

満足度を求めての旅

木戸 友幸

医療法人木戸医院

筆者は、80年代初頭に米国で家庭医療学 (Family Practice) のレジデント研修を受け、その専門医資格を得た。その後、国立病院で家庭医療学の卒後教育に携わった後、開業家庭医としてその実践にあたっている。筆者が医師になって後、四半世紀でこの家庭医のサイクルが一応は完成したことになる。この間、自らの中に流れていた思いは「自らの納得いく医療がしたい、同時に納得してもらえる医療がしたい。」ということであった。筆者の四半世紀にわたる医師人生のいくつかの転機を、「患者満足度」を切り口にした考察を加えながら、御紹介したい。

医学生時代

医学部入学(1971年)当時から、医学部卒業後、米国で内科系のレジデント研修を受けることを希望していた。そのため、入学当初は街の英語学校に通って英語の勉強を、また学年が進んでからは米国留学資格試験に向けての勉強は欠かさなかった。それらの定型的な勉強とは別に、自己流の「インタビュー術」の勉強にも励んだ。この非定型勉強法を思い立ったのには、自宅開業医の息子として育った子供時代からの「門前の小僧」としての体験がある。患者との自然な会話による診療の場の雰囲気作りが、臨床医としていかに大切なものが本能的に分かっていたからである。この勉強のためには自ら方法論を模索するしかなかった。試行錯誤の結果もっとも効果的であったのは、単独で酒場を訪れ、その場の雰囲気を短時間で盛り上げる工夫を凝らすという方法である。その場の接客に当たった人間（多くは女性）の好みをすぐさま察知し、会話で和む雰囲気を作り上げるのである。その際、医学生とか医師とかの身分を明かしてしまうと会話が容易に進み過ぎるので、偽りの職業を名乗る。もっとも話題を広げやすかったのは、フリーランスのジャーナリストである。

米国レジデント時代

1980年(卒後3年目)から厚生省の臨床指導医留学生として、ニューヨーク州立大学

の家庭医療学のレジデント研修を3年間受けることが出来た。この留学に際しての情報収集により始めて米国の家庭医療学についての知識を得た。この時に、生物医学的モデルとは異なる臨床医学モデル、すなわち従来の生物医学に心理的ならびに社会的な要素を加えた医学モデルである家庭医療学を知ることになった。レジデント研修が始まってからは日本とは比較にならないほど厳しい臨床訓練を受けることにより、自らの能力の限界を知るという体験もした¹⁾。能力の限界にまで迫らざるを得ない研修を受け、それを生き延びることが出来ると、そこには大きな自信が生じる。その自信は医師としてのプロフェッショナルな強さにつながる。患者に対する「優しさ」や「思いやり」が重要なことはいうまでもないが、これらの思いが、医師の強さに裏打ちされたものでなければ、それらの患者への感情は単なる同情になってしまう。もっとも、医師の患者に対する感情は医師個人の資質にも大きく左右されるのも確かである。そのため、米国流の厳しい研修が自信過剰で傲慢な医師、あるいは逆に虚無的な医師を生むこともある。

レジデント研修が後半にさしかかると、各科のフェローと呼ばれる、レジデントを終え、より専門的なトレーニングを受けている医師と行動を共にしながらの研修をする機会がしばしばあった。精神科のフェローと共に、リエゾン精神科の研修を受けていたときのエピソードが、非常に鮮明に記憶に残っている。その時フォローしていた患者で、すべての治療に不平、不満を漏らし、非常に激しやすい中年女性がいた。この患者のカルテを、うっかり患者のベッドの上に忘れてしまうというミスで、その精神科フェローが犯してしまった。患者は、カルテに書かれた自分のネガティブな性格の描写、特に'manipulative'という表現に激高してしまった。精神科フェローはその時、卑屈に謝罪したり逃げたりすることなしに、連日長時間をかけて現在の治療とその記録の正当性の説明をし続けた。根負けもあったかもしれないが、そのフェローの真摯な粘りで患者は何とか納得してくれた。このエピソードは一つの例に過ぎないが、米国の医師、特にフェロークラスの若手医師の「逃げない姿勢」は、筆者の帰国後の医師としての生き方に非常に影響を与えた。

国立病院時代

83年に帰国し、そのまま国立大阪病院の総合内科(帰国当初は内科)において、研修医指導と一般診療に当たることになった。帰国後直ちにしたことは、病院敷地内にある公務員宿舎への居住申込であった。ちなみに実家の医院は通勤半時間のところにある。当時、国立大阪のプライマリ・ケアのことに関しては24時間自分が仕切るという

くらいの気概を持っていた。そのための公務員宿舎住いである。研修医室に出向き、自己紹介と宿舎の電話番号を記した張り紙をはった。もちろん、連絡は24時間可能と但し書きをして、先輩や同僚医師からは奇異な目で見られたが、研修医は次第に受け入れてくれるようになった。数年後には、研修医から午後5時過ぎの内科部長という名を奉られるに至った。

総合内科外来も多いときは週4回、主に初診患者を中心に診ていた。これも、何をやっているかが次第に理解されるところとなり、外来婦長が各科の外来看護婦に「困った患者さんがあったら、まず木戸先生に相談しなさい」と言ってくれるまでになった。何代かの外来婦長の信頼を得て、付けられたあだ名は「影の内科部長」であった。ここでも「断らない。逃げない」の姿勢が信頼を生んだのだと思う。この噂は総合受付の職員の間にもまで届き、特に日本語をしゃべれない外国人患者が受付を訪ねたときは、必ず呼ばれることになった。

国立病院医師として湾岸危機時の医療隊に参加して、時の厚生大臣より感謝状を頂いたが、その感謝状よりも研修医からもらった「5時過ぎの内科部長」、外来看護婦からの「影の内科部長」という称号の方が筆者にとっては名誉あるものであると思っている。

このようにして、国立大阪病院での勤務はあっという間に10年になるのであるが、この頃、ここで出来る自分の仕事はある程度し尽くしたという気持ちになり始めた。地域の開業家庭医になる前に、これまでの米国と国立大阪での体験を生かし、「理想の家庭医療」の実験的な試みは出来ないだろうかということ漠然と思い始めていた。

パリでの診療

フランス、パリにあるアメリカン病院で、在留邦人のプライマリ・ケアの出来る日本人医師公募の情報が90年代初頭に、東京大学医学部国際交流室よりもたらされた。医師の条件は、内科系の臨床研修を米国で受けた日本人医師で、日常生活に足りる程度のフランス語能力があることが望ましいとある。実は筆者は医学生時代に英語と共にフランス語の学校にも数年間通っていたので、フランス語も少し復習すれば何とかいける自信はあった。紆余曲折の末、パリ・アメリカン病院初代日本人医師に選抜され、95年春よりパリに赴任することになった。

パリで、筆者の理想とする家庭医療の2年間にわたる実験をしようと決心したことはいうまでもない。その決心に至る理由はいくつかある。それらは以下の通りである。1) パリ・アメリカン病院は歴史も実績もある総合病院で、医療を行なう環境としては最

適である。2) 技術料重視の私立病院なので、少人数の患者を予約制で時間をかけて診察することが可能である。3) 診察料は企業赴任者は企業より支払われ、留学生や旅行者は旅行障害保険より支払われるので、高い診察料も患者負担にはならない。4) 海外での自国人医師による診療であるので、患者側の満足度がより大きく感じられる。

この病院で筆者が一番確認したかったことは、日本人患者にきちんとしたインフォームド・コンセントに基づいた医療を予約制でしかも時間的に余裕のある診療という状況で行い、満足してもらえるかどうかということであった。何故そんな当たり前のことをと思われる向きもあるかもしれない。しかし、かなりの数の日本人患者を年の単位で、上述の状況で診療することは日本の保険診療では不可能に近いので、これまでこういうことが実証されたことはないはずである。当たり前のことを、そうだろうと想像するのと、そうだと実証することの間には雲泥の差がある。2年間の診療で、3000人の外来患者の診療と500人の健康診断を実施することが出来た。一日につき5～10人の患者を一人に半時間かけて診察した。もちろん、完全予約制である。まず、応接室でゆっくりインタビューした後、隣の診察室で診察し、その後再度応接室に戻り、診断と検査、治療法などの説明をするというのが、パリでの診療の標準であった。疾患は急性上気道炎や胃腸炎などのコモン・ディゼーズが圧倒的に多いのであるが、海外在住の邦人という特殊条件により、ほとんどの患者が心身症的な症状を持っていた。したがって、こういう落ち着いた雰囲気での時間的に余裕のある診療は好評であった。特に定量的なデータをとったわけではないが、複数の在留邦人組織や領事館筋から好評である旨の報告を頂いた²⁾。

そして現在

97年秋にフランスより帰国し、木戸医院で家庭医としての診療を本格的に始めることになった。これまで父の代理で何度も診療はしていたことと、何と言っても小学校から大学までこの医院から通った地元であるので、患者とはすぐ打ち解けることが出来た。診療形態は保険診療であり、30数年続いている医院であるので患者数も多く、パリでのような診療をするわけにはいかない。しかし、そのエッセンスを短時間の診療の中に、工夫をこらして挿入していくことは可能である。古くからの患者は、筆者の医師になってからの活動をすべて知ってくれているということと、筆者は世界のさまざまな現場で直接学んだ知識で勝負するので説得力が違うという二つの事実により、診療時の小さな工夫が大きく生きたことは事実である³⁾。以上は開業当初のソフト面での工夫であるが、ハード面でも大きく変革しようと思いついた。98年夏より従来の建

物をすべて解体し更地にすることから始め、10カ月間かけて医院を新築した。新築にあたっては、筆者の医院建築の抽象的な考え方を忠実に造形してくれる建築家を厳選したかった。パリを拠点に8年間ヨーロッパや中東での建築活動に携わり、現在は日本で独立して事務所を開いている建築家に巡り合い設計を依頼した。広く、高く、明るい内部、派手でなく、上品で気品のある外観といった注文はすべてうまく造形されたように思える。また、患者に好評な中待合のギャラリーなどは建築中に筆者と建築家とのアイデアの交換から生まれた⁴⁾。開業家庭医にとっては定年は無く、それぞれ死ぬまで地域で家庭医を務め上げるのが使命である。したがってこれからは、患者満足度を上げるための主にソフト面の工夫を、焦らず急がず試行錯誤しながら続けているつもりである。

旅の途中での結論

これは一人の家庭医の四半世紀の一例報告に過ぎないので、ここで述べられるのは、単なる「結論めいたこと」である。現在の思いの中で比較的普遍化できそうなことを個条書きで挙げる。

- 1) プライマリ・ケア医療の善し悪しは、患者満足度で決まる。
- 2) 患者満足度は、その患者の属する医療文化によって大きく左右される⁵⁾。
- 3) 患者満足度を上げるためには、できるだけ早く患者解釈モデルをつかむことが必要である。
- 4) 患者満足度志向の医療のトレーニングは、日本ではまだまだ量、質ともに不十分である。したがって自らで研修法を切り開いていかなければならない⁶⁾。
- 5) このトレーニングを辛い義務と感じているうちは、患者に満足は与えられない。医師自らがその仕事に満足できて初めて他人に満足を与えられる。

当論文は、2001年11月、東京での第16回家庭医療学研究会にて発表した大会長講演に加筆・訂正を加えたものである。

文 献

- 1) <http://www.carefriends.com/kido/newyork/index.html> 「ブルックリン便り」
- 2) <http://www.carefriends.com/kido/paris/index.html> 「パリ・アメリカ病院便り」
- 3) 木戸友幸：日常病診療のポイント。家庭医療学研究会編，家庭医プライマリ・ケア医入門ブリメド社，大阪，2001，pp83-8.
- 4) 木戸友幸：患者のためのアメニティ。家庭医療学研究会編，家庭医プライマリ・ケア医入門，

プリメド社, 大阪, 2001, pp165-8.

5) 木戸友幸: 心身症シミュレーションモデル. プライマリ・ケア 1991; 14(4): 534-5.

6) <http://www.carefriends.com/kido/education/index.html> 「医学教育」

連絡先

〒533-0001 大阪府大阪市東淀川区井高野3-3-61

木戸医院 木戸友幸

電話: 06-6340-6195, Fax: 06-6349-1021