

序

2017年4月、いよいよ総合診療専門研修プログラムがスタートする。日本において「総合診療」を一つの専門領域として位置づける大変画期的かつ重要なタイミングと言って良い。2015年の8月に研修プログラム整備基準が公表されて以来、全国の多くの方がプログラム構築に汗をかいている。ただ、外科や小児科のように専門領域としての長年にわたる厚い実績があるとは言えない総合診療においては、「家族志向型ケア」「地域志向アプローチ」「ビデオレビュー」「プリセプティング」のような独特の概念や用語を聞いても、ずっと頭に入る方は少ないであろう。

日本プライマリ・ケア連合学会は、20年前からゆっくりだが着実にプライマリ・ケア及び家庭医療の専門医養成に取り組んできた。そこで蓄積してきた総合診療の概念に対する知見や研修プログラム構築のノウハウをまとめ、今まさに日本全国で研修プログラムに関わる方たちに提供することが本書の狙いである。執筆には、専門研修に長年携わり、総合診療の概念にも造詣の深い総合診療のオールスターが結集したと自負している。

以下に、本書を活用する読者のイメージを列举し、次に本書の構成と使い方を説明する。

- 家庭医療専門医や総合診療専門医を目指して研修中の専攻医
- そうした専攻医を総合診療のフィールドで指導している指導医
- 家庭医療や総合診療の研修プログラムを構築しようとするプログラム統括責任者
- 総合診療専門研修プログラムでどのような研修が行われるかを詳しく知りたい医学生や研修医
- 総合診療専門医がどのようにして養成されるかに関心を持つ方々

第1章では、総合診療専門研修がめざすものを、わかりやすく丁寧に説明した。特に、抽象的でわかりづらいコアコンピテンシーについては、第一線の専門家からの豊富な説明を提供している。

第2章では、そうした目標を達成するために構築された専門研修の3年間をいかにして学ぶかという視点で、3年間を通じた学び方について教育方略から評価法に至る総合診療領域ならではの工夫やコツ、そして総合診療、内科、小児科などの各研修ローテーションにおける学び方のコツを説明した。

第3章では、ここまでの総論を踏まえつつ、日本全国で比較的成功し定評のある家庭医療専門研修プログラムの概要と特徴・工夫などを具体的に紹介して頂いた。すぐにこうしたプログラムを構築することは厳しいが、高みを目指すことによって多くの専攻医に支持される可能性は高まる。

本書を通じて、一人でも多くの専攻医、指導医が質の高い総合診療専門研修を展開することができ、ひいては日本全国の多くのプログラムで研鑽を積んだたくさんの方の総合診療専門医が、地域社会の中で真に国民に求められる医療を提供する時代が、そう遠くない将来にやってくることを心より期待したい。

2016年6月

北海道家庭医療学センター 理事長
草場鉄周

総合診療 専門研修の 手引き

4

何をどう教え学ぶか
工夫と実例

編集主幹
草場鉄周

GP GENERAL
PRACTITIONER

中山書店

目次

◆総合診療専門医をめざす君たちに	丸山 泉	2
------------------	------	---

1 総合診療専門研修がめざすもの

◆専門医制度改革と総合診療専門医制度	有賀 徹	10
◆総合診療専門医の果たすべき役割	草場鉄周	20
◆総合診療専門医のコアコンピテンシー		
■人間中心の医療・ケア	葛西龍樹	30
■包括的統合アプローチ	藤沼康樹	42
■連携重視のマネジメント	岡田唯男	53
■地域志向アプローチ	小谷和彦	63
■公益に資する職業規範	尾藤誠司・向原 圭	68
■診療の場の多様性	前野哲博	77
◆総合診療専門医の経験目標		
■身体診察および検査・治療手技	徳田安春	84
■一般的な症候への適切な対応と問題解決	大平善之・生坂政臣	91
■一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント	雨森正記	98
■医療・介護の連携活動	中村伸一	105
■保健事業・予防医療	羽鳥 裕	113
◆3年間のローテーションの構築	松下 明	124

2 研修をどのように学んでゆくか

◆3年間を通じた学び方		
■研修目標と研修の場の適切な組み合わせ	竹村洋典	132
■ポートフォリオを活かした学び	大西弘高	137
■定期的な省察による生涯学習	春田淳志	145
■ロールモデルとメンターとしての指導医の役割	吉村 学	152

■さまざまな教育法の活用

プリセプティング	関 正康・大滝純司	160
症例カンファレンス	山田康介	165
ビデオレビュー	菅家智史	171
SEA	宮田靖志	178
技能教育	遠井敬大	186
シャドウイング	飛松正樹	194
360°評価	大橋博樹	199
mini-CEX	臺野 巧	205

◆多様な研修の場に応じた学びの工夫

■総合診療専門研修

診療所における学び	西村真紀	212
中小病院における学び	濱口杉大	221
大病院や大学病院における学び	田妻 進	228

■必須領域別研修

内科研修	石丸裕康	236
小児科研修	横田俊一郎	243
救急科研修	垂水庸子	252

■他の領域別研修

ブロック研修を行う際の工夫	大島民旗	260
パートタイム研修を行う際の工夫	木村琢磨	267

3 さまざまなプログラムでの学び方の実例

■多様な現場でタテ・ヨコ・ナナメのメンバーと学ぶ——北海道家庭医療学センター

	安藤高志	274
--	------	-----

■圧倒的臨床力と診療領域の広さ、そして仲間の存在

——亀田家庭医・総合診療専門医プログラム

	菅長麗依	282
--	------	-----

■都市型診療所を基盤とした家庭医を育てる——CFMD家庭医療学レジデンシー・東京

	喜瀬守人	292
--	------	-----

■地域の最適な研修の場に大学の教育機能を展開

——筑波大学プログラム（つくば家庭医・病院総合医プログラム）	横谷省治	299
--------------------------------	------	-----

■「地域医療のススメ」——地域医療振興協会家庭医療専門研修	井上陽介	310
-------------------------------	------	-----

■「子宮の中から天国まで」 地域を診る視点を学ぶ——静岡家庭医養成プログラム	井上真智子・鳴本敬一郎	319
■アカデミック・キャリアを含む多様なセッティングで学ぶ ——三重大学総合診療科における総合診療（家庭医療）プログラム.....	北村 大	330
■多様な研修の場を行き来しながら学ぶ——岡山家庭医療センター.....	佐古篤謙	338
■地方都市の小病院で学ぶ——飯塚・穎田家庭医療プログラム.....	吉田 伸	348
■歴史を背景に急性期基幹病院から離島診療所までの特性を生かして学ぶ ——沖縄県立中部病院での研修.....	本村和久	354
■地方都市の単一医療機関でどこでも活躍できるように学ぶ——赤穂市民病院	一瀬直日	363

付録

■総合診療専門医 専門研修カリキュラム.....		376
到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー.....		377
経験目標.....		384
■総合診療専門医研修プログラム 研修目標及び研修の場.....		390

Column

●「家庭医療学」を学ぶために行ってきたこと.....	菅家智史	28
●研修中に「総合診療医」としてのアイデンティティを維持し続けるために.....	竹村洋典	83
●研修中の、組織を越えた仲間づくり.....	遠井敬大	123
●研修中にも研究を.....	前野哲博	159
●専門医試験対策として行っていること.....	遠井敬大	235
●産婦人科研修の実際.....	吉澤瑛子	272
●新しいプログラムのつくりかた.....	雨森正記	291
●研修期間中の出産・育児体験談.....	森屋淳子	308
●指導医の集めかた，リクルートのしかた.....	北村 大	347
●他施設での研修を依頼するには.....	喜瀬守人	372

索引.....		399
---------	--	-----

総合診療専門医をめざす君たちに

丸山 泉（日本プライマリ・ケア連合学会）

「連合」に込められた強い意志

日本プライマリ・ケア連合学会は、以下の三学会が合併して2010年に設立された。1978年に設立された日本プライマリ・ケア学会は、「従来の医学が大学中心の医学であって必ずしも第一線の医療に役立っていないこと、社会に役立つ有用性のある学問が必要なこと、そして、第一線の医療に携わっている医師たちが自分たちのデータを持ち寄って発表し合う学会が必要であること」をかねて設立された。なかでも、「医療のための学会」「病人と人間の安全のための学会」が強調された。NPO 法人日本家庭医療学会は、1986年に家庭医療学研究会として発足した。「病んだ一人の人間を、その人の家庭を、そしてその背後にある地域を一個のまとまりあるものとして取り扱う、つまり、人間と家庭と地域を統一体としてとらえる家庭医療を求めて、家庭医を養成し、より活発な研究組織を作ることをめざす」とした。臓器別専門医を縦型専門医とすると、家庭医は水平型専門医をあらわしている。特に、後進家庭医の育成に力を注いだ。日本総合診療医学会は、1993年に研究会として設立され、大学病院や臨床研修指定病院の総合診療部に属する医師が参加した。設立目的は、「全国の総合診療部（科）を組織化して、総合診療とその研究分野および研究の方法論を確立させること」にあった。

きわめて困難だと考えられた三つの学会の合併がなぜ可能となったのか。それは、三学会の会員が共有するものが「プライマリ・ケアの強化」にあったからである。経験的、学問的帰結として、プライマリ・ケアをもっぱら担う医師の専門性を日本の医療の新しい領域として確立することをめざし、その方法論として、総合診療をもっぱら行う医師の育成を必要と考えた。加えて、日本の医療の抱える諸問題が国民共有の喫緊の課題として顕在化してきたことが大きい。

「連合」には強い意志が込められているのだ。

家庭医療専門医と総合診療専門医

日本プライマリ・ケア学会では、認定医制度を1997年の理事会で決議し、2001年に第1期生を誕生させた。認定医は医師としての活動歴6年以上で学会会員歴3年以上を条件とし、専門医は研修期間5年間で、そのうちの2年間に病院スーパーローテート研修、1年間に保健・医療・福祉群での研修を受けることを要件とした。

三学会で、日本プライマリ・ケア学会の専門医制度と日本家庭医療学会の専門医制度とを比較検討した。プログラムのなかに家庭医を特徴づける能力を明確にし、プログラム認定、指導医の認定の要求水準が高いことと、国際的な評価に耐えられることを考慮し、次世代型のプライマリ・ケア実践医の育成には

家庭医療専門医のほうがまさるという評価を得た。また、専門医試験は日本家庭医療学会が研修記録およびポートフォリオに関する書類審査のみとしていたが、日本プライマリ・ケア学会では、事例報告のほかに、Modified Essay Question (MEQ) により医学知識の試験、および臨床能力評価試験 (Clinical Skill Assessment : CSA) を行っていたことを踏まえ、2009年からの家庭医療専門医も MEQ と CSA を取り入れた。

一方、日本医師会が中心となり、2007年より関連三学会（当時の日本プライマリ・ケア学会、NPO 法人日本家庭医療学会、日本総合診療医学会）が協力して、「認定総合医」研修プログラムを協議してきた。その成果は、日本医師会会員の現在の生涯教育プログラムに反映されている。

結果として、日本プライマリ・ケア学会と日本家庭医療学会の両方の長所を取り入れた制度になった。名称は「日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医」とした。合併後、より専門性を高めるために家庭医療専門後期研修プログラム Ver.1.0 から Ver.2.0 へと更新を行い、現在の家庭医療専門医制度となっている。更新の要点は、従来6か月であった家庭医療ローテーションを18か月と大幅に強化し、診療所・小病院に加えて病院の総合診療部門での研修を必修としたこと、そして、必修診療科に救急科を加えたこと、さらには研修手帳を通じた症候や疾患の経験と身体診察や手技の経験の把握を必須としたことである。

総合診療専門医は、日本専門医機構のなかの「総合診療専門医に関する委員会」によって、家庭医療専門医の Ver.3.0 という位置づけで協議が行われている。

日本のプライマリ・ケアの現状

プライマリ・ケアを語るとき、現状を歴史的合理性として肯定することが大切である。なぜならば、プライマリ・ケアは、その国の文化、歴史、風土、死生観、経済力、保健制度、政治体制などの多因子を背景とした人々の生活のあり方、もっといえば人々がどのような日常性を守ろうと考えているのかによって規定されるからである。

日本のプライマリ・ケアは、現在、誰が担っているのだろうか。そこになんらかの問題が存在しているとしても、現実社会の多因子の集合体として、きわどい調和のうえに成り立っている。「きわどい」と表現したのは、地域の医療は寡黙で誠実な医師、医療職の方々の献身によって支えられており、地域の疲弊とともに彼らも疲弊しつつあるという事実認識と、この国に住む、医療の対象となる人々そのものの環境の急激な変化が背景にあるからだ。

日本の国民皆保険制度も、かろうじて維持されているといっていいたいだろう。保険証1枚で、全国の医療機関へのフリーアクセスを可能にしており、世界最大規模の GDP にもかかわらず、これをなしえたことへの海外からの評価はきわめて高い。過度な重装備であるかもしれないが、診療所においても病院においても、備える医療機器の質と量は、人的資源の質とあいまって、これも海外からの評価はきわめて高く、間違いなく国民からは至便で良質な体制となっているのである。もちろん、医療過疎地はいまだ大きな問題として存在するが、ほとんどの国民は現在の日本の医療体制には肯定的であろう。しかしながら、保険料未払い者の問題、自己負担額の設定の妥当性、保険者側の原資の問題などが、今後の持続可能性の阻害因子として存在し、問題は拡大しつつある。

それでも、国民は、日本の医療問題の深層を追及するよりも現在の至便さを求めており、そのために医療側から変革しようという先行すべき動きが出てこなかったともいえる。また、海外のプライマリ・ケアの先進事例が市民からの声に動かされ発展したものが多くにもかかわらず、日本では医療に関わる国民側

総合診療専門医の果たすべき役割

草場鉄周（北海道家庭医療学センター）

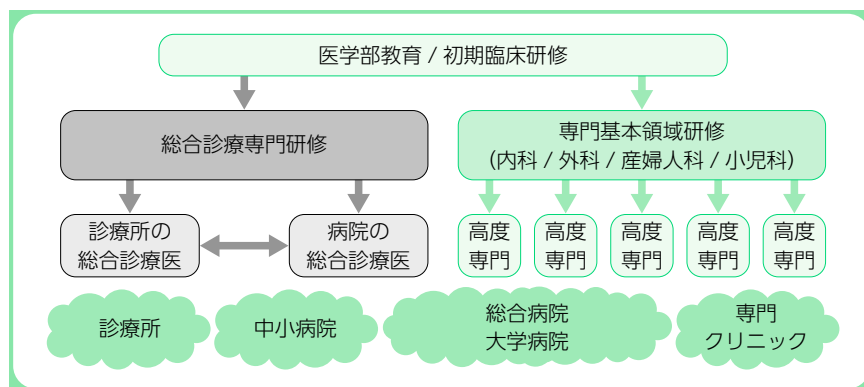
本稿では、「総合診療専門医をめざす君たちに」と「専門医制度改革と総合診療専門医制度」で述べられた日本の医療の課題と総合診療専門医を必要とするに至った経緯を踏まえながら、ややミクロな視点で総合診療専門医がさまざまな場で果たすべき役割を考える。第一に日本の医療システム（診療所、病院）のなかで総合診療専門医が果たす役割、第二に日本の医療や介護の制度改革のなかで総合診療専門医が果たす役割、最後に臨床研究や教育など学術的な側面で総合診療専門医が果たす役割を論じていく。

日本の医療システムのなかで総合診療専門医が果たす役割

総合診療専門医は本書で詳述される6つのコアコンピテンシー^{*1}を、外来診療、在宅診療、病棟診療、救急診療と多様な診療の場で展開することが求められる。そこで、主として診療環境として総合病院、中小病院、診療所に分けて総合診療専門医の役割を考えていきたい。また、診療所については都市部と郡部・へき地を分けて論じる。というのも、「地域を診る視点」、そして地域のニーズや医療資源に応じて柔軟にその役割を変化させること自体が、総合診療専門医の重要な専門性といえるからである。今後の医師のキャリアパスは¹に示すように、専門医制度の成熟に従って、専門医資格と勤務地が連動するようになるだろう。そうした未来の姿を先取りして考えていく。

^{*1} ▶ 付録 総合診療専門医 到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー (p.376)

1 これからの医師のキャリアパス



2 病棟における総合診療専門医の役割

1. 当該地域医療機関において入院頻度の高い疾患あるいは健康問題の診断と治療ができる。
2. 外来・在宅など他のセッティングとの切れ目のない連携の下で、リハビリテーション、長期入院患者診療、術前術後の病棟患者管理を含む必要な入院ケアが提供できる。
3. 併存疾患の多い患者の主治医機能を果たすることができる。
4. 心理社会的複雑事例への対応とマネジメントができる。
5. 地域連携を活かして退院支援ができる。
6. 終末期患者への病棟医療を適切に提供できる。

(日本専門医機構 総合診療専門研修カリキュラムより)

総合病院

日本の病院はその質的・量的な多様性が著しいが、ここでは臓器別の診療科が比較的多く病床数も200床以上あるような高度急性期医療に取り組む総合病院を想定して考えていく。そうした場では、総合診療専門医が果たす役割は病院における診療科の構成に大きな影響を受ける。外来診療においては、内科、外科、整形外科、小児科など主要な診療科がほとんどそろっていれば、診療科を同定しづらい訴え（例：遷延する発熱）の患者、高齢で複数の疾患をもつ患者などに限定される可能性が高い。その一方で、内科でも消化器内科だけしか設置されておらず、整形外科もない場合などは、循環器系、呼吸器系や整形外科領域の疾患をもつ患者が幅広く受診することもあり得るだろう。

また、入院についても、外来と同様である。ただし、入院の場合は、2に示すような6つの役割を期待されることが特に多い。高齢化とともに、複数疾患をもつ高齢患者の入院ケアや終末期へのニーズは高まる一方、短い入院日数に対応した病診連携による退院支援の必要性も高くなる。救急診療も、救急科の医師同様に多様な疾患への対応のトレーニングを受けた総合診療専門医の腕の見せ所である。いわゆる初期救急を中心に活躍する場も小さくない。

今後、病院の役割が診療所と分離する流れが強まれば、大病院の外来診療は紹介を原則とする専門外来に徐々に移行するゆえに、病院における総合診療専門医の役割は病棟医療や救急医療を中心に変遷する可能性も高い。その一方で、診断困難症例へのコンサルテーションなど、総合病院の外来においても独自の機能を発揮することもあるだろう。

また、大学病院も診療機能だけみるとこのカテゴリーに位置づけられるが、教育機関としての役割もあるため別項^{*2}でもふれたい。

中小病院

日本の医療は、民間の中小病院が多様かつ豊富なことが特徴といえよう。ある

^{*2} ▶ 本稿「臨床研究と総合診療専門医」(p.26)

総合診療専門医のコアコンピテンシー 人間中心の医療・ケア

葛西龍樹（福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座）

日本専門医機構が『総合診療専門医 専門研修プログラム整備基準』¹⁾と『総合診療専門医 専門研修カリキュラム』で到達目標として発表している総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー^{*1}の最初の項目は、「人間中心の医療・ケア」である。まずそれがどのような内容であるかを、pp.376-389に示したカリキュラム本文から確認してほしい。

「人間中心の医療・ケア」には3つの一般目標が設定されている。

- 1) 患者中心の医療の方法を修得する
- 2) 家族志向型の医療・ケアを提供するための体系化された方法を修得する
- 3) 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法とその応用方法を修得する

このうち3)は、1)と2)を実践するという内容なので、実際には「患者中心の医療の方法」と「家族志向型の医療・ケア」の両方を理解して実践できることが総合診療専門医に求められているといえる。

このうち「患者中心の医療の方法」は、本稿で述べるようにカナダのウェスタン・オンタリオ大学（現在はウェスタン大学に名称変更）のIan R. McWhinney名誉教授らのチームが開発してきた「患者中心の医療の方法（Patient-Centered Clinical Method：PCCM）」のことを指しており、いわば固有名詞である。「家族志向型の医療・ケア」については1つの方法を特定はしていないが、専門性の高いレベルで学ぶことをカリキュラムとして標準化するために「家族志向型の医療・ケアを提供するための体系化された方法」と表現されている。「体系化された方法」であることが重要である。後述するように、PCCMの構成要素として家族も含むコンテクストの理解と患者・家族・プライマリ・ケアチームのコミュニケーションも含まれており、それらは最新の臨床研究によって新しい知見が加わっていくので、プライマリ・ケアの専門医である総合診療専門医としては、PCCMというより大きな全体像を理解し実践できるようにトレーニングすることがよいだろう。

^{*1} ▶付録 総合診療専門医 専門研修カリキュラム 到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー（p.376）

患者中心の医療の方法 (PCCM)

「患者中心の医療の方法」については、筆者による教科書²⁾ および総説³⁾ も参考になるが、この方法は社会の変化とプライマリ・ケア研究の発展に伴って進化してきており、最新の到達点を理解するためには McWhinney らのチームによる 2014 年の単行本 (第 3 版)⁴⁾ を薦めたい。この本は、日本プライマリ・ケア連合学会の若手グループが月例の勉強会をしながら翻訳を進めており、筆者もアドバイザーをしている。やがて日本語版も入手できるだろう。家庭医療学の体系を踏まえた上で PCCM を理解することも重要で、そのためには McWhinney の教科書を薦めたい⁵⁻⁸⁾。

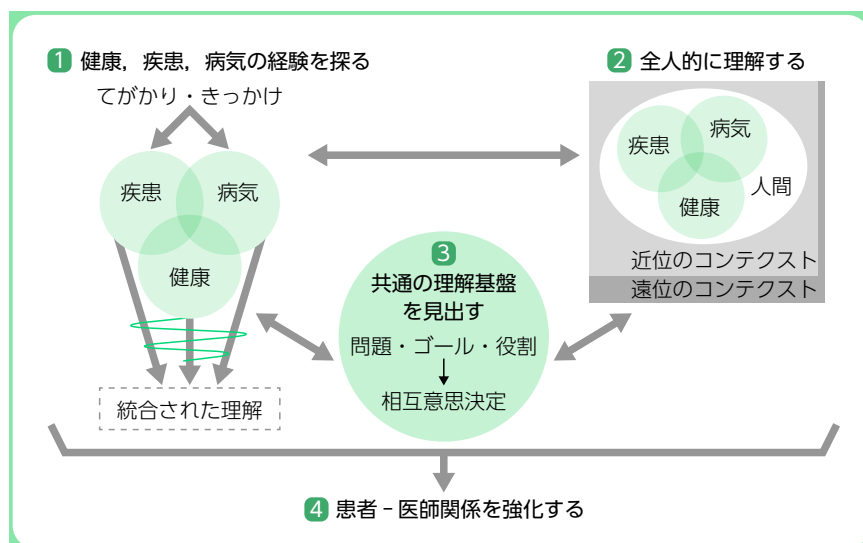
今日「患者中心」ということがさまざまところで使われるようになっている。社会で医師中心から患者中心へのパラダイムシフトが進行していると考えて歓迎したいが、日本ではジェネralist を標榜していても PCCM が何であるかを適切に理解している人はまだ少数である。総合診療専門医は、単なるスローガンやお題目としての「患者中心」ではなくて、確立した臨床医学の方法として PCCM を身につける (=理解し実践できる) 必要がある。

PCCM は 4 つの構成要素からなる (1)。実際には、1 から 4 まで順番に行わなければならないのではなくて、必要なときに行きつ戻りつしながら、それぞれの構成要素が深まるように進めていく。

1 健康、疾患、病気の経験を探る

ここではさらに、健康 (health)、疾患 (disease)、病気の経験 (the illness experience) の 3 つについて、実際の診療のなかでやはり必要なときに行きつ

1 患者中心の医療の方法



(文献⁴⁾ から改変)

1 主治医意見書作成7つのコツ

1) 非医師が読むことを意識しよう！

主治医意見書を目にするのは、保険者（市区町村）の担当者、介護認定審査会委員、ケアマネジャーたちであるが、そのほとんどが非医師である。生真面目な医師は抗がん剤の種類や手術の術式を書くが、介護と関係のない専門用語は伝わらない。

2) 情報収集をしっかりと！

家族、ケアマネジャー、訪問看護師、保健師などから日常的に情報収集すること。

3) 何ができて何ができないかを記載しよう！

障害の程度や疾患の重症度と、生活能力（介護の必要性）は必ずしも一致しない。また、本人の「〇〇はできる」といった言動が実態を表しているかどうかを検証する必要がある。

4) エピソードを記載しよう！

「転倒しやすい」だけでなく「幸い大事には至ってないが1か月に1度は転倒して四肢に皮下出血をつくる」、「不潔行為」だけでなく「汚れたオムツをタンスに隠してしまい、介護者は後始末で苦労している」、「夜間頻尿」だけでなく「就寝後も起床までに4～5回排尿し、その都度介助を要するので介護者は寝不足である」など、介護の様子がわかるような具体的な記載がよい。

5) できるだけ早く作成しよう！

市区町村は、申請から原則30日以内に判定結果を申請者に通知しなければならない。申請日から1週間を目処に主治医意見書を作成すること。

6) 意見書ソフトを使おう！

日本医師会 ORCA プロジェクト「医見書」などのソフトを使うと便利。主治医意見書をOCRで読み取ることもあるので、手書きの場合は欄外記入しないこと（読み取れないことがある）。

7) 第2号被保険者の場合、特定疾患（16疾病）を必ず傷病名（1）へ！

「主治医意見書記入の手引き」「特定疾患にかかる診断基準」はネットからダウンロードしていつでも見られるようにすること。

主治医意見書の主治医名は審査会では伏されるが、介護サービス計画作成に利用される際にケアマネジャーの目に触れる。主治医意見書は、医療・介護連携のパートナーであるケアマネジャーからの医師自身の評価につながる。また、自分の主治医意見書の記載が、申請者のその後6か月から2年間の生活の質に影響を与えかねないことを肝に銘じなければならない。

確認して気づいたのは、要支援では使えないサービスがあることだった。要支援2と要介護1では使えるサービスの内容や量が異なり、基本的にケアプランの作成者も異なる。特別養護老人ホームへの新規入所は原則として要介護3以上に限定されるので、要介護2と要介護3の区別も重要である。自分が書いた主治医意見書の影響を知り、責任の重さを感じとった。

さらにわかったことは、実は厚生労働省のホームページ等でも介護サービスの事業所を検索できることだった⁴⁾。

地域包括支援センターについても調べてみた。社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーの3人の専門職がいて、介護予防ケアマネジメントだけでなく、総合相談支援や権利擁護^{*6}も業務にあることを知った⁵⁾。

翌日、若木医師は地井医師に2つのことを尋ねた。

^{*6} 高齢化が進み、認知症で判断能力が不十分な高齢者が増加するに伴い、虐待、消費者被害などが問題化している。成年後見人制度などによる高齢者の権利擁護が今後より重要になるだろう。

2 要介護認定の仕組み

1) 市区町村窓口での申請

介護サービス利用を希望する本人、家族のほか、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、成年後見人などが代行することも可能。

2) 訪問調査と主治医意見書

申請後、市区町村は訪問調査員を申請者の自宅に派遣して心身の状況を調査票に基づいて調査し、コンピュータで仮の要介護度が決められる（一次判定）。同時に、市区町村は医療機関へ主治医意見書の作成を依頼する。

3) 介護認定審査会

市区町村が設置した介護認定審査会は、保健・医療・福祉の学識経験者（医師・歯科医師・理学療法士・保健師・看護師・ケアマネジャー・社会福祉士など）から構成され、一次判定結果、訪問調査員の特記事項、主治医意見書をもとに審査し、要介護度を判定する（二次判定）。

4) ケアプラン作成からサービス利用まで

要支援の場合は地域包括支援センターに相談し、介護予防ケアプランを作成して介護予防サービスを利用。要介護で居宅サービス希望の場合はケアマネジャーのいる居宅介護支援事業者に依頼し、ケアプランを作成して居宅サービスを利用。要介護で施設サービス希望の場合、申請者が施設に直接申し込み（居宅介護支援事業者の紹介も可能）、施設のケアマネジャーがケアプランを作成して施設サービスを利用。

若木医師「要介護と要支援で受けられるサービス自体が違うんですね。でも微妙なケースってないですか？」

地井医師の説明では、要支援2と要介護1の判定は、介護認定審査会で話し合う重要ポイントらしい。コンピュータでの一次判定では、5分野（直接生活介助、間接生活介助、BPSD 関連行為、機能訓練関連行為、医療関連行為）について要介護認定等基準時間を算出するが、要支援2と要介護1では「32分以上50分未満」で同じである。どこが違うのか。判定の際には以下の2点が重要視される。

- 認知症かどうか
- 今後6か月以内に状態が変化して介護の手間が増えるかどうか

このあたりは主治医意見書が重要視されるが、その記載内容が乏しいと、患者（申請者）が正しい判定を受けられずに不利益を被ることもあるので、しっかり記載する必要がある。

若木医師「市原さんの介護サービスですが、娘さんの代わりの家事援助は最低必要で、通所リハビリでADL向上を図って外出機会を増やすのがいいと思います。それと、外来診療を訪問診療に切り替えるべきですね」

地井医師「うん、いいアイディアだ。でも市原さんは昔から人の中に出るのが苦手な人だったからな〜。でも家に来る人は拒まないらしいから、訪問リハならOKかもね。実際に自宅で行う動作のリハビリのほうがいいよね。外来か訪問診療かは娘さんの意向にもよるだろうね〜」

通所リハビリよりも訪問リハビリが適することには納得したが、やはり訪問診

1 FM カンファレンスの風景

2 従来のプレゼンテーションと Patient-Centered Case Presentation の比較⁵⁾

従来のケースプレゼンテーション	Patient-Centered Case Presentation
1. 主訴	1. 患者の主訴や要望
2. 現病歴	2. 患者の述べる健康観や病いの経験
3. 既往歴	3. 疾患（現病歴、既往歴、身体所見、検査所見など）
4. 家族歴	4. 患者個人（ライフサイクルなど）
5. 患者プロフィール	5. 背景（コンテキスト）
6. Review of Systems	6. 患者 - 医師関係
7. 身体所見	7. 評価（プロブレムリスト）
8. 検査所見	8. ディスカッション
9. プロブレムリスト	9. プラン
10. 評価	
11. プラン	

例)

「診察を終えたときの患者さんの表情が曇っていたような気がして、私が提示したプランにあまり納得されていない様子だったので」

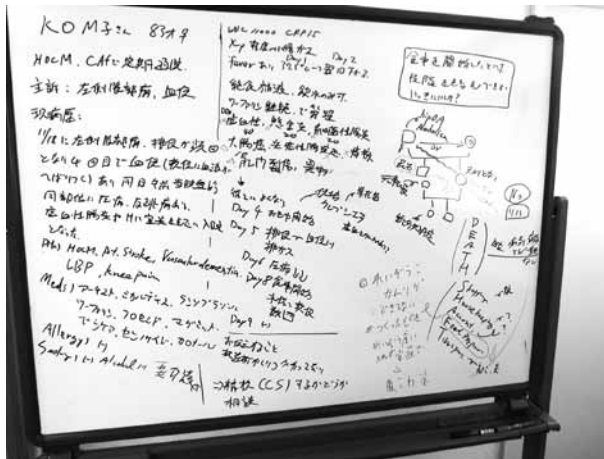
「結果的に重大な疾患を見逃さずに専門医に紹介することができましたが、もっとスマートにできなかったのか、と思って」

「患者さんと主介護者から、退院後は訪問介護を利用したいと要望があがっているのですが、患者さんと同居されている夫はそれに納得していないようです。退院前のカンファレンスではどのようにしたらよいのか悩んでいます」

③症例の紹介とディスカッション

時間が十分ある場合は、Patient-Centered Case Presentation⁷⁾ (2)に基づいて症例を紹介してもらうが、カンファレンスに時間が限られるときは、専攻医が感じている課題に焦点をあてた内容で行うことが多い。患

3 家族図や患者の生活機能などを書き込んだホワイトボード



者の診断やそのプロセスが課題ならば従来型のプレゼンテーションでもかまわないが、上記の例のような課題では、プレゼンテーションすべき内容や指導者や参加者が専攻医に問う内容は変化する。そこで適宜、参加者の重要な発言はホワイトボードに記載し、ディスカッションを深めるために利用する。

●患者との具体的な対話の内容

「そのとき患者さんはなんとおっしゃいましたか？」

「それに対してどのように答えましたか？」

●専攻医の行動や時間経過を詳細に追う

「そのときあなたはどうか考えてこのような選択をしたのですか？」

「どのようなことをもっと考慮するとより安全に専門医に紹介することができたと思いますか？」

こうして、患者の生活機能の状態や家族図、利用できる資源などの背景情報を、詳細に検討する内容に進むことになるだろう (3)。

④専攻医の学びの抽出

カンファレンスの終盤では、専攻医や参加者からの発言をホワイトボードに整理して、まとめを行い、症例から得られる学びを言葉にしていく。ファシリテーションの技術でいう「収束」のプロセスである⁶⁾。

最後に、専攻医から「本日の学び」と題して発言をもらい、カンファレンスを閉じる。

まとめ

クリニカルジャズ、FM カンファレンスはともに専攻医が自身の行動や思考、感情をオープンにすることで学びを深める場である。したがって、専攻医の安全

2 『まんが めざせっ！ 総合診療専門医』（p.73）より



んどの場合でかかりつけ医をもっていない（2）。不安に基づく動悸や血圧上昇を主訴に受診を繰り返す患者には、かかりつけ医との信頼関係が十分でない、認知症により病状や治療への理解が不十分である、精神的なサポートが必要である、といった問題がありうる。健康番組を見たことをきっかけに何かが心配になった患者は、これまで医療との関わりが希薄であった可能性がある。

こうした状況の患者が、救急の場で専攻医の目の前に現れた瞬間を、患者にとって最大の転機となるようにしたい。総合診療医ならではの継続性の視点から、このような患者への介入の方法を考えることが必要である。

第2の課題 「コンビニ受診」と決めつけず、隠れた問題を解決する。夜間、たとえ疲れていても冷静さを取り戻し、身体的（医学的）、社会的、精神的問題に分けて患者の問題を整理する。

「過ごし方」対応：1-1)-①、2-1)-③、2-3)-①

「二次選定」で救急搬送

救急車で来院する患者は、3～4割前後が入院し、walk-in と比べより病状の重いことが多い。救急救命センターではなく、「二次救急」が選定されたのは、あくまで救急隊が評価した時点での緊急度がそれに満たなかったからであり、患者が重症でないことを意味しているわけではない。したがって、来院したときに患者の状態が落ち着いているようにみえても、急変する場合もある。

医師としての経験が浅いうちには、患者の重症度を判断する根拠として検査結果を頼りにしがちである。しかし、時間外の診療では、たとえ大規模の病院でも利用できる検査設備に制約がある。また、発症早期の患者の場合には、検査の結果と実際の重症度が食い違うこともある。さらに、緊急性の高い病態であれば、検査の結果を待たずに診療を進めていくことが求められる。したがって、こうした患者の診療では、検査の結果ではなく生理学的徴候を重視した対応が不可欠になる。

検査値のようにわかりやすい根拠ではなく、生理学的徴候を根拠に患者の重症度を判断し、帰宅させることは不安を伴うが、救急搬送された患者をすべて入院させるわけにもいかない。したがって、その時点で妥当といえる帰宅判断ができ

るようにすると同時に、帰宅時の患者の安全を担保するために、患者とその観察者である家族にも、帰宅後の注意を十分に説明する習慣を身につける必要がある。

第3の課題 患者の生理学的徴候に基づき、妥当性のある帰宅判断ができるようにする。帰宅時には見逃しのリスクを踏まえた、適切な説明ができるようにする。

「過ごし方」対応：2-1)-①②, 2-2)-①②, 3-3)-①, 6-①③

一方で、患者のなかには医療者からみて「タクシー代わり」と思えるような救急車の利用もある。また、身体的理由の大小にかかわらず、何か困ったときに頼る手段が救急要請というケースも少なからずある。後者の場合、患者本人が医療の介入を拒否し続け、動けなくなつてはじめて家族が救急要請する、介護を必要としながらもどうすればよいのかわからないまま極限状態に至り救急要請する、家族関係が希薄で、介護だけでは療養上の問題が解決できず、介護者が救急要請するなど、パターンはさまざまである。医療者が、救急搬送の必要性に疑問を感じる場合には、救急要請に至った過程をきちんと整理する必要がある。患者の身体的問題だけでなく、社会的問題（特に介護や福祉）に目を向けなければならない。本当に「タクシー代わり」としか考えられない場合でも、救急要請した際の患者の心理状況に目を向け、適切な対応について冷静に指導し、かかりつけ医をもつよう勧めてみると、その場が有益になるだろう。

第4の課題 救急搬送であることに疑問を感じたら、患者の救急要請の背景にある社会的問題に目を向け、医療、介護、福祉の必要性をすくいあげる。救急要請が適切でないならば、適切な指導ができるようになる。

「過ごし方」対応：1-1)-①, 2-1)-③

重度の疾病や外傷（救命救急センター、「三次選定」）

バイタルサインが不安定な症例、心肺停止の症例は、救急隊の活動基準と救急隊指導医の助言に基づき、救命救急センターに搬送される。重症患者への対応では、複数の医療者で効率よく診療を行うため、高度なチーム医療が必要であり、共通の概念・やり方（プロトコル）に基づく速やかな対応が求められる。しかし、優れたチームによって手を尽くしても残念ながら患者を救命できないこともある。また、救命救急センターに搬送されたとはいえ、患者に延命の意思がないことや、臓器提供意思表示カードを有していることもある。個々の症例に円滑に対応するには、知識の整理とシミュレーション学習、より多くの経験の積み重ねが必要になる。

第5の課題 緊急度かつ重症度の高い患者の初期治療（初療）をできるだけ多く経験する。可能ならば初療チームのリーダーも経験する。患者のリビングウィルに基づいて、初療後の治療方針を立てる。

「過ごし方」対応：2-1)-①, 5-1)-②③, 6-②

研修を推奨している。これは、都市部では今後、高齢者の急激な増加に伴い在宅ケアの需要が高まると考えられることから、総合診療医として高いレベルの在宅ケアを提供する知識・スキルが求められるという考えに基づいている。がん・非がんを含めた幅広い緩和ケア、臨時往診などの急性期対応、複雑事例の在宅導入、家族や多職種とのケア調整などの基本的スキルを獲得することが研修目標である。

教育機会の確保

当プログラムでは、集中的な教育を提供する機会として、レジデントデイ、レジデントセミナーをそれぞれ月1回実施している。

レジデントデイ

レジデントデイは月1回行われる、振り返りを中心とした教育カンファレンスであるが、その内容の濃さから CFMD 東京を象徴する教育イベントとなっている。レジデントデイ中の半日はコール対応などで中断されることがないように、完全な診療フリーを保証している。以下に内容をまとめる。

- 振り返り** 1か月の研修について、前回の next step の達成状況、月間スケジュール、できたこと、できなかったこと、感情、next step を各専攻医が発表する。
- 学習ログのチェック** 専攻医は研修中に生じた疑問について調べた内容をログとして記録し、指導医がこれをチェックして研修の到達段階を判断すると同時に、自己学習の習慣づけを図っている。
- クリニカルジャズ** ケースカンファレンスであるが、エビデンスとナラティブの統合を図ること、臨床医学の研究のみならず看護学や社会学など周辺領域の研究も含めたエビデンスの探索を行うことを特徴としている。
- ビデオレビュー** 実際の診療場面をビデオ撮影し、専攻医のコミュニケーションや診療の構造についてピアレビューを行う。
- CbD (case-based discussion)** 英国で導入されている口頭試問の形式で、コンピテンシーや診療の場をまんべんなくカバーできること、診療内容のチェックではなく診療の構造や考え方を探索的に問うていくことが特徴である。

レジデントセミナー

レジデントセミナーは月1回実施される（3）。病院や診療所での OJT やレジデントデイでは十分にカバーできない、あるいは知識・スキル習得のために集中的な学習が必要な内容がテーマとなっている。外部から講師を招聘することもある。

また、普段はそれぞれ離れた場所で研修している専攻医が一堂に会する貴重な機会でもある。

3 レジデントセミナーの様子



ポートフォリオ基盤型学習

ポートフォリオ作成の支援を、研修期間中一貫して行っていることも、当プログラムの開始以来の伝統である。振り返り、学習ログ、クリニカルジャズなどの内容から、ポートフォリオエントリーとなりうる事例を探すように習慣づけを行っている。

また、当プログラムの修了要件となっているポートフォリオ発表会は、いわゆる「最良作品型」のショーケース・ポートフォリオ10枚をポスター形式で発表するもので、毎年100人以上が参加する一大イベントとなっている。

キャリア支援としてのフェローシップ

専攻医は研修を終え、専門医を無事に取得すれば社会的には一人前と認められるのであるが、診療所が基盤となっている当プログラムの場合、スタッフ残留＝管理職であることが多く、なかには修了後すぐに診療所長に就任する強者もいるが、研修を修了した専攻医のニーズの多くは「もう少し学びたい、成長したい」というものである。そのために、CFMD ではフェローシップのコースを複数設置している。

- 在宅** 在宅中心の診療に1年間従事し、在宅専門医の取得をめざす。
- リサーチ** 東京慈恵会医科大学臨床疫学講座の社会人大学院に所属し、同時にCFMD Practice-Based Research Networkのメンバーとなり、診療所発の臨床研究を4年間かけて行い学位取得をめざす。
- リーダーシップ** 総合診療専門医の専門研修プログラム、および法人診療所（非開業）の管理者として、必要な知識・スキルを2年間で獲得することをめざす。



研修期間中の出産・育児体験談

男性医師は子どもの有無が医師としての労働時間に影響することは少ないですが、女性医師は子どもがいることで医師としての労働時間が著しく減少することがいわれています¹⁾。

私は、家庭医療後期研修1年目の10月に第2子を出産し、半年の産休・育休を経て、翌年4月より研修に復帰しました。一番大変だったのは、通常業務に加えて、研修プログラムの学習ノルマや+αの仕事（原稿執筆や前職時代に行っていた研究の継続）を行う時間を確保する“タイムマネジメント”でした。特に育休復帰後の9か月は、自宅から満員電車と満員バスを乗り継いで片道1時間20分ほどかかる病院での研修であったため、毎朝3～4時に起きて家事や+αの仕事を行い、朝7時前後に家を出て職場に行き、定時に仕事を終わらせるべくひたすら働き、17時過ぎのバスに飛び乗って家に帰り、ご飯を作り、2人の子どもの世話をし、21時頃に子どもを寝かしつけるも、夜中は授乳に起こされる……という、今思い出しでも大変な時期でした。この困難な状況を何とか乗り切れたのは、夫、同僚、上司、友人、保育園、ファミリーサポート、シルバー人材センター、病児保育などを含めた周囲からのサポートのお陰にかなりません。特に、夫婦そろって両親が遠方にいるため、子どもの世話も家事もすべて、とにかく夫の協力なしには成り立ちませんでした。幸い、夫は裁量労働制の研究職であり、自宅と職場も近く、子どもの呼び出しなどには率先して対応してくれたため、非常に助かりました。

以下に、『ワーキングカップルの人生戦略』²⁾や『「時間がない」から、なんでもできる!』³⁾などの書籍を参考に、私が行ったタイムマネジメントの取り組みを紹介します。

1. 家事に従事する時間を減らす：時短家電、アウトソーシングの活用

- 1) 食器洗い機、乾燥機付きドラム式洗濯機、お掃除ロボット、圧力鍋など、家事時間を短縮できる家電をそろえて活用した。
- 2) 夜間診や研修で遅くなる日の夕食作りを週1～2日依頼した。加えて、2週に1回は家の掃除をお願いした。その結果、月3万円弱で家事負担がずいぶん軽減された。

2. 育児/家事をできる限り夫と分担する

「出産と授乳以外は男でもできる」という前職男性上司の言葉を引用したり、『ワーキングカップルの人生戦略』²⁾、『忙しいパパのための子育てハッピーアドバイス』⁴⁾などの本を紹介することで、夫に「男性も育児をするのは当然」「育児をする男性はカッコイイ!」という意識をもってもらうようにした。

3. スキマ時間で80%をめざす

- 1) To Do List, 手帳の活用
- 2) 診療・通勤のスキマ時間の活用

診療ログに疑問に思ったことをメモするように心がけ、診療のスキマ時間を利用して調べるようにした。通勤のスキマ時間には、読書やネットでの情報収集を行ったり、To Do Listの作成、振り返りの時間にあてたりした。

- 3) 完璧をめざさない

Facebookの創始者ザッカーバーグの“Done is better than perfect.”や、パレートの法則を

応用した「20%の時間で80%の成果を」という言葉を常に自分に言い聞かせた。また、自分自身のキャパシティを把握するよう努力し、「大丈夫」と感じた場合は積極的に仕事を引き受ける一方で、「キャパシティを超えている」と感じた場合にはできる限り断るようにした。

4. 自分の心身のメンテナンスを意識して行う

1) 自分時間の確保

週末ヨガや、月末のご褒美エステ・マッサージなど、リラックスする時間を確保した。

2) ピアサポートの場を活用

月1回のレジデントデイやカトレア外来塾（ママドクターもたくさん参加する、休職経験がある人たちの勉強会）での振り返りを活用した。

3) 今・ココに集中

子どもといるときは子育てに集中して、その時間を楽しむように心がけた。

研修期間中の妊娠・出産のストレス因子として、長時間労働、予測不可能な仕事量、同僚や上司の態度、保育園探しなどが挙げられています⁵⁾。また、女性の社会進出で先をいく欧米でさえも、女性医師のロールモデルの欠如や、女性に対する差別（とくに妊娠中や産後）、産休や育休を取得することへの罪悪感などが報告されています⁶⁾。

私自身の研修環境を振り返ると、上司は子育てしながらの研修に理解があり、同僚や指導医にはロールモデルとなる女性医師もたくさんいたうえ、一緒に子育てしながら仕事も勉強も頑張ろう！と励まし合える仲間もいたため、非常に恵まれた環境にあったと思います。そういった環境で、さまざまな情報源を夫と共有し、そこに書かれてある Tips を実践し、不具合があった場合には、その原因を分析して、改良を加え、また実践する、といった PDCA サイクルを回しながら、タイムマネジメントを行うことで、3年間の研修を何とかサバイブすることができました。その結果、家族の絆もより深まったと考えます。

以上、簡単ではありますが、私の研修期間中の出産・育児体験談でした。少しでも皆様の参考になるところがあれば幸いです。

森屋淳子（家庭医療学開発センター（CFMD）/久地診療所）

文献

- 1) Woodward CA, et al. Time spent on professional activities and unwaged domestic work. Is it different for male and female primary care physicians who have children at home? *Can Fam Physician* 1996; 42: 1928-35.
- 2) 小室淑恵, 駒崎弘樹. 2人が「最高のチーム」になる ワーキングカップルの人生戦略. 東京: 英治出版; 2011.
- 3) 吉田穂波. 「時間がない」から, なんでもできる! 東京: サンマーク出版; 2013.
- 4) 明橋大二. 忙しいパパのための子育てハッピーアドバイス. 東京: 1万年堂出版; 2007.
- 5) 西村真紀, 村田亜紀子 (編). ライフキャリア・サバイバル 女性医師が生きやすい社会を目指して. 東京: 南山堂; 2015.
- 6) Walsh A, et al. Motherhood during residency training: challenges and strategies. *Can Fam Physician* 2005; 51: 990-1.

総合診療専門医 専門研修カリキュラム

【到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー】

1. 人間中心の医療・ケア
 - 1) 患者中心の医療
 - 2) 家族志向型医療・ケア
 - 3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション
2. 包括的統合アプローチ
 - 1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応
 - 2) 効率よく的確な臨床推論
 - 3) 健康増進と疾病予防
 - 4) 継続的な医療・ケア
3. 連携重視のマネジメント
 - 1) 多職種協働のチーム医療
 - 2) 医療機関連携および医療・介護連携
 - 3) 組織運営マネジメント
4. 地域志向アプローチ
 - 1) 保健・医療・介護・福祉事業への参画
 - 2) 地域ニーズの把握とアプローチ
5. 公益に資する職業規範
 - 1) 倫理観と説明責任
 - 2) 自己研鑽とワークライフバランス
 - 3) 研究と教育
6. 診療の場の多様性
 - 1) 外来医療
 - 2) 救急医療
 - 3) 病棟医療
 - 4) 在宅医療

【経験目標】

1. 身体診察及び検査・治療手技
2. 一般的な症候への適切な対応と問題解決
3. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント
4. 医療・介護の連携活動
5. 保健事業・予防医療

【到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー】

*A を必須目標，B を努力目標とする

1. 人間中心の医療・ケア

地域住民が抱える健康問題には単に生物医学的問題のみではなく，患者自身の健康観や病いの経験が絡み合い，患者を取り巻く家族，地域社会，文化などのコンテキスト（※）が関与していることを全人的に理解し，患者，家族が豊かな人生を送れるように，家族志向でコミュニケーションを重視した診療・ケアを提供する。

（※コンテキスト：患者を取り巻く背景・脈絡を意味し，家族，家計，教育，職業，余暇，社会サポートのような身近なものから，地域社会，文化，経済情勢，ヘルスケアシステム，社会的歴史的経緯など遠景にあるものまで幅広い位置づけを持つ概念）

一般目標：1) 患者中心の医療の方法を修得する。

個別目標：

- (1) 患者の健康観を把握し，健康問題に対する患者の解釈，感情，医療者や予後に対する期待，問題による影響を明らかにして医療・ケアに反映することができる。〔知識〕 A
- (2) 患者を取り巻く家族，社会，文化的なコンテキストを含めて，健康問題を理解・評価することができる。〔知識〕 A
- (3) 健康問題に対するマネジメントの方針に関して，豊かな人生を送ることにつながるように，患者と共通の理解基盤を見出し，患者・医療者，それぞれの役割について計画することができる。〔知識〕 A

一般目標：2) 家族志向型の医療・ケアを提供するための体系化された方法を修得する。

個別目標：

- (1) 家族とのコミュニケーションを通じて家族図の作成と家族内の関係性の評価を実施することができる。〔技能〕 A
- (2) 健康問題に家族が与える影響，健康問題によって家族が受ける影響，健康問題の解決に対して家族が果たす役割を評価することができる。〔知識〕 A
- (3) 健康問題の解決の際に，家族の果たす役割を活用するとともに，家族の関係性に対して家族カンファレンスも含めた介入ができる。〔知識〕 A
- (4) 家族が抱える健康問題を同定・評価し，家族もケアの対象として家族ぐるみの医療・ケアが実践できる。〔知識〕 A

一般目標：3) 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として，患者中心の医療面接を行い，複雑な家族や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法とその応用方法を修得する。

個別目標：

- (1) 診療上の指示や約束を守れないケースも含め，患者や家族と信頼関係を形成し，共感的な態度を示すことができる。〔態度〕 A
- (2) 言語的・非言語的なコミュニケーションの技術（あいづち，繰り返し，要約，明確化，指示，質問等）を適切に利用することができる。〔技能〕 A
- (3) 健康問題に対する患者の解釈，感情，医療者や予後に対する期待，問題による影響を適切に聴取することができる。〔技能〕 A
- (4) 患者を取り巻く家族，社会，文化的なコンテキストを聴取することができる。〔技能〕 A