

最終講義

総合診療：期待と実践

東京女子医科大学総合診療科

ノムラ カオル
野村 馨

(受理 平成25年8月9日)

Final Lecture
General Medicine: Prospects and Practice

Kaoru NOMURA

Department of General Medicine, Tokyo Women's Medical University

The nature of many diseases is changing as the Japanese population continues to age. In addition, the shortage of physicians is becoming a very serious issue in some regions of Japan. The medical system, which serves as the source of physicians, has become increasingly specialized and subdivided and is unable to respond adequately to the current needs of the aging society. Therefore, there has been an increasing interest in the roles of primary care physicians and family doctors, who were previously responsible for community medicine. The Japanese government has established policies regarding training of general practitioners as medical specialists in basic regions. In pre- and post-graduate training, outpatient care in general medicine provides trainee physicians with optimal opportunities to learn basic medical examinations and treatments. Future efforts should focus on the development and promotion of such educational and training methods. This paper describes the history of general medicine in Japan and overseas, the history of general medicine at Tokyo Women's Medical University Hospital, and medical examination, treatment, and education in the general medicine outpatient clinic of this hospital. This paper also discusses the roles of general practitioners in community medicine and the roles of medical education.

Key Words: primary care, general medicine, medical education, community medicine

緒 言

東京女子医科大学病院総合診療科は設立から10年目を迎えた。いまだに、「総合診療科とは何か?」という声も聞くが、総合診療医の登場するTV番組などマスメディアで取り上げられ、認知度が高まった。さらに昨年、総合診療医を専門医として養成しようとの方針が厚生労働省から出された(後述)。今後の活躍、発展が期待される新しい分野である。そこで、私の最終講義のタイトルは「明日へ広がる総合診療」として、総合診療科の現状と今後の展望などを紹介する。

1. 総合診療の歴史

医療は高度化、細分化により専門性を高め発展し

てきた。過度な領域専門医志向は地域に根差した家庭医(ジェネラリスト)を先細りさせ、医療体制がひずむ恐れが出てきた。専門医制度を早くから推進してきた米国ではこの問題が顕在化し、対策として1962年に家庭医療科が創設された。

日本では、1990年に天理よろず相談所病院、1992年に佐賀医科大学(現在、佐賀大学医学部)に総合診療科が創設された。学会では、日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会が2011年に統合され、日本プライマリ・ケア連合学会ができた。その学会認定専門医制度もスタートした。

本学では、2003年に総合外来センター開業とともに、総合診療科の前身である一次診療外来が開設さ

Table 1 Diagnosis of febrile patients referred to our clinic in 2011.

	Number of patients	Rate (%)
Acute upper respiratory tract inflammation	18	26.5
Urinary tract infection	7	10.3
Acute enteritis	6	8.8
CMV infection, Pneumonia, Sinusitis, Tonsillitis, Drug fever, Infection in the oral cavity	2×6	2.9×6
Erythema infectiosum, Infectious mononucleosis, Hemolytic streptococcal infection, Intravascular lymphoma, Rheumatoid arthritis, Pseudogout, Colon diverticulitis, Renal cell carcinoma, Hashimoto disease, Painless thyroiditis, Infectious atheroma, Heat accumulation, Intoxication dermatosis, Chronic fatigue syndrome	1×14	1.5×14
Unknown origin	11	16.2
Total	68	100

Table 2 List of diseases requiring urgent hospitalization in 2010

Cardiovascular disease	Acute myocardial infarction (2), Dissecting aneurysm, Atrial fibrillation/heart failure, Dilated cardiomyopathy, Infectious endocarditis
Respiratory disease	Pneumonia (3), Bronchial asthma, Pyothorax
Digestive disease	Acute appendicitis (4), Ileus (3), Acute hepatitis (2), Acute pancreatitis (3), Liver abscess (2), Autoimmune hepatitis, Alcoholic liver cirrhosis
Liver disease	
Endocrine metabolic disease	Diabetic ketoacidosis, Malnutrition/Anemia
Urinary tract disease	Urinary retention, Renal hematoma
Infectious disease	Aphthous stomatitis (CMV), Peritonsillar abscess, Erysipelas (2), Pyoderma, Mediastinitis, Sepsis, Iliopsoas abscess
Others	Anemia, Drug eruption, Vestibular neuritis, Disturbance of consciousness, Stevens Johnson syndrome

Numbers in parentheses represent the number of patients.

れた。当初の目的は、①どの診療科が担当すべきか不明な患者（たとえば発熱患者など）、②日常疾患（たとえば急性下痢症、感冒など）、③健診などを担うことであり、病院での患者のたらいまわしを防ぐなど病院機能の補完的部門として設立された。大学病院の使命としてプライマリ・ケアに関する教育、研究にも関与することも求められた。一次診療外来はその後、総合診療科と改称され、現在に至っている。

2. 総合診療科の診療内容

1) 日常疾患

総合診療科の初診患者で一番頻度の高い症状は発熱である。院内の他科や学外施設からの紹介患者で発熱を主訴に紹介された患者をまとめたデータを紹介する。2011年受診者のうちの68名の患者について病名と患者数(割合)を示した(Table 1)。風邪などの急性上気道炎、膀胱炎などの尿路感染症、急性下痢などの胃腸炎などの日常疾患が多数を占めた。血管内悪性リンパ腫などのように非常にまれで診断も困難なものや、それほどまれではないが見落としやすい伝染性紅斑や無痛性甲状腺炎、また、確定診

断・治療が困難な慢性疲労症候群など多種多様な疾患が含まれている。55例(81%)は、当科外来で診療を完結している。うち11例で診断未確定であるが、経過観察で自然軽快を確認した。診断がつかない場合も患者との良好な信頼関係のもと、経過を見極めることは総合診療医ならではの特徴である。残りの9例(13%)が他科外来への紹介、4例(6%)が他科への入院である。

2) 重症疾患

2010年に総合診療科を受診し、当日に救急入院になった疾患を紹介する(Table 2)。カッコ内はその疾患の患者数で、虫垂炎、腸閉塞、急性肺炎、心筋梗塞、肺炎、丹毒など多種多様な病気がある。これら重症疾患を迅速に専門病棟に入院させるのも総合診療科の責務である。

3) 希少疾患

非常にまれな疾患患者も受診する。米国の国立衛生研究所(National Institute of Health: NIH)、希少疾患研究対策室(Office of Rare Diseases Research: ORDR)では、10万人に1人以下の発生頻度の希少

疾患リストがある。私がこの2~3年で経験したなかでも、そこに挙げられている希少疾患があった。周期性嘔吐症、急性間歇性ポルフィリア、自己免疫性プロゲステロン皮膚炎、クロンカイト・カナダ症候群などである。これらの診断は注意深い病歴聴取とPubMedやUpToDateのような医療情報データベースを活用することでなされる。総合診療医にとって、これらの二次情報などを活用する能力は大切である。

3. 総合診療科での教育

このように多種多様な疾患(症状)、軽症から重症までの患者が受診する総合診療科は医学生、初期研修医にとり、すぐれた研修現場になりうる。そこで、2007年から初期研修医、2009年から医学生(希望者)を対象に研修を始めた。従来の臨床研修は、入院患者を対象にしたベッドサイド研修であり、患者も研修医、学生も病名を承知している。臨床推論に関しては、いわば「出来レース」研修である。総合診療科の研修は患者も、指導医も学生あるいは研修医も病名を知らずに向き合ういわばぶつけ本番の「ガチンコ研修」である。そこでは「頻度の高い日常疾患」と「まれだが見逃してはいけない疾患」を鑑別する臨床推論能力、初対面の患者とのコミュニケーション能力、限られた時間内で診療の優先順位を決める能力などが求められる。

日常的な疾患での研修例をあげてみる。「発熱、咽頭痛」を訴え、診察すると「扁桃腺が腫れ、頸部リンパ腺腫脹」である。学生、研修医に鑑別すべき疾患、見落としてはいけない疾患を問う。溶連菌感染は心臓や腎臓に合併症を起こすので、診断と治療(抗菌薬の選択)を適切にする必要がある。診断に際し、4つの症状を取り上げるセンター基準¹⁾をあげられたら合格である。そのほか、伝染性単核症やサイトメガロウイルス感染などがあげられる。急性喉頭蓋炎は緊急処置が必要であり、見逃してはいけない疾患である。このように、頻度の高い症状をどう診るかを学ぶことが厚生労働省の指導下にある初期研修制度の到達目標である。

ガチンコ外来研修は、日本の大学ではありません行わっていない。東京女子医大でも、総合診療科での試みが初めてである。そこでは、学生は医療面接の困難さに初めて直面して、非常な困難を感じ戸惑う。しかし、次第に実践から学ぶ楽しさ、意欲の向上などを感じたと感想文で述べている²⁾。指導側としては、長い実績と経験のある病棟実習とは環境が全く

異なるので、指導法や評価法について新たに用意しなければならないと感じた。そこで、医学教育学講座の吉岡俊正教授、大久保由美子講師に助言を求め、新たな外来実習の教育スキルを導入した。学生の研修指導にはSNAPPS³⁾、形成評価(学習の進み具合をその都度評価)する方法としてmini-CEX⁴⁾やScript concordance test⁵⁾などを活用した。

4年生と6年生の時には模擬患者を相手に実技試験を行うOSCEがあり、その時点での臨床診断能力が評価される。その間に受けた総合診療科での研修の有無がOSCE試験成績に影響するかを調べた。総合診療科で1週間研修を受けたグループ、および3週間研修を受けたグループは、受けなかったグループよりOSCE試験の偏差値が上昇していることが示された⁶⁾。

Script concordance test⁵⁾による研修効果の検討も行った。このテストは設問に対して専門医とどれだけ似た回答をするかを見るもので、専門医と似た回答が高得点となる。総合診療科で研修を受けると、専門医と似たような回答をする傾向が示された⁶⁾。1週間、3週間の研修を受けたグループと受けなかったグループの得点の比較では、3週間の研修を受けたグループが良い得点を挙げた⁶⁾。

このように、総合診療科における外来研修はOSCEやScript concordance testで教育効果ありと示唆された。また、mini-CEXにおいても経験の積み重ねで、診療に関する各種能力の上昇が認められた。現在、医学教育ではより臨床実習が重視されており、外来研修はさらに重要性を増すものと考える。今後、教育方法など改善を加え、推進すべきと考えている。

4. 総合診療科のあるべき姿

1) 地域医療

総合診療科(医)については、その学会である日本プライマリ・ケア連合学会が家庭医と病院総合医をまとめて、総合診療医として呼称するとした。従来の領域別専門医が「疾患、病態を診る」のに対し、総合診療医は「地域を診る」とした。病院や医院の中での診療だけではなく、地域により異なるリソースを見極めて地域全体の健康福祉に関わることを積極的に行う。少子高齢化が進行しているが、団塊の世代といわれる人たちが後期高齢者(75歳)となる2025年には2,000万人の後期高齢者が存在する。現在の医療体制では支えきれない。この差し迫った医療問題に対して厚生労働省は地域包括ケアの概念で体制づくりを始めている。これは、市町村単位の行

政が医療機関、介護福祉機関、住民などと連携して在宅医療推進などを進めて、対応を図るものである。厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」が総合診療科（医）を基本領域の専門科（医）とすることを答申した（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html>）背景には、今後の地域医療を担う医師、すなわち総合診療医、を育成するという喫緊の課題がある。

2) 総合診療医と5大疾病

厚生労働省は地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患を「五大疾病」として取り上げている。この5大疾病を予防、治療することが住民の健康を向上させることになる。さらに、一人の患者が複数の疾患を抱えているのが高齢化社会の特色である。例えば、うつ病患者は糖尿病や虚血性心疾患を患う可能性が高い。これらの複数の疾患有する患者を総合診療医が担当することは合理的である。脳血管障害や骨粗鬆症による骨折から、いわゆる寝たきり老人が生まれる。総合診療医は地域ぐるみで疾患予防を行い、さらに寝たきりの患者に対しては在宅医療などにも関与する。

3) 大学病院の役割：大月市立中央病院を参考に

大学病院は、医療体制の中では高度先進医療の担い手である。総合診療科あるいはプライマリ・ケアは地域医療の中で行われるものであり、大学病院の役割ではない。その一方で、医科大学は将来の医師を育てる責務を担っていて、その中には総合診療医も含まれる。この診療と教育を両立させるには、大学病院が学外（地域）に総合診療の研修教育施設を所有することである。現在私が勤務している山梨県大月市の大月市立中央病院を参考にしてみる。

大月市は古くは甲州街道の宿場町として絹織物の集積地として栄えたところである。現在は、新宿駅から中央本線特急で1時間の時間距離にあり、富士急行のターミナル駅でもあり富士山周辺の観光拠点である。山に囲まれ、山間に集落（僻地）が散在している。市民は27,000人ほどであり、高齢化が進んでいる。市内で唯一の病院が自治体病院である大月市立中央病院である。同院には市民健診センターがあり、国指定へき地医療支援センターなどがあり、まさに地域医療を包括的に担っている。また、本学の関連病院であり多くの専門医が常勤、非常勤として働いている。日本プライマリ・ケア連合学会は総

合診療医が担う医療のキーワードは「家庭」「地域」「ヘルスプロモーション」と「疾病予防」であり、これらを総合診療医と領域専門医が地域の医療資源を利用し、行政とも連携して担う大切さを重視している。大月市立中央病院では、このように総合診療、地域医療などを学ぶ研修教育施設としての環境・施設を備えている。小規模であるが包括的に住民の健康福祉サービスを担っているので、一施設で俯瞰的に全体を見渡しながら具体的症例を経験して技能・知識・態度などを学ぶことが可能である。東京などの大都会でも総合診療医の役割は基本的には変わりない。しかし医療機関の役割分担が進んでいる都会では、研修するには複数の異なる役割の医療機関をローティッシュし、研修目標を順次達成していくのが良いだろう。大学病院総合診療科はこれらの研修病院の司令部として機能するのが良いと私は考えている。

前述のように今後、高齢化に対応した医療を構築するにあたり、総合診療医が大きな役割を担うことが期待されている。医科大学もそれに応じた人づくりを考えなければならない時期であろう。

結 語

これから総合診療医は専門職として研鑽を重ね、地域を診る医師として国民の健康を支える重要な役割を担うこととなる。卒前、卒後の教育も総合診療医の育成を含め、新たな対応が必要である。これから、総合診療医を目指す医師が増えることを期待している。

文 献

- 1) Fine AM, Nizet V, Mandl KD: Large scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med* **172**: 847–852, 2012
- 2) 広原 台, 宮地真由美, 斎藤 登ほか：初診外来におけるクリニックランクアップの実践報告. *医学教育* **39** : 329–332, 2008
- 3) Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK: SNAPPS: A learner-centered model for outpatient education. *Acad Med* **78**: 893–898, 2003
- 4) Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD et al: The mini-CEX: A method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* **138**: 476–481, 2003
- 5) Charlin B, Roy L, Brailovsky C et al: The Script Concordance test: a tool to assess the reactive clinician. *Teach Learn Med* **12**: 189–195, 2000
- 6) Ohkubo Y, Nomura K, Saito H et al: Clinical clerkship with multiple reflective practices in an outpatient care setting to improve medical students' clinical reasoning abilities. *Clin Teach* (in press)