

### 地域包括ケアは何のために

3つの説明

- ① 患者が治らないから(治療学敗北説)
  - 長寿化・疾病構造の転換によって治らない病気を抱えながら生きる主として高齢者が増大した一極に適合的なケアはQOLを重視した地域包括ケア
- ② 安上がりだから(医療費抑制説)
  - 医療ニーズの低い人びとが医療機関特に病院を利用すればするほどケアシステムの効率は低下するので、できるだけ多くの人びとを地域でケアするようにした方がよい
- ③ ケアの質がよくなるから(支援観の歴史的变化説)
  - 1970年代以降、メインストリームの支援観が、単純な欠乏の充足から、QOLを生活モデル的アプローチによって充足しようとするものへ変化してきている。この新しい支援観に沿ってヘルスケアを実施しようとする、おのずと地域包括ケア的なシステム形態をとる。

### 生活モデル化への対応としての地域包括ケア化

高齢化と地域包括ケアの関係(通説)

生活モデルに基づく理解

### 地域包括ケアの両極性

- 治療学自体は敗北しておらず今後とも進歩する
- 一方で在宅を極とする地域ケアが発達

### 生活モデルに適合的な病院のあり方

ケースワーク型の病院

- 必要であれば長期の入院を認める
- 医療系スタッフと福祉系スタッフがミックスされた組織にする
- ケースワークに基づいて患者(当事者)ごとに必要な医療サービスと生活支援サービスの組み合わせを作る
- 地域社会に開かれた施設とすることによって地域社会の資源を動員できるようにする

このとき、病院・老健・特養・グループホームのような施設ごとに施設基準を定義して区別する必要は原則としてなくなる

### 予防・治療・生活の混合化

現在のケアシステムの暗黙の前提

- 急性期病院
- 亜急性期病院
- 老健
- 特養
- 流れてゆくのは当事者
- 在宅

- 生活モデルを前提とすると「社会的入院」でない患者はいない
- システム合理性の観点からみると施設の機能を分化・固定して患者(当事者)をニーズに合わせて流す方法が合理的なのは、資本の希少性が大きい場合に限られる
- すでに在宅領域では患者を固定して、患者ごとにサービスを可変的に調整するシステムが機能している

### QOL支援のために

QOLの特徴

- Optimumに近づくほど測定可能性が下がる
- 従来のHRQOLは生活の質自体を測定していない
- 主観的にもよく分からない
- このことを前提とするとQOLを支援とするケアシステムはQOLが何かについてはブラックボックスに入れたままで取り扱わなければならない。このような条件に適した支援方法はソーシャルワーク的支援

自己決定の強制にならないために

客観的に測定できないものの取り扱いについては、従来自己決定により解決するものとされてきたが、この方法をケアに応用すると自己決定の強制になってしまふ。「寄り添う」とは何かを突きつける必要がある

### 人材の条件

1. 当事者の生活的価値の改善に関与できる能力(人間に興味があることが前提)
2. 地域連携の基本は能力の重複
3. 機能の組み合わせではなく目的を共有する組織

13

### 参考文献

- 猪飼周平[2010]『病院の世紀の理論』有斐閣
- 猪飼周平[2010]「海国なき医療政策の終焉」『現代思想』2010年3月号
- 猪飼周平[2011]「地域包括ケアの社会理論への課題 -健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』第2巻第3号
- 猪飼周平[2012]「地域包括ケアであるべき根拠とは何か」『医療白書』(2012年版)第1章, 日本医療企画
- 太田秀樹×猪飼周平(対談)「病院の世紀」から「地域包括ケア」の時代へ『訪問看護と介護』(2012.1)

14

## 【シンポジウム 1】 地域医療と総合診療

「地域連携教育（コラボ教育）を取り入れた看護専門職者の育成」

神戸市看護大学 地域・在宅看護学  
教授 都筑 千景

【座長：後藤】 それでは、シンポジウム 1「地域医療と総合診療」というテーマですが、そちらの方に移行させていただきます。ここでは地域に根差した活動につきまして、神戸市看護大学の都筑先生、それから、北海道家庭医療学センターの草場先生からお話をいただきます。最初に都筑先生にお話をいただきます。こちらの資料にもございますが、都筑先生は、大阪府立看護短期大学、大阪市立厚生女学院をご卒業されまして、その後、東京大学に進まれ、大阪府立看護大学、大阪市立大学で教鞭を執られまして、現在、神戸市看護大学で、今日のタイトルは「地域連携教育（コラボ教育）を取り入れた看護専門職の育成」ということで、COCを取っておられますが、そういう観点からお話をいただけたと思います。それでは、都筑先生、どうかよろしく願いいたします。

【都筑】 まず、神戸市看護大学のご紹介をさせていただきます。神戸市看護大学は、兵庫県の神戸市にございまして、神戸市設置の公立大学でございます。単科の看護大学で、学生定員が1学年95名、それと3年時の編入生が10名で105名。修士課程・博士課程がありまして、修士課程ではCNS教育にも力を入れております。

今回、このシンポジウムにお招きいただくきっかけになったことが、本学で行っている地域に根差した教育ということで、今日ご紹介させていただきたいのですが、まずその前に、神戸市看護大学の開学の経緯をお話しさせていただきます。本学がある神戸市は、平成8年の阪神淡路大震災で甚大な被害を被ったわけですが、その次の年に開学に至りました。そういう状況でしたので、開学をするかしないかという議論もあったようなのですが、地域住民の強い要望によって開学したと聞いております。ですので、地域に根差した地域志向というものが開学当時から大学の存在意義としてありまして、教育理念に「地域社会の保健・医療・福祉に貢献できる看護専門職の育成」を使命として挙げております。

そういう状況の中で、大学がございまして神戸市西区と連携をずっと続けておりまして、地域の中で社会貢献を含めていろいろな活動をしてきたわけですが、平成18年に現代GPを採択頂きまして、「地元住民と共に学び共に創る健康生活」というテーマで活動を発展させてきました。この現代GPの中で、構造的に大学の中で地域とのかかわりを変えていくということがありまして、今からご紹介させていただくいろいろな活動の基になる活動が展開してきたという状況がございまして。

現代GPは3年間で終了したのですが、その後に、地域連携・国際交流センター、これ

をコラボセンターと呼んでいるのですが、こちらを設立しまして、現代 GP で行っていた活動をこのセンターで引き継いで、地域志向型の教育・研究を進めていく、またいろいろな大学が行っている地域貢献の受け皿として、そういう仕組みを大学でつくったということです。

今年 COC 事業の採択をいただきまして、今まで行ってきた活動を、今度は「地域住民と共に学び共に創るコミュニティケアの拠点づくり」ということで、より一層発展させることを計画しております。今回頂いたテーマは、地域在宅における患者・家族の生活を支えるという基礎的な実践能力育成の工夫ということでしたので、今回はこの現代 GP をやってきた中で教育ボランティアを導入した教育と、COC 事業で今計画中の部分もございますが、実際どういうふうに進めていこうと計画しているのかということについて、ご紹介させていただきたいと思います。

教育ボランティアの導入事業ですが、これは先ほどの現代 GP の中で、新たな仕組みとしてつくったものです。新たな看護教育モデルとして、地域住民による教育ボランティアを導入したカリキュラムを展開していくということをやりました。教育ボランティアというのは、地域住民の方に本学の授業に実際にご参加いただいて、生活の様子をうかがったりとか、健康への取り組みをうかがったり、模擬的な演習や実習の患者さん役になっていただくということをしております。

これは地域の地元の方で普通に生活していらっしゃる方で、特に何かご病気を持ってとかいうのではなくて、本当の生の住民さんという状況で、特に準備をしてもらったりとか、例えば模擬患者としてどうあるべきかみたいな講義をしてというものではなくて、本当に素のままの住民さんをお願いをしています。年代的には高齢の方が多いのですが、子育て中のお母さんであったり、いろいろな年代の方もいらっしゃるという状況です。現在、神戸市西区の 80 名余りの方にご登録いただいて、いろいろな授業に協力をいただいています。具体的に今やっていることとしましては、授業で例えば自分の今までの生き方であるとか、生きがいとか、そういったゲストスピーカーをしていただいたり、模擬患者さんをやっていたり、実習の家庭訪問の受け入れ先になっていただくとか、そのようなことをやっております。

いくつか授業の実際についてご紹介したいと思います。まず、健康生活支援技術演習という演習です。この演習は健康教育を企画して、それを発表するところに教育ボランティアさんに来ていただいています。保健師教育の中で、実際に地域の方に健康教育をする機会がございますので、そういう部分の演習になります。3 年生の必修科目で全員が受講します。2013 年の実績ですが、26 名の方がご参加いただいて、学生は 3 つの教室に分かれて、1 つの教室に 8 人から 9 人ぐらいご参加いただきました。

どのような健康教育かということですが、必ずしも来ている住民さんにぴったり合ったものではありませんので、住民さんには最初にこの授業の趣旨や、例えば「この健康教育は一般の成人の方に生活習慣病の予防をお話するものです」等のご説明をさせていただ

いて、本当に忌憚（きたん）のないご意見を頂くという形になっております。年代もいろいろですので、健康教育の内容だけではなくて、例えば、人に話をするときにこういう言葉使いは良くないとか、目上の方というか、人生の先輩としてのコメントを頂いたりということもございます。

演習で行われた実際のプログラムを2つ紹介させていただければと思います。1つ目は「いきいきふれあい体操」というテーマで、前に座っていらっしゃるのが住民さんで、後ろに学生が座っています。学生が筋力アップトレーニングを目的にして、こういうタイトルで、体操も含めた形で実施しました。もう1つは「糖尿病をいつ知るの？今でしょ」というタイトルで、これは学生が考えたのですが、住民さんが見てピンと来るというか、興味を引くようなタイトルを学生が一生懸命考えて付けます。

いきいきふれあい体操は、私が担当したグループでもあったのですが、体操も含めて健康教育を行った後、教育ボランティアさんよりコメントを頂きました。学生としては高齢の方が多いので、分かりやすく伝えることを一生懸命考えてやったのですが、逆に参加される方々は一般的に健康意識が高かったりしますので、「もっと専門的な説明が欲しかった」とか、「体を気遣って筋力アップと言いつつも、少し軽めの運動を想定されているんだけど、私たちはもっと運動しているので物足りなかった」という意見を頂いたり、実際にやってみないと分からない、対象の方じゃないと分からないようなコメントを頂きました。

学生はすごく緊張します。健康教育といっても何をやったらいいんだろうということから、どういう内容にすると分かってもらえるのか。参加者の方々を想定して、いろいろ工夫を凝らすのですが、実際やってみてかなり緊張感を持って臨みますし、やった後の反応もダイレクトに返ってきますのですごく学びになりますし、いろいろなことを聞いてまたそこから勉強意欲がわいてくる。そのような状況がございました。

次にご紹介する授業は在宅ケア論です。これも3年生で、編入生は取りませんので、80名の学生です。教育ボランティアさんのご夫婦の方をモデルにして、退院して間もない右半身麻痺の療養者の方とその妻という設定で、シナリオに合わせて演じていただくという内容です。ここでは教育ボランティアさん4組に参加していただきました。学生は、学生のグループをつくって、グループ代表の学生が訪問看護師役として、生活の場で臨機応変なケアを提供するロールプレイを実施します。通常学内の演習ですと、学生同士でこういう役をやることが多いと思うのですが、実際の方を相手にして、学生だと何となく済んでしまうようなものが、一つ一つのいろいろな行動が、どうしてそういうことをしようと思ったのかとか、ここでこういうケアをどうやってやるつもりだったのかということとか、本当にささいなこととかもいろいろ指摘していただいたりもします。基本的なマナーを含めた相手に伝えるための技術というものを、直接アドバイス頂くような経験ができていると思います。

この授業はシナリオを演じていただくということで、少し準備が必要になります。これ

は 2 組のご夫婦が、実際の療養場面でどんなことが想定されるのかというビデオを少し見ていただいています。だいたい 20 分ぐらいですが、少し早めに来ていただいて、ビデオを見てもらって、今回こういうふうな内容でやりますということを説明します。特にどんなことをしてくださいというのは、事前にお伝えはしないんですね。「あなたは退院して何日目まで家に帰ってきています。今、例えばトイレに行きたいと思っているんですけども、そこに訪問看護師がやって来ますということで、学生の反応に合わせて自由に動いてください」という形をお願いします。

実際の演習場面は、実習室に居室の場面をつくりまして、学生の代表が玄関のチャイムを鳴らして、靴を揃えて家の中に入って、ケアをする前に手を洗わせていただいとるところから始めていきます。なかなかそのあたりも実際やってみないと思いつかないようなところで、日々の日常生活の中での注意事項なんかも、かなり気付かされることもあります。

これは教育ボランティアニュースレターです。教育ボランティアさんとして参加いただいている方に、年に 2 回大学で作って発行しています。学校のホームページにも掲載して、ボランティアさんや学生たちが、授業をもう一回振り返ったりできるようにということで、発行しています。ちょうどここにさっきの授業の「ご夫婦ペアで参加いただきました生活の場での看護」ということで、どんなことが行われていて、例えば学生がどんなことを学んで、ボランティアさんからどんな声を頂きましたということを紹介しています。

読んでみますと、「ここでは、実際学生が訪問バックを持って玄関チャイムを鳴らすところからロールプレイを実施します。靴を揃えて、エプロンを付けて、手を洗うための水道をお借りするなど、日常生活のマナーからケアの実践まで、一つ一つの行動に了解を得るように配慮しつつ、必要なケアを考えましたということで、学生からは、例えば夫婦間のやり取りがどんなものであるのかということとか、あと療養者と介護者、この場合は奥さまと旦那さまですが、それぞれ求めているものが違って、そういうことを実際にこの場面で気付けたということですか、学生同士の演習では得られなかった学びを得られています。教育ボランティアさんからは逆に、こういうことを通じて介護保険の仕組みが分かったとか、例えば病気になったときに、こんなふうに訪問看護さんが来てくれるということが、何をしてくれるのかということも理解できたということで、相互にいい面が得られています」というような、そういうことをこちらに書いて紹介しています。

もう一つ紹介したいのは、健康生活支援学実習という実習です。実習目的が「地域で生活する人々の中で人とかかわる力を養うということと、生活の場での地域を理解することと、その中で健康が人にとってどうなのかということを考える」。そういった目的にしております。地域看護の実習と捉えがちなのですが、そうではなくて、基礎的な実習の位置付けとして 2 年生の終わりに全員取る形でやっております。

実際には西区の 10 地区を使わせていただきまして、そちらからボランティアさんを集めています。こちらは民生児童委員さんの会長会を通じて、行政にもご協力をいただいて、

ボランティアの紹介をお願いして、その方を実際に訪問するというをやっています。お宅に訪問する場合もございませし、例えばデイサービスに行く部分に同行させていただくとか、近くの児童館にパートに行っているということで、一緒にそれに付いていったりとか、いろんな日々の生活に同行させていただくということをやっています。

もう一つ、地区の探索をやっています。地区単位ですので、その地区に例えばどんな社会資源があつて、どこで買い物をして、どういう交通機関で毎日生活をしているのかということ、学生が自分たちで地図を見ながら地区探索をして、その中にある包括支援センターであつたり、福祉施設であつたり、いろいろな所にアポイントを取ってお話を聞かせていただいたりとか、そういうようなことをやっております。最後に、実習中に体験した学びについて、カンファレンスを行つて共有します。

地区探索には、学生はだいたい公共交通機関を使います。神戸は交通が便利ですので、公共交通機関でそこまで行つて、あとはほとんど歩くという形です。農村部もございませので、自転車を使う場合もあります。こういうような所で、実際その地域に行つて、その地域の特徴とか成り立ち、そこで生活する人の環境とか維持増進、そういった関係の中で地域を見ていくということをしていきます。グループにもよりますが、こんな形で自分たちが地域の中のいろんな所に行つて、写真を撮つて、そこでどんなことが行われているのかという地域のマップを作つて、それを地域の方にもらつていただいたり、そういうこともやっている地区もあります。

その後、これも地区によりますが、地区で発表会をやっている。自分たちは地域を歩いて、皆さんのお話を聞かせていただいて、こんなことを学びましたという形で、地域の方にお返しするという形の発表会になります。また大学では、学生全員でカンファレンスという形での発表会をやっています。地区によつても特徴がありますし、学んでいることも違いますので、それぞれこういうことを学んだということとか、どんなことがあつたのかということ、報告し合っています。

この実習は、学生が異世代の方とかかわることが多くなります。かなり深く1時間、2時間、お宅を訪問させていただいたりしますと、その中で最初はコミュニケーションの取り方が分からなくて、初めに訪問したときは、ほとんど何を話していいか分からなかつたということが、学生カンファレンスの話題になります。地区に行つて、またその地区でいろんな住民さんと話をしたり、実習を進めていく中で自分と違う人というものがどんなことを考えているのか、どんなことを軸にして生活をしているのかということ、学生なりに一生懸命考えて、みんなとディスカッションする中で「分かつた」という達成感を、実習の終わりに得られていると感じています。

教育的な効果は、測る指標が難しいところですが、現代GPの中でこういった教育ボランティアを導入した授業を評価しました。教育ボランティア導入の授業を履修した学生が3年間で2,800人おりました。それぞれの授業の中で、自由形式の感想意見を分析したものをご紹介します。結果として抜粋ですが、「リアリティのある体験があつた」ということと、

「とても楽しかった」という意見がありました。教育的な効果という面では、「具体的な援助方法についての理解」ということでして、やはりその場において、その対象がいないと気付かないような援助方法が理解できたということです。また、本番に近い形で体験しますので、自分のコミュニケーション不足とか、技術不足とか、そういったものの気付きは大きかったと思います。学生は、教育ボランティアさんと接触することで、いろいろ励ましをもらったりとか、これから職業に入って行く前の動機付けが高まるというところに、かなりつながっているなど感じています。

こういう授業を続けてまいりましたが、やはり課題もございます。実施上の課題としましては、特に現代 GP 事業の中で始めていったものですので、現代 GP が終わって、カリキュラムや大学内での位置付けをどうしていくのか、組織的な取り組みということで、なかなか予算も厳しいものですから、続けるということに対してどうなのか。もちろん効果は大きいというのはあるのですが、事前の準備や調整とか、そういったものにかなり労力もかかります。特に、さっきの実習ですと、実習地区の方にすごく理解をいただかないと、なかなかご協力いただけない部分もございまして、そのような調整もかなり大変ですし、臨床の指導者がおりませんので、教員が付いてカンファレンスや学びの意味を押しえたりということで、かなり労力がかかる状況があります。

そのような中で、そういった課題も含めて今回 COC 事業を採択していただきまして、COC の中でこの教育ボランティア導入事業の方をより発展させて、カリキュラム改革のコアの部分に、先ほど地域連携教育というタイトルにもさせていただいたのですが、コラボ教育というものを取り入れて実施していく計画を立てました。

これは現在大学が実施している地域貢献のための活動を、今まで以上にきちんとカリキュラムの中に取り込んで、全学生が、今でも全学生なのですがかなり科目にばらつきがありましたので、今回は地域住民の暮らしを理解できるような形でセッティングをしていく。COC 事業に関しては、地域課題の解決に取り組むという大きいテーマがあります。神戸市ではニュータウンを早い時期から建設し、人口が増えてきたという状況があります、特に高齢化の高い須磨区、大学がある西区の隣ですが、そちらの地域の課題に高齢化がありますので、高齢者を対象とした活動を強化して、より住民に近い場所に出向いて行く授業も計画しています。

資料に COC 事業の概要を入れさせていただいたのですが、特にコラボ教育の中では、学年進行に従ってシステムティックに入れていくことと、実習に関しては、各実習の中で継続看護の要素も取り入れて、家に帰ることを想定した実習内容を盛り込んでいくことも考えております。また、大学院教育では、CNS の教育の中で新しい科目を作りまして、チーム看護やコラボレーションしようということで、地域の中で活動する実習も計画しております。

まだ検討中の部分もあるのですが、地域の住民さんと相互に関係を続けて、その中で地域とか在宅とか、生活の視点を持った看護職の育成に努めてまいりたいと思っております。

COC 事業の方は、また何らかの形でご報告できればと思っております。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

(質疑応答)

【座長：後藤】 都筑先生、どうもありがとうございました。教育ボランティアの方に実際に大学の中に入ってきていただく、それから、大学の方から学生が地域に出ていくという相互の交流を通して、学びを深めていくという取り組みだと思われま。都筑先生の今のご発表に関しまして、ご質問あるいはコメント等ございますか。

【質問者】 ボランティアの方たちのメリットとか、その人たちにどういう利益があるのか。それを評価するシステムとかは、作っていらっしゃいますか。

【都筑】 なかなか測るのは難しいですが、現代 GP の評価の中では、ボランティアに参加していただいた方のアンケートを取ったりとか、意見を聞く会を設けたりはしています。教育ボランティアさんの中で、メリットとして良かったという点で挙げられている部分は、社会参加の一つとして、大学に行って新たな刺激をもらうところとか、いろんな異世代の方たちとの交流の機会となっているということがあったと思います。また、よく住民さんが言われるのは、自分たちが入院をして看護師さんに世話になる機会はあるはずだから、そういうときにあなたに看護してもらいたいわみたいな、そういうことをかかわった住民さんから直接学生が聞いたりすることもあって、将来の看護職を育てるという意味でいい看護師さんになってほしいという思いを直接伝えるという状況があるかと思ひます。大学としては、もっとボランティアさんにもお返しをしていきたいと考えています。例えば、今年度末にはボランティア交流会を企画しています。大学からの感謝と交流の場として集まっただいて、そういう時間を持てればと考えております。

【質問者】 私どもの大学でも、教育ボランティアをお願いして、主としてコミュニケーション学に参加していただいているのですが、ボランティアを集めるのは、いろいろ苦心してござりまして、大変な思ひもしています。先生の大学ではどのような形でボランティアを集めているのか、お聞かせいただければと思ひます。

【都筑】 ボランティアの募集はなかなか難しい部分もあると実際には感じています。教育ボランティアを立ち上げたきっかけが、現代 GP の事業ということで、かなり大規模に。といっても、神戸市看護大学は西区とずっとやってきたものですから、区の中で実態調査を最初にさせていただいて、その実態調査の中にこういうものをこれからしますので、どうかご協力をくださいというチラシを入れて、最初にそういう形で募集をしたと聞いております。その後は大学がいろいろな形で地域貢献をして、今ここには出さなかったのです

が、まちの保健室という形で地域の方をお招きして、いろんな健康相談や健康事業などをお手伝いしていただいたり、西区と一緒にヘルスアップ作戦や子育て支援をやったりとか、いろいろかかわっておりますので、そういった中で実際参加していただいた方に直接お声掛けをして、お願いをしてなっただくなど、そういうことを重ねてまいりました。初年度は少なかったみたいですが、徐々に増えてきました。今だいたい80人ぐらいで、ちょっと横ばいという感じです。今回、地域も西区から須磨区の方に広げていく予定ですので、そこでもまた同じような形で、より協力していただける方をお願いしていきたいと思っております。

【座長：後藤】 都筑先生、どうもありがとうございました。また、後ほど総合討論の場もございますので、そちらで活発なご議論をよろしくお願いたします。

## 地域連携教育（コラボ教育）を取り入れた看護専門職者の育成

### 1.本学の地域志向

- 平成 8 年 阪神淡路大震災の翌年、地域住民の強い希望で開学。教育理念に「地域社会の保健・医療・福祉に貢献できる看護専門職の育成を使命」
- 平成 18 年 文科省現代 GP に「地元住民と共に学び共に創る健康生活」が採択  
→ 地域との関わりの構造的変革
- 平成 21 年 地域連携・国際交流センター（コラボセンター）設立  
→地域志向型の教育、研究、地域貢献の受け皿
- 平成 25 年 COC 事業「地域住民と共に学び、共に創るコミュニティケアの拠点づくり」採択

### 2.教育ボランティア導入授業

新たな看護教育モデルとして、地域住民による教育ボランティアを導入したカリキュラムを展開。地域住民に本学の授業に参加いただき、生活の様子や健康への取り組みなどをお話いただいたり、模擬的に患者役になっていただく。

具体的には授業のゲストスピーカー、演習の模擬患者、健康生活支援学実習で行う家庭訪問の受け入れなどを依頼している。現在、西区で 80 名余りの方が登録。

#### ➤ 健康生活支援学技術演習

学生約 110 名 教育ボランティア 26 名

3 グループに分け、1 グループ 8-9 名が参加

→学生が企画した健康教育に参加

→住民の立場から学生のプレゼンテーションに質問やコメントしていただく

→健康教育の内容だけでなく、対象者の目線からのコメントも

#### ➤ 在宅ケア論

学生約 80 名、教育ボランティア計 4 組のご夫婦が参加

→退院して間もない右半身麻痺の療養者とその妻の設定で、シナリオに合わせて演じていただく

→学生は訪問看護師役として、生活の場で臨機応変なケアを提供するロールプレイを実施

→基本的マナーを含め、相手に伝えるための技術などを直接アドバイスいただく

➤ 健康生活支援学実習

＜実習目的＞地域で生活する人々の中で人と関わる力を養い、人々の生活と生活の場である地域を理解しその人にとっての「健康」とは何かを考える。また人々が健康を維持・増進するための支援のあり方を考察する

- ・ 実習期間は2年次の最後に2週間
- ・ 神戸市西区の10地区に住むボランティア登録をした地域住民を訪問、または地域の社会資源への参加時に同行、あわせて地区探索を実施
- ・ 実実習中に体験した学びについてカンファレンスを行い、共有する

3.教育的効果

- 江川ら（2011）：看護大学における地域住民ボランティアを導入した授業の評価より
- 平成18-20年度に教育ボランティアを導入した授業を履修した学生計2,801名に授業後、自由記述式で感想や意見を提出してもらい、質的記述的研究により分析
- 回収率は授業毎に異なるが81.9-97.5%

＜結果（抜粋）＞

- 特徴：リアリティのある体験、楽しい学び
- 教育的効果
  - ・ 具体的援助方法についての理解
  - ・ 体験に基づく自己の課題の明確化
  - ・ 現実世界への目覚め
  - ・ 教育ボランティアによるエンパワー

4.実施上の課題

- 大学の中での位置づけ
  
- 事前準備や調整が必要

5.地域連携教育（コラボ教育）の展開へ

- 地域課題の解決に向けたカリキュラム改革としてコラボ教育を導入
- 現在大学が実施している地域貢献のための活動の一部を教育課程に取り込み、全学生が地域住民の暮らしを理解できるようにする
- 高齢化率の高い須磨区北部に活動領域を広げることによって、高齢者を対象にした活動を強化し、より住民に近い場所で活動する

「地域住民と共に学び、共に創るコミュニティケアの拠点づくり」

事業概要

神戸市の高齢化率は、政令指定都市中5位であり、とくに本学に隣接する須磨区のニュータウン地区では、高齢化率40%以上に達している。10年後には西区でも同じ状況が予測されている。そこで、現行の地域貢献活動を教育課程に組み入れ、地域住民が模擬患者、語り手、健康測定参加者等として協力する「コラボ教育」を実施、全卒業生が地域住民の暮らしを理解できるようにする。また継続看護教育や訪問看護教育の強化、多職種連携の研究や専門看護師の育成の強化、地域住民のネットワーク構築の支援等を行い、地域住民との連携協力によって地域の課題の解決を目指す。

大学概要

設立 1996年4月1日  
学部・研究科：看護学部看護学科（定員105名）  
大学院博士前期課程（定員20名）、博士後期課程（定員3名）  
助産学専攻科（定員15名）



課題と取り組み

課題：地域ケアシステムの構築

地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）を中心とした多職種連絡会議や、民間団体の自発的な多職種連携の動きが始まったが、内容の充実と組織の確立が課題である。

取り組み：多職種連携の充実と組織化

地域住民のケアを支える多職種間ネットワークの機能に関する研究を実施することにより、よりよい連携のあり方を探求し提案する。

須磨区多職種連携を考える会

課題：地域住民のネットワーク構築

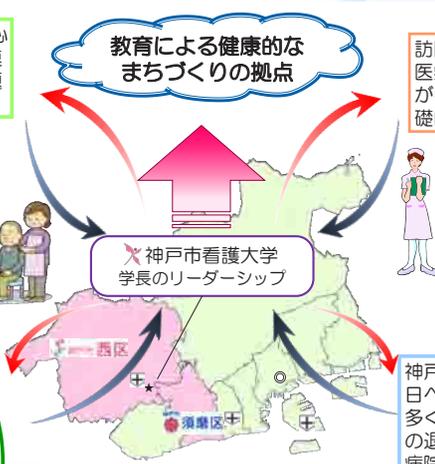
認知症高齢者対策を含めた地域ケア全般にとって、地域住民によるコミュニティの構築や、継続的な保健、医療の啓発活動が必要不可欠である。特にニュータウン地区の住民ネットワークは、住民の高齢化などの理由で弱体化が進んでいる。

取り組み：地域コミュニティの育成支援

地域の民生委員・児童委員や自治会、地域住民とのコラボレーションにより、健康相談、ミニ講習、健康測定などの健康増進を行い、地域住民とのネットワーク構築や地域のリーダーづくりの手助けを行う。

地域住民・自治会・自治体

教育による健康的なまちづくりの拠点



課題：訪問看護の人材育成

訪問看護師不足に対応するため、厚生労働省は「在宅医療連携拠点事業」を行っているが、既卒者の再教育が中心である。学生の段階から地域連携についての基礎的知識を身につけた人材の育成が必要である。

取り組み：訪問看護の教育強化

保健・医療・福祉によるチームケアの核となって、医療・介護と患者・家族とをつなぐことのできる訪問看護の人材育成を行う。

居宅介護支援事業者 訪問看護ステーション

課題：医療連携の強化

神戸市の市民病院群の在院日数は、平均22日から11日へと半減し、病院～在宅の連携が重要になっており、多くの患者が入院後から中間施設への転院や自宅への退院計画に基づいて治療を受けている。病院と中間施設、地域との連携は神戸市の保健・医療行政の重要な課題になっている。

取り組み：継続看護教育の強化

継続ケアにおいて重要な役割を果たす継続看護の教育を強化し、卒業生全員に病院や施設でのケアと在宅ケアの接続を計画・実行できるための基礎的能力を身につけさせる。

神戸市立医療センター、中央市民病院、西市民病院 西神戸医療センター、先端医療センター等

カリキュラム改革



コラボ教育

現在行っている地域貢献活動の一部を教育課程に取り込み全卒業生が地域住民の暮らしを把握できるようにする。

継続看護講義・訪問看護教育の強化

地域ケアシステム、在宅医療の連携システムの中で継続的看護の実践者としての役割を果たせる人材を育成する。

大学院

チーム医療のコアとなる専門看護師を育成する教育プログラムの開発と実践を行う。

研究

COC共同研究として、地域ケアや多職種連携に関する研究など、継続看護や訪問看護に関する課題を中心に助成を行う。

社会貢献

※ 本事業に関する内容のみ掲載

活動内容	平成25年度	平成29年度
「まちの保健室」 地域住民を対象に、健康に関する講話や体験学習などを行う	12回（1回/月）	12回（1回/月）
「こころと身体の看護相談」 こころの悩みを抱えている方を対象にした看護相談	12回（1回/月）	12回（1回/月）
「もの忘れ看護相談」 もの忘れや認知症で、不安やお困りの方を対象にした看護相談	4回（1回/3ヶ月）	8回（1回/3ヶ月）
「看護専門職公開講座」 対象者を看護職から地域住民にも拡大する	1回/年	1回/年
「ユニシティ市民公開講座」 公開講座の内容を継続看護や訪問看護に関する内容にする	1講座（全5回）	1講座（全5回）
「ヘルスアップ講習会」＜新規＞ 学生が介護予防や健康の講話を企画し、地域住民に実施	-	4回/年
「COC活動報告会」＜新規＞ 地域住民の方にも発表する機会を設け住民活動をサポートする	-	1回/年
「COCシンポジウム」＜新規＞ 地域ケア等についてのシンポジウムを開催	-	1回/年
「COCフォーラム」＜新規＞ COC事業で行った活動、研究の報告	-	1回（最終年度のみ）

事業の効果

- 1) 地域で看護を実践していく視点を持った卒業生を輩出し、医療連携を強化できる人材を育成。
- 2) 訪問看護への志向性の高い卒業生を輩出し、地域包括支援センターとの円滑化を図れる訪問看護人材を育成。
- 3) 地域ケアシステムの構築についてより良い連携の在り方を提案。
- 4) コラボ教育により地域住民のネットワーク構築や地域のリーダーづくりの手助けとなり、地域の活性化をはかる。
- 5) 学長を中心とし、全学的に取り組み大学ガバナンスが向上。

## 【シンポジウム1】地域医療と総合診療

「地域を診る総合診療医」

北海道家庭医療学センター  
理事長 草場 鉄周

【座長：後藤】 それでは、続きまして、『地域を診る総合診療医』というタイトルで、草場鉄周先生にお話をいただければと思います。草場先生は、京都大学をご卒業されまして、日鋼記念病院を経られて、北海道家庭医療学センターで専門医コースを歩まれまして、2008年に医療法人の北海道家庭医療学センターを設立され、その理事長をされております。

現在、日本プライマリ・ケア連合学会等で活躍されており、今日は地域に根差した総合診療活動ということで、お話をいただければと思います。どうかよろしくお願ひいたします。

【草場】 ただ今ご紹介にあずかりました北海道家庭医療学センターの草場と申します。本日は よろしくお願ひいたします。私は、今回『地域を診る総合診療医』というお題で頂きました。時間も限られていますので、20分で簡潔にご説明申し上げたいと思います。

まず、私自身の自己紹介は、後ほどのスライドのところでも少し関連したものが出てきますので、そこでさせていただきます。まず、総合診療医という今回のお題を頂いて、地域を診るという視点でお話をさせていただくのですが、総合診療医というのは一体何なのだと、今回初めてお聞きになる方も、恐らくおられるのではないかと思います。実は、この総合診療医というのは、古くて新しいテーマでございます。2013と書いてございますが、実は1980年代に、当時の厚生省に「家庭医に関する懇談会」というものが開かれて、今、総合診療医という名称を使っていますが、当時家庭医という言葉で表現していました。地域の中で地域に根差して医療を展開する医師を養成していく必要があるのではないかという形で、設定されたドクターでございます。

ただ、その後なかなか具体的な医師のあり方、養成というものが深まらないまま、いたずらに年月が過ぎていきまして、今回、ようやく日の目を浴びたというものでございます。今年の4月に厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」というものが、1年半にわたって協議をした結果の検討の報告書で、医療における専門分野の一つとして、総合診療医というものを設定しましょうと明記されたということで、ここで初めて公的な文書にも、明確に掲載をされたという形になっているわけでございます。ただ、実際われわれ医師が標榜（ひょうぼう）できる科目の中に、まだ総合診療医というものもございませんし、家庭医療もございません。今は内科、小児科、整形外科、そういったものしかございませんので、まだまだ道半ばではございますが、ようやく一歩踏み出したところです。

そして、この明記された後は、比較的速やかに議論が今進展していきまして、8月に日本

専門医機構というものを設立しようという動きが具体化して、今年の9月からこの機構の中に「総合診療専門医に関する委員会」を設置することになりました。現在、総合診療専門医の医師像、そして養成のプロセス、日本にどのような形でその医師を広げていくかという議論が、今スタートしたところです。

では、この総合診療専門医はどういう医師なのか。これが今回の検討書に明記されたものでございます。このあり方というものは、日本医師会や日本の医学部の医学部長会議の先生方とか、あるいは日本医学会の先生方、あるいは国のいろいろな機関、そういった方たちが集まった会議での最終決定ということになりますので、恐らく今後はこのあり方という形で進むのではないかと、私は思っています。

これを説明させていただきますと、総合診療専門医は、従来の領域別の専門医。これはそれ以外の様々な専門医の先生方、包括的に示しておりますが、深さが特徴である。ある領域の専門性を極めていくと、心臓の中でもさらに不整脈の専門であったり、さらにアブレーションの治療の専門家であったりという形で、どんどん深くなっていくのが、今までの医療のパラダイムだったのですが、そうではなくて、あえて扱う問題を広く設定をし、なおかつ様々な問題、多様な問題に対応する。これはいわゆる内科的な病気、生活習慣病とか胆のう炎とか、そういったものだけでなく、外科的なもの、ちょっとした傷であったり、あるいは目の病気。それは白内障であったり、耳であれば中耳炎とか、整形外科であれば腰痛症もありますし、精神科であればうつ病もございます。そういった日常的によくある健康問題に関しては、科を超えてすべてタッチしていく。そういった多様性を持っている。

そういった位置付けで、これを従来の日本の医療の枠組みでは、とても専門医とは言えない。何でも診るといえるのは専門ではないだろうということで、一言でおしまいだったのですが、そうではないと。そういう幅広く診ることも非常に難しく、それを常にアップデートしながら、今の最新の治療に追い付きながらやっていくことは、極めて難しく、専門的な能力が必要であるということで、今回、専門医の一つであるということで設定をされた。そういう医師でございます。

ただ、これは病気のお話ばかりしてきましたが、2番目に書いてございますように、日常的に頻度の高い疾病障害に対応することだけではなく、今日基調講演で猪飼先生がおっしゃっていた、まさに生活支援のモデルというお話がございましたが、それと恐らく類似してくる概念でございます。地域によって異なる医療と書きましたが、医療だけではないと思います。様々な健康に関するニーズに対して、的確に対応できる、地域を診ていく医師。地域に今何が求められているかということによって、自らの診療を柔軟に変えることができる医師。そういう設定で考えているということでございます。

後ほど示しますが、例えばへき地であれば、かなり重度な救急にも対応しますし、都市部であれば、そんな重度な救急には対応しませんが、在宅医療というところをかなり幅広くやっていくとか、地域に必要なものに依じて診療の中身が変わる。これ自体も、他の

専門医とは少し違う。他の専門医は、診る疾患がまず規定されてから、そこが深まっていくのですが、われわれは必ずしもそうではないというところが、特徴であるということです。

そして、こういった地域ニーズを基盤としながら、地域の中で不可欠な多職種の連携。今回のシンポジウムのテーマでもあると思いますが、連携を深めつつ、包括的かつ多様な医療サービス。この中には、在宅医療もありますし、緩和ケア、そしてもちろん高齢者のケアも入ってきます。ただ、こういうケアだけではなくて、当然思春期の青年たちに対する自殺予防のケアであったり、乳幼児に対する健診であったり、そういったものもすべて含んでトータルで提供する。そういった位置付けでございます。なおかつ、病気になっていない方に対する予防医療、そしてより健康的に暮らせればというサポートの活動。そういったものも展開しながら、結局地域全体がこの地域は住み心地がいいな、この地域に住んでいると、なんか気持ちよく年を取って、元気に最期の時を迎えられるかな。そういったことに貢献できる医師を今回設定したということになっているわけでございます。

これはやはり、キーワードは地域ということで、今回、地域を診るという題にさせていただきましたが、まさに地域に根差して、地域を診て、そして地域に自らも入っていく、そういった医師と考えています。

では、少し抽象的に話をしましたが、実際地域で求められる総合診療医、現在の日本の医療システム、社会の中で、どういう役割ができるのでしょうか。ここから少し私自身の今所属している組織の説明も含めて、お話をさせていただきたいと思います。医療法人北海道家庭医療学センターという組織でございます。この組織は、医療法人、様々な形があると思いますが、われわれの組織の成り立ちは、非常に特殊でございます。設立のミッションが、もう家庭医療の実践と家庭医の養成ということに特化した医療法人という形で、設立をされました。そして、日本・北海道の家庭医療の発展への貢献ということも、ミッションに位置付けてございます。

平成8年に、北海道室蘭に設立をされまして、その後、様々な経緯を経て、平成20年、今から5年前に、医療法人として独立をし、展開をしている組織です。私自身も、平成11年にこの医療法人北海道家庭医療学センターに入職をし、家庭医としてトレーニングを受け、家庭医として現在室蘭で診療をしている、そういった立場の人間でございます。現在、もう十数年の経過を経て、家庭医という形で独り立ちした者が21名、そして今トレーニングを受けている研修医が8名という形で、30名程度の医師が所属しながら、後ほど示すような診療所で、家庭医療を実践しているという形でございます。

この家庭医療という言葉を私どもは使っていますが、これは先ほど説明した総合診療あるいは総合診療医という定義と、私たちとしてはほとんど変わりが無いものと捉えて、展開をしているということでございます。

現在、私どもは6つの診療所で運営をしており、北海道内でも都市部・郡部、相当地域の格差がある状況ではあります。都市部でしたら、大都市の札幌もございまして、人口10

万人ぐらいの室蘭というまち、そして人口 30 万人の旭川というまち。そして、郡部でしたら、それぞれ帯広の近くの更別村という村や、寿都町、上川町という形で、いわゆるわれわれの意識で言うと、へき地・郡部という所に位置する診療所。こういった所に医師をだいたい 3 名から 4 名配置をして、グループ診療をしながら、その地域に必要な地域医療を提供している。そういった実践を十数年続けて参りました。

そういった実践の中で、この総合診療医が地域を診るというのは、一体どういうことなのかということ、シチュエーションごとに少しご説明申し上げたいと思います。まず、郡部での総合診療医の役割です。郡部も一口に同じ郡部ということはないはずですが、あえて少しそれを整理させていただきました。郡部は、先ほど少し申し上げましたが、やはり都市の総合病院に向かうのに 1 時間あるいは 1 時間半、そういった時間がかかるような地域でございます。ですので、激しい頭痛がする。これはくも膜下出血かもしれない。救急車でさっさと行ってください。そういうわけにはいかない。まずはその診療所において、トリアージを場合によってはしなければいけない。そういったような地域でございます。ですので、地域唯一の診療機関ということで、救急搬送の対応というものも、日常的に求められる状況です。そのため、救急体制においても、病院における救急専門医の先生と連携を取りながら、救急医療に関してかなり踏み込んだ対応をする。そういった位置付けになってきます。

また、地域の診療所ですが、診療所ではありますが、すべて有床診療所でございます。すべて 19 床のベッドを持っていて、急性期の病気、ちょっとした肺炎とか糖尿病のコントロールが悪化した状態、そういった方は入院で普通に治療していますし、場合によってはその中で都市部の病院で脳梗塞後にリハビリをやった後、もう少しリハビリをして、その後家に帰ったらいい。そういった方の受け皿としても、この有床診療所というものは、今機能しています。ですから、極めてケアミックスというか、大変多様な患者さんが、この 19 床の中にぎっしりいるような状況です。その中に、なかなか配置が難しいですが、看護師さんをなるべく多く確保しながら、日夜リクルートメントが大変なのですが、病棟医療も展開しているということでございます。

これは地域によっては、むしろ病棟は病院に集約した方がいいのではという声もございますが、やはりトータルなケアを展開する上で、有床診療所の役割はまだまだあるのかなというのが、われわれの今の実感です。

そして、地域の中でもう一つの 3 番目の特徴は、地域のハブ医療機関。そこしかないという医療機関になるわけです。これは都市部ではそんな医療機関はあり得ないわけですが、非常にたくさんの医療機関が密集しているわけですが、そこしかないわけです。ということは、地域行政、つまり村とか町の行政の医療・保健・福祉を展開していく上で、専門職である医師、看護師が集中している診療所というものは、自然と健康政策の中で、おのずと歩調を一つにする。おのずと歩調を一つにしながら、行政の保健師さんと連携をして、地域で展開しているわけです。

ですので、例えば、予防接種の自己負担をどうするかという問題が、よく取りざたされますが、風疹のワクチン接種をどうしようか、自己負担をどうしようかという議論があったりする場合は、必ず行政がわれわれの方に相談に来ていただいて、その上でどういう方を対象に、どれぐらいの金額の設定でやっていくべきだろうか。それをわれわれ医師の立場からまたアドバイスを差し上げる。行政もそれを踏まえて財政を見ながら、予防接種の給付を行うかどうかを判断する。そういう形で日常的に行政と連携をしていくことが、当たり前になっているわけです。通常都市部ですと、こういったものは医師会が担う形になりますので、非常に決定プロセスが大変長くなる、あるいは複雑になる傾向があるのですが、郡部は極めて迅速に進んでいく。そして、地域がよく見えているというのも、特徴だと思います。

こういった形で展開していく中で、ちょっとこれは古いデータなのですが、私ども更別村では、これは一面的なデータですが、実際に患者さんの受診数というのが、じわじわと増えていって、平成16年、たった3年しかないのですが、3年間家庭医が入っただけでも、患者数がかなり増えてきた。収入も当然それに比例して増えてきたというデータが出てきています。こちらは寿都という所ですが、これも同じく家庭医が入った18年から、患者さんがぐぐっと伸びていって、外来の延べ人数が1万5,000人ぐらいのところから、今1万8,000人。今ではもう2万2,000人ぐらいに増えているという状況になっています。

ですので、今まで郡部の診療所に関して、医療の質が低いのではないかということで、不安に思っ、都会に行っていた郡部の住民がたくさんいたのですが、そういった方が、この先生ならちょっとかかってもいいかなということで、徐々に回帰して戻ってきているという現象が、一部見られているということでございます。ただ、まだまだこれは効果としては、これから上昇が求められるところです。

あとは、これは寿都の方での住民アンケートの中で、家庭医が地域に入って、何か良かったかということを質問したところ、非常に良くなったという方が7割ぐらいいらっしゃって、変わらないという方も23%おられますが、何らかの医療的な意味のみならず、安心感という意味でも、良くなったなという評価を頂いたということでございます。

こういったアンケート調査は、本当に一面的ではあるのですが、少なくとも住民がこういう地域医療、家庭医療というものを、旗を掲げて比較的若い20代、30代のドクターが3名、4名で入っても、ベテランの50代、60代の先生でなくてもいいなと言って、受け入れてもらえているという実績は、郡部ではございますが、確かにあるということをお示しいたしました。

では、都市部ではいかがでしょうか。こういった地域設定が相当変わってきますので、やはりわれわれは外来と在宅医療、先ほども繰り返し出ていますが、在宅医療の融合された都市型家庭医療というものを目指して、運営を続けているわけでございます。外来は郡部でしたら、それこそ何でも診るというもので、ほぼイコールになってくるのですが、都市部はやはり日本の医療事情、複雑です。地域地域でその診療所のすぐ近くに、例えば

非常にはやっている小児科があるとか、非常にはやっている整形外科があるとか、そういったものによって、来る患者さんの層が相当変わってきます。

私どもが今運営している診療所は、札幌では、整形外科の疾患の方が非常に多いというのが、ちょっと特徴でございます。これはもともと整形の先生がされていた診療所を、継承したからということですが、周りにそういう整形外科が少ないということも含めて、内科的な疾患に加えて、こういう整形外科疾患への対応、あるいは、内視鏡の検査に対するニーズも非常に多いという特徴がございます。

一方で、室蘭は、すぐ近くに整形外科があつたりしますので、そういった疾患が少ない状況で、よりお子さんですね、乳幼児健診とか小児の受診が非常に多い。小児科が周りにほとんどないという状況もあつて、たくさんいらっしゃいます。また、室蘭というのは、非常に工場が多い都市です。そういった工場に対する産業医活動というものも求められていて、かなり今 3 件ぐらいの会社の産業医を引き受けていて、会社の健康診断で異常が指摘された方が、当院を受診される。こういったケースも非常に目立つということです。

また、旭川の方は、こちらと同じく小児診療が多いのですが、子育て支援というところに力を入れていて、お母さま方の育児不安に対するサポートというものを、家庭医の立場で行う。そういった形です。ですので、外来というものの位置付けが、相当多岐にわたるというのが、都市部の特徴です。

在宅ということで、在宅はいずれの都市においても、われわれは展開していますが、3名から4名の医師がグループで対応して、24時間電話で対応が少なくとも可能な状況を準備しています。現在100名から170名程度の患者さんがいらっしゃって、自宅の方もいらっしゃれば、いわゆるグループホームであったり、ケアハウスであったり、そういったいわゆる居住型の施設の患者さんに対する訪問診療も、数多く手掛けている状況です。いずれも強化型の在宅療養支援診療所という今の診療報酬上の枠組みですが、この設定で現在届け出をして、在宅医療に関しては、各地域地域の一つの拠点という形で、現在運営をしている状況です。

実際こういった形で私ども運営していますと、日々例えば外来ではこういうお子さんがいらっしゃって、お子さんがのどが痛いということで診察をして、小児のケアを試してみたり、それが終わると、お昼には看護師さんあるいは地域のソーシャルワーカーさんが、ケアマネジャーさんなどが入ってきた上で、地域の多職種の検討会議をお昼ご飯の後にして、そして地域のいろいろな問題を確認した後、必要に応じて訪問診療に向かう。そして、患者さんのお宅にお伺いして、どうですか、調子はどの辺が悪いのですかということをお願いしていく。こういう外来と在宅と地域連携というものが、毎日毎日ずっと行われていく。これがわれわれの日常ということになっているわけでございます。

そうすると、当然自然と多職種連携というのが、もう私どもの日常の生活になっています。在宅医、ここに書いているような多職種です。先生方もよくご存じの様々な多職種の方、そして様々な福祉サービスを活用しながら、日常的に多職種連携をしていくというこ

とになっていくわけでございます。

では、こういった都市部の中で地域を診ていく。これ自体地域を診ているということではあるのですが、もっと踏み込んで、例えば都市部での地域包括ケアを考えていく上で、少し単位が大きいのですが、私自身が携わっているのは、北海道の西胆振という少し大きな圏域になります。東京都と同じぐらいの面積になるので、北海道の距離感はかなり大きいのですが、その西胆振に保健所が一つございます。その保健所が主催する在宅医療部会というのがあり、その中で在宅医療部会の会長という立場で、現在医師会と連携しながら、地域の在宅医療推進のための様々な活動を、実は展開しているという形でございます。

これはこの地域になかなか在宅が根付かない。在宅というものが当たり前の選択肢に、残念ながらなっていないという地域医療の事情がございました。急性期の病院のドクター、看護師さんが、退院する時に、家に帰りますかという選択肢を、比較的重症の方について、まったく提示していないんですね。どこの病院に行きますか、どこの施設に行きますかという選択肢しか提示していない。そういった現状は、決して悪意ではなく、急性期の病院の先生方あるいは看護師さんが、そういう在宅ケアの実情を知らないのだなというところが、だんだん分かってきました。ですので、在宅ケアを普及するために、知ってもらおうということで、どちらかという、普及啓発の活動に力を入れていまして、住民自身も選択肢として出せるように市民向けのフォーラム、あるいは先ほど言ったように職員向けの在宅医療研修会、各専門職団体との連携など、そういった活動を展開しながら、ここ3~4年で徐々に徐々に定着をしてきている状況でございます。

ただ、こういう行政主導のものだけでは、なかなかうまく行きません。行政の枠組みでやれる範囲というのは、もちろん非常に広いとは思いますが、ただやはり地域の現場で働く方たちのネットワークがないと、エネルギーが高まってこない。そういうことで、西胆振の在宅ケア連絡会というものをつくりました。これは在宅医療を軸としながら、多職種の方が集まって、これはドクターも、歯科医師も、訪問看護師さんも、薬剤師さんも、栄養士さんも、非常にたくさんの方が集まるのですが、そういった方が集まって、ケース検討会をするんですね。あるケースを様々な多職種の角度から見る。私の歯科医師の立場からこうだねという話が出たり、あるいはソーシャルワーカーの立場から見たらこうだね。場合によっては、福祉業者の方もいらっしゃって、例えばエアマットを用意する業者の方もその会に参加されたりするので、自分としてはこういうふうにもう少しベッドの設定をすれば良かったような気がするとか、そういうご意見が出たり、なるほどなど。本当に医師だけの視点ではまったく出てこない視点が、たくさん出てくるわけです。

ここで毎月一回やっているのですが、議論をしながら、なるほどねと。地域で顔の見えるネットワークづくりが、だんだんできていって、非常に風通しがよく、連携がしやすくなりつつあるという状況です。ただ、これも毎月一回やっていますが、継続できるかどうかということは、まだまだ大きな課題がございます。そういったような状況で、都市部でも展開しているわけでございます。

では、こういった郡部、都市部で地域を診るという視点で活躍する総合診療医を、どうやって育てるかという視点を、最後にお話しして参ります。私どもの北海道家庭医療学センターは、家庭医を今まで40名近く養成してきたのですが、現在は3年間の家庭医療の専門研修という形になっています。位置付けは、卒後の臨床研修、必修化された臨床研修の後の後期研修にあたりますので、医学部卒業後3年目から5年目に該当するドクターの研修ということで、ご理解をいただければと思います。

1年目は、私どもは、診療所研修を半年、そして病棟の研修。特にこれは総合診療病棟での研修を、6カ月という形で設定しております。まず、最初の初期研修2年間は、病院が基本になりますので、病院の中で培われた先ほどの医療的な視点というものを、一回ちょっと捨ててもらって、診療所にまず入ってもらう。診療所に入って、ああそうか。地域を診る視点って、こういう見方になるのだな。一つの病気を診るのでも、ちょっと違うねというのを、まずこのシャワーを6カ月間浴びていただく。そのシャワーを浴びた後、もう一回病棟に戻ってもらって、病棟の中で一体何が必要かというトレーニングをスタートしていただく。この1年目が非常に重要なイニシエーションのような位置付けになっておりまして、家庭医療、総合診療の基礎をここで築いていくという形になります。

さらに2年目になりますと、病院の研修の方がさらに続きまして、内科6カ月、小児科3カ月、救急科3カ月。これは家庭医の視点で、初期研修と違う視点で、各科のトレーニングを深めていただくという時間が設定されています。ただ、この病棟研修の間は、私どもは週に半日は必ず診療所に来て、診療所で外来診療、家庭医療の診療を行うということ、継続的に行う。継続的に行いながら、病棟の研修もやるということで、そういう地域を診る視点を忘れさせないようなということ、工夫している状況でございます。

そして、3年目は、地域にどっぷり浸っていただくということで、診療所研修1年間。ここは冒頭にお話ししたような総合診療医の持つ機能、包括性、継続性、関係性、地域ケアの視点というものを充実させていって、ここで総合診療専門医あるいは家庭医療専門医ということで、自信を持てるような段階に達していただくという形になってきます。

これは実は、現在私も副理事長をしておりますプライマリ・ケア連合学会の方の認定の後期研修プログラムに、合致した内容です。このプログラムの中で、まさに総合診療医のコアを成しているこの総合診療専門研修1というものが、どういう内容か。これをここに記載しています。研修内容を見ていただいたらお分かりのように、外来と訪問と地域包括ケア。まさに先ほど郡部、都市部という形で、私が説明申し上げた内容を網羅しながら、短い期間ではありますが、研修医の先生に基礎を身に付けていただくということ、目標にしているわけでございます。

ここに書いてあるように、日常によく遭遇する疾患、症候はもちろんですが、生活習慣病、患者教育、心理社会的問題、そして高齢者ケア、包括ケア、継続ケア等々です。訪問診療は先ほど言ったような緩和ケアを含めたものも提供している。地域包括ケアは、学校医や地域保健活動なども参加するという形になってくるわけです。これは実は現在、連合

学会に 180 のプログラムが登録されています。私どもは北海道のただ一つのプログラムですが、実は東京も含めて全国に 180 の同じようなプログラムが今運営をされて、まさに総合診療医を育てようという機運で動き始めているということを知っていただければと思います。

これは最後のスライドです。今日お話したことを整理いたしますと、まず私どもが大事にしているのは、プライマリ・ケアという基盤に立って、一人一人の患者さんに対する個別的に提供するケア、個別性の高いケアを提供していく視点で動いて参りますが、それを展開していく中で、自然と地域を視野に入れた包括的なケアを提供することになるわけです。これがまさに総合診療医が実践として行うべき地域を診るという視点だと思っています。それが結果的に、日本全体の医療の質の向上につながっていくということに、私はなるのではないかと考えているわけでございます。

この背景には、当然認証研究が今後もまだまだ必要ですし、こういった家庭医、総合診療医の養成、まさに今回のテーマでございます臨床教育というテーマも含めて、相当まだてこ入れが必要ですが、今まさにこういった力を注げる環境が整ってまいりました。ぜひこういった点をご理解いただいて、皆さんまた生かしていただければと思います。本日の私のお話は以上になります。ご清聴ありがとうございました。

#### (質疑応答)

【座長：後藤】 草場先生、どうもありがとうございました。家庭医療につきまして、郡部と都市部に分けて活動をご紹介いただきました。草場先生は後ほどの総合討論には、お時間のご都合で出られないということですので、もしご質問等ございましたら、よろしくお願いたします。皆様、いかがでしょう。はい、どうぞ。

【田中】 東京医科歯科大学の田中でございます。ありがとうございました。お伺いしたのは、最後の方に出てきたスライドで、3年間の家庭医療専門研修のところですが、2年目で、病院で内科6カ月、小児科3カ月、救急3カ月とありましたが、これは初期臨床研修でもそっくりなローテーションがあり得ると思うのですが、目標の設定とか内容の設定とか、どういうふうに差別化されているのか、教えていただけますか。

【草場】 実はこの詳細な部分については、学会でもまだきちんと固まっていないところではあるのですが、私どもが今想定しているのは、米国あるいはイギリスなどで、実際に家庭医の専門研修の中に、そういったブロックローテーションが現在もございます。そこで一体どういう目標設定がされているかといいますと、実際に家庭医として必要なスキル、知識、この疾患に関してここまで診れるようにというものが、かなり細かく規定されています。これ以上になれば、逆に専門医にきちんと紹介できるまでの能力みたいな形で、

一個一個実は結構設定があります、コモンディーズだけなのですが。ですから、そういったものの設定に応じて、この6カ月間というものは、目標を設定してやっていくという形になります。ですから、初期研修でももちろん学ばれるものと、当然かなりかぶってはきますが、設定としてはもう少し深い内容、あるいは診療所に特化した内容に恐らくなっているという形で、現在構築をしているところでございます。

【田中】 ありがとうございます。

【座長：後藤】 吉田先生。

【吉田】 九州大学の吉田と申します。どうもありがとうございました。今の田中雄二郎先生の質問に近いのかもしれないですが、以前私が総合診療の先生方と初めてお会いした頃というのは、外科出身の総合診療の先生がいらっしゃったのですが、今の研修内容を見てみると、外科系の患者さんが来られた場合、例えば鼠径（そけい）ヘルニアの方とか虫垂炎の方とか、そういう方が来られた時の患者さんのケアというのは、基本的には総合診療医の方ではない理解なのかなと思って見ていたのですが、いかがでしょうか。

【草場】 例えば、鼠径ヘルニアに関して、実際に小手術というか、そういったものを提供するというものは、基本的に今はやはり目標に入っていないと思います。現在、外科的なものに関しての範囲としては、実際は小外科、あるいは外傷の時にできる範囲の対応。もちろん必要であれば、これは救急に紹介することも含めての設定というところなので、少し違うかもしれません。

【吉田】 例えば、イギリスのGPですと、へんとう切除というところまで入っているという話を聞いたことがあるのですが。随分昔の話ですので、今は違うのかもしれないですが。そういうところも外科的な手技に関しては、入っていない。今後は総合診療の専門の先生というのは、内科系の先生で占められていくという理解でよろしいでしょうか。

【草場】 実は英国においては、いわゆるGP、General Practitionerという形なのですが、英国においては、そういう形で基本的な枠組みは、あまり深まっていないと思うのですが、ただサブスペシャリティーというか、少し得意分野を持っていくということは、あり得るみたいなんですね。ですから、耳鼻科に関してちょっと得意なGPとか、そういった方向で行くので、その中でそういう切除をやるということは、あり得るかもしれません。米国でも同じ内容です。地域によって、例えばお産までやる。ちょっとした帝王切開までやる家庭医もいるという状況もございます。ただ、それが全地域の標準ではないというのが、現状です。

【吉田】 ありがとうございます。分かりました。

【座長：後藤】 他にございますか。よろしいですか。草場先生、どうもありがとうございました。これで午前中のセッションを終わります。午後は、このスケジュールですと、12時50分になっておりますが、13時ちょうどから開始させていただきます。よろしくお願いたします。

## 地域を診る総合診療医

2013.12.5 文科省事業合同シンポ

医療法人 北海道家庭医療学センター  
理事長 草場鉄周

## 総合診療医を巡る情勢

- 2013.4月
  - 厚労省・専門医の在り方検討会報告書にて基本専門領域としての総合診療専門医の設立が明記され、その医師像も提示
- 2013.8月
  - 日本専門医機構(仮)設立準備委員会発足
- 2013.9月～
  - 同機構内に総合診療専門医に関する委員会が設置されて審議を開始(14.3月中間報告予定)

## 総合診療専門医のあり方

総合診療専門医は、従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「**扱う問題の広さと多様性**」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。

総合診療専門医は日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応出来る事に加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応出来る「**地域を診る医師**」の視点が重要である。

地域のニーズを基盤として、**多職種と連携**して、**包括的且つ多様な医療サービス**(在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなど)を柔軟に提供し、地域における**予防医療・健康増進活動**等を通して地域全体の健康向上に貢献出来る。

キーワードは「地域」

## 地域で求められる総合診療医とは？

## 医療法人 北海道家庭医療学センター



- ミッション
  - 良質な家庭医療の実践及び家庭医の養成
  - 日本/北海道の家庭医療の発展への貢献
- 歴史
  - H8年 北海道・室蘭に設立
  - H20年 医療法人として独立
- 職員
  - 家庭医療専門医21名 後期研修医8名
  - これまでの研修修了者39名(H13～24年)

## 実践の場としての6つの診療所

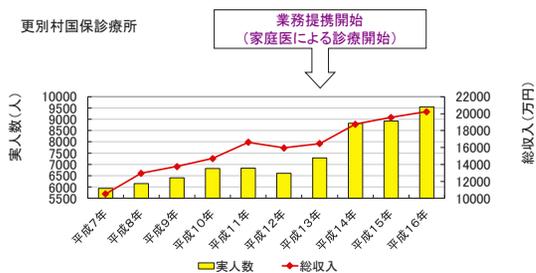


## 郡部での総合診療医は？

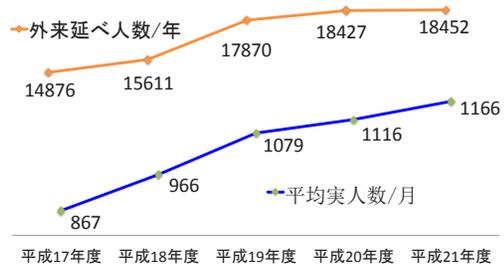
## 地域志向型の郡部家庭医療

- 救急医療
  - 地域唯一の診療機関として救急搬送対応も
  - 二次病院との連携体制
- 病棟医療
  - 急性期から療養まで地域に求められる病棟医療を提供
- 地域のハブ医療機関
  - 地域行政の健康政策と密着した予防/健康増進活動にも関与

## 更別村での業務提携の効果



## 寿都町立寿都診療所 受診動向 受診者数推移(人)



## 寿都町民の評価

<質問文> (抜粋)

質問 6 「家庭医」の認知度や町立診療所についてお伺いします。  
6-5 道立寿都病院から町立診療所になって、何か変化はありますか？

<選択肢>  
1 良くなった  
2 悪くなった  
3 変わらない



## 都市部での総合診療医は？

## 外来／在宅融合の都市型家庭医療

- 外来診療
  - 周辺医療機関や地域ニーズに対応した特徴
    - ・札幌: 整形外科疾患への対応と内視鏡検査
    - ・室蘭: 乳幼児健診や産業医活動
    - ・旭川: 小児診療と子育て支援
- 在宅診療
  - 3~4名の医師によるグループ診療体制
  - 100-170名程度の患者(自宅・施設共に)
  - 強化型在宅療養支援診療所として地域の拠点

北海道家庭医療学センター  
THE HOKKAI DO CENTRE FOR FAMILY MEDICINE



## 都市部での地域包括ケア

- 北海道 西胆振 保健所主催在宅医療部会
  - 部会長の立場で医師会とも連携しながら、地域の在宅医療推進のための議論を展開
  - 市民向けフォーラム、病院職員向けの在宅医療研修会、各専門職団体との連携構築
- 西胆振在宅ケア連絡会
  - 在宅医療を軸としながら多職種がケースに基づいて議論し合う場を提供
  - 地域で顔の見えるネットワークづくりを展開

北海道家庭医療学センター  
THE HOKKAI DO CENTRE FOR FAMILY MEDICINE

## いかにして総合診療医を育てるか？

北海道家庭医療学センター  
THE HOKKAI DO CENTRE FOR FAMILY MEDICINE

## 3年間の家庭医療専門研修

1年目(診療所研修: 地域or都市 6ヶ月、総合診療病棟研修 6ヶ月)

家庭医療・総合診療の基礎(知識・技能・態度)

2年目(病院研修: 内科6ヶ月、小児科3ヶ月、救急科3ヶ月)

臨床知識と技能の幅を広げていく

3年目(診療所研修: 地域or都市)

家庭医としての包括性、関係性、地域ケアの視点の充実 → 専門医へ

北海道家庭医療学センター  
THE HOKKAI DO CENTRE FOR FAMILY MEDICINE

### 日本PC連合学会認定後期研修プログラム 総合診療専門研修 I 診療所・小病院研修

- 研修施設: 診療所または地域の小病院
  - 小病院の規模についても研修内容の各種要件が担保されれば病床数などで一律には規定しない
- 指導医: 学会認定指導医
- 研修内容:
  - 外来診療: 日常良く遭遇する症候や疾患への対応(外傷も含む)、生活習慣病のコントロール、患者教育、心理社会的問題への対応、高齢者ケア(認知症を含む)、包括ケア、継続ケア、家族志向型ケアなどを体験する
  - 訪問診療: 在宅ケア、介護施設との連携などを体験し在宅緩和ケアにも従事
  - 地域包括ケア: 学校医、地域保健活動などに参加する

 北海道家庭医学センター  
THE HOKKAI DO CNETRE FOR FAMILY MEDICINE

### 今、飛躍の時へ

プライマリ・ケア  
臨床研究

日本全体の医療の質  
の向上

地域を視野に入れた  
包括ケア→地域を診る

PCの基盤に立った上での、  
一人一人の患者への個別性  
の高いケア

家庭医養成  
臨床教育

 北海道家庭医学センター  
THE HOKKAI DO CNETRE FOR FAMILY MEDICINE

## 【シンポジウム 2】 超高齢社会を見据えた地域医療の教育

「地域医学教育の新しいパラダイム」

福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座  
主任教授 葛西 龍樹

【座長：佐々木】では、午後の部を始めたいと思います。よろしくお願いいたします。  
シンポジウム 2 に関しましては、「超高齢社会を見据えた地域医療の教育」ということで、3名のシンポジストの方をお願いしたいと思っています。座長を務めます日本赤十字看護大学の佐々木幾美と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

最初のシンポジストですけれども、「地域医学教育の新しいパラダイム」ということで、福島県立医科大学医学部、地域・家庭医療学講座、主任教授でいらっしゃいます葛西龍樹先生にお話を伺いたいということがございます。葛西先生のご略歴は資料の方に入っておりますので、詳しいご紹介は割愛させていただきますけれども、プライマリ・ケア、家庭医療学などの教育の専門でございます、その辺の教育の実際というところをご紹介いただけるというふうに考えております。英国などの医学雑誌等での編集委員や、プロジェクト・アドバイザーなども務めておられまして、世界の家庭医療というところに関しても非常に詳しい情報をお持ちかというふうに思います。では、ご準備ができましたでしょうか。葛西先生、どうぞよろしくお願いいたします。

【葛西】皆さん、こんにちは。福島から来ました葛西です。私は、この夏に筑摩書房のちくま新書として『医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命』という本を出しました。これは、私が専門にしているプライマリ・ケア、家庭医療学を日本に根付かせたいので、世界では「家庭医」と呼ばれている専門医（日本では「総合診療専門医」ということになりました）がどういうもので、なぜ日本の保健医療システムの中に必要なのかということを一一般の人にできるだけ分かっていただくために書いたものです。流行語大賞にならないかなと思いましたが、なりませんでしたね（笑）。いずれ日本は医療大転換という方向へ進むことになると期待しておりますので、何年か後に「医療大転換」が流行語大賞になればいいなと思っています。

今日は、超高齢社会ということがこの私たちのセッション、シンポジウム 2 の方では掲げられておりますので、高齢者の話も含めていきたいと思っています。もちろん、地域で教育をする時に、高齢者のことだけをやっているわけではないのですが、このセッションが「超高齢社会を見据えた地域医療の教育」ということですので、そこを意識してみました。『医療大転換』に書きたいいくつかの日本の医療の現状の中から、一つの例として高齢者が入っている例を挙げてみます。

これは 80 歳の高齢の女性をその娘さんが医療機関に連れてくるということなのですが、皆さんはケアのエキスパート、それから、その教育のエキスパートですので、ここで何が問題なのかというのはよく分かるかと思います。日本の医療のどこが問題か、ということですが、ざっと見たところ、私にはこのぐらい問題があるのではないかなと思います。

もちろん、皆さんの専門等によってもっと深いところで別の問題が浮かび上がってくる場合もあるでしょうけれども、標準的なトレーニングを受けた家庭医としてはだいたいこのようところが問題だと思うわけです。

この 80 歳の女性がどう安全に安心して暮らしているのかという視点がまったくないですね。それから、この 80 歳の人と娘さんの親子がいるわけですが、他の家族はどうなっているのか、どういう状態で暮らしているのか、そういう、私たちは「コンテキスト」と呼んでいるものをまったく探っていない。ただ症状を聞いて、それに対して対症療法の薬を出しています。なおかつ、病歴や身体所見も全然取ってないわけです。それに代わるものとして、MRI を「念のため」撮っておきましょうということですが、この MRI が本当に必要なかどうか。

「念のため」「取りあえず」やっておきましょうというのは、日本の現場では結構あることですが、それを優先させる意味があるかどうか。それで何を見つけるのか、何を除外するのか、そういったことは全然考えられていない。例えば診断したいもの、あるいは除外したいものの検査前確率がどのぐらいあるのかとか、その検査にどのぐらい費用がかかるのかとか、あるいは、どのぐらい苦痛であるのかとか、そういったことについても全然考慮されていません。人間関係がまったく築けていません。ですから、これは、娘さんがお母さんの症状を進化型医療コンピュータに入力して、そしたら処方せんが出てくるのと同じようなことですよ。医者の方でまったく人間関係を築こうとしていません。治療についてもまったく説明や相談をしていない。ただドーンと薬が出てくるわけですよ。さらに、その娘さんがどんなふうに関護に疲れているのかとか、あるいは、その他の家族のメンバーはどうなのか、ということに対しても全然配慮していない。私たちは、こうした場合には家族志向ケアをすべきケースだと認識できるトレーニングをしています。

それから、高齢者の包括的な評価 (Comprehensive Geriatric Assessment) ですね。そのアプローチも全然ない。特に高齢者で起こってくる症状のなかでいくつかのものは、それが現れてきたら原因を探ってケアしないと非常に大変なことになります。例えばこの人の場合だったら物忘れをするとか転びやすくなっていること。失禁や引きこもりもそうですね。こうした症状は「高齢者医療の巨人 (Geriatric Giants)」と呼ばれています。ここではその診断を全然進めていないのです。この患者・家族を地域で支えていくことになれば、医師だけではなくて多職種の連携が必要になってきますし、ある時はあるサービスが他の利用者がすでに利用しているために利用できないという場合もあります。そういった時に、いろんな人たちやサービスのプロバイダーと話し合っ、ケアを調節していかな

ければいけないのですが、それもしていません。だから、娘さんが途方に暮れるのは当たり前です。

そして、予防とか健康維持増進も全然考えていません。言われた症状に対して対症療法を出しているだけです。訴えはないけれども、この人の予防の問題は何なのか、この年齢で何をしなければいけないのかを考えなければなりません。例えば、優先するものの一つとしては、転倒の予防があります。さらに悪性腫瘍に対するスクリーニングも含めた、その年齢に合ったことに取り組んでいなければなりません。

さて、今日のお話で言えば、これをどこで学ぶのかということになります。これは先ほど草場先生が話をしてくれた総合診療専門医のレベルだと思います。ただ、学生のうちからも、どういうふうにしてケアの必要性をピックアップして、どう考えていくのかということは、できたらどの分野に進む人たちにも学んでもらいたい。それでは、これをどこで学ぶのかということです。皆さんもちよっと想像していただきたいのですが、こういうことをどこで学ぶのか。もちろん相当工夫をすれば、大学附属病院とか、かなり市中の大きな病院でも学べると思います。ただ、やはり地域でトレーニングをするというのがいいだろうと思います。

ただ、今日強調してお話ししたいのは、ただ地域に学生を連れていく、あるいは派遣する、そこに行って時間を過ごせばそこでこういう問題が学べるようになるのかということ、それは違うということです。地域でこういう問題を解決することによくトレーニングされた指導者がいる必要があります。そういう人がいないと、先ほどの「日本の医療のどこが問題か」のなかのような対応が繰り返されるのではないかと思います。これは私の意見ですが、地域でプライマリ・ケアを専門とする人たち、そのチームが学生を地域で教える。そのことによってそういう問題を解決することを学べるのではないかと思います。

そこで、ざっとですがプライマリ・ケアがどういうものであるかについて、もう一度確認をしておきたいと思います。プライマリ・ケアの定義は、1978年アルマ・アタ宣言で出てきた時と、それから90年代、さらに2000年、そして、もう2010年を過ぎたということで変わってきています。それは、社会の状況、あるいは国際的な状況の変化に対応して変わってきているわけです。今の時点では文章にするとこのようになると思います。これについて今日は細かくはお話ししませんが、3つの視点からプライマリ・ケアの役割、その重要性をこれからお話ししたいと思います。

一つは、人々が何か健康の問題を持って医療機関を受診するという流れで話します。これは、プライマリ・ケアの仕組みが整っていて、家庭医もいる国の図です。地域にはいろんな程度で具合の悪い人がいるわけです。その人がまずプライマリ・ケアにかかる。そのプライマリ・ケアの中で評価され、ほとんどのものはここで解決されます。8割ないし9割はここで解決すると言われます。そして、必要に応じて専門医が主として病院で行う専門医療へ紹介されて行く(2次ケア)。さらには、高度先進医療を行う大学病院のようなメディカルセンターに紹介する(3次ケア)。そして、それぞれのケアがある程度落ち着いた

ら、またプライマリ・ケアに戻ってくる。ですから、患者さんの抱える問題が何であっても、まずプライマリ・ケアがゲートキーパー役を果たします。そして、ゲートキーパーというのは門前払いする門番ではなくて、必要に応じて2次3次のケアへ導き案内してあげる役です。ゲートオープナー、そしてガイドにもなるということです。

日本はこういうシステムができていない国で、フリーアクセスなので、地域でいろんな人がいるのはどの国も同じですけど、自分でどこかを選んで行かなきゃいけないわけです。日本にも、診療所、それから病院、そしてさらに大きな病院、大学病院という医療の施設がありますが、このフリーアクセスがうまくいくためには、利用する人が自分でまず診断をつけなくてはいけない。そして、自分のこの症状はあの病院に行けばいいのだとか、この症状はこの診療所でいいのだとか、この症状だったら大学病院のこの科に行かないといけないとか、自分で判断しなければなりません。これはたいていうまくいきません。自分でできる人は多くはありません。

もう一つは、その行った先でどういうサービスが提供されるかということがしっかり情報開示されていないといけません。日本ではここもおぼつかないわけですね。ですから、みんな右往左往してしまう。たまたま行ったところでいいケアが受けられて、自覚的に満足すれば、よかったということでブログなどにも書くでしょうし、逆にうまくいかなかったという失敗談もあふれているのは皆さんもご存知でしょう。これが、地域にいる人の受診した先での流れによるプライマリ・ケアの説明です。

ただ、地域住民全体を母集団で考えれば、実際には医療機関を受診しない人たちがたくさんいるということが分かっています。1カ月の間に病院・診療所を受診する人は地域住民の4分の1しかいないということが、60年代から今も、研究によって示されています。自分は健康だと思っている人が地域住民の4分の1いるわけですね。それから、健康問題があっても医療機関に行かない人が住民の半分いるわけです。こういう人たちを放っておいて本当に健康でいられるのかどうか。その人たちも含めた地域全体をケアすることが大事であって、これが家庭医療、プライマリ・ケアの役割ということになります。

もう一つの説明は、WHOが2008年に発表したワールドヘルスレポートがプライマリ・ケアの特集になっていまして、ここに私の好きな図があります。ここにありますように、プライマリ・ケアはチームとしてその地域に活動しており、住民に必要なサービスを住民の人たちのために調整していくわけです。地域の外にあるサービスもあるし、地域の中にあるサービスもある。それをつないでいく。絆を付けていくという言い方ができると思います。「調整のハブ」というのがキーワードです。プライマリ・ケアがチームでそれを行っている。このプライマリ・ケアチームの中で働く医師が、日本では「総合診療専門医」と言われる家庭医です。震災後、社会学者とか経済学者の人たちが、ソーシャルキャピタルという言葉を使っているのを聞きます。これも、地域でプライマリ・ケアがしっかりと機能していくことによって、地域のソーシャルキャピタルがだんだんとたまり、例えば福島であれば、震災からの復興に向けて、前へ進めるのではないかなというふうに思います。

これは震災前の図なのですが、私たちが育てた家庭医が県内にどういうふう分布しているかを示した図です。似顔絵のイラストになっておりますので、私がどこにいるかはよく分かると思いますが、それぞれ他のメンバーもわりとよく似ております。少し分かりづらいですが、5つの診療教育の拠点があります。福島県は、東西に200キロ、南北に150キロぐらいあるかなり大きい県ですが、その中にこのように広がっています。今日見ていただきたいのは、この黄色い星が付いているところです。ここでわれわれ、医学部5年生と6年生の実習を行っていて、特に6年生は2週間ないしは4週間のホームステイ型医学教育研修プログラムというものを行っています。赤い星は、インターネット回線を使ったテレビ会議ができる場所になります。こういったところに学生を送り出して、現地にいる私たちの講座の指導医がそこで教えています。ですから、先ほど最初に言いましたように、ただ地域に学生を送り出すだけではなく、地域にはちゃんとプライマリ・ケアに価値観を持ち、プライマリ・ケアを実践している人たちがいて、その人たちが指導するというようになります。

2011年の『病院』という雑誌にグラビアで特集が出ましたので、今日はそれをお見せしたいと思います。2011年と言えば、3月に大地震と津波、そして原発事故があった年ですが、その中でも実習は続きました。この特集は秋に出版されたものだと思いますが、学生たちも、大変なことがあったのにもかかわらず、みんなよくやってくれました。私たちは「大家さん」と呼んでいますが、ホストファミリーを選定します。たいていは役場に頼んで、役場のOBとか、元郵便局長さんとか、リタイアして子どもも巣立ったような人たちが手を挙げてくれます。最初は国の研究費を使わせてもらいましたが、その後は県が予算をつけてくれて、2週間で2万5,000円の謝金を大家さんは受け取ることでなっています。学生が食費として1週間で5,000円を払っています。1カ月いる場合は、学生が1万円出して、公費の方で5万円を出します。

学生は、そこで生活しながらその地域の診療所や病院に通ってきて、私たちと一緒に診療の現場を見てもらうこととなります。ですから、実際に病院・診療所に来てない時も、こういうかたちで大家さんからいろいろと教わる。これはもちを作っているんですね。ゲストを歓迎する時にはもちを作るといのがこの土地の文化です。熱いもちをどうやってどう丸めるか、丸めたものをどうやって納豆と混ぜるのか、そんなことを話しながらやっているわけです。もちろん、こういう診療の場面もありますし、訪問診療も高齢者を診る機会も多いわけです。この時は、たまたま初期研修で1カ月地域医療のローテーションをする研修医も一緒にいた期間です。彼は、6年生の時にここで2週間学生として実習をしたのですが、また「帰ってきてくれた」ということです。先輩後輩の間でいろいろ話をする。町長とか、地域の自治体の人たち、役場の人たちとも非常にいい関係でやっています。今までホームステイ実習に来てくれた学生との写真をずっと家に飾ってくれたりとか、その後彼らの結婚式に呼ばれたりとか、いろんな交流が続いております。これはいわき市での実習の写真なのですが、この大家さんはカイロプラクティックをしている人で、「実習で疲

れただろう」なんて言って、こんなことまでやってあげたりしているわけです。こういう交流の中から、「自分たちから見るとうちの診療所はこうだよ」とか、「うちの病院がもう少しこうだったらいいのにね」とか、そういう話も聞けるわけです。それから、近所の人も集まって来たりします。そういう形で実習が進んでいきます。

私たちは、地元にいるベテランの開業医の先生とか、そういう人たちも巻き込んでやっています。ただ何年も地域にいたから地域のことが分かるとか、プライマリ・ケアに価値観を持てるようになるとかいうことではありません。この先生は、私が地域の開業医と勤務医の人たちのための生涯教育として毎月セミナーをやっていますが、このセミナーにもう6年も通ってくれている先生です。そういう先生なので私も安心して任せています。そういう信頼関係で成立しています。

最後にざっとですが、ナラティブとしてこういう言葉がこの実習について聞かれたのでご披露したいと思います。別に研究結果ではありませんが参考になると思います。町長は本当に自分の地域がそういう教育の舞台になることを喜んでくれています。大家さんは、医学生が来ても何をしゃべったらいいのか、あるいは、何を食べさせたらいいのか。などと最初は迷っていましたが、最近はまだ慣れたもので、2人がホームステイしても大丈夫だというような感じです。学生にとっても非常にいい経験ができていないかと思えます。

こういうホームステイの研修は世界でも珍しいのですが、ただ、地域を舞台にした学生の教育にかなりの時間を使っているというところはたくさんあります。最後の写真は台湾の医学生です。後ろにいる5人が台湾の大学の医学生です。台湾でかなりレベルの高い医学部の学生たちです。このようにディスカッションをして、彼らもその地域で実際に開業している家庭医の先生から学ぶことをとても楽しんでいるという感じでした。あとは、私が知っているところでは、オーストラリアのタスマニアなんかは、1年目、2年目、3年目は大学で学ぶのですが、4年目、5年目になると、今度は大学とは多少その設立の経緯が違いますが、ルーラル・クリニカル・スクールという地域にある診療・教育の拠点で学びます。オーストラリアには医学部は16ありますが、ルーラル・クリニカル・スクールは17あります。最後の2年間はそこへ預けられて学ぶというようなことで、地域にどっぷりつかってトレーニングできるシステムになっていました。

私の言いたいことのまとめは、医学医療の中で、病院とか大学の中で学べるものもありますが、それ以外のものの中でかなりの部分を地域で学ぶことができる。その時に、ホームステイをして、地域住民の考え方などにも触れることができる、理解できる、そういったセッティングが望ましいと考えます。ご清聴ありがとうございました。