

# プライマリ・ケアを推進しましょう へき地における医療実践の経験から

井上 和男

帝京大学医学部 ちば総合医療センター地域医療学 教授



## 講師経歴

井上 和男 (いのうえ かずお)  
帝京大学医学部 地域医療学 教授

### ■経歴

- 1982年 自治医科大学 卒業  
高知県立中央病院(多科ローテーション研修)
- 1984年 高知県本山町立嶺北中央病院  
内科医員(中山間)
- 1985年 高知県大川村国保診療所長  
(愛媛県境・無床)
- 1987年 高知県土佐山へき地診療所長  
(中山間・無床)
- 1989年 海外留学  
(ニュージーランド・オーストラリア)
- 1990年 高知県本川村国保診療所長  
(愛媛県境・有床)
- 1995年 高知県自治医科大学 地域医療学助手
- 1996年 高知県自治医科大学 地域医療学講師
- 1997年 高知県十和村国保診療所長  
(愛媛県境・無床)
- 2000年 高知県高知市もみのき病院  
内科・ホスピス長(高知市)
- 2003年 東京大学大学院  
医学系研究科 公衆衛生学 助教授
- 2007年 同大学 准教授
- 2009年5月 帝京大学医学部地域医療学 教授  
現在に至る

### ■座右の銘

「継続は力なり」

### ■好きな言葉

「人生は味わいを深める旅である」

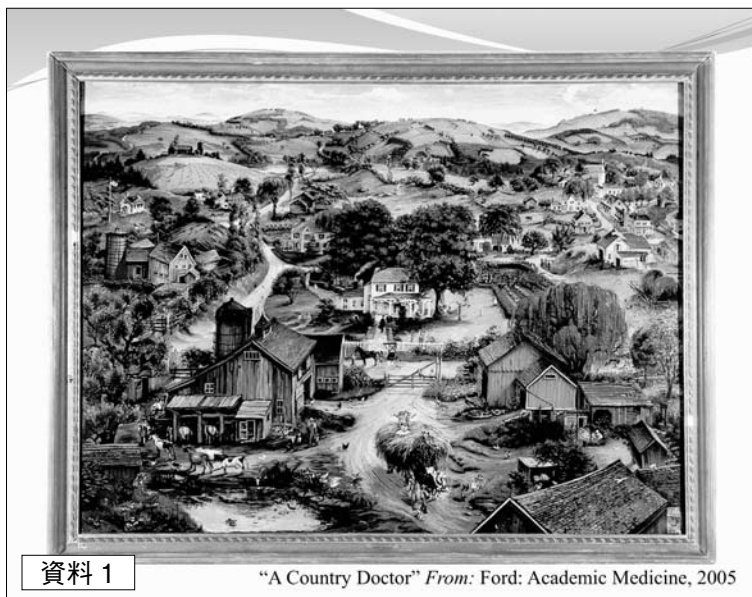
## はじめに

ご紹介を受けました井上と申します。私の今回の題は「プライマリ・ケアを推進しましょう」ということです。先ほどのご紹介にありましたように、私のキャリアはこれまでほとんど地域にありました。では、なぜそれが大学で教鞭をとっているかということも、かいつまんでお話をしながら、皆さんに私の考えることをお伝えしたいと思っています。

これは私がいつも学生に見せる、ある医学雑誌の挿絵で、カントリードクターというものです。私は、この挿絵よりは山間部に近いのですが、高知県のこういった場所で長い間仕事をしていました。ですので、こういう挿絵を見ると自分のルーツを思い出します。私が大学を卒業した1980年頃は、卒業後、大学に入局し、内科なら内科でずっと研修をするのが当たり前でした。しかし、私の場合は大学を卒業して数年経つと、へき地に行きました。そして、高知県立中央病院で数カ月ごとに院内のいろんな科をまわっていたのです。（資料1）

これは麻酔科で研修中のときの写真です。なぜ、ザルのようなものを持っているかということ、入院している患者さんに尿路結石が出たということで、その結石を漉し取っているところではなかったかと思えます。当時は、この麻酔科を含め、内科や小児科などをまわりながら、2年間研修をしました。（資料2）

次の写真は、私が最初に勤務した診療所です。高知県大川村というところです。時々、四国で水が足りなくなると、早明浦ダムというのがニュースなどに出てきます。実は、大川村というのは早明浦ダムによって沈んだ村で、このすぐ下の右手にダムがあります。



資料 1

“A Country Doctor” From: Ford: Academic Medicine, 2005



資料 2



資料 3

見て分かるように、一見民家のような建物の診療所です。以前は6床くらいベッドがあったのですが、私の赴任当時はすでに無床診療所になっていました。私はこの診療所のすぐ隣の家で生活していました。(資料3)

1986年の私です。村の診察室の風景です。学生時代に勉強した教科書が本棚にあります。ここでいろんな健康問題を抱える患者さんの診察をしていました。(資料4)

学生にもよく説明するのですが、「よさこい節」というのをご存じでしょうか。最近は「よさこいソーラン」が有名ですが、皆さんに強く言っておきたいのは、よさこい節のオリジナルは高知です。そういうわけで、私もある診療所の後方病院のチームに参加して踊ったりしていました。写真は踊った後なので、なぜかビールの缶を持って、これから打ち上げに加わるところだと思います。(資料5)

いろんな村でこうした行事があります。病院では健康問題の悩みをもったときに患者さんと会いますが、へき地に住んで医師として仕事をしていると、それ以前、つまり病気ではない人々の姿を見ることができるのが大きな違いだと思います。

自分のモットーは「人生は味わいを深める旅である」です。どこにあってもしっかりと仕事をしようということです。私の趣味はウインドサーフィンです。なぜ、山の中にいるのにウインドサーフィンかというと、高知県は山もあれば、海もあるところです。ウインドサーフィンを始めたのは研修医のときで、以来ずっと趣味として続けています。人間、身体を動かすことはとても大事です。私にとってウインドサーフィンは健康の秘訣であり、ストレス解消の方法です。高知は南に走ると、どこでもウインドサーフィンができま



す。駐車場もただですから。でも、関東ではなかなかやりづらいです。ですから、最近は荒川の途中にある彩湖でやることが多いです。そのうち落ち着いたら、千葉の内房や外房で自分の趣味を続けていきたいと思っています。資料7は吉野川の源流あたりの風景です。診療所の窓から撮影したのですが、こういうところに学生を連れてくると、なんてキレイな川なんだと感動します。ちなみに、こういうところで仕事をし、結婚をして家庭を作りましたので、子どもたちは、吉野川や四万十川の源流の風景を見て育ちました。それも子どもにとっての財産ではないかと思っています。(資料6, 7)

踊っているのは私です。この後、地域の皆さんから「先生、歌をうたってください」などと言われ、歌もうたいました。学生時代はカラオケが上手ではなかったのですが、何事も必要に迫られると練習をしたりしますから、地域で生活する生活力がついた気がします。また、お酒も随分地域で鍛えられました。ちなみに、後ろに写っている女性は私の妻です。前年、結婚しました。このとき22歳です。こういう話をする学生から「先生、どうしてそんな若い人と結婚したんですか」と聞かれます。学生もそういうことが知りたいんですね。私はいろんな人生の先達に教えられたことがあります。「あなたは医師として医療を若い人に教えなさい。それに加えて、自分がどうやって生活し、医師としてやってきたかということも教えなさい」と。そういうこともあって、よく自分の生活もスライドに出して、学生に見せています。(資料8)



さて、この写真をいつも学生に出します。これは私ではありません。現在、高知県の馬路村というところで活躍している先生です。当時、彼は私の診療所に研修医として来ていました。なぜこの写真をお見せするかというと、写真に写っている男性が頭を切ってしまったので、頭髪を剃って、まずは私が縫いました。その後、研修医だった彼に抜糸をさせたのです。医療の教育というのは、理論も大事ですが、見て覚える、直にやってみる必要があるのです。へき地でのプライマリ・ケア教育も大事ですが、そのためには教育の体制が整っていないといけないということで、その一つとしてこの写真を出しました。簡単なことかもしれませんが、実践していないと、たとえ医師でも抜糸すらできませんから。(資料9)

次の写真は耳を診ているところです。田舎ですから、異物が入るなど、けっこういろいろなことがありました。プライマリ・ケアですから耳の中の複雑な手術をして、というようなことはありませんが、人々が困っていることに広範に対応できると、とても喜ばれます。例えば、医師は村に私一人しかいません。そうすると、異物が耳に入ったとき、対応できないと1時間、2時間かけて耳鼻科のところまで行かなければなりません。ところが、うちの診療所で対応できればそれで済みます。よく覚えているのは、耳に蜂やゴキブリやムカデなどの虫が入った時のことです。その対応は内科の知識だけではできません。ムカデの場合などは、拡大鏡で耳の中を診ながら、耳の中から見えるムカデの足をとったりするわけです。そういうのも、いい経験です。(資料10)

当時は往診もしていました。介護保険もない時代ですから、普段家の中に閉じこもっている人を、私と看護師が



資料 9



資料 10



資料 11

往診した機会に家の外に出して、歩行訓練などを行っていました。医療・福祉・保健と言いますが、地域ではその垣根がありません。医師がキャリアの初期に狭い意味での医療の他に、福祉や保健といったことに関わっている人と連携するのは医師にとっていいことだと思います。ところが、病院の中だけで研修をしていると、そういうことに触れるチャンスがありません。ですから、どうすればよいかわからないということになります。資料12は脳卒中の後でパーキンソン病を患った方を外に出して歩行訓練をしているところです。(資料11, 12)



資料 12

これは学生の研修後の風景です。研修医や学生達とともにバーベキューパーティーをしたりしていました。写真に写っているのは私の長女で、当時2～3歳です。歳月が経つのは早いもので、今長女は21歳で、東京で大学生になっています。(資料13)



資料 13

学生とのふれあいの中で、先輩がどういう医療をしているかとともに、どういうふうに住んでいるかを知ること大事だと思います。よく医学部に入るときは多くの学生が地域医療やプライマリ・ケアを目指すようですが、そのうち減っていきます。その一つは、医学部においてへき地医療、地域医療の経験をもった教員が少ないのと同時に、その多くの医学生が都市出身ですから、へき地での生活がリアリティをもって思い浮かべられないのも理由としてあると思います。ですから、そういう点を知ってもらうことも大事なと思っています。



資料 14

これは小児健診の風景です。ちょっとわかりにくいかもしれませんが、子どもがたくさんいます。村に一人の医者ですから、予防接種をしたり、小児健診をしたりもしていました。(資料14)

高知医大の学生です。レントゲンを撮ってあ  
あでもない、こうでもないといいながら、彼ら  
と時間を共有していました。私自身、へき地で  
学生を受け入れて仕事をするのは、とっても楽  
しいものでした。村に医師は私一人ですから、  
将来、同じ仕事に就くだろうという人たちと  
時間を共有するのが非常に楽しかったのです。  
今、私は大学で教員をしています。今後、学  
生たちを地域の診療所に派遣して見学実習を  
させようと思っています。へき地で仕事をする  
先生方も私と同じように感じてくださる方が  
いるのではないかと思います。そうすると、や  
はり人間同士ですから、学生も触発されて、い  
い教育になっていくのではないかと思います。  
(資料15)

私が東京に来たのは2003年で、それ  
から月1回松戸市にある診療所で小児  
科と内科を診ています。今、都市部で  
も小児科が少ないということですが、  
地域でも小児のプライマリ・ケアを  
受け持てるドクターが必要とされて  
います。今日の話は、題材としてはへ  
き地のプライマリ・ケアですが、私は  
都市部にもあってしかるべきと思っ  
ています。

最後の写真は、私のシークレット・  
プレイスである四万十川の河口の風景  
です。私はいつも家族と一緒にここ  
に行って、バーベキューの台をこしらえ、  
ウインドサーフィンの用意をして、焼  
き肉を焼いて、風が吹いたら海に出  
ていました。こうした地域の生活を、ど  
こにあっても楽しむことが非常に大  
事な事だと思っています。(資料16)



## 自己紹介

私の自己紹介は先ほどくわしくご説明いただいたので詳細は省きますが、私のキャリアのほとんどは、へき地診療所にあります。海外留学先としてニュージーランドやオーストラリアに行きましたが、それもへき地医療が盛んだからです。というのも、オーストラリアやニュージーランドはもともと英国の属国で、いろんな人が移民していきました。その中にはドクターもいましたが、開拓地では自分は何科だとか言ってもらえないので、プライマリ・ケアが盛んになったという背景があるのです。

1997年からいた十和村は四万十川の中流にある村です。そこで3年ほど診療をし、その後、3年ほど高知市内の病院に帰って、そこで内科やホスピス、老健などを担当しました。その後、縁があって2003年に東大に行き、今年5月にまた縁があって帝京大学に行っています。私は、地域は研究にも適した場所だと思っています。というのも、病気ではない人々を一人で担当するので、どれくらいの頻度で病気が生まれるか、どのような要素をもっていると長生きするか、あるいは逆に死亡する原因になりやすいかという研究ができるのです。それが一応認められた形で、東大の教員になりました。以来、大学の教員をしていますが、最近では地域医療がトピックで、関連した講座がいろんな大学できつつあります。そうした中、帝京大学でも地域医療学ができるということで、自分のルーツに近いところで仕事ができるなら、と今年5月に移ったわけです。(資料17)

これまでいたへき地の中でもっとも小規模だったのが、人口800人の山村診療所でした。そういうところで14年間ほど勤める中で、病気になった人やその手前にいる人、障がいをもつ人、死を待つ状態の人がそれぞれ地域で生活するにはどうすればよいか、という連

携医療の経験をもちました。これからも、その経験を生かして仕事をしていこうと思っています。私は恐らく非常に珍しいタイプの教員ではないかと思えます。(資料18)

好きな言葉は「継続は力なり」「その色に咲け」です。その場所で楽しみ、かつやりがいを持ってやっていく、ということです。よく学生にも言うのですが、それをするためには孔子の言葉にあるように、「これを知る者はこれを好む者に如かず、これを好む者はこれを楽しむ者に如かず」。楽な仕事はないと思いますが、少しでもライフスタイルを変えていくことが大切です。そのうえで、「La Vie en Rose」、バラ色の人生を目指そう、です。

### 自己紹介


1982年	自治医科大学卒業
	高知県立中央病院 (多科ローテート研修)
1984年	○本山町立嶺北中央病院内科 (高知県中山間)
1985年	○大川村国保診療所 (愛媛県境・無床)
1987年	○土佐山へき地診療所 (高知中山間・無床)
1989年	海外留学
1990年	○本川村国保診療所 (愛媛県境・有床)
1995年	○自治医科大学地域医療学
1997年	十和村国保診療所 (愛媛県境・無床)
2000年	もみのき病院内科・ホスピス・老健 (高知市)
2003年	東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学
2009年5月	帝京大学医学部地域医療学

教員以外多くの経歴は高知県のへき地診療所  
(臨床・研究・教育)

資料 17

### 自分の経歴から

- 仕事のルーツ
  - 自治医科大学の出身
    - 800人の山村診療所
  - プライマリ・ケアの実践 (14年間)
    - ほとんど全ての日常疾患の経験が持てた
  - 地域医療・保健・福祉の連携の経験
    - 医療以外の現場がよく理解できる
  - ホスピスにてターミナルケアの経験→全人的医療
- 大学の教員
  - 高度医療・医学の最先端



資料 18



プライマリ・ケアに関連したことで覚えてほしいキーワードは、「成人1000人の健康問題」と、「プライマリ・ケア」「セルフケア」「情報の非対称性」「生活モデル・医療モデル」などです。何のことかと思われるでしょうが、後で出てまいります。私が思うのは、現在、地域医療やプライマリ・ケアが叫ばれているということは、きっとそこに足りないものがあるのだろうと。そこに貢献していくのが社会貢献でしょうし、それを生業にしていくのは正当なことだろうと思っています。

## 国民の医療問題の解決法

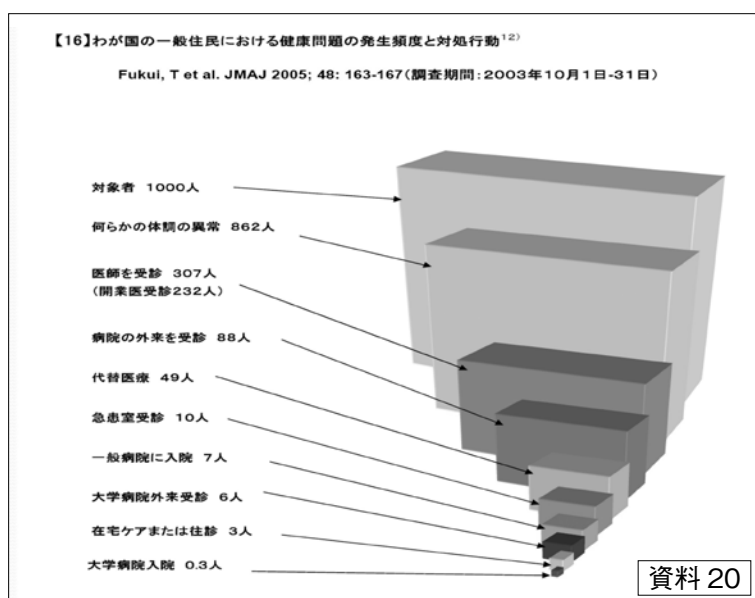
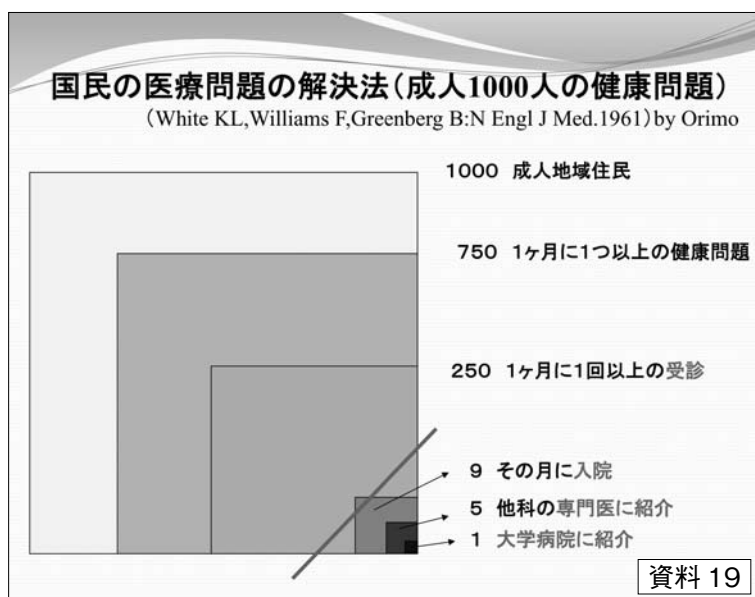
### プライマリ・ケア医は ファーストコンタクト医(初診医)

さて、これが一番基本的なことで、学生に何度も教えることです。資料19は、同地域に住む1000人を1カ月観察したものです。そのうち1カ月に一度は750人が体調不良になります。さらに250人は1回以上、医療機関を受診します。その中で入院までする人はぐっと減って9人。ほかの科に紹介される人は5人、1人は大学病院に紹介されたということです。(資料19)

この研究は古いものですが、日本でも同様の研究が2003年にされ、2005年に論文になっています。それによると、同地域に1000人いると、医療機関を受診する人は307人、そのうち開業医を受診する人は232人。ずっと下に行くと、大学病院に入院する人は0.3人となっています。資料19のデータと違って日本のデータでは代替医療という新しいテーマも入ってきています。では、このデータは何を示しているのでしょうか。人々の健康問題の多くは、医療機関を受診する以外に、セルフケアを行ったり、代替医療などで対処します。専門医療にかかる人は地域全体でみると非常に少ないパーセンテージであるということです。また、人々は元気、未

病、病気でない段階、病気である段階といった各段階をダイナミックに動いて、その時々に応じた医療にかかるべきです。つまり、まずはプライマリ・ケアの医師が診て、必要があれば必要な医療機関にスムーズに紹介する。また、専門機関で治療をして障がいや後遺症が残ってしまった場合、患者さんが再びこちらのほうにスムーズに戻ってくれるようお世話をするのが、プライマリ・ケアだと思います。(資料20)

そして、もう一つ。専門医とプライマリ・ケア医では、病気を診る能力が違います。専門医のほうは病気がだいたい診断されています。例えば、早期の胃がんが内視鏡で見つかった、などです。専門医では、それが実は早期でなかつ



た場合でもきっちり治療をすることが求められます。一方、プライマリ・ケア医はファーストコンタクト医ですから、頭が痛いとかお腹が痛いといった患者さんの訴えが何かあります。例えば、腹痛なら通常は消化器の病気を考えますが、もしかしたらうつ病かもしれません。つまり、プライマリ・ケアで求められる能力というのは、まだ健康問題が何か同定できていないときに発揮すべきものだということです。反対に、専門医はある程度特定された病気をきちんと高度な医療で治していく。どっちがどうではなく、どちらも必要なのですが、これまでの専門分化された医療ではプライマリ・ケアのほうの手薄だったので、これからは促進していこうというのが日本や世界的な傾向だと思っています。

ある北海道の先生が、日本の医療は福袋医療だと言っています。福袋だから中身はいいのだろうが、買う側は中身がわからない。あその福袋はお得よ、というくらいで買っている。ひょっとしたら日本の医療もそういう面があるのではないかということ、その先生はおっしゃっているわけです。あとで出てくるインフォームドコンセントにも通じますが、説明をしてご本人がわかっている、その人の健康行動が変わらないうと、生活習慣病のリスクは変わりません。そういう意味でいうと、こうした福袋医療のあり方についても考えなければいけないと思います。



## プライマリ・ケアの定義

### ACCCA

(近接性・包括性・協調性・継続性・責任性)

では、なぜそんなことが起こるのでしょうか。医療の特性で、情報の非対称性というのがあります。これはサービスの提供側と受け手側が持っている情報に違いがあるということです。つまり、医療側が圧倒的に情報を持っていて、受け手側はほとんどわからない。以前はお医者様に任せておけば大丈夫という風潮があったかもしれませんが、もし医師の一人ひとりが細分化されて、このポイントはくわしいけど、他のことはわからないということであれば、受け手側にも正しい知識を渡していかなければならないのではないかと思います。では、それができるのは誰でしょう、という話になります。実は、現在医学部の学生は可哀想なくらい勉強しています。どんどん医学が進歩するので、医療情報が増えて、それごとに専門分化が進んでいます。そのことはまったく否定しませんが、一方で第一線医療に求められる医師像というのはやはりあります。そうすると、そういう医師が、住んでいる地域や社会や家庭に目を向けるのと、その部分ではいろんな病気に対応することが必要になります。そこから医師を通して専門的医療にアクセスする。例えば小児科の場合、家庭医が小児の日常疾患を診ますが、そこで診て本当に具合が悪いところ、専門医療が必要な場合に、その子を専門家である小児科医に送るということができたかどうかと思っています。わかりやすく言うと、受け手側の立場に立った専門医がプライマリ・ケア医であると。そして、病気以前の人の健康管理やセルフケア支援もすると。私はそれを「諸療医」「初療医」と名づけ、そういう医師がいてもいいのではないかと思います。

プライマリ・ケアとは漠然としたものではなく、欧米ではハッキリとした定義があります。基本要素はACCCAです。これは、近くにあって、全科的に対応して、他の専門家などと連携をして、長期に診ていくということに加えて、医療の質も担保するという5つの要素を含めた

ものです。最近面白い報告がありました。開業医のレベルでこうした要素をきちっと備えているのが、いい医師で、そういう開業医のほうが発行的にも優位であるという報告がなされたのです。そういう意味でいうと、例えばビル開業だと開業時間以外にも何らかの対応をするのがプライマリ・ケアではないかと思えます。(資料21)

まずは「近接性」。ファーストコンタクトのしやすさですね。私は「歩いていけるか、自転車でいけるか、あるいはバスなら1区間くらい」ということをよく学生たちに言います。あとで図が出てきますが、いろんな科を広く見るので、プライマリ・ケア医が担当する人口は2000～5000人がよいだろうと思えます。そうすると、何となくコミュニティが浮かんできます。ちなみに、私が勤務した村は、一番少ないところで800名、一番多いところで3500名でした。3500名のときは結構忙しかったです。

次は「包括性」。人々の健康問題の大部分に対応し、予防から治療に入り、リハビリまで対応すると。患者さんの年齢も問いません。赤ちゃんから高齢者まで診ます。よく話を聞くことが大事だと学生には言っています。それがなぜ大事かという、高血圧や糖尿などは疾患概念としてハッキリしており、診断基準もあります。では患者さんがそれに対してどのように対処するかという、一人ひとりがもっている病気に

対する気持ちに思いを馳せないとなかなかうまくいきません。根拠に基づいた医療をEBM (Evidence based medicine) と言います。それに対して、その人がもっている病気への思いを考えることをNBM (Narrative based medicine) と言います。対象としては、患者+家族、職場、地域社会です。そして他の科とも協調していきます。そのエリアごとにどういうことが必要で、どういう福祉や保健といった資源が活用できて、それらを踏まえて自分が健康問題をもった人に何ができるかを考えていくということです。

そして3つめに必要なのが、「継続性」です。長い時間軸として継続的に診ていく。すると、もともと持っている病気、最近よく問題になるアレルギーや遺伝的な病気などのベースがあったうえでフォローしていくことが非常に重要となります。例えば、専門医に紹介するときも、その方のこれまでの経歴はこうで、こういった問題があり、それに今回こういった問題が起こったので紹介しました、というふうにすべきだと思います。

最後は「責任性」。簡単に言うと、インフォームドコンセントを行って質を保証したり、医師個人としては生涯学習をしてレベルを維持していくことも含まれます。患者さんからみて「アテにできる」ことが、一つの責任性かもしれません。

## プライマリ・ケアの定義

- 健康問題の大部分に対応し、家族と地域の広がりの中にあって統合的で受診しやすいヘルスケア・サービス
- 基本要素 ACCCA
  - Accessibility (近接性)
    - 地域的/時間的/経済的/精神的
  - Comprehensiveness (包括性)
    - 年齢や性を問わず/全科的医療/全人的医療
  - Coordination (協調性)
    - 専門医/コメディカル/社会医療資源との連携
  - Continuity (継続性)
    - 健康記録/予防医学/長期のフォロー
  - Accountability (責任性)
    - 医療の質/患者の満足/倫理的行動



資料 21

## 私の主張：ACCCU

私の主張としてはACCCUです。「近くで便利なので、みんな来てね。必要なら紹介・連絡しますよ。昔かかった病気もわかっています」と。ここまでがACCCUなのですが、最近わかりやすさも大事だと思うので、ACCCUでもいかなと思っています。よく学生に言うのですが、専門家が専門家たる所以というのはもちろんくわしく病気を知っていることでもあるけれど、専門家ではない方にわかりやすく説明することも大事です。ACCCUの「U」とは、Understandability、わかりやすさです。患者さんの自己決定権を尊重するのは当然ですが、その前にわかりやすく説明して患者さん本人の言葉として理解してもらわないと仕方ありません。医師の説明はご本人の理解にプラスになることが必要ですし、プライマリ・ケア医はそういったところに能力を発揮することが大事だと思います。(資料22)

皆さんの中に、帯状疱疹にかかったことがある人はいらっしゃいますか？

これは痛い病気です。写真の左側は帯状疱疹ができたところ、右は治ってかさぶたになったところです。(資料23)

では、皆さんはもともと帯状疱疹が何か、ご存じでしょうか？ 全員小さいときに水疱瘡にかかっているはずですが、そのウイルスは治っても神経の中にあり、眠っているような状態です。そして、何かのきっかけで再び出てきます。ところが神経の中に潜伏しているので、再び出てくるときには神経に添って帯状疱疹を起こすわけです。治ってそのままなら一度かかるくらいでいいのですが、帯状疱疹の後で神経痛が起こって長く続くことがあります。特に、高齢者で長く続きやすい。なぜでしょうか。神経とは面白い言葉で、語源は「神気」と「経脈」だそうです。神経細胞から神経線維が走り、筋肉につ

## 私の主張：ACCCU

### Accessibility (近接性)

- 近くて便利ですよ

### Comprehensiveness (包括性)

- みんな来てね

### Coordination (協調性)

- 必要なら紹介・連絡しますね

### Continuity (継続性)

- 昔かかった病気もわかっていますよ

### Understandability (分かりやすさ)

- 専門の難解な言葉は使いませんよー

資料 22

## 分かりやすさ：帯状疱疹の例

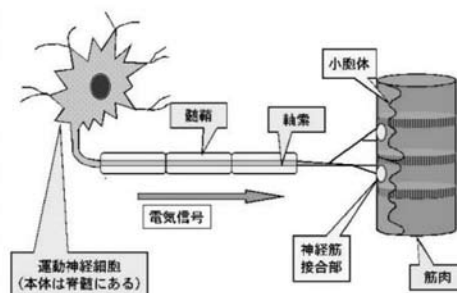


[http://www.geocities.jp/chiroasa/pl\\_images/herpes.jpg](http://www.geocities.jp/chiroasa/pl_images/herpes.jpg)  
[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/03/Child\\_with\\_chickenpox.jpg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/03/Child_with_chickenpox.jpg)

資料 23

## 神経ってなあに

- 語源は「神気」と「経脈」



<http://web.kyoto-inet.or.jp/org/utano/kinjisu/kinniku2.html>

資料 24

くと物を動かしたりする。または、熱い、痛いといった感覚を脳に伝えることができる。それが神経です。神経の中には電気信号が通っています。人間の体内には塩水があり、その中で我々は生きています。そこに電気が通るので、漏電してはまずいということで、電気信号を通すケーブルである神経線維の周辺に絶縁する役割の細胞があります。皮膚の温痛覚の神経細胞だと、1000分の3マイクロンです。電動速度は25メートルです。電線を守るために周辺のカバーがあります。その守る部分には星状細胞という細胞があり、神経に栄養を与えたり、電氣的に絶縁したりします。帯状疱疹ウイルスはこうしたところで増殖して、軸索といって中央の電線を守る機能が低下して裸電線になるようなこととなります。帯状疱疹が普通の痛みと違うのは、途中で痛いからです。皮膚等が切れると末端が痛いのですが、途中で信号が漏れてしまう痛みなので、ぴりぴりして電線の治りが悪いといつまでも痛いということになるわけです。ですから、例えば直接神経に麻酔をしてブロックしたり、あるいは神経が漏電状態にあって異常な電気信号が起きるためにてんかんの薬を使うこともあります。ストレスや疲労も避けたほうがよいという説明もしています。(資料24)

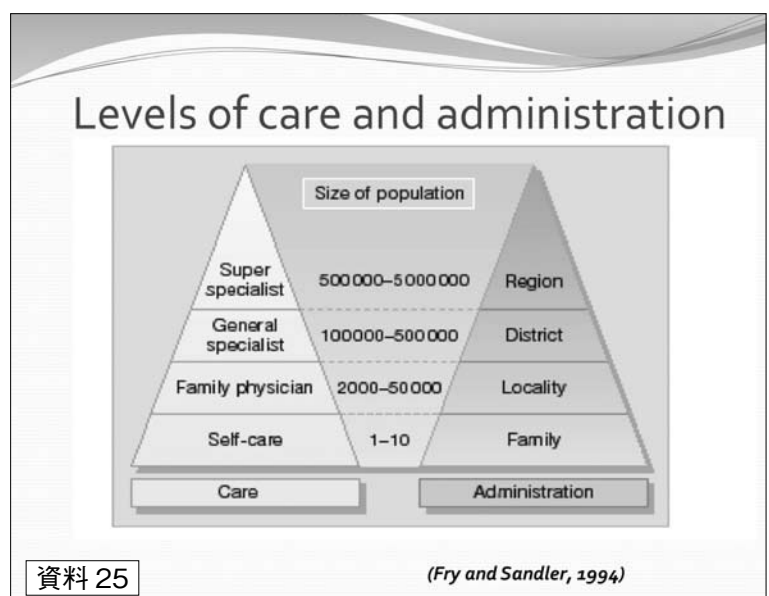
## 医療の特性

### Levels of care and administration

資料25の左側の頂点はSuper specialist(超専門医)、その下の方にあるのがFamily physician(プライマリ・ケア医)です。その横に書かれている数字が対応する人口です。プライマリ・ケア医はいろんな人々の健康問題に対応するので、対応人口は2000～5万。5万というのは発展途上国の場合で、先進国なら2000～5000くらいのエリアにマッチします。一方、その上の細分化された超専門医は50万～500万というエリアにふさわしい。へき地医療でいうと、医師不足地域や少人口地域に分布するのはこちらのほうですね。そういった

ところに専門医はいないので、プライマリ・ケア医がファーストコンタクトで対応したとき、必要であれば、専門医に紹介するという点です。医師の偏在やへき地の医師不足という点でいうと、こちらの資質をもったドクターを増やしていくことが必要だと思います。これは世界的にも認知されていることです。(資料25)

医療の政策として最近よく言われているのが、医師をどんどん作ったらいいのではないかと、ということです。しかし、単純に作ってどうかという疑問を私は持っています。というのも、医師というのは人的サービスでもあるし、情報の非対称性もあるので、例えば適正なレベルで医療の価格が維持できたり、医師をたくさん作って均等に分布するというのは問題があるかなど。最近、5割医学部の卒業生を増やそうという試みもありますが、時間がかかります。また、医療が進んでも最終的にはヒューマンケアサービスの中にあり続けるのだらうと思います。保健や福祉が機械的に扱われるのはイヤでしょうし、技術革新すれば細分化されて、従前治らないとされた病気も治ってきます。しかし、それによってコストが下がるということは言いにくいと思います。それから、情報の非対称性については、非常に大事だと思います。医師を単純に増やすとどんどん細分化して、専門化した医師は増えますが、広く患者さんに対応できる医師が増えたり、医師が不足している地域に医師



が行くかという疑問です。質の保証をしなければいけないので、資格制度の「名称独占」の職業でもある。医療は、例えば外見がよければよい電化製品などと違い、患者さんは医療のプロセスを享受することになるので、そこも大事になります。よく自分になにが起きているかを理解して、治療方針をある程度自分でも決めていくことが大事だと思います。こうした医療の特性も、できればセルフケア、プライマリ・ケアのレベルで行いたい。インフォームドコンセントだけでなく、そこからさらに進んで、患者さんが自分としてどういう治療を受けるかという決定権を発揮できるのがプライマリ・ケアだと思います。

話は変わりますが、「神の手」より「人の手」。昭和天皇のご病気は十二指腸にあるがんでした。当時、自治医大の教授であった私の恩師である森岡先生が手術にあたりましたが、その主治医は腫瘍を全部取り切るという画期的な方法より、しっかり確立された方法をとられました。具体的には、がんがある場所は狭いので、バイパスを作ったのです。その結果、昭和天皇は予想よりも長生きされました。その一つは、こうした方法によって身体に無理を与えなかったということと、宮内庁病院で最高の看護ケアを受けたということがあります。医療だけでなく、看護も大事だということと、スーパーミラクルというよりは、これまでの経験に基づいて確立された方法を採用することに値打ちがあるのだということです。なぜこういうことを言うかと言うと、メディアでよく出るのです。人々の健康を願う医師の多くは、神の手ではなく、人の手です。私どもの医学部でもそうですし、東大でもそうですが、毎年100人以上が卒業しますが、多くの卒業生にもってほしいのはこれまでの常識や基礎的な医療技術や能力を踏まえてやってほしいということです。もちろん、神の手といわれるような方はいらっしゃいますが、それはごく一部です。人が老いていくと病気になり、亡くなります。私は、そうした貴い命を

愛おしむことが大切だと思うのです。もう一つ、医師不足。よく、なんとか科の医師が足りないと皆が言っています。産婦人科だったり、小児科だったり。その医師不足を各5割くらい増やしていこうとすると、トータル5割増でよいかというと、そうではなく、2倍、3倍に増やさないといいけません。厳密な計算はしていませんが、医師の要請には時間も手間もコストもかかるので、無理じゃないかと。専門医をどんと増やすということでは限界が来ています。日本では今人口10万人に対して医師の数は230人くらいです。国はずっと前に10万人に対して医師数が150人を越して200人になると医師の失業が起きるということを言っていました。しかし、今、人口10万人に対して医師数は230人ですが、医師の失業は起きていません。現状、医師は足りないのですが、だからといってそれをさらに2倍、3倍に増やすことは非現実的です。私はファーストコンタクトで交通整理をしていけるようなプライマリ・ケア医の存在が大事だと思います。まずは医療の道先案内人である「諸療医」にかかって、自分の健康問題をどう考えるか、分かりやすい説明を受けて、自分が納得したうえでそれを解決していく。その手助けをする医師がいてもいいのではないかと考えています。

#### Dr. John Fry told...

イギリスのジョン・フライ先生は、毎年5件

#### Dr. John Fry told...

- .. 毎年5件しか起こらない急性虫垂炎を手術すべきでない
- 研修によって診断力、治療の適応を熟知することは重要
- (例) 困難な腹部外科手術→外科専門医に任せる
- 喘息、高血圧、糖尿病、癲癇、胃潰瘍、関節炎、うつ病その他多くの日常疾患→十分にマネージメント
- ..患者の長期にわたるケアの最終責任者

資料 26

John Fry, "A New Approach to Medicine"

しか起こらない急性虫垂炎は、そこでは手術すべきではない、と言いました。ですが、その場合のドクターというのは虫垂炎は手術しないかもしれないかもしれませんが、虫垂炎かもしれないという可能性があれば、外科の専門医に任せます。一方、うつ病や喘息、高血圧、糖尿病といった日常疾患はこのレベルで十分マネージしましょうと。短期的に病気になって手術し、回復するという連続性をもって診ていくのがプライマリ・ケア医だろうと思うのです。(資料26)

資料27は専門医療とプライマリ・ケアを対比させた表です。専門医療のほうは、紹介を受け、心臓なら心臓が悪いということで、その部分をきっちりと診る。プライマリ・ケアはそうではなく、病前も診るし、専門医の紹介もするし、治った後も診ていく。なので、患者さんが感じている病、これを英語でillnessといますが、そういうものを診ます。日本ではまだまだプライマリ・ケア医や家庭医という制度がハッキリしていません。そこで私は医学生に、あなたが仕事をする場所が大学病院や地域の診療所である場合、どちらの要素が強いかを考えて自分の仕事をしてほしいと言っています。(資料27)

プライマリ・ケアの担当分野は多岐におよびます。なかでも非常に多いのが、日常問題、日常病。そして、初期の救急、小児医療、老人医療。最近メンタルヘルスも多く、外科や健診、福祉、介護、在宅医療などです。というところで、ここから実際の事例を紹介したいのですが、5分ほど休憩をして、その後またお話ししたいと思います。

## プライマリ・ケアとセルフケア

### ケース1：ファーストコンタクト

私が東京に来てかれこれ6～7年経ちます。最初に言いましたが、都市部でのプライマリ・ケアというのもあるのですかとよく聞かれるので、今日はその話をしたいと思います。いろいろな科のことについて相談できる医師というのは、やはり都市部でも必要とされていると思います。私はいろんな企業の産業医をしていますが、心の病が最近多くなっています。ちなみに、これからご紹介するケースはすべて情報を少しずつ変えており、個人を同定するようなものではございません。

Specialized care vs. Primary care	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Specialized care</b></li> <li>● 臓器・疾病中心</li> <li>● 患者を対象とした治療</li> <li>● disease (診断名としての疾患)</li> <li>● A physician specialized for "the disease"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Primary care</b></li> <li>● 人間全体</li> <li>● 患者プラス 家族・職場・地域社会を対象とした治療</li> <li>● illness (患者が感じている病)</li> <li>● A physician specialized for "you (the patient)"</li> </ul>

資料 27

## プライマリ・ケアとセルフケア

### Case 1-1：First Contact

- 36歳女性
- 仕事が休みがち→上司から面談依頼あり
  - 起床時の倦怠感、頭痛・頭重、中途覚醒
  - A事業所臨時社員→B事業所に吸収合併・転勤
  - 職場での人間関係不良 (同僚)
  - 家庭での離婚話・経済的問題
- 面談→心因性うつ病疑いにて紹介
  - 診断確定・薬物治療開始
  - 面談→休養も治療と話し、仕事を休む (診断書)

資料 28

まずは、ケース1。36歳の女性です。仕事を休みがちで、上司からちょっと様子がおかしいので診てほしいという面談依頼がありました。本人に話を聞くと、朝起きたとき、身体がだるく、頭痛がしたり、中途覚醒したりすると言います。原因としては、最近転職になり、新しい職場での人間関係がよろしくない。しかも、家庭では離婚話が持ち上がって、経済的に問題があると。私は産業医ですから、その場で診断はしませんが、面談の結果、心因性うつ病の疑いがあったので専門医院を紹介したところ、やはりそうだと。そこで薬物治療が開始されました。うつ病の治療は投薬とともに休養が大切です。このケースの場合、面談をもとに診断書をもとに休養したわけです。時間をかけて本人の思いを理解してあげなければいけません。先ほどNBMと言いましたが、プライマリ・ケアでは、本人の物語、ナレーションを聞くことが大事です。この女性は嫌なものは嫌で助けを借りるためにやってきました。職場の人間関係でもそうだし、夫との関係もそうだと。しかし、今年幼稚園にあがる子どもがいるので、仕事を続けると収入がなく困る。心配事としてはそういうことです。このケースの場合は幸いなことに、紹介してくれた職場の上司にうつ病の経験があり、理解がありました。面白いことに、職場で社長や経営陣にうつ病が出ると、途端にメンタルヘルスへの理解が進みます。さて、この女性は出勤したりしなかったりという状況がありました。職場にとってはそんなふうにはアテにならないことのほうがよくないことで、元気になるまでから入社してほしい、となります。人間というのはプライベートとオフィシャルの両方がハッピーなのが一番望ましいものです。片方だけでもなんとかありますが、両方ダメな状

## プライマリ・ケアとセルフケア Case 1-2：経過

- 面談：時間をかけて本人の思いを理解
  - Narrative based medicine
  - 嫌なものは嫌・助けを借りずにやってきた
    - 職場での人間関係
    - 夫との関係
    - 今年幼稚園にあがる子供
- 本人の思い（心配事）
  - 仕事（臨時）だから続けないと収入がない
    - 職場の上司もうつ病の経験→理解あり
  - 出勤したりしなかったり→むしる状況が悪化

資料 29

## プライマリ・ケアとセルフケア Case 1-3：大事なことがわかる

- アドバイス
  - 休養はちゃんとした治療（薬剤と同時に）
  - 症状が改善してからの復職がむしるいい
  - 家族に病状をはなしてみなさい
- 後日の面談でわかったこと
  - 1日1食しか食べない！
    - 体が長い時間低血糖にさらされる→心身への基本ストレス
    - 心の働きも影響を受ける
  - 「ちゃんと食事をする事」→セルフケア
  - うつ病の治療以前に大切なこと

資料 30

## プライマリ・ケアとセルフケア Case 1-4：すべきことは何か

- 問題や悩みを抱えた人を手助けする案内人
  - 真の解決すべき問題や方策を一緒に考える
  - だからじっくり聞く・話す
- 具体策
  - 心因性うつ病であることを説明
    - 状態をよくするには休養・薬物治療が必須
    - 上司に話し、治療への理解を得る
    - 家族に話し、悩みを共有すること
    - 人生の重大な決定はしないことと話す
  - 「ちゃんと食事をする事」→セルフケア
    - 心身の体力を奪っている
  - 定期的な面談&主治医との連携（現場を知る医師として）

資料 31



態だと、人間、長続きはしません。そこで、休養と薬剤の投与を始めたのですが、この方はなかなかよくなりませんでした。おかしいなと思っていたのですが、後日の面談で、彼女は1日1食しか食べないということがわかりました。いわゆる拒食症の疑いです。痩せたいからと少食に慣れてしまうと、今度は食べられなくなってしまうのです。しかし、1日1食しか食べないと、長い間、身体は低血糖にさらされてしまいます。それでは心身が元気にならないし、健康状態はよくなりません。うつ病の場合、神経がストレスで過剰な負担を受けているので休もうとしているわけです。ですから、心身どちらもある程度元気でない、なかなか回復しないのは当然です。一番最初に休養と薬物利用が大事と言いましたが、その手前があったのです。ちゃんと食事をする事です。それを本人がわかっていた。そこで、食事の大切さを本人に説明しました。医療側は直接の悩みからいろんなことを考えますが、そのベースとして快眠・快便・快食が健康の基本にあり、それが阻害されると、なかなか病気もよくなりません。そこは自分のセルフケアのレベルですから、ご本人に分かっていただくことが大事です。プライマリ・ケアは問題や悩みを抱えた人を手助けする案内人です。そのためには、じっくり話を聞かなければなりません。日本の医療は出来高払い制度といって、カルテで患者さんを何人診ると収入がいくらというシステムですから、非常に難しいところはあるのですが、やはりなんとかしてじっくり話を聞く・話すということを実践する医師を増やすことが必要かなと思います。このケースで、プライマリ・ケア医としての具体策は、上司に話して治療に理解を得ること、家族に話して悩みを共有すること。こんなふうに分かってくれる人を作ることが重要です。それと、これは基本的なことですが、離婚などの人生の重大な決定はしないこと。それと食事をとることが重要であることをイメージとして本人にわかってもらうことが大事です。

(資料28～31)

## ケース2：紹介状より

続いて2つめのケースは、39歳の男性です。職場で行ったVDT(Visual Display Terminal)健診で胸の痛みや顔面のけいれん、倦怠感、うっかり物を落とすなどの不定愁訴がありました。そして、仕事も多忙でよく残業していました。家庭面でも、父が末期がんで痛みなどがあり、母が神経疾患で身体が不自由。妻は専業主婦ですが、0歳と4歳の子どもがいて大変であると。本当は末期がんの父親のためにターミナルケアや福祉サービスを申請したいけれど、そのままになってしまっていました。そういうことで、にっちもさっちも行かず、自分がだんだん消えていけばよいという自殺念慮が出てきていました。これは早急に対応が必要です。

几帳面な性格で責任感大。家族思いで部下思い。プライマリ・ケアでは、その方の話を聞きながら、医師もその方の思いに共感することが大事です。製造現場の係長として本社との接点、現場の状況、営業からは物を作れという突き上げで、本社側の自分より若い社員に頭ごなしに言われたりする。そういう板挟みで集中力が低下して凡ミスをしてしまう。身体に症状が出るので、最初は内科などにかかるのですが、異常なしと言われ、そのうちに不眠や早朝覚醒が出て、なんとかしなきゃと焦るほどに悪化していく…。こういう場合、何が起きているかを、本人が理解することが大事です。身体が疲れたら休むのが一番なように、心も休ませることが大切です。短い間なら持ちこたえられても、仕事とプライベートの両方で負担があったら、人間、削られていってしまいます。そういう場合、うつ病の症状というのは心身を守ろうとしているわけです。脳のつながりを切って、休もうとしているわけです。ですから、それを助けるために、無理に仕事をせずに休養と治療が必要になります。私は、仕事のことはこちらから上司に話すので、休んでいる間に福祉サービスを充実させるなどして、家族の問題を改善したらどうですか？とお話しました。具体的には、こういうサービスがあるよと、パソコンを見ながらお住まいの地域の市役所のサイトを出して、ここに行けばいいですよ、という話をしてあげ

ました。結果として、この方は復職して元気に働いています。元気に働けるようになってよかったなと思っています。私の医師としてのベースは村の診療所です。人口は少ないのですが、人の話がゆっくり聞ける時間があつたので、それが非常にいい経験だつたと思っています。(資料32～34)

### ケース3：家族の手術

セカンドオピニオンも必要なことです。患者さんは、何か治療をするときに、もともと継続性をもっているドクター、つまり普段から自分のことを知っている先生に、その結論を聞きたいと思うものです。それが一つのセカンドオピニオンだと思います。

こういうケースがありました。「先生、私の事じゃないけど、聞いてもいいですか?」。私がいいですよと言うと、その方の母親が高熱が出し、調べたら胆のう炎だつたと言うのです。皆さんよくご存じのように、胆のう炎はお腹を切らずに内視鏡で治せることがあります。ところが先生は開腹手術をしましょうと言つたそうです。内視鏡でできる方法があるのになぜ開腹手術なのか、その方は先生にその理由をくわしく聞けなかつたと言うのです。確かに、時間をかけてドクターに聞きづらいということは実際あると思います。それで、私が代わりに時間をかけて聞きました。すると、ストーリーがわかりました。この方のお母さまは以前、虫垂炎で手術をして、腹膜炎を起こしていました。もちろん、今は完治していますが、お腹を一度切っているので癒着を起こすのです。癒着を起こすお腹だと、内視鏡で手術をすると結石がとれないことがあり、癒着をはがすときに出血も起きやすくなります。ですから、先生は内視鏡ではなく、開腹を選んだのではないかと。そんな話

## プライマリ・ケアとセルフケア

### Case 2-1：紹介状より

- 39歳男性
- 紹介した病名「心因性うつ病」疑い
- 3月のVDT健診で不定愁訴多く面談しました。症状として胸痛、顔面の痙攣、倦怠感、うっかり物を落とす、早朝覚醒などを訴えます。仕事も多忙で、10-11時くらいまでよく残業していました。
- 家庭面でも、父が末期がんで痛みなどの症状あり、母が神経疾患で体が不自由、妻は専業主婦ですが0歳と4歳の子供を抱えており、特に父について福祉サービスなどの申請を検討しているもゆとりがなくて対応できず、そのあせりもあるようです。
- 「自分が消えていなくなればよい」などの自殺念慮に近い思いもあり、早急に休業休息、そして治療の対応が必要と考えました。

資料 32

## プライマリ・ケアとセルフケア

### Case 2-2：よく話を聞く

- 几帳面な性格・責任感大
  - 家族思い、部下思い
- 製造現場の係長として、本社との接点
  - 現場の状況・営業からの突き上げでPressure
  - 本社の自分より若い社員に頭ごなしに言われる
- 段々集中力がなくなり、凡ミスをする
  - 身体症状：何箇所か受診しても異常なし
  - 精神症状：不眠・早朝覚醒
- 「なんとかしなきゃ」→次第に悪化していく



資料 33

## プライマリ・ケアとセルフケア

### Case 2-3：何がおきているのか理解

- おきていること
  - 「体も疲れたら休むのが一番でしょう? 心も一緒、短い時間なら持ちこたえられる。だけど、仕事とプライベートの両方で負担が続いたら、心の疲れがとれなくなる。だからいろんな脳のつながりを切って心は休もうとしているんです」
- まず休養と治療→一つずつこなす
  - 「私(産業医)が上司に話すから、ちゃんと休むこと。紹介状を書くから受診してお薬をもらうこと」
  - 「休んでいる間に、ご家族のことを奥さんと協力して解決しましょう。いろんな福祉サービスを活用して」

資料 34

をしたうえで、そうしたことを単純に先生に聞いたらどうですかと話すと、その方は納得していました。(資料35)

#### ケース4：ウイルス肝炎の施設入居

ケース4もセカンドオピニオンに関することです。HBe抗原というのはB型肝炎の数値です。これが高いと、血液内にB型肝炎ウイルスがたくさんいることになります。そんな方がある有料老人ホームに入りたいと。しかし、そのホームの担当先生は血液が強い感染性を持っているので入居しないほうがいいのではないかと言います。有料老人ホームではこうした検査はできないので、責任は持てないからと言うわけです。それで困って私のところに電話がかかってきて、実際に施設ではこのHBe抗原はよくないのかと聞いてきました。本人は今のところ独居で、障がいがあるので入居申し込みをしていますが、基本的に今まで自立生活を送って来れました。さて、ここで医学生たちにこの件をどう考えるか聞いてみました。すると、だいたいの学生は入居しても大丈夫ではないかと言います。しかし、そこにはなぜ入居しても大丈夫なのかの根拠が必要です。

そもそも、人々の住んでいるエリアで考える話と、大学病院で考える話は違います。その生活フィールドが思い起こせないと、こういう問題が起きてきます。要するに、血液に感染性があるのですから、大学病院のようなところでは採血や検査をするためにリスクがあります。ですが、普段生活している環境ではそういうことはないのです。その人の血液内には高い濃度のウイルスがいても、一般的な集団生活の場においては直接他の人に害を及ぼすものではありません。100名以上の入居者がある介護施設では、これまで新規に発症した人はいませんでした。こうし

#### プライマリ・ケア「セカンド・オピニオン」

##### Case 3: 家族の手術

- 「先生、私のことじゃないけど、聞いてもいいですか？」
- 「勿論です」
- 「母のことです。高熱が出て調べたら胆のう炎で胆石があるのがわかりました。切除したほうがいいらしいけど、主治医の先生は開腹してとるって言ってます。でも最近は（内視鏡を使って）お腹を開かずに手術できるんでしょう？ できたらそっちのほうがいいんですが…」
- 「詳しく話を聞かせてください」

資料 35

#### プライマリ・ケア「セカンド・オピニオン」

##### Case 4-1: ウイルス肝炎の施設入居

- 「新入居申し込み者でHBe抗原86gという高数値を持っておられます。\*先生はあまりにも高い感染性と肝がんへの移行のことを考えると入居はやめておいたほうがいいとアドバイスがありました。そして、往診契約は断られました。（肝硬変の検査が出来ないなどの理由により）実際に施設ではこのHBe抗原の高数値は危険性が高く入居をあきらめたほうがいいのでしょうか？」
- 「看護師のKさんは感染症があると、入居を拒む動きになっています」
- 「本人は独居で全て自立生活を送っています」

資料 36

#### プライマリ・ケア「セカンド・オピニオン」

##### Case 4-2: 私の回答（生活の場は？）

- 「要するに「感染リスク行動をとれば、感染する可能性のあるB型肝炎のキャリアーの入居」だと思います。HBe抗原値によらず、血液には感染能力があり、針刺し事故など感染リスクのイベントがあれば、感染の可能性があるということです」
- 「一般的な集団生活で感染するとは思えず、この人が血液を操作する医療行為が常時必要でもない限り、以下の厚生労働省のサイトにあるような注意でいいと思います。」

資料 37

たことを根拠として、日常生活の習慣を守っている限り問題はありませんよと、私はその方にアドバイスをしました。(資料36～38)

### ケース5：MRSA

抗生物質で治療をすると、耐性菌という抗生物質が効かない菌が出てきます。肺炎で入院すると、抗生物質を絶対使います。すると、治療後に抗生物質が効かない菌がいることがわかり、喉と尿に菌が出たと。その後、肺炎は治ったので退院できるのですが、グループホームで感染したりしないのかという心配が残ります。涎から感染したらどうしようといった心配ですね。もし、これがここでの話だったらそれはいかんとなりますが、肺炎は治っていますから、悪さをしている状態ではなく、その人の皮膚についているだけです。黄色ブドウ球菌というのは、耐性菌であろうがなかろうが、私たちの皮膚にいます。私たちは知らない間にそれらと共有しながら生きているわけです。それが、治療したから皮膚の細菌の中に汚いものが残ってしまったということです。そういう状態を保菌状態と言います。介護施設のような場所では、保菌状態の人は扱えないと断られたりします。そういうとき、私はそうじゃないと言って働きかけたりします。高齢者の施設ですから、病院の中の院内感染対策のマニュアルなどを見ると、これはいかん、ということになります。しかし、そうではないと書いてあるサイトもあります。実際にはこうした場合も入居者の隔離は必要ではありません。(資料39, 40)

では、なぜこのような誤解が起こるのでしょうか？「踊る大捜査線」ではありませんが、「事件は会議室で起きるのではなく、現場で起きている」ので

#### プライマリ・ケア「セカンド・オピニオン」 Case 4-3:厚生労働省のサイトから

- Q24：B型肝炎ウイルス（HBV）は保育所、学校、介護施設などの集団生活の場で感染しますか？
- A24：一般に、集団生活の場でHBVの感染が起こることはないと言われています。  
実際、703人の入所者を擁するある介護福祉施設で4年間にわたって調べた結果、新たにHBVに感染した人はゼロであったという報告があります。
- この結果は、ごく常識的な日常生活の習慣を守っているかぎり、集団生活の場でHBVキャリアが他人にHBVを感染させることはないことを示していると言えます。

資料 38

#### プライマリ・ケア「コンサルテーション」 Case 5-1:MRSA（抗生物質耐性ブドウ球菌）

- 「肺炎で入院していた方が、検査でMRSAのキャリア（咽頭および尿）であることが分かったそうです。そろそろ退院出来るようなんですが、」
- 「以下のことが職員の間で問題になっています」
  - ①グループホームで生活しても大丈夫なのか？
  - ②他の入居者様や職員に感染したりすることはないか？
  - ③生活面で注意しなければならないことは何なのか？
- 「よくヨダレを垂らす方の方ですので、そこから感染したらどうしよう・という点が一番心配のようです」

資料 39

#### プライマリ・ケア「コンサルテーション」 Case 5-2:MRSA（My Answer）

- 「MRSAによる感染症があるのではなく、単なる保菌状態だと思います。全くの健康人でも保菌の人がいるくらいで、治療の必要もなく、行動制限もありません」
- 「Webのサイトの資料を検索してみました。安易に検索すると、例えば介護療養型医療施設などで病院の院内感染対策に引っ張られたような記述があります」
- 「以下のサイトが適切だと思います」
  - <http://www.kansensho.or.jp/sisetunai/kosyu/pdf/qo65.pdf>
  - 「MRSAを保菌している入所者の隔離は必要ではありません」

資料 40

す。「この人は病院にいるんじゃない、ホームという生活の場にいるんだ」というドラマの言葉がそのまま当てはまります。ウイルス肝炎に感染する可能性があるのは血液を操作するときで、そういうリスク操作がなければ関係ありません。なぜ医療従事者ですら、こうした間違いをするのかと言うと、病院という医療の場で判断しているからです。生活の場におけるリスク評価ができていないということがあり、そういう視点や見方、地域社会の中でその人が暮らしていけるのかがわかることが大事なことになります。(資料41)

### ケース6：乳児の突然の発熱

最近、核家族が多いので、昔でいう「おばあちゃんの知恵」に相当するようなところも、プライマリ・ケア医が対応することが増えてきました。

あるとき、若いお母さんが生後10か月の子どもが産まれてはじめて高熱を出したと、オロオロしながら内科・小児科にやってきました。診察すると、熱の割に元気でした。それで、喉もたいしたことはなく、肺の音もきれいなので、気管支炎になる心配はないですよ、と言いました。母親に、これまで突発性発疹にかかったことがあるかと聞くと、ないということです。この病気のことを昔は「知恵熱」と言っていました。それを私がどう説明したかと言うと、「突発性発疹というのは、元気な乳児が1歳までに一度かかる病気で、突然高熱を発して3日くらい続きますが、熱の割に元気です。それで、熱が下がったとき、全身に発疹が出ます。熱の出ているときは発疹が出ないので、どんな医者でも突発性発疹だということはありません。なので、今のような状態なら水分さえ摂っていただければいいので、それで様子を見てください。3日経って熱が下がって発疹が出たら、母子手帳に突発性発疹と書いておいてください。そうすれば、次に熱が出たと

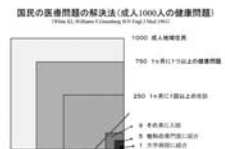
き、小児科の先生が突発性発疹かそうでないかわかりますから。もし、熱が下がって発疹が出ないようなら、またここに連れてきてください。診ますから」と。そして、もし咳が出たり、全身ぐったりしてきたとかの症状があれば、またいらっしゃいと言ってあげます。このように、経過観察をするのもプライマリ・ケアの範疇です。(資料42)

その他にもたくさんあります。パニック発作の背後にDVがあったとかですね。日本の医師は出来高払い制度の影響を受けているせいか、なかなか説明できない、してもらえないということがあります。ですから、十分時間をかけてその人の思いを聞いて、その中で本人に気づき

### プライマリ・ケア

#### Case 4&5:なぜこんなことがおきる？

- 「事件は会議室で起きてるんじゃない、現場で起きているんだ」
- 「この人は病院にいるんじゃない、(ホームという)生活の場にいるんだ」
  - ウイルス肝炎に感染する可能性があるのは血液を操作するとき
  - そういうリスク操作がなければ普通の人と同じ
  - MRSAを持っているだけならただの保菌者
- 何故医療従事者ですらこうなるのか？
  - 病院という医療の場の感覚で判断している
  - 生活の場におけるリスク評価ができない

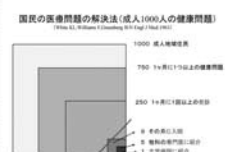


資料 41

### プライマリ・ケア「セルフケアも大事」

#### Case 5:乳児の突然の発熱

- 若いお母さんが内科・小児科外来にやってくる
  - 「生後10か月の男の子、生まれて初めての高熱」でおるおる
- 私(診察して) ...
  - 「この子熱の割に元気ですよ。喉もたいしたことはないし、肺の音もきれいですよ。だから現時点では気管支炎なんかの心配は少ないね。これまでに突発性発疹にかかったと言われたことがありますか?」
- お母さん「ありません」
- 私「そしたらね、,,,,,,」
- 昔は「おばあちゃんの知恵」だった..
  - 今風に言えばinformed self-care



資料 42

を与えるという医療を求めているのではないかと、私はホスピスでの経験から確信しています。ホスピスの場合、病気は決まっています。末期がんであることに間違いはありませんが、何もしようがないかという、そうではなく、痛みやコントロールなどはモルヒネを使ってできます。ですが、それ以外に患者さんは何かを求めています。それは病気に対する思いや残される家族のことなどです。そうしたことを含めて相談してください、という医師もいていいのではないかと思います。

資料43は、先ほどの専門医とプライマリ・ケア医に似ていますが、医療モデルと生活モデルの対比を示したものです。狭義のモデルは病気を考えてそれを治す、でした。ですが、これからは例えば脳梗塞になって所定の治療は終わった後に障がいが残ってしまった場合、その方が退院後に社会に戻って、従前と同じように暮らせることが大事で、そのために支援していきましょう。それには医療だけではなく、地域の中での福祉サービス、介護サービスも一緒にやっていくという視点を医師全体、特にプライマリ・ケア医は持つべきだろうと思います。

(資料43)

プライマリ・ケアを訳すと、ファーストコンタクトをするので初療科、いろんな病気を診るので諸療科、万病診療科、複合診療科、多角診療科、融合診療科、多機能診療科、広領域診療科、多種多様診療科…など、いろいろ考えられます。万病診療科というのは、なかなかいい名前ですね。とても厚生労働省が採用するとは思えません。ちなみに、中国では未病科、康復科、養生科というのがあがるそうです。なんとなく漢方なのかなと思います。こういう科目もいいかなと思います。(資料44)

## 見逃されてきたセルフケアの重要性

### 人々の健康問題はセルフケアの対処から

人々の健康問題の大多数がセルフケア、プライマリ・ケアの現場にあるのであれば、見逃されてきたセルフケアの重要性を見直さなければなりません。人々の健康問題はまずセルフケアの対処からです。例えば、メタボ。最近、女性の腹囲80センチはリスクだと言われていますが、糖尿病や高血圧、喫煙、歯周病といった生活習慣病やメンタルヘルス、急性疾患などは、どの病気にしても状態を大きく左右するのがセルフケアです。ですが、日本でセルフケアが見逃されてきたのは、出来高払いの場合、医療に取り

### 「医療モデル」と「生活モデル」の対比

	医療モデル	生活 (QOL) モデル
目的	疾病の治癒、救命	生活の質 (QOL) の向上
目標	健康	自立 (自己決定に基づき、自己資源を強化し、社会的生活を送る)
主たるターゲット	疾患 (生理的正常状態の維持)	障害 (日常生活上の支障・困りごと) (日常生活動作能力 [ADL] の維持)
主たる場所	病院・診療所 (施設)	社会 (地域・家庭・生活施設)
チーム	医療従事者 (命令・指示) オーダー型	異職種 (保健、医療、福祉、介護等) (協力・協働) カンファレンス型
対象のとらえ方	医学モデル: 機能障害 (病因-病理-発現)	障害モデル: 能力障害 (ICF・国際生活機能分類)
適用期	急性期 (短期間・cure期)	急性期以外 (長期間の可能性・care期)
手法や手段	EBM (Evidence-Based Medicine)	ケアマネジメント

資料 43

### プライマリ・ケアを訳すと?

- 知人に知恵を借りた..
- 初療科(部)
- 諸療科(部)
- 万病診療科(部)
- 複合診療科(部)
- 融合診療科(部)
- 多角診療科(部)
- 多彩診療科(部)
- 多機能診療科(部)
- 広領域診療科(部)
- 多種多様診療科(部)
- 複合診療科(部)
- ちなみに中国には,,,
- 未病科
- 康復科(部)
- 養生科(部)

資料 44

組んでいかないとビジネスにならなかったという歴史もあると思います。ただ、プライマリ・ケアというレベルがセルフケアになる段階においては、人々のセルフケアをサポートしていくことが必要でしょうし、そういう仕事が認められてもいいのではないかと考えています。

(資料45)

これは最初のほうで出した図です。ある地域の成人が1000人いて、750人体調不良、最初に医療機関にかかるのは250人。すると、1000人だと、予防・健康増進・未病をどうしていくか。多くの人が代替医療をしています。そういったものもテーマかもしれません。はじめて医療機関にかかるファーストコンタクトの段階は、プライマリ・ケアの特性です。まだ病気が特定できていない段階でどうケアしていくか。一方、入院や大学病院の紹介になると従前の医療ですから、短期での治療成績が必要になってくると思います。人々はこの段階をダイナミックに動いています。その中で、プライマリ・ケア医は、人々が必要であれば、その場所に支援する位置づけにあります。(資料46)

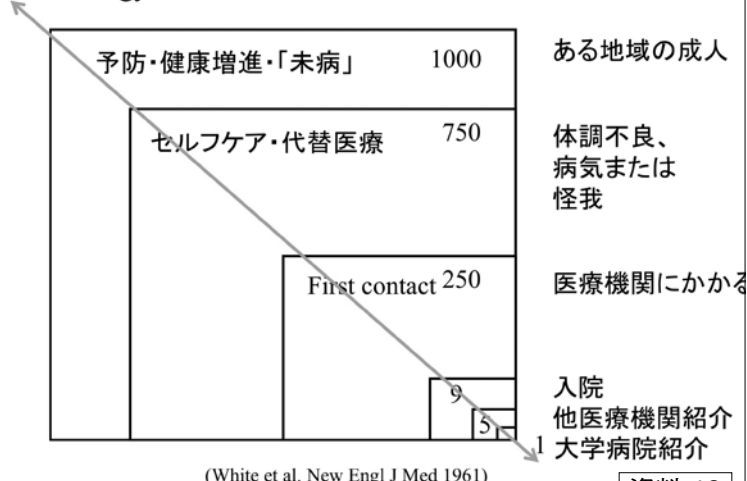
ある家庭医のメーリングリストに、こんなことが書かれていました。近接性と継続性に関することです。1回の受診でハッキリしないとき、待てる症状であれば、時間経過を味方にするというのは、アクセス(近くにある)のよい診療所の現場では有力な方法です、と。それと、これも私はまったく同感ですが、卒業後ずっと病院勤務医だったので、こまめに外来の患者さんをフォローするのが難しかった。そのため、1回の治療機会・面接機会ですべき仕事を済ませてしまわなければならない、と。つまり、かかったときに必要性の傾向はどうあれ、検査はすべてやっ飛ばしてしまうということですね。それがあある面は、検査漬け・薬漬けといわれる一つの原因になっていると思います。この1点を見ても、病院医、プライマリ・

## 見逃されてきたセルフケアの重要性

- 人々の健康問題はまずセルフケアの対処から
  - メタボリック症候群
  - 生活習慣病
    - 糖尿病・高血圧・喫煙・歯周病...
  - メンタルヘルス
  - 急性疾患
    - かぜ、インフルエンザ、子供の急病
- 医療とセルフケア
  - 常に医療に引きずり込んできた(収入にならない)
  - プライマリケアからセルフケアへの誘導もあっていい

資料 45

## Ecology of Medical Care (成人1000人の健康問題)



資料 46

ケア医、家庭医では視点が違ってきます。ただ、くどいようですが、専門医療も価値があるし、プライマリ・ケア医も価値もあるのだと思っています。

そして、聴衆へのメッセージ。これは今までの話のおさらいのようなものです。人々の健康問題のほとんどすべてはセルフケア、プライマリ・ケアの中にあります。それとケアの連続性ですね。人間は元気なときもあれば、未病のときも病気のときもあります。そこをダイナミックに動いているので、そこをサポートしていくことが大事です。先ほども言いましたが、日本の医療は出来高払い制度で、プライマリ・ケア以降でなければ対象になりません。そこでなんとか医療にもっていこうとするわけですが、セルフケアのレベルで支援するというのも、費用絡みで評価されてしかるべきではないかと思っています。そして、セルフケア、プライマリ・ケアの復権。恐らくこれは際限なく増えていく医療の負担を解決する一つのアプローチだと思います。健康問題を抱える人と同じ目線で考えられ、その人たちのリアルな希望に応えるのは、人々が自覚していないことかもしれませんが、私自身の経験でいうと、正しい仕事のあり方だと思います。地域を想定しながら、そのエリアの中の人々がどのような健康状態かを捉える。3500人の村なら、日本の平均からいうと何人くらい介護が必要かなどとイメージすることは、地域医療計画に関わってきます。それもプライマリ・ケアの醍醐味だと思います。

(資料47, 48)



## 聴衆へのメッセージ①

- 人々の健康問題
  - ほとんど全てはセルフケア・プライマリケアの中に
  - ケアの連続性 (どちらの向きも)
    - Self-Primary-Secondary-Tertiary
- 日本の医療制度との関係
  - 出来高払い制度
    - 医療 (Primary以降) でなければ対象にならず
    - 何とかして「医療」に持っていこうとする
      - 例: メタボリック症候群と特定健診・特定保健指導

資料 47

## 聴衆へのメッセージ②

- セルフケア・プライマリケアの復権
  - ケアの質と量を維持
    - 膨らみ続ける医療費への唯一の解決策
    - 求められる「目線で考えてくれる人々」
      - プライマリケアを促進していくのが医師の将来像
- 人々のリアルな希望に応える
  - 正しいBusiness
  - プライマリケアのレベル=地域・家庭
    - 自転車・徒歩でいける範囲
    - バスなら乗り換えずに

資料 48



これは先ほどのジョン・フライ先生の言葉ですね。「プライマリ・ケアとは何か」を推進しながら提唱し、見直していくことが大事です。そして新しい仕事の展開にあたっては、気づき(感受性)やバランスのとれた判断が必要かもしれません。(資料49)

最後の写真は、医学部5年生のときのものです。(資料50)

へき地医療を夢んでいた23歳のときの私です。それから27～28年生きてきましたが、自分のルーツは高知県の山村の診療所、一人医師でやってきた十数年の中にあります。こういうことをこれからも人々に話していきたいと思えますし、医学部の学生にはプライマリ・ケアの現場ではこういうことがあり、それに対してこのように対処しなければいけないという医師としてのプロフェッショナルな内容を伝えていきたいと思っています。

どうもご静聴ありがとうございました。

## 「プライマリケアとはなにか」 日本語版への序文から

- 立ち止まり、反省し、今何をしているかを検討し、うまくやれたのか、もっと他の方法でうまくやれないか問い直すことです。
- そのとき私たちは、保健医療の向上のため、より一層の常識 (Common Sense) と感受性をもって対処すべきであることがわかるでしょう。

*Sir. John Fry, "A New Approach to Medicine"*

資料 49

御清聴  
ありがとう  
ございます

From  
「さすらいの  
ウインドサー  
ファー」  
@へき地医療を  
夢見ていた医学  
部時代



井上 昭

資料 50



## ◆質疑応答

質問1 最近、政府が民主党に変わりました。来年4月以降、診療報酬の改定という時期でもあります。地域医療のご経験の中で、今後の医療に期待することがあれば、地域が抱える問題も踏まえて、お願いします。

井上 今日私が話したのは、概念として従前からある専門的な医療に対応するプライマリ・ケアでした。先ほどの話にも出てきましたが、日本における医師の定員はある意味正しいと思っていますが、ではどういうドクターを増やすのかというポリシーがあった上で増やさないといいけません。あるいは、プライマリ・ケアを推進するのであれば、それにふさわしい教育制度を充実させないと、従前の専門医療に携わるドクターばかりが増えていくと思います。そうすると、スペシャリストが活躍できるのは病院です。私の同級生にもいますが、「自分は胸部外科医だ」と。そうすると、働く場所はある程度以上の都市部の病院しかないわけです。日本の医療はある意味、医師が働く場所に影響を受けます。そして、開業すると、その人は日本においては大学病院で働くことがありません。そういう意味でいうと、医師の数を増やすのであれば、どういう医師を増やすのかという視点がないと、いつまで経ってもへき地にお医者さんはおらず、都市部に専門医が溢れるということになりかねないと思います。なぜ、そういうことになったかという、1970年くらいのアメ리카には楽観的な見方があり、ニューハウスという方が医療も経済原則で動くのだから医師を増やしていくと、足りない科、足りない地域に医師が溢れるように増えていくのだと考えました。それは一般的な経済原則にのるような話だったので、当時受け入れられていましたが、最近では否定されつつあります。先ほど言ったような情報の非対称性であったり、細分化する方向を認めるのであれば、その方向で医師が需要を作れてしまい、いつまで経っても足りないところは足りないままではないかと。それも先ほどのことを踏まえて繰り返しますが、どういう医師をつ

るかという哲学があった上で、それが実現できるような施策をやっていただきたいと思います。それと、大病院でその機構の中の歯車として働くこともスペシャリストとして当たり前のことですが、私自身は村に住んで仕事をしていくのが楽しかったので、医学部では「こっちの水は甘い」ではないですが、楽しいんだよということを伝えたいですね。どんなことでも、「この仕事は大事だから頑張ってくれたまえ」と言うだけではダメで、そこにやりがい・楽しみ・喜びがないと。人間やっぱり、眉間にしわを寄せたまま「キミ、地域は大事なんだよ！」と言っているのもいいかもしれませんが、自分が地域で楽しんできた思いを共有していくのも大事な事と思っています。

質問2 2点あります。まずは、今日のお話の中でこれから医師になる方がプライマリ・ケアを目指すというのはイメージしやすかったのですが、今、医師である方、特に開業医がプライマリ・ケアを意識して一歩踏み出すのはハードルが高いのかなという印象を受けました。実際それはハードルが高いのかどうか、また都市部の開業医がプライマリ・ケアを行うためにはどう行動すればよいのか、というのが1点目です。

もう1点は、都市部では患者さんが病院に集中する傾向がありますが、患者になる前の生活者である我々に接点をもっといただくのがプライマリ・ケア医の姿だと思います。その場合、生活者である我々は、なんでもかんでもすぐに病院に行かなくてもよいのではないかと。ところを意識し直さなければいけないのではないかと思います。その部分の意識をどう変えていけばよいでしょうか。

井上 最初の質問ですが、今までの開業医は病院で科目別に診療をしていて、それから開業する方が多くいます。そういう中で思うのは、専門医でもそうですが、プライマリ・ケア医は別にスーパードクターである必要はないということです。ただ、その方が呼吸器内科が専門だとしたら、その専門プラス、自分のところに来る方々に何ができるかを考えたとき、例えば在宅

ケアならこれからどんな開業医でも対応しなければなりません。また、最終的にはターミナルケアも診なきゃいけないでしょう。呼吸器疾患で診ていたけれど、だんだん診られなくなったからどこかよその専門医に行ってください、というのはよろしくありません。そういう視点から、自分がやるべきものを見てみる。すると医師というのは学部教育だけでなく、生涯教育も大事な職業ですから、開業しながらこれをやると自分が担当している患者さんがもっといい方向に行くよね、という視点を持っていただきたいと思っています。

2点目の病院集中に象徴される患者側の医療に対する意識ですが、これにはいろいろ考えがあって、歴史的にみても難しいことです。一つは医師と人々のインターアクションがあると思います。つまり、細分化された先生方が自分は診ないということになると、やはり小児科の医者よね、とか小児センターよね、となります。そうしたサイクルが生まれていると思うのです。それをどう解消するかですが、医師側に立って言うと、先ほどの突発性発疹でも水痘でもいいのですが、研修医時代にそういうものを診ていないと、診られないのです。生涯教育の中でも勉強できるかもしれませんが、ああいうのは診ればすぐわかる状態です。私は将来地域医療や家庭医療の教育に携わりたいと思っていましたから、オーストラリアに留学して研修医教育を勉強してきました。そこで素晴らしいと思ったのは、人々の健康問題の最初に、きちんと診断して治療にまで結びつける家庭医が存在していたことです。その背景には、科に寄らない能力が研修で育まれていたのです。例えば、科に寄らず並列的に研修を受けることで、少々特殊な皮膚疾患に関しても、10人中9人の研修医がその疾患名を正確に答えられたのです。私は当時、卒業して10年選手でしたが、疾患名がわからず、とてもショックを受けました。こうした経験を踏まえ、そういうふうな修練も必要だと思いました。私は今、教員ですから、人々の持つ健康問題から自分はどういう能力が必要かを考えるようなカリキュラムを作りたいと思っています。

質問3 2点あります。1つめは医療の質と量の確保や地域の偏差、診療科の偏在をどうするかということが言われて久しいのですが、私は個人的に医療とは社会性、公共性があるために行政が民主的に実践できないと思います。その実践できない根本点がどこにあるかといったとき、皆さん、本音で話をしていないと思うのです。私は憲法論議にまで持ち込まないと、この課題は永遠に解消しないと思っています。つまり、職業選択の自由が社会公共性のためにどれだけ打ち勝てるか。個々の問題に国民的コンセンサスがとれない以上、いくら学会の先生が何を言っても、万人のために個人がどこまで犠牲を払えるか。このあたりはドイツで行われたように、憲法論議ということで一步踏み込まないと、中途半端な民主主義では、医療関係の制度設計が進まないのではないかと。その典型が地域医療にも影響を及ぼしているのではないかと思います。

2点目は、NP(ナース・プラクティショナー)の導入の前提条件や見込みについてどのようにお考えかをうかがいたいと思います。

井上 1点目のほうで、国が医療をどれだけコントロールするかということをおっしゃっていましたが、確かに医療は公共性が高く、へき地では開業ベースで医師がいないのでサポートしましょう、ということはありません。ただ、先ほど自己犠牲というような言葉が出ましたが、自己犠牲の上では恐らく長続きしないと思います。というのは、へき地医療に関して言うと、いろんな奨学金を費やしてへき地に行かせても、定着しません。その理由は、その場でのミスマッチがあるからだと思います。最初の診療所の写真を最初にお見せしましたが、その診療所に行ったとき、2階のベッドが取り払われ、その代わりに泌尿器科の手術道具がありました。理由を聞くと、十数年前に泌尿器科の先生を呼んだのだが、その先生は割り切っていて、開業資金を貯めるためにへき地で診療をして、何年かして帰って行ったと。つまり、その機械はまったくのムダになっているわけです。へき地医療は当時、そういうふうにはしか捉えられていませ

んでした。しかし私は、もう少しポジティブに捉えていて、自己犠牲を払ったとは思っていません。楽しく仕事をしたと思っています。

質問3 すみません。言葉が悪かったのですが、私が言ったのは総量規制の中でルールを作ることに対して、どこかで誰かに頑張ってもらわないといけないという意味での自己犠牲であって、強制的な自己犠牲という意味で言ったのではありません。

井上 なるほど。国はこれまで大きなコントロールとして人口10万人対医師数150人を適正水準としてきました。それが200人になるのはとんでもないということで、1970年代から同じ基調でずっとやってきました。先ほど言ったように、医療に対するニーズは増大し、高齢化社会でたくさん国民が医療を必要としたにもかかわらずです。ポイントは佐々木委員会という委員会での結果が、2005年くらいまでずっと国の基調でした。ようやく最近、総数は足りていて問題なのは偏在だと言っていますが、私は果たしてそうかなと。総数の論議もすべきですが、それプラス、どういう医師を養成するか。要請する医師を作れば、全員ではありませんが、へき地で仕事をするドクターはいると思います。こうした意見を受けて、最近、文科省は各医学部に10人くらいの増員枠を作りました。その人たちは特別な採用方法を持って、卒業したら地域で仕事をしてもらいましょうという話ですが、それだけで地域に行くかどうかは疑問です。それにふさわしい教育制度ややる気のある学生を選ぶとか、多面的に考えていかなければいけないと思います。へき地で仕事をする医師という面で言うと、世界的に3つの知見があります。一つは、被都市部出身の医学生を優先的に採用すること。そして、プライマリ・ケアを選ぶこと。さらに、特にそれらを学部内外できちっと教育すること。今まで学部内での教育は皆無ですから、これからはやっつけていかなければいけません。いずれにせよ、総量規制と内容の話は同時にやらないといけないと思います。

次にNPについてですが、これは本来ナース

という日本のナースより裁量権があり、看護自体が独立した分野でした。それが日本ではそうではなく、医師のコントロールの中に看護師が置かれていました。私自身はもうそろそろ考え直す時期ではないかと思っています。医師だけで事が済む時代ではありませんし、介護保険ができたように医療の中でも看護師職というのが、地域医療の中でも独自性を発揮すればいいと思います。というのも、在宅医療は介護医だけで成り立つとは思えません。私はNPに関しては、できることをきちっと定義していくべきだと。一つのアイデアとしては、最へき地においては、医療のセンター的なところからNPがプライマリ・ケアのさらにプライマリな部分を実践するというのがあると思います。実際、ヨーロッパでは医師が足りないのでナースがそういう動きをしている国はあります。

質問4 日本は国民1000名においてドクター2名です。GDPに対する総医療費は日本は8%、OECD9%、アメリカは15%です。要するに、少ない医療費と少ないドクターの中でWHOが認めている世界一の長寿国なわけです。もちろん、まだ問題はありますが、少なくともそのあたりのことを挙げていただくことが必要だと思います。私も医局から山の中へ行ってこいと言われ、1年間、雪のどンドン降っているところに行ってきました。その代わり、1年経てば帰ってこいよということで、医局の中から行ってきました。それは自分にとってすごくいい経験で、私は3代目の医者で親たちからも学びましたが、医師というのはこういうものだという原則をその環境からも学びました。ですから、私が言いたいのは先生がやっているのは素晴らしいことですが、まず先ほど言われた規制うんぬんを言う前に、日本の医療のお金をかけないところを直すのが最初で、次にへき地へ行って勉強したり、専門性をのばすといったことだと思います。また、へき地に行ってもどうしても生活できないということもあると思うので、そういう場合は国が援助するということが必要だと思います。

---

井上 恐らくご意見は私と非常に近いところがあると思います。なぜ日本の医療費が低いかについてですが、数十年前、日本において当時の厚生省が言ったのは「医療亡国論」です。医療はマイナスの存在であると。高度経済成長の日本の足を引っ張る物であるといった考え方があって、それは最近まで根底の基調にあったと思います。そうした医療亡国論によって政策がなされてどうだったかとか、200人でシーリングをした場合どうだったかという是非を本当は国がレビューしなければなりません。しかし、国の政策ではそれをせず、どちらかと言うと妥協の方向に持って行って、落としどころはこのあたり、ということになっているのが現実ではないかなと思います。医療亡国論は間違いだったとかいうレビューはありませんから。それと、私の意見としては、日本の医療が自由開業制である以上、開業医が経営がうまくいくのはよいことだと思います。その一つの局面として今後はプライマリ・ケアも必要でしょうということを言っています。最へき地については、公的なサポートがあってしかるべきでしょうし、へき地論を掲載する医学雑誌が世界に数冊ありますが、おそらくどこの国でもそういった基調になっていると思います。自主的に経営できるところはできるだけやる気をそがないような政策、できないところは公的な支援、この2つを併せるのがよいかと思います。

