活動報告

若手ジェネラリストと語る！—プライマリ・ケアの未来

Future of primary care in Japan ; let's talk with young generalists !

来住 知美^{*1,2,3} 内堀 善有^{*1,4} 堀 哲也^{*1,5} 藤谷 直明^{*1,6}

Tomomi Kishi^{*1,2,3}, Yoshiari Uchibori^{*1,4}, Tetsuya Hori^{*1,5}, Naoaki Fujitani^{*1,6}

要 旨

2013年3月、第8回若手医師のための家庭医療学冬期セミナーにおいて、若手ジェネラリストがプライマリ・ケアの未来を話し合うシンポジウムを開催したので報告する。4人のシンポジストが超高齢者の終末期医療と若手医師のキャリアの2つをテーマに話し合い、早期に家族と事前指示について相談する重要性や、ジェネラリストとして様々なセッティングで勤務する意義とそのサポート体制構築の必要性が提唱された。

Abstract

In Japan, young generalists work in various clinical settings depending on the needs ; they work as family physicians, geriatricians, and hospitalists/general internists. In this symposium, four young generalists from different backgrounds discussed the future of primary care medicine in Japan. First, they presented their dream of primary care. Secondly, geriatric end-of-life issues were discussed, and the suggestion was made that the obtaining of informed consent at an earlier time in an outpatient setting while including patients' families is important in terms of successful advanced care planning. Finally, the issues of career planning for young generalists were focused on. It was revealed that most young generalists understand the importance of obtaining various work-related experiences to develop their skills, but they find it difficult to set their career plan because of the lack of a support system. A stronger support system provided by the JPCA and enhanced solidarity among young generalists are needed.

-Report of a symposium held as part of the 8th Winter Seminar of Family Medicine for Young Doctors, 3rd March, 2013 at Tokyo University.

Keywords : ジェネラリスト (generalist), 病院総合医 (hospitalist), 終末期医療 (end-of-life care), 事前指示書 (advanced directive), キャリア (career)

はじめに

本シンポジウムは2013年3月3日、第8回若手医師のための家庭医療学冬期セミナーの一部として開催された。ジェネラリストの働く場として4つのセッティングを想定し、各々を代表したシンポジストが登場した(図1)。第一部では「理想とするプライマリ・ケア」をテーマにシンポジストがTED conference形式でプレゼンテーションを行った。第二部では超高齢者の終末期医療、キャリアプランの2テーマにつき、フロアと共に活発な議論がなされた。

座長：川島篤志（市立福知山市民病院 研究研修センター/総合内科）

シンポジスト：

吉田 伸（飯塚病院総合診療科 飯塚・穎田家庭医療プログラム）小病院代表

若林崇雄（江別市立病院 総合内科、現：札幌医科大学 地域医療総合医学講座）中病院代表

松井善典（北海道家庭医療学センター あざいりハビリテーションクリニック）診療所代表

山田康博（東京医療センター 総合内科）大病院代表

*1 第8回若手医師のための家庭医療学冬期セミナースタッフ

*2 洛和会音羽病院 総合診療科

*3 大津ファミリークリニック

*4 阪南市民病院 救急・総合診療科

*5 医療法人 北海道家庭医療学センター

*6 清風会 岡山家庭医療センター

著者連絡先 来住 知美 大津ファミリークリニック [〒520-0033 滋賀県大津市大門通 11-11]

e-mail : kishi-t@umin.ac.jp

受付日：2013年9月4日、受理日：2013年10月9日

第一部 プレゼンテーション

理想とするプライマリ・ケア

吉田：私は救急で加齢疾患や癌といった「治らない」病気の壁にぶち当たり、家庭医の道に入った。ジェネラリストには救急、大病院総合医、小病院、継続外来、の代表的な4つのフィールドがあり、患者の全てのステージに関われる。多様なフィールドで多彩なスキルを学び、個々の患者に合わせてベストを尽くす。そのことで自分たちの町に笑顔があふれる。

若林：Simon Sinek は理念あるところに人が集まることを golden circle を用いて示した。すなわち我々はなぜ必要なのかという理論を持たねばならない。我々ジェネラリストは「関係性」を重んじる集団である。つまり我々は分類学に始まった科学を分化ではなく統合しているのである。これは唯一社会にアプローチできる集団であることを表す。このやりがいある仕事を皆で学生や研修医に伝えよう。必ず仲間が増え、市民と協同してより良い医療を構築していけるだろう。

松井：診療・教育・研究・経営は四位一体という感覚を持っており、この4つ各々について包括性・継続性・文脈性（個性）・近接性・協調性を考えることが必要と思っている。近い将来ジェネラリストが非難される時代が来るかもしれないが、支えになるのは仲間とロールモデルだ。ジェネラリスト・ウィール¹⁾は我々が今後明らかにすべき課題と挑戦を教えてくれる。

山田：ジェネラリストはオーケストラの指揮者に似ている。他の演奏者（＝医療者）と協力し合い、全体としてよい音楽を奏でる（＝良い医療を提供する）ことを目的にする。また、医療を良くするためにジェネラリストは医療レベルの底上げをしなくてはならない。そのためには携わる医療者全員のレベルがある一定以上でなくてはならない。そのため、教育の場では細かくフィードバックを行う。そのようなジェネラリストが、専門家と協力をしあえば全体の医療レベルも向上し、温かい医療が実現される。

第二部 ディスカッション

超高齢化社会の課題

フロアでの話し合いを元に、＜支える人のいない超高齢者の死に場所をどうすべきか＞をテーマとした。

若林：2040年の死亡者数は1998年の倍になると予測されており、救急での心肺停止件数も倍になる。現段階では自宅か小病院で看取るべきだと考えるが、将来は老人保健施設などの施設でも看取ることが望まし

図1 架空のコミュニティとその診療セッティング

い。

松井：場所だけでなく、どの地域で誰に看取ってもらいたいかの希望も重要だろう。

フロア：Advanced Care Planning（以下ACP）を行う上での工夫があれば、教えてほしい。

吉田：私の働く小病院では高齢者の入院時、全例でAdvance Directives（以下AD）を確認する。心肺蘇生をするか、人工呼吸器を付けるか、高次医療機関へ搬送するかを確認する。

山田：大病院も「うちは看取りを行わない」という姿勢があってはいけない。病院・施設・地域すべて超高齢者を受け入れる姿勢を持つべきだ。

フロア：患者と話す時と殆どがDo not attempt resuscitation（DNAR）だが、いざ肺炎などで入院すると、とことんまで治療を行われてしまう。

吉田：かかりつけ医が慢性疾患の予後因子を把握し、家族・患者に予後や看取りについて少しずつ先を見せていくのがよいのではないかな。

川島：全て治るわけではない、という虚弱高齢者の概念などを国民に伝えていく事も大切ではないか？

フロア：意思決定の代理人をどのように決めるべきか。

吉田：書面でADを取っても上手くいかないことが多い。自己決定の文化が醸成されていないためか、家族に生死に関わる決断を迫ると及び腰になり逆に決められない。「もし患者が元気だったらどう考えると思いますか？」と聞くようにしている。

フロア：成年後見人制度を利用する超高齢者の場合、「亡くなるまで呼ばないでほしい」、「大病院に搬送してほしい」などと希望する後見人もいる。中病院、小病院との連携こそが鍵であり今後、病院総合医の役割がますます大きくなっていくだろう。

勤務したい診療セッティング

表 1

フロア：超高齢者の ACP では、年 1 回家族の外来同伴などを事前に検討できるのが望ましい。仕事を休んで病院・施設に行くことが社会で認められるよう、メッセージを発信していければよい。(フロア拍手)

キャリアについて

次に勤務したい診療セッティングについて、フロアに質問した。現在の勤務地(現在)、10 年後に働きたい場(10 年後)、最終的に働きたい場(最終)、キャリアとして一時的に働いてもよいと考える場(短期)、の 4 項目について質問したところ、以下のような結果が得られた。

【表 1】フロア参加者が挙手で回答(複数回答を許可)し、シンポジストが数えて集計した。総数が一致していない点、大まかな集計になっている点に留意いただきたい。(同一人が複数の診療セッティングで勤務/勤務を希望する場合などを含む)

川島：この結果にコメントがあればお願いしたい。

松井(診療所)：最後は診療所という人が多く嬉しい。

山田(大病院)：ずいぶん減ってしまい寂しいが、キャリアとして考える人は多いようだ。

若林(中病院)：困っているのは病院だ。一定期間のローテーションでいいので勤務してほしい。

吉田(小病院)：小病院は外来、リハビリ、在宅など色々と経験ができる。

川島：キャリアに関して他にコメントがあればお願いしたい。

若林：ジェネラリストのアイデンティティを確立するのは難しい。固定せず色々な場を経験することで考え方も変わるのではないかな。

松井：卒前教育に関わると学生のキャリアに関われる。ぜひ大学と関わりを持ってほしい。

吉田：退院前カンファレンスなどで地元の小病院と顔の見える関係を作り、その役割を知る。これによって小病院にも興味を持てるのではないかな。

フロア：様々なセッティングを経験する重要性は分かるが、医局のような従来の後ろ盾がない中でどう経験すればよいのか。

山田：資格取得が重要となる 5 年目までは後期研修プログラム(以下、プログラム)が研修医を守り、6 年目以降は本人たちが考える。どこまで保証し続けるかは難しい問題だ。

吉田：プログラムがそれを担うのではないかな。私自身は医局の代わりにプログラムの運営スタッフと相談している。

松井：後期研修後にどうするかは自分も悩んだ。どんな家庭医・病院総合医になりたいか、自分のなりたいたいの・やりたいことを突き詰める中で道が開ける。

川島：キャリアは皆が悩む。その相談を学会、勉強会・研究会で情報共有することが重要だ。学会のサポートも充実してきている。

フロア：我々自身がサポートを開拓することもできる。プライマリ・ケアに取り組んでいるという自覚がないまま実地的にプライマリ・ケアを実践している個人経営の病院は多い。我々専門医がそこに飛び込み、プログラムと一緒にやっというと呼びかけるのはどうか。

川島：過去を知る立場からはプログラムや専門医認定制度などの制度は整ってきている。ただ資格だけではなく臨床で認められる個人の力を付けること、足腰を鍛えることも重要だ。この領域を更に良くするのは今日ここにいる皆さんだ。若手医師・中堅医師が互いを尊重し協働することで、これからさらに良いプライマリ・ケアができていくと信じている。

総括

第一部では多彩なプライマリ・ケアの未来像が示された。また第二部では超高齢化社会の課題と若手医師のキャリア構築の 2 点が話し合われた。前者では超高齢者について家庭医・病院総合医それぞれの立場からの意見がきかれた。また後者ではキャリアに関する若手医師の不安が明らかとなり、更なるサポート体制の構築や、様々なセッティングを経験する意義が提唱された。このシンポジウムを通して、家庭医・病院総合医についてそれぞれの考えに触れ、それぞれの立場で生き生きと働く医師の姿が見えた。今後もお互いを尊重しながら共に歩んでいきたい。

文 献

- 1) Stange KC, et al. Developing the knowledge base of family practice. Fam Med. 33 (4) : 286. 2001