

# 週刊 日本医事新報

Japan Medical Journal

No.4635

2013年  
(平成25年)

2月23日

臨床医学の展望 2013

循環器病学      乳腺外科学      放射線腫瘍学

質疑応答

痛風が一部にのみ発生する理由

肺CT像のスピキュラ (spicula) 発生機序

*H. pylori* による胃癌発生機序・除菌による予防効果・再感染

NEWS

ダニ媒介性感染症 SFTS が四類感染症に指定へ



尼崎発

長尾和宏の

# 町医者で行こう!!

## 第24回 町医者から見た総合医議論

### 総合医とはキャリアではなくマインド

中央では総合医議論が活発化しているようだ。「総合診療医」という名称が正式に決まり、それが近い将来、専門医制度になると聞いたが、正直、遠い世界の話に聞こえる。いや、間違いなく自分には関係がない話だ。私はいくつかの専門医の資格を保持しているが、維持するのにすら苦勞している。

医学生だった30年前、日野原重明先生に大学に直々に来ていただき、「プライマリケア(PC)」の手ほどきを受けた。私自身は学生時代から、PC医志向だった。研修医の2年間、小さな救急病院の外科と麻酔科でドブプリと研修できたことは大きな幸運だった。それを財産に現在、外来診療と在宅医療に従事している。PCの修行の場だと思いつながりながら診療し、本誌を意義深い教材として愛読している。

さて、日野原先生の「初診医によって患者の運命が左右されてはいけない」という言葉が今も忘れられない。30年後の現在、はたしてそれは実現したのであろうか？ 否、であろう。実際は、かなり左右されている。医学の縦割り細分化の勢いのほうが大きかったからだ。研修医の多くが専門医志向で、まだアイデンティティが十分確立していないPCや総合診療を志向する若い医師は、昔も今も少数派のようだ。

昨年夏、「Generalist Japan 2012」(東京)

という催しに参加した。「『総合医 (General Practitioner = GP)』と名乗るのに資格があるのかいないのか?』という議論があった。「一定の研修を受けて、試験に合格したものだけに与える称号だ」という意見と、「『自分は総合医である』と宣言した瞬間から総合医を名乗っていい」という意見が交わされた。もちろん私の考えは後者である。すなわち、総合医とはキャリアではなくマインドの問題であると思っている。

### 専門性と総合性は両立する

とはいえ、私も大学医局に入局し、特定の専門分野で研究し博士号を得て、市中病院では専門医療に専念したが、これを無駄な時間であったとは決して思わない。

50歳を超えてもいくつかの専門医にチャレンジしたのは、さらに総合性を高めることが目的だ。毎週開催される各種勉強会にも時間の許す限り参加している。最近各地で相当数の勉強会が企画されており、雑誌やネットでもいくらでも勉強できる。もはや地域や立場による情報格差はなくなり、総合医を目指すには絶好の環境にある。

高血圧や糖尿病などの勉強会には内科以外の先生もたくさん来られている。開業医にとって、もはや総合医志向は常識だ。よく「専門医か総合医か」という議論を耳にするが、専門性と総合性は十分両立する。総合性は、

専門性の中から生まれても構わない。富士山(総合医)に登るにはいろんなルート(専門医)があつていい。ある分野で頂点を極めた医師も、定年後の老人施設医などで総合医の面白さに目覚めることが多い。専門医と総合医の両刀使いを目指すのが、医師という職業の長期目標ではないのか。

たしかに“病院”総合医には専門性が必要かもしれない。各診療科では分からない症例が回ってくれば、高度な洞察力が要求される。あるレベルをクリアしないと難しいだろう。

臓器別縦割りの狭間に落ちた患者を救うのが、彼らの任務だ。それ以上に、縦糸だらけの大病院のなかに全人的医療という横糸を通すこと自体にも、大きな意義がある。

### GP育成は医学教育の変革から

日本は、英国のGP教育にもう少し学ぶべきだろう。医学生の中から問診や身体診察を重視したトレーニングが繰り返される。なぜその検査が必要なのか、必要だったのかを厳しく検証される。暗記より五感を使った情報収集能力と論理的な思考過程が重視される。コミュニケーションスキルや模擬患者を使った面接とその撮影を使つてのフィードバックが行われる。日本の一部の医学部でも実践されているが、本来こうした実践教育が医学教育の中心に位置づけられるべきだろう。

英国のGP教育は、病院や地域の上級GPにより指導される。一方、日本の臨床研修においても、短期間だが地域研修が定められている。当院にも1週間程度、研修医がやってくる。しかし、たった1週間では見学に毛が生えた程度の実習しかできない。本気でGP教育を目指すなら、より長期、できれば1年程度の研修期間が必要だと思う。

「鉄は熱いうちに打て」と言うならば、長期的かつ専門的なGP教育を今以上に充実させるべきだ。病院や地域研修におけるGP教

育者の育成も急務。医師会や在宅医会などの開業医が持つ教育機能も今以上に活用すべきだろう。日本型の指導的GPという立場も確立すべきだ。世界でも例を見ない超高齢社会に対応できる医学教育システムへ、国家レベルでの転換が急がれる。

### 開業医の大半は地域総合医を目指す!?

私の勝手な想像であるが、開業医は今後、専門医と総合医に大別されるのではないかと。専門医とは特定の分野以外は診ない開業医。総合医とは専門性を持ちながらも、生涯学習で守備範囲を広げながら、在宅医療や地域包括ケアにも参画する開業医だ。

近い将来、開業医の大半は、後者を目指すことになるのではないかと。最近の内科系の勉強会には他科の先生のほうが熱心に参加されている。生涯学習としてのGP教育も重要で、日本医師会などが力を注いできた。病院総合医という呼び名があるならば、自分は「地域総合医」を目指したい。

とはいえ、私のような町医者には、いまさら専門医の肩書きはいらぬ。むしろ町医者という呼び名自体が「専門医」とあると市民に認識してもらえることを夢見たい。これまで「町医者」という文字が入った著書を10冊も書き、「町医者」という名前が入ったこの連載や年中無休のブログを2本持つほどこだわってきた。その町医者が天職だと思っている。

最後に個人的な報告で恐縮だが、2月25日に拙著『「平穩死」という親孝行』が出版される。おかげさまで好評を頂いた『「平穩死」10の条件』『胃ろうという選択、しない選択』と併せ、平穩死三部作の一冊としてご一読頂き、ご批判を賜れば幸いです。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、名古屋市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『「平穩死」という親孝行』（泰文堂）など。