

概論

総合内科医登用の機運が高まる

多疾患併存の高齢患者が大半 診療科の枠を超える対応が必須

多疾患併存（マルチモビリティ）の高齢患者への対応の必要性は、在宅医療や慢性期医療の現場では長らく指摘されてきたが、ここへきて急性期医療の現場でも語られるようになっていく。その具体策の筆頭が総合内科医の活用だ。まさに「マルチ」な対応力を持つこともあって、多方面からの期待は熱い。

ポリリウムゾーンは 80代という急性期現場

総務省消防庁の「令和5年中の救急出動件数等（速報値）」によると、救急搬送患者の約6割が65歳以上とされるが、病院関係者によると、「感覚的には、それどころではない」という。年間の救急搬送受入件数が5000件を超える地域の中核急性期病院でも、「70代だと『若い』と感じる」という声が多く、むしろポリリウム層は80代、90〜100歳の患者も珍しくないというのが実感のようだ。

そこで浮上しているのが、高齢的な対応力の会得が主眼に置かれている。

湘南藤沢徳洲会病院も独自の総合診療育成プログラムを用意しているが、①包括的統合アプローチ、②一般的な健康問題に対する診療能力、③患者中心の医療・ケア、④連携重視のマネジメント、⑤地域包括ケアを含み地域嗜好アプローチ、⑥公益に資する職業規範、⑦多様な診療の場に対応する能力——という7つの資質・能力の獲得をめざしている。診療科の枠組みを超えるどころか、「一般的な健康問題」「連携重視」「地域志向アプローチ」など、病院の枠さえ超えるような視野を備えることを目的に据えているのだ。

実際の診療においても、「枠組みを超える」活動が見られる。高槻病院では、大腿骨近位部骨折の患者の主治医は、原則として総合内科の医師が務める。手術はもちろん整形外科医が担うものの、それ以外の医学管理が内科全般に及ぶケースが大半で、仮に整形外科医が主治医となれば、整形外科医

言って呼吸器内科の専門医が担当するのは違和感がある」と語る。呼吸器内科の専門医には間質性肺炎のような、専門外の医師では扱うことが難しい症例でこそ力を発揮してもらうべきで、誤嚥性肺炎はある程度の内科に関する素養があれば、十分対応できると指摘する声もある。

病院団体も総合的な診療力 備える医師育成を支援

このような状況を打開する存在として、「診療科の枠組みにとらわれない診療」を実践する総合内科医への注目度が高まっている。日本病院会や全日本病院協会では病院で腕を振るう「病院総合医」の育成プログラムを打ち出し、対応に努める病院を後押しし、日本専門医機構が認定する「総合診療専門医」についても、自治医科大学の流れをくむ地域医療振興協会が所属する医師の認定取得を後押しする検討を始めているが、いずれにおいても「内科系疾患」への診療科横断

が（専門外の）内科全般の状態管理まで行わなければならない。そのたびに他の診療科に応援を求めることになりかねない。それよりは、「手術以外は総合内科」としたほうがスムーズに治療が進むというわけだ。

課題は診療報酬上の評価 「総合負荷」をどう見るか

一方、内科系疾患の治療に対する診療報酬については、なかなか芳しい評価は得られていない。一般社団法人内科系学会社会保険連合（内保連）は10月に「令和6年度診療報酬改定 報告と提言 重症度、医療・看護必要度に関する検証結果について」を公表している。2024年度診療報酬改定では重症度、医療・看護必要度の評価項目見直しが行われているが、22年度改定と比べて、手術なしの内科系症例の負荷をどの程度反映しているかを評価したのだが、評価は厳しいとの見方を示す。

総評として「今回の改定は負荷

度の高い手術なし症例をあまり評価していなかった」とコメントしており、一例として手術なし症例の該当患者割合が21%から15%に減少したことなどを挙げる。背景の一つとしてA6（専門的な治療・処置）の変更が、必ずしも負荷度の高い内科系症例の評価につながっていないと指摘している。

これに加えて患者の生活課題への対応まで評価するとすると、そもそも「診療」報酬の対象となるのかといった議論にもなりかねない。内保連は「医療従事者の総合負荷（身体的、精神的、手技的、そして知識と判断や拘束時間から見た負担）への勘案がなされ、かつ医学的な重症度にも対応する評価が、診療報酬制度のなかでより適切に行われるための方策を策定していく」と述べているが、こうした報酬の見直しによる「増収」だけでなく、より効率的な体制による「増益」に向けた取り組みも求められる。その第一歩として、総合内科医の活用も検討する必要があると述べている。