

【シンポジウム／家庭医のやりがい】

開業医のやりがいってなんだろう

内山富士雄

内山クリニック（神奈川県茅ヶ崎市）院長，PCFMネット事務局

はじめに

これまでの開業医のほとんどが，医学生・研修医時代を通じて先輩医師（場合によっては開業医である親）から，開業医に関するネガティブな印象を植え付けられ，種々の事情から「自分が開業してはじめて“開業医って面白い”と実感するようになる」という現実があった。

しかし最近では本学会員の中にも早い時期から開業を一つの選択枝として考える若手の医師，学生がふえていることは，「都市部において家庭医療を実践するには，開業がもっとも自然な選択枝」と考えてきた筆者には当然で喜ばしい流れのように思える。

本稿では，先日のシンポジウムでのスライドをたどりながら内容を膨らませて記載する。これを読んだ若い学会員の心のなかで開業という選択枝のイメージが膨らむよう，メッセージを伝えたい。

2種類の家庭医診療所（図1）

山村，農村，離島などの過疎地では対象となる地域の住民は少ないが，医療機関も少なく1ヶ所であることも多い。したがって住民のほとんどをその診療所の医師が診なければならぬため広い範囲の健康問題を扱える必要がある。対象患者が少ないため開業という形態は成り立ちにくいいため，自治体や国民健康保険組合が診療所を提供し医師は被雇用者である。

一方，筆者が働いているような都市部では，人口も多いが医療機関も多いので必ずしも広い範囲の健康問題を一人の医者が扱えなくても家庭医としてやっていける。ちなみに私の開業しているところは，人口23万の首都圏の小都市で私の患者はそのうち500人に過ぎない。私は内科医であり例えば小児は診ないが親からの相談にはのり，必要に応じて近所の適切な小児科医を紹介している。学会の定義する家庭医には当てはまらないわけだが私自身はこれもひとつの家庭医のあり方だと考えている。このような地域では誰かが診療所を用意してくれる訳はなく，自分で構えなければならない。開業である。

この2つの診療・運営形態は，中間形やバリエーション（病院のサテライトクリニックなど）はあるにしても今後も両極として存続しつづけると思う。若い会員は早いうちに是非一度両者を見学などで訪れて，将来の人生設計をするときの参考にして欲しい¹⁾。

2種類の家庭医診療所

- | | |
|-------------|------------|
| ● 過疎地 | ● 人口の多い地域 |
| ● 大多数の住民が対象 | ● 住民の一部が対象 |
| ● 広い範囲の健康問題 | ● 内科中心でも可 |
| ● 公営、国保診療所 | ● 開業 |
| ● 被雇用者 | ● 経営者 |

図1

学術集会報告

田坂先生の「家庭医開業の魅力」

図2は2007年2月に急逝された田坂佳千先生によるものである²⁾。このうち3~7は診療所医療全般にあてはまるものなので今回は触れず、とくに開業医に当てはまる1と2について以下に詳しく述べる。

家庭医開業の魅力

(田坂:JIM14,p298,2004)

1. すべてに関して自分で決定できる
2. 自分の納得のいく医療ができる
3. 患者との結びつきに時間的・空間的継続性がある
4. 人間性ある付き合い、ふれあいができる
5. 患者や家族と強い結びつきができる
6. 頼られている、信頼されているとの実感がある
7. 社会的に地域に根差した活動ができる

図2

すべての場面で自分の納得のいく医療を自分が決定して実践できる

図3は私が1989年開業以来「時代をすこし先取りして行ってきた」医療である。いずれも現場での必要にせまられ欧米のスタンダードを勉強したり、国内の専門医に意見を聞くなどして自分で判断してとり入れてきた。

自分の納得いく医療ができる すべてに関して自分で決定できる

(1989年開業)

- 1990年 PEG造設依頼・在宅管理
- 1991年 喘息のステロイド吸入療法(94年ごろより普及)
- 1993年 インフルエンザワクチン(98年ごろより普及)
- 2000年 エピベン[®](2003年に認可)
- 2005年 褥瘡の“ラップ”療法
- 1994年 学生・研修医の見学・実習・研修受け入れ

図3

(注) 褥創のラップ療法をとり入れるのには少し時間がかかった。「もっと早くとり入れれば患者や家族を楽にしてあげられた」とも思うが、現行のスタンダードから踏み出す場合(主に欧米の)エビデンスを拠

例えばインフルエンザワクチンは1993年当時は欧米ではスタンダードとなっていたものの国内では有効性を疑問視したり、副作用の弊害を主張する勢力が強くて一部を除いてほとんど施行されていなかった。私は高齢の喘息や心不全患者を中心に接種をはじめたが最初は他の医師から「単なる物好き」としか見られていなかったように感じている。同ワクチン接種が広まるのは98年ごろからであった。

エピベン[®]は、アナフィラキシーショックの患者を経験して再発時にどうしたらよいのかを調べる過程で欧米には同剤があることを知ったのがきっかけである。まだ未承認のしかも自己注射で、当然製品が日本にないなど障壁があったが、患者に説明したところぜひとも欲しいということなので「個人輸入」して患者に自費で与えた。3年後にわが国でも承認された。

このようなまだ一般的に認知がされていないが目の前の患者には是非必要な医療行為をおこなうのに、開業医なら自分の一存で判断し柔軟に対応できる。勤務医や被雇用者である診療所ではそういかないことは想像に堅くない^{脚注)}。

また診療所を見学・実習・研修で訪れる学生や研修医から「開業すると医療の進歩からどんどん遅れるのではないか」という質問をよく受けるが、「やろうと思えば即座に先進の医療を取り入れられるのが開業医」と答えている。

図4では診療内容以外のマネジメント場面での自己裁量について取り上げた。

アメニティー：病院でのカーテン一枚隔てた診療環境は論外として、開業にあたってプライバシー保護に関しては徹底的にこだわった³⁾。また患者にとっては月一回短時間おとずれるだけの診療

所としてきたので、それのないラップ療法はもう少し慎重に周囲の動向を見たためでこれはやむを得なかったと考えている。

学術集会報告

自分の納得いく医療ができる すべてに関して自分で決定できる

- アメニティ
- 自分のライフサイクルも考えた時間の管理
 - ・ 診療日、診療/休診比
 - ・ 診療時間（開始、終了、外来/往診比）
- 患者の経済状態への配慮
- 従業員の待遇
- 海外の学会出張

図4

所でも自分にとっては人生のかなりの部分を過ごす空間であるので、自分自身にとって快適な労働空間としての設計を心がけた（図5）。

自分のライフサイクルも考えた時間管理：子育てに関与している時期とそれが終了した時期では“曜日”の価値、重みが明らかに異なる。学齢期の子供がいれば学校の休日に家族の時間を確保したいので私は土曜を休診にしていたし、子育てが終われば必ずしもそうしなくてもよいので現在では月曜を休診にしている。また診療開始・終了の時間、外来／往診の比率なども、もちろん患者のニーズを考えた上で、次には自分自身のライフサイクルを考慮にいれて決めることができる。

患者の経済状態への配慮：行政が考えているのとは違った観点から患者の経済状態を配慮し、明らかに困窮していると思われる場合には自己負担金の支払いを免除してきた。これも病院や、経営母体が別な場合には即座には行えないことであろう。

従業員の待遇：筆者が勤務医時代、中間管理職的な役割回りになったとき一番つらかったのは有能なパラメディカルスタッフが待遇を不満にやめていくことであった。自分が経営者となった今では、従業員個々の能力・実績を考慮して最善と思える労働条件を提供できるので安定した精神状態でいられる。

診療の一コマ

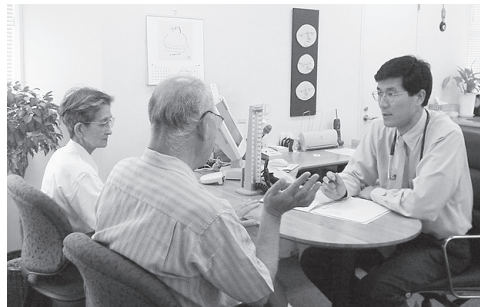


図5

海外の学会参加：自分のモチベーションを維持するためにも北米家庭医療学会などには可能な限り参加している。自分が発表するわけではないし収入減につながることでもあるので自分が経営者でないと理解を得られにくいと思われるが、開業医であればこれも自己裁量により可能となる。

開業医のライフサイクル

医師個人と診療所のライフサイクルを対比させると図6のようになる。自分が経営者であればこの2つを有機的に結びつけながら良いライフサイクルを形成することができると思うが、これも被雇用者では難しい面が多いのではないだろうか？

筆者も60歳まであと少しになった現在、リタイアのことを少しずつ考えている。今のところ、数年したら外来の新患を制限、外来の時間を縮小、最後は訪問診療のみ細々と続け看取るべき患者を看取ってからを引退、などと目論んでいる。

開業医のライフサイクル

：クリニック(左)のと、自分(右)のと

- | | |
|-----------------|-----------|
| ● 最初の基盤作り | ● 結婚、出産 |
| ● 発展期～ピークの時期 | ● 子育て |
| ・ 診療所の充実・拡張など | ● 子供の独立 |
| ・ 若い医師を誘ってグループ化 | 夫婦二人だけの生活 |
| ・ ローンの返済 | 親の介護 |
| ● 後期 | ● 老後の生活 |
| ・ 社会貢献 | |
| ・ 診療時間の縮小 | |
| ● 閉院、継承 | |

図6

学術集会報告

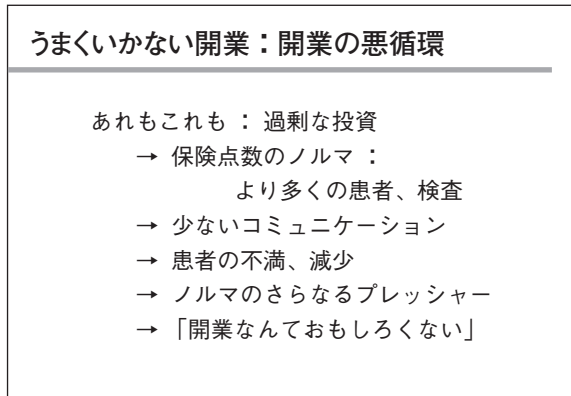


図7

うまくいかない開業

もちろん世の中には開業したがうまくいかないという事例も存在する。他の科はべつとして家庭医の開業でやむを得ず閉院に追い込まれた開業は筆者の印象では殆どが図7のパターンである。小規模・軽装備で、患者とのコミュニケーションを重視した家庭医開業では閉院に追い込まれる例はほとんどないように感じている。「家庭医にとっての言葉は、専門医の内視鏡やメスに匹敵する」

グループ診療，グループ開業（図8）

医療が細分化した現在，診療形態としてのグループ化（協力診療）は当然の成り行きだろう。これには協力医を院外に求める「病診連携，診診連携」と自院内にもつ場合がある。

一方，グループ開業に関しては，その成功例はまだ少ない。複数の医師が出資しあって開業する場合，方針の違い，報酬の分配，継承などの点で意見が合わずに分解してしまうことが多いように聞いている。

現時点でのお勧めは単独開業，協力診療である（図8B）⁴⁾。単独開業が軌道に乗りすこし規模を大きくしようと思ったら後輩の医師を雇用して協力診療するのが現実的だと考えている。筆者は以前，開業希望の医師に7年間副院長として協力してもらった時期があり（その後独立開業），現在も卒後6年目の医師を雇用しているが双方のメリットになるように実感している。

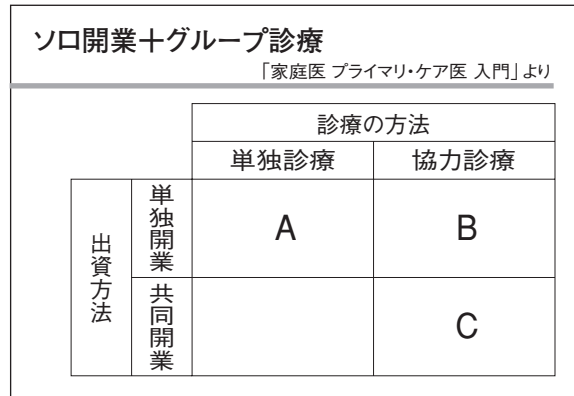


図8

日本の開業医：これまでとこれから

冒頭にも述べたが，これまで日本の地域医療を支えてきた開業医は殆ど全て，卒後10から数十年（臓器別，年齢別，性別）専門医を指向した後に開業した医師たちである。いろいろな事情から開業して地域医療に目覚め，結果として患者や家族から「家庭医，かかりつけ医」と呼ばれるようになった“後付け”家庭医である。現在の情勢は流動的だが今後当分の間はこのグループがまだまだ多数派で，これからも可能な選択枝として存在し続けるように筆者は考えている。

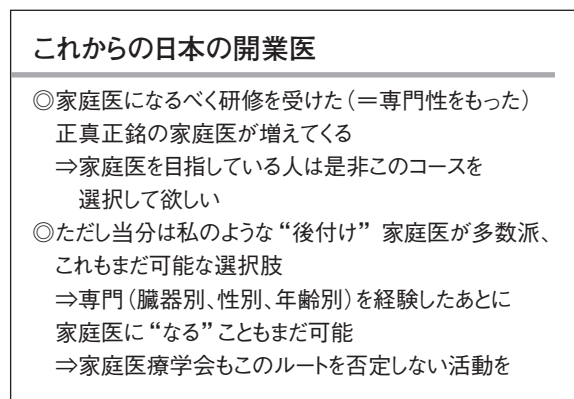


図9

図9にこれからの展望，学会への要望について示した。現時点で家庭医になることを決めている若手医師，学生は本学会が良い研修制度を整備しつつあるので是非そのようなコースを歩んでいただきたい。また家庭医療学会の執行部には，“後付け”家庭医や，いったん専門医コースを選んだ

学術集会報告

が家庭医への針路変更を希望する人たちをも包含する形で活動を展開することをお願いしたい。

おわりに：開業とは自己実現である

2004年に日本プライマリ・ケア学会主催の指導医養成ワークショップで「開業医の魅力って何だろう」というセッションを担当した。60人前後の勤務医、開業医が小グループに分かれて“開業医の魅力ベスト10”を決めるというアイスブレイキング的な趣向であったが、全てのグループが異口同音に『開業とは自己実現である』というのをトップに選んだ。

本稿が家庭医になることや家庭医開業を考えている読者の自己実現のお役に立てれば幸いである。

参考文献・サイト

- 1) PCFMネット（プライマリ・ケア／家庭医の見学実習研修を受け入れる診療所医師のネットワーク）のHP：
<http://www.shonan.ne.jp/~uchiyama/PCFM.html>
見学などを受け入れる診療所のリストが載っているので利用していただきたい。
- 2) 田坂佳千：日本の開業医－その魅力と求められる能力。JIM14(4):298-303,2004。
「開業医の魅力に迫る」という特集の一章である。この特集号はそのまま単行本にしてよいくらいこのテーマに関する内容が充実している。
- 3) 内山富士雄：患者のプライバシー確保。家庭医療学研究会（編）家庭医 プライマリ・ケア入門。pp169-173, プリメド社, 2001。
- 4) 内山富士雄：グループ化による診療。家庭医療学研究会（編）家庭医 プライマリ・ケア入門。pp236-241, プリメド社, 2001。