

米国の総合診療とプライマリ・ケア

米国の総合診療&プライマリ・ケアに触れる機会がありましたので、次の3つについて紹介します。

1. 米国におけるプライマリ・ケア
2. 総合診療部門が行う病棟診療
3. 内科研修医教育（レジデンシープログラム）

内容は米国ボストンにある Beth Israel Deaconess Medical Center（以下 BIDMC）での経験を中心に記載しています。BIDMC はハーバード・メディカルスクールの教育病院の1つで、日本でいう大学病院と臨床教育が盛んな市中病院のハイブリッドのような病院です。

1. 米国におけるプライマリ・ケア

米国においてプライマリ・ケアシステムは重要な役割を担っており、個人が医療保険に加入する際にはプライマリ・ケア医を指定する必要があります。そして、ほとんどの医療保険は患者が専門医を受診する前に、プライマリ・ケア医の診療を受けることを求めています。このプライマリ・ケアシステムは、①医療の質改善、②医療費の抑制、③医療へのアクセスの保証（健康格差の是正）、といった点で米国の医療において大きな役割を果たしています。米国では現時点で全医師の3分の1はプライマリ・ケア医であり、全診療の5割以上を担っています。

● 病院ごとに多数の関連プライマリ・ケアクリニックを有している

米国では、病院のプライマリ・ケア部門の規模が大きいほど収益につながるといわれています。なぜならプライマリ・ケア部門は各専門医へのゲートキーパーとしての役割を担っているからです。特に医療施設が密集している地域では、ゲートキーパーをどれほど有しているかが病院の受診患者数と比例するため重要になります。そのため、基幹病院は病院内でのプライマリ・ケア診療に加え、病院自体が運営するプライマリ・ケアクリニック、さらに関連ネットワーク内のプライマリ・ケアクリニックを多数有しています。BIDMC ではネットワーク内のクリニックまで入れるとその数は数百施設にも登るそうです。

● 外来は完全予約制

BIDMC は総合病院ですがプライマリ・ケア診療も行っており、3か月-1年単位でのフォローアップを行っています。生活習慣病の予防・治療から婦人科検診までを病院のプライマリ・ケア医（外来専門の医師）が担当することで、かかりつけ医としての機能を担っています。外来は初診患者も含め完全予約制であり、通常1名の患者につき20分、初診患者や長

期間空いた再診患者は 40 分の診療時間を割り当てます。BIDMC はプライマリ・ケア医だけでも 50 人以上雇用しており、年間の受診患者数は 100,000 診療/年（40,000 患者/年）にものぼります。これだけの患者数を診療するため、プライマリ・ケア外来だけで病院の 2 フロアに診療室が 60 室程並びます。

- **1 人の医師ごとに複数ブースがある**

BIDMC では、医師が一つの診療ブースに座り患者を迎え入れる日本のスタイルとは異なり、医師 1 名につき診療ブースを 2-3 室を担当します。患者は入室後、看護師の指示でバイタル測定や必要に応じて着替えを行い、医師が入室する際には診察にすぐ移れる体制ができています。効率的な反面、医師は慌ただしく複数の部屋を行き来しなければならないため一長一短がありそうです。

- **医療アシスタントが充実**

先に述べた看護師が診察までのセットアップやサポートを担当するほか、診療看護師（Nurse practitioner）が診療行為を行ったり、施設によってはカルテ記入専門の補助スタッフがいたりします。その他にもフィジシャンアシスタントの技能が細分化されており、点滴や挿管から手術の助手までそれぞれを担当するスタッフが院内にいます。そのため、医師はより診療自体に時間をかけることができ、患者満足度も高くなりそうです。

- **当日の緊急受診は ER**

日本では体調不良で当日病院を緊急受診した場合でも、バイタル等が安定している場合にはまずは一般の外来で診察することが多いのではないのでしょうか。一方、BIDMC を含む多くの米国の病院では予期せぬ体調不良で病院を受診する際や、入院が必要な状態で緊急に病院を受診した患者は、まず ER が担当することになります。ER にて入院の必要性が判断され、外来フォローか入院となるかが決まります。

- **外来はプライマリ・ケア医、入院は病院総合医（ホスピタリスト）**

日本との診療スタイルの大きな違いの一つに、プライマリ・ケア医は外来のみを行っており、病棟は病院総合医（ホスピタリスト）が行っているという点が挙げられます。過去には米国でも日本と同じように、一人の医師が病棟も外来も担当することが多かったようですが、効率性や医療安全の観点から分業制に徐々に移行していった経緯があります。この分業制によって、プライマリ・ケア医は外来の患者診療のみに集中することができ、結果として診療の質を上げることに貢献しています。

2. 総合診療部門が行う病棟診療

Beth Israel Deaconess Medical Center（以下 BIDMC）では、総合診療部門（General Medicine）が内科病棟を担当し、病院総合医（ホスピタリスト）が主治医として入院患者の診療に当たります。

● 内科の入院患者は総合診療部門が担当

BIDMC の総合診療部門は規模が大きく、100 人以上のホスピタリスト、100 人以上の研修医（1 年目がインターン、2～3 年目がレジデント）、6 人のチーフレジデント（4～5 年目のアテンディング）で構成されます。専門的な治療（カテーテル治療など）を必要としない患者は、まずは内科病棟に入院し総合診療部門が主治医を担当します。腎臓科、呼吸器科、膠原病科などの専門医師はコンサルタントとして機能し、治療方針のコンサルトや専門的な処置等で協力しながら患者の治療にあたります。

内科病棟は大きく分けて、臨床教育を行うためにチーム制で患者を担当する病棟と、上級医（レジデンシーを終えた医師）のみがシフト制で診療に当たる病棟に分かれています。今回は臨床教育を行っているチーム制の病棟診療システムに焦点を当ててご紹介したいと思います。

● 屋根瓦式のチーム制

チーム制の病棟診療では日本でも一般的となっている屋根瓦式の教育体制をとっており、1 つのチームにはアテンディング（ホスピタリスト）1 名、レジデント1 名、インターン2 名が所属します。患者の直接の受け持ちはインターンであり、1 名につき最大 10 人までの患者が割り当てられます。日中に稼働しているのは計 6 チームであり、チーム制の内科病棟では 100 人ほどの入院患者を診療しています。

● 病棟の 1 日

インターンは朝の 7 時に出勤し、夜間帯を担当したチームからの引き継ぎ（担当患者＋新入院患者）を受けた後に診療を開始します。モーニングカンファレンスの後、午前中をかけてチームの医師全員で患者回診を行います。午後はカルテ記載やオーダーリング、新入院対応などを中心に行い、夜間帯のチームに患者を引き継いだ上で午後 6～7 時に帰路につくことが多いようです。チームでの回診を毎日午前中に行うことができるのは、外来診療と病棟診療を担当する医師を分けていることの大きな利点といえそうです。

● シフト制

日本でも徐々に採用する病院が増えているシフト制ですが、アメリカでは 2000 年代から

米国卒後医学教育認定協議会（ACGME）が研修医の労働時間規制などを導入しており、シフト制の勤務が一般的となっています。BIDMC では日中を担当する 6 チームの他、トワイライトチーム（レジデント 1 名、インターン 2 名で構成）の 2 チームが午後 4～11 時の新入院患者の対応を行っています。そしてナイトチーム（レジデント 3 名で構成）の 1 チームが午後 5 時～午前 8 時まで勤務し、病棟患者と深夜の新入院患者を担当します。総合診療部門のみで 100 名以上の研修医がいる病院だからこそ実現できているシステムと言えそうですが、研修医の長時間勤務の改善、メンタルヘルス対策として効果があるようです。

● ホスピタリストの働き方

BIDMC のホスピタリストの働き方もシフト制が進んでおり、1 年のうち 180 日勤務、180 日休日が一般的です。大体 1 週間勤務、1 週間オフを繰り返すパターンが多いようですが、その他にも医師によっては夜間帯のシフトのみを中心にこなす医師もいます（給与は高くなるようです）。時間外の仕事が多いプライマリ・ケア医と比べ、オンオフがはっきりしているホスピタリストは特に若い医師の間で人気があるようです。

3. 内科研修医教育（レジデンシープログラム）

米国では総合診療医、プライマリ・ケア医、そして内科臓器別専門医に将来進むことを考えている医師は、まずは内科レジデンシープログラムに入り研修を行います。BIDMC の内科レジデンシーは 3 年間であり、各学年 40-50 名程度の研修医が在籍しています（1 年目がインターン、2～3 年目がレジデントと呼ばれています）。

● 外来診療にもウェイトを置いた研修プログラム

米国卒後医学教育認定協議会（ACGME）のプログラム認定要件では、すべての内科医は 3 年間のレジデンシーで、3 分の 1 の期間を外来診療に、3 分の 1 の期間を入院診療に割り当てることを定めており、内科研修医は将来の進路に関係なく共通の要件を満たす必要があります。BIDMC の内科レジデンシーではインターンの期間はより病棟診療に、そして学年が上がるにつれてより外来診療にウェイトを置いた研修を行います。

● 6 週間おきのローテーション

基本的には 6 週おきに病棟研修→選択/外来研修とローテートすることにより、特に長時間労働になりやすい病棟研修が続かないよう配慮されています。選択研修では腫瘍科、集中治療、循環器、救急外来（ER）が必修として決められており、毎年一定期間を研修することになります。その他に自分自身で研修先を選択できる期間が毎年 2～3 ヶ月ほど設けられています。

- **外来診療研修の実際**

外来研修では、午前中は上級医によるレクチャー及び担当予定患者の予習を中心に行い、午後には研修医1人あたり3~4人ほどの患者の外来診療を担当します。研修医4人につき1人の上級医（プリセプター）がつき、研修医は指導を受けつつ診療にあたります。1人の患者につき50~60分ほどの診療時間を割り当てており、診療の最後には必ず上級医（プリセプター）とともに診察を行います。米国の大病院では外来予約の待ち時間が長いことが一般的ですが、BIDMCでは研修医による外来診療の予約は2週間ほど、一番待ち時間の長い女性のファカルティで6ヶ月ほどの待ち時間があるようです。

- **臨床研究教育**

BIDMC 内科レジデンシーでは通常の臨床教育に加え、臨床研究の教育にも力を入れています。レジデンシー2年目では外来・病棟診療から完全にフリーとなり、2週間の集中した臨床研究教育コースが行われます。その後は各々のプロジェクト実行のために3~6週間の期間が確保されています。半数程度のレジデントは研究成果発表を学会等で行い、およそ4人に1人は論文投稿行まで行なっているようです。

- **プライマリ・ケア医育成コース**

BIDMC 内科レジデンシーの中には、サブトラックとしてプライマリ・ケア医育成コースも設置されています。通常の内科学レジデンシーよりも長い期間が外来研修に当てられている他、皮膚科や整形外科などの標準ローテーション、慢性疾患管理の研修、訪問診療などがプログラムに組み込まれています。2年目、3年目では1年の内6ヶ月を外来診療研修に当てるなど、よりプライマリ・ケアに重点を置いた研修内容となっています。

- **プログラム卒業後の進路**

BIDMCでは内科研修医50名（1学年）の内、15~20名は総合診療の分野（ホスピタリスト、プライマリ・ケア医、総合診療フェロー）に進みます。他の30名ほどは内科専門医（消化器、循環器、血液/腫瘍など）に進む方が多いようですが、中にはコンサルティング業界に進む方などもあるようです。 (以上)