

Hospitalist

2013年
9月創刊

今日日本に必要な
実践的“応用力”を身につけた、
真に求められる
日本型ホスピタリスト像に
迫る

●編集委員

平岡 栄治

(東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科)

八重樫 牧人

(亀田総合病院 総合診療・感染症科)

清田 雅智

(飯塚病院 総合診療科)

石山 貴章

(St. Mary's Health Center,
Hospital Medicine Department)

筒泉 貴彦

(練馬光が丘病院 総合診療科)

石丸 直人

(明石医療センター 内科)

徳田 安春

(筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター／
水戸協同病院 総合診療科)

藤谷 茂樹

(東京ベイ・浦安市川医療センター／
聖マリアンナ医科大学 救急医学)

現代社会，入院患者はますます複雑多様化し，最新の医学知識のみならず，心理面・社会面を含めた，幅広い知識とエビデンスに基づく全身管理を提供する必要があります。病院医療の中心にあって，患者のベストなアウトカムへ向け，患者・家族・コメディカルをリードし，専門科をコンダクトしていくホスピタリスト。地域医療連携を含め，リソースを最大限に有効活用できる病棟ジェネラリスト＝ホスピタリストの存在が，今求められています。

“Hospitalist”では，患者を総合的に診るために，日常臨床でホスピタリストに求められる知識・能力，ならびに専門科との真の協働を可能にする，これら知識・能力の裏付けを提示します。メインの特集は，疾患別にテーマを選び，診断のストラテジー，専門科へのコンサルトのタイミングなど，臨床の場でのものの考え方を症例ベースで解説。エビデンスに基づいた世界標準の医療を示し，豊富なりファレンスで幅広い知識を提供します。また，これらを，それぞれの地域における病院の果たす役割，状況にあわせて応用していく力，日本型ホスピタリストの真価となる“応用力”を培います。

対象読者は，ホスピタリストを志す（後期）研修医をコアとし，日本の医療を支える第一線の医師であり，これからを担う医学生です。

日本型ホスピタリストを 今,ここから発信

編集委員座談会



——(編集部) 本日は、『Hospitalist』創刊へ向けた第1回目の話し合いとなります。日本でこれから必要とされるホスピタリストや、General Internal Medicine (GIM) について、皆さんがイメージされていることを共通認識としてもてればと思います。それを踏まえて、新しい雑誌のコンセプトについて、ディスカッションしていきたいと思っています。

藤谷 | まず、『Hospitalist』を刊行しようと思った理由について私から。ここにお集まりの先生方は、それぞれの地域や病院で、ホスピタリストというコンセプトを広げていこうと努力されているわけですが、何かインパクトをもって広げていかなければならず、バラバラにやってもなかなか全国に普及しないですし、医学界にもホスピタリストという言葉が認めてもらえないのではないかと常々考えていました。

私は、現在『INTENSIVIST』の編集に携わっていますが、これは、日本集中治療教育研究会 (JSEPTIC)*¹ の活動とリンクしています。JSEPTIC ではセミナーを年に4回、雑誌で扱っ

た特集をテーマに開催しています。また、FCCS, FDM, PFCCSといった米国集中治療医学会のオフザジョブトレーニングコースを日本に輸入して、実施もしています。こうして、草の根運動をしてきたことで、各関連学会にも実績を認めていただき、我々のおかれていた状況が変わってきたわけです。このような経験と実績があったことも、この企画を進めていくうえで後押しとなりました。

世界標準の治療を日本向けにブラッシュアップ

——既存の雑誌との差別化をはかろうと考えるのではなく、日本のホスピタリストのあるべき姿を模索していくと、雑誌のかたちがはっきりしてくると思います。ホスピタリストに必要な知識、教育、考え方、そして、みなさんが日頃実践していることを併せてお話しいただければ、それが誌面になってくるように思います。

徳田 | 確かにそうですね。内科のサブスペシャリストが交代で書いているみ

志を同じくする仲間は、ここにいる方だけではなく、探せばもっといるはずです。そういう仲間を集めて、学生のうちからも読めて、研修医に喜ばれる内容の雑誌を作れば、GIMの面白さに気づいてホスピタリストを目指す人が増えていくのではないかと、あるいは若手医師も食いついてくれて、ホスピタリストの本場である欧米に行かれる先生も増えるのではないかと、思うのです。

たいな感じの、日本的な内科の色がかなり強いこれまでの雑誌や、初期研修医向けのものなら、すでにありますよね。でも、後期研修医には物足りない。八重樫 | 僕もそう思います。日本には後期研修医向けの良い教材がないので、僕はUpToDateやMKSAP*²などの英語の教材を使って教えています。

日本でジェネラリストが認知されて、患者の利益になっていくためには、エビデンスに基づいた世界標準—実質的

には米国標準ということですが—の治療ができないと駄目だろうと。それができていれば、「うちのやり方とは違うよ」と言われても理路整然と反論できるし、逆に、エビデンスのない個人的なやり方のことについても、「それはそうですね」と話せる。

僕も日本に帰ってきてから、ジェネラリストを育てる努力をこの5~6年やっているのですが、日本で勉強して、入院も外来も診ることができて、世界標準の治療を提供できるようになれるなら、別に海外に行かなくてもいいとすら思っています。しかし、現状は英語の教材しかないというのがネックです。僕のところではリーディングクラブと称して、『Pocket Medicine』を週に1回、2~3ページずつ読み進めたり、朝の回診時には、UpToDateやMKSAPから1問を提示して、ディスカッションしながら解いたりもしています。でも、やはり英語のハードルは高い。それが到達度を低くしている一因になっています。

ですから、「世界標準のGIMをここまで知っておきなさい」「エビデンスに基づくこうなっていますよ」ということを日本語で勉強できるものがあれば、それはすごくいい教材になると思います。

石山 | MKSAP レベルの内容をカバーできる日本語の教材があるといいですね。

八重樫 | MKSAP も少し細かすぎるところもあり、レベルは少し落として

もいいと思いますが、日本独自のデータはぜひ反映させたい。例えば、糖尿病患者の心血管イベントの一次予防として、低用量アスピリンは日本人では効果なしという結果^{*3}や、脳梗塞患者の脳卒中再発予防効果についても、アスピリンにシロスタゾールが劣らないという結果^{*4}が出ました。そのような、米国の教材では触れられていない知見も盛り込んでいければ、日本のジェネラリストに真に役立つ教材になる。

石山 | 米国のデータをそのまま日本にもってきても、当てはまらないことがあるのは確かですね。

八重樫 | 日本のジェネラリストを念頭におくわけですから、世界標準の治療プラスアルファを、日本に適応させたかたちで示す、というコンセプトであれば、既存の雑誌との差別化ははかれるし、すごくいいのではないかと思います。

徳田 | いわゆるスタンダードオブケアということですね。

八重樫 | そのとおりです。

徳田 | まず世界標準がある。そして、日本の最近の疫学データではこうだから、こういうところは注意しましょう、と示す。その考え方の筋道を前面に押し出して、レベルアップをはかっているといいですね。

藤谷 | そうなると、ターゲットは後期研修医以上に絞る……

徳田 | でしょうね。『INTENSIVIST』もそうですね。

八重樫 牧人



亀田総合病院総合診療・感染症科 部長

1997年弘前大学卒、亀田総合病院研修、在沖縄米国海軍病院シニアインターンを経て、東京海上N-programの紹介で2000年からニューヨークのColumbia大学関連 St. Luke's-Roosevelt 病院で内科研修、2003年からNew York 州立大学 Downstate 校で呼吸器内科研修、2005年からPittsburgh 大学病院で集中治療研修を修了し、2006年より現職。初期研修医・後期研修医を教育しつつ入院患者も外来患者も診療している。

米国で内科系サブスペシャリストの研修と内科系ジェネラリストの研修をしましたが、ジェネラリストとして後輩の育成に努めています。その理由は、日本ではジェネラルな診療ができる医師がもっと必要だと考えているからです。それが、高齢で既往疾患を多く抱える患者が多いなかで、医療経済が破綻することなく、エビデンスに基づいた医療が過不足なく提供でき、皆が幸せになれる近道です。そのためには、エビデンスに基づいた医療を幅広く学べる日本語の教材が必要で、『Hospitalist』はまさにそれになると期待しています。現在、日本でもジェネラリストの重要性がようやく広く認識されてきていますが、米国ではホスピタリストが爆発的に増加しています。米国型システムの良い点を参考にして、圧倒的にニーズが多い、入院診療を担う「大人のジェネラリスト」が、疲弊せずに臓器別専門医・家庭医と協力して、予防医療を含めた標準的な医療で、一人でも多くの国民を幸せにする。『Hospitalist』をその助けになる雑誌に育てていきたいと思っています。

*1: <http://www.jseptic.com/>

*2: MKSAPのテキストは以下の11テーマで構成されている。Cardiovascular Medicine, Dermatology, Endocrinology and Metabolism, Gastroenterology and Hepatology, General Internal Medicine, Hematology and Oncology, Infectious Disease, Nephrology, Neurology, Rheumatology, Pulmonary and Critical Care Medicine (<http://mksap.acponline.org/>より)。

*3: Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes (JPAD) Trial Investigators. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. JAMA 2008; 300: 2134-41. PMID: 18997198

*4: CSPS 2 group. Cilostazol for prevention of secondary stroke (CSPS 2): an aspirin-controlled, double-blind, randomised non-inferiority trial. Lancet Neurol 2010; 9: 959-68. PMID: 20833591

卒前教育を補う役割も／ジェネラリスト・ホスピタリストの重要性を知ってもらう

藤谷 | 日本の医学部では、ジェネラリストになるうえで知っておくべき、薬理学や行動科学についての教育が不十分です。そういった内容も誌面に盛り込んで、学生でもある程度は理解ができる項目もあると、読者層が広がって、ホスピタリストを目指す学生も増えるのではないのでしょうか。

八重樫 | 研修医だけでなく学生にもアピールして、よりいっそうジェネラリストへの窓口を広げる、というのはすごく大切だと思います。

藤谷 | USMLE^{*5}に直結した情報が日本語で書かれていて、コンセプトとして頭に入っているような状態になれば、試験を受ける際にも非常に助かるのではないかな。そのようなコンテンツがあると、優秀な学生が『Hospitalist』に飛びついて、彼らがホスピタリストになってくれるかもしれない。そうやって、どんどん仲間を増やしていけるといいなと思います。

『INTENSIVIST』は、後期研修医どころか、第一線で活躍している先生にとっても難しい内容が含まれていることがあります。『Hospitalist』では、きちんと基本的なところを読めば理解できるという感じにしていくと、読者層が広がるのではないかな。

八重樫 | 実際、ジェネラリストの需要はあるはずなのです。2003年に行われた日本の調査では、1000人当たり862人が有症状者で、307人が病院を受診するが、そのうちジェネラリストが232人をケアしている。大学病院に入院するのは1人以下(0.3人相当)でした^{*6}。それだけニーズが大きい分野だといえます。

日本は高齢化がかなり進んでいるの

で、持病の多い入院患者が増えて、管理も複雑になっています。そうすると、例えば、呼吸器内科医は肺だけ診ていればよいのではなくて、糖尿病の管理もしなくてはならないし、心筋梗塞を見逃さないよう注意しなくてはなりません。ジェネラルに診る力が、特に入院患者を診ている医師にはとても大切になってきています。

当然、医師の数も必要ですから、藤谷先生が先ほどおっしゃったように、読者の門戸を広げるということも重要だと思います。

徳田 | 卒前教育のなかで触れられてこなかった、行動科学とか臨床推論、問題解決能力などについて、この新しい雑誌が知識やスキルを提供していければ、学生のときは全部を理解できなくても、それを読んだことで成長曲線は上がっていくことが期待できると思います。

藤谷 | MKSAPには、そういった内容

を面白く取り入れていくためのいろいろなヒントが書いてありますよね。身体所見のとり方や行動科学、疫学などです。そういうものを取り入れていくと、かなり面白い内容になるのではないのでしょうか。

MKSAPが難しすぎるということであれば、USMLEのステップ1、ステップ2を土台にして、知っておかなければならない項目を解説していく。心雑音聴取時のグリップテストとかスクワットテストにどういう意味があるのかというのを解説する。面白く読んでいくうちに知識がつくようにすると、ホスピタリストは面白い、日本で本当に必要なのだ、と気づいてくれるのではないのでしょうか。

日本では、ホスピタリストは「専門家の狭間にいる医師」と誤解されている。そうではなくて「医療の中心になるべき存在」なのだということを、この『Hospitalist』を通して訴えていきたいと思っています。

読者ターゲットと内容のバランスをどうとるか

清田 | この企画を聞いたときに一番悩んだのは、どのようなコンセプトで、取りあげる範囲をどう絞る込むか、ということです。何でも入ってしまうと思ったからです。それとターゲットを初期研修医にするのか、後期研修医にするのか。そこで、当院のフェローに、「こんどHospitalistという雑誌を作るのだけど、どういう雑誌を望む?」と聞いてみたのです。すると、「『INTENSIVIST』はマニアックな内容だけど、それがいい。たぶん全部は理解できないが、困ったときにそこを読んで学べる。そこがほかの雑誌とは違う

ところだから、そういうクオリティを目指してほしい」と。

そうすると、フェローにはよいとしても、初期研修医や学生にとってはちょっとつらくなる。どちらを追うべきなのか。両方なのか。このあたりが難しいと思います。

徳田 | 難しいですね。

筒泉 | 『INTENSIVIST』と同じように、ホスピタリストにとって大事なcommon diseaseをトピックにして、最初にマニアックに後期研修医の人たちのために作り、次に学生用にUSMLEみたいな項目を作って、とい

うことになりますか？

藤谷 | それをどうしていけばいいか、みなさんの意見をお聞きしたいのです。GIM がカバーする範囲を扱うとなると膨大な領域になるので、ある程度は各専門科の先生にも協力してもらわないといけない。GIM の人たちだけでは書けない。

清田 | そうですね。

藤谷 | 海外で研修している方を含めたネットワークを作っていくと、いろいろなことができるのではないかと考えているのですが……。僕が思うに、日本のジェネラリストたちは、MKSAP のような内容は習ってきていないのではないのでしょうか。

清田 | 私もそう思います。私は visiting clinician として Mayo Clinic に行きました。USMLE を受けて留学したわけではないので、MKSAP を後になって読んでみたのですが、こういう基礎知識をずっと積み重ねている点、向こうの医師の強みなのではないかという感想をもっています。基礎知識がしっかりあるから、問題を解決していくうえでのディスカッションもかみ合ってくる。

石山 | 清田先生がおっしゃったとおりです。USMLE をステップ1、ステップ2と段階を追って勉強しているうちに、基礎医学から少しずつ臨床医学へと、知識が積み上がってくるのがわかる。振り返ってみると、ステップ1の知識のなかには要らない知識、使わない知識もありますが、時折「ああ、この知識は臨床でこういうふう生きるのか」と実感する場面に出くわします。

徳田 | USMLE は日本でいえば国家試験ですから、日本の国家試験があまり役に立っていないということですね。
清田 | 個人的にはそう思っています(笑)。

徳田 | そういう意味では、卒前教育をカバーできる項目を盛り込むのも、ホスピタリストを養成するうえで有意義なことだと思います。

石山 | USMLE ステップ2 (CK, CS) レベルであれば、たぶん日本の今の初期研修医にちょうどいいのではないのでしょうか。ただ、後期研修に入って、本当に総合内科に行きたいという人は、MKSAP くらいのレベルまでは身につけたほうがいいと思います。

徳田安春



筑波大学大学院人間総合科学研究科医学医療系 教授／筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 副センター長

1988年琉球大学卒。同年沖縄県立中部病院内科研修医、1992年沖縄県立八重山病院内科、1994年米国 Dartmouth 大学医学部 Hitchcock 医療センタークリニカルフェロー。1996年沖縄県立中部病院内科医長、2003年同内科副部長、2006年聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床疫学センター副センター長を経て、2006年より現職。

25年間総合内科をやってきました。1980年代以降の臓器別細分化の波のなかで、内科系ジェネラリストのあり方が模索され続けていたことを目撃しました。そのようななか、米国では2000年代から、内科の原点に回帰した専門科として、ホスピタリストが注目されてきています。中小病院の多い我が国では、入院患者のみならず、外来と救急、ICU も対応可能な、より守備範囲の広い日本型ホスピタリストがフィットしています。日本型のメリットは、カバーできる診断治療スペクトラムが広い医師を養成できることです。この点で明るい展望をもっています。

編集委員のコミットメントが成功の鍵

清田 | 藤谷先生にちょっとお聞きしたいのですが、『INTENSIVIST』の成功の鍵は何だったとお考えですか？ やはりクオリティの高さなののでしょうか……。

藤谷 | 編集委員のコミットメントが中途半端ではないのです。執筆依頼時には、その人が執筆者として適切かどうか下調べして、こういう内容で、こういう文献を載せて、と詳細な企画書を作ります。仕上がってきた原稿についても、そのまま掲載するのではなく内容をし

っかり吟味する。それこそ、依頼原稿だけどボツにするとかしいとか……。誰が書いても、ある程度は修正が加わる、かなり手作り感の強い雑誌です。

また、「ほかの雑誌で勉強できることは、そっちで勉強してもらえばいい」という考えを編集委員、編集協力委員の全員がもっていて、オリジナリティを大事にしています。日本語で書かれてはいますが、内容は世界で通用するものを、というコンセプトで始め

*5: <http://www.usmle.org/>

*6: Fukui T, et al. The ecology of medical care in Japan. JMAJ 2005; 48: 163-7.



石山貴章

St. Mary's Health Center, Hospital Medicine Department 所属ホスピタリスト

1997年新潟大学卒。同年、同大外科学教室入局。2002年 Washington University in St. Louis Research Fellow として渡米。St. Mary's Health Center 内科レジデンスを経て、2008年より現職。

ひょんなことから日本を飛び出し、しかも胸部外科から内科へと転身。米国でのメンターとの出会いを通して総合内科、ホスピタリストに興味をもち、現在へと至る。日本人医師としては、少し毛色の変った部類かもしれませんが。鑑別診断、病院内における急性・亜急性疾患の患者管理、患者やその家族とのコミュニケーション、そして安全な退院計画。こういった、Hospital Medicine における重要なおおのの要素、その大切さと面白さ、ひいては Hospital Medicine の醍醐味を、母国日本の、特に若い医師の皆さんに伝えていきたい、と日々考えています。自身を含めた、日本版『本物の』ホスピタリストの育成が目標。

て、3~4年で1サイクルにしようと言っていたのですが、まだそれが終わらない……。

清田 | まだネタがあるのですか？

藤谷 | まだまだネタが尽きないという状況です。将来的には『INTENSIVIST』すべての号を集めれば教科書になる、そういった考えでやっています。

やはり、同じ目標に向かったぶれないコミットメントと、その情熱が読者に伝わったのではないかとと思っています。

清田 | 『INTENSIVIST』というのは、まさに『ハリソン物語』*7を地で行く雑誌なのですね。

米国のホスピタリストをとりまく状況／『Hospitalist』というタイトル

——病院におけるホスピタリストの位置づけは、日本ではどうなっていくのでしょうか？

藤谷 | インテンシヴィストの場合、日本ではサブスペシャリティとしてまだ認められていませんが、米国の場合は明確です。集中治療を志す研修医は、内科を修了してから Pulmonary and Critical Care フェローシップに進むことが多いです。外科や麻酔科から Critical Care フェローシップに行く人もいますが、ほとんどの場合、ベースは内科。みんな相当な内科的知識を身に付けたいので、インテンシヴィストとなっています。日本の場合は、麻酔科が7割、ERが3割、というような感じで、内科ベースはほとんどいない。ホスピタリストであっても同様で、米国ではある程度の人工呼吸管理なら行える知識と技術を習います。

石山 | そうですね。3年間のレジデンスの間にすべて習います。

藤谷 | 本来は、そういったホスピタリストを養成していくことが必要なのですが、日本ではホスピタリストに対する周りの見方が違うので、それが障害になっています。

徳田 | うちのサブスペシャリティのフェローは、みんな『INTENSIVIST』を読んでいます。例えば、循環器内科のフェローが「急性心不全」の号を読んでいて、腎臓内科のフェローが「AKI」の号を読んでいる。『Hospitalist』もそういう感じになったらいいですけどね。

清田 | そうですね。そのためにも、クオリティコントロールをしっかりとすることが不可欠です。「GIM というのはい」という言われ方をされることがよくあります。事実、そういう人もいます。それはたぶん、クオリティのコントロールされたトレーニングを受ける機会が少なかった、そういう指導医が少なかった、ということに1つの要因があると思います。

石山 | 米国でもピンからキリまでいて、本当にゲートキーパーだけのホスピタリストもいます。

八重樫 | 僕は、ホスピタリストという言葉を使ううえで気がかりな点があります。1つは、本来、ホスピタリストは外来患者を診ないというところ。

石山 | ええ、米国では外来は診ないですね。

八重樫 | 外来診療ができないのでは、ジェネラリストとして弱い。これから、以前だったら入院させていた軽症の患者を外来で治療、検査するという例がどんどん増えていくはずですが、もちろん、ICUで肺炎球菌性肺炎の挿管、敗血症性ショックの患者を診るのもすごく大切ですが、いちばんいいのは、患者が肺炎球菌ワクチンを打っていて、予防できて、もう肺炎自体が起こらないか、軽症で済んで、外来で治療ができてしまう、ということです。

ですから、外来ができて退院後のケアもできるというのがジェネラリストの強みだと思うのです。外来がで

い教え子を作るつもりもない。『Hospitalist』では、米国型ホスピタリストのように入院診療に特化した医師も、外来も診る総合内科 GIM の医師も、入院患者をジェネラルに診る人を応援するというようなスタンスがいいのではないのでしょうか。

もう1つ、これは僕の偏見かもしれませんが、米国のホスピタリストは普通の内科の先生よりも教育に携わっているパーセンテージは低いのかなと……。

石山 | 今はそうでもなくて、ホスピタリストが中心になって教育システムにかかわっている病院が増えています。Yale大学^{*8}やUCSF^{*9}などからは、ホスピタリストグループによる新しいティーチングスタイルでやったほうが有意差をもって満足度が高かった、というデータが出ています。うちの病院はハイブリッドで、ホスピタリストグループと内科のレジデンシープログラムが協力しあって、ホスピタリストが各グループを受けもって、ティーチンググループで教育をしています。Washington大学からうちに見学に来ていましたし、大学でもそういう教育システムに切り替えるところが出てきてい

ます。

八重樫 | そういうふうに教育を担っていただけるのだといいと思います。僕がSt. Luke's-Roosevelt Hospitalで研修を受けたのが、2000年から2003年で、そのときのホスピタリストは、教育には一切かわらずにシフトワークで病棟を回す、という感じだったので、そのイメージが残っていました。

藤谷 | 先生がおっしゃることもよくわかります。コンセプト的にはGIMのレジデンシープログラムで教えるような内容がいいと思うのですが、雑誌のタイトルが『GIM』となると、あまりインパクトが強くなって、たぶん読者の食いつきが悪いのではないかと思います。

徳田 | 米国のホスピタリスト界は、この5~10年で急激に変わりました。米国にはSGIM (Society of General Internal Medicine)^{*10}とSHM (Society of Hospital Medicine)^{*11}という学会があります。今やSHMのEditorial Boardには錚々たるメンバーがそろっていて、内科学の教科書を書いている人たちがみんな入っているという感じですよ。

清田雅智



飯塚病院総合診療科 診療部長

1995年長崎大学卒。同年飯塚病院初期研修、1999年同院総合診療科。2005年に Visiting clinician in division of Infectious diseases, Mayo Clinic MN。2010年より現職。

総 合診療科医として18年の診療を行ってきたが、この仕事の延長上には分化の必要があると考えようになった。最初の15年くらいは重症患者のケアを含む、ER-HCU-病棟の診療を中心に活動していたが、ここ数年、徐々に外来や地域という視点での診療へと、自身の立ち位置の変遷が起きている。自身のそれまでの仕事を引き継ぐ役割として、ホスピタリストという存在の必要性を感じている。また、当院と提携がある University of Pittsburgh Medical Centerのホスピタリストとの出会いがあり、意気投合したこともある。将来の総合診療科は、緩やかに外来中心の医師と入院中心の医師に分化していかないと、専門医も含めた医師の疲弊をまねき、医療の質を担保できなくなるのではないかと漠然とした危機感をもっている。

日本型ホスピタリストは外来も診る

徳田 | 日本の病院の8~9割は中小規模なので、ホスピタリストといっても、米国と違って外来をやらないわけにはいかない。実は、そのほうが我々にとって楽しいのです。初診時からかわって、自分で入院させて、退院させたあと自分フォローして、予防にもっていくというのは、教育的にもいいと思います。米国よりいいモデルができるかもしれません。

藤谷 | 外来も診るホスピタリスト……日本型のホスピタリストは米国型とは違うということを、最初にきちんと示しておけば、この『Hospitalist』では外来診療も教えるのだということで、読者には納得してもらえるように思います。

石山 | 古き良きGIMの先生方は朝早く来て、病院の患者をまず診て、指示を出して、それから自分のオフィスに戻る。今でもそうやっている方はいら

^{*7}: 小冊子「ハリソン物語」をご希望の方にもれなく差し上げます。弊社ホームページお問い合わせフォームよりお申し込みください。

^{*8}: Kulaga ME. The positive impact of initiation of hospitalist clinician educators. J Gen Intern Med 2004; 19: 293-301. PMID: 15061737

^{*9}: Hauer KE. Effects of hospitalist attending physicians on trainee satisfaction with teaching and with internal medicine rotations. Arch Intern Med 2004; 164: 1866-71. PMID: 15451761

^{*10}: <http://www.sgim.org/>

^{*11}: <http://www.hospitalmedicine.org/>



筒泉貴彦

練馬光が丘病院 内科レジデントプログラムディレクター

2004年神戸大学卒。同年、同大内科初期研修医。2006年淀川キリスト教病院循環器内科フェロー、2008年神戸大学医学部附属病院総合診療部フェロー。2009年からのHawaii大学内科レジデントプログラム研修を経て、2012年より現職。

医療の細分化の弊害として、患者全体の病態を把握できる医師が減少しています。それに伴い、自分の得意な臓器や病態以外は手を出さない医師が増加しており、結果として、患者のニーズに応えることができていない現状があります。ホスピタリストのゴールは、内科領域全分野における標準医療の提供ができることにあると考えます。今後、我々の活動が日本の医療の活性化につながっていくことを信じてやみません。

っしゃるのですが、病院側からすると、何か起きたときに病棟にいてくれないと不安なので、ホスピタリストとして医師を雇うわけです。しかし、米国でもホスピタリストは「病院のために働く医師」という定義づけですから、この定義からすれば、外来をやってくれという病院の求めにホスピタリストが応じることは、全然おかしくないと思います。

清田 | 個人的には、これからはGroup Practiceの時代だと思っていて、今日

は私が外来をやるから入院はあなたたちが、というようにチームで取り組むようにしないと、1人で全部はできませんから。日本では、まだ1人の医師が1人の患者を診るという考え方が根強い。そこは変えていかないといけない。

石山 | そうですね。それは直していかないと。

清田 | 主治医としての責任感が強いという面ではいいのですが、やっぱり全部を抱え込むとつらくなっていく。

徳田 | そうすると、日本の総合診療専門医構想では、家庭医とごっちゃになっていますが、Family MedicineはFamily Medicineの本を読んでくれということになるわけですか？

藤谷 | いや、家庭医でも興味がある人

は、この雑誌を読むでしょう。そのごっちゃになっている両者の違いをわかってもらうための雑誌でもあります。さらに言えば、お互いが協力していくうえでもいい。

徳田 | そうですね。来る者は拒まずの精神で、壁を作らないように気をつけないといけませんね。

石山 | そこは『INTENSIVIST』と同じかたちでいいのではないですか。興味がある人には読んでもらえるような。我々としては、理想的な日本型ホスピタリストをこういうかたちにもっていききたいというのを発信していければ、それでいいように思います。

徳田 | そうすると、既存の雑誌との差別化もできますよね。

日本のデータを取り入れる／エビデンスに基づく姿勢を徹底させる

藤谷 | 先ほども少し話が出ましたが、世界標準の治療を解説するといっても、海外で得られた知見をそのまま載せるのではなく、日本の臨床に即した薬の名前やデータなどを提示できると、みんなものすごく興味を抱いてくれるのではないのでしょうか。

徳田 | そうですね。例えば、日本ではハンプという薬を使いますが、米国では使いません。

石山 | もう使わないですね。

徳田 | そこでハンプを使わない治療について日本向けに書くとなると、参考文献を40～50本挙げて、理論的に、エビデンス的にオーバーカムしないといけない。

八重樫 | 逆に、そういうことがわかりやすく日本語で書かれていれば、それを読んだ先生が、今までのやり方を変えていく助けになる。

徳田 | そうですね。しかも日本の医療

費が圧迫されている。

八重樫 | 日本にはエビデンスがない薬はいろいろあります。そういうものを、この雑誌の立場として批判するかどうか。

石山 | 批判しなくてもいいのではないですか。

徳田 | 批判はせずに、淡々とスタンダードオブケアはこうです、と述べておけばよい。

藤谷 | 時には、プロコンでディベートをさせて、お互いに自分たちのもっているエビデンスをしっかりと把握できるようすれば、教育効果があるように思います。

八重樫 | すばらしいアイデアです。さすが『INTENSIVIST』での蓄積がありますね。

石山 | 先ほどのアスピリンの話のように、米国ではこれが標準だけれども、日本ではこういうスタディがあるので

日本型ホスピタリストを
今,ここから発信

必要ないかもしれない、という逆のパターンも載せていくと面白いかもしれないですね。

徳田 | 加えて、検査の適合性についても吟味していければと。例えば、日本の内分泌科医は SIADH (抗利尿ホルモン分泌異常症候群) の診断で ADH (抗利尿ホルモン) をはかりますが、米国でははかりません。あるいは、サルコイドーシスを疑って血清の ACE (アンギオテンシン変換酵素) 値をは

かるのは意味がないのに、日本では当たり前のように行われています。人間ドックもそうですが、無用な検査が行っています。

清田 | エビデンスを知ったうえで、最後は治療する者が自ら選べばいいのですが、選ぶ側が選ぶ根拠を知らないままです。また、そのための情報が提供されていないのも問題だと思います。

平岡栄治



東京ベイ・浦安市川医療センター総合内科部長、神戸大学附属病院総合内科 非常勤講師

1992 年神戸大学卒。同年同大内科、三菱神戸病院、兵庫県立淡路病院で研修。神戸大学大学院医学研究科 (循環器内科学)、公立豊岡病院循環器内科を経て、2001 年 Hawaii 大学内科レジデント。帰国後、2004 年神戸大学総合内科、2010 年神戸大学大学院医学研究科地域社会医学・健康科学講座を経て、2012 年より現職。

も とも循環器を専門に診療してきましたが、2001 年に、米国にて内科レジデントプログラム研修を行い、改めて総合内科の奥深さ、ならびに教育の重要性を再認識しました。それ以来、総合内科医、特に病院総合内科医として、教育と診療にあたっています。病院総合内科医は外来、一般病棟、集中治療室にて患者のケアにあたるため、非常に広範囲の知識、スキルが必要です。日本の医療を発展させるには総合内科教育が不可欠です。この『Hospitalist』を、日本の病院総合内科医の発展に役立つものとしたと考えています。

新時代のロールモデルを構築する

藤谷 | ホスピタリストのコンセプトや、海外で実施されている GIM トレーニングを日本に取り入れていくにあたっては、ER と GIM と ICU が基本骨格になるということを確認しておかないといけない、と僕は日頃思っています。

清田 | 入口と出口の関係を考えると重要ですね。

藤谷 | 日本では GIM の人たちが ER もやらないといけない、重症患者を診ないといけない、でも、おいしいところはスペシャリストがもってってしまう、というところに、日本でホスピタリストを目指す人が少ない理由があるのではないかと思います。ER は ER で窓口をしっかりともらい、GIM と ICU で病床を回していくというような仕組みを作っていけば、たぶん日本の医療経済のサイクルも改善されていくと想像します。

八重樫 | おっしゃるとおりです。

藤谷 | 『Hospitalist』でコンセプトを日本全国に普及させて、そのロールモデルになる施設をいくつか作って実践していければ、国も政策を立てやすくなるでしょうし、古いやり方をしている病院は淘汰されていくでしょう。

八重樫 | ジェネラリストでだいたいの医療をまかなうモデルを作らないと、日本の多くの病院は存続すら危うい状況にあります。

藤谷 | かなり多くの病院がそうです。

石山 | やはり不要な入院が多すぎますよね。入院自体も長すぎる気がします。

藤谷 | うちの総合内科の平均在院日数は 5.4 日です。ものすごい勢いで病床を回転させています。

石山 | もちろん、米国みたいに経営優先になりすぎて、「あなた、患者を診ているのかい」と言いたくなるようになってしまっただけは元も子もありませんが、それでも日本は入院に医療費をかけすぎているのが目に見えてわかりますものね。

——『Hospitalist』で日本の医療を変えましょう…… (拍手)。

具体的な誌面づくりについて

——コンセプトはだいたいみんな一致していると思います。それをどう構成にしていかがが難しい。具体的な誌面づくりについて、もう少し突っ込

んでお話しいただけますか。

八重樫 | 『Hospitalist』がカバーしなくてはならない領域の広さを考えると、例えば「急性心筋梗塞」だけで 1 号と



石丸直人

明石医療センター 内科医長

2001年筑波大学卒。同年大田病院内科、2006年筑波メディカルセンター病院地域医療コース専修医、2009年筑波大学附属病院総合臨床教育センター病院講師を経て、2012年より現職。

専門医不在、勤務医の疲労、医療崩壊が各地で叫ばれているが、地域で起こる健康問題の多くは、訓練されたホスピタリスト、家庭医で対応が可能であり、必要時には遅滞なく各科専門医へ紹介することが必要である。地域におけるプライマリケアの実践には、確定診断されていない症候・症状・健康問題をもつ患者への、包括的な診療・健康増進・疾病予防・健康維持・カウンセリング・患者教育・家族のケア・心理社会的問題への対応・医療福祉連携といった能力が必要である。地域医療を見据えたホスピタリスト養成が必要である、と感じている。

いうペースでは無理で、「循環器」とか「呼吸器」とか、それくらいの括りにしないと終わらない。そうやっても、MKSAPにならば11ネタですから、3年かかってしまいます。

藤谷 | MKSAPのように、例えば「消化器疾患」で1冊にするということになると、そのなかには便秘や下痢からGERD（胃食道逆流症）、感染症、出血、

癌まで幅広く含まれるので、それぞれの内容がかなり貧弱になってしまいます。『INTENSIVIST』なら1冊まるごと「急性肺炎」でもよいですが、GIM領域は広範囲なので、全部をカバーするとなると、書き手が伝えたいことの3分の1も書けないということが起こってしまいます。

石山 | 各分野をどれくらい深く掘り下げるかというのは、確かに難しい問題だと思います。あまりに掘り下げすぎると、今度はプラクティカルではなくなってしまいますから。

八重樫 | 専門家だけが知っておけばいいことに重心が偏ってしまうこともよくあるので、そこは特集のエディターや編集委員のほうで、バランスをとってやっていかなくてはいけない、難しいですけど……。

藤谷 | あと、日本人だけで書いていると偏りが出てくるかもしれないので、外国人にも執筆してもらう、あるいは編集協力委員として参加してもらい、より広い視点に立てればと思っています。

それから、USMLE ステップ1、2などについては、学生に執筆に参加してもらう、などということもいずれ考えたいですね。キャリアパスのスタートは学生ですし。

——では『Hospitalist』全体の枠組み、あるいは、柱にあたる部分はどうかたち作っていくのがよいでしょうか……。

徳田 | 『INTENSIVIST』は、疾患を1つの切り口にしていますね。集中治療領域でよくみられる疾患を1つテーマに取り上げて、それについていろいろな角度から斬っていくというようなスタイルです。『Hospitalist』に関してはかなり領域が広いので、そのへんのバランスをどうとっていくか。

——総合診療能力を高めるためには、

基礎と臨床を、縦糸と横糸として織っていかねばいけないのだろうと。

筒泉 | 実際、『INTENSIVIST』のように、2～3年で1サイクルというふうに考えるとしたら、疾患別でいっても、ちょっと詰め込めば3年でカバーできると思うのですが、実際どれほど網羅できるのかはまだ見えてきません。例えば、循環器について、USMLEのステップ1、ステップ2 CK、MKSAPにあたるものを1冊で全部やるとなると、とてつもないボリュームになってしまう。かといって、ステップ1、ステップ2のなかで大事なもののだけ少し入れるとなったら、それはただのさわりになってしまうし、浅すぎると思います。

徳田 | ですよね。MKSAPは各章も膨大な量ですから。

石山 | 僕も、欲張ってカバーしようとすると、ただ幅広くなってしまって内容が薄れてしまう気がします。

清田 | Q&A形式にするのですか？

藤谷 | いや、クイズ形式ではなくて、レビュー的なものがよいと思います。問題の一部を抜き出してその解説をする。循環器特集だったら、循環器の項目をピックアップしておいてもらって、例えば行動科学で必要な終末期の対応などについて解説してもらおうというような感じでどうでしょう。

石山 | 新しいMKSAPでは、Hospital Medicineに関連しているところは青字になっていて“H”という印がついています。そういうふうに、「ここまではUSMLEとして普通レベルですよ」「ここを押さえておけばいいですよ」ということが明示されるといいかもしれないですね。

創刊号のテーマはどうするか／ どういう切り口でいくか

——最初の号で何を出すかというのが、その雑誌の性格を明確にしたいと思います。

清田 | 私は、最初は「身体診察」がいいと思っています。

石山 | それは面白いですね。

清田 | いかにもという感じがするでしょう？

八重樫 | 特集テーマは「感染症」という切り口でもいいのかなと思います。もし、「循環器」特集というふうにするのであれば胸痛とか、感染症だったなら不明熱のワークアップとかを、特集記事とは別枠で入れるというのはどうでしょうか。

石山 | 毎号、1章として何ページか割り当てるといえることですね。

八重樫 | ええ。そうしたほうが、先ほど縦糸、横糸の話がありましたが、今後ゲストエディターを頼む際にも説明しやすいと思ったのですが……。

清田 | 縦糸としては、やっぱり診療科というのは1つの切り口として出しておいたほうがわかりいいという、そういう考えですね。

藤谷 | 確かに、ゲストエディターを誰にするかというのは非常に大きな課題。ゲストエディターには雑誌のコンセプトをわかっていてもらわないといけないのですが、この『Hospitalist』のコンセプトはまだ流動的ですね。そうすると、しばらくは編集委員が持ち回りで担当して、コンセプトを作り上げて、それから徐々にゲストエディターに振っていくというふうにしていかないと、軸がぶれてしまいそうです。

清田 | 最初は首が絞まることはよくわかっています(笑)。でも、それくらい

しないと、よいものができないですよ。

——仮に「身体診察」を創刊号のテーマとしたときに、どういう構成になるのでしょうか？

清田 | 最初に「身体診察」を取り上げてしまうと、読者は「では第2号は何だろう」と戸惑うかもしれません。その軸をどうするかがけっこう難しいけれども、わかりやすい軸にしておかないと、先の展開が見えにくいのではないかと思います。ただ、いきなりスペシフィックな疾患を取り上げるよりは、カバーする範囲はここのだ、ということが見えるものにしたい方がいい。

石山 | 身体診察ということであれば、History and Physical Examinationから始めるというのも1つのやり方だと思います。米国でもそこからみっちり仕込まれますので。

Review of Systemsなど、やっぱり日本は弱いですね。Review of Systemsをまったくとっていなかったりする。そういうものの概念からきちんと書いてあげるといっても、大事かもしれません。MKSAPではそういうところは触れないですけれども。

八重樫 | 向こうでは、できて当たり前と考えているのでしょうか。

石山 | 例えば失神の診断は、ほとんどHistory and Physicalで勝負がついてしまう。Review of Systemsというのは非常に大事で、そういうものが日本ではしっかりトレーニングされていないのではないかと気がしています。

清田 | どういうトレーニングを受けるかは、運がありますね。どういう指導医についたかということに左右されます。

石山 | 逆にそういうことをきっちりトレーニングされると、そのような患者が来ると楽しくて仕方がない。がっちり聞き出そうと、ワクワクしながら臨みます。そういう面白さを伝えられたらいい。面白くなってくると、家族に電話したり前の病院に問い合わせたりするのが苦ではなくなってくる。何か手掛かりを見つけてやろう、という感じになってくる。言われたからやるのではなくて、そういう面白さを伝えられるような雑誌になるといいと思います。

平岡 | どうも、遅くなりましてすみません。

先日、『Medical Clinics of North America』を見たのですが、あれも『INTENSIVIST』みたいに、何かのテーマでレビューしているという感じでした。

藤谷 | そのレビュー集のなかに、伝えたい内容を盛り込むということが大切で、海外のエビデンスがもちろん中心になりますが、日本のデータも載せて、海外のデータが直接使えないこともある、といったことにも踏み込む。日本で昔は頻繁に使われていた薬などに関しては、プロコンディバートで、お互いのいい部分を引き出してあげるような工夫をしたり、海外のそういったレビュー雑誌とは少し違うおもむきでやっていきたい、という話が先ほど出されました。また、後期研修医をメインのターゲットにしたいので、MKSAPをたたき台にはしますが、問題形式ではなく、コラム的に重要ポイントを解説する、という案が出ています。

第1号は現病歴と既往歴、身体所見のとり方とか、そういうものにしてはどうかという話になっています。縦糸と横糸を考えて、きちんとした軸を作っておいて、その流れで第1号を作っ



藤谷茂樹

聖マリアンナ医科大学救急医学 臨床教授／
東京ベイ・浦安市川医療センター センター長
1990 年自治医科大学卒。同年島根県立中央病院外科，1999 年自治医科大学附属病院総合診療部。2000 年 Hawaii 大学内科研修，2003 年 Pittsburgh 大学集中治療学フェロー，2005 年 UCLA-VA 感染症フェロー。帰国後の 2007 年聖マリアンナ医科大学救急医学教室講師，2008 年同大救命救急センター副センター長，2010 年同大救急医学教室准教授を経て，2012 年より現職。

全人的な医療を行うために，病院総合医（ホスピタリスト）は今後急速に脚光を浴びてくるであろう。新専門医制度を控え，ジェネラリストの育成が注目されていることは，本誌の刊行に際して追い風となっている。しかしながら，実際に現場レベルで病院勤務をしている内科医師にとって，日本の医療に即した教科書的な書籍が存在しないのも事実である。9 年間島根県の地域医療に携わり，中小規模の病院や地域病院での医師不足と，ジェネラリストの育成の重要性は身をもって実感してきた。その経験や海外留学の経験を生かし，海外で実際に軌道に乗っているホスピタリストというコンセプトを，是非日本でも普及させていきたいと思うようになった。5 年前に立ち上げた、『Hospitalist』の姉妹バージョンである『INTENSIVIST』について，私は重症患者のジェネラリスト育成のためという位置づけをしている。プロのホスピタリストとして活躍するためには，集中治療の基礎的な知識や技術，一般病棟患者管理，外来管理（継続外来ではない），そして，院内・院外のリソースの有効利用，という病院の中央部門のリーダーとして活躍できる資質が必要になる。どのようにホスピタリストを育成していくか，課題や問題は山積しているが，この『Hospitalist』では，四半世紀の私の医療に対しての熱い想いを語り，是非仲間とともにプロのホスピタリストの立ち位置を確立させたい。

ていかないとぶれてしまいます。

石山 | 現病歴と既往歴，身体所見というと，米国では学生レベル，少なくとも USMLE レベルですね。それでいいのかどうか，悩むところです。

藤谷 | インテンシヴィストも身体診察は，やっぱり弱い。後期研修でも全然習っていないので，そこから教えないといけないというのが現状です。

徳田 | うちも，外部から来ている人たちはできないですね。うちで育てている人たちはしょっちゅうやっているから，それがカルチャーになっているのですが。

藤谷 | 八重樫先生のところは，みんなできますよね。

八重樫 | それなりに。でも，うちの総合診療科では，後期研修医はだいたい外部から来るので，4～5 月はローテーションには出さずに教えています。もちろん，2 か月で十分かというところ，全然足りなくて，見逃していた所見を回診で拾うというのはざらにあります

し……。

平岡 | うちでも，まったく同じ状況です（笑）。

藤谷 | そうなると，『Hospitalist』としては，そういったものが最初に必要なのかもしれないですね。そこに Review of Systems とか，そのあたりを入れて，我々はこういったものを目指すのだということを掲げれば，インパクトは出ますよね。

——それを第 1 号としてもいいのかなという気もします。私たちの考えるところのホスピタリストはこれです，ということは，やはり第 1 号で提示すべきでしょうから。

平岡 | なるほど。

八重樫 | 確かに，ホスピタリストとは何ぞやということは絶対必要ですね。

徳田 | きょうしゃべったことを，そのまま記事にしてもいい。ただ，私の爆弾発言は削除してもらいますけど（笑）。

SHM の Core Competencies も示唆に富む

石山 | きょう，この会議の前に徳田先生と話をしていた盛り上がりましたよね。例の ABG（動脈血ガス）の話。

徳田 | 私が沖縄にいたときは，胸水の pH はそのままガス分析に入れていたのですよ。それを筑波でやろうとしたら怒られて……。

藤谷 | 怒られますよ。

徳田 | 詰まると言うのですよ。

石山 | きょう，何気なく臍胸の話をしたときに，レジデントに「pH をとるのが大事なので，ABG でとるといいですね」と言ったら，その話になりました。米国では ABG でとらないと，ちゃんとした pH が出てこないという教

育を受けます。

徳田 | そういところをディスカッションしたいのです。さっきの ADH もそうですけれども。

あと，MKSAP だけだと，どうしても「心疾患」とか「内分泌疾患」という各論だけになるので，SHM の Core Competencies が参考になると思います。セクション 1，セクション 2，セクション 3 とあって，セクション 1 が Clinical Conditions で疾患のリスト，セクション 2 が Procedures で，セクション 3 が Healthcare Systems — System-based Practice みたいなもの——です。

どういう Knowledge が必要か, どういう Skill を身につけなければいけないか, どういう Attitude が無いといけないか, いわばカリキュラムとなるものが書いてあります。このセクション3 (表) というのは, いかにもホスピタリストとかジェネラリストが得意な分野です。こういう切り口もあるのかなと。

藤谷 | 以前, 『INTENSIVIST』で, Branch 先生にイギリスの終末期医療について書いてもらった^{*12} のですが, かなり面白い内容になっていました。そういったコメントを彼らが寄せてくれることで, 文化の違いが読者に伝わる。そのようなディスカッションを

『Hospitalist』でもやっていきたい。

徳田 | そうですね。外国人が日本語の論文をレビューするのは無理でしょうから, そのトピックについて特別に寄稿してもらうというのはいい方法だと思います。

藤谷 | 第1号はどうしましょう?

石山 | SHM の Core Competencies のセクション3だけでもよさそうな感じですね。

藤谷 | 「急性冠症候群」とか「AKI」とか, セクション1は『INTENSIVIST』で取りあげた項目が並んでいますね。——読者層と目指す姿が違うのであれば, 内容はおのずと違ってきますし, 触れなくてはいけない部分というのは

どうしても重なってきってしまうと思うので, 『INTENSIVIST』とテーマが似ていても, あまり気にしないでいいのではないかと思います。

徳田 | セクション2は外して……。

石山 | セクション3は大事なのですが, ちょっと面白みはないというか。連載とかで扱えばいいような気がします。

清田 | 現場が欲しいのはもうちょっと各論的なものでしょうか。

徳田 | このなかでも各論になるものと総論になるものがありますね。Quality Improvement, Risk Management というのは総論ですかね。

石山 | Leadership, これは実は非常に大事です。

表 SHM の Core Competencies より

Section 3 : Healthcare Systems
Care of the Elderly Patient
Care of Vulnerable Populations
Communication
Diagnostic Decision Making
Drug Safety, Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology
Equitable Allocation of Resources
Evidence Based Medicine
Hospitalist as Consultant
Hospitalist as Teacher
Information Management
Leadership
Management Practices
Nutrition and the Hospitalized Patient
Palliative Care
Patient Education
Patient Handoff
Patient Safety
Practice Based Learning and Improvement
Prevention of Healthcare Associated Infections and Antimicrobial Resistance
Professionalism and Medical Ethics
Quality Improvement
Risk Management
Team Approach and Multidisciplinary Care
Transitions of Care

http://www.hospitalmedicine.org/Content/NavigationMenu/Education/CoreCurriculum/Core_Competencies.htm より作成

学校では教えない医学教育／コミュニケーションとリーダーシップはホスピタリストの必修科目

——リーダーシップはどうやって教えているのですか?

石山 | やっぱりオンザジョブというか……。米国では従来, 医師が指示を書いて, 看護師はそれを見てただ実行するだけなのです。特に, もともとオフィスでやってらっしゃったプライマリケアの医師は, 朝来て患者を診て, カルテに処方とかを書いて, 棚に戻して, あとでそれを看護師が見て, というようにバラバラに動いているのですよね。

しかし, ホスピタリストがチームを引っ張っていくときにそれではいけないということを, 僕は口を酸っぱくしてレジデントたちに言っています。まず, 看護師と一緒に患者を診に行くこと。それができなくても, 必ず受け持ちの看護師とコミュニケーションをとって, こういう方針にしているから, こういうオーダーを出した, と説明する。そうしないと, どうしてもミスが起こる。それがリーダーシップのとり

方を学ぶことにつながるのではないかと考えています。サル山のボスみたいに, 頂点に立って命令を出していく, というリーダーシップではなくて, チームをどっちに引っ張っていくのかを決めていくような, そういうリーダーシップです。

平岡 | 病院には看護師だけでなく, 臨床工学技士もいるし, 理学療法士もいるし, いろいろな職種の人があります。それを僕らが中心になって引っ張っていかないといけないわけです。

石山 | そのとおりです。

平岡 | コミュニケーションやリーダーシップの教育については, うちも非常に困っているのです。もう, ほんとにみんな苦勞しています。

徳田 | 悩むのはそこですね。

平岡 | Knowledge のところはいちばん簡単なのです。教えるのも簡単, 身

^{*12}: Intensivist 2012; 1: 56-64.

につけるのも簡単。しかしコミュニケーションとかリーダーシップは、学ぶのがすごく難しいですね。

石山 | トータルでの勝負ですからね。単なる知識だけではない。

徳田 | 各科とどう仲良くやっていくか、看護師さんとどう仲良くやっていくか。

石山 | 言うべきところは言うけれども、引くところは引かなければいけないとか、相手との距離感が大事になります。

平岡 | そう、距離感です。家族との距離感、コンサルタントとの距離感。どんな役割を相手に果たしてほしいのかというコントロール、やり方ですよ。

石山 | はい、そういうのは残念ながら教科書だけでは学べない。オンザジョブトレーニングでやっていくしかありません。

徳田 | コミュニケーションスキルとかリーダーシップとかは、卒前教育では教えないところですからね。

平岡 | それが大事だということに気づいてないのです、教えるほうも、学ぶほうも。

徳田 | そうそう。

平岡 | 僕らはどうしても「そんなこともできないの?」と思いがちなのですが、実は教えてあげなければいけないことなのです。

石山 | しつげに近いものがある(笑)。

平岡 | 実は総合内科医の得意にしているのは、患者全体像のアセスメントと、たぶんコミュニケーションとリーダーシップだと思います。だから、オーケストラの指揮者。ピアニストやヴァイオリニストとうまくコミュニケーションをとって、彼らの能力を引き出していくという感じですね。

石山 | 米国だとフットボールのクォーターバックにたとえますよね。おまえがゲームを作るのだ、そういう感じって言われます。

ではなくて、積極的に取りあげていきたいトピックです。

藤谷 | 医学部とか、そういうところに宣伝をしていくと、共感を得られるかもしれないですね。

平岡 | 第1号に「身体診察」も入れるのですか?

石山 | 身体診察というよりも、History and Physicalのとり方というか、ステップ2CSで出てくるような、Review of Systemsとかを取りあげる。

徳田 | まず最初にHistory and Physicalのベーシックをバンと出す。それはティーチングとも絡んできますね。

八重樫 | 後期研修医の立場から見たら、それは入りやすいところ。僕らはそこらへんが重要だということを現場で指導医としてわかっているの。例えばこういうふうにやったら、こういうふうによくなったとか、そういう具体例から始めたり、あるいは失敗例から始めたりとか、わかりやすい形式で伝えることが大切ですね。

藤谷 | 創刊号は、もしかすると最初は手にとらないかもしれない。2号、3号と続くなかで、読者に『Hospitalist』のコンセプトがしっかりと伝わっていけば、逆に1号に戻って、「ああ、なるほど、こういうコンセプトでやっているのだ」ということになるような気がします。

清田 | そして売れるわけですよ(笑)。

——さて、そろそろ時間となりました。きょうは皆さん、お忙しいところありがとうございました。

創刊号は「ホスピタリスト宣言」

——そろそろ終わりの時間が近づいてきました。

藤谷 | では皆さん、第1号はホスピタリストのコンセプトを示すということで、重要なポイントをピックアップして、今までと違う流れでいくのだということを前面に押し出していく。そこに、第2号からは第1号の内容を組み込んでいく、というアナウンスも入れておけば、この雑誌が目指すところがわかってもらえて、なおかつ今後どう展開されていくのか読者も想像しやすいと思うのですが、いかがですか。

清田 | それが非常にいいような気がしますね。いきなりKnowledgeのところにはかないというのはいいかもしれないですね。

石山 | カッコいいですね。

清田 | でも、これは我々が大事にしていることなのだという、そこだけはちゃんとしたい。

石山 | まず背骨をボンと。

清田 | では、やっぱりリーダーシップとコミュニケーションは外せない。しかも、そういうものをいきなりバツと出すというのは、確かにほかの雑誌であまり見ないですね。コラムとかでちょこちょこ書くのはあるでしょうけど。

徳田 | コミュニケーション、リーダーシップ、あとマネジメントも大事ですよ。

石山 | それにティーチャーとしての働きも大事です。

平岡 | 倫理の問題とかは、第1号だけ

Hospitalist専用Webサイト
—hospitalist.jp—公開予定!

- 著名講師によるHospitalistの講演
 - 大リーガー講師による各種講演
- その他、ホスピタリストのためのコンテンツを配信していく予定です。

第1号

ホスピタリスト
宣言

編集責任●平岡 栄治
八重樫 牧人

第1号では、“ホスピタリスト宣言”と銘打って、日本における病院医療に何が必要とされているか、それを専門にするホスピタリストに必要な能力は何かをまとめます。

第2号

感染症

編集責任●北蘭 英隆●東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
清田 雅智

ホスピタリストの診る患者の入院理由の多くが感染症であり、入院患者の半分以上が、何らかの形で抗菌薬曝露を受けるといわれています。日本では、まだほとんどの病院で感染症専門医がいないのが現状であり、ホスピタリストが臨床感染症に関しては最も知識をもつという施設も多く、今後もその状況が続くことが予想されます。

第2号では、ホスピタリストが知っておくべき臨床感染症の診断と治療を取り上げます。総論では、その知識のアップデートをはかり、かつホスピタリストが病院での感染症診療と、その質の向上にどのような役割を果たすべきかについて検討します。

各論では臨床の具体例にもとづいて、重要なピットフォール、コントラバーシカルなトピック、どのような場面で専門科のコンサルタントを呼ぶべきかを中心に構成します。症例ベースで診断と治療の臨場感をふんだんに取り入れ、豊富なりファレンスでホスピタリストが何をどこまで知っておくべきかを示します。

はじめに

平岡 栄治

1. 米国での現状と問題点

石山 貴章

コラム1 英国での現状と問題点

日本大学医学部 医学教育企画・推進室 押味 貴之, James Thomas

2. ホスピタリストと家庭医との相違点

八重樫 牧人

亀田ファミリークリニック館山 岡田 唯男

3. ホスピタリストに必要な能力総論

藤谷 茂樹

コラム2 地域連携ネットワークの活用と医療ソーシャルワーカー

三重県立志摩病院地域連携センター 医療福祉連携課 前田 小百合/藤谷 茂樹

4. Healthcare System各論: リーダーとしての能力

石山 貴章

5. Healthcare System各論: 教育者としての能力

筒泉 貴彦

6. Healthcare System各論: コミュニケーション能力

清田 雅智

7. Healthcare System各論: EBM能力

石丸 直人

1. 入院患者での発熱ワークアップ

神戸大学医学部附属病院 感染症内科 岩田 健太郎

2. 入院患者の不明熱

京都市立病院 感染症内科 山本 舜悟

3. 細菌検査の基礎

亀田総合病院 総合診療科 細川 直登

4. 抗菌薬の基礎

自治医科大学附属病院 臨床感染症センター 感染症科 矢野 晴美

5. 抗菌薬が効かないときのトラブルシューティング

武蔵野赤十字病院 感染症科 本郷 偉元, 有馬 丈洋

コラム1 グラム染色の教育的効果

市立堺病院 総合内科 藤本 卓司, 田中 孝正

6. 治療期間の設定、ivからpoへのスイッチについてのエビデンス

神戸大学医学部附属病院 感染症内科 大路 剛

コラム2 プロカルシトニン, CRPのエビデンス

東京ベイ・浦安市川医療センター 有田 信博, 藤谷 茂樹

7. ホスピタリストと抗菌薬スチュワードシップ、感染症教育について

虎ノ門病院 感染症科 荒岡 秀樹/青木 眞

8. 医療関連感染症 (HAI) 予防

洛和会音羽病院 総合診療科・感染症科 神谷 亨

9. MDROの診断と治療

帝京大学医学部附属病院 感染制御部 松永 直久

10. フォーカス不明の菌血症・敗血症

手稲溪仁会病院 総合内科・感染症科 本田 仁

11. 肺炎

沖縄県立中部病院 感染症内科 椎木 創一

沖縄県立中部病院 呼吸器科 福山 一

12. 尿路感染症

東海大学 総合内科 柳 秀高

13. CDAD

静岡県立静岡がんセンター 感染症内科 森岡 慎一郎, 倉井 華子

14. 感染性心内膜炎

筒泉 貴彦

15. 中枢神経感染症

北蘭 英隆

16. 軟部組織感染症

亀田総合病院 感染症科 馳 亮太

Hospitalist

2013年9月創刊

季刊／年4回発行（3・6・9・12月）

A4判変型（210 mm×280 mm）, 200頁

1部定価4,830円（本体4,600円＋税5%）

年間購読予約受付中

- 迅速かつ確実に入手できる年間購読をおすすめします。

年間予約購読料

2013年（2冊分）▶定価**9,240**円（本体8,800円＋税5%）

2014年（4冊分）▶定価**18,480**円（本体17,600円＋税5%）

- 毎号お手元に直送いたします。（送料無料）
- 1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。
- 最寄りの書店または弊社販売部へご注文ください。

TEL : **03-5804-6051** / FAX : **03-5804-6055**

E-mail : **info@medsi.co.jp**

“Hospitalist” に関するお問い合わせは下記にお願いいたします。



株式会社 メディカル・サイエンス・インターナショナル

URL : <http://www.medsi.co.jp>

〒113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

……………内容に関するお問い合わせ……………

[編集部] TEL : 03-5804-6056 FAX : 03-5804-6054 E-mail : hospitalist@medsi.co.jp

……………販売に関するお問い合わせ……………

[販売部] TEL : 03-5804-6051 FAX : 03-5804-6055 E-mail : info@medsi.co.jp