

「外来マネジメント」

■特集の背景と目的

病棟や救急と勝手に違う外来には外来のコツがある
Do not missを意識しながら、
外来でよくみる疾患をしっかりと診断できるようになる

ホスピタリストはもともと「病棟患者のマネジメントのための専任医師」という概念で、米国から始まりました。対する我が国では、病院勤務医が病棟のみで診療している場面は少ないかと思われます。外来診療と入院診療の比重は、個人差・施設差があるにせよ、外来がゼロというケースはまれでしょう。そこで本特集号では、病棟での内科患者診療との違いを意識しながら外来診療を行うコツに焦点を当てます。

外来診療全体は非常に幅広く、1冊の雑誌で扱うことは不可能です。また、外来をテーマにした書籍は多く、総合診療系の雑誌では外来患者のトピックも多く扱われています。Hospitalist誌では「外来における予防医療」という特集号がすでに出ていることから、今回の特集では病棟や救急ではなかなかみる機会がないが、外来ではよく遭遇する症候・疾患をしっかりと診ることができるようになることを目標として、入院診療中心のホスピタリストが苦手としやすい主訴を取り上げます。

はじめに | 外来には病棟や救急とは違った醍醐味がある

- 金城 紀与史 沖縄県立中部病院 総合内科

総論

1 そもそも外来とは：全体像を俯瞰して、ホスピタリストに求められる外来診療を考える

- 矢吹 拓 国立病院機構 栃木医療センター 内科

<ダイジェスト>

患者と医療との接点を考えると、外来が最も身近な「場」といえるかもしれない。筆者自身、幼少期には「医療機関＝外来」という印象だった。もちろん、入院や在宅も重要だが、外来がもつ機能や役割は多岐にわたっており、医療サービスにおいてはゲートキーパーの役割も含めた欠かせない診療形態である。米国のホスピタリストは入院診療に特化した専門職で、主戦場が入院・病棟であり、外来診療は担当しないことが多い。一方、日本では、入院診療のみに従事しているホスピタリストは少なく、何かしらの形で外来に携わっていることが多いと思われる。

本稿で外来診療のすべてを語ることは不可能だが、その全体像や多様な機能を俯瞰し、改めて入院や救急外来、診療所や病院との違いについて考察する。また、「ホスピタリストに求められる外来診療」という切り口で、外来診療の変化とその可能性についても紹介したい。

【コラム①】 外来教育①米国編：いつ、どのように外来研修・指導が行われているのか

- 伊藤 真次 Kokua Kalihi Valley Comprehensive Family Services

<ダイジェスト>

本稿では米国における研修医（レジデント）の外来研修の実際、指導医から見た研修指導の実際について、筆者の経験（家庭医療科レジデント、老年内科フェロー、指導医）もふまえて書き記していきたい。

【コラム①】 外来教育②日本編：限られた時間・資源のなかで外来を指導する際の注意点と教え方

- 朴 大昊 大山町国民健康保険 大山診療所/鳥取大学医学部 地域医療学講座
- 岡田 唯男 亀田ファミリークリニック館山/亀田メディカルセンター 家庭医診療科

<ダイジェスト>

2020年度から、初期研修でも4週以上の外来研修が必修化される。医師臨床研修制度の見直しに関する報告書には、到達目標として「頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療できる」と記載されている。外来教育の必要性が差し迫るなか、医学生や初期研修医、総合診療・総合内科の専攻医に、どのように教育を行えばよいのだろうか。

各論

2 関節痛：関節炎を区別できるようになる！

- 松井 和生 斗南病院 リウマチ・膠原病科

<ダイジェスト>

関節痛は、筋骨格疾患をもつ患者のなかでも最も多い訴えの1つだが、病態・症候は多彩で鑑別診断は幅広い。

病院によっては専門科の内科外来に紹介されるケースもあるが、専門科不在のため、ホスピタリストが外来で診る場合も少なくない。

本稿では、頻度の高い4つの関節炎の症例を通して、病歴・身体診察のポイントなど関節痛へのアプローチについて解説する。

3 しびれ：局在診断から考える鑑別診断

- 上田 剛士 洛和会丸太町病院 救急・総合診療科
<ダイジェスト>

しびれをきたす疾患は数多くあり、その原因を突き止めるのは必ずしも容易ではない。本稿では、日常診療において悩みやすい「しびれ」の原因をどう論理的に追及していくか、コモンな手根管症候群から多発神経障害での神経内科コンサルトまで、症例をもとにひもといていきたい。

4 めまい：BPPVを本当に診断できていますか？：画像に頼らない中枢性の別のめまいの鑑別

- 五島 史行 東海大学医学部 耳鼻咽喉科
<ダイジェスト>

めまい疾患で最も頻度が高いのは、良性発作性頭位めまい症 benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) であり、疑い例も含めると外来患者の約半数に認められる。海外では、恐怖性姿勢めまい症 phobic postural vertigo (PPV) や片頭痛関連めまいも高頻度であるという報告もあるが、これらの疾患概念は日本であまり普及しておらず、正確に診断されていないと考えられる。

本稿では、めまいの鑑別として、眼振観察によって診察可能であるBPPVの各種タイプ、そして高頻度に見逃されていると考えられる、PPVと片頭痛関連めまいについて概説する。

【コラム②】 振戦・ふるえ：治療可能な症状を見逃さない、外来での目のつけどころ

- 原瀬 翔平・柴山 秀博 亀田総合病院 脳神経内科
<ダイジェスト>

外来診療において、「手がふるえる」「声がふるえる」などさまざまなふるえが観察されるが、患者が訴えない、困っていないなどで、きちんと評価されずに済まされているケースが少なからずあるのではないだろうか。ふるえは数ある不随意運動のなかで最も外来での遭遇頻度が高く、かつ、背景疾患に対する治療介入の余地がある。ふるえのなかには本態性振戦 essential tremor (ET) だけでなく、Parkinson病 Parkinson's **disease (PD)**、**薬剤性、代謝性疾患**などが背景に隠れており、ポイントを絞った病歴聴取と診察で診断可能なことが多い。

本稿では外来診療でふるえに遭遇した場合を想定し、ほかの不随意運動との比較をしながらより効率的なアプローチで評価を行うべく、背景疾患の診断から治療までの一連の流れについて症例を通じて議論していく。

5 歩行障害：整形か、神経か、それ以外か？ 診断ポイントを押さえよう！

- 難波 雄亮 安房地域医療センター 総合診療科/沖縄県立中部病院 総合内科
<ダイジェスト>

歩行障害の原因は視力の問題、精神疾患、心疾患、感染症、代謝性疾患、神経筋疾患と多岐にわたる。臨床医が、これらの疾患のどれに該当し歩行障害をきたしているか判断するのは、挑戦的な課題である。健常者を対象とした研究では、20歳代の人と比べ70歳代になると、20~30%の歩行速度や歩幅の減少が認められる。歩行やバランス障害は年齢とともに上昇し、60~69歳では人口の10%、80歳以上では60%以上に異常を認めるといわれている。

本稿では歩行障害の鑑別の仕方を示しつつ、比較的多い筋骨格系・血管・神経筋疾患に絞って、頻度の高い歩行障害について解説していく。

6 頭痛：自信をもって「片頭痛」を診断しよう！

- 西垂水 和隆 慈愛会今村総合病院 救急・総合内科
<ダイジェスト>

頭痛は外来でよく診る症候であるが、90%は一次性頭痛であり、二次性頭痛は10%とされる。もちろん救急外来では二次性頭痛を見逃してはならないが、一般外来では一次性頭痛に対応することが多い。また一般外来、頭痛外来、救急外来など診療場所によっても異なるが、頭痛のみが主訴の場合は8割以上が片頭痛との報告がある。

本稿では初めに頭痛全体を概観したのち、片頭痛について誤診されやすい背景や、疫学、臨床症状など基本的知識を整理する。続く後半では、片頭痛の誤診パターンから診断を考えていきたい。さらに治療についても概説する。

7 認知症：ホスピタリストの対応範囲を意識しながらPros×Consで迫る！

- 松原 知康 広島大学病院 脳神経内科
- 井口 正寛 福島県立医科大学医学部 脳神経内科学講座
<ダイジェスト>

認知症はさまざまな原因によって生じ、その内訳は報告によって若干異なるが、おおむねAlzheimer病、血管性認知症、Lewy小体型認知症、前頭側頭葉変性症の順に頻度が高く、これらは合わせて4大認知症とよばれる。

これらの疾患の診断・治療にはまだ明らかになっていない部分も多く、診療ガイドライン間で推奨する内容にも差がある。今回は、そのような認知症診療についてPros（賛成）、Cons（反対）の両者の立場から検討してみる。

8 身体症状を呈する精神疾患：パニック発作・不安障害・うつ病を敬遠しない！

- 加藤 温 国立国際医療研究センター病院 精神科

<ダイジェスト>

一般外来において身体症状を訴えて受診するも、身体診察や各種の検査からは異常が見つからず、メンタルの問題を疑われるケースは少なくない。

通常は器質的疾患を除外してから精神科疾患を考えるのが原則である。しかし実際の臨床現場では、身体症状が精神疾患の症状の1つとして出現したり、身体と精神双方の問題が同時に存在することもあり得る。例えば味覚異常で外来を受診した患者において、血清亜鉛値が若干低いうつ状態にある場合など、身体問題もありそうだがうつ病を否定できないこともある。

したがって、一般内科医、ホスピタリストとしては、身体症状を呈する患者からいかに精神科の問題を見極めていくか、どのようなケースは精神科へ紹介すべきかについて理解しておく必要がある。本稿では、精神科医の立場から述べてみたい。

9 精神疾患と間違えやすい内因性疾患：外来でよくみる疾患のピットフォール

- 本村 和久 沖縄県立中部病院 総合内科

<ダイジェスト>

内科受診患者のなかで、疾患頻度として精神疾患は非常に多い。一般人口でうつ病は10%にみられるといわれ、また、うつ症状で初めて受診する診療科は内科が64.7%と最も多い。当然のことながら、患者の訴えから「典型的な精神疾患」と思っても、内因性疾患による症状である可能性にはいつも注意が必要である。また、「よくある精神疾患」と「よくある内因性疾患」は併存もあり得ることに注意したい。

本稿では3つの症例をもとに、精神疾患と間違えやすい内因性疾患にどのようにアプローチすべきか考えていきたい。

10 浮腫：主な4つの病態と、よく見逃されている慢性静脈不全（CVI）！

- 工藤 仁隆 飯塚病院 総合診療科

<ダイジェスト>

外来診療において浮腫の訴えは非常に多いが、心、腎、肝、甲状腺疾患の原因検索までで思考停止していないだろうか。浮腫の原因は多岐にわたり、これら4病態が占める割合は決して高くない。一方、慢性静脈不全 chronic venous insufficiency (CVI) は、日本では見逃されがちだが、原因として比較的多いことが知られている。

腫瘍におけるTNM分類に倣って、国際的にCEAP分類が使用されているが、海外の疫学情報によると、CVIの有病率は、毛細血管拡張を伴うC1は最大80%、静脈瘤を伴うC2は20~64%、浮腫を伴うC3を含むC3~C6が5%、皮膚に潰瘍を伴う最重症の状態のC5+C6で約1~2%と報告されている。また、日本は含まれていないが世界の各地域別に調べた9万人のCVI患者での解析では、浮腫を伴うC3は、14.7%（女性16.6%、男性10.1%）にみられた。

本稿では全身性浮腫の鑑別をいかに漏れなく行うか、上肢などの部分的な浮腫をみたときにどうアプローチするか、の大きく2項目に分け、症例を通して紹介する。

11 腰痛症：薬と画像でごまかさず、頻度を考えた適切なアプローチをしよう

- 鶴木 友都 飯塚病院 総合診療科

<ダイジェスト>

腰痛を訴える患者は非常に多い。非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）乱用の原因となっているわりに、重要な運動を指導していなかったり、MRIをすぐに撮り、症状とは関連がない椎間板ヘルニアと診断している症例も多いと思われる。ほとんどの腰痛はそれで何となくうまくいっているようにみえてしまうのだが、果たして本当にそれでよいのだろうか？

本稿では、薬や画像でごまかさず、頻度をふまえた適切なアプローチができるように、腰痛症について解説する。

【コラム③】爪からここまでわかる：体調不良や全身疾患の存在を知らせる所見を知っておこう

- 富山 周作 飯塚病院 総合診療科

<ダイジェスト>

外来診療には多種多様な疾患を抱えた患者が多くやってくるが、そのなかで爪にどれだけ注目して診察を行っているだろうか。ばち指clubbingや匙状爪spoon nailなどが有名であるが、それ以外にも爪に関する所見は数多く存在する。多くの病態を反映する窓として爪を診察できるように、本稿では、爪と全身疾患との関係について述べていく。

【コラム④】アルコール使用障害：医療者次第で、患者は回復できる機会を平等にもち得る

- 久我 弘典 九州大学病院 精神科神経科
＜ダイジェスト＞

「身体健康障害」という切り口にもかかわる総合診療医は、その背後に隠れている複雑な事情をもつ重大なアルコール使用障害を予見したうえで、不適切な飲酒をスクリーニングし、必要に応じて専門治療へとつながなくてはならない。

一方で、アルコール使用障害が起きたときに、専門家の支援はいつも側にあるわけではない。専門家以外の1人1人の医療者が、即座に、アルコール使用障害をもった人が適切な専門的支援を受けられるよう支援することが重要である。そのために、総合診療医はアルコール使用障害の特徴を知るとともに、自身ができる介入方法を知っておく必要がある。

本稿では、アルコール使用障害のスクリーニング方法に触れ、初期支援方法としてのメンタルヘルス・ファーストエイド（MHFA）、介入方法としてのブリーフ・インターベンション（BI）を紹介する。

【コラム⑤】禁煙：タバコに対する誤解を解き、喫煙をしなくても生活ができるという認識をもたせる

- 清水 隆裕 敬愛会ちばなクリニック 健康管理センター
＜ダイジェスト＞

種々の社会的事情などから対策が遅れている日本では、いまだ、例えば「喫煙者が減少しているにもかかわらず、肺がん死者数が増加している、すなわち、喫煙と肺がん死は関係がない」などという論を支持する者もいる。このような誤解が生じる背景には、喫煙の開始から各種疾患の発症までには数十年のタイムラグがあり、喫煙者の減少が各種疾患の減少に寄与するにもそれなりの時間がかかることすら理解されていない実情があるのではなからうか。

日本のタバコ消費のピークは1996年（平成8年）の3483億本であり、そこから20年あまりを経た現在は、まさに喫煙関連疾患の発症者・死亡者がピークを迎えている時期と考えられる。