理想の内科医像

2) 都市部の病院において 総合内科として従事している立場から

有岡 宏子

Key words 総合診療, 病院総合医, ホスピタリスト

はじめに

2017年1月に実施された日本内科学会の「内科医のあり方に関する調査」の結果報告書によれば、「総合診療専門医」「病院総合医」「ホスピタリスト」等の言葉とそのイメージに関する質問に対し、半数以上の人々が「よくわからない」と回答している。総合診療科、総合内科という標榜科は、1978年、日本で初めての総合診療部が佐賀医科大学に設置されて以後、少しずつ増えつつあるが、その役割や立ち位置はさまざまであり、現在の日本においては定まった解釈はないように思う。むしろ、地域や所属する病院の規模等によってさまざまな役割があり、ニーズに応じてあり方が変化し得る、それこそが総合診療科、総合内科の特徴であり、存在意義でもあるように思う。来年度から開始される予定の新専門医制度専攻研修を前に、都市部の総合病院における総合内科医としての立場をご紹介します。

したいと思う。

1. 欧米における総合診療

欧米の医療システムでは、健康上の問題を抱えた人々は、最初に大きな病院ではなく、general practitioner (GP) のもとを訪れる。GPは単一の領域に特化することなく、診察のみならず、ワクチン等の予防医療も含めたルーチンのヘルスケアを提供し、疾病や外傷といったさまざまな状況に対応して治療を行う。その期間はしばしば長期に亘り、対象の性別や年齢は問わないと定義されている。現在は、このGPが日本語に訳されて「総合診療医」という名称が使われている。

1996年、NEJM (New England Journal of Medicine) に初めて“hospitalist”という言葉が掲載された¹⁾。アメリカの医療制度においては、外来は地域のプライマリ・ケア医が、入院は病院

聖路加国際病院一般内科

114th Scientific Meeting of the Japanese Society of Internal Medicine : Special Symposium : What is an ideal physician? ; 2) Role of the generalist physicians in urban general hospitals.

Hiroko Arioka : Division of Internal Medicine, St Luke's International Hospital, Japan.

本講演は、平成29年4月15日(土)東京都・東京国際フォーラムにて行われた。

のホスピタリストがケアを提供するという棲み分けがあり、ホスピタリストは病院に常駐し、特定の診療科に属することなく、あらゆる疾患を総合的に診るgeneralistと理解されている。さらに、ホスピタリストは、患者診療業務以外にも、医療安全のリーダー、ベッドコントロール、外科系患者の周術期管理等といった業務に関わる。このホスピタリストを日本風に言えば「病院総合医」ということになる。

2. 日本における総合診療

2007年の第4回医道審議会医道分科会において、標榜科としての「総合科」が認められたが²⁾、幅広い領域について総合的かつ高度な診断能力を有する診療科であると定義され、内科、小児科を中心とした診療科全般にわたる診療能力と基本的な予防から治療、リハビリテーションに至る過程における継続的な地域の医療資源を活用する能力が求められた。当時、日本家庭医療学会の後期研修プログラムに加えて、日本プライマリ・ケア連合学会、日本病院総合診療医学会が提案したものが推奨された。研修に含まれるべき、研修することが望ましい項目として、内科、小児科、外科、産婦人科、精神科、救急、整形外科、耳鼻科、皮膚科、眼科、泌尿器科に加えて、診療所や在宅ケア機能を持つ施設入所型の介護施設での研修が含まれていた。

今日の日本における総合診療の現状は、地域や施設毎に立ち位置や役割が異なるということが大きな特徴であり、都会の周辺に多くの医療機関が集まる地域と地方の医療機関の少ない地域では、その役割は自ずと異なるものと理解している。また、施設の規模や特徴によっても役割や立ち位置は異なる。さらに、総合診療とは言っても、特に病院総合医という観点からは内科中心であることが多く、外科や小児科まで全てというのは難しいのが日本の現状である。そのような事情から、特に内科を中心にと考えた

場合に、総合内科という言葉になると私は理解している。例として、外来診療に特化したゲートキーパーとしての役割を担う場合や、入院では臓器診療科に区別されない患者を担当する場合、専門科不在の内科系専門領域患者の担当する場合、内科系一次、二次救急を担当するER (emergency room) 部門のような役割等、さまざまな形がある。

3. 聖路加国際病院における総合診療の役割

聖路加国際病院は東京都のほぼ中央に位置する中央区にある520床の病院で、10のセンター、内科には14の専門科が存在する。1日の平均入院患者数は490名、外来患者数は2,300~2,700名、年間の救急車受け入れ台数は10,000件を超え、都内でも一二を争う救急病院でもある。

外来診療のシステムは、専門各科が完全予約制で紹介状を必要としているため、当科では独歩で来院される予約のない初診患者（紹介患者を含む）及び再診患者の診察を担当する。受付時間の11時を超えても、15時までは近隣からの紹介等も含めて我々が担当する。

内科の病床数は平均で170床、そのうち当科は10~25床を占める。入院病棟は混合病棟体制で、各病棟には内科のシニアレジデント以下の病棟医が常駐する形をとっている。当科では専門的な治療を必要としない入院患者を担当する。

このような日常業務を通して当科の特徴を考えてみると、第一には初診患者の診療であり、これは何ととっても診断学の極意であろう。また、専門科での最先端の専門的治療が必要でない場合には全て当科での対応が可能であり、これも当科の特徴であると考えている。さらに、近年、圧倒的な増加傾向にある高齢者は症状が現れにくい、複数の問題を併せ持つ等、若年者と異なる特徴を有している。特徴的な複数の問題を同時にバランス良く調整することは非常に重要であり、まさに我々の力の見せどころであ

ると思う。高齢者においては、EBM (evidence-based medicine) やガイドラインをそのまま適用することは難しく、それぞれのゴール設定にさまざまな要因が関与する等複雑な問題が挙げられるが、教育という観点から考えてみても、実はこれこそが総合診療の魅力なのではないかと考えている。

このような立ち位置にいますと、我々にとって関わりようがないと思われる主訴や症状は、外傷を除くと意外に少なく、むしろ全て入り口として関わってもよいのではないかと考える。しかし、そこで重要なことは、やはり専門科との密なコミュニケーション、有効な役割分担であろう。専門科との整合性は極めて重要と考えている。我々が幅広い領域を担おうと考えれば考えるほど、専門科の経験に基づいた意見を聞くことは有意義であり、どこまで我々が関わってよいのか、どのタイミングで専門科にお願いするのか、という点についても十分に話し合うことが重要である。

まとめ

今回のシンポジウムのテーマであるgeneral-

ityとspecialtyについて述べてみたい。卒業後早い段階で、一度はgeneralという分野を学ぶ機会があり、それは初期研修や後期研修の初めの時期でのことであろう。その後専門科へ進む人もいれば、そのままgeneralを総合診療としてやり続ける医師もあり、また、専門科から総合診療へ戻ってくる人もいる、そのようないくつかのルートがあってよいのではないかと考えている。事実、当科には、私も含めて一度専門科の道に入ってから総合診療の道へ戻ってくるというような経歴を持つメンバーが複数名おり、総合診療領域へのルートはいくつもあってもよく、どのプロセスを経る場合でも、総合診療医の研修・教育において、専門科との連携・サポートがなければ成立し得ない。そして、もう1つ重要なことは、総合診療領域においても初期研修や後期研修の初期で学ぶのはgeneralのbasicな部分であり、さらに経験を積んでその道を掘り下げるといようなことは必要であり、その際にもやはり専門科からの指導・支援は必須と考えている。

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

文献

- 1) Wachter RM, Goldman L : The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. New Engl J Med 335 : 514-517, 1996.
- 2) 厚生労働省：総合科の新設について（案）（平成19年5月21日 医道審議会医道分科会診療科名標榜部会資料）。