総合医と内科医

4. 日本プライマリ・ケア連合学会の立場から

前沢 政次

要 旨

多くの内科医はプライマリ・ケアの現場に身を置いて活動している。国民に分かりやすい形でその役割を十分に果たしていくためには、医師を総合医療群と専門分化医療群に分けることが必要である。総合医療群の役割は地域住民とのつながりを重視し、幅広く健康問題の相談にのり、保健予防や介護福祉との連携が取れ、全人的医療ができることである。日本プライマリ・ケア連合学会はこの医師を家庭医医療専門医として育ててきた。今後は日本内科学会とも連携し、総合医療研修プログラムを確立したい。

〔日内会誌 101：3557～3561, 2012〕

Key words 総合医療群, 専門分化医療群, 家庭医療専門医, 日本プライマリ・ケア連合学会

内科医とプライマリ・ケア

旧日本プライマリ・ケア学会は1978年に設立し、2010年4月に日本家庭医療学会、日本総合診療医学会と合併して日本プライマリ・ケア連合学会となり、2011年3月には日本医学会加入が認められた。

会員の大部分は内科医である。内科医は開業医から大学病院医師まで幅広い層で活躍しているが、内科医のうち、診療所や小病院をベースに働く群を地域総合医、あるいは家庭医と呼んできた。一部小児科出身者や外科、整形外科を専門にしてきた会員もいる。

そしておおよそ50歳以下の若い世代は米国の

家庭医療、あるいはそれに類似した研修プログラムを履修してきた会員が増加しつつある。

内科学会の先生方には内科医が一次医療担当者として活動することをプライマリ・ケアとご理解いただきたい。

国民の目線で専門医を考えてみる

まずは国民の目線で専門医を考えてみたい(図1)。

専門医という言葉を使ったときに、医療界での意味と国民の持つイメージが異なる可能性がある。医療界ではしかるべき領域できちんと訓練を受けた医師という意味で「専門医」を使うことが多い。私たちも家庭医療専門医と表現す

日本プライマリ・ケア連合学会

General Physician and Internist : 4. From the standpoint of Japan Primary Care Association.

Masaji Maezawa : Japan Primary Care Association, Japan.

図 1. 「専門医」の二つの意味

図 2. 医師の群を大きく二つに分ける

るときには、よく訓練したという意味で使っている。

ただ、国民の多くは、訓練を重視するよりも、ある得意分野を持つ医師というイメージが強いのではないと思われる。

したがって専門医という言葉のをうまく分けて考えないといけない。私の提案は、総合的医療の担当者をどんなに偉くても専門医と呼ばないほうがよいということである。

そのため、日本専門医制評価認定機構が区分している基本領域が18もあって、その19番目に家庭医療専門医を入れていただくことになっているが、もう一度このところを考え直していただきたい。脳外科、耳鼻科、眼科、形成外科などが基本領域でよいのかということのを是非お考えいただきたい。

医師の群を大きく二つに分ける

総合医療を担当する群、つまり内科医を中心とした群と、専門分化医療群というのを大きく分けて考えないと、どうもうまくいかないのではないかな。アメリカ型で専門医が乱立しているところにfamily physicianが入っても、なかなかうまくいかない。やはりイギリスを代表とするヨーロッパ型で、診療報酬や人頭割のことは別として、もう少し大きな医師の枠組みを国民に見せていかないと、信頼される医療というものが確立できないのではないかな（図2）。

わが国のプライマリ・ケアの特徴

まず、わが国のプライマリ・ケアの特徴を考えてみたい。

1つは、臓器別の専門医が開業されるというケースが多い。病院で行ってきた専門医療を開業という形で地域に展開される。これはある意味では大変いいことでもある。患者にとってアクセスがよくて、気軽に専門医療を受けられる点である。イギリスも最近このような傾向が出てきたようである。

第2には、ソロ・プラクティスで医師ひとりで開業するケースが圧倒的に多かった。一国一城の主として自分の理想とする医療を行う点は、評価できるが、ややもすれば、時間がたつにつれて独善的になったり、幅広い領域のエビデンスを勉強する機会が少なくなったり、診療の質を保証するのが大変難しい状態にあるのではないかな。

それから3番目に、診療所と病院の機能分担が未成熟であるという点である。特に病院の外来診療は患者離れが悪いと言われる。たとえば病院外科で手術後、フォローアップは病院の専門医が毎月行わなければならないのか。それから病院が経営をよくするために、外来診療を一所懸命やらないといけないという現状があり、外来診療に関しては病院と診療所の機能分担が未成熟である。

日本プライマリ・ケア連合学会の目的

このような3点を踏まえて、私たちはプライマリ・ケア医は内科を診療科の中心としながらも、医療のシステムの中でどのような役割を果していったらよいかを考えてきた。一昨年合併したときに学会の定義づけをして「人々が健康的な生活を営むことができるように、地域住民とのつながりを大切にしたい。継続的で包括的な保健、医療、福祉の実践、および学術活動を行う」ことを目的とした。いちばん住民の方々の近くで働き、彼らとつながっていることを大事にしようと考えた。

PC学会専門医・認定医の歴史

私たちは合併してから専門医制度を作ったのではない。旧日本プライマリ・ケア学会は1978年6月に設立した。私も最初この学会ができたときは、内科学会との異同に悩んだが、プライマリ・ケアという言葉の中には医療システムにおける役割を考慮した意味が強い。1978年はWHOとユニセフがアルマ・アタ宣言という、プライマリ・ヘルス・ケアの宣言を出した年でもある。初代会長の渡辺淳（きよし）先生はこの哲学的な意味を考えて、内科学会とは別に作られた。その後1993年に認定医制度を作り、2001年専門医制度を作り、現在合併に至っているわけである。

また、合併したひとつに家庭医療学会がある。ここがプライマリ・ケア学会だけではなかなか若い医師や学生にプライマリ・ケアの独自性を見せることができない、さまざまな診療科の寄せ集めではないことを示すこととなった。2006年に家庭医療専門医、よく修練した家庭医というのを育てようというので、プログラム認定を開始した。

プライマリ・ケア学会専門医は入口は広く、

出口の試験はきちんとやろうという考え方でやってきた。家庭医療学会は、入口のプログラム、どこで研修をしたらいいか、プログラムを限定して、きちんと質の保証をしたプログラムでスタートすれば、最後の試験は軽くて済む。入口を厳しく出口をやさしくという考え方である。

家庭医を特徴づける能力は患者、生活環境、そして家族ということを中心に考える医療、家族全員を対象とする医療、それから多くの内科医もそうであろうかと思うが、包括的、総合的、継続的、効率的な医療をやろうということ。それから、家族がいくつか集まると地域ができるので、地域コミュニティ、社会共同体というものを大事にするケア、こういうものを考えて、地域医療への貢献度がいちばん大きいのが家庭医と考えてやってきた。誰もが医師として備えるべき能力というこの3つに分けて、プログラムを作ってきた。

3年間のプログラムで、内科、できれば総合内科、あるいは総合診療科を6カ月はきちんと義務づける。それからもうひとつの6カ月は家庭医療で、診療所あるいは小病院の医療を義務づけている。それから3番目は、3カ月間は小児科をきちんと研修受けていただく。あとの残りの1年9カ月は比較的自由度の高い研修で、プログラムを組んできた。

診療場所別担当範囲

私たちは活動場所によって家庭医と病院総合医を分けて考えてきた。これまで3年間の家庭医研修の後、2階建てで病院総合医を組み立てようと考えてきた。しかし、日本全体のことを考えると、内科学会の先生方と一緒にこの辺の問題すなわち研修の仕組みをどうするか、もう一度議論したいと考えている。

家庭医は地域総合医と呼ぶように、診療所ベース、それから病院総合医は比較的大病院、もちろんその中間もあるということである。

図3. 家庭医療専門医プログラム数と新規登録研修医

歴史を振り返ると、治療方法の区別によって内科は薬中心と外科は手術中心と分かれてきた。さらに年齢区分で小児科ができた。それから、人間の一生を考えると産科があり、それから最近では高齢社会になってきており、老年科の登場となった。

私たちの考える家庭医は少し欲張りであるが、浅く広くどんなことでも相談に乗って専門医にうまくつなげていくということで、家族全体を診ていく。

臓器・系統を超えて複雑困難例を含め継続的にマネジメント

それから、診療科別に分けて考えると、広く浅く、内科以外のこともやる。特に私も最近ではメンタルヘルスの問題を重視している。

臓器別の専門医療の方がどうしても身体的な診療が中心となるが、家庭医は精神科も診て、さらに保健予防や介護、福祉との連携に力を入れる。あるいは全人的医療として、心理社会的アプローチに力を入れる。超高齢社会における高齢者の認知症やうつ病などのメンタルの問題にも対応していこうと考えている。

アメリカでも言われてきたことであるが、accessibility, comprehensiveness, coordination,

continuity, contextual careを重視している。最初1978年アメリカの国立科学アカデミーの定義は、5番目がaccountabilityという言葉だったが、最近ではアメリカの中では、文脈医療と訳すこともあるが、私は患者の個別化した背景を丁寧に見ていく医療と考えている。特に高齢者ケアなどではお年寄りの持っている価値観とか日頃どのような生活をしたいか、どんな人生の閉じ方をしたいと考えているかという思い、その地域にあった文化、そういうものに寄り添う医療というのが、私たちの少し独自の部分であると考えてる。当然内科医の多くがこのような役割を果たしてると思われるが、私たちは特に重視している。

プログラム数と新規登録研修医

旧来のプライマリ・ケア学会、多種の診療科の開業医が集まって学会を作った。次第にブラッシュアップされてきて、今回旧家庭医療学会は元気な学生研修医が多く、若手医師部会が一所懸命頑張っている。

このグラフは、ここ数年間の私たちの家庭医療学会時代から連合学会への移行でのプログラム数と後期研修に登録した医師の数を示している。

グレーの棒グラフはプログラム数で漸増している。しかし、年間に私たちのプログラムに新規に登録する研修医の数はだいたい毎年80数名で頭打ちになっている。これをどう評価するか。毎年80名でも維持していけばいいではないかという考え方もあるし、卒業生全体からするとたったの1%、80人であるので、もっともっとがんばらないといけないとも言える(図3)。いずれにしても現在、指導体制やプログラムの充実を図っている。

そう考えると、国民が利用しやすい仕組みとして、まず何でも相談できる総合医群というものを作るべきである。これを私は専門医機構が

図 4. 研修コースの共通化

考えている基本診療群とは別に議論していただく方がよいと考える。内科関連でいくのか、小児科も含めるのか、救急とか老年科とか在宅医療とか、その辺までいくのかというのはこれから議論をしていってはどうかと思う。専門分化群に紹介できる医師群。それから患者さんたちにとっては在宅医療や在宅看取りもしてもらえる医師群が存在することは意味がある。

今後の課題

私たちのキャッチフレーズは、「2025年までに総合医療医師群を10万人にしよう」というものである。この根拠は2025年になると、団塊の世代の人が後期高齢者になって次々と死んでいく。年間160万、下手をすると180万ぐらい死ぬ人が出てくるのではないかと試算されている。病院で収容できて看取れるのはたかだか80万人である。その倍の数を在宅や福祉施設で看取らないといけない時代になる。1人の総合医が年間平均7~8人看取りができると、なんとか80万人を看取るために総合医群を10万人に増やそうと考えている。

そのためには次世代型の若い学生研修医を受け入れていくプログラムと、現在総合医をしている群、特に日本医師会の所属の先生方と一緒にやっていくような仕組みでないと、10

万人というのは難しいだろうと考えている。

内科学会への期待

最後に内科学会へのお願いである。皆さんこれまで素晴らしいお仕事で内科認定医、総合内科専門医をたくさん養成してこられたが、総合という言葉と専門という言葉が両方含まれていると、なかなか国民に理解されない。総合内科指導医とか、修練総合内科医とか、ネーミングも考えながら、今後私たちの学会とも協議をさせていただけると大変ありがたい。

これからは臨床研修をしたあと、いろいろな科に進む研修医がいるが、内科学会とプライマリ・ケア連合学会が協議をして、太い総合医療の研修のコースを作って、その上にいわゆるこれまでの専門医的な、専門医ではなく指導医とか修練医と名乗って、若い人たちを指導できるような立場の医師群を育てていくということが、これから総合医を増やしていくことの大事なストラテジーである(図4)。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

参考文献

- 1) 津田 司：三学会は何故合併したのか、今後の目指すべき方向は？ 日本プライマリ・ケア連合学会会誌 33: 96-100, 2010.
- 2) Starfield B: Pathway of influence on equality of health. Soc Sci Med 66: 1355-1362, 2007.
- 3) Saultz JW: Contextual care. Saultz JW, ed. Textbook of Family Medicine, McGraw-Hill, 2000.
- 4) Huddle TS, Heudebert GR: Internal medicine training in the 21st century. Acad Med 83: 910-915, 2008.
- 5) 前沢政次：理想のプライマリ・ケア医とは。総合臨床 60: 807-8010, 2011.