

## 魅力ある家庭医を育てるために

かめがい  
亀谷 学

第17回家庭医療学研究会大会長 聖マリアンナ医科大学総合診療内科

Keywords: プライマリ・ケア, ファミリー・プラクティス, 家庭医, 教育課題, アンケート調査

### はじめに

筆者はかつてデンマークに留学し、専門色の強い「航空宇宙医学」の研究に勤しんでいた。帰国後は、健康人のボランティアを対象に循環器系の生理学実験を続け、それなりに充実感を味わっていた。しかし、このテーマは医師としての「ライフワーク」にはなり得ないと、少なからず違和感も抱いていた。

そのころ聖マリアンナ医科大学では、病院の内科・外科病棟を、それに次いで大学の内科・外科ナンバー講座を、それぞれ臓器別に再編成する大改革が企画された。そして、同時に総合診療部門の創設が計画され、その準備として筆者は大学の命を受けて、アイオワ州立大学家庭医療科 (Family Practice : FP) に研修に行った。米国の医学史における FP 誕生の経緯、FP の卒前・卒後・生涯教育や FP ロールモデルを知るにつけ、自らの医師としての「ライフワーク」に相応しいテーマとの邂逅を意識した。そして帰国後は、我が国の実情に即した「家庭医」を育成する仕事に道を改めることにした。

そこで、第17回家庭医療学研究会の大会長を拝命したときに、メインテーマとして『家庭医の教育を考える』を掲げ、基調講演では『魅力ある家庭医を育てるために』、われわれは何を為すべきかを問題提起することにした。

### 米国における FP

米国における FP 誕生の経緯については、もはや語りつくされている感もある。しかし筆者は、二十世紀の米国の医学界に FP が誕生した必然とその後の実態を学ぶことは、我が国の「プライマリ・ケア」を再評価し昇華するうえで重要な見識になると感じている。つまり、同時期に我が国の医療も躍進を遂げたが、残念ながら「プライマリ・ケア」への取り組みは米国に比べて我が国は数十年遅れており、いまだに未成熟といわざるを得ない。アイオワでの研修のなかで新鮮な印象を受けた米国医療の長所は、実は昨今の米国医療経済の破綻に起因する無秩序さや大きな欠陥に塗り替えられたところがあり、色あせた感も否めない。しかし、繰り返すが、FP 誕生から隆盛への経緯を認知することは、『賢者は歴史に学ぶ』の例えのごとく、我が国の『家庭医の教育を考える』ういで参考になることに異存はないと考えている。

### 米国 FP の誕生とその後の変遷

米国では、二十世紀初頭の一般医 (General Practitioner) 中心の医療体制が、単科の専門医制度の林立により臓器別専門医療体制に置き換えられた。その臓器別専門医療体制が謳歌する環境下に、米国医師会 (The American Medical Association : AMA) は「患者を臓器別に細分化して診る医療」に警鐘を鳴らした。すなわち、「医学部の卒後教育と家庭医教育の在り方について、臓器別専門性を重視したものより、患者を包括的

本稿は第17回家庭医療学研究会 (2002年11月9,10日, 東京) での講演内容を基に、新たに執筆したものです。

## 基調講演

に継続的に診ることが重要である」と問題提起したわけである。

それを受けて、1969年に米国家庭医療科専門委員会 (The American Board of Family Practice : ABFP) が創設され、従来の米国一般医学会 (The American Academy of General Practice) は米国家庭医療学会 (The American Academy of Family Physicians : AAFP) に改名され、AAFPとABFPが共同で「FPの定義」(表1)<sup>1)</sup>を提示した。すなわち、『FPとは、患者の年齢・性別・臓器系・病気の質を問わない包括的医療で、患者以外にもその家族と地域に配慮し、継続的に責任をもって診療にあたり、生物心理社会的 (bio-psycho-social) な視点を重視した、「プライマリ・ケア」を専門領域とする医療である』とした。これが「プライマリ・ケア」の憲法に相当し、筆者はその完成度の高さに驚愕した。さらに、専門医制度として優れていることは生涯教育を重視した姿勢である。つまり、『最新の医学知識を吸収し続けなければ「プライマリ・ケア」の専門性は維持できない』とし、「FP専門医」の資格を継続するために、6年ごとに300時間の研修と、7年以内ごとの「専門医更新試験」を義務づけ、自らを律する厳しい体制を敷いた。

筆者は、この「FPの定義」の完璧さと、それを実践するためのFPレジデント・プログラムの

周到さ、さらに生涯教育への真摯な取り組みに脱帽し、何よりもその結果として醸成されたFPロールモデルの診療内容に心酔させられた。つまり、米国のFPに魅せられたわけである。それに対して我が国では、「赤ひげ」と称される良医の「開業医」ですら、「プライマリ・ケア」に応ずるべく幅広い臨床技能を医師個人の自助努力で修得せざるを得ない状況にあり、その守備範囲は残念ながらすべての患者を包括的にかつ継続的に診る米国のFPに比べて狭小でありかつ質的に劣ると評価せざるを得ないことを痛感した。そしてこのことが我が国の「患者の大病院志向」につながると認識した。

しかし米国においてもFPが人口に膾炙し隆盛に至るまでには四半世紀を要した。つまり、臓器別専門医に対座する「プライマリ・ケア」専門医として揺るぎない地位を獲得するためには、医療経済の破綻が追い風となったことも事実ではあるが、本質は「プライマリ・ケア」への真摯な取り組みが成就したためと理解できる。

筆者が訪れたアイオワ州立大学でも、FPの医局と外来は、大学病院の近代的なメインビルディングからは遠く離れた、大学の敷地の隅の古びた建物に押し遣られていた。そのたたずまいは、FP誕生当時から臓器別専門医療体制に虐げられ続けた苦渋の歴史を物語っており、臓器別専門医

表1 Family Practice の定義と生涯教育を重視した専門医制度<sup>1)</sup>

### [ ] Family Practice の定義

- (1) 患者の年齢・性別・臓器系・病気の質を限定しない包括的医療
- (2) 患者とその家族の関連を強調し、地域に根ざした医療
- (3) 患者を継続的に診療し、健康管理に責任をもつ医療
- (4) 内科・小児科・産婦人科・外科・精神科を主に、他科も訓練し、生物科学・臨床科学に行動科学を加味した専門領域 (Bio Psycho Socio Therapy)
- (5) Family Physician は、これらを修得することで、包括的な知識を核に、患者の扱い・問題の解決・カウンセリングの技能を備え、健康管理全般を賄う医師に育つ

### [ ] 生涯教育を重視した専門医更新試験制度

- (1) 6年ごとに300時間の研修受講
- (2) 7年以内ごとに専門医更新試験を受験

## 基調講演

療体制が主流の医学界に「プライマリ・ケア」を認知させることの難しさを象徴していた。

しかし、時代の変遷のなかで米国の「プライマリ・ケア」は市民に受け入れられ成長を遂げた。そして1996年に「プライマリ・ケアの新しい定義」(表2)<sup>2)</sup>が示された。筆者が研修したアイオワ州立大学のFPも、5年後に再度訪れた際には、「Family Care Center」と称する新しいビルディングの中央に座すまでに成長していた。FP誕生当時に、FPを蔑視していた大学当局は、市内にFPが主宰するClinicを12施設創設するまでに態度を改めていた。これには、医療経済の逼迫した情勢が大学病院経営に支障をきたし、経営資源としてFPの存在がクローズアップされた経緯がある。しかし、社会のニーズに合致した「FPの定義」と、それを推敲しつつ実践した成果が評価されたことも事実であり、我が国の「プライマリ・ケア」の在り方はその本質を学ぶべきと強調したい。

### 我が国の「プライマリ・ケア」

そこで我が国の「プライマリ・ケア」に目を転じると、米国のFPに相当する医師は我が国では「開業医」、「ホーム・ドクター」、「プライマリ・ケア医」、「かかりつけ医」などと、その呼称ですら時代の変遷があり一定していない。このこと自体が「プライマリ・ケア」のアイデンティティーが未確定であることの証といえよう。臨床面の実態が米国のFPと異なることは前述のとおりである。

一方我が国では最近、医学教育現場で「プライマリ・ケア」という用語がもてはやされている。伴<sup>3)</sup>は、「『プライマリ・ケア能力』と『基本的臨床能力』は混同されることが多い」と指摘している。そして、「『基本的臨床能力』とは、専門によらず、臨床医の誰もが身につけるべく臨床能力(例えば心肺蘇生術)であり、それを基盤に『専門領域の臨床能力』を積み上げることが、全診療科に求められている」と提言している。

また、「プライマリ・ケア国際用語集<sup>4)</sup>」には、「専門医(Specialist)とは、専門として認められた1つの医学分野で、公認の研修や経験により専門的技能を備えた医療提供者である」と定義づけられている。そして、「現在多くの国々で一般・家庭医療は1つの専門分野として、また一般医・家庭医は専門医として、それぞれが認知されている」と明記されている。

すなわち我が国でも「プライマリ・ケア」の専門医は、所謂「基本的臨床能力」を基盤とし、その上に「プライマリ・ケア」の専門性に則った臨床能力を積み上げる必要がある、その内容を厳選することが「プライマリ・ケア」のアイデンティティーの確立につながると考えられる。つまり米国の「プライマリ・ケア」と同様に、我が国でも地域医療現場のニーズを正しく捉え、それを「プライマリ・ケア」の専門性と位置づけて、卒前・卒後・生涯教育に反映させることが今後の「プライマリ・ケア」の発展に不可欠と考える。

表2 プライマリ・ケアの新しい定義 (1996)<sup>2)</sup>

“ Primary care is the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients and practicing in the context of family and community.”

“ プライマリ・ケアとは、患者の抱える問題の大部分に責任をもって対処できる幅広い臨床能力を有する医師によって提供されるヘルスケア・サービスである。そのヘルスケア・サービスは、受診しやすく、総合的かつ継続的で、また、家族と地域を視野に入れたものでなければならない。”

## 基調講演

### 我が国における「家庭医」の教育

今日の我が国における「家庭医」教育について問題となる点を(表3)に示す。筆者はこのなかで、(1)の「教育の時期」から(4)の「教育の手順」までは、知恵と熱意を持ってことに当たれば解決し得る問題と考えている。故に、(5)の「教育の内容」が最も重要であり、これを誤ると我が国の「プライマリ・ケア」は将来に禍根を残すと思われる。そこで、「家庭医」の教育に必要な課題に我が国の地域医療現場のニーズを反映させるために、「プライマリ・ケア」関連学会に参加している医師の意識調査を計画した。具体的には、平成14年に開催された第10回日本総合診療医学会と第25回日本プライマリ・ケア学会の各々の会長の承諾を得て、各学会場で次のアンケート

調査を実施した。

アンケートの内容は「我が国のプライマリ・ケアを担う医師の教育に必要な課題」を問うものとした。そこで、「プライマリ・ケア」専門医の教育課題として、AAFPのRecommended Curriculum Guidelines for Family Practice Residents<sup>5)</sup>に採用されている課題をグローバル・スタンダードとした。つまり、このガイドラインに挙げられている32課題を基本とし、我が国の「かかりつけ医」が実践している「校医の役割」と「予防接種」、それに「医療経済と各種保険制度」を加え、総数35課題についてそれらが「プライマリ・ケア」専門医の教育に「必要」か「不要」かを問う形式でアンケート調査を行なった。設問の35課題を表(表4)に示す。

表3 わが国における「プライマリ・ケア」専門医の教育に関する問題点

- (1) 教育の時期：卒前・卒後・生涯教育
- (2) 教育の場所：地域医療現場・医育機関
- (3) 教育する者：指導医
- (4) 教育の手順：専門的プロトコール
- (5) 教育の内容：グローバル・スタンダードに沿った「プライマリ・ケア」教育の内容

表4 「プライマリ・ケア医」を養成するための教育課題(米国F Pレジデント研修内容<sup>5)</sup>に準じて)

1. 診療行為の教育について	2. 臨床技能の教育について	3. 健康管理の教育について	4. その他の教育について
1) 心臓血管系の診療	16) 外来検査手技の習得	22) 男性の健康	31) 医療経済と各種保険制度(*)
2) 神経系の診療	17) 栄養指導	23) 女性の健康	32) 病院管理
3) リウマチ系疾患の診療	18) 医療倫理	24) 思春期の健康	33) リスク管理と医療訴訟
4) アレルギー・免疫系の診療	19) 患者教育	25) 高齢者の健康	34) 医療情報とIT機器管理
5) 一般外科の診療	20) EBM・臨床決断	26) スポーツ医学	35) プライマリ・ケアの研究
6) 小児科の診療	21) 遺伝子医療	27) 産業医の役割	
7) 産婦人科の診療		28) 校医の役割	
8) 眼の診療		29) 予防接種(*)	
9) 皮膚の診療		30) 健康促進と疾病予防	
10) 筋骨格系の診療			
11) 行動科学と精神医学の診療			
12) 中毒の診療			
13) HIV感染症(AIDS)の診療			
14) 救急医療			
15) 終末医療			

(\*)我が国の実情に即した研修課題

## 基調講演

二つの学会場で総数967名にアンケート用紙を配布し、無記名で564名から回答を得た（回収率58.3%）。そのうち医師528名の結果を抽出し解析した。医師の勤務先別分布は、教育機関の病院157名（30%）、教育機関以外の病院127名（24%）、診療所220名（42%）、その他24名（5%）の順であった。そこで前二者を「病院」の医師とし、「診療所」の医師との間で、35課題の各々について「必要」と答えた人の割合を比較した。

結果は、35課題の大半について「病院」と「診療所」の双方の医師の80%以上が「必要」と回答していた。「必要」との回答が80%未満であった課題は、（1）診療行為の教育では「HIV感染症（AIDS）の診療（62%）」、「産婦人科の診療（70%）」と「眼の診療（79%）」、（2）臨床技能の教育では「遺伝子医療（42%）」、（3）健康管理の教育では「スポーツ医学（69%）」、「産業医の役割（77%）」と「校医の役割（78%）」、（4）その他の教育では「病院管理（61%）」の八課題のみであった。つぎに、「病院」より「診療所」の医師の方が有意差をもって、より「必要」として回答した課題は、（1）では「終末医療」、（2）では「遺伝子医療」、（3）では「男性の健康」、「スポーツ医学」、「産業医の役割」、「校医の役割」で、これらの六課題は地域医療現場の「開業医」がそのニーズをより強く感じていると考えられた。

このアンケート調査は、「プライマリ・ケア」を専門とする医師を教育する際に必要な「課題」のみに焦点を絞って質問した。学会場で実施するアンケート方式の限界から、ここでは各「課題」を羅列することにとどめ、それぞれの課題の内容に踏みこんだ形での質問は行なわなかった。そのため内容が不明瞭で回答が大雑把になった可能性は否定できず、この点のバイアスは考慮する必要がある。しかし、我が国の「プライマリ・ケア」に従事しているか、それに関心の高い500名以上の医師が回答した結果であることを重視し、各「課題」の「必要」の割合を率直に受け留める

と、そこには我が国の地域医療現場のニーズが浮き彫りにされたと考えられる。

すなわち、アンケート結果から言えることは、『国民皆保険制度を含む医療経済や患者を取り巻く医療制度全般が、我が国と米国とでは大きく異なるが、地域医療現場で求められる「プライマリ・ケア」を担う医師像の本質は変わらない』ということである。よって今後我が国でも、「プライマリ・ケアを担う医師の教育」は、グローバル・スタンダードに沿った内容をプロトコルに盛り込む必要があると考えられる。

前段で述べた、米国FPの歴史に学ぶことは、「プライマリ・ケア」の本質を正しく見つめることと、卒前・卒後のみならず生涯教育を充実させることであり、さらに臓器別専門医や市民に認知されるには時間を要する点を覚悟することであろう。そして後段のアンケート結果から明らかのように、我が国においてもグローバル・スタンダードに沿った教育内容で「プライマリ・ケア」の専門医教育を実施することが重要と考えられる。その上で、これらが成就し、結果として米国のFPロールモデルに名実ともに近似した「家庭医」が育ち上がった暁には、『魅力ある家庭医』と自負できる「プライマリ・ケア」の専門医が我が国にも誕生することになると信じて止まない。

以上のことから、『魅力ある家庭医を育てるために』、われわれは家庭医の教育内容について、グローバル・スタンダードに照らし、我が国の実情に即した課題を採り上げることが、最も大切であると問題提起したい。

### 文献

- 1) American Academy of Family Physicians (AAFP) : Congress reporter, congress adopts revised definitions concerning Family Physician. American Academy of Family Physicians, Kansas City, 1993, pp4-5.

---

## 基調講演

- 2) Institute of Medicine : Primary Care - American's Health in a New Era. National Academy Press, Washington, D.C., 1996.
- 3) 伴 信太郎 : プライマリ・ケアに求められる臨床能力とは , プライマリ・ケアの特徴. 日本医事新報, No. 3962 ( 4月1日号), 30-32, 2000.
- 4) プライマリ・ケア国際用語集 : [http : //www.primary-care.or.jp/iggfp/yougo.txt](http://www.primary-care.or.jp/iggfp/yougo.txt)
- 5) Recommended Curriculum Guidelines for Family Practice Residents : [http : //www.aafp.org/edu/guide/index.html](http://www.aafp.org/edu/guide/index.html)

連絡先 : 亀谷 学

〒216-8511 川崎市宮前区菅生2-16-1

聖マリアンナ医科大学総合診療内科

TEL : 044-977-8111 (内線3640)

FAX : 044-976-5971

E-mail : mkamegai@marianna-u.ac.jp