

1. 診療科目標

地域医療を担う近隣の医院・病院との連携を十分に行い、患者のトータルケアを目標とする。常に患者中心の安心かつ安全な医療を提供する。

消化器診療の基本方針として下記を遵守する。

- 患者の生命維持を最優先する。
- 症状緩和を目指しつつ、根本原因の診断・治療を行う。
- 診療記録を適切に管理し、チーム医療を推進する。

2. 診療体制

A. 入院診療に関する役割と責任体制

(1) 医師の責任体制、病棟診療に関する役割と責任体制

原則として消化器病専門医または内科専門医/認定医が主たる責任医師（主治医）となり、検査・治療のオーダーを行う。責任医師のほか、消化器内科全体でチーム医療を行う。専攻医もこのチームに所属するが、上級医師の指示の下、診療行為を行い、責任医師（主治医）となる事が出来る。患者入退院の決定や、各検査の説明・インフォームド・コンセントは、原則として上記の責任医師（主治医）が担当するが、最終責任は消化器内科部長が担う。

診療体制（責任体制）：消化器内科部長 - 消化器病専門医（主治医） - 消化器病専攻医（主治医になることもある） - 初期研修医

(2) 治療方針の決定

主治医は毎日担当患者を診察し、所見を診療録に記載するとともに、日々治療方針を検討する。原則として、消化器疾患ガイドラインに沿った治療を計画する。主治医は回診での患者の臨床症状、検査所見等を総合し、治療方針を決め、更に下記のカンファレンスで、診療計画の確認・見直しを行う。

(3) 病棟カンファレンスの開催と意義

医師のみで行う「消化器内科カンファレンス」を毎週月、木曜曜日 18 時より開催（於 内視鏡室）、医師・看護師、栄養士等の病棟スタッフで構成される「病棟カンファレンス」を毎週木曜日 13 時より開催し（於 西 4 階病棟ナースステーション）、診療計画の確認・見直しを行い、スタッフ間での問題共有を行う。このほか、必要に応じて臨時カンファレンスを開催することがで

きる。問題症例の治療方針の最終決定は、部長の責任の下で皆で協議して行う。また、各医師間における診療の質の向上と均一化をはかることも目的とする。その後、患者およびその家族に対する十分なインフォームド・コンセントを行う。

(4) 退院の決定

患者の退院は、カンファレンスでの話し合いの下、入院診療主治医の責任で決定する。また、決定後は速やかに、病棟師長に報告を行い、病棟の状況を考えて退院日が決定される。

B. 外来診療の主治医および外来診療体制

(1) 外来診療に関する役割と責任体制

原則として消化器病専門医または内科専門医/認定医が外来診察や消化器疾患検査を行う。消化器病専門医以外の医師が診療を行う際は、専門医に技術的サポートおよび診療方針を相談し、専門医はこれを指導する。

(2) 治療方針の決定

主な疾患については、消化器疾患ガイドラインに従って各消化器病専門医が行う。判断に迷う際には、「消化器内科カンファレンス」に提示し、判断を仰ぐ。

(3) 入院の決定

原則として外来担当診察医が患者の状況を考えて入院を判断し、状況に応じて他の消化器病専門医と相談して決定する。迷うケースについては、「消化器内科カンファレンス」に提示し意見を仰ぐ。「緊急扱い」または、通常の「入院予約扱い」のどちらにあたるか判断し、「緊急入院扱い」の場合は、病棟師長また病床担当係りに速やかに連絡し、ベッドを確保する。緊急扱い以外は、原則として「入院予約扱い」となって、オーダーコンピューターに入力して予約を取る。

(4) セカンドオピニオン

診療にあたっては、患者の権利としてセカンドオピニオンを聞く権利があることが、保証されている。治療内容についてのインフォームド・コンセントに際し、セカンドオピニオンを聞く権利についても説明し、セカンドオピニオンを希望する患者には速やかにセカンドオピニオンのための紹介状、検査資料を用意する。

また他院からのセカンドオピニオン希望には、原則消化器病学会専門医を持

つ医師で、その疾患に関する専門的な経験を有した医師が担当する。紹介元への返事を即日に患者さんに手渡す。

(5) 時間外・緊急時の対応

夜間・休日（当直帯）の緊急患者は、原則とし当直内科医、消化器内科オンコール医師が担当して対処する。当直内科医は、「当直表」として、消化器内科オンコール医は、「オンコール医」として院内掲示板において回覧できる。当直内科医が消化器内科医ではなく、当直内科医だけの判断および医療技術では対処できないと判断された場合は、消化器内科医師をセカンドコールする（オンコール医）。オンコール医は、消化器内科医師によって構成されるが、専攻医がこれにあたる場合、消化器専門医とともに（または指示を仰ぎながら）緊急医療にあたる。

C. 検査・手術・治療の説明と同意

侵襲を伴う処置・検査を行う場合や、がん治療の際には、それらの内容・必要性・安全性（特に起こりうる合併症）・代替治療等について説明書を用いて事前に患者・家族に良く理解できるよう十分説明する。治療方針の決定・計画には患者・家族の意見を尊重し、理解・同意が得られたことをカルテに明記あるいは同意書により確認してカルテに綴じる。また、疑問点が解決できない場合や納得できない場合など、セカンドオピニオンという選択があることを説明し、患者の自己決定権を尊重する。

D. 倫理的に問題になりやすい事柄に対する対策

(1) 診療の妥当性

- 患者に不利益をもたらせないため、検査・治療の適応を医学的に的確に判断する。
- 患者の意思や患者の社会性を考慮した治療計画を立案する。
- 十分に説明し理解を得るインフォームド・コンセントを取得する。

(2) 倫理的問題

がんの治療法の選択、癌治療の継続の必要性、終末期医療、延命処置などに対して患者の意思が尊重されるように配慮する。

(3) 臨床研究

臨牀倫理委員会の承認を得て、患者に不利益を与えることなく、患者に十分な理解と文書による承諾を得た後、臨床研究を遂行する。

E 消化器疾患 診療マニュアル

目次

1. 初期診療フロー
2. 主な疾患と対応
 - 2.1 急性腹痛

- 2.2 消化管出血
- 2.3 胃・十二指腸潰瘍
- 2.4 腸閉塞
- 2.5 感染性腸炎
- 3. 診断の手順
 - 3.1 問診
 - 3.2 身体診察
 - 3.3 血液検査
 - 3.4 画像診断（CT, MRI, 超音波）
- 4. 治療方針
 - 4.1 薬物療法
 - 4.2 内視鏡治療
 - 4.3 栄養管理（経口・経腸・経静脈）
- 5. 緊急対応
 - 5.1 ショック・低血圧時の対応
 - 5.2 急性消化管出血の対応
 - 5.3 穿孔の対応
- 6. 予後管理とフォローアップ
 - 6.1 慢性疾患の管理
 - 6.2 消化器がん患者のサーベイランス
- 7. 他科との連携
 - 7.1 外科
 - 7.2 腫瘍内科
 - 7.3 栄養管理チーム

1. 初期診療フロー

1. 主訴の確認（痛み、吐血、下血、嘔吐、下痢など）。
2. バイタルサインの確認（特にショックの有無）。
3. 必要に応じて迅速な血液検査・画像検査を実施。
4. 緊急度を評価し、必要に応じて専門医へコンサルト。

2. 主な疾患と対応

2.1 急性腹痛

診断のポイント

- ・ 病歴聴取：発症様式、痛みの部位、関連する症状。
- ・ 身体診察：反跳痛、筋性防御の有無。
- ・ 補助検査：腹部 CT、超音波、血液検査。

治療の概要

- ・ 明らかな原因が判明しない場合は NPO（絶食）とし、支持療法を開始。
- ・ 緊急手術が必要な場合（例：腸穿孔、腸閉塞）は外科と連携。

2.2 消化管出血

診断のポイント

- ・ 主訴：吐血、下血、タール便の有無を確認。
- ・ バイタルサイン：ショック症状（血圧低下、頻脈）があれば重症を示唆。
- ・ 身体診察：腹部圧痛、肛門診で直腸内の出血の有無を確認。

補助検査

- ・ 上部消化管出血が疑われる場合
 - 緊急内視鏡検査を準備。
 - 必要に応じて造影 CT。
- ・ 下部消化管出血が疑われる場合
 - 直腸診で出血部位を推定。
 - 下部内視鏡検査または造影 CT。

治療の概要

1. 初期対応

- NPO とし、胃管を挿入して出血量を評価。
- 輸液を迅速に開始し、血圧を維持（収縮期血圧 > 90 mmHg）。
- 輸血を検討（Hb < 7.0 g/dL または症状がある場合）。

2. 止血療法

- 内視鏡による止血（クリッピング、注射療法、焼灼）。
- 出血がコントロールできない場合は外科または IVR（血管内治療）を検討。

3. 原因治療

- 消化性潰瘍が原因の場合：PPI の静注を開始。
- 静脈瘤破裂が原因の場合：バソプレッシン製剤や内視鏡的静脈瘤結紮術（EVL）。

2.3 胃・十二指腸潰瘍

診断のポイント

- ・ 主訴：上腹部痛、吐血、タール便の有無。
- ・ 身体診察：心窩部の圧痛、硬直の有無（穿孔を疑う場合）。

補助検査

- ・ 上部消化管内視鏡：潰瘍の位置と深さ、出血の有無を評価。
- ・ ヘリコバクター・ピロリ検査（尿素呼気試験、抗体検査）。

治療の概要

1. 薬物療法

- 。 PPI（オメプラゾール、エソメプラゾール）または H2 受容体拮抗薬を使用。
 - 。 ヘリコバクター・ピロリ陽性例では除菌療法（PPI＋抗菌薬 2 剤）。
2. 合併症の管理
- 。 出血：内視鏡止血術を行い、術後も PPI を投与。
 - 。 穿孔：緊急手術を検討。
3. 再発予防
- 。 NSAIDs の使用中止または胃粘膜保護剤併用。

2.4 感染性腸炎

概要

感染性腸炎は、細菌、ウイルス、寄生虫による感染で発症する急性腸管感染症です。下痢、腹痛、発熱などが主症状であり、軽症から重症まで幅広い臨床像を示します。

主な病原体と特徴

- ・ 細菌性腸炎：サルモネラ、カンピロバクター、腸管出血性大腸菌（EHEC）
- ・ ウイルス性腸炎：ノロウイルス、ロタウイルス
- ・ 寄生虫性腸炎：アメーバ赤痢、ジアルジア症

診断方法

1. 臨床症状（下痢、腹痛、発熱、血便）。
2. 糞便検査：培養、PCR 検査。
3. 必要に応じて腸管内視鏡検査（重症例）。

治療方針

1. 軽症例
 - 。 対症療法（経口補水療法：ORS）。
 - 。 食事制限（脂肪や乳製品を控える）。
2. 中等症～重症例
 - 。 原因菌に応じた抗菌薬：例）シプロフロキサシン、メトロニダゾール。
 - 。 脱水が重度の場合、輸液治療を実施。
3. 感染予防
 - 。 手洗いや食品衛生を徹底。
 - 。 ワクチン接種（ロタウイルスワクチンなど）。

2.5 腸閉塞（イレウス）

概要

腸閉塞は、腸管内容物の通過が障害される病態で、器質的閉塞と機能的閉塞（麻痺性イレウス）の 2 種類があります。

主な原因

- **器質的閉塞**：術後癒着、腸管腫瘍、ヘルニア嵌頓。
- **機能的閉塞**：術後麻痺、腹膜炎、薬剤性（オピオイドなど）。

症状

- 腹痛（間欠的な疝痛）。
- 嘔吐、排便・排ガス停止。
- 腹部膨満、鼓音亢進。

診断方法

1. 身体診察

- 腹部膨満、腸雑音の減弱または亢進。

2. 画像検査

- 腹部 X 線：腸管拡張、階段状のガス像。
- 腹部 CT：閉塞部位や原因を確認。

治療方針

1. 保存的治療（軽症例または機能的閉塞）

- 経鼻胃管による減圧。
- 絶飲食、輸液による電解質補正。

2. 手術適応（重症例または器質的閉塞）

- 腹水の有無や血液ガス造影 CT で壊死の有無を確認する。
- 腸管切除または癒着剥離術。腸捻転やヘルニア嵌頓は緊急手術を検討。

合併症予防

- 腸管壊死や穿孔を早期に発見し、適切に対応することが重要。

3. 診断の手順

3.1 問診

- 主訴、症状の発症時期・経過、既往歴（特に手術歴、薬剤使用歴）。
- 家族歴（消化器がん、炎症性腸疾患）。
- 生活習慣（飲酒、喫煙、食生活）。

3.2 身体診察

- バイタルサイン（発熱、血圧、脈拍）。
- 腹部診察（視診、聴診、触診、叩診）。
- 直腸診（下部消化管出血や腫瘍の有無）。

3.3 血液検査

- 全血球計算（貧血、白血球増加）。
- 肝機能、膵酵素（AST, ALT, ALP, アミラーゼ）。
- 炎症マーカー（CRP, ESR）。

3.4 画像診断

- 腹部エコー：胆石、腫瘍、腹水の確認。

- 造影 CT/MRI：腫瘍、炎症、穿孔や狭窄の評価。

4. 治療方針

4.1 薬物療法

薬物療法は消化管疾患の治療において中心的な役割を果たします。以下に主な疾患ごとの治療薬をまとめます。

1. 消化性潰瘍

- **PPI（プロトンポンプ阻害薬）**：オメプラゾール、ランソプラゾール
- **H2 受容体拮抗薬**：ラニチジン、ファモチジン
- **ヘリコバクター・ピロリ除菌療法**：PPI＋クラリスロマイシン＋アモキシシリン（またはメトロニダゾール）

2. 消化管感染症

- **抗菌薬**（必要に応じて選択）：メトロニダゾール、ニューキノロン系抗菌薬など
- **整腸剤**：ビフィズス菌製剤、乳酸菌製剤

3. 炎症性腸疾患

- **5-ASA 製剤**：メサラジン、サラゾスルファピリジン
- **免疫抑制薬**：アザチオプリン、6-MP
- **生物学的製剤**：インフリキシマブ、アダリムマブ

4. 腸閉塞

- 基本的に薬物療法は対症療法（鎮痙薬、制吐薬）。重症例では外科的治療を考慮。

4.2 内視鏡治療

1. 適応疾患

- 上部消化管出血（潰瘍、静脈瘤破裂）：クリッピング、バンド結紮術、注射療法
- 食道狭窄：バルーン拡張術、ステント留置
- ポリープ・早期がん：EMR（内視鏡的粘膜切除術）、ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）

2. 注意点

- 術前に出血傾向や感染リスクを確認（血液凝固検査、感染症スクリーニング）。
- 術後の合併症（穿孔、出血）を注意深く観察。

4.3 栄養管理

1. 経口摂取可能な場合

- 低残渣食から開始し、症状に応じて普通食に移行。

- 消化管疾患がある場合、脂肪や刺激物を控える。
 - 2. 経口摂取困難な場合
 - 経腸栄養：経鼻胃管、PEG（胃瘻）を用いる。
 - 経静脈栄養（TPN）：腸管が使用不可能な場合や重症例。
 - 3. 補助的管理
 - ビタミン、微量元素の補充（特に慢性疾患患者）。
 - 栄養サポートチーム（NST）との連携。
-

5. 緊急対応

5.1 ショック・低血圧時の対応

1. 初期対応

- 酸素投与（必要に応じて気管挿管）。
- 末梢静脈路の確保、輸液開始（生理食塩水または乳酸リンゲル液）。
- 可能であれば血液検査を実施（血算、凝固系、電解質）。

2. 消化管出血が疑われる場合

- 上部消化管内視鏡の準備。
- 輸血の準備（Hb < 7.0 g/dL が基準となることが多い）。

5.2 急性消化管出血の対応

1. 初期対応

- バイタルサインのモニタリング（持続的に記録）。
- 酸素投与（酸素飽和度が 90% 以下の場合）。
- 胃管挿入による内容物の吸引。

2. 輸液・輸血

- 初期輸液：乳酸リンゲル液または生理食塩水を速やかに投与。
- 重症出血例：赤血球輸血を開始（目標 Hb 7～9 g/dL）。

3. 内視鏡治療

- 内視鏡による止血（クリッピング、注射療法、焼灼）。
- 高リスク例では追加の IVR（血管塞栓術）を検討。

5.3 穿孔の対応

1. 臨床症状

- 突然の激痛、板状硬化、発熱。
- 血圧低下、ショック状態があれば緊急手術を考慮。

2. 診断手順

- 腹部 X 線・CT：遊離ガスの確認。
- 血液検査：CRP 上昇、白血球増加、代謝性アシドーシス。

3. 治療

- 絶食・輸液管理を開始。

- 。 広域スペクトラム抗菌薬（カルバペネム系）を投与。
- 。 穿孔部位に応じて外科的修復術を行う。

6. 予後管理とフォローアップ

6.1 慢性疾患の管理

1. 消化性潰瘍

- 。 ピロリ除菌後も PPI を最低 8 週間継続し、その後症状を評価。
- 。 再発防止のため、NSAIDs を可能な限り避ける。

2. 炎症性腸疾患（IBD）

- 。 定期的な内視鏡検査を実施し、粘膜治癒を確認。
- 。 生物学的製剤を使用している場合、治療効果と副作用を定期的にモニタリング（血液検査、画像検査）。

3. 慢性肝疾患が合併する場合

- 。 肝機能検査を定期的実施し、合併症（肝硬変、肝臓）を早期に発見。

6.2 消化器がん患者のサーベイランス

1. 胃がん

- 。 内視鏡手術後：術後 1 年以内に内視鏡検査。以後は年 1 回実施。
- 。 根治手術後：術後 3 年間は 6 か月ごとに CT 検査、以後年 1 回。

2. 大腸がん

- 。 術後 3 年間は 6 か月ごとに CT および腫瘍マーカー測定を実施。
- 。 内視鏡による局所再発確認を年 1 回実施。

3. 肝・胆・膵がん

- 。 術後、根治治療後：腫瘍マーカーと画像検査を 3 か月ごとに実施。

7. 他科との連携

7.1 外科との連携

- 。 緊急手術が必要な場合（穿孔、腸閉塞など）は、速やかに外科と情報を共有。
- 。 腫瘍性疾患の切除適応を内科的検査結果と併せて内科外科カンファに提示。

7.2 栄養管理チーム（NST）

- 。 栄養サポートが必要な患者（慢性消耗性疾患、術後回復期）を積極的に依頼。
- 。 経腸栄養剤や TPN の適応と調整を NST と協議。

F 消化器内科における代表的疾患の治療ガイドライン

代表的疾患として疾患を下記に挙げる。原則的には各学会より出版されて

いる治療ガイドラインに従う。

1. 診療ガイドライン

日本消化器病学会：

「消化性潰瘍診療ガイドライン」「過敏性腸症候群診療ガイドライン」

「大腸ポリープ診療ガイドライン」「慢性膵炎診療ガイドライン」

「胃食道逆流症診療ガイドライン」「肝硬変診療ガイドライン」

「NAFLD/NASH 診療ガイドライン」「機能性ディスペプシア診療ガイドライン」

日本食道学会：「食道癌診療ガイドライン」

日本胃癌学会：「胃癌診療ガイドライン」

日本癌治療学会：「大腸癌診療ガイドライン」

日本肝臓学会：「肝臓癌診療ガイドライン」

日本胆道学会：「胆道疾患ガイドライン」

日本膵臓学会：「膵臓癌診療ガイドライン」「急性膵炎診療ガイドライン」

「自己免疫性膵炎診療ガイドライン」

日本炎症性腸疾患学会：「IBD 診療ガイドライン」

日本消化器内視鏡学会：「内視鏡診療ガイドライン」

2. 医学書籍

- 消化器疾患マニュアル（改訂版第2版）

- UpToDate（最新オンライン版）

3. オンラインリソース

- PubMed：最新の臨床研究論文

- 日本医師会：「消化器疾患診療情報ページ」