

序

筆者が初期研修を開始したのは、今から20年あまり前のことであるが、この間、主に病院内科病棟で仕事をしてきて、最近つくづく感じることは、入院患者の診療スタイルが昔と一変した、ということである。一言でいうと大変ややこしくなった。

昔のことをあまり単純化するべきではないと思うが、20年前に入院してきた患者はわりとシンプルであった。入院となった主疾患以外についてはそれほど大きな問題はなく、メイン・プロブレムをある程度解決できれば大抵スムーズに退院し、もとの生活に戻っていく、といったケースが多かったように思う。

ひるがえって今日の患者はとても複雑である。EBMが曲がりなりにも浸透し、たいてい疾患ではクリニカル・パスがあり、標準化したプロセスで診療が行われているはずなのに、なぜかそう単純に診療が進んでいかない。

まず抱えている疾患の数が多い。診断・治療の選択肢も増えている。疾患数×選択肢を考えるだけでも複雑さが増していることは自明だ。また疾患だけに注目してはいけない。疾患治療に集中するあまり栄養、褥瘡、リハビリ、感染対策などを疎かにすると思わぬところで足をすくわれる。一方で患者背景も複雑さを増している。独居・貧困などといった社会的問題を抱えて入院する患者は決して稀でない。こうした問題にもある程度見通しをつけなければならない。退院先も昔に比し、自宅のみでなく、亜急性病棟、療養型病床、老健、特養、ケア付きハウス、などと多種多様だ。患者や家族のニーズや思いもそれぞれで、丁寧に話を聞いて対応しておかないとトラブルの種となる。

また1人の患者にかかわるスタッフの数も以前とは比較にならないほど増えた。主治医や看護師はもちろん、コンサルタント医師、リハビリ担当者、栄養士、薬剤師、介護士、医療ソーシャルワーカー（MSW）など、数多くのスタッフが患者にかかわりをもっており、それぞれが断片的だが、専門的な立場から患者情報を入手し、介入を行っている。

このようなわけで、入院患者を担当する病棟医の仕事は複雑さを増している。確かに主疾患に対するアプローチは、ずいぶん標準化されている。だが、数々起きるバリエーション、クリニカル・パスを超えた多彩な問題を抱える患者に対処していくためには、主疾患のマネジメントだけでなく、日々患者に起きるさまざまな事象から問題点を読み解き、対処していく必要がある。熱が出た、胸が痛い、検査所見で予期せぬ異常が出た……などなど。

そしてまた、チーム医療をマネジメントする能力も大切だ。患者をとりまく多くのコンサルタント医師や、横断的診療チーム（NST、感染対策、緩和ケアといった）によるさまざまな推奨・アドバイスを、優先順位を踏まえつつ調整する能力が問われる。また患者の社会・倫理的問題や、家族背景といったことがらについて、最も情報をもってい

るのは看護師である。薬のことは薬剤師が、リハビリのことはリハビリ担当者が最も詳しいだろう。今日の患者の複雑な問題点を切り分け、見通しよく対処するためには、多職種によるチーム医療が必然となるのだが、そのようなチームをうまくマネジメントし、他の職種と協調しながら、診療を進める能力も要求される。

このようなことを考えると、今日・そして未来の病棟医には、既存の医師の能力を超えた、多面的な能力が必要とされていることに気づく。日本ではこの役割が、ジェネラルな素養をもった専門医や、初期・後期研修医、病棟のベテラン看護師たちによりシェアされてきて、暗黙の芸として伝承されてきたように思われるのだが、ますます複雑さを増す診療環境にあって病院ジェネラリスト（病院総合医、総合内科医）としてその役割を積極的に引き受ける医師が育ちつつある。本増刊では、そのような今日の入院診療担当医が直面する多様な問題について、日々病棟の現場で対峙しつつ、イノベーションを起こそうとしている若手の病院ジェネラリストを中心に記述をこころみていただいた。本書の内容が、若手医師に役立つと同時に、病院のジェネラリストという必要に違いないのにちょっとわかりにくい仕事の「見える化」の一助となれば編者として望外の喜びである。

2014年5月

天理よろづ相談所病院

総合診療教育部／総合内科・救急診療部

石丸裕康