



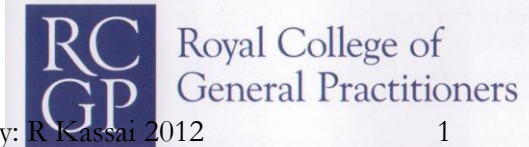
家庭医 日本の現状と今後の展望



福島県立医科大学
地域・家庭医療学講座
教授 葛西龍樹



Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University: R Kassai 2012



なぜ日本では家庭医療の価値が 広く知られていないのか？

<家庭医療先進国>

<日本>

1800's

General practice(古典的)

1970's

パラダイムの転換
家族・地域・行動
その他多くの特徴
教育プログラム

General practice(現代的)

1980's

Family practice

臨床研究の発展
学問の深まり

Family medicine

総合診療

~~1985-87~~

かかりつけ医
総合医・総合科

プライマリ・ケア医学

なぜ日本では家庭医療の価値が 広く知られていないのか？

<家庭医療先進国>

<日本>

1800's

General practice(古典的)

1970's

パラダイムの転換
家族・地域・行動
その他多くの特徴
教育プログラム

General practice(現代的)

1980's

Family practice

臨床研究の発展
学問の深まり

Family medicine

総合診療

厚生省と
日本医師会
との確執

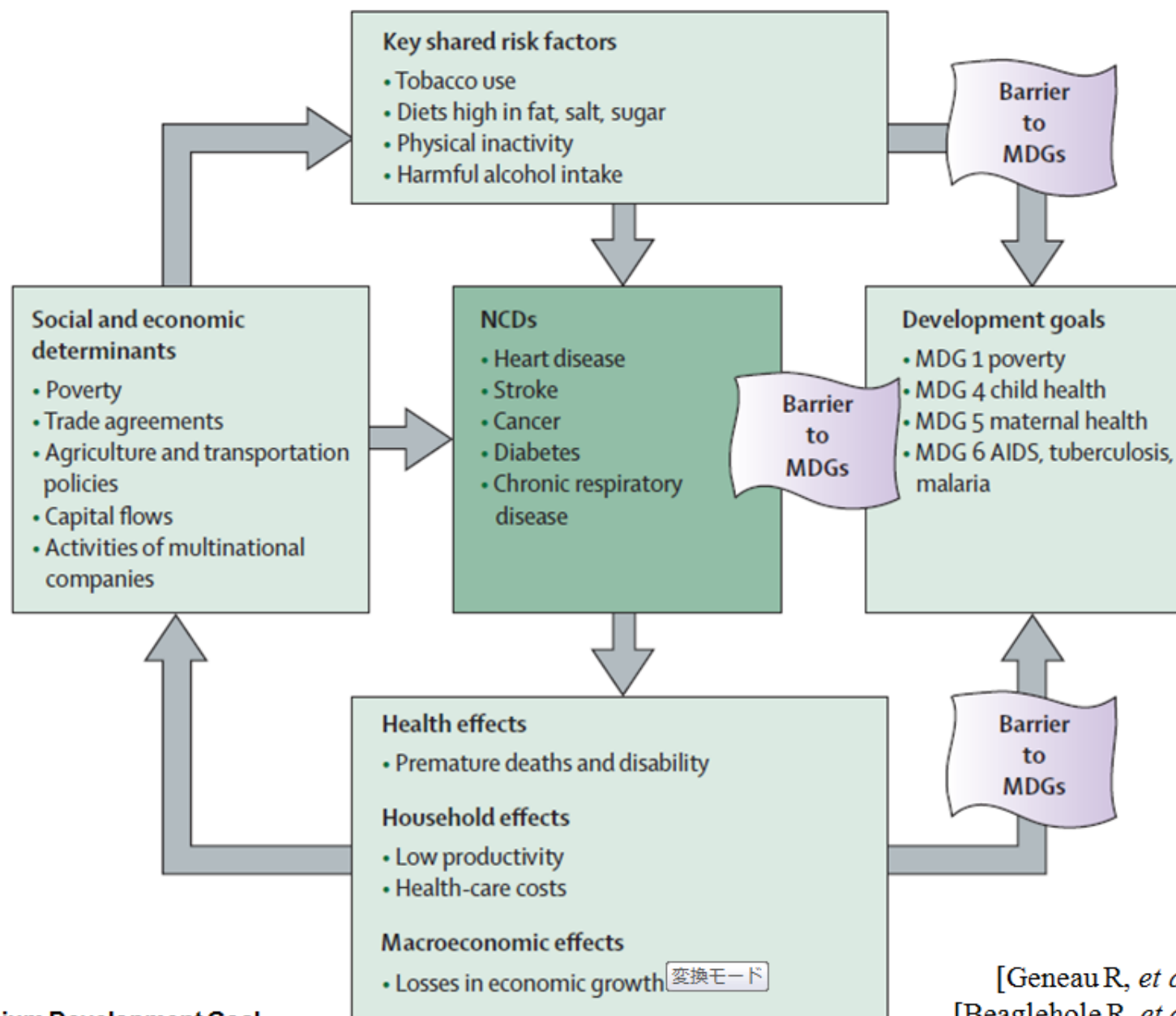
かかりつけ医
総合科
プライマリケア医学

家庭医か総合医か

	英国、オランダ オーストラリア ニュージーランドなど	カナダ、米国 香港、韓国、台湾 シンガポール マレーシアなど	日本	
医師	General practitioner	Family physician	家庭医	かかりつけ医 総合医 総合診療医
	Family doctor*			
診療	General practice	Family practice	家庭医療	総合診療
学問	Family medicine	Family medicine	家庭医療学	?

* Wonca(世界家庭医機構)が使用

Associations between poverty, NCDs, and MDGs



[Geneau R, *et al. Lancet* 2010]
[Beaglehole R, *et al. Lancet* 2011]

NCDs and the UN: danger of a missed opportunity



The global health movement to tackle non-communicable diseases (NCDs) is at a pivotal point. This week is the first anniversary of the watershed high-level UN meeting on NCDs. The meeting was a crucial step for putting diseases such as cancer and cardiovascular disease high on the global health agenda. However, little action, other than more talking, has been taken since.

The key positive development of the past year was the goal to reduce preventable deaths from NCDs by 25% by 2025 passed by the World Health Assembly in May. The initiative is the first globally agreed target for combating NCDs. The challenge now is how to meet it.

By the end of 2012, WHO and member nations will provide a set of global targets for prevention and control. How many targets will be set, and exactly what diseases they will cover, is still unclear. Diet, tobacco, alcohol, and physical activity are likely to be addressed. The inclusion of other issues—eg, mental health and child health—is less certain. The targets must be chosen carefully; any health issues not covered will receive little or no attention.

A more troubling issue is that of leadership and accountability. Once targets have been set, who will coordinate efforts and be accountable for them? No single international agency is responsible for NCDs and WHO's remit is too broad to give the initiative the focus it needs. Clear and strong global leadership is essential.

In the coming months, *The Lancet* will set out its views of what the targets should be. Additionally, our upcoming fourth Series on NCDs will cover sustainability, accountability, country action, access to interventions, health systems, inequality, and diet—all areas that are largely neglected in current debates.

Early next year, a high-level panel will report on the post-2015 development agenda for the UN. Between now and then a short window exists in which the UN's NCD targets can influence global health policy and thus post-2015 development goals. To take full advantage, the strategy must be clearly planned and effectively led. The UN and WHO have to act quickly and decisively to not miss this opportunity. ■ *The Lancet*

[Editorial. *Lancet*, Published Online September 19, 2012]

Five recommendations for action by countries and international agencies for the UN High-Level Meeting on NCDs

[Beaglehole R, *et al. Lancet* 2011]

Leadership

- Sustained and strong high-level political support
- Aim of reducing NCD death rates by 2% per year (by 25% by 2025)

Prevention

- Free from tobacco by 2040, < 5% of people smoke
- Reduce salt intake to < 5 g per person per day by 2025
- Improved diets, increase physical activity, and reduce harmful alcohol use

Treatment

- Deliver cost-effective and affordable essential drugs and technologies
- Strengthen health systems to provide patient-centred care across different levels of the health system, starting with primary care

International cooperation

- Raise the priority of NCDs on global agendas, and increase funding for these diseases
- Promote synergies between programmes for NCDs and other global health priorities

Monitoring, reporting, and accountability

- Identify ambitious targets and a transparent reporting system
- Assess progress on the priority actions and interventions
- Report regularly to the UN and other forums

Five recommendations for action by countries and international agencies for the UN High-Level Meeting on NCDs

[Beaglehole R, *et al. Lancet* 2011]

Leadership

- Sustained and strong high-level political support
- Aim of reducing NCD death rates by 2% per year (by 25% by 2025)

Prevention

- Free from tobacco by 2040, < 5% of people smoke
- Reduce salt intake to < 5 g per person per day by 2025
- Improved diets, increase physical activity, and reduce harmful alcohol use

Treatment

- Deliver cost-effective and affordable essential drugs and technologies
- Strengthen health systems to provide patient-centred care across different levels of the health system, starting with primary care

International cooperation

- Raise the priority of NCDs on global agendas, and increase funding for these diseases
- Promote synergies between programmes for NCDs and other global health priorities

Monitoring, reporting, and accountability

- Identify ambitious targets and a transparent reporting system
- Assess progress on the priority actions and interventions
- **Report regularly to the UN and other forums**

Five recommendations for action by countries and international agencies for the UN High-Level Meeting on NCDs

[Beaglehole R, *et al. Lancet* 2011]

Leadership

- Sustained and strong high-level political support
- Aim of reducing NCD death rates by 2% per year (by 25% by 2025)

Prevention

- Free from tobacco by 2040, < 5% of people smoke
- Reduce salt intake to < 5 g per person per day by 2025
- Improved diets, increase physical activity, and reduce harmful alcohol use

Treatment

- Deliver cost-effective and affordable essential drugs and technologies
- Strengthen health systems to provide patient-centred care across different levels of the health system, starting with primary care

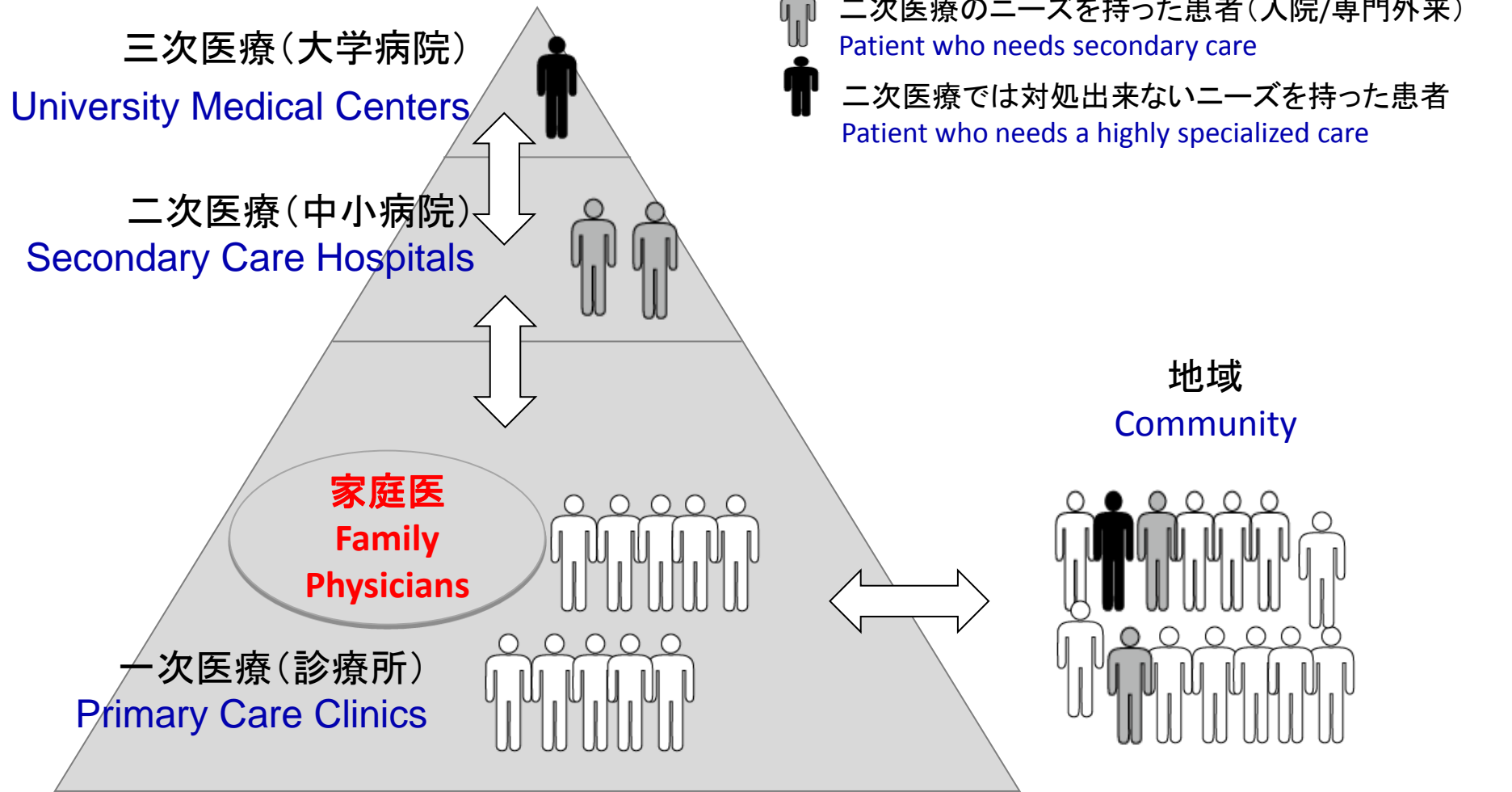
International cooperation

- Raise the priority of NCDs on global agendas, and increase funding for these diseases
- Promote synergies between programmes for NCDs and other global health priorities




Monitoring, reporting, and accountability

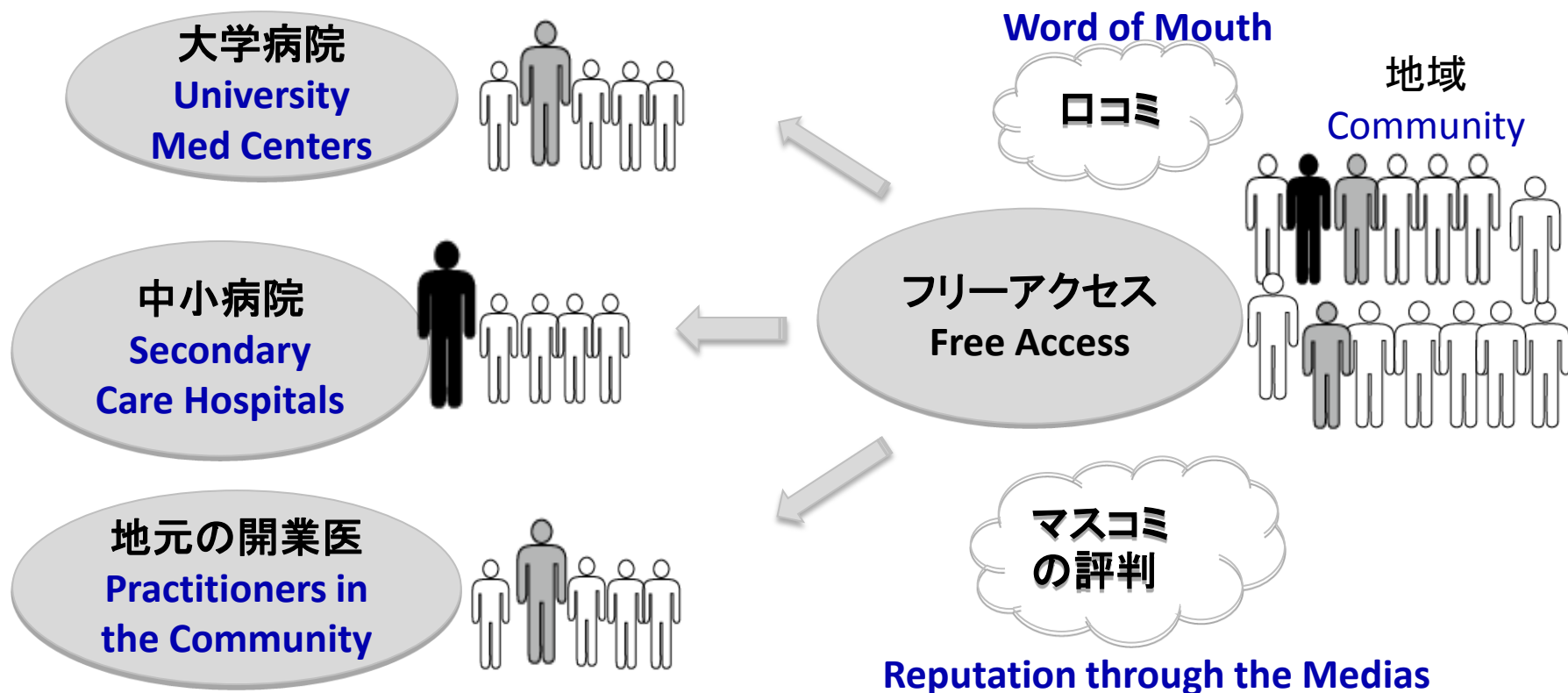
- Identify ambitious targets and a transparent reporting system
- Assess progress on the priority actions and interventions
- **Report regularly to the UN and other forums**

**家庭医療先進国¹
World Standard**



¹ 家庭医療制度が確立している国として、英国、オランダ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、シンガポールなど

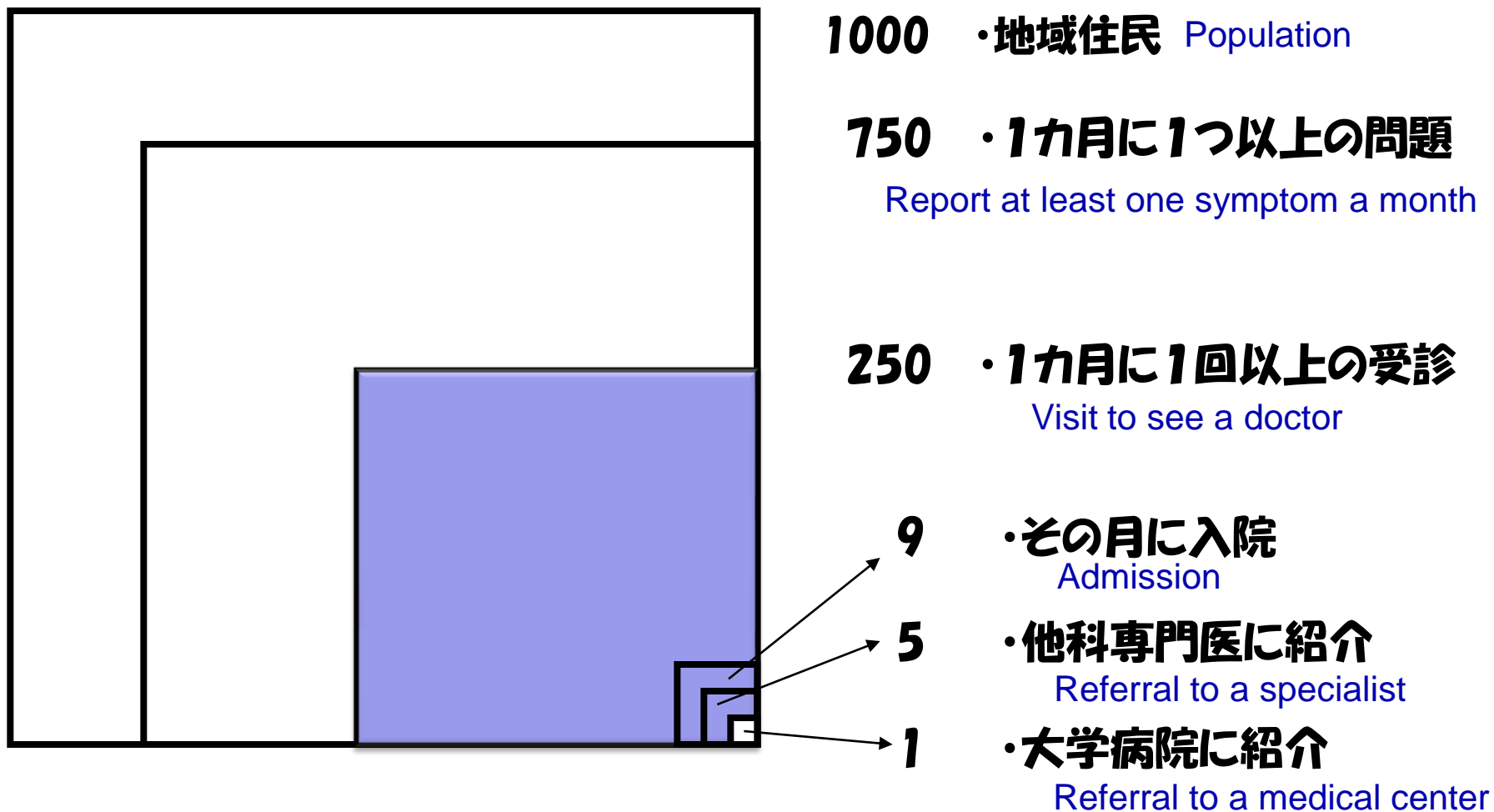
-  身近な医療（プライマリ・ケア）のニーズを持った患者
Patient having primary care problems
-  二次医療のニーズを持った患者（入院/専門外来）
Patient who needs secondary care
-  二次医療では対処出来ないニーズを持った患者
Patient who needs a highly specialized care



従来型の地域医療

Conventional community medical services

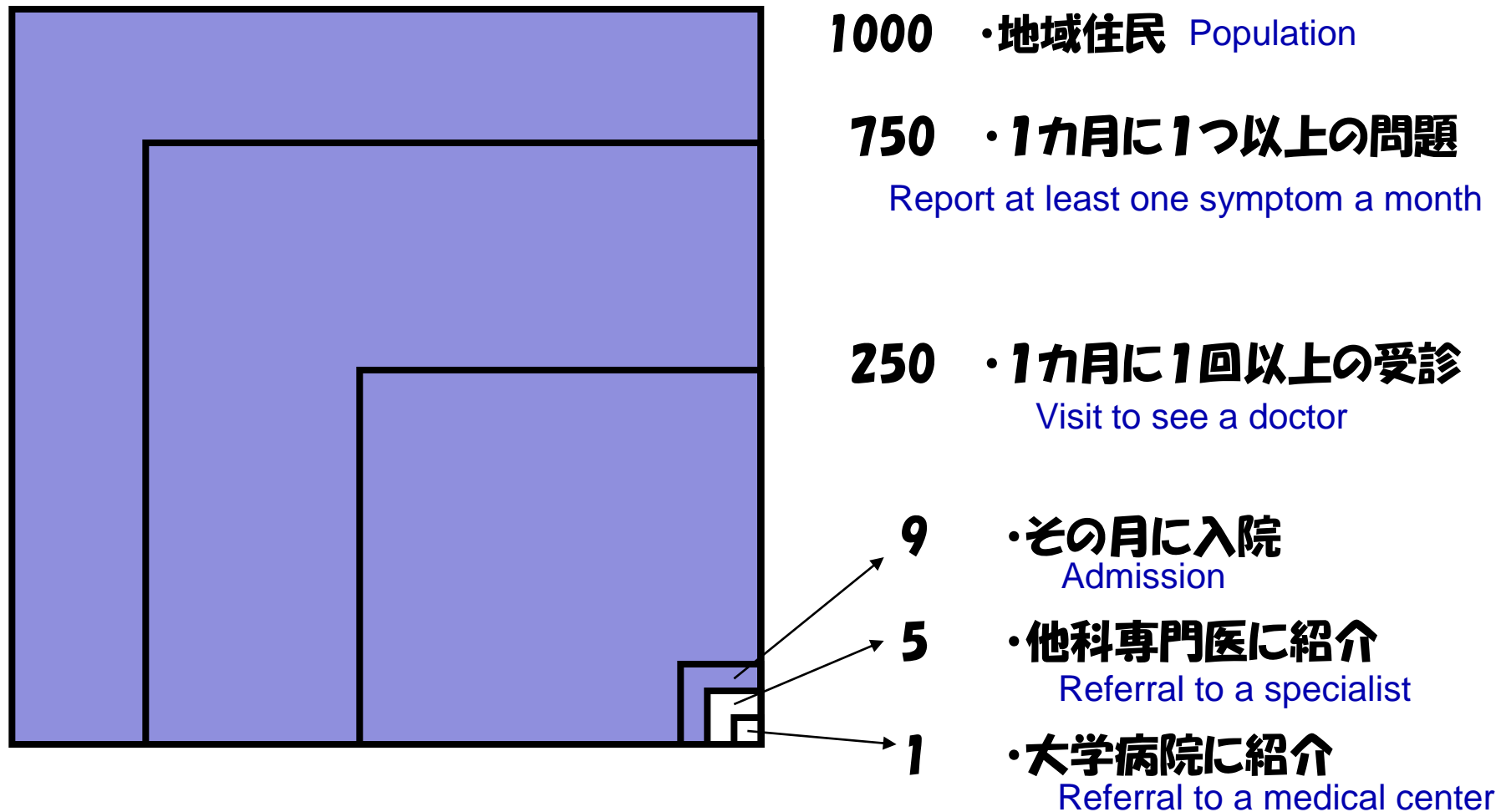
(White KL, Williams F, Greenberg B: N Engl J Med, 1961より改編)



家庭医療は地域全体をケア

Family practice covers all the defined community

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



The World Health Report 2008

Primary Health Care



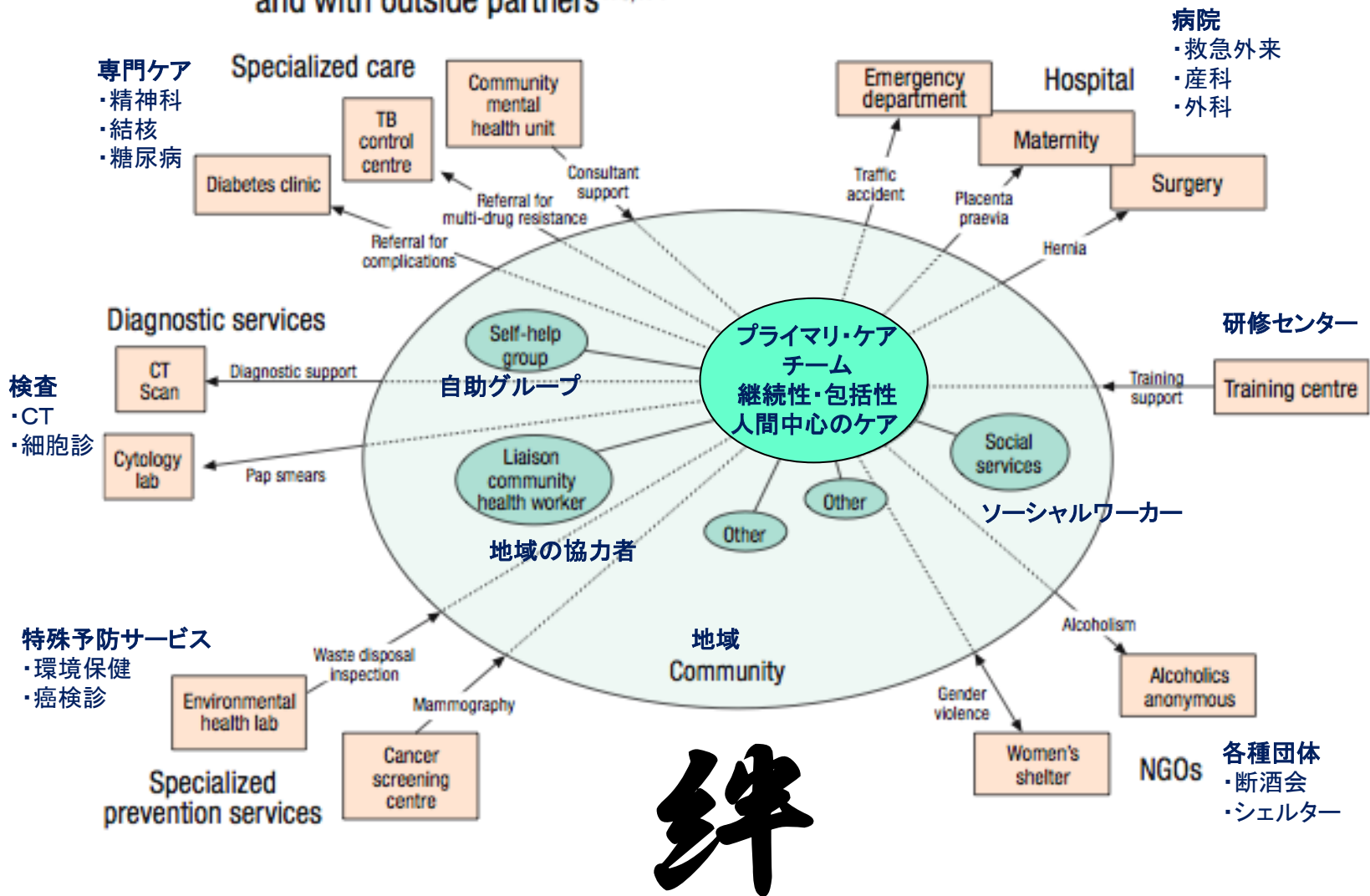
**Now
More
Than
Ever**



World Health
Organization

調整のハブとしてのプライマリ・ケア: 地域内外の各種サービスとのネットワーク

Figure 3.5 Primary care as a hub of coordination: networking within the community served and with outside partners ^{173,174}



[Primary Health Care: Now More Than Ever. *World Health Report 2008*, WHO] _ _

プライマリ・ケアの意味するものは
時代とともに進化してきたが

日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を
患者中心に解決するだけでなく
医療・介護の適正利用や
予防、健康維持・増進においても
利用者との継続的なパートナーシップを築きながら
地域内外の各種サービスと連携する
調整のハブ機能を持ち
家族と地域の実情と効率性*を考慮して
提供されるサービス

(*優れた費用対効果)

と言える。

[葛西龍樹. 2012]

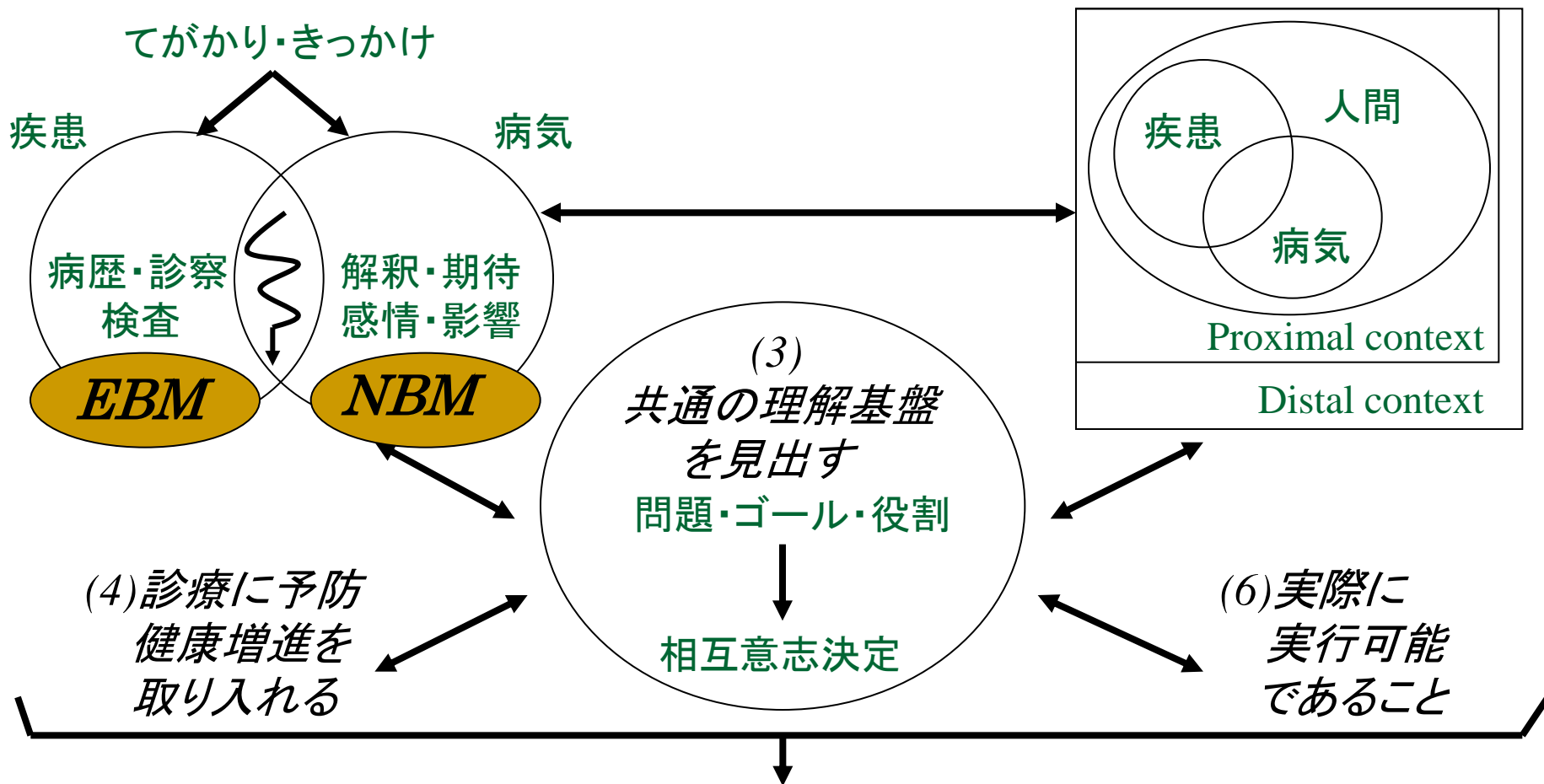
患者中心の医療の方法

Patient-centered clinical method

(Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. 2003)

(1) 疾患と病気の経験両方を探る

(2) 地域・家族を含め全人的に理解する



「家庭医療は、良い診療を
するのが最も難しい専門科
だが、いい加減にするのは
最も簡単な専門科だ」

[Haslam (2001) *BMJ Career Focus*]

プライマリ・ケアの逆説 Paradox of primary care

プライマリ・ケア医は、疾患特異的なケアの質では専門医に劣る。しかし、プライマリ・ケアは全人的レベルでの価値、健康、公平さ、費用、そして地域住民レベルでのケアの質においてより優れている。

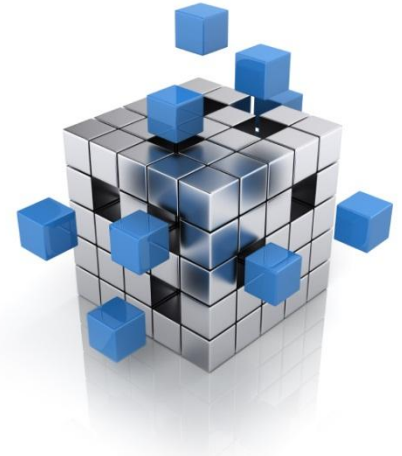


- 疾患特異的な科学的エビデンスはヘルスケア実績の概念化評価、支払のためには不十分である。
- この「逆説」を解明するには、包括性、優先性、コンテクスト、個別性を考慮した急性、慢性、心理社会的、精神ケア、疾患予防、健康と意味の最適化という付加価値を理解することが必要である。これらは疾患レベルの評価では分かりにくい。

[Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009;7(4):293-299.]

家庭医療における複雑さ

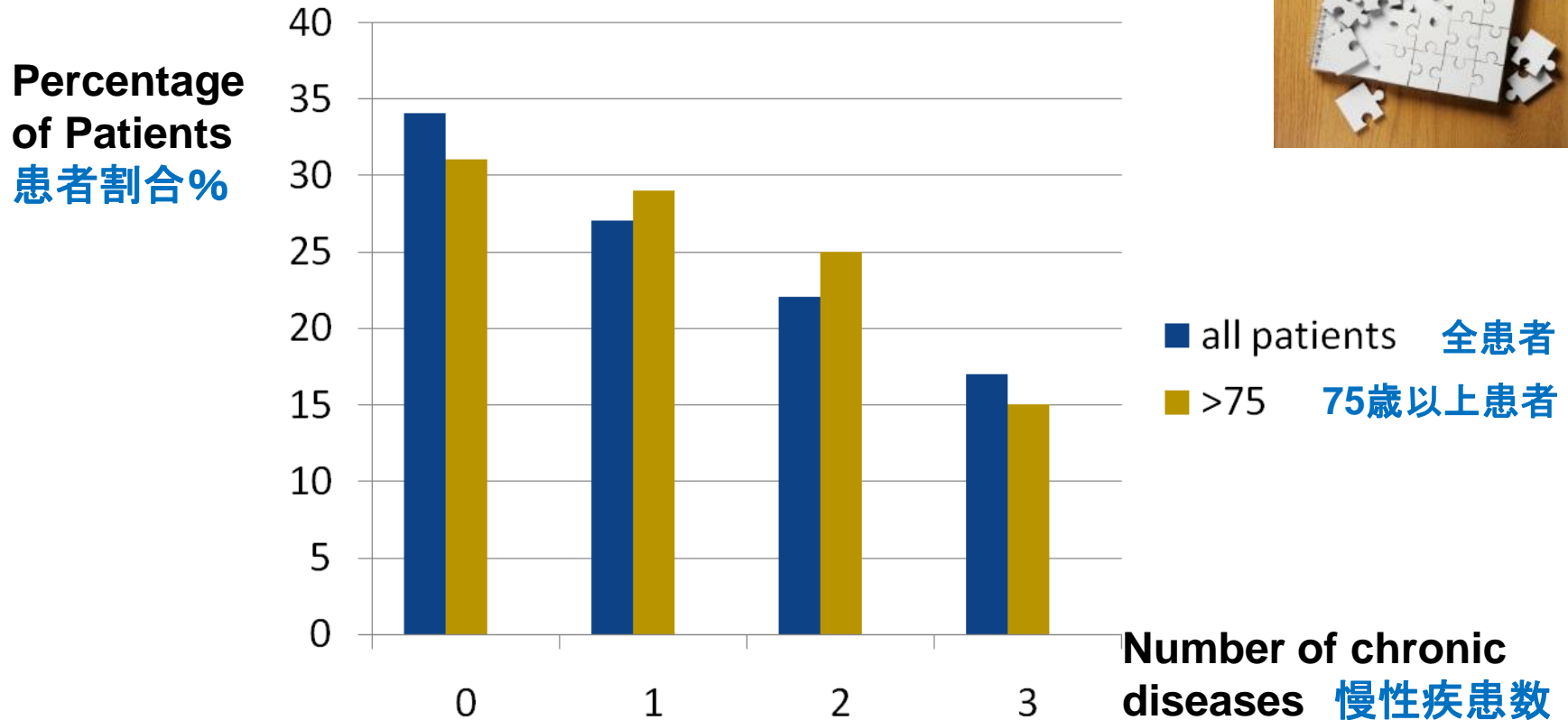
Complexity in family practice



- Average visit: 1.4 – 8 problems
- Diagnoses:
 - “ologist”: top 5 = 90%
 - family doctor: top 25 = 60% total

[Stange KC, et al. *J Fam Pract* 1998;46(5):363-8.]

家庭医療での重複罹病(併存症) Comorbidity in family practice



[van Weel C. *Eur J Gen Pract* 1996;2:17-21.]

家庭医療の質追求

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

診療報酬と診療の量的評価を連動させて診療の質を高めようという試み
診療(19診療領域、80指標)、患者の経験、組織運営、付加的サービス

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 AA, et al. *Br J Gen Pract* 2007;57(539):483-5.]

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

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
 - オランダの家庭医療: 医療の93%を医療費の7%で対応*
- 病院とスペシャリストはその専門手技と資源が必要な患者に集中できる
- ハイテク検査・治療がより適正に利用される
- 遠隔地・へき地でのケアの水準が高くなる
- 医療労働力のより効果的な利活用になる
- 医療の包括的な視点を医学生に教育できる
- 患者の満足度が増加する

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

*[olde Hartmen T, van der Wel M (2010) *Primary Care Now more than ever – The Dutch Experience.*]

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) <その2>

- 糖尿病と糖尿病合併症の臨床アウトカムが改善(死亡、切断、血糖コントロールを含む)する
- 喫煙、アルコール症、肥満の発生率が減少する
- 高血圧合併症が減少する
- 狭心症、心不全、肺炎での入院率が減少する
- 胃、大腸、乳房、子宮頸部を含むがんがより早期に診断される
- 全原因、心疾患、がん、脳卒中での死亡率が減少する
- 平均寿命が延長する
- 乳幼児死亡率が減少する、出生体重が適正化される
- 社会的、経済的に恵まれない人口階層での健康アウトカムが改善する
- 予定外妊娠、若年妊娠が減少する
- 処方薬のコンコーダンス(コンプライアンス)が改善する
- 終末期ケアの質に対するより大きな満足につながる
- 健康度についてのより高い自己評価につながる

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

[olde Hartmen T, van der Wel M (2010) *Primary Care Now more than ever – The Dutch Experience.*]

家庭医・日本の現状と今後の展望



2012

学会認定家庭
医療後期研修
160プログラム

2013~

5プログラム
(大拠点)で
指導医養成
(2年間)

+毎年25名の
指導医

2016~

25プログラム
(中拠点)で
家庭医養成
(3年間)

+毎年250名の
家庭医

2020~

100プログラム
で家庭医養成
(3年間)

+毎年1,000の
家庭医

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
研修プログラム	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
指導医	30	30	55	80	105	130	155	180	205	230	255	280
後期研修医	30	30	30	300	300	300	300	1300	1300	1400	1500	1600
家庭医療専門医	50	80	110	140	170	200	500	800	1100	1400	2700	4000