

総説

わが国の総合診療はどうあるべきか：内科， プライマリケア，プライマリ・ヘルス・ケア， 家庭医療を含めた歴史的変遷に基づいた考察

大西 弘高

東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター

抄録

本稿では、総合診療・プライマリケア・家庭医療といった概念に対し、わが国の戦前の医学の西洋化および専門分化の動き、ドイツ・英国・米国における内科や総合診療・家庭医療の発展、国際機関におけるプライマリ・ヘルス・ケア関連の概念を踏まえ、わが国の戦後のプライマリケア・家庭医療・総合診療の流れを概観する。また、関連し合った用語の違い、総合診療・家庭医療と内科との違い、地域医療と総合診療・家庭医療の関係といった側面について考察しつつ、わが国の総合診療がどうあるべきかについて論じた。

元来は内科が今で言うところの総合診療的な診療を行っていたが、その後総合診療が再定義されることが必要となったこと、さらに総合診療から家庭医療が派生していること、総合診療から家庭医療への発展においてプライマリ・ヘルス・ケアの概念が影響していることが判明した。この流れから見ると、ドイツ、英国、米国に比べて日本の総合診療の発展は遅れている。

キーワード：総合診療，総合内科，家庭医療，プライマリケア

What is the ideal concept of general medicine in Japan? : Discussion based on historical changes including internal medicine, primary care, primary health care, and family medicine

Hirotaka Onishi

International Research Center for Medical Education, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Abstract

Toward concepts of general practice (GP), primary care (PC), and family medicine (FM), this article overviews the changing status of Japanese postwar GP/PC/FM, based on the movement of westernization and specialization of medicine in Japan before the World War II; development of internal medicine (IM) and GP/FM in Germany, the UK and the United States; and concepts related with primary health care (PHC) in international organizations. The ideal GP in Japan is discussed with consideration of aspects of differences in related terminologies, the difference between GP/FM and IM, and the relationship between community medicine and GP/FM.

This paper clarified that the original IM previously played the role of the current GP but later redefinition of

【連絡先】 東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1 医学部総合中央館2階
受理日：2018年5月29日 採録決定日：2018年9月18日

GP was needed ; FM was subdivided from GP ; and the development from GP to FM was influenced by the concept of PHC. From such a viewpoint, development of GP in Japan is later than that in Germany, the UK or the United States.

Key words : general practice, general internal medicine, family medicine, primary care

序文

2000年以降、わが国の医療制度は節目となる改革をいくつも乗り越え、来るべき超高齢社会への対応を急いでいる。多くの問題を併せ持つことが多い高齢者へのケアを展開する際、包括的、継続的な診療が提供できる医師の存在は魅力的であると思われるが、わが国ではこれまでそのような医師を一定の比率で育成するというシステムは存在しなかった。2018年春から開始され始めた日本専門医機構による専門医制度においては、19番目の基本領域として総合診療専門医が制度化され始めたが、英国や米国が総合診療、家庭医療の認定を行うようになったのと比べると、制度としては半世紀ほどの遅れを見ている。

本稿では、総合診療の専門性を医師のキャリアや教育制度という観点でドイツ、英国、米国（以下、独英米）との比較も含めて論じ、なぜそのような専門性が必要か、専門性を持つ医師を育成するにはどのような制度が求められるかを明らかにしたい。なお本稿では、海外の制度に関する用語は、general practice を総合診療、family medicine を家庭医療という形で、直訳によって表すこととする。

1. 戦前の日本における医学・医療の専門化と総合診療

内科という概念が、いつどのように定義されたのかについて定説はない。吉利は、内科の概念について、「内科学は臨床医学の根幹をなすものである。歴史的にみれば、未分化の時代の医学 medicine は、すなわち内科学 internal medicine であった。その後臨床医学がしだいに分化し、独立性の強いものが他の分科（たとえば外科学）となって分かれていったが、なおその本幹をなすものとして、今日の内科学が存在している」としている¹⁾。川喜田は、「medicine はもともと 'internal' medicine（内科学）とほぼ一つであった。それ以外は医学とは認められなかったわけだった。それを「内科学」（internal medicine, innere Medizin）と特記す

ることが、いつ誰にはじまったかをわたくしは未だ正確につきとめていない——その前哨になったと思われる内部疾患（innere Krankheiten）という以前には見なれぬ言葉が十九世紀の中ごろからしばしば目につくようになる——のだが、それはあの長い抗争の歴史をもつ外科の地位の大幅な向上を含めて、医学の諸領域の専門化の進行を物語る興味ある事実である」と述べている²⁾。これらから分かるように、わが国での内科という概念は、様々な分化の過程の中で主に外科との対比の中で、19世紀かその前頃に徐々に形成された概念であろうと思われる。

さて、江戸時代のわが国の医療は漢方医が主流であったが、旧幕時代には蘭方医がドイツ医学を導入した。一時期英国医学導入の気運もみられたが、1869年医学取調御用掛の相良知安らがドイツ医学の採用を決定したとされる³⁾。1870年には、西洋医学学校である大学東校（後の東京大学医学部）が生まれ、ドイツから外科医 Muller 氏、内科医 Hoffmann 氏を招くなど、西洋医学の基盤が敷かれた⁴⁾。日本人指導者は、ドイツの指導者たちに多くの医師を育てて欲しいと要請したが、Muller らは断固拒否して予科3年、本科5年という本格的なカリキュラムを堅持したと言われていた⁵⁾。これは、新しい医学の導入において、量（医師数）よりも質（コンピテンシー）に Muller らがこだわったと考えられる。また、医制の制定に大きな役割を果たしたと言われる相良知安が1868年の保護健全意見書において「専ら一科の学問の学を業とし之を歴試経験し其实用を採て教る人」と「各科普く其要領を学び得て行ふ人」というふうに分けて、専門医と総合医について述べている点も重要である⁶⁾。専門医が教える人、すなわち専門性を身に付けて指導的立場になる者と位置づけられ、総合医は広く学び（教わり）、臨床を行う医師というふうに分けられていたことが窺われる。

その頃には、内科学のテキストとして蘭学の系統のものと英語の翻訳本を中心に多数出版されるに至っていた⁷⁾。米国医学書の翻訳である華氏内科摘要には、呼吸器諸病、血液循環系諸病、消食器諸病、肝、脾、

腎膀胱諸病、脳及神経系諸病、発疹性伝染病、不発疹性伝染病、麻拉里亜熱（マラリア）、素因病、皮膚病、皮膚斑点病の類、出血性皮膚病、紫斑病、神経性皮膚病、寄生物に起因する皮膚病の類、黴毒性皮膚病、生殖器諸病、体内に寄生する虫、体表に寄生する虫、中毒などの記載があるという。上述した吉利は、内科学には臓器別再編成という柱もあり、循環器、消化器、呼吸器、造血器、神経系、内分泌系、骨筋肉系が含まれるが、感染症、アレルギー性疾患、膠原病、代謝性疾患については、臓器の差を乗り越えた共通の基盤からみようという別の柱もあると述べている¹⁾。これは、内科「学」を定義する際に、実際には各専門領域（sub-specialty）の中で機能している学問領域を内科「学」として再定義する逆転現象がかなり以前からあったことを指している。

このことは、内科と専門学会の誕生の歴史でも同様である。後に日本医学会分科会となった学会で見ると、臨床系で領域別専門に特化した学会は、1898年に設立された胃腸病研究会（1964年に日本消化器病学会に改称）が最初であり⁸⁾、日本内科学会はそこから5年遅れた1903年に設立された⁹⁾。その後も1926年の日本感染症学会¹⁰⁾、1927年の日本内分泌学会¹¹⁾、1935年の日本循環器学会¹²⁾、1937年の日本血液学会¹³⁾などが内科関連の専門学会として設立されているが、注意すべきなのはいずれも「内科」をその名称に含んでいないことである。これらから、医学（medicine）における学問的追究は専門分化に直結し、「内科」という概念に包含されにくいことが分かる。

日本医師会的前身である大日本医会は、漢方医に対抗して洋方医が団結する形で1893年に組織された¹⁴⁾。様々な政治的動きの中で大日本医会は勢いを失ったが、1903年には帝国連合医会となり、1906年の医師法案提出から施行の流れを作った。また、各道府県医師会も成立していき、全日本医師会が1916年に設立され、1923年には日本医師会となった。ここには学術や専門分化の議論はなく、開業する漢方医が年月と共に減少していく中で、洋方医が拡大していくプロセスが見える。戦時下に向けては医学専門学校が多数生まれていったが¹⁵⁾、これも医師の質よりも量を確保しなければならなかった時代背景を映し出している。

これらをまとめると、内科、内科学という考え方は明治初期には教育を通じて根づきつつあったこと、内科の内容は臓器系統別、あるいは感染症などの何らかの系統別にすでに専門分化した領域の集合体の様相を

呈していたことが分かる。一方で、内科臨床は様々な領域に対して全身的に診るという観点では、現在の総合診療に近かった可能性があるが、全身を系統的に診るための明確な方法論を有していたわけではないことも示唆される。なお、医学の規範としては、江戸時代の蘭方医学から明治にはドイツ医学へと移行する西洋医学中心の考え方が広がり、漢方医学と基本的には袂を分かち流れができつつあったこと、昭和に入った頃からは医師数を増やさねばならないというニーズも生まれていたことが分かる。

2. ドイツの総合診療とその専門医制度

ドイツでは、医学課程を修了した者のみが医師資格を名乗る制度が導入されたのが1852年である¹⁶⁾。その後、ドイツの医療状況を改善した要因の一つとして、ビスマルクが1883年導入した疾病保険が挙げられるだろう。全国民強制加入の制度は世界的にも先駆けである。ただ、19世紀中ごろからはすでに開業医を避けて専門医を受診するという行動が一般化しつつあり、開業医の立場や保険制度が問題となっていた。一般医＋専門医という医師群が増え、人々の間における混乱も生じ、結果として家庭医療専門医の必要性なども議論されるに至った¹⁷⁾。その後、1924年にはいくつかの科において専門医制度が発足した。内科、外科、産婦人科は4年、胃腸代謝、肺疾患、小児、尿路などは3年という研修期間も定められたが、その際に専門科の群を跨いだ形での標榜が許可されないこと、一般医業務を行う医師は専門医を標榜してはいけないことなども定められた¹⁸⁾。

1966年からはさらに卒後教育法案に関する議論がなされ、1968年には臨床医全員が卒後教育を受ける制度となった。その際、総合診療（Allgemeinmedizin = general practice）の専門医に関して内科1年半、外科1年、産科主体の産婦人科1年、小児科3カ月、開業医実地研修3カ月から成る4年間の研修が導入された¹⁹⁾。

医学の専門分化は進み、2004年には専門医が52領域、サブスペシャリティが18領域に至っている。その結果、従来はすべての医師が総合診療的なケアを担っていたが、専門領域に特化した結果、医師が行う総合診療的なケアが減少し、医師以外の職種にそういった業務を任せようとか、専門職種間での協働を促そうといった議論が増しつつある。その結果、総合診療ケアアシス

タントなどの職種が生まれた¹³⁾。

総合診療については、1993年以降資格試験に沿っての研修が行われるに至った。さらに1998年には、総合診療専門医の5年研修に法的基盤が与えられ、2002年に総合／家庭医療専門医 (general and family medicine) が制定され、2006年からは5年研修が義務化された。ただ、5年研修は必要な内容をローテーションするなど、学術的な裏づけのあるものではない²⁰⁾。そこにはステイクホルダー間の調整が難しかった、研修に対する予算措置が不十分だったなどの理由がある²¹⁾。

3. 英国の総合診療とその専門医制度

英国では1858年に医師法が制定されて、医師資格が明確に定義されるに至った。また、ドイツに倣い1884年に全国民加入の疾病保険が作られた。1911年には診療圏の患者を登録する「パネルシステム」を含む National Insurance Act 1911が導入され、福祉の観点で先進的な国家システムとなった²²⁾。これらを基に、第二次世界大戦後の1948年には国営医療サービス (National Health Service : NHS) が発足し、1952年には英国総合診療医学会 (Royal College of General Practitioners ; RCGP) が設立されるに至った²³⁾。

総合診療医向けの研修プログラムは、スコットランドで1952年に始まった2年研修が最初である²⁴⁾。週あたり1～2日を診療所で過ごし、それ以外は研修医が3～6カ月ずつ病院や診療所で自由にプログラムを計画できるものであった。ただ、1957年に行われたRCGP会員に対するアンケート調査では、政府の補助を受けつつも教育のない手伝いに過ぎないと多くが回答しており、研修導入の困難さが窺える。また、当初は総合診療専門医 (membership of RCGP: MRCGP) の認定はRCGPの検定委員による書類や面接審査で行われたが、専門医試験が1965年に試行され始め、1967年にはGeneral Medical Councilに認定を受けたことから、1968年にはMRCGPは試験合格を要件とするようになった²⁵⁾。これにより、研修施設は急速に増え、1968年の10箇所から1973年には102箇所へと増大した²⁶⁾。

さらに1968年には、Royal Commission on Medical Education が卒後研修の推奨案を出した。インターン1年、専門医研修3年、その後のサブスペシャリティないしは継続教育の形式である。総合診療プログラム

を具現化するために、1975年に総合診療のための卒後研修合同委員会 (Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice) がGeneral Medical Services CommitteeとRCGPの支援によって立ち上がった。1979年の職業研修令 (Vocational Training Regulations) など関連法規の整備がなされ、結局3年間の専門研修プログラムが必修化となったのは1982年である²⁷⁾。

2005年には、卒後医学教育研修機構 (Postgraduate Medical Education and Training Board: PMETB) 設立、それまでは1年だった卒後インターンから2年の基礎研修プログラム (foundation programme) への変更といった改革が行われた。これによって、研修プログラム、専門医試験がさらに整備された。ただ、2年の基礎研修プログラムを修了した後は、総合診療医と専門医のキャリアが明確に分かれる点、総合診療プログラムが3年である点に変わりはない。

4. 米国の総合診療とその専門医制度

19世紀末期ごろの米国の医学教育には問題が多かったとされる。17～18世紀は英国、1820～1860年はフランス、1860～1910年はドイツやオーストリアへの留学者が多かったとも言われる。今では補完代替療法 (complementary and alternative medicine) に含まれるいくつかの流派 (トムソン主義、ホメオパシー、折衷主義など) は19世紀の初めに広がり、1844年にはホメオパシー協会が立ち上がるに至った²⁸⁾。いわゆる西洋医学を信じる医師たちは米国医師会を1847年に立ち上げたが、ホメオパシー側と西洋医学側の対立は20世紀にまで持ち越され、1910年にFlexnerレポートが出されたことで一定の結論をみた。この動きに関しては、日本の方が西洋医学への変革は若干早かったのかもしれない。Flexnerが1900年代に行った調査によると、19世紀の米国では医学校乱立が繰り返され、100年余りの期間にカナダと併せて447校が設立された²⁹⁾。商業主義に基づき、医師が過剰に養成され、教育は講義ばかりという医学校が多かった。今で言う補完代替療法の開業医が設立したおよそ学問的でない医学校も存在したという。その結果、Flexnerはその当時存在した155校のうち8割の医学校の廃止を推奨した³⁰⁾。

一方で、Johns Hopkins大ではFlexnerが調査時に規範と位置づけた医学教育が行われていた。1889～1905年に在籍したWilliam Oslerは、Johns Hopkins

大で最初の内科教授の1人であるが、ベッドサイド教育の重要性を説いたことで有名である³¹⁾。彼の死後も改訂が続けられた内科学テキストの目次を見ると、1,100ページ余りのほぼ3分の1が1章の感染症に割かれ、2,3章は環境や中毒の内容だが、その後の4～13章は内科サブスペシャリティの項目が並んでいるのが分かる³²⁾。一方小児の健康問題などは記載されず、内科的な教科書である。この時代は内科が成人対象の総合診療のような業務内容として位置づけられていたと考えるべきであろう。

Flexner 報告後、米国では基礎医学が強化され、医学・医療の専門分化が大いに進んだ。専門医制度は、1916年の米国眼科専門医認定委員会が立ち上がったのを皮切りに、様々な専門領域に広がった。また、1933年には全ての専門医制度を俯瞰する形で、米国専門医認定委員会 (American Board of Medical Specialties) が設立された。米国内科専門医認定委員会 (American Board of Internal Medicine) は米国医師会 (American Medical Association: AMA) および米国内科医会 (American College of Physicians) によって1936年に設立され、現在は20のサブスペシャリティが連結している。これらの流れにより、総合診療に留まり続ける医師よりも専門医の方がよい医師であるという認識が生まれた面がある³³⁾。そのような認識は、第二次世界大戦で陸軍、海軍共に専門医により高い階級を与えたことも一因とされる³⁴⁾。

総合診療の復権、あるいは家庭医療の新設の端緒となったのは、1947年設立の米国総合診療協会 (American Academy of General Practice: AAGP) であろう。1949年には、AAGP が各医学部に総合診療部門の設置を提案するなどの成果はあったが、その後医学部改革は進まなかった。AMA の病院医学教育協議会は1959年に総合診療準備に向けた報告書を提出し、パイロットとなる総合診療2年プログラムを16個策定するに至った。これは1963年には165プログラムに対し、783人の枠を設けるところまで拡大したが、その47%しか定員が埋まらず、しかもその半数以上が外国医学部卒業者であったことから、10年以内にこれらのプログラムは閉じられるに至った。こうなった要因として総合診療医の専門性が明確でなく、学問基盤がなく、専門医との明確な違いを打ち出せなかったことが挙げられている³⁵⁾。

1960年代に入り、総合診療医の機能を再評価する必要性が打ち出された。米国医学校協会 (Association of American Medical Colleges: AAMC) トップであっ

た Ward Darley は、医学が専門領域に断片化していることで患者ケアが断片化したと指摘した³⁶⁾。1963年7月には WHO 総合診療専門委員会 (WHO Expert Committee on General Practice) が組織され、総合診療医の育成のために特別な卒後研修を必要とするという Training of Physicians for Family Practice という報告書を出した³⁷⁾。1966年には、「AMA 卒後医学教育に関する市民委員会」、「AMA 家庭医療教育に関するアドホック委員会」、「AAGP と AMA 総合診療部から成る認定基準委員会」による、俗に Millis 報告³⁸⁾、Willard 報告³⁹⁾、Whitten 報告と呼ばれる報告書が相次いで出された。米国保健教育福祉省長官による Folsom 報告⁴⁰⁾、⁴¹⁾ もこの流れを後押しした。Willard 報告ではプライマリケア医のための卒後教育に関して、①単に内科などの研修を積み上げるのではなく、包括的・継続的な患者ケアを重視するための診療を行う、②これまでの医学的内容に加え、全人的ケアの理論的枠組を形作るような、プライマリケア医の経験やスキルをプログラムとして教育する、③外科では救急ケアや術前・術後マネジメントを重視する、④研修レベルを他の専門領域と揃えるために、専門医認定委員会を確立する、⑤卒後研修プログラムに個々の特徴を持たせる、の5つの指針が出された。Whitten 報告では、家庭医に医学のあらゆる領域の基礎知識を教育するだけでなく、行動的・社会的・環境の側面から病 (illness) にアプローチする方法が必要であることが示された⁴²⁾。Millis 報告では Flexner 報告の時代に医学教育と医療実践には理論基盤が不十分であったと振り返りつつ、医学知識の爆発的な増加に合わせて全体をより組織化して医学教育と医療実践を見直すための具体的な提案がなされた。これらの流れを受け、AAGP は1969年に米国家庭医療専門医認定委員会 (American Board of Family Medicine: ABFM) へと発展し、3年間の家庭医療専門医プログラムが開始されるに至った。

なお、家庭医の名称の決定にも紆余曲折があったようである。地域医療に対する全国委員会 (National Commission on Community Health) は personal physician、Millis 報告は primary physician を用いていた。また、Millis は家族の関係性に必要性を感じず、family practice という用語に特に反対していた。しかし最終的には WHO 総合診療専門委員会と Willard 報告で用いられた family physician の用語が徐々に新しい専門医を表すために広く受け入れられていったとされる³²⁾。

米国の内科は、かつてはプライマリケア医としての業務を兼ねていたが、1970年代初めにはサブスペシャリティの集合体としての認識を増している⁴³⁾。これは同様にプライマリケアを担ってきた小児科においても同様であった⁴⁴⁾。Bogdonoff は、内科において医療面接が短く、患者との関係性を築くのが難しいため、心理社会的側面への理解に対する優先順位が低くなっていることを嘆いた⁴⁵⁾。また、この頃から内科サブスペシャリティへのニーズだけでなく、プライマリケアに関心を持つ総合内科のニーズが ABIM から認識されるにも至っており、逆に言えば内科が提供するプライマリケアが断片化し、十分でなくなりつつあるという状況が生まれていたことが分かる。このような実態に対し Engstrom は、①内科は卒前・卒後教育および臨床において医療のリーダーシップを提供できていない、②医学校は医学生に対し総合的な医学教育を提供すべき、③内科レジデンシーの研修は強化されるべき、④あらゆる専門科の医師はプライマリケア医としての機能を果たせなければならない、と結論づけた⁴⁶⁾。1978年にはプライマリケア内科研究教育学会 (The Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine: SREPCIM) が立ち上がり、1988年には米国総合内科学会 (Society of General Internal Medicine: SGIM) へと発展した⁴⁷⁾。一方で、1997年には新たに病院総合医学会 (Society of Hospital Medicine) が設立され、急速に学会員を増やすなどの新たな動きもみられている⁴⁸⁾。

5. 国際機関による家庭医療重視の流れ

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は、国連の政府間組織の一つとして189の国々によって1948年に創設された。1977年の世界保健総会 (World Health Assembly) では、各国政府と WHO の主要な目標が社会的、経済的に生産的な人生を送れるようにするという「2000年に向けた Health for All」というビジョンが打ち出された。1978年には、プライマリ・ヘルス・ケア (primary health care : PHC) に関する国際会議が WHO と国連児童基金 (UNICEF) の主催で行われ、開催地の名を冠したアルマ・アタ宣言が出された。PHC は、健康教育、栄養、飲み水、母子保健、予防接種などを含み、医療というよりは保健領域の活動の位置づけであり、最も効率的で費用対効果の高いアプローチである⁴⁹⁾。先進国においては、PHC 活動

が医師の業務の範疇ではない可能性があるが、家庭医は PHC に近い立場におり、PHC を担う医療専門職との連携を図ると思われる。

アルマ・アタ宣言後、先進国での PHC の主流を成すようになったのは、Walsh と Wallen による「選択的 PHC」であった⁵⁰⁾。彼らは、アルマ・アタ宣言の PHC を包括的 PHC と呼び、その達成には長い年月がかかるため、実現可能性が高い中間的な方法論として選択的 PHC を提唱した。特定の領域や疾患を決めるような予防接種プログラム、AIDS や結核のケアなどがその例となる。一方で、選択的 PHC はアルマ・アタ宣言の理念である住民参加型のボトムアップ型アプローチとは言えず、持続可能な成果になりにくく、医療的アプローチに戻ってしまう可能性があるため、包括的 PHC の主導者からは批判を受ける結果となった。例えば2008年の PHC に関する WHO の報告書でも、ヘルスシステムに焦点を絞る必要性が中心に述べられており、途上国、先進国を問わず、アルマ・アタ宣言の際の原則が重要であることが再認識される⁵¹⁾。

2005年には、WHO に「健康の社会的決定要因 (social determinants of health : SDH) に関する委員会」が設置され、健康の公平性を推進し、指標を達成するためのイニシアチブが展開された⁵²⁾。性別、年齢、人種、貧困、教育などの様々な絡み合った要因が健康に与える影響が徐々に明らかになり、医療専門職が地域社会の問題と密接に関係しているという意識につながった。現在では地域医療を考えるうえで SDH は不可避な課題となっている。

WHO だけでなく、経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) も医療の質に関する評価を行うようになった。2014年のレポートでは、①医療の質の管理と提供の全般的な強化、②プライマリケアの明確な専門分野の確立、③病院部門における質の監視と改善の向上、④質の高い精神医療を確保するための努力、といった4つの提言がなされている⁵³⁾。②に関連しては、総合診療専門医に対する国全体でのビジョンの共有という大きな課題も掲げられている。

医学教育の観点からは、1963年に WHO から出された家庭医研修に関する報告書には、「総合診療医のニーズを満たすための卒後研修は継続教育システム、家庭医療の研究、医学生の教育を含むべき」と記載された⁵⁴⁾。1978年には医学教育におけるコンピテンシー基盤型カリキュラム開発に関する報告書が出され、医学

教育のニーズは重大事象、公衆衛生や診療録を考慮しつつ、社会・経済・政策的な現実性をも踏まえて議論されるべきという方針が示された。

また、学術面では WHO が公式に協調関係を表明している世界家庭医会議（The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians: WONCA）が、130カ国および地域の家庭医50万人を代表して1972年に設立された。WHO と WONCA のつながりについては、2013年 WONCA 世界大会において、WHO 事務総長であった Margaret Chan 女史が「家庭医療の上昇する重要性（The rising importance of family medicine）」というテーマで基調講演したことで知られる⁵⁵⁾。

6. 戦後日本の総合診療

戦後の医学教育改革は、連合国最高司令官総司令部公衆衛生福祉局長の Sams 准将によってもたらされた。Sams は、「戦前の医学教育では、大学教授は面子を保つために通常学部学生に教えることを嫌い、大学院生や医学博士号をめざす弟子たちのみに教えることを好んだ」と述べている⁵⁶⁾。そのような状況を変革するために医学教育審議会を設置し、インターン制度を1948年に開始するに至った。インターンシップは「医学校を出たものが、人命に対して責任のある取り扱いが出来るようになるための訓練をうけるために、指導者のいる教育病院の病棟に泊まりこんで、日夜研修を続けるもの⁵⁷⁾」と位置づけられた研修制度のはしりである。ただ、当初は病院のスタッフが若いインターンに医療の実際のやり方を教えたり、指導したりするのにほとんど時間を割かなかったとも Sams は述べており、臨床教育の基盤の薄さが窺い知れる。

インターン制度は、教育的にも不十分だったが、身分や収入という意味でもインターンの立場を改善できないままとなり、1968年5月学生運動の大きな争点となって、廃止に至った⁵²⁾。そして同年7月臨床研修制度が創設され、医師免許取得後2年以上の努力義務が制度化された⁵⁸⁾。臨床研修の充実に関して審議を行うために設けられた医師研修審議会は、1973年に「臨床研修の充実について」の建議書⁵⁹⁾、1975年に「卒後臨床研修の目標と内容」の意見書⁶⁰⁾、そしてこれらに基づいて1978年に「プライマリ・ケアを修得させるための方策」の意見書⁶¹⁾を相次いで厚生大臣に提出し

た。1980年には、プライマリケア分野の研修推進の観点から、ローテーション方式の研修プログラムに補助金の傾斜配分を行う制度が始まった⁶²⁾。さらに1985年には、厚生省が総合診療方式（スーパーローテーション）の研修目標を設定し、この方式の研修プログラムに補助金を傾斜配分するようになった⁶³⁾。このような流れは、大学病院以外の施設においても着実に臨床研修の指導能力を育み、総合診療方式に熱意を持つ臨床研修指定病院で受けられる研修の質は高かったと思われる。ただ、2004年に新臨床研修制度が導入されるに至り、すべての卒業生がプライマリケアを行うことが前提となった臨床研修に入るようになったことで、総合診療の研修の打ち出しは不明瞭になってしまった感がある。

現場レベルでは、1950年代以降の佐久総合病院や関連施設における取り組みは PHC と呼べるものである⁶⁴⁾。プログラムとしては、1976年天理よろづ相談所病院に初めて総合診療という名を冠した研修が始まった⁶⁵⁾。上述した総合診療方式の研修プログラムが位置づけられてからは、この名称を用いる施設も増えていった。また、大学関連では、1981年には自治医科大学地域医療学、川崎医科大学総合診療部が発足し、1986年には佐賀医科大学（今の佐賀大学医学部）附属病院総合診療部が立ち上がった⁶⁶⁾。この後、1990年代以降大学の総合診療部門が急増していく流れが生じる。なお、家庭医療のプログラムとしては、1997年に開始された北海道家庭医療学センターにおける家庭医療学専門医コースが最初⁶⁷⁾だが、川崎医科大学総合診療部はそれ以前からかなり家庭医寄りの指導をしていたとも言える⁶⁸⁾。

1963年の「実地医家のための会」の発足は、東京の診療所医師を中心に呼びかけられて実現した⁶⁹⁾。これは1978年の日本プライマリ・ケア学会発足にもつながった⁷⁰⁾。1986年には家庭医療学研究会（後の日本家庭医療学会）、1993年には総合診療研究会（後の日本総合診療医学会）も発足した。2005年 WONCA アジア太平洋地区カンファレンスが京都で行われた際、これら3学会は協調を始め、2010年について日本プライマリ・ケア連合学会として合併を果たした⁷¹⁾。そして、2006年から旧日本家庭医療学会が行っていた家庭医療後期研修プログラムが継続され、現在に至っている。2018年4月からは臨床研修制度を2年終えた医師が基本的にどこかの専門医プログラムに入る制度が開始されたが、総合診療は19番目の基本領域と位置づけられ、

総合診療専門研修プログラムという名称になっている⁷²⁾。

一方で、近年のプライマリケア、総合診療、家庭医療の動きだけを見ても、わが国の総合診療全般を見渡すことはできない。わが国では一定期間以上の勤務経験を経た後に開業し、プライマリケアに専念する総合診療医のようなキャリアパターンをとるものが多いことが知られている⁷³⁾。また、病院でもプライマリケア的な外来がかなり行われているし、開業しても専門性を一定以上提示した形で診療を提供するといった、病院と診療所の棲み分けが不明瞭な点も特徴と言える。現状で、そのような従来の形でプライマリケアを担う医師と、例えば家庭医療専門医とがどの程度質の異なる医療を提供できているかに関するデータは存在しない。今後、どのような政策を提言していくかについて、これらの点は十分考慮しておかなければならないだろう。

7. わが国の総合診療はどうあるべきか

以下に、プライマリケア、総合診療、家庭医療といった領域を俯瞰しつつ、いくつかのセクションに分けて述べていきたい。

a. プライマリケア、総合診療、家庭医療といった用語の違い

独英米の三カ国の歴史を俯瞰すると、総合診療は元来の内科医を中心とした医師が地域住民の問題に包括的、継続的に対応していく診療形態の呼称として出来上がってきたことが窺える。その後制度として、英国の総合診療 (general practice) が1950年代から成立し、同時期には米国でも総合診療レジデンシーが生まれていた。また、1960年代終盤には英国、ドイツでは総合診療、米国では家庭医療の専門医認定制度ができた。これらの国では、以前は開業免許を持っていれば総合的な診療が可能だったのが、制度導入後は徐々に総合診療が家庭医療の認定を受けなければ同様の診療が出来ない体制を創り上げたことになる。わが国で2018年4月より日本専門医機構が開始した総合診療専門医制度は、これらと同様の流れを創るかもしれないが、日本医師会のかかりつけ医制度のように、総合診療専門医を持たなくても総合的な診療ができる体制は維持されているため、まだ道半ばという印象ではある。

なお、米国で家庭医療の名称に収まったのは、前述

したように総合診療の新しい姿を探る中で各グループが提唱した名称がぶつかり合い、人々に選ばれた名称が残った形である。わが国でも日本プライマリ・ケア連合学会が用いてきた家庭医療専門医に対し、日本専門医機構が新たに総合診療専門医の研修制度を創設し、名称が異なっても本質的にかなり近い制度になったのは、これら二つの名称に本質的な違いがないことを示す。もちろん、「違いがない」と言えるのは制度が未発達な時期だけであり、他の国々も含め、家庭医療は総合診療よりも新たな意味合いを帯びていくことが多い。

プライマリケアは、基本的には一次的な保健・医療を地域的に展開する形の診療を意味する。医学・医療が専門分化し、医療施設を規模によって区分し、人口や地域に応じて全体的に効率的に配置するというような発想が生まれたときに、制度的に定義されていくものであろう。プライマリケアは、場合によって内科医や小児科医が提供してもよいし、他の専門科を標榜しつつ日常病の対応をしたり、降圧薬を出したりといったプライマリケア機能を果たしている医師もいるだろう。わが国でも、様々な専門領域で研鑽を積んだ後、診療所などで働く中で専らプライマリケアのために業務している医師は多いと思われる。一方、医師補 (准医師) やナースプラクティショナー (nurse practitioner)、あるいは看護師や薬剤師がプライマリケア機能を果たす場合もある (例えば、英国や米国では看護師や薬剤師が処方権を持つこともある)。

総合診療、家庭医療、地域医療、プライマリケア、総合内科といった概念について、教育の観点も踏まえて図示した日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループの総合診療の定義 (図1) は、理解を助けてくれるかもしれない⁷⁴⁾。総合診療は包括的概念として位置づけられ、基盤には基本的臨床能力 (の教育)、その上には2つの異なる方向性として地域包括・家庭医療 (プライマリ・ケア) と総合内科 (統合型診療) が置かれている。2018年現在、総合診療専門医は地域包括・家庭医療を担う医師、あるいは病院総合医を目指す医師と位置づけられ、基本的臨床能力の教育に重要な役割を果たしていくことが期待される。なお、統合型診療はいわゆる「統合医療」とは異なる。

ここで、統合医療と総合診療の異同にも簡単に触れたい。日本統合医療学会のホームページによると、「これまで多くの医療機関などで実践されてきた医療は、『対症療法』を中心とした近代西洋医学を根本として

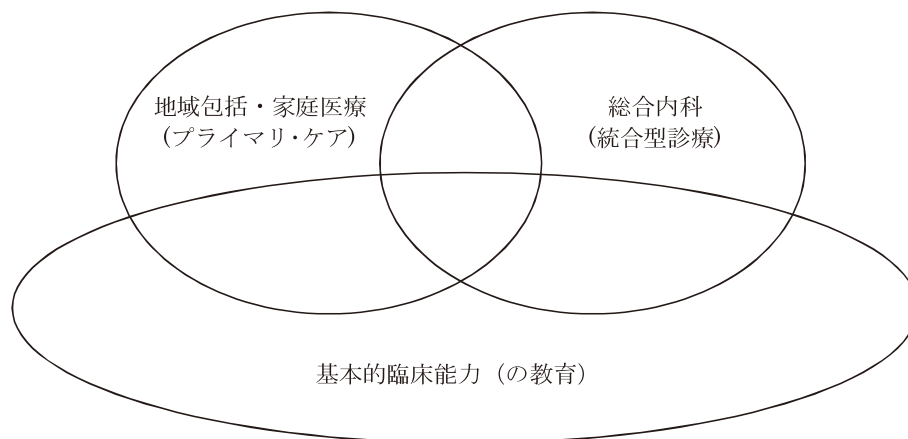


図1 総合診療の定義

きました。しかし昨今、国際的な医療の趨勢(すうせい)は、単に病だけではなく、人間の心身全体を診る『原因療法』を中心とした伝統医学や相補・代替医療も必要であるという考え方に急速に移行しています。統合医療とは、二つの療法を統合することによって両者の特性を最大限に活かし、一人ひとりの患者に最も適切な『オーダーメイド医療』を提供しようとするものです。」と記載されている⁷⁵⁾。わが国では、漢方薬処方や条件を満たす際の鍼灸治療にも健康保険が適用され、統合医療的な診療も受け入れられている。ただ、19世紀後半～20世紀前半の歴史を見る限り、内科を基盤とした総合診療は西洋諸国のみならず日本でも西洋医学を基盤とし、補完代替療法は補完的な立ち位置にあると考えた方がよいだろう。

b. 総合診療・家庭医療は本来の内科とは異なるのか

わが国では現状においても、内科医としてトレーニングを受けて、その後プライマリケア機能を果たそうとする中で小児も診るといった形で業務をしてきた医師が少なからずいる。歴史的には、内科が総合診療的な意味合いであったが、各臓器系統などの専門領域の集合体という位置づけの中で発達、進化を遂げる中で徐々に断片化し、地域医療システムをより効率的に運用するといった公衆衛生面での視点が加わることで、総合診療や家庭医療の必要性が提唱されていったと考えるのが自然である。なお、英国、ドイツのように内科と総合診療の間に明確な制度的差異が設けられればこのような議論は生じないだろうが、その制度がない米国やわが国ではこの議論は継続されていくだろう。

総合診療、家庭医療といった専門領域が整備される中で、これらを学問的に支える患者中心の医療の技法、

生物・心理・社会モデル、家族志向型ケア、コミュニケーション技法・・・といった様々な分野も急速に発達してきている。内科が再定義の中でこういった分野を取り込んでさらに発展していくのであれば好ましいことである。プライマリケア機能を果たす医師間で、相互に重なり合う部分があるということを意識しつつ、互いに高め合うような配慮が不可欠である。その意味で、総合診療・家庭医療が本来の内科と異なる点を殊更に議論する必要はないが、それぞれがプライマリケア機能の中に新たに生まれた学問分野を深めることは必要であろう。

c. 地域医療と総合診療・家庭医療の関係

地域医療をどう定義するかが難しいが、ここではPHCで重視されている項目の中から先進国でも通用すると思われる、「住民の自己尊重・自己決定の意識や地域全体の医療コストを重視しつつ、予防接種や母子保健、日常病への対応などを中心に展開される医療」とする。このように考えると、近年の家庭医療の考え方は旧来の総合診療からは発展し、PHCで重視されている内容のうち、先進国においては行政サービスや社会活動の中で対応できている水、食事の確保や衛生以外の項目はすでに取り込んでいると考えられる。また、近年ではSDHの考え方が重視されていることも理解しやすい。

地域医療は、都市部か地方かによってその様相がかなり異なる。都市部には周囲に多くの医療施設があるため、保険によって受診先の制限がない場合には、患者の受療行動が自らの重症度判断や診断、専門性、距離や待ち時間、医師や施設の好みなどによって変化しやすい。また、医師側は自らの対応能力を超えている

と考えた場合には患者を紹介することも容易である。地方では患者側・医師側の選択肢が狭まり、高度先進的な医療を求める場合には都市部に行くという状況になることもある。これは、場所によって総合診療医、家庭医の業務範囲が異なることにもつながり得る。

2000年以降、わが国の医療制度には介護保険、地域包括ケアシステム、税と社会保障の一体改革、地域医療構想といった様々な改革が打ち出されてきた。これらは行政側が地域医療をどう見ているかに大きく関連していると言えるだろう。医師がこういった課題に貢献していく際に、2025年問題に対応するために一定の医師数が必要となれば、現状の家庭医療専門医や総合診療専門医の数では到底追いつかないため、日本医師会のかかりつけ医機能研修制度⁷⁶⁾などに関連づけていくといった対応が必要になることも考えられる。

まとめ

わが国の総合診療とそれを担う医師の今後

まずは、現在の超高齢化社会への対応という観点で、地域包括ケアシステム、地域医療構想などを果たすために、社会からの総合診療領域への期待は高いと思われる。2018年4月に開始された新専門医制度における総合診療専門医は、総合診療領域における一定レベルの専門性を有した医師として育成されることが期待されている。しかし、総合診療専門医制度の初年度専攻医は200人弱に留まっており、量的なニーズを満たすことよりは、総合診療の質を高め、専門性を確立することを目指して設計されたと考えべきであろう。量的ニーズを満たすためには、日本医師会のかかりつけ医に加え、それ以外のプライマリケア機能を果たしている多くの医師の力、あるいは看護師を中心とした多くの保健医療福祉専門職の力を結集して、未曾有の超高齢化社会を乗り切る必要があると考えられる。

そうすると、総合診療専門医の役割は総合診療という領域をより高度で、新しい能力を開発しながら推進することになると思われる。日本プライマリ・ケア連合学会は、総合診療、家庭医療、プライマリケアといった領域の学究活動を行うとともに家庭医療専門医を育成してきた経験を持ち、このような動きに重要な役割を持つだろう。日本内科学会が育成する新内科専門医（従来の総合内科専門医）も同様の方向性を一部共有しているが、総合内科の専門性が何であり、どのような研修をすれば総合内科医としてのキャリアを伸ば

していけるかに関して、学会全体で後押しする動きは近年ようやく出てきた印象である。日本病院総合診療医学会は2010年に日本総合診療医学会から派生し、認定医制度を持つが、総合内科との異同等立ち位置がやや不明瞭な印象がある。

病院においても地域包括ケアシステムに対応できるような医師へのニーズが高まっている背景を受け、地域医療機能推進機構は2017年度より⁷⁷⁾、日本病院会⁷⁸⁾、全日本病院協会⁷⁹⁾はいずれも2018年度より独自に病院総合医を育成するプログラムを提供し始めた。3つの団体とも、後期研修修了後の6年目以降の医師を対象としている。このような病院における総合診療が、日本専門医機構による基本領域の研修の上に積み上げる形のサブスペシャリティの一つに発展していくのかどうかは不明だが、米国病院総合医学会が1990年代以降に急速に盛り上がった例もあり、注視していく必要があるだろう。

卒前教育だけでなく、旧来の医局講座制を通じて卒後教育や生涯学習にも多大な影響力を持つ大学が、総合診療領域にどのような貢献をしていくのかも重要な課題である。元々、大学において総合診療部門が立ち上がり始めた1980年代でさえ、総合内科を目指す大学、家庭医療を目指す大学など、同床異夢であったことが指摘されている⁸⁰⁾。上述した日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループの総合診療の定義に戻ると、卒前から卒後初期研修においては基本的臨床能力の教育を中心とし、地域包括・家庭医療としてのプライマリケアと二次、三次医療を含めた統合型診療（総合内科）を俯瞰できるような教育が提供されることが望まれる。ただ、大学総合診療部が行っている診療機能は、多くの場合外来中心で病棟診療は限定されがちであるため、上記のような教育を提供するためには関連施設などを十分に活用しなければ難しい面もあると思われる。

現在提供されている家庭医療後期研修や総合診療専門研修は地域包括・家庭医療としてのプライマリケアに軸足があるが、これは現状の地域包括ケアシステムに対する医師のニーズと、これまでも病院で働く内科医師が一定数確保できてきた状況を鑑みると、理解しやすい。また、病院団体が開始した病院総合医研修プログラムにおいては、これまでに内科医などとして病院の統合型医療を提供してきた医師の受け皿になる面が大きいと思われるが、この研修修了者が家庭医療専門医や総合診療専門医に理解を示し、病院における

リーダーシップを握ることになれば、わが国の地域包括ケアのレベルアップにも大いに有用であろう。

総合診療の将来を占う上での課題

1 つ目は総合診療領域の研究についてである。総合診療は、他の専門分化した医学分野に比べると政策的な影響を受けることが多いが、政策決定がステイクホルダーたちの声の大きさに依存し、研究的なエビデンスに立脚していない場合、決定の方向性を誤る可能性が高くなる。わが国では政策に結びつくような研究が弱く、また研究によって得られたエビデンスが政策に十分に利用されているかも疑問である。文部科学省、厚生労働省は、この点についてもより強力に介入してよいのではないだろうかと思われる。

もう 1 つはステイクホルダーたちの総合診療とその教育に対する考え方や動きである。医師会は開業医の利害に関わるが多く、業務分担、診療報酬など、総合診療専門医がどの方向を向くかについては常に神経質にならざるを得ないだろう。大学医学部は、医学分野別評価基準によると地域医療ニーズに対応するための教育も必要性が高いのだが、医学部の各専門領域は先進的研究に照準を合わせがちな結果、総合診療、地域医療も専門領域の一つという扱いとなり、学部のガバナンスを発揮した対応が難しい。日本内科学会は 2008 年に総合内科専門医の役割の定義をすると共に、目標人数を 30,000 人に設定した^{81), 82)} (2018 年 9 月時点で総合内科専門医は 30,914 人に至っている) などの形で、わが国の総合診療領域を量的に満たす意識が強い。日本プライマリ・ケア連合学会は、家庭医療専門医を育成するための後期研修を継続しており、質の高さを売りにしているが、2018 年 7 月末時点での専門医は 672 人に過ぎず、量的な拡大においては課題が大きい。これらのステイクホルダー間の意見の調整は非常に重要であると思われるが、日本専門医機構やその内部に位置する総合診療医検討委員会は、情報開示が不十分であり、現状では独英米の状況にはほど遠い。

最後に

前述した OECD の日本の医療の質に関する 2014 年の報告では、「医療制度が、治癒的治療を強く指向している。制度をプライマリケアに向けて転換したいという方針はあるが、この部門の拡大を支えるための質の基盤が整っていない」、「長期的に一貫したケア拠

点を提供でき、複数の医療ニーズを有する患者に対するケアを個々に合わせて調整でき、患者の自己教育及び自己管理を支援できるような、地域社会のケア制度を備える必要性が示唆される。これらの課題に対し日本専門医機構はプライマリケア医をはっきりと専門医と認める新しい専門医制度を 2017 年から開始する予定である」と述べられている⁸³⁾。1 年遅れではあるが、2018 年度から総合診療を謳う国家的なシステムがわが国に誕生したことは、大きな一歩とは言えるだろう。

独英米の歴史を振り返っても、総合診療を中心に担う医師の系統的な育成は「百年の計」と言えるような大仕事である。1985 年には日本医師会社会保険研究委員会が、「診療所（所謂家庭医）と医療過疎について」というタイトルで、「既に家庭医的なあり方を備えている現在の開業医は、教育の過程で各科をローテートして経験と知識、技術を習得し、その後に自分の専門分野を決めて地域医療に挺身しているのであって、内容的には極めて高いレベルにあるといえる。それが将来少なくなるであろうことを見越して 2～3 年の教育によって家庭医の認定を与える制度とする、とするならば、学問的、臨床的に極めて危険な考え方と言わざるを得ない」、「厚生省の意図する家庭医制度は PC（プライマリケア）の意義を都合よく解釈するためのもので、医療機関の機能に対応した診療報酬として家庭医に対する人頭払（件数払）を導入しようという意図がうかがわれ、しかもその認定権をもつという事は官僚統制の強化である」⁸⁴⁾、と強く非難したことで、30 年前には一度制度化が見送られた経緯があった。しかし、3 年ほどの教育で家庭医／総合診療医の認定をする制度は、独英米では 50 年前に導入され、その後家庭医／総合診療医の業務範囲も PHC、SDH といった概念と共に進化してきている。超高齢社会、社会保障と税の一体改革といった大きな山を乗り越えるべき平成の次の時代に向け、歴史的経緯、諸外国のこれまでの対応についても理解した上で改革を進めていく必要性を再認識いただければ幸いである。

謝辞

本研究は、平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究（H29- 特別 - 指定 - 032）」に対する報告

書を一部改編したものです。ここに深謝致します。

文献

- 1) 吉利和. 内科学の概念と範囲. 中尾喜久, 山形敏一, 山村雄一, 吉利和編, 内科学書第1巻, pp 1-10. 中山書店. 1971
- 2) 川喜田愛郎. 近代医学の史的基盤 - 下. 岩波書店. 1977
- 3) 新村拓. 日本医療史. 吉川弘文館. 2006
- 4) レオポルド・ミュルレル著, 石橋長英, 小川鼎三, 今井正訳. 東京 - 医学. 日本国際医学協会. 1975
- 5) 酒井シヅ. 日本の医療史. 東京書籍. 1982
- 6) 笠原英彦. 医制制定と医学教育行政の確立. 法學研究 : 法律・政治・社会 72 (6) : 11-41, 1999
- 7) 島田和幸. 明治期における医学書の動向. 坂井建雄編. 日本医学教育史. pp149-185, 東北大学出版会. 2012
- 8) 日本消化器病学会 : 学会概要. <http://www.jsge.or.jp/about/index>
- 9) 日本医学会分科会情報 : 日本内科学会. <http://jams.med.or.jp/members-s/17.html>
- 10) 日本医学会分科会情報 : 日本感染症学会. <http://jams.med.or.jp/members-s/19.html>
- 11) 日本医学会分科会情報 : 日本内分泌学会. <http://jams.med.or.jp/members-s/16.html>
- 12) 日本医学会分科会情報 : 日本循環器学会. <http://jams.med.or.jp/members-s/22.html>
- 13) 日本医学会分科会情報 : 日本血液学会. <http://jams.med.or.jp/members-s/8.html>
- 14) 松田誠. 高木兼寛, 北里柴三郎らの医師会設立までの苦闘 : 日本医師会前史. 慈恵医大誌 118 : 33-41, 2003
- 15) 天野郁夫. 大学令と大正昭和期の医師養成. 坂井建雄編. 日本医学教育史. pp149-185, 東北大学出版会. 2012
- 16) Reed M, Lehmann B, Herrmann M. The Evolving State of General Practice and GP Education in Germany. Health Care Current Reviews 5 : 3, 2017
- 17) Sewering HJ. Von der "Bremer Richtlinie" zur Weiterbildungsgesetzgebung. Dtsch Aertzteblatt 84 : A2299-A2306, 1987
- 18) 澤口聡子, 澤口彰子. ドイツにおける法医学の教育. 東女医大誌 63 (12) : 1525-1531, 1993
- 19) 柳沢文憲. 西ドイツにおける卒後教育と教育病院. 医学教育 1 (4) : 10-15, 1970
- 20) Schlette S, Lisac M, Wagner E, Gensichen J. The Bellagio Model : An evidence based, international framework for population-oriented primary care. J Evid Educ Qual Health Care : 467-474, 2009
- 21) Donner-Banzhoff N, Gerlach F. Interview : It is important that one is close to the next generation and so we are. German Med J 107 : 1284, 2010
- 22) Orloff AS, Skocpol T. Why not equal protection? Explaining the politics of public social spending in Britain, 1900-1911, and the United States, 1880s-1920. American sociological review, 726-750, 1984
- 23) Gray DP. History of the Royal College of General Practitioners : the first 40 years. British Journal of General Practice 42 (354) : 29-35, 1992
- 24) Gaskell PG. A hospital and general practice combined training scheme in Scotland. British Journal of Medical Education 1, 374-380, 1967
- 25) Walker J. History of the MRCP examination. Occasional paper (Royal College of General Practitioners), 46 : 1, 1990
- 26) Hasler JC. The development of vocational training for general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners 24, 613-616, 1974
- 27) Loudon I, Horder J, Webster C (Eds.). General practice under the National Health Service 1948-1997. Oxford University Press. 1998
- 28) ジョン・ダフィー著, 網野豊訳. アメリカ医学の歴史 : ヒポクラテスから医科学へ. 二瓶社. 2002
- 29) Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. The Carnegie Foundation, Bulletin Number Four, 1910
- 30) Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. Bulletin of the World Health Organization 80 (7) : 592-593, 2002
- 31) 今泉友里. 医学教育における臨床教育の成立 : ジョンズ・ホプキンス大学を中心に. 東京大学大学院教育学研究科紀要 52 : 427-434, 2012
- 32) Osler W, McCrae T. The principles and practice of medicine. 1925. D. Appleton and Company, 5. 1922
- 33) Canfield PR. Family medicine : an historical perspective. Journal of Medical Education 51 (11) : 904-911, 1976
- 34) Johnson WM. Will the family doctor survive? : Chairman's Address. Journal of the American Medical Association 132 (1) : 1-4, 1946
- 35) Lewy RM. The Emergence of the Family Practitioner : An Historical Analysis of a New Specialty. Journal of Medical Education 52 : 873-881, 1977
- 36) Darley W. Response, Concerns, Encouragements and Hopes for Comprehensive Medicine. Journal of Medical Education 45 : 493-496, 1970
- 37) Training of Physicians for Family Practice. Report 257 of the WHO Expert Commission on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel. Geneva, Switzerland : World Health Organization, 1973
- 38) Millis JS. The Millis Commission Report. Chicago, Ill : American Medical Association, 1966
- 39) AMA Meeting the Challenge of Family Practice. The Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council of Medical Education. American Medical Association (AMA), 1966
- 40) Folsom MB (chair). Health is a community affair : report of the National Commission on Community Health Service, 1966
- 41) NCCHS Health is a Community Affair—Report of the National Commission on Community Health Services (NCCHS). Harvard University Press, 1967
- 42) Whitten C (Chairman). The Core Content of Family Medicine. Report of the Committee on Requirements for Certification. General Practice, 34 : 225-249, 1966
- 43) Ebert RV. Training of the Internist as a Primary Physi-

- 43) cian. Ann Intern Med 76 : 653-656, 1972
- 44) Brent RL, Morse HB. Not in our own image, educating the pediatrician for practice. Pediatr Clin North Am 16 : 793-808, 1969
- 45) Bogdonoff MD. A change in the training model for the practicing internist. Arch Intern Med 126 (4) : 694-697, 1970
- 46) Engstrom WW. Residency training in internal medicine, for what; subspecialty boards, what for? Ann Intern Med 70 (3) , 621-633, 1969
- 47) Society of General Internal Medicine. About us. <https://www.sgim.org/about-us>
- 48) Society of Hospital Medicine. History & Mission. <https://www.hospitalmedicine.org/about/history-mission/>
- 49) World Health Organization, Alma Ata Declaration. World Health Organization, 1978
- 50) Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care : an interim strategy for disease control in developing countries. NEJM 301 : 967-974, 1979
- 51) Van Lerberghe W. The world health report 2008 : primary health care : now more than ever. World Health Organization, 2008
- 52) World Health Organization. Social determinants of health. http://www.who.int/social_determinants/en/
- 53) OECD. OECD Reviews of Health Care Quality Japan : Raising standards : assessment and recommendations. OECD Publishing, 2015
- 54) Central Health Services Study Advisory Committee. The field of work of the family doctor (The Gillie Report), 1963
- 55) Dr. Margaret Chan. The rising importance of family medicine. 2013 http://www.who.int/dg/speeches/2013/family_medicine_20130626/en/
- 56) Sams CF 著, 竹前栄治訳. GHQ サムス准将の改革—戦後日本の医療福祉政策の原点. 桐書房, 2007
- 57) 堀籠崇. 実地修練 (インターン) 制度に関する研究 : 新医師臨床研修制度に与える示唆. 医療と社会 20 (3) : 239-250, 2010
- 58) 日野原重明. 卒後教育. 医学教育別冊 : 医学教育白書 : 55-57, 1978
- 59) 日本医学教育学会編. 資料 2 : 臨床研修の充実について. 医学教育別冊 : 医学教育白書 : 67-69, 1978
- 60) 日本医学教育学会編. 資料 3 : 卒後臨床研修の目標と内容. 医学教育別冊 : 医学教育白書 : 69-70, 1978
- 61) 日本医学教育学会編. 資料 4 : プライマリ・ケアを修得させるための方策. 医学教育別冊 : 医学教育白書 : 70-71, 1978
- 62) 林茂. 卒後教育. 医学教育別冊 : 医学教育白書1982年版 : 71-79, 1982
- 63) 福岡誠之. 卒後基礎的臨床研修. 医学教育別冊 : 医学教育白書1986年版 : 73-83, 1986
- 64) 若月俊一. 第一線医療の立場から. 医学教育 9 (2) : 71-77, 1978
- 65) 今中孝信, 柏原貞夫. 総合病棟勤務中心の卒後研修カリキュラム. 医学教育 14 (2) : 128-132, 1983
- 66) 福井次矢. 総合診療科. 日本内科学会雑誌 91 (11) : 3106-3110, 2002
- 67) 葛西龍樹. 家庭医療 : 家庭医をめざす人・家庭医と働く人のために. ライフメディコム, 2002
- 68) 越智則晶. 川崎医科大学附属病院総合診療部. JIM 7 (7) : 604-605, 1997
- 69) 永井友二郎. 会の設立へのよびかけ : 一般医の学会が必要な理由. 人間の医学 1 : 2-6, 1963
- 70) 安田勇治. 第1回日本プライマリ・ケア学会開催の記. 人間の医学 16 (1) : 24-25, 1978
- 71) 津田司. 三学会は何故合併したのか, 今後の目指すべき方向は? 日本プライマリ・ケア連合学会誌 33 (2) : 96-100, 2010
- 72) 日本専門医機構. 総合診療専門医概要. <http://www.japan-senmon-i.jp/comprehensive/index.html>
- 73) 猪飼周平. 病院の世紀の理論. 有斐閣, 2010
- 74) 今中孝信, 小泉俊三, 青木誠ら. 大学における卒前総合診療教育カリキュラム. 医学教育 30 (2) : 65-70, 1999
- 75) 日本統合医療学会. 統合医療とは. <http://imj.or.jp/intro>
- 76) 日本医師会. 日医かかりつけ医機能研修制度. <http://www.med.or.jp/doctor/kakari/>
- 77) 地域医療機能推進機構. JCHO 版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム. <https://www.jcho.go.jp/hospitalist/>
- 78) 日本病院会認定. 病院総合医育成事業. <https://www.hospital.or.jp/sogoi/>
- 79) 全日本病医院協会. 総合医育成事業について. <https://www.ajha.or.jp/hms/sougou/1.html>
- 80) 大西弘高 (印刷中). 病院総合医—専門分化する医療の隙間から, 地域包括ケアの担い手へ. 大西弘高編. ジェネラリスト教育コンソーシアム vol.12「病院総合医教育の最先端」. カイ書林, 2018
- 81) 渡辺毅. 内科専門医の役割. 日内会誌 97 : 205-211, 2008
- 82) 日本内科学会. 「総合内科専門医」の医師像と適正な医師数. https://www.naika.or.jp/nintei/seido/ishizo_top/ishizo_01/
- 83) OECD. OECD Reviews of Health Care Quality Japan : Raising standards : assessment and recommendations. OECD Publishing, 2015
- 84) 日本医師会社会保険研究委員会. 今後の医療保険制度に対する意見について (答申). 1985