

総合医・総合診療科とは

池田 修一

I はじめに

急速に進む人口の高齢化、生活習慣病の増加、診療科の専門分化や高度医療の導入などによって、医療を取り巻く環境は大きく変化しております。しかしこのような社会的構造変化に対して、医療提供の仕組みや医師の育成体制が十分に対応しているとは言いがたいのが現状です。こうした中で地域住民の要求を受け入れて、医療の専門性に特化せずに幅広く患者を受け入れて即座に対応する「総合医」の存在がクローズアップされております。

しかし「総合医・総合診療科」に対する認識と期待は一般市民の中では勿論、医療関係者の間でも種々に異なります。「その必要性は判るけど、実際のイメージはどのようなのだろう、本当にそんな万能医師が居るのか？」といった論議があちらこちらから聞こえてきそうです。そこで本稿では筆者自身が1年半に渡って関わってきた日本内科学会認定医制度審議会における論議を基に、わが国における「総合医・総合診療科」のあるべき姿について言及してみたいと思います。

II 総合医・総合診療科の概念とその関連診療科

大学病院に代表される大規模な基幹病院においては内科、外科を中心に臓器別診療体制が確立されております。信州大学医学部附属病院の内科を例にとれば循環器、呼吸器、消化器、血液、腎臓、糖尿病・内分泌、神経、リウマチ・膠原病の8部門から構成されております。この体制の利点は個々の臓器障害に応じた専門的診療を受けられることですが、多くの患者さん、特に高齢者は複数の臓器障害を有しており、常に複数の診療科を受診しなくてはならない状況にあります。1例として「高血圧、糖尿病が原因で心房細動と脳梗塞を有する患者さん」を取り上げます。高血圧と心房細動の治療で循環器内科を、糖尿病の治療で糖尿病・内分泌内科を、脳梗塞の再発予防治療の目的で神経内科を受診することになりますが、患者さんの立場からすれば「いずれの疾患もありふれた病気である」わけですから、「一診療科で一緒に診て欲しい」と希望するのは当然であります。

一方、地域の中小規模病院、診療所においては限られた人数の医師で日常診療を実施しており、個々の医師にその専門性にとらわれず幅広い領域の診療に取り組むことが求められます。俗に医療過疎といわれている地域の医療機関においては、小児から老人の common diseases に幅広く対応できる医師が強く求められております。「総合医」の正式定義は未だありませんが、日本医師会生涯教育推進委員会の答申では、「総合医とは従来的一般内科を中核として、精神科、小児科、皮膚科、眼科、耳鼻科、整形外科などの領域に渡って基本的レベルの診療ができる医師」との定義が出されております。症状面からすれば発熱、蕁麻疹、頭痛、眼の充血、気分の不安定、めまい、咳と痰、腹痛、腰痛、関節痛に対しての一次的処置ができる医師となります。こうした医師像を既存の概念に当てはめれば、「家庭医」、「プライマリーケアドクター」、「総合内科医」に近い存在と思われれます。要約すれば患者さんの身近に居て、その体調を全身的に管理し、継続的な医療を提供できる医師とその体制が「総合医と総合診療科」であるといえそうです。

III 必要性とその社会的背景

大部分の基幹病院においては、初診患者の診療は受診前の診療情報提供書に基づいて診療科とその時間帯が完全予約制になっています。このため、その日に急に具合が悪くなった場合や、その日に思いついて受診しても希望する診療科を受診できるとは限らないのが一般的です。また某病院を受診したいと思って来院したけれど、どの診療科を受診したらよいか判らない患者さんもおられます。こうした患者さんに対して、「まず患者さんを診察して、適切な診療科の振り分けを行いましょう」または「この程度の症状でしたら専門診療科を受診しなくても、ここで処置または処方できますよ」といった受け入れ先が総合診療科です。こうした状態の患者さんが救急車で来院されれば原則として救急・救命センターの対応となりますが、昼間であれば一次・二次救急レベルまでの患者さんの受け入れは総合診療科で可能です。

こうした総合医を求める動きは医療過疎地の診療所または医師不足の地方病院から始まりましたが、その要求が急に盛り上がるようになった契機は東日本大震災であります。東北地方の震災地または放射能汚

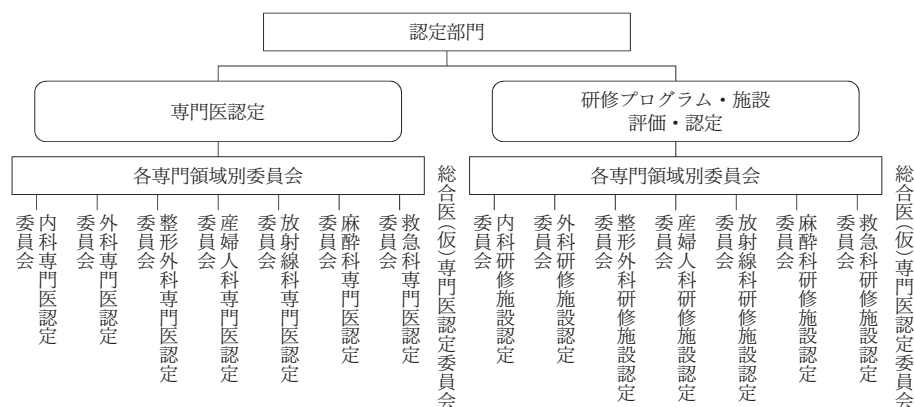


図1 (社)日本専門医機構(仮称)組織図(案)

染地域では種々な理由で医師の現場離れが加速しており、医療崩壊が進む中で、とにかく専門性にこだわらず一次医療またはプライマリーケアに特化した医師が求められております。こうした社会的状況を踏まえて、厚生労働省と文部科学省の高等教育局医学教育課は総合診療科の充実と総合医の育成を平成25年度以降の重点項目と位置付けております。また日本専門医機構は「総合医」を内科系、外科系とは全く別個に独立した部門の専門医として認定する意向のようです(図1)。一方、長野県においても、医学部学生の奨学金受給者を対象に「信州型総合医育成プログラム」なるものを策定して、受給者の卒業後の進路を総合医として県内の医師不足病院で勤務するように導く計画が立てられております。

IV 信州大学医学部の取り組み

信州大学医学部附属病院には現在は総合診療科なるものではなく、私どもの診療科が「内科総合外来」として、日々紹介状を持たない患者さん、または発熱、頭痛、めまい、リンパ節腫脹等の障害臓器を特定できないで紹介状を持参した患者さんの診療に当たっております。その数は一日平均5人くらいです。現体制ではスタッフが神経内科、リウマチ・膠原病内科との掛け持ちであるため、患者さんを診療することのみで手一杯であり、学生・研修医に対して総合診療を教育することは不可能です。また先に述べた社会的背景を基に、総合診療科を独立して設置すべきであるとの要望が昨年の秋に附属病院の内科診療科長会から附属病院長宛に提出されました。現在、その設立に向けたワーキングが田中榮司副院長の座長の基で開催されております。まだ最終的な結論には到っておりませんが、i) 専任教授1名を置く、ii) 附属病院では外来診療と学生・研修医の教育を主体に行い、診療科独自の病床は持たない、iii) 地域の医師不足病院へチームとして出向いて、実地診療に当たると同時にその場で学生・研修医の教育も行う、などが現時点のおおよその合意事項となりつつあります。

今後、細部を詰めて、さらに医学部との合同で総合診療科の医学教育体制内における位置付けを明確にする必要があると思います。いずれにしても総合診療科は臓器別専門診療科が並立する中で隙間を埋める役割があると同時に、総合医は医師の本来あるべき姿を社会が求めている反映ともいえます。こうした論議が医学部と附属病院において真摯に行われることは、信州大学医学部の発展と地域貢献の上で非常に重要なことと考えます。

V おわりに

「木をみて森をみず」の例えではないですが、医者に向かって「患者さんの身体と心の隅々まで入念に診る必要性」を改めて説くのは釈迦に説法と笑われそうです。内科医または内科学、外科医または外科学は紀元前のヒポクラテスの時代から培われた膨大な学問体系を基盤としておりますが、総合医または総合診療科の裏付けとなる学問体系はほとんどありません。これはむしろ社会的要請から生まれてきた領域なのです。総合医はブラックジャック的カリスマ性と高度な診療能力を求められますが、こうした医師は一朝一夕には生まれては来ません。私は個人的には既存概念がない領域ですから、個々の施設または個々の医師が理想とする診療体系を築くべきであると考えます。信州大学医学部においては、来るべく総合診療科を構成する医師が理想像を徹底的に論議して、それに向かって一致団結して立ち向かえば、社会に役立つ素晴らしい診療科が誕生するものと思います。こうした期待を述べて稿を終えます。

(信州大学医学部内科学第三講座教授)