

## 特別講演

### 地域文化とヘルスコミュニケーション

#### —家族の木を見ながら診療する家庭医の立場から—

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック  
松下 明

#### 抄録

米国での家庭医療研修を受ける際に、家族志向のケアの重要性に気づき、地域での家庭医療を実践するコアに家族志向のケアをおきながら奈義町での診療を13年間行ってきた。家庭医療後期研修を提供する側として、多くの若い後期研修医を抱えながら、電子カルテの家族図を駆使して、グループ診療での家族志向のケアを心がけている。訪問診療においても、人口6000人の町の診療は家族ぐるみのかかりつけ医としての機能を発揮することができ、介護者である家族もまた自分たちの患者である状況で、家族の木を見ながらケアを提供している。

訪問診療での醍醐味は家族が在宅チームの一員となり、困難な状況と一緒に向き合い、在宅療養を希望する患者の最期の時を一緒に過ごすことができる点である。家族自身もチームの一部になった看取りの瞬間はとても一体感のある経験となる。

老老介護、認認介護が増え、若年世帯では核家族で心理的サポートが少ない中での軽度発達障害児や不登校例の増加に対応が迫られている。そういった地域文化の変化において家庭医として行っているヘルスコミュニケーションについてお話した。

#### 1 はじめに

無医村の医者を目指して山形大学に入学したがほどなく、それを目指す専門科がないことに愕然とした。インターネットなどない時代に、図書館である本と出合ったが(図1)、プライマリ・ケアと訳されたその本は米国の家庭医療の教科書(Rakel)だった。そこに示された何でも屋は私のイメージした無医村の医者であった。なんとその医者はプライマリ・ケアの専門医だという。ヨーロッパを中心に家庭医がプライマリ・ケアを専門的に担う医療システムの実情(図2)を知り、家庭医療の専門研修を求めて岡山県の川崎医大に移動した。

川崎医大総合診療部で初期後期研修を行った後で、米国ミシガン州にわたり、さらに3年間の米国家庭医療専門研修(レジデンシー)に挑

#### なぜ家庭医を目指したのか？

プライマリ・ケアと訳されたその本は米国の家庭医療の教科書(Rakel)だった。そこに示された何でも屋は私のイメージした無医村の医者であった。なんとその医者はプライマリ・ケアの専門医だという。



図1

んだ。8年半にわたる研修を経て、プライマリ・ケアを専門的に提供する家庭医の診療範囲はG.Engelの生物・心理・社会モデルで合わせると図3のようになると理解した。臓器別専門医は主に個人から臓器、組織、細胞レベルへのベクトルを伸ばす方向にあるが、家庭医は臓器の半分から地域の半分をカバーし、特に患者個人の心理的内面や家族や職場といった背景を理解しながら、地域全体の健康問題に関わるという点に特徴があるというものである。

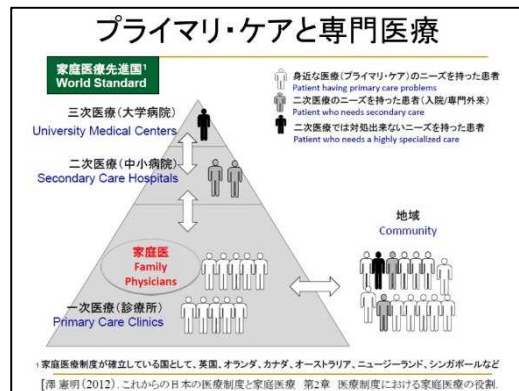


図 2

そういった視点をもって、岡山県北の人口6000人の奈義町で家庭医として診療を行いながら、家庭医療後期研修を提供することを13年間行ってきた。後期研修医として学んだ医師が今度は指導医として地域に残り、教育と地域医療の良い連鎖が生まれる中で、新しいプライマリ・ケアのシステム作りを進めることができた。平成26年度からは岡山大学との連携の下で、地域で働きながら学べるMPHコースの創設や岡山県全域で家庭医を育てる仕組みづくりにも着手している。

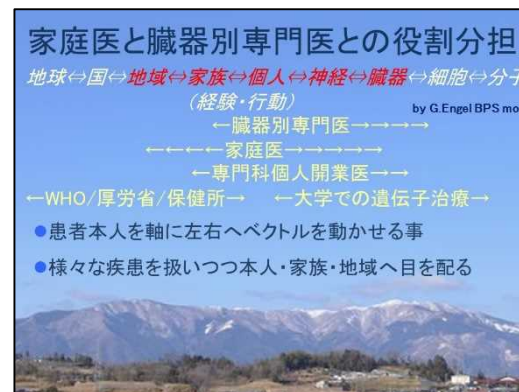


図 3

しかしながら、この13年間で地域の変化は徐々に進んでおり、いくつかの課題に向き合っていかなければいけない状況にある。核家族化が進み、多世代同居が減少し、共働き家族の増加がみられている（奈義町の総人口10%減し、特に年少人口は22%減る中で、総世帯数は2000と不変である）。地域では、認知症患者の増加と高齢独居・高齢夫婦世帯の増加がみられ、以前のようなやる気在宅だけでなく、入院日数の短縮にともなう「消極的在宅」も増加している。

	患者個人との 家族志向面談	居合わせた家族との 家族面談	呼んで行う 家族カンファレンス
疾患	急性疾患 自然軽快する問題	小児健診 慢性疾患	入院・終末期の病気 重大な家族問題・葛藤
頻度	60-75%	25-40%	2-5%
時間	10-15分	15-20分	30-40分

調査では、家族同伴の受診は患者の32%でみられ、小児では97%、高齢者では25%、成人では12%だった。

図 4

一方で軽度発達障害児の増加や不登校児の増加、核家族化による保護者の心理的余裕の減少がみられ、地域の経済状況の悪化から地域住民の「お互い様」という心理的余裕も減少している。

## 2 家族志向のケアの3つのタイプと5つのレベル

こういった中で我々医療者の側も変化を求められており、より深い家族への理解とサポートを引き出す方法論として家族志向のケアがあげられるが、これを医師だけでなく地域で働くさまざまな医療・介護・福祉スタッフが駆使していく必要がある。家族志向のケアには3つのタイプ（図4）があり、(1) 患者個人との家族志向面談、(2) 偶然居合わせた家

族との面談, (3) こちらから呼んで行う家族面談 の3つのパターンを上手に使い分ける必要がある。

(1)患者個人との家族志向面談については, 日常診療で家族図を用いて, その患者を取り巻く家族情報を整理して, 背景を診療に生かすことで家族の木と呼ばれるような, 患者の背景にある家族の木をイメージしながら診療を行う (図5) ことがポイントなる. その際には遠方にいるヘルス・エキスパートと呼ばれる, 一家に一人存在する健康の専門家 (年配の女性もしくは家族内の医療職種) とのコミュニケーションが重要となる. ヘルス・エキスパートとの間接的な対話がかうまくいかないと, 間に挟まれた患者本人は苦悩することとなり, 診察室で立てた診療計画を実行に移すことが困難となる. 梅干を食べることが重要と考えるヘルス・エキスパートに高血圧患者は減塩治療と梅干の摂取という2つの問題に直面してしまうのである。

(2) 偶然居合わせた家族との面談では図6に示すような家族志向のケアの5つのレベルを意識する必要がある. 相互に情報の交換を行うレベル2と感情面への対応を行うレベル3を重点的に行うことでより質の高いコミュニケーションが図れる. 医療者から患者・家族への情報発信はどうしても一方的になりがちで, こちらから「正解を押し付ける」形になりやすい. 在宅療養においては実現可能で, 患者家族が納得して取り組むプランが重要となるため, 患者家族の「解釈モデル」を十分に引き出して, 相手が受け取りやすい形で情報の交換を行う必要がある. また, 介護者を含めた家族の感情は理性的な行動を妨げることがしばしばみられ, 家族面談で見られる患者家族の感情を上手に取り扱うことが求められる. その際には図7で示すような深い共感を示すポイントを意識して対応するとよい. 相手の話をきちんと「聴き」, 映画を見ているようなレベルまでイメージを広げてから, ○○のような状況があつて△△といった

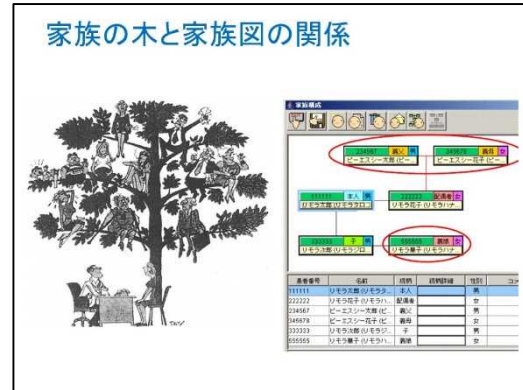


図5

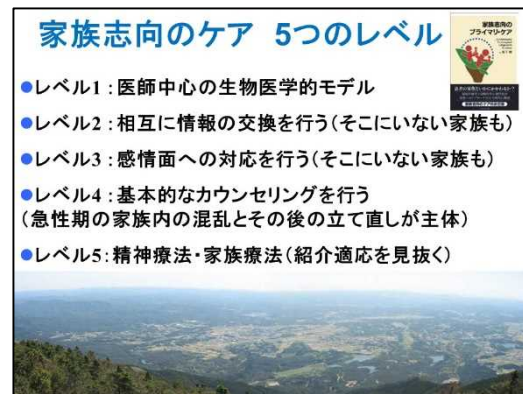


図6



図7

いつ家族に集ってもらうべきか

A群 常に行なうべき	B群 考慮すべき
1) 入院時	1) 慢性疾患の治療がうまくいかないとき
2) ターミナルケア	2) 医療機関の受診が多いとき
3) 重篤な病気の診断時	3) 身体化症状
4) 妊婦健診・乳幼児健診	4) うつ状態・不安状態・アルコール問題など (心理社会的問題)

図8

**家族パワーの低下に向けた解決策**

- 遠方にいる共働きの息子・娘夫婦と連携し、住み慣れた町でぎりぎりまで在宅療養を継続するには工夫が必要
- 日常診療に家族図を活用する
- ケアマネや訪問看護師からヘルスエキスパートを含めた家族情報を引き出す
- 地域包括支援センターの保健師との連携が鍵  
地域住民の力も借りる(介護保険枠外の有償ボランティア)




図 9

**家族パワーの低下に向けた解決策**

- そこにはない家族の考え(解釈モデル)や感情を、そこにいる患者本人や家族から引き出す
- 電話でのコミュニケーションをためらうことなく行い、考え(解釈モデル)、感情面でのやり取りを行う
- 上記で不十分なケースではご家族とお会いする必要性を電話で十分話したうえで、家族構造や機能を家族図と上記の情報から理解し、仮説を立て、家族カンファレンスを行う




図 10

気持ちになられたんですね、と共感的コメントを渡してみる。相手から「そうなんですよ、分かってくれたんですね」という返事がくるまで繰り返すことで、共感的コミュニケーションが成り立つといわれ、家族面談でもこれを意識して行う必要がある。

(3) こちらから呼んで行う家族面談は図 8 のような状況で行われる。家族の心理的動揺への対応として上記のレベル 2・3 の対応がもちろん求められるが、それに加えて、一過性に起きる家族の混乱状態に対して、レベル 4(基本的なカウンセリング)の対応が求められる。したがって、こちらから呼んで行う家族面談の場合は事前に家族図を見直し、そこに登場する家族の状況を把握して、実際の面談場面で予想される流れについて仮説を立てておく必要がある。それによって、面談中に起きる問題に速やかに対処することが可能となり、参加している家族個々人の考えと気持ちに共感して、より理性的な対話に持ち込むことが可能となるのである。面談の開始時点では参加者それぞれと波長を合わせ、この医療者なら腹を割って話ができそうだという信頼感を短時間に得る必要がある。家族同士での言い争いが起きる場面も想定して、時には医療者自身が交通整理を行う必要もある。その場合はボディランゲージを活用して、割って入り、それぞれの意見の裏にある考えと感情は共感できるが、家族全体としてうまく機能するうえでもう少し考える必要があることを、誰か一人に肩入れすることなく行うことが必要となるのである。

### 3 家族志向のケアを生かしたヘルスコミュニケーションの提案

家族パワーが低下している現在の地域医療の現場での解決策を図 9 と図 10 にまとめた。さまざまな職種と連携しつつ、家族情報を家族図に蓄積して、必要な時にはためらわずに家族と電話や対面でコミュニケーションを行うことが重要である。その際には 3 つのパターンのどれを行っているのか、5 つのレベルのどこに焦点を当てているのかを意識しながら行くと、よりスムーズな対応が可能となる。レベル 5 の家族に対しては医療者 1 人で立ち向かうことは通常不可能で、メンタルヘルスの専門家(精神科医・臨床心理士)や地域包括センターの保健師・社会福祉士などの協力を要することが多い。こういった困難事例では出口が見えなくなり、関わるメンバーのストレスが大きくなるが、チーム内部での対話を繰り返し、患者・家族・地域住民(民生員・愛育員・区長など)もチームの一部となつて一緒に問題解決に関わることが重要である(図 11)。

#### 4 今後の日本に求められる姿

2017年から「総合診療専門医」が19番目の専門領域として認められ、若い医師がこれからの地域を支える専門家として歩む道が整備されつつある。私たちは現在の家庭医療後期研修を今後の総合診療専門医研修につなげ、地域医療の現場で臓器から地域まで幅のある診療を行える若い医師を育成すると同時に、地域の多職種が家族志向のケアを駆使できるような教育システムを構築し、患者家族と地域住民（民生員・愛育員・区長など）がプライマリ・ケアチームの一員として一緒に支え合うシステム作りを行っていく必要がある。

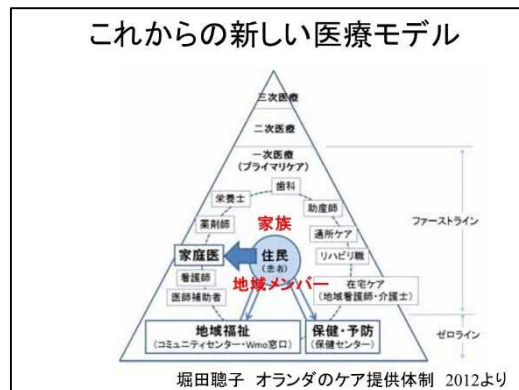


図 11

#### 文献

- 1) マクダニエル SH, キャンベル TL. 家族志向のプライマリ・ケア (監訳 松下明). 丸善, 2006.
- 2) 松下明. 研修医イマイチ先生の成長日誌 行動科学で学ぶメディカルインタビュー. 医学界新聞. 医学書院 HP 2010-2011; 10 回連載  
[http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02874\\_07](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02874_07)
- 3) 日本専門医機構. 「総合診療専門医に関する委員会」からの報告.  
<http://www.japan-senmon-i.jp/>

#### 略歴

平成 3 年山形大学医学部卒.  
 川崎医科大学総合診療部 初期・後期研修  
 平成 8 年米国ミシガン州立大学関連病院 (Genesys Regional Medical Center) にて家庭医療学レジデント (行動科学の選択ローテーションのみこの領域のメッカであるニューヨーク州ロチェスター大学で行い, 家族志向のケアを中心に学ぶ). 3 年間の研修終了時 STFM Resident Teacher Award を受賞.  
 平成 11 年川崎医科大学総合臨床医学講師  
 平成 13 年奈義ファミリークリニック所長  
 米国家庭医療学専門医  
 日本プライマリケア学会認定医および指導医・日本プライマリ・ケア連合学会理事  
 岡山大学大学院客員教授・三重大学臨床准教授・川崎医大学非常勤講師  
 第 5 回日本プライマリ・ケア連合学会 学術大会大会長 (H26.5.10-11)