総合医と内科医

5. 地域医療を支える現場の立場から

阿部 昌彦

要 旨

内科医不在になった病院で総合内科医が主体となって内科を再建、再構築した事例を報告する。1 病院での体験からではあるが総合内科が内科診療の中核となった場合の効果などについて以下のような事が言えると思われる。

- ①少数の医師によっても診療の再開、診療体制の再構築が可能であった。
- ②総合内科の教育研修を求める若手医師が集まる魅力的環境を作ることによって継続的人材確保が出来る。
- ③そのためには臨床現場を診療のみならず教育研修環境にかえていくことが重要である。
- ④指導医と研修医からなる総合内科グループが比較的少数の臓器別専門医と業務を効率的に分担することによって臓器別縦割りではない新しい内科診療体制と教育システムが生まれる。
- ⑤医師不足のへき地だけではなく都会型の病院においてもこの方法は有効と思われる。

〔日内会誌 101：3562～3566, 2012〕

Key words 総合内科, 総合内科医, 臓器別専門医, 地域医療, 臨床教育

江別市立病院は北海道札幌市の東に隣接する人口 12 万の江別市の中核病院である。病床は一般 278 床、精神 59 床、7 病棟 15 診療科を有する中規模病院である。医療圏としては札幌市に包括され高度医療も含め札幌市の医療機関に依存している部分も多い医療環境にある。

この病院で平成 18 年に 12 名勤務していた臓器別専門内科医が全員退職し地域医療崩壊の嚆矢として一つの社会問題となったことはご記憶の方もあろう。医育機関からの内科医供給は途絶え、市と病院がいろいろ手を尽した結果関

係機関から 4 名の総合内科医と 1 名の消化器内科専門医が派遣され内科診療が再開された。以前の内科専門科縦割り診療体制から内科全体を全員で診療するという診療体制をとり、さらには教育と研修に力を入れることにより研修医も集まり現在は自院採用の研修医、スタッフによる内科診療体制がほぼ確立しつつある。

ここでわれわれの想定する総合内科医、家庭医、臓器別専門医を簡単なイメージとして定義したい。臓器別専門医は特定の臓器に精通し高度な専門診断治療手技が得意な専門家であり、

江別市立病院

General Physician and Internist: 5. Reconstruction of the department of internal medicine by generalists - their roles, characteristics and education system.

Masahiko Abe : Department of General Internal Medicine of Ebetsu City Hospital, Japan.

図1. 総合系医療の特性 重症度、外来・入院別から

総合内科医は小規模～中規模病院での頻度の多い内科系疾患に精通し複数疾患、問題の総合的解決が得意な専門家であり、家庭医は患者、家族、地域に精通し行動変容を促し健康増進を図り診療所、在宅や地域社会を活動の場にする専門家であるといえる。さらにこれを外来入院、軽症重症の二つの軸で考えると総合系医療は図1のように示すことが出来る。総合内科医は主に内科系入院患者を軽症から比較的重症まで管理し外来、救急にも関わる広い診療範囲をカバーする。ただし病院規模が小さくなってくると他科診療範囲をカバーする割合が増え、また地域家庭密着型となりより家庭医の要素が多くなってくる傾向がある。このように総合内科の診療内容は固定的ではなく診療の場のセッティングでかなり異なってくる。この融通無碍さが総合内科の本質であり、コストパフォーマンスの高さを表すが、逆に見ると総合内科のわかりづらさ、説明困難性や若い先生方がアイデンティティクライシスに陥りやすいという理由でもある。

当院内科は現在、総合内科医14名（後期研修医を5名含む）、消化器専門医2名、循環器専門医2名の体制で診療を行っている。それぞれの医師の診療領域の広さと深さを図示する（図2）と臓器別専門医では一領域に狭く高いピークを作る一方、総合内科医は幅広く得意分野（いわゆるサブスペシャリティ）によって幾つかの峰を形成するようなパターンとなる。また、得意

図2. 当院の総合内科と専門内科 診療分担概念図

分野は臓器別臨床分野に限らず医学教育、在宅診療や感染症など多岐にわたってくるのも総合内科の特徴である。

次に当院総合内科の業務の実態を述べる。総合内科は内科初診外来を全面的に受け持ち、専門家宛の紹介状持参の患者以外はすべて総合内科外来を受診することになる。救急体制としては総合内科人員の増加と共に昨年から通年24時間体制の内科二次救急を開始した。総合内科が救急対応にあたり必要に応じて循環器医と消化器医の判断、手技を提供していただいている。ホスピタリスト的な要素としてはマイナー科の入院患者の内科管理をほぼ一手に引き受けている。

また当院総合内科の研修目標の特徴として各種手技の習得があげられる。各種超音波検査、上下部内視鏡、気管支鏡、対外式ペーシング、透析などを他科と協力したり自科で対応している。北海道の広大な自然環境に点在する地域医療の現場では小規模の病院でもこれらの手技が必要とされる事が多い。そのため北海道の地域医療を担う総合内科医を育てることを目標としている当科では専門医から研修指導を受けながらこれらの業務を分担、担当し技術習得に励んでいる。若い研修医のこれらに対するニーズは高いものがあり研修の満足度も高い項目である。

また、医師不足で悩んだ出自を持つ当科は自科の再建と共に総合内科医を地域医療の困窮現

図3. 地域、特に僻地と江別市立病院の医師チームの循環システム
指導医、中堅医、研修医からなる医師チームを地域に派遣し地域医療の実践と研修医教育を行う。半年から1、2年で別のチームと交代する。(出典：文献1)

場に派遣してきた。現場の役にたってきたとは思われるがこれからは単なるお手伝いに終わるだけではなく、総合内科指導医を派遣し現場の研修医への総合内科教育にあたることや、さらに当科から指導医、研修医がチームで地域へ交替で応援に行く循環型支援モデル(図3)を成功させたいと考えている。

当科のように総合内科教育研修と診療を組み合わせ研修医を集めることにより内科診療を再構築発展させている病院は全国でも増えてきている。総合内科が展開していくキーワードは教育と研修による人材集積と育成にある。成功している総合内科には共通点が多いが当科の概要(図4)を述べる。最大のポイントは総合内科診療の現場で指導医が研修医と共に屋根瓦式でチーム診療を行いフィードバックを行っていくことにある。当科ではさらに臓器別専門医との診療協力を重視している。彼らの担当分野の患者も総合内科医が多く担当し彼らの日常業務を減らす一方、必要に応じた専門的侵襲的手技の提供を受け、急ぎの高度な判断を要するところではタイムリーな医学的判断をしていただくことで診療協力がうまく行っている。当然その専門科

に関する症例カンファランスや検査手技、読影判断力向上(心電図、内視鏡、心臓超音波、腹部CTなど)のためのカンファランスも定期開催されている。少数の専門医との協働というところが肝要である。臓器別専門医が多くなるとどうしても総合内科は多岐にわたる患者を診察できなくなり専門科の隙間となり働くモチベーションが低下してしまう。専門医には少数精鋭で勤務してもらい彼らの専門性をさほど必要としない業務を若い研修医が担うことで彼らの体力を温存し、ここぞという時に専門性を発揮してもらうことが重要である。

さらに外部指導医を利用することも重要である。われわれの教育研修環境が独善に陥っていないか外部評価を得るため医育大学から医学教育に関する教官を招いてカンファランスに参加してもらうだけではなく、教育研修システムそのものを適宜見直してもらい助言をいただき相談に乗ってもらっている。さらに当院で不足する分野についての教育を他院の指導医や大学教官にお願いしている。また催事的になるが年数回の国内外有名指導医の教育カンファも定例行事として行い好評を博している。

図 4. 総合内科研修教育システムの概略

さて、振り返るとこのように研修と教育で人が集まり総合内科の診療体制も整ってきたのには当院独自の多くの幸運もあった。札幌市という巨大な医療供給源に隣接し内科だけが欠落した状況での総合内科の導入、必要性から生まれた少数の専門医との協働による診療教育体制、先行して成功している他病院の総合内科を手本にして助言いただいたことなど枚挙に暇がない。これから総合内科を導入し医療再建に取り組む施設があるとすれば自施設や地域にふさわしい「総合内科仕様」を設定し幾つかの先行事例から方法を学ぶのが成功の近道ではないだろうか。

現在起きている地域医療の現場の医療需要と派遣される医師の専門志向とのミスマッチが解消されない以上、現場でジェネラリストやそのマインドを持った医師を育てなくてはならない。この問題を発展的に解消するには大学病院では育成困難で本来地域医療の現場で育てるべき総合内科医を地域病院で教育育成することである。地域の厳しい医療現場ほど実は総合内科的な研修素材の宝庫である。幅広い範囲の外来、救急、入院対応こういった現在臓器別専門医に嫌われている業務は若くてやる気のある研修医にとっては良い指導医さえいれば最高の研修環境であ

る。内科系医師が卒後数年ジェネラルに学ぶことは医師人生にとって必須であり将来の大きな財産となる。その後彼らが臓器別専門の道を進んだとしても以前のストレート研修で育った臓器別専門医に比べると格段にジェネラルに対応できる裾野の広い臓器別専門医になるわけであり若いうちの数年を総合内科で研修するのは医療界全体のレベルの底上げになるだろう。

問題は総合内科指導医がまだ少ないことである。この点は新臨床研修制度で育った世代で総合内科の道に進んでいる意欲ある先生方が指導医になっていくことで徐々に解決されていくのだと思われる。それまでの間は内科教育(関連)病院で総合内科医を育成する取り組みを行って欲しい。今までのように臓器別内科各科のスーパーローテイトだけでは総合内科医が育たないことは歴史が実証済みである。そのためにはぜひ教育病床を総合内科として運営しそこで各科専門医と内科学会の総合内科専門医が本来の総合内科医を育成して欲しい。実際の臨床が総合的でなければ総合内科医育成は困難である。総合内科の臨床現場を創出し教育環境とすることによってより多くの総合内科医、総合内科指導医が生まれるだろう。かれらが地域の病院で総

合内科医として臓器別専門医と協働しさらには指導医として若い研修医達と共に働くことによって地域医療の現場はよみがえるだろうと信じた。さらにはこのような手法は地方の運営が厳しい病院においてのみならず、医師と医療施設が多いために医療の需給ギャップが目立たちにくい都市部においてこそ実は同様に有効であり、医師不足問題の改善に大いに役立つことと思う。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

参考文献

- 1) 濱口杉大：若手総合医育成による医師不足対策について，厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 平成 21 年度～22 年度 総合研究報告書，2010.
- 2) 松村理司：地域医療は再生する 病院総合医の可能性とその教育・研修，医学書院，2010.
- 3) 梶井直文：医療再生はこの病院・地域に学べ！，平井愛山，他編，洋泉社，2009, 79-101.
- 4) 梶井直文：ピンチ（崩壊の危機）をチャンス（再生の好機）に 内科医ゼロから総合内科を中心に病院再生，病院 71 (2) :132-135, 2012.
- 5) 【地域医療人育成プロジェクト】大学発“病院再生”による地域医療人育成プログラム へき地病院再生支援教育機構の歩み 平成 23 年度版，長崎大学病院，2011, 66-88, 161-183.