

推薦のことば

総合診療と感染症の接点の多さ、およびその理由に関してはここでは多くは語らない。誰もが疑わない名著である『ハリソン内科学』で、最もページを割いている分野は感染症であることからこの特徴がよくわかるだろう。総合診療医の自分は、そんな感染症の魅力に取りつかれ感染症を専門的に勉強し、感染症専門医として現在は活動していることが多い。しかし、日々の臨床で感染症専門医としての判断と総合診療医としての判断とのジレンマと戦っている自分が明確にいる。それぞれの立場が、「その判断は本当に妥当なのか？」と厳しい突っ込みを入れてくるのだが、ときに悪魔のささやきのこともある。

◆ 総合診療医だからこそできる真の抗菌薬適正使用の実践

現在、感染症診療は全世界で大きな難題にぶつかっている。MERS、鳥インフルエンザなど新興感染症も1つの側面だが、耐性菌拡大の問題が深刻だ。WHOが2014年に出した耐性菌の現状報告では、今やこの大きな勢いでは、よくある普通の感染症で命を落とす時代はそれほど遠くはない、と。また、耐性菌の現状に比べたらもはやAIDSなど脅威ではないという強烈なメッセージで伝えた。湯水のように使われてきた抗菌薬の不適正使用（不必要なスペクトラム・過剰使用）がこのような現状を引き起こしていることは明らかだ。そこで、感染症専門医がその先頭に立って適正使用を推進しなくてはならないはずだが、それは理想と現実で、実際のところは感染症専門医が真に適正使用をできているか？は悩ましい。感染症専門医は多くはコンサルタントであり、コンサルタントとしてのジレンマと戦い、真に適正使用するべきはずが、むしろブロードな抗菌薬となってしまうことが多い。コンサルタント故に、夜間など急変時に対応するのは各科医師となりやすい。そのため、より外せない抗菌薬選択となり、感染症専門医が診るとブロードになりやすい傾向がある。empiric therapyとはそういうものであるという言い方もあろうが、今、抗菌薬適正使用の側面からこのempiric therapyの考えが大きくパラダイムシフトされようとしている。重症度が高くなければ通常のempiric therapyよりnarrowに攻める方針が市中肺炎などで出てきており、耐性菌の現状からさらにこの考えは拡大すると考えられる。この重症度の判断はクリアカットには難しく、最終的にはnarrowに攻められるか判断する“主治医としての総合診療医の力”が求められる。本特集は、そのような総合診療医として“実際の臨床でどうするか？”をコツもまじえて解説しており、お勧めだ。

◆ 総合診療医だからおもしろい！

総合診療医だからこそできることがこの感染症ではとても多いことに感染症専門医になって気がついた。そして何より、“総合診療科で診る感染症のおもしろさ”というものが明確にあり、捨てられない自分がある。真の感染症医になりきれない自分に日々あきれかえるが、疾患

の幅・立ち位置（国際協力など）も総合診療医である方が広くそして楽しいことも多い。

さて、もう一度戻ろう。理想の感染症診療は、抗菌薬はempiric→definitiveと2度選ぶものでは実は決していない。沖縄県立中部病院で感染症科の部長をされていた喜舎場朝和先生がおっしゃる通り、「めざすべき感染症診療とは、詳細な病歴聴取、身体所見、グラム染色所見などから重症度をしっかり見極め、培養結果でde-escalationする必要もないようになること」であり、それこそが真の抗菌薬適正使用につながる。そして、それを日々実践できているのは実は総合診療医なのだ。総合診療医の先生に感染症診療のバトンを渡したい。

2016年1月

総合診療医・感染症医/感染症コンサルタント
一般社団法人 Sapporo Medical Academy 代表理事

岸田直樹