

第9回日本在宅医学会大会 報告



2007年3月、北海道大学（札幌市）で、「地域を変える在宅医療—医療文化の成熟を目指して—」をテーマに第9回日本在宅医学会大会（大会長＝北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野教授 前沢正次氏）が開催された。

大会長の前沢政次氏は、今大会のテーマについて「経済優先の社会を人間にとってより健康的なものに変えるには医療の力は大きいと思います。しかも、病院医療が崩壊しつつある今、地域を変える力をもつのは、プライマリケアであり、特にそのなかの在宅医療であると思います」（抄録集より）と述べている。

大会ではそうした視点から、地域の環境・文化との関係のなかでの患者の闘病のあり方を探求する各種シンポジウム、実践的な技術のレベルアップを目指す教育講演、在宅療養支援診療所をいかに発展させるかを検討するワークショップなどが開催された。

ここではそのなかから、教育研修委員会シンポジウム『在宅医育成の戦略』（座長＝城西神経内科クリニック院長 石垣泰則氏）を取り上げ各シンポジストの発表の模様をお伝えする。

注)特にことわりのない箇所について、記載されている内容は、2007年3月時点のものです。

（取材・文＝工藤典子）

教育研修委員会シンポジウム『在宅医育成の戦略』

(座長＝城西神経内科クリニック院長・石垣泰則氏)

在宅医療と研修問題

和田忠志氏 (あおぞら診療所新松戸 在宅医療部)

将来の死亡者数増加に対する問いかけとしての「研修問題」

まず和田氏は、わが国の将来の人口推計・死亡推計に触れ、在宅医療の増加が希求されている現状を解説し「在宅医療研修」の意義について問題提起した。

わが国の2005年における全死亡108万人のうち、居宅での死亡率(施設含む)は14%(15万人)、病院・診療所(緩和ケア病棟含む)は86%(93万人)である。2040年には約166万人が死亡すると推計され、より国民医療費が必要となる。したがって、医療費の伸びを抑えるため政府には「病院死亡を増やさないように」との政策的意図があり、「いかに最期までみる在宅医療が希求されているか」に対する政策的アプローチとして「在宅療養支援診療所」の制度が創設された。

一方、同氏らの分析では、「在宅医療費」(医師の訪問行為とは関係ない、インスリン自己注射など外来診療で算定される項目が含まれている)は増えているが、実際医師が居宅を訪問する「医師の訪問サービス総数」はほとんど増えていない。

こうした背景に加え、実際、ADL低下障害者や終末期の人には自宅療養を希望する人が多いことが種々のアンケート調査から示されており、「在宅医療費」ではない「在宅医療」そのものが増えることが希求されているという。

和田氏は、こうした現状に対し、「在宅医療を行う医師」の養成をもって対応できないかとの問いかけが「在宅医療研修問題」であるとした。和田氏らは、在宅医療の専門医を養成する研修プログラム案(3年)、一定程度完成した医師に実施する短期プログラム案(1～6か月)を提案している。

ある程度完成した医師が、研修を受けられるシステムが必要

次に和田氏は、和田氏らが運営するあおぞら診療所(千葉県松戸市)を例に、在宅医療

研修の実際を紹介した。同診療所は、2つの診療所合わせて400数十人の在宅患者を診ており、在宅患者の50～60%を在宅で看取っている。がん患者は在宅医療導入患者の約3割を占める。

同診療所は、3人の医師が「いかによい医師になるか」「主治医のあり方」を模索するなかで生まれた医療機関であり、診療所開設以来、学部学生等の実習を積極的に受け入れ、さらに、臨床研修制度発足後は継続的に研修医も受け入れている（地域保健医療研修）。

在宅医療研修の骨格は、①医師訪問同行 ②患者カンファレンス参加 ③外来診療研修—からなり、デイサービス、特別養護老人ホーム、グループホーム等の社会資源活用、訪問看護師や薬剤師などとの連携を体験する。研修医は、1か月の研修期間内に、1～3人のがん患者を受け持ち、導入面接から（可能であれば看取りまで）担当医を経験する。平行して、熟練した看護師に同行して急性増悪患者への往診を実施し、必要に応じ、入院依頼・診療情報提供書記載等を体験する。緊急往診の研修は、看護師単独緊急訪問に研修医を同行させる形態と考えることもでき、安全性の高い方法であると考えられる。また、指導医のレクチャーを受けたり、診療所主催の勉強会にも参加する。

和田氏は、同診療所の研修責任者 川越正平氏の発言を引用し、「研修に際し最も留意すべきことは、『安全』と『礼節』を常に念頭に置くこと」とした。安全とは、患者、研修医自身、診療所、三者の安全であり、また、患者・家族はもちろん、連携する各職種や院外研修受託先の職員など、研修にかかわるすべての人への礼を失さないことが、重要と述べた。

1か月の研修が終わると、研修医は「最も印象に残った患者」のサマリーを作成し、患者・家族への対応（医学的・社会的）、チームケア、最期まで在宅療養を行えるかの感触、なども含め、総括を行う。

和田氏は「研修医が在宅医療研修を通じて学ぶこと」として、「在宅医療の存在や自宅で最期まで過ごす意義を知る」、「在宅療養の現実や退院指導の有効性を知る」、「(これまでは病院で患者を受ける側にいたが、今度は)病院に紹介する側になる」などを挙げた。

例えば、「(退院直後なのに)状態のよくない患者を診療」「紹介状がない患者さんに対応」「退院指導が不十分で在宅療養に難渋」などの現場を体験し、「適切に退院させるのは難しい」ことを知ったり、逆に、状態の悪化した患者を夜間に入院させようとして病院折衝で困難に遭遇する、などの経験で、病院にいたときには見えなかった「地域の事情」がわかるという。また、病院では検査に頼りがちだが、在宅医療では、身体所見が頼りであ

り、血圧測定をはじめとする身体所見の診察法が上達するなどの成果がみられるという。

和田氏は「在宅医療推進には病院医師の在宅医療への理解が必須であり、臨床研修においてあらゆる分野に進む研修医が在宅医療を学ぶ意義は大きい。また、今後、在宅医療を行う医師を短期間に増やすには、ある程度完成した医師が、教育機能を持つ『在宅療養支援診療所』で研修できるシステムも必要になろう」と結んだ。

初期研修病院での在宅医療医育成

— 亀田総合病院の現状と課題 —

小野沢 滋氏（亀田総合病院 在宅医療部）

初期研修プログラムで多くの研修医が在宅医療を経験

千葉県鴨川市にある亀田総合病院は、在宅医療部、総合相談室、亀田ホームケアサービスから成る地域医療支援部を擁する民間の地域中核病院である。1992年に在宅医療部が発足して以来、15年間にわたり在宅医療を提供している。24時間365日体制の医療機関が近隣に少なく、訪問範囲は片道30~40kmと広範囲にわたる。在宅医療を初めから希望する患者は少なく、外来から紹介され選択肢の1つとしての在宅医療を選択する人が多くなっている。

同院は古くから初期研修に取り組んでおり、小野沢氏が初期研修を受けた1990年当初は、スーパーローテーションのできる病院として知られるに止まっていたが、その後さらに研修に力を入れ、現在ではフレキシブルで幅の広い研修体系を持つ医療機関として、倍率約10倍と全国でも有数の人気研修病院となっている。専門医を育成する視点から各科が定員を設定し前後期別に研修医を募集しているが、特徴的なのはgeneralistも専門分野の1つとして捉えていることで、在宅医療についても現在、研修枠1人で初期研修医を募集している。15年間で約80人の初期研修医が在宅医療部で1~3か月のローテーションを行ったという。

2007年3月現在、在宅医療部の研修医は、後期研修1人（07年度からさらに1人）、将来在宅医療を志望する初期研修医1人（07年度から2年間内科研修）である。07年度には他院からの後期研修医1人も予定されている。亀田総合病院在宅医療部の提供する研修

は、表1の通り。カテゴリーの異なる研修医に、それぞれ異なる研修を提供する必要がある。

小野沢氏は初期研修医の研修について、初期研修医は目標・目的が個々で異なるため、コーチングの技法を用いた面接で個別の目標・目的を把握し、研修プログラムはすべてオーダーメイドになると説明した(表2)。

また、同院で行う初期研修の「地域医療」のプログラムは、家庭医療のプログラムまたは在宅医療のプログラムのいずれかから選択できるが、在宅医療を選択する者がほとんどである(2008年度現在、家庭医の実習が必修化された)。研修医の感想は「非常によかった」と良好であるほか、同院のMSWより「患者に対する研修医の見かたが研修後は大きく変わった」との感想が聞かれた。例えば、病棟から退院させる際「このままでは退院は無理」との判断が付き、事前にMSWに相談したり、患者の居住地や経済事情など生活背景を意識して患者を診る姿勢が身につくなど、手ごたえがあるという。ちなみに、初期研修のプログラムは、研修が始まる前年の秋頃から電話などで密にやり取りし、春までにすべてオーダーメイドで組む。診療科と期間を決め、順番は教育部が調整する。

在宅医療の専門医を目指す後期研修医は、在宅医療の専門医として実践できるようになるための3年間のプログラムにより研修を受ける。1年目は、院内でのローテーションのほか、緩和ケアや消化器内科などの足りない科の在宅医療、2年目は希望する科のローテーションと訪問診療、3年目は訪問診療のみを行う(2008年度現在、院内ローテーションは1年目または2年目以降に希望により実施する形に変更された)。

同院における在宅医療専門医の後期研修の課題としては以下が挙げられる。

まず、診療エリアが広範であるため1日5件程度しか訪問診療を行うことができないので、臨床経験が不足する。それをローテーションで補う必要があり、できるだけ内科認定医を取ることを奨励しているという。

次にモチベーションの維持の問題が挙げられる。例えば「在宅医療は医師でなくてもやれることをやっている。医師の仕事ではない」などの他の専門医の意見を他の専門医の意見を耳にすると悩み始めてモチベーションが低下することもあるという。

また、小児科や産婦人科なども幅広く扱う家庭医療の研修医に在宅医療の教育をどこまで行うかも検討の余地があるという。

なお、家庭医の後期研修においても、家庭医療指導医と在宅医療部が連携を取りながら、3年目には週に1~2回、訪問診療を経験している。

表 1. 亀田総合病院が提供する在宅医療

	研修期間	研修内容
初期研修医	1～3 か月	オリエンテーション時に医師としての将来像に合った個別の研修内容・目標を立てる。
家庭医療後期研修医	2～3 か月のローテーション後、週 1～2 日の継続的な訪問診療研修を卒業まで継続。初年度の 1 か月と 3 年度目の 1 か月にローテーションしてくることが多い。	初年度には在宅医療に携わるさまざまなスタッフ（看護師、ケアマネジャー、栄養士、薬剤師、MSW）の役割や介護保険のサービスを理解し利用できること、緩和ケアの知識、難病の知識、各種カテゴリー類の管理についての知識など。訪問診療はスタッフとともに行う。3 年度の研修では実際に 1 人で訪問し夜間の拘束を経験することで、実際の対処、知識の実践を学ぶ。
在宅医療後期研修医	初期研修終了後 3 年目以降の者が対象。初年度は 6 か月は院内でのローテーション、6 か月間在宅医療、2 年度目は希望科のローテーションと訪問診療、3 年度目は訪問診療のみ(2008 年度現在、ローテーションは希望者のみに変更された)。	経験するのみでなく、在宅医療を実践できる在宅医療専門医の養成を目指す。

表 2. 初期研修病院としての役割

- 在宅医療に送り出す側の医師の養成
- 在宅医療を提供する医師の養成
 - ・家庭医療医の育成
 - ・在宅医療専門医の育成
- 緩和ケア医の育成
- 在宅医療を行う精神科医の育成
- 人的リソースセンターとしての役割

コーチングの手法を用いて個別性が高く効果的なプログラム作成を行う

小野沢氏はここで、研修をめぐる課題へのアプローチの手段の1つとして、相手の中にある潜在的な能力を引き出す手法である「コーチング」を紹介した。コーチングにおいては、研修医に対し例えば「なぜ医師になろうと思ったのか」「どのような医師になりたいのか」「では、この1か月の研修期間はあなたの将来の医師像にどのような意味を持つのか」などを問いかける。すると「将来的に在宅医療を行うことはないかもしれないが、退院後に患者がどのような生活を送っていくのかを見るのは意義がある」など、研修医は研修の目的を自ら設定することができる。具体的かつ達成可能で計測ができ、将来の自分の目標に関係した期限付きの目標を立てさせ、さらに研修担当者が研修医が得たものをどのように評価したらよいか尋ねることで、個別性が高く効果的なプログラムを作成することが可能である。例えば2週間しか在宅医療部で研修を受ける予定がない研修医は、自分が診た患者が退院後にかかわる職種すべてについて回り、退院後の患者の生活を学んだ。このようにそれぞれの将来像に沿った在宅医療研修が可能であるという。

さらに今後の取り組みとして、緩和ケア科との共同プログラムとして実施する予定の「緩和ケアフェローシッププログラム」について紹介。あらゆるシーンで緩和ケアを提供できる人材を育成することが目標であると説明した。

在宅医療をコアにした家庭医育成の戦略

～日生協医療部会家庭医療学開発センター・後期研修プログラムについて～

平原佐斗司氏（東京ふれあい医療生活協同組合）

家庭医療をベースにした在宅医育成の可能性を提示

日生協医療部会家庭医療学開発センター（センター長、プログラムコーディネーター＝藤沼康樹氏）では、2006年度から家庭医療後期研修プログラム「医療生協家庭医療学レジデンシー・東京」を実施している。これは、日生協医療部会家庭医療学開発センターを中心に、関東近郊 6 診療所が教育診療所となって家庭医を育成する後期研修プログラムで、現在では瀬戸内、中京地域でもスタートした（2008年3月現在）。運営委員の1人である平原氏は、在宅医療を重視した同プログラムの目標と内容を紹介。家庭医療をベースにした在宅医育成の可能性を提示した。

都市型診療所において診療所所長ができる医師としての力量を養成する

生協組織の診療所は全国で 300 程度あり、日生協医療部会はそれらを束ねる組織的位置づけにある。各地域で家庭医育成プログラムへの取り組みを始めており、最も早くプログラムをスタートさせた「医療生協家庭医療学レジデンシー・東京」もその1つである。

プログラムの定員は各診療所に1人で、おもに2年の初期研修を終えた研修医が参加している。1～2年目は協力病院での小児科、内科、緩和ケア、婦人科などの研修を行うが、週に1～1.5日は診療所に来て継続的な外来診療や在宅医療を行う。3年目は全面的に診療所において外来・在宅医療を行う。具体的には1年目には日本内科学会の教育認定施設、2年目にはより地域に近い病院で研修を行う。3年目には診療所での外来・在宅医療を主にを行いながら、病院での関心のある診療科の研修を週1回程度継続する予定である。

上記の課程における在宅医療にかかわる内容を整理すると、1年目は外来が中心となるものの、病院での内科研修は在宅医療を想定したものであり、各種内科的疾患やがんをしっかり診ることができ、高齢者の複雑な病態を経験することを企図している。2年目に研修を行う地域に近い中規模病院では、入院—外来—在宅の有機的連携や、退院するときのような支援をしたらよいかを学ぶことを想定している。同時に週1回の診療所での訪問診療も始まるため、ここでは落ち着いた高齢者（慢性期）の臨床課題、例えば栄養の

問題、摂食嚥下の問題を、初回診療してしっかりアセスメントできることを目標としている。3年目には急性期や亜急性期、看取りなどを経験できる体制としている。がんのターミナルや在宅緩和ケアなどのさらに高度な課題に取り組んでもらう。

プログラムは藤沼氏を中心に10人程度の医師が各得意分野のプログラム作成に携わって作成している。プログラムの特徴は、病院研修中も常に診療所に軸を置く「地域密着型レジデンシー」であること、月に一度のFamily medicine dayには全員が集まり家庭医療のコアな部分（共同研究の方法、小児の診かた、在宅医療の理論、コミュニケーション学など）を学ぶこと、クリニカルジャズ、ポートフォリオなどの手法を用いて毎月交代する担当診療所を中心に振り返りを行うことなど横断的にプログラムが組まれていることである。さらに、地域医療の課題について3年間で1つのプロジェクトを完成させることが挙げられる。研修医の相談事にも各診療所の指導医と藤沼氏が協同してあたるなど、単なるローテーションではなく横断的かつ継続的に取り組みを重ねることで、プログラムの一体感を作り出し、研修を協力を推進していくことが大きな特徴であるという。

このプログラムの到達目標は、都市型診療所において診療所所長ができる医師としての力量を養成することであり、①スタンダードな一般内科外来診療 ②小児保健活動 ③ハイレベルな在宅医療—を三本柱としている。

評価については年度ごと、さらに終了後に試験を行う予定であるほか、日本家庭医療学会や日本プライマリ・ケア学会の各認定医取得および今後、本認定が予定されている日本在宅医学会の認定専門医取得も視野に入れている（資料）。

なお、在宅医療の専門的研修をどこまで行うかについては、家庭医療学会認証プログラムを修了後、フェローシップとしての1年間の在宅医療研修を行うことも積極的に考えてくという。

平原氏は「このプログラムでは、在宅医医療のコアである高齢者医療、緩和医療、難病などの専門領域全体を3年で経験できる。この課程で十分であるかは未知数であり、またプログラム修了後、フェローシップとしての在宅医療研修の検討が必要であるが、このような在宅医療教育を柱にした家庭医療プログラムにより都市型在宅医育成の可能性が広がる」とまとめた。

資料. 日本在宅医学会認定専門医制度について

日本在宅医学会では、2002年に認定専門医制度を創設、2005年から「経過措置による認定専門医」の申請受付を開始し、4期56人（2008年3月現在）の認定専門医が誕生している。2010年には本認定開始の予定である。

参考に、制度の基礎にある在宅専門医の到達目標を紹介する。

〔在宅医療の到達目標〕

在宅医療は、患者の自宅あるいは地域において高度の障害を持つ患者やあらゆる疾患の終末期の患者の身体的、心理的、社会的に複雑な臨床課題を取り扱い、病棟や外来をベースにした従来の医学とは全く違った学問領域であるというコンセンサスが得られつつある。

また、単に医学としての専門性だけでなく、医師としての態度、spiritualityに切り込むコミュニケーション能力、在宅ケアチームのなかでチームアプローチの実践、制度や社会資源に精通しコーディネートする力、マネジメント能力、家族ケア、地域づくりの視点など幅広い能力が必要である。

主たる学問領域として以下が挙げられる。

〔在宅医療の主たる学問領域〕

①～③の3領域に加え、今後必要とされる領域として④、⑤が想定される。

- ① 老年医学（栄養障害、摂食嚥下、肺炎、排便障害、排尿障害、褥瘡、認知症、リハビリテーション、整形疾患、転倒・骨折、廃用症候群、歯科、感染など）
- ② 緩和医療
- ③ 難病や各科専門領域の疾患の終末期ケア（神経難病、慢性呼吸不全、関節リウマチ、膠原病、肝不全、腎不全、心不全）
- ④ 小児在宅医療（小児障害者、小児がん）←在宅医療全体の5%のニーズがあるとされる。
- ⑤ 精神医療←ニーズの増加が予想される。

（平原佐斗司氏）

- ◎ 上記の主たる学問領域を中心に上げたテキスト『在宅医学』（編集=日本在宅医学会テキスト編集委員会）がメディカルレビュー社（TEL03-3835-3049）より発行されています。