

日本専門医制評価・認定機構 御中

栗本秀彦

e-mail: [hkkanata@nifty.com](mailto:hkkanata@nifty.com)

〒501-6211 羽島市正木町南及 2-41

愛知県厚生連海南病院・聖隷三方原病院 顧問

-----  
名古屋大学医学部 昭和 36 年卒

名古屋大学医学部～

University of Cincinnati Medical Center, Cincinnati, Ohio

Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan～

名古屋大学医学部～

県立岐阜病院総合内科 平成 14 年定年退職  
-----

2013.01.17

記 意見書

【新しい内科学内科専門医（主治医機能）の必要性】

内科専門医制度が大きな変革期にあることは言うを待たない。もしも今回の変革が焦点を逸れた内実を伴わない、改革と言えないものであったときには、次の変革までまたもや何十年の空白が生まれる。その長い年月を日本医療は耐えてゆけるであろうか。現在伝え知る、内科専門医制度の改革案を建設的に批判して、その重要な問題点を明らかにしてより良き改革に供したい。

① 内科専門医制度の改革案

専門医を基本領域（1 階）と専門的診療領域（2 階）に分けて、前者を経たのちに後者の専門資格を獲得するとされる。前者の中に外科専門医、小児専門医などと並んで、内科専門医と総合診療専門医も位置づけられている。

ところで、患者の位置から実診療の流れを考えてみよう。

- 1) 病院までの家庭医機能（その専門の名が総合診療だろうとプライマリケアだろうと）
- 2) 病院後の高度先進専門機能

に大きく分けることができる。患者は 1) で終わるか、1) から 2) へ進むか、である。この視点がなければ実診療の改革にはつながらない。

一瞥してすぐに判ることは、1) 家庭医機能が万全に果たされても、そこから紹介され送られてきた病院内において 2) 専門診療が現存のままでは、こんにちの診療の欠陥は改まらないことである。

## ② 日常診療のありさま

こんにちの日常の専門診療は、あえて強調するまでもない周知の状態である。まとめれば2点にしぼられる。

- 1) 専門外領域の無関心と「患者」診療の断片化（単科診療の横並びで有機的結合がない）
- 2) 平板なマニュアル診療による無用無駄な診療費用の増大

どうしてこのようなことが起こるのであるのか？　こんにちの単科専門診療の本質を洞察すると、上の結果が必然であることが判る。患者が送られてきた先にある専門診療は、「患者に専門疾患はあるか？　あれば、それに対処せよ」が診療の原理である。それぞれの単科専門診療がこの原理で診療するので、とうぜん患者診療は断片化する。

そこには「患者の病気は何か？　それらに対処せよ」という設問はない。複数あっても複数が同時に認識されて有機的に理解対処されることはない。

高度成長期に医療機器は発達し検査診断法も治療法も発展した。しかし、それと時を同じくして医学校も増数して1970年代に医大卒業生は倍増した。数が増えれば平均値も最低値も下がることは必然で、大学と医師のレベル低下は顕著となった。個々の患者独自の病気状態を見知ることなく、発達した機器や検査法に過度に依存するマニュアル診療が横行して無用無駄な診療費用負担を招いている。

## ③ 新専門医制度はこの欠陥を解消できるか？

病院までの家庭医機能は充実させねばならない。基本領域（1階）に、本物の家庭医機能の担い手として総合診療専門を設けることは歓迎すべきことである。イメージされている総合診療医はひろく小外科処置などもふくむ家庭医機能を担うもので、まさに名の通りであるから、内科そのものとは次元を異にしている。このことは重々承知しおかねばならない。

おそらく改革案が総合診療にイメージしているのは過疎地の診療所診療機能であろう。都会では、その診療機能は不要でいまだ少し細分した整形外科とか小児科とか皮膚科とか、むろん内科も、別個の標榜診療科として成り立つと考えられたと推察する。

ところで、次元が違う総合診療科と並列に1階に「内科」が置かれている。というか次元が違う内科や外科、精神科、耳鼻科などと並列に総合診療科が置かれた。制度はあまりに入り組んでは混乱するだけなので、次元は違うものであれど、大枠がそのような並列になったことは已む無しとしよう。しかし、本来異なるものを並列のままで放置することなく、その先で本来の異なる機能を可能にする措置をしおかないと、制度として望ましいとはいえない。

さて、そのような1階の「内科」診療科に所属する訓練医の実診療における訓練はどのようなものになるだろうか？　その診療実態を想像してみよう。外科診療科でも同様な訓練実態になると想像される。

専門診療科は独立しているので、個々に標榜される。その中に循環器などの単科専門診療科

と並んで病院にも「内科」という専門標榜がある。いったい、どういう患者が「内科」で診療を受けるのだろうか？ 家庭医から送られてきた患者はみな2階の専門診療科で診療を受けているだろう。「内科」で診療する患者がいったいあるのだろうか。

さらに想像をすすめると、「内科」に専属医師はいるのだろうか？ 先行きは、内科専門取得後に専門領域専門に進ま（め）なかった若者と引退前の老人だけが専属医師の候補となるかもしれない。その人たちが内科専門診療する患者はいったいどういう患者だろう？ そこでの訓練で内科専門医たる力が身につくだろうか？ 結局、訓練医は「内科」から2階専門診療科に配属されて、「内科」は医師も患者も空の診療科ということになってしまうだろう。いいかえれば、「内科」はその先の領域専門へすすむ一時的な予備門のようなものだろう。

ここで、内科にかかわる診療を原理的に考えてみる。単科専門と内科学の集合を考える。単科専門同士はたがいに包含関係はない。それでは単科専門が内科学を包含しているか？ そうではなくて内科学が単科専門を包含するのである。単科専門が内科の亜専門 subspeciality とされているのはこのことである。

2階単科専門をただ羅列的に横断訓練しても、そこにはないものは習得できない。結局習得されるのは、こんにちと変わらぬ単科診療でしかない。これでは折角導入した病院までの充実した家庭医診療の価値が損なわれる。

総合診療医をはじめとする家庭医によってしかるべく診療されたのちに、病院へ紹介される。送られた先の病院内の単科専門にはそれを包含する内科の機能はない、そこでは、またしても単科専門診療がバラバラに積みあがる。こういう診療が実態となりそうである。

#### ④ 現専門診療で欠損しているものは何か？

バラバラな断片診療と平板な機械的マニュアル診療で欠損しているものは何であろうか？

欠損しているのは患者診療の主治医機能である。こんにちの専門診療における領域の技能技術度は高い。しかし、技能技術はトータルな患者診療の部分要素である。有機的に繋がりを欠く部分をいくつか集めてもトータルな全体にはならない。患者診療の本質は「患者の病気は何か？ それらに対処せよ」に応える主治医機能である。この患者診療が、高度な技能技術の単科専門診療に見合う高さに未だなっていないのである。

単一疾患の場合で部分の技術によって診療が終結し得てしまえば、結果としてそれでもよい。だが、その場合でも道中にあれこれの別個の異常事態が発生するのである。その複雑性に対処しえる機能を専門診療は欠いている。専門領域が高度化したこの時代に、それに対応する主治医機能診療の創造が、こんにち切迫している課題ではないか。

##### 1) 医師の専門とはたらき

新しい機能の創造という困難な課題に向き合う前に、理解しておかねばならない事柄がある。

専門とは医師自身の医学診療上の属性といえるが、それが診療科に対応していることが判る。

| 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          |

分類とはいえないような纏れ合った分類であることが判る。すぐに気づくのは、患者の病気という状態を考えると、老人・成人にも肺炎は起こり、肺には感染症も腫瘍もあり、癌は肝臓にも腎臓にも出来るわけで、かかる観点を見知ると医師の属性に従ったままの専門診療科では患者診療が立ち往生することは容易に見て取れる。この分類に留まる限り診療は疾患対象で患者診療の断片化は免れがたい。

医師自身の専門ではなく、医師が患者とどのように関るかという医師のはたらきを考えてみる。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”である。大ごとの病気は専門知識技術を必要とする事態で、このとき、事態を掌握して患者を引き受ける医師が要る。“主治医”である。患者その人ではなくて、ひとつの疾患だけに関するという関り方は主治医の仕事の一部を代行するはたらき方といえる。それよりさらに下位には作業だけという関わり方もある。

| 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<br>(はたらき) | かかりつけ医・家庭医<br>特定疾患担当医（主治医の代行医）<br>“主治医” |

## 2) 主治医という機能

自己専門疾患だけではなく、患者を引き受ける、すなわち様々多種ある複数疾患群を有機的に理解して構造化して対処する主治医機能はこういう特質を有している。

| 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 |

全ての病気にかかわることは現代では不可能と短慮してはならない。末端の知識技術作業レ

ベルで考えるだけだと、全ての知識や技能技術を身に着けることは不可能だと言って終わってしまう。それではプロジェクトリーダーも首相も将軍も現代ではあり得ないというに等しい。まったく逆で、高度先進細分化した現代にこそ全てに正しく関るリーダー機能が必要で、さもなくば曖昧杜撰な混乱事態が招来される。まさにこんにちの診療がそのありさまにある。

主治医機能の創造がこんにちの課題である。

#### ⑤ 主治医機能の診療形式

先進高度であっても部分診療では主治医機能の診療を担えない。主治医機能の診療には既存の専門とは異なる質の専門を必要とする。

こんにちの部分専門診療の欠陥を補おうとする考えは、全身的とか全体的とかの感情を申し立てるにすぎないことが多い。全国的に広まった総合診療科・総合診療内科・総合内科の大半にそれが見られる。全うするための具体的な診療方法がなければただの観念に終わって沈滞失敗するのは当然の帰結である。方法は形式である。主治医機能をまさに全うする診療形式がなければならない。それがあってこそ全身的とか全体的が感情から脱して、一つの確たる診療専門分野となることが出来る。そして内科の全体診療が高度な部分専門と相見合って成り立つものとなる。

この専門の名を「内科学内科」（仮称）と呼んでおく。音楽の五線譜や設計図の作法のように則る形式があるから、音楽も製品も作品として具体化される。診療も同じであって、「患者の病気は何か？ それらに対処せよ」を全うする形式がなければならない。

診療形式は、カルテの記述形式として表される。手術・心臓エコー・消化管内視鏡などには記述形式がある。低質な形式は技術が発達するごとに高質形式にあらためる。ところが診療本体の形式はこれまではなかった。あるように見えても形式としての要件を満たさず、完成度は低くて矛盾や齟齬をはらんでいる。しかも、その形式に則れば先の主治医機能が全うされる形式でなければならない。このように考えることができれば、カルテ形式の重要性が認識できる。

| 形式の要請                   |
|-------------------------|
| 言葉に定義がある<br>記述の仕方に規則がある |

ところで、長い間（40年近く）ひたすら実践されて、その価値がじっさい明らかな主治医診療のカルテ形式（\*）がある。この形式のほかには、いまのところ主治医診療を全うできる方法はありません。ありそうにないといっても過言ではないだろう。実診療するためには内科学と論理的抽象思考の会得が必須要素である。

#### ⑥ 内科学内科専門医をいかに育成するか

2階の専門資格を得た先で行なう、専門領域の専門医としての診療様態を考えてみる。1階段

階で羅列的に単科専門の訓練を受けたままで、2 階の専門訓練をしてきたのであるから、望ましく内科学内科能力は獲得できていない。専門疾患に優れた技術を行使はするけれど期待されるような全体診療はなし得ないと判る。そのうえに全体診療の形式さえ習得されていない。

内科学内科専門には、単科専門医の育成とは別個に育成の条件が必要である。

1 その形式があること

2 その実診療を行なっている指導医診療体制があること

じつにこの条件を欠いたために、総合・・・は失敗に帰した。

それではいかに育成したらよいか？ 1 階 2 階と分けた専門医制度のなかで、まず、内科学内科専門を 1 階の「内科」とは別に 2 階専門に位置づける。まず、というのはこの専門は患者の診療構造上では 2 階専門の前後に相当するからである。

なにはともあれ少なくとも必要なことは、求むべき高質高度な内科学主治医機能診療を困難の中でも実践している医師たちから実診療の場を奪い去らない施策である。その場は 1 階の総合診療科とも「内科」とも別途に必要である。1 階の総合診療科や「内科」では、高度単科専門医に見合う高度主治医機能内科診療が不可能なことは目に見える。1 階の単科横断訓練の「内科」および内科ともいえない診療所的総合診療科だけしか制度として存在し得ないとなれば、本来の内科の全体診療を行なう場は消失する。そのようにして場を奪い内科なるものが破壊されれば、将来へつながる土壌さえ失われてしまうだろう。

現実態において、形式に基づいて診療できる指導医はない（きわめて少人数の指導医がいるが育成制度を直ちに担うには到底足りない）。これが困難な社会的課題であるが、創造とはつねに困難を伴うものである。

形式を定めて実診療する内科学内科の専門診療を国の直轄とするような乱暴な施策さえ考えざるを得ないほど、日本の内科専門医療体制は危殆に瀕している。

＊

内科臨床家として半世紀に及んで、一般内科、臓器別単科そして総合・・・科の時代を通した実診療の中で、本来の意味ある内科診療を希求実践してきた者の認識からは、こんにちの改革は隔靴搔痒の感あるのを否めない。

国家の中枢にあって新しい制度を導入する権限の一端を付与された貴機構の見識ある明断を期待してやまない。この小文に加えて、以前に一般向けに書かれた下記を参照ねがいたい。

(<http://naikagaku.la.coocan.jp/Int.Int.MedPDF/A001.pdf>)

(\*) 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（1995）

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（2007）

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（2012.12）