

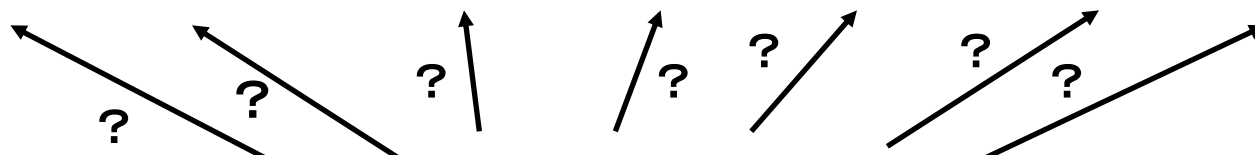
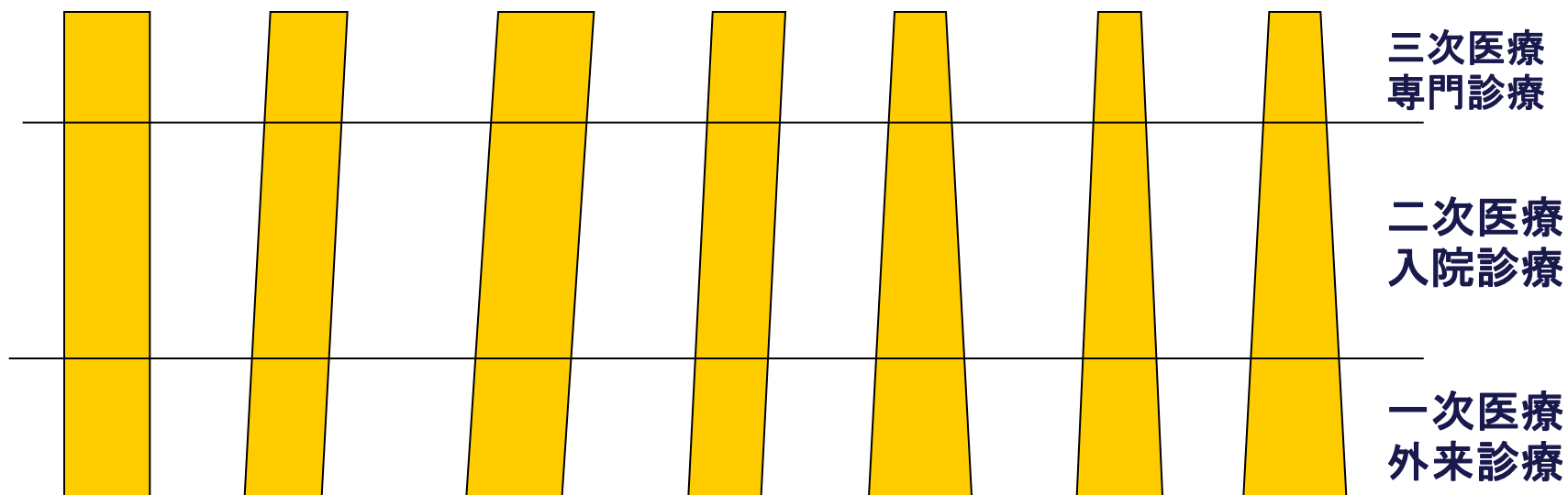
# 「総合医」の必要性と医療制度への導入

1. 特定の臓器・疾患にこだわらない医師の必要性  
—4つの視点—
2. 「総合医」の定義(案)と論点
3. 医療提供体制、専門医制度への導入
4. 「総合医」を普及させるために

# 症候からの診断

—臓器や疾患にこだわらないアプローチの重要性—

消化器内科 呼吸器内科 産婦人科 泌尿器科 循環器内科 皮膚科 整形外科



「お腹が痛い」……ハリソンの教科書には34の病気を列挙！

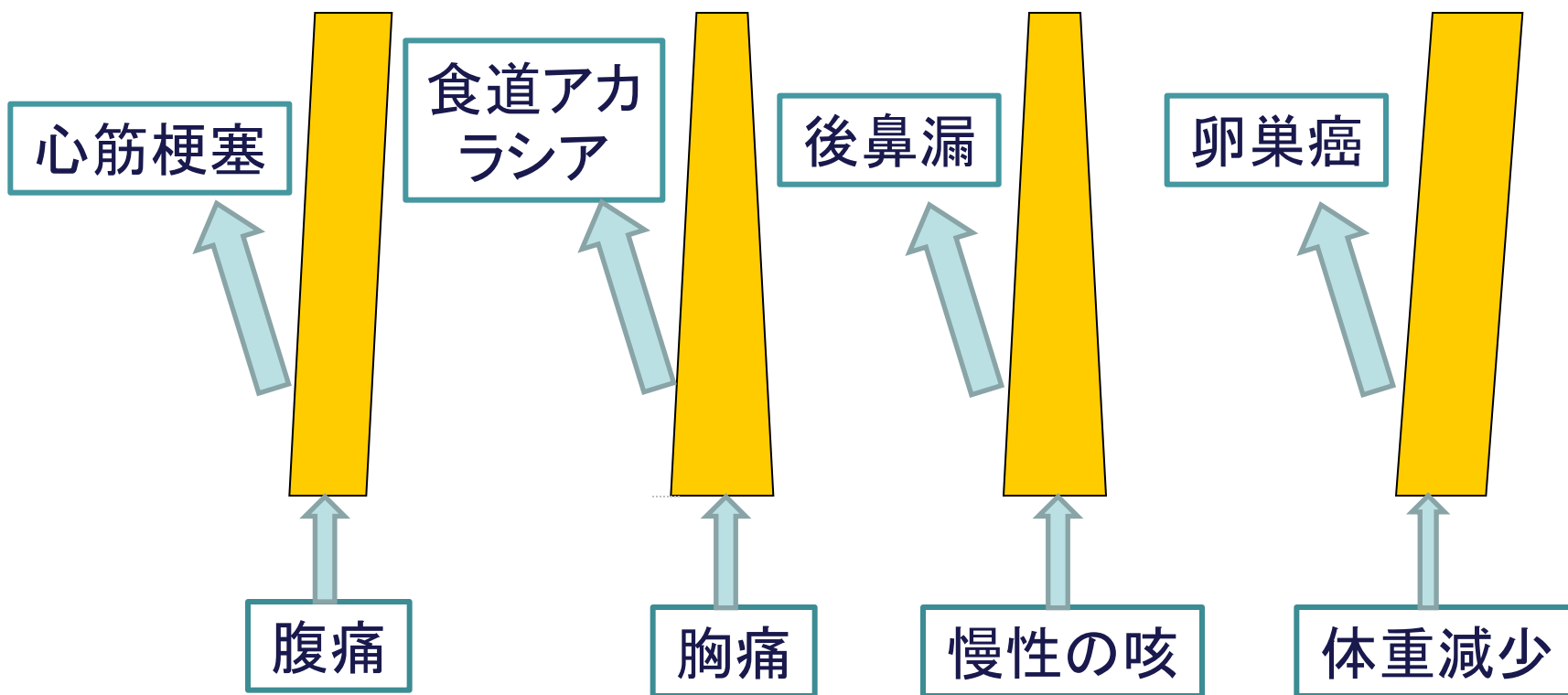
# 「症候」と「診断」の不一致例

消化器内科

循環器内科

呼吸器内科

消化器内科・精神科



# 一般外来の63歳男性（1）

## 【病歴】

1週間前に起こった上腹部痛・嘔気とその後の全身倦怠感を訴えて来院。3年前からときどき咳の発作を経験しているが医師に相談していない。

2年前の白内障手術の際に高血圧を指摘されたが、治療は受けていない。半年ほど前から食欲が低下し集中力がない。

喫煙歴20本×35年、飲酒2合×25年

## 一般外来の63歳男性（2）

### 【身体所見】

BMI 28.1 (体重72kg、身長160cm)

血圧180/100mmHg、脈拍 72bmp整

眼底所見にAV nicking(+)

頸動脈にbruit

心尖部に4音を聴取

腹部には異常所見なし

直腸診で前立腺が腫大

## 一般外来の63歳男性（3）

【血液検査】 AST 120、ALT 80、 $\gamma$ -GPT 300  
FBS 180、T-Chol 280、HDL-Chol 30  
TG 200

【尿検査】 尿酸9.6、尿糖（++）、尿蛋白（+）

【心電図】 洞調律でⅡ、Ⅲ、aV<sub>F</sub>にQ波を認める

【X線検査】 CTR 48%、うっ血所見はない  
肺野の透過性亢進

## 一般外来の63歳男性（4）

### 【Problem List】

- #1 最近起こった心筋梗塞
- #2 網膜症をともなう高血圧
- #3 高脂血症
- #4 腎症をともなう糖尿病
- #5 頸動脈狭窄
- #6 喫煙によるCOPD
- #7 肥満
- #8 アルコール性肝疾患
- #9 前立腺肥大症
- #10 高尿酸血症
- #11 うつ病

## 一般外来の63歳男性（5）

### 【Problem List】

- #1 最近起こった心筋梗塞
- #2 網膜症をともなう高血圧
- #3 高脂血症
- #4 腎症をともなう糖尿病
- #5 頸動脈狭窄
- #6 喫煙によるCOPD
- #7 肥満
- #8 アルコール性肝疾患
- #9 前立腺肥大症
- #10 高尿酸血症
- #11 うつ病

専門医

循環器内科  
内分泌代謝科  
（糖尿病）  
脳外科  
呼吸器内科  
消化器内科  
泌尿器科  
精神科



## 一般外来の63歳男性（6）

### 【Problem List】

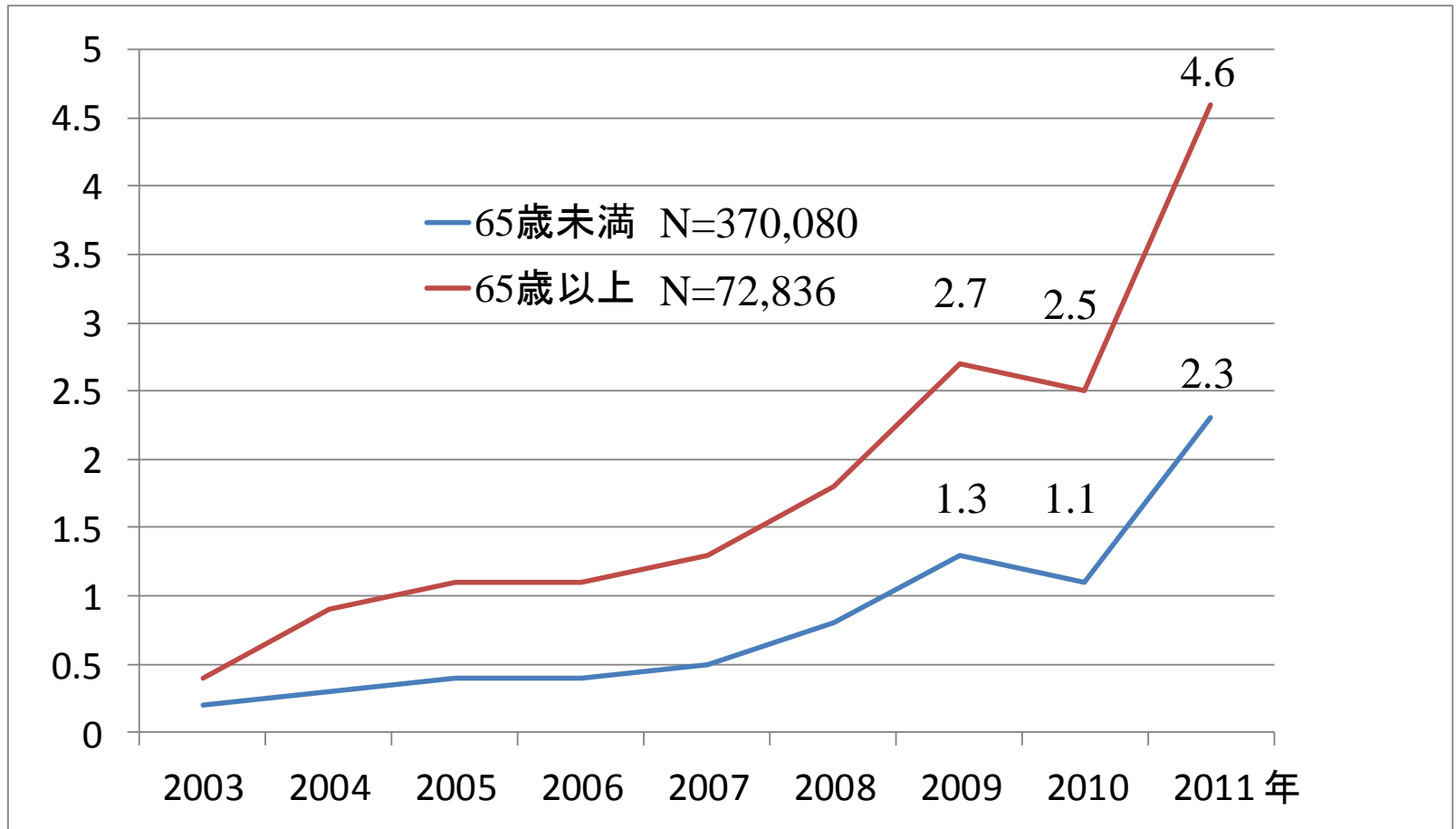
- #1 最近起こった心筋梗塞
- #2 網膜症をともなう高血圧
- #3 高脂血症
- #4 腎症をともなう糖尿病
- #5 頸動脈狭窄
- #6 喫煙によるCOPD
- #7 肥満
- #8 アルコール性肝疾患
- #9 前立腺肥大症
- #10 高尿酸血症
- #11 うつ病

総合医  
＋  
専門医

総合医（一般内科医）  
泌尿器科  
＋  
必要時の専門医コンサルテーション

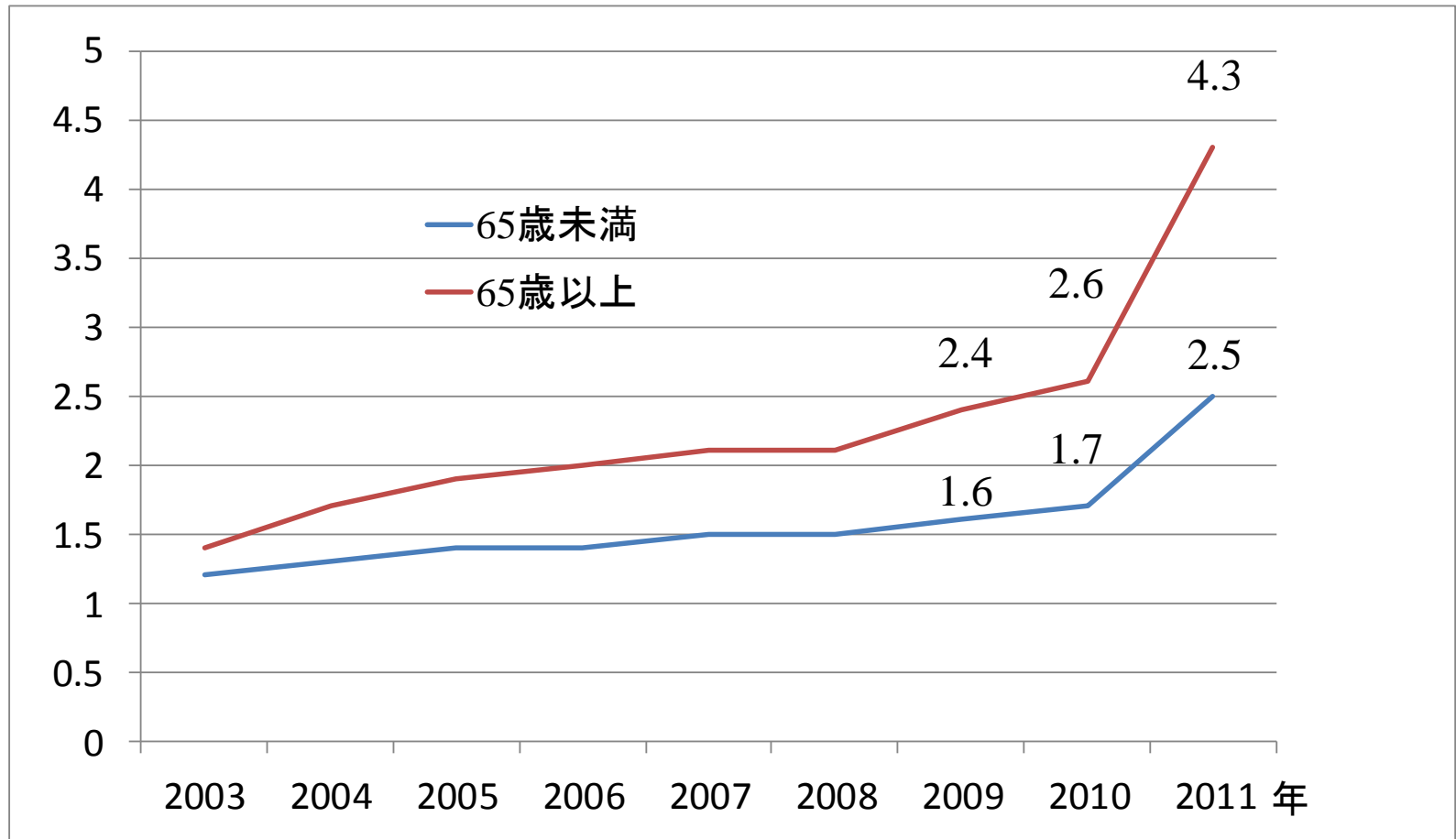
# 1人あたりの疾患数

— 聖路加国際病院：2003～2011年 —



# 1人当たりの受診診療科数

— 聖路加国際病院: 2003~2011 —



# わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動

Fukui, T et al. JMAJ 2005; 48: 163-167 (調査期間: 2003年10月1-31日)

**対象者 1,000人**

何らかの体調の異常 862人

医師を受診 307人  
(開業医受診 232人)

病院の外来を受診 88人

代替医療 49人

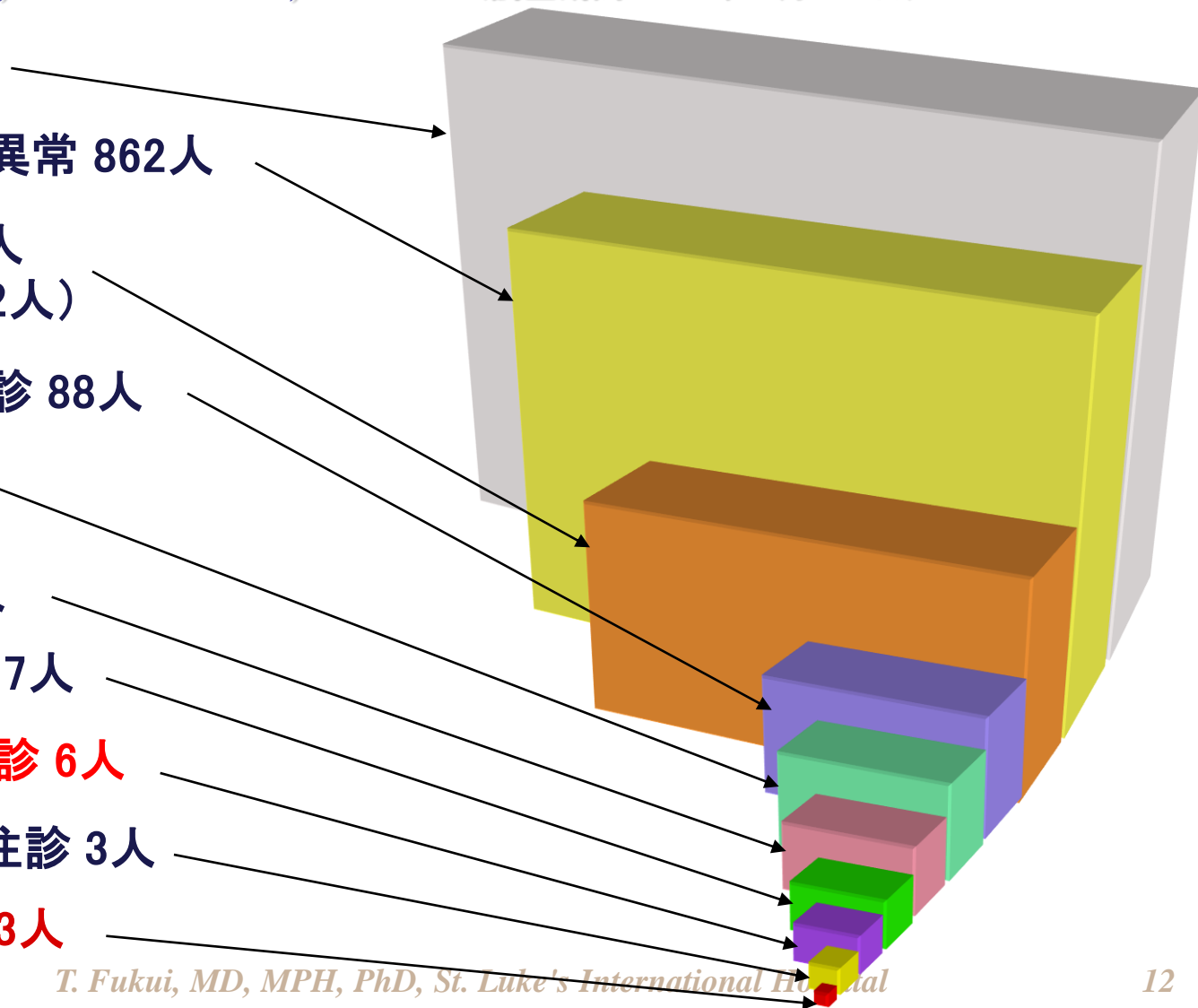
急患室受診 10人

一般病院に入院 7人

**大学病院外来受診 6人**

在宅ケアまたは往診 3人

**大学病院入院 0.3人**



# 総合医による医療提供の有効性・効率性 －米国の研究結果－

Macinko J, et al. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the united states. International Journal of Health Services, 2007;37:111-126

1985年～2005年に発表された論文の中で、米国において、プライマリ・ケア医増加がもたらす健康指標への影響をまとめた。10論文がこのテーマを扱っていた。

人口10,000人あたりプライマリ・ケア医が1人増えると、死亡率が5.3%（1年間で10,000人あたり49名に相当）低下する。

# 総合医の必要性

## －4つの視点－

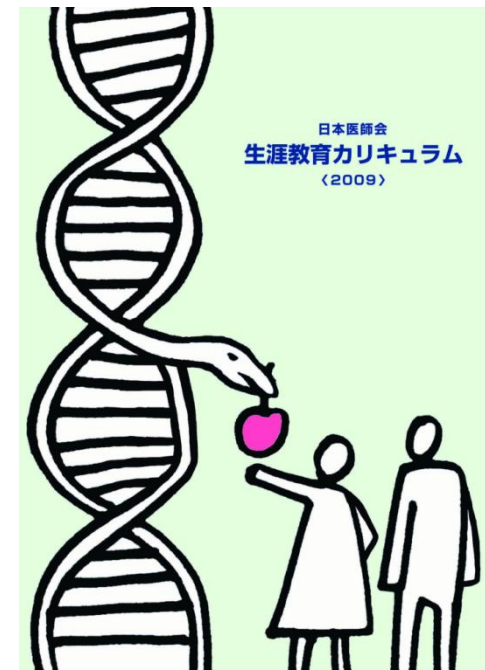
- (1) 「症候からの診断」アプローチの精度
- (2) 同時に複数の臓器の疾病を有する患者の診療の効率
- (3) 一般診療（特定の臓器・疾患別の専門医を揃えている大病院以外）の場で扱う問題の多さ
- (4) エビデンス（調査研究結果）としての有用性・効率性

# 「総合医」の必要性と医療制度への導入

1. 特定の臓器・疾患にこだわらない医師の必要性  
—4つの視点—
2. 「総合医」の定義(案)と論点
3. 医療提供体制、専門医制度への導入
4. 「総合医」を普及させるために

# 日医生涯教育カリキュラム<2009>

- ◆2006年から日本医師会生涯教育推進委員会  
(委員長福井次矢)にて検討開始
- ◆プライマリ・ケア関連3学会  
(プライマリ・ケア学会、総合  
診療医学会、家庭医療学会)  
や小児科学会などと共同
- ◆2008年3月に答申、2009年4月  
に会員17万人に配布





# 総合医の定義(私案)

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師

(第IV次生涯教育推進委員会答申、  
日本医師会生涯教育推進委員会、平成20年3月)  
(日本医師会生涯教育カリキュラム<2009>)

# 総合医の定義(私案)

頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師

(第IV次生涯教育推進委員会答申、  
日本医師会生涯教育推進委員会、平成20年3月)  
(日本医師会生涯教育カリキュラム<2009>)

# 総合医の初診時の役割

(1) 幅広い臨床問題・医療的課題に対応する

1) 臓器を問わない

2) 機能的・心理的な問題にも対応する

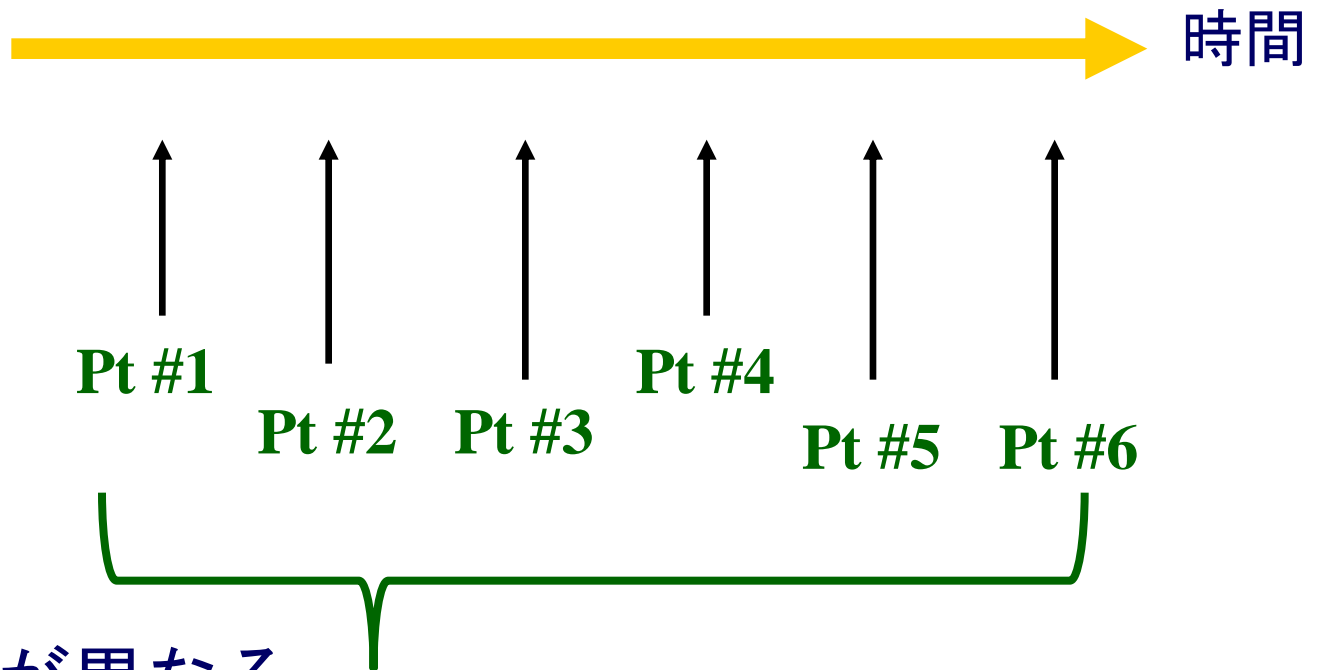
3) 社会的な問題にも対応する

4) 予防医療にも対応する

(2) タイミングよく専門医への紹介ができる

# 臓器・疾患別専門医の診療

□扱う疾病は同じ



□患者が異なる



# “総合医”をめぐる論点—1—

(1) 従来の診療科分類では、内科、小児科、精神科、外科、整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科、婦人科などの**部分集合**ということになる。

(2) 「内科領域」と「内科以外の領域(小児科、外科、耳鼻科、眼科など)」の割合は、どのような**場所・地域**で、どのような**患者群**を対象にするのかによって異なる。

(個人的見解:「内科領域」は、へき地診療で50~60%、都市部の開業医で70~80%、中小病院の外来で90~95%)

## “総合医”をめぐる論点—2—

(3) 家庭医、病院総合医、へき地医療に携わる医師は、働く場所が異なり、したがって扱う症候や疾患、医療上の問題などの頻度が異なるだけであり、**中核となる能力**は同じ。

(4) 専門性の特徴は、従来の臓器・疾患別専門医の「比較的**少数の問題**についての**深さ**」に対し、総合医では「扱う**問題の多様さ**」にある。

## “総合医”をめぐる論点－3－

(5) 臨床上扱う問題の幅の広さと現場経験の必要性から、医学部での卒前教育と卒直後2年間の研修プログラムでは達成不可能なレベルの臨床能力である。

(6) 正規の研修課程を修了した後の認定試験には、OSCEなどの実技試験の導入が望まれる。



# 「総合医」の必要性と医療制度への導入

1. 特定の臓器・疾患にこだわらない医師の必要性  
—4つの視点—
2. 「総合医」の定義(案)と論点
3. 医療提供体制、専門医制度への導入
4. 「総合医」を普及させるために

高齢化、多数の慢性疾患、精神心理社会的な問題、予防医療など

「総合的に診てほしい」

専門医集団としての総合性

一人の医師の総合性

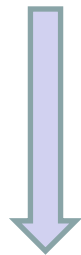
単一病院内  
病診・病病・診診連携  
多数の医師・非効率性  
マンパワーの不足

教育体制の不備  
医師・医療界の価値観  
との齟齬

# 望ましい医療体制

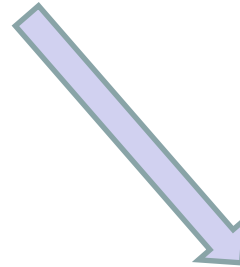
臓器・疾患別専門医と総合医の組み合わせ

Particularist



重症救急疾患への対応、  
高度な医療技術を駆使、  
生物医学的アプローチ

Generalist

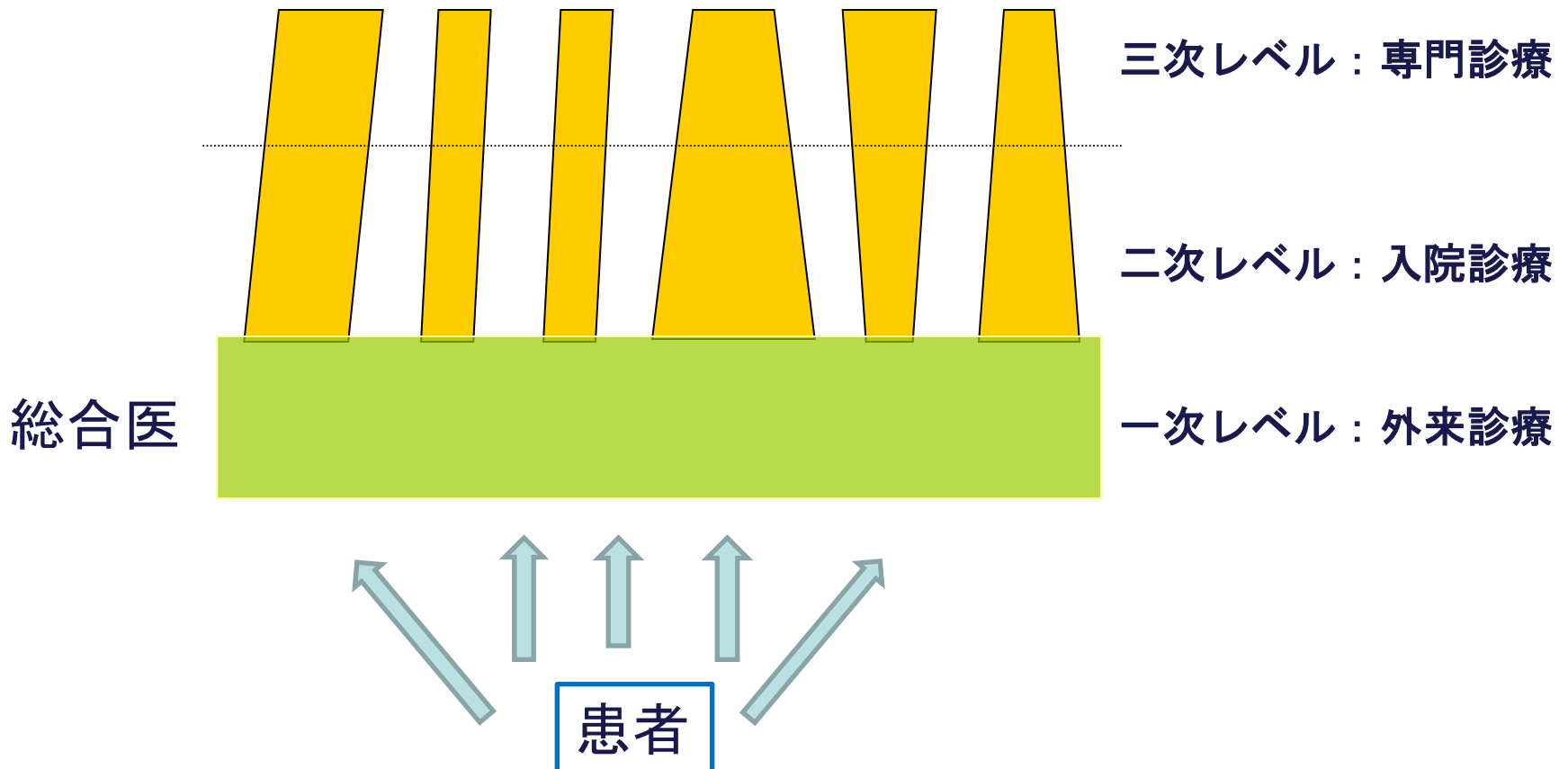


初診時の問題の仕分け、  
タイミングよい専門医への  
紹介、慢性疾患の継続ケ  
ア、心理社会的アプローチ、  
予防医療

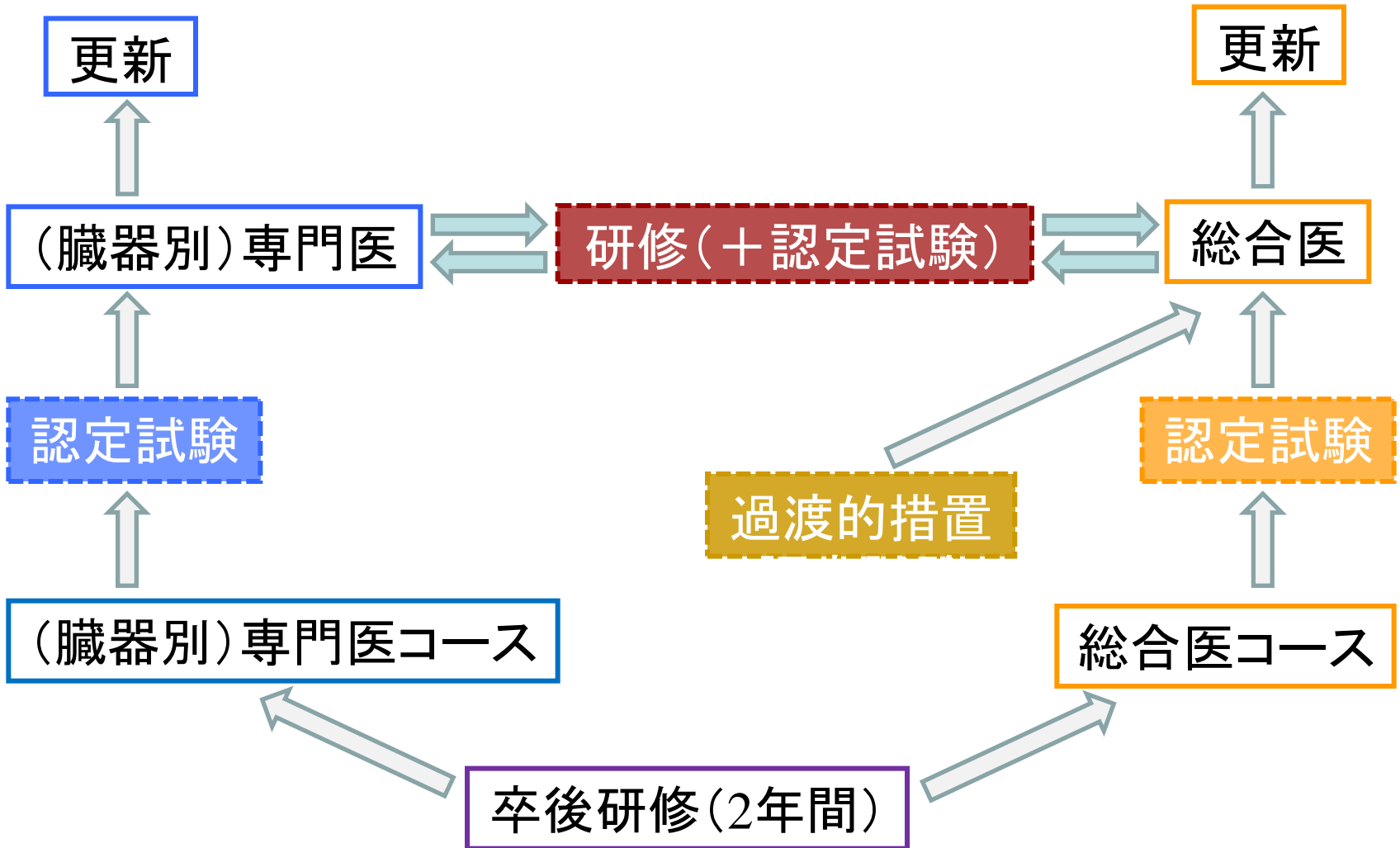
# まず総合医を受診

## —制度としてのアクセス制限なく—

消化器内科 小児科 外科 循環器内科 脳外科 精神科



# 専門医制度(案)



# 「総合医」の必要性と医療制度への導入

1. 特定の臓器・疾患にこだわらない医師の必要性  
—4つの視点—
2. 「総合医」の定義(案)と論点
3. 医療提供体制、専門医制度への導入
4. 「総合医」を普及させるために

# これまでの“総合医”論議

(1) 1980年代半ば 家庭医懇談会 (1987年の報告書)

(2) 1990年代 相次いだ総合診療部設置  
(大学附属病院、次いで研修病院)

(3) 2000年代 総合医論議

## 今回の特徴

1. 医師不足、大震災との関連
2. 日医生涯教育カリキュラムの変更
3. 国民健康保険中央会の「総合医体制」研究会
4. プライマリケア関連3学会の合同

# 引きずる“総合医”問題

- (1) 扱う疾患や患者の種類が病院ごとに異なる。
  - 総合医自身の臨床能力だけでなく。
  - 同じ病院で働く専門医の扱う領域により決まる。

⇒まとまりのある一つの専門性があるとみなされない。
- (2) 医療界でも、また患者からも低く評価される。
- (3) 大学の6年間で多くの医学生の興味が総合診療から臓器・疾患別専門診療に移る。
- (4) 大学医学部ではモデルとなる医師が少ない。
- (5) 25年前の「家庭医懇談会」の影響が残っている。
- (6) 「医療の質」ではなく「医療費」に関する議論が先行しやすい。
- (7) 公衆衛生・医療行政の視点からの必要性和現場医師の視点からの必要性が乖離する傾向にある。



# “総合医”を普及させるために

- (1) 医学生や若い医師にはやりがいのある仕事内容であることを、国民にはどのような能力を備え、どのような役割を果たす医師であるのかを知り、体験してもらう必要がある。
- (2) そのためには、総合医を正式な専門医制度に組み込む。
- (3) 国民には、総合医にかかることでよい医療を受けられることを体験してもらう期間(5～10年)が必要であろう。
- (4) 医療の提供体制の視点から、人口1,500～2,000人当たり1人の総合医とすると、6万人(20%)程度が必要ではないか。
- (5) 国の医療提供体制に関するグランドビジョンの中で、重要な役割を担う専門医集団としての位置づけが必要であろう。

# 「総合医」の必要性と医療制度への導入

1. 特定の臓器・疾患にこだわらない医師の必要性  
—4つの視点—
2. 「総合医」の定義(案)と論点
3. 医療提供体制、専門医制度への導入
4. 「総合医」を普及させるために

# 「かかりつけ医の質の担保について -日医認定かかりつけ医(仮)の検討-

## コースⅠ

### 【認定コース】(案)

対象: 2年間の卒業臨床研修を修了した医師

プログラム: 認定総合診療医研修プログラムに則って、行動目標を達成するための3年間以上の実務研修(OJT)

評価: プログラム責任者の修了認定を踏まえて、総合診療医認定機構(日医+3学会等) <仮称> が評価を行い、認定する。

## コースⅡ

対象: 臨床経験7年以上、15年未満の医師

プログラム: 50単位(1単位は1時間の講義・実技の受講に相当)

|          |                     |      |
|----------|---------------------|------|
| (例)行動目標の | カテゴリⅠ (医療専門職としての使命) | 5単位  |
|          | カテゴリⅡ (全人的視点)       | 5単位  |
|          | カテゴリⅢ (医療の制度と管理)    | 5単位  |
|          | カテゴリⅣ (予防・保健)       | 5単位  |
|          | カテゴリⅤ (地域保健・福祉)     | 5単位  |
|          | カテゴリⅥ (臨床問題への対応)    | 20単位 |
|          | カテゴリⅦ (継続的なケア)      | 5単位  |

評価: 受講後の評価結果を踏まえて、総合診療医認定機構(日医+3学会等) <仮称> が認定する。

## コースⅢ

対象: 臨床経験15年以上の医師

プログラム: 20単位(1単位は1時間の講義・実技の受講に相当)

|          |                     |     |
|----------|---------------------|-----|
| (例)行動目標の | カテゴリⅠ (医療専門職としての使命) | 2単位 |
|          | カテゴリⅡ (全人的視点)       | 2単位 |
|          | カテゴリⅢ (医療の制度と管理)    | 2単位 |
|          | カテゴリⅣ (予防・保健)       | 2単位 |
|          | カテゴリⅤ (地域保健・福祉)     | 2単位 |
|          | カテゴリⅥ (臨床問題への対応)    | 8単位 |
|          | カテゴリⅦ (継続的なケア)      | 2単位 |

評価: 受講後の評価結果を踏まえて、総合診療医認定機構(日医+3学会等) <仮称> が認定する。

更新・再認定 5年または10年ごとに更新: 20単位  
認定手順の見直し 制度発足後5年をめどに行う