

# 将来の日本の医療を支える

## 医療者を育てる

・・・

佐野 潔

米国財団法人野口医学研究所

理事長

ミシガン大学医学部臨床助教授

トーマスジェファソン大学客員教授

徳洲会地域家庭医療総合センター長

# Cold Facts

(1)医療費:38.4兆円(2012):1.6%増

・公費負担:3兆、後期高齢者:12.5兆、医療保険:1

8.

5兆、患者負担:5兆

・診療費:28.5兆、調剤費:7兆、歯科:3兆

→ 入院:15兆、病院外来:13.5兆、診療所:8兆

→ 60歳以上で75%の医療費が使われる

→ 死亡前1ヶ月間の平均医療費112万円

生活保護者の医療費1兆5000億以上(受診1回/2日:2万人以上)

(2)薬の転売、出来高払い!長期入院、重症になって受診、過剰診療、医療教育・予防教育なし

(3)医療施設による過剰診療

(4)国民の医療コンビニ受診(アビューズ)

(5)国民の医療知識の欠如(医師、学校保健教育の問題)

## Cold Facts

### 患者数、医療従事者数

核家族と老人独居の問題

老人の引きこもり、運動不足→ロコモティブ症候群

医療従事者不足←非活動有資格者(看護師、女医?)

### その他

医療過誤は刑法→民法化、Good Samaritan law

外国人居住者の増加

# 人生

有意義  
な人生

家族力

社会地位

経済力

仕事

健康

あなたの人生をどう生きるかはあなたが決める



# 他人に頼らなくても良い人生



1日10分かんたん体操  
寝たきりにならない  
体になる！

石井 直方  
石井直方

老けない  
太らない  
寝込まない！  
簡単で効果的！！

「スロトレ」で新境地を開いた東大教授が  
紹介する、数々の秘訣を凝縮させた方法

すこく な

伊豆 26

The book cover features a blue header with a white circular logo containing a blue briefcase. The title is written vertically in large, bold characters. A small illustration of a woman in a blue shirt and orange shorts is shown in a running or walking pose. The text is arranged in vertical columns, with the author's name and a short description at the bottom.

答えは！

歩ける

食べられる

ほげなん

# でもどうしても頼らなければ いけない時





# 何を抛り所にするか？

年金

家族

介護保険

老健施設

病院

医者



どんな医師を頼りにしたらいいか



全科に渡って管理できる家庭医

# 家庭医



一家に一人のかかりつけ機能

しかし、家庭医教育をしている所は  
少ない



家庭医・総合診療医として  
働くということ

将来のキャリアの敷石を敷く

## 現実問題

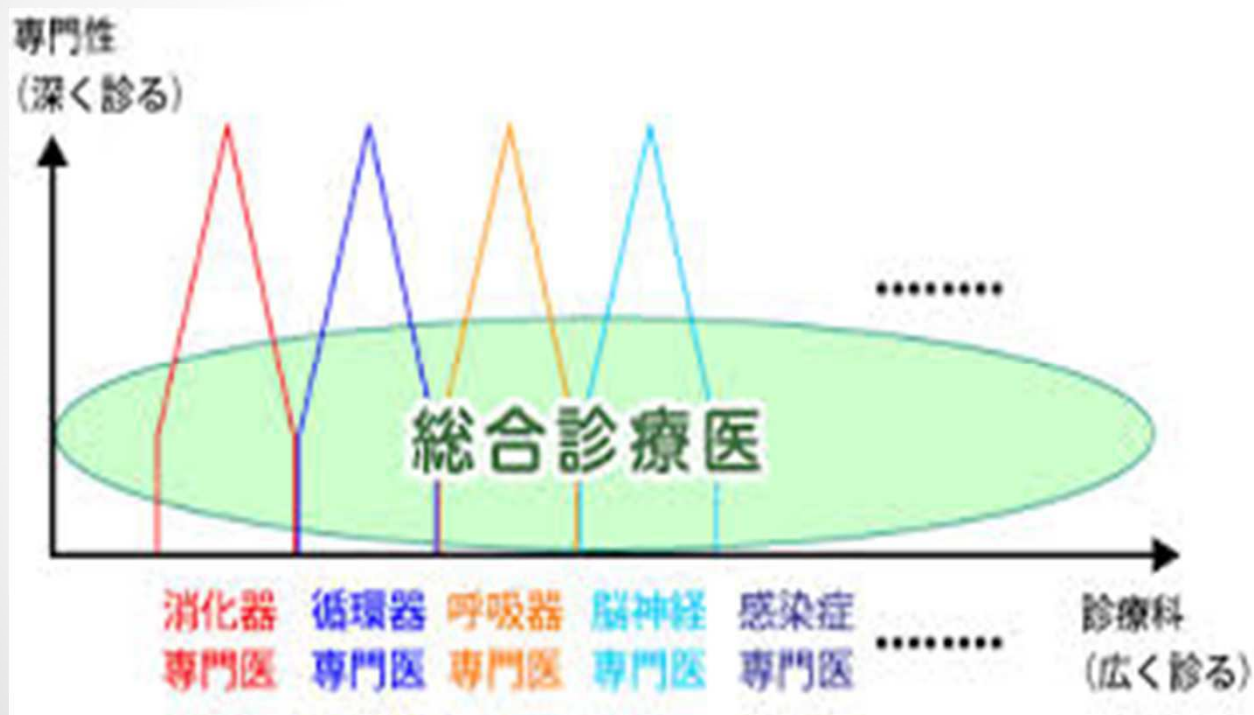
どこの研修病院でも全科に  
対応できる医師は養成してい  
ない

家庭医療専門医の認知が  
されていない

家庭医療専門医の数は未だ  
400人程度

小児・婦人・妊婦・成人・心  
理的問題・健診・全てに対応  
できていない

# 総合診療医



病院内科医では役立たない

# 病院総合医は家庭医になっていない



ドクターGは家庭医ではない！

# 総合診療家庭医をもっと養成



グループ診療所ベースの家庭医



# もう一つの大きな医学教育の問題



医学部の6年生の授業料はただ取り！  
卓上の試験勉強のみで大半を過ごす

# 大学は6年生には授業は していない！



6月以降は卒試受けるためだけ登校し、あとは卓上国試勉強のみ

# 海外と比べ現場に弱い日本の卒業生 (頭でっかち)



彼らはそのまま初期研修へ行く

研修医の多くは、病院医療で検査・機械依存型過剰医療  
を強要させられ、検査主導医に洗脳される



# 研修後の一人前の医師とは

患者との**会話下手**なので、病歴を聞いただけでは鑑別も思いつかない

大学で診察手技を習得していないので、まともに**診察できない**

初期研修でも外来診療の経験が乏しく、誰も指導しないので不得手、**外来嫌い**

**エコー、画像診断、血液検査診断には強い**

所属機関の医療にのみ習熟しているので、医療の**妥当性・科学性に乏しい**

自分の慣れた専門とする分野のみしか診療の自信はない

病院の一歯車としては機能できる

**診療所で診療する自信はない → 家庭医離れ**

**老人医療や在宅医療など習ったこともない → 家庭医療などできない**

# 日本の医療危機は来ている 医師数の問題ではない！

在宅医療の危機



田辺功

ドキュメント  
**医療危機**

産科医が消える前に  
現役医師が描く危機回避のシナリオ

森田豊 Morita Yutaka

朝日新聞出版



# 提言：どんな医師を養成するか

全科（小児、婦人、妊婦、成人、小外科、整形、精神、皮膚、耳鼻、眼・・・）の一般外来医療に習熟した、英国のGP、米国のFPに相当する医師を養成する。

家庭医は、在宅、老人医療、緩和医療に対応できる

家庭医は僻地医療、離島医療に対応できる

家庭医は無駄な医療はせず、医療費の経済効率を高める

家庭医は予防、健康教育を推進する

家庭医は患者にとってパーソナライズされた医療を継続して提供することで満足度を上げる

病院医師ドクターGではなく診療所医師ドクターFを多数養成

●家庭医によるグループ診療の推進、公立家庭医療診療所増設 ●

医師は医療情報を賢く使いこなす必要がある！



*An initiative of the ABIM Foundation*

Choosing Wisely

イド

医師のプロフェッショナリズムの回復



# Choose Wisely キャンペーン



Think you need  
antibiotics?  
Let's think  
again.

A health care professional's medical advice,  
treatments and procedures  
do not guarantee a cure. [ChoosingWiselyCanada.org](http://ChoosingWiselyCanada.org)

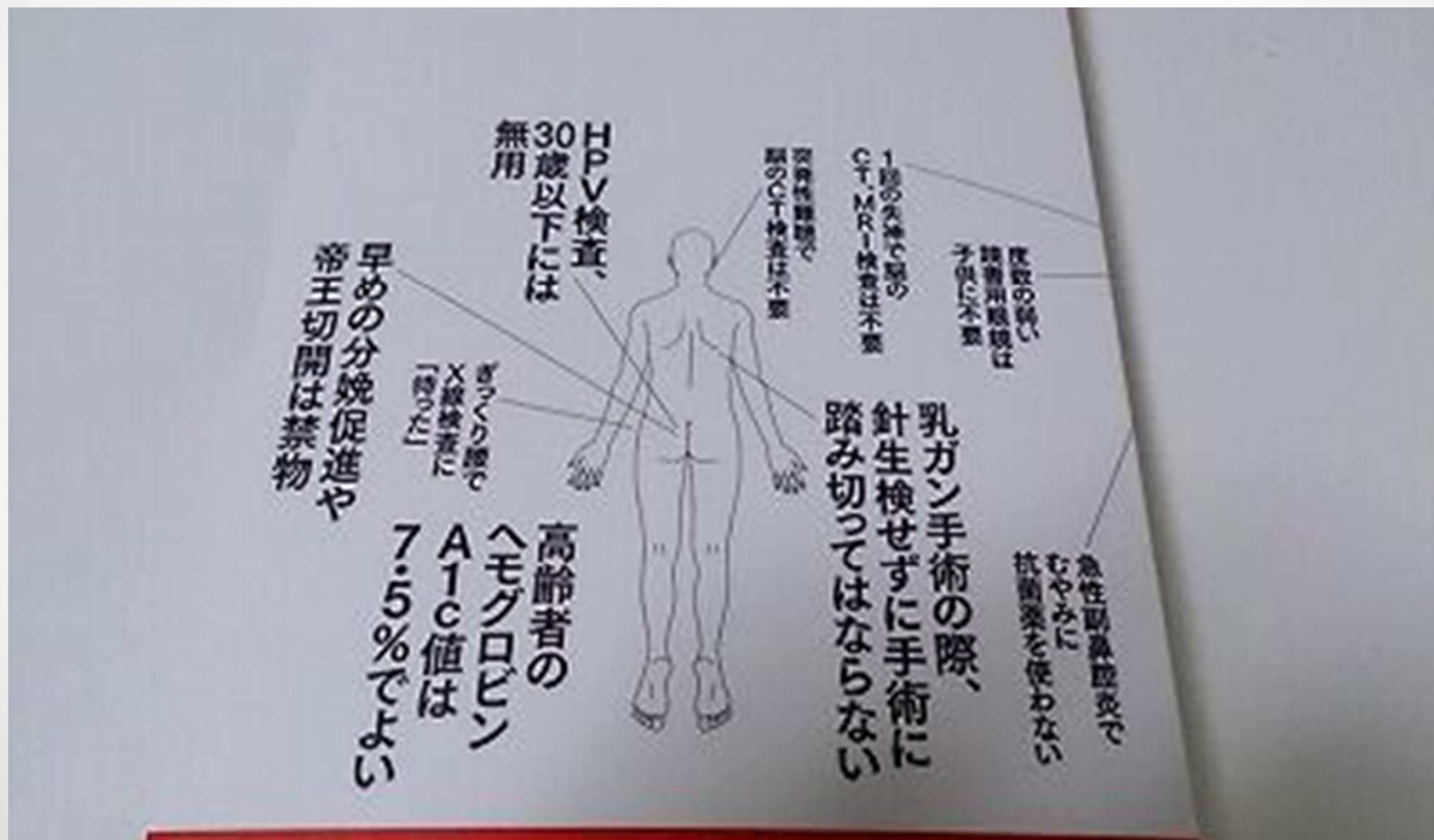
**Choosing  
Wisely  
Canada**  
in partnership with the  
Canadian Medical Association

Twitter icon @ChoosingW

# Choose Wisely キャンペーン

- 2013年米国内科学会から提唱
- 現在は74専門学会も協力し作成している
- 科学的根拠のある医療選択を推奨（現在250項目以上ある）
- 特に副作用、危害、医療費節約上、無駄な検査や治療をしないように
- 医療上の科学的根拠に基づく医療選択のガイドラインの作成
- 本来の意味は医師のプロフェッショナリズムを強化する
- これまでに蓄積された知識、叡智にもとづく選択である

# 無駄な医療を排除



# 78歳おばあちゃん

## 熱37.6℃ だるさ、咳

- 診断：風邪？
- 検査：胸部X線、胸部CT（入院）
  - 血液検査（CRP炎症反応、白血球、赤血球）
  - 喀痰培養（入院）
  - 尿培養（入院）
  - 血液培養（入院）
- 処方：アスベリン
  - ムコダイン
  - カロナール
  - フロモックス
  - ムコスタ
- 処置：点滴ソリタ3号x500cc
- 数日後、夜間転倒して大体骨折！
- ———→入院、以後寝たまま

- 診断：高血圧症
  - 椎管狭窄
  - めまい
  - 骨粗鬆症
  - 動脈硬化症
  - 高脂血症
- 服用薬：
  - 降圧剤x3種
  - 骨粗鬆症薬x2種
  - 高コレステロール薬x1種
  - デパス（安定剤）
  - ロキソニン（鎮痛剤）
  - メリスロン（めまい薬）
  - マイスリー（睡眠薬）
- 処置：

# 高齡者医療でよくある事

- 過剰検査：何故（無知 vs 有知：自己防衛？、利益？、安心？）
- 過剰治療：何故（無知 vs 有知：自己防衛？、利益？、安心？）
- 薬剤過剰：何故（無知 vs 有知：自己防衛？、利益？、安心？）
- 副作用→その治療にまた薬剤→副作用・・・繰り返し
  
- 医原病←過剰治療、過剰検査、過剰薬剤  
薬をやめたら良くなった！
- 延命治療（胃瘻、人工呼吸器、手術、抗がん剤、蘇生）
  
- 入院 → 口コミモーティブ症候群 → 寝たきり→誤嚥性肺炎

# 情報の蓄積からわかってきたこと

必ずしも目の前の数値を改善することが患者の治癒・回復・予後とは関係のないことがわかってきた。

- (1) 血圧はできる限り低くしておいたほうが良い → 少し高めにしておいたほうが良い
- (2) 血糖の管理は厳しくしておいたほうが良い → 厳しい管理や薬による低血糖のほうが危険
- (3) コレステロール値は低いほうが良い → 必ずしもそうではない
- (4) 65歳以上の人のヘモグロビンA1Cは7.5以下にするため薬剤を使用する → 薬剤は使っても予後は変わらない
- (5) 高齢者の不眠、興奮には安定剤・鎮静剤を使う → むしろ転倒などが見られ危険、認知症発症

## •医療の問題

- (6) 認知症の薬は早いうちから飲んだほうがいい → 1年を超える効果は証明されていない、副作用に注意
- (7) 乳がん、大腸癌、前立腺癌のスクリーニングは75歳以上では意味はない
- (8) 合併症の無い喘息に胸部レントゲンを撮ること → 診断・治療的意味なし

# 高齢者の医療の変革

- ①歩くことの奨励
- ②最後処置の希望を表明
- ③家庭医を持つ

医療者としてはCHOOSING WISELY を  
見直すこと！



# 家庭医が 日本の医療を再生させる



Choose doctor wisely

# ・医療の問題のまとめ

## ・患者の問題

- ・ 生き様 → 独立して生きる努力
- ・ 死に様 → アドバンスディレクティブ（末期処置の希望）
- ・ 無知
- ・ 他人依存 → 自立を目指す

## ・医師の問題

- ・ 大学医学教育の貧弱さ
- ・ 卒後研修の不均質化
- ・ 専門医研修の低質化
- ・ 狭い分野の専門医乱造
- ・ 広い分野の専門医の欠如
- ・ プライマリケア専門医（家庭医）の圧倒的不足
- ・ 都会志向
- ・ プロフェッショナリズムの欠如
- ・

## ・制度の問題

- ・ 詳細に渡るポイント加算性の出来高払制保険 → 外来診療の定額支払い方式
- ・ 過剰診療の監視 → ガイドライン、同一基準による徹底監査
- ・ 効率性の欠如 → まるめ支払いによる簡素化
- ・ プライマリケア推進の欠如 → 家庭医療専門医制度と研修徹底化
- ・ 診療記録監査のゆるさ → 電子カルテ一本化と監査徹底
- ・