、地域医療に空洞が生じ、はっきりした意図を持った大学関連診療所を設立することが可能な土壌となってきているのではないだろうか。既に、独学で家庭医療学を实践している開業医達が教育のため総合診療部に診療所を開放してきている。時と共にこれらの診療所が真の

家庭医療型診療所に変貌することも考えられる。米国での家庭医は、患者のニーズによって大学病院と地域病院への入院をふりわけている。このようなお互いによって有益な関係を総合診療部と地域開業医との間につくるべきである⁸⁾。

ディスカッション

ライオンを観察する最適の場所は動物園でなくサバンナであるように、スキーがうまくなるには実際山でスキーの練習をするのが最良なように、家庭医療の修練を積むのに最適な環境は、実践に最も近い環境、すなわち家庭医療型診療所である。病院のふるいわけ外来と地域に密着した家庭医療型診療所では、環境がまったく異なる。ふるいわけ外来は、病院に勤務する専門医にとって有用な機能を持つが、家庭医療を教育するのに適切な場ではない。又、ふるいわけ外来が、有用な家庭医療学の臨床及び教育の現場になるとは、前述の理由から考えにくい。家庭医療学の基本理念、とりわけ継続性を実践し、学んでいくためには、独立して地域に根ざした家庭医療型診療所の設立が不可欠である。

家庭医療学が今後日本で理想の形に発展していくためには、いくつかの挑戦を乗り越えるための戦いに挑まなければならない。日本の家庭医療学の指導者たちが、挑まなければならないことは数多くあり、どれを選ぶかは慎重を要する。しかし、その中でも、独立した家庭医療型診療所を家庭医療学教育と臨床の中心にすることは、まず確立しなければならないことであり、挑戦すべきことである。「少年よ、大志を抱け!」

参考文献

1. <http://www.aafp.org/x28356.xml>. RRC-FP proposal reflects eight of 10 AAFP recommendations. Accessed 12/29/2004.
2. Fukui T, Rhaman M, Takahashi O, et al. The ecology of medical care in Japan. JMAJ

論 説

2005; 48(4):163-7.

3. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *NEJM* 1961; 265: 885-892.
4. Sox HC, Hickam DH, Marton KI, Moses L, Skeff KM, Sox CH. Using the patient's history to estimate the probability of coronary artery disease: A comparison of primary care and referral practices. *Am J Med* 1990; 89: 7-14.
5. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The future of family medicine. A collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med* 2004; 2: S3-S32.
6. マイク・D・フェターズ, 西上尚志. 米国家庭医療学が目指すもの - Future of Family Medicine Projectの紹介. *クリニカルプラクティス* 2005; 24 (2) :132-5.
7. Fetters MD, Yoshioka T, Sano K, Sheets KJ. Primary care physician's participation in undergraduate education: Strategies for success from the STFM preceptor education project. *Medical Education (Japan)* 2004; 35 (2) : 83-88.
8. マイク・D・フェターズ, 北村和也, 衛藤加郎, 山下賢治, 藤岡利生. 開業医と大学総合診療部との架け橋 - いかにして協力関係を築いていくか - *日本プライマリ・ケア学会誌* 2001; 24 (4) :285-291.

連絡先

Michael D. Fetters, MD, MPH, MA
Department of Family Medicine
University of Michigan
1018 Fuller St
Ann Arbor, Michigan, 48109-0708
Tel; 734-998-7120 X341
Fax: 734-998-7335
mfetters@umich.edu