

## 巻頭言

# 1つ上の総合医を目指して

関口 健二

「総合診療」などというおよそ実態のはっきりしない領域が厚労省より打ち出され、信州大学も含め、多くの医療機関や地域病院でも次々と「総合診療科」が設立され、とりあえず従来の「内科初診」を「総合診療科外来」として行っている、現場も戸惑いながら、とは言え、やらないわけにもいかず、とりあえず看板を掲げてそれらしくやっている、そんな施設も多いのではないかと思います。

### 《総合診療の枠組み》

実態が明らかでないということは、枠組みが明らかでないとも言い換えることができます。枠組みが明らかでない、各人の認識する「総合診療」に差異が生じてきます。ある者は「診断の難しい症例をバシバシ診断するドクターG」、またある者は「診断も手技も何でもできるスーパードクター」（それは一步間違えば、何でも抱え込んでしまうやっかいで危険なドクターにも成り得る）、更には「診療所での診療を行う医師」、「高齢者を診る医師」などといった具合です。それらは全てある部分では正しいとも言えますが、総合診療の一部を切り取って説明しているに過ぎません。総合診療とは、「今まで臓器別に専門医制度を設けてきた日本の医療界が、総合的に診療する必要性に迫られて、臓器を横断的に診療する専門分野を全て一緒にまとめてしまったことで生じた領域」であるからです。その結果として、米国専門医制度の枠組みで言えば、診断医、病院総合医、家庭医、老年内科医、(1～2次)救急医と、それぞれ異なる研修内容により取得される臓器横断的な専門分野の多くが、「総合診療」に含まれてしまったのです。ですから厳密に言えば、総合診療の全領域において標準的レベルで責任持って診療できる医師など存在しない、とも言えるのです。

### 《総合診療医の必須条件》

しかし、総合診療医が総合診療医たる上で、欠くことのできない必須の条件があります。それは、「領域・分野に規定されず、全人的・総合的にアプローチする姿勢」です。専門分化された医療現場でよく遭遇する問題点として「当科的には問題ありません」という残念な問題がありますが、これはつまり、患者の訴えに対して自分の「専門とする領域」のみに規定して、その狭いスイートスポットに填まれば診療を行うが、そうでなければ、「はいさようなら」、問題の解決は放棄される、という問題で、この問題のために総合診療が注目を浴びるようになったと言っても過言ではありません。しかし、これを読んで、「私は専門医だが、患者の訴えに総合的にアプローチして、自己の専門分野でない時その周辺領域も意識した診療を行い、その後のアプローチを示している！」と憤りを覚えられる方も居られるかも知れません。その方は、私の視点からすれば、既に素晴らしい総合診療医です。先にも述べたとおり、全ての領域をカバーできる総合診療医は存在しません。領域や分野に規定されること無く診療を行い、自身で標準的診療を提供できるかどうかを判断し、できない場合は適切な指針を責任持って示す、ことができれば、それは既に総合診療医なのです。ですから、良い総合診療は、専門科の先生方との良好な関係なくしては当然成り立ちませんし、別の言い方をすれば、全ての臓器別専門医の先生方が、上述の総合診療的マインドセットを有して診療を行うことができれば、「総合診療科」なんて消滅しても良い、と考えています(消滅することが究極のミッションだなんて、なんだか「人生」みたいで興味深いです)。

### 《日本医療界の現状》

しかし、残念ながら現実はそうはなっていません。医療界全体としては、益々専門分化が進み、若手医

師の多くは早い段階から臓器別専門性の獲得を求めていますし、指導医も斯くあるべし、と信じておられる方も多い。私は、臓器別専門医になるな、などと言っているのでは当然ありません。ただ、より良い臓器別専門医となるためには、そしてより良い専門医として40年50年のキャリアパスを進むためには、この全人的・総合的マインドセットを有するか否かが最重要要素のひとつであることは論を俟ちませんし、全人的・総合的アプローチができるかどうかは、医師としてのキャリア形成の早期に良質な総合診療的研修を十分期間受けたかどうか、その成否を決定するのだと考えています。

よく、総合的に診られる医師になるためには全ての診療科をローテートしたら良い、との声を耳にします。果たしてそうでしょうか。戦後から高度成長期にかけて、若年～壮年者が多かった社会の中で目覚しく発展してきた医療は、ひとつの臓器に着目して治癒を目指す医療であり、今もそのアプローチが主体です。高度医療機関においてはそれを追求することが必然です。一方で、日本社会は人口動態が激変し、当然ながら疾病構造も変化し、ひとつの臓器だけでなく多臓器において疾病をきたすようになり、従来型のアプローチから、来るべき死を見据えた、認知・感情・精神面、社会・生活面も踏まえたアプローチ、すなわち全人的・総合的アプローチが益々重要性を増してきているのです。治癒を目指すアプローチをそれぞれの専門科で限なく学ぶことと、全人的なそれとは似て非なるものであり、超高齢社会を迎えた日本では、総合診療の出番は益々増えていくことになります。

#### 《総合診療科的アプローチ》

例えば、誤嚥性肺炎で入院した糖尿病、慢性心不全、認知症を有する85歳で、新規に心房細動が指摘された男性を例にとって考えてみます。脳塞栓リスクを考慮すると、当然“標準的治療”では抗凝固薬の適応です。リスク軽減の“エビデンス”があるからです。その“エビデンス”の正体を突き詰めていくと、2005年のコクランによるメタ分析で、脳卒中のリスクを60%減少させるというデータに基づいていることが分かります。しかし、発症率を含めて計算すると、1.5年の介入期間でNNT=25、つまり25人の心房細動の患者さんに抗凝固薬を1.5年間服用させると、うち1人は脳塞栓を免れる、という“エビデンス”であることが分かります。しかもこの患者群の平均年齢は69歳で、85歳以上の患者はほとんど含まれていない。更にはこの男性、入院は今年2回目、「十分生きたから楽に逝きたい」との発言あり、この6か月間で2回の転倒があって、うち1回は救急外来を受診している。果たして抗凝固薬を開始することは、この男性の幸せに寄与するのだろうか？といった具合です。このように、有効なエビデンスは限られる上、更に個別性や介入の不確実性等の加わった複雑系の中で、その人の価値観や死生観を見据えた判断を総合的に下していくアプローチが総合診療なのです。

#### 《信大病院総合診療科の取組み》

信大病院総合診療科は、設立から1周年を過ぎ、平成27年度からは新たに経験豊かな総合診療医を2名迎えて、少しずつではありますが、診療体制が整えられてきています。困窮を続ける長野県の地域医療を支える支柱としての役割を果たすべく、スタッフにおいてはまず、各診療科の専門医療に溶け込むだけの臨床的実力をスタッフ一人ひとりが研鑽を続け獲得すると共に、患者の中心に存在する秀逸な臨床力としての総合診療医を目指します。そして、総合医を目指す研修医にとってだけでなく、将来の高度専門医療を担う者達にとっても大切な土台作りの場、基本的臨床能力構築の場としての総合診療科を構築できるよう、みんなで力を合わせ、心を合わせて進む所存であります。そして、限られた医療資源の中で全人的・総合的にアプローチする姿勢にこだわって、「総合医としての専門性」を有する1つ上の総合医を目指したい！と願っています。

(2015年2月)

(信州大学医学部附属病院総合診療科教授)