

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

わが国の総合診療はどうあるべきか： 内科，プライマリ・ケア，プライマリ・ヘルス・ケア， 家庭医療を含めた歴史的変遷に基づいた考察

大西弘高¹

要旨

本稿では、プライマリ・ケア・家庭医療・総合診療といった概念に対し、わが国の戦前の医学の専門分化の流れを踏まえつつ、ドイツ・英国・米国における内科や総合診療・家庭医療の発展、国際機関におけるプライマリ・ヘルス・ケア関連の概念を俯瞰し、わが国の戦後のプライマリ・ケア・家庭医療・総合診療の動きを振り返る。また、これらの情報を基盤にして、用語の違い、総合診療・家庭医療と内科との違い、地域医療と総合診療・家庭医療の関係といった側面から、わが国の総合診療がどうあるべきかについて論じた。

元来は内科が今で言うところの総合診療的な診療を行っていたが、その後総合診療が再定義される必然性が生じ、さらに総合診療から家庭医療が派生していること、総合診療から家庭医療への発展においてプライマリ・ヘルス・ケアの概念が影響していることが判明した。この流れから見ると、ドイツ、英国、米国に比べて日本の総合診療の発展は遅れている。

序文

2000年以降、わが国の医療制度は節目となる改革をいくつも乗り越え、来るべき超高齢社会への対応を急いでいる。多くの問題を併せ持つことが多い高齢者へのケアを展開する際、包括的、継続的な診療が提供できる医師の存在は魅力的であると思われるが、わが国ではこれまでそのような医師を一定の比率で育成するというシステムは存在しなかった。2018年春から開始された日本専門医機構による専門医制度においては、19番目の基本領域として総合診療専門医が制度化され始めたが、英国や米国が総合診療、家庭医療の認定を行うようになったのと比べると、制度としては半世紀ほどの遅れを見ている。

本稿では、総合診療の専門性を医師のキャリアや教育制度という観点でドイツ、英国、米国との比較も含めて論じ、なぜそのような専門性が必要か、専門性を持つ医師を育成するにはどのような制度が求

められるかを明らかにしたい。なお本稿では、海外の制度に関する用語は、general practice を総合診療、family medicine を家庭医療という形で、直訳によって表すこととする。

1. 戦前の日本における医学・医療の専門分化と総合診療

江戸時代のわが国の医療は漢方医が主流であったが、旧幕時代には蘭方医がドイツ医学を導入した。一時期英国医学導入の気運もみられたが、1869年医学取調御用掛の相良知安らがドイツ医学の採用を決定したとされる¹⁾。1870年には、西洋医学学校である大学東校（後の東京大学医学部）が生まれ、ドイツから外科医Muller氏、内科医Hoffmann氏を招くなど、西洋医学の基盤が敷かれた²⁾。1874年には医制が公布され、医薬品の取り締まりが進み、西洋医学主体の制度が形作られていった³⁾。日本人指導者は、ドイツの指導者たちに多くの医師を育てて欲しいと要請したが、Mullerらは断固拒否して予科3年、本科5年という本格的なカリキュラムを堅持し

1. 東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター

たと言われている⁴⁾。これは、新しい医学の導入において、量（医師数）よりも質（コンピテンシー）に Muller らがこだわったと考えられる。

また興味深いのは、医制の制定に大きな役割を果たしたと言われる相良知安が 1868 年の保護健全意見書において「専ら一科の学問の学を業とし之を歴試経験し其实用を採て教る人」と「各科普く其要領を学び得て行ふ人」というふうにより、専門医と総合医について述べている点である⁵⁾。専門医が教える人と位置づけられていることは、総合医のキャリアのままの者と、専門性を身に付けて指導的立場になる者という区別が当時から想定されていたことになる。

医学における学会活動は、専門分化と関連し得る。後に日本医学会分科会となった学会で見ると、臨床系で領域別専門に特化した学会は、1898 年に設立された胃腸病研究会（1964 年に日本消化器病学会に改称）が最初である⁶⁾。日本内科学会はそこから 5 年遅れた 1903 年に設立された⁷⁾。当初は通常の臨床医学=Medicine=内科として扱われていた、すなわち内科が総合診療的であったと考えられる。その後も 1926 年の日本感染症学会⁸⁾、1927 年の日本内分泌学会⁹⁾、1935 年の日本循環器学会¹⁰⁾、1937 年の日本血液学会¹¹⁾などが内科関連の専門学会として設立されていたが、いずれも「内科」をその名称に含んでいないのは、やはり内科が総合診療的であったことの証左と思われる。日本医学会は 1902 年に日本聯合（れんごう）医学会として 16 の分科会の合同で開催されたが、そこに加わっていたのは生理学、医化学、薬物学といった今でいう基礎医学系の学会であり、医学が学問化する上で、基礎医学が重視されていた時代背景が浮かび上がる。

日本医師会の前身である大日本医会は、漢方医に対抗して洋方医が団結する形で 1893 年に組織された¹²⁾。様々な政治的動きの中で大日本医会は勢いを失ったが、1903 年には帝国連合医会となり、1906 年の医師法案提出から施行の流れを作った。また、各道府県医師会も成立していき、全日本医師会が 1916 年に設立され、1923 年には日本医師会となった。ここには学術や専門分化の議論はなく、開業する漢方医が年月と共に減少していく中で、洋方医が拡大していくプロセスが見える。戦時下に向けては医学専門学校が多数生まれていったが¹³⁾、これも医師の質よりも量を確保しなければならなかった時代背景を映し出している。このような状況において、

今でいう総合診療は「内科」として認識されていたと考えられる。

2. ドイツの総合診療とその専門医制度

ドイツでは、医学課程を修了した者のみが医師資格を名乗る制度が導入されたのが 1852 年である¹⁴⁾。その後、ドイツの医療状況を改善した理由の一つとして、ビスマルクが 1883 年に導入した疾病保険が挙げられるだろう。全国民強制加入の制度は世界的にも先駆けである。ただ、19 世紀中ごろからはすでに開業医を避けて専門医を受診するという行動が一般化しつつあり、開業医の立場や保険制度に問題となっていた。一般医+専門医という医師群が増え、一般人の混乱も生じ、結果として家庭医療専門医の必要性なども議論されるに至っていった¹⁵⁾。その後、1924 年にはいくつかの科において専門医制度が発足した。内科、外科、産婦人科は 4 年、胃腸代謝、肺疾患、小児、尿路などは 3 年という研修期間も定められたが、その際に専門科の群を跨いだ形での標榜が許可されないこと、一般医業務を行う医師は専門医を標榜してはいけないことなども定められた¹⁶⁾。

1966 年からはさらに卒後教育法案に関する議論がなされ、1968 年には臨床医全員が卒後教育を受ける制度となった。その際、総合診療（Allgemeinmedizin=general practice）の専門医に関して内科 1 年半、外科 1 年、産科主体の産婦人科 1 年、小児科 3 カ月、開業医実地研修 3 カ月から成る 4 年間の研修が導入された¹⁷⁾。

医学の専門分化は進み、2004 年には専門医が 52 領域、サブスペシャリティが 18 領域に至っている。その結果、従来はすべての医師が総合診療的なケアを担っていたが、専門領域に特化した結果医師が行う総合診療的なケアが減少し、医師以外の職種にそういった業務を任せようとか、専門職種間での協働を促そうといった議論が増しつつある。その結果、総合診療ケアアシスタントなどの職種が生まれた¹⁴⁾。

総合診療については、1993 年以降資格試験に沿った研修が行われるに至った。さらに 1998 年には、総合診療専門医の 5 年研修に法的基盤が与えられ、2002 年に総合/家庭医療専門医（general and family medicine）が制定され、2006 年からは 5 年研修が義務化された。ただ、5 年研修は必要な内容をローテーションするなど、学術的な裏づけのあるものではない¹⁸⁾。そこにはステークホルダー間の調整が

難しかった、研修に対する予算措置が不十分だったなどの理由がある¹⁹⁾。

3. 英国の総合診療とその専門医制度

英国では1858年に医師法が制定されて、医師資格が明確に定義されるに至った。また、ドイツに倣い1884年に全国民加入の疾病保険が作られた。1911年には診療圏の患者を登録する「パネルシステム」を含むNational Insurance Act 1911が導入され、福祉の観点で先進的な国家システムとなった²⁰⁾。これらを基に、第二次世界大戦後の1948年には国営医療サービス(National Health Service:NHS)が発足し、1952年には英国総合診療医学会(Royal College of General Practitioners;RCGP)が設立されるに至った²¹⁾。

総合診療医向けの研修プログラムは、スコットランドで1952年に始まった2年研修が最初である²²⁾。週あたり1~2日を診療所で過ごし、それ以外は研修医が3~6ヵ月ずつ病院や診療所で自由にプログラムを計画できるものであった。ただ、1957年に行なわれたRCGP会員に対するアンケート調査では、政府の補助を受けつつも教育のない手伝いに過ぎないと多くが回答しており、研修導入の困難さが窺える。また、当初は総合診療専門医(membership of RCGP: MRCGP)の認定はRCGPの検定委員による書類や面接審査で行なわれたが、専門医試験が1965年に試行され始め、1967年にはGeneral Medical Councilに認定を受けたことから、1968年にはMRCGPは試験合格を要件とするようになった²³⁾。これにより、研修施設は急速に増え、1968年の10箇所から1973年には102箇所へと増大した²⁴⁾。

さらに1968年には、Royal Commission on Medical Educationが卒後研修の推奨案を出した。インターン1年、専門医研修3年、その後のサブスペシャリティないしは継続教育の形式である。総合診療プログラムを具現化するために、1975年に総合診療のための卒後研修合同委員会(Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice)がGeneral Medical Services CommitteeとRCGPの支援によって立ち上がった。1979年の職業研修令(Vocational Training Regulations)など関連法規の整備がなされ、結局3年間の専門研修プログラムが必修化となったのは1982年である²⁵⁾。

2005年の卒後医学教育研修機構(Postgraduate Medical Education and Training Board)設立、それま

では1年だった卒後インターンから2年の基礎研修プログラム(foundation programme)への変更といった改革が行われた。これによって、研修プログラム、専門医試験がさらに整備された。ただ、2年の基礎研修プログラムを修了した後は、総合診療医と専門医のキャリアが明確に分かれる点、総合診療プログラムが3年である点に変わりはない。

4. 米国の総合診療とその専門医制度

19世紀末期ごろの米国の医学教育には問題が多かったとされる。17~18世紀は英国、1820~1860年はフランス、1860~1910年はドイツやオーストリアへの留学者が多かったとも言われる。今では補完代替療法(complementary and alternative medicine)に含まれるいくつかの流派(トムソン主義、ホメオパシー、折衷主義など)は19世紀の初めに広がり、1844年にはホメオパシー協会が立ち上がるに至った²⁶⁾。いわゆる西洋医学を信じる医師たちは米国医師会を1847年に立ち上げたが、ホメオパシー側と西洋医学側の対立は20世紀にまで持ち越され、1910年にFlexnerレポートが出されたことで一定の結論をみた。この動きに関しては、日本の方が西洋医学への変革は若干早かったのかもしれない。Flexnerが1900年代に行った調査によると、19世紀の米国では医学校乱立が繰り返され、100年余りの期間にカナダと併せて447校が設立された²⁷⁾。商業主義に基づき、医師が過剰に養成され、教育は講義ばかりという医学校が多かった。今で言う補完代替療法の開業医が設立したおよそ学問的でない医学校も存在したという。その結果、Flexnerはその当時存在した155校のうち8割の医学校の廃止を推奨した²⁸⁾。

一方で、Johns Hopkins大ではFlexnerが調査時に規範と位置づけた医学教育が行われていた。1889~1905年に在籍したWilliam Oslerは、Johns Hopkins大で最初の内科教授の1人であるが、ベッドサイド教育の重要性を説いたことでも有名である³⁰⁾。彼の死後も改訂が続けられた内科学テキストの目次を見ると、1,100ページ余りのほぼ3分の1が1章の感染症に割かれ、2,3章は環境や中毒の内容だが、その後の4~13章は内科サブスペシャリティの項目が並んでいるのが分かる³¹⁾。一方小児の健康問題などは記載されず、内科的な教科書である。この時代は内科が今で言う総合診療のような業務内容として位置づけられていたと考えるべきであろう。

Flexner 報告後、米国では基礎医学が強化され、医学・医療の専門分化が大いに進んだ。専門医制度は、1916年の米国眼科専門医認定委員会が立ち上がったのを皮切りに、様々な専門領域に広がった。また、1933年には全ての専門医制度を俯瞰する形で、米国専門医認定委員会（American Board of Medical Specialties）が設立された。米国内科専門医認定委員会は米国医師会（American Medical Association: AMA）および米国内科医会（American College of Physicians）によって1936年に設立され、現在は20のサブスペシャリティが連結している。これらの流れにより、総合診療に留まり続ける医師よりも専門医の方がよい医師であるという認識が生まれた面がある³²⁾。そのような認識は、第二次世界大戦で陸軍、海軍共に専門医により高い階級を与えたことも一因とされる³³⁾。

総合診療の復権、あるいは家庭医療の新設の端緒となったのは、1947年設立の米国総合診療協会（American Academy of General Practice: AAGP）であろう。1949年には、AAGPが各医学部に総合診療部門の設置を提案するなどの成果はあったが、その後医学部改革は進まなかった。AMAの病院医学教育協議会は1959年に総合診療準備に向けた報告書を提出し、パイロットとなる総合診療2年プログラムを16個策定するに至った。これは1963年には165プログラムに対し、783人の枠を設けるところまで拡大したが、その47%しか定員が埋まらず、しかもその半数以上が外国医学部卒業者であったことから、10年以内にこれらのプログラムは閉じられるに至った。こうなった要因として総合診療医の専門性が明確でなく、学問基盤がなく、専門医との明確な違いを打ち出せなかったことが挙げられている³⁴⁾。

1960年代に入り、総合診療医の機能を再評価する必要性が打ち出された。米国医学校協会（Association of American Medical Colleges）トップであったWard Darleyは、医学が専門領域に断片化していることで患者ケアが断片化したと指摘した³⁵⁾。1963年7月にはWHO総合診療専門委員会（WHO Expert Committee on General Practice）が組織され、総合診療医の育成のために特別な卒後研修を必要とするというTraining of Physicians for Family Practiceという報告書を出した³⁶⁾。1966年には、「AMA卒後医学教育に関する市民委員会」、「AMA家庭医療教育に関するアドホック委員会」、「AAGPとAMA総合診療部会から成る認定基準委員会」による、俗に

Millis報告³⁷⁾、Willard報告³⁸⁾、Whitten報告と呼ばれる報告書が相次いで出された。米国保健教育福祉省長官によるFolsom報告^{39,40)}もこの流れを後押しした。Willard報告ではプライマリ・ケア医のための卒後教育に関して、①単に内科などの研修を積み上げるのではなく、包括的・継続的な患者ケアを重視するための診療を行う、②これまでの医学的内容に加え、全人的ケアの理論的枠組を形作るような、プライマリ・ケア医の経験やスキルをプログラムとして教育する、③外科では救急ケアや術前・術後マネジメントを重視する、④研修レベルを他の専門領域と揃えるために、専門医認定委員会を確立する、⑤卒後研修プログラムに個々の特徴を持たせる、の5つの指針が出された。Whitten報告では、家庭医に医学のあらゆる領域の基礎知識を教育するだけでなく、行動的・社会的・環境的側面から病い（illness）にアプローチする方法が必要であることが示された⁴¹⁾。これらの流れを受け、AAGPは1969年にAmerican Board of Family Medicineへと発展し、3年間の家庭医療専門医プログラムが開始されるに至った。

なお、家庭医の名称の決定にも紆余曲折があったようである。地域医療に対する全国委員会（National Commission on Community Health）はpersonal physician、Millis報告はprimary physicianを用いていた。また、Millisは家族の関係性に必要性を感じず、family practiceという用語に特に反対していた。しかし最終的にはWHO総合診療専門委員会とWillard報告で用いられたfamily physicianの用語が徐々に新しい専門医を表すために広く受け入れられていったとされる³³⁾。

米国内科は、かつてはプライマリ・ケア医としての業務を兼ねていたが、1970年代初めにはサブスペシャリティの集合体としての認識を増している⁴²⁾。これは同様にプライマリ・ケアを担ってきた小児科においても同様であった⁴³⁾。Bogdonoffは、内科において医療面接が短く、患者との関係性を築くのが難しいため、心理社会的側面への理解に対する優先順位が低くなっていることを嘆いた⁴⁴⁾。また、この頃から内科サブスペシャリティへのニーズだけでなく、プライマリ・ケアに関心を持つ総合内科のニーズがAmerican Board of Internal Medicineから認識されるにも至っており、逆に言えば内科が提供するプライマリ・ケアが断片化し、十分でなくなりつつあるという状況が生まれていたことが分かる。このような実態に対しEngstromは、①内科は

卒前・卒後教育および臨床において医療のリーダーシップを提供できていない、②医学校は医学生に対し総合的な医学教育を提供すべき、③内科レジデンスの研修は強化されるべき、④あらゆる専門科の医師はプライマリ・ケア医としての機能を果たせなければならない、と結論づけた⁴⁵⁾。1978年にはプライマリ・ケア内科研究教育学会（The Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine: SREPCIM）が立ち上がり、1988年には米国総合内科学会（Society of General Internal Medicine）へと発展した⁴⁶⁾。一方で、1997年には新たに病院総合医学会（Society of Hospital Medicine）が設立され、急速に学会員を増やすなどの新たな動きもみられている⁴⁷⁾。

5. 国際機関による家庭医療重視の流れ

世界保健機関（World Health Organization: WHO）は、国連の政府間組織の一つとして189の国々によって1948年に創設された。1977年の世界保健総会（World Health Assembly）では、各国政府とWHOの主要な目標が社会的、経済的に生産的な人生を送れるようにするという「2000年に向けたHealth for All」というビジョンが打ち出された。1978年には、プライマリ・ヘルス・ケア（primary health care: PHC）に関する国際会議がWHOと国連児童基金（UNICEF）の主催で行われ、開催地の名を冠したアルマ・アタ宣言が出された。PHCは、健康教育、栄養、飲み水、母子保健、予防接種などを含み、医療というよりは保健領域の活動の位置づけであり、最も効率的で費用対効果の高いアプローチである⁴⁸⁾。先進国においては、PHC活動が医師の業務の範疇ではない可能性があるが、家庭医はPHCに近い立場におり、PHCを担う医療専門職との連携を図ると思われる。

アルマ・アタ宣言後、先進国でのPHCの主流を成すようになったのは、WalshとWallenによる「選択的PHC」であった⁴⁹⁾。彼らは、アルマ・アタ宣言のPHCを包括的PHCと呼び、その達成には長い年月がかかるため、実現可能性が高い中間的な方法論として選択的PHCを提唱した。特定の領域や疾患を決めるような予防接種プログラム、AIDSや結核のケアなどがその例となる。一方で、選択的PHCはアルマ・アタ宣言の理念である住民参加型のボトムアップ型アプローチとは言えず、持続可能な成果になりやすく、医療的アプローチに戻ってしまう可能性があるため、包括的PHCの主導者からは批判

を受ける結果となった。例えば2008年のPHCに関するWHOの報告書でも、ヘルスシステムに焦点を絞る必要性が中心に述べられており、途上国、先進国を問わず、アルマ・アタ宣言の際の原則が重要であることが再認識される⁵⁰⁾。

2005年には、WHOに「健康の社会的決定要因（social determinants of health: SDH）に関する委員会」が設置され、健康の公平性を推進し、指標を達成するためのイニシアチブが展開された⁵¹⁾。性別、年齢、人種、貧困、教育などの様々な絡み合った要因が健康に与える影響が徐々に明らかになり、医療専門職が地域社会の問題と密接に関係しているという意識につながった。現在では地域医療を考えるうえでSDHは不可避な課題となっている。

WHOだけでなく、経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD）も医療の質に関する評価を行うようになった。2014年のレポートでは、①医療の質の管理と提供の全般的な強化、②プライマリ・ケアの明確な専門分野の確立、③病院部門における質の監視と改善の向上、④質の高い精神医療を確保するための努力、といった4つの提言がなされている。②に関連しては、総合診療専門医に対する国全体でのビジョンの共有という大きな課題も掲げられている。

医学教育の観点からは、1963年にWHOから出された家庭医研修に関する報告書には、「総合診療医のニーズを満たすための卒後研修は継続教育システム、家庭医療の研究、医学生の教育を含むべき」と記載された。1978年には医学教育におけるコンピテンシー基盤型カリキュラム開発に関する報告書が出され、医学教育のニーズは重大事象、公衆衛生や診療録を考慮しつつ、社会・経済・政策的な現実性をも踏まえて議論されるべきという方針が示された。

また、学術面ではWHOが公式に協調関係を表明している世界家庭医会議（The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians: WONCA）が、130カ国および地域の家庭医50万人を代表して1972年に設立された。WHOとWONCAのつながりについては、2013年WONCA世界大会において、WHO事務総長であったMargaret Chan女史が「家庭医療の上昇する重要性（The rising importance of family medicine）」というテーマで基調講演したことでも知られる⁵²⁾。

6. 戦後日本の総合診療

戦後の医学教育改革は、連合国軍最高司令官総司令部公衆衛生福祉局長の Sams 准将によってもたらされた。Sams は、「戦前の医学教育では、大学教授は面子を保つために通常学部学生に教えることを嫌い、大学院生や医学博士号をめざす弟子たちのみに教えることを好んだ」と述べている⁵³⁾。そのような状況を変革するために医学教育審議会を設置し、インターン制度を 1948 年に開始するに至った。インターンシップは「医学校を出たものが、人命に対して責任のある取り扱いが出来るようになるための訓練をうけるために、指導者のいる教育病院の病棟に泊まりこんで、日夜研修を続けるもの⁵⁴⁾」と位置づけられた研修制度のはしりである。ただ、当初は病院のスタッフが若いインターンに医療の実際のやり方を教えたり、指導したりするのにほとんど時間を割かなかったとも Sams は述べており、臨床教育の基盤の薄さが窺い知れる。

インターン制度は、教育的にも不十分だったが、身分や収入という意味でもインターンの立場を改善できないままとなり、1968 年 5 月学生運動の大きな争点となって、廃止に至った⁵⁵⁾。そして同年 7 月臨床研修制度が創設され、医師免許取得後 2 年以上の努力義務が制度化された⁵⁶⁾。臨床研修の充実に関して審議を行うために設けられた医師研修審議会は、1973 年に「臨床研修の充実について」の建議書⁵⁶⁾、1975 年に「卒後臨床研修の目標と内容」の意見書⁵⁷⁾、そしてこれらに基づいて 1978 年に「プライマリ・ケアを修得させるための方策」の意見書⁵⁸⁾を相次いで厚生大臣に提出した。1980 年には、プライマリ・ケア分野の研修推進の観点から、ローテーション方式の研修プログラムに補助金の傾斜配分を行う制度が始まった⁵⁹⁾。さらに 1985 年には、厚生省が総合診療方式（スーパーローテーション）の研修目標を設定し、この方式の研修プログラムに補助金を傾斜配分するようになった⁶⁰⁾。このような流れは、大学病院以外の施設においても着実に臨床研修の指導能力を育み、熱意を持つ臨床研修指定病院で受けられる研修の質は高かった。ただ、制度的には 2004 年に新臨床研修制度が導入されるに至り、すべての卒業生が臨床研修に入るようになった結果、広く薄まってしまった面がある。

現場レベルでは、1950 年代以降の佐久総合病院や関連施設における取り組みは PHC と呼べるものである⁶¹⁾。プログラムとしては、1976 年天理よろづ相談所病院に初めて総合診療という名を関した研

修が始まった⁶²⁾。上述した総合診療方式の研修プログラムが位置づけられてからは、この名称を用いる施設も増えていった。また、大学関連では、1981 年には自治医科大学地域医療学、川崎医科大学総合診療部が発足し、1986 年には佐賀医科大学（今の佐賀大学医学部）附属病院総合診療部が立ち上がった⁶³⁾。この後、1990 年代以降大学の総合診療部門が急増していく流れが生じる。なお、家庭医療のプログラムとしては、1997 年に開始された北海道家庭医療学センターにおける家庭医療学専門医コースが最初⁶⁴⁾だが、川崎医科大学総合診療部はそれ以前からかなり家庭医寄りの指導をしていたとも言える⁶⁵⁾。

1963 年の「実地医家のための会」の発足は、東京の診療所医師を中心に呼びかけられて実現した⁶⁶⁾。これは 1978 年の日本プライマリ・ケア学会発足にもつながった⁶⁷⁾。1986 年には家庭医療学研究会（後の日本家庭医療学会）、1993 年には総合診療研究会（後の日本総合診療医学会）も発足した。2005 年 WONCA アジア太平洋地区カンファレンスが京都で行われた際、これら 3 学会は協調を始め、2010 年について日本プライマリ・ケア連合学会として合併を果たした⁶⁸⁾。そして、2006 年から旧日本家庭医療学会が行っていた家庭医療後期研修プログラムが継続され、現在に至っている。2018 年 4 月からは臨床研修制度を 2 年終えた医師が基本的にどこかの専門医プログラムに入る制度が開始されたが、総合診療は 19 番目の基本領域と位置づけられ、総合診療専門研修プログラムという名称になっている⁶⁹⁾。

一方で、近年のプライマリ・ケア、総合診療、家庭医療の動きだけを見ても、わが国の総合診療全般を見渡すことはできない。わが国では一定期間以上の勤務経験を経た後に開業し、プライマリ・ケアに専念する総合診療医のようなキャリアパターンをとるものが多いことが知られている⁷⁰⁾。また、病院でもプライマリ・ケア的な外来がかなり行われているし、開業しても専門性を一定以上提示した形で診療を提供するといった、病院と診療所の棲み分けが不明瞭な点も特徴と言える。現状で、そのような従来の形でプライマリ・ケアを担う医師と、例えば家庭医療専門医とがどの程度質の異なる医療を提供できているかに関するデータは存在しない。今後、どのような政策を提言していくかについて、これらの点は十分考慮しておかなければならないだろう。

7. わが国の総合診療はどうあるべきか

以下に、プライマリ・ケア、総合診療、家庭医療といった領域を俯瞰しつつ、いくつかのセクションに分けて述べていきたい。

a. プライマリ・ケア、総合診療、家庭医療といった用語の違い

歴史的には、総合診療は元来の内科医を中心とした開業免許を持つ医師が地域住民の問題に包括的、継続的に対応している中で、そのような医師の診療形態を表す言葉として生まれてきた。その後制度として、英国の総合診療（general practice）が1950年代から成立し、同時期には米国でも総合診療レジデンシーが生まれていた。また、1960年代終盤には英国、ドイツでは総合診療、米国では家庭医療の専門医認定制度ができた。これらの国では、以前は開業免許を持っていれば総合的な診療が可能だったが、制度導入後徐々にそのような認定を受けなければ同様の診療が出来ない体制を創り上げられたことになる。わが国で2018年4月より日本専門医機構が開始した総合診療専門医制度は、これらと同様の流れを創るかもしれないが、日本医師会のかかりつけ医制度のように、総合診療専門医を持たなくても総合的な診療ができる体制は維持されているため、まだ道半ばという印象もある。

なお、米国で家庭医療の名称に収まったのは、前述したように総合診療の新しい姿を探る中で各グループが提唱した名称がぶつかり合い、人々に選ばれた名称が残った形である。わが国でも日本プライマリ・ケア連合学会が用いてきた家庭医療専門医に対し、日本専門医機構が新たに総合診療専門医の研修制度を創設し、名称が異なっても本質的にかなり近い制度になったのは、これら二つの名称に本質的な違いがないことを示す。もちろん、「違いがない」と言えるのは制度が未発達な時期だけであり、他の国々も含め、家庭医療は総合診療よりも新たな意味合いを帯びていくことが多い。

これらと関連して、補完代替療法の概念はわが国では漢方（和漢を含む）や鍼灸などを含み、いわゆる西洋医学の範疇を超えた領域のあらゆる内容を指す。西洋医学と補完代替療法を併せた治療を提供する考え方を統合医療と呼び、一定のニーズがあると言われている。わが国では、漢方薬処方や条件を満たす際の鍼灸治療にも健康保険が適用されるため、ある程度統合医療的な診療をも受け入れているとも言える。ただ、その興りを考えると、米国、日本では西洋医学が医学において中心を占め、補完代替療

法はあくまでも補完的な位置と定義されている。総合診療は西洋医学を基盤とし、統合医療は西洋医学と補完代替療法の視点を併せ持つという定義をしておくのがよいと思われる。

プライマリ・ケアは、基本的には一次的な保健・医療を地域的に展開する形の実践を意味する。医学・医療が専門分化し、医療施設を規模によって区分し、人口や地域に応じて全体的に効率的に配置するというような発想が生まれたときに、制度的に定義されていくものであろう。プライマリ・ケアは、場合によって内科医や小児科医が提供してもよいし、他の専門科を標榜しつつ日常病の対応をしたり、降圧薬を出したりといったプライマリ・ケア機能を果たしている医師もいるだろう。一方、医師補（准医師）やナースプラクティショナー、あるいは看護師や薬剤師がプライマリ・ケア機能を果たす場合もある（例えば、英国や米国では看護師や薬剤師が処方権を持つこともある）。わが国でも、様々な専門領域で研修を受け、診療所などで働く中で専らプライマリ・ケアのために業務している医師は多いと思われる。

b. 総合診療・家庭医療は本来の内科とは異なるのか

わが国では現状においても、内科医としてトレーニングを受けて、その後プライマリ・ケア機能を果たそうとする中で小児も診るといった形で業務をしてきた医師は少なからずいる。歴史的には、内科とそれ以外の科を比較すると、内科が総合診療的な意味合いであったと思われる。ところが、内科自体が各臓器別専門領域で発達、深化を遂げる中で、断片化し、総合診療や家庭医療の必要性が提唱されていく中で、内科自体の再定義が必要になっていったと考えるのが妥当であろう。英国、ドイツのように内科と総合診療の間に明確な制度的差異が設けられればこのような議論は生じないだろうが、その制度がない米国やわが国ではこの議論は継続されていくと思われる。

総合診療、家庭医療といった専門領域が整備される中で、これらを学問的に支える患者中心の医療の技法、生物・心理・社会モデル、家族志向型ケア、コミュニケーション技法・・・といった様々な分野も急速に発達してきている。内科が再定義の中でこういった分野を取り込んでさらに発展していくのであれば好ましいことではある。ただ、プライマリ・ケア機能を果たす医師間で、相互に重なり合う部分があるということを意識しつつ、互いに高め合うよ

うな配慮が不可欠である。その意味で、総合診療・家庭医療が本来の内科と異なる点を殊更に議論する必要はないが、それぞれがプライマリ・ケア機能の中に新たに生まれた学問分野を深めることは必要であろう。

c. 地域医療と総合診療・家庭医療の関係

地域医療をどう定義するかが難しいが、ここではPHCで重視されている項目の中から先進国でも通用すると思われる、「住民の自己尊重・自己決定の意識や地域全体の医療コストを重視しつつ、予防接種や母子保健、日常病への対応などを中心に展開される医療」とする。このように考えると、近年の家庭医療の考え方は旧来の総合診療から発展し、すでにPHCで重視されている内容のうち、先進国においては行政サービスや社会活動の中で対応できている水、食事の確保や衛生以外の項目は取り込んでいると考えられる。また、近年ではSDHの考え方が重視されていることも理解しやすい。

地域医療は、都市部か地方かによってその様相がかなり異なる。都市部には周囲に多くの医療施設があるため、保険によって受診先の制限がない場合には、患者の受療行動が自らの重症度判断や診断、専門性、距離や待ち時間、医師や施設の好みなどによって変化しやすい。また、医師側は自らの対応能力を超えていると考えた場合には患者を紹介することも容易である。地方では患者側・医師側の選択肢が狭まり、高度先進的な医療を求める場合には都市部に行くという状況になることもある。これは、場所によって総合診療医、家庭医の業務範囲が異なることにもつながり得る。

2000年以降、わが国の医療制度には介護保険、地域包括ケアシステム、税と社会保障の一体改革、地域医療構想といった様々な改革が打ち出されてきた。これらは行政側が地域医療をどう見ているかに大きく関連していると言えるだろう。医師がこういった課題に貢献していく際に、2025年問題に対応するために一定の医師数が必要となれば、現状の家庭医療専門医や総合診療専門医の数では到底追いつかないため、日本医師会のかかりつけ医機能研修制度⁷¹⁾などに関連づけていくといった対応が必要になることも考えられる。

まとめ：わが国の総合診療の今後

まずは、現在の超高齢社会への対応という観点で、地域包括ケアシステム、地域医療構想などを果たすために、社会からの総合診療領域への期待は高

いと思われる。2018年4月に開始された新専門医制度における総合診療専門医は、総合診療領域における一定レベルの専門性を有した医師として育成されることが期待されている。しかし、総合診療専門医制度の初年度専攻医は200人弱に留まっており、量的なニーズを満たすことよりは、総合診療の質を高め、専門性を確立することを目指して設計されたと考えるべきであろう。量的ニーズを満たすためには、日本医師会のかかりつけ医に加え、それ以外のプライマリ・ケア機能を果たしている多くの医師の力を結集して、未曾有の超高齢社会を乗り切る必要があると考えられる。

そうすると、総合診療専門医の役割は総合診療という領域をより高度で、新しい能力を開発しながら推進することになると思われる。日本プライマリ・ケア連合学会は、総合診療、家庭医療、プライマリ・ケアといった領域の学究活動を行うとともに家庭医療専門医を育成してきた経験を持ち、このような動きに重要な役割を持つだろう。日本内科学会が育成する総合内科専門医も同様の方向性を一部共有しているが、総合内科の専門性が何であり、どのような研修をすれば総合内科医としてのキャリアを伸ばしていけるかといった動きはなく、総合診療に対する役割はやや弱い。日本病院総合診療医学会は2010年に日本総合診療医学会から派生し、認定医制度を持つが、研修プログラムは持っていないため、病院における総合診療の学問的な打ち出しは弱い。

病院においても地域包括ケアシステムに対応できるような医師へのニーズが高まっている背景を受け、地域医療機能推進機構は2017年度より⁷²⁾、日本病院会⁷³⁾、全日本病院協会⁷⁴⁾はいずれも2018年度より独自に病院総合医を育成するプログラムを提供し始めた。3つの団体とも、後期研修修了後の6年目以降の医師を対象としている。このような病院における総合診療が、日本専門医機構による基本領域の研修の上に積み上げる形のサブスペシャリティの一つに発展していくのかどうかは不明だが、諸外国にはあまりみられない形態の専門領域であり、注視していく必要があるだろう。

卒前教育だけでなく、旧来の医局講座制を通じて卒後教育や生涯学習にも多大な影響力を持つ大学が、総合診療領域にどのような貢献をしていくのかも重要な課題である。元々、大学において総合診療部門が立ち上がり始めた1980年代でさえ、総合内科を目指す大学、家庭医療を目指す大学など、同床

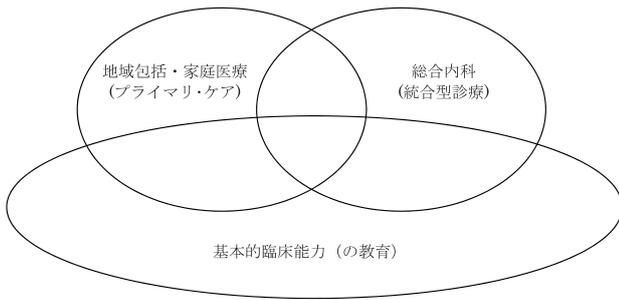


図2. 総合診療の定義

異夢であったことが指摘されている⁷⁵⁾。ただ、多くの大学に総合診療部門が創設される途上であった1999年には、日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループにて総合診療の定義が図2の形でなされている⁷⁶⁾。大学の総合診療部門は、全人医療を含めた基本的臨床能力をしつつその教育を担い、地域包括・家庭医療としてのプライマリ・ケア、あるいは二次、三次医療を含めた統合型診療（総合内科）に一定の専門性を目指すような広い機能を果たす必要があるだろう。医学部の管理者レベルには、わが国の未来の医療に対してこれらの方向性を理解した上でリーダーシップを発揮していただきたいと切に願う。

文献

- 1) 新村拓. 日本医療史. 吉川弘文館. 2006
- 2) レオポルド・ミュルレル著, 石橋長英, 小川鼎三, 今井正訳. 東京-医学. 日本国際医学協会. 1975
- 3) 笠原英彦. 日本の医療行政: その歴史と課題. 1999
- 4) 酒井シヅ. 日本の医療史. 東京書籍. 1982
- 5) 笠原英彦. 医制制定と医学教育行政の確立. 法學研究: 法律・政治・社会 72 (6): 11-41, 1999
- 6) 日本消化器病学会: 学会概要. <http://www.jsge.or.jp/about/index>
- 7) 日本医学会分科会情報: 日本内科学会. <http://jams.med.or.jp/members-s/17.html>
- 8) 日本医学会分科会情報: 日本感染症学会. <http://jams.med.or.jp/members-s/19.html>
- 9) 日本医学会分科会情報: 日本内分泌学会 <http://jams.med.or.jp/members-s/16.html>
- 10) 日本医学会分科会情報: 日本循環器学会 <http://jams.med.or.jp/members-s/22.html>
- 11) 日本医学会分科会情報: 日本血液学会 <http://jams.med.or.jp/members-s/8.html>
- 12) 松田誠. 高木兼寛, 北里柴三郎らの医師会設立までの苦闘: 日本医師会前史. 慈恵医大誌 118: 33-41, 2003
- 13) 天野郁夫. 大学令と大正昭和期の医師養成. 坂井建雄編. 日本医学教育史. pp149-185, 東北大学出版会. 2012
- 14) Reed M, Lehmann B, Herrmann M. The Evolving State of General Practice and GP Education in Germany. Health Care Current Reviews 5: 3, 2017
- 15) Sewering HJ. Von der "Bremer Richtlinie" zur Weiterbildungsordnung. Dtsc Aertzblatt 84: A2299-A2306, 1987
- 16) 澤口聡子, 澤口彰子. ドイツにおける法医学の教育. 東女医大誌 63 (12): 1525-1531, 1993
- 17) 柳沢文憲. 西ドイツにおける卒後教育と教育病院. 医学教育 1 (4): 10-15, 1970.
- 18) Schlette S, Lisac M, Wagner E, Gensichen J. The Bellagio Model: An evidence based, international framework for population-oriented primary care. J Evid Educ Qual Health Care: 467-474, 2009
- 19) Donner-Banzhoff N, Gerlach F. Interview: It is important that one is close to the next generation and so we are. German Med J 107: 1284, 2010
- 20) Orloff AS, Skocpol T. Why not equal protection? Explaining the politics of public social spending in Britain, 1900-1911, and the United States, 1880s-1920. American sociological review, 726-750, 1984
- 21) Gray DP. History of the Royal College of General Practitioners: the first 40 years. British Journal of General Practice 42(354): 29-35, 1992
- 22) Gaskell PG. A hospital and general practice combined training scheme in Scotland. British Journal of Medical Education 1, 374-380, 1967
- 23) Walker J. History of the MRCGP examination. Occasional paper (Royal College of General Practitioners), 46: 1, 1990
- 24) Hasler JC. The development of vocational training for general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners 24, 613-616, 1974
- 25) Loudon I, Horder J, Webster C (Eds.). General practice under the National Health Service 1948-1997. Oxford University Press. 1998
- 26) ジョン・ダフィー著, 網野豊訳. アメリカ医学の歴史: ヒポクラテスから医科学へ. 二瓶社. 2002
- 27) Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. The Carnegie Foundation, Bulletin Number Four, 1910.

- 28) Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bulletin of the World Health Organization* 80 (7): 592-593, 2002
- 30) 今泉友里. 医学教育における臨床教育の成立：ジョンズ・ホプキンス大学を中心に. 東京大学大学院教育学研究科紀要 52 : 427-434, 2012
- 31) Osler W, McCrae T. *The principles and practice of medicine*. 1925. D. Appleton and Company, 5. 1922
- 32) Canfield PR. Family medicine: an historical perspective. *Journal of Medical Education* 51(11): 904-911, 1976
- 33) Johnson WM. Will the family doctor survive?: Chairman's Address. *Journal of the American Medical Association* 132(1): 1-4, 1946
- 34) Lewy RM. The Emergence of the Family Practitioner: An Historical Analysis of a New Specialty. *Journal of Medical Education* 52: 873-881. 1977
- 35) Darley W. Response, Concerns, Encouragements and Hopes for Comprehensive Medicine. *Journal of Medical Education* 45: 493-496, 1970
- 36) Training of Physicians for Family Practice. Report 257 of the WHO Expert Commission on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1973.
- 37) Millis, J. S. (1966). *The Millis Commission Report*. Chicago, Ill: American Medical Association.
- 38) AMA Meeting the Challenge of Family Practice. The Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council of Medical Education. Chicago, IL: American Medical Association (AMA); 1966
- 39) Folsom, M. B. (1966). chair. *Health is a community affair: report of the National Commission on Community Health Service*.
- 40) NCCHS *Health is a Community Affair—Report of the National Commission on Community Health Services (NCCHS)*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1967
- 41) Whitten C. (Chairman). *The Core Content of Family Medicine*. Report of the Committee on Requirements for Certification. *General Practice*, 34:225-249, 1966.
- 42) Ebert RV. Training of the Internist as a Primary Physician. *Annals of Internal Medicine* 76: 653-656, 1972
- 43) Brent RL, Morse HB. Not in our own image, educating the pediatrician for practice. *Pediatr Clin North Am* 16: 793-808, 1969
- 44) Bogdonoff MD. A change in the training model for the practicing internist. *Archives of internal medicine* 126(4): 694-697, 1970
- 45) Engstrom WW. Residency training in internal medicine, for what; subspecialty boards, what for?. *Annals of internal medicine*, 70(3), 621-633, 1969
- 46) Society of General Internal Medicine: About us. <https://www.sgim.org/about-us>
- 47) Society of Hospital Medicine: History & Mission. <https://www.hospitalmedicine.org/about/history-mission/>
- 48) World Health Organization, & World Health Organization. (1978). *Alma Ata Declaration*. Geneva: World Health Organization.
- 49) Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *NEJM*.301:967-974,1979.
- 50) Van Lerberghe, W. (2008). *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. World Health Organization.
- 51) World Health Organization: Social determinants of health. http://www.who.int/social_determinants/en/
- 52) Dr. Margaret Chan. The rising importance of family medicine. 2013 http://www.who.int/dg/speeches/2013/family_medicine_20130626/en/
- 53) Sams CF 著, 竹前栄治訳. GHQ サムス准将の改革—戦後日本の医療福祉政策の原点. 桐書房, 2007
- 54) 堀籠崇. 実地修練 (インターン) 制度に関する研究：新医師臨床研修制度に与える示唆. *医療と社会* 20 (3) : 239-250, 2010
- 55) 日野原重明. 卒後教育. *医学教育別冊：医学教育白書* : 55-57, 1978
- 56) 資料 2 : 臨床研修の充実について. *医学教育別冊 : 医学教育白書* : 67-69, 1978
- 57) 資料 3 : 卒後臨床研修の目標と内容. *医学教育別冊 : 医学教育白書* : 69-70, 1978
- 58) 資料 4 : プライマリー・ケアを修得させるための方策. *医学教育別冊 : 医学教育白書* : 70-71, 1978
- 59) 林茂. 卒後教育. *医学教育別冊 : 医学教育白書* 1982 年版 : 71-79, 1982
- 60) 福岡誠之. 卒後基礎的臨床研修. *医学教育別冊 : 医学教育白書* 1986 年版 : 73-83, 1986
- 61) 若月俊一. 第一線医療の立場から. *医学教育* 9 (2) : 71-77, 1978
- 62) 今中孝信, 柏原貞夫. 総合病棟勤務中心の卒後研修カリキュラム. *医学教育* 14 (2) : 128-132, 1983
- 63) 福井次矢. 総合診療科. *日本内科学会雑誌* 91 (11) : 3106-3110, 2002
- 64) 葛西龍樹. 家庭医療：家庭医をめざす人・家庭医と

- 働く人のために. ライフメディコム, 2002
- 65) 越智則晶. 川崎医科大学附属病院総合診療部. JIM 7 (7): 604-605, 1997
- 66) 永井友二郎. 会の設立へのよびかけ: 一般医の学会が必要な理由. 人間の医学 1: 2-6, 1963
- 67) 安田勇治. 第1回日本プライマリ・ケア学会開催の記. 人間の医学 16 (1): 24-25, 1978
- 68) 津田司. 三学会は何故合併したのか, 今後の目指すべき方向は? 日本プライマリ・ケア連合学会誌 33 (2): 96-100, 2010
- 69) 日本専門医機構: 総合診療専門医概要. <http://www.japan-senmon-i.jp/comprehensive/index.html>
- 70) 猪飼周平. 病院の世紀の理論. 有斐閣. 2010
- 71) 日本医師会: 日医かかりつけ医機能研修制度. <http://www.med.or.jp/doctor/kakari/>
- 72) JCHO 版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム. <https://www.jcho.go.jp/hospitalist/>
- 73) 日本病院会認定 病院総合医 育成事業. <https://www.hospital.or.jp/sogoi/>
- 74) 全日本病医院協会 総合医育成事業について. <https://www.ajha.or.jp/hms/sougou/1.html>
- 75) 大西弘高 (投稿中). 病院総合医—専門分化する医療の隙間から, 地域包括ケアの担い手へ. 大西弘高編. ジェネラリスト教育コンソーシアム vol.12 「病院総合医教育の最先端」. カイ書林. 2018
- 76) 今中孝信, 小泉俊三, 青木誠ら. 大学における卒前総合診療教育カリキュラム. 医学教育 30 (2): 65-70, 1999

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

総合診療が地域医療の効率化に果たす役割についての考察

佐藤幹也¹

要旨

目的

団塊の世代が後期高齢者となる2025年以降に向けて急激に高齢化が進み、国民の医療や介護の需要が急速に増加すると予測されている。本稿では、厚生労働統計などの統計指標を用いて将来の外来診療需要を推計し、総合診療医が地域医療の効率化にどのような役割を果たしうるのかを考察した。

方法

平成28年(2016年)の国民生活基礎調査、日本の将来推計人口(平成24年3月推計)、平成28年(2016年)介護保険事業状況報告の結果を用いて2016年と2025年の外来通院者数、通院者の傷病数、要介護認定者数を世代(年少・生産年齢・前期高齢者・後期高齢者)別に推計して比較した。

結果

2016年から2025年にかけて年少人口・生産年齢人口・前期高齢者人口は軒並み減少するのに対して(それぞれ179万人、28万人、398万人減)、後期高齢者人口は増加し(544万人増)、総数では61万人減少する。外来通院者数を2016年と2025年とで比較すると、年少、生産年齢、前期高齢者の各層で減少するのに対して(それぞれ29万人、8万人、248万人減)、後期高齢者では増加し(392万人増)、総数でも107万人増加する。外来傷病件数を2016年と2025年で比較すると、年少、生産年齢、前期高齢者の各層で減少するのに対して(それぞれ36万件、7万件、499万件減)、後期高齢者では著しく増加し(969万件増)、その増加量は外来通院者数よりも多い。また要介護認定者数を2016年と2025年とで比較すると、前期高齢者では減少するのに対して(11万人減)後期高齢者では増加する(241万人増)。傷病別に通院者数をみると、年少から前期高齢者までの各層では通院者数が減少する傷病が多いが、後期高齢者では通院者数が増加する傷病が多く認められる。これらの傾向を大都市部と地方部で比較すると、後期高齢者の外来通院需要が増大するのは主に都市部であり、地方部ではむしろすべての世代で通院者数、通院傷病数、要介護認定者数ともに減少すると予測される。

考察

2016年から2025年にかけて、外来診療需要は後期高齢者では増大するがそれ以外の世代では減少し、全体としては若干の増加にとどまると推測される。しかし後期高齢者の一人当たり通院傷病件数は他の世代よりも多いので、後期高齢者では外来診療需要とりわけ通院傷病件数の増加が目立ち、この傾向は団塊の世代が集中する都市部近郊などで顕著である。いわゆる2025年問題の主題は単なる後期高齢者の増加ではなく、大都市周辺部における後期高齢者の通院傷病件数の急激な増加であるといえ、これに伴う外来診療需要の急激な増加に対応して医療費を適正化するためには、1傷病1診療の形態で行われる専門医型の外来診療から1患者1診療の形態で行う総合診療医型の外来診療への転換が有効であろう。

1. 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野

緒言

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向けて日本の高齢化が急速に進行している¹⁾。2016 年には既に 65 歳以上人口が 3,400 万人を、75 歳以上人口も 1,500 万人を超えているが、国立社会保障・人口問題研究所による日本の年齢階級別推計人口では、2025 年にはそれぞれ 3,600 万人、2,100 万人を超えると推計されている^{1,2)}。この日本の高齢化に伴って医療に対する需要も拡大するといわれている。例えば日本医師会は、この年齢階級別推計人口を用いて地域医療情報システムを構築し、将来の医療介護の需要を予測しており^{2,4)}、2015 年の国勢調査に基づいて算出した日本全国の医療需要量を 100 とした時、2020 年には 105、2025 年には 106、2030 年には 106、2035 年には 104、2040 年には 103 になるとしている⁴⁾。また厚生労働省が 2016 年の医療従事者の需給に関する検討会で示した資料によれば、入院外診療を行う医師の需要数は 2014 年に 89,200 人であったものが 2025 年には 94,300~94,700 人(2014 年を 100 として 106)、2040 年には 90,100~90,800 人(同 101)になると予測されている⁵⁾。

加齢とともに医療機関に通院する者の割合が増えるので⁶⁾、高齢化により通院患者数自体が増加するだけでなく、加齢に伴って多傷病併存の割合や一人当たり併存傷病数も増加する^{6,8)}。年齢と性別によって違いがあるものの、傷病の組み合わせは心血管系や代謝系の内科疾患から筋骨格系疾患、精神疾患までを含んでおり、内科系疾患を幅広く見るだけではひとりの患者の需要にまともに対応するのは困難であると報告されている^{7,9,10)}。また主治医意見書の記載や介護保険サービスの調整なども主治医の役割であるので、高齢化に伴い要介護者が増加すると介護に関連した業務も増すであろう。

社会全体の高齢化が進むこのような状況の中、高齢者が住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしい暮らしを続けられるよう地域包括ケアシステムが推進されている¹¹⁾。この地域包括ケアシステムの中で、単に疾病についての医療を提供するだけではなく、地域住民の医療需要と医療資源をつなぐ医療のリーダーの役割を果たすことが地域医療を展開する医師に期待されている。本稿では、厚生労働統計の報告結果を用いて今後の日本の外来診療需要の変化を推計し、急速に高齢化が進行している中でどの様な外来診療が求められているのかを考察する。

方法

本稿で外来診療需要の評価に用いた指標は、外来通院者数、通院傷病数、及び要介護認定者数である。日本医師会の推計モデルでは、年齢階級別人口に年齢係数(～14 歳:0.6, 15～39 歳:0.4, 40～64 歳:1.0, 65～74 歳:2.3, 75 歳～:3.9)を乗じて総医療需要を推計している^{3,4)}。このモデルの年齢係数は年齢階級別の医療費から算出されているが、本稿では医療の利用に基づく指標ではなく、一人当たりの併存傷病数と要介護認定という個々の医療ニーズにより直結した項目を外来診療需要の指標に用いた。

外来通院者数は平成 28 年(2016 年)国民生活基礎調査健康票⁶⁾と日本の将来推計人口(平成 24 年 3 月、出生中位・死亡中位推計)から算出した。2016 年における年齢階級別(5 歳刻み)の通院者数と通院率は国民生活基礎調査⁶⁾の公表データを用いた。患者の受療行動が 2016 年から 2025 年まで変化しないと仮定し、2016 年度の年齢階級別外来通院率を 2025 年の年齢階級別日本の将来推計人口¹⁾に乘じ、これを世代別(年少:0-14 歳, 生産年齢:15-64 歳, 前期高齢者:65-74 歳, 後期高齢者:75 歳以上)に合算して 2025 年の推計外来通院者数を算出した。なお 2016 年の人口は、他値との整合性を考慮して 2016 年の年齢階級別通院者数を 2016 年の年齢階級別通院率で除して算出した。

2016 年の通院傷病件数は、国民生活基礎調査から得られた 2016 年の年齢階級別通院者 1 人当たりの平均傷病件数を 2016 年の年齢階級別外来通院者数に乘じ、これを世代別に合算して算出した。2025 年の推計通院傷病件数は、2016 年から 2025 年まで各年齢における併存傷病数が変化しないと仮定し、2016 年の年齢階級別一人当たり平均傷病件数を上述の 2025 年の年齢階級別推計外来通院者数に乘じて算出した。加えて国民生活基礎調査⁶⁾で示された主たる傷病の 2016 年における年齢階級別の通院率を 2025 年の年齢階級別将来推計人口¹⁾に乘じて 2025 年における傷病別外来通院者数を推計し、これを 2016 年の傷病別外来通院者数と比較した。

2016 年の要介護認定者数は、平成 28 年(2016 年)介護保険事業状況報告¹²⁾から得られた 2016 年度末の要介護認定者数(要支援を含む)を用いた。2016 年の要介護認定率が 2025 年まで変化しないと仮定し、2016 年の要介護認定者数を 2016 年の人口で除して求められた年齢階級別の要介護認定率を 2025 年の年齢階級別推計人口に乘じて 2025 年の要

介護認定者数を推計した。

また団塊の世代の加齢に伴って後期高齢者が急増する大都市部と、過疎化と高齢化が進み高齢者人口が既に自然減に転じた地方部を比較するため、東京都A区と地方部の鹿児島県B町を例として、それぞれの2016年と2025年の年齢階級別人口と前述の2016年における全国の年齢階級別の通院者率、1人当たり平均傷病数、及び要介護認定率を用いて、世代別に2016年から2025年にかけての外来診療需要の変化を評価した。本稿で大都市部の例に挙げた東京都A区は、東京区部西部に位置する人口約55万人面積約34km²の住宅地を中心とする地域で、発達した公共交通機関を利用して勤務地近くの医療機関や近隣する地域の大学病院へも容易に受診することができる。鹿児島県B町は、大隅半島に位置する2000年代に複数の町が合併して新設された人口約1.6万人、面積約308km²の過疎化の進む町である。

結果

2016年から2025年にかけての外来診療の需要の変化を年齢階級別及び世代別にまとめたものを表1に示す。2016年から2025年にかけて年少人口・生産年齢人口・前期高齢者人口は軒並み減少するのに対して（それぞれ179万人、28万人、398万人減）後期高齢者人口は増加し（544万人増）、総数では61万人減少する。外来通院患者数を2016年と2025年とで比較すると外来通院者数は、人口と同様に年少、生産年齢、前期高齢者の各世代で減少するのに対して（それぞれ29万人、8万人、248万人減）後期高齢者では増加し（392万人増）、総数でも107万人増加する。年齢階級別にみた一人当たり平均傷病数は、年少者では1.2程度で年齢とともに増加して65歳以上で2を超える。2016年から2025年にかけて通院傷病件数は年少、生産年齢、前期高齢者で減少するのに対して（それぞれ36万件、7万件、499万件減）、後期高齢者では著しく増加し（969万件増）、その増加数は外来通院者の増加数よりも多い。2016年から2025年にかけて、要介護認定者数は前期高齢者では減少するのに対して（11万人減）、後期高齢者では増加する（241万人増）。

主たる傷病別の2016年と2025年の推計外来通院者数を表2に示す。外来通院者数の多い傷病は、2016年には①高血圧症（1,457万人）、②腰痛症（608万人）、③歯の病気（648万人）、④目の病気（632万人）、⑤脂質異常症（580万人）であったものが、2025年には①高血圧症（1,523万人）、②目の

病気（681万人）、③腰痛症（653万人）、④歯の病気（646万人）、⑤糖尿病（583万人）となっており、目の病気、糖尿病、骨粗しょう症による通院者数の増加が目立った。これを世代別にみると、年少、生産年齢及び前期高齢者では殆どの傷病で通院患者数が減少するが、逆に後期高齢者では殆どの傷病で通院患者数が増加し、特に腰痛症、骨粗しょう症、関節症などの整形疾患、高血圧症や狭心症・狭心症などの循環器疾患、目の病気などが増加すると推測された。

大都市部（東京都A区）と地方部（鹿児島県B町）における2016年と2025年の外来診療需要を比較したものを表3に示す。この結果を見ると、2016年から2025年までの間に東京都A区では、年少、生産年齢、前期高齢者を合わせて通院患者は約8.0千人減、通院傷病件数も約12.0千件減となるのに対して、後期高齢者では通院患者は約16.1千人増、通院傷病件数は約39.8千件増、要介護認定者も約10.2千人増と推測された。鹿児島県B町では、2025年までに年少、生産年齢、前期高齢者、後期高齢者のいずれの世代においても通院患者数、通院傷病件数が減少すると推測され（それぞれ約0.9千人減、約1.7千件減）、この傾向は年少及び生産年齢で目立った。

考察

本稿では、地域包括ケアシステムの中で今後どのような外来診療が求められるのかを検討するために、2016年から2025年にかけて生じる外来診療需要の変化を既存の厚生労働統計および将来推計人口を用いて推計した。この結果を見ると、外来診療需要は年少、生産年齢、前期高齢者の世代では全国的に縮小するのに対して、後期高齢者では都市部において拡大し、これは通院傷病件数や要介護認定者数を外来診療需要の指標としたときに顕著であった。

75歳未満の世代における外来診療需要は縮小傾向にあるが、これは将来推計人口からも明らかのように¹³⁾、年少、生産年齢、前期高齢者のいずれの世代でも人口が減少することに起因すると考えられる。これらの世代の通院者1人当たり平均傷病数は1.2から2程度に留まるので、この世代の患者の医療需要は1診療1傷病の専門医型の外来診療でもまとめて応需しやすいが、この世代は将来にわたって減少するので、専門医型の外来診療の需要は今後徐々に縮小するといえよう。特に地方部では75歳未満の世代の外来診療需要が著しく縮小するので専

表1 2016年から2025年における外来診療の需要の変化

総数	年齢階級													年齢区分(再掲)									
	0~4歳	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85歳以上	年少0~14歳	生産年齢15~64	前期高齢者65~74	後期高齢者75歳以上	
人口(1,000人)																							
2016年(1)	123,151	5,415	5,829	6,053	4,850	5,006	6,079	7,386	9,243	8,877	8,020	7,788	8,678	10,949	8,001	6,801	5,186	4,378	15,858	71,978	18,950	16,365	
2025年推計(2)	122,544	4,742	5,010	5,353	5,760	6,249	6,182	6,522	7,347	8,333	9,690	8,546	7,719	7,164	7,808	8,492	6,106	7,202	14,071	71,701	14,972	21,800	
差	-607	-295	-819	-700	910	1,243	103	-864	-1,896	-544	1,670	758	-959	-3,785	-193	1,691	920	2,824	-1,787	-277	-3,978	5,435	
変化率	-0.5%	-6.4%	-12.4%	-14.0%	18.8%	24.8%	1.7%	-11.7%	-20.5%	-6.1%	20.8%	9.7%	-11.1%	-34.6%	-2.4%	24.9%	17.7%	64.5%	-11.3%	-0.4%	-21.0%	33.2%	
外来通院者率(1,000人)																							
2016年(3)	390	143	175	162	121	134	179	191	218	251	301	460	535	620	694	724	745	714	161	296	651	728	
外来通院者数(1,000人)																							
2016年(3)	48,103	658	946	946	730	648	897	1,161	1,613	2,321	2,671	3,580	4,641	6,785	5,555	4,925	3,861	3,124	2,550	21,303	12,340	11,910	
2025年推計	49,176	616	828	813	646	770	1,120	1,181	1,424	1,845	2,507	3,929	4,128	4,440	5,421	6,150	4,546	5,139	2,257	21,223	9,861	15,834	
差	1,073	-42	-118	-133	-84	122	223	20	-189	-476	-164	633	349	-513	-2,345	-134	1,225	685	-293	-80	-2,479	3,924	
変化率	2.2%	-6.4%	-12.4%	-14.0%	18.8%	24.8%	1.7%	-11.7%	-20.5%	-6.1%	20.8%	9.7%	-11.1%	-34.6%	-2.4%	24.9%	17.7%	64.5%	-11.5%	-0.4%	-20.1%	33.0%	
外来通院者の平均傷病数(傷病/人)																							
2016年(3)	1.9	1.2	1.3	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	1.7	1.7	1.8	2.0	2.2	2.4	2.5	2.5	1.2	1.6	2.1	
2016年(4)	92,013	790	1,230	1,135	876	842	1,166	1,509	2,258	3,249	4,274	5,170	6,086	8,354	13,570	12,221	11,820	9,653	7,810	3,155	33,785	25,791	
2025年推計(5)	96,279	739	1,077	976	775	1,000	1,456	1,535	1,994	2,583	4,012	6,247	6,679	7,431	8,879	11,926	14,760	11,365	12,847	2,792	33,710	20,805	
差	4,266	-51	-153	-159	-101	158	290	26	-264	-667	-262	1,077	593	-923	-4,691	-295	2,940	1,712	5,037	-363	-74	-4,986	
変化率	4.6%	-6.4%	-12.4%	-14.0%	-11.6%	18.8%	24.8%	1.7%	-11.7%	-20.5%	-6.1%	20.8%	9.7%	-11.1%	-34.6%	-2.4%	24.9%	17.7%	64.5%	-11.5%	-0.2%	-19.3%	
要介護認定率(6)(1,000人)																							
2016年(7)																							
要介護者数(6)(1,000人)																							
2016年(8)	6,068																						
2025年推計(9)	8,366																						
差	2,297																						
変化率	37.9%																						

(1)平成28年(2016年)国民生活基礎調査(通院率と通院者数から算出)
 (2)国立社会保障・人口問題研究所,日本の将来推計人口(平成18年12月推計)による2025年の出生中位・死亡中位推計に基づく
 (3)平成28年(2016年)国民生活基礎調査による
 (4)平成28年(2016年)国民生活基礎調査による2016年の通院者数と通院患者の平均傷病数から算出
 (5)平成28年(2016年)国民生活基礎調査による平均傷病数と,日本の将来推計人口(平成18年12月推計)から算出
 (6)要支援1・2および要介護1-5
 (7)平成28年(2016年)介護保険事業状況報告による2016年度末の要介護認定者数と,平成28年(2016年)国民生活基礎調査から算出した平成28年人口から算出
 (8)平成28年(2016年)介護保険事業状況報告による年度末の要介護認定者数による
 (9)平成28年(2016年)介護保険事業状況報告と動燃の国民生活基礎調査から算出した2016年の要介護認定率と2025年の推計人口から算出

表2 2016年から2025年までの傷病別外来通院者の変化

傷病	総数			年少(0~14歳)			生産年齢(15~64歳)			前期高齢者(65~74歳)			後期高齢者(75歳以上)		
	2016年	2025年	差	2016年	2025年	差	2016年	2025年	差	2016年	2025年	差	2016年	2025年	差
傷病															
糖尿病	5,736	5,833	97	4	3	-1	1,869	1,857	-12	2,134	1,711	-423	1,729	2,262	533
肥満症	570	569	-1	4	3	-1	275	273	-2	165	130	-35	126	162	36
脂質異常症 (高コレステロール血症等)	5,800	5,743	-57	0	1	1	2,227	2,229	2	2,236	1,772	-464	1,337	1,741	404
甲状腺の病気	1,476	1,485	9	17	14	-3	748	743	-5	401	320	-81	310	407	97
うつ病やその他の こころの病気	2,176	2,172	-4	32	27	-5	1,619	1,609	-10	300	237	-63	225	298	73
認知症	799	1,083	284	0	0	0	21	19	-2	81	71	-10	697	994	297
パーキンソン病	225	257	32	0	0	0	30	30	0	61	51	-10	134	176	42
その他の神経の病気 (神経痛・麻痺等)	800	844	44	31	27	-4	345	343	-2	186	149	-37	238	324	86
眼の病気	6,323	6,812	489	129	114	-15	1,428	1,414	-14	2,070	1,702	-368	2,696	3,582	886
耳の病気	1,288	1,389	101	105	94	-11	376	374	-2	316	261	-55	491	660	169
高血圧症	14,546	15,231	685	2	2	0	4,300	4,302	2	5,122	4,103	-1,019	5,122	6,824	1,702
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	1,304	1,425	121	0	1	1	278	276	-2	433	350	-83	593	799	206
狭心症・心筋梗塞	2,175	2,421	246	0	0	0	434	428	-6	685	563	-122	1,056	1,431	375
その他の循環器系の病気	2,240	2,455	215	62	56	-6	527	522	-5	661	536	-125	990	1,341	351
急性鼻咽頭炎(かぜ)	542	531	-11	207	188	-19	196	194	-2	69	56	-13	70	93	23
アレルギー性鼻炎	2,560	2,508	-52	470	410	-60	1,287	1,284	-3	453	360	-93	350	453	103
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	168	183	15	0	0	0	28	27	-1	57	46	-11	83	110	27
喘息	1,540	1,534	-6	286	252	-34	679	667	-12	284	225	-59	291	390	99
その他の呼吸器系の病気	1,178	1,238	60	68	61	-7	403	401	-2	320	261	-59	387	515	128
胃・十二指腸の病気	1,905	2,004	99	5	5	0	678	676	-2	575	466	-109	647	858	211
肝臓・胆のうの病気	1,081	1,116	35	4	4	0	415	411	-4	334	272	-62	328	429	101
その他の消化器系の病気	1,457	1,528	71	31	28	-3	576	571	-5	393	317	-76	457	612	155
歯の病気	6,478	6,455	-23	371	325	-46	3,238	3,222	-16	1,624	1,296	-328	1,245	1,612	367
アトピー性皮膚炎	1,285	1,259	-26	357	318	-39	790	796	6	72	58	-14	66	87	21
その他の皮膚の病気	2,349	2,386	37	312	279	-33	1,146	1,150	4	444	358	-86	447	599	152
痛風	1,103	1,089	-14	0	0	0	555	551	-4	340	268	-72	208	270	62
関節リウマチ	790	824	34	3	2	-1	277	278	1	249	200	-49	261	343	82
関節症	2,523	2,770	247	19	16	-3	757	762	5	689	568	-121	1,058	1,425	367
肩こり症	3,276	3,410	134	6	6	0	1,606	1,609	3	778	635	-143	886	1,161	275
腰痛症	6,079	6,532	453	20	16	-4	2,174	2,159	-15	1,577	1,298	-279	2,308	3,058	750
骨粗しょう症	2,133	2,471	338	0	0	0	196	186	-10	661	557	-104	1,276	1,728	452
腎臓の病気	1,127	1,206	79	19	17	-2	366	367	1	333	271	-62	409	550	141
前立腺肥大症	1,454	1,626	172	0	0	0	149	150	1	500	421	-79	805	1,056	251
閉経期又は閉経後障害 (更年期障害等)	216	228	12	0	0	0	194	206	12	11	8	-3	11	14	3
骨折	830	918	88	61	54	-7	245	244	-1	170	144	-26	354	477	123
骨折以外のけが・やけど	799	794	-5	134	116	-18	427	420	-7	114	93	-21	124	165	41
貧血・血液の病気	749	804	55	14	13	-1	361	351	-10	128	105	-23	246	335	89
悪性新生物(がん)	1,072	1,092	20	5	4	-1	416	418	2	359	287	-72	292	383	91
妊娠・産褥 (切迫流産、前置胎盤等)	155	155	0	0	0	0	155	155	0	0	0	0	0	0	0
不妊症	113	110	-3	0	0	0	113	110	-3	0	0	0	0	0	0
その他	2,936	2,970	34	326	289	-37	1,771	1,764	-7	395	311	-84	444	606	162

(1)平成28年国民生活基礎調査の傷病別通院者数による

(2)平成28年国民生活基礎調査の傷病別外来通院率と2025年の日本の推計人口(出生中位・死亡中位推計)から算出

表3 2016年から2025年における外来診療の需要の変化、大都市部と地方部の比較

		東京都A区						鹿児島県B町							
		年少 (0~14歳)	生産年齢 (15~64歳)	前期高齢者 (65~74歳)	後期高齢者 (75歳以上)	総数	年少 (0~14歳)	生産年齢 (15~64歳)	前期高齢者 (65~74歳)	後期高齢者 (75歳以上)	総数	年少 (0~14歳)	生産年齢 (15~64歳)	前期高齢者 (65~74歳)	後期高齢者 (75歳以上)
人口(人)															
2015年		546,130	45,620	357,016	70,044	73,450	15,934	8,037	2,376	3,883	1,638	8,037	2,376	3,883	
2025年		522,578	41,561	325,505	59,697	95,815	13,468	6,297	2,372	3,547	1,252	6,297	2,372	3,547	
差		-23,552	-4,059	-31,511	-10,347	22,365	-2,466	-1,740	-4	-336	-386	-1,740	-4	-336	
変化率		-4.3%	-8.9%	-8.8%	-14.8%	30.4%	-15.5%	-21.6%	-0.2%	-8.7%	-23.6%	-21.6%	-0.2%	-8.7%	
推計通院者数(人)															
2015年		206,798	7,281	100,281	45,802	53,435	7,241	2,602	1,552	2,824	264	2,602	1,552	2,824	
2025年		214,808	6,682	99,357	39,204	69,564	6,305	1,975	1,560	2,568	201	1,975	1,560	2,568	
差		8,009	-599	-923	-6,598	16,129	-936	-627	9	-256	-62	-627	9	-256	
変化率		3.9%	-8.2%	-0.9%	-14.4%	30.2%	-12.9%	-24.1%	0.6%	-9.1%	-23.7%	-24.1%	0.6%	-9.1%	
推計傷病数(傷病)															
2015年		393,223	9,005	156,522	96,064	131,632	14,775	4,225	3,250	6,973	326	4,225	3,250	6,973	
2025年		420,985	8,256	158,753	82,523	171,454	13,064	3,189	3,288	6,338	249	3,189	3,288	6,338	
差		27,762	-750	2,231	-13,541	39,822	-1,710	-1,036	38	-635	-77	-1,036	38	-635	
変化率		7.1%	-8.3%	1.4%	-14.1%	30.3%	-11.6%	-24.5%	1.2%	-9.1%	-23.7%	-24.5%	1.2%	-9.1%	
要介護者数(人)															
2015年		28,469			2,875	25,594	1,566	97	1,469				97	1,469	
2025年		38,302			2,522	35,780	1,576	101	1,475				101	1,475	
差		9,833			-353	10,186	10	5	5				5	5	
変化率		34.5%			-12.3%	39.8%	0.6%	4.8%	0.4%				4.8%	0.4%	

門医が疾患毎に分業して応需するこれまでの体制は維持できず、今後は総合診療医が広範な疾患に対応する総合診療型の外来診療に転換していく必要があるだろう。

75歳未満の外来診療需要が今後縮小する一方で、大都市部を中心に後期高齢者の外来診療需要は爆発的に増大すると推測され、その伸びは2016年から2025年までの間に通院者数換算で392万人、通院傷病件数換算で969万件に上る。この需要増に対して全て1傷病1診療の専門診療モデルで対応するとすれば、通院傷病件数の増分がそのまま診療報酬請求件数の増分になり、今後後期高齢者医療制度の診療報酬請求件数が全国で最大約1,000万件増加することが示唆される。これに対して1患者1診療の総合診療モデルで後期高齢者の外来診療需要増に対応するとすれば、現実には例えば歯の疾患や白内障手術など専門医が診療すべき病態があり完全に1患者1診療とはならないだろうが、高齢化の進行による診療報酬請求件数の増加を通院患者の増分程度に留まらせることができるかもしれない。現在複数の医療機関を受診している患者の診療を総合診療型の診療に統合することができれば診療報酬請求件数は更に減少するかもしれない。

外来診療需要は、後期高齢者になると量的に増えるだけでなく、質的にも変化する。後期高齢者になると増加する傷病は高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの内科疾患、白内障などの眼科疾患、腰痛症、関節症、骨粗しょう症などの筋骨格系疾患など多岐にわたり⁹⁾、外来通院者の医療需要は複雑化する。日常生活活動（ADL）が低下して要介護状態になる者も増えるので、主治医意見書の記載、ケアマネージャーや訪問看護師などとの連携などの介護保険主治医としての業務も、傷病の治療に加えて外来診療の中で行う必要が増すだろう。1傷病1診療型の外来診療を得意とする専門医がこのような特性を持つ後期高齢者を診療すると、専門外の症状や傷病への対応が増えて専門医がその専門性を発揮すべき本来業務を圧迫することになる。今後の後期高齢者の外来診療需要の増加に応需するためには、外来診療を傷病単位の診療を行う専門医型の診療から、個々の傷病のケアだけでなく、患者やその家族、地域を包括的に診療できる総合診療医型の診療へと転換していく必要があるだろう。

各都道府県が策定する医療計画では二次医療圏（複数の市町村のまとまり）及び三次医療圏が設定されているが（都道府県域、ただし北海道は6つの3

次医療圏に区分）¹⁴⁾、医療機関の利用状況把握のために実施されている患者調査¹⁵⁾では、外来診療の流出入の記述は三次医療圏単位にとどまり、より細かい粒度の情報は提供されていない¹⁵⁾。しかし実際には二次医療圏を超えての医療機関受診が頻発しており^{14,15)}、特に近隣医療圏から大都市部に流入する傾向が目立つ¹⁶⁻¹⁸⁾。この医療圏間の患者の流出入に関連する要因として通勤・通学、高度な医療技術・設備の存在、患者居住地と施設の距離や交通網の発達、ドクターショッピング、里帰り出産などが報告されている¹⁶⁾。しかし一般的に加齢に伴ってこれらの要因の影響は低下し受診範囲が縮小し、もともと二次・三次医療圏を越境して受診していた世代が加齢とともに二次医療圏内や更には一次医療圏内の医療機関を利用するようになるだろう。例示した東京都A区は、属する二次医療圏内の他区に大学病院の本院が複数あり近隣の二次医療圏にも様々な疾患ごとに専門診療所が多数存在するので、もともと生産年齢から前期高齢者の世代までは一次医療圏の範囲を超えて傷病ごとに周囲の専門医療機関を受診する傾向が顕著な地域である。本稿を含め現有する外来患者需要の推計モデルでは二次医療圏間や一次医療圏間の患者移動は考慮されていないので、東京都A区のような大都市周辺の地域では、加齢に伴い遠方に通院できなくなった他疾患併存の後期高齢者が一次医療圏内に流入する影響が過小評価されている可能性が高い。今後他疾患併存の高齢者が都市部周辺の一次医療圏に回帰するにあたっては、疾患ごとに医療圏内の専門医が診療を引き継ぐよりも、総合診療医がその受け皿となって地域の包括的ケアになく役割を担うのが望ましいだろう。

2016年から2025年にかけて、外来診療需要は後期高齢者では増大するがそれ以外の世代では減少し、全体としては若干の増加にとどまると推測された。しかし後期高齢者の一人当たり通院傷病件数は他の世代よりも多いので、外来診療需要を後期高齢者に限定してみると通院傷病件数の増加がとりわけ目立ち、この傾向は団塊の世代が集中する都市部近郊などで顕著であった。いわゆる2025年問題の主題は単なる後期高齢者の増加ではなく、大都市周辺部における後期高齢者の通院傷病件数の急激な増加であるといえ、これに伴う外来診療需要の急激な増加に対応し医療費を適正化するためには、1傷病1診療の形態で行われる専門医型の外来診療から1患者1診療の形態で行う総合診療医型の外来診療への転換が有効であると考えられた。

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口 (平成 18 年 12 月推計) 2006 [Available from: www.ipss.go.jp/pp-newest/j/newest03/newest03.asp].
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所. 本の将来推計人口 (平成 29 年推計) 2017 [Available from: www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp].
- 3) 高橋泰, 江口成. 日医総研ワーキングペーパー 地域の医療提供体制の現状と将来－都道府県別・二次医療圏別データ集－ (2014 年度版) 2014 www.jmari.med.or.jp/download/wp323_data/intro.pdf. Available from: www.jmari.med.or.jp/download/wp323_data/intro.pdf.
- 4) 日本医師会. 地域医療情報システム [Available from: <http://jmap.jp/>].
- 5) 厚生労働省. 医療従事者の需給に関する検討会 第 4 回 医師需給分科会 資料 1 医師の需給推計について. 2016.
- 6) 厚生労働省. 平成 28 年国民生活基礎調査 [Available from: www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html].
- 7) St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Rutten LJF, Roger VL, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *Bmj Open*. 2015;5(2).
- 8) Puth MT, Weckbecker K, Schmid M, Munster E. Prevalence of multimorbidity in Germany: impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. *BMC Public Health*. 2017; 17(1): 826.
- 9) Prados-Torres A, Calderon-Larranaga A, Hanco-Saavedra J, Poblador-Plou B, van den Akker M. Multimorbidity patterns: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2014; 67(3): 254-66.
- 10) Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859): 2163-96.
- 11) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム [Available from: http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/].
- 12) 厚生労働省. 平成 27 年度介護保険事業状況報告 (年報) 2016 [Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html>].
- 13) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の市区町村別将来推計人口 (平成 25 年 3 月推計) 2013 [Available from: www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/3kekka/Municipalities.asp].
- 14) 厚生労働省医政局指導課. 医療計画の見直しに関する都道府県 説明会資料 (1) 二次医療圏, PDCA サイクル. 2012.
- 15) 厚生労働省. 患者調査 2014 [Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>].
- 16) 寒水孝, 浜田知, 吉村功. 受療のための地域間患者移動に影響する要因の検討. 厚生 の 指標. 2004 ; 51 (15) : 21-7.
- 17) 大場久, 谷川琢, 小笠原克. 移動選好指数を用いた受療動向の評価に関する基礎的研究. *日本医療・病院管理学会誌*. 2008 ; 45 (4) : 299-310.
- 18) 高井智, 加藤憲, 天野寛, 宮治眞, 藤原奈, 内藤道, et al. 三重県桑名市の住民調査からみた県境を越えた地域医療の実態. *日本医療・病院管理学会誌*. 2013 ; 50 (2) : 169-80.

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

少子高齢社会における総合診療医の役割

井上真智子^{1,2}

要旨

急速に進行する少子高齢化に伴い、社会のニーズはダイナミックに変化している。2015年に発表された20年後のビジョン「保健医療2035」で提示されたパラダイムシフト「量の拡大から質の改善へ」「インプット中心から患者にとっての価値中心へ」の実現のためには、マルチモビディティ（多疾患併存）の包括的マネジメント、多様化する価値や医療の不確実性の中における、家族も含めた継続的な信頼関係に基づくプロセス重視の協働的意思決定と、それに基づく慢性疾患管理や人生の最終段階ケアが必要である。総合診療医は、高齢者のみならず、女性・子ども・家族全体のケアにおいて「継続的・包括的診療モデル」の実践により、地域包括ケアシステムの中で各種機関と連携してその役割・機能を発揮すべきであり、地域全体の健康の向上をめざす population health への取り組みに専門性がある。外来診療の出来高によらない「プライマリ・ケア施設機能」評価が今後の課題となる。

1. 現状と問題点 - 少子高齢社会で求められる医療像

1) 少子高齢社会における医療ビジョン

日本では急速な少子高齢化と生活習慣の変化により、疾病構造が大きく変化し、医療ニーズや目標もそれに伴って変化した。感染症等急性疾患の治療・予防による生命予後の改善から、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の予防・管理、クオリティオブライフ（QOL）の向上へ、そして、認知症、運動器症候群等、多疾患併存（マルチモビディティ）のマネジメントによる介護予防、健康寿命の延伸へというステージをたどっている。さらには、多死社会の到来に向けて、緩和ケアや在宅ケアの重点化による、より満足・納得のできる人生の最終段階（エンドオブライフ）の過ごし方に向け、アドバンスケアプランニングや意思決定支援の重要性も増している。このような変化が示すのは、従来型医療モデル、つまり患者の訴える一つ一つの症候や疾患にスポットで対応する医療モデルでは対応しきれない課題やニーズがより大きな割合を占めるようになってきているということである。「キュアからケア

へ」のパラダイムシフトにおいて、新しい医療モデル、患者・家族-医療者チームの継続的關係性の中で、包括的に健康管理を行い、患者・家族の価値観や意向、状況に沿った意思決定を行っていくという「総合診療モデル」が、各専門診療科医療と同時に必要となり、シェアードケアモデルといったその間の連携の方法が模索される必要がある¹⁾。

厚生労働省では、20年後の日本を見据えた今後あるべき保健医療ビジョンとして2015年6月に「保健医療2035」提言書を発表した^{2,3)}。少子高齢社会を乗り切るための中長期的ビジョンにもとづく保健医療改革に向けて、日本から世界に発信するために作成されたこの提言の中では、次の3つのビジョンが核となっている。

- (1) 「リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～」
- (2) 「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～」
- (3) 「グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する～」

そして、2035年までに必要なパラダイムシフトとして以下が掲げられている。

- 量の拡大から質の改善へ

1. 浜松医科大学地域家庭医療学講座

2. 静岡家庭医養成プログラム

- インプット中心から患者にとっての価値中心へ
- 行政による規制から当事者による規律へ
- キュア中心からケア中心へ
- 発散から統合へ

である。

しかし、現状では以下のような問題点がある。

2) マルチモビディティと愁訴ごとの検査や投薬による量の拡大

まず、高齢者の割合増加は、多疾患併存（マルチモビディティ）患者の増加を示している。マルチモビディティは、2つ以上の慢性疾患をもつ状態と定義されることが多く、プライマリ・ケアでは変形性関節疾患と心血管系/内分泌系疾患の合併が最も多い⁴⁾。頻度や併存疾患のパターンには報告により幅があるが^{4,5)}、最近の日本の研究では、65歳以上高齢者では62.8%と報告されている⁶⁾。また、マルチモビディティは、社会経済階層の低さと関連が強く、女性、精神疾患を有していることとの相関も明らかになっている^{4,5,7)}。このように、多系統にわたる疾患をもつのはごく日常的なことであり、特にハイリスク層の患者を占めるが、現状では、愁訴や疾患ごとに各診療科を受診し検査や投薬を受けるのが受療行動の基本型となっており、各専門内科系、泌尿器系、筋骨格系、精神疾患の対応がそれぞれの診療科で行われている。

そのような場合の問題の一つとして、疾患や薬剤の相互作用および患者のQOLへの影響が十分に評価されにくいことがある。複数の診療科に併診することにより、多剤投薬（ポリファーマシー）が招かれている。多剤投薬は高齢者にとってふらつき、転倒⁸⁾、認知機能低下や腎障害といった薬物有害反応の発生リスク⁹⁾となり、入院率¹⁰⁾、総死亡率¹¹⁾が上昇する。また、多系統にまたがるマルチモビディティ患者は医療費の使用割合が高いことも報告されている¹²⁾。

そこで、このような多剤投薬への対応も含め、プライマリ・ケアにおいて、マルチモビディティを有する患者を適切に統合的にケアするためのモデルを検討することが、重要な課題となっている。プライマリ・ケアにおけるマルチモビディティへの介入に関する18のランダム化対照試験を検証したコクランのシステマティック・レビューでは、精神面でのアウトカム（うつ病合併への介入）や患者の健康行動、医師の処方行動等にある程度の改善がみられるとしている¹³⁾。介入の効果の確からしさについて

は、エビデンスの確立には至っていないものの、うつ病や生活機能低下など特定にリスク因子に焦点を当てた介入には効果が期待できることがわかっている。

複数の疾患を有する場合、個々の疾病ガイドラインの遵守は多剤投薬を招き、さらに精神疾患の合併や虚弱高齢者（フレイル）患者の負担は大きく、現実的ではない。英国のNational Institute of Health and Care Excellenceでは、一般家庭医（general practitioner）向けにマルチモビディティの診療ガイドラインを発表している¹⁴⁾。このガイドラインでは、「NICEのこれまでの推奨は単独の健康問題を持つ患者に対するものとして書かれており、マルチモビディティを持つ患者では、個々人の状況を勘案して患者と話し合っ治療方針を決めるべきである」と記載されている。日本においても、外来および在宅診療におけるマルチモビディティのマネジメントモデルと、ガイドラインが必要であると考えられる。

日本の医療は諸外国と比して外来診療に偏重する傾向があり¹⁵⁾、上述のように各診療科の外来で、個々の疾患の管理が行われ、結果的に頻回の医療機関利用、多剤投薬につながりうる。現状で、総合的にその患者のことを把握し責任を持つ医師がおらず統合がなされていない、つまりケアの分断・細分化がいたるところで起きており、医療の適正利用を妨げている。外来診療における総合診療医と臓器別診療科専門医の役割分担と統合を行うしくみがない以上、「量の拡大」「インプット中心」「発散」が続くことが避けられないのが日本の外来医療の現実といえる。以上より、総合診療医の役割として、分断されたケアを統合し、マルチモビディティの適切な管理を他専門診療科・多職種との連携によって行うことのできる継続的・包括的な診療モデルを徹底する必要がある。

3) 多様性と不確実性が増す中での継続性にもとづくプロセス重視の意思決定

上記に加えて、少子高齢社会で価値観や生き方が多様化する中、考慮すべきなのは、従来型医療や意思決定のモデルを基盤とした短時間の診療における意思決定の限界である。検査・治療方針、療養場所、その他、意思決定は多岐にわたり、マルチモビディティの患者ではさらに複雑となる。

たとえば、がん、認知症、神経筋疾患、老衰等で人生の最終段階（終末期）を迎えている場合、患者本人の意向、家族の意向や状況を踏まえつつ、時間

経過とともに変遷する病状と心境，周囲の状況にあわせた医療・介護の介入や療養場所の選択，調整のため，複数のステークホルダー間での合意形成が度重ねて必要となる。患者本人の意向が確認できなくなっていることも多く，患者の推定意思にもとづいた意思決定も慎重に行うプロセスが必要となる。平成30年3月の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の改訂にもあるが，これらの話し合いは，一回きりでなく，複数回の話し合いを通して納得・合意に至るプロセスを重視して行われるものである。また，めざすゴールは，本人の苦痛緩和や本人・介護者のQOLを重視したものであり，最終的には，家族が罪責感や後悔の念に苛まれることの少ない，ある程度満足のいく看取りができることを支援することにある。つまり，各患者・家族のもつ固有の状況・コンテキストに応じた，複雑性かつ個別性の高い方針決定を随時柔軟に行う必要が従来よりも増しており，信頼関係に基づいた高い調整能力が求められる。

さらに，人生の最終段階に限らず，医療における意思決定の転帰は，必ずしも患者・家族にとって満足や納得ができるものになるとは限らないという「不確実性」が常に存在する。その不確実性を受け入れつつ，基盤となる患者・家族-医療者間の継続的關係性に基づいて，意思決定を繰り返す必要がある。したがって，少子高齢時代の医療では，意思決定プロセスと意思決定後の継続的支援が重要な位置を占める。このような，継続的信頼関係にもとづいた意思決定を含むコミュニケーションの実践を促進することが求められ，総合診療医の有する患者・家族との「継続性」や家族まで含めて診療の対象とする「包括性」の意義が大きくなる。

4) 慢性疾患管理に関する意思決定モデルの課題

現状でみられる慢性疾患の受診中断，医療への不信，不必要なドクターショッピングは，その基盤となる関係性と意思決定プロセスへの不満から生じている可能性がある。意思決定においては，状況や内容によって異なるモデルが用いられうる。従来，患者にとっての最善を医師が主導的に決めるパターンリズムによる意思決定，また，医師が決めた治療方針について，説明に基づき，患者が同意するインフォームド・コンセント，医師が複数の選択肢とそのメリット・デメリットを提示し，患者が選択するインフォームド・チョイスなどのスタイルがある。患者・家族の考えや希望・価値をふまえ，エビデンスにもとづきつつ，患者・家族と医療チームが協働

して意思決定を行うシェアード・デシジョンメイキング（協働的意思決定）モデル^{19,20)}は，不確実性の高い意思決定場面の多くで適したものとされ，その活用について多くの研究がなされている²¹⁾。

さらに，患者中心の医療（patient-centered care）や，医療安全の領域では「患者との協働（patient engagement）」¹⁷⁾，「共創（coproduction）」¹⁸⁾といった概念が近年提示されておりケア計画立案への患者の関与を重視した「協働」が重要な要素となりつつある。

しかし，内科系診療所の医師534名を対象とした我々の調査²²⁾では，よく用いる意思決定モデルとして，「医師が最良だと思う治療方法について患者に説明し，同意を得ている」または「複数の治療方法について説明した上で，医師が最良だと思う治療方法を説明し患者の同意を得ている」をそれぞれ4割が選択していた。つまり，日本の診療所医師間では，医師が最良だと思う治療方法を医師自身が決めており，患者・家族との協働作業により決定するというモデル，つまりシェアード・デシジョンメイキング（協働的意思決定）の重要性に関する意識はまだ普及していないと考えられる。

制度的にも同様で，たとえば，日本の診療報酬における「生活習慣病管理料」は，慢性疾患ケアの質向上をめざしたものであるが，「療養計画を患者に説明し，同意を得た」場合に算定できる。生活習慣病管理料は，患者自己負担が増加することから算定を控えている医療機関も多く，実際はあまり普及が進んでいないことも課題だが，その療養計画策定における意思決定で，旧来の「療養計画の説明と同意」というパターンリズムあるいはインフォームド・コンセントモデルに基づくものであるという点が問題である。つまり，患者中心の医療や患者との協働，共創といった概念および行動変容理論に基づいてシェアード・デシジョンメイキング（協働的意思決定）を行い，多職種チームで継続的に支援するモデルとなっておらず，同意された療養計画が有名無実なものとなりかねない。マルチモビディティを抱え，多様な背景を有する患者・家族と不確実性の中で，継続的なプロセス重視の意思決定を行うには，旧来モデルは適していないことはすでに多くの研究で明らかである。

たとえば，米国で採用されている「慢性疾患ケアモデル」の一つとして注目されている慢性疾患を持つ患者に対するpersonalized care planning（個人に応じたケア計画立案）は，「患者と医療者が，個々の患

者の目標や行動について協議し、合意していく慢性疾患管理における協働プロセス」であり、多職種による継続的ケアを前提としている。糖尿病等の慢性疾患に対するその効果についての19の研究を検証したコクランのシステマティック・レビューによると、personalized care planningは総合的にみて、身体面の指標や心理的健康、疾病管理行動に対し一定の効果があり、「ケア計画の回数が多く、頻繁に医療者とのコンタクトがあり、主治医（かかりつけ医）がそのプロセスに関与しているほど効果が高かった」と示されている¹⁶⁾。慢性疾患管理は患者と多職種による医療者の協働プロセスが患者のアウトカムを改善することがわかっており、医師が決めた方針・治療計画を説明し、患者が同意するという旧来モデルからの脱却を制度的にも実践面でもめざす必要がある。

一方、インターネットやスマートフォンの普及により、患者・家族自身が医療情報を手軽に得られるようになり、そのことも意思決定に影響を及ぼしている。氾濫する医療情報の質は玉石混淆であり、情報を批判的に吟味し自分に適した情報を取捨選択し、意思決定に活用できるかどうかには患者・住民のヘルスリテラシーが影響する^{23,24)}。しかし、現時点で、ヘルスリテラシーを高める介入や、ヘルスリテラシーが低い患者へのシェアード・デシジョンメイキングのサポートには十分なエビデンスがない^{25,26)}。我々の研究では、継続的、包括的なプライマリ・ケア診療を経験していたことは、患者の高いヘルスリテラシーとの相関があった²⁷⁾。後に述べる、「継続性」と「包括性」を兼ね備えた質の高いプライマリ・ケアを提供する総合診療医の役割が、ヘルスリテラシーにも配慮した意思決定へと結びつく可能性はある。このように、マルチモビディティの慢性疾患管理や人生の最終段階ケアにおけるシェアード・デシジョンメイキングモデルにもとづく意思決定は、十分な時間と多職種の関与を要するものであり、従来の数分間の診察時間での済ませる外来診療モデルでは、ニーズに答えることができない。時間や多職種の関与、継続的な関係性に基づき、患者・家族・介護者等と協働して行う意思決定プロセスを提供できる体制に対して、しかるべき評価が行われるよう検討する必要がある。

2. 総合診療医が貢献できること

これまで述べてきた少子高齢社会における医療ニーズとビジョンに対して、総合診療医の役割の原

点に立ち返り、「質の高いプライマリ・ケアを提供する」ことが重要な意味をもつ。プライマリ・ケアの質の評価方法には国際的に用いられているものがいくつかあるが、米国ジョーンズ・ホプキンス大学で開発された原版²⁸⁾をもとに、我々が日本のコンテキストで使用できるように開発したのは、「日本版プライマリ・ケア質評価ツール（JPCAT）」である²⁹⁾。これは、プライマリ・ケアの質を「患者経験」として「近接性、継続性、医療連携（協調性）、包括性、地域志向性」の5つのドメインにより測定する。「患者経験（patient experiences）」は、近年、医療の質評価のために患者アウトカムの一つとして用いられるようになり、本ツールを用いた患者集団や地域住民のプライマリ・ケア利用の「経験」の評価は、医療の質の向上のためさまざまな方法で用いられている。

JPCATでは、usual source of care（普段自分が相談する医師）として、以下の3つに該当する医師（1つや2つでも可）を念頭に置いて定義をする。

1. 体調が悪いときや健康について相談したいときにいつも受診する医師
2. あなたという人をよく理解している医師
3. あなたの健康管理や治療に責任を持っている医師

5つのドメインのうち、「継続性」は、「その医師はあなたが心配していることや問題について話す時間を十分にとっていますか」「その医師は、症状や病気を持つ患者としてだけでなく、あなたという人をよく理解していますか」などから成る5つの質問で評価され、「包括性」は必要なときに利用できるサービス（医療相談）として、「このころの問題の相談」「虐待の相談」「自分らしい人生の終わり方の相談」など、実際に受けたことのあるサービスとして「テレビや新聞などメディアが伝える健康情報に関する助言」などの項目により評価している。

これまでの調査では、JPCATで測定した「プライマリ・ケアの質」と、乳がん検診受診率³⁰⁾やアドバンスケアプランニングの実施率³¹⁾が関連していることが示されている。質の高いプライマリ・ケア、特に「継続性」「包括性」は、これまで述べてきたように総合診療医の役割の中で核となるものであるが、診療報酬等での評価は難しい。

そこで、本稿で述べてきた少子高齢社会における医療ニーズの中心であるマルチモビディティの慢性疾患をもつ中年～高齢患者へのケアに関して、地域包括ケアシステムの中で、行政・住民、各種機関

および他専門診療科と連携して、患者・家族を診るための「継続的・包括的診療モデル」を提示する(図1)。疾病予防や早期発見・健康維持・福祉の向上、および地域全体の健康向上を視野に入れて取り組む population health の観点も含まれる。

また、少子化・人口減少により、地方やへき地・過疎地域における産婦人科医・小児科医の確保は困難となり、安全な分娩のためにも周産期医療は集約化が不可欠となっている。総合診療医による女性と子どものプライマリ・ケア、健康管理・支援は、少子高齢社会においては特に重要となる。具体的には、月経関連の女性特有の問題、妊娠前ケア(ワクチンや葉酸摂取などの勧め、禁煙や高血圧・喘息等

合併症の管理)、性感染症の予防・治療、妊娠中・産後のコモンプロブレムへの対応、産後ケア(産後うつ等の発見)や子育て支援、更年期・老年期のケアなどを、地域の他機関・専門職と連携しつつ継続的・包括的に行う必要がある。そこで、子どもや家族を含めた女性の「継続的・包括的診療モデル」を以下に提示する(図2)。このモデルでは、総合診療医は、地域包括ケアシステムの中で、性暴力被害などへの対応も含めた女性のケアや子育て支援に関わる地域・行政の各種機関と連携し、高齢者のみならず、女性・子どもを中心とした家族の生活の支援を行う。

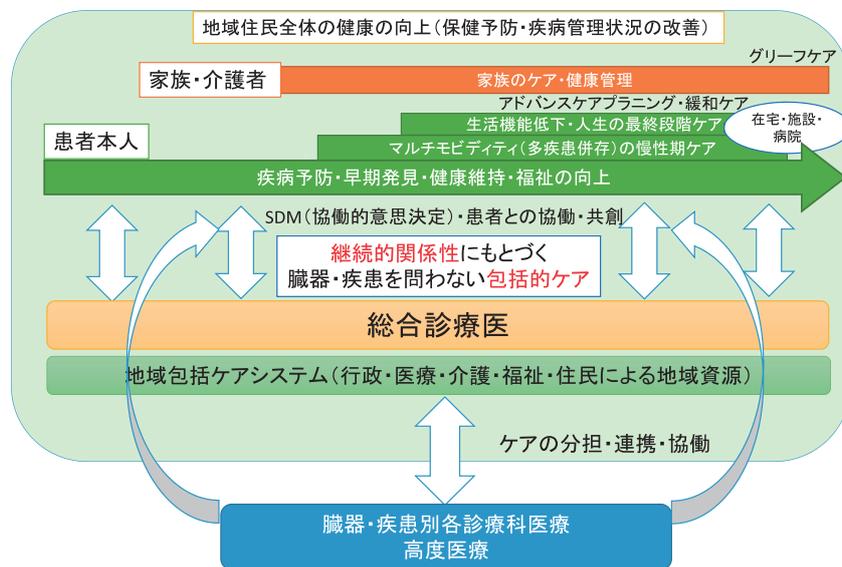


図1. 総合診療医による継続的・包括的診療モデル



図2. 総合診療医による女性(と家族)の継続的・包括的診療モデル

3. 社会に与えるインパクト

従来の医療モデルでは明確ではなかったが、図1、2に示すような総合診療医の存在と役割を緩やかに担っていた事例は個別に存在していた。しかし、今後の少子高齢社会においては、医療従事者の働き方改革とも併せて、総合診療医と各診療科専門医との分担・連携・協働は不可欠となる。また、健康問題は医学的のみならず複雑化する心理・社会的要因が強く関連している。健康の維持・増進には、医学的対応のみでは不十分であり、地域包括ケアシステムの中での介護・福祉の多職種、行政・地域資源との連携なしには対応できない。そして、「継続的・包括的信頼関係」を基盤にした役割と協働体制をこのように明確にすることで、社会の中で総合診療医が対応すべきケアニーズを改めて認識することができる。

たとえば、がん患者において「治療」は人生の一時期的ものである。Cancer continuumという言葉が示すように、がん発見前の生活から、検査・診断、治療方針に関する意思決定、治療、緩和ケアを経験し、家族・学校や仕事へのさまざまな影響を抱えつつ、その後も患者の生活は継続して続いていくものである。しかし、がん治療医との関係は、治療にまつわる問題の対処や再発のフォローアップに関しては継続するが、日常的に発生する健康問題については、治療が一旦落ち着いた後も随時相談する関係としては適していない。小児がんの場合、成人してもサバイバーであることに変わりがないが、小児科にいつまでかかるのかという問題もある。継続性・包括性の観点から、がんサバイバーシップ支援は、総合診療医の「継続性」が大きく活かされる領域の一つである^{34,35)}。このように、他にもこれまでの体制で十分に対処やケアが行われていなかった領域はさまざまあるが、図1,2のモデルに関する理解と実践が浸透すれば、その隙間を総合診療医が埋めることができるといえる。

4. 実現のために必要な事項

これまで述べてきたモデルの実践のためには、診療報酬上の課題が大きい。現状の地域包括診療料や生活習慣病管理料は外来診療における出来高制とリンクしており、患者の自己負担を増加させるしくみとなっている。点数によって患者負担が増加する制度では、経済状況の厳しい患者では算定が難しく、実際は普及が進んでいない。地域包括診療料では、「高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2

つ以上」が対象疾患となっているが、これら疾患名のみでは患者ケアに求められる複雑度は適切に評価できていない。生活機能が保たれ、安定している高血圧症と脂質異常症を有しているのみであれば、求められるケアは非常にシンプルである。認知症を有する場合、複雑度は高くなるが、複雑度に寄与する要因の直接的なものは高血圧症や脂質異常症ではない。したがって、よりの確に患者の複雑度と包括的ケアの必要性を評価するしくみが必要である。

また、直接的な出来高制により患者負担を増加させることによらない評価のしくみの開発も検討を要する。たとえば、米国の patient centered medical home (患者中心のメディカルホーム) では、施設基準としてレベル区分があり、質向上へのチームでの取り組みのプロセス評価や予防医療の実施状況の評価、JPCATのような患者経験 (patient experiences) による医療の質評価にもとづいて、インセンティブが設けられている。

日本でも、診療所の「プライマリ・ケア施設機能」の評価として、行政や医師会との連携により、地域全体での予防医療実施率の向上に努めているか (大腸がん検診、子宮頸がん検診、乳がん検診の実施率、インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチンの接種率) の評価や、マルチモビディティ患者の受け入れ状況の評価、地域での健康教育活動・行政・保健師・他専門機関との連携実施状況、妊娠前女性のケア・子育て支援・乳幼児健診・予防接種推進状況、禁煙外来実施状況の評価等、地域の population (集団) の健康へのアプローチが、「プライマリ・ケア施設機能」としての評価対象として挙がりうる。現在問題となっている、外来・訪問診療における直接的な出来高制による「量の拡大」を防ぐためにも、このようなエビデンスに基づいた適切な評価が行われるしくみが整備される必要があり、それによって総合診療医の役割・機能が医療システムの中で明確に位置づけられる可能性がある。

文献

- 1) Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 2: CD004910.
- 2) 厚生労働省. 保健医療 2035-2035年, 日本は健康先進国へ. 2015; <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/future/>. Accessed Mar.15, 2018.

- 3) Miyata H, Ezoe S, Hori M, et al. Japan's vision for health care in 2035. *Lancet*. 2015; 385(9987): 2549-2550.
- 4) Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014; 9(7): e102149.
- 5) Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Calderon-Larranaga A, et al. Multimorbidity patterns in primary care: interactions among chronic diseases using factor analysis. *PLoS One*. 2012; 7(2): e32190.
- 6) Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, Onishi Y, Fukuhara S. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. *Sci Rep*. 2018; 8(1): 3806.
- 7) Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, et al. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. *Ann Fam Med*. 2018; 16(2): 127-131.
- 8) Masumoto S, Sato M, Maeno T, Ichinohe Y, Maeno T. Potentially inappropriate medications with polypharmacy increase the risk of falls in older Japanese patients: 1-year prospective cohort study. *Geriatr Gerontol Int*. 2018.
- 9) Abe J, Umetsu R, Uranishi H, et al. Analysis of polypharmacy effects in older patients using Japanese Adverse Drug Event Report database. *PLoS One*. 2017; 12(12): e0190102.
- 10) Wang KN, Bell JS, Chen EYH, Gilmartin-Thomas JFM, Ilomaki J. Medications and Prescribing Patterns as Factors Associated with Hospitalizations from Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *Drugs Aging*. 2018.
- 11) Gomez C, Vega-Quiroga S, Bermejo-Pareja F, Medrano MJ, Louis ED, Benito-Leon J. Polypharmacy in the Elderly: A Marker of Increased Risk of Mortality in a Population-Based Prospective Study (NEDICES). *Gerontology*. 2015; 61(4): 301-309.
- 12) Zulman DM, Pal Chee C, Wagner TH, et al. Multimorbidity and healthcare utilisation among high-cost patients in the US Veterans Affairs Health Care System. *BMJ Open*. 2015; 5(4): e007771.
- 13) Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 3: CD006560.
- 14) In: (UK) NGC, ed. *Multimorbidity: Assessment, Prioritisation and Management of Care for People with Commonly Occurring Multimorbidity*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016.
- 15) 関本美穂. 第2章 わが国の外来診療の質とコスト—プライマリ・ケアにおけるかかりつけ医登録制度と包括評価導入の検討—. 「医療・介護に関する研究会」報告書 2016. Accessed Mar.18, 2018.
- 16) Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(3): CD010523.
- 17) Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care. In: Geneva: World Health Organization; 2016.
- 18) Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. 2016; 25(7): 509-517.
- 19) Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(10): 1361-1367.
- 20) これから始める！シェアード・デジジョンメイキング - 新しい医療のコミュニケーション. 東京：日本医事新報社；2017.
- 21) Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med*. 2004; 140(1): 54-59.
- 22) 久我咲子, 可知悠子, 井上真智子, 智之川. Shared decision making を実践する医師の特徴—都内10区2市の診療所内科医に対する郵送調査—. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2016 39 (4) : 209-213.
- 23) Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*. 2013; 13: 150.
- 24) Seo J, Goodman MS, Politi M, Blanchard M, Kaphingst KA. Effect of Health Literacy on Decision-Making Preferences among Medically Underserved Patients. *Med Decis Making*. 2016; 36(4): 550-556.
- 25) McCaffery KJ, Smith SK, Wolf M. The challenge of shared decision making among patients with lower literacy: a framework for research and development. *Med Decis Making*. 2010; 30(1): 35-44.
- 26) Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle VA. Empirical relationships between health literacy and treatment decision making: a scoping review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(3): 296-309.
- 27) Aoki T, Inoue M. Association between health literacy and patient experience of primary care attributes: A cross-sectional study in Japan. *PLoS One*. 2017; 12(9): e0184565.
- 28) Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001; 50(2): 161-164.

- 29) Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. *Fam Pract.* 2016; 33(1): 112-117.
- 30) Aoki T, Inoue M. Primary care patient experience and cancer screening uptake among women: an exploratory cross-sectional study in a Japanese population. *Asia Pac Fam Med.* 2017; 16: 3.
- 31) Aoki T, Miyashita J, Yamamoto Y, et al. Patient experience of primary care and advance care planning: a multicentre cross-sectional study in Japan. *Fam Pract.* 2017; 34(2): 206-212.
- 32) Svetaz MV, Garcia-Huidobro D, Allen M. Parents and family matter: strategies for developing family-centered adolescent care within primary care practices. *Prim Care.* 2014; 41(3): 489-506.
- 33) Siltanen M, Aromaa M, Hakulinen-Viitanen T, et al. A new participative, family-oriented health counseling approach for children and their families: a comparative qualitative analysis. *J Community Health Nurs.* 2014; 31(2): 90-102.
- 34) Lawrence RA, McLoone JK, Wakefield CE, Cohn RJ. Primary Care Physicians' Perspectives of Their Role in Cancer Care: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2016; 31(10): 1222-1236.
- 35) Singer S, Gianinazzi ME, Hohn A, Kuehni CE, Michel G. General practitioner involvement in follow-up of childhood cancer survivors: a systematic review. *Pediatr Blood Cancer.* 2013; 60(10): 1565-1573.

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

病院で求められる総合診療医の役割

川島篤志¹

要旨

超高齢社会において、入院に至った疾患だけを治して帰すという「病院完結型の医療」から、高齢者に多い複数疾患罹患や社会・生活背景の脆弱性を持つ患者を地域で支える「地域完結型の医療」につなげる役割が、病院における総合診療医、病院総合医に期待される。病院総合医の役割は、医師不足や医師偏在の問題を含む立地条件や規模によって求められることが異なる。病院における外来・救急診療や入院診療はもちろんのこと、院内・地域内の医療資源を把握した検査・手技、院内の医療の質改善に関わる委員会や横断的分野、そして地域を診る視点が求められる。病院総合医が地域で根付くためには病院総合医が存在することでの成功例が普遍的にみられること、そのためには総合診療のトレーニングを積んだ医師が病院で勤務することが1つのモデルとなる。

現状と問題点

総合診療医は、専門医機構による「総合診療専門研修プログラム整備基準」においても、「外来・救急・病棟・在宅という多様な総合診療の現場」での医療が求められ、専門研修後の成果として、「総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供することができる」とある¹⁾。

病院で勤務する総合診療医を『病院総合医』としたときに、認識しておきたい2つの前提がある。

その1つが、米国との違いである。米国ではHospitalistsと呼ばれる医師が存在する。1996年のWachterとGoldmanの論文によると、Hospitalistsを「プライマリ・ケア医が責任をもって外来患者を管理するのと同様に、責任をもって入院患者を管理する、病院内内科管理のスペシャリスト」と定義している²⁾。米国においてHospitalistsは急速に発展し、Society of Hospital Medicineの学会員は発足当初

は1,000人以下であったものが、2018年には1万5千人以上となっている³⁾。ただ、日本における「病院総合医」と米国におけるHospitalistsとの違いを認識するためには、医療体制の違いと歴史を知る必要がある。歴史的に米国では診療所で診ていた医師が継続して病院での主治医となり、病院で勤務する若手医師に入院のマネジメントを依頼するという形を取っていた。その若手医師は日本の研修制度とは異なる卒前・卒後トレーニングを受けた医師であり、診療所医師と連携して病院での入院診療を行っていた。ただ、診療所医師が病院での診療に関与するという体制を維持しがたくなり、入院診療を主として担当する医師集団ができたという経緯がある。この時点で、卒前・卒後トレーニングで培われた内科的な入院担当を行う能力や、シフト制を組める体制・医師総数、医療界での認識などが、大きく日本とは異なる。つまり、米国におけるHospitalistsと同様の役割を日本にあてはめることは現時点では難しい。

2つめとして、日本における『病院総合医』の議論においては、勤務する施設について医師不足や医師偏在の問題を含む立地条件や規模を考慮する必要がある⁴⁾。立地は、都市部、地方部、医療過疎地域に分け、規模は大学病院を含む大規模病院、中規模

1. 市立福知山市民病院 研究研修センター・総合内科

病院、小規模病院に分けて考えるとわかりやすい。日本プライマリ・ケア連合学会（以下、JPCA）での病院総合医関連のシンポジウムやワークショップでも、立地や規模別の議論がなされている⁵⁾。これは後述する総合診療医に求められる業務や地域の医師不足・偏在と関わってくるためである。

JPCAの病院総合医委員会が臨床研修病院の病院管理者に対して実施したアンケート⁶⁾で示された病院総合医の役割には、初診外来、再診外来、病棟診療、救急医療があり、加えて在宅診療や集中治療領域にもニーズがあることが伺える（図1、2）。また、教育・研修への期待が大きいことも読み取れる。同アンケートにおいて、病院総合医部門をもつ病院管理者（回答数145）に対する「病院総合医部門を今後も継続したいか？」との問いに96.6%が継続したいと回答し、病院総合医部門をもたない病院管理者（回答数136）に対する「病院総合医部門の必要性を感じますか？」との問いには76.5%が必要であると回答しており、病院総合医のニーズは高い。

日本における医師の約3分の1が日本内科学会に所属しており、規模が違えども多くの病院で内科医が勤務している。平成29年3月に発表された日本内科学会の提言「超高齢社会で果たすべき日本内科学会の役割と責務（宣言）」⁷⁾において、「日本内科学会は進展する超高齢社会の医療を支えるため、ひとりひとりの生活の質に配慮し、全身を診る、臓器横断的な診断治療を行える内科医の育成に努めます」と宣言している。また、提示された目指すべき内科医像は「ひとりひとりの生活の質に配慮し、全身を診る、臓器横断的な診断治療を行える内科医」と謳われている。つまり、病院勤務の内科医には「病院総合医」としての役割が期待されていると考え

られるが、2016年に日本内科学会が会員を対象に実施したWebアンケート⁸⁾で、「臓器横断的な診療姿勢を有しているか」という問いに、「そう思い、実践している」という割合は25.6%にとどまっており、「そう思い、努めようとしている」が64.0%と、なかなか実践レベルにはつながっていないことが示された。「あなたの勤務されている施設では臓器横断的な診療姿勢を身につけるための取り組みをされていますか」という問いに、「している」が50.4%、「していない」が49.6%で、取り組んでいる施設は半分にとどまっていた。このような現状が、複数疾患を抱える高齢者診療の困難さにつながっている。なお、現時点で日本内科学会・日本専門医機構の内科専門研修プログラムには、病院総合医という文言は用いられていない⁹⁾。

総合診療医が貢献できること

では病院に勤務する総合診療医が貢献できることにはどういったことがあるであろうか。

2017年度末において、病院総合医に関連する学会はJPCA、および日本病院総合診療医学会の2学会である。

日本病院総合診療医学会のウェブサイトでは、病院総合診療医の役割として表1に示す10項目を挙げている¹⁰⁾。

また、学会の認定資格ではないが、日本病院会認定病院総合医育成事業の「病院総合医育成プログラム」では、表2の理念に示される医師育成を目指し、その医師の到達目標として、表3の5つのスキルを挙げている¹¹⁾。

JCHO（地域医療機能推進機構）版病院総合医（Hospitalist）育成プログラムでは、「地域医療の実践

3.病院総合医部門をもつ病院管理者に聞きました。(回答数153)

病院総合医部門の役割は

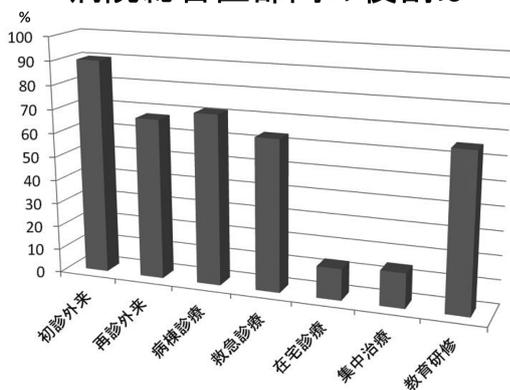


図1 病院総合医部門をもつ病院管理者から見た病院総合医部門の役割（文献6から転載）

8.病院総合医部門をもたない病院管理者で、病院総合医部門が必要だと感じると答えた方に聞きました。(回答数108)
必要性の高い役割は(複数回答可)

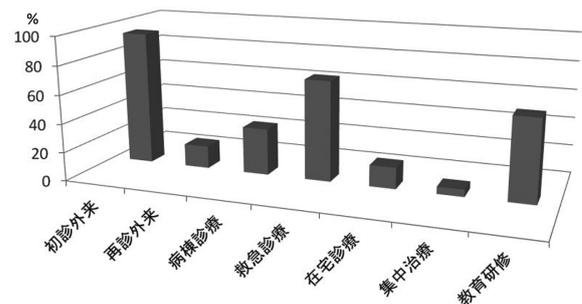


図2 病院総合医部門をもたない病院管理者から見た病院総合医部門の役割（文献6から転載）

病院における病院総合医，医師不足地域で貢献する医師，又は総合診療が可能な開業医などとして地域医療を実践する能力をもった医師」を育成するとしている¹²⁾。

さらに全日本病院協会総合医育成事業では，高齢患者が著増する中で，臓器別にとらわれない幅広い診療，多様なアクセスを担保する診療，そして，多職種からなるチーム医療のマネジメントに対応できる医師像や医療ニーズの変化に対応し，新たなキャ

リア形成を指向する医師を支援するためのプログラムを策定し，表4のように目的を掲げている¹³⁾。

JPCAでは，病院総合医に期待される医師像として，表5に示す4項目をあげ，病院総合医に必要なコンピテンシーとして，病院総合医を特徴付ける4つの能力と，さらに教育・研究能力の強化を盛り込んでいる(表6)¹⁴⁾。この6つの能力は，家庭医の後期研修のゴールに上乘せするものであるとされており，病院総合医においては総合診療の基本的

表1 日本病院総合診療医学会が掲げる病院総合診療医の役割

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 救急医療を含めて，どのような疾患，どのような病態の患者でも診察する 2. 未診断患者を速やかに診断する 3. 診断だけではなく，臓器別の専門性も持ち，可能な限り専門的治療も行う 4. 家庭医を支援し，必要に応じて専門医との連携をとる 5. 高齢者など複数の疾患を併存している患者の診療を行う 6. 臨床研究や疫学的研究を通じて医学の発展へ寄与する 7. 予防医学を実践し，健康な長寿社会造りを目指す 8. 若い医師，コメディカルの教育に携わる 9. チーム医療の要として，コンダクターとなり専門医およびコメディカルの力を発揮させる 10. 地域包括ケアの要となり，地域の総合医療を向上させる。 |
|--|

表2 日本病院会病院総合医育成プログラムの理念

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 病院において多様な病態を呈する患者に，包括的かつ柔軟に対応できる総合的診療能力を有する医師を育成する。 2. 必要に応じた複数の診療科，また介護，福祉，生活等の分野と連携・調整し，全人的に対応できる医師を育成する。 3. 地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携の中心的役割を担うことができる医師を育成する。 4. 多職種をまとめチーム医療を推進できる医師を育成する。 5. 総合的な病院経営・管理の能力があり，病院だけでなく地域の医療にも貢献できる医師を育成する。 |
|--|

表3 日本病院会病院総合医育成プログラムの到達目標として身につけるべき5つのスキル

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 多様な病態に対応できる幅広い知識や診断・治療によって包括的な医療を展開・実践できる(インテグレーションスキル)。 2. 患者へ適切な初期対応を行い，専門的な処置・治療が必要な場合には，然るべき専門診療科への速やかな相談・依頼を実践できる(コンサルテーションスキル)。 3. 各専門科医師，薬剤師，看護師，メディカルスタッフ，その他全てのスタッフとの連携を重視し，その調整者としての役割を実践できる(コーディネーションスキル)。 4. 多職種協働による患者中心のチーム医療の活動を促進・実践できる(ファシリテーションスキル)。 5. 総合的な病院経営・管理の素養を身につけ，地域包括ケアシステムや日本全体の医療を考慮した病院運営を実践できる(マネジメントスキル)。 |
|--|

表4 全日本病院協会総合医育成プログラムの目的

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> ① 個々の医師がすでに有する専門性や経験を生かしながら診療の幅を広げること ② 「総合診療専門医」のコンピテンシーを理解し，将来的に専門医と職場における協働を図ること ③ 地域包括ケアにおける複雑な課題への対応能力を高め，住民から信頼される医師を育成すること ④ 総合的かつ俯瞰的に病院機能の改善を図ることができ，積極的に病院経営に関与できる人材を育成すること ⑤ 病院内外の医師，関連施設，関係多職種との連携をスムーズに行うことのできる医師を育成すること |
|--|

な能力が前提になっていることに留意したい。診療所で働く総合診療医と病院総合医は診療の場が異なるが、目指すべき能力としては同じものが根底にあり、両方を診る能力を持つことは、総合診療医の専門性の一つである診療の場の多様性にもつながる。

私見ではあるが、病院総合医というキャリア選択は、新専門医制度における基本領域専門医取得後の話題になると考えられる。前述のプログラム案も卒業後6年目以降のキャリアデザインを意識したものとなっている。各学会・団体の目指す医師像には共通点が多くあり、具体的な方向性やカリキュラムは、今後関連する学会・団体と協議していく必要があると考えられる。

では病院総合医には、どのような診療現場で、どのような役割があるだろうか。病院における医師の業務を入院、外来、検査、救急およびその他に分類し（図3）、臓器別専門医との関係や前述の医師不足・医師偏在の面からみた施設の立地と規模を考慮して議論を展開する。

病院における総合診療医の業務には、その施設・その地域における多様性がある。その多様性は、臓器別専門医の有無とマンパワー、そして施設の地域における役割に影響される。なお、前述した各学会や団体が病院総合医に求める医師像にも、「地域」という表現が出てくるが、地域医療という言葉について再確認したい。地域医療の明確な定義を見つけたいが、日本内科学会専門医部会から発足した地域医療ワーキンググループの提言では地域医療の定義を、「限られた医療資源を共有している地域において、多様で幅広いニーズを抱える個々の患者・住民

に対して包括的、継続的な診療を実践すること、および、特定の健康危険因子を共有する患者集団・住民に対して適切に介入すること」としている¹⁵⁾。地域医療は医療過疎地域での医療実践のみを意味するのではない。地域中核都市や大都市の診療所や大病院を含むすべての医療機関が「地域」を視野に入れて医療を実践する必要がある。

【医師不足・医師偏在地域での内科系診療科の分類】

筆者は、医療機関での内科サブスペシャルティ領域の診療科を4つのグループにわけると提言している。医師不足・医師偏在に直面している地域基幹病院の内科診療をイメージすると次の分類は理解しやすい。

- A：単独でチームが組めるマンパワーがある診療科
- B：人数が少なくチームが組めない診療科
- C：非常勤のみの診療科

病院における医師の業務

- ◆ 入院 : 専門領域 + 非専門領域
- ◆ 外来 : 予約外来 + 新患外来
- ◆ 検査 : 専門領域 + 非専門領域
- ◆ 救急 : 日中 + 時間外
- ◆ その他 : 委員会 + “雑務”

実線部：臓器別専門医が得意とする分野 二重線部：院内での対応が難しい可能性のある分野
点線部：救急専属・専従医がいる場合とない場合で対応が異なる分野
破線部：関わる臓器別専門医がいる場合とない場合で対応が異なる分野

図3 病院における医師の業務

表5 日本プライマリ・ケア連合学会病院総合医養成プログラム認定試行事業で示す期待される医師像

- 1) 内科系急性期病棟診療+ 病棟を管理運営
- 2) 病院一般（総合）外来や救急外来で独立診療
- 3) 病院の運営や管理に貢献
- 4) 総合診療領域の教育や研究でも地域社会に貢献

表6 日本プライマリ・ケア連合学会病院総合医養成プログラム認定試行事業で示す修得すべき中核的能力（core competency）

- 1) 内科を中心とした幅広い初期診療能力（1次2次救急を含む）
- 2) 病棟を管理運営する能力
- 3) 他科やコメディカルとの関係を調整する能力
- 4) 病院医療の質を改善する能力
- 5) 診療の現場において初期・後期研修医を教育する能力
- 6) 診療に根ざした研究に携わる能力

家庭医の後期研修のゴールに上乘せする形で、病院総合医を特徴付ける四つの能力と、さらに教育・研究能力の強化が盛り込まれている

D：院内に存在しない診療科

Aは高頻度の緊急高度医療（例：虚血・出血への対応）を含めて、当該領域の診療について24時間365日提供できることが望ましい。さらに余裕があれば他領域の診療もカバーできる可能性があるが、十分な人数がない場合は、当該領域の診療だけで精一杯となる。Bは定期外来や日中の病棟業務はカバーできるが、夜間や休日は当該領域であっても他チームの応援が必要となる。Cは定期外来または特定の曜日のみコンサルタント業務になる場合が多く、入院診療、勤務日以外の外来対応は他チームの応援が必要である。Dは他チームの医師が初期対応を行い、専門的な治療が必要であれば他施設を紹介することになる。そのためには、稀少疾患を含めた診断や専門的な助言ができる臨床能力を持つ医師が地域には必要である。

多くの医師がAグループに属している大学病院・大規模病院であっても、主治医がすぐに決まらない場合がある。特に高齢化が進む現状では、複数の問題を抱える患者や、不明熱など、対応する臓器が明確でない場合も存在するからである。中～小規模病院では各施設での診療科構成は異なるが、Aグループで全領域を揃えられる訳ではないので、対応が難しい領域を抱えていることが多い。小規模病院ではこのようなグループ分けをすることなく、「内科」という括りで協力しながら診療していることが多い。

こうしてみるとAグループ以外は、臓器別専門医が自分の専門領域外の疾患を担当せざるを得ない状況が生じていることがわかる。このように、臓器別専門医が自分の専門領域外の疾患を担当することについては、これを内科医の矜持として前向きに捉える考え方もあるが⁷⁾、自分の専門領域以外を担当せざるを得ないことをnegativeにとらえる医師も多い。実際、前述の日本内科学会のアンケートでも、臓器横断的な診療に全ての内科医が対応しているとは考えにくい⁸⁾。

病院総合医については、このような現状の中で位置づけを論じる必要がある。

【病院総合医の病棟診療】

対応する専門診療科がない領域の入院患者に対しては、病院総合医がその領域の主治医を担ってほしいというニーズがある。各専門領域の患者数や医師数とのバランス、主治医を決定する方法は、施設によって大きく異なる。

大学病院では、そもそも病院総合医が病床を担当するのかどうかの議論がある。2018年時点で、全

国に81ある大学病院（分院は除く）のうち、総合診療部門を持っているのは69の大学病院であり、「外来のみ」が37病院（53.6%）と過半数で、「外来と入院」は20病院、「外来と入院とER（救急外来）」は11病院と多くはない¹⁶⁾。大学病院で病院総合医が入院を担当する場合は、それぞれの事情に合わせた調整が必須である。場合によっては、病院総合医のニーズは主治医としてではなく、コンサルタント主体になる可能性がある。

病棟診療において特に病院総合医には、入院に至った疾患だけを治して帰すという「病院完結型の医療」から、高齢者に多い複数疾患罹患や社会・生活背景の脆弱性を持つ患者を地域で支える「地域完結型の医療」につなげる役割が期待される。日本専門医機構の総合診療領域の研修プログラムでは、「総合診療部門を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）」¹⁾とある。最近では、入院した時から退院支援を意識すべきとされているが、退院支援において重要な地域における医療資源の把握や多職種との連携は病院総合医の得意とするところである。

【病院総合医の外来診療】

病院の外来は、新しい患者を診る外来（新患）と定期的に継続して患者を診る外来（再診）にわけられる。

新患外来では様々な主訴を持つ患者に対して、包括的・継続的に診る視点が求められるため、入院診療や急性期のみを診る救急診療だけでは身につかないスキルが必要で、一定のトレーニングを受けた医師が担当することが望ましい。そのスキルの1つには臨床推論がある。特に大学病院等の大病院や基幹病院では、他の医療機関から診断に難渋しているケースの紹介を受ける¹⁷⁾ことが多いので、臨床推論のスキルに長けた病院総合医が力を発揮することが期待される。

患者の生活背景を把握して診療や保健指導を行い健康相談に対応するかかりつけ医機能は、一般的には主に診療所が担うことが期待されている。ただ、病院における再診外来を患者がかかりつけ医と認識している場合がある¹⁸⁾。また、病床機能のすみわけと明確化が進む昨今の医療状況において、臓器別専門医には急性期を中心とした高度専門診療がおもに求められるにもかかわらず、患者の中には病院にかかりつけ医機能を期待していることも多い。この

場合、病院総合医がコーディネート機能を発揮して、かかりつけ医機能を有している診療所と連携することが求められる¹⁹⁾。また、院内・地域内で、かかりつけ医機能の重要さを浸透させることで、結果として病院総合医の業務が円滑になる可能性もあり、その教育という役割もある。

また、禁煙外来やワクチン外来、漢方外来など臓器別ではない特殊外来を、病院総合医が担うこともある。

【病院総合医の検査・手技】

検査・手技も病院にとって主要な業務である。ここにも病院総合医を議論するうえで、重要な点がある。専門的な手技は専門科が対応することに異論はないと思われるが、その専門医が他の業務に追われて検査数が減少する可能性がある。そうすると医療機関としての収益に影響するだけでなく、専門医のモチベーションにも影響しうる。臓器別専門医が従来担っていた業務を病院総合医が担うことによって、これを改善することができる。

また、その医療機関で対応できない検査・手技については、地域における医療資源を把握して、最善の医療を提供するためのコーディネートを円滑に行うことも病院総合医の仕事といえる。

【病院総合医と救急診療】

救急診療に対応している医療機関で、救急専従医・専任医が不在または充分数いない施設は決して少なくはない。そういった場合、病院総合医が内科領域のみでなく、整形外科・小外科や小児科領域における救急診療の役割を期待されることも多い。

また、救急からの入院診療、医療資源的に自施設で対応しがたい緊急疾患への対応、診療所や特別養護老人ホーム、老人保健施設などにとっての窓口という観点は、病院内だけでなく、地域全体を診る視点を求められる。最近では在宅医療に携わる基幹病院も存在しており、病院総合医が地域を診る機会も増えていく可能性がある²⁰⁾。

【病院総合医と委員会、横断的分野】

院内の委員会や横断的チームの業務は、病院の医療の質改善に大きな役割を果たす。この役割は診療範囲が広く、各部署ともつながりが強い病院総合医に期待される部分が多い。実際、総合診療医に求められる医師像にも病院の医療の質改善に関わることが記載されている。

【病院総合医と地域】

病院総合医の活動範囲には、地域を診る視点も含まれる。住民への啓発などは総合診療医にとって重

要な活動であるが、医療機関の体制や地域、規模によって対応が異なる。一般的に小規模・地方部であれば、比較的狭い地域での啓発活動が行いやすいが、都市部・中規模以上の病院であれば、院内教室などが主体となるかもしれない。

また、地域医療のなかで、入院診療の対応、および入院の窓口になる外来診療・救急診療を担う可能性の高い病院総合医は、診療所や特別養護老人ホーム、老人保健施設などと退院後の連携や再入院を見据えた情報の収集・整理・共有が求められる。情報の共有には、紹介状はもちろんのこと、多職種を含めた顔の見える関係性を長期にわたって形成していくことが望ましい。

【病院総合医と教育、研究】

大学病院には、研究と人材育成や地域への人材供給という大きな役割がある¹⁷⁾。

教育に関しては、総合診療部門での現場教育はもちろんのことではあるが、初期臨床研修全体への関与を求められる。また大学では卒前教育への関与も大きい。市中病院においても医学生に接する機会が増えている。これは病院で勤務する総合診療医の姿を魅せる貴重な機会であることを認識したい。

また施設内での横断的分野チームへの関わりの中や、院内・地域内の医療機関への啓発など、教育や組織マネジメントは病院総合医にとって重要なスキルである。

このように、総合診療医が病院で活躍できる場は十分にある。藤谷は、「海外で普及しているホスピタリストを日本で成功させるためには？」という議論の中で、総合診療医が病院で果たすべき役割として以下を挙げている²¹⁾。

- ・病院全体の公益になるような中央診療部的な役割を担う
- ・入院患者のみならず、必要ということであれば、割合は高くないにしても外来患者も診る
- ・集中治療医のいない病院では、重症患者のマネジメントもある程度できる
- ・横断的に内科入院患者を診ることができ、その地域の医療事情や院内・院外のリソースやシステムを熟知している
- ・専門科医師が専門医としての業務に専念できるように連携をとり、チーム医療が展開できる。それにより、より少ない専門医で院内を効率的に運営できるようになる

臨床におけるアウトカムでは、プライマリ・ケア医が対応した時と比較し、医師の専門分野と患者

の疾病のミスマッチが起きた場合は、死亡率が増加し入院期間が長くなること²²⁾や、Family medicine hospitalists が対応した時に入院期間や診療コストの減少が得られた²³⁾という諸外国の報告がある。我が国からの報告では、病院総合医が関わることによって脳血管障害における入院期間の短縮を示したものがある²⁴⁾。現時点では、病院総合医のアウトカムを示す報告は医療制度の異なる海外からのものが中心であり、我が国における病院総合医の役割や効果に関する研究データは十分とは言えず、今後の蓄積が求められる。

実現のために必要な事項

病院総合医が「地域」で根付くためには、病院総合医が存在することでの成功例が普遍的にみられることが必要である。

松村はインタビュー記事「日本の病院総合医活躍の鍵」²⁵⁾で、表7に示すポイントを挙げているが、これはJPCAが臨床研修病院の病院管理者に対して実施したアンケート⁶⁾においても、病院総合医部門の問題点(図4)として同様に認識されている。

日本において病院総合医が正しく理解されるためには、外来診療からの継続的なケアに対する医師の考えや専門医のテリトリーの問題、医師同士のコ

表7 病院総合医の活躍の鍵(文献25から抜粋)

<ul style="list-style-type: none"> ・リーダーの存在; 総合医の質 ・院長・行政の理解・協力; 総合医の量 ・専門諸科との協働; win-win の関係 ・経済的インセンティブ ・専門医資格認定 ・医学界での市民権 ・社会的(世間からの)評価

5. 病院総合医部門をもつ病院管理者に聞きました。(回答数138)
病院総合医部門の問題点は(複数回答可)

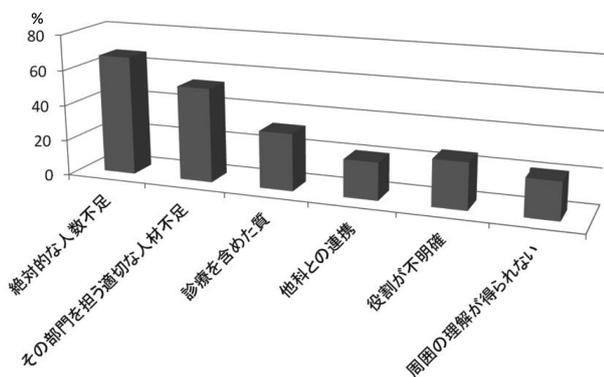


図4 病院総合医部門をもつ病院管理者から見た病院総合医部門の問題点(文献6から転載)

ミュニケーションの改善等といった文化的な問題を認知し、解決していく必要があると考えられる。

病院総合医を増やし、定着を図っていくためには、総合診療のトレーニングを積んだ医師が病院で勤務することが1つのモデルとなる。このためには、内科のトレーニングを積んだ医師が総合診療のトレーニングを積むことも意義があるし、将来は診療所で勤務したいと考えている総合診療医も、自分が今後診療を行う地域の基幹病院の現状を理解することも含めて、キャリアの一定期間、地域基幹病院で病院総合医として勤務・研修することもWin-Winの関係ができる1つのモデルとなる可能性がある。

文献

- 1) 日本専門医機構. 合診療専門研修プログラム整備基準. 東京: 一般社団法人日本専門医機構; 7 Jul 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 2) Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. NEJM 1996; 335(7):514-517.
- 3) Society of Hospital Medicine. Philadelphia: Society of Hospital Medicine. [cited 23 May 2018]. Available from: <https://www.hospitalmedicine.org/>
- 4) 小泉俊三. 病院総合医(日本型ホスピタリスト)の現状と近未来像—実践を基盤とした総合内科医として. 日内会誌 2011; 100(12): 3687-3693.
- 5) 日本プライマリ・ケア連合学会 病院総合医委員会 HP. 関連論文. 東京: 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会病院総合医委員会. [cited 23 May 2018]. Available from: <https://pc-hospitalist.jimdo.com/> 関連論文/
- 6) 山城清二. 病院総合医アンケート調査の結果報告. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2015; 38(4): 412-423.
- 7) 日本内科学会. 超高齢社会で果たすべき日本内科学会の役割と責務(宣言). 東京: 一般社団法人日本内科学会; 30 Mar 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2017/03/teigen20170330.pdf
- 8) 日本内科学会専門医部会. 「内科医」の今後のあり方に関するアンケート結果. 東京: 一般社団法人日本内科学会; Sep 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2017/09/enquete_risou_no_naikai_zou.pdf
- 9) 日本内科学会. 専門研修プログラム整備基準【内

- 科領域】. 東京：一般社団法人日本内科学会；Mar 2018. [cited 23 May 2018]. Available from: http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2018/03/2017-program.pdf
- 10) 林純. 理事長挨拶. 福岡：日本病院総合診療医学会. [cited 23 May 2018]. Available from: <http://hgm-japan.com/info/greeting.php>
 - 11) 日本病院会. 日本病院会病院総合医育成プログラム基準【細則】. 東京：一般社団法人日本病院会；30 Sep 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: https://www.hospital.or.jp/sogoi/pdf/sg_20171002_02.pdf
 - 12) 地域医療機能推進機構. JCHO 版病院総合医 (Hospitalist) 育成プログラム. 東京：独立行政法人地域医療機能推進機構. [cited 23 May 2018]. Available from: <https://www.jcho.go.jp/hospitalist/>
 - 13) 全日本病院協会. 全日病総合医育成プログラム. 目指す医師像. 東京：公益社団法人全日本病院協会；1 Mar 2018. [cited 23 May 2018]. Available from: <https://www.ajha.or.jp/hms/sougou/2.html>
 - 14) 日本プライマリ・ケア連合学会. 病院総合医養成プログラム認定試行細則. 東京：一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会；1 Jun 2012. [revised 27 Apr 2014; cited 23 May 2018]. Available from: http://www.primary-care.or.jp/nintei_ge/pdf/generalist_saisoku0427.pdf
 - 15) 日本内科学会認定医制度審議会内科専門研修カリキュラム作成委員会. 内科専門医制度内科専門研修カリキュラム. 東京：一般社団法人日本内科学会；Feb 2017. [cited 23 May 2018]. Available from: http://www.naika.or.jp/jsim_wp/wp-content/uploads/2017/02/all.Internal-medicine-specialist-training-curriculum-all-the-pages.pdf
 - 16) 武岡宏明, 堀端謙, 増井信太, 他. ウェブサイトから調査した大学総合診療部門の現状. 福岡大学紀要 2017；44 (2)：81-86
 - 17) 生坂政臣. 病院総合医は地域医療をどう支えるか—大学病院の立場から—. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2013；36 (3)：207-219.
 - 18) 江口成美. 日医総研ワーキングペーパー No.260 第4回日本の医療に関する意識調査. 東京：日本医師会総合政策研究機構；17 Apr 2012. [cited 23 May 2018]. Available from: <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP260.pdf>
 - 19) 川島篤志. 病院勤務医にこそかかりつけ医マインドを！—病院勤務医による地域医療の実践とその課題—. 日内会誌 2017；106 (8)：1615-1618.
 - 20) 高山義弘. 病院に求められる地域包括ケアシステムとの連携. 在宅新療 0→100. 2017；2 (10)：901-906.
 - 21) 藤谷茂樹. ホスピタリストに必要な能力総論. Hospitalist 2013；1：39-57.
 - 22) Weingarten SR, Lloyd L, Chiou CF, et al. Do subspecialists working outside of their specialty provide less efficient and lower-quality care to hospitalized patients than do primary care physicians? Arch Intern Med 2002; 162(5):527-532.
 - 23) Lee KH, Yang Y, Yang KS, et al. Bringing generalists into the hospital: outcomes of a family medicine hospitalist model in Singapore. J Hosp Med 2001; 6(3):115-121.
 - 24) Wada M, Nishiyama D, Kawashima A, et al. Effects of Establishing a Department of General Internal Medicine on the Length of Hospitalization. Intern Med 2015; 54(17):2161-2165.
 - 25) 松村理司. 日本の病院総合医活躍の鍵. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2013；36 (2)：113-116

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

多職種連携に求められる総合診療医の役割とは何か？

春田淳志^{1,2} 後藤亮平¹

要旨

多職種連携における総合診療医の役割について、論文レビューに基づき、3つのテーマについて論じた。

1. 多職種連携コンピテンシーとそれに基づいた総合診療医の連携教育・協働の役割

日本の多職種連携コンピテンシーは、患者・利用者・家族・コミュニティ中心、職種間コミュニケーションの2つのコア・ドメインと、職種役割を全うする、関係性に働きかける、自職種を省みる、他職種を理解するの4つのドメインからなる。これらは、総合診療医の強みと合致している。

2. 各専門職との関係性からみえる役割

総合診療医は、他の職種から連絡・相談を受けやすい存在であるため、多職種とコミュニケーションをとりやすい関係を構築することが求められる。

3. 地域包括ケアに求められる役割

総合診療医は、個や組織の越境によるイノベーションを生み出し、連携・統合の価値観を醸成し、ミクロからマクロの連携を紡ぐ役割を発揮するのに適した専門医である。

一部、下記の報告書、日本保健医療福祉連携教育学会に寄稿した原稿の内容を一部修正し、この報告書として活用した。

医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー
Interprofessional Competency in Japan http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryop/pdf/Interprofessional_Competency_in_Japan_ver15.pdf

春田淳志, 1. 多職種連携コンピテンシー 特集
専門職連携コンピテンシー, 保健医療福祉連携, 連携教育と連携実践, 9 (2), p106-115, 2016

1. 序論

複雑化した社会問題や高齢者の増加に伴い、患者の多くが multimorbidity (多疾病罹患) となり、従来のように、専門医が臓器中心の疾患のみを診ればよいという時代ではなくなりつつある。さらに、地域では、身体的・医学的問題としての multimorbidity だけでなく、心理社会的な問題を扱うことが求められる。医学的知識だけでなく、心理・社会の状況がど

のように身体の問題に関わっているかを保健医療福祉専門職や非専門職で協働して探索する必要がある。このような保健医療福祉の連携の充実、患者・利用者のケアの質の向上には多職種連携教育 (Interprofessional education: IPE) が必要とされ、特に連携・統合の価値観を有した総合診療医は、現場の連携やその教育を牽引する役割として最適な専門職である。

そこで本報告書では、多職種連携で求められる能力 (コンピテンシー) の概念整理から始め、そこから総合診療医に求められる能力について他の職種からのニーズ、地域包括ケアの視点から述べていく。

2. 多職種連携コンピテンシー

2-1. コンピテンシー基盤型教育

本邦では、昨今の高齢社会により複数の職種連携が必須となり、これらのケアの質の向上には多職種連携教育 (Interprofessional education: IPE) が必要とされる^{1,2)}。医療の進歩とそれに伴う専門分化の広がり、患者安全、医療の質保証、医療者の不足や偏在なども、IPE の必要性を後押ししている³⁾。

1. 筑波大学医学医療系 地域医療教育分野

2. 筑波大学附属病院 総合診療科

2010年WHOが出版したFramework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practiceでも専門職連携の継ぎ目のない教育と実践の必要性がいわれ、同年に出版されたLancet Commission for Health Professionals for 21st centuryでもニーズに合わせたTeam- Based Careを大学・養成校を卒業した者は提供できなければならないとの考えを表明した^{2,3)}。そこで、Interprofessional Education Collaborative (IPEC)やLancet commissionは卒業生が実践の場で何ができるようになるべきかを定義するCompetencyについて紹介し、昨今のCompetency-based educationの流れも相まって、各国でInterprofessional competency frameworkが開発された^{4,5)}。

コンピテンシー (Competency)とは、専門職業人がある状況で専門職業人として業務を行う能力であり、知識、技術の統合に加えて倫理感や態度も求められる。もって生まれた能力ではなく、学習により修得し、第三者が測定可能な能力である。コンピテンシーは専門職活動に密接に関連し、さらに個々のコンピテンシー同士が関連しあっている⁶⁾。似た言葉にコンピテンス (Competence)があるが、これは特定の文脈で、複数の領域あるいは行動(performance)の側面を統合した能力であり、文脈やトレーニングの段階との関連の記述である⁷⁾。また、現場やシステムの変化に適応できる能力としてケーパビリティ (Capability)もコンピテンシーと同様に海外では使用されているが、本邦ではなじみが薄く、評価等に組み込むことが難しい一面がある⁸⁾。

コンピテンシー基盤型教育(Competency-based Education: CBE)とは、専門職の成長段階に応じたコンピテンシーの獲得を教育の中に組み込んでいく方法論である⁴⁾。専門職は「新人」「初心者」「できる職業人」「熟達者」「エキスパート」の段階を経て成長する。「新人」とは断片的な個々の要素だけを知識として持つ段階である。「初心者」は要素を統合し、知識として持つものの、独り立ちしておらず、スーパーバイズを必要とする段階である。「できる職業人」は実際の現場で応用できる実践的能力を持ち、信頼できる行動をとることができる。そして、「熟達者」「エキスパート」となっていく⁹⁾。コンピテンシーを獲得することで、学生は研修生となり、独り立ちした専門家へと熟達していく。コンピテンシーは、知識、態度、技能全てを含む包括的かつ永続的な能力である。また、コンピテンシーが発揮さ

れるためには、知識と技術という異なる側面がある状況下で統合される必要がある。特に、連携に必要なコンピテンシーは、他者との関係とのなかで発揮されるため、態度やモラル、感情、および意思も要求される¹⁰⁾。

多職種連携教育でも、教育の基盤となる多職種連携コンピテンシーを開発することで、コンピテンシー基盤型教育が活用されることが期待される。そこで検討しなければいけない課題として、本邦の保健医療福祉領域の各専門職は同一職種内でも教育課程が大学教育～専門学校、実務経験から認定試験に至るまで多様であり、各専門職は各自の専門性の確立と社会化に力点を置き教育を受け、連携に関する教育内容・方法は軽視されてきたという点である。教育機会となる大学ではまだまだセクショナリズムが浸透し、他の学部と協働の学習機会を作ることが難しく、現場では職種間の権威勾配のため、指示する・指示される関係となり、建設的な話し合いや医師以外のリーダーシップ発揮が回避されている。またチームと連携という概念が顕在化していない日本文化の特徴(高コンテクスト文化、阿吽の呼吸など)もあり、教育現場・実践現場では専門職連携という価値観が医療・福祉の変革を阻んでいる可能性がある。加えて、それぞれの専門職でチーム医療や協働することがCompetencyとして含まれているが、それが共通していないという問題もある。

そこで協動的に職務を遂行できる医療人としての能力を育成することを目的に、卒前教育と臨床実践の継ぎ目のない教育プログラムの開発の基盤として多職種連携に関してもCompetencyの開発が必要となる。本邦でも2016年4月に、日本の専門職種がもつべき専門職連携に関わるCompetency(DomainとStatement)を明らかにした。

次項以降で、各国における専門職連携コンピテンシーのモデルについての概略をまとめ(表1)、その特徴と差異を上げながら、日本におけるコンピテンシー開発、多職種連携コンピテンシーを基盤にした教育における総合診療医の役割を述べる。

2-2. 多職種連携コンピテンシーのレビュー

2-2-1. 英国

このプロジェクトは英国の高等教育アカデミー(HEA: The Higher Education Academy)により公的財政負担を受け、シェフィールド大学とシェフィールドハルマン大学の合同(The Combined Universities Interprofessional Learning Unit: CUILU)でInterprofessional capability frameworkが作成され、

2010年に出版された。Interprofessional capabilityは他の専門職と協働実践ができる能力をさす。Capabilityのコンセプトはこのプロジェクトで開発された。Interprofessional capability frameworkは4つの領域：Collaborative working (CW)：協働の実践、Reflection (R)：省察、The Cultural awareness and ethical practice (CAEP)：異文化への気づきと倫理実践、The organizational competence (OC)：組織能力からなり、評価する方法についても記載されている。学習の最終成果としてのCompetencyというより、常に発展させていくといういみでCapabilityという言葉を使用している。

2-2-2. カナダ

このプロジェクトはカナダ保健省 (Health Canada)により公的財政負担を受け、CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative)のワーキンググループが文献や既存のフレームワークのレビューとその評価、利害関係者の相談を通じたフレームワークの改訂を行い、2010年に出版された。

以下の6つのコンピテンシー領域と能力レベルは、実践の場やコンテキストに関連した学生や実践者に適用することができる。このフレームワークは専門職連携協働者が複雑性やコンテキスト、質改善の必要性に応じて変化することを認め、CIHCはど

表1. 各国の多職種連携コンピテンシーのフレームワークの概略

フレームワーク	国 (出版された年)	背景	言葉	領域	評価
Interprofessional Capability Framework (Combined Universities Interprofessional Learning Unit)	英国 (2004)	将来の保健医療福祉専門科にむけて一貫し、統合され、患者中心のアプローチを現代の教育に提供すること、チームワークやパートナーシップ、職種間や関係組織との協働や患者との協働を促進するため	Capability	<ul style="list-style-type: none"> 実践の中の知識 倫理実践 専門職連携実践 省察 (学習) 	あり
National Interprofessional Competency Framework (Canadian Interprofessional Health Collaborative Working Group)	カナダ (2010)	国のコンピテンシーフレームワークに対する専門職連携協働の開発のため	Competencies	<ul style="list-style-type: none"> 専門職観コミュニケーション 患者/利用者中心のケア 役割理解 チーム機能 協働的リーダーシップ 専門職間のコンフリクト解決 	未だ妥当性が示されていない
Interprofessional Capability Framework (Curtin University)	オーストラリア (2011)	協働的であり、効果的・効率的に専門職チームで実践することができ、利用者や家族やコミュニティへ安全で質の高いサービスやケアを提供できる医療福祉専門職になるようなCapabilityを促進するため	Capability	<ul style="list-style-type: none"> コミュニケーション チーム機能 役割認識 専門職連携におけるコンフリクト解決 振り返り (個人とチーム) 	未だ妥当性が示されていない
Core Competencies for interprofessional Collaborative Practice (interprofessional Education Collaborative Expert Panel)	米国 (2011)	医療保健福祉の教育を変え、より患者中心やコミュニティに根差した安全なヘルスケアシステム構築のためのニーズを明言するため	Competencies	<ul style="list-style-type: none"> 専門職連携実践のための価値観/倫理 協働診療のための役割と責任 専門職間のコミュニケーションの実践 専門職連携チームワークおよびチームベースの診療 	未だ妥当性が示されていない

のように複数のコンテキストにフレームワークを適用できるかについてのいくつかの例を記載している。これを利用する者は教育者、学習者、管理者、実践者雇用者、認定者を意図している。しかしながら、どのようにコンピテンシーが評価されるべきか、学習者や実践者がコンピテンシーに達したかどうかを確かめる証拠をどのように集めるかについての示唆は記述されていない。

6つのコンピテンシー領域

- ① Interprofessional communication：専門職間のコミュニケーション
- ② Patient/client/family/community-centred care：患者/利用者/家族/コミュニティ中心のケア
- ③ Role clarification：役割の明確化
- ④ Team functioning：チーム機能
- ⑤ Collaborative leadership：協働的リーダーシップ
- ⑥ Interprofessional conflict resolution：専門職間のコンフリクト解決

2-2-3. オーストラリア

カーチン大学によって、2011年IPEを健康科学のカリキュラムのコア要素として入れるべくWHOの協力の下The interprofessional Capability Frameworkが開発された。このフレームワークは英国のSheffield Hallam大学とCIHCのフレームワークを援用している。専門職スタッフ、学生、産業の代表者、IPEの国際的な専門家、サービス利用者の代表者等とも相談をしながら開発した。また妥当性の検討中であるようだが、Interprofessional capability assessment toolも併行して開発された。

以下の3つのコア要素と連携協働実践に関わる5つの領域から構成され、3つのコア要素は5つの連携協働実践のCapability領域の土台となる。5つの連携協働実践は3つのコア要素を達成するために互いに相互作用を起こす。

1) 専門職連携の3つのコア要素

- ① 利用者/家族・コミュニティ中心のサービス/ケア
- ② 利用者の安全と質
- ③ 連携協働実践

2) 連携協働実践の5つの領域

- ① コミュニケーション
- ② チーム機能
- ③ 役割認識
- ④ 専門職連携におけるコンフリクト解決
- ⑤ 振り返り（個人とチーム）

2-2-4. アメリカ

アメリカ看護大学協会、アメリカ整骨医学大学協会、アメリカ薬科大学協会、アメリカ歯科教育学会、アメリカ医科大学協会、公衆衛生大学連盟の6つの組織によって作成された。16の大学からの専門職連携教育についての情報共有を受け、13人の委員会参加者によってCore Competencies for Interprofessional Collaborative Practice (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel) が2011年に刊行された。翌2012年には日本保健医療福祉連携教育学会により日本語訳（専門職連携実践のためのコア・コンピテンシー）が作成・発行された。このプロジェクトで開発されたコンピテンシーでは、プライマリ・ケアといったヘルスケアを直接的に行う専門家と地域社会の状況を俯瞰できる公衆衛生専門家が役割と責任を分かち合い緊密に結びつけるものとしており、「患者および家族中心」と「地域社会及び地域住民重視」であることが行動の原則となっている。また、米国医学研究所（IOM: Institution of Medicine）のコア能力のひとつである「患者中心のケアを提供する」ことは専門職連携実践のための能力開発にとって中心的であることも述べられている。

以上を踏まえ国内に限らず全世界の文献、アメリカ保健専門職組織、アメリカ各地の教育施設間などの合意を踏まえ、以下の4つの専門職連携能力領域が挙げられた。

1) 専門職連携実践の能力領域

- ① 専門職連携実践のための価値観/倫理
- ② 協働診療のための役割と責任
- ③ 専門職間のコミュニケーションの実践
- ④ 専門職連携チームワークおよびチームベースの診療

これらの4つの能力領域の中で、特定の個々の能力は、資格取得前教育、あるいは認定前教育が終わるまでに達成される行動学習の目標であり、学習活動に関連があると同時に、その学習活動の目標を達成するための有効性の評価にも関連している。

2-3. 日本の多職種連携コンピテンシー

日本では代表的な保健医療福祉の連携に関するコンピテンシーとして「文部科学省 成長分野などにおける中核的専門人材養成の戦略的推進事業 医療・保健・福祉の現場を支える『多職種連携力』を持つ人材育成プログラム開発事業」（主幹：三重大学）の一環で開発された多職種連携コンピテンシーがある（図1、表2）。ここでは、総合診療医にも関

わる，学生から実践家に至るまでの保健医療福祉専門職を対象にした多職種連携コンピテンシーの概略を提示する。

JAIFE（日本保健医療福祉連携教育学会）を始め，日本医学教育学会，日本歯科医学教育学会，千葉看護学会，日本薬学会，日本理学療法士協会，日本作業療法士協会，日本栄養学教育学会，日本社会福祉学会，チーム医療推進協議会など多数の医療保健福祉の団体・協会の協力のもと2016年4月，日本の多職種連携コンピテンシーが完成した。このコンピテンシーは他国の多職種連携コンピテンシーと同様，専門職の連携協働を円滑に進めるための能力のなかでも，特に「協働的能力」として各専門職単独で学べる能力ではなく，複数の職種との連携協働を

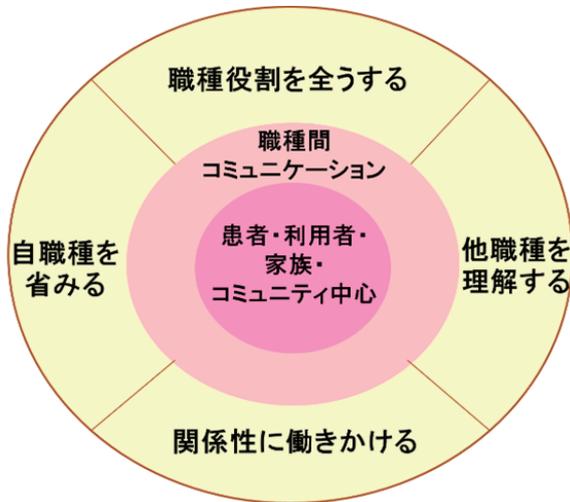


図1. 日本の多職種連携コンピテンシーの概念図

通じてはじめて学べる能力に焦点を当てている。また，複数の専門職種間で共通した理念をもとに，連携協働するために必要な協働的能力としての連携コンピテンシーを複数の専門職種間で明らかにすることで，養成教育から生涯教育に至るまでの専門職連携教育をすすめる道標となることを期待した。

1) 2つのコア・ドメイン

①患者・利用者・家族・コミュニティ中心

医療保健福祉の専門職はそれぞれの専門性を活かした視点を持っているがゆえに，各専門職が独立して掲げる目標設定が異なる可能性がある。だからこそ「患者・利用者・家族・コミュニティ中心に重要な関心事／課題に焦点を当て，共通の目標を設定することができる」ことが連携の目的であり，欠くことができない要素である。これを意味するため，図には連携コンピテンシーの中心に「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」のドメインを位置づけた。

また，患者・利用者・家族・コミュニティは医療保健福祉の各専門職が介入，あるいは支援の対象となる人，あるいは共同体である。コミュニティは，地域包括ケアや地域コミュニティという意味での地域コミュニティ，学校に関わるソーシャルワーカーや保健師などにとっては学校コミュニティ，職場に関わる産業医などにとっては職場コミュニティなどを指す。

②職種間コミュニケーション

職種間コミュニケーションは，職種背景が異なることに配慮し，互いに，互いについて，互いから職

表2. 日本の多職種連携コンピテンシーのフレームワーク

<p>● コア・ドメイン</p> <p>○患者・利用者・家族・コミュニティ中心：Patient-/Client-/Family-/Community-Centered 患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために，協働する職種で患者や利用者，家族，地域にとっての重要な関心事／課題に焦点を当て，共通の目標を設定することができる。</p> <p>○職種間コミュニケーション：Interprofessional Communication 患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために，職種背景が異なることに配慮し，互いに，互いについて，互いから職種としての役割，知識，意見，価値観を伝え合うことができる。</p>
<p>● コア・ドメインを支え合う4つのドメイン</p> <p>○職種としての役割を全うする：Role Contribution 互いの役割を理解し，互いの知識・技術を活かし合い，職種としての役割を全うする。</p> <p>○関係性に働きかける：Facilitation of Relationship 複数の職種との関係性の構築・維持・成長を支援・調整することができる。また，時に生じる職種間の葛藤に，適切に対応することができる。</p> <p>○自職種を省みる：Reflection 自職種の思考，行為，感情，価値観を振り返り，複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し，連携協働に活かすことができる。</p> <p>○他職種を理解する：Understanding of Others 他の職種の思考，行為，感情，価値観を理解し，連携協働に活かすことができる。</p>

種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる能力である。「相互に」だけでは表し切れない双方向性のやり取りを明確にするために、CAIPEのIPEの定義に倣って、互いに、互いについて、互いから (with, about and from each other) という表現を使った。この職種間コミュニケーション能力は外側の4つのドメイン全てに関わる能力でもある。

2) コア・ドメインを支える4つのドメイン

コア・ドメイン以外の外側の4つのドメインは、コンピテンシーを活用する状況に応じて、各専門職が必要とする能力が変化するため、あえて大きさの違いや矢印などの関連性などは記載していない。コンピテンシーを活用する人がどのようにでも活用できるよう、そして関連ある独立した能力として俯瞰できるよう、そしてコア・ドメインを支え合うことを意味するために外側に4つのドメインを位置づけた。

①職種としての役割を全うする

様々なセッティングで働く保健医療福祉職にとって「互いの役割を理解し、互いの知識・技術を活かし合い、職種としての役割を全うする。」ことは専門性の一つである。病院・介護福祉施設・在宅などのセッティングや病期の違いで、専門職の役割が変化し、それを全うすることが求められる。

②関係性に働きかける

複雑な問題については互いの専門職が最大限に役割を認め合い、その相互作用から解決の糸口を探し、あるいはそのプロセスを共有し、問題を安定化させる戦略が必要である。また組織の発展の意味でも、互いの関係が比較的フラットになる関係をつくり、かつ個人の専門職とのやり取りができるよう「複数の職種との関係性の構築・維持・成長を支援・調整することができる。」ことは重要な能力となる。また、葛藤を避ける傾向にある日本の文化的背景の中で「時に生じる職種間の葛藤に、適切に対応することができる。」ことはチームが発展していく中で欠くことのできない能力である。

③自職種を省みる

各職種が「自職種の思考、行為、感情、価値観を振り返り、複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し、連携協働に活かすことができる。」ことで、相互依存性である保健医療福祉専門職の中での自職種の強みと弱みを理解し、他の職種に対して憤りや抵抗を感じる自分を俯瞰し、自分の感情に気づき、他者への行為をマネジメントする能力が必要と

なる。

④他職種を理解する

これまでは、各職種が「他の職種の思考、行為、感情、価値観を理解し、連携協働に活かすことができる。」ことを学ぶ機会は少なかった。私の経験上でも働くようになって、初めて話した職種も多い。現場では高齢者ケアを始め、社会的に複雑な患者・利用者に関わるが増え、保健医療福祉領域を横断しコミュニケーションをとる機会が増えている。それぞれの立場からは、自分が所属する領域以外の保健・医療・福祉の領域は異文化となり、コミュニケーションの障壁を感じるかもしれない。しかし、同じ患者・利用者・家族に関わる職種として、様々な職種役割に興味を持ち、知らないことは知っている他職種に働きかけるやりとりは、よりよい治療やケアにつながる。

2-4. 多職種連携コンピテンシーを基盤にした多職種連携教育・協働における総合診療医の役割

多職種連携コンピテンシーを基盤にした多職種連携教育・協働における総合診療医の専門性が活かせる役割について、以下の4点について述べる。

1) 総合診療医がもつ協働的能力の活用

医師の中でも総合診療医は、個々の専門的な能力や共通の能力に関するコンピテンシーの一部として協働的能力をもつ専門家として位置づけられている。そのため、総合診療医は専攻医の研修中から、連携コンピテンシーを基盤に研鑽しているため、医師会のコーディネーター、地域包括ケア会議の運営支援、複雑事例のコーディネーターなど高度で複雑な多職種連携協働が求められる。また、根強く残る医療の階層性をうまく活用し、多くの他職種の役割を引き出す役割も求められている。さらに、専門職種として高い協働的能力が求められる看護師や医療ソーシャルワーカー、地域包括支援センターなどとともにコミュニティを体系的につなぎ、機能的に協働運営することが求められる。

2) 地域コミュニティという視点で行政と関わりができる医師

地域コミュニティという視点をもつ総合診療医は、保健医療福祉だけでなく、行政職種まで関わりが多い。ヘルスプロモーションや地域診断などを実施できる総合診療医は、高いレベルで行政との連携協働することが可能である。多職種連携コンピテンシーに照らし合わせると、行政の役割を理解し、その関係性を円滑にするよう働きかけ、自職種の役割を省みながら、地域コミュニティの俯瞰した

目で専門性を発揮することができる医師は、他の専門医と比較しても総合診療医の強みと考えられる。

3) 専門性として獲得している教育能力の活用

各専門性の発展とともに教育内容が増え、各自の専門性の確立と社会化に力点を置いた教育をせざるを得なくなり、柔軟にカリキュラムを調整することが困難になっている。そのため、連携に関する教育内容や方法は軽視され¹¹⁾、大学内ではセクショナリズムが浸透し、他の学部と協働の学習機会を作るとは難しい状況が続いた。しかし、昨今連携教育が少しずつ広まり、学生時代から連携教育を受けてくる世代が増えてきている。このように、時代によって連携教育の経験者が増え、連携教育という言葉が醸成した時代の空気によって、徐々に世代間ギャップができ、若い世代とベテラン世代では他の職種との距離の取り方が変わってきている。そのため、総合診療医は、現場で根付いている階層関係を自明としているベテラン世代にも多様な価値観を受け入れるマインドを発揮し、さらに多職種の教育背景を理解した上で現場での連携教育を牽引し、他職種の振り返り支援やそれに基づく多職種役割の活用など、多職種連携教育においても総合診療医の強みを発揮することができる。

4) 地域コミュニティに貢献するという動機づけの伝播

忙しい臨床現場では、連携協働を振り返り、現場での連携実績の蓄積がないため、具体的な連携教育や協働実践の評価などについて共有されてこなかった。そのため、互いの職種の役割を活用し、地域コミュニティへの貢献といった動機づけが、組織全体に醸成していくことが難しかった。しかし、総合診療医は、地域コミュニティを専門性として捉えることができ、さらに医師としての役割に貢献しながら、現場の連携をメタ認知し、組織の連携がうまく発展できるよう、様々な職種や部署、組織に働きかけていく能力を研修の中で獲得してきているため、高い動機づけで医師が地域コミュニティに貢献することができる。その姿を多職種がみると動機づけが伝播されることは想像に難くない。地域コミュニティが変化するためにも、高い動機づけで地域コミュニティに貢献する総合診療医の役割は大きい。

3. 各職種との関係からみえてくる総合診療医の役割

3-1. 各職種から求められる総合診療医の役割に関するレビュー

60人のヘルスプロバイダーに対してインタビューした研究結果では、連携実践に必要な能力には専門職の役割と責任を理解し承認することが挙げられている¹²⁾。このように相互の職種理解がないと、患者を含んだ多職種のコミュニケーションや関係構築も難しくなる¹³⁾。そこで、多職種連携に関して著者2名により実施した総合診療医と看護師の関係性のレビュー、そして看護師以外の職種とのレビューを紹介する。

看護師との関係性におけるレビューは、質的・量的研究が混在しており、統一したフォーマットを作成することが困難であったため、Narrative Reviewを実施した。

医療の臨床現場では、医師と看護師の効果的な連携は無駄な時間の減少、処方プロセスの改善、治療までの期間の短縮、コストの軽減などの患者アウトカムを改善することが報告されている¹⁴⁻¹⁸⁾。52人のヘルスプロフェッショナルにインタビューした研究¹⁹⁾では、総合診療医とON (oncology nurse)に必要なのは「ミーティングの場」であるとしている。実際、総合診療医はONとディスカッションできる場を設けにくい、ONは複雑な臨床判断には総合診療医の意見を必要としている。また、専門医とはタイムリーな情報交換が困難なことがあり、その際は総合診療医をバイパスして専門医に相談することがあると報告されている。もう一つは、臨床現場の看護師を対象に、患者のケアにおける意思決定・社会的支援等の機会における看護師の役割認識と総合診療医との関係性についてアンケート調査した研究であった²⁰⁾。結果として、看護師は患者のニーズを明らかにした上で総合診療医につながる事が看護師の大切な役割であり、このような能力を獲得することが総合診療医との信頼関係を高めるために重要と考えていた。また、総合診療医との信頼関係を構築することが患者ケアにおける看護師の自由度を高めると報告されていた。

看護師以外のレビューは、2013年まで調査した系統的レビュー論文²¹⁾とその研究と同様の手法を用いて実施した2013年～2017年までのReviewをまとめ、結果を紹介する。

系統的レビュー論文では、薬剤師は総合診療医との関係において、連携においては薬剤師によるボトムアップとリーダーシップが求められる、との報告があった。また、総合診療医と薬剤師の双方の役割を知ることは、信頼関係を構築するための前提条件であった。さらに、良好なコミュニケーションをとるためには、施設基準や診療報酬などで連携協働をコントロールすることや卒前・卒後の多職種連携教育の必要性が報告されていた。精神保健福祉士との関係は、複数の関係施設や職種の視点や特定の状況に柔軟に適応した協働のモデルが支持を得ていた。実際には、定期的かつ構造化されたミーティング、プロジェクトマネージャーによる調整、一貫した患者・利用者のマネジメント、関連する職種の積極的参加がポジティブな影響を及ぼしていた。また、互いの役割について知る機会を作ることが期待されていた。一方で、対患者との関係において、医師の二極化した態度（過度に患者あるいは医師を守る態度）と精神保健福祉士の態度の違いが障壁となっていた。また、精神保健福祉士は、患者のケアだけでなく、チームの指導や支援を期待されていた。さらに、患者との継続的な関係構築のルールがないこと、金銭的、地理的、時間的な制約も協働における障壁として挙げられた。

他の職種に関するレビューでは、理学療法士ではリハビリの専門性やリハビリ処方権限が連携協働の障壁になり、ソーシャルワーカーには、チーム全体のリーダーシップや調整役として求められる一方で、階層関係や問題の優先順位の違い、相互の尊重と敬意の欠如、具体的にはコミュニケーションやケースカンファレンス不足が障壁として挙げられた。

2013年～2017年の総合診療医と看護師以外の職種との関係性についての General Practitioner (GP) だけでなく、Family Physician のキーワードを追加したところ、10件の論文が該当した。

GP と薬剤師の関係性では、3件の論文が該当した。一つは、GP と CP (community pharmacists) に行われたインタビュー調査であった²²⁾。結果として、GP と CP の間には階層関係があり、慢性疾患患者の管理に負の影響を与えているといわれている。また、GP は CP が慢性疾患管理に関するどのような知識を持っているか把握しておらず、そのことが連携の障壁になっていると報告されている。別の GP と CP を対象にしたインタビュー調査²³⁾では、職種間連携の障壁となる要因として、7つの内的要因

(共感/反感、信頼、お互いのことを知らないこと、やる気の欠如、知識の不足、情報を批判的にとらえる、偏見)、9つの外的要因(情報入手、威圧的な要求、互いのコンピテンシーに関する知識、限られた時間、誰かを介してのコミュニケーション、知識レベルの違い、過度な警告、施設間の距離、自己判断する患者)があり、GP と CP によるコミュニケーションの方法としては、10の組織要因(不適切な処方、ジェネリックへの変更、営業時間、特別な処方の扱い、処方箋の移送、病院からの退院、薬の在庫調達、費用の削減、相互が持つ情報や資源の利用可能性の向上、画期的なアイデアとその実行)、8つの投薬関連要因(不適切な処方、利用不能薬の交換、タブレットの正確な分割、患者への併用薬、服薬量と期間、曖昧な処方;軟膏等、患者の現状に関する情報交換;新しい吸入器を使用等、新しい市販薬)、4つの患者関連情報項目(アレルギー等、異常行動、患者の問題の扱い方;GP と CP の間、アドヒアランス)が挙げられた。さらに、GP と CP との連携協働の有用性の認識について、GP と CP にインタビューした結果、3つのレベル:ヘルスシステム(統合されたケアの準備、システムの効率向上)、GP と CP (仕事満足度の向上、患者中心性の向上)、患者(患者安全性の向上)において有用との認識が報告されている²⁴⁾。なお、この認識は連携協働の経験の有無に関わらず同様の結果であった。

GP と理学療法士 (PT: Physical Therapist) の関係性においては、GP と PT 間で共有すべき項目についてのインタビュー調査が該当した²⁵⁾。結果として、GP は現在の診断、これまでの経過、リハビリの目標と期間、理学療法の進捗等に関するフィードバックを挙げた。一方、PT は痛み・能力低下の評価に関するコミュニケーション、過去の病歴とフォローアップの予定、介入上の注意点、心理社会的問題等が挙げた。このことから、効果的な専門職コミュニケーションには、簡潔かつ分かりやすい、互いに必要としている情報の準備が求められていた。

GP と専門医、MA (medical assistants) との関係性については、2件の論文が該当した。一つは、総合診療医とがん専門家間のコミュニケーションや関係性を調査した報告であった²⁶⁾。結果として、1) 不十分かつ遅いコミュニケーション、2) 専門医に基づいた治療という専門医の認識、3) がん治療では家庭医の存在が重要という家庭医の信念、4) がん治療に対する家庭医の参加意欲、5) 家庭医の腫瘍学の知識/経験に関するがん専門医と家庭医の不確実性、6)

家庭医とがん専門医における役割認識の相違、の6つが明らかになった。この結果から、双方のコミュニケーションが重要であることが示された。また、MAとの関係についてエスノグラフィーを行った研究では、小さな診療所におけるMAの役割は、MA自身のキャリアモチベーションだけでなく、臨床医やナースプラクティショナーとの関係性によって決まっていたことが報告された²⁷⁾。

多職種からなるチームに求められるGPの役割と位置づけに関しては、4件の論文が該当した。一つは、高齢者の終末期における環境の変化の経験と影響を調査するため、患者、患者家族、かつ医療従事者を対象にインタビューした研究である²⁸⁾。結果として、GPは終末期ケアにおけるセッティングの移行や調整時には重要な職種として位置づけられているが、他の職種からはGPの専門性やガイドラインの遵守について批判的な意見があった。また、慢性疾患患者を対象にしたインタビューでは、IPT (interprofessional team) ミーティングにおいて患者が重要視するものとして、1)患者中心性、2)患者の参加機会、3)適切なチーム構成、4)構造化されたアプローチ、5)敬意をもったコミュニケーション、6)会議の結果を患者に開示すること、の6要因が挙げられた²⁹⁾。同様に、患者を対象に含んだ別の研究では、慢性疾患患者が、精神障害に対するケアを受けることに影響する要因をプライマリ・ケアにおける患者と医療者にインタビュー調査した研究があった³⁰⁾。結果として、患者は全人的ケア、サービ

スへのアクセスの良さ、ケアマネジメントを挙げ、家庭医を含む医療者は多職種連携協働、心理士へのアクセスの良さ、診療所等におけるコミュニケーションとサービス調整を挙げており、患者・医療者ともに似た傾向であった。最後に、プライマリ・ケアにおいてケアプランの作成に関連する多職種連携の要因について、家庭医を含む医療従事者にインタビューした研究では、1)患者関連要因、2)専門職関連要因、3)個人間の関係性の要因、4)組織要因、5)外的要因の5要因が抽出された (図2)³¹⁾。

3-2. 各職種から求められる総合診療医の役割

総合診療医は患者中心性や多職種連携協働能力を備えている専門医であるため、多職種から連絡・相談を受けやすい存在である。一方で、多職種からは医師としての権威やコミュニケーションの障壁を感じやすいのかもしれない。そこで、総合診療医は医師以外の職種がどのような専門性を持っているか、どのような情報提供を望んでいるかを理解し、多職種とコミュニケーションをとりやすい存在となるべく、普段から多職種と信頼関係を構築することが求められる。それが各職種から求められる総合診療医の役割であり、他の専門医の中では最も実践しやすい存在である。さらに、総合診療医が多職種と専門医をつなげる役割を担い、多職種と信頼関係を構築することで、多職種の自立性を高め、患者ケアの向上につながることは容易に想像できる未来である。

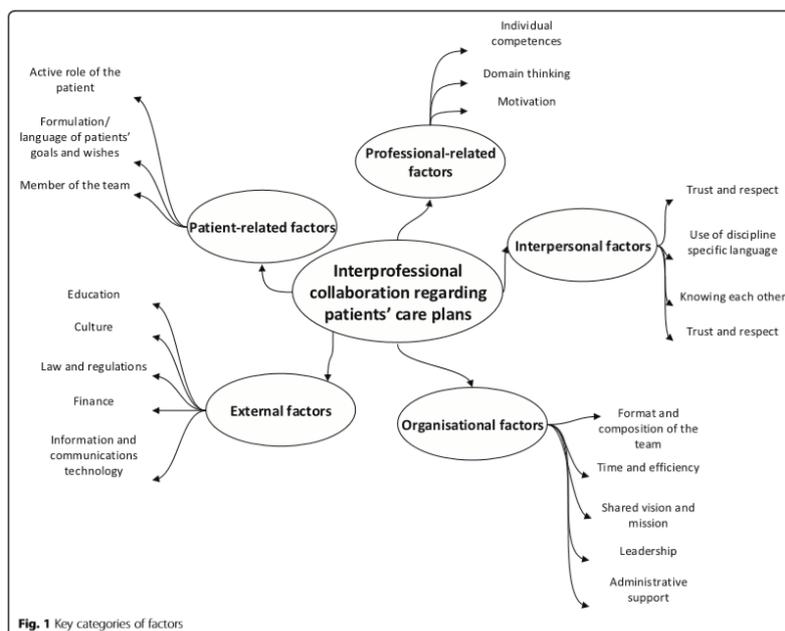


図2. 1) - 5) の要因の概略

4. 地域包括ケアに求められる総合診療医の役割

総合診療医は、領域横断的な問題を扱うことが多いため、他の領域別専門医や多職種と連携して問題解決する機会が多い。また総合診療医が強みとする包括性や継続性が活かされる地域包括ケアシステムでは生活を基盤として、急性期から慢性期の連携を体系化したシステム構築が求められている。特に、2025年に本格始動される地域包括ケアでは、総合診療医に求められる役割は大きい。そこで、地域包括ケアに求められる総合診療医としての多職種連携における役割を地域包括ケアの概念枠組みとして紹介する。

4-1. 地域包括ケアにおける「連携」「統合」

2025年にむけて地域包括ケアが本格始動を迎えようとしている中で、生活圏単位での様々なサービスを「統合」していく上での基盤として多職種および多機関の「連携」が必要とされる。「連携」と「統合」についての言葉を整理すると、辞書には以下のように記載されている。

連携：連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をすること（大辞林第3版）。

統合：複数の諸要素が相互に結合し、単一の全体性を獲得する過程で、分裂に対する概念（ブリタニカ国際大百科事典 小項目事典）。

このように、「連携」はコミュニケーションにより焦点化された言葉であり、「統合」は具体的には物理的・身体的・心理的・社会的結合を意味する言葉である。「連携」「統合」は相互に関連する言葉ではあるが、包含する概念は多少異なる。地域包括ケアの文脈では「統合」という概念から理論的枠組みを提供していることが多く、本稿ではこの枠組みを援用し、「連携」の意味を探索する。

(1) 「統合」という概念

「統合」についてはValentijnが統合の範囲を分析し、その範囲を1)人間中心のケアであるミクロの範囲、2)専門職や組織の統合であるメゾの範囲、3)システムの統合であるマクロの範囲、4)ミクロからマクロまでに渡る広範囲と整理した³²⁾。マクロレベルの統合不全はミクロレベルの統合を困難にし、逆にミクロレベルでの統合不全もマクロレベルでの統合を困難にすると指摘している。上記の3つの統合の範囲にはさらに、①臨床的統合（Clinical integration）、②組織的統合（Organizational integration）、③専門職的統合（Professional integration）、④システムの統合（System

integration）、⑤規範的統合（Normative integration）、⑥機能的統合（Functional integration）の6つが含まれている³³⁾。

1) ミクロの統合

①臨床的統合（Clinical integration）

人を中心としたミクロのレベルでの統合を意味する。総合病院で遭遇するのは、入院している患者に同じ病院内で様々な領域の専門医や専門職が協同して治療にあたる場合があげられる。ICUで救急医と外科医などが治療を統合し、科横断的に関わる緩和ケアチームやNST（Nutrition Support Team）などは該当分野のケアを統合することが該当する。

2) メゾの統合

②組織的統合（Organizational integration）

異なる組織間のケアの統合を意味する。例えば、独居高齢者の認知症の徘徊に対して、病院・診療所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、保健所や保健センター、ボランティアグループ等が協同して提供するサービスの統合が該当する。

③専門職的統合（Professional integration）

総合的なケアを提供する為に、専門職間で役割・責任と説明責任・能力を分担し、統合する。これは組織の内外において実践される。職種という単位ではメゾの統合であるが、ミクロからマクロすべてのレベルの統合において不可欠な統合である。

3) マクロの統合

④システム統合（System integration）

国や県など地理上の区分において、戦略的な計画や資金管理、プログラムの有効性、サービスのカバー率等の活動を統合する。政府や自治体の政策がこれにあたる。

4) ミクロ・メゾ・マクロに渡る広範囲の統合

⑤規範的統合（Normative integration）

上記のミクロ・メゾの統合のプロセスで「価値観」「文化」「視点」を統合する。全ての基盤であるが、ミクロ・メゾ・マクロの影響も受け、時間と労力が要される。地域包括ケアシステムの構築において、自治体に求められる機能の一つとして明記されているが、1)～3)のプロセスをどう紡いでいくかが成功のカギになる。

⑥機能的統合（Functional integration）

上記のミクロ・メゾの統合をマクロの視点からサポートする統合で、財務管理、人事、戦略計画、情報管理や品質向上などの重要なサポート機能の調整が含まれる。一カ所に集中したり標準化したりする必要はないが、それぞれのルールや機能を理解し、

様々な組織や機関がパートナー関係になることが重要だとされている。

(2)「統合」と「連携」

臨床的統合は主に、患者や利用者の情報を相互に共有することが主の目的となり、コミュニケーションの内容は患者や利用者に関する情報となる。臨床現場では、このプロセスが主な業務となるが、これだけではメゾやマクロの統合（組織的・専門職的・規範的統合）は難しい。メゾやマクロの統合を促進するためには、患者や利用者の情報に加え組織や専門職の役割を伝えあい、かつその背景にある組織や専門職がもつ価値観・文化・視点を学び合うことが重要となる。しかし、忙しい業務に忙殺されると、潜在化された相互の価値観・文化・視点の違いは意識されず、役割の押し付け合いになってしまい、他の組織や職種が自組織や自職種の役割を全うするときの制約となり、組織間・職種間の葛藤が生じる。そこで、組織や専門職の違いを意識下にするために、省察や価値観や視点を意識した対話的学習の仕掛けをつくることが重要となる。省察を含む対話と具体的業務の往復が、組織的・専門職的統合を可能とする。こうしたミクロ・メゾの統合が徐々に進み、関わる組織・専門職間の文化として徐々に規範的統合が創造される（図3）。

4-2. 地域包括ケアに求められる総合診療医の役割

組織運営や協働的能力を獲得している総合診療医は、このような統合を牽引し、単一職種や組織だけで考えていた視点（Uniprofessional）を徐々に

拡大させ、他の組織や専門職の役割を互いに理解できるようにし、それぞれの価値観・視点を尊重しながら互いの役割を活用し合うことができる（Interprofessional）。規範的統合が進んでいくと、自職種や自組織だけでなく地域に愛着が生まれ、地域の問題を自分事として考えることができ（内在化）、さらに地域での成功体験を繰り返していくことで、集団的効力感が醸成され、役割の境界を越えて職種・組織と協働できるようになり（Transprofessional）、組織・職種のアイデンティティが変容する³⁴⁾。

プライマリ・ケアにおける総合診療医の役割期待として、医師としては、1)患者中心性を基盤にした意思決定、2)診断や治療の専門的な知識の提供、3)オープンな情報管理と制度やルールの遵守が期待されていた。また、他の職種との関係としては、4)他の職種や専門医への橋渡し、5)医師としての関係調整、6)他の職種役割や価値観の情報提供者であることが求められた。さらに、地域全体を俯瞰する総合診療医の立場として、7)学習する組織として対話や省察を促すチーム学習を進める先導者であるが必要になる。

これらの要素は総合診療医に求められるコンピテンシーと合致するものが多く、まさに総合診療医は、教育と実践現場だけでなく、専門職種間をつなぐパイオニアとして、多くの個人や集団が境界と感じている境界を横断する越境者としての役割が求め

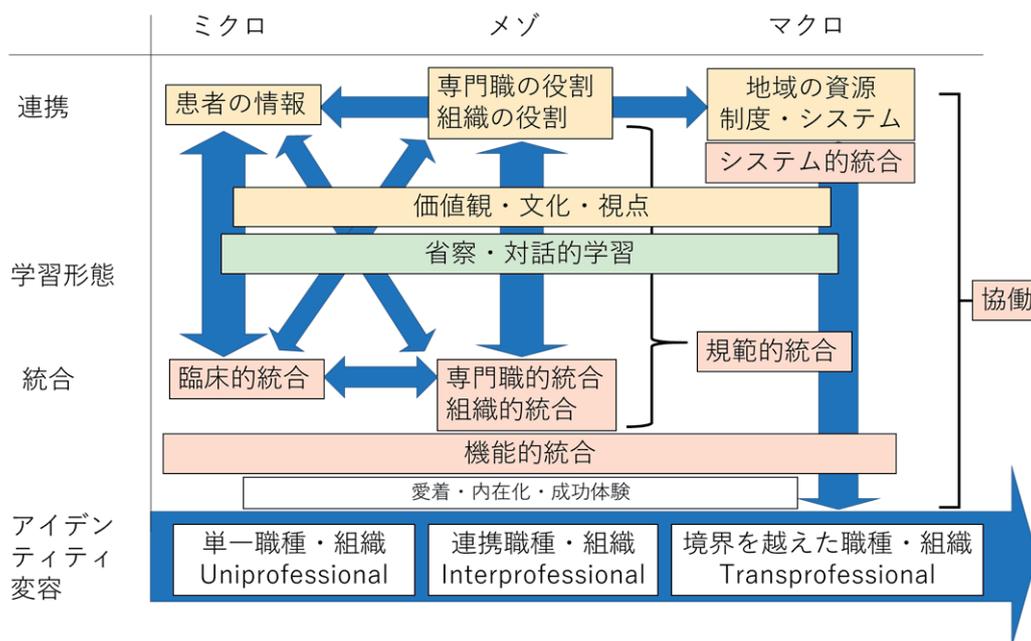


図3. 地域包括ケアにおける連携、学習形態、統合、アイデンティティ変容の位置づけ

られる。保健医療福祉の分野でも、社会環境が大きく変化する中で、文脈を横断、すなわち越境によるイノベーションの必要性が叫ばれている³⁵⁾。しかし、越境はそれほど簡単ではない。この越境論については、エンゲストロームの「水平的学習」と「ノットワーキング」が参考になる。保健医療福祉専門職が、専門職としての行為を「アタリマエ」にできるよう熟達化していく過程を垂直的学習と呼ぶ。一方で、越境的な実践を通して「アタリマエ」の意識が変わる異化のプロセスを「水平的学習」と論じた。専門職として社会化するだけでなく、その社会化を異化するプロセスが現場の保健医療福祉専門職には必要となる。その仕掛けを作るのは、「水平的学習」にも慣れており、現時点では他の職種との関係では力を持ちやすい総合診療医が適任なのかもしれない。

またエンゲストロームは、越境に特徴的な、毎回異なるメンバーにそのつど結び目を結うような協働を「交渉によるノットワーキング」と呼び、チームという集団から個人と個人の結び目への変化を紡ぐ必要性を論じている³⁶⁻³⁸⁾。青山も同様に「固定的なチームから、その場での協働という新しいスタイルへと、働き方が変わりつつあるという見方」を指摘している³⁵⁾。このように、保健医療福祉領域も、多くの集団が境界と認識している領域間の越境を通じて、チームや組織にしばられない新しい個と個の協働の関係性を学び、越境によるイノベーションを生み出す機会を作ることで、連携・統合の価値観を醸成することができるかもしれない。このような役割を担うことができるのは、現時点では他の職種とも近く、セクショナリズムや医師が階層関係の上位である認識が未だ残る保健医療福祉領域では、総合診療医が適任である。水平的学習やノットワーキングを作りつつ、多くの集団が抱えている階層関係を打破すべく、また Nurse Practitioner や各専門職に積極的に医師の役割を移譲するためにも、それらの職種に医療知識を共有し、他の職種の専門性を習う姿勢を謙虚に持ち続けることも大切な総合診療医の役割である。

5. 総括

本邦で保健医療福祉領域が連携協働を進めていくためには、専門職間だけでなく、教育と実践現場の体系的な融合が必要である。そのためにも、教育と実践の共通目標として日本における多職種連携コンピテンシーについて解説した。

専門職を対象にした教育としては、大学教育～専門学校、実務経験から認定試験に至るまで多様な中で、多職種連携コンピテンシーを基盤に教育を構築していく必要がある。各専門職は各自の専門性の確立と社会化だけでなく、職種を超えた領域横断的な教育と社会化が今後の教育には必要となってくるだろう。また、このような教育を受けた学生が現場で働くようになるにつれて、世代間ギャップが明らかになってくる。このギャップを埋めるためにも、現場の専門職に対しても多職種連携コンピテンシーを基盤にした On the job training や実際の連携協働をみせていく必要があるだろう。

多くの医師は自身の知識やスキルの高い専門性が故に、自己防衛的に自己役割を規定することがある。一方で、総合診療医は協働的能力を一つの専門性に掲げているため、他の職種の認識と自己評価を照らし合わせ、互いの認識の差を埋めることで円滑な連携をすすめることが得意である。教育や組織の運営マネジメントのスキルをもつ総合診療医は、自身の組織や職種の省察とともに他の組織や職種の理解を深めるために対話し、組織的統合や専門職的統合を進めていくことも可能となる。

そのプロセスにおいて、組織間・専門職間の関係性に働きかけることは、集団としての凝集性、地域への愛着、内在性を高めることになる。また、互いの強みを活用し合うことが集団の成功体験となり、規範的統合が強化される。このようなプロセスで、Uniprofessional から Interprofessional, そして、組織や職種の境界が不明瞭になる Transprofessional のアイデンティティが醸成される。この領域間の越境を総合診療医が牽引し、新しい個と個の協働の関係性を醸成し、地域コミュニティにおけるイノベーションを生み出すことが求められる。このような役割を担うことができるのは、総合診療医の強みである。また、包括性を強みとする総合診療医だからこそ、各職種に必要な医療分野の知識を共有し、他職種の専門性を理解しようとする姿勢を謙虚に持ち続けることが可能となり、これらの役割に総合診療医が貢献することで、日本の未来は大きく変わることが期待される。

文献

- 1) Robben S, Perry M, Van Nieuwenhuijzen L, Van Achterberg T, Rikkert MO, Schers H, et al. Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and

- behavior among primary care professionals. *J Contin Educ Health Prof.* 2012; 32(3): 196-204.
- 2) Gilbert JH V, Yan J, Hoffman SJ. A WHO Report: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Hopkins D, editor. *J Allied Health.* 2010; 39: 196-7.
 - 3) Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010; 376(9756): 1923-58.
 - 4) Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach.* 2010 Jan; 32(8): 631-7.
 - 5) Thistlethwaite JE, Forman D, Matthews LR, Rogers GD, Steketee C, Yassine T. Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. *Acad Med.* 2014 Jun; 89(6): 869-75.
 - 6) ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.* 2005 Dec; 39(12): 1176-7.
 - 7) Frank JR, Snell LS, Cate O Ten, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach.* 2010; 32(8): 638-45.
 - 8) Walsh CL, Gordon MF, Marshall M, Wilson F, Hunt T. Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Educ Pract.* 2005; 5(4): 230-7.
 - 9) Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med.* 2002; 77(5): 361-7.
 - 10) 田川まさみ, 田邊政裕. コンピテンス基盤型教育. *千葉医学.* 2006 ; 82 : 299-304.
 - 11) 新潟医療福祉大学. 日本における多職種連携協働と連携教育の発展の経緯と現状 : 新潟県地域共同リポジトリ. 2012.
 - 12) Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care.* 2009; 23(1): 41-51.
 - 13) Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care* [Internet]. 2005 May [cited 2016 Oct 25]; 19 Suppl 1: 188-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096155>
 - 14) Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. In: Zwarenstein M, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cited 2016 Nov 10]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000072.pub2>
 - 15) Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, et al. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *J Nurs Adm* [Internet]. 2006 Feb [cited 2016 Nov 10]; 36(2): 79-85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16528149>
 - 16) Ettner SL. An Alternative Approach to Reducing the Costs of Patient Care? A Controlled Trial of the Multi-Disciplinary Doctor-Nurse Practitioner (MDNP) Model. *Med Decis Mak* [Internet]. 2006 Feb 1 [cited 2016 Nov 10]; 26(1): 9-17. Available from: <http://mdm.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0272989X05284107>
 - 17) TSCHANNEN D, KALISCH BJ. The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. *J Nurs Manag* [Internet]. 2009 Nov [cited 2016 Nov 10]; 17(7): 796-803. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2834.2008.00926.x>
 - 18) McCaffrey RG, Hayes R, Stuart W, Cassell A, Farrell C, Miller-Reyes C, et al. A Program to Improve Communication and Collaboration Between Nurses and Medical Residents. *J Contin Educ Nurs* [Internet]. 2010 Apr 1 [cited 2016 Nov 10]; 41(4): 172-8. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/00220124-20100326-04>
 - 19) Jaruseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapão LV. Teamwork in primary care: Perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract.* 2013; 14.
 - 20) Merrick ET, Fry M, Duffield C, Stasa H. Trust and decision-making: How nurses in Australian general practice negotiate role limitations. *Collegian.* 2015; 22(2): 225-32.
 - 21) Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. Vol. 37, *Journal of public health (Oxford, England).* 2015. p. 716-27.
 - 22) Rieck AM. Exploring the nature of power distance on general practitioner and community pharmacist relations in a chronic disease management context. *J Interprof Care.* 2014; 28(5): 440-6.
 - 23) Weissenborn M, Haefeli WE, Peters-Klimm F, Seidling

- HM. Interprofessional communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2017; 39(3): 495-506.
- 24) Jové AM, Fernández A, Hughes C, Guillén-Solà M, Rovira M, Rubio-Valera M. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: Findings from a qualitative study based in Spain. *J Interprof Care*. 2014; 28(4): 352-7.
- 25) Hayward C, Willcock S. General practitioner and physiotherapist communication: how to improve this vital interaction. *Prim Health Care Res Dev*. 2015; 16(3): 304-8.
- 26) Dossett LA, Hudson JN, Morris AM, Lee MC, Roetzheim RG, Fetters MD, et al. The primary care provider (PCP)-cancer specialist relationship: A systematic review and mixed-methods meta-synthesis. *CA Cancer J Clin [Internet]*. 2017 Mar [cited 2018 Mar 24]; 67(2): 156-69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27727446>
- 27) Elder NC, Jacobson CJ, Bolon SK, Fixler J, Pallerla H, Busick C, et al. Patterns of relating between physicians and medical assistants in small family medicine offices. *Ann Fam Med*. 2014; 12(2): 150-7.
- 28) Hanratty B, Lawson E, Grande G, Payne S, Addington-Hall J, Valtorta N, et al. Transitions at the end of life for older adults - patient, carer and professional perspectives: a mixed-methods study. *Heal Serv Deliv Res [Internet]*. 2014; 2(17): 1-102. Available from: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr02170/>
- 29) Dongen JJJ, Wit M, Smeets HWH, Stoffers E, Bokhoven MA, Daniëls R. "They Are Talking About Me, but Not with Me": A Focus Group Study to Explore the Patient Perspective on Interprofessional Team Meetings in Primary Care. *Patient Patient-Centered Outcomes Res*. 2017; 10(4): 429-38.
- 30) Roberge P, Hudon C, Pavilanis A, Beaulieu M-C, Benoit A, Brouillet H, et al. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Fam Pract [Internet]*. 2016 Dec 13 [cited 2018 Mar 24]; 17(1): 134. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27620166>
- 31) Van Dongen JJJ, Lenzen SA, Van Bokhoven MA, Daniëls R, Van Der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: A focus group study into influential factors. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(1).
- 32) Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care [Internet]*. 2013 [cited 2017 Sep 17]; 13: e010. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23687482>
- 33) Valentijn PP, Vrijhoef HJM, Ruwaard D, Boesveld I, Arends RY, Bruijnzeels MA. Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Fam Pract [Internet]*. 2015 Dec 22 [cited 2017 Sep 17]; 16(1): 64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25998142>
- 34) Junji Haruta HN, Kitamura Kiyoshi. How do health-care professionals and lay people learn interactively? A case of transprofessional education. *Asia Pacific Sch [Internet]*. 2017 [cited 2017 Sep 17]; 2(3): 1-7. Available from: <http://theasiapacificscholar.org/how-do-healthcare-professionals-and-lay-people-learn-interactively-a-case-of-transprofessional-education-2/>
- 35) 香川秀太, 青山征彦. 越境する対話と学び: 異質な人・組織・コミュニティをつなぐ. 新曜社; 2015.
- 36) Hall P, Weaver L, Grassau PA. Theories, relationships and interprofessionalism: learning to weave. *J Interprof Care*. 2013; 27(January): 73-80.
- 37) Bleakley A. Working in "teams" in an era of "liquid" healthcare: What is the use of theory? *J Interprof Care [Internet]*. 2013 Jan 10 [cited 2017 Aug 6]; 27(1): 18-26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22780569>
- 38) Engeström Y. New forms of expansive learning at work: The landscape of coconfiguration. *Comput Collab Learn*. 2002;

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

予防・健康増進における総合診療医の役割

津田修治¹

要旨

目的：諸外国の一般医・家庭医に関する地域保健におけるエビデンスから、総合診療医の役割及び日本の地域保健の課題に対して期待される成果を明らかにする。

方法：Pubmed 検索と参考文献のハンドサーチで、一般健診と対策型癌検診、保健指導、高齢者の介護予防のテーマについて、一般医・家庭医のエビデンスを調査した。タイトルと要旨から該当するシステマティックレビュー及び、それ以降に発表された研究論文を選択し、知見をまとめた。

結果：一般医・家庭医による予防医療外来は一般健診の受診率を向上し、検診項目を適正化した。また、簡潔な保健指導によって、生活習慣是正や生活習慣病予防に寄与した。高齢者のフレイルに対する介護予防において、多職種連携を活用して複数領域に介入したが、介入プログラムの有効性を示すには至っていない。

結論：総合診療医は日本の地域保健の現在の課題に対して有効であり、地域住民の予防や健康増進に資する。

【背景】

地域住民の予防や健康増進への貢献は総合診療医の役割の一つである。予防や健康増進に関する知識等の獲得が必須事項であることは総合診療専門医の専門研修プログラム整備基準¹⁾の中で示されており、制度上の違いはあるものの、諸外国でも医療のゲートキーパーを担う一般医・家庭医において同様である^{2,4)}。一つの臓器やシステムではなく、多領域にまたがって広範な知識や技術を身に付けた総合診療医は、全身の疾患スクリーニングや心理面のチェックなど健康問題を広くサーベイランスする予防医療の担い手として適性がある⁵⁾。

一般医・家庭医は、一般健康診断や癌検診、予防接種、予防的処方、生活習慣等への指導介入を通して保健サービスを提供する⁶⁾。これらは、米国の家庭医療の現場で予防医療外来（preventive services）として、多くは年1回の健康診断とカウンセリングのための外来の場でまとめて提供されており、日本の総合診療医が地域保健において果たす役割のモデ

ルとなる⁷⁾。また、北米のプライマリ・ケアでは、その理念を多職種協働で実践して包括的・協調的ケアを提供するモデルとして患者中心のメディカルホームがある。具体的には次の7項目、つまり、かかりつけ医、医師が指揮する医療チーム、全人的志向、ケアのコーディネートと統合、質と安全、ケアへのアクセスの向上、支払い、について原則を定めている⁸⁾。患者中心のメディカルホームは家庭医だけでなく、小児科や内科のプライマリ・ケアを担う医師による医療サービス全般の質改善のための方略であるが、地域の包括的・協調的ケアの提供者として期待される総合診療専門医の姿と合致しており、総合診療医の診療モデルとして参考になる。このような海外の一般医・家庭医及びプライマリ・ケアにおける診療モデルがどのように成功しているのかを理解することは、日本の総合診療医の役割や効果を考える上で有用である。また、昨今の人口の高齢化は世界各国で共通する課題であり、世界保健機構（World Health Organization）の高齢者の保健対策指針⁹⁾を受けて、日本でも平成29年に後期高齢者の特性を踏まえた今後の保健事業のあり方について言

1. 浜松医科大学健康社会医学講座

及している¹⁰⁾。その中で、地域包括ケアシステムを骨格とした市町村規模での介護予防対策を想定しており、今後の地域保健において総合診療医の果たす役割として大きな柱になるであろう。

それでは、昨今の日本の地域保健サービスにはどのような課題があるのだろうか。以下、平成28年度国民生活基礎調査¹¹⁾や厚生労働省の施策などを概観して課題を整理する。その上で、課題に対して海外の一般医・家庭医の成果を参考に、日本の総合診療医がどのような成果を示し得るか文献的に考察したい。

生活習慣病等の早期発見を目的とした一般健診の受診率は、平成28年度統計で67%と比較的高い水準と言える¹¹⁾。しかし、被保険者別で見るとかなりのバラつきがある。職域保険の被保険者で受診率は高く、特に健康保険組合・共済組合の被保険者では75%前後だが、地域保険である国民健康保険の被保険者では36%と低い¹²⁾。職域保険でも被扶養者の受診率になると被保険者の半数程度となる¹²⁾。年代別で見ると、40歳代から60歳代で高い一峰性の分布を示し、若年者や高齢者は分布の裾野となる。未受診の理由として、若年から中年では時間が取れないことや面倒なことをあげるが、高齢者ではその時に入院や通院していたことを一番に挙げている¹¹⁾。つまり、一般健診の受診率は、職場健診などで管理された職域保険で底上げされるが、個人の責任となる地域保険では非常に低く、被扶養者や高齢者の未受診が多い点で課題がある。また、入院や通院の診療では健診項目が必ずしもチェックされていると限らないが、それを理由に受診率が低下している。

癌検診の受診率は、年次を追ってゆっくりと増加傾向ではあるものの、平成28年度の受診率は検診種別で男性44-51%、女性33-42%であり、平成25年度時点の厚生労働省の設置した目標である50%に多くは届いていない¹¹⁾。先進諸国と比較しても日本の癌検診率の低いことが指摘されている。例えば、2015年のOECD諸国のデータ比較で50-69歳の女性を対象とした乳癌スクリーニングの実施率を見れば、第1位のスウェーデン90.4%を皮切りに、OECD33カ国平均60.8%であり、さらに遅れをとった日本は41.0%、第30位であった¹³⁾。厚生労働省は平成16年度の調査報告¹⁴⁾を受けて検診項目の科学的根拠を再考し、受診率向上のために、かかりつけ医向けのがん検診ハンドブックを作成した。つまり、人間ドックのような任意型検診ではなく、市町村が科学的根拠に基づいた対策型検診を提供し、そ

れをかかりつけ医が患者に対して受診勧奨する形を提案した¹⁵⁾。これは、患者側が「科学的根拠に基づいた検診項目」という考え方を理解しているとは言えない現状において、保健対策の効果・効率を高めるために非常に有用な対策であろう。しかし、先述のように受診率は目標達成に至っておらず、さらに踏み込んだ対策を講じる必要がある。

特定健診で要指導となったメタボリック症候群やその予備軍に当る人に対して、保健師や管理栄養士が特定保健指導を実施する。特定保健指導の実施率は平成28年度には17.8%と非常に低い¹¹⁾。対象者の50%強は服薬をしていないケースで、まさに早期発見、早期介入の対象と言える¹²⁾。対象者を特定保健指導につなげ、生活習慣の是正を促すことで、内服加療や心血管疾患の発症を抑制するという制度の根幹に対し、一步踏み込んだ対策が望まれる。

後期高齢者の大きな健康問題であるフレイルに目を向けると、有病率は、前期高齢者では5%未満だが、後期高齢者では75-79歳10%、80-84歳20%、85歳以上35%と、加齢とともに急増する¹⁶⁾。フレイルは、単一の疾患で規定されない複合的な問題であるため、従来の特定健診のように既存の疾患概念をスクリーニングするだけでは対策が行き届かないことが指摘される¹⁰⁾。これに対し、介護予防のための基本チェックリストなどで身体機能や認知機能、心理面を含めた健診を行い、多職種アプローチを利用した多面的かつ包括的な予防対策を講じることは喫緊の課題である^{9,10)}。

以上をまとめると、日本の保健事業の課題として、地域保険の被保険者において一般健診の受診率が低いこと、科学的根拠に基づいた対策型検診の普及が必要なこと、健診後の保健指導が手薄であり効果的な予防介入に結びついていないこと、高齢者特有の健康問題に対して総合的な予防対策の整備が必要なこと、この四点を指摘することができる。

これらの課題に対し、標準化された研修プログラムで予防や健康増進に関するトレーニングを受けた総合診療医が、一定水準の保健サービスを提供することで、どのような価値を示すことができるだろうか。本研究では、海外の一般医・家庭医の知見を中心に分析することで、日本の総合診療医の地域保健における役割や上述のような地域保健の課題に対して示し得る成果を明らかにする。その上で、総合診療医がその役割や成果を実現するために必要な事項について考察する。

【方法】

地域保健に関する上述の課題の中で、一般健診と癌検診は海外の文献では予防医療外来で疾患スクリーニングとしてひとまとめに扱われることが多いため、本研究では一つの検討課題とした。つまり、次の三つのテーマ、(1)一般健診及び対策型癌検診、(2)保健指導、(3)高齢者の介護予防、について文献的考察をした。

文献は、Pubmedを利用した検索と、得られた論文の引用文献のハンドサーチを実施して、タイトルと要旨によって選択した。テーマに対してそれぞれ以下の検索語を用いたが、いずれもMeSH (Medical Subject Headings)を利用して、成人を対象とした2000年以降の英語文献に限定した。(1) “Preventive health services” and “Patient-centered care” or “General practice”, (2) “Life style” and “Preventive medicine” or “Primary health care”, “Health behavior” and “Preventive medicine” or “Primary health care”, (3) “Frail elderly” and “Preventive health services” or “Primary health care” or “General practice”

今回の文献的考察は、予防と健康増進の領域で総合診療医が貢献できることについて、広範囲かつ俯瞰的に考察することが目的であり、個別の方法や研究結果を仔細に調べることも、昨今の知見の方向性を正確に把握することを優先した。そのため、次の基準で文献を選択した。論文の選択基準は、三つのテーマについて直近の総説と、それ以降の介入研究または観察研究とした。選択の手順として、まず、テーマに対して適切な総説を選んだ。総説が複数見つかった場合、互いにアウトカムがずれていれば全て取り込んだが、全く同じであれば直近のものだけを選択した。総説の種類は、メタ解析を含むシステムティックレビューまたは含まないシステムティックレビューを優先し、それらが無い場合に限ってナラティブレビューを選択した。次に、そのレビュー論文よりも後に発表された単一の研究のうちテーマに非常に密接に関連すると判断できた原著論文を取り込んだ。さらに、これらの原著論文の引用文献を参照して、テーマに対して最適で直近の総説を選択しているかどうかを再検討した。論文の除外基準として、単一の疾患や病態だけを取り扱った論文、小児や妊婦など特定の集団のみを対象とした論文、総合診療やプライマリ・ケアでの介入等でない論文、とした。なお、患者中心のメディカルホームについては、先述のように総合診療医の診療モデルと近似するため、その効果を示した論文は、対象患

者が成人であれば、含まれる医療者に家庭医と内科医が混在していても対象論文として許容した。

上記の選択基準に基づき、タイトル・要旨によって選択した論文は、全文を読んだ上でテーマに密接に関連する箇所を引用した。その際、曲解や恣意的な引用を回避するために、引用した結果やその解釈が、その論文の本文中での文脈や解釈と一致していることに細心の注意を払った。

【結果】

(1) 一般健診及び対策型癌検診の受診率 (プロセス指標)

プライマリ・ケアの理念の実践と医療の効率化との両立を目指す患者中心のメディカルホームの実践は、予防や健康増進のための診療の受診率向上及び個人のリスクファクターを加味して科学的根拠に基づいた検診項目の実施に一貫して寄与した¹⁷⁾。患者中心のメディカルホームによる受診率向上の効果は、社会経済的に不利な立場にある集団で特に顕著に表れ、不利な背景を打ち消すレベルになることが示されている¹⁸⁾。一般医・家庭医がかりつけ医として決まっていることや慢性疾患による継続診療で家庭医への受診回数が多いこと¹⁹⁻²¹⁾、予防医療外来を普段の継続外来とは別に設けることが²⁰⁾、健診・検診受診率向上や、適切な検診項目の実施に有効であった。ただし、予防医療外来は、健診だけでなく生活習慣等に関するカウンセリングなど含むため、時間がかかることが課題である^{22,23)}。この課題に対してIT (Information technology) 活用の有効性が実証されている。インターネット上で、患者が一般医・家庭医の電子カルテとリンクした患者ページにアクセスして、情報の入力や確認、メール問い合わせなどができるサービスは、適切な健診・検診項目の実施や患者の満足度の点で一貫して効果を認められた²⁴⁾。だが、とりわけメール問い合わせへの対応は医師にとって負担が大きいため、予防や健康増進サービス全般として効率化につながるかどうか、さらには予防や健康増進の質的な指標の改善につながるかどうかは今後の検討が必要である²⁴⁾。

(アウトカム指標)

一般医・家庭医の提供する予防医療外来によって、患者の不安軽減や、コレステロール値、血圧、肥満のデータ改善に対する効果は示されている^{25,26)}。しかし、一般的に一般健診の全死亡率低下という最終アウトカムへの寄与が否定的であることと同様に、一般医・家庭医が提供する予防医療外

来の全死亡率低下も懐疑的である^{25,26)}。

(2) 保健指導

(プロセス指標)

生活指導の実施率の向上を示した研究は一件見なかった。この結果は、生活指導単独の実施率ではなく、疾患スクリーニングや予防接種など他の項目の実施率と合わせてスコア化された上で、患者中心のメディカルホームの達成率のスコアと正の関連を示したものであった²⁰⁾。

(アウトカム指標)

一般医・家庭医による、運動^{27,28)}やタバコ²⁹⁾、アルコール³⁰⁾などの行動変容を標的とした単一のカウンセリング介入はいずれも長期的な効果がある。簡潔なカウンセリング(5分以下²⁸⁾)が効果的であり、時間をかけた介入や長期間の介入に追加的な効果はわずかであった²⁸⁻³⁰⁾。しかし、冠血管疾患の一次予防のために複数の生活習慣を同時にカウンセリングする場合は、血圧、体重、コレステロールなどの心血管リスク因子の改善がごくわずかであり、推奨できないことは複数のシステムティックレビューで示される^{31,32)}。また、禁煙と食習慣や運動のカウンセリングを同時に行うことは逆効果とすら示す結果もある³³⁾。

(3) 高齢者の介護予防

(スクリーニング方法)

フレイルのスクリーニング方法として明確に優位性が示されたものはないが、一般医・家庭医の診療等で簡便に扱うことを前提に、自記式質問紙による評価とtimed up and goテストや歩行速度、握力など運動機能評価の組み合わせが有望であり³⁴⁾、日本では介護予防のための基本チェックリストが質問紙としてエビデンスを蓄積している¹⁴⁾。

(アウトカム指標)

では、プライマリ・ケアの現場で、フレイル予防について誰がどのように介入すると効果的なのだろうか。生命予後や入院・入所減少、身体・認知機能の維持向上をアウトカムとした場合、ケアマネジャーによる包括的なケアプラン作成と介入は有効である³⁵⁾。だが、過去の複数のシステムティックレビューでは、一般医・家庭医と協働した看護師等による訪問サービスでの介入効果に懐疑的である^{36,37)}。訪問サービスの介入の内訳を見た場合、服薬管理指導や運動指導は可能性があるが評価は一定しない³⁸⁾。これらの結果を受けて、近年の地域在住のフレイルの患者を対象とした一般医・家庭医によるランダム化比較試験では、スクリーニングをし

て高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment)で精査した後に、多職種協働によるカンファレンスや複数要因への介入、訪問サービスの導入等を組み合わせた、より包括的で洗練された支援プログラムを提案している。しかし、多くは身体・認知機能などの維持・改善効果を証明できていない³⁹⁻⁴²⁾。一方、自記式の健康評価票を活用した上で一般医・家庭医と訪問看護師が協働したランダム化比較試験では、運動や食生活の改善、予防接種の実施等だけでなく生命予後に対しても成果をあげているものがある^{43,44)}。

【考察】

予防と健康増進において諸外国の一般医・家庭医が提示する効果について文献調査した。かかりつけの一般医・家庭医による予防医療外来や患者中心のメディカルホームの整備は、一般健診の受診率や科学的根拠に基づいた適切な検診項目の実施率を向上する。また、一般健診等の機会に、禁煙や運動などフォーカスを絞った簡潔なカウンセリングを一般医・家庭医が実施することは、生活習慣の是正や生活習慣病の予防的管理に効果的である。高齢者のフレイルの保健対策は、訪問看護師等との協働を軸とした多職種協働のプログラムが試みられているが効果は一定しない。実証実験では、スクリーニングや高齢者総合的機能評価によるアセスメントに基づき、多職種アプローチで運動や栄養を骨格とした複数領域に介入するプログラムが一般的であった。

総合診療医の一般健診・対策型癌検診への寄与

総合診療医が地域保健サービスに参画することは、一般健診や対策型癌検診の受診率向上への寄与が期待される。諸外国の一般医・家庭医の成果を日本の総合診療医が実現する条件について検討するならば、予防医療外来、予防や健康増進に関する幅広い知識と技能、患者中心のメディカルホームの3点が挙げられる。本研究結果は、定期診療とは別に予防医療外来を設けることが前提となっており、日本の現状でこれに対応するのは特定健診であろう。総合診療医が特定健診の時間を大いに有効利用することは現実的であり、特に受診率が低いことで課題であった地域保険(国民健康保険)の被保険者に対し貢献する可能性が高い。レビュー対象論文では一般医・家庭医の受けた研修トレーニングまでは言及されないが、一般医・家庭医の研修プログラム規定に鑑みて、広範な予防項目を扱うための領域横断的な

知識や技能の習得は必須であろう²⁴⁾。本研究結果から、かかりつけ医である総合診療医が一般健診・癌検診を受診勧奨すれば、「定期受診をしているから健診・癌検診を受けなかった」という誤解等に基づく未受診に対して有効なだけでなく、幅広い予防・健康増進のスキルを身につけた総合診療医は、受診率だけでなく検診項目の適正化に対しても効果を示し得ることがわかった。

また、患者中心のメディカルホームの導入も健診受診率や検診項目適正化に効果的であった。このモデルは、日本の総合診療医がどのような診療の仕組み作りをすれば地域保健の領域で成果を出すことができるのか、という点で参考になる。患者中心のメディカルホームに関する米国の統計データをみれば、診療所全体の18%が患者中心のメディカルホームに認定されており、非認定の診療所と比べて、医師数(8.1人 vs 4.3人)、ナース・プラクティショナーが一人以上所属する割合(45.8% vs 27.7%)カルテの電子化率(94.2% vs 74.3%)などの項目で充実している⁴⁵⁾。患者中心のメディカルホームの理念的な要素だけでなく、このような診療所のマンパワーやIT化など現実的な要素の充実には保健サービス向上を下支えする効果があったことは想像に難くない。翻って、日本のプライマリ・ケアの現場は、常勤医師一名の小規模診療所が中心である⁴⁶⁾。たとえ適切なスキルがあったとしても、診療や経営で多くの仕事を抱える医師一人では時間的・物理的な制約から、実際にできることには自ずと限界がある。総合診療医が一般外来や在宅医療と同時に本研究で示したような保健領域の成果をあげるには、複数の医師や看護師を組織し、IT化を進めるなど、診療所機能の充実・効率化は避けて通れない課題であろう。

一般医・家庭医の提供する健診・検診は、疾患スクリーニングの最終アウトカムである死亡率の減少に対して効果を認めなかった。だが、一般健診の効果はその提供者を問わず否定的である⁴⁷⁾。また、癌検診など致死性の疾患のスクリーニングも、乳癌検診や大腸癌検診、腹部大動脈瘤などの疾患別死亡をわずかに減少するが、全死亡にはほとんど寄与しない⁴⁸⁾。つまり、この結果は保健サービス提供者の問題というよりも一般健診・癌検診全般に言える方略自体の問題が影響していると考えられる。

総合診療医の特定保健指導への寄与

特定保健指導の低い実施率も日本の一般健診にお

ける課題の一つであった。平成20年に特定健診及び特定保健指導が始まって以降、特定保健指導は腹囲や体重の改善、メタボリック症候群または予備軍からの離脱の点で効果が示されている⁴⁹⁾。これを維持しながら実施率を上げることが課題である。本研究では、実施率向上への一般医・家庭医の直接的な寄与を明確に示した結果はなく、患者中心のメディカルホームの実施を介しての間接的な効果であった。日本の特定保健指導の実施率は職域保険で高く、地域保険で低いが、後者は総合診療医の保健領域における主なフィールドである。総合診療医は地域保険の被保険者へのアクセスが非常に良く、かかりつけ医として本人またはその家族と普段から関わっているケースもある。また、特定保健指導の実施者となる地域の保健師等との関係構築も物理的にしやすい立場にある。地域保健において、こういった顔の見える関係を生かして総合診療医が特定保健指導の実施率を向上させることは実現可能性があるだろう。また、対象者が保健指導を受けた場合、総合診療医による行動変容カウンセリングの成功率が高いことは本研究の結果で示した通りである。

総合診療医の役割からやや飛躍するが、近年の海外の知見では、患者の行動変容を支援するために、ITの活用⁵⁰⁾、SNS(Social networking services)⁵¹⁾、スマートフォンのアプリ⁵²⁾の利用や、それらに行動科学の理論や手法を組み合わせたり、電子カルテと連動させたり、より学際的な広がりを見せている。実際に、自動応答やアドバイザーとの相談、メールでのメッセージや相談など、ITを活用した介入が、食事や運動、アルコールの生活習慣改善に対して効果を認める⁵⁰⁾。例えば、特定健診の時に総合診療医から簡潔な生活指導を実施し、その後の継続した介入はITを利用する方法は、患者の利便性等に鑑みて非常に魅力的なアイデアである。同時に、これは患者中心のメディカルホームが提示する柱の一つであるケアへのアクセス向上に当たることにも指摘しておきたい。実現の要件としては、診療所での体制構築や医療と保健の間でのデータ共有だけでなく、インターネットを利用した介入に対する規制緩和とルール作りなども必要となるだろう。

総合診療医の高齢者の介護予防に対する寄与

高齢者のフレイルに対する介護予防は比較的新しい課題であり、科学的根拠を蓄積して対策を進めるための土台の醸成段階と言える。フレイルは検査結果などを基準にいつ発症したと決めることが難しい

ため、一次予防と二次予防の境界が不明瞭である。一般に高齢者総合的機能評価は、身体機能、ADL (Activity of Daily Living)、認知機能、意欲、心理状態などの包括的なアセスメントとその後の領域横断的な介入が非常に直線的であり、死亡や入院、施設入所の減少効果が確認される^{53,54)}。フレイルに対する予防的介入は、単一の介入ではなく、複合的な介入、なかでも、運動と栄養の組み合わせが有効な点など少しずつコンセンサスが示されている^{36,55,56)}。しかし、これらのエビデンスの多くは比較的病状の進行した患者を対象として病院や入院ベースの研究で示されてきた。では、プライマリ・ケアの現場で地域在住の早期フレイル患者を対象とした場合にどのように応用するか、という点については本研究結果のように未解明である。本研究の対象論文の多くは、自記式質問紙や運動機能スクリーニング、高齢者総合的機能評価による精査を通して介入すべき領域を特定した後に、いずれも多職種アプローチで多領域に介入するプログラムを検討している。総合診療専門研修のコアコンピテンシーには「包括的統合アプローチ」と「連携重視のマネジメント」を掲げるように、多領域への介入も多職種アプローチも総合診療医の得意とするところである¹⁾。一般医・家庭医が多職種チームの中で実際に果たす役割は、地域で連携する力、組織を円滑にする力、チームを形成する力、患者毎のケアを統合する力、リーダーシップ、の5つのスキルと、それらをもって全体を見通すことであった⁵⁷⁾。介護予防のための基本チェックリストや日本老年医学会による高齢者総合的機能評価ガイドラインなどフレイルの対策ツールは既に準備されており⁵⁸⁾、これらを活用した仕組みを院内のスタッフと協力して実現すること、同時に、精査結果を反映した適切な予防介入につなげるためには、院外で協働して地域のリソースを活用することが求められる。総合診療医はこういった役割を中心となって担い、新たな知見を積み上げていく準備ができています。

本研究の限界について触れておきたい。まず、方法論上の限界である。本研究は、予防や健康増進における総合診療医の役割という幅広いテーマを扱うことを優先したナラティブレビューであり、複数の検索エンジンを使ってテーマに関する知見を網羅的に分析したものではない。テーマに関するシステムティックレビューを中心に読みこむことで偏りを防ぎ、客観性を保つことを試みた。次に、日本と諸外

国との間で医療制度等の差異のため、結果を直接比較することが難しい点である。集団検診の概念から発展・分化してきた日本の予防医療と、欧米の個別化された予防医療外来の仕組みとの間には大きな隔りがある。最後に、予防接種や予防的投薬については触れていない点である。これらは総合診療医の行う予防医療の柱の一つだが、本研究では、2025年問題に向かうプライマリ・ケアにとって避けて通れない課題である介護予防を優先して取り扱った。

今後の地域保健において総合診療医が提示するであろう成果は、一般健診や科学的に推奨された対策型癌検診の受診率の向上、生活習慣是正のためのカウンセリングの実施と成功、院内外の多職種チームと協働する高齢者の介護予防対策の適切な担い手となることである。期待される成果を最大化するのは、専門家としての幅広いスキルやマネジメント能力と同時に、その能力を地域保健において効果的・効率的に発揮するための院内外の仕組み作りが肝要である。総合診療医は、現在の日本の地域保健が抱える課題解決や体制充実のために十分に資する。

文献

- 1) 日本専門医機構. 総合診療専門研修プログラム整備基準. 東京: 日本専門医機構; 7 July 2017. [not revised; cited 10 Feb 2018]. Available from: <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 2) Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME program requirements for graduate medical education in family medicine. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education; 29 Sep 2013. [revised 11 June 2017; cited 10 Feb 2018]. Available from: http://www.acgme.org/portals/0/pfassets/programrequirements/120_family_medicine_2017-07-01.pdf
- 3) Royal College of General Practitioners. The RCGP Curriculum: professional & clinical modules. London: Royal College of General Practitioners; 19 Jan 2016. [not revised; cited 10 Feb 2018]. Available from: <http://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Curriculum-modules.ashx>
- 4) The College of Family Physicians of Canada. Specific standards for family medicine residency programs accredited by the college of family physicians of Canada. Mississauga: The College of Family Physicians of Canada; 2016. [revised 2016; cited 10 Feb 2018]. Available

- from: [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Red% 20Book% 20English.pdf#page=8](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Red%20Book%20English.pdf#page=8)
- 5) Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med* 2005; 142: 691-699.
 - 6) Viera AJ, Power DV. Overview of prevention and screening. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 29-35. (Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, et al. Essentials of family medicine. 6th ed.)
 - 7) Jaen CR, Stange KC, Nutting PA. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services. *J Fam Pract* 1994; 38(2): 166-71.
 - 8) 日本内科学会専門医協会地域医療教育プログラムワーキンググループ. 患者中心のメディカルホーム (Patient-Centered Medical Home: PCMH) の概念紹介にあたって. *日内会誌* 2015 ; 104 (1) : 139-140.
 - 9) Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* 2016; 387 (10033): 2145-2154.
 - 10) 厚生労働省. 厚生労働省科学研究費補助金特別研究事業「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」平成 27 年度総括・分担研究報告書.
 - 11) 厚生労働省. 平成 28 年国民生活基礎調査の概況. 東京: 厚生労働省; 27 June 2017. [not revised; cited 10 Feb 2018]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>
 - 12) 厚生労働省. 平成 27 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について. 東京: 厚生労働省; 2016. [not revised; cited 10 Feb 2018]. Available from <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000173319.pdf>
 - 13) OECD. Health at a glance 2017: OECD indicators. Paris: OECD publishing; 2017. [not revised; cited 8 May 2018]. Available from http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
 - 14) 厚生労働省. 厚生労働省科学研究費補助金特別研究事業「最新の科学的知見に基づいた保険事業に関わる調査研究」平成 16 年度総括・分担研究報告書.
 - 15) 厚生労働省. かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック. 東京: 厚生労働省; 25 Mar 2009. [not revised; cited 10 Feb 2018] Available from: http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000059965_1.pdf
 - 16) Kojima G, Iliffe S, Taniguchi Y, et al. Prevalence of frailty in Japan: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol* 2017; 27(8): 347-353.
 - 17) Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, et al. The patient-centered medical home: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013; 158(3): 169-178.
 - 18) Markovitz AR, Alexander JA, Lantz PM, et al. Patient-centered medical home implementation and use of preventive services: the role of practice socioeconomic context. *JAMA Intern Med* 2015; 175(4): 598-606.
 - 19) Blewett LA, Johnson PJ, Lee B, et al. When a usual source of care and usual provider matter: adult prevention and screening services. *J Gen Intern Med* 2008; 23(9): 1354-1360.
 - 20) Ferrante JM, Balasubramanian BA, Hudson SV, et al. Principles of the patient-centered medical home and preventive services delivery. *Ann Fam Med* 2010; 8(2): 108-116.
 - 21) Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* 2005; 3(2): 159-166.
 - 22) Bucher S, Maury A, Rosso J, et al. Time and feasibility of prevention in primary care. *Fam Pract* 2017; 34(1): 49-56.
 - 23) Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, et al. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003; 93(4): 635-641.
 - 24) Mold F, de Lusignan S, Sheikh A, et al. Patients online access to their electronic health records and linked online services: a systematic review in primary care. *Br J Gen Pract* 2015; 65(632): e141-151.
 - 25) Boulware LE, Marlnopoulos S, Phillips KA, et al. Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med* 2007; 146: 289-300.
 - 26) Si S, Moss JR, Sullivan TR, et al. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2014; 64(618): e47-53.
 - 27) Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, et al. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2012; 344: e1389
 - 28) Lamming L, Pears S, Mason D, et al. What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews. *Prev Med* 2017; 99: 152-163.
 - 29) Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (5): CD000165.
 - 30) Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations.

- Cochrane Database Syst Rev 2007; (2): CD004148.
- 31) Alageel S, Gulliford M, McDermott L, et al. Multiple health behavior change interventions for primary prevention of cardiovascular disease in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017; 7(6): e015375.
 - 32) Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Med* 2008; 54(12): 1706-1713.
 - 33) Meader N, King K, Wright K, et al. Multiple risk behavior interventions: meta-analyses of RCTs. *Am J Prev Med* 2017; 53(1): e19-30.
 - 34) Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing* 2014(6); 43: 744-747.
 - 35) Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community* 2009; 17(5): 447-458
 - 36) Apostolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev* 2018; 16(1): 140-232.
 - 37) Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, et al. Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2014; 9(3): e89257.
 - 38) Gardner B, Jovicic A, Belk C, et al. Specifying the content of home-based health behavior change interventions for older people with frailty or at risk of frailty: an exploratory systematic review. *BMJ Open* 2017; 7(2): e014127.
 - 39) Suijker JJ, van Rijn M, Buurman BM, et al. Effects of nurse-led multifactorial care to prevent disability in community-living older people: cluster randomized trial. *PLoS ONE* 2016; 11(7): e0158714.
 - 40) Spoorenberg SLW, Wynia K, Uittenbroek RJ, et al. Effects of a population-based, person-centered and integrated care services on health, wellbeing and self-management of community-living older adults: a randomised controlled trial on Embrace. *PLoS ONE* 2018; 13(1): e0190751.
 - 41) Bleijenberg N, Drubbel I, Schuurmans MJ, et al. Effectiveness of a proactive primary care program on preserving daily functioning of older people: a cluster randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64(9): 1779-1788.
 - 42) Ruikes FG, Zuidema SU, Akkermans RP, et al. Multi-component program to reduce functional decline in frail elderly people: a cluster controlled trial. *J Am Board Fam Med* 2016; 29(2): 209-217.
 - 43) Stuck AE, Moser A, Morf U, et al. Effects of health risk assessment and counselling on health behavior and survival in older people: a pragmatic randomised trial. *PLoS Med* 2015; 12(10): e1001889
 - 44) Herghelegiu AM, Moser A, Prada GI, et al. Effects of health risk assessment and counselling on physical activity in older population: a pragmatic randomised trial. *PLoS ONE* 2017; 12(7): e0181371
 - 45) Hing E, Kurtzman E, Lau DT, et al. Characteristics of primary care physicians in patient-centered medical home practices: United States, 2013. *Natl Health Stat Report* 2017; (101): 1-9.
 - 46) 厚生労働省. 平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 (平成 28 年度調査). かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査報告書. [not revised; cited 8 May 2018]. Available from <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000192285.pdf>
 - 47) Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e7191
 - 48) Saquib N, Saquib J, Ioannidis JP. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? systematic review of meta-analyses and randomized trials. *Int J Epidemiol* 2015; 44: 264-277
 - 49) Nakao YM, Miyamoto Y, Ueshima K, et al. Effectiveness of nationwide screening and lifestyle intervention for abdominal obesity and cardiometabolic risks in Japan: the metabolic syndrome and comprehensive lifestyle intervention study on nationwide database in Japan (MetS ACTION-J study). *PLoS ONE* 2018; 13(1): e0190862.
 - 50) Webb TL, Joseph J, Yardley L, et al. Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *J Med Internet Res* 2010; 12(1): e4.
 - 51) Maher CA, Lewis LK, Ferrar K, et al. Are health behavior change interventions that use online social networks effective?: a systematic review. *J Med Internet Res* 2014;

- 16(2): e40.
- 52) Edwards EA, Lumsden J, Rivas C, et al. Gamification for health promotion: systematic review of behavior change techniques in smartphone apps. *BMJ Open* 2016; 6(10): e012447.
- 53) Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381(9868): 752-762.
- 54) Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342(8878): 1032-1036.
- 55) Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371(9614): 725-735.
- 56) Dedeyne L, Deschodt M, Verschueren S, et al. Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review. *Clin Interv Aging* 2017; 12: 873-896.
- 57) Grol SM, Molleman GRM, Kuijpers A, et al. The role of the general practitioner in multidisciplinary teams: a qualitative study in elderly care. *BMC Fam Pract* 2018; 19(1): 40.
- 58) 鳥羽研二. 高齢者総合的機能評価ガイドライン. *日本老年医学会雑誌* 2005 ; 42 (2) : 177-180.

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

治療と仕事の両立支援の現状と課題

中村明澄¹ 堤 円香¹

要旨

がんは、年間85万人が罹患し、その3人に1人は就労可能年齢で罹患する疾患である。就労の継続は、がん患者と家族の経済的、身体的、精神的、社会的のすべてにおいてメリットがあるものの、雇用主である企業側は当該従業員の適正配置や雇用管理等、病気や治療に関する見通しや復職可否の判断が難しいことから対応に苦慮する場面が多い。

治療と仕事の両立のためには、治療経過および今後の治療計画や健康情報、復職妥当性などについて企業側に十分な情報提供がなされることが重要であり、また、復職の阻害要因となる、併存疾患やうつ病、心理的要因が関連するとされる倦怠感などの症状に対する適切な医学的介入が必要となる。総合診療医は、患者の身体的、心理的、社会的背景、家族状況を考慮した日常的なプライマリ・ケアを提供することを得意としており、産業医や治療医と密な連携をとりながら、がん患者の治療と仕事の両立支援を行う役割が期待される。

①現状と課題

企業における病気の考え方

「患者」は企業において、「労働者」という立場である。企業と労働者は労働契約を結んでおり、それに伴い企業は労働者が安全に働けるよう配慮する義務（安全配慮義務）を負い、労働者は労務を提供できるように自分自身の健康に留意する義務（自己保健義務）を負っている。企業において、労働災害に伴う疾病は、労災予防や再発防止に努める責任が発生するものの、労働との関連が認められない疾病については、「私傷病」という扱いであり、原則として労働者の自己保健義務に任されてきた¹⁾。したがって、これまでにメンタルヘルス、脳卒中、糖尿病については発症の原因の一部が職場環境によるとされていたため、両立支援の取り組みが進んできている。

一方、「がん」については、「私傷病」とされ、労働者の自己保健義務に任されてきた。がんは、生涯のうちに、日本人の2人に1人が罹患する疾患であり、年約85万人が新たに診断され、3人に1人は就労可能年齢で罹患する疾患であり、現在、がん治療のため、仕事をもちながら通院している者は

32.5万人にもものぼる²⁾。また、がん治療の目覚ましい進歩により、5年相対生存率は、53.2%（平成5～8年）から、58.6%（平成15～17年）、さらには62.1%（平成18年～20年）と年々向上していることを鑑みると、3人に2人は5年以上の経過をもち、必然的に仕事をしながら治療を続ける人が増加することがわかる。その現状を踏まえ、2016年12月に成立した改正がん対策基本法で、企業が働くがん患者の就労継続を支援することも努力義務として示された³⁾。

がん患者の就労希望と現状

がん患者とその家族を対象としたアンケート調査の結果、有効回答のあったがん患者831人のうち、80.5%の人が「仕事を続けたい（したい）」と回答し、患者の家族（有効回答640人）のうち52.2%の患者が仕事をしたいと思うなど、がん罹患者の就労（継続）の希望は患者本人・家族ともに多かった。就労（継続）を希望する理由として、患者本人・家族とも、「家計のため」だけでなく、「働くことがやりがい」であることを多く挙げており、患者にとって就労は経済面に加えて、精神面・社会生活面でも重要な意味を持っていることが分かる⁴⁾。また、がん患者の quality of life (QOL) においても、就労継続

1. 医療法人社団澄乃会 向日葵クリニック

群の方が非就労群に比較して高スコアであることが示されている⁵⁾。さらに復職や仕事と治療の両立が治療成績を向上させる可能性についても、産業医では76%、主治医で56%と両者ともに過半数以上で肯定的な意見がみられている⁵⁾。

しかし、がんと診断された後、勤務者の34%が依願退職・解雇され、自営業等の者の13%が廃業しており²⁾、離職を選択したがん患者の中には、主治医がパフォーマンスステータス0(ゼロ)、すなわち全く問題なく活動できると判断しているにもかかわらず、本人が「就労に際し制限あり」と答えた割合が22%と、主治医の診断と本人の解釈にギャップが認められている現状がある⁵⁾。

がん患者の就労継続における問題点

東京都が都内に本社を置く企業4,000社(従業員規模別に無作為抽出)を対象に平成26年に実施したがん患者の就労等に関する実態調査⁴⁾によると、従業員が私傷病になった際、当該従業員の適正配置や雇用管理等について、89.5%の企業が対応に苦慮したと回答している。また、苦慮した内容は、最も多いものが「病気や治療に関する見通しが分からない」(60.2%)、次いで「復職可否の判断が難しい」(51.9%)であった。従業員ががん等に罹患した場合に利用できる産業医への相談窓口を設けていると答えたのは37%にとどまった。さらに、法的に産業医の選任義務がある50人以上の企業で働く労働者数は労働者全体の約40%に過ぎず、過半数の労働者が産業保健の専門家による支援を受けにくい環境にいることがわかっている⁵⁾。

主治医から産業医に対し、治療内容の概略やスケジュール、起こりやすい副作用などの医療関連情報、配慮が必要な症状と期間などの就業上の配慮に関する情報が提供されると、会社での前向きな配慮に結びつきやすいことが指摘されている⁶⁾が、がん患者の就労について主治医に相談したことがある産業医は37%、産業医に相談したことがある主治医は4%と少数であり⁵⁾、主治医と産業医間の情報共有は乏しい現状が報告されている。

主治医より今後の見通しなどの治療情報を提供してもらう制度ができれば、復職や両立支援を行う上で参考にするに答えた産業医は95%であったが、主治医が産業医へ治療情報を提供する制度を活用すると答えた主治医は61%と少なかった。制度を活用しない主治医の理由としては、参加したいが時間が無いが最も多く、続いて守秘義務の不安、医療職責の範囲外が続いた⁵⁾。

がん患者の職場復帰に関連する要因

がんサバイバーの就労に関するシステマティックレビュー⁷⁾においては、職場復帰を可能にする要因として、雇用者との仕事復帰に関するミーティング、フレキシブルな働き方、同僚へのがんの開示、仕事についての医師からのアドバイス^{8,9)}、カウンセリング、多方面に渡るトレーニングの重要性¹⁰⁾が指摘されている。また、職場復帰を妨げる要因としては、倦怠感が最も多く¹¹⁾、心配、罪悪感など心理的要因との関連も指摘されている¹²⁾。また、併存疾患やうつ病の存在¹³⁻¹⁵⁾が職場復帰を妨げる要因になると報告されている。

②総合診療医が貢献できること

がん診療における総合診療医の役割

総合診療医の提供するプライマリ・ケアは、1996年の米国国立科学アカデミー(National Academy of Sciences, NAS)において、「primary careとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」と定義されており、その特徴を表す5つの理念として1)近接性2)包括性3)継続性4)協調性5)責任性が挙げられている¹⁶⁾。その包括性、継続性の点において、がんサバイバーの長期フォローに、総合診療医がふさわしいと、Institute of Medicine(IOM)で述べられている。がん診療における総合診療医の役割についてのシステマティックレビュー¹⁷⁾では、介護支援、スクリーニング、がんやその治療の副作用による身体的・心理社会的な影響、疼痛やその他症状のコントロール、緩和ケア、ヘルスプロモーション、継続的なヘルスケアの提供、医療経済の面において、総合診療医がより重要な役割を果たす可能性が示唆されている。がんサバイバーへのインターネット調査では、総合診療医の一般的なケアや心理社会面のケア、ホリスティックケアの面で支持され、72%の満足が得られている¹⁸⁾。早期乳癌治療後の患者について専門医と総合診療医のフォローについて比較したランダム化比較試験では、再発に関連した重篤なイベントの発生率・死亡率、健康関連QOL(health-related quality of life)で、有意な差を認めなかった¹⁹⁾。また、がん患者は、がんの既往歴がない人に比べ、うつ病、不安症などだけでなく、長期的に糖尿病、心血管疾患、骨粗鬆症などを発症するリスクが高いと

報告されており、早期乳がんや前立腺がんの患者は、がんで死亡する確率より心血管系疾患などの他の原因で死亡する確率が高い^{20,21)}ため、がん診療において併存疾患のマネジメントは重要である。したがって、総合診療医は、がんのみならず、併存疾患、また、患者の身体的、心理的、社会的背景、家族状況を考慮した包括的なケアを提供できる強みを活かしたがん患者のフォローを行えるため、がん治療の進歩によるがんサバイバーの増加に伴い、総合診療医のがん診療で果たす役割が期待される。

がん患者の就労継続における総合診療医の役割

がん診療において総合診療医の役割が期待されている一方で、がん罹患後の職場復帰についての総合診療医の役割についてのシステマティックレビュー²²⁾によると、この分野の研究は少なく、わずかにあった研究では、医療従事者間のコミュニケーション不足と総合診療医の知識不足が指摘されている。がん患者の就労に関して産業医から見た治療医との連携に関する調査⁶⁾では、「治療経過および今後の治療計画の提供」、「健康情報の提供」、「復職・就業配慮の妥当性」、「提供情報の一貫性」、「文書の発行」、「産業医の存在を意識したコミュニケーション」「本人が知らない情報の提供」の7種のカテゴリーが産業医の就業配慮に関連する項目として抽出された。就労支援が良好であった事例において最も多く指摘されたのは、「治療経過および今後の治療計画の提供」に関連する内容であり産業医が治療医に連絡する前に情報提供があったというものや、産業医に直接連絡したいとの申し出があった、という「産業医の存在を意識したコミュニケーション」が特徴的な記載であった。また、「健康情報の提供」には、検査データの他に化学療法に伴って出現する副作用の情報、倦怠感などの自覚症状、どのように告知したかの内容まで、病状に関連する様々な情報が提供され、「復職・就業配慮の妥当性」に関する内容の中には、余裕をもった復職可能時期の判断があったり、どのくらいまでは配慮が必要か、その期間を提示していたり、配慮が必要な症状を具体的に提示されたりしていた。就労支援が困難であった事例においては、「復職・就業配慮の妥当性」に関することと「文書の発行」に関すること、「治療経過および今後の治療計画の提供」不足に関することが大半を占めた。

就労支援について産業医との連携をとる医師についての主治医の意見は⁵⁾、「主治医が良い」が56%、「かかりつけ医が良い」が40%であった。ただし、

主治医が良いと答えたものも、病状が安定しているときはかかりつけ医でも良いと考えている主治医が約3割いた。がん患者自身は、治療中・治療後において、精神的なケア、日常的なケア、ケアの調整などのサポートにおいて、総合診療医にもっと多くの役割を担ってほしいと望んでいた²³⁾。

総合診療医は、がんの診断前からその関係性を構築できているため、がんの診断時から、患者の生きがいや、やりがいといった面にも配慮した上で、今後の治療のスケジュールを考慮した就労支援を行うことが可能であり、職場復帰を妨げる要因である倦怠感と関連する心理社会的側面へのアプローチも可能である。また、家族も同じ診療所に通院していることも少なくなく、家族背景を考慮した支援のみならず、家族に直接アプローチすることが可能であり、患者と患者を支える家族のサポートまで十分に行うことができる。そのような総合診療医が、積極的に産業医との連携、また治療医との橋渡し役を担うことで、よりこまめな就労支援のサポートが可能になると考えられる。

③社会に与えるインパクト

就労中に、毎年新たにがんと診断される約30万人が、治療を継続しながらも安心して仕事と両立することが可能になると、企業にとっても人材を失うことなく、経済効果が得られる。

④実現のために必要な事項

総合診療医の知識の向上

がん罹患後の職場復帰についての総合診療医の役割についてのシステマティックレビュー²²⁾によると、総合診療医の就労支援に関する知識不足が指摘されている。2013年米国臨床腫瘍学会よりがんサバイバーのケアの改善を目的とした政策、医師の教育、臨床ガイドラインおよび研究の改善について提言がなされ、そのツールとして、専門が異なる医療従事者が協力できるようなケア分担モデル、がん診療の質向上プログラム（Quality Oncology Practice Initiative：QOPI[®]）、医療従事者に対するサバイバーケアの教育プログラムが挙げられている。このようなツールを利用し、病院で行われる勉強会やケースカンファレンスなどに積極的に参加していく中で、総合診療医自身が、がん治療の流れ、がんに関連する身体症状や心理状態、産業保険の現状などの知識を習得し、常にアップデートしていく必要がある。

連携と情報共有

医療従事者間のコミュニケーション不足はがんの就労支援の妨げとなり²²⁾、十分な情報共有は良好な就労支援につながる⁶⁾ため、産業医、治療医、かかりつけ医としての総合診療医の連携は必須である。そして、がん患者は、時間節約、ケアの継続性などの点から、自宅近くの通いやすいかかりつけ医のフォローが好ましいと考えている反面、医療の質や治療医との関係が途切れることに不安を感じている²⁶⁾。そのため、がん診療において地域連携クリニカルパスなどのツールを積極的に活用し、医療従事者間の連携を可視化することは、がん患者がより安心してかかりつけ医のフォローを受けるために有用であると考えられる。

また、PCMH (Patient-centered medical homes) は、家庭医の領域から始まった情報共有システムであり、かかりつけ医が電子カルテを通して患者の他科での診療を管理し、患者教育や24時間の電話相談体制、受診しやすい体制をとることなどにより患者との関係を強化するための医療モデルである²⁵⁾。治療医と総合診療医がこのようなツールを通してリアルタイムに診療内容を共有することができれば、よりスムーズな連携が可能となり、患者や企業からの相談に対し、総合診療医が治療医に代わって対応することも可能となる。

その他、病院の勉強会やカンファレンスに参加することで、日頃から治療医と顔の見える関係を構築していくこともスムーズな連携、情報共有に有用であると考えられる。

文献

- 1) 古屋佑子, 高橋都. がん患者の就労支援. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*. 2017; 4 (4), 289-292. doi:10. 2490/jjrmc. 54. 289
- 2) 厚生労働省. がん患者の就労や就労支援に関する現状. 東京: 厚生労働省. [最終閲覧 2018. 5. 23] Available from: <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000037517.pdf>
- 3) 衆議院. がん対策基本法の一部を改正する法律. 東京: 衆議院. [最終閲覧 2018. 5. 23] Available from: http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/housei/19220161216107.htm
- 4) 東京都福祉保健局. がん患者の就労等に関する実態調査. 東京: 東京都福祉保健局; 平成 26 年
- 5) 門山 茂. 「疾病と治療と職業生活の両立を図るモデル医療及び労働者個人の特性と就労形態や職場環境等との関係が疾病の発症や治療、予防に及ぼす影響等に係る分野横断的研究・開発、普及 (がん)」研究報告書. 独立行政法人 労働者健康福祉機構, 平成 25 年 12 月. [最終閲覧 2018. 5. 18] Available : <http://www.research.johas.go.jp/h13/pdf/2nd/12-3.pdf>
- 6) 古屋佑子, 高橋 都, 立石清一郎, 他. 働くがん患者の就業配慮における産業医から見た治療医との連携に関する調査. 2016; 58 (2) : 54-62. doi: 10. 1539/sangyoeisei. B15011
- 7) Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;77(2):109-30. doi: 10. 1016/j. critrevonc. 2010. 01. 004.
- 8) Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*, 2002; 11: 124-31.
- 9) Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work: symp-toms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil*. 2007; 17(1): 83-92.
- 10] Chan F, Strauser D, da Silva Cardoso E, et al. State vocational services and employment in cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2008; 2(3): 169-78. doi: 10. 1007/s11764-008-0057-y.
- 11) Johnsson A, Fornander T, Olsson M, , et al. Factors associated with return to work after breast cancer treatment. *Acta Oncol*. 2007; 46(1): 90-6.
- 12) Islam T, Dahlui M, Majid HA , et al. Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health*. 2014;14 Suppl 3: S8. doi: 10. 1186/1471-2458-14-S3-S8.
- 13) Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2006; 20; 24(3): 345-53.
- 14) Ahn E, Cho J, Shin DW, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat*. 2009; 116(3): 609-16. doi: 10. 1007/s10549-008-0209-9.
- 15) Carlsen K, Dalton SO, Diderichsen F, et al. Risk for unemployment of cancer survivors: A Danish cohort study. *Eur J Cancer*. 2008; 44(13): 1866-74. doi: 10. 1016/j. ejca. 2008. 05. 020.
- 16) 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. プライマリ・ケアとは? (医療者向け). 東京: 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会. [最終閲覧 2018. 5. 23] Available from: <http://www.primary-care>.

- or.jp/paramedic/
- 17) Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv.* 2016; 10(6): 990-1011. doi: 10.1007/s11764-016-0545-4
 - 18) Nyarko E, Metz JM, Nguyen GT, et al. Cancer survivors' perspectives on delivery of survivorship care by primary care physicians: an internet-based survey. *BMC Fam Pract.* 2015 Oct 20; 16: 143. doi: 10.1186/s12875-015-0367-x.
 - 19) Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol.* 2006; 24(6): 848-55. doi: 10.1200/JCO.2005.03.2235
 - 20) Patnaik JL, Byers T, DiGiuseppi C, et al. Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: a retrospective cohort study. *Breast Cancer Res.* 2011; 13(3): R64. doi: 10.1186/bcr2901.
 - 21) Shikanov S, Kocherginsky M, Shalhav AL, et al. Cause-specific mortality following radical prostatectomy. *Send to Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2012; 15(1): 106-10. doi: 10.1038/pcan.2011.55.
 - 22) de Jong F, Frings-Dresen MH, Dijk NV, et al. The role of the general practitioner in return to work after cancer: a systematic review. *Fam Pract.* 2018; 6. doi: 10.1093/fampra/cm114.
 - 23) Lundstrøm LH, Johnsen AT, Ross L, et al. Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice: cancer patients' experiences. *Fam Pract.* 2011; 28(5): 532-40. doi: 10.1093/fampra/cm114.

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

健康格差をもたらす「健康の社会的決定要因」への働きかけ

武田裕子¹

要旨

健康格差とは、社会的背景が異なることで生じる健康状態や医療アクセスの不公正な差をいう。わが国でも「子どもの貧困」など所得格差の広がりに伴い、健康格差が顕在化している。例えば、生活困難世帯の子どもは、齲歯、肥満、ワクチン未接種などの健康リスクが高い。また低所得者ほど喫煙率が高く、高血圧や糖尿病に罹患しており、検診も未受診となる。健康に影響を及ぼす要因には、収入に加えて学歴、仕事、居住地、国籍、人種など個人の背景のほか、労働環境や医療体制、文化や環境、社会経済状況などがあり、「健康の社会的決定要因」という。

「自己責任」と患者を責めるのではなく、患者の抱える困難に思い至り、健康に影響している社会的要因を見出して必要な支援の提供が医師には求められている。また、健康の専門家として、個々の患者診療にとどまらず地域コミュニティや社会がより健康であるように、自らの専門性を活用して貢献する社会的な責任も有する。病態生理や生物医学的な判断にとどまらず、患者の心理社会的な側面に目を留め、問題に体系的にアプローチする総合診療医は、格差時代の医療の担い手として不可欠な存在である。

総合診療医が働くプライマリ・ケアの現場では、経済的困窮などの社会的困難のために治療を中断してしまったり、健康的な生活習慣を維持できない人に遭遇することがまれならずある。「健康の社会的決定要因: social determinants of health (SDH)」とは、住む場所や国籍、教育や収入、雇用形態など個人の社会的背景に加え、地域のつながりや、環境、制度、経済など健康に影響する社会経済状況を指す。総合診療医は、患者の身近なところで幅広い問題に対して医療を提供する専門家であり、患者の健康に影響している社会的要因を認識しやすい立場にある。また、そうした社会的要因を放置しては、どんなに的確な診断と治療を行っても、患者の状態は容易に改善しないことを実感している。

総合診療医の診療の強みは、臓器特異的な疾患のみならず患者を全人的にとらえ、包括的かつ継続的な診療を提供する点にある。患者の主観的な健康課題も含め、診断のついていない症状や徴候にも幅広く対応する。それには、病態生理や生物医学的な

らえ方 (biomedical model) にとどまらず、心理学的な側面や社会的要因、さらにその相互作用もふまえた体系的なアプローチ (biopsychosocial model) が必要である。社会的な要因は健康に影響し、また、疾病によって患者の社会経済状況は影響を受ける。患者が生まれてから今日に至るまでのライフコースを把握し、家族や患者を取り巻く環境、経済的な状況にまで配慮してケアする研修を受けた総合診療医は、格差の広がる今日、医療の担い手として大きな役割を果たすと期待される。

医師は、また、健康の専門家として、個々の患者診療にとどまらず、地域コミュニティや社会がより健康であるように、自らの専門性を活用して貢献する社会的な責任も有する。そのためには、生じた疾病や外傷への対応にとどまらず、健康を阻害する社会的要因に対しての働きかけも不可欠である。地域のなかで、患者の暮らしを身近に感じ、コミュニティとともに歩む総合診療医だからこそできる活動といえる。WHOは、「健康の社会的決定要因」に関するレポートの中で、“人々が病気になる原因を放置したままで、治療を繰り返すことに意味がある

1. 順天堂大学医学部医学教育研究室

のか (Why treat people without changing what makes them sick?)”と問いかけている。

日本プライマリ・ケア連合学会では、こうした社会の要請を受け、患者の生活背景を理解し必要な支援を行える医療の推進をめざし、「健康格差に対する見解と行動指針」を策定した。そのなかで学会の行動指針として、社会的要因への働きかけを行って健康格差の解消に取り組むこと、社会的要因により健康を脅かされている個人、集団、地域のニーズに応えること、また、そのための教育・研究ならびにアドボケイトとして活動することを示し、会員に行動することを求めている(巻末資料p. 519-537に掲載)。活動の一環として、これまで2年間にわたり、健康格差の拡大をもたらす貧困に関するワークショップを開催した。経済的に困窮している方々の存在に総合診療医がどのように気づき、どのような役割を果たせるかを議論した。以下は、その内容を紹介した報告文である(実践誌『プライマリ・ケア』Vol.3 No.2, 2018に掲載)。総合診療医が社会のニーズを受け止め、多職種と協働して地域で取り組んでいる様子を垣間見ることができる。

プライマリ・ケアの現場で「貧困」に気づく・取り組む

武田裕子

順天堂大学医学部医学教育研究室

■はじめに

“貧困と無知さえ何とかできれば病気の大半は起こらずにすむ”，これは誰もが知る「赤ひげ」が発した言葉です(山本周五郎原作『赤ひげ診療譚』¹⁾。社会が無知や貧困といった矛盾を生み、人間の生命や幸福を奪うのだと「赤ひげ」は、若い医師、登に教えます。しかし、これは江戸時代に限ったことではありません。

今や7人に1人の子どもが相対的貧困におかれており、母子家庭では実に半数以上が貧困状態にあります。成育環境や教育年数は、その後の収入、職業や働き方、生活習慣に影響を及ぼし、健康格差を生み出しています¹⁾。日常のプライマリ・ケア診療現場で、皆さんもそれを実感されることがあるのではないのでしょうか。

日本プライマリ・ケア連合学会主催の秋季生涯教育セミナーでは、2016年、17年と健康格差につながる「健康の社会的決定要因 (social determinants of

health: SDH)」を取り上げました。子どもの貧困を通して、社会経済的に困難な状況におかれている方々にどうしたら気づけるか、プライマリ・ケア医としてどのような役割が果たせるのか意見交換し、実践的な取り組みを共有するワークショップです*。本稿では、そのなかから一部をご紹介します。

■貧困にどう気づくか？

表1は、ワークショップ参加者が、診療現場での経験をもとに、経済的困難を抱えた患者さんが示すことのあるサインをまとめたものです。病気の診断と治療のみを考える医療、いわゆる生物学的アプローチでは、こうしたサインの多くはなかなか目に入ってきません。プライマリ・ケア医が得意とする、心理社会的アプローチ (Bio-Psycho-Social model)で、患者さんの背景に目をとめて初めて気づけるものです。

◎ソーシャル・バイタルサインを多職種で共有

収入や仕事内容に加え、子どもの数、進学などお金のかかる年代の子どもがいないかといった家族構成、光熱費の支払いで困ることはないかなど生活の様子、支えてくれる人がいるか、公的機関の支援を受けていないかなども、経済状況を推測するのに役立つ情報となります。隠れている社会経済的問題に気づかせてくれるこうした質問を、ソーシャル・バイタルサインともいいます。しかし、初診で生活のことまで詳細に尋ねるのはなかなかむずかしく、立ち入ったことを聞いてほしくないと思える患者さんに出会うこともあります。

ワークショップ参加者からは、「再受診していただけのような関係性を構築してから、2度目、3度目の受診の際に話しにくいことを尋ねるようにしている」、「“ちなみにこんなことで困っている人が多いけど、どうでしょう?”と一般化して尋ねる」という工夫や、「方言で話しかけるのが大事“最近、何かあった？お仕事うまくいってはんの?”とか…」と、経験談が語られました。常に、困窮している患者さんがいる、遭遇しやすいという前提で患者さんと話をするのが、貧困を見出すコツだと気づかされました。オープンに経済状況について尋ねると、「“そんなことも心配してくれるの?”、“ここでは言っていないの?”と驚かれたりホッとされたりする」

*ワークショップ・講演者/ファシリテータ：和田浩(健和会病院)、高岡直子(城南福祉医療協会大田病院)、竹内由紀子(竹内医院)、大矢亮(耳原総合病院)、長純一(石巻市立病院開成仮設診療所)、沢田貴志(港町診療所)、武田裕子(順天堂大学)

と、みみはら高砂クリニックの緒方浩美医師はいわれていました。

医師には話せないことでも、他の医療者には話せるという患者・家族は少なくありません。受付や会計の事務職員、看護師や薬剤師、理学療法士など、患者さんと接する機会のある医療職の誰もが聴き手になれます。保険薬局の薬剤師からは、待合室で子どもを罵倒したり、無視するなど親の行動によって気づけることがあるという発言がありました。ただ、こうした報告を受け付けてくれる医師はそう多くないそうです。多職種で取り組み、共通の問題意識をもって情報共有が図られる必要があります。

◎患者さんの背景・SDHに目をとめる

受診日を守れない、処方薬を切らす、用法・用量を何度説明しても理解できない、その場しのぎの応

答でやる気が感じられない…。何のために治療しているのかと、医療者ががっかりさせられたり、陰性感情をいだきやすい患者ほど、困難を抱えている、あるいは自ら困っているといえない患者であると、講師の一人である健和会病院小児科医の和田浩医師は伝えました。「(医療者が)困った患者ほど、(患者本人が)困っている」と表現した参加者もいます。予約の日こない、症状が進んでからようやく受診したなど、医療者がどうして？と思うときほど、非難するのではなく親身になって理由や背景を尋ねる必要があるでしょう。

印象的だったのは、亀田ファミリークリニック館山の菅長麗依医師が、SDHを見つけ出せると診療が楽しくなる、と話していたことです。「陰性感情をもちそうになったときに、患者さんの背景を尋ね

表1 ワークショップ参加者が経験した貧困のサイン

■外来にて	<ol style="list-style-type: none"> 1. 受診頻度 <ul style="list-style-type: none"> ・不定期受診・予約日に受診しない ・受診の遅れ（症状が進んでから受診） 2. 検査に関連して <ul style="list-style-type: none"> ・検査を希望しない ・検査すると伝えたときに困惑した表情を見せる 3. 処方に関連して <ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品を希望し高額な治療薬を避ける ・治療薬の内服・外用の仕方がわからない・アドヒアランスが低い ・残薬が非常に多い ・薬代を節約している様子がある 4. 予約日の設定に関連して <ul style="list-style-type: none"> ・再診日を先に設定して受診間隔を広げる
■訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅の様子：ペットの毛がたくさん落ちている、猫屋敷、ゴミ屋敷
■患者本人の特性	<ul style="list-style-type: none"> ・服装・身なり（いつも同じ服装、汚れ・穴が開いている） ・未治療の齲歯が多い、歯がない、合わない入れ歯を使用 ・かなりわかりやすく説明しても理解に乏しい ・その場しのぎの発言・短絡的な反応、安易な対処 ・精神的な疾患を抱えている（発達障害や認知症を含む） ・喘息・糖尿病などの慢性疾患を有し治療アドヒアランスが低い ・十分な教育を受けられなかった ・住所（地域性：生活保護受給者の多い地区に居住など） ・補助の出る治験参加者・治験リピーター（治療の代替に利用）
■家族の特性	<ul style="list-style-type: none"> ・母子家庭 ・小児科受診の際に、母子手帳を持参しない・母子手帳の記載が漏れている ・小児科受診の場合、受診が遅れる（症状が進んでからの受診） ・子どもの障がい発見に時間がかかっている（学校で指摘されてはじめて受診など） ・子どもの皮膚が乾燥して荒れている ・家族に齲歯・歯の欠損が目立つ ・家族が病気がちである（喘息が集積しているなど） ・家族構成（子どもの数が多い、入学直後などお金のかかる年代の子どもがいる）
■その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が陰性感情を抱きやすい患者・家族 ・ケアマネジャーからの情報提供 ・児童相談所がかかわっている世帯

武田裕子・高岡直子. “プライマリ・ケアの現場で「貧困」に気づく・取り組む” 実践誌「プライマリ・ケア」Vol.3 No.2 2018

ると、事情があることがわかって自分の患者さんに対するネガティブな気持ちを抑えられる。そして、それだけにとどまらず解決の糸口が複数見えてくるのが楽しい」と。患者さんの抱える困難が理解できれば、的確な選択肢を見出すことにつながるのです。

■貧困に気づいたときにできること

和田浩医師が勤務する健和会病院の小児科外来には、中古衣料品やお米が置かれているそうです。必要そうな家庭に「今日はお米はいらない?」、「お姉ちゃんに合いそうな服があるから見て行って」などと、主に看護師が声をかけて渡しています。生活に困窮していても支援を受けることを「恥」と感じたり、困窮しているのが当たり前で助けを求めてよいと気づかない人もいます。「本当に困っている人は、困っているといえない」ため、「支援を受けにいくのではなく、診察を受けにいったらお米もくれた」という形にして、より敷居の低い支援の形としているとのこと。

しかし、このように直接的な支援を提供できる場所はごく一部です。ワークショップがはじまったとき、「最終的に何をしてあげられるのか迷う、無力感を感じる」といった参加者もいました。しかし、貧困には、経済的な貧困だけでなく、つながりの貧困や経験の貧困などいろいろな側面があることが知られています。グループワークでは、医療機関や医療者ができるさまざまな取り組みについて紹介しあいました。それをまとめたのが、表2です。

◎まずはコミュニケーションから

相談しやすいと感じてもらえるコミュニケーションを心がけ、こちらからも積極的に話しかけると、医療費や医療機関へのアクセスの問題など、患者さんのおかれている状況を知ることができ、医療者にできることがすこしずつ見えてきます。とくに糖尿病外来など経済的に厳しい患者層が多く長期的フォローが必要な診療所の医師は、窓口での支払いが気になり、患者さんに大丈夫か確認するといっていました。しかし、検査や処方により発生する医療費について卒前教育や卒後研修で取り上げられることはほとんどありません。会計窓口で支払額を知って怒鳴り込んできた患者さんがいたと話してくれた医師もいました。教育も変わる必要があります。

◎陰性感情も学びのきっかけに

生活困窮者に対する指導医の心ない一言が、学習者である研修医に負の感情を当然と思わせてしまう

ことがあります。一方、飯塚病院緩和ケア科の柏木秀行医師は、「救急外来で、研修医が『また生活保護がきた』といった心ない発言をすることがある。そんなときは、研修医に『患者さんに対して陰性感情をもつよりは、なぜこのような状況になったのか社会的背景を踏まえた対応を考えるほうがよい』と伝えている」と話していました。さらに、「社会的困難を抱えた患者さんに対応して、成功した体験をシェアすることはとても大切」とその効果を強調していました。陰性感情への気づきが、大きな学びの機会になると重ねて認識できました。

◎医療機関だからできる社会的処方

医療費の支払いが負担になるとされる患者さんに対して、「猶予すれば支払えない患者さんが口コミで集まりそうでできない」という診療所もあれば、「開業医なので、7割は保険からの収入があるわけだから待てる」という医師もいました。一方、生活困窮者に無料または低額な料金で診療を提供する無料低額診療事業は、意外にも知られていません。東京都内には、53ヵ所の無料低額診療事業実施施設（病院・診療所）があります（2018年2月時点）²⁾。活用できれば経済的に困窮している人の治療中断を防げるかもしれません。このように、「生活保護制度」以外にも生活困窮者への支援制度はあります。知っていれば、困っている患者・家族のが支援を受けるきっかけを医療機関が提供できます。自らに知識がなくとも、ソーシャルワーカーに紹介したり、地域の福祉担当者に相談することで困難を減らせるかもしれません。

近年、地域でも、子ども食堂やコミュニティ・カフェなど孤立を防ぐ居場所づくりが活発に行われています。院内に掲示板をつくって情報提供している医療機関もあれば、病院自らそのような場を提供しているという報告もありました。たとえば、親子で石鹸づくりをするレクリエーションを行って、母親の話をじっくり聴く機会としているそうです。情報リテラシーには差があります。生活に困窮している人は、情報を得る手段に乏しいだけでなく、自分たちに役立つ情報の存在すら知らないということもあります。高齢者も同様です。医療機関は、そのような人たちが情報を受け取れる場となりえます。

患者さんの健康の維持・改善や病気の治療継続には、医学的な対応にとどまらず患者さんの抱える困難に対応することが求められています。それには、社会制度の利用や地域資源の活用が不可欠です。患者や家族のニーズに合う地域のリソースを紹介する

ことを、「社会的処方」といいます。福島市にある上松川診療所の春日良之医師は、「診療が終わったあと、15分くらいかけて、気になる患者さんについてどう対応すればよいか、受付さん・看護師さん・医師で話し合う時間をもっている」とのことです。「診療所のスタッフ全員が、“社会的処方”ができることを目標にしている」と話していました。

前橋協立診療所の井上有沙医師は、自身の体験を

話してくれました。糖尿病で通院している男性患者さんが、治療を自己中断してしまい血糖コントロールが困難で困っていた。ところが、ペースメーカー埋め込み術により身体障害認定され、障害者手帳を交付されて医療費の自己負担がなくなった途端にきちんと外来受診するようになり、血糖値が一気に改善したとのこと。糖尿病のコントロール不良は患者側の自己責任と思われがちですが、医療費の負

表2 貧困に気づいたときに医療者ができること：WS参加者の取り組み

■コミュニケーションの工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の側から話しやすい雰囲気をつくる： 「何かあった？ 病気のことに限らずって」 ・中断していた人が来院したら声をかける：「ようきてくれましたね」 ・「支えてるよ」というメッセージを送り、戻ってきていただけるようにする ・本人の力を引き出し迷っている人の背中を押す声かけ
■ニーズの把握	<ul style="list-style-type: none"> ・経済状況を医療者の側から話題にする： 「おクスリ代、たいへんじゃない？」 ・生活については医師以外の医療者のほうが話しやすい： ソーシャルワーカーや看護師が話しかけて、貧困に関する問題の整理をする・・・ 主治医に伝える・主治医は耳を傾ける
■医療費の負担を減らす	<ul style="list-style-type: none"> ・処方薬の自己負担額を意識して処方する ・処方薬はなるべくジェネリックにする ・高額な検査や医薬品の処方を行う前に患者の意向を確認する ・再受診までの間隔をなるべく開けて受診回数を減らす ・支払いを猶予する、無料低額診療事業を行っている医療機関に紹介する
■受診しやすい工夫	<ul style="list-style-type: none"> ・再受診せず治療を中断しそうな人には1週間分余分に処方する ・再受診の予約や治療薬の内服法などを決めるときには、患者さんの都合に合わせる ・仕事の合間に来院している人には診察までの時間を伝え、場合によっては素早い診察と処方を提供：「時間かかりそうですけど、どうしますか？」 ・複数診療科受診・検査などが同日にすむようにする ・高額療養制度、無料低額診療事業について伝える
■社会資源を活用する	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳の申請：心身障害者医療費助成制度の活用（都道府県により異なる） ・生活困窮者自立支援制度の利用：就労支援・一時生活支援・家計相談支援・学習支援 ・生活保護制度の紹介：希望者には職員が手続き同行支援
■地域資源に関する情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の活動に関する情報提供・グループへの橋渡し： 医療機関に掲示板設置、チラシ配布など ・アルコールや薬物依存の自助グループの存在の周知
■医療者による学び合い・若手教育・アウトリーチ	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有（医療機関内・外でカンファレンス）・民生委員との情報交換 ・地域ケア会議に「貧困」の視点を持ち込む ・研修に陰性感情への気づきを活かす ・貧困が根底にある事例での成功体験を多職種で共有 ・医療費・医療制度に関する知識を得る：診療費・検査費・医薬品費用や自己負担額など ・若手への教育：生活背景を理解することの大切さを伝える ・行政の事業に関する情報を外来で渡せるように準備しておく ・病院内外に地域の人が集える場所やイベントを用意する ・啓発：生活困窮者の状況を発信する、行政や福祉担当者に無料低額診療事業を知ってもらう

武田裕子・高岡直子、「プライマリ・ケアの現場で「貧困」に気づく・取り組む」実践誌「プライマリ・ケア」Vol.3 No.2 2018

担が背景にあり、助成制度が大きな役割を果たせることをあらためて認識しました。

「関心をもつこと、関心をもったことで成功した体験を共有すると取り組みへの力になる」、まさにそのとおりです。

■おわりに

「経済的な理由で治療を中断する人も多く、医師として葛藤する場面が多い」とっていた医師、「貧困について考えるのは重要だが手に負えないと思っていた」薬剤師など、多くの参加者が、さまざまな取り組みを共有し、事例を通して解決の手立てを学びました。医療者個人としてまたチームでできることは少なくないと感じた、という感想をもらいました。「問題を知らないこと、利用できるリソースを知らないのでアクセスできていないことがわかった。知っていることでつなげられそう」、「プライマリ・ケアの段階で貧困に気づき、複雑重症化する前に早期に介入できることが大切」という発言もありました。

一方、このセミナーでは、医療者だからこそできることも大きいと知らされました。たとえば「入院中の高齢者が社会的な理由で自宅に戻れないとき、行き先が決まらず困っていると聞いて医師である自分が出ていくことで受け入れてもらえるときがあり、医師には影響力があることに気づいた。それを他の医師にも知ってほしい」と。また、「自ら福祉関係者に問い合わせ直接相談したところ、迅速な対応に驚いた」、「(医師である)先生がいうならと動いてくれた」との報告もありました。このように、声をあげられない人の立場を代弁し、支援する人をアドボケイトといいます。

プライマリ・ケアに携わる私たちは、生活の苦しさが健康に影響を与えていることに気づく立場にあります。救急外来受診後のフォローアップを勧めても給料日のあとでないと受診できない人、非正規雇用のため年収100万円台で生活し、収入が増えたら

歯科受診したいと欲していた若者など枚挙に暇なく紹介されました。今回は、医療機関でどう貧困に気づくか、気づいたときに何ができるかについて話し合いましたが、実際には病院の入り口に立てない人が大勢います。問題を現場から発信することも、アドボケイトとしてのプライマリ・ケア医の重要な役割の一つです。

日本プライマリ・ケア連合学会では、「健康格差に対する見解と行動指針」を作成しました。そのなかで、あらゆる人々が健やかな生活を送れるように社会的要因への働きかけを行い、健康格差の解消に取り組むことを宣言しています。

「病気の陰にはとてつもない不幸が隠れている」と赤ひげはいいました¹⁾。その「不幸」こそ、WHOが“不公正で避ける努力が必要なもの”³⁾であり“国内ならびに国の間の健康格差の原因となっている”と述べている「健康の社会的決定要因(SDH)」でしょう。格差の広がる今日、自己責任論ではなく、病気の原因の原因(causes of causes)³⁾である社会的要因を心に留めた医療の提供、医療人の育成、個人やコミュニティへの働きかけ、アドボケイトとしての行動が私たちには求められています。プライマリ・ケアが医療の前線で社会との接点に位置するからこそできることであり、私たち、プライマリ・ケアを担う医療者一人ひとりの責務といえるのです。

文献

- 1) 山本周五郎. 赤ひげ診療譚. 新潮文庫, 1964.
- 2) 東京都内無料低額診療事業実施施設一覧. http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/hogo/mutei_files/300201mutei_iryoukikan.pdf (アクセス日 2018年3月31日)
- 3) WHO Commission on Social Determinants of Health-final report. Closing the gap in a generation. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf (アクセス日 2018年3月31日)

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

災害医療

大橋博樹¹

要旨

災害サイクルにおける亜急性期以降の支援のあり方に対しては様々な議論が行なわれている。災害関連死を防ぐためにも仮設住宅に移り地域包括ケアシステムが復旧するまでの期間における医療介護福祉の垣根を越えた支援システムの構築は重要かつ喫緊の課題である。日本プライマリ・ケア連合学会会員で組織されたPCAT（Primary Care For All Team）は東日本大震災では気仙沼市での在宅医療支援活動や石巻市での福祉避難所の開設運営支援、また仮設住宅での被災者に向けた健康カフェなどの支援を行った。熊本地震では、益城町からの依頼を受け避難所対策チームでの医療保健に関するアドバイザリー支援等を行った。今後、急性期の災害コーディネーターと同様に、亜急性期以降の医療介護福祉の復旧を担う、いわば「地域包括ケアコーディネーター」の存在が不可欠であり、その担い手として総合診療医の専門性が求められるのは間違いない。

はじめに

大震災発生による支援活動は超急性期・急性期・亜急性期・慢性期（復興期）に分類される。東日本大震災のような、広範囲かつ甚大な被害が起こった場合、その支援活動も、広範囲かつ長期間に及ぶ。亜急性期（発災後1週間～1ヶ月）に入ると、支援すべき被災者の中心は、高齢者や要介護者などの社会的弱者が中心となり、それまでとは異なった、医療・介護・福祉が複雑に絡み合った問題が数多く発生する。また、母子支援を始めとした保健行政の視点も絡んだ問題も起こってくる。支援者はそのような問題の複雑性を理解し、医療のみならず、介護・福祉を含めた対応が必要となる。また、その解決のためには多職種での連携が鍵となる。日常から多職種での包括的なケアを実践してこそ、被災地でも必要とされる人材となるのを忘れてはいけない。

東日本大震災での経験

2011年3月11日の発災以後、日本プライマリ・ケア連合学会の動きは速かった。3月12日深夜に「学会として、被災地における一定期間の【亜急性

期～慢性期の診療支援のコーディネート（ハブ機能）】を主軸とした支援に取り組むことを、理事長決定し、翌13日には東日本大震災支援プロジェクト対策本部を立ち上げ、チーム名を「Primary Care For All Team-PCAT」とした。3月17日、PCATは、調査と支援活動のため医師団を被災地に派遣し、その後、支援活動を開始するため、以下の3つの拠点を被災地用に確保した。

岩手県南部と宮城県最北部（気仙沼市など）の拠点：藤沢ハブ

宮城県北部（石巻市など）の拠点：涌谷ハブ

福島県の拠点：天栄村ハブ

阪神淡路大震災の教訓に基づき、日本における地震後の緊急時の医療システムは改善され、東日本大震災後の対応を整えるのに大いに役立った。しかし、今回の大震災は、想像を絶するほどの津波による広範囲に及ぶ被災地と甚大な被害、原子力発電所の放射能の事故と、今までに経験したこともない事態となった。これにより、緊急時の短期間の支援だけでは、被災地の復旧と復興のために十分でないということが、容易に予測できた。さらに、避難所における傷病者の治療と同時に、支援活動は医療・福祉・復興と広範囲に及ぶことも想定されており、そ

1. 医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック

のような状況下においてPCATが「近接性・包括性・協調性・継続性・責任性」という、プライマリ・ケアの原則を活かし、それを提供する能力を試される真の試練のように思われた。その後、支援活動における3つの基本方針「継続性・恒久性・地元人材／文化の尊重を重視した底上げ型の医療・保健支援」、「被災者／被災地の多様なニーズに対応するための多職種を巻き込んだ包括的な医療・保健支援」、「将来必ず起こるであろう未来の災害へ向けて行う学術型の医療・保健支援」が定められ、継続性と責任性を重視し、被災地の医療システムが安定するまで支援活動を続けることを決定した。

我々は震災直後、支援活動を開始するため、直ちに医師や薬剤師などを気仙沼市に派遣した。このチームでは、避難所の傷病者を支援し、医師団は現地の医師達に休息を勧めながら、代診を勤めた。しかし、発災後数日を経過した頃から、高齢者や介護を要する避難者の中に、最初は比較的健康であったにもかかわらず体調に変化が現れ始めた。介護用ベッドでの生活から、混み合った体育館で周囲の人々と共に眠るという生活への変化による褥瘡の悪化や、きざみ食だけを食べていたのに、供給される菓子パンに切り替えたため、誤嚥性肺炎になってしまう高齢者が多く見られるようになった。また、トリアージタグが、当初は青だったのに黄色に変わり、さらに赤へと変わって救急車で病院に運ばれることも頻繁になっていた。その状況は、社会的に脆弱な立場にある人々を真に露呈してしまうこととなった。

また、避難所にいる高齢者ばかりでなく、在宅医療を受けている被災者も状況は同じであった。元々、気仙沼市には訪問診療を行う医師は少数しかおらず、本来在宅医療を行うべき患者も、家族によって診療所に連れてこられるケースが多かった。しかし、地震によって家族を失った被災者は、自宅に留まるしかなかった。この状況は、行政機関も含めた救済者によっても、すぐに把握することはできなかった。我々は、3月22日から医師や看護師などからなるチームを編成し、他の組織や市の職員と協力し、孤立した高齢者や介護を必要とする被災者の調査のため、市内各地を戸別訪問した。このことにより、約20名の要介護者を確認することができた。その後、PCATは他の機関との協力により、要介護者に在宅医療を行うため「気仙沼巡回療養支援隊」に参加し、在宅医療を提供し始めた。在宅医療は、地元の各機関との緊密な連携を要するものであ

る。さらに、そのような支援のゴールは、地元の医療機関へ患者を引き継ぐことでなければならない。このことを踏まえ、チームに地元の行政職員を参加させることとし、現地医師会の医師が支援隊のリーダーとなった。言うまでもなくその医師も、診療所と家を巨大な津波に流された一人の被災者でもあった。

はじめは、患者がどこにいるのかについての手がかりは全くなかったが、ボランティアと行政職員の努力により、患者リストの名前は次第に増加していった。6～7チームが70名以上の患者を拾い上げ、直ちに訪問診療を開始した。我々が、気仙沼巡回療養支援隊の活動を支援するために、歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・鍼灸師などを現地へ派遣したことは、「多職種による支援」という理念に基づいて行われた。発災直後は、後方病院や医療施設の復旧は遅れており、場合によっては、重篤患者も在宅でケアするしか方法がなかった。しかしながら、時間の経過とともに状況は徐々に改善された。夏ごろには、患者を地元の医療機関に紹介し始め、8月31日には気仙沼巡回療養支援隊は解散することができた。結果として、在宅患者数は大震災以前に比べると大幅に増えることとなった。しかしながら、地元の医師達は、在宅医療に対してより積極的になり、そのことが気仙沼巡回療養支援隊の解散の時期を早めることとなったのである。

石巻市でも、高齢者や要介護者の健康状態の悪化問題は深刻だった。したがって、市では「福祉避難所」を立ち上げ、より手厚い介護を提供するため、各避難所や自宅で生活する、高度の介護を要する方々を一ヶ所に集めた。市は、PCATに、石巻市立病院の職員と共に、福祉避難所を運営するように要請した。日本プライマリ・ケア連合学会は、医師、看護師、薬剤師、などに加え、各種の医療分野の専門家の会員によって構成されている。これにより、PCATはその特徴を活かした支援を展開することになった。まず介護用ベッドなどを搬入するための場所を準備し、各避難者を対象に、病状、家族歴や生活環境などについて詳しい調査を行った。医師は毎日回診し、薬剤師は薬剤管理と処方のための簡易調剤室を設置した。更に、多職種によるカンファレンスを毎日行い、早急に各避難者の問題を共有した。そのような組織的な活動を行った避難所はほかになく、このようなケアを行った前例もなかった。また、この施設の目的は、避難者をこの施設からよりよい環境に移動することであり、そのために必要

な、自宅や他の施設への調整・支援は、ソーシャルワーカーによって行われた。その結果、9月30日には、この施設はすべての避難者の移動が終了し、閉鎖となった。

その後、すべての避難所は閉鎖され、被災者は仮設住宅や新しい住居施設などに移動した。仮設住宅への移動は、被災者の健康状態の改善につながるとは限らなかった。被災者は仮設住宅に移動したが、そこに住む人々は、以前の同じ地域の人達とは限らず、多くの被災者が新たな人間関係を築き、新たなコミュニティを形成していくことを強いられた。その上、多くの仮設住宅は、津波による被害を避けるため高台に建設された。このため、以前よく訪れていたスーパーや医療施設に行く手段がほとんどなく、自家用車を持たない高齢者はずっと仮設住宅で過ごすことが多くなった。また、高齢者や子供たちのメンタルヘルスの問題についても、職員不足によって十分なケアを行うことができなかった。そこでPCATは、仮設住宅に住む方々の健康相談活動を始めた。宮城県では、近隣の人たちが集まってテーブルを囲み、一杯のお茶を飲みながら世間話をするを、「お茶っこ」と呼んでいる。これにヒントを得て、このカウンセリング活動を、「お茶っこ健康相談会」と名づけ、各仮設住宅の集会所で活動を始めた。「お茶っこ健康相談会」の目的は、以下の通りである。

- (1) 現地の方々に、新しいコミュニティを築く場を提供すること。
- (2) 血圧測定や健康相談によって受診が必要な人を確認し、迅速なケアを始めること。
- (3) 被災者の心の問題を共有し、傾聴することによって、心の重圧を軽減すること。

現地の人々が、できるだけ容易に「お茶っこ健康相談会」に参加することができるように、これらの相談会では、飲み物や、ハンドマッサージ、子供のためのおもちゃの用意などのサービスが提供され、好評だった。また、現地の人々が相談会の運営に徐々に携わるようになってきたことも、注目すべきことであった。これは、震災から立ち直るべく、現地の人たち自身の前向きな取り組みを応援することが、PCATの震災支援で重要と考えている貴重な一例である。

これらの支援活動を振り返ると、総合診療医が平時にそれぞれの地域で行っている活動ととても類似しているのがわかる。医療介護福祉の垣根を越えた多職種での支援が重要であり、総合診療医が最もふ

さわしいリーダーとなり得るのである。

阪神淡路大震災では超急性期における迅速な救援活動に対して、重要な示唆を与え、それがDMAT等の構築につながった。東日本大震災で私たちは何を学んだのだろうか。広範囲かつ長期間にわたる避難生活への支援のためには、急性期だけではなく、慢性期・復興期を見据えた、息の長い支援の必要性、また、医療だけでなく、福祉や介護の支援の重要性をこの震災は私たちに教えてくれたのである。そして、その支援には災害医療の専門家や救命救急医だけではなく、医療福祉介護への知識や経験が豊富である総合診療医の存在が必要であることが示唆された。

熊本地震での活動

2016年4月14日に発生した熊本地震においても、益城町や南阿蘇村など甚大な被害を受けた地域があり、救護所や被災した病院等への支援のみならず、高齢者や要介護者など社会的弱者へのケアや地域包括ケアシステムの復旧、保健師を始めとした行政職員への支援が必要であることが急性期から示唆された。そのような状況の中、隠岐島前病院院長である白石吉彦先生から、日本プライマリ・ケア連合学会災害対策本部に電話があり、益城町で支援ができないかというご依頼を頂いた。白石先生は発災直後より益城町での支援に入られ、プライマリ・ケアの視点を持った長期支援の必要性を強く感じられていた。益城町からも依頼状（資料1および2）を頂き、迅速な対応が必要と判断し、平成28年5月8日よりPCATの支援が開始された。

支援開始当時は、すでに救護所の支援は充足していた。一方、被害が甚大だった益城町で課題になっていたのが、地域包括ケアシステムの再構築であった。特に行政への医療・福祉面でのアドバイザーのニーズが高まっていた。例を挙げると、福祉避難所への移動対象者の選定と移動に対する本人・家族への相談、開設されている避難所の衛生管理、新しい避難所の適切な環境への助言、職員の労働環境やメンタルサポート、町内の診療所や県との医療的な調整、あらゆる健康問題に関しての相談需要等である。特に、医療介護福祉における困難事例の拾い上げや、避難所に来ていない在宅避難者に対するケアについては、平時から地域包括ケアシステムの最前線で活動している総合診療医が得意とする分野であった。

これらの活動を行う中で、我々は様々な課題に直

面することになった。例えば、地元保健師の負担の問題である。あらゆる情報や現場での問題が一人の保健師に集中してしまうために、保健師の疲弊がかなり大きくなっていった。本来であれば、保健所職員によるサポートや、郡市医師会会長などがコーディネーターとして指揮を取るべきであるが、自施設の復旧や膨大な他の業務を抱え込んでおり、対応は困難な状況であった。益城町町長や医師会会長とも相談し、我々は、保健師の代理人となり、諸問題解決への助言を行うなどの支援を行った。

考察

東日本大震災と熊本地震という二回の災害で、我々は医療のみならず、介護・福祉を含めた包括的な支援が必要であること、また、それは亜急性期から急速にニーズが増えてくることを教訓として学んだ。しかし、同時にそれを取りまとめるコーディネーターの存在が現場で見えてこないという現実も目の当たりにした。

東日本大震災や熊本地震では、地震や津波による直接死の他に、その後の災害関連死が多く報告された。災害関連死は超高齢社会を迎えた日本ではこれからさらに大きな問題になっていくのは間違いない。DMATや急性期の支援者が撤退してから、避難者が仮設住宅に移り、通常地域包括ケアシステムの中で医療介護福祉サービスを受けられるようになるまでの間の支援の仕組みづくりに関しては、まだ確立されたものはない。また、災害による要介護者が急増する問題についても明確な対策は見えてきていない。この問題が解決されなければ、災害関連死を防ぐことはできない。

現在の災害支援システムにはDMATやJMAT、AMAT、また精神医療の支援チームとしてDPAT、リハビリ中心の支援チームとしてJRATが挙げられる。また、そして、それを指揮する者として災害医療コーディネーターが存在する。もちろん、災害医療コーディネーターが急性期後も、被災地の地域包括ケアの復旧復興を目的とした「地域包括ケアコーディネーター（仮称）」としての役割を担うことも考えられるが、より現場に即した支援を考えると、災害医療コーディネーターから、新たに任命した地域包括ケアコーディネーターへ引き継ぐ方が現実的である。また、公衆衛生分野における支援組織としてDHEATが発足した。DHEATはDisaster Health Emergency Assistance Teamの略である。DHEATは保健所職員、公衆衛生医師、保健師、管理栄養士、

衛生課職員などで構成され、主な役割としては、避難所における被災者の要望の把握、被災地の妊産婦、乳幼児、要介護者の把握と対応、避難所の衛生管理状態の把握と評価、感染症発生などについてのサーベイランス、被災地の廃棄物、汚水、水道などの状況把握と評価などが想定されている。DHEATも避難所の衛生管理や災害関連死予防策を保健所や行政の立場として支援していくチームであり、今後重要な役割を期待されているが、一方で、平時の地域包括ケアシステムを取り戻すためには、そこで働く人（医療者やケアマネジャーなど）を支援する仕組みも重要である。

「地域包括ケアコーディネーター」は地元の医師会長など、平時のリーダーがその責を担うのが妥当であるが、必ずしも急性期を超えてすぐに地元の関係者が引き継げる状況ではない。発災1週間後の状況は、まだ自院の復旧もままならず、被災者として、本人・家族への支援も必要な時期なのである。平時のリーダーが復帰するまでの間、誰がその代わりとなるか、それを考えると地域包括ケアの中での業務に精通した総合診療医を中心としたチームが最適である。熊本地震において、PCATが調整本部に入り益城町での支援を行ったことは、「地域包括ケアコーディネーター」としての業務として考えると、適材適所な活動であったと考えられる。

二回の災害を経験して、特に印象的だったのは、総合診療医だからこそ対応できたケースが少なからず存在したことである。例を挙げると「より環境の良い福祉避難所へ移動する場合の順位付け」これは基礎疾患のみならず、介護度や家族の介護力などを複合的に判断する能力が求められた。また「認知症の義父と母乳育児中の子どもを抱えた女性の支援」では、認知症に対する知識と母子保健への理解も必要となった。このように幅広い年齢層の、医療だけではない幅広い相談に対応できる医師ということを考えると、総合診療医の専門性は災害の場面でも十分に活用できると思われる。

一方で、今後の課題は組織の脆弱性である。PCATはあくまで学会組織の一部であり、地域包括ケアシステムの復旧を何時でも全て担うことは不可能である。PCATだけでなく、プライマリ・ケアや在宅医療等に精通した専門家が幅広く協力し、平時より「地域包括ケアコーディネーター研修」等の研修を行い、組織として支援力の向上を目指すことがまずは喫緊の課題である。そして、これらの支援が、DMAT・JMAT等と同じく、災害支援システム

に関わる一員として公のものとして認められ、予算の確保や訓練への参加が達成されることが今後の課題である。

二回の大きな震災への支援によって、プライマリ・ケアの視点が災害医療にも重要であることが示された。総合診療専門医が誕生することによって、よりプライマリ・ケアの専門性を明確にした優れた人材が、被災地で活動できることが可能になった。今後はそれを支える仕組みづくりに真剣に取り組まなければならない。

文献

- 1) 内閣府災害時要援護者の避難対策に関する検討会：災害時要援護者の避難支援ガイドライン（改訂版）（<http://www.bousai.go.jp/3oukyutaisaku/youengosya/index.html>,2006.3）
- 2) 國井修編：災害時の公衆衛生。南山堂。2012
- 3) The Sphere Project 編。難民支援協会 訳：スフィア・プロジェクト 人道憲章と人道対応に関する最低基準。2011
- 4) 日本公衆衛生協会 分担事業者，宮崎美砂子：平成 24 年度地域保健総合推進事業「被災地への保健師の派遣の在り方に関する検討会」報告書。2013
- 5) 石井恵理子，内藤一浩，保田優子，他：地域包括ケアシステムと災害対策－福祉避難所を実効性のあるものに。第 54 回千葉県公衆衛生学会，2016
- 6) 日本公衆衛生協会，全国保健師長会：平成 24 年度地域保健総合推進事業「大規模災害における保健師の活動マニュアル」。2013
- 7) 公益財団法人日本医師会，四病院団体協議会：災害医療を国家として統合するための定言。2017
- 8) 日本在宅ケアアライアンス：地域包括ケアと災害 報告書。2017

資料1

益防第 5 号
平成28年5月8日

一般社団法人
日本プライマリ・ケア連合会
理事長 丸山 泉 様

益城町長 西村 博 則



医師派遣のお願い（依頼）

平素より当町に格段の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、本町は4月に発生した平成28年熊本地震により多大な被害を受け、現在多くの機関のご協力を受けながら、災害復旧・復興業務を行っています。
つきましては、貴団体に下記のとおりご協力をお願いいたします。
今後もしよろしくお願ひいたします。

記

内容：医師派遣（常時1名）
避難所対策チームでの保健医療アドバイザー業務
期間：3ヶ月程度
場所：益城町役場（熊本県上益城郡益城町宮園702）
その他：益城町の現状等については別紙参照

連絡先
益城町災害対策本部 避難所対策チーム
担当： 安田
電話：096-289-2930

日本プライマリ・ケア連合学会

理事長 丸山 泉 様

益城町は人口約3.4万人で、平成28年5月7日の段階で約5,000人の避難者がいます。医療機関は町内に19カ所あり、公立医療機関はありません。部分再開を含めて18の医療機関が診療を再開しています。

現在は医療については外部からの支援もあり、避難所や救護所では日本赤十字社救護班、医師会等の医療救護班等が活動をしています。また避難所の環境整備・過密対応のために、4月28日より益城町役場に避難所対策チームが発足しました。この対策チームでは国立病院機構災害医療センターや救護班の医師が常駐し、さまざまな保健福祉活動に協力してくれますが、徐々に撤退していくことが予想されます。また公立医療機関がないため、今後、医療等について役場内で身近に相談する医療関係者が不在となることが予想され、支援医師が撤退した時のことを心配しています。

現在、一次避難から二次避難、福祉避難所ができ始めている時期で、応急仮設住宅建設に向かっている準備段階です。開設されている避難所の衛生管理、新しい避難所の適切な環境（トイレの数、場所、シャワー、洗面、食事）、保健師や役場職員の抱えている個別のケースワーク（福祉との連携）、職員の労働環境、メンタルサポート、町内の診療所や県との医療的な調整、あらゆる健康問題に関する相談需要等があります。

急性期は過ぎたものの、依然として医療的な問題が整理されておらず、総合診療系の方が役場医療アドバイザーとしてある程度長期に関わって下さると今後の益城町の地域医療再生に非常に大きな力になると考えています。

プライマリ・ケア連合学会として、そのような支援が可能ならばぜひ検討いただきたいと思います。

平成28年5月8日

益城町町長 西村 博則