

総合内科専門医とプライマリ・ケア —現実をみつめ、将来の展望へ—

石塚 達夫

Key words : 総合内科専門医, プライマリ・ケア, 病院総合医

〔日内会誌 98:3170~3174, 2009〕

はじめに

今日総合医という言葉がよく使われるようになってきた。しかし、中味は漠然としており、門戸を広げて診療に従事している臨床医は総合医と呼ばれている。既に、“総合内科専門医とサブスペシャリティ”で総合内科専門医の現実的なあり方の一つ¹⁾を紹介したが、本稿ではプライマリ・ケア(primary care: プライマリ・ケア)を標榜する日本および国外の動きについて概説し、総合内科専門医がどのようにプライマリ・ケアに関わるべきなのか、その展望を述べたい。

1. プライマリ・ケアと総合診療医

歴史的には昭和53年に日野原重明先生が厚生省の臨床研修審議会プライマリ・ケアという言葉が使われたのが最初である。プライマリ・ケアの考えは第2次大戦後の米国で生まれた。医師の専門医志向が強くなった結果、家庭医(開業医)不足を招いたことから1966年にMillis報告で英国以上のレベルの高いgeneral practitioner (GP)を養成する必要性が生じたためである。国民の医療システムは予防、健康増進、環境衛生を基盤とし、その上に外来ケアとして検診、プ

ライマリ・ケア、更にその上に入院、治療を必要とする2次ケア、3次ケアという医療構造になっている。1972年にWHO(世界保健機関)は個人を対象としたプライマリ・ケアに対して地域住民を対象としたプライマリ・ケアシステムと定義している。プライマリ・ケア医に必要な臨床能力は近隣の患者(近接性)に継続的に(継続性)、家族的社会的背景を考慮に入れながら、予防・診断・治療を実践し(包括性)、患者の訴えには共感的態度で接しながら訴えを理解する(感性)技術を有していることが大切であり、大病院との病診連携をスムーズに(調整役)、効率的に行うこと(責任性)の能力²⁾を備えていることが必要であろう。

総合診療の歴史を遡れば1976年の天理よろず相談病院に始まる。その後大学病院では1981年川崎医科大学、国立大学では1986年佐賀医科大学に総合診療部が開設された。2009年の統計では総合診療部が設置されている大学は50を超える。1980年代以降毎年総合診療部門が大学病院や臨床研修指定病院に設置されるようになった歴史的背景には、1)医学の進歩に伴って臓器別専門医が量産されたが、医療の有効性、効率性という観点から適正配置が図られてこなかった、2)医学部卒業直後から狭い分野に偏った医師が増え、医療上のトラブルや弊害が指摘されるようになった、3)患者の心理・社会的側面への配慮、一般診療上頻度の高い症候、病気など

いしづか たつお: 岐阜大学大学院医学系研究科総合病態内科学分野/附属病院総合内科

に関する興味が低下した³⁾。以上を挙げることができる。

総合診療関連学会はプライマリ・ケアを中心として、それぞれ総合診療医学会、家庭医療学会、プライマリ・ケア学会として独自の領域をもち専門医構想も持っていた。内科学会は内科専門医会の育成とともに内科学における診断能力の高い内科専門医を2008年に「総合内科専門医」と名称変更した⁴⁾。総合内科といっても実際にはプライマリ・ケアを実践していたのはごくわずかの内科専門医を中心に大学病院の総合診療部、地域中核病院の総合内科(総合診療科)、診療所、個人開業医などであろう。今後、総合内科専門医を地域中核病院の総合医、あるいは地域医療の中心として機能させるためにはプライマリ・ケアへの積極的な関わりが必要である。上記のプライマリ・ケア3学会は既に2009年合併することを決議し、2010年には名称は決定されていないがプライマリ・ケア合同学会を開催することが予定されている。厚生労働省が標榜診療科の見直しの中で示唆していたプライマリ・ケアを主体とする総合医構想と総合内科専門医のかかわりも明らかにされていないのが現実である。

2. プライマリ・ケアに関わる学会活動と専門医育成

1978年に創設された日本プライマリ・ケア学会は総合医の走りと言っても良いであろう。即ち“国民のあらゆる健康や疾病について、プライマリーに対応し、WHOが示したプライマリ・ケアに関する宣言『すべての国民に健康を』を研究し、実践するために設立されました。以来、1) 患者が主体でなければならない、2) 地域社会のニーズに答えていかなければならない、3) 包括医療でなければならない、を基本として、全人的医療を志向し、地域の保健・医療・福祉を総合的に展開する機能の構築とともに、それ

に関する学術的研究を大きな使命としております。本学会は、医師を中心として歯科医師、薬剤師・看護師その他の医関連職種、行政及び健康問題に熱意ある民間の有識者によって組織され、緊密な連帯感を誇っています。』(日本プライマリ・ケア学会 <http://www.primary-care.or.jp/main.htm>より抜粋)”としている。予防医学に重点を置き、地域医療の推進を総合的に推進することを強調している。1993年に日本プライマリ・ケア学会専門医・認定医要綱を定めている。専門医の資格として、二つのコースがあり、Aコース(研修施設での研修終了者)は中規模以上の病院または病院群での2年以上の研修、地域包括医療を実践している保健・医療・福祉施設群1年以上の研修で、Bコースは認定医取得者(6年間の保健医療福祉系の業務報告書と10例の事例報告MEQ(Modified Essay Question)による筆記試験)であり、認定医取得後2年以上の研修を必要とする。A、Bコースともに外来症例30例、病棟症例20例症例提示が必要としている。この場合保健・医療・福祉施設群1年以上の研修が必須であることが特徴である。

一方、1987年に設立された日本家庭医療学会の設立趣旨は以下の如くである。“現代の医療は、その著しい進歩の一方で、専門細分化、身体面の偏重、研究の重視、営利主義などのために、医療において本来実現しなければならない大切なものを失いつつあります。病んだ一人の人間を、その人の家庭を、そしてその背後にある地域を一個のまとまりのあるものとして取り扱うことが軽視されつつあります。人間と家庭と地域とを統一体としてとらえる医療を求めて、私たちは次のような特徴を持った医療の実現と、それを実践する家庭医の養成を目指しています。家庭に特に重点をおく。対象とする人の年齢、性を限らない。臓器や原因や治療法を限らない。予防、治療、リハビリを含めたあらゆる健康問題に対処する。ありふれた病気、症状、訴えを主な対象とする。人の精神心理面を始めとした

表．プライマリケア3学会と日本内科学会の概要

	日本プライマリケア学会	日本家庭医療学会	日本総合診療医学会	日本内科学会
学会・研究会設立年	1978年	1986年	1993年	1903年
学会員数	3,115名 (2000年)	1,957名 (2009年)	750名 (2007年)	97,545名 (2009年)
専門医数	670名 (2000年)	2009年開始	なし	13,980名 (2009年)

幅広い人間理解、その人と家庭や職場や地域との連関を重視する。対象者の生涯にわたる継続性、健康時と病時を通じての継続性、医療のあらゆる段階での継続性を重視する。他の家庭医、専門医や健康問題に係わるあらゆる職種との連携と調整、地方の方々との協同を重視する。地理的、時間的、精神的、経済的に最も身近である。患者の主体性、自発性、承認性を重視する。医療提供側の責任性を明確にする。患者の弁護士として行動する。”(家庭医療学会 <http://jaf.org/>より抜粋)。家庭医療学会認定後期研修プログラムは診療所研修最低6カ月、内科（臓器別内科でなく総合内科、総合診療科）最低6カ月、小児科最低3カ月でそれ以外の診療科（外科、産婦人科、精神科、救急、整形外科、皮膚科など）は研修が含まれていることが望ましいと提示されている。本年はじめて認定試験を実施した。

日本総合診療医学会は学会の基本理念として“診療：1. 特定の臓器や疾患に偏らず、患者のニーズに応じて精神・心理・社会的な問題にも目を向ける、2. 医療面接、身体診察、簡易検査などの基本的臨床技能を重視した診察を行う、3. 患者の問題解決を図るため、臨床推論や判断科学（decision science）の成果を活用する、4. 患者アウトカム（outcome）を重視した「根拠に基づく医療（evidence-based medicine）」を実践する、5. 医療者間のコミュニケーション、協調、協力を大にし、必要に応じて専門医や関連医療職者、家族等と連携して、継続的なチーム医療を実践する。教育：豊かな人間性を備え、職業

人としての自覚を持つと共に、基本的臨床能力と問題解決能力を身に付けた、地域や大病院のなかで総合診療を担うことのできる医師を養成する。研究：臨床疫学、医療社会学、医療倫理、医療制度等、関連領域の研究活動を行うとともに、医療の質向上のためのシステムと研究を推進する。”(総合診療医学会 <http://www.jsgm.org/about.html>より抜粋)として病院総合医後期研修プログラム案を2008年12月に提出しているが、具体的な進展は現在ない。総合診療の3つの領域を診療所総合医、病院総合医、医学教育としている。

これら3学会は2010年には3学会合同会議を予定しているが、3学会とも足並みが揃っていないわけではない。社団法人日本専門医制評価・認定機構が専門医のあり方について提言しているが、現在プライマリ・ケア3学会ともにこの評価認定機構に加盟していないために、進むべき方向や日本内科学会認定医制度との互換性などについて論議されていない。

日本内科学会は“内科専門医の役割”⁴⁾として提起している様に、1) 高レベルな横断的診療能力を有した一般・総合内科の専門医・指導医、2) 卒前教育、研修、生涯教育の担い手としての一般内科の専門医・指導医、3) 臨床医学の横断的領域としての内科学を総合的に捉える研究者としている。具体的にはプライマリ・ケアとの関わりは“プライマリ・ケア医が病院の専門医への紹介の判断や専門医がプライマリ・ケア医へ逆紹介する病診連携に置いては”総合内科専門医は大きな力を発揮しようとしている。表に

示す如く、日本内科学会が最も多くの総合内科専門医を持っているがプライマリ・ケアに関わっている人数は決して多くなく、それぞれのサブスペシャリティの診療にとどまっている医師が大部分である。今後、高い内科診断能力を保持しながらプライマリ・ケアや病棟診療に積極的に関わる医師が増加することが必要であろう。現実的にはどのように総合内科専門医はプライマリ・ケア3学会と連関しながらプライマリ・ケアに関与して行くのかという新たな問題がある。この点に関して、プライマリ・ケア3学会は家庭医療学会専門医制度やプライマリ・ケア学会専門医について日本内科学会の認定医制度との互換性をどのように保持するのかを明確にしたほうが、今後のプライマリ・ケア合同専門医制度の発展のためには望ましいと考えられる。

国外での総合内科をめぐる動向はどうなっているのだろうか。米国では1970年代に研修病院を中心にして総合内科（general internal medicine）部門ができ、1977年には総合内科学会（Society of General Internal Medicine, SGIM）が創設され、臨床疫学の研究及びその応用、ヘルスサービス研究、医学教育、患者医師関係という分野に大きく貢献してきた。しかし、認定医や専門医の制度もできていない。従って、フェローシップは次世代のリーダーの養成プログラムのような形となっている⁵⁾。

一方、最近、米国で注目されているのがホスピタリスト（病棟専門医）である⁶⁾。2005年の米国病院協会調査では2万人以上もいる。病棟専門医は入院患者の診療を総合的に実践する能力が必要であり、そのためには内科全般にわたる知識とそれを実践する能力が必要であり、また其の需要は高くなってきている。また3年間の家庭医療学認定プログラムを持つ米国家庭医療学会も9万3千人の会員数を持ち、北米大陸にマッチする診療を継続しているが現実的に臨床研究にかかわることはほとんどない。

英国では総合医（general practitioner：GP）が

全国民の様々な健康問題に対するゲートキーパーとして機能してきた。しかし、2005年から新たな卒後臨床研修制度が開始され、専門医、GP専門プログラムに入るまでの2年間基礎研修期間を設け、従来のGPプログラムと専門プログラムの研修期間の差をなくした⁷⁾。英国では内科専門医になるには極めて狭き門である。Royal College of Physiciansが実施する専門医試験に合格しなければならない。これは旧英国連邦系の国々で施行されているが、GPプログラムとはべつに専門医プログラム登録医にならないといけない。つまり、日本とことなりGP、専門医プログラムが共通2年の基礎研修医後にはっきり分かれ、内科医は専門医プログラムに入らなければならない。日本では、整形外科医でも外科医でも内科を標榜することができる点で大きく異なり国際的には一般的ではないことを理解する必要がある。

3. 総合内科専門医をめざす総合内科医と臓器別専門医

プライマリ・ケアを中心とした教育が少しずつ学生・研修医に浸透しつつあり、卒前教育では臨床実習を通して、総合内科医を目指すためには何が必要なのかを問いかけ、そして卒後研修ではプライマリ・ケアの実践や病棟での主治医としての経験と指導を通じて研修期間での己の研鑽と向上を目指すことが肝要である。卒後臨床研修必須化後、後期臨床研修プログラムが重要となるので、総合内科専門医を養成するためにまず第1に総合内科専門医研修プログラムを設定すべきである。総合内科専門医は認定内科医取得後の更なる研修を積んだ後に獲得することができる。これは地域医療、都市中核病院での内科診断能力のあるレベルの高い総合内科医を目指す医師にとって最も重要な根幹であると考えている。総合内科専門医は内科認定医の能力に加えて更に症例の経験により入院診療を

含めた高いレベルの知識・能力を兼ね備えたものを必要として、各臓器別専門医とは同じレベル（認定内科医を取得後と言う意味で）であるが全般的な内科診断能力に優れている必要がある。更に、場合によっては将来個人開業する、あるいは僻地医療を実践したい医師達のために、総合内科に加えて、小児科、整形外科、耳鼻科、婦人科を経験するための総合診療医コースも設定すべきである。即ち、総合診療は認定内科医レベルの基本的知識・能力を備え且つ精神科、整形外科、小児科診療の1次レベルの診断能力を持つ必要がある。一方、臓器別専門医にとっても総合内科専門医取得のための研修は診療科相互の連携を効率的に行うために必要であるばかりか臓器別専門医が内科全般にわたる広い視野を持って患者と接することは臨床医学の発展に寄与することは言うまでもない。これに関しては“総合内科専門医の育成のために”シリーズの中のそれぞれの臓器別専門医のご意見を参照していただきたい^{8,9)}。大学病院での総合内科部門にとって大学病院での教育・研究・診療を支える人材の育成と都市中核病院の総合内科、地域中核病院、診療所、個人開業での地域医療を支える人材を育成することが重要なことではないかと理解している。

おわりに

日本ではまだ、プライマリ・ケアの担い手を

どこに求めるべきなのかという論議がされていない。今後、日本内科学会、日本プライマリ・ケア3学会の後期研修プログラムに関する論議が必要となろう。これに加えて、大学病院や都市中核病院では卒後臨床研修における内科系病棟、外来のありかたに関して、総合内科専門医が指導的な役割を果たすと同時に地域中核病院や診療所での総合医の支柱としての役割を果たすことも重要である。今後の日本における内科診療の帰趨をきめる重要な問題であることを認識することが大切であろう

文 献

- 1) 石塚達夫：総合内科専門医とサブスペシャリティ. 日内会誌 97:1130-1134, 2008.
- 2) 日野原重明：日本におけるプライマリ・ケアの過去・現在・将来. Physicians Therapy Manual 13:6, 2004.
- 3) 福井次矢：内科横断領域の100年, 総合診療科. 日内会誌 91:3106-3110, 2002.
- 4) 渡辺 毅：内科専門医の役割. 日内会誌 97:205-211, 2008.
- 5) Society of General Internal Medicine: Policy statement for general internal medicine fellowships. J Gen Intern Med 9:513-516, 1994.
- 6) Kuo Y-F, et al: Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. N Engl J Med 360:1102-1112, 2009.
- 7) 錦織 宏：英国の医学教育から見えるもの—オックスフォードからの便り：英国の新しい卒後臨床研修制度. 医学界新聞 2677号 2006.
- 8) 田中純太：呼吸器専門医が総合内科専門医としてできること. 日内会誌 98:447-452, 2009.
- 9) 木原康樹：総合内科専門医と心血管病診療. 日本内科学会雑誌 98:918-920, 2009.