

スーパー総合医

Super
SGD
General Doctors

総合診療医
テキスト

総合診療医の 果たす役割

専門編集●名郷直樹

中山書店

「総合診療医の果たす役割」 序にかえて

2019年春、新しい専門医制度が、混乱の中スタートした。その19番目の基本領域として、総合診療医の専門研修も開始された。本シリーズの「スーパー総合医」という命名も、この総合診療医の延長にある、最も質の高い総合診療医という意味合いだろう。

しかしながら、総合診療医とは本来スーパーなものではない。あえていえば、スーパーではないところ、そここそが「スーパー」なのだ。

光が当たらない、認められない、目立たない、そういう領域で、ほめられもせず、苦にもされず、でくのぼうと呼ばれ、それにもかかわらず、長期にわたって、医療に向き合い続ける、そのことこそが「スーパー」なのである。

そんな自虐的な状態と紙一重の「スーパー」さを兼ね備えた総合診療医は、かつてたくさんいた。いたに違いない。いたに違いないというのは、そういう人には光が当たっていないので、いたことを証明することすら難しいのである。いまだに絵が一枚も売れていないゴッホのようなスーパーな画家がいる。いたに違いないといえはわかりやすい例になるだろうか。そんな画家は、ある面ゴッホより「スーパー」である。そんな状況が、総合診療医のこれまでである。

しかし、これからの総合診療医は、そうではない。光が当たってしまうのである。つまり、もはやこれからの総合診療医は、「スーパー」ではありえない。

そんな逆説の中で、「総合診療医の果たす役割」について1冊にまとめることになった。本書に登場する執筆者は、私を含め、光が当たった人たちである。光が当たった人たちが、光が当たらないところこそが「スーパー」である総合診療医について、一体何を書くことができるのか。そこではむしろ書かれないことのほうが重要なのではないか。ただ書かれないことを浮き彫りにできるのは、書くことによってだけである。

わけがわからないかもしれない。が、そのとおりでというしかない。光と影、称賛と自虐、そのはざまに身を置くことが、「総合診療医の果たす役割」を考える本書のスタートである。そして、唐突ではあるが、そのはざまを少しは表現できたのではないかという替え歌がある。なんだ、替え歌を紹介したいだけじゃないか、そう思われた人が多いかもしれない。

そうだ。そのとおりで。が、それでいいじゃないか。その替え歌を紹介することで、本書の序としたい。

昔の免許で出ています（「昔の名前で出ています」のメロディにのせて）

開業直後は小児科と思われた
そのあと内科と言われたが
小児も内科もほとんどやってない
それなら一体お前は何科？

昔の免許で出ています

何科の医者かと聞かれるそのたびに
すんなり返事はむつかしい
家庭医療と言ってみたところで
家庭の医学の関係ですか

昔の免許で出ています

なんでも診断できるんですね
ドクター G の勘違い
そういうところで期待をされてもね
よくある病気しかわからないのよ

昔の免許で出ています.

医者の免許に更新ありません
一回受ければ、一生だ
何十年前の知識そのまま
何にも勉強しないでいても

昔の免許で出ています.

免許の更新、ないにもかかわらず
一人で勉強しています
毎日論文読んではみたけれど
どうしていいかはわからないのよ

昔の免許で出ています

専門医がないと将来不安です
私は何にも持ってない
医師免一枚、他にはありません
ブラックジャックはなんにもないよ

昔の免許で出ています

*昔の名前で出ています
作詞：星野哲郎、作曲：叶 弦大
編曲：斉藤恒夫、歌：小林 旭
JASRAC 出 1900446-901

2019年3月

専門編集
名郷直樹
武蔵国分寺公園クリニック院長

CONTENTS

1章 われわれはどんな医者なのか？

| | | |
|---|------------|-----|
| 総合診療医とは何か | 名郷直樹 | 2 |
| 実地医家とはどんな医者か | 石橋幸滋 | 8 |
| 家庭医とはどんな医者か | | |
| 診療所から—学術的考察を中心に | 岡田唯男 | 12 |
| family physician (家庭医) としてのチャレンジング | 涌波 満 | 16 |
| 診療所、介護老人保健施設での診療を通じて地域包括ケアシステム 構築に貢献 | 横田修一 | 20 |
| 私が家庭医としてこだわっていること—健康格差と健康の社会的 決定要因 | 西村真紀 | 25 |
| 診療所医師としてのこれまでとこれから | 松村真司 | 30 |
| 地域で活躍する家庭医の研究と教育は大学から | 竹村洋典 | 35 |
| 家庭医の果たす役割と育成のための大学の役割 | 吉村 学 | 43 |
| 大学で活躍する総合診療医 | 前野哲博 | 48 |
| アカデミック家庭医の役割 | 葛西龍樹 | 54 |
| 病院総合医とはどんな医者か | | |
| 病院総合医の立ち位置をめぐる | 松村理司 | 59 |
| 日本型ホスピタリストとは—病院総合系医師の能力と役割 | 徳田安春 | 64 |
| 病院を基盤とする総合診療医 | 石丸裕康 | 67 |
| 大学病院の総合外来を中心とした病院総合医—千葉大学総合診療科 | 塚本知子, 生坂政臣 | 72 |
| 病院総合医に求められるものとは | 鈴木富雄 | 78 |
| 在宅専門医とはどんな医者か | | |
| 在宅医療における医師の役割 | 高瀬義昌 | 83 |
| 在宅医療の現状と求められること | 佐々木淳 | 88 |
| 家庭医療専門医とはどんな医者か | | |
| 都市型病院家庭医としての歩みと現状 | 平山陽子 | 93 |
| 地域全体の調和を目指して | 井階友貴 | 100 |

CONTENTS

| | | |
|--------------------------------|------|-----|
| 中山間へき地で働く医者の場合 | 佐藤 誠 | 104 |
| すべての問題に対応することで地域を支える | 金子一明 | 109 |
| 自治医大卒業生から—私はどんな医者か [診療所から] | | |
| めざすものは「普通の家庭医」 | 雨森正記 | 113 |
| 神島が専門の医者屋 | 奥野正孝 | 118 |
| 地域に「寄りそ医」25年、地域こそがわがアイデンティティ | 中村伸一 | 122 |
| 自治医大卒業生から—私はどんな医者か [病院から] | | |
| 診察室の外で「私の8年の法則」 | 後藤忠雄 | 127 |
| 地域で医療を行う医者として | 丹羽治男 | 132 |
| へき地勤務で得た教訓について | 仲田和正 | 136 |
| 自治医大卒業生から—私はどんな医者か [大学から] | | |
| 私が目指す総合診療 | 山本和利 | 140 |
| 自治医科大学そして地域医療とともに歩んだ医師人生を振り返って | 梶井英治 | 144 |
| 3学会合併の経緯 | | |
| 日本プライマリ・ケア学会とともに歩んで | 前沢政次 | 149 |
| 地域総合医というあり方—3学会合同の議論からみえてきたこと | 小泉俊三 | 153 |
| 日本家庭医療学会と総合診療医の将来 | 山田隆司 | 158 |
| 家庭医制度が頓挫するまで | 岩崎 榮 | 163 |
| 専門医としての総合診療医にいたる道のり | 草場鉄周 | 168 |

2章 われわれの診療

| | | |
|-------------------------|------|-----|
| 大学附属病院での診療 | 松村正巳 | 174 |
| 病院での診療—柔軟かつ多様な視点とは | 榛葉 誠 | 178 |
| 診療所での診療—地域にあって取り組むべきこと | 大橋博樹 | 182 |
| 在宅での診療—患者のテリトリーに入れていただく | 鶴岡優子 | 186 |
| 総合診療におけるEBMの活用 | 南郷栄秀 | 190 |

| | | |
|--------------------------------|------|-----|
| 患者中心の医療の方法—「病い」はどのようにつくられたのか | 福士元春 | 194 |
| 家族志向型アプローチ—5段階モデルと3つの場面を意識した対応 | 松下 明 | 199 |

3章 われわれの教育

| | | |
|-------------------------------|-------|-----|
| 大学の総合診療医と学生教育 | 阿波谷敏英 | 206 |
| 診療所で医学生を教育する—診療参加型実習プログラムの進め方 | 菅波祐太 | 210 |
| 初期臨床研修医教育における地域医療研修 | 井上陽介 | 216 |
| 日本型総合診療専門医の育成のあり方 | 伴信太郎 | 221 |

4章 われわれの研究

| | | |
|-------------------------|------|-----|
| 臨床研究—どう実践するか | 尾藤誠司 | 226 |
| 総合診療、プライマリ・ケアにおける臨床研究指導 | 松島雅人 | 231 |
| 臨床研究—質的研究の意義と実施方法 | 青松棟吉 | 236 |
| 臨床研究—どのように実践しているか | 金子 惇 | 241 |
| 索引 | | 247 |

われわれはどんな医者なのか？

家庭医とはどんな医者か 私が家庭医としてこだわっていること —健康格差と健康の社会的決定要因

西村真紀

川崎医療生活協同組合 川崎セツルメント診療所

- ◆ 患者の社会背景を知り、SDHが潜んでいないか分析しよう。
- ◆ 介入で変えられるSDHを見つけ、社会的処方を考えよう。
- ◆ 家庭医の大きな役割の一つは、地域住民とともに健康格差をなくすことに取り組むことである。

私が家庭医になったわけ

私は家庭医である。家庭医とはどんな医師なのかをお話するために、まず私がどんな経験をして今に至るのかをお伝えしたい。

私が医師になろうと思ったきっかけ、それは、私が教員として神奈川で働いていたころのある出来事による。当時、故郷の高知県の人口当たりの医師数は全国平均を上回っていた。しかし私の実家の近所は診療所も病院もない無医地区であった。そんな田舎町で祖父は医者知らずで元気に暮らしていたが、最期は長い人生でまったく縁のなかった場所(病院)で亡くなった。こんなことが全国各地で起きているのではないか、訪問診療を行う医師やへき地で働く医師が不足している、そんな医療の格差を感じて医師になろうと決心したのが29歳のときであった。

医学部時代に、身近にいて普段から診て訪問診療や往診する医師を家庭医(family physician/general practitioner: GP)ということを知った。5年生のときには本場イギリスに留学して、GPのもとでの実習の機会を得た。そのGPの先生はボランティアで“Home for Homeless”という場所でホームレスの人たちの診療

を行っていたが、見学中に「Maki、日本にホームレスはいる？その人たちの診療は誰が行っているの？」と聞かれて何も答えられなかった自分がとても恥ずかしく、衝撃を受けたことを覚えている。日本で家庭医になると決心したのは、そのときであった。

家庭医になるための研修を行った病院・診療所は都会の下町であった。そこは一人暮らしのお年寄りや比較的貧しい人の多い町だった。しかし、下町らしい人情深いコミュニティーがあり助け合って生きている印象を受けた。私を家庭医に育てあげてくれたのもその町の住民の人々である。その後は神奈川県川崎市で家庭医として長く働いた。川崎の北部、中部、南部いろいろなところを経験したが、それぞれの町には地域差が大きくあった。たとえば厚生労働省人口統計¹⁾によると、男性の標準化死亡比は北部と南部で132対76と大きな差がある。「死にやすさに地域差がある」ことになんとなく気づ



Memo

標準化死亡比

人口構成の違いを除去して死亡率を比較するための指標。ある集団の死亡率が、基準となる集団を100としてどのくらい高いかを示す比。100より大きいほど死にやすく小さいほど死にくいことになる。

われわれはどんな医者なのか？

家庭医とはどんな医者か 地域で活躍する家庭医の研究と教育 は大学から

竹村洋典

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科全人的医療開発学講座総合診療医学分野教授
三重大学名誉教授

- ◆ 医学生や大学院生に家庭医療を教えるのは大学の家庭医である。
- ◆ 大学病院のみならず学外の診療所や病院がネットワークを構築して家庭医療の教育や研究を行うべきである。
- ◆ 家庭医療の卒前教育は1年生から6年生まで、長期間にかけて教える必要がある。
- ◆ 大学における家庭医療の卒後臨床研修では、さまざまな教育資源を投入することができる。
- ◆ 家庭医療、特に都会の家庭医療においては、各職種育成教育機関が共同した多職種連携教育が必要とされる。
- ◆ 効果的な家庭医療の教育、そして教員育成には、大学総合診療部門が大きな役割をもっている。
- ◆ 大学が診療、行政事業、教育などに必要な家庭医療にかかわるエビデンスを構築する必要がある。
- ◆ 海外の家庭医療、特にアジア大洋州の国々の家庭医療の発展にも大学は寄与することが望ましい。

大学は地域で活動する家庭医の機能する場所の対極にあり、大学に家庭医は存在しえない、という言葉が聞こえそうである。しかし、たとえばアメリカ、イギリス、オーストラリアなど、家庭医療が発展している欧米においても、大学は家庭医療の中心部の一角にいる。発展途上国においても、たとえば東南アジアの国々においては、総合診療関連学会の長は大学教員であることも多い。分化した専門診療科であればあるほど、高度先進医療であればあるほど、大学でのみ行われている高度な診断や治療が存在している。それゆえにそのような診療科においては大学の存在は不可欠な場合も多い。一方で、家庭医療においては大学の診療が不可欠とは思われないかもしれない。

しかし、日本においても、大学だからこそ家庭医療にかかわる活動ができることはたくさんある。以下、説明していこう。

学生がいるのは大学である

大学の特徴の第一は医学生や大学院生などの学生がいることである。近年では大学外の医療施設で医学生が家庭医療の臨床実習、研修医・専攻医が地域医療などの臨床研修を受けることもある。しかし医学生はすべて大学医学部・医科大学から派遣されている。また、学外の医療施設と大学で比べると、圧倒的に大学において診療に比べて教育の比重が大きい。大学院生においては昼夜開講の大学院で、活動の場が学外のことにはあるものの、家庭医療にかかわる研究を指導しているのは大学である。

また、家庭医療が地域住民のニーズに合致した医療などを提供することから、地域の診療所のみ、地域の病院のみのニーズではなく、大学の総合診療・家庭医療のニーズを知るために、大学病院総合診療部門の外来や病棟における患者のニーズを認知することも重要である。将

われわれはどんな医者なのか？

病院総合医とはどんな医者か 日本型ホスピタリストとは — 病院総合系医師の能力と役割

徳田安春

群星(むりぶし)沖縄臨床研修センター

- ◆ ホスピタリストのうねりが世界に広がっている。
- ◆ 日本(イチロー)型ホスピタリストが全国各地で誕生している。
- ◆ 臓器系医師はホスピタリストにコンバートできる。
- ◆ ホスピタリストは大学教育の中心的医師となれる。

ホスピタリストとは

近年のアメリカ医療における病院総合医、すなわちホスピタリストの台頭は目覚ましい。背景要因には、患者安全管理の徹底、研修医労働時間の制限、医療費の節減圧力、在院日数の短縮化、およびプライマリ・ケア医の外来診療への専念などだ。労働時間が制限された研修医に患者診療を任せることができなくなった。また、従来はオープンシステムにおいて入院患者診療でも主治医として君臨していたプライマリ・ケア医が病院診療に関与しなくなった。

このような背景から、入院患者診療を専門とする医師集団への需要が高まり、1995年頃より多くの病院でそのような医師集団が雇用されるようになった。1996年にWachterとGoldmanらが、「勤務時間の25%以上を内科病棟での患者管理に費やしている医師」を「ホスピタリスト(hospitalist)」と命名した¹⁾。従来の臓器系医師のカテゴリーではなく、診療のセッティングに基づくカテゴリーによる命名である。同じカテゴリーには、救急医や集中治療医などがある。

ホスピタリストの導入によって、病院は診療

の質を落とすことなく医療費を節減し、滞在日数の縮小を実現することができた。こうして、ホスピタリストが加速度的に全米に普及している^{2,3)}。ホスピタリストたちはSociety of Hospital Medicine (SHM)という独自の学会を作り、総合内科と重なる領域が大きいものの、その独自性も主張している。たとえば、ホスピタリストは外科医と連携して周術期のマネジメントも行うことなどがあげられる。毎年開催される学術総会は活気にあふれている(1~3)。

このうねりは現在世界中に広がっている。カナダを含めた北米はもちろんのこと、ヨーロッパや南米、そして台湾にもホスピタリスト診療部門が創設されてきている(4)。

日本型ホスピタリストとは

日本では「日本型」ホスピタリストが各地で誕生してきている。日本型ホスピタリストとは、守備範囲の広い「イチロー型医師」である病院総合系医師である。

野球の打順にたとえると、日本型ホスピタリストは打順1~3番の役割を担うことができる。打順1~3番の医師は初診外来や救急外来での

われわれはどんな医者なのか？

家庭医療専門医とはどんな医者か すべての問題に対応することで地域を支える

金子一明

市立大町総合病院家庭医療科

- ◆ 家庭医療専門医とはすべての問題に対応する医師である。
- ◆ すべての問題に対応するためにグループプラクティスを行おう。
- ◆ 家庭医療専門医を目指すなら「よその、わかもの、ばかもの」を受け入れる地域と病院で主体的な研修を行おう。

家庭医療専門医とは

家庭医療専門医とは一言でいうと「ニーズに対応できることの医師」であろう。初期研修からお世話になっている名郷直樹先生の言葉から借りると「(地域医療では)すべての問題に対応する」ということであると思う。この言葉はすべての問題を「解決」するわけではない、というところがみそである。すべての問題を意識して対応をする、そのことによって地域医療を支えるということであると理解している。

私が働く大町総合病院は実質稼働病床200床の地域の小病院である。2007年に内科医が2人となって以降、医療崩壊が進んでいる。2013年大町市を含む母体の寄付によって設立された信州大学総合診療科との提携によって立て直しが図られてきた。筆者は2016年1月から入職し、地域のニーズ、病院のニーズ、患者のニーズに応える家庭医療専門医として働いている。

病院のニーズに対応する

当院は南北約80 kmに及ぶ細長い医療圏をもつ。現在、内科専門医の常勤は1人しかいない。今後は専門医をそろえることは難しいと考

えられる。院内の常勤医は19人と少ない。家庭医療医は外来中心と思われるかもしれないが(column参照)、私は入院診療をメインとして、訪問診療、救急外来、外来診療を行っている。外来では初診外来、ものわすれ外来、禁煙外来、再診外来を行っている。小病院では各委員会活動、研修医や学生教育、栄養サポートチーム(nutrition support team: NST)などの病院横断的活動など多量のニーズが存在する。主に私が対応しているのは以下のニーズである。

■ 緩和ケア

入職時、緩和ケアの体制は整っていなかった。癌患者、非癌患者にかかわらず、看取りの際の苦痛緩和が不十分であり、病棟から苦痛の声が漏れ出てくることがあった。看取りの際は四点柵とベッドサイドモニターが備え付けられ、患者家族は遠巻きに患者を眺めているだけであった。そこで緩和ケア回診を認定ナースと始め、病棟での短時間の勉強会を開いた。ベッドサイドモニターや柵のない看取りも徐々に増えてきた。緩和ケア外来を開設し、患者相談、地域に戻りたい患者の引き受けを行った。

■ 認知症

平成28年度より診療報酬で認知症ケア加算

われわれはどんな医者なのか？

自治医大卒業生から—私はどんな医者か[診療所から] 地域に「寄りそ医」25年、 地域こそがわがアイデンティティ

中村伸一

おおい町国民健康保険名田庄診療所 所長

- ◆ 卒後3年目で赴任したのは医師1人勤務のへき地診療所だったので、必然的に総合診療をやらざるをえない状況にあった。
- ◆ 赴任当初は、専門医への紹介のタイミングに悩み、慢性疾患管理と幅広い診療範囲に戸惑い、コミュニケーションで苦労した。専攻医も同様のことで壁にぶつかるのではないだろうか。
- ◆ 私にとっての地域医療・総合診療は義務から始まったが、やりがいを感じ、責任を背負い、教え、伝え、創る段階を経た。今後、まだマイナーなこの領域を、国益につなげるべくメジャーに引き上げることで完結しようと考えている。

卒後3年目の1991年、福井県最南端に位置する山間のへき地、旧名田庄村（現おおい町名田庄地区）に赴任した。後期研修で離れた2年間以外はずっとこの地に留まり、2018年3月末で通算25年になった。外科医を目指していた私が、まさか四半世紀も同じ地域での総合診療に携わるとは、卒業直後にはまったく予想できなかったことである。

へき地診療所では、高度医療を担う急性期病院とは大きく異なる環境にある。医師が1人の環境では、必然的に総合診療をやらざるをえない状況といえる。私自身としては総合診療医というよりは、「診療」の枠にこだわらない「地域医療の総合医」という自覚がある。

義務としての地域医療

福井県立病院でスーパーローテート方式の臨床研修を受けた後に、自治医大卒業生の義務として県庁から派遣されたのが旧名田庄村だった。当時、人口3,150人で、医療機関は名田庄診療所のみである。

赴任直前の私はへき地での診療にわりと自信をもっていた。福井県立病院での臨床研修は非常に充実しており、特にERでは1年目は全科当直を、2年目は外科系当直を担当し、広範な疾患や外傷を診る多くの機会を得ていたからである。ところがその自信は、赴任直後に見事に砕かれた。

■ 専門医への紹介のタイミングに悩む

急性期病院のERでは、初期診療はバックに各科の専門医が控えているのが前提である。へき地診療所では医師は自分一人であり、遠く離れた後方病院に紹介するには一定のハードルが存在する。そのハードルの設定が難しい。

ハードルを低く設定すると、単なる紹介屋になってしまい、患者は「最初から病院に行けばよかった」と考えるだろう。ハードルを高く設定すると、自分の力量以上の患者を抱え込んでしまい、粘りに粘った挙句に紹介したなら、患者はやはり「最初から病院に行けばよかった」と考えるだろう。紹介するタイミングが早すぎても遅すぎても、診療所医師の存在意義が危うくなってしまふ。

われわれはどんな医者なのか？

専門医としての総合診療医にいたる道のり

草場鉄周

北海道家庭医療学センター理事長

- ◆ 総合診療専門医制度は日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医制度をひな形にして発展させたものとなっている。
- ◆ 総合診療専門医制度の成立は、「総合診療」という位置づけによって、日本の医療の中に実態としてのプライマリ・ケアが存在することを医師集団の中で合意するという意味では画期的である。

2013年に発表された厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告書に基づく新たな専門医制度が5年の準備期間を経て2018年4月よりいよいよ始動する。今回の改革では専門医たる能力の標準化と社会への説明責任を果たすために「中立的第三者機関の設置」「プログラム制度による研修システム」「専門医資格の2階建て構造」という抜本的な改革が展開されることとなったわけだが、それと並んで「総合診療専門医制度」の設立が明記されたことはたいへん画期的なことであった。

この稿では専門医としての総合診療医に至るまでの道のりを4つの切り口から論じていく。最初にこの制度が提起された背景、そして、日本プライマリ・ケア連合学会を中心として20年にわたって行われてきた専門医養成の取り組み、さらに、総合診療専門医制度の概要を論じた後、最後にこの制度が社会に与える影響についても考えてみたい。

総合診療専門医制度設立の背景

日本のプライマリ・ケアは標榜に制限のない自由開業制度に従って診療所を開設した個人の医師によって担われてきた。いわば、江戸、明

治から続く町医者歴史が綿々と今につながっているといっていよう。開業した医師は、日々の外来診療に加えて、学校医を担い、急患にも24時間対応することで地域住民の絶大な信頼を得て、地域の名士としても高く評価されてきた。

しかし、医療がより専門化して病院の機能が強化され、救急医療や高機能の検査などが充実する中で国民の大病院志向は高まり、相対的に診療所の機能は小さくなっていった。夜間や休日の対応、小児医療、患者宅への往診などを提供する一般診療所は減少し、日本のプライマリ・ケアは実質的に診療所と病院が共同して担う体制となっていた。「重ければ病院、軽ければ診療所」というイメージが国民のあいだには定着していった。

そうした中、高齢化により多くの患者が複数の疾患を抱えることが当たり前となり、身体機能や認知機能の低下に伴って病院への受診が困難なケースも徐々に増えてきた。さらに、慢性疾患診療やターミナル・ケアに代表される治す医療から癒す医療への転換、患者の生活を支えていくための医療・介護の連携の促進、在宅医療への強いニーズ、住民一人一人への予防医療の提供の必要性など、診療所を取り巻く環境は