

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

病院で求められる総合診療医の役割

川島篤志¹

要旨

超高齢社会において、入院に至った疾患だけを治して帰すという「病院完結型の医療」から、高齢者に多い複数疾患罹患や社会・生活背景の脆弱性を持つ患者を地域で支える「地域完結型の医療」につなげる役割が、病院における総合診療医、病院総合医に期待される。病院総合医の役割は、医師不足や医師偏在の問題を含む立地条件や規模によって求められることが異なる。病院における外来・救急診療や入院診療はもちろんのこと、院内・地域内の医療資源を把握した検査・手技、院内の医療の質改善に関わる委員会や横断的分野、そして地域を診る視点が求められる。病院総合医が地域で根付くためには病院総合医が存在することでの成功例が普遍的にみられること、そのためには総合診療のトレーニングを積んだ医師が病院で勤務することが1つのモデルとなる。

現状と問題点

総合診療医は、専門医機構による「総合診療専門研修プログラム整備基準」においても、「外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場」での医療が求められ、専門研修後の成果として、「総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供することができる」とある¹⁾。

病院で勤務する総合診療医を『病院総合医』としたときに、認識しておきたい2つの前提がある。

その1つが、米国との違いである。米国ではHospitalistsと呼ばれる医師が存在する。1996年のWachterとGoldmanの論文によると、Hospitalistsを「プライマリ・ケア医が責任をもって外来患者を管理するのと同様に、責任をもって入院患者を管理する、病院内内科管理のスペシャリスト」と定義している²⁾。米国においてHospitalistsは急速に発展し、Society of Hospital Medicineの学会員は発足当初

は1,000人以下であったものが、2018年には1万5千人以上となっている³⁾。ただ、日本における「病院総合医」と米国におけるHospitalistsとの違いを認識するためには、医療体制の違いと歴史を知る必要がある。歴史的に米国では診療所で診ていた医師が継続して病院での主治医となり、病院で勤務する若手医師に入院のマネジメントを依頼するという形を取っていた。その若手医師は日本の研修制度とは異なる卒前・卒後トレーニングを受けた医師であり、診療所医師と連携して病院での入院診療を行っていた。ただ、診療所医師が病院での診療に関与するという体制を維持しがたくなり、入院診療を主として担当する医師集団ができたという経緯がある。この時点で、卒前・卒後トレーニングで培われた内科的な入院担当を行う能力や、シフト制を組める体制・医師総数、医療界での認識などが、大きく日本とは異なる。つまり、米国におけるHospitalistsと同様の役割を日本にあてはめることは現時点では難しい。

2つめとして、日本における『病院総合医』の議論においては、勤務する施設について医師不足や医師偏在の問題を含む立地条件や規模を考慮する必要がある⁴⁾。立地は、都市部、地方部、医療過疎地域に分け、規模は大学病院を含む大規模病院、中規模

1. 市立福知山市民病院 研究研修センター・総合内科

病院、小規模病院に分けて考えるとわかりやすい。日本プライマリ・ケア連合学会（以下、JPCA）での病院総合医関連のシンポジウムやワークショップでも、立地や規模別の議論がなされている⁵⁾。これは後述する総合診療医に求められる業務や地域の医師不足・偏在と関わってくるためである。

JPCAの病院総合医委員会が臨床研修病院の病院管理者に対して実施したアンケート⁶⁾で示された病院総合医の役割には、初診外来、再診外来、病棟診療、救急医療があり、加えて在宅診療や集中治療領域にもニーズがあることが伺える（図1、2）。また、教育・研修への期待が大きいことも読み取れる。同アンケートにおいて、病院総合医部門をもつ病院管理者（回答数145）に対する「病院総合医部門を今後も継続したいか？」との問いに96.6%が継続したいと回答し、病院総合医部門をもたない病院管理者（回答数136）に対する「病院総合医部門の必要性を感じますか？」との問いには76.5%が必要であると回答しており、病院総合医のニーズは高い。

日本における医師の約3分の1が日本内科学会に所属しており、規模が違えども多くの病院で内科医が勤務している。平成29年3月に発表された日本内科学会の提言「超高齢社会で果たすべき日本内科学会の役割と責務（宣言）」⁷⁾において、「日本内科学会は進展する超高齢社会の医療を支えるため、ひとりひとりの生活の質に配慮し、全身を診る、臓器横断的な診断治療を行える内科医の育成に努めます」と宣言している。また、提示された目指すべき内科医像は「ひとりひとりの生活の質に配慮し、全身を診る、臓器横断的な診断治療を行える内科医」と謳われている。つまり、病院勤務の内科医には「病院総合医」としての役割が期待されていると考え

られるが、2016年に日本内科学会が会員を対象に実施したWebアンケート⁸⁾で、「臓器横断的な診療姿勢を有しているか」という問いに、「そう思い、実践している」という割合は25.6%にとどまっており、「そう思い、努めようとしている」が64.0%と、なかなか実践レベルにはつながっていないことが示された。「あなたの勤務されている施設では臓器横断的な診療姿勢を身につけるための取り組みをされていますか」という問いに、「している」が50.4%、「していない」が49.6%で、取り組んでいる施設は半分にとどまっていた。このような現状が、複数疾患を抱える高齢者診療の困難さにつながっている。なお、現時点で日本内科学会・日本専門医機構の内科専門研修プログラムには、病院総合医という文言は用いられていない⁹⁾。

総合診療医が貢献できること

では病院に勤務する総合診療医が貢献できることにはどういったことがあるであろうか。

2017年度末において、病院総合医に関連する学会はJPCA、および日本病院総合診療医学会の2学会である。

日本病院総合診療医学会のウェブサイトでは、病院総合診療医の役割として表1に示す10項目を挙げている¹⁰⁾。

また、学会の認定資格ではないが、日本病院会認定病院総合医育成事業の「病院総合医育成プログラム」では、表2の理念に示される医師育成を目指し、その医師の到達目標として、表3の5つのスキルを挙げている¹¹⁾。

JCHO（地域医療機能推進機構）版病院総合医（Hospitalist）育成プログラムでは、「地域医療の実践

3.病院総合医部門をもつ病院管理者に聞きました。(回答数153)

病院総合医部門の役割は

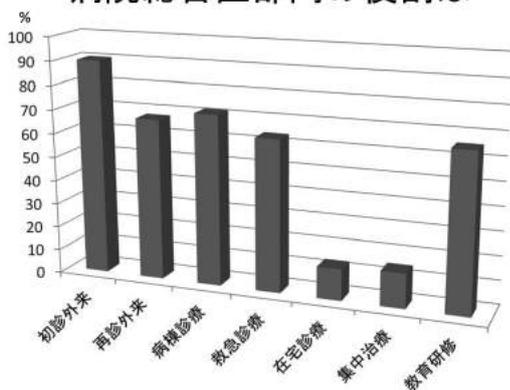


図1 病院総合医部門をもつ病院管理者から見た病院総合医部門の役割（文献6から転載）

8.病院総合医部門をもたない病院管理者で、病院総合医部門が必要だと感じると答えた方に聞きました。(回答数108)
必要性の高い役割は(複数回答可)

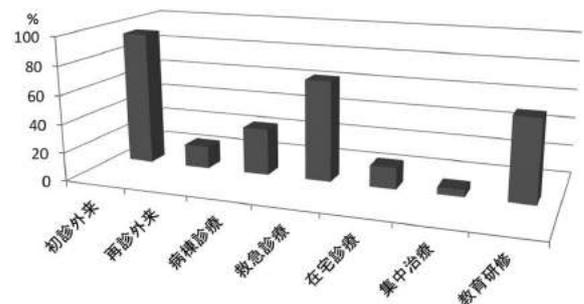


図2 病院総合医部門をもたない病院管理者から見た病院総合医部門の役割（文献6から転載）

病院における病院総合医，医師不足地域で貢献する医師，又は総合診療が可能な開業医などとして地域医療を実践する能力をもった医師」を育成するとしている¹²⁾。

さらに全日本病院協会総合医育成事業では，高齢患者が著増する中で，臓器別にとらわれない幅広い診療，多様なアクセスを担保する診療，そして，多職種からなるチーム医療のマネジメントに対応できる医師像や医療ニーズの変化に対応し，新たなキャ

リア形成を指向する医師を支援するためのプログラムを策定し，表4のように目的を掲げている¹³⁾。

JPCAでは，病院総合医に期待される医師像として，表5に示す4項目をあげ，病院総合医に必要なコンピテンシーとして，病院総合医を特徴付ける4つの能力と，さらに教育・研究能力の強化を盛り込んでいる(表6)¹⁴⁾。この6つの能力は，家庭医の後期研修のゴールに上乘せするものであるとされており，病院総合医においては総合診療の基本的

表1 日本病院総合診療医学会が掲げる病院総合診療医の役割

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 救急医療を含めて，どのような疾患，どのような病態の患者でも診察する 2. 未診断患者を速やかに診断する 3. 診断だけではなく，臓器別の専門性も持ち，可能な限り専門的治療も行う 4. 家庭医を支援し，必要に応じて専門医との連携をとる 5. 高齢者など複数の疾患を併存している患者の診療を行う 6. 臨床研究や疫学的研究を通じて医学の発展へ寄与する 7. 予防医学を実践し，健康な長寿社会造りを目指す 8. 若い医師，コメディカルの教育に携わる 9. チーム医療の要として，コンダクターとなり専門医およびコメディカルの力を発揮させる 10. 地域包括ケアの要となり，地域の総合医療を向上させる。 |
|--|

表2 日本病院会病院総合医育成プログラムの理念

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 病院において多様な病態を呈する患者に，包括的かつ柔軟に対応できる総合的診療能力を有する医師を育成する。 2. 必要に応じた複数の診療科，また介護，福祉，生活等の分野と連携・調整し，全人的に対応できる医師を育成する。 3. 地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携の中心的役割を担うことができる医師を育成する。 4. 多職種をまとめチーム医療を推進できる医師を育成する。 5. 総合的な病院経営・管理の能力があり，病院だけでなく地域の医療にも貢献できる医師を育成する。 |
|--|

表3 日本病院会病院総合医育成プログラムの到達目標として身につけるべき5つのスキル

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 多様な病態に対応できる幅広い知識や診断・治療によって包括的な医療を展開・実践できる(インテグレーションスキル)。 2. 患者へ適切な初期対応を行い，専門的な処置・治療が必要な場合には，然るべき専門診療科への速やかな相談・依頼を実践できる(コンサルテーションスキル)。 3. 各専門科医師，薬剤師，看護師，メディカルスタッフ，その他全てのスタッフとの連携を重視し，その調整者としての役割を実践できる(コーディネーションスキル)。 4. 多職種協働による患者中心のチーム医療の活動を促進・実践できる(ファシリテーションスキル)。 5. 総合的な病院経営・管理の素養を身につけ，地域包括ケアシステムや日本全体の医療を考慮した病院運営を実践できる(マネジメントスキル)。 |
|--|

表4 全日本病院協会総合医育成プログラムの目的

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ①個々の医師がすでに有する専門性や経験を生かしながら診療の幅を広げること ②「総合診療専門医」のコンピテンシーを理解し，将来的に専門医と職場における協働を図ること ③地域包括ケアにおける複雑な課題への対応能力を高め，住民から信頼される医師を育成すること ④総合的かつ俯瞰的に病院機能の改善を図ることができ，積極的に病院経営に関与できる人材を育成すること ⑤病院内外の医師，関連施設，関係多職種との連携をスムーズに行うことのできる医師を育成すること |
|---|

な能力が前提になっていることに留意したい。診療所で働く総合診療医と病院総合医は診療の場が異なるが、目指すべき能力としては同じものが根底にあり、両方を診る能力を持つことは、総合診療医の専門性の一つである診療の場の多様性にもつながる。

私見ではあるが、病院総合医というキャリア選択は、新専門医制度における基本領域専門医取得後の話題になると考えられる。前述のプログラム案も卒業後6年目以降のキャリアデザインを意識したものとなっている。各学会・団体の目指す医師像には共通点が多くあり、具体的な方向性やカリキュラムは、今後関連する学会・団体と協議していく必要があると考えられる。

では病院総合医には、どのような診療現場で、どのような役割があるだろうか。病院における医師の業務を入院、外来、検査、救急およびその他に分類し（図3）、臓器別専門医との関係や前述の医師不足・医師偏在の面からみた施設の立地と規模を考慮して議論を展開する。

病院における総合診療医の業務には、その施設・その地域における多様性がある。その多様性は、臓器別専門医の有無とマンパワー、そして施設の地域における役割に影響される。なお、前述した各学会や団体が病院総合医に求める医師像にも、「地域」という表現が出てくるが、地域医療という言葉について再確認したい。地域医療の明確な定義を見つけたいが、日本内科学会専門医部会から発足した地域医療ワーキンググループの提言では地域医療の定義を、「限られた医療資源を共有している地域において、多様で幅広いニーズを抱える個々の患者・住民

に対して包括的、継続的な診療を実践すること、および、特定の健康危険因子を共有する患者集団・住民に対して適切に介入すること」としている¹⁵⁾。地域医療は医療過疎地域での医療実践のみを意味するのではない。地域中核都市や大都市の診療所や大病院を含むすべての医療機関が「地域」を視野に入れて医療を実践する必要がある。

【医師不足・医師偏在地域での内科系診療科の分類】

筆者は、医療機関での内科サブスペシャルティ領域の診療科を4つのグループにわけると提言している。医師不足・医師偏在に直面している地域基幹病院の内科診療をイメージすると次の分類は理解しやすい。

- A：単独でチームが組めるマンパワーがある診療科
- B：人数が少なくチームが組めない診療科
- C：非常勤のみの診療科

病院における医師の業務



実線部：臓器別専門医が得意とする分野 二重線部：院内での対応が難しい可能性のある分野
点線部：救急専属・専従医がいる場合といない場合で対応が異なる分野
破線部：関わる臓器別専門医がいる場合といない場合で対応が異なる分野

図3 病院における医師の業務

表5 日本プライマリ・ケア連合学会病院総合医養成プログラム認定試行事業で示す期待される医師像

- 1) 内科系急性期病棟診療+ 病棟を管理運営
- 2) 病院一般（総合）外来や救急外来で独立診療
- 3) 病院の運営や管理に貢献
- 4) 総合診療領域の教育や研究でも地域社会に貢献

表6 日本プライマリ・ケア連合学会病院総合医養成プログラム認定試行事業で示す修得すべき中核的能力（core competency）

- 1) 内科を中心とした幅広い初期診療能力（1次2次救急を含む）
- 2) 病棟を管理運営する能力
- 3) 他科やコメディカルとの関係を調整する能力
- 4) 病院医療の質を改善する能力
- 5) 診療の現場において初期・後期研修医を教育する能力
- 6) 診療に根ざした研究に携わる能力

家庭医の後期研修のゴールに上乘せする形で、病院総合医を特徴付ける四つの能力と、さらに教育・研究能力の強化が盛り込まれている

D：院内に存在しない診療科

Aは高頻度の緊急高度医療（例：虚血・出血への対応）を含めて、当該領域の診療について24時間365日提供できることが望ましい。さらに余裕があれば他領域の診療もカバーできる可能性があるが、十分な人数がない場合は、当該領域の診療だけで精一杯となる。Bは定期外来や日中の病棟業務はカバーできるが、夜間や休日は当該領域であっても他チームの応援が必要となる。Cは定期外来または特定の曜日のみコンサルタント業務になる場合が多く、入院診療、勤務日以外の外来対応は他チームの応援が必要である。Dは他チームの医師が初期対応を行い、専門的な治療が必要であれば他施設を紹介することになる。そのためには、稀少疾患を含めた診断や専門的な助言ができる臨床能力を持つ医師が地域には必要である。

多くの医師がAグループに属している大学病院・大規模病院であっても、主治医がすぐに決まらない場合がある。特に高齢化が進む現状では、複数の問題を抱える患者や、不明熱など、対応する臓器が明確でない場合も存在するからである。中～小規模病院では各施設での診療科構成は異なるが、Aグループで全領域を揃えられる訳ではないので、対応が難しい領域を抱えていることが多い。小規模病院ではこのようなグループ分けをすることなく、「内科」という括りで協力しながら診療していることが多い。

こうしてみるとAグループ以外は、臓器別専門医が自分の専門領域外の疾患を担当せざるを得ない状況が生じていることがわかる。このように、臓器別専門医が自分の専門領域外の疾患を担当することについては、これを内科医の矜持として前向きに捉える考え方もあるが⁷⁾、自分の専門領域以外を担当せざるを得ないことをnegativeにとらえる医師も多い。実際、前述の日本内科学会のアンケートでも、臓器横断的な診療に全ての内科医が対応しているとは考えにくい⁸⁾。

病院総合医については、このような現状の中で位置づけを論じる必要がある。

【病院総合医の病棟診療】

対応する専門診療科がない領域の入院患者に対しては、病院総合医がその領域の主治医を担ってほしいというニーズがある。各専門領域の患者数や医師数とのバランス、主治医を決定する方法は、施設によって大きく異なる。

大学病院では、そもそも病院総合医が病床を担当するのかどうかの議論がある。2018年時点で、全

国に81ある大学病院（分院は除く）のうち、総合診療部門を持っているのは69の大学病院であり、「外来のみ」が37病院（53.6%）と過半数で、「外来と入院」は20病院、「外来と入院とER（救急外来）」は11病院と多くはない¹⁶⁾。大学病院で病院総合医が入院を担当する場合は、それぞれの事情に合わせた調整が必須である。場合によっては、病院総合医のニーズは主治医としてではなく、コンサルタント主体になる可能性がある。

病棟診療において特に病院総合医には、入院に至った疾患だけを治して帰すという「病院完結型の医療」から、高齢者に多い複数疾患罹患や社会・生活背景の脆弱性を持つ患者を地域で支える「地域完結型の医療」につなげる役割が期待される。日本専門医機構の総合診療領域の研修プログラムでは、「総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）」¹⁾とある。最近では、入院した時から退院支援を意識すべきとされているが、退院支援において重要な地域における医療資源の把握や多職種との連携は病院総合医の得意とするところである。

【病院総合医の外来診療】

病院の外来は、新しい患者を診る外来（新患）と定期的に継続して患者を診る外来（再診）にわけられる。

新患外来では様々な主訴を持つ患者に対して、包括的・継続的に診る視点が求められるため、入院診療や急性期のみを診る救急診療だけでは身につかないスキルが必要で、一定のトレーニングを受けた医師が担当することが望ましい。そのスキルの1つには臨床推論がある。特に大学病院等の大病院や基幹病院では、他の医療機関から診断に難渋しているケースの紹介を受ける¹⁷⁾ことが多いので、臨床推論のスキルに長けた病院総合医が力を発揮することが期待される。

患者の生活背景を把握して診療や保健指導を行い健康相談に対応するかかりつけ医機能は、一般的には主に診療所が担うことが期待されている。ただ、病院における再診外来を患者がかかりつけ医と認識している場合がある¹⁸⁾。また、病床機能のすみわけと明確化が進む昨今の医療状況において、臓器別専門医には急性期を中心とした高度専門診療がおもに求められるにもかかわらず、患者の中には病院にかかりつけ医機能を期待していることも多い。この

場合、病院総合医がコーディネーター機能を発揮して、かかりつけ医機能を有している診療所と連携することが求められる¹⁹⁾。また、院内・地域内で、かかりつけ医機能の重要さを浸透させることで、結果として病院総合医の業務が円滑になる可能性もあり、その教育という役割もある。

また、禁煙外来やワクチン外来、漢方外来など臓器別ではない特殊外来を、病院総合医が担うこともある。

【病院総合医の検査・手技】

検査・手技も病院にとって主要な業務である。ここにも病院総合医を議論するうえで、重要な点がある。専門的な手技は専門科が対応することに異論はないと思われるが、その専門医が他の業務に追われて検査数が減少する可能性がある。そうすると医療機関としての収益に影響するだけでなく、専門医のモチベーションにも影響する。臓器別専門医が従来担っていた業務を病院総合医が担うことによって、これを改善することができる。

また、その医療機関で対応できない検査・手技については、地域における医療資源を把握して、最善の医療を提供するためのコーディネーターを円滑に行うことも病院総合医の仕事といえる。

【病院総合医と救急診療】

救急診療に対応している医療機関で、救急専従医・専任医が不在または充分数いない施設は決して少なくはない。そういった場合、病院総合医が内科領域のみでなく、整形外科・小外科や小児科領域における救急診療の役割を期待されることも多い。

また、救急からの入院診療、医療資源的に自施設で対応しがたい緊急疾患への対応、診療所や特別養護老人ホーム、老人保健施設などにとっての窓口という観点は、病院内だけでなく、地域全体を診る視点を求められる。最近では在宅医療に携わる基幹病院も存在しており、病院総合医が地域を診る機会も増えていく可能性がある²⁰⁾。

【病院総合医と委員会、横断的分野】

院内の委員会や横断的チームの業務は、病院の医療の質改善に大きな役割を果たす。この役割は診療範囲が広く、各部署ともつながりが強い病院総合医に期待される部分が多い。実際、総合診療医に求められる医師像にも病院の医療の質改善に関わることが記載されている。

【病院総合医と地域】

病院総合医の活動範囲には、地域を診る視点も含まれる。住民への啓発などは総合診療医にとって重

要な活動であるが、医療機関の体制や地域、規模によって対応が異なる。一般的に小規模・地方部であれば、比較的狭い地域での啓発活動が行いやすいが、都市部・中規模以上の病院であれば、院内教室などが主体となるかもしれない。

また、地域医療のなかで、入院診療の対応、および入院の窓口になる外来診療・救急診療を担う可能性の高い病院総合医は、診療所や特別養護老人ホーム、老人保健施設などと退院後の連携や再入院を見据えた情報の収集・整理・共有が求められる。情報の共有には、紹介状はもちろんのこと、多職種を含めた顔の見える関係性を長期にわたって形成していくことが望ましい。

【病院総合医と教育、研究】

大学病院には、研究と人材育成や地域への人材供給という大きな役割がある¹⁷⁾。

教育に関しては、総合診療部門での現場教育はもちろんのことではあるが、初期臨床研修全体への関与を求められる。また大学では卒前教育への関与も大きい。市中病院においても医学生に接する機会が増えている。これは病院で勤務する総合診療医の姿を魅せる貴重な機会であることを認識したい。

また施設内での横断的分野チームへの関わりの中や、院内・地域内の医療機関への啓発など、教育や組織マネジメントは病院総合医にとって重要なスキルである。

このように、総合診療医が病院で活躍できる場は十分にある。藤谷は、「海外で普及しているホスピタリストを日本で成功させるためには？」という議論の中で、総合診療医が病院で果たすべき役割として以下を挙げている²¹⁾。

- ・病院全体の公益になるような中央診療部的な役割を担う
- ・入院患者のみならず、必要ということであれば、割合は高くないにしても外来患者も診る
- ・集中治療医のいない病院では、重症患者のマネジメントもある程度できる
- ・横断的に内科入院患者を診ることができ、その地域の医療事情や院内・院外のリソースやシステムを熟知している
- ・専門科医師が専門医としての業務に専念できるように連携をとり、チーム医療が展開できる。それにより、より少ない専門医で院内を効率的に運営できるようになる

臨床におけるアウトカムでは、プライマリ・ケア医が対応した時と比較し、医師の専門分野と患者

の疾病のミスマッチが起きた場合は、死亡率が増加し入院期間が長くなること²²⁾や、Family medicine hospitalists が対応した時に入院期間や診療コストの減少が得られた²³⁾という諸外国の報告がある。我が国からの報告では、病院総合医が関わることによって脳血管障害における入院期間の短縮を示したものがある²⁴⁾。現時点では、病院総合医のアウトカムを示す報告は医療制度の異なる海外からのものが中心であり、我が国における病院総合医の役割や効果に関する研究データは十分とは言えず、今後の蓄積が求められる。

実現のために必要な事項

病院総合医が「地域」で根付くためには、病院総合医が存在することでの成功例が普遍的にみられることが必要である。

松村はインタビュー記事「日本の病院総合医活躍の鍵」²⁵⁾で、表7に示すポイントを挙げているが、これはJPCAが臨床研修病院の病院管理者に対して実施したアンケート⁶⁾においても、病院総合医部門の問題点(図4)として同様に認識されている。

日本において病院総合医が正しく理解されるためには、外来診療からの継続的なケアに対する医師の考えや専門医のテリトリーの問題、医師同士のコ

表7 病院総合医の活躍の鍵(文献25から抜粋)

<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーの存在; 総合医の質 ・院長・行政の理解・協力; 総合医の量 ・専門諸科との協働; win-win の関係 ・経済的インセンティブ ・専門医資格認定 ・医学界での市民権 ・社会的(世間からの)評価

5. 病院総合医部門をもつ病院管理者に聞きました。(回答数138)
病院総合医部門の問題点は(複数回答可)

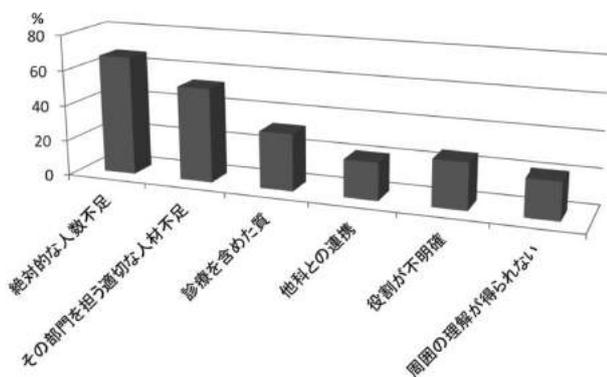


図4 病院総合医部門をもつ病院管理者から見た病院総合医部門の問題点(文献6から転載)

ミュニケーションの改善等といった文化的な問題を認知し、解決していく必要があると考えられる。

病院総合医を増やし、定着を図っていくためには、総合診療のトレーニングを積んだ医師が病院で勤務することが1つのモデルとなる。このためには、内科のトレーニングを積んだ医師が総合診療のトレーニングを積むことも意義があるし、将来は診療所で勤務したいと考えている総合診療医も、自分が今後診療を行う地域の基幹病院の現状を理解することも含めて、キャリアの一定期間、地域基幹病院で病院総合医として勤務・研修することもWin-Winの関係ができる1つのモデルとなる可能性がある。

文献

- 1) 日本専門医機構. 合診療専門研修プログラム整備基準. 東京: 一般社団法人日本専門医機構; 7 Jul 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 2) Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. NEJM 1996; 335(7):514-517.
- 3) Society of Hospital Medicine. Philadelphia: Society of Hospital Medicine. [cited 23 May 2018]. Available from: <https://www.hospitalmedicine.org/>
- 4) 小泉俊三. 病院総合医(日本型ホスピタリスト)の現状と近未来像—実践を基盤とした総合内科医として. 日内会誌 2011; 100(12): 3687-3693.
- 5) 日本プライマリ・ケア連合学会 病院総合医委員会 HP. 関連論文. 東京: 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会病院総合医委員会. [cited 23 May 2018]. Available from: <https://pc-hospitalist.jimdo.com/> 関連論文/
- 6) 山城清二. 病院総合医アンケート調査の結果報告. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2015; 38(4): 412-423.
- 7) 日本内科学会. 超高齢社会で果たすべき日本内科学会の役割と責務(宣言). 東京: 一般社団法人日本内科学会; 30 Mar 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2017/03/teigen20170330.pdf
- 8) 日本内科学会専門医部会. 「内科医」の今後のあり方に関するアンケート結果. 東京: 一般社団法人日本内科学会; Sep 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2017/09/enquete_risou_no_naikai_zou.pdf
- 9) 日本内科学会. 専門研修プログラム整備基準【内

- 科領域】. 東京：一般社団法人日本内科学会；Mar 2018. [cited 23 May 2018]. Available from: http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/2017-program.pdf
- 10) 林純. 理事長挨拶. 福岡：日本病院総合診療医学会. [cited 23 May 2018]. Available from: <http://hgm-japan.com/info/greeting.php>
 - 11) 日本病院会. 日本病院会病院総合医育成プログラム基準【細則】. 東京：一般社団法人日本病院会；30 Sep 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: https://www.hospital.or.jp/sogoi/pdf/sg_20171002_02.pdf
 - 12) 地域医療機能推進機構. JCHO 版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム. 東京：独立行政法人地域医療機能推進機構. [cited 23 May 2018]. Available from: <https://www.jcho.go.jp/hospitalist/>
 - 13) 全日本病院協会. 全日病総合医育成プログラム. 目指す医師像. 東京：公益社団法人全日本病院協会；1 Mar 2018. [cited 23 May 2018]. Available from: <https://www.ajha.or.jp/hms/sougou/2.html>
 - 14) 日本プライマリ・ケア連合学会. 病院総合医養成プログラム認定試行細則. 東京：一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会；1 Jun 2012. [revised 27 Apr 2014; cited 23 May 2018]. Available from: http://www.primary-care.or.jp/nintei_ge/pdf/generalist_saisoku0427.pdf
 - 15) 日本内科学会認定医制度審議会内科専門研修カリキュラム作成委員会. 内科専門医制度内科専門研修カリキュラム. 東京：一般社団法人日本内科学会；Feb 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2017/02/all.Internal-medicine-specialist-training-curriculum-all-the-pages.pdf
 - 16) 武岡宏明, 堀端謙, 増井信太, 他. ウェブサイトから調査した大学総合診療部門の現状. 福岡大学紀要 2017；44 (2)：81-86
 - 17) 生坂政臣. 病院総合医は地域医療をどう支えるか—大学病院の立場から—. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2013；36 (3)：207-219.
 - 18) 江口成美. 日医総研ワーキングペーパー No.260 第4回日本の医療に関する意識調査. 東京：日本医師会総合政策研究機構；17 Apr 2012. [cited 23 May 2018]. Available from: <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP260.pdf>
 - 19) 川島篤志. 病院勤務医にこそかかりつけ医マインドを！—病院勤務医による地域医療の実践とその課題—. 日内会誌 2017；106 (8)：1615-1618.
 - 20) 高山義弘. 病院に求められる地域包括ケアシステムとの連携. 在宅新療 0→100. 2017；2 (10)：901-906.
 - 21) 藤谷茂樹. ホスピタリストに必要な能力総論. Hospitalist 2013；1：39-57.
 - 22) Weingarten SR, Lloyd L, Chiou CF, et al. Do subspecialists working outside of their specialty provide less efficient and lower-quality care to hospitalized patients than do primary care physicians? Arch Intern Med 2002; 162(5):527-532.
 - 23) Lee KH, Yang Y, Yang KS, et al. Bringing generalists into the hospital: outcomes of a family medicine hospitalist model in Singapore. J Hosp Med 2001; 6(3):115-121.
 - 24) Wada M, Nishiyama D, Kawashima A, et al. Effects of Establishing a Department of General Internal Medicine on the Length of Hospitalization. Intern Med 2015; 54(17):2161-2165.
 - 25) 松村理司. 日本の病院総合医活躍の鍵. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2013；36 (2)：113-116