



表1 プライマリ・ケアの概念

<p>1) 一次機能的概念</p>	<p>主に行政などから語られる場合に用いられる概念。 保険医療システムを一次医療、二次医療、三次医療と機能別ヒエラルヒーに分割し、そのうちの軽症疾患の治療や慢性疾患管理、専門的医療への振り分け機能などの一次医療の担うべき機能を総称したものの。現実の医療システムはこの通りには機能しないため、問題が残る。</p>
<p>2) 臨床能力的概念</p>	<p>主に臨床系の大学人や専門医療に携わる臨床家によって用いられる概念。過剰な専門化を批判的に捉えて、幅広い一般的基礎能力に裏打ちされた臨床医であることを称している。この場合の一般的基礎能力の中身は、様々である。</p>
<p>3) 現場主義的概念</p>	<p>主に開業医療に携わっている側から、現在自らが担っている医療が第一線であることを称して用いられる概念。第一線であるという場所性が重視され、そこで行われている医療内容については二義的なこととなる。</p>
<p>4) 専門的概念</p>	<p>欧米の家庭医や general practitioner のような、独自の専門性を持った概念。臨床医学や行動科学、心理学、社会学などに渡る幅広い専門的能力を指し、独自の専門的トレーニングを必要とする。日本ではどこまでをPC独自の専門性とするかなど、議論が分かれている。</p>
<p>5) 広範な臨床研修を意味する概念</p>	<p>広範囲の内容を研修することを称してPCと呼ぶ概念。</p>

文献1の内容をもとに改変

および地域を視野に入れたものでなければならない。」という定義<sup>2)</sup>と考えてよい。これらの定義で重要なのは、地域の診療所レベルでの診療を主に想定して幅広い地域のニーズに対応した専門的トレーニングを積んだ一つの専門性としてPCを位置づけているという点である。若干の異同はあるが、米国の家庭医 family medicine や英国の General Practitioner もほぼ同じ意味であると言える。

### PCの対象

White らの 1961 年の研究によると<sup>3)</sup>、対象とした地域の成人 1000 人のうち医師を受診する患者は 250 人であるのに対して、入院する患者はわずか 9 人であり、大学病院に紹介される患者はわずか 1 人にすぎなかった。また、2001 年に White らの研究を追試した研究が報告された<sup>4)</sup>。2001 年の研究の対象は、成人だけでなく小児も含めた地域の住民 1000 人であったが、診療所を受診する者は、217 人であり、病院の外来を受診する患者

はわずか21人、入院するのは8人、大学病院などに入院するのは1人以下にすぎず、40年間の医学の進歩や医療制度の変化にもかかわらず、地域住民の受療行動にはほとんど変化がみられなかった。これらの報告で重要な点は、診療所を受診する患者と、入院する患者、大学病院などに入院したりする患者の割合が200:10:1と、かなり異なるという点である。evidence-based medicineや臨床疫学の立場では、これだけ受診者の割合が異なると、患者の疾患構造(愁訴や疾患の頻度、有病率)が診療を行う場によって全く異なる可能性が大きいと考えられる。

この2つの研究は、予防医学の視点でも重要な問題を提起する。何らかの健康問題として症状を訴える人は対象者1000人のうち800人前後にのぼるが、診療所を受診する人は200人前後であり、病院や大学病院を受診する人はせいぜい20人にすぎない。医療費の高騰や高齢化、一人あたりの疾病数の増加などから、一次予防が重要であることは明白だが、病院内の診療だけでは健康問題への介入はごく限られた人にしかできないと考えられる。大多数の健康問題をもつ住民に一次予防などを目的に介入するためには、診療所内で、さらには診療所の外に出て活動をする必要がある。このような活動はPCの医師の方が容易に行うことができる。

次に、PCの主な診療の場である地域の診療所では、具体的にどのような健康問題がみられるのだろうか。山田らは<sup>5)</sup>、岐阜県、愛知県、愛媛県内の、いわゆるへき地に存在して地域の唯一の医療機関としてPC機能を担っている5つの診療所で1年間の外来患者に関するデータを収集分析した。各診療所に持ち込まれた継続的な健康問題の上位10項目としては、合併症のない高血圧症(15.0%)、骨粗鬆症(7.1%)、糖尿病(3.7%)、白内障(3.6%)、変形性膝関節症(3.6%)、睡眠障害/不眠(3.3%)、便秘(2.9%)、その他の消化性潰瘍(2.9%)、胃の機能障害/胃炎(2.7%)、脂質代謝異常(2.3%)が認められた。これらの健康問題はいわゆる慢性疾患がほとんどであった。また、整形外科疾患や皮膚科疾患も上位に認められた。

新たに出現した健康問題は、上位10項目を挙げると急性上気道炎(かぜ)(22.5%)、疾患なし(2.9%)、接触性皮膚炎/その他の湿疹(2.7%)、胃の機能障害/胃炎(2.1%)、その他の消化器感染と推定されるもの(1.9%)、放散痛のない腰背部の症状/愁訴(1.6%)、裂創/切創(1.6%)、急性気管支炎/細気管支炎(1.3%)、めまい(1.3%)、頸部の症状/愁訴(頭痛を除く)(1.2%)であった。いずれも、いわゆる日常病として発症頻度の高い疾病群であった。継続的な健康問題と新たに出現した健康問題を臓器別に集計すると、継続的な健康問題では循環器系、筋骨格系、消化器系が、新たな健康問題では呼吸器系、筋骨格系、皮膚、消化器系が多く、いずれも幅広い臓器に渡っての健康問題が日常的にみられていた。

これらの結果からは、大学病院・総合病院と、地域の中小規模病院と、開業医・診療所では、外来受診時の疾病などの頻度が異なる可能性が高い。残念ながら、このような研究は大学病院や総合病院などでは行われていない。そのため、各医療機関の疾病の頻度は不明であり、今回の結果だけでは厳密には比較は出来ない。この後、このような研究が各医療機関で行われることを期待したい。

### PCに必要な臨床技能

田坂は<sup>6)</sup>、「診療所医師(PC医)が内科以外の領域について、どの程度の日常病 common disease について診療を期待され、実際にそれを担っているのか」に関して、診療所や医院、クリニック、開業のいずれかに該当する医師(開業まで平均10年、開業後平均5年)を対象にアンケート調査を行った。日常病としては、小児科(感冒、腰痛、脱水症、ウイルス性発疹症、溶連菌感染症)、泌尿器科(急性膀胱炎、急性前立腺炎、前立腺肥大)、整形外科(肩こり、腰痛、五十肩、膝関節痛、足関節捻挫、関節リウマチ、骨折・骨折の疑い)、皮膚科(アトピー性皮膚炎、みずいぼ、水虫、うおの目、オムツかぶれ、虫刺症、しもやけ、とびひ、接触性皮膚炎)、外科(小外傷創処置、感染性

粉瘤、皮膚腫瘍摘出)、耳鼻科(アレルギー性鼻炎、急性中耳炎、鼻出血)、眼科(アレルギー性結膜炎、目のゴミ、白内障、眼底写真の評価)を対象として取り上げた。これらの日常病のニーズは70~95%にも及んでいたが、これらの日常病に対する臨床技能の習得時期は、4分の1が開業後に習得したと答えていた。また、地域サービスとして、予防接種、在宅医療、学校医、福祉との連携、集団検診、保健との連携、健康教育、産業医、乳幼児健診、リハビリ、施設の嘱託医に対するニーズがあるかを尋ねたところ、50~90%がニーズはあると回答していた。しかし、これらの地域サービスの技能を習得した時期は、開業前は30~50%にすぎず、半数近くが開業後に習得しており、卒前卒後教育の改善を要望する医師は4分の3にも及んでいた。

同様に診療所医師を対象として検査手技に関して必要性や習得時期についてのアンケート調査を行った別の報告<sup>7)</sup>では、消化管検査と超音波検査は必要性が高いと判断しており、心臓超音波を除けば多数が開業前に習得しているとの結果であった。

これらの結果からは、検査手技に関しては病院での診療で比較的習得が可能と考えられるが、各科の日常病の診察や地域で要求される地域サービスについての技能は、残念ながら病院診療では学ぶ機会が少ないと言えるのではないかと。したがって、PCの教育を行う上では、地域のニーズをふまえ、これらの技能を学ぶ場が必要であると言える。また実際にこれらの技能を研修する場合は、その性格上大学病院でも総合病院でもなく、実際の地域だと考えられる。

### 総合診療とは

次に総合診療とは何か、総合診療の対象はどのような人たちになるのかについて述べたい。現時点では、総合診療部または総合診療科と呼ばれている部門は、大学病院や総合病院に設置されていることが多い。したがって、ここでは総合診療を、大学病院や総合病院の総合診療部門という意味と

して考察したい。このような、比較的大規模な病院にある総合診療部門は、いわゆる一般内科 General Internal Medicine と呼ばれている分野と考えてよいと思われる。福井によると<sup>8)</sup>、二次レベルの内科疾患に加え、外科系疾患の一次レベル、精神科、皮膚科、小児科疾患の一次レベルを扱うとしている。また特にターミナルケアや予防医学、薬物乱用などに対するアプローチも重要である。これらの基礎となる臨床技能として医師患者関係や臨床倫理、臨床疫学が必須であるとしている。ただし、GIMと言った場合には成人のみを扱うとする立場もあり、この場合には小児科疾患の一次レベルを含まないことになる。

総合診療部門は、一般的に大学病院や総合病院に設置されているため、疾患の頻度などはPCのそれと異なる点を認識する必要がある。また、主に病院内での診療業務となるため、その病院の専門医の数や設備などにより総合診療部門の取り扱う分野が異なってくる。例えば病院内に精神科があれば精神科疾患は精神科が担当するが、精神科がなくて総合診療部門がある場合、総合診療部門が精神科患者の主な受け皿となることはよくみられることである。このような点でも、総合診療部門は地域や診療所が主体のPCと異なると言える。

### PC教育に於ける総合診療部門の役割とは

PCの教育における総合診療部の役割については、これまでに述べたようにPCと総合診療との間で、対象となる患者や疾患頻度、あるいは必要とされる臨床技能に違いがあることをまず認識する必要がある。

この違いを認識して教育を担当すれば、大学病院や総合病院の総合診療部門でPCの考え方についてはある程度教育することは可能であろう。地域の診療所などで診療経験のある医師がスタッフにいて教育を担当することができれば、その方が望ましい。あるいは、地域の診療所などで診療を行っている医師が院外講師として参加すれば、その方が望ましい。

また、地域で必要とされる各科の疾患について

は、各科専門医が同じ病院内で診療しているため、専門医との連携をとることである程度の研修を積むことは可能である。しかし、日本ではPCが学ぶべき各科の essential minimum が明確でなく、施設によって全く異なることも多い。また、学ぶ内容がPCにとって適切でないことも多い。例として挙げると、ある大学病院でPCの研修コースで整形外科をローテーションした際に、手の外科班の医師が指導医となり、2ヶ月間の研修のほとんどが手の手術で終わったという研修医がいた。これはその研修医の研修目的を全く理解せずに研修医教育を行っているという点で、適切ではない対応であったといえる。米国家庭医レジデントの研修では、逆に専門医の先生方が、「これは君たち家庭医が知っておくべき知識技能だからきちんと覚えなさい、これから先のことは私達専門医が知っておくべきことだから、君たちは覚えなくてよい。」と言って、研修医の目的に会わせて教育内容を変えている指導医が多いという。このように、各科専門医の先生方のご協力のもとで、PCの場に適した essential minimum を決定し習得することが不可欠である。

逆に、総合診療科は病院中心 hospital-based で診療所中心 clinic-based ではないため、PC教育の一部しか教育できないという限界を認識することは極めて重要である。これは、私の施設であっても例外ではない。したがって、今後は地域の診療所や開業医の諸先生方のご協力のもとで、研修を行うシステム作りが不可欠である。

また、日本の現状では外来診療を学ぶことができない、あるいは外来診療のごく一部しか学ぶことができないことも、現時点での限界と言える。

### おわりに

PC教育に関しては、日本プライマリ・ケア学会や日本家庭医療学会が卒後研修プログラム案などを作成しており、参考になるとと思われる<sup>9)-12)</sup>。また2004年度には日本プライマリ・ケア学会から、PCを学ぶためのハンドブックが出版される予定である。このハンドブックは日本プライマ

リ・ケア学会の卒後研修プログラム案に基づいて作成されており、PC教育を考える上で一助になるとと思われる。

課題は山積みであるが、今後PC教育がすすみ、日本の医療の質が更に向上することを願いたい。

### 文 献

- 1) 小泉 明, 杉田 聡, 藤崎和彦: 広義のプライマリ・ケアに於けるプライマリ・メディカル・ケア (PMC) の位置づけと医師の役割. 厚生科学研究費補助金 (特別研究事業) 研究成果報告書「プライマリ・ケアに関する総合的研究」平成2年度研究報告書, p2-5, 1991.
- 2) Institute of Medicine: Primary care: america's health in a new era. National Academy Press, New York, 1997.
- 3) White KL, Williams TF and Greenberg BG: The ecology of medical care. N Eng J Med 265: 885-892, 1961.
- 4) Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D and Dovey SM: The ecology of medical care revisited. N Eng J Med 344: 2021-2025, 2001.
- 5) 山田隆司, 吉村 学, 名郷直樹, 浅井泰博, 古賀義規, 井上洋介, 濱崎圭三, 三瀬順一, Henk L, Inge O: 日常病・日常的健康問題とは: ICPC (プライマリ・ケア国際分類) を用いた診療統計から (第1報). プライマリ・ケア 23: 80-89, 2000.
- 6) 田坂佳千: アンケートにみる診療所医師の必須スキル. 家庭医療学会編, 家庭医プライマリ・ケア医入門: 地域で求められる医師をめざして. プリメド社, 大阪, pp41-51, 2001.
- 7) 清田礼乃, 亀谷 学, 杉森裕樹, 石井 敦, 林潤, 濱島ちさと, 須永達哉, 生坂政臣, 吉田勝美, 中村俊夫: プライマリ・ケアに求められる臨床技能とその卒前卒後教育. 家庭医療 9: 13-21, 2002.
- 8) 福井次矢: 内科専門医制度と総合診療教育. 医学教育 28: 417-420, 1997.
- 9) 日本プライマリ・ケア学会: 日本プライマリ・ケア学会卒後臨床研修プログラム案: 地域の診療所における外来診療と在宅ケアを中心とした

