

# 特集

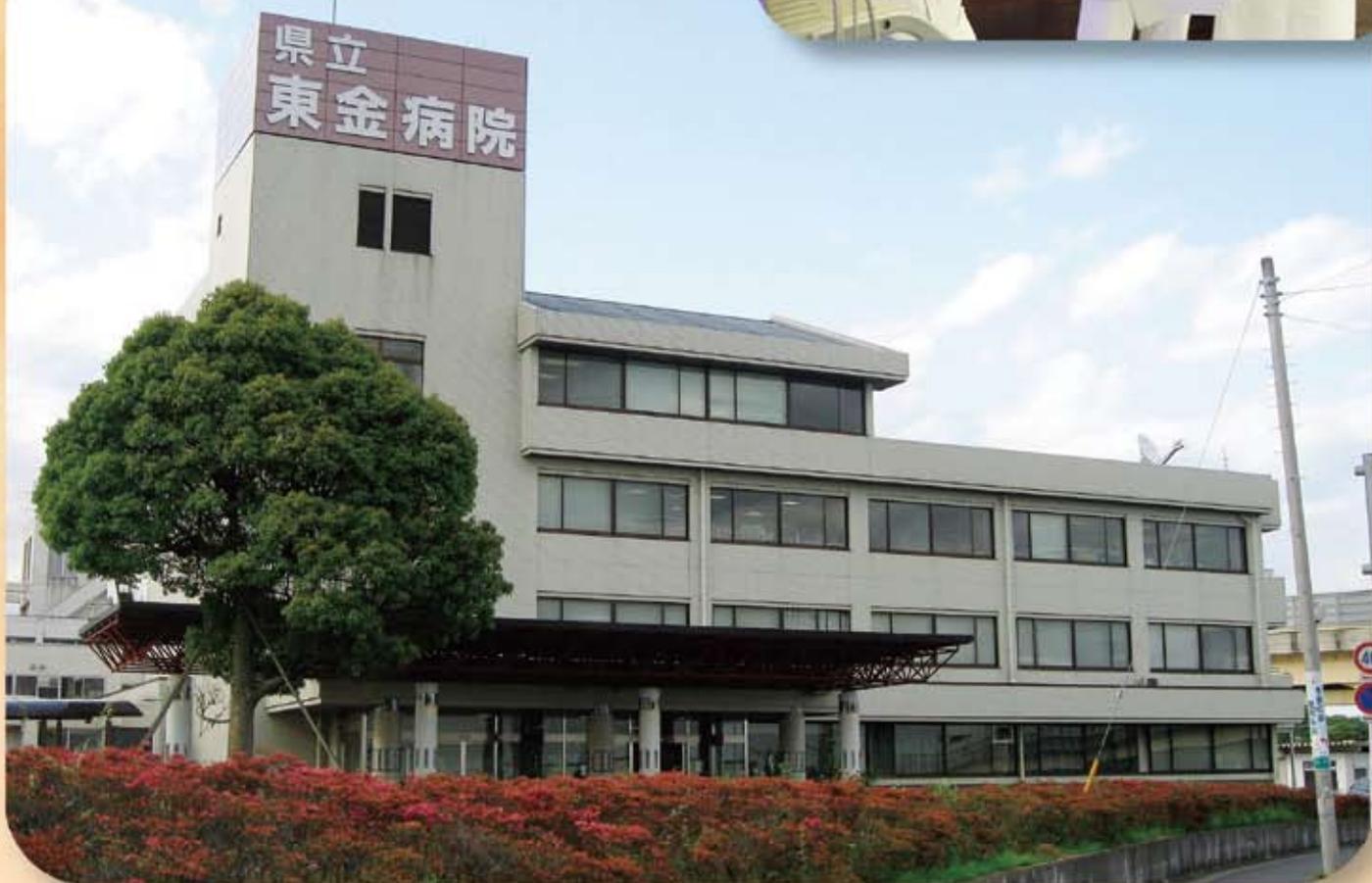
Special Feature

# “総合医”を探る

## 専門医としての育成・普及が課題



国民健康保険中央会は4月、「総合医の育成・普及を早急に行うことが求められる」と提言し、日本で求められる総合医像や役割・活動などを示した。2007年に厚生労働省も総合医構想を打ち出していたが、日本医師会などの強い反発により議論は鎮まった経緯がある。一方で、医療過疎地などでは総合医に対する期待が大きい。総合医をめぐる最近の動向や、地域で総合医を育成する実際の取り組みをお伝えする。



## 総合医の必要性は共有されるも 今後も議論は紆余曲折が予想される

### 厚労省の「総合医構想」は頓挫 議論が再燃する可能性も

総合医に関してはこれまで厚生労働省や日本医師会など医療界における主要プレーヤーの思惑が交錯してきた経緯がある。詳しくは後述するが、厚労省は2007年4月にいわゆる「総合医構想」を打ち出したものの、日本医師会などの反対により議論は事実上立ち消え状態で、頓挫した格好だ。しかし、厚労省の提案内容に反対しているとはいえ、日医も総合的な能力を有する医師の必要性は認めている。また8ページ以降で取り上げるように、医療資源の不足している地域においては総合医に対する期待が大きく、厚労省のへき地保健医療対策検討会が3月にとりまとめた報告書では「へき地医療を担う医師像として、総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる、いわゆる総合医を育成していく必要がある」と指摘された。加えて保険者の立場からもこの4月、国民健康保険中央会（国保中央会）が総合医の必要性などを提言した報告書をまとめた。民主党も「医療政策（詳細版）」で「質の高い臨床医を養成する臨床研修制度には、専門医制度の確立が不可欠であり、総合医も専門医と位置付ける必要がある」と言及している。こうしたことなどから、いずれ総合医をめぐる議論が再燃する可能性がある。

厚労省は07年4月に開かれた医療構造改革に係る都道府県会議で「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」と題する資料を配布。「臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療に対応できる医師の養成・確保を図ることが必要である」と明記した。

直後の翌5月には、医道審議会医道分科会診療科名標榜部会の初会合を開き、新たな診療科として「総合科」の創設を提案したのである。厚労省は当時、内科、小児科などの幅広い領域で総合的かつ高度な診断能力を有する診療科を「総合科」として医療法上の診療科名に位置づけ、麻酔科と同様に国の個別審査によって標榜医資格を付与し、総合医が地域医療の窓口となって初期診療を担うということを想定していた。

### 日本医師会などは反対の構え 独自の認定制度の実施は未定

こうした厚労省の構想に対して、日本医師会はずぐさま会見を開き断固反対の姿勢を表明。「最新の情報を持ち、状態に応じた患者の専門病院への振り分け、心のケアができる医師が必要との認識はある」とし、総合的な診療能力を有する医師の重要性という点では異論を唱えなかったものの、初期診療を

総合医に限定するという考え方に對しては、フリーアクセスが制限されることになるほか、地域格差が助長されるとして「認められない」との立場を強調した。さらに、国の審査による認定制度には「官僚の権限強化、医師管理の強化、人頭払い制（編集部注：住民はあらかじめ地域の診療所などの医師をかかりつけ医として決め、その診療所等には登録された住民の数に応じて診療報酬が支払われる仕組み。住民はまずかかりつけ医に受診する。かかりつけ医は登録医とも呼ばれる）など医療費抑制の布石とすることが狙いだ」と反発。

日医はその後、08年8月に「『地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師』認定制度（案）」を公表。同案は、日医の「生涯教育制度のバージョンアップ」との位置付けで、関連学会などの協力を得て日医が主導的に認定を行うというもの。厚労省の総合医構想を封じ込め、フリーアクセスの制限や人頭割りを排除するために、自ら枠組みを決めようという狙いだ。都道府県医師会に意見を求めた結果、賛否が分かれ、10年4月からの認定制度開始を目指してい

国保中央会が提言する総合医の4つの役割と活動

| 役 割                           | 役割に対して求められる活動   |
|-------------------------------|---|
| ①地域住民によくみられる症状に幅広く対応する        | <ul style="list-style-type: none"> <li>○専門分野にこだわらず幅広い症状に対応する</li> <li>○体の不調を感じた住民・患者の症状を取り除く</li> <li>○症状の原因や、症状が治るか治らないか、どのくらいで治るのかを見分け、十分に説明する</li> </ul> |
| ②初期診療に対応し、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する | <ul style="list-style-type: none"> <li>○他の医療機関、保健・福祉サービス機関などとネットワークを構築する</li> <li>○自分がどこまで対応するかをよく見極め、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する</li> </ul>                        |
| ③住民・患者と継続的な関係を保つ              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○住民・患者からの相談に気軽に応じ、話をよく聞く</li> <li>○住民・患者の生活に関心を持ち、日頃から健康をサポートする</li> <li>○専門医の治療を終えた住民・患者の医療を地域で引き継ぐ</li> </ul>      |
| ④住民・患者の疾病予防や健康づくりを行う          | <ul style="list-style-type: none"> <li>○地域を専門とする姿勢を持ち、地域の主治医として活動する</li> <li>○地域の状況をよく把握する</li> <li>○住民の健康に気配りし、疾病予防や健康作りの活動を行う</li> </ul>                  |

たものの現状では開始されていない。日医によると、執行部が新しくなったこともあり、同案の扱いは白紙状態で仕切り直しとなった。同案を採用して認定制度を開始するか否か、見直しを行うか否か、認定制度自体の是非などを含めてあらためて検討するという。

全国保険医団体連合会（保団連）も、「人头払いの登録医で、患者のフリーアクセスを制限するなど医療費抑制の手段として行われることには反対する」と批判していた。

### 厚労省の関連部会は休眠状態 9月までに行われる論点整理が鍵

それに対し、厚労省の動きは沈静化している。医道審議会医道分科会診療科名標榜部会は08年2月13日に関係者からのヒアリングを実施した第5回会合が開かれただけで、以降は開催されていない。では今後はどうか。

厚労省の動きを推測する上で参考となる資料がある。4月に公表した厚労省各局の組織目標がそれだ。隠し球があれば別だが、喫緊の重要テーマはおおよそ盛り込まれていると見られるためだ。医政局の組織目標の一つとして、「医師確保対策の推進等」という項目があり、「医師確保対策の推進や医療提供体制の機能強化を図るため、次期制度改正に向けて、関係者からの意見聴取や議論を行い、9月までに論点の整理を行う」との説明がある。「医療提供体制の強化」という大きな課題に対して、総合医は論点となり得るテーマであるだけに、「関係者からの意見聴取や議論」の結果いかんによっては、そこに盛り込まれる余地はある。その可能性は未知数だが、どのような論点整理となるか注目されよう。

### 総合医の必要性などを提言 国民健康保険中央会

こうした中、役割や活動、育成・認定制度など総合医に関するトータルな内容を含んだ提言を行った

のは国保中央会だ。発表したのは「総合医体制整備に関する研究会報告書」という文書。総合医が果たすべき役割や活動内容、総合医を育成する教育・研修システム、認定の仕組みなどに関する提言を盛り込んだ。

国保中央会は、医療提供体制の中で総合医の位置付けを明確にするために法改正が必要と考える。▽医師の標榜科目名に「総合医」を追加する▽ファーストコンタクトの医師を原則として診療所の総合医とする▽ファーストコンタクトの医師以外の医療機関を受診するためにはファーストコンタクトの医師の紹介状を必要とする▽紹介によらずいきなり専門医や病院にかかる場合には別途負担がかかる一などの医療提供体制のイメージを掲げ、必要となる法改正のための検討が必要だと指摘した。

常務理事の田中一哉氏は、報告書の根幹にあるのは、「老いることに不安のない社会の実現と、そのための皆保険制度の堅持という方向性だ」という。さらに今回の報告書の意図について「病院と診療所の機能分化が現状では依然あいまいなため、いきなり大病院を受診したり、はしご受診や重複検査などによる医療費の無駄遣いがある。住民に身近な診療所がまず対応することによって、無駄の抑制につながり、先述の方向性の実現に有効と考えた」と述べる。

### 診療報酬体系の病診分離を主張 英国のGP制度との相違を強調

診療報酬の在り方については、報告書で「診療所と病院の2つに分けて、特に診療所の報酬体系の中で総合医の役割や機能が適切に評価されるような報酬設定を構築することが考えられる」と主張。国保中央会はかつて、国が後期高齢者医療制度の制度設計を行っている段階の06年12月、後期高齢者に関連する診療報酬体系に関して、「後期高齢者は原則として診療所の



社団法人国民健康保険中央会  
常務理事 田中一哉氏

中からかかりつけ医を選ぶ（最初にかかりつけ医を受診することを原則とする）」とした上で、①登録された後期高齢者の人数に応じた定額払い報酬の導入②かかりつけ医に対する報酬は、出来高払いと上記定額払いを併用—との提言を行った経緯がある。今回の報告書ではここまで踏み込まなかったが、持続可能な皆保険制度と医療提供体制の両立を図るためにも、診療報酬体系の病診分離や総合医は必要と訴えている。

また田中氏は今回提言した総合医制度は英国のGP（ジェネラルプラクティショナー）とは違う点を強調する。「報告書を見た方は、最初にかかりつけ医を必ず受診しなければならない英国のGP制度を想起するかも知れないが、提言はそうではない。フランス型に近く、かかりつけ医以外にも受診する選択肢を残し、その代わり別途料金を医療機関が徴収できるような弾力性をもたせた内容となっている」。

日本の医療システムにおける総合医の位置付けや制度化をめぐる議論は今後も紆余曲折が予想される。総合医に何をどの程度期待するのか。それにはどのような仕組みが必要なのか。より良い医療提供体制の在り方を模索していく中で、必要であれば避けずに議論に取り組む姿勢が今後求められよう。

病院の現場に立つ総合医

総合医とは“振り分け外来”でも、  
軽症患者の診療の場でもない

自治医科大学附属さいたま医療センター  
内科系診療部総合診療科科长 菅原 斉氏

総合医は省察的実践家  
試行錯誤で病名を特定

自治医科大学附属さいたま医療センターで内科系診療部総合診療科科长を務める菅原斉氏は、天理よろづ相談所病院の郡義明氏が言う「総合医は省察的実践家」との考えに賛同する。

菅原氏が率いる総合診療科には年間約300人の患者が送られてくる。割合で言えば「およそ70%が救急部、20%が外来救急、10%が他病棟から」だ。救急部、専門診療科との密接な連携を保ちながら、内科系救急疾患や担当診療科を確定できない患者の受け入れを積極的に行っている。主な病名は、脳卒中（30%）、感染症（20%）、臓器不全（20%）で、患者のほとんどが2つ以上の臓器疾患に罹患している。いずれも専門的に細分化された臓器別医療では対応しきれない治療となる。そこで総合医の出番となるのだ。

また原因が特定できない患者の

ために「患者にインタビューと身体診察をし、問題点をまとめた後に検査をする。その結果をカンファレンスで検討し、方向性を見いだす。そしてまた検査をする」。試行錯誤を繰り返しながらにじりより、最終的には患者の90%の原因を特定し、治療や該当診療科に回すなどの処置を行う。菅原氏は「郡先生は、総合医は原因特定までの宙ぶらりんな状態に耐える気質が必要と言われているが、本当にその通り」と語る。そして原因の特定のため、思索と検査を繰り返す総合医は、まさに省察的実践家なのだ。

総合医には調整能力が必要  
全人的な医療も要求される

専門医に求められるのは、手技などの技術や知識だが、総合医には患者・医師・看護師・コメディカルなどとのコミュニケーション能力、調整能力が必要となる。そのこと自体が総合医とは何かを教えてくれるが、患者の持つ社会的背景までにも踏み込み、時として



内科系診療部総合診療科科长 菅原斉氏

緩和ケアと同様な対応も行い、看取りもする。総合医には全人的な医療が要求されることもあるのだ。

2000年以降、複数の大学病院が、“振り分け外来”を行っていた総合診療科を廃止するという事態に追い込まれた。来院してくる外来患者を振り分けようにも、従前述べたとおり臓器別医療では対応できない患者が存在するため、振り分けきれない。だがベッドを持たない外来仕様の総合診療科では収容しきれず、結局、行き場のない患者が数多く出てしまったのである。まさに患者にとってのセーフティネットが失われた状態といえよう。

つまり総合医とは、病院において予備診療を行い、患者が行くべき診療科を提示する“振り分け外来”、また軽症患者の外来診療の場ではないということだ。

もちろん医療界全体で総合医の定義がなされていない現在、診療所や病院、大学病院などでその捉え方は違ってくるであろう。総合医自身の理念も、それぞれあるに違いない。ただ現行の臓器別診療では対応しきれない患者がいることは確かだ、総合医は今後必須の存在となりそうだ。最後に菅原氏が、今後やるべきこととして挙げた「専門医としての総合医の育成」「総合医の診療に対する診療報酬の加算」の2点は、正鵠を得た主張だ。



取材当日は臨床推論のカンファレンスが行われていた

## 地域が連携し総合医・家庭医を育成 関連学会認定の後期研修プログラム

### 千葉県・県立東金病院

#### 新研修制度で医師不足が深刻化 自前で医師育てる取り組みが重要

国による総合医のシステム整備に先立ち、地域ではすでに総合医を育成する取り組みが始まっている。千葉県(病院局)は2007年4月、総合医・家庭医を育成するための教育研修システムを立ち上げた。「千葉県立病院群 総合医・家庭医養成プログラム『わかしお』」がそれだ。「家庭医療専門医」という名称で総合医・家庭医の認定を行っている日本家庭医療学会(※日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会と合併し、10年4月に日本プライマリ・ケア連合学会に改称)の後期研修プログラムに認定されており、「わかしお」を修了すれば同学会の専門医認定審査を受けることができる(同学会は07年度から後期研修プログラムの認定制度を開始しており、10年3月16日時点で94プログラムが認定。09年7月の第1回家庭医療専門医認定審査で14人の家庭医療専門医が誕生した)。

千葉県が同プログラムを開始し

た背景には、04年にスタートした医師臨床研修制度に端を発する深刻な医師不足がある。

同県の九十九里沿岸部に位置する2市4町からなる山武医療圏は、人口約20万人に対し、人口10万人当たりの医師数は全国平均と比べ半分以下、また千葉県内では最低の水準となっている。従来、千葉大学からの医師派遣を頼りにしていたが、新臨床研修制度が始まったことで、大学が医師を引き揚げようになり、山武医療圏に所在する公立3病院の内科医師は03年の28人から06年には8人へと減少。救急医療や内科診療などを中心に地域医療が危機的状況となった。

地域医療を担う地方の公的病院の勤務医減少と大学医局のみに依存した医師確保の困難という状況を受け、「病院が自前で医師を育てる取り組みが重要」と判断。

同プログラムの中核施設である東金病院(一般60床)で内科副部長を務める古垣斉拡氏は「地域中核病院では細分化された診療分野別の内科系専門医よりも、内科疾患、小児科や皮膚科などの他科疾



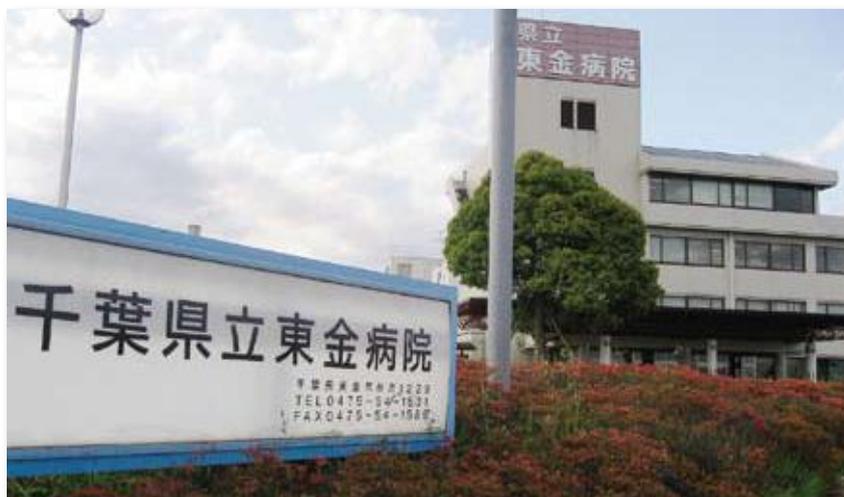
千葉県立東金病院内科副部長 古垣斉拡氏

患も含めて全人的に診療でき、より多くの患者を診療できる総合医・家庭医のニーズが高い」と述べ、「今後、医師不足の中では初期の医療問題は総合医・家庭医が解決し、必要に応じて各専門医と連携して解決することが重要になるだろう」と指摘する。このような問題意識から、千葉県では総合医・家庭医を育成するプログラムを開始した。

#### 病院群レジデント制度など 既存の仕組みを活用

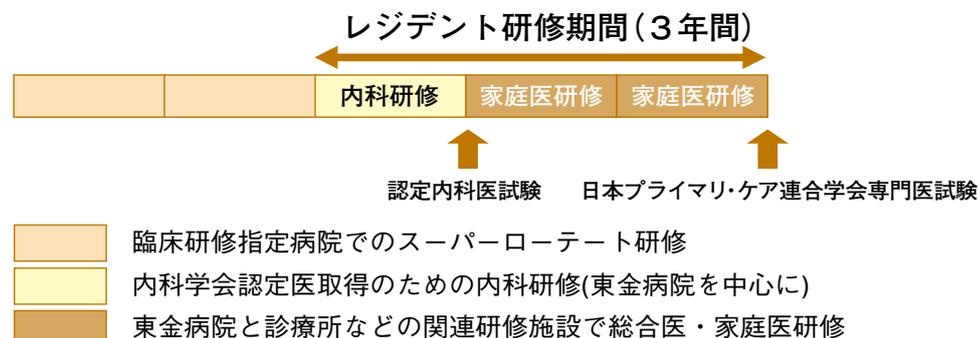
とはいえ総合医・家庭医を育成する取り組みをいきなり始められるようになったわけではない。これまでの積み重ねの上に成り立つものだ。

千葉県ではまず01年に県内8病院が連携し、病院群で研修医を受け入れるプロジェクトをスタート。04年から08年までに54人の初期研修医を受け入れてきた。次いで06年には後期研修医を受け入れる「千葉県立病院群レジデント制度」を導入。このレジデント制度では専門医取得までの期間は病院局職員としての身分を保障した。さらに東金病院では日本内科学会の認定医・専門医、日本内分泌学会の専門医資格などを取得できるようにし、医師にとって魅力のある環境作りに取り組んできた。このような取り組みにより、東金病院の内科医は06年上期の2人から10年前



総合医・家庭医の育成に取り組む千葉県立東金病院

## 千葉県立病院群総合医・家庭医養成プログラム『わかしお』の概要



(出所：千葉県立東金病院)

期には11人へと回復するなど一定の効果を上げている。

また千葉県は、通商産業省（現：経済産業省）が医療サービスの向上を目的に行った2000年度「電子カルテを中心とした地域医療情報化」事業として、「地域医療連携システム『わかしお医療ネットワーク』」を構築している。これは、病院・診療所・調剤薬局・訪問看護ステーション・老健施設・保健所などを含めた地域全体を電子カルテネットワークでつなぎ情報共有を図るという取り組みだ。

こうした以前からの研修体制や医療連携の基盤を活用し、地域で医師（総合医など）を育てる仕組みが、「千葉県立病院群 総合医・家庭医養成プログラム『わかしお』」なのである。

### 地域の診療所で週1回 外来と在宅医療の研修も

同プログラムは2年間の初期研修を終えたレジデントが対象で、後期研修3年間のうち、最初の2年間で日本内科学会内科認定医を取得し、研修終了後に日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医の認定取得（日本家庭医療学会認定・後期研修プログラムをほぼ踏襲し、認定制度に大きな変更はない予定）を目指すものだ。個々の希望に応じて研修期間中に内科・小児科のサブスペシャリティ（各

専門医）を取得できるプログラムを組むなど柔軟な運営に気を配る。

後期研修1年目には、東金病院を中心に一般内科・プライマリケア研修を実施。これと並行する形で1、2年目を終えるまで地域の診療所で週1回の外来と在宅医療の研修を行い、入院医療から診療所外来、在宅医療までの診療能力を養う。患者急変時には東金病院で受け入れ、主治医として診療に当たる。2～3年目にかけて、合計6カ月の診療所研修と、3カ月の小児科研修を受ける。加えて3年目には、離島医療、総合診療、小児医療を担う診療所の中から1カ所を選択して3カ月間の研修を行う。

さらに、地域住民が設立したNPO法人地域医療を育てる会の協力を得て、地域住民とレジデントが定期的に話し合う場を設け、総合医にとって重要な患者などとのコミュニケーション能力の向上も図っている。

### 患者と併走できる総合医は重要 医療と福祉の橋渡しも役割

現在、東金病院の総合医・家庭医育成プログラムを受けているのは、3人のレジデントだ。他方、今年3月に3年間の研修を修了した1人の女性医師は、本年度の日本プライマリ・ケア連合学会の専門医認定審査を受ける予定だとい

う。取材で訪れた日、普段は症例検討会なども開く院長室の応接スペースを利用して、総合医・家庭医の指導医でもある古垣氏を中心に、認定審査に向けてポートフォリオ（研修成果の報告書）についての講習を行っていた。この女性医師は、学会が認定する専門医資格の取得理由について「地域医療に関心がある。そういう方向に進む上で、自分が勉強してきたことの証拠になるし、医師としてのアイデンティティを証明しやすい」と話す。

古垣氏は「専門医は一人の役割が狭いため、高齢者が増加する中では複数科を診れないと医師不足に拍車がかかる。患者の特定の局面で関与することの多い専門医だけではなく、患者と併走し、継続的な診療と看取りまで担える総合医はこれから重要だ」とあらためて総合医の意義を説く。総合医・家庭医を普及・定着させていくには、「今後関連学会や医療界が、総合医・家庭医としてのキャリアパスを示していくことが課題だ」と指摘する。

また古垣氏は家庭医・総合医の役割として「医療と福祉の橋渡し」を挙げる。地域包括ケアに精通する必要があると述べ、「総合医・家庭医が介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格を持てば活躍の場はさらに広がる」と展望を語った。