

DOCTOR'S MAGAZINE

[特別企画]

Special

CrossTalk

スペシャル対談：総合診療医編

加藤

Ryotaro
Kato

良太郎

IMSグループ／医療法人社団 明芳会
板橋中央総合病院 院長

佐々木

Jun
Sasaki

淳

医療法人社団 悠翔会 理事長・診療部長
内閣府規制改革推進会議 専門委員
(医療・介護・感染症対策)

日本の医療課題を解決し、患者の幸せな人生を追求する「人間の専門家」

Interview「ドクターズマガジン」編集部 Text「田口素行」 Photograph「緒方一貴」

少子超高齢化が急速に進展するわが国では、医療の効率化や医療・介護・予防が一体的に提供される仕組み作りなど、抜本的な医療改革が急務となっている。そこで、首都圏を中心に6000人も在宅患者を支える在宅医療のトップランナー、佐々木淳氏と日本版「ホスピタリスト（病院総合医）」の第一人者である加藤良太郎氏に日本の医療再生の鍵を握る「総合診療医」の役割と、これからの日本に必要な医療について語っていただいた。

重要なのは疾患ごとではなく、複数疾患を、まるごと診る視点

佐々木：加藤先生は日本における「ホスピタリスト（病院総合医）」の第一人者ですが、ホスピタリストとはどのような役割を担う医師でしょうか。

加藤：ホスピタリストは、名前の通りホスピタル（病院）を中心に医療を提供する医師ですから、その対象は目の前の患者さんだけでなく、病院でもあります。患者さんに対しては、病院のサービスを上手に使用して、臓器横断的な診療を提供する総合診療医

ですが、それだけではありません。ホスピタリストについて論じられる際、ジェ

ネラリスト対スベシヤリストと
いうような診療の幅に終始することが多いのですが、医療安全や医療の質の担保など病院のニーズに応える役割も担っているんです。

佐々木先生は同じ総合診療医でも在宅医療というフィールドで活躍されていますが、なぜその道に進まれたのですか。

佐々木：最初は消化器内科医として急性期病院で働いていました。当時は「病気が治らないこ

とは不幸だ」と思っていました。が、大学院在学中にアルバイト

で在宅医療を経験した際、治らない病気や障害を抱えた在宅患者さんが生活を楽しんでいる姿に衝撃を受けました。病気が治らないからといって必ずしも不幸ではなく、どんな状況でも人間は幸せに生きていく力がある。ことを知ったんです。それで在宅医療が楽しくなり、アルバイトを始めて半年足らずで在宅診療所を開業しました。

加藤：僕も最初から総合診療の道に進んだわけではなく、もとは麻酔科医だったんです。やりがいのある仕事でしたが、

ショック状態の患者さんは蘇生できて、風邪の治し方も分らない（笑）。もう少し治療にも

関わりたいと思い、2001年に米国へ内科医として留学しました。ちょうどホスピタリストという職業が米国で流行り始めた頃でした。たまたま2007年にセントルイス退役軍人省病院でホスピタリスト部門の立ち上げに関わることになったんです。それまでの米国では、患者さんが重症化するとかかりつけ医は契約病院に入院させ、外来の合間に病棟に赴いて診療を行っていましたが、それではとても効率が悪い。そこで登場し

たのが入院患者を専門に診るホスピタリストなんです。ただし、当初から病院のニーズによってホスピタリストの仕事内容はまちまちでした。私の病院では指導医が足りなかったため、ホスピタリストの仕事はもっぱら研修医の指導でした。

佐々木：そうなんです。他にどういった病院のニーズに対応されてきたんですか。

加藤：「平均入院日数を3・6日から3・3日に減らせ」というミッションを命じられました。米国は病院数が少ないため、すぐに満床になりやすく、早く退院させないと新たな患者を受け



入れることができないからです。また、退役軍人省病院では家族のいない患者さんが多く、ペットに餌をあげるために自己退院してしまうことがよくあります。そこで、ペットフード会社やペットホテルなどと一緒に、入院中にペットの面倒をみられるサービスを作ったりもしました。

佐々木：病院の足りない機能を補ったりと、ホスピタリストは医療の効率化を実現する役割もあるんですね。

加藤：そうですね。医療の効率化を図ることも日本におけるホスピタリストの大きな役割です。最近では複数疾患を持つ高齢患者さんが圧倒的に多いですが、臓器別専門科をいくらすらえても、患者さんは院内をたらい回しにされ、非効率です。病院を受診する患者さんは複数疾患を抱えています。8割はCommon Diseaseですから、臓器横断的に診るホスピタリストがいればほとんど対応できてしまう。当院では、総合診療内科がホスピタリストとして機能しており、初診外来を設けて症状にかかわらず診るようになっています。また、発熱外来やコロナ病棟などCOVID-19

への対応も総合診療内科が中心的な役割を担いました。

佐々木：患者さんは専門医や大病院に対する信頼が大きく、複数の専門科や病院にかかります。しかし、臓器別の治療が足し合わされることで最適な治療になるかという点、そうでもない。治療や使用する薬の優先順位といった視点が抜けているため、どんどん悪化するケースも実際に経験しています。疾患ごとに診てもらいより、ホスピタリストのように複数疾患をま

能が低下していく状況で、どこまで病気として治療をすべきなのか。心不全だからといって十分な降圧をすれば、立ち眩みにより転んで骨折し、入院して口から食べられなくなり、治ったとしても寝たきりで帰ってくるケースもある。また、入院時には高齢という理由でDNAR蘇生措置拒否の署名をすると、「だったらもういいんじゃないの」と安易に線引きをされ、医療に手抜きが起きやすいことも問題です。

加藤：在宅の先生たちがせっかく良いケアをしているのに、入院すると台無しにされるようなケースは容易に想像できます。

佐々木：急性期医療や専門診療は、患者さんが若く、回復力と体力がセットだからこそ治療がうまくいくという前提がある。心身機能が脆弱になっている高齢者にとっては、生命を悪化させることにもなりかねないんです。

超高齢社会で問われる病院の存在意義

佐々木：高齢化の進行する日本において、加齢に伴い心身の機

加藤：DNARや侵襲的な医療処置をしないとすると、専門医は何をしていいのか分からないと思うんです。BSIC (Best Supportive Care: 積極的治療は行わず緩和治療に徹する) となった患者さんには何

も治療することがないと解釈する医師がいますが、それは全く違う。苦しめないよう緩和ケアやQOLの維持向上など、やるべきことは増えるはずなのです。

佐々木：フィリップスの調査によると、日本では医療満足度が先進国の中で最下位なんです。その理由は、治療に至るプロセスに問題があるからです。プロセスに納得できていければ治療結果に対しても「良くなった」と解釈できるし、納得できていなければ「こんな状態にされた」となる。専門診療はガイドラインに基づいて治療が行われますが、在宅患者の多くは治らない病気や障害とともに生きています。患者さんと対話をしながら、その人にとつての真のニーズを探っていく。NBM (Narrative Based Medicine：物語と対話に基づく医療)によるプロセスが重視されます。このプロセスを飛ばして、いきなりガイドラインによる専門治療が淡々と始まってしまいうことに問題があります。

は連携する在宅診療所と電子カルテを共有しながら、一緒にカンファレンスをしたり、かかりつけ医の先生と一緒に回診したり、逆に当院の総合診療医が外勤で在宅診療をするなど、協働で患者さんを診るようになっています。

佐々木：病院ではクリニカルパスに従い淡々と治療が行われ、人間の生活全体を診るコンサルタントの部分がうまく機能していないんです。科学的に正しい治療が、必ずしも患者さんにとつての正解とは限らない。満足度の高い最適な医療を提供するには、患者さんにとつてのゴールや優先順位を共有するなど、総合診療医と専門医がしっかりと協働できる体制作りが必要ですし、高齢者に限らず最初に総合診療があり、その先に専門診療があるべきだと思います。

加藤：同感です。臓器別専門科は病院の貴重なりソースとして捉え、入り口に立ったホスピタリストが高度な医療を患者さんに最適化する。そうすると、総合診療医ばかりでなく、臓器別専門医の力も効率よく発揮できる。これからの日本の医療にとつて、ホスピタリストの意義はますます重要になるはずですよ。

急性期医療を、病院ではなく在宅で提供する意義

加藤：もともと入院には、せん妄や廃用などさまざまなリスクが伴います。特にコロナ禍では院内感染も大きな問題になりました。急性期医療を在宅で行う方が良い人も少なくないと思うのですが、佐々木先生はどう思われますか？

佐々木：意義は大きいと思います。患者さんの要介護度が悪化する最大のファクターが入院関連機能障害で、例えば当グループ(悠翔会)によるデータでは、誤嚥性肺炎で入院した場合、平均で要介護度が1.72、骨折で入院した場合は1.54悪化します。入院できたら安心、ではなく、感染症のような急性期疾患の治療であっても、輸血のような侵襲の高い処置でも、ニーズに応じて可能な限り在宅で対応するようになっています。

また、在宅医療の開始前は一人が1年平均41日間入院していたのが、在宅医療開始後は11.5日と入院期間を約30日も短縮できるなど、在宅医療によって入院依存度が大きく下がり、結果的に社会保障費の削減にも貢献

することができません。

加藤：未来の病院は、もしかしたら患者さんがいらない病院になつていくかもしれません(笑)。

佐々木：逆に入院日数を半分にする代わりに、入院単価を2倍にするなど、本当に重要なところで高密度な医療がきちんと届く体制作りが重要だと思います。

必要なのは、幸せにする技術と総合診療医の可視化

加藤：総合診療医は高いニーズがありながら、なり手が少ないことも課題です。

佐々木：それは医学生に対する教育の問題が大きいと思います。総合診療医の役割や社会的意義を伝える仕組みがなく、臓器別専門医を勧めるような教育になっていきます。

加藤：指導医不足も要因ですよね。米国の医療は専門科別に医師の報酬が大きく異なりますが、日本はそうではありません。だからこそ教育でしっかりと総合診療医の役割や意義、素晴らしさを伝える必要がありますし、総合診療医になりたい人の希望の灯を消さないために、興味深い意義のある仕事だということ

われわれがしっかりと見せていくことも大切です。

佐々木：制度上の問題もあります。欧米では、かかりつけ医が制度化されており、専門診療へのアクセスにも原則としてかかりつけ医の紹介が必要です。フリーアドレスの日本でこの仕組みがすぐに受け入れられるとは思えませんが、在宅医療は24時間対応の総合診療、

日本で数少ないかかりつけ医が機能しているフィールドです。

COVID-19の対応では、日本の医療は右往左往しましたが、かかりつけ医が機能していれば、患者の感染予防教育も、発熱者の診断も、ワクチン接種も、感染者の治療や在宅療養支援もスムーズに対応できたはずですよ。

加藤：専門医制度についても、もう一度考え直しても良いかもしれません。米国では、日本の初期研修に当たるサブインターンシップの間に総合診療的な技術をみっちり経験するうえ、例えば内科領域では日本の内科専門医研修にあたる内科レジデンスの間に、総合内科的な技術をさらに3年間経験します。その後に臓器別診療科へ進むため、臓器別専門医でも総合的な

「幸せに生きていける」を実現する 病気や障害があっても

視点を必ず持っています。キャリアとして総合診療を選ぶ医師が少ないのであれば、制度によって全ての医師に総合診療力が備わっているよう担保するのも一案です。最近の専門医制度は、むしろ逆方向に進んでいる印象を受けます。また、手術や手技が必要とされる診療科では、どうしても年齢を重ねると技術が衰えてきます。そのときになって初めてセカンドキャリアとして総合診療を選択する医師も多しと聞きますが、今の専門医制度だけでは不十分でしょう。

佐々木：近年は専門性がどんどん細分化され、標準的医療も高度になりました。昔と比べてより豊富な知識が必要になりましたが、目の前の患者さんを幸せにする技術は学んできていない。医学部は他学部との交流もあまりなく、もつと社会全体との接点や人間という存在に関心を持ち続けられるような教育環境の構築も必要だと感じます。

加藤：社会全体との交流が少ないと、医者の方の常識が世の中の非常識ということが起きる。日本



には総合大学が多いのに、哲学や倫理など真に「ヨコ軸」な学問を教える大学は少ないですよ。ね。

佐々木：日本の総合病院もまさにそうで、いろいろな診療科を抱き合わせただけで、「ヨコ軸」で一貫通貫した医療ではありません。また、日本の総合診療には質の評価の指標がありません。例えば在宅での患者満足度は、医師の「人当たりの良さ」などの心象に大きく左右されます。また、高齢者に対しては「老衰だ」などの説明で診療の手抜きの正当化も容易です。英国では、か

かりつけ医を担う家庭医の電子カルテはフォーマットが共通です。データが共有されるため、担当患者の高血圧や糖尿病の管理状況、抗菌薬の使用頻度などもフィードバックされます。診療内容を可視化することは、診療の質を担保するうえでも必要です。これにより総合診療の存在意義も理解され、結果として総合診療医を目指す医師も多くなるのではないかと思います。

医療の効率化を図り「医師の働き方改革」を実現

加藤：ホスピタリストは、2024年から開始される「医師の働き方改革」の実現を支えることができます。労働時間の制限により、医師は週80時間しか働くことができなくなります。外科医は手術に専念し、病棟管理はホスピタリストが行うという役割分担はどうでしょう。当院では、大腿骨近位部骨折の患者さんは総合診療内科に入院してもらっています。複数疾患を持つ高齢者が多いからです。

整形外科医は手術がたくさんできて、総合診療医は自分の得意分野を担当でき、患者さんにとってはより安全。みんなハッピーです。

佐々木：当グループでも、ワーク・ライフ・バランスの取り組みの一つとして、「常勤医の日勤は9時から18時以外は働かない」「時間外は当直の医師が担当する」ことを取り決めました。それによって時間外に急変させないよう予防的介入も重視するようになり、これまで時間外での電話の割合が83人に一人でしたが、233人に一人へと大きく減りました。

加藤：ホスピタリストは正にそういった働き方を得意としています。在宅の先生たち同様、24時間365日常に病棟をカバーしているのが、必然的にチーム医療になります。シフト制だと診療が断片的になるという不安もあります。きちんと申し送りすることで、むしろ安全な医療が可能になるということですよ。



PROFILE 佐々木 淳 ささき じゅん

1998年筑波大学医学専門学群を卒業後、社会福祉法人三井記念病院の内科研修医。消化器内科に進み、おもに肝腫瘍のラジオ波焼灼療法などに関わる。2004年東京大学大学院医学系研究科博士課程に進学。大学院在学中のアルバイトで在宅医療に出会う。「人は病気が治らなくても、幸せに生きていける」という事実を衝撃を受け、在宅医療にのめり込む。2006年大学院を退学し在宅療養支援診療所を開設。2008年法人化し、現職。2021年内閣府規制改革推進会議専門委員。現在、首都圏ならびに沖縄県(南風原町)にクリニックを展開し、約6000名の在宅患者に24時間対応の在宅総合診療を提供している。

佐々木：そうですね。在宅医療の現場では人生の最終段階の方を診ることが多く、そうした方たちを幸せにするには、医療人が幸せに仕事ができるという環境が不可欠です。当グループでは、「自分の健康」「愛する人たちの幸せ」「やりがいのある仕事」「時間的・経済的自由」「余暇の楽しみ」という5つの優先

順位を決めて取り組んでいます。
加藤：なるほど。残業を減らす
だけではなく、働きがいのある
環境をつくることこそが、本当
の働き方改革ですよ。

人は病気と共に生き、必ず死ぬ
そのとき、何ができるのか

との優先順位は違
います。治療法がない
といっても、そこから

加藤：総合診療医をしてい
一番やりがいを感じるのは、主治
医として患者さんに寄り添って
いるときです。例えば、全身に
転移したガンの患者さんにつ
て、自分が窓口となって、外科
病理科、放射線科などと相談し、
患者さんが分かりやすいよう
に

先のご生活と人生がある。余命わ
ずかな患者さんに、大好きな
酒や煙草を禁禁することが果
して最善なのか……。その人の
選択が尊重されることが人生
において最重要です。大きな
意義のある仕事だと感じてい
ます。

通訳し、ベストな治療を決める
ために共に悩み、考える。患者
さんからの「ありがと」という
言葉は本当にうれしいものです。
このような個別の医療を俯瞰
的に見たときにも、医療の効率
化や医療費の削減につながっ
ているわけです。総合診療医は患
者さんにとっても、国にとつ
ても非常に重要な存在になると思
います。

加藤：総合診療の道を選んだ
ことで、どのような患者さんが
来ても「診ます」と胸を張って
言えるのは医師として大きな
強みです。COVID-19のパンデミ
ックが来ても、飛行機内でドク
ターコールが鳴っても、逃げなく
て良い。いろいろな場面でいろ
いろな患者さんと共に、映画以
上にドラマチックな日々を過ご
せることは大変魅力ですよ。

SNS でみんなに共有した
くらしい素晴らしいドラマが日々
起ります。患者さんという人
生の先輩たちからたくさんの方
き方を教えてもらうことができ
医師としても人間としても成長
し続けられるフィールドです。
加藤：常に相手のことを考え、
目の前のことに真摯に取り組
んでいけば、患者さんに喜んで
もらえる医師になれるはず。病
気の8割は、総合診療医が診
る Common Disease です。残
りの2割は、普段から周りとい
コミュニケーションをとり、感じ
良くしていれば、必ずみんなが
助けてくれます(笑)。当院の総
合診療内科のモットーは、高度
な平凡性なのですが、問診、診
察、プレゼンテーションとい
た医師として基礎的なことを
高度にできる能力は、これから
の日本の医療に重要な、専門医
や多職種との連携や協働、チ
ーム医療にとっても大事なことな
んです。

佐々木：超高齢社会において
健康寿命の延伸が注目されて
いますが、統計的に健康寿命

が2年延びると平均寿命は2
年以上も延び、平均寿命と健
康寿命のギャップは縮まらな
い。どんなに健康に長く生き
ようとも、人生の最後の10年
は病気や障害とともに生きて
いくことになりま。大切な
のは健康寿命を延ばすだけ
なく、健康寿命のその先の人
生を幸せなものにしていくこ
と。総合診療医には、その人の
残存機能の評価に留まらず、
その状況でどうすればその人



の望む生活ができるのか、そ
のために必要な生活環境全
体に対して包括的にアプローチ
する力が求められます。総合
診療医は、いかに幸せに生き
ていけるかを実現させる、人間
の専門家、なんですよ。
加藤：日本の医療に真に必要
な、本当に素晴らしい職業だ
と思います。

PROFILE 加藤 良太郎 かとうりょうたろう

1999年東京大学医学部を卒業。帝京大学医学部附属市原病院(現・帝京大学ち
ば総合医療センター)麻酔科、米ワシントン大学医学部内科、同大学ロースク
ール、米セントルイス退役軍人省病院内科ホスピタリスト部門、米ピッツバ
グ大学医学部集中治療科を経て、2015年に板橋中央総合病院の副院長兼総合
診療内科主任部長として帰国。2019年より現職。米国では医学教育にも従事
し、ワシントン大学医学部からはベスト・ティーチャー賞を複数回受賞。現在
も板橋中央看護専門学校、国際医療福祉大学医学部、米ハワイ大学医学部など
で学生や研修医の指導に当たる。総合内科専門医。米国集中治療医学専門医。
ニューヨーク州弁護士。東京医科歯科大学臨床教授。

真に必要なとされる医療の提供をめざす
医療の最適化・効率化を実現し

