

総論 ① プライマリケア医とは？

大鐘 稔彦

南あわじ市国民健康保険阿那賀診療所院長
Toshihiko OOGANE

プライマリケア医の訳語は意識を含め以下のように色々ある。

- ① 一次医療医
- ② 家庭医（ホームドクター、かかりつけ医）
- ③ 実地医家
- ④ 総合診療医

一次医療医

一次医療医の対語としては二次医療医、さらに三次医療医がある **表**。

一次医療とは外来診療、二次は入院患者まで診るもの、三次はその中でも特殊な、より重症の、まずはICU(集中治療室)で診るものと、大ざっぱにはそんな区分けがなされる。

一次医療医の典型は開業医や私のような無床の公的診療所に勤める医師であろう。しかし、広義には、病院に勤めていても外来や当直業務だけに携わる非常勤医もこれに含まれよう。

病院勤務医は二次医療医であるが、大多数の医者は週に何日かは外来に出るだろう。外来に出ている時間帯は一次医療医に変貌するわけである。

表 医療医の分類

一次医療医 外来診療に携わるもの。開業医や無床の公的診療所に勤める医師、広義には、病院勤務でも外来や当直業務だけに携わる非常勤医も含まれる。

二次医療医 入院患者まで診るもの。原則的には病院勤務医。

三次医療医 入院患者の中でも特殊な、より重症の、まずはICU(集中治療室)で診るもの。

家庭医（ホームドクター、かかりつけ医）

家庭医は開業医の別称の感があるが、日本のように一つの地域に何人もの開業医がいる状況下ではなかなかホームドクター、かかりつけ医と呼ばれるような親密な関係にはなり難い。言うまでもなく、見立ても人柄も良い医者所に患者は集まるが、昨今の患者は専門医指向が強く、たとえばAという開業医にかかっている、その診療科目が「内科、胃腸科」となっていれば、皮膚病や膝の痛みなどは診ない（診られない）だろうと早合点し、皮膚科、整形外科を標榜している他医を受診してしまう。つまり、何人もの開業医にかかることになる。そのうち、たとえば最初のA医師に糖尿病や高血圧を診てもらっていたとしても、皮膚科でかかったB医師も内科を標榜していて、そちらも診てくれることが分かると、患者はクールに鞍替えしてしまう。そうなるA医師はもはや家庭医にはなれない。家庭医と言うからには、少なくとも5年や10年のスパンで患者を診てこそである。それくらいの年月をかけなければ、一人の患者が持つ疾病すべてに通曉し、家族歴を含めたそのバックグラウンドを把握することはできない。

B医師に診てもらった皮膚病が実は単なるかぶれなどでなく、内科的疾患に起因していることもある。たとえば、最も卑近な白癬（いわゆる水虫）にしても、糖尿病患者はこれに罹り易い。B院での治療で一時的に軽快するかもしれないが、糖尿病のコントロールが悪ければまた再発するだろう。だから理想的にはA医師も皮膚病がある程度診ることができて、糖尿病と白癬双方の治療を行い得ることである。



しかし、問題は「ある程度」とはどの程度かということである。

過日、さる地域医療懇談会で、私と同じように公的診療所の院長を務めるC医師が、「皮膚病なんて、片手にステロイドホルモン、片手に水虫の薬を持っていれば何とかなる」と不遜な発言を弄したので、私はすかさず反論した。「水虫も足にできるものは診断が容易だが、腹や背にできるものは他の皮膚病との鑑別が難しい。皮膚片を採取して染色し白癬菌の有無を調べる必要がある。プライマリケアでもそこまですべきだ」と。

事実、難治性の湿疹として10年間も2、3の診療所で漫然たる治療を受けていた患者がいたが、腹部と臀部の皮膚の検査で白癬菌が検出され、経口薬と塗布薬の抗白癬菌剤を投与して2週間で軽快した（次回以降の各論皮膚科参照）。

レパトリーの狭い医者にぶつかると「群盲象を撫でる」あるいは「木を見て森を見ぬ」現象が起きる。その典型例は、意外にも専門医を集めた総合病院で見受けるのである。

たとえば、直腸癌は往々にして子宮や膀胱に浸潤した状態で発見されることが多い。ところが、それと知らぬ患者は、子宮に食い込んだ癌が不正出血をもたらすと、これは婦人科の病気だと思い込んで最初に婦人科を受診したりする。

婦人科医は内診は行うが直腸診はまずやらない（と言うよりやれない）から、内診によって触知できるのは腫瘤のごく一部で、直腸癌までは把握できない。腔鏡でのぞくと奥のダグラス窩にザクロのような腫瘤が顔をのぞかせている。不正出血はそれに由来するようだと分かるが、その腫瘤は子宮由来のものではなさそうだ、というのでエコーを撮ってみるが、これがまた混乱をきたすばかりだ。子宮に密着したmass(腫瘤塊)を見るが膀胱の一部にも見える。そこで産婦人科医は泌尿器科に患者を回す。

泌尿器科医もまず直腸診はしない。ご高診依頼に添付されたエコーの写真を見て、それならウチとしては膀胱由来のmassかどうかを鑑別すればよいのだろうからと、いきなり

膀胱鏡を行う。直腸癌が膀胱にまで食い入っていれば、膀胱癌かと疑い、その一部を生検して組織診に回すだろう。しかし、結果は外来診療中には出ないから、数日後に来てくれ、と言って患者を帰すことになる。膀胱の内腔にまで浸潤していない場合は膀胱鏡では何も異常は見つからないから、紹介医の婦人科医に戻すことになる。よほど経験豊かで見識のある泌尿器科医ならば、ひょっとして直腸癌が元凶ではないかと疑って外科へ回すかもしれない。

ところが、この患者が最初に外科を訪れても、そこで正診が得られるとは限らない。子宮や膀胱にまで食い入るような直腸癌にはめったにお目に掛からないし、直腸診で捉え得ても子宮や膀胱と一塊となった巨大なmassは子宮や膀胱の癌が直腸に浸潤しているのではないかと錯覚させるのである。

これは架空の話ではなく、実在した患者さんで、まだ30代後半、仙台の総合病院から、当時まだメスを執っていた私に紹介されてきた。外科、産婦人科、泌尿器科を回った挙句、最終的にはmassの生検で“腺癌”と出たので、「直腸癌が最も疑わしいが子宮体部癌も否定できない、いずれにしても手術は大がかりなものとなり、骨盤内臓全摘術でようやく取れるかどうかだ」と患者に告げられた。ところが患者は“エホバの証人”で、輸血は絶対不可避と言われ、それなら手術には応じられないと拒んだ。患者は諦めきれず伝を頼って埼玉の私の所まで来た。

私の病院は内科医と外科医しかいなかったが、私はこの患者の直腸診を行っただけで、原発は直腸癌、そのmassが直腸壁を突き抜けて子宮と膀胱に浸潤したものと診断できた。直腸と子宮、膀胱壁を一塊として切除する手術になり、出血量は何とか1000cc程度に抑え、無輸血でやれるだろうと見込んだ。そしてその見込み通りの手術となり、患者は2ヵ月後無事仙台に戻った。

このように、専門家の集まる総合病院では各自の守備範囲があまりに狭く限られているために、院内をたらい回しされるという落とし穴がある。挙句、各科の連携や折り合いが悪