

大学病院におけるプライマリ・ケア 二年間のあゆみと今後の展望

川崎医科大学 総合診療部

津田 司, 田野 吉彦, 山田 治
重本 弘定, 平野 寛

同 精神科

渡 辺 洋 一 郎

(昭和58年11月16日受付)

Primary Care in the Medical School Hospital: Two Years Experience and Implications for the Future

Tsukasa Tsuda, Yoshihiko Tano
Osamu Yamada, Hirosada Shigemoto
and Yutaka Hirano

Department of Primary Care Medicine
Kawasaki Medical School

Yoichiro Watanabe

Department of Psychiatry
Kawasaki Medical School

(Accepted on Nov. 16, 1983)

総合診療部が昭和56年4月に診療を開始して2年間が経過したのでその診療内容を分析した。まず外来統計では、**common diseases** とはどのような疾患であるかを検討したところ、上位10位までの総数は全体の50.7%に相当し、全体の90%をカバーするためにはわずか147疾患を知れば良いことがわかった。また第2年度の小規模な外来統計では、心身医学的疾患の頻度は40.7%にも達することがわかった。病棟診療では心身医学的配慮の必要な患者の頻度が非常に高く、60.3%にも達した。

以上の経験を通して、プライマリ・ケアでは、**common diseases** とは意外に種類が少ないこと、患者を病める人間としてとらえる全人的医療が不可欠であることを知り得た。今後の課題としては、プライマリ・ケアの実行と教育とに **liaison psychiatrist** の参加やチーム医療が必要であること、また今後プライマリ・ケアの領域全体をカバーするための一層の努力が必要であることを述べた。

Two years have passed since we opened the primary care department. In order to investigate what the common diseases are, and to clarify the importance of psychosomatic care of patients, we studied outpatients and inpatients, respectively.

The top ten ranking common diseases of the outpatients accounted for one half of all the diseases. It became clear that the primary care physician could manage ninety percent of the problems of the patients if he knew only one hundred-forty one common diseases. Some psychosomatic care was necessary to 60.3% of the inpatients. The psychosomatic care was essential to manage 40.7% of the outpatients, according to the statistics of the second year.

Thus it was found that there are not so many common diseases and that whole-person medicine (holistic or bio-psycho-socio-ethical approach) is essential for primary care. We think that the participation of a liaison psychiatrist and the team care approach are necessary in the practice of primary care and education of resident doctors.

We also mentioned that we should cover the whole field of primary care as the next step by beginning the work of home care and health care of the patients.

Key Words ① Primary care ② Holistic medicine

はじめに

川崎医大総合診療部は、プライマリ・ケア医養成のための部門として、昭和56年4月11日より診療業務を開始した。発足に先立ち米国でのプライマリ・ケアを4人のスタッフが見学して帰り、これを模範として、日本の大学では最初のプライマリ・ケア部門を作ることを目指した。

プライマリ・ケアとは次の5項目を満足するものでなければならない^{1),2)}。すなわち、1) Accessibility(受けやすい医療)、2) Comprehensiveness(包括的、全人的医療)、3) Coordination(協調性)、4) Continuity(継続的医療)、5) Accountability(責任ある医療)である。またプライマリ・ケアには成人を対象とした primary care internal medicine、小児を対象とした primary care pediatrics および両者を包含した family medicine がある。日本では小児科は未だ専門分科の過程にあり、小児科自体にプライマリ・ケア的要素が強いためこれを除外し、また今後は医師過剰時代を迎え、大部分の人が最低限数人の医師がいる地域で診療に当たるであろうという想定のもとに、当総合診療部は family medicine ではなく、成人を中心としたプライマリ・ケア医を養成するこ

とを目標とした。

そして昭和56年4月から外来診療、5月からは病棟診療を開始した。その後昭和58年3月までに得た資料をもとにして、当総合診療部最初の二年間のあゆみを紹介するとともに、このあゆみを踏まえた上で、更に今後の展望を試みたい。

外来診療について

患者対象

総合診療部外来の対象は、15歳以上で特定の科の受診希望を持たない患者である。まず初診外来では1~2名のスタッフと4~5名の内科レジデントが20~30名/日の新患を診る。そして検査および治療をし、必要ならば以後予約外来に組み込み継続診療を行う。予約外来では5~6名のスタッフが100~120名/日の患者を診療している。昭和56年4月から昭和57年3月までの1年間に診療した初診新患は7,301名に達した。このうち奇数月、奇数日の患者1,680名、すなわち約1/4の患者を対象にして検討した。年齢構成をみると、20歳代から50歳代にピークがあり、高齢者が少ないことがわかった。平均年齢は42.2歳であった。厚生省大臣官房統計情報部編「患者調査」の診療所および病院の外来患者年齢構成と比較して考えると、

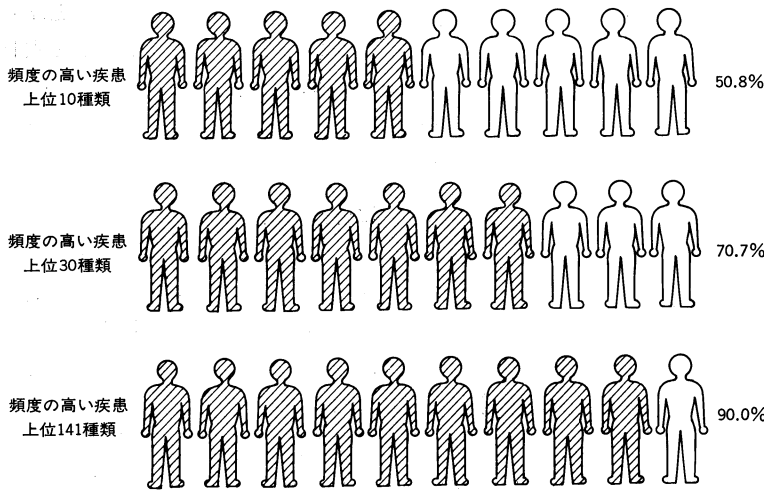


Fig. 1. How many diseases should the physician know in primary care?

The top ten in the ranking of common disease accounted for one half of the whole disease category in primary care. The top thirty in the ranking accounted for 70.7% of them. The primary care physician can manage 90% of the problems of the patients if he knows only 141 common diseases.

老人は近くの診療所に行くので大学病院までやってくる人は少ないものと考えられる。総合診療部は大学病院に根拠地を持つものの、今回のデータは一般病院の患者の年齢構成に近似しており、プライマリ・ケアの統計として妥当であると考えられる。

初年度 (S. 56) 外来統計³⁾

1,680名中、正常と早期に通院を中断したために診断名が不明なものを除くと、疾患総数は1,580となった。国際疾病分類を用いて、各疾患別に頻度の高いものを検討すると、1位は急性

性上気道炎およびインフルエンザで18.5%，次いで高血圧症9.5%，3位は慢性胃炎，4位消化性潰瘍，5位神経症などであった。これら上位10疾患の総数は804であり、総疾患数の50.8%に相当した。さらに上位30疾患では総疾患数の70.7%に相当した。また総疾患数の90%までを取り上げると141疾患であった (Fig. 1)。

頻度の高い疾患の種類は米国とは異なるものの、90%をカバーするのに必要な疾患数などは近似しており、国際疾病分類での疾患数が数千種類もあることを考えると、common diseasesとは意外に種類が多くないといえる。

2年度目 (S. 57) 外来統計⁴⁾

心身医学的疾患の診療に習熟してきた第2年度目は、外来における心身医学的疾患の割合を検討した。著者の1人が1年間に診た初診新患312例を対象として検討したところ、Fig. 2に示すように、心身医学的疾患は40.7%を占め、器質的疾患は57.1%を占めた。器質的疾患の中で、3大疾患群は消化系、循環系、呼吸系

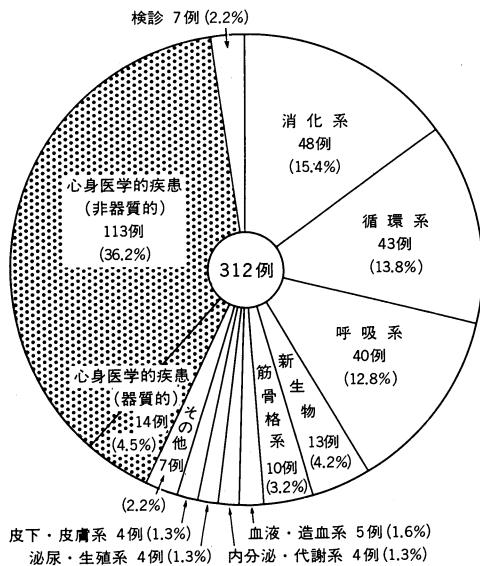


Fig. 2. Percentage of diagnostic categories frequently encountered in primary care (1982).

The diseases necessary for psychosomatic approach accounted for 40.7% of the whole disease category.

Table 1. Ranking of common diseases in primary care (1982)

疾患	総対数 (例)	百分率 (%)
1. 高血圧症	25	8.0
2. 急性上気道炎	18	5.8
2. うつ病 うつ状態	18	5.8
4. 機能性大腸症候群	14	4.5
4. 症状が気になる→正常	14	4.5
4. 急性胃腸炎	14	4.5
7. 神経症	13	4.2
7. 新生物	13	4.2
9. 心配状態	10	3.2
9. 消化性潰瘍	10	3.2
合計	149	47.9

で、頻度の高い順に上位10疾患を列举すると **Table 1** の如くであった。非常に心身医学的疾患の頻度が高いことがわかる。

病棟診療について⁵⁾

病棟診療では、新しくチーム医療の色彩を濃くするために医師2~3名とナース3~4名からなるチームを3組編成し、従来ともすれば医師とナース間の情報交換に円滑さを欠くうらみがあったのを是正することに努めた。もちろん病棟全体のカンファレンスにも医師とナースが全員出席し、互いに情報を交換し合い、より良い全人的ケアを目指した。

このようにして昭和56年5月より30床でスタートし、昭和57年3月までの10.5カ月間に

312名の入院患者を診療した。これらの患者について、どのような疾患が多いか、また心身医学的配慮を要する患者がどのくらいいるかを検討した。

患者構成と入院期間

年齢分布は外来のそれに近似しており、平均年齢は48.5歳であった。入院患者の疾患群別分布では、**Fig. 3**に示すように消化系29.2%、循環系21.4%、呼吸系10.9%が三大疾患群であり、以下新生物、感染症、精神疾患と続く。

全体の平均入院日数は27.8日であり、日本の病院としては、非常に短い部類に属すると考えられる。

心身医学的配慮の必要な頻度とその内容

以上のような傾向をもつ対象患者について、心身医学的配慮を必要とした頻度やその内容について検討した。元来、心身医学は全患者に適用されるべきものであるが、今回は今少し狭義に規定して、心身医学的配慮が不可欠であった患者について検討した。

その結果は、**Table 2**に示すように、病態自体に心身医学的アプローチが不可欠であったもの(A群)が78件で、内訳は精神疾患が21名(うつ病8名、神経症6名など)、心身症46名(消化性潰瘍17名、気管支喘息11名、過敏性大腸症候群6名、高血圧5名、片頭痛2名など)、および器質的脳症候群に属する精神症状

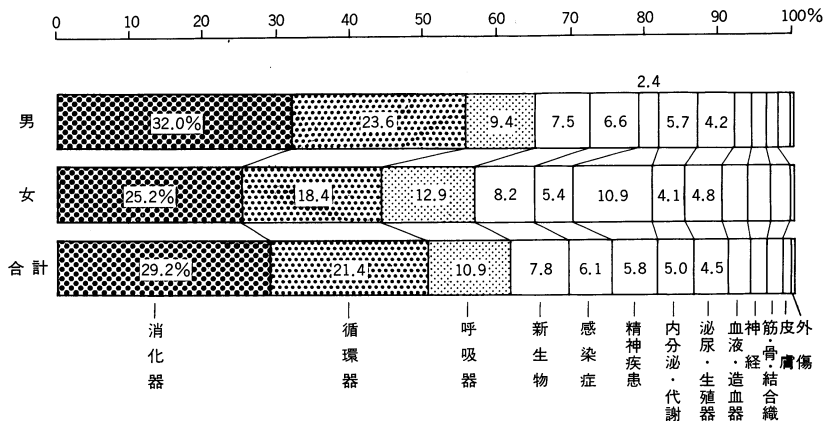


Fig. 3. Percentage of diagnostic categories of the inpatients (1981).

Table 2. Prevalence of major categories of psychosomatic problem

			男	女	合 計
A	病態自体に PSM 不可欠	(1) 精神疾患	5	16	21
		(2) 心身症(狭義)	29	17	46
		(3) 器質性脳症候群	8	2	11
					78件 (77人)
B	神経症性加重	(1) 抑うつ反応	4	5	9
		(2) 不安反応	24	16	40
		(3) その他の加重	10	8	18
					67件 (61人)
C	トラブル	(1) 問題行動出現	8	6	14
		(2) Th-Pt関係のもつれ	8	4	12
					26件 (26人)
D	その他	(1) 円滑入院に要配慮	18	4	22
		(2) 生活指導に要配慮	12	5	17
					39件 (39人)

PSM: 心身医学 Th-Pt: 治療者-患者

を呈した患者 11 名であった。B 群は神経症性加重、すなわち入院経過中に神経症性症状が出現した患者で 67 件、61 名に認められた。この中では不安反応が最も多く 40 件であった。

C 群は入院経過中に何らかのトラブルを起こした患者で、問題行動 14 件（うつ病患者の自殺企図、境界例の wrist cutting, ヒステリー患者の盗み、ナースへの過度の接近など）、および治療者-患者関係のもつれからトラブルを生じたケースが 12 件であった。後者の例には、治療者に対する不信感や、検査、治療手技などに対する不満、抵抗などから生じたトラブルが含まれていた。

D 群は、以上の 3 群以外で心身医学的配慮が必要だった患者のグループである。その中をさらに、1) 表だった問題にまでは発展しなかったが、円滑な入院生活を送らせるために、その扱いに心身医学的配慮が必要だった群と、2) 生活指導に配慮が必要な群、例えば、アルコール性肝障害患者に対する断酒指導のように、その後の生活指導を成功させるために心身医学的配慮が不可欠だった患者の群に分けた。この群に属するものは 39 件であった。以上何らかの形で心身医学的配慮が不可欠な患者は 188 名 (60.3%) であった。

以上の結果から、たとえ器質的疾患をもって入院した患者でも、種々の心理社会面での問題を持っており、心身医学的配慮が重要であるこ

とがわかる。換言すれば、患者を病める人間として捉えること—すなわち全人的医療 (bio-psycho-social care) が必要であるといえる。

全人的医療の必要性について

総合診療部 2 年間の経験から、まず外来診療では心身医学的疾患の割合が多いこと、病棟診療では、たとえ器質的疾患でも心への配慮が必要なケースが多いことを知った。

心身医学的疾患では、心理社会的 (psycho-social) 背景に目を向けることは当然であるが、たとえ器質的疾患であっても、心理社会的側面に目を向け、病状の改善を図ることが大切である。これが全人的医療 (bio-psycho-social approach) である。

例を挙げると、再発を繰り返す十二指腸潰瘍の場合、抗潰瘍剤で一時的に潰瘍を治癒せしめても根本的療法とはならず、再発を繰り返させる心理社会的因子を探り、その因子を患者に気づかせ、セルフコントロールを積極的に行わせ、再発を防ぐようにしむけて行かねばならない。

従来卒前および卒後教育では、修練の場が主として病棟であり、そこでは社会および家庭生活から隔離された急性疾患や慢性疾患の増悪期の 1 episode を診る機会しか与えられず、患者の心理社会的側面にまで十分に目を向ける

修練を受ける機会が少なかった。しかし外来診療では、社会および家庭生活を続けている患者を診るので、疾病をひき起こす因子あるいは増悪させる因子などについて注意を払うことが大切となる。

一口で全人的医療というが、患者の心理社会的側面を理解し、精神面でのケアを上首尾に行うには一定の作法が必要で、十分な修練を要するものである。従来ともすれば、心理社会的側面のケアは、医師ならば経験さえつめば、誰にでもできると考えられがちであったが、やはり指導者のもとで適切な修練を受けなければ上達しないものである。

このように考えてくると、プライマリ・ケア医になるためには、従来の内科医のコースとは異なった専門の研修コースが必要であり、総合診療部の存在理由が一層明確化されたと考えられる。

今後の展望

(1) プライマリ・ケアの領域について

総合診療部は現在のところ、大学附属病院に本拠地を置くため、大部分 medical care を行っている。しかし本来のプライマリ・ケアの役割としては、Table 3 に挙げる内容が考えられ

Table 3. Province of primary care

Medical care	
1) 外来医療	2) 入院医療
3) 在宅ケア	
Health care	
1) 健康教育	2) 健康診断
3) 健康相談	4) 健康増進

る。すなわち、大きく分けて medical care と health care (予防・健康増進) が必要であり、medical care の中には外来医療、入院医療、在宅ケアが含まれる。Health care は今後の医療にとって重要な部分であり、健康教育、健康診断、健康相談、健康増進が包含される。

総合診療部はプライマリ・ケア医を育てるための部門であり、そのためには、現在我々が手

をつけていない部分、すなわち在宅ケアおよび health care にも積極的に乗り出さなければならぬ。ここで一言述べておきたいのは、従来ともすれば health care=検診の考えがあったが、今後はもっと積極的に健康教育を行って健康増進をはかり、本来の意味での疾病予防に努力する必要がある。

今後、この方面の活動を行うためには、2つの方法が考えられる。1つは現在のまま本拠地は大学に置きながら、ある特定の地域と契約を結び、その地区の住民の在宅ケアと health care を行うやり方であり、他の1つは近郊に地域と密着した satellite clinic を持ち、そこで medical care と health care を行うやり方である。このいずれかの方法によって、本来のプライマリ・ケアの全領域を教育できるように努力していく必要があると考えている。

(2) 全人的医療の実行と教育について

プライマリ・ケアには全人的医療が不可欠であることはさきに述べたが、我々総合診療部のスタッフは従来の専門家から転向した人達であり、全人的医療の円滑な実行にはかなりの困難を感じている。発足当初から精神科の協力により、少しずつ上達してきたものの、やはり専任の精神科医 (liaison psychiatrist) が必要である。Liaison psychiatrist の任務は、1) プライマリ・ケア医が患者を全人的に把握し、精神療法的な診療を円滑に行うための指導をする、2) 軽症の精神病や心身症などの疾患の診療を指導すること、にある。

1) の指導は医師の根本的なあり方として重要な部分であるが、従来の卒前および卒業後教育ではほとんど無視されてきた。ここでは医師—患者関係論、対人関係論 (パーソナリティ論)、家族の問題などについての知識が要求される。これらについて十分な素養を持つことがプライマリ・ケア医には大切である。

この教育方法としては、卒前および卒業直後の時点でビデオを利用した supervision 方式を用いるのが良い。実際の患者に了承を得た上で、学生ないしレジデントがインタビューを

行い、その場面をビデオに撮る。後に liaison psychiatrist を含めた 2～3 人の supervisor がビデオを見ながら指導をするのである。またこの supervision 方式が効果を上げるためには、医学生 of 早期から、あたかも解剖学によって身体構造を学ぶように、“医療心理学⁶⁾”によって精神構造を学ぶ必要がある⁷⁾。

2) の指導が大切な理由は、軽症精神疾患(主としてうつ病, 神経症) や心身症が非常に多く、これらの患者を全て精神科へ紹介することは、日本全体の精神科医数(全医師数約 15 万人中約 7 千人) から考えても不可能であり、また患者自身も、特に軽症の場合は精神科への受診を嫌うことが多いからである。このような心身医学的疾患の診療には医療心理学の知識が不可欠であるが、非精神科医でも適切な指導を受ければ、軽症例の診療は可能であると考えられる。

(3) チーム医療の必要性について

全人的医療は患者のための医療として非常に大切であり、最近多くの識者の間で注目されている。しかし患者 1 人に要する時間が長いため、1 人の医師が診療できる数は限られてくる。この壁を破る方法としてチーム医療がある。チームの構成員としては、1) 医師、2) 看護婦、3) 栄養士、4) ソーシャルワーカー、

(5) 臨床心理士、6) 医療秘書、7) 事務員などが必要である。これらの各チーム構成員が、各々の役割を分担することによって、きめの細かい医療をより多くの患者に提供できることになる。

現在の総合診療部に目を向けると、医師、看護婦、医療秘書(看護助手を代用)、事務員および栄養士は確保できているものの、ソーシャルワーカー、および臨床心理士は参加していない。プライマリ・ケアを実践する上で、ソーシャルワーカーの必要なケースは相当数あるが、現状では医師の力の及ばない領域として放置されている。我々が見学してきたハーバード大学の関連病院である Beth Israel 病院のプライマリ・ケア外来には、数名のソーシャルワーカーが活躍している。Psychiatric social worker と呼ばれ、臨床心理士の役割も兼ねている。我々の病院でも、今後、最低限 1 人のソーシャルワーカーを確保できればと願うものである。そうすることによって初めて、全人的医療を行える医療チームができていくことになる。

以上の如く、在宅ケアと health care に乗り出し、チーム医療を充実させれば、大学に本拠地を置いてもプライマリ・ケアの全領域をカバーできるものと考えられる。

引用文献

- 1) Geyman, J. P.: Family Practice. Appleton-Century-Crofts, New York, 1980, pp. 69-88
- 2) 山田 治, 田野吉彦, 津田 司: アメリカにおける Primary care の定義およびその動向について. 川崎医学会誌 7: 177-182, 1981
- 3) 津田 司, 山田 治, 田野吉彦, 是沢俊輔, 渡辺洋一郎, 藤田 渉, 重本弘定, 平野 寛: プライマリ・ケアにおける common diseases の検討—器質的疾患を中心として—. 日本医事新報 3081: 27-30, 1983
- 4) 津田 司, 渡辺洋一郎, 安田 雄, 新開洋一: プライマリ・ケアにおける心身医学的疾患の頻度. 日本医事新報. 3112: 28-31, 1983
- 5) 渡辺洋一郎, 横山茂生, 吉田周逸, 宮前文彦, 福田恒也, 渡辺昌祐, 津田 司, 山田 治, 田野吉彦, 藤田 渉, 重本弘定, 平野 寛: プライマリ・ケアにおける心身医学的アプローチの必要性について—特に入院患者について—. 日本医事新報 3090: 30-34, 1983
- 6) 小此木啓吾: 医療心理学読本(からだの科学増刊). 医療心理学とは. 小此木啓吾編, 日本評論社, 東京, 1979, pp. 1-6
- 7) 石川 中, 日野原重明, 小此木啓吾, 安藤一世: 座談会「内科医に必要な精神科の知識」. 内科 47: 654-667, 1981