

解説 1

ジェネラリストを 目指す人たちへ

～家庭医学の立場からみた
日本の総合診療～

神戸大学医学部附属病院総合診療部
神戸大学大学院医学系研究科内科学講座
(総合診療内科学) 准教授

橋本正良

臨床実習前の共用試験 (CBT: computer based testing ならびに OSCE: objective structured clinical examination) 必修化, 講義形式の授業から problem based learning への転換, 新臨床研修制度の導入と, 数々の改革が日本の医学教育の中で進んでいます. 中でもプライマリ・ケアに重点が置かれた新臨床研修制度の確立は, 特筆に値するものと考えられます.

20年前, 日本に専門診療科としての「総合診療」がなかったため, 私は米国の家庭医学 (family practice residency) を経験してまいりました. 家庭医学を学ぶために米国に臨床医学留学する意義, 米国で勝ち残る方法, 帰国後の活躍の可能性 (教育・診療・研究) に関して述べたいと存じます.

米国家庭医学の特徴 ～米国へ臨床医学留学する意義～

家庭医学は米国ではすでに長い歴史を持ち、1969年に専門診療科として独立しました。プライマリ・ケアを提供する診療科は家庭医学の他に一般内科、小児科、産婦人科がありますが、家庭医学もこれらの診療科同様、卒前・卒後の医学教育にその専門診療科としての独自性が強調されています。医学生・研修医・また実地医家への継続医学教育も盛んに行われています。

専門医としての目標、ゴールの設定

米国でのレジデンスを経験して素晴らしいと思ったことは、「家庭医学」専門医として何が求められているかの目標がはっきりしていることです。例えば、日本の研修医が循環器内科をローテーションする際は、心臓カテーター検査など、「循環器内科」が行っている診療に参加することが求められます。しかしながら米国での研修では「家庭医学」専門医として必要な循環器内科の知識や技術を修得することが求められました。

具体的には、高血圧・心不全・心房細動の外来診療の方法であり、入院における虚血性心疾患・心不全の初期治療と循環器専門医へのコンサルテーションのタイミングを研修しました。日本でも「総合診療」医として何が求められているかをわきまえたうえでの臓器別専門領域の研修が、今後とも求められます。

重視される外来診療のトレーニング

研修医の研修は、日本では伝統的に入院患者が主体ですが、クリニックでの外来診療に重点が置かれていることも米国「家庭医学」の特徴です。1年次は週に半日、2年次は週に2日、3年次は週に3日の外来診療を行いました。3年間を通じて外来診療を行うため、生活習慣病の継続診療や、妊婦の懐妊から出産、出産後の母児健診まで、患者1人ひとりに対する継

続医療の提供と、本当に幅の広い研修が可能でした。

このような研修が可能で大きな要因の1つは、他の専門診療科の「家庭医学」への理解があることです。日本での「総合診療」はともするとプライマリ・ケアの無理解または誤解から、他の臓器別診療科の行わない診療、例えば自身での診察もなく臓器別診療科へ振り分けを行ったり、単一臓器別診療科でのカバーが不可能な複合重症疾患を持たされたり、といったインバランスが生じている現実があります。

プライマリ・ケアでカバーできる疾患であれば臓器別専門家は必要ありませんが、複合疾患や多くの諸問題を有する患者には、おのおのの診療科のみならず、看護、介護や薬剤、その他の医療関係者それぞれが得意とする能力を、必要な際に必要な分だけ発揮する、つまり医療関係者全体がともに手を携えて患者の診療にあたるのが理想であると考えています。どの分野の専門家が必要かの見極めは「総合診療」医として必要な能力の1つと考えています。

開かれた教育環境

米国といった多種多様な人々の住む社会で研修が行えたことで、医療が医学だけで成り立っているのではなく、政治、経済、宗教、歴史、伝統、慣習といった社会生活上の諸々と密着していることを再確認できました。この経験は米国を鏡として日本を見直す絶好の機会となります。戦争のない日本がいかに平和な国家であるかも、米国で生活するとつくづくわかってきました。多人種間での競争もあり、英語を用いた日常生活は魅力的かつ刺激的でありました。

同じプログラムを卒業した多くの「家庭医学」専門医が後輩レジデントの教育に参加している現実を見ていると、後輩医師の教育は先輩医師の責任であることが必定と体得されます。伝統的に日本の医学生や研修医は大学医学部での教育に偏りがちですが、開業された先輩医師たちに広く学ぶハード面での環境の整備も必要と考えます。

米国で勝ち残る方法

「あきらめない」ことの重要性

私自身の経験からも、今回提出された留学記を拝見しても、米国で勝ち残る方法は「あきらめない」ことだと思います。自分がやりたいと思ったことはレジデンシーに参加することであれ、レジデンシーを無事終了することであれ、あきらめない限り実現します。Where there is a will, there is a way. 「あきらめない」ことは何も米国留学に限ったことでなく、広く人生に通用するはずで。

異国、異文化、異言語社会で生活するには、肉体的にも精神的にもタフであることが求められます。最近の言葉では「鈍感力」が必要です。どんな事柄にも positive thinking のできる人であれば、努力さえ惜しまなければ米国でも勝ち抜いていけると信じます。

英語という言葉の問題は想像以上に重要かつ重大で、帰国子女や特別な生活環境の持ち主でもなければ、最初は日本人留学生であれば誰でも「泣かされる」大問題です。知識階級の使う難しい英語や言い回しには強く、患者たちが使う日常語が解らないといったギャップは誰でもが経験したことでしょう。

言葉でのハンデから、私の場合は患者からの身体所見や臨床データといった客観性のあるものを重視しました。英語を使つての言い繕いのできない状況であるため、患者にたびたび、かつ丁寧に医療面接をしたり、血液データ、EKG、胸部X線等をメモしたりしながらよく覚えるようにしました。

相手に自分の英語を理解されやすいようにも努めました。外来ではカルテの記載はなく、カセットに記載内容を音声で吹き込むことが要求されました。最初はこれが苦痛でしたが、パターンさえ覚えれば特に問題はありません。研修終了時には皮肉のようですが、英語の発音が一番クリアでわかりやすいドクターだとタイプリストたちから表彰を受けました。

留学時期決定の要素

留学時期に関しまして色々意見は分かれると思いますが、最低限卒業後2年間の臨床研修を終了してからをお勧めします。日本の制度をある程度理解したうえで留学のほうが、より米国の制度との比較が可能になるからです。また、臨床現場での経験の有無は、よい意味での自信にも繋がります。2年間の臨床研修以降は、それぞれ個人の将来設計により、留学時期は決定されるべきと考えます。

それからできれば結婚するか、結婚してから留学すべきと考えます。結婚が難しければ、significant other (s) を連れての留学がよいでしょう。米国は夫婦でのパーティーや会合がとても多く、独身ではどうしても引っ込み思案になってしまいます。レジデント同志の会合も夫婦や恋人、異性の友人との集まりが主でした。また、私の場合は家内の参加した教会での英会話教室や日本人妻の会に参加することで、色々な大学や企業から留学されていた日本人に会う機会がありました。もし自分ひとりであったら病院関係者(米国人がほとんど)のみの人間関係しか築けなかったかもしれません。

帰宅後にその日にあった出来事を一緒に語り合える人がいることは、精神の安定に非常に重要です。もちろん伴侶は日本人でも外国人でもかまいません。日本に帰国してからも留学で培った人間関係が日米両国にあることは、私の財産の1つです。

帰国後、どのようにして教育・診療・研究に携わるか

留学当時は帰国後防衛庁(現防衛省)内に総合臨床を確立することを考えていましたが、なかなかその機会がなく、陸上自衛隊衛生学校(旧軍医学校)教育部教官や朝霞駐屯地医務室に勤務し、隊員の衛生教育や駐屯地内診療所での外来診療を行っていました。

「総合診療」の専門診療科としての独立性を認知してほしいとの願いから、現在は若い医学生や研修医にその存在をアピールできる大学病院に勤務しています。

教育

総合診療の専門性を確立するためにも、大学病院や市中病院の「総合診療部」にて後輩の教育に携わってほしいと願います。複数診療科をローテーションしたことで総合診療となったと勘違いするのではなく、責任あるプライマリ・ケアを提供できる専門家を育成してほしいと切望します。

臓器別専門医が専門医を養成すると同じく、「総合診療」専門医のみが「総合診療」医を養成することが可能だからです。幸い多くの大学病院や市中病院で「総合診療部」が創られていることは、その必要性の現われではないでしょうか。

診療

医学教育では診療と教育は切っても切れない関係がありますが、診療に重点を置いた職種では開業、中小病院勤務、大学病院などの大規模病院勤務があります。米国では研修を終えた多くの家庭医は開業しますが、日本に戻って開業を行うのであれば、その場で医学生や研修医が直接研修を行えるような教育的な開業形態をお願いしたく存じます。

中小の病院勤務では臓器別でない、患者のえり好みをしない総合診療医は引っ張りだこであることは間違いありません。日本の診療科の中では内科になると思いますが、多くの病院で「総合診療」が増えていますので、名実ともに総合診療能力が発揮できることでしょう。

大学病院では内科または総合診療部での活躍が期待されます。大学では内科診療の重きが大きいはずですが、学外クリニックや関連サテライトとして診療所を持つことで、種々の疾患を経験できるのではないのでしょうか。従来の臓器別診療の“縦糸”に総合診療の“横糸”が加わることが、患者への診療を格段に向上させると信じます。

研究

総合診療医の存在価値を示す大きなテーマであります。臨床の場から出

た疑問を解決する1つの方法として、基礎医学者との共同研究（トランスレーショナルリサーチ）も可能です。

従来臨床疫学分野が強調されていましたが、医学教育に関する研究、効率のよい医療に関する研究、各種ワクチン接種の有効性など予防医学に関する研究等々、臨床に関係するものはすべて対象になります。

私自身は米国でのレジデンシーの経験から、女性ホルモンと抗動脈硬化作用の臨床研究を行っています。既存の婦人科や循環器内科に属していたら、なかなか発想し難い研究テーマかもしれません。総合診療を学んだおかげで臨床に基づいた研究テーマに取り組んでいます。

レジデンシーの最中でも研究は推奨されていますので、研修中にもかかわらずおきたいものです。留学中には同僚と鉛中毒の地域、疫学研究と、医療費の日米比較などを行い研究会で発表を行いました。

その他

ごく限られた人には、行政の職もあります。臨床の現場から離れるため、臨床希望の方にはお勧めしませんが、米国の医療を研修された体験は非常に貴重です。厚労省医系技官となり、医療の枠や制度を行政の立場から見直し、改革できる格好の人材となりえます。