

Q1

総合診療専門医は必要か

必要

Q2

医師の地域偏在・診療科偏在は  
解消されるか

解消される

Q3

新たな専門医制度を成功させる  
ために最も重要なことは何か

総合診療専門医＝ケア志向の  
在宅医療（病院外医療）の専門  
医であるという哲学の構築

2013-2014  
8つの争点

争点6

## 専門医制度改革

私はこう考える

中野一司

医療法人ナカノ会理事長



# ケア志向の在宅医療の担い手としての 総合診療専門医が医療を再生させる

### ▶ はじめに — 総合診療専門医 のアイデンティティー

厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」で専門医制度改革が検討され、従来の18診療科専門医（基本領域の専門医）に加え、新たに総合診療専門医の導入が決まった。

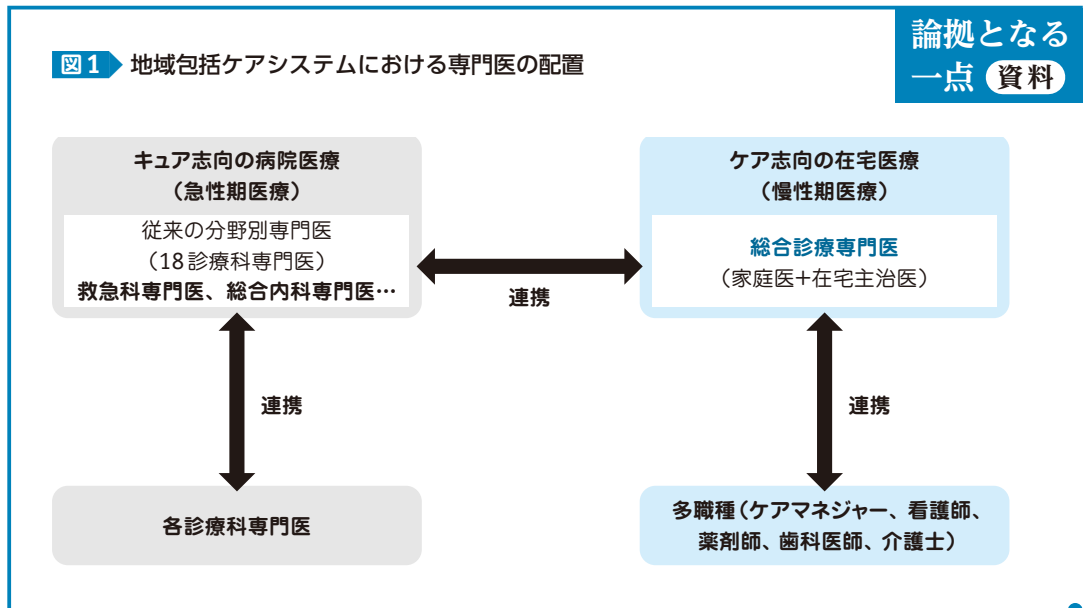
筆者は昨年12月、拙著<sup>1)</sup>において、従来の「ケア志向の医療＝病院医療」に対し、「ケア志向の医療＝在宅医療」という在宅医療（病院外医療）の新たな医療概念を提唱した。

現存する18の基本領域の専門医はケア志向の病院医療の現場から誕生した専門医であるが、その延長上に

19番目の専門医として、全ての疾患を横断的に診る（そして地域を診る）総合診療専門医の導入が厚労省の検討会で検討されたとの印象がある。ケア志向の病院医療の考え方を転じて、「総合診療専門医＝ケア志向の在宅医療（病院外医療）の専門医」という新たな哲学の構築こそ、専門医制度改革を成功させるための最重要事項であると筆者は考えている。ケア志向の病院医療では、全ての疾患を横断的に診る専門医として既に救急科専門医と総合内科専門医が存在する。これに対し、現存の家庭医療専門医は、病院外の患者を診る専門医であり、総合診療専門医に包括されると考える。

①文献▶ 中野一司：在宅医療が日本を変える—ケアからケアへのパラダイムチェンジ「ケア志向の医療＝在宅医療」という新しい医療概念の提唱。ドメス出版, 2012.

図1 地域包括ケアシステムにおける専門医の配置



地域包括ケアシステムの構築に向けて抜本的な医療改革（医療崩壊から医療再生）が進行する中、筆者は専門医の配置は図1のようになると予測している。以下、その理由を述べる。

### ▶ ケア志向の医療＝“在宅医療”という新たな医療概念の提唱

1999年9月2日、在宅医療専門の診療所としてナカノ在宅医療クリニックを鹿児島市で開業して14年が経過した。開業当初は、病院で行われているキュア志向の医療をそのまま在宅で展開するのが在宅医療だと考えていた。ところが、実際に在宅医療を始めてみれば、何かが違う。病院医療と在宅医療は似て非なる、パラダイムの異なる医療ではないかと考え始めた。

そうした中、開業9年目の2008年に村田久行先生（京都ノートルダム女子大院人間文化研究科特任教授）のセミナーを受講し、まさに目から鱗、で

あった。村田理論<sup>2)</sup>では、“苦しみ”は、その人の「客観的な状況」と「主観的な思い・願い・価値観」のズレから生ずるとされる。このズレを修正することが“苦しみ”をとる対人援助で、主観に沿う形で客観を変える対人援助を「キュア」、変えられない客観に沿う形で主観的が変わるのを支援する対人援助を「ケア」と定義する（図2）。

筆者は、村田理論におけるキュアとケアの概念を用いて、従来の「キュア志向の医療＝病院医療」に対し、「ケア志向の医療＝在宅医療」という在宅医療の新たな医療概念を提唱している<sup>1)</sup>。

病院は、病気を検査し、治療するところで、基本的に治療（キュア）が実践される“場”である。これに対し、在宅（地域＝病院外）では、病気は生活（ケア）の一部であって、病気があっても必ずしも検査や治療（キュア）が優先されるわけではない。病気や障害があっても、地域で、最期まで生活しても良いことを医療的に保障するこ

2) 文献▶ 村田久行：改訂増補 ケアの思想と対人援助。川島書店、1998。

とが、ケア志向の在宅医療である。そして、生活の場での医療を保障した結果が、在宅での看取りに結びつく。

このため在宅での看取りは、国の財源確保の目的(キュア)ではなく、患者の望む医療を実践した結果(ケア)である。そしてこのことが、結果的に医療費を低く抑えることにつながる<sup>3)</sup>。看取りは財源獲得の目的(キュア)ではなく、患者の望む医療を実践した結果(ケア)であることは、非常に重要な視点である。

### ▶ 地域包括ケアシステムの構築と総合診療専門医

近年、医療崩壊が叫ばれて久しい。その原因として大学の独立法人化、臨床研修必修化、病院医療から在宅医療への政策誘導などが医局や地域医療の崩壊を招いたという議論がある。また、国が診療報酬を削減したため、医療崩壊が起きたという議論もある。

これらの議論も一理あるが、根本的な問題は、**超高齢社会を迎え、疾患構造が急性期疾患から慢性期疾患へ変化し、現在のキュア志向の病院医療を中心とした医療システムでは現状に対応できなくなってしまうため、キュア志向の病院医療(特に慢性期の病院医療)が崩壊したことだと考える。**

超高齢社会を迎え、増えているのは病人(急性期疾患)ではなく、障害者(加齢に伴う障害を抱える慢性期疾患)である。従来のキュア志向の病院医療を中心とした医療システムは、病人を対象としたもので、障害者への対応は想定していない。即ち、キュア志向の病院医療を中心とした医療システム全

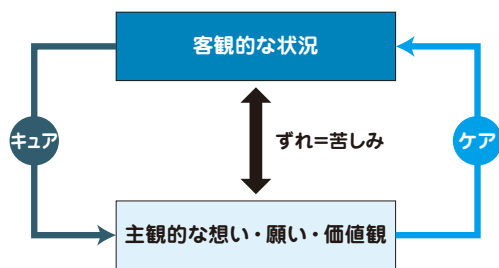


図2 苦みの構造(文献2 p45を一部改変)

体が、増加する(慢性疾患を抱える高齢)障害者に対応できなくなってきた、全体的にシステム疲労を起こし、国民のニーズに対応できなくなっていると考えられる。

現在進行中の医療崩壊は、見方を変えると医療再生(再編)のプロセスととらえることもできる。**医療再生の行き着く先は、①急性期病院(急性期医療、キュア志向の医療)の集約化・機能強化、②在宅医療(慢性期医療、ケア志向の医療)+介護(生活支援)の普及・連携**——と考える。そしてこれら①集約化・機能強化された急性期医療(キュア志向の病院医療)と、②普及していく慢性期医療(ケア志向の在宅医療+介護)は、相補的に連携しながら地域全体の医療を支えていくと予想され、その行き着く先が“地域包括ケアシステム”である。

**③メモ▶**介護費は増えるかもしれないが、これらが結果的に医療+介護の質が高まれば、医療費+介護費の高騰は国民に支持されるものと考えられる。

### ▶ 「専門医制度改革」による医師の地域・診療科偏在の解消

このような時代の流れ(医療・介護のシステム変更)を踏まえて、「専門医制度改革」は検討されなくてはならない。この観点から見れば、キュア志向の病院医療は従来の分野別専門医が担うと想定されるが、ケア志向の在宅

医療の分野は総合診療専門医によって実践されるべき医療であると考え<sup>4)</sup>。

今後予想される医療崩壊から医療再生への展開を図3に示した。将来を大胆に予測してみよう。(病院)医療崩壊に伴い、病院(慢性期病院を含む)の病床数は3分の1に削減されるとして(現在の我が国の人口当たり病院病床数は欧米諸国の約3倍)、スタッフの3分の2が病院に残れば、1病床当たりのスタッフ数は実質現在の2倍になる。この余力によって、救急患者の受け入れや医療スタッフの教育環境の整備が可能となる。今後、病院は、このような良質な環境の急性期病院(マグネットホスピタル)に集約化・機能強化されてくるものと考え。

医療スタッフの残り3分の1は在宅(地域)に赴くことになり、総合診療専門医として地域のケアマネジャーや訪問看護師、訪問薬剤師、訪問歯科医師、介護士と多職種連携して、在宅(地域)での慢性期医療(ケア志向の在宅医療の哲学を持つ慢性期医療)を支えていくことになるだろう(図1)。

これらの一連の動きは、旧来のケア志向の病院医療の立場から見れば“医療崩壊”でも、ケア志向の在宅医療を展開する立場から見れば“医療再生”である。

慢性期医療を、総合診療専門医と多職種の連携で担うことで、医師の地域偏在は解消されると考える。また、急性期医療の集約化・機能強化と在宅医療の普及(急性期病院における救急科専門医・総合内科専門医と各診療科専門医との連携、および各診療科専門医から総合診療専門医への移行)で医師の診療科偏在の問題は解消されると考

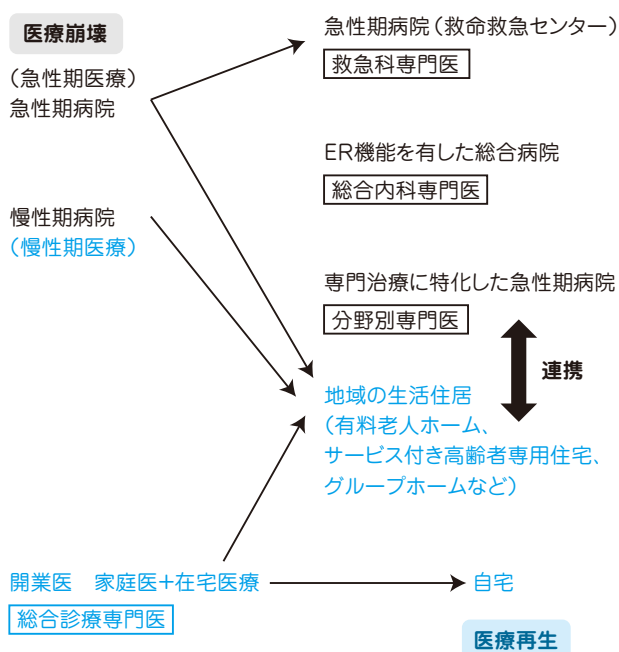


図3 医療再生における各専門医の位置づけ

える(図3)。

### おわりに—今回の「専門医制度改革」について

専門医の認定、養成施設や養成プログラムの評価・認定などについては、中立的な第三者機関が担うとされているが、総合診療専門医のボードには現在の日本プライマリ・ケア連合学会、日本医師会に加え、在宅医療関係の学会・関係団体の参加も必要と考える。また総合診療専門医の認定要件としては、看取り数(率)、緊急往診回数、症例数などの実績(経験)が重要になってくると思われる。

最後に、専門医制度改革を成功させるために最も重要な事項は、「総合診療専門医=ケア志向の在宅医療(病院外医療)の専門医」という哲学の確立であることを、改めて強調したい。

4)メモ▶総合診療専門医の条件として、「地域を診る医師」が挙げられているが、「地域を診る医師」こそ、在宅主治医(+家庭医)そのものである。