

今すぐ総合診療のエキスパートになれる

# 総合内科 診療のススメ

人間ドックから終末医療まで

誠光会草津総合病院名誉院長

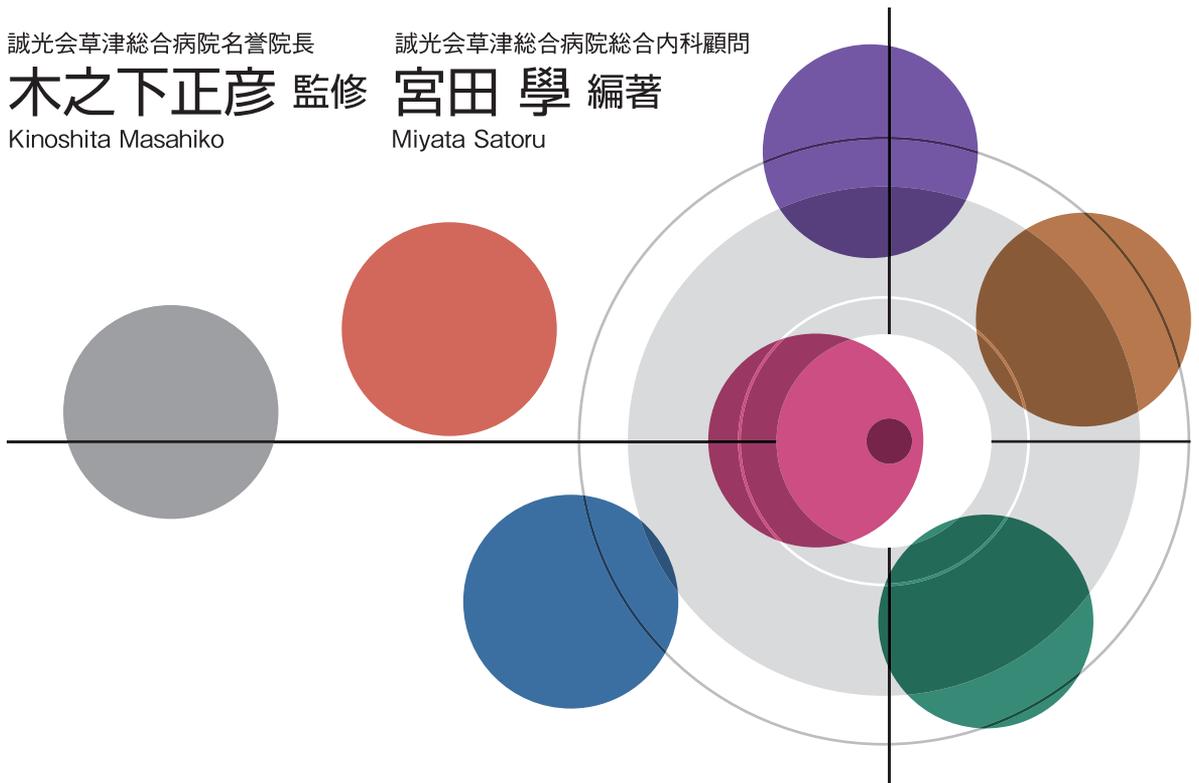
木之下正彦 監修

Kinoshita Masahiko

誠光会草津総合病院総合内科顧問

宮田 學 編著

Miyata Satoru



こんな人に読んでほしい

- 高齢者診療の中心である総合診療に興味がある人
- 大学医局から市中病院に移ったばかりで不安な人
- 開業して専門ではない疾患もみるようになった人

## 執筆者（執筆順）

木之下 正彦	誠光会草津総合病院名誉院長 滋賀医科大学名誉教授
宮田 學	誠光会草津総合病院総合内科顧問
隠岐 尚吾	大阪赤十字病院名誉院長
河村 慧四郎	誠光会草津総合病院総合内科顧問 大阪医科大学名誉教授
波多野 和夫	誠光会草津総合病院心療内科 佛教大学教授
古田 未征	誠光会草津総合病院皮膚科部長
内田 隆一	社会医療法人三栄会ツカザキ病院呼吸器内科・感染症科部長
木野 稔也	元誠光会草津総合病院健診センター長
井上 元	日本赤十字社和歌山医療センター内分泌内科部長
西脇 聖一	誠光会草津総合病院整形外科部長

# 序

本書は主として内科疾患に関して総合的な力を必要とする医師，特に高齢者医療に必要な知識習得に役立つ参考書として計画されたものである。日常臨床によく遭遇する common disease の診断・治療のコアになる知識を解説したものであり，稀な疾患については専門書に譲ることにしている。本書の企画は宮田學先生，執筆を担当している各先生の多くは草津総合病院に勤務している。当病院は719床を有する地域医療支援病院である。急性期医療から地域包括ケア病床，リハビリテーション病床，医療・介護病床を有するケアミックス型の病院である。この病院の総合内科医師は人間ドックから終末期医療まで関与しており，初診患者の単なる振り分け外来だけでなく，遅滞なく初期診断を行い，適切な専門診療科に紹介するとともに，高齢者で多臓器機能障害を有する患者，生活習慣病で長期に治療が必要な患者を診療している。

## 総合内科の歴史

草津総合病院では，私が2002年院長として赴任した当時は専門医がそれぞれの専門領域の診療を行っていた。発熱，食欲不振，体重減少，下肢浮腫，全身倦怠感等の不定愁訴等を訴え，いずれの診療科で診察をうけたらよいか分からない患者が多かった。

高齢の患者が多くなり，症状の訴えが曖昧になり，しかも複数の臓器障害を抱える患者が増加し専門診療科のみの対応では患者のたらい回しが多くなったため総合内科を開設することになった。

私は，奈良県の天理よろづ相談所病院循環器内科に勤務していたことがあり，1976年，当時の山本利雄病院長が同病院の臓器別専門診療の谷間で，医療への不満を持つ多くの患者がいることに気づき，総合外来と総合診療方式によるレジデント制（卒後臨床研修制度）をわが国で初めて導入され，総合診療という名前が広まってきた。

その後，国立大学で初めて1986年に佐賀医科大学（現佐賀大学医学部）に総合診療部が開設された。佐賀医科大学総合診療部のモットーである「臓器や疾患を選ばず，患者の健康上の問題に広い視野から対処する」ことは日常診療にとって大変重要な提言であった。その後，60の大学病院，多くの中核病院にも総合診療部門がつくられた。外来診療部門では，初診患者は小児・産科・外科系以外は総合診療外来を受診し，専門的な診断が必要となった場合には専門診療科へ紹介した。慢性的な疾患があり，長期治療が必要な場合にはかかりつけ医へ紹介して病診連携をすすめるようになり，いわゆる横断的医療が中心となった。

しかし，わが国における総合診療部門は米国と異なり，小児科や産婦人科，外科などの領域を扱わないので，実質上は総合内科に相当する。米国総合内科学会（Society of General Internal Medicine）がまとめた総合内科の将来展望では，総合内科医とは複数の慢性疾患を有する大人の患者を長年に渡って診療するための必要な知識，技術，態度を有する医師，縦断的医療を行うことができる医師である。

しかし，横断的医療が中心のわが国の大学病院の総合診療部門では入院ベッドを持たないと

ころが多く、総合診療を希望する研修医が育たなかった経緯がある。

### 総合診療医の役割

わが国の如く、超高齢社会では多疾患を有する高齢者では、複数の専門診療科を受診する必要がある、患者はますます大病院志向となり、病院の外来は混雑をきたし、待ち時間が長くなる。この問題の解決策は、幅広く、しかも専門知識もかなり備え持ったゼネラリスト（総合診療医）の養成である。日本プライマリー・ケア連合学会は総合診療医のあるべき姿として「高血圧の管理、禁煙指導からうつ病の診断と精神科・心療内科へのコンサルト、捻挫の処置、褥創治療、がん患者の緩和ケア、学校医などをすべて1人でこなし、胸痛から大動脈解離をみつけ、不明熱から血液がんを発見できるレベル」を求めている。

2014年5月には日本専門医機構が発足し、専門医を統一基準で認定する第三者機関が専門医の技術・質を担保することになった。現在専門医は18種類あり、その中に総合内科があるが、2017年度から新たな専門医に関する仕組みが作られ、2018年度から19番目の専門医として総合診療医を創設することになった。総合診療医の役割は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と障害等について、わが国の医療提供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に提供することである。實際上、総合診療医は主に高齢者の診療を想定したものである。複数の臓器にまたがる病気に対処し、看護師、介護士と協力して在宅医療を手掛ける。この総合診療医は地域包括ケアの担い手であるかかりつけ医に必要な専門医であり、若い医師のみならず他の専門を有し、病院に勤務した後、開業しようとするベテラン医師の受け皿にもなりうる。この総合診療医は学校検診から予防医療、在宅医療まで含む広い領域をカバーする医師を想定している。さらに超高齢社会を支える立役者として「地域包括ケア病棟（病床）が2014年の診療報酬改定から新設され、この病棟（病床）を充実させるには総合診療専門医の役割が重要である。

### 病院総合内科医の役割

草津総合病院の総合内科医は小児科、産婦人科、外科系診療科以外の診療を担当しているいわゆる病院総合内科医である。総合内科の診療ポリシーは「専門診療科宛の紹介状のない患者で、臓器や疾患に関係なく、まず総合内科医が総合的に診断治療して、必要と判断した場合に専門診療科に紹介する。特に高齢者で多臓器疾患をかかえている患者は総合内科が継続的に担当することにしている。それに伴って、地域の高齢者施設、在宅医療との連携を密にすることにしている。現代の医療は医師の個人的資質のみでは対処できないことが多くチーム医療が必要である。看護部門、薬剤部門、検査部門、リハビリ部門、臨床工学士部門、事務部門、ケースワーカー等の相談部門との協力体制が必要である。さらに、総合内科医師は初診患者の病院に対する印象に多大の影響を与え、病院の評判に関係するのでコミュニケーション能力にたけていることが必要である。

本書においては、「総合内科診療のすすめ」一人間ドックから終末期医療まで一というコンセプトで構成され、病院総合内科医に必要な知識を概説している。病院への初診患者が受診動機となった主訴を基本として診断を行うプロセスを解説した。治療に関しては、侵襲を伴う専門的医療は専門診療科に依頼するが、多臓器疾患をかかえる高齢者では、総合内科で各専門診療科に相談しつつ専門的医療を行っていく必要がある。総合内科医が知っておくべき疾患として、循環器疾患、消化器疾患、呼吸器疾患、糖尿病・内分泌疾患、神経疾患、人工透析を含む腎疾患、感染症、皮膚疾患、輸液療法について記載した。

高齢者には疾患の発症や経過に心理社会的因子の関与が大きい場合があり、心療内科の受診

が必要となることが多い。

### **終末期医療**

現在の発達した医療においても、治療には限界がある。認知症高齢者で食事ができなくなり入院治療を希望してこられる患者もあり、どこまで医療を行うべきか難しい問題である。このような終末期医療に関しては、老年医学会が立場表明を行い、高齢者の終末期とは「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義している。

終末期では治療の差し控えや中止も選択肢として、よりよい看取りを考えることが重要である。本院は医療療養病床、介護療養病床を 200 床有し、2013 年の退院累積数は 185 名、そのうち死亡退院が 135 名であり、これらの豊富な症例について終末期医療について概説したい。

2018 年 10 月

木之下 正彦

## まえがき

市中の大病院や大学病院では内科も循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、血液内科、腎臓内科、神経内科などに細分化され、どこで診てもらったらいいのかわからない。大学病院や市中の大病院に風邪ひきや胃腸炎の腹痛まで押しかけられては専門的診療に支障をきたすとして、最近では紹介状のない新患は制限する方向にあり、病院機能評価でも診療所や他病院からの紹介率が重視されている。病院と診療所の機能分化を明確にし、専門的医療を効果的に推進するためには当然の措置であるが、患者さんや家族、一般市民に充分理解されているとは言い難い。

病診連携により病院が診療所からの紹介患者を診察し、検査所見や治療方針をフィードバックして診療所に逆紹介して診療情報をやり取りすることは診療所のレベルアップにもつながるし、専門治療を効率よく進めるには不可欠のシステムであるが国民的コンセンサスを得るに至っていないのが現状である。

専門分化は内科以外の診療科でも同様の傾向にある。外科領域でも治療の進歩により中小病院や一般外科診療所では対応できない疾患が増加している。脳外科、心臓血管外科、呼吸器外科、腹部外科などに分かれ、腹部外科においても消化管の外科と肝胆膵領域の外科とは完全に分離する方向にある。内科においても、消化器内科は内視鏡診断および内視鏡的治療を行う消化管グループと肝胆膵グループは分離する傾向にあり、同じ消化器内科で診るのが困難になりつつある。大学の消化器内科教室では教授がどちらのグループから選出されるかによって教室の方向性が全く変わってしまう。

整形外科でも、頸椎、腰椎など脊椎の専門家、膝関節の専門医などに細分化される方向にあり、眼科でも白内障と緑内障の専門家は異なる。耳鼻咽喉科でも頭頸部外科とめまいの外来は分離している。

眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、皮膚科というような標榜科ではその領域の疾患については何でもこなせると一般には理解されているようであるが、大病院では標榜科の疾患全般について広く診断し治療することのできる医師は少なくなってきている。

診療所や中小病院では、それぞれの状況に応じて自分の専門性を日常診療のなかでどのように生かしていくかは各人が考えて行かねばならない問題である。研修医や卒業後間もない若い医師たちは数年で自分の専門分野がほぼ決まってくるが、大病院をはなれて中小病院に赴任したり、開業して診療することになると専門分野の診療のみではやっていけない。開業して内科を標榜するに際して、循環器内科、消化器内科などとしてある程度専門的診療にしばった診療体系にするのか、内科・小児科などとして幅広い診療を目指すかは経営の問題もからんで難しい判断を迫られることになる。ある程度の専門性を生かしながら総合的医療を進めるとというのが現実的対応であり開業に際して考えることであろう。

一般内科の診療はわが国では専門的な診療より一段レベルの低い医療と見なされる傾向にあるが、疾病構造が変化し人口の高齢化が進んだ今日では、総合内科的診療はひとつの専門性をもった診療部門である。医療に対する幅広い知識をもって疾患に対する治療方針を決定し推進

するとともに不治の病いに対するメンタルヘルスケアを含めたフォローアップも総合内科医の重要な役割の一つである。人間は精神面をも含めた総体的存在であり、身体疾患の診療はその一部にすぎない。

現在の高齢社会では全人的、総合的診療を念頭に高齢者医療、終末期医療に関わる必要がある。総合医療は、ある時点での横断的総合医療と経時的に生涯を通じて関わる縦断的総合医療の二つの軸があると思われる。

この過程で専門医療を要する病態が生じた場合は治療を専門医に委ねることになるが、専門医療により完治できず慢性疾患に移行した場合は再び総合内科で経過観察することになる。終末期医療も当然総合内科医の守備範囲になる。健康管理の一環としての健康診断から終末期医療にいたるまでの時間的経過とともに総合内科医あるいは家庭医が中心になって関わるのが「かかりつけ医」の考え方である。

一横断面における総合的診療のみならず、生涯にわたる「かかりつけ医」が医療の底辺を支えるという縦断的総合医療をめざして本書のサブタイトルを“人間ドックから終末期医療まで”とした。

病院の総合内科医は横断的総合診療に大きな比重があり、開業の個人医院における診療は縦断的総合診療の意味合いが強いと考えれば解りやすい。病診連携がうまく機能するためには地区医師会と病院のコミュニケーションが重要であり、病院も急性期医療が終了すればもとの診療所に速やかに患者を帰すことにより双方の信頼関係が保たれる。

そのためには家庭医も病院の総合内科医も現在の医療の動向について絶えず学習することが必要である。メンタルヘルスケアを含めた全人的医療を目指すのが総合医療である。

本書を補完する意味で、各専門医療の動向を家庭医や総合内科医に解りやすく実地医療に即して執筆してもらいたいと思い、「総合診療ライブラリー」を企画した。

総合内科医が基本的に身に着けておいて欲しい事項、ここまでは検査して送って欲しいという専門医の要望を含めてまとめていただくようお願いしている。

かかりつけ医となる診療所や地域の中小病院内科医のレベルアップをはかり専門医療提供へのスムーズな流れを確立することは、明日の医療へのモチベーションの高揚にも通じると信じている。

2018年10月

宮 田 學

## 超高齢社会の医療体制と総合診療

超高齢社会が進行し、2025年以降には、75歳以上の高齢者が25%を超える社会が出現する。高齢者の増加は様々の分野で、我が国の社会全体の変革を迫っている。なかでも医療の分野は、高齢者の増加とともに、医療の高度化によって医療費の増加が大きな経済的負担となっており、効率的な医療制度の構築が求められている。

現在積極的に進められているのは、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実である。特に病院の診療機能の分化は最大の課題である。策定されたそれぞれの地域医療構想に沿って、各医療機関が適切な病床機能や病床数、看護体制などを選択し、地域で完結する医療体制を目指さなければならない。しかし、厳しい経営状態に置かれている多くの医療機関が、協調して地域で求められる医療体制への転換を図れるか、課題は大きい。

一方で、疾病構造の変化も医療体制の変革を迫っている。生活習慣病が診療の中心になり、日本人の死因の第1位である悪性疾患でさえ、長い治療経過を有する時代になった。診療ガイドラインや新しいエビデンスに基づく医療が実践され、専門分化が進み、高度な医療が一般病院で行われている。治療の適応範囲が拡大して、多くの患者が思患を受けられるようになった。しかし最近では、進みすぎた医療の弊害を指摘する声も上がっている。高齢者では複数の疾患が併存することが常態である。現代医療による最高の治療が、必ずしも最善の治療とはならない事例も指摘されている。多死社会を迎えて、終末期医療に対しても様々の議論がなされ、国民の死生観も多様になっている。高齢者の病態は疾患の寄せ集めではない。患者一人ひとりにとって適切な医療とは何かを、考え直さなければならなくなった。これからの医療には、高い専門性を有する専門医と、総合医・かかりつけ医との緊密な連携が欠かせない。

このような状況の中、これまでの基本領域の専門医に加え、総合診療を一つの専門と位置づける、新たな専門医制度が発足した。細分化された専門医とは別に、総合診療医を専門医として認定するものである。高齢社会に求められるのは、生活の場において、高齢者を総合的に診ることである。総合診療の基本は患者-医師関係にある。現代医療は診療の中心にいる患者の理解と参加なくしては成り立たない。医療の効率化を図ると同時に、患者も自立して疾病に向き合うことが求められる。高齢者の総合診療には幅広い診療能力と、患者の生活や考えをよく理解し、一人ひとりに個別化された医療を実践することが必要である。

隠 岐 尚 吾

## 総合内科・総合診療科 随想

私は平成 28 年春までの 15 年間、草津総合病院総合内科と介護病棟の診療に従事し、以後は介護老人保健施設（以下、老健）に週 1 日、特別養護老人ホーム（以下、特養）に週 2 日出向している。内科・外科系の診療科が揃った総合病院における総合内科とその担当医の在り方と現況については、本書の総合内科概論を参照して頂くとして、本稿では老健と特養における総合内科医のスタンスにつき私見を述べさせていただく。

老健では、施設長が常勤医として制度化され、代行医師の業務には出向当日のショートステイ者や新入所者の確認、臨時処方、通所リハビリテーションセンターの安全留意、検食などがある。臨時の専門医への紹介は通常、ケアチームからの情報提示（持続する発熱、尿閉、骨折の疑いなど）が動因となるが、検査室・薬局が不備のため診療録の病歴、問診情報、身体所見を基にタイムリーな病院搬送をはかることになる。これは総合内科医に求められるスキルアップに資する機会になるとも考えられる。

特養では、慢性疾患・複合疾患の超高齢者が多く常時介護を要しその大役は看護師・介護士のケアチームが担う。医療については常勤医制度はなく、入所後も紹介元の病院やかかりつけ医に通院を続ける事例も少なくない。私の出向日には、回診、定期や臨時の処方更新、検査指示、臨時の専門医紹介、介護保険関連文書作成のほか終末期医療に関連するインフォームドコンセントなどがある。これら多岐にわたるプロセスが効率よく円滑に進行するには医療（総合内科医、専門医）とケアチーム相互間の持続する信頼と連携が必須であり、これは同時に関連スタッフのキャリアアップに資するところ大であると信じる。今後は新たに ACP の実践が求められようとしている。これには意志決定能力が低下する以前から患者・家族と医療につき対話するプロセス、また多職種チームによる患者の身体・心理・精神的な要求に対する評価などを含むともいわれ、特養の現況でどこまで馴染めるものか今後慎重に検討を要する課題と考える。

河 村 慧四郎

# 目 次

序 .....	<木之下正彦>	i
まえがき .....	<宮田 學>	iv
超高齢社会の医療体制と総合診療 .....	<隠岐尚吾>	vi
総合内科・総合診療科 随想 .....	<河村慧四郎>	vii
<b>第1章 総合内科概論</b> .....	<宮田 學>	1
<b>第2章 人間ドック</b> .....	<宮田 學>	12
<b>第3章 総合内科診療の実際</b> .....	<宮田 學>	18
<b>第4章 流行感染症と予防接種</b> .....	<宮田 學>	26
<b>第5章 心療内科疾患</b> .....	<波多野和夫>	36
<b>第6章 周辺疾患診療の動向</b> .....		50
1 皮膚科疾患 .....	<古田未征>	50
2 感染症 .....	<内田隆一>	54
3 肺結核 .....	<木野稔也>	66
4 糖尿病合併症 .....	<井上 元>	68
5 整形外科疾患 .....	<西脇聖一>	74

**第7章 高齢者医療** .....<宮田 學> 83

- 1 超高齢社会の到来 ..... 83
- 2 高齢者の身体的特徴 ..... 88
- 3 高齢者の代謝 ..... 93

**第8章 高齢者の亜鉛欠乏症** .....<宮田 學> 103

- 1 老化と亜鉛欠乏症 ..... 103
- 2 亜鉛欠乏症の歴史 ..... 105
- 3 亜鉛の生理作用 ..... 108
- 4 亜鉛の生体内分布 ..... 109
- 5 疾患と亜鉛 ..... 111
- 6 亜鉛投与による感染の予防 ..... 121

あとがき ..... 125

推薦図書 ..... 128

索引 ..... 129

**MEMO**

- ホスピタリスト ..... 10
- インフォームド・コンセントと医師の裁量権 ..... 11
- Brugada 症候群 ..... 17
- 肺炎球菌ワクチン ..... 35
- 廃用症候群 ..... 92
- Werner 症候群 ..... 92
- 簡易 Na, K 測定器 ..... 96

# 第 1 章

## 総合内科概論

専門分化が進み内科診療が細分化した現代の医療において、臓器別診療の合間でどの専門診療科で診てもらったらよいか判断に苦しむ患者さんや、複数の疾患を持っていて総合的診療が必要な患者さん、高齢化が進みあちこち悪くなり日常生活指導を含めて管理を要する患者さんなどを総合的に診療するのが総合内科である。

開業の先生方や近隣の介護施設からの紹介も多く、何科で診てもらったらよいか判断のつきかねる患者さんにとって何が必要か、家族との連絡を密にし、MSW（メディカル・ソーシャル・ワーカー）と連携して診察にあたる。治療方針が決まれば、紹介医に入院加療する旨あるいはしばらく通院してもらう旨連絡する。紹介状の無い新患については、かかりつけ医で診てもらいたい場合には逆紹介する。

急性期治療を要するものは急性期病棟にて加療するが、高齢者で急性期治療を要しない場合は療養病棟に入院してもらう。療養病棟では介護中心の医療を行うが、発熱その他の症状について看護師の報告を受けたら必ず自分の眼で所見を確かめ必要な検査を行う。

以下に総合内科医が心がけなければならない事項を列挙してみる。

- どの専門科で診てもらったらよいか解りにくい患者を診る。
- 一人でいくつもの疾患を併せもつ患者を総合的に見る。
- 専門治療を要する患者は早い時期に専門医に治療を委ねる。

- 救急外来、ICU、CCU と連携し、その一端を担う。
- 急性期病棟、回復期病棟、リハビリテーション部門と連携する。
- 最新の検査の動向、新しい検査に精通する。
- 各専門科のクスのりの使い方の概略を知っておく。
- 放射線診断がひととおり自分で出来るように修練する。
- 予防から終末医療まで多面的な医療に対応できるよう修練する。
- 病診連携の立場から、医師会や診療所との調整をはかる。
- 院内の他部門や多くの職種との調整をはかる。
- 内科医局内の調整役、他科との間の架け橋的役割を果たす。
- 現在の医療の動向の概略について最新情報の取得に努める。
- 終末期医療を担当する。
- 死を前提とした医療はどうあるべきかについて考える。
- 経管栄養、胃瘻、褥瘡管理、NST などとの連携を図る。
- 栄養科と連携し、濃厚流動食の使い分けに習熟する。
- 患者および家族が何を望んでいるかを常に念頭に置き医療にあたる。
- 終末医療においては、どこまで医療を行うか家族との連絡を密にする。
- 在宅医療を支援すべく、介護支援センター、ケアセンターとの連絡を密にする。

## 1 総合診療の現状と展望

日本内科学会雑誌 第92巻 第12号 (2003)の特集「総合診療の現状と展望」において、当時の京都大学総合診療科教授、現聖路加国際病院院長福井次矢氏は、その巻頭 Editorial で次のように述べている。「あらゆる分野の医療があまりにも臓器別に専門分化してしまい、患者の立場からは全人的あるいは総合的診療がしばしばないがしるにされてきた。わが国における総合診療部門は米国の家庭医学 (Family Medicine) と異なり、小児科や産婦人科、外科などの領域を扱わないという意味では、実質上、総合内科 (General Internal Medicine) に相当すると言ってよい。しかし、米国での医療と医学教育全体の中に占める総合内科の貢献度の大きさに比べるとわが国の総合診療部門の貢献度は明らかに見劣りがする。米国総合内科学会 (Society of General Internal Medicine) がまとめた総合内科の将来展望の中の言葉を使うなら、“総合内科医とは複数の慢性疾患を有する大人の患者を長年にわたってフォローするために必要な知識、技術、態度を有する医師であり、小児科医 (Pediatrician) に対して、Adultician (doctors for adults) と言われる所以である”」。

あらゆる健康問題や疾病に対して適切な初期対応が求められる総合内科医にとっては、膨大な数にのぼる疾患のひとつひとつについて専門医と同じように最新の知識に精通し、高度な技量を身につけておくことは、現代医学が日進月歩であることを考えると、実際上不可能である。EBM (evidence-based medicine) の意味するところを深く理解し、これを踏まえた医療を実践することが総合内科医に求められるものであり、医学教育との関連においても卒後臨床研修においても総合診療部門の果たす役割は大きい。

総合内科における研究は、患者を診療する中で実際に遭遇する問題点を解決するための研究であることが望ましい。そのための研究方法は臨床疫学、臨床統計学である、しかし、わが国には米国の総合内科のように十分な時間と人的パワーを振り向けることができる総合診療部門はほとんどな

いのが現状である。

この状況は10年以上経過した現在でも変わっておらず、内科の専門分化と細分化が進み、大学の医学教育の現場で全人的、総合的に患者を診るという医療の原点が置き去りにされていく状況はむしろ加速されている。

## 2 総合内科の存在意義

現代医療はチーム医療により成り立つ。病院発展の基礎は良質の医師をいかに確保するかにかかっているが、医師の個人的資質だけでは現代医療は成り立たない。一時代前とは比べようもなく多職種の協力体制が必要である。看護部門のバックアップは勿論のこと、薬剤部門、臨床検査部門、事務部門に加えて、医療工学士など新しい部門の導入が不可欠である。病院職員の職種配分は流動的で、その時代を反映して変化する可能性がある。病院は実に多様な職種により構成されており、電子カルテの導入、高額医療機器への依存度などに伴い新しい職種の導入を常に考えて行かねばならない。他部門には伺い知ることができない業務についても協力体制、協調関係が今までも増して重要になってきている。

大病院では、大学医局ほどではないにしてもセクショナリズムが存在し、古い病院ほどその傾向が強い。しかし、これからの医療は、各科のセクショナリズムの垣根を取り払い気軽に対診に応じ、お互いに無理も頼めれば融通をつけあうことができる日常のコミュニケーションが必要になる。高度に専門分化した医療においては、その専門医療を推進することが出来るよう、周辺の諸問題の処理を担当する部門が必要になる。総合内科あるいは総合診療科は、そのような意味で病院の安全弁的役割を果たすことが期待される。

また、病診連携の窓口として診療所からの紹介患者の診療を担当し、どの科で診てもらいたいのか診療所側の立場を尊重して便宜を図るとともにスムーズに受け入れができるよう院内調整を行うことは総合診療の重要な仕事のひとつである。

総合内科で扱う疾患は同時に多臓器の障害を併

せ持っていたり、専門的治療の対象とならないなどの理由によりどの科でも敬遠される高齢者が多く、否応なく老年医療に関する素養が要求される。近隣の特別養護老人ホームやケアセンターから受診する誤嚥性肺炎や終末期の高齢者を入院させ治療にあたることも総合内科の仕事である。

介護施設において看取りの体制を整え終末医療を完結して欲しいと思うけれど各施設とも医師不足ですべての終末医療を担うことには限界がある。いきおい終末医療を病院で引き受けざるを得ないのが現状である。

### 3 総合医（ジェネラリスト）の育成

専門医の養成は比較的短期間で可能であるが、総合医（総合内科医、総合診療医）の養成は短期間では無理である。しっかりした養成機関も少ない。大学は専門医志向で総合医を養成する体制にはなっていない。老年科や総合内科などの総合診療を志向した診療科も撤退せざるを得なくなった大学も出てきて新たに総合内科、総合診療科を作るには全くの1から始めなければならない状態である。

病院においても、専門医療一筋で先端医療を担ってきた専門医が年齢的限界を感じて総合医療への転向を目指す場合、現在では総合内科、総合診療のトレーニングを施す適切な機関および指導スタッフが見つからないのが現状である。

標榜科としての総合診療科を各大学がどのように運営し、総合診療科の専門医、指導医をいかに養成するかは緊急の課題であるが、発足時から確固たる方針のもとに運営することが望まれる。総合診療の専門性を確保し良質の医療を提供する教育システムを構築するためには何が必要か、総合内科医あるいは総合診療科医の養成の場としては、ある程度専門分化の進んだ500床以上の病院がその可能性を比較的良好に保持していると考えられる。

専門分化が進んだ現状ではジェネラリストの育成が急務とされ、医学出版界では総合診療、総合内科分野の書籍が次々と出版されている。これら

の本の傾向はジェネラリストとして既に一定の評価を得ている監修者が分野の枠を越えて解説する構図がほとんどである。

最近では数年前の見解や治療がもはや時代遅れになることも稀ではない。一方で、患者の権利意識が強くなり、新しい医療、より専門的な医療を要求する傾向が助長され、医療提供者側も進化し続ける最新の医療を絶えず吸収し習熟することが求められる。

大学病院以外でも都市部の基幹病院では内科の専門分化が進み各専門外来を置いているところが多くなってきているが、臓器別診療を基本にして病棟を編成できる病院はそれほど多くない。圧倒的多数の中小病院では内科の専門分化は不可能で、総合内科とことわるまでもなく内科疾患全般について診療せざるを得ない。

Common diseaseも予約なしで診療しなければならない一般病院あるいは専門分化が不完全な病院では、総合内科的診療はむしろ抵抗なく受け入れられると思われ、日常診療そのものが総合内科診療の実践である。医学教育において総合診療の必要性をどのようにして学生や研修医に理解し実感してもらうかはわが国の将来の医療にとって非常に重要な問題である。少なくとも医学概論や医療哲学などは、学部教育でしっかり教えて欲しい。

### 4 医学教育制度と病院経営

かつて、病院の職員数はほぼ病床数と同じ人数が必要であり、常勤医師は病床数の1割が必要であると言われたが、現在ではそれ以上の人員が必要である。それでも現在の先端医療を推進するには十分ではなく、多くの非常勤医師に頼らざるを得ない。

世界的にみるとわが国の人口10万人当たりの医師数はそれほど不足しているわけではない。医師の偏在、都市集中が問題であり、辺地医療に携わる医師が足りないのである。これは医学部の定員を増やただけでは解決しない。各県1医大構想のもとに医学部あるいは医科大学が整備され、

## 1. 総合内科概論

昭和40年当時の約2倍の数の医科大学があり、当時の2倍の約9,000人の医師が毎年誕生する。しかし、地方医大の大きな悩みのひとつは、新卒の医師の当該府県への定着率が悪いことである。入学時にある程度県内在住者を優遇するとしても、他府県の出身者は卒業後、出身県や大都市で入局あるいは就職するものが多い。

国立大学であれば、少なくとも卒業後10年間程度は出身校の存在する県で診療することを義務づけるなどの措置が必要になるであろう。

新卒医師の意識自体にも大きな変化が見られる。昭和40年代、50年代には、内科、外科、産婦人科などのメジャーの診療科の志望者が多かったが、最近は、マイナー診療科の志望が多く、産婦人科などは必要医師数をいかに確保するかが大きな問題である。

卒業後の診療科の志望決定は全く自由意思に任せられているが、各診療科の必要数を国の医療政策として算出し割り当てるようなことを考えざるを得ない時代に来ている。

厚生労働省は標榜科構想を打ち出し早期実施を目指しているが、17の標榜科の最後のひとつが「総合診療科」に決まった。標榜科認定の条件や具体的運営の細部についてはこれから次第にはっきりしてくるであろうが、医療政策として各標榜科の必要医師数を調整し、医師の都市集中に歯止めをかけて適正配置を進めるといふ意図があると思われる。

研修医制度が変わり、自由に研修病院が選択できるようになったことは時代の趨勢でもあり、大学医局を頂点とした医師供給体制に大きな変化をもたらした。博士号取得の意義が少なくなり、専門医資格取得志向が強くなる傾向にあることはそれなりに意義のあることであると思われるが、医師の供給源としての大学医局という体制が維持できなくなり、病院の医師確保は容易でなくなりつつある。

病院経営には多くの困難や問題点があるが、高度成長時代が去り、産業界自体が大きな変革を迫られている。倒産件数が増加し、自殺者が3万人を超えるという時代において、若年の正規雇用

率が低下し非常勤やパートタイマーが増えてきた。医療も他の産業構造や雇用の現状に影響されるが、医療機関においてはなりふり構わず利潤追求に走るわけにはいかない。長期にわたる病院経営の安定をはかるには小手先のつじつま合わせに走ることなく王道を行くしかない。

しかし、他の企業からみると病院経営はまだましであるという。良い医療を提供するという本来的な目的を追求することにより生き残ることが可能であるし、病床利用率を確保さえすれば収支予測が可能であるからだという。他職種においては設備投資が回収できるかどうかは種々の要因により影響され予測が困難で、理念だけで経営できるものではないという現実があるのに比べて病院経営は非常に恵まれていると他分野の経営者は言う。

## 5 医学系の学会

医学系の学会は、内科学会、外科学会、小児科学会、産婦人科学会、整形外科学会、眼科学会、耳鼻咽喉科学会、皮膚科学会というような診療科別の学会および、循環器病学会、消化器病学会、腎臓病学会、内分泌学会、神経学会など臓器別の学会が主流である。

さらに糖尿病学会、脳卒中学会など個々の疾患を対象とした学会や臨床検査医学会、癌治療学会、など個々の検査法や治療法に関する学会もあれば、老年医学会、人間ドック学会、プライマリケア学会など総合的診療を基本として設立された学会もある。

平成26年1月現在の日本医学会分科会は118におよぶ。これ以外にも日本医学会に属さない学会や研究会が多数あり、今後その数は益々増加すると考えられる。

大学の臨床医学系講座で、臓器別、疾患別の講座とは別の観点から開設された老年科、総合診療科などの診療科では、個々のスタッフや医局員が最初から内科全般を診れるようなジェネラリストを目指してきたのではなく、個々のサブスペシャリティを中心に講座全体としてどのような疾患

にも対応できる体制を作ってきたにすぎない。

日常の研究活動は、循環器病学会、消化器病学会などそれぞれの専門科別のフィールドで活動せざるを得ない。最先端の医学、医療を目指し、病態機序の解明と新しい治療法の開発に重点を置く現在の大学において総合診療は非常に育ち難く、総合診療の教育体制をどのように整えるかは各大学医学部、医科大学での最重要課題である。先鋭的医療偏重の臨床講座が片手間で総合医学の学部教育および卒後教育を担当できる筈がない。

質の良い総合診療をどのようにして提供し、卒前・卒後教育に反映させていくかは看護教育より難しい面がある。看護教育においては教育スタッフのより良い看護を実践したいという自己実現のモチベーションと教育理念が比較的良好一致しているのに対して、医師の場合は先端医療の開発あるいは病態機序解明という自己実現の方向性と教育モチベーションが必ずしも一致しないことが多いと考えられるからである。

## 6 専門医認定

2014年5月7日、日本専門医機構が発足した。専門医を統一基準で認定する第三者機関で、2020年度から新しい専門医認定が始まる。新しい制度は、19の基本分野、すなわち総合内科、小児科、皮膚科、泌尿器科、精神科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、病理、臨床検査、救急科、形成外科、リハビリテーション科、総合診療科で、3年間の研修（2017年度開始）が専門医資格取得の条件となる。基本分野の専門医資格取得後に各サブスペシャリティの専門医を取得することになる。現在でも内科認定医の取得が内科系関連学会専門医受験資格の必須条件となっているが、初期臨床研修制度と併せ、医師としての総合的な能力が求められる。

内科学会には「認定内科医」と「総合内科専門医」（旧認定内科専門医）の資格がある。「総合内科専門医」の受験資格は認定内科医を1回以上更新した者となっている。現在の合格率は「認定

内科医」86～94%、「認定内科専門医」71～81%、更新に必要な単位数は「認定内科医」25単位、「認定内科専門医」25+50単位。現在の出題基準（科目）は総合内科、消化器、循環器、内分泌、代謝、腎臓、呼吸器、血液、神経、アレルギー、膠原病および類縁疾患、感染症、救急である。

総合診療科が第17番目の標榜科として認められ、個々の学会によって行われてきた専門医の認定が第三者機関によって行われることになり、その具体的方策は今から急速に固められ実施されるのであろうが、他の専門科の認定医、指導医とはかなり異なった側面がある。安易に妥協すると総合医療の質は向上しない。総合内科専門医、総合診療科認定医は他の専門医の取得を条件として、その上に内科全般あるいは全科にわたる総合診療に関する認定試験を実施すべきであって、既存の認定医、専門医に対する移行措置を設けるべきではない。

総合内科医、総合診療科医のもうひとつの側面である高齢者医療、終末医療に関しては、むしろ医学部の学生教育における医学概論、医療倫理教育の充実と卒後研修における全人的医療の視点をどこでどのようにして体得してもらうかにある。各専門分野における技術的側面は各専門科医に委ねればよいが、医学倫理、医療哲学の問題は学部教育の早い段階で導入しなければならない。専門に特化した教育を受けるにつれて医療の本質である全人的医療に立ち返る余裕がなくなってくるのも現実である。救命し得ない疾患に対して医師は何ができるのかという謙虚さを常に保つことが必要である。

本書を企画したのは、2014年、日本専門医機構が発足し、総合診療科が17番目の標榜科として認められたのを機会に、総合内科、総合診療科のあり方を見直してみたいと思ったからである。各大学は標榜科としての総合診療科の教育に戸惑いながらも準備に努めており予定通り発足すると思われるが、第三者による専門医認定機構は、総論賛成で始まったものの、各論では各学会との調整が難航し暗礁に乗り上げ、時間をかけて議論

することになった。いわば振り出しに戻るという格好である。

## 7 医療過誤と訴訟社会

医師の学問的業績あるいは営利事業のために患者はあるのではないかと受け取られかねない事例が時に世間を騒がせマスコミの絶好の餌食になる。しかし、なかには良かれと思って行った医療行為が医療過誤に問われ、医師が刑事告発されるというようなことが起こる。このような風潮を医学界としてなんとか防衛すべく政界、司法・検察にも働きかけ、いかにコンセンサスを引き出していか、地道な努力が要求される。

日本医師会が医学畑の有識者を衆参議員として一人でも多く送りこみたい事情の裏には医師の権利擁護のみならず、医師に対するバッシング風潮への危機意識がある。どこの世界でも、一部の不屈きもののために全体のイメージが悪くなり大部分の真面目に働いているものが不利益を被ることはあり得ることであるが、医師を一つの特権階級と見なし反感を抱かせる潜在意識については我々医師一人ひとりが常に謙虚に戒めなければならない。

医療には一定の確率で不測の事態が生じることは避けられず、現代の訴訟社会ではある程度防衛的医療にならざるを得ないが、明らかな殺意をもってなされた殺人と同様に医療過誤が刑事告発され殺人罪が適用されるようでは安心して医療行為を行うことはできない。

## 8 健康の定義

世界保健機関（WHO）憲章前文に、「健康とは、身体的、精神的ならびに社会的に完全に良好な状態である」と定義されているごとく、健康は単に身体的に元気であるのみならず、精神的にも安定し、社会的にも精一杯活動ができるという理想的な状態を想定している。究極の理想を健康の極に、その対局に死を置き、その間には種々の程度の不健康が連続的に存在する。健康診断を定期的に行

い、これに基づき保健指導やメンタルカウンセリングを行うことが必要である。検査異常のあるものは症状のないうちに予防的治療を行うことが健康を維持するために必要である。

## 9 かかりつけ医

総合内科診療は、身体的のみならず、精神のおよび社会的な視点を含めて総合的な健康を保つことを目標に診療する。身近に何でも相談できる“かかりつけ医”を持ち、総合内科的視点で慢性疾患や生活習慣病の治療を受ける、風邪ひきや腹痛などの初期診療は“かかりつけ医”に診てもらい、精密検査や専門的医療を要する場合には紹介状を書いてもらって病院を受診するというのがあるべき医療の姿であろう。そのためには、何でも大病院志向の患者教育が必要である。

医師は、忙しい日常診療のなかでこれらの新しい知識をいかにして身に着けていくのか、その最も有効な手段が専門医への紹介を通じての診療情報の交換である。自分が習得した旧来の治療の枠に閉じこもって他の医療機関との交流に積極的でない医師と積極的に患者を紹介して病院の専門医の意見を聞く姿勢をもった医師の間には大きな差がついてしまう。現代の日々進歩する医学、医療では、分野によっては、5年前の治療が時代おくれになり通用しなくなることもある。登録医制度を利用して紹介患者を病院に訪ね、主治医と治療方針について議論することも、双方にとって有意義なことである。

## 10 人間は各臓器の寄せ集めではない

最先端の医療レベルを維持するために大学病院や市中大病院の医師は日夜研鑽し、研究活動にも励んでいる。臨床研究の成果を学会で発表し論文としてまとめるという研究活動は医療レベルの向上にとっても極めて大切なことである。専門医療の分野では治験を含めた臨床医学における最先端の研究が行われている。しかし、臓器別の専門分

化と業績中心主義の研究にはそれなりに弊害も生じてくる。人間は各臓器の寄せ集めではなく、総合的に機能してはじめて健康を保つことができる。

50年前の内科の講義では、「いかにかけはなれたように見える症状でも同じ原因から派生していると考えてその発症機序を解明しなければならない」と教えられたものである。しかし疾病構造が変化し、高齢化が進んだ今日ではそのままあてはまらないところがでてきている。日常診療で細かく観察していれば、定説となっている事項に当てはまらない症例や、マニュアル通りの治療ではうまく行かない症例に遭遇することがしばしばある。それは何故だろうと疑ってみることが大きな発見につながる可能性だってないとは言えない。

ジェンナーの種痘は一介の町医者への着想に端を発したものであり、輸血による救命例と死亡例の検討から異型輸血が解明され血液型の発見につながったごとくである。

極度に専門分化した近代医療の体制ではこのような自由な発想が育ち難しくなっており、医者のお味も少なくなっている。大病院に紹介するまでもなく治ってしまうウィルス性疾患や、軽微な症状に関する検討などは中小病院の勤務医や開業の医師にしかできない臨床研究である。臨床医学は科学であって科学ではない。対象となる患者さんを前にして冷徹に観察する科学的態度と、救命のために有効と思われることを先ずやってみるという主観的治療は相容れない場合がある。たとえ救命できない場合でも患者および家族に納得してもらえ医療を行おうとする臨床医の視点を忘れてはならない。その時代に有効と信じられている治療法であっても、科学的根拠をもたず、後年誤りであったと否定される治療は枚挙にいとまがない。患者および家族が納得して心の平安が得られるのであればそれに従わねばならないと言う局面に立たされることは医者への宿命でもある。

高齢者では多臓器に障害がおよび単一臓器の治療だけでは対処しきれないことも多くなる。これらを他の臓器機能にも配慮しながらバランスよく治療することは、各疾患の専門治療とはまた別の専門的な総合的視点が必要である。「木を見て森

を見ず」であってはならないし、ましてや「病気が治ったが個体は死んでしまった」では許されない。

## 11 医学の進歩と医の倫理

この半世紀のうちに医学は格段進歩した。今でこそ当たり前のことであるが、超音波検査やCT検査がルーチンに行われるようになってからただか40年である。

MRI、PETなどの画像診断が導入され、治療面でも内視鏡的治療や腹腔鏡手術、生物学的製剤の開発など、高度医療が医療の現場で当然の医療行為として日々行われている。

遺伝子解析や万能細胞など、基礎医学における進歩はめざましく、時を移さず臨床分野に取り入れられていく。

この間に、移植医学や生殖医学の進歩に伴って、医の倫理を根本的に問い直さなければならないような事態に立ち至り、親子関係や死の判定にさ法的根拠が求められるようになった。凍結精子を用いれば100年前の人の子供でも産めるというまさにSFの世界が現実になろうとしているのである。人工授精や臓器移植に伴う法整備はいかにも泥縄的で便宜的にみえる。実際のところ法学者でさえその進歩について行けず、とまどい途方に暮れているというのが実情ではなからうか。

学問や技術の分野における発見や開発は、自己増殖的に留まるところを知らず、前進あるのみ。それがどのような意味をもつのか、いったん走り出すと立ち止まって考えることができなくなる。科学的進歩は“両刃のやいば”で、その運用を誤るととんでもないことになる。原子爆弾しかり、原子力発電しかりである。実用化されると、これに企業の既得権や利権、住民工ゴなど各人各様の思惑がからんで、途中で中止することができなくなる。物事は始めることより終えることの方がはるかに難しく、行き着くところまで行かないと取まらない。近代における発見の多くは、人類に多くの利便をもたらしたが、同時に絶えず破滅への序章としての要素を内在している。これを倫理的

に抑制し規制することは根源的に不可能なことがあるのかも知れない。科学の進歩は本当に人間を幸せにするのか。科学の進歩には本来、恩恵の裏に必然的に影のようにつきまとう負の部分に伴うと考えなければならない。ある方向に走り出すと、途中で方向転換を図るのは至難の業である。

医学の分野でも、新しい発見や技術革新に歯止めがかからず暴走してしまうような事態が起こりやすい。規制をしても必ず抜け駆けがおこる。生命現象であるだけに、その進歩が救命あるいは医学の進歩に貢献する可能性があると思えば異を唱えることができない。

臓器移植で助かるとなれば死の判定基準をくつがえしてでも新鮮な心臓を手に入れる手段を考えなくなるし、不妊症とあらば他人の腹を借りてでも自分の子供が欲しくなる。進歩の影には人間のさが（性）としか言いようのない利己的側面が見え隠れする。

医学の進歩に伴う最も大きな変化は“あきらめ”の心を失ったことであるのかも知れない。多産多死で成人までに半数しか生き残れないという発展途上国と同じ状況が19世紀前半の先進国にもあり、医療はある程度諦観のうえに成り立っていたものと思われる。

高齢者医療においても然り。不自然に生かされ過ぎて、人間の尊厳も全うできない悲惨な現実がある。人間には寿命があり老衰死もある。平均寿命が80歳を超え、誰でもが天寿を全うできる可能性を期待できるようになったが、同時に老化の悲哀を強いられるようになった。認知症やねたきりの高齢者をまのあたりにして「そこまで生きたくない」と考えるのもおかたの人の本音であろう。

## 12 インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントは“説明と同意”と訳されているが、十分な病状説明というニュアンスが強い。聖路加国際病院名誉院長日野原重明先生が100歳を目前にして行われた総合健診学会総会の特別講演「人間ドックの功罪」のなかで

“医師は言葉を媒体とする職業であることをもって考えなければならない”と述べておられる。

昔ながらの「知らしむべからず寄りしむべし」、「黙って俺についてこい」式の父性的、パターナリズムの医療は現在では通用しない。素人の患者さんにも良く解るように説明し、診断過程および治療方針を納得していただくためにはそれなりの時間をさかねばならない。

学生時代にある大学で「ムンテラ」の講義があると聞いて驚いたことがある。「ムンテラ」という言葉はドイツ語の“Mund Therapie”の略語で、カルテをドイツ語で書いた時代にはよく使われた言葉である。病状を説明することを意味する言葉であるが、口先でうまく丸めこむというようなニュアンスがあり、あまり良いイメージで捉えられていなかった。当時は、癌は本人には告知しないというのが原則で、癌で余命いくばくもない患者さんに腑に落ちない症状をいかに癌の症状ではないともっともらしく説明するかという技術論の講義であるようであったが、大変な驚きであった。しかし、これとて疑心暗鬼にならず終末期を心安らかに過ごしていただくための技術であると捉えれば、言葉を駆使して成り立つ職業の本質が隠されていたのかも知れない。

現在では、癌およびその他の不治の病についても病名および予後について本人に告知するのが当たり前になり、入院時にはそのステージや5年生存率が示され、治療法について患者さんは選択を迫られる。インフォームド・コンセントとして患者さんおよび家族に病状をわかりやすく説明することは医師の重要な業務のひとつである。

## 13 心の葛藤に向き合う

欧米、特に米国における訴訟社会への対応としてすべてをありのままに告知し、治療手段その他の選択の最終責任は患者自身が負うとする考えに基づいている。家族に告知しても本人に告知しなければ残された生存可能期間の人生設計ができないことに対して医師は責任が持てないという考えの帰結である。例えば、会社の経営者などでは、

余命幾ばくも無ければまだ余力のあるうちに後継者を決めておきたいとか、やり残した仕事や進行中の仕事に区切りをつけておきたいとか他人には伺い知れないことが有るかも知れない。

終末期におけるインフォームド・コンセントは本人に事実を告げて死に対する心の準備をしていただくことでもある。医師にとってはその後の患者さんの心の葛藤に真正面から向き合い一定の結論に達する過程に根気よく付き合うことを意味する。

このような患者さんの悩みや葛藤を受け止め、ときには相談相手になるには少なくとも同世代あるいはそれ以上の医師の方が好都合であることもあり個人的な相性もある。

私も若い頃 VIP の手術不能癌の終末期の主治医として多くの患者さんをみてきたが、揺れ動く心の葛藤をじっと見ているのはエネルギーが要るものである。最近でもじっと見守る事しかできない事変わらないのであるが、何となく心を許して相談を受けたり頼りにされたりすることも無いわけではない。「何で自分だけがよりによってこんな病気にかかって苦しまなければならないのか」と不運を嘆き半分自暴自棄になった患者さんに対して「負の面ばかり見ないで残された時間を自分らしく生きるにはどうしたら良いのか考えてみましょう」というようなことが言えるのも年の功であろうか。

## 14 残された時間をどう過ごすか

インフォームド・コンセントは、残された時間をどう過ごすのかの自己決定権を尊重することでもある。抗がん剤治療も年々進歩し副作用軽減の手段も発達してきてはいるが、どれほどの苦痛があり、どれだけの延命効果があるかはつきり客観的事実を通知して選択の根拠としてもらわねばならない。現在では高額医療として一定限度以上は自己負担なく実施できるが、経済的負担についても情報提供する必要がある。

医師自身も現在実施している治療の医療費がいくらかかっているかは認識していなければならな

い。厚生労働省は 2010 年の国民生活基礎調査で、癌の生存率が向上するに従って働きながら治療を受けている癌患者数は、男性 14.4 万人、女性 18.1 万人、計 32.5 万人で、就労可能な年齢で癌になる人は毎年少なくとも 20 万人を超え、そのうち相当数が仕事を辞めていると考えられることを指摘している。

## 15 当事者にとっては、オール・オア・ナッシング

ここで常々思うことは、再発率何%、5 年生存率何%という統計的数字を示された場合患者さんはどのように受け止めるのであろうかということである。例えば、ある癌の 1 期と 5 期の 5 年生存率が 95%と 5%であったとしよう。初期のうちに見つけて手術をすれば 95%の人は 5 年生存可能であるが、進行がんの段階で見つかり他臓器への転移があれば 5 年生存率は 5%しかないという統計的事実である。しかし、当然のことながら、いくら 5 年生存の確率が高くても 5 年生きられない人がわずかながらあるし、ほとんどの人が 5 年生きられないなかでもこれを免れる幸運な人がある。当事者にとっては、5 年後に生きているかいないかのどちらかでしかないわけで、オール・オア・ナッシングである。

癌患者は手術後も再発の恐れにさいなまれるが、再発率が 5 割でも 2 割でも、患者として感じる不安に変わりはない。治療方針の決定に際して再発率や 5 年生存率として表現される数字は大きな意味を持つが、その他にも考慮すべき事項は多い。

一般に治療法を選択する際には、手術を含めて、ある程度賭けの要素がついてまわることは致し方ない。人にはいろいろな考え方があり、医師の常識的な考えであっても、患者さんの判断は尊重し受け入れなければならない。

日野原重明先生は 100 歳を超えてなおテレビに出演され、高齢社会のシンボリック的存在であるが、人間ドックや欧米流のレジデント制度をいち早く聖路加国際病院に導入されてきたわが国の医療の

## 1. 総合内科概論

転換点におけるオピニオンリーダーであった。今でこそ定着してきた EBM (evidence based medicine) の概念を日本に紹介されたのも先生の業績のひとつである。その日野原先生がある座談会でこんなこともおっしゃっていた。医者になりたての頃ある腎不全の少女の「先生もう駄目です。母が来たら私の最後の様子を話してやってください」という訴えに対して、「いや、何を言っているんだ。まだまだ頑張らなければ」と反射的に言ってしまった。どうして「よく分った。必ず伝えるよと言ってやれなかったのか」と。それから数時間してその少女は亡くなったが、あの時の悲しそうな少女の顔が何十年もたった今でもふと頭によぎると。

現在では、原則として癌患者にもありのままを告知する風潮にある。ホスピスや終末医療に携わる医師はその葛藤に付き合い患者さんが自分の運命を受容する過程を見守ることになる。延命措置によりいたずらに期間を延ばすより残された時間をいかに過ごすかを考えることの方が大切な場合もある。

救命および社会復帰を目標とする急性期医療と

異なり、死を受容し死を前提とした終末期医療における医師・患者関係は自ずと異なったものになる。相互の信頼関係の根底には暗黙のうちに死という究極状態が想定され、死をもって完結する契約関係が存在する。お互いがその認識に立った時にはじめて終末期医療における医師・患者関係は成立する。

「先生、もうそろそろですね。御世話になりました」という終末期の患者さんに対して、「そうだね、よくがんばったね。もう怖がることはないからね」というような会話をおだやかに交わすことが出来るようになれば終末期医療に携わる医者としては一人前ということになるのかも知れないが、やはり去りゆくものと残るもの、医師と患者という立場の微妙な違いは厳粛な事実として存在する。

1984年にホスピスを設立し緩和ケアの普及に努めてこられた淀川キリスト教病院の柏木哲夫先生の「末期患者の苦痛は total pain としてとらえなければならない」という言葉は、身体的苦痛のみならず、精神的ならびに社会的苦痛、さらにスピリチュアルペインにも目を向けなければなら

## MEMO

### ホスピタリスト

全米のホスピタリストが集う学会である SHM (Society of Hospital Medicine) は、ホスピタリストを「専門職として、入院患者の総合内科管理をその主たる役割であるとする医師であり、その仕事範囲は、Hospital Medicine における患者管理、教育、リサーチ、そしてリーダーシップにわたる」と定義する。

Hospital Medicine は現在、「新しいサブスペシャリティ」と認識されており、全米で約 3 万人いるホスピタリストのうち 9 割は総合内科医である。全米の病院の 7 割がホスピタリストを雇用している (週刊医学界新聞 第 3137 号 医学書院 2015.8.10)。

日本の場合、超高齢社会の到来により、Multi Problem を抱える高齢者に対して、臓器別専門科がマネージメントするのが難しくなっている事情があり、病院総合医のキャリアとして、米国発祥のホスピタリストに関心が高まってきている。

心不全なら循環器内科、COPD なら呼吸器内科が診るという状況から、「内科」の大枠を設けて全ての内科疾患を診る総合内科部門を置くシステムに変えることは、それほど難しいことではないと思われる。先駆的な教育で知られる総合病院で、新内科専門医制度に対応するような初期・後期研修プログラムを導入する病院も現れてきている。病院の内科医に、内科全般の広く深い知識と経験が今以上に求められるようになると考えられるが、それに合わせて診療体制のみならず教育体制も見直しを迫られることになるであろう。

ないという緩和ケアの奥儀ともいうべき心境を述べておられると解することができる。

欧米では、牧師が死の床に立ち「神の恵みあれ」と祈りを捧げてくれるが、わが国では僧侶がそのような場に立ち会う習慣がない。本来は僧侶が終末医療に関わって欲しいと思うのであるが、日本

の僧侶は葬儀に立ち会うものと考えられているので、終末期に病室を訪れることははばかられる。死の床にあつては医師が半分宗教家の役割も担わされることもある。

(宮田 學)

## MEMO

### インフォームド・コンセントと医師の裁量権

1948年に世界人権宣言が、1964年には第18回世界医師会で「ヘルシンキ宣言」が採択された。1975年には、東京で開催された世界医師会の第29回総会で、インフォームド・コンセントの詳細な指針が採択され、これが世界の医師に対する指針として広く尊重され今日に至っている。

#### インフォームド・コンセントの前提条件

インフォームド・コンセントを行う際に、前もって患者に説明してはっきりと理解し納得してもらっておかねばならない諸条件は、

- 1, 患者の医師への質問の自由
- 2, 患者が同意した医療を実施した時の医療上の責任
- 3, 患者の同意拒否権
- 4, 医師を選ぶ患者の権利
- 5, 患者の診療拒否権
- 6, 患者の医療の選択権の制限

などが挙げられる。

医師が患者に説明しているときに解らないことがあれば質問することは患者の権利である。また、患者には、真実を知りたくなければ「知らされないでいる権利」もあれば、「そっとしておいて欲しい権利」もある。

1981年にポルトガルのリスボンで開催された第35回世界医師会総会では、「患者は、尊厳のうちに死ぬ権利をもっている」という条項が盛り込まれた。

#### 医師の裁量権

「患者は真実を知る権利があり、医師には真実を告げる義務がある」というインフォームド・コンセントの基本的法理は重要である。しかし法廷においてこの法理を文字通りに解釈し原則論的に適用すると、臨床現場における医療のもつ本質的な不確かさを無視して、その不確かさを補っている医師の裁量を認めないことになりかねない。

なぜ医師の裁量が働く余地があるかと言えば、臨床の場で行われている診療は、ほとんどの場合、医学という学問的理論の応用科学とはいえないからである。

とくに、西欧流の医学は東洋医学と異なり研究方法は一般に分析的であり、理論的に体系づけていく学問である。原因不明で治療法のわからない病気は多く、臨床現場における医療に限界があることは、現場の医師はよく知っている。

患者ごとに働かせる医師の裁量なくして、どうして個々の患者本位の全人的医療ができればか。今後ますます求められていく患者本位の全人的医療には「医師の裁量」は欠かせない。

(星野一正著 医療の倫理 岩波新書 201 P77, 1991)

## あとがき

「下医は病いを癒す，中医は人を癒す，上医は国を癒す」とは言い古された言葉である。国を癒すとまでいかになくても，医療制度の将来に思いを馳せ，あるべき医療について考えることも医師としての務めであろう。「病い」のみに囚われず，せめて中医くらいにはなりたいものである。

専門医療を否定するわけではない。不治の病に挑戦し医学・医療の推進に情熱を傾けることは医師として当然である。しかし，最先端の医療にしか興味がなく救命できないことが医療の敗北としてしか扱えられないようであれば，それは傲慢というものであろう。

どこまで医療が進歩しても治し得ない疾患が無くなることはないし，人間は永遠に生き続けることはできない。わずか1日の寿命しかない陽炎<sup>かげろう</sup>も，1週間の命の蝉も，100年の寿命が現実となった人間も，何億年の地球の歴史からみると何ほどの違いでもない。

19世紀以降の目覚ましい科学的進歩は，我々の生活に多くの豊かさをもたらしたが，同時に地球破滅への道程を加速するものと考えざるを得ない側面がある。核開発然り，先端医療然りである。平均寿命が50年にも満たなかった時代や，乳幼児死亡率が50%を超えるような発展途上国に比べて先進国での生き方がア priori に幸せであるとは言い切れない。

京都大学老年医学教室初代教授桂英輔先生の口癖は「医者には少々坊主になれ」であった。「老年医療では何もしないことが最善ということだってあるんやぞ」と，若い血気にはやる我々医局員を前に穏やかに諭すように語られたことをしみじみと思い出す。

第2代京都大学老年科教授亀山正邦先生が東京都養育院附属病院副院長から新進気鋭の臨床教授として颯爽と着任されたのは昭和50年11月であった。亀山先生の教授回診は専門の神経学のみならず，高齢者で注意しなければならないポイントを的確に指摘され教育的配慮に満ちたものであった。私の神経学は，「門前の小僧習わぬ経を読む」の類であるが，早い時期から，「隣疾患と神経系」（内科37：752，1976），「変性神経疾患における微量元素」（神経内科13：9，1980）などの総説を書かせていただいた。

神経内科が老年科から分離独立し，第3代の三宅健夫教授が着任されてからも「筋委縮性側索硬化症（ALS）における脊髄内マンガン分布」に関する英文投稿論文や亀山教授ご下命の総説執筆などの仕事が山積しており，神経内科と消化器内科の“2足のわらじ”生活が続いた。

神経内科と老年科は混合病棟で双方の患者さんが入り乱れて入院しており，研修医がともに学んでいた。病棟主任として双方の融和をはかるべく両教授にお願いして神経内科研修医にも消化器疾患を，消化器内科研修医にも神経疾患を一部担当してもらった。それぞれの専門疾患は将来いくらかでも受け持つ機会はあるが他分野の疾患に接する機会は少ないであろうという思いから，症例検討会や回診にも研修医は両教室分け隔てなく参加できるようにしてもらった。

昭和40年に卒業し内科に入局後、昭和42年から5年間大阪赤十字病院内科の消化器グループの一員として臨床検査を担当し、病理の佐々木正道先生のご指導のもとに生検肝組織の電子顕微鏡観察を行っていた私は、昭和47年に老年医学教室に助手として採用されてからも脾胃疾患に興味をもち、膵外分泌機能検査としてパングレオザイミン・セクレチン試験（PSテスト）を行い、吸引採取した十二指腸液の重金属濃度を衛生学の糸川嘉則教授のもとで原子吸光法により測定させてもらっていた。以後一貫して生体と微量元素、高齢者の微量元素代謝をテーマに研究を進めることになった。大阪府泉南郡熊取町の京都大学原子炉実験所の共同利用実験に応募し、10年間にわたり春と秋、年2回各1週間の泊まり込みで徹夜まがいの実験を重ね、放射化分析法による微小生体試料中の微量元素分析を手掛けた。多くの老年科の先生方にお手伝いをいただき、全国より応募されている多くの研究者と親しくお付き合いいただいた。理学部の小山睦夫教授ご指導のもとに極めて困難とされた生体試料中のマンガン微量分析法を確立し（Clin Chim Acta 106: 235, 1980）、筋萎縮性側索硬化症（ALS）の頸髄前角部に対照の約2倍の有意のマンガンの集積を認めたことは私の唯一他に追隨を許さぬと自負する研究成果である（J Neurol Sci 61: 283, 1983）。海外留学の機会はなかったが、国際老年学会や多くの微量元素関係の国際会議に出席し研究成果を発表させていただいた。

三宅健夫教授着任後は老年科消化器グループの一員として、放射線科、内視鏡検査部、消化器外科と連携し、午前中は外来診療および上部消化管透視、内視鏡、腹部エコーなどの臨床検査、午後は学生のベッドサイド実習や研修医の指導にあたった。アフター5が研究データの整理や論文執筆など自分の仕事の時間で、帰宅は終電近くなることもしばしばであった。

昭和62年、市中病院の内科部長に転じ、系列の老人病院副院長を経て、平成7年から京都通信病院健康管理部長として郵政職員の定期健診と健康管理に携わることとなった。郵政公社から民営化への移行期には京都郵政健康管理センター所長として近畿郵政局との折衝も多くなり、職員のメンタルヘルス対策に苦慮した。平成18年に定年退職し、新設の民間健診センター所長を5年間務めた後、平成23年より、草津総合病院に勤務させていただくことになった。

草津総合病院は滋賀県湖南地区を診療圏とする民間病院であるが、700床のうち200床を定額制の療養病棟に充て看取り医療を行っている。70歳にして草津総合病院に定年後2度目の再就職をさせていただいたが総合内科医5名中3名が母校の先輩で、「今度、若手がきてくれた」と重宝がられた。総合内科外来は午前診2回、午後診1回の週3回担当し、療養病棟の入院患者30人を受け持った。専門医療を要する外来患者は専門医に紹介するが、多疾患を併存する高齢者や誤嚥性肺炎は急性期病棟に入院させて治療にあたった。療養病棟4棟に加えて急性期病棟5棟を掛け持ち走りまわっていた時期もある。

急性期治療による回復が望めず、在宅復帰も困難な場合は、療養病棟に転棟してもらい看取り医療を行うことになる。ご家族には「誰でも一度は通る道なので、残された時間を出来るだけ苦痛なく平穏に過ごしていただけるよう介護中心の医療を行います。積極的治療は行いませんが、感染や合併症など必要な治療は致します。ただし、急変時には気管内挿管など無理な延命措置は行わないことをご了承ください」とDNR（Do Not Resuscitate）の了解をとり「終末医療に関する同意書」に署名してもらおう。

療養病棟では毎月10人前後が死亡退院し、転院や急性期病棟への転棟、在宅復帰を加えると、1年間でほとんどの患者が入替わることになる。私の受け持ちの患者さんも6年間で約150名が亡くなった。入院中に心筋梗塞、脳梗塞などの救急医療を要する病態が突発することも多く、家族の要望が強ければ急性期病棟で専門医療を依頼することになる。日頃より家

族とよくコミュニケーションをとり、どこまで医療を行うか意向を確かめておくことが必要である。5～6割の患者さんは寝たきりで経管栄養を受けており、3～4割は、介助により食事可能であるが、移動、排尿・排便すべてに介助が必要である。

療養病棟連絡会を院長の諮問機関として3か月に1度招集してもらい、看護部長、副部長、各療養病棟師長、関係事務職、療養病棟勤務医師に委員として、理事長、病院長にはオブザーバーとして出席いただき開催した。

胃瘻は在宅復帰を前提に造設する方針であったが、核家族化が進み同居家族が少ない現在では在宅介護が可能な家庭は少ない。長期の社会的入院を避けるために急性期病棟の入院患者にもDPCが導入され、14日の入院期間を超えて治療を要する患者は地域包括病棟に移すよう要請される。10年前に比べて家庭の介護能力が極端に低下している現在においても在宅復帰一点張りの厚労省の方針は、現在の実情に即したものとは言い難い。

本書を企画した動機は、大学での総合内科、総合診療科の標榜科導入を機に、地域の中核病院における総合診療のあり方を考えてみたいと思ったからである。木之下正彦名誉院長がいち早く導入された草津総合病院の総合内科の方式は一般病院における総合診療のひとつのモデルとして参考になるのではないかと考えられた。

個々の疾患の診断・治療は割愛するが、本書を補完する意味で、総合内科医の診療の手引きを実地医療を中心に活躍中のそれぞれの専門医にシリーズで執筆をお願いしている。

平成27年12月に、“総合診療ライブラリー”の一環として、『Generalist 血液内科診療のススメ』（大野辰治著）および『Generalist 糖尿病診療のススメ』（荒木厚著）が本書に先立ってすでに出版されている。参考にさせていただきたい。

本書の企画段階より、滋賀医科大学名誉教授・誠光会草津総合病院名誉院長、木之下正彦先生および、株式会社金芳堂代表取締役社長、宇山閑文氏にいろいろご指導をいただいた。厚く御礼申し上げる次第である。

平成30年10月

宮 田 學

総合診療ライブラリー

今すぐ総合診療のエキスパートになれる

総合内科診療のススメ 一人間ドックから終末医療まで

---

2019年1月10日 第1版第1刷 ©

監修 木之下正彦 KINOSHITA, Masahiko  
編著 宮田 學 MIYATA, Satoru  
発行者 宇山 閑文  
発行所 株式会社金芳堂  
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地  
振替 01030-1-15605  
電話 075-751-1111 (代)  
<http://www.kinpodo-pub.co.jp/>  
組版 株式会社データボックス  
印刷 株式会社サンエムカラー  
製本 藤原製本株式会社

---

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan  
ISBN978-4-7653-1772-6

**JCOPY** <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、その都度事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。