

アメリカにおける Primary Care の定義 およびその動向について

川崎医科大学 総合診療部

山田 治, 田野 吉彦, 津田 司

(昭和56年6月16日受付)

Definition and Trend of Primary Care in the United States.

Osamu Yamada, Yoshihiko Tano
and Tsukasa Tsuda

Department of Primary Care Medicine, Kawasaki Medical School

(Accepted on June 16, 1981)

緒 言

今回私共はアメリカにおける primary care の実態を2カ月半にわたり観察・体験する貴重な機会が与えられた。すでに私共3人は一般内科の習練を終え専門分化した内科分野で働いており、“primary care”の内容も渡米するまで全く予備的知識さえ持ち合わせておらず、今回の目的に一致しない点もあったが、この分野における見聞を大いに広めるとともに、現在日本で行われている外来診療体系を大幅に革新できる可能性が示唆されたのでその内容を報告したい。

I. Primary care の定義について

アメリカで primary care という名称が初めて使用されたのは1919年の Dorson 報告書であり、広く使用されるようになったのは1966年 Mills 報告書以降である。しかしその内容・定義はまちまちであり、当初38種類もの定義が個人的にまたは団体として個別に使用されていたが、1976年 Washington, D. C. で行なわれた National Academy of Sciences にて全体的一致を得る定義が定められているので、この定義を紹介しよう。すなわち、primary care とは次の5項目を満足するものでなければいけない。

1. Accessibility
2. Comprehensiveness
3. Coordination
4. Continuity
5. Accountability

各項目について簡単に説明する。

1. Accessibility とは患者にとって容易に医療が受けられるものでなければいけないということである。逆に立場をかえれば、医師が primary care physician としての役割を果たすためにはいつでも患者を受け入れられなければいけないということを意味し、そのためには病院・医院の場所や、医療設備が適切でなければいけない。また、患者に受け入れられないような高額な医療費を請求してはならないし、1日24時間、1週間7日間の受け入れ体制がなければいけないとしている。このため primary care は大部分の場合個人では行われず、team 診療が使用されることが多く、この場合医師、看護婦、physician's assistant, social worker, 検査技師、事務員、秘書などの人々で team が構成されている (Table 1)。したがって個人で primary care を行う時には、夜間・週末に患者の具合が悪くなった場合にすぐに医療が行われるように、近くの医師や救急

Table 1. Primary Care のチーム診療

構成メンバー	人数/チーム	外来患者の割合
Faculty staff doctor	2	35%
Resident	2-4	30%
Medical student	2	—
Nurse practitioner	1	25%
Social worker	1	15%
Nurse aid	1	—
Secretary	1	—
Nutritionist	1/2チーム	—

病院と協定しておく必要がある。また病院で primary care を行う場合には午後5時に診療を終えた後の患者の受け入れ体制を明らかにしなければいけない。具体的には、時間外にも患者からの電話が受けられ、患者はいつでも一定の医師または診療 team の誰かに連絡できるようにしておき、患者の chart record がいつでも見れるようであればならない。

Accessibility をさらに詳しく述べると、

a. Availability—患者の医療の要請に対して十分に早く対処できること、b. Attainability—身体的にも経済的にも受け入れられるものであること、および c. Acceptability—患者の精神的・社会的問題も取り扱うことができることなどの項目が含まれる。

2. Comprehensiveness とは患者に生じるほぼ全ての健康上の問題を処理できる能力とその医療を嬉んで行う意志を意味する。患者に対する医療は年齢(小児科, 内科)や性(婦人科, 産科)で制限しても良いが、各年齢層にわたり生じる問題の大部分を取り扱わなければならない。Primary care physician は予防医学すなわち、血圧・体重の調整に加え、子宮癌検診や乳癌検診ができなければならない。また、患者の訴えのほぼ全てにわたり包括的な医療を行い、病院に入院している場合でも、慢性疾患ユニットにいる時や自宅にいる場合でも嬉んで患者の健康管理を行なうようであればならない。Secondary care および専門医というのはありふれた疾病でなく、より専門化した領域の疾患を治療するわけであるが、primary care physician も心臓病だとか糖尿病などの一つの

領域に深い医学的興味を示すのはかまわないが、医療をその領域に集中し制限してはならない。

Nurse practitioner, physician's assistant やその他の nonphysician は primary care の大部分のサービスを行っており、貴重な人員であり、1つの primary care ユニットで診れる患者数を増加できるだけでなく、守備範囲を拡大するのに役立っている。

3. Coordination: Primary care physician は患者の治療で他の専門医に委ねるべき性質の医療の場合、患者を適切な専門医に紹介し、その意見を聞き、診断・治療などの必要な情報を患者に説明しなければいけない。さらに primary care physician は患者の家族、職業的環境、経済状態、嗜好や生活様式を理解したうえで患者の経済的問題や個人的欲望についても解決すべく coordinate しなければならない。

4. Continuity 継続性は primary care を行ううえで第4番目に重要な項目であり、前の3項目なしには意義を持たない。患者の受け入れ体制に問題があれば患者は他の病院へ移り、継続性が失われる。Primary care physician が患者を専門医に紹介したままでその結果を聞かなかつたり、聞いても記録に残さなかつたり、患者の嗜好に合わせないでいるとやはり継続性に支障を来すようになる。したがって primary care physician は従来の患者に対する場合よりもさらに強く継続性を患者に求めなければいけない。例えば1年後に経過観察する場合には予約日の前日に患者に通院日を忘れないよう手紙を出したり、電話連絡しなければならない。また予約日に来ない場合にはその理由を明らかにして再来日の予約を立てるような努力が必要である。継続性を維持するためには患者の重要な問題点が何であるか、治療計画がどうなっているかなどの項目が chart record にきちんと整理されていなければいけない。また患者に行なった検査の成績・診断・治療および予後などを正確に教える患者教育も継続性を維持するうえで必要である。

5. Accountability: Accountability は primary care に独自のものではないが必須項目である。患者の医療に責任を持つためには、定期的に primary care team の人員が集まって治療の過程と結果を比較検討し、不足を修正し、医療技術を積み、サービスの拡大をはかるべく努力しなければならない。また primary care physician は患者に治療の副作用、その危険性および種類を適切に教え、これから行う治療に対して患者が判断できるように十分な患者教育を行わなければいけない。

このように一項目ずつ説明すると従来の診療と全く異なる点がないように思われるが、従来の診療体制でこれらの項目を全て満足するのはなかなか大変であることがわかる (Table 2)。

Table 2. Primary care の特徴

	救急医療	内科・外科 専門医	primary care
Accessibility	○	×	○
Comprehensiveness	○	×	○
Coordination	○	○	○
Continuity	×	○	○
Accountability	○	○	○

救急医療では continuity が、また、専門医の医療では Accessibility と Comprehensiveness が満足されない。したがってこの5項目を全て満たす医療を primary care と呼ぶ。

総括すれば、夜間・週末を含むいつでも患者の医療を受け入れることができ、一旦 primary care physician に受診した場合その医師を含む team が患者の健康管理の責任を有し、予防医学を含む大部分の医療問題は primary care physician により行われる。守備範囲を越える問題が生じた際には適切な専門医に紹介し、入院、慢性疾患ユニット、自宅のどこでも患者を訪問し継続して治療にあたり、十分な患者教育が行われる。このような医療を primary care と呼ぶわけである。このような形態で診療を行なうと約 90~95% の問題は primary care physician または primary care team だけで解決でき、残りの 5~10% の問題が専門医の意見または治療を必要とする

ものでしかない。

II. アメリカにおける primary care の動向

アメリカも含めて現在日本で行われている医療は、疾病に対する知識が医学の進歩に伴い急速に増大し、その最先端に行く医学知識や医療技術を身につけるため守備範囲を狭め、専門分化への道をたどっている。専門化することで深い知識を習得できるようになった反面、狭い範囲にのみ興味を示し、自分の専門以外の領域については熱意を失い境壁を作るようになって来ている。この傾向は専門化が日本より早く進んだアメリカではとくに著しく、疾病という専門化された局所にのみ注目し全体との調和の崩れた治療も行われることがあり、また、専門分化した境界領域のような疾患には手をつけないといった現象が出現し始めている。

1900年頃、アメリカの医師は全て General practitioner (以後 GP と略す) であった。すなわち、医科大学における4年間の医学教育の後1年間の intern を終え、医師免許を得た医師が医療を行っていた。ところが、1910年頃より、GP を養成するだけでなくより良い医学教育・卒後研修を推し進めるために Johns Hopkins 大学で行われた教育システムをモデルとして学部の3年、4年の間にすでに臨床医学を修得させるために病棟に出入りさせることを始め、臨床医学は講堂ではなしに病棟で学ぶという体制が採用され、また、Resident 制度による卒後研修を行ない専門医の育成が行われるようになった。このような経過で、1916年には眼科専門医の認定が初めて行われ、Table 3 に示すごとく1974年までに22の専門医標榜科と約19万人の認定医が育てられた。Primary care も1969年に American Board of Family Practice として認定されている。

このように次々と専門医が認定されるに従い、専門医の方が GP より社会的地位が高く、経済的にも恵まれていたために、第2次大戦後になると多くの医学生が専門医を指向し、

Table 3. アメリカの専門医の種類及び資格所得者数

創立	Boad 名「American Boad of」	会員数 (12/31/ 74)
1916	Ophthalmology	9,452
1924	Otolaryngology	8,216
1930	Obstetrics · Gynecology	14,993
1932	Dermatology	3,890
1933	Pediatrics	17,670
1934	Radiology	15,412
	Orthopedic Surgery	9,023
1936	Internal Medicine	33,745
	Pathology	12,292
1937	Surgery	21,842
	Plastic Surgery	1,441
	Anesthesiology	6,920
1940	Neurological Surgery	2,017
1947	{Physical Medicine and Reha- bilitation	1,098
1949	Colon and Rectal Surgery	534
1969	Family Practice	7,073
1971	Allergy and Immnology	1,293
1972	Nuclear Medicine	1,670
	Preventive Medicine	3,390
	Psychiatry and Neurology	13,651
	Thoracic Surgery	3,009
	Urology	5,006
	22	193,637

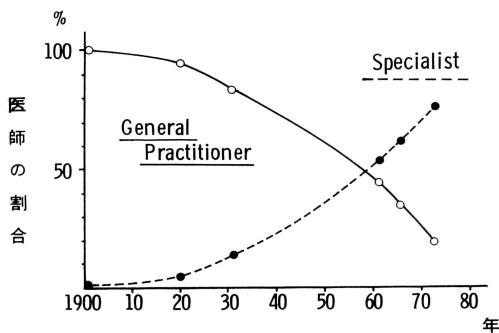


Fig. 1. アメリカにおける GP 医師割合の年代別推移

1972年には Fig. 1 のように GP は 23% と著減し、専門医は 77% を占めるまでに増加した。また、専門医の増加に伴い医師の地理的分布にも変化が現われ、小都市では GP 5 人に対し、専門医 1 人の割合であるのに対し、人口 500 万

以上の大都会では GP 1 人に対し専門医は実に 4 人に達した。すなわち専門医の都市集中が始まり、このため、大都市の人達はあまりにも医療が専門分化されているのでどの科、どの医師に診てもらったら良いかで迷い、複雑な病気のために 4、5 名の専門家の外来を受診するが誰も責任をもって診てくれないということも起こって来たし、また、地方の人々は十分な医療を受けることが出来ないといった問題が出現して来た。そして、その結果だれでもいつでも診てくれる救急外来を受診する患者が多くなって来ている。救急外来は直ちに処置を必要とする患者の医療を行なうために設置されているのだから、軽症の患者が救急外来につめかけて来るとその目的に支障を来たすようになってしまう。また、救急外来での医療は一時的な処置にすぎないので、継続的な医療を求める患者には不満が残る結果になる。一方、専門化した医師が専門的な知識を必要とする高級な医療のみに従事しているかという点、実際には専門外来と称する外来の約 50% は primary care を行っているという報告がある。一般的には全内科的 外来は専門外来よりも劣るものとみなされている。しかし、真に専門的な知識を必要とする患者はむしろ稀であり、上気道感染症、高血圧症、糖尿病や消化性潰瘍といったありふれた疾患を有する患者が外来の主体を占めているのである (Table 4)。以上の事実から幅広い医学的

Table 4. 外来診療における common diseases

158 diagnoses assigned by physicians account for 90% of visits.

10 diagnoses account for 33% of visits.

1. Medical and special examination (4.1%)
2. Medical and surgical aftercare (1.8%)
3. Essential benign hypertension (9.3%)
4. Prenatal care —
5. Acute upper respiratory infection (2.6%)
6. Neurosis (2.3%)
7. Chronic ischemic heart disease (7.9%)
8. Otitis media —
9. Diabetes mellitus (4.5%)
10. Eczema and Dermatitis —

知識を持った医師による primary care の重要性が再認識され始めている。同時に片寄りのない全医学的、全内科的および全小児科的知識および技術を習得さすべく、従来の residency program とは異なる Family medicine residency program, Primary care internal medicine residency program および Primary care pediatrics residency program がアメリカ政府, Johnson 基金および Kaiser 基金などの支持の下に約10年前より実施されるようになり、次第に評価を得て来ている。これらの3種類の residency program はいずれも3年間で終了し、終了時にはそれぞれ Family medicine, Internal medicine および Pediatrics の board 試験の受験資格が与えられる。とくに Family medicine の board は有効期限つきで6年毎に再試験を受けなければいけないという厳しいものである。興味あることには Primary care internal medicine は Harvard 大学医学部を中心とした比較的人口密度の高いアメリカ東部で広がり、Family medicine は人口密度の低い、中・西部から普及して来ていることである。この3種類の primary care をもう少し詳しく比較すると **Table 5** に示すよ

Table 5. Primary Care の守備範囲

Family Medicine	}	内 科	} Primary Care Internal Medicine
		小 外 科	
		皮 膚 科	
		精 神 科	
		耳 鼻 咽 喉 科	
	}	整 形 外 科	} Primary Care Pediatrics
		婦 人 科	
		産 科	
		小 児 科	

うに、Family medicine は一家族全員が一人の primary care physician に受診し医療が受けられるように、3年間の residency program の間に内科、小外科、皮膚科、精神科、耳鼻咽喉科、整形外科、産婦人科そして小児科を rotation し知識・技術を習得するように設定されている。Family medicine に対し、

Primary care internal medicine は小児科および産科をはずし、内科を中心とした program が作られている。したがって他に小児科医や産科医がいるような病院で primary care を行うことを仮定している。Primary care pediatrics はこの3つの program の中では一番新しく Primary care internal medicine の program を小児科に適応させたものである。これらの program を終了した医師の分布をみるとその違いがもっと明確になる。すなわち、Family medicine の residency program を終了した医師の約50%は人口2.5万以下の小都市ないし、近くの町まで40km以上離れたような郊外で開業しており、Primary care internal medicine の終了者の大部分は5万以上の人口を有する都市で開業しているという。いずれにしても従来から行なわれている、重症で稀な、入院患者を中心とした training program に反省の目が向けられ、もっとありふれた疾患を外来施設を用いて継続的に治療することも体験させなければいけないといった傾向が出て来ており、この点は Primary care residency program ではさらに重要視されて約30%の時間を外来診療、習練に充てている。この外来を重視した training program の設定は program 終了者の80~90%が開業医 (group practice または team practice) として primary care に携わることを考慮に入れば妥当であると考えられる。

結 語

2カ月半、アメリカ合衆国において primary care の実態を4大学8施設で観察し、日本では各人各様に定義する primary care について、アメリカにおける統一見解と思われる National Academy of Sciencies の定義を説明した。また、アメリカで primary care 医師養成が盛んになったがその背景について簡単に解説した。日本の場合、アメリカより約10年遅れ、専門分化の道をたどり、又、現在 primary care の必要性が認識されはじめて来

ている。そこで、日本における primary care はどうあるべきかを早く検討し, primary care 医師養成の道を開くべきと思われる。第2報では, primary care 外来の運営形態および primary care 医師養成のための研修 program

を紹介する予定である。

最後に、留学の機会を与えていただいた川崎祐宣理事長、川崎明德副理事長および柴田進学長に感謝致します。