

CQ：「症状診断」された患者の特徴と、総合医の管理内容

ORIGINAL RESEARCH

Patients' Characteristics and General Practitioners' Management of Patients with Symptom Diagnoses

Asma Chaabouni, MD, MSc, Juul Houwen, MD, PhD, Iris Walraven, PhD, Kees van Boven, MD, PhD, Hans Peters, Henk Schers, MD, PhD, and Tim olde Hartman, MD, PhD

千歳市民病院内科・札幌医科大学総合診療医学講座
総合内科専門医＋総合診療専門医・家庭医療専門医
佐藤 健太

目次

論文の前提条件の解説

オランダの医療制度と総合医
ICPCコーディングと症状診断

論文本体の解説

感想、質疑応答

オランダの医療システム

面積42000km² (九州と同じくらい)

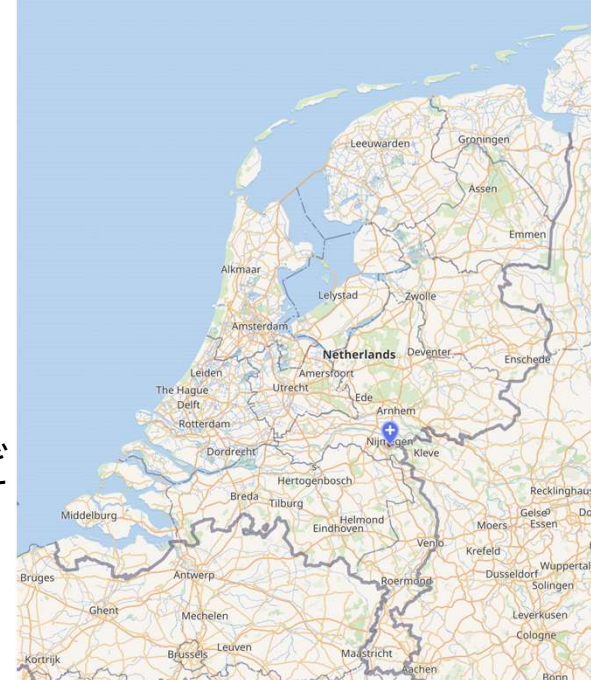
人口1700万人台、高齢化率20%

プライマリ・ケア制度の整った先進国の一つ

英国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、デンマークなど
医療制度の質・アクセス・公平性の国際的ランキング1位

1970年代以降、専門分化からプライマリケア充実へ転換

総合診療 (GP) の講座設立、卒前教育～専門教育
研究領域確立、ガイドライン作成
保険給付の最適化、全国民の家庭医登録



ラドボウド大学医療センター

Radboud University medical center

オランダ東部の三次医療圏をカバー。

Department of Primary and Community Careがあり、
日本の家庭医療専攻医の短期研修も受け入れている。

ICPC (後述) に基づく患者診療データベースを構築。



総合医（GP）の割合が多い

- ・人口1600万人に対して家庭医9000人（≒住民2000人/家庭医）
- ・診療所総合医35%、病院専門医35～40%、残りは公衆衛生など

全国民が総合医に登録している

- ・必ず最初は総合医に相談（ゲートキーパー機能）
- ・全医療費の7%で、全医療サービスの95%以上をカバーしている

全診療所接続の電子カルテを導入済

- ・ICPC（後述）で診療の全過程をコード化し、データベースを構築。
- ・全住民の健診状況、症状・受診頻度、病名や処置・処方内容を分析し必要なケア・予防を設定し、保険会社と交渉できる

単一の民間保険会社

- ・人頭払い70%・出来高払い30%（病院専門科は出来高払）
過剰医療のインセンティブが乏しく、
請求病名によるレセプトデータの歪み・汚染が少ない

世界保健機関国際分類ファミリー

World Health Organization Family of International Classifications (WHO-FIC)

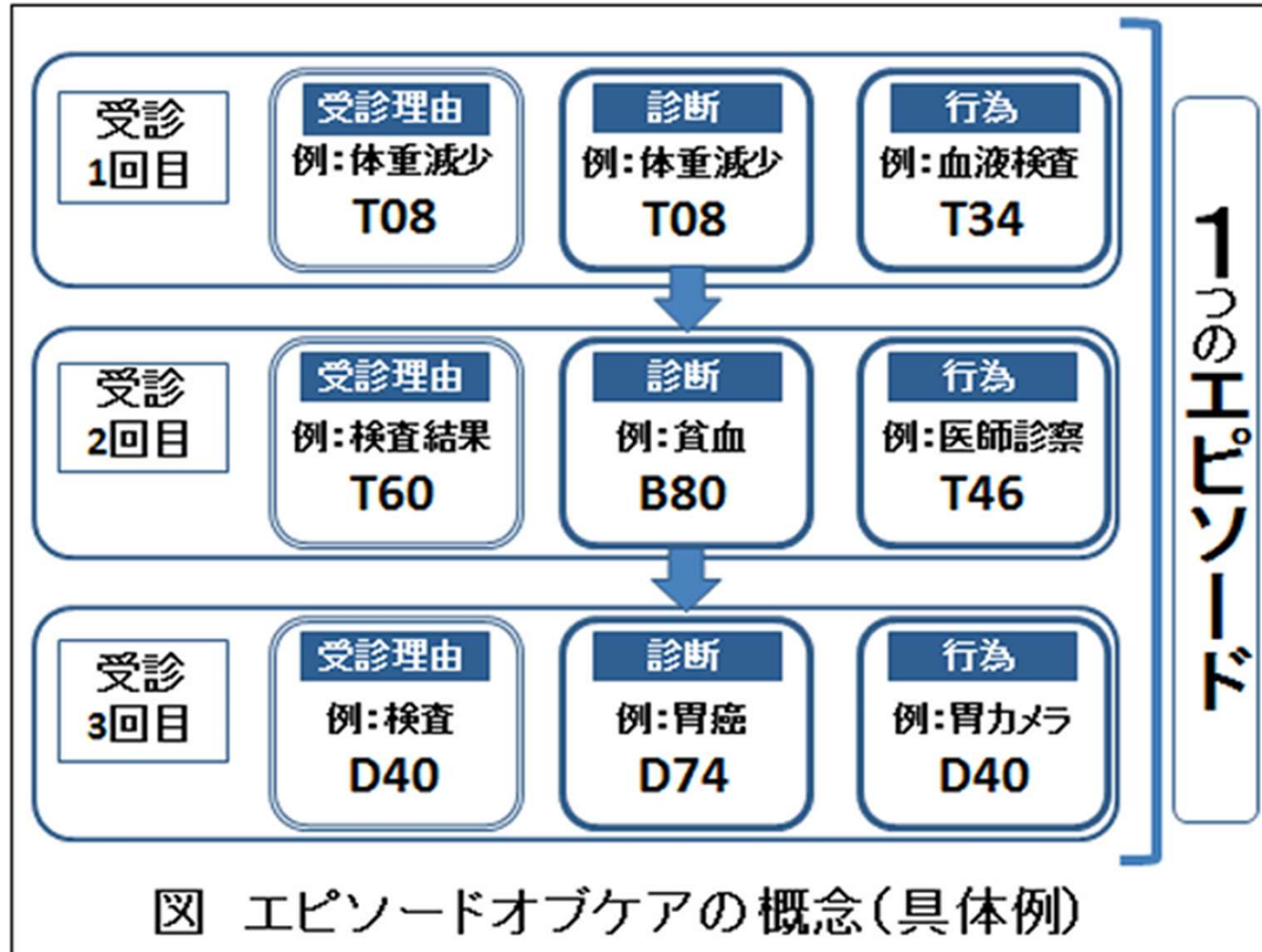


国際統計分類ファミリー (ICD, ICF, ICHI) - [physiatrist's blog \(hatenablog.com\)](https://physiatrist's.blog/hatenablog.com)

オランダのラドバウド大学医療センター、TransHisプロジェクト
1984年からICPCによる診療データベースを構築している

日本プライマリケア連合学会でも
診療データベース委員会 (旧 国際関係委員会 ICPCプロジェクトチーム)
があり、日本での普及を目指した活動・学習企画などを行っている。

ICPCでのコーディング



- 1人の患者の1つの健康問題について、受診理由、診断、行為の3つコード入力。
- 2回目以降の受診の際は、前回のデータと紐付けられた一連のデータセット (Episode of care: EOC) として保存される

図3 診断病名の階層構造

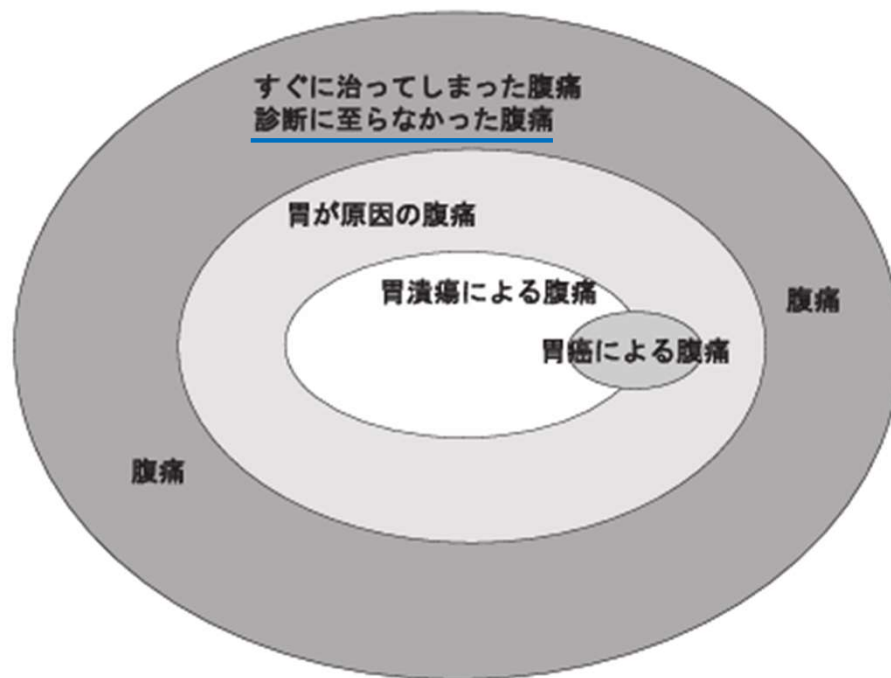


(出所) Wood, et al. (ed) (1993)より引用. 一部改変

診断確定前は
主訴・症状レベルで記載

検査結果の判明後
検査所見名や「病名」になる

図2 腹痛の患者の模式図



どの症状がどの診断に
たどり着いたかがわかる
→地域別・診療所別・患者別に
主訴毎の鑑別診断リストが出る

確定診断に至らない健康問題の
分類・調査ができる

- ・診断不明のまま治る割合は？
- ・どの主訴がこじれやすいか？
- ・どのような症状がリソースを食うか？

目次

論文の前提条件の解説

論文本体の解説

I ntroduction

Methods

Results

Discussion

感想、質疑応答

Introduction

「正しい診断を下す」という総合医の仕事は複雑

- ・ 発症早期の症状への対応
- ・ 複数の症状の存在
- ・ 症状の動的な性質（変化する）

疾患診断と症状診断

疾患の診断基準を満たしていないのに

「〇〇病疑い」とつけることは不適切（バイアスになる）

症状のまま（右上肢痺れなど）の方が良い。

研究・教育・実践の場において、症状診断は注目されていない

総合医が頻繁に遭遇する問題であり
持続する症状診断の発生率や
症状が持続しやすいリスク因子の同定が必要である。

治療や予防法（教育法も）を検討・開発する上で
参考となるかもしれない。

本研究では、

1. 症状診断の罹患率を明らかにする。
2. 非持続的症状診断と持続的症状診断の両者間で
患者の特性
総合医の管理戦略
を比較することを目的とする。

Methods

Study design and Settings

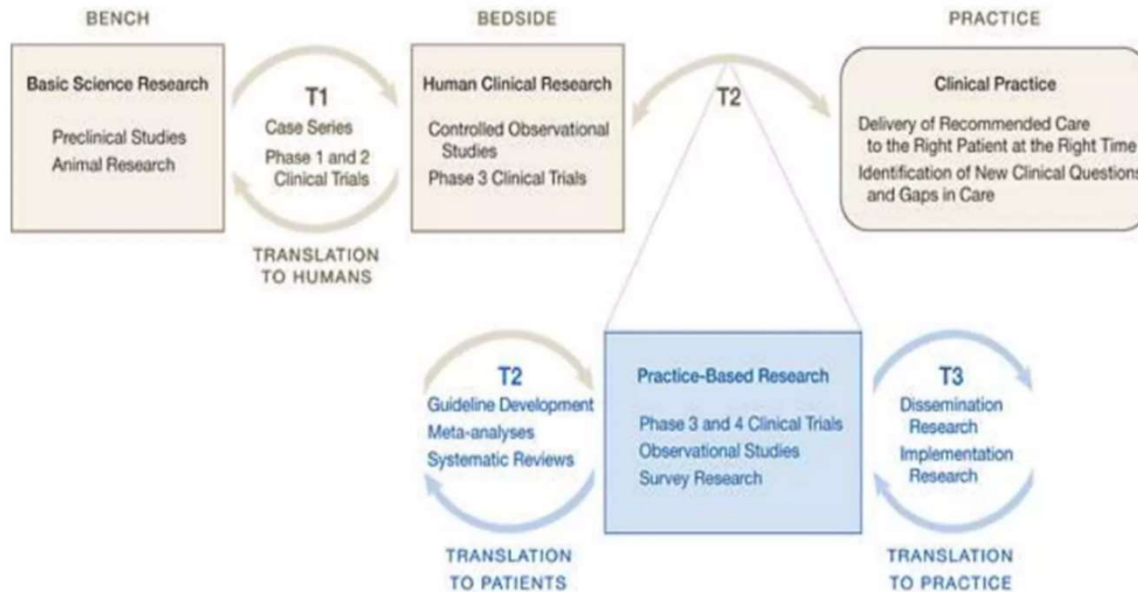
オランダのPractice Based Research Network（後述）の
Family Medicine Network（FaMe-Net）で後ろ向きコホート研究を実施
<https://www.famenet.nl>

2005年から2019年までの電子カルテデータが含まれる
30.8万 人年
220万件 以上の診察

コーディングの統一性を高めるために
定期的なトレーニングと年2回の調査を実施している

Practice Based Research Network

「診療所の現場で得られた仮説や疑問を、その現場で解明する研究」
を行うための、（主に診療所群で構成される）研究ネットワーク



Westfall JM, Mold J, Fagnan, LJ. JAMA 2007;297:403-406.

<https://www.slideshare.net/hmstone/partnering-with-practice-based-research-networks-pbrn>

国内では、医療生協のCFMD-PBRNが有名

<https://cfmd.jp/cfmd/pbrn/>

AHRQ Practice-Based Research Network (PBRN)

This certificate is awarded to
CENTRE FOR FAMILY MEDICINE DEVELOPMENT PRACTICE BASED
RESEARCH NETWORK (CFMD-PBRN)
and acknowledges CFMD-PBRN's 2014 registration
with the AHRQ PBRN Resource Center
as an international Practice-Based Research Network

Rebecca Roper
Rebecca Roper, AHRQ PBRN
Initiative Director

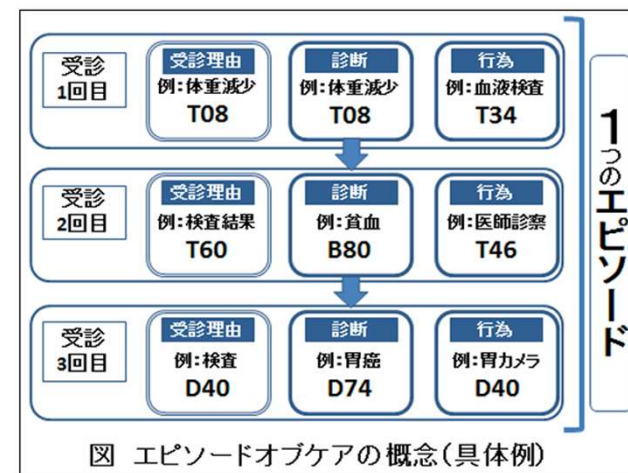
Gabriella Neves-Adeyi
Gabriella Neves-Adeyi, PBRN
Resource Center Director



Data collection and measurements

FaMe-NetデータはICPC-2でコード化されている

1. 受診理由
2. 診断・病名
3. 行為・介入（診断的介入、治療、紹介）



Episode of Care (EoC)

「ある人の健康問題の、最初の診察から最後の診察まで」

各診察における診察理由・診断・介入がそれぞれ記録されている

疾患部分は国際疾病分類（ICD）に似ているが

プライマリ・ケアで遭遇する

いくつかの症状や、疾患以外の状態に対するコードが不十分

1978年から2020年までの調査期間において、
2018年（指標年）に少なくとも1回の接触があった、
症状診断を有するすべてのEoCを選択した。

- ・ 対面診察、時間外診察、電話診察、e-診察の全てを選択
- ・ 持続的症状の閾値を設定するため、
データ全体の症状持続時間の分布を調べ、
症状研究や臨床実践専門家の総合医と議論し、
「持続 = 1年」と設定した。

Patient's characteristics

研究時点（2018年）の患者特性を、患者ごとに集計

- ・ 年齢、性別
- ・ 教育レベル、婚姻状況、雇用
- ・ 身体的・心理的・性的虐待の経験

慢性の問題については、2018年以前に遡って収集した

- ・ 心理症状 （1978年から2020年のICPC-2：P01-P29）
- ・ 社会的問題 （1978年から2020年のICPC-2：Z01-Z29）

GP Management Strategies

総合医の疾患管理戦略を、EoC毎に集計

- ・処方少なくとも1回あったEoCの数
- ・診断的介入・治療的介入のEoCの数と種類
- ・紹介のEoCの数と種類

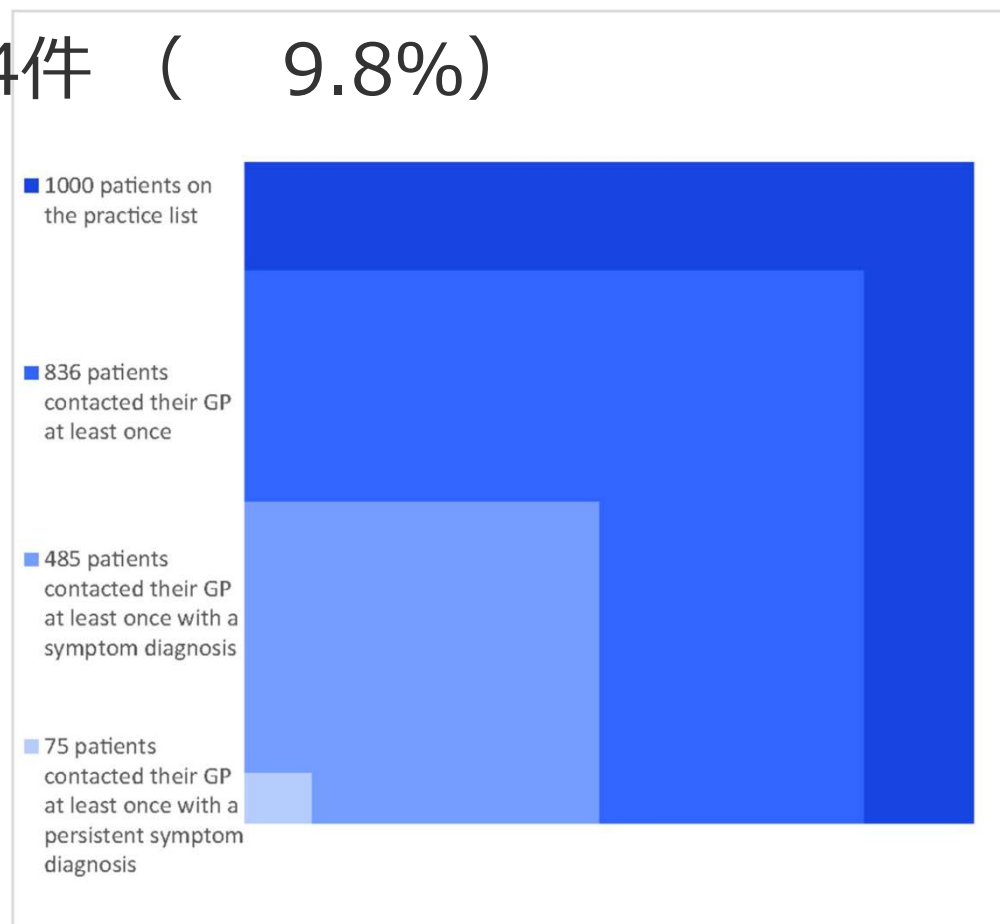
Results

2018年の全登録患者数	28,590人	(100.0%)
診察等を受けた患者数	23,901人	(83.6%)
症状診断(+)の患者数	13,868人	(57.9%)
持続的な症状の患者数	2,172人	(15.7%)

↓

症状診断エピソード数 25,375件

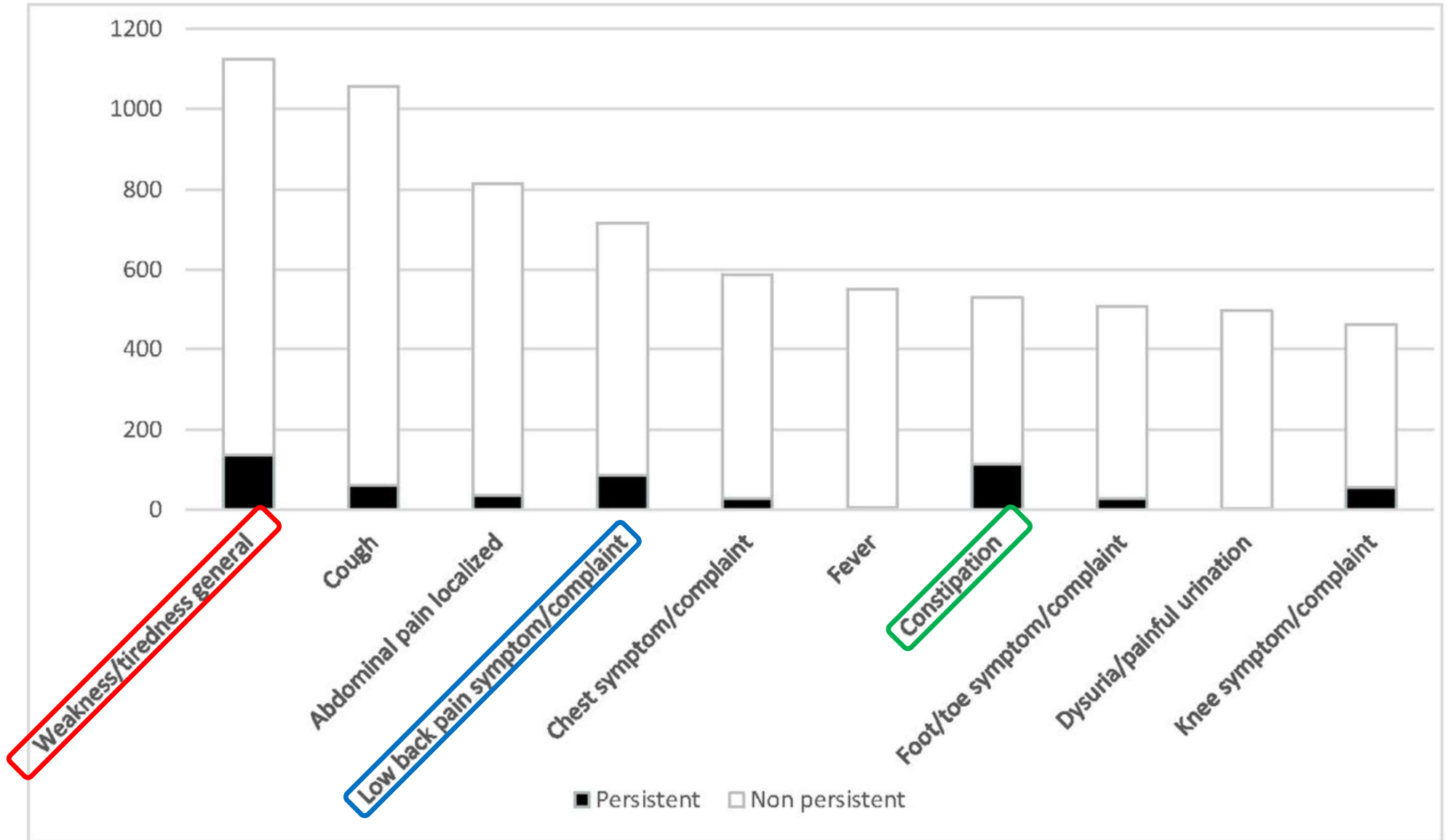
持続的なエピソード数 494件 (9.8%)



症状診断のトップ3

非持続的…咳嗽（4.4%）、脱力感（4.3%）、腹痛（3.4%）

持続的 …**脱力感**（5.5%）、**便秘**（3.5%）、**腰痛**（3.5%）



Patients' Characteristics

症状診断を受けた全患者

- 男性 41.9%
- 平均年齢 38歳 (S.D.=23歳)
- 多疾患 52.4%

持続群で有意に多かった項目

- 女性
- 他疾患併存 (5つ以上)
- 身体・心理・性的虐待
- 精神症状
- 無職
- 低学歴
- 社会的問題

	Non-Persistent Symptom Diagnosis ^a (N, % of total)	Persistent Symptom Diagnosis ^a (N, % of total)	Sig ^{**}
Number of patients	11696 (84.3%)	2172 (15.7%)	–
Sex (Males)	5024 (43.0%)	787 (36.2%)	$p < .001$
Age in years (mean [SD])	36 [23]	49 [22]	$p < .001^{***}$
Marital status ^{b,c}			
Single	1311 (23.6%)	353 (28.5%)	
Couple	1022 (29.0%)	259 (20.9%)	$p < .001$
Married	1596 (47.2%)	626 (50.6%)	
Level of education ^{b,c}			
No/primary school	185 (3.5%)	65 (5.6%)	$p < .001$
Secondary school	2089 (39.4%)	529 (45.2%)	
High school/university	3022 (57.1%)	576 (49.2%)	
Employment ^{b,c}	3765 (74.6%)	697 (64.5%)	$p < .001$
Comorbidities (≥ 5) ^d	5723 (48.9%)	1541 (70.9%)	$p < .001$
Previous psychological, physical, or sexual violence ^{b,c}	726 (13.1%)	202 (16.4%)	$p = .003$
Patients with at least one psychological symptom ^e	135 (11.5%)	377 (17.4%)	$p < .001$
Patients with at least one social problem ^f	558 (4.8%)	172 (7.9%)	$p < .001$

GP Management Strategies

症状持続期間の中央値

全体 : 0日 (IQR : 0- 20)
 非持続群 : 0日 (IQR : 0- 7)
 持続群 : 1240日 (IQR : 665-2303))
 ※中央値0日=GP診察が1回のみ

GPとの接触回数の中央値

全体 : 1回 (IQR : 1-2)
 非持続群 : 1回 (IQR : 1-2)
 持続群 : 4回 (IQR : 2-7)

処方箋作成のEoC数 6824

非持続群 : 持続群 = 61.7% vs 23.1%

1回以上の紹介エピソード

非持続群 : 持続群 = 62.7% vs 30.6%

	Non-Persistent Symptom Diagnosis ^a	Persistent Symptom Diagnosis ^a	Sig ^{**}
Diagnostic interventions ^b			
Laboratory tests (% of total number)	11486 (80.8%)	2494 (79.5%)	
Physical Function Test (% of total number)	319 (2.2%)	93 (3.0%)	
Diagnostic Endoscopy (% of total number)	44 (0.3%)	15 (0.5%)	
Diagnostic Radiology/ Imaging (% of total number)	2049 (14.4%)	465 (14.8%)	
Electrical Tracings (% of total number)	332 (2.3%)	70 (2.2%)	
Total number of diagnostic interventions (% of EoC)	14230 (20.2%)	3137(14.8%)	
Therapeutic interventions ^b			
Number of EoC with at least one medical prescription (% of EoC)	5286 (23.1%)	1538 (61.7%)	<i>p</i> < .001
Medical Script/Request/Renew/Injection (% of total number)	7703 (95.1%)	4575 (91.9%)	
Counseling (% of total number)	396 (4.9%)	405 (8.1%)	
Total number of therapeutic interventions (% of EoC)	8099 (11.5%)	4980 (23.5%)	
Referrals ^c			
Number of EoC with at least one referral (% of EoC)	7000 (30.6%)	1564 (62.7%)	<i>p</i> < .001
Physicians/Specialist/Clinic/Hospital ^d (% of total number)	3590 (67.0%)	187 (67.4%)	
Other providers [Excluding medical doctors] (% of total number)	1765 (33.0%)	111 (32.9%)	
Total number of referrals (% of EoC)	5355 (7.6%)	2016 (9.5%)	

Discussion

Summary of Main Findings

総合診療現場において、症状診断はCommonだった。

- ・ 全登録患者のほぼ半数
- ・ 診察歴のある患者の半数以上

症状診断を受けた患者のうち
約6人に1人は、1年以上持続していた

症状が持続しやすい患者特性は
女性、高齢者、多併存疾患、心理・社会的問題あり

症状が持続したエピソードでは
処方率および紹介率が高かった。

Strengths and Limitations

強み

- 多数かつ詳しいデータを含むFaMe-Netデータセットを使用している
- 研究に参加したGPが、EoC構造内で健康問題を登録し、症状が疾患に発展したときに再コード化するよう訓練されている。

限界

- FaMe-Netデータセットの高い妥当性にもかかわらず、保険請求や医師以外からの情報がないため、症状診断の罹患率に影響を及ぼした可能性がある。
- 症状の重症度と負担度の情報が含まれていない。
- 未診断の特異的疾患がある可能性があり、症状診断の罹患率は過大評価されている可能性がある。

Future Research and Clinical Implications

症状研究は、総合診療の理念にあっている

- ・患者のケア要求をエンパワーする（診断がつかなくてもケアする）
- ・患者中心のアプローチに沿っている

オランダにおける、GPの役割・全住民のGP登録義務

→今後も症状診断の罹患率に関するデータの信頼性が高まる

総合医の日常診療の多くは、疾患より症状の管理の割合が多い。

- ・症状診断の研究・教育・訓練に重点を置くことを正当化する
- ・症状診断の管理戦略について、より多くの研究とガイドラインが必要

医療格差の是正のために、持続的症狀診断では、

なぜ不利な医学的・社会経済的要因がより多くみられるのかを

よりよく理解することが緊急に必要である。

目次

論文の前提条件の解説

論文本体の解説

Abstract

Introduction

Methods

Results

Discussion

感想、質疑応答

感想

ICPCの有用性を改めて実感できた

- ・ 疑い病名や雑なラベルによって患者ニーズを無視せず
患者の訴えに真摯に向き合う診療姿勢を維持するためにも
- ・ 症状→持続/軽快 or 疾患への発展の自然史を理解するためにも
- ・ 研究用のデータを取るためにも

今の環境でICPC的概念を導入するには？

- ・ # 欄に症状診断も記載し、疾患に発展した場合には
プロブレムの深化過程を残す（#1. 急性腹痛 → IBS など）
- ・ カルテ記載ルールの統一か、
データベースに入力するルールの統一が必要かもしれない

自分自身の仕事への応用

臨床面

- ・ 現状通り、症状診断やICPC的記録を意識的に継続する
- ・ 急性・自然軽快と慢性・持続する症状診断を分けて診療する

教育面

- ・ 疑い病名やMUSではない「症状診断」の意義や扱いについてのレクチャー資料を作成する

研究面

- ・ 僻地や診療所の医療ニーズを検討する際に
保険請求病名や行われたケアなどのビッグデータだけでなく
症状診断データベースや、エキスパートオピニオンのデルファイ法
なども合わせて多面的に検討してみたい