

総合を名乗る診療科の現在までの到達点 —高崎総合医療センターをモデルとした検討—

佐藤 正通[†]第71回国立病院総合医学会
(2017年11月10日 於 高松)

IRYO Vol. 73 No. 3 (139–144) 2019

要旨

平成30年4月より新専門医制度が開始となり総合診療は19番目の専門医として内科、外科などの既存の診療科と並び、基本領域専門医として位置づけられた。それでは過去20年、もしくは15年に新興診療科(域)である総合診療について、この国では一体何が議論され、医療現場に何がもたらされ、医療者や地域の人々は何を獲得したのか、そして総合診療医とはどのような専門医師像として提言され、そして近い将来誕生するのか、総合診療専門医には何が期待されているのか、などについて、以下に示す現代日本の医療現場を構成する社会的、学術的そして教育的背景を基に、急性期診療の最前線である地域中核医療機関からの視点として、総合診療科創設13年目を迎える国立病院機構高崎総合医療センター(旧：高崎病院)を例にとりて検討を行った。とくに病院と称される医療機関において診療を展開する総合診療科医師は、得意とする診療域の隔たりはあれども、1人の医師をもって患者診療を完結することのできる、もしくは単一診療科として完結を導き出すことの出来る医師の集団であると考えている。しかし複数の医師、そして診療科を要する医療機関での診療展開であることから、他診療科医師との共働や診療上の検討が、われわれ総合診療科医師の有する機能を支え、さらには増幅し、高度化していることも診療上の特性のように感じている。また高度急性期を担う総合診療科の有用性は、総合診療科医師による十分な地域とのアクセシビリティの向上と、米国版 Hospitalist にみられるような入院患者主治医としての技能により担保されている。現時点にあっては、日本固有の国情をもって国民に求められる医療ニーズについて、医師や診療科による分析(リサーチマインド)と求められる対応の実践が日本に固有の診療科である総合診療の本質であると考えられる。

キーワード 総合診療, 総合診療専門医

国立病院機構高崎総合医療センター 総合診療科・内科 [†]医師

著者連絡先：佐藤正通 国立病院機構高崎総合医療センター 総合診療科・内科 〒370-0829 群馬県高崎市高松町36

e-mail: m-satou@takasaki.hosp.jp

(2018年7月6日受付, 2019年1月18日受理)

Clinical Achievement of General Internal Medicine in Japan: A Discussion for Role Model as NHO Takasaki General Medical Center

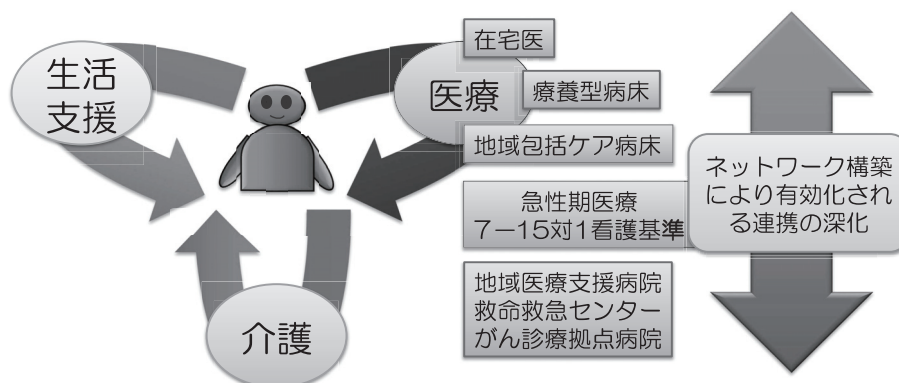
Masamichi Sato, NHO Takasaki General Medical Center

(Received Jul. 6, 2018, Accepted Jan. 18, 2019)

Key Words: general internal medicine, hospitalist

地域包括ケアの導入

平成26年度診療報酬改定より地域包括ケア病床認可開始



- 多職種による有機的な連携により担保される地域診療・看護提供・支援体制
- 人の価値観や人を取り巻く生活環境に応じた診療計画の立案

図1 社会保障を主体とした地域コミュニティの実現

近代日本における地域医療モデル

「専門医」という言葉を人々が用いるようになって久しい現在であるが、日本医療にあっても専門分化へ向かう潮流は医学発展過程において必然であり、現在、専門分化した医療提供による恩恵は大なる診療プロセスとして、そしてアウトカムとしてその厚みを産み出し、診療から得られる人々の生命上の、そして生活上の価値として、疾病や負傷を患う人々へ提供されるようになった。加えて、自然発生的または自発的に既存の診療形態を超えて、看護師、薬剤師、診療技師、ソーシャルワーカーらにより構成され、専門教育を受けた後に異なった視点から技能や知識を産出するチーム医療は現代日本医療が提供する最たる診療価値といえよう。しかし、医学の発展による診療プロセスの向上は、医師だけによる、もしくは単一の医療機関だけによる診療完結を困難にしているのが現状であり、医療提供する側の人材確保を含むコストの肥大化、または労働的負担が増大する傾向にあり、さらには医療安全上の質の低下をもたらす可能性を指摘できるまでになっている。これらの社会保障上の負の要因に対し、現代医療は一定の方向性を打ち出している。それが、地域内役割分担の明確化と連携診療の進化。そして、お年寄りが多い国情に配慮した地域完結型医療の提案である¹⁾。

社会保障を軸とした 地域コミュニティの実現

地域医療支援病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院等の施設は主に地域での診療提供体制整備の一環であり、急性期一般を目指す医療機関における一定の到達点といえよう。しかし、世界1位の超高齢社会を迎える日本にあって、これらインフラ上の整備に加え、重要となってくるのがお年寄りの安全な生活であり、医療・介護提供体制、そして生活支援である。これらお年寄りの健康問題、生活問題に対応し、機能するべく「地域包括ケアシステム」は導入された(図1)。地域包括ケアシステムはお年寄りもしくはお年寄りを抱える家族を中心に置く福祉的地域社会の形成を目的としたものである。このシステムの利点はお年寄りを取り巻くすべての人たちが、システムを構成する人材となり得る、ことにある。まさに市民により構成され地域社会に既存するシステムの軸足を社会保障へ体重移動することへの国民認識の変遷そのものなのである。

医師プロフェッショナリズムと 総合診療

地域や病院から求められる総合診療科の機能、そして総合診療医の能力について検討した場合、本来医師とは社会的にどのような職業的活動をもって、その地位や収入を得ることのできる社会的立場にあ

る職業人であるのか、といった根本的な社会的原理への議論が必要となってくる。先進国にみられる近代社会が要求する「総合医療・診療」とはそれ程までに、想像の範疇^{ちゆう}であれば拡張可能であり、総合を考える人によりその程度や範囲は異なっているからである。医師プロフェッションもしくはプロフェッショナルリズムは、人や社会からの要請を受けて、この要請（根源的には生活に必要な要求）に対応することにより、社会的地位や立場、収入を担保された、専門的教育・訓練を受けた職業人と定義とすることができる²⁾。次世代を見据えた医師のあり方について言及し世界的コンセンサスを得た新ミレニウムにおける医師プロフェッショナルリズムが医師憲章として提示されたことは、偶然とは言え、日本における総合診療医のあり方に一定の方向性を提示したものと考えている。多くの診療科を揃えることに成功した医療機関に勤務する医師ほど、すべての患者に「私が診ます」とはいえないものである。しかしこれでは体調を壊して来院した患者が病院内の廊下で迷ってしまう。「私は20を超える診療科のどこへ行けばいいの」といった声が聞こえてくる。かといって消化器疾患の患者を循環器専門医が診療していたら、患者は内心想うであろう「この先生でいいのかしら」と。現実的には日本における医師の地域偏在や診療科偏在は今やその程度を増しているのである。医師憲章に示された規範は、世界中の全医師へ求められる社会からのニーズであるにもかかわらず、これを実践する（社会契約を履行する）ことが困難な現場は社会保障が世界一発達した日本にあっても至る現場に存在するようになってきている。総合診療医に求められる医師像は、諸事情や局地的ルールの中にあっても、最も医師憲章を臨床の場で実践するのに適した医師であると解釈可能である。そして総合診療医は、患者に対し「私に診させてください」といえる人格と素養を永い時間をかけてでも獲得すべきであり、このような言葉を発する医師としては、どの専門診療科医師よりも適切である。

地域社会と 医学教育、臨床（卒後）教育

初期臨床研修制度の改訂（平成16年度 新医師臨床研修制度：医師法第三章の二 臨床研修第十六条の二-六）と相まって、医学教育（平成13年3月医学教育モデル・コア・カリキュラム策定）、これら

に続いて専門医育成のための新しい枠組み形成に向けた試み（新専門医制度：平成30年4月開始）が、過去20年間の期間に相次いでなされたことは、医学教育、医師の技能や知識、そして社会での態度を世界標準へ引き上げるための国家的取り組みであり、近代における医師像をさらに鮮明に社会に提示することとなった。先にも述べたように、医師という職業は医学を実践する専門的技能者であることに間違いはなく、医師憲章に示されるごとく、専門職にもなう責任を果たす責務を担っている。医学部教育のみではなく、医師には医学の進歩に対応するべく、生涯にわたり学習することが社会から求められている。また知識、技能のみではなく、医学といった完全ではない文明の一部を人体、そして生命へ施すために必要とされる態度、さらには人格形成に向けた成長を医師であり続ける限りは継続しなければならない。これらの生涯教育、とくに医師になってからの初期卒後教育（臨床研修）においても総合診療は適しており、平成30年4月より開始となった新専門医制度における総合診療専門医の到達目標は広範囲であっても医師として標準的なものとされている。また、国内ほぼすべての地域にみられるように、現在の地域医療や診療提供体制モデルからも、医療機関の地域内役割分化は急速に進行しており、一つの医療機関での臨床研修とするよりも、役割の異なった医療機関での連携研修などの横断的研修は総合診療も含めた内科系研修では必須であると思われる。さらに意識を巡らせるならば、これら横断的研修はある一定の地域にて展開されることから、地域にある多くの医療機関での研修は、地域で医師を育ていくことに繋がっていくであろう（図2）。

総合診療医の術： 医師診断プロセスの探究

医療機関を受診する患者にみられる疾病について、患者が胸に自身にみられた体調不良の原因疾患を提示して来院してくれたら、と診断に苦慮する時は考えてしまう。的確、適切な疾病診断、状態診断は精査を含めた医療介入を行う上で決定的な診療プロセスであり、医師の最たる知的技能の一つである。医師の思考内に発生するこの診断プロセスについて探究し、さらには言及し、視覚化、標準化したものが、診断学技能に基づく臨床（診断）推論である（図3）。疾病診断に必要なデータを、問診（現病歴、既往歴、



- 全国標準的技能，知識の習得だけでなく，地域や医療機関の実情に応じた診療能力が求められる。
- 地域の第一線で地域を担う医師と，病院診療を担う医師の有機的な診療連携，教育連携。

図2 地域社会と臨床教育

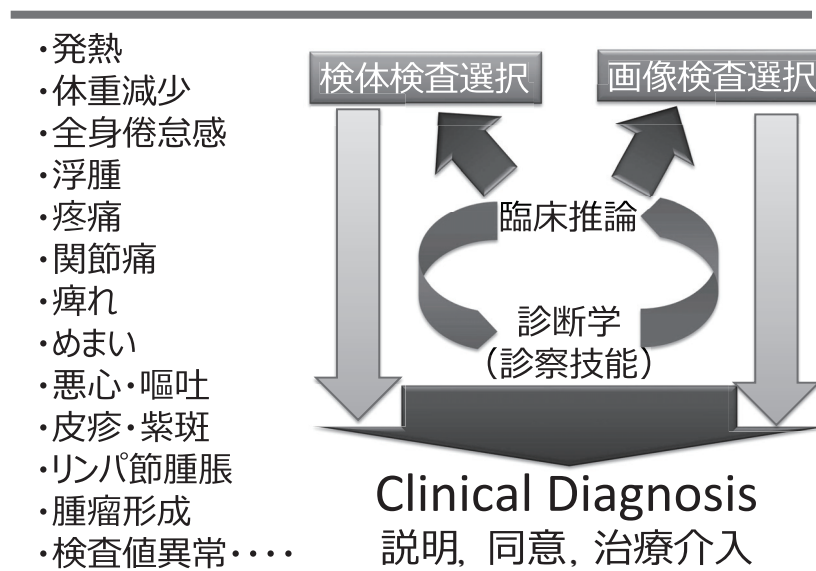


図3 総合診療科の有用性：症候からの診断アプローチ

家族歴，嗜好や生活歴)のみではなく，診察から収集し特定の疾病を診断するのに必要な陽性所見と他の疾病を否定する陰性所見とをレビューし，患者固有のデータベースとする。データベース内にあるいくつかのキーワードから，想定される疾病が鑑別疾患として列挙可能である。これから先は科学技術による情報収集，レントゲン検査や検体検査，負荷試験などによる結果からデータベースは厚みを増すことでレビューは先鋭化してくる。鑑別疾患を絞り込み，最終的に疾病診断に至るものである。ここに述べたキーワード（陽性所見）から医師の思考内で構

成される「想定」や「連想」についての材料は，すでに医学部教育によって医師にもたらされているが，これを紙面から現実へ引き上げて思考するためには想像力が求められる。また医師の疾病想定や連想は，学術上のエビデンスにより求めることができるが，これはあくまで医師固有の主観であり，誰もが評価可能な客観性を有しない。診断はアートであることの根拠と経験から得られる知的技能がここにある。打ち立てた，もしくは疑った診断の証明には現代医療水準からは「科学の目」が必要とされる。具体的に示すならば，放射線診断や検体検査所見といった

再現可能な客観性を有する診断根拠である。脳梗塞の診断を診察所見だけに任せれば、患者やその家族からCT検査やMRI検査の結果が要求されるのが現代日本の医療現場であり、診療カンファレンスで、指導医から「どうしてこの検査やってないの」と研修医がいわれてしまうのが経験値の低さである。このことから医師に求められる知的技能の基盤をなすのは経験であり、思考上の疾患と現実を繋ぎ合わせる役割を担う。

病院総合診療・ 病院総合診療医（総合医）の有用性

高崎総合医療センター（当院・旧高崎病院）に総合診療科が創設され、すでに13年の時間が経過した。院内各種統計実績を基に、この13年で同院の診療規模は当時の概ね2-3倍へと急速な成長と遂げた。この成長のすべてが総合診療科によって産出されたものではないことは、当事者としては自明の理であるが、何らかのきっかけや推進力になりえたこともまた局地的な真実であろう。創設当時から、いかなる主訴や症状、診療域であっても、総合診療科医師は「断らない（断れない）診療科」としての責務を常に意識して診療に従事している。地域や医療機関によっては供給困難となっている専門診療科医師を敷石のように集めることをもって「総合」を許容する診療提供体制を形成するのは、あくまで医療機関であって、個別の診療科ではない。総合診療科医師は、得意とする診療域の隔たりはあれども、1人の医師をもって診療を完結することのできる、もしくは完結を導き出すことのできる医師の集団であると考えている。このように考えると、医師であれば誰でもできるものではない技能や知識、態度（人格）を有していなければならないと思われがちであるが、他の専門領域の医師が十分に配置された医療機関での診療展開であり、これら他診療科医師との協働や診療上の検討が、われわれ総合診療科医師の有する機能を支え、さらには増幅していることも、私が常に強く感じているところでもある。人口43万人の高崎・安中二次医療圏にあって、地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院の指定を受け、県内に2施設しかないDPCII群病院の機能と能力水準を有する医療機関にあって、地域住民の医療ニーズ、医療機関からの診療要請を全うしうる高度急性期を担う総合診療科の有用性は総合診療科医師による十分なア

クセシビリティの向上と、米国のHospitalist³⁾⁴⁾にみられるような入院患者主治医としての技能により担保されている。

地域の診療機能としての病院総合診療

高崎総合医療センターでは、当院の有する診療機能を地域へ迅速かつ的確に還元していくことを目的として、10年程前より地域内診療ネットワークによる診療提供体制強化のため、地域医療連携の構築に力点を置いている。そのためもあってか地域医療支援病院として群馬県へ届け出が義務付けられている紹介応需件数は平成29年度県内実績1位である。紹介患者の積極的な診療が施設基準とされ、紹介率および逆紹介率の数値基準が設けられている地域医療支援病院における総合診療は、いかにしてプライマリ・ケアの理念を日々の診療へ反映させていくかが、行政上の基準が設置された病院に勤務する総合診療医の課題でもある。しかしこの課題は地域医療連携を発達、深化させていくことにより十分に解消されていくことも10年を超える診療経験から得られた事実である。ここでも先に紹介した総合診療医による症候からの診断アプローチと入院診療マネジメントが活きてくる（図1、3）。高崎総合医療センター総合診療科には院内各専門診療科から、そして地域医療機関から年間を通じて多くの診療要請をいただいている。高度急性期病院として、地域から要求される診療能力をしっかりと地域医療へ反映し、病床を地域へ向けて開放していくためには地域医療連携の深化が必要であり、患者利益を優先する目的において地域の医師との強固な医師間の繋がりを構築、維持していくことは、病院に勤務する総合診療医へ求められる診療機能の一つである。

考察・結語

日本国の社会保障制度の根幹となっている国民皆保険⁵⁾は全世界に冠たる人間生活上の恩恵を国民にもたらすことに成功しているように感じている。これら法制上の整備は、医師の絶え間ない努力により、同時に医療機関へのフリーアクセスを現実のものとし、低所得者や生活困窮者にも医療を提供できる診療提供体制の基盤を成した。米国プライマリ・ケア医や英国の家庭医とは、日本という医療行政を含めた社会背景を考慮に入れれば似て非なるものである

ことは明らかである。全世界に類をみない社会保障体制を確立することのできた日本国だからこそ、医療に求める人々からの社会的ニーズの水準は高いのである。この国情をもって国民に求められる医療とは、そして病院の提供する診療提供体制とはいかなるものなのか、といった問いについての、医師や診療科による分析と対応が日本に固有の診療科である総合診療の本質であると考えている。かくして総合診療医そして総合診療科は、診療実績（患者を診るということ）を重ねることをもって地域社会との社会契約を履行し、地域において医師や医療者を含めた社会を構成する人々からの信頼を獲得する歴史上のプロセスを、現在そして近未来において展開しなければならない。日本国全域を舞台に、その社会的存在意義を人々の心の中に確立していかなければ、日本という地域に暮らす人々が描いた夢は、夢のままで終わってしまうであろう。

〈本論文は第71回国立病院総合医学会シンポジウム「国立病院機構における総合診療－現状そして目指すべき方向性－」において「総合を名乗る診療科の現在まで

の到達点－高崎総合医療センターをモデルとした検討－」として発表された内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) 佐藤正通. 地域医療連携. 日病総合診療医会誌 2017; 13: 60-2.
- 2) 佐藤正通. プロフェッショナリズムと利益相反. 日病総合診療医会誌 2017; 12: 84-6.
- 3) Wachter RML, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. N Engl J Med 1996; 335: 514-7.
- 4) Wachter RM, Goldman L. Zero to 50,000 - The 20th Anniversary of the Hospitalist. N Engl J Med 2016; 375(11): 1009-11.
- 5) 佐藤正通. 保険診療. 日病総合診療医会誌 2017; 12: 75-7.