

地域医療における ヘルスプロモーションと質改善 ー地域医療の新たな挑戦ー

企画：地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長 中村正和

特集

●エディトリアル

●医療機関が取り組むヘルスプロモーション活動 ー日本HPHネットワークの活動ー

●地域医療振興協会施設におけるヘルスプロモーション活動の実際

●地域ヘルスプロモーション病院の意義と実際

●プライマリ・ケアの現場からエビデンスを創出する ーPBRN設立とこれまでの歩みー

●プライマリ・ケアの診療の質の改善を目指したQI活動

●患者の人生に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング ー社会実装のためのチームビルディングー

エディトリアル

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長 中村正和

急速に進む少子高齢化の中で、地域包括ケアシステムの推進は社会の大きな課題である。その推進には、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体となった提供が基本となる。また、医療費をはじめとする社会保障費が急増し、医療の持続可能性が懸念され、限られた医療資源を効率的に活用し一定のアウトカムを生み出す医療への転換が求められている。このような社会状況の中、地域医療を担う医療施設が行政等の関係機関と連携・協働して、ヘルスプロモーション活動や医療の質改善に取り組む意義は大きい。

本特集は、地域医療の新たな挑戦として、ヘルスプロモーション活動と医療の質改善の2本立てで構成した。ヘルスプロモーション活動については、日本HPHネットワークの代表である舟越光彦先生に同ネットワークの活動を解説していただいた。経済的困窮患者のアセスメントと社会的処方、そのツールも含めて現場で実用できる。次に、宇田英典先生から、地域医療振興協会が運営する80を超える医療施設や介護施設におけるヘルスプロモーション活動の実態と具体的な活動事例を紹介いただいた。当協会内ではすでに事例の共有が図られているが、他の施設にも有用であろう。梅屋崇先生には、管理者を務めるあま市民病院の具体的な活動をご紹介いただいた。同院は開設当初から病院の経営方針の一つに地域ヘルスプロモーション病院としての活動を位置づけ、委員会や診療チームに加えて、目的をもって編成された自発的なチームが病院内の活動のほか、自治体をはじめ地域の関係団体と連携した活動を展開している。病院がこうした活動に取り組む意義や課題が深く考察されており、地域ヘルスプロモーション病院の社会実装を検討する上で貴重な論文である。

医療の質改善については、わが国で取り組みが大幅に遅れているプライマリ・ケアにおける診療の質をテーマとした。望月崇紘先生から、プライマリ・ケア現場に根ざした臨床研究を行うPractice Based Research Network(PBRN)の歩みと、現在の研究と成果について解説いただいた。PBRNは、地域医療振興協会の約40の診療所のうち、研究に関心のある施設管理者が参集して立ち上げられた組織である。西村正大先生からは、診療の質の改善を目指したQI(Quality Improvement)活動について、基礎的解説や国内外の現状、現在取り組んでいる研究活動と成果、社会実装に向けた課題と提言について述べていただいた。三浦稚郁子先生には、プライマリ・ケアの場で多職種の診療チームによるアドバンス・ケア・プランニングの実装化を目的とした4回シリーズの実践的な研修の内容とその評価を紹介いただいた。研修を重ねる中でチームビルディングが進み、チームを構成する個人も成長していることがうかがえ、大変興味深い。

そもそも医療は何のためにあるのかという根源的問いに、「医療は患者の幸福実現を目標としている」と明確な解を示したのは、東京大学の会田薫子先生である(会田薫子, 2019, 筑摩書房)。本稿で取り上げたヘルスプロモーション活動や医療の質改善活動も、患者の幸福実現を目指している。今後、医療の持続可能性を担保しつつ、患者をはじめ、地域住民や働く人の人生物語に寄り添って、質の高い地域包括ケアの提供体制が整備されることを願いたい。

●編集委員のメンバー中村正和医師からのコメントです

<https://www.youtube.com/watch?v=lsVmNpJavRc>



医療機関が取り組むヘルスプロモーション活動 —日本HPHネットワークの活動—

公益社団法人福岡医療団 千鳥橋病院予防医学科 科長 舟越光彦

抄録

国際HPHネットワークは、1988年にWHO欧州事務局が開始したヘルスプロモーションを推進するための医療機関等のネットワークである。日本HPHネットワーク(J-HPH)は、患者・職員・地域住民の健康水準の向上をめざし、公正な社会づくりに貢献することを目的として2015年に結成された。

J-HPHでは、国際HPHネットワークが開発した評価基準を活用しヘルスプロモーションに関する質の改善を進めている。また、特に重視する健康格差への対策として、経済的に困窮した患者への支援ツールの開発、公正さに注目した医療の質の向上、脆弱な立場にいる外国人やLGBTQなどへの健康支援に取り組んできた。さらに、気候温暖化対策として、温暖化による健康被害の予防に加え、事業者として温暖化ガス排出削減も取り組んでいる。

2024年11月6日～8日に、広島国際会議場で「健康の公正性を目指して～医療機関と介護事業所の貢献～」をテーマに第30回 国際HPHカンファレンスを開催することになった。多くの皆さんの参加を期待したい。

はじめに

世界保健機関(WHO)は1986年に第1回ヘルスプロモーションに関する国際会議で「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」を採択した¹⁾。WHOはヘルスプロモーション政策を推進するにあたり、医療機関の役割も重要であると考えていた。しかし、医療機関は一義的には治療を中心に担う機関であり、ヘルスプロモーションも実践する機関へと方向転換を求めるのは容易ではなかった。そこで、ヘルスプロモーションを実践する医療機関のモデル事業として1988年にWHO欧州事務局が開始したのが国際HPHネットワーク(International Network of Health Promoting Hospitals and Health

Services)である。現在では、世界で500余りの施設が加入する国際ネットワークに成長している。現在、WHOの直接的な関与はなくなっているが、緊密な連携をとりながらドイツのハンブルグに事務局を置いて機関運営が行われている。

日本では、歴史的にも農村での全住民を対象にした健康管理や地域住民の健康づくり活動など優れたヘルスプロモーションの実践が各地の医療機関で取り組まれてきた²⁾。こうした実践を積み重ねてきた医療機関を中心に、2015年に日本HPHネットワーク(以下、J-HPH)が、国際HPHネットワークの日本支部として結成された。現在、121の施設(病院、診療所、研究所)が加入しており、台湾に次いで2番目に大きな国・地域ネットワークとなっている。

表1 2020年版HPH基準の5基準

基準1：HPHへの組織的取り組みの表明
基準2：サービスのアクセスへの保障
基準3：住民中心のヘルスケアおよび利用者参加の促進
基準4：健康的な職場、健康的な環境づくり
基準5：より広い社会におけるヘルスプロモーション

HPHの定義

HPHの定義と行動指針は、WHO用語集によると以下のように記載されている³⁾。すなわち、「HPHは、そのガバナンスモデル、構造、プロセス、文化を、患者、スタッフ、住民の健康利益を最適化し、持続可能な社会をサポートするために方向転換を行う。HPHの組織開発戦略には、地域社会やその他の環境における患者、職員、住民グループの健康アウトカムの改善に向けて、ガバナンス、政策、職場能力、構造、文化、関係を方向転換することが含まれる。優先順位の高い健康と公正性の問題、小児や青年、高齢者、精神疾患を持つ人々、移住者など特定の患者集団の利益、喫煙、栄養、身体活動、飲酒などの予防と促進のテーマ、環境の持続可能性など、質の向上の理念とツールに基づいた戦略と基準が行動の指針として用いられる。」

つまり、病院等に関わる患者、スタッフ、住民の健康水準を高めるというセッティングアプローチを採用し、関心の高い健康課題は、健康の公正性、ライフスタイル、環境問題などである。そして、こうした課題の推進のために次述べる独自の評価基準とツールを開発している。

ヘルスプロモーションの質を改善するー2020年版HPH基準を活用してー

ヘルスプロモーションに関しても、質の評価を行い継続的な改善が求められる。国際HPHネットワークでは、ヘルスサービスにおけるヘルスプロモーション活動の評価基準を作り「2020年版HPH基準(以下、HPH基準)」として発

行している⁴⁾。

1. HPH基準の内容

2020年版HPH基準は5つの「基準」で構成されている。そして、基準の下位に18個の「副基準」と85個の「基準の説明」がある(表1)。

基準1は、ヘルスプロモーションを進めるための組織のマネジメントに関する事項である。基準2は、患者のサービスへのアクセスに関する事項である。基準3は、患者中心のヘルスケアを実現するための事項である。基準4は、健康的な職場づくりに関する事項である。最後に、基準5は、地域の公衆衛生データの収集や気候温暖化対策などの新しいヘルスプロモーションに関する課題の事項である。

基準の評価に関しては、半定量的な評価基準が示されており、施設内の内部評価とともに、外部との比較も可能となっている。この基準を活用することで、広範なヘルスプロモーション課題に関して現時点の到達状況を把握し、PDCAサイクルで継続的な改善が可能となった。

2. HPH基準を用いたJ-HPHの加盟施設の自己評価

J-HPHでも、毎年、加盟事業所に対して本基準を活用した自己評価を求めている。図1は、「十分に実施できている」と自己評価した施設の割合を基準ごとに示したものである。その結果、実施率が低いのは基準5で、具体的には、気候温暖化対策、地域の公衆衛生データの把握が取り組んでいる施設が少ないという結果であった。さらに、全体的にヘルスプロモーション活

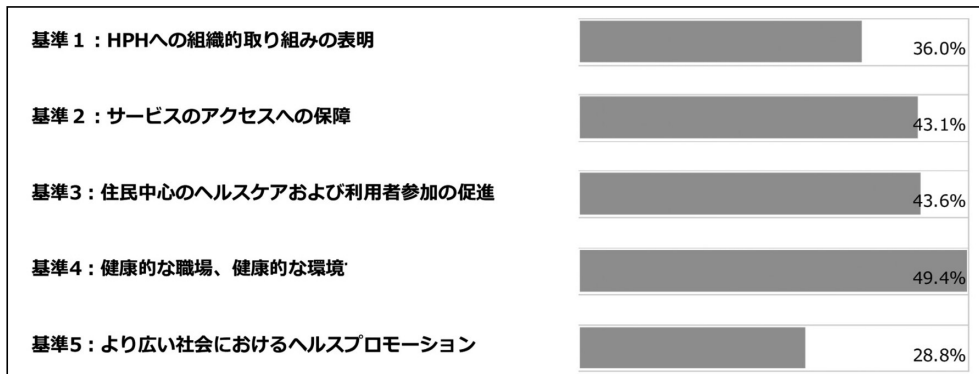


図1 2020年版HPH基準の調査結果

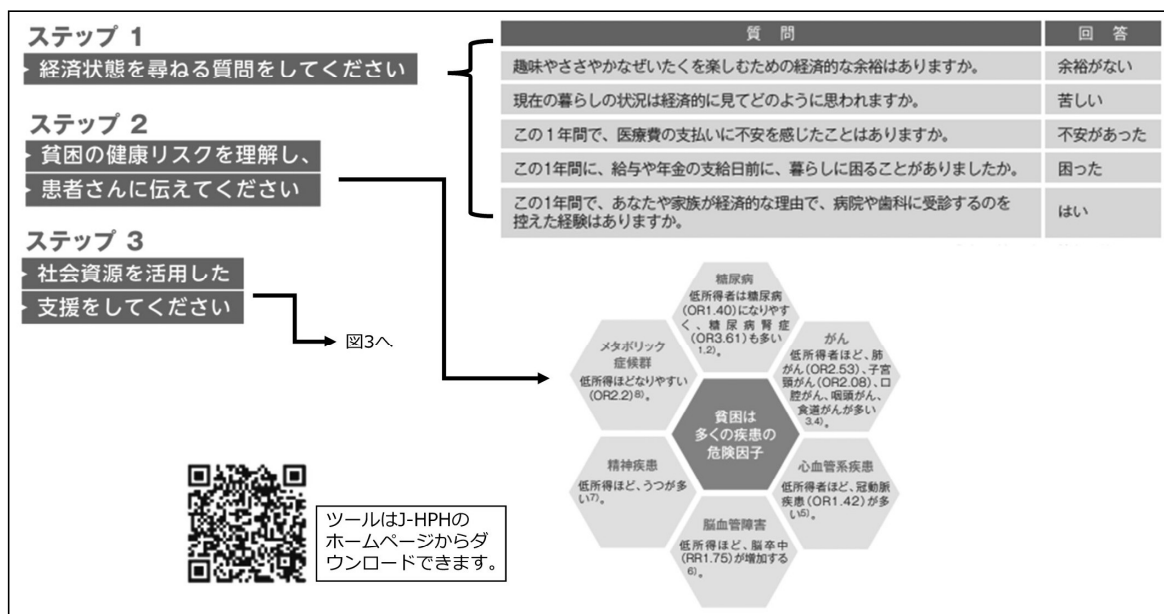


図2 医療・介護スタッフのための経済的支援ツールの構成

動の量的把握が十分に実施されていない状況であることが判明した。臨床分野での医療の質評価は、抗菌剤の投与や、医療事故の発生状況など量的把握も進んでいるが、それとの対比ではヘルスプロモーション分野に遅れがある状況と言える。HPH基準を活用し、改善を図ってきたい。

ヘルスプロモーション活動の具体例

J-HPHでは、健康格差への対策として、経済的に困窮した患者への支援ツールの開発、公正性の視点での医療の質の評価の試み、社会の中で置き去りにされやすい外国人やLGBTQなどのマイノリティへの健康支援などに取り組んで

きた。その内容について紹介する。

1.「医療・介護スタッフのための経済的支援ツール」の開発と普及

経済的に困窮して医療費の支払いも困難な患者を診察した場面では、医師は経済的支援の意義と必要性を感じても具体的な支援につなぐことができない場合が少なくないと考えられる。海外ではそうした課題を克服するために、多くの医師が利用しやすい支援ツールが開発されている。

そこで、J-HPHでも、全日本民主医療機関連合会ソーシャルワーカー委員会(以下、民医連SW委員会)の協力を得て、経済的に困窮した患者への支援のために「医療・介護スタッフのた

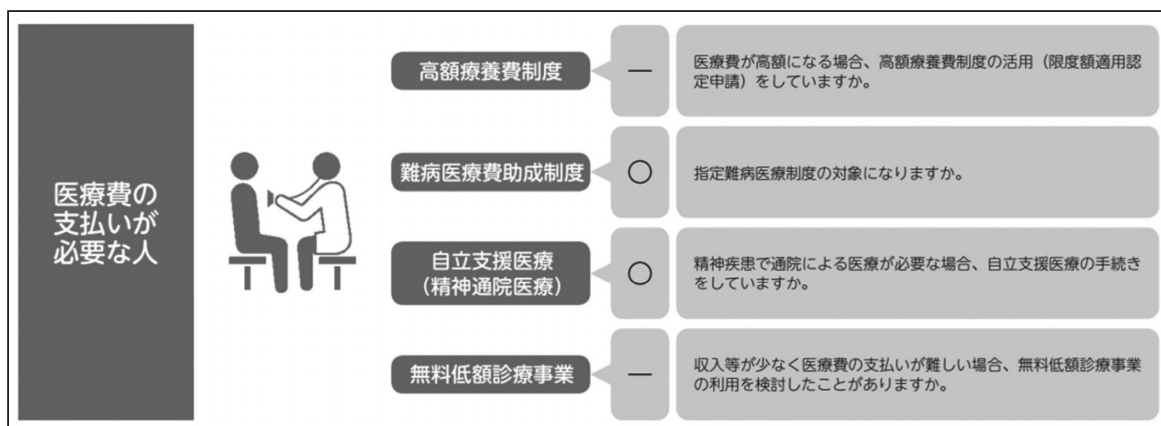


図3 利用可能な社会資源の一例（ステップ3）

めの経済的支援ツール（以下、経済的支援ツール）」を開発した⁹⁾。

(1) 経済的支援ツールの内容

経済的支援ツールは、3つのステップから構成されている（図2）。

ステップ1では、患者の経済状態を問診する。患者の経済状態を評価する質問として診療場面で利用しやすい項目を例示しており、この中から選択するようにしている。

ステップ2では、糖尿病、精神疾患などの疾患に関して経済的な困窮が原因であることを示すエビデンスを紹介し説明する。

ステップ3では、現場で活用できる社会資源を紹介する。

つまり、「質問する」「情報を提供する」「支援につなげる」という3つのプロセスで、経済的な支援ができるように構成されている。

一例として、医療費の支払いが必要な人を対象にした場合を紹介する（図3）。高額療養費制度、難病医療費助成制度、自立支援医療（精神通院医療）、無料低額診療事業が活用しうる制度となる。この中で、無料低額診療事業に該当するかは、「収入等が少なく医療費の支払いが難しい場合、無料低額診療事業の利用を検討したことがありますか？」と質問する。ついで、無料低額診療事業の制度の内容と適応基準について情報を提供する。その上で、「無料低額診療事業を実施している医療機関を知りたい場合は、お住まいの自治体や社会福祉協議会にお問い合わせください」と伝え、診療場面で支援につな

げるようにする。

(2) 症例事例集

経済的支援ツールの理解を深めるために民医連SW委員会が作成したのが学習用の事例集である。事例の紹介と解答から構成され、13の事例の演習を通してツールで紹介した社会保障制度を深く理解できるように作成されている。

ツールと事例集は、J-HPHのホームページから無料で入手できるようにしているので活用いただきたい。

2. 公正さに注目した医療の質の向上

健康の社会的決定要因（以下、SDH）に関心を持つ医師が、健康格差の解消のために個々の患者への支援をすることは重要である。しかし、それに加えて組織である病院が健康格差に取り組むことも多くの患者の支援には不可欠である。

米国では、健康関連の社会的ニーズ（health related social needs: HRSN）の中で、特に健康との関連が強いとされる食糧不安、住居の不安定、交通手段の欠如、光熱費の支払い不能、対人暴力に関して米国の病院の4分の1がスクリーニングのための質問調査を実施している⁹⁾。そして、2023年からは、メディケアおよびメディケイド・サービスセンター（Center for Medicare and Medicaid Services: CMS）は、患者の入院時に上記の5つのHRSNのスクリーニングを受けた成人患者の割合と、これらのニーズに対してスクリーニング検査で陽性となった割合を報告する

医療費の負担が大きくなりすぎないように、年齢や所得に応じて、1カ月の上限額が設定される高額療養費制度があります。また、高額療養費の限度額適用認定証等を提示することによって、外来・入院ともに窓口の一部負担金を上限額までにとどめることが可能です。	加入している医療保険窓口での手続きが必要です。
指定難病のうち、重症度分類等に照らして病状の程度が一定程度以上の場合に、医療費の助成が受けられます。高度な治療を長期に必要とする場合に上限額がさらに低くなったり、重症度分類に該当しない軽症の方でも、高額な医療の継続が必要であれば医療費の助成の対象になる場合もあります。	住所管轄地の保健所等での申請手続きが必要です。医療受給者証の期限は原則1年間のため、更新の手続きが必要となります。
精神疾患で通院による医療が継続的に必要な場合、医療費（薬剤費などを含む）の自己負担分を公費負担する制度で、自己負担分は原則1割になります（生活保護の方は自己負担なし）。また、疾病や医療保険上の世帯の所得などの状況に応じて、1カ月あたりの自己負担額に上限が設けられています。	住所地の自治体に申請手続きが必要です。医療受給者証期限は原則1年間のため、更新の手続きが必要となります。
低所得者などの生計困難者に対して、無料低額診療事業の届け出を行った医療機関が無料または低額な料金によって診療を行う事業です。適応基準や適応期間等はそれぞれの医療機関によって異なります。	無料低額診療事業を実施している医療機関を知りたい場合は、お住まいの自治体や社会福祉協議会にお問い合わせください。

図3 続き

ことを求めるようにしている⁶⁾。このように、米国ではメディケアとメディケイドという公的保険者が患者のSDHに関する情報を測定し、病院における公正な医療を広げようとしているわけである。

J-HPHに加盟する病院でも、医療の公正性の評価を試みる施設も生まれている。一例を紹介すると、千鳥橋病院では入院患者には経済状態の質問をし、課題を持つ患者への支援を行っている。具体的には、入院時に「医療費の支払いに困っていますか」との質問に答えてもらう。この質問に、「困っている」と回答した患者に対しては、入院中に医療ソーシャルワーカーが面接し社会資源を活用した支援を行うようにしている。同時に、質問の実施頻度、困窮状態の該当率、支援の実施率を測定している。このことで、支援が必要とされる患者に対して、どの程度、支援を提供できているかを把握できる。そして、必要な支援の実施率を高める組織的な努力が、医療の質の公正さを客観的に高める方法だと考えている。加えて、最近では「孤立状況」も評価している。入院時に、「病気の時に相談できる人がいない」と答えた患者には、退院時に、地域の健康づくりサークルを紹介し孤立予防につなげることを開始した。

3. 新しいヘルスプロモーションの課題

新しいヘルスプロモーションの課題として取り組んできたのが、気候温暖化対策とLGBTQ、外国人への支援である。いずれの課題も、社会

的弱者に健康格差の被害が生じやすい。例えば、気候温暖化の場合、高齢者の熱中症は独居者に多い。経済的に困窮していると節約のためにクーラーの電源をつけずに熱中症を発症する者も少なくない。一方、医療業界は日本の温暖化ガス排出の4.6%を占めており、事業者としても温暖化対策は社会的責務とされている⁸⁾。J-HPHでも、加盟事業所が気候温暖化対策に取り組み始めた。治療者としての立場から、熱中症を発症しやすい高齢者の予防策を推進。事業者としての立場から、施設の再生可能エネルギーへの転換、LED照明への交換、節電等を進め、その効果をCO₂排出量(推計)算出により評価する試みを開始。そして、社会的な視点から、最大の温暖化ガス排出源である石炭火力発電所の閉鎖を求めるアドボカシー活動への参加も広がりつつある。今後、人類の存続に関わるヘルスプロモーションの課題として重視して取り組むことにしている。

第30回 国際HPHカンファレンス

2024年11月6日～8日に、広島国際会議場で第30回 国際HPHカンファレンスを開催することになった。テーマは、「健康の公正性を目指して～医療機関と介護事業所の貢献～」である。健康格差、パンデミック、気候温暖化、多発する自然災害、急速な高齢化、そして、戦争といった危機に直面している時代に、公正な社会の実現のために医療機関としてどのように貢献でき

るのかを議論する。また、超高齢化社会での日本の経験と、被爆地広島で開催で平和のメッセージを伝えることも重視している。国内外の一流の研究者・実践者の講演を聞き、交流できる好機である。多くの皆さんの参加を期待したい。

まとめ

J-HPHは、公正な社会の実現に貢献するため、ヘルスサービスで活用できる経済的支援ツールの開発、公正な質の測定の試み、マネジメント基準の普及を進めてきた。そして、カンファレンスなどの企画を通して、好事例の交流と普及を図ってきた。こうした実践を国内でさらに普及することも目的として、今年11月に第30回 国際HPHカンファレンスを開催する。カンファレンスを契機に、日本の医療界の中で公正な視点

での医療実践と研究が進み健康格差の少ない公正な社会づくりに貢献できるようにしていきたい。

参考文献

- 1) 島内憲夫:WHOヘルスプロモーションに関するオタワ憲章(1986年). 民医連医療 2021; 588: 44-45.
- 2) 若月俊一:村で病気とたたかう. 東京, 岩波書店, 2002.
- 3) WHO: Health Promotion Glossary of Terms 2021. 2021.
- 4) 日本HPHネットワーク. 2020年版HPH基準. <https://www.hphnet.jp/study-data/15517/> (accessed 2024 Jan 10)
- 5) 日本HPHネットワーク. 医療・介護スタッフのための経済的支援ツール. <https://www.hphnet.jp/study-data/5185/> (accessed 2024 Jan 10)
- 6) Sandhu S, Liu M, Wadhera RK: Hospitals and Health Equity - Translating Measurement into Action. N Engl J Med 2022; 387: 2395-2397.
- 7) Keisuke Nansaia Jacob Fry, Arunima Malik, Wataru Takayanagi, Naoki Kondo. Carbon footprint of Japanese health care services from 2011 to 2015. Resources, Conservation & Recycling 2019;152 (2020):1-10.

地域医療振興協会施設における ヘルスプロモーション活動の実際

地域医療振興協会公衆衛生委員会 委員長 宇田英典

抄録

少子高齢社会の中で地域包括ケアシステムの推進や、就労者の健康増進を図る健康経営の普及はこれからの社会における重要な課題である。地域医療振興協会(協会)の各施設においては地域医療の担い手として、これらの課題に対しても重要な役割を果たしている。協会公衆衛生委員会では、協会施設におけるこのような活動の実態を把握し、今後の取り組みについて検討することを目的として2022年～2023年にアンケート調査を行った。調査内容は、患者・利用者、地域住民、職員といった3つの対象者に対するヘルスプロモーション活動とした。全施設から魅力的な活動が報告されたが、本稿ではそれらの中からいくつかの活動事例を抜粋して紹介する。

少子高齢社会における 医療機関の機能

我が国は未曾有の少子高齢社会の渦中にある。令和5年4月に公表された日本の将来推計人口によると、我が国の総人口12,615万人(2020年現在)は今後長期の人口減少過程に入るとされ、2045年の10,880万人を経て、2056年には1億人を割り込むことが推計されている¹⁾。

一方、65歳以上人口は2020年現在の3,603万人から、第二次ベビーブーム世代が65歳以上人口に入る2043年に3,953万人でピークを迎えた後は減少に転じ、2070年には3,367万人となると推計される。現在は急速に進む高齢社会の途上にある²⁾。

協会は、「医療に困っている地域を支援する」ことを目指して、現在、北海道から沖縄まで26の病院、56の複合施設・診療所の他、看護専門学校2の84の施設を運営している(2023年12月

31日現在)。協会が運営する施設は、過疎・高齢化が進む地域に設置されている場合が少なくない。

このような状況の中、厚生労働省においては、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進することとしている。協会では地域医療を医療従事者、住民と行政が三位一体になって、限られた医療資源を有効活用しながら、継続的に包括的な医療を計画・実践・評価するプロセスであるとしている。協会のミッションである地域医療は、国が進める「地域包括ケア」と方向性を共有する³⁾。

また、少子高齢化は就労者の減少といった課題も併存する。就労世代の活力向上や健康寿命の延伸等を目指すことが、我が国の社会基盤を支え発展させていくためには不可欠となる⁴⁾。医療機関においても、医療を支える従事者の活力

表1 ヘルスプロモーション活動に関する調査

目 的：協会施設におけるヘルスプロモーション活動の実態を把握し、地域医療の質の向上につながる今後の取組を検討する上での基礎資料を得ること

対 象：協会が運営する25病院・48診療所・18介護老人保健施設（老健）

※複合施設は、診療所と老健に分けて、それぞれ回答を依頼した

方 法：記名式Web調査（Microsoft Forms：設問数13問）

内 容：① 活動内容（患者、地域、職員の3対象別の選択肢・複数回答）
② 活動拡充の意欲（0=全くない～10=とてもあるの10段階スケール）
③ 拡充の促進要因・阻害要因（自由記載）

期 間：病院：2022年4-5月，診療所・老健：2023年2-3月

解 析：回答内容を量的に分析，自由記載内容を質的に分析

※本調査では、ヘルスプロモーション活動を「病気や障がいの有無に関わらず、すべての人が自分らしく充実した生活を送れるように、さまざまな方法を組み合わせる自らの健康をコントロールし、改善できるようにする取組」と広く定義した。

表2 ヘルスプロモーション活動の実施状況

	病院(n=25)	診療所 (n=48)	老健 (n=18)
活動の対象	実施施設数 (割合)	実施施設数 (割合)	実施施設数 (割合)
全対象	25 (100.0)	48 (100.0)	18 (100.0)
患者・利用者	24 (96.0)	41 (84.5)	17 (94.4)
地域	24 (96.0)	40 (83.3)	18 (100.0)
職員	25 (100.0)	35 (72.9)	17 (94.4)

向上や生産性の向上等を通じた組織の活性化が業績向上や組織としての価値向上へつながると期待される⁹⁾。患者や家族に対する質の高い医療の提供はもとより、医療従事者の健康増進、さらには地域の健康水準の向上といった役割を果たすことが求められる。食生活の改善，運動機会の確保，健診・検診等の活用，感染症予防，メンタルヘルス不調者への対応，受動喫煙対策等，職場においても予防や早期診断・早期治療に関する取組を進める必要がある。

地域医療振興協会の施設における さまざまなヘルスプロモーション活動

このような観点から、これまで協会の公衆

衛生委員会においては「地域医療と公衆衛生の協働」をテーマとして活動を行ってきているが、2022年から2023年にかけて、協会の全施設を対象にヘルスプロモーション活動の実態調査を行った^{9,7)}。

2022年4月～5月に25病院を、2023年2月～3月に48診療所、18介護老人保健施設(老健)を対象としてアンケート調査を行った。調査結果をもとに、その後さらにインタビュー調査で詳細を確認した。調査内容は、患者・利用者、地域住民、職員といった3つの対象者に対するヘルスプロモーション活動とした。その他、活動の拡充に対する意欲・重要性・自信(10段階スケール)、促進要因・阻害要因(自由記載)についても調査を行ったが(表1)、本稿ではそれら



トーカチ(米寿)祝

(旧暦8月8日)

入院中コロナ禍で、お祝いを一時諦めていた家族でしたが、看護師らが協力を申し出て実現。

次男

「入院以来、いつも無表情な父が笑ったり泣いたりしている姿を見て、とても感激した。」

次男嫁

「じいちゃんがケーキをばけりと食べるなど、今までにない笑顔で喜んでくれた。」

看護師は「かぎやで風」でお祝いの席に花を添えました。

写真1 公立久米島病院：地域の文化・風習を取り入れた看護

の調査結果の中から特徴的な活動事例を抜粋して記載する。

調査に対しては、病院、診療所、老健施設、全ての施設から回答が得られた(回答率100%)。全ての施設がさまざまなヘルスプロモーション活動に取り組んでいることが示された(表2)。調査では、ヘルスプロモーション活動を「病気や障がいの有無に関わらず、すべての人が自分らしく充実した生活を送れるように、さまざまな方法を組み合わせて自らの健康をコントロールし、改善できるようにする取組」と広く定義して行ったため、さまざまな活動例が回答された。

患者・利用者を対象とした活動としては、入退院相談、新型コロナウイルス感染予防、リハビリテーションの充実、健康教室、待合室を使った情報提供といった活動内容があげられていた。地域住民を対象とした活動としては、健康診査、自治体や保健所と連携した各種講座、イベント、新型コロナウイルス対策があげられていた。職員向けの活動としては、新型コロナウイルス対策、メンタルヘルス対策、保育所への支援、予防接種の補助、職員食の提供等の回答が寄せられた。それらの回答のうち了解が得られた事例を2022年および2023年の「JADECOM

学術大会」で発表してもらった⁹⁾⁷⁾。いずれの発表事例も、地域特性を生かしたのもや多職種連携の成果が見えるもの等、JADECOM施設の強みを活かした魅力的な活動事例であった。

患者・利用者を対象としたヘルスプロモーション活動の例

1. 公立久米島病院の活動例

公立久米島病院では、看護師の県外出身者が3分の2に上るといった実情を踏まえ、看護業務や各種研修の中に島の文化・風習を取り入れ、県外出身の看護師に島の理解を深めてもらう取り組みがなされている(写真1)。

新入職者向け研修としての島の自然・歴史・風習や行政等の講話、院内行事の春のモズク採り、伝統的な小型漁船「サバニ」を駆使した夏のハーリー大会、三線や沖縄舞踊サークルへの看護部からの参加勧奨等、県外出身の看護師にとって、地域の文化・歴史、地域住民の価値観や習慣等を踏まえた看護の提供ができるような試みといえる。

2. 東京ベイ・浦安市川医療センターの活動例

東京ベイ・浦安市川医療センターで行われて



写真2 東京ベイ・浦安市川医療センター：オンライン母親学級
オンラインでの顔の見える出産前教育



写真3 あま市民病院：地域におけるフレイル予防教室の展開

いるオンライン母親学級を紹介する。新型コロナウイルス感染症がきっかけとなって、オンラインを活用した出産前教育が2022年2月から実施された。2020年3月までは、月1回対面による出産前教育が行われていたが、病院全体で感染症対策に取り組む一環として対面による集団指導の中止だけでなく、面会制限や家族の立ち会い分娩が中止されることになった。

日常生活上でのさまざまな不安、分娩時に一人で出産に臨むことに対する不安・ストレス等を有する妊婦に対し、助産師の立場から何らかの方法で出産前教育の場を提供できないかとの問題提起から始まった。オンラインを活用した母親学級は妊婦の安全を確保しながら、安定して出産前教育の場を提供できるメリットがある(写真2)。

また、外来で行う対面での個別指導には時間的制約もあり、月10組と対象者を制限せざるを

得なかったが、オンラインを導入することにより人数制限の必要がなくなるといった効果も得られた。事業実施にあたっては、東京ベイのオンライン環境が充実していたこともあるが、助産師の熱意と工夫が上述の母子保健活動につながった例といえる。

地域住民を対象とした ヘルスプロモーション活動の例

1. あま市民病院の活動例

あま市と連携・協働して行われているあま市民病院のフレイル予防の取り組み事例を紹介する。フレイル予防は進展する高齢社会の中で、地域包括ケアの重要な対策の一つである。本活動は、地域住民を対象としたフレイル予防教室、フレイル外来立ち上げ、地域の連携強化の3つを基本戦略として、市内にある高齢者サロンや



写真4 台東病院：地域の小・中学校における防煙教育

老人クラブの場を活用して行われた(写真3)。

フレイル予防教室では、協会のマニュアルを使いながらフレイルの定義や運動・栄養改善による予防方法を伝えた。運動に関しては、歩行や立ち上がり等の体力評価を行った後、参加者のレベルに応じて実際に体を動かしてもらった。その際、理学療法士等が見守りや声かけを行い、転倒や過負荷とならないこと、またゲーム等を交えて楽しい内容とすること等に配慮している。

院内でのフレイル外来の運営に加えて、行政や地域住民との連携強化を多職種(医師2名、理学療法士5名、管理栄養士1名、薬剤師1名、診療放射線技師1名)で担っている。座学と実習を交えながら、地域との連携の下で展開されている事例である。

2. 台東区立台東病院の活動例

台東病院で行ってきた多職種連携による禁煙推進プロジェクトについて紹介する。台東区立台東病院は2009年に開設した病院で、予防に対する意識も高く開設した翌年10月から禁煙外来を設置している。

また、院内で住民向け健康教室「街かど健康教室」を多職種が交代で毎月開催し、禁煙に関する教室も開催したり、台東区と共催で嚙家

さんに健康教室の前座をお願いしたり、工夫を凝らした健康教室を実施している。

さらに喫煙予防対策として台東区と協働で、希望のあった小・中学校からの依頼に応じて保健師と医師がそれぞれの特徴を生かした禁煙教室にも取り組んでいる(写真4)。禁煙外来の場において病院に来院するハイリスクな人たちにアプローチするハイリスクストラテジーに加えて、台東区全体を対象としたポピュレーションストラテジーを交えながら効果的な禁煙対策を進めている素晴らしい取り組み事例といえる。

3. 十勝いけだ地域医療センターの活動例

十勝いけだ地域医療センターで実施した夏祭りの開催事例について紹介する。過疎・高齢化が進む中で、地域住民や地域の関係機関との連携強化は、健康づくりはもとより災害対策を進めるといった多角的観点からも重要である。本事例は、医療機関が町と協働して行ったユニークな取り組みである。

開催にあたっては、予防に関心を持ち健診・受診を促せる内容、誰もが参加しやすい雰囲気づくり等の工夫がなされた。イベントでは、講演会、看護師体験、健康相談、救急車体験等を組み込み、町内の飲食店等の食事の提供、障害者施設の作品の販売も行った(写真5)。



白衣を着て看護師体験！

将来看護師さんになりたい！
というお子さんもいました。

写真5 十勝いけだ地域医療センター：地域住民・商店街・自治体と協働での夏祭りの開催

陳列棚や通路に1日の食塩摂取量の目標量と実際の食塩を、
「栄養成分表示のみかた」「カップ麺との組み合わせ例」の情報を表示



調味料・即席スープの
減塩商品に立体型POPを表示



POPはすべて町民の手作り

写真6 真鶴町国民健康保険診療所：地域のドラッグストアと連携した減塩の取り組み

講演会終了後のアンケート調査は総じて好評であり、今後希望するテーマとして「認知症について」「食生活について」「糖尿病について」等が挙げられていた。また運動不足を感じている人が大半を占め、今後の生活を変えてみたいという人も多かった。

十勝いけだ地域医療センターが健康づくりの

発信に積極的な役割を担っている貴重な事例といえる。

4. 真鶴町国民健康保険診療所の活動例

地域のドラッグストアとの連携による減塩を目指した真鶴町国民健康保険診療所の食環境整備事業について紹介する。虚血性心疾患の死亡

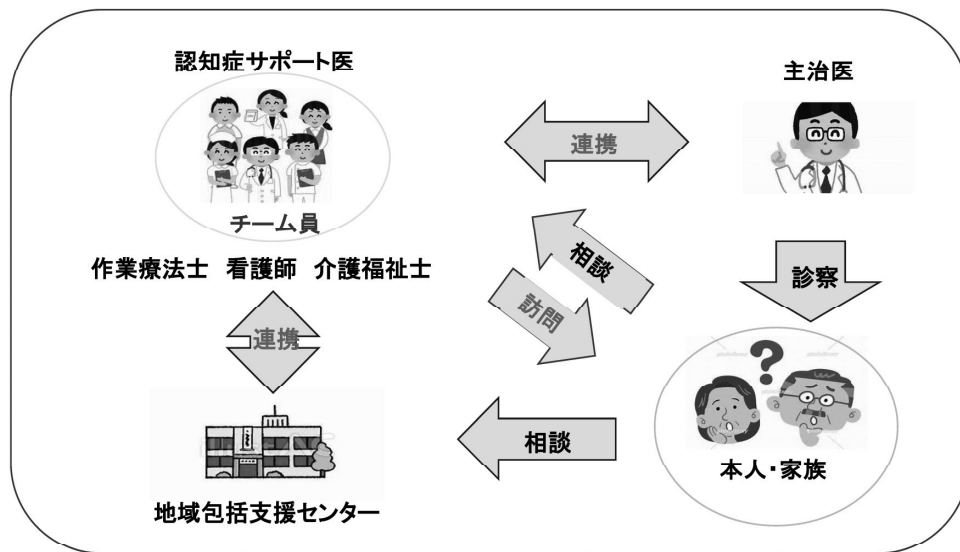


図1 揖斐郡北西部地域医療センター山びこの郷：認知症初期集中支援事業

率が高く、食塩摂取量が多いといった健康課題を踏まえた取り組み事例である。

「えいようみてみよう」をコンセプトにPOP表示による情報提供を行った。①カップ麺・袋麺の全商品にエネルギー・食塩相当量を表示。②食塩が1食、またはスープを半分残すと3g以下になる商品にマークを表示。③陳列棚に食塩摂取量の目標量を実際の食塩と合わせて表示。④調味料・即席スープの減塩商品に立体型POPを表示。これらのPOPデザインは全て町民メンバーが作成した(写真6)。

また、店頭で減塩商品の試食会を開催し周知を図った。この事例は、診療所が地域の企業と連携して減塩対策に取り組んだヘルスプロモーション活動の事例の一つである。

5. 揖斐郡北西部地域医療センター 山びこの郷の活動例

「住み慣れた地域で暮らし続けるために」をコンセプトとした、山びこの郷における認知症初期集中支援事業について紹介する。

チームメンバーは、診療所医師である認知症サポート医3名、認知症地域支援推進員を兼務し訪問診療に携わっている看護師1名、施設リハビリ・訪問リハビリを行っている作業療法士1名、施設ケアに従事している介護福祉士1名の6名である(図1)。

チームの活動は認知症または疑いのある方の自宅を訪問し、診断のための受診を勧めたり、介護サービスの紹介、本人・家族への教育的支援、生活環境の改善に向けた支援を行ったりしている。取り組みの特徴として、訪問診療を施設内で行っているため速やかな受診につなげられること、地域包括支援センターの職員も一緒に訪問することで介護保険の申請がその場でできること、医療・福祉職の訪問で専門性を生かしたアセスメントが行えること等があげられる。さらに、今後、情報交換会や認知症サポーター養成講座を開催し啓発に努め、地域住民の認知症に対する理解を深めていくことにしている。

職員を対象としたヘルスプロモーション活動の例

あま市民病院で行われている、職員の健康増進に対する取り組み事例を紹介する。あま市民病院では、職員健康増進プロジェクトの有志によるメンバー(診療放射線技師1名、理学療法士2名、管理栄養士1名)が中心となって、職員に対して運動や食事、コミュニケーションを通じた健康面へのサポートを行っている(写真7)。

啓発活動として睡眠や運動を促すポスターを作成したり、パソコンのスクリーンセー



写真7 あま市民病院：職員の健康増進に対する取り組み

バーに掲示したりしている。運動に関しては、COVID-19流行下でも人との距離が保てるバドミントンを行ったり、特に看護師をはじめ女性職員から要望の多かったヨガを行ったりした。参加者からの反応も良く、いろいろな職種、年齢の人とのコミュニケーションの場としても有効だった。

食事の面では、認知症サポートチームの協力を得て、認知症予防の食材を使った食事を提供した。看護部長の手作りで、見た目、味、栄養面も素晴らしく、お昼には行列ができるほどであった。職場におけるヘルスプロモーション活動の好事例である。

文献

- 1) 日本の将来推計人口、令和5年推計、国立社会保障・人口問題研究所。 https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023_ReportALL.pdf (accessed 2023 Dec 14)
- 2) 総務省統計局。 <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1321.html> (accessed 2023 Dec 14)
- 3) 地域包括ケア、厚生労働省URL。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (accessed 2023 Dec 14)
- 4) 健康経営の推進について、令和4年6月、経済産業省ヘルスケア産業課。 https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/kenkokeiei_gaiyo.pdf (accessed 2023 Dec 14)
- 5) 中村正和：特集 病院や診療所におけるヘルスプロモーション活動 エディトリアル。月刊地域医学 2019; 33(4): 276.
- 6) 宇田英典、川畑輝子：JADECOR施設におけるヘルスプロモーション活動の推進に向けて。月刊地域医学 2023; 37(1): 96-108.
- 7) 宇田英典、川畑輝子：JADECOR施設におけるヘルスプロモーション活動の推進に向けて ～Part 2～。月刊地域医学 2024; 38(2): 196-199.

地域ヘルスプロモーション病院の 意義と実際

あま市民病院

梅屋 崇 西原敏順 大橋大輔 石川直矢 奈田昇吾 中野美香 熊崎由佳

抄録

あま市民病院は、地域ヘルスプロモーション病院になることを経営方針のひとつにしている。委員会、診療チームに加えてプロジェクトという自発的なチームを構成し、多職種連携でヘルスプロモーションに取り組んでいる。医療の質の向上、地域連携の推進、住民や職員の健康増進に加えて、医療人育成の意義を見出している。財務的貢献、診療業務とのバランス、成果の測定が課題としてあり、さらなる取り組みを必要とする。

序文

これまで病院は、疾病に罹患した患者を治療することによって患者の健康を追求するという、いわゆる後手の役割であった。ヘルスプロモーション(以下、HP)によって健康が維持された場合、病院で治療する疾病は未然に防がれることが期待される。病院が行うHP活動は、未病の時期から病院との接点を持つことで、「未来の顧客を創出する」という積極的な解釈と、疾病の発生を減らし、「将来の顧客を減らす」という消極的な解釈がある。病院の収入の大半は手術・処置を含んだ外来と入院の診療報酬である。人間ドック等の健診や検診、予防接種等の保健活動からの診療報酬外の収益の割合は多くの病院で限定的である。しかし、人口減少に転じた本邦においては地域の健康問題を抽出し、予防の観点から早期に介入する必要性が高まっている。そこで、病院が地域の健康のためにHP活動を展開するためには、その収益構造に作用する仕組みが望まれる。

一方で、病院には多くの医療専門職(以下、医

療人)がいる。今日の医療人がキャリアを過ごす場は病院に限らない。介護サービス業や行政で職を得るものもあれば、起業してフリーランスとして働く方法もある。病院が医療人の働く場として魅力を持つには、キャリア形成の場つまり学びの場でなければならない。それも、卒後初期の基礎的な修練の場だけではなく、職業人としての長いキャリアを通じて学びを提供することが求められる。これまでの医療人の学びの場は、学術機関であることや高度な医療を提供し豊富な症例があることが良いとされてきた。しかし、地域医療構想や新型コロナウイルス感染症の全国的流行を見れば明らかなように、ワンストップの医療を提供することができる病院は皆無であり、自院の役割を明確化して病院間連携による医療を提供することが一般的になった。病院における急性期医療の前後、つまり入院する前や退院した後について併せて学ぶことができれば、医療人にとって魅力的な職場となる。在宅での医療・看護・介護・リハビリテーションが後者であるとする、HP活動は前者のひとつの選択肢なのではないかと考える。

特集

本稿では、あま市民病院におけるHP活動の沿革を述べ、その活動主体別に活動の場と期待される成果を報告する。その後に病院が行うHP活動の意義と課題について考察する。

病院における HP活動の意義と活動主体

HPの定義は他稿に譲ることとする。中村は、病院がHPに取り組む意義として、

- ① 組織的な取り組み(システム介入)の強化
- ② 医療の質の向上
- ③ 患者のQOLの改善(重症化・合併症予防)
- ④ 職員の健康保持
- ⑤ 地域連携の強化
- ⑥ 地域の健康指標の改善と医療費の削減を挙げている¹⁾。

本稿では、HP活動を活動主体と活動対象で分類した。病院によっては、健康管理センター等の健診などのHPを本業とする部門を常設しているが、当院は該当しないため取り上げなかった。外来や栄養指導などの個々の診療の場を除外すると、各種委員会、呼吸ケアや感染対策などの診療チーム、目的別のプロジェクトチームがHPの活動主体と考えられた。活動の対象は、患者とするもの、地域とするもの、職員を対象とするものに分類した²⁾。併せて、中村の6項目における期待される成果を検討した。

あま市民病院におけるHP活動の沿革

1. 病院の背景とHP

あま市民病院は愛知県あま市が設置する公立病院である。前身は公立尾陽病院であり、1947年から地域に貢献している。現在の病床数は、一般病床90床、地域包括ケア病床45床、回復期リハビリテーション病床45床の計180床である。2007年から始まった公立病院経営改革の文脈の中で、2017年に指定管理者制度を導入することを決定し、2019年から公益社団法人地域医療振興協会(以下、協会)を指定管理者として公設民営の経営を行っている。

指定管理者制度は、公立病院の民営化の手法のひとつである。公営で困難であった医療者確保や収支の均衡が期待され、さまざまな変革や挑戦に取り組むことができる。職員を確保し、多くの場合で事業を拡大しなければ継続できない。そのためには、旧体制から新体制に移行する職員を少しでも多くし、新たに加わる職員と一体となって事業に向かう組織の舵取りを求められる。持てる資源を評価し、最大限に活用することが必須であり、自院がおかれた環境を共有し、新しい体制になることで生まれる長所を示し、組織としての理念やビジョンを共有することが求められる。あま市民病院の場合は、新体制における長所として協会が法人内のヘルスプロモーション研究センターで取り組んでいる地域のHP活動があった。台東区立台東病院は、介護教室、認知症カフェ、フレイル予防事業、禁煙推進事業を通じて地域全体で疾病の予防や疾病や障害に対する正しい理解、地域内での互助・共助を推進する活動を行っており³⁾、これからの公立病院が地域に求められる役割を担うために先進的な取り組みであった。

2. 地域ヘルスプロモーション病院

2019年に指定管理者制度を導入するにあたって、2018年11月と2019年2月に全職員を対象とした職員ワークショップ「あまカフェ」を行った。第1回には、病院職員38人、協会職員10人、新規採用予定の職員9人と次年度以降に病院に勤務する予定の職員を中心として合計57人が参加した。病院の外部環境および内部環境を解説した上で、2015年に新病院を建設した際に行われた市民アンケート結果と医師会、消防組合、後方病院などから聴取した病院への期待を報告し共有した。ワールドカフェ方式で、「あま市民病院に求められている役割はなにか?」と、「あま市民病院に求められている役割を果たすために起こるべき変化はなにか?」をテーマとして議論した。

あまカフェでの意見を新病院運営委員会で報告し、理念、ビジョンを刷新した。「あま市民の健康と安心を守るために、地域包括ケアシステ

表1 PJと活動方針

プロジェクト名	活動方針
① 医療者育成促進PJ	教育研修委員会に合併
② 幸福に生きるイピニオン作りと発信について	⑪と合併
③ 健診・検診について	健診委員会に合併
④ 売店・食堂の充実について	
⑤ 広報について	広報委員会とPJと両立
⑥ 多職種連携について	医療情報管理委員会へ依頼
⑦ 職員が楽しめる職場作りについて	福利厚生委員会に合併
⑧ 院内コンサートについて	⑩に合併
⑨ 災害について	防災委員会と合併
⑩ レクリエーションについて	認知症サポートチームに合流
⑪ 健康づくりについて あま市民病院を中心とした地域住民の健康づくり	③と合併

ムにおける連携につとめ、安全で質の保たれた医療を継続します」を理念とし、「市民と連携機関に信頼され、健康と安心を提供する病院」をビジョンとした。併せて、3つの経営の軸のひとつとして地域ヘルスプロモーション病院となることを決めた。

3. Open Space Technologyによるプロジェクトの発足

第2回あまカフェには、病院職員29人、協会職員16人、新規採用予定の職員13人と合計58人が参加した。第1回の振り返りの後に新しい理念とビジョンを発表し、意見交換を行った。その後、Open Space Technology(以下、OST)^{注i}を用いてプロジェクト(以下、PJ)を募集した。11のPJ(表1)が誕生したが、活動が委員会と重複しているものもあり、委員会として活動していくか、PJを継続するかを各々検討した。後に加わった認知症に関するPJを加えて、8つのPJチームが活動することになった。

注i OSTは、勇者である発起人が全員の前で議論するテーマを提案する。勇気や責任感を必要とする。各人は、蝶としてPJや議論に参加しない自由があり、自身が学ぶことができると感じるものにだけ蜂として参加すればよいという自主性の高い手法である⁷⁾。ボトムアップのアプローチであり、トップダウンによる「やらされ感」を小さくすることを目的にこの手法を用いた。

活動主体別に見たHP活動

HP活動を活動主体と対象、活動の場、期待される成果で分類し、加えて代表的な実績を示す(表2)。

1. 委員会における活動

地域に開けた病院であるために地域を対象として年1回病院祭りを開催している。患者サービス委員会が開催を決定し、別途実行委員会が構成され、プログラムは院内外のさまざまな部門やチームが連携し、住民の有志や地元球団などの企業にも協力を得て開催している。

2. 診療チームにおける活動

(1) 地域感染管理活動

感染対策チーム(Infection control team: ICT)を中心として、院内にいる患者や職員から地域の医療介護福祉機関や専門学校などの医療者教育機関へ対象を広げて感染管理の普及に努めている。具体的な活動として、2019年に地域の医療介護福祉機関を対象とした公開の感染地域連携講座を5回開催した。新型インフルエンザ対策として市のワクチン住民接種のシミュレーション研修を行い、市職員50名にインフルエンザワクチンを接種した。2020年から、病院職員に対して行っているワクチンで予防できる疾患

表2 あま市民病院におけるHP活動

	活動主体	活動対象	活動の場	期待される成果	活動実績
病院祭り	委員会	地域	院内	①⑤⑥	2019年,2023年度開催
ICT	診療	患者,地域,職員	院内外	①②③④⑤⑥	地域感染管理活動(ワクチン接種,教育指導活動)
ワクチンチーム	診療	地域,職員	院内外	①②③④⑤⑥	新型コロナワクチン住民および医療者接種事業
ACPチーム	診療	患者,地域	院内外	①②③⑤⑥	市民公開講座
RSTチーム	診療	患者,地域	院外	①②③⑤⑥	市民公開講座
糖尿病チーム/PJ	診療+PJ	患者,地域	院内外	①②③⑤⑥	市民公開講座,糖尿病教室,糖尿病性腎症予防など
DST/PJオレンジ	診療+PJ	患者,地域	院内外	①②③⑤⑥	市民公開講座
フレイル予防PJ	PJ	地域	院外	①②③⑤⑥	市のフレイル予防教室の企画と参加
職員健康増進PJ	PJ	職員	院内	①④⑥	健康啓発,イベント開催
ヘルプロPJ	PJ	地域	院外	①⑤⑥	秋の健康収穫祭などのイベント開催

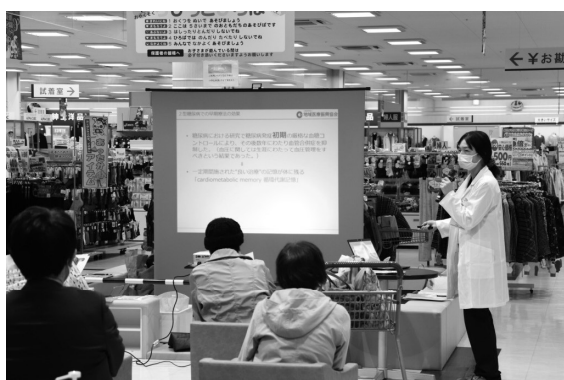


写真1 商業施設で行う糖尿病教室

に対する予防接種を市の病児保育スタッフや管轄消防組合の職員に広げた。院外COVID-19対策として、高齢者施設巡視サポートや医師会と連携したメール相談サポートに加えて、専門学校において感染対策指導講座を開催した。2022年度から公開の感染管理実践者研修を開催し、地域の老人福祉施設や歯科医院などの医療者を対象に実務研修を提供している。

(2) 糖尿病支援チーム/PJ

糖尿病支援チームの活動をより活発化する目的でPJ活動も行っている。患者と地域の住民を対象として、糖尿病教室や糖尿病性腎症予防を行うことで、糖尿病の合併症である腎症が透析療法に移行することを予防し、長期間における生活の質(QOL)を改善し、さらには医療費を削減することを目指している。例年世界糖尿病デーである11月14日に併せて糖尿病教室を開催しており、2019年は院内で市民公開講座として、COVID-19が流行した2020年はオンラインで開催した。2021年からは院外に出向き、スーパーマー

ケットの催事場で開催した(写真1)。海部歯科医師会や市の保健師を講師に招き、地域連携の実践にも貢献した。市民への情報発信および啓発に向けた活動として、地元新聞とケーブルテレビで発信された。市民と他地区の血糖値比較や歯周病アンケート調査も行い、病院と歯科医師会の情報収集の場にもなった。会場を提供していただいた商業施設の代表からも好意的な意見を頂き地域の企業との連携のひとつとなった。

(3) 新型コロナワクチン住民接種事業

2021年度新型コロナワクチン住民接種において、自治体と医師会、歯科医師会、薬剤師会と病院が連携してオンライン協議会を設置して企画運営に協力した。病院ではワクチンチームが活動主体であった。地域を対象とした事業であり、国が示した2021年7月30日までに7割の高齢者にワクチンを接種する目標に対して、県や全国に先立って達成した⁴⁾。住民は、被接種者やボランティアとして参加した。

3. PJによる活動

(1) フレイルPJ

地域住民を対象として栄養面・体力・社会面からフレイル予防に取り組んでいる。サロンなどの高齢者が集う場でフレイル予防教室を行政と連携して開催し、リハビリテーション療法士が講師として運動療法を指導している⁹⁾。計画から参画することで年度を追って発展しており、指導者育成を行い普及に努めている。住民にとっては、参加者としてだけでなく指導者としても参加する場となっている。今後は、成果を評価

することが課題である。

(2) 職員の健康増進PJ

職員の身体・精神機能だけでなく、業務パフォーマンスの向上を目的として活動している。具体的には、BMI(Body Mass Index)・血圧・平均睡眠時間を定期的に観察、サークル活動の推進、日常生活の中での運動量(エクササイズ数)等を掲示、職員食堂メニューのカロリー・炭水化物量・塩分量等表示、腰痛予防として患者様の移乗方法の指導や時間外労働時間適正把握などを行った。加えて、「職員の健康を守る!!」を目標として、ヨガやバドミントン等の運動や職種間の交流など、ストレス発散のため活動を行った⁹⁾。

(3) ヘルプロPJによる地元企業との連携事業

2022年、隣の津島市にある商業施設で、地域住民を対象とした「あま市民病院 秋の健康収穫祭」を開催した。協会のヘルスプロモーション研究センター、海部歯科医師会と津島保健所の保健師の協力を得て健康講話を行った。加えて、名古屋市のバスケットボールチームであるファイティング・イーグルス名古屋と連携してバスケットボールを利用した健康体操指導を行った(写真2)。2023年には、隣の清須市の商業施設で行い、例年地元企業、自治体との連携関係が構築されてきた。



写真2 地元球団と連携して行う健康教室

対する期待は限られていたが、事例としては職員の健康増進PJが主体となって活動している。⑤地域連携の強化では、複数のHP活動を通じて、市や保健所などの行政や医師会、歯科医師会との連携が促進された。加えて、地域を対象にする活動では、地元の商業施設や球団とも連携した活動が生まれている。この連携は年々密になっており、HPだけでなく、災害対策における連携へと発展した。また、フレイル予防教室やワクチン事業などでは、貴重な住民参加の場であった。⑥地域の健康指標の改善と医療費の削減は、全ての地域医療を担う全ての病院が最終的に目指すべきものと言える。フレイルPJでは、参加者の健康指標の改善を評価する仕組みに取り組んでいる。期間限定であるが、ワクチンチームの新型コロナワクチン接種率の向上は、健康指標における成果と呼べる。

考察

1. 病院が行うHP活動の意義について

当院の全てのHP活動は、中村の6つの意義の中の複数において期待がある(表2)。①組織的な取り組み(システム介入)の強化については、全ての活動主体が多職種協働のチームであった。②医療の質の向上、③患者のQOLの改善(重症化・合併症予防)については、本来業務の要素があり、診療チームから発展して行った活動が多かった。糖尿病支援チーム/PJは糖尿病診療に重点において医療の質の向上と患者の重症化予防の活動をしており、フレイルPJは運動療法の開発に取り組んだ。これらの活動は日々の診療の向上にも活用されている。④職員の健康保持に

2. HP活動に期待するもう一つの意義

HP活動には上記の6つに加えて、「医療人の学び」の意義を期待する。多くの医療者は知識やスキルを得たり、治療の効果を確認したり、患者から感謝されたりすることで自身の成長や医療への貢献を確認することによって学ぶ。時には、好ましくない結果から学ぶ。しかし、冒頭述べたように、長い医療人のキャリアの中で活躍するフィールドを病院内に固定してしまうことは、学びの場を限定することになりかねない。院外で、患者ではない住民を対象としたHP活動ができることは、医療人に新しい学びの場を提供する。

3. HP活動の課題

(1) 財務的貢献

HP活動を病院の中心業務のひとつとするためには、「住民が健康になることで医療機関が報われるしくみ」が必要である。1つは、診療報酬に予防を取り入れることである。診療報酬では、疾病を有する個人に対しての栄養や運動などの生活習慣へ指導や介入は治療の一環と評価されており、未病の個人に対する予防活動に対する評価はされない。例えば住民登録制を導入し、その健康指標の達成度に報酬を設けることができるかもしれない。自治体と連携して健康指標の改善を達成することで報酬を得る手法も検討される。もう1つは、健診や検診だけでなくその他のHP活動が収益性を持ち、診療報酬外の収益に貢献することである。保健事業の委託という手法も想定される。

(2) 評価のための達成目標と指標

HP活動を推進する中で、活動と成果を評価するための達成目標と指標の必要性が確認された。しかし、現状はアンケート等の定性的評価に留まっており、達成を定量できるようになることが望まれる。加えて、中村の⑥地域の健康指標の改善と医療費の削減は医療におけるアウトカム指標(Key Goal Indicator: KGI)であり、短期間で達成されるものではないことが多い。まずは短期間に成果を示すアウトプット指標Key Performance Indicator (KPI)を開発し、間接的にでもKGIに結び付ける必要がある。

(3) 診療業務とのバランス

診療業務とのバランスも課題である。委員会、診療チーム、PJのいずれのHP活動も業務の一環としている。つまり、活動時間が増加することは、通常の診療業務の時間が減少する。とりわけ、週末にHP活動を業務として扱う場合に、勤務日を調整する必要がある。HP活動に参加したいが、

勤務日数が調整において部門管理者や同僚の理解を得ることにハードルがあると聴く。全ての職員が行うわけでもない点も影響している。好ましいのは、HP活動の財務的貢献と業務としての妥当性を示すことであろう。現状では、事業としての収益性が乏しく、地域貢献や研修の期待割合が大きい。

結論

あま市民病院は、「健康」を理念やビジョンに組み込み、地域ヘルスプロモーション病院になるべく運営している。病院が行うHP活動は、多職種連携チームが活躍の場であり、地域連携も促進する。貴重な住民参加の場でもある。財務的貢献や活動の管理における課題においてさらなる取り組みが必要であるが、診療の枠を越えた医療者の学びと健全な職場への貢献を期待している。

参考文献

- 1) 中村正和:Health Promoting Hospital(HPH)としての取り組み。2018。台東区立台東病院・老人保健施設千東地域連携の会。2月26日
- 2) 川畑輝子:病院におけるヘルスプロモーション活動に関する調査結果報告。月刊地域医学 2023; 37(1): 96-98.
- 3) 山田隆司:台東区立台東病院・老人保健施設千東のこれから。2018。台東区立台東病院・老人保健施設千東地域連携の会。2月26日。
- 4) 梅屋崇, 荒井耕:新型コロナワクチン住民接種に有効であった診療圏連携BSCの1事例。日本医療マネジメント学会雑誌 2023; 24(1): 39-44.
- 5) 大橋大輔, 奈田昇吾:地域住民へのフレイル予防の取組。月刊地域医学 2023; 37(1): 102-103.
- 6) 大橋大輔, 石川直矢:職員への健康増進に対する取り組み。月刊地域医学 2023; 37(1): 107.
- 7) 香取一昭, 大川恒:OST(オープン・スペース・テクノロジー)実践ガイド:人と組織の「アイデア実行力」を高める。東京, 英治出版, 2018.

プライマリ・ケアの現場からエビデンスを創出する —PBRN設立とこれまでの歩み—

君津市国保小櫃診療所管理者・JADECOM-PBRN代表 望月崇紘

抄録

この稿を読み始めたあなた、地域医療×研究に興味があるだろうか。でも、忙しくて地域医療をやりながら研究と両立するのは難しいと感じてないだろうか？

筆者も若手時代臨床医として日々の診療をするだけで精いっぱいだった。指導医からは「良い医師になるには研究もしなければいけない」とよく言われたが、忙しさを理由に研究を含む学術活動を極力遠ざけていた。そして研究を始めようと一步を踏み出す後輩たちに妬みすら感じる時もあった。「良い医師は研究も」という指導医の言葉がずっと頭の片隅に引っかかっている、ちょっとでも研究に関わる方法はないかと考えていた。

きっと同じような悩みを持ちながら地域医療をされている方も多いのではないかと思う。PBRNはそんな悩みを解決する一つの方法である。本稿ではPBRNとは何かを説明し、我々のJADECOM-PBRNの活動について紹介する。

PBRN概説

1. PBRNとは

PBRNとはPractice Based Research Networkの略で、プライマリ・ケアを中心とした外来診療を実践する医療者たちで臨床研究のために組んだネットワークのこと(図1)。単施設による研究では症例数が少なくなってしまうが、多施設で行うことにより症例数が大きくなり、よりインパクトのある研究をすることができる。また、単施設だとその施設や地域による特性が大きく影響してしまうが、多施設でのデータを統合することで一般化しやすい研究とすることができる。ネットワーク化することにより症例数が増えて多様性が生まれる一方で、研究にかける労力を分担することもできる。

2. Practice basedの研究

(1) 地域全体を対象とした研究

図2は医学教育の現状を語る際によく用いられる。1,000人の人口がいたときに、何らかの症状を持つ人が862人、医療機関に相談する人が307人である。その中で救急外来を訪れる人は10人、入院する人はわずか7人、大学病院に受診する人もわずか6人である。全体の1,000人から比べるととても小さな枠になってくる。ところが、日本のみならず世界の多くにおいて医学教育は大学病院や高度専門医療機関で行われている。そして、研究についても同じことがいえる。多くの研究は大学病院や高度専門医療機関で行われるのが現状だ。

しかし、地域医療ではこの小さな枠の中ではなく、症状のない人も含めた1,000人全体を対象にすることになる。大学や高度医療機関など



図1 PBRNとは

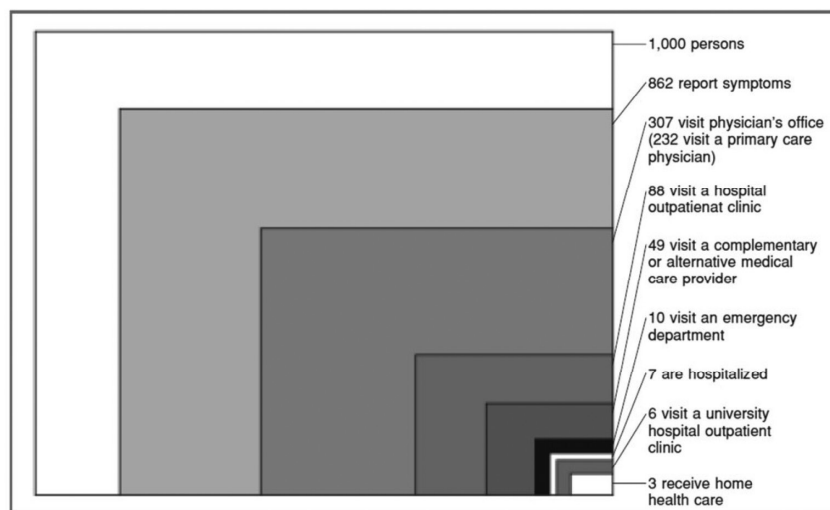


Fig. 1 Monthly prevalence estimates of symptoms and health care utilization in Japanese population
Each box does not necessarily represent a subgroup of the larger box, i.e., some values are overlapping.
The values are based on 1,000 persons.

The Ecology of Medical Care in Japan Revisited.
Takahashi O, Ohde S.
Value Health. 2014 Nov;17(7):A434. doi: 10.1016/j.jval.2014.08.11
Epub 2014 Oct 26. No abstract available.

図2 一般人口 1,000 人あたりの医療機関利用状況

の特殊な環境ではなく、ありふれた臨床現場や地域社会を題材にする全体を見通した研究がPBRNでは行われる。

(2) 橋渡し研究

PBRNによる研究を説明するときに橋渡し研究(Translational Research)という概念が用いられることがある(図3)。

分子や組織での研究成果を動物に応用する: Translation to natural animal modelsする研究をT0.5研究と呼ぶ(そこまでを合わせてT0研究と呼ぶこともある)。次に、動物から正常な人体に応用する: Translation to humansする研究を

T1研究、さらに患者へと応用する: Translation to patientsする研究をT2研究と呼ぶ。一般的に研究というところのT0.5からT2までの研究を思い浮かべることが多いと思う。しかし、PBRNが扱う研究はその先である。どんなに良い検査方法や治療方法ができて、それを実際に使うのは現場の医療者たちだ。T2研究で患者に応用した知見を一般実臨床に応用する、あるいは橋渡しできているかを検証する: Translation to practiceする研究がT3研究となる。さらに、実臨床に行きわたった結果、地域全体、国全体で死亡率や経済的視点にどう影響しているかを検

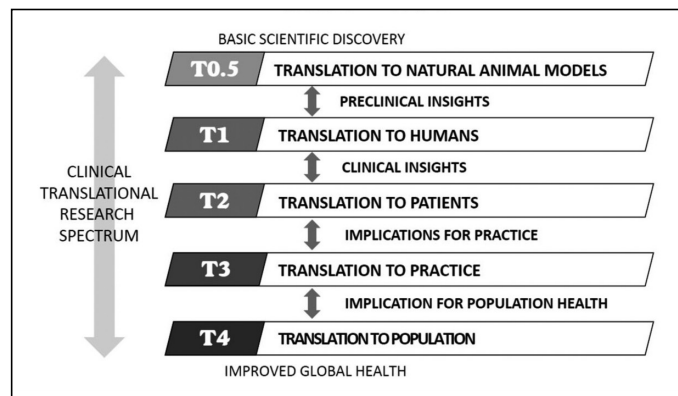


図3 橋渡し研究

証する：Translation to populationする研究がT4研究となる。

例えば、慢性心不全患者に β 遮断薬を使用すると予後が伸びるということを証明するまでがT2研究となる。しかし、臨床医がそのエビデンスを知り、実際に処方するかどうかはまた別になる。どの程度現場の医師が処方しているのか、処方行動に移していないとなると何が障壁になっているかなどを検証するのがT3研究となる。そして、その結果地域や国全体でどれくらい心不全による入院を減らしたり、医療費を削減できたりしているかを検証するのがT4研究になる。

また、大腸がん検診における便潜血検査を例にしてみると、わずかな血液でも検出することができるようして、精度の高い便潜血検査キットを開発するまでがT2研究である。しかし、どんなに優秀な検査キットを開発してもそれが使われなければ意味がない。どうやったらこのキットを使用して幅広い市民にスクリーニングを行えるかを考えるのがT3研究である。そしてその結果地域全体、国全体として大腸がんによる死亡を減らすことができるかなどを検証するのがT4研究となる。

一般的な研究は、高機能病院で専門科が行い、疾患が単純な方を対象に行われていることが多い。したがってDisease(≠Illness)、臓器、数値を対象とした研究が多い。そんな研究を元にしたエビデンスやガイドラインは必ずしも地域医療の現場では役立たないことがある。CKDガイドラインでeGFRが基準値になったら専門科

紹介と言われても、地域ごとに専門科へのアクセスが異なる。認知症初診患者に画像評価しようにも患者背景や地域の事情に大きく左右される。研究機関内の限られた世界ではなく、リアルワールドの現状を映し出すのがPBRNによる研究といえる。

3. PBRNの歴史

PBRNは1960年代にオランダ、カナダ、イギリスで生まれ、1970年代からアメリカでも出現し、家庭医療が一つの専門分野として確立するとともに急速に発達していった。初期のPBRNでは、よくみる症状や疾患(頭痛、胸痛、糖尿病手根管症候群など)についてのプライマリ・ケアの現場での遭遇頻度や診療実態をみる研究が主に行われていた(T3研究)。2000年以降、大規模な電子カルテ情報を統合したビッグデータを利用して、地域や国家レベルの医療経済や医療システムをみる研究など(T4研究)が増えてきている。

PBRNはアメリカの公的機関であるAHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)で登録が行われている。5施設以上、15人以上の医療者がいることが登録要件となっていて、現在は世界で200以上のPBRNが形成されている。

4. PBRN参加者のメリット

PBRNには大小さまざまな規模があるが、それぞれにおいて参加する医療者たちの研究への関わり方が若干変わってくる。



図4 JADECOM-PBRN

(1) 小さなPBRN

数施設から数十施設までの規模の小さなPBRNでは、現場の医療者から生じたクリニカルクエスチョンを研究するBottom-up型研究が中心となる。規模が小さいゆえに参加者個々の意見をくみ取りやすく、より研究に深く関わっている実感を得ることができる。また、PBRN内の会議や勉強会により、参加者同士が顔の見える関係を築いたり、最新知識を共に得る機会を持つことができたりする(後述のJADECOM-PBRNはこちらに該当する)。

(2) 大きなPBRN

複数のPBRNが連携して巨大なネットワークを構築したり、多国籍にわたる国際共同研究をしたりするPBRNなどが最近増えている。規模が大きいゆえに現場の医療者ではなく、専門の臨床研究者、統計家が研究立案・遂行をするTop-down型研究が中心となる。米国では数億円規模の多額の助成金で行われる研究も珍しくなく、研究成果が大きなインパクトとなり医療政策へと反映されるケースもある。現場の医療者としては、研究を直接指揮することは少ないが、自分自身が研究のために割く手間は小さく、最小限の労力で研究に関わっている実感を得られる。

5. ヘルスプロモーション、質改善にPBRN

ここまでPBRNの特徴を述べてきたが、PBRNが本特集である『地域医療におけるヘルスプロモーションと質改善』に取り組むにあたり大変親和性が高いということが容易にお分かりいただけると思う。PBRNでは今健康な人も含めた全てを現場に近いところで研究対象とするため、リアルなヘルスプロモーション活動を実践・描出することができる。また、複数のプラ

イマリ・ケア医療機関を比較しながら行う質改善活動(39頁「プライマリ・ケアの診療の質の改善を目指したQI活動」参照)についてもPBRNが恰好の場となる。

JADECOM-PBRN

1. JADECOM-PBRN発足

地域医療振興協会(JADECOM)では医療施設運営事業、医師派遣・診療支援事業、医師研修事業を3本柱の事業として、基幹型臨床教育病院や地域中核病院に加え、約50施設ほどの地域診療所を運営している。しかしこれまで多施設が連携した臨床研究は行われてきていなかった。公益社団法人として、地域医療を促進していく組織として、地域の現場から臨床研究データを発信していく責務がある。2018年6月、我々は多施設が連携して臨床研究をするネットワークとしてJADECOM-PBRNを発足させた(図4)。

2. オレゴン健康科学大学家庭医療学科との交流

JADECOMは米国でも有名な家庭医研修プログラムを有するオレゴン健康科学大学(OHSU)と20年来の相互交流をしている。その交流をさらに発展させるため2017年JADECOM寄付講座を開設、山下大輔医師が担当教授として就任した。その寄付講座のもと、年単位でのフェロー留学プログラムが開始され、筆者である望月が初代OHSU研究フェローとして渡米、PBRN運営について学びJADECOM-PBRN設立に至った。そして、その後もフェロー留学プログラムは継続しており、2019～2021年西村正大医師、2022～2023年佐々木航医師、2023年から井上博人医師が留学している。

JADECOM-PBRN運営体制

全国のJADECOM診療所職員：多様な研究フィールド

現フェロー・ポストフェロー：研究責任者，PBRN運営責任者

地域医療研究所事務員：事務手続き，IT関連業務

研究アドバイザー：



ヘルスプロモーション研究センター
センター長 中村 正和 先生



OHSU DFM
教授 山下大輔先生

- ・ JADECOM-PBRN Meeting：毎月第2火曜日オンライン会議を開催。研究計画はもちろん，新型コロナ情報や医事算定変更など診療所ネットワークとして情報交換。
- ・ JADECOM-PBRN Convocation：年1回Face to Faceの全体集会。研究成果の報告。
- ・ Site Visit：PBRNコアメンバーが現地施設を訪問し御用聞き。

図5 JADECOM-PBRN 運営体制

3. 運営体制

現・元OHSU研究フェローを中心にPBRNを運営し，筆頭研究者としてそれぞれ研究指揮している。そして，ヘルスプロモーション研究センター中村正和センター長，OHSU山下大輔先生，OHSU家庭医療学科の研究者らが研究アドバイザーとして，地域医療研究所事務員が研究補助者として，研究活動を支援してくれている(図5)。

上記コアメンバーらがJADECOM診療所職員を招いて毎月オンライン会議を開催し，研究のブレインストーミング，進捗相談を実施，年1回対面での全体会議で活動報告を行っている。また，コアメンバーが各診療所に現地訪問を行い，研究のみならず診療所同士の困りごとを共有してネットワーク強化に努めている。

地域医療の最前線で診療をしている方々にとって研究へのモチベーションはそれぞれ異なってくる。JADECOM-PBRNでは，研究フィールドの提供から研究会議参加，研究指揮まで，現場の医療者の方々それぞれのニーズや希望に合わせて研究に関与してもらっている。

4. 主な研究活動

JADECOM-PBRN発足時のアンケートで参加する医師から研究テーマの投票を行い，1位がACP(Advance Care Planning)について，2位

がベンゾジアゼピン乱用についてであり，それらを中心に研究活動を始めている。

(1) ACP実装研究

プライマリ・ケア外来においていかにACPを実践するかの実装研究を行っている。これまで英語論文出版(JGFM)，書籍発行(サイオ出版)，医療教育動画出演(ケアネットTV)をしている。

Mochizuki T, Yamashita D, Miura C, Nakamura M, Izumi SS: Feasibility and acceptability of advance care planning facilitated by nonphysician clinicians in Japanese primary care:

Implementation pilot study. J Gen Fam Med 2022; 24(1): 30-37. doi: 10.1002/jgf2.586. PMID: 36605916; PMCID: PMC9808147.



望月崇紘:いつ誰がどうやって 地域で実践するためのアドバンス ケアプランニング. サイオ出版, 2021.



望月崇紘:Dr.もっちーのアドバンス・ケア・プランニング実践術. Care NeTV, 2023.



(2) 診療の質改善活動

電子カルテネットワーク(JCHIN)を構築し、それをもとにしてベンゾジアゼピン処方減薬、糖尿病診療の質改善、ポリファーマシー改善などの活動を行っている。

(3) へき地医師経験調査

へき地医療機関において継続的に医師が働き続けるための要因を探索する研究を実施している。

(4) 学術活動支援

JADECOM総合診療専門研修プログラム「地域医療のスズメ」の専攻医への学術活動支援を行っている。

西村医師執筆の論文が月刊地域医学, BMC Primary Careに掲載。

西村正大, 西岡大輔, 伊藤友里, 他: 地域診療所におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用に関する質改善活動のための診療監査とコーチングの効果. 月刊地域医学 2024; 38(2): 158-163.

Nishimura M, Teo AR, Mochizuki T, Fujiwara N, Nakamura M, Yamashita D. Feasibility and perceptions of a benzodiazepine deprescribing quality improvement initiative for primary care providers in Japan. BMC Prim Care 2024;25(1):35.



5. 今後

地域医療の現場を世界に発信しようとJADECOM-PBRN発足から5年, **地域医療×研究**という形ができつつある。今後はさらに仲間を増やして活動の幅を広げ, 地域医療研究のトップランナーになれるよう頑張っていきたい。地域医療をやりながら研究に関わることに興味ある方, JADECOM-PBRNのホームページからぜひ連絡いただきたい。

JADECOM-PBRN ホームページ



プライマリ・ケアの 診療の質の改善を目指したQI活動

地域医療研究所/奈良市立都祁診療所 管理者兼所長 西村正大

抄録

医療の質改善 (Quality Improvement: QI) とは, “健康に資する専門医療を持続可能な対価で患者と社会が公平に享受できるように, 体系的に改善し標準化しようとする枠組み” である. 米国では政策や社会的土壌を背景に, 近年, プライマリ・ケア領域のQI活動が進展している. 本邦のQI活動は病院を中心に行われており, プライマリ・ケア領域の取り組みは少ない. 我々は, Practice Based Research Network (PBRN) と電子カルテのデータ収集体制 JADECOM Community Health Information Network (JCHIN) を基盤としたQIの実装を試みている. 今後, 国, 組織, 個人レベルで取り組むべき活動だと考える.

医療の質改善

1950年代に産業界で生まれ発展した“業務における質改善”という領域が医療に応用されたものが“医療の質改善: Quality Improvement (QI) of Healthcare”と呼ばれる領域である. 医療の質は「個人や集団に対する医療サービスが, 望ましい健康上の結果をもたらす可能性を高め, かつ, 現在の専門的知識と一致している度合い」¹⁾とされ, 医療の質改善は「医療ケアのばらつきを減らしアウトカムを改善するために, 体系的にプロセスと構造を標準化しようとする枠組み」²⁾と定義されている.

QIの対象

1. STEEEP

2001年にInstitute of Medicineの報告書で紹介されたもので, Safe(安全であること), Timeliness(タイムリーであること), Effective

(効果的であること), Efficient(効率的であること), Equity(公平であること), Patient-centeredness(患者中心であること)の6領域(STEEEP)である¹⁾. 一見, 当たり前のスローガンのように思えるが, 現場経験が長い医療者ほど, そして, 真摯な医療者ほど「無駄な業務を見つけ減らすことの難しさ」「真に患者中心であることとは何か」など, 一つ一つの言葉の重さに気づくであろう.

2. Triple ⇒ Quadruple ⇒ Quintuple Aim (図1)

商売に長けていた近江商人の経営方針を表すものとして, 「三方よし: 良い商売とは, 売り手よし, 買い手よし, 世間よしの三つが全て満足の行く商売である」という言葉がある³⁾が, これと同じ概念を, 米国のQIの権威であるBerwickが2008年にTriple Aim⁴⁾(①集団の健康アウトカム ②患者個人の経験 ③医療コスト)という言葉で表現している. しかしながら, これらを現場

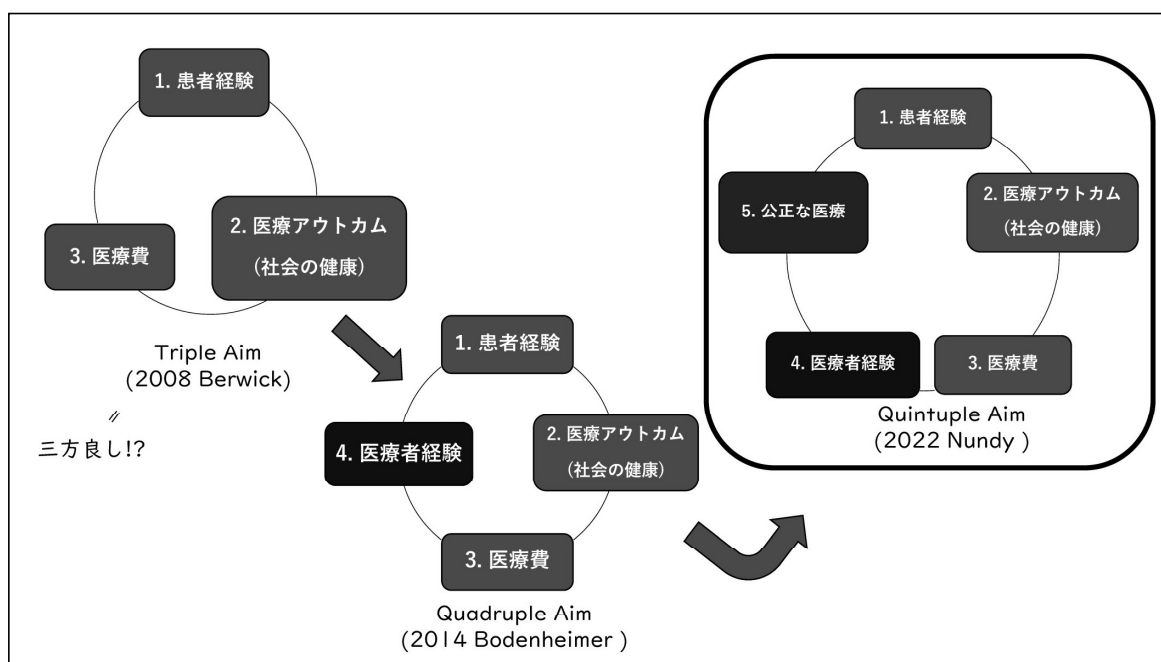


図1 Triple / Quadruple / Quintuple Aim

に求めすぎた結果、医療者の燃え尽き症候群が問題となってきた⁵⁾。それを受けて、2014年、第4の改善対象領域として④医療者の満足度を追加することが提唱された(Quadruple Aim)⁶⁾。さらに、近年の格差社会の文脈から、2022年には第5の領域として⑤公正医療の提供の追加が提唱されている(Quintuple Aim)⁷⁾。これらの領域は、トレードオフの関係になることもあり(例: 患者満足度のために待ち時間を減らすためには回転率を上げなければならないが、職員の疲弊を防ぐためには職員を増やさなければならず、最終的に医療費が上がってしまう)、現実的に全てを満足させることは至難の技である。それでも、これらの要素を“バランスよく改善させる”ことが持続可能で質の高い医療の提供のためのコツであるというメッセージが込められている。

3. Donabedian model⁸⁾

Donabedianは、評価対象を構造指標、プロセス指標、アウトカム指標の3ステップで分類した。構造指標の例は、病床数、医師数、委員会専任者数などで、診療報酬制度でもしばしば採用されている。プロセス指標の例は、かかりつ

け患者の喫煙率、糖尿病患者に対する眼底スクリーニング実施率など、中間アウトカムのようなものである。アウトカム指標は、患者満足度、死亡率、QOLなど、患者の健康に直結する指標である。上のステップになるほど重要で真に目標とすべき指標と言えるが、測定が難しくなる(実行可能性が低い)。一方、構造指標は、収集しやすい(実行可能性が高い)ものの、真のアウトカムと関連しているかどうか不明なまま用いられていることも多い。なお、日本をはじめ世界的に多くの国が、今でも主に構造指標を医療制度の中で使用していると言われている。後述のように、一部の欧米ではプロセス指標が収集される体制が構築されており、日本はそれを追いかけているような段階と言える。

QIの手法

前述の定義に基づくと、QIにはさまざまな活動が包括される。例えば、医師を対象とした勉強会、患者への受診勧奨、人員増員ですら、広い意味でQI活動に含まれる⁹⁾。TQM(Total Quality Management)¹⁰⁾などは、企業が用いる組織的ぐるみのQIパッケージである。これらを

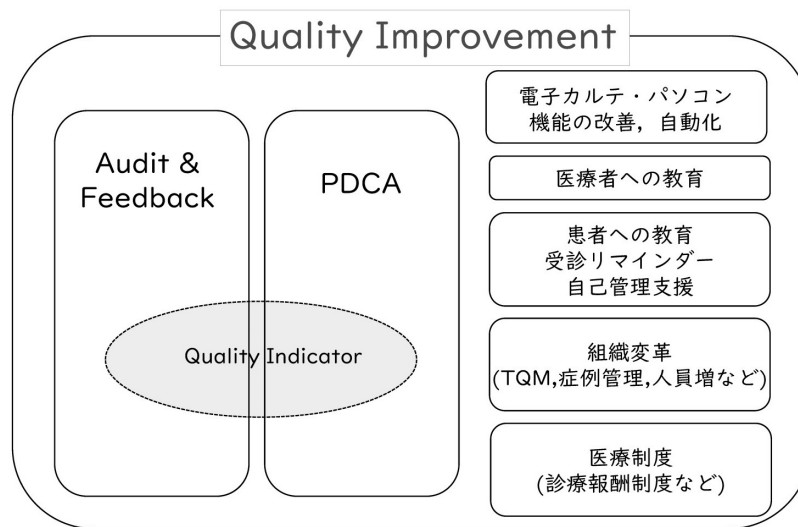


図2 Quality Improvement と Quality Indicator の関係
(文献 9) を参考に筆者作成)

広義のQIとすると、狭義のQIはPDCAサイクルとAudit & Feedback(診療監査とフィードバック)¹¹⁾といえるかもしれない。PDCA(PDSAともいう)サイクルとはPlan(計画), Do(実行), Check(評価)/Study(学習), Act(改善)を何度も繰り返し行う過程で継続的な改善を積み重ねるという考え¹²⁾で、Audit & Feedbackは、定期的にデータをチェックし、現場にフィードバックするだけで現場の行動が変わるというシンプルな手法である¹³⁾。いずれも個人や小グループでも実行可能なので、QIの手法として始めやすい。Audit & FeedbackやPDCAのCheckのために収集する測定項目のことをQuality Indicatorという。このQuality IndicatorがQIと略されることもあり、まるでQI=Quality Indicator=指標を測定/公表すること、というイメージを持たれることがある。あくまでも、Quality Improvementが上位の概念で、その手法であるAudit & FeedbackやPDCAを行うためにQuality Indicatorを測定しているという理解が重要だと私は考えている(図2)。

プライマリ・ケアとQI

組織的に計画的に行うことが前提のQIは、やはり人と予算に余力のある病院の方が取り組みやすく、医療におけるQIは日米を問わず病院で

先行している。しかし近年、世界的にはプライマリ・ケアにおけるQIが注目されてきている。Organization for Economic Co-operation and Development(OECD)は、加盟国の医療の質改善を目的としたHealth Care Quality Indicator(HCQI)プロジェクトの中で、急性期医療とともに、一次予防、慢性期医療、終末期医療もQIの対象領域であることを示している¹⁴⁾。このHCQIは、各国の医療のパフォーマンスを国ごとに分かりやすく比較したサイトを公表している¹⁵⁾。

米国の現状

米国では1950年代より長らく病院を中心としたQI活動が行われてきた。1990年代、研究機関であるAHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)¹⁶⁾、質指標の作成機関であるNQF(National Quality Forum¹⁷⁾)、教育機関であるIHI(Institute for Healthcare Improvement)¹⁸⁾という第三者機関が設立され、医療費の抑制という政治的目的も伴い、国を挙げた体制が構築された。例えば、2009年のHITECH法(Health Information Technology for Economic and Clinical Health)は、医療情報の抽出が効率的に可能な電子カルテの導入にあたって医師や医療機関を対象にした高額なインセンティブ制度(医師4～6万ドル、医療機関200～630万ドル

表1 米国でプライマリ・ケアにおけるQIが日本より先行している理由

要因	その理由
市場化された医療	医療費の高騰が著しく、抑制の動機付けが強い。 試行錯誤・イノベーションが生まれ易い土壌。
激しい格差社会	公正を求める声、動機が強い。
合理的思考	QIは論理性、科学的思考との親和性が強い。
IT社会	西海岸を中心とした世界的IT産業の牽引でいち早くIT社会への転換に成功。
人口構成	移民による人口流入が続いており、今のところ高齢化率は低い、IT化を実装しやすい社会。
政治的リーダーシップ (法整備、政治、予算)	2000年代にQIが進展する法律が順調に整備された。 元々、学術(教育、研究)や投資への予算配分が大きい。
確立した家庭医療	英国、カナダで発達した家庭医療の影響を受け、国内である程度のプライマリ・ケアの地位が確立し、=学術的基盤が整っている。

相当)¹⁹⁾で、後のQI環境に大きく貢献した。2010年のAffordable Care Actは、日本の報道では無保険者の削減に焦点が当てられていたが、実は、質評価と改善システムによる医療費の削減という政策が多く含まれていた²⁰⁾。2017年にはQuality Payment Program²¹⁾というQI制度が始まり、日常医療の一部としてQI活動が行われる段階に至っている。例えば、OHSU(Oregon Health and Science University)の診療所では、血圧のコントロール率、再入院率、患者満足度などが、施設単位、医師単位で定期的に測定・公開されている。また、診療所の中に看護師などのQI専任担当者がいて、チームでQIに取り組む文化が根付いている。米国のプライマリ・ケアでQIが日本より先行している理由として、市場化された医療、激しい格差社会、合理的思考、IT社会、人口構成、政治的リーダーシップ、確立した家庭医療を挙げる(表1)。

日本の現状

日本の医療は世界でトップクラスだというイメージがあるかもしれない。確かに国民の平均寿命(OECD48カ国中第1位)²²⁾や、回避可能な原因による死亡率(同45カ国中第2位)²³⁾など、いくつかの指標において優れている点がある。

しかしながら、例えば、CTおよびMRIの保有台数は人口比で世界で群を抜いて高い(同40カ国中第1位)²²⁾、医師への受診回数が先進国の中では突出して多い(同39カ国中第2位)²²⁾、「医師が診療に十分時間を割いた」と回答した患者の割合も少ない(同19カ国中第19位)²²⁾など、生産性に関する課題が多い。OECDの報告書では、日本のシステムレベルでの医療の評価活動はOECD諸国と比べて非常に少なく、データそのものが存在しないことが課題に挙げられている²³⁾。日本病院会は2010年に「医療の質の評価・公表等推進事業(現在は“日本病院会QIプロジェクト”として継続)」²⁴⁾、厚生労働省は2019年に「医療の質向上のための体制整備事業」²⁵⁾をそれぞれ開始しており、日本でも医療のQI活動が注目されつつある。しかし、プライマリ・ケア領域には及んでいない。青木らは、課題として共通指標の欠如、第三者評価制度の欠如、教育機会の不足、電子カルテの普及率と質評価における利便性の問題を挙げている²⁶⁾。

JADECOM-PBRN × JCHIN = プライマリ・ケアQI

Oregon Community Health Information Network(OCHIN)²⁷⁾は、電子カルテデータから

大量のデータを効率よく収集しQI活動と臨床研究に活かすというビジネスモデルで2010年代に急成長した米国Oregon州のベンチャー企業である。我々はOCHINを参考にJADECOM Community Health Information Network (JCHIN)という名前のプロジェクトを2020年に開始した。参加に同意したJADECOM-PBRN診療所のレセプトデータを、匿名化を担保した状態で定期的に収集し、診療指標を見える化し、現場にフィードバックするというシステム構築を目指している。現時点で、①ベンゾジアゼピン系薬剤関連指標、②糖尿病関連指標、③ポリファーマシー関連指標を採用している。見える化にあたっては、汎用ソフトを活用し、活動の低コスト化と自動化を試みている。

前述のように、米国におけるQIではその有効性や導入にあたっての学びを学術的に評価し一般化する試みも盛んに行われている。2002年に設立されたOregon Rural Practice Research Network (ORPRN)は、369の診療所を結ぶ大規模なオレゴン州の診療所研究ネットワークで、多数のQIの実装研究が行われている²⁸⁾。ORPRNをモデルとして、JADECOMではPBRN診療所とJCHINデータを用いたQI実装研究にチャレンジしている。1つ目は、ベンゾジアゼピン系薬剤のQI活動を題材としてプライマリ・ケアにおけるQI活動の実行可能性と教育介入の内容別(診療監査のみ、診療監査とコーチング)の効果を調べた研究である。9ヵ月間の介入の前後で、診療監査によるベンゾジアゼピン系薬剤の使用に減少が認められた(薬剤の使用患者割合: -0.62%, $p=0.06$, 診療所患者数ごとの薬剤の平均使用量: -0.32錠, $p=0.03$)²⁹⁾。コーチングによる指標減少には有意差は認められなかったものの、介入後に参加医師に行ったインタビューの質的分析によると、良いデザインとチーム活動は課題だが、QI活動、特にコーチングは、地域の診療所医師にとって学術的な興味深さがあり実装可能な活動であるという前向きな意見が得られた³⁰⁾。それを受けて、現在では2つ目の実装研究として糖尿病関連指標(HbA1c>9.0%, 血圧, LDL-Chol>140mmHg, 喫煙率)のQI活動

を実施している。

課題と提言

第一の課題はデータ抽出体制の構築である。日本の診療所の電子カルテデータの抽出機能は未発達で、また、メーカー間の抽出過程に多様性が大きく、多くの煩雑な手作業が必要なことから実装のハードルは高い。第二の課題は外部QIチームの持続可能性である。研究ベースで行う期間は一定の時間と予算を割くことができるが、業務としての継続が現実的かどうかは課題だ。第三の課題は一般化の問題である。小規模事業者が大半を占め、かつ、さまざまなステークホルダーが確立している日本のプライマリ・ケアにおけるQI文化の受け入れと定着には、欧米とは異なる独自の仕組みや試行錯誤が必要だろう。

これらに対し3つの提言をしたい。1つ目は国のイニシアチブである。経済的インセンティブは繊細な問題であり、実際、導入されている欧米では必ずしも評判は良くない³¹⁾。国のビジョン、臨床医と電子カルテメーカーとの対話、生涯学習と学術活動をベースにした普及が有効だと私は考える。2つ目は組織レベルでの取り組みである。JADECOMのような医療法人や地区医師会がQI委員会を設置し、一定の診療所群に対して外部から診療所QIをサポートする体制が望ましい。3つ目は医療者の姿勢である。制度上閉鎖的になりやすい日本の診療所医療の弱点を自覚し、自身の診療の質に真摯に向き合う態度を常に保ちたい。QIという概念を通じ、地域医療における診療の質が改善していくことを願っている。

参考文献

- 1) Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington(DC), National Academies Press(US), 2001.
- 2) Does improving quality save money? A review of the evidence of which improvements to quality reduce costs to

- health service providers. London, Health Foundation, 2009.
- 3) <https://www.itochu.co.jp/ja/about/history/oumi.html> (accessed 2024 Jan 30)
- 4) Berwick DM, Nolan TW, Whittington J: The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008; 27(3): 759-769.
- 5) <https://www.ahrq.gov/prevention/clinician/ahrq-works/burnout/index.html> (accessed 2024 Jan 30)
- 6) Bodenheimer T, Sinsky C: From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014; 12(6): 573-576.
- 7) Nundy S, Cooper LA, Mate KS: The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *JAMA* 2022; 327(6): 521-522.
- 8) Gregory B, Kaprielian VS, Velazquez MS: "The Evolution of Quality and Safety in Health care". Patient safety ed.duhs.duke.edu. Retrieved 2016-11-21.
- 9) Hughes RG: Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Table 1, [Taxonomy of Quality Improvement Strategies With Examples of Substrategies]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2682/table/ch44.t1/> (accessed 2024 Jan 30)
- 10) 日本医療・病院管理学会ホームページ. <https://www.jsha.gr.jp/> (accessed 2024 Jan 30)
- 11) Burgess R(ed): New Principles of Best Practice in Clinical Audit. 2nd ed Radcliffe Publishing Limited, 2011.
- 12) Lemire S, Christie CA, Inkelas M: The methods and tools of improvement science. In C. A. Christie, M. Inkelas & S. Lemire (Eds.), *Improvement Science in Evaluation: Methods and Uses. New Directions for Evaluation*, 153, 23-33, 2017.
- 13) Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al: Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun 13;(6): CD000259.
- 14) 公益財団法人日本医療機能評価機構医療の質指標基本ガイド～質指標の適切な設定と計測～第一版.
- 15) <https://www.oecd.org/health/health-care-quality-outcomes-indicators.htm> (accessed 2024 Jan 30)
- 16) <https://www.ahrq.gov/> (accessed 2024 Jan 30)
- 17) <https://www.qualityforum.org/Home.aspx> (accessed 2024 Jan 30)
- 18) <https://www.ihl.org/> (accessed 2024 Jan 30)
- 19) 八山幸司:米国における医療ITと関連分野における取り組みの現状, *医療ITの技術と市場* 2014, 1-22.
- 20) Reineck LA, Kahn JM: Quality measurement in the Affordable Care Act: a reaffirmed commitment to value in healthcare. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187(10): 1038-1039.
- 21) <https://blog.eclinicalworks.com/macra/mips-whats-new-for-2019> (accessed 2024 Jan 30)
- 22) OECD: Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2023.
- 23) OECD: OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards, 2015.
- 24) <https://www.hospital.or.jp/qipro/qiproject/> (accessed 2024 Jan 30)
- 25) Japan Council for Quality Health Care Website. <https://jcqh.or.jp/> (accessed 2024 Jan 30)
- 26) 青木拓也, 田口空一郎:プライマリ・ケア施設の第三者評価:諸外国の現状と我が国への示唆, *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 2018; 41(4): 179-183.
- 27) <https://ochin.org/> (accessed 2024 Jan 30)
- 28) <https://www.ohsu.edu/oregon-rural-practice-based-research-network> (accessed 2024 Jan 30)
- 29) 西村正大, 西岡大輔, 伊藤ゆり, 他1. 地域診療所におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用に関する質改善活動のための診療監査とコーチングの効果. *月刊地域医学* 2024; 38(2): 158-163.
- 30) Nishimura M, Teo AR, Mochizuki T, et al: Feasibility and perceptions of a benzodiazepine deprescribing quality improvement initiative for primary care providers in Japan. *BMC Primary Care* 2024; 25: 35.
- 31) Martin B, Jones J, Miller M, et al: Health Care Professionals' Perceptions of Pay-for-Performance in Practice: A Qualitative Meta-synthesis. *Inquiry* 2020; 57: 46958020917491.

患者の人生に寄り添う アドバンス・ケア・プランニング —社会実装のためのチームビルディング—

地域医療振興協会 地域看護介護部 次長 三浦稚郁子

抄録

地域の診療所や小・中規模病院のプライマリ・ケア外来では、患者の人生に寄り添う Advance Care Planning: ACP相談を実施することは重要であるが、個人の意識や取り組みだけでは困難であり、組織的に多職種で取り組むことが必要である。そこで、医師、看護師、作業療法士、管理栄養士などの多職種で研修チームを編成し、継続してACP相談が実施できるACP相談チームを養成することを目的に研修を開始した。本研修は、単に知識を得るだけの研修ではなく、実践と振り返りによる学びを繰り返しながら、研修を通してチームビルディングを行うことにより、チーム全体で継続してACP相談ができることを目指したものである。

はじめに

アドバンス・ケア・プランニング(ACP: Advance Care Planning)、厚労省は「人生会議」として、その普及・啓発活動に取り組んでいる。地域医療振興協会(以下、当協会)は、2024年1月現在、病院や介護老人保健施設、診療所など85施設を運営しているが、多くは高齢化が進む医療過疎地域にあり、地域住民は独居高齢者も多く、もしものときのために、自分が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組み¹⁾である「人生会議」を普及することは急務である。そこで、当協会の地域の診療所やプライマリ・ケア外来をもつ病院、施設などが継続してACP相談が実施できるようにすることを目的に、当協会のJADECOM-PBRN(Practice Based Research Network)の代表である望月崇紘医師と当協会の地域看護介護部が協働して、

看護師、作業療法士、管理栄養士など10名前後で、企画・協力員を構成し、2020年よりACP相談員を養成するための研修を開始した。本研修は、単に座学により知識を獲得するだけの研修ではなく、実践と振り返りによる学びを繰り返しながら、企画・協力員がチームやチームメンバーの状況を評価して適切にサポートすることにより、患者の人生に寄り添うACP相談が実施できるような多職種チームを養成することを目的としている。そのため、研修を通してチームビルディングを行うことが重要なポイントである。本研修は2020年から開始し、現在1期生12チーム、2期生12チームが卒業しているので、その取り組みについて紹介する。

患者の人生に寄り添うACP相談

患者の人生に寄り添うACP相談とは、「終末期における治療やケアの相談にとどまるのではな

表1 職種別参加人数

職種	1期生 人数	2期生 人数	職種	1期生 人数	2期生 人数
医師	18	15	ソーシャルワーカー	2	
看護師	61	51	ケアマネージャー	3	3
介護福祉士	5	8	社会福祉士	4	3
介護士	2	2	栄養士		5
薬剤師	3	8	准看護師	2	
理学療法士	5	7	事務職	7	11
作業療法士	3	5			

く、その話し合いを通じて、患者や家族との信頼関係を構築し、患者や家族の価値観に寄り添いながら、医療者として患者の生活の質を高め、満足度の高い人生を送れるよう、専門的な支援をするプロセスである」。

研修を開催する前に、地域の診療所やプライマリ・ケア外来でなぜACP相談を実施するのかについて検討し、当協会の目指すACP相談について、上記のように定義した。厚労省が推進する「人生会議」では、前述したように、「もしものときのために、自分が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組み」としている。その他さまざまな学会や団体が定義を示しているが、それらも考慮しながら、地域の診療所やプライマリ・ケア外来では、単にどのような最期を迎えたいか、どんなケアを受けたいかを共有するだけではなく、患者の人生や価値観に寄り添いながら、最期までその人らしく生きるために、医療者として患者の生活の質を高め、満足度の高い人生を送ることができるように、専門的な支援をすべきと考えて、このような定義とした。

研修の内容

研修名、研修目的、対象者、応募要件と、実施方法は以下のようにした。

- 1) 研修名: ACP相談チーム養成研修
- 2) 研修目的: 地域の特性や施設の実態を踏まえて、地域に必要なACPを普及させるための施設内チームの養成を行う

3) 対象者: 地域医療振興協会に所属する診療所および小・中規模病院のプライマリ・ケア診療等に関わる職員

4) 応募要件: 施設内で多職種チームを編成して参加すること(多職種とは、医師、看護師、リハ職、介護職、ケアワーカー、事務職など、施設に所属する多職種)

5) 実施方法: Microsoft Teamsによる4回のオンライン研修

研修名を「ACP相談チーム養成研修」とし、応募要件に多職種チームの編成を入れたのは、診療所や小・中規模病院でACPを普及させていくためには、個人の意識や取り組みだけでは困難であり、組織的に多職種で取り組むことが重要であると考えたからである。実施方法をオンライン研修としたのは、新型コロナウイルス感染症(COVID-19: COReonaVirus Infectious Disease, emerged in 2019)が猛威を振るっている時期の開催であり、集合することが困難であったからである。研修回数を4回としたのは、1回目にACPに対する理解を深めるとともに、ACP相談のシミュレーショントレーニングを実施し、その体験をもとに研修後に実践をしてみる。2回目、3回目は取り組み結果を発表しながら意見交換を行い、多方面からサポート受けながら、自分たちの施設に合ったACP相談システムを作り上げていく方法としたからである。

そして、4回目研修では、全チームがこれまでの取り組み内容を発表し、研修後も継続するよう定着化を図った。

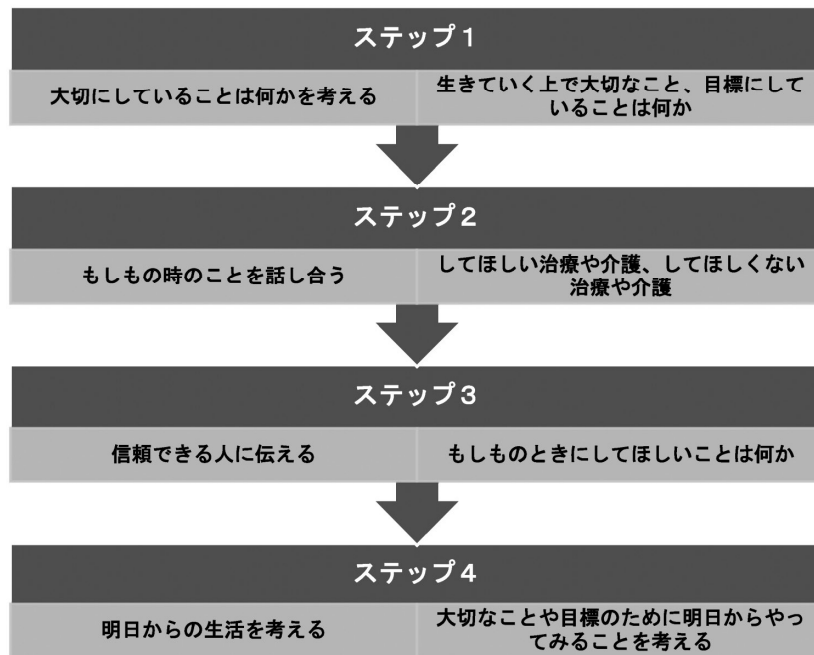


図1 ACP リレーシート4つのステップ

研修の実際

ACP相談チーム養成研修に対して、予想以上の反響があり、1期生は単独診療所や、老健複合施設、病院などの12施設115名、2期生も同様に、16施設118名が参加した。職種の詳細は表1に示す通りである。

1. 1回目研修の実際

ACPに関する理解を深めるための座学を行い、実際に実施している4施設が実施方法などを紹介した。その後、模擬相談会のシミュレーショントレーニングとして、チーム内で役割分担し、ロールプレイを実施した(資料1)。

<ロールプレイの実際>

チームごとに参加者全員が患者役を行えるように役割交代することとした。あらかじめ簡単な患者設定を提示するとともに、チームで独自に設定してもよいとした。また、講義を聞いただけでは、ACP相談を展開するのは難しいと考えJADECOM-PBRN代表である望月医師が地域の診療所でACP相談を導入するために、コメディカルスタッフによるACP相談が可能かどうかという研究を行った際に作成した「ACPリレーシート」に沿って実施することとした。

資料1 1回目研修の内容

目的：ACPに関する理解を深めるとともに、必要性を認識し、自分たちの地域で普及させたいという動機付けを行う。

ACPに関する知識や認識の向上
実践に役立つ情報の共有
チームビルディング
チーム間の交流

内容

- ①本研修会の目的の説明
- ②講義：ACPとは何か、なぜ必要か
- ③ やってみようACP相談
チーム内でシミュレーショントレーニング
- ④ 4施設の実践紹介
- ⑤チームに分かれて話し合い
自施設の地域の特徴に合わせたACPの在り方や導入方法を考える
どんな患者さんに実施すべきか
どうやって実施すべきか
チーム内の情報共有はどのようにするか
定期的な話し合いなどはどうするか など

次回の研修会までに何例か実践してみる。

※施設ごとに相談担当を決め、支援していく。

研修前個人アンケート

ACPリレーシートは、4つのステップで患者の思いを確認していく仕組みになっている(図1)。ステップ1で「大切にしていることは

資料2

問1	ACPは重要である。
問2	ACPの実施に自信がある。
問3	自分により結果をもたらすと思う。
問4	所属施設により結果をもたらすと思う。
問5	患者さんにより結果をもたらすと思う。
問6	地域により結果をもたらすと思う。
問7	目的はチーム内共有できていると思う。
問8	目的共有のために自分は適切に行動していると思う。
問9	情報共有・伝達には満足している。
問10	情報共有・伝達に自分は適切に行動している。
問11	チーム内の意見交換や話し合いは自由に行えていると思う。
問12	自分の意見は、尊重されていると思う。
問13	メンバーの意見は、尊重されていると思う。
問14	チームの活動に貢献していると思う。
問15	意思決定プロセスには満足している。
問16	目的達成のために協働して活動していると思う。

何か」を考えてもらい、ステップ2で「もしもの時のことを話し合い」、ステップ3でその内容を「信頼できる人に伝えましょう」と話す。最後のステップ4は、一緒に「明日からの生活を考え」医療者としてできる支援を行うというものであり、このステップ4は、他にはあまり見られない内容であるが、地域の診療所やプライマリ・ケア外来が患者の人生に寄り添うACP相談をするためには必要な内容である。また、医師以外の医療従事者が、このようなACP相談をすることには困難感もあると考え、リレーシートのガイドも作成した。

模擬相談を体験した後、自施設の地域の特徴に合わせたACPの在り方や導入方法をグループで検討し、次回の研修会までに何例か実践してみることにした。

また、1回目研修参加前に、個人の評価として、ACPに関する期待、チーム活動に対する評価、ACPやチーム活動における自己効力感など、独自に作成した16項目を10点(10点:非常にそう思う)で評価してもらい、研修中期、後期にも同様に実施した(資料2)。

資料3 2回目研修の内容

目的：各施設のACP相談の方法を確認し、問題点の把握、改善策の検討を行ない、本実施ができるようにする。

ACP相談の方法の共有

改善策の検討

内容

※研修会までに、各チームの実施方法や状況などについて、所定のフォーマットに沿った報告書を作成し、公開する。

①施設の取り組み紹介

②4～5チームでグループを作り、グループワーク

参加施設が立てた計画の概要の説明と

実施状況の報告後、課題や問題などの意見交換

③各チームで話し合い

実施方法などに対する解決策の検討

④全体会で計画の修正案などの発表

※各チームで次回の研修会までにACP相談を実施してみる。

2. 2回目研修の実際

2回目研修は、1回目研修の約2ヵ月後に実施した。

2回目研修の目的は、各施設のACP相談の方法を確認し、問題点の把握、改善策の検討を行い、本実施ができるようにすることであり、グループに分かれて意見交換し、計画の修正を行

資料4

問1	ACPを実施する目的は、地域の特性や所属施設の特徴などを踏まえて、明確になっている。
問2	目的は、チーム内で十分に共有できていると思う。
問3	どのような対象に実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問4	どのような方法で実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問5	誰が実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問6	チームメンバーの役割分担は明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問7	チーム内の情報共有の方法が明確になっており、メンバーや施設で共有できている。
問8	チームメンバーは、常にACP相談の対象者を選定する意識をもっている。
問9	患者選定は、どのメンバーも問題なくできている。
問10	選定した対象者に、どのメンバーもスムーズにACP相談についてアプローチできている。
問11	対象者に適切なACP相談会を設定することができている。
問12	ACP相談会を設定したら、問題なく実施できている。
問13	実施したACPの内容は、チーム内で共有できている。
問14	チームで定期的な会議を実施している。
問15	会議の際に、問題点や改善点などを話しあうことができ、計画に反映することができている。

い、次回の研修会までに計画に沿ってACP相談を実施してみることとした(資料3)。

3. 3回目研修の実際

3回目研修は、2回目研修から約3ヵ月後に実施した。2回目研修とほぼ同様の内容でグループに分かれて実施したが、今回の目的は、実際に実施してみたACP相談の結果を踏まえて、地域に必要なACPを普及させるため課題の明確化を行い、解決策の検討を行うことであり、これにより、本格的にACP相談に取り組むこととした。また、個人の研修中期評価を実施し、さらにチームビルディングの状況を評価するために、独自に作成した15項目のチーム評価を行った(資料4)。

チームビルディングに重要なことは、ACP相談の実施前にチームで共有すべきこととして、「チームの目標・目的の設定と共有・メンバーの役割の明確化」などが重要であり、ACP相談を実施する際には、「チームメンバーの動機付けや実践力」などが重要となる。また、継続するために重要なことは、「多様な価値観をもつメンバー間の意思疎通」であり、この3つの視点から15項目の質問を作成し、それぞれ10点(10点：非常にそう思う)で評価を実施した。

その結果をもとに、チームの状況を分析し、

資料5 4回目研修の内容

目的：施設ごとの取組み内容を確定し、定着化を図る 定着化にむけた課題の明確化/改善策の検討
内容 ※研修会までにチームメンバー全員でチーム評価を行う。 内容：会議数、ACP実施件数 チームビルディングの状況などの数値評価 研修会までに、研修中後期の個人アンケートの実施 全チームが以下の内容で発表を行う。 1. ACP相談を実施する目的 2. 実施方法 いつ、誰が、どこで、どのようにするか 院内外への周知はどのようにしたか 3. ACP相談の実施結果 印象に残った事例の紹介 その他：医療者として患者の生活の質を高め、満足度の高い人生を送れるような専門的な支援など 4. チームビルディングについて チーム会議の開催 チームメンバーの動機づけ方法 チームメンバーの満足度 などの振り返り 5. 今後の目標と、ACP相談の継続に対する決意表明
チーム評価 研修後期個人アンケート

必要なチームには、個別にサポートを行った。

4. 4回目研修の実際

4回目研修では、施設ごとの取組み内容を確定し、定着化を図ることを目的として、5つの項目を盛り込んだ発表を全チームが行った。

表2 ロールプレイ実施後の感想

患者の立場に立ってみて、質問のあり方について考えた	・患者の立場にたったとき、聞かれても答えられないことがあると感じた ・何も考えていない人がいきなり質問されても返答に困る内容があると感じたので、選択肢を沢山出すとよいと思った
医療者としての癖を改めて感じた	・健康であることを押し付ける話し方を自分はしていた ・患者からの質問に無理に答えを出そうとしてしまったが、答を出すのではなく、一緒に考える機会にするとよいと思った ・自分の持っていきたい方向に誘導しがちであり、思い通りの答えが返ってこなくても、あせらずに相手の思いをくみ取りながら話せるようにしたい ・繰り返すことにより、スムーズにできるようになると感じた
自分の言葉で話したり、相手の思いを柔軟に聞いたりすることの難しさを感じた	・ACP リレーシートに合わせて話すことばかり考えると、普段通りに会話できないため、ステップを頭に入れておいて、自然な流れで聞くことができるようにするとよいと思った ・シートにこだわると自分の言葉で言うのが難しかった ・ステップ1から順に聞くことで、2や3につながっていくと感じた。 ・ロールプレイをやってみて、切り出し方が難しいと感じたため、ロールプレイをやってよかったと思った。 ・ステップ通りに進もうと思っても、思うような答が返ってこないことがあるので、柔軟に対応できるようにしたいと思った
話す技術だけではなく、関係性を作ることの大切さを感じた	・内容によっては、相手の表情を観察するだけではなく、こちらの表情も大切だと思った。(不安そうな顔で話すと相手も不安に思う) ・不安にさせない言葉選びが大切だと思った ・信頼関係を作ってから話すことが大事だと改めて感じた ・普段の相手の背景を知った上で話すことが大切だと感じた

また、チーム評価と研修後期の個人アンケートも実施した(資料5)。

研修の評価

本研修は、座学で知識を得るだけの研修ではなく、実践する方法をシミュレーショントレーニングで学び、チームで実践計画を立てて役割分担しながら実践し、そのプロセスを振り返りながらチームビルディングを行い、最終的にチームで継続して実施できることを目指している。そこで、今回の研修方法から成果を振り返ってみたい。

1. ACP相談のシミュレーショントレーニング：ロールプレイ

ロールプレイでは、指定した患者像で実施したチームやあらかじめ患者像を設定したチームなどがあったが、1期生も2期生も非常に盛り上がり実施でき、終わったあとの参加者からの感想や意見では、表2のような内容があった。

ACP相談そのものは、相手によって対応が異なるので、1度のロールプレイではすぐに実践できるわけではないが、本番前にこのようなロールプレイを実施しておくことは、その後の実践に役立つと考える。

2. 実践を振り返り、意見交換から課題を見出すグループワーク

2回目、3回目のグループワークの際には、協力員がファシリテーターとして参加し、非常に活発な意見交換を行うことができた。意見交換後は、各チームで施設やチームとしての方向性を再確認したり、実施方法の改善策を検討したりする時間を持つことにより、次の実践につなげることができた。

3. これまでの実践を振り返り、活動を定着化するための発表会

4回目の研修会は、これまでの取り組みの集大成として活動報告書を作成し、グループに分かれずに全体で発表会を行った。活動報告の内

資料6

資料⑥	チーム評価の変化	1期生		2期生		全体	
		1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目
問1	ACPを実施する目的は、地域の特性や所属施設の特徴などを踏まえて、明確になっている	7.4	8.3	5.8	7.7	6.6	8.0
問2	目的は、チーム内で十分に共有できていると思う	7.3	7.8	6.1	7.3	6.7	7.6
問3	どのような対象に実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている	6.0	7.1	6.0	5.8	6.0	6.5
問4	どのような方法で実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている	5.8	7.2	5.6	5.8	5.7	6.5
問5	誰が実施するか明確になっており、メンバーや施設で共有できている	5.8	6.7	5.4	5.8	5.6	6.2
問6	チームメンバーの役割分担は明確になっており、メンバーや施設で共有できている	5.7	6.9	4.7	5.0	5.2	6.0
問7	チーム内の情報共有の方法が明確になっており、メンバーや施設で共有できている	5.8	6.7	5.3	5.7	5.6	6.2
問8	チームメンバーは、常にACP相談の対象者を選定する意識をもっている。	6.2	7.5	6.6	6.8	6.4	7.2
問9	患者選定は、どのメンバーも問題なくできている。	5.3	6.7	4.7	5.9	5.0	6.3
問10	選定した対象者に、どのメンバーもスムーズにACP相談についてアプローチできている。	4.5	5.9	4.5	5.4	4.5	5.7
問11	対象者に適切なACP相談会を設定することができている。	4.9	5.9	4.8	5.7	4.8	5.8
問12	ACP相談会を設定したら、問題なく実施できている。	5.2	6.9	4.9	5.5	5.0	6.2
問13	実施したACPの内容は、チーム内で共有できている	5.9	7.0	6.3	6.6	6.1	6.8
問14	チームで定期的な会議を実施している	5.9	6.7	7.0	7.9	6.4	7.3
問15	会議の際に、問題点や改善点などを話しあうことができ、計画に反映することができている。	6.3	7.0	5.7	6.8	6.0	6.9

容には、印象に残った事例や、医療者として患者の生活の質を高め、満足度の高い人生を送ることができるように専門的な支援を実施した事例など、必ず1事例あげることとした。

印象に残った事例では、思うように身体を動かせない高齢男性が、自暴自棄になって自傷行為を行っていたが、ACP相談を行いその人の想いに寄り添った対応をしていくうちに穏やかに過ごすようになり、食事摂取やりハビリなどを積極的に行うようになったという事例や、統合失調症の患者にACP相談をする必要があると考えたが、症状を悪化させてしまうのではないかという不安があったため、安心して話せるような良好な関係を構築してから、精神的に落ち着いているときに行ったところ、症状が悪化することなく実施することができたという事例などがあった。

1期生、2期生ともに、発表会で研修中の実

践を振り返り、他者から意見をもらったり、他チームの状況を共有したりすることにより、これからもACP相談を実施していくという施設としての決意表明ができた。

4. チームビルディングの変化

1期生、2期生の1回目、2回目のチーム評価の平均を比較すると、どの項目も評価は上昇している(資料6)。

5. 個人の変化

個人の変化でも、1期生、2期生ともに、研修後期になるにつれ、すべての項目で評価は上昇している(資料7)。チーム評価も個人評価もチーム別に分析すると、また別の視点で見ることにはできるが、本研修で目的としていた、実践と振り返りによる学びを繰り返すことで、チームビルディングを行い、チームメンバー個人の

資料7

資料⑦ 個人評価の変化	1期生			2期生			全体		
	前期	中期	後期	前期	中期	後期	前期	中期	後期
問1 ACPは重要である。	8.8	8.9	9.3	8.7	8.3	8.6	8.8	8.6	8.9
問2 ACPの実施に自信がある。	3.9	5.0	5.5	4.4	4.7	5.5	4.2	4.8	5.5
問3 自分により結果をもたらすと思う。	7.4	7.4	7.6	7.6	7.2	7.4	7.5	7.3	7.5
問4 所属施設により結果をもたらすと思う。	8.2	8.2	8.6	8.4	8.0	8.2	8.3	8.1	8.4
問5 患者さんにより結果をもたらすと思う。	8.3	8.4	8.8	8.4	7.9	8.2	8.3	8.1	8.5
問6 地域により結果をもたらすと思う。	8.1	8.2	8.7	8.3	8.0	8.1	8.2	8.1	8.4
問7 目的はチーム内共有できていると思う。	5.5	6.8	7.3	6.7	6.9	7.0	6.1	6.8	7.1
問8 目的共有のために自分は適切に行動していると思う。	4.4	5.5	6.0	5.7	5.7	5.8	5.1	5.6	5.9
問9 情報共有・伝達には満足している。	5.0	6.2	6.9	6.4	6.5	6.4	5.7	6.3	6.6
問10 情報共有・伝達に自分は適切に行動している。	4.6	5.6	6.0	5.7	5.9	5.9	5.2	5.7	6.0
問11 チーム内の意見交換や話し合いは自由に行えていると思う。	5.3	6.8	7.2	6.9	7.0	7.1	6.1	6.9	7.1
問12 自分の意見は、尊重されていると思う。	5.6	7.0	7.2	7.0	7.1	7.4	6.3	7.0	7.3
問13 メンバーの意見は、尊重されていると思う。	5.9	7.3	7.7	7.4	7.4	7.7	6.6	7.4	7.7
問14 チームの活動に貢献していると思う。	4.7	5.6	5.9	5.7	5.7	5.8	5.2	5.7	5.9
問15 意思決定プロセスには満足している。	5.4	6.9	7.0	6.7	6.7	6.9	6.1	6.8	7.0
問16 目的達成のために協働して活動していると思う。	5.7	6.9	7.1	7.2	6.8	6.9	6.5	6.9	7.0

自己効力感や実践力を上げることができたと感じる。

おわりに

2020年の初頭からCOVID-19が発生し、集合研修は困難であったが、幸いにも当協会ではオンライン研修の環境が整っていたため、果たして効果的に実施できるのかという不安はあったが、オンラインで研修を開始した。しかし、当協会の施設は日本全国のへき地に多くあり、移動に掛かる時間や経費を考えると、集合して実施する研修よりもオンライン研修の方が参加しやすかったのかもしれないという、弱みが強みになったためか、予想外の研修希望者があり、研修の最後まで多くのチームメンバーが継続して参加することができた。また、4回の研修後にも、継続してACP相談を実施してもらうこと

を目的として、当協会が年1回開催している学術大会で研修後の実施報告会も開催したが、そこではさらにバージョンアップした実施報告を聞くことができた。やはり、研修終了後にも継続して実施するためには、ある一定期間は、何らかのつながりをもち、サポートしていく必要があると感じている。

最後に、本研修には、当協会のJADECOM-PBRNのメンバーと、JADECOM-PBRN代表の望月医師が実施した研究に参加した施設の看護師、また本研修に興味を持ってくれた看護師等が企画・協力員として参加しており、このようなメンバーの企画力と多大なるサポートにより成り立っており、感謝を申し上げたい。

参考文献

- 厚生労働省:「人生会議」してみませんか. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html(accessed 2024 Jan 31)