

アニュアルレポート 2018

総合診療科

1. スタッフ

科長（教授）	菅原 斉
医員（講師）	福地貴彦
医員（講師）	石井 彰（2018.7.1 から、埼玉県キャリアアップ・プログラム作成支援事業補助により、深谷赤十字病院に派遣）
医員（助教）	渡辺珠美（2018.6.1 から、産休・育休）
医員（助教）	山下武志（2018.4.1 昇任）
医員（病院助教）	松本葉子
医員（病院助教）	吉田克之（2018.4.1 昇任）
シニアレジデント	川村 愛 安達迪子 栗原維吹 吉原花子 堀 博志（2018.4.1 採用）
客員教授	Wilfred Y. Fujimoto（米国 University of Washington 内科学名誉教授）
非常勤講師	箕輪良行（みさと健和病院 救急総合診療研修顧問） 宮永和夫（南魚沼市民病院病院事業管理者）

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
- 認定プログラム
日本内科学会総合内科専門医研修プログラム
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・ケア連合学会家庭医療専門医後期研修プログラム Ver.2: SMC JMU 大都市と地域で総合医を育てる後期研修プログラム（認定番号第 015-087）
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 斉 他 7 名
日本内科学会指導医 菅原 斉 他 7 名
日本循環器学会認定循環器専門医 菅原 斉 他 1 名
日本老年医学会認定老年病専門医、指導医 菅原 斉
日本感染症学会認定感染症専門医、指導医 福地貴彦
日本救急医学会認定救急科専門医 福地貴彦
日本化学療法学会認定抗菌化学療法指導医 福地貴彦
日本プライマリ・ケア連合学会認定医、指導医 菅原 斉 他 5 名

日本医師会認定産業医
 日本がん治療認定医機構がん治療認定医
 日本臨床検査医学会認定臨床検査管理医

菅原 斉 他 3 名
 渡辺珠美
 渡辺珠美

総合診療科は、当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」の基盤をなす診療科として、センター創立と同時に（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した診療科として総合診療科の入院病床を独立させた。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ネット、③救急部のバック・ベッド、の 3 つがある。

健康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活動している。

我々がめざす総合医のアイデンティティを図 1 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 Internist (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ある。We are not what we were.

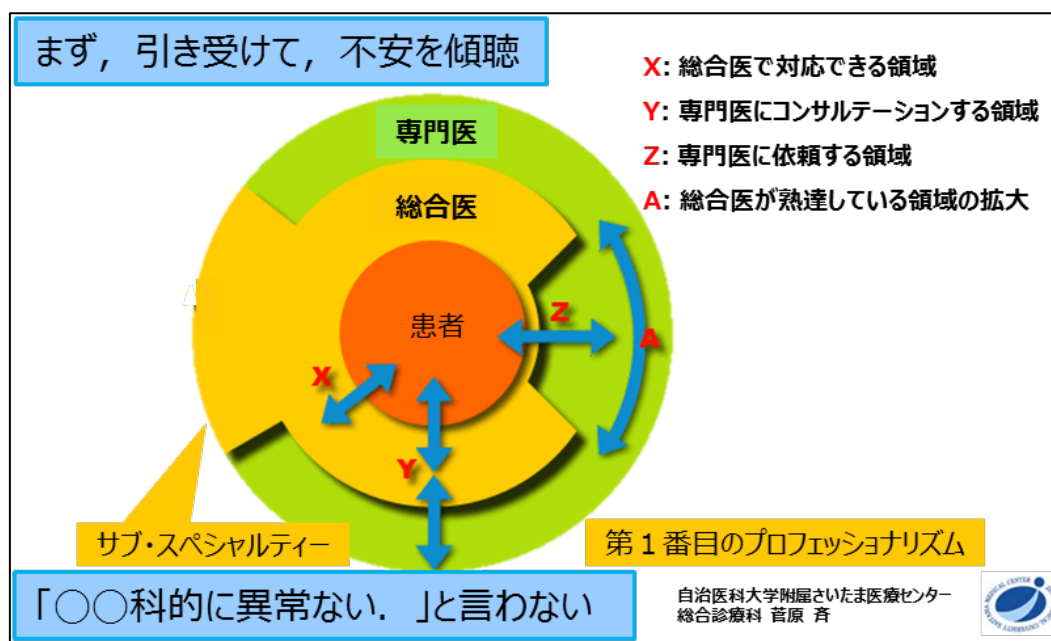


図1 総合医のアイデンティティ

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。

総合医のキー・コンピテンシー(図2)には、①まず引き受けて不安を傾聴するというプライマリ・ケアを担うこと、②診断の確定をすること、③多様疾患に対応できること、④最良のマネジメ

ントを提供すること、⑤多職種連携を調整すること、⑥省察的内科医であること、⑦後進を育成すること、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、米国内科学会上級会員(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か条があり、「グローバル」で「タフ」な総合医を目指す。

総合医の10キー・コンピテンシー

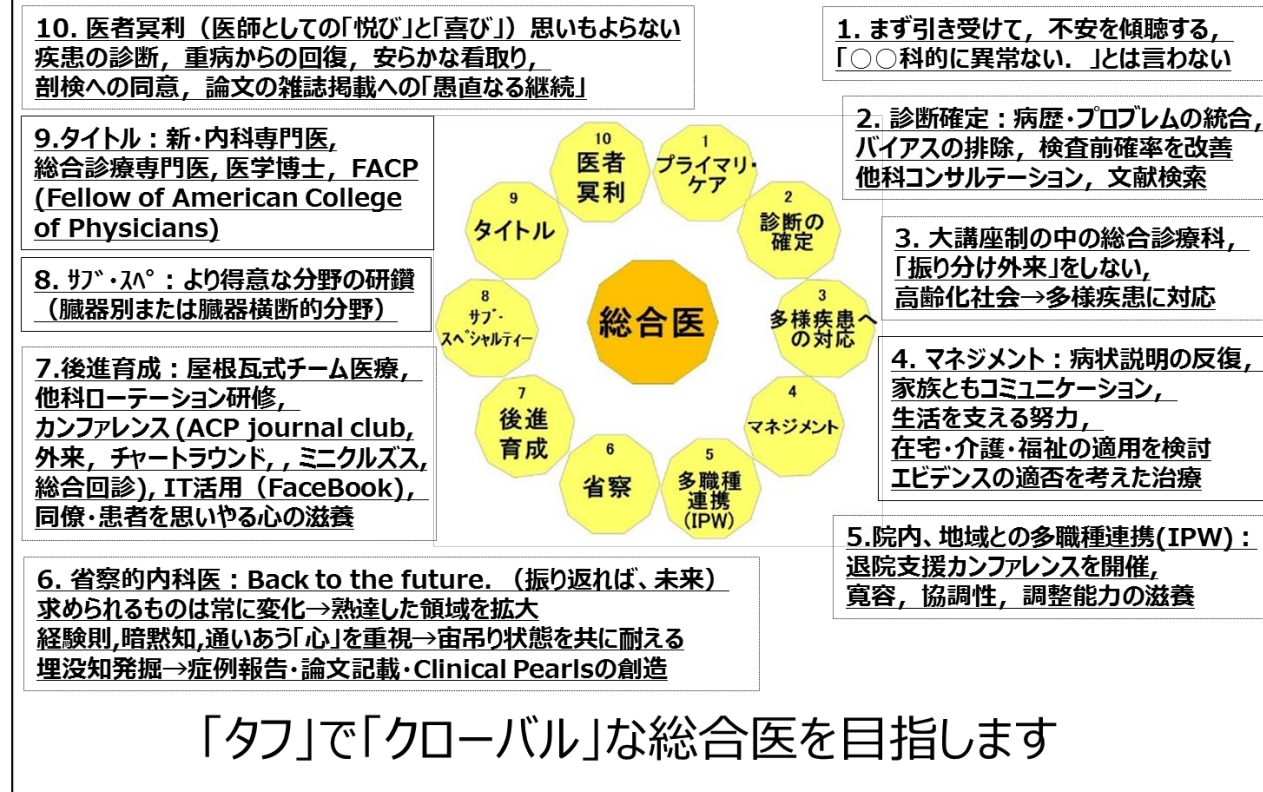


図2 総合医の10キー・コンピテンシー

入院病床数は18床で運用し、1チーム当たりの担当患者数は、4名から8名である。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・コンセントを実施するように心がけている。ダブル・スタンダードや独善的判断を避けるため、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。

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、救急部、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、総合相談室と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、基本的には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、伝統的に単なる「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、後期専門研修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極

力留意する所存である。

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、週 2 回の PBL テュートリアルを実施している。また、他大学からの長期間のクリニカル・クラークシッの医学生も積極的に受け入れている。他大学からの見学生は、年間 40 余名である。

卒後教育においても、各専門診療科へのコンサルテーションおよび各種検査へのフリーアクセスが保障された研修環境が重要である。当センターは、開院当初からコンピューターによるオーダーリング・システムを擁しており、また、2005 年 7 月からは電子カルテが導入され、診療情報の共有化によるマルチ・コンサルテーションがさらに容易となった。

また、2 か月に 1 度、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 年から継続しており、当センターにおける卒前・卒後教育の特色の 1 つとなっている。

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、図 1 に示した「総合医としてのアイデンティティー」を確立していく。

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、年間剖検率 30%以上を維持していること(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

振り分け外来ではない。初診外来患者数は 573 名、再診外来患者数は 2,646 名、他科からの協診依頼は 323 名であった。

2) 入院患者数、治療成績(表 1、表 2、図 3)

表 1、表 2、図 3 にこれまでの診療実績を示す。2018 年の入院患者 345 人の平均年齢は 66.7 歳(男女比は 180 対 165)、平均在院日数は 18.4 日であった。他科からの入院コンサルテーションは、759 件であった。

入院患者の転帰では、61%が自宅退院した。他病院への転院が 25%であった。転院については、総合相談室を介して、周辺の地域病院との連携と患者家族との相互理解を深めながら実施している。

表1 入院患者数、転帰の推移

年齢（歳）	平均在院日数	転帰（人）				
		死亡	剖検	自宅退院	転院	転科
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）
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%）

ICD-10 からみた3大疾患は、敗血症、肺炎、脳卒中で、肺炎と脳卒中が増えた。脳血管疾患、心不全、肺炎や敗血症を含む重症感染症、マルチプル・プロブレムを有する患者の診療が多数例行われた。

原発不明癌の診断や緩和ケア、リンパ節生検やランダム皮膚生検によって悪性リンパ腫の確定診断に至る症例も多かった。

表2 ICD-10 からみた3大疾患

西暦	ICD分類 人(%)				合計
2012年	1 脳卒中	2 敗血症	3 肺炎	4 その他	
	101 (30.0%)	29 (7.5%)	27 (6.9%)	259 (66.5%)	389 (100.0%)
2013年	1 脳卒中	2 肺炎	3 敗血症	4 その他	
	105 (24.2%)	48 (16.8%)	39 (9.0%)	286 (65.9%)	434 (100.0%)
2014年	1 脳卒中	2 肺炎	3 敗血症	4 その他	
	62 (16.9%)	56 (15.3%)	34 (9.3%)	214 (58.5%)	366 (100.0%)
2015年	1 敗血症	2 肺炎	3 脳卒中	4 その他	
	46(15.9%)	41(14.2%)	21(7.3%)	180(62.5%)	288(100.0%)
2016年	1 肺炎	2 敗血症	3 髄膜炎	4 その他	
	61 (17.1%)	33 (9.3%)	25 (7.0%)	236 (66.5%)	355 (100.0%)
2017年	1 敗血症	2 肺炎	3 髄膜炎	4 その他	
	36 (10.1%)	29 (8.1%)	12 (3.4%)	280 (66.5%)	357(100.0%)
2018年	1 敗血症	2 肺炎	3 脳卒中	4 その他	
	41 (11.9%)	37 (10.7%)	13 (3.8%)	254 (73.6%)	345 (100.0%)

DPC コードの MDC でみると、神経系疾患の割合が減少し、その他の疾患の敗血症が増えた。平準度を示すジニ係数は 0.60 (2012 年)、0.63 (2013 年)、0.63 (2014 年)、0.61 (2015 年)、0.48 (2016 年)、0.45 (2017 年)、0.40 (2018 年) で、ハーシュマン・ハーフィンダール指数は 1,506 (2012 年)、1,552 (2013 年)、1,493 (2014 年)、825 (2015 年)、1,305 (2016 年)、1,156 (2017 年)、991 (2018 年) で、どちらの指数も低値であることから、総合診療科の対象疾患が多様であることを示していた。

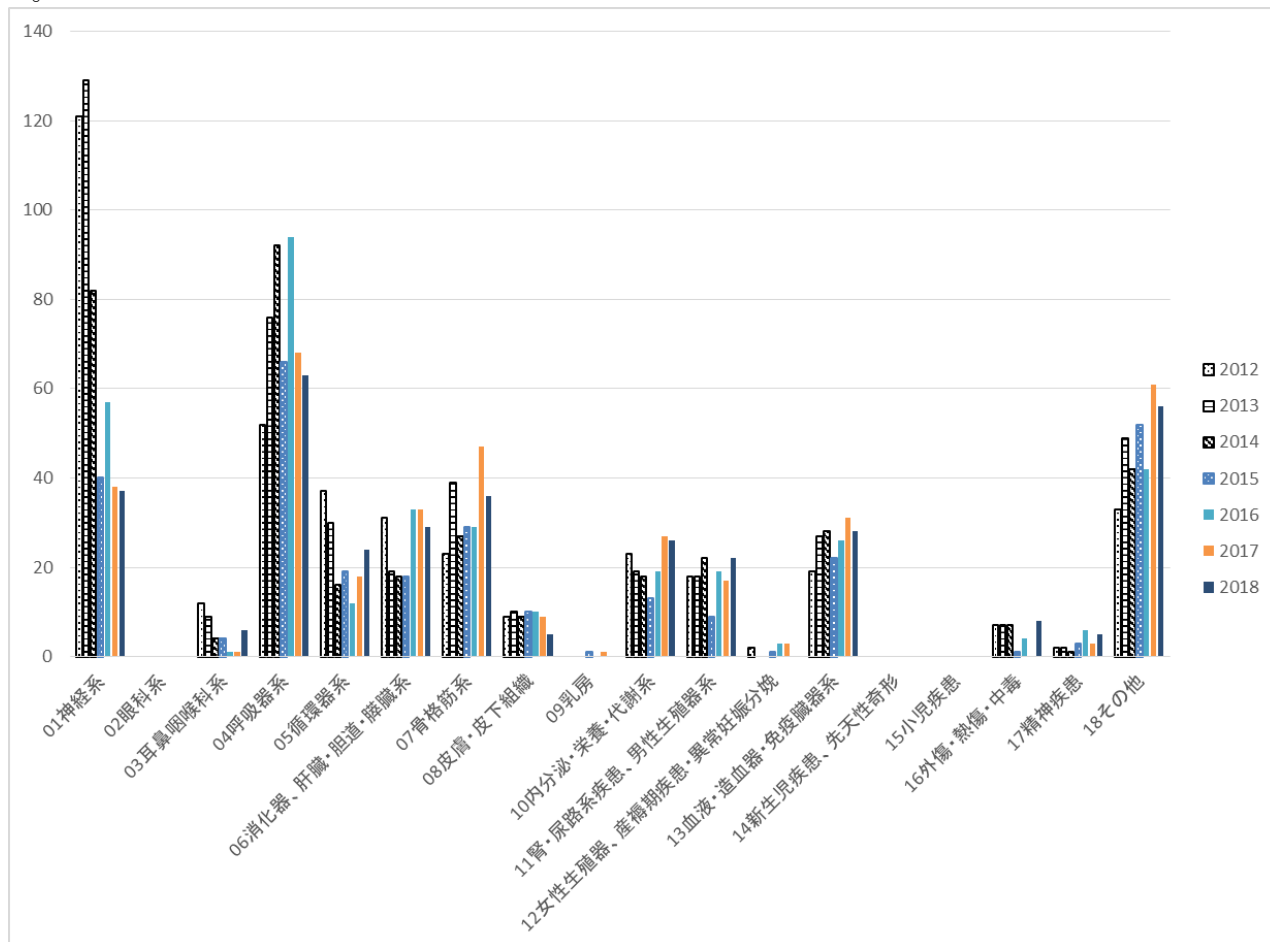


図3 MDC 分類でみた患者数の推移

3) 死亡数、剖検数、剖検率 (表 1)

死亡数は 23 症例で死亡率 6.7%、剖検数は 6 症例で剖検率 26.1%であった。

4. カンファレンス

月	火	水	木	金
		8:00 病棟合同 カンファレンス		8:15 ジャーナル・ クラブ
[9:00 モーニング・ カンファレンスとラウ ンド (Dr. Fujimoto)]	13:30 ACP Journal・クラ ブ			[9:00 モーニング・ ラウンド (Dr. Fujimoto)]
[11:00 PBL(BS 学生)]	14:00 MKSAP18 14:15 ミニ・レクチャー	12:00 外来カンファ レンス		[11:00 PBL(BSL 学生)]
13:00 新薬説明会	18:00 抗菌薬レクチャー	15:00 チャート・ラウ ンド		13:40 病棟多職種カン ファレンス
16:00 チャート・ラウ ンド	16:00 チャート・ラウンド	16:00 総合回診	16:00 チャート・ラ ウンド	16:00 Takeover カンフ ァレンス

1) **チャート・ラウンド**

日時： 月曜日～木曜日 15時00分～または16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、回診
② 既入院患者の経過報告、チャート・ラウンド
③ 治療方針の確認・検討
④ 病状説明内容の確認

2) **Takeover カンファレンス**

日時： 金曜日の16時から17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30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、言語治療士との症例検討
② Inter 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) **ミニ・レクチャーとACP Journal Club, MKSAP18**

日時： 木曜日、午後2時
場所： 南館6階カンファレンス室
担当： 吉田、福地、菅原
内容： ACP Journal Club の輪読、MKSAP18、総合診療に関連したミニ・レクチャー
① EBM, ACP Journal Club とは？
② 埋没知
③ 総合医の役割、総合診療科の特徴
④ 検査前確率、尤度比、検査後確率
⑤ RR, RRR, ARR, NNT
⑥ 鑑別診断の考え方(System 1, 2, 3)
⑦ Epley 法実技、Modified Valsalva 実技
⑧ 文献検索の方法(MESH, Clinical Queries),
⑨ 文献管理(Mendeley, Google Scholar)
⑩ サルコペニア、ロコモティブ症候群、フレイル、老年症候群
⑪ ポリファーマシー
⑫ がん社会を診る、エンド・オブ・ライフケア

5) **抗菌薬レクチャー**

日時： 月1回木曜日、午後7時00分
場所： 会議室3・4
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。科研費基盤研究(C)「臨床検査での超極端値と短期的予後との関連性－横断的縦断的解析とその臨床的意義－」のデータ解析(菅原、石井、渡辺、福地、中村香代子)を継続している。

6. 事業計画、目標に対する 2017 年の達成度、2018 年の目標等

- 1) 「D-dimer が基準値を大きく外れた極端な高値を呈した患者の短期的転帰に関するケース・コントロール研究」を第 115 回日本内科学会総会(京都, 2018 年 4 月 15 日)で発表した(中村)。
- 2) IPW の一貫として、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、日本工業大学による平成 24 年度文部科学省「大学間連携共同教育推進事業」の共同教育事業「彩の国連携力育成プロジェクト」)の実習生を 3 日間受け入れ指導した。次年度も継続する予定である。
- 3) 症例報告を日本内科学会関東地方会、日本感染症学会総会、日本化学療法学会東日本地方会学術集会、日本内科学会総会、日本内科学会総会サテライト・シンポジウム、American College of Physicians Japan Chapter meeting, 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会、Asia-Pacific Congress of Clinical Microbiology and Infection などで合計 21 回実施した。。
- 4) Case report が *Internal Medicine* に掲載された。

文責 総合診療科 菅原 斉