

# コミュニティケア探訪

No. 38

今、高齢者、難病の小児、そして障がいを持つ人を“地域”で支える取り組みがさまざまなところで根づきはじめています。医療ジャーナリストの村上紀美子さんは、そんな各地の動きを精力的に取材しています。本シリーズでは村上さんが訪れた“コミュニティケア”のある風景を報告していただきます。

## 患者中心の面談と対話技法 実践力を育む現場ベースの教育

イギリス・リーズ市郊外の日本人家庭医療専門医——澤憲明さん その2

### 日本の家庭医療専門医教育と設定

日本プライマリ・ケア連合学会の主導により、家庭医療の専門医教育と認定が広がっている。同学会が認定する家庭医療専門医資格を取得するために必要な「家庭医療後期研修プログラム」は全国約160の施設で行われ、家庭医療専門医は全国に456人（2015年5月31日現在）。詳細は日本プライマリ・ケア連合学会 HP 参照。  
<http://www.primary-care.or.jp>

### 日英の家庭医の交流

日本プライマリ・ケア連合学会の国際キャリア支援委員会（委員長は福島県立医科大学教授の葛西龍樹さん。イギリスの家庭医療専門医である澤憲明さんもメンバーの1人）と、英国家庭医学会の若手国際委員会が窓口となっている日英の若い家庭医の交換留学プログラム。2013年から毎年5人ずつ留学し、日英の学び合いが広がっている。



医療ジャーナリスト  
村上 紀美子  
Murakami Kimiko

この連載がスタートしてから7年目。日本は九州から北海道まで、海外はイギリス、ドイツ、デンマークに香港と、コミュニティケアの現場の生き生きしたうねりや、尊敬する方々のチャレンジをご紹介できて幸せでした。最終回まであと1回です。  
mkimiko@mbf.nifty.com

患者さんの全科診療の医療面と心理面、さらに家族関係・暮らし・仕事などの社会面も含めて全人的に、多職種チームで継続的にみていくのがイギリスの家庭医。その技や知恵は、日本の地域ケアにかかわる職種にも参考になりそうです。7月号に引き続き、澤憲明さんに話を聞きました。

### 実務密着マンツーマン教育

家庭医の現場実践能力は、どこでどのように育まれるのか？ それは研修医のときの、臨床現場で実務に密着した指導医のマンツーマンによる教育の賜物。家庭医が専門教育で学ぶことの一端をみていきましょう（囲み1）。

#### ●患者さんが話しやすい位置とは？

「患者中心の医療面接」は、イギリスの家庭医の間では1つの学問分野にまでなっています。例えば、医療者と患者さんが向き合う位置について、次のように気配りをします（写真）。

- ①患者さんに対して正面でも横でもなく、斜めの位置に座る（患者さんが話しやすい位置）
- ②座ったとき、目の高さが同じになる椅子の高さにする（見下ろすのでも、見上げるのでもなく、対等な位置）
- ③医療者が患者さんの仕草や動作をまねし、患者

【囲み 1】

強化される家庭医の  
専門教育と資格

かつてはイギリスも、医師資格があれば診療所を開業できる自由開業制で、家庭医としての専門研修は必要ありませんでした。それが約30年前の1980年代には、3年間の家庭医療の専門研修が必修になりました。さらに2007年には、「家庭医療後期研修プログラム」（以下：後期研修）修了に加えて「家庭医療専門医試験」の合格も必須になりました。

家庭医になるためにはまず、大学の医学部で5～6年間、幅広い分野を学びます。そして大学卒業後、2年間の「初期研修プログラム」があり、主に病院で4カ月ごとにローテーションし、複数の科を経験します。

その後、いよいよ後期研修です。「家庭医療後期研修医」

になるための試験では、筆記試験（臨床問題解決能力・状況判断・優先順位づけなど）や、模擬患者面接でのコミュニケーション能力を審査します。

後期研修は3年間。半分の18カ月は主に病院で、6カ月ごとのローテーションで希望の科を選んで経験を積みみます。澤さんは、初期研修で多くの内科を経験したので、後期研修では精神科・小児科・救急科を選択しました。

残りの18カ月は診療所で、指導医による1対1の教育に入ります。澤さん曰く、指導医とは“温かい師弟関係”で結ばれ、地域を基盤とするジェネラリストとしてのアプローチが身につくまで、みっちり鍛えられます。

後期研修の後半になると家庭医療専門医試験を受けることができます。この試験は、筆記試験のほか、模擬患者をみる臨床技能評価試験では「患者中心の医療面接」ができていのかどうかなども厳しく審査され、合格率は約70%。これedyouやく一人前の家庭医です。

さんが共感を持ちやすくする  
（ミラーリング効果）

- ④電子カルテは、患者さんにも見える位置に設置する（情報を共有）
- ⑤医療者は白衣を着ない（威圧感、よそよそしい雰囲気を避ける）
- ⑥患者さんと医療者の椅子はなるべく同じものを使用する（対等な雰囲気）

●診察場面を振り返り  
ディスカッション

診療所での研修では研修医も患者さんを診察し、外来が終わ

るごとに、指導医と診察内容を振り返り、率直に話し合います。例えば、次のとおりです。

研修医「さっきの子ども患者さんはちょっと喘息が悪化していたので、薬を出しました」

指導医「悪化した原因はなんだろうね？ この子の母親は最近、仕事のストレスを感じてうつ病の薬を飲んでますね。喘息の悪

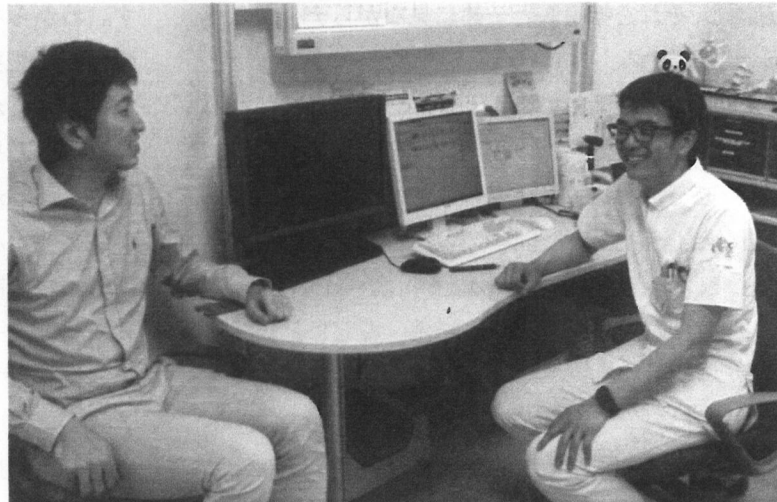
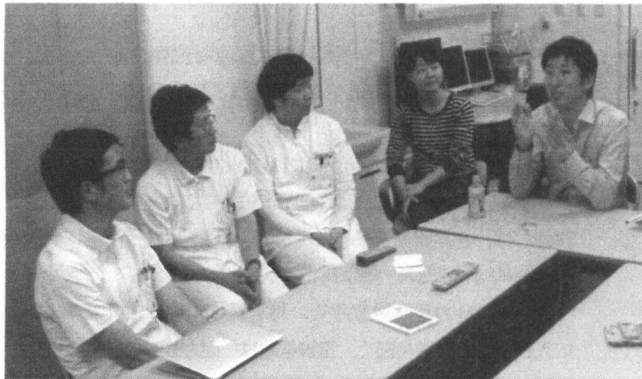


写真 澤さんが診察室で患者さんと向き合うポイントを実地解説している様子。北海道家庭医療学センターの更別村国民健康保険診療所にて。左が澤さん、右は同診療所院長の山田康介さん（日本プライマリ・ケア連合学会認定の家庭医療後期研修プログラムを提供する北海道家庭医療学センター常務理事）

化について、この子や母親の思いは聞いてみた？」

研修医「あ、聞きませんでした……」

指導医「大丈夫、心配ないよ。でも次はあなたが聞きたいことだけではなく、患者さんがこちらに伝えたいことも聞いてみようね。いつも患者さんや家族の立場で考えるこ



更別村国民健康保険診療所で、日本プライマリ・ケア連合学会認定の家庭医療後期研修医や指導医と交流する澤さん（右端）

とができれば、さらによいから」  
温かくも厳しい指導。こうして、家庭医としてのアプローチが具体的に身についていくのです。

### ●録画を見ながら対話技法の振り返り

対話の技法については、研修医の診察の様子を録画し、それを指導医と一緒に見ながらディスカッションします。

「患者さんが話しているときに、なぜ患者さんのほうを見ないで電子カルテを書くの」

「なぜそんなに急いで患者さんの話を妨げるの」

「なぜ患者さんが理解できない専門用語を使うの」と、指導医からは容赦なく指摘されます。

患者さんの言葉（「大丈夫です」など）と、非言語的コミュニケーション（不安を示す動作など）の食い違いに気づけるかななどもポイントです。

そして指導医は「患者さんの共感を得るには、姿勢はこう、こういうタイミングで、こういう声のトーンで」と極めて具体的に対話の仕方をアドバイス。「指導に沿って修正すると、患者さんは、それまで質問しても教えてくれなかったことや不安などを不思議なほどすらすら話してくれるようになります」と澤さんは言います。

指導医からは、患者さんが暴れたりしたときにすぐ逃げられるよう、医療者は入り口に近いほうに座るなど、安全確保のアドバイスもあります。

### ●「患者さんが伝えたいこと」を引き出す

患者さんが伝えたいことを話してもらうための

方法の1つが、診察室に患者さんが入ってきたら、にっこり笑顔で招き入れて、しばらく黙っていること。どれくらい黙っていい方がいいのか？「たいていの患者さんは数秒で話し始めます。時には、ずっと黙っている患者さんもありますが、そういう性格の人だとわかります」と澤さん。

そして、質問の仕方は「はい」「いいえ」の短い返事で終わらない、「何を？」「どのように？」といった、オープンクエスチョンで聞くと、より話が広がるのです。

### ●わからないことは多職種チームで対処

患者さんから何か言われてわからないときは、どうするのでしょうか？

「家庭医は患者さんの伴走者としてすべてを受け止めて、必要な情報を多職種チームで共有します。わからないことがあっても、まずは患者さんの事情を把握し、『任せて。あなたに必要なことを見つけるから』と話しますよ」と澤さん。

患者さんをアセスメントして背景にある問題に気づくことができれば、どんなサービスやサポートが必要かわかり、他職種や地域のキーパーソンに依頼して協働できます。これが地域のプライマリ・ケアチームでの働き方の本質です。

全科診療で、患者さんの生活支援や健康増進・予防まで幅広く継続的にみるという家庭医の実践には、「自分が不得意なことや苦手なことを自覚することが大切。そして、患者さんの物語を引き出すスキルも必要」と澤さんは強調します。

### 救急受診が多いのはなぜ？ 受療行動を最適化

日本の夜間・休日救急医療では、昼間から具合が悪いのに出かけて、夜になって救急に駆け込むような軽症の人ばかりで重症の人は少ないなどの問題が指摘されています。

イギリスの救急センターも日本と同じで、プライマリ・ケアで対応可能な患者さんが多いという

状況があります。こうした患者さんの受療行動を最適化することも、家庭医の役割です。

この問題に、澤さんが勤務するスチュアートロード診療所も取り組みました。まずは診療所に登録する約8500人の住民のうち、救急センターの受診頻度トップ20人をリストアップ。その人たちに連絡して、診療所に来てもらいました。

「わざわざ来てもらってすみません。でも、この1カ月で救急センターに6回も行かれたそうで、何があったのか心配しています。どうされましたか？」と澤さんは話しかけました。すると、患者さんが救急センターに行った理由は、風邪の症状だったり、高血圧の薬が切れたりして慌てたなどで、外国からの移民や教育背景の問題などから、医療サービスの適切な使い方を知らなかったケースが多かったのです。

澤さんは「そういうときは、診療所に電話をくれば対応します。また、夜間や休日にも利用できる時間外サービスがありますよ(囲み2)。そのほうがより適切に対応できると思います」と提案。彼らは「ああ、そうなんですか」と理解し、受療行動が上手になっていくのです。

### 医療は公共財！ 費用と効果のバランス

「医療は限りある公共財」と捉え、効果と費用のバランスを見ながら無駄なく使おうとするのがイギリス流です。その工夫を紹介しましょう。

#### ●互換性のある電子カルテを最大活用

診療所では10年ほど前から電子カルテが普及し、多くの診療所間で医療情報が共有できます。

電子カルテを使うと、費用対効果の高い薬を推奨し、費用対効果の低い薬は避けるような注意喚起が自動的に電子カルテに出てきて、日々の臨床の参考にできます。また、地域の全診療所がどういう薬を出しているのかなど項目ごとのランキングデータが各診療所に戻ってきます。各診療所はそのデータを見ながら、処方方を修正していきます。

#### 【囲み2】

### プライマリ・ケアチームによる 時間外サービス

かつては各診療所で時間外診療を実施していましたが、昼夜連続勤務による過重負担・医療の質の問題などが顕在化。その後、いくつかの診療所がグループを組みローテーションで対応した時期もありました。

現在は2次医療・3次医療で対応する救急車を呼ぶための連絡先(☎999)とは別に、時間外専門のプライマリ・ケアチーム(☎111)が対応するシステムです。住民の電話をまずオペレーターが受けて、トリアージした上で、必要に応じて家庭医や看護師、救急車につなぎます。

#### ●住民の健康が改善すれば成功報酬

イギリスの診療所の収入の多くは、診療所への登録住民数によって算定される定額払いで、あとは登録住民の健康をどれくらい改善できたかといった成果によって支払われます。

例えば、診療所の登録住民の中で、高血圧など生活習慣病の患者さんの健康が改善すると、成功報酬として診療所に収入があり、地域住民の健康を守る活動へのインセンティブになるのです。

\*

以上のようなイギリスのプライマリ・ケアは、何十年もの粘り強い努力によって度重なる制度改革を経て構築されてきました。そして今では、地域医療の現場での家庭医教育が確立されています。また地域の臨床データが電子カルテで集められ、研究や業務改善にストレートに活用されています。こうした臨床・教育・研究の密接な連携協働の姿は、これからの日本への大きな示唆を含んでいるように思いました。

#### ●参考文献

- 1) 澤憲明：新春巻頭インタビュー 変わるか、日本の医療。人に寄り添い生活を支え、地域を守るイギリスの家庭医に“ケア”のあり方を見る，シニア・コミュニティ，87(1)，p.4-9，2014。
- 2) 葛西龍樹：医療大転換 日本のプライマリ・ケア革命，筑摩書房，2013。