

## 総合診療科の機能

### — 2 複雑な医療モデルへの対応 —

向原 茂明 江崎 宏典 浜田 久之  
木村 博典

**要旨** 当院へ総合診療科が開設されて15年が経過する。近年、医学部および大学病院への導入も増え、病院機能上の総合診療科のあり方を検討する必要がある。そこで、複雑な医療モデルへの対応を通して総合診療科の役割を検討した。

(キーワード：総合診療，診療連携，地域連携，研修)

THE FUNCTION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE  
: 2 COPING WITH COMPLEX HEALTH MODEL

Shigeaki MUKOBARA, Hironori EZAKI, Hisayuki HAMADA  
and Hironori KIMURA

Fifteen years has past since the Department of General Medicine had been open at National Nagasaki Chuo Hospital. Many medical schools and university hospitals began to develop departments of general medicine and the importance and the roles of the department in hospital function should be discussed. We therefore introduced some concrete cases that needed the correspondence to the complicated medical model and discussed the roles of general medicine in this era.

(Key Words : general medicine, inter-clinician relationship, community relationship, clinical education)

当院は、653床、25診療科、医師数73名、レジデント20名、研修医35名の規模の臨床研修指定病院である。

総合診療科の院内での位置づけは、内科の1部門として機能している。すなわち、循環器内科、呼吸器内科などと並列であり、50床の病棟を有する。外来機能は、新患担当で、紹介状を有しない患者を初め、当科紹介患者も多い。もちろん、振り分けのみでなく、各専門内科との連携のもと再診患者も診ている。以上の背景の中、当院での総合診療科の機能を複雑な医療モデルへの対応を通して検討した。

#### 症 例

医療モデル1：各診療科を複数受診する不定愁訴の患者

42歳，男性（無職）不定愁訴，

現病歴：1989年10月総合診療科初診。腰痛症にて当院整形外科受診中、主訴は、頭痛と眼前暗黒感。12年前に交通事故。頭部外傷の既往あり。CTや理学所見等異常なく、脳外科紹介。脳外科にて、脳血流シンチ等を行い、C5/C6の狭窄を認め、頸椎症の診断。治療するも病状変わらず。

1990年6月右上肢の脱力、麻痺を訴え、脳外科より神

国立長崎中央病院 National Nagasaki Chuo Hospital 総合診療科

Address for reprints : Shigeaki Mukobara, Department of GIM, National Nagasaki Chuo Hospital, 1001-1 kubara Oomura, Nagasaki 856-8562 JAPAN

Received December 28, 2000

Accepted January 19, 2001

経内科紹介。筋電図等施行し多発性硬化症を疑われ、入院するも、1日で自己退院。以後受診中断。

1993年9月腹痛のため、総合診療科受診。GIF、超音波検査でも所見なく、消化薬など処方。

1996年10月易疲労感、脱力感を主訴に総合診療科受診、肥満と軽度の肝障害認め、肝疾患専門医に紹介。超音波検査にて脂肪肝の診断。この間、時々頭痛やめまい感などで、救急外来や総合診療科受診

1998年10月呼吸困難にて救急外来から呼吸器内科紹介。気管支喘息の診断にて、薬物治療、前胸部圧迫感を訴えるため、循環器内科紹介。異常を認めず。

2000年9月現在、呼吸器内科のほか、易疲労感や腹痛を訴え総合診療科外来も受診、フォロー中。

(コメント)

不定型な訴えで受診。専門診療科での精査で一応の診断はつくが、症状は繰り返す。また、時間とともに訴えが変化している。本人の受療行動は気ままな面があり、患者自身が症状によって、受診する診療科を選択している。総合診療科には、どの専門診療科を受診して良いか判断に困るような、易疲労感、ふらふら感、頭痛、腹痛などでの受診が多い。

各専門診療科と総合診療科との機能分担が図られ、各専門診療科の機能がスムーズに行える。

医療モデル2：病診連携のもと在宅ケアにて呼吸器管理を行った症例

68歳、男性 パーキンソン病、脳血管性痴呆

現病歴：1995年9月喀痰排出困難にて、呼吸困難をきたし、総合診療科入院。呼吸器管理を行い、救命しえた症例。

その後、呼吸器からの離脱困難となり、気管切開、胃ろう造設を行い、転院先を検討。

家族は、妻と、長女が同居しており、自宅での療養を強く希望する。ただ、当時当院では、在宅呼吸器管理の経験がなく、在宅ケアへ向けて不安が残った。

11月より、在宅で使用する呼吸器を実際に病棟で装着し、機器の扱いや、喀痰吸引や胃ろうチューブの訓練を家族に対して行った。

12月 機器の扱いには、慣れてきたものの在宅介護の不安があり、今一步を踏み出せなかった。そこで、総合診療科と看護部が中心となって開催している地域医療カンファレンス（注1）に症例呈示を行い、在宅支援のマンパワーの活用を図ることとした。

かかりつけ医の依頼、訪問看護婦訪問計画、呼吸器

管理、胃ろう管理手順、緊急事対応などの準備を進め、3月に退院となった。

患者家族が、かかりつけ医だけの訪問では、不安を訴えたため、月1回程度の総合診療科医師、看護婦による訪問診療（呼吸器管理、胃ろう管理）を行った。

(コメント)

総合診療科の役割の1つに、病診連携を始め、福祉など地域との連携があげられる。

この症例は、本院に通院中の患者だったため、在宅ケアを行うにあたり開業医や訪問看護ステーションのマンパワーの協力が必要となった。地域医療カンファレンス等開催し、総合診療科が窓口として機能することで、ほかの専門診療科入院患者の地域連携もスムーズに行える。

(注1) 地域医療カンファレンス

当院で、平成6年10月より開始されたカンファレンスで、主に、合併症などで要介護となった患者の退院前検討を行っている。構成メンバーは、当院からは、総合診療科医師、主治医、看護部（運営部長、担当病棟看護婦）、理学療法士などであり、院外から市保健婦、訪問看護ステーション看護婦、老健施設職員（SW、看護婦）、社会福祉協議会ホームヘルパー、それに看護学生、PT・OT学生などの参加で月1回の定例会を行っている。時に患者家族の参加もあり、在宅ケアへの大きな推進力になっている。

医療モデル3：研修医受け持ち患者のクレーム

85歳、女性 脳梗塞（右片麻痺）

2000年6月、老健施設入所中、右半身麻痺のため、脳梗塞の診断にて、総合診療科入院。1年目の研修医が受け持ち、5年目のレジデントが指導医として一緒に診療を行った。

入院当初より、右大腿部を痛がっていたが、ベッドから転落したとの情報を看護婦が得たので、受け持ち医に連絡。（看護婦は、入院以前といったが、研修医は入院後転落と思いきみ）レントゲン検査の結果骨折の所見は、得られなかったため、受け持ち医が家族にベッドから転落したが、骨折はない旨説明。4、5日しても痛み続いたため、整形外科に紹介。骨折の疑いがあるとの返事で、再び受け持ち医が家族に、大腿転子部骨折ありと整形外科での診断を説明。その後、痛み軽減し、8月になり、現状も固定したため退院指示。

転院時に、家族より、大腿部骨折は、ベッドからの転

落が原因であり、医療事故とのクレームがあり、医療事故予防委員会の調査で、①院内でのベッド転落の事実なし（前施設でも転落の確認とれず）②整形外科で再検討の結果、骨折なし（CT、MRIで確認）の確認がとれたため、家族に説明家族から、①説明がころころ変わる。②受け持ち医は一生懸命してくれたが、指導医が説明しなかった。との不満があった。

（コメント）

総合診療科での役割の1つに研修医教育がある。当院では、研修医とレジデントが受け持ち医となり、スタッフが指導医としての役割を担っている。（屋根瓦方式）

この症例は、6月で1年目の研修医が研修開始した直後の症例であった。研修医にベッド転落による骨折は、医療事故との認識がなく、指導医に相談することなく1人で、家族に説明。

また、レジデントや指導医も比較的症状安定の軽症患者だったため、連携・指導が十分でなかった。このことが、クレームにつながった原因と考えられ、反省点である。

## 考 察

当院での総合診療科の機能を①診療 ②研修・教育 ③研究に分けて考えると整理しやすい（Table 1）。診療面では、重要な機能として、モデル1に示すように専門診療科との役割分担がある。

医療が高度化・細分化すればするほど、患者は、各々の診療科を重複して受診しなければならない。また、専門診療科では、自分の領域にはまった患者には、興味を抱くが、そうでなければお荷物扱いとなることが多い。

そんな患者に対して、責任を持って調整役（指揮者）としての機能を有すると考える。

また、救急患者の初期対応にも積極的に応じている。1、2次救急はもちろんのこと、当院には、3次救急を担う救命救急センターを併設しており、内科系重症患者には、救命棟専任医師の協力の下、専門内科医と一緒に全身管理を担当することも多い。

また、当院の精神科は、政策医療上主に合併症を有する患者の入院が主である。その主治医としての機能も多く、さらにリエゾン精神科領域の患者を受け持つことも多い。（精神科入院を拒む患者を総合診療科病棟で精神科医と一緒に主治医として診ていくこともある。）

研修・教育面では、当院では、昭和46年から、スーパーローテイト方式の卒後臨床研修制度をしいており、現時点でも、研修医35名中16名がスーパーローテイト方式

Table 1 当院での総合診療科の主な機能

### 1) 診療

#### a) 外来部門での役割

- 新患担当（紹介状なし）
- 再来外来（週1回）
- 時間内救急対応全医師（新患担当医）
- 精神科（リエゾン）との連携はかなり密

#### b) 入院部門での役割

- 専用病棟（50床）あり
- 専任スタッフは医長1名、医師2名、レジデント4名、研修医3～5名
- 各専門内科にて適合しない患者が多い
- 多臓器にわたる内科系救急患者は担当
- 研修医教育にふさわしい患者

### 2) 研修・教育（卒前・卒後）

- 研修医・レジデント教育
- 卒後臨床研修委員会
- 地域連携（地域医療カンファレンス）
- 医学生の実習受け入れ

### 3) 研究

- 地域医療（含む離島医療）
- テレメディシン医療
- 地域連携

（総合診療科方式）で2年間の研修中である。

院内卒後臨床研修委員会の運営は総合診療科医長が中心に行っており、研修全般の調整とともに、内科研修の責任を負っている。

また、在院日数短縮が命題となった昨今の医療事情の中では、医療モデル2のように、地域との病診連携を必要とする患者は、ますます増えてきている。総合診療科の機能の1つに、病院連携、地域連携があげられる。当院では、地域医療カンファレンス看護部とともに運営しており、研修医にもその重要性・必要性の教育を行っている。その実践フィールドである離島医療の親元病院としても機能しており、教育と実践が相まって、地域医療に興味を持つ医師が少しずつだが集まってきている。

2年後に迫った、卒後臨床研修必修化に向けて、卒前教育を含め、総合診療科の役割はますます増大してくるものと考えられる。

そのような中、医療モデル3のように、研修医教育には、細心の注意とフォローが必要であると、反省させられた症例を提示した。研修医指導の基本は、医師免許の元、どこまで自身の責任において、自主性に任せるか否

か、研修医の力量の見極めと、母親のような包容力と注意力が必要であることはいうまでもない。それとともに、指導医と指導時間の十分な確保が必要である。現在は、スタッフも毎日多忙な診療に追われ、片手間に研修医指導を行っているのが現状である。まさに、ボランティアであり、指導に熱心であればあるほど自分の時間を削っている現状を知ってほしい。

研究については、Table 1に現在我々の病院で取り組んでいる課題を挙げた。詳細は紙面の都合上割愛する。

## 結 語

以上、病院における総合診療科の機能について、我々の病院の現状を踏まえて概説した。

総合診療の定義と機能については、まだコンセンサスが得られているわけでもなく、土俵が異なれば、その機能も異なってくる。しかし、今後総合診療科の必要性和その役割はますます重要になると確信している。

(平成12年12月28日受付)

(平成13年1月19日受理)