

## 第1部 総合診療医の業務状況及びタスクシフトに関する調査

片岡義裕<sup>1</sup> 吉本 尚<sup>1</sup> 浜野 淳<sup>2</sup> 高柳宏史<sup>3</sup>  
大倉佳宏<sup>4</sup> 佐藤弘太郎<sup>5</sup> 山梨啓友<sup>6</sup>

### 要旨

総合診療医は地域包括ケアシステムを担う存在として期待されており、タスクシフティング（業務の移管）やタスクシェアリング（業務の共同化）はその鍵になる可能性がある。総合診療医と臓器専門医におけるタスクシフティング・シェアリングの実態や可能性について明らかにするため、総合診療を担う家庭医療専門医を対象とした web 調査を実施した。調査の結果、糖尿病患者に対するインスリン使用や認知症の診断・治療などの領域では、すでにタスクシフティングが行われていることがわかった。また、CPA 患者の救急対応やがん患者に対するオピオイド管理などの領域については、周囲の医療機関との連携等によりタスクシフティングが今後促進されることが期待された。妊婦健診や産褥期のケア、乳幼児健診などについては単独で実施できる者が少なく、総合診療医の生涯学習などにより、今後タスクシフティングやタスクシェアリングが促進されると考えられた。

### A. 調査の背景・目的

急速に少子高齢化が進む我が国において、地域で安心して暮らすことのできる医療制度を守るため、地域包括ケアシステムの推進が求められている。特に、それらを担う人材として総合診療医の役割は重要であり、具体的には、1)医療側では、ゲートキーパーの役割を果たしつつ、急性期には臓器専門医と、回復期には介護福祉資源と連携して包括的・効率的・継続的ケアを提供する役割、2)地域側では、病気になる前・なった後にも一貫して関わり、予防・健康増進、住まい、生活支援の側面も含めて、多様な職種と関わりながら安心して地域で暮らしていけるシステム作りに貢献する役割、等があげられる。

これらの役割を果たすためには、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」でも言われているように、総合診療医と臓器専門医の間でタスクシフティング

（業務の移管）やタスクシェアリング（業務の共同化）を推進することが重要である。我が国はこれから、既存の枠組みにとらわれない、新たな医師間連携を生み出して、多様なニーズに応えつつ、生産性の向上を図っていくことが求められる。しかし、我が国において、総合診療医の概念が提唱されてから日が浅く、医療者や一般住民に十分に浸透しているとは言いがたい。また、実際に行っている診療範囲も曖昧である。

そこで本調査では、総合診療医（対象としては家庭医療専門医）の診療実態を明らかにすることで、総合診療医と臓器専門医におけるタスクシフティング、タスクシェアリングの可能性について明らかにする。

### B. 調査の方法

#### ・対象

日本プライマリ・ケア連合学会（以下、連合学会）が2018年に実施した「家庭医療専門医の活動に関する実態調査」（以下、学会調査）に回答した家庭医療専門医とした。

#### ・データ収集

学会調査の回答データについて、連合学会から利

1. 筑波大学医学医療系 地域医療教育学／筑波大学附属病院総合診療科  
2. 筑波大学医学医療系／筑波大学附属病院総合診療科  
3. 熊本大学医学部附属病院 地域医療・総合診療実践学寄附講座  
4. 徳島大学病院 総合診療部  
5. 北海道家庭医療学センター 本輪西ファミリークリニック  
6. 長崎大学病院 総合診療科／感染症内科

用許可を得たうえで、学会の会員番号を切り離したのちに提供を受けて解析を行った。

・調査内容（詳細は、巻末資料（P.497-P.503）の調査票を参照）

▷基本属性（性別，年齢，医師年数，家庭医療専門医の取得年次など）

▷業務の状況（勤務形態，業務の割合）

▷実施している診療領域

診療領域は、医療計画における5疾病（がん，脳卒中，急性心筋梗塞，糖尿病，精神疾患）・5事業（救急医療，災害医療，へき地医療の支援，周産期医療，小児医療）をもとに，複数の家庭医療専門医で検討して決定されている。総合診療医だからこそタスクシフティングやタスクシェアリングに貢献できるような診療内容や深さを考慮して，下記の22領域について調査が行われた。

1. がん患者の看取り
2. がん患者に対するオピオイドの管理
3. 脳卒中入院患者の退院後のケアプラン調整
4. 脳卒中患者のリハビリテーションの指示や処方
5. 急性心筋梗塞を含む心血管疾患患者に対する抗凝固薬の管理
6. 糖尿病患者のインスリン管理
7. CKD stage を意識した糖尿病性腎症患者の管理
8. 軽症うつ病の管理
9. 認知症の診断と治療
10. 認知症周辺症状のコントロール
11. アルコール使用障害の発見と管理
12. 全身状態の安定した患者の創傷に対する縫合
13. 喘息発作で受診した小児患者の初期対応
14. CPA 患者の救急対応
15. 在宅患者の急性感染症（肺炎や尿路感染症）の管理
16. 急性腰痛症の診断と治療
17. 湿疹や皮膚炎に対する外用剤使用
18. 家族計画の相談
19. 妊婦健診
20. 産褥期のケア
21. 乳幼児健診
22. 小児患者の予防接種

各領域を実施するための能力と機会について，下記の5段階のうち当てはまるものを一つ

回答してもらった。1は能力も機会も十分な状態で，数字が大きくなるほど，能力や機会が不足していると解釈した。

1. 日常的に実施している
2. 機会があれば実施している
3. 実施していないが状況が許せば単独で実施できる
4. 実施していないが専門医と連携出来る状況であれば実施できる
5. 実施できない

・分析方法

基本属性をすべて回答したものを有効回答とした。

回答者の基本属性および業務の状況，また各診療領域における実施状況について，記述的に分析した。

・倫理的配慮

本研究を実施するにあたり，筑波大学医の倫理委員会の承認を受けた（通知番号第1287号）。

## C. 調査結果

<実施状況>

対象：671名

回収：483名

有効回答：472名（70.3%）

<基本属性>

結果のまとめ

男性が72%，平均年齢は39歳，平均医師年数は13年目だった。家庭医療専門医の取得年次は2013年以降がやや多かった。取得資格が家庭医療専門医のみであるのが191名（41%）であり，それ以外の取得資格として多かったのは日本内科学会認定医（204名，43%）だった。所属学会が連合学会のみであるのは72名（15%）にとどまっており，連合学会以外の所属学会として多かったのは日本内科学会（303名，64%）だった。日本医師会に入会しているのは243名（52%）だった。

男性 340名（72.0%） 女性 132名（28.0%）

年齢 平均：38.5歳（最小：30歳，最大：72歳）

医師年数 平均：13.0年目（最小：7年目，最大：48年目）

家庭医療専門医 取得年次 (西暦)

取得年次	人数	%
2006 以前	22	4.7
2007	7	1.5
2008	18	3.8
2009	16	3.4
2010	31	6.6
2011	36	7.6
2012	44	9.3
2013	69	14.6
2014	52	11.0
2015	56	11.9
2016	50	10.6
2017	71	15.0

家庭医療専門医以外の専門医・認定医資格 (複数回答可)

専門医・認定医	人数	%
家庭医療専門医のみ	191	40.5
日本内科学会認定内科医	204	43.2
日本内科学会認定総合内科専門医	74	15.7
日本在宅医学会認定在宅医療専門医	38	8.1
日本緩和医療学会認定緩和医療認定医	1	0.2
日本緩和医療学会認定緩和医療専門医	0	0
日本老年医学会認定老年病専門医	2	0.4
その他	73	15.5

その他の例：日本リハビリテーション医学会専門医，日本小児科学会認定専門医，日本救急医学会救急科専門医

所属学会 (複数回答可)

所属学会	人数	%
日本プライマリ・ケア連合学会のみ	72	15.3
日本内科学会	303	64.2
日本在宅医学会	106	22.5
日本緩和医療学会	40	8.5
日本老年医学会	17	3.6
その他	158	33.5

その他の例：日本東洋医学会，日本医学教育学会，日本病院総合診療医学会

日本医師会入会の有無

あり：243名 (51.5%) なし：229名 (48.5%)

<業務の状況>

結果のまとめ

勤務形態としては，フルタイムが80%以上を占めていた。業務の割合としては，臨床が約70%で，教育も15%程度を占めていた。その他，研究が8%，その他（管理業務や地域保健活動など）が7%だった。

勤務形態

勤務形態	人数	%
フルタイム	402	85.2
パートタイム	41	8.7
病気休業中	0	0
育児休業中	8	1.7
その他	21	4.4

その他の例：時短勤務，留学中，大学院通学中

業務の割合

	臨床	研究	教育	その他
平均 (%)	70.8	7.5	14.8	6.9
標準偏差	26.2	16.2	13.7	17.0

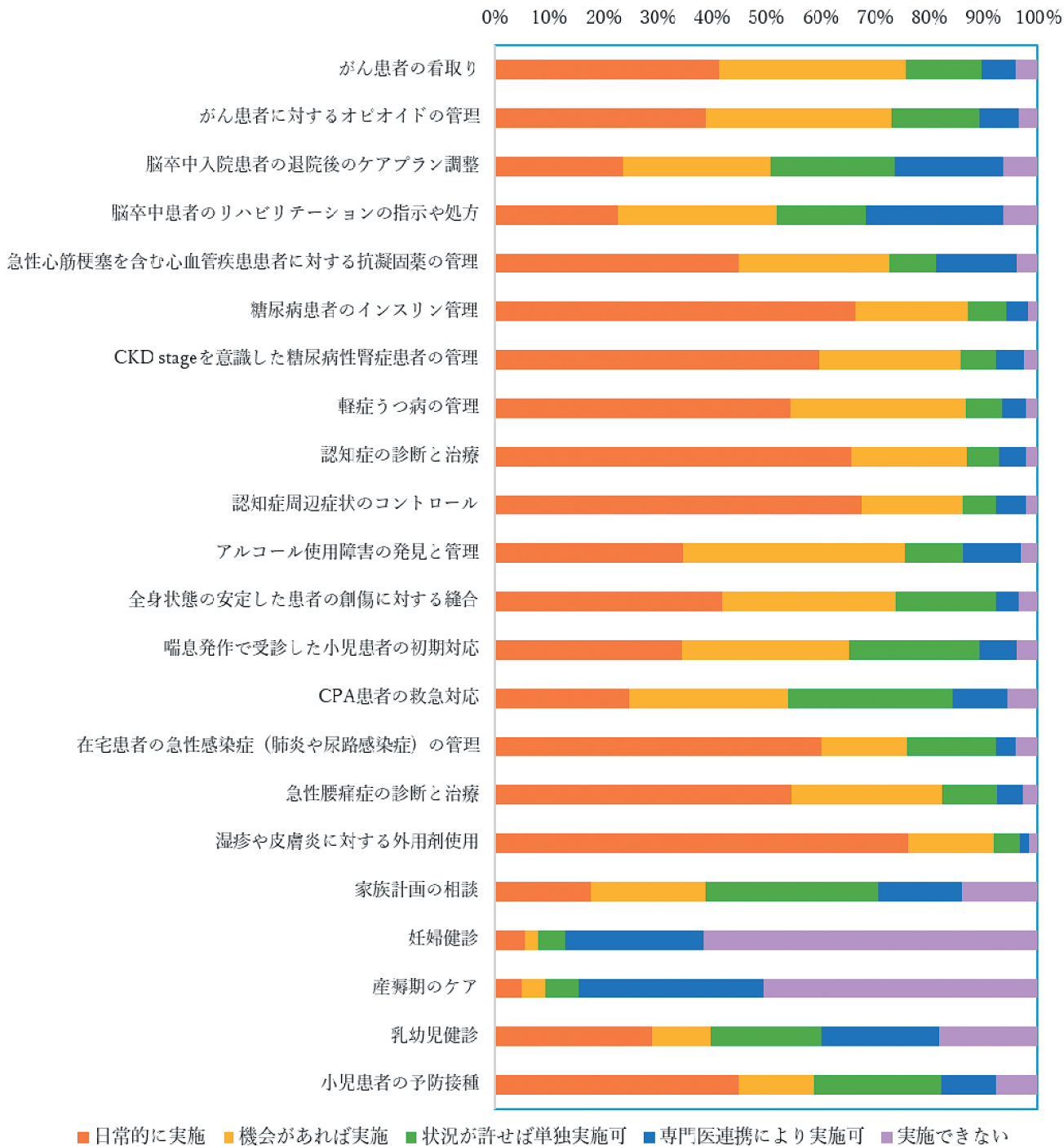
その他の例：管理業務，地域保健活動

<診療領域ごとの実施状況>

結果のまとめ

がん患者に対するオピオイド管理や心血管疾患患者に対する抗凝固薬の管理，また糖尿病患者のインスリン管理などの領域については，40%以上の者が「日常的に実施している」と回答していた。また，CPA患者の救急対応や喘息発作で受診した小児患者の初期対応，脳卒中入院患者の退院後のケアプラン調整などの領域については，半数以上の者が「機会があれば実施」あるいは「状況が許せば単独で実施できる」と回答した。「専門医と連携できる状況であれば実施できる」あるいは「実施できない」という回答が半数を超えていたのは，妊婦健診および産褥期のケアの2領域のみだった。

各診療領域における実施状況



## D. 考察

本調査の結果、「がん患者に対するオピオイドの管理」および「がん患者の看取り」については、いずれも約40%の者が日常的に実施していると回答し、がん治療専門医・緩和ケア専門医と総合診療医との間でのタスクシフティングは、少なくない頻度で行われていることが示唆された。一方で、約50%の者が「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」と回答していることから、今後、がん専門医・緩和ケア専門医と総合診療医との間で、がん患者の人生の最終段階における医療・ケアにおけるタスクシフティングを具体化し、国民にも周知することで、総合診療医の包括性、継続性などの特徴を生かしたケアを、より多くの国民に提供できると同時に、がん専門医・緩和ケア専門医が高度専門診療に専念できることで、我が国のがん治療における医療提供体制の質・量の改善が期待できる。

脳卒中患者のケアプラン調整およびリハビリテーション指示・処方については、いずれも約25%の者が「日常的に実施」と回答し、約50%の者は、「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」と回答していた。診療所等で勤務している家庭医療専門医はこれらの領域に関わる機会が少ないと考えられるが、8割程度の者は単独で実施できる能力を有していることがわかった。また、20%前後の者が、「専門医との連携により実施できる」と回答していることから、脳卒中診療に関わる専門職種と診療・教育体制を構築することで、さらなるタスクシフティングが実現できると考えられる。

心血管疾患患者に対する抗凝固薬の管理については、40%以上の者が「日常的に実施」と回答し、30%以上の者が「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」と回答していることから、総合診療医を含めた多専門職種で、心血管疾患に関するクリニカルパスを検討・普及していくことは、心血管疾患に関わる専門医の負担軽減および高度専門治療への集中につながると考えられる。

「糖尿病患者のインスリン管理」および「CKD stageを意識した糖尿病性腎症患者の管理」に関しては、60-70%程度の者が「日常的に実施」と回答し、糖尿病専門医・腎臓専門医と総合診療医との間でのタスクシフティングは、比較的高い頻度で行われていることが示唆された。一方で、「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」と回答した者がどちらの設問にも3割程度みられ、実践能力がありながらその機会が得られていない状況が考えられ

た。インスリンの管理や糖尿病性腎症の管理が必要である患者は多領域にまたがる全身管理が必要であり、また多職種が連携した継続的・包括的な診療が必要となることから、総合診療医へのさらなるタスクシフティングは、臓器専門医の負担軽減および高度専門治療を含めた医療資源の負担軽減に寄与するものと考えられる。

「軽症うつ病の管理」に関しては、5割を超える者が「日常的に実施」と回答した。一方で、「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」と回答した者が4割程度みられ、こちらも実践能力を持ちながら機会が得られていない状況が示唆された。うつ病は疾患頻度が高く、一般診療におけるスクリーニングなどの生涯学習はもちろん、精神科専門医と総合診療医との間で、軽症うつ病の医療・ケアにおけるタスクシフティングを具体化し、国民にもそれを周知することで、総合診療医の包括性、継続性などの特徴を生かした医療、ケアを提供でき、精神科専門医が高度専門診療に専念できることとなる。それにより、我が国のうつ診療における医療提供体制の質・量の改善が期待できる。

「認知症の診断と治療」、「認知症周辺症状のコントロール」に関しては、60-70%程度の者が「日常的に実施」と回答した。認知症を持つ患者は高齢者が多く、医療機関へのアクセスなどの問題を抱えることがあるが、総合診療医は外来・在宅医療の両面で、身近で包括的かつ継続的なケアを提供できる。また、社会的資源を適切に使い、家族の支援も同時に行える総合診療医へのタスクシフティングは有用と思われる。高齢化のなかで認知症を持つ患者の数は今後ますます増えてくることが考えられ、「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」25%程度の家庭医療専門医を効果的に用いることで、医療提供体制の質・量の改善や、本人・家族が希望した場合の自宅看取り率の向上などを図れる可能性がある。

「アルコール使用障害の発見と管理」に関しては、「日常的に実施」と回答した者が35%にとどまった一方で、「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」と回答した者が5割程度みられ、実践能力を持ちながら機会が得られていない状況が示唆された。アルコールの問題は世界的に医師の認知度が低く、一般診療におけるスクリーニングなどの生涯学習が必要なのは言うまでもないが、日本でアルコールを専門にしている医師は非常に少なく、総合診療医の持つ行動変容のスキルや全身管理、継続性

などの特徴を生かした医療やケアを提供することで、アルコール依存症や肝硬変等、集学的な加療が必要な状態に進展することを予防することが可能となる。このように、アルコールを専門にしている医師と総合診療医との間で、アルコール使用障害の発見と管理に関するタスクシフティングを具体化することで、我が国のアルコール診療における医療提供体制の質・量の改善が期待できる。

「喘息発作で受診した小児患者の初期対応」や「小児患者の予防接種」については、「日常的に実施」と回答した者が40%程度おり、「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」と回答した者を加えると、8割を超える家庭医療専門医が実施能力を有していた。急性疾患である小児喘息の対応や、健康増進としての予防接種という幅広い場面において、総合診療医の小児科領域におけるタスクシフティングがある程度進んでいることが示唆された。

また、「乳幼児健診」について、日常的に実施している者は29%だったが、「機会があれば実施」また「状況が許せば単独で実施できる」と回答したものは3割に上っていた。この領域については、地域の小児科医あるいは保健センターなどとの連携により、今後さらにタスクシフティングの促進が期待される。

「全身状態の安定した患者の創傷に対する縫合」については、44%が日常的に実施していると回答し、また「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」と回答した者を合わせると9割以上が単独で実施できる能力を有していた。縫合を含む創傷処置は内科を標榜する一般開業医にとってはハードルが高いかもかもしれないが、総合診療医はこの能力を十分有していると言えることができ、タスクシフティングがすでにできている領域であると考えられる。また、「CPA患者の救急対応」については、「日常的に実施」と回答した者は約30%に留まったが、「機会があれば実施」「状況が許せば単独で実施できる」と回答した者が半数を超えていた。一般的にCPA患者は救急病院等に搬送されることが多く、診療所で勤務する家庭医療専門医は接する機会が少なくなるため、このような結果になったと考えられる。しかし、診療能力を有している者が多いことは、救急医療においても総合診療医が役割を担うことができることを示唆している。

妊婦健診や産褥期のケアについては、「専門医と連携出来る状況であれば実施できる」あるいは「実施できない」と回答した者が8割を超えていた。家

庭医療専門医の認定の際に必要な事例報告に「女性の健康問題」という項目は含まれている<sup>1)</sup>が、専門医を取得した医師のうち、実臨床で妊婦健診や産褥期ケアを単独で実施できる者は多くないことがわかった。妊産褥婦のケアに関する個々の地域におけるニーズに合わせながら、総合診療医が産婦人科医と連携して診療の機会を増やしたり、生涯学習により診療能力の保持に努めたりすることにより、今後タスクシフティングを進めていくべきである。

本調査には、限界が何点かある。まず一つは、本調査で尋ねた診療領域について、各回答者が実施している診療の質が分からない点である。タスクシフティングやタスクシェアリングを行う上で、診療の質を保つことは重要であるが、調査の性質上、各回答者が実施している診療の妥当性については不明であった。次に、診療の機会を評価する際に、周囲の環境（近隣の医療機関の数など）を検討していない点である。タスクシフティングやタスクシェアリングを行うためには、医師個人の診療能力以外に、診療の機会（地域住民の需要や、周囲の医療機関によるサービス供給の程度など）が必要であるが、本調査は家庭医療専門医を対象としたため、診療の機会がどの程度あるか、客観的な評価を行っていない。さらに、本研究の本来の対象は総合診療医であるが、学会調査では家庭医療専門医が対象であった。家庭医療専門医でなくても総合診療医として日々診療している医師が調査対象に含まれていないため、サンプリングバイアスが働いている可能性がある。これらの限界はあるものの、本調査では、総合診療医と臓器専門医におけるタスクシフティングやタスクシェアリングが実施されている、また今後実施が期待される診療領域を明らかにすることができた。

本調査の結果をもとに、総合診療医の研修や生涯教育において強化すべき診療領域を検討したり、地域の医療機関との連携を強めたりすることで、タスクシフティングやタスクシェアリングが促進され、地域包括ケアシステムを担う重要な存在として総合診療医の価値が高まると考えられる。

## 文献

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会. 家庭医療専門医の認定に関する細則. 2018, URL : [http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/kateiiryo\\_saisoku.pdf](http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/kateiiryo_saisoku.pdf) (accessed May, 23 2018).