

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

わが国の総合診療はどうあるべきか： 内科，プライマリ・ケア，プライマリ・ヘルス・ケア， 家庭医療を含めた歴史的変遷に基づいた考察

大西弘高¹

要旨

本稿では、プライマリ・ケア・家庭医療・総合診療といった概念に対し、わが国の戦前の医学の専門分化の流れを踏まえつつ、ドイツ・英国・米国における内科や総合診療・家庭医療の発展、国際機関におけるプライマリ・ヘルス・ケア関連の概念を俯瞰し、わが国の戦後のプライマリ・ケア・家庭医療・総合診療の動きを振り返る。また、これらの情報を基盤にして、用語の違い、総合診療・家庭医療と内科との違い、地域医療と総合診療・家庭医療の関係といった側面から、わが国の総合診療がどうあるべきかについて論じた。

元来は内科が今で言うところの総合診療的な診療を行っていたが、その後総合診療が再定義される必然性が生じ、さらに総合診療から家庭医療が派生していること、総合診療から家庭医療への発展においてプライマリ・ヘルス・ケアの概念が影響していることが判明した。この流れから見ると、ドイツ、英国、米国に比べて日本の総合診療の発展は遅れている。

序文

2000年以降、わが国の医療制度は節目となる改革をいくつも乗り越え、来るべき超高齢社会への対応を急いでいる。多くの問題を併せ持つことが多い高齢者へのケアを展開する際、包括的、継続的な診療が提供できる医師の存在は魅力的であると思われるが、わが国ではこれまでそのような医師を一定の比率で育成するというシステムは存在しなかった。2018年春から開始された日本専門医機構による専門医制度においては、19番目の基本領域として総合診療専門医が制度化され始めたが、英国や米国が総合診療、家庭医療の認定を行うようになったのと比べると、制度としては半世紀ほどの遅れを見ている。

本稿では、総合診療の専門性を医師のキャリアや教育制度という観点でドイツ、英国、米国との比較も含めて論じ、なぜそのような専門性が必要か、専門性を持つ医師を育成するにはどのような制度が求

められるかを明らかにしたい。なお本稿では、海外の制度に関する用語は、general practice を総合診療、family medicine を家庭医療という形で、直訳によって表すこととする。

1. 戦前の日本における医学・医療の専門分化と総合診療

江戸時代のわが国の医療は漢方医が主流であったが、旧幕時代には蘭方医がドイツ医学を導入した。一時期英国医学導入の気運もみられたが、1869年医学取調御用掛の相良知安らがドイツ医学の採用を決定したとされる¹⁾。1870年には、西洋医学学校である大学東校（後の東京大学医学部）が生まれ、ドイツから外科医Muller氏、内科医Hoffmann氏を招くなど、西洋医学の基盤が敷かれた²⁾。1874年には医制が公布され、医薬品の取り締まりが進み、西洋医学主体の制度が形作られていった³⁾。日本人指導者は、ドイツの指導者たちに多くの医師を育てて欲しいと要請したが、Mullerらは断固拒否して予科3年、本科5年という本格的なカリキュラムを堅持し

1. 東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター

たと言われている⁴⁾。これは、新しい医学の導入において、量（医師数）よりも質（コンピテンシー）に Muller らがこだわったと考えられる。

また興味深いのは、医制の制定に大きな役割を果たしたと言われる相良知安が 1868 年の保護健全意見書において「専ら一科の学問の学を業とし之を歴試経験し其实用を採て教る人」と「各科普く其要領を学び得て行ふ人」というふうにより、専門医と総合医について述べている点である⁵⁾。専門医が教える人と位置づけられていることは、総合医のキャリアのままの者と、専門性を身に付けて指導的立場になる者という区別が当時から想定されていたことになる。

医学における学会活動は、専門分化と関連し得る。後に日本医学会分科会となった学会で見ると、臨床系で領域別専門に特化した学会は、1898 年に設立された胃腸病研究会（1964 年に日本消化器病学会に改称）が最初である⁶⁾。日本内科学会はそこから 5 年遅れた 1903 年に設立された⁷⁾。当初は通常の臨床医学=Medicine=内科として扱われていた、すなわち内科が総合診療的であったと考えられる。その後も 1926 年の日本感染症学会⁸⁾、1927 年の日本内分泌学会⁹⁾、1935 年の日本循環器学会¹⁰⁾、1937 年の日本血液学会¹¹⁾などが内科関連の専門学会として設立されていたが、いずれも「内科」をその名称に含んでいないのは、やはり内科が総合診療的であったことの証左と思われる。日本医学会は 1902 年に日本聯合（れんごう）医学会として 16 の分科会の合同で開催されたが、そこに加わっていたのは生理学、医化学、薬物学といった今でいう基礎医学系の学会であり、医学が学問化する上で、基礎医学が重視されていた時代背景が浮かび上がる。

日本医師会の前身である大日本医会は、漢方医に対抗して洋方医が団結する形で 1893 年に組織された¹²⁾。様々な政治的動きの中で大日本医会は勢いを失ったが、1903 年には帝国連合医会となり、1906 年の医師法案提出から施行の流れを作った。また、各道府県医師会も成立していき、全日本医師会が 1916 年に設立され、1923 年には日本医師会となった。ここには学術や専門分化の議論はなく、開業する漢方医が年月と共に減少していく中で、洋方医が拡大していくプロセスが見える。戦時下に向けては医学専門学校が多数生まれていったが¹³⁾、これも医師の質よりも量を確保しなければならなかった時代背景を映し出している。このような状況において、

今でいう総合診療は「内科」として認識されていたと考えられる。

2. ドイツの総合診療とその専門医制度

ドイツでは、医学課程を修了した者のみが医師資格を名乗る制度が導入されたのが 1852 年である¹⁴⁾。その後、ドイツの医療状況を改善した理由の一つとして、ビスマルクが 1883 年に導入した疾病保険が挙げられるだろう。全国民強制加入の制度は世界的にも先駆けである。ただ、19 世紀中ごろからはすでに開業医を避けて専門医を受診するという行動が一般化しつつあり、開業医の立場や保険制度に問題となっていた。一般医+専門医という医師群が増え、一般人の混乱も生じ、結果として家庭医療専門医の必要性なども議論されるに至っていった¹⁵⁾。その後、1924 年にはいくつかの科において専門医制度が発足した。内科、外科、産婦人科は 4 年、胃腸代謝、肺疾患、小児、尿路などは 3 年という研修期間も定められたが、その際に専門科の群を跨いだ形での標榜が許可されないこと、一般医業務を行う医師は専門医を標榜してはいけないことなども定められた¹⁶⁾。

1966 年からはさらに卒後教育法案に関する議論がなされ、1968 年には臨床医全員が卒後教育を受ける制度となった。その際、総合診療（Allgemeinmedizin=general practice）の専門医に関して内科 1 年半、外科 1 年、産科主体の産婦人科 1 年、小児科 3 カ月、開業医実地研修 3 カ月から成る 4 年間の研修が導入された¹⁷⁾。

医学の専門分化は進み、2004 年には専門医が 52 領域、サブスペシャリティが 18 領域に至っている。その結果、従来はすべての医師が総合診療的なケアを担っていたが、専門領域に特化した結果医師が行う総合診療的なケアが減少し、医師以外の職種にそういった業務を任せようとか、専門職種間での協働を促そうといった議論が増しつつある。その結果、総合診療ケアアシスタントなどの職種が生まれた¹⁴⁾。

総合診療については、1993 年以降資格試験に沿った研修が行われるに至った。さらに 1998 年には、総合診療専門医の 5 年研修に法的基盤が与えられ、2002 年に総合/家庭医療専門医（general and family medicine）が制定され、2006 年からは 5 年研修が義務化された。ただ、5 年研修は必要な内容をローテーションするなど、学術的な裏づけのあるものではない¹⁸⁾。そこにはステークホルダー間の調整が

難しかった、研修に対する予算措置が不十分だったなどの理由がある¹⁹⁾。

3. 英国の総合診療とその専門医制度

英国では1858年に医師法が制定されて、医師資格が明確に定義されるに至った。また、ドイツに倣い1884年に全国民加入の疾病保険が作られた。1911年には診療圏の患者を登録する「パネルシステム」を含むNational Insurance Act 1911が導入され、福祉の観点で先進的な国家システムとなった²⁰⁾。これらを基に、第二次世界大戦後の1948年には国営医療サービス(National Health Service:NHS)が発足し、1952年には英国総合診療医学会(Royal College of General Practitioners;RCGP)が設立されるに至った²¹⁾。

総合診療医向けの研修プログラムは、スコットランドで1952年に始まった2年研修が最初である²²⁾。週あたり1~2日を診療所で過ごし、それ以外は研修医が3~6ヵ月ずつ病院や診療所で自由にプログラムを計画できるものであった。ただ、1957年に行なわれたRCGP会員に対するアンケート調査では、政府の補助を受けつつも教育のない手伝いに過ぎないと多くが回答しており、研修導入の困難さが窺える。また、当初は総合診療専門医(membership of RCGP: MRCGP)の認定はRCGPの検定委員による書類や面接審査で行なわれたが、専門医試験が1965年に試行され始め、1967年にはGeneral Medical Councilに認定を受けたことから、1968年にはMRCGPは試験合格を要件とするようになった²³⁾。これにより、研修施設は急速に増え、1968年の10箇所から1973年には102箇所へと増大した²⁴⁾。

さらに1968年には、Royal Commission on Medical Educationが卒後研修の推奨案を出した。インターン1年、専門医研修3年、その後のサブスペシャリティないしは継続教育の形式である。総合診療プログラムを具現化するために、1975年に総合診療のための卒後研修合同委員会(Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice)がGeneral Medical Services CommitteeとRCGPの支援によって立ち上がった。1979年の職業研修令(Vocational Training Regulations)など関連法規の整備がなされ、結局3年間の専門研修プログラムが必修化となったのは1982年である²⁵⁾。

2005年の卒後医学教育研修機構(Postgraduate Medical Education and Training Board)設立、それま

では1年だった卒後インターンから2年の基礎研修プログラム(foundation programme)への変更といった改革が行われた。これによって、研修プログラム、専門医試験がさらに整備された。ただ、2年の基礎研修プログラムを修了した後は、総合診療医と専門医のキャリアが明確に分かれる点、総合診療プログラムが3年である点に変わりはない。

4. 米国の総合診療とその専門医制度

19世紀末期ごろの米国の医学教育には問題が多かったとされる。17~18世紀は英国、1820~1860年はフランス、1860~1910年はドイツやオーストリアへの留学者が多かったとも言われる。今では補完代替療法(complementary and alternative medicine)に含まれるいくつかの流派(トムソン主義、ホメオパシー、折衷主義など)は19世紀の初めに広がり、1844年にはホメオパシー協会が立ち上がるに至った²⁶⁾。いわゆる西洋医学を信じる医師たちは米国医師会を1847年に立ち上げたが、ホメオパシー側と西洋医学側の対立は20世紀にまで持ち越され、1910年にFlexnerレポートが出されたことで一定の結論をみた。この動きに関しては、日本の方が西洋医学への変革は若干早かったのかもしれない。Flexnerが1900年代に行った調査によると、19世紀の米国では医学校乱立が繰り返され、100年余りの期間にカナダと併せて447校が設立された²⁷⁾。商業主義に基づき、医師が過剰に養成され、教育は講義ばかりという医学校が多かった。今で言う補完代替療法の開業医が設立したおよそ学問的でない医学校も存在したという。その結果、Flexnerはその当時存在した155校のうち8割の医学校の廃止を推奨した²⁸⁾。

一方で、Johns Hopkins大ではFlexnerが調査時に規範と位置づけた医学教育が行われていた。1889~1905年に在籍したWilliam Oslerは、Johns Hopkins大で最初の内科教授の1人であるが、ベッドサイド教育の重要性を説いたことでも有名である³⁰⁾。彼の死後も改訂が続けられた内科学テキストの目次を見ると、1,100ページ余りのほぼ3分の1が1章の感染症に割かれ、2,3章は環境や中毒の内容だが、その後の4~13章は内科サブスペシャリティの項目が並んでいるのが分かる³¹⁾。一方小児の健康問題などは記載されず、内科的な教科書である。この時代は内科が今で言う総合診療のような業務内容として位置づけられていたと考えるべきであろう。

Flexner 報告後、米国では基礎医学が強化され、医学・医療の専門分化が大いに進んだ。専門医制度は、1916年の米国眼科専門医認定委員会が立ち上がったのを皮切りに、様々な専門領域に広がった。また、1933年には全ての専門医制度を俯瞰する形で、米国専門医認定委員会（American Board of Medical Specialties）が設立された。米国内科専門医認定委員会は米国医師会（American Medical Association: AMA）および米国内科医会（American College of Physicians）によって1936年に設立され、現在は20のサブスペシャリティが連結している。これらの流れにより、総合診療に留まり続ける医師よりも専門医の方がよい医師であるという認識が生まれた面がある³²⁾。そのような認識は、第二次世界大戦で陸軍、海軍共に専門医により高い階級を与えたことも一因とされる³³⁾。

総合診療の復権、あるいは家庭医療の新設の端緒となったのは、1947年設立の米国総合診療協会（American Academy of General Practice: AAGP）であろう。1949年には、AAGPが各医学部に総合診療部門の設置を提案するなどの成果はあったが、その後医学部改革は進まなかった。AMAの病院医学教育協議会は1959年に総合診療準備に向けた報告書を提出し、パイロットとなる総合診療2年プログラムを16個策定するに至った。これは1963年には165プログラムに対し、783人の枠を設けるところまで拡大したが、その47%しか定員が埋まらず、しかもその半数以上が外国医学部卒業者であったことから、10年以内にこれらのプログラムは閉じられるに至った。こうなった要因として総合診療医の専門性が明確でなく、学問基盤がなく、専門医との明確な違いを打ち出せなかったことが挙げられている³⁴⁾。

1960年代に入り、総合診療医の機能を再評価する必要性が打ち出された。米国医学校協会（Association of American Medical Colleges）トップであったWard Darleyは、医学が専門領域に断片化していることで患者ケアが断片化したと指摘した³⁵⁾。1963年7月にはWHO総合診療専門委員会（WHO Expert Committee on General Practice）が組織され、総合診療医の育成のために特別な卒後研修を必要とするというTraining of Physicians for Family Practiceという報告書を出した³⁶⁾。1966年には、「AMA卒後医学教育に関する市民委員会」、「AMA家庭医療教育に関するアドホック委員会」、「AAGPとAMA総合診療部会から成る認定基準委員会」による、俗に

Millis報告³⁷⁾、Willard報告³⁸⁾、Whitten報告と呼ばれる報告書が相次いで出された。米国保健教育福祉省長官によるFolsom報告^{39,40)}もこの流れを後押しした。Willard報告ではプライマリ・ケア医のための卒後教育に関して、①単に内科などの研修を積み上げるのではなく、包括的・継続的な患者ケアを重視するための診療を行う、②これまでの医学的内容に加え、全人的ケアの理論的枠組を形作るような、プライマリ・ケア医の経験やスキルをプログラムとして教育する、③外科では救急ケアや術前・術後マネジメントを重視する、④研修レベルを他の専門領域と揃えるために、専門医認定委員会を確立する、⑤卒後研修プログラムに個々の特徴を持たせる、の5つの指針が出された。Whitten報告では、家庭医に医学のあらゆる領域の基礎知識を教育するだけでなく、行動的・社会的・環境的側面から病い（illness）にアプローチする方法が必要であることが示された⁴¹⁾。これらの流れを受け、AAGPは1969年にAmerican Board of Family Medicineへと発展し、3年間の家庭医療専門医プログラムが開始されるに至った。

なお、家庭医の名称の決定にも紆余曲折があったようである。地域医療に対する全国委員会（National Commission on Community Health）はpersonal physician、Millis報告はprimary physicianを用いていた。また、Millisは家族の関係性に必要性を感じず、family practiceという用語に特に反対していた。しかし最終的にはWHO総合診療専門委員会とWillard報告で用いられたfamily physicianの用語が徐々に新しい専門医を表すために広く受け入れられていったとされる³³⁾。

米国内科は、かつてはプライマリ・ケア医としての業務を兼ねていたが、1970年代初めにはサブスペシャリティの集合体としての認識を増している⁴²⁾。これは同様にプライマリ・ケアを担ってきた小児科においても同様であった⁴³⁾。Bogdonoffは、内科において医療面接が短く、患者との関係性を築くのが難しいため、心理社会的側面への理解に対する優先順位が低くなっていることを嘆いた⁴⁴⁾。また、この頃から内科サブスペシャリティへのニーズだけでなく、プライマリ・ケアに関心を持つ総合内科のニーズがAmerican Board of Internal Medicineから認識されるにも至っており、逆に言えば内科が提供するプライマリ・ケアが断片化し、十分でなくなりつつあるという状況が生まれていたことが分かる。このような実態に対しEngstromは、①内科は

卒前・卒後教育および臨床において医療のリーダーシップを提供できていない、②医学校は医学生に対し総合的な医学教育を提供すべき、③内科レジデンシーの研修は強化されるべき、④あらゆる専門科の医師はプライマリ・ケア医としての機能を果たせなければならない、と結論づけた⁴⁵⁾。1978年にはプライマリ・ケア内科研究教育学会（The Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine: SREPCIM）が立ち上がり、1988年には米国総合内科学会（Society of General Internal Medicine）へと発展した⁴⁶⁾。一方で、1997年には新たに病院総合医学会（Society of Hospital Medicine）が設立され、急速に学会員を増やすなどの新たな動きもみられている⁴⁷⁾。

5. 国際機関による家庭医療重視の流れ

世界保健機関（World Health Organization: WHO）は、国連の政府間組織の一つとして189の国々によって1948年に創設された。1977年の世界保健総会（World Health Assembly）では、各国政府とWHOの主要な目標が社会的、経済的に生産的な人生を送れるようにするという「2000年に向けたHealth for All」というビジョンが打ち出された。1978年には、プライマリ・ヘルス・ケア（primary health care: PHC）に関する国際会議がWHOと国連児童基金（UNICEF）の主催で行われ、開催地の名を冠したアルマ・アタ宣言が出された。PHCは、健康教育、栄養、飲み水、母子保健、予防接種などを含み、医療というよりは保健領域の活動の位置づけであり、最も効率的で費用対効果の高いアプローチである⁴⁸⁾。先進国においては、PHC活動が医師の業務の範疇ではない可能性があるが、家庭医はPHCに近い立場におり、PHCを担う医療専門職との連携を図ると思われる。

アルマ・アタ宣言後、先進国でのPHCの主流を成すようになったのは、WalshとWallenによる「選択的PHC」であった⁴⁹⁾。彼らは、アルマ・アタ宣言のPHCを包括的PHCと呼び、その達成には長い年月がかかるため、実現可能性が高い中間的な方法論として選択的PHCを提唱した。特定の領域や疾患を決めるような予防接種プログラム、AIDSや結核のケアなどがその例となる。一方で、選択的PHCはアルマ・アタ宣言の理念である住民参加型のボトムアップ型アプローチとは言えず、持続可能な成果になりやすく、医療的アプローチに戻ってしまう可能性があるため、包括的PHCの主導者からは批判

を受ける結果となった。例えば2008年のPHCに関するWHOの報告書でも、ヘルスシステムに焦点を絞る必要性が中心に述べられており、途上国、先進国を問わず、アルマ・アタ宣言の際の原則が重要であることが再認識される⁵⁰⁾。

2005年には、WHOに「健康の社会的決定要因（social determinants of health: SDH）に関する委員会」が設置され、健康の公平性を推進し、指標を達成するためのイニシアチブが展開された⁵¹⁾。性別、年齢、人種、貧困、教育などの様々な絡み合った要因が健康に与える影響が徐々に明らかになり、医療専門職が地域社会の問題と密接に関係しているという意識につながった。現在では地域医療を考えるうえでSDHは不可避な課題となっている。

WHOだけでなく、経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD）も医療の質に関する評価を行うようになった。2014年のレポートでは、①医療の質の管理と提供の全般的な強化、②プライマリ・ケアの明確な専門分野の確立、③病院部門における質の監視と改善の向上、④質の高い精神医療を確保するための努力、といった4つの提言がなされている。②に関連しては、総合診療専門医に対する国全体でのビジョンの共有という大きな課題も掲げられている。

医学教育の観点からは、1963年にWHOから出された家庭医研修に関する報告書には、「総合診療医のニーズを満たすための卒後研修は継続教育システム、家庭医療の研究、医学生の教育を含むべき」と記載された。1978年には医学教育におけるコンピテンシー基盤型カリキュラム開発に関する報告書が出され、医学教育のニーズは重大事象、公衆衛生や診療録を考慮しつつ、社会・経済・政策的な現実性をも踏まえて議論されるべきという方針が示された。

また、学術面ではWHOが公式に協調関係を表明している世界家庭医会議（The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians: WONCA）が、130カ国および地域の家庭医50万人を代表して1972年に設立された。WHOとWONCAのつながりについては、2013年WONCA世界大会において、WHO事務総長であったMargaret Chan女史が「家庭医療の上昇する重要性（The rising importance of family medicine）」というテーマで基調講演したことでも知られる⁵²⁾。

6. 戦後日本の総合診療

戦後の医学教育改革は、連合国軍最高司令官総司令部公衆衛生福祉局長の Sams 准将によってもたらされた。Sams は、「戦前の医学教育では、大学教授は面子を保つために通常学部学生に教えることを嫌い、大学院生や医学博士号をめざす弟子たちのみに教えることを好んだ」と述べている⁵³⁾。そのような状況を変革するために医学教育審議会を設置し、インターン制度を 1948 年に開始するに至った。インターンシップは「医学校を出たものが、人命に対して責任のある取り扱いが出来るようになるための訓練をうけるために、指導者のいる教育病院の病棟に泊まりこんで、日夜研修を続けるもの⁵⁴⁾」と位置づけられた研修制度のはしりである。ただ、当初は病院のスタッフが若いインターンに医療の実際のやり方を教えたり、指導したりするのにほとんど時間を割かなかったとも Sams は述べており、臨床教育の基盤の薄さが窺い知れる。

インターン制度は、教育的にも不十分だったが、身分や収入という意味でもインターンの立場を改善できないままとなり、1968 年 5 月学生運動の大きな争点となって、廃止に至った⁵⁵⁾。そして同年 7 月臨床研修制度が創設され、医師免許取得後 2 年以上の努力義務が制度化された⁵⁶⁾。臨床研修の充実に関して審議を行うために設けられた医師研修審議会は、1973 年に「臨床研修の充実について」の建議書⁵⁶⁾、1975 年に「卒後臨床研修の目標と内容」の意見書⁵⁷⁾、そしてこれらに基づいて 1978 年に「プライマリ・ケアを修得させるための方策」の意見書⁵⁸⁾を相次いで厚生大臣に提出した。1980 年には、プライマリ・ケア分野の研修推進の観点から、ローテーション方式の研修プログラムに補助金の傾斜配分を行う制度が始まった⁵⁹⁾。さらに 1985 年には、厚生省が総合診療方式（スーパーローテーション）の研修目標を設定し、この方式の研修プログラムに補助金を傾斜配分するようになった⁶⁰⁾。このような流れは、大学病院以外の施設においても着実に臨床研修の指導能力を育み、熱意を持つ臨床研修指定病院で受けられる研修の質は高かった。ただ、制度的には 2004 年に新臨床研修制度が導入されるに至り、すべての卒業生が臨床研修に入るようになった結果、広く薄まってしまった面がある。

現場レベルでは、1950 年代以降の佐久総合病院や関連施設における取り組みは PHC と呼べるものである⁶¹⁾。プログラムとしては、1976 年天理よろづ相談所病院に初めて総合診療という名を関した研

修が始まった⁶²⁾。上述した総合診療方式の研修プログラムが位置づけられてからは、この名称を用いる施設も増えていった。また、大学関連では、1981 年には自治医科大学地域医療学、川崎医科大学総合診療部が発足し、1986 年には佐賀医科大学（今の佐賀大学医学部）附属病院総合診療部が立ち上がった⁶³⁾。この後、1990 年代以降大学の総合診療部門が急増していく流れが生じる。なお、家庭医療のプログラムとしては、1997 年に開始された北海道家庭医療学センターにおける家庭医療学専門医コースが最初⁶⁴⁾だが、川崎医科大学総合診療部はそれ以前からかなり家庭医寄りの指導をしていたとも言える⁶⁵⁾。

1963 年の「実地医家のための会」の発足は、東京の診療所医師を中心に呼びかけられて実現した⁶⁶⁾。これは 1978 年の日本プライマリ・ケア学会発足にもつながった⁶⁷⁾。1986 年には家庭医療学研究会（後の日本家庭医療学会）、1993 年には総合診療研究会（後の日本総合診療医学会）も発足した。2005 年 WONCA アジア太平洋地区カンファレンスが京都で行われた際、これら 3 学会は協調を始め、2010 年について日本プライマリ・ケア連合学会として合併を果たした⁶⁸⁾。そして、2006 年から旧日本家庭医療学会が行っていた家庭医療後期研修プログラムが継続され、現在に至っている。2018 年 4 月からは臨床研修制度を 2 年終えた医師が基本的にどこかの専門医プログラムに入る制度が開始されたが、総合診療は 19 番目の基本領域と位置づけられ、総合診療専門研修プログラムという名称になっている⁶⁹⁾。

一方で、近年のプライマリ・ケア、総合診療、家庭医療の動きだけを見ても、わが国の総合診療全般を見渡すことはできない。わが国では一定期間以上の勤務経験を経た後に開業し、プライマリ・ケアに専念する総合診療医のようなキャリアパターンをとるものが多いことが知られている⁷⁰⁾。また、病院でもプライマリ・ケア的な外来がかなり行われているし、開業しても専門性を一定以上提示した形で診療を提供するといった、病院と診療所の棲み分けが不明瞭な点も特徴と言える。現状で、そのような従来の形でプライマリ・ケアを担う医師と、例えば家庭医療専門医とがどの程度質の異なる医療を提供できているかに関するデータは存在しない。今後、どのような政策を提言していくかについて、これらの点は十分考慮しておかなければならないだろう。

7. わが国の総合診療はどうあるべきか

以下に、プライマリ・ケア、総合診療、家庭医療といった領域を俯瞰しつつ、いくつかのセクションに分けて述べていきたい。

a. プライマリ・ケア、総合診療、家庭医療といった用語の違い

歴史的には、総合診療は元来の内科医を中心とした開業免許を持つ医師が地域住民の問題に包括的、継続的に対応している中で、そのような医師の診療形態を表す言葉として生まれてきた。その後制度として、英国の総合診療（general practice）が1950年代から成立し、同時期には米国でも総合診療レジデンシーが生まれていた。また、1960年代終盤には英国、ドイツでは総合診療、米国では家庭医療の専門医認定制度ができた。これらの国では、以前は開業免許を持っていれば総合的な診療が可能だったが、制度導入後徐々にそのような認定を受けなければ同様の診療が出来ない体制を創り上げられたことになる。わが国で2018年4月より日本専門医機構が開始した総合診療専門医制度は、これらと同様の流れを創るかもしれないが、日本医師会のかかりつけ医制度のように、総合診療専門医を持たなくても総合的な診療ができる体制は維持されているため、まだ道半ばという印象もある。

なお、米国で家庭医療の名称に収まったのは、前述したように総合診療の新しい姿を探る中で各グループが提唱した名称がぶつかり合い、人々に選ばれた名称が残った形である。わが国でも日本プライマリ・ケア連合学会が用いてきた家庭医療専門医に対し、日本専門医機構が新たに総合診療専門医の研修制度を創設し、名称が異なっても本質的にかなり近い制度になったのは、これら二つの名称に本質的な違いがないことを示す。もちろん、「違いがない」と言えるのは制度が未発達な時期だけであり、他の国々も含め、家庭医療は総合診療よりも新たな意味合いを帯びていくことが多い。

これらに関連して、補完代替療法の概念はわが国では漢方（和漢を含む）や鍼灸などを含み、いわゆる西洋医学の範疇を超えた領域のあらゆる内容を指す。西洋医学と補完代替療法を併せた治療を提供する考え方を統合医療と呼び、一定のニーズがあると言われている。わが国では、漢方薬処方や条件を満たす際の鍼灸治療にも健康保険が適用されるため、ある程度統合医療的な診療をも受け入れているとも言える。ただ、その興りを考えると、米国、日本では西洋医学が医学において中心を占め、補完代替療

法はあくまでも補完的な位置と定義されている。総合診療は西洋医学を基盤とし、統合医療は西洋医学と補完代替療法の視点を併せ持つという定義をしておくのがよいと思われる。

プライマリ・ケアは、基本的には一次的な保健・医療を地域的に展開する形の実践を意味する。医学・医療が専門分化し、医療施設を規模によって区分し、人口や地域に応じて全体的に効率的に配置するというような発想が生まれたときに、制度的に定義されていくものであろう。プライマリ・ケアは、場合によって内科医や小児科医が提供してもよいし、他の専門科を標榜しつつ日常病の対応をしたり、降圧薬を出したりといったプライマリ・ケア機能を果たしている医師もいるだろう。一方、医師補（准医師）やナースプラクティショナー、あるいは看護師や薬剤師がプライマリ・ケア機能を果たす場合もある（例えば、英国や米国では看護師や薬剤師が処方権を持つこともある）。わが国でも、様々な専門領域で研修を受け、診療所などで働く中で専らプライマリ・ケアのために業務している医師は多いと思われる。

b. 総合診療・家庭医療は本来の内科とは異なるのか

わが国では現状においても、内科医としてトレーニングを受けて、その後プライマリ・ケア機能を果たそうとする中で小児も診るといった形で業務をしてきた医師は少なからずいる。歴史的には、内科とそれ以外の科を比較すると、内科が総合診療的な意味合いであったと思われる。ところが、内科自体が各臓器別専門領域で発達、深化を遂げる中で、断片化し、総合診療や家庭医療の必要性が提唱されていく中で、内科自体の再定義が必要になっていったと考えるのが妥当であろう。英国、ドイツのように内科と総合診療の間に明確な制度的差異が設けられればこのような議論は生じないだろうが、その制度がない米国やわが国ではこの議論は継続されていくと思われる。

総合診療、家庭医療といった専門領域が整備される中で、これらを学問的に支える患者中心の医療の技法、生物・心理・社会モデル、家族志向型ケア、コミュニケーション技法・・・といった様々な分野も急速に発達してきている。内科が再定義の中でこういった分野を取り込んでさらに発展していくのであれば好ましいことではある。ただ、プライマリ・ケア機能を果たす医師間で、相互に重なり合う部分があるということを意識しつつ、互いに高め合うよ

うな配慮が不可欠である。その意味で、総合診療・家庭医療が本来の内科と異なる点を殊更に議論する必要はないが、それぞれがプライマリ・ケア機能の中に新たに生まれた学問分野を深めることは必要であろう。

c. 地域医療と総合診療・家庭医療の関係

地域医療をどう定義するかが難しいが、ここではPHCで重視されている項目の中から先進国でも通用すると思われる、「住民の自己尊重・自己決定の意識や地域全体の医療コストを重視しつつ、予防接種や母子保健、日常病への対応などを中心に展開される医療」とする。このように考えると、近年の家庭医療の考え方は旧来の総合診療から発展し、すでにPHCで重視されている内容のうち、先進国においては行政サービスや社会活動の中で対応できている水、食事の確保や衛生以外の項目は取り込んでいると考えられる。また、近年ではSDHの考え方が重視されていることも理解しやすい。

地域医療は、都市部か地方かによってその様相がかなり異なる。都市部には周囲に多くの医療施設があるため、保険によって受診先の制限がない場合には、患者の受療行動が自らの重症度判断や診断、専門性、距離や待ち時間、医師や施設の好みなどによって変化しやすい。また、医師側は自らの対応能力を超えていると考えた場合には患者を紹介することも容易である。地方では患者側・医師側の選択肢が狭まり、高度先進的な医療を求める場合には都市部に行くという状況になることもある。これは、場所によって総合診療医、家庭医の業務範囲が異なることにもつながり得る。

2000年以降、わが国の医療制度には介護保険、地域包括ケアシステム、税と社会保障の一体改革、地域医療構想といった様々な改革が打ち出されてきた。これらは行政側が地域医療をどう見ているかに大きく関連していると言えるだろう。医師がこういった課題に貢献していく際に、2025年問題に対応するために一定の医師数が必要となれば、現状の家庭医療専門医や総合診療専門医の数では到底追いつかないため、日本医師会のかかりつけ医機能研修制度⁷¹⁾などに関連づけていくといった対応が必要になることも考えられる。

まとめ：わが国の総合診療の今後

まずは、現在の超高齢社会への対応という観点で、地域包括ケアシステム、地域医療構想などを果たすために、社会からの総合診療領域への期待は高

いと思われる。2018年4月に開始された新専門医制度における総合診療専門医は、総合診療領域における一定レベルの専門性を有した医師として育成されることが期待されている。しかし、総合診療専門医制度の初年度専攻医は200人弱に留まっており、量的なニーズを満たすことよりは、総合診療の質を高め、専門性を確立することを目指して設計されたと考えべきであろう。量的ニーズを満たすためには、日本医師会のかかりつけ医に加え、それ以外のプライマリ・ケア機能を果たしている多くの医師の力を結集して、未曾有の超高齢社会を乗り切る必要があると考えられる。

そうすると、総合診療専門医の役割は総合診療という領域をより高度で、新しい能力を開発しながら推進することになると思われる。日本プライマリ・ケア連合学会は、総合診療、家庭医療、プライマリ・ケアといった領域の学究活動を行うとともに家庭医療専門医を育成してきた経験を持ち、このような動きに重要な役割を持つだろう。日本内科学会が育成する総合内科専門医も同様の方向性を一部共有しているが、総合内科の専門性が何であり、どのような研修をすれば総合内科医としてのキャリアを伸ばしていけるかといった動きはなく、総合診療に対する役割はやや弱い。日本病院総合診療医学会は2010年に日本総合診療医学会から派生し、認定医制度を持つが、研修プログラムは持っていないため、病院における総合診療の学問的な打ち出しは弱い。

病院においても地域包括ケアシステムに対応できるような医師へのニーズが高まっている背景を受け、地域医療機能推進機構は2017年度より⁷²⁾、日本病院会⁷³⁾、全日本病院協会⁷⁴⁾はいずれも2018年度より独自に病院総合医を育成するプログラムを提供し始めた。3つの団体とも、後期研修修了後の6年目以降の医師を対象としている。このような病院における総合診療が、日本専門医機構による基本領域の研修の上に積み上げる形のサブスペシャリティの一つに発展していくのかどうかは不明だが、諸外国にはあまりみられない形態の専門領域であり、注視していく必要があるだろう。

卒前教育だけでなく、旧来の医局講座制を通じて卒後教育や生涯学習にも多大な影響力を持つ大学が、総合診療領域にどのような貢献をしていくのかも重要な課題である。元々、大学において総合診療部門が立ち上がり始めた1980年代でさえ、総合内科を目指す大学、家庭医療を目指す大学など、同床

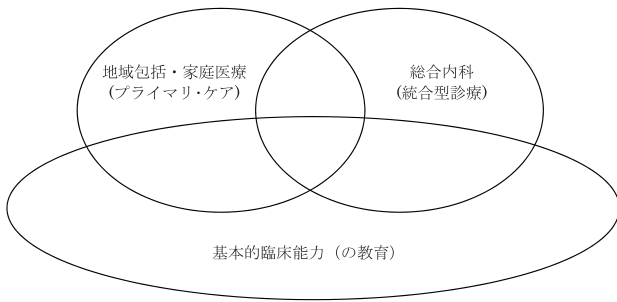


図2. 総合診療の定義

異夢であったことが指摘されている⁷⁵⁾。ただ、多くの大学に総合診療部門が創設される途上であった1999年には、日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループにて総合診療の定義が図2の形でなされている⁷⁶⁾。大学の総合診療部門は、全人医療を含めた基本的臨床能力をしつつその教育を担い、地域包括・家庭医療としてのプライマリ・ケア、あるいは二次、三次医療を含めた統合型診療（総合内科）に一定の専門性を目指すような広い機能を果たす必要があるだろう。医学部の管理者レベルには、わが国の未来の医療に対してこれらの方向性を理解した上でリーダーシップを発揮していただきたいと切に願う。

文献

- 1) 新村拓. 日本医療史. 吉川弘文館. 2006
- 2) レオポルド・ミュルレル著, 石橋長英, 小川鼎三, 今井正訳. 東京-医学. 日本国際医学協会. 1975
- 3) 笠原英彦. 日本の医療行政: その歴史と課題. 1999
- 4) 酒井シヅ. 日本の医療史. 東京書籍. 1982
- 5) 笠原英彦. 医制制定と医学教育行政の確立. 法學研究: 法律・政治・社会 72 (6): 11-41, 1999
- 6) 日本消化器病学会: 学会概要. <http://www.jsge.or.jp/about/index>
- 7) 日本医学会分科会情報: 日本内科学会. <http://jams.med.or.jp/members-s/17.html>
- 8) 日本医学会分科会情報: 日本感染症学会. <http://jams.med.or.jp/members-s/19.html>
- 9) 日本医学会分科会情報: 日本内分泌学会 <http://jams.med.or.jp/members-s/16.html>
- 10) 日本医学会分科会情報: 日本循環器学会 <http://jams.med.or.jp/members-s/22.html>
- 11) 日本医学会分科会情報: 日本血液学会 <http://jams.med.or.jp/members-s/8.html>
- 12) 松田誠. 高木兼寛, 北里柴三郎らの医師会設立までの苦闘: 日本医師会前史. 慈恵医大誌 118: 33-41, 2003
- 13) 天野郁夫. 大学令と大正昭和期の医師養成. 坂井建雄編. 日本医学教育史. pp149-185, 東北大学出版会. 2012
- 14) Reed M, Lehmann B, Herrmann M. The Evolving State of General Practice and GP Education in Germany. Health Care Current Reviews 5: 3, 2017
- 15) Sewering HJ. Von der "Bremer Richtlinie" zur Weiterbildungsordnung. Dtsc Aertzblatt 84: A2299-A2306, 1987
- 16) 澤口聡子, 澤口彰子. ドイツにおける法医学の教育. 東女医大誌 63 (12): 1525-1531, 1993
- 17) 柳沢文憲. 西ドイツにおける卒後教育と教育病院. 医学教育 1 (4): 10-15, 1970.
- 18) Schlette S, Lisac M, Wagner E, Gensichen J. The Bellagio Model: An evidence based, international framework for population-oriented primary care. J Evid Educ Qual Health Care: 467-474, 2009
- 19) Donner-Banzhoff N, Gerlach F. Interview: It is important that one is close to the next generation and so we are. German Med J 107: 1284, 2010
- 20) Orloff AS, Skocpol T. Why not equal protection? Explaining the politics of public social spending in Britain, 1900-1911, and the United States, 1880s-1920. American sociological review, 726-750, 1984
- 21) Gray DP. History of the Royal College of General Practitioners: the first 40 years. British Journal of General Practice 42(354): 29-35, 1992
- 22) Gaskell PG. A hospital and general practice combined training scheme in Scotland. British Journal of Medical Education 1, 374-380, 1967
- 23) Walker J. History of the MRCGP examination. Occasional paper (Royal College of General Practitioners), 46: 1, 1990
- 24) Hasler JC. The development of vocational training for general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners 24, 613-616, 1974
- 25) Loudon I, Horder J, Webster C (Eds.). General practice under the National Health Service 1948-1997. Oxford University Press. 1998
- 26) ジョン・ダフィー著, 網野豊訳. アメリカ医学の歴史: ヒポクラテスから医科学へ. 二瓶社. 2002
- 27) Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. The Carnegie Foundation, Bulletin Number Four, 1910.

- 28) Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bulletin of the World Health Organization* 80 (7): 592-593, 2002
- 30) 今泉友里. 医学教育における臨床教育の成立：ジョンズ・ホプキンス大学を中心に. 東京大学大学院教育学研究科紀要 52 : 427-434, 2012
- 31) Osler W, McCrae T. *The principles and practice of medicine*. 1925. D. Appleton and Company, 5. 1922
- 32) Canfield PR. Family medicine: an historical perspective. *Journal of Medical Education* 51(11): 904-911, 1976
- 33) Johnson WM. Will the family doctor survive?: Chairman's Address. *Journal of the American Medical Association* 132(1): 1-4, 1946
- 34) Lewy RM. The Emergence of the Family Practitioner: An Historical Analysis of a New Specialty. *Journal of Medical Education* 52: 873-881. 1977
- 35) Darley W. Response, Concerns, Encouragements and Hopes for Comprehensive Medicine. *Journal of Medical Education* 45: 493-496, 1970
- 36) Training of Physicians for Family Practice. Report 257 of the WHO Expert Commission on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1973.
- 37) Millis, J. S. (1966). *The Millis Commission Report*. Chicago, Ill: American Medical Association.
- 38) AMA Meeting the Challenge of Family Practice. The Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council of Medical Education. Chicago, IL: American Medical Association (AMA); 1966
- 39) Folsom, M. B. (1966). chair. *Health is a community affair: report of the National Commission on Community Health Service*.
- 40) NCCHS *Health is a Community Affair—Report of the National Commission on Community Health Services (NCCHS)*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1967
- 41) Whitten C. (Chairman). *The Core Content of Family Medicine*. Report of the Committee on Requirements for Certification. *General Practice*, 34:225-249, 1966.
- 42) Ebert RV. Training of the Internist as a Primary Physician. *Annals of Internal Medicine* 76: 653-656, 1972
- 43) Brent RL, Morse HB. Not in our own image, educating the pediatrician for practice. *Pediatr Clin North Am* 16: 793-808, 1969
- 44) Bogdonoff MD. A change in the training model for the practicing internist. *Archives of internal medicine* 126(4): 694-697, 1970
- 45) Engstrom WW. Residency training in internal medicine, for what; subspecialty boards, what for?. *Annals of internal medicine*, 70(3), 621-633, 1969
- 46) Society of General Internal Medicine: About us. <https://www.sgim.org/about-us>
- 47) Society of Hospital Medicine: History & Mission. <https://www.hospitalmedicine.org/about/history-mission/>
- 48) World Health Organization, & World Health Organization. (1978). *Alma Ata Declaration*. Geneva: World Health Organization.
- 49) Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *NEJM*.301:967-974,1979.
- 50) Van Lerberghe, W. (2008). *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. World Health Organization.
- 51) World Health Organization: Social determinants of health. http://www.who.int/social_determinants/en/
- 52) Dr. Margaret Chan. The rising importance of family medicine. 2013 http://www.who.int/dg/speeches/2013/family_medicine_20130626/en/
- 53) Sams CF 著, 竹前栄治訳. GHQ サムス准将の改革—戦後日本の医療福祉政策の原点. 桐書房, 2007
- 54) 堀籠崇. 実地修練 (インターン) 制度に関する研究：新医師臨床研修制度に与える示唆. *医療と社会* 20 (3) : 239-250, 2010
- 55) 日野原重明. 卒後教育. *医学教育別冊：医学教育白書* : 55-57, 1978
- 56) 資料 2 : 臨床研修の充実について. *医学教育別冊 : 医学教育白書* : 67-69, 1978
- 57) 資料 3 : 卒後臨床研修の目標と内容. *医学教育別冊 : 医学教育白書* : 69-70, 1978
- 58) 資料 4 : プライマリー・ケアを修得させるための方策. *医学教育別冊 : 医学教育白書* : 70-71, 1978
- 59) 林茂. 卒後教育. *医学教育別冊 : 医学教育白書* 1982 年版 : 71-79, 1982
- 60) 福岡誠之. 卒後基礎的臨床研修. *医学教育別冊 : 医学教育白書* 1986 年版 : 73-83, 1986
- 61) 若月俊一. 第一線医療の立場から. *医学教育* 9 (2) : 71-77, 1978
- 62) 今中孝信, 柏原貞夫. 総合病棟勤務中心の卒後研修カリキュラム. *医学教育* 14 (2) : 128-132, 1983
- 63) 福井次矢. 総合診療科. *日本内科学会雑誌* 91 (11) : 3106-3110, 2002
- 64) 葛西龍樹. 家庭医療：家庭医をめざす人・家庭医と

- 働く人のために. ライフメディコム, 2002
- 65) 越智則晶. 川崎医科大学附属病院総合診療部. JIM 7 (7): 604-605, 1997
- 66) 永井友二郎. 会の設立へのよびかけ: 一般医の学会が必要な理由. 人間の医学 1: 2-6, 1963
- 67) 安田勇治. 第1回日本プライマリ・ケア学会開催の記. 人間の医学 16 (1): 24-25, 1978
- 68) 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・ケア連合学会誌 33 (2): 96-100, 2010
- 69) 日本専門医機構: 総合診療専門医概要. <http://www.japan-senmon-i.jp/comprehensive/index.html>
- 70) 猪飼周平. 病院の世紀の理論. 有斐閣. 2010
- 71) 日本医師会: 日医かかりつけ医機能研修制度. <http://www.med.or.jp/doctor/kakari/>
- 72) JCHO 版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム. <https://www.jcho.go.jp/hospitalist/>
- 73) 日本病院会認定 病院総合医 育成事業. <https://www.hospital.or.jp/sogoi/>
- 74) 全日本病医院協会 総合医育成事業について. <https://www.ajha.or.jp/hms/sougou/1.html>
- 75) 大西弘高 (投稿中). 病院総合医—専門分化する医療の隙間から, 地域包括ケアの担い手へ. 大西弘高編. ジェネラリスト教育コンソーシアム vol.12 「病院総合医教育の最先端」. カイ書林. 2018
- 76) 今中孝信, 小泉俊三, 青木誠ら. 大学における卒前総合診療教育カリキュラム. 医学教育 30 (2): 65-70, 1999