2016年6月29日放送

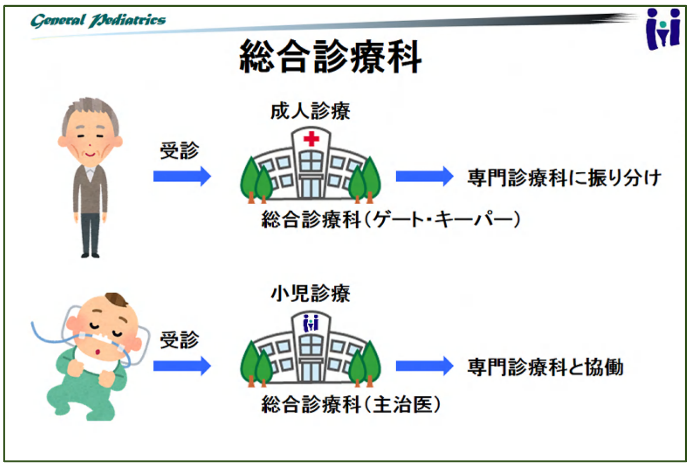
小児病院における総合診療科の役割

国立成育医療研究センター　総合診療部

部長　窪田　満

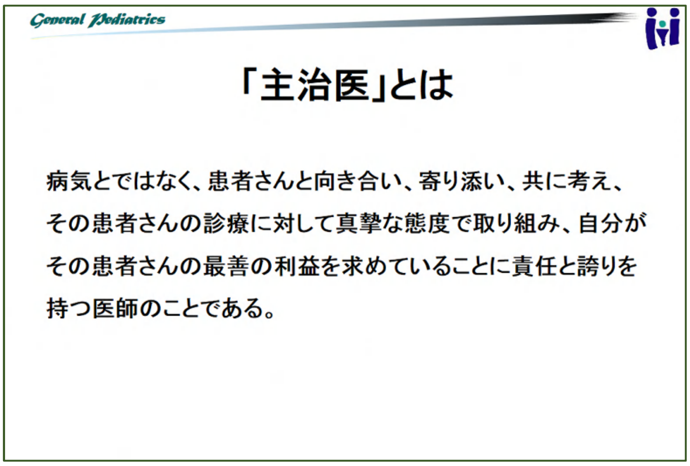
皆さん、総合診療科というと、何を思い浮かべますか？成人診療における総合診療科は、どの診療科を受診すればよいかわからない患者さんの窓口として機能しています。大きな病院は、専門診療科に分かれていることが多く、症状から特定の診療科を決めることが困難な場合が多いからです。患者さんは、まず総合診療科に受診し、そこである程度診断をつけた上で、専門診療科に振り分けられます。つまり、成人診療における総合診療科は、ゲート･キーパー、門番の役目です。

しかし、小児診療では少し違います。通常、大きな病院でも小児科は一つです。つまり、日本小児科学会が声明を出しているように、小児科医はもともと「子どもの総合診療医」なのです。たとえ丈夫な子どもでも、慢性の疾病を持っている子どもでも、「調子を崩したときにまず対応する」医師が、小児科医、イコール子どもの総合診療医です。但し、特に国立成育医療研究センターのような「三次医療機関」の総合診療医は、高度医療や先端医療を提供する専門診療の医師達と一緒に患者さんに対応する知識を要求されますし、重症患者さん

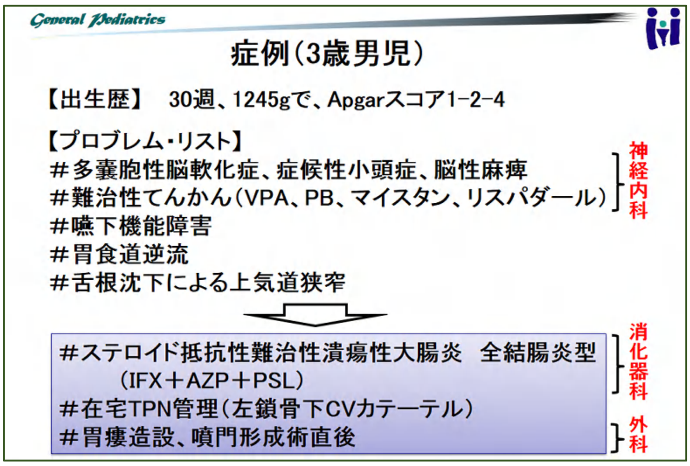


の全身管理を緊急に行う能力も要求されます。また、重症患者さんほど、多くの診療科にまたがって医療を受ける必要があり、その橋渡しの役割もしています。その「橋渡し」は、人工呼吸器を付けた患者さんの入院治療から在宅治療への橋渡し、慢性疾患を抱えながら大人になる患者さんのための成人診療科への橋渡しにも繋がります。いずれにしましても、専門診療科に振り分けるゲート･キーパーではなく、主治医としてしっかりと患者さんを診療するのが小児病院の総合診療医としてあるべき姿だと考えています。

では、「主治医」とは何でしょう。主治医とは、病気とではなく、患者さんと向き合い、寄り添い、共に考え、その患者さんの診療に対して真摯な態度で取り組み、自分がその患者さんの最善の利益を求めていることに責任と誇りを持つ医師であると私は思っています。専門診療科のみで診療が完結するような患者さんは、総合診療科が関わることは少ないですし、専門診療科の先生方に主治医として頑張っていただいています。しかし、中枢神経障害などの問題を抱え、多臓器にわたる診療を必要とする患者さんに関しては、私たち総合診療科の医師が主治医となって診療にあたった方がスムーズです。専門診療科の先生方に振り分けたり押しつけたりするのではなく、専門診療科の先生方とコラボレーションしながら、主治医として、自分たちが真摯に患者さんに向かい合う方が患者さんにとって有益だと考えています。

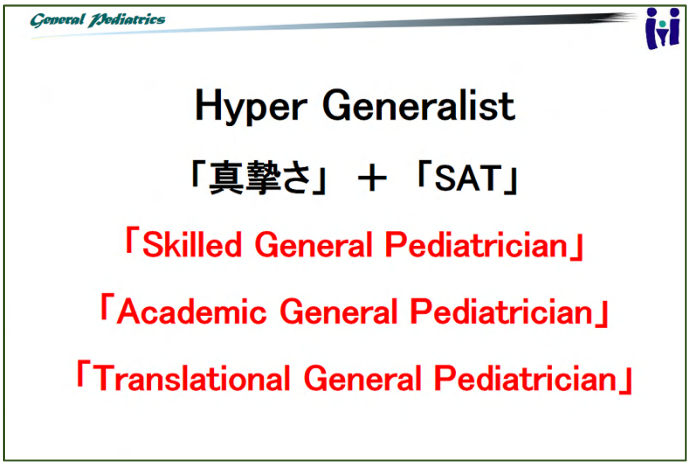


一つの例として、今入院している3歳の男の子を紹介させていただきます。彼は、30週、1245gで、アプガールスコア1-2-4で生まれました。重症新生児仮死として蘇生されましたが、脳軟化症、小頭症となり、難治性てんかんを発症しました。何とかペースト食を食べられるような状態でしたが、2歳3ヵ月頃から粘血便を認めるようになり、当院に入院しました。消化器科での消化管内視鏡検査で全結腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断がつき、以後、ステロイド、タクロリムス、インフリキシマブなど多彩な治療を行いましたが改善せず、中心静脈栄養から離脱できませんでした。私たち総合診療科の医師は主治医としてこの患者さんに関わり、潰瘍性大腸炎に関しては消化器科と、けいれん、嘔吐に関しては神経内

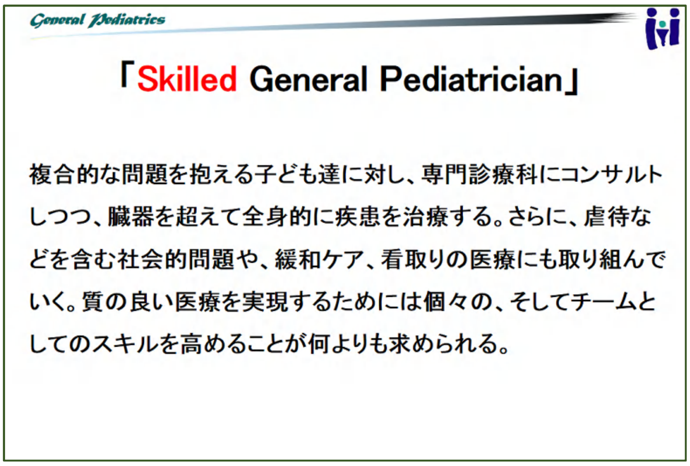


科と相談しながら、何とか在宅 TPN で一時退院にもっていきました。ここまで 1 年の月日がかかりました。その後、外科に相談し、胃瘻造設、噴門形成術を施行していただいたところです。

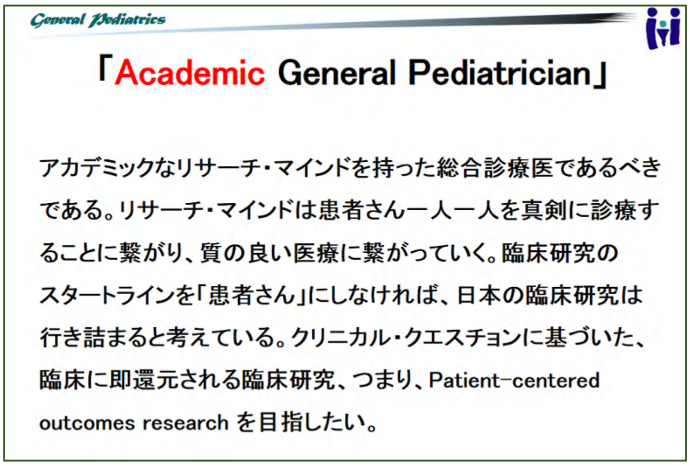
このように、小児病院の総合診療医には「Hyper Generalist」とでも呼ぶべき非常に高い能力が要求されます。一番重要なのは「真摯さ」ですが、それに加え、以下の 3 つのキーワードが要求されると考えています。それは、Skilled、Academic、Translational であり、頭文字をとって「SAT」と呼んでいます。



まず、Skilled General Pediatrician でありたいと思います。前述のように複合的な問題を抱える子ども達に対し、専門診療科にコンサルトしつつ、臓器を超えて全身的に疾患を治療するスキルが必要です。さらに、虐待などを含む社会的問題や、緩和ケア、看取りの医療にも取り組んでいく必要があります。成人した患者さんの相談にのることも増えてきました。これらも「スキル」と呼ぶべきものであり、点滴や採血の技術と同様に、訓練して身につけるものと考えています。それによって質の良い医療が実現できます。質を高めるには個々の、そしてチームとしてのスキルを高めることが何よりも求められます。

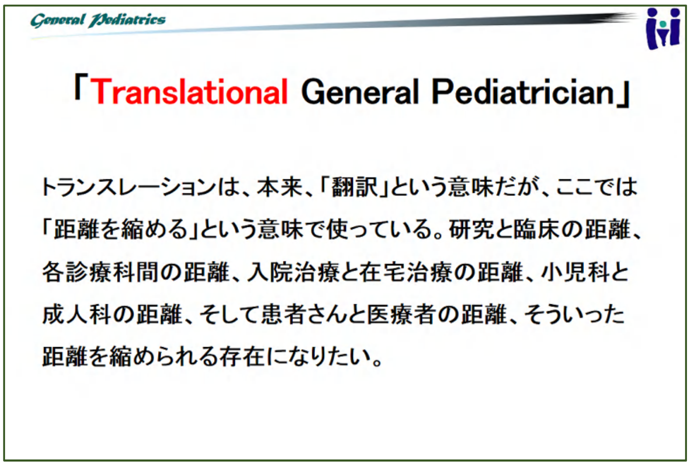


次に、小児病院に身を置く者として、Academic General Pediatrician でありたいと思います。アカデミックなリサーチ・マインドを持った総合診療医であるべきです。リサーチ・マインドは患者さん一人一人を真剣に診療することに繋がり、質の良い医療に繋がっていくと思います。我が国は基礎医学では世界をリードしていますが、臨床医学はとてもそう言える状況ではありません。私たちは、日本の小児科から良質の臨床研究が発信されるよ

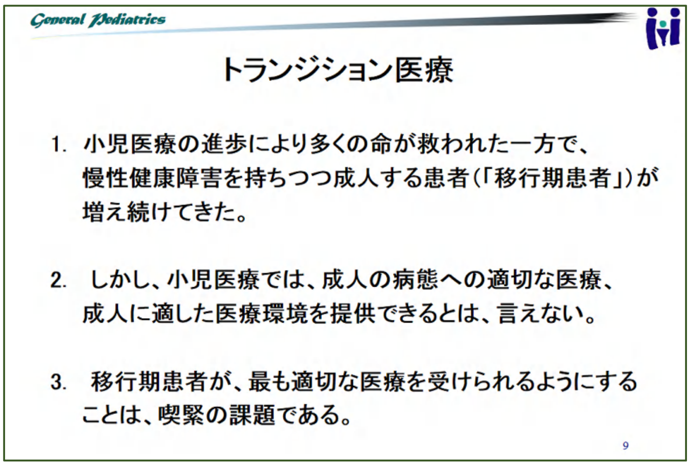


うな状況を作っていく必要があります。日常診療の中から的確にクリニカル・クエスチョンを抽出し、それに答えるために、いかに臨床研究をデザインしていくかが重要です。今までの日本の基礎と臨床の関係は、細胞やマウスで行った研究を、ヒトに応用していくというベクトルでした。しかし、臨床研究のスタートラインを「患者さん」にしなければ、日本の臨床研究は行き詰まると考えています。クリニカル・クエスチョンに基づいた、臨床に即還元される臨床研究、つまり、Patient-centered outcomes research を目指したいと思います。

3 番目は、Translational General Pediatrician です。トランスレーションは、本来、「翻訳」という意味ですが、ここでは「距離を縮める」という意味で使っています。研究と臨床の距離、各診療科間の距離、入院治療と在宅治療の距離、小児科と成人科の距離、そして患者さんと医療者の距離、そういった距離を縮められる存在になりたいと思っています。

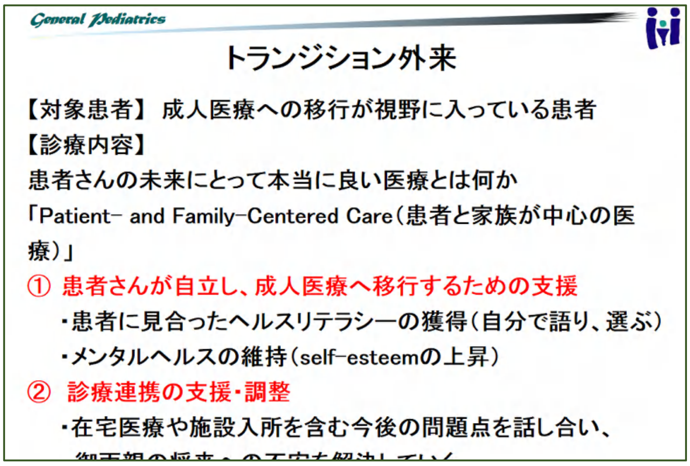


今、私が取り組んでいる課題の一つが、「トランジション医療」です。小児医療の進歩により多くの命が救われた一方で、慢性健康障害を持ちつつ成人する患者さん、すなわち移行期患者が増え続けています。しかし、小児医療だけでは、成人の病態への適切な医療、成人に適した医療環境を提供できるとは言えません。移行期患者が、最も適切な医療を受けられるようにすることは、喫緊の課題です。

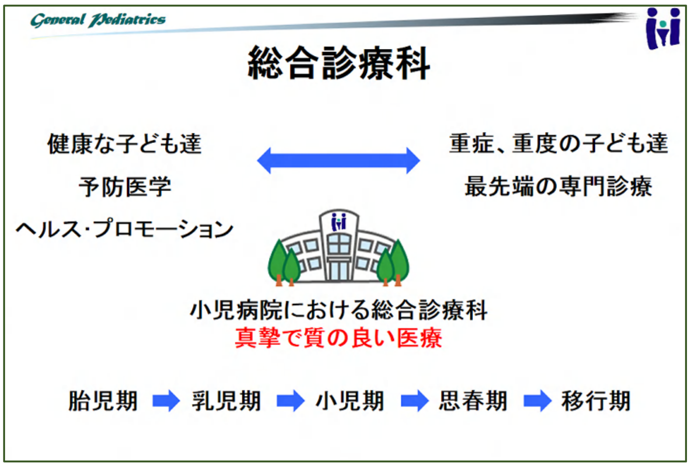


しかし、様々な問題があって、なかなかうまく進んでいません。それでも、その患者さんの未来にとって本当に良い医療とは何か、しっかりと考える必要があります。それが本当の意味での「Patient- and Family-Centered Care（患者と家族を中心とした医療）」なのだと思います。小児医療にとどまる事による一番の問題は、患者さんの自立を妨げ、御両親の将来への不安を解決しないままにしているのではないかということです。昨年、私が国立成育医療研究センターに赴任してから始めた「トランジション外来」では、担当医でも専門医でもない私が、御本人や御家族とお話しさせて頂いています。自立できる患者さんには、患者さん自身が自分の健康管理に責任を持ち、移行期を経て成人となることの大切さを、自立が難しいような障害をお持ちの患者さ

んの場合には、在宅医療や施設入所を含む今後の問題点を、何度も話し合っています。主治医も退職するときが来ますし、御両親も年を取ります。その時にどうしなければならないのかを今から考えることも、トランジション医療だと考えています。それを一緒に考える総合診療医が、Translational General Pediatrician であり､3 つの SAT の中で一番重要と考えています。



最後に、ヘルス･プロモーションの問題があります。例えば現状では短い健康診断の中で育児に関するカウンセリングを行う事も困難です。このような状況の中で、どのように介入すれば、すべての子ども達に健康をもたらすことができるのか、政策提言を行う必要があります。前述の真摯で質の良い医療の提供を予防医学まで広げていくこと、さらに胎児期から移行期まで考えていくことが、これからの小児病院の総合診療医には求められていると思います。



日本の小児病院の総合診療医が、質の良い医療を提供することを通じて、日本の小児医療を良い方向に変えていきたいと願っています。

「小児科診療 UP-to-DATE」
http://medical.radionikkei.jp/uptodate/