

18 総合診療専門医^{*1}石丸 裕康^{*2}

総合診療専門医は、2018年より開始された新・専門医制度において、改革の一つの柱となるものであり、内科、小児科などと並ぶ基本領域の一つとして導入された。2021年、その一期生が研修を修了し、認定試験が実施され、はじめての専門医が認定されるに至った。

本稿では、ここに至るまでの歴史的背景を、日本医学教育学会での議論もふまえて概括し、現状とその問題点、今後の展望について述べたい。

日本における総合診療の歴史

「総合診療」という名称は、1976年、天理よろづ相談所病院において、総合外来・総合病棟・レジデント制度を軸とする総合診療と、初期臨床研修がスタートし、そのマネジメントにあたる部門を総合診療教育部と称したのがその嚆矢であるが¹⁾、プライマリ・ケア、家庭医療、地域医療など関連した動向も含めると、その源流となる複数の潮流が背景としてあった。

(1) 国際的なプライマリ・ケアをめぐる潮流

18～19世紀頃においては、医師の大半は一般医＝GP(general practitioner)であった。20世紀に入る頃から、医学は急速に進歩し、科学的知見を基盤とする医学教育が重視されるようになるが、それとともに医師の専門分化も進み、臓器別専門医療が主流となるに至った。その結果、一般医＝GPの地位は低くみられるようになり、GPは衰退しつつあった。

こうした状況の中、過度な専門分化の傾向に警鐘を鳴らし、世界的にプライマリ・ケアの積極的な役割を見出す動きが生まれた。米国では、

Millis 報告(1966)が臓器別専門医の急増とジェネラリストの不足を指摘して以来、プライマリ・ケア教育の充実が図られ、家庭医専門医制度の設立や、総合内科(General internal medicine)部門の設置につながったが²⁾、同様の動きが世界的にみられ、プライマリ・ケアの役割の見直しと、その専門的訓練・認証システムが先進国中心に確立されていくこととなった。

またWHOは、1978年アルマ・アタにおいて「西暦2000年までにすべての人に健康を」という目標を定め、そのための戦略として、プライマリ・ヘルス・ケアという理念を提唱した。このように1960年代～70年代にかけて、プライマリ・ケアが注目される流れが基盤としてあった。

(2) 日本における総合診療の源流

こうした国際的な潮流を背景としつつ、日本においてもプライマリ・ケア・総合診療にかかわる様々な動きがあった。その源流となるものとして、主に以下のようなものが挙げられる。

- ① 1963年、開業医を中心とした一般医のための学会が必要である、という理念のもと、実地医家のための会が設立された。永井はその設立のよびかけにおいて、「実地医家は人間を部分としてではなく全体として、生物としてではなく社会生活をいとなむ人間としてみてゆかなければならない」「私達は大学の先生が教えてくれるのを待っているのではなく、自分達の問題は自分達で解決してゆこう」³⁾と述べている。この会の活動を基盤として1978年、日本プライマリ・ケア学会が設立された。
- ② 日本医師会会長であった武見太郎氏はプライマリ・ケアを重視し、その国の医療の根幹を担うものであり、国が責任をもって整備すべきだとして、当時の厚生省に働きかけた。指

^{*1} Board-Certified Specialist in General Medicine

^{*2} Hiroyasu Ishimaru 関西医科大学

導医の養成がまず必要であり、総合診療／プライマリ・ケアの先進地となった米国に医師を派遣し、彼らを指導医として日本での展開を図る臨床研修指導医派遣制度が創設（1980年）⁴⁾された。この試みは、当初期待した形を実現することはできなかったが、帰国した指導医が、家庭医療・総合診療の診療・教育活動を実践し、今日の礎となった。

- ③卒後臨床研修は、インターン制度廃止以降、努力目標となり、大半が卒業直後に専門診療科に入局して専門研修を開始する、いわゆるストレート方式の研修が主流となっていた。これにより、本来初期研修の目標であるべき基本的臨床能力の修得が不足することが危惧され、一部の臨床研修病院では、総合的な診療能力の獲得を重視したプログラムが試みられた。前述の天理よろづ相談所病院（1976）の総合診療はこの立場の先駆けであったといえる。
- ④農村医学を提唱した佐久総合病院などに代表されるように、医療資源に乏しい地域の医療・僻地医療において、様々な地域医療が実践されてきた。1972年にはそうした地域の医療を担う医師を養成することを目的に、自治医科大学が設立された。こうした地域医療を支えてきた取り組みも総合診療につながる動きの一つといえる。
- こうした潮流は、基盤とする考え方や診療の

場を異にするとはいえ、いずれも臓器別専門診療の急速な進歩と増大をふまえて、従来の総合的な診療を見直し、新たな価値を見出すものとして共通するものがあった。いずれも大学を中心とする医学教育の中では当時十分に扱われない領域であった。

総合診療部門の設立

その後、川崎医科大学（1981）、佐賀医科大学（1986）での総合診療部の設立を端緒に、1990年代には、全国の大学・病院で総合診療部門が相次いで設立されたが、前述のように総合診療を巡る動きには様々な源流があり、そのあり方はきわめて多様であった。日本医学教育学会では、こうした議論を集約し、医学教育に位置づけることを目的として、総合診療ワーキンググループが設置され、その議論は卒前総合診療教育カリキュラムの提案¹⁾にまとめられ報告されている。同報告では、「総合診療」について、①全人医療を含めた基本的臨床能力、②地域包括・家庭医療としてのプライマリ・ケア、③二次・三次医療を含めた統合型診療（総合内科）の3者すべてを包括したものと定義しており、総合診療の概念はかなり幅広いものであった（図1）が、日本における総合診療の多様性についてよく整理された内容であったといえる。

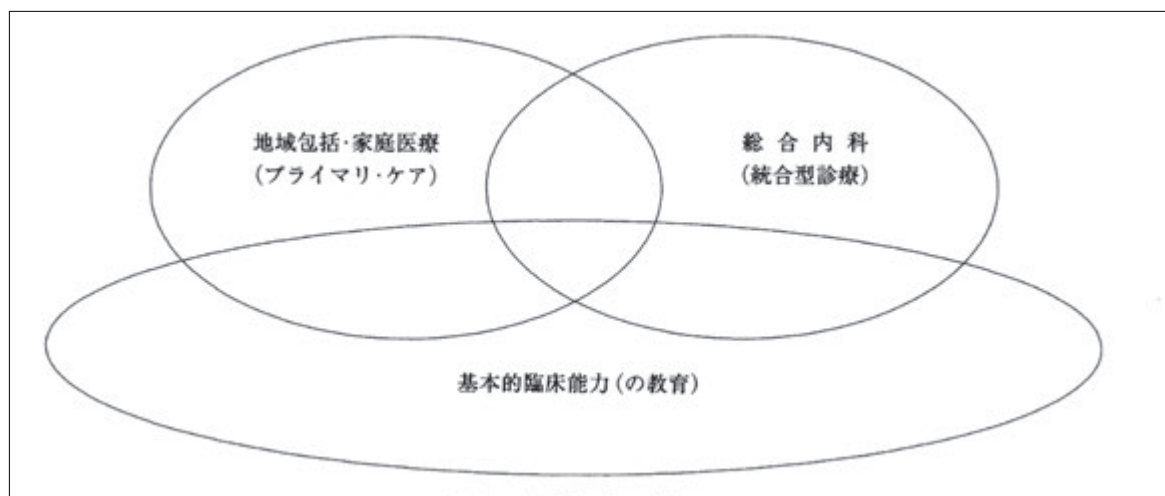


図1 総合診療の定義

専門医制度設立の動きと各学会・団体による独自の認定への動き

その後、総合診療の領域のうち、①の「基本的臨床能力」の教育については、後の初期臨床研修制度や、卒前教育の改革の中に反映されることとなったが、一方で、②③の部分について、2000年代に入り、それらを担う学会・団体において、専門医制度などの認証システムが模索されることとなった⁵⁾。旧日本プライマリ・ケア学会、旧日本家庭医療学会では、地域包括・家庭医療の担い手として、それぞれプライマリ・ケア専門医、家庭医療専門医の制度を設立したが、旧日本総合診療医学会を合わせた関連3学会の合併（2010）により日本プライマリ・ケア連合学会となり、家庭医療専門医として一本化された。

病院総合診療については、旧日本総合診療医学会において専門医制度の議論が行われ、基本的な骨格がまとめられていたが、3学会の合併後、日本プライマリ・ケア連合学会内で継続して検討が進められたほか、合併に参加しなかったグループにより設立された日本病院総合診療医学会で認定医制度が設立された。その他、内科学会も必ずしも総合診療に焦点をあてたものではないが、総合内科専門医をサブスペシャリティとして設立し、日本病学会⁶⁾や、地域医療機能推進機構（JCHO）⁷⁾、全国国民健康保険診療施設協議会・全国自治体病院協議会⁸⁾などの団体でも独自の総合医育成制度を開始するなど、多くの学会・団体が総合医の育成制度に関心をよせてきた。

専門医制度の変革と新・専門医制度

こうした総合診療領域での様々な取り組みがあった一方、医師の偏在問題を背景に、医療崩壊の危機が叫ばれるようになり、その中で日本の専門医のあり方が議論の俎上にのぼり、専門医制度そのものについて大きな見直しが必要に至った。その大きな方針を取りまとめたのが厚生労働省におかれた「専門医のあり方に関する検討会」であり、2013年に最終答申を報告

している⁹⁾。

この中で従来の専門医制度について、各学会が独自に運用するものであり、その質保証が不十分であること、専門医の能力についての医師と国民との間の捉え方のギャップがあること、医師の地域偏在・診療科偏在、といった問題がある、と総括し、中立的第三者機関による認定の統一化や、基本領域＋サブスペシャリティという二段階構造を基盤とするとともに、総合診療専門医を基本領域の専門医として位置づける専門医制度改革が提言された。

同答申では、高齢化の進行を背景とし、地域での医療ニーズに応えるためには、総合的な診療能力を持つ医師（総合診療医）が必要であり、その特徴として、初療を含め広く、多様な問題を扱う能力と、地域を診る医師としての視点を持ち、他の領域の専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待されるとして、位置づけられている。

その後、中立的第三者機関として日本専門医機構が設立され、紆余曲折を経て、2018年に新・専門医制度がスタートし、総合診療専門医の養成も同時に開始されるに至った。総合診療専門医については大きな期待が寄せられた反面、その医師像や、キャリアパス、ステークホルダーは多様であり、発足当初よりその他の領域との相違、必要性をめぐる議論を呼ぶこととなった。

総合診療専門医研修のアウトカムと教育内容

2018年より開始された総合診療専門医制度については、制度の運営を実質的に学会が行っている他の領域と異なり、総合診療にかかわる様々な学会・団体の協力のもと、日本専門医機構が直接運営している。

先の検討会報告書を受け、専門研修プログラム整備基準においては表1に示す理念・使命が謳われており、今後の高齢化等をふまえた地域医療を支える立場が明確となっている。その研修後の医師像（アウトカム）を表2に示すが、7つの中核的な資質・能力（コンピテンシー）を獲得し、診療所、病院（外来・入院・救急）、

表1 総合診療専門医研修プログラムの理念と使命⁵⁾

①総合診療専門医制度の理念	現在、地域の病院や診療所の医師が、地域医療を支えている。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる諸問題について適切に対応する医師の必要性がより高くなることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価し、新たな基本診療領域の専門医と位置づける。総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。
②総合診療専門医の使命	日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど、保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する使命を担う。

表2 総合診療専門医研修のアウトカム（整備基準より）

地域を支える診療所や病院においては、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の保健・医療・介護・福祉等の様々な分野におけるリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等を含む）を包括的にかつ柔軟に提供できる。また、総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供することができる。具体的には以下の7つの資質・能力を獲得することを目指す。 1. 包括的統合アプローチ 2. 一般的健康問題に対する診療能力 3. 患者中心の医療・ケア 4. 連携重視のマネジメント 5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ 6. 公益に資する職業規範 7. 多様な診療の場に対応する能力
--

在宅など様々な場で総合的診療を行える医師が期待されている。その研修内容については、総合診療専門医研修18カ月（総合診療Ⅰ（主に診療所・小病院）、総合診療Ⅱ（主に病院））、内科12カ月、小児科3カ月、救急3カ月のローテーション研修で構成されている。総合診療として家庭医・病院総合医のハイブリッドといえる内容を基盤とし、加えて内科・小児科・救急科などの研修において包括的に知識・技術を学ぶ形となっている。研修においては、多様な場の経験が推奨されており、6カ月以上の僻地・過疎地域、離島、医療資源に乏しい地域での研修が義務づけられている。

現状と問題点

このようにして開始された総合診療専門医制度であるが、その専攻医数については、初年度の登録者が184名（全専攻医の2.2%）であり、その後も毎年200名前後で、2%前後を推移し

ている。総合診療専門医は、医療システムの中での位置づけは十分明確ではなく、その適正な養成数についても、他の領域と異なり設定が困難であるものの、期待されている数に届いていないということは衆目の一致するところである。

専攻医の数が増えない理由として、制度設計間もない領域で周知が十分でないことはあるが、土田ら¹⁰⁾は、総合診療に興味を持ちつつ、他の臓器別専門医のキャリアを選択した医師のインタビューに基づく質的研究から、臓器別専門医の選択理由として「学問としての魅力」「他の医師から頼られる存在」「専門性を得る安心感」、総合診療医への障壁として「将来の不安」「臓器別専門医からの批判」などを挙げている。また、片岡¹¹⁾も、総合診療医をキャリアとして選択した医師へのアンケート調査から、総合診療を専門領域として選択した理由として、「尊敬できる教員・指導医がいる」「やりがいがありそう」「雰囲気の良い診療科」を挙げる一方、

選択するうえで感じた「ためらい」として、「すべての診療領域について中途半端な知識や技術しか身につかないのではないか」「総合診療専門医取得後、希望するサブスペシャリティ領域に進むことができないのではないか」といった項目や、総合診療を選択することに対する周囲からのネガティブな意見のうち、受けた心理的ダメージが大きかったものとして「総合診療医なんていつでもなれる」や「教育体制が整っていない」などを挙げている。実際この領域に進み、研修を受けている若手医師と接すると、大変前向きであり、力強く感じるが、さらにこの領域が発展することを願ううえで、いくつかの問題点を指摘しておきたい。

(1) 研修指導体制を含めた研修プログラムの継続的改善

総合診療は新たな領域であり、その指導体制も指導医と指導体制の確保＝総合診療医でないものが指導せざるを得ない体制といえる。もちろん、制度がない頃から必要に迫られて総合診療をはじめていた医師や、各種学会・団体で整備されたプログラムはあり、全くゼロからの出発ではないが、すべての総合診療プログラムにおいて、十分に質保証された教育体制があるという状況ではない。また、総合診療における資質・能力（コンピテンシー）は、重要な内容であるものの、その教育方法や評価については、従来の医学教育の方法のみでは十分な獲得が難しい内容を含んでおり、その方法論をめぐっては、今後も各プログラムでの Good Practice を取り入れつつ、指導体制を中心として、継続的改善を早急に進めていく必要がある。

(2) サブスペシャリティを含めたキャリアパス

また、専攻医の数が増えない理由の一つとして、ロールモデルが乏しいなど将来像が不明確であることが挙げられており、各学会・団体がそれに応えるためサブスペシャリティの制度構築をすすめている。

日本プライマリ・ケア連合学会が養成してきた家庭医療専門医を、総合診療専門医制度にあ

わせて改定した新・家庭医療専門医、病院総合診療学会が運営してきた認定制度を基盤に、各学会・団体との協力のもと専門医制度として開始が予定されている病院総合診療専門医が、具体的に運用開始されている。

また、地域医療にたずさわる各種団体を基盤に設立された日本地域医療学会も、サブスペシャリティとして、地域総合診療医の創設を目指している。この他に既存の在宅医療、緩和医療などが基本領域として総合診療専門医を検討しており、また、内科専門医とのダブルボードの提案がなされている。このように制度上は整備されつつあるが、総合診療医としてのアイデンティティを保持しつつ、多様なキャリアを支える仕組みとなっていくことが期待される。

(3) 学術活動の重要性

専門医が医療システムの中で確立されていくためには、実践に加えて、その専門性を担保する学術活動が重要となる。総合診療、プライマリ・ケア、家庭医療といった領域には、従来の狭義の医療実践では扱われてこなかった領域を含めて独特の研究テーマがあり、総合診療専門医がそのキャリアの中で、研究においても活躍することが期待される。

一方で、総合診療専門医には、現状基盤となる学会が無く、こうした学術活動については、関連する学会・諸団体が協力してその場を提供し、支援、推進していくことが求められる。

(4) 生涯教育の必要性

学術的課題とも通じるところであるが、専門医はあくまで現在の標準的な診療能力を担保するものであり、資格をとったのちも生涯にわたり研鑽を続けていく必要がある。専門医からエキスパートをめざしていく生涯教育のプロセスをどのような形で担保していくのかは、まだ十分見える形となっていないが、喫緊の課題である。

(5) 行政からの期待

総合診療が基本領域として位置づけられた背

景は、先の報告書にもあるように、高齢化を背景とした地域医療の変容に対応することを期待されているところが多い。過度にそこを強調すべきではないとはいえ、他の領域に比較して地域社会からの期待、特に行政からの期待には大きな物があり、これに十分応える制度であることがのぞまれ、様々なステークホルダーとの対話を続けつつ、制度に反映させていくことが求められる。

以上のように多くの問題があるとはいえ、急速に進行する高齢化をはじめ、社会の変動のなかで、総合診療専門医に期待される役割が大きいことは間違いない。医学教育においても、総合診療は、モデル・コア・カリキュラムや医学教育分野別評価基準において、コアとなる診療科として長期臨床実習がのぞまれており、地域医療・プライマリ・ケアや全人的視点の重視、医療と社会をつなぐといった診療を実践し、教育できる総合診療医の存在は、重要な教育資源と考えられる。日本医学教育学会を含めた多くのステークホルダーが協力し、長い歴史的背景はあるとしても、制度として生まれて間もないこの領域が確固たる存在となるよう務めることが望まれる。

■文 献

- 1) 今中孝信・他. 大学における卒前総合診療教育カリキュラム. 医学教育 1999; **30**: 65-70.
- 2) 武田裕子. 総合診療の現状と展望 VII. 欧米諸国における総合診療. 日内会誌 2003; **92**: 2370-5.
- 3) 永井友二郎. 一般医の学会が必要な理由. 人間の医学 1963; **1**: 2-6.
- 4) 福井次矢・他. “家庭医構想”の光と影. 総合診療 2017; **27**: 22-32.
- 5) 竹村洋典. 後期研修制度 (総合医). 医学教育白書 2010 年版 (’07 ~ ’10) pp.211-4.
- 6) <http://www.hospital.or.jp/sogoi/> (最終閲覧日: 2022.3.8)
- 7) <https://www.jcho.go.jp/hospitalist/> (最終閲覧日: 2022.3.8)
- 8) <https://www.kokushinkyo.or.jp/index/system/tabid/65/Default.aspx> (最終閲覧日: 2022.3.8)
- 9) 専門医の在り方に関する検討会報告書. 2013 年 4 月.
- 10) 土田知也・他. なぜ総合診療専門医を選ばなかったのか? 総合診療に興味を持ちつつ、臓器別専門医を選んだ研修医の進路決定要因に関する質的研究. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2019; **42** (3): 134-40.
- 11) 片岡義裕. 総合診療医のキャリア形成に関する実態調査 (総合診療専攻医 web アンケート調査) 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業) 総括研究報告書 総合診療が地域医療における専門医や多職種連携等に与える効果についての研究.