

総合診療専門医育成に関わる講演会
2015年3月14日
地方独立行政法人 奈良県立病院機構

具体的にどのようにプログラムや 教育機構を構築していくべきか

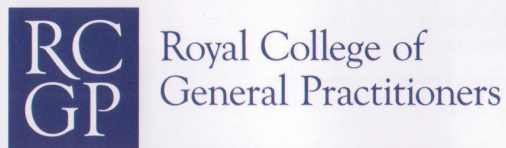
葛西 龍樹

福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座

ryukikas@fmu.ac.jp

<http://www.fum.ac.jp/home/comfam/>

<https://www.facebook.com/comfam>



もっとも大事なこと

地域の実情に合わせてつくる

—IAN McWHINNEY

臨床教育の原則

スキーができるようになるためには
スキー場に行って
スキーのインストラクターから習う

—IAN McWHINNEY

カナダ家庭医学会 カリキュラム・ゴール/目標

1. 家庭医は優れた臨床医である
2. 家庭医療は地域を基盤とした専門分野である
3. 家庭医は定義された診療対象の資源である
4. 患者-医師関係が家庭医の役割の中心である

[The College of Family Physicians of Canada.

Postgraduate Family Medicine Curriculum: An Integrated Approach. 1995.

http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Postgraduate_Curriculum.pdf]

・・・それに加えて

「Ian McWhinneyの本は読んでるよね」

「Be there. (そこにいなさい)」

『専門化することによってのみ、人は深い知識を獲得できる』

この誤りでは、深さと細かさが混同されています。知識の深さを決めるのはその知性の質であり、その情報の内容ではありません。Peer de Silva(1978)によるベトナム戦争についての話の中で、深かさと細かさの違いが説明されています。サイゴンを訪れたある時に、de SilvaはRobert McNamaraが戦地の状況説明を受けるのを聞いていました。説明をする将校に対しMcNamaraは、有刺鉄線の長さやガソリンの量について質問攻めにしていました。「私はそこに座って驚いていた」とde Silvaは書いている。「そして自問しました。一体この男は何を考えているんだ？ これは兵站学の問題じゃない....これは戦略的目的と戦略自体について議論しなきゃいけない戦争なんだ。なのにこの男は何を喋っているんだ？」もちろんMcNamaraはジェネラリスト、それも有能なジェネラリストでした。しかしこのときの彼は深さと細かさを混同し、何が大事な問題なのかが分かっていなかったのです。

人間的な規模 The Human Scale

伝統的に、家庭医療は大きな施設よりはむしろ小規模で、広く分散した診療単位がベースとなってきました。これは人間的な規模の環境を提供する上で極めて重要でした。そこで患者は自分の住んでいる場所に近い、なじみのある環境でくつろいで受診することができるのです。もしこのような親近感を保つのであれば、小規模な診療単位を家庭医療の基本的な組織にしておくことが重要です。昔は、診療室は医師の自宅にあることが多く、医師の自宅それ自身が診療所を利用する地域の一部となっていました。現在では、家庭医が他の専門職たちとチームで仕事をする医療センターがより一般的になっています。このタイプの組織には多くの利点があるが、同時にリスクもあります。組織が大きくなればなるほど、そしてそこに関わる人の数が増えれば増えるほど、温かく迎え入れる親しい場所として診療単位の雰囲気を保つのはより難しくなります。

二種類の医師がいたら良い

- 家庭医（総合診療専門医）
 - よくある健康問題
 - 初期像から対応
 - 主として外来・在宅
 - エピソードを越えて継続
 - 時間を使う
 - 多数の患者
 - 家族・地域の背景
 - 健康因を重視
 - 個別健康維持・増進
- 各科専門医
 - まれな疾患
 - 経過中に紹介される
 - 主として入院
 - エピソードごと
 - 高度先進医療を使う
 - 限られた患者
 - 生物・病理的背景
 - 病因を重視
 - 集団検診

よくある誤解

「家庭医になるには、臨床各科の知識を少しずつ知っていれば十分である」

しかし、実際は

家庭医療は、「それに加えて特別な知識と技術」が必要であり、地域で家庭医療を専門とする者から学ばなければならない

「それに加えて必要な知識と技術」とは:

- 診断を身体的、心理的、社会的、そして家族との関係で行える
- 患者のもつ解釈、期待、感情、影響を見出すことができる
- 医師-患者の診療プロセスを理解しマネージできる
- 医師-患者の人間関係を考察できる

医療における2つの進め方

- The **specialist** way
and
- The **generalist** way

[Neighbour R (2007) *Family Medicine: the speciality of community generalism.*]

スペシャリストの進め方

この病歴は、自分たちが知っている医学の知識に
どのようにあてはまるだろう？

- 可能性のある診断は？
- 鑑別診断のためにさらに聞くべき質問は？
- 次に何をやる？どんな検査をオーダーする？
- その検査の結果が陰性だったり、はっきり結論が
でなかったら？

[Neighbour R (2007) *Family Medicine: the speciality of community generalism.*]

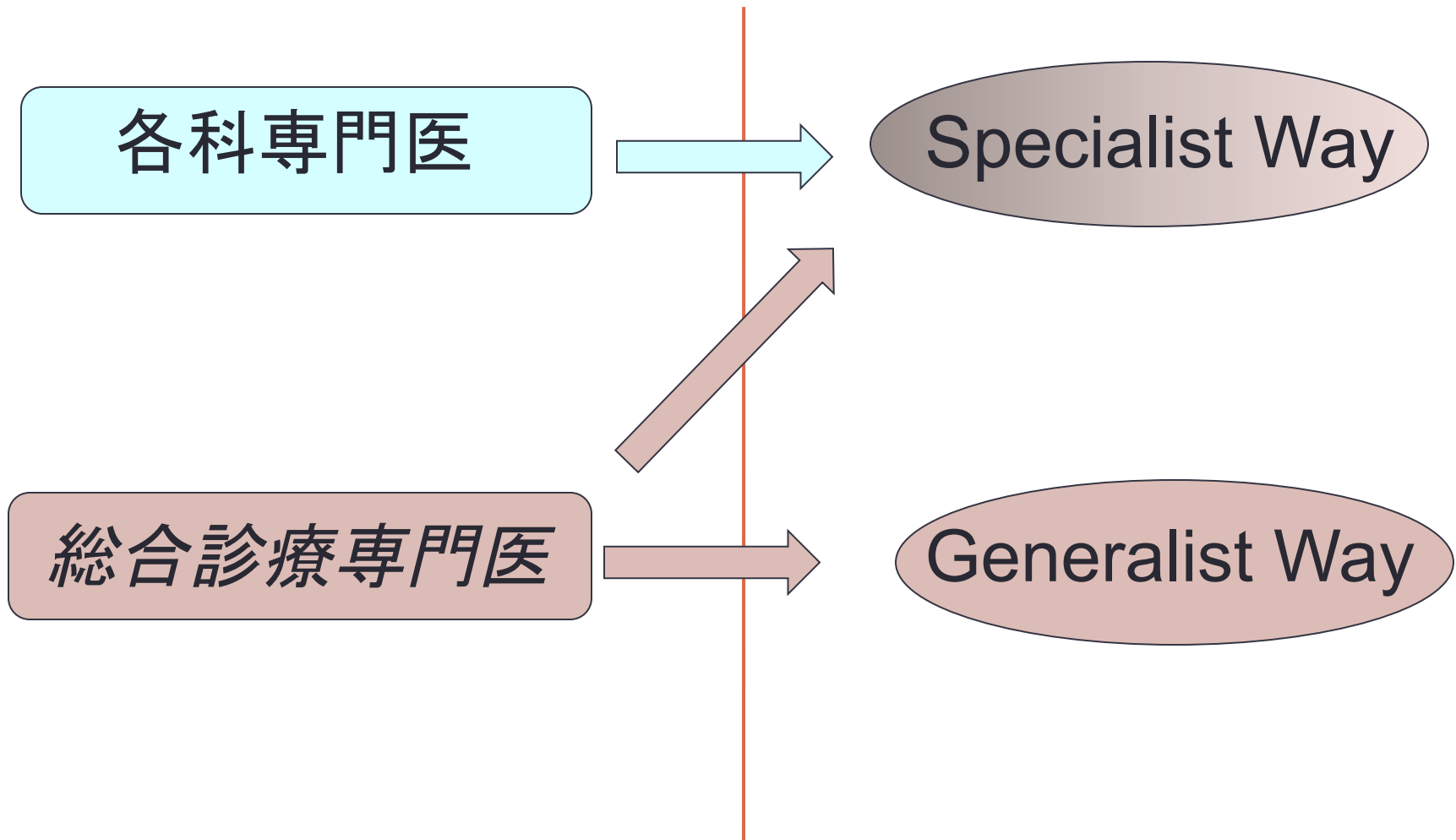
ジェネラリストの進め方

この病気の苦しみは、患者の人生の大きな絵の中に
どのようにあてはまるのだろうか？

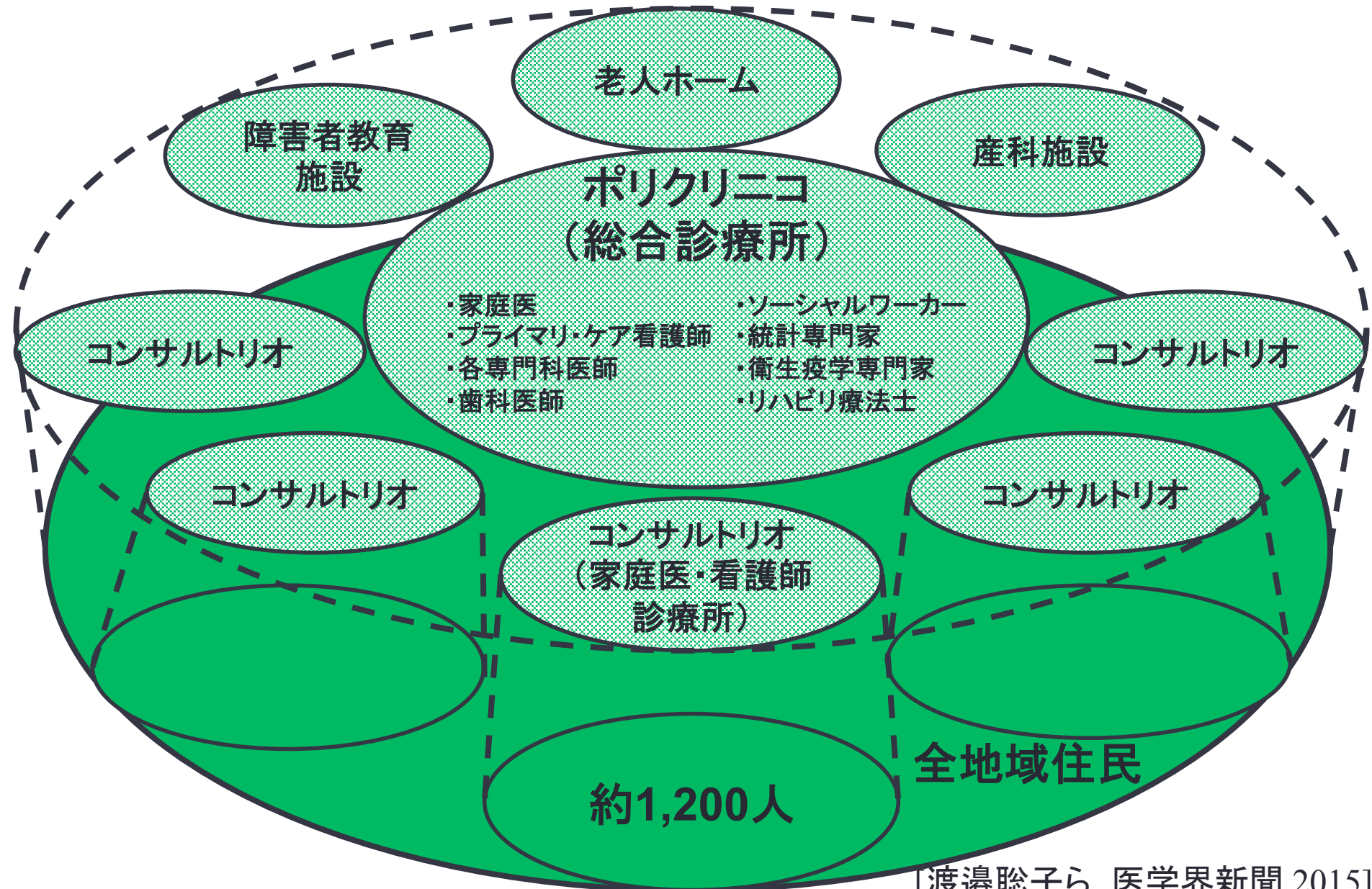
- 生物医学的な問題に加えて、他にこれを説明できるものはないだろうか？
- 作り話？無理強いされている？病者の役割？家族内の人間関係？
- この話が意味を持つ物語を考えられるか？
- それ以外に訊ねたいことは？

[Neighbour R (2007) *Family Medicine: the speciality of community generalism.*]

各科専門医と総合診療専門医



キューバのプライマリ・ケアシステム



大きな目標

日本(奈良)に住む人たちが
より良い家庭医療を利用できるように

日本(奈良)で家庭医を目指す人たちが
より良い教育を受けれるように

家中、風儀を励むべし

会津藩「家訓」かきん第六条

(保科正之)

温故知新 ～日本のメディカル・ジェネラリズムを求めて

このたび日本プライマリ・ケア連合学会では、国際キャリア支援委員会と専門医部会でワークショップ「温故知新 ～日本のメディカル・ジェネラリズムを求めて」を開催いたします。

これはジェネラルにみることの専門性やその本質について、若手からベテランまで世代を交えて日本のメディカル・ジェネラリズムについて議論し、日本のプライマリ・ケアの確立と普及のために言葉を紡いでいくことを目的としています。

そこで、まず *Medical Generalism: Why expertise in whole person medicine matters* の主著者で世界家庭医機構 (WONCA) の次期会長であるAmanda Howe先生と、日本の町医者として第一線でご活躍をされている鈴木内科医院院長、鈴木央先生から基調講演をいただきます。その後、多世代の小グループでの対話を繰り返し、最後にシンポジウムを行う予定です。

皆さんの日々の実践で感じておられることや大事にしていることが、日本のメディカル・ジェネラリズムへの貴重な知見となります。是非、ご参加いただき、日本のジェネラリストの専門性の黎明期にお力添えをいただけましたら幸いです。

- ・ 主催: 日本プライマリ・ケア連合学会 国際キャリア支援委員会、専門医部会
- ・ 期 日: 平成27年4月11日(土)
- ・ 会 場: ベルサール日本橋(日本橋駅直結、東京駅から徒歩6分)
- ・ 時 間: 15:00～19:00 (懇親会: 19:30～21:00)
- ・ 内 容: 基調講演、ワークショップ、パネルディスカッション
- ・ 参加費: 1人 ¥3,000 (懇親会参加費(別途): 1人¥5,000)
※ 学生(大学院及び大学の修士又は博士の学位を取得する課程の学生を除く)
および初期研修医は共に無料です。
- ・ お問い合わせ: 日本プライマリ・ケア連合学会本部事務局 office@primary-care.or.jp