



## “総合医”構想の現状報告と プライマリ・ケア医のあり方

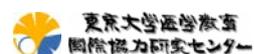
大西弘高

東京大学医学教育国際協力研究センター



## 患者・社会のニーズは？

- 医療者側とのコミュニケーションが取れ、十分な説明の上でのインフォームド・コンセント
- 医療事故防止への取り組み
- 「医師のミニマム・リクワイヤメント」としての基本的臨床能力教育への関心
- 専門医は非専門医より好まれる？

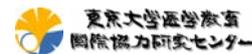




## ジェネラリストの系譜

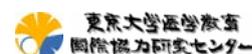
- 内科
- プライマリ・ケア
- 家庭医療
- 総合診療

※小児科もジェネラリスト的だが...



## 日本内科学会

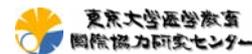
- 認定内科専門医制度発足(1968年～)
- 認定医制度(1994年～)
  - 経過処置の書類審査(1987～91年)
  - 専門内科との二階建て
- 専門医制度の変遷
  - 標榜可に. 研修年限5→6年に(2003年)
  - 2005-6年一時的緩和措置で専門医倍増
  - 「内科専門医」の医師像と適正な医師数





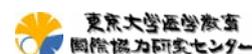
## 総合内科とは？

- 内科が“MEDICINE”という専門分化しない形では留まり得なくなり，診療が断片化
  - 心不全を診ない循環器内科医
  - 全ての腹痛患者に内視鏡をする消化器内科医
  - 循環器内科医，消化器内科医というよりは，循環器専門医，消化器専門医というふうに，内科の根幹が失われる傾向
- ジェネラルに診る内科医の再定義が必要に



## プライマリ・ケア

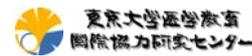
- プライマリ・ヘルスケア：アルマ・アタ宣言（1978）
- プライマリ・ケアの定義（米国IOM, 1978）
  1. 近接性（Accessibility）
  2. 包括性（Comprehensiveness）
  3. 統合性（Coordination）
  4. 継続性（Continuity）
  5. 責任性（Accountability）
- 実地医家のための会（1963）→プライマリ・ケア学会（1978）→95年より認定医制度
- プライマリ・ケア推進を目標とした新臨床研修制度開始（2004）





## 家庭医療

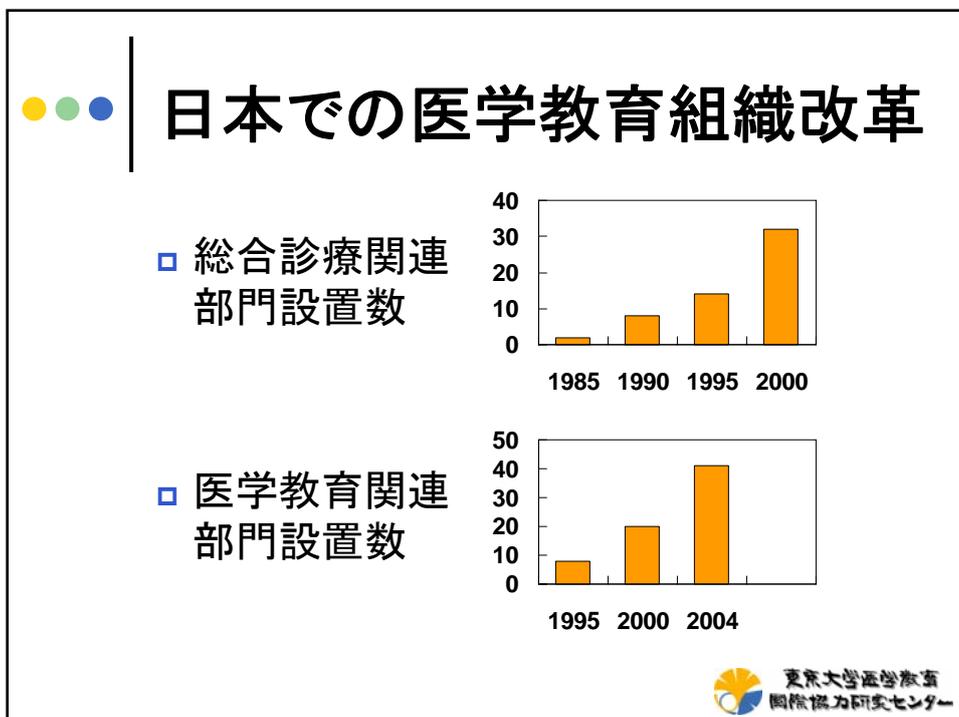
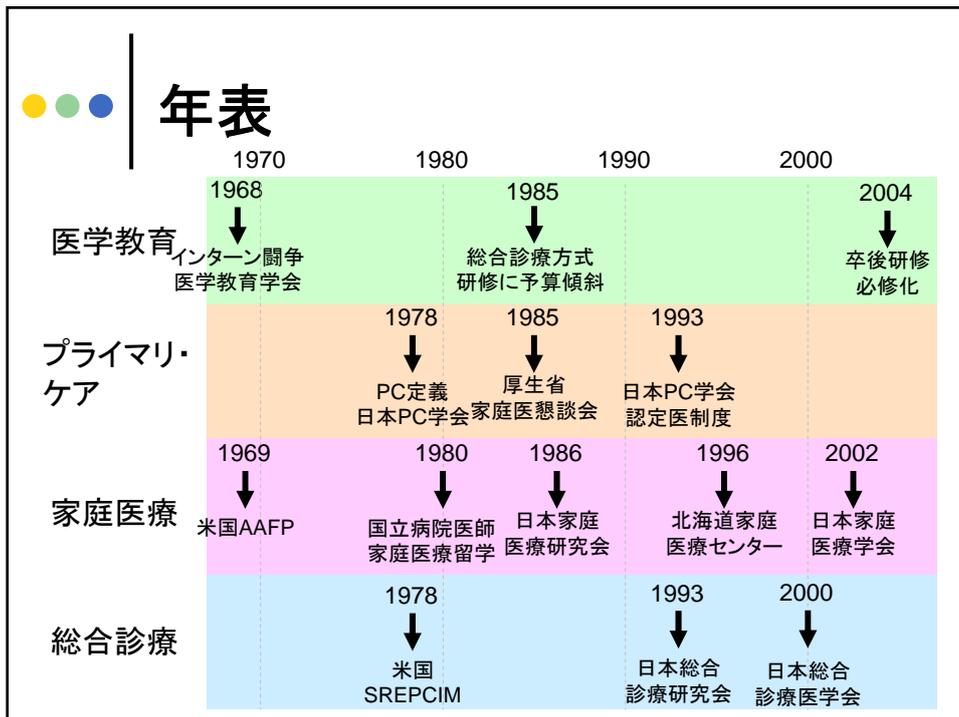
- 米国AAFP発足(1969)
- 国立病院医師のプライマリ・ケア留学(1980-83)
- 厚生省「家庭医に関する懇談会」(1985)
- 家庭医療学研究会発足(1986)
- 北海道家庭医療学センター発足(1996, 研修開始は1997より)
- 家庭医療学研究会→家庭医療学会へ(2002)
- 認定後期研修プログラムver1.0(2006)



## 総合診療

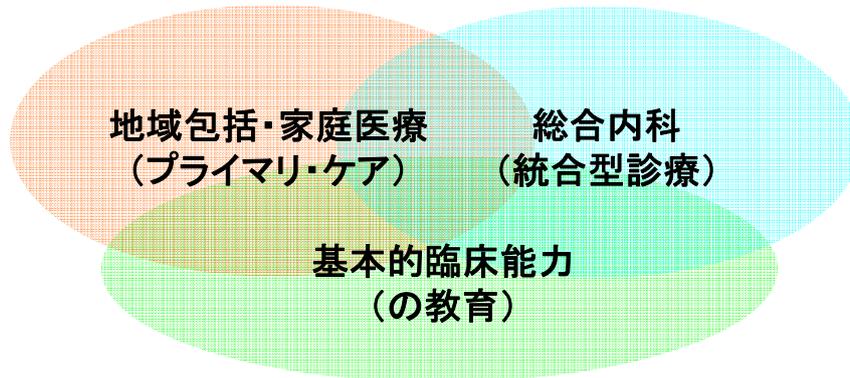
- 米国SREPCIM発足(1978)→ SGIMへ(1988)
- Sackettらの臨床疫学テキスト発刊. GuyattはEBMという用語を初出(1991)
- 総合診療研究会発足(1993). 急激に大学総合診療部門が増加.
- 総合診療医学会へ(2000)



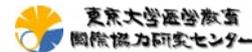




## 総合診療の定義



(今中ら. 医学教育 1999, 30(2), 65)



## 総合診療の基本的理念

- 患者の問題を包括的に捉える.
  - 臓器に偏らない.
  - 精神・心理・社会的問題も適切に対処する.
  - 予防医学的側面にも配慮する.
- 根拠に基づいた医療を提供する.
- 必要に応じて専門家の支援を得る.
- 継続的に診療しアウトカムを見届ける  
(福井. 総合診療[最新内科学大系]. P2, 1998より改編)

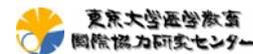
※ 米国では歴史的にFamily medicineとGeneral internal medicineが互いに仲良くなかった. 日本語の“総合診療”にはその過ちを繰り返さないという思いが込められている



## 新臨床研修制度の骨子(2004)

1. 必修化
2. 研修医マッチングシステムの導入
3. 研修プログラム・到達目標の設定
4. 地域医療実践病院の臨床研修への参加拡大
5. プライマリケア重視の臨床能力の習得
6. 指導体制の充実. 指導医講習の体制構築
7. 研修医の給与・指導医への支援保証

★上記の「プライマリケア」は「基本的臨床能力」?



## 基本的臨床能力とは

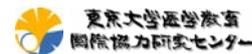
- 明確な定義はない.
- “総合診療”の概念が広がると共に, 基本的臨床能力の教育に対する関心が高まり, 医療面接, 身体診察の教育や評価に関する方法論も洗練されてきた.
- 医療の専門分化, 患者の意識の高まり, 医療に対して利用可能なリソースの制限が, 基本的臨床能力へのニーズを高めた.





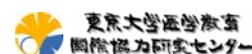
## 卒前教育と基本的臨床能力

- 平成13年3月に医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議から出された「21世紀における医学・歯学教育の改善方策について」
    - その1つは、医学における教育プログラム研究・開発事業委員会による「医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン」
  - A. 基本事項, E. 診療の基本 (E2. 基本的診療知識, E3. 基本的診療技能)などが基本的臨床能力の範囲と考えられるかもしれない
- ※しかし、診療参加型臨床実習実施ガイドラインには具体的内容が盛り込まれておらず。



## 卒後研修と基本的臨床能力

- 平成16年4月から卒後初期臨床研修が必修化
- 日本医学教育学会卒後臨床研修委員会による卒後臨床研修カリキュラム案では、研修目標が「基本的臨床能力」と「その他の臨床能力(救急対処法, 小児, 産婦人科, 外科・術前後の管理, 高齢者の診療, 在宅医療, ターミナルケア, 外来診療, その他)」に分類されている  
(津田ら. 卒後臨床研修カリキュラムの提案. 医学教育 32:201-30,2001)





## 総合医構想

- 厚生労働省が4月末に発案
- 日本医師会も一旦賛成. 後に反対
- プライマリケア関連3学会と日本医師会との間でプログラムに関する議論開始
- 3学会合併については特に異論なし
- 医道審議会医道分科会診療科名標榜部会(厚労省)では標榜制度見直し論

※小泉先生曰く, 厚生労働省の言う案は「標榜総合科」, 日本医師会の言う案は「認定総合医」と使い分けるとより違いが明確



## FAQ

Q1: プライマリケア関連の学会に1つ入るとしたら?

A1: 1つと言わず3つ入りましょう. そのうち合併します.

Q2: 総合医・家庭医等になって食いはぐれませんか?

A2: 食いはぐれた例は知りませんが, 今後については保証はできません.

Q3: 総合診療と家庭医療は仲が悪いのですか?

A3: 一時そういうふうに見えた時期・理由がありました.

Q4: 患者さんが「先生の専門何?」って聞いたら, ジェネラルな先生方はどう答えますか?

A4: 色々な答え方があります.



Q5: 3学会が合併したら学会費は安くなりますか？

A5: そういう議論はなされています。でも現状で日本の各学会の会費は安すぎるようにも思います。

Q6: 今後認定医や専門医の制度もできるのですか？

A6: まさに今議論されています。医師会の言う“総合医”と3学会が言う“認定医”，“専門医”のレベルはかなり異なったものになりそうです。

Q7: ズバリ，ジェネラリストの将来は？

A7: 時代背景は追い風でしょう。学生には勧めています。ただ，楽観視・安住はできません。

