

原著

若手家庭医はリハビリテーション領域の臨床能力獲得に関してどのように考えているか：質的研究

若林秀隆*¹ 喜瀬守人*² 岡田唯男*³

*¹ 横浜市立大学附属市民総合医療センター

*² 川崎医療生協久地診療所

*³ 鉄蕉会 亀田ファミリークリニック館山

キーワード 家庭医、リハビリテーション、教育、質的研究、グラウンデッドセオリーアプローチ

要旨

【目的】家庭医の診療においてリハビリテーション（以下リハ）領域は重要とされるが、習得すべき能力の内容やその方法については明らかにされていないため、若手家庭医が同領域の能力獲得に関してどのように考えているかを明らかにする。

【対象・方法】対象は日本家庭医療学会後期研修施設に所属の学会員。研究デザインは質的研究とした。半構造化のフォーカスグループインタビューを行った。データ分析はデータ収集と同時に行い、グラウンデッドセオリーアプローチで分析した。

【結果】4～7人のフォーカスグループインタビューを5回行った時点で、理論的飽和に達したと判断した。参加者は26人。医学部卒業後の平均年数5.3年。多くの家庭医がリハに関して自信のなさや不全感を認めた。リハの知識・技能（リハ総論、家庭医に特徴的なリハ）、連携（リハスタッフ、その他の職種、地域）、経験とニーズ（学習経験とニーズ、患者側の経験とニーズ）、研修環境（卒前、卒後、自己学習）の4つのカテゴリーが抽出された。

【結論】若手家庭医のリハ能力の獲得についての認識が初めて明らかになった。若手家庭医はリハの臨床能力について習得の重要性や、具体的な内容がある程度正確に認識しているが、「それでよ

いか自信がない」という不全感が強い。この結果を踏まえて、リハ科専門医、セラピストから家庭医に対しての要望との擦り合わせ、より明確なカリキュラムの策定によって、より安心した研修に取り組む事が可能になると考えられる。

目的

日本家庭医療学会設立趣意書には、「予防、治療、リハビリを含めたあらゆる健康問題に対処する」という記載がある。今後、高齢社会の進行とともに、リハビリテーション（以下、リハと略す）の重要性はさらに増加すると予測される。

家庭医は診療環境によるが、適切なリハや運動療法によって、ADL（Activities of Daily Living：日常生活活動）やQOL（Quality Of Life：生活の質）が向上する高齢者や障害者を診療していることが多い。つまり、これらの知識や技術を身につけることで患者のADLやQOLの向上に貢献できる立場にいる。しかし、家庭医のリハに関するニーズを調査した先行研究は2つのみで、いずれも質問紙法による量的研究であった。

Raissiらはイランのgeneral practitionerに調査を行い、リハの教育が不十分であること、リハの中では筋骨格系の診察が最も重要であると報告している¹⁾。Hettleらはアメリカのプライマリ・ケア医に調査を行い、腰痛、筋骨格痛、頸部・肩

原 著

痛など骨関節疾患の重要性が最も高く、1974年と1994年でその重要性は変わっていないことを報告している²⁾。

ただし、これらの調査で用いられた質問紙には、摂食・嚥下障害、廃用症候群、認知症、がんなどが調査項目に含まれておらず、脳卒中の重要性が比較的低いなど、筋骨格系以外の疾患のリハが念頭に置かれていないことや日本の実情とは異なることが推測される。また、日本家庭医療学会認定後期研修プログラム（バージョン1.0）³⁾に、家庭医が持つ医学的な知識と技術としてリハが含まれているが、実際に家庭医に必要なリハの臨床能力は記載されていない。

今回の研究の目的は、若手家庭医がリハの臨床能力獲得に関してどのような事を考えているかを調査することである。

方法

対象は初期研修終了後で日本家庭医療学会後期研修施設に所属している、後期研修医と一部指導医を含む学会員とした。研究デザインは、海外の先行研究の質問紙では上述の問題点があり、探索的側面を重視する必要があると考えられたため、質的研究とした。

倫理的配慮として事前に日本家庭医療学会倫理委員会の承認を取得した。すべての対象者から書類によるインフォームドコンセントを得たうえで、半構造化されたフォーカスグループインタビューを行った。インタビュー前に、対象者のプロフィール、リハの学習歴、現在の施設におけるリハの概要に関する調査票への回答を依頼した。

インタビューでの主な質問は、「診察時にリハの知識がなくて困ったことはありますか」、「診察時にリハの知識があつて役に立ったことはありますか」、「家庭医が身につけたほうがよいと思うリハの臨床能力はありますか」、の3つとして、面接の状況に応じて他の質問を追加した。インタビューはすべて1人の研究者（若林）が行い、可能

な場合は共同研究者が同席し観察ノートを付け、分析データの対象とした。対象者の許可を得て録音し、逐語録を作成した。自由な発言と正確な意見の聴取を保証するために、インタビュー時に飲み物とお菓子を用意して、参加者がくつろいで参加できるように配慮、逐語録は対象者全員に送付し、実際の発言内容を正確に反映するようにチェックと加筆訂正を依頼、また面接終了時にインタビューで言いたいことを話せたかなどを調査し、ここで出てきた発言内容などは適宜分析データの対象とした⁴⁾。インタビュー終了後に、診療に役立つと思われるリハの資料を提供した。希望があった場合には、リハに関するワークショップやレクチャーを行った。

サンプリングは、勤務場所の違いや往診の有無で分類して、多様な視点を引き出せるように意図的サンプリングとした。データ分析はデータ収集と同時に進行した。3人の研究者が別々にグラウンデッドセオリーアプローチで分析した後に、必要に応じてフォーカスグループでの質問内容を変更し、次のデータを収集した。理論的飽和に達するまでデータ収集・分析を繰り返した。各研究者の分析結果の相違についてはその都度議論を行う事で解消した。研究者のうち1人は質的研究の十分な経験がある。また、研究の計画の段階で研究者がそれぞれについて自らのリハについての経験や考えについての振り返りを行い、データ収集や分析の際に入り込みうる考えの偏りについて認識をした。

本研究のプロトコルは、日本家庭医療学会臨床研究初学者のためのワークショップの参加を通じてそのプロダクトとして作成した。また、平成18年度日本家庭医療学会研究助成金を受けて実施した。

結果

4～7人のフォーカスグループインタビューを5回行った時点で、理論的飽和に達したと判断し

原著

表 1 対象者の属性

医学部卒業後の年数	平均 5.3±2.2 年
性別	男性 15 人、女性 11 人
医学部卒業時に大学にリハ講座の有無	あり 9 人、なし 17 人
医学部卒業後のリハ研修の有無	あり 8 人、なし 17 人、無回答 1 人
リハ研修内容	<ul style="list-style-type: none">・脳卒中 2 日間・日本家庭医療学会のリハのワークショップ 3 人・大学の関連病院・初期研修病院のリハ科 1 ヶ月 2 人・高次脳機能障害講演会、FIM 研修会、一般医家のための骨関節疾患・脳血管障害のリハビリ講習会、摂食・嚥下研修会
調査時の勤務場所	病院 14 人、診療所 12 人
勤務場所が有床の場合のベッド数	中央値 338 床 (25%値 66.5、75%値 376)
入院患者の診療の有無	あり 15 人、なし 11 人
入院診療ありの場合、1 週間の診療時間	平均 30.1±24.1 時間
外来患者の診療の有無	あり 25 人、なし 1 人
外来診療ありの場合、1 週間の診療時間	平均 16.1±9.3 時間
在宅患者の診療 (往診) の有無	あり 19 人、なし 7 人
在宅診療ありの場合、1 週間の件数	平均 5.0±3.0 件
勤務施設のリハ科の有無	あり 18 人、なし 8 人
勤務施設のリハ科専門医の有無	あり 2 人、なし 23 人、無回答 1 人
勤務施設の理学療法士の有無	あり 22 人、なし 4 人
勤務施設の作業療法士の有無	あり 20 人、なし 6 人
勤務施設の言語聴覚士の有無	あり 18 人、なし 8 人
勤務施設の社会福祉士 (ケースワーカー) の有無	あり 9 人、なし 17 人

表2 インタビュー後の調査票結果

①今日のインタビュー調査で言いたいことを話すことができましたか？

十分話せた10人、話せた14人、あまり話せなかった1人、話せなかった0人、無回答1人

②話したかったことがありましたら記載してください。

- ・初期研修の頃、パーキンソン病でひどいじょくそうを作った方が、なんとかりハビリをし
て半年後に町の中で歩いているのをみた時はとても感動しました。
- ・リハビリの研修をしたいです。
- ・家庭医が行うリハビリの特長はどのようなものだろうか、という点
- ・自分の現状（知識も経験もなく、よくなったという実感もない）
- ・リハビリを学ぶ場所（家庭医的視点として）は日本でどこで学べるか。
- ・実際地域リハをやっている家庭医はリハにどこまでかかわっているのか。
- ・リハビリに対する研修医の悩み、苦手意識がよくわかった。又問題点や解決の糸口が多少
なりとも自分の中で見えてきたので参加させてもらって非常に役に立った。
- ・家庭医としてリハビリテーションの能力は必要。学会としてのセミナー、各研修施設単位
でのリハビリカンファ、セラピストについて歩く機会がほしい。後期研修のうちに、セラ
ピストとディスカッションできる能力はつけておきたい。

③今日のインタビュー調査の質問内容は、話を進めるうえで適切でしたか？

とても適切だった9人、適切だった16人、あまり適切でなかった0人、不適切だった0人、
無回答1人

④このような質問があるとよい、というのがありましたら記載してください。

- ・家庭医の概念（印象）、リハビリ医の概念（印象）、リハビリに対する印象（漠然とした概念）
- ・リハビリの知識が足りなくなっているのは、どのようなところが問題（弊害）となっているか。
- ・家庭医ならではのリハビリとはどんなものか。
- ・各々言いたいことを言えたよいミーティング、インタビューだったと思います。
- ・家庭医の特長の生かせるリハビリとはどういうものだと思いますか。
- ・リハビリテーションをして、よくなった患者さんの経験はありますか。
- ・セラピストに丸投げしてしまい、患者さんからリハビリの方法について質問されたときに
どのように答えますか。また、どのように対応しますか。
- ・皆がどういう人にリハを必要と感じているのか。
- ・特になし。全体的に話をうまくまとめて進めてくれたため話がしやすかったと思います。
- ・プライマリケア医はリハビリについてどんな知識があればよいか。
- ・リハビリの必要性をプライマリケア医に広めるとしたらどうしたらよいか。

原著

た。参加者は26人であった。対象者のプロフィールを表1に示す。卒前、卒後ともリハの学習機会があったのは約1/3で、12人は卒前、卒後ともリハの学習機会がなかった。入院、外来、往診と幅広い診療に従事している対象者が多かった。

インタビュー後の調査票の結果を表2に示す。ほとんどの対象者が言いたいことを話せた(96%)、質問内容は話を進める上で適切だった(100%)と回答した。

家庭医にリハの臨床能力が必要ないという意見はほとんど認めなかった。しかし、多くの家庭医にリハに関して自信のなさや不全感を認めた。インタビュー時の観察では、自信のなさや不全感を認めない家庭医は26人中2人であった。

「日々忙しい中でリハビリのほうはよくわからないのでおまかせっていうのがかなり多いんですけど、やはりその不全感が残りますよね。」(参加者A, 卒後4年目)

「いつも不全感で一番大きいのは、セラピストさんがやっている内容がブラックボックスだということですよね。」(参加者A, 卒後4年目)

次にリハの臨床に関するカテゴリーとして、リハの知識・技能、連携、経験とニーズ、研修環境の4つが抽出された(表3)。

表3 抽出されたカテゴリー

(1) リハの知識・技能
① リハ総論
② 家庭医に特徴的なリハ
(2) 連携
① PT・OT・STや他の職種との連携
② 地域との連携
(3) 経験とニーズ
① 学習経験とニーズ
② 患者側の経験とニーズ
(4) 研修環境(卒前、卒後、自己学習)

(1) リハの知識・技能

リハの知識・技能は、リハ総論と家庭医に特徴的なリハの2つのサブカテゴリーに分類された。

① リハ総論

リハ総論には、機能評価(国際生活機能分類, International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下ICFと略す)、リハゴール設定、リハ計画策定、リハオーダー、PT(Physical Therapist: 理学療法士)・OT(Occupational Therapist: 作業療法士)・ST(Speech-Language-Hearing Therapist: 言語聴覚士)の職務内容や役割、リハのリスク管理、リハのEBM、装具・介助用具、介護保険主治医意見書・障害認定書類の記載が含まれた。

機能評価は、単に関節可動域、筋力、麻痺といった機能障害だけでなく、生活機能、患者、家族、地域の評価も必要であった。ICFを構成する6つの概念である健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、個人因子、環境因子のすべてについて評価の必要性が指摘された。

「リハビリは理学療法だけではなくて、そこからの生活の機能のことという段階があって、リハビリのこのスタッフと話をしてもその話が出てくるんです。」(参加者B, 卒後7年目)

ゴール設定には、機能回復の可能性、障害固定の判断、在宅復帰の判断が含まれた。その上でリハ計画策定を行うが、これらの困難さを認めた。

「自分がどういうふうにゴール設定をしてあげて、どういうふうに進めるといいのか、障害の診断もできなければ方法論もわからなくて、ものすごく途方に暮れたというか難しく感じたんですね。」(参加者C, 卒後3年目)

リハオーダーは、知識、基準、頻度、内容、病名、用語や訓練終了・継続・再開の判断の必要性を認めた。PT・OT・STの職務内容や役割の理解も重要であった。

「PTさんができることの種類を知ったり、

原 著

改善した例とかが分かればいいなと思います。そうしたら、患者さんにPTさんにこれをお願いしてみましようという提案ができたりするかなと思います。」(参加者D, 卒後5年目)

②家庭医に特徴的なリハ

リハ総論とは別に家庭医に特徴的なリハとして、年齢・疾患の多様性、継続性(入院中のみなど期間制限のリハではなく、外来・在宅での継続的なリハ)、身体的治療とリハの並行、時間や回数数の制約、ワンポイントアドバイスの知識のストック、よくある疾患や障害のリハプログラム・運動療法を認めた。

「僕らが見ているのは確かに専門的なところもあるんですが、本人の訴え、困っているところを見ているので、その症状に合ったリハビリテーションという感じでオーダーしているのかなというイメージがあるんですね。」(参加者E, 卒後9年目)

身体的治療とリハを同時並行で行う必要性はあるが、リハの部分は抜けやすかった。

「身体的に先に治療しなきゃいけないようなことと同時並行じゃないといけないと思うんですけど、でもどうしても、やっぱり片手落ちになってしまうんですね。」(参加者F, 卒後11年目)

また、家庭医には時間や回数数の制約があるので、時間がなくてもできるワンポイントアドバイスの知識のストックが有効であった。

「最近ちょっと衰えてきたなとか、ちょっと大丈夫かなと思ったときにコンパクトにでも言える一言とか、今月のポイントみたいな感じで言えるのがあってもいいと思いますね。」(参加者F, 卒後11年目)

よくある障害や疾患に関するリハプログラムや運動療法として、緊張型頭痛、生活習慣病、脊柱管狭窄症、脳卒中、パーキンソン病、廃用症候群、老年症候群、誤嚥性肺炎、慢性閉塞性肺疾患、心

筋梗塞、摂食・嚥下障害、大腿骨頸部骨折、変形性関節症、腰痛、五十肩、関節リウマチ、がん、認知症、褥瘡、顔面神経麻痺、脳性麻痺、呼吸リハ、言語リハ(構音障害)、起居動作、ADL、APDL(Activities parallel to daily living:日常生活関連活動)をインタビュー中に認めた。

これらのうちインタビュー中の出現回数が多かったのは、摂食・嚥下障害46回、脳卒中20回、ADL16回、老年症候群(高齢者)16回、認知症8回、廃用症候群8回、腰痛7回であった。

(2) 連携

PT・OT・STや他の職種との連携、地域での連携の2つのサブカテゴリーに分類された。

①PT・OT・STや他の職種との連携

特にPT・OT・STと家庭医のコミュニケーションに様々な問題を認めた。PT・OT・STから家庭医に教えることの難しさを認めた。

「医者に教えるっていうことに対しての壁がどうもあるような印象がどうしても出ちゃうんですね。看護師と医者の関係とはやっぱり違うような気がするんですね。」(参加者G, 卒後10年目)

「何を教えたらいいのかわかってないのかな。PTさんとかOTさんとかもドクターだからわかってるんじゃないかってたぶん思っていることが結構あるんじゃないかな。」(参加者H, 卒後5年目)

家庭医からPT・OT・STに話しかけることにも難しさを認めた。

「医者側にも問題があって、(訓練場面を)見ててもどこに着眼してよいかというのがわかっていないですし、何を質問したらいいのかわからない。セラピスト自身も医者が知っておくべき知識というのがどれかは選べないでしょうね。」(参加者A, 卒後4年目)

PT・OT・STのほうが患者や家族と接してい

原著

る時間が長く、家庭医が知らない情報を多く持っていることも、コミュニケーションのとりづらさの1つとなっていた。また、距離的な理由だけでなく心理的な理由で、機能訓練室への行きづらさを認めた。

「初期研修のころは、(機能訓練室に) 行きなされて言われて何回かは行ってたとは思うんですけど、だんだんなんかやっぱ行きづらいうていうか。行くと、おおって目で見られる。」(参加者I, 卒後6年目)

リハカンファレンスやPT・OT・STとのコミュニケーションの改善に向けて、医師から機能評価、予後予測、訓練内容について、素直に聞く能力の重要性を認めた。

「わかんなかったら素直に聞いてみるのがいいんじゃないかなとは思っただけどもね。僕の場合、わからない動きをやっているときに聞くのが、この動きはどういう目的でやっているのとかって聞くんで、聞かなきゃその動きの意味がわからない。」(参加者G, 卒後10年目)

また、リハの知識・技術とPT・OT・STとのコミュニケーション能力に関連性を認識した発言も見られた。

「そのゴールに行くのはその訓練でいいのか、その期間で行けるのかっていうのを話として持っているんで、ディスカッションっていうのはやりやすいって思うんですけどね。」(参加者G, 卒後10年目)

その他の職種との連携として、リハ科専門医、ケアマネージャー、看護師、訪問看護師、栄養士、ケースワーカーとの連携の重要性があげられた。

②地域との連携

急性期病院や診療所と、回復期リハ病院、訪問看護ステーション、デイケアなどとの連携と、これらの情報を有することの重要性を認めた。

「地域の中にどんなリソースがあって、どこに行くとかどういうリハビリが積極的にや

られていてというのを知っているという知識の情報というか、資源を知っているということが大事なんだと思います。」(参加者C, 卒後3年目)

しかし、地域のリソース不足やリソースの理解不足といった問題点を認めた。

「今後そういう適切なリハビリをやるにはスタッフもいないですし、リソースも町には全くない。」(参加者C, 卒後3年目)

「こっちはもう急性期病院だからもう後は外に出したい一心で帰したりするんですけど、その患者にとってリハ病院に行くことが本当にいいのか悪いのかもよくわからないし、リハ病院にだいたい行ったことがないのでそこで何が行われてるかもほんとは知らないし。」(参加者J, 卒後5年目)

(3) 経験とニーズ

家庭医の学習経験とニーズと、患者側の経験とニーズの2つのサブカテゴリーに分類された。

①学習経験とニーズ

リハへの関心を高めるためには、患者の機能改善を経験することが重要であった。

「そばで見てると、リハビリを日々していく段階でどれだけ、どのくらいよくなっていくかっていうのが目に見えて、そうするとすごくその威力というか効果が目に見えて分かったんで、それはすごくリハビリに対する自分の関心も高まりました。」(参加者K, 卒後5年目)

家庭医療を学ぶ中で徐々にリハに関わる意識を持つようになった家庭医もいた。

「家庭医を学ぶ中で、だんだんその人たちの機能障害とか実際の生活のことがすごく重要だと思う場合がどんどん強くなって。」(参加者L, 卒後8年目)

「どのくらい動けるようになるかとか、その辺のところに関して、患者さんと

原 著

「か家族にとってはすごい大事ですよ。」(参加者 K, 卒後 5 年目)

②患者側の経験とニーズ

積極的なリハの適応がないにもかかわらず、患者の訓練希望が強い場合の対応の難しさを認めた。患者と家族でニーズが異なる場合にも、対応が困難であった。

一方、家庭医はリハを勧めたいが、患者のニーズがない場合もあった。

「リハビリを前の病院でやっていたんだけど効かなかったんだよとって、最初からリハビリに行かない人。そういうときはちょっと困る。」(参加者 L, 卒後 8 年目)

(4) 研修環境 (卒前, 卒後, 自己学習)

リハの学習機会が卒前, 卒後ともなかった家庭医には以下のような意見を認めた。

「リハビリというものが医師がかかわるものだという意識がものすごく低かったんだと思うんですね。リハビリの先生が実際、どう医療者として携わって、どういうお仕事をされているかは全然知らないです。」(参加者 M, 卒後 3 年目)

職場環境で必要となるリハの知識・技術は異なるが、入院, 外来, 往診でどのようなリハをしているかを理解することが重要であった。

「その人のお家に行くチャンスがなかなかないので、その人が本当に困っている姿を見ることがなかなかできないんですね。逆にリハビリの場において、その人がやっているのを見ると、ああ、この人は実はこんなに困っていたんだみたい。」(参加者 E, 卒後 9 年目)

家庭医の研修の中でリハを学習する機会があり、リハオーダーをしやすい環境が望ましいという意見を認めた。

「どういうふうに評価をして、どういう処方せんを出してというのもよく分からない状

況できていたんですね。ここで出すようになってからは少しずつ勉強する機会があるというのは今の素朴な感想です。」(参加者 H, 卒後 5 年目)

リハについて自己学習の困難さを認めたため、院内外での勉強会, 研修会, ワークショップも有用であった。

次にリハの臨床に関する概念モデルを図 1 に示す。多くの家庭医がリハに関する自信はなく不全感を持つ中で、現場でリハの臨床や学習を行っていた。

リハの臨床や学習に影響を与える要素として、リハの知識・技能, 連携, 経験とニーズ, 研修環境の 4 つのカテゴリーがある。すべてのカテゴリーにそれぞれ実践する上でのバリアを認め、これらはすべて関連していた。例えば、連携できればリハの知識・技能がより身につく、リハの知識・技能を学習すればより連携できるようになっていた。

「研修のあり方として、目標はセラピストとディスカッションできるっていうのにはできれば随分と違ってくると思うんですけどね。そこまで行けばそのあとは研修, ディスカッションとでだんだんまた能力が伸びていくのかなと。」(参加者 A, 卒後 4 年目)

これらのバリアを克服できれば、リハに関する

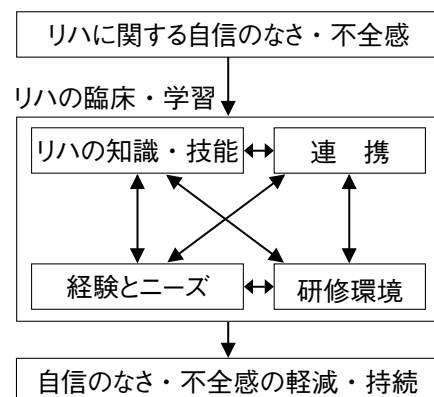


図 1 リハの臨床能力獲得に関する概念モデル

原著

自信のなさや不安全感は軽減した。一方、バリアのために自信のなさや不安全感が持続することもあった。

考察

多くの家庭医にリハに関する自信のなさや不安全感を認めた。リハの臨床に関するカテゴリーとして、リハの知識・技能、連携、経験とニーズ、研修環境が抽出され、日本の若手家庭医にとって必要なリハの臨床能力獲得についての概要が初めて明らかとなった。

リハに関する自信のなさや不安全感の原因の1つは、卒前、卒後のリハの教育が不十分なことと考える。リハ医学の講座がない医学部も多いため、リハを学習する機会が全くないまま臨床現場で診療している家庭医も少なくない。

自信のなさや不安全感を軽減するには、リハの知識・技能、連携、経験とニーズ、研修環境の習得、改善が有用であり、これらはすべて関連している。リハの知識・技能を習得すればよいが、リハの自己学習は容易ではない。そこでPT・OT・STとのコミュニケーション能力の改善や研修環境の整備で、リハの知識・技能を習得し、自信のなさや不安全感を軽減できる可能性がある。

PT・OT・STとのコミュニケーションは、看護師など他のコメディカルとは異なるという意見を認めた。PT・OT・STが医師に教える壁があると感じられる一方、医師からPT・OT・STに対する壁として、何を聞いたり話したりすればよいのか不明であった。医師からPT・OT・STに機能評価、予後予測、訓練内容について、素直に聞くことが重要である。

今回の知見をもとに、家庭医に必要なリハの研修カリキュラムの案を表4に示す（家庭医のためのリハビリテーション研修推奨内容バージョン0.1（案））。日本リハ医学会専門医制度卒業後研修カリキュラム⁵⁾と比較すると相違が見られた。日本リハ医学会のカリキュラムにのみ含まれている

項目は、リハ診断学（電気生理学的診断、病理診断）、ブロック療法、外傷性脳損傷、脊髄損傷、二分脊椎、脊髄小脳変性症、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、多発性神経炎、ポストポリオ症候群、末梢神経損傷、筋ジストロフィー、切断、末梢循環障害、熱傷であった。また、米国のPhysical Medicine and Rehabilitationの研修プログラム⁶⁾と表4を比較すると、電気生理学的検査、スポーツ障害、パーキンソン病を除く神経筋疾患、二分脊椎、多発性硬化症、外傷性脳損傷、切断、性機能障害、熱傷、運動学、生体力学は、米国の研修プログラムにのみ含まれていた。これらはリハ科専門医に特徴的な内容と考える。

逆に、家庭医に特徴的な内容として、身体的治療とリハとの並行や継続性、時間の制約、緊張型頭痛や生活習慣病の運動療法などがみられた。さらに、地域医療支援病院においても、診療所で必要なリハの研修は十分に行えないとする研究もある⁷⁾。そのため、単純にリハ科専門医のカリキュラムをそのまま利用することでは埋められないギャップが起これると考える。

また、患者がリハによって改善することの体験の共有や、実際には生活環境での機能障害が重要であるという認識がリハの重要性の認識をあげると思われること、ICFで個人因子や環境因子を考慮すること、患者自身がリハの必要性を感じないときにどうするか、などは日本家庭医療学会認定後期研修プログラム（バージョン1.0）⁸⁾の中で家庭医を特徴づける能力として最初に挙げられた、患者中心・家族志向の医療を提供する能力の詳細そのものであり、リハ領域は本来家庭医の視点と非常に親和性が高いと考える。

本研究の限界として、臨床経験の長い家庭医が少ないことがあげられる。フォーカスグループインタビューを行うために、対象者を日本家庭医療学会後期研修施設に所属している家庭医に限定したことが要因と考える。

また、インタビュー以外のデータをほとんど取

表 4 必要性が認識されていた知識、技能、領域、環境
 ー 家庭医のためのリハビリテーション研修推奨内容バージョン 0.1 (案)

(1) 基本的知識、技能

1. リハ医学の基本的知識

1-1. 機能評価 (ICF)

1-1-1 関節可動域、筋力、麻痺といった機能障害だけでなく、生活機能、患者、家族、地域の評価

1-1-2 ICF を構成する 6 つの概念 (健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、個人因子、環境因子)

1-2 ゴール設定 (機能回復の可能性、障害固定の判断、在宅復帰の判断。その上でのリハ計画策定)

1-3 リハオーダー (知識、基準、頻度、内容、病名、用語や訓練終了・継続・再開の判断の必要性)

1-4 PT・OT・ST の職務内容や役割の理解

1-5 リハのリスク管理

1-6 リハの EBM

1-7 装具・介助用具の知識

1-8 介護保険主治医意見書・障害認定書類の記載

2. 家庭医に特徴的なリハ

2-1 年齢・疾患の多様性、よくある疾患や障害のリハプログラム・運動療法など

摂食・嚥下障害 (*), 脳卒中 (*), ADL(*), 老年症候群 (高齢者) (*), 認知症 (*), 廃用症候群 (*), 腰痛 (*), 緊張型頭痛、生活習慣病、脊柱管狭窄症、脳卒中、パーキンソン病、廃用症候群、誤嚥性肺炎、慢性閉塞性肺疾患、心筋梗塞、大腿骨頸部骨折、変形性関節症、腰痛、五十肩、関節リウマチ、がん、褥瘡、顔面神経麻痺、脳性麻痺、呼吸リハ、言語リハ (構音障害)、起居動作、APDL. (*) は特に言及の多かったもの

2-2 継続性 入院、外来、在宅といったセッティングを超えた継続性をふまえたリハ

2-3 身体的治療とリハの並行

2-4 時間や回数の制約

2-5 ワンポイントアドバイスの知識

(2) 連携 連携のためにはそれぞれの資源、人材がどのような役割をもち、何を得意としているかについて知っておく必要がある。

1. PT・OT・ST や他の職種 (リハ専門医、ケアマネージャー、看護師、訪問看護師、栄養士、ケースワーカーなど) との連携

2. 地域との連携 (急性期病院や診療所と、回復期リハ病院、訪問看護ステーション、デイケアなどの地域資源の活用と連携)

(3) 学習、動機付けのきっかけ、環境

患者が実際にリハでよくなる事を体験する

ナラティブを重視する

往診を通じて実際の生活環境を見る

実践の機会がある

勉強会、ワークショップなどの機会

原著

集していないことも限界である。インタビューを1人の研究者が行ったため、一部を除いて観察やメモを十分に行うことができなかった。診療場面の観察など、異なる種類のデータを収集、分析することで、家庭医が必要と考えるリハの臨床能力がより明らかになる可能性がある。

今後は、リハ科専門医やPT・OT・STからみた家庭医に求める臨床能力の探索が必要と考える。次に明らかになった臨床能力の優先順位や重要度などの定量化を行い、研修目標や方略、評価方法などカリキュラム作成に進む必要がある。同時に家庭医のリハに関する自信のなさや不全感を軽減させるワークショップを実践したい。

謝辞

インタビューの調整ならびに参加してくださった家庭医の皆様、2005年度日本家庭医療学会臨床研究初学者のためのワークショップの講師、参加者の皆様に深謝いたします。

本研究の要旨は第15回日本家庭医療学会（京都、2009年）で発表し、第4回日本家庭医療学会・学会賞を受賞した⁹⁾。また、国際学会にて本研究で明らかになった知見の骨子を発表した⁹⁾。

文献

- 1) Raissi GR, Mansoori K, Madani P, et al: Survey of general practitioners' attitudes toward physical medicine and rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 2006; 29: 167-170.
- 2) Hettle M, Braddom RL: Curriculum needs in physical medicine and rehabilitation for primary care physicians. Results of a survey. *Am J Phys Med Rehabil* 1995; 74: 271-275.
- 3) 特定非営利活動法人日本家庭医療学会認定後期研修プログラム（バージョン1.0）..

http://jafm.org/html/pg01_0_060316.pdf
(accessed on 2009 October 29)

- 4) 瀬島克之, 杉澤廉晴, マイク D. フェターズ: 質的研究における方法論の妥当性に関する検討 - フォローアップアンケートの結果から -. *プライマリ・ケア* 2001; 24: 277-283.
- 5) 日本リハビリテーション医学会専門医制度卒業研修カリキュラム. : http://wwwsoc.nii.ac.jp/jarm/iinkai/kyouiku/rinshoKenshuCal_0607.pdf (accessed on 2009 October 29)
- 6) ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Physical Medicine and Rehabilitation.: http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/340physicalmedicinerehabilitation07012007.pdf (accessed on 2009 October 29)
- 7) 若林秀隆: 運動療法とリハビリテーションの臨床能力の習得に関する調査. *プライマリ・ケア* 2004; 27: 302-307.
- 8) 若林秀隆, 喜瀬守人, 岡田唯男: 家庭医はリハビリテーションにおいてどのような臨床能力を必要と考えているか. 2009年プライマリ・ケア関連学会連合学術会議抄録集, 2009, pp17
- 9) Hidetaka Wakabayashi, Morito Kise, Tadao Okada: Family physicians' perceptions of clinical competence in rehabilitation medicine: a qualitative study, in abstract book of 5th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, 2009, pp689-690

連絡先: 若林秀隆

〒232-0024 横浜市南区浦舟町4-57

Tel. 045-261-5656

Fax. 045-253-9955

E-mail: noventureglory@gmail.com

Family physicians' perceptions on acquiring clinical competence in rehabilitation medicine: a qualitative study

Hidetaka Wakabayashi^{*1} Morito Kise^{*2} Tadao Okada^{*3}

^{*1} Yokohama City University Medical Center

^{*2} Kawasaki Health Co-operative Association Kuji Clinic

^{*3} Tesshokai Kameda Family Clinic Tateyama

Objectives: The objective is to explore family physicians' perceptions of clinical competence in rehabilitation medicine.

Methods: We chose a qualitative method with focus group interviews. The participants were recruited through purposeful sampling among the family medicine senior residency programs accredited by the Japanese Academy of Family Medicine. Data were collected by a semi-structured interview with three main questions. All interviews were recorded and transcribed. Data analysis was done with grounded theory approach during, before and after an each interview by main investigator (HW). All transcribed data were analyzed independently by each investigator and discrepancies were resolved through discussion. The focus group were recruited until achieving theoretical saturation.

Results: After the fifth focus group interview, we concluded that we have achieved theoretical saturation. Participants were 26 family physicians. There were 15 men and 11 women, with mean clinical experience after graduation was 5.3 years. All family physicians thought they needed some clinical competence in rehabilitation medicine. However, many felt little confidence and satisfaction. Four theme were emerged. 1) rehabilitation knowledge and skill, 2) cooperation and coordination skill, 3) experience and needs, and 4) training environment. All categories were intricately related and interacting. Rehabilitation knowledge and skills were divided into the ones which is common with the field of rehabilitation medicine and the ones specific to family medicine.

Conclusions: The competency needed for family physicians are somewhat unique. The specific curriculum and strategy has to be developed for family physicians in order to increase their competence to care for diverse population needs.

Key Words: family physician, rehabilitation, education, qualitative study, grounded theory approach