

総合医としての在り方

奈良県立医科大学附属病院副院長
奈良県立医科大学総合医療学講座教授
寄附講座 地域医療支援・教育学講座教授
西尾 健治
(奈良県5期)



<はじめに>

令和4年(2022)4月自治医科大学は創立50周年を迎える。私は5期生なので無医村で働きたいという漠然としたイメージを持って自治医科大学の門をくぐってから、46年もたつわけである。あつという間に感じるが、時の経つのは早すぎる。初代学長であられた中尾喜久先生の建学の精神を我々は全う出来たのだろうか?自治医科大学の我々卒業生はこの50年で何を日本の医療に残せたのであろうか。自分はどうか?自分としては中尾学長に謝りたい気がしてくるが、全国で働く自治医大卒業生5,000人全体に思いをはせると、地域医療振興協会(JADECOM)の活動といい、他大学とは異なったもの、何らかのものを残せているのではないだろうか…。

このたび「総合医としての在り方」というテーマで提言を書くようにと仰せつかり、あまりに大きなテーマで尻込みしている。そもそも総合医は地域の中で、患者や家族を含めた住民と多職種の中で育成され、在宅や看取り、保健や福祉まで目が届く医者であり、医者が考える医師像だけでは不十分なものになるのは明白である。しかしながら、今回は、そのような医療全体の調和の中での総合医の在り方ではなく、大学病院で総合医を養成するという観点から(地域の先生方からは大学病院なんてと不満をお持ちの方も多いかもしれないが)、新しく総合医を目指す者へ贈る言葉として、僭越ながら書き連ねてみた。

<私について>

まずは、私自身の現状と歴史をご紹介したい。私は奈良県出身の5期生であり、現在は奈良県立医科大学の総合医療学教室の教授と附属病院の副院長に任命されており、総合という名のためか、奈良医大の救急医療体制・災害医療体制・コロナ患者の診療体制などの構築を任されて、それぞれ新たなシステムを作り上げてきた。また奈良医大の関わる地域包括ケア・在宅診療(来年度奈良医大に在宅医療支援センターを作る予定である)の責任者も担っている。そして、認定医などの方もプライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、病院総合診療医学会認定医、内科学会認定医、リウマチ学会専門医、救急科専門医、小児科専門医、血栓止血学会認定医などを有しており、インストラクターとしてはDMATのインストラクター(奈良県の災害医療の代表を務めている)からJATEC(外傷初期診療)、

PALS（小児二次救命処置法）などのインストラクター活動も行ってきた。研究としては現在6人の大学院生に対して、臨床研究ならびにマウス・血管内皮細胞を使った基礎研究の指導も行っている。また僻地医療としては義務年限中4年間住み込みで天川村村立診療所勤務を行い、その後は現在も週1回の当診療所での診療を25年ほど続けている。さらに重度心身障害者施設勤務や、まだ各大学がAIDS患者の受け入れを拒否していた頃、全国から集まるAIDS患者の診療をAIDS外来として2年間行なっていたなど、以上、肩書き上や仕事の内容上、ある意味の総合を地で行く状況ではある。これら医大附属病院の中で科が変わったりいろいろとやってきたというのは、総合診療専門医制度が出来るまでは、却って肩身も狭く、何が専門ですか？と聞かれるのがいつも嫌で、その時の気分で専門を答えたりしていた。しかし、今は総合診療が専門と胸を張って答えられている。各専門医取得に関しても、なにも自分から望んだものだけではなく、当初自治医大卒業生を排斥傾向にあった奈良医大の中で（奈良医大に自治医大生は義務年限内に来るなどと言われ、入局も中々認められず、教授の外来診療のカルテ書きを週1回2年間へき地診療所より通って、やっと入局を認められた）、言われるままに生きてきた結果である（卒後11年目の時、村とも相談の上、今後ずっと診療所に入る決心をしたが、奈良医大の救急で働く事を頼まれ、村了解の上2年間だけ働くことになったが、村長の交代があり人生が変わった）。各学会においても自分の診療主体が変わるに従い、点々と活動してきたことや自分の性格もあり、殆ど知り合いもなく全く無名で、総合診療領域においても全く知られていない。唯一の自慢は11年前常勤医自分一人だけの状況で任された奈良医大の総合医療学教室に、1年後より入局してくれるものが現れ、現在では入局者すなわち私にとって家族のような仲間を、34名まで得られたことである。そもそも大学の総合なんてと、総合医を目指す初期研修医は大学外の病院で研修を開始する者が多く、大学で初期研修を始める者に総合医を目指す者は少ない中、また先輩がいないため将来が見通せず、病棟もない状況で（当初、病棟も無かったが現在は16床を有している）、私の診療を受け入れ、賛同者として入局してくれたことはうれしい限りである。いくら体がしんどくとも家族のような医局員のために動くことは辛くなく、日々気持ちが楽にいられる根本となっている（総合医にとって楽な気持ちでいられることは重要と思われる）。

今回はこのような者、奈良医大附属病院で総合医を育てている者から、総合医を目指している医師へ贈る言葉として読み流していただきたい。

<総合医にとって最も大切なこと>

この50年自治医科大学と時を同じく発展してきたものに、CTがある。コロナで世界が埋め尽くされ、医療にとって大きなインパクトを与えた令和3年（2021）が、CT開発後50年という節目の年である。昭和46年（1971）に開発されたのは頭部CTであり、当初はそのデータ解析に1日かかったようである。それが10年後には、私が初期研修を行った奈良県立奈良病院（現奈良県総合医療センター）でさえ、全身CTが入っていたというのは、脅威的なスピードで全世界に広がったことがうかがえる。しかしながら、8年前パブ

アニューギニアにて災害医療活動を行っていた時、CTは首都に1台しかないとのことであったのには本当に驚いた。世界における貧富の差、遠隔奴隷制度というか、発展途上国の人々から我々が搾取している現実を痛感した。このCTという機器が医療界で果たした役割は、単なる診療補助機器というものだけではなく、疾患というものは体内に存在する病変によって惹起されるものであるという“存在論”をさらに推し進めるのに十分なものであったと思われる。実際私たちは、血液検査やCTなどを用い、患者の症状の原因となる病変を探す努力を日々続けている。この探索行為は病変を求めて臓器から細胞、さらには分子領域や遺伝子領域へと進んで、病態を呈している原因を突き詰め、新たな病態理解や新たな治療薬開発へと医療を大きく進歩させてきた。この疾患の抽象化は、疾患の治療のみならず患者の未来を予測することも可能とし、患者に多くの恩恵をもたらしてきた。しかしながら、病変と症状の対比を突き進めていく医療は、患者というものは単なる臓器を収容する器とし、病変に対する人の反応は画一的なものであるとの考えを引き起こしてきた。実際、各個人を見つめることを避け、感情面では患者との距離を置いたほうがいいと考える医師も増え、がん治療などでも、高度な治療をエビデンスごとに並べて、患者に自由に選択させることがよりよい医療である、と主張する医師も多くなった。果たしてそれでいいのであろうか？もちろん最悪とは言えないが、ベストでないことは明らかで、value based medicineやshared decision makingの必要性が叫ばれている所以である。病変を有するのは人であり、同じ病変を有する人々であっても、その人の経験や感情、社会的な状況などによっては、全く気にしない人もいれば、大きな不安や恐怖に苛まれ精神的に破綻してしまう人もいるものである。このように病変の患者への肉体的、精神的、社会的影響は人によって異なり、これらをそれぞれの人の‘病い’としてとらえ、常に患者の気持ちに寄り添いながら、月並みではあるが、思いやって共感し、患者と共通認識の上、納得と癒やしをめざして共に進んでいくことが重要と考える。このように患者の‘病い’に注目する医療の方法は、専門性がすすむにつれ、その揺れ戻しとしてか、その重要性も増してきている。その方法には、患者中心の医療や患者のNarrative、全人的医療などの方法があり、総合医はこれらの手法に精通しておくべきである（患者中心の医療のFIFEやPIPCのMAPSO問診など）。そして、病変を見つけようとする行為が、人は感情を持っているということを忘れる方向に作用しがちである事を認識するべきである。何らかの病変が患者に見つかるたびに、取り巻く環境に影響を受けて揺らぐ感情を持った人体という器への影響を、想像力豊かにとらえ、気持ちを込めて共感する努力をするべきであり、これらの事は総合医であるための根幹をなす部分と考える。

<寄り添いの医療と全人的医療>

しかし、前述のように患者の‘病い’に対する癒やしを求めて診療をおこなっていけばいくほど、注意すべき点もある。というのは患者の癒やしを求めて、患者に寄り添えば寄り添うほど、特に患者がご高齢だと、「いい先生や」と、何でもこちらを受け入れてくれるようになる場合も多い。その場合、治癒に通じる疾病に対する適切な医学的医療を行なえ

ていなくても、患者に優しくケアすることでごまかす事が出来る点に注意が必要である。診療室は密室であるので、そうなりやすい傾向があると自分を厳しく見つめておくことが必要と考える。また、ごまかすつもりが無くても、いつも見えないところは全く見えないままなので、時間が経つとすべてが見えている気になりやすく、ごまかしているとも気付かなくなる可能性があり、かなりの注意が必要である。実際、私は卒後8年目の時に、その幻想の中に陥っていた。その時、人口2,700人ほどのへき地診療所に赴任していたが、患者数も多く1億円を超える売り上げがあり、だいたい何でも診ることができ信頼されているのだと思っていた（その後、これは大間違いで売り上げが少なくなることを目指すべきだと気づいたが…）。しかし、3年後奈良医大附属病院勤務となり各科の診療を見聞きして、自分のやってきた医療は浅はかで、ごまかしの医療、密室の医療をやっていたことに気づかされた。これはへき地診療所だけではない、現在の大学での診療でも同じことで、診療室は密室であるので、かなり謙虚に自己洞察し、密室の医療になっていないか自分自身に問いかけることが必要と考える。また、密室医療に陥らないようにするための一つの方法として、全科的な研修や診療を行なったあと（その後であることが肝心）、研究なり、診療なり、ある分野を深く学ぶ事も有用と考える。そうすると、その分野の感覚は鋭くなり、知識も深くなるので、他の分野に対する自分の浅さを認識できるようになる。「どの分野でもある程度は総合的に診ることができるようになった」という甘い幻想を打ち砕き、他の分野をさらに深く学ぶ原動力になると考えている。結局、「病い」の部分だけでは無く、当然のことながら生物学的な疾病に関しても、常に深く追求する姿勢を忘れてはならないということである。

全人的な医療も、努力はしてきたが未だにすべての人に対応出来る自信はない。単に患者に対するひとりよがりの医療とならないよう、常に気をつけることが肝心であり、その気持ちを持ち続けることが自分の暴走を防ぐと信じている。現在も院内で他職種のカンファレンスを毎週開いているが、自分の気づかなかった患者像を教えてもらえるときも多い。はっきり言うと、何よりも自分が全人的医療なんて出来ると考えないことが重要だと思っている。そんなことが出来る人間はいないと考えて、こうあるべきと医師が統括するものと考えず、周りの医師や、多職種の方々の意見を聞いて、自分の意見も述べて、皆で作上げるものが全人的医療と考えるべきである。実際、生活支援など福祉が重要となる時には、医師の考える医療よりも、介護や患者個人や家族の生き方が重要な時も多く、医師の医療を振りかざさないよう、注意すべきである。

以上、「寄り添いの医療」が「密室の医療」に、「全人的医療」が「ひとりよがりの医療」にかわってしまわないように注意する必要がある。

<患者医師関係>

次に私が総合医の在り方として注意している点は、これも月並みではあるが、信頼・納得を得て、良好な患者医師関係を確立する努力をすることである。患者に治癒を与えられる場合は信頼を得やすいが、専門医と異なり、総合医の対象はエイジングが関わっている

ようなものや、複数疾患、諸検査で該当する異常が無く診断が困難なもの、痛みや倦怠感など、治癒が望めずケアが主体となるものなどが多いので、病いに対して寄り添いながら、信頼や納得を得るために、努力をし続けることが必要である。

まずは常に患者が我々をどのようにとらえているかを観察する必要がある。私などは顔が怖いので、真剣に話をしだすと怖がられたりするので、最後には必ず笑いを誘導するように話して、相手の緊張をといたり、相手の笑い顔などからも、相手の気持ちを推察したりしている。また、信頼を得るためには理学的所見や疾患の知識により、患者の過去の状況や症状を言い当てることが重要であると考えている。まずは過去をよくあてて占い師になろうという事である。実際胡散臭い占い師でも、知らせていない事実を2-3個続いて当てられると占い師を信じだすものである。医者も同様で、患者の言っていない、いろんな過去の状況や症状を言い当てて占い師のようになっていくと、患者から信頼を単純に得ることが出来る。実際不定愁訴もパターンがあるので症状もあてやすい。手足も丁寧に触っていると、痛みのある所がわかったり、どんな仕事や運動をしてきたかやペンの持ち方もわかるようになるものである。不安で軽度の過換気になって両手がしびれている場合も、どの指のどこがしびれているかわかったり、マッサージだけでしびれをとったり、どこのしびれが取れたのかも、手を触っているとわかったりする。実際に診療上「こんなこともあるでしょ？」などといいながら、これらの事をたたみかけて行なっていくと、「あ、そうです」「そうなんです」を連発され、想像以上に信頼してくれて、良好な患者医師関係ができあがるのを感じる。過去と同時に、現状を見つめていくと、取り巻く環境の中で、患者が今後感じる症状や抱くであろう未来の不安などが推定可能となる。それを事前に患者に言うておくと、不安感を軽減するのにかなり有効であり、また予言が的中するとさらなる信頼を生むことになる。さらに、過去を見つめていくことを続けていけば、どんな病態も患者の納得する原因を見つけることが可能となる場合が多く、原因不明という言葉（ずっと患者のところに不安感を残す）や、わからないという言葉は使わずに説明することが重要と考える。これらは患者医師関係をより強固なものとし、治療もより効果的になるように思う。以上のように患者の過去・未来を予測して患者医師関係に思いをはせ、信頼と納得を得やすい説明や診療を心がけることが必要と考えている。

<今後の展望>

総合医は、医療を取り巻く環境が急速に変化する中で、高齢者医療、在宅医療、看取り医療、救急医療や災害医療などさまざまな医療に対応でき、自信とやりがいを持ち、患者のみならず、医師から「この先生に診てもらいたい」と思われる医師であって欲しいと思う。この10年間自分が育成・指導してきた、まだまだ若く技術や知識は未熟である総合医たちに、自分が何かの病気になれば診て欲しいと思える様になったことを考えると、総合医の教育や育成の中で一番大事なのは、技術や知識ではなく、患者への姿勢を伝えることなのかもしれない。この若き総合医達への看護師などからの評価は高いが、他の科の医師から評価されるにはまだまだ時間がかかりそうである。それは各臓器別専門医にとって、

自分の診ていない領域に関する総合医の評価はむずかしく、自分の専門分野でのみ評価するので、総合医に低い評価を与える傾向にあるものと思われる。しかし、多領域にまたがる領域を診る救急専門医や集中治療専門医も当初は同様な評価をされる傾向にあったが、今やしっかりと評価を得ておられる。それゆえ、現在正当に各専門医より評価されていないことを気にされている若き研修医の方々、多くの総合診療専門医が地域に散らばり、住民に癒しを感じてもらえる医療をおこなっていくと、住民からも他の医師からも、総合診療専門医の評価は必ず高まってくるので安心していただけたらと思う。

総合医をやってきた自治医大卒業生は何を後進に残せばいいのだろうか？それぞれの現場で切磋琢磨し、地域医療で誇れるものを作り上げてきたのを感じるが、それは一子相伝のようなものになっていないだろうか。臓器別専門医からは、総合医は何をやっているのかわからない、臓器別専門医の診療と何が違うのか？ということもよく聞く。総合医は地域によって形が変わるからであろうか？我々が後進に伝えうる総合医たる体系立ったものを確立できていないからであろうか？しっかり次世代に伝えていくべく、米国でfamily medicineが体系化されたように、我々も日本の地域医療に応じた、次世代につなげる体系化したものを作り上げねばならないのではと感じる。体系化したものを自治医科大学の学生に伝えることが出来れば、自治医科大学は我々よりも理想的な総合医を生み出し、日本の医療に多大な貢献をしてくれることになると思える。我々の世代もまだまだ頑張らないと！と思うが、次世代の人たちにもお願いしたいところである。

また、総合医を中心とした地域医療には新たなシステムが有効であると思っている。実際、地域医療をやっておられる先生が、地域住民に慕われて、すごく良い先生であればあるほど、その先生が働けなくなるときには、その地域の保健医療は崩壊する可能性がある。一人が倒れても地域医療に変化が少なくなるように、地域医療は点で支えるのではなく、複数の医師による面で支えるシステムが必要であると考えている。これは一つの案であるが、私は大学を基点としたシステムを考えている。大学より地域中核病院に医師を派遣し、地域の在宅診療やへき地医療を複数の医師で支えるシステムを考えている。現在、大学から地域の中核病院に派遣し、その病院の業務と病院周辺の在宅診療およびへき地診療所診療も日々のローテートでカバーしてもらっているが（それぞれが良い医者であれば、在宅の患者も医者が交代する診療でも満足してくれないだろうか？）、そこでの数年間勤務後、必ず大学に帰って自己の修練と後進の指導にあたってもらおうというローテーションシステムを構築したいと考えている。そうすると、後進の指導にいずれ当たると思えば、地域での自分の日常診療をより客観的に見つめ、さらに頑張り、大学病院でも初期研修医の良いロールモデルになり、総合医を目指したいと考える医師が増えるのではと期待している。もちろん大学病院でなくとも、地域の医師の協力を得ながら、医師の集約化を図り、救急医療と同様、地域中核病院が在宅診療やへき地診療を支えるシステムで対応していくべきと考えている。奈良の南奈良医療センターでは自治医大卒業生を集め、地域を支えることに成功している一つの例である。

<最後に>

11年前、私が奈良医大の総合診療を常勤1人で任された時、JADECOMより多大の支援を受けたことは忘れられない。当時の奈良医大学長が吉新会長に私の支援をお願いしてくれたのだが（本当に身に余るありがたい話であった）、奈良医大学長がJADECOM会長の我々の先輩に頭を下げている姿にはいろんな思いがこみ上げて涙が出た。そして、市立奈良病院の中島管理者は現管理者の西尾先生を週に1回、うわまち病院の同級生の沼田院長は3年目の専攻医をひと月交代で、奈良医大総合診療科に派遣され、外来診療を手伝っていただいた。たった一人だったので、助けがなければ初期研修医の指導も毎日できなかつたし、入局者も現れなかつたと思われる。JADECOM、自治医大卒業生の結びつきには本当にお世話になりありがたかった（ありがとうございます）。現在も、JADECOMの青森の東通村医療センターで素晴らしい地域医療を行っている同級生の川原田先生には、当科の専攻医の指導をおこなってもらっている。

大学病院には総合医はいらないし、大学病院で総合医は育たないという感覚を持っておられる方も多いが、実は大学病院でこそ、総合医が必要であり、総合医の育成に適していると痛感している。最近ではそれぞれの科のはざまにある病態の患者や、多科にまたがる疾患を有する患者も大学病院には多く、これらの患者の‘病い’を癒すことは、総合医こそが適任と考えている。また、大学病院でまれな疾患や複雑な病態を持つ患者、各種検査で異常が出ないが症状が続く患者たちにどう対応するかや、打聴診・触診などの理学的所見の取り方（CTやエコーなどと一人一人対比しながら）など、時間をかけてしっかり学ぶことがまずは重要と考える。それから地域に出て、地域中核病院勤務・診療所勤務・在宅診療などをおこない、多職種の中で育成されていった方が、技術者としての総合医の幅が広がると考えている。

いずれにしても、総合医としてやりがいをもって日々を過ごし、患者の傍らに背筋を伸ばして力強くすくっと立ち、患者が寄りかかってきても微動だにしない力強さで受け止め、慈しみのところで接して共感し、癒しと納得を感じてもらえる医師になって欲しいし、そして私もその像を求め続けたい。

私に総合医の在り方について書く機会を与えていただき感謝申し上げます。