

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

地域をベースにしたヘルスプロモーション活動

後藤忠雄¹

要旨

山間へき地の小山村において、地域にある人的資源と協力してヘルスプロモーションの展開を実践した。具体的にはモデルとして PRECEDE-PROCEED Model を用い、地域診断に始まり、それにもとづく健康優先課題の選定、それに対する計画と評価指標の設定、その後の経年的 PDCA サイクルの実施、その評価などを行った。こうした活動は地域の幅広い健康課題に対応できる。また、地域でこうした活動を実践するにはその地域に根差した医療を展開している総合診療医が果たす役割が大きいと思われた。

事例の概要

①取り組みの背景

岐阜県郡上市和良町（旧郡上郡和良村）は、岐阜県のほぼ中央に位置し、合併市中心地である八幡町からは東へ峠を越えたところにある山間の小村である。本取組開始時人口は約 2500 人、高齢化率は約 35%（現在は人口約 1800 人、高齢化率約 40%）の地域で、昭和 30 年の国保診療所開設以来、初代診療所長（のち病院長）の故中野重男先生の掲げられた「予防を主とし、治療を従とする」のスローガンのもと、病院への規模拡大、老人保健施設の併設などを経ながら、健康づくりからリハビリテーションまで取り組んできた。地域の健康意識は比較的高く、2000 年の国勢調査では当時の和良村が男性長寿日本一に輝いており、こうした今までの取り組みが少なからず寄与したのではないかと思われる。しかしながら、これらの活動は、個々の専門職（医師、看護師、保健師、行政職）の熱意に支えられたもので計画的ではなかったこと、どちらかという医療機関・行政が主導しており、健診・検診を中心とした早期発見早期治療がその中心的な役割を果たしていたことなどがあり、住民が主体となるような健康づくり地域づくりにシフトしていくことが必要であろうと考えられていた。それ以外にも、「健康日本 21」「健やか親子 21」の開始、母子保健計画や

高齢者保健福祉計画の見直しといった時期と重なっていることも取り組みの背景の一つとなっている。

②導入の経緯

筆者は 1989 年自治医大卒業後、2 年間の初期研修を経て国保和良病院（現県北西部地域医療センター国保和良診療所）に赴任し 5 年間勤務、その後 2 年間自治医科大学地域医療学教室で勤務し、再び国保和良病院に赴任した。この間に学んだこととして臨床医としての基本的な知識・技能・態度はもとより、Evidence-Based Medicine、行動科学、ヘルスプロモーションの概念とそのモデルなどがあり、これらをベースに、再赴任後スタッフとどんな取り組みをしていったらよいか議論したところ、人口減少少子高齢化の進む山間へき地の地域においてできるだけいままでの医療レベルを維持すること、保健医療福祉の包括的提供をより進めていくこと、この地域が目指すべき健康づくり地域づくりを考えそれに取り組むことなどがあげられた。その中で和良村の保健師自らが「この地域の保健計画を作りたい」と言ったこともあって、PRECEDE-PROCEED Model（図1）に基づいた保健計画策定に取り組むこととした。もちろんこの保健師が既存の枠にとられない村独自の保健計画を立てたいと願っていたことが一番大きな要因ではあったが、それ以外に、村内行政の機構改革で保健福祉課ができ心機一転取り組める雰囲気があったこと、村長が合併を控えているものの合併があるからこそ今の村に必要な計画

1. 県北西部地域医療センター／県北西部地域医療センター 国保白鳥病院

を立てるべきであると支援してくれたこと、担当保健所の協力が得られたことなどがその導入要因として挙げられる。

なお、PRECEDE-PROCEED Modelとはローレンス W. グリーンらが提唱したヘルスプロモーションの計画・実践のモデルで、Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation - Policy Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Developmentの頭文字をとったものである。モデルの中心となる概念は、人と環境の相互作用により形成されたあるいは修正・維持される多彩な要因が一般集団の健康状態や健康観に影響するという「エコロジカル」な視点と、身の回りの社会環境から常に何かを学ぶとともにその内容は個人として集団としてあったものへ変えることが可能であるという「教育的」な視点であり、具体的には図1に示すように8段階から成り立ち、前半の4段階は健康教育などの地域介入を実施する前に行うアセスメント過程、後半4段階は実施及び評価過程で、このプロセスしたがって地域のヘルスプロモーションの計画・実践・評価を行うことができる。

③事例の詳細

まずは関係するスタッフの学習会から開始した。当時の健康日本21計画策定検討会座長柳川洋先生のご講演や中濃地域保健所長や筆者の講義により、健康日本21地方計画の重要性、保健計画策定の重要性、住民参加の重要性、PRECEDE-PROCEED Modelなどに関し共通認識を醸成し、小山村だから出来る質の高い現状把握と、常に住民参加を意識しながら進めることを確認した。そして計画の基本的方針を①和良村独自、②他の計画も包括、③トータ

ルライフ、④地域づくりとすることも確認した。

次いで住民参加型で進める一環として村内各種団体の代表による策定委員会を設置した。小山村だけにステークホルダーは各種団体の所属員であることが多く、公募というよりこうした形での策定委員会とした。また計画の名称を「まめなかな和良21プラン」（“まめなかな”とはお元気ですかという意味）とした。

現状把握のために、既存資料の利用、健康調査、グループインタビューあるいはグループワークを実施した。健康調査は「まめなかな健康調査」と「まめなかな生活習慣実態調査」からなり、前者は健康日本21、健やか親子21に準拠した現在の和良村の健康状況の把握を目的に、乳幼児から80歳以上の高齢者を対象として、直接郵送又は乳幼児学級・保育園・地域学校保健委員会・保健推進委員会を介して、健康調査票を配布回収することで実施し、後者は質問票だけでは得られない項目の把握を目的に、20～70歳代の各年齢層から計149名を無作為抽出し、食生活習慣実態調査、24時間蓄尿によるナトリウム・カリウム摂取量調査、歩数調査を実施した。グループインタビューは、「まめなかなインタビュー」として、地区や年代層の健康問題の把握。住民が参加できるニーズを聞き出すことを目的に、地区別4団体、団体別13団体、健康レベル別10団体、計27団体196人を対象に、健康に関するインタビューを実施しこれを録音し、二人のスタッフで独立して言葉を抽出しカードに住民の言葉で記載、その後PRECEDE-PROCEED Modelに落とし込んで解析した。またグループワークは、策定委員会や保健推進委員会等でラベルトーク（ポストイットにニーズを書き、模造紙に貼る）による健康づくりに必要な課題を抽出した。

グループインタビューなどにより得られた本計画の最終的な目標つまり目指すべき生活の質は「全ての世代の人々が、自分の状況にあった健康づくりを、家庭や地域の支援を受けながら実践し、この和良村（和良町）でいきいきと楽しくまめな生活を送ろう」であり、いきいきと楽しくまめな生活の具体的状態としては良好な健康感を持つこと、病気にならないこと、病気になったとしてもと上手に付き合うことができることとし、これらの指標として主観的健康感の状況、死亡状況、要介護状態状況をもって検討評価することとした。主観的健康感に関連する因子を検討すると、①治療中の疾患がないこと（疾病予防）、②運動習慣、地域活動への参加、外出

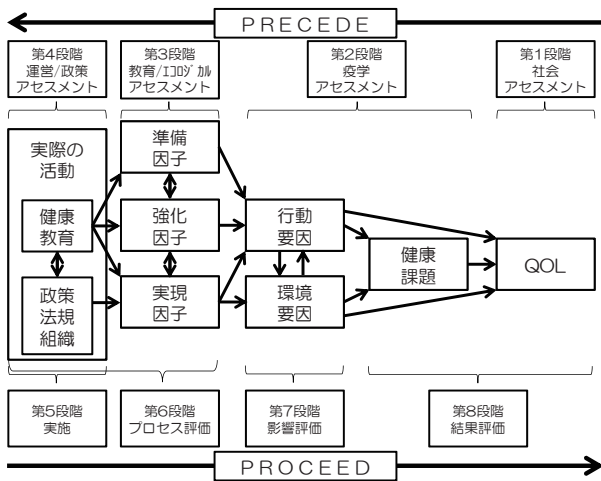


図1 PRECEDE-PROCEED Model

などの非閉じこもり行動があること（閉じこもり防止と運動）、③十分な休養があると感じ、ストレスが少ないあるいは相談者を含め対処方法があること（ストレス軽減）、④野菜、海そう、豆類大豆製品などの摂取頻度が多く、かつ楽しく食事が摂れるという食習慣があること（望ましい食習慣）が挙げられた。約20年間の死亡状況から検討すると、死因として多いのは①悪性新生物、②心疾患・脳血管疾患、③肺炎であり、標準化死亡比（全国との比較）で高いのは男性の慢性閉塞性肺疾患であった。要介護状況から検討すると、要介護状態の原因疾患は、①変形性膝関節症・変形脊椎症、②脳血管疾患、③認知症であり、要介護度悪化の関連疾患は、①認知症、②廃用症候群であった。これらの関連を図2に示す。

ここに挙げられた保健行動に対し、策定委員会で

世代別に重要度×取り組みやすさの2軸展開し、それぞれの優先保健行動を決め、それに対する今後の取り組み計画を立案し、さらに数値目標を設定して「まめなかな和良21プラン」を策定した（図3）。なお本計画は、和良村議会により推進決議もしていた

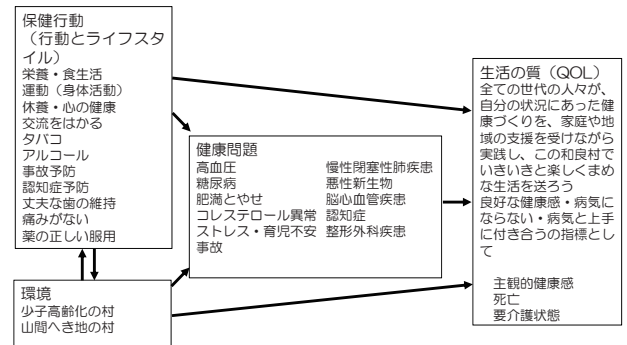


図2 生活の質・健康課題・保健行動の関連

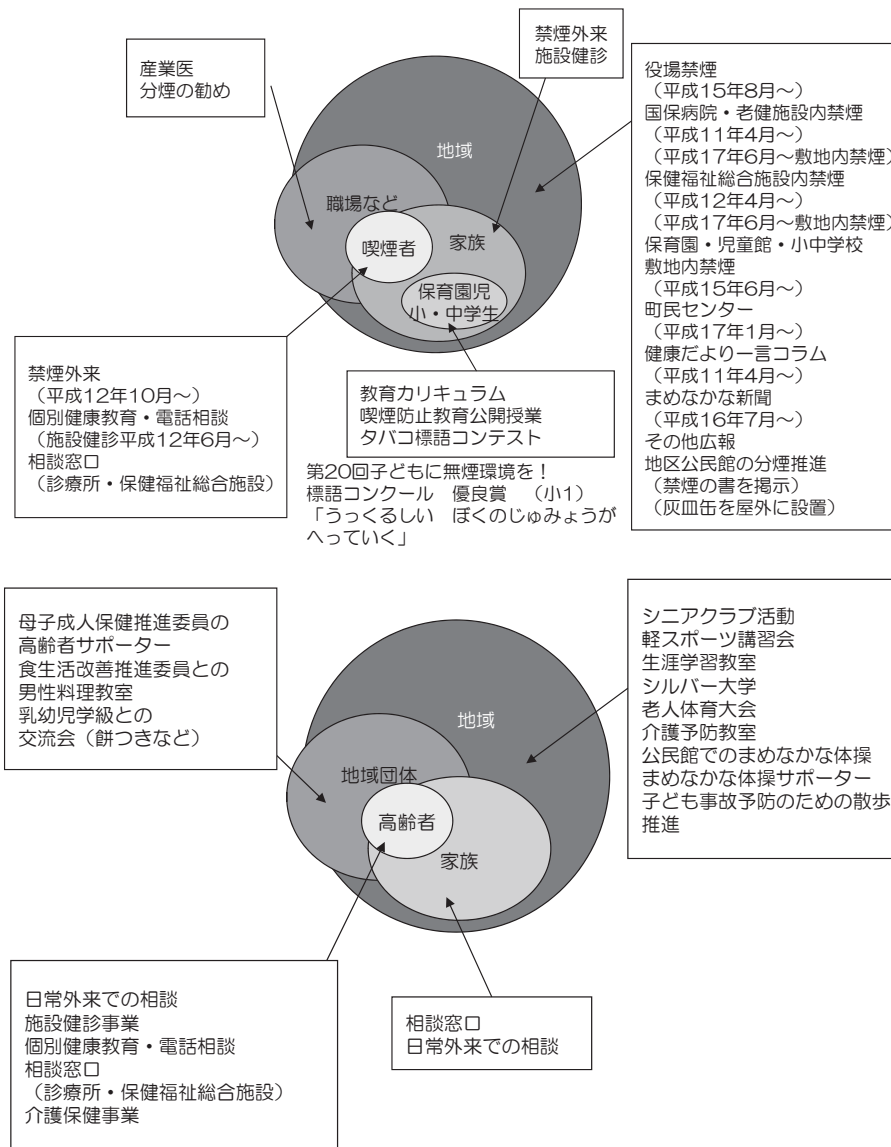


図3 まめなかな和良21プラン取り組み例（上段：たばこ対策，下段：高齢者対策）

だいている。

その後「まめなかな和良 21 プラン」実施のための組織として、各種団体代表及び公募住民からなる「まめなかな和良 21 プラン」推進検討委員会と住民代表と学識経験者からなる「まめなかな和良 21 プラン」評価委員会を設置し、概ね年度初めに策定された計画に基づいて取り組む内容を検討し、年度末にその取り組み状況の共有と次年度への取り組みの検討を推進検討委員会が、また、年度終わりにこれらの活動の評価を評価委員会が行い、経年的にPDCAサイクルを回すことで計画推進をしてきた。その後、2008年には目標値の進捗状況、見直しを図るために中間調査を行い、2013年には、まとめの調査を実施し、10年間の健康づくりの振り返りを行った。

④成果

計画推進 10 年を経て、この計画の最終調査を行い、特に当初設定した目標値への到達状況を検討した。方法としては和良町全住民を対象に、計画策定にあたり行った健康調査（2001～2002年に実施）と平成 20 年度に実施した中間調査、2013 年に実施した最終調査結果を比較検討し、評価区分は健康日本 21 評価に準じ、A：目標値到達、B：目標値未到達・改善傾向、C：無変化、D：悪化、E：評価困難とした（表）。「A+B 項目数/当初 10 年後の数値目標として設定した健康指標項目数」は、乳幼児期：11/18、学童期 6/10、思春期 4/7、青壮年期：9/16、中年期：6/12、前期高齢期：3/4、後期高齢期 3/3 であり、A 評価は全体で 8 項目であった一方 D 評価は 14 項目という状況であった（図4）。これらから、

表 目標数値例と開始時、中間調査時、最終調査時の状況及び評価区分
(A：目標値到達、B：目標値未到達・改善傾向、C：無変化、D：悪化、E：評価困難)

項 目	計画開始時	2008年中間調査	2013年目標値	2013最終調査	
朝食を毎日食べている子の割合	小学生88.7% 中学生80.6%	小学生92.0% 中学生82.0%	小中学生とも 100%	小学生91.8% 中学生78.9%	C
主食・主菜・副菜ということを知っている子の割合	小学生53.0% 中学生69.4%	小学生53.0% 中学生 100%	小中学生とも 100%	小学生70.8% 中学生89.3%	B
給食以外で毎日牛乳・乳製品を食べる割合	中学女性32.4%	中学女性34.3%	中学女性50%	中学女性40.0%	B
毎日野菜を食べる割合	中学男性45.7% 中学女性51.4%	中学男性46.9% 中学女性57.1%	男女とも60%	中学男性52.8% 中学女性50.0%	C
子どもと一緒に食事を作らない保護者	小保護者20.3% 中保護者36.6%	小保護者17.0% 中保護者31.3%	小学保護者10% 中学保護者20%	小保護者32.9% 中保護者57.4%	D
12歳児の虫歯の本数	1.6本	1.0本以下	1.0本	0.47本	A
不正咬合のある子の割合	小4年28.2% 中1年42.3%	小4年31.3% 中1年28.8%	それぞれ 14%、20%	小4年50.0% 中1年33.3%	D
タバコを吸った経験のある子の割合	小学生 2.4% 中学生10.5%	小学生 0% 中学生1.5%	小中学生とも 0%	小学生 0% 中学生1.6%	B
タバコを勧められた経験のある子の割合	小学生 6.0% 中学生11.8%	小学生 0% 中学生1.5%	小中学生とも 0%	小学生2.8% 中学生6.9%	B
タバコ関連疾患の知識度	肺がん以外のタバコ関連疾患認知割合50%以下	59.9%(低出生体重児学習能力低下2項目50%以下)	タバコ関連疾患を知っている割合男女とも80%	タバコ関連疾患を知っている割合男女とも54.3%	B

前期（65-79歳）高齢期

項 目	計画開始時	2008年中間調査	2013年目標値	2013最終調査	
比較的、日常外出をしている人の割合	男性73.2% 女性69.2%	男性 84.8% 女性 89.3%	男女とも80%	男性 83.8% 女性 87.9%	A
地域活動に参加している人の割合	男性39.4% 女性28.9%	男性44.1% 女性 52.8%	男女とも50%	男性 51.3% 女性 58.5%	A
日頃意識的に体を動かすように心がけている人の割合	男性65.9% 女性73.7%	男性77.0% 女性 89.3%	男女とも80%	男性64.7% 女性80.0%	B
1年間で歯の健康診断を受けたことのある人の割合	男性35.1% 女性27.5%	男性32.7% 女性29.9%	男女とも40%	男性31.5% 女性29.1% C	C

後期（80歳-）高齢期

項 目	計画開始時	2008年中間調査	2013年目標値	2013最終調査	
バスや電車を使って一人で外出できる人の割合	男性59.0% 女性36.6%	男性63.9% 女性 50.7%	男性70% 女性50%	男性68.0% 女性56.4% B	B
友達の家を訪ねることがある人の割合	男性54.2% 女性49.1%	男性57.4% 女性59.9%	男性70% 女性60%	男性60.6% 女性61.9% B	B
新聞を読む人の割合	男性79.5% 女性58.0%	男性 84.2% 女性69.8%	男性80% 女性70%	男性 84.3% 女性 77.8% A	A

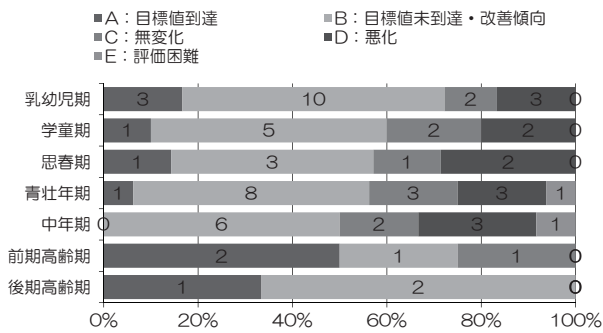


図4 当初10年後の数値目標として設定した健康指標項目数のうち達成数

当地域の保健計画にもとづく健康づくりは、効果的に機能している部分と機能していない部分が見受けられ、地域指向性・住民指向性の高い真の目的に向けて、それとにより関連のある目標項目およびその目標値の設定にも検討の余地があると思われた。

⑤今後の展開

2013年には、10年間のまとめの調査による振り返りを実施し、その後第1次計画と同じようなプロセスにより新たな10年の健康づくりのための「第2次まめなかな和良21プラン」を策定した。2018年には2次計画が始まって5年が経過し、中間調査を行う予定となっている。

また、同様な手法を用いて合併市である郡上市においても健康福祉推進計画を策定している。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

いわゆる臓器専門医はその対象臓器に対する深い専門性を持っている。したがってその対象となるものは主に病気の人の持つ臓器、構造、細胞となる。またその診療の場も医療施設内となっていることが多いと思われる。一方総合診療医は、目の前の人、その家族、その地域に深い専門性を持ち、その対象となるものは主に病気の有無にかかわらず人であり、家族であり、地域であり、診療の場も医療機関外も含めたものとなる。本事例のように地域ベースのヘルスプロモーションの展開はまさに総合診療医の得意とする分野である。限られた疾患に対する地域での取り組み（例えば泌尿器科医は前立腺がん検診を推奨しがち）を考慮するのではなく、地域診断にもとづき、様々な疾病や健康課題のバランスあるいは優先順位を検討しながら取り組んでいくことが可能である。その点では公衆衛生医の専門性との違いが議論され得るが、実際の現場で実臨床を行って

いることが何よりの強みであり、タイムリーに起きているその地域の健康課題に向き合っている点でより地域に対する近接性が高いこととなる。その他、ヘルスプロモーションの展開には住民を含め様々な職種が関与するが、特に医師に対してはその専門性での支援が求められる。その点でも、その地域で臨床を行い、限られた疾患に対する深さではなく、深さはともあれ幅広い健康課題に対応できる点でも総合診療医の専門性が生かされるフィールドと思われる。

②タスクシフティングの可能性（臓器専門医の負担軽減、多職種連携など）

ヘルスプロモーションの展開において多職種のかかわりが求められるのは明らかであり、加えて計画、実践、評価いずれのステップにおいても住民の参加が不可欠である。往々にして行政の健康部門だけが関与し、場合によってはコンサルタント企業にかなりの部分を依存することがないわけではないが、総合診療医が関わることにより、自分たちがその大部分を自分たちの手で作り上げることができ、必ずしも物理的負担軽減とは直結はしないとしても、相互の相談のしやすさ、自分たちの目指す方向の明確化など関わる多職種の方々の特にモチベーションに関連した部分での負担軽減にもつながると思われる。

③医療や社会に与えるインパクト

地域の総合計画との整合性を図りながら、地域の健康福祉分野の目指すべき方向性を明確にし、保健医療福祉がそれぞれ別々に取り組むのではなく、明確なビジョンの中でそれぞれの連携統合で取り組むという点で、地域医療の一つの形ができていないかと思われる。関わる職種のモチベーションの向上や、自らの手による計画であること、あるいは財政的にも外部委託より安価で策定できること、地域の資源を知ったうえで地域での取り組みを考慮していくことができることなど、地域の実情に応じた施策展開や地域包括ケアの展開につながる事が期待される。

④他の地域での応用の可能性とその実現のために必要な事項

グループインタビューの仕方、疫学的知識、健康行動科学あるいは健康教育学などの知識など様々な知識や技術を総動員する必要がある、実際の取り組みにおいてはややハードルが高いかもしれない。しかし、ともに取り組むスタッフと学習しながら成長していくことで十分他地域でも実践可能と思われ

る。特にこうしたことに取り組もうと考えるリーダーとして、どういった職種でも構わないとは思われるが、例えば総合診療医がその任を担ったり、あるいはその任を担う人のよき理解者、支援者、アドバイザーとなったりすることが求められる。

文献

- 1) L.W.Green, M.W.Kreuter : Health Promotion Planning 4th Edition An Educational and Ecological Approach, McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages, 2004
- 2) <http://www.gujo-tv.ne.jp/~clinic-wara/mamenaka21.html>

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

大阪市西淀川区の公立小学校高学年生を対象にした 喫煙防止教室の取り組みについて

蓮間英希¹ 野口 愛²

要旨

大阪市の喫煙率は全国平均のそれより高く、積極的に地域に出て「地域丸ごと健康に！」をスローガンに掲げ、小学生高学年を対象の喫煙防止教室を開催することとした。医師会や薬剤師会、区役所の協力のもと、2016年度は14校ある公立小学校のうち6小学校、2017年度は7校に喫煙防止教室を実施した。

事前アンケートでは、半数以上の児童が保護者の受動喫煙にさらされていることが分かった。事後アンケートでは、大人になっても喫煙しないと宣言した児童は大多数であった。今後の課題としては、喫煙開始の低年齢化が問題となってきたことから、小学生低学年を対象に広げることや、中学生や高校生や喫煙している保護者に対しても継続的なアプローチが必要である。

①取り組みの背景

大阪市西淀川区は戦後高度経済成長期にかけて阪神地区をつなぐ国道や高速道路が建設され、近隣の大工場から発生する硫黄酸化物(SOx)や窒素酸化物(NOx)が西淀川に飛散し、区内の工場排煙と合わさって深刻な被害をもたらした地域であった。かつては工場排水によって河川の汚濁が深刻で工場排煙の大気汚染も相まって地域住民の多くの人々が喘息などの公害病に苦しんでいた。1970年に西淀川区公害地域に指定され、私の所属する淀川勤労者厚生協会(淀協)は公害患者やその家族の健康を守るために最前線を担ってきた歴史ある組織である。

②導入の経緯

大阪市の喫煙率は全国的に見ても高く、外来で診る子供達の親の多くが喫煙者であったり、喘息発作で来院する患者の中にはなかなか禁煙できないでいたり、喫煙が関連した病気で入院になったりする患

者も多くいた。一方、いったん喫煙開始すると禁煙するのがとても難しいことも禁煙外来に通院する患者から学んでいたこともあり、家庭医として、積極的に地域に出て喫煙開始しないことを選択してもらうよう小学生やその保護者を対象に喫煙防止教室を開催することとした(図1)。

③事例の詳細

●喫煙防止教室の取り組みについて

当施設は家庭医研修施設でもあることから、家庭医療専門医や専攻医が複数在籍しており、既存の院内禁煙対策チームから家庭医が中心となるATB(Aあかん、Tタバコ、B撲滅)チームを再編成し、院内で禁煙活動に関わるコメディカルを増やし院内全体で禁煙対策を行うムーブメントを起こすことを意識した。

2012年U小学校養護教諭や学校医の協力を得ることができ、第1回喫煙防止教室を実施した。対象は高学年生とその保護者とし、講義内容は全体で45分間で、「タバコの害」について(有害物質や受動喫煙、依存症など)の知識面のアプローチと、タバコを吸おうと誘われた時の断り方をグループで

1. 一般財団法人淀川勤労者厚生協会附属西淀病院／大阪家庭医療センター

2. 一般財団法人淀川勤労者厚生協会附属千北診療所／大阪家庭医療センター

ロールプレイングする2部構成とした。目標は図2のとおり、知識、技術、態度のそれぞれの目標を掲げた。2012年以降は年に1校しか実施に至らなかったが、西淀川区保健福祉センターに活動報告をし、医師会にも報告したこともあり、当院の取り組みに理解を示していただいた西淀川区医師会会長の働きかけにより、2016年からは西淀川区役所や西淀川区医師会の協力を得ることができた。西淀川区のホームページ(図3)に喫煙防止教室の活動を掲載し

てもらい、公立小学校から直接当院に開催申し込み依頼できる案内も表示し、学校保健協議会や学校校長会議で喫煙防止教室開催の広報活動を行う事で、多くの方にこの取り組みを知ってもらうことにつながり開催校が大幅に増えることとなった。

●喫煙防止教室の事前・事後アンケート結果

2016年度は西淀川区公立小学校6校に喫煙防止教室を実施した。事前アンケート結果で293人の児童のうち166人(57%)の児童が受動喫煙を被っていることが分かった(図4)。喫煙者の内訳は父親が半数以上(166世帯中104人)であり、母親の喫煙者も多いことが分かった(図5)。事前アンケート結



図1 西淀川区マップ：2017年度開催小学校にサザンカマーク

【喫煙防止教室目標】

- タバコに入っている悪の三兄弟(成分)を答えることができる(知識)
- タバコによる健康の害を挙げるができる(知識)
- 断り方を実践できる(技術)
- 大人になっても喫煙しないと宣言できる(態度)

図2 喫煙防止教室の目標

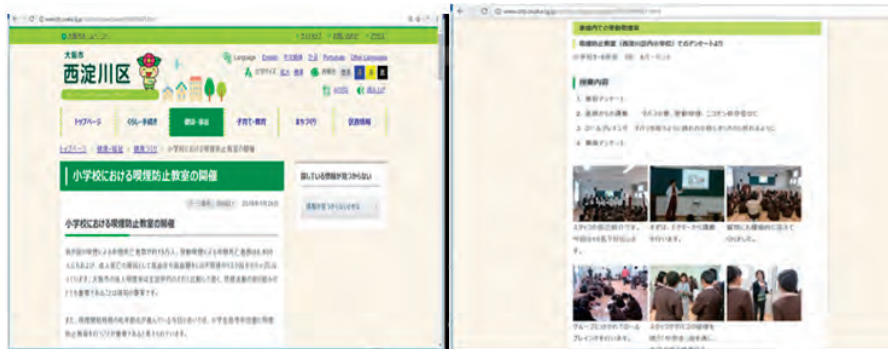


図3 西淀川区ホームページ

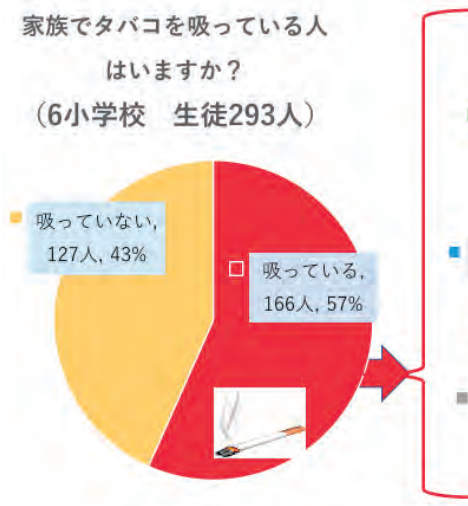


図4 家族の喫煙率

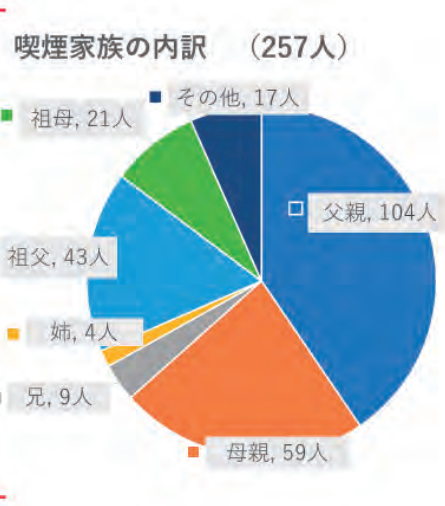


図5 喫煙者の内訳

【事後】誘われた時にきっぱり
ことわることができますか？

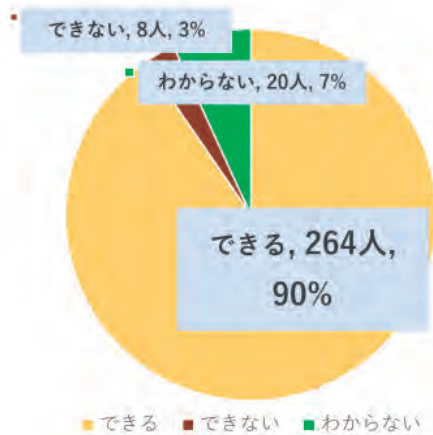


図6 誘われた時に断ることができるか

【事後】大人になってタバコを
吸いたいですか

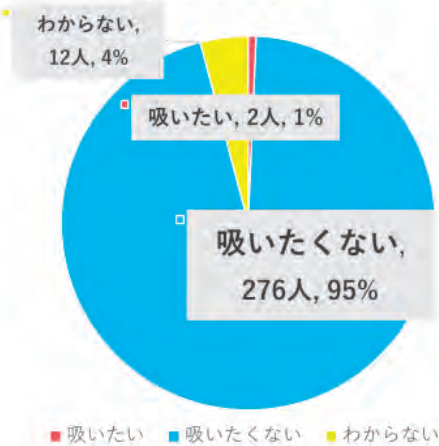


図7 大人になってタバコを吸いたいか

果では、「タバコの中に入っている体に悪い成分について」知らない児童がほとんどであったが、事後アンケートでは多くの生徒が答えることができていた。(知識)事後アンケートでは「誘われた時にきっぱり断ることができるか」の問いに対して「はい」と答えた児童が90%であった(図6)。「大人になってもタバコは吸わない」と答えた児童が95%であった(図7)。

●喫煙防止教室後の児童・保護者・学校教諭の感想

児童

- ・家族や身近な人に禁煙するようにすすめる
- ・大人になってもタバコは吸わない
- ・タバコを吸っても、何もいいことが無いということがわかった
- ・依存症は恐ろしい
- ・副流煙の方が害が大きいと知らなかった

親

- ・この時期に学ぶことができてよかった
- ・大人でも勉強になりました
- ・以前タバコを吸っていたので、反省しながら聞いてました
- ・参加型で、断り方の練習もリアルで良かったと思う
- ・一生今の思いを持ち続けてほしい

教諭

- ・写真もインパクトがあり、クイズ形式の講義であきない工夫がよかった
- ・少人数に分かれて、一人ひとり断り方の練習ができるのがよかった
- ・喫煙者の保護者が多く困っていたので、保護者参加型も良かったと思う
- ・今の時期に吸いたくないと思える機会を持てたのはいいことだと思う

④成果

2012年から開始した当初は西淀川区公立小学校の開催校数はU小学校のみであり、他小学校に開催を広げることがなかなかできないでいた。しかし、西淀川区医師会・区役所の協力を得た2016年度からは6校、2017年度は7校の開催と増加している(図8)。

アンケート結果からは、家族が喫煙者である児童は50%以上と多くの児童が受動喫煙にさらされている事、ほとんどの児童が喫煙するよう誘われた時にはきっぱり断ることができるかと答えている事、また大人になっても喫煙しないと宣言している事が分かつ

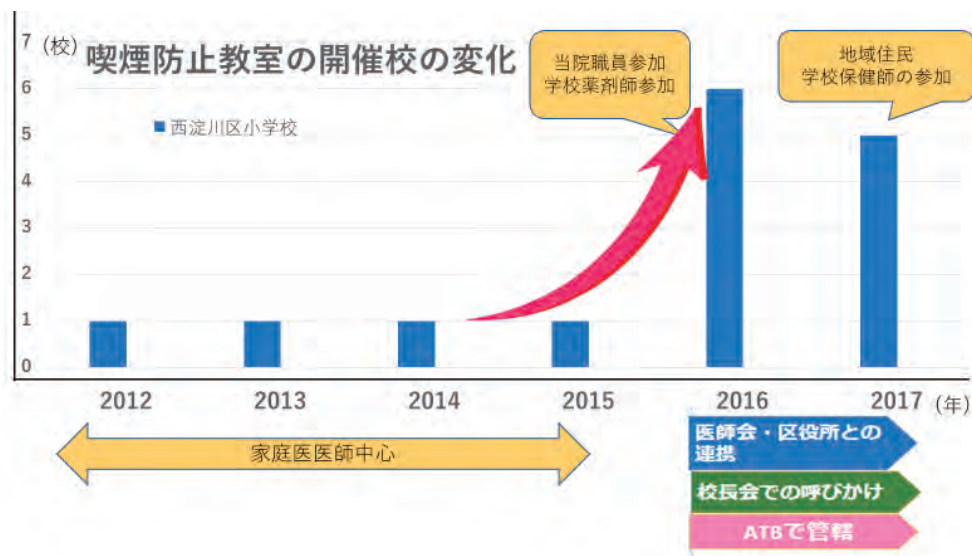


図8 喫煙防止教室活動の変化

(喫煙防止教室 の実際の様子)



多目的室で、電子黒板にスライドを用いてクイズ形式でタバコの知識について講義をしている。



小グループに分かれて、誘われた時の断り方を書き出す (各グループにスタッフ1人を配置)



講義内容を復習 (能動喫煙と受動喫煙の害の大きさの比較)



誘い役 (スタッフ・学校教諭) がタバコを吸うように誘い、きっぱりと断る (生徒) ロールプレイングをしている



た。3か月後の事後アンケートからも、喫煙防止教室の内容を家に帰って家族に話をした児童や、禁煙するよう説得した児童がいることも分かり、児童から保護者への波及効果もあることも分かってきた。

当初は家庭医メンバーだけで開催していた喫煙防止教室も、開催拡大にあたり当院の新入職員の地域活動に組み込まれたり、全職員にも年に1度は参加するように依頼したりと、病院全体で禁煙アプローチに参加する文化ができてきたことや、医師会や学校薬剤師、学校保健師、地域住民の方々が指導者側になったりすることで、多くの方々と意見交換をすることにより喫煙防止教室の内容が見直されたり、効率的なシステムの構築、活動後の評価方法などを検討する機会も増えてきている。

⑤今後の展開

現在は西淀川区14校ある公立小学校のうち7校の実施にとどまっているが、2018年度は14校の開催を目標にしている。そのためにも指導者側の育成も重要な課題であり、法人内職員対象にした指導者養成講座を定期的に行う事と同時に、同じ西淀川区にある臨床研修病院と協力して指導者を増員することも検討している。

また、喫煙開始年齢の低年齢化が問題となってお

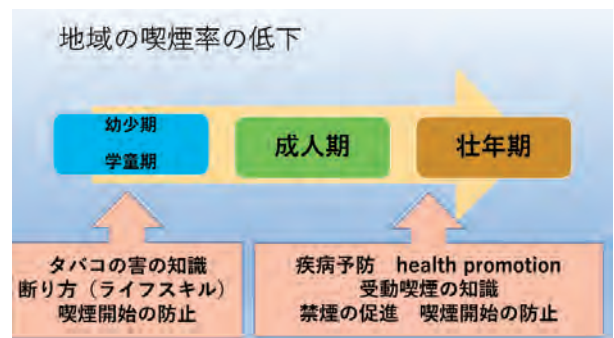


図9 継続した禁煙・卒煙アプローチ

り、低学年から対象にすることや、中学生や高校生やその保護者に対しても継続した禁煙・卒煙アプローチが必要である (図9)。

喫煙防止教室を行う事で、地域の喫煙率の低下や受動喫煙率の低下につながることを測定するために、臨床研究を計画的に進めているところである。

【考察】

未成年者に対する喫煙防止活動の目的は将来の喫煙行動選択のリスクを下げることであり、喫煙行動に関与する要因を把握してそこに焦点を絞った活動を行うことが重要である。未成年者の喫煙防止・教育は US Preventive Services Task Force の推奨とし

でも謳われおり¹⁾、親や友人など周囲の喫煙者の影響も関与することが指摘されている²⁾ことから、小学生、中学生、高校生、大学生とそれぞれ年齢に適したアプローチを継続的に行うことや、家族への介入は子供の喫煙開始を予防する効果があること³⁾からも保護者へのアプローチ、地域全体でタバコの無い街づくり、喫煙防止条例の整備など多方面でのアプローチを行うことが大切であると考えます。

様々な診療の場（救急外来・外来・病棟・在宅医療・地域）を持つ総合診療医は、地域の抱えている問題もとらえやすく、問題解決に向けて多職種連携・共同の取り組み、組織・運営マネジメントを駆使して包括的な取り組みを実践することが専門性の一つでもある。今回の喫煙防止教室の取り組みに関しても、地域の抱えている健康問題を解決するために院内に禁煙チームを立ち上げたり、禁煙対策ムーブメントを起こし職員自身の意識改革を起こしたり、行政や学校、三師会（医師、歯科医師、薬剤師）や医療機関、地域住民の抱えている問題を調整したりしながら、地域のネットワークを駆使して健康予防活動を実践していくことができたと考えている。

普段の病院や診療所での診療であるハイリスクアプローチと併せて、喫煙防止教室のようなポピュレーションアプローチを行うことも総合診療医の専門性の一つである。ハイリスクアプローチと同時に

ポピュレーションアプローチを行う事で、臓器別専門医の負担を間接的に減らす事ができる可能性もあると考えている。

それぞれの地域で抱えている問題は必ずあるはずであり、まずは地域の問題を知るために、医療・介護・福祉関連機関、行政、教育機関、地域住民とが共同して取り組める課題を出し合う場を持つこと、円滑なコミュニケーションをとることで効率的で効果的な健康活動を行うことにつながると考えている。

【文献】

- 1) US Preventive Services Task Force. Tobacco Use in Children and Adolescents: Primary Care Interventions. America. US Preventive Services Task Force. [cited 10 March]. Available from: [https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions?ds=1&s=Tobacco % 20Use % 20in % 20Children % 20and % 20Adolescents](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions?ds=1&s=Tobacco%20Use%20in%20Children%20and%20Adolescents)
- 2) 尾崎米厚 青少年の喫煙行動、関連要因、および対策 J.Natl.Ins.PublicHealth,54(4):2005
- 3) Thomas RE. et al. Family-based interventions in preventing children and adolescents from using tobacco: A systematic review and meta-analysis. Acad Pediatr. 2016; 16: 419-429

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療医による「地域住民の経済的・社会的問題」と「病棟患者の転帰に影響する栄養状態」に関する“地域”調査

佐藤健太¹

要旨

大規模病院への臓器別専門医集約に伴って空洞化した中小病院に総合診療医が赴任し、地域の分析と病棟の分析を行うことでハイリスクな地域や症例を同定し、少ないリソースで効果的な地域ケア・病棟診療を実現した。その結果臓器別専門医は専門医療に集中でき、総合診療医もその専門性・コアコンピテンシーを発揮でき、双方にとって仕事の質や満足感を高められる組織変革を成し遂げることができたため、ここに報告する。

①取り組みの背景

超高齢社会の到来によって地域の医療ニーズは刻々と変化している中、日本の総医療費の高騰を背景として病床の機能分化と効率的な運用も求められており、周辺地域や病棟内で「今まさに起こっている問題」を捉え適切にシステムを改善していくことが全ての病院に求められている。

当法人でも、病床機能の整理に伴って臓器別内科専門医の大規模基幹病院専門病棟（以後、急性期病棟）への集約が進んだが、一方の中小病院では地域包括ケア病棟・療養病棟など（以後、慢性期病棟）を担当する医師が減ってきていた。しかし、近年では慢性期病棟といえども包括支払い制度となってきたことや、自宅復帰率などのアウトカム指標によって入院基本料等が決まるようになってきたことから、質が高く効率的な医療を行えないと生き残れない時代となってきた。

また、地域包括ケアシステムの構築が求められるようになり、病院といえども院内や病棟内で完結するのではなく周辺の医療・介護組織との連携を強めていくことが求められ、医師や診療科の専門性からではなく近隣地域のヘルスケアニーズに応じて柔軟に医療機能を変えていく必要性が高まってきている。特に、当院のある近隣地域（札幌市白石区）の

場合、歴史的にも社会経済的困難性の高い住民が多く、また、全日本民主医療連合¹⁾（以下、民医連）加盟組織で健康増進活動拠点病院²⁾（Health promoting hospital, 以下HPH）にも登録している病院特性も重なって、非常に複雑な社会経済的問題を抱えた退院困難事例が数多く搬送され病棟を埋めつくしている状況があった。

経済社会的問題と健康アウトカムには強い関連性があることが報告されている³⁾が、具体的な事例を挙げると、貧困によって公共料金の支払が滞ってライフラインが停止され自宅内凍死しかけた症例や、社会的孤立と加齢・廃用に伴う心身機能障害のため軽微な転倒で動けなくなったあと誰にも発見されずに褥瘡・横紋筋融解症を発症し敗血症性ショックで運ばれる症例などがあるが、これらは例外的な事例ではなく当院では日常的に見られる Common な事例である。

以前の慢性期病棟を担当していたのは臓器別専門医が中心であったため、これらの事例に置いては専門性を発揮しにくく、結果として在院日数長期化や自宅退院率低下、日当円の低下や臨時入院可能な空床確保困難が積み重なり、莫大な赤字が生み出されていた。

こういった中小病院の慢性期病棟の役割・課題や患者層・医療ニーズの変遷に伴い、当法人内の慢性期病棟の担い手として「地域分析・地域ケア機能を

1. 北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター (GPMEC) / 勤医協札幌病院 内科・総合診療科

持ち、社会経済的問題の対応も得意とし、ニーズに応じて柔軟な医療展開」が可能な総合診療医に関心が集まった。

2013年に大規模基幹病院の新築移転と臓器別内科専門医集約が行われることが決まり、慢性期病棟への総合医配置と病院機能変革が急務となった2011年に、家庭医療専門医の資格を取得したての筆者とその指導医の2名が慢性期病院に赴任した。3年かけて初期臨床研修の受け入れや家庭医療後期研修プログラムの整備を行い、後期研修医4名前後の安定確保を行ったのち、以下の2つのプロジェクトを立ち上げて総合診療の指導医・専攻医中心で対応することとなった。

プロジェクト1…診療圏内にいる社会経済的困難事例の地理的分布や特性を分析することで、医学的・社会的に手遅れになって運ばれうる事例を同定しアプローチする

プロジェクト2…慢性期病棟における早期自宅退院困難事例を同定する仕組みを開発し、少ない人員を効果的に配置し病床運用指標や経営的指標を改善する。

②導入の経緯

地域志向のプライマリ・ケア（Community-oriented primary care：COPC）⁴⁾の順に乗っ取り、まずは「地域」の定義と現状調査を行った。

プロジェクト1については、地域を「病院近隣の2km圏内、白石区内に在住する、社会経済的問題を抱えると想定される未受診者」に設定し、マクロ・ミクロ・ナラティブデータの収集と分析を行った。その成果は日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部地方会で報告している⁵⁾。

プロジェクト2については、地域を「慢性期病棟に入院している全患者」に設定し、在院日数長期化や自宅退院困難、急変・死亡などと相関しうる特徴の解析を行った。その成果は日本プライマリ・ケア連合学会英文誌に投稿した⁶⁾。

この2つの調査活動によって、社会的ハイリスク事例が同定し、ハイリスク事例に対して集中的なリソース配分を行うことで、効果的な地域ケアを行う仕組みを作ることを目指した。

③事例の詳細

<プロジェクト1の分析結果>

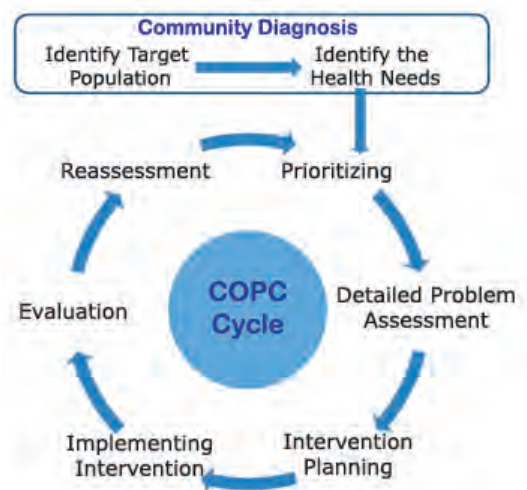
1. マクロデータ（市区町村レベルの大きなデータ）として白石区の保健センター報、まちづくりセン

ター別人口動態、不動産情報などを集め分析した。

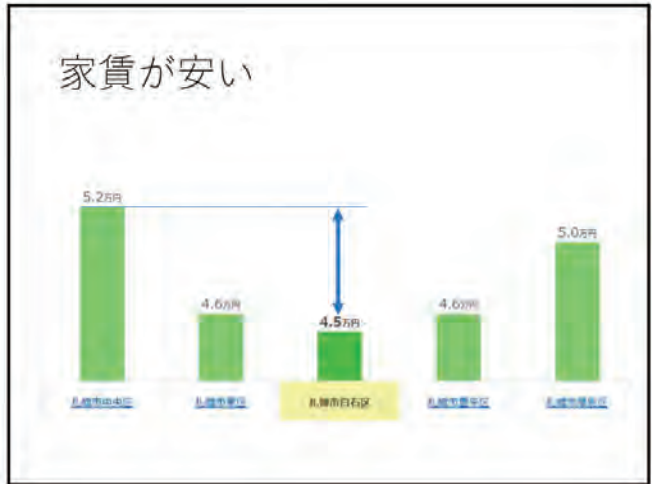
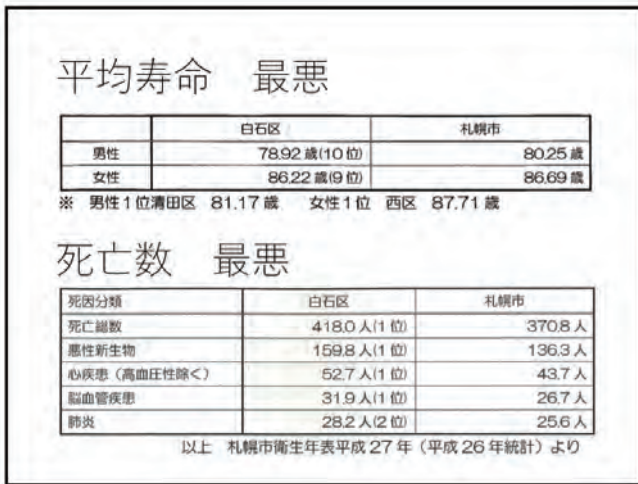
札幌市は人口200万人の政令指定都市で、10個の区からなる。白石区は出生率が最も高く、0-9歳と20-30歳台の世代が最も多い発展途上国型の人口ピラミッドであった。

人口密度が高く、人口流入が続いているが、昼夜人口比率では昼間不在者が多く、日中のみの医療活動では最も人口比率の高い若年世代に十分な関与ができないことがわかった。また、若い世代が多いにも関わらず、札幌市の10区のなかで平均寿命は最も短く、総死亡・悪性腫瘍死亡・心疾患死亡・脳血管疾患死亡もワースト1位であった。その背景として、他の区と比較して家賃が安いこともわかり、子供を産み育てる時期の貧困夫婦が流入してきて、彼らが日中病院にかからずに不健康な生活を続け、やがて多くの疾病にかかっていくという病理が推測された⁴⁾。

2. ナラティブデータ（数値化・文書化されていない



年齢	男性	女性
100歳以上	8人	20人
95歳～	36人	177人
90歳～	238人	680人
85歳～	698人	1414人
80歳～	1464人	2517人
75歳～	2865人	3652人
70歳～	3917人	4965人
65歳～	4580人	5336人
60歳～	5469人	6294人
55歳～	7425人	7785人
50歳～	6670人	7112人
45歳～	6013人	6225人
40歳～	7001人	7191人
35歳～	8056人	8395人
30歳～	9821人	10226人
25歳～	8719人	9197人
20歳～	6599人	6991人
15歳～	4744人	4497人
10歳～	4106人	3817人
～9歳	8217人	8117人



い主観的情報)として、当院勤務歴の長い医師・看護師・MSWや住民組織代表者への聞き取り調査と、地域ケアカフェで近隣住民から伺った地域の特徴や時代的変遷を整理した。

当地域は、明治に入ってからようやく開墾が進んだ土地で、明治時代は貧しい林檎農家を中心に、零細の鉄工所・鋳物工場が散在する程度の生産性の低い地域だった。大正時代に入り札幌中心部の開発が始まると、ススキノにあった遊郭が当地に移転してきたため、遊女や風俗関連業者の居住や、ヤクザの出入りが増えた。戦後は連合軍の慰安所として遊郭が存続し、近隣の川沿いには外地からの引き揚げ者が住み着くことで、経済社会的に困難を抱える住民がより選択的に集まるようになってきた。平成に入り白石区内の再開発も行われたが、古くからの住民は立ち退きを迫られすでに再開発の終わったいくつかの地域(東札幌、米里など)、新しくできたマンションには貧困層の親子が流入してきたことで地域内の分断化が進んだ。その結果、高齢化率は18%まで低下したが、生活保護受給率が5%近くまで上昇。町内会加入率は50%まで低下し、セルフネグレクトや孤立死も増え、自殺率も10区内最多となった。

3. ミクロデータ(病院単位で収集した小規模なデータ)としては、当院外来受診歴のある患者の住所や医療保険区別の分析を行った。

徒歩圏内である周囲1km圏内では地域住民の13%が当院受診歴を有していたが、若い20-30代の受診率は2%程度で、再開発で立ち退いた住民が多く居住している地域からの受診率も3%と低率だった。また、外来全患者に生活形式(独居・老老介護など)の聞き取り調査を行い、65歳以上の独居者をGoogleマップでマッピングを行ったところ、

地下鉄・JR・バス通り沿いに患者住所が密集しており、東札幌・米里からの通院患者や、路地裏・川沿いからの受診者は極めて少ないことがわかった。

また、当院患者の生活保護受給率は11%と地域平均の倍以上あり、貧困層が集まっている、もしくはセーフティーネットにたどり着いて医療費が払えるようになった患者のみが受診している可能性が推測された。

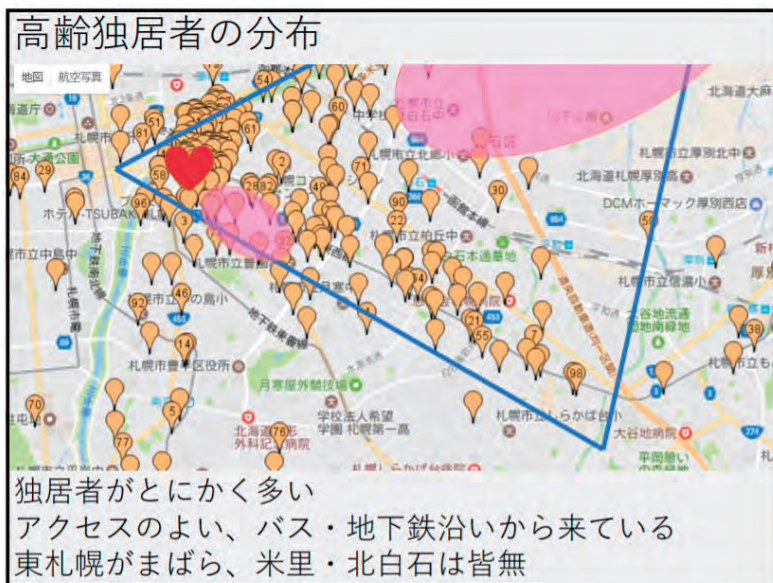
以上の結果から、当地域は歴史的に貧困な女性や若い世代が集積してきて、再開発で地域内のつながりが分断されてきたことが分かった。またハイリスク者ほど医療機関にかかれておらず(親世代や子世代は日中の仕事や通学の影響、高齢者層は受診・移動手段や貧困の影響など)、結果的に重症化してからの時間外高次医療機関搬送が多くなっている可能性が推測された。

<プロジェクト2の分析結果>

慢性期病棟には様々な疾患・重症度・病期の患者が混在しているため、疾患別スクリーニングではなく、「疾病に関わらず全患者に適応でき、費用や手間が少なく、在院日数長期化や自宅退院困難などの病床管理や、急変・死亡などの患者予後を推測可能」なスクリーニングツールを検討した。

まずは一般的な文献レビュー等を行い、運動機能評価や栄養機能評価が虚弱高齢者の介護度や予後を予測しうることがわかった。その中で検査や専門性を要さず、すでに諸外国や国内大病院・回復期リハビリテーション病棟などで予後との関連が証明されているMNA-SF(Mini Nutritional Assessment Short Form)を採用した。

MNA-SFは、特殊な検査を必要としない食事量減少・体重減少・歩行能力・3ヶ月以内の急性疾患の有無・神経精神的問題の有無・BMIの6項目



- ♥ : 当院
- オレンジのピン : 患者住所
- 青い三角 : 大まかな白石区の輪郭
- ピンクの楕円 : 患者数が少ない地域

Table 2. Death and Complications

	MNA-SF result			Screening result ※
	Normal nutritional status group (N = 23)	At risk group (N = 64)	Malnutrition group (N = 90)	
Number of deaths (cases)	0	1	9	$P = 0.045^*$
Cumulative mortality rate (%)	0	0.02	0.1	Relative risk 9.4 (95%CI: 0.8–49.2)
Mortality rate (cases/1000 person-day)	0	1.4	6.9	Mortality rate difference 5.5, mortality rate ratio 4.9
Number of complications (cases)	0	13	39	$P < 0.001^*$
Cumulative complications incidence rate (%)	0	0.2	0.43	Relative risk 2.1 (95%CI: 1.2–3.6)
Complications incidence rate (case/1000 person-day)	0	18.0	30.1	Incidence rate difference 12.1, incidence rate ratio 1.7

Complications: Total number of infectious disease, organ failure, delirium, falls, malignancies, oral intake decreased or absent

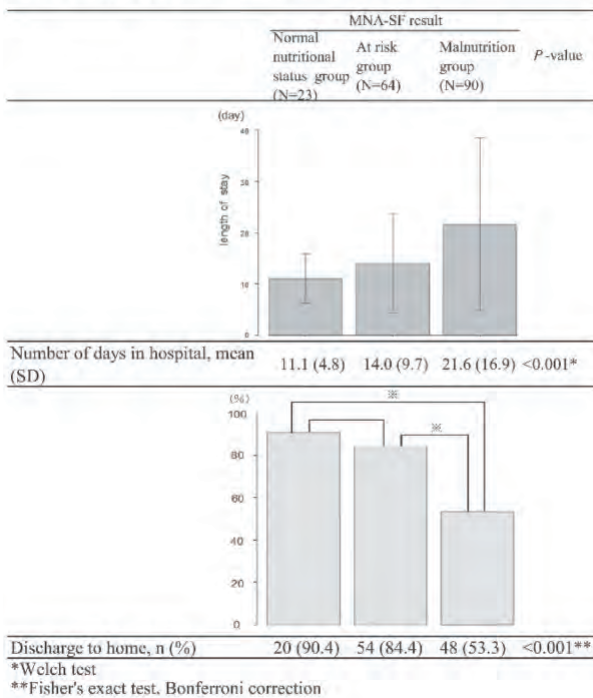
※ Comparison of “at risk” group and “malnutrition” group

*Fisher exact probability screening

Case/1000 person-day \equiv case/30 beds \times 30 days \equiv case/hospital ward \times month

を2~4段階で評価し、合計点(0~14点)によって3群(低栄養, At risk, 栄養良好)に分けるツールである。当院の内科一般急性期病棟(研究当時は地域包括ケア病棟がまだなかったが、患者層や医療内容は同様)に3ヶ月の間に入院してきた連続全症例に対して、入院後1週間以内にMNA-SFを評価し、退院日までに発生した転帰として死亡や急変(感染症や臓器不全, せん妄など)と、在院日数・自宅退院率を測定した。結果は、177名の解析対象のうちMNA-SF評価で栄養良好群・At risk群・低栄養群に該当したのはそれぞれ23・64・90名

(13・36・51%)だった。死亡はそれぞれ0・1・9件($p < 0.05$), 死亡発生率は0・1.4・6.9件/1000人日(発生率比4.9倍), 累積死亡率は0・0.02・0.1(相対危険度9.4, 95%信頼区間0.8-49.2)だった。また、合併症はそれぞれ0・13・39件($p < 0.05$), 合併症発生率は0・18・30.1件/人日(発生率比1.7倍), 累積合併症発生率は0・0.2・0.43(相対危険度2.1, 95%信頼区間1.2-3.6)だった。在院日数はそれぞれ11.1・14.0・21.6日($P < 0.01$), 自宅退院率はそれぞれ90.4・84.4・53.3%($p < 0.01$)だった。以上からMNA-SF評価は、当院においても死亡率や急変の

Figure 3. Number of days of hospitalization and Discharge rate to home

発生率と有意に相関し、在院日数や自宅退院率とも強固な相関を示すことがわかった。

④成果

プロジェクト1の結果を踏まえ、現在はハイリスク地域の住民調査、役所や地域包括ケアセンターとの連携による早期相談といった仕組みを構築している最中である。まだ数値としてまとめた成果を示すデータはないが、感触としては急性期病棟への社会的遅れ事例の搬送は減ってきており、搬送された症例でも早期に当院への転院受け入れを行うことで、社会的処方駆使して自宅退院率を高く維持できている。

また、周辺地域の関連機関（地域包括ケアセンターや区役所生活保護課など）からの相談件数増加に加え、町内会や民生委員など非公的な組織や近隣住民個人からの相談も増えてきている。その結果、今では意識的に調査をしなくても、近隣地域の医療ニーズに関する情報が自然と集まる状況となってきたと感じる。こういった地域と病院との関係性の変化が職員の自信ややりがい向上にも好影響を与えており、また地域の信頼からか外来患者数も増えて外来収益の改善も見られている。

現在では、組合員の組織である「友の会」との交流も増え、要介護者や孤立が減る効果の確認されている高齢者サロンの常設や子ども食堂の運営も開始

できた⁷⁾。また健康相談会・講演会も場当たりのでなく、ハイリスク地域での開催を意識的に増やし、講演テーマも地域の課題を反映したものを極力選ぶことで、住民の主体的な健康増進活動を支援・促進できるような内容にシフトしてきている。

プロジェクト2の結果からは、退院支援チーム・NSTなどが介入する病棟対象患者を、「MNA-SFで低栄養と評価された患者」に重点的に配置するようにした。その結果、（その他の様々な工夫の影響も多々考えられるが）在院日数は21日から15日まで短縮し、内科一般急性期病棟（現在では地域包括ケア病棟）患者の自宅復帰率も80%前後を維持できている。このため、常に空床を作りながら地域の社会的ハイリスク事例の臨時入院にも対応しやすくなり、病棟の基準・加算の面でも経営的な好影響が得られている。副次的効果として、看護師・リハビリ技士・管理栄養士・介護助手などの各職種が「医師による治療ではなく、我々の評価や介入で元気になる」という手応えを感じられるようになり、職員のやりがい向上や自主的学習意欲向上にもつながった。結果的に現場職員の能力が高まり、MNA-SFによる評価を行わなくともハイリスク事例を選別できるようになり、現場で各職種で連携してチーム介入ができてしまうためNSTや褥瘡委員会へ対応依頼がくるケースは皆無となったため、委員会活動のための経費や時間ロスも軽減できている。

またプロジェクト1・2の間接的な効果として、大規模基幹病院に専門性を要する急性期患者を集約し、治療を終えたが社会経済的困難や老年医学的・栄養・リハビリ的課題を抱える患者は早期に当院転院させる仕組みが噛み合うようになってきており、専門医による専門外の診療や退院調整に割く労力が減り感謝される事が増えた。また、基幹病院から週1回当院外来に出ている各科専門医からも信頼いただき、加齢とともに社会経済的・老年医学的問題が増えてきた患者は総合診療外来に紹介いただくケースが増えた。その結果、外来でも専門医は専門外診療による負担が軽減でき、診療枠が空いたことで専門疾患の新規紹介もしやすくなり、その結果基幹病院への集患・収益改善も増えたことで法人全体の経営改善にも貢献できている。

⑤今後の展開

プロジェクト1の地域分析については、毎年定期的に定量的・定性的評価を繰り返し、必ず外部に発表するようにしている。内部では「白石区民医連ア

カデミー」を毎年開催し、地域内の病院・診療所・訪問看護ステーション・ケアマネステーション・ヘルパーステーション・歯科・施設管理者などで成果を共有し、外部ではプライマリ・ケア連合学会や看護・リハ系の全国・地方学会での活動報告・研究発表を行い、広く意見をもらうことでブラッシュアップを行い、そこで得られた知見は病院の運営方針にも反映させている。

また、プロジェクト2の病棟ハイリスク者の検討で得られた経験や成果を参考にして、外来患者における Ambulatory-care sensitive conditions⁸⁾や、訪問診療患者における Comprehensive geriatric assessment⁹⁾などによる評価と患者リスク層別化を行う計画を立てている。

これらの取り組みの結果として、より効率的で根拠に基づいた診療を深め、「臓器別専門医が多数いて医療資源も豊富な大規模基幹病院の急性期病棟」とは異なる「総合診療医と他職種で協同しながら、地域密着型の中小規模病院の慢性期病棟」としての専門性を発揮し、地域貢献をしていきたいと考えている。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

総合診療専門医のコンピテンシーは、現在は7つの項目から構成されているが¹⁰⁾、2つのプロジェクトの実行と振り返りを行ったときに公表されていた6つのコアコンピテンシー¹¹⁾に沿って考察を行った。すなわち、人間中心の医療・ケア、包括的統合アプローチ、連携重視のマネジメント、地域指向のアプローチ、公益意思する職業規範、診療の場の多様性である。

今回の取り組みのプロジェクト1については「連携重視のマネジメント」の多職種共同のチーム医療と医療機関連携および医療・介護連携、組織運営マネジメントのすべてに、「地域指向のアプローチ」の保健・医療・介護・福祉事業への参画や地域ニーズの把握とアプローチの両者に合致する活動である。臓器別専門医にとっては関心の薄い領域に対して、総合診療医が専門性を十分に発揮することで成果を出せた取り組みと考えられる。

プロジェクト2についても、「包括的統合アプローチ」の未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応の標準化や、「連携重視のマネジメント」の3要素、「地域志向アプローチ」の視点でも地域を病棟患者と定義して地域ケアの手法を流用し、「診療の場

の多様性」の面でも「疾患別ではなく病棟医療の全体像」を捉える活動を行い、さらにそれを外来や在宅に応用していく計画などが合致している。

このように、総合診療医の専門性は、一つの取り組み・活動と特定のコンピテンシーが1対1対応をするようなものではないためわかりにくいですが、全体像をまとめ俯瞰することで「総合診療医の複数のコンピテンシーを動員することで、臓器別専門医だけでおこなうよりも効果的な中小病院・慢性期病棟の運営や地域ケア・地域連携を可能にする」と実感することができる。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

中小病院の環境では、医療設備や職員数が充実しないため臓器別専門医の専門性は発揮しにくく、またリハビリ・栄養・老年症候群ケアや退院調整などの専門外の業務に煩わされてモチベーションも下がってしまうが、総合診療医であれば専門性を活かしながら充実感・達成感を感じながら中小病院の機能や経営を改善させることができる。

また、臓器別専門医が高次医療機関に集約された後も、総合診療医中心の体制で中小規模病院の病棟・外来・在宅の診療を維持できており、地域分析に基づく診療の質向上によってむしろ診療指標（患者予後や自宅復帰率など）は向上しており、タスクシフティングは成功したと考えている。

③医療や社会に与えるインパクト

社会経済的手遅れ事例の救急搬送が減ることは、高次医療機関の負担軽減や医療費軽減に直接的な影響があるだろう。高次医療機関の臓器別専門医が、老年救急の対応や退院調整で時間を奪われにくくなることで、臓器別専門医のモチベーション維持・病院への定着率向上なども間接的に期待しうる。

地域包括ケアシステムの推進も実際にできており、超高齢社会を低コストで乗り切る上で「総合診療医の増員と、診療所だけでなく中小病院・慢性期病棟への戦略的配置」は有用と考えられる。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

今回の取り組みを実現するためには、総合診療専門医の養成プログラムの質確保を行い、7つのコンピテンシーを確実に習得できる仕組みづくりが必須である。現行の新専門医制度における後期研修プログラムでは、僻地派遣や内科研修に割かれる期間が多くなってしまったため、後期研修の3年間では今回提示したようなプロジェクトを運用できる総合診

療専門医を確実にかつ効率的に養成できるとはいえない。より「総合診療医の専門性を伸ばすことに特化」した、質の高い研修要件にブラッシュアップされる必要があると感じる。

また、今回の活動は総合診療専門医1名でできる仕事ではなく、筆者も総合診療の上司や後輩の協力を得ながら活動してきた。自治体ごとの医療ニーズ測定と戦略的な育成・配置を行い、3~5名の「中小病院運営や周辺地域のケアを行える総合診療医」によって地域包括ケアシステムを病院側から進めていく自治体レベルでの戦略も必要と考えられる。今回の取り組みは、当法人内での理解・協力によって達成されたが、今後は法人内・自己完結ではなく地域内完結が求められるため自治体・行政の支援は必須だろう。

文献

- 1) 全日本民医連「民医連綱領、運動方針」[閲覧日 2018年3月31日] <https://www.min-iren.gr.jp/?p=20931>
- 2) 日本HPH ネットワーク「日本HPH ネットワークの紹介」[閲覧日 2018年3月31日] <https://www.hphnet.jp/about/introduction.html>
- 3) WHO 健康都市研究協力センター 日本健康都市学会「健康の社会的決定要因 確かな事実の探求 第二版」. <http://www.tmd.ac.jp/med/hlth/whocc/pdf/solidfacts2nd.pdf>
- 4) Hugh Fulmer. Community-Oriented Primary Care An Approach to Healthcare for the 21st Century. Common Health · Fall. 1999
- 5) 佐藤健太. 病院家庭医が地域ケアに踏み出すために～マクロ・ナラティブデータによる地域住民・外来患者の分布分析～. 日本プライマリ・ケア連合学会北海道ブロック支部第2回学術集会. 2017;口演1
- 6) Kenta Sato. Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF) Predicts Clinical Outcomes: Cohort Study of Small-Sized Hospital in Japan. *Journal of General and Family Medicine* 2016, vol. 17, no. 1, p. 90-98
- 7) Hikichi, H., Kondo, N., Kondo, K., et al. Effect of community intervention program promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. *J Epidemiol Community Health* 2015;0:1-6.
- 8) Purdy S, Griffin T, Salisbury C, et al. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*, 123(2): 169-173, 2009
- 9) Andreas E Stuck, Albert L Siu, G Darryl Wieland, et al. Comprehensive geriatric assessment: ameta-analysis of controlled trials. *The LANCET*. 1993; 342: 1032-36.
- 10) 日本専門医機構 総合診療専門研修プログラム整備基準（平成29年7月7日）<http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 11) 日本専門医機構 総合診療専門医に関する委員会。「総合診療専門医に関する委員会」からの報告. 2015年. <http://www.japan-senmon-i.jp/news/doc/150421.pdf>

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

急性期病院を会場として持ち回りで開催する 函館オープンカンファレンスの取り組み

川口篤也¹

要旨

地域包括ケア時代の現在、単独の医療機関で患者を最期まで診ていくことは少なく、法人を超えた連携によって地域全体で患者を支えることが必要である。そのために急性期病院側と在宅側の相互理解を促進させ、より良い連携に結びつけるために、急性期病院から在宅に紹介された事例のデスカンファレンスを、会場を急性期病院持ち回りとして開催した。参加者は院内外の事例に関わった人以外に、事例に関わっていない人も若干参加できるようにしたところ、毎回100名前後の参加があり、これまでに函館市内の5つの急性期病院で計6回のカンファレンスを開催した。アンケート結果からは相互理解が進み今後の地域全体のケアの向上に役立つと思われる内容であった。今後はまだ開催していない病院での開催と、一度行った病院でも何度も開催していくことで、相互理解が深まり、地域全体のケアの質の向上につながると思われた。

事例の概要

①取り組みの背景

未曾有の高齢化社会にあって、地域包括ケアシステムの構築が重要と言われており、厚生労働省においても「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進¹⁾している。このために、「関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するための取組¹⁾」を推進しており、医療と介護の連携の重要性は誰もが認識するところである。ただし、急性期病院と在宅医療・介護の連携は必ずしも上手くいっているわけではない。多職種間の連携を阻む要因として、異なる職種に属するメンバーは、お互いの理解不足のため対立しやすい²⁾と言われており、これは職種間だけではなく、急性期病院側と在宅医療・介護側のお互いの理解不足にもあてはまる

ことである。お互いの理解不足を解消するための方策として、急性期病院から在宅（自宅・居住施設）に紹介されて亡くなった患者の事例検討を、急性期病院の職員、在宅側で関わった関係者が集まって開催すると、お互いに知らなかった経過がわかり、自分たちのケアで良かった点、そして今後活かせる改善点の共有と急性期側と在宅側の相互理解につながると考えた。そして会場を急性期病院で開催することで、急性期病院側の職員が参加しやすくなり、それを市内の病院で持ち回り開催することで、地域全体で相互理解が進むのではないかと考えた。

②導入の経緯

2016年5月に函館五稜郭病院から函館稜北病院（以下 当院）に紹介され自分が主治医として関わり自宅で亡くなった患者さんについて、亡くなった後に自宅での様子や診療内容について主治医だけではなく退院サポート室にも診療情報提供書を記載して郵送した。その後同院の退院サポート室より、その患者について関係者で集まって振り返りをしたいとの打診を受けた。2016年6月に当院にて、函館五稜郭病院の退院サポート室と緩和ケアチームのメン

1. 道南勤労者医療協会 函館稜北病院 総合診療科

バー、当院訪問診療室の医師、看護師、そして外部のケアマネジャー、訪問看護師が集まって事例検討(デスクカンファレンス)を開催した。デスクカンファレンスでは、患者が亡くなるまでのプロセスを共有するなかで、他の人の様々な価値観に触れ、自分の見えなかった角度から振り返ることができ、また症状のマネジメントについて振り返ることで、今後同じような状況に遭遇した際のより良いケアに生かすこともでき、そして医療者自身のグリーフケアにもなると言われている³⁾。そのような意義のあるカンファレンスにするために、筆者が司会としてファシリテーションの技術を意識して⁴⁾、参加メンバーが自由に安心して話せるように心がけた。終了後に函館五稜郭病院の参加者から「是非自分の病院を会場にして行って、自分のところの職員にも在宅での生活などを知らせて欲しい」との発言があり、今後機会があれば同院で開催することとした。その後同院を会場としてのデスクカンファレンスの開催を退院サポート室と相談し、2016年12月13日に開催することに決定した。その際に検討する患者に関わった人だけではなく、その患者を知らない他の病院の地域連携室のメンバーやソーシャルワーカー(SW)なども呼んで、カンファレンスに参加してもらうこととした。

③事例の詳細

2016年12月13日に函館五稜郭病院で関係者以外の人も呼んでの公開デスクカンファレンスを開催することとなり、カンファレンスの名称を「函館オープンカンファレンス」と決定した。ちなみに個人情報保護法では「個人情報」とは生存する個人に関する情報であるので、死者に対しては生存する個人に関する情報でないことから、一般的には該当しない⁵⁾。ただし遺族の個人に関する情報は個人情報に該当するため、氏名は明らかにせず、年齢や日付などの情報は多少加工して個人が特定できないような工夫をすること、事前に家族にカンファレンスをするものの了承を得て開催した。

参加者は函館五稜郭病院の主治医、看護師、SW、紹介された当院の主治医、訪問診療室看護師、当院病棟看護師、外部のケアマネジャー、訪問看護師に加え、事例に関係していない他院の地域連携室のメンバーや在宅関係の人で、計87人が参加した。ここでも筆者が司会をして、時間配分に注意しながら、患者を知らない人でも十分に事例の内容がわかるように、ホワイトボードとそれを写したビデオカメラを配置したり、参加者が発言しやすい雰囲気を

作ることを意識して進行した。

終了後、そこに参加していた他院の職員から今後自分の病院でも開催してほしいとの申し出があり、2017年2月16日に第2回を国立病院機構函館病院で、5月23日に第3回を函館中央病院で、8月25日に第4回を函館医師会病院で、11月14日に第5回を市立函館病院で、2018年1月23日に第6回を函館中央病院で開催した。

④成果

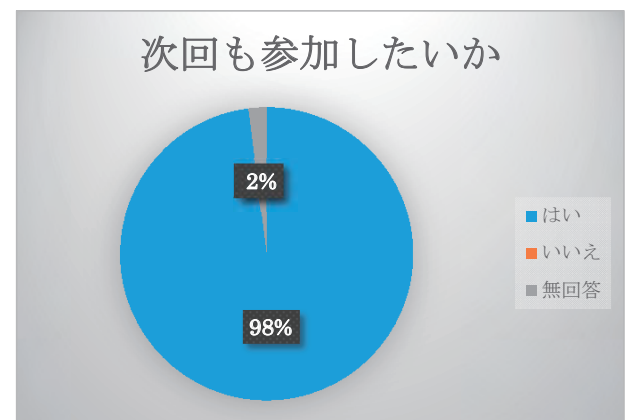
各回の参加者は以下の表のとおりである。

	函館五稜郭病院	国立病院機構函館病院	函館中央病院	函館医師会病院	市立函館病院	函館中央病院
参加人数	87	(74)	112	95	116	101
院内	49	26	61	38	50	39
院外	38	48	51	57	66	62

* 国立病院機構函館病院での参加人数が()付きとなっているのは、アンケート記載した人数が()内の人数で、実際の参加者はもっと多かったが名簿を紛失して人数が把握できなかったためである。第3回目から当院の事例ではなく、市内の訪問診療を行っている病院、診療所へ紹介された事例についてカンファレンスをしている。

参加者名簿からは、医師、看護師、SW、訪問看護師、ケアマネジャーなどの他に、薬剤師、リハビリ技士、介護士、放射線技師、事務、管理栄養士、鍼灸マッサージ師、酸素業者など多様な参加者がいることがわかった。

アンケート結果ではアンケート記載したほぼすべての人(98%)が次回以降も参加したいと答えた。



病院職員からの意見では、在宅に戻ってからの状況と最期の様子も知ることができてとても良かったという意見が多く、また病院以外での看取りについて初めて知ったという意見や、在宅で多数の職種が

本人、家族の意向を叶えるために関わっており、病院入院中からもっと本人の意向を聞いておく必要があると思ったなど、今まで知る機会の少なかった退院後の具体的な様子がイメージできて、入院中からそれを見据えての関わりを考えるきっかけになって良かったという意見が大半であった。

在宅側の意見では、急性期病院が在院日数のしほりがあるなかで精一杯の関わりをしていることがわかった。今までどうしてもっと早く在宅に紹介しないのかと思ったが、患者が急性期病院から見捨てられるという思いが強く、なかなかすんなりと紹介できないこともあることがわかったなど、急性期病院のこれまで見えなかった事情を知ることができ有意義だったという意見が多かった。また双方からの意見で、市内の在宅医療のリソースがわかった（例として、中心部からかなり離れている地域へ訪問してくれる病院、診療所や訪問看護がわかったなど）という意見や、今後は更に病院-在宅が情報共有を綿密にして患者ケアにあたる必要があるという意見が多く見られた。改善点としては、もう少し事例の流れがわかりやすいまとめがあると良い、ホワイトボードが見にくいなど会場設定に関するものが多かった。

⑤今後の展開について

今まで開催した病院で再度カンファレンスを行っていくことと、これまで開催していない病院での開催も行いたいと考えている。急性期病院の職員は自院以外での開催の際に、勤務シフトの関係などもありなかなか参加できない傾向があるため、なるべくいろいろな病院での開催をしていく必要性を感じている。

事務局機能として、これまでは筆者が各病院の退院サポート室や地域連携室と連絡を取っていたが、2018年4月から函館市医療・介護連携支援センター⁶⁾の正式な事業となり、ホームページやメーリングリストでの宣伝や事務局機能を担ってもらえることとなった。今後開催頻度を増やし、よりシステムティックな運営としていきたい。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか

日本専門医機構の総合診療研修プログラム整備基準⁷⁾によると、総合診療専門医には7つの資質、能力を獲得することが求められている。その中で「連携重視のマネジメント」と「地域包括ケアを含む地域志向アプローチ」が、今回の取り組みに当てはま

る資質、能力である。

「連携重視のマネジメント」では、医師だけではなく、医師以外の職種に対して尊敬の念を払い、共感的であることが大事であるが、今回の取り組みでは在宅でどのような経過をたどったかを医師以外のスタッフも知りたいだろうと思い、医師以外の職種で構成される退院サポート室に在宅での経過の診療情報提供書を郵送したことや、実際のカンファレンスの際にケアマネジャーや看護師の意見に共感し、今後に向けて有意義な意見交換をできるように努めたことで上手くいったと思われた。またカンファレンスの際に急性期病院の主治医と在宅での主治医も参加するが、時に意見が違うことがあっても、両方の現場の事情を知っている総合診療医が間に入ることで、お互いの意見を尊重しながら建設的に意見交換を進めることができたと思われた。これらは「総合診療医に関する委員会」からの報告⁸⁾の中の3. 連携重視のマネジメントの一般目標：1)「患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートする能力を身につける。」を体現しているものと思われた。

「地域包括ケアを含む地域志向アプローチ」を意識していたので、開催病院の決定や事例の選定において、地域特有の文化や価値観を把握し、地域の社会資源・サービスの実態の特徴（長所・問題点）を理解した上で、それらをディスカッションできる事例を選定することで、参加者が共通基盤に立てるような工夫を施した。

以上より総合診療医の専門性が十分に活かされたと思われた。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

カンファレンス内で、急性期病院で外来化学療法を行っている患者の在宅での栄養管理や、臓器別専門医のところに通院している担癌患者に在宅医が関わることで、発熱などのマイナートラブルへの対応や在宅での薬剤管理などを在宅医が行うと臓器別専門医の負担軽減になると同時に患者・家族にとってもメリットが有ることがディスカッションされた。それ以来、在宅診療を行える総合診療医に、急性期病院から併診の依頼が来るようになり、実際に臓器別専門医の負担軽減になっている事例が複数ある。

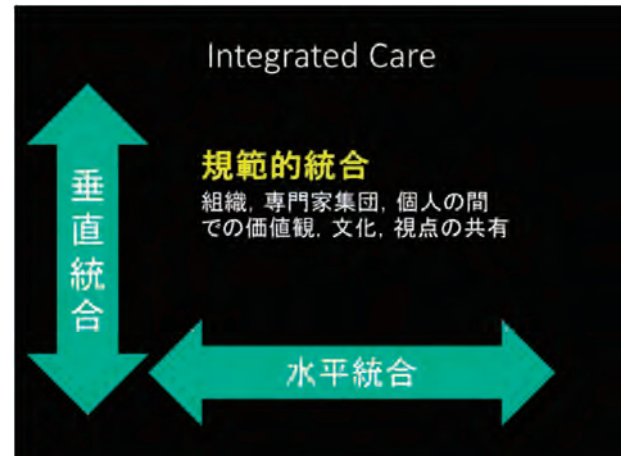
また「連携重視のマネジメント」を意識している総合診療医がカンファレンスの司会をすることで多職種連携に寄与していると思われた。例えば外来化学

療法をしている癌患者の希望があれば、早期から緩和ケア外来に紹介してもいいかと参加している緩和ケア科の医師に確認をしたり、退院支援部門の職員が独居の人を病院から自宅退院可能か考える際に、早めに訪問看護師に相談することでクリアすべき課題が見えるなどの話題をカンファレンス内でとりあげることによって、それ以後の実際の連携につながった事例を見聞きしている。

③医療や社会に与えるインパクト

地域包括ケアシステムは、英語では Community-based integrated care systems と表記され、ケアの統合 (integration) を目指している⁹⁾。Valentijn らは、統合 (integration) の範囲として、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) システム的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¹⁰⁾。ミクロからマクロまでに渡る広範囲の統合の中に、規範的統合 (Normative integration) が含まれており、これは組織、専門職の集団、個人の間で「価値観」「文化」「視点」を共有することと言われている。函館オープンカンファレンスでは、様々な組織から、様々な専門職の集団が集まり事例を振り返ることによって、参加者個人が「価値観」「文化」「視点」を共有する規範的統合 (Normative integration) に寄与していることがアンケートから窺えた。

また県や市のような地理上の区分 (マクロの範囲) におけるシステム統合 (System integration) では、急性期から回復期、在宅など医療分野における機能分担である垂直統合 (Vertical integration) と、慢性期の医療、介護、生活支援の連携である水平統合 (Horizontal integration) の両方が機能することが必要であると言われている¹⁰⁾。函館オープンカンファレンスでは、急性期病院、在宅診療を行う病院、診療所、在宅ケアスタッフが一同に介するので、垂直統合 (Vertical integration) と水平統合 (Horizontal integration) の両方に寄与していると思われた。以下図に示す。



以上より、函館オープンカンファレンスでは様々な統合 (integration) が進み、国が推進する地域包括ケアシステムの構築に大きく寄与していると思われた。

上記のようなインパクトのあるカンファレンスを企画、運営するのは総合診療医が適任である。なぜなら地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域特有の文化や価値観の共有の大切さを認識しているのと、実際の運営に際して、「連携重視のマネジメント」を意識し、臓器別専門医と多職種、各医療機関、介護福祉施設などを結びつけるハブの役割を身に着けているからである。このような試みを各地で総合診療医が行っていくことは、国の推進する地域包括ケアシステムという観点から、また多職種連携推進という観点からも医療や社会に与えるインパクトは大きいと思われる。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

総合診療医の獲得すべき資質、能力である「連携重視のマネジメント」と「地域包括ケアを含む地域志向アプローチ」を身に着けた総合診療医がいる地域では、同じような試みが可能と思われる。そのために重要なのは、普段の診療場面において患者から信頼される臨床能力、適切な紹介などを通して急性期病院の医師からも信頼され、医師以外の他職種からも信頼される振る舞いである。その信頼があって初めてこのような取り組みが可能であるため、生涯に渡って総合診療の専門性を高める自己研鑽能力とそれを教育できるシステムがとても重要である。

文献

- 1) 地域包括ケアシステム . 東京 : 厚生労働省 ; [cited 1 April 2018] . Available from : http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/

chiiki-houkatsu/

- 2) 中村洋. 多職種間連携における2つの阻害要因と4つの促進要因. 医療と社会. 2014 ; 24(3) : 211-212. doi: <https://doi.org/10.4091/iken.24.211>
- 3) 和田浄史. 終末期チームケアアプローチ. 第1版. 名古屋 : 日総研出版 ; 2015. 82-83.
- 4) 堀公俊. ファシリテーション入門. 第1版. 東京 : 日本経済新聞出版社 ; 2013. 87-122.
- 5) 個人情報の該当性. 東京 : 総務省 ; [cited 1 April 2018] . Availablefrom : http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/gyoukan/kanri/question03.html
- 6) 函館市医療・介護連携支援センター. 北海道 ; [cited 1 April 2018] . Availablefrom : <https://hakodate-ikr.jp/>
- 7) 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. [cited 1 April 2018] . Availablefrom : <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 8) 「総合診療専門医に関する委員会」からの報告 平成27年4月20日. 東京 : 日本専門医機構 総合診療専門医に関する委員会 ; 20 April 2015. [cited 1 April 2018] . Availablefrom : <http://www.japan-senmon-i.jp/news/doc/150421.pdf>
- 9) 成木弘子. 地域包括ケアシステムの構築における“連携”の課題と“統合”促進の方策. 保健医療科学. 2016; 65 (1) : 47-55.
- 10) Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care. 2013 ; Jan-Mar (13) : 655-679.

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

東京と兵庫における「モバイル屋台 de 健康カフェ」の実践： 総合診療医が行う新たなアウトリーチ・モデル

孫 大輔¹

要旨

地域志向性ケアの一つのあり方として「モバイル屋台 de 健康カフェ」プロジェクトを紹介する。総合診療医と多職種が協働し、東京の「谷根千」地域と、兵庫県豊岡市でモバイル屋台によるアウトリーチ活動を実践した。モバイル屋台は健康無関心層へのアプローチや多世代がつながる場として、「小規模多機能」な機能を発揮する可能性がある。コーヒーや屋台といったカジュアルな装置をきっかけとして、そこでのコミュニケーションは健康や医療そのものではなく、屋台に対する興味など日常性から発生していた。こうしたアプローチを今後、総合診療医が積極的に行うことで、地域住民とのパートナーシップ形成や、多職種との「顔が見える」連携がとりやすくなる効果が期待できる。

1. 事例の概要

①取り組みの背景

総合診療医にとって、地域志向性ケア (Community-Oriented Care) は必須の活動である。その際、地域住民とパートナーシップを形成し、ゆるいつながり (ソーシャルキャピタル) を強化することの重要性は強調されている。今回、我々は、総合診療医や医学生が街で移動式屋台をひき、コーヒーなどをふるまいながら地域の人と健康生成的なコミュニケーションをとるという活動を実践した。この「モバイル屋台 de 健康カフェ」プロジェクトについて紹介し、その効果について考察してみたい。

②事例の詳細と成果：東京「谷根千」地域における モバイル屋台 de 健康カフェ

東京に「谷根千」と呼ばれる地域がある。台東区谷中および文京区根津・千駄木にまたがる、住民により名付けられた地域である。総合診療医である筆者らは、この谷根千地域を対象に、地域住民と医療系専門職・研究者の協働により地域の人々のウェルビーイング向上を目的とした「谷根千まちばの健康プロジェクト (まちけん)」を2016年より

行っている¹⁾。ウェルビーイング (well-being) とは、Seligman によれば「元気で活躍すること」であり²⁾、一般に、身体的、認知的、社会的、情緒的に良好な状態にあることを指す³⁾。この活動を行う中で、地域の方から「芸工展」という住民主権のイベントへの参加を招待された。そうして、移動式屋台によりケアの専門職と住民の対話の場を生み出すことを目的とした「モバイル屋台 de 健康カフェ」を2016年秋の「芸工展」に出展した。

屋台の活動は、屋台製作ワークショップと完成した屋台でコーヒーをふるまう活動に分けられる。屋台製作ワークショップでは、ケアの専門職の他に建築関係者をメンバーに巻き込み、街の路上で屋台を製作した。その様子に足をとめる地元住民や外国人観光客との偶発的な会話が起り、また地域の子供たちの製作活動への能動的な参加もあり、屋台製作という作業を通じて多世代にわたる関わりが生まれた (図1)。

屋台完成後は、地域活動に関心をもった総合診療医や多職種、コミュニティナース⁴⁾、医療系学生らが、約2週間の祭りの開催期間を通して代わる代わる屋台をひき、谷根千の各地を巡り、出会った人々にコーヒーをふるまいながら対話をするという活動

1. 東京大学大学院 医学系研究科 医学教育国際研究センター 医学教育学部門

を続けた。期間内にコミュニティナースが、モバイル屋台を訪れた人々の一部に実施した他記式アンケート調査の概要を表1に示す。

期間内に会った計200人以上の中の15人であるため選択バイアスがあるものの、20代から80代まで多世代の人々が屋台に関わったことが分かる。「病院は特殊で、嫌いなので、なかなか行かない」という人や、健康について特に困っていないという人なども含め、すべての人が「まちの保健室」のような場があれば行きたい、という回答をした。公的機関以外に、気軽に健康などについて相談できる場、



図1 東京「谷根千」地域でのモバイル屋台 de 健康カフェ

人のつながりが生まれる場を求めていることが分かった。

「屋台」という多くの人々の関心をひく仕掛けを用い、街中を歩きまわることで、偶発的なコミュニケーションが多く生まれた。健康に関心の高い人々だけではなく、普段は病院に来ることのないさまざまな住民と対話する機会が生まれた。対話の内容も屋台の思い出話や個人的な身の上話、谷根千地域の歴史、そして健康や病気に関する話と多岐にわたっていた。

③事例の詳細と成果：兵庫県豊岡市におけるモバイル屋台プロジェクト

兵庫県豊岡市で、医療系学生を中心とした健康プロジェクト「但馬ゆかりの医療系学生の集い」を行ってきた医学生守本陽一氏（当時、自治医科大学）は、無関心期の住民への健康介入が困難であるという課題を感じていた。そのような折、2016年秋に東京・谷根千での「モバイル屋台de健康カフェ」プロジェクトに学生の立場で参加し、地域住民と医療者のカジュアルな関係性に感銘を受け、2017年に豊岡市においても「モバイル屋台de健康カフェ in 豊岡」を行った。

屋台製作ワークショップは地域の拠点である映画

表1 コミュニティナースによるアンケート調査（2016年のモバイル屋台 de 健康カフェにて）

ID	年齢	性別	同居家族	健康についての困りごと	「まちの保健室」があったら行きたい？
1	30代	男性	一人暮らし	視力矯正の不具合.	行きたい. 公的機関と別のものがほしい.
2	40代	女性	同居者あり	特にない.	行きたい.
3	20代	女性	一人暮らし	腰が痛い. 寝られない.	行きたい. 病院は特殊で、嫌いなので、なかなか行かない.
4	60代	女性	同居者あり	高血圧. 健診に行くと不必要な治療をされないか心配.	行きたい. 気軽に自分のことを話したい.
5	60代	男性	同居者あり	全力で動けない. パワー不足.	行きたい. 自分でも体操の会をやっている.
6	60代	男性	同居者あり	不整脈が気になる.	行きたい. まちに保健室があれば人が集まる場所となる.
7	60代	男性	同居者あり	関節が痛い.	行きたい. 面白い.
8	50代	女性	一人暮らし	更年期の症状.	行きたい. 安心感を支えると思うし、そこをきっかけにつながりが生まれると思う.
9	20代	男性	一人暮らし	尿酸値が高い.	行きたい. 人のつながりを作ることができる. 病気の予防につながる.
10	60代	女性	同居者あり	体力の低下. 仕事がしたい.	行きたい. 地域のつながりが良くなる.
11	50代	女性	同居者あり	体力の低下. 処理能力の低下.	行きたい. 健康の支えになると思う.
12	80代	女性	同居者あり	老眼.	行きたい. 入りやすい場を作ってほしい.
13	80代	女性	一人暮らし	訪問看護がときどき家に来るが、必要性が分からない.	行きたい.
14	50代	女性	同居者あり	最近、骨をよく折る.	行きたい. 以前、不眠症から「薬漬け」にされたことあり、相談できる場所がほしい.
15	20代	女性	不明	ダイエット何度か経験あり、内臓が心配.	行きたい. 婦人科系の悩みなど、普段相談できる人がほしい.

館豊岡劇場前の駐車スペースで行い、通りかかる方々と一緒に製作した。屋台の側面には交流のための黒板を設置した。

屋台を用いた活動では、医師、看護師、医学生、看護学生等で屋台をひいて、街中でコーヒーをふるまい、健康診断未受診者や医療から疎遠な学生など、多くの年代の住民との対話をする事ができた(図2)。

スタッフの振り返りからは、医療者の学びとして、「地域を知ることができた」「医療から疎遠な人と出会えた」「医療者同士がつながる場だった」などが挙げられた。モバイル屋台を用いた活動は、住民への健康相談機能に加え、地域住民と医療をつなげる機能、医療者同士をつなげる機能といった「小規模多機能」な役割があると考えられた。

④今後の展開

東京および兵庫でのモバイル屋台de健康カフェの実践は、いわば打ち上げ花火的に行われた活動であったため、今後どのように継続的に行えるかが課題である。また費用をどう捻出するか、継続的に行う場合の運営母体やマンパワーをどう確保するかといった課題も挙げられる。しかしながら、コーヒーやお茶といったカジュアルさを媒介にして、健康にあまり関心のない地域住民に対してもアプローチできるツールとして、モバイル屋台は大きな可能性を秘めている。

2. 考察

①モバイル屋台による健康生成ダイアログ

屋台を起点として発生したコミュニケーションは「健康生成的なダイアログ(対話)」と言える。そこでは、問題に焦点を当てたアプローチではなく、屋台に関心を持った街ゆく人と医療者がゆるくつな



図2 兵庫県豊岡市でのモバイル屋台 de 健康カフェ

がり、世間話の延長で健康をめぐる対話が偶発的に発生していた。健康生成論(salutogenesis)とは、人の健康は健康要因(salutary factors)に支えられているとする考え方で⁵⁾、ウェルビーイングの概念とも関連がある。また、モバイル屋台による活動では、いわゆる「健康無関心層」の人々となりがりやすくなったり、多世代が交流しやすくなったりする。

モバイル屋台をめぐる発生したダイアログの例をいくつか、フィールドノートから抜粋する形で紹介する(表2)。

いずれも会話のきっかけは、健康・医療そのものではなく、屋台に対する興味や、コーヒーを飲むという日常性から発生しているのが分かる。そこから疾病中心ではない、健康あるいはウェルビーイングをめぐるダイアログが発生しているのが見て取れる。

こうした多面的な作用を持つモバイル屋台の強みを一言で表すならば、「小規模多機能性」であろう。「屋台」という装置が、コミュニケーションの磁場となり、日常会話が発生するとともに、健康をめぐるダイアログが生まれ、またコーヒーを飲みながらリラックスできる場所ともなる。子供たちにとっては遊び道具となり、大人たちにとっては憩いの場となるのである。こうした「小規模多機能」な場は、昔ながらの「銭湯」や「路地」が地域においてそうした機能を果たしてきたが、それらが徐々に失われていく中で、今後「モバイル屋台」のような代替的な場がいよいよ必要性を増してくるであろう。

②総合診療医の専門性とタスクシフティングの可能性

モバイル屋台の活動は、一見医師がやる必要がない、あるいは医師以外に適した活動のように見えるかもしれない。しかしながら、今後総合診療医が地域住民のニーズをくみ取りながら、地域に密着した活動を展開していく場合に、こうした活動が重要となってくると思われる。ふだん、病院や医療機関の中にしかおらず、地域の中では「見えにくい」存在である医師が、こうして地域に「顔を見せる」ことで、地域住民とのパートナーシップが深まりやすくなる。総合診療医の専門性に「地域志向性アプローチ(Community-Oriented Approach)」がある。このアプローチでは、地域住民のニーズを把握しながら、地域の健康課題を探り、地域と協働し問題解決に当たることが求められる。モバイル屋台によるアウトリーチ活動は、そうした地域志向性アプローチの発展版として、総合診療医の専門性を十分に発揮でき

る活動である。

また、この活動によって地域で活動する多職種（訪問看護師、保健師、薬剤師など）とも連携しやすくなり、地域包括ケアにおける連携協働が促進される可能性がある。一見、遠回りに見えるこうした活動を総合診療医が積極的に行うことで、結果として、地域住民や多職種とのパートナーシップが深まり、地域包括ケアが円滑に動いていくであろう。

③医療や社会に与えるインパクト

上記に記述したような、地域包括ケアにおける住民とのパートナーシップ形成や多職種連携協働に与えるインパクトは大きいと思われる。また「コーヒー」や「屋台」というカジュアルさは、一見医師という固い職業とはかけ離れたイメージであり、そうしたステレオタイプなイメージを打破する効果もあると思われる。「屋台でコーヒーをふるまう医師」、

「街の屋台で健康相談ができる医師」という、総合診療医にとって新たなアウトリーチ活動のモデルとなる可能性がある。

④他の地域での応用可能性

都市部におけるモバイル屋台活動は、人通りが多いため、比較的短い距離の移動で多くの人にアプローチできるという利点がある。一方、地方でのモバイル屋台活動では、人通りの多い場所を選んで展開する必要がある。兵庫県豊岡市での実践が成功したことで、東京のような都市部のみならず、地方都市でもこのモデルが機能することが実証された。地方都市であれば、さらにその地域の強み・特徴を応用した活動が考えられる。紙芝居や人形劇とのコラボレーション、地域の特産物を屋台に載せて回るなど、さまざまな可能性が考えられる。そのようなコラボレーションを積極的に行えば、健康にはあまり

表2 モバイル屋台をめぐる発生したダイアログの例

日時	場所	フィールドノートからの抜粋
2016年10月10日	文京区根津	屋台を見て話しかけてきたMさんという男性。「屋台を医療従事者がひいて健康話にのってコンセプトいいですね!」と、賛同してくださる。この辺に住んでいるという。また、カフェに入ろうとしたベビーカーに幼児を乗せた若い夫婦と話をする。……やはり、モバイル屋台で、地域の健康づくりをしているという話をすると、大変関心を示してくださった。「面白いことやっていますね」と。
2016年10月12日	台東区谷中	朝日湯（銭湯）の前に来た。ここで一旦停泊しようということになる。お風呂に入っていくお客さんに「珈琲飲めますよ〜」などと声をかけると、興味を持つ人が少しずつ出てくる。ちょっと立ち止まる人も増えてきた。地元の方という白髪まじりの60〜70代の女性。「これなあに?あ〜、芸工展の企画でやってるの?」と、興味深げな顔で立ち止まってくれる。今日、実質的に最初のお客さんだ。珈琲をまずはさしあげる。「今日はお坊さんと医者です」と説明すると、さらに驚かれる。Yさんと仏教の話で盛り上がってるようだ。そうこうするうちに、他の方もどんどん立ち止まるようになる。
2016年10月15日	台東区谷中〜文京区根津	谷中の通りを歩いていると、オランダ人の女性が話しかけてきた。「これは何をしているの?」と聞くのでコンセプトを説明すると、建築と都市デザインの大学の先生だったらしく、とても興味を持ってもらった。「面白いことしてるね」と。珈琲も飲んでもらい、一緒に記念撮影。さらに、藍染大通りに行くまでに、若い大学生の女子2人、おばあちゃん1人にも珈琲をふるまう。最初に「なんだこの屋台?」と不思議な顔で見ていた人たちも、「珈琲のめますよ」と声をかけると、立ち止まり、中には説明するとモバイル屋台のコンセプトを理解してくれて、共感してくれる人がいるのは嬉しい。
2016年10月16日	台東区谷中	谷中に住んでいる地元のIさん夫婦とその子供たちもモバイル屋台に立ち寄ってくれた。Iさんが言う。「やっぱりこれいいですね。特に無料で珈琲をふるまうのがいいよ。これはやっぱり無料でなくっちゃ。こういう風に人が集える場所、居場所を作っているのがすごくいいと思う」との言葉をいただき、本当に感動する。うれしい。
2016年10月18日	文京区根津	自転車にのった地元のおっちゃんたちが話しかけてくる。「これ自分たちで作ったの?すごいねえ」と、やたら陽気だ。あとで聞いたところ、根津町会の人たちのようだ。根津生まれで、今回自身も芸工展に出しているMさんが立ち寄ってくれる。さっきのおっちゃんが「おう、Mちゃん」と声をかけている。

関心のない住民にもアプローチしやすくなる。今後、全国のさまざまな地域でモバイル屋台の活動が応用発展することを期待したい。

文献

- 1) 孫大輔. まちけん－谷根千まちばの健康プロジェクト. 東京：谷根千まちばの健康プロジェクト（まちけん）；12 Mar 2018. [not revised; cited 14 Mar 2018] Available from: <http://www.ynsmachiken.net>
- 2) Seligman MEP. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being. New York: Simon and Schuster; 2011.
- 3) Bornstein MH, Davidson L, Keyes CL, et al. Well-being: Positive Development Across the Life Course. Psychology Press; 2003.
- 4) 矢田明子. コミュニティナースとは. 島根：Community Nurse Company（株）；10 Mar 2018. [not revised; cited 14 Mar 2018] Available from: <http://community-nurse.jp/cn>
- 5) アーロン・アントノフスキー. 健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム. 第1版. 山崎喜比古（訳），吉井清子（訳）. 東京：有信堂高文社；2001. 3-18.

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

地域社会参加型研究を意識した地域包括ケア構築の取り組み ～総合診療医による健康のまちづくりモデル

井階友貴¹

要旨

総合診療医は、医師の中でも Community-Oriented Primary Care (COPC) をそのコンピテンシーとしているいわば“地域の専門医”であり、地域包括ケアの構築や地域共生社会の創造の課題解決にリーダーシップを発揮しながら取り組むことが望まれる。筆者の活動する福井県高浜町では、これらの地域課題に対し本質的・効率的な取り組みとなる地域社会参加型研究 (Community-Based Participatory Research: CBPR) を意識した地域社会活動「けっこう健康！高浜☆わいわいカフェ」(通称「健高カフェ」) を総合診療医がコーディネートし、2015年11月の開始から2018年3月までに、25個のテーマが話し合われ、16個の取り組み・施策が協議に入り、20個の取り組み・施策が実現している。本事例は、総合診療医の地域志向アプローチと地域における協働といった専門性がいかに発揮され、多職種のみならず行政・住民間でのタスクシフティングにも寄与し、地域主体の地域課題解決手法の1つとして汎用性もあるため、医療・社会におけるインパクトは大きい。

1. 事例の概要

①取り組みの背景

住み慣れた地域で人生の最期まで暮らし続けられるための地域包括ケアシステム¹⁾の構築が叫ばれて久しいが、未曾有の高齢化社会を目の前に、地域に本質的な地域包括ケアシステムを構築するためには、地域住民が質の高い生活を実現させるため、住民主体的に構築しようとはたらきかけることが望まれる。また、厚生労働省が提言した「地域共生社会」²⁾においては、理想的な社会は「制度・分野ごとの『縦割り』や『支え手』『受け手』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」であるとされ、その骨格として「地域課題の解決力の強化」などが挙げられている。

総合診療医は、医師の中でも Community-Oriented

Primary Care (COPC)³⁾、すなわち、地域の抱える課題を適切に認識した上で取り組み、その評価まで行うことをコンピテンシーとしている、いわば“地域の専門医”であり、これらの課題の解決にリーダーシップを発揮しながら取り組むことが望まれる。

②導入の経緯

筆者の活動する福井県高浜町は、福井県の最西端に位置する、人口約1万人、面積72km²の小さな日本海沿いの町である。2008年度より筆者は縁あって高浜町に赴任したが、町は極度の医師不足状態に陥っていたうえに、町民の危機感はなく、主体性が感じられない状況であった。その状況を打破しようと、町は2009年度より市区町村単独では全国初となる医学部寄附講座「地域プライマリケア講座」⁴⁾を福井大学に設置、総合診療医である筆者は、設立当初より同講座教員として高浜町の抱える課題を解決する役割を担うこととなった。幸い、医師不足に対しての地域医療教育の提供や、地域医療を守り育てる住民有志団体「たかほま地域医療サポーターの

1. 福井大学 医学部 地域プライマリケア講座

会⁹⁾の立ち上げと支援により、町内の常勤医師数は5名から13名に回復、たかはま地域医療サポーターの会の活動を知っている人は知らない人よりも健康的な生活を送っている人の割合が多いこともわかり⁶⁾、町の医療状況は回復していった。

ところが、時代は移り変わり、町をめぐる問題は、医師不足から2025年問題や消滅可能性都市問題へとシフトし、医療が良くなるだけでは太刀打ちできない状況となってきた。そこで、少ない人口においても地域で本質的・効率的な取り組みができないかと検討した結果、地域社会参加型研究(Community-Based Participatory Research: CBPR)を意識した地域社会活動が、考えうる中で最も地域にとって本質的であると確信するに至った。CBPRは、研究の開始から評価まで全てのプロセスで地域住民と研究者がパートナーシップを形成し課題に取り組む研究ないしアプローチ⁷⁾であり、専門家がアドバイザー的に地域に指示を出すのではなく、有識者などもコミュニティの中に入りパートナーシップを築き、1人のメンバーとして他のメンバーと対等に意見を交え、地域の問題がどういったところにあるのかということからメンバー全員で検討を開始し、解決に向けての行動案をメンバー全員で紡ぎ出して実行するため、地域にとって非常に本質的な問題解決が実現できると考えられた。

③事例の詳細

海外での学びと高浜町からの健康のまちづくりアドバイザーの委嘱を受けて筆者が2015年11月より開始したのが、「けっこう健康！高浜☆わいわいカフェ」(通称「健高カフェ」)の取り組み⁸⁾である(図1)。これは、毎月1回高浜町に関係するあらゆる分野(保健・医療・福祉・介護はもちろんのこと、まちづくり、政策、商工観光、教育、土木建築等なんでも)のあらゆる立場の方(ヘルスケア関連専門職のみならず、行政、住民および住民団体(町議会、まちづくりネットワーク、NPO、ボランティア団体、公民館長会、老人クラブ、婦人会など)も)がまちなかにあるコミュニティスペースに自由参加で集い、参加者発案のテーマをもとに自由なおしゃべりを展開する中で、出てきた解決策を会の最後に共有し、それらを無理なくできる範囲でコミュニティメンバー自ら実行していくというものである。

この取り組みはCBPRを強く意識したものであり、「あらゆる分野のあらゆる立場の方」という点が1つ目のポイントである。ヘルスケア関係者だけで議論を進めるのではなく、地域全体的な取り組みと

して実施をしている。次に、「参加者発案のテーマ」という点が2つ目のポイントであり、地域課題を有識者が決めてかからず、問題の所在からコミュニティメンバー総出で考えるというCBPRの原則を意識したものである。最後に、「コミュニティメンバー自ら実行」という点が3つ目のポイントである。ヘルスケア関係者だけが動くのではなく、地域のそれぞれのメンバーができることを持ち帰りながら、徐々にまちが良くなっていくことを目指しているものである。

健高カフェで取り上げるテーマは、実に多様である。健康分野の話題に限っていないため、一見健康とは関係のなさそうなテーマも提案されて話される。しかし、一見関係なさそうな話題であっても、「あらゆる社会的な要因は健康に関係している」という“健康の社会的決定要因”(Social Determinants of Health: SDH)の考え方⁹⁾に基づき、却下せずに話し合ってみる。すると、やはり健康に関係していることが手に取るようにわかるし、最後にはヘルスケアに関わる有用な提案がなされたりするものである。



図1 健高カフェの様子

④成果

2018年3月までに話し合われたテーマと、そこから協議／実現した取り組み・施策を表1に示す。2015年11月の開始から2018年3月までに、25個のテーマが話し合われ、16個の取り組み・施策が協議に入り、20個の取り組み・施策が実現している。繰り返しになるが、これらの成果はすべて筆者によるものではなく、地域主体に実現したものばかりである。

⑤今後の展開

開始から2年半が経過し、多くの取り組みが実現している「健高カフェ」の取り組みであるが、今後

表1：健高カフェで取り上げたテーマと協議／実現した取り組み・施策

取り上げられたテーマ	協議に入った取り組み・施策	実現した取り組み・施策
<ul style="list-style-type: none"> ・スポーツ ・野菜 ・子育て ・独居 ・産業 ・ボランティア ・認知症 ・フレイル ・食と栄養 ・男性 ・笑い ・観光 ・世代間交流 ・加齢 ・孤食 ・お酒 ・タバコ ・癌 ・健康づくり ・在宅介護 ・魚 ・助け合い ・アンチエイジング ・子どもの健康 ・終活 	<ul style="list-style-type: none"> ・海岸リハビリロード整備（健康情報設置） ・病院リハビリ室セミ解放（介護予防事業） ・健康ポイント・ボランティアポイントシステム ・健高弁当レシピ開発・販売 ・配食サービスの拡大 ・カスタマイズ可能！健康じぶん手帳 ・魚のブランド化と購買摂取促進 ・魚の SNS ページ開設 ・ボランティアの需要供給窓口の一本化 ・巡回バスシステム ・セーフティネットの施設間コラボレーション ・町内の暮らしのサービスによる見守りシステム ・JR 小浜線観光列車 ・暮らしのサービスとセーフティネットとのコラボレーション ・ひと手間健康レシピ集の開発 ・職場の挨拶気遣い運動 	<ul style="list-style-type: none"> ・無料レンタサイクル ・海岸リハビリロード整備（砂除け） ・小学校・PTA での健康授業 ・野菜情報 SNS ページ開設 ・生鮮食品出張販売 ・お一人様（独居者）ランチ会 ・海浜レジャーに特化した産業・医学連携 ・健康器具体験&譲渡会 ・ボランティアと健康に関する情報発信 ・コミュニティカフェ ・オリジナル介護予防体操の開発 ・笑いヨガ活動 ・健康お笑い川柳 ・子育て支援 見える化システム ・フレイル講座@健康マイスター養成塾 ・認知症カフェ活動 ・こども食堂@コミュニティカフェ ・毎月 19 日は孤食防止デーキャンペーン ・健康オリジナルたい焼きの開発 ・地元食材の良さを発見する“つみれバー”

も継続して取り組んでいく予定である。一部話し合われたテーマが放置されたままになっている場合も見受けられるため、過去のテーマについて今一度話し合う「リバイバル企画」や、実現した取り組みを表彰する「健高カフェアワード」の設置など、より議論や取り組みが盛り上がり実効できるための仕組みを検討していきたい。

また、筆者は高浜町の健康のまちづくりアドバイザーとして、健高カフェの取り組みの他にも、健康に詳しい町民を育成し、生活の現場でつながりと絆を醸成する「健康マイスター養成塾」¹⁰⁾、地域社会活動に関心を持つ専門職が一堂に会して取り組む「たかはまコミュニティケアコンソーシアム」¹¹⁾、健康のまちづくりを“理論×実践”“超広域多職種連携教育”で学ぶ通年制のセミナー「健康のまちづくりアカデミー」¹²⁾などの取り組みを展開しており、これらのコラボレーションによる更なる取り組みの効率化を図っていきたい。

2. 考察

①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか

総合診療医の専門性のうちの大きな柱の一つとなっているのが、地域志向アプローチ、つまり、地

域の抱える問題に向き合い、改善し、地域そのものを“診る”ことである。今回報告した健高カフェの取り組みは CBPR の手法を意識した地域志向アプローチであり、この活動自体に、診療の現場のみにとどまらずに地域に出て地域を診る総合診療医としての専門性が、ふんだんに生かされているものである。

また、このような取り組みを実施・展開するに当たっては、もちろん総合診療医だけの力ではできず、ヘルスケア関係の多職種はもちろんのこと、行政関係者、住民および住民団体等との協働が必要不可欠である。この、多様な立場間の協働についても、総合診療医が担うプライマリ・ケアの ACCCA¹³⁾ のうちの Coordination に直接的に関わるものであり、総合診療医としての専門性がいかんなく発揮されたものである。

②タスクシフティングの可能性

本取り組みが強く意識した CBPR は、もともと地域介入の手法であり、地域の抱える健康課題を解決する行政の保健師が専門とする手法であるとも言える。しかし実際は、行政のみの取り組みでは地域の健康課題が思うように解決されていないという事例は尽きず、その理由の一部に、専門職との連携

の不足や、ヘルスケア領域におけるリーダーシップの不足を感じている。この点で、ヘルスケア部門でのリーダーシップを発揮しやすい医師が地域に向き合い、前述の Coordination の能力を発揮して他の主体と対等な関係性を以て地域の課題に取り組むことは、行政の地域介入のタスクシフティングに他ならず、行政の負担を減らすと同時に、地域介入の取り組みを有効化することが可能である。さらに、このことは、医師以外のヘルスケア専門職が取り組んでいる地域での健康増進・介護予防等の取り組みや、住民が取り組んでいる地域活動の役割の一部を担当・支援・推進することにも通ずるため、総合診療医は地域全体において役割を分散し推進できると感じている次第である。

③医療や社会に与えるインパクト

本取り組みは前述のように、地域主体に地域課題が解決していくこと、地域が住み良くなっていくことによって、地域包括ケアの定義でもある「住み慣れた地域で人生の最期まで過ごし続け」られやすくなっていると考えられるため、地域に本質的な地域包括ケアが、地域主体に築かれていっているとも考えている。また、本取り組みは地域共生社会の実現のために必要になるとされる「地域課題の解決力の強化」にも資すると考えており、地域課題の解決を試みる体制の整備の1つの形として提言したい。このように、総合診療医がコーディネートする地域主体の地域課題解決のための取り組みは、現代社会が早急に求めているものに合致していると考えられ、医療や社会に与えるインパクトは大きいと感じている。

④他の地域での応用可能性

本事例は福井県高浜町で実現したものであるが、現在、他の自治体にも取り組みが波及しようという流れが生まれつつある（2018年3月現在、福井県高浜町含め2自治体が実施）。地域課題を解決するその具体は当然のことながら地域ごとに異なるわけであるが、地域ごとの課題を解決に向かわせるシステム自体には共通の点が多く、本事例はそのシステムを整えるものであるため、他地域でも応用可能性があると考えている。また、だからといって本事例のやり方が最も優れていると主張しているものでは

なく、全国各地に地域課題を解決するための取り組みは多く存在し、それぞれ意義があるものと考えられる。大事なことは、いずれの取り組みであっても、ヘルスケア分野においては総合診療医がその専門性をふんだんに生かして地域をコーディネートすることができ、各地を救う一助となるということである。本事例の方法にこだわらず、各地に総合診療医が関わる地域課題解決の動きが波及することを願ってやまない。

文献

- 1) 厚生労働省HP より「地域包括ケアシステム」 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kai/go/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
- 2) 厚生労働省HP より「地域共生社会の実現に向けて」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000150538.html>
- 3) Longlett SK, Kruse JE & Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. J Am Board Fam Pract. 2001;14:54-63.
- 4) 福井大学医学部地域プライマリケア講座HP <http://www-n.med.u-fukui.ac.jp/laboratory/primary/>
- 5) たかはま地域☆医療サポーターの会facebook ページ <https://www.facebook.com/acahun/>
- 6) 井階友貴. 医療者主体の医療づくりから地域主体の健康まちづくりへ～福井県高浜町の軌跡から～. 地域医療, 2017; 55: 32-35.
- 7) 大木秀一, 彦聖美. Community-Based Participatory Research (CBPR): その発展および社会疫学との関連. 石川看護雑誌, 2011; 8: 9-20.
- 8) けっこう健康! 高浜☆わいわいカフェ facebook ページ <https://www.facebook.com/kenkocafe.takahama/>
- 9) WHO. Social Determinants of Health: the Solid Facts. 2nd edition. WHO Regional Office for Europe, 2003.
- 10) 健康マイスター養成塾facebook ページ <https://www.facebook.com/kenkomeister/>
- 11) たかはまコミュニティケアコンソーシアム facebook ページ <https://www.facebook.com/takahamaccc/>
- 12) 健康のまちづくりアカデミー HP <http://kenko-machizukuri.net/academy/>
- 13) IOM. A Manpower Policy for Primary Health Care. 1978. DOI: 10.17226/9932

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

佐賀大学医学部附属病院総合診療部の取り組みと実績

— 開設32年の歴史と軌跡から、総合診療の未来と展望を考える —

多胡雅毅¹ 香月尚子¹ 山下秀一¹

要旨

佐賀大学医学部附属病院総合診療部は、1986年に本邦で初めて国立大学の総合診療部門として設置されて以来、大学病院内での外来/入院診療、Walk-in 救急診療、卒前教育、研究、地域の二次医療機関への医師派遣、地域総合診療センターの開設、訪問指導など、様々な取り組みを行ってきた。これらの取り組みを通して、General Mind と Research Mind、加えて総合診療医育成に対する Mind を持った総合診療医を育成している。大学医局が中心となり、総合診療を実践する体制を大学病院と地域医療の現場で構築し、実績を積み重ね信頼を得ることで総合診療の地位を確立し、多数の総合診療医を幅広い領域に輩出してきた。2018年現在、医局に所属する医師は27名まで増え、マンパワーの充実とともに、地域の二次・三次医療機関へ医師の派遣が行われ、県内の地域医療を支えることが可能となった。

事例の概要

①取り組みの背景

佐賀大学医学部附属病院総合診療部（当科）は、1986年に本邦で初めて国立大学の総合診療部門として設置されて以来、様々な取り組みを行ってきた。専門診療科の細分化による問題を背景に当科が設置され、大学病院内で外来/入院診療を行ってきた。救急医療崩壊の危機を背景に救急部と共に救急診療に携わり、「地域を支え共に歩む大学」という視点から、患者の高齢化や地域医療の問題を背景に、地域医療を担う二次医療機関への医師派遣や県内の公的病院2箇所佐賀大学医学部附属病院 地域総合診療センターの開設を行った。大学という教育機関であることより、医師の卒前教育は当然ながら、研究機関として研究を行い、臨床・研究・教育に必要な医師を育てるため、卒後の総合診療医育成にも力を入れてきた。佐賀県が抱える課題各々に対し、県内唯一の大学病院に属する総合診療部として取り組んできた。

②導入の経緯

開設当初より、同大学医学部の教育目標は「全人

的医療の実践者の養成」である。初診、再診、紹介状をもたない患者を含め、疾患の領域を問わず診療を行う総合外来、および当科における入院診療は、全人的医療を修練/実践する場として、また地域に貢献するという病院理念のもと、当科開設時から現在まで絶え間なく継続している。また開設直後より地方において地域医療を担う二次病院へ若手医師の派遣が始まり、数年が経過した後からは当科から派遣された指導医が若手医師の診療を指導した。2011年には、救急救命センターの負担を軽減し、救急医が高度救急救命診療に専念することができるよう、救急搬送されない患者を24時間体制で診察するWalk-in 救急外来を病院の方針により当科で担うこととなった。佐賀大学医学部附属病院 地域総合診療センターは、地域医療再生計画の一環として佐賀県で予算が生まれ、「幅広く対応できる総合医」の育成の場として2012年と2016年に2箇所開設し、同時に、派遣された若手医師に対する大学からの訪問指導が始まった。大学として卒前後の臨床/研究の教育や実践、学術活動にも関わりつつ、32年の経過とともに総合診療医を多く輩出し、他科/他院の信頼を得て、各々の取り組みを展開し充実させてきている。

1. 佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

③事例の詳細

I. 診療

(1) 佐賀大学医学部附属病院

(1-1) 総合外来

平日日中、予約や紹介状のない患者を含め、初診・再診を診察する。1医師当たり1~2回/週、午前中の1枠を担当する。再診担当を1名、他2~4名の医師が初診に対応する。初診患者数は0~10名/日と大きく変動する。看護師の問診後、振り分け担当医師が、時間配分や医師の力量を考慮して患者を振り分ける。外勤や夜勤などの勤務状況に配慮しつつ、医師個人の外来担当日は不定期に組まれる。疾患の領域を問わず診療するため、未診断疾患、診断困難症例、不定愁訴や稀な愁訴、多診療科へ跨る愁訴を診る機会が多い。Common disease や検診の二次精査も診るが、近年は初診患者の診療に力を入れており、慢性期の観察や治療の多くは地域の医療機関へ紹介して再診患者数を減らし、初療に時間がかかる初診患者、重症患者、診断困難症例などに重きを置いている。

(1-2) 入院診療

常時10~20名の患者が入院し、1チーム医師3~4名のチーム制で診療する。未診断、診断困難、稀な症例、複数の診療科に跨る疾患に加え、精神・皮膚・咽喉頭・整形疾患を合併した内科症例、高齢や社会背景を含めプロブレムが多岐にわたる症例を診る機会が多い。そのため、診断・加療において専門医の介入が必要な症例も多く、他/多診療科との連携を必要とする。Common disease は重症や急性期を中心として診療し、継続した加療には他院との連携が必要である。

(1-3) Walk-in 救急外来

救急搬送されない緊急患者を24時間体制で診察する。救急部と密に連携をとり、重症で人手や時間を多く必要とする症例は救急部と連携し、高齢者や診断困難症例など総合診療医が得意とする分野は救急部からコンサルトされることも多い。

(2) 社会医療法人 祐愛会織田病院へ若手医師の派遣

多忙な地方の二次中核病院である社会医療法人祐愛会織田病院（急性期病床111床、年間入院数3266名、平均在院日数12.9日、入院利用率96%）へ3~4名の医師が当科から派遣され、入院、外来、救急、在宅診療を行う。診療する疾患は、急性期および慢性期、心肺停止状態など多岐に渡る。入院診療は主治医制で、患者は大学よりCommon disease が多い傾向にあり、また救急疾患や領域別専門医が

不在の疾患も多く診る。高齢化が進む地域の医療を担い、患者の高齢化や病床不足に対し、ソーシャルワーカーを初めとする多職種と密に連携して退院支援を入院早期から行ったり、在宅診療を導入したりすることで医療の質を担保しながら在院日数の短縮を目指す。

(3) 地域総合診療センター

山間部に立地する二次病院内（佐賀市立富士大和温泉病院）と県内最西部に立地する三次病院内（独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター）の2箇所佐賀大学医学部附属病院の附属施設として開設された。地域の実情を勘案して人員を配置しており、所属する病院によりそれぞれ総合診療医の役割は異なる。

(3-1) 佐賀市立富士大和温泉病院

富士大和温泉病院には2名の医師が派遣される。慢性期病床が4割を占め、慢性疾患やその増悪を中心に診療するが、救急や初診患者の診療も行う。入院診療は感染症や慢性疾患の急性増悪が多く、主治医制で行う。

(3-2) 独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター

嬉野医療センターには3名の医師が派遣される。22診療科を有する3次中核病院であり、急性期疾患を中心に診療を行う。午前中は外来、午後は救急を担当し、主治医制で入院診療を行う。入院、外来ともに多数の紹介を周辺地域より受け、自科での診療または適切な診療科へのコンサルテーションを円滑に行う。

それぞれの地域総合診療センターでは健康講話を行い、予防医療を含めた地域に密着した活動を行っている。

II. 教育

(1) 当科における教育の歴史

当科は1993年に全国に先駆けて客観的臨床能力試験OSCE (Objective Structured Clinical Examination) を導入し、その実施方法や評価方法について分析と検討を行い、後の本学の医学教育カリキュラムの中でのOSCE導入において中心的な役割を果たした。PBL (Problem Based Learning) についても、当科が中心となり2001年からの本学カリキュラムに導入を行った。また2003年には当科の前教授である小泉俊三氏が大会実行委員長として第35回日本医学教育学会総会を開催するなど、当科は特に医学教育に注力してきた歴史がある。

2018年現在、卒前教育部門、卒後臨床研修センターの専従者は総合診療部出身の医師であり、また

これまでの経緯から、当科自体が卒前、卒後教育で果たす役割は非常に大きい。

(2) 卒前教育

3～4年次の臨床講義、5～6年次の臨床実習を受け持つ。臨床実習では、学生は総合外来を受診する新患の問診をとるプログラムや一般ボランティアの模擬患者に医師役として診療説明を行うセッションが特徴的である。近年、参加型実習への移行を試み、レクチャー数を減らし、入院診療を行うチームに学生を組み込んだ。また課外には、日本語または英語で臨床推論を行う講座（山下塾/English for Medical Purpose; EMP）を各々週1回実施し、意欲のある学生の能力を伸ばす。またEBM（Evidence Based Medicine）を重視し、クリニカルクエッションから医学英語論文を検索し、批判的吟味を行うという一連のプロセスを全ての学生が体験する。

(3) 卒後教育

大学では、研修医を含め全ての医師が外来を担当し、毎日の外来カンファレンスで全ての新患症例の情報を共有し診療を振り返る。研修医の外来には室外に指導医が待機し個別に指導する。入院診療はチーム制で行い、チームは初期研修医1～2人、後期研修医1人、レジデント1人、指導医1人で構成される。毎朝の入院カンファレンス、朝夕のチーム回診で診療方針を確認する。

入局後1～2年は大学を中心に臨床を学び、研究にも携わる。その後、県内の関連病院を中心に、地域の中の総合診療医として臨床経験を積む。関連病院では、大学では経験できない慢性疾患の外来、往診と在宅医療、専門医の指導の下で上部消化管内視鏡や超音波などの手技を多数経験する。関連病院には、助教以上の大学所属スタッフ（当科と佐賀大学医学部地域医療支援学講座）が、派遣された医師のレベルに応じた頻度で訪問し、指導する。

資格の取得も重視している。内科認定医は全員取得できるよう、医局全体で支援している。その後、総合内科専門医、学位の取得を推奨・支援し、医師の希望によってはサブスペシャリティの専門医資格の取得もできるよう、環境を整える。新専門医制度では総合診療専門医、総合内科専門医の両プログラムを、また総合診療領域の各種資格（家庭医療専門医、プライマリ・ケア認定医・指導医、認定病院総合診療医・指導医）が取得可能な環境を整備している。

Ⅲ. 研究・学術活動

(1) 研究

近年、当科では主に臨床研究に取り組んでいる。経験することの多い疾患（横紋筋融解症、Refeeding 症候群、感染性心内膜炎）の予後関連因子に関する研究、転倒・転落など医療安全に関する研究、救急搬送患者の解析などを行った。また総合診療が果たす役割を明らかにするため、大学病院における総合診療部の診療活動やコンサルテーションされた患者の解析、2次医療機関における病院総合医と領域別内科医の診療している患者の解析、地域総合診療センターでの診療実態調査などを行った。現在は助成を受けながら、腹痛部位と疾患の関連（日本プライマリ・ケア連合学会 未来研究リーダー養成プロジェクト）、在宅医療・在宅死実践に関する研究（日本プライマリ・ケア連合学会研究助成）、99歳がネット基盤を活用した次世代型PHR環境の構築に関する研究（AMED PHR 利活用研究事業助成）を行い、その他いくつかの前向き研究を同時に遂行中である。

(2) 学術活動

総合診療領域の学術活動で当科が果たしてきた役割は非常に大きい。1993年に当科初代教授の福井次矢氏が総合診療研究会を立ち上げ、1999年には日本総合診療医学会となった。2001年には当科前教授の小泉俊三氏が運営委員長に就任し、2010年の三学会合併の際には中心的役割を果たした。

2018年現在、日本プライマリ・ケア連合学会、日本病院総合診療医学会、日本内科学会において、当科に在籍するスタッフ数名が理事・評議員または代議員を勤めている。

④成果

30年を超える歴史の中で、多数のOBを幅広い領域に輩出したことが当科の一番の成果といえる。現在管理職を務める者、管理者（教授・院長・所長・理事長職、元含む）はそれぞれ40名、30名を超えており、大学教授職についた者も7名輩出した。また、医局に所属する医師数は27名まで増えており、継続した総合診療医の育成の成果と言える。現在当科教授である山下秀一氏は佐賀大学医学部附属病院の病院長も兼任する。このことはこれまで当科が積み上げてきた大学病院、または地域医療への貢献と実績に対する信頼の証と考えられる。以下、近年の当科における診療、教育、研究・学術活動の実績について述べる。

I. 診療実績 (2016 年度)

(1) 佐賀大学医学部附属病院

外来では、時間外の受診を含め新患 2435 人が総合外来・救急外来を受診した。21%が他院から紹介され、65 歳以上の患者は 39%、23%が時間外受診であった。救急搬送症例では、肺炎 (21%)、敗血症 (13%) を診る機会が多いが、それら以外は 1 疾患あたり 1~3 患者ほどしかなく、診る疾患やその分野は多岐にわたった。

入院では、282 人を診療し、そのうち 34%が他院から紹介され、21%が救急搬送後に入院した。ECU/ICU に入院する重症患者は 21%以上あり、13 人が死亡し、4 人が剖検された。65 歳以上の患者は 60%を占めた。

また 2016 年の熊本地震の際には、被災地から入院患者の同時多数転院搬送受入れを当科で担当し、3 次救急患者が多数搬送され大きな負担を強いられていた救急救命センターと他の専門診療科の負担軽減と当院の高次専門医療機関としての機能維持に貢献した¹⁾。

(2) 社会医療法人 祐愛会織田病院

総合診療医 3 名が内科外来で診療した患者数は 8320 人、救急外来で 1491 人、入院患者は 512 人であった。総合診療医には、医療の提供とともに効率も求められる。

(3) 地域総合診療センター

(3-1) 佐賀市立富士大和温泉病院

2016 年度に富士大和温泉病院で総合診療医 2 名が日中の外来で診た患者は 4499 人、うち新患は 131 人 (3%)であった。入院患者は 245 人で呼吸器、神経、感染症疾患が多い。入院患者の年齢の中央値

は 81 歳と高齢化が進んでおり、12%が院内で死亡し、看取りの側面もつ医療機関である。自宅および施設へ退院する患者は 81%であり、周囲の一次医療機関や施設との連携も重視される。

(3-2) 独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター

2016 年度に嬉野医療センターで総合診療医 3 名が日中の外来で診た患者は 2455 人、うち 10%が院外から紹介された患者で、6%が院内から紹介された患者であった。入院患者は 379 人、そのうち時間外入院が 58%、他院から紹介された患者が 49%であった。65 歳以上は 81%を占め、患者の高齢化が進んでいる。24 例 (6%)を院内で看取った。救急外来では 628 人を診療した。救急搬送されて入院した患者 137 人では、肺炎 (40%)、敗血症 (13%)、尿路感染症 (6%)、間質性肺炎 (6%)、外傷 (4%) を診る機会が多かった。

II. 教育

(1) 訪問指導と後期研修医の診療実績

富士大和温泉病院内の地域総合診療センターに週 3 回、嬉野医療センターに週 2 回の訪問指導を行った。また 2017 年度から祐愛会織田病院へ、週 1-2 回の訪問指導を開始し継続中である。

以下に各病院で後期研修医 1 名あたりが診療した患者数、経験した手技数を示す。(表 1)

大学では 2017 年上半期で、時間内外来 87 人 (初診患者)、救急を含む時間外 31 人、入院 82 人を診療した。経験した手技は、中心静脈カテーテルの挿入 4 件、腰椎穿刺 7 件、胸水穿刺 3 件であった。(全て 6ヶ月で集計)

祐愛会織田病院では、2016 年度に時間内の外来で初診 326 人、再診 2074 人、救急外来 586 人、救



図 1. 大学スタッフによる訪問指導の様子
各病院に週 1~2 回大学スタッフが訪問し、カンファレンスと Bed Side Teaching を行っている。

急車 62 人，入院 184 人を診療し，上部消化管 109 件，胸腔ドレーン挿入 10 件を経験した。（全て 1 年で集計）

富士大和温泉病院では，2016 年度に外来（新患と再診併せて）で 2100 人以上，救急車 43 名，入院 74 人を診療した。また，年間 50 回程度の施設往診を経験した。（全て 1 年で集計）

嬉野医療センターでは 2016 年度に外来で初診 314 人，再診 174 人，Walk-in 救急 149 人，救急搬送患者 52 人，入院症例 137 人を診療した。また上

部消化管内視鏡 59 件，気管支鏡 6 件を経験した。（全て 1 年で集計）

また，過去 8 年間には，卒後 3～6 年目の医局員が和文論文を筆頭著者として毎年平均 1.6 篇執筆し掲載され，国内学会で筆頭演者として毎年平均 4.6 回発表した。学術面においても大学内外で継続した指導を行い，客観的思考を形成させると同時に，英語論文の作成や国際学会への参加の第一歩としている。

表 1. 各病院での後期研修医 1 名あたりの診療実績

	佐賀大学病院*	祐愛会織田病院†	富士大和温泉病院†	嬉野医療センター†
症例数				
外来	118	2400	2100 人以上	637
初診	87	326	924	314
再診	-	2074	約 1200	174
救急を含む時間外	31	586	-	149
救急搬送	-	62	43	52
施設往診	0	-	50 回	0
入院	82	184	74	137
手技数				
中心静脈カテーテル	4	-	1	-
腰椎穿刺	7	-	-	-
胸水穿刺	3	-	-	-
上部消化管内視鏡	-	109	10	59
胸腔ドレーン	-	10	-	-
気管支鏡	-	-	-	6

- : 未集計項目

* 佐賀大学病院：2017 年の 6 ヶ月で集計

† 祐愛会織田病院，富士大和温泉病院，嬉野医療センター：2016 年度の 12 ヶ月で集計

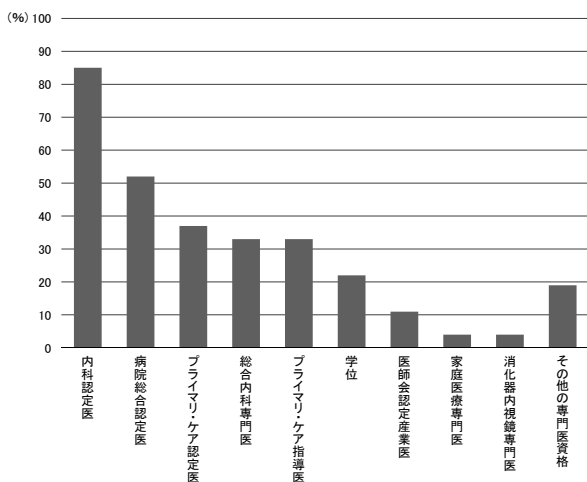


図 2. 当科医局員の資格取得状況

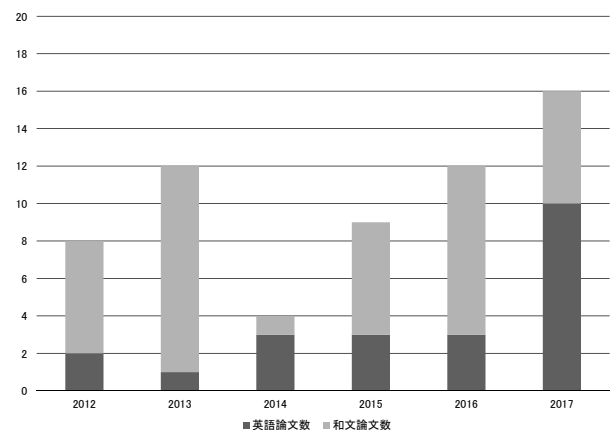


図 3. 当科の論文掲載数の推移
近年英語論文数が増えつつあり，2017 年には 10 篇が掲載または採用された。

(2) 資格取得 (2018年3月現在)

所属する医局員 (計 27 名) の資格取得率は、内科認定医 85%，病院総合認定医 52%，プライマリ・ケア認定医 37%，総合内科専門医 33%，プライマリ・ケア指導医 33%，学位 22%，医師会認定産業医 11%，家庭医療専門医 4%，消化器内視鏡専門医 4%であった。(図2)

Ⅲ. 研究・学術活動

当科の英語論文数は 2016 年まで年間 1-3 篇であったが、2017 年には 10 篇 (研究 2 篇、症例 8 篇) が掲載または採用された。(図3) また国際学会では 2016 年に 8 演題、2017 年に 7 演題、国内全国規模の学会でも 25 演題を発表し、学術活動の分野においても医局として著しく成長していると言える。(図4)

2016 年度以降は総合診療医育成に関して、日本病院総合診療医学会学術総会でのシンポジウム発表²⁾や日本プライマリ・ケア連合学会学術総会でのインタレストグループ主催³⁾を行った。2018 年 2 月

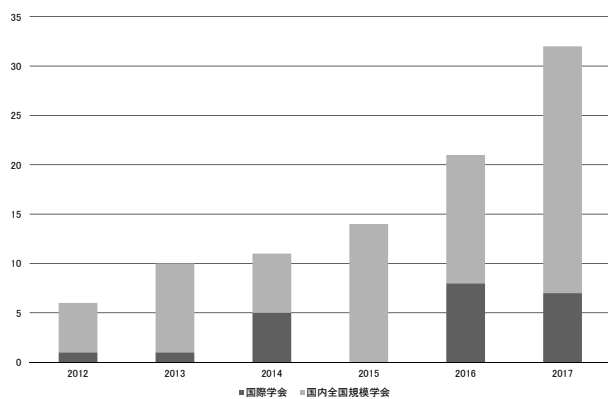


図 4. 当科の国際学会、国内全国規模学会発表回数
国際学会、国内全国規模学会ともに、近年飛躍的に発表回数が増えている。

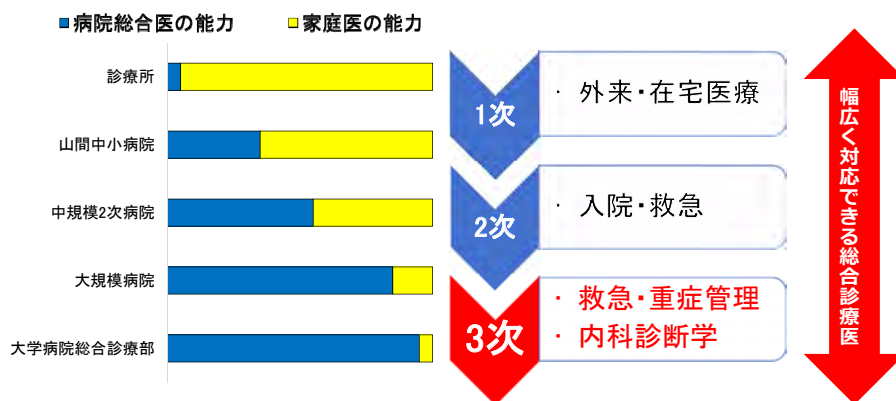


図 5. 当科で育成したい総合診療医
当科では 1 次～ 3 次まで幅広い領域をカバーし、特に救急・重症管理、内科診断学に強い総合診療医の育成を目指す。

の日本プライマリ・ケア連合学会 第 13 回九州支部総会・講習会を佐賀大学医学部地域医療支援学講座とともに主催し、その中でも教育セッションと総合診療医育成シンポジウムを開催した。2019 年 9 月には第 19 回日本病院総合診療医学会学術総会を当科で主催する予定である。

⑤今後の展開

地方の大学として、大学から地域医療の充実を図る。十分な総合診療医を育成した後は、総合診療医が少ない県北部もしくは西部の医療機関へ、1 人の医師に過度な負担がかからない体制を整えながら、派遣を検討する。派遣した医師とは密に連絡をとり、診療や指導体制を充実させる。

診療については、救急、初療、重症管理にさらに注力し、また Evidence に基づいた診断学を実践していく。

教育については、大学が教育の要であることを認識し、医局が研修医、専攻医の育成に最大限の責任を果たす。臨床面では大学、地域総合診療センター、祐愛会織田病院で、重症集中管理が必要な 3 次医療からプライマリ・ケア外来・往診などの 1 次医療まで、どのような疾患・問題に対しても、領域別専門医や多職種と良好な連携を築き、幅広く柔軟に対応できる総合診療医を育成していく。(図5) また専門医と学位取得を前提とした教育を行い、研究を実践し自ら発信できる総合診療医を育成する。これらを実現するために、特に大学からの訪問指導を柱とした、医局中心の総合診療医育成システムを強固なものとし、研修医の General Mind と Research Mind を育成する。

研究については、総合診療という一学術分野の確立のための礎となるべく、実臨床で役立つ Evidence を現場から多数発信できるよう、研究活動を精力的

に行う。また「総合診療医が何の役に立つのか」という命題の真の答えを得るべく、診療実態調査やその特性について検討を行い、総合診療部門の役割を客観的に示す方法を模索していく。

現在は取り組みの実績や実態の把握が主体であり、今後はその成果の設定と測定を行う必要がある。

考察

①総合診療医の専門性

2016年度の当科の入院患者の分析⁴⁾では、頻度の多い主訴として発熱(25%)、意識障害(13%)、呼吸困難(10%)であり、頻度の高い最終診断分類は感染症(37%)、消化器(14%)、呼吸器(13%)、神経(9%)、筋骨格(8%)であった。また分類方法は異なるが嬉野医療センターでは、呼吸器、循環器、消化器⁵⁾、富士大和温泉病院では、呼吸器、循環器、腎泌尿器⁶⁾、祐愛会織田病院では呼吸器、神経、循環器⁷⁾疾患の頻度が高かった。当科へのコンサルテーションでは、主訴では発熱、昏睡、脱力、倦怠感、失神、浮腫、呼吸困難、めまいが多く、最終診断では身体化障害、呼吸器疾患、腎盂腎炎が多かった⁸⁾。当科の外来主病名では症状・診断不明、消化器、筋骨格、呼吸器の頻度が高かった⁹⁾。またWalk-in救急外来患者では、腹痛、発熱、頭痛の頻度が高かった¹⁰⁾。これらの結果から、総合診療医は鑑別疾患が多数の臓器・領域にまたがる主訴に対応すること、呼吸器を初めとする感染症の診療に長けていること、診断がつかない患者の診療ができること、などに専門性を見出すべきである。

また我々の調査では総合診療医は領域別専門医よりも高齢患者を診る割合、救急外来や救急車の診療を行う割合が高かった⁷⁾。高齢者医療は言うまでもなく、長い当科の歴史の中で、Walk-in救急外来を行うに至り、また集中管理が必要な重症患者を多数診療している経緯からしても、総合診療医には救急医療の能力が必須であると思われる。

②タスクシフティングの可能性

大学病院などの3次医療機関に総合診療医が在籍し横断的な医療を展開することで、領域別専門診療科はより専門領域に特化した診療が可能となる。当科の入院診療における感染症診療と重症全身管理、また総合外来とWalk-in救急外来、専門診療科からのコンサルテーションへの対応が、当院の専門診療の基礎を支えている。また地域の2次医療機関では、救急領域と専門医が不在の領域で活躍⁷⁾、病

院内のみならず地域の医療の隙間を埋めることが可能である。

③医療や社会に与えるインパクト

患者の高齢化とそれに伴う救急患者の増加と高齢化への対応は、現代社会において喫緊の課題であるといえる。祐愛会織田病院は人口15.5万人の佐賀県南部医療圏に位置しているが、高齢化率は30.4%、75歳以上16.9%と高齢化が進んだ地域である¹¹⁾。南部医療圏では85歳以上の人口がこの10年で1.5倍以上に増え、同時に同院の85歳以上の救急車搬送数と入院患者数は倍増し、入院患者においては85歳以上が25%、75歳以上が54%を占めている。同院は2018年の診療報酬、介護報酬同時改定でも重要視されている、入退院支援について10年以上前から積極的に取り組んできた先進的な病院でもある。所属する総合診療医はその中で中心的役割を担い、目まぐるしいほどの多数の患者を診療する同院の高齢者医療、救急医療を支えている。高齢者医療、救急医療は多職種との連携があつてこそ成り立ち、総合診療医の専門性が最も活かされる部分であり、総合診療医の増加が医療や社会に与えるインパクトは大きいと考える。

④他の地域での応用の可能性と実現に必要な事項

大病院が近接しない地方の大学では、当科のような総合診療医の育成は非常に意義があると思われる。幅広い疾患と重症度の患者を診療し、病院内はもちろん、診療所や在宅診療などの病院外でも活躍できる、環境に柔軟な医師が育つ。関連病院と連携した幅広い症例の経験は、医療機関同士の連携を円滑にすると考えられる。

都心に位置し、高度専門医療に特化した病院においても、増加する高齢患者に対する横断的医療、救急医療に関する問題は避けて通れないものであり、当科のように専門診療と救急医療を支える総合診療医の存在は非常に重要である。

過疎地や離島については、当科は1997年～2011年に幌加内町国民健康保険病院(北海道雨竜郡幌加内町)、2003年～2006年に福岡市立玄海診療所(福岡県玄海島)に医師を派遣し、また2018年現在に至るまで20年を超えて佐賀市立国民健康保険三瀬診療所(佐賀市三瀬村)に医師派遣を継続している実績から、当科が主体となって育成した総合診療医がそれらの地域で活躍できる可能性は大きい。

当科の取り組みを実現するためには、まず総合診療を実践し、実績を積み重ね、専門診療科、所属する病院、近隣の病院から総合診療への信頼を構築す

ることが必要である。信頼が構築された後には、総合診療の専門性が真に活かされる状況を作り出すことが可能であり、大学内や派遣先の総合診療医が誇りを持って業務にあたることができる。育成に必要な関連病院は、信頼と人手があれば開拓可能である。また、医局がリーダーシップをとり、所属する指導医の総合診療医育成マインドを涵養することで、指導体制を維持するためのマンパワーを充実させることができる。

まとめ

当科の総合診療医は、総合診療の地位が確立した大学内で診療、教育、研究を実践しながら育成され、関連病院で継続した指導を受けながら経験を積み、地域に輩出されてきた。当科の一連のプログラムで経験する症例は、疾患、重症度ともに幅広く、環境に柔軟な General Mind をもった総合診療医が育成される。また、症例報告や研究についても入局早期から継続した指導を受けることができ、Research Mind も育つ。これまでの実績により、総合診療医が専門性を活かして活躍する場を県内に広げているが、今後は更に指導体制を整え、その成果を検証することが望まれる。

文献

- 1) 多胡雅毅, 古川尚子, 松永知世, 他. 平成 28 年熊本地震における多数傷病者の転院受入れを経験して. 日本病院総合診療医学会雑誌. 2016; 11 (2): 48-52.
- 2) 多胡雅毅. 地方大学病院で実践する総合診療医育成・地域医療とその展望. (会議録)日本病院総合診療医学会雑誌. 2017; 13 (1): 76-77.
- 3) 多胡雅毅, 古川尚子, 大串昭彦, 他. GM Report 第 8 回日本プライマリ・ケア連合学会学術総会 インタレストグループ 10 地域性の異なる大学病院総合診療部門による総合診療専門医育成についての検討. 総合診療. 2017; 27 (12): 1734-1738.
- 4) 徳島圭宜, 多胡雅毅, 香月尚子, 他. 大学病院総合診療部入院患者の 3 大主訴～発熱, 意識障害, 呼吸困難. (会議録)第 16 回 日本病院総合診療医学会学術総会 プログラム・抄録集 2018; 259 (演題番号 O-126)
- 5) 朝長元輔, 徳島圭宜, 中山翔太, 他. 地域高次医療機関における大学病院附属地域総合診療センターの開設と総合内科医育成について. (会議録)日本病院総合診療医学会雑誌. 2017; 13 (1): 156.
- 6) 黒木和哉, 古川尚子, 多胡雅毅, 他. 大学病院と市中病院の総合診療科の患者背景比較. (会議録)日本病院総合診療医学会雑誌. 2017; 13 (1): 160.
- 7) 相原秀俊, 多胡雅毅, 古川尚子, 他. 地域中核病院における病院総合診療医の役割の検討. 日本病院総合診療医学会雑誌. 2016; 10 (2): 62-66
- 8) 相原秀俊, 多胡雅毅, 古川尚子, 他. 他科から求められる大学病院総合診療医の役割～コンサルテーションされた患者の解析より. (会議録)日本病院総合診療医学会雑誌. 2018; 14 (1): 52
- 9) 江口 仁, 福森則男, 古川尚子, 他. 同地域の大学病院と市中病院の総合診療部外来における 初診患者背景及び疾患分類の比較. (会議録)日本内科学会雑誌. 2015; 104 (suppl): 235.
- 10) 百武正樹, 福森則男, 古川尚子, 他. 時間外一次救急外来の実態調査および診療受け入れ体制の検討. (会議録)日本内科学会雑誌. 2016; 105 (suppl): 274.
- 11) 日本医師会. JMAP: 地域医療情報システム, 佐賀県 南部医療圏. 東京: 日本医師会[updated 23 January 2018; cited 15 March 2018]. Available form: http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/4105

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

福島県における家庭医・総合診療専門医育成と地域医療への取り組み

北村俊晴¹ 石井 敦² 川井 巧³ 高澤奈緒美⁴ 菅家智史¹
 武田 仁⁵ 星 吾朗⁴ 若山 隆⁶ 中村光輝¹ 豊田喜弘⁵
 森 冬人⁶ 渡邊聡子² 船山敏男⁷ 宍戸都晃⁷ 葛西龍樹¹

要旨

2006年3月に福島県立医科大学が、全国の大学で初めて大学附属病院でなく地域を基盤として家庭医・総合診療専門医を育成する部門「地域・家庭医療学講座」を開設した。現在までの12年間で、県内6か所の地域にある診療所と病院に診療・教育拠点を作って取り組みを進めてきた。多職種連携、在宅医療、へき地での診療とキャリアパス、学生実習、地域の医療ニーズの補完、救急医療への貢献、女性医師のワークライフバランス、そして国際交流について、どのような成果がこのプロジェクトから生み出されたのかを示した。こうした取り組みが全国の他の地域でも取り込まれるためには、1つの医療機関や地域の中だけでの家庭医・総合診療医育成ではなくより広域での取り組みとすること、そして、総合診療医の専門性と家庭医療学の原理を十分に理解し実践できる核となる家庭医療・総合診療指導医群を重点的に育成することが重要である。

事例の概要

①取り組みの背景

我が国における地域を基盤とした家庭医・総合診療医の育成は、諸外国と比べて大きく遅れていた。1978年に日本プライマリ・ケア学会、1986年に日本家庭医療学会が設立されたが、学会認定の標準的な研修プログラムができたのはようやく2006年からである。この間いくつかの大学に総合診療部ができたが、大学附属病院の一診療部門としての活動がほとんどで、地域を基盤とした診療・教育・研究活動は乏しかった。こうした中で、1996年に葛西が北海道家庭医療学センターを設立し、翌年から地域を基盤とした4年間の家庭医療学専門医育成プログラムを開始した。その後全国の数カ所で地域の診療

所と病院が組織する家庭医育成プログラムができていった。2005年以降、標準的な研修プログラムを作る機運が高まり、2006年に北海道家庭医療学センターの家庭医療学専門医育成プログラムをモデルとして日本家庭医療学会認定家庭医療後期研修プログラムが開始された。大学附属病院総合診療部はいくつか設立されていたが、大学附属病院というプライマリ・ケアとは異なるセッティングでは、家庭医・総合診療医の役割を示すことができなかった。こうした背景の中、2006年3月に福島県立医科大学が、全国の大学で初めて地域を基盤として家庭医・総合診療専門医を育成する部門「地域・家庭医療学講座」を開設した¹⁾。本稿では、この講座の設立によって育成された家庭医・総合診療専門医がどのように地域へ医療資源として影響を与えたかについて、具体的な数字を示しながら述べる。

②導入の経緯

福島県では2003年頃からへき地での医師不足が顕著になり、福島県立医科大学医学部内にも福島県内のへき地医療の問題に対して解決策を探るプロ

1. 福島県立医科大学 医学部 地域・家庭医療学講座
 2. かしま病院
 3. 一般財団法人大原記念財団 大原総合病院 総合診療科
 4. ほし横塚クリニック
 5. 喜多方市地域・家庭医療センター
 6. 只見町国民健康保険 朝日診療所
 7. 福島市消防本部 救急課

プロジェクトチームが作られた。そこで地域を舞台に働くことができる医師を地域で養成することを目指す新講座を設置することが決められた。このような経緯で2006年3月、全国の大学に先駆けて地域基盤型の総合診療、プライマリ・ケア、家庭医療学を専門とする地域・家庭医療学講座（以下、当講座）が開設され、2006年度から家庭医療学専門医コース（後期研修プログラム）が開始された。同時にホームステイ型の医学教育プロジェクトが行われた²⁾。開講から現在までの12年で、福島県内各地の自治体や医療機関と連携しながら、6か所の診療所や病院を家庭医療・総合診療の診療・教育の拠点としてきた。

③事例の詳細

当講座には、下記の6か所の家庭医療・総合診療の診療・教育拠点（診療所4か所、病院2か所）を中心に、図表に示した福島県内23か所の医療機関が後期研修（専門研修）連携施設となってネットワークを構成している。福島県には被災地またはへき地と認定されている地域が複数あり、2011年に発生した東日本大震災とそれに続く原子力発電所事故に関連した健康問題を有する患者のケアや都市部とは異なる住民のニーズに対応することで、総合診療医としての診療能力の深まりと広がりを実感できる研修となっている。すべての家庭医療・総合診療の診療・教育の拠点には家庭医療専門医が常勤するグループ診療として構成され、日常診療で生じる疑問やポートフォリオ事例といった相談はその場で速やかに指導医とディスカッションできる。また、インターネット会議システムや月例勉強会を駆使して、どの診療・教育の拠点に所属していても一定水準の教育が受けられる環境を確保している。2018年度からの日本専門医機構による新専門制度へも対応する総合診療専門研修プログラムとして認定されている。

保原中央クリニック：伊達市にある外来と在宅診療が中心の民間無床診療所。当講座が最初に地域で家庭医療専門の診療・教育を開始した拠点である。在宅療養支援診療所としてグループ診療で80人以上を担当している。自治体と提携した健康増進や予防医学活動が行われている。

喜多方市 地域・家庭医療センター：喜多方市にある在宅療養支援診療所。2011年福島県の地域医療再生基金により喜多方市が設立し、喜多方市医師会の協力で市内の医療法人が経営する公設民営の無床診療所である。あらゆる年齢層の患者が来院する。

学校健診、乳幼児健診にも取り組んでいる。

ほし横塚クリニック：福島県最大の都市である郡山市に位置する無床在宅療養支援診療所。クリニックの建物内に訪問看護ステーションと地域包括支援センターがあり、在宅医療や地域医療について多職種連携のしやすい環境がある。

只見町国民健康保険朝日診療所：高齢化率が45%を超える南会津郡只見町にある唯一の医療機関。有床診療所であり、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、町の保健福祉センターに隣接し、地域を基盤とした行政も含めた多職種連携を実践しやすい環境がある。へき地でありながら充実した家庭医療・総合診療専門研修を提供している。

かしま病院：いわき市にある地域の開業医が立ち上げた民間中規模病院。急性疾患の診断・治療、慢性疾患の長期管理だけでなく、予防医学からリハビリテーション、介護、福祉支援まで一貫したマネジメントができるように、地域医療連携室、訪問看護ステーション、居宅介護支援事務所、特別養護老人ホーム、ケアハウス、グループホームなどの関連施設が隣接している。10年以上家庭医・総合診療医の育成を行っており、各科臓器別専門医からの協力体制も充実している。

一般財団法人大原記念財団大原総合病院（以下、大原総合病院）：福島市の中心部に位置する民間の地域医療支援病院である。各種専門診療を提供する急性期病院で2016年に総合診療科が創設され、総合診療専門研修を開始した。救急は総合診療科を中心とする総合救急センターで幅広い救急医療を提供している。

2018年3月末における、当講座が運営する家庭医療・総合診療専門研修プログラムの実績は、在籍者41名、専門研修修了者25名、専門医19名、専攻医5名、指導医26名で、このうち26名が福島県内で診療に従事している。

本報告書に係るデータ収集は、上記6か所の拠点の主として指導医へ依頼し、2018年2月中に電子メール、電話、または面談して聴き取り調査を行ったものである。

④成果

<多職種連携>

当講座の家庭医療・総合診療の診療・教育拠点では、特に地域の複数の医療機関や介護・福祉・行政との連携を重視したマネジメントが充実した。

医療機関同士の連携では、家庭医・総合診療医が

専門医へ紹介を行うだけでなく、他科からの紹介にも対応する。福島県郡山市の都市部にあるほし横塚クリニックでは、2015年の1年間に外部の医療機関から紹介された53人の患者に対応していた。その一方で周囲に医療機関がない只見町国民健康保険朝日診療所では2017年の1年間で外部の医療機関から紹介された患者は429人だった。

いわき市のかしま病院では病院、診療所、在宅など医療を提供するサービス間の垣根を低くして連携を取りやすくしていた。かしま病院内のケースカンファレンスや患者への直接の相談では退院調整専属看護師、訪問診療支援看護師、訪問看護師、医療クラーク、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員、地域医療連携室事務職、臨床工学技士、臨床検査技師、診療放射線技師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が連携したケアが行われていた。この多職種連携のケアには家庭医療・総合診療専攻医も参加し、多職種からのフィードバックを受けながら研修していた。

<在宅医療>

当講座の家庭医療・総合診療の診療・教育拠点では、活動当初から地域の在宅医療のニーズに応じてきた。家庭医・総合診療医2~4名がチームを組んで他職種と連携して在宅医療を充実させた。2016年~2017年の1年間に診療・教育拠点1箇所あたり42人~108人の在宅患者の在宅医療を担当した。

またかしま病院では介護福祉施設への訪問もっており、2017年度の1年間で193名の入所患者を施設でケアしていた。

郡山市（2015年の国勢調査で人口33万人）は都市部でありながら十分な在宅医療を提供できていない所である。郡山市内に在宅療養支援診療所診療は30箇所あるが、人口10万あたりの施設数は8.94（日本全国平均10.54）であった、そして連携強化型在宅療養支援診療所の人口10万あたりの施設数は1.19（日本全国平均2.2）で全国平均の半分程度だった³⁾。こうした状況を少しでも改善するため、ほし横塚クリニックでは郡山市内での在宅医療の提供体制を構築するため、在宅医療を行う在宅療養支援診療所間での業務提携を構築し、相互の患者の夜間対応を実現した。

<へき地での診療とキャリアパス>

当講座の設立により、へき地勤務をしながらでも総合診療の専門医としてのキャリアを進展させることが可能になった。只見町の朝日診療所では、かつては自治医科大学卒業生が福島県から派遣されて義務年限として勤務していたが、義務年限内でも大学附属病院などで他科の専門研修をすることが認められたこともあり、へき地勤務をする医師が減少していった。このへき地での医師不足への対策として、当講座はここを家庭医療・総合診療の診療・教育拠点とした。もう一つのへき地における家庭医療・総

福島県内の家庭医療・総合診療 専門研修連携施設



1	福島県立医科大学附属病院
2	保原中央クリニック
3	喜多方市地域・家庭医療センター
4	ほし横塚クリニック
5	只見町国民健康保険朝日診療所
6	かしま病院
7	大原総合病院
8	公立相馬総合病院
9	南相馬市立総合病院
10	公立藤田総合病院
11	福島赤十字病院
12	星総合病院
13	寿泉堂総合病院
14	竹田総合病院
15	白河厚生総合病院
16	会津医療センター附属病院
17	医療生協わたり病院
18	福島労災病院
19	二本松病院
20	公立岩瀬病院
21	福島県立南会津病院
22	会津中央病院
23	太田西ノ内病院
24	三春町立三春病院

合診療の診療・教育拠点は、喜多方市 地域・家庭医療センターで、地域医療再生基金の活用を目的に福島県、喜多方市と当講座が協働して設立した。これら2か所のへき地診療所では、2009年以降8名の家庭医療・総合診療専攻医へ専門研修の場を提供した。現在それぞれのへき地診療所に2名ずつ家庭医療・総合診療の指導医が勤務しているが、すべてが当講座の家庭医療・総合診療専門研修を修了しており、その後もへき地診療所で家庭医療・総合診療指導医としてキャリアを發展させている。医学生の臨床実習や研修医の地域医療研修も積極的に受け入れてきた。

<学生実習>

当講座の設立により地域での学生実習が充実した。当講座の家庭医療・総合診療の診療・教育拠点を合わせて、これまでに福島県立医科大学医学部6年生の臨床実習（BSLアドバンスト・コース）は2008年から2018年3月末までに97名が実習を行った。5年生の臨床実習（BSLプライマリ・コース）は2011年より受け入れを開始し2018年3月末までに700名が実習を行った。その中でも文部科学省の2005年度「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人育成支援プログラム」採択事業である「ホームステイ型医学教育研修プログラム」～『地域で生きる』医師の定着に向けて～』では医学生・研修医が地域の一般住民家庭でのホームステイを経験しながら実習・研修を実施し、地域とのふれあいを通じて、地域医療と地域生活に関する深い理解を促進し、地域への医師定着に結び付けることを目標とした。2005年からの3年間で福島県内の29世帯の一般家庭で医学部6年生のべ29名、研修医13名それぞれに対して2～4週間のホームステイ受け入れが行われた^{1,2)}。さらに福島県にこの事業の意義が認められ、文部科学省事業助成が終了した後も福島県の県費により事業助成が継続された。実際にホームステイ型医学教育研修プログラムを経験した学生の中から3名が当講座の家庭医療・総合診療専門研修の専攻医となった。そのうち2名は、現在へき地診療所で家庭医療・総合診療指導医として後進の指導にあたっている。

<地域の医療ニーズの補完>

日本では医療機関の役割や専門性は基本的に各医療機関が独自で決めており、地域全体の医療ニーズを総合的に考慮した政策とは必ずしも連携していない。地域ごとに既存の医療機関が対応しきれない医療ニーズができてしまう。当講座の家庭医療・

総合診療の診療・教育拠点がそうした医療ニーズの満たされない部分にどのように対応しているか示す。

喜多方市内で小児科を標榜している診療所は11件あるが、小児科医が診療を行っている診療所は2件のみである。喜多方市 地域・家庭医療センターでは2017年の1年間の23967件の全受診件数のうち4,333件（18%）が小児の受診であった。定期予防接種の他にインフルエンザや任意の予防接種、そして市内の4か月児健診、9～10か月児の健診を担当していた。また市内の小学校1校と中学校1校の学校医を務めていた。只見町朝日診療所では2016年10月1日から12月31日までの3か月間で認知症（250名）、統合失調症（75名）、うつ病（62名）、パニック障害（3名）など精神科疾患受診者にも対応していた。医療への要望は地域で異なるため、総合診療医は地域のプライマリ・ケアの要望に対して可能な範囲で対応していた。

<救急医療への貢献>

家庭医・総合診療医は1次救急、2次救急の両方で地域の救急医療に貢献していた。1次救急としては家庭医療・総合診療の各診療・教育拠点での通常診療時間内の対応に加えて、2017年から福島市夜間急病診療所の小児科輪番へ参加し診療を開始した。只見町の朝日診療所では地域に唯一の診療所として24時間対応を行っている。2次救急には福島市の大原総合病院の家庭医・総合診療医が対応している。2015年4月1日から2017年3月31日までの期間で総合診療科が対応した救急車で搬送された患者数（成人と小児を含む）は合計1570名（土曜午後および日曜日、祝日と当直時間帯を除く）であった。2015年度と2016年度は総合診療科医師1名で対応、2017年4月1日以降は総合診療科医師2名が対応していた。救急車で搬送された患者以外で救急外来を日中に受診した患者数（予約なしで来院したが各科対応困難で救急外来で対応した事例や、介添人が院内で具合が悪くなり救急外来を受診した患者など）は223名であった。平日の月曜日から金曜日の8時30分から17時の応需率は総合診療医が赴任する2年前の2013年4月1日から2015年3月31日の期間での平均79.2%に対し、赴任後の2015年4月1日から2017年3月31日の期間では93.9%と上昇した。

<女性医師のワークライフバランス>

当講座では女性医師の産前産後休暇と育児休暇の取得率は高かった。所属する11名の女性医師で所

属期間に出産・育児を経験した3名のうち、全員が産前産後休暇6か月間、育児休暇6か月間を100%取得していた。また産前産後休暇や育児休暇中でもインターネットのテレビ会議システムや職場での勉強会へ参加することで継続した学習機会が担保されていた。

厚生労働省が働きかけて日本医師会女性医師支援センターが病院に勤務する女性医師を対象として行った勤務状況の現況に関する調査によると、産前産後休暇取得者は86.1%、育児休業取得者は59.1%だった⁴⁾。

<国際交流>

当講座には、開設後世界の家庭医療学エキスパートの客員指導者、専攻医、医学生が多数福島を訪問し、家庭医療・総合診療専攻医および指導医への直接指導と経験の交流が継続して実施されている。この12年間で家庭医療・総合診療の先進地である英国、オランダ、オーストラリア、キューバを始め、台湾、米国、デンマーク、韓国、メキシコから、のべ38人が合計833日滞在した。

また、当講座の家庭医療・総合診療専攻医及び指導医は、海外の家庭医療・総合診療の先進地を視察した。現在までの訪問先はシンガポール、オーストラリア、英国、米国ハワイ、台湾、中国香港、ニュージーランド、オランダ、キューバ、デンマークである。これらの世界の家庭医療学エキスパートとの交流は、家庭医療・総合診療専攻医及び指導医たちにとって、世界標準の家庭医療・総合診療とプライマリ・ケアについて実際に学び、それをベンチマークとして日本の状況を評価し具体的な行動目標を考える貴重な経験となっていた^{5,6)}。学術大会への参加をはじめ、国際交流を通して世界標準の家庭医療・総合診療を学ぶ機会がある。さらに、当講座のこのような国際交流活動が世界の家庭医療学エキスパートから認められ、WONCA（世界家庭医機構）の国際共同研究などへも発展した^{7,9)}。

⑤今後の展開

福島県内で育成する家庭医・総合診療専門医を増やすこと、そして彼らが指導医になり、診療・教育拠点と連携施設を増やしながらか、こうした取り組みをシステムとして発展させたい。福島県外の総合診療医育成プログラムとの連携、特に東北地方の他の家庭医・総合診療専門医育成プログラムとのプライマリ・ケアに関わる共同の活動がより活発に行われていくことが望まれる。診療と教育については、ある程度モデルを作り成果を出せているので、今後

は、業務の中で沸き起こるリサーチ・クエスチョンに答えを探る臨床研究を推進することが課題である。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

今回の地域を基盤として家庭医・総合診療専門医を育成する事例においては、総合診療医の7つの専門性（包括的統合アプローチ、一般的な健康問題に対する診療能力、患者中心の医療・ケア、連携重視のマネジメント、地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、公益に資する職業規範、多彩な診療の場に対応する能力）のすべてが取り組みの根幹にある。福島県内の当講座の診療・教育拠点と連携施設の中には都市部の医療機関からへき地の医療機関まで多彩な診療の場が含まれる。家庭医・総合診療医は、その地域の健康ニーズを探りながら、周囲の医療・介護・福祉・行政分野の多職種との連携を重視して、「患者中心の医療の方法」を駆使して個々の患者へケアする一方で地域の健康問題を意識したマネジメントも行われていた。家庭医・総合診療医としての専門性の到達レベルは国際交流でのベンチマーキングを経て振り返られ、それぞれの地域の実情に合わせた改善策へ落とし込むことができる。

日本の超高齢化社会では、地域包括ケアシステムの実現が課題となっている。最期を迎えたい場所として、自宅での療養希望が意識されている¹⁰⁾。本事例での高齢者ケアでも、総合診療医の7つの専門性を活かしていた。包括的統合アプローチをとり、高齢者でよく遭遇する多重罹病も含めた一般的な健康問題に対する診療能力を備えるだけでなく、事例によっては在宅で看取りを行うところまで継続して患者とその家族に関わっていた。医療におけるコミュニケーション能力、プロフェッショナルリズム、家族志向ケアなどを含む臨床能力が必要であるが、それらを専門研修で身につける環境を整備していることが重要である。海外では在宅医療における家庭医の役割として医療の調整能力が指摘されている¹¹⁾。本事例の郡山市での在宅患者の夜間対応に関する診療所間連携システムの構築は、家庭医・総合診療医が調整能力を活かして地域の問題に取り組んだ例である。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携）

現在の日本では大病院であってもプライマリ・ケアの問題を持った患者が多く受診しており、病院で

働く臓器別専門医が専門外の診療もしなければならず負担となっている。よく訓練された家庭医・総合診療専門医は、すべての臓器別専門分野のプライマリ・ケアに対応できる。今回の事例でも、地域からの小児科診療（喜多方市）、精神科診療（只見町）、夜間・時間外の小児1次救急医療と通常診療時間帯の1次および2次救急医療（福島市）のニーズに就いていた。タスクシフティングの可能性を示すものである。特に、時間外診療や通常診療時間帯でも混雑して時間的制限がある場合には、患者-医師間のコミュニケーション上の問題が発生するリスクが増すが、コミュニケーションやプロフェッショナルリズムについて専門的に学び、自己の診療を省察することができる家庭医・総合診療医は、利用者にとって安心・安全なケアを提供できるだろう。さらに、今回の事例で分かるように、家庭医・総合診療専門医は臓器別専門医との連携以外にも多職種との連携マネジメントを専門研修中に学んでいるので、それぞれの役割を尊重した上で、プラリマリ・ケアチーム全体としてのキャパシティービルディングを図り、幅広いケアを展開することができる。

③医療や社会に与えるインパクト

今回「へき地での診療とキャリアパス」で示した只見町と喜多方市の事例は、へき地の医師不足解消を目的とする自治医科大学や全国の大学医学部で設定しているいわゆる「地域枠」の制度設計に再考を促すものである。すなわち、へき地や遠隔地であっても家庭医・総合診療医の専門研修プログラムを整備することで、そこで修学資金貸与制度の義務年限を過ごす時間が通過儀礼のようなネガティブなものから家庭医療・総合診療専門医を目指す専攻医としてキャリアパスを発展させることができる魅力あるものにできる。今回の事例で、へき地で家庭医療・総合診療専門研修を経験した専攻医8名中、修学資金貸与制度を受けている者は1名のみであることも特筆に値する。彼ら7名にはへき地で働く義務はないが、へき地で指導医として後進を育成することと地域住民の健康維持・増進に貢献することにやりがいと価値観を持ってキャリアパスを発展させ続けている。修学資金貸与制度を受けている1名にとっては、家庭医療・総合診療専門研修があることで、地域で義務年限を消化しながら家庭医・総合診療専門医のキャリアを積むことができるメリットもある。このようなキャリアパスがあることを全国の地域枠の医学生に周知させるべきである。ホームステイ型実習などで、地域に住み地域で働くプライマリ・ケ

アの専門医療に取り組む医師のキャリアを次世代の地域医療を担う医学生や研修医が直接実習や研修を通して体験する機会をできるだけ増やす必要がある。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

福島県では県全体での地域医療への取り組みや協力体制構築への意識の高まりを背景として家庭医・総合診療医育成が始まった。今回紹介した取り組みは、他の地域でも応用可能である。

実現のために必要なことは2つある。まず、1つの医療機関や地域の中だけでの家庭医・総合診療医育成ではなく、より広域での（できたら一都道府県単位の）取り組みとすることが重要である。医療機関が、設立母体に関わらず、質の高いよく鍛えられた家庭医・総合診療医を育成するという大きな目票を共有して、自施設の強みを活かして連携できるかが鍵である。次に、総合診療医の7つの専門性と家庭医療学の原理を十分に理解し実践できる家庭医療・総合診療指導医の育成である。彼らが次世代の家庭医・総合診療専門医のケアの質やスタンダードを決定することになる。当講座も含めた全国のいくつかの指導医育成の拠点を設置して、核となる指導医群を重点的に育成して、その後で彼らに全国の多数の地域で家庭医・総合診療専門医を育成する取り組みを開始させることが重要である。

文献

- 1) 葛西龍樹. 大学が県単位の広域で取り組む家庭医養成プロジェクト. 病院. 2008; 第67巻(10): 873-876.
- 2) 追跡「地域で生きる 医師を育てる—福島県立医大「ホームステイ型教育研修」の取り組み. 「日本医事新報」別冊2006; (4282): 16-19.
- 3) 福島県郡山市（地域別統計）. 地域医療情報システム. 日本医師会. <http://jmap.jp/cities/detail/city/7203> (2018年3月18日アクセス)
- 4) 日本医師会男女共同参画委員会, 日本医師会女性医師支援センター. 女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書. 日本医師会女性医師支援センター. 2017. 48-49. https://www.med.or.jp/joseiishi/h29wd_survey.pdf (2018年3月18日アクセス)
- 5) 中村光輝. 豪・タスマニアで見えてきた家庭医と地域医療の未来像. 週刊医学界新聞. 2013; (3034). http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03034_02 (2018年3月18日ア

クセス)

- 6) 渡邊聡子, 森冬人, 児玉久仁子, 他. 家庭医療先進国キューバ研修報告. 週刊医学界新聞. 2015. (3121). http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03121_03 (2018年3月18日アクセス)
- 7) van Weel C, Kassai R, Tsoi GW, Hwang SJ, Cho K, Wong SYS, Phui-Nah C, Jiang S, Li M, Goodyear-Smith F. Evolving health policy for primary care in the Asia Pacific region. *Br J Gen Pract.* 2016 Jun;66(647): e451-1. doi: 10.3399/bjgp16X685513.
- 8) van Weel C, Kassai R, Qidwai W, Kumar R, Bala K, Gupta PP, Haniffa R, Hewageegana NR, Ranasinghe T, Kidd M, Howe A. Primary healthcare policy implementation in South Asia. *BMJ Global Health.* 2016; 1: e000057. doi:10.1136/bmjgh-2016-000057.
- 9) van Weel C, Kassai R. Expanding primary care in South and East Asia. *BMJ.* 2017; 356: j634. doi: 10.1136/bmj.j634.
- 10) 内閣府政策統括官(共生社会政策担当). 平成24年度高齢者の健康に関する意識調査結果. 内閣府 <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/zentai/index.html> (2018年3月18日アクセス)
- 11) The Role of the Family Physician in Home Care A Discussion Paper December 2000. The College of Family Physicians of Canada; Dec 2000. <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=1515&langType=4105> (2018年3月14日アクセス)

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

静岡県中東遠地域における「住み慣れた家で最期を過ごしたい」を叶える 総合診療専門研修の取り組み

井上真智子^{1,2} 松田真和^{2,3} 棚橋信子^{2,4}

要旨

医療提供体制の確保が厳しい地方自治体で家庭医・総合診療医養成事業を開始し、総合診療医の教育診療拠点として2カ所の機能強化型在宅療養支援診療所の新規設置につながった。総合診療専攻医や指導医らによる包括的な訪問診療により、最期は家に帰りたいと希望する患者の訪問診療依頼件数が次第に増加した。総合診療医による在宅医療の充実・強化を通して、患者・家族が満足できる人生の最終段階のケアと看取りを実現できるようになった。世帯構成や住宅事情などの地域特性や医療介護提供体制の個別事情によるところはあるが、総合診療医を中心とした機能強化型在宅療養支援診療所は、本人・家族の意向や希望に添った人生の最終段階の過ごし方を支援する地域包括ケアシステムに貢献する可能性がある。

【事例の概要】

1. 取り組みの背景

患者が希望する場所で療養し、人生の最終段階を過ごすことができる地域包括ケアシステムの構築が、各自治体で望まれている。年間死亡者数のうち、死亡場所が自宅であったのは13.0%、老人ホームは6.9%（平成28年度厚生労働省人口動態調査）であるが、地域によって自宅死亡率は2倍以上の開きがある¹⁾。在宅療養支援診療所は、在宅医療を支える窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間体制で往診、訪問看護等を提供する診療所である。平成28年における届出数は14,683件と人口1万人あたり平均1.17カ所であるが²⁾、これも地域差が大きく、機能強化型・従来型いずれの在宅療養支援診療所（以下、在支診）も有していない基礎自治体は28.0%に上る³⁾。地域における在支診の数と自宅や老人ホームにおける死亡率は必ずしも関連しているわけではなく、往診や看取りは在支診以外の医療機関が実施している場合もあるが、定

期訪問診療の86.2%は在支診によって行われており⁴⁾、在支診の存在は、住み慣れた自宅で最期を迎えることを実現するために今や中心的役割を担うといえる。

地域別にみた場合、人口規模の大きい都市圏では、民間法人や個人による新規診療所開業が期待できるが、人口規模が5万人以下の自治体では、人口の流入が少なく、在支診の新規開業を期待して待つのみでは、増加する医療・介護ニーズに対応するための在宅医療体制の充実・強化は困難といえる。しかし、医療過疎地域においては、医療資源、特に医療従事者の不足がめだつため、在宅医療の充実・強化に特化した方策より、外来・在宅問わず総合的な診療能力をもつ医師が育ち活動する場をもうけることが一つの対策となり得る。

静岡県の中東遠二次医療圏（磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町）は、人口465,470人（平成27年国勢調査）に対し、医師数768人（平成27年病院報告および平成26年医療施設調査により病院426人、診療所342人）であり、人口10万人あたりは165人と全国269人および静岡県全体平均225人（いずれも平成26年病院報告および医療施設調査）と比較して医師が少ない地域である^{5,6)}。日

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
3. 菊川市家庭医療センター
4. 森町家庭医療クリニック

本医師会総合政策研究機構のデータによるとこの医療圏の診療所数は無床 282, 有床 20 であり, 診療所医師 342 人の大半が一人体制で診療を行っていることがわかる⁶⁾。開業医は高齢化しており, そもそも一人診療体制では, 在宅看取りに必要な 24 時間体制がとれず, 癌性疼痛や呼吸苦に対して行う麻薬系鎮痛剤による症状管理ができないことから, 在宅療養および在宅死は患者が希望しても実現が難しい状況であった。

そのような中, 中東遠二次医療圏の中でも人口規模の小さい 2 市町 (菊川市 4.5 万人, 森町 1.9 万人, 平成 28 年時点)において家庭医・総合診療医養成事業を開始したことで, 総合診療医の教育診療拠点として在支診の新規設置につながった。結果として, 地域における在宅医療の充実・強化が可能となり, 患者・家族の望みに応じた人生の最終段階のケアと在宅看取りが可能となったことをモデル事業として本稿で取り上げる。

2. 導入の経緯

まず, 家庭医養成事業の開始経緯について以下に述べる。平成 22 年, 静岡県地域医療再生計画に基づき, 地域医療再生基金の支援を受け, 中東遠二次医療圏にある 2 市 1 町 (磐田市, 菊川市, 森町) による静岡家庭医養成協議会が発足した。平成 22 年度より家庭医養成事業を開始し, 平成 23 年には教育診療拠点として, 菊川市家庭医療センター, 森町家庭医療クリニックの 2 カ所の公立診療所が開設した。さらに, 平成 26 年に御前崎市 (人口 3.3 万人) が加入したことで, 同協議会は 3 市 1 町によって構成されるようになり, 平成 29 年には新たに御前崎市家庭医療センター・しろわクリニックが開設した。平成 29 年 10 月現在, 単独型の機能強化型在支診は静岡県全体でも 4 カ所のみであり, その中で菊川市家庭医療センターは中東遠二次医療圏における唯一の施設である。森町家庭医療クリニックは機能強化型 (連携型) 在支診であり, 御前崎市家庭医療センター・しろわクリニックは平成 30 年度より在支診となる準備を進めている。

家庭医養成事業は, 当初, 3 年間の「静岡家庭医養成プログラム」として, 日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療後期研修プログラム⁷⁾として開始し, 後に, そのバージョン 2.0 として 4 年間のプログラムを運営している⁸⁾。研修プログラムの運営には浜松医科大学地域家庭医療学講座, 同産婦人科家庭医療学講座, 米国ミシガン大学家庭医療学講座が携わっている。平成 29 年度研修開始者まではプロ

グラム修了後に日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医を取得する予定である⁷⁾。平成 30 年度には, 浜松医科大学医学部附属病院総合診療研修プログラムとして日本専門医機構の総合診療専門医プログラムへ合流する。

以下, 平成 22 年よりこれらの在支診において家庭医・総合診療医養成に取り組み始めた中で, 総合診療後期研修中や修了後の若手医師らを中心とした訪問診療研修・多職種連携活動により, 地域の在宅診療の重要な拠点として発達し, 患者・家族にとって満足度の高い在宅療養・看取りの実践につながった。以下に, 詳細を提示する。

3. 事例の詳細

1) 診療所の体制

菊川市家庭医療センターは, 総合診療指導医, 老年医学フェロー, 総合診療 (家庭医療) 専攻医 3 年目を中心に, 訪問医療を担当する常勤医師が 3 名以上在籍しており, その他週 1, 2 日診療する専攻医・スタッフ医師がいる。24 時間体制をとることができる背景には, 卒後 3~10 年目程度の若手医師が診療活動の中心となっていることがある。紹介患者および希望患者は断らずに引き受けるが, 特に予測される予後の短い患者を優先して受け入れることとし, エリアはおおむね診療所から 10km 圏内, 車で 30 分以内の場所としている。診療所には, 市の地域包括支援センターのランチが併設されており, 密な連絡がとれるようになっている。

森町家庭医療クリニックは, 総合診療指導医以外に, 同様に専攻医がいるが, 常勤医師 3 名体制は確保できておらず, 機能強化型 (連携型) 在支診となっている。クリニックに隣接する公立森町病院は在宅療養支援病院であり, クリニック開設以前から訪問診療を中心的に担ってきた経緯があり, 連携施設となっている。町内には他に在支診はなく, 病院とクリニックが分担して町内および近隣市町の訪問診療を担っている。クリニック 2 階部分には訪問看護ステーションを併設しており, 連携がとりやすい体制となっている。

2) 総合診療研修中での在宅訪問診療の位置づけ

専攻医は訪問診療研修をそれぞれの所属診療所 (菊川市家庭医療センター, 森町家庭医療クリニック) にて行う。総合診療研修プログラムの中で, 1, 2 年目 (卒後 3, 4 年目相当) から週 1 日の診療の中で少しずつ経験を積み, 3 年目以降 (卒後 5 年目以降) は診療所常勤医師として訪問診療を担う。総合診療研修の過程には, 総合的な病棟研修が含まれて

おり、専攻医や修了生は麻薬系鎮痛剤や鎮静薬を用いた終末期の全身管理および意思決定に関するコミュニケーションの経験を既に得ているため、在宅患者を受け持つ際も上級医の支援のもと症状管理や意思決定支援を行うことができるようになる。

当プログラムにおける在宅訪問診療の研修目標は、「患者・家族の希望に寄り添い、安心を支える在宅ケア・在宅ホスピスが実践できる」である。3年の研修期間（H29年開始者からは研修期間は4年に変更）を通して、がん患者、非がん患者含め、外来通院からの移行や紹介患者など多様な患者の受け持ちを経験し、原則として上級医の指導のもとチームで担当する。

3) 学びの方法として診療経験の振り返り（事例検討）と老年医学フェロシップ

専攻医の学びの方法について述べる。専攻医は、患者の受け持ちを始めたときは上級医が訪問診療に同行し、次第に一人で看護師と一緒に訪問をする。一連の流れとして、事前面談や退院時カンファレンスへの参加、初回訪問を通して本人・家族の状況把握とその価値観・希望をふまえた方針決定を行い、疼痛等苦痛の緩和のための薬剤調整、訪問看護や介護サービス・リハビリなどの多職種ケアの導入、調整を行う。随時、多職種との情報共有やミーティングを開催しつつ、スピリチュアルペインへのケア、家族のケア、看取りの準備教育を行い、状況に応じて、自宅や入院、施設での看取りとなる。看取り後は、家族へのグリーフケアをしつつ、多職種での振

り返り、自身の学びについての省察を行う。これらを適宜上級医、指導医、看護師らスタッフと話し合いつつチームで進めていく（図1）。次第に受け持ち患者数を増やし、経験を蓄積する。静岡家庭医養成プログラムでは月に2回、全体での学習会を持っており、その際に、専攻医は振り返り発表として、経験事例をもとに詳細な文献検討と自己省察を行う。

また、専門研修修了後、さらに老年医学、緩和ケア、在宅医療の学びを深化させるため1年間のフェロシップを行うことができ、これまでに2名がフェロ研修を修了した。学習ニーズに合わせて、老年病専門医の外来やりハビリテーション病院、在宅専門クリニックでの研修を行いつつ、ホームとなる家庭医療クリニックで実践経験を積む。

4) 在宅診療多職種カンファレンスと情報共有システム

地域包括ケアシステムの一環として顔の見える関係作りを行うため、月に一度、地域で在宅診療に携わる多職種が集まるカンファレンスをクリニックの会議室を開放して開催しており、複数の事業所（訪問看護ステーションなど）から約30名の定期参加がある。開催を始めた当初は、医師によるレクチャーが中心であったが、次第に訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャーら多職種からの情報共有、意見交換の場となっている。異なる事業所のスタッフが会するこのような「場」がこれまで地域になく、特に多職種は医師との連携の困難さを感じていたが、このように「何でも話しやすい医師」との関係は地域包括

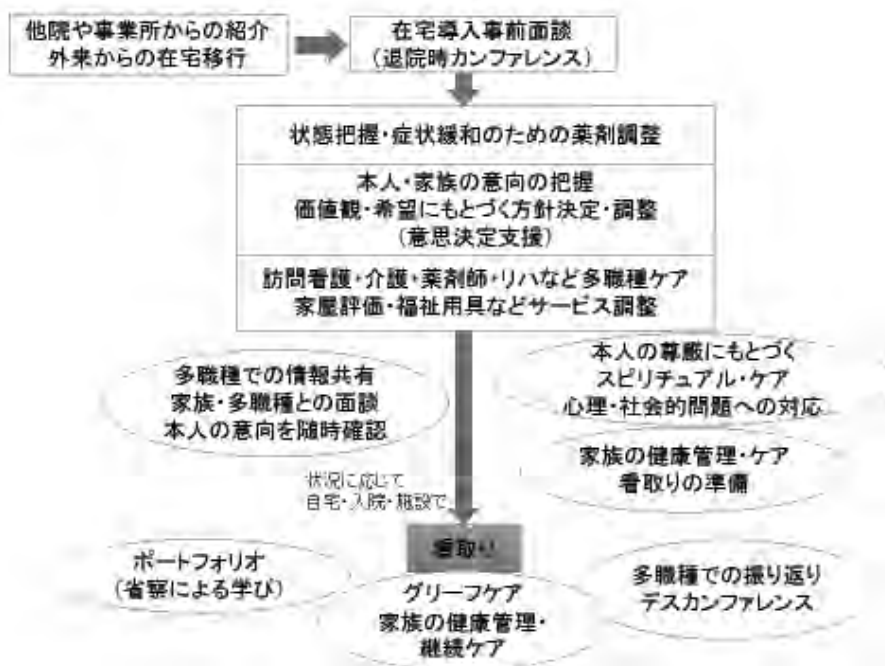


図1 総合診療医による在宅訪問診療導入から看取り後の流れ

ケアの一つの原動力となりつつある。

また、情報共有の手段として、静岡県静岡在宅医療推進センターによる「静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア＊かけはし）」⁹⁾を活用することで、異なる事業所に属する専門多職種が、特定の患者に関する情報をウェブシステムで共有することができている。訪問診療時の状況や、担当医が患者・家族と話した面談の内容、決定した方針などにつき、随時情報共有を行っている。緊急性の高い連絡は電話で行うが、緊急性の低いやりとりについては、このウェブシステムを利用することで、外来診療などの妨げになることなく効率化できている。

4. 成果

1) 訪問患者数と在宅看取り件数

菊川市家庭医療センターと森町家庭医療クリニックが開設されてからの数年で、両診療所による看取り件数は次第に増加を示している（表1）。菊川市では約6割、森町では約3割の自宅死が、これらの診療所によって担われている。

菊川市、森町における65歳以上人口に対する支診の数は、全国や静岡県全体より少ないが、自宅における死亡の割合はやや高い（表2）。

特に、菊川市家庭医療センターの訪問診療患者は

要介護4と5が8割を占め、悪性腫瘍患者が2割と、重症度の高い患者が多い。一部は入院や施設での看取りとなるが、87%が自宅での看取りを行うことができている。平成29年度に死亡した訪問診療患者68名（入院での看取りを含む）の85%が訪問診療導入後6ヶ月以内に死亡しており、緩和ケアや人生の最終段階の過ごし方についての意思決定支援のニーズが高い患者の割合が高いことが特徴である。

2) 総合診療医の関わりによって満足できる在宅死が可能になった事例

総合診療医による在宅訪問診療を受けるという選択肢があったために、本人・家族が最期の療養場所として自宅を選択し、最後の時間を住み慣れた家で家族とともに過ごすことができたという事例が多数ある。一例として、在宅療養を選択することで母親としての家庭内役割を全うでき悔いのない最期を迎えることのできた事例を紹介する。

表1 菊川市家庭医療センターおよび森町家庭医療クリニックにおける訪問件数および在宅看取り件数

年 (平成)	訪問管理件 数 (月平均)	菊川市家庭医療センター			森町家庭医療クリニック			
		看取り件数 (市外含む)	看取り件数 (市内のみ)	市内の自宅 死における 看取り割合 (%) *	訪問管理件 数(月平均)	看取り件数 (町外含む)	看取り件数 (町内のみ)	町内の自宅 死における 看取り割合 (%) *
25	14.8	33	26	36.1	11.4	2	1	2.9
26	18.7	35	30	55.3	17.9	11	7	18.9
27	28.1	56	42	43.4	25.1	13	7	19.4
28	37.2	49	36	63.3	28.8	15	12	29.3
29	52.0	61	50	-	48.1	17	12	-

* 市町統計による年間自宅死亡数に対し、各診療所で看取った件数の割合（平成29年の死亡統計は未発表）

表2 在宅療養支援病院・診療所の数と自宅死割合（平成28年）*

人口	高齢化率 (%)	在宅療養 支援病院数	在宅療養 支援病院 (65歳以上 人口10万対)	在宅療養支 援診療所数	在宅療養 支援診療所 (65歳以上人 口10万対)	自宅死の 割合 (%)	老人ホーム 死の割合 (%)
全国	125,891,742	26.6	1,111	3.3	14,683	43.9	13.0
静岡県	3,697,930	27.8	15	1.5	342	33.3	13.5
菊川市	45,288	26.2	0	0	3	25.2	16.8
森町	18,876	31.1	1	17.1	1	17.1	14.4

* 出典：厚生労働省、在宅医療にかかる地域別データ集（平成29年11月）²⁾

50代女性、子宮体癌の多臓器転移がある終末期であったが、ホスピス入院ではなく、在宅で過ごすことを希望されて、それまでかかっていた病院から在宅緩和ケアを目的に家庭医療クリニックを紹介された。夫と20代の娘2人がおり、次女の結婚式を控えていた。呼吸苦や疼痛、病巣からの出血があり、全身衰弱が進んでいたが、「娘の結婚式に出席したい」という本人の希望により担当医・訪問看護師、ケアマネジャーらが、介護タクシー、酸素ボンベ、車椅子、急変時の対応準備などを行い、無事に結婚式への出席がなかった。患者の「母親としての役割を果たしたい」という最後の想いをかなえることができ、家族に見守られる中、その10日後に息を引き取った。亡くなる直前でありながら、家族全員で結婚式に参加できたことは、遺された家族にとって貴重な思い出となっている。

3) 地域における多職種との関係・地域包括ケアシステムの構築

在宅訪問診療・看取りを実践するうちに、地域の民生委員や医療従事者、ケアマネジャー、訪問看護・介護ステーションから信頼を得るようになり、苦痛の緩和が十分にできていない事例、最後の過ごし方についての意思決定が困難となっている事例、本人・家族が強く在宅を希望する事例などが、家庭医療クリニックに紹介されるようになった。地域で「自宅で穏やかに過ごすことができ、よい看取りができた」という口コミが広がり、自分の親にもそのようにさせてあげたいという思いで、家族の希望で訪問診療導入につながる事例もあった。

在宅多職種カンファレンスの定期開催により、互いの強みや力量がわかる関係となり、患者をめぐる調整が行いやすくなったという感想がある。さらに、事例検討、薬剤師による発表、看護師による実践の共有、医師によるミニレクチャーなど、生涯学習・スキルアップ、信頼関係の構築につながっている。保健師や行政職員の参加もあり、この数年で地域包括ケアシステム構築に向けた、総合診療医による活動が核としての機能を果たすようになってきたといえる。

5. 今後の展開

これらの教育診療所では、診療体制が研修プログラムとの関連で随時変化しうる。新しい総合診療専攻医が入ってきたり、修了生が出たり毎年スタッフの入れ替わりがある中でも一定の水準で満足度の高い人生の最終段階のケアと看取りを実践していけるよう、スタッフの生涯学習やスキルアップを進めていく必要がある。さらに、地域包括ケアシステムの

充実に向け、地域の多職種・行政との連携を向上させる活動に取り組むことを検討している。

【考察】

1. 総合診療医の専門性がどう活かされたか

上に述べてきたような予後半年以内の人生の最終段階にある患者・家族のケアにおいては、総合診療医の専門性である、継続的な患者-医師関係に基づく家族を含めた包括的・全人的ケアが必要とされている。特に医学的に対処を必要としないことが多い老衰の看取りと異なり、たとえば、悪性腫瘍の終末期ケアには多臓器にわたる複数の症状の管理（疼痛、呼吸苦、浮腫、腹部膨満、褥瘡、出血など）が必要となり、神経筋疾患や慢性心不全など非がん患者の場合においても同様に病態に応じた苦痛緩和のための全身管理が必要となる。病態や薬剤の影響の複合要因により、せん妄を合併して家族が対応に困るなど在宅ケアに影響が生じることもある。総合診療医は、そのような複雑な病態の管理、せん妄や認知症、抑うつなどの精神的問題、さらには皮膚疾患や整形疾患、不正出血といった婦人科的問題にも対応できる能力を有しており、今回の事例の場合、系統的なトレーニングを受けて間もない若手総合診療医チームによって、ほぼすべての患者の症状コントロールを適切に行うことができていた。

訪問診療導入時点では病院からの紹介であることが多く、「最期は家で過ごしたい」「少しでも家に帰りたい」という希望により予後がきわめて短い（数日～1、2週間）事例もある。その場合、訪問診療導入前からの継続的關係性があつたわけではないが、早急に在宅体制を整え、速やかな薬剤調整による症状緩和と同時に、死の間際のスピリチュアルケアと家族・介護者のケアを行うといった短くも密度の濃い関わりによって、患者・家族の信頼を得ることができ、「最後に先生に診てもらえてよかった。自分のことをよくわかってもらって満足した」といった言葉が聞かれている。死の前後の濃密なケアは患者・家族にとって非常に感慨深いものとなるため、これをきっかけに患者の死後も、それぞれの家族メンバーと関わり続け、グリーフケアを含めて外来などで健康管理を行うことも総合診療医の強みである。たとえば、孫・ひ孫世代の予防接種や健診、子世代の健康管理などを通して、家族の死というライフイベントの経験とともに生きていくことをサポートできる。患者の死後の家族への継続的ケアが可能であることは、年代と健康問題の種類を

問わず対応できる総合診療医の専門性と密接に結びついているといえる。

2. タスクシフティングの可能性

本事例では、総合診療を専門的に学ぶ専攻医・フェロー・指導医ら卒業後3～10年目の経験年数の若い医師らが中心となり多職種チームで訪問診療を展開している。夜間・休日は当番制で24時間体制をとっているが、緊急往診や看取りなどが続くと医師にとっては翌日の診療に負担となりうる。訪問看護で対応できる部分は分担し、情報共有やさまざまな調整は診療所看護師やケアマネジャーが担うといった多職種との協働が効果的に行われれば、医師の疲弊を予防することにつながりうる。平成24年度診療報酬改定から創設された看護小規模多機能型居宅介護事業所は、現状では全国で400カ所に満たないが（平成29年3月時点で357事業所）¹⁰⁾、将来的にさらに普及すれば、総合診療医チームによる在支診との協働体制をとることでタスクシフティングの一助となりうると思われる。

3. 医療や社会に与えるインパクト

まだ数年程度ではあるが、このような総合診療医の地域での取り組みにより、人生の最終段階の過ごし方について、住民が考え、家族や医療者と事前に話し合うアドバンスケアプランニングに関する意識をもつ機会が少しずつ浸透してきている。行政や地域団体の開催する講演会やリーフレットなどでの啓発活動以外に、近所の口コミなどで、在宅を希望する事例もある。

さらに、静岡県中東遠および志太榛原地域の市町では、浜松医科大学地域医療学講座の支援のもと、地域医療を育む住民グループ10団体が、「かかりつけ医をもちましよう」「コンビニ受診を控えましよう」といった啓発活動を講演会や地域学習会を通して展開している¹¹⁾。総合診療医もこの活動に協力しており、地域コミュニティ全体で医療と介護、人生の最終段階の過ごし方や看取りについて考える機会を繰り返しもつ中、総合診療医の存在と役割が認知されることにつながっていると考えられる。啓発活動の効果は量的に現せる成果としてはまだ得られていないが、各家庭医療クリニックへの訪問診療依頼件数の増加が一つの指標として物語っているといえる。

4. 他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

本稿で述べた事例は、総合診療専門研修の一環として、機能強化型在支診が設立され、卒業後3～10年目程度の若手医師らが中心となって包括的な在宅ケ

アを提供することに成功しているといえるが、一般診療所が24時間の訪問診療体制を構築するため機能強化型在支診となることは通常容易ではない。本事例のように専門研修制度との関連で在支診の体制を整備するのは一つの方法であるため、今後、診療所における訪問診療教育体制が整備されれば、他の地域においてもこのようなモデルが応用できる可能性はある。

考慮すべき点として、本稿で紹介した地域は、人口5万以下、高齢化率26～31%の地方であり、多世代同居の形態が残っており、同居または近隣に住む家族による介護が可能なケースが多い。長年家族で過ごした一軒家である「住み慣れた家」への愛着が大きい場合が多くみられる。これは、単身または夫婦のみ世帯で集合住宅に住むことの多い大都市圏と異なる地域特性である。一方で、さらに過疎化・高齢化の進んだへき地では、一般に家族介護が困難となり、施設療養や入院が中心となる傾向がある。そのような場合、自宅での訪問診療や看取りのニーズは長期的には減少する可能性がある。このように、「人生の最終段階の過ごし方」への希望には地域差がみられることが想定される。よって、機能強化型在支診のニーズは地域の人口・世帯構成によって変化しうると考えられ、世帯構造、住宅事情や周辺の事業所体制などにおいて異なる特性を持つ地域での応用については検討が必要である。

さらに、図1に挙げたように、在宅終末期ケアには多くのステップがあるが、意思決定支援やスピリチュアルケア、グリーフケアなど直接的に診療報酬で評価が難しい領域もある。医療者がコミュニケーションに費やす時間や労力と、ケアの質の維持・向上との間のバランスは状況に応じて常に考慮すべきであり、ニーズ（患者数）の増加に伴い、医師の疲弊や質の低下を招かないように検討する必要があると考えられる。

【謝辞】

本稿の執筆にあたり、静岡家庭医養成プログラム（菊川市家庭医療センターおよび森町家庭医療クリニック）指導医・専攻医・事務スタッフの皆さんの協力に感謝いたします。

【文献】

- 1) 厚生労働省. 平成28年(2016)人口動態統計(確定数)の概況. 2017; <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/index.html>. Accessed Mar.15, 2018.

- 2) 厚生労働省. 在宅医療にかかる地域別データ集 (更新日:平成29年11月22日). 2017; <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>. Accessed Mar.15, 2018.
- 3) 厚生労働省. 在宅医療にかかる地域別データ集. 第1回全国在宅医療会議平成28年7月6日(参考資料3). 2016; <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000134262.pdf>. Accessed Mar.15, 2018.
- 4) 厚生労働省. 在宅医療(その2)(中央社会保険医療協議会29.4.12資料). 2017; <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryuka/0000161550.pdf>. Accessed Mar.15, 2018.
- 5) 高橋泰江, 石川雅俊. 静岡県. 地域の医療提供体制の現状-都道府県別・二次医療圏別データ集-(2016年度版). 2016; http://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_612.html. Accessed Mar.15, 2018.
- 6) 地域医療情報システム. 静岡県 中東遠医療圏. http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/2207. Accessed Mar.15, 2018.
- 7) 日本プライマリ・ケア連合学会. 家庭医療後期研修プログラムの認定に関する細則. 2015; <http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/koukikensyusaisoku.pdf>. Accessed Mar.15, 2018.
- 8) 静岡家庭医養成プログラム. 浜松医科大学医学部附属病院総合診療専門研修プログラム/静岡家庭医養成プログラム. <https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/commun-health-care/res-act/kouennkai.html>. Accessed Mar.15, 2018.
- 9) 静岡県在宅医療推進センター. シズケア*かけはしについて. 2017; <http://www.shizuoka.med.or.jp/zaitakuc/zaitakunet/>. Accessed Mar.15, 2018.
- 10) 厚生労働省. 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html>. Accessed Mar.15, 2018.
- 11) 浜松医科大学地域医療学講座. 講演会, 講習会の予定および実績. <https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/commun-health-care/res-act/kouennkai.html>. Accessed Mar.15, 2018.

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

奈義町での取り組み

松下 明¹

要旨

米国での家庭医療専門医を取得後に平成13年から岡山県北、奈義町での診療を開始し、地域での家庭医療の実践と家庭医療後期研修医育成に取り組んできた。現在は岡山大学との連携のもと、岡山県全域の家庭医療後期研修プログラムや岡山総合診療専門医コースを立ち上げ、岡山県の地域枠医学生や自治医大卒業生が義務年限を過ごす僻地の医療機関でも、専門研修を提供できる体制作りを行うことができた。

奈義町は岡山県北東部に位置し、鳥取県との県境にある中山間地域で、人口5906人、高齢化率33.2%の小さな町である。この町にある奈義ファミリークリニックでの、18年間の取り組みを振り返ることで、家庭医が地域に及ぼす影響をいくつかの角度から検証したい。

(1) 地域における医師数の影響・地域中核病院の救急医療への貢献

家庭医療専門医の輩出と全国への貢献

平成7年に奈義ファミリークリニックが設立され、家庭医療の実践と医師育成を掲げて運営が開始された。当初は奈義町、日本原病院（医療法人清風会）、川崎医大総合診療部の第3セクター的な運用で開始したが、平成13年に筆者（松下）が所長赴任当時には川崎医大は家庭医育成から撤退したため、奈義町が建てたクリニックを借りて、民間（医療法人清風会）が運用を行うという形式で再スタートを切ることとなった。

平成7年以前は無医地区の危機があった奈義町ではあったが、医師1.5-2名体制で診療を継続し、筆者が赴任後の平成13年からは医師3名体制へ展開していった。平成18年からは学会認定の家庭医療後期研修プログラムとして全国公募した医師が奈義町に集うようになり、医師体制も4-5名と拡大して、訪問診療体制も充実していった。奈義町にとっては後期研修プログラム導入により、医師不足で奈義町がリクルートに奔走する必要がない状況は他の僻地診療所と比べて画期的といえる。

同時に地域の第3次医療機関である津山中央病院

に毎年、後期研修医を送りだし、医師不足のこの病院の内科・小児科・救急医療の医師としても活躍した医師はこれまで、17名に上る。後期研修2年目以降も夜間小児救急外来サポートを指導医層とともに継続し、現在登録されている津山中央病院の夜間小児科外来担当の75-85%を岡山家庭医療センターの後期研修医と指導医が担っている状況である。

家庭医療専門医の輩出については、奈義町での研修を経て家庭医療専門医を取得した医師の数は17名に上り、今年受験する5名を合わせると1地域での研修でこれだけ多くの家庭医療専門医を育成した意義は大きい。

多くの医師は、後期研修終了後に2年程度この地域（奈義・津山・湯郷ファミリークリニック）で指導医として活躍するが、その後は地元など違うフィールドに移る。修了生の現時点の進路は、大学病院で教員として卒前・卒後教育にあたるもの5

地域での家庭医育成と進路

家庭医療後期研修で3年間岡山県北部（奈義町含む）に滞在
1年間は津山中央病院で内科・小児科・救急研修・勤務

家庭医療指導医として2-3年間奈義・津山・湯郷ファミリークリニックに勤務
勤務期間中 津山中央病院での夜間小児救急外来支援を継続

岡山県北部でそのまま勤務（少数）+日本全国の地元などで活躍（大多数）
→茨城・新潟・石川・京都・広島・島根・山口・徳島・大分・鹿児島など

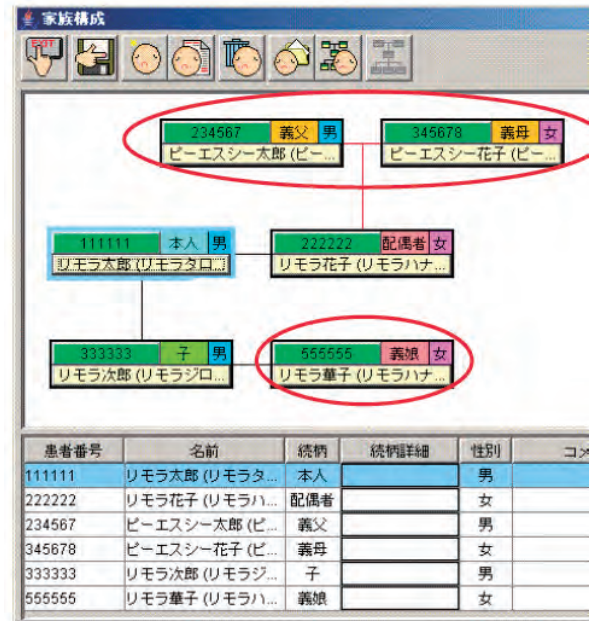
1. 社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義・津山・湯郷ファミリークリニック/岡山大学

名、地域の基幹病院で教育にあたるもの1名、地域の診療所・小病院で地域医療に貢献するもの18名と日本全国の数多くの地域で家庭医療の実践と教育に貢献している。

(2) 家族図を組み込んだ電子カルテと家族単位のかかりつけ機能（家族志向のケア）

奈義ファミリークリニックではREMORAという電子カルテを活用して、家族図を日常診療に組み込んだ家族単位のかかりつけ機能（家族志向のケア）を充実させている。米国のSTFMという家庭医療教育者の学会で取り組みを発表¹⁾したが、電子カルテでの家族図管理はまだ少なく、日常的に得た家族の診療情報を家族図として把握している現状は世界でも少ない状況といえる。全登録患者の34%には家族図がある状況で、平均2-3名の患者が登録(図)されることで、感染症での家族への配慮や、家族の木²⁾(図)をイメージした背景を理解しながらの慢性疾患・心理的問題へのアプローチが行える状況となっている。

【注】家族の木とは家族志向のケアの中心的な概念で本人の背景には木が生えていて、その枝に乗る家族をイメージしながら診療を行うと心理・社会的な背景の理解が進むというもの。

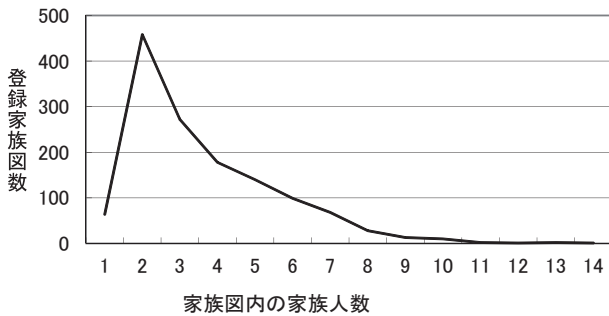


(3) 地域の健康の98%をカバーするプライマリ・ケアの実施と専門医との連携

欧米の統計からプライマリ・ケアに専念する家庭医療の研修を受けた医師による診療で地域の健康問題の90%をカバーするといわれ、これを目標に0歳から100歳までの健康問題に外来・訪問診療を通して取り組んできた。WONCAでの発表³⁾において、奈義ファミリークリニックの紹介率と紹介内容を検討したが、地域の健康問題の98%（紹介率1.87%）をクリニックで提供できているという結果がみられた。

内科・小児科に関わらず、地域で起こる健康問題として整形外科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻科・泌尿器科にわたる幅広い包括性を達成している状況である。

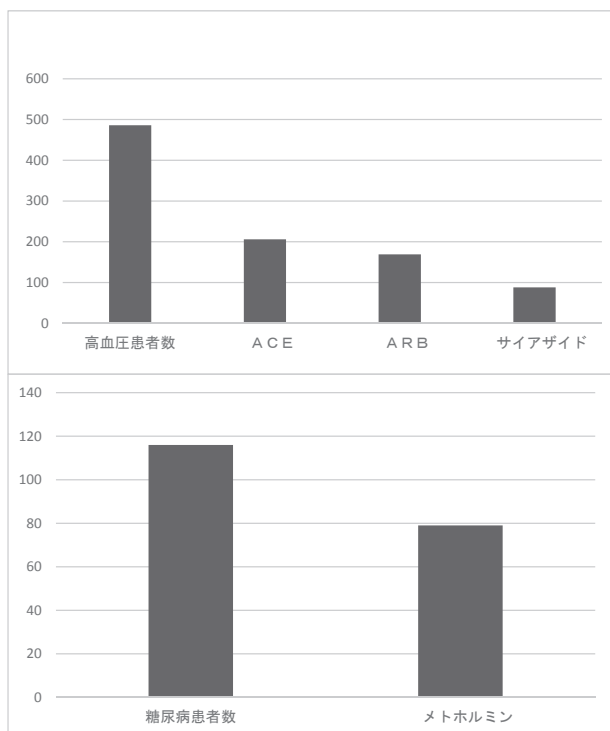
一方で紹介先の専門医療機関とは、電子カルテを用いた詳細な既往歴・現在の問題リストを記載した紹介状、上記の後期研修を通して培った地域の基幹病院との顔の見える関係づくり、などを通してスムーズな連携関係を作ることができた。津山中央病院は岡山県北部35万人圏域で唯一の第3次医療機関のため、心筋梗塞・脳卒中といったICU/CCU管理が必要な患者や、手術などの外科処置が必要な患者に救急搬送は絞り、訪問診療や特養の患者の救急搬送については母体病院である日本原病院や地域の二次医療機関との連携を行っている。日本プライマリ・ケア連合学会での発表⁴⁾において、6か月間のオンコール件数101件のうち、48件(47.5%)が臨時往診となり、在宅・特養看取り17件、在宅継続21件、緊急搬送10件（津山中央6件、日本原病



院3件，別二次医療機関1件)という結果であった。臨時往診後の緊急搬送のため，入院の紹介先としては津山中央病院が6割と多めではあるが，母体病院や他の二次医療機関で4割カバーする現状は休日・夜間対応としては比較的良好と思われる。また，臨時往診の内訳として，病院への緊急搬送が21%にとどまっているという点も，看取り35%，在宅継続44%と比較して評価できる。

(4) 予防接種行政への関わりによる全面無料化での予防接種率上昇

奈義町は予防接種行政については積極的に奈義ファミリークリニックの推奨を受け入れ，奈義町議会で反対されることなく進めることができた。平成14年には65歳以上の肺炎球菌ワクチンの公費助成を早期に実施でき，自己負担3000円で接種可能となり，小児については任意接種時期に小児科学会からの推奨を受けて要望書を提出したところ，平成25年からB型肝炎，水痘，おたふくワクチンの公費助成を行うことができた。B型肝炎と水痘はのちに定期接種となったが，おたふくワクチンは全国的には現時点でも任意接種のため，全国平均接種率(1回以上接種で)30-40%と比べて奈義町では小学校入学前に2回接種が完了したものが57%という状況である。また同時期にすべての小児ワクチンに対する助成を決め，ロタウイルスワクチンも全額公費補助，インフルエンザワクチンも小児に対して一

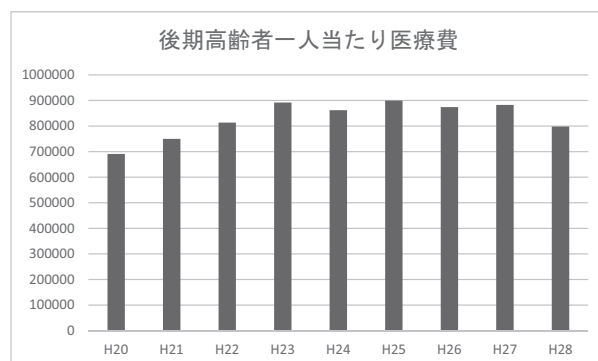


部補助を行うなど画期的な取り組みがなされている。予防医学に関するエビデンスを整理した米国の論文⁵⁾では小児の予防接種の取り組みは最上級に重要とランク付けされており，小児診療において奈義町を上げて小児の予防接種に力を入れている現状は望ましいものと思われる。

(5) EBM重視のプライマリ・ケア提供(サイアザイド利尿剤・ACE阻害剤・メトホルミン利用率)

日本での外来診療においては米国や英国ほど，使用薬剤の縛りが少なく，EBM的に確立された処方準拠した流れをきちんと行っていない現状がある。家庭医療の立場で歴史の検証を受けた，優れた安価な薬剤をより多くの人に利用すべきとの信念から，後期研修医教育でサイアザイド利尿剤，ACE阻害剤，メトホルミンを高血圧や糖尿病の治療では第一選択と位置づけ，そこから開始していない場合は理由(他院からの継続処方希望でのARBなど)を確認する取り組みを行った。この3剤の利用率は費用対効果の面でも重要で，その他の薬剤と比べて血圧治療が10-20円/日(ARBでは40-100円/日)，糖尿病治療も40-60円/日(DPP4阻害薬では70-200円/日)と比較的安価でエビデンスのある処方が可能だが日本のガイドラインでは第1選択薬の設定が甘く，医師の好みで決めることができる現状に問題があると思われる。奈義ファミリークリニックでの上記薬剤の利用率はサイアザイド利尿薬18.1%，ACE阻害剤42.4%(ARB34.8%)，メトホルミン68.1%であった(分母は薬物治療を行った高血圧と糖尿病それぞれの患者数)。

佐藤らによる東北大学のデータ⁶⁾ではARB59.9%に対してACE阻害剤15.6%，サイアザイド利尿剤10.6%であり奈義ファミリークリニックでのACE阻害剤とサイアザイド利尿薬の利用率は高いといえる。



また、日医総研の国保糖尿病治療データ⁷⁾ではメトフォルミン 47.4%であり奈義ファミリークリニックでのメトフォルミン利用率は高いといえる。

(6) 肺炎球菌ワクチン早期助成・脳出血予防と後期高齢者一人当たり医療費の変化

奈義ファミリークリニックでは上記の肺炎球菌の公費助成を早期に達成して、侵襲性肺炎球菌感染症によるICU利用率低下を図っている。

また、上記の降圧剤・糖尿病治療薬選択に加えて、風邪やインフルエンザワクチンなどの受診で年1回程度しか訪れない中高年男性の血压管理や節酒、禁煙外来の推奨などを行い、臨時受診における予防医学アプローチを徹底している。要介護4・5になりうる脳出血（特にアルコール多飲者）予防を試みている。

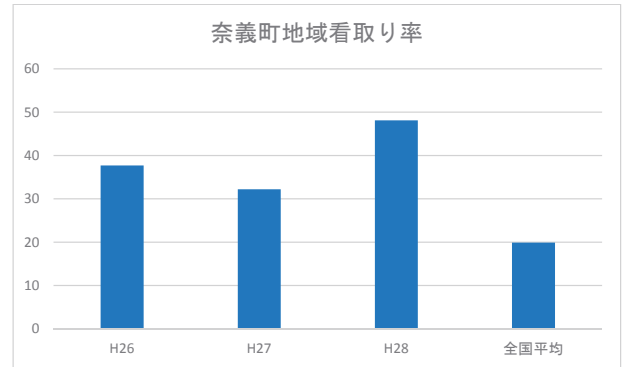
こういった取り組みにより、奈義町での後期高齢者一人当たり医療費の推移は以下の図のとおりである。取り組みとの因果関係を厳密に行うことは難しい面もあるが、高齢化に伴って年齢調整をしていない、後期高齢者一人当たり医療費は増加傾向になるのが通常の場合で、平成25年をピークに低下を認めている現状は特筆すべきと思われる。

(7) 宅直医による在宅・特養の24時間往診を可能とするグループ診療体制

これまでは在宅等看取り率と呼んでいたものを【地域看取り率】と呼ぶ流れがある。自宅と老人ホームなど病院外での看取りを厚生労働省として推進しているが、これを可能にするには24時間365日の訪問診療と臨時往診を可能とする体制と訪問看護との連携である。上記の家庭医療後期研修プログラムで多くの若い医師が平均5年はこの地域（岡山県北部）に滞在することで、奈義町・津山市・美作市の3クリニックともに3-5名のグループ診療体制を構築することができた。奈義ファミリークリニックでは平成13年当初の訪問診療は40-50件であったが、現在は90-100件の訪問診療を行っている。これにより、宅直医が常に自宅や老人ホームに休日・夜間でも訪問することが可能となり、地域での看取り率を上げることに成功している。厚生労働省が発表した「在宅医療にかかる地域別データ集」⁸⁾によると奈義町の自宅死および老人ホームでの看取りを合わせた【地域看取り率】は平成26年37.7%、平成27年32.2%、そして平成28年は48.1%という結果で、奈義町民の約半分を地域で看取ったことにな

る。これは岡山県だけでなく全国（平均19.9%）でも高水準の地域看取り率といえる。

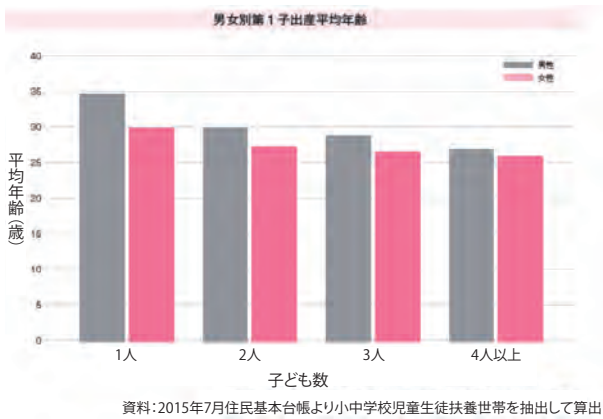
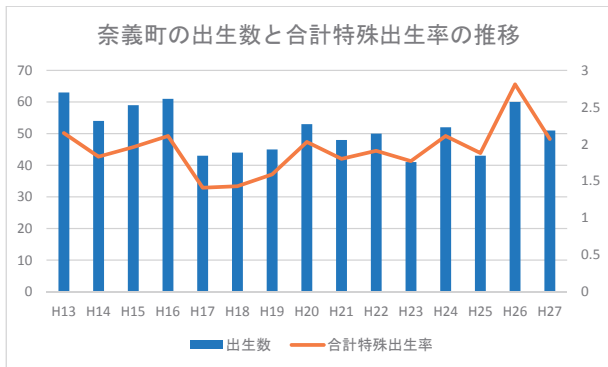
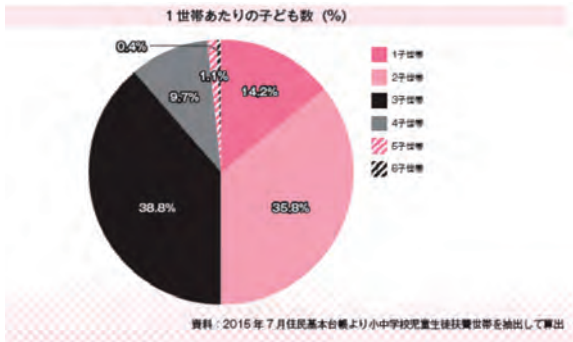
富士通総研でも異なる評価方法で同様の地域看取り率評価⁹⁾を行っているが、そちらでも奈義町の地域看取り率は33%と全国（平均17.2%）でも高水準であった。



(8) 行政との連携による人口減少対策 若年世帯を含む移住政策の成功

奈義町では少子高齢化と人口減少に向けて、若い世代の家族への移住政策を進めてきた。同時に上記の予防接種全種類無料、クリニックへの病児保育設置、医療費高校生まで無料、保育園利用時の兄弟減免制度、チャイルドルームでの先輩ママによる新米ママ支援などと合わせ、「子育て応援宣言の町」として医療・保健・福祉・保育でタッグを組んで取り組んできた成果が表れてきている。奈義町での1世帯当たりの子供の数は3人が最も多く¹⁰⁾（図）、若年世代の移住と合わせて合計特殊出生率が平成26年に2.81を達成した（図）。全国の合計特殊出生率の倍を達成したことは少子高齢化に立ち向かう市町村のモデルになると思われ、小児医療の充実と予防接種政策、病児保育実施などファミリークリニックの果たしてきた役割は大きいと自負している。

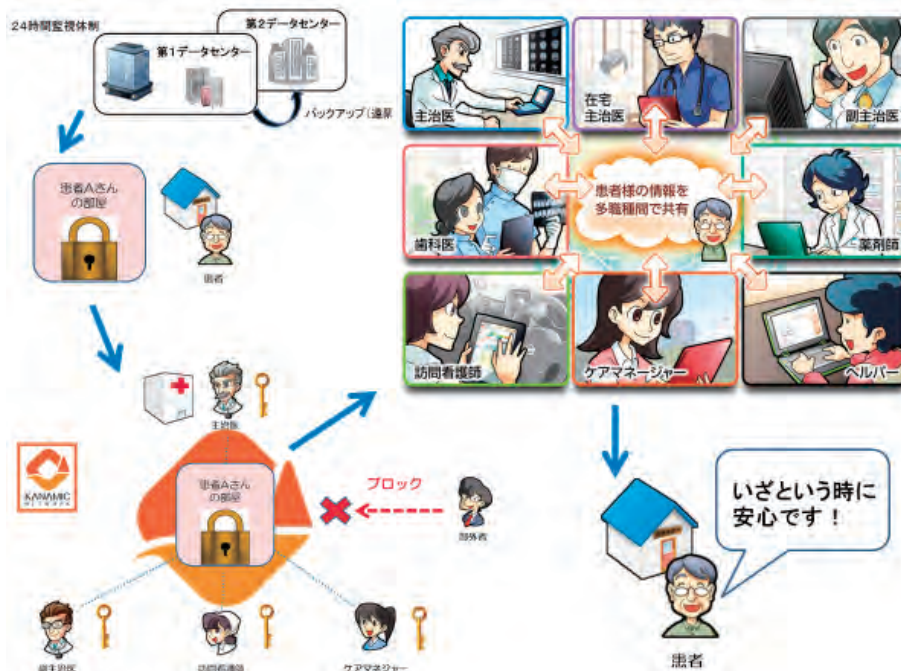
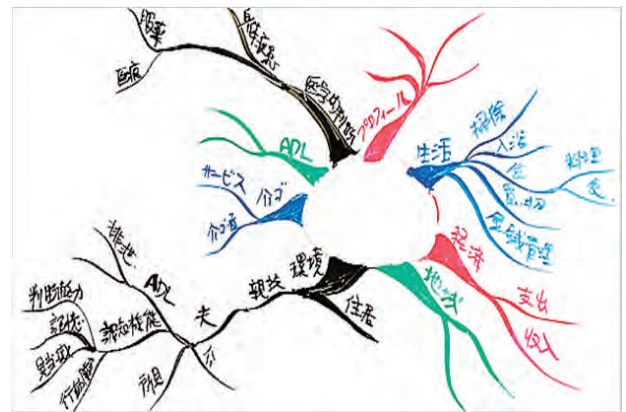
全国の第1子誕生時の母親の平均年齢は30歳に達しており、奈義町でも1世帯当たり子供1人の場合は同様の傾向があるが、より多い第2子・第3子を出産している母親の第1子出産時年齢は26歳前後¹⁰⁾で、若くして子供を持っても大丈夫という安心感を奈義町が生み出すことに成功していると理解している。



(9) 週1回の在宅ミーティングと月1回の地域ケア会議を通してできた地域ケアチーム 勝田郡内の在宅医療介護連携推進 見える事例検討会とカナミックシステム導入

奈義ファミリークリニックでは毎週木曜日昼に在宅ミーティングを開催し、事業所ごとにケアマネジャー、訪問看護師、クリニック医師・看護師・事務で情報共有を行っている。ケアマネジャーや訪問看護師が持っている心理社会的な情報を生かし、クリニックの方針を共有する時間はお互いに有用で、内容を電子カルテに記載することで情報の継続性にも役立っている。奈義町では月に1回の地域ケア会議を開催し、奈義町内での困難事例のカンファレンス、あたらしい事業所の紹介、それぞれの取り組み紹介などで地域包括ケアチームを顔の見える関係にすることに成功している。

また、勝田町と合同で在宅医療介護連携の研修会を進め、「見える事例検討会」のファシリテーターを



2年間で33名養成し、年2回の困難事例検討会を開催しながら広域での顔が見える関係づくりにも取り組んでいる。マインドマップを利用したこの検討会は多面的に事例を検討でき、困難事例の解決策を導くことが可能となる(図)。

最近のITの進歩を活用した地域版電子カルテ「カナミックシステム」も医師会・奈義町・勝央町の3者の共同で導入し、法人の異なるクリニック・訪問看護・ケアマネ・デイ・ショート・ヘルパーなど多職種と情報共有する仕組みの導入にもとりかかっている。これまでと比べてより濃密な連携が展開され、上記の顔が見える関係づくりと同時に情報の継続性を担保する地域での情報共有システムが役立つところがある。

(10) 地域医療ミーティングで熟成した在宅看取り文化とエンディングノート全世帯配布

奈義町では平成24年から5年間にわたり地域医療ミーティングを開催してきた。クリニック医師、訪問看護師、ケアマネ、保健師に加え、特養施設長、民生員、愛育委員、区長、老人会長、幼稚園・小学校・中学校PTA会長、消防署長など多彩な年齢の方に集まっていただき現在の奈義町の地域医療の問題を議論してきた。救急医療の在り方、プライマリ・ケアと第3次医療機関の役割分担、訪問診療や訪問看護の在り方、在宅看取り、認知症などをテーマに話し合い、地域でのシンポジウムや健康祭開催、先進地域へのバスでの視察などを通して家庭医療の役割について理解していただく機会を持て

た。同時に長年の懸案事項であった地域でのアドバンス・ケア・プランニングに役立つエンディングノート作成についても提案でき、老人会長から普及については住民側で頑張ると心強いご意見をいただくことができた。完成したエンディングノートは年齢にかかわらず全2400世帯に配布し、説明会を複数回行うだけでなく、介護と演劇のワークショップを通しての普及活動を開始しているところである。超高齢社会で「最期まで自分らしく生きる町、奈義町」として、終末期の自己選択と家族支援はとて大きな取り組みで、一歩を踏み出したといえる。

(11) 特養の入院率減少と特養看取り率90%以上を達成

先の【地域看取り率】で重要な役割を担っているのは特別養護老人ホームなぎみ苑での医療の実施と看取り体制である。週2回の診療で病院並みの医療を提供することは難しい面もあるが、入所者が入院でせん妄状態となったり、苦痛を感じるのを避けるため施設の看護師が夜間呼び出し体制で対応してくれる状況が平成13年から徐々に構築できた。平日日中の抗生物質の点滴はクリニック看護師が担当し、特養看護師の負担軽減を図り、緊急時はいつでも宅直医師に直接相談できる体制を含め、ほぼ入院せずほとんどの肺炎・尿路感染治療を特養で行える現状は特筆すべきと思われる。家族面談も頻繁に行い、病院ではない場所で最期を迎えることの意味を家族とも探り、本人・家族・特養職員ともに納得し



もしものときのページ

○私の医療に対する希望(事前指示書)○

Ⅰ私が終末期に大切にしたいこと

終末期とは、治らない病気にかかり死が近くなった時、植物状態が長く続いて意識が醒めない時のことです。

①終末期を迎える場所の希望はどこですか?
病院 自宅 施設 病状に応じて

②病名の告知について 希望します 希望しません

③余命の告知について 希望します 希望しません

④痛みなど苦痛の緩和する医療を 希望します 希望しません

⑤人生の最期の時期に大切にしたいことはなんですか?

Ⅱ「延命治療」について

ここでは「延命治療」とは、「病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命するため(死の経過や苦痛を長引かせる)だけのすべての手段・医療処置」を意味します。

①心臓マッサージ等の心肺蘇生 希望します 希望しません

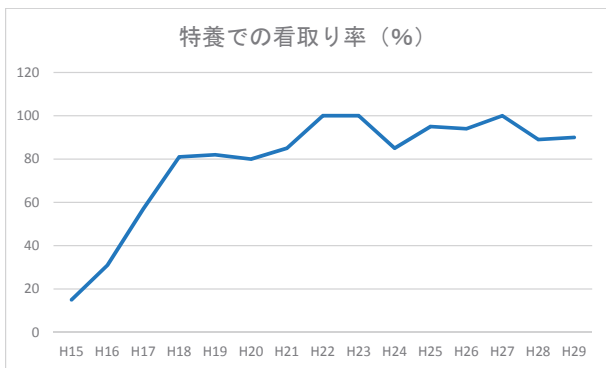
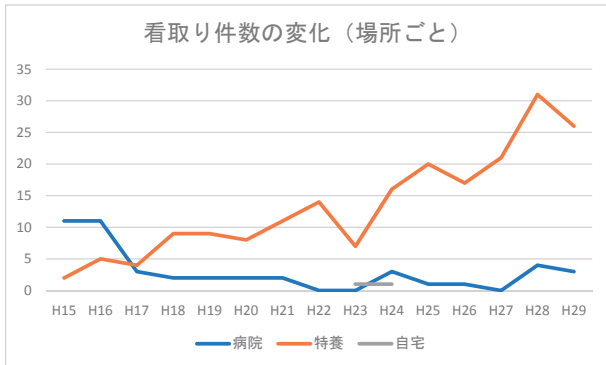
②延命のための人工呼吸器 希望します 希望しません

③胃ろう(胃に直接チューブを入れる)や鼻チューブによる栄養補給 希望します 希望しません

もし、私が自分で意思を決定できない状態になった時、受ける医療について、私に代わって意思決定をお願いする人は、次の人です。

(名前) _____ (関係) _____ (連絡先) _____

た形での看取りの仕組みは他地域でも参考になると思われる。平成15年からの場所ごとの看取り数の変化、及び特養看取り率の変化は以下の通りである。(平成23年と平成24年は特養から自宅へもどっての看取りも少数あるが、その他の年度は病院での看取りか特養での看取りとなっている。)特養での看取りが常に9割を超えている現状は先に述べた地域看取り率上昇に大きな影響を与えているといえる。



(12) 後期研修医の地域枠研修と有償ボランティア【みつばち】立ち上げ

奈義町は合併しない選択をしたため、人員不足の行政であった。通常は外部に設置すべき社会福祉協議会が兼務でこなされる状況で、奈義町内の有償・無償ボランティア団体の組織化は困難を極めていた。前述した家庭医療後期研修プログラムの一環で、週1コマの地域枠を与え、地域に貢献できるプロジェクトワークを行っているが、上記の状況で地域のケアマネから現状を聞いたことから、一人の後期研修医(のちの津山ファミリークリニック所長)の地域枠テーマに有償ボランティア立ち上げを地域の人と行うことが挙げられた。クリニックの若い医師、地域に根付いたケアマネ、保健師、薬剤師などの努力で有償ボランティア「みつばち」が平成22年に立ち上がり、有償ボランティア講座を受けて活躍

する50名を超える人たちを養成することに成功した¹¹⁾。平成29年からは奈義町社会福祉協議会が引き継ぎ、「住民主体訪問型サービス 奈義町生活支援サポートセンターみつばち」として地域住民の日常生活の困りごとに対して活動を行っている。

(13) 小児から高齢者に対するメンタルヘルスケア取り組みと自殺率

奈義ファミリークリニックでは小児から高齢者までのメンタルヘルスケアに力をいれ、プライマリ・ケアで対応可能な不登校状態、抑うつ・不安をとまなう適応障害、中等症までのうつ病、パニック障害、中等症のBPSDを伴う認知症など、学校・職場・家族と連携しながら取り組んでいる。診療には時間がかかるが、グループ診療の特徴で一人の医師がメンタルヘルスケアで時間がかかる場合はほかの医師が感染症対応など積極的に引き受けて待ち時間対策を行い、診療終了前の昼前や夕方最後などで対応することで多くの患者に向き合うことができています。

自殺念慮のある重症うつ病、双極性障害、統合失調症、アルコール依存症などは入院可能な精神科と密な連携をとることで自殺予防にも努めている。

奈義町の自殺率はこれまで、1.8人—2人/年で推移してきたが平成23年から平成27年の5年間の平均は1.2人/年と低下傾向が見られている。人口10万人当たりの自殺率は30—33.3と全国平均(17.3)¹²⁾と比べてかなり高かったが、20まで減少したという状況で今後も取り組みが重要と思われる。

(14) 家庭医療看護師・家庭医療薬剤師育成と学会への影響

奈義ファミリークリニックでは家庭医療後期研修プログラムと並行して、プライマリ・ケアに従事する多職種の育成にも取り組んでいる。家庭医療看護師養成プロジェクトとして地域包括ケア病棟・訪問看護・クリニック・老健などをローテーション研修しながら、看護師として家庭医療やプライマリ・ケアの原理原則を学ぶ期間を設け、これまで4期生が終了している¹³⁾。

第4期生は研修終了後に地域包括ケア病棟の退院支援を担当して、在宅と病院を結ぶ機能を見事に果たしている。同様の流れは日本プライマリ・ケア連合学会内部でも起きており、筆者がリーダーを務めるプライマリ・ケア看護師養成プロジェクトでは教科書¹⁴⁾を発行し、全国レベルでの研修会が開始され

ている。奈義町での取り組みはこのプロジェクトでも先行事例として活用され、今後の地域での看護師卒後教育に役立つものと思われる。

また地域の薬局と連携して家庭医療薬剤師レジデンスを行い現在4期生が研修を開始している。週1日の研修を継続する中で臨床推論、コミュニケーション、チームケアなどを学び、地域で活躍する薬剤師としての機能を習得する研修である。日本プライマリ・ケア連合学会のプライマリ・ケア認定薬剤師制度が座学に重きをおいていることから、実践面を補完する取り組みを行っているが、全国でも同様の薬剤師教育を模索している状況として日本で初めての試みを行った実績¹⁵⁾はあるといえる。

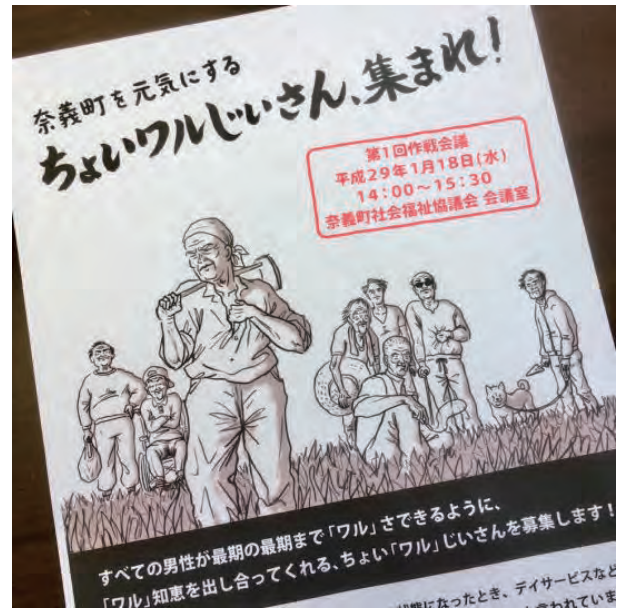
上記の看護師と薬剤師の教育において、勉強会などは家庭医療後期研修医と合同で行い、プライマリ・ケアや家庭医療の原則を一緒に学ぶ意義はIPE(多職種連携教育)の面でも大きく、全国の家庭医療後期研修プログラムからも注目を集めている。

(15) 高齢男性の引きこもり傾向に関する質的研究実施と現在進行形のアクションリサーチでの介入効果把握の取り組み

奈義町では前述の地域ケア会議や介護保険の会議などで、高齢男性の引きこもり傾向がたびたび問題とされたことから、高齢男性の心理傾向に関する質的研究を、筆者を中心に行った。高齢男性としては仲間と集まる場は求めているものの、現行型の大規模デイサービスには抵抗感が強く、特に同年代の女性の前で恥をかきたくない、役割なく遊びの場に出る感覚は受け入れがたいといった男性特有の心理が確認された¹⁶⁾。

奈義町として男性対象の取り組みを行ってきたが、地域単位での取り組みを広げる目的でちょい悪いさんプロジェクト(図)を立ち上げ、地域の男性の健康問題に住民主体で取り組む動きが始まっている。この効果を検証すべく、アクションリサーチの形でまとめるうえで東京大学の孫大輔医師に協力してもらい、平成29年度から調査の準備を行っている。具体的には町民主体で高齢男性に対する介入を行う前後での高齢男性の変化や関わる住民の変化を記述しながら、住民自体も研究に加わって成果を確認していくという内容である。(http://nagikara.jp/2017/08/11choiwaru/)

家庭医による質的研究から端を発した地域介入を次のステップとしてアクションリサーチまで発展できる奈義町の懐の大きさに日々感謝している。



<考察>

①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか

15の取り組みを振り返ってみると、総合診療医の専門性が各々の場面で発揮されていると思われる。日本専門医機構が上げている総合診療専門医の7つの資質・能力として以下のものが挙げられている。1. 包括的統合アプローチ、2. 一般的な健康問題に対する診療能力、3. 患者中心の医療・ケア、4. 連携重視のマネジメント、5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、6. 公益に資する職業規範、7. 多様な診療の場に対応する能力

今回の事例では上記7つの資質・能力の1、2、3が事例の(2)家族志向のケア、(3)健康問題の98%をカバー、(5)EBM重視のプライマリ・ケア、(13)メンタルヘルスケアに強く影響していたと考えることができる。家庭医・総合診療専門医の幅広い診療能力と家族・地域の背景を見据えた診療はこれまでの臓器別専門医によるプライマリ・ケアと比べて、プライマリ・ケアの質の向上につながっているといえる。

また、上記7つの資質・能力の4、5、6が事例の(4)地域の小児予防接種率改善、(6)後期高齢者一人当たり医療費の変化、(7)在宅・特養の24時間往診、(8)若年世帯を含む移住政策の成功、(9)地域ケアチーム、(10)在宅看取り文化とエンディングノート、(11)特養の入院率減少と特養看取り率90%以上、(12)有償ボランティアみつばち、(14)家庭医療看護師・家庭医療薬剤師育成、(15)高齢男性の引きこもり傾向に関するアクションリサーチ、に影響して地域包括ケアの実践をより容易として結果

としての地域の健康問題解決能力向上や地域看取り率向上、ひいては地域住民の主体的参加も引き出すことに成功している。

さらに、上記7つの資質・能力の7.を通して、事例(1)地域中核病院の救急医療への貢献を可能とし、1次医療だけでなく、2次医療、3次医療にも大きな影響をもたらすことができたといえる。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

上記で述べたように地域中核病院の当直や病棟業務負担軽減に家庭医療・総合診療後期研修が貢献してきたことは明らかで、また、地域の健康問題の98%をケアできることは不要な紹介を減らし臓器別専門医の負担軽減につながったものと思われる。更に地域看取り率利率上昇は高齢者の最期のケアをプライマリ・ケア側で行うことになるのでこれも地域の臓器別専門医の負担軽減につながったと思われる。

また、家庭医療看護師や家庭医療薬剤師育成のプロセスや地域での多職種連携研修会、地域版電子カルテ（カナミックシステム）導入などを通して多職種のエンパワーにはつながっていると実感され、地域包括ケアでも必須とされる多職種連携力向上とタスクシフティングにもつながっているといえる。

③医療や社会に与えるインパクト

上記で述べたように、家庭医療・総合診療専門医の存在や後期研修医教育はこの地域の医療システムに大きな影響を及ぼし、プライマリ・ケアと臓器別専門医の役割分担や多職種連携を通して地域のプライマリ・ケアチームによる新しい地域包括ケアシステムが構築されてきているといえる。また、社会への影響としては、住民の意識改革や有償ボランティア組織たちあげなど、住民自身が主体的に地域の問題に取り組む姿勢を生み出しており、これも家庭医療・総合診療専門医の専門性に由来するものといえる。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

全ての地域で同様のことが可能とは限らないが、1人の家庭医療専門医が地域に根付き、教育を提供することで若い医師がそこに集結し、多くの地域の医療・介護・福祉問題を解決することや、地域住民の意識改革など他の地域で応用可能な面は多いと思われる。幅広い診療を行うだけでなく、若い医師の後期研修を提供することが、地域を健康にするという信念を強く持って、多くの地域で取り込まれるこ

とが重要と思われ、行政側のバックアップはその実現には欠かせないと思われる。

<文献>

- 1) A Matsushita, T Okada A Family Chart in the Electronic Age. STFM 41st Ann Spring Conference, Baltimore 2008
- 2) 松下明 監訳 家族志向のプライマリ・ケア 丸善 2006 (S McDaniel et.al Family-Oriented Primary Care. Springer 2005) <https://www.maruzen-publishing.co.jp/item/b294559.html>
- 3) H Saito, K Tamaki, A Matsushita. Japanese family physician's referrals to specialist WONCA APR Kyoto, 2005
- 4) 中山元 岡山家庭医療センターにおける在宅患者の時間外オンコールの実態 日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 岡山 2014
- 5) Maciosek MV et al. Updated Priorities Among Effective Clinical Preventive Services. Ann Fam Med 2017;15:14-22. <http://www.annfammed.org/content/15/1/14.full.pdf+html>
- 6) 佐藤ら 病院レセプトデータを用いた降圧薬の処方動向に関する調査 医療薬学 43(1) 9-17, 2017. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjphcs/43/1/43_9/_pdf
- 7) 日医総研ワーキングペーパー 糖尿病診療の実態 - 全国12自治体の国保データから - 2018. <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP403.pdf>
- 8) 厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集 2016. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
- 9) 富士通総研 在宅医療・介護連携の推進に際しての地域の看取りの状況について 2017. <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/docs/booklet/booklet45.pdf>
- 10) 奈義町人口ビジョン及び奈義町まち・ひと・しごと創生総合戦略 2016. http://www.town.nagi.okayama.jp/gyousei/chousei/houshin/keikaku/documents/machi_hito_shigoto_sougousenryaku.pdf
- 11) 岡部久美子 生活支援サポーターみつばち 誕生から6年間のキセキ 岡山県地域包括ケアシステム学会 岡山 2016
- 12) 厚生省自殺対策推進室 平成28年中における自殺の状況. https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H28/H28_jisatunoujoukyou_01.pdf
- 13) 石井絵里 他. 清風会岡山家庭医療センターの家庭医療看護師養成コース—研修を終えて日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 岡山 2014
- 14) 日本プライマリ・ケア連合学会編 プライマリ・ケ

- ア看護学 基礎編 南山堂 2016. <http://www.nanzando.com/books/50031.php>
- 15) 中西由恵他. 保険薬局におけるレジデント制度「家庭医療専門薬剤師レジデンシー」を研修して～レジデントの立場から～ 日本プライマリ・ケア連合学会 東京 2016
- 16) 松下明, 田原正夫, 吉本尚 高齢男性の心理が社会的交流に与える影響—質的手法による探求 日本プライマリ・ケア連合学会誌 38(4) P349-354, 2015. https://www.jstage.jst.go.jp/article/generalist/38/4/38_349/_pdf/-char/ja

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

地域に必要な人材は地域で育てる ～宮崎県串間市で実践してきた総合診療医による 地域医療基盤型総合診療教育について～

松田俊太郎¹ 吉村 学¹

要旨

医師不足に悩む宮崎県串間市で、診療および教育能力を有する総合診療医1名が地域中核病院に着任して地域医療基盤型総合診療教育の場をつくり，“地域をまるごと診る”ことを通じて、医学生、初期研修医、総合診療専攻医を同時に育成する卒前卒後教育を実践した。“地域に必要な人材は地域で育てる”ことを目標にしながら、総合診療を実践することで、医学生・初期研修医の地域医療教育の大幅な増加、そして外来・入院医療のみならず在宅医療の充実、在宅看取り数の増加などのアウトカム改善をもたらした。総合診療医をキャリアとして選択した専攻医も徐々に増えてきており、地域の一病院の活性化に寄与することができた。

事例の概要

取組の背景

医学部の医学生定数の増加など様々な対策もあり、全医師数は徐々に増加しているが、依然として都市部への偏在、診療科の偏在は解消できず、地域によっては地域医療を実践する医師は変わらず不足している。しかし、どこにでも都市部と同様の医師の配置を望むことは、疾病分布や医療経済の面からも不可能で、それぞれの地域のニーズにあわせた医師の配置および養成が必要である。一般的に、大病院を中心としたこれまでの医学教育で、“病気を診る”医師は養成できるが、“病気を診る”だけでなく、その地域の地域包括医療・ケアを理解して実践し、病気だけでなく“地域をまるごと診る”医師の養成は、どの地域においても地域医療の充実のためには急務である。新しい専門医制度で一つの専門医として制度化された総合診療医には、地域包括医療・ケアにおいてその指導的、実践的な立場としての役割が求められているし、特に医師不足に悩む離島やへき地、またはそれに準ずる地域では、地域包括医療・ケアを理解した総合診療医が働くことは、

地域住民の要望や地域の医療経済的な立場からもとても効率的で重要な役割があると考えられる。しかし、これまでの病気をターゲットとした臨床医学を中心とした医学教育に加えて、社会医学的な要素のつよい地域包括医療・ケアについて、医学生、初期研修医および総合診療を志す総合診療専攻医が短期間で学ぶことは時間的にも難しいうえに、地域包括ケアを座学のみで興味を持ち、理解していくことはかなり困難である。

日本専門医機構から求められている総合診療医の理想像として、7つのコアコンピテンシー（包括的統合アプローチ、一般的な健康問題に対する診療能力、患者中心の医療・ケア、連携重視のマネジメント、地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、公益に資する職業規範、多様な診療の場に対応する能力）を中心に学ぶべき項目は定められているが、これまでの日本の医療体制の背景から、外来診療を主に行う“家庭医”と病院で入院治療を行う“病院総合医”の両方の実力が求められていることは事実で、特に離島やへき地など、医療資源の少ない地域では、その傾向がより顕著になり、やるべき仕事量も増えていくことが予想され、“地域医療崩壊”というキーワードとも重なり、医学生、初期研修医を地

1. 宮崎大学 医学部 地域医療・総合診療医学講座

域医療から遠ざける一因にもなっている。しかし、総合診療医と地域医療は密接に関係していて、どうしても切り離すことはできない。一方で、医療資源の少ない地域医療を実践している我々のような立場からみると、地域医療にネガティブなイメージはなく非常にやりがいのある仕事であることも間違いないことである。総合診療医が主に担うプライマリ・ケアは、実臨床の大半を占め、その充実が住民の保健に大きく貢献することは周知の事実であり¹⁾、さらに総合診療医には、地域医療に対する貢献だけでなく、行政、住民および他職種との連携や調整能力も含めた医療経済への貢献、さらに地域の活性化への寄与も求められていて、それは実際に実践してみないと理解できないことである。そこで、地域で活躍する総合診療医を育成するためには、“地域に必要な人材は地域で育てる”ことを合言葉に、医学生、初期研修医にはそれを見せる場が、総合診療医を目標とする専攻医にはそれを実践する場が必要であると考へて、今回の事業を行った。

導入の経緯

平成16年度から始まった「新臨床研修制度」で初期研修医に地域医療研修が導入され、平成19年度から医学生において、医学教育のコアカリキュラムに地域臨床実習の項目が追加され、さらに1か月以上地域医療教育が求められるようになり、各研修施設でその充実が図られている。さらに一つの専門医として、総合診療が認められた。一方で、医学生および初期研修医の教育で地域医療が必修化されても、せいぜい1-2か月と短期間であり、平成26年6月に制定された「医療介護総合確保推進法」が求めている、医療と介護の連携や、地域包括ケアシステムの構築および実践などを理解するには、十分な期間とはいえない。

初期研修医および医学生の教育には、総合診療能力に加えて、当然ながら専門性の教育もとても大事である。「病気を治す」という医学の根本は、医師としてのアイデンティティを満たす最も大きな要因であるし、当然ながら病気を理解せずしてよい医師になることはできない。一方、地域医療研修は大病院の専門診療科とは異なり、“病気を診る”ことに加えて、“地域をまるごと診る”、地域包括ケアを体験できる貴重な機会であり、短期間であってもその概念を実際に体験することではじめて理解できると考へている。少子化と超高齢社会で、2025年には700万人以上といわれる日本経済を支えてきた団塊世代

が75歳以上の後期高齢者となり、日本人の4人に1人の2200万人が給付を受ける側になる超高齢社会が到来する。これからは、“病気を診る”ことだけでなく、その患者の生活、家族、そして地域を理解して“患者に寄り添う”ことも医師には求められていることを感じ取る場も地域医療である。

今回当講座では、地域医療に求められる総合診療医を育成するために、医療資源の少ない地域において地域医療基盤型総合診療教育の場をつくり、医学生、初期研修医、総合診療専攻医を同時に育成する卒前卒後教育を実践するために、そのモデルとなる事業を展開した。

事例の詳細

地域医療を研修するには、大学近辺の都市部よりも距離的、時間的に離れた遠隔地の方が、実習の場として適していると考へて、宮崎大学から約80km離れた遠隔地にある宮崎県串間市で今回の事業を開始した。医学教育の中心である大学および大学病院から離れることは、“地域医療および総合診療の勉強にいく！”という心の切り替えにもなるし、医療資源が少ないために、行政、医療、介護などが、密接に関わり合っている地域では、比較的理解しやすい地域包括ケアが展開されていて、短期間でも地域医療全体のイメージが作りやすいと考へたからである。当講座では、人口約18000人、65歳以上の人口が38%を超える、20年後、30年後の日本の将来の人口分布の縮図である、いわゆる“最先端”をいく宮崎県串間市にある串間市民病院に実際に医療貢献をしながら、地域医療基盤型総合診療教育の場として、卒前卒後教育を一貫して行う取り組みを実践してきた。

串間市民病院はこの地域になくてはならない中核的な中規模病院である。ベッド数は120床で、診療科には、内科、外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科がある。しかしどの診療科も、それぞれの診療科は1-2名の常勤医数で慢性的な医師不足状態である。近くの2次病院からは1時間程度離れていて、さらに宮崎大学から自家用車で1時間30分の移動時間を必要とする地理的な条件があり、できるかぎり地域完結型医療を実践していくことを求められている。慢性的な医師不足に悩む串間市民病院に、先に述べた卒前卒後教育を行うことを前提に、平成26年より計画を開始し、平成27年度から常勤医(総合診療医松田医師)を1名派遣して本事業を開始した。平成28年度には、串間市の要望に応じて総

合診療科を立ち上げて、さらに在宅医療がほとんど展開されていない地域の需要に答えて訪問診療も開始した。

研修の原則は、“Work Based Learning in the community”²⁾であり、地域において卒前卒後の身分を問わずチーム医療の一員として活動すること、すべての研修はそれぞれの立場で許される限りで、まず最初に自ら取り組むこと、とした。いずれの立場においても地域医療の現場の矢面に立つことで、はじめて大きな教育効果をあげることができるし、チーム医療の一員として一緒に働くことができることこそが、言葉だけでは表現しにくい地域医療における総合診療をイメージできる最も有効な手段であろうと考えたからである。

次に事例を医学生教育、初期臨床研修医教育、総合診療における専攻医教育をそれぞれわけて提示する。

医学生教育について

医学生の教育目標は、地域医療の全てを体験して考えてみることにあり、である。平成27年より宮崎大学医学部4、5年生を対象とした1週間の必修の臨床実習、6年生の選択実習としての2~4週間の地域医療実習をおこなった。これまで4、5年生は、平成27年40名、平成28年度40名、平成29年度43名、6年生は、平成27年1名、平成28年度3名、平成29年度7名が実習をうけた(図1に示す：平成30年度は予定)。チーム医療の一員であることを認識してもらって責任をもたせるために、はじめに医学生全員に職員と同じように個人個人に電子カルテの個人ID、パスワードを割り振った。実習内容は、予防、医療、介護を総合的に理解してもらうために、初診外来実習、病棟実習(高齢者包括評価)、かかりつけ医実習、在宅医療実習、保健師実習を基本的な枠組みとして組み立てていて、それは必ず一つもかけることなく、必ず体験できるように工夫した。具体的には、初診外来実習は、ほとんど大病院で診ることのないありふれた主訴、症状を解釈し、生活背景などを考慮しながら、実際に診断してもらう。多くの学生にとって初めての初診外来であるにも関わらず、患者と十分な時間をとって実際に医療面接をしてみると、患者のことを指導医も驚くほど深く考えるようになった。患者にとっても十分話を聞いてもらえることは満足度も高く、むしろ待ち時間の短縮にもなり、ほとんどの患者が医学生の初診外来を拒むことはなかった。入院患者を対象と

した高齢者包括評価(単に疾患の評価だけでなく日常生活動作と道具的日常生活動作、認知機能評価、各種サービス利用状況などを総合的に評価して分析する方法のこと)を行うことは、病気が治っても、簡単には退院できない状況が多いことを理解できるようになり、医学生にとって地域で生活してきた担当患者の人生を振り返り、患者の将来を考えることのできるいい機会となっていて、学生が作成した高齢者包括評価は、カルテ上に残して、担当医もよりよい退院後の生活を考える材料にしている。かかりつけ医実習では、近くの開業医を訪問し、地域医療のロールモデルを体験する機会としている。在宅医療にも同行してもらっていて、特に実習中に退院する患者に在宅医療が導入される際には、必ず自宅まで同伴してもらうことにしている。医学生が患者の入院中と退院後の変化を直接感じる機会は、かなり医学生の印象に残るようである。さらに地域医療にとっての予防の大切さを理解してもらうために、串間市の保健師と連携して、特定健診の結果説明会を開催すること、保健師に同行した保健活動にも参加してもらった。具体的には、住民に対して医学生による健診の重要性を理解してもらうための寸劇を実施すること、その後の健診結果の個別相談にも医学生に対応してもらった。さらに、特定健診結果で動機づけ健診の介入対象となる健診者の保健師による自宅訪問も同行してもらって、自宅に訪問しなければわからない生活背景なども考慮した地域医療における保健活動の理解も深めてもらっている。

もちろん、毎朝担当患者の診察をすること、カルテ記載をすることは義務であり、毎日の入院カンファランスではプレゼンテーションもしなければいけない。毎日の実習後は、その日の実習内容を振り返りながら、医学生全員で経験の共有を図り、意見を出し合うことで、「地域包括ケアとは何か?」について、具体的に考えてもらう機会としている。4、5年生で当院において実習を行った医学生の多くが、6年生でも再度選択実習を希望する割合が高いこと(定数の関係から全員を受け入れることはできない)からも、効果的な教育内容であることが示唆された。

初期研修医教育について

初期研修医の教育目標は、これまで初期研修で学んできたことを自分で実践してみること、である。宮崎大学附属病院をはじめとした基幹型臨床研修施設からの2年目の初期臨床研修医を平成26年度は

12名、27年度19名、28年度8名、29年度7名、と多数受け入れてきた（図1に示す：平成30年度（予定））。初期研修医は、総合診療科の専攻医と一緒に、地域のニーズに沿った多彩な疾患を診ていくことになることになる。串間市民病院は、この地域の唯一の救急告示病院であり、様々な急病、外傷への初期対応も試されるし、予防、医療、福祉にすべてに関わる必要があり、健診業務や在宅医療まで実践しなければならず、多くの初期研修医にとって、これまでの研修の成果を試される初めての場となる。退院前ケアカンファランスやサービス者担当会議での責任ある意見も求められる。年に4回地域で開催される健康教室や栄養教室の講師も務めてもらっている。医学生への指導を依頼することもあり、地域医療基盤型総合診療教育の一員として活躍してもらっている。

総合診療専攻医教育について

本講座が運営している総合診療専攻医プログラムの教育目標は、まず“患者をまるごと診る”，次に“病院をまるごと診る”，さらに“地域をまるごと診る”こと、としている。これは、地域に根付いた総合診療を実践しなければ決して体験することのできない、地域医療を基盤とした総合診療の醍醐味である。総合診療科に所属する専攻医は平成28年1名、平成29年度には3名に増加した（図1に示す：平成30年度は予定）。総合診療専攻医の役割は多岐にわたり、一般的な内科疾患はすべて受け持ち、臓器別の専門性だけでは片づけることのできない疾患、皮膚科、耳鼻科など非常勤医師からの入院依頼の対応、小児科の対応、あらゆる救急疾患の初期対応、悪性疾患だけでなく非悪性疾患患者の終末期の対応、在宅医療の実践、さらには医学生および初期研修医の指導も同時に求められる。当科では、先に述べた、外来診療を主に行う“家庭医”と病院で入院

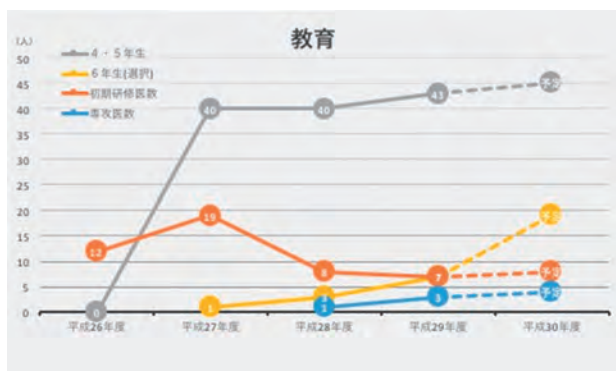


図1

治療を行う“病院総合医”の日本の総合診療医に必要な両方の実力が求められていて、そして同時に実践しなければいけない。専攻医の担当する平均入院患者数は10名を超えていて、消化管内視鏡検査や健診業務などもこなさないといけないので、はじめは、総合診療専攻医にとって過重労働になってしまう可能性を心配したが、“家庭医”もしくは“病院総合医”のどちらかに偏ると、むしろ総合診療の魅力が半減するようで、“地域をまるごと診る”ことのできるこの研修体制が総合診療専攻医数の増加につながっている。平成30年度も1名の専攻医が勤務することになっている。今年度からは、専攻医には研究面にも力をいれていく予定である。

成果

正式に総合診療科を立ち上げてからの診療実績を図2に示す（平成30年度は予測値）。外来数は、平成28年度の1日平均25.8人であったが、平成29年度は37.4人と増加した。当院を受診する初診患者の大半は総合診療科を希望するようになった。外来で担当する病気は多岐にわたり、入院患者数は、平成28年度は1日平均18.7人、平成29年度は23.3人と増加していて、最近では、外来数も1日平均50名近くなり、入院患者数は30名を超えるようになってきた。それは、従来の臓器別専門医だけでは対応しきれない分野や専門医がいないから診ることができなかった分野の患者数の増加、住民の総合診療科の認知度の上昇によるものである。在宅医療も導入された患者は100名近くなり、週に10件前後の訪問診療や延べ50件前後の訪問看護があり、

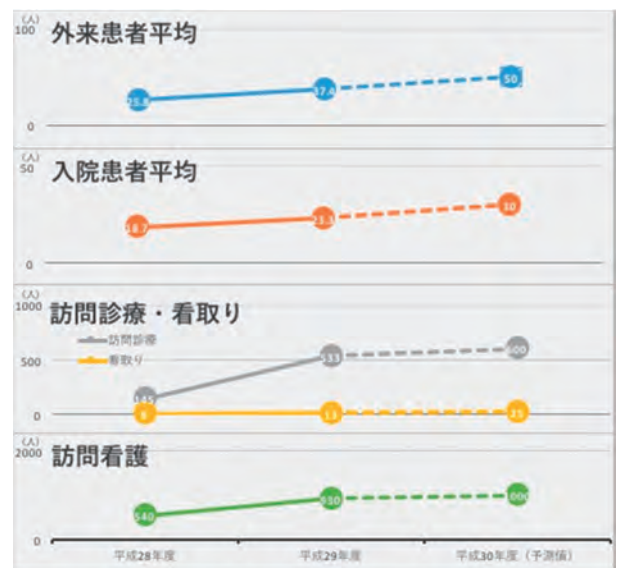


図2

需要は徐々に高まり、在宅看取りも24時間体制で実践できるようになった。詳細は省くが、今回の事業は、串間市民病院を活性化化して、明らかに経営面にも好影響をもたらしている。

今後の展開

宮崎県には、串間市のような地域が多く存在しているため、このようなモデルケースを、宮崎県の実地に広げていくことが目標である。

考察

今回の事例は、診療および教育能力を有する総合診療医1名が地域医療機関に着任して地域医療基盤型総合診療教育をつくることで、医学生、初期研修医、総合診療専攻医と一緒に教育することができた事例である。そこでさらに今回の項目に沿って考察してみたい。

- 1) 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか？：臓器別専門医が少なく、臓器別専門医を目指すものにとっては、症例数が限られてしまい敬遠されてしまう医療資源のすくない地域において、総合診療医に着任することでこれまでの医療体制で受け入れ困難であった症例も、総合診療科の開設後はかなりの割合で入院治療の受け入れができるようになり、理想とする地域完結型医療が実現できるようになってきた。また在宅医療の件数も格段に増加している。
- 2) タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）：当該地域での在宅医療件数の増加により、院外の開業医が担当していたあるいはしてこなかった在宅医療のタスクをカバーすることで地域に貢献できた可能性はある。

今回は当院以外のタスクについては検証できておらず、今後掘り下げて検証していきたい。

- 3) 医療や社会に与えるインパクト：一つは医師確保につながっている点である。総合診療医が着任して教育を提供することで約3年経過すると専攻医が増加し始めている。この点はインパクトが大きい。また患者にとって在宅医療、看取りの選択肢が広がることで安心感を提供できている可能性はある。これも客観的なエビデンスとしては検証していないので今後の課題である。
- 4) 他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項：宮崎県内の他地域へ展開していく上で必要なことは、総合診療医の指導医を確保することである。今回の例でも総合診療医であり指導ができる人材一人が地域に着任することで展開が可能になった。また院長の深い理解が得られたことも大きい。この2点は欠かせない。

今後は、宮崎県のみならず全国の同様の地域でも応用していく必要があると考えられるが、その成功のためには、今回の事業のように、“地域に必要な人材は地域で育てる”ことを合言葉に、総合診療に理解を示す行政支援および住民の協力が不可欠である。

文献

- 1) Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502
- 2) 吉村学 総論：地域医療現場での学びのかたち -Work Based Learning in the community-. 1 月刊地域医学, 2014: 28 (8) 637-640

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

大学－地域連携型の地域医療 / 総合診療部門の構築

前野哲博¹ 横谷省治¹

要旨

筑波大学総合診療科では、地域における最適な教育のフィールドに大学の持つ教育機能を展開することを目的として、地域医療教育センター・ステーション制度の構築に取り組んできた。これは、自治体等からの委託費や寄附金で、大学が総合診療医を指導医として雇用して、地域医療に精力的に取り組んでいる医療機関に派遣して教育を行うシステムである。例として複数の指導医と専攻医を派遣している北茨城市では、病院総合診療と家庭医療の2つの拠点を持ち、診療、地域ヘルスプロモーション、総合診療医の養成、学生の地域医療教育、地域をフィールドにした研究などで大きな成果を上げている。この取り組みにより、本学の教育体制は飛躍的に充実し、これまで33名が家庭医療専門医を取得するなど、研修施設として全国的に有数の規模を有するようになった。このモデルの実現には、大学、自治体、住民、地域医療機関が一体となって、「地域で活躍する医師は地域で育てる」という理念を共有して、主体的に教育に関わる体制を構築することが重要である。

1. 事例の概要

①取り組みの背景

大学における臨床教育の中心となっているのは大学病院である。大学病院は豊富な教育資源やコーディネート機能を有する反面、医療の内容としてはおもに高次医療を提供する特定機能病院であり、「日常よく遭遇する健康問題や慢性疾患で気軽に受診できる医療機関」ではないため、総合診療医養成のフィールドとしては不向きである。一方、地域の医療機関は、フィールドとしては適しているが、大学に比べて指導体制や教育設備は十分とは言えない。

そこで我々は、この教育資源と教育フィールドをマッチさせることを目標として、大学の持つ教育機能を、最適の教育フィールドである地域に展開することに取り組んできた。その代表的な仕組みが、地域医療教育センター/ステーション制度（配置教員数5名以上：センター、5名未満：ステーションと称する）である。（図1）

②導入の経緯

地域医療の第一線を担う診療所・小病院は、教育のフィールドとしては最適であるが、スタッフは診療で手いっぱいであり、教育は見学中心にならざるを得ない。また、十分な準備教育や振り返りを行う機会もないため、どうしても表層的な教育になりがちである。そのため、学生や研修医は地域の現場で本領を発揮する総合診療についての理解が浅くなり、短期間の実習・研修の中でロールモデルから多くを学ぶことが難しかったのが現状であった。また、総合診療専門研修の立場から見ると、急性期病院や診療所、他の診療科をローテーションしながら研修する専攻医にとって、診療所研修は、専門研修としての中核をなす研修機関であるにもかかわらず、診療所長にいわば「預けっぱなし」となり、研修プログラムの目標に沿った教育やポートフォリオの作成、家庭医療学の体系的教育、継続的なキャリアサポートなどが途切れがちであった。

そこで本学では、茨城県の委託事業として2006年に地域医療教育ステーション制度を導入した。これは、在宅医療を含む地域医療に精力的に取り組んでいる県内4カ所の診療所・小病院をステーション

1. 筑波大学 医学医療系 地域医療教育学分野 / 筑波大学附属病院 総合診療科

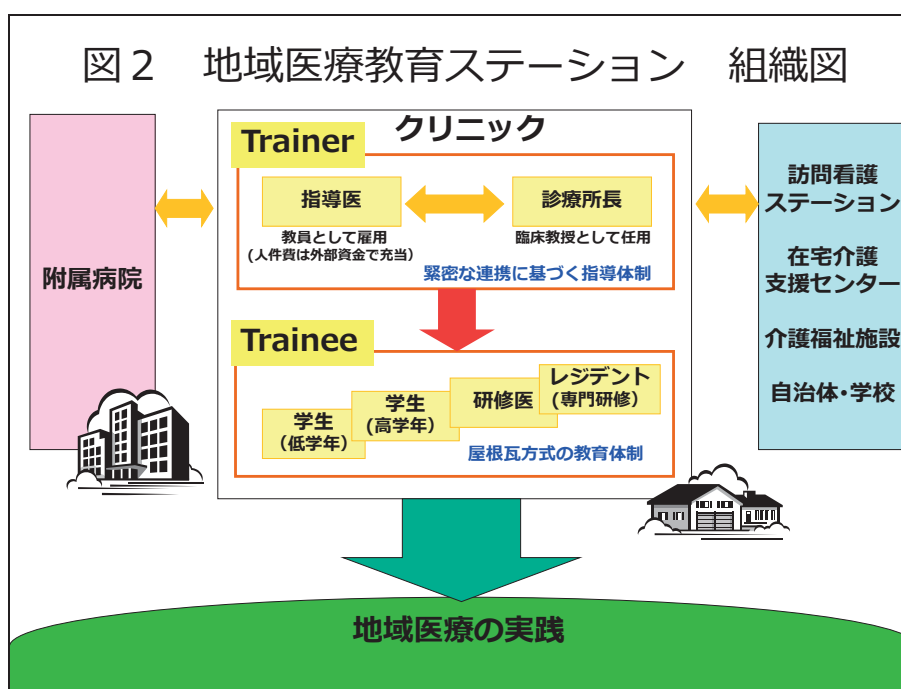
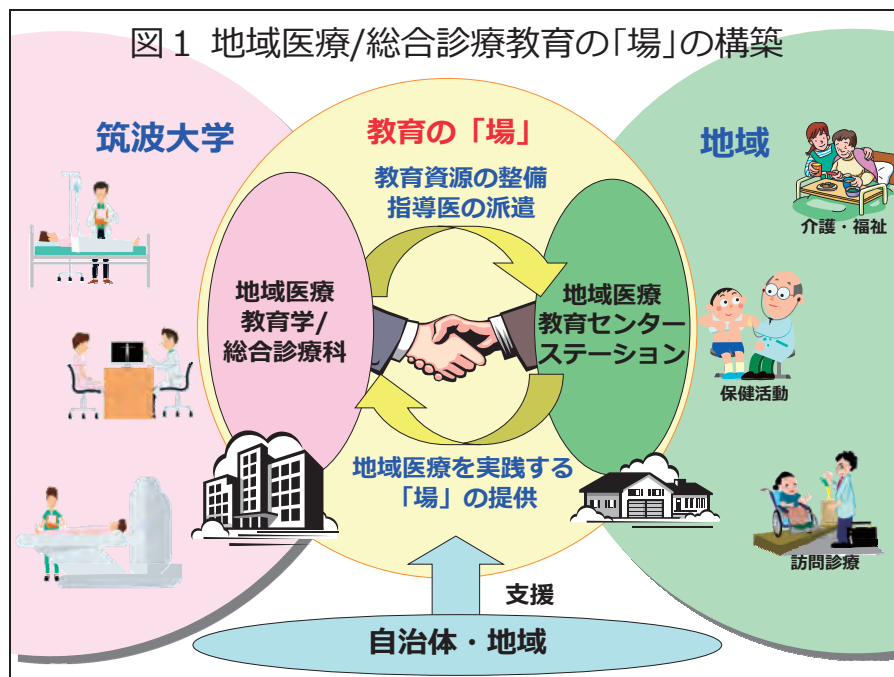
として指定して、茨城県からの委託費で筑波大学が総合診療医を指導医として雇用して、週2日程度ステーションに派遣して教育を行う制度である。(図2)

本事業の導入により、以下のようなメリットが得られた。

■医療機関：ステーションに指定された医療機関では、人件費を負担することなく、指導医レベルの総合診療医に勤務してもらえるため、業務に余裕が生まれ、それを教育業務に振り向けることが可能となる。さらに、指導医が在籍している特長を

前面に出すことで、安定的に専攻医の雇用を確保でき、診療を充実させることができる。

■教育プログラム：派遣された指導医は、自らも第一線で活躍する総合診療医として外来や訪問診療などの業務をこなす一方で、教育に専念する時間を確保して、学習者の学びを深めたり、専攻医のキャリアサポートに充てたりすることができるため、指導体制・支援体制が格段に充実する。また、派遣された指導医を通して大学と地域医療機関の意思疎通を図ることができ、プログラム全体で一貫性をもって教育を実践できる。



■指導医：一般に、総合診療医はその専門性を発揮しづらい大学病院での勤務を敬遠する傾向がある。本事業では、継続的に地域のフィールドに触れ続けることができるため、自らの専門性を生かした診療を実践する機会が担保される。一方、週の約半分は大学でも勤務するため、FD (Faculty Development) や大学での教育活動への参加を通して、自らの教育能力の維持向上を図ることができる。とともに、研究機関でもある大学という環境を生かした研究活動もできる。

各ステーションでは、これらのメリットを生かして、各施設に所属する医師と派遣された指導医が緊密に連携し医師以外の多くの職種の協力もいただいて指導体制を構築しており、現在は、医学部低学年・高学年・初期研修医・専攻医すべての段階における地域医療/総合診療の教育研修拠点となっている。

地域医療教育センター/ステーション制度は、自治体や地域医療機関等の協力を得て、さらに県内で広がりを見せることになる。2009年には、茨城県地域医療教育学寄附講座の開設に伴い、神栖地域医療教育ステーション（のちにセンター）に2名の教員が配置された。同年より、県内有数の医師不足地域である神栖市に学生が1週間滞在して、訪問看護、住民体験実習、地域健康教育、乳児検診等を幅広く経験する地域滞在型実習を実施している。

同じ2009年には、茨城厚生連の協力の下、水戸協同病院に筑波大学附属病院水戸地域医療教育セン

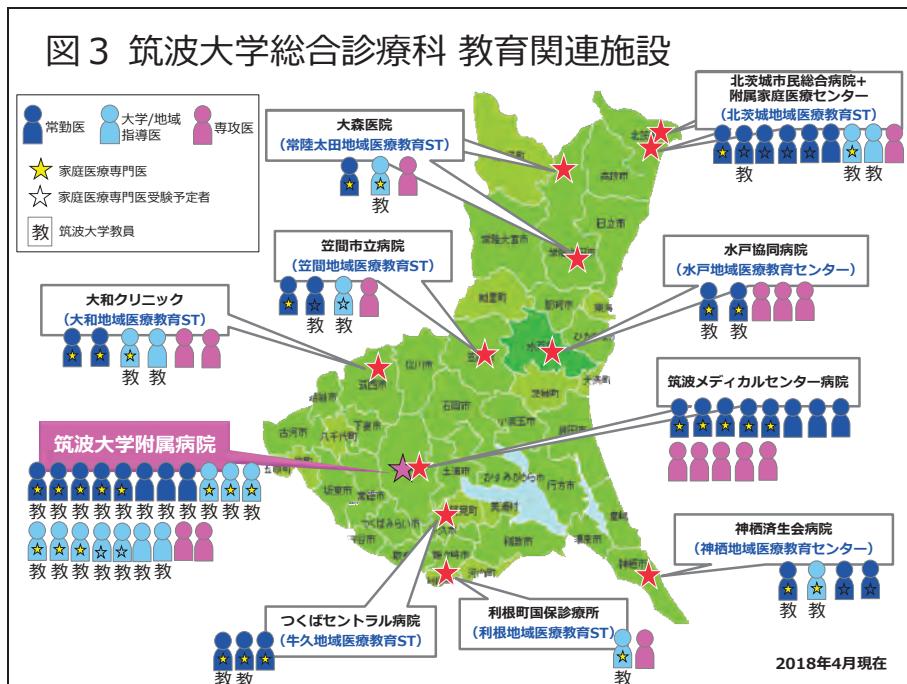
ターが設置された。これは、診療科を超えて市中病院に大学病院の教育機能を展開することをコンセプトとしており、現在、各診療科の教員21名（うち総合診療科2名）が在籍している。総合診療科を中心とした診療教育体制を整え、カンファレンスや教育回診の充実、外国人指導医の招聘など、教育環境の整備を行った結果、学生・若手医師の人气が急速に高まり、研修医マッチングでは毎年フルマッチを達成するとともに、専攻医獲得でも大きな実績を上げている。また、全国医学部長病院長会議でも紹介されるなど、全国的にも大きく注目される病院となっている。

2015年には、北茨城地域医療教育ステーションを設置している北茨城市民病院に、家庭医療センターが開設された。これは、同市の支援の下、家庭医療の実践と教育に特化した施設を、当科が建物の設計段階から関わって開設されたもので、運営母体である市民病院や市と一体となって、教育のモデルクリニックとして活動している。

現在、筑波大学総合診療科における教育活動は、大学に隣接する研修施設である筑波メディカルセンター病院総合診療科と、7施設に設置された地域医療教育センター/ステーションを拠点として展開されている。さらに2018年からは新たにつくばセントラル病院にも指導医を派遣して、研修施設としての体制整備を開始している。（図3）

③事例の詳細

地域医療教育センター/ステーションを活用した



卒前の地域医療教育プログラムの全体像については、別項で詳述する（P. 463 参照）。ここでは、ステーションの一例として、北茨城地域医療教育ステーションでの活動を提示する。

北茨城市は、茨城県最北部に位置し、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数数が全国の約 3 分の 1（80.1 人）という顕著な医師不足地域である¹⁾。北茨城地域医療教育ステーションは 2012 年 4 月に北茨城市立総合病院（2014 年 11 月に移転し北茨城市民病院と改称）に設置された。これは北茨城市から筑波大学への委託事業で、質の高い地域医療の実践、地域医療に従事する医師の養成、市民の健康向上に向けた事業の展開を目的とした。初年度は教員 1 名を非常勤医師として、加えて翌 2013 年度は教員 1 名を常勤医として派遣し、内科（総合診療）の診療に従事するとともに筑波大学の医学生の地域クリニックラークシップのコーディネーターと指導、市民を対象とした健康教室等を担当した。

これと平行して家庭医療の実践と教育の拠点となる診療所の開設について市と協議を重ね、2015 年 6 月に北茨城市民病院附属家庭医療センターとしてオープンした。同時に北茨城地域医療教育ステーションは家庭医療センターに移設した。家庭医療センターは市の南部に位置し、北部にある市民病院から自動車ですら 20 分弱の距離である。家庭医療センターの開設により、病院総合診療と家庭医療という総合診療の 2 本柱を市内に持つことになった。

家庭医療センターは、センター長である常勤指導医 1 名と大学教員である非常勤指導医 2 名により診療を始めた。外来診療は年齢、性別、疾患の種類を問わず全ての健康問題を対象とした。これまでの北茨城市は、訪問診療がニーズを満たすほどには提供されておらず、家庭医療センターでは緩和ケアを含

む人生の最終段階にある患者の在宅医療を積極的に引き受けている。また市内無医地区への僻地巡回診療や市民病院の夜間・休日救急当直の一部も担い、医師不足の改善に広く貢献した。

2 施設への指導医と専攻医の派遣状況を表 1 に示す。2015 年度から後期研修 3、4 年目（卒後 5、6 年目）の専攻医が市民病院で総合診療研修を始めた。2016 年度には家庭医療センターの患者数が増え（図 4）、十分専門研修ができる体制になったため、専攻医は半年交替で市民病院と家庭医療センターの両方で研修することになった。市民病院は医療資源の少ない病院での入院、外来、救急を含めた病院総合診療研修、家庭医療センターは全年齢を対象とする外来、訪問診療と地域ヘルスプロモーションを含めた家庭医療研修と位置づけた。なお、家庭医療センターの診療実績としては、開設年である 2015 年度の 1 日平均患者数は 44.4 名であったが、2017 年度には 80.8 名と大きく増えて更に増加傾向である。受診者のうち 23% 前後が 15 歳以下の小児である。2018 年 4 月末現在の在宅受け持ち患者は 85 名で月間の訪問診療・往診数は約 170 件であった。

地域ヘルスプロモーションの取り組みとしては、住民対象の健康教室、市役所職員へのメンタルヘルス講習、市内の全小中学校 16 校でのがん予防教育出前授業等を実施している。2017 年には家庭医療センターの隣に北茨城市コミュニティケア総合センター（通称：元気ステーション）が開設された。これは子どもから高齢者まで、全ての健康・福祉・介護に関する相談窓口、市内の多職種協働の拠点、市民の自主的な助け合い活動のサポートなどの機能をもつ施設で、地域包括支援センター（市高齢福祉課）、社会福祉協議会、北茨城地域自立支援センター（茨城県理学療法士会への委託事業）の三者が

表 1. 北茨城地域医療教育ステーション事業により北茨城市民病院および同附属家庭医療センターに派遣した指導医、専攻医数の推移

		年度	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
北茨城市民病院内科（総合診療）	常勤 ^a 指導医（内、教員）			1 (1)	1 (1)				3 (0.5)
	非常勤 ^a 指導医（内、教員）		1 (1)	1 (1)	1 (1)				1
	専攻医（卒後 5 年目以降）					2	1	2	0.5 ^b
	小計（常勤換算）		0.4	1.4	1.4	2	1	2	4.3
北茨城市民病院附属家庭医療センター	常勤 ^a 指導医（内、教員）					1	1	1	2 (0.5)
	非常勤 ^a 指導医（内、教員）					2 (2)	2 (2)	2 (2)	2 (2)
	専攻医（卒後 5 年目以降）						1	1	0.5 ^b
	小計（常勤換算）					2.1	3.1	3.1	3.6
合計（常勤換算）			0.4	1.4	1.4	4.1	4.1	5.1	7.9
a 常勤、非常勤の別は雇用形態ではなく実質的な勤務状況による									
b これに他の家庭医療後期研修プログラムの委託による専攻医が 0.5 人ずつ加わる									

合同して運営している。家庭医療センターの指導医はこの施設の構想段階から準備委員会の委員として関わり、オープン後は施設の運営や実際の業務の連携で密に関わっている。

医学生の地域医療実習は家庭医療センターに拠点を移し、家庭医療センター内の学生宿泊施設に3-4名のグループが1または2週間滞在して行っている。診療のみならず介護関連施設、保健センターや社会福祉協議会の事業での実習、自らの足で地域を歩き、住民とふれあう中で地域の特性を知り、地域医療について考えることを目的とした地域視診などを取り入れ、地域包括ケアを学ぶものとした。2017年度は1週間コース26名、2週間コース24名を指導した。これは、筑波大学医学群医学類の学年の約半数に相当する人数である。また2年生の早期体験実習で9名が訪れた。滞在型実習の学生の感想からは、「地域全体を一つの有機体として捉えて問題解決に取り組む姿勢を学べた」、「様々な職種が協力して医療、介護が成り立つことを心に留めて、積極的に情報共有をしていきたい」、「治療の選択では生活背景、家庭の環境、本人の気持ち等多くのことを考慮しなければならず、患者さんにとって一番の選択をするのは本当に難しいこと」など、診察室に留まらない実習だからこその学びが得られていることが読み取れる。

現在は研究職の教員（理学療法士）2名も所属し、大学と北茨城市を行き来しながら、北茨城市における多職種協働や市民の互助活動のサポートに携わっている。たとえば、2016年度から2017年度にかけて元気ステーションと共同で、市内の看護師、薬剤

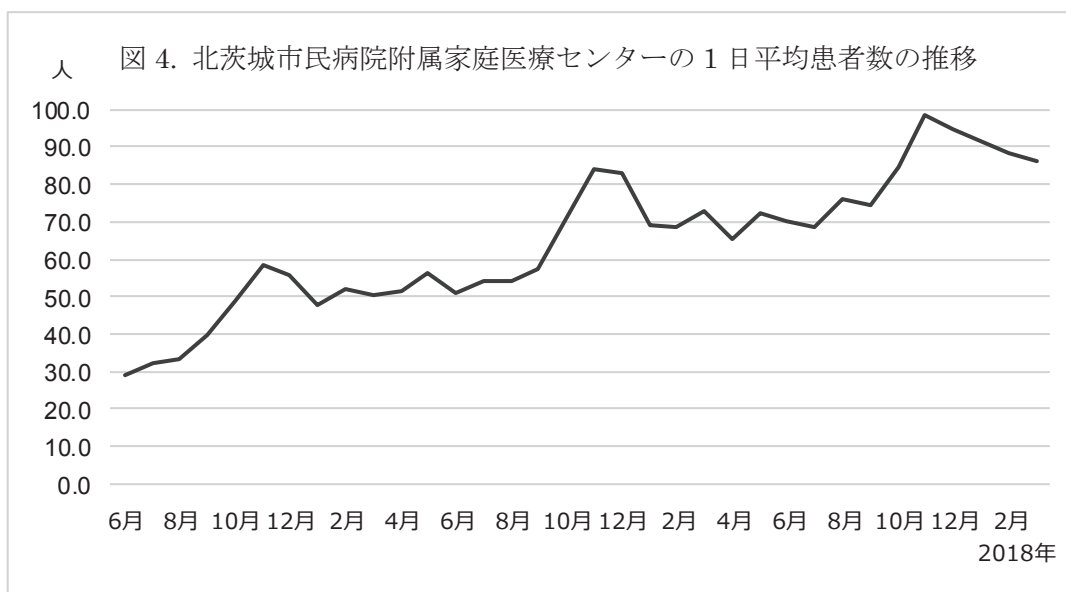
師、リハビリテーション専門職、介護士、介護支援専門員、ソーシャルワーカー、救命救急士、行政職などに対して多職種連携に関するフォーカスグループインタビューを計16回おこない、その結果に基づき、多職種連携ワークショップを2回開催した。また、人間性を重視した効果的な認知症介護の技法である「ユマニチュード®」の専門職向け講習会や市民向け講習会を、東京医療センターの本田美和子氏らの協力を得て実施している。

大学と連携をしていることから、北茨城市をフィールドにした研究も活発に行われている。多職種連携の課題抽出、小中学校がん予防教育の効果、がん検診受診の動機、アルコール過剰摂取スクリーニング、問診ツールを利用した病歴聴取、その他未発表のものも含め多数の研究がこれまでも行われた。

④成果

総合診療領域において、「教育フィールドと教育機能をマッチさせる」ことを目指した本制度は、全国的にもモデルケースとして注目を集めており、教育、診療、研究それぞれの分野で大きな成果を上げている。

教育領域について、卒前教育については別項（P.463参照）に譲るが、卒後研修については、日本専門医機構の総合診療専門医および日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医研修プログラムver2の認定を受けて、専攻医の研修を行っている。研修期間は4年間で、最初の2年間は病院・診療所をバランス良く研修してジェネラリストとしての基礎を身につけ、後半の2年間は、病院総合医、診療



所家庭医など、自らが希望するフィールドにウエイトを置いた研修を行っている。(図5)

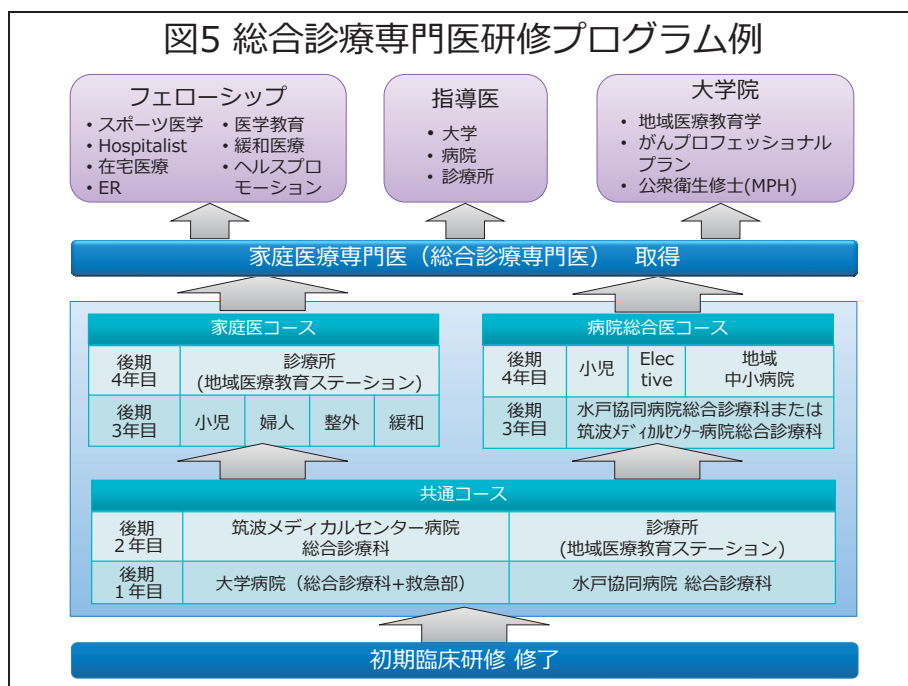
この教育プログラムの実践には、地域における教育指導環境の充実が大きく貢献している。本学のプログラムにおける研修の特徴は、「大学であり、大学でない」ことである。「大学である」ことのメリットは、電子ジャーナル、シミュレータ、テレビ会議システムなどの教育資源、教育のスキルとマインドを持つ専任の教員がコーディネートに当たるなど、大学ならではの教育体制の充実があげられる。また、専門医取得と並行して大学院に進学してリサーチを学び、学位を目指すことができるのも、大きな特徴である。

その一方で、大学が基幹型施設になり、多様なセッティングでの研修を体系的にコーディネートすることで、より効果的に地域での研修ができる。これが「大学でない」メリットである。筑波大学の研修プログラムは、大学が基幹施設であるにもかかわらず、研修期間の8割以上の研修を、大病院からへき地診療所まで、様々な地域医療機関で実施しており、その多くを教員が在籍する地域医療教育センター/ステーションおよび大学に隣接する筑波メディカルセンター病院で実施している。専攻医は、どの施設を回っても同じグループに所属する指導医の指導の下で、安心して研修を受けることができる。これが我々が提供する「大学による、大学でない充実した研修」であり、プログラムの運用に欠かせないシステムになっている。

このような取り組みで研修プログラムの魅力を高めたことで、専攻医も集まるようになり、現在、全学年を合わせて21名の専攻医が在籍している。これまでの実績では、51名が後期研修を修了し、33名が日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医を取得した。この実績は、いずれも研修施設として全国トップクラスであり、特に、大学ベースでは過去3年間の採用者数、専門医取得者数ともに全国1位である。

また、教育プログラムの魅力が高まると、地域で活躍する医師の確保にも好影響をもたらす。筑波大学総合診療科及び関連施設で勤務する医師数は年々増加し、現在はスタッフとレジデント合わせて78名が在籍している。都道府県別では、人口当たりの医師数は茨城県は全国ワースト2位であるが、家庭医療専門医数(総数673名)の都道府県別人数(実数)では全国4位(37名)であり、このうち34名が当科に所属する医師である。

研究分野では、2009年より地域医療教育学分野として独自の大学院を持ち、地域医療、総合診療、家庭医療、ヘルスプロモーション、医学教育などの分野で研究指導を行っている。これまで、当教室において博士16名、修士5名が学位を取得し、現在13名の大学院生が在籍している。研究活動もこれらの施設をフィールドとして活用して活発に行われており、2017年度には、1年間で原著論文44本(うち英文35本)を発表した。



⑤今後の展開

2006年に開始された地域医療教育センター/ステーション制度は、大学と地域の教育連携の先進的モデルとして、大きな成果を上げてきた。その中核となる指導医の件数等の教育経費の多くは、これまで文部科学省の補助金事業である未来医療GP「リサーチマインドを持った総合診療医の養成」や、県や自治体の寄附講座および委託事業として実施してきたが、いずれも年度単位、ステーション単位での運用にとどまっていた。そこで、未来医療GPが2017年度で終了することを機に、地域において、維持可能性のある自立した枠組みの確立を図ることになった。

具体的には、2018年度より、複数の自治体や医療機関が共同で出資して、地域における総合診療・家庭医療・多職種連携等の充実に関する教育・研究・診療を行う寄附講座が筑波大学に設置されることになった。寄附講座に参加するのは、これまで地域医療教育ステーションとして実績を残してきた北茨城市民病院および同院附属家庭医療センター、笠間市（笠間市立病院）、利根町（利根町国保診療所）、大森医院に加えて、新たに本寄附講座の趣旨に賛同する自治体（大子町）・施設（つくばセントラル病院）を加えた6者である。事業年度は2018年度～2020年度の3年間で、寄附金額は3億5300万円（3年総額）、配置される教員は11名である。すべての拠点に日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医の資格を持つ指導医を派遣して、総合診

療専門医制度における専門研修でも中心的な役割を担う。また、地域における多職種連携やヘルスプロモーション、住民活動支援などの活動と、これらの領域における研究を行っていく予定である。（図6）

2. 考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

いわゆる臓器別専門医にとって、専門性を発揮できるのは、当該領域の症例が十分確保でき、専門性の高い検査・治療手技を行うための医療機器の揃った施設、すなわち都市部の大病院である。一方で、総合診療医は全年齢にわたる未分化な健康問題を幅広く取り扱い、家族やコミュニティを含めて包括的に診ることを主たる業務にしているため、町村部・へき地の方が、医療が専門分化しておらず、住民との距離が近く、慢性期を含めて継続的なケアを提供しやすいため、より専門性を発揮できる場面が多い。

この傾向は、専攻医を含む医師の勤務希望にも直結する大きな要因である。臓器別専門医を医師不足地域である町村部・へき地に配置するのは、医師のニーズから見れば、船が流れに逆らって川を遡るような困難を伴う。一方、総合診療医を町村部・へき地に配置するのは、船が流れに沿って川を下るようなもので、ごく自然で抵抗も少ない。

ただし、その流れをせき止める障害があれば話は別である。この障害の大きなものは、教育体制と医師の個人的事情（例：子供の教育、生活の利便性）



である。つまり、これを取り除けば、臓器専門医を地方に向かわせるよりもずっと自然に、かつ少ない労力で、医師不足地域に向かう医師の流れを生み出すことができる。さらに、総合診療医はあらゆる健康問題に対応することを専門とする医師なので、診療科偏在も同時に解消する存在となる。すなわち、地域における医師不足問題の改善には、総合診療領域にフォーカスすること、そして人の流れの障害となる要因を取り除く、というのが最も効率的・効果的かつ持続可能性のある基本戦略となり得る。

この障害のうち、個人的事情については、交通アクセスや子供の通う学校の配置など複合的な要因が関係するので、医療界だけで根本的に解決することは難しい。実際には、育児などの医師個人のライフサイクルを考慮したうえで、勤務可能なタイミングで、半年あるいは1年の単位で、都市部と地域を循環させるのが最も現実的である。実際、本学の医学生に対する意識調査でも、6年生の半数以上が1年以内の短期間であればへき地に勤務してもよいと回答しており²⁾、実現可能性も十分にある。ただし、この方法を実行に移すには、循環させるキャリアをトータルでマネジメントし、確実なキャリアパスを提供することが条件となる。その意味において、本学の地域医療教育センター/ステーション制度は、切れ目のない大学-地域循環型キャリアパスを提供する非常に有用なシステムである。

もう一つの障害である教育については、地方の規模の小さな医療機関では、教育に時間を割ける体制を確保することも、必要な教育経費を確保することも難しく、また教育ノウハウも十分とは言えないところが多い。このような環境下では、いくら総合診療に最適なフィールドであっても、指導も支援も十分に得られないまま、現地に一人で飛び込めと言われても、専攻医がそこで働くのは難しい。本学の地域医療教育センター/ステーション制度は、地域からの支援により、大学の教育資源を地域に展開する取り組みであり、現地での教育体制の充実に大きく貢献しており、専攻医も安心して勤務することができる。

たとえば、本稿で例示した北茨城市に派遣される医師は年々増加し、現在は筑波大学総合診療科から9名（常勤6名、非常勤3名）の総合診療医（専攻医を含む）が現地で診療に従事している。ステーション設置前に北茨城市で診療に従事する常勤医師が35名¹⁾だったことを考慮すると、このシステムは、同市にとって非常に大きなインパクトを与えて

いる。この9名の内訳は、筑波大学以外の出身者が5名、茨城県出身者、地域卒卒業生はいずれもゼロである。このことは、総合診療にフォーカスし、教育の充実と大学-地域循環型キャリアパスを提供すれば、地元出身者でなくても、また奨学金による義務がなくても、地域に向かう医師の流れを生み出しうることを示している。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

本学が導入した大学-地域循環型キャリアパスで派遣された総合診療医は、地域において臓器別専門医の負担軽減に貢献している。北茨城市の例をあげると、市民病院の小児科診療は平日午前の非常勤医師のみであるが、家庭医療センターの総合診療医が小児医療を担うことで、市民病院への過度の集中を緩和できている。

他職種との連携について、医師不足が顕著な地域においては、医師の業務の一部について、各職種が既存の役割分担を超えて担当することが求められる。各職種が、新たな業務を担当できるようにするには、それを目的とした教育と新たな関係構築が必須である。教育機関である大学が地域にコミットして、自らのノウハウを生かして効果的な教育プログラムを提供することで、タスクシフティングの促進に貢献している。また、寄附講座がコーディネートして新たなネットワークを構築することで、多職種連携の強化を図っている。北茨城市では調剤薬局の薬剤師を対象に臨床推論の講習会を定期開催している。これによって臨床判断能力を高めた薬剤師が育ち、医療機関よりはるかに多く分布している調剤薬局が、適切な受診勧奨やセルフメディケーションを含む、地域住民の健康サポート窓口になることを目指している。また、市内の在宅ケアに関わる多職種の情報共有を、クラウドを用いて迅速に行う仕組み作りを進めている。

③医療や社会に与えるインパクト

急速に進行する少子高齢化を背景に、我が国の医療は大きな変換点を迎えようとしている。医療に投下できる資源に制約がある中で、住民が安心して健康に暮らすことのできる地域医療を維持するためには、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」へのパラダイムシフトが必須である。それを実践するためには、多様な健康問題に幅広く対応できる診療能力と、地域包括ケアシステムを全体的にコーディネートできるマネジメント能力が必要であり、その能力を備えた存在として、総合診療専門医への期待

が高まっている。現在社会的に問題になっている医師の偏在に関しても、総合診療医は地域医療との親和性が高く、診療範囲も広いいため、地域偏在も診療科偏在も解決に貢献できる存在である。

たとえば北茨城市では、市民病院に総合診療医がいることで、二次医療圏の他市にある中核病院に頼らねばならないケースが減ったり、適切なタイミングで依頼ができたといった効果が実際に得られている。また総合診療医が家庭医療センターの診療を担うことで、幅広い年齢、疾患の患者を外来や在宅で受け入れることができ、市民病院や中核病院からの早期退院や、最期を自宅で過ごしたい希望への対応が従来よりも実現しやすくなっている。これらの事例は臓器別専門医の負担軽減と同時に、市民にとっても救急や一般診療の市内応需率が高くなったり、在宅医療などの期待する医療が受けやすくなったりする効果を生み出している。北茨城市は介護保険の在宅サービス受給率が10.7%で全国平均の12.3%より低く、施設サービス受給率は3.4%で全国平均の2.9%より高い³⁾。すなわち在宅で療養できない要介護者が施設に入所している割合が高いということである。茨城県が策定した地域医療構想によると、北茨城市が属する日立二次医療圏では2025年の訪問診療需要が2013年の1.4倍になることが予想されており、この受け皿を用意することで、希望する人は最期まで自宅で過ごすことが可能となる。

人々が健やかにその地域で生活することを支えるために、総合診療医は地域活動でも貢献できる。北茨城市における小中学校ががん予防教育や認知症介護の技法「ユマニチュード[®]」の普及活動は、住民の意識、知識、技能を高める効果がある。「元気ステーション」との協働で行う多職種連携推進活動や市民の互助ネットワーク作りの支援活動などは、「地域完結型医療」や「地域包括ケア」の実現のために、各事業や関係者を繋ぐ役割がある。これらの地域活動も、それぞれの専門家がばらばらに行うのではなく、全体を俯瞰する眼を持ち能力もある総合診療医が関わることで、統合的に行える。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

これまで述べてきたように、筑波大学総合診療科における教育システム構築のコンセプトは、「地域医療との親和性が強い総合診療領域にフォーカスすること、そして大学と地域が連携して、地域への派遣の障害となるキャリア形成の担保と教育の充実の

問題をクリアすること」にある。地域の支援で教育を充実させる→多くの医師が集まる→その医師を本人のキャリアアップにつながる形で地域に派遣する→医師不足問題が改善される→地域から教育へのさらなる支援が得られる、という好循環が生まれる。

この枠組みは茨城県に特有の問題ではなく、医師不足に悩む全国各地で応用可能なモデルであると考えられる。実際、文部科学省の未来医療GP「リサーチマインドを持った総合診療医の養成」においては、全国のモデル事業として、本学は全採択大学のうち唯一、最高評価のS評価を受けている。

このモデルを構築するにあたり、特に注意が必要なのは、教育への投資と、地域医療への還元の間には、ある程度の時間差がある、ということである。短期的な効果を求めるなら、医師派遣会社に依頼する方が早いかもしれないが、地域医療に関するマインドと能力がある医師が確実に来てくれるとは限らず、定着してくれる保証もなく、費用対効果も悪い。返還義務免除の条件のついた奨学金の貸与も一つの方法であるが、「奨学金のために」地域で働くことを求めるスタイルは、本人にとっても地域にとっても不本意な形に終わる可能性がある。それに対して、教育の充実は明日から働く医師が増えるわけではなく、直接的な効果は見えにくいものの、地域医療に対するモチベーションと向上心のある医師にとっては非常に魅力的な要因であり、職場選択の大きな理由になりうる。また、すでに完成された医師を集める方式は不確定要素が大きい。確実に次の世代が育つ教育システムを構築すれば、質の担保された医師が、世代の断絶なく安定して輩出されるので、地域医療の持続可能性に大きく貢献できる。このように、教育への投資は、時間はかかるものの、中長期的には医療の質の向上と医師の安定確保につながる、きわめて費用対効果の高い方法であると考えている。

2018年度から総合診療専門医の養成がスタートするが、地域包括ケアシステムの構築、地域医療構想の導入も相まって、総合診療に対する注目が高まっている。この追い風をしっかりと受け止めて、地域で活躍する総合診療医を養成していくために、大学の総合診療部門に期待される役割は非常に大きい。この期待に応えていくためには、大学における総合診療部門の機能強化はもちろんのこと、「地域で活躍する医師は地域で育てる」というコンセプトを地域全体で共有し、地域からの十分な支援体制のもとで、大学、住民、行政、医療機関が一体となっ

て教育体制の構築に取り組むことが求められている。

文献

- 1) 平成 28 年茨城県医師・歯科医師・薬剤師調査の概況 http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/stachischics/doctor-dental-drug/documents/h28_allfiles.pdf (2018 年 5 月 17 日確認)
- 2) 速水恵子, 高屋敷明由美, 前野貴美, 鈴木英雄, 内藤貴宏, 前野哲博, 田中誠, 榊正幸. 医学生へのき地勤務希望に関するコホート調査. 医学教育 48 suppl 170
- 3) 北茨城市高齢者福祉計画・介護保険事業計画(平成 27 年度～平成 29 年度) <http://www.city.kitaibaraki.lg.jp/docs/2015022300166/files/dai6ki.pdf> (2018 年 5 月 17 日確認)

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療医が大学と地域をつないで企画実施する 「筑波大学における体系的な卒前地域医療教育プログラム」の事例

高屋敷明由美¹

要旨

筑波大学では、総合診療医が地域の医療機関と連携して低学年からの体系的な総合診療・地域医療の教育プログラムを実施している。2年次在宅ケアのケース討論・地域医療実習（1週）、3年次の地域ヘルスプロモーションコース（1週）、5-6年次の総合診療科クリニカル・クラークシップ（4週）と選択実習（4週）を実施し、6年間を通じて繰り返し学ぶことで、地域背景にあわせた医療者の患者を捉える総合的な視点や地域の現場で求められる総合診療医の役割と、保健・医療・介護などの職種間連携の必要性を真に理解した医師を養成してきた。全ての学生に関わることのできる大学における卒前教育に総合診療医がコミットできる意義は大きく、今後の社会ニーズに対応するために各大学における教育へ関わられる総合診療医の配置が望まれる。

取り組みの概要

①取り組みの背景

総合診療医は地域の医療機関を主な活躍の場とすることが多いが、大学に所属することで卒前教育において、様々な診療科に進むいわば「将来を担う医師」全員の育成に関わることのできる意義は大きい。本事例では、筑波大学における低学年から繰り返し総合診療・地域医療の教育プログラムを紹介し、その成果について主に総合診療の理解と職種間連携教育の観点から紹介する。

②導入の経緯

筑波大学では開学当初より大学病院以外の施設で行う学外実習を積極的に行ってきた。平成16年に5年次の臨床実習の中で総合診療科実習（選択）を導入し、町村部における1週間の地域医療実習を行っていた。あわせて、同じ年に卒前教育カリキュラムの抜本的な改革があり、総合診療医が医学教育部門と連携して、2～5年次の必修科目「医療概論」として、低学年から繰り返し地域医療について学ぶ体系的なカリキュラムを開発・導入し、随時改善を

行ってきた。

③事例の詳細

平成29年度のカリキュラムの全体像を図1に記す。

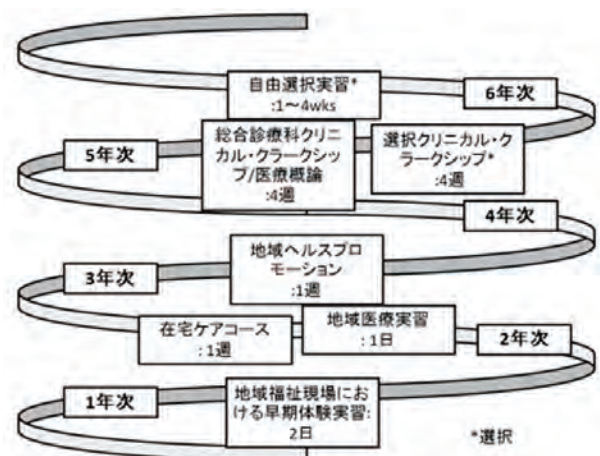


図1 筑波大学における地域医療教育

1年次の早期体験実習を社会医学系の講座が担当している他は、総合診療科の教員がコーディネートをを行っている。本稿では、2、3、5年次の4つのプログラムを取り上げて紹介する。

1. 筑波大学 医学医療系 地域医療教育学分野／筑波大学附属病院 総合診療科

1) 2年次医療概論Ⅱ：在宅ケアコースと地域医療実習（必修）

在宅ケアコースは、臨床医学の学習が始まる直前（2年次の6月末）に実施するプログラムで、将来医療者として患者を支援する上で重要となる「在宅ケア：生活の場における医療」の実際を学ぶ1週間のコースである。教室で地域医療についての講義、PBL（Problem Based Learning）テュートリアル方式でのケース討論を行った後に、茨城県内の施設において地域医療実習（1日）に参加し、地域医療現場の実際を体験する。在宅ケアコースのケース・教材の開発、講義は診療所で働く総合診療医と総合診療科の教員が協働して開発・実施している。カリキュラムの詳細を表1、2（P.470-471）に記す。

2) 3年次医療概論Ⅲ：地域ヘルスプロモーションコース（必修）

臨床系の各コースの学習に平行して3年次7月に実施する、地域住民の健康教育の意義と実践を学ぶためのコースで、行動変容・ライフサイクルなどの健康教育を実施する上の行動科学の基礎知識修得のための講義と県内の住民に対する地域ヘルスプロモーションの企画・準備の演習を1週間かけて実施する。その後の半年の間に1日、実際に地域にでかけ、学生自ら健康教室を実施する（図2）。テーマは、中高年者を対象とする生活習慣病予防、中学生・高校生の喫煙予防など7テーマ（表3参照、P.472）を設定し、各テーマについて、地域のヘルスプロモーションの現場で活躍する医師、歯科医師、管理栄養士他の現任者が地域コーディネーターとして健康教育の準備から実施の一連のプロセスを指導・サポートする。詳細を表3に記す。

3) 5-6年次医療概論Ⅴ/総合診療科クリニカル・クラークシップ（必修）

1年半のクリニカル・クラークシップの後半（5

年次10月～6年次5月）に実施する4週間の実習で、1)場による医療の違いを踏まえた総合診療医の専門性の理解、2)地域のヘルスケアシステム全体からみた住民・患者・家族の健康問題の把握3)臨床推論能力の修得をねらいとして、筑波大学付属病院総合診療科1週間（必修）と、茨城県内の診療所（2～3週）、中核病院総合診療科（0～1週）、希望者には緩和ケア（1週）を組み入れている。外来における医療面接（大学総診、診療所）や中核病院では主治医チームの一員となって診療に参加する実習を行う他、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ同行などの在宅ケアや多職種業務の同行、地域を歩き住民にインタビューを行い、地域ニーズを探る地域診断実習も行っている。4週の初日と最終日には大学に全員集まり、オリエンテーションと振り返りを実施している。詳細を表4（P.473）に記す。

4) 5-6年次選択クリニカル・クラークシップ（選択）

前述の医療概論Ⅴ/総合診療科実習と同じ時期（5年次10月～6年次5月）に平行して行われる4週間の選択実習で、総合診療を更に重点的に学びたいと希望する学生を受け入れている。総合診療・地域医療に関する分野で興味をもつテーマやフィールド（離島医療、都市部の在宅ケア、病院総合医、緩和ケアなど）について個々の学生のニーズにあわせた実習を北海道から沖縄まで全国の様々な地域で総合診療を提供する医療機関のご協力をいただき、コーディネートしている。この実習で学んだことについて、6年次7月に学年全体で学会のポスター発表形式の報告会を行っており、例年10人前後の学生が地域医療の現場での学びを発表している。本コースの詳細を表5（P.474）に示す。

④成果

本取り組みの成果として、アンケート調査や振り



図2 3年次地域ヘルスプロモーションにおける学生の健康教育の様子

返り・学生レポートでみられた記載を紹介する。

1) 医療概論Ⅱ（在宅ケアコースと地域医療実習）について

2年次在宅ケアコースのレポート111名分をSCAT変法^{1,2)}を用いた質的解析から導き出されたストーリーラインは以下の通りであった。

『学生は本コースを通して、患者の【健康と疾患、病いの経験を明らかに】して【患者を全人的に捉え】、患者と【共通基盤を形成】しようとしていた。その中で【医師患者関係を強化する】という【患者中心の医療】の流れに基づくとらえ方をしており、同時に【患者中心の医療】を実践するためには【チーム基盤型アプローチ】が必要であり、【ヘルスケアシステム】が基盤になっていることに気づいた。学生は個々の【学習におけるコーピングパターン】で【経験に基づいた学習】を行っており、【感情の動きを伴う学習】となっている者もいた。これら一連のプロセスは、学生に【将来医師になるものとしての責任感の自覚】を促した。』³⁾

この結果から、学生は「健康と疾患、病いの経験を明らかにする」、「患者を全人的に捉える」などといった患者中心の医療の方法の枠組みに沿い、経験に基づき、感情の動きを伴う学習を行っており、これらのプロセスが医師としての責任感の自覚につながったことが明らかになった。

地域医療実習については、実習の前後に、地域医療への興味と地域における医師の役割の理解の程度をそれぞれ5段階Likert scaleを用いたアンケートを実施した。101名から回答が得られ（有効回答率98%）、地域医療への興味があった（5段階で4または5と回答）学生は実習前39%に対し実習後61%、地域における医師の役割を理解できた学生（5段階で4または5と回答）学生は、それぞれ53%、73%と増加しており地域医療実習のねらいがある程度は達成できていた。尚、これらの傾向は将来都市部勤務志向の学生においてより顕著に観察された⁴⁾。

2) 医療概論Ⅲ（地域ヘルスプロモーションコース）について

3年次地域ヘルスプロモーションの実習後レポートにおいて例年みられる記述を一部紹介する。地域における住民に対する健康教育の重要性を将来医師になる者として自覚していることが確認できている。

- ・食事は患者さんのQOLに直接かかわってくる。例えば生活習慣病の患者さんに対しても、ただ単

に食事制限してしまえば、それだけで患者さんのQOLは低下してしまうため、食材の組み合わせを綿密に考え、さほど見劣りしないほどの献立を提供するのはとても意味のあることであると思われる。患者さんの「食事の楽しみ」はできるだけ失わせたくないからである。このような献立を提供することも医療側の役割の1つであると思う。（中略）今回のコースは、普段の臨床系の講義とはまた違った内容の知識が得られて、非常に有意義だった。しかも、これらのことは、臨床系の講義と同じくらい重要であると思うので、この知識を今後とも活用していきたいと思った。

- ・今回の実習では、普段の講義中心の日々とは違い、市民の方々と直接接することができた。これは大きな経験だったと思う。そして、まだまだ我々は市民の皆さんに対するコミュニケーション能力は低いと言わざるを得ない。こういった能力は、来年から始まる病院実習などでも、日々試行錯誤して、磨いていかなければならないと思う。そうでなければ、信頼される医師になることは程遠いことであるからである。市民の方に言われたとおり、説明のうまく、そして患者さんの話をよく聞く医師になりたいと思う。これはインフォームドコンセントの根幹でもある
- ・地域健康教育に本気で取り組んでいる先生方や人々を知ることができ、医療の一側面に触れることができた。医療は病院で始まるものではなく、人々が健康を維持できるように、知識を持つ者がアクションを起こすことで始まるものなのだろう。自分も将来、そういった行動を起こせるようにしていきたい

3) 5-6年医療概論V/総合診療科について

同コースの実習後に、地域で働く上で必要な医療者の視点とその役割をテーマにしたレポートの作成を課している。そこでは、ほとんどの学生から、患者の生活をみる視点、多職種連携の必要性、時間軸空間軸をもって関わることの重要性などについての記述がなされている。一部レポートを抜粋して紹介する。

- ・プライマリ・ケアの特徴としてACCCCが掲げられているが、これは医師に限らず地域の医療者それぞれが意識すべき課題である。気軽に大病院にかかれない地域の方に対してはどの医療者も患者の身近な存在であるべきであり、患者のみならず家族とも関わり、患者の健康問題に応じた医療を提供し、医療者間で問題を共有し協力して話し合

い、患者一人一人の立場・背景を尊重する必要がある。

- ・地域で働く上で、患者の生活まで考えなければならない。地域で働く医療者は、患者になんらかの不調があるときに最初に何でも相談でき、信頼できる存在であるべきと考える。(中略)普段から患者の身体のこと、生活環境、家族の健康状態についても医療者が積極的に気にかける姿勢を持ちたい。地域では特に多職種連携が大切なので、他の医療スタッフとのコミュニケーションをよく取り、チームで患者さんをみている意識を持つことも重要である。
- ・地域で医師として働くにあたり、まずその地域がどのようなところ(地形、住民の様子、人間関係、医療環境、交通環境など)を知った上で、提供すべきケアを考えることが大切だと思う。患者一人一人へのアプローチだけでなく、利根町の中澤先生が特養に訪れて看取りを行うことへの相談を受けていたように、「住民のためになること」を積極的に探って行っていくことで、町全体の環境をよりよいものにする視点が大切だ。その実現のためには他の医療職、時に行政などの非医療職を尊重し連携しようとする姿勢も重要である。

4) 5-6年選択クリニカル・クラークシップについて

実習後に学生が作成したポスターのタイトルおよびポスターを一部紹介する。総合診療の様々な視点から実習体験と事後学習により学びを深めた上でわかりやすいプレゼンテーションにまでつなげており、同学年の学生に対して学びを共有している。

ポスタータイトル例

- ・家庭医療の原理原則とイギリスと比較した日本の家庭医療の特徴
- ・緩和医療を受容できず怒りを見せた患者への対応
- ・離島医療を通して感じた総合診療医の重要性

・沖縄におけるSDH (Social Determinants of Health) についての考察

- ・高齢者の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現にむけた提言
- ・在宅医療を推進するために必要なこと ~医療者教育の観点から~

資料として、図3-1、3-2 (P. 475-476) に5-6年次総合診療科選択クリニカル・クラークシップの学生ポスター例を提示する。

5) 本学学生の町村部へき地における勤務希望について

一連の教育成果のまとめとして、1, 3, 6年次学生に実施している本学の学生のへき地、町村部など医師不足地域における将来の勤務希望のコホート調査結果を記す⁵⁾。2008年度~2010年度に筑波大学医学類に入学した一般枠(卒業後の医師不足地域の勤務を課せられている地域枠学生を除いた)医学生を対象として、1, 3, 6年次で経時的に将来の町村部・へき地での勤務希望(へき地は1年以内の短期勤務の希望についても)を明らかにすることを目的とした自記式アンケート調査を実施した。各地域における将来の勤務希望を5非常に(希望する)~1全く(希望しない)の5段階のLikert Scaleで尋ねた。全ての調査に回答した3学年合計190名を有効回答として集計した(有効回答率62.5%)

学年ごとの希望の分布を図4に記す。町村部の希望は3学年とも希望あり(4または5)の学生が4割程度であった。へき地勤務希望者は、長期では学年が上がるごとに漸減したが、短期でのへき地勤務の希望者の割合は1年次から3年次に減少したものの6年次では再度増加した。

地域別の将来の勤務希望の変遷を解析した結果を、図5-1, 2, 3に示した。

町村部における勤務希望(図5-1)は1年次から3年次、さらに6年次にかけて6割ほどが希望を維持

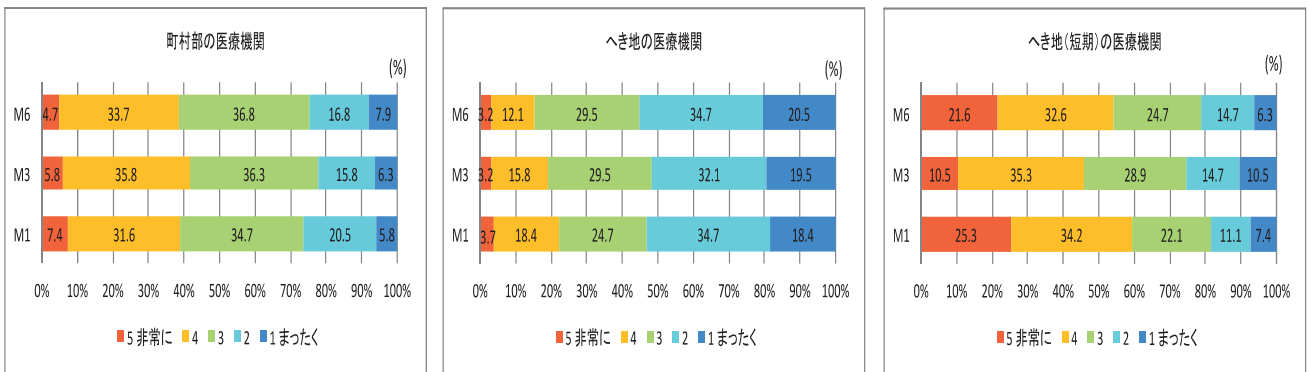


図4 働きたい地域に関する回答分布 (n = 190)

できていた。低学年で希望ありだったものの4割前後が、順次希望なしに変わった一方で、希望なしから希望ありに変わったものも一定数観察された。

へき地における勤務希望（図5-2）は1年次から3年次、さらに6年次にかけても十数名が希望を維持できており、希望ありからなしへ変わった者が過半数であったのと同時に、途中から希望ありになったものも1割前後みられた。

1年以内の短期のへき地勤務希望（図5-3）は1年次から3年次、さらに6年次にかけても約7割ずつが希望を維持できており、希望ありからなしへ変わった者が3割程度であったのと同時に、3年次から6年次は41%（42名）が希望なしから希望ありに変わっており、卒業時点では過半数が希望していた。

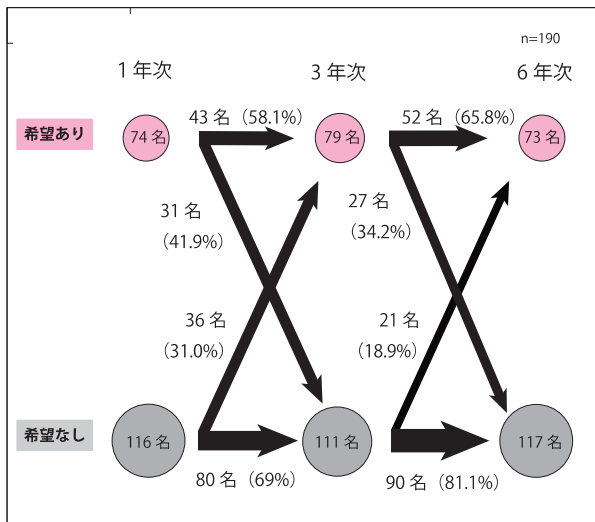


図 5-1 将来の勤務希望の在学中の変遷（町村部）
 ※図の面積，線の太さは，人数を示す

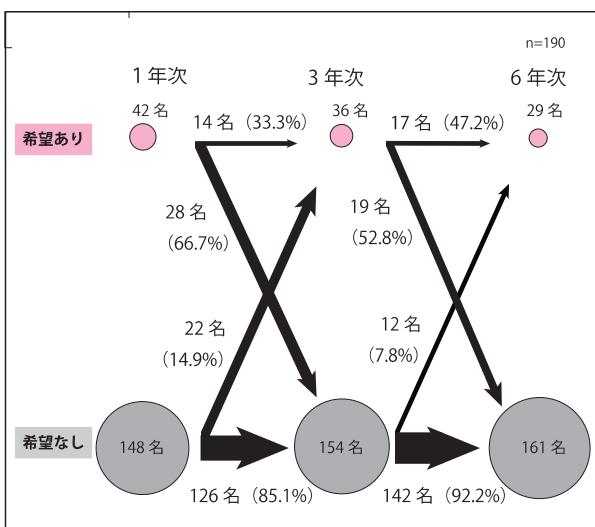


図 5-2 将来の勤務希望の在学中の変遷（へき地）
 ※図の面積，線の太さは，人数を示す

今後の展開

大学のあるつくば市から遠く離れた茨城県内の地域における実習プログラムの運営において、質の高い総合診療を提供する実習施設と宿泊施設の確保が不可欠である。実習は、本学が教員を定期的に派遣して地域医療教育を行う「地域医療教育ステーション」制度を活用しており（P. 453 参照）、ステーションのうち北茨城市民病院附属家庭医療センター、大森医院、大和クリニック、笠間市立病院は、建設の時点から教育業務を念頭に置いて設計されており、学生の宿泊施設が確保されている。そのほかの施設では、近隣の介護施設等を活用して宿泊できるよう配慮していただいている。このように、地域医療教育へのご理解・ご厚意のもとで宿泊を手配や資金援助をくださる自治体・施設の存在は、週単位の5-6年次の地域医療現場での実習の運営の要となっており大変有り難いものである。しかしながら、地域枠入学導入などに伴い一学年の学生数が平成31年度の5年生は140~150名と従来の1.5倍に増加しつつあり、更なる施設の確保が課題になっている。引き続き地域医療教育のねらいを理解いただき、教育環境の整った施設との協力関係を築いていく必要がある。平成30年度は新たに北浦診療所（行方市）が医療概論V/総合診療科実習に加わるようになっていく。

別な側面としては、前述のように地域医療教育は実習の受け入れ施設には多大な協力があって実習が成り立っているが、地域実習において学生が一方向的に学ばせていただくだけではなく、地域の方にとって医学生との関わりがなんらかのプラスになる形を

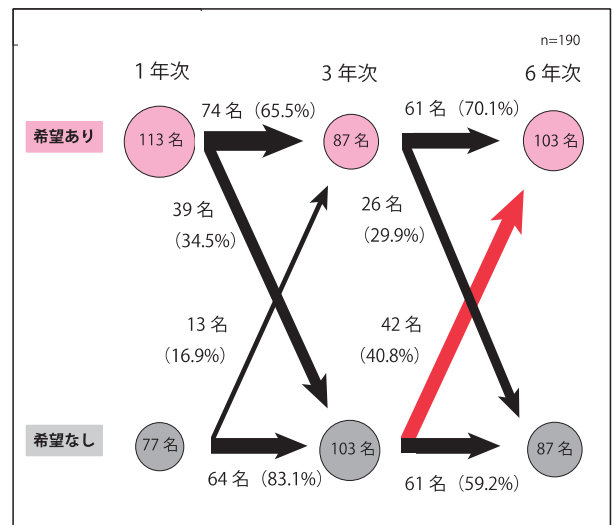


図 5-3 将来の勤務希望の在学中の変遷（短期間のへき地勤務）
 ※図の面積，線の太さは，人数を示す

目指すことが大切である⁶⁾。学生が患者・地域住民の方々が生活において何を喜びとして何に困っているのかに関心を持ち、その思いを傾聴することなどから何らかの役にたてる可能性がある。将来医師になる者としての責任の自覚を涵養するプロフェッショナル教育の面からの有用性も期待でき、このような患者、地域と医学生、医学部の双方にプラスになるために、低学年からの体系的な総合診療/地域医療の螺旋型プログラムの特性を生かして、座学と実践の有機的なつながりを強化していきたい。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

本学では全ての学生が総合診療医の専門性と役割を現場の活躍を目の当たりにして学べる螺旋型の地域医療実習教育を行っている。しかし国内の地域医療実習の事例をみると、低学年における短期の保健福祉現場での実習を必修として実習する大学は少なくないが、高学年における週単位の診療参加型実習を必修として学年全員のプログラム実施している大学は自治医科大学などごく僅かに留まっており、ほとんどが地域医療に興味をもつ一部の学生を対象とする選択実習として行われているのが現状である。地域医療教育の実践にあたり、一学年百数十人という学生を受け入れ、地域の医療機関との連携を図るためには、地域医療や地域における職種間連携を真に理解している教員が、カリキュラムを組み、大学および地域の関係者双方とが連携して細やかな調整を行う必要がある。このような地域医療教育プログラムの実施に当たっては、これらの一連のプロセスを担う大学教員が、地域医療教育ステーション制度により（P.453 参照）本務の一環として地域の現場において現役の総合診療医として活躍している、またはその経験を有する総合診療/家庭医療専門医であることが非常に重要である。総合診療マインドと確かな総合診療の医学的スキルをもち地域現場スタッフと関係性を築きながらそのリアリティを自ら語る教員こそが、ねらいに沿った実習を計画でき、学生の地域における実習へのモチベーションを引き出し、学びをサポートするのに不可欠からである。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

前述の通り、本学の体系的な地域医療プログラムのねらいの一つが多職種の役割および職種間連携の理解にある。特に在宅ケアの教育においては、学生

が現場における多職種連携の重要性について実感をもって理解できていることが、低学年および高学年のコースの学生レポートからも推察される。本学の全ての卒業生が地域における総合診療と多職種連携の実際とその必要性を正しく理解して将来医師として働くことができることは、これから我が国の各地域で求められている在宅医療の推進の基盤になる病診連携、多職種連携の円滑化にもつながり非常に重要なものである。

③医療や社会に与えるインパクト

②の多職種連携の意義と実際を理解した卒業生を社会へ輩出できるインパクトに加え、本学の取り組みが医師不足地域の医師確保にも貢献できる可能性が示唆されている。へき地勤務医師イコール総合診療医ではないが、人口当たり医師数全国ワースト2位の茨城県は医師不足が深刻化しており、町村部・へき地で総合的に対応できる総合診療医が求められていることは事実である。

「高学年になるにつれて rural area の勤務希望者が減少する傾向」は国内外でも地域医療の担い手の確保における課題として指摘されている。平成22年～27年に行われた全国の地域枠学生を対象にしたコホート調査⁷⁾では、地域枠入学に伴う卒業後の就労義務を終えた後の「医師不足地域での就労意思」の入学時と卒業時の変化について報告されている。入学時に医師不足地域の就労について高い意思を持っていた者のうち、卒業時に高い意思が保たれていた者は32%に留まり、また入学時に意思の低かった者で卒業時に向上したものはほとんどいなかった。設問や回答肢が異なるためデータの直接的な比較はできないが、地域枠入学の学生であっても、医学部在学中に医師不足地域における従事についてのモチベーションを維持することが難しいことを考えると、成果の項の(5)に記したように、本学では一般枠であっても「学年が上がるにつれて rural area の勤務希望者が減少する」傾向をくい止められ、短期であればむしろ高学年で増加していることは、注目に値する。

この背景には、高学年の地域の現場の実習を通して、特に地域における短期間の勤務については医師のスキルアップにもつながりうるというキャリアにおける意義やその魅力を学生が目目の当たりにして、rural area で働くことを positive に捉えられるようになったことが影響していると考えられる。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

このように地域における総合診療医の役割、職種間連携について、低学年で学んだことが5年次になって地域の現場でじっくり体験できる体系的なプログラムにより、これらの理解を深めることができている。低学年から繰り返し地域医療について学ぶプログラムを卒前教育カリキュラムに組み込んだ背景として、総合診療科の教員が大学病院の診療部門だけでなく、医学部教育全体の方針を検討するカリキュラム委員会のような組織にコミットできたことが大きい。

我が国の医学教育は、医学教育モデル・コア・カリキュラムの導入と改訂、国際基準に基づいた医学教育の分野別認証、地域枠入学制度の導入など刻々と変化している。医学教育モデル・コア・カリキュラムの平成28年度の改定では「臨床実習は今後、今まで以上に地域医療（地域完結型医療や地域循環型医療）や地域包括ケアシステムを意識した内容になるため、地域の医療機関等には各大学の実習への協力が必要、更に、チーム医療や多職種連携の観点から、医療系に限らず、また資格系職種に限らず、多くの職種との協働が卒後において求められることから、卒前段階から様々な形で、そのための教育への協力が必要」と冒頭に記載されている⁸⁾。医学教育分野別評価基準日本語版VER2.2⁹⁾では、臨床医学と技能(2.5)として「重要な診療科で学習する時間を定めなくてはならない」と記しており、重要な診療科に内科、外科などと並び総合診療科/家庭医学を明記している。このような背景から各大学におけるカリキュラムが見直されつつあり、総合診療の教育を実践するための環境調整の必要性に迫られている。この課題に対応するためには、総合診療科の教員を医学部教員として配置が不可欠と考えられる。更には、各学年百数十人もの学生を対象とする実習において教育の質を担保して着実に教育成果をあげるためには、直接教員が学生を教えることに加え、県内に広がる地域施設との密な連携を図る必要がある。多大な教育へのマンパワーが必要である。そのため医学部に教員一人を配置するだけでは不十分であり、相当数の教員が必要である。筑波大学総合診療科には、18名の教員が在籍しており、そのうち12名が日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医の資格を有している。このうち13名が寄附講座等(P.453参照)に所属して地域の現場と大学両方で勤務しており、4名が医学群医学教育企画

評価室に専任または兼任で所属して、医学教育の業務に携わっている。このように総合診療医を複数診療・教育・研究を担う立場で配置できている大学は非常に限られており、国際基準に基づく医学教育を行うためにも、今後我が国の医学部として、人材配置の方向性について検討する必要があると思われる。

文献

- 1) 大谷尚. 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案—着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き—. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 教育科学.
- 2) 2008; 54 (2): 27-44. 福士元春, 名郷直樹. 指導医は医師臨床研修制度と帰属意識のない研修医を受け入れられていない指導医講習会における指導医のニーズ調査から. 医学教育. [原著論文]. 2011; 42 (2): 65-73.
- 3) 石丸直人, 高屋敷明由美, 前野貴美, 河村由吏可, 小曾根早知子, 前野哲博. シナリオを用いた在宅ケアコースから医学部2年生が学んだこと—学生レポートの質的分析より—日本PC 連合学会誌 2017; 40 (2): 91-8.
- 4) Ishimaru N, Takayashiki A, Maeno T, Kawamura Y, Kurihara H, Maeno T. The impact of an early_exposure program on medical students' interest in and knowledge of rural medical practices: a questionnaire survey. Asia Pac Fam Med 2015;14(1):3
- 5) 速水恵子, 高屋敷明由美, 前野貴美, 鈴木英雄, 内藤貴宏, 前野哲博, 田中誠, 榎正幸. 医学生へのき地勤務希望に関するコホート調査. 医学教育 48 suppl 170
- 6) Worley PS, Couper ID. Chapter 15 In the Community. A Practical Guide for Medical Teacher. Third edition. Churchill Livingstone, London, 2009, p113-20.
- 7) 片岡義裕, 高屋敷明由美, 佐藤幹也, 前野哲博. 地域枠学生が医師不足地域に定着しようとする意思の変化についての記述的研究. 医学教育 47 suppl 161
- 8) 医学部モデル・コア・カリキュラム平成28年度版(平成28年11月16日): http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/siryou/_icsFiles/afieldfile/2016/12/15/1380355_001.pdf 2018年4月30日アクセス
- 9) 医学教育分野別評価基準日本語版VER2.2 世界医学教育連盟(WFME)グローバルスタンダード2015年版準拠(平成29年6月26日): https://www.jacme.or.jp/pdf/wfme-jp_ver2.2.pdf 2018年4月30日アクセス

表1 2年次医療概論Ⅱ在宅ケアコースの概要

ねらい：地域における生活者としての患者、家族の姿のイメージすることおよび在宅ケア現場におけるチーム医療の意義と医師の役割を学ぶこと					
時間割	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
1時限					講義：高齢者の在宅ケア
2時限		講義：地域医療の現状と課題			発表会
3時限	オリエンテーション、症例提示*	講義：職種間連携	グループ別質問タイム**	講義：地域医療の将来	
4時限	講義：家庭医療とは	グループ別質問項目検討		グループ学習(発表準備)	総括
5時限	コアタイム1	自習	コアタイム2		レポート作成
<p>*症例提示：ケースについて地域、患者と屋内外の様子について、写真と口頭説明で紹介。</p> <p>**質問タイム：シナリオ作成者が各グループをまわり、学生がケースの問題解決、ケアプランの提案に必要なケースに関する質問をする。</p> <p>シナリオの概要：</p> <p>(前半) 茨城県山間部の桜川市(旧大和村)在住の82歳の女性Aさん、認知症が進行し夫と二人で、近くのBクリニックかの訪問診療を受けて暮らしていた。夫が急死してしまい、一人残され、夫の妹のCさんからケアマネージャーに相談があった。連絡を受けたBクリニックの医師とともに実習中の医学生がAさん宅を訪ねる。</p> <p>(後半) Aさんは認知症で独居は困難、近所のコンビニで無銭飲食をしてしまうなどの問題もある中、Aさんの家にいたい希望をどのように叶えることができるか、キーパーソンのCさんと医療・福祉関係者でミーティングをすることになった。</p> <p>(総括で提示した後日談) 介護保険認定を再申請、介護支援サービスの回数を増やすなど調整を行い、Cさんと各職種スタッフで連携して支援を行った。半年間自宅での生活を送った後に、新しく設立されたグループホームに入所した。</p>					
<p>教育リソース：担当者、教室など</p> <p>オリエンテーション、症例提示、講義：総合診療科教員が担当、講義室で実施</p> <p>コアタイム：チューター(ファシリテーショントレーニングを受けた、専門内外の医学系の一般教員)が学生の討論をサポート、小部屋で実施(8人×19グループ)</p> <p>質問タイム：Bクリニック医師*、小部屋で実施</p> <p>発表会と総括：Bクリニック医師*と総合診療科スタッフが進行、講義室で実施</p> <p>備考：教材は総合診療科スタッフ・Bクリニック医師*が合同で作成</p> <p>Bクリニック医師*：元総合診療科スタッフ、本学の非常勤講師として任用</p>					
<p>評価：1)各グループ担当のチューターによるコアタイムの参加状況に関する観察評価(積極性、論理性、プレゼンテーション能力など) 2)レポート 3)出席状況をあわせて判定。</p>					

表2 2年次医療概論Ⅱ 地域医療実習施設とプランの一例

<p>ねらい：</p> <p>1) 地域で医療・介護・リハビリ等を受けている人たちとのふれあいを通して、その人たちの特徴を述べる事ができる、2) 医療・福祉にかかわる人達（医療スタッフ、介護スタッフなど）とのコミュニケーションを通して、社会における医療の位置づけについて理解する、3) 在宅で医療を受けている患者さんやその家族とのふれあいを通して、日常生活の中での医療・介護の関わりを知る、4) 医療・福祉・行政の枠組みと連携について述べる事ができる</p>
<p>教育リソース：担当者、教室など</p> <p>オリエンテーション：総合診療科教員が担当、講義室で実施</p> <p>実習指導：各施設指導医</p> <p>実習施設：地域医療教育ステーション：北茨城市民病院附属家庭医療センター(北茨城市)、笠間市立病院(笠間市)、利根町国保診療所(利根町)、大和クリニック(桜川市・旧大和村) 神栖済生会病院(神栖市)</p> <p>その他の施設：宮田医院(筑西市)、生きいき診療所(結城市)、ひたち太田家庭医療診療所（常陸太田市）、小豆畑病院（ひたちなか市）、小田内科クリニック（つくば市）、市川ファミリークリニック（阿見町）、佐藤内科脳神経外科（守谷市）</p>
<p>実習内容（笠間市立病院の例）</p> <p>午前：病院の各部署や訪問の現場を見学(①～⑤から2つを選択)</p> <p>① 訪問リハビリ実習②病棟業務実習③栄養科実習④薬剤師実習⑤ケアマネージャー実習</p> <p>午前実習後に振り返り</p> <p>午後：訪問診療実習（希望者）</p>
<p>評価：1)実習態度 2)レポートをあわせて成績判定。</p>

表3 3年次医療概論Ⅲ地域ヘルスプロモーションコースの概要

ねらい：地域の現場で「ひとびとの健康を守る」役割を効果的に学ぶため、地域・学校で開催される健康教室を自ら実際に企画・実施し、地域の特性を十分に考慮した予防医学・健康教育の重要性を知り、それを地域で効果的に実践するための技能を身につける。

オリエンテーション
(5月下旬)

概要説明、テーマ希望調査

↓

健康教育企画実習
(7月、1週間)

講義・テーマ別演習。地域現場での健康教育実習にむけて、指導者のもとで健康教育の企画準備を行う。

テーマ一覧：1. 禁煙教育(小学生)、2. 禁煙教育(中学生)、3. 食生活(減塩)指導(中高年者)、4. アルコール指導(大学生)、5. 離乳食指導(母親)、6. 幼児の口腔機能育成(幼児と保護者)、7. 食事・運動指導(中高年者)

↓

地域現場での実習
(9-2月)

地域の現場にでて、健康教育を行う。

健康教育企画実習 時間割例 (テーマ：中高年者の食事運動指導、指導者：総合健康企画ヴィヴァン 小室秀子氏：管理栄養士・健康運動指導士)

時間割	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
1時限		演習：チューブ体操		全体演習：セルフケア支援	全体講義：ライフサイクルにおけるセルフケア支援
2時限	オリエンテーション、 全体講義	運動療法：理論と実技1	運動療法：理論と実技2	自習：発表会準備	発表会
3時限		食事療法：交換表の使い方	食事療法：生活習慣病3	食事療法・運動療法まとめ	
4時限		食事療法：生活習慣病1	グループ作業：発表会課題準備	発表会準備演習	
5時限		食事療法：生活習慣病2			
6時限	運動療法1実技	自習：チューブ体操について	自習	自習	

教育リソース：担当者、教室など

オリエンテーション：総合診療科教員が担当、講義室で実施

講義・テーマ別演習：各テーマの地域コーディネーター(茨城県内の地域でヘルスプロモーション活動を実施する医師、歯科医師、管理栄養士他の現任者、本学の非常勤講師として任用)が担当、大学内ゼミ室・地域施設などで実施

発表会：総合診療科スタッフが担当、5教室(各6~7グループ)で実施

評価：健康教室企画演習の態度・1行日記、地域における健康教育実習の成果物と実習後レポートで総的に評価する。

表4 5-6年次医療概論Ⅴ / 総合診療科クリニカル・クラークシップの概要

ねらい：1) 場による医療の違いを踏まえた総合診療医の専門性の理解、2) 地域のヘルスケアシステム全体からみた住民・患者・家族の健康問題の把握 3) 臨床推論能力の修得					
スケジュールと内容					
4週初日：全体オリエンテーション、4週最終日：全体総括、振り返り					
ローテーションパターン例：第1～4週ローテーションの組み合わせ：大学総合診療科(必修) 1週間、茨城県内の診療所(2～3週)、中核病院総合診療科(0～1週)					
学生 No	第1週	第2週	第3週	第4週	
1	大学総診	神栖	笠間	笠間	
2	大学総診	神栖	笠間	笠間	
3	水戸協同	神栖	大森	大学総診	
4	大学総診	神栖	大森	生きいき	
5	宮田	大学総診	神栖	緩和ケア	
6	利根町	大学総診	神栖	北茨城	
7	大学総診	TMC	神栖	北茨城	
8	TMC	大学総診	利根町	神栖	
9	大森	利根町	大学総診	神栖	
10	大森	水戸協同	大学総診	神栖	
11	大和	大和	大学総診	神栖	
12	大和	大和	神栖	大学総診	
13	北茨城	北茨城	TMC	大学総診	
14	北茨城	北茨城	大学総診	TMC	
15	北茨城	北茨城	宮田	大学総診	
<p>大学総診：筑波大学附属病院総合診療科、TMC：筑波メディカルセンター病院（つくば市）、水戸協同：筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター/水戸協同病院（水戸市）</p> <p>地域医療教育ステーション：北茨城（北茨城市民病院附属家庭医療センター/北茨城市）、笠間（笠間市立病院/笠間市）、利根町（利根町国保診療所/利根町）、大和（大和クリニック/桜川市・旧大和村）、大森（大森医院/常陸太田市・旧里美村）、神栖（神栖済生会病院/神栖市）</p> <p>その他の施設：宮田（宮田医院/筑西市）、生きいき（生きいき診療所/結城市）</p> <p>緩和ケア：筑波大学附属病院緩和ケア科他</p>					
<p>教育リソース：担当者、教室など</p> <p>オリエンテーション・総括：総合診療科教員が担当，講義室で実施</p> <p>各施設における指導：地域医療教育ステーションおよび近隣施設のスタッフ・職員、総合診療科教員、行政職員</p>					
評価：各施設におけるパフォーマンス、レポートから総合的に評価。					

表5 5-6 年次総合診療科選択クリニカル・クラークシップの概要

<p>ねらい：1) 医学生として責任をもって行動し、各施設のスタッフ、患者、住民に常に敬意をもって接することができる。2) 地域医療に求められているものと、それぞれの医療機関における総合診療医の役割を説明できる。3) 実習中に生じた疑問について、関連する書籍や文献を活用して自己学習を行い理路整然とレポートを記し、自分の言葉でわかりやすく発表できる。4) 指導者のもとで振り返りを行い、将来自分が医師としてのキャリアにつなげるための課題を明確にすることができる。</p>					
<p>スケジュールと内容：はじめの3週間は学外施設で実習し、最終週は学内で実習のふりかえりやまとめの学習を行う。</p>					
オリエンテーション～	プラン決定後～ 出発前	実習1～3週目	実習4週目	実習後	平成30年7月
実習施設プランニング	挨拶メール、移動・宿泊の手配、担任との面談、評価表受け取り	全国の施設にて実習、担任へ進捗報告メール	大学にて振り返り、課題、報告会、ポスター*作成準備	ポスター仕上げ	ポスター発表 (予行演習会と本番)
<p>*ポスター：選択クリニカル・クラークシップについて、全学生がいずれかの診療科における実習の学びや経験症例をもとに学会形式でポスターを作成し発表する。</p>					
<p>実習協力施設一覧（平成29年度）</p> <p>上川医療センター、更別村国保診療所（北海道）、石巻市立病院（宮城県）、石岡第一病院、国立霞ヶ浦医療センター総合診療科、筑波メディカルセンター病院緩和ケア科（茨城県）、東京ほくと生活協同組合 王子生協病院・浮間診療所・鹿浜診療所・汐入診療所・北足立診療所・荒川生協診療所、東京城東病院（以上東京都23区内）、あおぞら診療所、わぎクリニック、花の谷クリニック（千葉県）、川崎セツルメント診療所、あさお診療所（神奈川県）、シティ・タワー診療所（岐阜県）、諏訪中央病院総合診療科（長野県）、明日香村診療所（奈良県）、上五島病院（長崎県）、沖縄県立八重山病院附属小浜診療所、与那国町診療所、ファミリークリニック北中城、沖縄県立宮古病院（沖縄県）</p>					
<p>教育リソース：担当者、教室など</p> <p>オリエンテーション：本プログラム担当の総合診療科教員2名がコーディネート</p> <p>個別の実習支援：総合診療科教員1名が担任となってサポート、振り返り、レポート・ポスター作成指導、各施設における指導：各施設の医師、多職種スタッフ</p>					
<p>評価：各施設におけるパフォーマンス、実習発表会のプレゼンテーション、レポート、担任による態度評価から総合的に評価する。</p>					

「え！？ こんな状態でも入院しないの？」 ～在宅医療で問われる懐の広さ～

学生氏名 ○○

診療科:総合診療科 指導教員:吉本尚先生

背景・目的

地域包括ケアの中で在宅医療は大きな役割を占めることが示唆され、今後も需要が高まることが期待される。在宅医療で経験する救急症例の中で、今回意思決定が困難な患者において患者の最善の利益を考えた家族の代理同意が尊重された症例を経験したので、「臨床倫理の4分割法」に沿って考察した。

背景

この症例で適切な治療方針を決定するために重要なことは何であったかを「臨床倫理の4分割法」を用いて明確にした。左下に「臨床倫理の4分割法」を示す。

症例

【患者】96歳 男性
【主訴】発熱、嘔吐、意識障害
【現病歴】2016年1月29日より咳嗽など感冒症状が出現した。その後も咳嗽は続いていたが、発熱はなかった。2月8日朝入浴後より、発熱、嘔吐を認めた。
【既往歴】
 大動脈解離(DeBakey分類Ⅲ)、胃癌術後、高血圧症、異型狭心症、前立腺肥大症、うつ病、睡眠障害、不安障害、認知症
【ADL】有料老人ホーム住まい。歩行困難で介助下で車いす移動。認知力低下している。週一回の訪問診療を利用している。
【受診時現症】
 意識レベルⅡ-20、体温38.6℃、血圧90/64mmHg、脈拍110/分・整、呼吸数24回、SpO2 92%(room air)
 呼吸音:rhonchi(+)、CVA叩打痛(-)
【検査所見】
 WBC16000、CRP11.8
【経過】
 肺炎が疑われた。入院適応であり、病院での治療を勧めたが、家族は診療所での治療を希望した。血液培養を1セット採取して、セフトリアキソン2g/日を3日間点滴静注したところ改善が見られ、5日目には車いす座位保持可能であり、食事も少量摂取可能な状態にまで回復した。

臨床倫理の4分割法

医学的適応(恩恵・無害性) 1.診断と予後 2.治療目標の確認 3.医学的効用とリスク 4.無益性(futility)	患者の意向(自律性尊重) 1.患者さんの判断能力 2.インフォームドコンセント(コミュニケーションと信頼関係) 3.治療の拒否 4.事前の意思表示(リビング・ウィル) 5.代理決定
QOL(幸福追求) 1.QOLの定義と評価(身体、心理、社会的側面から) 2.誰がどのような基準で決めるか ・偏見の危険 ・何が患者にとって最善か 3.QOLに影響を及ぼす因子	周囲の状況(効用と公正) 1.家族など他者の利益 2.守秘義務 3.経済的側面、公共の利益 4.施設の方針、診療形態、研究教育 5.法律、慣習 6.宗教 7.その他

・医学的適応
 痰が多く、身体所見から肺炎を最も疑った。本人の状態は不良で体動困難であり、胸部レントゲンの撮像は不可能であった。VitalはqSOFAの三項目を満たしており、肺炎と合わせてsepsisの診断であった。診療所にはオグメンチン(内服)とロセフィン(点滴)しかなく、治療しても奏功するかは不確実であり、最悪の場合命を落とす危険性もあった。肺炎のA-DROPは重症で入院適応であり、その点も合わせて近くの病院へ入院加療した方がよいという判断であった。

・患者の意向
 認知機能の低下を認め、普段はしっかりと会話を理解できる状態であったが、現在は意識レベル低下しており、会話はできず本人の意向も確認できなかった。また事前の本人の意向も蘇生処置をしないという以外には確認していなかった。しかし以前入院した時には食欲も落ち、不安障害もあることから入院中は落ち着かず、気が滅入ってしまったという経緯があったと家族から情報があった。今回入院するかどうかの判断については親族で一番近い存在である息子と娘であると判断し、入院の必要性について相談した。

・QOL
 元のADLは車いすで座位保持は可能な状態であった。認知機能低下はあるが、会話はできる状態であった。現在は意識レベル低下し体動で嘔吐が誘発される状態であった。適切な治療が行われなければ最悪の場合死にいたる状態であったが、入院した場合は状況が変わったことによる精神的苦痛やせん妄のリスク、衰弱によるさらなるADL低下が考えられた。

・周囲の状況
 家族や社員から慕われており、よく会いに来ている。本人は現在意思表示ができる状態ではなく、息子や娘の意向を重んじた治療決定の必要があった。家族は本人が以前入院した時、精神的な苦痛が大きかったことを踏まえ、入院するよりこちらで治療することを希望した。入院した方が医学的に集学的な治療を受けられる可能性があり、治る可能性が高くなることも説明したが、本人の思いをくみ取った家族の意思は、結果はどうであれ診療所で治療をしてほしいということであった。

考察

「臨床倫理の4分割法」を利用すると、今回の症例では本人の思いをくみ取った家族の意思が重要視され治療方針に大きな影響を与えたため、結果として患者のQOLを損なうことなく方向性を決定することができ、結果として治療が奏功したことに気が付いた。

結論

臨床現場では実際、治療方針決定において医学的側面を重視しがちであるが、実際には多くの問題が混在しており非常に複雑である。「臨床倫理の4分割法」を利用することで、社会的・心理的問題点や、顕在化していない問題点を明らかにし、包括的に対応できると考えられる。また優先順位をつけて問題にどこからアプローチしていく必要があるかをある程度明確にすることができる。
 重症度の高い患者を扱い、また患者・家族背景を考慮した幅広い視野をもって対応する必要があるという点で家庭医には懐の広さが求められるが、病院等で働く医者はこうした家庭医の役割を知り、連携をとることで患者にとってより満足度の高い医療を提供できると考える。

参考文献
 白浜雅司「白浜雅司のホームページ」
<http://square.umin.ac.jp/masashi/> 2016/2/15アクセス
 白浜雅司「臨床倫理の考え方」
<http://square.umin.ac.jp/masashi/20084box.pdf> 2016/2/15アクセス

図 3-1 5-6 年次総合診療科選択クリニカル・クラークシップの学生ポスター①

実習経験と学びの言語化から明らかになった総合診療医の医師像

学生氏名〇〇

総合診療科 指導教員: 中澤一弘 先生 春田淳志 先生

背景

総合診療医とは・・・？

選択CC実習を行う以前の私の総合診療医のイメージ像

- ・ドクターCのような医師
- ・幅広い知識を持ち合わせ、様々な鑑別を挙げることで診断に特化した医師
- ・専門の臓器を持たず、人全体から病気をみていく医師

総合診療医という言葉が最近よく聞かれるようになったが、「総合診療医って、どのようなことをしているの？」と聞かれた時に明確に答えることができなかった。私は総合診療医について漠然と上記のような医師像しか持っていなかった。総合診療科の実習で数日の小さな病院、田舎の診療所、中・大規模病院のそれぞれの総合診療医の役割を見ることができ、総合診療医とはなにか、どのような能力が必要でどのような点に置き置いているのかというところを考えると考える機会を得ることができた。選択実習を経た現時点で自らの学びを踏まえて、総合診療医の医師像について明らかにした。

経験

利尻島の病院での経験

離島医療における総合診療医の仕事を見ることができた。

- ・ 離島という地において、緊急性を要する病気は島外の大きい病院へ搬送する必要がある、判断力に振っていた。
- ・ 島内には腫瘍病が多いなど、地域における疾患の傾向を把握しており、地域固有の問題を把握していた。
- ・ 健診や、定期外来の外来を通じて患者の健康意識について確認し、予防医学や健康増進の知識を提供していた。
- ・ 島民ということもあり、患者の家庭環境をコメディカルが把握しており、退院後どのように生活していくかという話を入院の段階で介入していた。



更別診療所での経験

1次医療圏における総合診療医の仕事を見ることができた。

- ・ 患者との何気ない世間話を通して、生活習慣、社会生活、家庭環境などの情報を聞き出していた。
- ・ 病気を治すだけでなく、病気になるまいよう、あるいは病気が進行せず、できるだけ長く現状の生活を維持できるように、地域の人々へ情報を提供していた。
- ・ 医師が地域の一人として存在しており、地域の人々と医療の面以外でも積極的に関わっており、医師がリーダーとなって地域に関する知識、理解があり、医師がリーダーとなって地域と連携して患者の希望に沿った医療や福祉資源を提供していた。
- ・ 外来で訪れる患者は、大学病院とは違い、定期処方外来で薬だけを持って来たり、家族に連れてこられたり、不定期的に訪れていたりと多種多様な医療ニーズを抱えた患者がいた。



印象的な出来事

更別診療所の懇話会で、片親で子供を育てながら医師をしている先生が

「自分の辛かった経験や嫌しかった経験が、自分を成長させて、成長した分だけ患者の気持ちもより理解することができるようになった。自分の成長の分だけ、患者へ還元することができる。」と教えて下さった。

水戸協同病院での経験

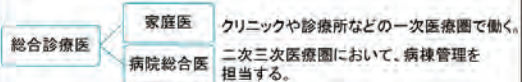
中・大規模病院における総合診療医の仕事を見ることができた。

- ・ 外来、救急外来、救急搬送してきた患者を様々な鑑別をあげ、適切な診断と、治療を行っていた。
- ・ 専門性の高い疾患に関しては、専門医と併診したり、あるいは治療を任せたり。
- ・ 患者が退院後の地域での生活を、入院時から意識していた。
- ・ 教育への意識が高く、レジデントがどのようにしたら多くのことを吸収できるのかを考えているように思えた。

学習したこと

総合診療医の定義 (日本専門医機構HPより引用)

「主に地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他の職種などと連携し、地域の医療、介護、保健など様々な分野でリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師」
働く場所によって、家庭医、病院総合医とどちらとも働く能力をもっている。



家庭医と病院総合医の共通点



家庭医の特徴

- ・ 緊急性の高い患者を二次三次医療圏へ搬送し、戻ってきた患者を地域で診ていく。
- ・ 社会福祉資源を用いて、地域で過ごしていけるような調整を多職種と連携して行っていく。
- ・ 地域医療の実践者として、地域の人々の健康増進に携わる。

病院総合診療医の特徴

- ・ 内科学一般の高い知識 ⇒ commonな病気を診断治療まで行うことができる。
- ・ 複雑に絡み合った疾患をもった患者を診療し、問題抽出する。
- ・ 一次医療圏の病院や診療所、クリニックと連携し、患者の退院後の地域での生活をサポートする。

結果

一次医療圏での実習と二次三次医療圏での実習で、総合診療医がどのように働いているかを観察した。一次医療圏では、治療が唯一の目的ではなく多種多様なニーズを持つ人々がいる。家庭医は、普段の診察や外来を通して、地域の人々と密接に関わりながら適切に医療福祉資源を用いたり、健康増進、予防医学の知識の提供実践を行うなどして、多種多様な医療ニーズを抱えている。治療が唯一の目的でないために、医師が適切なと考えられる医療を提供するだけでなく「何をしたいか」が定まらないうえ、総合診療医は患者一人一人を診察の中で患者にどのような背景がありどのような問題を抱えているかを意識し、患者が抱えている医療や患者にとって必要な医療を、医師の考える適切な医療とすり合わせながら提供していかなければならない。それが患者中心の医療であり、一次医療圏の総合診療医が提供している医療である。従って、総合診療医は患者の背景や問題点を想像する力が重要であり、その力は人としての成長とともに養われると考える。更別の医師が述べていたように、自身の様々な経験を踏まえて、患者の抱える悩みや喜びを想像していく力がついていく。

また、科を超えたプライマリケアの実践を行うだけでなく、医療を超えて保健福祉サービスを提供する姿はこれまでの大学病院の実習では観察できなかった。専門の治療を必要としている患者の明確なニーズと専門性が高い医療を提供することをもめられる大学病院と、一次医療圏との違いを知り、場によって求められる医師像が異なることを実感した。其々の場で専門医・総合診療医に出会えたことで、総合診療科の医師像がより明確になった。

考察

一次医療圏において、総合診療医は患者の背景を想像する能力が必要である。クリニック、診療所などの一次医療圏においては、様々な医療ニーズを抱えた患者がやってくる。例えば、医学的に積極的な治療を提供したほうが良い患者が治療を希望していなかったり、医学的に治療を必要としない患者が治療を求めて病院を転々としていたり、多種多様な医療ニーズを抱えている。治療が唯一の目的でないために、医師が適切なと考えられる医療を提供するだけでなく「何をしたいか」が定まらないうえ、総合診療医は患者一人一人を診察の中で患者にどのような背景がありどのような問題を抱えているかを意識し、患者が抱えている医療や患者にとって必要な医療を、医師の考える適切な医療とすり合わせながら提供していかなければならない。それが患者中心の医療であり、一次医療圏の総合診療医が提供している医療である。従って、総合診療医は患者の背景や問題点を想像する力が重要であり、その力は人としての成長とともに養われると考える。更別の医師が述べていたように、自身の様々な経験を踏まえて、患者の抱える悩みや喜びを想像していく力がついていく。

また、科を超えたプライマリケアの実践を行うだけでなく、医療を超えて保健福祉サービスを提供する姿はこれまでの大学病院の実習では観察できなかった。専門の治療を必要としている患者の明確なニーズと専門性が高い医療を提供することをもめられる大学病院と、一次医療圏との違いを知り、場によって求められる医師像が異なることを実感した。其々の場で専門医・総合診療医に出会えたことで、総合診療科の医師像がより明確になった。

結論

今回の選択実習を通して、総合診療科という医師像をはっきりとさせることができた。私が現時点で考える総合診療医とは、「地域を診ることを専門とし、科を超え、医療保健福祉サービスを提供する医師として、そして人生経験から得た人間性を通して、患者が地域で過ごしていくために患者やその背景が具体的に想像でき、それぞれにとっての最適な医療を受けられるように医療に携わることを目指す医師」と考える。

参考文献

- 1) 一般社団法人 日本専門医機構 HP <http://www.jpstn.or.jp/contents/02/020101.html>
- 2) 日本プライマリケア連合学会HP http://www.jpma.or.jp/01/01_01_01.html

図 3-2 5-6 年次総合診療科選択クリニカル・クラークシップの学生ポスター②

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療医として急性期から退院後まで包括的に関わり、 全人的ケアを提供した事例

合田 建¹ 鄭 真徳² 小松裕和³ 見坂恒明^{1,4}

要旨

【背景】卒後研修は、急性期病院で研修することが多く、回復期、退院後の生活まで関わる機会は多くない。

【事例1】88歳、慢性閉塞性肺疾患がある男性。時速40kmの自動車にはねられAセンターへ搬送された。出血性ショックの状態であり、救命出来たが、車椅子生活、気管切開を余儀なくされた。B病院でリハビリテーションを続け、退院して有料老人ホームへ入所し、訪問診療が継続された。

【事例2】78歳、胃癌術後の男性。肺腺癌の治療が副作用で中止されていた。突然、歩行障害を発症し、Trousseau症候群と診断した。本人の希望、家族背景を考慮し、ヘパリン皮下注射を導入し、退院した。その後、多職種で連携し、終末期ケアを行った。

【考察】総合診療科を中心とした研修により、急性期から慢性期、様々な診療の場を経験することで、多職種連携や全人的医療を学ぶことが出来る。総合診療科が超高齢社会で全人的医療を基盤とした医療者の教育を担う可能性が示唆された。

○事例の概要

【取り組みの背景】研修医は、卒後急性期病院で研修することが多く、回復期、退院後の生活まで関わる機会は多くない。筆頭著者（以降、筆者）の所属していた初期研修プログラムでは450床の基幹型臨床研修病院で3次医療を担うAセンター、約200床の協力型臨床研修病院であるB病院を中心に研修する。AセンターとB病院は車で20分程度の距離であり、電子カルテは両病院間で統一されており、情報を共有している。また初期研修医は、卒後2年目にB病院での8週間の総合診療科研修中の週半日、さらに地域医療の8週間で訪問診療に同行する。

【導入の経緯】事例を通して総合診療科を中心に、急性期医療から慢性期医療、またAセンターやB病

院、在宅診療など、様々な診療の場で、初期研修医として、診療に関わることが出来た。

【事例の詳細1】88歳、男性。慢性閉塞性肺疾患（COPD）の既往があった。日常生活活動度（Activities of daily living；ADL）は自立しており、職業は税理士で、88歳であるが現役で事務所の経営をしていた。自転車乗車中に、時速40kmの軽自動車にはねられてドクターヘリでAセンターへ搬送された。初期研修医で整形外科研修中であった筆者は、救急現場での初期対応に関わった。第5頸椎（C5）圧迫骨折、第1胸椎（Th1）圧迫骨折、多発肋骨骨折、右大腿骨転子下粉碎骨折、左脛骨近位端骨折、安定性骨盤骨折、鼻骨骨折、右鎖骨遠位骨折、顔面多発挫創を認めた。出血性ショックをきたしており、気管内挿管され、輸血、及び緊急創外固定術が行われた。2期的に左脛骨、右大腿骨の根治術を施行されたが、術中の全身状態が悪く右大腿骨の完全な固定は出来なかった。そのため、術後の急性期治療の期間、長期の車椅子移動を強いられた。COPDの影響

1. 兵庫県立柏原病院 内科
2. 佐久総合病院 総合診療科
3. 佐久総合病院 地域ケア科
4. 神戸大学大学院 医学研究科 地域医療支援学部

か喀痰も多く、多発肋骨骨折による疼痛、C5、Th1の圧迫骨折に対する頸椎カラーのために排痰が難しく、誤嚥性肺炎を繰り返した。吸痰のため気管切開を施行し、その後は筆談でのコミュニケーションとなった。

全身状態は改善し、急性期医療の必要性は脱したために、B病院の総合診療科へ転院・転科した。言語聴覚療法、理学・作業療法等で集学的に嚥下リハビリテーションを続けたが、経口による十分な栄養摂取は困難であった。高齢であったが、もともとADLは自立し、税理士として事務所の経営をしていたこともあり、障害を前向きに捉え積極的にリハビリテーションへ取り組んでいた。筆談を通してコミュニケーションをとり、胃瘻を造設した。救急で対応した5ヶ月後に筆者はリハビリテーション科での研修となり、再度患者と対面し、多発外傷後の状態から回復している姿を見て感銘を受けた。

もともと高齢夫婦で居住しており、長男は東京在住、長女も遠方に在住していた。それぞれに家庭があり、家族のサポートは受けられなかった。患者の療養中、妻は東京の息子家族と一緒に生活することとなった。吸痰行為が常時必要であり、介護の面からも患者の自宅退院は困難であった。このため、介護保険を申請し、常時看護師がいる有料老人ホームへ退院した。この老人ホームへは、引き続き訪問診療が行われた。

患者の退院3ヶ月後に再度総合診療科研修となり、訪問診療で筆者が同行することが出来た。訪問診療では気管切開部の気管カニユレの交換や内服調整を行った。施設看護師が毎回訪問時に患者の詳細な経時的な情報を伝えて下さり、家族が訪問診療に同席することもあった。胃瘻造設中であるが、経口摂取の楽しみであるアイス摂取を継続し、車椅子で自走をして回復具合を筆者に見せてくれた。退院後は趣味の麻雀や家族や施設職員と楽しそうに過ごしているように見えた。また徐々に体力は回復しており、リハビリテーションの成果が出ていると筆者は感じていた。

胃瘻造設は行っていたが、退院後も誤嚥性肺炎を繰り返し、何度かAセンター、B病院へ入院した。退院後もすぐに近くの病院へかかることができる安心感は強かった。しかし、Aセンターへ入院した時に、同伴された家族が事故を思い出し、涙したというエピソードもある。医療者からすると、経験する多症例の中の1症例に過ぎないが、患者・家族にとっては重大な事象であったことを改めて実感した。

受傷後1年を経過して、気管切開孔閉鎖術なども検討されたが、嚥下機能の改善に乏しく、実現出来なかった。患者・家族から「旅行したい。」との申し出があった。気管カニユレの管理などを行いつつ、新幹線での旅行も訪問看護師同伴で実現することが出来た。

患者は新幹線移動を含めて、とても楽しかったようで、すでに次の旅行の計画を立て始めていた。家族も久しぶりの旅行ということで喜んでいて、筆者は患者が障害を残しながらも楽しみ、目標を見つけ、前向きに生活していることを感じた。当初は多発交通外傷の患者としてしか見えていなかったが、一緒に旅行を楽しむ家族がいて、生活を営む一人の人間であることを再認識した。

【事例詳細2】 78歳、男性。2年前に胃癌に対して胃全摘術を行った。入院半年前に術後のフォローアップCTで鎖骨上・縦隔のリンパ節腫大を認めた。リンパ節生検により肺腺癌(T1N3M0)と診断し、化学療法が行われたが、抗がん剤の副作用と思われる薬剤性肺臓炎を発症し3ヶ月前に治療が中止となっていた。起床時からの左手足の間欠的感覚障害、歩行困難を主訴にB病院の救急外来を受診し、筆者が対応した。明らかな四肢の麻痺はなかったが失調症状を認めた。頭部MRIで多発微小脳梗塞と判明した。背景から悪性腫瘍による凝固障害で、多発脳梗塞に至ったTrousseau症候群が疑われ入院した。長男夫婦に、脳梗塞をきたし、悪性腫瘍と関連がある可能性を伝えた。長男からは「本人は落ち込みやすく、脳梗塞は伝えてもいいが、癌との関連は伝えないでほしい。」と要望があった。

翌日右上下肢の麻痺と半側空間無視、運動性失語など症状が悪化したが、ヘパリン投与とリハビリテーションを行い、徐々に麻痺は改善した。歩行は自立し、認知機能も良好であった。呼吸器内科からは緩和治療を勧められた。

本人の退院希望があり、長男夫婦(家族図参照)と相談し、介護保険を申請し、環境調整を行いつつ自宅退院の方針とした。ヘパリン注射を直接作用型経口抗凝固薬へ変更したが、麻痺症状の悪化を認めた。血液腫瘍内科と相談したが、Trousseau症候群で退院した人は今までいないと言われた。本人・家族はそれでも退院希望が強かった。

同時にAセンターの婦人科で統合失調症の既往のある患者の娘が子宮頸がんで治療中であった。化学療法を行なったが、副作用で食事摂取が進まず、幻視症状などがあり、治療は難渋していた。化学療

法もなかなか進まないため、B病院へ転院し、父親の主治医であった筆者がその娘を担当することになった。精神科と相談しながら、薬剤調整を行い、父との面会を行った。徐々に幻視などの症状は落ち着き、食事摂取も良好となった。

症状の悪化後、ヘパリンの持続注射を行い、退院へ向けて1日2回のヘパリン皮下注射へ変更した。長男嫁が介護休暇を取り、病棟看護師がヘパリン皮下注射の指導を行った。退院1週間前から右頸部リンパ節腫大と疼痛を訴えた。造影CTではリンパ節腫大と動脈内血栓を認めた。本人は妻が大腸癌末期で亡くなる時、同部位のリンパ節腫大を見ていたため、「もうだめかい。」と悲観的になっていた。軽度の運動性失語はあるが、認知機能は保たれていたため、本人へ病状、予後告知を考えた。しかし、本人は「自分は落ち込むから、悪い話は聞きたくない。」と拒否された。退院調整会議では病棟看護師、訪問看護師、ケアマネージャー、長男夫婦を交え、根治が困難で、予後が数ヶ月であること、本人の希望で病状は未告知であり、今後病状が悪化してきた時への対応が困難になる可能性、必要があれば再度告知を試みることを共有した。訪問診療も引き続き筆者が担当した。

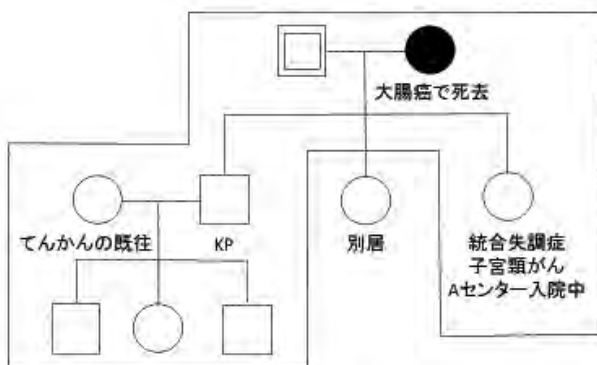
初回訪問では、右頸部リンパ節の軽度の疼痛を訴えていたが、「やっぱり家が良い。」と言っていた。長男嫁は不安がありながらもヘパリン皮下注射を行っていた。退院後2週間ほどで徐々に疼痛が増悪し、オキシコドンを開始した。しかし、その2日後に食事摂取が困難で、また移動も困難な状態になった。原因は、頸部リンパ節腫脹による食道圧迫が考えられた。緩和的な放射線療法についても検討したが、治療によるメリットは見込めなかった。ステロイドの点滴、モルヒネの持続皮下注射を開始した。状態が急激に悪化しているため、緊急で担当者会議を開いた。家族から、本人が先行きを不安に思っており、本人の妻がモルヒネを使用して数日で亡く

なったこともあり、鎮痛剤がモルヒネでないか本人が気にしていることが分かった。また入院中の次女のことにも気にかけていることが分かった。本人の残された時間とQOLを考え、予後告知について提案した。訪問看護師、家族から次回訪問時に筆者から本人へ告知して欲しいとの声があった。また次女の病状も安定しており、外泊を許可した。

自宅で訪問看護師、長男嫁も同席し、告知後のサポートが出来る状態で病状、予後、またモルヒネ使用について説明した。「話してくれてよかった。今まで逃げていた。事業所への連絡、葬式の準備などは進めている。家にいると看護師や先生達、家族と生の話が出来る。幸せだ。」と涙ながらに話してくれた。その後、兄弟が遠方から見舞いに来た際に、「今年は毎年分けている味噌樽を分配出来ないから、自分が死んだ後には持って行ってくれ。」と記念写真を撮っていたそうだ。次女とも手を取り、笑顔で話をされていた。呼吸困難を徐々に認め、在宅酸素療法、肺炎治療、モルヒネ増量で対応した。その後、家族に見守られながら息を引き取った。家族は本人のエンゼルケアを行いながら、「不安が多かったが、たくさんのサポートがあり、本人の意思通りに最後まで家で診ることが出来ました。」と話された。

【成果】事例1は、患者が一瞬で重い障害を負った後の長い時間を、各専門科から総合診療科へ、そして急性期病院から慢性期病院へ引き継ぎながら、多職種が協力することで、患者・家族の希望に沿った対応が出来た事例である。退院後も継続的に総合診療医が関わることにより地域で患者を支えることが出来ている。事例2は、総合診療医が、診断、告知、緩和ケアまで継続的に信頼関係を築きながら在宅医療まで行えた事例である。患者家族の背景も考え、必要があれば各専門科と連携を取りながら診療出来たことについては、総合診療医としての視点が大きいに生かされている。

総合診療科で様々な診療の場を経験することは全人的医療を考えるきっかけとなりうる。急性期医療から慢性期医療へのバトンタッチ、並びに退院後の生活を見据えた診療、多職種と連携し、地域で患者を支える場面において総合診療医の役割は大きいことが示唆された。総合診療医は、急性期疾患の対応も行うが、回復期や退院後の慢性期診療といった、より患者の生活に近いところで、患者・家族に寄り添いながら、支えていくところに意義が大きく、これは臓器別専門診療医とは、明らかに異なる性質ある。



【考察】2050年には日本の高齢者人口比率は世界最高になり、全人口の40%が65歳以上になると言われている¹⁾。このように、日本が超高齢社会を突き進んでいく中で、今後の医療は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続的医療を全人的に提供することが求められる²⁾。しかし高齢者に対する医療提供は医療従事者にとって難しいものになっている。その原因としては、加齢に伴う生理的な変化によって疾患の表れ方も治療に対する反応も若年者とは異なること、複数の慢性疾患を持っていること³⁾等が挙げられる。事例1では基礎疾患にCOPDがある高齢男性が交通外傷を受傷し、急性期治療を終えた後も繰り返す誤嚥性肺炎、廃用、胃瘻造設の判断など多数の問題が併存していた。根治出来なかった多発骨折の整形外科的分野や、COPDを基礎疾患にもつ肺炎コントロールなどの呼吸器内科的分野の問題に対して、総合診療科がうまくタスクシフティングを行った。

「継続性」には「情報の継続性」、「経時的な継続性」、「患者-医師間における人間関係の継続性」の3つが定義されている⁴⁾。ケアの継続性は研究の手法の限界はあるものの、満足度をより高め、コンプライアンスを改善し、入院の減少、救急外来利用率の低減、コスト削減にも寄与することが分かってきている⁵⁾。本事例では電子カルテによる情報の継続性のみならず、総合診療医が地域の医療資源を理解し、各専門医、病棟・施設看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネージャーなどと多職種で連携を取ることで、地域として患者・家族の希望にそった継続的な医療ケアが行われていた。

また本事例は、地理的・経済的・時間的・精神的な「近接性」、リハビリテーションなどを含めた全科的な医療を担う「包括性」、専門医との密接な関係やチーム・メンバーとの協調、社会的医療資源の活用を含んだ「協調性」、病気の際は施設-病棟-施設と継続的に診療できる「継続性」、患者への十分な説明などの「責任性」とプライマリ・ケアの5つの理念⁶⁾を通して総合診療科の専門性が生かされた事例である。

多発骨折を受傷した患者は、機能分化が進んでいる現代では一連の治療計画を一病院で行うよりは、全身状態の改善が行われた時点で、急性期病院から、よりリハビリテーションに特化した病院に転院して継続加療することが望ましいとされている⁷⁾。そのため、機能分化が進んでいる現代では、同じ施

設で研修していると急性期治療を終えた後、継続的に患者と関わることは難しい。また、研修の場により研修効果が規定されることが指摘されている⁸⁾。一方で、同じ診療圏の中で、一般病院と中核となる地域医療支援病院を経験することで、スムーズな病病連携が可能となり、また病院の機能分担を学べる⁹⁾という報告がある。筆者の研修していたAセンターとB病院はもともと一つの地域医療支援病院であったこと、さらに昔から「農民とともに」をスローガンに、「5-3-2方式（病院の持てる力を10とした場合、5は入院医療に、3は外来医療に、そして2は保健予防活動に費やす）」¹⁰⁾による地域での医療を実践し、顔の見える関係があり、自然と連携出来ていたことが示唆される。

世界的に医学、医療の高度専門化に伴い、普段の患者ケアの主たる場所が病院から地域にシフトしてきている。この動きにより、医学生、研修医という医療の初心者がまず学ばなくてはならない、幅広い基本的診療を経験できる環境と、大学病院をはじめとする3次医療機関で提供される医療環境が大きく乖離するようになってきた。そういった中で、ある地域において包括的に医療、福祉、保健分野を実体験しながら学ぶ地域基盤型医学教育（community-based medical education : CBME）¹¹⁾が注目されている。これは次の4つの軸を構成要素としている。

第1の軸は「臨床の軸」と呼ばれ、臨床的観点から3次医療機関で経験するのが難しい、地域で発生している疾患群を発生頻度も含めて診ること、健康増進活動や予防医療を地域において実践することが求められる。

第2の軸は「施設の軸」と呼ばれ、地域における医療機関、介護福祉施設の役割分担の理解も非常に重要であり、地域の患者がどのような動きで長期生活する環境に戻っていくのかを理解しなくてはならない。

第3の軸は「個人の軸」とされ、地域医療は医師の社会的責任のみならず、その医師個人の価値観や人生にも影響を受けるということである。理想の医療と堅実、教科書的な理論と実際の診療のギャップ、仕事と生活、といったことで悩むことがある学習者が感情面でも成長していく必要がある¹²⁾。そのためには指導者がメンターやロールモデルとしての役割を果たすことが期待される¹³⁾。

そして、第4の軸は「社会の軸」である。プライマリ・ヘルスケアを学ぶ、つまり、患者個人のニーズと地域のヘルスケア、予防と治療などの関係を学

ぶことに意義がある¹⁴⁾。健康増進の地域の事業に関わることによって学習者がその地域への帰属意識と地域からの感謝を感じることで、その地域での医師雇用につながるかもしれない¹⁵⁾。

実際にオーストラリアでは都市部から離れた地域における深刻な医師不足と、都市部の高度化する3次医療機関でのプライマリ・ケア教育には限界があるという2つの問題点から、地域における総合診療科による長期的な医学実習を行った。このプログラムで地域でのプライマリ・ケアを学んだ学生の学業成績は都市部の大学病院で学んだ学生に比較し、勝るとも劣らないという研究も出ている¹⁶⁾。また医療職の都市偏在・海外への頭脳流出が問題となっていたフィリピンでは、国立フィリピン大学健康科学部が創設され、地域から選抜された学生が、地域の中で教育され、助産師、看護師、医師の課程へと進んでいくという斬新な階段状医療職養成教育課程で、卒業生の90%近くがフィリピン全土で地域医療に従事している¹⁷⁾。

本事例のように、一瞬で負った障害を克服するために急性期、回復期、維持期と非常に長い時間がかかることがある。総合診療医はこのすべてのphaseに一貫して関わる事が出来る。さらに継続的な医療の在り方やより患者の生活に近いところで、患者・家族に寄り添いながら、全人的な医療を提供するうえでも、総合診療医の存在は重要である。

今後のさらなる超高齢社会におけるニーズへの対応として、総合診療科を中心とした継続的で全人的な医療提供が期待される。また専門分化された現代医療において幅広く、「疾患」ではなく「病い」¹⁸⁾、さらに社会を見据えた医療者の教育に総合診療科の存在が有用であることが示唆された。今後、筆者も地域のニーズに合わせた全人的な医療を行いつつ、地域で働く医療者を教育したい。

文献

- 1) 日本国際交流センター：『ランセット』日本特集号「国民皆保険達成から50年」、日本国際交流センター、東京、2011。http://www.jcie.or.jp/japan/pub/pubst/1447.htm (accessed Mar 1, 2018)。
- 2) 厚生労働省医政局：専門医の在り方に関する検討会報告書。2013。http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju.html (accessed Mar 1, 2018)。
- 3) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al : Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, *Lancet*. May 9 2012.
- 4) Saultz J. W.: Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*, 1 (3) : 134-143, 2003.
- 5) Saultz. J. W.: Lonchner, J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine*. vol.3, 159-166, 2005.
- 6) Donaldson MS, Youdy KD, Lohr KN : Primary care : America's health in a new era., Committee on the future of Primary Care, Division of Health Care Service, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington. D.C. 1996.
- 7) 田中智香, 大串幹. 在宅, 社会復帰に向けて - 回復期リハビリ病院での受け入れと対応 *Journal of clinical rehabilitation* Vol.21 No.3 255-261, 2012.
- 8) 福島統. 長期にわたる地域での外来実習で医学生は何を学んでいるのか? *医学教育*; 40 : 418, 2009.
- 9) 見坂恒明, 橋本正良. 地域で行う高齢者医療の卒後教育. *臨床雑誌「内科」*第108巻 第6号 [2011年12月増大号]
- 10) 夏川周介. 農村医療にかけた佐久病院の60年. *日農医誌* 54巻 6号 838-844 2006.
- 11) Worley P : Relationships : a new way to analyse community-based medical education? (Part one). *Educ Health (Abingdon)*, 15 (2) :117-128, 2002.
- 12) Magill, M. K. ; Berkowitz, E. : Not just teaching, not quite therapy. *Family Medicine*. vol. 25, 653-655, 1993.
- 13) Mcintyre, N. : Popper, K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *British Medical Journal*. vol. 287, 1919-1923, 1983.
- 14) Education Committee of The General Medical Council. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*. London: General Medical Council. 1993.
- 15) Worley p, Esterman A, Prideaux D. Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings. *BMJ*.; 328 :207-9, 2004.
- 16) Dent, J. A. : Harden, R. M. (著) 鈴木康之, 錦織宏 (監訳). 第11章 地域における教育, 医学教育の理論と実践, 篠原出版新社, 111-121, 2010.
- 17) 千種雄一, 林直子, Salvador Isidro B. Destura, et al. フィリピンにおける地域医療従事者確保の斬新な取り組み, *Dokkyo Journal of Medical Sciences*, 40(3) : 275-280, 2013.
- 18) Stewart M, Brown JB, Weston EE, et al : Patient-centered medicine : transforming the clinical method. 3rd ed, Radcliffe Publishing, Oxfordshire, 2014.

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

神経症状で受診したが職場・家族環境に介入することで解決した症例

中桶了太¹

要旨

けいれん症状と不眠症を主訴に神経内科専門医の受診をされたが、検査所見や診察の結果から疾患が特定できなかった。本人の訴えと診断の結果に隔たりがあることから、継続的な関わりが必要と判断され、総合診療医が継続的に担当することになった。継続的な外来診療の中で、患者中心の医療や家族志向アプローチを活用することで患者家族や職場環境の問題が明らかとなった。家族の問題に対しては多職種による介入で解決可能となった。患者が抱える問題に家庭医・総合診療医のアプローチは役立つ。専門医も理解し協働することが可能である。

1：取り組みの背景

神経内科専門医が非常勤であり、総合診療医が継続的に診療を担当することで解決に至った症例。

2：導入の経緯

神経内科専門医の受診をされたが、検査所見や診察の結果から疾患が特定できなかった。本人の訴えと診断の結果に隔たりがあることから、継続的な関わりが必要と判断され、総合診療医が継続的に担当することになった。

3：事例の詳細

56歳男性 会社員

主訴

痙攣、不眠症

既往歴

神経疾患の家族歴なし、神経疾患の既往歴なし

会社勤務

現病歴

これまでに痙攣発作の診断で抗痙攣薬（ベンゾジアゼピン系）を内服していた。しかし、勤務中に痙攣が出現し、不眠が続くために当院の総合診療科を受診した。

経過

診察中に閉眼し周囲と意思疎通ができなくなる痙攣様の症状を示した。意識障害は1～2分程度であったが、不随意運動は伴っておらず、意識障害の遷延も認めなかった。てんかんを疑い神経内科専門医に紹介した。神経学的診察所見に異常なく血液検査にも異常所見なし。内分泌機能にも問題はなかった。頭部の画像検査、脳波検査でも異常所見は認められなかった。診察の結果、てんかん様症状の原因となる病態は特定できなかった。不定愁訴や薬剤性の影響が考えられ、既に処方されている内服薬（抗痙攣薬）の調整が行われた。その後、総合診療医が外来で診察を担当することになった。

働き盛りの年齢にもかかわらず平日に妻とともに受診していることから、本人が感じている問題の深刻度が予見された。このように診察所見や検査では原因となるような疾患に結びつかないが、患者自身は困り悩んでいる状態で客観的に同定が困難な問題（unidentified complain）を抱えている状態にあると考えた。このような状態では適切な対応がとられず孤立した状態が続く恐れがあるため、総合診療医による診療を継続することにした。当面は2週間に一回程度とした。

まず、本人が抱えている問題にアプローチするために、総合診療のプライマリ・ケア領域の診療技法を活用して行った。抱えている問題について、患者

1. 長崎大学病院へき地病院再生支援・教育機構／平戸市民病院

中心の医療の技法を用いて「疾患」と「病い」の両方のからの探索を行った。自身が持つ健康観や家族や職業になどの近位コンテキストや地域社会などの遠位コンテキストについて共感的な態度を保ちながら診察を進めていった^{1,2)}。その結果、職場と家庭内に問題を抱えていることが明らかとなった。1：職場では配置転換後の業務内容の変化と人間関係に対するストレスと2：家族内に問題を抱えていることが明らかとなった。家庭内の問題では障害を持つ子供の療養環境やこれからの療養についての不安を抱えており、相談する相手や行政の窓口をご存じなかった。

職場での問題については、子供の療育費や教育費の面から退職や転職は希望されず現在の職場の継続を希望された。ストレスコーピングによるストレスマネジメントを行うこととした。高次脳検査や認知機能検査も実施したところ、認知機能の障害はないが若干の事務処理能力に低下があることが判明した。その結果、職務を行う上で配慮が必要な領域が明らかになり、職場の産業医の支援を求めることができた。子供の療育については市役所の障害福祉担当に連絡し介入を依頼し、デイケアの利用や訪問看護を導入し在宅での療養が可能となった。このように職場と家庭内の問題に介入したところ、痙攣発作や不眠の症状は消失し、ベンゾジアゼピン系の内服薬の服用は中止でき、職場も継続が可能となった。ストレスや葛藤など心理的な要因が作用して身体症状を引き起こす身体表現性障害（心気症）と考えられ、職場と家庭のストレスが原因で痙攣や不眠症などの身体症状として顕在化したと考えられた。現在は、職場のストレスコーピングについて定期的な外来を継続している。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

本症例は総合診療医のスキルを複数活かすことで受診した症状の背景にある問題の解決につながった。問題は広範囲にわたっており多職種介入が必要であった。「疾患」は検査結果や診察所見から一般化した概念として認識可能であるが、「病い」は患者自身や取り巻く環境から発生する問題であり、全人的な理解が必要である。また、病院に通院する患者の約30%^{3,4)}、診療所に通院する患者の約45%が家庭内に問題を抱えているとされる⁵⁾。しかし家族の問題について直接アプローチすることは困難であり、その前段階として患者の持つ家族、社会、文化

的背景を含めて理解することが重要である。そのためには問診などの診察の技術が重要となる。総合診療医は様々なケースにおける初診を担当することが多く、外来での問診方法や患者-医師関係等について多くの手法やモデルについて研究されている。本症例においても総合診療医が日常的に活用している手法を活用している。

問題の背景を明らかにするためには患者との信頼関係の構築が必要である。そこで家庭医・総合診療医が活用している以下に示すコミュニケーションスキルを活用した²⁾。

- 患者の病体験について詳細に問診を行う
- 患者の病体験に理解
- 患者のことを気遣う
- 適切な治療方法を提供する（同意の上での服薬調整、処方中止も同意を得た上で行うこと）
- はっきりときっちりとコミュニケーションをとる
- パートナーとしての関係を築く
- 患者に対して誠実で敬意を示す

初回の診察からこれらのポイントを重視した診療を心がけた。その結果、定期的な診療に結びつけることが可能となり、病いについての自身の考えに踏み込むきっかけとなった。診察を進めていくと患者自身の体験や想いと医療者が考える疾患に隔たりがあることが明らかとなった。検査や診察で所見が少なく一般化が困難な問題であるが、自身の苦悩は大きいことがわかった。そこで「患者中心の医療の方法」を用いることで問題解決のために共通の理解基盤の構築に務めた。その際には患者-医師関係や医療の文脈性にも配慮し、医療者からの一方的な介入にならぬように配慮し、医師と患者間での対話を重視して双方の共通認識の構築と問題点を探っていった。

これら、家庭医・総合診療医が日常的に用いるモデルやパターンを活用した面談を繰り返すことで、患者自身が抱える問題に迫ることが可能となった。本症例で明らかになったことは「職場」と「家庭」の2点であった。

職場の問題については希死念慮がないことなど精神科専門医の介入の必要がないことが明らかであり、家庭医・総合診療医が担当可能なメンタルヘルスの領域であると判断し診療を継続した。職場のストレスについてコーピングを行い抗うつ剤の内服を行いながら精神療法が可能であった。

家庭内では障害を持つ息子さんの療養に関することであった。将来の療養についての不安をお持ちで

あったが、サービスの利用などで不明なことが多く、且つ相談役が不在であることが明らかとなった。家庭医・総合診療医は日頃から地域内の問題を解決するために組織や施設を超えた連携を行っている。このネットワークを活用し行政の障害者支援に結びつけることができた。

家庭医・総合診療医が備えているスキルを活用することで介入が成功した。

個人の医師の経験や勘だけでなく、スキルやモデルを導入することで患者自身が抱える問題に網羅的にアプローチが可能となり、解決につながる事が可能となる。これまで、長年の臨床経験から獲得するスキルと考えられていたが、モデルやアプローチ方法を活用することで一般的に用いることができる。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）、

専門医による診断は必要である。初期で症状がそろわない症例や、典型的な症状を示さない症例は専門医の診断が必須である。本症例も神経内科医による診断結果を基に介入を行った。軽症や慢性期の症状の観察には総合診療医が対応可能であり、問題が複数に及ぶ場合は総合診療医一人による多角的な評価と一元的な管理が可能となる。また、原因が不明確で特定が困難なケースにおいては原因の同定には家庭医・総合診療医的なアプローチが有効である。改めて疾患が明らかになった場合には専門医との連携が必要となる。

家族や周囲の環境が原因の場合は、解決のアプローチは家庭医・総合診療医が得意とする領域である。症例検討で提示したようにその対応方法やスキルを持ち合わせている。日頃から予防医療や介護、福祉の領域での活動も多く、医療だけでなく組織や職種を超えた連携や行政とも関わっている。医療だけで解決が困難な問題にもこのような連携を活用して対応することが可能である。

これらのように複数の問題を抱えている場合や、医療だけでは対応が困難な場合には家庭医・総合診療医が対応可能である。

③医療や社会に与えるインパクト

症状の不安定さや検査で異常がないことから不定愁訴などに分類され、継続的な対応が困難な症例になった可能性がある。専門医の診察により検査所見や診察所見が陰性で器質的な疾患がないことが明らかになり、病いのモデルを考慮した診察から問題点に到達することができた。患者本人の希望や想いを尊重することで問題の認識が可能となった。海外で

も専門医との連携が効果的でありと報告されており⁶⁾、日本国内でも専門医が総合診療に理解を示すことで同様の連携は可能と考える。臨床の現場でこのようなスキルや考え方については、個人的な経験や体験から習得することがほとんどであり、学ぶチャンスは少なかった。現在では総合診療を題材とした教科書が多数出版されており学ぶチャンスが増加している。

家庭医・総合診療医が初診を担当することで、幅広視点で問題を同定し的確な治療や介入につなげることが可能となることが期待される。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

患者との信頼関係（ラポール）を構築することが重要であると考えられる。そのためには丁寧な診察と、患者への共感的態度が重要です。問診のスキルは経験によって得られる部分もあるが、確立されたモデルを活用することで患者の抱える問題への理解が早まる。個人でできることとして人間は感情を持った生物であることを意識しながら患者中心の医療を念頭に、解釈・思い、期待（かきかえ）、感情、機能への影響のフレームワークを用いて患者の思いを理解する姿勢が重要と考える。病態を理解できないケースでは陰性の感情を持ちがちだが、自らを俯瞰してメタ認知を意識しながら診断を進めていくためにも、振り返りの学びを取り入れることはどうだろうか。Significant Event Analysisなどは個人の振り返りでも役立つ。組織でできることとしては、総合診療医の仲間をつくることである。様々なスキルがありますが多くは通常の診療でも無意識のうちに活用しているものも数多くあるが、自分の診療を振り返ることでスキルについての理解を深めることができる。

へき地では医療や介護にかかわるスタッフが少ないために相互に顔の見える関係が構築できている。多職種連携のためには普段からの問題解決を共に行うことが大事である。広域でなくても近所のコミュニティの中に仲間を創ることが第一歩になると考える。

総合診療医は初診を担当することが多く、医療への入り口の役割を果たしている。外来の問診や医師患者関係について多くの手法やモデルが提示されている。検査・診察で異常がはっきりとしない症例では、今回提示した様な家庭医・総合診療医のアプローチが役立つ。

総合診療医は継続的な関わりも心がけている。複

数の問題をマネジメントすることも可能である。これらのスキルは、経験で得ることも大切だが、学ぶ事も可能なスキルで、多くの総合診療医が備えている。どのような地域での活用は可能である。また、専門医もこれら家庭医・総合診療医が持つスキルを理解し活用することで、よりよい専門医療が実現可能であると考えられる。

文献

- 1) Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al: Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rded Radcliffe Publishing Oxfordshire,2014
- 2) 日本プライマリ・ケア連合学会編：基本研修ハンドブック 改訂2版 東京都 南山堂, 2017
- 3) 竹中裕昭, 伴信太郎, 立木茂雄, 他：大学附属病院 総合尾診療部外来における家族問題, 家庭機能, 期待医療,8(2):40-48,2001
- 4) Takenaka H,Sato J,Suzuki T, et al: Family issue and family function of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. Biopsychosoc Med.7(1),2013
- 5) Takenaka H,Ban N, Kido T : Family Issue in Japanese Family Practice: 2004 WONCA 17th World Conference of Family Doctor 2014.10.14
- 6) Wong TY, Koh GCh, Lee EH,et al: Familymedicine education in Singapore: a long-standing collaboration between specialists and family physicians.: Ann Acad Med Singapore.2008 37(2):132-5.

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

診療所所長として、病院の救急外来および当直業務を担うことで、 より地域医療に貢献できる

長 哲太郎¹

要旨

大阪市淀川区にあるファミリークリニックなごみ（以下FCなごみ）は、大阪市西淀川区にある西淀病院と同一法人である。2017年4月から筆者は、FCなごみの業務と並行して、週1度の西淀病院の救急外来と病棟当直を担うことになった。診療所外来および訪問診療を行う中で、地域における多数の病院の特徴や紹介のハードルを理解した。西淀病院の救急外来を担当する際には、診療所側の紹介する側の気持ちなどを理解し、よりコミュニケーション豊かに病診連携できるようになった。都市部の往診患者を診る時を具体例にして、総合診療医がプライマリヘルスケアにおけるコーディネーター・ハブの役割を担っていることを述べ、そして、その役割を担うそのためには、同時期に異なるセッティングで診療することが効果的であると考え報告する。

【事例の概要】

1. 取り組みの背景、導入の経緯

筆者が所属する、淀川勤労者厚生協会（以下、淀協）は、西淀病院（216床）、診療所、老健施設、小規模多機能型居宅介護、訪問看護ステーション、デイサービスといった、中小規模の医療・介護事業を、大阪市西淀川区・淀川区に展開している。淀協の診療所所長は、地域の外来診療および訪問診療を担当し、西淀病院での診療を担うことは少なかった。しかし、西淀病院の当直体制が厳しいため、筆者が2017年に診療所所長として就任する際には、病院の当直業務および救急外来診療を担うことになった。この取り組みは、いわば苦肉の策であり、特に医師の生涯教育としての効果を狙っているわけではなかった。

診療所所長が、病院救急外来および、病院当直の勤務をすることは、病院の勤務シフトに照らし合わせ、多数の医師の調整する必要があるため、業務が煩雑化したり、当直明けには診療所の診療ができないといったデメリットがある。しかし、医師個人と

しては、病棟医療（受け持ち患者はなく、初療および緊急対応のみ）も担当することで、緊急処置についてもスキルを保つことができ、自分の病棟対応がどうだったのかをカルテレビューすることができるので、自分の臨床的力量を上げるメリットがある。また病診連携の観点からは、診療所外来と病院外来を担う医師が同じ医師であれば、患者背景の掌握や地域への理解があるわけで、シームレスな対応を救急外来を担うことのメリットは大きい。もちろん、診療所外来と病院外来の医師が異なる場合がほとんどだと思われるが、診療所と病院との有機的な連携を可能にするのは、「規範的統合¹⁾」と言われている。つまり、価値観や患者観が共有され、総合診療がインクルーシブ（包括的）な専門医療であることが共通認識としてあれば、よりシームレスな医療が患者に提供できる。

地域の診療所で診療するほど、地域の医療資源についての情報が入ってくる。診療所はいわば、プライマリ・ケアの主戦場であるので、患者は、未分化の状態（未診断や素性の良くわからない）でやってくる。そのような患者に対して見立てをつけ、適切な医療・介護サービスを調整するのが診療所医師の

1. 大阪家庭医療センター／一般財団法人淀川勤労者厚生協会附属ファミリークリニックなごみ

役割だ。入院医療が必要と判断した場合は、どの病院に紹介するかが重要で、紹介先病院の特徴を踏まえて、例えば、合併症がない急性冠症候群が疑われるなら、単科だが診療所近くの循環器病院へなど、スムーズな入院医療が展開できるかを予測し対応する。診療所で診療を行うことは、単に入院医療や病院外来を担うだけでは得ることができない、地域の医療資源について、肌感覚でわかるようになる。こうした、地域資源を理解し、適切にコーディネートした往診事例について採り上げたい。

2. 事例の詳細

59歳男性。もともと循環器科がメインの病院に、肥大型心筋症に伴う慢性心不全で通院していた。家族内でインフルエンザAに罹患した者がいて、本人も発熱したために、X日（水曜日）に診療所（以下当院）外来を受診した。当院へは、上気道炎などで時々受診する程度であった。迅速検査の結果、インフルエンザAと判明したために、抗インフルエンザ薬および解熱鎮痛薬が投与され帰宅となった。X+3日（土曜日）に、当院へ家族から電話連絡があり、ほとんど動けない状態だということで、臨時往診することとした。訪問したところ、本人の意識は清明だが、食事・飲水はできていなかった。バイタルサインとしても、血圧が80台と普段より低下しており、尿も12時間以上出ていないため、緊急性があり、少なくとも入院が必要だと判断した。身体所見としては、頸静脈の怒張が見られ、下腿浮腫もあり、呼吸雑音を聴取した。基礎疾患より心原性ショックあるいは、循環血漿量低下によるショックも考えられ、適切な治療を受けられる病院へ、迅速に搬送する必要があると考えた。この時、3つの病院が候補に上がった。①自身が外来診療を行なっている西淀病院、②もともとのお主治医がいる循環器病院、③患者がかかったことがない3次医療センター病院、である。①の場合は、ある程度不確実で鑑別ができていない状態でも受け入れてくれる病院である。しかも、この日は診療所での業務を終えた後に、自身が救急外来および病棟当直をする予定になっており、シームレスな対応が可能ではある。しかし中小病院で、循環器医がいないために、カテーテル検査をはじめとする専門的な治療はできない。循環器疾患の場合は他院転送となる。②の場合は、循環器のお主治医がいる病院で、原疾患を考えると搬送すべき病院である。しかし、土曜日のために体制上緊急透析ができないことは、これまでの紹介の経験から知っている。緊急透析が必要な場合は、他

院転送となる。③3次医療センター病院への紹介はややハードルが高く、「病態がしっかりと掴めていない状態で、『何科ですか』と問われても困ってしまう」という点がある。患者も、入院に対しては拒否的で、「できることならば、点滴で直して欲しい」という希望があった。結局患者の状態と、希望を照らし合わせて、血液検査による客観的な指標で、どの病院を選ぶか、在宅往診で診るのか判断することに合意を得た。土曜日の午後0時過ぎだったが、今から血液検査を行えば、1時間弱で結果が出る。病歴から脱水が疑われたが、身体所見は心原性ショックの可能性もあることから、あえて補液は行わず、血液検査の結果を待つこととした。その結果、 $Cre = 8.4g/dl$, $AST=3640IU$, $ALT = 1895IU$, と高度の腎機能・肝機能障害を認めた。緊急透析が必要と考えられ、③3次医療センター病院への搬送が望ましいと判断した。筆者は、往診終え、西淀病院の救急外来の勤務をしつつ、③3次医療センター病院への紹介の電話、患者への病状説明の電話、および、その後の救急車の手配など患者家族のサポートについては診療所の看護師に電話連絡で指示を出し、もともとのお主治医がいる循環器病院には、患者の経過から他院転送になったこと、診療情報の提供を求められる可能性があることを伝えた。その間は、救急外来での診療と、地域の往診患者を適切な医療へとコーディネートする作業行っていた。結局、この患者は、③の3次医療センター病院のCCUに入院し、拡張相肥大型心筋症をベースとした低心拍出症候群として対応された。利尿薬投与とカテコラミン製剤、補液により全身状態が安定したところで、②の循環器主治医のいる病院へ転院となった。

3. 成果

患者家族からは、臨時往診とその後の対応についての感謝の思いを伝えられた。また②の循環器主治医にも一報入れておいたことで、②、③の連携がスムーズだった。②の病院主治医にも「連携しやすかった」と感謝の言葉を頂いた。紹介する立場である診療所医師であるからこそ、受け入れ側の病院の医療レベルが分かっているし、病院外来を担うからこそ、受け入れ側が受け入れやすくなる条件を作ることができる。今回は、緊急性のある状態だが、焦って救急搬送すれば、搬送先から再度転送となり治療が遅れるということもありえた。在宅であえて血液検査の結果を待ち、患者家族を含めて、すべての病院で合意できる搬送先を調整し、マネジメントできたといえる。

4. 今後の展開

地域医療のコーディネーター役として、地域の患者をいかに未分化な状態で診断がつかなくても患者および家族の合意、信頼を得て、瀬戸際で間違えないマネジメントをしていく点において、病院外来と診療所外来を同時期に担うことは有用だと思われる。そうした総合診療医を地域で増やしつつ、外来での教育も担えるようになれば、地域内の他院所からの外来見学や外来研修を受け入れることができ、より地域内の病診連携や病院同士の連携が強化されていくと考えられる。

【考察】

1. 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

家庭医の機能を簡便化して考える上で、米国立科学アカデミーの提唱したプライマリヘルスケアの定義として ACCCA (Accessibility, Comprehensiveness, Coordination, Continuity, Accountability) がある。なお、患者の背景に配慮することで診療をより質の高いものにしていくという意味で、Contextual care を Accountability の代わりに用い、家庭医を特徴づける5つの特徴を ACCCC と定義する場合もある。この5つのコンポーネントは単体で成り立つものではなく、その機能を互いの相乗効果で強化することとなり、結果として全体をもってプライマリ・ケアを特徴づけることになる²⁾。

今回の事例では、単に患者の医学的側面において、専門医との連携というだけでなく、病院機能を含めた地域の医療資源を全体的に俯瞰し、適切なケアを調整したということになる。

総合診療医に求められる7つのコンピテンシーは、①包括的統合アプローチ、②一般的な健康問題に対する診療能力、③患者中心の医療・ケア、④連携重視のマネジメント、⑤地域志向アプローチ、⑥公益に資する職業規範、⑦多様な診療の場に対応する能力、とされている。今回の事例は、主には①、④についてのコンピテンシーを発揮したものであると考えられる。このコンピテンシーをどうやって身につけていけるのかという点では、⑦の診療の場の多様性がとても重要だと考える。主に、診療所と、中小病院の救急外来と病棟当直を担うと、地域の common な疾患に対して、事前確率に応じて医療機関を患者が訪れることがわかる。これによって、診断の見立て、事前確率を見積もる力がつく。こうした見立てる力は、ローテーション研修よりも、

ランダムに見る環境である方が身につくと言われて³⁾いる。総合診療医の研修においても、総合診療Ⅰ(診療所)、総合診療Ⅱ(病院)とフィールドを変えて研鑽を積むことが求められており、効率的に上記の力量を身につけられると考えられる。

また、若手医師にとって、勤務場所を変えることは、技術を習得するため、キャリア形成の過程においてよく見られることである。今から150年前の医学の大家、ウィリアム・オスラー先生も例外ではない。オスラー先生はカナダのある地域出身であるが、何回も勤務先の病院を変えていた。周囲から求められる役割に応える、そして医学教育のシステムを立ち上げるという理由もあって、カナダのトロントからモントリオール、アメリカのフィラデルフィア、ボルチモア、そして英国のオックスフォードと、何度も異動していった。そこで北米とヨーロッパの医学教育の在り方を、実際に変えていった。外的な刺激があることで、自身の臨床を再び見つめ直すことができ、よりよいものができるのであろう。とはいえ、大きく診療の場を変化させなくても、同一法人内で、異なるセッティングで診療できるのであれば、気づきは多い。診療所の外来では、紹介先との連携の中で、地域の医療資源を学ぶ機会に恵まれる。診療所を経験すると、病院外来では、診療所から未分化な状態で患者が送られてくることに対して、背景を考えながら、平静の心をもって、救急診療に当たることができる。つまり、紹介される患者の未分化の具合に、診療所の事情をも見透かし、イライラせずに診療に当たれるかもしれない。また逆もしかりで、病院を経験しているからこそ、病態が不明な状態でも、血液培養といった検体の採取や、不要な薬剤投与を避けるなど、後方病院で困らないような初療に当たる力もつく。期間が同時期であれば、こうした病診連携における配慮がスキルとして定着し、地域資源を調整する能力も増していくと考えられる。

2. タスクシフティングの可能性(臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など)。医療や社会に与えるインパクト

1) 医療経済上のメリット

医療経済上、不要な検査・入院は財政を逼迫するわけだが、それを防ぐのは、診療所医師の役割でもある。本事例の患者が、仮に他の病院に搬送されていたら、結局は再転送になったり、病院外来で検査をされることで、余分なコストがかかったかもしれない。医療上のコストをかけずに最善の医

療を提供するという見立てをつける総合診療医は、必要な存在であると言えよう。また本事例の患者が、もう少し食事が摂れていて、全身状態が悪くなく、血液検査も過去のデータと変わらなければ、入院せず在宅でしばらくケアする選択肢もあるかもしれない。適切なケアが提供できて、入院が予防できる可能性がある状態を、Ambulatory care sensitive conditions(ACSCs)という⁴⁾。現在ACSCsの患者に対して、具体的にどのような方策をとれば、効果的に緊急入院を防ぐことができるのかについて、十分な知見が集積されていない。しかし、総合診療医が見立てを伝え、悪化時の対応について他の医療機関と密に連携できることを、患者・家族も知っていれば、不安が前景に出ての入院ということも減らせる可能性がある。限られた医療資源を熟知し、自身の診療能力と患者のニーズ、取り巻く背景を総合的に判断し、コーディネートできる医師がいることで、医療経済上のメリットは大きい。

2) 病態が未分化でも対応できる力

病院によっては、未分化なままの紹介を嫌がる場所があるのも事実である。「それは何科ですか?」ということ、地域連携室の事務職員に問われることは辛い。本事例の患者のように多臓器障害を患っている場合には、循環器内科なのか、腎臓内科なのか、それとも消化器内科なのかの判断は難しいこともあるし、多数の併存疾患がある高齢者は、一つの慢性疾患が悪化すれば、多様な症状を呈することもあり、診療科を決めて紹介するのは困難なことも多い。また、紹介のプレゼンテーションの質によっては、「現在他患に対応中です」と、患者を受け入れてくれないことも経験する。それゆえ、藤沼¹⁾が指摘するように、診療所からの不確実で未分化な状態での紹介の苦悩を理解しつつ、背景を読み取ってくれる、総合診療医が病院外来を担ってくれることは診療所医師にとって、紹介のハードルが低くなり、とても心強い。それは、病院外来を担う総合診療医に対して地域の信頼を集めることにもなるだろう。こうした不確実で未分化な状態の患者を診ることを、自身のコンピテンシーだと捉えて診療できる総合診療医は、診療所においても、病院外来においても、シームレスな連携を可能にする潤滑油のような存在で、病診連携の要であると考えられる。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

総合診療医は、その研修過程で共通項が多く、価値観や患者観が共有できている。なぜなら、診療所と病院での総合研修が義務付けられ、プログラム責任者がそれぞれのフィールドでの研修を統括しているからである。現在、総合診療研修プログラムが全国各地で立ち上げられており、総合診療がインクルーシブ(包括的)な専門医療であることについての「規範的統合」ができてきている医師が増えてくる。診療所と病院の有機的な連携をするための潤滑油となり、診療所、病院においても高いパフォーマンスを発揮し、医療の質の底上げが可能になるだろう。逆を言えば、診療所の役割と、病院の役割を分断して理解させるような質の低い研修であれば、この統合・効果は生まれない。

本報告のように、都市部では、診療所と病院での距離が近いこともあり、二つの役割が違う医療機関で同時に働くということも可能であろう。しかし、郡部においては、距離的な問題で同時期に、複数の医療機関で勤務することは難しく、診療所と病院の共通点を理解しながら地域連携を意識しつつ医療を行うことは難しいかもしれない。それでも、質の高い総合診療の専門研修を受けた者であれば、例え同時期でなくても、ある時期は病院、ある時期は診療所といったキャリアで、先述した地域資源を調整する力は身に着けることができ、地域に良質な医療を提供できると考える。

【文献】

- 1) 藤沼康樹. 「病院総合医」と「家庭医」の規範的統合. 総合診療. 2017; 27 (11): 1447
- 2) 中川貴史, 松井善典. 基盤としての統合的ケア. 東京:カイ書林;2012. 1-35. 草場鉄周. 家庭医療のエッセンス.
- 3) Walters L, Greenhill J, Richards J, et al. Outcomes of longitudinal integrated clinical placements for students, clinicians and society. Med Educ. 2012; 46; 11:1028-41. doi: 10.1111/j.1365-2923.2012.04331.x.
- 4) Longman JM, Passey ME, Ewald DP, et al. Admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions - a useful measure of potentially preventable admission? BMC Health Serv Res. 2015 ; 15: 472. doi: 10.1186/s12913-015-1137-0.

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療医の行う研究

—その重要性、現状、今後の展望について—

金子 惇¹

要旨

事例の概要

報告者は総合診療医としての臨床経験を活かしながら、「プライマリケアのための臨床研究者育成プログラム」、家庭医療学開発センター（CFMD）リサーチフェロー+大学院（博士課程）授業細目「地域医療プライマリケア医学」、Western University Master of Clinical Science: Family Medicine」などを学びの場として総合診療に関する研究を行っている。これまで10編の論文を発表しており、今後も総合診療が社会に与えるインパクトを中心に研究を行う予定である。

考察

現段階では日本からの総合診療領域における研究発信は他国と比較して少ないことが報告されているが、様々な学術団体が総合診療医向けの研究支援プログラムを提供しており今後の発展が期待される。総合診療領域の研究が発展することで、一般住民が診療所や訪問診療、病院外来で受けている医療がどのようなものであるか、どのような健康アウトカムと関連しているか、今後どのように医療政策を方向付けるべきかなどに関する知見が蓄積されていくと考えられる。

事例の概要について

本稿では「①取り組みの背景」で総合診療（家庭医療）における研究にどのようなものがあるか及びこの領域における研究がどのような重要性を持つかについて文献的な背景を述べる。次に「②導入の経緯」として総合診療医（家庭医療専門医）である報告者が臨床だけではなく研究に取り組むようになった経緯を記述する。「③事例の詳細」では報告者の研究の実際に加えて、事例を通じて研究の実施に有用であった社会資源について記述する。「④成果」では報告者の関与した研究の社会的影響について報告する。「⑤今後の展開」では報告者が現在行っている研究及びこれから予定している研究とそのインパクトについて述べる。

考察について

「①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか」では報告者の事例を中心に総合診療医の行う研究の独自性、他分野との相違について述べる。「②タスクシフティングの可能性」では報告者の事例及び日本や海外の事例を参考に臓器別専門医との共同研究や医師以外の職種との共同研究及びそれらがもたらす社会的影響を考察する。「③医療や社会に与えるインパクト」では日本や海外の総合診療領域の研究がこれまで達成して来た成果及び日本の同領域に今後必要になると思われる点について記述する。「④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項」では報告者の事例の一般化可能性と将来の総合診療領域における研究活動の発展のために現在行われている取り組みについて述べる。

尚、総合診療を表す言葉として日本語、英語共に複数あるが、本稿においては総合診療で統一し、

1. 浜松医科大学 地域家庭医療学講座／静岡家庭医養成プログラム

総合診療, 家庭医療, プライマリ・ケア, general practice, family practice, family medicine, primary care を指すものとする。

事例の概要

①取り組みの背景

・総合診療における研究

総合診療は幅広い疾患, 年齢層を対象としておりその研究範囲も多岐に及ぶ。Freeman は総合診療の古典的な教科書である McWhinney's Textbook of Family Medicine における「総合診療における研究」の章で, 総合診療における研究の例として観察研究, 介入研究, 実用的研究 (pragmatic trial), 質的研究を挙げている。¹ 総合診療は地域全体を診療対象とし継続的なケアを提供するため, 疾患の自然史, 疾患の有病率や発生率, 病歴や検査の感度及び特異度などに関する研究が観察研究としてよく行われる。¹ また, 移民と非移民¹, 社会経済的状態が安定している群とそうでない群などの異なる集団で疾病構成や医療資源の利用に差があるかなどの比較も総合診療における観察研究として重要である。介入研究としては検査, 治療, 予防介入に関する効果を見るランダム化比較試験が挙げられ, 入院患者に対して効果が検証されている場合でも外来の患者で同様の効果があるかについて検討する場所として有用である。¹ 更に, ランダム化比較試験で得られた結果を現実の患者に適応した場合の有効性を見る研究として実用的研究 (pragmatic trial) があり, 患者や医師の行動の意味や理由を探索するなど量的研究だけでは知りえない重要な知見を集積する方法として質的研究がある。¹ これらはあくまで一例であり, 総合診療領域の研究は多岐にわたっており, 診療の質改善や政策決定など様々な方面で活用されている。

・総合診療における研究の重要性

総合診療における研究では他の医療分野と同様に科学的な知見を集積しその分野を発展させる¹ ということに加えて, 総合診療が社会に与える影響を測定し発信するという側面も重要である。ここでは医療政策における総合診療の役割を検証した同分野の先駆者 Starfield が用いた4つの原理 (First contact, Longitudinality, Comprehensiveness, Coordination)² を用いてこの点について簡潔に示す。(以下は報告者の論考「プライマリ・ケアと医療経済・医療の質」(「治療」2016年98:4)を本稿のために改変して用いた)

First contact

新たに健康問題が生じた際に最初に医療機関を受診したタイミングを指しており, ゲートキーパーとも言われる。ケアへのアクセスが容易であることは死亡率や罹患率の低下に繋がることが指摘されており, アクセスの向上は総合診療への First contact や継続性と関連していることが指摘されている。総合診療への First contact を義務付けた群とそうでない群のランダム化比較試験では, 前者において患者アウトカムは変わらず専門医受診や救急受診を減らすことが報告されている。また, 急性疾患や予防医療における First contact を総合診療医が行った場合は, そうでない場合と比較し53%コストが削減された²との報告もあり医療費の削減にも寄与している。総合診療への First contact は国内総生産 (Gross Domestic Product) に占めるヘルスケアコストの低下にも繋がることがヨーロッパ諸国を対象とした研究で指摘されている。²

Longitudinality

「個人や集団の経年的な成長や変化を扱う」ことを意味する Longitudinal からの造語である。医師個人との継続性だけでなく医療機関との継続性も複数の研究で検討されている。医師個人との Longitudinality は適切な診断の増加と不適切な処方への減少, 入院の減少やコストの低下, 小児における予防接種率の増加との関連が知られている。² 医療機関との Longitudinality においては予防接種や癌スクリーニングなどの予防医療を受ける割合の増加, 緊急入院の減少及び入院期間の短縮, 公的支援を得ている低所得者層における入院の減少, 医療コストの低下との関連が示されている。²

Comprehensiveness

「包括性」として知られる概念で, 多様な健康ニーズを適切に把握し必要な資源を活用して取り組むことを指している。² 予防接種率の増加など集団への予防医療促進と関連していることに加え, 喫煙者への禁煙指導など特定の患者層への予防介入にも寄与している。²

Coordination

「多職種間での共通の行動において, 調和をとろうとすること」を指している。Coordination はケアの質の向上, 患者満足度の向上, コストの削減と関連していることが指摘されている。³

「取り組みの背景」では総合診療における研究の位置づけとその社会的な影響について文献的な背景を紹介した。以下に具体的な事例として報告者の実践

例を示す。

②導入の経緯

報告者は2017年現在卒後10年目の総合診療医で、卒後7年目に入学した大学院博士課程を卒後10年目に卒業した。報告者は沖縄県立中部病院プライマリ・ケアコースで初期研修、後期研修を行い卒後4年目に離島の1人診療所へ赴任した。沖縄県の県立離島診療所は基本的に医師1人であり、急性、慢性や診療科に関わらず住民の健康問題全てに関わる必要がある。その中で自分が提供している医療の質の担保や向上のために「根拠に基づいた医療(Evidence based medicine)」について学び始めた。「根拠に基づいた医療」は臨床研究で得られたエビデンスを実際の診療で活用するための学問であり、研究の意義や方法について学ぶ中で自分が行っている臨床の中にも研究として発表すべき要素があるのではないかと思ったのが研究に携わる契機となった。

③事例の詳細

以下は報告者がどの様に研究を学び実践したかについて活用した社会資源を中心に記述し、その後報告者のこれまで行った研究の概要を報告する。

報告者が研究を学んだ課程と活用した社会資源

1) 卒後5-6年目：「プライマリケアのための臨床研究者育成プログラム（旧称：プライマリケア現場の臨床研究者の育成）」⁴

このプログラムは東京慈恵会医科大学が、文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」事業での助成を受け開始し、その後継続しているプロジェクトであり、e-learningでの講義や課題の配信及び年3回ほどのリサーチクエストに関するミーティングで構成されている（現在、臨床疫学研究部によって運営されている）。報告者が考えるその特徴としては

- ・リサーチクエストの立て方、研究デザイン、統計学的手法などの基本が学べる
- ・遠隔で参加できるために臨床を継続できる。
- ・総合診療、質的研究の講義があり、量的研究以外の様々な形の研究にアドバイスが得られる。
- ・研究に関する一般論を与えるだけでなく各地域から参加する総合診療医が自らの診療の現場で行いたい研究について参加者や講師からのフィードバックを得ることが出来る。

という点である。報告者は離島診療所での勤務を継続しながら、このプログラムに参加することで研究に関する基本的な知識と研究を進める際に必要な人

的繋がりを得ることが出来た。

2) 卒後7-10年目：家庭医療学開発センター（CFMD）リサーチフェロー＋大学院（博士課程）授業細目「地域医療プライマリケア医学」⁵

基礎を学んだ後に、自分で研究を遂行し成果を発表できるような能力を身につけるために参加したのがこのプログラムであった。大学院（博士課程）授業細目「地域医療プライマリケア医学」は、東京慈恵会医科大学が文部科学省「未来医療研究人材養成拠点形成事業」の助成を受け、そのプログラムの一部として開設された。CFMDリサーチフェローの特徴は、東京・神奈川の総合診療医が働く診療所で常勤として働きながら平日の1日は研究日が保証されるとともに、夜間を利用して社会人大学院生として博士課程に通学できるという点である。総合診療医として指導医や専攻医の教育に参加でき、総合診療の実践や理論的基盤に触れることが出来たことは大きな収穫であった。また、博士課程は社会人大学院生に対応して平日18時頃から必修の授業が組まれている点、自分の研究に関して「何をテーマにするか」「どこをフィールドにするか」という基本的な所から担当教官と話し合っ て学びながら進めることが出来る点が非常に有意義であった。

3) 卒後10年目「Western University Master of Clinical Science: Family Medicine」⁶

研究者として独り立ちしていくために、「総合診療研究の歴史」を知った上で「総合診療研究の先端がどこにあるか」を自分の力で把握することが肝要だと感じ、2017年にWestern Universityの家庭医療学修士コースに入学した。同コースは北米最初の家庭医療学講座であり、1年間に2週間のカナダでのオンサイト以外はインターネットを通じて参加可能である。家庭医療学の古典とされる論文を取り扱う授業が多くその成り立ちや歴史を知ることが出来ることに加え、カナダだけでなくエジプトやドバイなど日本と同様に総合診療が発展途上である国での経験を持つ同級生もおり、総合診療の各国での位置づけも知ることが出来る。修士論文として研究を提出する必要があり、メンターや多くの指導医の助言を得ながら臨床研究について一から改めて学ぶことが出来る重要な機会である。

報告者がこれまで行った研究の概要

報告者が最初に着想したのは、「離島1人診療所」という「大変なところ」「医療レベルは高くない」

と思われがちだが、総合診療医が全住民の愁訴に対応しトリアージをすることで「不適切な紹介や救急室受診を減らしているという良い点があるのではないか？」ということであった。その仮説を示すために自分が勤務していた島の紹介状況をまとめ、日本の一般人口を対象とした受療行動調査と比較するという形をとった。その間、並行して離島診療所を訪れる患者の愁訴や健康問題をコードしてまとめたものを日本語論文として発表した。小規模であるが研

究を継続する中で他の研究者との繋がりが増え、複数のプロジェクトに同時に関わる機会を得ることが出来た。その中で筆者がこれまでかかわった研究とその概要を表1に示す。

表1 筆者がこれまでかかわった研究とその概要

主著者として		
題名	掲載誌	結論
高次医療機関へのアクセスが制限された地域でのICPC-2を用いた年齢別の受診理由及び健康問題に関する後ろ向きコホート研究 ⁷	日本プライマリ・ケア連合学会雑誌	全住民の愁訴、健康問題を調査した。高齢者では認知症が多く見られた。
The ecology of medical care on an isolated island in Okinawa, Japan: a retrospective open cohort study ⁸	BMC Health Services Research	総合診療医がトリアージすることで専門医への紹介や救急室受診、入院が減る可能性が示唆された。
Correlation between Patients' Reasons for Encounters/Health Problems and Population Density in Japan: A Systematic Review of Observational Studies Coded by the International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC)" and the International Classification of Primary Care (ICPC) ⁹	BMC Family Practice	人口密度の少ない地域では内科以外の健康問題が全体の40%程を占め、総合診療医がそれに対応していることが示された。
共著者として		
題名	掲載誌	結論
Occlusal support, dysphagia, malnutrition, and activities of daily living in aged individuals needing long-term care: a path analysis ¹⁰	Journal of Nutrition Health and Aging	高齢者が嚥下訓練を受けているかどうかは嚥下障害と関連し、嚥下障害は低栄養や日常生活動作の低下と関連していた。
雲南市立病院のポリファーマシーの現状について - 横断研究 ¹¹	島根医学	70歳以上の入院患者ではポリファーマシーが多く見られ、対応が必要である。
Diseases With Extremely Elevated Erythrocyte Sedimentation Rates in a Secondary Healthcare Facility: Retrospective Cohort Study ¹²	Journal of Rural Medicine	中小病院における赤沈高度上昇患者の診断としては偽痛風が最も多かった。
沖縄県離島の健康問題について：25年間に起こった変化 ¹³	日本プライマリ・ケア連合学会雑誌	離島診療所において整形疾患や皮膚疾患へのニーズが高まり、診療の包括性が高まっていることが示唆された
Effect of patient experience on bypassing a primary care gatekeeper: a multicenter prospective cohort study in Japan ¹⁴	Journal of General Internal Medicine	かかりつけの総合診療医における良好な患者経験が総合診療医をスキップして直接専門医や病院への受診を少なくする。
Effects of practicing in remote Japanese islands on physicians' control of negative emotions: A qualitative study ¹⁵	Journal of Rural Medicine	離島の総合診療医は患者や住民、診療所スタッフとの関係性に陰性感情を持つことがあり、対話しその文化的背景を理解することで対応している。
離島の1人診療所で必要なコンピテンシーに関する質的研究～若手医師が直面した課題から～ ¹⁶	へき地・離島救急医療研究会誌	離島医療に必要なコンピテンシーは『全科にわたる知識・技術』、『離島の特性を考慮したトリアージ能力』、『島で唯一の医師としてのプロフェッショナルリズム』、『利用可能な資源を把握し活用する能力』、『島全体の健康を支える能力』であった。

報告者が研究を継続する動機について

離島勤務は貴重な経験であるが、赴任前に思い描いていたものと異なり離島医療を離れる医師も少なからず存在する。しかし、「離島でも研究が出来たり勉強を継続出来たりする環境があれば、自分だけでなく他の離島医師たちのモチベーションにも繋がるのでは」と考え、報告者が勤務している東京の診療所群での研究ネットワーク（Practice Based Research Network: PBRN）を参考に離島診療所のPBRNを結成した。¹⁷ このPBRNは15離島診療所が参加し、歴代の離島医や基幹病院の指導医など39名の総合診療医が在籍、米国の医療研究・品質調査機構に登録されている。月1回の勉強会と、各参加メンバーのリサーチクエストに関する議論、実際の研究の実施や支援を主な活動として現在も継続している。この様な離島をはじめとして、各地で活躍する総合診療医の研究支援と共に研究を行っていく体制作りが現在の報告者の動機の一つとなっている。

④成果

掲載誌のサイトによると筆者が主著者である英語論文だけで2000件以上のアクセスがあり、今後被引用数なども増えていくと考えられる。また、東京慈恵会医科大学のティーチングアシスタントや琉球大学、鳥取大学、国立長崎医療センターなどで研究に関するワークショップや講演も行って来た。更に、東京、東北、沖縄など複数の総合診療医育成のための後期研修プログラムでも専攻医に対する研究支援を行っている。これらは報告者が総合診療医として臨床を継続しながら、並行して研究を行って来た成果であり、今後更に総合診療医における研究活動の広がりが期待できると考えている。

⑤今後の展開

報告者が現在行っている研究としては

- ・総合診療医をかかりつけとする患者の患者経験と救急室受診、予防可能な入院との相関
- ・全国の総合診療医が訪問診療で対応している愁訴、健康問題及び複数の疾患を持つ患者の割合の調査
- ・時間外診療の中で総合診療医が対応可能な患者数の割合の推定
- ・総合診療医が行っている質的研究・混合研究の現状
- ・地域活動と主観的健康観、抑うつ頻度、要支援・要介護認定の関連に関する全国調査

今後予定している研究としては

- ・海外に留学する総合診療医が学習を促進していくために必要な要素についての研究
 - ・医学教育に有用なへき地尺度日本版の開発
- などがある。また、総合診療医の研究領域での留学支援も行っており、報告者が所属しているプログラムの専攻医が2018年4月にImperial College Londonに短期留学する予定である。今後は様々な形で研究者育成を行うことで更に研究の裾野を広げる予定である。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

総合診療医として地域で臨床を行っておりその延長として研究を行うため、地域の現状を現場から記述したり、地域の問題を取り扱ったりする研究が特徴と考えられる。また、個別の疾患だけでなく、住民全体を対象とした研究や医療政策決定に必要な情報を提供する研究も総合診療医の研究の大事な要素である。わが国において総合診療領域の研究は発展途上でありこの領域での研究が進むことで、これまで不明瞭であった一般住民が診療所や訪問診療、病院外来で受けている医療がどの様なものであるか、どの様な健康アウトカムと関連しているか、今後どの様に医療政策を方向付けるべきかなどに関する知見が蓄積されていくと考えられる。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

The ecology of medical care on an isolated island in Okinawa, Japan: a retrospective open cohort study⁸ は総合診療医がトリアージを行うことで紹介や救急室受診、入院を減らす可能性を示唆したもので、総合診療医がトリアージや時間外診療で適切な医療を提供することで臓器別専門医の負担を減らし、本来の業務に専念できる可能性があると考えている。現在、同研究の規模を拡大し更にこのテーマに関して追及している。総合診療領域の研究ではこの研究や上述のStarfieldの記載に見られるような医療体制や医療政策の在り方や有効性について検証するものが多く、この領域を推し進めることで臓器別専門医の負担軽減につながる可能性が高い。

また、表1に示した報告者の論文のうち、一編はリハビリテーション専門医、看護師との共同研究、一編は産婦人科専門医との共同研究である。「取り組みの背景」で述べたように総合診療領域の研究範囲は多岐にわたり、臓器別専門医や医師以外の職種

との協働は不可欠である。特に質的研究では看護領域で盛んであり¹⁸、看護領域との協働は更に進むと考えられる。

③医療や社会に与えるインパクト

「取り組みの背景」で述べたように総合診療の推進は、死亡率の低下、緊急入院の減少、ケアの質の向上、医療コストの減少、患者満足度の向上などが指摘されている。²しかし、これらはあくまで他国での研究であり、日本の現在の医療制度の中で総合診療がどの様な効果をもたらすかは検証が必要である。青木は日本の総合診療の質評価研究における草分けであり、総合診療領域の患者経験測定に有用な Primary Care assessment Tool 日本語版の作成を行った。¹⁹この指標を用いた研究によって、日本においても質の高い総合診療はかかりつけ医のスキップが起きる可能性の低下¹⁴、乳がん検診を受ける患者の増加²⁰と関連し患者経験はヘルスリテラシーと関連していること²¹が報告されている。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

報告者の事例は地域に限定されたものではないため、他地域でも研究を行う総合診療医を育成することは可能と考える。日本プライマリ・ケア連合学会は専攻医が専門医試験を受ける際にも後期研修中の研究を提出することを課しており²²、研究人材の育成に尽力している。報告者が論考「第4回日英プライマリ・ケア交換留学プログラム—英国短期訪問プロジェクト参加報告—」で報告した様に、英国では研究を主に行う総合診療医のためのキャリアパスが存在し、今後日本でも必要になると考えられる。²³現段階では日本からの総合診療領域における研究発信は他国と比較して非常に少ないことが報告されているが²⁴、日本プライマリ・ケア連合学会²⁵、認定NPO 法人健康医療評価研究機構²⁶などの団体や上述の文部科学省「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」を用いた慈恵医大⁴、琉球大学²⁷などが総合診療医向けの研究支援プログラムを提供しており今後の発展が期待される。

文献

- 1) Freeman. TR. Research in Family Practice. New York: Oxford University Press; 2016, 481-496. Freeman. TR. *McWhinney's Textbook of Family Medicine*; 4th edition.
- 2) Starfield B. Primary care balancing health care needs, services and technology. 1st edition. New York: Oxford University Press;1998.
- 3) Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:65. doi:10.1186/1472-6963-10-65.
- 4) 東京慈恵会医科大学 臨床疫学研究部. プライマリケアのための臨床研究者育成プログラム Jikei Clinical Research Program for Primary-care 募集要項. 2017. [not revised ; cited 4 Feb 2018] . Available from <http://www.jikei.ac.jp/ekigaku/primarycare.pdf>
- 5) 家庭医療学開発センター日本医療福祉生協連合会. 医療福祉生協連 家庭医療学リサーチフェローシップ. 2017. [not revised ; cited 4 Feb 2018] . Available from <http://cfmd.jp/%25E3%2583%2595%25E3%2582%25A7%25E3%2583%25AD%25E3%2583%25BC%25E3%2582%25B7%25E3%2583%2583%25E3%2583%2597%25E4%25B8%2580%25E8%25A6%25A7/research/>.
- 6) Western University. Master of Clinical Science Program. [cited 4 Feb 2018] . Available from http://www.schulich.uwo.ca/familymedicine/graduate/master_of_clinical_science_program/index.html.
- 7) 金子 惇, 松島雅人. 高次医療機関へのアクセスが制限された地域での icpc-2 コードを用いた年齢別の受診理由及び健康問題に関する後ろ向きコホート研究. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*. 2016;39(3):144-149.
- 8) Kaneko M, Matsushima M, Irving G. The ecology of medical care on an isolated island in Okinawa, Japan: a retrospective open cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):37. doi:10.1186/s12913-017-1979-8.
- 9) Kaneko M, Ohta R, Nago N et al. Correlation between patients' reasons for encounters/health problems and population density in Japan: a systematic review of observational studies coded by the International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) and the International. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):87. doi:10.1186/s12875-017-0658-5.
- 10) Wakabayashi H, Matsushima M, Ichikawa H, et al. Occlusal support, dysphagia, malnutrition, and activities of daily living in aged individuals needing long-term care: a path analysis. *J Nutr Health Aging*. 2017;1-6.
- 11) 太田龍一, 高木賢一, 土江 隆, 他. 雲南市立病院のポリファーマシーの現状について—横断研究. *島根医学*. 2017 ; 37 (1) : 42-46. doi:10.1111/myc.12331.

- 12) Ohta R. Diseases With Extremely Elevated Erythrocyte Sedimentation Rates in a Secondary Healthcare Facility : Retrospective Cohort Study. *J Rural Med.* 2017;34:27-33.
- 13) 太田龍一, 金子 惇. 沖縄県離島の健康問題について : 25年間に起こった変化. *日本プライマリ・ケア連合学会誌.* 2017 ; 40 (3) : 143-149.
- 14) Takuya A, Yosuke Y, Tatsuyoshi I, et al. Effect of patient experience on bypassing a primary care gatekeeper: a multicenter prospective cohort study in Japan. *J Gen Intern Med.* 2017.
- 15) Ohta R, Kaneko M. Effects of practicing in remote Japanese islands on physicians' control of negative emotions: A qualitative study. *J Rural Med.* 2017;12(2):91-97. doi:10.2185/jrm.2934.
- 16) 柴田綾子, 金子 惇, 井上真智子. 離島の1人診療所で必要なコンピテンシーに関する質的研究 ~若手医師が直面した課題から~. *へき地・離島救急医療研究会誌.* 2017 ; 15 : 16-22.
- 17) Agency for Healthcare Research and Quality. Okinawan Remote island-PBRN. 2017. [not revised ; cited 4 Feb 2018] Available from <https://pbrn.ahrq.gov/pbrn-registry/okinawan-remote-islands-practice-based-research-network#h=remote>
- 18) McKibbin KA, Gadd CS. A quantitative analysis of qualitative studies in clinical journals for the 2000 publishing year. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2004;4:11. doi:10.1186/1472-6947-4-11.
- 19) 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. doi:10.1093/fampra/cmz087.
- 20) 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(1):3. doi:10.1186/s12930-017-0033-7.
- 21) Aoki T, Inoue M, Lévesque J, Gass D, Pineault R, Beaulieu M. Association between health literacy and patient experience of primary care attributes: A cross-sectional study in Japan. *PLoS One.* 2017;12(9):e0184565. doi:10.1371/journal.pone.0184565.
- 22) 日本プライマリ・ケア連合学会. 日本プライマリ・ケア連合学会 ポートフォリオ詳細事例評価のレビューブック 2017 年度版. 2017. [not revised ; cited 4 Feb 2018] Available from https://www.primary-care.or.jp/nintei_fp/pdf/rubric.pdf
- 23) 金子 惇, 坂井雄貴, 古武達也, 松本朋樹, 吉田一隆. 第4回日英プライマリ・ケア交換留学プログラム - 英国短期訪問プロジェクト参加報告 - . *日本プライマリ・ケア連合学会誌.* 2017 ; 40 (3) : 160-163.
- 24) Aoki T, Fukuhara S. Japanese Representation in High-impact International Primary Care Journals. *An Off J Japan Prim Care Assoc.* 2017;40(3):126-130.
- 25) 日本プライマリ・ケア連合学会. 未来研究リーダー養成プロジェクト. 2017. [not revised ; cited 4 Feb 2018] Available from <https://www.primary-care.or.jp/journal/research.html>.
- 26) 認定NPO 法人健康医療評価機構. 認定NPO 法人 健康医療評価研究機構. [cited 4 Feb 2018] Available from <https://www.i-hope.jp/activities/academy/rinshou.html>.
- 27) 臨床薬理学琉球大学 医学部. 琉球大学 医学部 臨床薬理学. [cited 4 Feb 2018] Available from http://www.med.u-ryukyu.ac.jp/medicine_cp/6267.html#syokai.