

Harvard Medical School, Affiliated Hospitals に おける Primary Care の研修報告

川崎医科大学 総合臨床医学教室

重 本 弘 定

(昭和56年11月24日受付)

Primary Care Systems in Harvard Medical School, Affiliated Hospitals

Hirosada Shigemoto

Department of Primary Care Medicine
Kawasaki Medical School

(Accepted on Nov. 24, 1981)

I. Boston における primary care の成立 ち

1931年アメリカには112,116人の general practitioner がいた (うち83%は private practice). これは人口1,060人に1人の割合であった. しかし, 1971年には55%の49,258人となり, general internist と general pediatrician を含めても84,099人で人口2,430人に1人の割合に激減した (うち office practice は25%にすぎなくなった). この間に人口は1億2千4百万人から2億4百万人に増加しているのである. しかも医療に対する要求は人口1人当たりでも増加して来ているのである.

このようになった理由の1つは, general practitioner は specialist よりも多くの患者を診, 多くの時間を診療に費やさなければならなかったからである. 第二は specialtyこそが医療の第一線であり, よりすぐれた医師であるという考えから residents の specialty や subspecialty 志望が急激に増加してきたのである. すなわち, いわゆる organ oriented system となってきたのである.

一方, 1965年から1972年にかけて general practice, internal medicine, pediatrician の三者の合計は8.4%減少したにもかかわらず,

外科の specialist は19.6%増加し, 他の specialist も33.6%の増加をみ, とりわけ neuro surgery にいたっては月に5~6例の major operation をすれば足りたという. この外科系の specialist の増加にもう1つの理由がある. すなわち, 収入の差である. 現在外科系の subspecialist は general internal medicine の数倍の収入があるといわれており, the American College of Surgeon と the American Surgical Association, すなわち両者を含めた Surgery in the United States は1975年外科系の specialist の residency graduates を1年に2,600人から1,600ないし2,000人に減少させるよう勧告したほどである.

以上の3つの理由から general practitioner の減少を来し, この傾向はアメリカでもとくに Boston を中心とした New England (Maine, Vermont, New Hampshire, Massachusetts, Rhode Island, Connecticut) とくに, Massachusetts で著明で, 人口に対する医師の数はアメリカ第3位にもかかわらず primary health care physician は第12位と低いのである (1971年).

この結果, 患者は診断のついていない一般内科系疾患にかかって医師を訪れても開業医は専

門医ばかりで、たらい回しにされ、また病名ははっきりしても複数の専門分野にまたがる場合は複数の開業医にかかる必要があり、これは人口の高齢化により1人の患者が同時に複数の疾患をもつ頻度が高くなったことがこれに拍車をかけている。そこでこのような患者を診るために総合病院が公的または私的な基金の援助を受けて primary care としての診療を行う必要性が生じたのである。

一方、外科系疾患については開業医も attending physician として病院にて自分の患者を手術することができるという日本と異なった医療体制で、しかも内科の専門医よりも高収入であるという好条件のため外科医の数も比較的多く、患者がたらい回しにされることもなく外科系の primary care の必要性はなかったのである。

このような社会的・医学的理由により Carnegie Corporation of NY, Common Health Fund, Committee of the Permanent Charity Fund, The Robert Wood Johnson Foundation, Kaiser Foundation などの援助のもとに Beth Israel Hospital に Beth Israel Ambulatory Care Center (BIAC) (1972年), Massachusetts General Hospital に 1973年 Primary Care Internal Medicine が発足したのである。

II. Primary care と Family medicine の相違について

Primary care の定義についてはすでに山田、田野らが報告書に述べているように、その定義や内容は人によりまちまちであるが1976年 Washington D. C. で行われた National Academy of Sciences にて全体の一致を得る定義が定められており、次の5項目が満足されるものとしている。

1. Accessibility

患者がいつでも、容易に医療が受けられること。

1日24時間、1週間7日間の受け入れ体制

がなければならない。このためには個人では行いえず、team 診療が必要となり、医師のみでなく、看護婦、保健婦、栄養士、social worker、検査技師、秘書、事務員の協力が必要である。そして夜間および休日の診療体制をとることが必要であり、救急部との協力が必要となる。

2. Comprehensiveness

患者に生じる健康上の問題をすべて取り扱わなければならない、予防医学をも含むべきである。通院中はもちろん、入院中でも自宅で動けないときも管理ができなければならない (home visit を含む)。

3. Coordination

専門医にゆだねるべき性質の疾患をもつ患者の場合、適切な専門医に紹介し、場合によっては複数の専門医の意見を聞き診断・治療を行う必要がある。

4. Continuity

一人の患者を一つの医療 team が連続的に診るということは最も大切なことである。このために専門医へ治療をゆだねたときでも常に患者や専門医との交流をもつべきで、その記録を残す必要がある。

5. Accountability

患者の治療に責任をもつということである。このために team の全員が集まって定期的に治療の過程を検討するとともに、患者に治療方針、薬剤の副作用、危険性を説明し、患者に自己の疾患を認識させる必要がある。

このような形態で診療を行うと約90~95%の問題は primary care physician または primary care team だけで解決でき、残りの5~10%の問題が専門医の意見または治療を必要とするものでしかないといわれている。

Family medicine が primary care medicine と異なる第一の点はその診療範囲にある。Primary care medicine は一般的には成人の primary care internal medicine を意味しているのに対し、family medicine は妊娠

の管理, 一般婦人科的外来疾患, 一般小児科的疾患および一般外科的疾患を含む。第二は個人単位のみでなく家族全体を一つの単位として取り扱う, いわゆる家庭医としても働くというものである。したがって, 以上5つの primary care の定義は, より family medicine に適合するものといえる。

Family medicine がアメリカの midwest を中心に発達し, primary care internal medicine が東部に発達してきたのには人口密度が一つの理由ではあるが, 多分に歴史的なもので取り上げるべき理由はないとの意見もあった。そして, Boston の primary care physician も family medicine がより理想的とは思えるが, これを master するにはさらに年月を要し, 教育期間がのびると述べている。しかし, Harvard Medical School, Affiliated Hospitals は本院でなく分院 (Cambridge Hospital では Castriotta Health Center, Massachusetts General Hospital では Chelsea Health Center) において本院との staff の交流をもちながら family practice を行っている。

III. Primary care (family medicine) と specialty (secondary or tertiary care) との相違

Primary care と specialty の相違点は次のようである。

Primary care は

- 1) 少ない人口を対象とする
- 2) 地域に密着している
- 3) あらゆる疾患に対応できる
- 4) 患者によく知られており, すばやく対応できる
- 5) より高度の医療が必要な場合, 振り分けができる
- 6) 継続的治療ができる
- 7) 他の医療機関とよく協調できている
- 8) 簡単に受診できる
- 9) 地域の人々に信頼されている

Specialty は

- 1) より多数の人口を対象とする

- 2) 患者の家や地域から地理的に離れている
 - 3) ある特殊な疾患にのみ対応できる
 - 4) その施設が患者に認識されていなくてもよい
 - 5) あらゆる疾患にすばやく対応できなくてもよい
 - 6) 継続的治療は必要ではない
 - 7) 他の医療機関と協調できていなくてもよい
 - 8) 診察を受ける手続きが面倒である
 - 9) 患者との精神的つながりが少ない
- 以上を別の言葉でいえば

IN PRIMARY CARE, THE PATIENT IS THE CONTINUUM, AND THE ILLNESS IS THE EPISODE.

IN SPECIALTY CARE, THE ILLNESS IS THE CONTINUUM, AND THE PATIENT IS THE EPISODE.

このような観点からみると病院を訪れる患者の95% (とくに外来患者において) は, primary care にて control することができるといわれており, 実際 Cambridge Hospital, Massachusetts General Hospital, Beth Israel Hospital では primary care の physician によりほとんどの患者が処置され, しかもこれらの患者の多くは複数の subspecialty の医師により primary care の医師を通じて常に consult され, 定期的な visit rounds (週2~3回 subspecialist を招いて primary care の resident を中心に患者についての検討会を行っている), または随時 primary care の医師が subspecialty を訪れ, あるいは専門医を外来・病棟へ招いて適切な助言を受け総合的判断をもって患者の治療を行っている。とくに人口の老齢化が進むと1人の患者が異なった専門分野にわたる複数の疾患をもっているために狭い範囲の専門医のみの判断ではむしろ正しい治療が行いがたいのである。

この点で, Boston における Harvard Medical School, Affiliated Hospitals で行われている visit rounds や特定の theme を決めて行われる講演会 (ground rounds) を頻回に持

ち、primary care の physician 自身の知識の向上を図っていることは非常に大切である。したがって、患者はいたずらに医師の間を往復することなく、ある特定の医師団 (primary care の team) を訪れることにより常に適切な処置を受けることができる。すなわち患者が移動するのではなく医師の方が動くのである。

IV. 研修を受けた病院の概略 (Table 1)

1. Cambridge Hospital:

最初に訪れた病院である。Dr. Lawrence を chief として内科がすべて primary care であり、専門の division は独立していない。Staff もほとんどすべてのものが primary care physician であり、これに少数の専門医 (神経科, 消化器など) が援助して primary care を運営している。規模は比較的小さいが、別に小さな診療所を付属施設としてもち (Castriotta Health Center) 医師 2 人と後に述べる nurse practitioner 1 人の 3 人で小児科, 婦人科 (妊娠の管理も含む), 内科, 小外科のすべてを診療するいわゆる family medicine を行っている。ここで最初の 1 週間と最後の 1 週間で研修した。

2. Mount Auburn Hospital:

第 2 週は Dr. Arky および Dr. Hatem のもとで主として primary care の概念とその学生教育について研修した。また隣接した付属施設である Life Resource Center という慢性疾患患者を病院の医師と提携して nurse practitioner が診療しているところで研修した。さらにこの病院では attending physician

である開業医が往診を nurse, social worker とともにやっている。

3. Bringham & Women Hospital:

第 3 週は Dr. Branch のもとで専門分野の発達している中での primary care division と専門部との連携について研修した。

4. Beth Israel Hospital:

第 4 週目は Dr. Rabkin を院長, Dr. Delbanco を chief とし, 先年 山田, 田野講師が主としてここで研修した。Primary care (Beth Israel Ambulatory Care: BIAC) を始めて 10 年になる病院である。Nurse practitioner が多数活躍している病院であった。

5. Massachusetts General Hospital:

第 5 週は Harvard Medical School, Affiliated Hospitals のうちで最大のこの病院で研修した。Primary care は Dr. Stoekle が chief であり, ベッド数 1,100, 従業員 7,000~8,000 人という大規模な上に, ぜいたくな陣容を持つ病院であった。

6. 第 6 週は再び Dr. Lawrence の Cambridge Hospital に戻ったが, この間 Boston の Children Hospital および Massachusetts General Hospital の pediatric surgery の division を見学させてもらう機会を得た。Boston の Children Hospital は Harvard Medical School, Affiliated Hospital であり Beth Israel Hospital や Bringham & Women Hospital に接しており, 小児の primary care center を有しており, 小児に関する学生の教育, resident の教育はすべてこの病院に依頼している。Harvard Medical School, Affiliated

Table 1. Outline of hospitals visited

Hospital (Leader)	Beds	Medical Staff	(うち P.C. Staff)	研修期間
Cambridge Hospital (Dr. Lawrence)	185	18	(18)	2 週
Mount Auburn Hospital (Dr. Arky Dr. Hatem)	365	32	(14)	1 週
Bringham & Women Hospital (Dr. Branch)	500	60	(18)	1 週
Beth Israel Hospital (Dr. Rabkin Dr. Delbanco)	460	60	(18)	1 週
Massachusetts General Hospital (Dr. Stoekle)	1100	65	(18)	1 週

Hospitals の primary care に小児科疾患を取り入れていないのはこの理由によるものである。

V. Primary care の外来診療

五つの病院はその入院ベッド数, 外来患者数および疾患の種類も違っており (アルコール中毒専用病棟をもつ Cambridge Hospital など) 多少の相異はあるが, 共通しているところはチーム診療である。

各チームは staff の医師 1~2 名, senior resident 数名, junior resident 数名, 看護婦 1 名, 栄養士 1 名よりなり, この他に数チームに 1 名の精神科医と 1 名の social worker をもっている。そして病院の大きさにより 3~5 チームにより外来診療を行っている。医師は各々の患者を継続的に診療し, 看護婦は軽症の慢性患者 (糖尿病や高血圧症など) を医師の指導のもとで診療している。そして診療時間が終わってから全員が集まり, 各自の患者を皆に呈示し他人の意見を聞き, 次回からの診療に役立っている。もちろん診療時間中も上司の意見を聞く場合もある。さらに専門医の意見を聞くために週 2~3 回午前 8 時から 9 時までの 1 時間, 専門医 1 人に resident が各々の患者についての相談をする visit rounds をもっており, また週 1 回の peer review (他人のカルテを任意に選び, 記入の仕方, 診断および治療について正しく行われているかどうかを評価する会) の会もっている。

この外来診療に従事する看護婦は医師の診療の介助をするのではなく, 1 年間の特別教育を受け, nurse practitioner という資格をもち, 診療チームの一員として外来診療をしているのである。医師と違って週 5 日間 (半日の自由時間を除いて) 連続して外来診療を行えるので後述の初診 (walk-in) の患者または医師不在 (出張, 病欠) の穴埋めを行っている。Boston においては primary care を志す医師の不足をこの nurse practitioner で補っているものと思われる。Cambridge Hospital のみは医師が充足されているので nurse practitioner を全く

採用していない。このように医師とほぼ同等に診療する nurse practitioner は教育期間からみても短すぎ, 法律的にも日本では無理と思われる。

患者の流れについては各病院で, 多少の相異はあるが, 初診患者はまず primary care の walk-in または救急部を訪れる。ここで triage (振り分け) を受け, 専門 division に予約させるか, もしくは primary care の外来を予約させる。そして必要に応じて primary care の病棟へ入院させる場合もある (Fig. 1)。

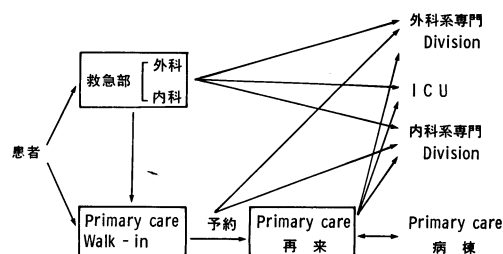


Fig.-1. Flow of out-patients

救急部は入院ベッドを持たず外来のみで, ここに来院した患者は数時間 (ときには 10 数時間) 内に primary care walk-in, 専門 division, ICU に転送される。救急部専任の staff は小人数であり, 各 division (primary care を含めて) から staff や resident が rotation して診療している。

VI. Primary care での病棟診療

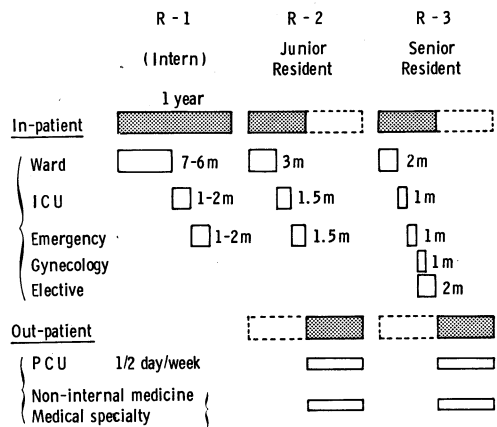
病棟での診療もチーム診療の体系がとられており, staff 1 名に数名の senior と junior resident が 1 つのチームを編成しており, 後述のようにこれに第 4, 5 学年の学生が 1~2 名加わっている。1 つのチームで平均 15~20 名の患者を受け持っており, junior は学生を, senior は junior をそれぞれ指導しながら診療し, 週 1~2 回のチームのカンファレンスと回診の他に, 専門分野の医師と常に交流を持ち, 助言を求め, また病棟での対診を求めている。一方, primary care の患者が他の専門へ移ったとき (外科手術のためなど) も術後でも適宜回診をし, カルテに記載し, sign をして主治医

に助言を与えている。

入院患者の疾病の種類については、第1に専門医にゆだねる程でもない common diseases ということになるが、primary care の staff の得意とする分野があり、それによって、かなり病院によって異なっている。したがって、心筋梗塞をはじめ、喘息、腎炎、消化管疾患、神経疾患、リウマチ、糖尿病、脳卒中、高血圧と多方面にわたる。もう一つの問題は老人人口の増加により複数の専門分野にまたがった重症疾患をもつ患者が増えてきたことである。この場合はどの専門部にも入院させることができないので、患者は primary care の病棟に入院させ、主治医が複数の専門医と常に交流をもちながら広い視野から治療ができるという利点を持っている。

VII. Resident 教育について

私達が研修した5病院のうち、典型的な Cambridge Hospital の resident program について述べると Fig. 2 のように intern (卒後1年目) は主として病棟において研修を行うが、一週間のうち半日は primary care の外来を受け持っている。これは患者との continuity を保つ上に大切なことである。そして病棟研修の6~7カ月のうち約半分が内科であり、その他耳鼻科、整形外科、小児科、精神科などを研修する。さらに ICU と emergency の外来を1~2カ月ずつ研修している。Junior resident (卒後2年目) は1年のうち半分は外来、半分は病棟の研修をしている。病棟での6カ月の研修の間でも3カ月間は一週間に3回 primary care の外来を受け持ち、その他 ICU と emergency を1カ月半ずつ研修する。残りの6カ月は外来を中心に研修し、5/12は primary care、残りを Fig. 2 のように皮膚科、整形外科、精神科の外来を受け持っている。Senior resident (卒後3年目) の外来については junior resident とほぼ同じであるが、病棟は内科2カ月、emergency unit 1カ月、ICU 1カ月、他に婦人科1カ月と自由選択2カ月が計画されている。



* Out-patient の具体例

	月	火	水	木	金
午前	PC	整形	Free	PC	PC
午後	皮膚	PC	皮膚	精神	PC

R-1 の ward 1/2 が内科、他は整形、小児科、精神科、耳鼻科

Fig. 2. Post-graduate education at Cambridge Hospital

このように卒後3年間の program を組んで教育されているが、これは外来診療に重点をおいているのが特徴であり、3年間を通じて継続的に診療をさせている。そして内科以外の整形外科、皮膚科、婦人科、精神科の外来研修を行わせているところが、従来の内科の residency program と異なる点である。そして5病院とも一般外科の研修はほとんど行われていない。

一方、同じ Harvard Medical School, Affiliated Hospital である Children Hospital での小児外科医の residency program をみると、一般外科(消化器、胸部、脳、整形、泌尿器、emergency、麻酔 etc.)を6年間研修した後、3年間の小児外科の研修をして初めて小児外科専門医の資格を得ている。

このような研修の実態をみると、primary care の研修は外来診療に重点がおかれ、しかも広い分野を研修させている点に特長がある。

VIII. 学生教育における primary care の役割

アメリカでの医学部教育が日本のそれと異な

るのはアメリカでは4年制の大学を卒業した後
に4年間の医学教育が行われる点である。

Harvard Medical School では第1学年と
第2学年の前半ですでに基礎医学と臨床医学の
概論の講義をすませており、第2学年の後半に
10人前後の group に分かれて前述の5病院に
おいて interview, history taking, physical
examination を約4カ月にわたって(週3日は
大学にて講義)修練している。講義もあるが実
習に重点がおかれており、指導医一人に学生二
人という恵まれた環境であり、ときには患者と
の interview をビデオテープに収め、後にこ
れを見ながら指導医の批評をうけるという非常
に時間をかけた教育も行われている。このた
めには多数の指導医が必要となるが、病院の
staff のみでなく院外に診療所を持つ開業医も
参画しているのが特長である。

このように第2学年までに臨床医学の基礎教
育を終え、第3学年と第4学年では各専門 di-
visionでの病棟実習を行っている。病棟では前
述のように指導医1~2名, senior resident
数名, junior resident 数名よりなる1診療チ
ームに1~2名の学生が加わり、24時間実習を
行っている。外科, 内科, 産婦人科, 小児科な
どの必修以外はかなり学生の自由選択にまか
され、ときには基礎医学で研究に従事する学生
もいる。

このように学生実習に開業医を含めて多数の
指導者を動員できるのが Harvard Medical
School の特長である。

IX. 川崎医科大学における総合臨床医学, 総合診療部のあり方

1. 総合診療部で取り扱う疾患

Harvard Medical School では前述のように
外科疾患はほとんど取り扱わず, resident 研修
計画表に外来小手術の項目が記載はされてい
るが, 救急部でわずかに行われているにすぎな
い。川崎医科大学においては外科の division
が Harvard Medical School よりも一層臓器
別に独立しており, Harvard のような一般外
科の division や attending physician (自分

の患者を大病院で手術する開業医) の system
がないので, 外科系の common diseases (ヘル
ニア, 痔疾患, 虫垂炎, 表在性外科疾患などの
ような比較的簡単な外来処置ですむ患者や短期
間の入院で治療できる疾患) をもつ患者が各科
をたらい回しにされたり, 入院まで長期間待た
されたりする欠点がある。そこで他の医院で診
断がつき, 診てもらわなければならない専門外科 division
がわかっている患者を除いて新患の triage を
行い, common diseases については直ちに処
置ができる診療部門が必要であり, これが総合
診療部だといえる。これは内科系疾患について
も全く同様である。したがってここに従事する
医師は内科と外科の両面の知識と技術を持つこ
とが要求される。Common disease の範囲に
ついては総合診療部に所属する医師の技術によ
って決まってくるものであり, これからのトレ
ーニングによって診療範囲は当然広がっていく
ものと思われる。

さらに前述のように高齢人口の増加により複
数の division にまたがる疾患を持つ患者はど
の division に入院しても, 他の疾患の処置が
できにくいので, 総合診療部の医師が専門医と
連絡を取りながら, 両者を合わせた治療を行う
必要がある。したがって総合診療部は軽症患者
ばかりを治療するのではないことを認識すべき
である。

2. 医療秘書について

診療体制について従来と異なる点は, 医療秘
書が必要となってくることである。医療秘書は
前述のチーム診療のメンバーの1人である。業
務は Table 2 のような6項目である。

初診患者の待ち時間を利用して, 1, 2, を行

Table 2. Duties of medical secretaries

1. バイタル・サインのチェック
身長, 体重, 体温, 脈拍, 血圧
2. 病歴質問表への記入の手伝い
3. 受付→診察室→検査室への誘導
4. ドクターズ・オーダーを受けて検査を依頼
5. 検査の説明の補足
6. 次回再来の予約の調整

うことは、医師の診療の能率化を計るだけでなく、患者へのサービスの面からも必要であり、また次回からの予約診療を行うためにも欠かせない業務である。

3. 外来診療における看護婦の業務

前述のように Harvard Medical School, Affiliated Hospitals では Cambridge Hospital を除いて、nurse practitioner が外来診療を医師とともにやっているが、教育期間からみても、日本の法律的な面からみても、日本では

Table 3. Duties of nureses at out-patient clinics

1. 投薬された薬の説明
2. 検査および処置
3. 小手術、直腸鏡などの介助
4. 生活指導、病気の説明の補足
5. 外来診察の介助

行い難いものである。しかし外来業務については、従来のような医師の診療の介助のみでなく、積極的に患者との interview に参画して欲しい。Table 3 のように、投薬された薬の副作用や服用の仕方のみならず、患者の生活指導に医師とともに参画し、診療の能率化に協力して欲しいものである。

4. 栄養士の総合診療部での業務

チーム診療のメンバーに是非加わって欲しい業務の1つが栄養士である。総合診療部を受診する患者に肥満、高血圧、糖尿病、痛風、痔疾患などが多く、他の疾患で来院してもこれらを合併していることが多いからである。したがって、これらの疾患に health care の面からも対処する必要があり、これには是非栄養士の参画が必要で医師と緊密な連絡を取りながら、患者の care を継続して行わなければならない。

5. 外来診療の運営

新患のみを診る医師 (walk-in) と二回目からの予約による再来患者のみを診る医師に分かれて診療することにより、患者の待ち時間が少なく、能率よく診療が行われる。医療側と患者側

が約束を守ることが必要であるが、3時間待ちの3分診療ということは避けられ、待合室も混雑することなく、医師と患者の対話の時間を長くすることができ、初診患者で20~30分、再来患者で10~20分の診察時間がとれると考えている。これにはもちろん、看護婦、医療秘書、栄養士の協力が必要である。

6. 卒後教育について

Harvard Medical School では3年間を一応の教育期間としている。しかし、川崎医科大学のように外科のトレーニングを含めるとあまりに短すぎるので6年間の resident program が認められたので次のような二つのカリキュラムが考えられる。

(1) Harvard Medical School のカリキュラムに準じたもの

研修医の2年間は主として内科系の division をまわり、これに外科の4カ月と救急の2カ月を加える。Senior resident 1年は総合診療部で研修し、senior resident 2年、3年の1/2は総合診療部、残り1/2は整形外科、皮膚科、精神科、小児科で研修する。Senior resident 4年目は総合診療部での3カ月以外は外科、救急および各自の選択によって決める。しかし、senior 2年からの他科研修中も週2回(半日×2)は総合診療部の外来を受け持つことにする (Table 4)。

Table 4. Educational programs for post-graduates at Kawasaki Medical School (1)

J ₁ J ₂	内科系	消化器I内科	2	S ₁	総合診療	12
		消化器II内科	2		S ₂	整形外科
		神経内科	2	皮膚科		3
		呼吸器内科	2	総合診療		6
J ₁ J ₂	外科系	循環器内科	2	S ₃	精神科	3
		腎臓内科	2		小児科	3
		内分泌内科	2		総合診療	6
		血液内科	2	S ₄	外科または救急	3
		中央検査部	1		選択	6
		消化器外科	4		総合診療	3
		救急				

(2) 内科・外科の研修を行うカリキュラム

内科・外科を含めた総合診療を行うには内科専門医, 外科認定医の資格を持つことが望ましい。これには, (1)のカリキュラムでは外科認定医の資格を取ることができないので **Table 5**

Table 5. Educational programs for post-graduates at Kawasaki Medical School (2)

J ₁ J ₂	内科系	消化器内科 3 神経内科 2 呼吸器内科 2 循環器内科 2	S ₁	精神科 2 皮膚科 2 整形外科 2 総合診療 6	
	外科系	消化器外科 4 胸部外科 4 内分泌外科 3 麻酔科 3		S ₂	小児科 2 救急 2 脳神経外科 2 総合診療 6
				S ₃	消化器外科 6 総合診療 6 (選択を含む)
				S ₄	胸部外科 4 内分泌外科 2 総合診療 6 (選択を含む)

のようなカリキュラムを必要とする。すなわち研修医の2年間で外科系の消化器外科, 胸部外科, 内分泌外科, それに麻酔科と内科系の消化器, 神経, 呼吸, 循環器を研修する。Senior resident 1年, 2年では1/2を総合診療部で研修し, 残り1/2を整形外科, 皮膚科, 精神科, 脳神経外科, 救急, 小児科の外来診療を中心に研修する。この間, 他科研修中も総合診療部の外来を週2回(半日×2)を行うことが望ましい。Senior 3年, 4年では外科認定医の資格を得るために再び消化器外科, 胸部外科, 内分泌外科にて手術手技の研修を行う。そして, 残りの総合診療部での研修のうち, 1/2を選択として研修の足りないところを補うようにする。以上の6年間で内科専門医と外科認定医との資格を得るとともに関連各科の広い知識と技術を習得した本来の意味での総合臨床医が育ってくれるものと期待している。

7. 学生教育について

川崎医科大学においては, 第4学年の3学期に総合臨床医学で臨床実習を行うことになっている。1グループ25名で月~木の午前中に行われる。この間に第5学年の臨床実習に必要な interview の仕方, physical examination のとり方, 症候学など, 診断学の基礎知識を教えるのであるが, Harvard Medical School と異なり, 少人数の staff で多数の学生を教えるので, 木目の細かい指導は難しく, ビデオテープなどを用いて教育すべきと思われる。

また, 第6学年の1学期に小グループ(7~8人)で1週間臨床実習を行う。これは, 第5学年で各専門 division の実習を終えているので, その総まとめを行うとともに医の倫理(癌患者の取り扱い方, 安楽死の問題など)や医療事故問題など医師となるための自覚をもたせるような実習を行うべきだと考えている。

8. よい臨床医とは

今までの教育の欠点は専門化しすぎて, 患者全体を診るという教育に欠けていることである。そして疾患ばかり診て患者をケアすることの重要性を教えず, 視・聴・触・打診よりも複雑な検査成績を重視する傾向が出ていたことである。すなわち, 医師中心・病院中心主義であり, 医師がチーム医療の中心としてパラメディカルの人々と協調して患者をケアすることの重要性を教えていなかったことにある (**Table 6**)。

Table 6. Drawbacks of medical education in Japan

- | |
|---------------------------|
| 1. 専門化しすぎている |
| 2. 患者全体を診ることを教えていない |
| 3. 患者をケアすることの重要性を教えていない |
| 4. 医師中心, 病院中心主義の教育 |
| 5. パラメディカルの人たちとの協調を教えていない |

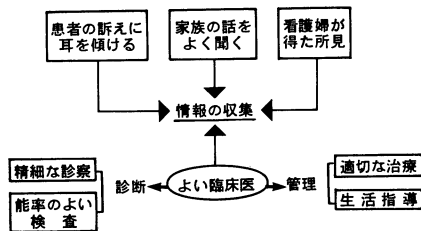
したがって, よい臨床医とは, 患者の訴えに耳を傾け, 家族の人の話もよく聞いて, interview に時間をかけ, その人の生活像を理解するところから出発する。これには看護婦, 医療

Table 7. A desirable practitioner to be

1. 人体に備わった自然治癒力を理解
2. 患者中心の医療
3. 患者の家庭的, 社会的, 経済的および心理的背景を配慮
4. 専門医へコンサルテーションを適当な時期に行う
5. パラメディカルな人たちとチームを組み, リーダーとなれる

秘書の助けが必要である (Table 7).

このような情報に基づき, 視・聴・触・打診を利用した精密な診療と必要な検査を能率よく行って, 病態を早く, 的確に把握して診断することが必要である. 次に治療面では, 薬物療法よりも生活指導を重視して患者をケアできる医師, そして患者を全人格的にケアできる医師,

**Fig. 3.** Desirable practitioners

このような医師がよい臨床医といえるもので, このような医師を育てるのが総合臨床医学の役目だと考えている. もちろん, これは専門を否定するものではなく, 専門化・細分化することによって進歩発展した医学を基礎にしていることはいうまでもない (Fig. 3).

X. おわりに

この研修期間中, Lawrence 先生, Rabkin 先生, Branch 先生は自宅に招待して下さい, 家族ぐるみで歓待して下さいました. また, Arky 先生, Hatem 先生は Maxwell Finland 先生の誕生会に連れて行って下さり, その席で有名な小児麻痺ワクチンの Savin 先生, 悪性貧血内因子発見の Castle 先生とお会いできましたことは大変な幸せでした. そして6週間の研修計画を立てて, 毎週のように種々の Harvard 大学関連の会合に連れて行って下さり, 最後の夕べは Stoekle 先生, Branch 先生御夫妻とともに送別会を開いて下さった Lawrence 先生御夫妻に感謝してやみません.

最後に, このような機会を与えて下さった理事長先生, 副理事長先生, 院長先生に深謝いたします.

文 献

- 1) S. Andreopoulos & M. K. Duval: Primary care—Where medicine falls. 1st ed. New York, John Wiley & Sons. 1974
- 2) D. B. Shires & B. K. Hennen: Family Medicine. 1st ed. New York, McGraw-Hill Book Company. 1980
- 3) I. R. McWhinney: An introduction to family medicine. 1st ed. New York, Oxford University Press. 1981