

From  
**ACP**  
 (米国内科学会)  
**Japan Chapter**



1976年に天理よろづ相談所病院に設立された総合病棟を中心とする初期研修医制度では研修医に対し一貫して患者の「主治医」であることを強く求めてきた。では、主治医たる条件とは何か。同院で長年、研修医教育にあたってきた東光久氏が明快に解説する。

(本原稿は、2014年5月31日～6月1日に開催された「ACP日本支部年次総会2014」での講演内容を改編したものです)

# 「主治医力」を磨くワークショップ



現・福島県立医科大学  
 白河総合診療アカデミー特任准教授  
 (取材時・天理よろづ相談所病院総合内科・緩和ケアチーム)

## 東 光久

### 主治医に求められるのは まず患者に対する姿勢

「主治医」と聞いて、皆さんはどのようなイメージを持つだろうか。

「主治医制」の対義語として「チーム制」が用いられるように、「ひとり」の医師に負担がかかりすぎる、「前近代的」、「独善的」といった、ネガティブなイメージがあるかもしれない。しかし、一方で患者・家族の立場から見れば、「主治医」はそのほかの医師とくらべて近い存在であり、良き理解者であり、信頼できる存在として位置づけられているように感じる。

『広辞苑』によれば、主治医は「主としてその患者の病気の治療にあたる医師。かかりつけの医師」とあるが、それだけでは十分に表現されていると

#### 【資料1】主治医になるための10の掟

1. 言葉を大切にする
2. 2.5人称の立場を理解し実践する
3. 真のEBMを実践する
4. Face to FaceよりSide by Side
5. 患者のすべてを知る努力をする、そして常に患者の味方になる
6. DoingよりBeing
7. 高齢患者に感謝を、若年患者に慈愛を、同年代の患者にエールを!
8. 最後は自分の良心に従う
9. Be Assertive!
10. 一生感動、一生感謝、一生勉強

は言えない気がする。

私は、主治医を自分なりに【資料1】のように定義している。おおむね、以下のような内容だ。

- ・ 病気とではなく、患者と向き合い、そして寄り添おうとする
- ・ 患者の人生に思いを馳せる
- ・ 患者の人生のナビゲーターであろうとする
- ・ 時には家族とも向き合い、寄り添おうとする
- ・ ひたむきで誠実な態度を持つ

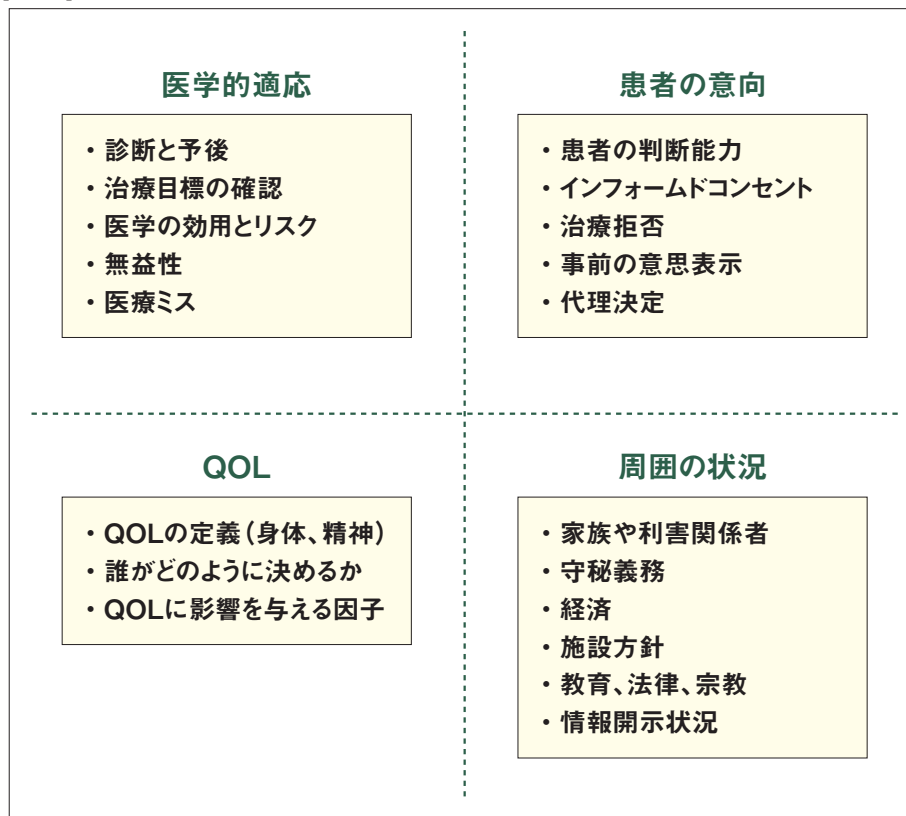
ここで言う「主治医」は、能力ではなく態度が重視されている。「態」という漢字は「能」と「心」から成る。この漢字の成り立ちに対する解釈はさ

まざままあるが、中でも「あることができる」という『心構え』を意味し、それが転じて『姿』や『身振り』を意味する『態』という漢字が成立した」とする解釈が、個人的にはもつとも腑に落ちる。

つまり、能力の有無を問わず、患者に寄り添おうとするなどの態度を持つていれば、どんなに若くても、どんなに未熟でも、その人、その医師なりの「主治医力」を身につけられると思う。

私は、天理よろづ相談所病院でのレジデント時代に主治医たる態度を教わり、スタッフになってからは、後輩レジデントに伝授してきた。特に、ジュニアレジデント（初期研修医）の2年

【資料2】 臨床倫理4分割表



(出典: Jonsen AR, et al. Clinical Ethics- A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine <3rd ed.>. McGraw-Hill, New York, 1992)

間は、文字どおり、患者に寄り添うこと、主治医としてあるべき姿勢を徹底して教えた。

とかく医師においては、臨床推論を含む診断学や、多様な薬剤、技術を駆使した治療に精通している点に注目が集まりがちだが、果たしてそれだけで医師は十分だろうか。根治可能な疾患では問題ないかもしれないが、現代は慢性疾患、多重疾患、超高齢社会の時代であり、特定の診断のつかない症候も多い。そこで、今、あらためて主治医力の重要性を強調したいと思う次第である。

### 患者と家族とともに考え 意思決定を導き出す

主治医たる条件の考え方を広めていこうと、「主治医力を磨くワークショップ」を2013年5月に天理よろづ相談所病院内で開催<sup>[1]</sup>したのを皮切りに、病院内外でこれまで計5回開催してきた(2015年4月時点)<sup>[2]</sup>。2014年5月の「ACP日本支部年次総会2014」でも同様のワークショップを開催した。内容は、「主治医力」に関するミニレクチャーの後、ケースカンファレンス

の中で、診断推論、意思決定支援に関するディスカッションを行い、各グループで発表してもらうというものだ。

特に、終末期医療に関する意思決定支援では、Jonsenの臨床倫理4分割表(資料2)を用いて多角的に検討するようにした。意思決定は、医療者が一方的に患者・家族に示すものではなく、いっしょに悩み、考える「Shared decision making」の姿勢こそが重要であり、そこで主治医としての矜持が問われる。

同ワークショップには、学生、研修医を含む26名にご参加いただいた。90分という限られた時間だったが、「主治医力」とは何かをともに考える、良い機会になったのではないだろうか。

### ACPとACP日本支部の概要

ACPは、1915年設立の米国内科専門医会 (ACP) と、1956年設立の米国内科学会 (ASIM) が合併して1998年に誕生した。現在、世界80カ国に130,000人(医学生・研修医会員15,000人を含む)の会員を有する国際的な内科学会である。

ACP日本支部は、2003年に、アメリカ大陸以外では初めて設立が許された支部で、現在、会員数は1,000名を超え、医学生や研修医など若手会員が20%を占める。日本内科学会の総合内科専門医を有する内科医はACP正会員に、ACP正会員のうち要件を満たす者はFellow (FACP) の称号を申請できる。

※参考資料

[1]ワークショップを通して磨く「主治医力」第3034号, 2013年7月8日 [http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03034\\_03](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03034_03)

[2]主治医力を磨くワークショップNo230n, 2014年12月5日 [http://www.c-mei.jp/BackNum/bn\\_n230\\_news\\_page01.html](http://www.c-mei.jp/BackNum/bn_n230_news_page01.html)