

病院総合医の役割

鄭 東孝

独立行政法人国立病院機構東京医療センター総合内科

Generalist in the Hospital, What is the Role?

Chong Tonghyo

Department of General Internal Medicine, NHO Tokyo Medical Center

はじめに

大規模病院は、各専門診療科が特定の領域の疾患に対して密度の高い医療を提供する場と認識されることが一般的である。それゆえ、幅広い健康問題に対処し、包括的・継続的な医療の実践を基本理念とする総合診療の役割は大規模病院内には存在しないと思われている。しかし、高齢社会の一層の進行により、虚弱高齢者の診療機会は激増し、複数の併存疾患、マルチプロブレムの患者への対処が必須となっている。病院総合医は、医師、患者、家族、専門医、福祉担当者など関係者間のコミュニケーション・協調を重視した医療の実践者として、大規模病院においても大きな需要・役割がある。当科の診療の実際を紹介することで、「病院総合医の役割」を考察する一助としたい。

東京医療センターの沿革と当院総合内科の設立

東京医療センターは1942年9月の旧海軍軍医学校付属第二病院、海軍第一療品廠ならびに財団法人東京海仁会病院の設立に遡る。1945年12月旧厚生省への移管に伴い国立東京第二病院となり、1968年7月臨床研修指定病院に指定された。2004年4月国立病院の独立行政法人化により国立病院機構東京医療センターとなり現在に至る。当院総合内科（総合診療科）は、1986年に専任スタッフ2名で発足し、1992年4月から総合診療科後期研修医（レジデント）一期生の採用を開始した。1995年9月新病棟開設に伴い52床（780床中）の病床配分となり専任スタッフは4名に増員された。

1999年4月の新外来棟開設により外来診察室と教育用診察室の整備が行われ、2002年4月から日勤帯の内科系二次救急対応も総合内科が担当することとなった。設立時の当科の基本姿勢は総合内科（General Internal Medicine）として活動することであり、この基本姿勢には、国立病院総合内科設立時の共同研究班で議論された表1のような要素が背景となっている。

診療体制と実績

現在の診療体制は、専用病床64床、専任スタッフ7名、レジデント26名（他院派遣・産休中10名含む）、併任スタッフ3名からなり、外来、病棟、救急といった総合病院診療部門の一般的な診療業務のすべてと、臨床研修医・医学生および、診療看護師コースの看護大学院生の研修指導に関与している。診療実績では、2013年度の外来診療患者数は延べ37,265名、うち新規患者数は12,436名、再来患者数は24,829名であり、一日平均は152.7名、新患率は33.4%である。2013年度の1年間の総合内科入院数は1,863名、平均在院日数15.2日、1日平均入院患者数は105.3名となり、割り当てられた病床数を上回る入院患者を担当している。

総合内科入院患者のプロファイル

罹患臓器・領域が特定されていても一般的な内科疾患であれば、専門治療を必要としない限り、引き続き総合内科で管理することを原則としている。入院診療では、肺炎、脳血管障害、各種感染症、喘息、糖尿病など多領域にわたる患者を同一部門で横断的に担当し

ている。入院経路は、当直医からの診療依頼、日中の二次救急診療など、救急経由が多く、救急入院が入院全体の70%前後を占めている。診療実績に示したように、現在では、一日あたりの当科在院患者数は80~90名前後で推移し、年間1,800名以上の入院患者を担当する国内有数の総合診療部門として発展するに至った。この経過は、大規模病院での総合診療の需要・役割が決して小さなものではないことを表現しているが、その背景に高齢患者の増加があるのは間違いない。「平成25年度高齢社会白書」では、総人口に占める高齢者(65歳以上)の割合は24%を超え、高齢化の急速な進行は、急性期医療を担うすべての総合病院において切実な課題であると推測する。

当院も例外ではなく、ある1日の総合内科在院患者の年代別分布を示すと図1のようになる。

表1 国立病院総合内科設立時の共同研究班での議論

・外科、産婦人科などの専門医へのアクセスが比較的容易な本邦の医療環境
・「わが国の通院有病者率」調査結果で上位の疾患を有する患者が国立病院の「一般内科外来」を多数受診している
・高齢化
・国立病院病院内活動と医療レベル

65歳以上の患者が81.4%を占め、特に虚弱高齢者が多く含まれる80歳代、90歳代が相当な割合を占めている。入院に占める超高齢者の割合は経年的に増加し、図2に示す当院の統計でも、75歳以上、85歳以上の患者の増加が著しい。

高齢患者の増加が急性期病院の診療にもたらすインパクト

高齢患者の増加は、併存疾患を多く持ち、複数の問題に対処しなければ退院できない患者の増加を意味する。特に日常生活に介助を要する虚弱高齢者の診療機会は激増し、個々の診療現場で医療を完結させることは困難となり、病院、家庭、診療所・地域の連携は必須となった。東京医療センターは急性期病院に位置付けられるが、地域から急病で入院となる患者の多くは高齢者であり、急性期病院の役割と考えられていた従来の「疾患の治療を目指す医療」のみでは高齢入院患者の退院は困難なのである。

病院総合診療の役割

病院総合診療の役割については施設ごとに様々なバリエーションが存在する。外来診療に特化し、問題点が明らかになった時点で専門診療科に引き継ぐ「ゲー

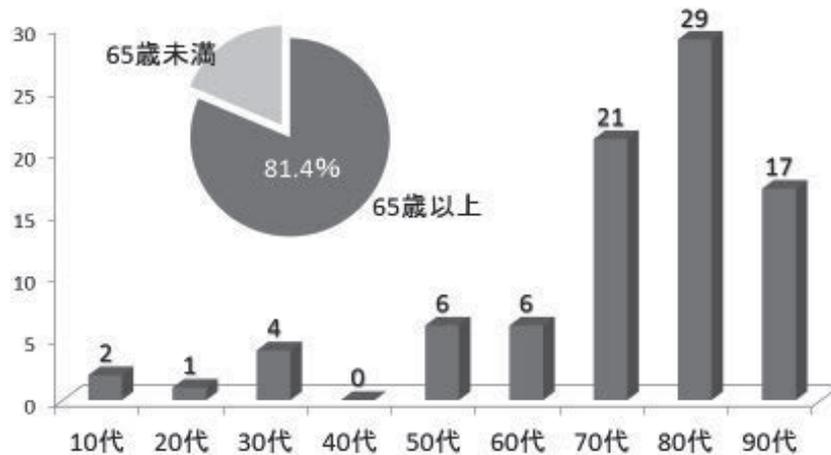


図1 入院患者のほとんどが高齢者

	入院件数 *小児科含む	65歳~74歳 入院件数	割合 %	75歳~84歳 入院件数	割合 %	85歳以上 入院件数	割合 %
2002年	13,141	2,617	19.9	2,377	18.1	763	5.8
2007年	15,444	3,215	20.8	3,347	21.7	1,152	7.5
2012年	16,650	3,253	19.5	4,241	25.5	1,612	9.7

図2 東京医療センター経営企画課診療統計より

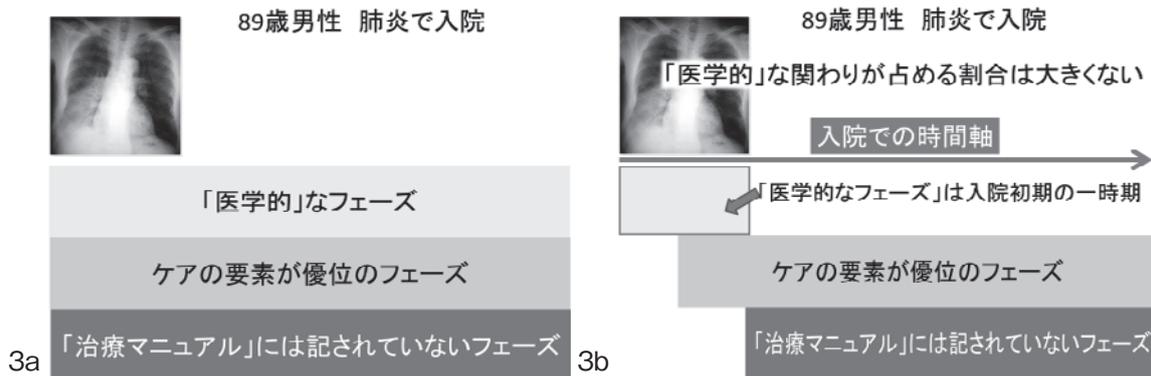


図3 高齢者の入院管理で求められる能力とその変遷

「入院経過の時間軸で求められる能力は変化する。高齢者では生物医学的な管理能力は、入院経過のごく初期の期間に限定される。疾病ベースの診療プラン（抗菌薬など薬剤の選択や輸液など、例えるとすれば、医学生がイメージする医療的な要素）は、入院当初のわずか数日で終了し、その後の担当医としての業務は、一旦低下したADLに合わせて療養方針を決めて行くプロセスと、生活機能の支援（活動度、摂食機能の維持など）に終始し、つまり、a図の各フェーズはb図のように変化する。」

トキーパー」として機能している部門や、入院診療は行うが、臓器別診療科に区分されない不明熱など診断不明な少数の入院患者を担当、もしくは、その重型として当該病院で専門医が不在な内科系専門領域、例えば膠原病などの入院患者を担当している形態、さらに、内科系一次、二次救急などを担当するER部門として機能していることもある。これらのバリエーションは、病院総合診療の役割をそれぞれ断片的に表しているが、病院総合医のコアコンピテンシーが何であるかは曖昧なままである。つまり、施設ニーズに総合診療部門が柔軟に対応する結果、「病院総合医もすること」、「病院総合医がすべきこと」が混在しているように見えるからである。当科の入院診療では、感染症、糖尿病、喘息など臓器区分では広範な領域の内科系一般疾患を入院主科として担当するほか、診断不明例、多くの併存疾患を持った高齢者など単一臓器・系統の問題で対処できない患者の包括的な管理を行っている。また、脳梗塞、心不全など臓器別領域は特定されているが、特殊な手技・処置を伴わない場合の管理も総合内科が主体である。前者は「病院総合医がすべきこと」かもしれないし、後者は「病院総合医もすること」の典型ともいえる。

では、「病院総合医がすべきこと」は何だろうか。どの「分野・領域の疾患」を担当すべきなのだろうか。具体例で考えてみたい。高齢社会を反映し、入院前より介護状態にある虚弱高齢者の救急受診が増えている。例えば、90歳女性が、重症の市中肺炎で救急入院となった際、この患者の入院期間を規定するのは、妥当な抗菌薬の選択のみであろうか。また、86歳認知症

の女性が糖尿病の高浸透圧性昏睡で入院になったとして、血糖さえ落ち着けば直ちに退院できるであろうか。急性期の医療現場に従事する医療者が実感するように、そのような順調な経過はまれである。むしろ、入院による廃用の進行、生活能力の一層の低下によって、疾患としては小康状態を得たものの退院後の生活の見通しが立たず、また経済的な問題ほか、様々な理由で療養先の移行もできず、結果的に急性期病院に在院している患者は多い。入院期間を規定する要素は、抗菌薬治療による肺炎の制御の成否、血糖コントロールではなく、入院前の生活能力の何割が残っているか、摂食・嚥下機能、身体活動度、介護・生活支援のニーズなどであり、疾患の「分野・領域」ではない。入院担当医の役割には入院期間の各「相（フェーズ）」ごとに変化している。（図3）入院後まもなくの急性期のフェーズでは、臓器別疾患の診療といった生物医学的アプローチが主体であり、「病態を把握し疾患を治療することが、臨床医の仕事のすべて」と信じている研修医にとっては親和性の高い期間である。筆者が研修医であった20年前は、このフェーズに注力していれば、多くの患者は自然と退院できていたのである。しかし、現在の入院診療では、そうはいかない。原因は明らかで、それは、入院患者の高齢化にほかならない。そして、急性期のフェーズに続き、生活能力の低下を最小限することが主体のフェーズに移行し、さらに、自立して退院なのか、介護サービスなど支援を受けながらの在宅療養になるのか、あるいは、施設入所を目指すのかなど、退院後の生活に向けての行動が主体のフェーズが控えている。特に最後のフェーズは、数多

く出版されている「治療マニュアル」的な指南書で臨床医の主要な業務として取り上げられていることは少ない。急性期に続くこれらのフェーズは、一般的な臨床医の意識では、入院診療を担当する臨床医が主体的に取り組むべき業務と見なされておらず、病棟管理看護師や、ソーシャルワーカーなどコメディカルがなすべきこととなっている。もちろん、これらコメディカルの役割は必須であるが、患者、その家族、コメディカルの力を結集し、調整する入院担当医としての役割の変化に気付かなければ、患者の入院は長引き問題解決しない。各フェーズに必要な固有の技術は存在し、急性期では生物医学的な管理技術であることは当然として、入院中の生活能力の維持には、例えば嚥下機能の評価や、食形態、栄養療法の知識や技術、せん妄の予防や科学的根拠に基づいた対処法も不可欠であろう。また、退院後の療養にギャップなく移行するためには、利用できる制度についての知識や、院内外の関係者と円滑にコミュニケーションをとることができる調整力も必要である。これらは高齢社会における病院総合医のコアコンピテンシーにほかならない。

病院総合医の役割を定義

米国で勃興した「ホスピタリスト」は、病院総合医の役割を説明する際の類型として用いられることがある。米国の「ホスピタリスト」は Swiss army knife of hospital と表現され、十徳ナイフに例えるような多機能性を特徴としており、患者診療業務のほかに、医療

安全でのリーダーシップ、医療の質改善、ER 業務でのベッド管理、患者の速やかな転出も業務の一部に定義されている。さらに役割を拡大させて、外科系患者の周術期管理を担当することも「ホスピタリスト」の業務に含める考えもある。「ホスピタリスト」には病院総合医の機能を考えるうえでの重要な手掛りがあるが、米国と「ホスピタル」のあり方が異なる日本では、米国と全く同じコンセプトを援用することは困難であり、高齢社会が急速に進行している日本の実情に応じた「病院総合医」としての機能を持つことが求められている。

本邦における病院総合医の役割の核心部分を、「生物医学的な問題解決能力を基礎として、担当患者の入院中のすべてのフェーズに当事者意識をもって関わり、関連職種とのコミュニケーションを通じ、得られた状況下で最大限望ましい形で退院に導くこと」と定義することを提唱する。つまり、ゴールが含まれない「疾患の分野・領域」という表現で規定されるものではなく、「退院」という「病院ならではの」ゴールにコミットすることが病院総合医のミッションであり、「患者を退院に導く良きガイド」を目指さなければならない。

文 献

1. 平成 25 年度高齢社会白書、内閣府。

(受付：2014 年 9 月 22 日)

(受理：2014 年 11 月 5 日)