

令和3年度 研究室配属、選択実習期間中の海外実習の支援

番号	氏名	渡航先	国・地域	渡航先での受入期間
1	K. H	•The Willesden Medical Centre •Imperial College of London	イギリス	2022/1/24 ~ 4/1

令和3年度岸本国際交流奨学金による海外活動実施報告書

医学部医学科	6年	学籍番号：*****	氏名：K・H
渡航先国：英国			
受入機関名：Willesden Medical Centre, Imperial College London			
渡航先機関での受入期間： 令和 4年 1月 24日 ～ 令和 4年 4月 1日（68日間）			

0. 活動の背景

私はプライマリ・ケア領域における臨床と研究に関心を持っています。3年次の基礎配属では、プライマリ・ケアの日英での比較研究に着手しました。当時は主な調査対象領域を在宅医療に設定しました。

2022年現在では、私の関心は、患者複雑性（Patient Complexity）という概念を含む研究領域にシフトしています。患者複雑性に特に定まった定義があるわけではありませんが、“one for whom clinical decision making and required care processes are not routine or standard”という説明はよく知られています[1]。また、患者複雑性は、生物医学的要因のみならず、メンタルヘルス要因、社会経済的要因、患者性格や嗜好などが互いに影響し合うダイナミックな状態であると考えられています[2-4]。複雑な患者への対処は、プライマリ・ケア領域に留まらず、セカンダリ・ケア、コミュニティ・ヘルスサービスとの密接な連携が必要です。また、複雑な患者を含む、ヘルスケアシステムによるサポートから零れ落ちる患者層に対してはチャリティによるサポートが充実しているのも英国の特徴の一つです。

英国はプライマリ・ケア先進国の一つであり、英国におけるセッティング横断での患者複雑性に対する実務、及び、プライマリ・ケア研究についてより理解を深めたいと考え、今回の実習を企画しました。

1. 活動目的

- 診療所における Patient Complexity に対する実務への学びを深めること
- 英国の病院セッティングにおける多職種連携について学ぶこと
- セカンダリ・ケアとプライマリ・ケアとの連携の実際に触れること
- コミュニティ・ヘルスサービスについて学びを深めること
- Charity について実際の活動に触れること
- プライマリ・ケア研究にて、英国をフィールドとした共同研究の可能性を探ること

2. 実習概要

（全体）診療所（Willesden Medical Centre）で4週間、Imperial College London（急性期病院とプライマリ・ケアと公衆衛生研究）で6週間、計10週間実習しました。

- 診療所における Patient Complexity に対する実務への学びを深めること

今回訪問した診療所（Willesden Medical Centre）は、ロンドン北西の Brent 地区に位置し、当該地区全体の複雑な患者を抽出し対処する多職種（General Practitioner（家庭医）、Advanced Nurse Practitioner（心疾患・糖尿病・メンタルヘルスなど疾患別専門性を持った看護師）、Health Care Navigator（様々なケアサービスと連携）、Health Care Insurance Coordinator（保険の受給要件の確認を含めた受給サポートなどを援助）等）から構成されるチームである CPMG（Complex Patient Management Group）の活動拠点があります。CPMG は患者の身体上・メンタルヘルス上の健康問題に加え社会経済的な状態に対するアセスメントとサインポスト（適切なサービスの紹介・導入）をミッションにしています。CPMG の患者は主には GP から紹介されますが、Dashboard からプロアクティブに対象患者を抽出することも行っています。前半 4 週間の診療所訪問では、主に CPMG の活動に同席させて頂きました。一方、Westminster 地区（Crawford Street Surgery）における患者複雑性の実務を見学する機会にも恵まれました。ここでは、生物医学的な問題と社会経済的な問題を分けて別々の場で別々のメンバーで議論しており、それぞれの議論の場に同席させて頂き、CPMG との違いについても学びました。

(b) 英国の病院セッティングにおける多職種連携について学ぶこと

急性期病院としては主に、Imperial College London の関連病院である Chelsea and Westminster Hospital にて実習をしました。Care of Elderly（老年科）チーム、Palliative Care（緩和ケア）チームに加え、Discharge（退院支援）チーム、Therapist（作業療法を含む）チーム、Chaplain（臨床宗教師）チーム、A&E の HIU（救急の中での頻回受診患者）チームが主な実習の場となりました。これらのチームが、入院から退院までの間にどのように連携しているかについて学びました。

(c) セカンダリ・ケアとプライマリ・ケアとの連携の実際に触れること

セカンダリ・ケアとプライマリ・ケアの連携は英国においても十分に密接な連携が取れているわけではないと事前インタビューにて伺っておりました。今回は、入退院の紹介側（診療所）、受入側（急性期病院）の双方において、具体的な対象患者を通じて、どんな連携が行われているのか、どんなことが不足しているのかその背景にはどんなことがあるのか、につき学びました。

(d) コミュニティ・ヘルスサービスについて学びを深めること

コミュニティ・ヘルスサービスは、病院や GP 診療所に比べてより患者の生活に密着した医療を提供しています。サービスの提供場所としては、自宅や地域の診療所、コミュニティセンター、学校など広範囲に及びます。主なサービスメニューとしては、長期に及ぶ慢性疾患の看護、Therapy サービス、セクシャルヘルスや禁煙などの予防サービス、在宅医療や学校保健を含む小児対象サービスなどがあります。NHS が志向している方向性として、GP 診療所が有効に機能することで急性期病院への頻回受診を抑制する、あるいは、コミュニティ・ヘルスサービスが患者のニーズを充足することで GP 診療所への受診が減るという方向性があります。つまり、理想的にはコミュニティ・ヘルスサービスになるべく長く患者が留まり、国全体としてより医療資源を有効に使うということを志向しています。そのような意味では要ともいえる、コミュニティ・ヘルスサービスについて学ぶ機会を得ました。

(e) **Charity** について実際の活動に触れること

英国では NHS が主導し、無料で公平な医療の実現を目指しており、一定の成果を挙げています。一方、そのような医療システムからも零れ落ちてしまう患者層も常に存在しています。例えば、ホームレスなどはその一つの典型です。NHS の枠組みでは、住居は誰にでも得られる権利が与えられていますが、不法滞在者/移民やメンタルヘルスの問題などから住居に留まることが困難な患者層が一定程度存在しています。ホームレス以外にも、言語やアクセス等の問題から GP 診療所に登録できていない人や受診をためらう人も一定程度は存在しています。そのような患者層に対して、英国では Charity が主体となって患者を支援する土壌があります。今回は、ロンドンの中でも貧しい地区として知られる Brent 地区を拠点として、主に中国の移民をサポートしている団体である、Brent Chinese Association の Charity 活動に同席し、Charity 活動の実際や意義について学びました。

(f) プライマリ・ケア研究にて、英国をフィールドとした共同研究の可能性を探ること

英国はプライマリ・ケアの先進国の一つですが、その背景としてはプライマリ・ケアの教育や研究がその発展を支えてきたという事情があります。今回は、プライマリ・ケアと公衆衛生を専門とする先生にお時間を頂き、英国における臨床研究の現状をお伺いし、英国をフィールドとしたプライマリ・ケア領域における共同研究の可能性について探りました。

3. 実習スケジュール（別紙参照）

4. 実習を通じて実際に学んだこと

(a) 診療所における Patient Complexity に対する実務への学びを深めること

今回の実習では複雑な患者にフォーカスを置き、具体的な患者を何人か選び、実際に診療同行し患者に直接にインタビューする機会を頂いたり、過去のカルテを遡って閲覧させて頂いたり、担当されている多職種の方々へのインタビューを行ったりすることで、多角的に理解を深めることができました。どうすべきか、という「解」をすぐに求めると行き詰ることもあると思いますが、現状に至っている経緯を時系列に確認したり、現在はどうのような医療機関にどのような頻度でどんな理由で受診しているのかという全体像を把握する作業を迫体験したりすることで、まずは現状把握をすることの重要性を感じました。特定の患者を巡り、関連する多職種がセッティング（病院、診療所、コミュニティ・ヘルスサービス）や組織を横断して、多職種カンファレンスを開催していることも印象的でした。英国では患者情報がある程度一元化されており、かつ、診療所が登録制になっているからこそ包括的な情報連携が行えるという側面の強みを感じました。このような現状把握と原因分析を土台として、社会全体としてどんな問題が生じているのか、対処するためにはどんな要素が必要でどんな対応方向性があるのか、ということを順番に議論していくことが重要だと感じました。そのような取組みを客観的・学術的・包括的に行っていくことが、プライマリ・ケア研究に課された使命の一つであると認識を新たにしました。

(b) 英国の病院セッティングにおける多職種連携について学ぶこと

急性期病院への入院の多くは医学的な問題に対する対処を主たる目的としています。それに

は、各診療科のコンサルタント（専門医）が主として対処します。一方、入院時の患者背景（主介護者を含む家族関係、退院後の住居を含む社会経済的問題、患者の希望など）の把握を含む全体アセスメントや、退院後の着地点に向けてのプランニングなどは多職種によって担われています。前者はAHP（Allied Health Professions）Therapist Team が担い、後者は Discharge Team が担っています。

AHP Therapist は、作業療法士（OT）、栄養士、音楽療法士、栄養士など 14 の専門領域があります。急性期病院における AHP Therapist は、Acute Assessment Team と Rehabilitation Team に分かれています。A&E（救急）を通じて入院した患者に対して最初に包括的なインタビューを実施するのは Acute Assessment Team です。患者の入院理由は、転倒・心疾患・意識障害・敗血症など多様な理由や背景がありました。Therapist は患者の間診を行い、身体的な能力のみならず、その社会背景・家族関係・診療に対する期待値などをくみ取ります。そのため、非常に広範囲の問題を取り扱うこととなりますが、必要に応じ、専門のチームに引継ぎを行います。入院後は Rehabilitation Team が定期的に患者の機能回復や退院に向けて必要なサポートを行います。

急性期病院では、入院の理由となった症状や原因が取り除かれれば退院を迎えます。退院計画は入院した直後から作成が始まり、Discharge Team は円滑な退院を支援できるよう、患者家族や受け入れ先の施設とも連携しています。GP に対しては退院サマリーを共有しています。退院後に再び同様の疾患で再入院を繰り返さないようにするためには、入院のきっかけとなった疾患への対処だけではなく、GP やコミュニティサービスとの連携によるケアが重要になります。退院時のパスウェイがいくつか定義されていますが、統計的には約 50%は追加的なサポートなしにもともといた施設や自宅に向けて退院し、45%が新たなサービスを付加されてもともと居た施設や自宅に退院し、4%はリハビリ施設へと入所します。1%がケアホームに入所するようです。NHS では、なるべく自宅で患者が長い間暮らせるように、非常時への対応もコミュニティにてできるようにすることを目指しています。そのためにも、入院時に適切なアセスメントを行い、円滑な退院支援を行うことが求められています。Chaplain（臨床宗教師）が活躍しているのも特徴的でした。Chaplain は Palliative Care team の多職種カンファレンスにも常時出席し、特にケアが必要となる患者に注意を払っていました。パンデミック前には全床を訪問していたようです。患者のベッドサイドにおいて、患者の内面の声を傾聴することで、ある種の患者層にとっては心の支えとなっているようでした。Chaplain には週に 1 回程度の On Call（当直日）があるというのも新鮮な驚きでした。

(c) セカンダリ・ケアとプライマリ・ケアとの連携の実際に触れること

入院及び退院に関して、GP と専門医が密接な連携をとっている様子はあまり確認できませんでした。予定入院よりも病態の悪化などに伴う緊急入院の事例を多く見た為かもしれません。

一方、平常時の連携の仕方としては、専門領域別（例：循環器、小児科、糖尿病）に、GP 診療所と病院のコンサルタントが定期的にミーティングを行い、Ongoing の患者に対する対処法を協議するミーティングが開催されており同席する機会がありました。このようなミーティングにより、GP 診療所における疾患固有の困難事例への対処能力を高めるとともに、病院に

対する受診頻度を減らすという効果も得られているようでした。

(d) コミュニティ・ヘルスサービスについて学びを深めること

コミュニティ・ヘルスサービスには多様な幅があります。今回訪問・診療同行する機会があったサービスとして、緩和ケア、メンタルヘルス、ケアホームがあります。いずれも、患者が自宅や施設で自分の生活を営みながら支援を受けることで、GP 診療所や急性期病院への受診を必要最低限にしつつ生活できるようなサポートをしていました。

緩和ケアの在宅医療では、身体的な能力に加え、家族環境、住環境のアセスメント、必要な訪問サービスの評価などを行っていました。メンタルヘルスのサービスでは、頻回受診患者を専門とする医療者に同行し、担当患者と充分にコミュニケーションをとり、ケアホームが提供するデイサービスへの参画など必要となるサービスの導入や検討を患者と共に進めていました。結果として、頻回受診が減少するなどの成果に結びつくことが実感できているようでした。

(e) Charity について実際の活動に触れること

英国には多様な Charity 団体がありますが本実習では、主として Brent 地区に住む中国からの移民コミュニティに対する支援を行っている団体（Brent Chinese Association）が行っているチャリティイベントに同席いたしました。不法滞在や言語の問題で英国の医療サービスを十分に享受できない層があり、それらの層には特別な支援がもともと目的とすることでした。

実際に参加したチャリティイベントは、誰でも参加でき、健康問題を相談できるという趣旨でした。参加者は簡単な問診により、糖尿病やメンタルヘルスのアセスメントを行い、栄養士による食事のアドバイスやメンタルヘルスを専門とする看護師による助言を受けていました。GP 診療所への登録ができていない人への登録支援も行っていました。COVID のワクチン接種も実施しており、NHS 番号を持っていない人でも、接種できるような支援を行っていました。

(f) プライマリ・ケア研究にて、英国をフィールドとした共同研究の可能性を探ること

COVID の影響により現在では、研究室に研究者が集って活気ある議論をするという様子には残念ながら巡り合うことはできませんでした。しかし、プライマリ・ケアと公衆衛生を専門とする先生にお時間を頂き、英国をフィールドとしてどのような研究を実施できる可能性があるか、共同研究/二国間比較を行うとしたらどのような可能性があるかなどについても議論することができました。結論としては、十分な準備の上で適切なリサーチクエスチョンがあれば、英国をフィールドとした研究に対するサポート体制は整っていると感じました。

5. 今後の抱負

今回の実習を通じて、意義があり実現可能性が高いリサーチクエスチョン（RQ）をどのように見出し、それをどのようにして実現可能なリサーチの俎上にのせるか、ということの重要性を強く感じました。

例えば、Patient Complexity という概念は、multimorbidity や SDH（Social determinant of health）というプライマリ・ケア領域では避けては通れない重要な領域のインターセクション部分に位置している、と私は捉えています。しかし、例えばこの領域でどのような RQ が取り組むべき重要な問いなのか、というのは、残念ながら今の私にとってはすぐには明らかではありません。

上記のような問題意識も背景として、今回の実習では、Patient Complexity に関する Scoping

Review も並行して行っています。大阪大学からは公衆衛生学の磯先生にアドバイスを頂き、学外からは Scoping Review の専門家の先生、及び、Primary Care 領域の臨床研究に明るい先生にご指導を頂きながら研究を進め、在学中の出版を目指しています。

今後は、①文献的な考察や学術集会における議論へのキャッチアップを通じて、世界における重要論点について知見を拡げるとともに、②今後の私の医師としての臨床経験を積みながら適切な RQ を見極めていきたいと考えております。一方、自分の限られた臨床経験にのみに依拠することや、それらの蓄積をただ待つことは合理的ではないとも考えており、第三者、あるいは、メンティーや共同研究者としての立場から、③豊富な経験があり洞察力に優れた臨床家の暗黙知を形式知化することで RQ へとつなげるサポートもできないものか、とも考えております。

6. 謝辞

本学においては、この海外実習のきっかけを頂いた公衆衛生学の磯先生、実務的なアドバイスを頂いた白井先生に深謝いたします。パンデミックの環境下においても常にサポーターで迅速な支援をしてくださった教育センターの渡部先生・河盛先生・西川様、海外滞在中の様々なサポートを円滑にご提供くださった学生支援係の永海様にはとても感謝致しております。

学外（国内）においては、Scoping Review を一から手ほどきくださっている片岡裕貴先生（京都大学）、同じく Scoping Review における重要な文献やリサーチにおける重要な視座をご教示くださっている青木拓也先生（慈恵会医科大学）には深甚なる感謝を申し上げます。

学外（英国）では、Arben 先生（Willesden Medical Centre）、Ethie 先生（Crawford Street Surgery）、そして CPMG メンバーの皆様には 2019 年以来大変お世話になり貴重な体験をさせていただきました。特に、Arben 先生は、パンデミック環境下で、実習機会が得られるかどうかわからなかった私にとって暗闇の中での一筋の光明でした。Chelsea and Westminster Hospital では、Mizoguchi 先生（Care of Elderly）、Caulkin 先生（Palliative Care）、Sebastian 神父（Chaplain）には特に大変お世話になりました。

最後に、この海外実習を経済的に強力にサポート下さった岸本先生に感謝申し上げます。

1. Weiss, K.B., *Managing complexity in chronic care: an overview of the VA state-of-the-art (SOTA) conference*. J Gen Intern Med, 2007. **22 Suppl 3**: p. 374-8.
2. Engel, G.L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science, 1977. **196**(4286): p. 129-36.
3. Marmot, M., *The health gap: the challenge of an unequal world*. The Lancet, 2015. **386**(10011): p. 2442-2444.
4. Nicolaus, S., et al., *Definition of patient complexity in adults: A narrative review*. Journal of Multimorbidity and Comorbidity, 2022. **12**: p. 263355652210812.