総合医と内科医

2. 厚生労働省「専門医の在り方検討委員会委員」の立場から

福井 次矢

要 旨

総合医とは「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師」と定義できる。総合医を専門医制度に正式に組み入れ、多数（将来的には、全医師の20%程度）養成することで、わが国の医療の有効性、効率性は大いに高まる可能性がある。卒前教育を含む医師養成課程全般の見直しも必要となろう。

〔日内会誌 101：3547～3552, 2012〕

Key words 総合医の必要性、総合医の定義、総合医の役割、専門医制度

『総合医』の必要性

特定の臓器や疾患にこだわることなく診療にあたる医師—総合医—が必要な理由として、少なくとも下記の4項目を挙げることができよう。

1. 患者さん自身、自分の症候から受診すべき適切な専門診療科を決めることが難しい。

現在のわが国の医療制度では、患者さん自身が自分の病気はどの臓器の病気なのか、かなり特定したうえで最初に受診する診療科を自由に決めなくてはならない。例えば、腹痛を訴える患者さんの多くは、内科や消化器内科にかかるであろう。しかし、ハリソン内科学書に主な腹痛をきたす疾患が30以上列挙されているように、

結果として背後にある病気にマッチした診療科を患者さんが決めるのは容易ではない。

実際、私が経験しただけでも、①腹痛で消化器内科に行ったら、何日かあとに心筋梗塞だったとわかった、②胸痛のため循環器内科で診てもらっていたものの、数年後に食道アカラシアが見つかった、③慢性の咳のため呼吸器内科で治療を受けていたが、まったく症状が改善せず、数カ月後に後鼻漏の診断がついた、④体重減少のため消化器内科にかかっていたが診断がつかず、最終的に卵巣がんと分かった、などの患者さんがいる。初診時の診断、問題の仕分けが、医師の側の専門性に引っぱられないことが重要であり、初診時に、偏見なく、適切に問題の仕分けをする必要がある。

聖路加国際病院

General Physician and Internist : 2. Necessity and perspective of generalist physician specialization.

Tsuguya Fukui : St. Luke's International Hospital, Japan.

【Problem List】

- #1 最近起こった心筋梗塞
- #2 網膜症をともなう高血圧
- #3 高脂血症
- #4 腎症をともなう糖尿病
- #5 頸動脈狭窄
- #6 喫煙によるCOPD
- #7 肥満
- #8 アルコール性肝疾患
- #9 前立腺肥大症
- #10 高尿酸血症
- #11 うつ病

循環器内科
内分泌代謝科
(糖尿病)
脳外科
呼吸器内科
消化器内科
泌尿器科
精神科

図 1. ある 63 歳男性患者—臓器別専門医のみに
よる診療—

【Problem List】

- #1 最近起こった心筋梗塞
- #2 網膜症をともなう高血圧
- #3 高脂血症
- #4 腎症をともなう糖尿病
- #5 頸動脈狭窄
- #6 喫煙によるCOPD
- #7 肥満
- #8 アルコール性肝疾患
- #9 前立腺肥大症
- #10 高尿酸血症
- #11 うつ病

総合医(一般内科医)
泌尿器科
+
必要時の専門医コン
サルテーション

図 2. ある 63 歳男性患者—総合医と臓器別専門
医の組み合わせによる診療—

2. 多数の健康問題を抱えている患者がますます多くなりつつある。

かつて私が診た患者さんの 1 人が腹痛と嘔気を訴えて受診したところ、数日前に発症したと思われる心筋梗塞、高血圧、脂質異常症、前立腺肥大症など 11 の病気を持っていた。この 11 の病気についてそれぞれの臓器別専門医が診ると、少なくとも 7 診療科が関わる必要がある(図 1)。しかし、実力のある総合医と専門医の組み合わせであれば、一般内科医と泌尿器科医、そして必要時の専門医へのコンサルテーションで済むはずであり、より効率的な医療資源の利用となろう(図 2)。

なお、最近の聖路加国際病院のデータでは、65 歳以上の患者さんの電子カルテには、平均すると 4 つから 5 つの病名が記載されていて、4.3 診療科を受診していた。

3. 地域医療の現場では、多くのさまざまな病気を持った住民が多い。

健康日記を用いた調査では、1 カ月間で、住民の約 8 割が何らかの体の異常を訴えて受療行動をとることが分かっている(図 3)¹⁾。大学病院などの大規模な病院では、非常に選択された病気、選択された患者さんだけしか診られない。地域には、さまざまな臓器の、あるいは器質的、機能的な病気を持った患者さんが非常に多い。

4. 総合医は有効的かつ効率的な医療を提供できる。

米国ジョンス・ホプキンス大学の研究者グループが、プライマリ・ケア医がコミュニティ全体で見た場合にどれくらい効果的・効率的な医療を提供できるのか、ずいぶん前から調査研究の結果を発表してきている。最近では、プライマリ・ケア医が 1 人増えると、住民の死亡率が 5.3% (人口 100,000 人中 49 名に相当)、有意に低下するというレビュー論文もある²⁾。

『総合医』の定義

私は、2006 年から 4 年間、日本医師会の生涯教育推進委員会委員長を務め、その間に、日本医師会の生涯教育カリキュラムを改定した。その際、プライマリ・ケア関連 3 学会や小児科学会、いくつかのその他の学会の先生方に加わっていただいて作業を進め、日本医師会生涯教育カリキュラム<2009>を上梓した。そこに記載されている「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師」が、私の考えている総合医の定義である。

図 3. わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動
 一調査期間：2003 年 10 月 1-31 日一 (Fukui, T et al. JMAJ
 2005 ; 48 : 163-167)

初診患者に対する総合医の役割

総合医にとってとりわけ重要な役割が、初診患者の診療である。幅広い問題、さまざまな訴えに対応しなくてはならないが、このことの中には、臨床的に対応できるという意味と、タイミングよく専門医への紹介ができるという意味、2つの意味が含まれている。幅広い臨床問題に対応する場合には、臓器を問わないこと、機能的、心理的な問題にも対応できなくてはならない。一般的に言って、従来の臓器別専門医は器質的な病気は喜んで診るのに、器質的な原因がわからない患者や機能的あるいは心理的な問題の患者を扱うのが不得意である。総合医には、機能的・心理的な問題にも適切な対応がされるようになるためのトレーニングが必須である。また、社会的な問題にも対応でき、予防医療にも対応できる、などの点で、特定の臓器や特定の病気を診る従来の専門医とは大きく異なる。

臓器・疾患別専門医と総合医の役割・価値観

一般的に、臓器別専門医は自分が診たい病気

をできるだけ多く、毎日診たいと思っている。患者さんは異なっても構わない。

一方、総合医は、同じ患者さんを長年にわたってフォローする中で、発生するさまざまな病気について、ある範囲内で適切に対応するという役割を担っている。

『総合医』をめぐる論点

以上のような役割・価値観を有する総合医について、さまざまな論点が挙げられている（表 1）。

従来の診療科分類で言うと、内科や小児科、精神科、外科、整形外科などのそれぞれの専門分野の疾患の一部を扱うということになる。

内科領域と内科以外の領域に分けた場合、同じ総合医であっても、どのような場所・地域で診療するのか、どのような患者群を対象にするのかによって、扱う内科領域の割合は全く異なってくるであろう。私が見聞きしているところでは、へき地の診療所では扱う臨床問題の 50～60% 程度、都市部の開業医では 70～80%、そして病院の外来で働く総合医あるいはアメリカで言うところのホスピタリストでは 90～95% が、内科領域と考えられる。

表 1. 「総合医」をめぐる論点

1. 従来の診療科分類では、内科、小児科、精神科、外科、整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科、婦人科などの**部分集合**ということになる。
2. 「内科領域」と「内科以外の領域（小児科、外科、耳鼻科、眼科など）」の割合は、どのような**場所・地域**で、どのような**患者群**を対象にするのかによって異なる。（個人的見解：「内科領域」は、へき地診療で 50～60%、都市部の開業医で 70～80%、中小病院の外来で 90～95%）
3. 家庭医、病院総合医、へき地医療に携わる医師は、働く場所が異なり、したがって扱う症候や疾患、医療上の問題などの頻度が異なるだけであり、**中核となる能力**は同じ。
4. 専門性の特徴は、従来の臓器・疾患別専門医の「比較的**少数の問題**についての**深さ**」に対し、総合医では「扱う**問題の多様さ**」にある。
5. 臨床上扱う問題の幅の広さと現場経験の必要性から、医学部での卒前教育と卒直後 **2 年間の研修プログラムでは達成不可能なレベルの臨床能力**である。
6. 正規の研修課程を修了した後の認定試験には、OSCEなどの**実技試験**の導入が望まれる。

図 4. 専門医制度（福井私案）

総合医は働く場所によって扱う問題点や扱う疾患がずいぶん異なるため、働く場所ごとに総合医を異なる専門医グループと捉えがちであるが、私は、そのように考えないほうがよいのではないかと考えている。たとえ働き場所が異なっても、共通の部分、中核となる能力を総合医の専門性と捉えるべきであろう。

一方、専門という言葉は幅の狭いテーマについて深く掘り下げていくことをいうのであって、深く掘り下げないで幅広い問題を扱うのは、専門とは言わないという考え方もあるようである。総合医の最大の特徴は扱う臨床問題の幅の広さにあり、そのような場合も、専門性という言葉で表しても問題はないと私は思う。

総合医の養成には卒直後の 2 年間の研修プログラムだけでは不十分であり、その後 3～4 年の専門研修が必要である。また、正規の研修課程

を修了した確認の試験には、何らかの形の実技試験（OSCE など）を組み込むべきであろう。

アクセス制限はなく患者さんは総合医を受診

総合医の専門医グループができたとしても、私は、英国のようなアクセス制限をして強制的にまず総合医を受診させることは、わが国では好ましくないと思う。総合医をまず受診することがより良いアウトカムにつながることを、たとえ長い期間がかかっても、国民が経験し納得する必要がある。結果として、まず総合医、そして必要時には適切な専門医を受診するというルートが自然に出来上がるのが望ましい。

総合医を組み込んだ専門医制度（私案、図 4）

現在のところ、臓器別専門医になるためには、医学部卒業後 2 年間の義務化研修を終えて、3 年以上の専門研修を受けて、認定試験に合格して資格が与えられる。そしてその後、生涯にわたる更新制に入っていく。今後、専門医としての総合医養成コースが作られれば、臓器別専門医の場合と同様に、認定試験を受けて認定された後、更新制が必要となろう。

一旦総合医が専門医になった後、他の臓器別

表 2. 引きずる「総合医」問題

-
- (1) 扱う疾患や患者の種類が病院ごとに異なる.
 ー総合医自身の臨床能力だけでなく.
 ー同じ病院で働く専門医の扱う領域により決まる.
 →まとまりのある一つの専門性があるとみなされない.
 - (2) 医療界でも、また患者からも低く評価される.
 - (3) 大学の 6 年間で多くの医学生に興味が総合診療から臓器・疾患別専門診療に移る.
 - (4) 大学医学部ではデルとなる医師が少ない.
 - (5) 25 年前の「家庭医懇談会」の影響が残っている.
 - (6) 「医療の質」ではなく「医療費」に関する議論が先行しやすい.
 - (7) 公衆衛生・医療行政の視点からの必要性和現場医師の視点からの必要性が乖離する傾向にある.
-

表 3. 大多数の臓器別専門医（医学界の主流）の視点と公衆衛生・医療行政の視点の違い

-
- 1. 臓器別専門医が総合医に関わるのは、総合医から相談を受ける時で、しかも自分の専門領域の問題についてのみ
 →総合医の扱う問題が専門医の立場からは“レベルが低い”ことばかりで、“幅の広さ”を知る機会がない
 - 2. 大病院の臓器別専門医は“地域医療に特有の問題”に触れる機会が比較的少ない
 →総合医の必要性を理解できない
 - 3. わが国には 2000 年まで、公衆衛生大学院が 1 校もなかったため、医師一般的傾向として“公衆衛生学的視点が弱い”
 →ほとんどの臓器別専門医は、1 人の医師が多数の問題を扱うことでの“医療の効率性”に興味がない
-

表 4. 「総合医」を普及させるために（福井私案）

-
- 1. 医学生や若い医師にはやりがいのある仕事内容であることを、そして一般の人々にはどのような能力を備え、どのような役割を果たす医師であるのかを知り、体験してもらう必要がある.
 - 2. そのためには、総合医を正式な専門医制度に組み込む.
 - 3. 国民には、総合医にかかることでよい医療を受けられることを体験してもらう期間（5～10 年）が必要であろう.
 - 4. 医療の提供体制の視点から、人口 1,500～2,000 人当たり 1 人の総合医とすると、6 万人（20%）程度が必要ではないか.
 - 5. 国の医療提供体制に関するグランドビジョンの中で、重要な役割を担う専門医集団としての位置づけが必要であろう.
-

専門医になろうとする場合には、何らかの研修プログラムと認定試験が必要となろう。また、総合医の専門医制度を導入する時には、すでに臨床経験があり、総合医的な診療をしている医師についての過渡的な措置も必要であろう。

引きずる『総合医』問題

過去 25 年間の家庭医～総合医論議に関わってきて、一時期は、多くの大学にも設置されたにも拘らず、総合医が正式の医療制度に組み込まれてこなかった理由は多岐にわたる（表 2）。

また、その背後には、研究を最重視する医学界の主流を占める価値観と総合診療、プライマリ・ケアの価値観との間に齟齬があるうえに、公衆衛生・医療行政的な視点からの総合診療・プライマリ・ケアの重要性がわが国では理解されにくいという構造的な問題もあるように思う（表 3）。

『総合医』を普及させるために

現在の大学のカリキュラムでは、医学生や若い医師に総合医の仕事のやりがいはなかなか伝

わらないであろう。したがって、総合医の診療現場を医学生に知ってもらえるような卒前カリキュラムが必要である。若い医師が総合医になりたいと思っても、現状では、なかなかキャリアアップができないため、そのためにも総合医は正式な専門医制度に組み込まれなくてはならない。そのうえで、一般の人々には、総合医にかかることでよりよい医療を受けられることを体験してもらう必要がある。

外国の例から言うと、人口2,000人当たり1人の総合医が必要と思われる。そうすると、わが国の人口1億2千万人に対し、6万人の医師、

つまり、全医師30万人の20%程度が総合医になるような将来設計が望ましいであろう(表4)。

以上、平成24年1月の専門医の在り方に関する検討会で私が発表した内容を紹介した。

著者のCOI(conflicts of interest)開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文 献

- 1) Fukui T, et al: The ecology of medical care in Japan. Japan Medical Association Journal 48: 163-167, 2005.
- 2) Macinko J, et al: Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the united states. International Journal of Health Services 37: 111-126, 2007.