

# Bridge ~市民病院と地域をつなぐ~

## — 目次 —

- 院長からのご挨拶
- 「総合診療科」に名称変更しました
- 総合診療科の外来・入院診療
- 総合診療医の専門性
- 緩和ケア オピオイド持続皮下注での在宅移行
- 選定療養費改定のお知らせ

## ~総合診療科特集~

Vol.17  
2022.12月

発行：豊橋市民病院 患者総合支援センター  
0532-33-6111 (内)1491

## 院長からのご挨拶

今号の特集は「総合診療科」です。詳しい診療については後述されますが、まず、患者の訴えに耳を貸し、状況をよく観察するという診療において当たり前のことを、だれよりも当たり前のように行う診療科だと思っています。この当たり前が現代の総合病院では難しい時代になり、ともすれば患者から自分を看ずに、PCばかりを見ていると批判されます。

対応に苦慮する原因不明症例からエンドオブライフまで、当院の「総合診療科」の幅広い活動について、ぜひ一読ください。

また、秋口からの当院における新型コロナウイルスの感染拡大によりご不便をおかけしております。今後も豊橋市民病院は地域の急性期医療と感染症対策の両立を目指してまいりますので、ご理解ご協力をお願いいたします。



浦野 文博 院長

## 「総合診療科」に名称変更しました



総合診療科部長  
稲垣 大輔

総合診療科は、受診すべき診療科が特定できない患者さんや原因不明の症状を抱えている患者さんなどの診療を担当しています。豊橋市民病院のなかではもっとも小さな診療科のひとつですが、地域のみなさんの健康を守るとともに、地域連携登録医の先生がたのご要望にお応えできますよう、これからも精いっぱい尽力いたします。

2022年4月に、以前の総合内科から「総合診療科」に名称を改めました。内科の一部門としての位置づけであり、診療内容に変更があるわけではありません。

近年、全国各地の病院でも総合診療科は増え、名古屋大学医学部附属病院はもちろんのこと、近隣の豊川・新城・岡崎の各市民病院はすでに総合診療科を標榜しています。総合診療専門医も設立されましたし、若い世代の医師や医学生で総合診療という言葉を知らない人はもういません。

総合診療は徐々にではありますが、市民権も獲得しつつあります。NHKの『総合診療医ドクターG』というエンターテインメント番組は人気を博していました。最近では、『19番目のカルテ 徳重晃の問診』という青年マンガ(富士屋カツヒト著、コアミックス)の主人公として、なんと総合診療医が登場しています。

総合内科でもべつに間違っているわけではありませんが、このような時代の要請もあり、「総合診療」を冠しておくことになりました。

豊橋市民病院は東三河南部医療圏で最大規模の病院であることや、この地域には大学病院がないこともあって、当院には救急や重症の症例、珍しい疾患の症例などが一手に集中する傾向があります。

総合診療科も例外ではなく、遭遇する疾患の多彩性や特殊性には、われながら目を見張るときがあります。これまであまり紹介する機会がありませんでしたので、ここでは当科診療の実態を知っていただければ幸いです。

### 【総合診療科の外来診療】

2021年度の実績(以下同じ)では、当科の1日平均の外来患者数は23人、うち新患者数は6.2人、紹介患者数は1.9人でした。

多数の軽症患者さんに混じって、肺炎、胃腸炎、尿路感染症などのコモンディジーズはもちろん、伝染性単核球症(数週間に1例)やリウマチ性多発筋痛症(1カ月に1例ぐらい新規診断)などやや珍しい疾患が目立っています。不明熱になってしまいやすい疾患としては、感染性心内膜炎や前立腺炎、無菌性髄膜炎、偽痛風、亜急性甲状腺炎、菊池病、血管炎、悪性リンパ腫、薬剤熱、心因性発熱などが散見され、忘れた頃にまた押し寄せてくるといった感じです。これらを文字どおり不明熱にしてしまわないことが、私たちに課せられた使命だといえます。

また、うつ病などの精神疾患も少なくありません。当院では現在、こころのケア科の外来診療ができないため、当科でフォローしたり、専門の医療機関にお願いしたりしています。

長期フォロー症例には、ステロイドや免疫抑制薬を処方している患者さんや病態不明(MUS=次ページ参照)の患者さんも一定数ふくまれています。

### 【総合診療科の入院診療】

当科の入院診療は中断されていた時期もありましたが、2018年度から再開し、継続しています。病床数は定数3床ですが、実際の1日平均入院患者数は4.5人です。1カ月では新入院9.8人、平均在院日数は12.4日となっています。

ウイルス感染症や尿路感染症、高齢者の脱水症や誤嚥性肺炎などの入院が多いのは予想とおりです。その一方で、診断不確定で入院し、最終的に巨細胞性動脈0炎や悪性リンパ腫などの診断がつくケースが年に何例かはあります。

過去数年で内容的にインパクトの強かったケースには、血球貪食症候群を併発した70歳代女性の成人発症Still病や、胸水貯留をくり返した70歳代男性の蛋白漏出性腸症などがあります。

### 【地域連携登録医の先生がたへ】

今年度の当科は、専属は部長1人のみで、内科専攻医(当科と他診療科を掛け持ちする)が5年目1人、3年目2人という弱小の体制で運営されています。

地域連携登録医の先生がたにご迷惑やご不便をおかけすることもあるでしょうが、ご理解とご協力のほど、またご指導のほど、なにとぞよろしくお願い申し上げます。お気づきの点がありましたら、当院患者総合支援センター・地域連携部門などを通してお聞かせ願えれば幸いです。

わが国の総合診療のレジェンドのひとりでもある伴信太郎先生(愛知医科大学医学教育センター特命教育教授、もと名古屋大学医学部附属病院・総合診療科教授)は、総合診療医とは「あらゆる健康問題の窓口となる医師」と説明しています。「総合診療医の真骨頂は、身体疾患でもあらゆる臓器・病態を考慮するのみならず、精神・心理的側面、社会・環境的背景などにも幅広く配慮することである」。

伴先生は、そのうえで「総合診療医の専門性」として以下をあげています――

### 総合診療医の専門性

1. 健康問題への包括的対応能力
  - a) 身体、精神・心理、社会・環境的側面への配慮
  - b) 予防、診断・治療、リハビリテーションへの配慮
  - c) 保健・福祉・介護との連携
  - d) 個人・家族・地域への視点
2. 病態診断の専門家 (diagnostician) 能力
3. medically unexplained symptoms (MUS) への対応能力

1番目の「健康問題への包括的対応能力」は、総合診療医に求められる当然の能力といえますが、それはたんに慢性疾患の通院患者に処方継続することだけではありません。地域連携の視点からは、「治す医療」だけでなく「支える医療」を忘れない、「病院完結型の医療」にこだわらず「地域完結型の医療」を展開する、QOL (quality of life) やQOD (quality of death) を高める医療をめざす――なども求められています。

2番目の「病態診断の専門家 (diagnostician) 能力」は、とくに当院のような総合病院では強く求められます。

3番目の「medically unexplained symptoms (MUS) への対応能力」については、これを大項目の一つにあえて掲げているところに、伴先生の奥深さや本質を垣間見る思いがします。

私自身も名大病院総合診療科で研鑽を積んだ時期があり、伴先生にもじかに教えていただいたことがあります。複数の医療機関を転々とした後、大学病院にまで紹介されてきた、あるいは自らたどり着いた患者さんたちというのは、「病態診断の専門家能力」を求められる症例もちろんあるのですが、それと同じかそれ以上に「MUSへの対応能力」が要求されることが多いのです。

十分な診断的アプローチを加えても診断がつかず、かつ症候が継続するMUSに悩み苦しんでいる患者さんたちが一定数存在します。そのうちの一部は精神疾患などの非器質的疾患の診断がつかますが、依然として「病態不明」としかいえない患者さんが残ります。そういった患者さんにどう対応するか。伴先生は、安易に身体症状症(身体表現性障害)というような診断名をつけずに(診断名をつけてしまうと、共感的対応がむずかしくなる)、一定期間は外来でフォローすることを説きます。

豊橋市民病院の総合診療科にもMUSの患者さんは少なからず来られています。伴先生の教えをどこまで守れているかは自信ありませんが、私もできるかぎり共感的に継続診療するように心がけています。



## 緩和ケア オピオイド持続皮下注での在宅移行

エンドオブライフのがん患者さんで、在宅での看取りを前提として、入院主科および緩和ケアチームから在宅医へ地域連携した事例を紹介します。

オピオイドの持続皮下注射を病院から自宅に持ち帰ることは、じつはそれほど難しいことではありません。同様のケースは今後も増え、ますます重要になってくると思われます。

ADLが低下した終末期患者の在宅移行は様々なコーディネートが必要になります。オピオイドの持続静注で疼痛コントロールされている方の場合、内服やフェントステープへ変更が最良策ですが、必須ではありません。

オピオイドの持続皮下投与であればスムーズな在宅移行が可能です。

### ★CADDレガシーを使い在宅医療へ移行した例

末期胃がんの60歳代の男性。内服困難のため1mg/mLに希釈したオキファスト2 mL/時(48 mg/日)を持続静脈内投与されていました。在宅療養の方針となり、緩和ケアチームのMSWがCADDレガシーを手配。退院の1日前にCADDレガシーを使い、オキファスト原液で持続皮下投与0.2 mL/時(48 mg/日)に変更し退院。退院後も在宅医が投与速度を調節できるので、細やかな疼痛戦略が可能です。

(「緩和ケアだより」第23号・2022年10月号から＝一部加筆修正)



〔注〕 CADDレガシーは、患者さんが自己調整鎮痛(PCA)のために自分で押せるボタンが付いているポンプです。最近、販売終了となりましたが、もう何年かは使い続けられるでしょうから、目にする機会があるかもしれません。

携帯型精密輸液ポンプ 持続・PCAタイプ  
CADD-Legacy®PCA Model 6300

## 選定療養費改定のお知らせ(2022年10月1日より)

2022年(令和4年)4月の診療報酬改定に基づき、外来機能の明確化および医療機関間の連携を推進することを目的とした初診時・再診時の選定療養費の金額と徴収対象を見直しました。

### 初診時選定療養費

2022年9月30日まで → 2022年10月1日から  
初診 5,500円(税込) → 7,700円(税込)

### 再診時選定療養費

2022年9月30日まで → 2022年10月1日から  
再診 2,750円(税込) → 3,300円(税込)

※紹介状を持参せずに受診された場合

※状態が落ち着き、当院担当医が他の医療機関へ紹介を申し出た後も当院での診療を希望し、受診される場合