

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

研究代表者 前野哲博

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 教授

要旨

本研究は、総合診療医の位置づけを明らかにした上で、その存在が地域医療に与える影響と、専門医から総合診療医、総合診療医から他職種へのタスクシフティングの効果について明らかにすることを目的とした。

総合診療医の「必要医師数」の算出方法の検討については、統計調査結果などに基づく日本の医療受給状況に、総合診療医に係るパラメータの仮定を加えて、外来診療、入院診療、在宅診療それぞれを担当する総合診療医の必要数を推計するモデルを構築した。地域における特総合診療医の活動に関するモデル事例については、6例の事例を新たに収集した。地域の現場で総合診療医がその特性を活かしてケアに取り組んでいる事例、病院総合医と診療所家庭医のコラボレーションによる地域志向の病診連携の事例、医師不足地域における住民への啓発活動、総合診療医の教育、研究活動に至るまでバリエーションに富むものであった。

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では、モデル事例の中から、目的的サンプリングで抽出した。また、地域や施設の文脈が影響する可能性を考慮し、雪だるま式サンプリングにより追加した施設を含めた7施設について、医療専門職兼研究者と人類学者が協働してチーム・エスノグラフィを用いたフィールドワークを行った。その結果、総合診療医は多職種とのコミュニケーションを円滑化にし、教育や診療を通じて価値観を共有し、医師への親近性を高め、多職種との信頼関係を構築し、職員や地域の声を聴くことをとおして、患者・家族・社会との関係において、メディカル・ジェネラリズムの価値観を浸透させていると考えられた。

総合診療医のキャリア形成に関する実態調査では、令和元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を対象としたwebアンケートを実施した。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明らかになった。

タスクシフティング研修プログラムについては、専門医→総合診療医向けおよび総合診療医→地域医療福祉職向けのプログラムを開発・実施した。受講生の評価も高く、その有用性が示唆された。

研究分担者氏名：所属研究機関名
及び所属研究機関における職名

原田昌範：山口県立総合医療センター・
へき地医療支援部・診療部長

森 正樹：一般社団法人日本外科学会・
理事長

西崎祐史：順天堂大学革新的医療技術開発
研究センター・准教授

A. 研究目的

急速に少子高齢化が進む我が国において、地域で安心して暮らすことのできる医療制度を守るため、地域包括ケアシステムの推進が求められている。特に、それらを担う人材として総合診療医の役割は重要である。

今後の医療の方向性については、「経済財政運営と改革の基本方針2017」において、タスクシフティング(業務の移管)、タスクシェアリング(業務の共同化)を推進することとされている。

このような状況の中で、医師の中で最も地域に近いところで働き、医療と地域をつなぐ役割を果たす総合診療医には、地域医療を守りつつ、このような新たなタスクシフティングをリードしていくことが求められる。

一方、我が国では総合診療医の概念が提唱されてから日が浅く、十分に浸透しているとは言いがたい。また診療範囲も曖昧で、総合診療医の養成が我が国の医療に与える影響も明らかになっていない。

そのため、本研究は、総合診療医の位置づけを明らかにした上で、総合診療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研究を行う。また、地域医療における総合診療医の診療範囲を広げることを支援するためのオンライン診療体制・遠隔手術の実施体制の構築、および総合診療医の養成にあたって、基盤となる臨床能力を評価する方法を確立するための検討を行った。

具体的には、本研究班では以下の4つのテーマに関して研究を行った。

■ **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（担当：前野哲博）**

総合診療医の位置づけを明らかにした上で、その存在が地域医療に与える影響と、専門医から総合診療医、総合診療医から他職種へのタスクシフティングの効果について明らかにする。

■ **へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究（分担研究1－担当：原田昌範）**

離島やへき地におけるモデルとなる導入事例を示し、総合診療医を軸とする我が国の「へき地医療」の推進にあたり、どのようなオンライン診療体制の構築が有効であるかを明らかにする。

■ **遠隔手術ガイドラインの検討（分担研究2－担当：森正樹）**

総合診療医が地域医療を行うにあたり、手術が必要な症例に対するバックアップ体制の充実を図る一つ的手段として、オンライン診療の一部である遠隔手術についてガイドラインを作成し、実施可能な体制の検討を行う。

■ **JAMEP 基本的臨床能力評価試験の質向上についての研究（分担研究3－担当：西崎祐史）**

臨床研修から専門研修への一貫した総合診療医の養成を目指すため、臨床研修の修了時における総合的な診療能力を評価する「基本的臨床能力評価試験」の質の向上を目指すための検討を行う。

なお、分担研究1～3の内容についてはそれぞれの分担研究報告書において詳述することとし、本稿では、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について記述する。

B. 研究方法

本研究テーマについて、本年度は以下の1)～5)の研究を実施した。

1) **総合診療医の「必要医師数」の算出方法の検討（資料1参照）**

日本の将来推計人口と、医療の利用状況を実測した平成29年度の患者調査などを用いて、総合的な医療を行うことのできる医師（以下、総合診療医）の必要数を推計する手法を検討した。

2) **事例集のブラッシュアップ（資料2参照）**

H29年度から開始したモデル事例集の作成について、本年度も新たな事例を収集した。具体的には、総合診療医の活躍の場について、病院／在宅／地域連携／教育／研究など様々な角度からの先進的な事例について、活動の経緯、活動状況、成果・実績、今後の展開などについて記述していただいた。

3) **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（資料3参照）**

総合診療医のメディカル・ジェネラリズムの価値観の浸透と総合診療医が多職種に与える影響について明らかにするために、総合診療医の実践現場のフィールドワークを行った。

研究対象施設は、本研究のモデル事例の中から、目的的サンプリングで抽出した。また、地域や施設の文脈が影響する可能性を考慮し、雪だるま式サンプリングにより研究対象となる病院、診療所を追加して、現地調査を行った。

対象施設において、質的研究に習熟した医療専門職兼研究者と文化人類学者がペアとなり、2-3名体制でチーム・エスノグラフィを行った。プライマリ・ケアの現場で働いている医療者を中心に、総合診療医の働き方と組織や多職種への影響について、個別インタビューや参与観察を行った。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医療専門職と、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。

解析は、インタビューデータ、インターネットから入手可能なデータ、またフィールドノートなどを統合し、エスノグラフィの手法により、プラ

イマリ・ケアの医療従事者の内部と外部の視点から、総合診療医の役割を明らかにした。

4) 総合診療医のキャリア形成に関する実態調査 (資料4参照)

総合診療専門研修プログラムの2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したwebアンケート調査を行った。

対象は、2019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、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、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。調査項目は以下の通りとした。

- ・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
- ・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
- ・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
- ・総合診療専門研修をおこなううえで感じる不安
- ・総合診療以外に検討した基本領域

そのうえで、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。

5) タスクシフティングプログラムの開発と検証 (資料5参照)

● 臓器専門医→総合診療医のタスクシフティング

全日本病院協会、日本プライマリ・ケア連合学会、筑波大学附属病院総合臨床教育センターとの連携の下で、地域においてプライマリ・ケア医が実践すべきスキルに関する研修プログラムの開発を行った。

● 総合診療医→地域医療福祉職のタスクシフティング

薬剤師、看護師を対象とした教育プログラムの開発を行い、実践した。また、その成果をもとに、医師以外の職種を対象とした症状対応に関する書籍の執筆を行った。

(倫理面への配慮)

住民調査については日本プライマリ・ケア連合学会倫理委員会、それ以外の調査については筑波大学医の倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1) 総合診療医の「必要医師数」の算出方法の検討 (資料1参照)

外来は、平成29年度患者調査および市区町村別の性年齢階級別推計人口をデータソースとして、男女別・年齢階級別・傷病分類別に外来受療率を抽出し、二次医療圏別・傷病分類別の総外来患者数を算出して、総患者に対する総合診療医が担当する患者の割合を設定することにより、必要医師数を算出するモデルを考案した。

病棟は、地域医療構想による二次医療圏別必要病床数や医師需給分科会での検討資料から、二次医療圏別・病床の種類別に必要医師数を算出し、総合診療医と臓器専門医が診療する割合を病床の種類別に設定して必要医師数を算出するモデルを考案した。

訪問診療に関しては、地域医療構想による推計在宅患者数や平成29年度医療施設調査をデータソースとして、担当する総合診療医の割合を設定して必要医師数を算出するモデルを考案した。

2) 事例集のブラッシュアップ (資料2参照)

6例の事例を新たに収集した。集まった事例は、認知症のケア、施設・在宅看取りなど、地域の現場で総合診療医がその特性を活かしてケアに取り組んでいる事例、病院総合医と診療所家庭医がお互いの特性を活かしてコラボレーションすることによる地域志向の病診連携の事例、医師不足地域における医療再編に際し、地域全体を診る総合診療医の特性を活用した住民への啓発活動、総合診療医の教育、研究活動に至るまでバリエーションに富むものであり、総合診療医の守備範囲の広さと、地域医療への貢献、および専門医→総合診療医、総合診療医→多職種へのタスクシフティングの可能性について明らかにすることができた。

3) 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 (資料3参照)

以下の施設で調査を行った。

- 1) 勤医協中央病院
- 2) 栃木医療センター
- 3) 穎田病院
- 4) 沖縄県立中部病院
- 5) 手稲家庭医療クリニック
- 6) 栄町ファミリークリニック
- 7) はちのへファミリークリニック

各施設の調査結果の概要は以下のとおりである。総合診療医は多職種とのコミュニケーションを

円滑化にし、教育や診療を通じて価値観を共有し、医師への親近性を高め、多職種との信頼関係を構築し、職員や地域の声を聴くことをとおして、患者・家族・社会との関係において、メディカル・ジェネラリズムの価値観を浸透させていることが明らかになった。

また、総合診療医が業務改善などをシステム化し、現場の職種に責任を持たせる施設もあれば、現場の「偶発性・受動性」を大切にしている施設もあった。多職種が専門職や患者の「間をつなぐ」役割を担い、患者の入口と出口を管理・見える化し、施設を外部の視点で見直す視点を持ちながら働き、医師の医療以外の業務支援に目を配る施設もあった。組織のために地域医療に精通している専門職を活用し、地域医療施設との関係構築を果たした施設もあった。また、地域に情報発信するステーションとしての役割を担い、地域医療施設との関係構築を通じて、多職種に組織や地域に貢献する責任をもたせ、結果的に多職種が地域のネットワーク構築に関わり、そのプロセスへの貢献に自己効力感を持つこともあった。このように、総合診療医はそれぞれの地域や組織の背景・歴史等を理解し、それぞれ異なる状況を踏まえた関わりをすることで、多職種連携等に影響を与えていることがみえてきた。

4) 総合診療医のキャリア形成に関する実態調査 (資料4参照)

対象179名のうち、回収：38名、有効回答：37名(20.7%)であった。対象者の属性としては、男性が76%、平均年齢30.9歳で、49%が結婚していた。医師免許取得年は7割以上が2017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43%だった。出身地としては、町村部(10名、27%)や大都市周辺の郊外住宅地(10名、27%)が多かった。地域枠で入学したものは6名(16%)だった。

総合診療に関する教育の経験としては、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25名(68%)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8名中6名(75%)、臨床研修病院での研修者27名中12名(44%)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14名(74%)だった。

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、「尊敬できる教員・指導医がいる」、「やりがいがありそう」、「雰囲気の良い診療科」

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(51%)だった。ほかに救急科(22%)や小児科(11%)などを検討したものがあった。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」、「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」だった。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「総合診療医なんていつでもなれる」や「教育体制が整っていない」などがあった。

総合診療専門研修における不安について「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」(17名、46%)、「専門医制度に関する情報が得られるか」(13名、35%)などがあった。一方、専門医取得後の就職先や医師不足地域での強制的な勤務に関する不安を抱くものは少なかった。

5) タスクシフティングプログラムの開発と検証 (資料5参照)

専門医→総合診療医へのタスクシフティングについては、2019年度内に16回の研修プログラムを開発・実施した。(新型コロナウイルスの影響のため、2020年3月に予定していた2プログラムは開催中止とした)

総合診療医→地域医療福祉職のタスクシフティングについては、以下のとおり開発・実施した。

- ・看護師対象研修会
看護に活かす臨床推論「腹痛」
臨床推論のプロセス
臨床推論の理論と演習(講義)
臨床詩論の理論と演習(演習)
臨床推論の理論と演習「コミュニケーション技法」
- ・薬剤師対象研修会
薬剤師に求められる臨床推論能力
臨床推論「めまい」
臨床推論「頭痛」
コミュニケーション技法
フィジカルアセスメント

また、開発したタスクシフティングプログラムの一部を活用して書籍の執筆を行った。(前野哲博編 医療職のための症状聞き方ガイド “すぐに対応すべき患者”の見極め方。医学書院、2019年4月15日発行)

D. 考察

1) 総合診療医の「必要医師数」の算出方法の検討

(資料1参照)

このモデルで推計された必要総医師数は、今後の受療行動や社会情勢の変化などに伴って医療需給バランスが変化する可能性はあるものの、受療率や必要病床数などから推計されたものであり、ある程度の妥当性・信頼性を持つと考えられる。これに対して必要医師数に対する総合診療医の割合の設定は仮定に基づくため、既存の統計調査結果などを用いて近似値の算出を試みる、エキスパートオピニオンを得る、等の方策によりパラメータの仮定の精度を高めるとともに、設定パラメータを変化させて感度分析を行うことも必要と考えられた。

2) 事例集のブラッシュアップ (資料2参照)

超高齢社会に対応し、地域医療の現場で総合診療医がその特性を活かして取り組んでいる診療、教育、研究の先進的な事例が報告された。地域医療の現場においては、それぞれの地域でニーズもリソースも異なっていることより唯一の解はないと考えられるが、先進的な取り組み事例を共有し、他の地域においても活用できるようにすることで、様々な地域における総合診療医の活動の質の向上への貢献、ひいては、地域医療の質の向上に貢献することができると考えられる。今後はさらに対象を広げるとともに、定期的に情報のアップデートを行うことで、まだ十分に周知されているとは言えない総合診療医の存在について情報発信を継続していく必要があると考えられた。

3) 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 (資料3参照)

総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムの価値観が施設内で共有されることで、分断されがちな課題が統合され、地域のニーズに合致した円滑な地域包括ケアシステムが具現化されていた。これらの知見は、地域包括ケアシステムを評価の基準の礎になる可能性がある。また、総合診療医が多職種に与える影響は、施設規模や歴史、周辺施設との関係、総合診療医や多職種の特性に影響されるため、これらの要因については今後さらなる分析が必要である。

4) 総合診療医のキャリア形成に関する実態調査 (資料4参照)

本調査の結果、7割近くの回答者が卒前に総合診療科での講義や実習を経験していた。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」あるいは「かなり」高まったと回答した者は15名(55.5%)に上っており、昨年度の同じ回答の割合(31.7%)より多かった。また初期臨床研修についても、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7割を超えており、卒前及び卒後の教育が総合診療選択に少なからぬ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であり、昨年度の調査結果とほぼ同様だった。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。

専門医の基本領域として、総合診療以外に検討した診療科としては、内科、救急科、小児科の3つが多く、昨年度と同様の結果だった。一方、「特になし」と回答した者は昨年度6.1%だったが、今年度は16%と、内科、救急科の次に多く、はじめから総合診療に絞って専門領域を考えるものが増えている可能性が示唆された。また、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」や「ポートフォリオや振り返りなどが負担になるのではないか」といった項目が多かった。どのような能力が研修で身につけられるのか、また教育や評価のしくみについて、専攻医を考えている研修医に可視化することで、その意図をうまく伝える必要がある。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」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」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、総合診療の専門性(総合診療は専門科ではない)に関するものや、教育体制に言及するものが挙がっていた。これらの意見や発言が、上記の総合診療を選択する際のためらいにつながっている可能性が考えられた。

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」、「専門医制度に関する情報が得られるか」といった専門医制度自体に関するものが昨年度に引き続き多かった。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。令和2年度からは、新・家庭医療専門医の研修 2)も開始する予定であり、総合診療専門研修との関係性や違いについて、より明確に専攻医に伝える必要があるだろう。

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。調査方法や実施時期は昨年度と同様であったが、回答率は昨年度よりも低く、「再度同じ調査に回答する」ことへのわずらわしさが影響した可能性が考えられた。これらの限界はあるものの、本調査では、初期研修までに受けた教育や、診療科としてのやりがいや発展性に期待して専攻医が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、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えていることが分かった。

5) タスクシフティングプログラムの開発と検証 (資料5参照)

タスクシフティングプログラムは、受講者の評価も高く、有効なプログラム開発が行えていることが示唆された。今後プログラムのテーマを増やすとともに、さらなるブラッシュアップに努めていく予定である。

E. 結論

統計調査結果などに基づく日本の医療受給状況に、総合診療医に係るパラメータの仮定を加えて、外来診療、入院診療、在宅診療それぞれを担当する総合診療医の必要数を推計するモデルを構築した。

地域における総合診療医の活動に関するモデル事例では、総合診療医の守備範囲の広さと、地域医療への貢献、および専門医→総合診療医、総合診療医→多職種へのタスクシフティングの可能性について、実例を通して明らかにすることができた。

総合診療医は、多職種とのコミュニケーションを円滑化にし、教育や診療を通じて価値観を共有し、医師への親近性を高め、多職種との信頼関係を構築し、職員や地域の声を聴くことをとおして、患者・家族・社会との関係において、メディカル・ジェネラリズムの価値観を浸透させていた。

総合診療医のキャリア形成に関する総合診療専攻医を対象とした web アンケート調査において、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疑問や懸念、専門医制度に対する不安があり、それが進路選択のためらいにつながっている可能性が示唆された。

タスクシフティング研修プログラムについては、専門医→総合診療医向け、総合診療医→地域医療福祉職向けとも、受講生の評価も高く、その有用性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

佐藤 幹也, 前野 哲博, 田宮 菜奈子. 高齢化に伴う今後の外来診療需要の推計と総合診療の役割. 厚生指標, 66(7): 20-25, 2019

2. 学会発表

片岡 義裕, 前野 哲博. 総合診療専攻医のキャリア選択に関する調査. 第51回医学教育学会, 京都, 2019

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

総合診療医の「必要医師数」の算出方法の検討

研究協力者 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター 非常勤研究員
住友重機械工業株式会社人事本部 健康管理センター長 佐藤 幹也
研究協力者 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療政策部門 教授 小池 創一

1. 緒言

2018年に我々は、我が国の医療ニーズを実測した2016年国民生活基礎調査、日本の将来推計人口、2016年介護保険事業状況報告を用いて、世代別（年少・生産年齢・前期高齢者・後期高齢者）に推計した外来通院者数、通院傷病件数、要介護認定者数を2016年から2025年まで10年間の外来診療需要の変化の指標として算出し、高齢化の進行に伴って国民の医療や介護の需要が急増すると予測されている中で、総合的な診療を行うことのできる医師の果たしうる役割について検討した（厚生省の指標に「高齢化に伴う今後の外来診療需要の推計と総合診療の役割」として公表）。

その結果からは、2016年から2025年にかけて著しい外来需要増が都市部の後期高齢者に限定して発生し、その規模は通院傷病件数で約1,000万件の増加（後期高齢者分）に達すると推計され、この外来診療需要の急増に対応しつつ医療の質を保ちながら医療費を適正化するためには、傷病毎に診療する専門医型の外来診療から、1回の診療で1人の患者の多彩な健康問題に対応する総合診療医型の外来診療への転換が有効であると考えられた。

本年度は、前述の日本の将来推計人口と医療の利用状況を実測した平成29年度の患者調査などを用いて、総合的な医療を行うことのできる医師（以下、総合診療医）の必要数を推計する手法を検討した。

2. 外来医師数推計

(1) データソース

- ・平成29年度患者調査
- ・市区町村別の性年齢階級別推計人口（社会保障・人口問題研究所）

(2) 推計方法

- A：患者調査のデータから男女別・年齢階級別・傷病分類別に外来受療率を抽出
B：二次医療圏別に市区町村別性年齢階級別推計人口を合算し、二次医療圏別・男女別・年齢階級別の推計人口を算出
C：二次医療圏別・傷病分類別に二次医療圏別・男女別・年齢階級別・傷病分類別とAとBと乗じたものを合算し、二次医療圏別・傷病分類別の総外来患者数を算出
D：傷病分類別に総患者に対する総合診療医が担当する患者の割合を仮定
E：二次医療圏別・傷病分類別にCにDを乗じ、二次医療圏別・傷病分類別の総合診療医

の担当患者数を算出

F：二次医療圏別に E を合算し、二次医療圏別の総合診療医の担当患者数を算出

G：総合診療医 1 名が 1 日に診療する外来患者数を仮定

H：総合診療医が 1 回の診療で診察する傷病数を仮定

I：二次医療圏別に F を G および H で除し、二次医療圏別の外来診療を担当する総合診療医数を算出

J：I を全国で合算し、外来診療を担当する総合診療医数を算出

(3)パラメータ

以下のパラメータは実測値が存在しないので、既存の統計や専門家のコンセンサスなどにより値を仮定する必要がある。

- ・ D で用いる傷病分類別の総合診療医の担当患者の割合
- ・ G で用いる総合診療医 1 名が 1 日に診療する外来患者数
- ・ 総合診療医が 1 回の診療で診察する傷病数

3. 病棟医師数推計

(1)データソース

- ・ 地域医療構想による二次医療圏別必要病床数（各都道府県）
- ・ 医療従事者の需給に関する検討会第 19 回医師需給分科会資料による病床ごと必要医師数

(2)推計方法

A：各都道府県の地域医療構想から、二次医療圏別・病床の種類別（高度急性期/急性期/回復期/慢性期）の必要病床数を抽出

B：「医療従事者の需給に関する検討会 第 19 回医師需給分科会 資料 1」から、慢性期病床における病床当たり医師数を 1 としたときの病床の種類別の必要医師数を抽出

C：「医療従事者の需給に関する検討会 第 19 回医師需給分科会 資料 1」から抽出された全国の 2025 年の必要入院医師数と B から、全国の医師 1 人当たり病床数（病床の種別で加重）を算出

D：二次医療圏別に A を C で除し、二次医療圏別・病床の種類別の病床担当医師数を算出

E：総病床数に対する総合診療医の担当病床の割合を病床の種類別に仮定

F：二次医療圏別・病床の種類別に D と E を乗じたものを合算し、二次医療圏別の入院診療を担当する総合診療医数を算出

G：F を全国で合算し、入院診療を担当する総合診療医数を算出

(3)パラメータ

以下のパラメータは実測値が存在しないので、既存の統計や専門家のコンセンサスなどにより値を仮定する必要がある。

- ・ 病床の種類別の総病床数に対する総合診療医が担当する病床の割合

4. 往診/訪問診療医師数推計

(1)データソース

- ・地域医療構想による推計在宅患者数（各都道府県）
- ・平成 29 年度医療施設調査

(2)推計方法

A：各都道府県の地域医療構想から、二次医療圏別の在宅患者数を抽出

B：医療施設調査から全国の往診医/訪問診療医 1 人当たり患者数を算出

C：総往診/訪問診療患者に対する総合診療医の担当患者の割合を仮定

D：二次医療圏別に A を B で除したものに C を乗じ、二次医療圏別に二次医療圏別の往診/訪問診療を担当する総合診療医数を算出

(3)パラメータ

以下のパラメータは実測値が存在しないので、既存の統計や専門家のコンセンサスなどにより値を仮定する必要がある。

- ・往診医/訪問診療医 1 人当たり患者数
- ・総往診/訪問診療患者に対する総合診療医の担当患者の割合

5. 考察

統計調査結果などに基づく日本の医療受給状況に、総合診療医に係るパラメータの仮定を加えて、外来診療、入院診療、在宅診療それぞれを担当する総合診療医の必要数を推計するモデルを構築した。このモデルで推計された必要総医師数は、今後の受療行動や社会情勢の変化などによって医療需給バランスが変化する可能性はあるものの、受療率や必要病床数などから推計されたものであり、ある程度の妥当性・信頼性を持つと考えられる。これに対して必要医師数に対する総合診療医の割合の設定は仮定に基づくため、既存の統計調査結果などを用いて近似値の算出を試みる、エキスパートオピニオンを得る、等の方策によりパラメータの仮定の精度を高めるとともに、設定パラメータを変化させて感度分析を行うことも必要であろう。

モデルとなる事例集

- UK カンファ～地域における病院総合診療医と診療所家庭医の
コラボレーションから病院総合診療医のあり方を探る
.....南郷栄秀・藤沼康樹・岡田悟・重島祐介
- 認知症初期集中支援チームにおける総合診療医の有用性..... 中橋 毅
- 公立病院の総合診療医による在宅・施設看取りを中心とした
訪問診療への取り組み..... 小浦友行
- 総合診療医が進める地域医療学校活動..... 井口清太郎
- 当院で開発したマイルストーンを用いた総合診療医育成方針の紹介
.....海透 優太・植木 愛・奥津 理彦・酒井 雅人
- 総合診療医のアカデミックキャリア推進の取り組み..... 家 研也

UK カンファ
～地域における病院総合診療医と診療所家庭医のコラボレーションから
病院総合診療医のあり方を探る

南郷栄秀¹, 藤沼康樹², 岡田悟³, 重島祐介⁴

- 1 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京城東病院 総合診療科
- 2 東京ほくと医療生活協同組合 生協浮間診療所
- 3 公益社団法人地域医療振興協会 東京北医療センター 総合診療科
- 4 町のクリニック目白

抄録

地域包括ケア時代の地域医療の実践には、垂直統合の推進による継続的なケアの提供が必須であり、著者らは face to face の病診連携カンファレンスを開催することにした。2～3 ヶ月毎に東京北医療センター総合診療科と生協浮間診療所から毎回20人程度が参加し、テーマに合う症例を双方から提示した。互いの思考プロセスやそれぞれの場で使えるリソース、事例の解決に必要なエビデンスを紹介し、家庭医療の理論的枠組みを使ったディスカッションを行った。カンファレンスを通じて、互いの立場やコンテキスト、重視している事柄、環境上の制約が理解できた。病院に総合診療部門があれば、病院総合診療医と診療所家庭医が協働することにより、総合診療医の専門性である継続的なケア、包括的アプローチ、近接性を生かして、地域志向の密な病診連携が構築できる。家庭医療の理論に基づいて診療する病院総合診療医の存在は、地域包括ケアに必須である。

事例の概要

1. 背景

地域包括ケア時代の地域医療を実践するにあたり、さまざまな連携が重要である。地域において医療、介護、福祉の統合が求められるが、個人を超えた地域における問題に関わるさまざまな職種が連携する水平統合と、経時的に患者が移動する大病院、中小病院、診療所、療養施設のそれぞれがスムーズに連携して継続的なケアを提供する垂直統合が重要である¹⁾。しかし現実には、それぞれの職種が別々にカンファレンスを行っていたり、施設内で閉じた活動しか行われていなかったりして、独自の文化や価値観が形成されていることが多い。水平統合や垂直統合を円滑に進めるた

めには、医療機関や施設を超えた地域の特性やリソースの把握と、各職種の立場の理解、文化や価値観の共有が重要であり、相互尊重や相互理解による規範的統合が不可欠である。

チーム医療の重要性が認識され、施設内での多職種連携カンファレンスが盛んに行われるようになり、以前に比べて職種間のコミュニケーションが図られ、互いに何を考えているのか、何を重視しているのかは分かるようになった。一方、施設間のコミュニケーションは、特に病院—診療所間、病院—病院間では書面を通じて行われているケースがほとんどであり、医師会などを通じた多施設間の会議や講習会はあるものの、必ずしも現実的な診療圏と一致した仕組みにはなっておらず、実効性に乏しいという問題がある。こと人口の多い都市部では、区市町村を単位として設定されている一次医療圏では診療圏としては広すぎる。例えば、著者らの診療圏である赤羽西地区、赤羽東地区、浮間地区を含む赤羽地域は東京都北区の北部に位置するが、東京都北区には他に、中部の王子地域と南部の滝野川地域があり、3つの地域に分かれている。著者らが診療している患者には王子地域や滝野川地域の住民は少ない。赤羽地域は旧王子区のうち岩淵町の区域に相当し、むしろ旧来の行政区画のほうが診療圏に一致していると言える。

病院と診療所の医療者が垂直統合を実現するためには、互いの立場や診療スタイル、文化・価値観を理解し、それぞれが持つ情報を共有することが不可欠であるが、コンテキストを伝えにくい書面のやりとりのみでこれを行うのは極めて困難である。そこで著者らは、病院—診療所間の垂直統合を強化することを目的として、東京北医療センター総合診療科と生協浮間診療所との病診連携カンファレンスを立ち上げることにした。

2. 導入の経緯

著者らの所属する東京北医療センターと生協浮間診療所はともに東京都北区赤羽地域で診療圏が重なっていたこともあり、以前から、診療情報提供書等の書面での患者の紹介や逆紹介を行っていた。そうした中で、病院側は、診療所からの紹介のタイミングが不適切と思われる症例や、紹介前の治療の内容に疑義を感じる症例などがあることを認識していた。一方、診療所側は、病院に紹介する際にどの診療科へアプローチすればいいか迷うケースや、病院へ紹介しても断られ紹介先の選定に難渋するケースを抱えていた。そのため、互いに病診連携の強化のための合同カンファレンスの必要性を感じていた。

2014年の日本プライマリ・ケア連合学会学術大会において、某出版社より著者の一人に、診療所から病院に紹介されて困るケースへの対応に関する書籍を執筆しないかという打診があった。東京北医療センターに在籍していた著者は、病院側の立場だけで執筆するのではなく、診療所側が病院に対して困っていることも内容に盛り込むこ

とが重要と考え、かねてより構想していた病診連携カンファレンスの開催を提案した。同院と患者の紹介・逆紹介が多かった生協浮間診療所に声を掛けたところ、診療所側もこれを快諾したため、2014年10月に第1回の病診連携カンファレンス「UKカンファ（生協浮（U）間診療所—東京北（K）医療センター病診連携カンファレンス）」を開催することとなった。

3. 事例の詳細, 成果

まず書籍化を前提として、2～3ヶ月おきに全10回の病診連携カンファレンスを開催した。東京北医療センター総合診療科の医師と薬剤師、生協浮間診療所の医師と看護師を中心に毎回20人程度が参加し、毎回予めテーマを決めてそれに合う症例を双方から提示し、ケースディスカッションを行った。10回のテーマは以下の通りである。

1. 抗菌薬にまつわるあれこれ
2. 病診連携の落とし穴
3. 終末期の連携
4. ポリファーマシー
5. 頻回救急受診
6. 後医は名医
7. Red flag
8. 病院・診療所・福祉との連携
9. 紹介状
10. 土曜日の紹介は嫌われる

各事例の担当者からのプレゼンテーションのあと、フロアの参加者から事例についての事実関係の確認や疑問の提示が行われた。そして病院側、診療所側の思考プロセスの開示、それぞれの場で使えるリソースの提示、事例の解決に必要なエビデンスの紹介、そして利用可能な家庭医療の理論的枠組みを使ったディスカッションを行った。

カンファレンスを通じて、互いの立場や環境上の制約を理解することができた。例えば、病院では感染症の治療の際に血液培養を採取することが多いが、診療所では血液培養の採取のハードルが高いことは、病院側はなかなか想像できていなかった。ともすれば、診療情報提供書の記載内容に不備や不適切と思われる診療を見出して不満を抱きがちだが、相手のコンテキストを知ることによって納得できるものもあり、また互いに重視している事柄が異なることも分かるようになった。また、双方とも家庭医療学を理解していたので、ディスカッションが対立するような場面はほとんどなく、すべての事例で双方の納得の行く診療方針上の着地点に到達することができた。さらに、それぞれの診療スタイルも、連携先への紹介後のことまで含めて考えて最適化するように、少しずつ修正されるようになった。このようにして垂直統合を強化できれば、患者はシームレ

スに継続的ケアを受けることができ、その結果、患者の QOL の向上に繋がると考えられた。

全 10 回のカンファレンスの様子は録画、録音して文字起こし、「土曜日の紹介は嫌われる(南山堂刊)」²⁾として刊行した。その後も、同様の形式で継続的に病診連携カンファレンスを開催している。

4. 今後の展開

継続的にカンファレンスを開催し、他の医療機関にも加わってもらい、地域における相互理解と連携を深めていく。また、毎回のカンファレンスには外部から多数の見学希望がある。全国各地でこのような病診連携の強化が図られるよう、要請があれば著者たちの得たノウハウを提供して促進していきたい。

考察

1. 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

病院に総合診療部門があり、病院総合診療医と診療所家庭医が協働することで、総合診療医の専門性である継続的なケア、包括的アプローチ、近接性を生かし、地域志向の密な病診連携を構築することができる。以下に詳しく解説する。

1) 継続的なケア

プライマリ・ケアのコアコンピテンシーの中で、継続性はその中核をなすものの 1 つである。一般的に継続性というと経時的な継続性 *longitudinal continuity* が想像されるが、病院と診療所が役割分担を行って紹介・逆紹介するような状況では、経時的な継続性を担保するために、情報受け渡し・共有である情報の継続性 *informational continuity* が重要になる。患者個人の情報の共有は診療情報提供書や看護サマリーといった書類でも可能ではあるが、患者のコンテキストや ADL、介護状況、家族背景を含む社会背景などは記載が不十分であることが多い。加えて、病院と診療所のセッティングの違いから、それぞれの置かれた環境や診療スタイルの違いが相互理解を困難なものにする。そのため、地域医療において、特に診療所と病院の両方を受診する患者では、往々にしてその移行時点においてケアの分断が生じてしまう。Face to face でカンファレンスを行うことによって、書類には記載されない背景情報を共有することができ、そこから解決策を見出せることがわかった。

また、Saltz³⁾によると、経時的な継続性と情報の継続性に加えて個人間の継続性 *interpersonal continuity* が存在するとされ、つまり良好な医師—患者関係の構築が基盤にあれば、情報の継続性、ひいては経時的な継続性が達成できる。病診連携においては、例えば診療所にかかりつけの患者が病院に入院する場合、病院では初対面のため個人間の継続性が未熟な状態から始めることになるが、診療所医師が良好な

医師—患者関係を構築していれば、病院での新たな個人間の継続性が速やかに達成できよう。八木田らの研究⁴⁾でも、住民は地域医療に従事する医師に求める能力として「主治医が代わることへの不安感の払拭」を挙げているが、診療所と病院の医師が互いにコミュニケーションが取れていることを患者に伝え、個人間の継続性を担保すれば、安心感を与えることができるだろう。頻回の入退院を繰り返す在宅診療の患者などでは、いわゆる2人主治医制とすることで、継続性はより強固なものとなる。

さらに、家庭医療学に精通している病院総合診療医がいれば、その理論的枠組みを共通言語として、心理社会的背景について診療所家庭医と意見交換することが容易になる。その結果、病診連携が強化され、継続的なケアをスムーズに進めることができる。

2) 包括的アプローチ

東京都北区赤羽地域は古い都営団地の密集する地域で、23区内で高い高齢化率を誇る北区の中でも特に平均年齢が高いことが特徴である⁵⁾。高齢者はさまざまな併存疾患を抱えていることが多く、また地域柄独居で身寄りがない人や、生活保護受給者も少なくない。そのようなマルチモビディティ *multimorbidity* の患者のマネジメントは、家庭医・総合診療医がその専門性を発揮できる場所である。診療所外来だけでなく入院患者の診療においても、未分化な健康問題を抱える患者や、複数の下降期慢性疾患を同時に持つ患者、また家族関係や家庭環境に困難があるような *complicated*～*complex*、あるいは *chaotic* な段階にある複雑な健康問題を抱えるケースは、領域別専門医や内科医よりも家庭医療学を基盤に置く病院総合診療医のほうが得意とするところであり、適切に対処することができる。そして、その対処法は診療所家庭医から学ぶところが大きい。Aokiらによる我が国の調査⁶⁾によれば65歳以上の62.8%がマルチモビディティであるとされ、今後、診療所の家庭医のみならず、病院において病院総合診療医が診療することは大変重要となるだろう。

病院外来では診察時間がおおむね平均10分以内⁷⁾と言われ、このように次から次へと患者を診続けなければならない外来では、どうしても1回の診療にかけられる時間に限りがある。これに対して入院では、比較的時間に余裕があるため、患者の持つ問題に対して全体を俯瞰することが容易である。そのため入院は、多数の問題を抱える患者のマネジメントにおいて見逃しているものがないかチェックする、いわゆる「仕切り直し」のいい機会となる。診療所外来では解決が困難な患者を、一度じっくり腰を据えて見直すための入院は、全体を俯瞰し包括的に問題を抽出し、対処していくという点で、おそらく領域別専門医よりも病院総合診療医のほうがうまくマネジメントできるに違いない。また、入院診療では綿密に経過を見ていくことが可能なので、例えばポリファーマシーに対する薬剤整理のように、減薬の過程で新たな問題が生じないかモニタリングが必要な場合にも有用である。

3) 近接性

かかりつけ医としての診療所医師は、患者との距離が物理的・心理的に近く、何か困ったことが生じた患者の訴えにじっくりと耳を傾けることができる。多くの場合はそれで解決可能であるが、例えば入院やCTやMRIなどの高度な検査が必要になった場合には、病院へ紹介する必要がある。しかしその際、特に未分化な問題や複雑な問題を抱えた患者については、紹介先の決定に苦慮することがある。特に都市部の病院では高度に専門分化されているため、地域にある後方病院に紹介すると何科に繋げばよいかを聞かれるのだが、その病院に領域別専門医しかいない場合には、それは当科ではないと断られるケースが後をたたない。他の診療科に相談するように指示され、改めてその診療科に依頼してもまた元の診療科に戻されるといった具合に、いつまでも紹介先が決まらない。診療所外来には次々と患者が訪れるため、1人の診療に十分な時間を費やす余裕がなく、紹介先が決まらなければ診療に支障をきたしてしまう。

もし病院に総合診療部門があれば、守備範囲の広さから、主たる病名が決まっていなくても、入院や高度な医療機器を用いた診療が必要な場合に、病院側の窓口となって直ちに受けることができる。その上で、総合診療医が診療できる大部分のものは自分たちで診て、専門性の高いものについては各専門科に相談するという形を取ることができる。あるいは、病態生理的には軽症で入院の適応とはならないが、心理社会的に外来でのマネジメントが困難であるような患者について、入院して対処することに長けている。こうした共通認識を持つことで、診療所医師に紹介先の選定という過度な負担を強いる必要がなくなる。

現在、我が国の医療は、患者が自由に医療機関を選んで受診することができるフリーアクセスが保証されており、近接性に優れるとされる。ただ、特に医療機関の集中している都市部では、高度に専門分化しているがゆえに、その専門領域以外は診療してもらえないという状況が生じている。事実、救急要請から病院収容までに要した平均時間が最も長かった都道府県は東京都であり、平成30年中では平均50.0分もかかっている⁸⁾。人口あたりの医師数が最も多く病院もたくさんある東京都がワースト1位である理由の1つが、専門外であることを理由に救急搬送の受け入れを嫌厭することである。平成21年版消防白書⁹⁾によると、二次以下医療機関において受け入れを断る理由は、処置困難23.6%、専門外18.8%、手術中・患者対応中14.5%、ベッド満床12.7%の順である。専門外であることを理由に受け入れを断るのは、専門外の医師が診療を行って悪い転機に至った場合に訴訟問題となるのを恐れたり、医療機関がたくさんあるので自院が断ってもどこかが受け入れてくれるだろうと期待したりすることによるものだろう。また、患者対応中という理由は、平日日中に受診しなかった軽症患者が救急外来に殺到して物理的に受け入れが困難であった場合が考えられる。意識障害の患者の救急要請が、脳神経外科医が不在という理由で断られ続け、1時間以上経

ってから決まった受け入れ先に搬送したところ、低血糖を起こしておりブドウ糖を投与したら速やかに意識が改善した、などという類のエピソードは枚挙にいとまがない。フリーアクセスが、逆説的に近接性を損なうことに帰結しているのだ。これは都会の特殊性であり、いわゆる「東京砂漠」と呼ばれる有様である。こうした場合に守備範囲の広い総合診療医がいれば速やかに受け入れることができ、これが患者のアウトカムを改善させる可能性は十分に有り得る。

以上のように、病院に総合診療部門があればさまざまな患者のニーズに応じて対応することが可能である。夜間や休日の救急診療においても、他の領域別専門医よりも幅広い診療範囲をカバーできることから、救急専門医と協力しながら地域の救急診療に従事することもできる。診療所家庭医と病院総合診療医は共通のトレーニングプロセスを経験しているため、共通理解の上にスムーズに連携が可能であり、紹介・逆紹介において病院に総合診療部門があることは、近接性の確保においても有益である。

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)

病院に総合診療医がいれば、特に高齢者を中心としたマルチモビディティの患者の診療において、患者の抱える問題のすべての領域別専門医を揃える必要がなくなり、十分な数の領域別専門医がいない病院ではその負担軽減にも寄与する。すなわち、領域別専門医には専門に特化した部分に集中してもらい、ありふれた問題については病院総合診療医が担当することが可能である。また、総合診療医は一人の患者を統合的・包括的にマネジメントすることができるので、専門領域間で相反するような判断が必要な場合も、全体を俯瞰しバランスを考えながら、患者にとって真に有益な対応を検討することが可能である。

さらに、総合診療医は地域のリソースに精通しており、自宅での生活を念頭に置いた診療方針の検討ができるので、多職種連携を促進し、一人ひとりの患者に最適な診療方針を取ることで、QOLを向上させることができる。

3. 医療や社会に与えるインパクト

地域包括ケア時代において、ありふれた問題を中心に8割の患者のマネジメントをカバーする総合診療医が主として中小病院にいれば、マルチモビディティの患者に対応でき、ケアの分断を防ぎ全体的なバランスを考慮したケアが提供できる。また、その結果、領域別専門医の負担を減らし、重複診療を防いで人件費や医療費や外来の待ち時間の削減に繋がると期待される。

また、特に都市部の救急搬送の受け入れ率を上げることができ、救急への負担軽減も見込めるだろう。

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

まず病院に、領域別専門医よりも未分化な問題や複雑な問題への対処に精通した総合診療部門を作る必要がある。ここで、総合診療部門の医師は、病態生理や疾患マネジメントに主軸を置く総合内科医ではなく、家庭医療学に精通したいわゆる病院家庭医であることが必要であることを強調したい。ただし、1人医長と呼ばれるような病院に総合診療医が1人だけいる状態は好ましくない。人数が少ないと、他の診療科が診たくない症例ばかり押し付けられることになりがちである。病院内で多くのありふれた患者を診療するメインプレーヤーとなることが理想的だが、外来、病棟、救急を分担することを考えると、最低でも5人の病院総合診療医で運営することが必要となるだろう。

したがって、良質な病院総合診療医の育成が急務である。また、診療所家庭医と共通の家庭医療学を基盤としたトレーニングプロセスを経験することが重要である。将来病院総合診療医になるにせよ、診療所家庭医になるにせよ、病院と診療所の両方の研修が必要である。これにより、双方の立場を知った総合診療医として、その実力を発揮できる。

そして、病院総合診療医と診療所家庭医が顔と顔の見える関係で病診連携を行うことが重要である。従来の行政区画に従った勉強会では、行政単位をまたがる診療圏での病診連携が困難だった。病院と診療所が共通して診る患者についての事例検討から対話と学びが必要なことを考えると、比較的小さい単位の病診連携カンファレンスが多数必要となるだろう。例えば、病院から見て東西南北の地域にある診療所とのそれぞれのカンファレンスを持つ、また診療所も自院の東西南北の地域にある病院とのそれぞれ協働する、といった具合にするのが良いだろう。そして本事例のように、定期的に共通の事例でディスカッションする場を設ければ、双方に大いにメリットがある。

おわりに

著者らは、運良く同じ診療圏内に家庭医療学を基盤とした病院総合診療医と診療所家庭医がいたため、スムーズな連携を構築することができた。病院と診療所側の双方に家庭医療学に精通した医師がいるというのは、なかなかない環境かも知れない。そういった意味で、総合診療医の育成を急ぎつつ、できるところから始めていくことが重要と考えられる。

参考文献

- 1) Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13:e010.
- 2) 南郷栄秀, 藤沼康樹, 岡田悟, 重島祐介. 病診連携ケースカンファ集 土曜日の紹介は嫌われる. 東京:南山堂;2017.
- 3) Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam*

Med. 2003;1(3):134-43.

- 4) 八木田一雄, 宮田靖志. 地域医療の現場で患者どのような医師を望んでいるのか. 家庭医療. 2010;15(2):16-23.
- 5) 北区. 「北区人口推計調査報告書」. 東京: 北区; Mar 2013. [not revised; cited 11 May 2020]. Available from: https://www.city.kita.tokyo.jp/kikaku/kuse/toke/chosa/documents/attachment_2.pdf
- 6) Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, et al. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. Sci Rep. 2018; 8(1):3806.
- 7) 木佐健悟, 川畑秀伸, 前沢政次. 日本国内の診察時間研究の現状—システムティックレビュー—. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 2012, vol. 35, no. 1, p. 37-44.
- 8) 消防庁. 「令和元年版 救急救助の現況」. 東京: 消防庁; Dec 2019. [not revised; cited 11 May 2020]. Available from: https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r01_01_kyukyu.pdf
- 9) 消防庁. 2 救急搬送における医療機関の受入状況. 「平成 21 年版 消防白書」. 東京: 消防庁; 2009. [not revised ; cited 11 May 2020] . Available from : <https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/h21/cat1/cat1040/2288.html>

認知症初期集中支援チームにおける総合診療医の有用性

中橋 毅^{1,2}

1 公立穴水総合病院

2 金沢医科大学能登北部地域療研究所

抄録

高齢過疎化が進む石川県穴水町における認知症初期集中支援チームに参加した総合診療医の経験から地域の認知症対策における総合診療医の有用性を検討した。穴水町認知症初期集中支援チームは約2年間に21事例に介入し、14例を医療に16例を介護支援につなげることができた。しかし、課題として、地域社会からの孤立、家族支援の欠如、家族の疲弊、人間関係の荒廃、継続的支援のための人間関係維持、事例の変化に応じたあらゆる形のケアの準備、それぞれの個性に応じた判断、地域全体への認知症啓発活動、などが挙げられた。総合診療医の特徴としてプライマリ・ケアの5つの理念(近接性、包括性、協調性、継続性、責任性)を重視している点がある。多職種からなる認知症初期集中支援チームが地域の医療・介護関連施設と密接に連携しながら、全人的なケアを継続的に提供してゆくためには、総合診療医の持つスキルが大変有用なものと考えられた。

背景

認知症初期集中支援チームとは、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チームを配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的」として、現在すべての市町村が設置することとなっている。このチームは地域包括支援センターなどに配置され、複数の専門職が、地域で医療や生活支援から孤立している認知症あるいはその疑いの方々に介入し、受診勧奨、アセスメント、家族支援などを集中的かつ包括的に行い、おおむね6ヶ月以内に適切な生活環境が獲得できるように支援するものである。チームに関わる医師は認知症診療の経験を有し、研修を受けて認知症サポート医となっているものであるが、認知症サポート医の主な仕事は、日常の認知症一般診療や初期集中支援チームへの参画のほかに、認知症診療を行っている他のかかりつけ医のサポートや認知症疾患医療センターなどの専門機関との橋渡し、地域包括支援センターを中心とした地域の多職種連携の仲介、認知症対応力向上研修や住民啓発のためのセミナー講師などで

ある。また、チームの主な仕事は、地域で医療や介護に結びついていない認知症あるいはその疑いのある事例の拾い上げ、介入対象となった事例への訪問と関係構築、事例のアセスメント、必要な医療・介護への橋渡し、ご家族への支援であり、地域における生活支援を含めた認知症事例への対応は、医療・介護の領域にとどまらず、広く地域全体のシステム作りにまで及ぶ。そのため、チームが関わる職種は、専門医・かかりつけ医、看護師、薬剤師、栄養士、リハビリ療法士などの医療スタッフ、介護従事者、ケアマネージャーなどの介護スタッフ、包括支援センターや社会福祉協議会などの行政スタッフ、民生委員や隣人などの住民、そのほか、新聞配達などの宅配業者、タクシーなどの交通機関、コンビニや銀行、交番など町のあらゆる部門に広がっている。

石川県穴水町は人口約 8200 人、高齢化率約 49%である。昨今の本邦の認知症・軽度認知機能障害 (MCI) の有病率から推定すると、穴水町には約 1000 人の認知症とその予備軍がいるものと思われる。そのうち診断治療に結びついている認知症事例の割合は正確には不明であるが、相当数の未治療患者がいるものと予想される。穴水町にはひとつの公立病院とひとつの精神科クリニック、二つの内科クリニックがあり、町全体の認知症診療を行っている。入院機能を備えた認知症疾患センターは近隣になく、車で 60 分ほど搬送が必要な場所に位置している。認知症専門医は精神科クリニックで週に数日診療を行っているのみで、町の認知症サポート医は 2 名である。

このように穴水町は、高齢過疎が進行していながら認知症の専門治療の資源が少ない地域のため、認知症サポート医を中心とする多職種連携の取れた認知症の地域コントロールが求められる地域であるが、これまでの実践の経過を振り返りながら、地域が求める認知症診療・ケアと総合診療医のかかわりを考えていきたい。

経緯

穴水町の認知症初期集中支援チームは 2018 年 4 月より稼働し、メンバーは総合診療医であり認知症サポート医である筆者と包括支援センターに所属し所定の研修を終えた保健師 2 名である。

2018 年 4 月から 2020 年 1 月まで 21 症例に介入した(表1)。症例は、近隣住民からの包括支援センターへの相談や医療機関受診時に認知症の可能性を指摘され包括支援センターへ連絡が入ったもの、警察からの情報提供や民生委員からの情報が包括支援センターに届けられたもの、などにより介入対象者が選ばれていた。

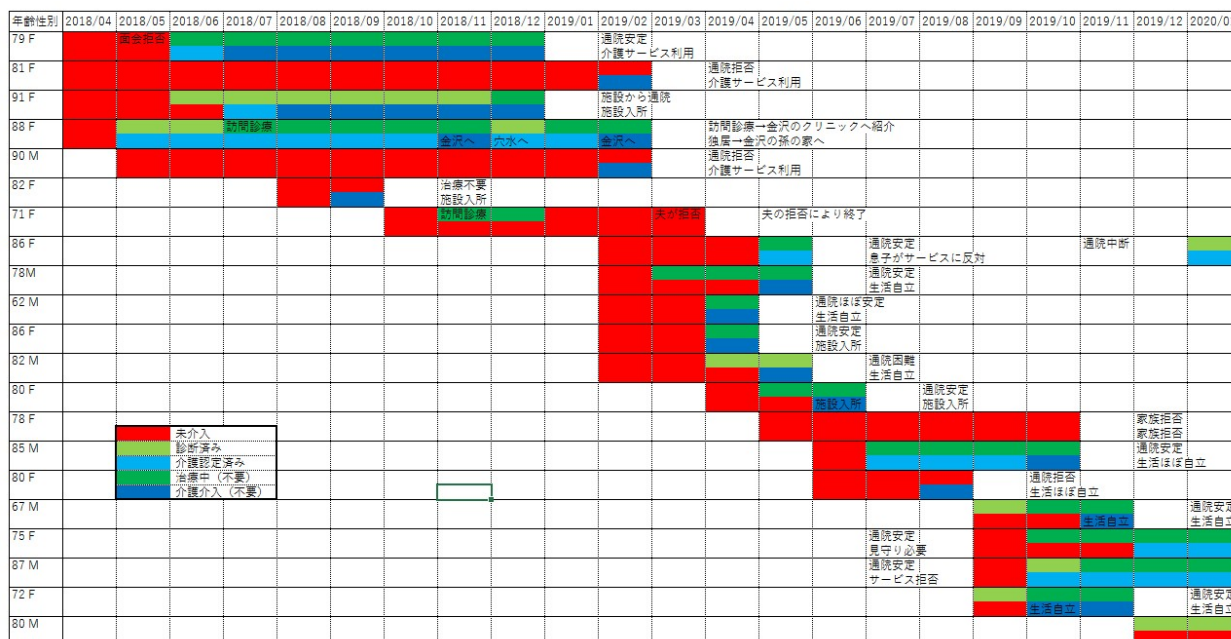


表1 穴水町認知症初期集中支援チームの全介入症例(2020年1月で3例は継続中、1例は再介入)

症例はそれぞれの介入時期に応じて上下2段の横棒グラフで示されている。上段は医療の状況で未受診は赤、診断までできたものは黄緑、加療中となったものは緑で表示されている。下段は介護の状況で、未介入は赤、介護認定を受けたものは薄い青、介護サービスの利用に至ったものは青で表示されている。

この2年弱の活動期間に介入した21事例の平均年齢は80.0歳で、その内訳は男性8名、独居高齢者7名であった。介入期間は2ヶ月から11ヶ月で平均で5.6ヶ月であった。また、診断から安定した通院まで支援できたのは14名、介護サービスの導入までできたものは16名(生活自立例や施設入所例を含む)であり、医療・介護ともに支援ができたものは11例であった(表2)。また、医療介入において通院安定とならなかった事例の内訳は、治療不要と判断されたもの1例、未解決(介入継続中)2例、医療拒否5例であった。医療拒否は3例が当事者が受診を希望されず、2例は配偶者などのキーパーソンが受診を拒否していた。介護介入において介護拒否となった3例は2例がキーパーソンが拒否したことによるものであった(図1)。

事例数	21 例	男性 38.1%
平均年齢	80.0 歳	62～91歳
独居事例	7 例	33%
介入期間	5.6 ヶ月	2～11 ヶ月
成功事例	11 例	52%
医療成功事例	14 例	67%
介護成功事例	16 例	76%

表2 認知症初期集中支援チームが介入した 21 事例の内訳

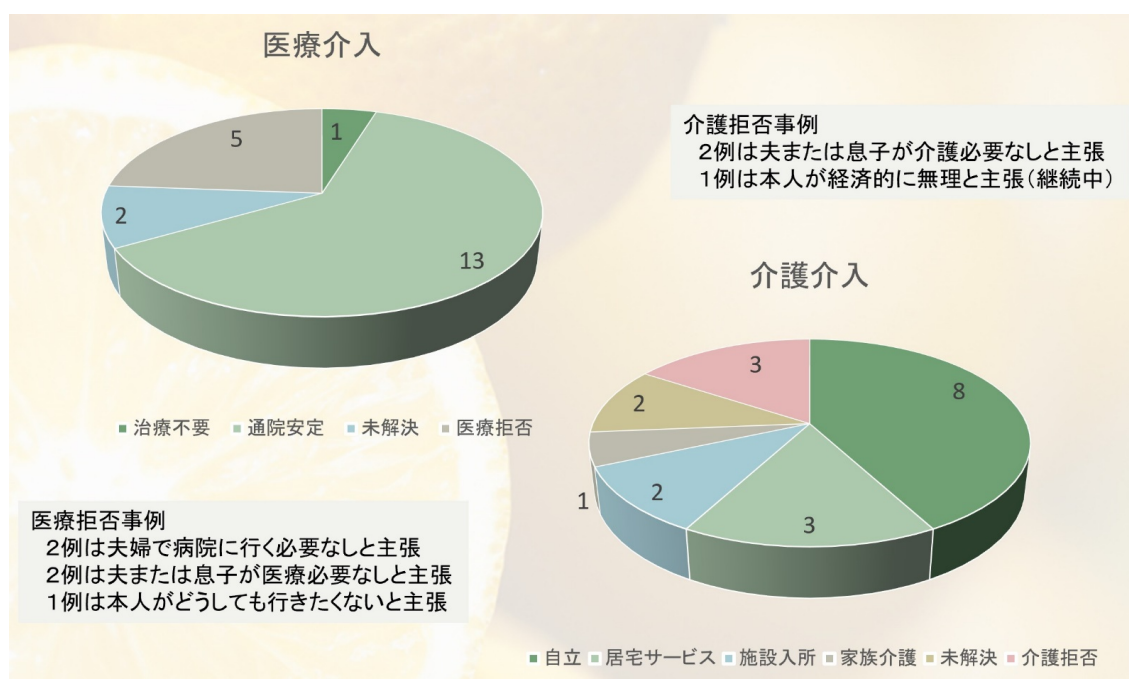


図1 医療介入および介護介入の介入結果

事例の詳細

個別に事例を見ていくと、最初に介入した79歳女性の事例は、認知症が疑われるものの医療機関への受診をしていない状態であり、寝たきりの夫の介護も十分にできていない状態であった。「ある人物から嫌がらせを受け、常に監視されている」との妄想を持っており、初期はチームメンバーが自宅訪問を試みるも警戒され玄関を開けてもらえず面会がかなわなかった。しかし、訪問を繰り返すうちに面会してもらえるようになり、筆者も普段着で訪問し関係構築に努めた結果、通院も受け入れてもらえるようになった。認知症の診断ができ通院も継続できるようになり介護認定を受けたものの、介護スタッフとの関係構築ができるまで介護サービスの利用は進まなかった。この事例では、支援者との関係構築が重要なポイントであり、良好な関係をもった支援者が継続してケアを続けていくことが望ましいと考えられた。

4番目に介入した88歳女性の事例は、独居生活が破綻しかかっており、認知症が疑われるものの医療機関への受診がない事例であった。チームメンバーが医療機関へ誘導し認知症の診断がつき治療が開始されたが、服薬の自己管理や予約日の受診ができない状態であった。そのため、筆者が訪問診療を担当することで継続的な医療を提供することができるようになった。介護認定も受けることができたが、デイサービスなど通所系サービスは希望されず介護環境の改善が進まなかったため、遠方の親族が引き取ることになった。しかし、これまでの自宅での生活を希望され、親族の反対を押し切って自宅に戻ってきたため再び訪問診療を再開することとなった。この事例では、事例が安心できる自宅で過ごしたい希望を重視することがポイントであり、良好な関係が構築できた支援者が訪問診療などの訪問系のケアを行うことで解決をみたと考えられる。

7番目に介入した71歳女性の事例は、医療介護につなげることが困難であった事例である。健康診断で高血圧を指摘されながら医療機関を受診してこなかった事例であり、検診受診時の挙動から認知症が疑われ介入となったものである。夫と二人暮らしであるが、夫は妻の認知症の可能性を受け入れようとせず認知症の精査は必要ないと主張された。そのため、高血圧の治療のため医療機関へ通院するように促し、一時は医療機関に通院するようになった。高血圧受診の際に認知症の診断がつき、治療も同時に行われるようになった。しかし、夫が高血圧も含めて加療の必要がないと強く主張され、介護についても拒否されたため、それ以上の介入が困難となった事例である。この事例のポイントは、認知症を全面に医療介入を試みるのは時として困難な場合があるが、他の身体疾患を前面に継続的なケアを行うことで、医療が継続的に提供できるようになることと思われる。また、結果的に介入が不成功に終わったが、夫との関係構築、夫への精神的、身体的、あるいは経済的ケアを行うことによって夫の態度を変えていくことが、事例への介入に重要であったものと考察された。

成果

総合診療医として地域の認知症初期集中支援チームに加わったことは、これらの結果から地域にとって好ましい貢献ができたものと考えられる。穴水町における認知症初期集中支援チームの特徴をこれらの経験から分析すると、①チームは行政主導の多職種混成チームであること、②対象事例は地域社会から孤立している例が多いこと、③対象事例を介護する家族が不在であったり疎遠であったりすることが多いこと、④支援家族がいる場合も家族の疲弊が強いこと、⑤事例に介入するためにはまず良好な人間関係を構築することが重要であること、⑥ひとたび構築された人間関係によって継続的なケア提供が重要であること、⑦通院のみならず在宅医療や緊急時の入院治療など事例にはあらゆる形のケアの準備が必要であること、⑧解決の方向は事例それぞれの個性に応じて判断する必要があること、⑨認知症以外の接点をもって継続的なケアを考えること、⑩地域全体の認知症への理解を深める啓発活動が必要であること、などがあげられる。

一般に初期集中支援チームに参加する認知症サポート医は、精神科医や認知症専門医、神経内科医であることが多い。しかし、筆者のように総合診療医の立場でサポート医となって認知症初期集中支援チームに参加したことによる地域への寄与は大きいと思われる。一般に総合診療医の特徴としてまず、地域のプライマリ・ケアを主に担当していることがあげられる。プライマリ・ケアの5つの理念として、近接性、包括性、協調性、継続性、責任性があるが、いずれも認知症初期集中支援チームの活動を行う上で重要な理念である(表3)。この観点から認知症初期集中支援チームを考えると、①チームは多職種混成チームであるため柔軟な協調性が求められ、②孤立した事例に対応するため近接性、包括性、協調性、継続性、そして責任性が求められる。また、③④家族も含めたケア・支援が必要であることから包括性や協調性が求められ、⑤関係構築のための協調性が求められ、⑥そのうえで医療・ケア・支援を絶やさない継続性が求められる。そして、⑦あらゆる事態に対応するため多様な診療の場において事例の変化に備える包括性と責任性が求められるばかりでなく、⑧それぞれの事例に応じた対応ができる患者中心のケアを提供する包括性や責任性も求められる。さらには、地域全体の認知症対応力を向上させていく地域全体をケアする力、近接性、包括性、協調性、継続性、責任性が求められる。穴水町における認知症初期集中支援チームの成功事例を振り返ってみると、必要に応じて身体疾患への関与を前面にしながらか認知症診療を含めて全人的に事例に接する一方で、継続的に家族のケア、地域のケアを行っていくことが重要であり、そのためには総合診療医のもつスキルが不可欠であると考えられる。

プライマリ・ケアの5つの理念

(プライマリ・ケア連合学会ホームページより)

- Accessibility(近接性)
 - 1.地理的、2.経済的、3.時間的、4.精神的
- Comprehensiveness(包括性)
 - 1.予防から治療, リハビリテーションまで、2.全人的医療、
 - 3.Common diseaseを中心とした全科的医療、4.小児から老人まで
- Coordination(協調性)
 - 1.専門医との密接な関係、2.チーム・メンバーとの協調、
 - 3. Patient request approach(住民との協調)、4.社会的医療資源の活用
- Continuity(継続性)
 - 1.「ゆりかごから墓場まで」、2.病気の時も健康な時も、
 - 3.病気の時は外来-病棟-外来へと継続的に
- Accountability(責任性)
 - 1.医療内容の監査システム、2.生涯教育、3.患者への十分な説明

表3. プライマリ・ケアの5つの理念

今後の展開

地域における認知症対策には総合診療医も有用であったことから、総合診療医としての特徴を発揮できる認知症初期集中支援チームの構成員を増やすことが必要と考えられる。そのためには、総合診療医が積極的に認知症サポート医となり地域の認知症施策に参加していくばかりでなく、地域の認知症施策にかかわる精神科医や認知症専門医、場合によっては老年病専門医や内科医、一般医家にまで、総合診療医としてのスキルを広げていくことも重要と考えられる。

公立病院の総合診療医による在宅・施設看取りを中心とした訪問診療への取り組み

小浦友行¹

1 公立穴水総合病院 臨床研修センター

抄録

公立穴水総合病院は、人口 8,070 人、高齢化率 47.3%の石川県穴水町の公立病院である。医療・介護資源の乏しさを背景として、地域の在宅・居宅系施設への訪問診療や看取り支援を総合診療医が中心となって行っている。訪問診療担当の総合診療医が 1 名から 2 名へと増員された 2017 年からは、それ以前と比較して新規訪問診療登録患者数、施設看取り患者数、在宅看取り患者数はいずれも増加していた。訪問診療に関わる多職種へのグループインタビューからは、BPS モデル、家族志向ケア、多職種連携といった総合診療医を特徴づける能力が利点として理解されており、そのことが患者・家族・多職種の高い満足度につながっていることが示唆された。総合診療医が資源の乏しい僻地で、多様性のある在宅・施設看取りを訪問診療として提供することは、社会的にメリットの大きい重要な役割であると考えられる。

【取り組みの背景】

公立穴水総合病院は石川県能登半島のほぼ中央に位置する人口 8,070 人、高齢化率 47.3% (令和 2 年 2 月現在) の穴水町の急性期 100 床の公立病院である。町内には特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・養護老人ホーム・軽費老人ホームが 1 施設ずつ、有料老人ホームが 2 施設あり、高齢化率を考慮すると医療・介護資源が充実しているとは言い難い状況である。また、老老介護を中心に通院の困難さが生じており、何より「自宅で過ごしたい」という住民の希望もあり、在宅訪問診療のニーズは高まっている。また施設・居宅系サービスの増加に伴い、それらに対する訪問診療、特に看取りに関する期待も高まっている。一方、穴水町で訪問診療を行っている診療所は単独診療の 2 施設のみであり、公立病院として地域の訪問診療、特に在宅・居宅系施設を含めた地域の看取り支援を行う必要性が高まっている。

【導入の経緯と事例の詳細】

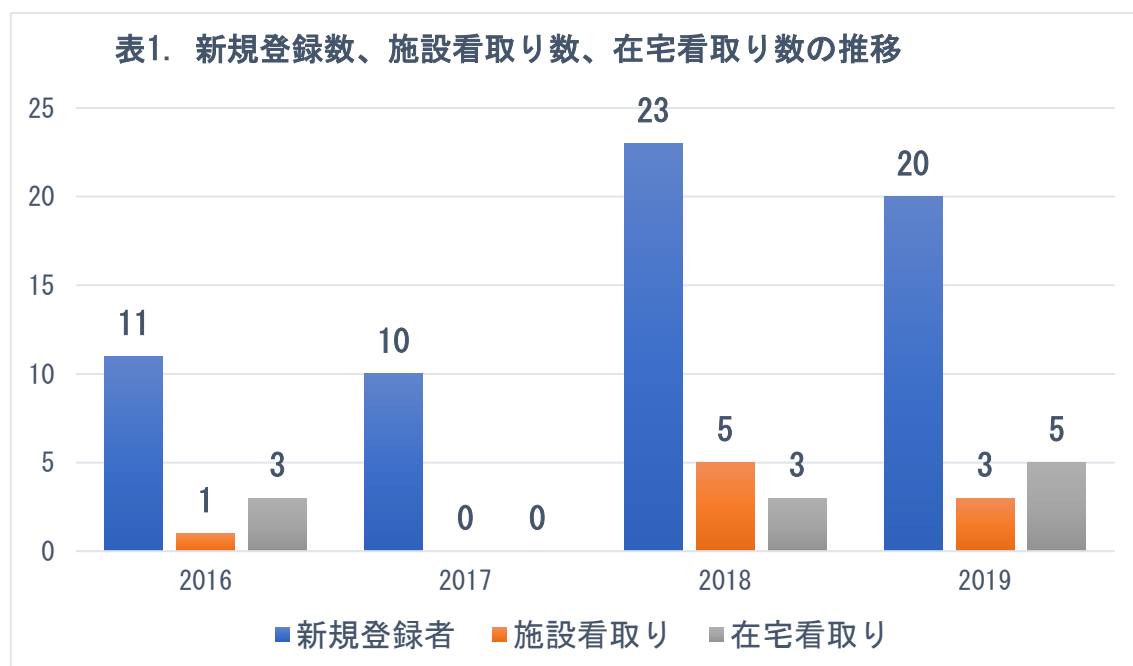
上記のニーズに対して、当院は介護保険制度の開始前から訪問診療行ってきた。2010 年に金沢医科大学の寄付講座として能登北部地域医療研究所が設置され、プライマリ・ケア認定指導医資格をもつ総合診療医が 1 名常勤となって以降、訪問診療は総合診療医によって行われてきた。病院内でも 24 時間 365 日の地域看取りに対す

る支援強化目的で、当直医と訪問主治医との連携による看取り支援の院内連携システムが構築された。2017年より小生が当院2人目の常勤総合診療医として赴任し、2018年より訪問診療に携わることとなった。2019年には総合診療専攻医1名の研修受け入れを行い、臨床・教育ともに当院の訪問診療における基盤が形成された。

【成果】

当院において総合診療医増員の前後で訪問診療数に変化があったのかを診療録を参考に検討した。また、総合診療医による訪問診療にどのような利点があるか、訪問診療に携わる多職種にグループインタビューを行った。

2016年から2019年にかけての新規訪問診療登録患者数、ならびに施設看取り患者数、在宅看取り患者数の推移を表1に示す。訪問診療に取り組む総合診療医が2名に増設された2018年から、いずれも増加していた。



2020年3月に穴水総合病院地域連携室の看護師、医療ソーシャルワーカー、医療事務の3名に、総合診療医による訪問診療にどのような利点があるかグループインタビューを行った(表2)。その他、非総合診療医からの訪問診療依頼の理由として、「家族への対応が難しそうだから」「専門外の病気だから」「主治医として死の受容に抵抗感があるから」といった意見も認められた。

表 2. 総合診療医による訪問診療の利点

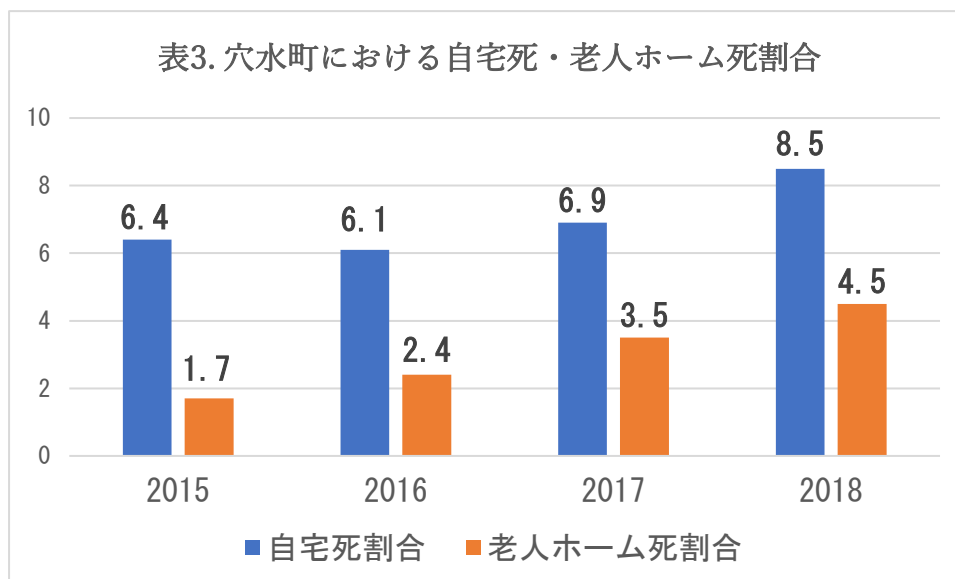
- ・患者さんもその家族もまるごとみしてくれる。
- ・患者さんの希望をしっかりと聞いてくれる。
- ・家族の心理背景も考慮し、精神的な支援もしてくれる。
- ・担当ケアマネジャーと直接意見交換をしてくれる。
- ・急な訪問診療の希望に対してもフットワークが軽く、決断が早い。
- ・病気の種類に関わらず主治医になってくれる。

【今後の展開について】

総合診療医が訪問診療に携わることにより、患者数や施設・在宅看取り数を増やせる可能性が示唆された。今後は単純に症例数を増やすだけでなく、地域多職種との連携をより強化し、質の高い訪問診療・在宅緩和ケアを提供できるように、包括的アプローチを継続する予定である。

【考察】

超高齢社会を背景として、高齢者の 54.6%が自宅で最期を迎えることを希望しており、訪問診療による在宅看取りへの期待が高まっている¹⁾。今回の調査では総合診療医が僻地病院において在宅・施設看取りの推進に貢献できる可能性が示唆された。ある地域における自宅看取り率と老人ホームでの看取り率を総じて「地域看取り率」と表現するが、松下らは総合診療医が勤務するクリニックによる 24 時間体制の訪問診療・看取り支援が、地域看取り率の上昇、ひいては後期高齢者一人当たり医療費の抑制につながる可能性を示唆している²⁾。なお、穴水町における自宅死・老人ホーム死割合(表 3)においても、2015 年以降上昇傾向を認めており、特に 2017 年から 2018 年の自宅死割合の上昇が顕著である。因果関係は明らかではないが、当院の取り組みが影響している可能性がある。



このような役割は確かに非総合診療医によっても可能であるかもしれないが、当院のようにすべての専門医による医療が提供されない環境では、内科系悪性腫瘍のみならず、泌尿器科など非内科系悪性腫瘍、そして非がん終末期への対応が困難になる可能性が高い。そのことは今回多職種に対して行ったグループインタビューからも示唆される。総合診療医が「診療科に関わらず」主治医として訪問診療に対応できるからこそ、あらゆる疾病の訪問診療・地域看取りに対応できると考えられる。穴水町を含む能登北部の在宅終末期療養の阻害因子に関して、「苦痛かも知れない」といった医療不安感や、「家族に迷惑がかかる」といった介護不安感などが挙げられている³⁾。在宅看取りを達成するためには、そういった患者自身やその家族の不安に関しても包括的にアプローチする必要がある。総合診療医を特徴づける能力の中には、BPSモデルとして患者の心理背景にアプローチする能力や、家族志向型ケアとして家族療法を行う能力などがある。それらの能力により在宅看取りに対する患者・家族の不安感を軽減させることができる。そのことは今回のグループインタビューの中で「患者さんの希望をしっかりと聞いてくれる」「家族の心理背景も考慮し、精神的な支援もしてくれる」という意見として総合診療医の利点として理解されている。

当然、このような質の高い在宅・施設看取りは総合診療医のみで到達することは困難であり、訪問看護師、ケアマネジャーなどとの多職種連携が必要⁴⁾である。これも総合診療医を特徴づける能力の一つであり、グループインタビューの中で「直接意見交換をしてくれる」という意見として多職種にも理解されている。経済産業省は社会人基礎力の一つとして「前に踏み出す力」を挙げており、それは「物事に進んで取り組む主体性」が能力要素となっている。直接多職種と意見交換する姿勢はまさにその主体性であり、より質の高い連携を生み出すことができると考えられる。総じて、総合診療医が

資源の乏しい僻地で、多様性のある在宅・施設看取りを訪問診療として提供することは、社会的にメリットの大きい重要な役割であると考えられる。

【参考文献】

- 1) 内閣府.「平成 24 年度 高齢者の健康に関する意識調査」東京:内閣府;2008.
- 2) 松下明. 地域で新たな役割を担う人材を育てる. 医療と社会. 2019;29(1):59-70.
- 3) 浅見洋, 田村幸恵, 浅見美千江. 人口減少地域における在宅終末期療養の諸問題
-奥能登の住民に対する意識調査より- 石川看護雑誌. 2009;6:19-27
- 4) 川渕奈三栄, 三浦太郎. 訪問診療のコツ. 治療. 2018;100(11):1307-1312.

総合診療医が進める地域医療学校活動

井口清太郎¹

1 新潟大学大学院医歯学総合研究科 新潟地域医療学講座 地域医療部門

抄録

医師不足の著しい新潟県魚沼二次医療圏において、総合診療的な視点(患者個人を見るだけでなく、地域全体を見るという視点)を持った医師の主導により、地元医師会、地元行政、地元大学を巻き込んだ住民の為の学校—地域医療魚沼学校—が設立された。この学校のコンセプトは「住民こそ医療資源」である。医師不足の中で医療需給バランスを是正するためには医療需要を変化させることが重要であるとの考えのもと、様々な活動を展開してきた。またこの地域は行政が主導する医療再編の中心地となったが、この医療再編においても住民への周知、受療行動の変容などに役割を果たしてきた。そしてこの地域は全国で年齢補正後の医療費が最も少ない医療圏として知られている。総合医的な視点を持った医師の存在により、医療費を少しでも減じる可能性があると思われる。まさに「住民こそ医療資源」なのだ。

緒言

新しい専門医制度において総合診療科が新しく基本領域として設定された。その内容は内科、小児科、救急なども包含しつつも、決してそれらの集合体では無く、地域に暮らす住民全体への視点を養うことにその要点があると思われる。

今、実際に地域の現場で働く医師には、その出発点が異なっても、現在は総合医としての視点を持ちながら活動している医師がいる。

医師不足を考える時、本質的には地域現場における医療の需給バランスがとれていない状況といえよう。このバランスを是正するために医師を確保・育成することが根本的な解決とされるし(医師不足であるため)、その考えの延長線上で過去10年余り、臨時に医学部定員が増やされ、各都道府県では地域枠を設定したりするなどの施策が講じられてきた。医学科の定員は最も少なかった平成19年の7625名に比し、平成31年には約1800人も増加した9420名となっている。この間、医師偏在への対応として設定されたいわゆる地域枠医学生も平成19年度の183名(全体の2.4%)から平成29年度の1674名(17.8%)まで増加してきている¹⁾。

一方、視点を変えて、地域における医療需要を様々な活動により効果的に減ずることができれば、医療の需給バランスを是正することができる可能性もある。医師不足へ

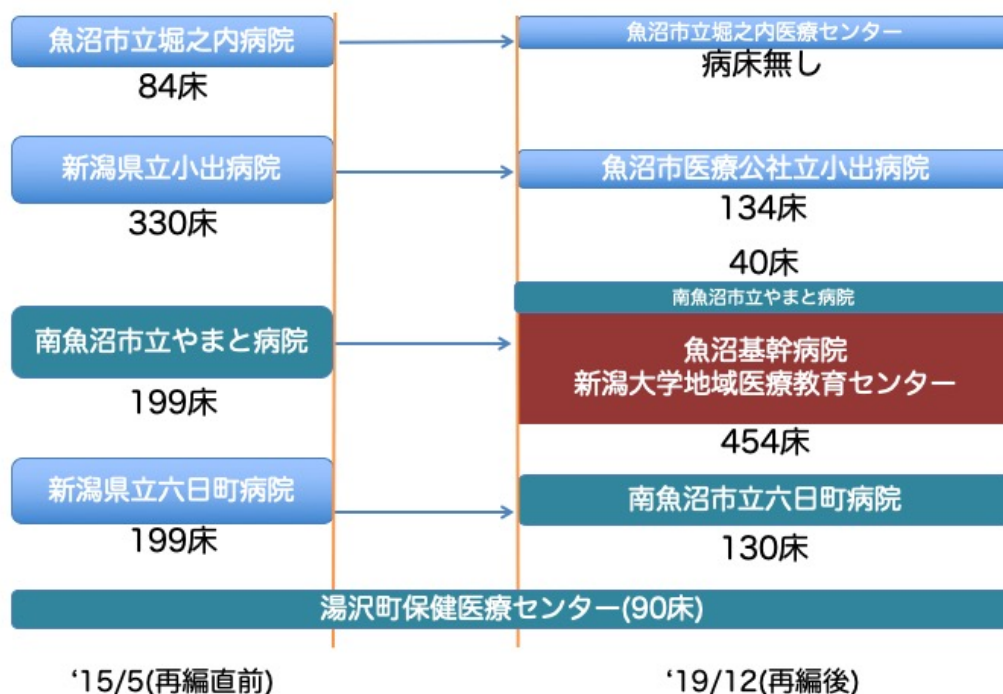
の対応として供給側を考える事はもちろんではあるが、医療需要を減らすことの重要性にも着目することは合理的であろう。

事例の背景

新潟県の魚沼二次医療圏は人口 10 万人あたりの医師数が 122.5 人と全国平均の半分程度しか無い、医師不足の地域であった(2010 年 12 月末現在)。2009 年時点で、この医療圏では県立病院が 4 つ(新潟県立十日町病院(275 床)、新潟県立小出病院(383 床)、新潟県立六日町病院(199 床)、新潟県立松代病院(50 床))、その他公立病院が 3 つ(南魚沼市立大和病院(199 床)、魚沼市立堀之内病院(80 床)、町立津南病院(114 床))、他に私立病院が 2 つあるもののいずれも規模は 100 床未満の病院であり、一般病床と療養病床を併せ持つ病院であった。魚沼医療圏の面積は東京都の 1.2 倍のあるものの、圏域人口としては約 18 万人に過ぎず、人口密度は少なく、いわゆる過疎地域である。医療に関する地域全体での課題としては循環器疾患、呼吸器疾患などいくつか圏内だけでは対応できない疾患領域を抱えていたこと、またそのために圏域外搬送の比率が高いなどの問題を持っていた。

この地域に対して、新潟県では県立病院が多いことから新潟県が主導する形で新潟大学と連携し、地域医療の再編を企図した。2015 年 6 月、魚沼医療圏のほぼ中央に位置する旧大和町地域に 454 床の高度医療を提供する新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院(以下、魚沼基幹病院とする)を開設すると共に、周辺の 2 つの県立病院を規模縮小の上で市立病院へと移管し、また公立病院も同時に規模縮小を図った(図 1)。

図 1.魚沼地域の医療再編(魚沼市、南魚沼市)



これにより地域全体の病床数を減じ、同時に各医療機関の役割も既存のものから少しずつ変更させていった。すなわち高度医療・急性期医療については主として魚沼基幹病院が担当し、特に夜間の救急対応については、検査科や放射線科が24時間対応可能な魚沼基幹病院に集中するようになっていった。一方、周辺の医療機関は、病床数を減少、外来機能は維持させると共に、夜間の救急対応の体制を変更した。これにより救急医療体制は順次縮小させると同時に、魚沼基幹病院で超急性期を経て安定化した患者を受け入れ、リハビリを中心とした医療を提供すると共に、地域の診療所、介護・福祉施設と連携することで、訪問診療や訪問看護・訪問リハビリなどの在宅医療を支える仕組みも重点化した。もちろん高齢化率が35%を超える自治体にある医療機関として、誤嚥性肺炎や尿路感染症など後期高齢者に頻繁に見られる疾患を、容易に入院させることのできる一般病床としての機能も維持させておく必要もあった。

しかし一般的に、これらの医療機関の機能転換は一見すると縮小が伴う場合、地域住民からはなかなか理解されず、反対されることはままある。魚沼地域の医療再編においても様々な意見があり、当初は全面的な賛同を得られていたとは言い難い状況はあった。

事例の概要

魚沼医療圏の実際の医療再編に先立つ 2011 年、この地域(特に魚沼市を中心に)において「住民こそ医療資源である」というコンセプトの下、地元医師会、地元行政、新潟大学とが連携し、「地域医療魚沼学校」^{2,3)}が開学された。その中心となったのが新潟県立小出病院長の内科医である。その病院長は呼吸器内科医として勤務を続けてきていたが、その勤務先の多くが新潟県内にある中小の県立病院であり、総合的な対応を実践してきていたこと、また地域に根ざした総合的な視点を多く養ってこられていたこともあり、総合医的な立場で施策を考えていた。その内科医が中心となり地元医師会、地元行政、関係する大学医局などを巻き込みながら実践していったのが「地域医療魚沼学校」である。

「地域医療魚沼学校」の基本コンセプトは前述したように「住民こそ医療資源」である。そのコンセプトを実効性のあるものとするために、事務局を県立病院内にスペースを設けて設置し、病院の講堂などを用いて各種活動を行ってきた。その考え方の基本は、「医師不足に地域として対応するためには医師数増加が必要ではあるがそれは簡単には達成できない、それならば住民一人一人が健康に留意し、医療需要を減ずることで医療の需給バランスを改善し、医師不足を軽減できるのではないか」ということであつた。

2011 年の開校以降、この地域医療魚沼学校は、住民への啓発活動(住民対象講座)を通じて検診の受診率を高めたり、救急車の適正利用といった軽症患者の救急車利用を控えることを訴えるような住民講座を複数回、展開していった(オープンスクール)。また魚沼市との連携のもとで魚沼市内の全ての小中学校を対象とした医学生による禁煙に関する授業を実施し、禁煙教育を展開していった。医療再編についても地元医師会、地元行政ではこの組織を通じて住民への周知・理解の促進を図った。殊に 343 床の新潟県立小出病院(魚沼市)が、その規模を大きく減じ 134 床の魚沼市立小出病院へ縮小される際には、住民から様々な反対の声が上がったが、先述のオープンスクールを通じ、また夜間にも頻回の住民説明会(ナイトスクール)を開催するなどして、医療機関の利用の仕方などを説明することで少しずつ住民の理解を得られるようにしていった。ナイトスクールは、地区毎の公民館などで行われ、そこでのミニ講演会を繰り返し行ってきた。2011 年の開校以来、オープンスクールは 103 回実施し、延べ参加者数は 5713 名、ナイトスクールは 38 回実施し、延べ参加者数は 834 名に達した。

「地域医療魚沼学校」では、魚沼市行政と連携して、魚沼市内の全ての小中学校で禁煙授業を実施した。この授業については新潟大学医学部医学科の学生が行った。既に用意してある基本となる教材に、各学生が独自に変更を加え、より魅力的なものとして小中学生へ実施した。年代も近い医学生からの授業によって、より効果的に授業

が実施できたものと思われる。この禁煙授業に関しては、2011年の開校以来、155回開催され、参加者数は延べ10241名に達した。

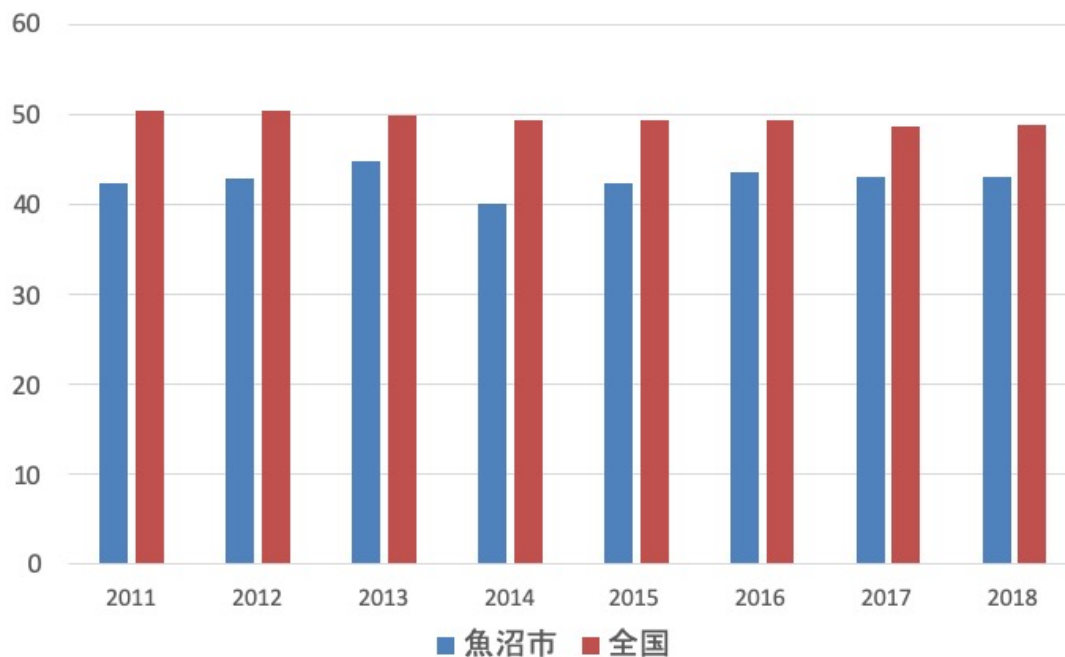
また、これら住民への活動とは別に、地域の多職種の専門職間の連携を円滑にするために、それぞれの職種における業務の詳細や、専門用語の周知を図る「楽語い（専門職間で「語い」の壁を乗り越える意味）講座」、専門職間で、ある一つのテーマに関する考え方を共有するための「楽想講座」などの各種講座を開催していった。「楽語い講座」は年20回程度、「楽想講座」については月2回程度の頻度で開催している。各医療専門職や、地域の社会福祉協議会、時には行政職や観光協会など医療職以外の職種も交えながら、それぞれが地域に関する話題を提供し、またそれぞれの職種の視点で課題を講演するようにしている。これにより地域の多職種でいわゆる顔の見える関係を構築し、職種間の情報交換を円滑にしている。「楽想講座」におけるテーマとしては、例えば古くは胃瘻造設に関する考え方や、最近では、人生会議などの言葉で話題になっているAdvanced Care Planningについてなど、多岐にわたる。一つのテーマで複数回、多職種が集まりテーマを深める話し合いを行っている。専門職が学ぶ「楽語い講座」や「楽想講座」に関しては、圏域内の多職種を対象にしており(2017年からは関心のある一般住民も対象にした)、これまで同じく延べ226回開催し、参加数は延べ9788名に達した。

その成果

この地域医療魚沼学校の活動を通じ、地域において様々な職種が一同に会する機会が増えた。それは医療職だけでなく、介護・福祉職、更には行政職までもが一堂に会し、一つの話題について話しができるようになっていった。そして地域住民に対して、医療需要を減らすための様々な取り組みを展開していった。何よりも関係する人々の間で顔の見える関係を構築できたことは大きな意味があると思われる。また住民にとっては医療機関は病気になったら行くところ、だけではなく予防に必要な情報を得る健康ステーションとしての機能も持っている、ということを理解してもらったようになってきた。

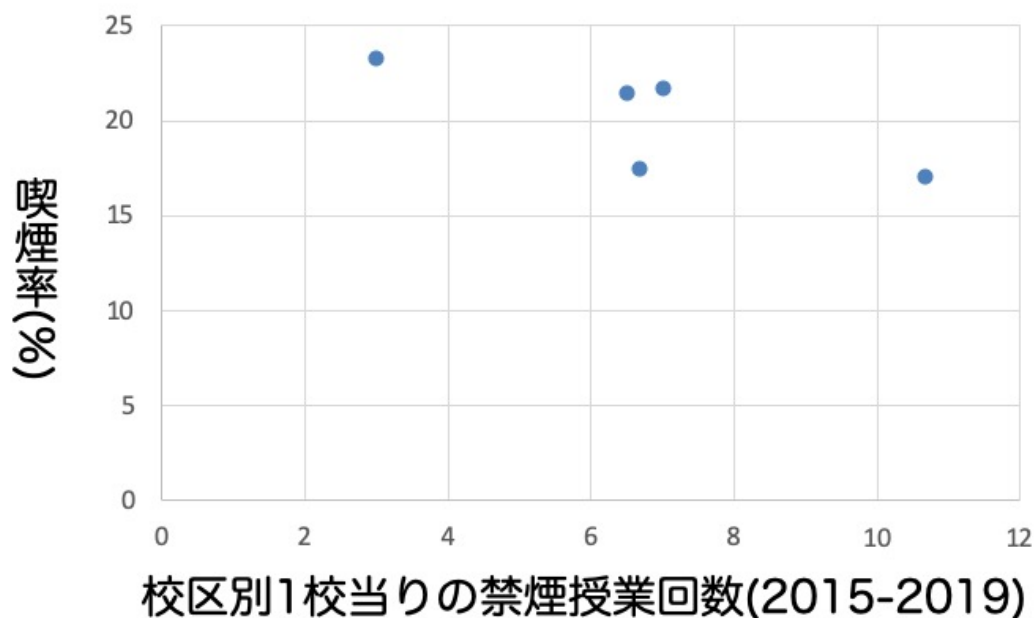
これらによる成果としては、魚沼市消防では救急車の出動に対して、全国平均に比し軽症者の使用割合が少ない傾向にある(図2)(但しこれは高齢化率が高いことの影響を排除できていない)。

図2. 救急搬送に占める軽症者の割合



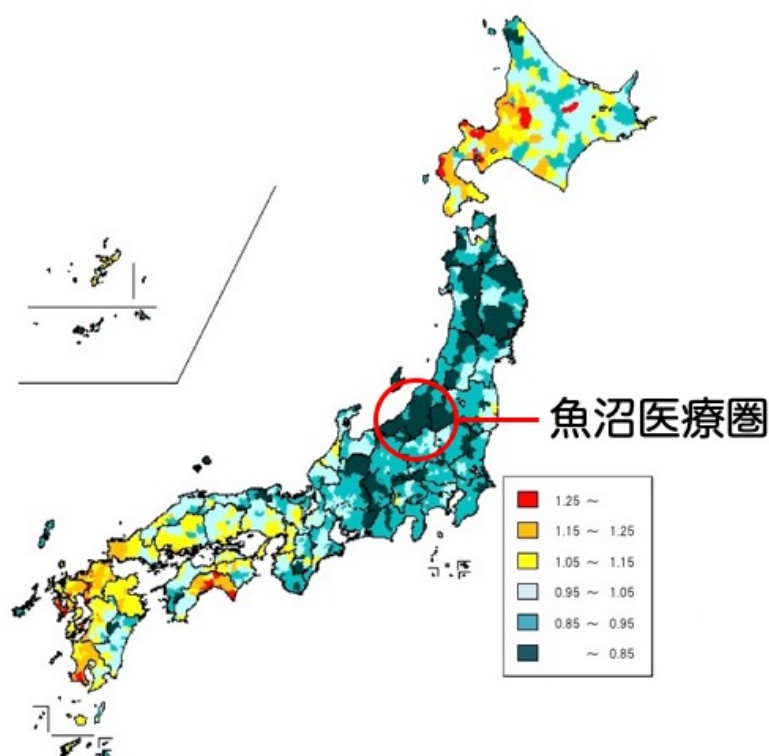
また毎年、成人式(例年5月)に調査している新成人の喫煙率では、校区別の禁煙授業の回数と喫煙率を見た時に、禁煙授業の回数が多い校区では、成人式時点での喫煙率が低下する可能性が示唆されている(図3)。

図 3. 喫煙率と校区別授業回数の平均



魚沼の医療再編が始まって約5年が経過するが、それぞれの医療機関の担うべき役割も少しずつ認識されてきている。また高次医療を担当する医療機関での急性期の治療が終えたあと、周辺のリハビリを中心とする医療機関への転院などもスムーズに行われてきている。またそれらの医療機関から、やはり周辺の在宅医療を提供する医療機関への紹介、地域の訪問看護ステーションへの移行という流れもできつつある。全体として病院完結型医療から地域完結型医療への転換が進んでいるものと思われる。これによる効果だけとはいえないものの魚沼二次医療圏における年齢補正後の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度を併せた医療費の地域差指数は少なくとも2014年～2017年の間、全国でも最低となっている(図4)⁴⁾。

図 4. 二次医療圏別医療費マップ(2017)



今後の展開

地域医療保健活動の一つの形として、住民を巻き込んだ地域医療魚沼学校を設立した魚沼二次医療圏を紹介した。総合診療医的な視点、つまり地域を見ることのできる視点を持った医師が中心となることで地元医師会、地元行政、そして大学とが連携し地域医療学校設立への大きな運動の流れを形成することができた。住民への働きかけにより、医療需要を減じることができれば、昨今その逼迫が問題視されている医療費の削減にも繋がる可能性がある。前述の通り、この魚沼医療圏の年齢補正後の一人あたり医療費は2014年、2016年に引き続き2017年の集計でも全国で最低を維持している。これには総合的な視点を持った医師により主導された地域医療魚沼学校の活動が寄与している可能性がある。まさに「住民こそ医療資源」なのだ。

また優れた総合医は教育者としての視点も持っている。この一連の活動を通じて、この魚沼二次医療圏は今や、新潟大学にとって欠かすことのできない地域医療・総合診療実習フィールドとなっている。今、全ての新潟大学の医学生は、必ず一度はこの魚沼地域で未来の医療の在り方を学んでいる。

これらの活動を通じ住民の受療活動を変化させることにより、医療受給のバランスを少しでも改善し、医師不足のインパクトを減じることができるのでは無いだろうか。

そしてこれらの活動により、この地域は本県における地域医療教育の中心となろうとしている。さらに関東からのアクセスの良さも活用し、研修医や専攻医の獲得も乗り出そうとしている。

結びに

言うまでもないことだが、医師法の第1条には「医師は医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し…」と記載がある様に、医師には保健指導に関わることが求められている。もちろん個々の患者に向き合い、疾病を一つ一つしっかりと治療していくことは医療の基本ではあるが、それと同じくらい、或いはもっと地域における保健活動、それによる地域全体の健康増進を図ることも重要ではないだろうか。そして総合診療医(総合診療的な視点を持っている全ての医師)は、自ずと地域へと目を向けるために、地域全体を公衆衛生の向上に寄与するものと思われる。

文献

- 1) 井口清太郎:地域医療教育～これまでと今後の課題～.新潟県医師会報 2019; 834: 2-8 頁
- 2) 地域医療魚沼学校. <http://www.uonuma-school.jp/>
- 3) Iguchi S, et al: A conference report of the interprofessional satellite symposium in Uonuma, Japan: an international exchange on the future of community care. J Interprof Care, 2014; Oct 7: 1-4.
- 4) 医療費の地域差分析.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/database/iryuomap/index.html

当院で開発したマイルストーンを用いた総合診療医育成方針の紹介

海透 優太¹、植木 愛^{1,2}、奥津 理彦¹、酒井 雅人¹

1 独立行政法人地域医療機能推進機構 若狭高浜病院

2 福井大学医学部地域プライマリアケア講座

抄録

本報告では、独立行政法人地域医療機能推進機構(以下、JCHO)若狭高浜病院で実践している総合診療医育成の現状と今後の夢を伝えたい。医学生の早期暴露と興味の新出として、初期研修の地域医療研修病院として、後期研修の専門医カリキュラムの一環として、自治医科大卒の若手医師のアイデンティティ確立のための一助として、一律な到達度評価が必要と感じられたため、各コンピテンシーについて医学生・初期研修医・後期研修医・指導医のどのステージにおいても当てはまるマイルストーン(たかはマイルストーン)を用いた学習者評価を開発した。具体的な毎日の取り組みを交えて実践している教育の現状をお伝えする。総合診療を通じて身に付くマインドを言語化し、地域に求められている医師像を具現化していくことに寄与したい

【取り組みの背景】

当院は福井県大飯郡高浜町で地域医療を担う90床規模の病院である。前身は社会保険高浜病院であり、現在はJCHOのグループ病院として運営されている。内科一般と整形外科(外傷手術も行う)を常勤医で提供し、非常勤医師が耳鼻科外来と婦人科外来を担当している。近辺の高次医療機関には、東に車で30分の距離に公立小浜病院(福井県小浜市)、西に車で30分の距離に舞鶴共済病院・舞鶴医療センター・舞鶴赤十字病院(京都府舞鶴市)がある。

人口1万人の街に唯一の入院医療機関であり病院総合医としての役割を求められる一方、高浜町内の診療所は3軒(内科2軒、整形外科1軒)と少ないため、かかりつけ外来医としての機能も果たさなくてはならない。

2020年3月現在常勤医は7名で、内1名は自治医科大卒の義務年限中の若手医師である。福井大学の医学生の卒前臨床実習の場になっており、初期研修医の地域医療研修の場としても役割を担い、福井県・関西圏・東海圏から毎年多くの若手医師が訪れている。

【導入の経緯】

当院では筆者(日本プライマリ・ケア連合学会認定医/指導医)を筆頭にした総合診

療チームを形成し、自治医大卒の医師(3-9年目)、後期研修医(福井大学の家庭医療専門医プログラムに所属)、初期研修医(2年次:地域医療研修として約1ヶ月従事)、福井大学地域プライマリケア講座(井階友貴教授)から派遣される医師などで構成されるチームで日常診療に当たっている。2019年度を例に挙げると、チームメンバーは当時10年目であった筆者・7年目医師(家庭医専門医)・5年目医師(総合診療医研修)・4年目医師(自治医科大卒:腎臓内科志望)・初期研修医(月によって1-4名)・医学生(1週間単位の実習)で合計5-9名程度であった。

多様な立場で構成されるチームであり、総合診療以外の道を志している若手医師も共存する環境で、なるべく大きな効果をもたらしてくれるような教育を提供するために当院で行なっているシステムを事例として提示させていただく。

当院を受診する患者層は、高齢者がほとんどを占めており、若年層は近辺の総合病院を受診するケースが多く、小児の受診も少ない。入院患者の平均年齢は80歳を超えている。最終的にどの診療科に進むにしても、老年医学を中心に地域で求められるニーズを認識し、徐々に進行するフレイルの中で本人と家族が”老い”を受け入れていくプロセスと一緒に経験し、生物学的のみならず心理的・社会的な「病い」の状態を解決するために必要な知識・能力を身につけておくことは必要であると考え。高齢者にfocusを置いた総合診療はこれからの日本でますます重要な役割を担っていくと考えられ、若手医師の態度教育を考えたとき、医師人生のごく短期間であっても、総合診療に従事する仲間が身近にいる環境に身を置くことで学習者のモチベーションを高め、各診療分野で老年医学の一端を担っていくことを望む。

【事例の詳細】

[医学生]

現在の医学生は診療所の実習などで地域の家庭医に関してはほぼ均一化されたイメージを持っている一方で、田舎の病院総合医としての働きを具体的に話せる学生は少ない。診断学・治療学と同様に、多職種連携で専門職のリソースを効果的に活用して複雑な臨床状況の患者ケアを行い患者と地域社会のニーズに貢献する医師像を示し、彼らの未来像として興味を持ってもらうことを目的としている。

[初期研修医]

地域医療研修病院として約1カ月の研修を受け入れている。2017年度22名、2018年度31名、2019年度27名の初期研修医が、京都大学・福井大学・福井赤十字病院・関西電力病院・JCHOグループ病院(大阪病院、中京病院など)など、大学病院から市中病院まで幅広い研修先から集まる。3年目以降の進路を決めかねている研修医もいれば、既に次年度の専攻科を決めてから赴任する研修医もいる。モチベーションの程度も様々な中で筆者らが初期研修医に毎回伝えるのは「自主性と責任性

を重視せよ」ということである。初期臨床研修制度の目的である「医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を習得する」ためには、目の前の患者のどこまでを自分の責任の下に診療できるのかという“限界の確認”が重要で、自分で選択し実行する医行為の責任を背負わせることが必要である。

[後期研修医]

現在までに福井大学の家庭医療専攻コースの2名が6ヶ月間の研修を行った。また、旧家庭医療専門医の自由研修の期間を当院で過ごし、2019年度に家庭医療専門医を取得したスタッフも在籍していた。常時1名は後期研修医の立場で在籍している。家庭医療を実践するフィールドとして当院の研修を活用すると、総合内科と老年内科を組み合わせた医学知識が必要とされ、患者中心の医療を提供するためのシステムがフットワーク軽く活用でき、病院スタッフとして再入院を防ぐための退院後の工夫を入院中から最大限に考える良い機会になっている。

[自治医大卒の義務年限中の若手医師]

福井県の特に嶺南地域では医師不足が顕著であり、県の人事で自治医科大の卒業生が義務年限の一環で1-2年単位で勤務している。彼らが福井県嶺南の医療を支えてきたことは言うまでもない。「求められたことは何でも提供できるように研鑽を重ねる」という前向きな意見もあれば、「専門研修だけを受けることができないので専門医としての社会貢献が遅くなる」という意見まで様々である。他の地域でも同様の問題を抱えているものと思われる。実際に働いている彼らがどのような評価を受け、どのようなロールモデルを参考に成長してきたのかを言語化したものは当地域にはなかった。

地域医療で総合診療を実現し総合医育成をしていくにあたり、医学生への早期暴露と興味の創出として、初期研修の地域医療研修病院として、後期研修の専門医カリキュラムの一環として、自治医科大卒の若手医師のアイデンティティ確立のための一助として、一律な到達度評価が必要と感じられた。そこで、各コンピテンシーについて医学生・初期研修医・後期研修医・指導医のどのステージにおいても当てはまるマイルストーン(たかはマイルストーン)を用いた学習者評価を開発した。(表「たかはマイルストーン」参照)

ACGMEが提唱しているTransitional Year Milestone1)を参考にして作成し、教育の内容としては、若狭高浜病院らしさ(地域包括ケア・かかりつけ医の役割・病院総合医・病院家庭医・療養型病棟)を織り交ぜたものとなるように配慮している。

【たかはマイルストーン:コンピテンシー一覧】

- 1: Patient care
- 2: Medical knowledge
- 3: System-based practice
- 4: Practice-based learning and improvement
- 5: Professionalism
- 6: Interpersonal communication skills

各項目を5段階評価に分類

- Level 1: Observer-class
 - ・ 臨床現場に出るために座学や見学で準備をする身
- Level 2: Reporter-class
 - ・ 指導医のもとでの実臨床の入門修業を行う身
- Level 3: Interpreter-class
 - ・ 個々の患者の担当医・主治医を全うする身
- Level 4: Manager-class
 - ・ 医療チーム(病棟・多職種・研修医)のリーダーを担う身
- Level 5: Educator-class
 - ・ 院内:後輩育成に従事し、教育者として、後輩のロールモデルとなる身、指揮者
 - ・ 院外:医療者として社会を牽引する身

「たかはマイルストーン」の評価の一環として、毎日の業務の中で注目して行っていることを列挙する。

○**毎朝回診**:ショートプレゼンテーション(約30秒)を担当患者全員行う。医学生にも患者を担当してもらい、初期研修医と同じようにプレゼンテーションしてもらっている。網羅的情報収集→情報の取捨選択→共通言語化というポイントを押さえて、聞き手に伝わりやすいプレゼンテーションを目指している。特に学生は、プレゼンテーションを全て文字起こししてもらい、指導医と推敲まで行っている。自分が必要だと選んだ言葉の意味を常に追及させるための手段である。PEACHメソッド(Patient ID、Event overnight、Assessment and plan、Check point)に基づいて簡潔かつ過不足ないプレゼンテーションを全員で評価しフィードバックしている。

○**毎日カンファレンス**:「Problemのない患者はいない」をモットーに、特に急性期治療が完遂した患者に対して生物学的なプロブレムに限定せず問題点を抽出するように指導し皆で議論をしている。例を挙げるなら、生活機能(ADL/IADL)はもちろん、栄養状態・ポリファーマシー・社会的背景・予防医学・ACPなど高齢者でいう総合機能評価

に気付くことが多く、入院しなくてはならない時こそ、患者の退院後の生活や再入院、果てはこれからの人生に貢献できるチャンスであると自発的な気付きに繋がっている。

○毎日振り返り(クリパ作成):SEA(Significant Event Analysis)²⁾を用いて、初期研修医・学生に振り返りを求め、毎日夕方に全員集まって振り返りの報告会を開催している。プロフェッショナリズムの教育は Bloom のタクソミーでは情意領域(態度教育)に該当する領域が多く、知識・技術教育と比べて効果的な教育方法が少ない領域とされているが、SEA は一般的にプロフェッショナリズムの醸成に有効な手法であるとされている。医療の専門家としてのあり方を、技術的熟達者ではなく、現場の問題に正面から向き合うことに根ざした省察的実践家(reflective practitioner)を目指している。当院の振り返りでは毎日1名日替わりで「本日のクリニカルパール(通称:クリパ)」を述べてもらっている。reflection の中でも”reflection for action”に重点を置いて振り返りをしている。EBM を用いた自然科学に寄ったパールもあれば SEA を活用した非自然科学的な内容のパールまで幅広い。“明日の自分へのプレゼント”“ここで研修していない仲間達へのプレゼント”として言語化することで毎日の振り返りの収束点としている。

【成果/今後の展開について】

自分の後輩に勧めてくれる研修医も多数おり、満足度は高いと思われる。しかし、教育には、評価される側のみならず評価する側をも評価する目が必要だ。今後の展望としては、学生や研修医が同じマイルストーンを利用して教育者を評価することにも取り組んでいきたい。指導者側が、態度教育の具体的な方略であるロールモデルとして振舞えているかを後継者/若手医師から評価してもらいたい良い機会になるだろう。

2019 年度より作成を開始したマイルストーン評価であり、成果はこれから具体的に変わっていくと信じている。チーム内の医師の成長を、一律の評価基準で、時間軸に沿って、互いに評価し合っていくことは、知識・技術領域はもちろんのこと、自分自身で到達度を把握しにくい態度領域での評価にも活用できると考えている。

<考察>

【事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか】

日本プライマリ・ケア学会が示す家庭医療専門医の行動目標には、「家庭医が持つ医学的な知識と技術」、「家庭医を特徴付ける能力」、「全ての医師が備える能力」、「教育・研究」の4つが挙げられている。³⁾プライマリ・ケア医にとって大切な技能・態度である地域住民のニーズに応えるように活動することは、全ての医師が備える能力を同定することに影響していると考えている。地域で総合診療をしていると「自分たちがどのような能力を持っているのか」ではなく「自分たちは何を求められているのか」を痛感することが多い。ニーズのないところに医療は成り立たないのである。筆者自身、急

性期病院に勤務していた頃を振り返ると、“この街の住民が安心して暮らすことができるように医療で支えたい”と考え今まで研鑽を積んできたつもりが、いつの間にか“自分は何ができるのか”ばかり考えるようになっていたのだと、地域に戻ってきて気付かされる。

【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)】

初期研修医の基幹病院は領域別に特化した診療科が揃っている大きな病院が多い。指導医も領域別専門医であることが多いはずである。地域研修の病院は比較的小規模な病院であることも多い。そこでの指導医が広く総合診療に精通している総合診療医であれば一人の研修医を評価する際に基幹病院で評価が難しい部分を補完できるのではないかと考える。

【医療や社会に与えるインパクト】

この3年間で、我々が若狭高浜で共に学び、共に迷い、共に背負い、共に笑った仲間が80人にのぼる。そして、ここを巣立つ研修医は筆者が定年退職するまでに千人を越える予定である。彼らが自身のプロフェッショナリズムを大切にして、それをまた後輩に繋いでいってくれば、教育の効果は何倍にも何十倍にもなる。筆者はここでひたすらに総合診療医として教育活動を続けることで、高浜町は必ず豊かになると信じている。駆け出し始めたばかりのプロジェクトをやり続ける力の源はそんな夢にあると信じている。

【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】

総合診療医育成を地域医療の現場で行いやすいのは、周囲に医療機関が少ないため、一度受療した患者が自分の元に返ってきてやすいという特性があるからだと考える。地域の特性やニーズを重視する視点があれば、都会で提供される医療の中でも、病院総合医・家庭医としての役割は非常に重要であり、効率的な評価方法を用いて目標設定をすることで、場所には関係なく総合診療医に必要な能力を獲得することはできると考える。

文献

- 1) Transitional Year Milestones: The Accreditation Council for Graduate Medical Education(ACGME):<https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Milestones/TransitionalYearMilestones.pdf?ver=2019-05-29-124619-770>
- 2) 大西弘高,錦織 宏,藤沼康樹,他:Significant Event Analysis-医師のプロフェッショナリズム教育の一手法.家庭医療,14(1):4-12,2008

- 3) 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 基本研修ハンドブック改定2版,60-692017

(表 「たかはマイルストーン」)

Patient Care I : 鑑別疾患とアセスメント

		達成度
Level 1	主訴から適切な鑑別診断を"3C(common,curable,critical)"に沿って列挙できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	適切に列挙した鑑別診断を、目の前の症例に当てはめて考えることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	教育者のサポートを受けながら、自発的な学習のもとに正しい診断を導き出せる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	高齢者に代表される複数併存疾患のある複雑な病態の患者に対しても、自発的な学習のもとに正しい診断を導き出すことができ、level3のお兄さん・お姉さんになれる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	チームメンバーに間接的なヒントや学びの手段を提供し、自発的な学習を促し、正しい診断を導きださせる	<input type="checkbox"/>

Patient Care 2 : 臨床マネジメント

		達成度
Level 1	上級医を含む医療チームの治療計画立案に参加することができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	上級医の指導の下、適切な検査を選択でき、治療計画を模倣できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	自らの判断で適切に検査選択をして、治療計画を上級医に提案できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	検査結果と患者の臨床経過に基づいて、必要に応じて治療計画を変更しながら治療完遂できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	研修医とともに、研修医に主体性を持たせながら、治療決定をサポートできる	<input type="checkbox"/>

Patient Care 3 : 医学的緊急事態に対する対応

		達成度
Level 1	緊急疾患のガイドラインやアルゴリズムを簡潔に説明できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	緊急疾患の治療において、与えられた役割を實踐できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	医学的に緊急を要する患者に、ガイドラインやアルゴリズムの型に合わせた治療が必要だということを、医療スタッフに宣言し、協力を仰ぐことができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	医学的に緊急を要する患者に、医療チームの司令塔として、患者の最大利益に貢献できる DNAR を含むコードステータスが一樣なものではなく、患者と患者を取り巻く家族や環境によって刻一刻と変化するものだと認識し、医療チームのリーダーとして柔軟に舵取りを行うことができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	型通りでは対応できない予期せぬ緊急に、医療チームを的確にリードし、患者および家族に満足度の高い医療を含むサービスを提供することができる	<input type="checkbox"/>

Medical knowledge

		達成度
Level 1	(省略)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	医学部卒業レベルで必要される医学知識が、実際の医療現場でどのように活用されているのかを体感し、今後の学びの活力とする	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	自らの担当であれば、疾患の認識・評価・治療介入・治療評価・今後のプランまで一連の流れを自分の言葉で言い換えることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	老年医学が中心の地域医療の環境で、よく遭遇する疾患を想定でき、自らの担当であろうがなかろうが、疾患の認識・評価・治療介入・治療評価・今後のプランまで一連の流れを自分の言葉で言い換えることができる 信頼できる出典(オンライン・書物)からの情報を集めることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	研修医の各々の医学知識獲得への行動を、個別性を意識してサポートできる 疾患の幅広さのみならず、患者の多様性に柔軟に対応できるレベルの細やかな知識を有する Reflectionの中で発生する Clinical pearl に、この環境だけでなく普遍性を持った利用価値があるものにするための医学知識を付与できる	<input type="checkbox"/>

Systems-based practice I : 医療の質と安全の管理

		達成度
Level 1	(省略)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	医療事故が起きる原因に関して、ヒューマンエラーは不可避であることを認識し、事前に対策を立てて診療に当たることができる報告・連絡・相談の前段階が、事実を曲げずに自己申告することであると理解し実行する	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	報告・連絡・相談の一部を Level4 以上のスタッフとともに実行できる 医療事故は予防可能なものも含まれていることを認識して、その安全活動に参画できる 医療従事者特有の健康管理を認識して、自己に当てはめることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	医療現場において、リアルタイムな報告・連絡・相談を自らの判断で実践することができる 医療事故の予防を実行し、起こってしまった事故に対して速やかに事後対応ができる 医療従事者の健康管理(針刺し事故や予防接種への対応など)の重要性を理解し、自分の安全を守ることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	医療現場において、医療チームからのリアルタイムな報告・連絡・相談に対応できる 非典型的な医療事故や前例のない事故への個別分析を行い、適切な事後対応および今後の予防への対応ができる 医療従事者の健康管理の重要性を理解し、自己のみならずチームメンバーの健康管理ができる	<input type="checkbox"/>

Systems-based practice 2：システムに沿った患者中心の医療の展開

		達成度
Level 1	(省略)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	<p>病院内でも、多職種がそれぞれの強みを活かして患者ケアおよび退院後の支援に深く関わっていることを認識する</p> <p>住民が健康的に地域社会で生活するために、病いを持ちながらもその人らしく生活するためのサポートシステム(リソース)を列挙できる</p>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	<p>専門職毎のリソース活用(多職種連携)に参加し、担当した患者のケア調整に参加できる</p> <p>入院患者を決まった指標で評価することで、今後の診療に役立つ情報を抽出できる</p> <p>地域のリソースを効果的に使用して、担当患者のニーズを満たす</p>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	<p>専門職毎のリソースを効果的に使用して(多職種連携)、複雑な臨床状況の患者のケアを調整できる</p> <p>入院患者を決まった指標で評価し(高齢者であれば CGA)、入院になった疾患のみならず全人的な評価を行い、再入院につながる可能性のある患者固有の要因を指摘し調整できる</p> <p>地域のリソースを効果的に使用して、患者と地域社会のニーズを満たす</p>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	<p>病院という立場からの意見を、街にらす全ての人の健康に還元できる、コミュニティー・ケア・コンシェルジュ(CCC)になる</p> <p>医療は人に提供されるだけでなく街に提供され街の健康にも繋がっていくというソーシャルキャピタルの概念を実行に移す、もはや"まちづくり系医師"という存在になる</p>	<input type="checkbox"/>

Practice-Based Learning and Improvement I:EBM の活かし方

		達成度
Level 1	EBM にのっとった医療とはどのようなものか簡潔に説明できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	上級医の指導のもと、目の前の患者に対して EBM にのっとった医療に基づいた治療を進めることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	複雑な社会背景や他疾患併存などの問題をかかえる患者に、自発的な姿勢で、時に指導医の判断を適切に仰ぎながら、EBM にのっとった医療に基づいて治療を進めることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	相反する複数のエビデンスがぶつかりあったり、個々の患者の状況がエビデンスを受け入るのを許さない場合でも、冷静に全体を俯瞰し、患者・家族・医療者・地域住民・社会全体にとって適切な比重で最大幸福となるような方針を打ち出し、治療を遂行することができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	医療チーム全体が EBM にのっとった医療を達成できるような現場環境づくりに寄与し、監督者としての確にチーム構成員たちを導き、Level4 のロールモデルになる	<input type="checkbox"/>

Practice-Based Learning and Improvement2:内省的実務と個人の成長

		達成度
Level 1	指導医からのフィードバックを受け入れることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	指導医のもとへ自発的にフィードバックを求めに行き、得られたフィードバックに応じて自らの行動を変容することができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	指導医から場の安全を提供されれば、Reflection の機会を設けることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	指導医からのフィードバックの有無にかかわらず、継続的な Reflection を実践できる 研修医や学生に対して、個々の性質を理解したうえで、効果的に質の高い（具体的、かつ、研修医の人格に関与しない）フィードバックをすることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	自ら率先して質の高い Reflection を実践し、研修医の手本となり、時には Reflection を促すような材料を適切に提供して、質の高い Reflection を継続的に行う医療者に育て上げることができる 研修医各々の成長を目に見える尺度で評価し、彼らに到達度を知らせ、今後の成長課題を具体的に認識させることができる 場の安全を提供できる	<input type="checkbox"/>

Professionalism I:説明責任と誠実性

		達成度
Level 1	上級医から与えられたタスクを、上級医のサポートのもとで時間内に達成することができ、その重要性を理解することができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	上級医から与えられたタスクを時間内に達成することができ、複数のタスクの優先順位を管理できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	マルチタスクに予期せぬことが多少加わっても、自分自身に割り当てられたタスクを、自分の責任のもとに完結することができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	予定と異なるタスクも含め、自分に与えられたタスクを自分自身で完遂することができ、周囲の状況(他者のタスク進行など)を加味して全体の進捗にも気を配ることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	チームが抱える全てのタスクの進捗状況を把握し、適切にチームメンバーにタスクシフトを行い、高い質でチームパフォーマンスを保つことができる	<input type="checkbox"/>

Professionalism2: 限界を知ること、他者に助けを求めることができること

		達成度
Level 1	自身の知識・能力の限界を他者からの指摘で認識することができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	自身の知識・能力の限界を自身で認識することができ、誰かに助けを求めることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	自身の知識・能力の限界を自身で認識することができ、その改善案を教育者のサポートのもとに立案することができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	自身の知識・能力のみならず、チーム全体の知識・能力の限界を認識し、その改善案をチーム全体に提案することができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	自己およびチーム全体の知識・能力を更に向上させるために教育を用いることができ、自己の向上努力を継続することができる	<input type="checkbox"/>

Professionalism3: 利他主義と情緒のバランス維持

		達成度
Level 1	患者に誠実であること、命に謙虚であることの重要性を認識できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	医師とは、病人がいることで始まる仕事であることを認識し、病気を診るのではなく病気を抱えた人の力になれることに喜びを感じることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	自己の利益のためと思っていた行動が、チームの利益になっていることに喜びを感じることができる 自分の感情の状態が、周囲に影響を与えることを理解できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	自己の利益のみならず、チーム全体の利益のために行動することができる 情緒が安定した状態で仕事ができる、場をわきまえた発言ができる 医師が責任のヒエラルキーの頂点にいることを理解して、周囲のスタッフを守る行動をとることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	自分の行動全てが他者のためになり最終的には患者およびチームに還元されることが最大の幸福であるというポリシーのもとに、感情に惑わされず自分の行動を選択できる Level4 までのスタッフの情緒コントロールを共に行うことができる	<input type="checkbox"/>

Interpersonal and communication skills I : 患者および家族中心のコミュニケーション

		達成度
Level 1	患者・家族に対して、社会人として礼節ある態度で接することができる コミュニケーションは、言語的のみならず、非言語的な所作や対応の仕方によっても伝播することを理解し、患者・家族に対する尊意と寄り添いの気持ちを抱くことの重要性を理解できる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	コミュニケーションは、言語的のみならず、非言語的な所作や対応の仕方によっても伝播することを理解し、患者・家族に対する尊意と寄り添いの気持ちを抱いて診療にあたることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	患者とのコミュニケーションを通じて、良好な治療関係を構築するためには、自然科学に裏打ちされた定量的判断が重視される場面もあれば、一見非自然科学的で不合理な決断判断も、患者の立場に寄り添ってともに選択する場面もあることを経験する	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	医学とケア、疾患と病いの齟齬、医師と患者・家族のあいだに生じる心理的乖離を認識した上で、それらのあいだでどちらかに偏り過ぎた凝り固まった存在とならないよう、螺旋状に揺れ落ちてゆく存在であり続けようと努めつつ、患者・家族へのコミュニケーションを行う	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	定量的な考え方、あるいは定質的な考え方のどちらか一方に凝り固まってしまった研修医に対して、臨床現場で生じた齟齬について疑問を投げかけ、悩みを共有し、Level4の姿勢を達成できるような現場の空気感をアレンジメントできる	<input type="checkbox"/>

Interpersonal and communication skills2：専門職間とチーム内コミュニケーション

		達成度
Level 1	(省略)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	(省略)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	「前医は名医」「後医は名医」という考えを理解し、どのような意図でその治療や方針にたどり着いたかを推し量ろうと努め、前医・後医の姿勢に対して敬意を表して、患者の診療を引き継いでいくための円滑なコミュニケーションができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	多職種連携のもとに医療が成り立っていることを理解し、責任というヒエラルキーの頂点にある医師として、他の職種への配慮を以って、萎縮のないコミュニケーションを達成できるように、院内の調整役を担うことができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	コミュニケーションの断絶から医療過誤や組織崩壊を導くおそれのある者に対して、その行動を時には教育者として諫め、時には親代わりの対話的コミュニケーションを図りながら、組織で協力して医療を実践するとはどういうことなのか一緒に考えてゆくことができる	<input type="checkbox"/>

Interpersonal and communication skills3 : ヘルスケアシステム内でのコミュニケーション

		達成度
Level 1	診療情報を正確に記載することの重要性を認識する 診療情報保護の重要性を認識する	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 2	SOAP に沿った診療記録の記載ができる 多職種と情報を共有する手段としての診療記録という認識ができ、 表記方法に留意できる 病棟回診・カンファレンス・コンサルテーションにあたって、上級 医の指導のもと、by problem/by system/by time を使い分け、 断捨離・共通言語化の過程を経て原稿を作成し、それを元にチーム 内で発表することができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 3	Level 2 のプレゼンテーションを、日々の診療の中で継続的かつ自 発的に行うことができる 病棟回診・カンファレンス・振り返りなどで、ファシリテーターの 助けを借りながら、判断根拠を簡潔に提示して、治療方針について 意見を述べるができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 4	病棟回診・カンファレンス・振り返りなどで、チーム内のコミュニ ケーションが円滑に進むように、場の安全の確保に努めながら、適 切なファシリテーターを務めることができる	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
Level 5	病棟回診・カンファレンス・振り返りなどで、チーム内のコミュニ ケーションが円滑に進むように、裏方に徹しながらも要所所所的 確にファシリテーターをサポートすることができ、評価者として、 ファシリテーターへの適切なフィードバックをすることができる	<input type="checkbox"/>

総合診療医のアカデミックキャリア推進の取り組み

家 研也¹

1 聖マリアンナ医科大学・川崎市立多摩病院 総合診療内科

抄録

日本において世界標準の総合診療領域を確立するためには、大学など医育機関において若手にロールモデルを示し、研究を通じて自分達の学術的基盤を形成していきける人材の育成が急務である。本稿では大学病院に勤務する総合診療医が、総合診療の裾野を広げることを目的に実施しているアカデミックキャリア推進の取り組みについて、以下の4項目に分けて紹介していく。

1. 総合診療医による学術研究の取り組み
2. 指導医養成のフレーム開発
3. 総合診療博士課程コースの運用
4. 学会を通じたアカデミックキャリア支援

① 取り組みの背景

欧米諸国を始めとした諸外国では、社会システムの一部としてプライマリ・ケアの専門家である家庭医の役割が確立され、医療の効率性を含む医療アウトカムの向上に寄与することも証明されつつある。こうしたプライマリ・ケアのシステムが確立された諸外国においては概ね全医師の3分の1程度がプライマリ・ケアに従事している¹。本邦においても19番目の基本領域として総合診療専門医の育成が開始されているが、2020年度に専門医機構の専門研修に新規参加した9,082名のうち、総合診療専門研修プログラム開始者は222名と全体の2.4%にすぎない²。総合診療専門医の人数は経年的に増加傾向にあるものの、現在の育成ペースでは地域医療を十分に支える比率に到達するまでに相当の時間を要することが予想される。

新規分野である総合診療へ医学生・初期研修医の参入が進みにくい要因の一つに、全国の医学部における総合診療のロールモデルの不足や不在が先行研究にて指摘されている³。本邦における総合診療の歴史は未だ浅く、全国の大学医学部教員の中でトレーニングを受けた総合診療医は依然少数派である。来たる超高齢化社会における地域医療を担うに足りる総合診療医を育成するためには、学術領域としての総合診療の位置づけの確立と、若手にキャリアのロールモデルを示すことができる総合診療医を全国の大学で育成・配置することが急務である。

② 導入の経緯

筆者は旧家庭医療学会による家庭医療後期研修を受けた後に、大学総合診療科勤務、米国留学を経て現在は大学教員として市中病院に勤務している。もともと地域医療を支える総合診療医の不足に強い問題意識があったことに加え、留学中に米国における家庭医療プログラムの教育システムと指導医養成に触れた経験から、医学部における総合診療部門の充実が総合診療の裾野を広げるために不可欠であると実感した。さらに、留学中に公衆衛生学修士課程で臨床研究に従事した経験を通じて「大学で臨床・教育・研究を実践できる総合診療医の育成」に強い関心を持つようになった。

本稿では、大学勤務医による総合診療のアカデミックキャリア推進を目的とした取り組みの一例について、以下の項目に分けて紹介する。

1. 総合診療医による学術研究の取り組み
2. 指導医養成のフレーム開発
3. 総合診療博士課程コースの運用
4. 学会を通じたアカデミックキャリア支援

③ 事例の詳細

■総合診療医による学術研究の取り組み

総合診療医による学術研究の一例として、筆者自身がこれまでに行った研究についてテーマ毎に簡潔に紹介する。

1) 総合診療というキャリアに関する研究

日本で総合診療をキャリアとして選ぶプロセスに関わる質的研究³や、全国の医学生の特長科選択に関わる因子の多施設質問表研究⁴、そして総合診療に興味を持ちながら別の専門を選んだ医師を対象とした質的研究⁵などに携わってきた。いわゆる当事者研究に該当するテーマであり、新しいキャリアパスである総合診療についての知見を蓄積するうえで今後も推進すべき研究領域であると考えている。

2) 総合診療医の診療範囲に関する研究

プライマリ・ケアに求められる特徴の一つに包括性、つまり地域で一般的に起こるあらゆる健康問題に対応する能力、が挙げられる⁶。米国における先行研究では、総合診療医の包括性が高いほど、担当患者の入院頻度が少なく、必要な医療費も少ないことが示されているが⁷、本邦において同様であるかは証明されていない。本テーマを日本で検証するにあたり、総合診療医の包括性を測定するツール自体が存在しな

ったため、これまでに総合診療医の診療範囲を測定する尺度の開発と、信頼性・妥当性検討を行った⁸。当該尺度を用いた包括性と患者アウトカムの関連について現在研究中である。

3) ポリファーマシーに関わる研究

米国留学中に多併存疾患や慢性疼痛のためポリファーマシーに陥っている患者に多く接した。この経験から、領域横断的アプローチを得意とする総合診療医こそ取り組むべきテーマとしてポリファーマシーを現在のメイン研究テーマとしている。これまでに、外来におけるポリファーマシーや潜在的不適切処方⁹の疫学調査や、医師の処方パターンに影響する因子に関する研究¹⁰を行ってきた。その結果、臨床医が合計処方薬剤数やリスク便益に慎重な態度を持っていること、そして潜在的不適切処方のリストを診療で活用することがポリファーマシー抑制に繋がる可能性を見出した¹⁰。さらに実際にポリファーマシー対策をする場合に、どのような健康アウトカムの改善を目的に対策を行うべきかを検討する課程で、潜在的不適切処方が高齢者の健康関連QOL悪化に関連することを証明した¹¹。その他のアウトカムとして、ポリファーマシーと高齢者の転倒リスクに関する観察データを現在解析中である。また、入院患者を対象とした多職種による減薬介入のランダム化比較試験を、2018年度より文部科学省科学研究費補助金事業として自施設において実施している。

■ 指導医養成のフレーム開発

日本の大学で総合診療医として勤務する中で、将来の指導医候補者に対して、総合診療医の育て方を教える、つまり良質な指導医を育成できる“指導医養成者”が不足していることを痛感した。総合診療の発展した諸外国では、これらの指導医養成のシステムが進んでおり、例えば米国には若手医師を対象にした指導医養成(faculty development: 以下FD)のフェローシップが存在する。筆者は医学部卒後12年目で米国へ留学したが、そのテーマの一つがFDであった。FDの対象は指導医や大学教官個人のみならず、研修プログラムや大学部門そのものを含む。このため教育理論や技法の習得にとどまらず、プログラムや大学診療科を発展させるリーダーシップ養成、学術活動の推進もFDの対象に含まれる。実際の留学中はFDフェローとして上記コースワークを自らが受講する中でFDのノウハウを学びつつ、日本の家庭医療プログラムとの連携で「日本における総合診療指導医のコンピテンシー」の開発と、実際に遠隔FDプログラムの開発・運用を行った。本取り組みの詳細は、現在英文誌に掲載待ちの状態である。また、遠隔FDプログラムの成果として、プログラム参加者によるレター論文2篇が国際誌に掲載されている^{12,13}。

■ 総合診療博士課程コースの運用

所属大学における総合診療アカデミックキャリア推進の取り組みとして、2019年度より専門研修と博士課程を同時履修するコースを開設して運用中である。当コースでは臨床能力とアカデミックな能力を並行して鍛えることで、臨床現場でEBMを実践でき、現場で生じた疑問から日本発のエビデンスを自ら作ることができる **clinician researcher** を育成することを目的としている。本稿執筆時点でコース初年度末にあたるが、大学院生2名が在籍中で2020年度から更に1名が参加予定である。今後、継続的に総合診療領域の学術活動および研究人材育成の拠点となることが期待される。

④今後の展開

■学会を通じたアカデミックキャリア支援

現在、国内で総合診療領域の主たる学会である日本プライマリ・ケア連合学会や日本病院総合医学会などにおいても、所属施設を超えたアカデミックキャリア推進の取り組みが複数行われている。また、学会単位での研究推進やキャリア支援にとどまらず、関連した複数の団体による全国的な取り組みの機運も高まっている。一例として、日本プライマリ・ケア連合学会、ACP(米国内科学会)日本支部、日本臨床疫学会の3学会による **Primary Care Research (PCR) Connect** という枠組みが挙げられる。プライマリ・ケア領域では、主要国際学術誌における日本の論文数シェアは0.15%に留まり、他の臨床専門領域(平均2.5-3.0%)に比べて臨床研究の発信状況が著しく低いことが示されている¹⁴。PCR Connectは、プライマリ・ケア領域の若手研究者同士の連携を促進する目的で設立されており、筆者も実行委員として活動に参画している。前述した個々の総合診療医の教育・研究の推進、各大学における教員の確保と診療部門・大学院体制の充実だけでなく、今後はこうした全国規模でのアカデミックキャリア推進が必要とされ、また実際に動きは始めている。

■総合診療医が取り組むべき研究領域

新しい医学分野が確立される際、歴史的にある程度共通した過程を辿るとされる。本稿で繰り返し述べてきたように、まずは大学など医育機関にロールモデルを示すことができる人材が育成されていくことで、結果的にマンパワーの充実や研究の発信力強化が期待されると思われる。では、総合診療の学術基盤を構築していくうえで、今後の総合診療医が取り組んでいくべき学術領域はどんな領域なのだろうか。あくまで筆者の私見となるが、以下のような領域は臓器別の学問基盤を持たない総合診療領域でこそ、積極的に取り組むべき分野と考える。

1) 総合診療の特性に関する研究

諸外国の総合診療、プライマリ・ケアの創世記には、政策提言も視野に、自領域のエビデンスを自分達の手で創出する努力がなされてきた。医療システムや文化に大き

く依存する地域医療がフィールドとなる総合診療において、やはり日本の自分達の診療セッティングにおいて総合診療の特性や有効性を検証することが必要である。先に述べた筆者の包括性に関する研究の他、最近では日本のプライマリケアの質評価ツール¹⁵などが開発され、こうした領域の研究を進める基盤は整いつつある。

2) プライマリ・ケアにおけるコモンディーズに関する臨床研究

コモンな疾患・愁訴に対する日常臨床におけるエビデンスは総合診療領域から発信すべき分野である。例えば、ガイドラインで網羅されないような「日本で在宅診療を受けている超高齢者に対する高血圧治療」や「高齢入院患者のポリファーマシーをどう扱ったら良いか」といったテーマですら、自分達のセッティングに合致した患者背景の臨床研究が存在することは稀である。これに加え、各医療機関で実施するいわゆる Quality Improvement(QI)活動そのものも総合診療においては重要な学術活動となりえる。

3) Evidence synopsis

例えば「妊婦の睡眠時無呼吸症候群に対して有効な介入は何か？」など、日常臨床においてガイドラインなどから単純に解答の得られない疑問に対して、新規に研究実施するのではなく、過去の原著論文やシステマティックレビュー結果をまとめて診療現場に還元する目的のまとめ論文を指す。システマティックレビューのような厳密な方法論に基づかないものも含まれるが、臨床医にとって非常に実用的な情報源となり得る。米国家庭医療では Evidence-Based Practice という雑誌が synopsis 掲載で有名である。筆者も留学中に妊娠中の睡眠時無呼吸の周産期アウトカムに及ぼす影響¹⁶と、妊娠中のドケルバン病に対する推奨される治療内容¹⁷についての synopsis を論文掲載することができた。この evidence synopsis は第一線で地域医療の現場に立つ総合診療医からの臨床疑問で構成され、臨床現場を十分理解した医師がまとめることで現場に届きやすい内容となる。

4) 医学教育研究や社会医学側面を含む越境的研究

特定のテーマに関するカリキュラム開発や、教育プログラム効果判定などの医学教育領域や、看護研究、社会医学領域などは学際的な領域であるがために総合診療との親和性が高い。質的研究などの手法が必要になる場面も多く、比較的専門性が高い研究領域とも言えるが、総合診療医が注力していくべき分野の一つであることは間違いない。

⑤ 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

冒頭でも述べたように、今後の地域医療を支える総合診療医を十分な質と量で育

成していくためには、総合診療の学術基盤の確立と、若手にロールモデルを示すことができる総合診療医を全国の医学部に層厚く配置していくことが望まれる。そのために必要な事項は、全国医学部において総合診療科が設置され、そこに古典的な経営の3要素とされるヒト、モノ、カネが十分配置されることである。人材育成の基盤には、若手の総合診療医に対してアカデミックキャリアを推進し、十分な育成サポートを学会、都道府県、行政が惜しまないことが必要不可欠である。

【引用文献】

1. 前野哲博. 厚生労働科学研究成果データベース「総合診療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」東京:厚生労働省;3 Jul 2018.[not revised; cited 28 Mar 2020]. Available from : <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201706032A>
2. 日本専門医機構. 「2020年度専攻医採用結果」東京:日本専門医機構;28 Feb 2020.[not revised; cited 28 Mar 2020]. Available from : https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2020/03/recruit_2020_03.pdf
3. Ie K, Tahara M, Murata A, Komiyama M, Onishi H. Factors associated to the career choice of family medicine among Japanese physicians: The dawn of a new era. *Asia Pacific Family Medicine* 2014, 13:11
4. Ie K, Murata A, Tahara M, et al. What determines medical students' career preference for general practice residency training?: a multicenter survey in Japan. *Asia Pacific Family Medicine*. 2018;17:2.
5. 土田知也, 家 研也, 西迫 尚, 松田 隆秀. なぜ総合診療医を選ばなかったのか? 総合診療に興味を持ちつつ, 臓器別専門医を選んだ研修医の進路決定要因に関する質的研究. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 2019;42(3):134-140
6. John W. Saultz : *Textbook of Family Medicine:Defining and Examining the Discipline*, McGraw-Hill, 1999 6.
7. Bazemore A, et al : More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. *Ann Fam Med* 13(3):206-13, 2015
8. Ie K, Ichikawa S, Takemura C.Y. Development of a Valid and Reliable Questionnaire to Measure Primary Care Physicians' Scope of Practice. *BMC Fam Pract*. 2015 Nov 2;16(1):161.
9. Ie K, Felton M, Springer S, Wilson S.A, Albert M.A. Multimorbidity and Polypharmacy in Family Medicine Residency Practices. *Journal of Pharmacy Technology* 2017 Aug 11
10. Ie K, Felton M, Springer S, Wilson S.A, Albert M.A. Physician Factors Associated with Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication Use. *J Am Board Fam Med* July-August 2017 30:528-536.
11. Ie K, Chou E, Boyce RD, Albert SM. Potentially Harmful Medication Use and Decline in Health-Related Quality of Life among Community-Dwelling Older Adults. *Drugs Real World Outcomes*. 2017

Dec;4(4):257-264.

12. Kato D, Ie K. Comments on "comparing a longitudinal integrated clerkship with traditional hospital-based rotations in a rural setting". *Med Teach*. 2017 Jun 22:1.

13. Kato D, Ie K, Wakabayashi H. Influences on Scope of Practice: Not Only Population Size. *Fam Med*. 2018 Mar;50(3):241.

14. Aoki T, Fukuhara S. Japanese representation in high-impact international primary care journals (in Japanese) *An Off J Japan Prim Care Assoc*. 2017;40(3):126–130.

15. Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of primary care assessment tool. *Fam Pract* 2016;33:112–7. 10.1093/fampra/cmz087

16. Ie K, Chaudhri P, DiPlacido A, Haugh A. Is sleep-disordered-breathing associated with poor maternal-fetal outcomes? *Evidence-Based Practice*: 2018 Jan; 21(1):e6-e7.

17. Sauereisen S, Skef S, Shelesky G, Ie K, Haugh A. In patients with DeQuervain's tenosynovitis, have steroid injections shown benefit over conservative treatment? *Am Fam Physician*. 2018 Jun 15;97(12):online.

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

春田 淳志¹ 小曾根 早知子² 後藤 亮平² 木村 周平³ 照山 絢子⁴ 濱 雄亮⁵

1 慶應義塾大学 医学教育統轄センター

2 筑波大学 医学医療系

3 筑波大学 人文社会系

4 筑波大学 図書館情報メディア系

5 東京交通短期大学

【要旨】

総合診療医は、患者・家族・社会との関係において、共通してメディカル・ジェネラリズムの価値観を浸透させていた。また、総合診療医は多職種とのコミュニケーションを円滑化にし、教育や診療を通じて価値観を共有し、医師への親近性を高め、多職種との信頼関係を構築し、職員や地域の声を聴いていた。また、業務改善などをシステム化し、現場の職種に責任を持たせる施設もあれば、現場の「偶発性・受動性」を大切にする施設もあった。多職種が専門職や患者の「間をつなぐ」役割を担い、患者の入口と出口を管理・見える化し、施設を外部の視点で見直す視点を持ちながら働き、医師の医療以外の業務支援に目を配る施設もあった。組織のために地域医療に精通している専門職を活用し、地域医療施設との関係構築を果たした施設もあった。また、地域に情報発信するステーションとしての役割を担い、地域医療施設との関係構築を通じて、多職種に組織や地域に貢献する責任をもたせ、結果的に多職種が地域のネットワーク構築に関わり、そのプロセスへの貢献に自己効力感を持つこともあった。総合診療医が多職種に与える影響は、施設規模や歴史、周辺施設との関係、総合診療医や多職種の特性に影響される。これらの要因については、今後さらなる分析が必要である。

1. 背景・目的

平成30年度においては、英国家庭医学会（Royal College of General Practitioners; RCGP）が作成したメディカル・ジェネラリズムの定義¹をもとに、フィールドワークを実施し、調査・分析を行った。RCGPの報告書に記載されているように総合診療医は「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」の価値観を有し、総合診療医は患者だけでなく、家族や社会、そして自らの役割や環境の複雑系を扱う専門家である。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・規範的といった様々な視点をもつ人類学のおよび他の質的研究手法が必要となる。

そこで今年度は、昨年度の知見も踏まえ、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、総合診療医のメディカル・ジェネラリズムの価値観の浸透と総合診療医が多職種に与える影響について明らかにした。

2. 方法

2-1. 研究フィールド

研究対象施設は、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他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、目的的サンプリングで抽出した。また、地域や施設の文脈が影響する可能性を考慮し、雪だるま式サンプリングにより研究対象となる病院、診療所を追加した。その結果、病院として勤医協中央病院、栃木医療センター、潁田病院、沖縄県立中部病院、診療所として手稲家庭医療クリニック、栄町ファミリークリニック、はちのへファミリークリニックを選択し、現地調査を行った。

2-2. 研究デザイン

対象施設において、質的研究に習熟した医療専門職兼研究者と文化人類学者がペアとなり、2-3名体制でチーム・エスノグラフィ[※]を行った。プライマリ・ケアの現場で働いている医療者を中心に、総合診療医の働き方と組織や多職種への影響について、個別インタビューや参与観察を行った。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、近年はこうした複数名から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側面としての「部分的真実」であるとされている²が、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³、自身の視点を相対的に捉えることができるとされている⁴。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医療専門職と、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。

2-3. データ分析

インタビューデータ、インターネットから入手可能なデータ、またフィールドノートなどを統合し、エスノグラフィの手法により、プライマリ・ケアの医療従事者の内部と外部の視点から、総合診療医の役割を明らかにした。分析の手順としては、視察者 1 名が主担当となってデータ分析を行い、研究結果の骨子を作成した。その結果について、他のチームメンバーが研究目的に合致したデータを適宜加筆・修正し、結果を作成した。そのため、各施設の研究結果は統一した形式にはなっていないが、多面的で多様な視点をあえて担保するため、形式の統一は最小限にとどめた。

※エスノグラフィ：インタビューによってインタビューからの自由な回答を引き出しつつ、またそのインタビューの場でインタビューの様子を観察することで、質問項目に対して厚みのあるデータを得るとともに、調査者の想定していなかったインタビューの側の関心や問題点を発見する、質的な調査の仕方である⁵。

2-4. 倫理的配慮

本研究は、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（通知番号 第 1399-2 号）。

3. 結果

研究対象施設と各施設の視察担当者は以下に示すとおりである。下線は人類学者である。

施設	主担当	副担当
(1) 勤医協中央病院	<u>木村</u>	春田
(2) 栃木医療センター	春田	後藤
(3) 穎田病院	小曾根	<u>木村</u> 、 <u>濱</u>
(4) 沖縄県立中部病院	<u>照山</u>	春田、後藤
(5) 手稲家庭医療クリニック	<u>濱</u>	小曾根
(6) 栄町ファミリークリニック	後藤	<u>照山</u>
(7) はちのへファミリークリニック	春田	後藤

【参考文献】

- 『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
- Clifford, J. and Marcus G. Writing Culture. In: The Poetics and Politics of Ethnography.

2010. p. 1–305.

3. Gerstl-Pepin CI, Gunzenhauser MG. Collaborative team ethnography and the paradoxes of interpretation. *Int J Qual Stud Educ.* 2002;15(2):137–54.
4. Haas J, Erickson K, Stull D. Doing Team Ethnography: Warnings and Advice. *Contemp Sociol.* 1999;
5. Harrison AK. *Ethnography.* Ethnography. 2018.

(1) 公益社団法人北海道勤労者医療協会 勤医協中央病院

A) 視察日

2019年8月30日～31日

B) 調査内容

勤医協中央病院および勤医協札幌病院を訪問し、医師5名、看護師3名、理学療法士1名、Medical Social Worker (MSW) 1名に対してそれぞれ30分～2時間程度の聞き取りを行った。また、病棟やHigh Care Unit (HCU)の状況を視察した。

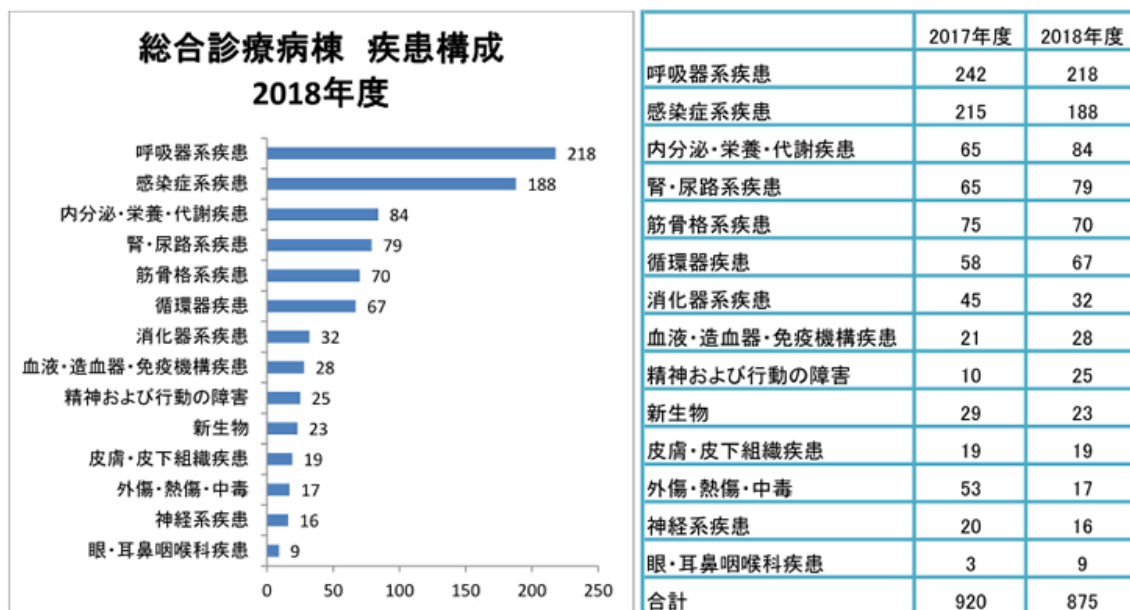
C) 施設の概要

勤医協中央病院は、札幌市東区に位置する、病床数450床（Intensive Care Unit: ICU 6床、HCU 8床、緩和ケア 24床、回復期リハビリ 50床）の病院であり、専門科は29、医師数は131人、看護師489人、ケアワーカー23人、理学療法士48人、作業療法士19人、言語聴覚士15人など、職員数は1174人に及ぶ（ホームページより、2019年8月）。

勤医協中央病院では、2013年の新築移転後に「救急センター」を設置し、救急に力を入れており、救急車は年間8000台（1日平均20台程度）に及び、北海道で第2位となっているという。ホームページによれば、救急センターへの救急搬入傷病者は80歳代が最も多くなっているが、高齢者への対応は、様々な問題が絡み合い、その場の処置のみならず、家族関係や生活環境など、退院後までを視野に入れて医療を提供することが求められる。また高齢者でなくとも、自殺未遂やアルコール関連トラブル、薬物乱用、検視対応、老々介護の破綻、外国人傷病者、無保険、暴力などの複雑事案も少なくない。

こうした状況に対し、救急外来のうち救急車以外で受診する方をすべて総合診療医が診るという体制を取り、複雑な事案についても対応マニュアルを作成し、対応の標準化を進めることで、受け入れを可能にしてきた。その意味で総合診療医が果たしている役割は大きい。ちなみに、総合診療科は2002年と、比較的早い段階で立ち上げられている。

この他、勤医協中央病院では、総合診療医はHCUと総合診療科における医療サービスに関わっている。いずれも、救急外来に来院した（ないし搬送された）患者のうち、単科では対応が難しい複雑な問題を抱えている患者に対応するものと考えてよいだろう。ホームページによれば、「入院診療では、日常頻繁にみられるような一般的な疾病（肺炎・尿路感染症などの感染症）、診断が難しい疾患（原因不明の発熱＝不明熱など）の診断治療、複数の疾患を併せ持つ患者さんの診断治療を主に担っている」とのことである。



Source: http://www.kin-ikyo-chuo.jp/medical_center/center_general/general.html

(Accessed May 11, 2020)

HCU は救急外来と同じく救急センターの中に位置づけられる。HCU では緊急・臨時入院の3割、一日で5~6人を診ており、滞在は平均で4日程とのことである。入院後2~3日で、専門病棟や違う病院に移すのか、HCUで最後まで診るのかを判断する。入院患者には社会的弱者も多いため、たんに治療をするだけでないケアが必要になる。そうした点において総合診療医の専門性が生きているという。またインタビュー調査で伺った限りでは、勤医協中央病院では、退院支援看護師を置き、入院中の患者の治療だけでなく、退院後のことも視野に入れたケアを行うことに力を入れているようであった。この退院調整のため、院内の多職種連携と同時に、行政・包括支援センターや法人内の施設との連携も密に行っている。

今回の調査からは、以上のような、救急と退院支援の強調が勤医協中央病院の特徴として挙げられる。これらはともに高く評価できる点であるが、問題もないわけではないようであり、MSWも看護師も、ハードワークによる疲弊や人手不足を口にしていた。

D) 施設の歴史的背景

以下、ホームページでの情報に依拠してまとめる。まず1949年、すべての人々に平等に医療を、という戦後の流れのなかで、北海道勤労者医療協会が設立された。北海道勤医協では1973年に行われた第33回総代会においてセンター病院構想を決定した。この構想はすぐに実現に向かって進み、翌1974年に着工、そして1975年6月に勤医協中央病院が開院した。当時は150床であったが、その後増改築を経て規模を拡大し、1990年には352床となり、2013年の新築移転に伴い、450床となって現在に至っている。

内部の組織上も新たな取り組みが進められ、上述のように2002年に総合診療科が立ち上げられたり、2007年にホスピスケア病棟が開始されたりしている。2008年にはNPO法人卒後臨床研修評価機構の認定を受け、また電子カルテシステムも稼働開始した。2016年10月には医療連携・患者支援センターを開設し、調査時点のちょうど1年前である2018年9月に発生した北海道胆振東部地震では、被災地支援に職員派遣している。

なお、勤医協は当初から生活困窮者のための低額・無料での医療の提供を進めてきたように、地域とのネットワークにも力を入れているようである。理事長はホームページで「勤医協は壁のない組織であり、医師同士の風通しが大変良いです。出身大学は旭川医科大学から南は琉球大学と幅広く、職種間での壁もなく民主的チーム医療を目指しています。すべての職種がプロフェッショナルとして自分たちの仕事を誠実におこない、必要な連携を図りながら一丸となって医療を提供するという目的意識が、組織と個々人で合致しております。医療人として地域の役に立ちたい、困っている方を支えたいという想いがとても高い職員の集合体です。全職種が参加する学術運動交流集会を定期的で開催し、実践や研究成果を持ち寄って学び合います。地域においても、私たちの活動を応援してくださる地域の方々による「友の会」組織を有しており、勤医協の医療、地域における活動、さらには医師養成にいたるまで助言をいただき、たいへん貴重な財産となっています。また、大学との連携にも力を入れており、医学生の病院実習、医師の研修、症例検討会、医師養成や医療政策の検討といった場での交流が活発に図られています。医療技術の水準を保つ上でも、こうした活動は非常に役立っております」と述べている。MSWは、児童の医療の無料化や障害団体支援などのソーシャル・アクションができることを勤医協のよい点として挙げ、鈴木院長とともに進めている、と語っていた。

E) 施設周辺の地域性

勤医協中央病院は札幌市東区東苗穂に位置する。東区は北区と接し、また豊平川を渡れば白石区・江別市である。MSWによれば、区内だけでなく、それらの区や市から来院する患者もいるという。以下、札幌市がホームページ上で公開している統計にもとづき、勤医協中央病院の位置する地域について概観する。まず東区は札幌の中心市街地に近い住宅地であり、2020年4月1日現在で26万4千人と、北区に次いで人口が多く、統計上、昭和35年から一貫して増加傾向にある（これは他の区もほぼ同様）。札幌市の中でも区人口に占める高齢者率は全体で23.6%（平成27年10月1日現在）、後期高齢者10.7%など、高齢者に関わる指標では札幌市の平均値を下回っており、札幌市の中では比較的、高齢化が進んでいない地域といえることができる。まちづくりセンターごとの比較でも、「苗穂東」は高齢化率22~26%未満である¹。ただし、後期高齢者医療制度被保険者数は3万人強と、市内第2位であるため、人数として高齢者が少ないわけではない。

他方、生産年齢人口率は中央区と白石区に次いで3位と、割合から見ると若い世代が多いが、生活保護世帯は区全体の7.3%であり、札幌市全体の5.8%から見ると比較的高く、

医療助成費受給資格者数からみるひとり親世帯も市内第2位と、経済的状況の必ずしもよくない若年代の存在が伺える。必ずしも地域的な問題と直接の関係はないが、勤医協は上述の通り生活困窮者対応を行ってきており、総合診療科の患者には、社会的問題・課題を抱えている人が多いという。交通の面から見ると、勤医協中央病院は札幌自動車道に近いので、自動車での来院は便利だが、公共交通の駅などからは近くない。そのため、近隣に居住していない患者は自家用車で来るか、勤医協の無料巡回バスを利用する必要がある。

F) 総合診療医が組織や地域に与える効果

勤医協中央病院では総合診療科が2002年に立ち上げられており、すでに15年を超す蓄積がある。さらに、2013年の新築移転後、救急車以外の救急外来をすべて総合診療医が当たるようになっており、総合診療医が副院長をつとめていることなどを考慮すると、勤医協中央病院という組織の中においては総合診療医の存在が定着し、医療を行う上で重要な位置を占めている、と考えることができる。

a. 総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムという価値観の浸透

総合診療医は病棟やHCUなど、総合診療医との関わり方もそれぞれで、職種ごとの見地も異なるはずであるが、(1) 複雑な問題を抱える患者に対して全人的に、(2) 家族関係などコンテキストも含めて理解しようとし、(3) その場の治療だけでなく先々のことまで考えた医療を行おうとする、という像がインタビューから浮かび上がった。

「視野が広く、いい意味でしつこい。放り投げない。結論、方針を立てる。また、若手と指導医の連携はほかの科よりも細かくできている。頼りになる。」(専門科医師)

「患者さん像の深みが違う。インフォームドコンセントをしっかりとる。他の科では先に方針が決まってしまうが、ここでは患者、家族から話を聞いて決める。」(研修医)

「何でも診れる。診断のついていない人など、病態を模索する。」(理学療法士)

「総合診療医は、後期研修の人でも視野が広い印象。先々のことや背景もみている。記録ひとつでもちがう。救急などでは症状だけになりがちだが、どこからきているとか、家族がどうとかも書いている。」(看護師)

「フラットにやり取りができるし、患者中心というのも共有されており、意見交換ができる。臓器だけでなく、全人的で、背景もみる。一緒に考えられる。4分割カンファを通して、患者・家族にとってどうかを考えることができる。」(看護師)

医療は多様かつ複雑な実践から成り立っており、医療行為を円滑に遂行するためには、組織内部で機能分化し、科や職種ごとの分業体制を取る必要がある。しかし、一般に分業体制においては、与えられたタスクだけをこなしているだけでは部局間のコミュニケーションが困難ないし不十分になり、日常業務も円滑に進まなくなることもあるし(場合によっては、複雑な患者の擦り付け合いになる)、いわんや緊急事態への対応ができなくなってしまう。それを克服するには、それぞれに異なる内部の手順や必要とされる情報、重視す

る価値などへの理解や、相互に対して重なり合うように情報を収集・共有することが必要になるのである。しかし、聞き取りの中で印象的だったのは、「患者について多側面から情報をとるので、その後の診断・治療がしやすい。いなかったら大変だったと思う。」という専門医の言葉である。これに類するのが「他では治療が終われば自分の役割は終わり、となくなってしまう医師も多いが、そのあとまで考えてくれる」、「全体、生活を考えている。看護師が考えていることまで考えていて、すごい」という看護師の言葉である。

上記からは、総合診療医が最初の段階において、患者についての幅広い情報を収集していること（HCUで行うこととの重なり合い）、さらに自分の手が離れた後のことまで考えて患者への対応を行うこと（看護師の行うこととの重なり合い）が役立っていることが示唆されている。さらに看護師は、「患者に対しても先生から説明してくれないと家族が納得してくれないこともある。」ので、そうした事情を分かって対応してくれる総合診療医を高く評価しており、特に患者が複雑な場合には、総合診療は「いて当たり前」、「いなかったら困る」、と語った。

b. 総合診療医が多職種に与える影響

総合診療医のあり方は、他科の医師や、他職種に様々な効果をもたらす。

(ア)多職種とのコミュニケーションの円滑化

勤医協中央病院の総合診療医たちは積極的に他職種との対話の場を持っている。看護師は、病棟でのカンファに参加してくれる点を評価している。病棟でのカンファは、看護師（主任・師長）、MSW、医師（HCUと総合診療）、リハの技師も入って行うが、医師が入ると「全然違う」、現在の病状だけでなく、進行の様子もわかるし、治療方針や見通しなども含めて一度に共有ができ、役割分担も決められるので「いっぺんに終わる」と語る。こうした意見交換の場は医療の遂行の上できわめて重要である。さらにこの場があることで、「医師の見立てに対して意見も言える」、医師が決めたことが絶対だというあり方ではなく、多職種の協働が可能になるのだ。

一方で「強く出ない」という点も他職種から見た場合、総合診療医のよさとして捉えられる。一部、既出のものと重なるが、聞き取りの言葉を示す。

「先生は垣根を超えた意見交換を進めている。わからなかったら聞いて、と言われる。こちらも聞くときに何も調べずに行くよりちゃんと調べてから行くようになった。何を聞きたいのかを明確にしてから聞く。」（理学療法士）

「先生ともフラットにやり取りができるし、患者中心というのも共有されており、意見交換ができる。」（看護師）

もちろん上で引用した言葉は、勤医協の特定の総合診療医に向けられたものであり、コミュニケーションの円滑化や、比較的对等なコミュニケーションによる多職種間の協働の促進は、一般的な総合診療医像というよりも個々のパーソナリティのほうに関わっているかもしれない。しかし、先にも示したような、患者を全人的・多面的に捉えよう

とし、また先々まで考えようとする姿勢は、必然的に他職種との円滑な連携を求めることになるので、他職種から見てフラットなコミュニケーションが取りやすい医師が現れやすいと考えることができる。

(イ) 総合診療医の教育/価値観の共有

(ア)によるコミュニケーションの増加は、単により多くの情報を共有する機会になるというだけでなく、相互に学びの機会を提供する。また、日常的なコミュニケーションや、コミュニケーションの場としてあえて設定したカンファを通じて、研修医や他職種が総合診療医の考え方について知ることができ、それをそれぞれの職種の実践に生かしていることがインタビューの中からも明らかになった。「(総合診療医は) 記録ひとつでも違う。救急などでは症状だけになりがちだが、どこからきているとか、家族がどうかとも書いている。先生たちを見て、ああそういうところを見ているんだと看護師も学び、真似してやりだした。」(看護師)

「毎週 4 分割カンファをしていて——はじめは「無理」「忙しい」と抵抗していたのだが、総合診療医の先生が強引に始めた——1 時間ぐらいかかる。視野が広がってしっかり考えるようになった。やってみてよかった。カンファの場が看護師の教育の場にもなる。若いスタッフによいので、積極的に入ってもらおうようにしている。カンファに向けて前日当日の患者の担当を組んだりしている。準備も大変だが、アドバイスしながら。カンファは、看護の仕方にも影響している。それまでは症状、治療メインになりがちだったが、視野が広がった。情報をちゃんととって、次に送るところに伝えることに積極的になった。」(看護師)

「総合診療医の先生は垣根を超えた意見交換を進めている。わからなかったら聞いて、と言われる。こちらも聞くときに何も調べずに行くよりちゃんと調べてから行くようになった。」(理学療法士)

「総合診療医の先生とか、一緒に考えられる。4 分割カンファを通して、患者・家族にとってどうかを考えることができる。」(看護師)

「(研修を通して) 勉強になったところは、優先順位の付け方。一筋縄ではいかない患者も多いので。(総合診療医は) 患者さん像の深みが違う。インフォームドコンセントをしっかりとる。他の科では先に方針が決まってしまうが、ここでは患者、家族から話を聞いて決める。」(研修医)

上記の a. と b. の関係は相互補完的であり、総合診療医像、患者の捉え方が、病院全体にまで徐々に広がっていくメカニズムと捉えられる。さらに、研修医は学ぶのは研修医や他職種だけでなく、総合診療医自身もコミュニケーションのなかで刺激を受け、学ぶことがあるという(その背景に、総合診療医は多様な領域を扱うため、年長者が全部の領域に秀でていることは不可能であり、若手から教えてもらうことも出てくるということがある、

と言う)。こうした学び合い、価値観の共有は当然、患者にとっては好ましい事態である。だが他方で、医師を含め院内で働く多職種の負担を増すことにもなるので、そのあたりは注意が必要であるだろう。

G) 小括

総合診療医の姿勢は、組織自体の持つ価値観ともつながる。患者を全人的に捉え、退院後まで含めて考える姿勢は、高齢化が進み、また生活困窮者もいる地域においては重要なものであり、今後ますます総合診療医の果たす役割は大きくなると考えられる。勤医協中央病院の総合診療医が地域に対する効果について何か述べるためには、さらなる調査を必要とする。

また本調査においては、勤医協中央病院の総合診療医の置かれたポジションについては示したが、それがこの病院ならではの総合診療医のあり方につながっているかどうかは明らかにできなかった。この点については、他の医療施設との比較を通して考察を進めたい。

【参考文献】

1. 札幌市まちづくり政策局政策企画部企画課. 統計からみた札幌市の高齢者. 2018.
<https://www.city.sapporo.jp/toukei/tokusyuu/documents/koureisya30.pdf>
Accessed May 11, 2020

(2) 独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター

A) 視察日

2020年11月21日

B) 調査内容

栃木医療センターを訪問し、医師1名（途中で診療中の医師に会う）、看護師1名、薬剤師1名、理学療法士1名、Medical Social Worker (MSW) 2名、事務職員1名に対してお一人ずつ、1～1.5時間程度の聞き取りを行った。また、病棟や救急処置室の状況を視察した。

C) 施設の概要

独立行政法人国立病院機構 栃木医療センターは栃木県宇都宮市にある26診療科350床のベッドを持つ地域中核病院である。11月21日都内から新幹線に乗り、1時間以内で到着した。11月21日、宇都宮駅を降りると冬物のコートでもマフラーや手袋がないと自然に震えるような肌寒い朝だった。駅から車で向かったが、渋滞もあってか病院まで30分くらいの時間を要した。栃木医療センターは地域医療支援病院の承認を受け、地域医療に貢献する施策を行っている病院である。地域の病院として、300名以上の開業医が医療連携医に登録し、地域完結型医療を推進している。また、かかりつけ医の手術などを推進するため高額医療機器の共同利用も進めている。一方で、国立病院機構ということで医師や役職付きの看護師、MSW等以外の例えば放射線科技師、薬剤師、リハビリテーションのセラピストは5年在籍すると、他の地域へ転勤することも多く地域に目を向ける時期に異動してしまうような特性もあるようだ。そんな中、目を見張るのがこの10年で医師数は倍増していることである。その増加の一端を担った総合診療医のY先生をKey Personとして総合診療医の現状を調査するため、今回の視察を依頼した。

D) 施設の歴史的背景

1908年4月20日宇都宮陸軍衛戍病院として創設され、分院の設置を経て、宇都宮第一陸軍病院と宇都宮第二陸軍病院となった。1945年12月1日の厚生省へ移管と同時に、宇都宮第一陸軍病院が国立栃木病院へ、宇都宮第二陸軍病院が国立宇都宮病院として、それぞれ発足した。1946年12月20日には両院が合併し、国立栃木病院となり、更に1950年4月1日本院の隣接地にあった日本医療団宇都宮中央病院を併合した。その後2001年1月6日省庁再編成により厚生労働省所管となり、2004年4月1日に独立行政法人化に伴い、独立行政法人国立病院機構栃木病院となった。2013年4月1日に独立行政法人国立病院機構栃木医療センターに名称変更し、2014年から新病棟や電子カルテを導入した。また、医療の質、病院の質を高める目的で、2016年3月に日本医療評価機構の病院機能評価も受審し、認定を受けた病院である。

E) 施設周辺の地域性

51万人をこえる人口を抱える栃木県の中核都市である宇都宮市は、救急は病院群輪番体制として済生会宇都宮病院、栃木医療センター、JCHO うつのみや病院、宇都宮病院、宇都宮記念病院が担当している。小児救急は平成28年の段階で済生会宇都宮病院、栃木医療センター、うつのみや病院で担っており、それぞれ年間約1500件、500件、250件ほど受け入れている。高齢化率は全国平均（26%：2015年）と比較すると23%（2015年段階）と若干低い。在宅支援診療所は全国と比較して少ないのが特徴である¹。

F) 総合診療医が組織や地域に与える効果

前述したが、この10年で医師数は倍増していることは総合診療医が入り、研修制度を構築し、積極的に外部に発信してきたことが、少なからず影響しており、これはインタビューからも感じ取られた。

「（総合診療医の先生たちは）研修で学んできたことがこちらでもできるという、あれじゃないですか。元々、総診を、きっと皆さんやっていて、こちらに来て総診を始めて、それがうまくいっていた時に、そういう専攻医とか、専門医とか始まって、プログラムがうまくいって、人が、その前にいろいろなところで講演とかをしていたみたいなので、それで人が集まってきたのかなという気はします。」（事務）

また、内科が細分化されておらず、総合診療医が他の専門内科の先生と垣根なくコミュニケーションをとり、一緒にカンファレンスができるような構造的要因も総合診療医が働きやすさに影響しているようであった。

「3チーム作っているのですが、内訳として総合内科医が大体、2人くらいいて、そこに消化器のスタッフと循環器のスタッフが一人ずつくらい入って、そこに後期研修医が2、3人入るといようなチームが3つという感じです。だから、毎朝のミーティングで当然、新入院が入った時にプレゼンするのですが、循環器も消化器もいるので、ほぼほぼこの領域のことは完結していく感じでしょうか。」（医師）

a) 総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムという価値観の浸透

総合診療医は疾患だけでなく、退院した後の生活を見る視点を持ちながら、アセスメントをしている視点が看護師・MSWはよく見ていた。それにより、自分たちの専門職種性を刺激されていることがインタビューからも垣間見えた。

「正直、私達は病気よりもその社会でどう生活をしていくかというところの接点を見ていくのがワーカーですが、先生達の方が、その視点をすごく持っていたりするので、そこは本当に、良い意味で、負けちゃいけないと言いますか。」（看護師）

「（医師の中では）一切、私達は関係ないので、病気だけ見れば良いのですという、内科に関わらず、そういう先生の方は、病院では多いので、本当に総合内科の先生達は、私達が書いたカルテをちゃんと見てくれるからこそ、私達もきちんとした情報を取らなければい

けないなと思う」(MSW)

医学の専門家としての医師の役割として救急という場で求められる総合性について総合診療医を信頼していることが見受けられた。

「(救急車を受けるときには) ぎりぎりラインが私達の見立てだけではなくて、医学的な見立ても先生にしてもらうことによって、ではここが限界だねということが決められて、この間も、ではもう行きますという風になったところがあるので、何となく、医学的な部分に関しては、やはり私達では分からない部分ですので、そこは本当に助けて頂いています。」(看護師)

時に困難で不確実性が高い患者のマネジメントを総合診療医とともに考えることで、集団としての価値観が共有されるようになっていった。答えのないことを決断しなければならない医療現場で、比較的権力を持ちやすい医師がその価値観に合わないことでうまくいかない場面も多い。しかし、医師も含めて集団としてできることを共有し、皆が納得できる価値観の醸成をはぐくんでいることがみえてきた。

「(チームとして) 何となく、放っておけない価値観、このままにしておいてはいけないよねという価値観が、皆、結構、共通だったりする。そこに温度差があると、やはり、ああそうか、では良いかとなってしまふ部分もあるのですが、これはここで、今、こういう風にして置いた方が、ここまで出来るのであればやった方が良いよねという価値観で、うんそうだよね、と皆が頷けるとするのが、すごくあるのではないかと思います。」(看護師)

一方で、現実としての課題もある。本来 DPC 病院ではいくら検査や値段の高い治療薬を使用しても、入院日数での丸めの報酬となる。栃木医療センターも例外にもれず他の急性期病院と同様 DPC 病院である。入院日数を厳格にしたほうが利益は上がることは当然であるのだが、患者中心性を軸に、患者の入院期間についての制限を厳しくしていない理念を共有していることも他の職種には基盤となる価値観として根付く一因となっているようだった。

「年内ステイ(入院継続)は決まった人もいましたが、そういう人に対しても、暖かい目で見えてくれる土壌が出来ているなどは思います。そうすると昔は、本当にワーカーだけに非難轟々が来て、早く出せ、早く出せ、なんで帰れないのだとなるのですが、いやいや、この人は皆こういう状況だから、仕方ないよねということで、見てくれるというのはありがたいなと思います。」(MSW)

一方で、医学モデルが権力として働く病院という場では、医師が集団としての意思決定のアクセルにもなるし、ブレーキにもなるようだった。

「(医師の思いが) あまり強過ぎて地域の人達を巻き込み過ぎてしまうと、振り回してしまうことになるので、それはなるべく避けたいなと。その前に何とか院内で留めておけるなら何とかというところもある。でも、そういう一方で、先生の思いの強さがあったからこそ、最終的に結果的に、この人の生活がすごく良くなったよねというケースも目の当たりにしていたりするのです、だから先生は嫌だという風にはならないのです。それは医師のキ

ャラによってありますね。」

b. 総合診療医が多職種に与える影響

(ア) 医師への親近性

多職種は医師に対して権威や威圧感を感じる事が一般的には多い。しかし、2011年以降少しずつ医師への親近性は変わってきたようだ。これは前述の医師の増加による医師に余裕が生まれたということも関連しているかもしれないが、医学的役割に固定しない医師の柔軟な姿勢が他の職種にも影響していることがみえてきた。

「(Y医師が) 2011年か(きて少しずつ変わりました)。(それまでは) 内科が3人くらいしかいなかった。その前は本当に、言っては何なのですが、内科の先生とはコミュニケーションを取りたくないと思ったくらい、なんでお前が入るのって言われたこともありますし、何しに来たのと言われて、依頼があったので来ました(中略)。そう考えると、本当にやりやすくなりましたし、本当に同じ次元で話をしてもらえるとというのは有難みはすごくあります。」(看護師)

「私達は、一緒の共通の理解で話は進めて行けますし、何よりもそこに向いていなかった先生達とばかり接してきたので、逆に嬉しさの方が、見てくれるのだ、その視点を持ってくれるのだ、外来でもそこをフォローしてくれるのが多かったです。」(看護師)

薬剤師・理学療法士からは以下のような感想を語った。

「先生はフレンドリーという言い方はあれですが(中略)全然話しやすいし、同じ内科の先生でも違うのだなど、施設が変わると雰囲気もやはり変わるのだなど。」(看護師)

「割と先生方も、病棟に担当している患者さんがいるからだとは思いますが、結構、患者さんのリハに対する関心というのが持って頂けていましたので、逆に最近どこまで進んでいるとか、この人は家に帰れそうかなとか、そういったところで、割と話しかけてくれる。そういうところが少し親近感というのは、割に最初から持てました。」(理学療法士)

さらに医師との信頼関係を構築していくことで、医師にもフィードバックできるような関係が構築できたようだった。

「自分の1、2年目に比べるとこれほど先生に薬についていないとか、変えた方が良いですとか、やっていなかったなと思って、今思うとすごいなと思って、1、2年目の頃は全然、先生に何か言えなかったなというのが正直なところ。そういう(医師にフィードバックする)のが当たり前になっていて、先生も多分、そういう風に言われるのも慣れていると言いますか。多分、内科の先生達はやっていて、ある程度信頼と言いますか、そういうのをやっても大丈夫とか、そういう信頼関係とかもあると思うので、薬剤師もその辺、大丈夫な、受け入れられているのかという気はします。」

(イ) 総合診療医の教育・価値観の共有

総合診療医は答えのないものに対しても多職種と一緒に考える姿勢を持つことが求められる。医学適応に合致しないが、生活の面で、倫理的な面で、個人のQOLの面で治療やケアが困難な場合がある。それに対してこれまで看護師として不全感として残っていた業務が、総合診療医と一緒に考えることで、それを克服しようとするような姿勢も語られた。

「一緒に考えて、一緒に考えて、先生達とも考えて、今出せる結論はこれしかないとなれば、私達も納得して、後は見守ろうという風に出来るのです。」

「今までは何となく先生達は蚊帳の外にいて、私達だけでいろいろと考えてこれで良いのかな、これで良いのかな。よしとしようと言って出すと、ずっと何となく不全感が残っていて、というのはあった様な気はします。ですが、職種、みんなで考えて、今の全てはこれだよねというのは伝わるかな（と思います）」

薬剤師にとっては薬物治療については医師に興味を持ってくれるということが動機づけにつながってくれるようだった。総合診療医が積極的に薬剤師の専門性を必要とし、普段のカンファレンスやポリファーマシーなどの問題について薬剤師の居場所を作ることで、薬剤師は専門職としての動機づけをあげていた。

「やはり、先生からいろいろ言ってくれるところが、いろいろ話して良いのだなみたいな、

言ってくれるというのは（ありがたいです）。カンファに呼んでくれると言いますか、そういうのに一緒に来て良いとか、向こうからいろいろと相談してくれると言いますか。ポリファーマシーを始めた時期も、一緒に考えて、少しディスカッションしてやるという場面もあったりもしたので、その辺が、一応、門を開いてくれていると言いますか、そういうところはあったかな。」

さらに、薬剤師はカルテからの情報収集から医師に積極的に情報を確認するようになり、医師に情報を提供することもできた。

「事前に、情報収集、患者さんですし、カルテのやりとりの的な感じになるのです。一応、ある程度、情報は全部カルテに事前にまとめておいて、同席出来る様であれば、先生にそれを見てもらった。それで終わった後、カルテを見てこうだったんだとか、気になることがあれば先生に聞いてみたりとかします。」

また、仕事の範囲を広げていくことで、薬剤師は病院で見えている患者の生活から地域での生活まで想像する視点を獲得し、その情報を集めることが課題であり、地域の薬薬連携につなげるのが課題であることを語った。

「在宅になってくると、なかなかちょっとまだ関わっていないかなと、退院支援カンファとかでしたっけ。本来ならば、薬剤師も院内と院外で出て、申し送りとかしていった方が良いかなと思っているのですが、それはなかなかまだ、業務の関係もあってやれていない。今後、もちろんやっていった方が良いのかなという、自分はやっぱり在宅にどう繋げるかというのが、結局、入院だけで終わってしまうとあれなので、それがいろいろ

ろと課題かなと思いながら、ここ数年来てしまっています。それで今年から、薬薬連携
といって、外の薬剤師さん呼んで、いろいろ情報共有上手くできるようなシステムが
作ればなと思ってやっちはいるのですが、まだ具体的に何かこういう事例があったと
か、そういうことはないのですが、上手く、その辺が今後、発展できればなと思ってい
ます。」

このように、各職種が持ちやすい課題に対して時に一緒に考え、時に必要性を伝え、
医師の特権を利用し、居場所を作る。そうやって、多職種が活躍できるような場を醸成
することで、それぞれの専門性が発揮できるようになると、組織全体の質改善がシステ
ムとして進んでいくことが予想された。

(ウ) 地域施設との関係構築

医師の数に余裕が出てきたことも影響していると思うが、総合診療医をはじめ、地域
の問題をカンファレンスで共有し、そういった成功事例を重ねることで地域の医療機関
との信頼関係が構築していることも見えてきた。

「年間 6 回くらい、地域の問題事例をカンファレンスするということを、ずっとここ 3
年くらい続けてきているのですが、その活動もあってなのか、もちろん先生達のご自身
で訪問診療に行っ下さっているのも大きいとは思いますが、栃木医療センターは、
退院とか、目の向け方が違うと言いますか、ちゃんとじっくりきちんと調整をしてから、
地域に戻してくれる医療機関ですという風に、在宅関係者からは言ってもらえることが、
本当にここ増えてきている。そこは恐らく多分、総合内科の先生達が、地域に目を向け
てくれた結果だと思うのです。それで今、やっている事業も私一人では成り立たないも
ので、先生達に協力してもらわないと出来ないものなので、それがすごく違いがありま
すね。ですので、私達も地域に戻すときにそういった評判の中でやり取りすることのや
りやすさというのがありますし、すごくあります。」(MSW)

G) 小括

総合診療医の活動を外部に発信し、研修制度をアピールすることで医師の余裕を生んで
いた。さらに、医師間で垣根のない構造的な要因や体系的な教育を受けた総合診療医が生
活の視点を持つことで看護師・MSW は働きやすくなり、薬剤師やリハビリセラピストは医
師に親近性を感じ、役割に関心を持ってもらうことで自職種の専門性を発揮しやすく、さ
らに役割を広げようと試みていることがみえてきた。また、病院がゆえに医学的判断が重
視されるコンテキストも影響し、医学の専門家としての役割を求められ、時にチーム内の
アクセルやブレーキになることもあった。さらに、病院が地域に開き、地域の問題を地域
で話し合う機会を持ち、それが成功体験になることで、病院が地域の医療機関との信頼関
係が構築されるようになっていくことが明らかになった。しかし、栃木医療センターの総
合診療医が地域に対する効果については、さらなる長期的・網羅的な調査を

必要とする。また、本調査においては、栃木医療センターの Y 医師を中心にした総合診療医の話がメインになったが、その他の医師や他の医療者への影響については十分に明示できなかった。栃木医療センターのコンテキストについてもさらなる調査が必要である。しかし、多職種の活躍の場を広げる試みは栃木医療センターの強みになっていることが明らかになった。

【参考文献】

1 日本医師会．地域医療情報システム 栃木県 宇都宮 [Internet]. Available from: <http://jmap.jp/cities/detail/city/9201>

(3) 医療法人博愛会 穎田病院

A) 視察日

2020年2月20日～21日

B) 調査内容

医師4名、看護師3名、薬剤師1名、リハビリ専門職2名、医療ソーシャルワーカー2名、医局秘書1名、事務職員1名に1人30分～1時間程度の聞き取りを行った。また、医師および他職種在宅カンファレンスへの参加、近隣施設や訪問診療への同行（ただし患者との面会はなし）をした。

C) 施設の概要

穎田病院は、福岡県の筑豊地域にある病床数96床の小病院である。2008年に飯塚市より医療法人博愛会に委譲された。総合診療医が診療の中核を担い、外来、病棟、在宅医療などを多職種で提供している。

外来は家庭医療センターとして小児から高齢者まで、内科疾患にとどまらず予防、外傷処置などにも対応している。病床は、回復期リハビリテーション病床(28床)、急性期一般病床(32床)、地域包括ケア病床(36床)から構成されている。在宅医療では、医師、看護師、セラピストなどによる訪問診療、往診、訪問サービス、施設サービスを提供している。透析センターを有し、専門医、多職種と総合診療医が連携したケアを提供している。穎田病院のホームページ¹によると、穎田病院が地域に貢献するために必要とされる幅広い診療能力として1)内科診療を中心としながら、2)傷や怪我の治療にも詳しく、手慣れている、3)乳幼児・小児の予防接種や診療も行える、等を挙げている。

教育面では、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認定施設、日本専門医機構総合診療専門研修プログラム認定施設、日本在宅医療学会在宅医療専門医研修プログラム認定施設、日本東洋医学会研修指定施設として専攻医教育を行っている。家庭医療後期研修プログラムは、筑豊地区唯一の救命センターを擁し20年以上の臨床研修医制度の実績を持つ同一グループの飯塚病院と提携した「飯塚・穎田家庭医療プログラム」を提供している。このほか、初期研修医、薬剤師、多職種学生に教育を提供している。

D) 施設の歴史的背景

穎田病院は1954年に穎田村国民健康保険診療所として発足し、1955年に町立穎田病院となり、1967年に現在地に移転した。2005年には飯塚市との合併により飯塚市立穎田病院となったが、大学医局派遣医師の減少に伴い各科の診療科が縮小され、2007年には常勤医が全員退職することとなった。医療資源が少ない地域であることから病院存続が望まれていたが、建物の老朽化、4億円を超える累積赤字の計上があり、病院は飯塚市から民間への

経営移譲により継続することとなった。2008年には経営再建と3年以内の新病院建設等の条件で、穎田病院は医療法人博愛会に経営移譲された²。

穎田病院は、同一グループ救命センターを有する飯塚病院と、研修および地域での診療において相補的に連携することとなった。研修面では、初期研修を修了した者に対して内科領域に限らない幅広い診療のほか、在宅医療、地域でのプライマリ・ケアなどを学べる家庭医療プログラム（現総合診療プログラム）を発足した。診療面では、地域で不足していた急性期医療終了後の回復期リハビリテーション病棟を立ち上げた。

家庭医療研修プログラムでは、ピッツバーグ大学メディカルセンター（UPMC）の指導医の協力を得て、世界レベルの家庭医療（総合診療）教育の機会を提供してきた。その結果、継続的に常勤医、専攻医を確保し、2018年3月までに10名の修了生、在籍家庭医療専攻医11名を誇る九州最大の家庭医療（総合診療）プログラムとなった。

診療面では、幅広く対応する総合診療科外来に加えて、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅医療センターを整備して外来、病棟、在宅医療を継続的に提供できる体制を構築した。2008年以降病院収益を改善させ、2010年以降は経常黒字を継続し2012年には新病院を竣工した。また同年に厚生労働省の在宅医療拠点事業に採択された。2017年度には年間100名を超える在宅見取りを行うなど在宅医療を拡大させた。病院職員数は2008年度69名より2017年度249名に、医師数は常勤医換算で2008年度3名から2017年度14名に増加した。

E) 施設周辺の地域性

穎田病院が位置するのは、旧穎田町、現在の飯塚市である。穎田地区は飯塚市の北端に位置し、JR飯塚駅および飯塚病院からは国道200号線を北上して車で15分、最寄り駅のJR福北ゆたか線鯉田駅からは車で5分、バスで15分程度である。人口は5641人、高齢化率38.3%、75歳以上人口比率19.3%であり（2017年）、市内では最も高齢化率が高い地区である³。かつては炭鉱が栄えた町であったが、現在は全て閉山している。市営バスもあるが、地域住民の主な交通手段は車であり、運転ができない高齢者にとっては外出や通院での移動手段が非常に限定される。飯塚市の市民祭として飯塚山笠があり、地域や世代間交流の役割を担っている⁴。

F) 総合診療医が組織や地域に与える効果

飯塚地区には、30年以上前から地域の急性期医療を担ってきた飯塚病院が存在している状況で、比較的隣りに位置する穎田病院は飯塚病院とは棲み分け、亜急性期、回復期医療を中心に提供することとなった。この舵取りを行っていたのは院長を始めとした総合診療医であった。2008年の医療法人への経営移譲の頃より、経営者としての視点を持った院長が経営再建、組織文化の構築を進めていた。また2012年には在宅拠点事業に採択され、在宅・病棟・外来の一連のサービスを提供できる拠点としてのブランディングを進めること

となった。総合診療医が時間をかけて医師会の理解を獲得し、地域のケア・マネジャーなど多職種との人脈を構築し、「在宅医療なら颯田病院」というブランドを構築していった。病院のブランディングは重要視してきた。例えば訪問診療用の自動車では、病院名の文字のデザインを工夫し、車の番号（18, 20 など）を大きく記載して、「こんなにやっているのか」と思ってもらえるようにした。きれいなデザインは職員の満足度の向上にも寄与するという。

組織構築においては、マネジメントの視点を持った取り組みが複数あるようであった。一例として、やる気がある看護師が家庭を大事にしながらも働けるようにするために、会議を昼に行うことや、保育料の全額補助などを行った。また、院長ラウンドでは、良いと思った職員がいれば、感謝の言葉と共に署名入りのカードを渡している。このカードは売店でジュース 1 本と引き換えられるようになっているが、カードを引き換えずにとっておく人が多いという。また、地域において包括的、継続的なケアを提供する中小病院の存在として「コミュニティ・ホスピタル」概念を提唱し、それを全国に広める活動を行い、国内外に積極的に発信している。

また、飯塚病院と連携した後期研修プログラムを通して、飯塚病院と颯田病院との交流および役割分担の明確化の機会となっていると思われた。

「研修医にとっての魅力は、飯塚病院に各科がそろっていること、加えて家庭医もいるので病院としての総合診療ができること、飯塚病院と密に連携する形で颯田病院がやっていること。」（医師）

「颯田病院は所属する医師の 90%以上が総合医で、病棟・外来・在宅のいずれも担当するプライマリ・ケアの病院であり、飯塚病院は三次救急医療を提供する病院。両方をローテーションすることで両者の理解を深められる。」（医師）

このように颯田病院は既存の医療的資源、経営視点、在宅拠点事業、教育事業を基盤とした在宅拠点病院・教育病院としてのブランドを構築し、総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムという価値観を地域に浸透させていた。

a. 総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムという価値観の浸透

1つの医療機関で外来・入院・在宅を提供できることで、総合診療医だけでなく各医療職がシームレスな垂直統合を実現することができている。これは複雑困難事例においては特に顕著に現れるものと思われる。

「進行性疾患で難しい病態となり何度も入退院を繰り返している患者に、担当医師と担当セラピストを固定して一緒に診療にあたった。一緒に継続的に担当したおかげで、患者の状態を落ち着けることができた。」（リハビリ専門職）

看護師、医療ソーシャルワーカー、医局秘書、および多職種がメディカル・ジェネラリズムを理解しそれに基づいた実践に貢献していた。

医師とともに訪問診療部門の立ち上げに携わった看護師は、家庭医としての医師の考え方に触れ、在宅医療の魅力を実感し、自身が訪問診療部門の拡大に貢献するとともに、病

院外へのメディカル・ジェネラリズムの浸透にも貢献するようになっていた。

「訪問診療立ち上げ当初、外来での看護業務と掛け持ちをしながら医師の訪問診療に同行するようになった。何も無いところから、訪問へ行く車内で医師と相談をしながらやり方を模索していった。道中に車内で医師と話す機会が、外来業務をしていたときよりも医師とコミュニケーションをとる機会になり、医師の考え方が理解できるようになり、距離が縮まった感じがした。人の生活をまるごと見られる今の仕事にはやりがいを感じている。」
(看護師)

「家庭医と一緒に仕事をすることで、目が外にも向くようになった。医師と一緒に講演会に呼ばれて講演したり、他の施設での取り組みについて情報交換する機会にもなった。」(看護師)

医療ソーシャルワーカーは、地域のネットワーク委員会への参加およびその運営を通して地域の民生委員、介護福祉関係の担当者らと定期的に交流し、それを通して穎田病院の医療専門職が一般向けに講演をする機会を獲得していた。これが院内の多職種が病院外との連携に目を向ける機会となっているようであった。

今回の視察は、新型コロナウイルス感染が全国に広がりを見せ始める時期であり、視察中には福岡市で1例目の新型コロナウイルス感染症が報告された。このようなタイミングで、穎田病院の医師が嘱託医を務める特別養護老人ホームへの臨時訪問に同行する機会を得た。訪問では、医師と施設の看護師とが、面会中止、外部からの訪問者の検温方法、入所者の食事方法、発熱者が出た場合の対策、定期健康診断の延期などの具体的内容について話し合っていた。話し合いの中では、過去に院内で胃腸炎が発生した時の対応を踏まえた提案が挙げられたほか、医師の訪問より前から施設側がすでに対策を始めていた部分もあった。医師によると、10年来嘱託医として関係性を構築してきたからこそ臨時の協議でも迅速で具体的な対応を実現でき、また過去の経験を踏まえて施設が自ら対策を始めることができたのではないかとのことであった。

b. 総合診療が多職種に与える影響

(ア) 多職種とのコミュニケーションの円滑化

在宅、外来、病棟を通じた電子カルテシステム・「セル看護提供方式[®]」(以下、セル看護)がメディカル・ジェネラリズムの浸透に寄与していることが窺えた。先に飯塚病院にて開発導入されたセル看護が穎田病院でも取り入れられたことで看護師が患者のそばにいる時間が長くなり、看護師が多職種とのハブの役割を担うようになり、職種間の患者に関するコミュニケーションが増えた。

「専攻医、研修医などもいて医師の入れ替わりが激しい。そのためきちんと引き継げるよう、電子カルテにもライフストーリーなどを詳しく記載する。」(医師)

「電子カルテ化されたことで、過去の入院記録を確認しながらケアに当たることができるようになった。看護師が常に病室にいるようになったので、看護師とは患者に関する

コミュニケーションをする量が増えた。」(リハビリ専門職)

複数の医師の多様で煩雑な業務を可視化した週間・月間予定表は、多職種が医師を交えたカンファレンスの設定や患者に関する相談などを行うことを容易にしているようであった。また、電子カルテ上の連絡機能や施設内メールも医師との連絡に活用されていた。

「医師のスケジュールを見ながら空いている時間で退院前カンファレンスを調整する。」
(医療ソーシャルワーカー)

「ドクターは忙しいが、電子カルテのホワイトボードにこうしてほしい、と挙げておけば見てくれる。」(看護師)

「医師の予定表を見ながら、対面で声をかけるか、電話か、院内メールでの連絡がよいかを判断する。」(リハビリ専門職)

医師以外の職種の各部署では、医師とのコミュニケーション方法に習熟した者が部署内の他者に対して、医師とうまく連絡を取る手段についてアドバイスすることも多いようであった。

「医師に声をかける時には相手が今何をしているところか、直接見るか予定表を見るかで確認をする。その上で『今、30秒だけいいですか』というように、相手が相談を受けやすいように配慮して声をかける。新人職員の中には急いで医師に確認したい事があったり、どのように連絡をとったらよいかわからない人もいたので、連絡のとり方をアドバイスすることもある。」(リハビリ専門職)

「若い職員はなかなか医師に強く言えないこともあるので、自分が代わりに医師に伝えることもある。」(看護師)

各部署の役職者は、いずれも院長との密でフラットなコミュニケーションが取れていた。

「気になったことがあれば院長や他の医師に伝えたり、相談できるので、自分の仕事をする上でやりづらさは全く感じない。」(医局秘書)

「ここでは自分の意見を言いづらいつ感じることはない。」(医療ソーシャルワーカー)

「管理職として、必要なことはきちんと話し合っコミュニケーションが取れている。」
(リハビリ専門職)

(イ) 医師の医療以外の業務支援や体調管理、業務改善

医局秘書は、医師の文書作成のサポート業務のほか、診療以外の業務において医師の業務をサポートしていた。また、医師の予定表作成・配布を通して複雑な総合診療医の業務を他職種に向けて可視化し、時に医師と他職種のコミュニケーションの間をとりもつ役割を担っていた。また、医師毎の仕事に対する姿勢、スケジュール、その時々でのコンディションなどを把握した上で、医師間でのコミュニケーションの円滑化やスケジュール調整などにも気を配っていた。

「予定表を各部署に配布するうちに、いろいろな要望を聞くようになった。その時間に空いている医師が分かるようにしてほしいという希望を受けて、医師に確認しなくても病棟患者の面談を予定することができるようになるなど、現場の業務がスムーズになったようだ。各部署の他職種は、医師が忙しいためうまく連絡が取れず困っている場合には、医師に連絡を取るのに都合の良いタイミングを聞かれる。あるいは自分が代理でタイミングを見計らい医師に問い合わせることもある。業務と休みの捉え方は医師によって若干異なるため、それを踏まえた対応もする。医師から、休みを取りたい場合にどの医師に相談したらよいかを聞かれてアドバイスすることもある。それぞれの医師が医局でどのように過ごしているかが見えるため、大体のコンディションは把握できる。」(医局秘書)

業務の多様化と医師数の増加に伴い、ワークシェアリングの実践、ワークライフバランスを重視する方策にも注力してきた。年休消化を業務目標とし、医師のシフト表ではその時に急な業務を依頼できる人員を明記するなどして、育児と両立しながらでも働きやすい環境を整備した。2017年には労働基準監督署からの指導があり、これを機に夜間勤務者の翌日日勤帯の業務免除をするなど、さらなるシフト変更に着手した。これにより医師の予定表はさらに複雑なものになったが、医局秘書の尽力でこれを実現できているようであった。

(ウ) 地域医療に精通している専門職の活用

療養型病院のリハビリテーション部門の立ち上げ経験のある専門職は、潁田病院の回復期リハビリテーション部門の立ち上げの際、回復期リハビリテーションを担当する総合診療医との協働により、部門の方向性を構築していったという。必ずしもトップダウンという形ではなく、話し合いを重ねて部門のイメージを協働して構築し、その上で専門職側が施設基準などに基づいた具体的な制度構築、人員や物品の準備の提案をしてプロジェクトを進めていた。

「医師は、少し近い立場でと言いますか、より下に降りてきていただいて、確認をさせていただいたりとか、あまりトップダウンというトップダウンは、よほどのことがない限りは、ない印象です。」(リハビリ専門職)

「作るとか、建物が変わるといった時に、こういったプロジェクトを立ち上げましょうと自分の方から提案した。こういったメンバー集めて、こういった人も集めないといけないし、こういったものも買わなければいけないし、制度とか、届け出も多分、出さないといけないので、そういったものを話し合う場を作りませんかという形で、そこはこちらからです。後は話しながら、トップダウンでもなければ、こういったものはどうですかみたいな感じで、その時、その時で話しながらという形です。」(リハビリ専門職)

医療ソーシャルワーカーは、院内での後方連携にとどまらず、地域ソーシャルワーキングの視点を持ち、地域に開かれた病院としての活動に貢献していた。この背景には、

院長など総合診療医が適切に他職種に役割分担をしている様子が窺えた。

穎田病院は地域の専門職連携会議の基幹病院となり、MSW が事務局の役割を担っている。相談員以外の様々な職種を巻き込みたいと考え、数年前からは病院が企画を作りつつ、多施設、地域包括支援センター、特別養護老人ホーム、有料老人ホームなどの職員にも打ち合わせに入ってもらい、介護・福祉職の意見を取り入れた内容としている。総合診療医が必要時の相談役となりながら MSW が主体的に地域に開かれた病院としての役割を果たしていた。

「ソーシャルワーカーだけの考えだけでは、病院としてどの様に地域に関わって行きたいのか、いろいろな職種の意見をもらった方がもちろん良いと思います。外部の施設さんも企画運営の打ち合わせから来ていただいているので、顔の見える関係にもなりますし、単なる情報交換にもなります。施設の方も、打ち合わせから病院の看護師とかリハビリのセラピストの意見を聞けるというのは絶対にプラスになると思います。院長はどちらかと言えば、こちらの方から主に企画・運営して、それを院長に許可と言いますか、決済をもらう様な形で相談に行くのです。どちらかと言えば主にこちらのサイドのしたい感じで、院長には相談しながら毎回やっている。」

(エ) 地域医療施設との関係を構築

前述の多職種連携会議を含め、院長を始めとする総合診療医が積極的に地域に出向き、開かれた病院としてのイメージを構築してきたようであった。

「(多職種連携) 会議当日には、院長は必ず参加してもらっている。それが地域に開かれた病院というイメージにもつながっている。」

「先生が外に出て行ったら、それだけで一般の方とかであれば、ありがとうございますとなる。先生と言うと特別で、委員会でも私だけで行くのと院長が来るのは、雰囲気が変わります。委員会の方々も良い意味で院長としても対応して下さる。看護師とか、リハビリとか、ソーシャルワーカーとか、事務とかと、ドクターは違うのかなというのは少し感じます。先生が講演に出ても、先生がわざわざ来てくれたという様な感じで地域の方は言われたりもします。先生が出てくれることで、地域とより繋がれる。」(医療ソーシャルワーカー)

また、穎田病院の医師は、筑豊地区の乳幼児健診(年間約40回)や、飯塚病院や地域での小児を含めた夜間休日の救急外来診療医も担っていた。これにより地域の小児科医の負担軽減や、飯塚病院の小児科勤務医の夜間診療負担の軽減に寄与していると考えられる。穎田病院は小児の訪問診療も行っており、小児科領域での地域との親和性も高いことが窺えた。このほか、穎田病院の医師が月1回地域の子育て支援センターに訪問していた。これは、Community-oriented primary care (COPC) 活動の一環として、病院として地域の子育て世代とのつながりを持つために行っているとのことだった。他にも、穎田病院の医師は地域の講演会の講師を担当するほか、地域の祭りなどへの参加、地元

の学校への訪問などを通して地域組織とのかかわりが持つことが多く、これが地域での医療者の新たな活動につながることもあるという。

G) 小括

穎田病院では、総合診療医が経営、マネジメント、教育、およびプライマリ・ケアの継続性・包括性などの視点を持ち、多職種連携や地域医療に精通した他職種の能力を活用・統合してメディカル・ジェネラリズムの浸透に貢献し、さらには時代の変化に応じて自らを変革させていた。

【参考文献】

- 1 穎田病院ホームページ.Available from: <https://www.kaita-hospital.jp/>. (最終アクセス日：2020年5月3日)
- 2 総合診療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.2017年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究. Available from: <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201706032A>. (最終アクセス日：2020年5月3日)
- 3 飯塚市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画[2018～2020年度].Available from: <https://www.city.iizuka.lg.jp/koureisoumu/documents/300208tousinngennann.pdf>. (最終アクセス日：2020年5月3日)
- 4 飯塚山笠ホームページ.Available from: <http://iizukayamakasa.com/index.php?u=index>. (最終アクセス日：2020年5月3日)

(4) 沖縄県立中部病院

A) 視察日

2019年12月19日

B) 調査内容

沖縄県立中部病院を訪問し、医師1名（外来指導：医師と医学生は見学）、看護師1名、事務職員1名に対し、それぞれ1～1.5時間程度の聞き取りを行った。また、外来や救急処置室の状況を視察した。なお、視察メンバーは沖縄県立中部病院の専攻医に対して学習会を実施した。

C) 施設の概要

沖縄県立中部病院は、沖縄県うるま市にある県立の総合病院で559床の病床を持つ。卒業臨床研修プログラムで特に広く知られており、なかでも総合診療科のプログラムはその別名「島医者養成プログラム」の通り、離島の県立診療所（16か所）での臨床を織り込んだ独自色のあるものとなっている。総合内科の医師は5名在籍している。

D) 施設の歴史的背景

第二次大戦後の沖縄における課題1つに医師不足の問題があった。極度の医師不足を解消するために1950年代から多数の学生が米国民政府などから奨学金を支給され、本土で医学教育を受けるべく送り出されたが、当時の沖縄の医療施設が貧弱なこと、研修の機会に乏しいことなどの理由で医学部卒業後沖縄に帰郷する者はわずかであったと報告されている。沖縄の医療水準の向上を目指す目的で、1966年に沖縄県立中部病院で卒業臨床研修を始めることが決定されたが、この予算は当時の琉球列島米国民政府から支出され琉球政府、日本政府、日本医師会が協力することになった。

中部病院は終戦直後の1946年に誕生し数回移転を繰り返した後、1966年4月に216床の病院として開設（写真手前）され、当時の医師はわずかに10人で日常診療にもこと欠く病院であった。以来研修事業の発展と共に1968年325床に拡張され、医師も39人と大幅に増加し、年々医師も増員していった。それとともに、病院も増築され、平成13年に地下1階―地上7階の新病院が作られ、現在は50年以上前に建てられた病院が現在の耐震基準に合わない、とのことで取り壊しが検討されている、とのことがインタビューで語られた。

研修は米国のハワイ大学医学部に委託され、ハワイ大学によって選択任命された指導医グループによって1967年4月に開始された。当時研修開始にあたり、1) 研修生がアルバイトしなくても十分に生活できる給料、2) 病院に宿舎を確保する（現在も院内に隣接する宿舎に研修医たちが済んでおり、連絡すれば3分で病院に来ることができる）、3) Generalを基盤にし、研修に必要な多様性に富んだ十分な数の症例、4) 指導医としても数々の臨床経

験を持った医師を招へい、5) 会議室や図書室の整備などを行った。

発足当初の4年間はハワイ大学派遣の10人内外の指導医が主体となって研修カリキュラムの作成、実施にあたり中部病院医師はこれに協力するという形がとられたが、中部病院スタッフが次第に増加強化されるにつれて積極的に研修に参加するようになってきた。1971年5月沖縄本土復帰と共に米国民政府の予算は打ち切れ、ハワイ大学指導医は全員引揚げるに至った。その後の約1年半、中部病院スタッフのみで研修は継続され、1972年度からは再び少数ながらハワイ大学指導医が派遣されるようになり、指導医のメインはこれまでの指導を受け継いでいる沖縄中部のスタッフが担うことになった。1973年から後期研修を2年追加し、1983年から後期研修終了者に1年の離島勤務が義務化され、以来修了生が離島医療の大きな戦力となっている。時代の要請に合わせ専門科のニーズも増え、1982年に一度総合内科が消滅した。しかし、1996年には血液内科・神経内科・腎臓内科を中心に総合内科グループが発足し、研修医が各科と協力しながら、指導医とともに運用を始めた。同時期に、研修終了後離島で自立した診療のできる医師作りのために、プライマリ・ケアコースを新設した。さらに、指導医と研修医のモチベーションを高めるために米国での臨床研修を、それぞれ1980年と1996年に導入し、2004年には新臨床研修制度が開始された。そんな中、総合内科の入院部門は各科にうまく相談できると円滑に入院マネジメントができたのだが、研修医の出来不出来や指導医の数に応じて、入院マネジメントの質にばらつきがあることが問題となり、2005年には総合内科グループが縮小していった。そして、2006年には総合診療医の一人が東京に行き、一人がアメリカ留学となり、総合内科グループは再度消滅することになった。2008年、沖縄中部病院に一人の総合診療医が戻るのを契機に、現在の総合診療科の部長となった医師夫妻を呼び、沖縄中部病院総合内科部門が再度創設され、入院部門を持たない外来部門として機能することとなった。それが現在も続いている。

主に研修の中心は、臨床研修であり、現在まで毎年20人前後の研修医の受け入れを行っており、後期研修の8-9割が沖縄中部出身であるとのことである。また、琉球大学からの学生の実習を行っているものの沖縄中部病院の研修は毎年1-2人程度である。というのも、中部の研修は忙しく、全国からの意欲と志が高い人たちが集まるといった評判が沖縄出身者や琉球大学からの学生の受け入れの敷居を挙げている理由でもあるとのことがインタビューで語られた。

また、病院の機能として救急にも特徴がある。戦後の医療の復興は救急を中心に行われ、救急患者をいつでも受け入れ、ベッド満床を理由に患者を断らないという理念が綿々と引き継がれてきた。1975年に救命救急センターの指定を受けて以来2004年まで沖縄県内唯一の救命救急センターとして、そして、現在も救急医療の中心的な役割を担っており、入院の8割が救急を経由して入院している。

E) 施設周辺の地域性

中部病院の所在地で中部医療圏は、総人口約 48 万人、面積 366 km²、人口密度は 1309 人/km²の地方都市型二次医療圏である。県南部などと比べて観光開発が遅れており、高い失業率と低水準の市民所得が課題とされてきた地域でもある。インタビューにおいては、地域特性として医療圏の境界が明確であることや、「地域の患者は地域で診る」ということが徹底されている風土があり、病院のたらいまわしなどということが起こりづらい、ということが語られた。

また、沖縄県は 39 の有人離島を有しており、そのうち宮古島と石垣島、久米島にはそれぞれ県立病院や公立病院が設置されているが、それらを除くと 16 島に県立診療所、4 島に町立診療所が設置されている。16 の県立診療所はすべて医師 1 名の体制で診療をおこなっており、そのほとんどは県立中部病院や県立南部医療センター、こども医療センターの後期研修プログラムの一環として着任した医師が駐在している。したがって、中部病院における視察やインタビューの際には、こうした離島における医療もまた、中部病院の医療圏であると捉えられていることが伺われた。

F) 総合診療医が組織や地域に与える効果

総合診療医の役割を考えるうえで、早くから米国の研修システムを取り入れ、初期研修医から総合的に患者を診ることができるシステムが機能していたことは病院全体に影響していると考えられる。その結果として、科を超えて総合的な視点を持つメディカル・ジェネラリズムが広く浸透していること、そうした医師を支えるスタッフが育っていることが明らかになった。

a. 総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムという価値観の浸透

前述のように臨床研修で毎年 20 人前後の研修医の受け入れ、その後も 8-9 割の後期研修に残る。臨床研修で醸成された救急での総合性や離島医療を念頭としたジェネラリズムという価値観は総合診療医だけでなく、他の医師にも少なからず浸透していることがわかる。例えば、救急の指導でも、どの科の指導医も総合的な視点を持ちながら、診療にあたっていることを医師や他の職種が語っていた。5 年ほど前から地域医療科という総合内科・血液内科・呼吸器内科などの有志の医師が集まり、訪問診療を希望している患者の訪問をすることをやっている。このように、メディカル・ジェネラリズムという価値観は多くの医師にも共有されているのかもしれない。そのなかでも総合診療科では、主に外来をメインの臨床業務とし、入院は病棟回診などで関わっている。外来では、幅広い初診を一手に引き受けており、主訴の対応を幅広く行っている。時に、専門科の先生が研修に来たときは（例えば神経内科）、その専門領域と関連する主訴・疾患に対する対応も総合診療科が引き受けることもあるようだった。本村医師からは「こんなに神経難病の人たちがいたのだ、と改めて驚くこともありました」と話しており、自らが知らなかった地域のニーズを知る契機として専門医の総合診療科における研修を捉えていた。以上のように、救急ではどの専門科の医師も総合的に判断を行い研修医に指導を行い、外来では主に総合診療科が病院の入

り口を担当しているようだった。しかし、人事異動のタイミングが重なったこともあるようだが総合診療科が2度ほど消滅している歴史がある。総合診療医以外の医師たちも医学における総合性については捉えているという自負もあるためか、メディカル・ジェネラリズムを強みとする総合診療科の位置づけは、他の病院よりは目立ちにくいかもしれない。

b. 総合診療医が多職種に与える影響

今回の調査を通して明らかになったことの一つに、中部病院が擁する優秀な看護師や事務スタッフらが、メディカル・ジェネラリズムの価値観を持つ医師や多職種の仕事の効果を最大化するために、直接的・間接的に多大な貢献を成している、ということがあった。

(ア) 多職種が専門職や患者の「間をつなぐ」

インタビューをおこなったスタッフのうちの一人は緩和ケアの認定看護師で、これまで退院して自宅に戻る患者やその家族の不安に寄り添い、コミュニケーションをとることをしてきた。地域医療科という、総合内科・血液内科・呼吸器内科などの有志の医師が集まり、訪問診療を希望している患者の訪問をする科が5年ほど前にできてからは、医師が訪問をするようになったことで実際の負担はだいぶ減ったと話す。訪問看護師やケア・マネジャーとの連携、入退院支援におけるMSWとの調整など、職種間のコミュニケーションにおいて現在でも重要な役割を果たしている。「間を繋ぐ」ことを自身の仕事と捉え、医師の指示に対して患者のコンプライアンスが悪いときなどに双方の思いを尊重しながら意思疎通をはかったり、患者がナイーブになってしまっているときには個別に自宅を訪問してフォローしたりといった調整をおこなっているという。また、在宅でのケアは患者とその家族が孤立しがちであることを慮り、月に一度の患者会をコーディネートするなどの取り組みもおこなっており、こうした場が患者同士の自助的関係をつくっているのだと話した。本来は自治会などに在宅ケアの患者を見回るようなことをお願いしたいとも考えているが、いずれは亡くなっていく方々を見守っていくことが過剰な負担にならないよう配慮しながら、その意義を自治会の方々に理解してもらえよう働きかけていくことも、自身の仕事だと語った。このように、病院の内外で患者と関わるさまざまな人や組織を有機的に繋いでいけるのは、この看護師のフットワークの軽さ、周囲から得ている信頼、患者の様子に対する直感的にきめ細やかな気づきと配慮などの資質があつてこそだといえる。彼女がとっているコミュニケーションとは、情報のやりとりというよりは、傾聴し、寄り添い、尊重し、取り結ぶといったような表現で表されるものだと考えられるが、こうしたコミュニケーションこそが、総合診療医を含めた多職種の連携をより円滑に進め、医師－患者関係をより良いものとしているように感じられる。

(イ) 患者の入口と出口を管理・見える化する

連携室の職員の方は別の側面から総合診療医の仕事を別の側面から支えていた。この

スタッフは、①外部医療機関へのアピールを通じた患者紹介率の向上と、②患者が病院に来るまでの入り口と退院するときの出口の整備、の二点を主な仕事としていた。県外の民間企業から転職して中部病院へ来ており、そうしたバックグラウンドを存分に活かしながら、病院内における情報の共有や意思決定にまつわる非効率的な側面について次々と改善策を打ち出し、データの見える化を図り、風通しの良い職場環境づくりに大きな貢献をしてきた。例えば、2016年に電子カルテが導入されたことに伴って、他の病院から来た患者の紹介状の取り扱いや、予約システムについて医師本人に確認をとるための手間を事務スタッフがかけていたというが、それを効率化するための方策を導入していった。こうした地道な努力を通して、他院から中部病院への紹介率を上げ、そうした実績を医療情報課と連携しながら可視化してきた。さらに2018年3月頃からは科横断の連携会議を副院長・看護部長・事務・外来師長・医事課・地域連携看護師・救急看護師などを集めて開催しており、その場でこうした紹介率などのデータを共有したり、院内の医師の意見とすり合わせて細やかな調整をおこなったりしている。また、出口として転院の連携をするために、2016年に第1回中部地区医療連携を考える会を開催した。限られた医療資源の中で、転院する先の病院から意見をもらって、紹介しやすい関係を構築することを目指した。具体的には、回復期病院が周囲に4つあるがその先の看護師、リハビリスタッフ、MSWなどを対象に、テーマを腰椎圧迫骨折にしぼり、どのような状況になれば転院可能かについて、転院をする病院の現状と転院を受ける病院の現状双方の意見をすり合わせた。また、尿路感染や蜂窩織炎を合併する患者の転院を考えるうえで、地域包括ケア病棟・一般病棟・医療療養病棟がある7病院があつまり、同様に双方の意見を共有する会議を開催したりもしている。最近では、転院先のスタッフに来ていただき、マッチングしていただくようなこともしている。そうすることで、転院キャンセル率（複数の病院で転院待ちを予約していた場合、一つの病院の転院が決まると、他の病院では転院キャンセルとなり、入院予約でとっていたベッドが無駄になる）がさがり、双方にとってメリットがある。さらに、中部病院の医師たちが出前講座として地域住民を対象に、健康講和をすることを企画したり、個人的に全国規模で開催されている医療マネジメント学会や地域連携会議などにも参加し、他病院での取り組みを参考にしたり、また人脈を作って他病院の取り組みを取り入れるためのアドバイスをもらったりしていた。

(ウ) 外部の視点で病院の役割を見直す役割

一つは事務職員が語った組織経営である。中部病院は県立病院であるという特性上、医師のノルマや実績がただちに報酬という形で反映されづらく、そのために個々の医師のモチベーションは必ずしも高くはなく、やらなくても良いことはやりたくないといった風土が多少なりともあること、病院としての対外的なアピールに対してあまり重きを置いてこなかったこと、またその状況を放置しては立ち行かないことを医師らが十分に自覚しているとはいえないこと、スタッフが公務員で定期的に異動があり、仕事の

継続性に難があることなどを挙げ、こうした現況を変えて組織改善を図っていく必要を感じている事務がいた。組織経営に関わる課題は、病院にとっては非常に重要でありながら、日々の臨床に追われる現場の医師らからは見えづらく、彼女のようなスタッフが中長期的な視点に立ちながら改善を積み重ねていることで、医師の職場としての病院がより働きやすい場になっているのだと気づかされる。

一つは医師が語った地域の医療体制の刷新である。「離島の医師」の立場で中部病院を見ると、最近70年ぶりに離島の一つである津堅島の診療所へ常勤の医師を配置することができなかったことを非常に重く受けとめていた。魅力の発信に欠ける部分があった可能性や、中部病院の看板である研修プログラムに「頼りすぎていた」可能性について語った。一方では、実際問題として離島の人口は減少傾向にあり、これまでのように全ての診療所に医師を置くことにこだわらず、もっとロースペックな医療サービスを提供しつつ中部病院にてその機能を補完するようなかたちも考えうるとし、県の動きが限定的な中で、こうした積極的な舵取りをしていかねばならない責任の重さについても語った。病院の中核の役割を担いつつも、組織構造的に不具合が来ていること、多くの医師が社会の変化を把握していないことに危機感を覚える医師がいた。その中でも、県立病院が行政機関であること、南部・中部・北部という各地域で医療を考える背景があるなかで、地域を視ずに医師研修で成功した歴史に医師が甘んじていること、忙しい医療現場で医師が社会の変化に鈍感にならざるを得ないことなどが、沖縄中部病院の危機に影響を与えていると語ってくれた。

病院の存続を考えても組織改革は喫緊の課題ではあるものの、多くの職員が自分事ではないため、ある職員が話していた「泥船が沈むのを待つ」感じも頷ける状況であった。

G) 小括

沖縄県立中部病院は臨床研修で培ったメディカル・ジェネラリズムは多くの医師に浸透しているように見え、その医師たちが医学に集中できるのは看護師や事務の方の支えがあるからであるように映った。また、病院の利益率の顕著な低下もなく経過した陰には看護師や事務などの多職種の支援が大きいように映った。時代とともに、医師が病院で医療だけやっているだけではいずれ限界が来ることは目に見えていた。歴史的に医師の研修に注力し、それに成功してきた自負のある医師の意識を変えるよりも、地域の中にある中部病院としての役割を見ている看護師や事務の働きから県立病院としての役割を、地域・部門横断的かつ中長期的に戦略的に考えるほうが地域連携の素地を固めるには早道なのかもしれない。沖縄の戦後の歴史とともに作られてきた中部病院が、今後どのような戦略をとっていくかについては、病院だけでなく、地域全体を見渡す多職種が歴史を変える存在になるかもしれない。

(5) 溪仁会グループ 手稲家庭医療クリニック

A) 視察日

2019年8月29日～30日

B) 調査内容

手稲家庭医療クリニックはじめ、訪問診療などに同行し、インタビューと観察からなる以下のような調査を行った。調査者2名は必要に応じて別行動を行い、医師1名、看護師4名、事務職5名、栄養士1名。時間はいずれも30分～1時間半ほどインタビューを行い、外来・夕方のカンファレンス・待合室・医局等を観察した。

C) 施設の概要

手稲家庭医療クリニックは、外来・訪問診療・緩和ケア（病棟）の3部門をもつ。ここでは、総合診療・家庭医療、つまり、高度専門医療・急性期医療「以外」の医療を提供することで、それらを提供する病院と役割分担に基づく有機的な連携を行い、「健康なまちづくり」の一翼を担うことを目指している。業務スタイルとしては、グループ診療、多職種協働、人材育成を重視している。

外来は、内科・小児科・産婦人科が標榜科で、平日午前・午後とも1-4名の医師が担当している。予約制で、15分に1人である。7つの診察室がある。いずれも引き戸で、閉めれば完全に個室となる。このクリニックの専従医師だけでなく、600mほどの距離のところにある手稲溪仁会病院の研修医・専攻医なども外来を行う。A医師によると、こうした人の行き来があることが、病院との連携の取りやすさを支えているという¹。

病棟は、主に本院からのがん終末期の患者を受け入れる緩和ケア病棟である。個室14室、2人部屋2室、合計19床（1床の由来不明）からなり、年間看取りは約120人である。ファミリーキッチン・図書コーナー・ミスト浴などの施設がある。病棟責任者の医師は病棟専属で、ほかに看護師・看護助手・ボランティア（マッサージ・話し相手・買い物代行など）などのスタッフがいる。医師は、手稲溪仁会病院の腫瘍内科、消化器内科などがん診療を行う医師が1～数ヶ月単位で研修に来ることもある。

訪問は、24時間365日連絡を受け付ける体制をとり、複数医師によるグループ診療を行っている。訪問範囲は手稲区全域と、札幌市西区・北区・石狩市・小樽市の一部地域である。定期訪問診療は月平均243.6回、臨時往診数は月平均33.7回である。認知症、神経疾患、精神疾患、末期癌などの終末期を含め単独機能強化型在宅療養支援診療所で、約100名の患者を担当しており、在宅看取りは年間約70名である。

¹ 典型的には、クリニックの外来経験がある医師が病院の救急勤務になっているような場合などである。

初期研修においては、手稲溪仁会病院のプログラムの一環として診療に従事する。後期研修プログラムは2009年に認定され、4年間のプログラムの修了者はこれまで12名を数える。指導医は7名で、専攻医は外来・訪問・病棟・僻地を担当できる。なお、2016年度より日本在宅医学会認定施設となり、2年間で在宅医療専門医を取得することができる。

医師室は、フリーアドレスの机およびパソコンと、個人専用のロッカー（小学校のロッカーと同様に扉はない）と本棚が面積の多くを占めている。社会的次元に関する本をお持ちの先生も多い。『仮病の見抜きかた』（國松淳和、金原出版、2019年5月刊）や『死にゆく患者(ひと)とどう話すか』など。

D) 施設の歴史的背景

手稲家庭医療クリニックは、2009年10月に開院した。A医師によると、当時はスタッフ3名と研修医3名であった（2019年8月時点は15名）。ウェブサイトによると、家庭医（総合診療医）が中心となり、地域に求められている医療を提供すること、地域全体が健康になるようなクリニックを作ること目標としている。A医師によると、クリニック設立前から約20年にわたり訪問看護・訪問リハビリも行われていたが、クリニック開院時にこれらをクリニックに集約したという。

母体となる手稲溪仁会は、1979年に創設された。1987年に500床の手稲溪仁会病院を開院した。その後、救急病院指定（1988年）・臨床研修病院指定（1997年）・北米方式臨床研修システム導入（2001年）・はまなす訪問看護ステーション併設（2002年）・救命救急センター指定とドクターヘリ正式運航認定（2005年）・地域がん診療連携拠点病院指定（2009年）など、機能・設備の拡充が続いている。道内に12しかない三次救急施設の一つである。

現在の理事長は札幌医大卒（1973年）で、アメリカ留学経験がある循環器内科医である。1997年に手稲溪仁会病院に入職、1998年に理事・手稲溪仁会病院副院長、2009年に院長、2014年に理事長に就任した（2015年に院長職からは退任）。

札幌市医師会の記録によると、2000年度に札幌市医師会手稲区支部は、西区支部との合同も含めると、テーマと医師名が明記された講演会・健康教室を22回実施している。そのうち3講演を、手稲溪仁病院の医師が担当している。北大や札幌医大を含め、ほかにはこれほど多くの講演者を輩出している病医院（法人）はない。一定の存在感をもっていると推察される²。

E) 施設周辺の地域性

手稲（区）は、道庁所在地の札幌市の北西部に位置する近郊住宅街である。明治時代の開拓当初は、小樽と札幌を結ぶ輸送の中継地点であった。札幌と小樽を結ぶ鉄道が開通し

² なお手稲溪仁会の現理事長が2000年9月のゴルフコンペで4位に入賞しているため（当時理事3年目）、その欄にも手稲溪仁会の名は記されている

た年の1880年に、簡易停車場ができています。現在も、鉄道・国道・自動車専用道路が通っている。産業は、農業・運送業（明治）、畜産業・鉱業（大正）、観光業（戦後：手稲山登山・スキー、温泉）の順に栄えた。特にインパクトを持ったのは鉱山であった。手稲の鉱山は明治期に開山し、昭和初期に最盛期を迎えた。1946年度には、金銀銅ともに道内1位の産出量を誇った。しかしそののち急速に衰え、1971年閉山した。

1967年に、当時の手稲町は札幌市に編入された。1989年に、西区から独立し手稲区となった。2020年4月現在の人口は約14万人、世帯数は約6万世帯である。札幌市内10区のうち、1世帯当たりの平均人数が2人を超えているのは手稲区と清田区のみである。一人世帯は少なく、人口増加率・年少人口率・区外への通勤者率がいずれも市内で2位である。そのため、若年・中年世帯が子育てや老親との同居などを比較的しやすい地区であることが推察される。

交通の便は現在もよく、手稲駅から札幌駅までの鉄道の所要時間は20分弱で、朝の7-8時台には各10本の列車の運行がある（うち3本は追加料金が必要な列車）。手稲駅の乗降客数は、札幌駅・新千歳空港駅に次いで道内3位である。なお、駅利用者が駅に向かう際や駅から出る際の自家用車やタクシー利用の割合は、他の駅に比べて高いという。2日間にわたりクリニックに赴いた際にも、駅から周辺に徒歩で移動する人はかなり少なかった³。

札幌市によると、札幌市の医療機関の施設数は、病院が204か所、一般診療所が1317か所で、人口10万人あたりの件数は、病院は大都市平均より多く一般診療所は少ない。一般病床数・療養病床数・精神病床数は大都市平均の約1.5倍である。

札幌市が属する札幌区域は2013年から2025年にかけて在宅医療等が+88.1%（23608人/日→44509人/日）、うち訪問診療14が+66.1%（14193人/日→23576人/日）と、大幅に需要が増加すると、札幌市は予測している。この増加率は、北海道の二次医療圏ごとの比較の中で2位である（1位は深川市・妹背牛町などが属する「北空知」である。ただし北空知の実数は在宅医療266人/日→524人/日、訪問診療14人/日→30人/日であり、もとの規模が小さい）。

札幌市内の医療機関での在宅における看取り件数は短期間で急増（2014：298→2016：583）している。2023年度目標は1200件である。訪問診療を提供している医療機関は、一般診療所1312施設のうち166施設（12.7%）、全病院205施設のうち48施設（23.4%）で、全国平均（一般診療所20.5%、病院31.7%）を下回っている。

日本医師会のデータによると、手稲区では、今後、生産年齢人口は減り高齢者は増え、医療・介護需要は全国平均の1.5倍ほどの増え方をすると推計されている。区内の一般診療所は72施設、うち内科系は34施設、病院は14施設がある。うち、在宅療養支援診療所・病院は合計9施設である。医師人数は485人で、人口10万人あたりに換算すると医師数343.97人であり、大都市郊外ということもあって医師数・割合の点では恵まれている。全

³ ただしこれはこの地区の特徴というよりも、全国的な傾向ともいえるが

国平均は246人であるため、約1.4倍である。

札幌市は、「市民が生涯を通して健康で安心して暮らせる社会の実現に向けた医療・保健システムの確保」を基本理念（長期的目標）と定め、安心を支える地域医療提供体制の整備、地域と結びついた医療連携体制の構築、医療提供者と市民との情報共有・相互理解の促進、市民の健康力・予防力の向上の4点を基本目標としている。

F) 総合診療医が組織や地域に与える効果

手稲家庭医療クリニックは、その名の通り、家庭医療を中心とした医療施設である。本節では、インタビュー記録やフィールドノートの記録からうかがえる手稲家庭医療クリニックやそこで働く総合診療医の姿について記述していく。

a. 総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムという価値観の浸透

総合診療医は急性期の患者を相手に、スピード感とピンポイントな焦点の当て方によって患者に（あるいは病気に）対処する「通常の病院」との違いがよく語られることを確認する。

「病院の常識がここ（引用者注：家庭医療クリニック）の非常識ということ。やはり限界を感じたり。」（看護師）

「急性期は医師は病気を、看護師は患者を。（見ているものが）分離してる。ここ（家庭医療クリニック）は同じ。コミュニケーションしやすい。興味の焦点も近い。よそだと患者が信頼するのは医師で看護師にはなかなか。」（看護師）

「先生も家庭医療の先生ですので、その辺の私たちに助けていただけるのは、病院のドクターとはまた少し違った立ち位置にいます」（施設職員）

ここからは、総合診療医がイニシアティブをとる手稲家庭医療クリニックやそこで働く総合診療医が、「通常の病院」の医師と違っていることがうかがえる。その違いは、生活・家に軸足を置くということである。それは、次の語りに端的に表れている。

「病院では家が見えないわけです。その連携の中でも、なかなかご本人の努力や、家族の努力ではないと難しい、こちらの意図する医療というのは実施できない事が、実際多いです。」（看護師）

加えて、「訪問診療」では、患者の住まいで患者がその家の主として医師と看護師（と調査者）をもてなすさまを観察できた。また同医師は、「大先輩が選んでるんだから」・「自分の倍生きてる人が下した決断」だから、と、本人の選択を尊重する意向を強調していた。さらに「外来」では、嗜好品を無理にはやめさせない様子も観察された。いずれも、医療を提供することと生活者としての患者の生を尊重することを両立させ架橋している例といえよう。

なお、「夕方のカンファレンス」においては、管理者医師やベテラン医師であっても、必ずしも結論を明瞭に指示する発言をするわけではない様子が見てとれた。ある医師は視野を広げたり一息入れたりする発言を努めてしているように見えた。また別の管理者医師は、

極力発言せず、後期研修医の医師に自由に発言させようとしていたように見えた。「生活」を尊重するがゆえに、管理者医師やベテラン医師であっても、どういう結論がその患者にとってベストな生活であるかを推定しかねるし、報告者の医師が自ら見つけられるようにすべきというボトムアップのコミュニケーションを図るスタンスであるように見受けられた。ここにも、「ある臓器をどういう状態にするのがベストなのか」ということに一定のコンセンサスが取れやすくトップダウンのコミュニケーションが合理性をもちやすい臓器別専門医の世界との対比が見え隠れしている⁴。

b. 総合診療医が多職種に与える影響

(ア) 医師への親近性

次に、医師・看護師以外の人々からよく聞かれたことが、自らと家庭医療クリニック以外の医師との間にある断絶あるいは距離を埋める橋渡し役を、家庭医療クリニックの医師は、身軽に（あるいはそう見えるような形で）実践してくれることである。

「ケア・マネージャーさんにとって、まだ医療に連絡するということはハードルが高いとは思いますが、このように各医療機関の先生に講師を受けてもらって、その場に参加すれば、利用者さんのことでも、その場で質問しやすかったりとか、ということで、質問しやすくて良いお返事が返ってきたら、次も質問ができると思うのです。」（施設職員）

「私が直接、地域の病院さんに、先生に講師をお願いできませんかと言っても、なかなかお受けいただけないと思うのですが、そこは医師会の中での役割になっていて、今までであればA先生ですし、今はI先生なのですが、そこに少し繋いでいただいて、医師会に入られていて、その中で、見つけてくれるといいですか。」（施設職員）

福祉職の人々にとって、医師は気軽にお願いや質問をしづらい、境界線の向こう側にいる相手のようなものである。そうしたときに、家庭医療クリニックの医師らは、福祉職とよその医師の橋渡しをしてくれるわけである。以下の言葉はそのことへの感謝の気持ちを表す言葉である。

「先生達がこちらに降りてきてくれているという感じ」（施設職員）

同時にこの言葉からは、福祉職の人々と医師の間の距離は、やはり依然としてそれなりに存在していることもうかがえる。

(イ) 組織全体のデザインとしての「偶発性・受動性」

「偶発性・受動性」は、計算可能性を高めることによって事故やインシデントを防い

⁴ こうした分担が可能なのは、手稲家庭医療クリニックと同一法人が運営する手稲溪仁会病院が数百メートルの距離にあり分担がしやすいことに負っている部分が小さくないと思われる。

だり成果を上げたりすることや、自主的に何かをなすことが過剰に責ばれる現代社会においては、低く評価されがちな特性かもしれない。しかし、「偶発性・受動性」の効用が垣間見られる発言は少なくない。

「(家庭医としての着任直後に) 受け取られ方は、私はよくわからないですけども、とにかく主張しなかったです。私は家庭医なのでこういうことをやりますというのは一切言わないようにして、私、これ困っているから手伝いますみたいな感じしか言わなかったです。」(医師)

「先生はわかっているというか、知識があってプライマリ医で、わかっている上で主張しない、私はどちらかというとも何もわからないから、わかるまでもの言わない、という、何か少し違いますよね。ベースがあってというよりは、私は管理歴は長く20年くらいなのでですけども、ここに管理で来たけれども、管理が20年長くてもここにいてそれが通用しないという前提で腹を括ってきているので、それがわかるまではインプット、という感じです。」(看護師)

これは、一見「何も自発的に動いていない」ように見えてしまう余地もある。しかしそうではない。ひたすら「観察に徹する」という形で、実は非常に積極的に動き始めているのである。これは、標的たる病変がある程度限定されている臓器別の診療科と対照的な点の一つかもしれない。こうした構え方が基底にあることは、状況把握の「深さ」を可能にする要因の一つなのではないだろうか。

前述の構え方の下で動き始めた総合診療医の視点は、非常に俯瞰的である。前述の「深さ」は、そこに結実する。他職種の業務範囲との境界付近の業務についての総合診療医の姿勢を以下のように評する声がある。

「入り込んで、入られて診療されているという印象が最初の印象でした。すばっと分かれている訳ではなくて、少し入れ子構造になっているというか。(中略) 恐らく今はどの先生もそうだと思うんですけども、ここからはソーシャルワーカーの領域だな、ここからは薬剤師の領域だな、ここからは看護の領域だな、ということで、その部分までは片足を入れるのですけれども、ある程度のところからは専門の職種にバトンタッチする部分があるというのをきちっとご理解されて、自分が手を引く場面はどの場面かですとか、というのを見極めながら、そういうことも踏まえて診療されているのだなという印象がありますね。」(MSW)

G) 小括

手稲家庭医療クリニックにおける総合診療医の活動の意義は、「偶発性・受動性」を契機として俯瞰的視野を確保し、「病院と生活」の境界や「医師と医師以外」の境界を架橋する・つなぐことであることが明らかになった。

ある職種にとっての「辺境」的な業務は、「生活」や別のある職種との連携の「のりしろ」

になりうる場所、フロンティアでもありうる⁵。見方を変えるならば、総合診療医は（たとえば臓器別医療などの）医療の中心的価値観をも俯瞰的に眺めることで、医療の中心的価値観から相対的に自由であり、その分、別の知識体系やスタンスに触れやすいポジションにいてもいえる。それは、中心的価値観を更新するポテンシャルを秘めていることも意味している。医療の世界全体に対するメディカル・ジェネラリズムの存在意義は、そうした点にもあるのかもしれない。

「生活」を見ることは、あいまいで、（検査の数値などの形では）見えない部分を相手にすることでもあるだろう。「見えない部分」の形を保ったまま、しかもその形を可視化して人（他の医師（臓器別専門医など）かもしれないし他の医療・福祉職かもしれない）に渡すこと。これはかなり負担が大きいものと思われる。「渡す」タイミングを見誤ると、自分が多くの業務を抱え込んでしまうことになりかねない。実際、総合診療医17名を対象としたインタビュー調査を行った、医師で医療人類学者の山上実紀（2011）は、「なぜ医師はバーンアウトするのか？ 医師のメンタルヘルスシステム構築に向けて」という科研費研究成果報告書の中で、「役割があいまいであることによる不安などが語られた。」（p.4）と記した。これはもしかしたら今後の総合診療医の世界におこる困難として一般性があるのかもしれない。しかし、すでに引用したように、「ある程度のところからは専門の職種にバトンタッチする部分があるというのをきちっとご理解されて、自分が手を引く場面はどの場面かですとか、というのを見極めながら、そういうことも踏まえて診療されているのだなという印象がありますね。」（MSW）という状況になっているし、亡くなった患者の希望がどのようなものであったのかを理解可能な形で情報共有できなかったケースにおいて、「先生方に怒られたり、どうしたかったのですか、この人は、とかと（聞かれると）いうことがあって」（施設職員）ということもあったようである。ここからは、医師が抱え込むのではなく、いったんくっつけたあとは「適宜離れる」、という姿勢もあることがうかがえる。それは、バーンアウトを防ぐうえで重要なことのように思えるが、「適宜離れる」とはどのような形で実現可能なのか、今回の調査からは述べることができない。今回の調査では、総合診療医が「生活」や「家」や「他職種」に迫っていく姿を追うことに主眼を置いた。次回からは、「適宜離れる」ことをいかにしてなしえているのかにも注意を払いたい。

【参考資料】

札幌市<https://www.city.sapporo.jp/teine/shokai/index_02.html>

札幌市<<https://www.city.sapporo.jp/kikaku/choso/teine.html>>

札幌市医師会「札幌市医師会史 平成編」<https://www.spmcd.jp/12_ishikai/history_pdf/history_heisei.pdf>

⁵ 江戸時代に、首府・江戸にとっての辺境の「琉球」が、東アジア・東南アジア・欧米の情報確保の最前線であったことと同一の構造が見てとれる。

札幌市中央図書館／新札幌市史デジタルアーカイブ<<https://trc-adeac.trc.co.jp/WJ11C0/WJJS02U/0110005100>>

さっぽろ未来医療プラン策定専門委員会「さっぽろ医療計画 2018 (案)」<<https://www.city.sapporo.jp/eisei/tiiki/iryouplan/second/shiryo5/documents/shiryo2-1.pdf>>

日本医師会「北海道 札幌市手稲区 | 地域医療情報システム」<<http://jmap.jp/cities/detail/city/1109>>

山上実紀 2011「なぜ医師はバーンアウトするのか? 医師のメンタルヘルスシステム構築に向けて」<<https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-21790502/21790502seika.pdf>>科研費研究成果報告書 (2009-2010 年、若手研究(B)21790502、研究代表者：山上実紀)

(6) 北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック

A) 視察日

2019年8月29日～30日

B) 調査内容

栄町ファミリークリニックに訪問し、医師1名、看護師2名、事務職1名、理学療法士1名、MSW1名に対して、時間はいずれも30分～1時間半ほどの聞き取りを行った。

C) 施設の概要

栄町ファミリークリニックは院長をはじめ、家庭医療専門医が中心のクリニックで外来診療、訪問診療を中心に行っている。なお、クリニック内に訪問看護師は有していないが、近隣の訪問看護師と連携し、終末期に近い患者を中心に関わっている。また、クリニック内には、医師4名（外来診療、訪問診療）、看護師4名（外来診療補助、訪問診療同行）、理学療法士5名（訪問リハビリテーションのみ）、MSW1名（外部との情報交換、依頼、交渉等）、事務長（診療放射線技師）1名、医療事務3名が所属している（2019年8月30日時点）。これらの多職種が連携して院内外にサービス提供するとともに、地域や他施設の専門職との有機的なつながりを構築している。

D) 施設の歴史的背景

栄町ファミリークリニックは、2010年に開院した北海道札幌市東区にあるクリニックである。開院前は約20年整形外科の有床診療所があったが、その診療所が閉院すると同時に、北海道家庭医療学センターが診療所を継承し、研修施設の一つとして立ち上げるようになった。このクリニックに2年半前に院長に就任したのが中川医師（医療法人北海道家庭医療学センター常務理事）である。中川医師は、2002年に北海道大学を卒業後、日鋼記念病院にて初期研修を行い、北海道家庭医療学センター後期研修を経て、寿都町立寿都診療所所長を務めてきた。（栄町ファミリークリニックホームページより引用 <https://sakaemachi-fc.hcfm.jp/doctors/index.html>）

E) 施設周辺の地域性

北海道札幌市東区は、鉄東、北光、北栄、栄西、栄東、元町、伏古本町、丘珠、札苗、苗穂の10地区からなる人口26.4万人（札幌市人口：196.9万人）の地域である。クリニックから徒歩3分程のところ東豊線の栄町駅があり、札幌駅までは約10分であり、札幌の中心地といえる。

F) 総合診療医が組織や地域に与える効果

a. 総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムの浸透

クリニックに勤務する看護師・理学療法士・MSWの中には、これまで病院勤務の経験はあるが、クリニック勤務は栄町ファミリークリニックが初めてという職員が多く、病院と異なる医療の在り方に戸惑い、クリニックにおける自職種の役割に葛藤していた。

「(病院とクリニックは) だいぶ違いました。ちょっとカルチャーショックでした。」「お家で過ごしている患者さんを診ると、いや、絶対もっと病院にいた方が良いのに、良いケアを受けられるのに、と思っていたのですよね。頭が移行していないので。点滴しなければいけなくなる患者さんは、家で家族がどうやって見るのだろうかとか、病院にいると主たる介護者は私たちですけれども、お家に帰ると年老いたお母さんだったり、年老いたお父さんだったりとか、そのような感じですよ。だから絶対にこの人は病院に行った方が絶対に幸せなのに、お互いに幸せなのに、と思ってそのまま1年くらい受け入れられないでいたのです。」(看護師)

「前は急性期の病院のソーシャルワーカーでした。訪問診療のクリニックとか診療所にソーシャルワーカーを置く様になったのは、結構最近だと思うのです。訪問診療のクリニックも多くなっていますし、今でこそ多いですが。ですので、全然勝手が違うと言いますか、何をして良いかもわからないところからの始まりでした。」(ソーシャルワーカー)

「自分が思い描いていた事務長という、病院の事務長しか今まで見たことがなかったので、クリニックでの事務長の役割がどういうものかというのは本当に手探りで、病院の事務長とは全然違うのですよ。」(事務長)

中川医師は、家庭医として大切にしている視点を他職種に見せ、伝えることによって、他職種が家庭医療の中に役割を見出すきっかけを与えた。

「先生方の診療を見たり、患者さんの家族だったり患者さんから、先生、お家に居て本当に良かったと聞けば、自分がやってきたことを否定されている訳ではないですけど、それはその場にあった介護の仕方とかケアの仕方があるのだなと思って。」(看護師)

「患者中心の医療は、当時レクチャーをして下さっていたのです、先生方が、家庭医を知ってもらおうという意味で、それを聞いた時に、自分が感覚的にやっていたものが、このように体系化されているのだと、感銘を受けたのを覚えていて、そこから広がって行った感があります。」(理学療法士)

そして、時に他職種に役割を与えた。

「家庭医は何でもやろうとするのです。器用ですし、自分が見通しがついているのでできるのです、やろうと思えば。それを自分で抱えるのではなく、自分でもできる仕事を、他の人ができるのであれば、あえて振るのです。あえて、あなたのことを信頼している、あなたただならできると思っているから頼むのです。」(中川医師)

他職種は、中川医師からの役割期待に対する役割遂行をとおして、家庭医療における自

職種の役割を認識しはじめ、徐々に動機づけされた。また、広く他職種に家庭医療の視点を伝授していくことを家庭医に期待していた。

「今自分の役割は何なのだろうかと考えられるようになったというか、確立していない同行看護師の役割というところで、きちんとこれから入ってくる看護師とかに、センター、組織というのは大きいではないですか、なので何かできることがあればいいなと思って、日々模索しています。」「(急性期は) 治すことに必死、だけど在宅は治す場ではないのだなということがわかりました。治療と言いますか、私たちの生活を支えるという、本当に寄り添うことなのだと思います。」(看護師)

「どういう風にこういった、うちの組織で、そのソーシャルワーカーとしてできるのだということを感じる結構あったのですが、やっと最近、何といいますかね、仕事の流れといいますか、そういったものが自分でも結構掴めてきたという感じですね。」(ソーシャルワーカー)

「私達の専門性的なところは、体を取り扱っていくと言いますか、その辺の動作のプロだったりすると思っています。そこは今までの病院のリハで培ってきたようなものでも提案していけるのですが、もう少し総合的なものと考えた時に、そもそものその人の気持ちとか、体とかということがとても大事だなと思い始めたのです。」「家庭医療の概念的なものであったり、主軸だったりする、患者中心の医療の考え方ですので。そこは多分、家庭医の先生は誰でも備わっているようなイメージがあって、そこを伝授して欲しいなというイメージがあります、他職種にも。どの医療職にも、医療従事者にも必要な考え方だなと思って。」(理学療法士)

また中川医師は、クリニックの利用者だけでなく、地域住民に対して「家庭医」とは何かを啓発するとともに、家庭医として様々な健康問題に対する情報提供を行っていた。

「私が今取り組んでいるのは、かわら版といって、月に一度うちのお手紙みたいな情報誌を作っているのです、表裏の。後でお見せします。大したものではないですが。そこに家庭医とはとか、後は、こういった取り組みをしてきたとか、ということを経月一回発行して、それを患者さんの外来に置いて持って行く人は持って行く、訪問診療の患者さんにはそれを毎月必ず渡すということをしています。」「地域の講演会としては、医師会でのこの間、認知症の講演会がありましたが、そういった話をする時に、こういった医者ですよ、という話をしたり、後は、ケアカフェというものをお話ししたと思うのですが、ケアカフェを年に3回開催していて、それをベースに時々、私はこういう医者なのだという話を、初めて来る参加者が多い時とかには話をしたりすることもあります。後は、年に2回地域の講演会があって、そこに行って話をします、家庭医の話をします、腰痛体操の話を、リハビリのこと一緒になったりそういったことをやっています。後は、今度、敬老会というのがある。町の民生委員とかが集まる会議があるのですが、私は民生委員ではないのですが、その民生委員の下にある協力員というのがあるのですが、協力員にしてもらいま

した。(省略)そこで家庭医療の話を5分から10分程度しか時間がないですが、話をして欲しいと言われましたので、話をして来ようかなと思っています。そういった感じで少しずつ浸透を図っているという感じです。」(中川医師)

地域住民の健康と幸せのために、切磋琢磨する中川医師の存在は、患者・家族に信頼と安心を与えていた。

「患者さんも、この先生に診てもらえて良かったと本当に心から言ってくれるし、最後まで必ずしも看取れるとは限らないのです。例えばすごい癌の末期で、最期まで家にいたいと言っても、やはり最後の最後は家族が負担になったりとか、慌ててしまったりとか、そういうことで大きい病院でなければ安心できない、と思ってしまって、病院に行く患者さんというのはいるのです。でもそれはそれで良いのですよ、ということが家庭医の先生は言えるのです。やはり患者さんにとって一番安心できる場所で最期を迎えるというのは大事なので、きっとそれはそれで後悔しないだろうし、それでもやはり家で最期を迎えたいという患者さんには、きちんとしっかり寄り添えるし、という、そういう意味での振る舞いというか、全てが全て自分で抱えるのではなく適切なもの、患者さんにとって良い状態というものを環境設定から何からできるのが、家庭医の先生なのです。」(事務長)

「(栄町ファミリークリニックの家庭医は)病気という程ではなに症状というのは結構あると思うのですが、そういったものを取り扱ってくれるので、やはり信頼、心の支えになりやすい存在なのかなと感じたり、それは(患者の)ご家族とかからも聞きますね」(理学療法士)

b. 総合診療医が多職種に与える影響

(ア) 信頼関係の構築

中川医師が赴任する以前のクリニック内は、職種間のコミュニケーションが少なく、互いの関係性が悪かった。当時を振り返り多職種は以下のように語った。

「私が入ったばかりの時は、かなり医師と看護師の関係性が悪かったりとか、少し看護師とリハビリの関係性が悪かったりとか、リハビリの中でも関係性が上手くいってなかったりという、何と言うのでしょうか、負の連鎖と言いますか、そういうのが少しここにはあったかなという感じがしました。」(看護師)

「中川先生が院長になってから、まだ2年くらいなのですが、そこから今は、落ち着いている感を感じるのですが、その前までは、看護師と先生が意見の食い違いとかで、結構、ぶつかっているのか、看護師さんが一方的に言っていたのか、先生が一方的に言っていたのか分からないのですが、力バランスがなんとなく乱れていたような、私達はどちらかと言うと、取り残されているという感は。」(理学療法士)

2年前に赴任した中川医師も、赴任した当時のことを振り返った。

「往診が入ったら誰が行くか、自分は行きたくないみたいな雰囲気。看護師も看護師で

医師の指示を受けるのもネガティブな感じ。そういった雰囲気が蔓延していました。」

赴任後の中川医師は、“この組織はうまれかわる”という想いでクリニックの職員に院長としての想いとチームのあり方を伝えた。

「患者さんを大事にできるのは、チームを大事にして、職員、我々が楽しく能動的な気持ちでいられなかったら、絶対に患者さんには良い医療はできないので、仮にそれが出来るというのであれば、それは偽善だと思います。それは違う。だからちゃんと仲間を大事にしてください、挨拶をちゃんとしてください、人の陰口悪口は言うてはいけない、それをやって行ったのです。本当にベーシックな話です。それをここ（大画面モニター）で映してやるわけです、プレゼンして。ここはそういう風に生まれ変わりますと。」（中川医師）

そして、中川先生が個々と話したり、チームみんなでディスカッションしたり、役職者と話したりした。中川医師はチームビルディングには、院長である自分以外のメンバーも含めたチームの核を作っていくことの重要性を知っていた。そこで、事務長・看護師長を巻き込み、定期的にミーティングを行い、継続的に意見交換しながらチームの核を作っていった。

「私は、人事を重んじています。看護師長は、私が来る一年前からここにいましたから、私の人事ではありませんが、非常にポジティブな方ですし、人の辛いこととかにも気付けることなのです。ただ、仕事とかは、どれほど忙しくても笑顔なのです。ですので、この人が看護師長であり続けることは、自分にとっては間違いなく大事なことです。後もう一つは、事務長です。彼女は実は、寿都時代（過去と一緒に勤務した）の放射線技師だったのです。」「その二人を、私の信頼出来る仲間として、側近としてしっかり活躍してもらって、私、看護師長、事務長が全くぶれない。どの様なことがあっても何もネガティブなことは絶対に発信しないし、職員の悪口は、もちろん当たり前ですが言わないですし、当たり前のことです。仕事に対してみんなで楽しくやっていくということを一貫して貫き続けたのです。そうしたら、みんな、そうなのだ、これは変わるのだということが、メッセージとして強烈に伝わったのだと思うのです。」（中川医師）

「院長と看護師長と私の3人できちんと取り組むというのが大事で、事務長だけが頑張るとか、看護師長に任せるとか、そういうことではないのですね。なので、他部署間というと、小さいグループの関わり同士にはあるのですけれども、そこが協力しあってやっていくという風土を作るといえるのは、私たち3人がきちんと考えて、段取りしていかないと難しいのだと思います。この前来ていただいた学生さんに言われて嬉しかったのは、この3人に質問をしたら必ず同じ答えが返ってくるというか、誰に聞いても同じ答えが返ってきますね、と言われたのです。それくらいその3人がきちんとマネジメントというものに対して同じ方向を向いているというのは大事だと思いますし、多分、ス

スタッフにとってもそこは安心感になるのかもしれないです。」(事務長)

「不満のないところというのは、実際にどこの会社でも病院でもクリニックでもないと思うのです。ただその不満を少しでも減らすためには、スピーディーな対応がすごく大事だと思っているので、あとは3人が同じベクトルというか、方向が、そこで関わる事が多分スタッフたちも安心すると思うし、院長はこういうことを言っていたけれど師長は違う事言っているわとか事務長は違う事を言っているわ、という風になると、なんなんだよと思うけれど、誰に聞いても、大体、同じような事を言えば、ああここは間違っていないのだなと、そうかそうかと納得もするでしょうし、そういう事が大事なのかなと思っているのですけれど。」(看護師)

「多分上の人たちが、上の人達と言いますか。上手くコミュニケーション取れてると言いますか、きちんと気にして雰囲気良くしようと思って、というのが多分、うまくいってるのだと思います。組織も人も小さいので多分、院長が変わってすごいワンマンな感じのすごい機嫌が悪くなったりとか、そういう先生だったらすぐダメになると思うのですよね。」(ソーシャルワーカー)

中川医師は自らの想いを伝えるだけではなく、自分の背中をしっかりと職員にみせ、職員それぞれに対し、常に感謝の意を伝えた。

「みんな今は笑顔が耐えませんが、みんな良い仕事をしてくれる、私もそれに感謝をするし。時にみんなで一緒に飲み会をしながら。そうやっていくことで、多分、みんな付いてきて来てくれているのかなという気がします。それで変わって来ているのではないかと思います。」(中川医師)

「院長が来て、あの感じで、頑張ろう、ありがとね、みたいな感じで、とにかく感謝の気持ちを口にします。院長はひとつやったらありがとうと必ず伝えますよね。そうやってくるとだんだん周りも変わってくるのですよね。何か感謝されたんだ、認められたんだ、という。今までなんて何もそんなことはなかったのに。」(看護師)

そして、中川医師から全職員、他職種から中川医師、そして仲間同士とチームの中に徐々に信頼感が醸成された。

「今は多分先生方のことを私は信頼しているし、きっと何かあった時は先生も動いてくれるし、多分、必要な時はこれはソーシャルワーカーにお願いしようとかというのが、今、多分、形ができてるんですよね、それぞれ仕事分かり合えてるっていうか。」(ソーシャルワーカー)

「やはり、リーダーシップのあるリーダーがうちの中川院長、という存在を心から信頼できるというか、そこをきちんと支えていこうという気持ちがあるので、後は、院長が私たちを大事にしてくれるという実感があるので、そこはやはり信頼関係が一つなのですよね。」(事務長)

(イ) 職員や地域施設の声の解放

クリニックに伺った際に対応して下さった受付職員の笑顔、視察をマネジメントして下さった事務長の笑顔、中川医師の笑顔が印象的であった。各インタビューにおいても、対象者自身のこと、中川医師のこと、組織のことを語る様子からチームの信頼関係が垣間見えた。チーム内にこのような信頼関係が構築される背景には、中川医師が意識する「笑い」があった。「院長」かつ「医師」である中川医師の立場性は、時に職員の声を開鎖させる可能性がある。しかし、中川医師自らがチーム内に「笑い」と「対話」の場を与えることで職員の声を解放した。

「朝一番のカンファレンスがそうです。私は必ず、少し眠そうな人とか、髪を切ってきた人とか、髪を切ってきましたねとか、必ずスポットライトをその人に当てるようにします。一人一人に当たるようにします。少し症例を聞きながら、一生懸命ディスカッションする中に、そういった笑いを入れたりするということも心掛けるわけです。そこから他職種の対話が始まります。」(中川医師)

「私が来た時は、あまり話し合いが話にならないというか。やはりこういうところは、安全な場所でなければいけないのですよね。何か話すのに、なんかこんなことを言っただけではいけないのではないかと、私なんかが発言して良いのだろうかとか、と思うような会議だったら意味がないので。でも院長は、やはりあんな人柄なので、何かあるか、あるだろうお前、みたいな感じで誰にでも平等に、そうすると話しやすい環境が作れたり、だから環境を作るのがすごく上手ですし、何を言ってもいいんだよ、みたいなそういう安心して発表できる場というのが、本当にこの1年、2年かけてできたと思います。」(看護師)

「やはり(職種間の)距離感が近いと思いますね。そうでないと、たぶんうまく回らないだろうし。多分でも、他のクリニックは意外とはやはり先生がいて、先生第一ではないですが、そういったところもあるのかな。でもうちはたぶん、それぞれが自分の思っていることとかはきちんとコミュニケーション取れているというところは今までと違うかな、と思いますね。」(ソーシャルワーカー)

「何でもかんでも院長の言う通りに、そうですねそうですね、と言うだけではないです。こういう時はこうなのではないですか、と言える空気を作ってくれているから良いのだと思うのです。」(事務長)

患者・家族に良い医療、介護を提供するためには自施設内だけでは限界があり、周囲の事業所と連携していくことは不可欠である。院長である中川医師だけではなく、副院長(家庭医)が中心となって2年程前に他事業所(訪問看護事業所)との「顔が見える会」を立ち上げ、地域の声を開放していった。

「顔が見える会という会をここで開催することにしたのですよね。今の副院長が中心となってやってくれているのですけれども、150人くらいの患者さんを訪問診療で診ている

のですけれども、その 150 人にはいろいろなところの訪問看護師、訪問看護事業所が、ステーションが関わっているのですよ。顔も名前も一致しない中で、2年前は電話でのやり取りしかしていなかったのですけれども、もっとよりスムーズに患者さんのことを診ていくには、顔が見えたり、顔と名前がきちんと一致することが、恐らくもう少し、していった方がいいのではないかとこのころで、その会を始めたて、それから電話だけのやり取りではなくなったことで、関係性が深くなると、この時はあそこの訪問看護師さんをお願いしようかと、すごく大事かなと思って。」(看護師)

「顔が見える会というものを行っており、訪問看護の方々には直接伝える場をもらっています。後は、何らかのチャンスで、一緒に組むことがありますので、患者さんを通して、その時にターミナルの人を経験した時に、何か困ったことがあれば対応してくれるし、往診してくれるというのが伝わっていくと思います。結局、困難であった人も最後は、それなりに穏やかに、家族もそれなりに感謝して終って行く、という成功体験をみんなでやっていって、それをいろいろなところで、訪問看護とかでお会いした時に、この前の件はありがとうと言いながら、こういうことを言っていました、感謝していました、と言いながら、いろいろと話をしていくと、やりやすいと思うのだと思います。」(中川医師)

「在宅で生活をされていく方々にとても向き合って、真面目に地域医療を展開して下さっていて、それは私達の事業所だけではなく、関わるステーションだけではなく、居宅さんとかも含めてだと思のですが、平等的に先程仰っていただいたみたいに、チームの一員としてみて下さるということは感じるのです。」「私達が掴んでいる利用者さん像でしたり、ご家族像だったりということも、とても聞いて下さるのです。それで、栄町さんで捉えているそういうところも教えて下さるので、訪看さんの時はそういった感じなのですか、私達も先生に対してはその様にお話しをするのだというのが、結構、擦り合わさって、見る形と言いますか、人間とか家庭は一面ではないじゃないですか、いろいろな形を持っているので、全てではないと思うのですが、少し形作られて、その上で一番家庭医や利用者さんにとって良い方向がどこなのかということのをみんなで考えて行ける。」(訪問看護師)

G) 小括

中川医師は協働する仲間への想い、また患者・家族だけでなく地域住民への想いを以下のように語った。

「私たちは地域で良い仕事が、患者さんであったり、地域の住民のために良い仕事をするというのが、彼らに安心、良い医療を届ける、必要な介護を届けるということが私たちの役割ですから、そのために困った人が来たらみんなで全力でやる。辛いけれど、みんなで笑いながらやる。」

このように、栄町ファミリークリニックの院長である中川医師は、クリニックに勤める

仲間を信頼し、仲間からも信頼されるチームを形成し、家庭医療における役割に困惑していた他職種に、家庭医療の視点や他職種への役割期待を伝え、他職種の動機づけを高めていた。また、患者・家族に関わる職種は組織の内外関係なく一つのチームとみなし、顔が見える関係を構築していた。さらに、地域住民の健康と幸せのために、院外でも「家庭医」への役割期待に応え、どんなに苦しい状況があっても、より良い医療を提供できるように仲間と切磋琢磨し、「笑い」を忘れずに走り続けていた。

(7) はちのへファミリークリニック

A) 視察日

2020年2月10日～11日

B) 調査内容

はちのへファミリークリニックを訪問し、院長である小倉医師1名、看護師1名、事務職員3名に対してお一人ずつ、1～1.5時間程度の聞き取りを行った。また、訪問診療の場面を視察した。

C) 施設の概要

八戸ファミリークリニックは青森県八戸市に位置し、2010年に無床診療所として開設した。2月10日に視察を行ったが、新幹線で八戸駅に降り立ち、JR八戸線に乗り換え、クリニック最寄りの本八戸駅に向かった。電車から見る景色は雪が少ない八戸と聞いていたが、2月初旬にまとまった雪が降ったようで、駅に向かうまでに電車の中から雪が一面に広がっている景色が目に入った。本八戸駅に降り立つと0度を下回る気温に体の底から寒さを感じた。駅からタクシーで向かい、10分弱でクリニックに到着した。クリニックが位置する場所は、大きな国道が目の前にあり、隣に丸亀製麺があり、車で来るのが当たり前になっているように駐車場は大きかった。クリニックの駐車場は30台くらいの車が置ける。さらに、丸亀製麺の駐車場との境目が明確ではないため、100台以上の車は優に泊められそうであった。クリニックの正面入り口から入ると、オレンジを基本の色調とした温かいクリニックの雰囲気が伝わる。患者さんに少しでも心安らぐ空間を感じていただけるような「あたたかく」「やさしい」クリニックづくりを目指している通り、事務スタッフの対応を含めて、温かい印象を受けた。入ってすぐにキッズコーナーがあり、多くの本の中にセサミストリートの英語で記載された書籍が目に入った。左に点滴室、第3診察室、右に第1・第2診察室があり、第3診察室はあまり使われていないようで荷物が置かれていた。正面入り口からはみると最も奥に位置されている階段を上るとスタッフルームと会議室、院長室があり、私たちは会議室に通された。机にはすでに高級な弁当が用意されており、私たちはそこで弁当をいただきながら、院長である小倉医師の診療が終わるのを待った。その間、こちらが恐縮するくらいに事務の方々から丁寧な挨拶をいただいた。スタッフは事務7名（5人が受付、一人が他の仕事、一人が事務主任で週の半分がテレワーク）、看護師8名（1名産休、2名育休で30代が多い）、管理栄養士1名（摂食嚥下に関わり、地域で学習会なども開催している）が働いている。看護師は変則勤務で、水・土半日+日曜日は休みで、月3日自由に休みがとれ、遅番なども活用しているようだった。

D) 施設の歴史的背景

施設の歴史を述べる前に開設者である小倉医師について紹介する。平成 15 年に琉球大学医学部医学科卒業し、平成 17 年 医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院初期研修を修了した。その後、平成 19 年 医療法人北海道家庭医療学センター家庭医療学シニアレジデント修了し、滋賀県弓削メディカルクリニックでの経験を経て、2010 年はちのへファミリークリニックを開設した。八戸は小倉医師の実家であり、小倉医師の父が産婦人科で開業していた。しかし、小倉医師には地元の医療関係のつながりがないうえ、当初はかなり苦労したようだった。周囲の医療関係者からは、「何か分からないけれど、家庭医とかと言って、帰ってきて開業しているよと、何をやる人なのだろう」と見られていたようだった。少しずつ、地域の病院からの紹介や他の診療所との連携を進めながら、地域のネットワークを広げていった。開設当初、新聞に取り上げられた時に、心も身体ということで患者からは心療内科だと思って受診し、他の診療所からも心療内科だと思って紹介してくれたようだった。周囲から、心療内科ではなく、家庭医療を理解してもらうのに、何年かかかったようだった。これは後に述べるように、医療圏 35 万人の八戸市に心療内科・精神科が足りない状況が影響しているようでもあった。クリニックでは外来診療と訪問診療が主な臨床であった。開業 2 年くらいは、クリニックとして成り立つ体制を作ること、それから周りの医療機関とくに理解してもらうというところに終始した。その後、在宅医療介護連携室、地域包括ケアシステムに関する国の助成のモデル事業が始まり、行政や医師会に依頼され、在宅医療を中心とした地域包括ケア、地域の地域包括ケアのシステム作りに関わる様な仕事を少しずつやる様になった。また、医師会活動、学校医などをはじめ、地域の医療ネットワークや情報提供するために新聞社とのネットワークを構築していた。その業務を通じて、小倉医師が地域の中で、役割を担っていく形になっていった。ここ 2、3 年は、キーとなる看護師と事務主任もリーダーシップをとりながら、小倉医師は医師会の担当理事や市の役職を担っていた。さらに、小倉医師は在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワークの代表者であり、NPO 法人 Reconnect の理事長でもあり、クラウドで在宅患者に関わる様々な保健医療福祉専門職とのコミュニケーションを図るツールを全国に先駆け活用していた。この NPO を通じて、在宅医療関連推進業をこの地域でやって行くことが軌道に乗っていた。このように 10 年前に地元地域で開業し、地域や全国の活動まで広げる活躍の背景について調査するため、はちのへファミリークリニックの調査を依頼した。

E) 施設周辺の地域性

八戸都市圏は約 33 万人の人口を擁する。医療圏としては、八戸市をはじめ、おいらせ町、三戸町、五戸町、田子町、南部町、階上町、新郷村を含んでいる¹⁾。八戸市の診療所全体は人口 10 万人当たり全国平均の 71.6 か所であるのに比較し 53.5 と少なく、精神科系診療所は全国平均 5.2 に比して 2.8 と約半分である。病院は医療圏には 27 か所であり、全国平均 8.35 と比して 6.65 と少ない。八戸市にあるのは市立病院、日赤病院、青森労災病院の 3 か所である。それぞれ特徴があり、市立病院は東北大、日赤病院は岩手医大、労災病院の内

科系は弘前大の医局からの医師の派遣が中心となっており、各大学の影響を受けている。はちのへファミリークリニックは特に八戸市民病院と救急との連携や総合診療科との関わりでの地域連携室・研修医の受け入れ・合同多職種学習会なども行い、比較的強い関係があるようだった。住民の医療アクセスも地理的なつながりというよりも、歴史的な八戸（南部）と弘前の対立が影響しているようで、弘前に行くよりも盛岡、つまり何か専門的治療が必要であれば岩手医大に受診する住民が多いようだった。歴史的には八戸の由来は、戦国時代以降は盛岡藩の一部であったものが、1664年に盛岡藩が分割され、八戸藩が誕生したことから始まる。八戸城は現在の三八城（みやぎ）公園にあり、当時の城下町が現在の八戸市中心市街の基本骨格となっている。その後、明治時代の廃藩置県により、八戸藩は八戸県、その後青森県となった。そして1929年に八戸市が誕生した。1969年に新産業都市に指定されたことで、臨海部における製造業の集積が進んだ。2002年12月には東北新幹線が八戸駅まで延伸され、2005年に南郷村と合併し、現在の八戸市となった。2017年1月には中核市へと移行し、県から民生や保健衛生、環境都市計画などの行政分野における事務の移譲を受けた。重要港湾である八戸港を有するほか、八戸自動車道、八戸久慈自動車道、東北・北海道新幹線、JR八戸線、青森鉄道、八戸臨海鉄道等が走っている。また、三沢空港があり、交通利便性がよい。三沢空港の近くは若い世代、港には高齢者世帯が多く住んでいるようだった。一軒家も多く、市街地に家を構える世帯が多いようだが、津軽から冬越えをするために八戸の子供たちの家に施設に移住する住民もいるようだった。人口は高齢化率30%を超え、八戸市は全国、青森県の平均寿命を下回り、青森県の健康寿命は、男性は全国平均を下回り、女性は上回っており、日常生活に制限のある期間は、男性で7.80年、女性で10.81年に及ぶ²。特に興味深いのは、高齢者は運動機能や栄養状態は全国平均より高いが、「閉じこもり傾向がある」「転倒リスクがある」という点では全国平均より低い点である。これらは氷が張るような季節の影響や車社会で成り立っている地域社会を反映しているのかもしれない。

F) 総合診療医が組織や地域に与える効果

八戸で開業している総合診療医である小倉医師は、総合診療医がもつメディカル・ジェネラリズムを丁寧に、ロールモデルとしての役割を通じてじっくり浸透させていった。

a. 総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムの浸透

医師以外の職種は総合診療の把握困難性から試行錯誤を繰り返しながらメディカル・ジェネラリズムの本質を学んでいった。当初クリニックの多くのスタッフは家庭医療を実践する診療所に赴任し、戸惑いを覚えることもあったようだ。あるベテランの看護師はその経験が統合される感覚を持っているようだった。一方で、クリニックのスタッフにとっては、総合診療や家庭医療の理念は理解できるが、臨床実践が良くわからないこともあったようだった。それがクリニックにおける一つ一つの経験が積み重なることで、総合診療医や家庭医療の全体像を把握するようになっていった。

「あの当時は、これもやって、あれもやって、時間内に仕事が終わるかなという不安が強かったです。仕事量が倍ですよ、ここは在宅も外来もやっていますので。一杯一杯でした。」

(看護師)

「いくらやっても奥が深過ぎて、みんなどうやっているのだろうか、きりが無いと言いますか。いろいろな緩和ケアだったり、後は、地域、外来に来る患者さんの健康相談に乗ったり、本当に多岐、全部を、予防接種であったり、全部を知っていないと、役に立たないのかなと、ふっと思いました。でも、私、今まで、ここに来る前まで、特定保健指導をしていたり、やったこともあって、小児科の予防接種とか、いろいろ経験させてもらったので、今、それがここで役に立っているのだなと。」(看護師)

「それで訪問診療も全然、やったことがなかったのです。本当に、これ程、いろいろなことをやらなければいけないのだと、煩雑すぎるのかな、思うのですが、何でしょう、何なのでしょうと、未だに分からないですが、家庭医、家庭医自体、総合診療とまた違うのかと思いつつ、でも同じなのかなと思いつつ、わけがわからないですが、でも、とてもやりがいはあるなと。」(看護師)

「家庭医療とか、総合診療とかというところの、最初は、何か少しよく分からないと言いますか、多分、やっていく内に、見えてきているものが、お互いにある感じですよ。」(看護師)

総合診療医が提供する包括性や継続性、患者中心性などはわかりにくかったようだが、小倉医師はクリニックのスタッフが学べるように、様々な工夫をしているようだった。小倉医師「うちの理念の最初にあるのは、チームとしてケアをする、自分の立場で、受付でも看護師でも栄養士でも、自分の立場で関わる患者さん、ご家族にどういったことが出来るかということを考えながら、チームとして協力してやるということです。それがケアの本質なのだと思いますか、ケアと言うのは行為ではなくて、そういう気持ち、マインドなのだと思います、その人のことを気にかけて、その人のために何か出来ないかということ、を自分なりに考えることがケアなのだと思います、そこを理解した上で、理念に沿ってやって欲しいということは繰り返し言っています。それぞれの患者さんについてのいろいろな検討などでは、そういったことに沿って何が出来るということを考えてもらえる様になっているつもりです。すごいアピールになってしまいますが。なかなか難しいのですよね。昨日も訪問に行った時に、訪問診療に私と看護師と、事務職員も時々、月に1回か2回ですが、連れて行くと、いうのもそういった意味合いもあって(中略)こういう人で、こういうことをされているのだなと、では自分としてどうしていったら良いかということ、を、生活の実体を知った上で考えられる様になって欲しいなということもあって、時々連れて行っているのですが、本人(クリニックのスタッフ)が何と言っていたか分かりませんが。」

医療事務や看護師は、総合診療医から患者中心性の姿勢を見ながら、学んでいた。

「常に患者さんに寄り添っているということが、全面に出ていて、そこを学ぶべき。自分も患者さんとしては、やはり、こういった先生に寄り添った診療がとても素敵だなというところも感じますし、自分も一スタッフとして、そういうところが、今まで足りないものと言えます。」(医療事務)

「この方は、どうしてこの病院に来たのかなとか、そういうところから入って行って、ただマニュアル化して、事務も、算定をして、会計出すだけではなく、やはり何で来て、継続的に来るようになったとしても、その人の状態を総合的に見て行くという、先生の診療体制に対して、自分も寄り添って、そこを学ばせて頂てるところなのです。(中略)本当にそれ程、患者さんのどこまで、中に踏み込んでというわけではないですが、総合的に見るという言葉だけでは簡単に言えるのでしょうか、深く、何と云うのでしょうか、患者さんを汲み取ってあげるって姿勢が、とても素敵だなと言いますか、何と云うのでしょうか、学ばせて頂てるところです。」(看護師)

小倉医師が人と関わる姿勢を見ながら、人と関わる姿勢を学んでいた。

「とても先生自体が、接遇ということを大事にされている方なので、本当にそこは共感できるといいますか、とても勉強させて頂きました。ただ受付にいる人、ということではなくて、本当にいろいろな患者さんが来ていて、中には、がんかどうかという診断を聞きに来ている方もいるので、失礼のない様にと、そういうことですね。仕事に対しての意識が少し変わったと思います。(中略)意識して気をつけるようになったといえますか、ただただ明るく笑顔で接するというのではなくて、配慮しながら寄り添ってというところを意識するようになりました。」(医療事務)

「受付に立っている時は、すごく具合の悪そうな人だったり、精神的に参っていて泣き出しそうな人であれば、違うお部屋をご案内する、お熱があるからこっち、とかそういうところではなく、患者さんの表情とかそういった所も気にかけるようになりました。」(医療事務)

「やはり普段先生が言っているのですけれども、仕事を作業としないで、一人一人をケアするという形で仕事をして下さいということをおっしゃっているので、そこは本当に影響を受けてと言いますか、目指す所だと思っております。」(医療事務)

「それこそ、やはり1対1でちゃんと人に接すること。教えてもらいましたし、忙しいのに、いろいろやっていますねという、」(医療事務)

患者の包括性・継続性を理解するためのコンテキストを補う情報を医師の在宅診療に同行することや外来診療の範囲を通じて学んでいた。

「また訪問診療に付いて行っても、(中略)事務の会計として、付いて行っているのですが、どうしてこういった背景、在宅という、何と云うのでしょうか、在宅になるような経緯を辿

っていったのかなということ、そういう意味でも勉強させて頂いています。」(医療事務)

「私は事務なので、同行させていただくのは会計が主な目的なので頻度は少ないのですが、いつもとても楽しみなのです。ご自宅に伺って、その方がどのような生活をされているのか見させていただくことで、(会計のためだけでなく)その方のことを理解できます。それに先生の診療をみさせていただくこともとても勉強になります。患者さんに接する姿勢だったり家族への対応だったり。」(医療事務)

「ここに来て、いろいろ患者さんの生活面が見えたり、背景が見えるようになってきたので、家族のこととか、そうすると、こちらも看護にも深みと言いますか、出てきますので、とてもやりがいがあります。」(看護師)

「一つの診療所で全て診られて、何かがあれば紹介という方が、消化器なら消化器、認知症は認知症といろいろと行くよりは、まとめて診てもらえる、困った時に、でも私的には、困った時に、すぐに来てもらえるといますか、相談出来る場所、他愛もないことでも結構、敷居が高いかなと思うのですが、病院は。です、少し転んだのですがとか、頭ぶつけたのですけれどもとか、お子さんでも熱が出てどうしようということでも、連絡してもらえそうなクリニックであればなど。」(看護師)

「今までの外来で働いていた時は、ぷつと患者さんが途切れてしまう気がする、患者さんが来ない限り、途切れてしまう。具合が悪くなったら、違う総合病院に行ったり、紹介したりということが多かったのですが、総合病院を紹介しても、また戻ってきて、訪問診療に切り替わったりということがあるので、最後まで、この患者さんを看る、関わる事が出来るというのは、良いなど。」(看護師)

総合診療医の診療から患者をラベル化するのではなく、一人一人の患者の個性を観察するすべを獲得していた。

「どこに行っても患者さん癖とかがあると思うので、この人は、あまり口下手な人だとか、よくお話、自分のことを話し、やはり、こういう症状なのですかとしゃべってくれる患者さんだけでないので、そういうところを上手く、だからといって、べらべらとどうしたのですか、どうしたのですかと、そういった様に、お話を聞くわけにもいきませんが、そういうところとかもよく知っていくところで、自分が接する態度とかも変わってくるのかなと思います。(中略) 実際、コミュニケーションと思いやりと言うことを一番大事にしていかないと、ただ業務を淡々とやってれば良いということではないのです。」(医療事務)

「具合がもちろん悪くて、患者さんがいらっしゃっているので、少しでも、もちろん受付が窓口になるので、最初の顔になりますので、少しでも、更に、ご体調を崩されない様と言いますか、寄り添って、こちらからそういった態度で行けば、患者さんも、もちろん打ち解けてくれるということもありますし、病院さんに自分も、患者さんと雇って行っても、やはり淡々と仕事しているなどか、何か、暗い雰囲気だなということ、そういう

ことは、やはり入ってすぐ分かるので、何かもっと踏み込む、踏み込むというのは、そこは少し、線を置くところは置いて、でも、やはり、この患者さんはどうしてという、自分の方もそういった思いで、淡々と業務を進めるだけではなく、やっていくっていう、それを心掛けている。」(医療事務)

このような取り組みから、診療所のスタッフは、小倉院長の診療の姿勢や患者への対応を通じて、総合診療医が持つメディカル・ジェネラリズムの価値を学んでいった。

b. 総合診療医が多職種に与えた影響

八戸地域は総合診療についてあまり理解がない地域であったため、まずは地域のコミュニティーペーパーや新聞を活用し、積極的に医療情報を提供し、住民のヘルスリテラシーを高めていた。一方で、地域の調整役を積極的に担う働きをしていた。

(ア) 地域の情報発信ステーションとして

地域のメディアを活用し、地域に医療の専門的情報をわかりやすく伝え、地域の様々な人を円滑に機能するよう、調整役として働いていた。

「医療機関とか、それからスタッフなども、なかなか(家庭医療の理解が)難しい面が最初はあったのですが、患者さんとかに、やはり地元紙(デーリー東北新聞)でアピールしているところが、とても理解してもらえて、例えば、今話題になっている、人生会議みたいなことについても、いろいろ書きましたので、そういったところで患者さんの方から、自分はこういう風にしたいとか、こういう風に考えましたとかと言ってくれる患者さんも出てきたりして、ですので、そういう意味では、何と言いますか、もちろん、こちらが患者さんのことを知るということも大事ですし、患者さんがこちらのことを知ってくれるというところが、すごく一緒に、もちろん意思決定もそうですが、継続的な家庭医の関係を築いていって、寄り添いながらやっていくというところには、とても重要なのだと感じています。(中略)一つの都市圏と言いますか、生活圏で、35万人くらいの生活圏で、一応、独自の新聞とか、そういったコミュニティ新聞みたいなものがたくさんあってみたいところですので、ちょうど上手い具合に、そういうことが出来る環境だったのだと思います。」(医師)

(イ) 地域医療施設との関係構築

「地域の中でやっていくという中で、(クリニックも)一つの企業ですから、企業として地域の中でどういった役割を果たして行くか、そのところが結局、医療介護関係とかの体制作りの中で、役割を果たして行く上では、どうしても医師会とか、行政とかとの関係も作って行かなければいけない。そこを上手にやらないといけないなど、というところが、勤務医の時は、自分達が一生懸命医療をやって、教育、啓発とか、いろいろなところと協力するにも、やれることをやって行けば、正しいことをそのまま言っていけば良いのかなということしか分からなかったのですが、現実的にいろいろなことをやっ

ていかなくは、正しいことをそのまま言っているだけでは、なかなか上手く行かないこともたくさんありますので、少しいろいろな政治的なことも考慮しながらやると、いろいろのネゴシエーションとか、そういったところは、非常に勉強になりますね。そこも含めての、それも家庭医の一つの役割と言いますか、過疎地の調整役という役割もあるのだなと感じています。」(医師)

(ウ) クリニックの一員として貢献する責任

多職種は小倉医師からのフィードバックなどから、組織の一員としての責任を感じながら患者や診療所全体のマネジメントに貢献する責任を学んでいた。

「院長の考えもそうですが、全員スタッフが動かないと回らないのだということ、一人の患者さんだけでももちろん相手にするわけでは、もちろん、出来ないですが、ある程度、患者さんのことを分かっていると、それが思いやりには繋がらないのではないかといいところも感じている。ただ、たんたんたんに進めば良いということではないと思いますので、一連の流れ、ただ風邪で来たとかということであれば、その時だけの患者さんとの、言ってしまうとお付き合いなのですが、長く通っておられる患者さん、長く通っても、ただ血圧だけとかではなく、やはり、何かその中でもイベントと言いますか、何かありますので、そういった背景とか、流れというものを、知っていくことで自分の、その患者さんとのコミュニケーションを看護師さんとか、先生程は、取るものではないですが、やはり、仕事がスムーズに行くためにも、患者さんとの、やはり、自分がいかに思いやりをもって接する態度とかにも、態度に表れるのかなと思って過ごしています。」

(医療事務)

「うちは何か間違ったら、誰でも良いので、原因が誰か分からなくてもとにかく、ヒヤリハットを書いて、こういうことがあって、ではどうしてそうなったかを書いて、ではどうすれば良いと思うというのがあるので、それを書いて、ここで、みんなで相談して、決める時もありますし、事務だけであれば事務で、こういう風に確認する様に決めましたという報告をして、それで何ヶ月か様子を見て、また発表します。」(医療事務)

「とにかく、話し合いを大事にします、先生は。ミーティングもしっかりしなければですし、それで、何か間違ったら、誰かを責めるとかではなく、みんなで話し合っ解決しようとしているので、それで何かあったからといっても、誰か一人を責めるとかではなくて、とにかく、こういうことがあって、ではみんなで話し合っ解決してみたいな、みんなに考えさせているという感じです。みんなで考えているということですね。先生が決めて、先生がこうしようと決めることはまずないです。大きいことは、多分、先生が、診察時間はこうするとか、そういうことは先生が決めますが、院内で起こったことは、みんなで考えて、みんなで解決してみたいな感じです。」(医療事務)

「私達は、とにかく、先生が診療に集中出来る様に。問診もしますし、カルテの内容も見えて把握して、言葉を選べないです。外来に関しては、とにかく、先生が止まらない様

に、混んでいる時は、混んでいますので、スムーズに行く様に、たまに、看護師が裏にいない時は、私達、受付の裏に看護師が大体待機して、先生の、やるのですが、忙しい、今日は点滴が二人いてナースが二人取られたりしてしまうと、そこにいないと、先生が次に呼ぶ人が呼べないとかいうことがありますので、先生が、前の人が終って出して来たたら、次の人を呼ぶとか、ともかく、先生の手が止まらない様にはしています。」(医療事務)

(エ) 地域のネットワーク構築と自己効力感

小倉医師が主幹した NPO 全国大会の事務局として働いた看護師・事務は、これまで接することの少なかった地域の連携の核となるステークホルダーとのコミュニケーションの機会を増やし、診療所外の連携を円滑に進めることにつなげた。また、大きな仕事を達成することで、自分自身の仕事に自信が持てるようになっていった。

「顔と、今まで、顔も分からず、名前しか分からない、でも顔とかを合わせた時に、患者さんのことで、こういう相談、困っているのですという、こういう風にしたら良いのではないかと、そこまで話すことが出来た。また困った時に連絡しますとか、地域連携の人とか、とても話やすくなったというのが、そこからでしょうか、変わって来たのは。」(看護師)

「私がこの、はちのへファミリークリニックに入ってからの仕事の中で、全国大会は本当に一番大きい出来事で、そこを経たので、その後は、本当に些細なことに感じるようになった。心境的にも入った当初よりだいぶ楽になったという、大きく構えられるようにはなったのだろうと思います。その後は、全国大会の後片付けという、いろいろなお金の処理も済んで、あとは地元で在宅医療介護連携推進事業や地域共生社会に取り組む NPO 法人 Reconnect (理事長小倉和也) の活動ですね。それをやる様になっています。後は、八戸市から委託を受けている ICT 連携事業 connect8 の事務局というものも引き続きやっている感じです。」(医療事務)

G) 小括

はちのへファミリークリニックでは小倉医師がクリニックを情報発信の基地として、地域に合致したメディアを用い積極的に情報発信をしつつ、まずは地域住民や患者から共感的理解が得られていった。その後徐々に地域の医療機関、クリニックの多職種に対しても一つ一つの事例を通じて、総合診療・家庭医療の価値を浸透させ、八戸地域を守るべくクリニックの一スタッフとしての責任感を実感し、診療所内外のマネジメントを積極的に担うようになっていった。

【参考文献】

- 1 日本医師会. 地域医療情報システム 青森県 八戸.

http://jmap.jp/cities/detail/medical_area/202.

2 八戸市. 第7期 八戸市高齢者福祉計画.; 2018.

<https://www.city.hachinohe.aomori.jp/material/files/group/39/20180319-151851.pdf>. Accessed April 25, 2020.

総合診療医のキャリア形成に関する実態調査 (総合診療専攻医 web アンケート調査)

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 アンケート調査を昨年度に引き続き実施した。調査の結果、総合診療専攻医は、それまでに受けた教育や、診療科としてのやりがいや発展性や期待して専門領域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、専門医制度の先行きが不透明なことに対して不安を抱え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。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。

そこで、平成 30 年度に専攻医対象のアンケートを実施したところ、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。

平成 31 年度についても、総合診療を選択した専攻医は前年度と同じ 2%にとどまっており、改めて昨年度と同様の調査を実施することにより、専攻医のキャリアに対する考えの傾向がどのようになっているかを明らかにすることで、研修環境を整えるための知見を得ることに寄与すると考えられる。

B) 目的

本調査では、総合診療専門研修プログラムの 2 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 31 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（詳細は p139~p146 の質問紙を参照）

- ▶ 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 29 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）

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 1351-2 号）。

D)結果

<実施状況>

対象：179名

回収：38名

有効回答：37名（20.7%）

<基本属性>

結果のまとめ

男性が76%、平均年齢30.9歳で、49%が結婚していた。医師免許取得年は7割以上が2017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43%だった。出身地としては、町村部（10名、27%）や大都市周辺の郊外住宅地（10名、27%）が多かった。地域枠で入学したものは6名（16%）だった。

男性 28名（75.7%） 女性 9名（24.3%）

年齢 平均：30.9歳（最小：27歳、最大：50歳）

結婚している：18名（48.6%） 子供がいる：8名（21.6%）

表1. 医師免許取得年

取得年	人数	%
1994	1	2.7
2002	1	2.7
2008	1	2.7
2013	1	2.7
2015	1	2.7
2016	5	13.5
2017	27	73.0

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：16名（43.2%）

2と4が同じもの：13名（35.1%）

3と4が同じもの：17名（45.9%）

表 2. 出身地

出身地	人数	%
大都市	9	24.3
大都市周辺の郊外住宅地	10	27.0
小都市	8	21.6
町村部	10	27.0
離島・へき地	0	0.0

地域枠※で医学部・医科大学に入学したもの：6名（16.2%）

※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25名（68%）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8名中6名（75%）、臨床研修病院での研修者27名中12名（44%）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14名（74%）だった。

学生時代、総合診療科の講義や実習があった：25名（67.6%）

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=27)

	人数	%
ほとんど変わらなかった	2	7.4
あまり変わらなかった	10	37.0
やや高まった	9	33.3
かなり高まった	6	22.2

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	6（75%）	2（25%）
臨床研修病院	12（44%）	15（56%）

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=19)

	人数	%
ほとんど影響しなかった	2	10.5
あまり影響しなかった	3	15.8
やや影響した	7	36.8
かなり影響した	7	36.8

<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、「尊敬できる教員・指導医がいる」、「やりがいがありそう」、「雰囲気の良い診療科」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（51%）だった。ほかに救急科（22%）や小児科（11%）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」、「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」だった。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「総合診療医なんていつでもなれる」や「教育体制が整っていない」などがあつた。

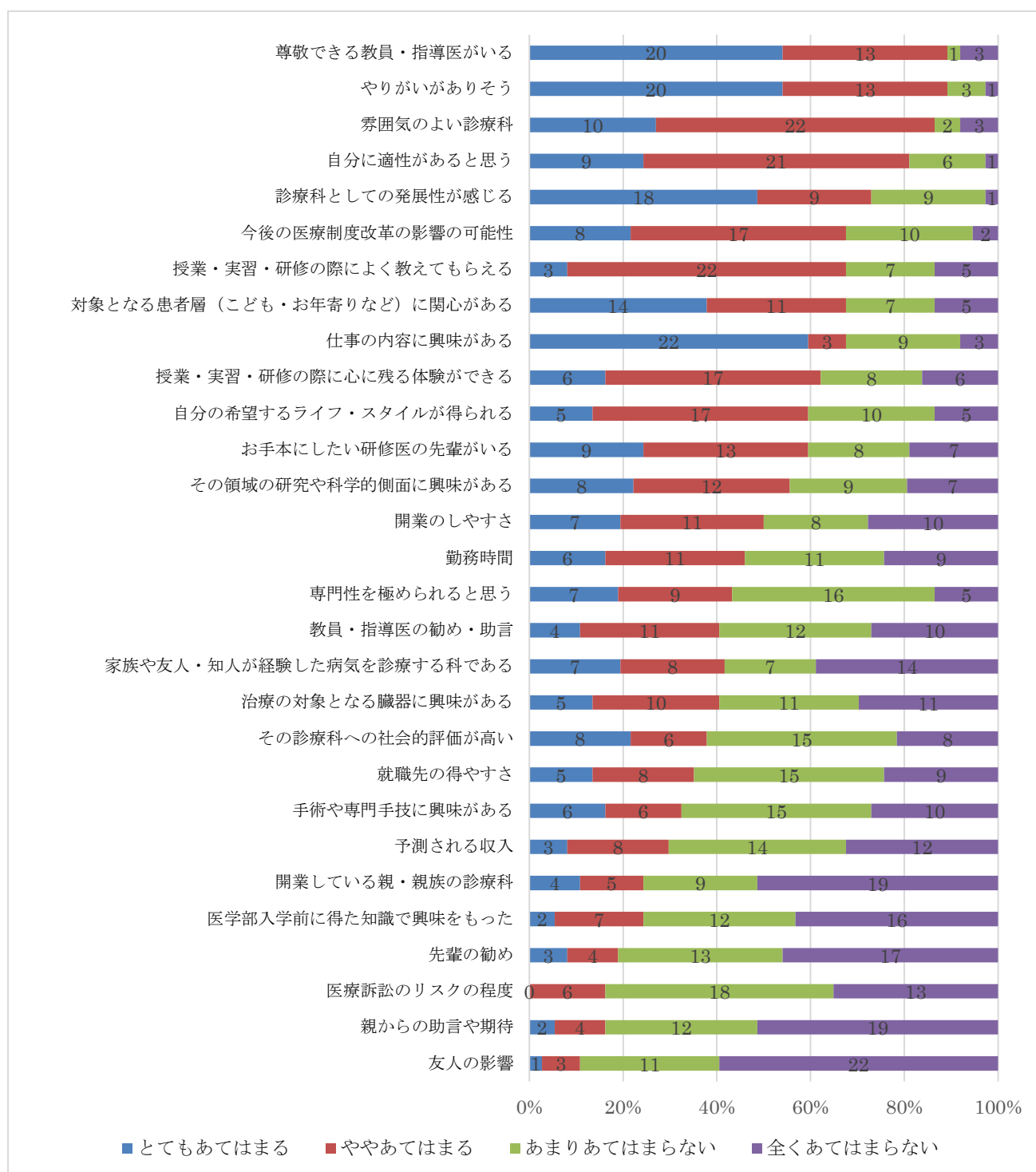


図 1. 総合診療専攻医を選択した理由

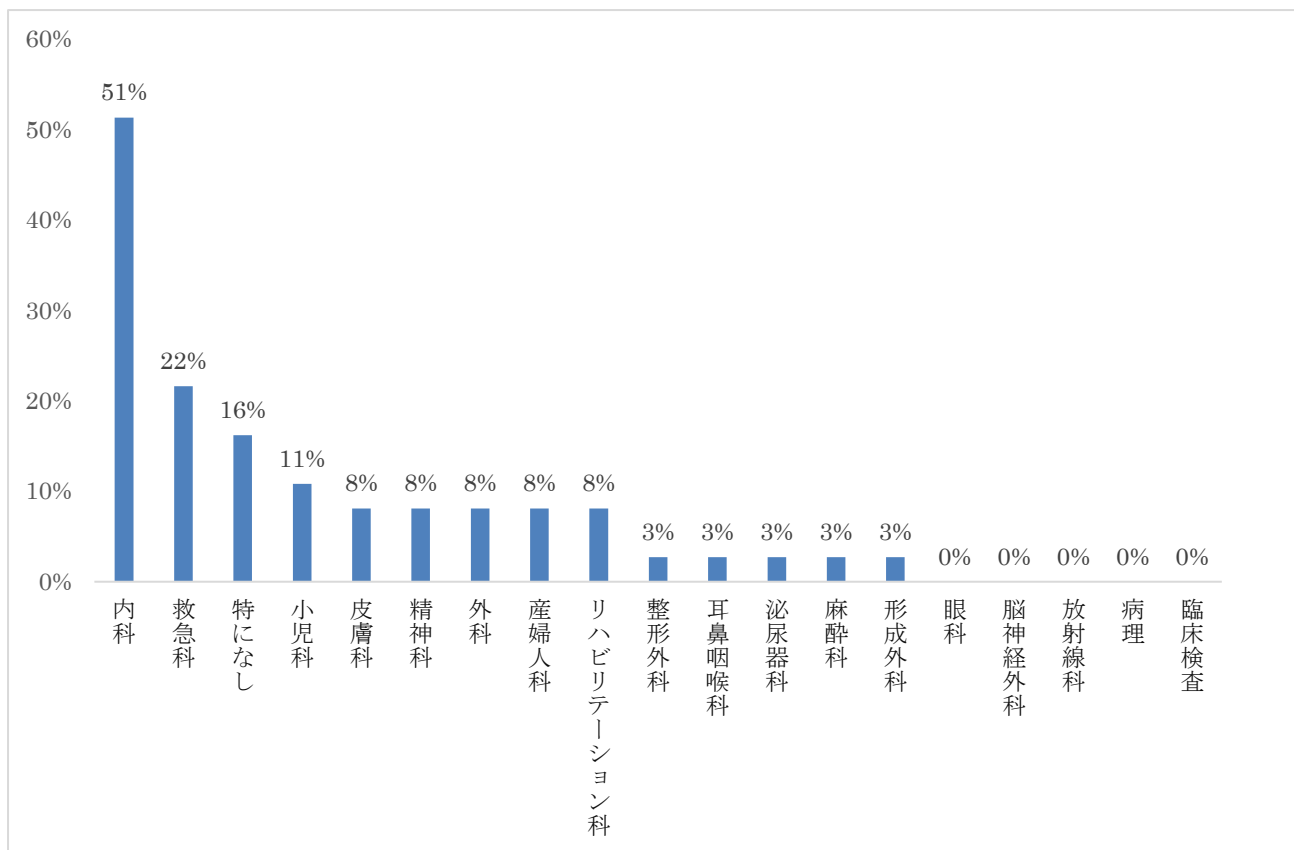


図 2. 総合診療科以外に検討した基本領域（複数選択）

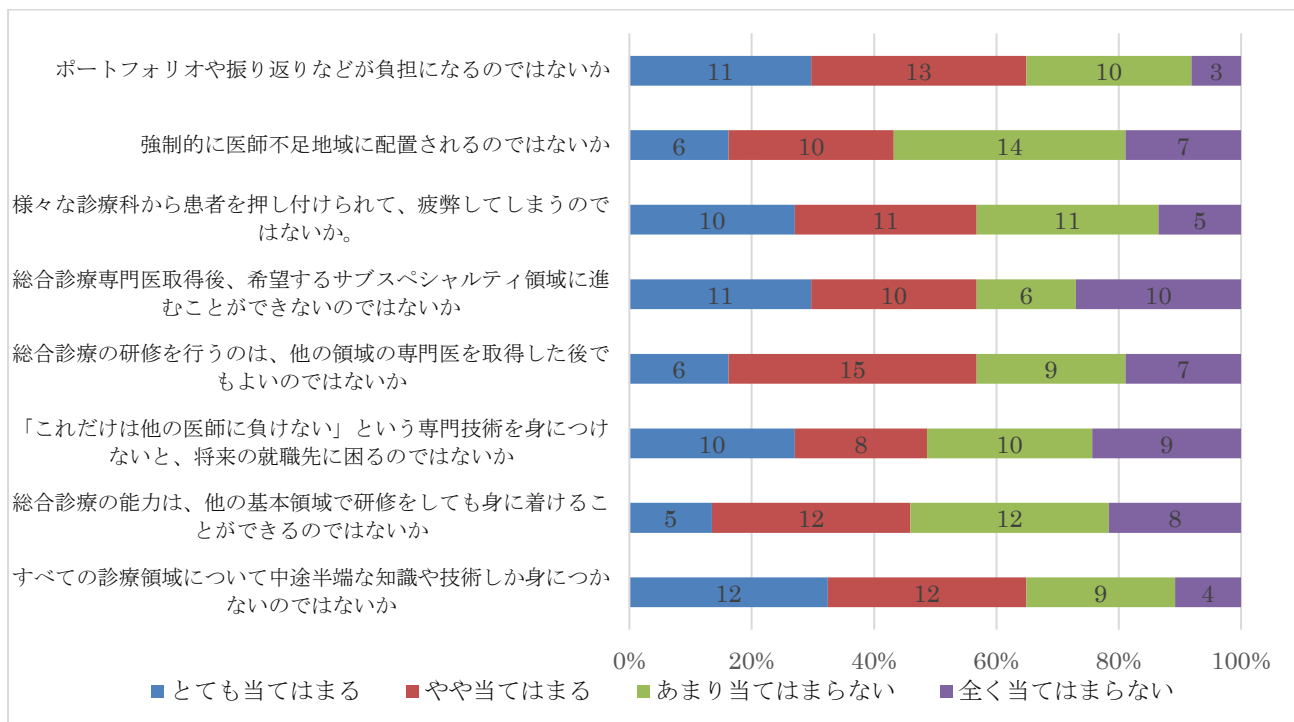


図 3. 総合診療を基本領域として選択するうえで感じたためらい

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
 - ・総合診療医なんていつでもなれる。まずは専門をもってからだよ。（指導医・上級医）
 - ・教育体制が整っていない。（先輩）
 - ・専門を持たないなんてありえないよ。ただの内科医じゃあ食っていけないよ。（指導医・上級医）

2. 回答者が心理的ダメージを「やや受けた」もの
 - ・専門をとってからなれば良いのではないか。総合診療は年配医師がやるものだ。（指導医・上級医）
 - ・AIがやる仕事だろう。（先輩）
 - ・専門医をとっても何の意味もない科。（同期・後輩）

3. 回答者が心理的ダメージを「あまり受けなかった」もの
 - ・患者を総合的にみるなら慢性疾患を見る●●内科でもできる。しかも、同時に専門性もある（先輩）
 - ・総合診療医がやってる診療は、他科の医師がふつうに誰でもできることをやっているだけで、総合診療科でなければいけない必然性がない。（指導医・上級医）
 - ・オレだって地域医療やってるよ。（指導医・上級医）

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
 - ・総合診療科や家庭医療は今後、どうなるかわからないよね。2階建て部分もはっきりしないよね。（先輩）
 - ・将来性がない。総合診療医と標榜していても、何が診れるのか専門がわからない。（指導医・上級医）
 - ・中途半端な振り分け屋さんでしょ？（指導医・上級医）

＜総合診療専門研修における不安＞

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と心配」（17名、46%）、「専門医制度に関する情報が得られるか」（13名、35%）などがあった。一方、専門医取得後の就職先や医師不足地域での強制的な勤務に関する不安を抱くものは少なかった。

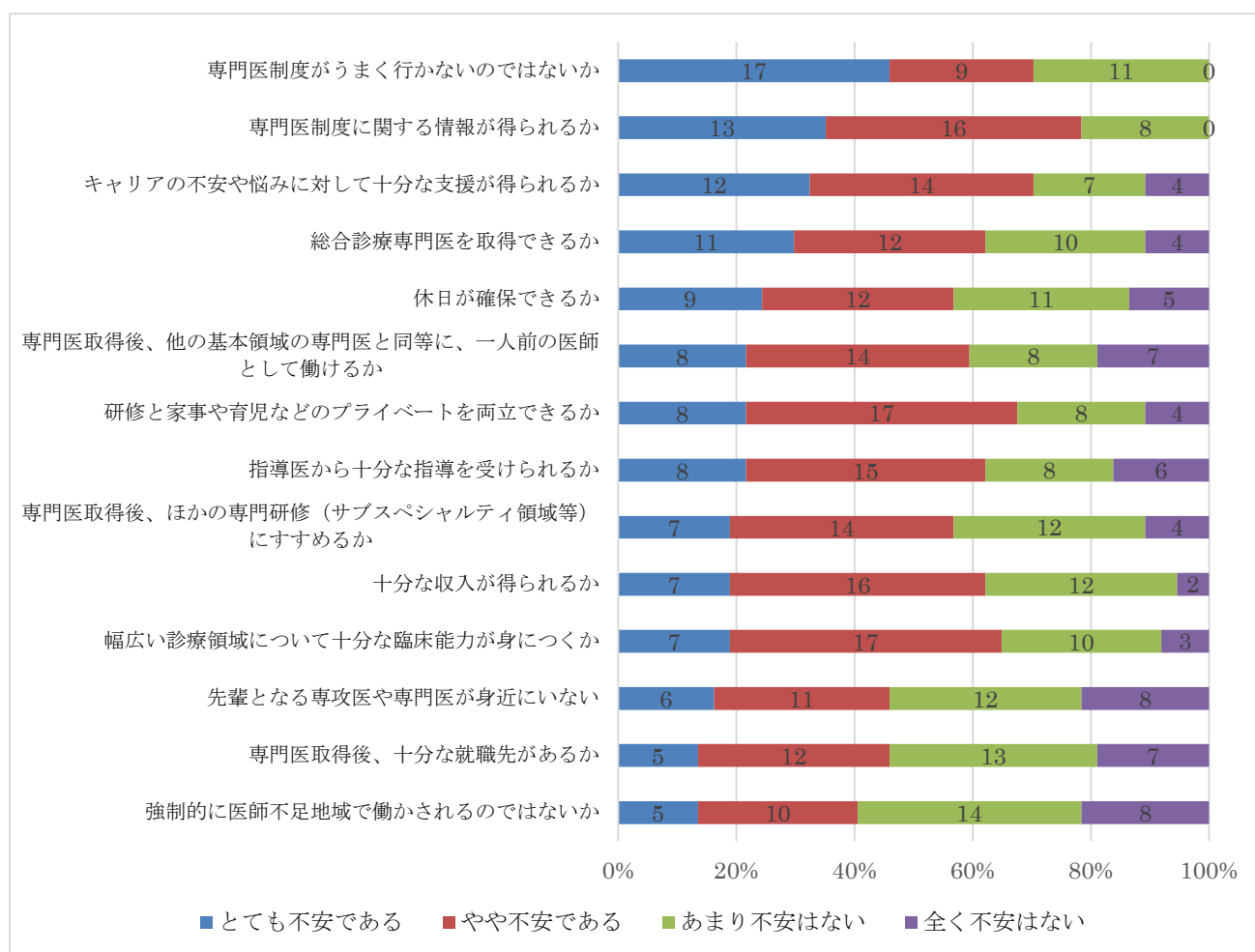


図 4. 総合診療専門研修における不安

E)考察

本調査の結果、7割近くの回答者が卒前に総合診療科での講義や実習を経験していた。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」あるいは「かなり」高まったと回答した者は15名(55.5%)に上っており、昨年度と同じ回答の割合(31.7%)より多かった。また初期臨床研修についても、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7割を超えており、卒前及び卒後の教育が総合診療選択に少なからぬ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であり、昨年度の調査結果とほぼ同様だった。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。

専門医の基本領域として、総合診療以外に検討した診療科としては、内科、救急科、小児科の3つが多く、昨年度と同様の結果だった。一方、「特になし」と回答した者は昨年度6.1%だったが、今年度は16%と、内科、救急科の次に多く、はじめから総合診療に絞って専門領域を考えるものが増えている可能性が示唆された。また、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」や「ポートフォリオや振り返りなどが負担になるのではないか」といった項目が多かった。どのような能力が研修で身につけられるのか、また教育や評価のしくみについて、専攻医を考えている研修医に可視化することで、その意図をうまく伝える必要がある。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」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もよいのではないか」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、総合診療の専門性(総合診療は専門科ではない)に関するものや、教育体制に言及するものが挙がっていた。これらの意見や発言が、上記の総合診療を選択する際のためらいにつながっている可能性が考えられた。

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」、「専門医制度に関する情報が得られるか」といった専門医制度自体に関するものが昨年度に引き続き多かった。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。令和2年度からは、新・家庭医療専門医の研修²⁾も開始する予定であり、総合診療専門研修との関係性や違いについて、より明確に専攻医に伝える必要があるだろう。

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。調査方法や

実施時期は昨年度と同様であったが、回答率は昨年度よりも低く、「再度同じ調査に回答する」ことへのわずらわしさが影響した可能性が考えられた。これらの限界はあるものの、本調査では、初期研修までに受けた教育や、診療科としてのやりがいや発展性に期待して専攻医が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、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え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、総合診療専門医の具体的な役割を可視化し、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) 日本プライマリ・ケア連合学会 一般社団法人. 日本プライマリ・ケア連合学会 新・家庭医療専門医制度. URL: <https://www.shin-kateiiryu.primary-care.or.jp/> (accessed Mar.13 2020).
- 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/iryoishin/596712> (accessed Mar.15 2020).

平成 31 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金事業

「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」

総合診療専攻医の キャリア選択に関する調査

新しい専門医制度のもと、総合診療専門医が 19 番目の基本領域として加わり、平成 30 年度から研修プログラムがスタートしました。しかし、総合診療領域に関しては十分に周知されているといえず、また専門医制度に関しても、情報提供は十分とは言えず、まだ不安定な状況です。今後、すぐれた総合診療医を数多く養成するためには、各専攻医が着実に専門医としての能力を修得できる研修制度やプログラムを確立して、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す。

そのためには、当事者である総合診療専攻医の皆さんが、どのような経緯をふまえて総合診療を選択されたか、また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ます。本研究では、総合診療専門研修プログラムの専攻医全員を対象とした全国調査を実施して、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しています。

今後の総合診療専門医制度の充実のために、ぜひご協力をお願いいたします。

<回答者の皆様のプライバシーを保護するために>

本調査は無記名のアンケートですが、皆様の性別や年齢、出身地についてお聞きします。回答の匿名性を保護するために、得られた回答については全体の集計結果のみを報告いたしますので、回答について個人が同定できる形で出身大学や所属機関に知らせることは一切ありません。

情報が外部に漏れることなくプライバシーを保護するために、情報の取り扱いには最大限に配慮し慎重に処理いたします。本研究で得られたすべての情報は、研究目的以外に使用されることはありません。

本研究への参加は皆様の自由な判断によるもので、参加または不参加により研修その他に不利益を生じることはありません。

<ご記入にあたってのお願い>

- ◆ 質問は全部で 18 問です。おおよそ 15 分で回答が終了します。回答が難しい質問もあるかもしれませんが、全質問に回答をお願いいたします。
- ◆ ご不明な点は下記までお問い合わせ下さい。

研究実施責任者：前野 哲博

研究実施担当者：片岡 義裕

筑波大学 人間総合科学研究科 地域医療教育学分野

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1

TEL&FAX 029-853-3101

メール research@md.tsukuba.ac.jp

研究内容に同意していただける場合は、下記にチェックして
次のページから始まるアンケートにご回答ください。

本研究への参加について同意する

あなた自身について教えてください

問1 性別

当てはまるものに丸を付けてください。

1. 男性 2. 女性

問2 年齢

現在の年齢を教えてください。

_____ 歳

問3 医師免許取得年

医師免許を取得された年を教えてください。

西暦 _____ 年

問4

それぞれの場所に該当する都道府県を教えてください。

問4-1 出身地（医学部に入学するまでに最も長く住んでいた場所） _____ 都・道・府・県

問4-2 卒業した医学部・医科大学 _____ 都・道・府・県

問4-3 初期臨床研修を行った基幹病院 _____ 都・道・府・県

問4-4 現在所属している研修プログラムの基幹施設 _____ 都・道・府・県

問5

あなたが医学部に入学するまでに住んでいた地域で、もっとも長く住んでいた地域の規模に該当するものを教えてください。市町村合併で人口規模が大きくなったものの、イメージが町・村の場合はそのように回答してください。

1. 大都市
2. 大都市周辺の郊外住宅地
3. 小都市
4. 町村部
5. 離島・へき地

次ページに続きます

問6

結婚はしていますか。

はい いいえ

問7

子供はいますか。

はい いいえ

問8

学生時代に受けた教育について教えてください。

下記の質問について、当てはまるものを一つ選んで下さい。

問8-1 学生時代、総合診療科の講義や実習がありましたか。

1. はい →問8-2に進んでください
2. いいえ →問9に進んでください

問8-2 総合診療科で講義／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りましたか。

1. ほとんど変わらなかった
2. あまり変わらなかった
3. やや高まった
4. かなり高まった

問9

あなたが受けた初期臨床研修について教えてください。

下記の質問について、当てはまるものを一つ選んで下さい。

問9-1 初期臨床研修を行った基幹病院の種別を教えてください。

1. 大学附属病院
2. 臨床研修病院

問9-2 初期臨床研修において、総合診療科で研修しましたか。

1. はい →問9-3に進んでください
2. いいえ →問10に進んでください

問9-3 総合診療科で研修したことは、専門領域として総合診療を選択することに影響しましたか。

1. ほとんど影響しなかった
2. あまり影響しなかった
3. やや影響した
4. かなり影響した

次ページに続きます

問10 地域枠

あなたは地域枠※で医学部・医科大学に入学しましたか。

1. はい
2. いいえ
3. わからない

※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

次ページに続きます

問 11 あなたが総合診療専攻医を選択した理由として、以下の項目はどのくらいあてはまりますか。1～4の中から最も近いものを1つ選んでください。	とてもあてはまる 4	ややあてはまる 3	あまりあてはまらない 2	全くあてはまらない 1
診療科の特性				
1. 仕事の内容に興味がある	4	3	2	1
2. 治療の対象となる臓器に興味がある	4	3	2	1
3. 対象となる患者層（こども・お年寄りなど）に関心がある	4	3	2	1
4. その領域の研究や科学的側面に興味がある	4	3	2	1
5. 手術や専門手技に興味がある	4	3	2	1
6. 専門性を極められると思う	4	3	2	1
7. 自分に適性があると思う	4	3	2	1
8. やりがいがありそう	4	3	2	1
9. 診療科としての発展性を感じる	4	3	2	1
10. その診療科への社会的評価が高い	4	3	2	1
個人的な体験				
11. 家族や友人・知人が経験した病気を診療する科である	4	3	2	1
12. 医学部入学前に得た知識で興味をもった	4	3	2	1
卒前・卒後教育				
13. 授業・実習・研修の際に心に残る体験ができる	4	3	2	1
14. 授業・実習・研修の際によく教えてもらえる	4	3	2	1
15. 雰囲気の良い診療科	4	3	2	1
16. 尊敬できる教員・指導医がいる	4	3	2	1
17. お手本にしたい研修医の先輩がいる	4	3	2	1
周囲の助言				
18. 親からの助言や期待	4	3	2	1
19. 先輩の勧め	4	3	2	1
20. 教員・指導医の勧め・助言	4	3	2	1
21. 友人の影響	4	3	2	1
将来を考えて				
22. 就職先の得やすさ	4	3	2	1
23. 開業のしやすさ	4	3	2	1
24. 開業している親・親族の診療科	4	3	2	1
25. 予測される収入	4	3	2	1
26. 勤務時間	4	3	2	1
27. 自分の希望するライフ・スタイルが得られる	4	3	2	1
28. 今後の医療制度改革の影響の可能性	4	3	2	1
29. 医療訴訟のリスクの程度	4	3	2	1
その他				
30 その他（自由記載）				

次ページに続きます

問 12

あなたが進路を決めるときに、総合診療以外で検討した基本領域はありますか。ある場合は、いくつでも選択してください。

1	内科	6	整形外科	11	脳神経外科	16	救急科
2	小児科	7	産婦人科	12	放射線科	17	形成外科
3	皮膚科	8	眼科	13	麻酔科	18	リハビリテーション科
4	精神科	9	耳鼻咽喉科	14	病理	19	特になし
5	外科	10	泌尿器科	15	臨床検査	20	その他（ ）

問 13

総合診療を基本領域専門医として選択するうえで、下記のようなためらいを感じたことはありましたか。1～4の中から当てはまるものを1つ選んでください。また、選択肢以外の理由でためらいを感じたことがあれば、「その他」に自由に書いてください。

項目	とても 当て はまる	やや 当て はまる	あまり 当てはま らない	全く 当てはま らない
1. 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	4	3	2	1
2. 総合診療の能力は、他の基本領域で研修をしても身につけることができるのではないか	4	3	2	1
3. 「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	4	3	2	1
4. 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	4	3	2	1
5. 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	4	3	2	1
6. 様々な診療科から患者を押し付けられて、疲弊してしまうのではないか。	4	3	2	1
7. 強制的に医師不足地域に配置されるのではないか	4	3	2	1
8. ポートフォリオや振り返りなどが負担になるのではないか	4	3	2	1
9. その他（自由記載）				

次ページに続きます

問 14 ネガティブキャンペーン

進路として総合診療を選択することに対して、周囲からネガティブな意見を言われた経験はありますか。もしあれば、その内容について下記に記載してください。また、各意見の発言者および発言によってどのくらい心理的にダメージを受けたかについて、下記から選んでください。欄が足りない場合は最後の自由記載欄にお書きください。

意見	発言者	受けた ダメージ

発言者

1. 同期・後輩
2. 先輩
3. 指導医・上級医
4. 家族（医療者）
5. 家族（非医療者）
6. 医師以外の医療スタッフ
7. 覚えていない
8. その他（具体的に書いてください）

発言によって受けた心理的ダメージ

1. ほとんど受けなかった
2. あまり受けなかった
3. やや受けた
4. かなり受けた

次ページに続きます

総合診療の専門研修や専門医取得後のことについて教えてください。

問 15 専門研修に当たっての不安

総合診療専門研修を行ううえで、下記の項目についてどの程度不安がありますか。

もっとも当てはまるものを1～4から選択してください。

項目	とても不安 である	やや不安 である	あまり不安 はない	全く不安 はない
1. 幅広い診療領域について十分な臨床能力が身につくか	4	3	2	1
2. 総合診療専門医を取得できるか	4	3	2	1
3. キャリアの不安や悩みに対して十分な支援が得られるか	4	3	2	1
4. 指導医から十分な指導を受けられるか	4	3	2	1
5. 研修と家事や育児などのプライベートを両立できるか	4	3	2	1
6. 休日が確保できるか	4	3	2	1
7. 十分な収入が得られるか	4	3	2	1
8. 先輩となる専攻医や専門医が身近にいない	4	3	2	1
9. 専門医制度がうまく行かないのではないか	4	3	2	1
10. 専門医制度に関する情報が得られるか	4	3	2	1
11. 強制的に医師不足地域で働かされるのではないか	4	3	2	1
12. 専門医取得後、十分な就職先があるか	4	3	2	1
13. 専門医取得後、他の基本領域の専門医と同等に、一人前の医師として働けるか	4	3	2	1
14. 専門医取得後、ほかの専門研修（サブスペシャリティ領域等）にすすめるか	4	3	2	1
15. その他（自由記載）				

以上で質問は終了です。ご協力ありがとうございました。

タスクシフティングプログラムの一例 (2019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
2019/8/10	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感的に理解する。	守屋文貴 (株) アクリートワークス
2019/8/11	診療実践	陣泌尿器	<p>【腎臓】</p> <ul style="list-style-type: none"> 健診で発見される血尿・蛋白尿などの尿異常の対応ができる 慢性腎臓病 (腎機能異常) の初期対応と専門医への適切な紹介ができる 腎機能に配慮した薬の使い方ができる <p>【泌尿器】</p> <p>プライマリ外来で相談を受ける可能性のある症状 (頻尿・夜間頻尿・尿失禁・血尿など) に何らかの対応ができるようにする。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般的な、頻度の高い泌尿器科疾患を理解して対応できるようにする。 悪性腫瘍などの、頻度は少ないが見逃してはいけない泌尿器科疾患診療のコツを理解する。 	須藤 博 (大船中央病院) 松木 孝和 (松木泌尿器科医院)
2019/9/15	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)
2019/9/16	診療実践	行動変容	喫煙・食事・運動について患者の行動変容を促す面接を実践できる。 <ul style="list-style-type: none"> 喫煙・食事・運動について、確認し、話し合うべき内容を知る。 患者の行動変容への準備段階を評価できる。 行動変容において効果的な面接法を知り、実践できる。 	管家 智史 (福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座) 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)
2019/10/19	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)
2019/10/20	診療実践	産婦人科	<ul style="list-style-type: none"> 女性の腹痛や更年期障害に対して産婦人科へのコンサルトのタイミングが分かる 緊急避妊ピルや低用量ピルを処方できる 妊婦や産後の患者に対して安全に薬を処方できる 	柴田 綾子 (淀川キリスト教病院 産婦人科)
2019/11/23	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)
2019/11/24	ノンテク	現場での効果的な教育方法	<ul style="list-style-type: none"> 学習者のやる気を促進し、次の成長につながるフィードバックができる。 学習者の省察を促し、経験を学びに変える振り返りが実施できる。 短時間で要点を押さえたレクチャーを効果的に実施して、学習者の記憶の定着を図ることができる。 教育カンファレンスを主催し、参加者全員が一般原則を理解し応用力を高める学びの場に行うことができる。 	前野哲博 (筑波大学)
2019/12/8	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技の指導ができる。 	雨森正記 (弓削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)

2019/12/21	ノン テク	MBTI：自分の心を理解する	ユングのタイプ論をもとにして開発されたMBTI (Myers-Briggs Type Indicator)の自己分析メソッドを活用。自分に対する理解を客観的に深めていながら、自分の強みや弱みを認識し、自分の持ち味を組織で発揮していくヒントを得る。	林田 みか (PDS総合研究所)
2019/12/22	診療 実践	循環器	<ul style="list-style-type: none"> 胸痛を訴えて受診した患者に対して、身体所見や心電図などの検査所見から、急性心筋梗塞をはじめとする急性冠症候群を診断し、適切な対応ができる。 高血圧を指摘された患者に対して、適切な評価、指導が行えて、必要に応じ二次性高血圧の除外と適切な降圧薬選択により、継続的フォローアップができる。 頻脈発作を訴える患者を適切に診断し、適切に初期対応できる。 心房細動患者を適切に診断評価し、リズムコントロール、レートコントロール、抗血栓療法を適切に選択し、継続管理できる。 呼吸困難あるいは浮腫を主訴とする患者に対し、心不全の有無を適切に診断し、その病態の初期評価と初期治療を行うことができる 	渡辺 重行 (水戸協同病院)
2020/1/11	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)
2020/1/12	診療 実践	小児T&Aコース	<ul style="list-style-type: none"> こどもの全身状態を判断する際に、何を確認すべきか理解でき、実践できる。 全身状態の異常を判断した際に行うべき初期対応が適切に行うことができる。 小児科医へ紹介・コンサルトが必要な状態を判断し、連絡する際に伝えるべき重要な項目が理解できる。 自宅での経過観察が可能と判断できる軽症疾患に対するマネージメントをガイドラインや地域・組織の現状に合わせて行うことができる。 患児の家族に対して、適切なホームケアを説明することができる。 	茂木 恒俊 (久留米大学医療センター 総合診療科) □
2020/2/1	診療 実践	感染症	<ul style="list-style-type: none"> 微生物検査 (グラム染色、血液培養など) の有用性を理解し、具体的に活かすことができる。 empiric therapyとして適切な抗菌薬を選択し、感受性検査結果に基づいたde-escalationを行うことができる。また抗微生物薬の使いどころや使うべきでない状況を判断できる。 非専門医による日常外来において、頻度の高い感染症に対して病歴聴取・身体診察を行い、適切なマネージメントを行うことができる。 	忽那 賢志 (国立国際医療研究センター)
2020/2/2	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)
2020/2/15	診療 実践	小児科領域	<p>重症度、緊急度が高くないとトリ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)