博士（医　学）　葛　西　龍　樹

学位論文題名

Family-Oriented Care

（家族志向型医療）

学位論文内容の要旨

家庭医療学family medicineは、プライマリ・ケアの特徴であるACCCA（近接性accessibility、包括性comprehensiveness、継続性continuity、協調性coordination、責任性accountability）を備えるとともに、(1)患者中心の医療の方法、(2)家族志向型の医療、(3)地域包括医療、(4)生物医学心理社会的アプローチ、(5)人間的な医師-患者・家族関係を実践できることを専門性として持つ。なかでも、専門家庭医 family physicianにとっての「家族」の重要性は、家庭医療学のパラダイムに固有のものである。本論文では、家庭医療学における「家族」の重要性と意味を検討し、日常診療において家族志向型医療family-oriented careを取り入れる新しい方法を提示した。

家庭医療学における「家族」の重要性

多くの臨床研究が、家族が病気や健康に与える強い影響と、その逆に病気や健康が家族に与える強い影響を示してきた。家族というcontext（背景、脈絡）の中で考えることなしには、患者と患者の苦しみを完全に理解することはできない。

家庭医療学における「家族」の意味

重要なキーワードは、歴史・未来・機能・献身である。これらを用いて家族を定義すると、次のようになる。「家族とは、共通の歴史と未来を共有する人々の集まりである。家族の機能と、構成員の献身とが、その歴史を作りその未来を決定する潜在力を持っている」

家族志向型医療を導入する最初のステップ

家族志向型医療に適した診療環境を整備する必要がある。家族包括診療録システム、訪問診療や家族ミーティングのための時間の確保、家族で受診しやすい診療所のレイアウト、診療所のニュースレター発行などが具体的な例として勧められる。

いつ家族を考えるか：DR. FAMILYのアプローチ

すべての診療場面で家族のことを考慮するべきであるが、忙しい外来診療では、特に家族が重要な意味を持ってくる場合をピックアップしていくことが、現実的であり、専門家庭医の教育においてもアプローチしやすい。このため、記憶に残りやすいよう考案した「DR. FAMILYのアプローチ」を導入した。

1．"Death and dying"の"D"

患者が死に至る病気に罹っている場合や、実際に死期を迎えている場合には、家族とともにケアをしていく必要がある。患者の死は必ずしも治療の失敗やケアの終点を意味するのではない。困難を経験した家族とわれわれがコミュニケーションを続けることで、

人間関係の新しい展開が期待される。悪性疾患がありそうだと考えられるときは、検査や他科専門医に紹介する初期から家族と話し合う。

2．"**Recurrent problem**"の"**R**"
同じ問題で何回も受診してくる場合や、治療効果が期待通りみられない場合には、患者の家族はその理由をどう考えるのか、話を聞いてみなくてはならない。また、慢性疾患はそれを持つ患者と家族に非常な衝撃を与えるものであり、患者の問題とともに家族機能と家族QOLの低下に伴う問題を探っていく必要がある。

3．"**Frail elderly**"の"**F**"
高齢者医療は患者の家族を考えることを抜きには成立しない。介護者の疲労、高額の医療費、治療の選択、患者の意思決定、医療倫理など多くの問題があり、家族との十分な話し合いを重ねていく必要がある。

4．**Acute problem**"の"**A**"
重篤な急性疾患が患者とその家族に与える衝撃も大きい。今何が起こっているのか、これからどうなるのかをよくわかる言葉で説明することと、患者と家族がどんな気持ちでいるのかを理解していくことが大事である。

5．"**Mental illness**"の"**M**"
患者の受診理由に対して、医学生物学的と同時に心理社会的にも考慮していく必要があり、患者が抱く感情や恐れを無視してはいけない。しばしばそうした感情や恐れには家族が影響していることがあり、その話を聞いていく必要がある。精神疾患がある場合は特に、家族の感情や恐れに耳を傾ける必要がある。

6．"**I have a family, too.**"の"**I**"
日本では、仕事と家庭のバランスを考えることがまだ正当に価値を与えられているとは言い難いが、医師自身の家庭での人間関係や価値観が、患者とその家族の問題を考慮するときに影響を及ぼしてくることは多くの研究が示すところである。医師自身バランスのとれた良い状態で診療に望む必要がある。

7．"**Life style problem**"の"**L**"
患者の生活習慣改善は、家族の理解と協力がなければ困難である。生活習慣が強く関連するアルコール症、高血圧症、高脂血症、肥満、糖尿病、喫煙などの問題を患者が持つ場合には、できるだけ早期から家族を巻き込んでいった方がよい。

8．"**Young family**"の"**Y**"
若い夫婦は、家族ライフサイクルの数段階を比較的短期間に通り抜けていく。多くの若い核家族では、両親や祖父母にいつでも相談して支えてもらうわけにはいかないのが現状であり、医師が患者にとって親のような立場で関わっていく必要がある。特にそのようなアドバイスが必要な場合としては、妊娠、避妊、不妊症、育児、予防接種、小児の問題行動、遺伝相談などがある。

具体的介入方法
すべての診療場面でDR. FAMILYに該当する問題がないかチェックする。家族図family genogramを用いて患者・家族の解釈モデル explanatory modelsを心理社会的に検討し、家族ライフサイクルの段階とその到達目標を考慮していく。さらに、家族もケアの対象であることを確認し、家族の苦しみやリスクの評価をする。
ここで、家族図family genogramとは、記号を用いて配偶者の家族も含めた家族内の

人間関係を描く方法で、家族の中で何が起こっているのか、何が起きる危険があるのかを理解する優れた方法である。

学位論文審査の要旨

主　査　　教　授　　小　林　邦　彦

副　査　　教　授　　前　沢　政　次

副　査　　教　授　　櫻　井　恒太郎

学位論文題名

Family-Oriented Care

（家族志向型医療）

家庭医療学 family medicine は、プライマリ・ケアの特徴である ACCCA（近接性 accessibility、包括性 comprehensiveness、継続性 continuity、協調性 coordination、責任性 accountability）を備えるとともに、(1)患者中心の医療、(2)家族志向型の医療、(3)地域包括医療、(4)生物医学心理社会的アプローチ、(5)人間的な医師-患者・家族関係の実践を専門性として持つ。なかでも、専門家庭医 family physician にとっての「家族」の重要性は、家庭医療学のパラダイムに固有のものである。本論文は、申請者がこれまで追求してきた家庭医療学における「家族」を定義し、日常診療への家族志向型医療 family-oriented care の取り入れの重要性とその導入法を提示したものである。

申請者は家族志向型医療を導入する最初のステップとして、家族志向型医療に適した診療環境の整備：家族包括診療録システム、訪問診療や家族ミーティングの時間の確保、家族で受診しやすい診療所のレイアウト、診療所のニュースレター発行などの具体例示し、次いで患者の背景として常に家族を念頭に置く医療を行うべき家庭医の育成・教育法として“DR. FAMILY のアプローチ”の導入を提示した。これは、DR. FAMILY のそれぞれのアルファベットの頭文字から以下の words を想い起すことで、的確に患者とその家族の問題に対処すると言うものである。 D："Death and dying"：患者の死または死期を迎えている場合における、家族のケアとコミュニケーションに関わる医師の姿勢について、 R： "Recurrent problem：同じ問題で何回も受診したり、治療効果が期待通りみられない場合の、患者の家族と医師の関わり合い、 F："Frail elderly"：弱者としての高齢者および高齢者医療における家族の問題に関する話し合いの重要性、 A：“Acute problem"：重篤な急性疾患における患者と家族の憂慮に対する理解と説明、 M ："Mental illness"：患者の受診理由に対する心理社会的な配慮、特に、精神疾患がある場合の家族の感情や恐れ

に対する対応、 I： "I have a family, too."：医師自身の家庭での人間関係や価値観の問題、 L："Life style problem"：患者の生活習慣改善における家族の重要性と関わり合いの推進、 Y："Young family"：若い夫婦や核家族にとって医師が親のような立場で関わっていく必要性、特に、妊娠、避妊、不妊症、育児、予防接種、小児の問題行動、遺伝相談などである。

家族への具体的介入方法として、DR. FAMILY に該当する問題の有無のチエックに始まり、家族図（記号を用いて家族内の人間関係を描く）の作成とそれに基づいた患者・家族の心理社会的検討、家族の苦痛やリスク評価をすることで行う。

発表に際して、副査の櫻井教授から、DR. FAMILY 構想は申請者のオリジナルか否か、教育法としての有効性、本理論の評価と妥当性、また学問としての identity について、我国における家庭医療教育・研究の現状、我国に family medicine が根付かない理由とこれを進展させる方法、家庭医と患者・家族のプライバシーとの関係、日本と外国における思考過程の差との関係など、副査の前沢教授から、家庭医として実際に住民と関っていく方法論について、family medicine を日本に導入する際の戦略と問題点、患者の最も期待する医師像とその時間的変化についてなど、主査の小林教授から、本論文の方法・理論で何処まで理想的な医師育成が出来ているかの具体例についての質問があった。申請者はそれまでの自らの実践経験、発表論文および文献的資料からほぼ妥当な回答を行った。

本論文は家族志向型医療の重要性と意義について述べ、それを我国の医療現場に導入するための方法論として DR. FAMILY 論とその実践法を展開したものである。審査員一同は、本論文は哲学的かつ理論的側面が強いが、その理論の構成に到るまでの申請者のこれまでの経験と副論文を含めた業績、ならびにその実践における本理論の効果を評価して、博士（医学）に値すると判定した。