



NPO法人プライマリ・ケア教育ネットワーク  
Primary Care Education Network

## 第4回シンポジウム(2007年6月10日)

### 「プライマリ・ケア専門医」-市民が望むホームドクターとは-

#### (内容要約)

開催場所：名古屋大学医学部鶴友会館

スピーカ：金田 亜可根氏(ホスピス研究会 OKAZAKI)

砂本紅年氏(中日新聞社会部)

安藤明夫氏(中日新聞生活部)

小川尚子氏(名大 SP 研究会)

高橋春光氏(中津川市国保川上診療所)

司会進行：伴信太郎(理事長・名古屋大学総合診療部)

#### 自己紹介・報告

##### (金田)

8年前から「市民の視点で医療を知ろう」と、がん医療の情報発信とがん患者の相談活動を行っている。患者・家族とともに、模擬患者活動で患者にとって安心できる説明とは？を追求したり、冊子の形で患者・家族の声を情報発信したりしている。最近は女性の患者会活動を始めた。

がん患者・家族の思いとは何か。がんというのはいまだに死のイメージがあり、不安がある。だから開業医には最初から最後まで付き合っ欲しいという思いがある。がん難民となって漂う患者に、かかりつけ医があれば、置かれている状況を理解できるだけでも意味は大きい。基本的な知識が無いから患者・家族には医療者に「何が分からないか」を問うことも出来ない。だから身近なかかりつけ医があれば安心できる。

理想は、お互いの「素顔」の見える関係。「よく話してくれる」より「よく聴いてくれる」存在。プライマリ・ケア医と病院の専門医、そして患者の三者関係があれば良いのになあと思う。

##### 関連発言(高橋)

病院勤務医時代、金田さんと同じような声を聞き、今の仕事に活かしたいと思っている。全人的医療は病院勤務医には出来ない。

#### 関連発言（伴）

プライマリ・ケア医は患者の視点を持って、病院の治療のことなどを説明できるようにしなければならない。患者・家族、かかりつけの主治医、病院専門医の三者が話し合っただけで治療方針を決めるなど、プライマリ・ケア医が患者の相談者として係わっていかねばならないと思う。



#### （砂本・安藤）

大学病院・大病院での取材を通して感じることに勤務医の過酷な勤務実態がある。開業医への転進も多いが開業は9～5時のビル診療所となって、患者の大病院集中を加速しているようにも思う。世間一般にはかかりつけと病院の役割分担も理解されていない。たまたま、母親はがんのステージ4だが、抗がん剤治療を近所の開業医に説明してもらえた。その効用は大きい。

患者と医療者が本音で語る連載を行っている。医療者に対してはごう慢、不勉強、イライラしているといった不満がある。患者側には視野が狭い、家族との仲が悪い、結果が悪ければ文句を言うといった人がいる。相互不信があって、相互理解—信頼関係の構築が出来ていない。入口部分が重要なのだと思う。それが「総合科」などの動きなのか。ただし言うは易し行うは難しだ。

ある小児科医はメンタル面での問題が大きいと臨床心理士の資格を取得、スクールカウンセラーもしながら地域医療を実践している。そこまでの使命感、気力・体力が必要となっている。アルコール依存症の場合は、肝臓の病気などになって、開業医は対症療法を行う。本来は精神科治療が必要だが、内科の開業医はそれを知らない。どうやってプライマリ・ケア医を育てていくのか？

#### 関連発言（伴）

総合的に診る、どんな能力が要るのか、が知られていない。しかし入口（開業医）がしっかりとしていないと病診の役割分担は出来ない。大病院指向はなくなる。

#### 関連発言（金田）

市民は基本的に自分達に必要な医療が何処で行われているか、という情報を持っていない。

関連発言(会場・当法人鈴木理事)

勤務医が疲弊している。地域に患者さんを返していきたいが、中々上手くいかない。

関連発言(伴)

先ほどのアルコール依存症や原因が不明の患者を引き受ける担い手が不在である。

### (小川)

名古屋大学で模擬患者の活動をしている。大病院ではどの診療科に行けば良いのか？どの先生に診てもらえるのかが分からない、それに対してホームドクター、かかりつけ医は何でも相談できる存在というイメージがある。患者とは、自分のことが上手く説明できない、もどかしく訴える存在だ。模擬患者としては、いつでも症状、家族状況、仕事のことなど細かい前提を付けての設定がなされる。話しやすい雰囲気、聞き上手で上手くリードしてもらえれば、患者側もキチンと説明できる。

最近「休診日、時間外も対応します」という開業医も出てきている。医療者も人間であり、24時間対応してくれとは言わないが、可能な場合だけでも対応してくれる、往診してくれるホームドクターがあれば安心だ。そして日常的な健康相談が出来る存在であること。

関連発言(高橋)

マンパワーなどの問題があり表立っての時間外対応はしていないが、個別の患者さんには携帯番号を教えるなどの対応をしている。

関連発言(安藤)

対応できないというのは分かる。肉体的精神的負担が大きい。ただ入口部分での信頼関係があれば負担は大きく軽減される。患者も無茶は言わない。

関連発言(砂本)

開業医には国の施策として24時間対応をやらされるという警戒感がある。総合科新設の動きには疑問の声もあるようだ。

関連発言(金田)

24時間対応は医療者の負担が大きい、がん末期患者・家族も、医療者との信頼関係ができれば、訪問医師の負担に配慮した対応はできていくのではないかと思う。お互いの立場を理解しあう場が必要と思う。

関連発言(伴)

「いつでも言ってきていいよ」と言えば何も言ってこないというというエピソードがある。チームというかシステムが必要ともいえる。

### (高橋)

7年目の医者。僻地で働く医師の父を見て育った。臨床で働くことを選んで市民病院に勤務。しかし、父のようにいろいろな患者ニーズに応えていきたいと思っても、臓器別研修でギ

ヤップを感じたし、そこに医療者と患者の間にすれ違いもあった。患者さんの知りたがっていることがないままに治療が進んでいく。そこで名大総合診療部で研修を受けて、リフ



レッシュと更なる研修を目指して川上に赴任した。

幸い地域のスタッフの支えられて患者中心の医療が出来ている。訪問看護ステーションなどとの連携で補っていくこともあるが、地域のスタッフがいればこそである。自治体合併で中津川市に編入され予算的な問題も出てきているが、システムと「地域でサポートして欲しい」というニーズの間のミスマッチがある。

あと家族背景を見るなどのことはトレーニングを受けないと出来ないことだと感じている。  
関連発言(伴)

地域に出て行く前にはトレーニングが必要。例えば 3 年かけて身体的問題と心の問題の両方を診ることの出来る医師にならなければならない。

## 会場参加のセッション

### (会場からの発言 1)

プライマリ・ケアはなぜ重要か。最初の言葉がけから始まっている。声掛け一つで患者の痛みは大きく減るのであって、コミュニケーションが出来ていれば医療費を減らすことも可能だ。初診で自己紹介する医師も出てきたが、まだまだパターンリズム(強者として弱者に臨む態度: 家父長主義)から抜け出していない医師も多い。

(安藤)

トラブルを起こす医師、そうでない医師がいて、マナーを弁えない患者もいて医療を破壊している。学校教育の現場もそうだが、そういった面にもスポットを当てる必要がある。

(小川)

医療面接教育に参加した医学生とそうでない医学生との間で大きな差が出来る。

(伴)

そういった教育が行われるようになったのは、ここ 6~7 年の話。今後は期待できると思う。

### (会場からの発言 2)

医師と患者の架け橋になろうと、医療コーディネータという仕事の勉強をしている。まだまだ医師にお任せというパターンが多い。介護保険でも主治医の存在が前提としてあるが、関係は希薄な場合が多い。毎日、かかっているのにある日突然、がんが見つかったりする。特定の持病だけの付き合いだからだ。患者自身も自分の体全体に関心を持って、医師と付き合い合うことをしなければ全人的医療にはならない。

(伴)

ホームドクター、かかりつけ医は頭先从から足の先までを診る、全人的医療を行なう存在であり、トレーニングを受けていなければ出来るものではない。そうでなければケアは出来ないのだが…。定期的にかかっていたのに重い病気を見逃された、というのは難しい問題だ。定期的なチェックを受けながらかかりつけ医と付き合いっていくということも大事か。

(高橋)

財政という行政側の問題があって、どうやって地域全体の健康意識を底上げしていくかという問題・課題がある。地域の街づくり委員会への参加など、住民参加で医療を考えていくことが不可欠だ。



### (会場からの発言 3)

ガン患者会で12年の活動をしているが、情報格差の問題を感じる。中日新聞の連載で「気になる医療用語」(和田ちひろ氏執筆)を読んでいるが、こういった医療情報の提供はありがたい。地域によってはネット環境も不十分なところもある。プライマリ・ケアから始まり大病をして、またプライマリ・ケアに帰っていく。また大病をするかと勉強会に参加している。こういう勉強会の活動をマスコミで発信できると良い。

(安藤)

和田さんは全国患者会のリスト作成などの活動を行っている。こういった活動は素晴らしいと思う。当事者が理不尽だと思って声を上げる、専門家が裏付ける、マスコミが採り上

げて世間が問題意識を持つに到る。こういったことが必要だし、私たちも取材を受け付けている。

### 最後に一言

(高橋)

住民として過ごして地元との関係が出来た。地域のスタッフに支えられて今の自分がある。

(小川)

体だけでなく心も弱っているのが患者。模擬患者活動もその部分をフォローしていきたい。

(安藤)

知人がホスピスには入っているが、医療者を信頼していて心穏やかに過ごしている。平和で家族も心が軽くなっている。

(砂本)

かかりつけ医が重要になってきている。開業医と病院勤務医の連携などをフォローしていきたい。

(金田)

患者の痛みを取ってあげたいと活動してきた。何も変わっていないかもしれないが、患者会の立上げも中日新聞の報道のお陰で大きな反響を頂いた。いろいろな縁、ネットワークで患者の声が世間に、また情報が患者に届きつつある。変わりつつある。

プライマリ・ケアとは何か。ホームドクターといった言葉も馴染みが少ない。開業医もあるわけだが、分かりやすさを考えて語って欲しい。



(伴)

私たちとしてはプライマリ・ケア医＝あなたの専門医(臓器別ではなく)でありたいと思っている。総合医であるプライマリ・ケア医と各専門医の連携などに取り組んでいきたい。

(文責：当法人松村眞吾)