

みなさん へ

(一般の方々 そして

医学生・諸学校教員教官・研究者・行政者・事業経営者の方々へ)

①はじめに ②太平洋戦争後の医学部・医学校 ③大学医学部の医局というもの ④医学博士の意味 ⑤臓器別単科診療科が勃興興隆した ⑥ゼネラリストは滅亡した ⑦こんなことになってしまった！ ⑧医師の専門ということ ⑨新らしい内科診療を創造しよう ⑩内科学内科専門の要請 ⑪望ましい内科診療制度 ⑫望ましい専門医の育成 ⑬人材資源の現状 ⑭実現をはばむ諸事情 ⑮変わらなければならない社会の意識 ⑯おわりに

① はじめに

こんにち医学診療は過去になかったさまざまな新しい困難に直面しています。診療所や病院へ患者や家族として行かれたときに、多くの方々はそういった問題があることを実感されたことでしょう。これは患者だけの問題ではなく、また医師だけの問題でもありません。わたしたち社会の問題で、現実を直視するのは難しいことではありますが、わたしたち自身がその問題を正しく認識して、これを乗り越える知恵を共有して協同しなければ、いつまで経っても変わることはありません。

医学診療は、医学という特別な高度知識技術がなければ理解もできず考えることも出来ない特殊な問題と思いがちです。違います。医学そのものは高度で一般の方々が理解できる代物ではありません。理解したつもりが実はそうではなくて、ちぐはぐ表層端切れ知識の寄せ集めであることがほとんどです。ところが、医学診療の制度・医師の育成といった問題は、社会の他の分野と共通の要素を持つものであって、それぞれの分野での実践・経験・見識があれば、とうぜん理解が出来て問題を解決する道筋を発見できるものです。医学そのものの特殊知識技術があれば越したことはありませんが、それよりむしろ洞察見識が正しい考察と適切な判断には必要です。

ここでは医学診療を医学の知識技術といった側面（近年この側面は折に触れて紹介されています）ではなく、診療のありさまと診療を担う医師の育成を焦点に当てて時代の流れを大づかみすることにします。そして、こんにちのありさまを率直に省みることにします。それが如何したらよいのかを考える土台になろうかと思います。医学の知識技術はいわば楽譜です。楽譜を音楽とするのは医師である演奏者で、コンサートホールが診療体制といえます。

話の前に用語に注意して頂きます。“医療”と“診療”のちがいです。“診療”は医師の診察・検査・治療という個々の患者にたいする行為で、“医療”はそれよりひろく“診療”および“診療”を成り立たせる社会的営為のことですから、医療には医療保険も施設設立も医療人養成もふくまれます。そして、これからお話しすることの大半は内科領域についてです。わたし自身内科にかかわる者のうえに、こんにちもっとも混乱しているのは内科領域ですから、もっばら取り上げるのは医学診療の土台としてのこの領域とご了解ねがいます。

② 太平洋戦争後の医学部・医学校（ウイキペディアによいまとめがあります）

戦時中は軍医の速成がせまられました。そのために、帝国大学医学部 7 校と官立医科大学 6 校の 13 校に臨時医学専門部が付設され、さらに医学専門学校 27 校も新設されました（両者まとめて医専と略します）。これら医専は高校の 3 年を省いて中学からいきなり進学するという簡易なものでした。敗戦時には、ひとまとめにして言えば、大学医学部 18 校に加えて医専 50 校の計 68 校もの“医師”養成施設がありました。

戦後は臨時医専が廃止されたりして全体で 46 校に減りました。戦時中までは養成カリキュラムの違いから医師社会内に暗黙の階層があったのですが、戦後は GHQ の指導下で国家試験によってすべて同等の資格が与えられて平等の名のもとに内部の階層は崩れました。戦前に文部省が各種学校生の教養レベルを読書雑誌から見て調査したのがあります（竹内洋；教養主義の没落・中公新書から）。日頃よく読む雑誌は、帝大生では 44.7%が中央公論・改造などの総合誌、旧制高校生でも 22.9%がそれらの総合誌を読んでいます。高等師範生では 19.0%が総合誌を読むが、よく読むのは中間誌の文芸春秋です。単科医学校ではトップは大衆紙のキングで、総合誌を読むのは 8%にすぎません。戦後はこれら全部の医学校に一斉に同等の権限が与えられました。

さらに、1970 年代には 1 県 1 校のかけ声で 34 校の単科医大が新設されました。願望のかけ声で一夜にして増やしたのです。年間卒業生数は 1970 年の 4380 人が 1980 年には 8260 人に激増して、その後多少の増減はあるものの今日までおよそ 8000 人前後がつづいています。

③ 大学医学部の医局というもの

さて、こうした大学医学部や単科医大を卒業した医学生は年に 8000 人いますから、単純に都道府県数で割っても 6 学年分の医学生は 1000 人に近く、近く遠くに 1 人や 2 人の医学生がおられることでしょう。

【医局という組織】 ところで、医局というコトバをお聞きになったことがあるでしょう。そもそも医局とはなんのことか、一般の方がわからないのは当然で、じつはわたしも半世紀前の卒業当時は何のことか定かではなくて困りました。先輩や教官にたずねても要領を得ません。大学には講座があり大学病院には診療科があります。この大学講座と病院診療科を合わせたものが医局です。合わせたといっても交ぜたのではなく混ぜた混然一体です。医局は、独立採算営利事業組織とも違い、NPO・NGO のようなものでもなく、他学部に見られる門閥でもなく、職業倫理を有した中世的職業ギルドとも違います。法的裏づけは秘密結社やマンション自治会のようにありません。説明に困るシロモノですが、固有の権力地区を保有する封建豪族のような結社団体ネットワークのおもむきです。医局を理解するにはこの団体の内外・成員への影響力・拘束力・人事力といった具体的な力を知るのが早道です。

医局は医学部卒業生にとって避けて通れない道の真ん中にあります。卒業すると、大学や医

局によってバリエーションはありますが、どういう経路をたどろうと“医局に入る＝入局する”のです。多くは卒業した大学の医局に入ります。卒業大学が有力でない場合は郷里の有力大学に入局することは普通によくあります。郷里で親の跡を継ぐ開業を目指していればなおさらです。

【入局】 入局するとどうなるか、入局しないとどうなるかが問題です。講座と診療科は大学内においては委細かまわず同じひとつのものになっています。講座の首長は教授という職責で、同時にこれが診療科長です。大学の医学生教育と“研究”（カッコつき）が責務である講座と病院の患者診療が一体となっているのです。給与身分は別であっても、大学講座に所属することと病院診療の医師として在籍すること、は実態として同時なのです。入局するとは、その混然一体の一員になるということです。これらは単に慣習的ですが、この慣習法が徹底的に拘束力が強い。

【医局関連病院】 大学の医局（単に医局という場合も大学医局を指します）は、講座＋診療科でワンセットですが、内科という枠の中に2つも3つもそれぞれに独立した医局があるのです。内科A・内科B・内科Cというように。それぞれに講座教授兼診療科長がいる異なる医局間では人事の交流はありません。そして、それぞれの医局は外部の他施設内（病院・診療所・保健施設・他）におのれの関連部門を持っています。同じ大学内でも医局が違えば人事交流はないのと同じく、他施設内の診療科間でも人事交流はありません。同じ病院内の内科でも医局が異なる内科X・内科Y間では交流はありません。

さて大事なことは、市中の他施設の関連部門への就職は医局の紹介・指示・命令によってはじめて可能となります。医療施設は個人開業医でない限りどこもかしこも特定大学の特定医局と人事関連があって、入局していないと就職はむろんアルバイトに行くこともできません。そういうテリトリーの体制が出来あがっているのです。ひとつの病院はいくつもの診療科がありますが、診療科人事は医局が行なうのです。会社員となっても入退社人事を大学の卒論作成講座が決めているような具合です。そんな前近代的なといっても、長い間にそうなっているのです。

【医局制度の意義】 この医局体制はそれなりの意義があることはありました。診療医療施設が医師の確保を一切自力で行うことには困難な状況があります。医療世界に限らず日本社会が人間流動社会であれば、医師もその規範の人間としてたやすく振舞えるでしょうが、そうではありません。医局と関連を持てば医局が人員派遣を行うので施設は速やかに安定的に人員欠損を補うことが出来ます。私的に医師を採用したときにその医師が無能とか異常である場合でも、日本社会の感情に逆らって辞めさせるのは不可能といってよく、医局派遣であれば医局に引き取らせることができます。一人前ではない新卒医師を多忙な診療施設がいきなり引き受ける余裕がないことはしばしばです。医局は人員的にゆとりがあるので、ある期間少しづつでも診療に“慣れさせる”（新卒者に無いのは慣れにすぎないのか、という異議はさておきます）ことが出来ます。これに関しては、医局によって全く実体のない医局もあれば、それなりに実質を伴っている医局もあるから名目上のことです。さらに医局員の資質によって派遣先を違えることが出来ます。有望なも

のは優秀な施設に優秀なグループに、という具合です。

医局制度は医師のほうにも好都合です。自分で探し回らなくても、医局員として座っていれば順番に就職先が回ってきます。文句さえ言わなければ必ず就職できます。

【医局制度の欠陥】 何事も表裏一体で悪しき側面があります。もっともはなはだしいことは医療施設の人事権が医局にあることです。医師から部長、院長にいたるまで施設側は医局の決定人事を受け入れざるを得ません。これには医局に医師派遣を要請している力関係から已む無きことというだけではない、より悪しき深刻な側面があります。これには後で触れることにしましょう。また、たとえ意に染まない、能力芳しくない医師でも医局の意向とあれば受け入れざるを得ないのです。もし謝絶すれば医局との関連が切れかねません。医師としての適性を欠くものでも、医局の端のどこかで医業をつづけることが出来て、真の意味の淘汰はなされません。医師社会に限ったことではない日本社会のある種の典型がここでも見られます。

さらに、診療内容にまで医局の力がおよぶこともあります。手術のような実技流儀で同一系列につながるのはもっともといえますが、医局が“研究”のために材料を関連診療科に求めてくることもありました。こんにちでは患者の説明承諾を必要とするという外部からの風圧で減ってきました。

さて入局して医局員となるには、ただ単に名前を登録しさえすればよいわけではありません。医局員としての資格が要ります。それはその医局で医学博士号取得作業をすることでした。博士号取得作業従事は入局の通過儀礼で、入局するならこの作業を拒否することはできません。長い間不文律であるこの仕組みは二つの要因で成り立ってきました。

④ 医学博士の意味

【末は博士か】 明治大正そして昭和の戦前では、医学診療における医師の診療力は現代のように多様で尖鋭的にはなっていませんでした。またさらに医学部の資質そのものも高かったのです。そこではまだ、医師の能力は博士号取得の研究力との相関が濃厚であり得たのです。往時に比すれば現代の分化はレベル高く、研究者が自動的に優れた臨床医ではあることはあり得ません。往時は大学教授を筆頭とする教官も病院幹部も医学博士であることが当然で、そうでないとその職にはつけないという、博士は医師としての能力見識を保証するシステムでもあったのです。ところが戦後、その保証は崩れました。博士とそうでないものとに給与体系の違いがあるまま、元々の能力見識保証の内実を失ったにもかかわらず形だけが現代へ引き継がれてきました。

【大学での出世】 世の中では研究ということをする者が“医者”よりも優れているとされていて、医師社会では大学での昇進出世がいちばんの出世とされてきました。出世を望むとなれば“研究”論文を作らなければなりません。それが評価査定の対象となっているからです。出世の筆頭格は大学教授でしたが、昨今その権威が失墜しているのは、臨床医として優秀とは限らないことに

加えて、大学出世を望まないものが増えたことによるのです。

【論文作成作業】 出世するには、大学医局内に留まり徐々に地位を高めて最終目標を大学教授になることとして、医局員を博士号作業に従事させて論文作成に励むのです。卒業生のほうも病院の就職のためには医局員とならねばならず、したがって博士号作業をせねばなりません。博士号取得忌避は普通の人とは違うオカシナ人間と扱われるくらいに取得作業は常態となっていました。理学・工学の博士は学位の質も大学によって上下があって暗黙の階層があり、そして学士・修士と博士の力量は歴然と違い皆が博士となることはあり得ないでしょう。ところが医学部では誰も彼もが博士となったのです。“作られるモジュールの大半は、実際の役にはたたず、神前に供える御供（専門誌上の陳列物）として用いられるにすぎない”（佐和隆光；経済学とは何だろうカーエコン族の生態レーヨンフーフッド・岩波新書から）。大学が学位の販売機関に墮落したと言われる所以です。

この実害はたいへん大きいものです。第1に医師として本当の研鑽訓練とは無縁の作業に若い時期の何年もが費やされるのです。医師としての訓練は中途半端にならざるを得ません。そのうえ収入は週に何日かのアルバイトに頼るので、そのときは体は大学から離れます（昔は無給だったのですが、いまは研修医さえも一人前の働き手の給与を与えられています）。医師の訓練も研究なるものも半端です。昨今ある偉大な柔道家が、医師でもなく大学での学業基礎もないけれど、ある国立大学の医学博士になりました。医学博士が臨床診療の能力と本質的に無縁であることの好例です。第2にそうやって教官となった、臨床家としての見識も臨床医としての実力も疑問符がつく者でも、大学病院の診療科長となり、また関連の施設に幹部として天下りして運営や指導の地位に就いてきたのです。

【臨床家】 臨床医と臨床家は区別しておきます。医師（免許所有）の中には診療しない生物学の研究者も行政官もいますが、臨床医は診療を生計の方便としている医師全般を指し、臨床家は医学診療をアイデンティティとする医師です。臨床医のなかにはアイデンティティが歌人や登山家もいるのですが、臨床医でない臨床家はあり得ません。今研究ということをしているからといって研究者ではないように、診療を生計にしているから臨床家というわけではありません。臨床家と研究者はともにアイデンティティです。

【新研修制度との関係】 付言しておくことがあります。厚労省が平成16年度から新臨床研修制度を導入して、卒後2年間は指定病院で基本診療科のローテーション研修を義務付けました。制度として画期的です。卒業生たちは後ろ指さされずに医局とは無関係に研修病院を自分で選ぶことが制度的に出来るようになりました。いっぽう市中の病院側も自分で新卒を選ぶことが出来るようになりました。そのために大学医局では医学部卒業生の“研究”論文作業者が減りました。関連施設への派遣医師にも事欠くようになりました。いっぽうの市中病院では、低レベル施設では医局からの医師の派遣が滞り、研修生が集まらないか応募してくる新卒も低レベルという状態で、病院の格差が歴然となりました。しかしながら、8000人全員に自主独立の気概と能力を期待

は出来ません。かつ旧態の意識規範で出世した病院幹部が権力とあれば、もともとある日本の横並び意識もあって、いったんは崩れたかに見えた医局システムは現在では徐々に回復してきました。ローテーション研修を終えた後に“入局”する者が多くなりました。そして、その先で学費・徴収金を支払ってまでも大学で博士号取得作業に取りかかったりするのです。この事情は後でまた考えることにします。

⑤ 臓器別単科診療科が勃興興隆した

【勃興興隆の背景】 上記のような状況下で高度成長期がやってきました。その発展は目覚ましいものでした。医療機器は発達し、微量物質も測定可能になり、診療技術も先進的になりました。その下で現代の医学診療はこまごました先鋭的な細分化への道を進み、一般人の関心も目に見える判りやすさのためにもっぱらそこに向かいました。膨大に増数した大学と医局員の資質は、根源的な大課題よりもこまごました目の小課題に向かいやすく、その方が論文多産の目的に合理的です。医局員も就職その他を目的としてはいますが、加えて端的に言えば、研究に関っているという気分になりたい者もいるのです。医師として半端であるにもかかわらず口をそろえて言うことは、研究を一度“してみたい”。研究する者はステータスが高いという神話が生きています。“してみた”あとはまた関連施設で臨床医にもどります。彼らのアイデンティティは研究者でも臨床家でもないといってもよいでしょう。

【技術専従単科】 こうした背景からこんにちの臓器別単科診療科が勃興して、そして興隆しました。ささえる人的資源の資質と調和したのです。外科系では、手術技術は必要不可欠で臓器別に技術訓練を要するから、高度先進的になればなるほど臓器別単位は必然です。脳外科医が心臓手術をしたり、眼科医が背骨の手術をするわけにはゆきません。しかし内科系においては外科手術ほどに大掛かりではない小技術ですが、内科の本義である根底の内科学を失った臓器別技術専科の様相を呈しました。小技術もその側面では価値が高く、とくに早期発見の早期処置の意義は高く、高度成長の潤った財政を得ておおいに歓迎されたのです。消化管の内視鏡検査や処置、心臓のカテーテル検査や処置がその代表的なものです。内科でも外科でもない技術専従科ですが、いまも内科の一分科として位置づけられています。

⑥ ゼネラリストは滅亡した

専門という学問分野より専従という作業分野というほうがよさそうな単科診療科が燎原の火のように広がりました。資質と一体となった容易さがなければこのようには広がり得ません。もちろん個々には種々ありますが、問題の本質から目をそらすわけにはゆきません。

戦前から、戦後でも少なくともそれまでは、診療科には内科・外科という全体科がありました。診療に原理的系統的な形式はなかったものの、そこには少なくとも“ひと”に対する責任行為であるという自覚はあったのです。それがすっかり失われて、診療は技術作業になってしまいま

した。ゼネラリストは消滅したのです。ひとびとが技術作業しか賞賛しない状況下では、ゼネラリストの思想をもって診療しようにも、受け入れられる余地は社会的にもなくなったのです。患者や一般社会から問われる質問“先生の専門は何ですか？”に、それが表れています。既存の臓器別専門単科しか期待されず、さもなくば一人前と認められないありさまです。もともと本邦は原理的抽象思考に難があるようです。ユークリッドの幾何学を見た江戸の和算家がその論理構造の美しさを理解できずに、実用と術にとどまったままで普遍化の努力はなされず、和算はついに数学にならなかったというエピソードにもそれが窺えます（小堀憲；物語数学史・新潮選書から）。芸事になってしまった、という評もあります。そのような文化の下地の中で、ゼネラリストの側にも欠陥がありました。ゼネラリストとしての原理形式を創造できず、たんなる目先の便利屋まがいの使い走りでしかなかったのです。これでは先進して突っ走る専門単科からも一般社会からもしかるべきレベルの価値を認められません。かくして、保険医療制度でも小分けの“専門”診療科がずらりと横並ぶようになりました。

⑦ こんなことになってしまった！

その結果は困ったことになりました。当初のころは個別の診療技術の発達に目を奪われて、根本的に重要な側面が脱落していったことに人々は気づきませんでした。滅亡に抵抗するわずか少数の医師だけがこの欠陥を知り、こんにちのありさまを正しく予言していました。

【単科診療の欠点】 こんにちの様相を端的に列挙するとこうなります。

現行内科診療の特徴＝縦割り単科診療	
たらいまわし	常套文句“当科的には問題なし。専門が違うからそこへ行け” 専門外には無関心で基本知識技能も乏しい。
千篇一律マニュアル ワンパターン	患者を個々に深く分析理解しない。 どの患者にも一様な対処しかできない。
全体への配慮の欠如	医学的な意味での“ひと”全体にたいする概念と知識がなく、 診療科は縦割りで互いに無関心。

そこでの診療は“マニュアル”診療（出来合いの作業マニュアル）一辺倒になりがちです。つまり吊るし既製服で、個々に合わせたオーダーメイド製服が出来ません。マニュアルというのは、せめてものの作業なのですが、それを最善とする誤認です。

すると、“ひと”にたいする医学的な戦略も作戦も欠いたまま、ただ専従技術を持んで戦闘するばかりになってしまいます。診療は“戦闘”だけではありません、もちろん戦闘行為を含んでいますが、診療は、個々それぞれの患者にある複数の疾患の正しい理解を追求し、その成り立ちと関係を分析し、何をどの順にどれだけのエネルギーを費やすべきか、メリットとリスクを測り、

患者の人生と家族の生活を押し量って患者家族と同盟しつつ、医師によって主導される“戦争”です。医師は作業員であると同時に政治家、管理者、立案者でなければなりません。

【日常のありさま】 下記のような事例は日常頻繁な出来事ですが、にわかには信じられないでしょう。親族の医師から正直な話を聞かれている方は、こういう話をいくつもお存知のはずです。A という疾患事態に X 薬より新薬の Y 薬がより有効だから Y 薬を選ぶべきだ、というような末端の問題ではない、根本の大きな深い問題だとお判りになるでしょう。

診療の実際例		
	実際にあったこと	真の疾患 何が欠けていたか
実 例 a	頭痛と微熱が 3 週間持続。 脳 CT と脳脊髄検査をしたが 正常。当科は問題なしとさ れて終わった。	心臓に収縮期雑音がある。心 臓弁膜症。血液を培養すると 細菌が検出された。細菌性心 内膜炎の敗血症だった。 開始できた。
実 例 b	昏睡で救急搬送された先の 心臓救急センターで緊急心 臓カテール検査がされた。所見 は正常。心カテ異常なしと かかりつけ医に報告がきた。	電話報告におどろいたかかり つけ医が救急センター報告医 に脳 CT を依頼。脳出血が発 見された。 心臓カテール専従業者のとこ ろへ昏睡患者が運ばれた。対象 を分析吟味もせずに（できな い）専従技術を行使。
実 例 c	腹が重苦しく食欲 2 週間な し。なされた胃が正常で胃 薬が投与された。	心臓に雑音がある。弁膜症の 心不全。肝臓が鬱血して症状 があった。 おなかに症状があると、千篇一 律のマニュアルのワンパターン。
実 例 d	腫瘍センターで悪性リンパ 腫を治療して寛解中のとこ ろ腹痛が出現。血液検査正 常・リンパ腺どこにも触れ ない。問題なしとされた。	腹部に腫瘤を触知。CT で腹 腔内にリンパ腺が腫大。悪性 リンパ腫がおなかのリンパ腺 で再発していた。 腹部の診察が出来ない。決まっ たパターンから一歩外れると無 力。

この時代、高度成長期とあいまって診療技術の革新は目覚ましいものでした。社会も医師もそれだけに目を奪われて熱中しました。高度成長期の産業の発達はずばりだったのですが、その発達を賛美しているうちに同時に生み出された環境破壊にしばらくは気づきもしなかったのと同じことが医学診療にも生じたのです。

【主治医の消滅】 こんにちの臓器別専門単科診療体制における問題を、ひらたく一言でいいければ、医師の“主治医機能”が消失したことです。じつは消失したのではなくて、まだ創り上げられていないという方が正しいでしょう。かつては確かに主治医という意識が内科系・外科系のほ

とんどの医師にありました。その時代なりのレベルでした。この時代になって診療技術が細分化され、器具も含めて技術が進歩して突出しました。嵐に巻き込まれたように医師も社会も先進技術に憑かれました。その間、主治医機能は社会からも医師からも一顧だにされず古いレベルのままに取り残されていきました。そして高度技術に追いつけず消失してしまいました。現在は、高い技術の担い手である専門技術者が、この時代にふさわしい主治医機能の担い手がないために、本職ではないその機能を時には已む無く担わされているか、出来るならしないで済ませている、といってよいでしょう。現実を直視すれば、高度技術と併走する主治医機能がないことは否定しようありません。

【実際の診療経験】 医学診療の中核にいるのは医師です。何事も医師からはじまり医師で終わります。ここにちのたらいまわしやマニュアルワンパターンをもたらしている臓器別単科診療の実体験を振り返ります。

経験した診療の実際 ①

5 日前の夜にビールを飲んだら吐き気がして一度嘔吐した。その後なんとなく気分悪い。3 日前に太股の紅い発疹に気づいた。熱が 38 度あり食欲なくなった。後頭部がチクチクする。熱も続き食事も取れなくなったので病院受診した。

何科を受診すればよいかが判らなかったので、受付けで言うと、案内コーナーと相談するように言われた。

数日前嘔吐してから食欲がないこと、発疹がでたこと、熱があること、頭が痛いこと、を告げると、A 科、B 科、C 科の 3 科受診を指示された。3 科もと怪訝だったのは、3 つも病気があるわけではないだろうと思ったからだ、自分では判らないので言われるままにした。各科の診察室は別の場所にある。空いた科から放送で呼ばれるから中央待合室にいればよいとのこと。

最初に A 科に呼ばれた。頭 CT を撮られ採血された。結果が出るまでに B 科に呼ばれた。嘔吐 1 回で腹部 XP にエコーを指示された。そこへ行く間に A 科に戻ると、CT は異常ない、糖尿の数字がたかいので糖尿病から来る神経かも、といわれた。A 科への受診はもう必要ない、と。腹部 XP とエコーを済ませて、C 科の診察を受けることになった。発疹の針検査をするから、しばらく待つように、と。B 科では腹部 XP もエコーも異常なく、嘔吐の原因は不明と診断された。胃薬が処方された。C 科で針検査の準備ができて太股から組織が採られた。結果には 1 週かかる。熱があるので、D 科に紹介状を書いておくから明日 D 科を受診するようにと、また言われた。今日は点滴しておく、と。支払いは●●円の 1 日ばかりだったが、なにも判らないままだった。

もう一人の実際経験を見てみましょう。乗り継いだ診療科の数をみれば現在の診療の欠陥はあらわで、ここに主治医機能がないことが見てとれます。この人には、2、3 の著しい異常事態をもたらしている急性発症した腫瘍疾患がありました。

経験した診療の実際 ②

30才前に夜気分が悪く動悸がして自律神経失調症と言われた。以後 {1} 医院で高脂血症（コレステロール400）と高血圧症で通院。仕事がいそがしく薬は飲んだり飲まなかったり。

今年連休過ぎ左耳の後ろが腫れて痛んだ。日曜なので近所の {2} 科医院で検査したら扁桃周囲炎症ですぐ入院必要で {3} 病院を紹介された。その病院で胸XP・頸CT問題なし。点滴開始後1~2分で‘しっしん’が体中にできて薬が変更された。38度に近い熱があった。 {3} 病院の {4} 科で検査、のどが一部腫れているがウイルスだから自分の力で治さないといけなかったと言われた。 {5} 科で‘しっしん’は薬のせいと、その頃から上向きだと息ができない、胃が引っ張られる感じがあった。

{3} 病院を退院したが‘しっしん’がひどいので {6} 科医院受診。 {7} 病院を紹介されたがそこでも薬のせいと言われた。尿と採血検査を頼んでしてもらった。尿異常なしで薬を1週間分もらった。1週後に採血結果を聞きに行ったが異常なし。さらに薬1週間分もらった。しかし‘しっしん’はいつこうに退かないのでどうしてよいか判らず、また頸も腫れたままなので今一度 {2} 科医院を受診した。

{3} 病院へ入院したうえで行きたい病院があるなら相談するように、といわれ {3} 病院へ再入院。胃が引っ張られる感じと腹が張るので {8} 科に紹介され採血やXPを頻繁にされた。肝臓とナントカを治すよう薬をもらった。排尿時に痛みがあって {9} 科受診すると前立腺が腫れていると。薬で4、5日で治った。採血で肝臓も腎臓も良くなってきたと言われた。

{3} 病院で {10} 病院への紹介を頼んだ。38度の発熱は続いていた。本日 {10} 当院総合内科へ転医受診した。

【真に望む診療】 こんにちはの臓器別単科診療で欠損しているのは“主治医機能”です。主治医としてなければならない医師の“はたらき”が上の診療では無くなってしまっているのです。

では、真に望ましい診療とはどのようなもののでしょうか。

真に望んでいる診療

5日前の夜にビールを飲んだら吐き気がして一度嘔吐した。その後なんとなく気分悪い。3日前に太股の紅い発疹に気づいた。熱が38度あり食欲なくなった。後頭部がチカチカする。熱も続き食事を取れなくなったので病院受診した。

正面受け横の案内コーナーで相談すると当院では、怪我とか眼や耳が悪いとか外科手術の方とか紹介状持参のほかは“総合内科”の受診としている、といわれた。

いわれるままに診察券をつくった。診察に呼ばれる間に記入するようにと1枚の印刷された用紙とペンを渡された。これまでにした病気や入院、家族の病気のほかに、今回の症状を順番に書く欄があった。そこで数日前からのことを思い出して記入した。そういえば何年か前に糖尿病の

気があるといわれたことがあったのを思い出した。呼ばれて診察室に入ると、記入して提出しておいた用紙を手にとって、医師はひとつづつ症状を具体的に訊ねだした。たしかに嘔吐したとは書いたが、何を嘔吐したかとかその後に吐き気はつづいたか、便は毎日1回普通、とか、発疹とは書いたが、痒みはないとか、数が増えたとか、他の部位にも現われてきた、などは書かなかった。何が大事かは自分ではわからない。訊ねられて思い出しながら答えた。糖尿の気と言われたきっかけは何だったかも思い出した。このような問診は受けたことがなかったので、最初は思い出すのに戸惑った。

つづいて診察を受けた。全身の診察だった。これまでこのように診察されたことはなかった。おわると医師は、身体の診察では異常な所見は認めないが確かめたいことがあるからと、検尿、採血と胸 XP を指示して1時間ほど待つように言われた。

医師の説明は明瞭だった。わたしに二つの病気がある、と。ひとつは以前からある糖尿病で、もうひとつの病気のために今は増悪している。ふたつ目は数日前からはじまった急性の感染症。肺炎、腎盂炎、髄膜炎、肝炎、心内膜炎、といった普通に何々炎といったものはみとめない。原因体はウイルス“らしい”。発疹は、感染に伴う一種の反応で特別な病気ではない、と思うが、先の経過を見て疑念がおこれば再考する、と。糖尿病はいわば黒煙を出しながら走っている車のようでインスリン治療が当面望ましい。感染症も検査追加して、このまま自然成り行きを待つか何かの治療を講ずるかも考えるので糖尿病治療も含めて入院を勧められた。明日用意して家人と再来することになった。この際放置してきた糖尿病もきちんとした治療しようと思い定めた。

これが望ましい診療のありさまではないでしょうか。この診療は空想ではなく実際にあるものです。病気は避けようがない仕方ないことです。わが身の診療を、これでは良くないのではと思われるありさまから、望ましいありように社会として変えられるなら変えたいものです。

⑧ 医師の専門ということ

【医師の分類】 ここで少し視点をかえて医師の専門について考えてみます。この表をご覧ください。医師という職業人を分類すると、分け方によって異なる事が知れるでしょう。医師を職能で大きく分けると、一般医と専門医に分かれます。

分類枠	医師の分類
身分別	開業医 勤務医
医師の専門別	一般医 専門医
医師の患者との関り方 (はたらき)	かかりつけ医・家庭医 特定疾患担当医（主治医の代行医） “主治医”

【医師のはたらきの分類】 ここで肝腎なことですが、医師自身の専門ではなくて、医師が患者

とどのようにかわるか、つまり医師の“はたらき”を見ると、まったく専門の分類とは異なるありさまが浮かんできます。日常において患者にもっとも近くいるのは“かかりつけ家庭医”です。いったん大ごとの病気を患えば、医学的に専門知識技術を必要とする事態です。このとき、その大ごと事態を掌握して患者自身を引き受けるのが“主治医”です。いっぽう、患者その人というわけではなくて、患者のひとつの疾患だけにかかわるという関り方があります。患者にある多種の疾患を統括するのではなく特定の一個の疾患にかかわるのであれば、全体を統括している主治医の仕事の一部を代行するといえるでしょう。むしろそこでも医師に専門性が要求されます。

【専門＝診療科の分類】 次に、患者との関り方“はたらき”ではなくて医師自身の専門を見てみましょう。これは診療科の分類と一致します。分類を見ると、分け方の仕方がいろいろとあって、こんにちこれらが混在しているのが分ります。純形式的に見れば支離滅裂むちゃくちゃな分類で、分類とはいえそうもありません。しかし、ゴチャゴチャであるそれなりの理由があるのです。

分類枠	専門（診療科）の分類
機能別	精神科 身体科
対象別	新生児科 小児科 婦人科 老年科 など
解剖臓器別	眼科 耳鼻科 皮膚科 消化器科 腎臓科 循環器科 など
疾患メカニズム別	アレルギー科 代謝科 感染症科 膠原病科 腫瘍科など
手段別	放射線科 病理科 外科 内科 など
臓器＋手段別	整形外科 脳外科 心臓血管外科 など

医学は、おおくの場合、人類の諸文化の中で先頭を切ってあらたな地平を切り開いてきました。生死は例外なく人に起こるものですから、人の生死のありようが根底から変わるような新事態は、人の生命観、死生観、自然観、人生観などを揺さぶったのです。臨床診療の場においても、既存してはいなかった極限的な新たな局面を創出提示してきました。移植や人工授精などは近年の好例です。診療科の分類がこのようであるのも、こうした先頭を走る大小の歴史的経緯をはらんでいるからです。

さて、分類表を見ながらお考えください。老人にも小児にも、腫瘍や感染症は起こります。ところで腫瘍や感染症は肺にも脳にも起こります。どの臓器にも腫瘍や感染症が起こります。こうして「老年科」「感染症科」「呼吸器科」などと分けては、いったい専門とは何をいうのかという当然の疑問がわくでしょう。また、病気を技術手技という観点からしか捉えていない現況も考えてみます。免疫学的異常症である慢性炎症性の消化管疾患において、患者の中長期的な問題が当初の診断内視鏡技術を離れて、免疫学的破綻自体と破壊された消化管の栄養素吸収不全という代謝障害や他の合併症となっても、その全体的な管理治療を専門疾患として扱うのは当初の内視鏡技術者です。重要臓器の機能不全は全身に異常を招くので正しく複雑事態を理解して診断管理治療せねばならないが、その臓器の急性血管疾患処置の技術者が臓器不全事態をも専門疾

患として取り扱います。作業技術の狭い観点だけで事態を分類しているのが現状の体制です。ひとりの患者に起こってくる複雑事態は、ひとつの“既存”専門単科の中ではけっして済まされないことが直感的に判ります。そして、そのようにしか分けられていない既存専門の足し算では、患者の複雑事態を捉えることも管理することも出来ないことがよく判ります。ひとりの患者において、もしも複数疾患が横並びに同時発生して、しかもそれぞれの疾患が固有の症状なり所見なりの事態だけを呈していて、その症状や所見の事態が他の疾患ではけっして現われず、それによって引き起こされた内部状態が全く他と無関係でそれぞれに独立していて、そしてそれらが時間が止まったごとくに静止していて何も変化しない積み木モザイクのようなら、単純足し算で済むかもしれません。実際はまったく違います。

【既存にない新しい専門】 実在する患者にある複雑事態を分析して理解し統括するには、患者という対象を既存専門とは違う方法をもって捉える新しい専門が必要なのです。その専門を“内科学内科”とでも呼んでおくことにします。昨今、前にはなかった総合内科とか総合〇〇などという診療科を見かけるようになりました。しかし、ほとんどのものは方法の形式を持たず力量を伴わないので有名無実となってしまいました。この事情は後に見てみることにして、誤認と混乱を避けるために、ここでは新しい専門を“内科学内科（もしくは病院総合内科）”とっておきます。

先に見たように、創造建設すべき医師の機能は主治医機能でした。主治医機能は、医師の患者とのかかわり方ですから、その医師が何の専門家であるかとは無関係です。専門は何であろうと、主治医機能を営めば主治医ですし、営んでいなければ主治医ではありません。

さてそこで、上記分類の専門（臓器別専門単科と総称します）に主治医機能を営み得るかが問題です。現存の体制の中では専門単科は自動的に訓練されて養成されますが、主治医機能の訓練はないというのが実態です。訓練さえないので、心許ないのも無理からぬことです。もちろん、臓器別単科専門医のなかに複雑事態を解明しながら全体を統括診療できる医師がおります。少数の例外があるからといって本態を誤認してはなりません。主治医機能をまっとうに営む力量のある新しい専門＝内科学内科（病院総合内科）を創造しなければならない、といっても間違いではないでしょう。

⑨ 新しい内科診療を創造しよう

【主治医というコントロールセンター】 臓器別専門単科では“主治医という機能”が営まれていないのは先に見たとおりです。そこで臓器別単科診療の枠を超えた“内科学内科（病院総合内科）”とでも称する“主治医機能の専門領域”を新設します。この専門は前に見た望ましい診療の中枢にあります。この専門が患者という複雑なカオスの、いくつもある疾患を正しく診断して治療しつつ、つぎつぎ起こってくる新たな事態を正しく迅速に捉えて診断治療してゆく、というコントロールセンターです。世のいかなる分野でも、工学でも政治でも、こうした機能がないところはないでしょう。広汎複雑になるほどこの機能は必要となって高度化します。

主治医機能というコントロールセンター機能があるゆえに、患者の複雑な多数多様疾患状態が整理されて、いかなる事態局面にあろうと、いかなる熟練作業が必要になろうと、診療は円滑にかつ持続的に整然となされ得ます。こんにちはこの機能の専門領域が不在であるために、ばらばらな、といって無用冗漫な、さらには情報さえ正しくない、診療が放置されたままであるといえます。

【改善の試み】 じつは、知れば胸が痛くなるような診療実態を改善しようといくつかの試みがありました。試みはどれも“総合”の名を冠したか、あるいはそれを内容に盛り込もうとしました。簡単に紹介します。

これまでになされた改善の試み	
病院まで	家庭医 かかりつけ医 プライマリケア医 総合医
病院内	総合診療科 総合診療内科 総合内科（のちにいう病院総合内科とちがうので注意）

各種の試みや主張は患者の診療の流れに沿って考えると二大別できます。患者が病院へ来るまでと、病院に来てからと。病院へ来てからのものとして、表に見る総合〇〇があります。動機や目標はそれなりにあった、とおもえますが、試みはいずれも失敗に帰しました。せっかくの努力も遺憾ながら、試みの思案者や実行者が実際に主治医機能を営んできた臨床家でなければ（現場で営み続けた努力経験がなければ）、あるいは、主治医コントロールセンターを営む“形式”を持ってなければ、試みはおのずと半端にならざるを得ないでしょう。病院内の総合〇〇は、けっきよく患者振り分けという病院内開業医機能なのでした。振り分けた先は臓器別専門単科ですから、何も改善されたことにはなりません。（総合診療科の呼称は内科系診療以外も含む全診療科機能なので、むしろ病院までの家庭医機能と考えるほうが妥当です）

厚生労働省も新臨床研修制度を導入して卒後の2年間は基礎診療部門のローテーション研修を義務付けました。考えればすぐに気づくことですが、主治医機能不在の各部門をローテーション研修したところで、そこには無い物が身につくはずはありません。

【家庭医】 一方で家庭医も主張されています。たしかに、開業医の看板をみても臓器別単科の

循環器とか消化器とかが書かれてあって、真の意味における家庭医機能とは異なるものです。家庭医は患者が病院へ来るまでの最初の窓口として有用かつ有効です。これはただしく充実されるべきものです。ですが、これまたすぐに判ることですが、たとえ家庭医を充実したところで、紹介された行先の病院にコントロールセンター不在の臓器別専門単科診療しかなければ、単純単一の作業で済んでしまう事態ならそれでよいでしょうが、実際にいくつも病気を抱えている現代の患者には依然として臓器別単科専門診療しかあり得ません。その上に、ある疾患の入院治療中にもつぎつぎ新たな異常事態が立ち上がって来るのです。たとえば抗がん剤治療中でも心臓病の治療中でも脳梗塞入院中でも、よく分らない発熱したり、浮腫んできたり、急に出血したりとか、意識が混濁したり、呼吸が苦しくなったり、などなどなど、が頻繁に起こるのです。入り口が脳梗塞専門といって単科診療に終始している最中に起こってきた新たな事態に、あれもこれも単科診療がやってきても事態を正しく整然と整理して理解することは叶いません。院内でたらいまわし、他領域無関心診療がつづくのです。先述の「経験した診療の実際」が入院中にも起こるのです。もし、これらが脳梗塞も含めて円滑に診断されて治療されたら、そのときの脳梗塞専門単科にたまたま偶然主治医機能を営む内科学の能力のある医師がいて、かれがその機能を営むことを妨害するものがなかったのです。それはまたとない幸運といわねばならないのが残念ながら現状です。わたしたち社会が僥倖を恃んではいけません。

【主治医である診療形式】 主治医機能コントロールセンターの専門医師には、機能が営まれる“専門の診療形式”（*）がなければなりません。さもないと、ただ恣意的に営んでいるつもりになっているだけで、すこしも本当には営まれないからです。形式はきわめて重大です。形式とい

形式の要請
言葉に定義がある 記述の仕方に規則がある

うものは、用語には定義があって記述する規則が定められています。優秀な論文が優秀な形式の要求に応えているのと同じことです。診療の実行動は実技技術の積み重ねです。なぜ、何を実務するのかは対象ごと、つまり患者ごとに変わるはずで、それも変わらないようでは、たとえば患者がひとこと胸痛と言っただけで、千篇一律に心電図とエコー、CT、さらにカテーテルとすむとすると、杓子定規のマニュアル診療です。患者ごとに実務は変わるけれど、しかし、根底には診療思想にもとづいた主治医として共通の診療形式があります。形式は記述できます。記述出来なければ形式とはいえない。高度高質な製品の構造を示す方法としての設計図や音楽を音符として表す五線譜のように、主治医として患者を分析して構造化する知的作業の原理を診療形式として表わすことが出来れば、その形式にもとづく高度高質な診療をどの患者にも執り行えます。そのうえではじめて実技手技はしかるべく活用されて価値を発揮することになります。

先ほど紹介した試みの中に形式不在のために失敗したものがあります。五線譜がなければ音

樂が表現出来ないのと同じこと。形式は、その要求するところを満たせばそのレベルを保証します。加えて、教育上の重大な意義も見落としてはなりません。形式は、それを満たすことを要求しているので、繰り返し満たす努力を重ねることによってそのレベルの能力が獲得されるのです。その目的のために努力して主治医機能を営むことができるようになった者、たとえば脳梗塞専門単科所属の先ほどの医師が、自分が能力あることだけでは後進を育成することは出来ません。かれが獲得してきた能力への道筋と営み、つまり彼の診療原理が形式化されていないと後進を育成できません。天才の舞踏家イサドラ・ダンカン自身の芸術を理論づけシステム化しなかった結果、何も後世に残しませんでした（ストークス；裸足のイサドラ・カドカワ文庫から）。芸術分野でさえそうなのです。ボールが来たらバーンと打てばよい天才長嶋はいざしらず、凡人は、何が基本かを正しく知り基本を間違いなくマスターさせる指導を得て一流となり得ます。

かくして、この主治医機能を専門制度として既存臓器別単科診療制度との二層に内科を分化した、新診療体系こそがひとりの患者の診療を望ましい豊かな医学診療とすると考えられます。そこでは、各診療科の互いに無縁な横並びではなくて、内科学内科医と臓器別専門単科医の縦方向の協力関係によって一人の患者の診療がなされます。

⑩ 内科学内科専門の要請

【主治医機能とは】 では、主治医機能＝コントロールセンター医師機能に要請される実際の事柄を概括します。

主治医の機能（役割）	
A	患者のすべての病気にかかわる
B	患者の診療に継続してかかわる
C	患者の一般健康課題に責任を持ち、精神心理問題に適切に対処する

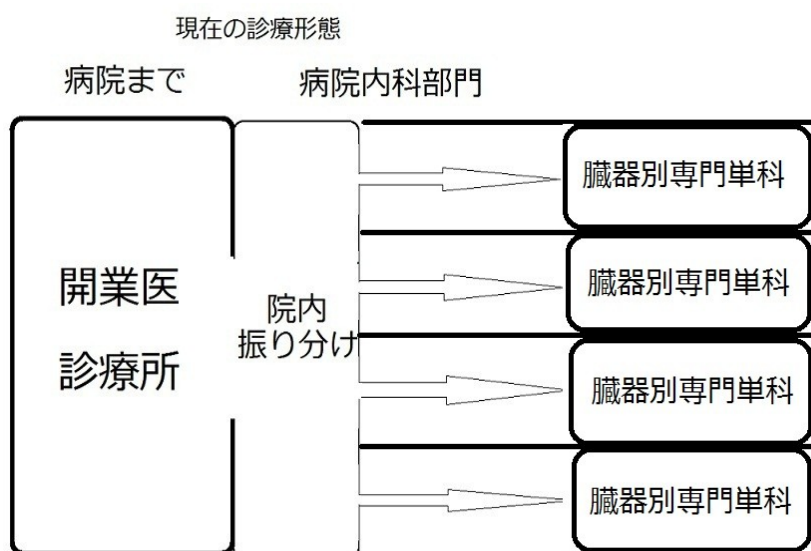
ここでは、たらいまわしや無関心診療、重複検査治療診療は起こり得ません。主治医の課題は“患者に病気はあるか？あればそれは何か？”であって、臓器別専門単科の“自分の専門疾患はあるか？”と根本的に違うからです。

本質の設問	
専門単科	専門疾患はあるか？
主治医	病気はあるか？ あるならそれは何か？

しばしば主治医機能を、患者の全体を診るとか病む人として診るとか、の感情情緒的な一般語に終始して形式がない曖昧な診療としていることを見受けます。また、専門単科をアレンジす

るだけの単なる斡旋業務とみなされていることもあります。振り分け斡旋後は臓器別単科縦割り診療に委ねて事成れりとする類では無意味です。

【現在の診療形態】 現在さまざまな施設での内科部門における患者の診療形態は下図のようです。病院を受診する前は、開業医や診療所にかかります。受診科は、胃腸クリニックとか心臓専門とか糖尿病専門などと看板にあり、自分で選んで受診するわけです。呼吸器クリニックに発熱でかかって胸 XP で肺炎が見つかり、そこで治してくれるでしょうが、もしいつもかかっている胃腸クリニックで発熱して肺炎になると病院臓器別専門単科への転医になるでしょう。その逆も然りで呼吸器医院で潰瘍らしい腹痛が治らないと病院消化器専門単科への転医です。開業医のほうで見当をつけてそれらしい臓器別専門単科を受診させるのです。じつは胃がんで貧血があるとすると、食欲不振や胃部不快感などの症状があると消化器科へ、同じ患者でも貧血に気づかれると血液科へという具合です。貧血で心臓がドキドキするので循環器科受診をしたところ、心電図から心臓エコーからあれこれ調べて心臓に異常なし。貧血は一顧だにされず、やっとそれから他科にまわされた。全国的にも著名な病院での笑い話ではない実際です。どこへ委ねればよいかわ



からないと思うと、病院に総合〇〇があるとそこへ、なければただ内科とだけ紹介状が書かれるでしょう。総合〇〇では開業診療所でなされるように振り分けられて、院内紹介状によって、とりあえずどこかの臓器別専門単科へまわされることになりそうです。振り分け開業医診療所が地理的に病院内にあるだけのことで、医学的な意味では特別なものではありません。紹介された先がどこであろうと、この先は単科診療の乗り継ぎがつづきます。総合〇〇は低レベルと認識されていて、専門単科の看板があれば、そちらのほうに患者が紹介されています。稀ではありますが、昨今は総合〇〇の中に、主治医として最後まで患者を引き受ける診療科が出てきました。しかし、それも各臓器別専門単科へ振り分けるのに困った患者群を引き受けているだけで、病院の診療形態の本態が単科診療であることには変わりありません。

【主治医がある診療形態】 構築されねばならない主治医機能は振り分け斡旋業務のような安易

なものではありません。患者に責任をもって診断にも治療にも直接携わる、患者とそのような実行動で継続してかかわる医師が主治医です。

主治医は患者にたいする”はたらき”ですから、医師の既存専門は問いません。身分も関係ありません。患者の主治医が開業医であることも出来ます。現在もときどき開業医が主治医機能を営んでいることがあります。かかりつけとして高血圧などの長期診療をつづけている開業医が前に胃潰瘍既往がある患者に病院内単科へは内視鏡検査を依頼してそこから報告を受けて、患者そのものは預けずに高血圧ともども治療をつづける、などがそうです。病院臓器別専門単科は主治医の代行として内視鏡検査の診断作業だけを引き受けたのです。

病院へ転医して病院勤務医師が、それまでの主治医に成り代わって主治医となる場合があります。大ごとの診断治療が必要な場合や複雑な複数疾患の場合の入通院では、そうならざるを得ないでしょう。無事退院後にそのまま病院医師が主治医を続けることもあれば、元の開業医に主治医を移行する場合があります。どうであっても主治医がいて、開業医も病院医師もある時点でどちらが主治医であるかの社会的関係を正しく認識してその機能を営むのです。むしろ患者自身も自分の主治医を知っていなければなりません。

こうした”病院まで ～ 病院 ～ 病院後”をつなぐ一人の患者の継続した医学診療は、こんにち問題となっている諸課題を越えて、あらたな望ましい診療のありようを具現すると思われま

⑪ 望ましい内科診療制度

診療制度の全体を、まず大きく”病院まで”と”病院”の二段構えとします。そして、病院内科を”主治医機能内科学内科と臓器別専門単科の二階層”にします。臓器別専門単科はすでに十分に

病院まで	病院
	主治医機能 内科学内科
	臓器別専門単科

そろっています。

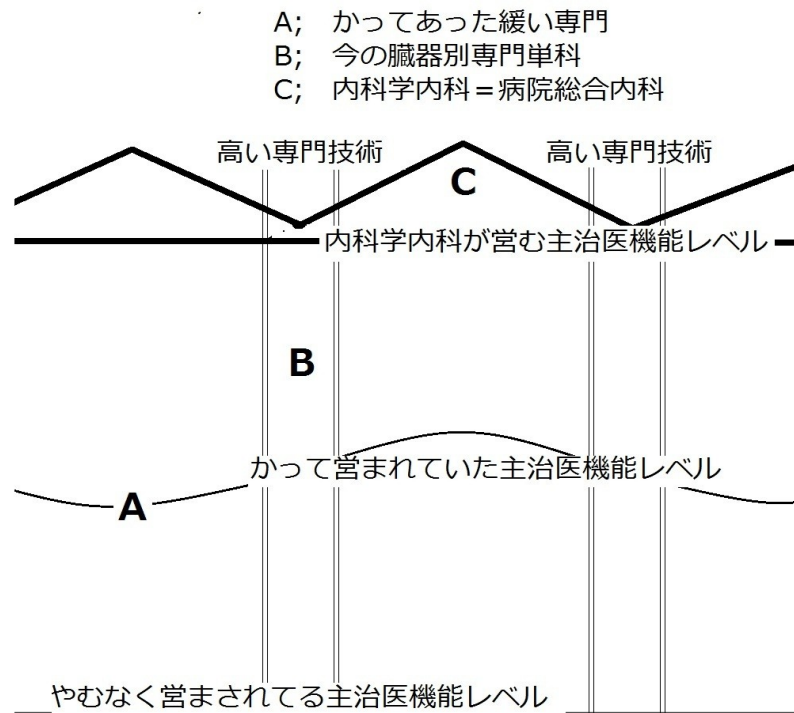
【病院までの家庭医】 第一に、現在模索されている家庭医（かかりつけ・プライマリケア・総合医）を、目的とする機能を明確に言語化して保険診療制度の中に診療科として位置づけます。ただいまの現実では病院で大ごと入院診療が無事に終了して、その大ごと疾患も外来診療で十分に維持管理可能となったとき、紹介元へ患者を還そうとしても紹介元の医師も患者も忌避する状況があるのです。引き受ける開業医は少ない状況です。家庭医資格者には何らかの制度上特典利益が要ることでしょう。

この家庭医（同時に単科専門医である場合もある）と単科専門医の関係は、後者が巷の日常診療でも可能かつ必要な専門作業を営む事が出来る場合ならばいたって容易です。眼科とか小児科とかを想像すれば判ります。内科系では、たとえば消化管内視鏡診断治療処置とか人工透析と

かです。それをもって専門技術作業の有効な市中診療を営むことが出来ます。しかし、たとえば市中の日常診療では急性心筋梗塞の緊急カテ作業や白血病の化学療法は求められず、かつ不可能です。臓器別専門診療として特化してそればかりやってきた人たちは、かといってそのままでは広汎な能力が要求される家庭医機能は営めません。その特殊作業能力者も開業するにあたっては家庭医の専門資格を持たないわけにはゆかないでしょう。現在では、特殊能力に特化した臓器別専門単科に所属して一般能力に疑問符がつく人でも、何の制約もなく巷で開業医となっています。病院内でしか機能できない専門単科領域に多くの人が所属している現状があるのです。家庭医・市中専門医（その種類）・病院単科専門医・そして次に述べる内科学内科医の数量分布が望ましくなるように行政上の誘導が必要です。どうであれ、こんにちの曖昧さに代えて、何年もかかるだろう変革の過渡期を経て、良質な家庭医と市中単科専門医の“病院までの診療体制”となることが望めます。明治には資格試験を課して西洋医学を導入しました。変革にはそのくらいの見識覚悟が要ります。

【病院内内科学内科＝病院総合内科】 第二に内科学内科（＝病院総合内科）専門制度の創設です。これは現存している総合〇〇とは一線を画する別物であり、前項の総合医・総合診療医などの広く言えば家庭医とも別物であることを銘記せねばなりません。一事が万事とはいえ、こんにち高度に分化した各分野を一人が全部担うことは不可能と誰しもが否定的にいいます。もしそういうだけなら、この世には首相も大統領も、部隊長もプロジェクトリーダーもあり得ないというに等しいことです。物事の包含関係理解という抽象思考に難があって、物事一切が技術作業レベルでしか見えないと不可能と思えます。じっさい技術作業レベルでは、あれもこれもを一人で行えるものではありません。心臓カテーテル技術者が同時に大腸内視鏡技術の熟練作業することは無い。しかし、内科学内科医は戦闘行為だけしている兵卒ではなく、戦闘もすると同時に戦場を闘っている将校です。このことが判れば、内科学内科の専門機能が了解されることでしょう。

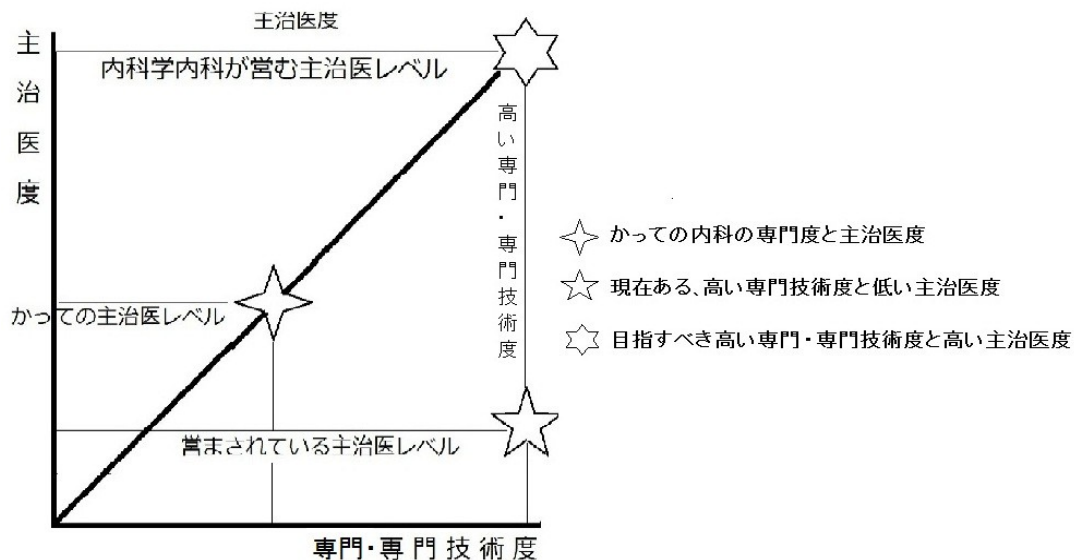
かつての医学博士がそれなりの意義を有していた時代には専門はいまより緩やかで、したがって病人に対する主治医という意識がありました。そのころには自身の専門が何であろうと、大勢いた資質ある者にとって主治医機能を営むことは容易であり得たのです。そのころの意識は今に至っても残ってはいますが少なくなりました。それどころか、それを支持する制度もなくなって、意識はあってもその診療を営めない状況にあるのです。さらに、時代が下がるにしたがって、主治医機能を営める資質の持ち主が減ってきました。自分の狭い領域の中に引きこもって、外で起こることに無関心でいます。つまり作業者になってしまって、かかわった患者が自分を離れてからの先行きには無関心です。かかわった作業の橋梁が崩れたり車がリコールされては、会社ならば社運が傾き生活が脅かされますから、まったく無頓着で澄ましているわけにいかないでしょうが、病人は必ずいて診療の需要が無くなることはない医業では、医局制度で解説したようにどこかで職が与えられるか、さらに自己開業の道も残っているのです。



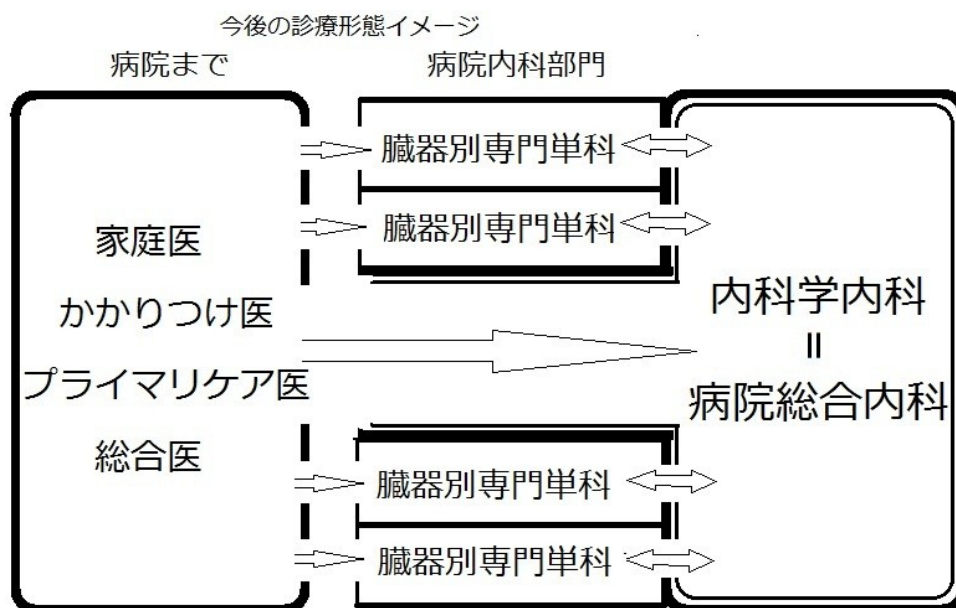
こんにちでは臓器別専門技術は高く突出しています。いっぽうで、かつてあった程度の主治医機能さえ失われました。専門単科がやむなく主治医機能を営まされているか、あるいは営むことを回避しているか、といった事態が今日です。主治医機能レベルはかつてのレベルよりも下がりました。この事態を改善しようと、先図で示したようないくつかの試みがあったのです。家庭医・かかりつけ医・プライマリケア医・総合医などは、主治医機能のかつてあったレベルまでの復元のようなのです。病院内の総合〇〇は、目標を語る言葉がいかにあろうと実態はかつての内科、いまでも耳にする一般内科のレベルで、高い専門技術レベルと対応するものではありません。目標が一般的な感情語で終わり、それを現実とする診療形式に欠けて実力がなければ、当然のごとくに医師社会内では程度が低いとみなされて、これまた当然のごとくに資質ある者から見向きされません。

【病院までと病院内】 専門単科が担わされている、あるかないかの主治医機能を、高い専門技術と相対するレベルに引き上げる、あたらしい内科学内科を創造する必要があるのです。

そこでは医学診療システムはこれまでと異なるでしょう。病院までは家庭医が、健康異常事態に初動し急性の小問題は全てを引き受け、慢性的な継続外来診療を担います。病院診療が必要と正しく判断されて病院へ紹介されます。単一の専門技術作業で対処可能な事態ならば相応する臓器別専門単科へ委ねます。もし複雑事態や多疾患事態であったならば、一階上階の内科学内科＝病院総合内科に患者を委ねることになります。家庭医はまたさらに予防的処置や指導も行います。



病院では、専門単科がその優れた技術を発揮して単一疾患事態が解決されれば、患者をふたたび家庭医に戻すか、病院で継続診療するかが選択されます。複雑事態・多疾患事態を引き受けた内科学内科は、混乱するカオス解決の主導者となって事態の情報をあつめて分析し整理して迅速に対応します。特殊な情報と知識が必要となれば、相応する専門単科から情報と知識の供与を受け、さらに特殊な技術が必要ならば相応する専門単科との協同チームをただちにたちあげます。



専門単科に入院中の患者に、専門単科が対応できない事態が発生すれば内科学内科が代わって患者を引き受けて事態の解決に乗り出すことになります。主治医体制が病院内で明確に敷かれることになります。主治医機能がこのレベルにあったとき、はじめて専門単科技術の高さに対応する主治医機能が具現して、こんにち低乱している医学診療の中で意義ある改善がなされたと、いえるでしょう。

実際にあったサンプルをご覧ください。

内科学内科医の診療の実際

秋ごろから背中に痒い発疹ができた。塗り薬を使ったが治まらない。しばらくして足首あたりが腫れて赤く痛くなった。病院のA科で毎日点滴に通院して少しずつ腫れがひいた。翌月には食欲が少し減って炎症の値が下がらないので、B科へまわされて検査通院した。この間、採血は何回も・CTも2回・腹部と心臓エコー・内視鏡検査を受けた。腹が重痛い感じがきて、冬には足がむくんできた。38度に発熱してきた。2-3kg体重が減った。

指示により“総合内科”受診。ここで詳しい問診と診察がされた。いつも付き添っている妻も、こういう診察は見たことがない。前に撮ってある写真をみると胸に空洞らしき構造のある結節があるから、と痰を採るようにいわれた。また、その日すぐに皮膚針検査が指示されて翌日C科で検査がなされた。総合内科主治医（内科学内科医）から何かの反応性の皮疹であって今の病気の本質ではないと結果の説明があった。あらたな塗り薬で治まっていた。さらなる検査を目的に年明けて総合内科に入院することになった。主治医は外来から引き続くと思って安堵した。何が問題で何を目的とするかを筋道立てて直ちに差配される。微熱が続き食欲さらに減少。多量の腹水になった。主治医から著しい白血球の増加が問題と聞いた。今一度前と比較するためにCT、そして骨髓液検査がなされた。白血病ではないといわれてひとまず安心。

前のCTで腹の奥の大動脈の隣にリンパ腺が少し腫れていて、今回CTでも大きさは変わらないとのこと。他には診察でもCTでも腫れていない。これを採って調べるには開腹手術が必要なので、もっと簡便に判ければそのほうがよいから、数字が悪い肝臓の組織針検査することになった。腹水も抜いて調べた。D科の医師が来て呼吸を止める訓練テストを行なって注意事項の説明がされた。空洞の肺結節はまったく不変で、E科に主治医から依頼して気管支鏡検査をされたが、うまく病変に到達できず半成功におわった。ただし結核でも膿瘍でもない。これは白血球の病気とは別物らしいが、では何かは言い切れないと、主治医はいう。肝臓組織は特別な病変でなく、これまた診断に寄与しなかったと主治医から説明受けた。主治医は、診断は頭にあるけれど確証がないままでは治療に踏み切れない、と難渋していることを話してくれた。

いよいよ開腹して組織検査をする必要に迫られて、F科との相談がはじまった。多量の腹水もあるためにF科は手術をためらっていたが、けっきょくF科部長が引き受けてくれた、と主治医が手術決定を告げた。術前に状態を落ち着かせておこうと、薬の内服が処方された。たちどころに下熱して食欲も少し回復した。白血球も正常に近く減った。腹奥のリンパ腺の生検は無事に終了した。組織検査で・・・病という腫瘍と判明した。これでこれまでの全ての症状や所見は説明がつくので自信をもって治療に踏み切れる、と主治医はいわれた。入院して3週後に抗がん剤の治療がはじまった。

何をするかも、何があったかも、一切は主治医の口から説明を聞いた。主治医が何をどのように考えているかが整然としていてよく判った。起こっている事柄の順序も関係も頭に入った。

病気は不安いっぱいだが、整った説明を聞いていると自分の病気も落ち着いて少し離れてみる事ができるようになった。

余談になりますが、こういう医師が“先生の専門は何ですか？”と訊ねられたときの困惑が判りでしょう。呼吸器科とか血液科とかの既存の限定的臓器別専門の名では答えられないのです。言いようがないので内科とでもいうと、専門もない曖昧医者かといった目で見られます。

さて、大ごと事態の病院後の状態にかんしても家庭医は引き受ける能力があるので、患者が距離的時間的にも負担が大きい病院通院を継続しなければならない現状も改善されます。病院も不要な混雑を免れて責務に専心できるでしょう。

【診療費用】 こんにち医療費の増大が社会の財政を圧迫するほどになりました。高齢社会でいくつもの病気を人々が抱えていること、技術の高度化による経費の増大が理由に挙げられています。それなりにもっともなことですが、診療現場にいとそれらに加えて、個々の診療における千篇一律マニュアル診療が診療費用の増大に大いに寄与していると思受けられます。患者の出来事を症状や所見の表層一律コトバで括ってマニュアルの一律検査を実行してしまうのです。インターネットの検索入力に簡単なキーワードを入れてクリックするような具合にです。たとえば「腹痛」と入力して出てきた検査の絨毯爆撃です。個々の患者の腹痛を個々に分析せずに全て同じ検査です。もし個々に分析できれば、検査は何を証明し何を否定するのかの目的も明確となるので、無用は省かれて的を絞った適切な検査計画となって検査費用は間違いなく少なくて済みます。

こういったことが許容される背景に現行の出来高払い保険制度があります。たくさん検査するほど収入は増え、簡潔適切にするほど収入減です。頭脳作業は1円にもなりません。許容というより、むしろ奨励要求されるので医師も研鑽努力のしようがありません。こういった一切合財の付けがこんにち回ってきたのです。余談ですが、かつて費用が多かった患者をワースト5として毎月月末に医師室に張り出しました。ベスト5の間違いだらうと揶揄されたものです。

⑫ 望ましい専門医の育成

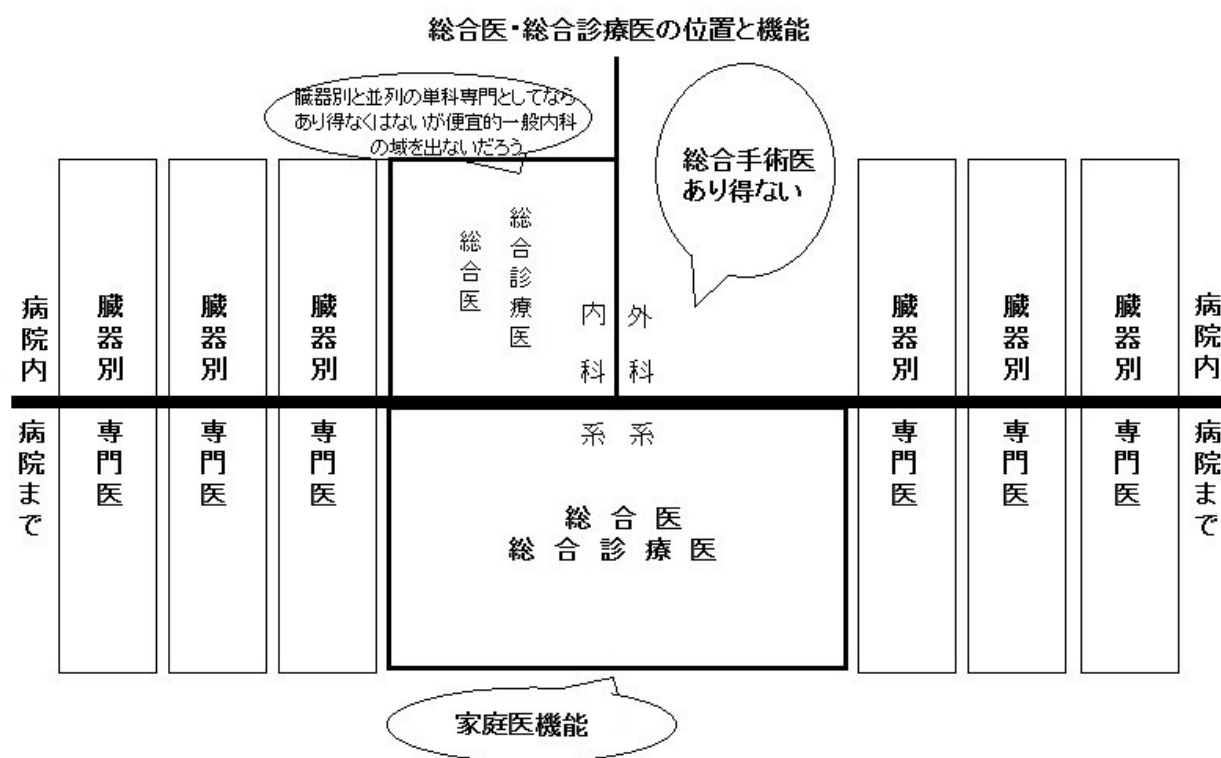
【家庭医の育成】 臓器別専門単科医師の訓練養成は現制度下でおのずと養成されています。というよりそれしか養成されていません。

家庭医は幅広い知識を持ち、しかるべき広い基本技能を習得していなければなりません。これは、既存の臓器別専門単科制度の下でも訓練次第で養成可能と思われます。現に厚労省の新臨床研修医制度、初期研修2年間の基礎科ローテーションはその可能性を示しています。初期研修後に家庭医後期研修ローテーションシステムを制度として新設すれば、有効な家庭医(プライマリケア・かかりつけ機能を含めて)機能が社会的に営める人材の養成が可能でしょう。

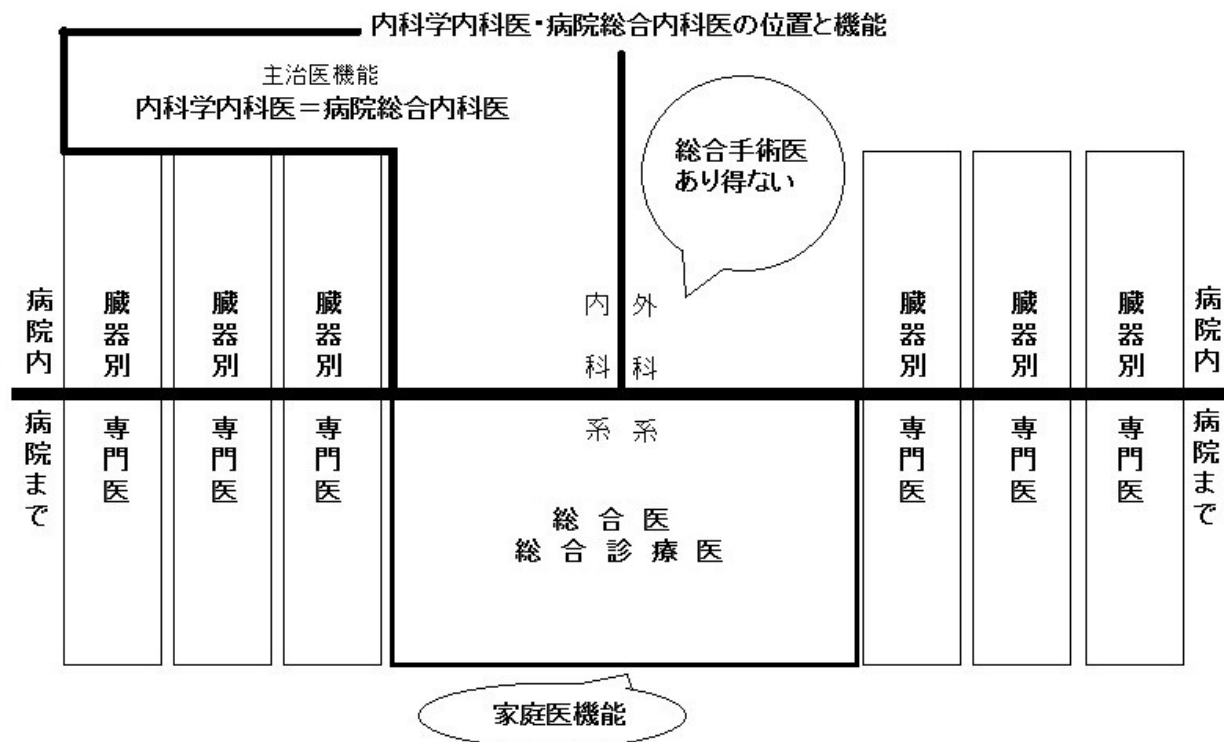
【内科学内科医の育成】 しかし、あたらしい専門医＝内科学内科医の育成は家庭医養成よりは

るかに手がかかります。専門技術の訓練施設は世にあふれていても、リーダー主治医の育成施設を欠いている現代です。指導者さえ欠いています。まず診療方法の“形式”(*)を定めて、資格審査の内容、すなわち到達レベルを厳格にすることが先決と思われます。なにせ何もない中から創造する診療能力と機能であることを肝に銘じます。資格審査が形骸化して内実をとみなわないものとならないようにするために深刻な検討が必要です。その意味では、医学博士や内科学会の現存の総合内科専門医はふさわしいとはいえません。

ここで今一度、“家庭医”（総合医・総合診療医など）と“内科学内科医（病院総合内科医）”の専門性の違いをその位置と機能で明らかにしておかねばなりません。



家庭医（総合医・総合診療医）は“病院まで”に位置しています。先述したように、この機能は充実させねばなりません。しかし、その名が示すごとく内科系外科系にも及ぶ広汎な一般基本機能ですから、これが今日の高度先進的単科専門機能の“病院内”にあって患者の主治医機能を営む力量を備えることは可能ではないでしょう。どのように考えてみても、病院内で高度な内科学の主治医機能を営むには、それにふさわしい力量を有する専門機能が不可欠です。安易に“病院まで”の家庭医（総合医・総合診療医）をもって“病院内”の内科学内科医に擬してはなりません。さきゆき求むべき望ましき診療を過たず見定めて、そこへ向かう努力を怠らないように心がけねばなりません。



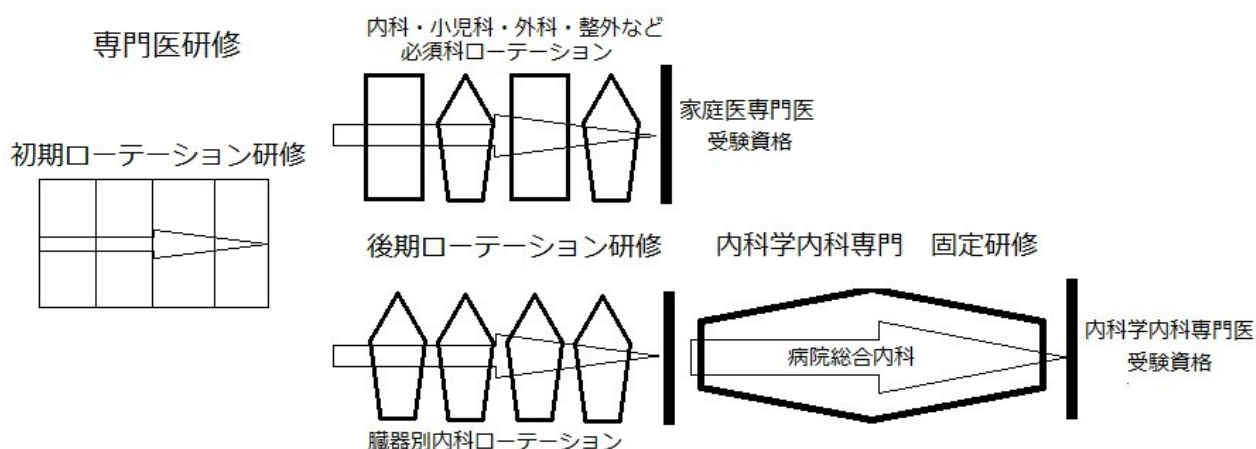
専門技術手技の熟練は、その資質があるものが長年修練して習得したのです。その価値は高い。将校の資質あるものでも、たとえば指先が不都合ならば戦闘員の資質に欠けます。しかしその逆に作業員の資質があっても抽象思考に難渋すればリーダーに不向きです。内科学内科医は臓器別専門単科の技術訓練をただけでは駄目です。技術の名手でなくてもよいが、技術を用いるべき場面を見抜いて、いかなる場面で何をいかように使うかの判断決断を誤らない能力が求められます。特殊な知識、たとえばこんにちならば疾患にかかわる微細な分子生物学の知識や世界各地で試された新治療法の知識を集めているだけでも駄目です。リーダーはマニュアルを記憶することではなく、その知見が意味するところを理解していて必要とあれば知識コレクターに供与を求めたり（いまや人の代わりにインターネットで入手できる情報もある）、研究分野からの文献を利用したりするのです。こういった機能を正しく営むためには、ある範囲の専門単科の技術も経験していなければなりません。手技の難易度や技術がもたらす診断知見やその治療の到達範囲を実感して知っていなければ正しい適用が出来ないでしょう。また、基本の知識を秩序立てて持っていなければ、目まぐるしく変わる疾患の知見、新種の薬剤、検査法に振り回されて道を見失います。基本を理解していれば新知識は更新しつづけることが出来ます。それが何を意味しているかが判るからです。

資格を与えただけで放置しておいては制度としての有効性に欠けます。制度の中で機能にふさわしい地位と報酬を与えないと実診療として成り立ちません。多くの資質ある人たちが責務の意義を正しく了解して臨床に身を置く機運を社会的に創出しないと空疎な制度になってしまい

ねません。内科学内科医の育成にはつよい社会的行政的支援制度が必要です。現実に内科学内科を営みながら後進の育成に努めているきわめて少数の人々はいますが、制度となっていないので社会的にはあるかないかの私的な営為でしかありません。

【育成の方法】 内科学内科医（病院総合内科）の育成の方法は大きな課題です。初期研修ローテーションの後に、現在の内科系臓器別専門単科のローテーション研修に3年はかけます。研修は見学ではありません。実際に技術訓練も患者担当もするのです。しばしば、自科を志向していない者には訓練させないという施設や診療科があります。そういったところは、内科学内科の研修指定から除きます。以前、ある大学を首席で卒業した外科医が、新卒の1ヶ月ローテーション女子に虫垂炎の手術をさせていました。新人がヘマしかけたらすぐに手を出して救えるので、力のある優秀なものほど積極的な研修をさせる事が出来るのです。専門単科を半年ずつとしても6科をローテーションできます。

こうして、現在専門単科に集中している単一疾患の典型例を経験させます。その際も内科学内科の“形式”(*)は遵守させます。その経験を背景にすればリーダーとしての主治医機能を営む実力の獲得はより容易となるはずで、その後病院総合内科に固定して本物の内科学内科医として診療行動を営む時期に入ります。このときに既存の臓器別専門単科と競合や衝突が起こるかもしれません。とくに、特別な高度専門を営んでいるという思い込みの強い専門単科との協力体制を築くことは、難儀な院内社会問題になりかねません。技術手技の熟練や特殊知識のコレクションと内科学内科診療との区別を判じかねるものとの間に軋轢が生じるかもしれません。和算や医方・之精が立ちはだかるのです。むろん、専門単科として主治医機能を担わされて難儀しているという自覚がある診療科は病院総合内科の登場を歓迎するでしょう。ただし注意すべきは、これまでどの診療科からも歓迎されない高齢社会に特有な患者群に病院総合内科が埋没してしまわないことです。おそらくこれが最初に見舞われる危機でしょう。埋没してしまうと本来の目的から逸れて単なる便利屋になってしまいます。



病院総合内科に固定して少なくとも2年以上の経験が資格獲得には必要と思われます。卒業後8-10年後に内科学内科医（病院総合内科医）として主治医コントロールセンター機能を独り

立ちして営むことが出来る専門医になるでしょう（実際の指導経験）。このような実力を身につけるのは、観念も体制もなく、具現している指導者もいないといってよい困難な状況下では、途方にくれるかもしれません。相当な時間をかけるわけですが、このような努力を社会が厭わなければ新時代を開く希望はあると思われます。いったん本物の内科学内科医が登場する時代に入れば、かれを指導医とした現実の診療モデルがあるのですから育成はさらに容易な良循環となるでしょう。何もないところから始めるのですから、最初は荒唐無稽に聞こえるかもしれません。しかし、この主治医コントロールセンター機能を私的な営為として苦勞しながらも営んでいる人々が現実にいるのです。これを制度として制定することは知恵と努力次第で可能であり、かつ制度化しなければこんにちの問題を解決できないでしょう。決定的な分かれ目は厚労省による制度と病院権力の理解推進です。

内科学内科（病院総合内科）の資格者は同時に何かの臓器別専門単科の資格も持ち得ます。ただし主治医として機能するのは内科学内科資格者としてであって、他の患者にたいして営む単科専門者としての機能は、だれかその主治医機能を営んでいる者の代行としてです。このことをお判りになれば、これまでに検討してきた未来の医学診療のありようと望ましい診療制度がご理解いただけると思います。

⑬ 人材資源の現状

根底にある文化的な根深い問題はさておいて、“主治医機能”を創造構築する上で浮かび上がってくる目前の問題要因を考えることにします。そのまえに、現在わたしたちが医師としてどういう人材資源を有しているかを一瞥しておきます。人にはだれしも人生や生活の仕方の望みがあります。医師も例外ではありません。人柄とかひととなりとかの問題は、失礼だとか、皆いいところがあるとか、となつて話が敬遠されがちです。そういつているだけでは、いつまで経っても苦境を脱することは出来ません。

【医師の志向タイプ】 あくまでも一般的な傾向ですが、現代の臓器別専門単科体制の中にあつておおきく5種の傾向がみえます。研究する者が患者を診る“医者”より高級とみなされてきたことは前にいいました。過去には基礎医学というジャンル、生理学とか生化学とかで研究を志向する人も多くありましたが、こんにちでは基礎医学を志向する者は激減しました。基礎的な学問分野の研究では理学出身者に太刀打ちできないという側面もあるのですが、医師免許証所有者として身分安定と収入を得られる臨床から離れられない機運が影響していると思われます。大学での出世は80もの大学と、さらにはその中に講座があることを思い浮かべれば、レベルは一様ではないことが想像に難くありません。

昨今では博士号志望者が減り、かわりに臓器別専門医を望む者が増えました。それでも研究はステータスですから機会を狙って研究ということを“してみたい”者がでてきます。どうであれ研究と臨床の二股ではけっきょくどちらも半端になります。医師として診療にのみ献身する人が

いますが、そのなかでも真の臨床家の育成につとめるイノベーターは数えるほどしかいないのが現実です。

志向のタイプ
i 群 研究志向型
大学自体から既にステータス高く、研究することが役目と刷込まれている。臨床に身をおいても臨床研究が本義。
ii 群 かけもち研究志向型
i 群追随型・模倣型。臨床と研究に二股かける。大学出世志向。
iii 群 分野限定・実技技術型
既存臓器別限定の知識コレクターないしは実技技術者。臓器別専門医志向。
iv 群 イベント愛好型
現実診療の場ではない集会・講演・セミナーなどの、いわばサロンを嗜好。
v 群 無気力危険型
努力する力なく怠惰、あるいは反省能力なく異様。

わたしたち社会がこんにち有している医師人材の資源はこのようなところといってよさそうです。研究は臨床研究でも必要なことです。疾患の解明、新種の手術法や検査法や薬剤、さらには考えられもしなかった新療法などの臨床研究は必要にして不可欠です。わたしたち社会は、かかる研究はその資質ある者に委ねるべきで、望んでいるからといって誰にでも気ままに公的な財や時間をゆるして、物まねの山を築いてはならないでしょう。研究にはしかるべき制限があるべきです。全くうらはらに、臨床が片手間な者に医師免許があるからというだけで臨床の権力を与えてはならないでしょう。研究の資質は書斎や実験室に適性はあるかもしれないが、現実日常の社会カオスの中の混沌とした戦場には適性がないかもしれません。研究をことさらに高く評価し臨床を下に見る風潮が、臨床家としての資質ある者を臨床から遠ざけてきた動因といってよいと思われます。「学問のすすめ」や「文明論之概略」は文字として永続するので客観評価が容易です。しかし現実には明治を開いたのは、難を逃れようと家に閉じこもっていた「学問のすすめ」の著者ではなく、腰に刀して敵味方の中を駆けずり回ってカオスを行動した武士でした。その毎日の複雑な現実は二度と再現できない、客観評価の採点表に書くことが出来ないものです。

研究も臨床も共に片手間で両立できるほどの安易な代物ではありません。診療に専念する臨床家が呈示する大きな課題を研究者が現実の研究課題として抽出する両者の協働は、ともに本物

であるときに有効に成り立ち得ると思われます。ともあれ”生き方を持たない人間にイノベーションは起せない”（野中郁次郎：イノベーションの作法・日経新聞社から）のです。

【現在の事情】 このような資源で、いかにあたらしい内科学内科の主治医機能制度を建設するか。それを考えるために、もうすこし人材という観点から現在の事情をみてみます。

こんにちの臓器別専門単科体制になるにはそうなるべくしてなった必然があります。何事につけ困難を伴って努力を必要とする事柄は容易には到達できません。容易である事柄は短時間に成し遂げられます。臓器別専門単科が勃興し、かくも興隆したことについても同じことがいえま

す。医学診療は医師が執り行いますが、容易に執り行えるものが興隆し、困難なものは端に追いやられます。

年間 8000 人も生まれてくる医師の資質の幅は学力も人間力も、かつての時代にはないほど大きくなりました。むろん上位のレベルはたいへん高いのですが、それが現状を反映する本態とはいえません。8000 人の下位グループは本来医師となるべき資質ではないといって過言ではありません。第 1 にいわゆる常識知識がはなはだしく欠如している。ものごとに向ける関心、取りかかる情熱、という人間力の欠如の徴で、医学については理解が豊かなどとはあり得ません。医学能力と相関しています。どこにでもありそうな施設での新卒研修医の常識テスト結果に驚かないでください。第 2 に日本語を正しく読み書き出来ない。SPI 言語能力問題をしてみましたが、字が読めない、語彙がとぼしい。マンガしか見てなければ無理もないことです。第 3 に単純な物事についてさえ疑問を自分で見出せない。質問を投げかけられても考え始めることもできない。これが毎年のことなのです。

2012/2013 研修医常識テスト（卒国公立 29・私立 11）			
右の答えになる ように質問	答	全 40 中 正答数	驚きの答え
春はあけぼの～	枕草子	13	
祇園精舎の鐘の声	平家物語	17	
紫式部	源氏物語	28	竹取物語 枕草子
中国領海問題	尖閣諸島	13	
韓国領海問題	竹島	31	
ロシア領海問題	北方領土	31	
消費税	5%	40	
太平洋戦争終戦	昭和 20 年	24	白紙白紙白紙 S10/25/28/40/45

太平洋戦争開戦地	ハワイ 真珠湾	30	
太平洋戦争戦争国	日・米	14	英・仏/露・独・伊
原爆被弾地	広島・長崎	38	
日本の首相	(野田) (安倍)	33	白紙白紙白紙白紙白紙白紙白紙
アメリカ大統領	オバマ	36	
プーチン	ロシア首相 (大統領)	38	
カエサル	ローマ皇帝	10	
マルクス	資本論	7	
ヒトラー政党	ナチス	29	
ヒトラー同盟国	日・伊	21	
アウシュヴィッツ	ポーランド	6	
ペリー提督	黒船	34	
原発事故	福島県	38	福井県 宮城県
湯川秀樹	ノーベル賞物理学者	21	医者・首相
学問のすすめ	福沢諭吉	34	夏目漱石
我思う ゆえに	我あり	29	
ダーウィン	種の起源	18	
アインシュタイン	相対性理論	34	
ワトソン・クリック	DNA 二重螺旋	35	電灯
コペルニクス	天動説	25	
産業革命	イギリス	34	

こう申すと、医学部でもそうかと他学部の教官は思われるでしょう。心配なのは、中学高校の教員方が、とうにご存知のはずの学習塾講師の方々ともども、どれほど深刻に思っておられるかです。上の常識テストに国立医学部へ多数入学することで知られる有名私立高校卒が8名もいるとお知りになったら、少しは危機意識を抱いていただけないかと期待します。これが個数を勘定するくらいの少数であれば例外といえますが、割合でいうほどに多いのです。これらのレベルに大学は卒業（学業を終えた）を認定し厚生労働省は国家資格を与えました。

平均的なものでさえ、物事を自力で総合的に理解し構造化してゆく力が貧弱です。すでに作

られてある設問に作業をしさえすれば結果が得られる事柄にしか関り得ない。つまり作業員として機能するのです。そこでは方法は決まったことであり、その方法を駆使しさえすればよいという事態の中でしか行動できません。個別の状況を観察し分析し判断し方法を選択する、などという営為は埒外です。

かかる人材を専門・早期発見というスローガン言葉で社会的に鼓舞すれば、こういった事態になるかは容易に想像できるでしょう。その人材資質にとって容易なありようが現出するでしょう。複雑な全体を分析理解し構造化して対処するための抽象思考力と行動力に難渋しますから、物事の全体から切り離された一部分だけ取り扱って完結するほうが選ばれます。患者に病気はあるか、あるならいくつもあるのか、どういう病気か、どのように生じてきたか、どういう状態か、それら同士の関係は、などの複雑な課題には関れないのです。もっとも古来からわが国には医方・之精が生きていて、“実際に進行している生体現象の物質的な過程、その認識を拒否した・・・”し、“「医之学は方のみ」で、技術的完成のみ求めて生体現象の理論的究明を無用のことと”みてきた（辻哲夫；日本の科学思想・中公新書から）のですから、対象の理論的考察から遠いところにいるのも無理ないことです。

熟練作業者と立案設計者は本来異なる資質を必要とします。それを区別しないままごちゃ混ぜになっているのが医学診療です。他の分野、都市計画でも戦争でも、オーケストラでも野球でも、ごちゃ混ぜでは事は成り立たないでしょう。最新の診断法や治療法の開発に目を奪われがちですが、戦争にたとえれば、それらは武器兵器の類で、最新兵器を製作購入しただけでは戦争出来ないのと同じです。正しく使う戦略作戦計画が要ります。人体で言えば、脳と手足がそろっていてまともに機能する人体です。脳がない手足は無意味無目的に痙攣するだけで、手足のない脳では複雑電気現象が計器で計測されるだけで現実には何も表現され得ません。どちらもナンセンスで、どちらが重要とかいう問題ではありません。医学診療も二つを秩序だてて制度化しないと混乱を解消することはできそうにありません。その構築がこんにちの最大課題です。

すこし主題からそれますが、医療機関は大学医局に関連していますので、同じ〇〇科でも関連医局によって診療の質は違ってきます。国家医師資格があるからといって8000人すべてが同じ資質レベルではありません。さかのぼって、いったい複雑機能の担い手にふさわしい資質が医学部や医学校に選抜されていたのかが問題です。資質がないものをいかに訓練教育しようとも事は成就しないことは、スポーツでも芸事でも実際に指導された方には自明のはずです。

⑭ 実現をはばむ諸事情

どのような制度も、則って執り行うのは人間ですから制度が要求する能力が人間にそなわっていないければ実施できません。人間の能力で可能な制度が制度として作られたのです。

上のような事情を考えれば、主治医機能を営む内科学内科の臨床家は、抽象思考が出来る学力十分な臨床志向群、つまり ii 群と iii 群の一部に求めるほかはなさそうです。i 群は研究に尽力

してもらおうのが社会的に有効と推察します。むしろその中の臨床志向者は分野限定の専門ではない内科学内科医であってほしいものです。iv群は、外から離れてみていると優秀者にみえるので、学生や若者は催しごとに吸い寄せられがちです。しかし評論解説は、“この患者”という現実を“実際に”診療する力ではありません。評論が上手くても手術能力がない外科部長がいてはならないのです。手術できなければ、弁舌巧みな手術の評論も実は正しいはずがありません。ある途上国で言われたことですが、日本からの専門家はひとつことをやたらに細かく話はするけれど実際の患者は判らないようだ、と。

【医学部・医大生】 現在では医学部にかぎらずレベルが下がったとはいえ、それでも、それなり真っ当に医学部に選抜されていたかを再検討しないわけにはゆきません。全国80校が一律同レベルであるわけがありません。18才のときにあったあれほどの差が学部6年間で縮まるはずがない事を事実として認めないわけにはゆきません。入学後のより難しい課題によって、むしろ差は広がっているのです。医師としての適性は学力だけではダメだということが、“学力だけでは”の部分で飛んでなくなって、人にやさしいとか、思いやりがあるとかいう、もっぱら感傷情緒の側面に焦点が当てられてきたのです。医師に限らない人間としての質なのですが、それを過大に要件とするような愚をおかしてきました。あの選手だけでは優勝は出来ない、という野球ファンがいます。その通りです。だが、その選手がいなければ優勝できない。当事者としての実経験と気概とがない傍観感傷評論に安住していると、このことを直視できないでいます。よくたとえて言うのですが、水に溺れている者を見て、可哀相だとか助けないととか岸辺にいて騒いでいる図です。自分を鍛える努力をしてきた泳げる者で飛び込んだ者だけが救うことが出来ます。泳ぎも出来ない、尻込みして飛び込まない者は溺れている者にとってどうでもよい。学力がないものに医師となる適性はありません。

医学生数をただ増やせばよいわけはありません。半人前をいくら集めても一人前の質には届きません。資質ある者を選抜するにはどうすればよい？ 大学の医学部選抜を再考して、大学としての存続から再検討するくらいでないと社会は持ちこたえられません。

所詮は年間8000人も出てくる医学生に資質のちがいはあることは避け得ないことです。何事にも能力による適材適所があります。人間力で言えば、困難・未知に工夫しながら率先して対峙する人と、他人が決めた筋道からはずれることが出来ず他人の後ろについてゆく人。作業能力で言えば、対象から情報を探り対象を構造化して対処を立案する抽象思考作業が出来る人と、思考作業よりも手先の技能作業に長けている人。診療にはこのどちらの作業も必要ですが、現在の医学部選抜の8000人では決まったパターンを外れることが出来ない（医学部に限らないかもしれない）、および思考作業に適性がない者が多くを占めているようです。

【人事と運営問題】 前に触れたようにこのことは重大です。人事は大学を中心とした医局で動きます。地域中核施設における院長ほか診療科部長のよう幹部人事は派閥系列による大学からの

天下りないしはそれに準ずるものがほとんどです。その下ってくる大学人は、もっぱら“研究”という論文作業に携わってきた人たちでした。外国で生物学者としては世界的に優秀な業績があっても臨床医としての訓練もないので、臨床教授ができるのかと外国の研究者仲間にいわれた人でも平然と内科教授になるのです。インスリン発見者のカナダのベストが糖尿病クリニック開設を申請したところ、臨床の訓練がないとして彼の地は認可しませんでした。この見識実行力の差は悲しいばかりです。わが国では、現実の臨床世界を本気で生きたことがない人でも病院施設に天下ります。米国のあるネット掲示板に“Practicing medicine in Japan?”と問われた応答に“I was under the impression that Japanese medicine was run quite different from Western, i.e. Japanese doctors have very, very little clinical experience.”と書かれていました。

とはいつて、病院施設で専従作業員として生きてきた人なら、大学人に代わって大義と現実の狭間の中にある病院施設の運営を統括する能力の持ち主であるとはかぎりません。医学診療と病院業務は内容が多岐多種にわたって複雑です。それらの各課題の大小、中心派生を理解して、上位責任者としての責務の位置と範囲をただしく了解していなければ、診療も他の業務も真っ当な運営はむずかしいでしょう。

こんにち過去と比して天下りが少なくなったのは、その能力の程度が知られてきたからでしょう。代わりに病院施設から上がってきたものが幹部となる傾向にあります。それにもやはり問題がないとはいえません。医局のところで述べたように、病院施設は医局単位で線引きされていますから、思考作業が求められる責任地位が適材でない者の手にあるかもしれません。改善を必要とする医療世界が自力再生の能力を獲得出来ずに外部からの圧力で歪曲を余儀なくされている大きな要因のひとつです。

⑮ 変わらなければならない社会の意識

わたしたちが真に求める医学診療を現実にするためには、医師だけに努力を求めて、後は素知らぬ顔しているわけにはいきません。医師の外の側にじつは鍵があるのです。社会のある種の常識が根底においてしかるべき診療の阻害因子となっています。

{ 患者の意識 }

a 身勝手な人々

自分の権利と称するものを強引に主張する人たちが少なくありません。いくら病気が自分だけの重大事といっても、他人もまた同じ重大事を患っているのです。医療資源を互いに活用すべきところを自己の利益として独占しようとする人たちです。極端な例に見えるかもしれませんが、ある政党の議員を動かして自分の入院を強要してきた独居中年女性が、退院可能になったところ退院忌避して入院継続を強弁しました。入院待ちの病人がいるので互いに譲り合ってほしいことを言うと、他人はどうでもよい、自分は退院しない、と言うのです。中には暴力沙汰におよぶ人もいるくらいなのですが、現今では声高の身勝手主張に押されて医師側は沈黙を余儀なくさ

れています。

b 型どおりを真似る人々

患者の権利云々をどこかで借りてきたように表層を真似ている人たちが相当に多くいます。自分が咀嚼し考えた末の主張ではなく、権利あれば義務も当然あることは二の次で、付和雷同の物まね合戦といった趣を呈します。知る権利がある、ということから、医師の説明を繰り返し求めるけれど説明を聞いて自分で考えてみる節が見られない。なんとも同じ事をたずねる。質問すること自体が目的です。そのうえに医師の落ち度の有無には敏感で、本筋から外れた瑣末な事柄を取り上げては要望する。医師も看護婦もその様な冗漫に巻き込まれると疲弊させられます。これらの身勝手や過剰な要望に抗することは、多くの普通の医師にとって、精力の浪費となるのみならず、一般社会の現今の風潮、つまり受け手の利益追求を良しとし与え手の負担は当然とする、の中ではたいへん困難なことといえます。

c 聞きかじりで無意味な要求する人々

残念ながら、これがまたとなく多いのです。インターネットや雑誌、新聞TVなどで知識が紹介されることは結構なことですが、何々精密検査が必要で専門医を受診しないといけない、などの半端な解説類の記事が頻繁に見られます。理解はしていない事柄を、断片的な一行知識をもってして、あたかも知っているように言うほうも聞くほうも誤認して実際の診療の場に持ち出します。そして無意味なCT写真などの諸検査を要求してきます。かつては、こういった要求は検査ではなく薬や点滴注射でした。現在はそれが検査にかわっただけで本質は同じです。真に高質な診療が自分になされている最中に、自ら見て考える力がないので表層の聞きかじりで専門というレッテルを求めて、レッテルがあれば内容にはお構いなく安心するのです。説明してもけっきょく無駄です。

これらは、良質な診療を阻害する患者の側の要因となっています。こうして、ここに不幸な負の連鎖ができています。低質な診療が患者に疑念を抱かせる。患者の過剰な疑念が診療をトラブル回避に後退させる。この卵と鶏ともいえる因果な連鎖が、ますます診療を低度におとしめ、そして優秀な医師の育成を阻んでいます。

【臨床家の評価】 8000人の中には十分に医学診療の中核機能を引き受ける資質がある人たちはおります。しかし、それらの人の多くは臨床家を目指さないのです。こんにちの社会では研究分野での功績は客観評価されて高い正の報酬を得てきました。ところが診療は、いわばこの患者という唯ひとりの聴衆を相手にした演奏ですから、賞賛・感謝はその一人からだけともいえます。そして、患者は歴史的な存在で科学的な存在ではありませんから、研究のように再現実証できる対象ではありません。だから、その特定の患者にいかに優れた診療を行なったとしても、それを紙の上で再現して証明することは基本的に困難なことなので、臨床医としての評価査定の客観指標がないのが現状です。名医とか実力病院とかのランクも真の力の測定ではありません。よって診療

実力の客観評価ではない別の種々の指標で査定されて報酬（権限地位も報酬）が決められたり、客観的といっても診療の本質からは見当はずれの指標（たとえば収益とか）だったりする世界はあやふやな世界で臨床は一段低く見られているのです。優秀な人材から忌避されるのです。じっさい社会的には、いかに大きな努力と困難の末に質の高い演奏をしても報酬は同じです。それどころか悪貨が良貨を駆逐するように高質診療は収益を生み難いので敬遠される始末です（医師の収益リストもあつたりして収益への圧力がかかります）。さらに社会通念や財政政治諸問題の困難にも直接さらされています。また、質高いとは限らない患者・家族、さらに看護婦とも協同しなければならず、うんざりするトラブルの回避にも努めねばなりません。こうした現況のなかにあつて、資質高い若者も全身で臨床家を目指すよりまず研究に目が行きます。はじめから臨床診療は二の次というような二束わらじの者も多いのです。二束わらじを脱ぐときは、開業への腰掛か、おざなりに臓器別単科診療に留まるか、臨床の場での空疎な出世競争に臨むといった現状です。そうってからでは真の医学診療を求める実力も気概も持ち得ないでしょう。もしもかれらが最初から臨床家としての志を持って臨床家となっていたら、事態は異なるものになっていたでしょうが、上にみたように志を持てなかった現実があるのです。真の臨床家の社会的に正当な評価と報酬システムが不可欠です。

【臨床の特性】 繰り返して言いますが、現在は臓器別単科診療が主体の制度です。みなさんが望む高度先端的技術はあります。それですべてのわが身の病気問題が解決されるのなら不都合はありません。それでは解決できようがない根本問題があり、社会的にそれがこんにちの最大問題です。この単科診療は本質的に、患者があつてそれに合わせて技術を選ぶのではなくて、はじめに技術ありきの門があつてそこに適合患者を連れてくる、主治医機能システムと相反する技術前提システムです。根底にある診療思想はまるで違うものです。ですから個々のケースを詳細に比べると、根本の方針や細かな具体策も異なり、その計画実行の先で生じてくる事態も異なってくることが判ります。かかる診療費用さえ違ってきて、簡潔な主治医機能の患者前提システムのほうが低額になります。

手技技術作業は目に見えるので誰でも容易にその優劣が判ります。しかし、“考え”すなわち頭の中は見えません。どのように優れていても目には見えないので、そういう思考自体があるということを承知している人でなければ、“考え”というものがどれほど重大な結果の違いを生むのかを想像さえできないでいます。そして残念ながら、それが社会の意識をつくっています。研究は頭脳行為であると社会も意識しています。だが臨床診療は記憶知識と技術作業の足し算としか思っていないようです。知識を当てはめて、後は手技技術の優劣によって結果の優劣が決まると誤解をしています。だから記憶知識の量と技術作業を賞賛してそのみに報酬をあたえるのです。臨床の側にも責任がありました。記憶知識をパズルのように当てはめるだけの頭脳作業（といえるか）でしかない臨床診療しか提供し得なかったのです。そこでは診療は単に記憶された量に依

存しています。総合〇〇がけっきょく無力に留まってしまったのも、その診療の質がそのようだったからといってよいでしょう。真に求められる診療は記憶知識の当てはめパズル類ではない頭脳行為です。意味ある観察をして情報を正しく得たうえで整理理解して複雑な事態の本態を洞察して実験計画を立案し、そして計画を実行した後にも、観察以下を繰り返し続ける頭脳行為です。知識はその診療の資本としてあります。研究者なら多量の知識を抱えていることと研究行為は異なること、実験作業と論文作成とはレベルがちがい、実験室の作業は論文作成の一部であることをお判りです。真の臨床診療は研究行為に比肩する頭脳行為です。

科学の実験研究は任意の時間に行うことが出来てやり直しも効きます。ところが診療は歴史的で再現は出来ません。その患者にいったん投与した薬剤は取り戻せず、切除した臓器は永久になくなったままです。生物学に基いて、この"一度きりの取り返せない"行為を"今このとき"のしかも"限られた時間内で"決断実行するのです。これが研究者と臨床家の決定的な違いです。研究に適性があっても臨床家の適性に欠ける場合があることも肯けるでしょう。

社会がただしく臨床診療の望ましい本態を理解して、それを認めて歓迎しないと、それが提供されていても正当な評価が出来ず、望ましい診療を育てることに成功しません、高浜虚子はいいました、"選句は発句なり"。

⑯ おわりに

明治に西洋医学が江戸の漢方診療にとってかわってから、ずっとわたしたちの医学診療は、社会通念と他の分野に伴走して平穏な推移を辿ってきました。何も問題は起きませんでした。ところがここへ来て急に思いもかけない問題が噴出してきました。それも、ひとつずつ個別に対処して解決出来る類の問題ではありません。あれもこれもの抛って来る筋道を洞察して、ただしい治療を敢然とおこなわねばならない事態です。厚労省の臨床研修医ローテーション義務化は、残念ながら断片的で遠い展望に欠け、革新の先鞭とはなったものの結実豊かとは申せません。ことは医学部だけではない広汎な私たち社会の問題を根底にはらんでいるので、改革の方針は必然的に社会の根底部分に触れるものになります。

歴史的に言えば、医学はつねに社会の変革の先頭を走ってきました。時代の観念を根底から変えてしまうこともあったのです。過去の時代は、医師の見識・問題意識でそのときの医療社会の問題は解決され得ました。ところが、こんにちは問題は複雑化し、医師だけで課題を解決して越えられるほどに単純ではなくなりました。たしかに医師でなければ決して真の内容はわからないこともあります。しかし全ての医師が知り得ているわけではありませんし、深く人間に関して人々と共にある方ならば、生半可な医師より物事を良く判っておられることでしょう。

この小文がわたしたちの医学診療をよりよくするために考えていただく土台になればと願います。

- (*) 正しい診療への合理的アプローチー総合プロブレム方式のすすめ：栗本秀彦 文光堂
総合プロブレム方式ー新時代の臨床医のための合理的診療形式：栗本秀彦 プリメド出版
カルテ形式“総合プロブレム方式”：栗本秀彦 内科専門医会誌 第18巻2号 2006.5
カルテはこう書け！：内科学研鑽会編 新興医学出版社（出版予定 2012.12）