

# 「身」から「心」に迫る総合診療の在り方

## 総合診療科の立場から

西山 順滋

(関西医科大学心療内科学講座、関西医科大学附属病院総合診療科)

### 1. はじめに

関西医科大学附属病院(2016年4月に関西医科大学附属枚方病院より改称)は2006年1月に開院され、総合診療科は開院時より病院の診療部門として診療を担当してきた。2010年より心療内科学講座から人員が配置され、2012年より心療内科学講座に属する診療科として定められた。総合診療科が心療内科学講座に属している施設は本邦には存在しない。

最大の特長は、総合診療科受診患者の約30%を占めるとされる「機能性身体症候群」「心身症」について、早期から心身医学的な視点で関わるができる点である。身体症状から心理社会的側面に迫り、心身の気づきを促すことのできる心療内科医がその力を発揮できる診療部門であると感じている。本稿では、「心療内科医だからできる」ではなく、「どの医療者にもできる」を目標に、当科外来で実践している診療、これから発信していきたい診療のエッセンスを紹介する。

### 2. 総合診療とは

総合診療部門は、1990年代後半から2000年代前半にかけて多くの大学附属病院に設置され、臨床、卒前・卒後教育において大学・病院改革の担い手として期待と注目を集めた。その後、研修指定病院をはじめ多くの病院が「総合診療科」「総合内科」を設置するに至った。近年は2025年問題に対応する医療者の養成が急務となり、

2018年度から始まる(予定)新専門医制度において、19番目の基本領域となる「総合診療専門医」が新設されることが決まっている。

総合診療専門医とは、「主に地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他の職種などと連携し、地域の医療、介護、保健など様々な分野でリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師」(一般社団法人日本専門医機構)と定義されている。表1に総合診療専門医に求められるコアコンピテンシー(核となる能力)を示す。

表1 総合診療専門医のコアコンピテンシー

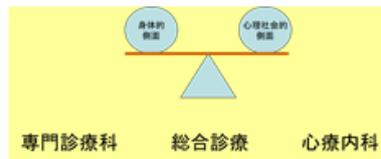
1. 人間中心の医療・ケア
2. 包括的統合アプローチ
3. 連携重視のマネジメント
4. 地域志向アプローチ
5. 公益に資する職業規範
6. 診療の場の多様性

一番目に示された「人間中心の医療・ケア」については、「地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い、患者を取り巻く家族、地域社会、文化などのコンテクストが関与していることを全人的に理解し、患者、家族が豊かな人生を送れるように、家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する」<sup>1)</sup>と明記されている。一方、心身医学とは「患者を身体面とともに心理面、社会面(生活環境面)をも含めて、総合的、統合的にみていこうとする医学をいう」<sup>2)</sup>と定められており、両者の考え方に何ら隔たりはない。今後、総合診療専門

## 総合診療専門医のコアコンピテンシー

### 1. 人間中心の医療・ケア

- ☞ 患者を取り巻く家族、社会、文化的なコンテキストを含めて、健康問題を理解・評価することができる。



## 心身医学 psychosomatic medicine

患者を身体面とともに心理面、社会面(生活環境面)をも含めて、総合的、統合的にみていこうとする医学をいう。

図1 総合診療科の立ち位置  
(『心身医学用語事典』<sup>2)</sup>より、一部改変)

医が養成・輩出される中で、心身医学の知識・技量を兼ね備えていただくことの利点は多いはずであり、心身医学から発信していく重要性は非常に高いと考えられる。筆者は図1に示すように、総合診療科が専門診療科と心療内科の中間を担う部門と考え、「身体的側面」と「心理社会的側面」のどちらに傾くかを意識しながら日常の診療を行っている。

### 3. 関西医科大学附属病院総合診療科の現状

当科の概要を表2に示す。総合診療科紹介患者のみでなく、紹介状を持参されても明確な専門診療科が決まらない症例や紹介状を持たない患者の初期対応も行っている。

表2 関西医科大学附属病院総合診療科 概要

常勤医：3名、兼任スタッフ：3名、専修医：4名（心療内科より）、初期研修医：1-2名  
病床数：0床  
初診患者数：年間2,000～3,000名

#### 【臨床】

1. 総合診療科紹介患者
2. 紹介状なしまたは 受診科が不明確な症状を有する患者の対応（例）浮腫、ふらつき
3. 専門診療科での診療を要さない軽症例の対応（例）感冒、インフルエンザ、急性胃腸炎
4. 他科入院患者における診断困難症例コンサルト（例）不明熱、原発不明悪性疾患

#### 【教育】

1. 初期研修医 外来指導
2. 後期研修医 外来指導
3. 卒前臨床実習：クリニカルクラークシップ、選択制臨床実習
4. 臨床講義：全人医療学コース 総合診療総論、医療と家族、臨床推論

5. OSCE (Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験) 医療面接部門

#### 【研究】

- ・ 総合診療における受診患者実態調査（機能的疾患、心身症の割合）
- ・ 総合診療科受診患者における心理社会的因子の関与

当科受診患者の症候別順位を表3に示す。頭痛、咳、発熱、めまいが上位を占める一方で、症候数は80～100を数え、幅広い医療知識とそれに対応するスキルが求められる。

表3 2013年度総合診療受診患者内訳（症候別順位）

総患者数：3,317名（重複あり）	
1. 頭痛	416名
2. 咳	367名
3. 発熱	250名
4. めまい・ふらつき	232名
5. 筋骨格痛	165名
6. 胸痛・胸部不快感	155名
7. 腹痛・腹部不快感	150名
8. しびれ	145名
9. 疲労感	121名
10. 便通異常	111名
11. 浮腫	77名
症候数：80以上	

当科臨床現場における主な役割を表4に示す。このうち3.に該当する疾患群が、機能的身体候群（Functional Somatic Syndrome：以下FSS）、不定愁訴群（Medically Unexplained Symptoms：以下MUS）と称される疾患群に該当し、年次ごとの統計でも25～35%を占めている。文献的にもプライマリ・ケア領域、二次医療圏を受診する患者の15～53%がFSS、MUSとの報告<sup>3)</sup>があり、総合診療科外来においてFSS、MUSの診断・治療は非常に重要であることが分かる。

表 4 関西医科大学附属総合診療科の役割

1. 紹介状を持たず、受診科が不明確な症状を有する患者の初期対応（振り分け業務）
2. 重篤な病状であるが、専門診療科が不明な病態の解明（総合内科、ホスピタリスト、診断学）
3. 器質的な身体的異常を認めない患者の対応（心身医学的アプローチ、漢方治療の適応）→ 25～35%
4. 地域医療・家庭医療のパイプ役（プライマリ・ケア医、家庭医との連携）

次に、当科・山根らが第53回日本心身医学会近畿地方会で発表した、「総合診療外来において機能性疾患に対して行った心身医学的アプローチの考察」について図2を示す。当科を受診した302名を担当した医師の判断で、基本的な心身医学的アプローチが必要な群（一般診療科医が対応可能な範疇）、専門的な心身医学的アプローチが必要な群（心療内科専門医に紹介が必要）および不要群に分類した。本調査では全体の25.0%に心身医学的アプローチが必要と判断されたが、そのうちの67%は基本的な心身医学的アプローチで診療が終結できたことを示した。

当科では独自に基本的な心身医学的アプローチ（basic psychosomatic approach：BPA）を定め（表5）、学生、初期研修医にBPAの知識とスキルを提供するとともに、総合診療科領域の学会・セミナーなどでBPAの発信・啓蒙を行っている。

表 5 基本的な心身医学的アプローチ（basic psychosomatic approach：BPA）

1. 患者の話を聴く技術（傾聴、共感、支持など）  
解釈モデルの確認、医療面接技術の向上
2. 丁寧な身体診察技術  
症状の再現、医師患者の共通理解
3. 心理社会的背景に目を向ける思考技術  
家族は？ 仕事は？ 生活リズムは？

## 4. 「身」から「心」に迫る

### 4-1 症例を通して

30歳女性

主訴：腹痛

既往歴：なし、家族歴：なし（問診票の記載上）

現病歴：X年5月上旬、昼ごろより腹痛を自覚。改善を認めずに近隣総合病院の救急外来に救急搬送。血液検査、尿検査、腹部Xp、超音波、CT等を施行されるも異常所見認めず対症療法（ブチルスコポラミン臭化物：ブスコパン<sup>®</sup>処方）にて帰宅。内服は効果を認めるが、その後も不定期に腹痛を認める。近医（消化器内科）を受診し、上部消化管内視鏡検査をされるも軽い表層性胃炎の指摘のみ。X年5月下旬、婦人科疾患を考慮して当院女性診療科を受診するも産婦人科疾患は否定的との判断で総合診療科紹介受診となった。

[身体所見・検査]

体温：36.5℃、血圧：110/64、脈拍：72/min 整、  
眼瞼眼球結膜：貧血なし・黄染なし、咽喉頭：異常なし、  
頸部：リンパ節触知せず・甲状腺腫大なし、  
心音・呼吸音：正常、腹部：平坦・軟・腹膜刺激症状なし・腸蠕動音正常・下行結腸に沿って圧痛あり（図3）、  
神経学的所見：異常なし、  
血液検査、尿検査、腹部Xpにおいて明らかな異常なし

診断：機能性消化管障害

治療方針：対症療法（1週間後の再診）

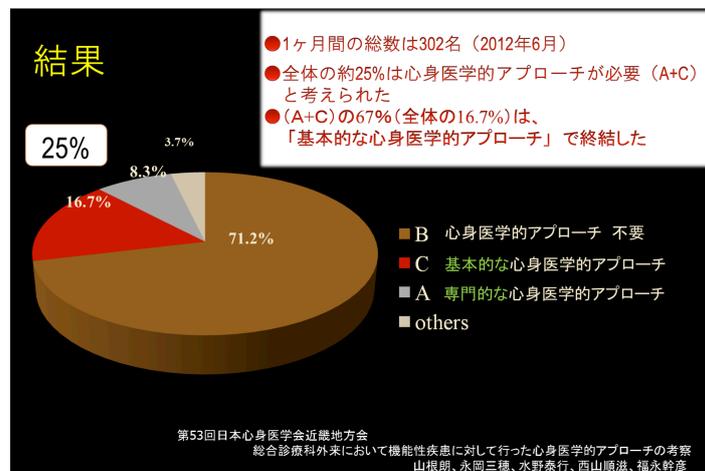


図 2 総合診療科外来において機能性疾患に対して行った心身医学的アプローチの考察

経過：内服薬で効果は認めるものの症状は継続。心身症としての病態を考慮し、解釈モデルの確認と心理社会的背景に焦点を当てた医療面接を実施した。

在の職場)

→ 子供を迎えに行く時間が決まっているため、仕事の負担は多い。

**丁寧な身体診察技術**  
症状の再現、医師患者の共通理解



- 自覚される痛みは、腸管蠕動に由来する痛みであり、これまでしてきた検査からも、器質的疾患の可能性は低い。
- 日常生活において、腸の動きが乱れる時に感じる痛みの可能性が高い。

図3 丁寧な身体診察技術

**4-2 心療内科的介入**

[解釈モデルの確認]

「症状が出ていることについて何か心当たりはありませんか」→ ありません

「症状について心配されていることはありませんか？」→ いつまでこれが続くのか心配

「受診されて特にご希望はありますか？」→ 原因が知りたい。どうしたらいいか知りたい。

[心理社会的背景]

家族：夫（29）、

長男（4）：心室中隔欠損症（定期受診を続けている）。最近になり「発達障害」の可能性を示唆されている。

原家族：父（70）、母（69）、姉（32）

両親は患者が22歳時に離婚。

職業：保険会社 事務職（2年前に大阪に転居してから現

医師：日常生活で辛かったり、困っていることはないですか？

患者：辛いとは思っていません。でも…以前は親に子供を預けて息抜きもできたけど、引っ越してからはできなくなって…（涙 沈黙）

医師：相談をしたり、弱みを見せられる人はいますか？

患者：夫に話します。でも、弱みは見せられていないかも…（涙）

心身相関、心療内科治療の5段階<sup>4)</sup>について図4、5を示す。治療者は患者に起こっている病態を把握し、病態仮説を構築する。身体的側面、心理社会的側面の関係を患者にも説明し、「心身相関の気づき」を促し症状の改善を図る。

**心身相関**  
mind-body correlation

精神的葛藤や行動様式が体の状態に影響を与えて病気を作り、逆に体の状態が心の動きに影響を及ぼすこと

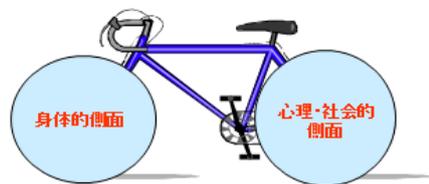


図4 心身相関  
（『心身医学用語事典』<sup>2)</sup>より、一部改変）

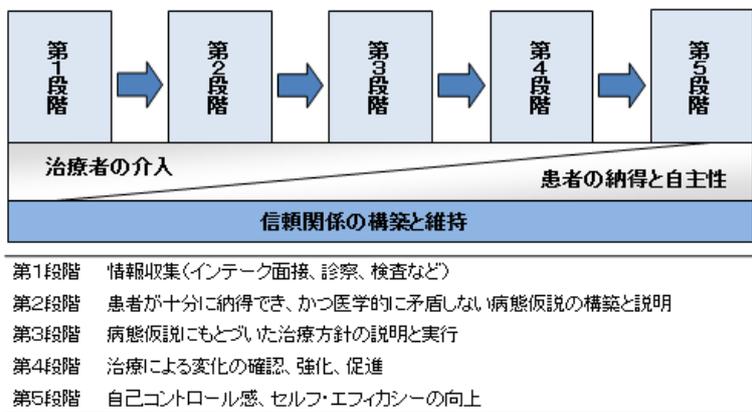


図5 心療内科治療の5段階<sup>4)</sup>

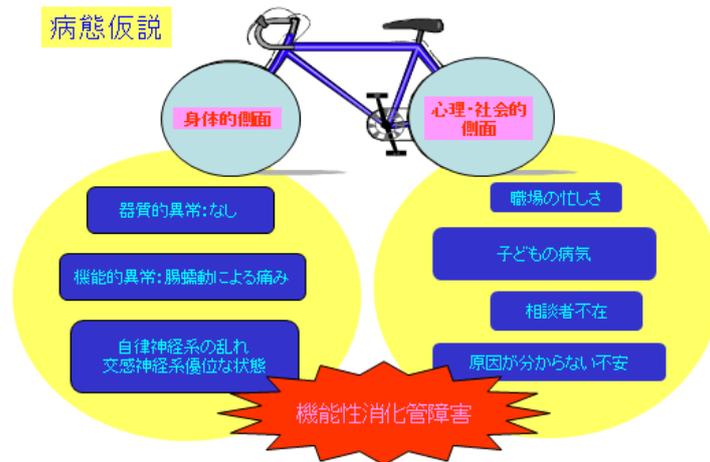


図 6 病態仮説

本症例では身体的側面として、発症から実施されてきた検査で器質的疾患を認めないこと、身体診察で下行結腸に沿った圧痛を認め、鎮痙剤で改善を認めることから機能的消化管障害と診断した。心理社会的側面として、仕事の忙しさ、長男の病気でストレスフルになっているにも関わらず、他者に相談ができず一人で抱え込んでしまう行動様式が自律神経系に影響を与えている悪循環がうかがわれた。その背景には、両親の離婚や夫との関係が関連していることも推察された。問診票に長男の病気の記載はなく、「ストレスはありますか?」という一般的な質問には「特にありません」との返答。日常の状況を確認し、共感的な態度や理解を示した後の治療者からの問いかけに対し、初めて感情的な交流を認めており、失感情症の一面も確認ができた。

この病態仮説を図示し（図 6）、薬物で症状緩和を図るだけでなく、セルフマネジメントの強化（子育て、仕事の負担を減らす）、他者に SOS を出せる工夫が重要であることを相談。心身両面から継続診療（薬物治療、カウンセリング）が可能な近隣心療内科医療機関を紹介し、当科での診療を終了とした。

## 5. 「身」から「心」への切り替え

総合診療科外来には、主に身体症状を訴える患者が来院される。筆者の主観になるが、以下の 3 タイプに分類できる。

1. 身体的側面の診療で改善を認める（身体疾患のみ）
2. 身体疾患を認めるが、心理社会的要因の影響が考慮される（心身症、失感情症など）
3. 精神疾患の関与が強いが精神科受診を希望しない

（うつ病、妄想性障害、認知症など）

診療現場において、まずは「身」の診療を行っているが、医療面接、身体診察をしていく中で、身体疾患に心理社会的側面の影響が強いと感じられた時に、「心」の診療の必要性を感じる瞬間がある。治療者が心療内科的介入が必要と判断し、スイッチを切り替える瞬間とも言える（図 7）。本シンポジウムのディスカッションで、「スイッチを切り替えないといけないことをどのように判断しているのか?」とのご質問をいただいた。スイッチの切り替えに必要なのが、「心療内科医の嗅覚」と考える。残念ながらシンポジウムの時も、本原稿を作成している段階でも、「心療内科医の嗅覚」を上手く言語化できない。治療者個々の経験や感覚に基づく部分だからと考えるが、この部分を明確に言語化し、どの治療者でも日常診療に取り入れることができるように発信していくことが、心身医学を実践している者の責務と認識している。

## 6. 最後に

わが国の心身医学には 1959 年に日本精神身体医学会が設立されてから 50 年を超える歴史がある。しかしながら 1996 年に「心療内科」の標榜が認可され、標榜するのは精神科医療機関が 9 割以上という実情もある。心療内科医が専門とする「心身症」の病態を有する患者の多くが心療内科外来に訪れない一方で、総合診療科外来には「真」の心身症患者が訪れる。総合診療領域において、「〈身〉の医療」が浸透することで総合診療の在り方に変化が起こせるよう尽力していきたい。

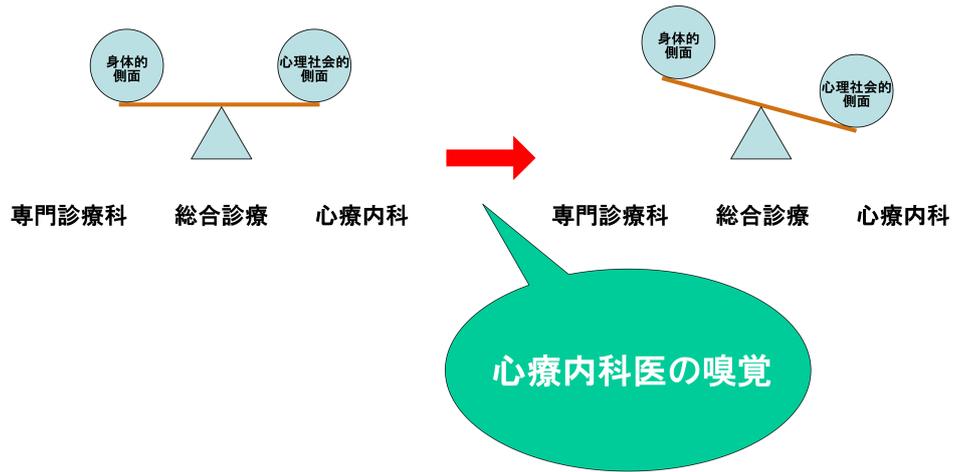


図7 「身」から「心」へ切り替え

## 文献

- 1) 一般社団法人 日本専門医機構：総合診療専門医 専門研修カリキュラム。
- 2) 日本心身医学会 用語委員会（編集）：心身医学用語事典。医学書院，1996
- 3) Creed F, Henningsen P, Fink P（編集）太田 大介（訳）：不定愁訴の診断と治療——よりよい臨床のための新しい指針。星和書店，pp. 2-4，2014
- 4) 水野 泰行，福永 幹彦：心療内科における慢性疼痛診療。日本運動器疼痛研究会誌 1（1）：51-55，2009

編集・制作協力：特定非営利活動法人 ratik

<http://ratik.org>

