

病院で輝く 5 総合診療医

編集主幹
草場鉄周
専門編集
川島篤志

 GENERAL
PRACTITIONER

中山書店

総論

1. 総論	川島篤志	2
2. 歴史的背景	小泉俊三	10
3. 病院で働く総合診療医	林 寛之	15

症例別による7つのCase

Case ① 初診外来から入院：尿路感染症

① 導入部 (状況設定)	田所 学, 川島篤志	20
①-1 入院患者のマネジメント総論：カルテ記載・指示簿	佐藤直行, 小坂鎮太郎	22
①-2 「総合診療医」として入院患者へ生活を念頭に置いたケアを提供するために	木村琢磨	28
①-3 がん検診	八重樫牧人	30
①-4 総合診療医の病棟診療について	北村 大	35
①-5 関連する領域：感染症	大曲貴夫	40
①-6 その後 (転帰)	田所 学, 川島篤志	41

Case ② 入院中、整形外科から相談：圧迫骨折 →尿路感染症

② 導入部 (状況設定)	片岡 祐	46
②-1 高齢者を診るうえでの最低限の診断	上田剛士	48
②-2 入院中に起こり得る疾患	佐田竜一	55
②-3 入院中の高齢者に起こり得る問題	関口健二	63
②-4 a 感染症診療や不明熱診療の病棟コンサルト	廣澤孝信, 志水太郎	71
②-4 b 大病院でのコンサルト	山田康博	76
②-4 c 小病院でのコンサルト	仲田和正	80
②-5 その後 (転帰)	片岡 祐	82

Case ③ 特養からの救急搬送：誤嚥性肺炎

③ 導入部 (状況設定)	川島篤志	86
③-1 主治医あて	川島篤志	88
③-2 特養、老健とのかかわり	本村和久	94

③-3	ベッドサイド回診	須藤 博	102
③-4	リハビリテーション	若林秀隆	106
③-5	横断的チーム（NST，感染 ICT）を依頼されたら	鈴木 諭	112
③-6	臨床研究	青木拓也	116
③-7	その後（転帰）	片岡 祐	119

Case ④ 新患外来：リウマチ性多発筋痛症（PMR） →巨細胞性動脈炎（GCA）

④	導入部（状況設定）	和田幹生	124
④-1 a	初診外来の基本	金城紀与史	126
④-1 b	大病院での初診外来	鋪野紀好，生坂政臣	131
④-1 c	小病院の外来（特に新患外来）の特殊性	朴澤憲和，上山泰男	137
④-2	臨床推論	和足孝之	140
④-3 a	自施設で対応できない疾患の対応	片岡 祐	145
④-3 b	稀ではない疾患，未診断の時の対応	片岡 祐	148
④-4	症例発表，学会，執筆	高田俊彦	149
④-5	膠原病と総合診療医は相性が良い	石野秀岳	153
④-6	生涯教育（いろんな会への参加）	吉野俊平	156

Case ⑤ 引き継いだ予約外来：COPD

⑤	導入部（状況設定）	和田幹生	160
⑤-1	病院総合医の予約外来	岸田直樹	162
⑤-2 a	病院総合診療外来での引き継ぎの質を高めよう	佐藤健太，大久保彩織	167
⑤-2 b	アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）	許 智栄	174
⑤-2 c	予防医療	向原 圭	181
⑤-3	特殊外来（禁煙外来）をまかされたら	松本真一	185
⑤-4	小児期からのトランジション，稀少疾患の対応	高村昭輝	188

Case ⑤' 入院中：COPD 急性増悪で気管挿管，ICU 入室

⑤'	導入部	和田幹生	191
⑤-5	集中治療	植西憲達	193
⑤-6	多職種カンファレンス	川口篤也	199
⑤-7	その後（転帰）	和田幹生	205

Case ⑥ 13歳男子が下腹部痛で救急搬送：精巣捻転

⑥ 導入部 (状況設定)	片岡 祐	210
⑥-1 a 日中, 時間外救急	浅川麻里	212
⑥-1 b 大病院での救急	北野夕佳	216
⑥-1 c 小病院での救急	青木信也	224
⑥-2 a 頻度の低い非内科系緊急疾患	安藤裕貴	229
⑥-2 b 頻度の高い内科系緊急疾患	齋藤 穣	234

Case ⑦ 他施設 follow : NSAIDs で感染契機の心不全

⑦ 導入部 (状況設定)	田所 学, 川島篤志	236
⑦-1 専門科との連携, 専門医とのやりとり	尾原晴雄	238
⑦-2 薬剤	矢吹 拓	241
⑦-3 多職種連携: 患者背景, 医療相談 (MSW) とのかかわり	小田浩之	248
⑦-4 病院と診療所との顔の見える関係づくり (院内・地域内勉強会)	原田和歌子	250
⑦-5 緩和ケア (がん/非がん), 非がんの看取り	柏木秀行	255
⑦-6 a 在宅小病院	大浦 誠	261
⑦-6 b 在宅大病院	西 智弘	265
⑦-7 病院内外の質改善	小西竜太	269
⑦-8 その後 (転帰)	田所 学, 川島篤志	272

コラム

ポートフォリオ	一瀬直日	43
健診業務など「雑務」の話	金井伸行	84
院内勉強会の工夫	大矢 亮	121
キャリアデザインを考える	本郷舞依	207

特養からの救急搬送：誤嚥性肺炎

川島篤志（市立福知山市民病院）

指導医 リュミエール福知山（特別養護老人ホーム：特養）から誤嚥性肺炎の方が入院になったので、担当してくれる？

専攻医 わかりました。でも、呼吸器内科の丸山先生が救急で対応したのに、何で総合診療科で入院になるんですか？

指導医 おや？ 症例を選ぶようになってきたかな？ 臓器別専門医の不足や偏在がある地域では、医師の役割を最大限に発揮してもらうために、どの症例を誰が担うかを調整するのも、病院総合医の仕事と思っているんだけどな。

症例

脳血管障害の既往があり認知機能の低下した特別養護老人ホーム入所中の83歳男性。6カ月前に下部消化管出血で当院消化器内科に入院歴あり。今回は誤嚥性肺炎にて救急搬送。

専攻医 そんなあ。症例を選ぶなんて、おこがましいことしていませんよお。そうですね。呼吸器内科の先生は肺がん診療やびまん性肺疾患の方の診療を頑張っておっしゃっているし、消化器内科の先生方も吐下血などの対応もしてくれているし。はい、もちろん私が担当させていただきます。



この患者さんは他施設から脳血管障害後で特養に入っていますけれど、その際に情報は整理されているのでしょうか？ うちに入院していましたけれど、その情報はなさそうですね。

指導医▶ 胸部の画像では陳旧性肺結核もありそうなので、感染管理も意識しないといけないね。ICT（感染管理チーム）にも連絡した方がいいかもしれないし、とにかく、診に行こうか。

———— ベッドサイドにて ————

指導医▶ （下腿周囲径をチェックして）全体的に低栄養が進んでいるね。口腔内衛生も保たれていない。口が開いていて舌根沈下しているのは、下顎の筋力が落ちているからのようだね。誤嚥性肺炎とこのポジションとの関係の有無を臨床研究の題材にしているんだけど、これはベッドサイドで気づいたのよ。収縮期雑音があるけれど、これは消化管出血との関連もありそうね。

専攻医▶ 消化管出血と心雑音の関係もあるんですか？

指導医▶ それはまた改めて教えてあげる。

専攻医▶ この患者さんは嚥下も含めて、リハビリも必要ですね。

指導医▶ その際には栄養のことも考えないといけないので、栄養投与経路の検討に関して、ご本人の意思決定能力や家族さんの意向も確認しないとね。NSTにも相談が必要だね。

専攻医▶ そういえば、橋本先生はNSTの一員でもありますよね。どうしてNSTに入ったんですか？

指導医▶ 総合診療医として診療をしていくと、おのずと横断的領域にかかわることが多いから。最近でこそ、チームが立ち上がって診療報酬がつくようになってきているけど、以前からこういった横断的領域には総合診療に親和性のある先生方がかかわっているのよ。感染管理、臨床倫理もその1つだよ。

専攻医▶ ACPについても詰めていかないといけませんね。前回の転院時には、急変時にはDNARとなってはいるようですが、細かいことは記載されていません。患者さんの意思決定能力もどの時点から低下していたのでしょうか。一度、当院に入院しているので、そのときに整理できていたらヨカッタですね。

指導医▶ そうだね。こういった領域の話題が徐々に取り上げられるようになってきたけれど、まだまだ認知度が低いよね。院内や地域内で多くの医療従事者に啓発を進めていくのも、病院総合医の仕事の1つかな。

専攻医▶ 誤嚥性肺炎も意識して診ることによって、多くのことに気づけますね。頑張って診療していきます！

③ -1 主治医あて

川島篤志（市立福知山市民病院）

病院総合医の議論を行う際に、入院担当症例の話題があり、入院担当を決定する「主治医決め」というプロセスに大きな問題がある。

日本全体の病床数の問題が議論され、どこで医療を受けるのか？ という議論は誰もが知っている。問題は、誰が診るのか？ である。これは、病院総合医の存続に大きくかかわる問題と言っても過言ではない。地域における疾病分布は変わらないにもかかわらず、担い手の医師不足・医師偏在があるからである。入院診療への従事は、極端な話、24時間365日間の拘束とも言え、勤務医の疲弊に関連する事項でもある。興味のある疾患群以外の診療が不平・不満につながることは容易に想像がつく。ただ、この問題について医学部で習うこともなく、テキストに掲載されることもない。

主治医あての議論をする際に、病院の規模、特性、立地の要素がかかわってくる。その医療機関の医師不足・医師偏在のあり方も変わるため、順に議論していく。

◆主治医あての問題

都市部・大病院や特定の疾患のみを対応する医療機関など、地域での病床数が多くあり、その医療機関が症例を選定できる場合は、主治医あて問題は起こりにくい。医療者側が、自分たちが「診たい」症例を選定しているためである。またそういった医療機関に病院総合医が根付くことも考えにくい。ただ、病院内での所々の問題がないわけではないと思われる。

大学病院（や大病院）での病院総合医では、そもそも入院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病院で、「外来と入院とER（救急外来）」は11病院と多くはない¹⁾。もし入院を担当するとしたら、その症例はどういった分野で、どういった入口で担当するのかがある程度整理されているか、苦悩を抱えている可能性がある。特に入口に関しては、大学病院の新患外来や救急外来の特殊性とも関連し、その部門のStakeholdersとの調整が必須である。

大規模病院・中規模病院での入院決定の問題には、救急からの入院が大きくかかわっている。救急への搬送が多ければそこからの入院もおおのずと多くなり、入院決定が難しい症例が増えてくる。純粋医学的に入院が必要かどうかの判定はそれほど難しくはない。また病院総合医の仕事に「入院患者さんを診ること」は当たり前である。問題は「入院担当をその施設でどのように決定するか」である。

小規模病院では主治医あての問題は別の要素もかかわってくる可能性がある。医療資源的にその施設で入院をするのかどうか、また他施設からの転院の受け入れという問題もある。医療資源的に対応しがたくても、本人・家族としてその地域での対応を希望されることもあるであろう。

入院決定が難しい症例にはどういったものがあるであろうか？ 医療機関の救急外来や一般外来に來られて、病状的に入院適応になったとする。その際の入院担当は誰が担うのが適当であろうか？

簡略化した症例提示とその方にかかわる医師の一覧を表1に提示する（A医療機関に受診を想定）。

表1 A 医療機関を受診した患者にかかわる医師の一覧

症例	Base	入院適応	担当医師
あ 80歳男性	虚血性心疾患と胃潰瘍	尿路感染症	Aの循環器内科医と消化器内科医が主治医：診断した担当医師（救急当番）は血液内科医
い 75歳女性	変形性膝感染症	食欲不振 ⇒ Cre 3.0 + K 6.0	Aの整形外科医が主治医：NSAIDsを処方：Aの内科医の関与はなし
う 82歳男性	間質性肺炎	感染契機の急性増悪	Aの呼吸器内科 非常勤医師が主治医：Aの常勤医は関与なし
え 85歳女性	脳出血：ADL 全介助 嚥下機能低下 齲歯多数	誤嚥性肺炎	Aの脳外科医から転院：施設にて囑託医が主治医。Aでは内科医の関与はなし
お 80歳女性	うつ病・認知症	自殺目的：眠剤大量内服	他施設にて精神科医（診療所）が主治医：Aは初診

決して稀な状況ではないと思われるが、それぞれの施設で担当医師を想像してみたい。

表1のそれぞれの症例で Key word と問題点を解析する。

【あ】：「当該科の疾患ではありません」

尿路感染症は Common な疾患ではあるが、案外〇〇科が担当するとは決まっていない。施設によっては、泌尿器科や腎臓内科かもしれないが、“診断した医師”が担当になることもある。その患者さんに関連する医師に相談しても、「当該科の疾患ではありません」となることがある。

蜂窩織炎や誤嚥性肺炎（必ずしも呼吸器内科ではない）でも同様である。

比較的頻度が低いことによって、対応する診療科が明確でないこともある。腹腔内臓器の血管病変（上腸間膜動脈解離、腎動脈血栓/解離）や自然気胸、二次性気胸、縦隔気腫である。感染症を契機に悪化した「発熱+〇〇+△△」といった診断が明確でない場合や、急性腹症の疑い、意識障害の疑いなど、初療医にとって Disposition に迷う症例も快く対応してくれる診療科は少ない可能性がある。

一方で、壊死性筋膜炎などは、対応する診療科から「全身管理」を依頼されることがある時に、主科となるか併診となるかは施設によると思われるが、こういった状況では「丸投げ」ではなく「信頼されている」感じがあるのではないだろうか。

【い】：「高齢者診療で“内科医”不在」「診られていない疾患」「薬剤の処方医」±「1人医長（部長）」

高齢者を診療するに当たって重要なことの1つが、腎機能（+電解質異常）と薬の副作用である。採血をしないとわからない情報を意識していない医療者と、投薬した医師が責任を持つべき副作用についての認識が不足し、内科入院となることがある。その際の担当医決定も難渋する。薬の副作用の中には腎機能による調整が必要なものや電解質に異常を来すものは多い。

高齢者が受診する可能性が高い科において、内科疾患を管理している医師が不在であれば、大きな問題が表在化しないまま、救急受診や入院となることがある。Case ②では、整形外科医の関与を想定したが、「整形外科」という部分を「泌尿器科」や「脳外科」に置換してもほぼ同じことが言える。あえて“内科医”不在と記載したのは、内科系臓器別専門医が担当している時にも、残念ながら類似のことが起こり得る。高齢者の外来診療では、

- ① 自分自身がジェネラリズムをもって診療するか

② 自分以外のジェネラリズムを持った医師をもつことを奨めるかを留意したい。

医師がかかわっていても、「腎機能」を意識していないために、診られていないことも高齢者では遭遇する。「腎機能」という部分を、「COPD」や「認知症」「社会背景」に置換してもほぼ同じことが言える（②-1〈p.48〉、⑤-2a〈p.167〉参照）。また、腎臓内科医は一般的に不足・偏在しており、腎臓に関する疾患をすべて腎臓内科医に担当してもらおうと破綻することが目に見えている。医師不足の医師偏在がある医療機関では、「腎臓」という部分を「呼吸器」や「神経」に置換してもほぼ同じことが言える（後述する「内科医の4分類」〈次ページ下〉のB・Cグループ）。

【う】：「非常勤医師担当の入院」「遠方の主治医」

非常勤医師である主治医と患者本人のみの外来受診が日常である方の緊急入院では、自然経過での悪化が“家人”に受け入れられないことがある。外来担当医と入院担当医が異なることや、入院担当医の専門領域と異なるため、入院でのマネジメント・説明に難渋する可能性がある。

都市部・大病院（大学病院）など遠方に特定の疾患の主治医が存在する時に、事前の連携なく、「困ったら近くの病院に行くように」と伝えられている場合も同様である（④-3a〈p.145〉参照）。

【え】：「悪くなったら急性期病院へ：施設入所者と囑託医」「虚弱高齢者」

内科診療的にはギリギリの状態である方が、何らかの疾病で救急搬送されてくることがある。特定臓器が悪いというより、全体的に悪く可逆性に乏しい、いわゆる“虚弱高齢者”であることも多い。ただ、本人+家人を含めた大方針（Advance Care Planning）が決められているわけでもなく、「悪くなったら急性期病院へ」ということが後を絶たない。急性期病院を受診するかしないかという判断だけでなく、「受診した後、どのような医療を期待するか」も事前に検討することが重要になってくる（③-2〈p.94〉参照）。

【お】：「モチベーションが上がらない疾患群」

表現しがたいが、内科医としてのモチベーションが上がりにくい疾患群も少なくない。いわゆる急性中毒、心肺蘇生後や低血糖脳症など、ADL/IADL低下、老衰・虚弱高齢者、社会的背景に問題を多く抱える症例（高齢独居、老老介護、認認介護、金銭的問題を含めた福祉対応）などがここにあてはまる。精神科救急の対応不在も問題の1つである。

このほかにあえて表1には入れなかったが「稀少疾患への対応」も避けては通れない問題であろう。どの地域にも、「稀少疾患」は存在する。それを「見つける」＝「診断する能力がある」医師は、その後の転帰について苦悩することになる。自分自身が診断しなくても、「頼られる」ことで相談を受ける事例もある。「当該科の疾患ではない」と言える立場の医師、診断できない/しない医師、頼られない医師には経験しがたい問題かもしれない。

さて上述の症例に対して、誰が入院担当医を担うかで、対応策や顛末が変わる可能性がある。これらの予想担当医はどうであっただろうか？ 読者の数だけ、担当医のバラエティがあると言えないだろうか？

入院担当医の決定方法は施設により大きく変わると認識している。圧倒的な Top Down（担当決定係）で施設内ガバナンスが効いている医療機関もあれば、その症例を担当した医師（外来担当医や救急担当医もしくは救急医）と“当該科”と思われる科との折衝で決定される医療機関もあると思われる。「救急」の規模やマンパワー（専属・専従医師の有無）によっても、決定方法の難しさは異なる。

主治医、かかりつけ医の意識を重要視する医療機関や担当医であれば、とりあえずその施設内で主治医、かかりつけ医を担う医師にバトンが渡され、その医師が直接担当、もしくは誰かに依頼（±併診）という可能性がある。

一般的に比較的小規模の医療機関ではこの傾向があると認識される。

臓器別疾患に該当しない疾患（**あ****い****え****お**）や臓器別専門医不在の疾患（**う**）、モチベーションが上がらない疾患群（**お**）に、施設内ルールを定めることが重要である。この「主治医あて」問題を施設内の大きな問題として捉えず、現場の医師任せにしていると、不平・不満が蓄積する可能性が高い。施設内の Stakeholders と議論を重ねて、施設内のルールをつくり、浸透させることが病院総合医リーダーの仕事の1つでもある。

主治医あての工夫の一例として下記が考えられる。

- あ**：当事者間で「当該科の疾患ではない」という問題が生じた時には、所属長同士で話し合いをするというルールを周知する、Common なもの（感染+心不全）から、Rare なものまで問題になりやすい事例は事前に関連科内でルール作成
- い**：（難しいことではあるが）高齢者にかかわる病院勤務の内科医・非内科医に対しての主治医・かかりつけ医意識の徹底³⁾
- う**：非常勤医師担当症例のルール決定（後述する輪番制度も選択肢）、「1年以内に入院になっても主治医・かかりつけ医がおかしくないと思う方」などは事前に常勤医と連携するシステム構築³⁾
- え**：上記と同じく、「1年以内に再入院する可能性の高い方」は、再入院を念頭に置いた病状説明、情報整理・共有をしてからの退院・転院するシステム構築³⁾
- お**：モチベーションが上がらない症例の施設内基準、および内科・施設内医師での輪番制度などによる担当システム構築⁴⁾

また、担がん患者や特別な治療（免疫抑制関連やデバイスを用いた身体管理）を行っている方などの対応のルール作成、また退院後すぐの入院時は前回入院担当が窓口になるなどのルール作成が考えられる。

今後、新たに病院総合医を施設内に新設する際には、事前に入院決めの方針の確認することが肝要である。また、年度が替わると院内ルールを知らない医師やルールに納得がいかない医師も出てくる。施設内の周知・徹底にも注意を払いたい。特に大学病院や都市部の医療機関で研修を行う医学生や研修医を含めた医師が地方都市などに赴任した際には、以下の「内科医の4分類」²⁾がピンとこないことが多いので注意が必要である。

- A：チームが組めるマンパワーがある診療科
- B：チームが組めない（1～少数）診療科
- C：非常勤のみの診療科
- D：院内に存在しない診療科

大規模病院であれば、A・Bグループは程度の差はあれ運営されており、Cグループの存在は皆無、Dグループの疾患は少数で、場合によっては存在も意識されていないかもしれない。