

総合診療科

1. スタッフ

科長（教授）	菅原 齊
医員（准教授）	福地 貴彦
（特命講師）	堀 博志
（南魚沼地域医療学講座派遣）	
（助教）	眞山 英徳
（2023.4.1 脳神経内科から移籍）2023.10.1	
講師昇任	
	山下 武志
病院助教	安達 迪子
	吉田 克之
	鈴木 伶奈
（2023.10.1 集中治療部から移籍）	
客員教授	Wilfred Y. Fujimoto
（米国University of Washington内科学名誉	
教授）2023.10.1退職	
シニアレジデント	3名
非常勤医員（後期研修生）	2名
非常勤医員（講師）	1名
非常勤医員	6名

2. 総合診療科の特徴

●認定施設

日本内科学会認定教育病院
日本プライマリ・ケア学会認定研修施設
日本老年医学会認定施設
日本感染症学会認定研修施設

●認定プログラム

日本専門医機構認定 自治医科大学附属
さいたま医療センター内科専門医研修プ
ログラム（認定番号：1117110004）
日本専門医機構認定 自治医科大学附属
さいたま医療センター総合診療専門研修

プログラム（認定番号：2917110016）

日本老年医学会認定自治医科大学附属さ
いたま医療センター老年病専門研修プロ
グラム

日本プライマリ・ケア連合学会自治医科
大学附属さいたま医療センター「病院総
合医（ホスピタリスト）」養成プログラ
ム（認定番号第513-028）

日本病院会認定病院総合医育成プログラ
ム 認定施設

●認定医、専門医など

日本内科学会認定総合内科専門医
菅原 齊 他8名

日本内科学会指導医
菅原 齊 他8名

日本循環器学会認定循環器専門医
福地貴彦

日本老年医学会認定老年病専門医
菅原 齊 他3名

日本感染症学会認定感染症専門医
福地貴彦 他3名

日本救急医学会認定救急科専門医
福地貴彦

日本脳神経内科学会認定脳神経内科専門医
眞山英徳

日本集中治療学会認定集中治療専門医
鈴木伶奈

日本リウマチ学会認定リウマチ専門医
吉田克之

日本化学療法学会認定抗菌化学療法指導医
福地貴彦

日本在宅医療連合学会認定専門医
林 秀磨

日本プライマリ・ケア連合学会認定医、指導医
菅原 斉 他3名
日本医師会認定産業医
菅原 斉 他2名

総合診療科は、当医療センター設立の趣旨の一つである「地域医療に従事する自治医科大学卒業生の生涯教育」の場として、創設と同時（1989年）に開設された。2004年2月からは総合診療科の独自の診療と教育体制をより強化する目的で、内科系専門診療科と並列の診療科として総合診療科の入院病床が発足した。総合診療科の役割には、①BSLや初期・後期臨床研修の教育部門、②病院機能のセーフティーネット、③救急部のバック・ベッド、④確定診断困難患者の診療の4つがある。

保険制度の枠組みのなかで、患者さんに最良の内科的マネジメントを提供でききるように適切な判断ができる優秀な総合医を

育成するための卒前・卒後教育を行うことを目標の一つとして診療、教育、研究をおこなっている。

我々がめざす総合医のアイデンティティー「総合医とは」を下図に示す。大学病院には、高度に専門分化する専門医だけではなく、「最良の内科的マネジメント」を提供するために、「統合していく専門医」としての総合医が必要である。総合医は、不特定の問題に対して実践と省察（Reflection）から得られる暗黙知や通い合う“心”を共有し、医学の不確実性に対して症状の推移を見守ながら患者・家族と宙吊り状態を共に耐えることができる「Reflective Physician（省察的内科医）」である。ここでの省察とは、カンファレンス、コンサルテーションや自己学習を通じて、自己の診療を振り返り、次の診療に生かしていくことで、“We are not what we were.”を意味する。

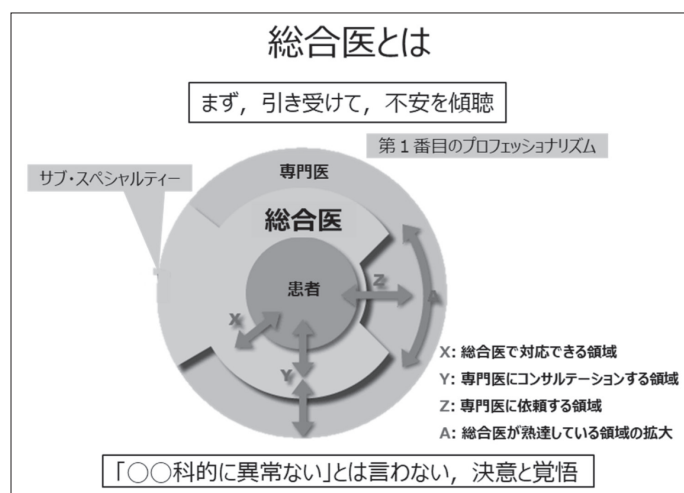


図1 総合医のアイデンティティー「総合医とは」

総合医には、特定の臓器や疾患に偏らない医学の幅広い分野の基礎的な知識・技能・態度に加えて「得意とする専門分野（Subspecialty）」があり、どのような患者も「まず、引き受ける」気概がある。

総合医は、自己開発と生涯学習により、自分自身の臨床能力の向上（自己完結できない疾患・病態（A）の範疇が少なくなるように）に努力し、自分で解決できる疾患・病態（X）と専門医の協力が必要な問題点（Y、Z）を的確に判断する。

総合医は、連携のスペシャリストとして、患者、家族だけでなく院内や地域の医療スタッフとのコミュニケーションと調整能力を発揮する。また、慢性疾患を有する患者、家族の生活を支えるために、退院支援カンファレンスを実施する。

総合医には、『①まず、患者を引き受け、その不安を傾聴するというプライマリ・ケアを担うこと、②確定診断をつけること、③患者個人だけでなく集団としての多様疾患に対応できること、④患者・家族だけでなく、所属医療機関や地域にも最良のマネジメントを提供すること、⑤多職種連携を実践すること、⑥省察的内科医であること、⑦後進を育成する気概があること、⑧サブ・スペシャルティの取得に努力すること、⑨タイトル（総合内科専門医（FJSIM）、総合診療専門医、米国内科学会（FACP）、医学博士など）取得に努力すること、⑩自らの医者冥利をみつけること』の10個のコンピテンシーがある。その結果として、「アカデミック」で「グローバル」で「タフ」な総合医を目指す。

総合診療科の目標としては、“Support the Patients & Family, Hospital, and Community!”を掲げている。

1チーム当たりの担当患者数は、シーズンによって変動があり6名から15名であった。チーム・カンファレンスでは、診療方針の確認と検討をしている。「UpToDate」などを参照し、まず初めに標準的な治療が的確に実践できること、また、症例によってはそれを適用できるかどうかを柔軟かつ論理的に思考できる臨床能力を養うようにしている。また、入院後、できるだけ速やかに病状説明とインフォームド・コンセントを実施している。判断の偏りを避けるため、専門診療科カンファレンスにも参加し、他科とのコミュニケーションを積極的に図ることも診療の基本にしている。

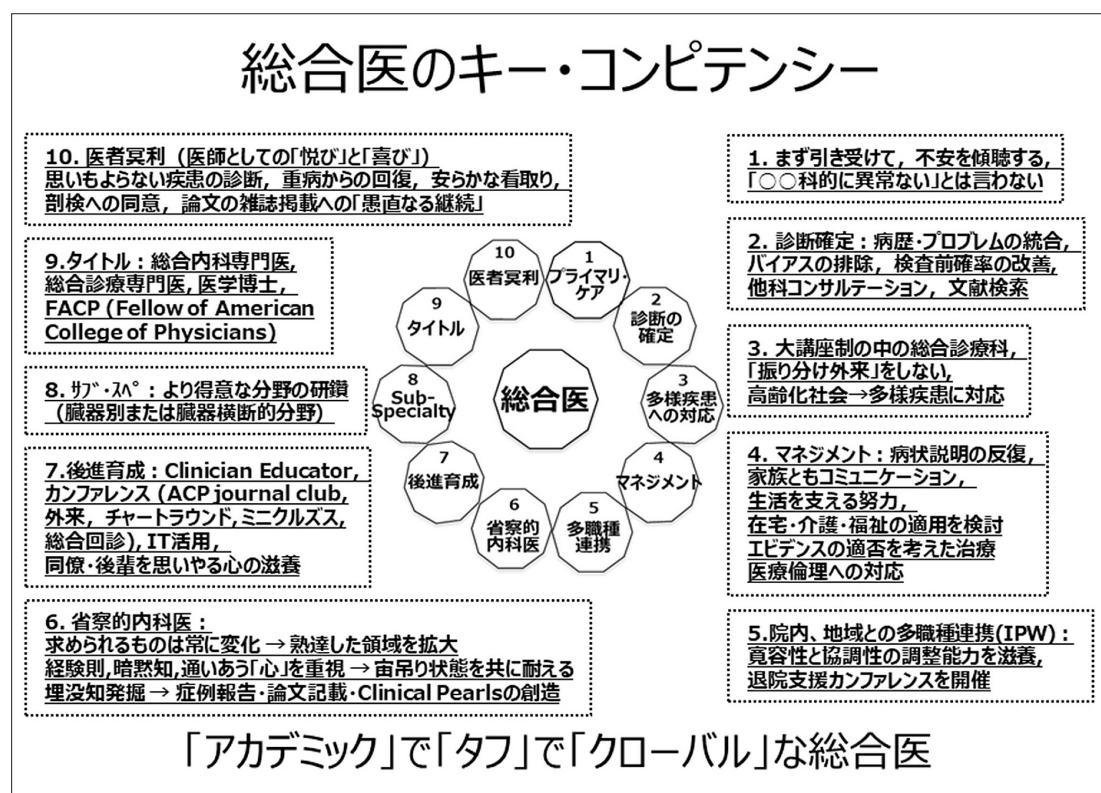


図2 総合医のキー・コンピテンシー

診療の目的のひとつは、複数の臓器疾患、診断未確定例、一般内科疾患など、これまで高度に専門細分化された臓器別診療では対応が困難であった患者の主要な訴えを解決することにある。そのために、救命救急センター、専門診療科と連携を密接に保ちながら、物理的な制限がない限り、このような患者の受け入れを積極的に行っている。また、週1回の多職種カンファレンスをはじめ、医療福祉相談室と入退院支援室との連携により、在宅医療、地域医療、保健・福祉・介護制度、疾病予防も視野に入れた地域包括的医療をめざしている。

2014年7月14日から、完全予約制の初診外来診療を開始した。必要に応じて専門外来への院内紹介あるいは近隣の医療機関への逆紹介をおこなっており、総合診療科としての外来再診はない。しかし、それぞれの紹介の際には総合診療科としての診断および治療方針を明示するように心がけ、単なる「振り分け」外来にならないように努力を続けている。一旦、「振り分け」外来を経験してしまうと、「総合医として自立して患者を診ていく」姿勢が崩れてしまうので、後期専攻医の外来研修ではなおのこと「振り分け」ではなく自己完結式の外来になるように指導している。2019年10月1日から、総合診療科の専門外来として、「不明熱・不明炎症外来」を開設し、「自治医科大学附属さいたま医療センター外来初診担当表」とホームページ上での案内を次のように記している。

『原因がはっきりしない発熱や原因がはっきりしない炎症所見の上昇が1週間以上持続している』患者さんを診療します。地域医療連携室への電話で、「不明熱・不

明炎症」の患者さんの紹介であることをお伝え下さい。総合診療科の当番医が直接対応し、受診日を決めさせていただきます。』

卒前教育として、BSLレポートの書き方、BSLを担当している。さらに、学生への課題として、PBLテュートリアルを実施している。他大学からの長期間のクリニカル・クラークシップもできる限り受け入れている。

年に4回、2週間に亘るWilfred Y. Fujimoto客員教授（米国University of Washington名誉教授）による教育活動を2002年9月から継続していたが、コロナ禍により2020年3月中断された。2020年11月からZoom Meetingsを用いて、ハワイ州コナ在住のFujimoto先生とのNoon Conferenceを月1回の頻度で再開し、2022年9月には、ご来学を再開することができた。しかし、2023年9月のご来学をもって終了となった。

後期専門研修においては、「自立して患者を診ることができる医師」になるために、「4 As」: Availability（いつでも連絡可能な信頼性）、Affability（親身な態度）、Ability（信頼できる手腕、能力）、Accountability（責任感）に磨きをかけ、総合医のプロフェッショナリズムとして「〇〇科的に問題ない。」あるいは「〇〇科では、もうできないことがない。」と決して言わず、「総合医としてのアイデンティティー」をより強固なものとしていく。

我々の総合診療科には、①大学の大講座制の中の総合診療科であること（唯一）、②多様な疾患を経験でき、高い年間剖検率を維持していくこと（頂点）、③1996年にホスピタリストという概念が提唱される前

の1989年に創設された総合診療科であること（先駆者）のブランドがある。

3. 診療実績、クリニカル・インディケーター

1) 外来患者数（表1）

振り分け外来ではない。2014年7月に完全予約制を開始してからの医事課統計による外来患者数を表1に示す。初診患者数は444人、再診患者数は4,732人、協診患者数は191人、他診療科入院患者のコンサルテーション依頼は1,601人であった。埼玉県内外255医療機関から、のべ346人の診察依頼があった。

2) 入院患者数、治療成績（表2、表3、表4、図1）

表2、表3、図1にこれまでの入院診療実績を示す。2023年の入院患者443人の平均年齢は68歳（男女比は247対196）、平均在院日数は16.3日であった（表2）。入院患者の転帰では、61.2%が自宅退院し、他

病院への転院が26.4%であった（表2）。転院については、医療福祉相談室と退院調整看護師を介して、周辺の地域病院との連携および患者家族との相互理解を深めながら実施している。

病床数は19床であるが、COVID-19の流行状況に応じて、その都度の6B病棟の病床制限が実施されたため、複数病棟の共用床を利用せざるを得ない状況が続いている。

ICD-10からみた3大疾患は、肺炎、COVID-19、敗血症であった（表3）。

DPCコードのMDCでみた平準度を示すジニ係数とハーシュマン・ハーフィンダール指数を表4に示す。2022年と比べると、COVID-19（MDC 18）診療が落ち着いてきたため、ジニ係数、ハーシュマン・ハーフィンダール指数は、さらに低下した。

3) 死亡数、剖検数、剖検率（表2）

死亡は35人で、死亡率7.9%、剖検は2人で、剖検率5.7%だった。

表1 医事課統計による総合診療科外来患者数（完全予約制開始後）の推移

西暦	患者数（人）			
	初診	再診	協診	コンサルテーション
2014	830	5,155	127	814
2015	775	5,288	269	299
2016	700	4,343	308	844
2017	602	4,245	208	1,193
2018	643	4,228	323	757
2019	651	4,730	374	934
2020	948	8,350	186	670
2021	648	8,651	141	1,053
2022	560	6,480	150	1,233
2023	444	4,732	191	1,601

表2 入院患者数、転帰の推移

西暦	入院総患者数(男：女)(人)	年齢(歳)	平均在院日数	転帰(人)				
				死亡	剖検	自宅退院	転院	転科
2004年	208 (148 : 60)	64.1±16.5 (15-90)	26.5±27.0 (4-281)	11 (5.3%)	5 (45.5%)	142 (68.3%)	44 (21.2%)	11 (5.3%)
2005年	232 (164 : 68)	65.7±14.6 (19-95)	23.9±26.0 (1-232)	8 (3.0%)	5 (62.5%)	152 (65.5%)	48 (20.7%)	23 (9.9%)
2006年	275 (201 : 74)	66.2±15.8 (16-94)	21.3±17.5 (1-148)	13 (4.7%)	2 (15.4%)	189 (68.7%)	58 (21.1%)	15 (5.5%)
2007年	288 (214 : 74)	67.8±15.2 (16-95)	21.3±15.9 (1-122)	18 (6.3%)	4 (22.2%)	193 (67.0%)	53 (18.4%)	24 (8.3%)
2008年	297 (216 : 81)	66.3±15.6 (18-93)	21.1±17.3 (2-120)	17 (5.7%)	6 (35.3%)	214 (72.1%)	50 (16.8%)	16 (5.4%)
2009年	310 (218 : 92)	67.2±16.0 (16-94)	21.6±25.8 (2-228)	15 (4.8%)	3 (20.0%)	226 (72.9%)	51 (16.5%)	18 (5.9%)
2010年	313 (200 : 113)	64.7±17.6 (15-97)	22.6±19.9 (2-114)	18 (5.4%)	9 (50.0%)	231 (74.0%)	55 (17.6%)	9 (2.9%)
2011年	364 (219 : 145)	66.0±16.4 (15-97)	19.9±15.8 (1-95)	14 (3.8%)	5 (35.7%)	284 (78.0%)	52 (14.3%)	14 (3.8%)
2012年	389 (217 : 172)	66.5±17.1 (15-97)	18.0±15.6 (1-95)	14 (3.8%)	4 (28.5%)	273 (70.2%)	84 (21.6%)	18 (4.6%)
2013年	434 (244 : 190)	71.9±17.2 (16-98)	19.1±15.6 (1-140)	27 (6.0%)	12 (41.3%)	281 (64.7%)	91 (20.9%)	23 (5.1%)
2014年	366 (168 : 198)	66.6±17.2 (16-93)	20.4±23.2 (2-245)	20 (5.5%)	5 (25.0%)	229 (62.6%)	90 (24.6%)	27 (7.4%)
2015年	288 (143 : 145)	65.3±18.9 (15-93)	22.6±33.2 (2-367)	16 (5.6%)	6 (37.5%)	190 (66.0%)	53 (18.4%)	29 (10.1%)
2016年	355 (192 : 163)	65.6±18.7 (17-95)	22.4±21.4 (1-141)	28 (7.9%)	3 (10.7%)	229 (64.5%)	69 (19.4%)	29 (8.2%)
2017年	356 (187 : 169)	66.6±18.0 (15-93)	21.9±22.3 (1-162)	24 (6.7%)	6 (25.0%)	222 (62.2%)	88 (24.6%)	23 (6.4%)
2018年	345 (180 : 165)	66.7±19.2 (15-97)	18.4±18.9 (1-148)	23 (6.7%)	6 (26.1%)	212 (61.4%)	86 (24.9%)	24 (7.0%)
2019年	401 (236 : 165)	69.7±18.1(15-100)	20.0±6.45 (1-207)	21 (5.2%)	6 (26.1%)	219 (54.6%)	146 (36.4%)	15 (3.7%)
2020年	424 (256 : 168)	68.1±18.3(16-100)	16.2±18.0 (1-142)	14 (3.3%)	3 (21.4%)	250 (59.0%)	126 (29.7%)	34 (8.0%)
2021年	543 (322 : 221)	65.0±19.3 (15-99)	16.2±16.5 (1-144)	37 (6.8%)	3 (8.1%)	335 (61.7%)	143 (26.3%)	28 (5.2%)
2022年	503 (302 : 201)	71.1±17.3(17-100)	17.6±18.6 (1-140)	31 (6.2%)	5 (16.1%)	265 (52.6%)	178 (35.3%)	29 (5.8%)
2023年	443 (247 : 196)	68.6±18.1 (15-97)	16.3±15.5 (1-115)	35 (7.9%)	2 (5.7%)	271 (61.2%)	117 (26.4%)	20 (4.5%)

表3 ICD-10からみた3大疾患

西暦	ICD分類 人(%)				合計
2012	1 脳卒中	2 敗血症	3 肺炎	4 その他	389 (100.0%)
	101 (30.0%)	29 (7.5%)	27 (6.9%)	259 (66.5%)	
2013	1 脳卒中	2 肺炎	3 敗血症	4 その他	434 (100.0%)
	105 (24.2%)	48 (16.8%)	39 (9.0%)	286 (65.9%)	
2014	1 脳卒中	2 肺炎	3 敗血症	4 その他	366 (100.0%)
	62 (16.9%)	56 (15.3%)	34 (9.3%)	214 (58.5%)	
2015	1 敗血症	2 肺炎	3 脳卒中	4 その他	288 (100.0%)
	46 (15.9%)	41 (14.2%)	21 (7.3%)	180 (62.5%)	
2016	1 肺炎	2 敗血症	3 髄膜炎	4 その他	355 (100.0%)
	61 (17.1%)	33 (9.3%)	25 (7.0%)	236 (66.5%)	
2017	1 敗血症	2 肺炎	3 髄膜炎	4 その他	357 (100.0%)
	36 (10.1%)	29 (8.1%)	12 (3.4%)	280 (66.5%)	
2018	1 敗血症	2 肺炎	3 脳卒中	4 その他	345 (100.0%)
	41 (11.9%)	37 (10.7%)	13 (3.8%)	254 (73.6%)	
2019	1 肺炎	2 敗血症	3 尿路感染症	4 その他	401 (100.0%)
	55 (13.7%)	48 (12.0%)	18 (4.5%)	280 (69.8%)	
2020	1 肺炎	2 COVID-19	3 敗血症	4 その他	424 (100.0%)
	68 (16.0%)	54 (12.7%)	29 (6.8%)	273 (64.3%)	
2021	1 COVID-19	2 肺炎	3 敗血症	4 その他	543 (100.0%)
	186 (34.3%)	45 (8.3%)	37 (6.8%)	275 (50.6%)	
2022	1 COVID-19	2 敗血症	3 肺炎	4 その他	503 (100.0%)
	83 (16.5%)	49 (9.7%)	44 (8.7%)	327 (65.0%)	
2023	1 肺炎	2 COVID-19	3 敗血症	4 その他	443 (100.0%)
	78 (17.6%)	46 (10.4%)	40 (9.0%)	279 (63.0%)	

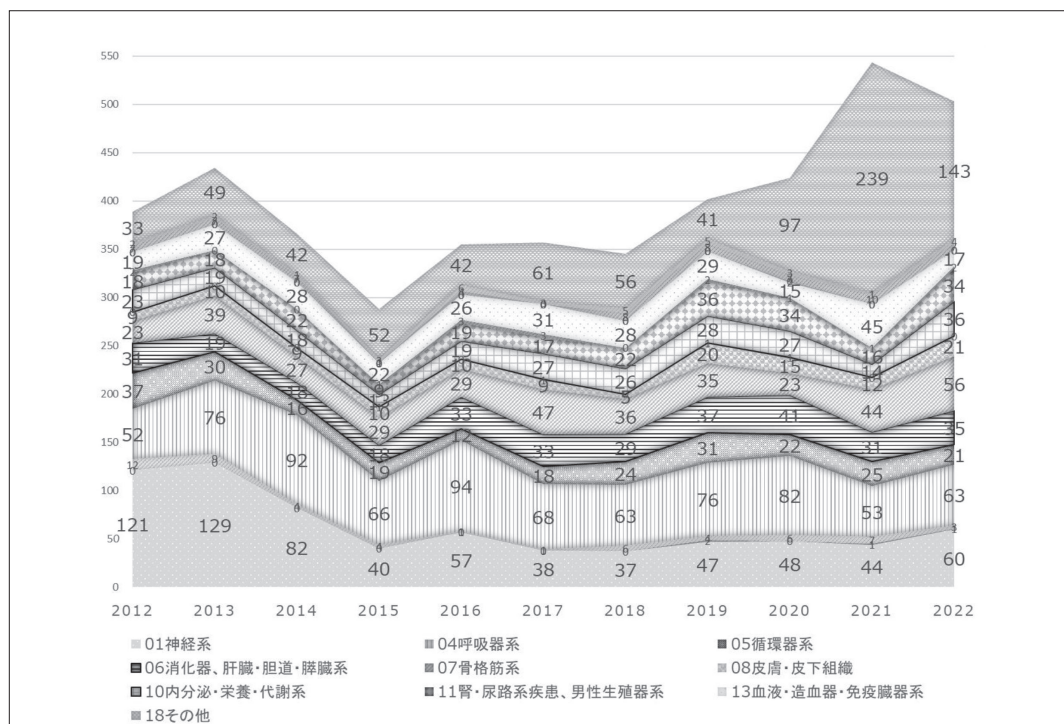


図3 MDC分類でみた患者数の推移

表4 DPCコードのMDCでみたジニ係数とハーシュマン・ハーフィンダール指数

西暦	ジニ係数	ハーシュマン・ハーフィンダール指数
2012	0.60	1,506
2013	0.63	1,552
2014	0.63	1,493
2015	0.61	825
2016	0.48	1,305
2017	0.45	1,156
2018	0.40	991
2019	0.35	1,243
2020	0.46	1,759
2021	0.56	5,088
2022	0.47	2,693
2023	0.48	2,034

4. カンファレンス

月	火	水	木	金
8:15 ジャーナル・クラブ		12:00 外来カンファレンス		[11:00 PBL (BSL 学生)] 研修医プレゼンテーション
[11:00 PBL (BSL 学生)] 研修医プレゼンテーション			14:00 抗菌薬レクチャー	13:40 病棟多職種カンファレンス
15:00 チャート・ラウンド	15:00 チャート・ラウンド	15:00 チャート・ラウンド	15:00 チャート・ラウンド	15:00 Takeoverカンファレンス
	16:00 ACP Journal Club, MKSAP19	16:00 総合回診	16:00 ACP Journal Club	

1) **チャート・ラウンド**

日時：月曜日～木曜日 15時00分～

場所：南館6階カンファレンスルームまたは6B病棟カンファレンス室

内容：①新入院患者のフル・プレゼンテーション

②コンサルテーション患者の相談

③既入院患者の経過報告、チャート・ラウンド

2) **Takeover カンファレンス**

日時：金曜日の15時から16時

場所：南館6階カンファレンス室

内容：①週末の治療方針の引き継ぎ

②週末急変時対応の確認

3) **病棟多職種カンファレンス**

日時：金曜日の13時40分～14時00分

場所：南館6階カンファレンス室

内容：①看護師、MSW、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士との症例検討

②Inter Professional Working (IPW) の実践

③問題点（特に、家族、社会的、経済的、心理的問題点）の抽出

④治療方針の周知

⑤転院・退院計画（外来、介護、在宅、転院先、退院処方）

4) **ACP Journal Club, MKSAP19**

日時：火曜日、木曜日、午後4時

場所：南館6階カンファレンス室

担当：福地、菅原

5) **抗菌薬レクチャー**

日時：毎週木曜日、午後

場所：南館6階カンファレンス室

内容：抗菌薬の使い方

担当：福地

6) **外来カンファレンス**

日時：水曜日の12時から12時30分

場所：南館6B病棟カンファレンス室

担当：山下

内容：①外来対応スキルアップにつながる症例提示とディスカッション

②臨床推論に適する症例のプレゼンテーションおよび推論

③外来症例の振り返り、コンサルテーション

5. 研究・学会活動

1) 国内学会だけでなく国際学会でも症例報告（論文）を積極的に行っている。2019年度の【地域社会健康科学研究所】研究費「へき地介護施設での看護師教育と、尿検体アンチバイオブラムを利用した、施設から始める薬剤耐性対策の研究」を継続している（福地）。菅原の科研費基盤研究（C）「Dダイマー高値例の死亡予測モデル構築と臨床応用：統計・機械学習分析比較による検証」を継続中である。「医師からのDNAR指示の意図と看護師の解釈の異同に関する研究」、「高齢者に対しCOVID-19をきっかけとしたACP導入の有効性に関する臨床研究」の研究論文を投稿準備中である。

2) 英文症例報告5編（Clinical Case Reports 2 編、Clinical Infection in Practice 1 編、Cureus 2 編）が掲載された。英文研究論文4編（Rheumatology 1 編、

PLOS ONE 1 編、Cureus 1 編、Dialogues in Health 1 編) が掲載された。その他、英文症例報告は、1 編がInternal MedicineにAcceptされ、3 編を投稿準備中である。

3) 症例報告、研究報告を第684回日本内科学会関東地方会、第267回日本循環器学会関東甲信越地方会、令和4年度大宮医師会病病診連携運営委員会、第120回日本内科学会講演会 医学生・研修医の日本内科学会ことはじめ2023、第97回日本感染症学会総会・学術講演会、第686回日本内科学会関東地方会、第686回日本内科学会関東地方会(奨励賞・指導医賞受賞(演者: 大川敦也 指導医: 福地貴彦))、ACP Japan 2023、第684回日本内科学会関東地方会、第241回日本内科学会近畿地方会、第269回日本循環器学会関東甲信越地方会、WONCA Asia Pacific Regional Conference 2023、第93回日本感染症学会西日本地方会学術集会、第691回日本内科学会関東地方会、第37回日本エイズ学会学術集会・総会において、のべ22回発表した。

4) 眞山英徳は、2023年3月に医学研究科博士課程を修了し、医学博士(甲種)を授与された。

5) 検査管理医として臨床検査部に移籍している渡辺珠美は、2023年8月に論文博士(乙種)を授与された。

6. 事業計画、目標に対する2023年の達成度、2024年の目標等

- 1) 堀博志が、自治医科大学附属さいたま医療センター2023年度優秀指導医賞を受賞した。
- 2) 埼玉県立大学の4大学連携(埼玉県立大学、城西大学、埼玉医科大学、日本

工業大学)のIPW実習生の受け入れを再開した。

- 3) 病床稼働率は、2016年度115%(17床)、2017年度115%(17床)、2018年度112%(18床)、2019年度104%(18床)、2020年度121%(19床)、2021年度119%(24床)、2022年度113%(24床)、2023年度91%(19床)だった。
- 4) 外来と入院の総稼働額は、2018年度469百万円、2019年度463百万円、2020年度601百万円、2021年度610百万円、2022年度676百万円、2023年度572百万円であった。
- 5) 外来と入院の医薬材料比率は、2018年度25.5%、2019年度21.6%、2020年度21.6%、2021年度22.5%、2022年度25.5%、2023年度31.1%であった。
- 6) 2024年度は、外来と入院の稼働額と病床稼働率の回復を期するとともに、臨床研究も、さらに発展させ継続していく所存である。

文責 総合診療科 菅原 斉