

平成20年2月13日(水)
13時30分～15時30分
法曹会館2階 高砂の間

第5回

医道審議会医道分科会診療科名標榜部会

議 事 次 第

- 1 総合科・総合医について
- 2 その他

(配付資料)

資料1・・・総合科・総合医に関するヒアリングについて

資料2・・・おおうちやすし大内尉義参考人提出資料

資料3・・・くさばてつしゅう草場鉄周参考人提出資料

医道審議会医道分科会診療科名標榜部会委員名簿

氏 名	所 属 機 関 等
い わ い り 宜 子 岩 井 宜 子	専修大学法科大学院教授
い わ ぶ ち かつ り 好 岩 渕 勝 好	東北福祉大学教授
う ち だ た け お 夫 内 田 健 夫	社団法人日本医師会常任理事
え り ぐ ち あ き ら 彰 江 里 口 彰	社団法人日本歯科医師会常務理事
お お し ま し ん い ち 大 島 伸 一	国立長寿医療センター総長
◎ かな ざ わ い ち ろ う 郎 金 澤 一 郎	日本学術会議会長
す み と も ま さ と 人 住 友 雅 人	日本歯科医学会総務理事
た か く ふ み ま ろ 磨 高 久 史 磨	日本医学会長
つ じ も と り 好 こ 子 辻 本 好 子	NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
みなみ ま さ こ 砂 南 砂	読売新聞東京本社編集委員

◎印は部会長

(五十音順、敬称略)

総合科・総合医に関するヒアリングについて

1 おおうち やすよし 大内 尉義 参考人

東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座教授

社団法人 日本老年医学会理事長

2 くさば てっしゅう 草場 鉄周 参考人

医療法人母恋 北海道家庭医療学センター所長

3 もり よういち 森 洋一 参考人

社団法人 京都府医師会会長

(50音順)

大内尉義参考人
提出資料

2008.2.13

高齢社会に求められる総合医療と それを実践できる「総合医」に関する 私見

東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座
社団法人 日本老年医学会理事長
大内尉義

日本の病院では臓器別機能分化が ますます進んでいるー内科系

- ・ 第一内科
- ・ 第二内科
- ・ 第三内科
- ・ 第四内科(分院内科)
- ・ 循環器内科
- ・ 呼吸器内科
- ・ 消化器内科
- ・ 糖尿病・代謝内科
- ・ 腎臓・内分泌内科
- ・ 物療内科
- ・ 血液・腫瘍内科
- ・ 老人科
- ・ 感染症内科
- ・ 神経内科
- ・ アレルギー・リウマチ内科
- ・ 心療内科
- ・ 老年病科
- ・ 神経内科
- ・ 心療内科

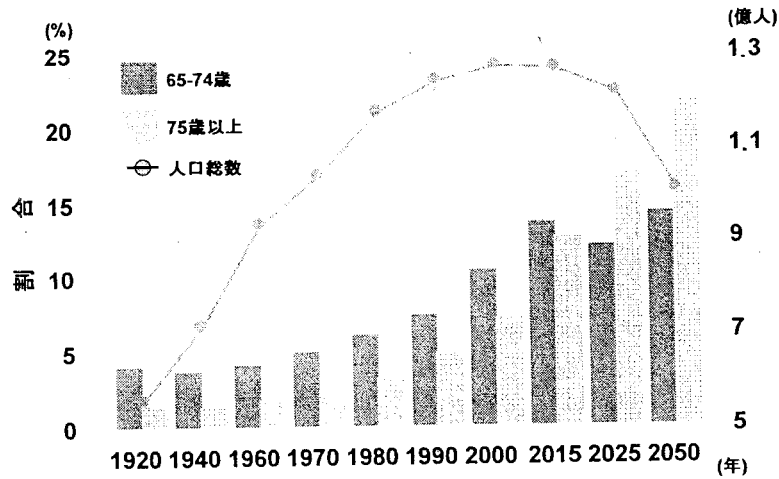
日本の病院では臓器別機能分化が ますます進んでいる－外科系

- 第一外科
- 第二外科
- 第三外科(分院外科)
- 胸部外科
- 脳神経外科
- 整形外科
- (上部)消化管外科
- 大腸・肛門外科
- 肝胆膵外科
- 人工臓器・移植外科
- 血管外科
- 乳腺・内分泌外科
- 心臓外科
- 呼吸器外科
- 脳神経外科
- 整形外科

若手医師の臓器別専門医志向 の強まり

- 冠動脈インターベンション
- 肝癌の内科的治療
- 内視鏡検査
-

高齢人口の年次推移 —後期高齢者の増加が著しい—



総務省統計局, 国立社会保障・人口問題研究所による (2002.1現在の統計)

高齢者の医学的問題は臓器別の
医学では絶対に解決できない



高齢者の医療においては、ある臓器の疾病だけでなく、身体機能、こころの状態、QOLなど高齢者の身体状況全体に着目する総合的アプローチが必要である

→ 総合医の役割

総合医に対するニーズは高齢者ほど大きい

- (1) 「総合医」が提供する医療サービスの受け手は、現在・将来とも65歳以上の高齢者が大多数をしめる
- (2) 高度に専門科した臓器別診療のニーズももちろんあるが、多くの高齢者はたくさんのcommon diseasesを抱え、それを臓器別ではなく、トータル的にマネージしてくれることを要望している
- (3) したがって、総合医は必然的に高齢者診療の特殊性を熟知し、全人的に幅広く診療する能力を持つ必要性がある

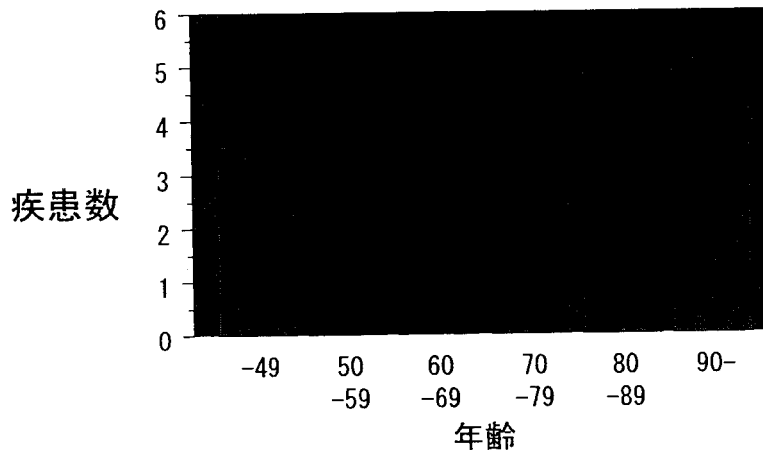
高齢者の疾患・病態上の特徴

- 複数の疾患を有する
- 症状が非定型的である
- 薬物に対する反応性が異なる
- 老年症候群が増加する
- 認知機能など生活機能が低下しやすい

入院患者の年齢と合併疾患数

(東大老年病科1995～2004年、2,197名)

後期高齢者は平均5疾患



症例：75歳の女性

- ◆主訴：歩行困難、膝下のしびれ
- ◆受診理由：今までのお医者さんは満足がいく診療をしてくれない、老人専門医に相談したい
- ◆現病歴：
 - ・3年前から両膝以下のしびれを自覚。
 - ・1年前からしびれがひどく、腰痛もあって100m位歩くとしびれがひどくなり、休まないと歩けない。外出はめったにせず、これ以上長生きしたくないとこぼすことが多い。
- ◆既往歴：
 - 都内某病院の内科（10数年前～糖尿病）、
 - 整形外科（5年前～骨粗鬆症）、
 - 眼科（5年前～網膜症と白内障）に通院中。
 - 娘家族と二世帯住宅（2階に居住）。
 - 夫は10年前に死亡。

歩行困難としびれの原因（受診診療科）

- # 糖尿病性神経症 (糖尿病内科)
- # 閉塞性動脈硬化症 (血管外科、循環器内科)
- # 骨粗鬆症 (整形外科)
- # 脊柱管狭窄症 (")
- # 抑うつ (精神科)
- # 白内障 (眼科)
- # 糖尿病性網膜症 (")
- # 廃用症候群

単なる合併ではなく、症候と複雑に絡み合っている
⇒全体像を把握し、この患者さんが最も快適に生活できる方法を考える必要がある。今までかかっていた医師にはそういう視点はなく、そこが患者さんの不満であった。

本症例に見られる老年症候群

◆老年症候群；高齢者に特有もしくは高頻度にみられる症候で特別な対処を要するもの

- ・ 下肢のしびれ
- ・ 腰痛
- ・ 寝つき悪く（不眠）
- ・ 夜もトイレで3回起きる（夜間頻尿）
- ・ 視力低下あり、新聞は読めない
- ・ 便秘薬内服で2、3日に1回の排便
- ・ 外出はめったにしない（閉じこもり）
- ・ これ以上長生きしたくない（抑うつ）

<症例> 87歳女性

<主訴> 発熱、呼吸困難、口渇

<現病歴>

1998年1月上旬まで一人でバスで外出していた。

1月14日 風邪気味となり全身倦怠感出現。2日後から食欲低下。

1月18日 独歩可能状態で近医受診。心電図上で心房細動(心拍数160-190/min)、胸部Xp上、両側胸水貯留・心陰影拡大が認められた。緊急入院先の某大学循環器内科で、頻拍性心房細動による心不全と診断。

安静、飲水制限。利尿薬・ジギタリス剤使用し、左側胸水減少、心拍数80-90/minで安定。食欲回復し、歩行希望するも、ベッド上安静、絶食、補液管理。

1月23日 排尿・発汗亢進、眼がうつろとなり、口渇・口腔内粘り感のため会話不能。

2月5日 発熱。抗生剤(セフェム系・アミノグリコシド系)使用後腎機能悪化。
(2月13日: BUN 128mg/dl、Cr 5.4mg/dl)

2月25日 寝たきり状態で東大病院老年病科へ転院。

<入院後経過>

全身管理、リハビリをすすめ、7月11日独歩退院

従来あったいくつかの総合医の イメージ

- どんな病気でもまず最初にかかる医師(プライマリーケア医、振り分け医)
- すべての診療が行え、どの領域においても優れた技量を有する医師(殆ど不可能)
- 内科、小児科、産科、眼科、皮膚科、小外科など、すべての基本的なことがこなせる医師(離島・僻地に要求される医師)
- 内科をベースに、患者の全身状態を総合的に判断し、治療の流れを設計することができるとともに、専門医との連携が的確に行え、終末期にも対応できる医師(老年病専門医)

総合医に求められる技術

- 1) いわゆるcommon diseaseについて、プライマリケアができる。
- 2) 主要な疾患について、診療の必要性と優先順位が判断でき、病診連携、診診連携を通じて専門医に適切な紹介ができ、しかも全体の診療の流れを一段高い立場からコントロールできる。
- 3) 多くの疾患を有する高齢者について総合的機能評価ができ、それに基づく医療計画を立てることができる。
- 4) 要介護高齢者について、他の医療機関、介護サービスとともに地域医療連携を構築してチームのリーダーとなることができる。
- 5) 地域に密着して診療を行う中で、患者の生活史、家庭環境などを配慮して個別のQOLを尊重した医療ができる。
- 6) 終末期にあたり、患者や家族の相談にのることができる。

総合医に求められる資質

- ・ すべてがわかってできる「スーパードクター」ではなく、高齢者の加齢に伴う臓器機能の低下を理解し、精神的な喪失感に共感でき、なるべく健康に過ごすために何が必要か、具体的な助言を親身になつてすることができる
- ・ 文献解析を得意とするEBMの専門家ではなく、目の前にいる患者に対し、さまざまな生活環境、社会環境、家族環境のなかで、どのような対応が可能かを現実的に判断できる
- ・ そのための医療資源を使用する介入をすべきか、しない様子を見たほうがよいのかが判断できる

総合医と専門医の関係

- 患者さんの全体像を把握し、どのような医療がどのような順番で必要かを判断できる総合医がいてはじめて、臓器別専門医が安心して臓器だけの診療に専念できる。

WONCA EUROPE による総合医の定義(2002)

- 総合医／家庭医は、専門的な教育内容、研究、基盤となるエビデンス、臨床活動を有する科学的かつ学術的な専門分野であり、プライマリケア(一次診療)を目指す専門職種である。
- 総合医／家庭医という専門分野の特徴
 - 1) 医療システムの中で、個人の年齢、性別、文化などあらゆる特徴を問わず、また個人の健康問題の種類を問わず、通常最初の医療的対応を行う職種であること、
 - 2) チーム医療の一員として、プライマリケア(一次医療)を構成する他職種と連携し、また必要時には専門医療各科への連絡役となり、医療資源の効率的運用を図ること、
 - 3) 患者個人を中心の、患者の家族、置かれている社会的環境を重視した、全人的な対応を行うこと、
 - 4) 長年の良好な医師・患者関係を基盤とする診療・相談業務を行うこと、
 - 5) 患者の必要性に応じ、継続的な医療・介護支援に責任を持つこと、
 - 6) 地域社会の疾患の発症率、罹患率を熟知した上で個々の診断を行えること、
 - 7) 受け持ち患者の急性疾患、慢性疾患の両者に対応できること、
 - 8) 一般症候のみを示す段階の疾患発症初期に、必要に応じて緊急的な介入をも含めて、適切に対応できること、
 - 9) 的確な介入により患者の精神的・身体的健康を維持すること、
 - 10) 地域保健に特別な責任を負うこと、
 - 11) 担当患者の身体的、精神的、社会的側面をとらえ実質的に健康問題に取り組めること

(The European Society of General Practice/Family Medicine)

結 論

- 総合医を必要とするのは殆どが高齢者である
- 総合医は内科をベースに、単なるプライマリーケアだけでなく、患者の状態(疾病、身体機能、精神機能、社会環境など)を総合的に判断し、臓器別専門医よりも一段高い立場にたつて、その患者に必要な医療、介護、福祉の流れを計画できる、コンダクターとしての役割を担える医師(=老年病専門医)
- 総合医は地域の診療所～中規模病院を活動拠点とする
- 「高齢者総合診療科」の提案

草場鉄周参考人
提出資料

08.2.11

若手家庭医の主張


医療法人母恋
北海道家庭医療学センター所長
草場鉄周

発表の流れ

- 家庭医という道を志して
- 家庭医療の研修を受けて
- 家庭医として働く中で
- 今、行政・各界に期待すること

家庭医という道を志して


- 京都大学での6年間
- 人体を細分化し分析することで得られる科学的な見識を臨床に応用する訓練
- 字句が進むほど、人としての患者のイメージがますます薄れていく現実への恐れ



- 将来を考える中で「ここから何をバランスよく扱えながら、患者に寄り添うような医療は存在しないの...?」
- 2年間、大学の臨床各科、様々な外部の病院や施設を見学し相談するも残念ながら見つからず
- 偶然、「家庭医療」というキーワードに遭遇 →「これだ！」と後元考えずに北海道へ

家庭医療の研修を受けて


- 総合病院での2年間の兩種ローテーション研修
- 2年間の様々な診療所での家庭医療専門研修
- 多くのロールモデルとなる家庭医と出会い、知識や技術はもちろんのこと、家庭医として生きることの魅力を実感
- 「これこそ一生の仕事だ！」





- 病院の専門医から、「先生方のされていることは素晴らしいと思うけれど、やはり何か専門を行って何十年か経験を積んでからやってもいいんじゃないの?」
- 大学の同級生から「循環器の専門医資格を取ってから、大学院に進もう」と思っているよ、お前はどうか?」
- 患者さんから「先生のご専門は何ですか?」
- この分野の将来の不確かさを自覚し、時に強い不安が

家庭医として働く中で

- 北海道の地方都市・室蘭で高齢者が多い坂の町、本輪西の家庭医としての第一歩を踏み出す
- 幅広く継続的な外来診療
- 徐々にみえてくる生活背景




- 多くの訪問診療
- 患者宅はまさに、「地域の病棟」

- 医学生／研修医の教育
- 教えることからまた学ぶ面白さ

活動は地域に広がる


- 町内会での講演会活動
- 中学校で禁煙教育
- お祭りの放課班??




家庭医療を深めるために

カナダ ウェスタン・オンタリオ大学
大学院 家庭医療学修士課程

- 医学教育
- 家庭医療の臨床研究
- 家庭医療の理論
- 患者中心の医療の方法



でも私の公式の立場は

- 医師としての専門医資格
日本プライマリ・ケア学会専門医
(日本専門医認定機構・登録)
→ 広告は不可能で取得者も非常に少ない
- 保科科名
内科・小児科
→ 本来の意味での診療内容を表現していない
患者への説明に困ることしばしば
- つまみ、学術的にも法的にも認知されていないのが現状

我々がすべきことは

- 家庭医療(総合科)専門医の養成プログラムを確立
- 確かな指導力を持つ家庭医療(総合科)指導医を養成
- 利用する国民の視点から安心してみられる家庭医を全国各地で養成し、様々な機会を通じてアピール
- 他の専門医や医療従事者から信頼される存在となるべく地道な気遣いを現場で蓄積

今、行政・各界に期待すること

- この分野(家庭医療、総合診療、地域医療...)を真面目に志しつつも、果たしてやっていけるのかどうかと迷っている医学生や研修医、そして若手医師に対して...

現在社会で責任ある立場についている人たちが「この分野は日本の社会にとって今後大切な分野だから、一生をかけるに値する専門分野として安心して進んでよいのだよ。」と、そっと肩を押してくれること

- 行政の役割は今後の発展の足場を提供することであり、医療法の中に「総合科」を位置づけることがその第一歩になるのかもしれない

- 近い将来に誕生するこの分野の専門医が、「学会認定 家庭医療専門医で標榜は総合科」と自信と覚悟を持って名乗れる時代を心から期待したい

ご清聴ありがとうございました



家庭医療とは？

北海道家庭医療学センター 草場鉄周

家庭医療とはいったいどのような医学分野なのでしょう？

医学の世界は、小児科／産婦人科のように医療を提供する対象に基づく分類、耳鼻咽喉科／皮膚科のような医療を提供する身体部分に基づく分類、あるいは、麻酔科／外科のように医療提供の方法に基づく分類などが入り乱れて複雑に分岐していますが、家庭医療はそうした分類とは一線を画した特徴を持っています。

「家庭医療は家庭医が提供する医療である」という定義があります。冗談のように思われるかもしれませんが、これが最も正確な定義かもしれません。もっと具体的に言うと、その地域や診療環境で家庭医に求められる医療であると。つまり、家庭医療の具体的な内容を循環器科や小児科のように、取り扱う病気や手技／検査などで厳密に規定することは難しいわけです。例えば、離島でたった一人で働く家庭医に求められるもの、大都会の診療所の家庭医に求められるものは、オーバーラップする部分はあるものの相当異なる訳ですが、いずれも家庭医療であることに何ら変わりはありません。

家庭医とは？

それでは、家庭医とはどのような医者なのでしょう？ 日本の中でも30年ぐらいい前には当たり前だった「古き良き時代のまち医者」を何となく思い浮かべていただきたいと思います。地域住民と継続的な人間関係を築いていて、患者一人一人の個性や家族の状況、さらには地域環境も把握し、幼児でも、おじいちゃん、おばあちゃんでも、また、どのような健康問題でも、「専門外」などと言わずに、とにかく

く診てくれる。呼ばれれば往診もし、場合によっては夜中に診察することもある。そんなイメージです。

これを診療面で詳しく言うと、内科・小児科の病気を中心に、外科や整形外科、皮膚科、耳鼻科、精神科などの一般的な病気に広く対応できる最新の医療知識や技術を持ち、自分で治療できる範囲を的確に判断した上で、専門医の力が必要な場合は専門病院にも速やかに紹介する医者ということになります。

この際、よくある訴え（例えば胸痛）から幅広い病気を思い浮かべながら、命に関わる病気（心筋梗塞など）を素早くチェックし、その後は一般的に多い病気（胸の筋肉痛など）を念頭に入れて、必要な病歴と身体診察を的確に実施し、必要最低限の検査で診断を絞り込む能力が重要となります。初期症状の原因には、複数の臓器（心臓、肺、筋肉、皮膚、血管など）の病気が候補に挙がる訳ですから、細かく専門に分かれていない家庭医に最初に受診することは無駄な検査や誤診を防ぐ上でも合理的です。家庭医から必要に応じて専門医に紹介することで、専門医も自分の専門領域の特殊検査や治療に専念することができます。

家庭医と患者、そしてその家族

家庭医は患者と長年の人間関係を築いていることが多く、患者の価値観や人生観、そして家族の状況なども広く把握しています。そのため、なぜこうした病気になったのか、この病気が患者にとってどういう意味を持つのか、ということも考えます。そして、こうした患者の思いに対する理解と前述した医師としての専門的判断に基づいて、患者と共に今後の治療を検討し決断していくこととなります。時には、患者の家族のような気持ちになることもあるかもしれません。家庭医は、そうした気持ちも自覚しながら、「この人の役に立ちたい」と自然に思える人間臭い医者でもあります。

また、診療は医師と患者の1対1で完結することではなく、生活習慣病の指導や在宅医療では家族との関わりが重要となり、患者を取り巻く家族を視野に入れた診療が欠かせません。そして、病気や障害を抱えながら地域で暮らす人のサポートに欠かせない介護保険サービスや福祉制度を上手に活用する上で、ケアマネージャー・地域の保健師など多くの医療福祉関係者と協働することも求められます。

まとめると、地域住民が日常の様々な健康問題を気軽にまず相談できる、最も身近で信頼できる医師が家庭医であります。

地域への広がり

ここまで述べたことは診療所に来院する患者を対象にした話題でしたが、家庭医はこの診療所の壁の向こうの世界、つまり地域社会全体も視野に入れていきます。

家庭医は地域の保健・福祉にも積極的に関わり、地域の健康増進にも関わっていきます。小さな村にただ一つの診療所であれば、村民の健康問題を村の保健福祉担当者と共に探り、協力して村の行政を動かしていくこともあります。都市部であれば、地域の医療保険福祉関係者との草の根ネットワークを構築し、様々な健康問題に対してアプローチすることもあります。

この考え方の背景には、健康問題は個人の生活習慣や遺伝のみならず、地域のコミュニティ・文化の影響も大きく受けるという事実があります。例えば、職場でほとんどの従業員が喫煙する環境で、一人禁煙を貫くことの難しさを考えれば、容易に想像できるでしょう。診療所で一人の喫煙者に熱心に禁煙を推奨するよりも、職場を分煙とするよう経営者にアプローチする方が有効かもしれません。これと同様に、地域住民の考え方や生活習慣、慣習、行政制度など様々な社会システムに家庭医は関わっていくわけです。

以上、家庭医の役割、そして家庭医が実践する家庭医療について説明してきました。何だ、そんな医者は近くにずっといるぞと思われた方もいるでしょう。また、そんなスーパードクターが本当にいるのかといぶかしく感じた方もいるかもしれません。

ただ、北海道家庭医療学センターに所属する家庭医、また、家庭医を目指して研修中の医師が日々目指している医療のあり方はここに述べた通りです。いまだ完全に実践できているわけではありませんが、こうした医療を通じて地域の方々が安心して暮らし、病気を抱えながらも充実した人生を送るためのお役に立てればと願っています。

以上

家庭医療の理念

Ian R McWhinney “A Textbook of Family Medicine”より

(1) 家庭医は人間に関わる。この関わりは、健康上の問題の種類によって制限されないし、終点と定義されるものがない。その関わりはその人が健康なときから形成されている。

(2) 家庭医は、病気のコンテキストを理解しようとする。多くの病気はコンテキストの中で見なければ完全には理解することができない。

*注:コンテキストの例えとしてMcWhinneyによる次のような記載があり分かりやすい。『コンテキストの大切さはちょうどジグソーパズルに例えることができます。私たちはしばしば、何を意味するのかわからないジグソーパズルの一片に出会うことがあり、それをともかく眺めます。そしてそれを適切な場所に(全体像というコンテキストの中に)置いてみるとたちどころにその意味が明確になるのです。』

(3) 家庭医は、患者と出会うすべての機会を予防や健康教育の絶好の機会とする。

(4) 家庭医は、診療対象を「リスクを持った人の集団 (population at risk)」として考え、予防医学を実践する。

(5) 家庭医は、自分自身を、健康問題をケアし支援するコミュニティー・ネットワークの一部とみなす。

(6) 理想的には、家庭医は自分の患者たちが住んでいる同じ地域に住むべきである。完全に効果的であるために、家庭医はなお目の届く近隣にいる必要がある。

(7) 家庭医は、本来の「エコロジスト」であるべきである。家庭医は、患者を患者の家で診る。家で起こる人生の大きな出来事に患者の家族とともに立ち会うことが、家庭医にその患者と家族についての多くの知識を与える。

*注:エコロジー (ecology) は、二つのギリシア語の *oikos* (家庭) と *logos* から由来する言葉で、文字通り「家庭の学問」を意味する。

(8) 家庭医は、医療の自覚的な面を重要と考える。これは自分自身の感情に気付くことも含まれるので、家庭医療は自己を省察する医療である。

(9) 家庭医は、医療資源のマネージャーである。家庭医の責任は、限られた資源を患者とコミュニティー全体の利益のために管理することである。

家庭医療の専門性（北海道家庭医療学センター）

1. 家庭医が提供する専門的アプローチ

- (1) 患者中心の医療
- (2) 家族志向型のケア
- (3) 地域包括プライマリ・ケア

2. 家庭医療に必要なプラクティス・マネジメント

- (1) 介入のチェック・ポイント：近接性、包括性、継続性、協調性、責任性
- (2) 向上させるアウトカム：医療の安全性、利用者の満足度・健康改善度、診療所経営、家庭医の満足度・QOL
- (3) 自己洞察と家庭医としての発展：能力・限界・自己の感情への気付き、プロフェッショナルリズム、態度、価値観、信念、倫理観、仕事とプライベートのバランス、家庭医の満足とQOL、生涯学習、質向上活動

3. 家庭医療に特異的な問題解決技法

- (1) 地域での有病率や発生率を考慮した独自の意思決定プロセス
- (2) 同時に存在する多くの問題に対応
- (3) 不可避な不確実性に耐える
- (4) 効率的な問題解決

家庭医療の特徴 (WONCA 世界家庭医機構 ヨーロッパ)

1. 通常ヘルスケア・システムの最前線であり、利用者に対して開かれた制限のない近接性を提供し、その人の年齢・性、その他どんな特徴にも関わりなく全ての健康問題を扱う。
2. ケアを調整し、プライマリ・ケアの設定で他職種と協働し、他の専門分野とのインターフェイスをうまく働かせることによって、必要なときに患者を擁護する役割をとる。これらのことを通してヘルスケア資源を効率よく利用する。
3. 個人、その家族、そしてその人達の住む地域を志向する人間中心のアプローチを展開する。
4. ユニークな診療プロセスをとる。それは年を越えて続く人間関係を築き、医師と患者の効果的なコミュニケーションを通して形成されたものである。
5. 患者のニーズによって決定される長く継続するケアを提供することに責任を持つ。
6. 地域での病気の有病率と発生率で決定される特異的な意志決定過程を持つ。
7. 個々の患者が持つ急性、慢性両方の健康問題を同時に対応する。
8. 病初期で鑑別できていない状態であってもその病気に対応する。中には救急の介入を要するものもある。
9. 適切で効果的な介入によって健康と幸福を増進する。
10. 地域の健康への独自の責任を持つ。
11. 身体的、心理学的、社会的、文化的、そして実存的次元で健康問題を捉える。

家庭医療の定義 (米国家庭医療学会)

家庭医療は個人と家族に対して継続する包括的なヘルスケアを提供する医療の専門分野である。その専門性は生物学、臨床医学そして行動科学を統合する広がりを持つ。家庭医療が扱う範囲は、全ての年齢と性、そして各臓器系と全ての疾患が含まれる。