

「総合診療」とは？（その2）

公益財団法人慈愛会 今村総合病院 救急・総合内科 林 恒存
院長 帆北 修一

前号において、総合診療へ従事する医師の役割、専門性、学問的な位置づけについて紹介しました。本稿ではその続きとして、1) 総合診療医に求められる知識・技能、その学び方、2) 総合内科との関係性、3) 総合診療普及がもたらすプラス要素、4) 医師のキャリアの1つとしての総合診療の4つの観点から概説いたします。

1. 総合診療医に求められる知識・技能、その学び方

基本的には、地域の保健全般でリーダーシップを発揮し、また住民のかかりつけ医として役目を果たすための技能の習得が不可欠です。その具体的な中身は多岐にわたって膨大なもので、専門医としての到達項目のうちその一部

表1 臨床推論に基づく鑑別診断、他専門医へのコンサルテーション判断を含む初期対応を適切に実施し、問題解決すべき症候

ショック・急性中毒・意識障害・全身倦怠感・心肺停止・呼吸困難・身体機能の低下・不眠・食欲不振・体重減少・るいそう・体重増加・肥満・浮腫・発熱・認知機能障害・言語障害・けいれん発作・鼻漏・鼻閉・鼻出血・咳、痰、咽頭痛・吐血・嘔気、嘔吐、肛門・会陰部痛・熱傷・腰痛・関節痛・排尿障害（尿失禁・排尿困難）・気分の障害（抑うつ）・女性特有の訴えや症状・成長、発達障害・リンパ節腫脹・発疹・黄疸・頭痛・めまい・失神・視力、視野狭窄・目の充血・聴力障害・耳痛・嚔声・胸痛・動悸・誤嚥誤飲・嚥下困難・胸やけ・腹痛・便秘異常・外傷・褥瘡・背部痛・歩行障害・四肢のしびれ・肉眼的血尿・乏尿・尿閉・多尿・不安・妊婦の訴えや症状

日本専門医機構 総合診療専門研修プログラム整備基準より抜粋

を表1、表2にご紹介します。臓器別専門科の多くで診療される症候や疾患名もある一方で、どの科が担当すべきかを明確に分類しにくい症候や病態も数多く含まれていることがわかります。表の全てに対応できる知識・技能の短期的な習得はさすがに無理ですが、総合診療・総合内科・家庭医療・救急外来を初診される患者さんの主訴の多くがこの中に含まれ

表2 必要に応じて他の専門医と連携をとりながら、適切なマネジメントを経験すべき一般的疾患・病態

貧血・脳、脊髄血管障害・一次性頭痛・湿疹、皮膚炎群・骨折・関節、靱帯の損傷および障害・骨粗鬆症・脊柱障害・動脈疾患・静脈、リンパ管疾患・閉塞性、拘束性肺疾患・食道、胃、十二指腸疾患・脳、脊髄外傷・変性疾患・脳炎、脊髄炎・湿疹、皮膚炎群・蕁麻疹・薬疹・皮膚感染症・心不全・狭心症・心筋梗塞・不整脈・高血圧症・呼吸不全・呼吸器感染症・異常呼吸・胸膜・縦隔・横隔膜疾患・小腸、大腸疾患・胆嚢、胆管疾患・肝疾患・腎不全・全身疾患による腎障害・脾臓疾患・腹壁、腹膜疾患・泌尿器科的腎、尿路疾患・妊婦、授乳婦、褥婦のケア・女性生殖器およびその関連疾患・脂質異常症・蛋白および核酸代謝異常・角結膜炎・中耳炎・急性、慢性副鼻腔炎・アレルギー性鼻炎・認知症・依存症（アルコール依存、ニコチン依存）・うつ病・不安障害・身体表現性障害・適応障害・不眠症・ウイルス感染症・細菌感染症・アナフィラキシー・熱傷・小児虐待の評価・高齢者総合機能評価・緩和ケア・膠原病とその合併症・中毒・小児ウイルス感染・小児細菌感染症・小児喘息・老年症候群・維持治療期の悪性腫瘍・男性生殖器疾患・甲状腺疾患・糖代謝異常

日本専門医機構 総合診療専門研修プログラム整備基準より抜粋

ていますので、地域の方々の様々な訴えに応えるためには、全項目で少なくとも初期対応の知識技能の習得は必要かと思います。以前は、地域医療現場におけるいわゆる common disease に対して、多くの経験によってある程度のパターン認識による診断・治療で対応し、一方でパターンにはまらない、あるいは経験したことのない症候を有する疾患については、臓器専門医か、詳細な検査が可能な規模の大きな総合病院へ紹介という手段で、患者さんの診療に対応できていたと思われます。しかし、急速な医学・医療の発達とともに、プライマリケア領域だけでも日々新たな疾患、診断、検査、治療に関する知識について絶え間ない更新が不可欠な世の中においては、研修医時代を含む限定的なプライマリケア対応経験だけでは十分にカバーできないと思われます。

総合診療専門医の専門領域としての到達目標には、医療面接、コミュニケーション技法、身体診察技能、BPS（生物医学心理社会）モデル、PCCM（患者中心の医療技法）、家族志向ケア、多併存疾患への対応、行動変容技法などもあり、これらは家庭医療学の領域では数十年も前から学問的に確立された一連の理論や技法であり、これらの本質を理解し、そして患者診療場面でうまく使いこなせるようになれば、ワンランク上の患者診療技能が可能となります。専攻医には外来診療研修があり、最終的にはこれらの技能を日常的に取り入れて診療できることを目指しますが、診療・指導経験の豊富な指導者と日々の外来診療をともに振り返り、自己の気づきや課題の発見、そして症例ごとの新たな学びを得て次の診療場面に生かすことを繰り返し丁寧に経験することが必要と思われます。

「これほどの膨大なスキルを本当に数年程度で身につけられるのか」と懐疑的に思われるかもしれませんが、短期間ではもちろん無

理です。総合診療領域での修練は、むしろ専門研修期間に基本的かつ必須事項を押さえた後がスタートであって、地域にでて医療現場での診療経験を日々積み重ねることによって、その技能を高めていけるものです。カリキュラムの着実な消化によって基本を少しずつ習得できるようになります。「守備範囲が広い」ことがプライマリケアの特徴であり専門性でもあることは前述しましたが、知識技能も「浅く広く」でよいというわけではなく、プライマリケアの診療場面においては「これだけは押さえるべき」という学びのポイントが存在するので、そこに焦点をあてることで効率的な知識技能の習得は可能です。私共のプログラムでも現在4人の専攻医がそのカリキュラムに沿って研鑽していますが、研修開始当初と比べると、ゆっくりとではありますがそれぞれのペースで着実に総合診療医としてのスキルを習得しつつあると感じます。

2. 総合内科との関係性

総合内科医と総合診療医の診療の場についての明確な区別はなく、オーバーラップする部分が多いです。総合診療医は、地域の診療所や、中核病院ないし高度専門医療も提供する総合病院の総合診療（内科）部門など、様々な現場で診療に従事しています。相違点をあげるとすれば、総合内科はあくまで「内科」の範疇なのに対して、総合診療医は、年齢・性別を問わず人々の健康に関するトータルな管理を継続的に行うことにおいて、内科での診療範囲を越えたケアも視野に診療している点です。例えば、医療過疎地域であれば、小児を含む全てのライフステージのケア、皮膚疾患、整形外科の初期対応や、妊婦ケアなどの産婦人科領域も診療する場合があります。総合診療医は、領域を問わない疾患への初期対応力に加えて、患者・家族の生活課題の情報収集や理解をふまえて、その患者にとって

最良のケア方針を提案するといったソーシャルワーク的な視点や、疾病予防や健康増進などの視点をより重視し、健康な時でも継続的に診療するといった「かかりつけ医としての意識」をより念頭においた治療や支援を行うことが求められています。

他方総合内科医は、内科領域については広範で深い知識技能を身につけているので、特定の臓器専門科では分類し得ない主訴の患者や、不明熱など、ある一定の診察や検査でも原因未特定の患者を適切に診断治療する役割を担っています。急性期総合病院の総合内科部門では、救急外来を受診する患者の内科的救急対応や集中治療、そして特定臓器の疾患分類によらない入院患者の管理や、領域別専門科へ入院中の患者における急変対応や原因未特定の病態についてのコンサルタントの役割も主たる業務の一つです。感染症、膠原病、呼吸器内科、循環器内科、集中治療など内科のある特定領域の深い専門性をもちながら総合内科部門で活躍する医師も多いです。このように両者である程度の役割の違いはあるものの、総合診療医は診療環境によって、内科医寄りや家庭医寄りと、その技能や役割の比重を変化させながら診療に従事する柔軟性の高さも一つの特徴です。

3. 総合診療普及がもたらすプラス要素

総合診療領域の医師が増えると、あらゆる面で効率的で無駄や負担を軽減できるというプラス要素が期待できます。これほど複雑化・多様化した社会においては、ヘルスケアも多職種で役割分担しながら協働して様々な難問題に対応する必要があるのは周知のとおりです。医療は地域社会やそこで生活している方々の生活と綿密につながる社会資源の一つなので、社会とその構成単位である地域・家庭・家族内の様々な問題（経済格差、虐待、身体精神のハンディキャップのある社会的弱者、

依存、引きこもり、子育て支援不足）は、あらゆる形で間接的にも地域の方々の健康状態に影響しているはずですが、医療費をはじめとする社会保障費が急激に増加する少子高齢化の時代では、病院で患者さんを待つだけではなく、むしろ病院外の地域で健康増進、疾病予防に多くのエネルギーを注ぐことで医療費の削減が期待できると思います。地域の方々が健康を維持できることで、救急での受診が少なくなり、病院での加療が必要な場合でも短期的な入院治療で回復できるなど、長期的には救急医療、病院の医療・看護スタッフの疲弊や、高額な入院医療費を軽減することにもつながると思います。

医療機能分担の観点からは、総合診療の充実は不可欠であると思います。多様な愁訴や健康問題の多くを、かかりつけ医による適切な初期対応だけで完結できるようになれば、専門医療を行う総合病院や大学病院への受診を減らすことができると思われます。さらに領域別専門医による診療や治療の適応を総合診療医が判断することによって、適切なタイミングで専門科へとつなぎ、専門医は自身の専門領域に特化して多くのエネルギーと時間を注いでいただけるようになると思います。

また近年、地域偏在による医師不足が問題となりつつありますが、様々な役割に対応できる総合診療医がこの問題の解決にも役立てると思います。様々な臓器専門医を数多く揃えて各地に配置することが困難な状況で、初期対応や日常の頻度の高い医療に対しては総合診療医が対応し、もし高度な専門医療が必要な時は、遅滞なく複数の領域別専門医が集まった医療センターなどへ搬送し、高度専門医療をお願いするといった役割配分が適切であると思われます。最近、医師不足で患者が減って赤字だった地域の中核病院が、総合診療科を中心に据えた診療体制に変更した結果、病院の経営再建に成功した例もいくつか報告

されており、複数の役割をこなせる総合診療医がいることによる経営効率向上のメリットも大きいと思われます。

4. 医師のキャリアの1つとしての総合診療

多様な地域のニーズに応じて幅広く診療することを求められる総合診療医は、必然的に地域に数多く存在していることが理想的です。その数を増やす方法のひとつとして、特定の領域の専門医として長年ご活躍された後のセカンドキャリアとして、総合診療をその選択肢として検討いただく方法もあると思われます。もし、プライマリケア領域での過去の診療経験が限定的であることがそのキャリアへ進む際の不安材料であれば、業務に必須の知識・技能の習得と診療経験を、総合内科または総合診療科のある医療施設において経験され、地域の医療現場で御活躍いただくという方法もあります。

同様に、たとえば結婚・出産、あるいは研究や留学など様々な理由で臨床現場から一定期間離れていた後に、臨床現場への復帰を検討する際のセカンドキャリアとしても、総合診療領域での業務は一つの選択肢になると思います。総合診療医は、外来・病棟・介護施設・在宅などあらゆる診療の場で役割を果たすための一定の経験とスキルを身につけますし、多様な形での勤務時間の選択も可能な場合もあり、それぞれのライフスタイルにあわせて無理なく、同時に医師としての社会的な役割も長きにわたって大いに発揮できるのではないかと思います。

5. おわりに

前号と今回の2回にわけて総合診療について概説させていただきました。少子高齢化、人口減少の時代においては、今後の鹿児島県の地域医療を支えるために、地域包括ケアシステムの構築が不可欠ですが、その要となるの

は、かかりつけ機能をもった地域のプライマリケア医（総合診療医）の存在であり、在宅医療の推進もあわせて今後ますます医師会の先生方のお力が必要となると思われます。総合診療医がいてくれさえすれば、領域別の専門医師は不要という話ではなく、領域別の専門医の先生方が地域の診療所、中核病院、大学病院にいてこそ、総合診療医は安心して地域でプライマリケア領域において役割を発揮できるということはいうまでもありません。

参考文献・ウェブサイトは、下記をご参照ください。

参考文献・ウェブサイト

- 1) Freeman TR: McWhinney's Textbook of Family Medicine. 4th ed. Oxford University Press 2016.
- 2) 一般社団法人日本専門医機構
<https://www.japan-senmon-i.jp/comprehensive.html>
(2019年6月15日最終アクセス)
- 3) 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会.
<http://www.primarycare.or.jp/paramedic/index.html>
(2019年6月15日最終アクセス)
- 4) 舟見恭子：家庭医という選択，19番目の専門医，エイチエス，ISBN-13: 978-4903707587
- 5) 草場鉄周編：総合診療専門研修の手引き (4)何をどう教えるのか 工夫と実例，中山書店，ISBN-13: 978-4521741918