

## 総合診療教育の現状と改革の動向\*1

今 中 孝 信\*2

### はじめに

周知のように、わが国はすでに高齢化社会を迎え、急性重症疾患から成人病を中心とする慢性軽症疾患への疾病構造の変化、患者の人権意識の高まりによる自己決定権の主張や医療訴訟の増加、医療費の高騰など、医療をめぐる諸問題が山積しており、従来の細分化された疾患中心の専門診療のみでは対応できなくなっている。

このような状況に対応するために、これまでプライマリ・ケアの必要性が唱えられてきたが、まだ広く定着し実効をあげるに至っていない。この理由は、プライマリ・ケアの5つの特性(ACCCA)<sup>1)</sup>、とくに包括医療や継続診療などが強調されたために、プライマリ・ケアの意味が地域医療の分野で働く医師に必要な診療能力と狭義に理解されたことが一因であると思われる。

一方、専門診療を中心とする大学病院や市中の大病院においても総合的な診療の必要性が叫ばれ、医師個人としても全人医療の能力を修得すべきであるとする考えが強くなってきた。こうした流れの中で、総合診療という用語がプライマリ・ケアと重複する部分をもちながら登場し、ひろく用いられるようになったのである。

総合診療の教育について歴史的にみると、20年以上前に遡ることができる。すなわち、1973年の塚本意見書や1978年の日野原意見書で「プライマリ・ケアを実践できる医師を養成しなければならない」とか「総合的な医療が身につくような研修

であらねばならない」と述べられている<sup>2)</sup>。

総合診療の教育の場からみると、大学病院は高度先進医療を中心として医療が行われており、病棟中心の研修では総合診療の教育は不十分である。諸外国における卒前・卒後教育も入院から外来に移行する傾向がある<sup>3)</sup>。こうした背景も加わり、最近、大学病院や臨床研修病院において専門診療を補完するために総合診療部(科)の設置が相続している(図1)。

総合診療に関する教育は、卒前教育、卒後教育、生涯教育と一貫したものであるが、本稿では卒前、卒後教育を中心にして述べる。

### 1. 総合診療能力

医学教育に求められる総合診療能力は、プライマリ・ケアの能力と重複する部分が多い。先述の日野原意見書では、プライマリ・ケアについて、『医師は初診患者の問題を的確に把握して適切な指示、緊急に必要な処置の実施および他の適切な医師への委託などを行い、また、個人や家族の継続的健康の保持および慢性疾患の継続的な治療とリハビリテーションについていわゆる主治医としての役割を果たすことをいう』と定義されている。

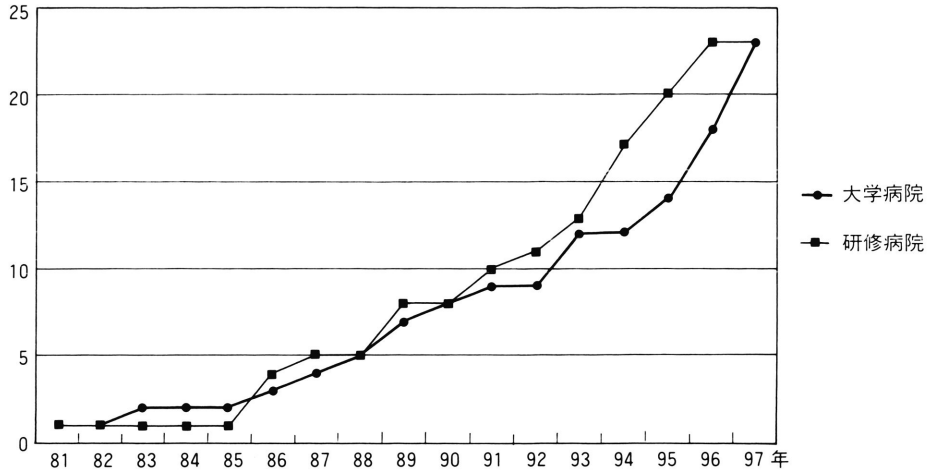
続いて導入された総合診療方式においては、『総合診療方式は、主として救急、小児疾患を含む通常みられる疾患に対応できる幅広い知識、臨床能力を修得させるための研修目標、研修内容、研修方法を明確にした研修方式である』とされ、修得目標として全人医療やチーム医療の協調性もあげられている。

1989年に発表されたいわゆる到達目標では、プライマリ・ケアの用語を用いず、すべての医師に求められる基本的で幅広い研修目標として、『通常みられる疾患の患者に対して適切な診療を行い、

\*1 Current Status and Future of Education in General Medicine

キーワード：総合診療、プライマリ・ケア、卒前教育、卒後臨床研修

\*2 Takanobu IMANAKA 天理よろづ相談所病院総合診療教育部



	81年	82年	83年	84年	85年	86年	87年	88年	89年
大学病院	1	1	2	2	2	3	4	5	7
研修病院	1	1	1	1	1	4	5	5	8

	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	97年
大学病院	8	9	9	12	12	14	18	23
研修病院	8	10	11	13	17	20	23	23

図1. 年度別総合診療部設置数

また、とくに救急時の診療を行う能力を身につけるべきである。そのためには、適切な判断力と診断治療のための基本的手技、さらに全身管理能力を身につける必要がある。また、必要に応じて患者を適切に専門医または施設などに送る能力の養成も重要である。さらに、病人の抱える問題を身体的、心理的、社会的に適切に把握し解決・指導するためには、患者および家族とのコミュニケーションを保つ能力の養成も大切である』と示されている。

総合診療の定義は必ずしも明確とはいえず、その診療能力も立場によって異なる面があるが、少なくとも医学教育の目標としての総合診療能力は到達目標とすることが、現在のコンセンサスと考える。

## 2. 卒後臨床研修方式の現状

総合診療の教育を臨床研修方式の面からみると、ローテート方式→総合診療方式→プログラム方式の流れがある。1978年の日野原意見書では、プライマリ・ケアを修得するにはローテート方式が望ましいとされたが、大部分はストレート方式

にとどまった。

続いて、1985年には総合診療を冠した総合診療方式が第三の研修方式として導入され、厚生省は研修補助金を厚くするという誘導も行ったが、認めるべき効果をあげることができなかった。

そこで、厚生省は臨床研修の改善について抜本的に再検討することにし、1989年に臨床研修到達目標を発表した。この目標を達成するためには、医学部卒業生の約80%が研修する大学病院での研修は症例の質量いずれの面でも問題があったが、臨床研修指定病院にしても受け入れ能力に限界があった。この問題を解決するために1994年に打ち出されたのが、研修プログラム方式である。

プログラム方式は大学病院を含めた基幹病院を中心に、研修個別目標に応じて、主病院、従病院、救急施設、老人病院、診療所など従来の研修指定病院の枠を超えて多施設が協力する研修システムである。本方式は、ストレート方式中心の大学病院においても研修施設との連携により幅広い研修を可能にする方式であり、臨床研修改善の切り札として期待されている。

総合診療の教育は、ローテート方式、総合診療

方式、プログラム方式が望ましいことはいうまでもないが、現状は厳しいものがある。平成7年度の実施状況は、総合診療方式792人(9.4%)、ローテート方式3,723人(44.1%)、ストレート方式3,924人(46.5%)であった。

〈脚注〉

\* 研修プログラム方式：厚生省の到達目標を織り込んだ研修目標、研修計画、指導体制およびそのほか必要な事項を定めた研修プログラムを有することが義務づけられ、目標の達成のために主病院および従病院からなる研修施設群を構築することができる。

\* 総合診療方式：スーパーローテート方式とも呼ばれ、1994年に次のように定義された。総合診療方式とは当該臨床研修病院において定められている研修プログラムに基づき、少なくとも内科系、外科系のおおの1診療科、小児科および救急診療部門をそれぞれ2か月以上、2年間の研修期間中に研修する方法をいう。

### 3. 総合診療部を有する施設と教育活動

総合診療部を有する施設は1997年4月現在、国公立大学病院が23、臨床研修指定病院が23である。主な施設名と施設を紹介している文献を表1に示しているが、施設の設立目的によって診療内容および教育内容に違いがみられる。津田<sup>4)</sup>、青木<sup>5)</sup>の論文を参考にして卒後教育を分類すると、次のようになる。

#### (1) 川崎医科大学および自治医科大学タイプ

大学の設立目的と関連して、在宅ケアなどを含めた広義のプライマリ・ケアに必要な教育を実施している。

#### (2) 佐賀医科大学および京都大学タイプ

外来における研修を中心にして、研修医の基本的診療能力を高め、よき臨床医を養成するための教育プログラムを開発・実践している。

#### (3) 天理よろづ相談所病院および国立東京第二病院タイプ

一般内科を母体とし、病棟研修を中心に全人医療や各科にまたがる幅広い診療能力の養成を目指している。

#### (4) 九州大学および広島大学タイプ

振り分け機能を主とした外来での教育と病棟での教育を行っている。

卒前教育については、総合診療部で行われている教育は基本的診療技法の教育(医療面接、身体

診察、コミュニケーション・スキルなど)、プライマリ・ケアの教育(在宅ケアなど)、医療倫理・evidence-based medicine・臨床疫学の紹介などである。

日本医学教育学会総合診療ワーキング・グループ(主任：福井次矢)が、わが国の教育病院392における総合診療の現状をアンケート調査した結果によると、卒前教育にのみ関わっているのは22病院、卒後教育にのみ関わっているのは37病院、卒前・卒後教育双方に関わっているのが18病院であった。その役割としては、卒後初期の基本的トレーニング、卒前のプライマリ・ケア、臨床入門の教育があげられている<sup>6)</sup>。

1993年、わが国で総合診療を実践している施設の有志が中心となり、「総合診療に関する研究と教育を促し、もって医療の向上をはかることを目的」として「総合診療研究会」(会長：福井次矢京都大学教授)を発足させた<sup>7)</sup>。会員は約400名で、年1回研究会を開催しており、総合診療部を有する大学病院の8割近くから演題の発表がある。1996年より機関誌も発行している。

### 4. 大学病院における総合診療教育のすすめ方

日本医学教育学会では、1997年よりワーキング・グループ「総合診療教育」(主任：今中孝信)を組織し、とくに大学における総合診療教育について検討している。近く提言を公表する予定であるが、その考え方的一端を紹介したい。

総合診療は組織と機能の面から考える必要があるが、大学病院においては現状では組織が優先している。すなわち、総合診療部の教育機能について検討する場合、総合診療部スタッフのみで教育を行うには質量ともに限界がある。

1つの試みとして、各診療科共通の総合診療に関係する教育、たとえば、「卒後臨床研修のオリエンテーション」を共通のカリキュラムで研修医全員を対象として行う。総合診療部スタッフがその企画・運営などのマネジメントを担当し、診療各科は指導スタッフを供出する形で協力するようになれば、機能としての総合診療教育が可能になる。

このような形での総合診療部主導型の総合診療教育は、総合外来部門の運営と教育、各科共有混

表1. 総合診療部(科)を有する施設

括弧内は開設年 文献には施設の概要が紹介されている

## 〈国公立大学附属病院〉

1. 川崎医大 総合臨床医学 (1981) 新医療1989, 16: 98-102
  2. 自治医大 地域医療学 (1983) 医療学新報1984, 6: 35-51
  3. 佐賀医大 総合診療部 (1986) 医学教育1997, 28: 284
  4. 九州大学医学部 総合診療部 (1987) JIM1996, 6: 1102
  5. 広島大学医学部 総合診療部 (1988) JIM1997, 7: 786
  6. 香川医大 総合診療部 (1989)
  7. 自治医大大宮医療センター 総合医学 (1989) JIM1997, 7: 332-333
  8. 山口大学医学部 総合診療部 (1990)
  9. 東京慈恵医大柏病院 総合内科 (1991) JIM1996, 6: 742
  10. 京都大学医学部 総合診療部 (1993) JIM1996, 6: 652-653
  11. 順天堂大学医学部 総合診療科 (1993) JIM1996, 6: 1010-1011
  12. 大阪市立大学医学部 総合診療科 (1993) JIM1997, 7: 76-77
  13. 大阪大学医学部 総合診療部 (1995)
  14. 北海道大学医学部 総合診療部 (1995)
  15. 東北大学医学部 総合診療部 (1996)
  16. 名古屋大学医学部 総合診療部 (1996)
  17. 聖マリアンナ医大 総合診療科 (1996)
  18. 東京慈恵医大 総合診療部 (1996)
  19. 金沢大学医学部 総合診療部 (1997)
  20. 滋賀医大 総合診療部 (1997)
  21. 高知医大 総合診療部 (1997)
  22. 金沢医大 総合診療科 (1997) 医学教育1997, 28: 284-285
  23. 防衛医大 総合内科 (1997) JIM1997, 7: 244-245
- \* 東京医大霞ヶ浦病院内科 (1993) 東京医大誌1995, 53: 10-20

## 〈臨床研修指定病院〉

1. 天理よろづ相談所病院 総合診療教育部 (1976) 医学教育1995, 26: 115-116
2. 国立東京第二病院 総合診療科 (1986) JIM1993, 3: 346-351
3. 国立長崎中央病院 総合診療科 (1986) JIM1997, 7: 965
4. 県立岐阜病院 総合内科 (1986)
5. 国立京都病院 総合内科 (1987)
6. 公立昭和病院 内科総合外来 (1989)
7. 国立岩国病院 総合内科 (1989)
8. 飯塚病院 総合診療内科 (1989)
9. 国立国際医療センター 総合外来部 (1991)
10. 亀田総合病院 総合内科 (1991)
11. 国立大阪病院 総合内科 (1992)
12. 小倉記念病院 地域総合診療部 (1993)
13. 大阪市立総合医療センター 総合外来 (1993)
14. 静岡県立総合病院 総合診療部 (1994)
15. 島根県立中央病院 総合診療科 (1994)
16. 東京都老人医療センター 老人総合診療 (1994)
17. 松波総合病院 内科診断部 (1994)
18. 静岡市立静岡病院 総合内科 (1995)
19. 福井県立病院 内科総合外来 (1995)
20. 聖マリア病院 総合診療部 (1995)
21. 聖隷三方原病院 総合診療部 (1996)
22. 済生会宇都宮病院 総合内科 (1996)
23. 県立広島病院 総合診療科 (1996)

合病棟（総合病棟）の運営と教育、救急部門（外来、病棟）の運営と教育、などにも応用可能と思われる。ただし、その導入には学部長、病院長などトップのリーダーシップが必要であることはいうまでもない。

### 5. 個人的努力による総合診療教育

総合診療の教育を研修システムとか研修施設の面から改革しようとする動きはすでにみてきた通りであるが、今後の実施には種々の困難が予想される。その意味で、個人的な努力による総合診療の研修はいつでも、どこでも、やろうと思えばやれる。

日野原意見書にも述べられているように、総合診療教育は主治医能力の養成と考えることもできるが、この方向に添った若手医師の呼びかけがある。現在研修中のレジデントや研修を終わった人たちが自らの体験に基づいて書かれた『学生のためのプライマリ・ケア病院実習』がそれである<sup>8)</sup>。著者たちの学生時代の体験を具体的にまとめている。学生時代から「主治医能力をもった臨床医になりたい」とイメージすることが大切であるとし、この目標に向かってあらゆる機会を捉えて体験することを奨めている。教育改革には当事者の学生や研修医諸君の意識改革や積極的な取り組みが不可欠であり、このような芽を育てるための教育やサポートが重要であると考えられる。

著者の経験からしても、普段の診療において「1日2回以上の病室訪問」を実行し、患者の話を聴くように努めれば、全人医療のキーワードであるコミュニケーション・スキルを習得し、知らず知らず医師としての望ましい態度も身につけることができる。

### おわりに

国民は現在、総合診療を必要としている。医学生および臨床医は将来の進路や専門に関係なく、

総合的な診療能力を修得すべく「個人的努力」を含め、卒前・卒後の研修を充実させねばならない。

一方、組織的な総合診療の教育に対する取り組みも重要である。総合診療は専門診療と対峙するものではなく、両者は縦糸と横糸の関係にある。大病院においては、専門診療を機能的に integrate する役割が総合診療部門に求められている<sup>9)</sup>。したがって、大学病院に総合診療部が設置される場合、単に教授のポストが1つ増える認識で受け取られ、総合診療能力と関係のない横滑り人事が行われるようなことがあってはならない。さらに、総合診療部門が診療や教育面においてその機能を発揮するためには、施設長の強力なリーダーシップとバックアップが不可欠であり、医療が誰のためのものかという医療の原点に還って考えれば、当然の責務である。

### 文 献

- 1) 尾島昭次・他：卒前教育における“プライマリ・ケア・コース”のカリキュラム試案（第二次試案）. 医学教育 1991, 22: 242-248
- 2) 日本医学教育学会編：医学教育白書 1994 年版. 資料 9-16, 篠原出版, 東京, 1995, p 227-290
- 3) 山城清二, 小泉俊三：北米における総合診療教育. 医学教育 1997, 28: 431-435
- 4) 津田 司：わが国の総合診療の現状. 日本医師会雑誌 1994, 112: 1855-1858
- 5) 青木 誠：総合診療の現況. 総合診療研究会会誌 1996, 1: 4-6
- 6) 福井次矢・他：わが国の教育病院における総合診療の現状—『総合診療に関する現状調査アンケート』報告一. 医学教育 1997, 28: 9-17
- 7) 福井次矢：総合診療研究会設立趣意説明. 総合診療研究会会誌 1995, 1: 2-3
- 8) 日野原重明（監）, 21世紀の医療をつくる若手医師の会：学生のためのプライマリケア病院実習. 医学書院, 東京, 1995
- 9) 今中孝信：機能・組織としての総合診療. *Therapeutic Research* 1991, 12: 244-248