

住民調査データの解析

研究協力者 筑波大学医学医療系 地域総合診療医学寄附講座 助教 後藤亮平

研究協力者 筑波大学医学医療系 茨城県地域医療教育学寄附講座 准教授 春田淳志

【要旨】

平成 29 年度に申請者が研究責任者として実施した厚生労働科学特別研究事業「総合診療医が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」(H29-特別-指定-032) のデータは、記述統計が中心であったため、このデータを用いて新たに「複数の病気にかかった時の総合診療医への受診意向に関連する要因」について多変量解析した。その結果、受診頻度が高まる 50 歳以上、関係性を重視する女性、かかりつけ医師の像が乏しく、重複受診の実体験という有意に関連する要因として挙げられた。

A) 背景・目的

複数疾患の重複受診は、多くの医師が関わるため、体全体の健康に対する責任が不明確だけでなく、治療の遅れや費用コストの問題も指摘される。その一つの解決策として包括的に症状を診ることができる総合診療医への受診が求められるが、国民の役割期待は明らかではない。

B) 目的

本研究は、地域住民において複数の病気にかかった時に総合診療専門医に診てほしいという受診意向に関連する要因を明らかにし、国民への総合診療医の役割を周知する戦略を検討する。

C) 方法

(1) 調査対象

平成 29 年度に申請者が研究責任者として実施した厚生労働科学特別研究事業「総合診療医が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」(H29-特別-指定-032) で実施した「第 3 部 総合診療医に対する住民の意識調査」を参照。

(2) 分析方法

調査した項目のうち、本研究の目的に関連する項目を研究者間で協議し「年齢」「性別」「居住地」「配偶者の有無」「最終学歴」「要介護認定」「定期受診する傷病の有無」「医療機関の受診頻度」「かかりつけ医師の有無」「重複診療の経験」「総合診療医の認知度」「複数の病気にかかった時の受診意向」のデータを解析に用いた。なお、これらの変数はそれぞれ中央値またはヒストグラム等から 2 群に分類した。従属変数は、複数の病気にかかった時に総合診療専門医に診てほしいと思うかという受診意向の有無とした。データ解析は、各変数と受診意向との関連について単変量解析(カイ二乗検定)を行った後、有意な関連を認めた変数を独立変数として投入した多変量解析(ロジスティック回帰分析)を行った。

なお、本調査は日本プライマリ・ケア連合学会における倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

D) 結果

アンケートに回答が得られた人数は 4,128 人であった。

カイ二乗検定において総合診療専門医への受診意向と関連を認めた変数は、年齢・性別・最終学歴・医療機関の受診頻度・かかりつけ医師の有無・重複診療の経験であった（表 1）。また、これらの変数を独立変数としてロジスティック回帰分析に投入した結果、50 歳以上（Odds ratio:1.346, 95%信頼区間 1.180-1.535）、女性（Odds ratio:0.695, 95%信頼区間 0.610-0.792）、かかりつけ医師がなく（Odds ratio:0.815, 95%信頼区間 0.707-0.940）、重複診療の経験がある（Odds ratio:1.220, 95%信頼区間 1.054-1.412）ことが総合診療専門医への受診意向に有意に関連することが明らかになった（表 2）。

表 1. 複数の病気にかかった時の総合診療医への受診意向に関連する要因（単変量解析）

項目	総合診療医への受診意向		P 値	
	なし (n=2,466)	あり (n=1,662)		
年齢	50 歳未満	1,313 (53.2)	799 (48.1)	0.001
	50 歳以上	1,153 (46.8)	863 (51.9)	
性別	女性	1,155 (46.8)	936 (56.3)	<0.001
	男性	1,311 (53.2)	726 (43.7)	
居住地	その他	1,353 (54.9)	946 (56.9)	0.193
	政令指定都市・中核都市	1,113 (45.1)	716 (43.1)	
配偶者の有無	なし	842 (34.1)	534 (32.1)	0.178
	あり	1,624 (65.9)	1,128 (67.9)	
最終学歴	高校まで	1,347 (54.6)	976 (58.7)	0.009
	大学・大学院	1,119 (45.4)	686 (41.3)	
要介護認定	要支援・介護	41 (1.7)	21 (1.3)	0.301
	なし	2,425 (98.3)	1,641 (98.7)	
定期受診する傷病の有無	なし	1,454 (59.0)	999 (60.1)	0.462
	あり	1,012 (41.0)	663 (39.9)	
医療機関の受診頻度	3 か月に 1 回未満	1,265 (51.3)	911 (54.8)	0.026
	3 か月に 1 回以上	1,201 (48.7)	751 (45.2)	
かかりつけ医師の有無	いない	1,430 (58.0)	1,036 (62.3)	0.005
	いる	1,036 (42.0)	626 (37.7)	
重複診療の経験	なし	1,894 (76.8)	1,220 (73.4)	0.013
	あり	572 (23.2)	442 (26.6)	
総合診療医の認知度	知らない	2,040 (82.7)	1,379 (83.0)	0.836
	知っている	426 (17.3)	283 (17.0)	

総合診療医への受診意向なし：「別々の領域別専門医にみてほしい」または「どちらともいえない」

表 2. 複数の病気にかかった時の総合診療医への受診意向に関連する要因（多変量解析）

変数	B	標準誤差	オッズ比	有意確率	95%信頼区間	
					下限	上限
年齢	0.297	0.067	1.346	<0.001	1.180	1.535
性別	-0.364	0.067	0.695	<0.001	0.610	0.792
最終学歴	-0.054	0.067	0.947	0.418	0.830	1.080
医療機関の受診頻度	-0.137	0.072	0.872	0.057	0.758	1.004
かかりつけ医師の有無	-0.204	0.073	0.815	0.005	0.707	0.940
重複受診の経験	0.199	0.075	1.220	0.008	1.054	1.412
定数	-0.245	0.067	0.783	<0.001		

ロジスティック回帰分析（強制投入法）

投入した変数（reference/1）：年齢（50歳未満/50歳以上）、性別（女性/男性）、最終学歴（高校まで/大学・大学院）、医療機関の受診頻度（3か月に1回未満/3か月に1回以上）、かかりつけ医師の有無（いない/いる）、重複受診の有無（なし/あり）

E) 考察

受診頻度が高まる50歳以上、関係性を重視する女性、かかりつけ医師の像が乏しく、重複受診の実体験が総合診療医への包括性の期待を高める可能性があった。健診やコミュニティ活動に参加するかかりつけを持たない、家族のヘルスエキスパートとなることが多い年長女性に対する総合診療医の「包括性」の役割周知が本邦での総合診療医の浸透につながるかもしれない。

F) 結論

地域住民において、複数の病気にかかった時の総合診療医への受診意向に関連する要因は、年齢（50歳以上）、性別（女性）、かかりつけ医師がいないこと、重複受診の経験があることであり、総合診療医に対する「包括性」という役割期待を持つ国民の要因が明らかとなった。

[Home](#)[About Us](#)[Fields](#)[Programs](#)[Education&Research](#)

厚生労働科学研究事業

総合診療が地域医療における専門医や 多職種連携等に与える効果についての研究

研究報告

- ▶ 研究概要
- ▶ 第1部
総合診療医の業務及びタスク
シフトに関する調査
- ▶ 第2部
総合診療医の診療範囲に関する実
態調査
- ▶ 第3部
総合診療医に対する住民の意識調
査
- ▶ 第4部
総合診療に関する国際比較
- ▶ 第5部
総合診療医が今後果たすべき
役割に関する提言
- ▶ 第6部
総合診療医の活動に関するモデル
となる事例集

[ホーム](#) > [Education & Research](#) > 第6部

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

Editorial

井階 友貴

要旨

日本は医療の専門性を高めることで世界的な医療先進国になったが、総合診療分野に関しては後進国である。世界に類を見ない高齢化、今後見込まれる医療需要の爆発的増加、人口減少や社会格差の進行などにより、総合診療医の役割が注目されるようになり、ようやくその育成も国を挙げて始まった。その効果・意義については、今後の調査が待たれるところであるが、既に先進的な取り組みを展開している総合診療医のはたらきについて、その取り組みの詳細およびエッセンスを広く共有することは、育成の過程をより意義のあるものにするために非常に重要である。

また同時に、将来総合診療医の役割や総合診療医育成の効果・意義について、さまざまな根拠が十分に蓄積されたとしても、日本全国各地ごとに、医療資源、人口構成、人口密度、地域性など、諸々の条件が異なるのは明白であり、地域にとってふさわしい医療を提供すべき総合診療医の目指す姿や取り組みが、全国一律にマニュアル化・ガイドライン化されたとしても、それだけに頼ることは正解でないと思慮される。そんな折に重要になるのも、全国の取り組みを広く集積し、そこから総合診療医のコンピテンシーを紡いで共有することであると考え

本事例集は、全国各地の総合診療医による先駆的な病院、在宅／診療所、地域連携、教育、研究の取り組みについて、その取り組みの背景と導入経緯から、取り組みの成果や今後の展開までを詳細に示したうえで、考察として、総合診療医としての専門性、総合診療医によるタスクシフティング、医療や社会に与えるインパクト、他の地域での応用可能性についてまとめあげたものである。本事例集こそ上記2つの目的にかなったものであり、今後このような事例が益々集積され、更新・共有されるようなシステムが発展・継続することを願ってやまない。

最後に、日々の忙しい総合診療医としての業務の中で、貴重な時間を割いて事例を提供いただいた先生方に深く感謝の意を表します。

事例提示

事例は地域ごとに掲載されています。見たい地域をクリックすると、地図の下に当該地域の事例が表示されます。


 後期研修プログラムに
 込められた熱い思い

 可能性が広がる
 研修フィールド

 対談 総合診療医の
 未来予想図

 筑波大学附属病院
 未来医療GP
 次世代の地域医療を担うリーダーの養成




follow us
on twitter



Find us on
facebook



東京

神奈川

千葉

茨城

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・横谷 省治

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。

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

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年次の総合診療科臨床・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で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る総合診療医の配置が望まれる。

地域医療における総合診療医の役割や周囲への影響に関するフィールド調査

研究協力者 筑波大学医学医療系 茨城県地域医療教育学寄附講座 准教授 春田淳志

研究協力者 筑波大学医学医療系 地域総合診療医学寄附講座 講師 小曾根早知子

【要旨】

総合診療医は、自身の役割を発信し、役割期待に応えるのと同時に、外的評価基準や地域の文脈を踏まえ、組織内外に総合診療医の役割を浸透させた。組織には、外的・内的インターフェイスを整え、広く情報や価値観を共有し、形式合理性と実質合理性を意識しながら、相性の良い構造的カップリングを組織に適合するよう試みていた。また、患者や住民が抱える複雑性や関係性の複雑性を縮減し、組織や自分自身を時代の変化に適応しながら、メディカルジェネラリズムという価値観を組織内外に伝播した。

A) 背景

英国家庭医学会(Royal College of General Practitioners ; RCGP)は健康財団と協働し、幅広い関係者からのエビデンスを活用したメディカル・ジェネラリズム委員会で報告書を作成した(1)。この報告書に記載された総合診療医が扱うメディカル・ジェネラリズムの定義をもとに本研究を進める。これは、個人、家族、グループ、または地域に対して保健医療を提供する 1 つのアプローチである。その原理は時と場所を選ばず、人がケアや自分の健康と幸福に関する助言を受けの際に適用され、個人にも診療チームにも等しく適用される(1)。メディカル・ジェネラリズムに含まれる定義は、以下のように列挙される。

- a) 人を全人的に、そして家族や幅広い社会環境のコンテキストの中で捉える。
- b) 未分化な病気、およびあらゆる患者と健康状態に対応するため、アクセスしやすく利用可能である。
- c) 目の前の患者のみならず、より幅広い患者のグループもしくは地域住民に対する配慮を示す。
- d) 効果的な多職種連携や共同学習に従事する。
- e) 患者および保健医療、ソーシャル・ケアにわたる専門家と進んで明確なコミュニケーションを取る。
- f) 総合診療のコンテキストでは、多くの疾患エピソードや時間軸に沿った責任の継続性を図る。
- g) 同じく総合診療において、保健医療、ソーシャル・ケアの内部やその間に存在する組織にまたがるケアの調整を行う。

RCGP の報告書の表題が「複雑性の中で患者を導くこと：現代のメディカル・ジェネラリズム」と題しているように、総合診療医は患者だけでなく、家族や社会環境、そして自らの役割や環境の複雑系を扱う専門家である。しかし、総合診療医は複雑な役割についての明示化を困難と感じている(1)。さらに、総合診療医がどのように複雑系システムにメディカル・ジェネラリズムを組織や地域に浸透させ、そのなかで総合診療医はどのように複雑系システムの要素である患者・家族・組織

の Well-being をつくりだすかについての研究はほとんどない。この複雑系システムを明らかにするためには、ランダム化比較試験(RCTs)のような典型的な医学研究手法を用いることは難しく、包括的、解釈的、規範的な様々な視点をもった人類学のおよび他の質的研究手法が必要となる。

一般にデータ収集が行われた特定の事例を超えた主張ができるかどうかについて Hamersley (2) は以下の 2 種類の可能性を述べている。

① 理論的推論 : Theoretical inference

調べた事例をもとに、新しい理論やすでにある理論の精密化や修正を提案する。

② 経験的一般化 : Empirical generalization

調べた事例の知見をもとに、同様の事例に適用できるかを検討するために、同様のタイプがどういふ状況であるかを記述する必要がある。あるいは、超越的・メタ的に捉えた知見を明らかにする。本研究では、総合診療医と人類学者が協働して総合診療医の実践現場をフィールドワークすることで、①と②を統合しながら、総合診療医の役割浸透、メディカル・ジェネラリズムの浸透、総合診療医の複雑系に対する秩序の安定化についての研究の視点(目的)を明らかにした。仮の段階ではあるが、この3つの視点を平成 29 年度の特別研究事業「総合診療医が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」(H29-特別-指定-032)における「第 6 部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集」の事例をもとに記述することを試みた。

- 1) 総合診療医は、どのように組織や地域の多職種に対して役割を浸透させているのか? (解釈論的視座から)
- 2) 総合診療医のいる組織では、どのようなシステムを構築し、メディカル・ジェネラリズムを浸透させているのか? (組織環境構築の視座から)
- 3) 総合診療医は、どのように地域包括システムという複雑系システム内で患者・家族・組織の Well-being の秩序が成り立つ状態を作り上げているのか? (複雑システム系の視座から)

B) 方法

1) 研究フィールド

平成 29 年度の厚生労働科学特別研究事業である「総合診療が地域医療における専門医や多職種連携等に与える効果についての研究」のモデル事例の中から、総合診療としての見えやすいアウトカムを出していたことが共通している施設を抽出した。さらに、地域や施設の文脈が影響する可能性を考慮し、病院、プライベート診療所を選択した。その結果、病院として市立福知山市民病院、プライベート診療所として弓削メディカルクリニックを選択し、現地調査を行った。

2) 研究デザイン

前述の通り、市立福知山市民病院、弓削メディカルクリニックの両方において、調査は総合診療医と文化人類学者のペアによる 2 名体制でおこなった。文化人類学におけるフィールドワークは従来、個人で実施するものとされてきたが、近年においてはこうした複数名で成るチームで実施する「チーム・エスノグラフィ」と呼ばれる調査手法が脚光を浴びている。調査者の立場性や先入観が、データ収集や分析のプロセスに色濃く反映される質的調査において、明らかにされるものはフィールドの一側面としての「部分的真実」であるとされているが (3)、チーム・エスノグラフィでは複数名の調査者が参画することによ

ってデータの意味と解釈をめぐって調査者同士が対話を重ね(4)、自身の視点を相対的に捉えることができる(5)とされている。本調査においては特に、組織としての医療機関の事情等に精通する総合診療医と、いわば外部者としての素朴な視点でフィールドに接する文化人類学者との協働によって、より複眼的かつ立体的に調査の成果をまとめあげることを目指した。

C) 結果

➤ 施設の背景（市立福知山市民病院）

市立福知山市民病院がある福知山市は人口 8 万人弱の都市だが、10 万人の人口を医療圏としてカバーしている。平成 20 年に総合診療医 1 名が赴任して総合内科ができ、平成 21 年から 8 名の家庭医・総合診療医が赴任した。報告書（平成 29 年度の構成労働科学特別研究事業）には、市立福知山市民病院で、総合内科発足前後を通じて循環器科が専門診療していた心不全については入院期間の有意な短縮は認めていなかったが、総合内科発足以前には各臓器別専門医が専門外疾患として診療していた脳梗塞や肺炎については、総合内科発足後には総合内科がチームで診療することにより在院日数が短縮したことが記載されていた。また、大江分院ができて、市立福知山市民病院で十分な退院調整が必要な患者の退院調整期間は短縮された。さらに、若手医師が増加し、在宅医療も充実していった内容が記載されていた。

1) 総合診療医は、どのように組織や地域の多職種に対して役割を浸透させているのか？

① その場における総合診療医の役割を自覚し、発信している

総合診療医より「来年度の人数は少ないので、これくらいの範囲で総合内科は仕事をします、ということ院内に周知するようにしている、と。総合内科の仕事の範囲の調整は、総合内科の管理者としての大切な仕事だと話してくれた。」

別の総合診療医からも、大江分院での総合診療医の役割を入院、外来、往診、地域全体の連携と明確に話してくれた。自分たちの役割理解をもとに、他の職種や病院内、地域の中で発信していることが何より大きなインパクトを与えていた。

② 他者の役割期待に応えている

MSW が家庭医・総合内科の医師に期待する役割があり、医師はその役割を担っていた。

「家庭医・総合内科の先生は、在宅に関しては先生がすぐ返信してくれるのでコミュニケーションは取りやすい。」

看護師も家庭医・総合内科の医師に期待した役割があり、以下のように発言していた。

「総合内科は病院ではどのような役割を担っているか？との質問に、主に看護師が広く興味を持ってきて、一つの専門分野にこだわらない部分が総合内科としての専門分野であり、それを活かして地域に返す役割を担っている、と。」

このように医師以外の職種が総合診療医に期待している役割を果たしていた。

③ 総合診療医の役割と外的評価基準が一致していることの周知

院長や国のニーズが総合診療医の役割と一致していることを理解していることがうかがえる。具体的

には、

「院長からは地域や病院に今何が求められているかをいつも言われているので、地域に求められるリハビリやリハビリ全体が機能するよう、リンクNsが機能するように看護師とも連携をとるように現在は動いていた。」

「また、退院時に総合内科の先生が訪問リハビリ指示書を書いてくれるので、それに倣って開業医の先生たちがリハビリ指示書を書いてくれるので、地域の開業医との懸け橋にもなってくれている。地域で訪問リハビリなどに関わるときには、呼吸状態や病態の理解がないと、呼吸音を聞いたりしたときの判断や身体状態の判断ができないので、医師がせっかく院内にいますので、病態や病気を学習する勉強会を開いてもらっているんです、と話した。」

④総合診療医の役割を地域の文脈に沿った枠組みで再構成し、伝播する。

唯一正しい価値観を押し付けるのではなく、地域の文脈に合致した枠組みで、自らの価値観や役割貢献について話していた。

「徐々に地域に人たちの中でも、大江分院に変わってよかったという声もあがってきている。外来では家庭医がきたので対応できる患者層や主訴の幅が増えた。もともとは府立医大の膠原病・外科などの専門医が、その専門外の知識で高血圧や糖尿病などを診ていたので、山のようにたくさんの種類の薬が処方されていた。まずは、採用薬の種類を1/3中止し、薬を整理した。小児では22人/年間→163人/年間に増えた。近くにある医院は地元出身の医師がやっているが、人口規模的には双方の医療機関ではほぼ妥当な医療供給量であることと、当院では予防接種などがメインで、そのついでに外来に受診するパターンが多く、あまり競合はしない。外来では、老人保健施設のデイサービスで具合が悪い患者をケアマネが外来に連れてくることも多く、よく直接電話がくる。」

「地域住民や職員の気質として、医者意見を大事に扱ってくれるような姿勢がある。それをうまく活用し、地域のために医療をやっということを職員には周知してきた。」

地域の文脈にあった枠組みで自分たちの役割を再構成し、伝えることで、地域のWell-beingを目指した貢献であることを他の職種にも理解できるよう伝播していた。

2) 総合診療医のいる組織では、どのようなシステムを構築し、メディカル・ジェネラリズムを浸透させているのか？

①外部インターフェイスの構築

電子カルテや質改善のシステムがそれにあたる。

「退院カンファレンスなどに医師が参加できないときに、医師の治療方針を書いてもらう欄を電子カルテ上に作ってからは医師の治療方針が分かるので、とても助かっている。総合内科の先生にも書いてもらっている。このシステムは、半年前に質改善の一環として生まれたプロジェクトであることを説明してくれた。」

「同一の電子カルテを回線をつないで市立福知山市民病院と大江分院で使用しているため、本院からの転院では、本院の病棟の患者情報を大江分院でもまるごと知ることができるので、まるで同じ病院のようにカルテ情報を共有できる。ACP (Advanced Care Planning) や今後の方針について書かれていない場合は、直接病院の担当医にフィードバックすることもある。やりすぎると若い人たちに好ましく思

われない場合もあるが、フィードバックしていくと、情報がそろうようになってきて教育効果を感じる。何より、どこまで患者家族に情報を伝えているかもわかり、カルテが見えるという安心感があるので、転院も受けやすい。」

このように、総合診療医がメディカル・ジェネラリズムを電子カルテ上で見える化し、市立福知山市民病院と大江分院で共有するシステムがコミュニケーションの効率化につながっていた。また、外部インターフェイスが標準化されていればいるほど、人的資本内・資本間で互換性・再利用性・拡張性・相互運用性が高まるので、将来の不確実性に対処するための意思決定の選択権や自由度を準備できる可能性がある。

②内部インターフェイスの貢献

主に人的資源として、働いている看護師・MSW や事務がどのようにメディカル・ジェネラリズムを理解しているかがキーになるが、以下の点が観察された。

- ・市民病院ではNP をハブとした看護師が組織化されている。
- ・質改善のプロジェクトが定期的実施されている。
- ・医師や看護師の専門性を発揮するため、MSW が書類作成のサポート等を引き受けている。

③形式合理性と実質合理性の周知と共通理解ができる組織環境の構築

形式合理性と実質合理性は下記のように定義できる(3)。

- ・形式合理性は、ミクロ的（個人的）及びマクロ的（集团的）的に示された 規則・法則・規制などに合致しているか否かが形式論理によって誰にでも形式的に確認できるという意味での合理性である。
- ・実質合理性は、知性的に考える能力に基づいて、集団内外で観察された行為や事象／現象がマクロ（集団）レベルでの支配的な価値／要請に合致しているか否かを判断できるという意味での合理性である。

形式合理性は、院長や総合診療医のリーダーがビジョンを語るという行為で地域包括ケアシステムや国が求めるビジョンなどが病院全体で浸透している点にある。

「院長からは地域や病院に今何が求められているかをいつも言われているので、地域に求められるリハビリやリハビリ全体が機能するよう、リンク Ns が機能するように看護師とも連携をとるように現在は動いていた。」

「院長の理念として地域の急性期を担う病院を目指していることを、1年に1回以上は聞き、世の中の流れに沿ってリハビリを進めたり、PFM(Patient flow management)を進めたりしていることを聞いているので、その流れもある」

「先生のどこにも行けない迷子になりうる患者さんをなんとか支援したい、という通院サポートという思いから始まった、と。」というのは在宅診療の開始のエピソードである。

実質合理性については、これまでの病院の歴史や価値観がスタッフに浸透していることが該当する。

「患者のことを考えると「やらんとあかん」と思う人たちが多くて、変化に抵抗する人は少ないかもしれ

ない。救急でもそうだし、新しく専門の先生が新しい技術をもっているのであれば、それを学んでついていかなければ、という思いでやっている。特に、母性や救急は当院しかないからそういう思いもあるのかもしれない、と。」

④構造的カップリングの実装

例えば、総合診療医とリハビリの構造カップリングの実装を行っている。

「退院時に総合内科の先生が訪問リハビリ指示書を書いてくれるので、それに倣って開業医の先生たちがリハビリ指示書を書いてくれるので、地域の開業医との懸け橋にもなってくれている。地域で訪問リハビリなどに関わる際には、呼吸状態や病態の理解がないと、呼吸音を聞いたりしたときの判断や身体状態の判断ができないので、医師がせっかく院内にいますので、病態や病気を学習する勉強会を開いてもらっているんです、と話した。」

MSW との構造カップリングとしては、

「家庭医・総合内科の先生は、在宅に関しては先生がすぐ返信してくれるのでコミュニケーションは取りやすい。また、家族の背景や他の疾患も並行してみてくれるので助かる。特に MSW のカルテをよく読んでくれているのがよくわかる。そういった、接点があるので総合診療の先生方はよくわかるが、他の科では必ずしもそうではない先生もいる。」などがある。

3) 総合診療医はどのように地域包括システムという複雑系システム内で患者・家族・組織の Well-being の秩序が成り立つ状態を作り上げているのか？

①総合診療医としての強みとしての個の患者が抱える複雑性の縮減

大江分院では、「外来では家庭医がきたので対応できる患者層や主訴の幅が増えた。もともとは医大の膠原病・外科などの専門医が多く、その専門外の知識で高血圧や糖尿病などを診ていたので、山のようにたくさんの種類の薬が処方されていた。まずは、採用薬の種類を 1/3 中止し、薬を整理した。小児では 22 人/年間→163 人/年間に増えた。」というように、多併存疾患で複雑な病態が重なる患者へに対応を実施し、それに合わせてシステムを変更し、経営的な視点も含んだ包括的な視点でシステムの改善を図っていた。

②施設の身の丈に合った多職種連携による関係性と情報の複雑性の縮減

院内・院外の連携を積極的に進め、他職種の理解、関係性への働きかけを実施しているだけでなく、施設の身の丈に合った連携の基盤をもとに体系的に情報の統合を行うようにしていた。

「入院患者の情報共有としては、週に 1 回医師ごと（例えば W 先生は火曜日）にカンファを開催しており、昼の 1 時から 1 時 45 分くらいに、担当医、看護師、MSW、栄養士、セラピスト、薬剤師が集まり担当患者の退院方向について話している。

また、2 週間の入院期間を超えないという約束でレスパイト入院も週に 3-4 人受け入れている。というのも、10:1 の病棟看護師体制のための 21 日平均入院期間を維持するには、入院期間が調整できるレスパイト入院で長引く転院調整の患者のバッファーとなるから。分院になってから、MSW を一人配置し、退院調整をするようになって回転率もよくなったが、MSW 一人に負担をかけている一面もある。」

「院外の連携は地域包括支援センターとともに在宅ケア会議を月 2 回開催しており、医師、外来・訪問

看護師・薬剤師・訪問リハビリ・栄養士・ケアマネなどが参加し、受診につながっていない地域に埋もれた人を共有している。地域の方は、近くの医院か当院に通院していると思うので、だれかがどこかでその人をキャッチしてくれていると思うが、まだ埋もれている人はいるので、いつ受診するかキャッチアップするようにしている。このような体制ができるのは、小さな地域だからできることだと思う。」

一方で、病院や地域の資源の限界も踏まえた中で、ハブとしての役割を發揮している。

「例えば脳外科医が増えたら、脳卒中はそちらに任せるようにしていることや総合内科では基本的に癌の患者は診ないで、それぞれの専門科に任せるようにしているスタンスをとっている。前立腺がんなどの予後が長い疾患で他の疾患が見つかった時などは入るタイミングが難しい。また、何でも屋だからといって総合内科が全部やらないようにはしていて、来年度の人数は少ないので、これくらいの範囲で総合内科は仕事をします、ということ院内に周知するようにしている。」

③政策や時代に合わせてシステム内の複雑性を拡大し、外的環境に適応する

総合診療医だけが実施しているのではなく、組織自体が政策や時代に合わせて適応するよう複雑なシステムを導入している。それにより、より複雑な外的環境に適応するよう動いている。

「変わってきたのは、10年前くらいから認定看護師がでてきたころだと思う。最初は癌や化学療法の認定看護師、それから救急、ICU、ストマ、認知症など様々な認定看護師が増えて、現在はそれぞれが部署を超えて様々なチームに働きかけている。また、訪問診療を担当する看護師は他部署との兼任で、すべての病棟（救急外来も含めた）看護師の誰かが在宅チームを担当しているので、訪問の患者が入院しても、救急でも会えるし、病棟でも会えるようになっている。それが患者にとっては安心につながっている。情報の周知としては、院内メールで認定看護師は退院カンファレンスの患者を全体にアナウンスし、関連している多職種は参加できるし、訪問診療を担当する看護師は、訪問診療中の人が入院したら院内メールで在宅チームに関わる関係者に一斉メールで共有しているので、この人入院したんだ、というのが朝病院に来るとすぐわかる。また、たくさんの多職種からなるチーム（ICT、NST、褥瘡など）がたくさんあって、それぞれのチームが認定看護師を中心に頑張っている。これらのチームは入りたいと思えば入れるし、ゆるいつながりとオープンなチーム制が機能している。院内勉強会や院外勉強会も結構あるし、それぞれのチームが研究発表会として年に1回共有し、リハビリ、PFM(Patient flow management)、リハビリなどが賞を取った。年に1チーム頑張ったチームが賞を取り、発表会が近づくと、賞を取るために、どんな発表にするかを考え、賞が取れるよう競い合ったりしているが、日常業務は単にそれぞれがやることをやっているような感じ。」

④ 節目で自分たちを変化させている

「例えば脳外科医が増えたら、脳卒中はそちらに任せるようにしていることや総合内科では基本的に癌の患者は診ないで、それぞれの専門科に任せるようにしているスタンスをとっている。前立腺がんなどの予後が長い疾患で他の疾患が見つかった時などは入るタイミングが難しい。また、何でも屋だからといって総合内科が全部やらないようにはしていて、来年度の人数は少ないので、これくらいの範囲で総合内科は仕事をします、ということ院内に周知するようにしている。」これは、自分の役割を状況に応じて変化させていることの証である。

同様に、看護師からも

「院長の理念として地域の急性期を担う病院を目指していることを、1年に1回以上は聞き、世の中の流れに沿ってリハビリを進めたり、PFM(Patient flow management)を進めたりしていることを聞いているので、その流れもある。あとは、患者のことを考えると「やらんとあかん」と思う人たちが多くて、変化に抵抗する人は少ないかもしれない。救急でもそうだし、新しく専門の先生が新しい技術をもっているのであれば、それを学んでついていかなければ、という思いでやっている。特に、母性や救急は当院しかないからそういう思いもあるのかもしれない」とあり、職員全体として変化に抵抗がないことが、複雑系の適応に自己を変化させていた。

▶ 施設の背景（弓削メディカルクリニック）

弓削メディカルクリニックは、琵琶湖の東南部にある人口約1万2000人の滋賀県蒲生郡竜王町にあり、約30年前に雨森正記医師が自治医大の義務で国民健康保険診療所に赴任し、その後町内の当地に移動し20年前に院長として開設したクリニックである。教育診療所であること、在宅医療においてグループ診療を行っていることが特徴的である。報告書では、総合診療医の赴任により町内でかかりつけ医を持つ割合が増えたこと、グループ診療で在宅看取り率が県内1位の街となったことが報告されていた。

今回は、弓削メディカルクリニックを訪問し、院長と、家庭医療専門医で院長の補佐的役割を担っている医師を中心にインタビューおよび視察を行い、竜王町の地域包括支援センター職員、弓削メディカルクリニックでの勤務経験がある医師からも情報を得た。

1) 総合診療医は、どのように組織や地域の多職種に対して役割を浸透させているのか？

①家庭医としての「普通」の診療を継続することで徐々に住民の理解を得る

院長が町内の国保診療所に赴任した当初は、他の医院の閉院などが相次ぎ、町内の医療機関が非常に少なくなっていた。住民は車で隣の近江八幡市の病院を利用している状況であったため、赴任当初は患者数が少なかった。学校医を務める近くの小学校には児童も多かったが、診療所を利用する小児はほとんどいなかった。そこから家庭医として「普通」の診療を継続していたところ、徐々に成人・小児とも患者数が増加し、数年後には患者数が倍増したという。「ちゃんとやっていたら、ちゃんと増える」という。

1999年にクリニック開業後も患者数は当初の何倍にも増加し、報告書に記載されていたような「町内（弓削メディカルクリニック）をかかりつけとする住民」は年を追うごとに増えていった感触があった。実際、近江八幡市の病院医師からは、「竜王町の患者が本当に来なくなった」とコメントされるという。

近隣住民（*タクシー運転手）にも弓削メディカルクリニックは、家族を診ることを専門とした少し特殊な医療機関で、遠方からクリニックへ研修に訪れる人も多い、と認識されていた。

②家庭医療の提供のために必要な職種や仕組みを導入し、住民の潜在ニーズに応える

クリニック開設後から訪問診療依頼件数が漸増し、最大で年間400件までにもなったが、当時は介護保険制度開始前であり、訪問看護・訪問リハビリテーションなど在宅診療を支える仕組みは整っていなかった。（クリニックが民間であったため自治体の協力を得るのも困難であった。）そこで自身で訪問看護ステーションや訪問リハビリテーションの提供を始めた。その後介護保険制度が導入されたが、現在においても町内で訪問リハビリ・通所リハビリを提供しているのは弓削メディカルクリニックのみであ

る。

また、病院外での看取りを始めたのも町内では弓削メディカルクリニックである。現在では弓削メディカルクリニックが在宅のほかグループホーム、特別養護老人ホームなどでの看取りを行っており、町内での病院外での看取りのほぼすべてを担っている。訪問診療とその他サービスの充実で、平成27年以降、竜王町は県内在宅死亡第一位（ないしはかなり上位）に入るようになった。このような状況を、地域包括支援センター職員は、「雨森先生はないものを作っていく」と表現していた。

③自治体の施策を活用して地域での活動を行う

2013年から町内で「在宅福祉医療ネットワーク会議」が公民連携の勉強会として始まった。その際には、クリニックに勤務していた医師（家庭医療専門医）と、地域の医療に対して熱意のあったクリニックの門前薬局の薬局長ほか、ハブとなる多職種が集まり勉強会が構築されていった。現在に至るまで、2ヶ月に1回、毎回20名以上が参加して事例検討会・勉強会が開催されている。

2013年頃からの国の在宅医療推進の動きを受けて、町でも在宅医療に関する住民への啓発活動として、2014年に「在宅医療のABC」、2015年に看取りに関する講演会を企画・開催した。その際にはクリニック医師が講師となり住民への啓発活動を行った。

2) 総合診療医のいる組織では、どのようなシステムを構築し、メディカル・ジェネラリズムを浸透させているのか？

①外部インターフェイスの構築

・グループ診療体制とそれを支える診察室

クリニックでは外来、施設、在宅診療等を複数医師によるグループ診療体制を構築しており、週間予定表でそれが割り当てられている。外来診療には7つの診察ブースが用意されているが、各外来担当医師がどの診察室であっても同じパフォーマンスを発揮できるようにするため、各診察室の構造、物品等の配置はすべて統一されている。各診察室はバックヤードの廊下とつながってはいるが、いずれも扉で区切られて完全に個室化できる構造となっており、診察時には患者のプライバシーを十分に保たれるよう設計されている。

・過去の勉強会資料の閲覧、診療への活用

これまでの研修生らが作成した患者用リーフレット、これまでの勉強会資料などが外来バックヤードの端末から簡単に検索、閲覧、プリントアウトできるようにしてある。これにより、診療にてよく出会う疾患や課題についての知見をスタッフ間で共有し、診療に有効活用できるような仕組みが構築されていた。

・実習生、研修生への教育

クリニックでは、近隣中核病院の初期研修医2年目の1か月ずつの地域医療研修を受け入れていた。地域の病院への教育機会を通して、将来の専門診療科医師へのメディカル・ジェネラリズム浸透に貢献できていると考えた。

またクリニックでは、専門診療科からの転向で開業を目指す医師を対象に2年間の再教育コースを開

設しており、広範囲の地域からの需要があるとのことだった。このコースでは1年目に家庭医療のコアについての学習などを行い、2年目には関連施設にて副所長など一定の役割を担うようにし、地域で開業する医師に学習と実践を通してメディカル・ジェネラリズムを学ぶ機会を提供していた。

- ・共用昼食スペース、オアシスの設置

クリニック 2F の在宅診療部門オフィス外には、複数のテーブルセット、ソファなどが並べられており、各職員は基本的にオフィス内ではなくこれらの共用スペースにて昼食を取ることになっていた。また 1F、2F ともバックヤードにコーヒーマシンなどが設置されていた。これらにより職員間がコミュニケーションを取りやすい環境を構築していた。

②内部インターフェイスの貢献

- ・在宅診療でのフィジシャン・アシスタント（PA）の養成

2017年頃から、主に在宅診療で働くためのフィジシャン・アシスタントの養成をクリニック独自で開始した。PA の役割としては訪問診療患者の特性を把握して、各医師・看護師・PA の訪問ルートや分担の割り振りのほか、医師に帯同して診療の補助をすることなどである。この場合の PA は、諸外国で見られるような一部の医療行為を行う PA とは異なり、あくまで在宅診療の医療行為以外の業務を担っており、医療行為の権限委譲は問題とならない。専門職間のタスクシフティング（ナースプラクティショナーなど）ではなく、あくまで法規の範囲内で実現可能な業務分担を行う体制を構築することができていた。（実際に担当する職員からの話は聞くことができなかった。）

- ・同建物内での職種間連携の実現

クリニック 1F が外来診療部門、2F が在宅診療部門オフィスとなっていた。在宅診療部門オフィスには訪問看護、訪問リハビリ、ケアマネジャーなどの担当職種が同一オフィス内を本拠地としていた。共同オフィスのため情報共有や相談はしやすい環境となっていた。（実際に職員から情報収集することができなかった。）

- ・多職種とのプロジェクト型学習

専攻医に対するマネジメント、リーダーシップ能力の養成を目的に、各専攻医は大小様々な質改善プロジェクトを与えられ、そのリーダー役を担っていた。院内の他職種と専攻医とが協働で質改善プロジェクトを行うことを通し、各職種のメディカル・ジェネラリズムの理解につながっていることがうかがえた。（実際に本人たちから情報収集することができなかった。）

③形式合理性と実質合理性の周知と共通理解ができる組織環境の構築

クリニック内においては、勤務する医師に対して院長の理念（家庭医療診療所かつ教育診療所であること）が伝えられていた。またクリニックの文化としてもそれらが浸透し、実際の診療、学生・研修医教育に反映され、多職種が連携した在宅ケアシステムや研修システムが構築されているものと思われた。

④構造的カップリングの実装

近隣中核病院の初期研修医への地域医療研修受け入れを通して、病院との構造カップリングの実装は行っているかもしれない。

また、詳細な患者背景を記載した病院への紹介状を通して、近隣医療機関との構造カップリングの実装は行っている可能性がある。滋賀県が導入したシステムとして、登録することで各医療機関の電子カルテをクリニック内から閲覧できる体制となっていた。現状ではクリニックの電子カルテ情報は他医療機関からは閲覧できないが、もしこれが実現すれば各医療機関にとっては、クリニック通院中の患者が入院した場合には詳細な患者背景を含んだ豊富な情報を得ることができるため、大変重宝されるだろうとのことだった。

3) 総合診療医はどのように地域包括システムという複雑系システム内で患者・家族・組織の Well-being の秩序が成り立つ状態を作り上げているのか？

①総合診療医としての強みとしての個の患者が抱える複雑性の縮減

院長が町に赴任し、その後クリニックを立ち上げて継続してきたことを通して、それまで地元ではなく近隣都市の医療機関をかかりつけ医としていた患者が、地元の弓削メディカルクリニックをかかりつけ医とするようになった。また、町内の在宅診療のニーズにいち早く応じ、必要な体制を整え、さらにグループ診療体制を構築することで県内トップクラスの在宅看取り率を実現するようになった。

②施設の身の丈に合った多職種連携による関係性と情報の複雑性の縮減

在宅診療を行うための土台が整っていなかった時期に、訪問看護・訪問リハビリなど必要だが存在しないものは、自らが新たに構築し、その中で多職種連携を実現してきた。組織内連携は前述の通り施設内での様々な工夫を通して実現しやすい環境を整えている様子であった。

施設外の町内での連携は、多職種勉強会を通して行われているのかもしれない。包括支援センターとしては「小さな町であり、どの施設とも顔の見える関係性ができている」とのことであった。今回の視察のみでは、現在の施設外連携で総合診療医がどのように貢献しているかは見えづらかったが、少なくとも多職種勉強会の立ち上げ時には総合診療医が貢献していたようであった。

③政策や時代に合わせてシステム内の複雑性を拡大し、外的環境に適応する

・グループ診療体制への移行

院長赴任当初は一人診療体制であったが、その後複数診療体制に移行し、教育も担う施設へと発展した。院長自身ははじめから教育診療所を目指していたわけではなかったというが、様々な要因が重なり複数診療、教育診療体制へと移行したようであった。

初めは複数診療体制でも主治医制の要素が強く、雨森院長が中心に診療を行う時期があったという。その後、院長のクリニック外業務の増加やその他要因が重なり、徐々に現在のようなグループ診療体制に移行したという。

グループ診療となり医師数の増加、外来や訪問診療など診療業務の複雑化に伴い、この数年でもいくつかのシステム改善を行っていた。そのうちの1つは各医師の業務分担の中にリベロを配置したことである。リベロの医師は例えば急を要する患者対応に当たるなど、そのときの状況に応じて自由に動ける立場である。これにより、急を要する事案の対応も行いつつ、全体のスケジュールが円滑に進められるよ

うになったという。

- ・ PA 養成

在宅診療における PA 養成・導入も、複雑化する在宅診療業務を補助する役割として、諸外国の専門職制度を参考に導入されたシステムである。

- ・ クラウドシステムや Web の活用

スケジュール表、各種勉強会資料などの各種資料は、クラウドシステムや Web、あるいは院内の PC システムを活用して施設内外で共有され、実際に診療でも活用しやすいような仕組みが構築されていた。

④ 節目で自分たちを変化させている

- ・ グループ診療体制

前述の通り、約 30 年の歴史の中で、その時々の中の、内的、外的要因の状況に対応しながら、徐々に現在のグループ診療体制に移行してきたようであった。その背景には、院長自身の診療やマネジメントスタイルにもその時々の変化もあったようである。

- ・ シフト勤務制

以前は勤務時間外に勉強会などが開催されていたが、最近では勤務時間内に勉強会や会議、レジデントデイなどを行うようになってきている。毎週木曜日午後は院内の会議、およびレジデントデイのために外来診療業務はなしとされ、いずれも勤務時間内には必ず終了するように設定されていた。

医師もシフト勤務制を取っており、朝からの勤務か、昼から夕診療までの勤務かに分かれていた。このような体制を取ることで、誰にとっても継続して診療・研修しやすいシステムを構築するように配慮されていた。

D) 今後に向けて

2019 年度はさらに複数の施設の視察を踏まえて、結果の仮説検証を継続していく予定である。

Reference

1. 『メディカル・ジェネラリズム』 翻訳チーム英国家庭医療学会、翻訳. メディカル・ジェネラリズムなぜ全人的医療の専門性が重要なのか [Internet]. 2012. Available from: https://www.primary-care.or.jp/imp_news/pdf/20160721.pdf
2. Hammersley M. Reading Ethnographic Research A Critical Guide. Journal of Experimental Psychology: General. 2007.
3. Clifford, J. and Marcus, G. Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography. University of California Press, 1986.
4. Gerstl-Pepin, C. and Gunzenhauser, M. Collaborative team ethnography and the paradoxes of interpretation. Qualitative Studies in Education (15)2: 137-154. 2002.
5. Erickson, K. and Stull, D. Doing Team Ethnography. Sage. 2015.

6. Ritzer G. Explorations in Social Theory: From Metatheorizing to Rationalization. Athenaeum Studi Periodici Di Letteratura E Storia Dell Antichita. 2001.

他職種を対象とした総合診療医に対する認識の調査

研究協力者 筑波大学医学医療系 地域総合診療医学寄附講座 助教 後藤亮平

研究協力者 筑波大学医学医療系 茨城県地域医療教育学寄附講座 准教授 春田淳志

【要旨】

総合診療医の役割は病院、診療所の外来、また在宅等といった場に応じて異なるため、同じ場で働く多職種の認識や期待する役割も異なる可能性がある。一昨年度の調査（厚生労働科学特別研究事業）では、住民を対象にした質問紙調査を実施してきたため、今回は医師以外の保健医療福祉介護福祉専門職を対象に、総合診療医に対する認識と期待する役割について調査し、多職種からの総合診療医のニーズについて調査した。その結果、多職種連携協働を実践する上で、他職種は総合診療医に「多職種をつなぐ“ハブ”としての役割」「職種を超えた“教育者”としての役割」「地域の内外における“看板”としての役割」を期待していた。また、他職種は地域包括ケアシステムの中で医師に期待する役割として、患者に対しては「患者中心性」「生物心理社会モデルへの適合」「地域の情報共有」、他職種に対しては「オープンマインド」「助言希求」「親近性」、医師間では「連携」「紹介」、患者・家族には「指示」「説明」という役割を期待していた。

今年度は以下の2テーマを実施した。

- ① 揖斐郡北西部地域医療センターのフィールド調査
- ② 保健医療福祉専門職が地域包括ケアシステムの中で医師に期待する役割

背景

日本は超高齢社会の到来により、複数の疾患や心理社会的要因を受けやすい高齢者の保健医療福祉ニーズが増大している。それに応えるためにも、医師は医学ニーズだけでなく、生活支援について他の職種の視点を理解し、情報を共有し、患者のニーズに合わせたシームレスなサービスを進めていく必要がある。そのために、2025年に本格始動を予定しているシームレスなサービスを統合する地域包括ケアシステムは本邦の保健医療福祉システムの変化の契機になる可能性がある。しかし、昨年度の報告書にあるように医師自体が他の職種からの役割期待を理解できていない。

また、総合診療医の役割は病院、診療所の外来、また在宅等といった場に応じて異なるため、同じ場で働く多職種の認識や期待する役割も異なる可能性がある。地域包括ケアシステムの中で必須となる多職種連携協働において、互いの職種への役割期待を「解釈論」として捉えると、職種間で役割知識の共有されることはあっても部分的であり、役割は動的な相互行為プロセスにおいて準拠的な機能を果たしている。特に、医学モデルのイメージが強い医師においては、医師自体が地域包括ケアという文脈に合致した他者からの役割期待を理解していない可能性がある。

① 揖斐郡北西部地域医療センターのフィールド調査

A) 目的

多職種連携協働を実践する上で、他職種が総合診療医にどのような役割を期待しているのかを調

査することである。

B) 方法

(1) 研究フィールド

平成 29 年度に申請者が研究責任者として実施した特別研究事業「総合診療医が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」(H29-特別-指定-032)における「第 6 部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集」の執筆者の紹介により、多職種連携教育・協働を先進的に進めてきた揖斐郡北西部地域医療センターを対象にフィールド調査を行った。

(2) 施設の背景

・揖斐郡北西部地域医療センター

岐阜県の北西部にあり、標高 1100～1300m 前後の山々に囲まれている。揖斐川町は人口約 21,000 人であり、高齢化率は 30.1% (平成 30 年 3 月時点) である。揖斐郡北西部地域医療センターは、診療所・介護老人保健施設・在宅介護支援センターの複合施設で、医療・福祉サービスを行っている。当センターは 2009 年より多職種の学生等を対象に、地域医療臨床研修現場が中心となって Interprofessional education (IPE)研修を行っている。

この IPE 研修会を開始した当初、研修に関わる専門職が少なかったことから継続の危機に陥ったこともあり、主催者は多くの不安と葛藤を抱えていた。しかし、苦勞しながらも継続していくことで、少しずつ他施設の専門職、行政職員、住民などが研修に関わるようになった。そして現在では、参加する学生の学びの場としてだけでなく、地域の施設や職種をつなぎ、ともに学ぶ場となっている。また、研修をきっかけに多職種間で顔の見える関係が構築され、地域の医療福祉サービスに関しても多職種が連携して取り組めるようになった。このように地域のつながりが構築されるプロセスには、揖斐郡北西部地域医療センターの診療所（久瀬診療所）に勤務する総合診療医 A が中心的に関わっていた。

C) 結果

・多職種連携協働を実践する上で、他職種が総合診療医にどのような役割を期待しているのか？

I. 多職種間をつなぐ「ハブ」としての役割

揖斐郡北西部地域医療センターの A 医師らが中心となって IPE 研修を開始した当時は、普段から他施設の専門職と関わる機会はほとんどなかった。しかし、A 医師が行政・医師会・他施設の専門職に声をかけ研修に多くの人々を巻き込んでいったことで、少しずつ地域の中に施設・職種を超えたつながりが築かれるようになった。

—「A 先生がいてくださったから医師会とか行政を巻き込んでできたのだと思います。」

—「(A 先生が巻き込んでくれたことで) 今となっては研修の内容を他施設の看護師さんたちが考えてくれたりとか、IPE 実習をとおして行政の人たちとのつながりが強くなったりとか。C さん（保育士）と出会えたのだから IPE 実習がきっかけですからね。」

II. 職種を超えた「教育者」としての役割

A 医師は、揖斐郡北西部地域医療センター内で協働する非医師の専門職に対して、「振り返り」や「フィードバック」など教育的な関わりを行っていた。職種を超えた教育的な関わりは非医師の専門職にとって学びが多く、自分自身の臨床や学生指導、また IPE 研修にも活かされるものであった。

- 「A 先生が診療所にいた当時、1・2 週に 1 回振り返りをしてもらっていたんです。定期的に振り返ることでとても自分の学びにもなりましたし、今も学生を指導するときは A 先生から学んだことを参考にしていますね。」
- 「どうしようもない学生が実習に来て、悩んで A 先生に相談したときに言われた「それでも私たちは育てるんです」という言葉は今でも忘れないですね」

Ⅲ. 地域の内外における「看板」としての役割

A 医師は知名度が高く、地域内だけでなく学会等でも IPE 研修について発信し、研修の参加者を集めるという「看板」の役割も担っていた。その A 医師が揖斐郡北西部地域医療センターを退職することとなったが、すでに地域には A 医師だけに依存しないつながりが構築されていた。

- 「この看板的な先生だったので、びっくりしたのはありましたけど、医師会・行政とかとしてしっかりパイプは作ってくれましたからね。本当にありがたいと思いました。そのおかげで今も継続できていますし。」
- 「“あとはよろしく”って感じで。A 先生らしいのかもしれないですけどね。」

② 保健医療福祉専門職が地域包括ケアシステムの中で医師に期待する役割

A) 目的

本研究では医師以外の多職種が医師についてどのような役割知識を共有し、地域包括ケアという文脈で医師にどのような役割期待があるかを明らかにすることを目的とする。その結果、医師が他者から期待される自職種の役割が理解でき、円滑な多職種協働を進められることを期待する。

B) 方法

研究デザインは役割期待理論を基盤にした質的探索的研究である。研究期間は 2019 年 1 月から行い 2019 年 4 月末の計 4 か月間で行った。茨城県 X 市（人口 8 万人）の在宅医療に関連する多職種を対象者とした。

合目的的サンプリングとして、茨城県 X 市で行われたケア会議に参加した多職種を対象にし、2019 年 1 月に約 30 分のフォーカスグループ（FG）を行った。家庭医である研究者（JH）はグループには入らずに、医師の役割知識と地域包括ケアにおける医師の期待役割は何かといった質問ガイドを提示し、話し合ってもらった。録音した音声から逐語録を JH がテーマ分析を実施し、その妥当性について研究協力者とディスカッションした。この分析結果内については、2019 年 4 月のケア会議に参加した多職種に内容の妥当性をチェックし、意見をもらった。

なお、本調査は筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て実施した（第 1353-1 号）。

C) 結果

多職種 56 名が参加し、7 グループで FG を行った。

➤ 多職種は、医師に対するイメージを以下のようにとらえていた。

1) 「父権的」「階層上位」「指示」をする生物医学モデルの権威

—「やはりお医者さんというだけで、こちらが身構える、当然昼間は忙しい、こういった気軽なことをドクターに直接相談して良いのか、本当は病院の相談員に相談しなければいけないのか。」

—「医者が降り立った方が良いわけですね。こういった場に来てくれると良いなど」

—「やはり病院の先生の言葉は大きいところもあり、私たちが言ってもなかなかできないことも、病院の先生が言ってくれれば、ポンとできるみたいなこととかも、結構あったりする。」

—「私は本当に、言葉一つ、その一つなのですが、否定と肯定をもう少し使い分けて欲しいと言いますか、先生にこれをやってはダメだと言われてしまったみたいな人って聞くから、それをやるためにこうしようという様な、何かがないのかなと思ったり。」

2) 職業共同体の一員として「診断」「治療」「処方」「説明」を行う役割

—「(先生は) 退院してきた時には 1 回病状説明とかをして、後は退院とか転院するとかの時にはもう 1 回改めて先生の方から話をし、ただやはり急性期の病院で治療が終わって、点滴が終わって、退院可能ですよ、転院とか施設に行くというまでの間にすぐ入れたり、崩れるわけではないから、少しそこから退院可能ですよという先生の話がある。」

3) 専門職として「自律性」「閉鎖的」「孤高」を感じる存在

—「気軽に相談できる様な関係性作りが、少し話しづらいというイメージがあると思うのですが、中々電話で聞こうと思っても、そうはいかないですね。簡単に連絡が取れる、意見、先程もありましたが、ケアプランについて先生の意見を聞きたいのは、中々難しいのです。ソーシャルワーカーさんがいないところでは、診療時間が終わってから行ったりとか、1 時間待って、2 時間待ってやっと聞けたとかいうこともありました。」

—「昔は病院に行っても看護師、婦長さんがいて、会わせないというような病院が昔は結構あって、先生に会えない。」

➤ 多職種が感じる地域包括ケアシステムの中の医師の役割期待は、以下が主に挙げられた。

1) 「患者中心性」「生物心理社会モデルへの適合」「地域の情報共有」「病院から在宅へのケアのトランジション」を实践すること

—「診察に行った時になかなかこれとこれとこれとこれが困っていてというのを、私達に話してくれるのですけれども、患者さんはやはり医師の前に行くとかこれしか言えなかったとか、ここが痛いのか言えなかったとか、それでこれとこれとこれはどうでしたかと聞くと、先生も忙しそうだし言わなかった、みたいなことが多いのでぜひ先生には医学的以外の情報

も聞いてほしい。」

- －「ドクターそのものが地域包括ということで、その人を在宅とか地域で生活をさせましょうという考えをもってくれている先生ならば良い」
- －「一人ひとりの生活（病気や怪我に限らず）や生き方に目を向けてくださる医師がさらに増えることを期待します。」
- －「ドクターが直接訪問して頂ければ解決することはものすごく多いとは思いますが。」

2) 他職種への「オープンマインド」「助言希求」「親近性」

- －「先生がお電話をくれたりするじゃないですか。あれはすごく助かります。やはりもらえると、かけやすくなる。」
- －「薬の出し方もそうですね、調子が悪い日、熱っぽいのだと言って出して、それが治ったにも関わらず、ずっと出ていて、今度はふらつくとか足が痛いとかですとまた足して行って、同じ作用とか同じような薬が 13 種類とか 14 種類とかそういったところが多分、根拠を持って言うていくのが我々（薬剤師）の仕事なので、それを言えるかどうかなのですけれども。聞いてくれるかどうかということがあって、中々聞いてくれない先生もいるのですけれども、何回も繰り返して言うかどうかというところも仕事なのですけれども。」

3) 地域の共同体の一員として医師同士の「連携」「紹介」ができる

- －「医師それぞれが多分総診とかやっているのと、その土台の先生とかは勿論こういう活発、ではないですけれども、専門領域の、例えば泌尿器の内科のドクターの医師で内科バリバリのドクターが地域的な中で出来るわけがないですから。温度差があるにしてもないにしても、少しずつ、この市で働く医師であれば、そういった視点を持たなければいけないということを、医師会で発信してほしいとは思いますが。」
- －「クリニックに通っている方などで、例えば内科に通っているのですが、この方は認知症だと思ったときに、先生が速やかに、そういったアプローチ、認知症のところに通った方が良いということで、自分で紹介しますと言って頂くと、こちらとしてもやりやすいのですが、中々そのところで、外にやってしまっと思う先生もいらっしゃるんで、やはり、包括ケアという医師同士の間の連携も取って頂くと、仕事もやりやすくなっていくのかと思います。」
- －「基本的には、初期段階であれば、クリニックとかでも良いと思うのですが、専門的な治療が必要になってきた時に、自分のところで診るという様に薬も出せるから、という様になってしまうと、逆にこちらが介入するのは難しくなってしまうところとかもあつたりすると思いますので、その段階になったら、最終的にお薬を出してもらうのは内科のクリニックの先生であっても、一度専門医の方で、見立てを出して頂けると助かるのかなと思ひまして。」

4) 患者・家族に対する医学の権威としての「指示」「説明」する役割

- －「ある程度回復していて、これ以上伸び代がないというところで、私はこれ以上歩けるようになるの、とか言われてしまうと、中々、というのは診断とかにも関わってきて言えないので、そういう時に医師、先生の方から少し一声があると、もう少し歩くこととかそういう理

解というか、患者さん、どの人もそうなのですから、障害の需要がもう少し早いのかなという時がたまに、入っていて感じる時があります。」

- 「先生方をお願いするというのはやはり、先生の一言が利用者の次へのステップに繋がるので、助言とかそれを聞いてもらってお願いできるというので、市立病院が中心になってくれているので、先生方がケアマネに昔は何だそれと言われたのがあって、まともに話を聞いてくれているので、そこで話ができて繋げることが一番ありがたく感じています。」

D) 考察

多職種は医師と自分自身との関係においては、医師に忠告的リーダーシップだけでなく、フラットでオープンな態度を求めている。一方で、自分たちが関わる患者には医師として権威・父権的立場を求めている。

この結果は、役割理論の解釈過程に焦点を当てたシンボリック相互作用論を提唱した Turner の言説から考察できる。この基本的な視点は、役割行動を個人の社会的環境に対する絶え間ない解釈するところにある。役割は、それが方向づけられる他の関連する諸役割との関係において存在し、相互行為により、もっている他方の役割に関する観念の相互チェックを行うような常に「試験的な」過程として捉えられる。つまり、地域包括ケアという場面における多職種の役割遂行にとって必要な範囲内に、医師の行動が収まっているかという問いの答えが本研究の結果となる。多職種と医師の関係性においては階層上位・閉鎖性・孤高というイメージを否定的な場面でもらえているため、自分たち保健医療福祉関係であれば平等であることを期待した。一方で、多職種が指示をしても守らない患者、あるいは多職種が Evidence をもって説明できない不確実性の高い未来に対する患者への指示などにおいて、命令や指示をする父権役割を期待した。これはアジアで特徴的である、個人が人間関係の困難に遭遇した時に関係者を考慮した最適な行動をとるといった関係主義的価値観が影響しているのかもしれない。

また、本研究の結果は多職種が抱く医師への役割期待は、医師が認識している自身の役割とは食い違っている可能性がある。それゆえ、地域包括ケアという生活モデルが中心となる限定された地域においては、医師は多職種との相互行為により多職種からの役割期待が理解できるようになることで、医師は地域包括ケアにおける役割取得が可能となるかもしれない。そして、医師は自身の役割を調整しながら、多職種協働が円滑に進む地域包括ケアに基づく役割形成が導かれる可能性がある。

本研究結果は、ある限定された地域の多職種を対象にした研究であるため、結果の転用には注意が必要である。しかし、医師へのイメージやそれを補完するための役割期待は、教育や医療システムの関係である程度普遍的であるため、今後別の地域においても検証が必要である。

E) 結論

多職種が抱く医師の役割期待には忠告的リーダーシップだけでなく、フラットでオープンな態度を求め一方で、自分たちが関わる患者には医師として権威・父権的立場を求めている。この役割期待を地域包括ケアに従事する医師が自覚し、さらに各地域でも多職種が期待している役割を医師が理解できるよう相互にコミュニケーションをとっていく必要があると考えられた。

総合診療医のキャリア形成に関する実態調査

研究協力者 筑波大学医学医療系 地域総合診療医学寄附講座 講師 片岡義裕

【要旨】

今後、すぐれた総合診療医を数多く養成する環境を整えるために、総合診療専攻医が総合診療を選択した経緯や、今後のキャリアについてどのように考えているかを明らかにすることを目的として、総合診療医を対象とした Web アンケート調査を実施した。調査の結果、総合診療専攻医は、診療科としての発展性や尊敬できる指導医の存在から総合診療を選択している一方で、総合診療の専門性に対する自身あるいは周囲の疑問や懸念があり、選択をためらった経験があることがわかった。また、専門医制度に関して不確定要素が多いことに対して不安を抱いていることがわかった。今後、総合診療医の養成を促進するためには、総合診療の専門性やそれを発揮できる場面についてわかりやすく明示するとともに、総合診療専門医が専門医制度の中でキャリアを積むうえでの選択肢を明確に示す必要があると考えられた。

A) 背景

地域包括ケアシステムの推進が国全体で求められる中で、総合診療医の養成の重要性が高まり、日本専門医機構による研修の基本領域として総合診療が加わった。平成 30 年度からこの研修が開始したが、実際に総合診療を選択した専攻医は全体の 2%にとどまった（日本専門医機構 http://www.japan-senmon-i.jp/news/doc/180927_saiyo.pdf 2019.3.25 アクセス）。また、目指すべき総合診療医の医師像や研修の内容に関しても、さまざまなステークホルダーが独自の見解をもとに議論しており、研修の当事者である専攻医が総合診療医の医師像や研修についてどのように考えているのかが考慮されていない。

今後、すぐれた総合診療医を数多く養成するためには、多くの若手医師が安心してキャリアを選べる環境を整えることが必要不可欠である。そのためには、当事者である総合診療専攻医が、総合診療を選択した経緯や、今後のキャリアについてどのように考えているか、その実態を明らかにすることは非常に重要な意味を持っている。

B) 目的

本調査では、総合診療専門研修プログラムの 1 期生にあたる専攻医全員を対象としたアンケートを実施して、その結果を広く発信することで、専門医制度やプログラムの改善を図ることを目的とする。

C) 方法**(1) 対象者**

平成 30 年度から総合診療の専門研修を開始したすべての総合診療専攻医とした。

(2) データ収集

専門医機構に登録されている総合診療研修プログラムのプログラム統括責任者に研究への協力を依頼した。各研修プログラムの担当者に web アンケートの URL を周知し、調査対象となる総合診療専攻医に転送してもらうか、質問紙を担当者に郵送して、対象者へ配布および回収し、返送してもらった。

1. 調査内容

- ▶ 基本属性（性別、年齢、出身地など）
- ▶ 総合診療に関する卒前あるいは初期臨床研修での学習経験
- ▶ 総合診療医を選択した理由（「仕事の内容に興味がある」、「治療の対象となる臓器に興味がある」など 30 項目について、「とてもあてはまる」～「全く当てはまらない」の 4 段階から選択）¹⁾
- ▶ 総合診療以外に検討した基本領域
- ▶ 総合診療を選択するうえで感じたためらい（「すべての診療領域について中途半端な知識や技術しか身につかないのではないか」など 7 項目について、「とてもあてはまる」～「全く当てはまらない」の 4 段階から選択）
- ▶ 総合診療を選択することに対して周囲から言われたネガティブな意見（自由記載）と発言者、発現によって受けた心理的ダメージ（「かなり受けた」～「ほとんど受けなかった」まで 4 段階）
- ▶ 総合診療専門研修をおこなううえで感じる不安（幅広い専門領域について十分な臨床能力が身につくか）など 14 項目について、「とても不安である」～「全く不安はない」の 4 段階から選択）
- ▶ 総合診療の研修制度や専門医制度に対する要望（「研修目標をより明確にしてほしい」など 14 項目から複数選択）
- ▶ 総合診療専門医取得後のキャリアイメージ（ほかに取得したい専門医、専門医取得後に勤務したい施設や地域など）
- ▶ 総合診療の専門研修や専門医制度に関する意見（自由記載）

2. 分析方法

基本属性をすべて回答したものを有効回答とした。回答者の基本属性および総合診療を選択した理由や感じたためらい、また研修を行う上での不安や要望について、記述的に分析した。

3. 倫理的配慮

本研究を実施するにあたり、筑波大学医の倫理委員会の承認を受けた（第 1351 号）。

D)結果

<実施状況>

対象：184名

回収：86名

有効回答：82名（44.6%）

<基本属性>

結果のまとめ

男性が71%、平均年齢30.9歳で、49%が結婚していた。医師免許取得年は8割以上が2016年だった。出身地と出身大学、初期臨床研修および現在の研修病院がすべて同じ都道府県のものはいなかったが、出身地と現在の研修病院の都道府県が同じものが77%だった。出身地としては、小都市（32名、39%）や大都市周辺の郊外住宅地（23名、28%）が多かった。地域枠で入学したものは20名（24%）だった。

男性 58名（70.7%） 女性 24名（29.3%）

年齢 平均：30.9歳（最小：26歳、最大：54歳）

結婚している：42名（48.8%） 子供がいる：22名（26.8%）

表 1. 医師免許取得年

取得年	人数	%
2004	2	2.4
2006	1	1.2
2012	2	2.4
2013	2	2.4
2014	2	2.4
2015	4	4.9
2016	69	84.1

下記1～4の場所に該当する都道府県

1. 出身地
2. 卒業した医学部・医科大学
3. 初期臨床研修を行った基幹病院
4. 現在所属している研修プログラムの基幹施設のある都道府県

1～4すべてが同じもの：0名（0%）

1と4が同じもの：44名（53.7%）

2と4が同じもの：35名（42.7%）

3と4が同じもの：63名（76.8%）

表 2. 出身地

出身地	人数	%
大都市	13	15.9
大都市周辺の郊外住宅地	23	28.0
小都市	32	39.0
町村部	13	15.9
離島・へき地	1	1.2

地域枠※で医学部・医科大学に入学したもの：20名（24.4%）

※将来、地域医療に従事することを条件とする都道府県の奨学金貸与枠と連動した選抜枠や、奨学金とは連動しないが、将来地域医療に従事しようとする意思を持つ者を対象とした入学者選抜枠

<総合診療に関する教育の経験>

結果のまとめ

学生時代に総合診療科での講義や実習を経験したものは60名（73.2%）だった。また初期臨床研修において総合診療科で研修をおこなったものは、大学附属病院での研修者27名中15名（56%）、臨床研修病院での研修者55名中40名（73%）だった。総合診療科での研修が、専門領域として総合臨床を選択することに「やや」もしくは「かなり」影響したものは42名（51%）だった。

学生時代、総合診療科の講義や実習があった：60名（73.2%）

表 3. 総合診療科で講義や実習を受けたことで、総合診療医のイメージや理解が高まったか（n=60）

	人数	%
ほとんど変わらなかった	14	17.1
あまり変わらなかった	20	24.4
やや高まった	22	26.8
かなり高まった	4	4.9

表 4. 初期臨床研修を行った基幹病院と総合診療科での研修経験

	総合診療科での研修	
	あり	なし

大学附属病院	15 (56%)	12 (44%)
臨床研修病院	40 (73%)	15 (27%)

表 5. 総合診療科での研修が専門領域として総合診療を選択することに与えた影響 (n=55)

	人数	%
ほとんど影響しなかった	6	7.3
あまり影響しなかった	8	9.8
やや影響した	17	20.7
かなり影響した	25	30.5

<総合診療のキャリア選択>

結果のまとめ

総合診療を専門領域として選択した理由として多かったのは、「やりがいがありそう」、「仕事の内容に興味がある」、「尊敬できる教員・指導医がいる」だった。総合診療以外に検討した診療科として多かったのは、内科（70%）だった。ほかに小児科（28%）や救急科（13%）などを検討したものがいた。総合診療を選択するうえで感じた「ためらい」として多かったのは、「すべての診療領域について中途半端な知識や技術しか身につかないのではないか」、「『これだけは他の医師に負けない』という専門技術を身につけないと、将来の就職先に困るのではないか」であった。また、総合診療を選択することに対する周囲からのネガティブな意見のうち、受けた心理的ダメージが大きかったものとして「年齢を重ねてからもできる科である」や「なんでも中途半端にしか診れなくなって、手技や治療など様々な面で医師の質が落ちる」などがあつた。

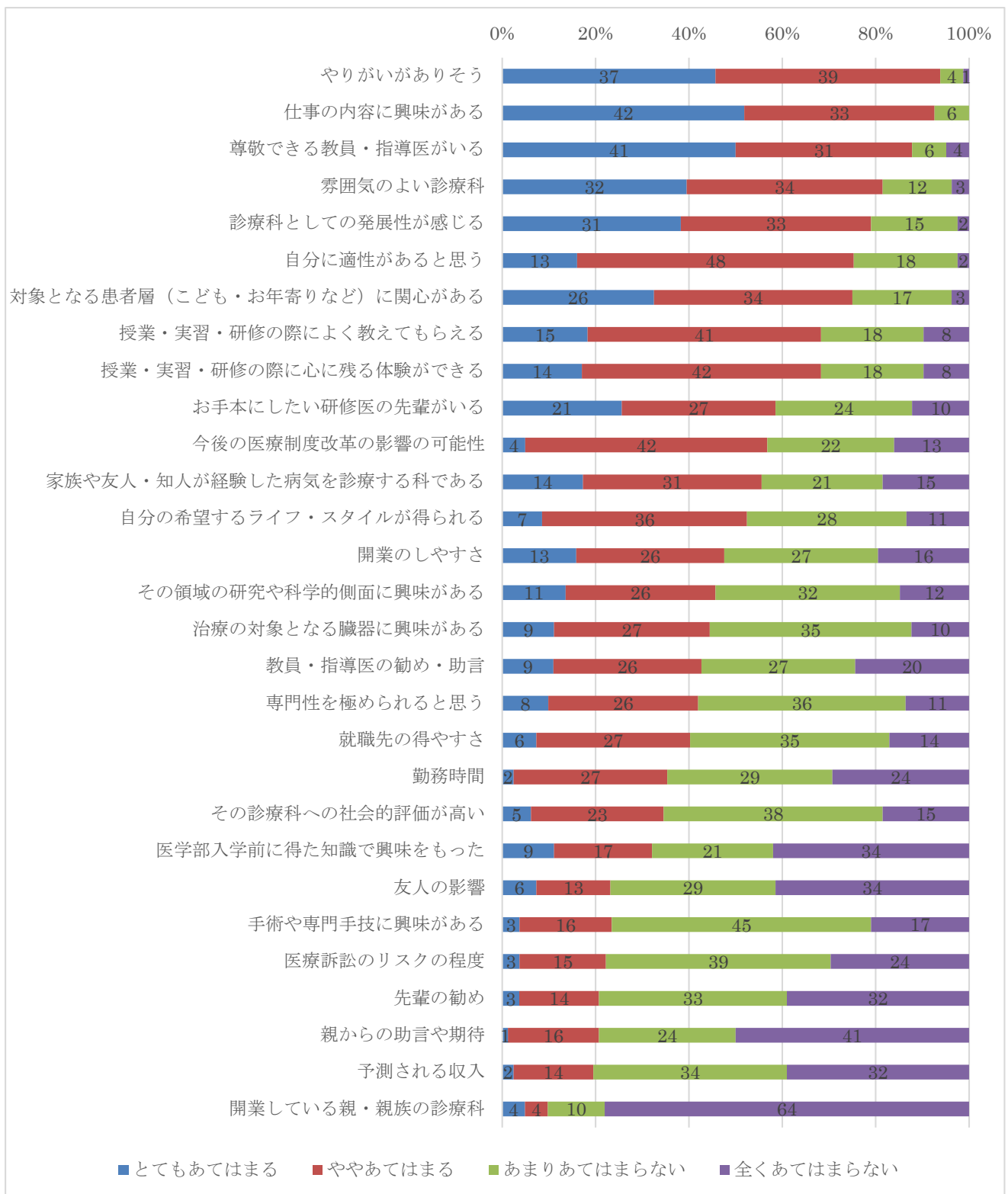


図 1. 総合診療専攻医を選択した理由

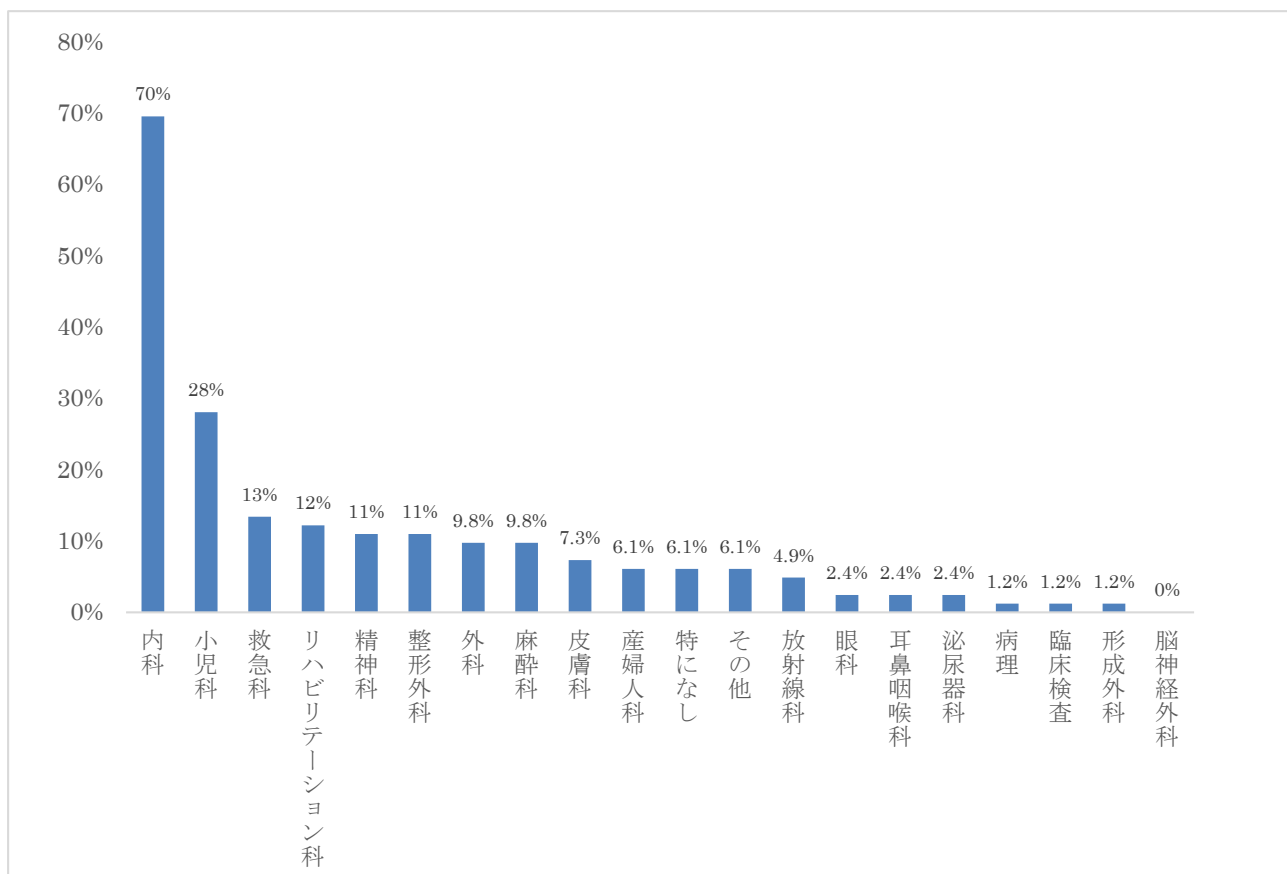


図 2. 総合診療科以外に検討した基本領域（複数選択）

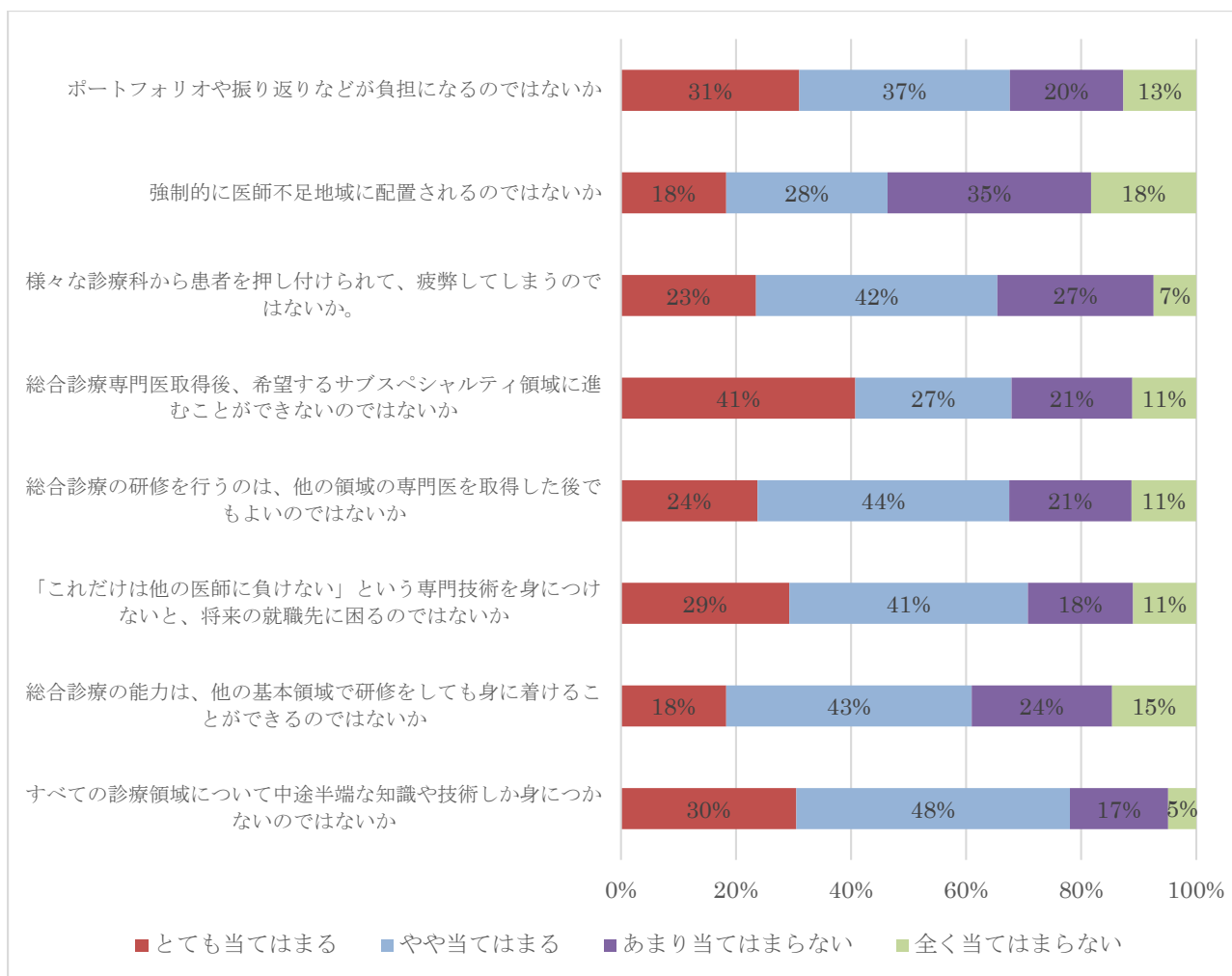


図 3. 総合診療を基本領域として選択するうえで感じたためらい

総合診療を選択することに対する周囲からのネガティブな意見（一部抜粋）

※カッコ内は発言者

1. 回答者が心理的ダメージを「かなり受けた」もの

- ・年齢を重ねてからもできる科である。（先輩）
- ・ゴミ箱診療として患者を振られると言われた。（先輩）
- ・なんでも中途半端にしか診れなくなって、手技や治療など様々な面で医師の質が落ちる。（指導医・上級医）
- ・医者になったのに「自分にしか治療できない患者」を見つけなくてどうするの。（指導医・上級医）

医)

2. 回答者が心理的ダメージを「やや受けた」もの

- ・稼げない、所詮地域でしか居場所がないなど。（覚えていない）
- ・何らかの専門を持たないと医師として役に立たない。流行りに飛びついてミーハーだ。（指導医・上級医）
- ・家庭医は医学的なレベルが低い。心理社会的側面を診過ぎて治療がイマイチなことがある。（指導医・上級医）
- ・自分達も総合診療をやっている。わざわざ専門医制度を選ぶ必要はない。（指導医・上級医）

3. 回答者が心理的ダメージを「あまり受けなかった」もの

- ・専門性がなく、結局なにも身に付かない。強みがない。（指導医・上級医）
- ・特化した部分がなければ、ただの便利屋としておわるのではないか。（覚えていない）
- ・総合診療に進む前に専門を取ってからの方が良い。（先輩）

4. 回答者が心理的ダメージを「ほとんど受けなかった」もの

- ・プログラムの内容が定まっていない状態での募集であったため、多くの内科の先生からやめたほうがいいと言われた。（指導医・上級医）
- ・国の政策に都合よく利用される。（同期・後輩）
- ・専門性がないと職にあぶれる。（指導医・上級医）

<総合診療専門研修および研修終了後に関する考え>

結果のまとめ

総合診療専門研修について「とても不安である」と回答したものが多かった項目として、「専門医制度がうまく行かないのではないか」(42名、52%)、「専門医制度に関する情報が得られるか」(32名、40%)などがあった。総合診療の専門研修や専門医制度に対して望むこととして回答が多かったのは、「サブスペシャリティ領域の研修制度との関係を明確にしてほしい」(53名、65%)や「経験省察研修録(ポートフォリオ)の評価基準や提出方法を明確にしてほしい」(50名、61%)だった。また、総合診療専門医を取得した後に取得したい専門医として「総合診療以外の基本領域(内科、救急など)」と回答したものが37名(45%)おり、「特になし」と回答したものは8名(10%)にとどまった。専門医取得後に勤務したい施設として、「病院」あるいは「どちらかといえば病院」と回答したものが32名(40%)、「診療所」あるいは「どちらかといえば診療所」と回答したものが29名(36%)とほぼ同数だった。専門医取得後に勤務したい地域については、「地域には特にこだわらない」というものが24名(30%)と最も多く、次に多いのは小都市(19名、24%)だった。

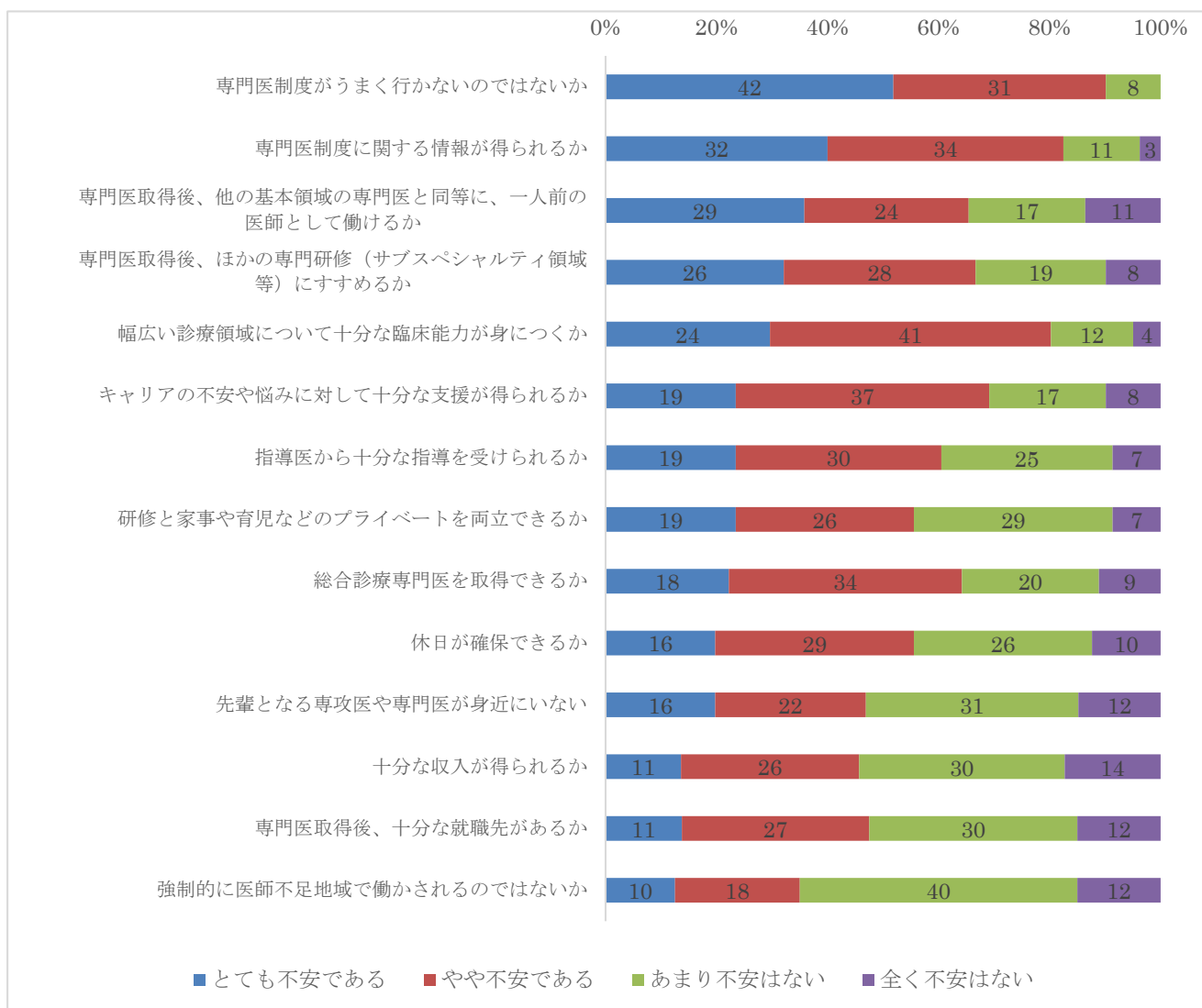


図4. 総合診療専門研修における不安

表 6. 総合診療の研修制度や専門医制度に対して望むこと（複数選択）

項目	人数	%
サブスペシャリティ領域の研修制度との関係を明確にしてほしい	53	65%
経験省察研修録（ポートフォリオ）の評価基準や提出方法を明確にしてほしい	50	61%
専門医制度に関する情報が欲しい	44	54%
研修目標をより明確にしてほしい	41	50%
専門医取得後のキャリアパスについて相談できる場が欲しい	37	45%
専門医認定の審査方法を明らかにしてほしい	37	45%
自由選択の研修期間を増やしてほしい	28	34%
出産や育児をしながら研修を続けられる仕組みを整備してほしい	26	32%
必修の診療科（内科、小児科、救急科）の研修期間を変更してほしい	25	30%
指導医の教育能力を向上してほしい	24	29%
研修中の振り返りや相談の機会を確保してほしい	19	23%
当直など時間外勤務の負担を軽減してほしい	19	23%
「へき地・過疎地域、離島、医療資源の乏しい地域での1年以上の研修」をプログラム整備基準から外してほしい	18	22%
研修プログラム外での研修会など学習の機会がほしい	14	17%
その他	2	2%

「その他」の内容：内科領域の研修目標について明らかにしてほしい

表 7. 総合診療専門医を取得した後に取得したい専門医（複数選択）

領域	人数	%
総合診療以外の基本領域（内科、救急など）	37	45%
内科系サブスペシャリティ領域（呼吸器、循環器、消化器等）	20	24%
内科系以外のサブスペシャリティ領域（緩和、在宅等）	38	46%
特になし	8	10%
よくわからない	9	11%

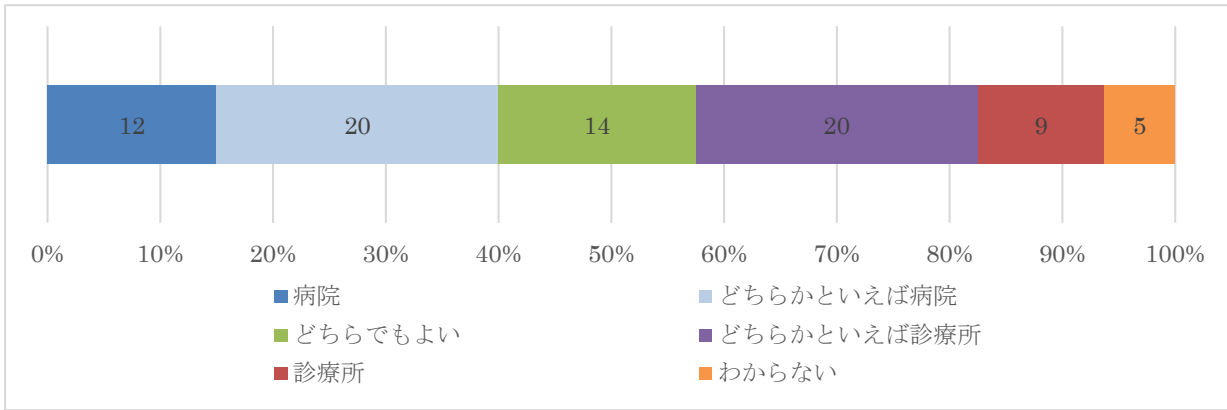


図 5. 専門医を取得した後、勤務したい施設 (n=80)

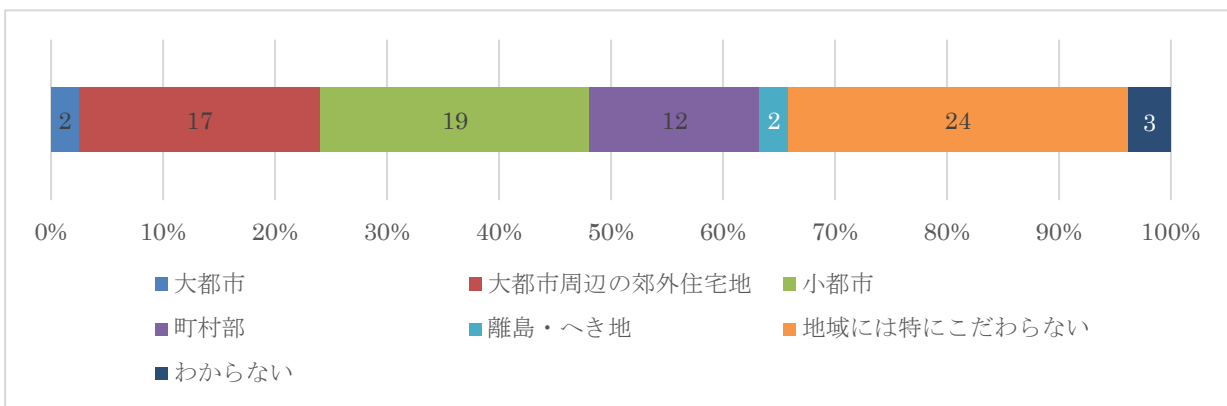


図 6. 専門医を取得した後、勤務したい地域 (n=79)

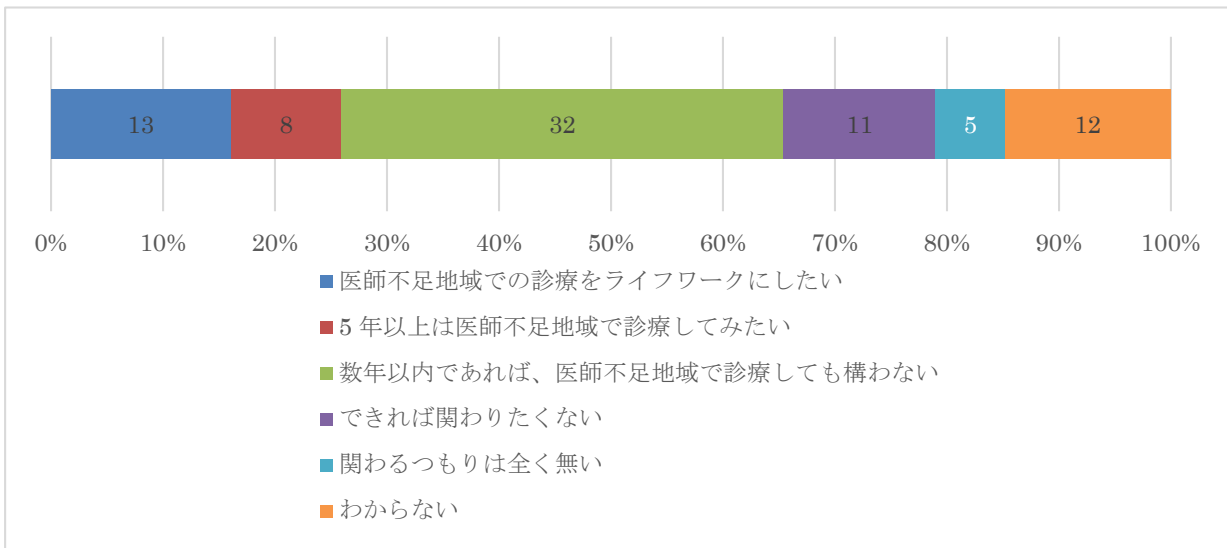


図 7. 専門医を取得した後、医師不足地域での診療にかかわりたいと思うか (n=81)

総合診療の専門研修や専門医制度に関する意見（自由記載）一部抜粋

- ・新専門医制度が、もはや若手から期待されていない事と、その理由を当事者が把握し、これからに活かしてほしいです。
- ・開業向けの診療科である一方で、キャリアパスが整備されていないように見え、他科の専門医が開業するときとで、ノウハウに差がない。ホスピタリスト志向の研修になっているように見え、経営などを学べる機会がほしい。
- ・新専門医制度の不透明さによりリスクヘッジ的に総合診療科研修を忌避する若手医師は少なからず存在する、というのが実感としてあります
- ・プログラムが走り始めてからかなりの月日経っているにも関わらず、専門医機構の方針がはっきりせず、ポートフォリオの提出や研修手帳のことなど、決まっていないことが多いです。プライマリ・ケア連合学会ともっと連携して、真剣に専攻医を育てようとしている気概だけでも見せて欲しいです。
- ・総合診療の研修自体は、今の所、忙しいながらも充実した研修をさせて頂いており、総合診療ならではの症例も多数あり、とてもやりがいと将来への希望を感じています。後輩が多く続けてくれるように、私達の代の反省を生かしていきたいと思います。
- ・不明確なまま始まった専門医制度に不安がないなんてとても言えません。
- ・後手後手になったまま始まった研修が、今の自分は総合診療専門医として適切な研修をこなしているのかとても不安です。
- ・一番心配なのは、今の研修を行う中で、結局総合診療専門医を取得できないという結果になったときです。
- ・なぜ、総合診療専門医の管轄だけ、機構が管理しているのでしょうか。機構が管理してくださってよかった、と思うことは今まで一つもありません。
- ・形だけ始めたようになっているプログラムも多いと思います。
- ・もっと、今の専攻医をみて、それで何か必要なかを考えて頂ければと思います。"
- ・自分はまだ恵まれた環境で研修を受けていると思っているが、各種ローテーションの中で病院がバラバラなため、まとまった総合診療医としての研修にならずお客様のまま終わっていくのではないかとこの心配がある。
- ・総合診療を一括で学べる環境(病棟管理、外来、訪問診療 etc.)を中心とした研修制度になるとよりよくなると思います(マンパワー的にも)。
- ・J-OSLERを導入して頂ければ、内科の知識が深まると考えます。
- ・総合診療専門医というものがどのような医師目指すのかについての合意が、専門医機構のなかでも曖昧にされてしまっているように感じます。この専門医が成功するためには、法律として日本の医療制度の中で、明確な位置づけがなされる必要があると思います。
- ・開業も標榜も比較的自由な今の制度の中では、総合診療専門医を選ぶメリットがなさすぎるのも事実ではないでしょうか。
- ・残念ながら研修制度や専門医制度がはっきりしないまま開始しています。ポートフォリオと言われても書き方も知りませんし、具体的な達成目標を見やすくわかりやすくありません。

- ・総合診療専攻医が増えなければ（応募する人が増えなければ）専門医としての価値は減ってしまうのではないかと心配しています。良い研修を行う病院には必ずどんな形態（診療所、病院に関わらず）であれ、人が集まると思いますが、全体の人数が増えない前提として、救急、小児、へき地、内科、ポर्टフォリオなど制約が多いことは前提として考えられるのではないかと思います。家庭医療の考え方も非常に大切だと思いますが、より制約をはずし、総合診療専門医に応募する魅力を感じる人が増えなければならないと思います。
- ・専門医のことでわからないこと、決まっていないことが多い。誰にきいたらわかるのかがわからない。

E) 考察

本調査の結果、7割以上の学生が卒前に総合診療科での講義や実習を経験していた。しかし、講義や実習によって総合診療医のイメージや理解が「やや高まった」と回答した者は22名（26.8%）、かなり高まったと回答した者は4名（4.9%）にとどまっており、総合診療に関する卒前教育について、量ではなく質を高めていく必要があると考えられた。また初期臨床研修については、総合診療科での研修が専門領域として総合診療を選択することに「やや」もしくは「かなり」影響したものが、研修を行ったもののうち半数を超えており、初期臨床研修での総合診療の経験がキャリア選択に重要な影響を与えていることが示唆された。

総合診療を専門領域として選択した理由として多かったのは、「やりがいがありそう」、「仕事の内容に興味がある」、「診療科としての発展性を感じる」など診療の内容面に関するものや、「雰囲気の良い診療科」、「尊敬できる教員・指導医がいる」など研修環境に関するものだった。一方、「先輩の勧め」や「親からの助言や期待」など他者からのアドバイスや、「医療訴訟のリスクの程度」、「予測される収入」など職業の安定性を理由として選んだものは少なかった。総合診療の専門性や魅力をより具体的かつわかりやすく伝えることが、専門領域として総合診療を選択することにつながる可能性が示唆された。

総合診療を基本領域として選択するうえで感じたためらいとして「すべての診療領域について中途半端な知識や技術しか身につかないのではないかな」や「『これだけは他の医師に負けない』という専門技術を身につけないと、将来の就職先に困るのではないかな」といった、総合診療の専門性についての内容を挙げるものが多かった。そのほか、「総合診療専門医取得後、希望するサブスペシャリティ領域に進むことができないのではないかな」や「総合診療の研修を行うのは、他の領域の専門医を取得した後でもよいのではないかな」といったためらいを感じたものも多く、専門医取得後の総合診療医のキャリアについても明確に示すことが重要であると考えられた。また、総合診療を選択するうえで周囲から言われたネガティブな意見として、「総合診療は医師としての専門性が高くない」といった意見や、診療レベルに関する疑問が挙がっていた。総合診療のやりがいや発展性を期待して同領域を選択したものにとっては、それを否定しかねない意見として影響が大きかったと考えられる。

総合診療研修に関する不安としては、臨床能力や指導に関するもの以外に、「専門医制度がうまく行かないのではないかな」、「専門医制度に関する情報が得られるかな」といった専門医制度自体に関するものが多かった。制度設計に関してこれまで様々な紆余曲折があり、不確定要素が多いことが専攻医にとって不安を感じることに繋がっているようだった。研修に対する要望についても同様に、「サブスペシ

ャルティ領域の研修制度との関係を明確にしてほしい」や「専門医制度に関する情報が欲しい」など制度に関するものが多かった。また、経験省察研修録（ポートフォリオ）については、「評価基準や提出方法を明確にしてほしい」という意見も多く、現場で十分な情報や支援が得られていない状況が示唆された。

総合診療専門医取得後のキャリアとして、それ以外に取得したい専門医が「特にない」と回答したものはわずか10%にとどまっており、多くの専攻医が総合診療以外の専門医取得を考えていることがわかった。具体的には、内科や救急など基本領域のほか、緩和や在宅などのサブスペシャリティ領域を考えているものが多かった。また、専門医取得後に勤務したい施設として、病院と診療所を希望する者はほぼ同数であり、いわゆる病院総合医を目指す者と家庭医を目指すものがバランスよく対象に含まれていると考えられた。専門医取得後に勤務したい地域については、「特にこだわらない」と回答したものが最も多く、総合診療医としてどのような規模のコミュニティにおいても様々な診療の場に対応するという「診療の場の多様性」というコンピテンシーの一つ²⁾が反映されていると考えられた。

本調査には限界が何点かある。まず一つは、対象が総合診療専攻医のみであり、総合診療を選択しようと考えていたが断念したものの意見が反映されていない点である。総合診療は「他に検討した基本領域」としては7%程度を占めるという調査³⁾もあり、総合診療を「選択しようと考えていたがしなかった」ものは少なくないと考えられる。ほかに、有効回答率の低さが限界として挙げられる。本調査は総合診療専攻医全員を対象としたが、倫理的配慮から、本人ではなくプログラム責任者を通して調査を依頼した。その結果、対象者本人に対して回答を催促することが困難であったことが回答率の低さにつながったと考えられた。これらの限界はあるものの、本調査では、総合診療専攻医が、診療科としての発展性や尊敬できる指導医の存在から総合診療を選択している一方で、総合診療の専門性に対する自身あるいは周囲の疑問や懸念があり、選択をためらったことがわかった。また、総合診療領域とサブスペシャリティ領域との関連など、専門医制度に対する不安を抱いていることが分かった。

本調査の結果をもとに、今後すぐれた総合診療医を数多く養成するためには、総合診療がどのような専門性をどのような場で発揮することができるかをわかりやすく明示するとともに、専門医制度の中での総合診療専門医の位置づけをはっきりさせ、キャリアを積むうえでどのような選択肢があるかを明確に示す必要があると考えられた。

- 1) Takeda Y., Morio K., Snell L., Otaki J., Takahashi M., Kai I. Characteristic profiles among students and junior doctors with specific career preferences. BMC Med Educ 2013; 13: 125.
- 2) 松田 諭. 総合診療専門医について. 札医通信 2017: 15-6.
- 3) 橋本 佳子. 総合診療、「他に検討した基本領域」では第2位◆Vol.5. 2018, URL: <https://www.m3.com/news/iryuishin/596712> (accessed Apr.15 2019).

タスクシフティングプログラムの一例 (2018年度 総合医育成プログラム)

月日	種別	テーマ	研修目標	講師/企画責任者
2018/8/25	ノンテク	リーダーシップ・チームビルディング-メンバーの協働を引き出すチームを作る-	自己理解を深め、自分の持ち味を発揮できるリーダーシップスタイルを見出す。チームの成り立ちについて理解を深め、チームのポテンシャルを引き出していくためのマネジメントのポイントを体系的に理解する。	守屋文貴 (株) アクリートワークス
2018/8/26	診療実践	内分泌代謝内科	<ul style="list-style-type: none"> ・健診ではじめて高血糖を指摘された患者の適切な診断と合併症の評価を行い、自ら食事・運動指導ができる。 ・適切な経口糖尿病薬の導入・変更ができ、インスリン自己注射の手法の指導ができる。 	雨森正記 (弐割メディカルクリニック) 三澤美和 (大阪医科大学附属病院 総合診療科)
2018/9/29	ノンテク	ミーティングファシリテーション-無駄な会議を生産的に変える-	医療チームにおけるミーティングを活性化させ、会議の質と効率を向上させるための、会議ファシリテーションの実践的スキルを学ぶ。	守屋文貴 (アクリートワークス)
2018/9/30	診療実践	地域包括ケア実践	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアの概要と将来の予測像を理解し、退院後の生活を考慮したマネジメントを多職種で連携して行うことができる。 ・事前指示とアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の違いを理解し、患者側・医療側双方の価値を考慮した意思決定支援を行うことができる。 	大橋博樹 (多摩ファミリークリニック) 大西弘高 (東京大学医学系研究科 医学教育国際研究センター)
2018/10/13	診療実践	病院版T&A (Triage and Action)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院救急部門において遭遇頻度の高い症候 (頭痛、胸痛、腹痛、痙攣など) に対して見逃してはいけない疾患を想起できる。 ・病院救急部門において遭遇頻度の高い症候に対して診療最初の10分間を適切にマネジメントできる。 ・救急初期対応に関して知識として持ち合わせていることを、シュミレーション実習を通じてできるようになる。 	斎藤裕之 (山口大学医学部附属病院 総合診療部) 山畑佳篤 (京都府立医科大学 救急・災害医療システム学)
2018/10/14	ノンテク	TEAMS-BI(仕事の教え方)	正確・安全・良心的に仕事をできるように速く覚えさせるために、業務内容を言語化し決まったメソッドに従った合理的な手順で教えることを学ぶ。後進や医療チームのメンバーの日々の指導に生かすことを目指す。	山口和人 (日本産業訓練協会)
2018/11/3	ノンテク	コンフリクトマネジメント	チーム医療における意見の葛藤や対立を「チャンス」ととらえ、双方が納得できるような合意形成を導くための方法について学ぶ。	稲葉めぐみ (筑波大学附属病院)
2018/11/4	診療実践	小児科領域	<p>重症度、緊急度が低いとトリアージされたよくある小児の症候を救急外来や急病診療所でマネジメントできる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・科学的根拠に基づいた病状説明で保護者を安心させられる ・3日続く発熱でも安易に小児科に紹介しなくても対応できる ・嘔吐の時に何とか点滴しないで乗り切ることができる。 ・痙攣が止まっている場合のこわい時とこわくない時が判断できる ・子どもの効果的な診察のコツとよくある疾患 	高村昭輝 (金沢医科大学 医学教育学)
2018/12/23	診療実践	EBM (Evidence-Based Medicine)	<ul style="list-style-type: none"> ・原著論文や診療ガイドラインを鵜呑みにせず批判的に読み、患者の診療に役立てることができる。 ・エビデンスに基づいた適切な治療を考え、処方薬の整理ができる。 	南郷栄秀 (東京北医療センター総合診療科)
		臨床推論	<ul style="list-style-type: none"> ・普段我々が行っている診断プロセスに関して省察が行える。 ・臨床推論における自己の傾向性をDual Process Modelを用いて客観的に評価できる。 ・自分が陥りやすいピットフォールを認識する事ができる ・実際の臨床現場で意識して診断エラーを回避することができる。 	和足孝之 (島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター)

2019/1/12	診療 実践	認知症	<ul style="list-style-type: none"> ・非専門医による日常外来で認知症が疑われる患者を拾い上げ、treatable dementiaの除外、認知症の種類、BPSDの有無を含めて適切な初期評価ができる。 ・典型的な認知症に対して、標準的な薬物療法および非薬物療法を実施するとともに、本人及び家族に対して適切な療養指導ができる。 ・家族や専門医、他職種と連携して、心理社会的状況や介護サービス等も考慮した包括的な認知症ケア（BPSDへの対応を含む）を提供し、運転免許の問題や終末期についてもともに取り組み、最後まで主治医でいることができる。 	<p>藤谷直明（大分大学医学部附属病院総合診療・総合内科学講座）</p> <p>吉岩あおい（大分大学医学部附属病院総合診療・総合内科学講座）</p>
2019/1/13	ノン テク	コーチング&人材育成 -面談を通してメンバーの学習と成長を支援する-	部下の学習と成長を支援するためのコーチングスキルをロールプレイ中心に学ぶ。基本的なエンパワメントの方法を知ることにより、後輩や部下の自発的な成長を促し教育効果を高める力を身に付ける。	守屋文貴（アクリートワークス）
2019/2/2	ノン テク	問題解決（1） -ロジカル思考で原因の所在を突き止める-	問題を「ロジカル思考」を使って要素分解するための方法を学び、問題の基本ステップを意識して効果的な解決策を考えられるようになる。	守屋文貴（アクリートワークス）
2018/2/3	診療 実践	リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・一般内科急性期病棟において、神経変性疾患に伴う誤嚥性肺炎患者に対して、嚥下機能評価と摂食嚥下療法を他職種と共にし、予測される心身機能に応じた退院先の選定ができる。 ・地域包括ケア病棟において、心原性脳塞栓による片麻痺・失語患者に対して、循環器内科の疾患管理をしながら、他職種と共に麻痺の回復過程の評価をおこない、身体障害者診断書・意見書と介護認定の主治意見書を作成できる。 ・訪問診療現場において、膝変形性関節症や大腿骨頸部骨折術後患者に対して、歩行・移動機能を評価し、適切な下肢訓練や療養環境整備の提案ができる。 	佐藤健太（勤医協札幌病院 内科・総合診療科）
2019/3/16	ノン テク	TEAMS-BP/BR（業務の改善の仕方/人への接し方）	<p>【TEAMS-BP】業務内容を細分化・簡素化し、順序を変えたり、組合せを工夫したりして、効率的・効果的に改善する方法を修得する。作業分解シートを用いて日常の業務をふりかえり改善する演習を通して、チームで協力して行う業務改善も体験する。</p> <p>【TEAMS-BR】職場の人間関係に関する課題に関して事実分析を行い、良い判断を下して解決を行う方法を習得する。</p>	山口和人（日本産業訓練協会）
2019/3/17	診療 実践	整形外科領域	<ul style="list-style-type: none"> ・一般救急外来の現場で、整形外科外傷に対して適切な初期対応を行うことができる。 ・非専門医による日常外来において、頻度の高い膝・肩・腰の症状に対して病歴聴取・身体診察・画像評価を行い、適切なマネージメントを行うことができる。 	仲田和正（西伊豆病院）