

## 地域での適切な外来診療機能について

### —ICPC（プライマリ・ケア国際分類）による分析と総合診療医の役割—

山田 隆司\*

#### 要 約

我が国の現状の医療システム、診療報酬制度のもとでは、外来診療において、特に診療所のような一次医療の現場では、不確定、不安定な病状の健康問題に関して、過剰な診断、治療が行われがちである。また従来のレセプト調査では本来の地域住民の医療ニーズを把握することは不可能で、改めて別の手法でのデータ収集が必須であると思われる。今回そのツールとしてICPC(International Classification of Primary Care：プライマリ・ケア国際分類)を紹介し、地域で収集された実例を示した。その結果からは地域の外来診療ニーズとして、①風邪などの軽症疾患への対応、②安定的な慢性疾患の管理、③ごく病初期の未分化な病状への対応、④高齢者の複合的な健康問題への介入などが挙げられた。

これらの地域の医療ニーズに対して効率よく、質の高いサービス提供者として総合診療医の存在が注目されている。総合診療医が今後の医療改革において中心的役割を果たすことが期待される。

キーワード：ICPC（プライマリ・ケア国際分類）、総合診療医、外来診療、一次医療、医療機能分化

JEL Classification：I10, I11, I18

## I. はじめに

今後の適切な医療システムを検討するためには、まずは現状の医療サービス提供体制の全体像を把握することになるだろうか。そのためにはそれを裏付けるデータ把握とその分析が必要となる。いったい地域住民はどのような健康問題を抱えており、医療機関にどのように受診しているのか。そこでは地域住民が満足するような適切な医療が提供されているのか。

救急や手術患者など主に急性期の重症患者を

扱う入院医療については、これまで地域ごとにDPCデータが蓄積、活用され、一定のデータ分析に基づく提言がなされるようになってきた。しかし一方、通院患者を対象とする外来診療のデータに関しては、必ずしも適切なデータ収集と分析が行われておらず、改善に向けての具体的な提言が乏しいのが現状である。

外来診療については国民皆保険のもとでのフリーアクセスという背景も手伝って、実際の地

\* 公益社団法人 地域医療振興協会地域医療研究所長

域内での診療の全体像がなかなか把握できなくなっている。また外来診療に関するデータとしてレセプトデータがあるが、このレセプトデータはそもそも診療報酬を請求するために収集されるデータであり、診療実態を把握し改善策を講ずるためには必ずしも適切なデータとは言えない。

本稿では外来診療機能に焦点を当て、現状の医療システムの中での問題点を明らかにし、レ

セプトデータに代わるデータ収集の必要性を説きたい今回はICPC(プライマリ・ケア国際分類:以下ICPC)に焦点をあて、それによるデータ収集の実際、分析を踏まえ、今後の外来診療の望ましい形を提案したい。このことから特に現在、国で検討されている総合診療医の役割を明確にし、今後の医療制度の改善に役立てば幸いである。

## II. 我が国の医療制度と外来診療の現状

### II-1. 専門医療中心の医療サービス

我が国は世界に名だたる長寿国で、国民皆保険のもとすべての国民が等しく医療機関を受診できることは誇るべき事実である。特に心筋梗塞や脳卒中などの急病に対しては、救急医療体制の整備も手伝って比較的早い段階で高度医療に到達することが可能となっている。

専門的治療への到達時間が予後に影響する疾患に対しては、いかに早く診断し、いかに早く治療を開始するかが生死を分かつことにもなりかねない。このことから多くの国民は病気になったら少しでも早く専門的な医療機関を受診することこそが最も重要であると信じている。国民は高度先端医療こそが最も質の高い医療だと考えているし、提供者側もそれに応えるべく専門分化してきたこれまでの歴史がある。

入院治療などを必要とする比較的重症な疾患を扱う病院の診療体制は主に医療設備、人材を集約してこの専門医療体制を構築し維持してきた。専門性、高度化を追求すればするほど、病院は重装備となり人材も増え、医療職は分業、分化し、一方で病院は集約、集中、大規模化の傾向が強くなる。これまでに構築されてきた医療システムは急性期、重症疾患に対して概ね効率よく機能してきたと考えられる。

### II-2. 専門医のキャリア形成と診療の質

医師は最新の医療知識、医療技術を身につけるべく大学病院を始めとする高度な医療機関での教育、研修を受けている。多くの医師はその後も病院医療に携わりながら専門医としての研修を続け医療技術を磨いていくことになる。2004年(平成16年)以前はほとんどの医師は卒業と同時に専攻する診療科を選択し、それぞれの診療科毎の研修を受け、その後もその診療科での経験を重ねながらさらに専門性の高い技術を磨くのが一般的であった。2005年(平成17年)に卒後の研修制度が変更され、専門医にも基礎的な幅広い卒後研修が必須になったものの、その後の専門医の研修体制の流れは概ね変わっていない。

医療サービスもそういった流れのもと、患者の期待に応えるべくこれまで専門分化の一途をたどってきた。医療の技術革新で今まで施しようがなかった疾病や傷害に対して新たな治療法、新薬が開発され、助からなかった生命が救われるようになってきた。医師養成においては最先端の医療技術が重んじられ、医師の多くは専門医を志してキャリア形成をしてきたのである。医師にとって最も重んじられるのは常に新しい専門的技能、技術であって、それを目標に医師の研修が組み立てられていった。

表1 専門医療で重視される診療の質

<ul style="list-style-type: none"> <li>■専門分野の疾病に詳しい             <ul style="list-style-type: none"> <li>■豊富な症例経験</li> <li>■迅速で正確な診断</li> </ul> </li> <li>■専門分野の最先端の診療             <ul style="list-style-type: none"> <li>■最先端の医療機器を備えている</li> <li>■最新の治療手技に熟練している</li> </ul> </li> <li>■重症疾患に対応できる             <ul style="list-style-type: none"> <li>■困難な手術も対応できる</li> </ul> </li> <li>■プロセスよりも結果が重要             <ul style="list-style-type: none"> <li>■手術成績，治療実績での評価</li> </ul> </li> <li>■患者の個性より疾患特性を重視             <ul style="list-style-type: none"> <li>■診療分野を限定して，疾患，手技に特化</li> </ul> </li> </ul>
---

(出所) 筆者作成

表2 専門医による外来診療の特徴

<ul style="list-style-type: none"> <li>■専門とする分野に偏った診断             <ul style="list-style-type: none"> <li>■自分の守備範囲の疾患ではないか？</li> <li>■初期の段階から専門的検査が多用される傾向</li> <li>■専門外は受け付けない</li> </ul> </li> <li>■機能分化があいまい             <ul style="list-style-type: none"> <li>■フリーアクセス</li> <li>■医療機関同士が競合</li> </ul> </li> <li>■一次医療の段階で複数の医師に管理される             <ul style="list-style-type: none"> <li>■病気ごとのかかりつけ医</li> </ul> </li> <li>■全体としての主治医不在             <ul style="list-style-type: none"> <li>■治療優先順位をつけられない</li> <li>■個性重視より疾患優先</li> </ul> </li> </ul>
--

(出所) 筆者作成

一方で専門分化が進むに従い、それぞれの専門医が担当する分野はさらに細分化し、専門医は担当する領域をさらに狭い範囲へと限定する傾向が強くなっていった。ほとんどの医師が専門分野を持つことで、自らの診療範囲を限定して診療するのが当たり前ようになってきたのである（表1）。

### II-3. 診療所の専門医

病院医療に従事しもっぱら専門医療を研修してきた医師の中に、診療所を継承または新たに開設し、地域医療に参入してくる者も従前通り存在している。通常彼らは特に開業のための特別な研修を受けるわけではなく、それまで病院で習得してきた医療技術をもって診療できる患者の外来診療だけを提供することが主流である。彼らは診療所医師であっても、それまでの経歴である専門医療の提供者であり、まずは概ね自らの専門領域を中心とした診療をすることになる。

彼らの診療は、患者の症状から自らの専門診療科に関する疾病ではないかということがまずは主眼になり、その範囲内であるかどうかは診療の中心となる傾向は否めない。幸いその専門科の疾患であればよいが、そうでなければ「当科的には異常無し」という結論を出すことにとどまり、その先はフリーアクセスのもと患者の

意思で他の医師を当たってくれということになる。専門医としての経歴を持つ医師がわが国の一次医療（軽症で外来治療，通院で対応可能なもの）を支えている現状からは、このように患者の健康問題を予め限定するようなシステムになっていることは当然なのかもしれない（表2）。

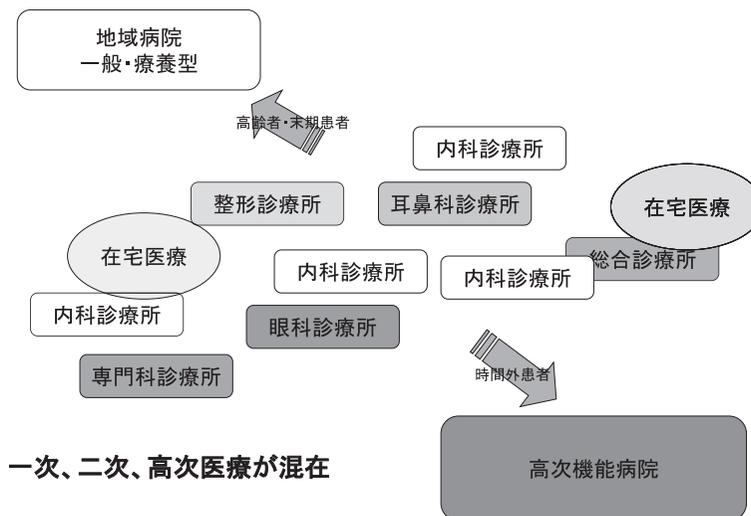
### II-4. 混在する日本の外来医療

現在の日本では保険証があれば国民はどこへでも受診できることから、特に最初にかかるべき医療機関を限定しているということはない。一般的に病状が軽いと受け止められる際は近くの一般的な診療所を受診することになるだろうが、一方でちょっとした風邪であろうが本人が重症で必要と考えれば大学病院を受診することも可能である。適切な受療行動を促すことより、患者が医療機関を選ぶ権利を守ることの方が重要視されている。

そんな状況で原則的には病院外来も軽症者を拒否することなく診療を提供しており、いわば大きな病院の外来と診療所の外来は互いに役割分担をしているというよりは、競合関係にあると言っても過言ではない。

フリーアクセスは医療機関の健全な機能分化、連携を阻害し、不要な競争を煽り立てている側面があることにも留意する必要がある（図1）。

図1 医療機関の機能分化と連携



（出所） 筆者作成

## II-5. 主治医不在の医療

現状では継続的な外来診療を提供する医師は原則「かかりつけ医」であり大学病院にも「かかりつけ医」は存在する。多くは疾病ごとのかかりつけの医師であって、誰が患者にとっての主治医なのか、患者のケアの最終的な責任者は

誰であるのかは不明確となっている。

このような状況のもと多くの高齢者は疾患ごとに複数のかかりつけ医に継続的に受診することになるが、全体の治療の管理を担当する主治医が特定されているわけではないのである。

## III. 出来高払制とレセプトデータの歪み

### III-1. 診療報酬制度の仕組み

現在の診療報酬制度は原則出来高払い制度であって、全て診療行為毎に診療点数が設定されている。医療機関は患者の病名と実施された診療行為、処方内容等を記載し診療報酬を請求する。

診療報酬の請求をされた保険者側は、一枚のレセプトからその妥当性を審査するが、その際の大きな手がかりは患者病名と診療行為、処方薬剤のチェックである。すなわち記載されている病名に照らして適切な検査となっているか、また適応内の薬物が処方されているかが評価の

主たるものとなる。

当然請求者側の医師は、審査をパスするためにまずは実施した医療行為、処方した薬剤が適切とみなされるだけの病名記載があるかどうかといった視点でチェックし、不十分であれば病名を追記するといったことが日常的に行われている。

そこでは患者に直接説明していない病名が追記されることもあり、実際にレセプト開示を求めた患者から不信任感を抱かれる事例も珍しくない。

## Ⅲ-2. レセプトデータの歪み

### Ⅲ-2-1. 疑い病名，保険病名

実際に背部痛を伴う腹痛で受診した高齢者がいたとしよう。医師は消化性潰瘍を第一に考えたが、心臓血管疾患や肺疾患、ひいては腎疾患も除外しなければならないと考え検査を計画した。内容は血液検査（腫瘍マーカー等も含む）、尿検査、胸部レントゲン検査、腹部エコー検査、上部消化管内視鏡検査等である。仮にここでレセプト審査に耐えうる病名をつけるとすれば、①十二指腸潰瘍疑い、②狭心症疑い、③腹部腫瘍疑い、④腎結石疑いといったところであろうか。

結局、翌月検査の結果胃に少々のびらんがあったのみで、念のため病理検査を実施したが特に異常所見は認めなかった。しばらくして症状も軽快した。翌月の2回目受診時の病名は①胃炎、②胃がん疑いといったことになろうか。

この2枚のレセプトから得られたデータは初回のレセプトでは病名①十二指腸潰瘍疑い、②狭心症疑い、③腹部腫瘍疑い、④腎結石疑い、2回目では病名①胃炎、②胃がん疑いといことになるが、それぞれの病名データにどれほどの意味があるだろうか。このケースの場合、要は腹痛を訴えた患者が来院し、種々の検査をして胃炎があったという事実であるが、レセプトデータとしては多くの不要なデータが記録されることになる（表3）。

一方で外来受診する腹痛を訴える患者として記録されることなく、腹痛の統計的データを取れないばかりか、その後の診断病名と関連する

データ（疾病の事前確率を算出するデータ等）としても活用できないことになる。

### Ⅲ-2-2. 専門診療科により偏りのあるデータ

各専門医は診療科ごとにその診療科特有の診療の進め方をすることになり、同じ高齢者の背部痛でも患者が受診した診療科によってなされる診療行為、それに伴う病名、処方等が大きく左右される。重症な場合、病因が特定され、概ね妥当な治療に至ることになるが、一般的に頻度が多く自然に軽快するような軽症疾患においては、診療した医師の専門性に左右される傾向が強く、外来の診療データとして問題視する必要がある。特に高齢者であれば、老化と関係した何らかの異常所見があることは珍しくなく、骨粗鬆症のような、いわば高齢者であればある意味誰でも該当しうる病名が安易につけられることにも留意が必要である。

また受診回数についても、例えば疼痛性疾患にて物理療法目的で受診する例など、病状に依存するというよりは診療科ごとの外来診療スタイルに影響されていることもあり、医療提供者側の事情で患者のデータが偏ってしまう状況を認識しておく必要がある。

### Ⅲ-2-3. 継続性のない横断的なデータ

レセプトデータは毎月の診療に伴う診療報酬を請求するためのデータであることから、継時的な変化を追跡することが困難である。嚥下障害の患者は何回も誤嚥性肺炎を繰り返し、その

表3 レセプト病名

	実施した検査	病名
初診時	血液検査 尿検査 胸部レントゲン検査 心電図 腹部超音波検査	①十二指腸潰瘍疑い ②狭心症疑い ③腹部腫瘍疑い ④腎結石疑い
再診時	内視鏡検査 病理組織検査	①びらん性胃炎 ②胃がん疑い

（出所）筆者作成

表4 現状のレセプトデータの問題点

<ul style="list-style-type: none"><li>・実際の病名より多くの病名がつけられる場合が多い。(疑い病名, 保険病名など特に信用性の乏しいと思われるもの)</li><li>・受診した医療機関の特性, 診療する医師の能力の影響を受けやすい</li><li>・診断が進み病名が変わった際に, その経緯が記録されない</li><li>・登録される疾病頻度が必ずしも罹患率や有病率と相関していない</li></ul>
--

(出所) 筆者作成

後耐性菌の感染で難治性肺炎, それに伴う呼吸不全等で死に至ることが多い。また不眠を伴う周辺症状のある認知症患者は, どのようなケアをしようが転倒を繰り返すことも避け難い。単にレセプトデータの統計処理をすると肺炎や骨

折の発生の頻度の多さが問題となりやすいが, 一定の患者に頻発していることにも留意する必要がある。それらのデータは集団として集積して活用することより, 個々の患者の情報として集積し活用することに意味がある(表4)。

## IV. ICPCによる診療データ記録の試み

### IV-1. ICPCとは

#### IV-1-1. 愁訴, 受診理由から始まる病名分類

人は何らかの健康問題を抱えた際に, 多くは自分で判断し売薬を飲むなどセルフケアでこと済ませるが, それが適わないと医師を受診することになる。この際の愁訴・症状が医療サービスへの入り口であり, これを契機に医療による介入が始まる。この受診理由である愁訴・症状こそが医療サービスを構築する上で最も貴重な情報でもある。

いったい人は地域でどんな愁訴・症状を抱えて医療機関を受診しているのであろう。どのような頻度でそのような健康問題が発生しており, その後どのような確率で重症疾患が見つかるのであろう。

例えば図2は腹痛の患者の模式図であるが, 第一線の診療所では腹痛による受診は珍しくないが, そのうち胃が原因となるのは一部である, さらに胃潰瘍が発見されるものはそのうちの一部であり, 病理診断で胃がんが見つかるのは全体の腹痛患者からみると極めて稀なケースだ。ここで重要なことはすべての腹痛を胃潰瘍疑い, 胃がん疑いとして病名登録してしまっ

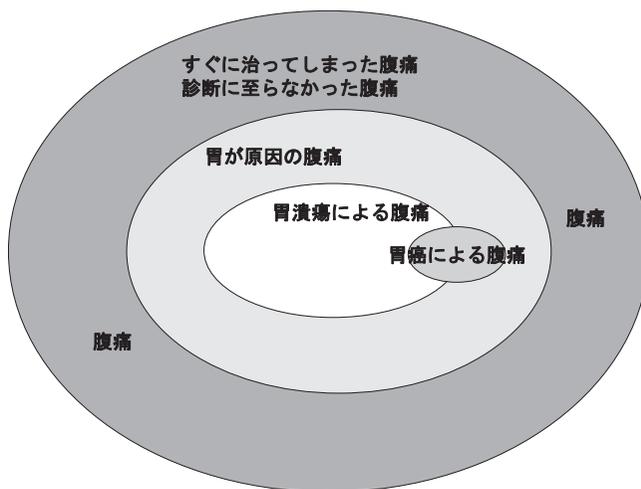
て腹痛という訴えの頻度も, その後胃潰瘍, 胃がんと診断されるものの確率もわからず, データとして役に立っていないということである。

地域の医療機関を受診している住民の健康問題が何であって, それがどのような頻度で起こっており, それに対してどのような医療行為がなされているのか。患者の愁訴・症状に始まるそのような極めて基本的な情報が今の日本ではデータとして収集されていないのである。

このような患者の生の健康情報を把握するために開発されてきたのがICPCであって, その特徴は, あくまで患者の受診理由である愁訴・症状に焦点を当て, その後その健康問題がどのように診断され, 治療され, または継続的に管理されているかを把握するために開発されたツールなのである。

二次医療以上の病院医療で扱われる病名は, 概ね確定診断がつき, それに則った標準的な治療がされることになるが, 一次医療の現場である診療所の外来診療で扱われる病名は, 愁訴・症状があるだけで, 治療行為がなされないまま消退してしまうようなものも少なくない。外来診療で扱われるこういった受診理由となる愁

図2 腹痛の患者の模式図



(出所) 筆者作成

訴・症状を、それぞれの診療科の介入に合わせて、想定される病名付けをすることは、一次医療の現場の疾病に関する情報を混乱させ、それらを闇に葬っているといっても過言ではない。この患者に基づく貴重な愁訴・症状をそのまま診断病名と位置付けし、医療情報として役立つようにするのがICPCである。

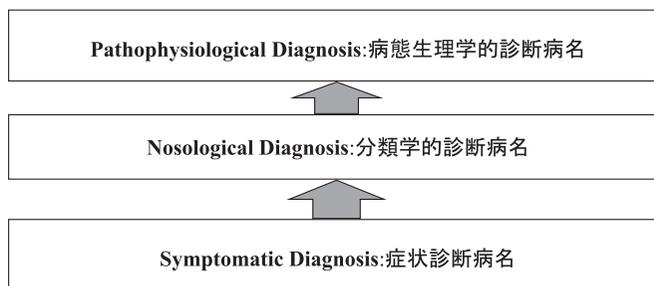
診断病名には図3のように本来階層があり、すべての健康問題がゴールドスタンダードと呼べるような病態生理学的な基準で診断されるわけではない。多くの精神疾患、うつ病や〇〇症候群といったように、症状や兆候の集合で一定の基準を設けた病名（分類学的診断病名）がその下の階層に位置し、さらには愁訴・症状その

ものでしか分類されない健康問題があり、それを医療情報として取り上げることが極めて重要なのである。

#### Ⅳ-1-2. プライマリ・ケアの現場に有用な病名分類

現状で汎用されている病名分類は国際疾病分類（ICD：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）であるが、もともと死因の国際比較をするために開発されてきた疾病分類だけに、しっかりと確定診断されうるような重症疾患を扱う病院での利用には適しているが、診療所で日常的に対面する健康問題に対して利用す

図3 診断病名の階層構造



(出所) Wood, et al. (ed) (1993)より引用、一部改変

表5 ICDの不便な点

- ・元々死因分類として整備されてきている。
- ・重症疾患は網羅しているものの、日常的に出会わない疾患がほとんど。
- ・4桁表示で細分されすぎて検索しづらい。
- ・愁訴、症状といった項目が追加されたものの、系統だっていない。
- ・病院の専門診療科での利用は比較的容易だが、診療所等プライマリ・ケアの現場では実用性に乏しい。

(出所) 筆者作成

表6 ICPC (International Classification of Primary Care: プライマリ・ケア国際分類) とは

- ・WONCA(世界家庭医機構)分類委員会が家庭医のための病名分類として開発
- ・1975年、ICD-8に準拠したプライマリ・ケア健康問題国際分類(International Classification of Health Problems in Primary Care:ICHPPC)を開発
- ・1976年、WHOはICD-9を発表、第16章に兆候、症状の項目を加えた
- ・1978年、WHOは愁訴、受診理由を分類するWorking Partyを結成。受診理由国際分類(REFC)を開発
- ・WICCは独自に臨床試験を行い、1987年REFCを発展的に組み替え、ICPCを開発した
- ・1998年、ICPC-2を出版
- ・現在WHO-FIC(国際分類ファミリー)との連携を保ちながら、国際的な普及に努めている

(出所) 筆者作成

表7 ICPCの特徴

- ・愁訴、症状を分類できる
- ・確定診断に至らない健康問題を分類できる
- ・受診理由、病名、診断行為を一括して記録できる
- ・健康問題を継続的、包括的に把握できる
- ・プライマリ・ケア医、コメディカルにとって使いやすい
- ・他の分類(ICD-10)と互換性がある
- ・患者中心の医療情報システムのツールである
- ・国際的に利用されている

(出所) 筆者作成

るのには適していない(表5)。

特に診療所のような第一線の医療機関には、発症間もない症状や、ごく軽微な症状も多く、そもそも診断に至らないような健康問題も多い。そのためにも愁訴・症状そのものを分類すること、さらには同じ健康問題を追跡することの方が重要であることは論を待たない。

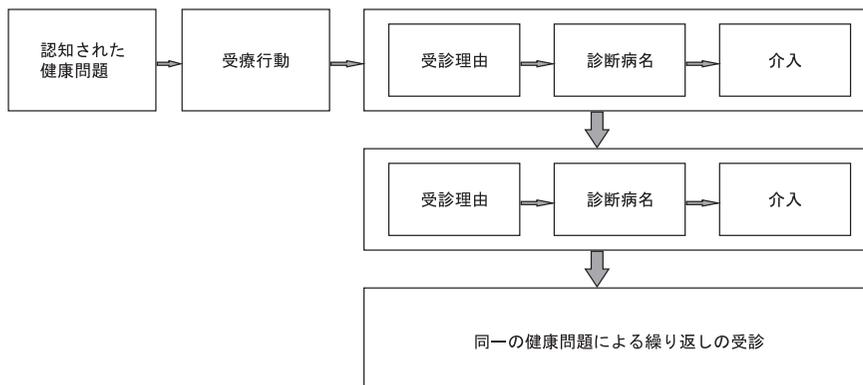
ICPCでは特にプライマリ・ケアの現場にとって有用な分類となるよう、受診理由となるような頻度の多い愁訴や疾病をおよそ700項目に分類し、第一線の診療所のような一次医療機関での活用を最優先して開発された。WONCA(World Organization of Family Doctors:世界家庭医機構)の疾病分類委員会で提案され、欧

米を中心とした多くの国々で臨床試用されたのち公開された経緯がある(表6)(表7)。

#### IV-1-3. 一連の健康問題を継続的に記録する(Episode of Careの概念)

地域の第一線の医師は、同じ患者を継続的に何回も診察することが通常である。患者は風邪をひけば医師を受診し、ひどくなったり治らなかつたりすれば再度受診することになる。この際の一回の受診は同じ健康問題で受診していることになり、二回の受診の関連性こそが臨床的には重要なつながりとなる。多くの風邪患者は二回の受診だけで軽快し、二度と受診することがないかもしれないが、一定の割合でなかなか

図 4 Episode of Care の概念—健康問題の 1 単位—



（診断病名は途中で変わっても健康問題としては同一としてとらえる。）

（出所） WONCA International Classification Committee (1987) より引用, 一部改変

治らず、肺炎を拗らせてしまう患者も出てくる。

診療から得られるデータを横断的に収集しているだけではこのような転帰をたどったケースについての確率を論ずることは不可能であるが、この確率こそが臨床的に極めて重要なデータであることは論を待たない。

それを可能にするのが ICPC の特徴であり、健康問題を一つのエピソードとして捉え、それ

に関する受診は一連の問題としてカウントすることになる。このことで一連の健康問題の転帰を継続的に把握することが可能となり、そのデータ集積からそれぞれに記録された要素の関連性についての統計学的分析が可能となる（図 4）。

#### Ⅳ－１－４．ICPC の構造

ICPC は章（Chapter）と要素（Component）

図 5 ICPC の 2 軸構造

COMPONENT	CHAPTERS	A-General	B-Blood, blood forming	D-Digestive	F-Eye	H-Ear	K-Circulatory	L-Musculoskeletal	N-Neurological	P-Psychological	R-Respiratory	S-Skin	T-Metabolic, Endocrine, Nutr	U-Urinary	W-Pregnancy, Childbearing,	X-Female genital	Y-Male genital	Z-Social
		1. Symptoms and complaints																
2. Diagnostic, screening prevention																		
3. Treatment, procedures, medication																		
4. Test results																		
5. Administrative																		
6. Other																		
7. Diagnosis, disease																		

（出所） WONCA International Classification Committee (1987) より引用

の2軸構造からできている（図5）。

章は臓器別の17章で構成され以下のような分類となっている。

**(1) ICPC の章**

- A. General and unspecified 全身および部位不特定
- B. Blood and blood-forming organs and lymphatics(spleen,bone marrow) 血液, 造血器, リンパ組織 (脾, 骨髄)
- D. Digestive 消化器
- F. Eye(Vision) 眼
- H. Ear(Hearing) 耳
- K. Circulatory 循環器
- L. Musculoskeletal(Locomotion) 筋骨格
- N. Neurological 神経
- P. Psychological 心理, 精神
- R. Respiratory 呼吸器

- S. Skin 皮膚
- T. Endocrine,metabolic and nutritional 内分泌, 代謝, 栄養
- U. Urological 泌尿器
- W. Pregnancy,child-bearing,family planning (Women) 妊娠, 出産および家族計画
- X. Female genital (including breast) (X-chromosome) 女性性器 (乳房を含む)
- Y. Male genital (Y-chromosome) 男性性器
- Z. Social problems 社会問題

**(2) ICPC の要素**

要素は症状・愁訴, 診断行為, 治療行為, 検査, 書類作成, 紹介, 病名という7つからなっており, 要素の2から6は各章とも共通で表8, 9のようである。

表8 要素2

Component 2	診断行為, スクリーニング, 予防行為
-30	診察・健康診断 (完全)
-31	診察・健康診断 (部分)
-32	感受性試験
-33	微生物/その他の免疫の検査
-34	血液検査
-35	尿検査
-36	便検査
-37	病理組織検査/細胞診
-38	その他の臨床化学検査 NOS
-39	生理機能検査
-40	内視鏡検査
-41	エックス線検査/画像検査
-42	電気生理的検査
-43	その他の診断的行為
-44	予防接種/予防的投薬
-45	健康教育/経過観察/助言
-46	プライマリ・ケア医との対診
-47	専門医との対診
-48	患者の受診理由の分類/考察
-49	その他の予防行為

(出所) 日本プライマリ・ケア学会 (2002) より引用

表9 要素3から要素6

Component 3	投薬, 治療, 治療行為
-50	薬の処方/投薬, 注射
-51	切開, ドレナージ, 吸引
-52	摘出, 試験切除, 除去, 焼灼
-53	カテーテル挿入, 挿管, 拡張術
-54	修復, 縫合, キプス, 補綴
-55	局所の注入/浸潤
-56	包帯, 圧迫, タンポナーデ
-57	理学療法, 徒手整復
-58	治療的カウンセリング/聴取
-59	その他の治療的行為
Component 4	検査結果
-60	検査/診療行為の結果
-61	他からえた検査/診療行為の結果
Component 5	書類作成
-62	各種書類作成
Component 6	紹介およびその他の受診理由
-63	経過観察のための受診
-64	健康管理者で発見された健康問題
-65	その他の人で発見された健康問題
-66	健康管理者への照会/紹介
-67	医師への照会/紹介
-68	その他の照会/紹介 NOS
-69	その他の受診理由 NEC

(出所) 日本プライマリ・ケア学会 (2002) より引用

要素1は各臓器ごとに愁訴・症状の項目が設定されており、要素7で分類されるような診断病名が見つからない際には、健康問題のタイトルとして利用されることを可能にしている。

また患者は愁訴・症状をもって来院するが、単にその症状を治して欲しいということだけでなく、がんなどの重症疾患ではないかが心配で

受診することも珍しくない。ICPCでは各章に「がんなどの疾病の心配」という項目も作成されており、受診理由としてカウントすることを可能にしている。

ここでは例としてD(消化器)の章の愁訴・症状の分類を示す(表10)。

要素7は病名分類となっているが、プライマ

表10 D(消化器)章の愁訴・症状の分類

Component 1	症状と愁訴		
D 01	腹部全体の疼痛	D 16	直腸出血
D 02	心窩部痛	D 17	便失禁
D 03	胸やけ	D 18	便通異常
D 04	直腸/肛門痛	D 19	菌/菌叢の症状/愁訴
D 05	肛門周囲の掻痒感	D 20	口腔/舌/口唇の症状/愁訴
D 06	その他の限局性の腹痛	D 21	嚥下異常
D 70	消化不良/胃酸過多	D 23	肝腫大
D 08	鼓腸/げっぷ	D 24	その他の腹部腫瘍
D 09	嘔気	D 25	腹部膨満
D 10	嘔吐	D 26	消化器癌の心配
D 11	下痢	D 27	その他の消化器疾患の心配
D 12	便秘	D 28	消化器による機能障害/能力低下
D 13	黄疸	D 29	消化器のその他の症状/愁訴
D 14	吐血		
D 15	メレナ/黒色便		

(出所) 日本プライマリ・ケア学会(2002)より引用

表11 要素7

Component 7	診断/疾病		
D 70	病原体の確定された消化管感染症	D 85	十二指腸潰瘍
D 71	流行性耳下腺炎	D 86	その他の消化性潰瘍
D 72	ウイルス性肝炎	D 87	胃の機能障害
D 73	感染を疑う消化器疾患	D 88	虫垂炎
D 74	胃悪性新生物	D 89	鼠径ヘルニア
D 75	大腸/直腸悪性新生物	D 90	横隔膜/食道裂孔ヘルニア
D 76	膵悪性新生物	D 91	その他の腹部ヘルニア
D 77	その他の/詳細不明の悪性新生物	D 92	消化管憩室症
D 78	良性新生物	D 93	過敏性腸症候群
D 79	消化管異物	D 94	慢性腸炎/潰瘍性大腸炎
D 80	その他の消化器の損傷	D 95	裂肛/肛門周囲膿瘍
D 81	その他の消化器の先天奇形	D 96	寄生虫病
D 82	菌/菌叢の疾患	D 97	その他の肝疾患
D 83	口腔/舌/口唇の疾患	D 98	胆嚢炎/胆石症
D 84	食道の疾患	D 99	その他の消化器疾患

(出所) 日本プライマリ・ケア学会(2002)より引用

表 12 要素 7 の病名分類と ICD の対比表

The screenshot shows a software interface for comparing ICD9-CM and ICD10 codes. The top section lists ICD9-CM codes: D86 (Peptic ulcer other), D87 (Stomach function disorder), D88 (Appendicitis), D89 (Inguinal hernia), D90 (Hiatus hernia), and D91 (Abdominal hernia other). The bottom section lists ICD10 codes from E1124 to K289, covering categories like Abnormal secretion of gastrin, Gastric ulcer (acute, chronic, with/without haemorrhage/perforation), and Peptic ulcer (acute, chronic, with/without haemorrhage/perforation).

（出所） WONCA International Classification Committee (2005) より引用

リ・ケアの現場で頻度の高い疾患を中心に、診断可能で統計学的に有意となるよう大まかな分類となっている（表 11）。

また要素 7 の病名分類については ICD（国際疾病分類）との対比表が作成されており、両者を併記することも可能にしている（表 12）。

#### IV-1-5. ICPC の実際

実際の ICPC を使った日々の診療の記録例を提示する。

##### （症例 1）

患者は 70 歳女性で、以前より高血圧で定期

受診している。今回も予約された受診日に受診したが、昨日より咳が出て、熱も少しあるという。一緒に診てもらいたいとのこと。医師は血圧測定と同時に咽頭や頸部、胸部を診察し降圧剤、および上気道炎として内服薬を処方した。上記を ICPC にて記録すると表 13 になる。

##### （症例 2）

##### 1 回目の受診

患者は 58 歳男性、数日前より食後に胃もたれ、不快感があるとの訴えあり。簡単な腹部診察を行うも特に所見は無かった。しかしここ数年胃の検査も受けていないとのこと、次週に

表 13 症例 1 の ICPC 記録例

受診理由	診療要求	診断前介入行為	診断病名	新旧	前病名	確定 不確定	診断後介入行為
R05 (咳)	A03 (発熱)	R31 (診察)	R74 (上気道炎)	N		C	R50 (投薬)
	K31 (診察)	K31 (診察)	K86 (高血圧)	O		C	K50 (投薬)

（出所） 筆者作成

表 14 症例 2 の ICPC 記録例

受診理由		診療要求	診断前介入行為	診断病名	新旧	前病名	確定 不確定	診断後 介入行為	
D02（腹痛）			R31（診察）	D02（腹痛）	N		C		

受診理由		診療要求	診断前介入行為	診断病名	新旧	前病名	確定 不確定	診断後 介入行為	
		D40	D40	D86（胃潰瘍）	O	D02	U	C	D37

受診理由		診療要求	診断前介入行為	診断病名	新旧	前病名	確定 不確定	診断後 介入行為	
		D60	R31（診察）	D74（胃がん）	O	D67	C	D67	

（出所）筆者作成

内視鏡検査の予定とした。

#### 2 回目の受診

上記の男性が内視鏡検査を受けにやってきた。検査の結果胃角部に潰瘍があり、念のため組織検査を施行した。同日薬も処方した。

#### 3 回目の受診

上記の男性が組織検査の結果を聞きに来た。現在は症状も無いとのこと。病理組織検査では Class5 で胃がんであった。近くの病院を紹介することとした。

この一連の経過を ICPC で記録すると表 14 になる。

受診ごとに健康問題のタイトルは D02（胃痛）→ D86（胃潰瘍）→ D74（胃がん）と変化しているが、同一の健康問題として扱われている。これを記録することで胃痛という愁訴と胃がんという診断病名、または一連の医療行為と愁訴・症状などの関連をデータとして利用することが可能となる。愁訴・症状、診断病名、検査項目、投薬内容、転記などそれぞれの要素がデータとして関連付けられ、それによって症状からみたそれぞれの疾病の事前確率、各検査の感度、特異度、オッズ比等臨床疫学上極めて重要なデータ分析が可能となるのである。

ちなみにこれを従前のレセプトデータとして記録すると、①胃潰瘍疑い、②胃潰瘍、胃がん疑い、③胃がんという 3 つの診断病名が記録され、それぞれの受診時の診療行為、投薬名が病

名に合わせて記載されるということだけが残ることになる。

## IV-2. 地域でのデータ収集の実例

### IV-2-1. データの概要

今回引用するデータは 1998 年に収集した言わば古いデータであるが、現在もほぼ同様のシステムでオランダ国内の GP（General Practitioner：総合診療医・家庭医）のグループによって継続的にデータ収集されている、言わば現在も生きて繋がっているデータでもある。（現在日本プライマリ・連合学会 ICPC 委員会にて日本国内の多地点での ICPC データ収集による共同研究が計画されており、その追試の結果が待たれるところである。）

調査に参加した五つの医療機関はいずれもいわゆるへき地診療所であり、他の医療機関に直接受診することが困難な状況で、概ね地域住民全体をカバーしている。

1 年間にそれぞれの診療所を 1 回でも受診したことのある患者は全部で 4,495 人。対象人口 8,116 人のおよそ 55% の人が年に一度は利用していた。総受診回数は 43,137 回、持ち込まれた延べ健康問題件数は 67,499 件、うち初診件数 10,570 件 (15.7%)、再診件数 56,929 件 (84.3%) であった。

#### Ⅳ-2-2. 臓器別の健康問題内訳

受診する健康問題は、初診であれ継続的な問題であれ多臓器に分布している。またW妊娠関連問題、X、Y男女性器に関する問題、Z社会問題に関してはほとんど受診がみられない(図6)。

#### Ⅳ-2-3. 初診時の愁訴・症状

初診時の愁訴、症状としては感冒に関連するものが多く、また広く多臓器にわたっている(表15)。

#### Ⅳ-2-4. 新しい診断病名

新しく診断された疾病としてもやはり多臓器にわたる、日常的な疾患があがっている(表16)。

#### Ⅳ-2-5. 継続的な健康問題

いわゆる慢性疾患として継続して管理が必要な疾病が多臓器にわたってあがっている。ここでは高血圧が最も頻度が高く、その人数は596人、対象人口を分母とすると人口千人対73.4で、当時の厚労省「国民健康調査(平成7年)」の値63.0と近似している。

それ以外にも糖尿病17.8(同14.6)、狭心症、心筋梗塞10.8(11.0)、気管支喘息10.8(7.6)、脳卒中(後遺症含む)10.4(7.3)、肝硬変7.4(6.4)、痛風4.3(3.6)など、慢性疾患については厚労省の調査と概ね近似した値となっており、ICPCデータが地域住民全体の健康情報を概ね反映することの証左となっていると言えよう(表17)。

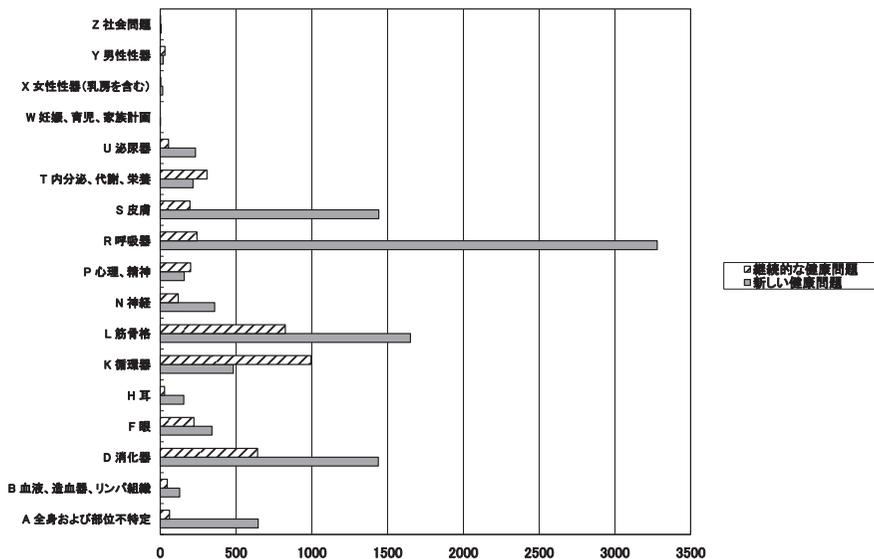
#### Ⅳ-3. 頻度の多い愁訴・症状の国際比較

このデータは、前述の研究期間とほぼ同時期に海外3カ国(オランダ、ポーランド、アメリカ)で同様のシステムを用いて収集されたデータの比較表(対象人口、年齢構成で補正済み)である。

各国で診療所を受診した患者の受診理由となった愁訴・症状のうち頻度の多いものをあげている。(一部似通った愁訴・症状をまとめてグループ化している。)

各国の人種、文化、医療制度等違いが大きいものの、頻度の多い愁訴・症状群は概ね共通していることが興味深い(表18)。

図6 臓器別健康問題数



(出所) 山田・吉村ほか(2000)より引用

表 15 初診時の愁訴・症状

順位	ICPC-code	ICPC-Title	N	%	累積%
1	R05	咳	1,819	11.7	11.7
2	A03	発熱	1,178	7.6	19.3
3	R07	くしゃみ／鼻閉／鼻汁	790	5.1	24.4
4	R21	咽喉の症状／愁訴	714	4.6	29.0
5	R74	急性上気道炎（かぜ）	669	4.3	33.4
6	N01	頭痛（R 09 N89を除く）	543	3.5	36.9
7	L15	膝の症状／愁訴	486	3.1	40.0
8	L03	放散痛のない腰背部の症状／愁訴（L 86を除く）	422	2.7	42.7
9	S06	皮膚の局所の発赤／紅斑／発疹	421	2.7	45.4
10	A04	全身脱力／倦怠感／気分不良（心理的なものを除く）	336	2.2	47.6
11	D02	胃の痛み	333	2.1	49.8
12	S02	皮膚の痒み（D05を除く）	302	1.9	51.7
13	D11	下痢	292	1.9	53.6
14	N17	めまい（H82を除く）	279	1.8	55.4
15	L01	頸部の症状／愁訴（除外頭痛）	273	1.8	57.2
16	L14	下腿／大腿部の症状／愁訴	272	1.8	58.9
17	L08	肩の症状／愁訴	256	1.7	60.6
18	D06	その他の限局性腹痛	209	1.3	61.9
19	D10	嘔吐（D14吐血，W05悪阻を除く）	188	1.2	63.1
20	D09	嘔気	160	1.0	64.2
21	L04	胸部の症状／愁訴	158	1.0	65.2
22	R03	喘鳴	145	0.9	66.1
23	D20	口腔，舌，口唇の症状／愁訴	142	0.9	67.0
24	D01	腹部全体の疼痛／激痛	141	0.9	67.9
25	D12	便秘	141	0.9	68.9
26	S18	裂創／切創	132	0.9	69.7
27	D03	胸やけ	126	0.8	70.5
28	R25	痰の異常	124	0.8	71.3
29	R02	息切れ，呼吸困難	123	0.8	72.1
30	L12	手と指の症状／愁訴	119	0.8	72.9
31	L02	背部の症状／愁訴	116	0.7	73.6
32	P06	睡眠障害／不眠	115	0.7	74.4
33	S04	皮膚／皮下組織の局所的腫脹／丘疹／腫痛	110	0.7	75.1
34	A80	事故／損傷 NOS	99	0.6	75.7
35	L17	足と足趾の症状／愁訴	99	0.6	76.4
36	S12	虫刺傷	93	0.6	77.0
37	L16	足首の症状／愁訴	88	0.6	77.5
38	K04	動悸／心拍の自覚	81	0.5	78.1
39	S07	皮膚の全身性，多発性の発赤／紅斑／発疹	81	0.5	78.6
40	A02	悪寒	78	0.5	79.1
41	K25	高血圧の心配	77	0.5	79.6
42	U02	頻尿／尿意切迫	73	0.5	80.1
43	F02	赤眼，眼球結膜の充血，出血	72	0.5	80.5
44	H01	耳痛	71	0.5	81.0
45	K02	心臓に起因する圧迫感／絞扼感／重苦しさ	71	0.5	81.4
46	S01	皮膚の疼痛，圧痛	67	0.4	81.9
47	K07	浮腫／足首の腫脹	63	0.4	82.3
48	L11	手首の症状／愁訴	61	0.4	82.7
49	T03	食欲不振（T06を除く）	61	0.4	83.1
50	R08	その他の鼻の症状／愁訴	60	0.4	83.4
Subtotal			12,929		83.7
Total			15,493		100.0

（出所） 山田・吉村ほか(2000) より引用

表 16 新しい健康問題

順位	ICPC-code	ICPC-Title	N	%	累積%
1	R74	急性上気道炎（かぜ）	2,383	22.5	22.5
2	A97	疾患無し	308	2.9	25.5
3	S88	接触性皮膚炎／その他の湿疹	282	2.7	28.1
4	D87	胃の機能障害／胃炎	223	2.1	30.2
5	D73	その他の消化器感染と推定されるもの	201	1.9	32.1
6	L03	放散痛のない腰背部の症状／愁訴（L86を除く）	169	1.6	33.7
7	S18	裂創／切創	164	1.6	35.3
8	R78	急性気管支炎／細気管支炎	140	1.3	36.6
9	N17	めまい（H82を除く）	135	1.3	37.9
10	L01	頸部の症状／愁訴（除外頭痛）	127	1.2	39.1
11	F71	アレルギー性結膜炎	120	1.1	40.2
12	R76	急性扁桃炎	111	1.1	41.3
13	R97	花粉症、アレルギー性鼻炎、枯草熱	111	1.1	42.3
14	L90	変形性膝関節症	109	1.0	43.4
15	S12	虫刺傷	108	1.0	44.4
16	N01	頭痛（R09 N89を除く）	99	0.9	45.3
17	K85	高血圧症以外の血圧の上昇	98	0.9	46.2
18	R80	肺炎を伴わないインフルエンザ（確認されたもの）	96	0.9	47.2
19	D11	下痢	95	0.9	48.1
20	D12	便秘	94	0.9	48.9
21	S74	皮膚糸状菌症	92	0.9	49.8
22	S87	アトピー性皮膚炎／湿疹	91	0.9	50.7
23	P06	睡眠障害／不眠	89	0.8	51.5
24	B80	鉄欠乏性貧血	88	0.8	52.3
25	L04	胸部の症状／愁訴	86	0.8	53.2
26	L08	肩の症状／愁訴	85	0.8	54.0
27	U71	膀胱炎／その他の尿路感染症 NEC（性病を除く）	84	0.8	54.8
28	S02	皮膚の痒み（D05を除く）	78	0.7	55.5
29	T90	糖尿病	77	0.7	56.2
30	L86	腰部椎間板障害、放散症状を伴う腰痛	71	0.7	56.9
Subtotal			6,014		56.9
Total			10,570		100.0

（出所） 山田・吉村ほか（2000）より引用

表 17 継続的な健康問題

順位	ICPC-code	ICPC-Title	N	%	累積%
1	K86	合併症のない高血圧症	596	15.0	15.0
2	L95	骨粗鬆症	283	7.1	22.1
3	T90	糖尿病	145	3.7	25.8
4	F92	白内障	142	3.6	29.4
5	L90	変形性膝関節症	141	3.6	32.9
6	P06	睡眠障害／不眠	132	3.3	36.2
7	D12	便秘	115	2.9	39.1
8	D86	その他の消化性潰瘍	115	2.9	42.0
9	D87	胃の機能障害／胃炎	109	2.7	44.8
10	T93	脂質代謝異常	92	2.3	47.1
11	R96	喘息	88	2.2	49.3
12	K90	脳卒中	85	2.1	51.4
13	L03	放散痛のない腰部部の症状／愁訴（L 86 を除く）	84	2.1	53.6
14	D84	食道の疾患	63	1.6	55.1
15	L84	脊椎の変形性関節症（L83 L86 を除く）	63	1.6	56.7
16	L86	腰部椎間板障害，放散症状を伴う腰痛	58	1.5	58.2
17	K77	心不全	51	1.3	59.5
18	D85	十二指腸潰瘍	49	1.2	60.7
19	K74	狭心症	46	1.2	61.9
20	L83	頸椎症候群	46	1.2	63.0
21	K78	心房細動／粗動	42	1.1	64.1
22	S88	接触性皮膚炎／その他の湿疹	41	1.0	65.1
23	K76	その他の慢性の虚血性心疾患	40	1.0	66.1
24	N01	頭痛（R 09 N89 を除く）	40	1.0	67.1
25	S74	皮膚糸状菌症	40	1.0	68.1
26	B80	鉄欠乏性貧血	38	1.0	69.1
27	T92	痛風	35	0.9	70.0
28	F29	その他の眼の症状／愁訴	34	0.9	70.8
29	K87	臓器障害を伴う高血圧症	33	0.8	71.7
30	F71	アレルギー性結膜炎	32	0.8	72.5
Subtotal			2,878		72.5
Total			3,971		100.0

（出所） 山田・吉村ほか(2000) より引用

表 18 継続的な健康問題

順位	ICPC コード	愁訴・症状	オランダ	日本	ポーランド	アメリカ
1	R05/R07	咳 鼻水	163	292	684	295
2	R21/R22/R23	咽頭の症状	66	81	250	102
3	A02/A03	発熱	71	158	155	99
4	L02/L03/L05	腰背部痛	88	28	64	135
5	D01/D06	腹痛	77	34	76	42
6	A04	倦怠感	76	21	35	60
7	R02/R03	息切れ	73	9	14	59
8	S06/S07	発疹	72	52	42	64
9	N01	頭痛	46	49	39	68
10	H01	耳痛	47	12	24	59
11	L15	膝症状	45	20	28	55
12	P03	うつ気分	16*		8	53
13	S04	浮腫	53	14	19	28
14	L14	下肢の症状	38	11	14	51
15	K01/K02/L04	胸痛	48	15	49	42
16	D09/D10	吐き気	34	49	24	42
17	F05/F07	視野の問題	8	2	38	48
18	P01	不安	26	1	14	47
19	U01/U02/U03	排尿問題	22	3	47	37
20	L01	頸の症状	36	16	18	44
21	L08	肩の症状	42	12	16	40
22	S03	イボ	40	1	4	12
23	D11	下痢	20	38	21	28
24	S02	搔痒感	37	19	25	25
25	L12	手の症状	27	12	14	36
26	D02/D03	胃痛・胸やけ	28	25	33	34
27	L17	足の症状	34	10	19	22
28	N17	めまい	29	14	17	32
29	H02	聴力障害	29	2	15	12
30	R09	副鼻空の症状	24	2	14	29
31	H13	耳の閉塞感	22	1	10	12
32	P06	睡眠障害	18	6	9	20
33	S18	裂傷	18	17	14	10
34	D19/D20	口の症状	15	15	12	2
35	S12	虫咬傷	3	11	2	3
計			1,491	1,052	1,867	1,747

(出所) Okkes, et al. (2002) より引用, 一部改変

## V. ICPC データからわかること

### V-1. 本来の地域の外来診療ニーズとは

主に急性期の重症疾患を扱う病院医療については、昨今の DPC データにより、その内容、頻度、地域での偏り等について一定の情報が収集され、今後の地域医療ビジョン作成に寄与している。

しかし一方で、主に外来ベースで行われている医療については、現在広範囲で把握できるデータとしてレセプトデータしかない。しかしこのレセプトデータはそもそも住民の健康問題について正しく把握しているとは到底考えられず、むしろ診療報酬請求のために医療者によって解釈され、また誘導されている側面も否めない。我が国では多くの外来診療について各診療科の専門医が携わることが一般的で、そのために病院医療と同じような介入の仕方が診療所のような一次医療を担う医療機関でもなされている。

今回提示した ICPC による医療情報は、患者の愁訴や症状などの受診理由に焦点を当て、継続して観察、評価することを可能としている。特に受診理由となる愁訴・症状に関しては、医療者の特性や医療制度による影響を受けにくく、ICPC を利用したデータ収集は地域住民の真の健康情報となりうる可能性を持っている。

### V-2. 継続的、包括的にデータを収集する必要性

地域住民の健康情報について医療機関を受診する度に断片的に収集するだけでは、個々の患者にとっても価値のあるデータとはなり得ない。特に我が国のように一次医療の段階で各科専門医が臓器ごとに管理をしている状況では、患者の健康情報はまさに分断されていると言っても過言ではない。患者を取り巻く健康情報を

できるだけ一括して収集することは、患者個人にとって有益であり、特に介護サービスを必要とするような高齢者にとっては必須とも言える。

また、継続的に健康情報を追跡することで健康問題の転帰を評価することが可能となる。病初期の段階では疾病は常に不安定で、未分化の状態であって、このような時期には誰にとっても診断は困難である。これまで我が国では愁訴や症状を分類しデータとして保管してこなかったことから、病初期の病態から確率を踏まえて臨床推論を組み立てることが不十分であった。

そのことで元々は軽微であいまいな症状を訴えながら、早い経過で悪化したような稀な重症疾患の際には、必要以上に初診時に対応した医師の法的責任を問われる傾向が強くなり、臨床医学的な見地から不当な医療訴訟となっている事例も少なくない。事象が起こってから遡及的に因果関係を立証し、適切に予見できなかったことに対して厳しく法的責任を問うことが日常化すれば、医療現場は成り立たなくなってしまう。目の前で進行する病状のその後の推移を見積もりながら、時として診断よりも患者の安全を優先して対応する医療の現場の危うさ、厳しさは、当事者である医療関係者にしか理解できない側面がある。

健康問題の継時的な推移を把握するためには、ICPC を活用し病初期から愁訴・症状に焦点をあてた情報蓄積をすることが必要である。それによって健康問題の全体像を捉えることが可能となり、一次医療の現場での不確実性、不安定性についても説明が可能となる。ICPC によるデータ収集、分析は臨床疫学という枠組みに止まらず、臨床医学全般にとって極めて有用なものと思われる。

## VI. 外来診療で求められる能力

### VI-1. 質の高い初期診療とは

#### VI-1-1. 幅広い愁訴・症状に対応する

初期診療にとって最も重要なことは、患者が訴える愁訴・症状すべてについてまずは断らずに対応することである。もちろん病状によっては緊急にしかるべく医療機関へ転送を要するケースもあるが、まずは受診した患者の愁訴や症状に関わらず対応することが求められる。すぐに転送する場合も含めて、すべての愁訴・症状に関わることで、患者の健康問題の全体像を把握することが可能となる。患者の受診の窓口となる初期診療の場面で患者の健康問題が除外されてしまうことは、患者のケアの質にも大きく影響することになる。

診療所を受診する患者のよくある愁訴・症状のうち上位20項目に対応することで、持ち込まれる問題の64%、50項目で83%カバーできることを我々のデータが物語っている。これらの項目には咳、発熱、腹痛、下痢といった内科的症狀から始まって、腰背部痛、皮疹、外傷、眼、耳の症状など多彩な臓器にわたる愁訴・症状があがっている。

診断された病名に関しても急性上気道炎、接触性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、変形性膝関節症、不眠症、膀胱炎など、いずれも軽症な疾患がほとんどであり、高度専門的治療を要するものは概して少ない。

#### VI-1-2. 愁訴・症状から診断へ

診療所への受診理由となる愁訴・症状のうち頭痛、発疹、背部痛、悪寒、浮腫など、必ずしも愁訴・症状からみて受診すべき診療科が特定できないようなものも珍しくない。愁訴・症状で患者に自ら受診する診療科を選ばせること自体、不適切なことも珍しくないのである。

例えば診療所を「頭痛」という主訴で受診し

た患者の最終診断病名が表19であるが、診断名には上気道炎以外にも偏頭痛、高血圧、不安神経症、副鼻腔炎、頸椎症なども含まれており、初診時の段階では患者が診療科を決められないことが多いことが実情である。

また頭痛のうち特に詳しい診断病名がつかないまま対処したものが30%弱にのぼっている。一次医療の現場では診断が確定しないままに対応せざるをえない場合も多く、むしろ軽微な健康問題の場合は診断的な介入が不適切なことも珍しくない。診断がつかない限り介入を控えるのではなく、診断がつかない場合であっても患者のもつ苦悩を解消するべく支援することが求められている。

#### VI-1-3. 「一つの得意分野を持っている」から「日常的な問題に精通している」へ

初期診療で重要なことは、まずは一つの専門領域の観点から診断を進めることではなく、重症度、緊急度を踏まえたうえで、幅広い観点から日常的に頻度の多い疾病を推察し、より安全に患者を守りながら診療を進めることである。たまたま初診の段階で疾病の原因となる臓器と合致する専門医に行き当たれば幸いだが、最初から専門医を順に当たっていくというのは適切とは言い難い。

初期診療で重要なのは、一つの専門性ではなく、あくまでも幅広い一次医療の経験と適切な臨床推論を構築できる能力、あるいは見落としはいけない重要疾患を峻別し、迅速安全に転送できる能力である。

### VI-2. 継続的、包括的医療

#### VI-2-1. 安定した慢性疾患の管理

診療所で関わる受診のうち、再診にあたるものが80%を越しており、そのほとんどは慢性

表 19 初診時頭痛（N01）を訴えた患者の最終診断病名

順位	ICPC-code	健康問題のタイトル	実数	%	累積%
1	R74	急性上気道炎	201	38.3	38.3
2	N01	頭痛（R09,N89を除く）	150	28.6	66.9
3	N02	筋緊張性頭痛	37	7.0	73.9
4	R80	インフルエンザ	19	3.6	77.5
5	K86	高血圧	11	2.1	79.6
6	R76	急性扁桃腺炎	11	2.1	81.7
7	R78	急性気管支炎／細気管支炎	7	1.3	83.0
8	N89	偏頭痛	6	1.1	84.2
9	A03	発熱	5	1.0	85.1
9	D73	消化管感染症	5	1.0	86.1
9	R96	喘息	5	1.0	87.0
12	K85	血圧の上昇	4	0.8	87.8
12	P74	不安神経症／不安状態	4	0.8	88.6
12	R75	急性／慢性副鼻腔炎	4	0.8	89.3
15	L01	頸部の症状／愁訴	3	0.6	89.9
15	L83	頸椎症候群	3	0.6	90.5
15	N80	骨折を伴わない頭部外傷	3	0.6	91.0
15	R98	過換気	3	0.6	91.6
19	A04	全身脱力／倦怠感／気分不良	2	0.4	92.0
19	P76	うつ病	2	0.4	92.4
19	K78	心房細動／粗動	2	0.4	92.8
19	N17	めまい（H82を除く）	2	0.4	93.1
19	N99	その他の神経疾患	2	0.4	93.5
19	P01	不安感／神経質／緊張感	2	0.4	93.9
19	D97	肝硬変／その他の肝疾患	2	0.4	94.3
19	R21	咽頭の症状／愁訴	2	0.4	94.7
19	R72	溶連菌性咽頭炎	2	0.4	95.0
19	R97	アレルギー性鼻炎	2	0.4	95.4
29	A85	医薬品による副作用	1	0.2	95.6
29	A97	疾患なし	1	0.2	95.8
29	A99	他の全身疾患	1	0.2	96.0
29	D09	嘔気	1	0.2	96.2
29	D10	嘔吐	1	0.2	96.4
29	D11	下痢	1	0.2	96.6
29	D12	便秘	1	0.2	96.8
29	D72	ウイルス性肝炎	1	0.2	97.0
29	D88	虫垂炎	1	0.2	97.1
29	H03	耳鳴	1	0.2	97.3
29	H71	急性中耳炎	1	0.2	97.5
29	H82	回転性めまい症候群	1	0.2	97.7
29	K88	起立性低血圧症	1	0.2	97.9
29	K90	脳卒中	1	0.2	98.1
29	L08	肩の症状／愁訴	1	0.2	98.3
29	L99	筋骨格系のその他の疾患	1	0.2	98.5
29	N79	脳震盪	1	0.2	98.7
29	N90	群発性頭痛	1	0.2	98.9
29	N92	三叉神経痛	1	0.2	99.0
29	P06	睡眠障害／不眠	1	0.2	99.2
29	R77	急性喉頭炎／気管炎	1	0.2	99.4
29	R95	肺気腫／閉塞性肺疾患	1	0.2	99.6
29	S70	帯状疱疹	1	0.2	99.8
29	T85	甲状腺機能亢進症	1	0.2	100.0
合計			525		100.0

（出所） Yamada and Yoshimura, et al. (2001) より引用

疾患の管理に関する受診である。

上位は高血圧、骨粗鬆症、糖尿病、白内障、膝関節症、睡眠障害、便秘、消化性潰瘍、脂質代謝異常、喘息、脳卒中後遺症などである。それぞれの疾病で専門的検査や手術などで入院を要する場合は適宜専門医を紹介することになるが、それ以外の安定期は特に特殊な診療技能、検査機器を要することは少なく、多くは診療所医師によって適切に管理されていた。

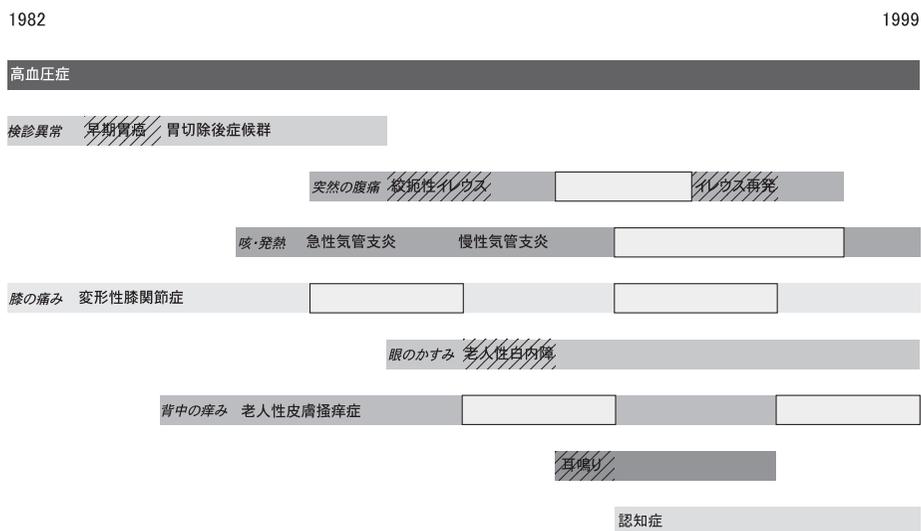
## VI-2-2. 高齢者の診療

高齢者は慢性的な疾病や障害を複合的に抱えており（図7）、特に年齢を重ねるに従って、

老化現象とも相まって病前の状態までの完全な回復が望めないことも多く、そんなことから全身状態によっては治療可能な疾病に対しても取って治療しない選択をすることも珍しくない。

高齢になればなるほど、疾病毎の標準的な治療というよりは、個々のケースの背景因子が治療行為に影響を与える傾向が強くなる。単に疾病を治療するという観点より患者個人の生活の質を踏まえた介入が重要となるのである。そのような場合、患者を包括的に管理している医師の存在が患者のケアの質の向上に寄与すると考えられる。

図7 高齢者の健康問題（例）



（出所）筆者作成

## Ⅶ. 期待される総合診療医

### Ⅶ-1. 総合診療医の特性と役割

現在「総合診療専門医に関する委員会」により、これからの総合診療医のあり方、その育成が議論されている。その中で総合診療医を「日常遭遇する疾患や障害に対して適切な初期診療

と必要に応じた継続医療を全人的に提供するとともに、疾病予防、介護、看取り、地域の保健・福祉活動など人々の命と健康に関わる幅広い問題について、適切な対応ができる医師」と定義している。

今後診療所のような一次医療機関で、継続的に包括的な診療を担う医師として、総合診療医の存在が期待されている。これまで多くは専門医が担ってきた地域の一次医療を、今後は総合診療医としてのトレーニングを受け養成された医師が担うことが望まれている。

高次の医療機関にいて主に限られた分野の専門的な先端医療を担うべき専門医のトレーニングと、地域の診療所にいて一定の地域住民の健康問題について包括的、継続的に責任を持つ総合診療医のトレーニングは、そもそも区別して行われることが望ましいのは当然である。

## Ⅶ-2. 培われる信頼関係

### Ⅶ-2-1. 本人を知り、家族を知り、地域を知る

原則的に同じ地域に住み、一定の住民の日常的健康問題の大半に対応することが想定される総合診療医は、繰り返し同じ患者の様々な問題について接することで、患者の全身、その背景を深く理解することが可能となってくる。限られた地域の限られた住民を継続的に診療することで、患者、その家族、またはその地域の状況を把握することができる。患者も繰り返し同じ医師に接することで互いの信頼も深まってくる。医師は患者の人となりを理解し、患者は医師、医療に対する弁えを学習する。

### Ⅶ-2-2. 質の高い総合診療とは

これまで、とかく質の高い医療とは最先端のレベルの医療を享受できることと同義と考えられてきた。一方で医療には限界があり、人間の老化、死亡は避けられないことも現実である。医療行為にも避けられない障害や死亡を受容しながら、個々の人生を支える視点を持つことが今求められている。そこで重要なのは、極めて個別的なコミュニケーションに支えられた個々の人間理解である。患者に身近で、包括的、継続的に関わる総合診療医はそんな視点に支えられ、個々の患者の生活を支える最適解を示すことができる医療提供者なのである（表20）。

### Ⅶ-3. 専門医療との役割分担

より多くの同じような症例を経験し、数をこなすことで質が上がる専門医療と、同じ地域に住んで、同じ人を繰り返し診療することで質が上がる総合診療を同時に追い求めることは不可能である。そもそも向かうべき方向が異なり、その学び方もそれぞれ異なっている。そういったことから総合診療医の育成にはこれまでとは違った視点、取り組みが必要となっている（図8）。

地域で住民の信頼を培った総合診療医がその役割を果たし、その連携の上で専門医療が機能することで、専門医療はさらにその分野の疾患や医療技術に特化した研究を追求することが可能となる。

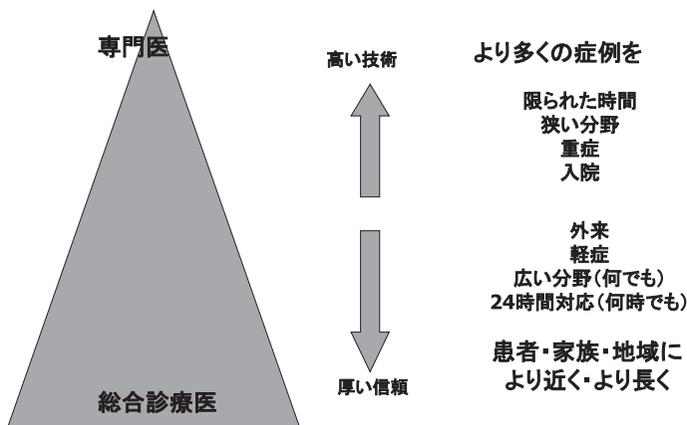
手術などの大きな臨床決断に際して、または

表 20 一次医療で必要とされる総合診療医

■一次医療で必要とされる総合診療医
■身近な医師として
■ Continuity of Care(継続性)
■ 継続的なケアの提供
■ Comprehensive Care(包括性)
■ 全身を包括的にケアする
■ Coordinative Care(協調性)
■ 多職種の調整役として
■ Contextual Care(個別性)
■ 患者さんの個別性、尊厳を重視したケア

(出所) Saultz, J. W. (2000) より引用改変

図 8 Ⅰ 専門医と総合診療医



(出所) 筆者作成

表 21 専門医療と総合診療の役割分担

専門医療		総合診療
特殊重症疾患	対象疾患	日常病
入院期間	病期	病初期～終末期
専門的検査	診断	基本的診察
先端治療	治療	一般的治療
専門分野	疾病	全科包括的
入院主体	診療形態	外来主体
短期	診療期間	長期
患者単一	診療対象	患者家族全員

(出所) 筆者作成

終末期のケアの選択など倫理的な判断を伴うような極めて個別的な配慮を要するような場面こそ、患者の主治医としての総合診療医の存在

価値は大きい。専門医療が適切に機能するためには、患者個人を守ることのできる有能な総合診療医の存在が欠かせない（表 21）。

## Ⅷ. 外来診療をより充実させるために

### Ⅷ-1. 望まれる機能分化

今後の外来診療の主体は、特に安定期の慢性疾患管理などは病院から診療所へ移行することが望ましい。

入院医療について、超急性期と一般急性期、

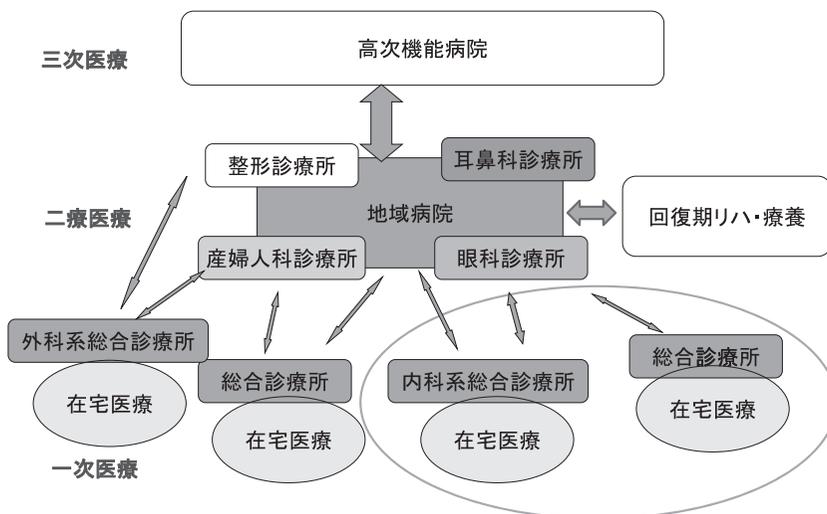
回復期、療養といった二次、三次の機能分化が進められようとしているが、外来診療についても今後主に各科専門診療所や地域病院が提供する専門外来と総合診療医が主に関わる総合外来の一次、二次の機能分化による役割分担が望ま

表 22 医療の機能分化の役割分担

3次医療	2次医療	1次医療
高次機能病院	地域病院・各科診療所	総合診療所
専門的診療科	診療各科	総合診療
血液内科・小児神経	総合内科・小児科・耳鼻科	日常病
特殊手術	入院管理・専門外来	外来診療
移植手術	骨接合術・分娩	外来一般処置
特殊検査	専門各科検査	外来一般検査
MRI・心カテ	大腸内視鏡・眼科検査	採血・単純Xp・ECG
急性期入院治療	一般入院治療	在宅医療
集中治療室・NICU	回復期・終末期	慢性疾患管理・日常病
高次救急	ER	時間外対応
400床以上	100～200床	介護施設・訪問

(出所) 筆者作成

図 9 医療の機能分化図



(出所) 筆者作成

しいと思われる（表 22）（図 9）。

現在二次医療を担う地域病院の人材不足も懸念されているが、総合診療医の研修や周辺で開業する各科専門医による病床の共同利用など、より地域の有用な資源としての活用が望まれる。

## Ⅷ-2. 診療報酬の仕組みについて

疾病の初期の段階で、愁訴や症状がまだ不確定で安定しない時期では、患者はただ漠然とした不安だけで受診することも珍しくない。そういった一次医療の段階から各科専門医の診療に直接委ねることは、過剰な診療に傾きやすい。想定される疑い病名やそれに関連する介入行為

の記録をもとに診療費が算定される出来高払い制はその傾向を助長し、特に高齢者に至っては老化に影響される健康問題が多いこともあって、軽症で治療が特に期待されない患者に対しても必要以上の病名付け(一般成人の基準値から外れるもの)、それに伴う検査、投薬がなされる傾向がある。

診療所のように病初期の疾患や、軽症疾患を

扱う一次医療においては、現状の出来高払い制は適切な介入を評価し推進するというより、むしろ過剰な診療を許容する要因となっていることに留意するべきであろう。今後一次医療において患者の全体的なアウトカムを包括的に評価し、適切な診療を促すような診療報酬制度の仕組みが検討されるべきであろう。

## IX. まとめ

現在の日本の医療システムでは専門医療のリソース(人、カネ、モノ)を過度に一般的に軽症疾患を扱う一次医療で浪費している傾向が否めない。専門医が専門医として専門医らしく機能するためにも、一方で有能な総合診療医が存在しその役割を果たすことが必要である。総合診療医が継続的に個々の患者に寄り添い、患者が訴える愁訴・症状の持つ意味を理解し、医療的な介入が患者個人に与える影響を斟酌しながら、適切な介入に努めることが求められている。

特に多くの健康問題を抱える高齢者は近い将来、要介護状態となったり終末期を迎えることになり、最後は一人の医師が寄り添うことになるわけだが、その際にこそ、こうして信頼を培ってきた総合診療医が果たす役割は大きい。

総合診療医の存在は一次医療の無駄を解消し、専門医をより効率的に機能させるといった経済的効果が見込まれるとともに、個々の患者の満足度を高め、医療サービス全体の質を高めることにつながるのである。

## 参 考 文 献

- 日本プライマリ・ケア学会(2002)『プライマリ・ケア国際分類 第2版:愁訴に始まる疾病分類 ICPC-2』
- 山田隆司(2007)「地域の医療-健康を支える」『月刊保団連』第973巻第6号, pp. 21-27
- 山田隆司・吉村学ほか(2000)「日常病・日常健康問題とは-ICPC(プライマリ・ケア国際分類)を用いた診療統計から(第1報)」『日本プライマリ・ケア学会雑誌』第23巻第1号, pp. 80-89
- 山田隆司(2011)『地域医療と総合医:地域医療は、今』メディカルサイエンス社
- 山田隆司(2014)「地域医療と総合医」『大阪保

- 険医雑誌』第572巻第5号, pp. 7-10
- Lamberts, H. and I. M. Okkes (1996), "Episode of care: a core concept in Family Practice", *The Journal of Family Practice*, Vol.42 No.2, pp. 161-170
- Okkes, I.M., et al. (2002), "The Role of Family Practice in Different Health Care Systems—A Comparison of Reason for Encounter, Diagnoses, and Interventions in Primary Care Populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States", *The Journal of Family Practice*, Vol.51 No.1, pp. 72-73
- Saultz, J.W. (2000), *Textbook of Family*

- Medicine: Defining and Examining the Discipline*, McGraw-Hill
- WONCA International Classification Committee (1987), *International Classification of Primary Care*, Oxford University Press
- WONCA International Classification Committee (1998), *ICPC-2 International Classification of Primary Care. Second edition*, Oxford University Press
- WONCA International Classification Committee (2005), *International Classification of Primary Care Revised Second Edition*, Oxford University Press
- Wood, M., H. Lamberts and I.M. Okkes (ed) (1993), *The International Classification of Primary Care in the European Community: with a multi-language layer*, Oxford University Press
- Yamada T. and M. Yoshimura, et al. (2001), “A study on the outcomes of health problems (concept of “Episode of Care”) based on clinical statistics using the International Classification of Primary Care (ICPC)”, 『日本プライマリ・ケア学会雑誌』第23巻第3号, pp. 213-223