

在宅医療助成 勇美記念財団  
2005 年度（平成 17 年度）助成研究

初期臨床研修における訪問診療教育の方法とその効果  
研修医、指導医、患者・家族の 3 視点からの実績評価と展望

完了報告書

主研究者・申請者 富塚太郎  
前医療法人カレスアライアンス・東室蘭サテライトクリニック

研究協力者 八藤英典  
医療法人社団カレスアライアンス・東室蘭サテライトクリニック

研究協力者 葛西龍樹  
公立大学法人 福島県立医科大学 地域・家庭医療部教授

申請者名・連絡先  
富塚太郎  
〒187- 0022 東京都小平市上水本町 1 丁目2- 8

提出年月日 平成19年4月9日

## 目次

|                 |    |
|-----------------|----|
| 緒言 .....        | 3  |
| 要約 .....        | 4  |
| 研修医対象調査 .....   | 5  |
| 指導医対象調査 .....   | 30 |
| 患者・家族対象調査 ..... | 33 |

本研究は財団法人在宅医療助成 勇美記念財団の研究助成の提供を受け、実施された。同財団に感謝いたします。

## 緒言

在宅医療は、国の取り組みとして平成 12 年に導入された介護保険制度や平成 18 年診療報酬改定による在宅療養支援診療所の創設に代表されるように、その重要視の方向性が示されている一方(1)(2)、それを担う医師の数の不足と教育の未整備が指摘されている(3)。在宅療養支援診療所の登録状況に関して言えば、平成 18 年 6 月中医協診療報酬改定結果検証部会の報告では、全国で 8,595 施設に達するが(4)、一方で在宅療養支援診療所の数を、地域ごとの比較のために主な利用者となる 65 歳以上人口で割ると、大阪が 1325 人に 1 か所の割合になるのに対し、高知は 7913 人、富山は 9220 人に 1 か所で 7 倍もの格差があるなど、不足のみならず偏在の問題も指摘されている(5)

その解決策の一つとして、教育や研修プログラムの整備があるが、在宅医療は現在まで卒前・卒後教育で教育される機会がほとんどなく、またその試みは数えるほどしかない(6)。一方で、平成 16 年度より始まった新医師臨床研修必修化により、医師が初期 2 年間で身に付けるべき臨床経験・能力につき厚生労働省より指針が示され(7)、おおむねその内容には医療関係者よりコンセンサスが得られている。その中で研修の 2 年目に必須のものとして設定されている「地域医療研修」は今後在宅医療を含めた地域医療を担う医師養成の一端として期待されている。

北海道家庭医療学センター（以下、当センター）では 10 年前より在宅医療を展開し、また 2 年前より地域中核病院（医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院）の初期臨床研修医に対して、「地域医療研修」の一つとして、在宅医療を方略とした研修を提供している。この度、「在宅医療を担うことのできる人材の養成」方法のモデルの一つとして検討・提供できるよう、初期臨床研修医に対して構造化された在宅医療研修を提供したので、その内容・効果を検討し、広く在宅医療教育に関わる方々に参考になることを目的とし、本調査を行った。

### 参考文献

- 1) 厚生労働省 医療提供体制に関する意見 社会保障審議会医療部会 2005 年 12 月
- 2) 厚生労働省 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会議事次第 2007 年 3 月
- 3) 在宅医療推進フォーラム Homecare MEDICINE 2007 冬号別刷
- 4) 中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会議事次第 2006 年 6 月
- 5) 読売新聞 2007 年 3 月 19 日
- 6) 和田忠志ほか 在宅医療に従事する人材養成の支援 勇美記念財団助成研究報告書 2006 年 8 月
- 7) 厚生労働省 新医師臨床研修制度における到達目標 2003 年 6 月

## 要約

### 各調査の目的

研修医対象調査：研修医の在宅医療研修の主観的経験を探り、医師養成の中での訪問診療教育の意味と期待される効果を明らかにする。

指導医対象調査：指導医の考える訪問診療で習得可能な目標と、実際に訪問診療を方略とした研修を経験した研修医が行った評価との差の有無とその傾向を明らかにする。

患者・家族対象調査：訪問診療を受けた患者・家族の経験と満足度を調査し、訪問診療教育が患者・家族に与える影響・効果を評価する。

### 対象

研修医対象調査：平成 16 年 4 月から平成 17 年 3 月にかけて A クリニックで行われた訪問診療を方略とした研修を、計画していた回数の 75%以上出席した B 病院の初期臨床研修医 11 名

指導医対象調査：平成 18 年 2 月時点で A クリニックにて訪問診療教育を担当した指導医 3 名

患者・家族対象調査：平成 17 年 4 月～平成 18 年 3 月 A クリニックより訪問診療を受けた患者 34 名。層化無作為抽出

### 方法

研修医対象調査：フォーカスグループ法による質的調査と留置自記式質問紙法による量的調査

指導医対象調査：留置自記式調査法による質問紙法。量的調査

患者・家族対象調査：郵送自記式調査法による質問紙法。量的調査

### 結果

研修医対象調査：在宅医療研修によって、在宅での問題解決や患者・家族とのコミュニケーションについて、技術的なことに加え、重要性の認識や必要な価値態度も学んでいることが明らかになった他、医学的知識・技術、他職種との効果的な連携とその価値、診療態度・価値観の形成、診療の場のオプションの認識と選択、地域を知る、医療資源の認識の 8 つのカテゴリが抽出された。量的調査の結果もこれを支持し、訪問診療医のみならず、どの専門科志望の医師にも有用な研修であることが示唆された。

指導医対象調査：指導医の期待する訪問診療教育の効果と、研修医が経験した訪問診療研修の効果の間には有意差なし。

患者・家族対象調査：研修医が訪問した患者・家族の満足度と経験は、研修医が訪問していない患者・家族の満足度・経験と比較して、有意差は認めなかった。在宅医療を受けている患者・家族に対してであっても、事前に準備をし、情報を伝え、患者・家族の理解を得た上で研修医教育を行えば、十分に高い患者満足度が得られることが示唆された。

## **研修医対象調査**

### **目的**

在宅医療を担う医師の研修や教育の必要性がいわれる中(1)、さまざまな研修が提案・試みられており(2)、我が国でもその研修に関する様々な目標が提唱されている(3)(4)。しかし、そのほとんどが指導医や実践している医師の視点から、在宅医療を担う医師に必要なもしくは身につけてほしいと考える多数の目標で構成されており、医学教育一般に言えることであるが、その演繹的に設定された目標の実施や評価では困難さが伴う場合が多い(5)。この反省から、望ましい医師の行動特性（コンピテンシー）に基づいた目標と評価を一貫させた医師研修カリキュラムを実施する流れがある(6)。コンピテンシーとは、様々に定義され議論のある概念であるが、Epsteinらはコンピテンスとして、「診療圏において、患者および地域の利益のための日常診療のなかで、コミュニケーション，知識，技術的スキル，臨床的推論，感情，価値観，自己内省を習慣として思慮深く使用すること」と定義するよう提案している(7)。

一方で、実際に学生や研修医が研修を経験する際には、明文化された目標（顕在的カリキュラム）は十分に研修されない一方で、それ以外の”潜在的カリキュラム”と呼ばれる研修のプロセスや環境、出来事から経験し学んでいるということが報告されている(8)。一般に研修カリキュラム作成時には“潜在的カリキュラム”には注意があまり払われず、またこれを検討した報告も本邦では少ないが、教育プログラムの評価として、潜在的カリキュラムを含めた学習者におけるアウトカムを明らかにし、それを顕在的カリキュラムの改善に盛り込むことは教育プログラムの整合性や効果を向上させることに意義があると考えられる。

本調査では、訪問診療を方略とした臨床研修の効果を、実際に研修医が経験したカリキュラム（顕在的カリキュラム+潜在的カリキュラム）について、研修医の主観的経験から探り、既存のコンピテンシーモデルと関連付け、医師養成の中での在宅医療教育の意味と期待される効果を明らかにすることを目的としている。

### **対象**

平成16年4月から平成17年3月にかけてAクリニックで行われた訪問診療を方略とした研修を、計画していた回数の75%以上出席したB病院の初期臨床研修医11名とした。研修は1年52週のうち24週から26週間連続または非連続に週半日が割り当てられた。対象者全員に対して、原則としていつでも調査への協力を拒否する権利があることを伝え、参加を要請した。調査対象者には事前にこの研究の趣旨とデータの公開方法・個人情報の保護に関して十分に説明し、同意書に署名を得た。

対象となった研修医は全員が2年目で、訪問診療研修開始時点で全員が10ヶ月以上の病棟研修(内科6ヶ月、外科3ヶ月含む)と24単位以上の外来研修(半日1単位)を修了していた。

## 方法

研修医の主観的評価として実際の経験を明らかにするために、フォーカスグループ法による質的調査と質問紙法による量的調査を用いた。2つの異なる方法を用いることで、結果の信頼性と内的妥当性を向上させることを目的としている。

### フォーカスグループ法を用いた質的調査

#### 1. 調査方法

フォーカスグループ法とは「あらかじめ選定された研究関心のテーマについて焦点が定まった議論をしてもらう目的のために、明確に定義された母集団から少人数の対象者を集めて行うディスカッション」で「設定されたテーマに対する参加者の感情、態度、考えなどを引き出す」方法である(9)。本調査では研修医の主観的経験を引き出すことが目的であり、同様の経験をもった研修医が各々の経験・考えを共有し、相互作用・刺激することでより広く有効な発言が促されるこの方法(10)(11)が適していると考え、採用した。本調査では調査項目を明確にしたインタビューガイドを作成し(参考資料1参照)、それに基づき講習会を実施し、第三者であるインタビュアー養成した。インタビュアーはあらかじめ設定された“全体的な感想と経験”“研修プログラムそのものに対する評価”そして“訪問診療を使った研修だから学べること”の3テーマに沿って司会し、参加者へ質問・討論の進行役・ディスカッションの促しを行った。インタビュアーは医療事務員1名で、2度のインタビューは同一のインタビュアーにより行われた。初めのインタビューの後、振り返りのセッションを持ち、興味深い視点の回答の深め方や具体例提示の促しなどを加えて指導し、ガイドを改定し、2回目に使用した。また、協力者には謝礼として1000円分の図書券が提供された。

#### 2. データの収集方法と分析方法(12)(13)

各フォーカスグループはICレコーダーでの録音とビデオでの録画が行われ、専門業者にてテープ起こしされた。そのテープ起こしの内容について記録されたテープ、ビデオで再度研究者にて確認し、正確さや文脈、非言語的表現を点検し、訂正を行い、テキストを作成した。

分析は著者と訓練された医療従事者(保健師)の2名によって別々に行われた。テキストはまず初めに、全体を繰り返し読んだ後、今回のディスカッションの分析テーマに照らして意味のある内容を抽出し、コード化を行った。繰り返し検討し新たなコードが作成されなくなった時点で、分析者各々の解析結果を突き合わせ、お互いのコード付けを確認した。さらにそのコー

ド間の関連を検討しながら抽象化した上位概念（カテゴリ）を生成した。以上の過程は繰り返しテキストを確認し行われた。

## 質問紙法を用いた量的調査

### 1. 質問票の作成

訪問診療教育のアウトカム評価として1998年に米国の医師卒後臨床研修認定機関であるThe Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)より発表されたACGMEコンピテンシーというアウトカムのモデル(14)の中のrequired skillを日本語に翻訳した6領域28項目、厚生労働省による新医師臨床研修制度における到達目標のうち、「行動目標 医療人として必要な基本姿勢・態度」に挙げられている6領域21項目と「経験目標 C特定の医療現場の経験」(3)地域保健・医療のうち訪問診療教育に当てはまる3項目を質問票の項目として使用した(参考資料2参照)。なお、ACGMEコンピテンシーの翻訳は筆者が行い、日本語を使用するネイティブスピーカーを含む複数名でチェックした上で使用した。これらの質問票は、開発段階でパイロット調査として若干名の研修医に使用し、表面的妥当性をあらかじめ検証し、より分かりやすい言い回しに改訂した上で本研究に使用された。

### 2. データの収集方法と分析方法

実施は留置調査法で行った。各研修医が合計52項目について4段階の順位尺度を用いて、自分が経験した初期臨床研修をもとに評価した。分析にはWillcoxonの符号付順位検定(有意水準5%)を用い、3つの臨床研修方法(訪問診療、外来、病棟)の差を検定した。分析にはSPSS14.0Jを使用した。

## 結果

### フォーカスグループ法による質的調査

対象者のうち9名が協力した。参加できなかった2名は業務の都合上、実施日時に来られなかったことによる。対象者は2つのグループに分けられ、別々にインタビューが行われた。各々はグループA(平均年齢28.6標準偏差3.71、男性3名、女性2名)、グループB(平均年齢28.3標準偏差3.30、男性4名、女性0名)とし、研修修了間際の平成17年2月末にインタビューが実施された。

内容分析の結果、訪問診療での問題の発見と対応、医学的知識・技術、他職種との連携、患者・家族とのコミュニケーション、診療態度・価値観の形成、診療の場のオプションの認識と選択、地域を知る、医療資源の認識の8つのカテゴリが抽出された。以下〈 〉内はカテゴリ、斜体太字とそれに続く文章はコード、斜体は協力者の発言の抽出である。なお発言内の( )の記

述は筆者による文脈や用語の注釈である。

## 〈訪問診療での問題の発見と対応〉

### 情報収集

研修医は、在宅では医学的な情報収集のみならず、患者の好みや性格・特徴、家を見て生活環境からも情報を得るなど、多視点からの情報収集が必要となると学び、実践していた。

「やっぱり病棟で診てると、その患者さんをやっぱり点でしか診てないなっていうのはすごい感じたんですよね。…それは外来でも病棟でもなく、自宅での生活を見てるからっていう、移動手段とか、性格とかっていうのを知ってるから、そういうこと（効果的な問題への対応）できたのかなと思いますんで。」（グループA：発言者5）

### 問題の特徴

研修医は、在宅では疾患や苦痛自体が問題であると共に、患者・家族背景や社会状況・介護力不足などが致命的となることがあるなど、多くの問題を抱える場合があることを認識していた。

「在宅でその方がどうやって生活しているのか、何が現実的なのか、病気そのものが、リスクであることは確かなんだと思うんですけど、問題になるとはまた限らないんですよね。その病気をもちつつ、それでもある程度安定して生きていける。けど、ほかのことのほうが何か、介護がないとかですね、介護力がないとか、何かそういうことのほうが致命的になることもあって。病気とその方の背景だとか社会状況っていうのと、ほとんど同義、それがいつもバランスがあるっていう、そういうのをすごい立体的に見えたというか、医療のまだ一端しか見てないと思うんですけど、すごく流れの一つを見たなあというふうに思いました。」（グループA：発言者1）

### 医師の役割の認識

研修医は在宅医療では自宅で療養を続けるためのケアが必要とされ、患者・家族の背景をふまえて、考えも聞き、話し合い、悩みも受け止める必要を認識し、実践していた。

「ほんとに、訪問で来る先生には、何ていうか、さすが、こんなことを聞いていいのかしらと思うようなことも聞けるんだよね、というようなお話を、別の家からあってですね。その時に、ああ、そういうのに対処をするのも一つの役割なんだなと思って。まあそれも間違ってたなと思いますし、その時の対処では、それがわかってたら、もうちょっと別の対処もできたのかなっていうふうに後で思ったのが、印象に残ってます。」（グループB：発言者5）



「知らないことがたくさんあって、例えば認知症の患者さんで夜騒いでしまうとか、そういった方に対して、医師として何が出来るか。もちろん、患者さんの苦痛もありますけれども、ご家族がどういうふうに考えているかっていうことも、まあご家族と話しながら、いろいろと対策を考えていくことができたのがよかったかなと思います。」(グループB、発言者2)

研修医は医療の必要性・不必要性の判断や原因不明な状態でのケアも求められることがあること、容態に変化があった時に、どこまで在宅で治療可能か、病院に搬送するかの判断基準を考える必要があり、今後のこと(可能性)も考え、悪い情報も伝えながら患者・家族と話し合う必要があることを認識し、経験していた。

「自宅で療養を継続するための、いろんなケアということ訪問診療を受けている方がいらっしゃって。その方の、いろんな形での、告知というか、がんに関して告知はされてるんですけども、今後どんなことが起こり得るかとか、その方の場合は、出血が一番の、今の問題としてはメインの問題なので、それをどうしていくか。それにも限界があるという話だとか、それを通じて「じゃあ、あなたはどこで最後を迎えたいのか」という話を、指導医と一緒にそういう話をする場面に、立ち合ったというか、自分でもそういう話にかかわったということで、とても実りが大きかったです。」(グループA:発言者1)

「やっぱり訪問のよさっていうのは、家に行って、その家がどういうところなのかとか、個々の家によっては必要ない医療とか、医療はそこまで要らないとか、そういう人もいらっしゃいますし。」(グループA:発言者4)

「限られた資源の中で、置かれてる状況で、多分病院では考えないようなことも考えると。もう一番は、病院に送るかどうかは病院のどこでは考えない。そして病院に送るかどうかを考えるところって、すごい大きいと思いますね。ラインをどこに引くか、何を判断材料にそのラインを引くかっていうことは、病院では絶対考えないことだと思うんで、それは代え難いものだと思うんですね。」(グループB:発言者3)

「何か病気があるんだけど、家で暮らしてるっていうことで、今後どうしていくのかっていう決断を常に迫られる。やっぱり今は、病気の方ってたくさんいますし、高齢の方ってたくさんいて、よくわからないけど入院したとか、病院で死んだ、亡くなったとかっていうのがあるので、今後どうしていくのかっていうのを考える、あるいは今後の話を常にしていく。今は元気だけど、こうなるとか、こういうふうに、病気になって動けなくなってしまうとか、死んでしまうとか、「そのとき、どうしたらいいですか」という話を、常に考えてしていかなければいけないっていうのを考えるきっかけになったし、それは病棟にいたとしても、家を見据えてそ

ういったことを考えれるいいきっかけになったのかなと思います。」(グループA:発言者3)

## 〈医学的知識・技術〉

### 習得と重要性の認識

研修医は、訪問診療では面接技術と身体診察技法の習得が行えるが、検査・設備が限られる環境で特に、話を聞いて診察をするということの重要性を認識していた。また、訪問診療で必要とされる手技・処置を実践・習得できると考えていた。

「病院と一番違うのは、設備とか使える道具がかなり限られているということだと思います。なので、逆にそういうのがない中で何を学ぶ、何が学べるかっていうことでいうと、病歴の話聞いて身体所見を取ると。あとは、限られたその道具を最大限に活用するというのが一番ではないかと。まあ僕自身、満足に、身体所見とかですね、かなり奥が深いですし、できたかどうかわかりませんが、ただ、どうしても検査とかができてしまう状況ではおろそかにしがちなものが、やっぱり大事なんだなというふうに思っています。それが訪問診療の、まあ難しさと同時に、専門性っていうところになると思うんですよね。」(グループB:発言者4)

「こちらの病院で、[病名] かもしれないということで、帰って、ずっと訪問受けた方がいるんですけど。わたしが行っている時に急に、もう歩けなくなったとか、最初からちょっと歩きづらかったんですけど、そこで診断しないといけない、自分が、その後、本当に[病名]なのかって、そういうところに置かれたときに、実際、それができなくて。まあ今も恐らくその方は診断がついてはいないんですけど、そこの訪問で、やっぱり何があるか、まあどの場面もそうなんですけど、訪問って何があるかわかんない。そこでこう、いろいろな技術もそうなんですけど、知識っていうのはすごい重要視されるんだなあっていうのをすごく感じました。」(グループA:発言者4)

「何かあったときにやっぱり診療のツールがないんで、救外だったら、その後に検査が控えてるってわかるので、結構、聴診とか、ぱーとかやっちゃうときもあるんですけど、そこで解決しなかったら自分がこう、こっちの病院に送るとなると、やはり一つの手技に対してもすごい、きちんと聞かないといけないとか、きちんと診察をしないといけないという思いがあるので、そういうことが、聴診だとか打診だとか、そういうことをできたかなと思います。」(グループA:発言者4)

「病院とかだったらできるようなことがあまりできないので、やっぱり自分の体、自分の五感を使ってということと、患者さんの話っていうのが一番の武器というか決め手になるような診療をしないといけない。まあ要するに、話を聞いて診察をするっていうことなんですけど。ほか

のどこでは、何かこだわりたくても、やっぱり、時間がないとか検査があるとかってこだわれないんですけど、こだわられるっていうところが一つ、いいとこだなと思いますし。」(グループ A: 発言者 3)

### 〈他職種との連携〉

研修医が診ている同じ患者について、他職種のスタッフと話をし、その評価を聞き、実践を見る経験が患者の問題を解決するのに役立つと考えていた。同時に連携の方法と効果を実感し、連携の大切さと医師の責任、各職種の権限をどう生かしてもらうかを考える経験をしていた。

「ほかの医療スタッフと、実際の患者さんのいるところで、いろんな話が聞けたっていうのも何回かありました。ケアマネがいるところで、ケアマネの実際の話聞くこともできましたし。あとは訪問リハですね。訪問リハをしているときに、たまたま訪問診療にぶつかって、で、そのリハビリをしてる状況っていうのも見る事ができて、よかったなっていうふうに感じます。1回でもそういうふうな状況っていうのがわかれば、まあ問題を解決するにはいいのかなというふうに感じました。」(グループ B: 発言者 2)

「ほかの同じ患者さんを診てるほかの職種の方からどういうふうに、その状況、今の状況を評価されてるかっていうのを聞いたのはよかったなあとと思いますし、あの、逆に僕らが提供できる情報っていうのもあって、まあこういうのがうまくいくと訪問診療もやりやすいんだなっていうのは感じる事ができたので、それはよかったなあとと思います。」(グループ B: 発言者 4)

「わたしたちは週に1回とかしか行けないけれども、(訪問)看護の方は、火・木・土とか、何か行ってもらおうとかっていう形で、医師以外の力の大きさっていうのをすごく感じて、すごく心地よかったですね。責任もすごくあるんですけど。」(グループ A: 発言者 1)

「サービス担当者会議とかだったら、ほんとに医師の役割はすごくちっちゃくて、そうでなきゃいけないと思っているので、自分の権限をどうやって生かしてもらうのかっていうことについて、まだ全然できないんですけど、そういう可能性っていうのを、見させてもらったというふうに思って、すごく面白かったです。」(グループ A: 発言者 1)

### 〈患者・家族とのコミュニケーション〉

研修医は、在宅医療では外来と違い医師がお客様で、患者はリラックスしているという環境で、十分な時間を使った、距離の近いコミュニケーションの経験ができると考えていた。

「在宅に行くと、患者さんは、こう、リラックスしてお話ししてくれるっていう、何かもう、

こんな、ふんぞり返ってお話ししてくれるけども、外来だとか、かしこまって、どうしてもこれは外来ではこうはいかない、っていう話もありましたし。それをほんとは行くたびに、かみしめるところがありました。」(グループB:発言者5)

「いろんなことをお話ししてくれたり。そこに置いてある、物一つ一つのことでも話があったりして。壁に何か張ってある物だとかですね、写真が置いてあったりとか。それはもう在宅ならではの話だと思います。」(グループB:発言者5)

「訪問診療ということで、目玉はその患者さんの素顔が見れるっていうのが一番。患者さんもそうですし、ご家族も、その素顔がほんとは見れるのかなというふうに感じました。患者さんのほうが住んでる生活環境が見れて。例えば、意識してたのは、絵が飾ってあったりとか写真が飾ってあったりとかしたら、それについていろんな話ができたりとか、そういったことがいろいろよかったかなと。まあ病棟とか外来では決してできないようなことができてよかったのかな。」(グループB:発言者2)

研修医は在宅で患者の本当の姿をみることで、病院や外来で患者が本音を隠していたり不安・不満をもっていたりすることに気づくことができるようになると感じていた。

「患者さんのその在宅での本性というか、本当の姿を見てるので、その人を病院で診るわけじゃなくてもですね、違う人を病院で診ても、何か違和感を感じることができるんですね。つまり、病院でしか患者さんを診てないのが今の多くの先生だと思うんですけど、それが、幸いにして在宅での患者さんを見てることで、実は、病を持ってる人でも生き生きとできるんですけど、病院にいと、みんなあまり生き生きとしてなくて、病人らしくしてるんですけど、在宅だと結構みんな生き生きとしてて、結構よくしゃべって、わがままも言ってということがあってですね。病院にいて、それ(訪問診療研修)をしてるので、病院で患者さんを診るときに、その人が何かこう、ちょっと本音を隠してるなとか、何か不満を感じてるなっていうことを感じれるように、何か感受性が結構豊かになったのかなあというのは感じますね。」グループB:発言者3)

研修医は患者・家族の意向・不安などを聞き、背景をふまえ、尊重できるようになると考えていた。また、今後のことなど悪い情報を伝える経験もあり、医師の役割、難しさを感じていた。

「患者さんとの話の中で、ぐっと詰まったりとかですね、そういうことは、もちろんたくさんあったし、すごく、こういうことを、こう話さなきゃいけないのもつらいとかですね、そういう思いも結構シビアに感じたので、何かすごくいいプログラムだったなというふうに思いま

す。」(グループ A:発言者 1)

### 〈診療態度・価値観の形成〉

研修医は診療態度として患者・家族の価値観を認識し、尊重すること、患者・家族のところにいらせてもらってケアすること、患者の流れやニーズに合わせて手助けするような関わりでやっていかないといけないが、時には“妥協”してもらうことも必要という姿勢を学んでいた。また同時に医師としてのやりがいを感じていた。

「ご自宅に伺ってみるということで、よりその人全体的に、人間と人間としてこう触れ合うことができるかなと感じます。やっぱり、大きな病院とかだと、まあ下手すると、検査値とか画像とかだけ診て、その人に会わなくても、治療が進んでいくという、極端ですけど、そんな感じもあるので、やっぱりご自宅に伺うことで、一対一の人間としてこう、治療するというよりも、手助けしていくような感じで進んでいくのか、診療が進んでいくのかなってというのが、やっぱり一番感じる面です。」(グループ A:発言者 2)

「やっぱり、そこで難しい面もあるんですけど、いろんなやりがいもあるのかなというのが一番、訪問しながら感じていた面ではあります。」(グループ A:発言者 2)

「どういうとこに寝ていて、どういう風景見ながら、こう過ごしているのかとか、そういうのが、ただ家の中に入るだけで、もう、すぐわかりますし。例えば、トイレがどこだとか、どういうふうな構造になってるのかとか、どういう姿勢で歩いて行って、まあしてるとか、そういうこともすぐ家の中に入るとわかりますんで。そういったところで、こっちはこう、入らせてもらって、何かであれ(診療)していくっていう感じを強く、いつも受けています。」(グループ A:発言者 2)

「訪問っていうのはほんとに特殊で、メインが患者さんと患者さんの家族、その中にわたしたちが入っていくということで、ほんとにその患者さんのニーズに合わせてこちらがやっていかないといけないという、そういう姿勢を学ばせていただいたかなと思います。」(グループ A:発言者 4)

「あまり歩けない方なんですけど、奥さんが頑張って、時間の生活リズムを変えて、生活のリズムをやる(作る)ために、寝室から居間に、こう、運んでくるんですよ。そういうところで、こっちは「そんな無理しなくてもいいのになあ」と思いながら、まあ患者さんにとってはそれが一番だって、そういうのを尊重したりだとか、時には、こう、妥協してもらわないといけない点では妥協してもらわないといけないとか、そういうことを学ばせていただいたなあと思います。」(グループ

A: 発言者 4)

### 〈診療の場のオプションの認識と選択〉

#### 各々を知り、生かす

研修医は病棟・在宅医療の連携の理解と経験や、病院の在宅導入カンファレンスの経験、患者の退院後の生活を知る経験によって、外来・病棟・在宅各々の良い点、危ない点を知ることによってそれぞれを生かせると考えていた。

「やっぱり、病棟を今後やっていく人でも、訪問診療で学ぶことってというのはすごいあるんじゃないかなと思います。家庭での生活を見て、今後、その在宅に戻していくっていうことを学べるかなというふうに思いました。」(グループ A; 発言者 5)

「印象に残ってる患者さんはですね、(研修の)最後の3カ月、ずっと診てた、毎週毎週診てた人なんですけど、栄養がうまく取れなくて、いつも「こわい、こわい」(北海道弁で「だるい」と言っていて、採血とかやっても全然原因がよくわかんなくて、という人だったんですけど。まあそれで、まあ最後の最後、先週に、ちょっと風邪ひいて胃腸炎で脱水になって入院して、外科のチームに入院してきたんで、まあ引き続き外科でも診れたっていう、それが在宅からずっと診てて、自分で救急車で一緒に乗ってって、主治医として診て、また在宅に戻すっていう、そういう経験がちょっと最後にできたので、それはすごくいい感じで印象に残っております。」(グループ A: 発言者 5)

「それら(外来・病棟・訪問診療)をいろいろ体験できたこと自体が、わたしたちとしてはちょっと特殊で、それぞれに生かせたということで、すごい研修医の立場をこう、フルに利用できるというか、すごくおいしかったなというふうに思います。それぞれのいいところ、リスキーなところ、そういうのがすごくわかって。」(グループ A: 発言者 1)

#### 共通点と難しさの認識

研修医は、各々(病棟、外来、在宅)の診療はお互い特殊と思っているが、大きく変わらないと感じ、在宅という選択肢を知るとともに、訪問に対する課題、難しさが見えるようになって考えていた。

「訪問診療を、割とこうどっぷりやってみて、意外といろんな場面、いろんなやり方の医療っていうのは、それぞれほかが特殊だと思っているだけなんだなっていうのがすごく思いました。訪問の立場からいけば、外来だとか、病棟でやっていることはとっても特殊だと。その辺で、病棟で診てると、訪問っていうのは特殊な感じっていうふうに思うと思うんですけど、まあや

ってることというか、突き詰め方とか、その関心度っていうのは、ちょっと違う方向を向いてるとか、そういうことだけで、意外とそんなに変わらないんだな、一生懸命やっているっていうのは本当に変わらないな、というふうに思ってる。」(グループA:発言者1)

「[病院での研修名]の研修をして思うのは、いわゆる専門医というか、病院でしか仕事をしたことない先生は、やっぱりそういう在宅の状況っていうのを、当然ですけど知らないんで、そういう社会的な資源の問題であったりとか、法的な問題であったりとか、ということですね。家族で点滴の針を刺していいのかどうか、抜いていいのかどうかとか、ヘルパーさんがやっていいのかとか、お手伝いさんがやっていいのかとか。薬剤を家族が詰めていいのか、ヘルパーさんが詰めていいのか、お手伝いさんが詰めていいのかとか、そういうことをですね、全く知らないんでね。ええ。病院の先生たちは。当然知ってなくちゃいけないことで、むしろ一般の人のほうが、在宅をやっている介護者の人のほうが知ってたりとかしてですね。そういうことを教えるっていうのはすごく大きいし、逆に、やっぱり[病院での研修名]の先生方は、在宅での難しさとか大変さっていうのをあんまり知らないんで、そういうことも初期研修医のときに知れたのはいいいのかなと。」(グループB:発言者3)

## 他のオプションを知る

研修医は療養型病床や介護施設、ケアハウスの知識・診療経験も役立つと認識していた。

## 患者に合った選択

選択は患者のライフスタイルにも基づいて考える、病棟では居心地がよくなく、在宅では重症でもリラックスできることがあると認識していた。

「病棟で患者さんを診てると、患者さんもお家族もそうですけど、病棟ではちょっと居心地がよくなさそうな雰囲気がいつも醸し出されてて。それがやっぱり、家では、リラックスしてるというか。ほんとに重傷なはずなのに、幸せ感というのが漂ってくるというか。」(グループB:発言者2)

「先週訪問した患者さんが、きのう亡くなったっていう報告を受けたんですけど、その方も病棟だったらかなり苦しんだらうなっていうふうにとらえたんですけど、家だったらほんとに、まあ「病院には行きたくない」というふうに言ってたんですけど、家でお亡くなりになった。笑顔でいて、まあほんとにこれが在宅なんだなというふうに思いました。その、患者さんもそうですけど、ご家族のパワーを感じることができましたね。」(グループB:発言者2)

## 〈地域を知る〉

研修医は地域住民のその土地特有の雰囲気・生活を知ることができた。

「ほんとにいろいろなお宅に行って、こんなところで人が住んでるんだっていうような所とかですね、あとは、施設に入っているながら訪問診療を受けてる方とかもいて。そういう施設に、訪問診療でもしてなければなかなか入る機会もなかったり、するようなどこに行けたり。その土地の雰囲気をこうじかに感じながら、まあほんとに医者っていう仕事を、一つの道具としてこの地域のことを少し知ることができる研修だったなあということは、ちょっと付け加えておこうかと思いました。」グループB：発言者4)

## 〈医療資源の認識〉

研修医は、在宅医療での、外来・病棟と比較して限られた診療資源の認識と、訪問診療の必要性の認識をしていた。

「2年目になって病棟を回っていると、在宅に移行する患者さんとかをより1年目よりももうちょっとメインにかかわることがあって、そのときにどれだけ今、訪問診療ができる開業医というかクリニックが貴重か、[地域名]では特にですね、っていうことをすごく感じるの、やっぱり必要性を[訪問診療研修名]から離れたときにすごく感じますね。」(グループB：発言者3)

## 質問紙法を用いた量的調査

質問票の配布は研修終了直前、平成18年2月に行われ、3月末までに回収された。対象者11名に配布し、そのうち10名からの回答が得られた(回収率90.9%)。また協力者の属性については別表1に記載した。

### 1. 訪問診療研修の評価が高い項目

52の調査項目のうち、訪問診療研修への評価が、外来研修・病棟研修よりも有意に高かった項目を表1-1に示す。

外来研修・病棟研修両方よりも、訪問診療研修で習得できると研修医が答えたのは、ACGMEコンピテンシーのカテゴリのうち「患者ケア」のうち「患者と家族に助言や教育を行うことができる」(対外来 有意確率0.014 <0.05、対病棟 有意確率0.023 <0.05)であった。同様に「患者ケア」カテゴリのなかでは「患者・家族と関わる際に、効果的にコミュニケーションでき、思いやりと敬意を持った行動ができる」(有意確率0.025 <0.05)、「健康問題の予防や健康を維持することを目的としたヘルスケアサービスを提供できる」(有意確率0.015 <0.05)が評価されていた。また「対人的コミュニケーション技術」領域では「ヘルスケアチームや他の専門職



グループの一員、もしくはリーダーとして他の人と効果的に働くことができる」(対外来 有意確率 $0.033 < 0.05$ ) や「効果的な傾聴の技術を使い、効果的な非言語的や説明的、質問的や記述的技術で情報を聞き出し、提供できる」(対病棟 有意確率 $0.033 < 0.05$ ) が、また「システムに基づいた診療」領域では、「自分の患者ケアと他の専門職の実践が、その他の医療従事者や医療機関、より大きな社会にどのように影響を及ぼすかや、そのシステムの要素要素がどのように自分の診療に影響を及ぼすかを理解できる」(対外来 有意確率 $0.045 < 0.05$ ) が評価され、厚労省の研修到達目標の項目でも、3項目で病棟研修との有意差が認められた。

## 2. 訪問診療研修の評価が低い項目

52 の調査項目のうち、訪問診療研修への評価が、外来研修・病棟研修よりも有意に低かった項目を表 1-2 に示す。この3項目は病棟研修に対してのみ有意差が認められ、訪問診療研修よりも病棟研修で習得できると研修医が答えたのは、ACGME コンピテンシーのカテゴリ「患者ケア」のうち「診療上必須と考えられる医学的・侵襲的手技を十分に実施することができる」(有意確率  $0.02 < 0.05$ ) であった。同様に、厚労省の到達目標では「安全管理」領域で「医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる」(有意確率  $0.014 < 0.05$ ) 「院内感染対策(Standard Precautions を含む)を理解し、実施できる」(有意確率  $0.008 < 0.05$ ) の評価が有意に低かった。

表 1-2：有意差を認めた質問項目と統計学的検討結果

### 1. 病棟のみ有意差あり

| 番号 | スコア(在宅-病棟)                   | 分類   | 内容   |
|----|------------------------------|------|--|
| 7  | Z<br>有意確率<br>-2.325<br>0.02  | 患者ケア | 診療上必須と考えられる医学的・侵襲的手技を十分に実施することができる         |
| 42 | Z<br>有意確率<br>-2.449<br>0.014 | 安全管理 | 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる        |
| 43 | Z<br>有意確率<br>-2.639<br>0.008 | 安全管理 | 院内感染対策(Standard Precautions を含む)を理解し、実施できる |

• Willcoxon の符号付順位検定による 有意水準 $<0.05$

## 質的・量的2つの調査結果の整合性

上記の2つの結果を内容の対応の点で検討し、訪問診療研修による経験と効果に関して、研修医の回答は一貫していると考えられた。よって、フォーカスグループ法で得られた質的データは質問票による量的データにてその妥当性を支持されたと考える。例えばインタビューの「訪問診療での問題の発見と対応」に対して、質問票の「患者と家族に助言や教育を行うことができ

る」「健康問題の予防や健康を維持することを目的としたヘルスケアサービスを提供できる」が、「他職種との連携」に対して「ヘルスケアチームや他の専門職グループの一員、もしくはリーダーとして他の人と効果的に働くことができる」、そして「患者・家族とのコミュニケーション」に対しては「効果的な傾聴の技術を使い、効果的な非言語的や説明的、質問的や記述的技術で情報を聞き出し、提供できる」「患者・家族と関わる際に効果的にコミュニケーションでき、思いやりと敬意を持った行動ができる」が当てはまるが、後者に関しては「診療態度・価値観の形成」も同時に対応していると考えられる。「システムに基づいた診療」項目は「診療の場のオプションの認識と選択」、「地域を知る」、「医療資源の認識」各々を支持していると考えられた。

## **考察**

今回の調査を通じて、初期臨床研修医が在宅医療研修を行うことによって得られた主観的経験を質的・量的に明らかにすることができ、実際の経験に基づいた在宅医療研修によって期待できる効果について、いくつかの重要な知見が得られたと考える。

第一に、研修医は訪問診療を通じて患者ケアについて、その中でも特に問題解決や患者・家族とのコミュニケーションについて、技術的なことに加え、重要性の認識や必要な価値態度も学んでいることが明らかになった。在宅では患者・家族の中に医師が入らせて頂く状況で、患者がリラックスしながら、疾患や症状に関することのみならず、住んでいる環境で身の回りの絵や写真などを通じて話すことによって素顔を見せ、同時に患者・家族が外来や病棟でかしまったり、居心地悪そうにしていたりする様子と比較することで、研修医は患者・家族が本音や不安を隠していることへの感受性を高めることができたという。そして、多視点からの問題把握により医学的判断のみならず、患者・家族のニーズや価値観を尊重し、方針を決定していく重要性と方法を認識していた。その上で、患者・家族への助言や教育を効果的に行い、健康問題の予防や健康の維持に関する診療にも配慮し、思いやりと敬意を持ち支えていく姿勢も学んでいた。これまで行われた調査では、訪問診療教育を経験した医学部学生の“態度”に変化が見られることが報告されている。Lewis の在宅医療を用いた医学部学生の態度の変化に関する研究では、仮想の患者シナリオに対する反応を在宅医療経験群と対象群とで比較し、在宅医療経験群では、より心理学的配慮や社会的配慮を行い、臓器中心よりも患者中心の態度を取ることが明らかになっている(16)。Young らの報告でも、在宅医療研修プログラムの効果の分析として、研修医が心理社会的な事項と医学的な事項を統合した治療計画をたてられるようになることや心理社会的視点から患者を評価する能力を養える機会として評価されており(17)、今回の調査結果を支持するものであると考える。

第二に、研修医は訪問診療を含めたさまざまな診療場所での経験を積むことにより、その各所

(外来・病棟・在宅)の利点、欠点、注意点を理解し、それを患者に合った選択をするために生かせることを学んでいたことが明らかになった。在宅医療研修において病院での在宅医療導入カンファレンスや患者の退院後の生活を知る経験に加え、実際の診療を通して在宅医療に必要な知識を社会的資源や法的な知識と共に身に付け、どこまで在宅で治療可能か、病院に搬送するかの判断基準を考えるなどその制限についても学んでいた。またその際に、在宅では疾患や苦痛自体が問題であると共に、患者・家族背景や社会状況・介護力不足などが致命的となる可能性があること、その適応を検討することを学んでいた。Matter らの研究によると、内科研修医に在宅医療研修を行い、患者の自宅の状況や疾患、退院に関する患者の考えについて理解を深めることで、退院計画の作成により多視点の配慮ができるようになったと報告しており(18)、今回の調査結果を支持するとともに、在宅医療研修がどの専門科を希望する医師にも有用な経験となりうることを示唆されたと考えられる。

第三に、研修医は在宅医療研修で多職種での連携の方法と効果を実感し、連携の大切さと医師の責任、各職種の権限をどう生かしてもらうかを学んでいたことが明らかになった。在宅医療では、医師の役割は、外来・病棟と比較して小さく、また一方で訪問看護師・ケアマネージャー・ケアワーカーや理学療法士などの役割が大きく、その各々の評価や情報の共有・連携が患者の問題解決に役立つことを学んでいた。これまでの日本(3)(4)、米国(1)、カナダ(2)の各々の在宅医療の教育目標においても共通してこの「他の在宅医療に関わる専門職との良好なコミュニケーションと協同ができる」ことが挙げられており、国・地域を問わず共通に強調されていることから、今回の調査結果を支持すると考えられた。

第四に量的調査結果での安全管理に関する否定的評価について検討したい。今回の調査からは在宅医療研修では、病棟研修と比較して「医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる」ことや、「院内感染対策(Standard Precautionsを含む)を理解し、実施できる」ことについて学びが少ないことが示唆された。しかし、在宅医療でも事故防止や感染対策が必須であることは言うまでもなく、その分野に焦点を当てた研修を行わない場合、自ら経験し学ぶ可能性は低いことと考えられた。これに対しては、例えば各施設の感染対策マニュアルの学習を通じて知識と技術の習得を研修に含めることや、厚生労働省の新医師研修指導ガイドラインで提案している「安全管理」プログラムを利用し(19)、他の方法で学習した後に、在宅医療研修時に意識的に振り返ることでその学習は可能と考えられた。

最後に本研究の限界について述べる。本研究はひとつの研修プログラムの経験であり、今回の結果を一般化することに慎重であるべきだと考える。また、量的評価に用いた質問票は厳密に妥当性と信頼性が検証されたものではない。さらに評価は研修医の主観的評価であり、研修医の実際の診療行動や実践を評価したものではなく、Kirkpatrickによる教育評価の、レベル1(受

講者の反応評価) もしくは一貫性や信頼性に欠ける可能性があるがインタビューで確認できた事項をレベル2 (受講者の学習成果評価) としか評価できないことは否定できない(11)。しかし、この研修プログラムを経験した研修医の2名(対象者の18%)が、研修終了後の進路として在宅医療専門医を選択したことから、レベル3(学習者の行動の変化を評価)の高い効果があったとしてもよい可能性はある。

以上のような限界はあるものの、今回の結果から訪問診療を方略とした研修を初期臨床研修時に経験することによって、訪問診療の必要性や素晴らしさ、やりがい(困難さや大変さと同時に)を感じ、将来訪問診療を担当する医師を増やす結果を期待するのはもちろんだか、訪問診療教育を卒後研修に組み込むことで、その後の進路に関係なく、コミュニケーションやチーム活動に優れ、患者・家族のことをよりよく理解し味方になれる医師が育つのではないかという可能性を示せたと考え、期待を持っている。

## 参考文献

- 1) Steel K. Home Care- the time to teach about it is now. Acad Med. 1998;73:928-30
- 2) Boillat M, Boulet S, Poulin de Courval L. Teaching home care to family medicine residents. Can Fam Physician 1996;42:281-286
- 3) 在宅医療テキスト編集委員会 企画・編集 在宅医療テキスト 財団法人 在宅医療助成勇美記念財団 2006
- 4) 白浜雅司、今井稔也、内山富士雄ほか 在宅診療(研修)WG報告『在宅診療研修カリキュラム案(2001.10.4最終校正版)』日本家庭医療学会 2001
- 5) Vin Diwakar Commentary on Competency based medical training: review BMJ 2002;325 :695-696
- 6) Donlin M. Long, Competency-based Residency Training: The Next Advance in Graduate Medical Education, Acad. Med. 2000;75:1178 – 1183
- 7) Epstein RM, Hundert EM, Defining and Assessing Professional Competence JAMA 2002;287:226-235
- 8) Heidi Lempp and Clive Seale The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching BMJ 2004;329:770-773
- 9) 千年よしみ・阿部 彩 研究ノート: フォーカス・グループ・ディスカッションの手法と課題: ケース・スタディを通じて 人口問題研究 2000;56:56-69
- 10) 安梅 勅江 ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法—科学的根拠に基づく質的研究法の展開 医歯薬出版 東京 2001
- 11) ウウ`ェ・フリック 小川博志ほか訳 質的研究入門〈人間の科学〉のための方法論 春秋社 東京 2002
- 12) Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ 2000; 320: 114-116

- 1 3) Litoselliti L, Using Focus Groups in Research, Continuum, London 2003: 85-96
- 1 4) The Accreditation Council for Graduate Medical Education, General Competencies: ACGME Outcome project. <http://www.acgme.org/Outcome/>
- 1 5) Morrison J. Evaluation ABC of learning and teaching in medicine: BMJ 2003;326:385-387
- 1 6) Lewis CE. A study of the effects of a multidisciplinary home-care teaching program on the attitudes of first-year students. J Med Educ. 1966;41:195-201
- 1 7) Young R, Freiberg E, Stringham P. The Home Visit in the Multidisciplinary Teaching of Primary Care Physicians. J. Med. Educ. 1981;56:341-346.
- 1 8) Matter CA, Speice JA, McCann R et al, Hospital to Home: Improving Internal Medicine Residents' Understanding of the Needs of Older Persons after a Hospital Stay. Acad. Med. 2003; 78: 793-797
- 1 9) 厚生労働省 安全管理：卒後臨床研修ガイドライン2005年4月  
<http://www.niph.go.jp/soshiki/seisaku/anzen/resident.htm> 最終アクセス2007年3月30日

表 1-1：有意差を認めた質問項目と統計学的検討結果

1. 対外来・対病棟ともに有意差あり

| 番号   | スコア     | 分類   | 内容                   |        |
|------|---------|------|----------------------|--------|
| 5    | Z (対外来) | 患者ケア | 患者と家族に助言や教育を行うことができる |        |
|      | -2.449  |      |                      |        |
|      | 有意確率    |      |                      | 0.014  |
|      | Z (対病棟) |      |                      | -2.271 |
| 有意確率 | 0.023   |      |                      |        |

2. 対外来のみ有意差あり

| 番号   | スコア (外来-在宅) | 分類             | 内容   |       |
|------|-------------|----------------|--|-------|
| 20   | Z           | 対人的コミュニケーション技術 | ヘルスケアチームや他の専門職グループの一員、もしくはリーダーとして他の人と効果的に働くことができる  |       |
|      | -2.121      |                |  |       |
| 有意確率 | 0.033       |                |  |       |
| 24   | Z           | システムに基づいた診療    | 自分の患者ケアと他の専門職の実践が、その他の医療専門職や医療機関、より大きな社会にどのように影響するのかや、そのシステムの要素々々がどのように自分の診療に影響を与えるかを理解できる |       |
|      | -2          |                |  |       |
|      | 有意確率        |                |  | 0.045 |
|      |             |                |  |       |

3. 対病棟のみ有意差あり

| 番号   | スコア (病棟-在宅) | 分類             | 内容  |
|------|-------------|----------------|---|
| 1    | Z           | 患者ケア           | 患者・家族と関わる際に、効果的にコミュニケーションでき、思いやりと敬意を持った行動ができる     |
|      | -2.236      |                |   |
| 有意確率 | 0.025       |                |   |
| 8    | Z           | 患者ケア           | 健康問題の予防や健康を維持することを目的としたヘルスケアサービスを提供できる            |
|      | -2.427      |                |   |
| 有意確率 | 0.015       |                |   |
| 19   | Z           | 対人的コミュニケーション技術 | 効果的な傾聴の技術を使い、効果的な非言語的や説明的、質問的や記述的技術で情報を聞き出し、提供できる |
|      | -2.121      |                |   |
| 有意確率 | 0.033       |                |   |
| 29   | Z           | 患者・医師関係        | 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる                      |
|      | -2.529      |                |   |
| 有意確率 | 0.011       |                |   |
| 36   | Z           | チーム医療          | 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる                        |
|      | -2.07       |                |   |
| 有意確率 | 0.038       |                |   |
| 47   | Z           | 医療の社会性         | 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる                          |
|      | -2.251      |                |   |
| 有意確率 | 0.024       |                |   |
| 52   | Z           | 地域保健・医療        | 診療所の役割（病診連携への理解を含む）について理解し、実践できる                  |
|      | -2.639      |                |   |
| 有意確率 | 0.008       |                |   |

・有意確率は Willcoxon の符号付順位検定による。有意水準<0.05

別表 1 : 質問票調査に協力した研修医属性

| ID | 年齢 | 性別 | 研修開始時の希望進路 | 研修終了時の希望進路 |
|----|----|----|------------|------------|
| 1  | 26 | 女  | 家庭医療科      | 家庭医療科      |
| 2  | 26 | 男  | 家庭医療科      | 小児科        |
| 3  | 26 | 男  | 未定         | 家庭医療       |
| 4  | 34 | 男  | 家庭医療科      | 在宅医療科      |
| 5  | 33 | 男  | 家庭医療科      | 家庭医療科      |
| 6  | 28 | 男  | 家庭医療科      | 家庭医療科      |
| 7  | 27 | 女  | 家庭医療科      | 家庭医療科      |
| 8  | 31 | 女  | 家庭医療科      | 在宅医療科      |
| 9  | 26 | 男  | 未定         | 内科         |
| 10 | 26 | 男  | 家庭医療科      | 内科         |

## 参考資料1：グループインタビュー・インタビューガイド

### 1. このグループインタビューの目的

わたしたちはこのグループインタビューで、この1年間に〇〇サテライトクリニックで、訪問診療研修を予定の75%以上おこなった研修医を対象に、**彼らが訪問診療研修を通してどのような経験をしたと感じ、どのような効果があると考えたか**について、直接ご意見を伺いたいと考えています。また同時に同じメンバーにアンケート調査を行い、この裏付け（内的妥当性）をとりたいと考えております。

### 2. インタビュー過程

- ① 導入
- ② グループインタビューの目的の説明
- ③ グループインタビューの方法の説明
- ④ 具体的で答えやすい質問で開始！
- ⑤ グループダイナミクスが起こりやすいように道案内としての役割
- ⑥ 次の展開につながるように要約
- ⑦ 「5→6」の繰り返しと、さらに促進
- ⑧ メンバーが意義ある参加をしてくれたことへの感謝を述べる

### 3. シナリオ

ここでおおよその進行シナリオを提示させていただきたいと思います。番号は上記の過程の番号に一致しております。

- ① いつもの感じで、緊張を和ますように。

「みなさん、本日はお忙しいところお集まり頂き有り難うございます。私は□□クリニックの〇〇と申します。本日は△△クリニック家庭医療科 〇〇より依頼をうけまして、このフォーカスグループインタビューの司会をさせていただきます。よろしく願いいたします。みなさんに事前にひとつお願いがございます。今日みなさんにお話し頂く内容を、貴重なご意見としてテープとビデオに取らせて頂き、漏れ抜けなく活用させて頂きたいと考えておりますので、テープとビデオにとることをどうかご協力いただけますようお願いいたします。個人名は絶対に出ませんし、誰がどのようなことを話されたかということはいっさい残さないようにいたします。率直で忌憚のないご意見をお聞かせ頂けますようお願いいたします。」

- ② 引き続き簡潔に

「本日のこのフォーカスグループインタビューでは、皆さんが昨年24から26週かけて参加されました〇〇サテライトクリニックでの訪問診療を方略とした初期臨床研修について、実際のご経験とみなさんのお考えなどを聞かせて頂きたく存じます。平成18年度も〇〇サテライトでは訪問診療を方略としたハーフデイバックを行う予定です。今回は1年目のレジデントが対象となり、臨床経験が少ない研修医への教育となりますため、内容と構成により工夫が必要



となります。よりレジデントのニーズに即した、より効果的な研修にするためにもみなさんのご意見が必要となります。よろしくお願ひいたします。」

③ 方法の説明

「今日はみなさんから一人ずつ話を伺うような個別のインタビューではなく、グループインタビューと言う方法でお話を聞かせて頂きたいと思ひます。このグループインタビュー法というのは、グループの語り合いを通して、テーマについて掘り下げた話をするという方法です。また、お互いの個別の事情などは枠の外に置いておいて、このテーマに沿って話をするというところに、このやり方の妙味があるものと思ひます。

今日はこちらから1番2番と書いてありますが、これがご自分のお名前と思ってください。グループインタビューはディスカッションのかたちをとりますので、たとえば2番さんに「このことについていかがですか？」と私が尋ねましたら、2番さんからはそのことについてのお答えを頂くこととなります。しかし、その2番さんのおっしゃることについて5番さんが「いやそうではないな」と思うときは、「いや、わたしはそうではないと思ひますよ」というように意思表示をしてください。意思表示をして頂く時に、「私は」というのを「5番としては」というように言って頂けると、記録を起す時に「5番はこういう考え方である」と記録していくことができます。ということで、個人名は残しませんので、率直で忌憚のないご意見をよろしくお願ひいたします。

今日はなにぶん1時間と言う限られた時間の中で、6人のみなさんにご意見を頂くということで、かいつまんでご意見を伺ひます。お伺ひしたいことはいろいろですが、大きく3つに絞らせていただきます。

まず一つ目は、この〇〇サテライトでの訪問診療を方略とした研修に参加した全体的な感想と印象に残った経験について、二つ目はこの研修プログラムに対する評価、3つ目は訪問診療を使った研修だから学べること、です。

これまでのところで何かご質問はありませんか？それでは始めさせていただきます。

④ まず、一つ目はこの研修に参加されてどうだったかということについてお伺ひします。お話を頂く時にお考えとともに、印象にのこった経験などを紹介しながらお話いただけますでしょうか。

それでは1番の方から順に、おひとり1から2分程度でお願いしたいと思ひます。では…  
(考えなどがはっきり言えない場合は、「参加してみてもどのような気持ちだったか」、と聞く)  
はい、有り難うございました。

次にこの研修プログラムに対するご意見をお伺ひします。プログラムについてはオリエンテーションから実際の研修という大きな流れ、毎回のハーフデイバック・指導・勉強会といった個別の流れというプログラムの「構成」についてと、そのおのこの「内容」、指導医や協同する他の職種の方との関わりや患者・家族との「関わり方」などさまざまな面があると思ひます。主に今あげた面について、ここのところは期待通りでとても勉強になった良い経験ができ

た、医師としての成長基盤の一つになったという点と、逆に今度はもう少しこうして欲しい、このようにすればより学習効果が上がる、より診療へ参加しやすくなるなどの改善点についてのお考えを頂きたいと思います。

これはどなたかご意見がある方から…、(と、誰もあがらなければ〇〇にあてる)

- ⑤ (インタビューテクニック・ガイド参照)
- ⑥ (まとめ)
- ⑦ (個々の意見に促進する)

次にお伺いしたいのは、「訪問診療」をつかった研修だからこそ学べることについてのお考えです。皆さんは主に病棟で研修され、救急外来や〇〇サテライトでの外来研修もなさっている訳ですが、そういった場での研修経験と照らし合わせて、訪問診療でより効果的に学べる、もしくは訪問診療だからこそ学べることはなんである、とお考えでしょうか。

(特殊なものはない、という意見に対しては深く聞かず、簡単にお礼をいって、ほかの人に話を聞く。)

- ⑧ 有り難うございました。また本日は貴重なご意見を有り難うございました。今日皆さんからお聞きしたことは今後研修プログラ作りにも最大限活用させていただきますので、楽しみにしててください。今日いろいろお伺いいたしましたが、もし聞き漏らしやもうすこしお尋ねしたいことが出てきましたら、後日お電話でお聞きすることがあるかもしれませんので、そのときはご協力よろしくお願いいたします。本当に、今日は有り難うございました。以上です。

#### 4. インタビューテクニック・ガイド

- ① メンバー全員をみながら、よい雰囲気をつくる
- ② 肯定的、否定的の意見もどちらも重要。中立的な立場で対応する。
- ③ 進行を観察し、発言のメインはなにか？重要視していることはなにか？に気を配る
- ④ 理念や概念、抽象的な考え・イメージより、具体的な経験に基づいた意見を問う
- ⑤ 発言していない方にも発言を促す。
- ⑥ 適度なアイコンタクトと非言語的コミュニケーションに配慮する。
- ⑦ 時間を管理し、最も話してもらいたいことに時間を多く使えるようにする。
- ⑧ 内容が本筋と外れそうな時、一人の発言時間が長い時は介入。「この話題はこの辺で、次に…」
- ⑨ テクニック
  - ① 促し：沈黙、質問を繰り返す、参加者の発言の最後の数語を繰り返す。
  - ② 探り：例えば？(と例を聞く)、はっきり言うと？もう少し詳しくいうと？
  - ③ 確認：発言の要約を言って、確認する(今おっしゃったのは、… ということ…)

本日はご苦勞様でした！ 当日はよろしくお願ひいたします！

#### 参考文献

- 1) 安梅 勅江 ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法—科学的根拠に基づく質的研究法の展開 医歯薬出版 東京 2001

## 参考資料 2 : 質問票の質問項目

### ACGMEコンピテンシー：〈 〉はカテゴリを示す

#### 〈患者ケア〉

1. 患者・家族と関わる際に、効果的にコミュニケーションでき、思いやりと敬意ある行動ができる
2. 患者に関する必要かつ正確な情報を収集することができる
3. 患者の情報や好み、最新の科学的エビデンスと臨床的判断に基づいて、診断的・治療的介入について、情報提供した上での決断を行うことができる
4. 患者のマネジメント計画を十分考え作成、実行できる
5. 患者とその家族に対して助言や、教育を行うことができる
6. 患者のケアに関する決断や患者教育を支援するために、情報技術（IT）を用いることができる
7. 診療上必須と考えられる医学的・侵襲的手技を十分に実施することができる
8. 健康問題の予防や健康を維持することを目的としたヘルスケアサービスの提供ができる
9. 患者中心のケアを提供するために、他の専門分野も含めた医療専門職と協同できる

#### 〈医学的知識〉

10. さまざまな臨床状況にアプローチする際に、探求的で分析的な思考を行うことができる
11. 適切な分野の基本的・臨床を支える科学的知識を知り、応用できる

#### 〈診療の基づいた学習と改善〉

12. 系統的だった方法を用いて、臨床経験を分析し、診療に基づいた改善活動を行うことができる
13. 患者の健康問題に関連した科学的研究のエビデンスを探し出し、評価し、理解することができる
14. 自分の患者集団と、その患者集団が属するより大きな人口集団についての情報を得て利用することができる
15. 診断的・治療的効果に関する臨床研究などの情報を評価 (appraisal) する際に、統計学的方法や研究デザインに関する知識を利用できる
16. 情報管理やオンライン医学情報へのアクセス、自己学習の支援として情報技術 (IT) を用いることができる
17. 学生や他の医療専門職の学習を手助けすることができる

#### 〈対人的コミュニケーション技術〉

18. 患者と治療的かつ倫理的に健全な関係を築き、維持できる
19. 効果的な傾聴の技術を使い、効果的な非言語的、説明的、質問的や記述技術を用いて情報を聞き出し、提供できる
20. ヘルスケアチームや他の専門職グループの一員、もしくはリーダーとして他の人と効果的に働くことができる

#### 〈プロフェッショナリズム〉

21. 敬意や同情、誠実さ（私利私欲ではなく、患者や社会のニーズに対する責任や、患者や社会、職

業集団に対する説明責任、優秀であることの確約や継続した専門家としての発展)を示すことができる

22. 患者ケアを提供したり控えたりすることや患者情報の機密性、インフォームド・コンセントや職務に関する倫理規範への責任ある関与を示すことができる
23. 患者の文化的背景、年齢、性別、障害を敏感に感じ取り思いやりを示すことができる

#### 〈システムに基づいた診療〉

24. 自分の患者ケアと他の専門職の行う診療が、他の医療従事者や医療機関、より大きな社会にどのように影響を及ぼすかや、そのシステムの要素要素がどのように自分の診療に影響を及ぼすかを理解できる
25. 診療形態や医療供給システムがその種類によって、どのようにお互い異なるか、医療にかかるコストをコントロールする方法や資源の分配方法を含めて、知ることができる。
26. 診療の質を犠牲にせず、費用対効果の高い健康に対するケアや資源配分を行うことができる
27. 質の高い患者ケアを主張し、患者が医療システムの複雑さに対処するのを助けることができる
28. ヘルスケア管理者や医療提供者と協同してヘルスケアを評価し、調整し、改善するための方法を知り、その活動がどのようにシステムパフォーマンスに影響するか知ることができる

厚生労働省 新医師臨床研修制度における到達目標：〈 〉はカテゴリを示す

#### 〈患者・医師関係〉

29. 患者、家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握できる。
30. 医師、患者・家族がともに納得できる医療を行うためのインフォームド・コンセントが実施できる。
31. 守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる。

#### 〈チーム医療〉

32. 指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる。
33. 上級及び同僚医師や他の医療従事者と適切なコミュニケーションがとれる。
34. 同僚及び後輩へ教育的配慮ができる。
35. 患者の転入・転出に当たり、情報を交換できる。
36. 関係機関や諸団体の担当者とコミュニケーションがとれる。

#### 〈問題対応能力〉

37. 臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる(EBM=Evidence Based Medicineの実践ができる)。
38. 自己評価及び第三者による評価を踏まえた問題対応能力の改善ができる。
39. 臨床研究や治験の意義を理解し、研究や学会活動に関心を持つ。
40. 自己管理能力を身に付け、生涯にわたり基本的診療能力の向上に努める。

#### 〈安全管理〉

41. 医療を行う際の安全確認の考え方を理解し、実施できる。

42. 医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる。
43. 院内感染対策(Standard Precautionsを含む)を理解し、実施できる。

**〈症例提示〉**

44. 症例呈示と討論ができる。
45. 臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する。

**〈医療の社会性〉**

46. 保健医療法規・制度を理解し、適切に行動できる。
47. 医療保険、公費負担医療を理解し、適切に診療できる。
48. 医の倫理、生命倫理について理解し、適切に行動できる。
49. 医薬品や医療用具による健康被害の発生防止について理解し、適切に行動できる。

**〈地域保健・医療〉**

50. 保健所の役割(地域保健・健康増進への理解を含む)について理解し、実践できる。
51. 社会福祉施設等の役割について理解し、実践できる。
52. 診療所の役割(病診連携への理解を含む)について理解し、実践できる。

参考文献

- 1) The Accreditation Council for Graduate Medical Education, General Competencies: ACGME Outcome project.  
<http://www.acgme.org/Outcome/>
- 2) 厚生労働省 新医師臨床研修制度における到達目標 2003年6月

## **指導医対象調査**

### **背景**

在宅医療研修は学生を対象とした短期間のものから、在宅医療を担う医師としての養成プログラムまで幅広く、またそこで挙げられている目標や得られる効果についても様々な意見があり、プログラムの評価についても発展段階である。本調査では、今回の調査の対象となった在宅診療研修の妥当性評価の一つとして、指導医－研修医間の認識の違いの有無を明らかにするため、指導医の考える訪問診療で習得可能な目標と、実際に訪問診療を方略とした研修を経験した研修医が行った評価との差とその傾向を明らかにすることを目的とする。

### **方法**

平成18年2月時点でAクリニックにて訪問診療教育を担当した指導医3名に対して、質問紙法による訪問診療教育の効果に関する調査を行った。調査票は本調査にて研修医に対して用いたものと同内容のものを用いた(1)(2)。回答は、4件法の順序尺度を用い、研修医の回答との差の検定には、マン・ホイットニーのU検定（有意水準5%）を用いた。なお分析にはSPSS14.0Jを使用した。

### **結果**

対象の3名の指導医全員から回答を得た（回収率 100%）。医師はそれぞれ3年目の家庭医療シニアレジデント、4年目の家庭医療シニアレジデントと7年目の家庭医療専門医であった。3名ともに男性で平均年齢は 29.67±2.08、訪問診療経験年数は医師経験年数とほぼ同期間であった。

結果を別表 2-1 に示す。結果の分析においては、統計学的検定からは、指導医の期待する訪問診療教育の効果と、研修医が経験した訪問診療研修の効果の間には有意差のある項目は同定されなかった。

### **考察**

今回の調査からは、指導医の期待する訪問診療教育の効果と、研修医が経験した訪問診療研修の効果に関して、両者の認識の差がある項目を検出・同定し得なかった。そのままの結果ととらえると、両者の間には差はなく、研修医は、指導医の期待する訪問診療教育の効果を十分に得てかつそれは差がなかったと考えられる。

しかし一方で、今回の調査では N が非常に小さいため、統計学的検出力の不足があったとも考えられた。n1 = 3、n2 = 10 としたときにマン・ホイットニーのU統計量の分布からは  $U \leq 4$  で初めて両側検定での有意差（有意水準 5%）がでる計算である。一方で指導医の経験年数が少なく、認識として研修医と大きな変化がない可能性もあり、結果の差を生んでいない可能性がある。標本数と調査対象の視点から検討の必要があると考えられた。

各項目に目を向けると、有意差は検出されなかったものの、いくつかの項目は低い有意確率を示していた。ACGME コンピテンシーの「患者ケア」領域のうち、「患者のケアに関する決断や患者教育を支援するために、情報技術（IT）を用いることができる」（有意確率 0.057）、厚生労働省の到達目標の中では、「問題対応能力」領域で「臨床上の疑問点を解決するための情報を収集して評価し、当該患者への適応を判断できる（EBMの実践ができる）」（有意確率 0.057）と「症例提示」領域の「臨床症例に関するカンファレンスや学術集会に参加する」（有意確率 0.056）の3項目について指導医の方が研修医よりも低く評価していた。「情報技術（IT）」の在宅での利用であるが、一部の先進的な在宅診療医では、その有効活用で、患者への情報提供やケアチーム内の情報共有に強力な医療を発揮していることが報告されている(3)。本研修クリニックでは訪問診療におけるIT機器が未整備であり、この個別的事情が指導医の評価に影響した可能性が高い。未整備と言えば、EBMはIT環境の整備とも関連していると考えられ、また元となる在宅医療分野のエビデンスの不足の認識も評価の低さにつながったと考えられた。在宅に関する学術集会には、在宅医学会や全国在宅医療推進協会、日本プライマリ・ケア学会や日本家庭医療学会ほかワークショップや研究発表、学会誌を含めた活動の存在があるにも関わらず、認知されていなかったと考えられた。

## 参考文献

- 1) The Accreditation Council for Graduate Medical Education, General Competencies: ACGME Outcome project.  
<http://www.acgme.org/Outcome/>
- 2) 厚生労働省 新医師臨床研修制度における到達目標 2003年6月
- 3) 「携帯電話、ノートパソコン、電子カルテ」の三種の神器を駆使した、在宅ケアのシステムづくり 「ナカノ在宅医療クリニック」おはよう21 2007年4月

表 2-1：研修医-指導医間の統計学的解析結果

| 番号 | スコア | 有意確率  | 番号 | スコア | 有意確率  | 番号 | スコア | 有意確率  | 番号 | スコア | 有意確率  |
|----|-----|-------|----|-----|-------|----|-----|-------|----|-----|-------|
| 1  | U   | 11.5  | 14 | U   | 12    | 27 | U   | 13.5  | 40 | U   | 13    |
|    |     | 0.345 |    |     | 0.589 |    |     | 0.783 |    |     | 0.718 |
| 2  | U   | 8     | 15 | U   | 8.5   | 28 | U   | 9     | 41 | U   | 9.5   |
|    |     | 0.169 |    |     | 0.233 |    |     | 0.243 |    |     | 0.329 |
| 3  | U   | 10    | 16 | U   | 14.5  | 29 | U   | 12    | 42 | U   | 6     |
|    |     | 0.347 |    |     | 0.916 |    |     | 0.418 |    |     | 0.111 |
| 4  | U   | 14    | 17 | U   | 10    | 30 | U   | 14    | 43 | U   | 7.5   |
|    |     | 0.844 |    |     | 0.375 |    |     | 0.841 |    |     | 0.166 |
| 5  | U   | 11.5  | 18 | U   | 10.5  | 31 | U   | 12    | 44 | U   | 13.5  |
|    |     | 0.345 |    |     | 0.302 |    |     | 0.418 |    |     | 0.768 |
| 6  | U   | 5     | 19 | U   | 13.5  | 32 | U   | 12    | 45 | U   | 4.5   |
|    |     | 0.057 |    |     | 0.584 |    |     | 0.569 |    |     | 0.056 |
| 7  | U   | 10.5  | 20 | U   | 15    | 33 | U   | 8     | 46 | U   | 12    |
|    |     | 0.416 |    |     | 1     |    |     | 0.140 |    |     | 0.586 |
| 8  | U   | 6.5   | 21 | U   | 14.5  | 34 | U   | 12    | 47 | U   | 11    |
|    |     | 0.098 |    |     | 0.916 |    |     | 0.586 |    |     | 0.462 |
| 9  | U   | 12.5  | 22 | U   | 7.5   | 35 | U   | 15    | 48 | U   | 10    |
|    |     | 0.626 |    |     | 0.134 |    |     | 1     |    |     | 0.358 |
| 10 | U   | 15    | 23 | U   | 10.5  | 36 | U   | 11    | 49 | U   | 10.5  |
|    |     | 1     |    |     | 0.299 |    |     | 0.435 |    |     | 0.404 |
| 11 | U   | 12    | 24 | U   | 12.5  | 37 | U   | 5     | 50 | U   | 8     |
|    |     | 0.581 |    |     | 0.626 |    |     | 0.057 |    |     | 0.207 |
| 12 | U   | 11    | 25 | U   | 11    | 38 | U   | 13    | 51 | U   | 10.5  |
|    |     | 0.467 |    |     | 0.462 |    |     | 0.718 |    |     | 0.397 |
| 13 | U   | 13    | 26 | U   | 14    | 39 | U   | 10.5  | 52 | U   | 14.5  |
|    |     | 0.677 |    |     | 0.856 |    |     | 0.397 |    |     | 0.916 |

・有意確率はマン・ホイットニーのU検定による。有意水準<0.05



## **患者・家族対象調査**

### **背景**

医師が医学教育に参加し、学生・研修医を迎えることに対する否定的な意見のひとつは、学生・研修医が患者・家族に与える否定的影響である。一方で、地域での医師教育に参加する患者は価値ある貢献をしていると感じ、教育を楽しんでいるという報告もある(1)。しかし、訪問診療教育が患者・家族に与える影響を調査した報告はまだみられていない。今回この研究調査では、訪問診療を受けた患者・家族の経験と満足度を調査し、訪問診療教育が患者・家族に与える影響・効果を評価することを目的としている。

### **方法**

平成 17 年 3 月から平成 18 年 3 月までに、A クリニックより訪問診療を受けた患者を対象に、郵送自記式調査法による質問紙法にてその経験と満足度について調査した。患者は、研修医による診療を受けた患者群と研修医による診療を受けていない患者群に分け、調査対象が同数になるようサンプリングされた。調査は実際を受けた医療のプロセス評価として、Picker 患者経験調査(PPE-15)(2)より訪問診療に関連のある 9 項目を日本語に翻訳したものを使用し、アウトカム評価として 10 件法の Likert Scale を用いた総合的満足度調査を用いた(参考資料: 3-1)。統計学的検定には、10 件法の Likert Scale を間隔尺度と見なし、t 検定(有意水準 5%)を行った。なお分析には SPSS14.0J を使用した。Picker 患者経験調査は、米国で開発され、小泉らによると「患者に主観的印象評価を求めるのではなく、受療中に遭遇した具体的事象や体験の有無を訊ねる」設計であり、その質問は受診中に遭遇した「問題体験」の有無を訊ねている(3)。例えば「病気や治療について診療担当者からあなたが知りたかった情報・知識を得ることができましたか」という質問に対して、回答の選択肢は 4 つあり(1.いつも得られた、2.ときどき得られた、3.得られなかった、4.聞く必要がなかった)、そこに問題のある選択肢(“問題体験”)が含まれている。(この例では、2.ときどき得られた、3.得られなかった、の回答)。そして回答に対する問題スコアの比率を集計し、その上で総合印象評価との相関や、多施設調査の平均値や最高レベルの施設の指標と比較することで、自院の改善課題や患者経験の変化・変動を把握できるというものである。本調査では回答者は在宅療養されている患者の特徴に配慮し、患者もしくは家族によるものも可とした。調査期間は平成 19 年 2 月 15 日から平成 19 年 2 月 28 日までであった。また、協力者には謝礼として 1000 円分の商品券が提供された。

### **結果**

送付件数は34件、返信件数は25件で返答率は73.5%であった。協力者(患者、回答者)の属性

を別表3-1、3-2に示す。研修医が訪問した患者・家族の総合的満足度は平均値8.88、標準偏差1.59、研修医が訪問していない患者・家族の総合的な満足度平均値7.67、標準偏差2.35と比較して、有意差は認めなかった（有意確率0.138 等分散性あり）。また、患者経験調査の各項目に対して、研修医が診療に参加した場合としなかった場合の比較について図3-1、3-2に示す。ここでは研修医訪問の有無についての統計学的検定にFisherの直接確率検定（有意水準5%）を用いた。統計学的検定では「質問6．医師が、あなた（もしくはご家族）の存在を無視して話をするところがありましたか？」について研修医が診療に参加した場合の問題スコアがゼロであったことから差を認めたもののみであった。結果を図3-3に示す。

図3-3：

|            |       |       |       |      |   |
|------------|-------|-------|-------|------|---|
| 質問番号       | 1     | 2     | 3     | 4    | 5 |
| 正確有意確率（両側） | 0.691 | 0.434 | 0.142 | 1    | 1 |
| 質問番号       | 6     | 7     | 8     | 9    |   |
| 正確有意確率（両側） | 0.036 | 0.394 | 1     | 0.53 |   |

Fisher の直接法による 有意水準<0.05

## 考察

今回の調査結果より、研修医が訪問診療に参加することによって受ける患者・家族の影響について、いくつかの知見を得ることができた。

まず、患者の総合的な評価は、有意差はなかったものの、研修医が診療に関わった患者・家族でより高かった。これまでも、医学教育に患者が関わることへのよい影響について報告され、Colemanらによるとその要因として医学教育に関わる患者の、地域や医療システムに対するお返しを含む利他的精神によるものと、知識の獲得や自己効力感の向上、親密な関係などの個人的利得が挙げられている(1)。また一方で、Bensonらは患者が教育に関わる際に満足度を高く保つ条件として、患者に対して、医学生の情報や“自分の”担当医師が診察しない場合その理由、または教育プログラムについての情報が事前に十分に与えられていることを報告している(4)。今回検討した本研修でも事前に文書または口頭にて患者・家族に研修医が訪問に伺う旨を伝え、了解を得ており、また訪問診療には必ず指導医と同行する体制を行っていることも、研修医が行う訪問診療の満足度の高さにつながった可能性があると考えられる。

最後に本調査の限界について述べる。今回用いたPicker患者経験調査は、信頼性・妥当性を検証された尺度であるものの、使用したPPE-15は入院患者用に開発されたものであり、かつその日本語訳での信頼性・妥当性を検証された尺度ではない。今後、訪問診療の満足度調査を継続

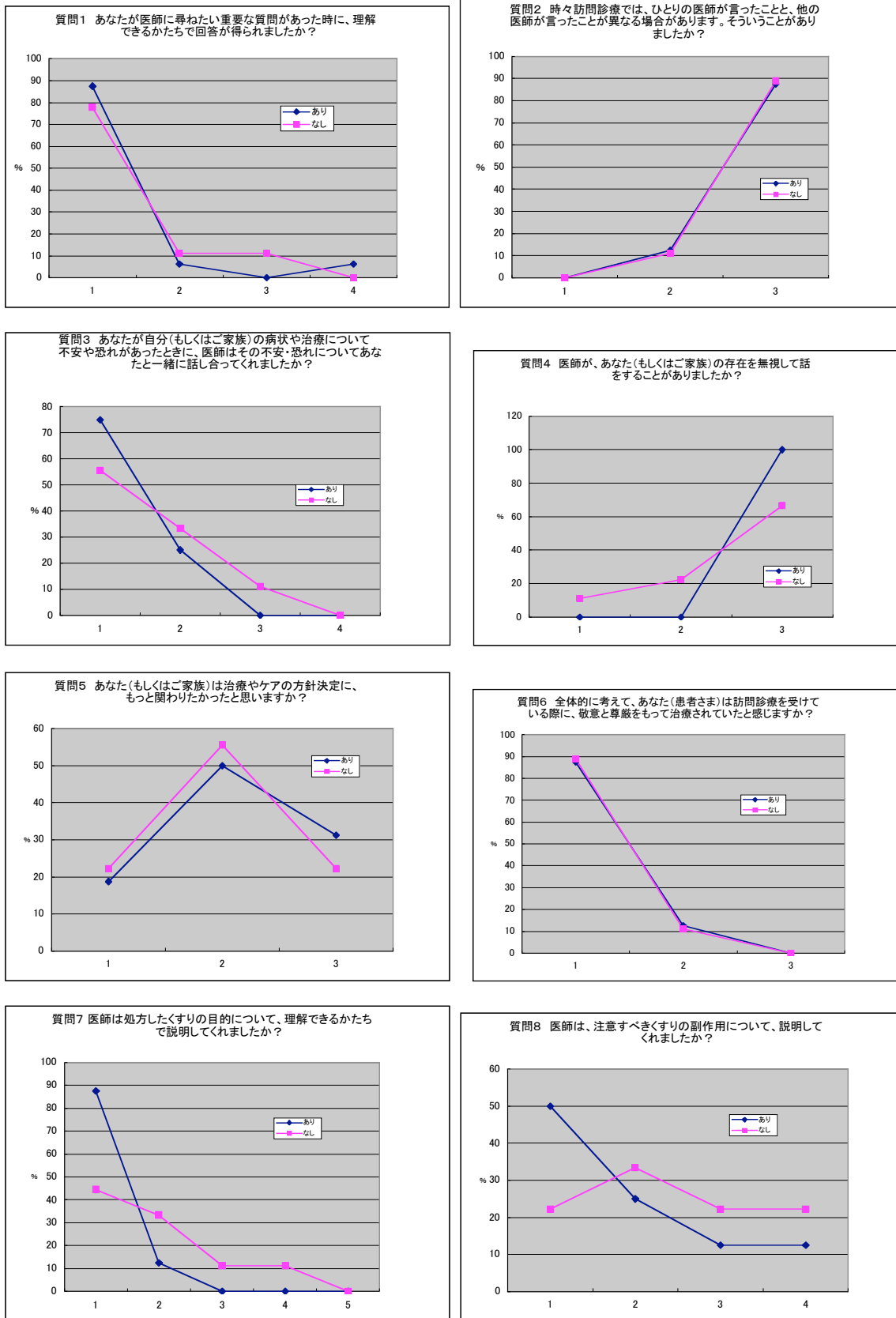
して、多くの施設で行うためにも、この技術的問題は今後の研究にて克服すべきことと考える。  
また、患者の選択について、研修医に担当させる患者は指導医によって、患者・家族の個人的事情や医師患者関係の良好さなどを勘案した上で、研修医が訪問する許可を得られた上で行われており、それが当然のことと考えるが、今回の患者満足度調査では、このため対象のバイアスの原因になった可能性がある。

以上のような限界はあるものの、在宅医療を受けている患者・家族に対してであっても、事前に準備をし、情報を伝え、患者・家族の理解を得た上で研修医教育を行えば、十分に高い患者満足度が得られることが示唆されたと考える。

### 参考文献

- 1) Coleman K, Murry E. Patients' views and feelings on the community-based teaching of undergraduate medical students: a qualitative study. *Family Practice* 2002;19:183-188
- 2) Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2002;14:353-358
- 3) 小泉俊三 他(2004)『医療の質改善における患者経験調査\_有用性の実証研究』医療提供システムの総合的質管理手法に関する研究(NDP) 分担研究報告書  
[www.tqm-health.gr.jp/0406kanjakeikenchousahoukokusho.pdf](http://www.tqm-health.gr.jp/0406kanjakeikenchousahoukokusho.pdf)
- 4) Benson J, Quince T, Hibble A et al, Impact on patients of expanded, general practice based, student teaching: observational and qualitative study, *BMJ* 2005;331:89-94

図3-1：各質問に対する回答分散率の比較（あり：レジデント訪問あり）



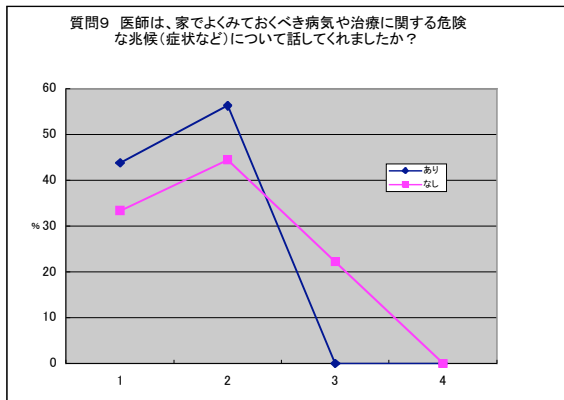
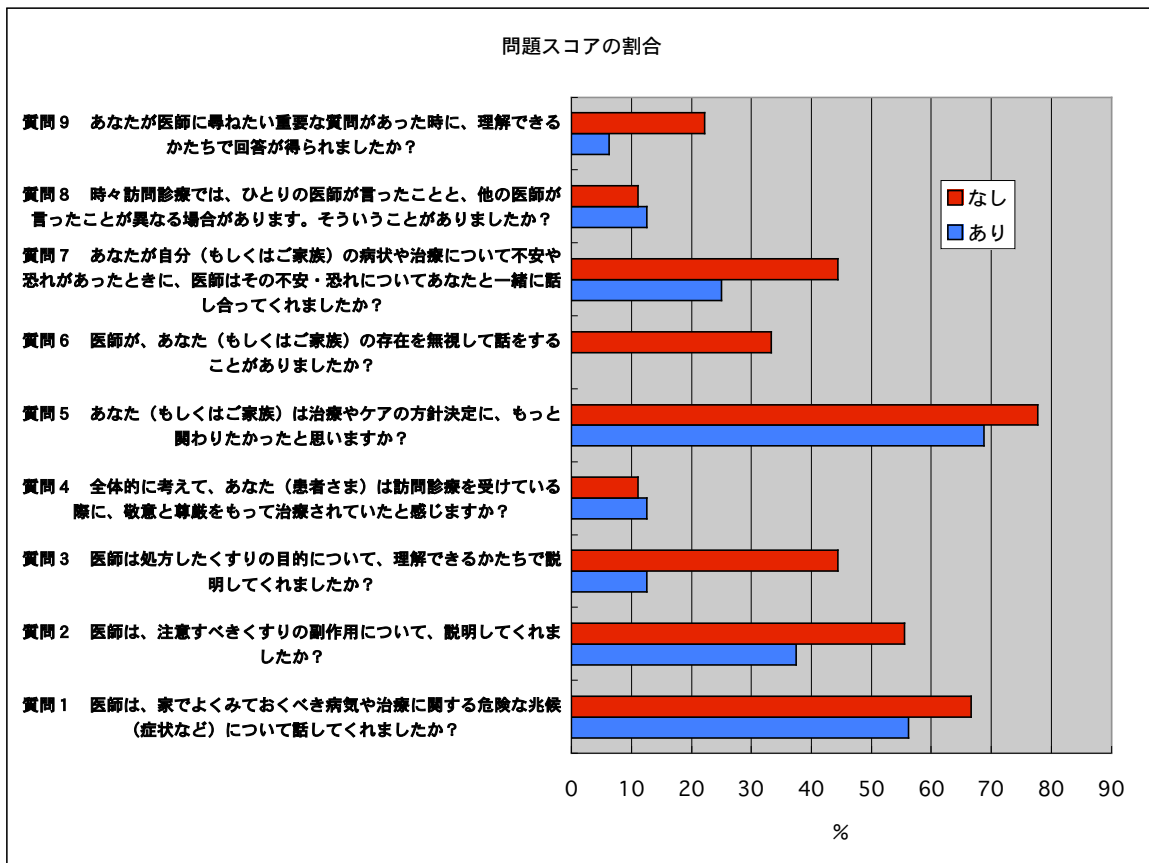


図 3-2：各質問に対する問題スコアの割合（あり：レジデント訪問あり）



別表3-1：協力者属性（患者：回答者とは限らない）

|                  | 研修医訪問あり<br>N=16 | 研修医訪問なし<br>N=9 |
|------------------|-----------------|----------------|
| 平均年齢（才）、標準偏差     | 79.19±15.37     | 77.44±14.90    |
| 性別               |                 |                |
| 男性(%)            | 7名(43.75)       | 6名(66.67)      |
| 女性(%)            | 9名(56.25)       | 3名(33.33)      |
| 現在診療を受けている主な健康問題 |                 |                |
| 脳梗塞・脳出血          | 7名              | 6名             |
| 高齢による衰弱          | 4名              | 2名             |
| 関節リュウマチ          | 3名              | 0名             |
| 骨折・転倒後           | 3名              | 0名             |
| 神経難病             | 0名              | 3名             |
| がん他悪性新生物         | 2名              | 0名             |
| 心不全              | 1名              | 1名             |
| 腎不全              | 1名              | 0名             |
| 肺気腫              | 0名              | 1名             |
| 認知症              | 0名              | 1名             |
| パーキンソン病・症候群      | 0名              | 1名             |
| 整形外科疾患           | 0名              | 1名             |

別表3-2：協力者属性（患者以外の回答者）

|              | 研修医訪問あり<br>N=14 | 研修医訪問なし<br>N=9 |
|--------------|-----------------|----------------|
| 平均年齢（才）、標準偏差 | 63±6.63         | 65.22±9.6      |
| 性別           |                 |                |
| 男性(%)        | 1名(7.14)        | 1名(11.11)      |
| 女性(%)        | 13名(92.86)      | 8名(91.67)      |
| 続柄(%)        |                 |                |
| 配偶者          | 5名(35.71)       | 6名(66.67)      |
| 子供（息子）       | 1名(7.14)        | 0名             |
| 子供（娘）        | 5名(35.71)       | 1名(11.11)      |
| 嫁もしくは婿       | 1名(7.14)        | 1名(11.11)      |
| その他親類        | 2名(14.29)       | 1名(11.11)      |

参考資料：3-1

『訪問診療に関する患者さん・ご家族へのアンケート』  
ご協力をお願い

謹啓

突然のお手紙で失礼いたします。

この度、実際に訪問診療をうけられたことのある皆様・ご家族の方に、どのような経験をされ、また皆様がどう感じ考えていらっしゃるかについて、直接ご意見を伺わせて頂きたいと存じ、アンケートを実施することにいたしました。つきましては、ぜひ皆様にご協力をいただきたくお願い申し上げる次第でございます。

本アンケートは、無記名によるものですので個人のお名前が外にでることは決してありません。また、皆様から頂いたご意見は統計的に取りまとめた上で、研究（学会の発表、論文、雑誌、書籍など）へ活用させて頂きたく存じます。

本アンケートへのご参加はあくまで、皆様のご意志によりますが、この調査結果を踏まえて、今後よりよい訪問診療、またよりよい訪問診療を行う医師の研修を提供するために活用させて頂きますので、ぜひご参加頂けますようお願いいたします。

この件につきまして、なにかご質問などがございましたら、主研究担当者 富塚 電話ーまでご連絡下さい。どうぞご協力のほどよろしくお願いいたします。

謹白

平成 19 年 1 月

研究調査名：「初期臨床研修における訪問診療教育の方法とその効果に関する研究ー研修医、指導医、患者・家族の 3 視点からの実績評価と展望ー」

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2005 年在宅医療助成

主研究担当者： 富塚太郎（前東室蘭サテライトクリニック 家庭医療科）

共同研究者： 八藤英典（東室蘭サテライトクリニック 家庭医療科）

葛西龍樹（福島県立医科大学）



ご回答に際してのお願い

- ご回答の記入は、『**該当する項目の番号に○印をつける**』方法でお願いします。
- 本アンケートは無記名です。集計は統計処理いたしますので、思ったとおりお書きください。
- ご記入頂きましたら、同封されていた返信用封筒にて、そのままご返送ください。
- 尚、本アンケート用紙はなるべくお早め、1週間以内にご返送いただきますようお願いいたします。

訪問診療（お宅に医師が訪問し、診療すること）のご経験についてお伺いします。

質問1 あなたが医師に尋ねたい重要な質問があった時に、理解できるかたちで回答が得られましたか？

- ① いつも得られた
- ② ときどき得られた
- ③ 得られなかった
- ④ 聞く必要がなかった

質問2 時々訪問診療では、ひとりの医師が言ったことと、他の医師が言ったことが異なる場合があります。そういうことがありましたか？

- ① よくあった
- ② ときどきあった
- ③ なかった

質問3 あなたが自分（もしくはご家族）の病状や治療について不安や恐れがあったときに、医師はその不安・恐れについてあなたと一緒に話し合ってくれましたか？

- ① 本当に良くしてくれた
- ② ある程度はしてくれた
- ③ してくれなかった
- ④ 不安・恐れを感じる事がなかった

質問4 医師が、あなた（もしくはご家族）の存在を無視して話をすることがありましたか？

- ① ときどきあった
- ② たまにあった
- ③ なかった

質問5 あなた（もしくはご家族）は治療やケアの方針決定に、もっと関わりたかったと思いますか？

- ① 本当にそう思う
- ② ある程度はそう思う
- ③ 思わない

質問6 全体的に考えて、あなた（患者さま）は訪問診療を受けている際に、敬意と尊厳をもって治療されていたと感じますか？

- ① いつもそう感じた
- ② ときどきそう感じた
- ③ そう感じない

質問7 医師は処方したくすりの目的について、理解できるかたちで説明してくれましたか？

- ① 本当に良くしてくれた
- ② ある程度はしてくれた
- ③ してくれなかった
- ④ 説明は必要なかった
- ⑤ くすりの処方はなかった

質問8 医師は、注意すべきくすりの副作用について、説明してくれましたか？

- ① 本当に良くしてくれた
- ② ある程度はしてくれた
- ③ してくれなかった
- ④ 説明は必要なかった

質問9 医師は、家でよくみておくべき病気や治療に関する危険な兆候（症状など）について話してくれましたか？

- ① 本当に良くしてくれた
- ② ある程度はしてくれた
- ③ してくれなかった

質問10 総合的に判断して、あなた（もしくはご家族）が受けた訪問診療にどの程度満足していますか（該当する番号に○をひとつ）

|       |        |   |   |   |   |   |       |   |   |   |
|-------|--------|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|
| 非常に満足 | ある程度満足 |   |   |   |   |   | 非常に不満 |   |   |   |
| 10    | 9      | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3     | 2 | 1 | 0 |

ー以下は、今までのご回答を統計処理するためにお伺いいたしますー

初めにご本人（患者さま）についてお伺いします。

質問1 性別は？ 1. 男性 2. 女性

質問2 年齢は？ 数字をお書きください。  才  
(訪問診療を受けていた時の年齢をお書きください。)

質問3 どのようなご病気で診療をうけていましたか？ (○はいくつでも)

- |                      |                       |            |             |        |
|----------------------|-----------------------|------------|-------------|--------|
| 1. 脳梗塞・脳出血           | 2. がんなどの悪性の病気（手術後を含む） | 3. 関節リュウマチ |             |        |
| 4. 心不全               | 5. 肺気腫                | 6. 外傷・事故   | 7. 骨折・転倒後   | 8. 腎不全 |
| 9. 認知症               | 10. パーキンソン病・症候群       | 11. 神経難病   | 12. 高齢による衰弱 |        |
| 13. 整形外科の病気（膝、腰、肩ほか） | 14. その他（病名：<br>)      |            |             |        |

ご家族がご記入いただいた場合は、以下の質問にもお答えください。

質問4 ご記入頂いたご家族の性別は？ 1. 男性 2. 女性

質問5 ご家族の年齢は？ 数字をお書きください。  才

質問6 患者さまとのご関係は？

- |                |                       |
|----------------|-----------------------|
| 1. 配偶者（夫もしくは妻） | 2. 子供（具体的に：<br>例：長男）  |
| 3. 嫁もしくは婿      | 4. その他（具体的に：<br>例：おい） |

ご協力まことに有り難うございました。

ご記入頂きましたアンケート用紙は同封しました返信用封筒に入れて、  
ポストにご投函お願いいたします。