

平成26年度

全国医師会勤務医部会連絡協議会 報 告 書

メインテーマ

「地域医療再生としての勤務医
～地域医療における総合診療医の役割～」



- 期日：平成26年10月25日（土）10時から
- 会場：横浜ベイシエラトンホテル&タワーズ
5階「日輪」
- 主催：日本医師会
- 担当：神奈川県医師会

— 《表紙写真》 —

○国宝・鎌倉の大仏

鎌倉を代表する名所となっている長谷 (はせ) の高德院の本尊である大仏は、鎌倉幕府第三代執権・北条泰時の晩年になってから作り始めた。

「吾妻鏡」によれば、北条泰時のときに、淨光という僧が諸国を勧進して浄財を集めて歩き、暦仁元年 (1238年) 3月から大仏と大仏殿を造り始めた。北条泰時もその建立に援助した。そして、大仏開眼は5年後の寛元元年 (1243年) 6月11日に行われた。泰時は前年の6月に62歳で亡くなった。この時、建立した大仏は木造であった。

そして、4年後の宝治元年 (1247年) にこの大仏が暴風雨のために倒壊したので、建長四年 (1252年) に改めて金剛の大仏が造営され始めた。大仏殿は、建武二年 (1335年) と志安二年 (1369年) の台風で倒壊。さらに、明応四年 (1495年) の大津波で押し流され、以来、現在のような露座の大仏となった。

本尊の大仏は阿弥陀如来。阿弥陀如来の高さは12.38m、総重量は11トンである。鎌倉の大仏は、鎌倉の中で唯一の国宝。(～鎌倉ぶらぶら～より引用)

目 次

開 催 要 項	1
次 第	2
開 会	
主催者挨拶	9
担当県挨拶	11
来賓祝辞	12
特 別 講 演 1	
「日本医師会が考える総合診療専門医の役割について」.....	20
特 別 講 演 2	
「新制度における専門医について」.....	31
次期担当県挨拶	41
報 告	
「日本医師会勤務医委員会報告」.....	45
シンポジウム 第1部	
「総合診療医の現状について」	53
シンポジウム 第2部	
「総合診療専門医に対して各医会、協会から望むこと」	113
合 同 討 論	
「総合診療医の現状について」	131
かながわ宣言採択	141
閉 会	145
参加者数一覧	149

協議会風景



10月23日（金）
前日打ち合わせ会



（開会）神奈川県医師会副会長
澤井 博司 先生



（主催）日本医師会長
横倉 義武 先生



（担当県）神奈川県医師会長
大久保 吉修 先生



（来賓）神奈川県
黒岩 祐治 知事



（来賓）横浜市
柏崎 誠 副市長



日本医学会長
高久史麿 先生



（次期担当県）秋田県医師会長
小山田 雅 先生



日本医師会勤務医委員会委員長
泉 良平 先生



神奈川県医師会勤務医部会幹事 神奈川県医師会理事
(協議会準備委員会委員長) 高木 敦司 先生
新納 憲司 先生



横浜市立大学総合診療医学臨床教授
吉江 浩一郎 先生



聖マリアンナ医科大学総合診療内科教授
松田 隆秀 先生



JA長野厚生連佐久総合病院
総合診療科部長 鄭 真徳 先生



名古屋大学大学院医学系研究科
総合医学専攻総合診療医学分野教授
伴 信太郎 先生



八戸市立市民病院
救命救急センター所長 今 明秀 先生



日本眼科医会長
神奈川県眼科医会顧問
高野 繁 先生



日本臨床整形外科学会理事
神奈川県臨床整形外科医会副会長
木内 哲也 先生



日本耳鼻咽喉科学会
神奈川県地方部会常任理事
小形 章 先生



神奈川県皮膚科医会長
鎌田 英明 先生



神奈川県精神科病院協会理事
大滝 紀宏 先生



(総括) 日本医師会常任理事
笠井 英夫 先生



(特別講演 2 座長) 神奈川県医師会副会長
近藤 正樹 先生



(閉会) 神奈川県医師会副会長
菊岡 正和 先生



(司会) 神奈川県医師会理事
増沢 成幸 先生

平成 26 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会
開 催 要 綱

メインテーマ

**「地域医療再生としての勤務医
～地域医療における総合診療医の役割～」**

1. 開催日時 平成 26 年 10 月 25 日（土）10：00 ～ 17：10

2. 会 場 横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ
 横浜市西区北幸 1-3-23
 TEL 045-411-4111

3. 主 催 日本医師会
 東京都文京区本駒込 2 丁目 28-16
 TEL 03-3946-2121

4. 担 当 神奈川県医師会
 横浜市中区富士見町 3-1
 TEL 045-241-7000

5. 参 加 者 全国医師会勤務医部会関係者及び医師会員とその関係者、行政

平成 26 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

- ◇日 時 平成 26 年 10 月 25 日（土） 10 時から
◇会 場 横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ 5 階「日輪」
◇主 催 日 本 医 師 会
◇担 当 神奈川県医師会

メインテーマ

『地域医療再生としての勤務医 ～地域医療における総合診療医の役割～』

総合司会：神奈川県医師会理事 増 沢 成 幸

【日程】

9：00～10：00 受 付

10：00～10：15 開会式

開 会
挨 拶

神奈川県医師会副会長 澤 井 博 司
日本医師会長 横 倉 義 武
神奈川県医師会長 大久保 吉 修
神奈川県知事 黒 岩 祐 治
横浜市長 林 文 子

来賓祝辞

10：20～11：05 特別講演 1

「日本医師会が考える総合診療専門医の役割について」

日本医師会長 横 倉 義 武
座長：神奈川県医師会長 大久保 吉 修

11：05～11：50 特別講演 2

「新制度における専門医について」

日本医学会長 高 久 史 麿
座長：神奈川県医師会副会長 近 藤 正 樹

11：50～11：55 次期担当県挨拶

秋田県医師会長 小山田 雍

11：55～13：00 昼食・休憩

13：00～13：20 報 告

「日本医師会勤務医委員会報告」

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良 平

13：20～17：00 ≪シンポジウム（第1部、第2部、合同討論）≫

座長：神奈川県医師会理事 高 木 敦 司

神奈川県医師会勤務医部会幹事 新 納 憲 司

13：25～15：35 ＜第1部「総合診療医の現状について」＞

1. 神奈川県立足柄上病院総合診療科の現状と取組について

横浜市立大学総合診療医学臨床教授 吉 江 浩一郎

2. 聖マリアンナ医科大学における総合診療内科の現状

聖マリアンナ医科大学総合診療内科教授 松 田 隆 秀

3. 佐久総合病院グループにおける総合診療の現状

J A長野厚生連佐久総合病院総合診療科部長 鄭 真 徳

4. 名古屋大学医学部附属病院総合診療科の現状

ー日本型の総合診療医育成システムを目指してー

名古屋大学大学院医学系研究科

総合医学専攻総合診療医学分野教授 伴 信太郎

5. 地方病院の救急医は多機能幹細胞医

八戸市立市民病院救命救急センター所長 今 明 秀

15：35～15：45 休 憩

15：45～16：20 ＜第2部「総合診療専門医に対して各医会、協会から望むこと」＞

(指定発言)

1. 眼科医の立場から

日本眼科医会長／神奈川県眼科医会顧問 高 野 繁

2. 整形外科医の立場から

日本臨床整形外科学会理事

神奈川県臨床整形外科医会副会長 木 内 哲 也

3. 耳鼻咽喉科医の立場から

日本耳鼻咽喉科学会神奈川県地方部会常任理事 小 形 章

4. 皮膚科医の立場から

神奈川県皮膚科医会長 鎌 田 英 明

5. 精神科医の立場から

神奈川県精神科病院協会理事 大 滝 紀 宏

16：20～17：00 ＜合同討論「総合診療医の現状について」＞

1. 総括 日本医師会常任理事 笠井英夫
2. 合同討論・質疑

17：00 かながわ宣言採択 神奈川県医師会理事 増沢成幸

17：05 閉会 神奈川県医師会副会長 菊岡正和

17：15 アトラクション1（4階「清流」）三浦市三崎マグロの解体ショー

18：10～19：30 懇親会（5階「日輪」）

司会 神奈川県医師会勤務医部会幹事 鬼頭礼子

挨拶 日本医師会長 横倉義武

神奈川県医師会長 大久保吉修

乾杯 秋田県医師会長 小山田 雍

アトラクション2 吉川久子フルート演奏

閉会 神奈川県医師会勤務医部会幹事 寺崎雅子

開 会

10 : 00 ~ 10 : 20

総合司会 神奈川県医師会理事 増 沢 成 幸

開 会 神奈川県医師会副会長 澤 井 博 司

主催者挨拶 日本医師会長 横 倉 義 武

担当県挨拶 神奈川県医師会長 大久保 吉 修

来賓祝辞 神奈川県知事 黒 岩 祐 治

横浜市長 林 文 子

増 沢 成 幸

それでは次第に従いまして、開会式を始めさせていただきます。まず神奈川県医師会副会長の澤井博司から開会の辞を申し上げます。



開 会

神奈川県医師会副会長

澤 井 博 司

皆さま、おはようございます。絶好の行楽日和のきょう、朝早くから当協議会、神奈川、横浜の地にお集まりいただきましてありがとうございます。ただ今ご紹介いただきました神奈川県医師会副会長の澤井でございます。勤務医担当ということで開会のあいさつをせよということで、すいません、ちょっとだけ時間頂いて、これまでの経過、思いを少し述べさせていただきたいと思います。

日本医師会より「今回のこの協議会を担当せよ」と言われたのが、2年前の8月でございまして、早速準備委員会を立ち上げまして、テーマは何にするか、講師は誰を選ぶのがいいのかいろいろ会を重ねて参りました。最終的には総合診療医というものをメインテーマにしようということで考えたのですが、ただ総合診療と言いましても中身はいろいろ様々でございまして、例えば大きな、神奈川の中でも大学病院と市中の民間病院、あるいは大都市と周辺の地域、市町村ではやっぱりそれぞれ役割が違うんじゃないかとそういう議論を重ねた結果、最終的にこういう協議会ではほとんど講師の先生は県内の先生にお願いするのが多いように聞いておりますが、今回は神奈川県ということに縛られず、全国で活躍されている先生を講師としてお招きして、その総合診療医というものを考える一番いい場にしたいと、そういう思いでいろいろ考えてやって参りました。ちょうど高久会長が座長を務めておられます「専門医に関するあり方検討会」の中間報告が出た時期でもありました。それで、きょうの午後の部の最初のシンポジウムにありますように、5人の先生をお招きして総合診療医の現状について熱く語っていただくと。そして、総合診療の未来につきましては、午前の横倉日本医師会会長と高久日本医学会会長のご講演で、専門医ということに結び付けたお話をしていただき、そして午後の後半の部分では、いろんな思いでいる各科医会・協会のほうから、総合診療専門医に対し



てのご意見を頂くと、そういうふうを考えておりますので、全体を通して、ぜひ出席していただきたいので、きせるをすることなく、最後の懇親会まで、ぜひ活発なご討議、ご意見をたまわれれば実りある会になるのではないかと考えております。ちょっと時間を要しましたが、これを持ちまして開会のあいさつとさせていただきます。よろしくお願いします。

主催者挨拶

日本医師会長

横 倉 義 武

皆さん、おはようございます。平成 26 年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会に当たりまして、主催者を代表して一言ごあいさつを申し上げます。

まずは、本日この開会式に神奈川県知事の黒岩祐治様、また林文子横浜市長の代理として、柏崎誠副市長にお見えいただきました。心からの御礼を申し上げます。ありがとうございました。

今年度の協議会の開催、今お話がありましたように、全ての準備・運営を神奈川県医師会の大久保吉修会長を始め、役職員の皆さまがたに本当にお世話になりました。衷心より感謝を申し上げます。

本協議会は昭和 56 年の第 1 回開催以来、今年度で 35 回目を迎えることとなります。この間、この本協議会の歴史を継承・発展させながら、医療におけるさまざまな問題点や課題を勤務医の立場からご議論いただき、近年では協議会の成果として、それぞれの開催地の地名を頭に付けた「宣言」というものを採択をしていただいております。

昨年度は勤務医の勤務環境の改善を通じて、医療提供体制全般の改善に貢献すべく、5 項目からなる「岡山宣言」をまとめていただきました。本協議会で採択されました各宣言は勤務医の先生がたからの貴重なご提言として、関係大臣および関係国会議員にもお届けし、日本医師会が政策提言を行う際の大きな力として活用をさせていただいております。これもひとえに都道府県医師会を始め、勤務医部会関係各位のご協力のたまものと心より敬意を表する次第であります。

さて、少子高齢化の進展に伴い、わが国の有りようが変容していく中で、医療もまた団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を見据え、地域の主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを各地域で構築していくことが求められています。このように地域医療を巡る環境は今まさに変動のときを迎えておりますが、こうした変化に対応し、国民の



健康と生命を守るための活動を深化していくためには、全ての医師がそのよりどころとなる基本理念を共有し、医療界のさらなる団結を図る必要があります。

そして、その団結のよりどころとしての指標となるものが「日本医師会綱領」でございます。「日本医師会綱領」には医学・医療の発展と質の向上に寄与するということが明示され、その誠実なる実行を国民と約束しておりますが、このことは本日の協議会のメインテーマである「地域医療再生としての勤務医～地域における総合専門医の役割～」にも通ずるところがあると思います。

去る 5 月 7 日には、国民および社会に信頼され、医療の基盤となる専門医制度を確立することによって専門医の質を高め、もって良質かつ適切な医療を提供することを目的として、日本専門医機構が設立されました。日本医師会は綱領の理念のもとで日本医学会、日本専門医機構を初めとする各団体とのさらなる連携の強化を図る中で、勤務医の視点も踏まえながら、よりよい専門医制度の確立に向けて取り組みを進めていきたいと考えております。

また、日本医師会内における取り組みと致しましては、全ての会員が等しく医師会会務に参画できる環境を整える観点から、定款改正を行い、勤務医と女性医師を登用するための理事定数を 2 名増員致し

ました。今期よりそれぞれの立場から日本医師会の会務にご参画を頂いているところであります。日本医師会は今後とも勤務医の意見や考えを会務に反映できるよう、また日本医師会の考え方を勤務医の皆さまに一層お伝えできるよう積極的に取り組みを進めてまいりますので、皆様方の更なるご支援をよろしくお願い申し上げます。

結びになりますが、本日の協議会、先ほど開会の辞にもありましたように午前から午後、そして懇親会までと長時間に及びます。実り多きものになりますように私もしっかりと参画させていただきまして、皆さまのご意見を聞かせていただきたいと思います。ご参集の皆様のご健勝を心より祈念致しまして、あいさつとさせていただきます。本日はよろしくお願いいたします。

担当県挨拶

神奈川県医師会長

大久保 吉 修

平成 26 年度第 35 回全国医師会勤務医部会連絡協議会を神奈川県医師会が担当として開催することに当たり、全国各地から多数の先生方のご参集をいただき、心から感謝申し上げ、歓迎のごあいさつをさせていただきます。

昭和 56 年に福岡市医師会が担当して開催されました第 1 回協議会から昨年までの協議会で取り上げられたテーマを拝見致しますと、その時代の医療を取り巻く環境や世相が反映された諸問題を取り上げて討論されておりました。その中で、第 1 回の昭和 56 年から変わっていない流れがございます。それは勤務医と開業医を問わず、医師の連携の重要性であります。昨今でも多職種協働あるいは連携という言葉が使われておりますが、多職種が連携する上での中心的な役割を担うのが地域医療を支える医師だと、そのように思っております。医師不足や医療崩壊は地域で暮らす県民・市民の方々が安心して生活する上で、不安要因であり、社会問題にもなります。

また、最近では TPP や 2025 年に高齢化のピークを迎えることから急速な高齢化社会の到来を踏まえた地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっております。

平成 26 年の 8 月 6 日に日本医師会の定例記者会見において、地域包括ケアシステムにおいては地域医師会が積極的に関与することが提唱されました。その課題に取り組むためには、勤務医の先生方にもご協力をいただきながら、医師会の先生方と共に地域医療を支える体制を整備する必要があります。

今年の連絡協議会は「地域医療再生としての勤務医～地域医療における総合診療医の役割～」をメインテーマとし、二つの特別講演をお願いしております。

特別講演の 1 は、総合診療専門医についての日本医師会の考えをお示しいただき、特別講演 2 では、新しい専門医制度に関するご講演をしていただく予



定でございます。

午後のシンポジウムでは現在行われております総合診療について 5 名のシンポジストからのご講演を拝聴し、指定発言として、これからの総合診療専門医に望むことについて、それぞれの診療科を代表した医会や協会の先生方より発言をしていただく内容となっております。本日が実り多きものとなることを期待してあいさつとさせていただきます。本日はよろしくお願いいたします。

来賓祝辞

神奈川県知事

黒 岩 祐 治

ようこそ、神奈川県、横浜の地へお越しいただきました。神奈川県知事の黒岩祐治です。本日は平成26年度全国医師会勤務医部会連絡協議会がこのように盛大に開かれまして誠にありがとうございます。先生方には日頃から地域医療をしっかり支えてくださっているということを心から感謝を申し上げる次第であります。

今、神奈川県はヘルスケア・ニューフロンティアという取り組みを進めています。圧倒的な勢いで超高齢社会が進んでくる。私はいつも1970年の人口ピラミッドの絵を見せます。1970年はきれいな人口ピラミッドで85歳以上はほとんどいっしょになかった。これが神奈川県です。ところが2050年となりますと、全く逆の形になります。なんと一番多いところが85歳以上と、このような劇的な変化、今から変えなければ支えられない。今あるこの国民皆保険制度は、保険証1枚あれば、いつでも誰でもどこでも素晴らしい医療が受けられるという、ある種の世界一の医療、これを維持することもできなくなるだろう。だから、変えなければいけない。

我々は二つの取り組みで言っています。一つは、「最先端医療、最新技術の追求」、そしてもう一つは、「未病を治す」というアプローチであります。未然の未に病と書いた「未病」を治す。病気を治しているのではもう間に合わない。未病から治していこう、そのためには食生活、日頃の運動、そういったライフスタイルの変更も大事だろうと、こういうイメージで考えているところであります。

この未病を治すという取り組みを、全県的に、全国的に広げていかなければいけない。その際には、それぞれの地域で「かかりつけ医」の先生がしっかりと安全、安心のこの手綱を握ってくださっているということも大事なことでないかなと思っている次第であります。そして、健康寿命を延ばしていこうということで、今進めているのがヘルスケア・



ニューフロンティアであり、神奈川県全域が国家戦略特区として認められて、これこそが実は成長戦略なんだということで訴えているところであります。

今、このヘルスケア・ニューフロンティアの国際的な展開を進めています。県が主導して設立したGCCという一般社団がシンガポール政府機関と覚書を結んだことに続いて、今年は県がアメリカのマサチューセッツ州、メリーランド州、そしてこのGCCがハーバード大学の医療機関、ジョンズ・ホプキンス大学、スタンフォード大学、それぞれの大学病院などとも覚書を結び、また、先週はヨーロッパに行って、GCCがフランス政府機関と覚書を結び、県がフィンランド・オウル市とも覚書を結んでまいりました。未病を治すという考え方が世界を救う神奈川モデルになるんだという思いで進めているところであります。

そんな中で、先日そのフランス政府機関であるCVT-Sud、これはアフリカ等に対する開発支援をする機関ですが、こことGCCが覚書を結んだ際に、フランスの厚生省のドクターが講演をしてくれました。それを聞いていて驚きました。彼女はこう言いました。「今の医療はピカソメディスンだ」と。「ピカソメディスンって何のことですか？」と聞きましたら、「ピカソの絵は、目がこんなに飛び出していたり、鼻があっち向いていたり、口がグワッと曲がっていたりとか、部分最適を目指しているような形で、全体を

見ると何だか分からないような絵になっている」と。
「今の医療はこういう感じです」と言う。そして、それじゃ駄目だと。やはり全体像というものをしっかりと見て描いていかなければいけない、そういう医療に変えていかなければいけないというような全人的な医療の必要性ということを訴えていました。これは我々が目指している未病を治すアプローチに非常に近い所にあるものだなと感じた次第であります。それと共に、今回の総合診療医といったもの、こういったものもやはり同じような流れの中にあるのではないのかなと私は感じた次第であります。人間を全体的に見る新しいその医療、新しいというより、これを持つ医療が原点だったと思いますが、そこに立ち戻ろうという動きなのかなと感じているところでありまして、この会が素晴らしい成果を生みますことを心からお祈り申し上げまして、私からのごあいさつとさせていただきます。ありがとうございました。

来賓祝辞

横浜市長

林 文 子

代読 横浜市副市長

柏 崎 誠

皆さま、おはようございます。ただ今ご紹介いただきました、横浜副市長の柏崎でございます。ただ今司会の方からお話がございましたが、今日、所用で市長の林が駆けつけることができませんでした。本来であれば市長から皆さまに歓迎のご挨拶をさせていただくところでございますが、代わりまして私のほうから一言ご挨拶をさせていただきます。

まずは本日、平成 26 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が全国各地からこのように大勢の皆様をお迎えし、ここ横浜で開催されますことを本当にうれしく思っております。横浜市を挙げて心より歓迎を申し上げたいと思っております。

横倉会長をはじめとする、日本医師会の皆様方、そして医師会勤務医部会の皆様方が日々ご多忙な診療業務のかたわら、医学、学術の振興はもとより、各地域におきまして健康・福祉の増進に向けて、大変なご尽力をいただいていることに、改めまして深く敬意と感謝を申し上げる次第でございます。

横浜市におきましては、勤務医の皆様方の負担軽減を図るということも大変大きな目的としまして、小児科や産科の拠点病院化ということを図ってまいりました。

具体的に申し上げますと、横浜市立大学医学部との連携協力のもとに、小児科におきましては市内 7 か所を小児救急拠点病院に指定させていただきまして、10 名以上の医師を集約し、複数当直体制を確立しております。

また同様に産科におきましても、市内に 3 か所を産科拠点病院に指定をさせていただきまして、体制確保を図っているところでございます。

また、この小児科、産科以外にも二次救急拠点病院、あるいは脳血管疾患、急性心疾患といった救急医療体制の充実を図るため、本当に勤務医の皆様方には多大なご協力をいただいているところでございます。改めて私から申し上げるまでもありませんが、2025



年問題と言われる超高齢社会への突入というようなことが間近に迫ってきているわけでございます。横浜市も大変大きな都市でございまして、370 万人の人口を抱えております。そのうち、今年の 1 月時点で 65 歳以上の高齢者は 82 万人を超えております。率で申し上げますと、22.1 パーセントでございしますが、これが 2025 年には 65 歳以上の高齢者の方は約 100 万人になるだろうという推計を出しております。

また、そのうち団塊の世代の皆様方が年齢を重ねられまして、75 歳以上の高齢者は先ほどの 100 万人の中の 6 割を占めるだろうと見ております。こういう中で、限られた医療資源を市民の皆様にしかりと届かせるためには、やはり在宅医療提供体制の充実が急務でと考えております。そうした中で、横浜市では横浜市医師会の絶大なるご協力をいただきながら、18 の区ごとに在宅医療連携拠点の設置を進めております。

まず第 1 号として、この会場がございます西区で昨年の 10 月からスタートし、これを 18 区全部に医師会の皆様のご協力をいただきながら展開をしていきたいと考えております。

在宅医療を充実させていくためには、かかりつけ医を増やすことも大変重要ですが、急変等の際にバックアップをしていただく地域の医療機関の役割も大変重要なものと考えております。ぜひ勤務医の皆様

方にも、これからも引き続きご協力をいただき、在宅医療全体を充実させていきたいと考えております。

この横浜でございますけれども、医学関係の学会等が大変多く開催される、あるいは選んでいただいている都市であると思っております。この横浜ベイシェラトンホテル&タワーズやパシフィコ横浜といったお迎えをできる会場を持っております。ぜひこれからも私ども横浜市はグローバル MICE 都市ということで、会議やコンベンション、様々なイベントの会場として選ばれ続ける都市でありたいと思っております。本日は大変お忙しい 1 日だとは思いますが、協議会が終わりまして、横浜の街の中で少しでもおくつろぎいただき、あるいはお泊りいただければ、横浜の文化芸術であったる、港であったり、横浜の魅力に触れていただくお時間があれば幸いです。

最後になりましたけれども、この度の平成 26 年全国医師会勤務医部会連絡協議会が実り多きものとして進められること、そして日本医師会、それから全国医師会勤務医部会のさらなるご発展と会員の皆様方のご健勝ご活躍を祈念いたしまして、歓迎のご挨拶とさせていただきます。本日の開催、誠におめでとうございます。

「日本医師会が考える総合診療専門医の役割」

講師：日本医師会長 横 倉 義 武

座長：神奈川県医師会長 大久保 吉 修

座 長

神奈川県医師会長

大久保 吉 修

それでは特別講演の1を始めさせていただきます。
演題は「日本医師会が考える総合診療専門医の役割について」日本医師会会長の横倉先生からご講演をお願い致します。

専門医については、平成23年10月に厚労省の「専門医のあり方に関する検討会」が設置され、その中で総合診療専門医についても検討されました。日本医師会からも小森常任理事を始め、お二人の常任理事が委員として参画し、日本医師会の立場から意見を述べられていると伺っております。

また、その後、日本専門医機構が設立されて、専門医制度についても現在検討されております。本日は日本医師会が考えている総合診療専門医の役割はどのようなものかということについてお伺いできればと思います。

恒例によりまして、横倉会長先生のご経歴について、ご紹介しなければいけないのですが、本日は先生のご了解を得ておりますので、本日の冊子の15ページに記載されておりますので、お読みいただきたいと思います。それでは、横倉会長先生、よろしくお願い致します。



講 師

日本医師会長

横 倉 義 武

おはようございます。今から 45 分間しゃべらせていただきます。よろしくお願いします。

まず、昨日のことですが、塩崎厚生労働大臣から「厚労省に来てくれ」と言われまして、実はエボラウイルスによる疾病に対する協力依頼がございました。医師を代表する医師会ということでお願いしたいということでございましたので、お伺いして、ご案内のとおり、国にいかに入ってこないようにするかということと、もし入ってきたときの対応については、アフリカの当該国に行って、そして帰国された方で発熱等があった場合は、すぐ保健所に連絡をして対応するというような手段を再確認しようということでありました。

私どもからは、しっかりと個人的な感染防御のいろいろな予防衣等々について十分に用意をしていただきたいとお願い等々をしたところでございますが、今の状況を考えますと、アメリカのニューヨークで昨日発症が確認されましたので、日本にも来る可能性があるということを前提にして対応しないといけないと思います。

本日お集まりの勤務医の先生方におかれましては、各都道府県で可能性があるということでよろしく対応の程をお願いしたいと思っております。

さて、本日のテーマは非常に難しいテーマでございます。総合診療専門医の役割を日本医師会として、どう考えているかということでございます。私の後に高久日本医学会長から専門医制度についてのお話がございますので、その前にということで、少しお話をさせていただきます。

まず最初に「日本医師会綱領」について、2 つ目に「専門医制度に対する日本医師会の考え方」、そして、最後に「かかりつけと総合診療専門医」の関係についてという内容であります。

日本医師会綱領は、今年の 6 月の定例代議員会でこのように定めていただきました。



東京都医師会の野中会長を委員長として委員会を作って、東京の野中会長を委員長として、一般の方やマスコミの方に入っていただいて、いろいろ議論の中でこういう文言に決めました。なぜ綱領を作ったか。日本医師会の役割ということについては、当然のことながら、公益法人でありますので、法人の定款には法人の目的は明確化されております。しかしながら、そういう定款までは会員の先生もなかなかお読みになることも少ないと思いますし、特に一般の人に対して日本医師会というのはどういう組織であるかということをしかりと明らかにしたいということでもあります。

前文に『日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します』と書き、4 項目示しておりますが、そして『以上、誠実に実行することをお約束します』という国民に対する約束という形を取っていただいております。

前文になぜこのように書かれたかということですが、やはり医師会という組織は国民の生命や健康を守る専門家としての医師会、そして、そういう気持ちを持った医師が団体として組織したのが医師会であるということでもありますので、医師会は理念を高く持ちながら主張をしていかなければならないと思います。そして、日々進歩する医学技術の恩恵は、社会

生活と離れて存在し得ないものでありますので、医師会の存立使命というのは社会生活と医師とをつなぐ紐帯でありまして、これにより医師のあり方や進め方が決められるものと考えていますということです。

実は私、一昨年に日本医師会の会長に就任致しまして、約半年いろいろな会務の状況を見ておりました。日本医師会は国の審議会や委員会、約数十人、それぞれの担当役員を派遣をしております。そして、医師会の意見を述べさせていただいていますが、その意見を述べるときに基本的な判断基準がないといけないと、そうでないとバラバラの意見になって、それぞれの役員の個人的な思いで発言をするになります。そこで、基本的にこの二つの判断基準を定めました。国民の安全な医療に資する政策かどうかということと、それをベースに考えていくこと、それと公的要件による国民皆保険が堅持できる政策かどうかというこの二つを判断基準にして対応しているところであります。

そして、綱領の1番目に、『日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます』と書きました。先ほどからいわゆる今後の超高齢社会、どういうふうに乗り切っていくかということが今、わが国の大きな課題の一つであります。

わが国は、世界一の長寿国、平均寿命は男女とも世界一でありますし、世界での最長寿者も男女とも日本人であります。非常にありがたいことであります。しかしながら、平均寿命と健康寿命の間に男性の場合は約8年、女性の場合は12年ギャップがあるわけであります。健康な高齢社会を作っていくためには、健康寿命をいかに延ばしていくかが次の大きな我々の目的になってくると思いますが、そういう健康寿命を延伸するためには、やはり地域における様々な活動が重要でありますし、そういう社会的機能を持つ「かかりつけ医の役割」が非常に重要であります。私どもは「かかりつけ医の質の担保」ということも医師会の役割の一つであろうと思いますので、この、かかりつけ医への研修は日本医師会の生涯教育制度等によって行っていかなければならない

と思います。

それと、もう一つは、わが国は周産期から死亡するまで、毎年健康診断を受けることが制度化されているわけでありまして。しかしながら、周産期の乳幼児健診、そしてまた幼稚園や保育園での健診、学校健診、さらには、産業保健による、安全衛生法による健診と、そして、その後の老人健診がそれぞれバラバラに行われているわけでありまして、それを生涯保健ということで一本化して、そのときそのときのデータがずっと継続的に分かるようにしていこうではないかということで主張をしているところであります。

「かかりつけ医」について、後ほどまた何度もこの言葉が出て参ります。

綱領の2番目に『日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます』と書いておりますが、安全安心な医療を提供することは我々の一つの義務であると思います。そして、地域医療というのは、それぞれの地域によって、人口構成も違いますし、医療支援と言われる医療提供の仕組みもそれぞれの地域によって大きく異なってきます。

そういう地域医療を地域の実態に基づいて行うということで、国民にとっても医療提供者にとっても望ましい医療体制の構築が行われるということでありまして。

国民に寄り添う形で「かかりつけ医」が居て、かかりつけ医が患者さんのいろんな状況判断をして、地域の身近な通院先、急性期から慢性期、回復期、在宅医療まで切れ目のない医療・介護を提供し、国民の健康と安心を支えていかなければならないと考えているということでありまして。

三つ目に、『医学・医療の発展と質の向上に寄与します』と書いていただきました。この医学・医療というのは、本当に日々発展していきます。そして、よりよい医療、よりよい医学の発展のためには、日本医師会と日本医学会が車の両輪となって牽引をしていくことが重要であります。

また、来年、医学会総会が京都でオール関西ということで開催をされますが、この医学会総会は4年

に1度、これは、この4年間にどれだけわが国の医療や医学が進歩したかを国民にしっかりと理解をしてもらうという役割が一つ大きくあると思います。そういう意味で今回の京都で開催される医学会総会を何としても成功に導かなければいけないと思っています。

そして、4番目に、『国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守る』と書いていただきました。50年を超えました、いわゆる公的医療保険による国民皆保険という体制が定着しています。今後とも持続可能な社会保障体制として確立していくことは、これは国家として負うべき責務であります。しかしながら、いろいろなことから公的医療保険だけではまかない切れないという声もいろいろ言う人も居るし、より豪華な医療を受けたいと、そのために民間医療保険との併用を認めてほしいという方もいらっしゃる。そういう中で、しっかりとした、誤った政策を取ることがないようにしていかなければならないということでもあります。国民の生命と健康を預かる我々医師会の役割は、国の政策が国民の健康を守るために誤った方向に行くときには、しっかりと正していくということも一つの役割であろうと思っています。

また、この必要な改革は進めていかなければなりませんけれども、公的な医療給付の制限や管理医療への転換などはあってはならないということ、またフリーアクセス等高い評価を得ている現行制度のよい面は継続していかなければならないと思っています。こうしたことを医師会活動のベースに置こうということで、この医師会綱領を定めていただいたということでもあります。

そして、今度は専門医制度についてですが、この専門医制度についてはもう長い歴史がありますから、ご案内のとおりであります。そして、前の専門医制度のときには、設立当初から医師会の関与も時代時代で濃淡がありました。そういう中で非常に多くの専門医制度ができたということから、第三者的な評価が必要ということで、第三者的な今回の機構ができたというように理解しております。

医師法第1条に我々の役割は、『国民の健康の生活を確保する』と定められております。確保するために、『安全・安心な医療体制を築くことを最優先事項とする』と。そのためにどのような医療制度や医療提供体制が必要かということを常に考えておかねばなりません。専門医制度については、日本医師会は地域医療全般を預かる立場から、常に大局的な見地から捉える必要があると考えております。

国民の健康を確保するための医療制度、医療現場は地域によってもその対象とする年齢性別、さまざまなことで、医療現場は千差万別であります。専門医制度の充実是非常に大切なことではありますが、地域医療を始めとする医療制度全体にどのような影響を与えるかということを常に配慮しておかなければならないということでもあります。

地域医療を担う医師、診療所医師、病院勤務医師、専門医、高度医療を行う医師、全ての医師はかかりつけ医とも言えるわけでありまして、互いを尊重することが医療提供体制の充実につながるわけでございます。どのような立場の医師もゴールは一つ、我々のゴールは国民の健康な生活を確保するためのものであると思います。そういう中で長年日本の医療をやってきたわけですが、ある意味では諸外国に比べると緩やかな専門医制度が今までされてきたのかもしれない。それでやってきた現行の日本の医療提供体制は国際的に見てどういう評価かということですが、これはカンファレンスボードカナダの評価医療であります。赤で囲っている日本、多くの分野でAクラス。唯一評価の低いCと書いてあるのは、呼吸器疾患による死亡率であります。これについては喫煙が、禁煙活動がまだ不十分な日本の状況でこういう評価になったかと思えます。

それともう一つは、向かって左から2番目の健康状態の自己評価、これがDなんですね。多分、日本人は常に自分は不健康と思っている少し悲観的な国民なのかもしれません。しかし、その他の所、平均寿命から若年死亡率、がんによる死亡率、循環器、糖尿病、筋骨格の疾患、精神疾患、乳児死亡率、医療事故による死亡率、全てAランクなんですね。

厳格な専門医制度を取っているアメリカの医療制度はどうかというと一番下にありますが、Aランクに評価されるものはない。ここもやっぱりどう考えるかということもいつも頭の隅には考えておかなければいけないことであります。

専門医制度のメリット、デメリットっていうのがありますが、やはり私どもは適正な専門医への思考というのは、医学・医療の進歩や公衆衛生への向上などに大きく貢献すると、そして国民の健康な生活や確保の安全、安心な医療提供体制に大きく寄与しているということで、適正な専門医への思考というのは、それはいいだろうと思います。

一方で、最近、医療現場からよく聞くこともありますが、行き過ぎた専門医の制度化の不都合さと言いますか、地域医療の整合性に問題があるとか、フリーアクセスが制限されるのではないかとということ、そしてちょうど1カ月半ぐらい前になりますが、この神奈川県で横浜市大の外科の教授をされておりました松本先生という先生がいらっしゃって、私も外科医であり、以前学会でお世話になっておったんですが、「一度話に来てくれ」と言われ、松本先生の私的な勉強会に行きました。

そのときに、この専門医のことについていろいろ意見を聞いたのでありますが、そのときに多く集まっていたのが、以前大学の教授をされて、現在病院長をしている先生方でありました。言われることが専門医制度の弊害の一つとして、過度な専門分化をした結果かもしれないけれども、結局自分の専門以外の患者さんは診ないのが現状だと強く言われました。ここら辺の問題をどうするか。やはり基本的に診療科と言われる内科、外科等々の基本診療科の専門性は明確にする必要があります。その上に、このサブスペシャリティーができますが、その専門分化のときのあり方もよく考えておかないと、医療制度全体から見た場合に懸念される要素となるのではないかとということもあります。そういうことで、専門医制度に関する日本医師会の考えとしては、「国民の健康な生活を確保するために、安心・安全な医療提供体制のなかで、専門医制度を捉える」ということ、専

門医への評価・認定は国が定めるのではなくて、やはり専門集団である医師集団で決めていく、すなわちプロフェッショナル・オートノミーを基盤として行うということ、そして現行の医療制度と整合性の取れた専門医制度として、地域を診ているかかりつけ医をしっかり評価する必要があるということ。そしてまた専門医制度、医師の偏在是正を目的とすることによって、制度自体がゆがめられないように気を付けておくということ。専門医のインセンティブについては慎重な議論が必要であるということ。専門医の認定・更新にあたり、日医生涯教育制度を活用するということが必要だという考え方であります。

この専門医に関する基本的な考え方、これは厚生労働省の「専門医のあり方に関する検討会」の報告書が今年の4月に公表されました。『専門医制度を持つ学会が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念を生じる専門医制度も出現するようになったため、質が担保された専門医の学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要である』と。そして、『新たな専門医制度の仕組みは、プロフェッショナル・オートノミーを基盤として、設計されるべきである』ということ。このように基本的なことは私どもも全く同じでございますので、今年の5月に医師会、医学会、全国医学部長病院長会、そして従来の専門医制度評価認定機構の4者で、設立の専門医機構の設立に至ったわけであります。

この新しい専門医機構の目的とは第3条で、『この法人は国民および社会に信頼され、医療の基盤となる専門医制度を確立することによって、専門医の質を高め、もって良質かつ適切な医療を提供することを目的とする』と示され、事業としては第4条で専門医の育成、認定、制度に関する評価の事業が挙げられているわけであります。

そして、この検討会には、担当の小森常任理事を出しておりましたが、よくいろいろな意見を伝えてくれました。この検討会の報告書の中では、まず、この新たな専門医制度には医師会の主体的な関与が重要であるということで、全ての基本領域、専門医に関わる事項の中に研修施設については、徐々に整

特別講演 1

備されている都道府県のいわゆる地域医療支援センターと連携しつつ、地域の協力病院等で、この中には診療所も含むということも明記しておりますが、病院群を構成することが適当であるとしています。

2 番目には、『研修施設が専門医の養成プログラムを作成するにあたっては、地域の医師会等の関係者と十分に連携を図ることが期待される』というように医師会という関わりが明記されました。

そして、3 番目に『いわゆる「地域枠」等をはじめ、地域医療に従事することを希望する医師が専門医となる環境を確保していく観点から、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を行う』ことも考えられます。

また 4 番目には、『専門医が地域に定着するよう、専門医の資格取得後も、都道府県や大学、地域の医師会等の関係者と研究施設等を連携し、キャリア形成支援を進めることが期待される』となったわけがあります。

そして、特に総合専門診療医のことが今回の検討会の報告書には記載をされたわけですが、その部分が別記されました。『総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準については、関連する諸学会や医師会が協力して、作成すべきである』と報告書の中に記載されました。

そして、この『養成には、地域で医療を支えているかかりつけ医が指導医として関与することも必要であることから、医師会の協力が必要である』ということが書かれました。

また、新たな専門医制度では、専門医の認定更新にあたっては、国の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つような医師を育てる視点が重要であり、日本医師会生涯教育制度などを活用するということが明記されているわけがあります。

そして、総合診療専門医の認定更新基準等々については、関連する諸学会や医師会が協力するということが、この中にも生涯教育カリキュラムの活用が書かれたということでもあります。こうした政府の報告書と同時に、日本医師会の生涯教育推進委員会

は、第 7 次の答申において、日医生涯教育の普及と専門医制度についての質問に対する答申をまとめていただきましたが、その中でも『技能や専門的知識は各専門学会で、社会や地域から求められるものは日本医師会の生涯教育で継続学習していることが担保される姿が望ましいと考えられる』ということでありまして、『「基本的医療課題」は必須で、「他領域の症候論」には専門性によって幅を持たせる形で、専門医認定・更新の基礎点として日本医師会生涯教育制度を活用するよう、中立的第三者機関の「日本専門医機構」の議論の中で働きかけていく』ことが記載されたわけであります。

専門医機構で、今年の 7 月に整備指針の第 1 版が出されました。『専門医の認定においては、研修修了実績として、日本医師会の生涯教育講習を含めることが望ましい』と示されました。また『専門医の更新にあたっては、診療に従事していることが必須であり、各領域専門医委員会が定めた、教育研修実績を証明するものを提出するが、「日本医師会生涯教育講習」を含むことが望ましい』ということで、いわゆるスーパードクターは要らないよという話かもしれませんが更新の段階では、診療に従事していることと、いわゆるスーパードクターは要らないよという話かもしれませんが、日本医師会の生涯教育講習ということがポイントになってくるということであります。

日本医師会からも『専門医に関わる補助金について』ということで通知をしておりますが、専門医の養成プログラムの中で、病院もしくは診療所、診療所の開設者ということで、事業の主体の中に診療所を多く組み込んだということと、事業の内容としては、専門医の養成プログラムをそれぞれの地域で作り上げていく必要がありますので、そこには地域医師会の積極的な関与が必要であるということでもあります。特に総合診療専門医の養成プログラム、また初期診療が地域で幅広く求められる診療領域、いわゆる 18 の基本診療領域のプログラム全てが対象になりますけれども、都市部と地域をローテーションする内容の養成プログラムが必要であるということ

ありますから、地域の医療機関が専門医の養成等に果たしてもらう役割が土台になるわけであります。

全体スケジュールであります。現在 26 年度で、病院群における養成プログラムの作成や養成プログラムの審査認定が行われておりますが、27 年度に定員を設定して、28 年度、養成プログラムへの応募等や試験等の実施、そして 29 年度からいよいよ専門医研修が開始されるという流れになります。

日本医師会と日本専門医機構は地域医療と専門医制度を整合するため、日本医師会と専門医機構は緊密な連携を取る必要があります。実は、昨日、この専門医機構の理事長が日本医師会にお見えになりました。より協力しながらというお話をしたところでありますけれども、専門医制度の充実のためには、医療が細分化されすぎると地域医療に非常に悪影響を与えかねないということがありますので、医師会は医療制度全体の枠組みで議論を致しますよということ。また、全ての研修修了医師が、どれかの基本領域の専門医研修に入るべきという考えが一つにあるんであります。医師は患者を全人的に診ることが基本中の基本ですので、まずは、全人的な診療を行う時期を確保することが必要ではないかという提言を致しました。これは冒頭申しましたように、細分化された専門医のためにいわゆる内科であっても内科のある特殊な部分の専門医だから、通常のコモンディージーズは私は診ないというような医師を作らないことをまず考えておかなければいけないということであろうと思います。

そして、『専門医・専攻医のデータベース化』についてであります。どのような病気が蔓延するか予測するのは困難であります。まさかエボラがこれだけわが国の脅威になるとは、ついこの間まで我々は思わなかったわけでありまして、現実のものになりつつあるということでもあります。

また超高齢社会では 1 人の患者さんが複数の病気を抱えているケースが多いわけでありまして、多くの医師をデータベース化して区分けするよりも、医療ニーズに柔軟に対応して全人的な医療を施せる「かかりつけ医」をしっかり確保の方が重要ではない

かということでもあります。

そこで、かかりつけ医と総合診療専門医の関係をどう作り上げるかということでは、総合専門診療医が議論となる背景としては、こういう四つの課題があります。複数の疾病を持っている高齢者への対応。また、人口減少地域への医療提供体制の確立に全ての専門医をそろえることができるかという点。以前、宮城県にお伺いしたときに、郡市の医師会の会長先生方のご意見を聞かせていただきました。仙台から約 30 分しか離れてない市でも実は来年から耳鼻科の医者が居なくなり、学校医の手当てが難しくなるというような話をお聞き致しました。そういう問題が日本の各地で今それぞれに起きているということも問題がありますが、そういう中で、どういう医療提供体制を確立するかという視点また、専門化・細分化されすぎた、主として病院での医療提供体制の対応や若手医師のキャリア形成というようなことから総合診療専門医が議論をされているわけではあります。この国民の医療ニーズの問題と医療提供体制側の問題が混在をして議論されておりますので、そのあたりを分析して議論を進める必要もあるだろうと思います。

日本医師会の総合診療専門医に対する考え方では、日本医師会としては、国民の健康な生活を確保するために、安全・安心な医療体制を築くことが最重要事項であるということから、医療制度全体を考察して、地域医療全般を預かる立場から、どのように総合医療専門を位置づけるか、大局的な立場から捉えるということになろうかと思います。

『総合診療専門医の医師像の定義』であります。それぞれで少しずつニュアンスが違います。平成 23 年の 12 月に出された第 6 次の日本医師会生涯教育推進委員会の答申では、総合診療専門医の医師像としては、主として、従来の一般内科を中核として、精神科医、皮膚科、小外科、眼科、耳鼻科、整形外科など周辺領域について広い領域にわたって基本的レベルの診療を行う医師を指すとしています。これは、厚労省の専門医のあり方に関する検討会報告書による総合診療専門医の医師像であります。幅広い領

域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められると書いてありますし、領域別診療医が「深さ」が特徴であるのに対し、総合診療専門医は、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であるとして書いてあります。

そして、総合診療専門医には、地域によって異なるニーズに的確に対応できる「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や多職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待されると書いてあります。

今回、専門医機構の組織委員会の中に、総合診療専門医に関する検討会、委員会が作られました。その中で、規定している医師像は、『日常遭遇する疾患や障害に対して、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供するとともに、疾病の予防、介護、看とり、地域の保健・福祉活動など人々の命と健康に関わる幅広い問題について、適切な対応ができる医師』と書かれています。

日本医師会が平成25年に出したものは、『多科にわたる診療行為』に重きを置き、そして専門医機構で今度出されたものは、『地域医療活動や保健福祉活動』に重きを置くというような状況にあります。

それで、この『総合診療専門医制度構築の基本理念』というものの、専門医機構で吉村先生が委員長としてお求めになったものでありますが、この中には『総合診療専門医の質の向上を図る』ということと『誇りをもって診療に従事できる専門医資格とする』こと。そして、『わが国の今後の医療提供体制の構築に資する制度にする』というようなことが記載されています。

この委員会の報告書、さらに検討するべき課題として、『あるべき総合診療専門医の医師像を明示すること』と『その医師像に合致する総合診療専門医を養成するための研修プログラムの基本骨格を定めること』がこの委員会のまとめに書いてあるわけでありまして、現在、専門医機構の総合診療専門医に関する委員会、今度は前回の吉村先生に代わって、昭和大学の救急の有賀先生に委員長として議論が引き

継がれておるわけではありますが、その中で、『プライマリケア連合学会によるプログラムの Ver. 2 と読み合わせをしながら議論』をしているということでもあります。

このワーキンググループには現在小森常任が参加しておりますが、さらにもう一人追加をするということで、内科系の医師を1人入れようという考えを持っているところであります。

日本医師会の基本的な考え方としては、総合的な診療能力を有するということは全ての医師が持つべき要件であり、地域医療の大半を支えている「かかりつけ医」はこの機能を担っており、深い専門性を有した上で、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野で地域を診る「かかりつけ医」こそが、住民のニーズに応えることができます。

日本医師会では、「かかりつけ医」機能をさらに向上させるために、生涯教育制度を一層推進すること。しかし、地域によっては、プライマリケアを担当する医師が特に必要であることを踏まえ、地域の特性を評価することが必要であると考えております。

私どもは、かかりつけ医の医師像について昨年日本医師会と病院団体協議会との間で、こういう定義を作りました。『なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師』であるということです。一方で、国の社会保障制度改革国民会議報告書にも、このかかりつけ医の役割が非常に重視された記載になっていたわけでもあります。

現在、地域医療を支えているのはかかりつけ医ですが、この表は向かって左側はその国の平均寿命で、もちろん赤が日本であります。今から急速な高齢化が来るのを見てとれると思います。

一方で向かって右側は、これは医療費であります。日本は総医療費の対GDP比がOECD国の中では12位ですが、国民1人あたりの医療費を見てみると、18位であります。超高齢化している国で医療費が低く抑えられているのは、地域医療を支える

「かかりつけ医」が、ワンストップサービスで医療を施していることが、安価な医療費でこれだけ高いパフォーマンスを出してるのではないかと考えられるわけでありまして、かかりつけ医は、「患者さんに貢献し、そして地域に貢献し、医療経済的、財政的には国にも貢献している」ということであります。

今お話をしましたように総合診療医の医師像の定義については、まだ議論の途上にある段階ですが、総合診療専門医の医師像の定義付けによっては、日本医師会の推進する「かかりつけ医」の医師像に大きな部分が重なり合ってきます。『日本医師会の生涯教育制度』、そして『日本プライマリ・ケア連合学会の専門医制度』、さらには『日本内科学会の総合内科専門医、認定内科医』、これらの関係性を明確にして、国民の医療ニーズも勘案して、安心・安全な医療提供体制を構築する必要があるということでもあります。総合診療専門医が必要と考えられる分野についてですが、人口減少地域では、医師1人で多くの科の診察が行われなければならない地域も実際あります。またある意味、病院内などで、特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要であるケースもあります。こういうものをどう定義付けていって、目標は、国民にとって安心・安全な医療提供体制の構築にあるんだという認識をしっかりと持ちながら進めていく必要があると思います。

総合診療専門医は医師会との協力が必要ということで、「専門医のあり方に関する検討会」の報告書にもこれだけ書き込みがされているわけでありまして、このかかりつけ医が今後どうこの総合診療専門医と関わっていくか、そしてその両方の関係性はどうかということをしっかり考えていく必要があるだろうかと思います。

私どもは、このかかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護の提供をわが国の全ての地域で実現をして、国民に安心をしっかりと持ってもらう努力をしていかなければなりません。そのかかりつけ医の中に、この総合診療専門医がどう関わってくるかということを考えながら進めていくことであります。かかりつけ医は、全ての総合専門医、総合診療医、

専門医を包含した形で私どもは位置づけをしているわけでありまして、そういう中で総合診療医としての活躍をさらに進めていって、養成についてもしっかりと位置づけていきたいと考えております。ご清聴ありがとうございました。

（大久保座長）

横倉会長ありがとうございました。総合診療専門医の役割について、また地域によっても役割が異なっているかもしれませんが、日本専門医機構において、もう養成プログラムなどを作成されておりますので、初期研修のプログラムにも入ってくるものと思いますので、これからこのままお話を伺いまして、これからは注目してよく理解していきたいと思います。どうもありがとうございました。

「新制度における専門医について」

講師：日本医学会長 高 久 史 麿

座長：神奈川県医師会副会長 近 藤 正 樹

座 長

神奈川県医師会副会長

近 藤 正 樹

それでは、特別講演 2 を始めさせていただきます。
演題は、『新制度における専門医について』、日本医学学会会長、高久史麿先生でございます。先生は、平成 23 年 10 月に設置されました厚労省の「専門医のあり方に関する検討会」の座長を務められ、平成 25 年 5 月に報告書をまとめられました。本日はその座長をされたお立場から、新しい専門医制度についてご講演をいただきたいと思います。

先生はご高名な先生でございますご紹介には及ばないのでございますが、一応慣例でございますので、簡単にご紹介させていただきます。

昭和 29 年に東京大学を卒業され、昭和 47 年に自治医科大学内科教授、昭和 57 年に東京大学医学部第 3 内科教授、昭和 63 年東京大学医学部長に就任され、その後、平成 2 年国立病院医療センター院長、平成 5 年国立国際医療センターの総長、平成 7 年に東京大学の名誉教授、平成 8 年自治医科大学の学長、平成 16 年現職の日本医学学会会長をお務めになっておられます。それでは高久先生、よろしくお願い致します。



講 師

日本医学会長

高 久 史 麿

どうも皆さん、おはようございます。アメリカ人はジョークでもって講演を始めますが日本人は多くの方が言い訳でもって講演を始めます。私も日本人なものですから言い訳を持って講演をさせていただきます。言い訳と申しますのは、先ほど横倉先生からもご紹介がありましたように、今年の4月に日本専門医機構ができて、池田先生が理事長に就任されました。その後私は全く関係してないものですから、新しい専門医制度の現状がどのように動いているかということ、機構についてはあまり情報がありません。ただ池田理事長から少し情報を頂きまして、その情報を後半のほうではご紹介したいと考えていますので、よろしくご了承をお願いしたいと思います。

今、座長の先生からご案内がありましたように、平成23年から25年にかけて、1年半、17回、専門医のあり方に関する検討会が厚生労働省で開かれて、私はその座長を年がいきもなく務めさせていただいたものですから、今日はその経緯についてお話し致しまして、その後、現在どのように進んでいるかということについて、池田理事長からお伺いした話をご紹介したいと思います。

最初にわが国の専門医制度の歴史を簡単に触れたいと思います。1962年に日本麻酔指導医制度が発足したのが、専門医制度のスタートと言われています。この制度は、当時の厚生省が始めた制度ですが、その後、内科学会、外科学会、その他主要な学会が次々に専門医制度、あるいは認定医制度を作るようになりました。1981年には22の学会が学会認定医制協議会を発足させまして、それから1983年には日本医学会に加盟する学会が会員の条件となっていました。医学会には、現在112の学会が加盟しています。この条件は後になって、学会専門医認定の条件から外れました。

その後、1986年に、その当時医学会長が森亘先生でしたが、日本医学会、日本医師会、学会認定医制



協議会の3者によって、学会の専門医を認定するという三者の懇談会が作られて、その後1994年までに13学会の専門医制を認めています。

学会認定医制協議会は、2001年に『専門医認定制協議会』と改名しまして、『学会のメリット優先から、社会的視野に立つ専門医師制度の整備』と『専門認定・更新制度の合理性・客観性』をうたってきました。

日本の専門医制度に大きな影響を与えたのは、2002年に厚生大臣の告示、『専門医広告に関する基準・手続き等』で、外形基準をスライドに示しましたように、法人化している、8割以上がドクターである、5年以上の研修の受講を条件とする、更新制度があるということなど、九つの外形基準を満たしたならば、専門医の広告をして良い。ということを決めたことです。このことは、確か私が会長をしていた厚生省の医師部会で決めました。

実は学会認定制協議会でいつも問題になっていたのは、専門医を取ってもそれを外部に示すことができないということでした。この他専門医になっても給料が特に上がるわけでもないというような、世俗的な議論もあったのですが、外形基準を満たせば、専門医の広告を出すことができるということで、急速に多くの学会が専門医制を作るようになりました。このことが決められたときには私自身は一応、この基準を満たした学会が、専門医を作って良いかどうか

かを審査するシステムを作るのかと思ったのですが、そうではありませんで、厚生省から日本医学会にこの学会が外形基準を満たしましたから、専門医制をスタートしましたという報告が来るだけでした。

その後 2003 年に、中間法人日本専門医認定制機構が設立され、55 の学会が加盟しました。その後、日本医学会が中心になって、日本専門医審議会が発足しましたが、この審議会はあまり機能しなかったと思います。

協議会も加盟する学会がどんどん増えて、その後日本専門医制評価・認定機構という名前に変わって、現在は 82 の学会が加盟をしています。日本医学会への加盟ではその学会の学問的な活動を評価する、一方専門医制は本来、診療能力、診療経験を評価するのであるから、必ずしも日本医学会に加盟してなくても、専門医制を敷いても構わないではないかということで、機構に入る学会が急速に増えたわけです。

問題点として、『各学会が独自に制度設計をして専門医を認定しているので、その内容が統一されていない』、『患者さんにとっては専門医とはどのような医師なのか、必ずしも十分に理解されていない』、『学会からの基金によって社団法人日本専門医制評価・認定機構が運営されている』ということは少しおかしいではないかというような声がありました。

さらに、『学会独自の専門医認定が可能なので、制度の統一性や専門医の能力の担保に懸念がある』、『専門医認定のプロセスが必ずしも臨床能力本位になっていない』。例えば、学会の総会に出席したら、10 点あげましょう、20 点あげましょうという制度は、臨床能力の判定につながっているとは言えないのではないかというような批判がありました。

それから『特殊領域の高度な技術・技能等に特化した専門医と基本領域の医療を担う医師としての専門医では「専門医」の持つ意味が少し異なる』のではないかという意見もありました。

それから先ほど言いましたように、『各学会が受験料、認定料等をとって専門医の認定を行う仕組みは、「利益相反」にあたるのではないかという懸念』もあ

たわけです。

それで、現在の専門制度を変える必要があるということで、先ほどの話がありました「専門医のあり方に関する検討会」が発足したわけです。その際、『専門医制度の改革の基本理念』として、『専門医の質を担保できる制度』、『患者に信頼され、受診の良い指針になる制度』、『専門医が公の資格として、国民に広く認知され、評価される制度』であるべきである。さらに、『プロフェッショナル集団としての医師が誇りと責任を持ち、自律的に』、このことは、横倉先生のお話にもありました、『自律的に運営する制度』であるということでした。

以上の経緯で、検討会がスタートし、私が座長を務めさせていただき、国際医療福祉大学大学院長の金澤一郎先生が座長代理となりまして、日本医師会から高杉先生と小森先生にご参加いただきました。

そのときに議論したことは、『あるべき専門医制度』として、『患者さんの視点に立った専門医認定』、『専門医育成プログラムの充実』、『指導体制、研修施設の整備』などでした。

専門医とは、『神の手を持つ医師やスーパードクターのことを意味するのではなく、安心、安全で標準的医療を提供できる医師のことである』というように定義させていただきました。

この、『「専門医の在り方」に関する検討会の最終報告の骨格』の中で、『専門医制度は二段階制とする』。すなわち『基本領域とサブスペシャリティ領域』の二つに分けることが決められました。このことは、後で少しご説明致しますが、この二つに分けるということはかなり大きな意味があったと思います。

さらに、『専門医の認定は各学会ではなく、中立的な第三者機関で行う』、『専門医の育成は研修プログラムに従って行い、中立的第三者機関では、研修プログラムの評価と認定、研修施設のサイトビジットを行う』。さらに、先ほどもお話が出ておりましたように、『総合診療専門を基本領域に位置づける』ということが決まりました。また、最終報告の留意点としては、『専門医制度はプロフェッショナルオートノミーを基盤にして設計され、国がこれには直接関係

特別講演 2

をしない』こともうたわれました。財政的な援助はしてもらいたいが、運営には関与しないということも述べられています。

『新たに設立される中立な第三者機関はそれぞれの診療領域の専門学会と密接に連携を図る』が、独立して認定評価をする機関であると書かれています。

それから、『専門医の広告制度を見直し、中立的第三者機関が認定した専門医のみを広告可能とする』、『新たな専門医制度の実施に際しては地域医療にも十分な配慮が必要である』とも書かれています。

そこで、先ほどから話がありました、今日のメインテーマであります、総合診療医が第19番目の基本領域の専門医として作られました。基本領域の上にサブスペシャリティの専門医があり、赤で示したのが内科系のサブスペシャリティ、黒で示したのが外科系のサブスペシャリティです。

私自身のことを少し申し上げて恐縮ですが、総合診療医にするか、総合医にするかについて、委員の中で意見が分かれました。私自身は総合医のほうが良いと思っていました。というのは、先ほど座長の先生からご紹介がありましたように、私は1972年から10年間ほど自治医大の教授を務めていまして、血液学が専門だったのですが、その他消化器やアレルギー講座では、助教授しか居なかったもので、少し両科のお手伝いを致しました。その頃、文部省と厚生省が共同で医学教育指導のためのワークショップを1週間の泊まり込みで、帝人の富士の研修所を使って行っており、富士研と呼んでいまして、今年で42回目か43回目になっています。私はその2期生でして、そのワークショップで新しいカリキュラムを学びました。例えば、臨床実習の重視や、統合カリキュラムを学んだものですから、そのカリキュラムを自治医大のカリキュラムに反映させるためにカリキュラム委員長になり、さらに、1期生が臨床のカリキュラムに入ったときに教務委員長になり、そのカリキュラムの実施を図りました。

さらに、1期生が卒業する1年前に卒業指導の委員長になりました。どうしてかと言いますと、自治医大の卒業生は2年間の初期研修が終わった後、3年目

からへき地や離島の診療所に行かなければなりません。今と違ひましてその当時は、各大学の卒業生は自分の大学の医局で初期研修をするようになっていました。例えば、循環器疾患を中心とする医局で研修に入ると、循環器の患者ばかり診る研修を受ける。同様なことがすべての科の初期研修が行われていましたが、自治医大の卒業生は卒後3年目から地域の第一線に行かなければならない。そのため大学だけでなく、県立病院などをお願いして、幅広い現在行われているような形のプライマリケア医を目指した初期研修をしてもらいたいということをお願いするために、卒後指導委員長になり、各県をお願いした経緯がありました。その後1996年から2012年まで自治医大の学長をやりましたが、その頃には既に義務年限を終了した卒業生が、へき地や離島の診療所で働いていました。自治医大では5年生の学生が2週間ほど先輩の働いている診療所に行きまして、一緒に寝泊まりして先輩と一緒に診療をする学外実習が始まっていました。6年生も一部の学生が行っていましたが、実習から帰ってから、学生が感想文を書くことになっていました。私はその感想文をまめに読みましたが、一番多く書かれていたことは、へき地・離島に行ったときに、診療所の医師と地元の患者さんとの間に非常に強い信頼感があるということに強い感銘を受けたということでした。

私が学長の頃にはすでに自治医大の卒業生が各地で診療に従事し、卒業生は県単位、あるいはブロック単位で集まって医学会を開いていました。その医学会を卒業生達は総合医学会と呼んでいました。例えば予防接種、健康診断、さらに産業医の仕事もある。健康教育、学校医の仕事もあるので、総合診療医ではなくて、総合医の方が良いと思っていました。

金澤先生を中心とする組織委員会で総合診療医という名前が決められましたので、私も名前にはあんまりこだわらずに総合診療医という名前で新しい専門医制が始まったわけです。

先ほどの横倉先生のお話にありましたように、今年の4月に日本医師会、日本医学会、医学部病院長会

議が設立時の社員として日本専門医機構ができました。池田康夫先生を理事長にお願いしました。池田康夫先生はその前から専門医認定機構の機構長を務めておられましたので、引き続いて新しい専門医機構の理事長をお願いしたわけです。

その後、日本専門医機構は、社員が先ほど申し上げた三つの団体以外に四病院団体協議会、癌治療認定機構、基本領域の専門医制度の代表が加わり、非常に増えましたし理事も22名、監事が3名という組織になったようです。

問題なのは、『サブスペシャリティ領域専門医の認定』でして、その条件として『連携する基本領域専門資格との関係の確認が出来ており、専門医師像が明確である』、『患者数、専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で確立し得る診療領域単位である』、『専門医の認定や更新が十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としている』、『特殊な診療技術やより専門分化した専門領域等については今後なお検討を要する』ということになりまして、このスライドのほうの上のほうにありますサブスペシャリティ領域の専門医は、そのままサブスペシャリティの専門医として認めまして、その後、日本専門医機構が発足した後に、このスライドにありますように、赤字で書いてある複数の診療科にまたがって関係してる15のサブスペシャリティを新たにサブスペシャリティの領域の専門医として認定しているようで、今後また増える可能性があるのではないかと思います。『今後検討されるべきサブスペシャリティ領域の専門医について』ということで、このスライドにありますようにさまざまなサブスペシャリティを専門医として認定するかどうかということを、委員会で検討してるようです。

専門医機構の発足はメディアでも取り上げられまして、専門医の質の向上を目指して第三者機関が、統一した基準で認定するということが報道されました。『日本専門医機構』に課せられた重要な課題』は、『中立的な第三者機関として各専門領域学会との連携を保ちつつ、専門医制度改革の理念の実現に向け、その使命を責任を持って果たせる体制の整備』、『専門

医師制度整備指針（それから専門認定・更新基準、研修プラン作成基準等の）策定』と、『研修プログラムに基づく専門医研修医制度への移行に向け、各診療領域の標準的且つモデル研修プログラムの策定』、『“総合診療専門医”の医師像とその育成に向けた研修プログラムの策定』などが挙げられていまして、その中で本日より一番問題になってるのは一番下の課題ではないかと思います。

スライドに日本専門医機構の組織図がありますが、なかなか複雑な組織になっています。その中で未承認の診療領域をどうするかということは日本医学会の中の「専門医に関する委員会」と連携を取りながらということが書かれています。さらに、このスライドにある「専門医認定更新部門」、「専門研修プログラム研修評価研修施設」、「評価認定部門」などが今後重要な役目を果たすのではないかと思います。

『専門医機構の活動』として、専門医制度整備指針の作成、『各領域での専門研修プログラム整備基準とモデル研修プログラムの策定』を行っています。さらに、『新しい専門医更新基準の提示と更新時期を迎える学会認定専門医の扱いの検討』、それから『新専門医制度における「指導医」の認定とその確保』ということも挙げられています。

さらに、『サブスペシャリティ領域専門医の認定と専門医制度のグランドデザインの策定』、『“総合診療専門医”を育成するプログラムの作成』が挙げられており、このことにつきましては、先ほど横倉先生からもお話があったとおりです。この他『専門医のデータベース』を作る、『外部評価委員会』を作る。『財政基盤を確立』するということも述べられています。

先ほど社員がだいぶ増えたということを申し上げましたが、年会費を取る、専門認定・更新料を取るということにつきましては、今まで各学会が認定・更新料を取っていましたので、そこをどうすみ分けるかが課題ではないかと思います。

研修プログラムの評価・認定の他に、厚生労働省から委託を受けた事業も行うということでした。『専門施設の整備指針』、『専門研修カリキュラム』と『専門研修プログラム、専門医の認定・更新、専門研修

特別講演 2

プログラム評価と認定』などが、スライドで青く書かれていることにつきましては、詳しくは、申し上げられませんが、専門研修カリキュラムの場合には、到達目標、経験目標、研修方略、研修の評価を行うことが述べられています。

特に、研修のプログラムの評価ということが非常に重要になってくると思います。研修プログラム制は『各診療領域の専門研修カリキュラムのもとで、目標を計画的に達成するために、専門研修基幹施設が中核となって複数の専門研修連携施設と共に専門研修施設群を形成する』と述べられています。

それから、『施設群は、専門研修プログラムを作成して、それに基づいて専門資格を取得までの全課程を人的及び物的に支援する仕組みが「専門研修プログラム制」である』ということですし、さらに『専門研修プログラムの認定』になっています。『機構の「専門研修プログラム研究施設評価・認定部門研修部門」で審査される』と、先ほどお示しした複雑な機構の中にこの専門医認定更新部門と専門研修プログラム研修施設評価・認定部門がありますが、こういう部門で行うということです。

それから、『専門研修プログラムの整備基準』として、『専門研修の目標』とそれから『専門研修の方法』、『専門研修の評価』ということをやっています。

『専門研修プログラムの整備基準』としては、一つは『専門研修プログラムを支える体制』ということで、これは先ほども言いました『基幹施設と連携施設の認定基準』、『研修施設群の構成要件』、『専攻医受け入れ数の基準』、『地域医療の対応』、『研修に対する考え』さらに『診療実績基準』を重要視しているようです。『サブスペシャリティとの連続性』、『専門研修の休止、中断、移動』、『専門研修実績システム、マニュアル等の整備』、『専門研修プログラムの評価と改善』、『専攻医』の『採用と終了』ということも挙げられています。

繰り返しになりますが、最終報告書では、『専門医制度は二段階制とする』、『中立的第三者機関で行う』、『中立的な第三者機関では研修プログラムの評価と認定』、それから、さらに『研修施設のサイトビジット

を行う』、『総合診療専門医を基本領域に位置づける』ということが重要な点だと思います。

『総合診療専門医の医師像』は、横倉先生のお話にありましたように、北里大学の名誉教授の吉村先生が最初作られ、現在は、昭和医大の有賀先生に引き継がれていますが、総合診断の医師像として、『日常遭遇する疾患や障害の予防・治療、保険、福祉など幅広い問題について適切な初期対応』、『地域のニーズに対応出来る“地域を診る医師”』、『扱う問題の広さと多様性』、さらに、『多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等）を包括的且つ柔軟に提供するとともに地域全体の健康の向上に貢献する重要な役割を担う』ということが書かれています。ご案内のように現在政府では、地域包括ケアシステムの構築をうたっていますが、そのシステムでは、総合診療医が極めて重要な役割を演ずるのではないかと考えています。

『総合診療専門医の道筋を明確にする事が必要である』ということで、『総合診療専門医を育成するためには、複数の学会』、ここに書かれています学会ですが、『医師会、地方自治体とも協議し、総合診療専門医の“医師像”を確立するための適切な研修プログラムを構築する事が必要である』と述べられています。当たり前のことだと思いますが、『総合診療専門医を特徴づける能力』としては、『地域・コミュニティをケアする能力』と『患者中心・家族志向の医療を提供する能力』、『身体的ケアと共に精神的なケアが出来る能力』、『包括的で継続的、効率的な医療を提供出来る能力』ということがうたわれています。

それから、『標準的な総合診療医の研修プログラム（案）』が示されていて、1年目には『必修の領域別基本研修を行う』、『それぞれの領域の専門医制度の定める認定施設等で病棟管理・全身管理・外来管理の基本的スキルと態度等を修得する』、2年目と3年目では『プログラムにのっとって、総合診療専門研修や総合診療に関連の深い領域別研修を行い、研修カリキュラムに定められた必要症例を経験する』ということがうたわれていまして、当然地域のかか

りつけ医の先生方の所での研修が必要になると思います。『「日本専門医機構」における今後の取り組みについて』、これは池田先生から頂いたのですが、『基本領域専門医を骨格とした制度の確立』、『専門医の認定・更新基準の明確化、認定・更新の実施』。それから『研修プログラム・研修施設の評価・認定基準の明確化、研修施設サイトビジットを実施する』っていうことがかなり大きな仕事になると思います。

『がん診療の専門医を含めて、未承認診療領域専門医の位置づけ』に関する審議は継続的に行うことで、それから『専門医のデータベース』を作る、『外部評価委員』を作ることも述べられています。

以上ご紹介したことはいずれも専門医機構から頂いた資料ですが、13の委員会が頻繁に開催される予定です、その中で、総合診療専門医に関する委員会が先ほどご紹介しましたように有賀先生を中心に検討しているのが現状です。

専門医制度の実施のタイムスケジュールは先ほども横倉先生からお話ありましたように、平成29年度から、『新制度による後期研修を開始』して、平成32年から33年にかけて3年間のコース、一部は4年のコースもあるようですが、『新しい制度の専門医の認定』を行う』ということになっています。

実を言いますと、専門医制度に関する検討会がスタートしたときに、厚生省は恐らく財務関係からお金を取ってくるためにこの専門医制度を確立すれば診療科の偏在や地域の医師の偏在が解消すると言ったようでして、厚生省の課長や局長のお話では、そのことが強調されたのですが、委員会では、この検討会は「専門医の質の向上」を図るのであって、診療科の偏在や地域の医師の偏在の問題は、別のマターであるという意見がありました。また、委員会で議論されたことの一つに将来的には、基本領域に関しては、専門医の資格を取った人だけが診療科の標榜ができるようにしたほうが良いのではないかと。将来の話ではありますが、そういう制度ができれば、診療科の偏在や医師の地域偏在がある程度解消されるのではないかと思います。

また、外国のように全ての医師が日本医師会に加入

するという制度も実現するのではないかと考えています。

ただ、サブスペシャリティの専門医をあまり増やしますと、先ほどからもお話がありましたように、自分のサブスペシャリティの領域の患者だけしか診ない医師が増えます。

そうなると医師が不足することになりますし、同時に医療費も増加することになります。池田先生が私の所に来られた時に、サブスペシャリティの専門医は基本領域の専門医の両方を看板も出して、サブスペシャリティだけの看板は出さないようにして、くださるようお願いしました。基本領域を取ってからサブスペシャリティを取るわけですから、基本領域の看板をまず出し、それからサブスペシャリティの看板を出して、基本領域のほうもカバーするということをしていただかないと、日本の医療は持たないのではないかと思います。

池田先生はその点を非常に良く了解をされておられまして、そういうふうにぜひしたいと言っておられましたので、そのようにできればというふうに思っています。だいぶ時間が押してきましたので、早口で申し訳ありませんでしたが、これでもって私の講演を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

（近藤座長）

高久先生、ありがとうございました。今度のこの専門医の改革で主要な点というのは、いわゆる専門医制度は2段階制、すなわち基本領域とサブスペシャリティの領域とするということ。それから、今問題になっています、これは特別講演1で横倉先生のお話にもありました、「総合診療専門医」の問題ですけども、これは基本領域に加えるということでございます。きょう午前中にございました二つの特別講演に続きまして、午後から各科の専門の先生たちにご意見を頂きまして、活発な意見交換をしたいと思います。高久先生、どうもありがとうございました。

次期担当県挨拶

11 : 50 ~ 11 : 55

秋田県医師会長 **小山田 雍**

座 長

秋田県医師会長

小山田

おやまだ

雍

たすく

秋田県医師会の小山田でございます。平成26年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催を心からお喜び申し上げます。開催の準備に当たられました神奈川県医師会関連の方々には心から敬意と感謝を申し上げます。次期開催担当の秋田県医師会を代表して、一言ごあいさつを申し上げます。

私ども秋田県医師会は全県の勤務医を対象に、経時的にその実情と意識の調査を行ってまいりました。直近の調査結果では、県医師会に対して、地域医療の構築と医療政策への参画、これらを多くの勤務医が要請しております。また、県内の全医師数においても、県医師会委員総数においても勤務医が5割以上を占めており、地域医療におきましても県医師会の運営におきましても、その実情と意識を反映することが不可欠なことは明らかなでございます。これらのことから私どもの重点活動の柱の一つに、勤務医部会、組織強化を掲げ、次期開催の担当県に決定以来、来年の全国医師会勤務医部会開催の準備にあたってまいりました。多少紹介の時間をお許しいただきますけれども、全国各県と同じように秋田県にも豊かな自然がございます。世界自然遺産の白神山地、奥羽山脈の山並み、秋田富士とも呼ばれてきた烏海山、そして十和田、田沢の神秘的な湖水、日本海の荒波に覆い立つ男鹿半島、また豊富なお湯を誇る名湯、秘湯の温泉が幾つもあります。このような地からいろいろな人物を排出してまいりますけれども、2、3ご紹介しますと、思想家であり、国学者であり、医者でもあった平田篤胤、それからあの解体新書の図を書いた小田野直武は、秋田藩角館の武士で西洋絵画技法を取り入れ、秋田蘭画を確立した画人でもありました。四季折々の豊かな自然と共に、美酒と秋田美人のおもてなしは人情の触れ合いでもあります。平成27年度、第36回に当たりますけれども、全国医師会勤務医部会連絡協議会が秋田の地で開催されることは大きな喜びでございます。とり

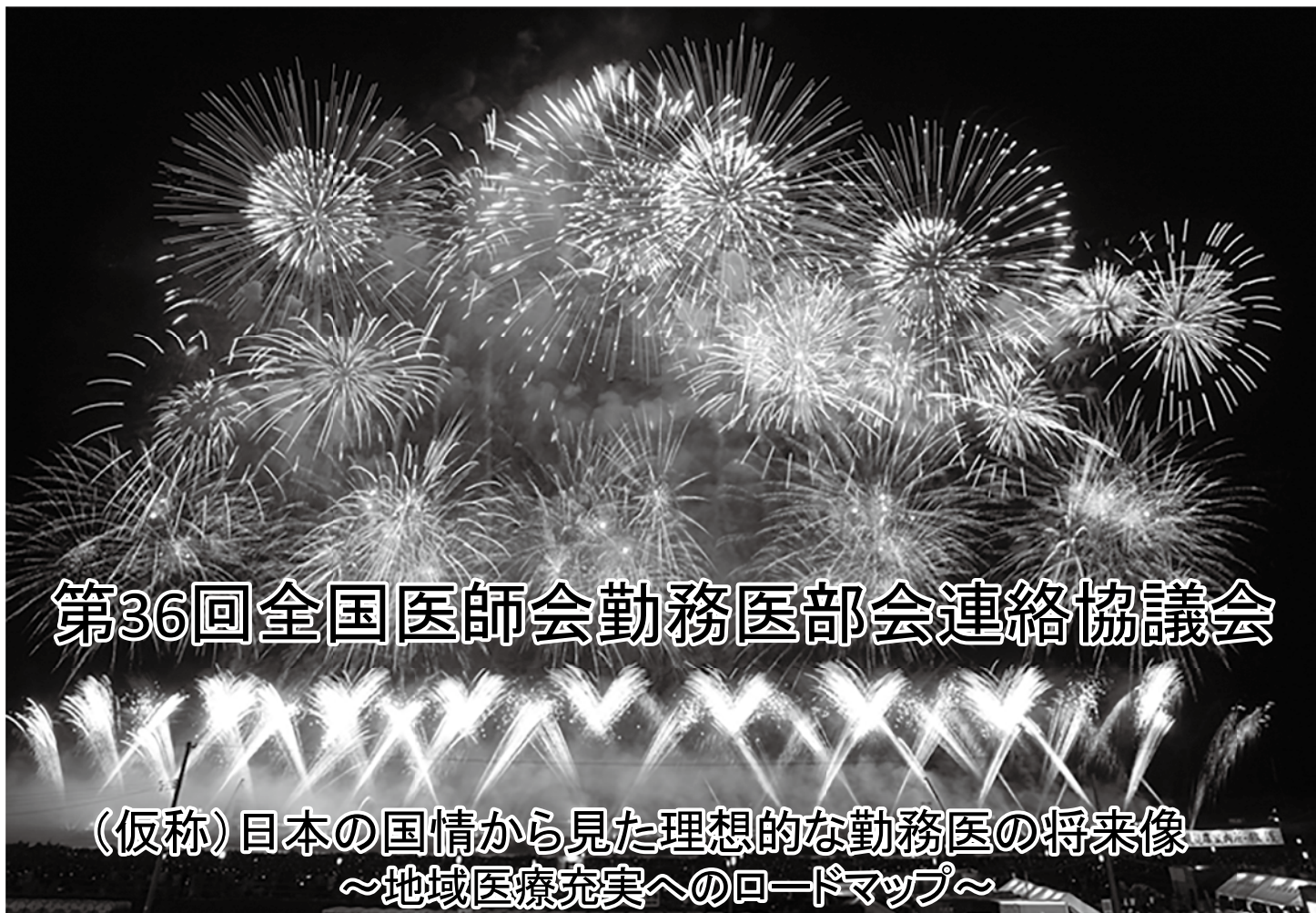


わけ10月は秋の収穫や自然の恵みの最中でもあり、多くの皆様方のご来訪をお待ち申し上げたいと思います。

開催日は平成27年10月24日・土曜日、秋田キャッスルホテルを会場に開催致します。本日の大会冊子の裏表紙に概略写真を載せていただいております。本日のお招きに、神奈川県医師会大久保会長を始め、関係各位に感謝を申し上げ、また本連絡協議会の開催を心からお喜び申し上げて、次期担当県医師会のあいさつと致します。どうぞよろしくお願い致します。

（総合司会 増沢）

小山田会長ありがとうございました。来年の10月24日ということですので、秋田県に多くの先生方がお集まりいただけるようお願い致します。



第36回全国医師会勤務医部会連絡協議会

(仮称)日本の国情から見た理想的な勤務医の将来像
～地域医療充実へのロードマップ～

平成27年10月24日(土)

於:秋田キャッスルホテル

ー美の国秋田へお出でくださいー

秋田を一言で紹介するなら美の国です。世界自然遺産の白神山地。三大美林の天然秋田杉。乳白色の神秘的な佇まいの秘湯。豊穡の大地から収穫される数々の農産物、とりわけおいしいあきたこまち。

秋田美人に代表される人情の細やかさと熟成された美酒の数々。多彩な郷土料理。全国の花火師がその技術の限りを尽くす大曲の花火競技会。

全国トップクラスの小中学生の学力をもたらした教育改革。外国語を駆使し卓越したコミュニケーション能力と豊かな教養を育てる国際教養大学。そして次代の医学教育の先鞭をと意気込む秋田大学医学部。

日本の原風景に囲まれながら知の創造を走る秋田の地で、第36回全国医師会勤務医部会連絡協議会が開催されますことは本県にとりましても大変光栄なことです。依然として厳しい勤務医環境をブレイクスルーさせるための熱き議論が活発に行われ、この協議会を通して新たな医療環境への提言ができますよう大いに期待しております。

(写真提供:秋田魁新報社)

「日本医師会勤務医委員会報告」

日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良 平

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長

泉 良 平

ただ今ご紹介いただきました日本医師会勤務医委員会の委員長をしています富山県医師会の泉でございます。本日は平成 24 年度・25 年度の日本医師会の勤務委員会の会長諮問に対する答申を持ってご報告とさせていただきます。

これが 24 年、25 年度の日本医師会の勤務医委員会の委員の会長諮問に対する答申を持ってご報告とさせていただきます。

これが、24 年、25 年の日本医師会の勤務医委員会委員の名簿です。12 名で委員会が構成されまして、途中で一人変更になりました。赤で書いてある所は女性の委員です。これが会長から頂きました 24 年、25 年度の日本医師会勤務医委員会に対する諮問です。「勤務医の組織率向上に向けた具体的方策」ということでした。答申項目はここに書いてあります 10 項目でございます。答申につきましては、すでに各都道府県医師会にお送りをしていますのでぜひご覧いただきたいと思います。

この委員会というのは、一つには意見を集約することが必要なのですが、集約できない部分もありましたので、この 10 項目については、分担して執筆した委員名を付け加えて作らせていただきました。従いまして、多少違う意見が入っておりますことをお断りさせていただきます。

それから、巻末に地域医師会での勤務医への入会勧誘等に使っていただくための資料をお付けしましたことと、郡市区等医師会へ勤務医委員会から依頼しましたアンケート、これにつきましては、89.1 パーセントの回答率を頂きましたが、そのアンケート結果報告を別冊でつけてあります。

それでは、その内容についてご説明させていただきます。ご承知のように大阪府医師会には 40 年を超える勤務医部会の歴史がありまして、昨年でしょうか、40 周年の記念式典もございました。大変素晴らしい勤務医部会の活動をしてらっしゃいます。



実際内容を拝見しますと、2 次医療圏ごとのブロックで勤務医部会の常任委員会があります。そのもとで研修会、それから懇親会、それから大阪府医師会役員との懇談会などが開催されて非常に活発に活動しています。勤務医に医師会活動が有意義であると実感できる企画が実行されていますので、この大阪府医師会に学んで、日本医師会の中でも勤務医の組織化を進めるべきではないかということで、書かせていただきました。ここに書いてありますように、大阪府医師会の部会・委員会の 33.2 パーセントを勤務医が占めているということでありまして、病院ごとの入会促進活動等々大変素晴らしいものが行われていますので、ぜひこれから学んでいきたいと思っております。

次に、福岡県医師会が行ってらっしゃいます、診療行為関連死に関する福岡方式ということについて、挙げさせていただきました。日本医師会が勤務医をいかに守ることができるか、特に医療事故等々について積極的に守っていく、このことが勤務医を組織化することの一つの大きな手段であると思っています。

また、勤務医が勤めている病院もさまざまでございます。中小病院、特に全国の病院の約 7 割を占める 200 床未満の地域医療を担う大切な中小病院で、実は勤務医が、あるいはスタッフが減って、少なくなっ

ていますので孤立しています。『誇りを持って働ける医療環境の構築が課題である』ということで、ここに挙げさせていただきました。

次には女性医師支援、これも大切な医師会の組織率向上につながります。1から7までが書いてありますが、特に女性医師支援については、『病院幹部の医師の意識改革』が大変大事であるということがここに書かれてあります。

5番目の方針としまして、医師会の3層構造についてやはり取り上げざるを得ないということで書かせていただきました。しかし、実際には3層構造と申し上げますけども、その3層の全ての医師会が財産を持っており、定款を持っているわけなので、これは例えば解消するとか少なくすることは大変難しい。至難の業ではないかと思いますが、ぜひこれについてもこれから考えていっていただきたいと思います。

もう一つ大きな問題は、医師会を離れますと、一旦その医師会員の資格が失われてしまいます。そういうことがないようにということも、これは実は日本医師会の中でも検討されているようですけれども、提言致しました。

もう一つは『医師の品質を保証する「日本医師会認定医制度」』を作っていくというものであり、それから『Early exposure』というものがここに掲げてあります。結局、日本医師会、医師会について十分な知識を持たない若い研修医に、地域での研修を地域医師会、地区医師会の主導のもとでしていただくことによって、医師会活動を理解していただく。その結果として、医師会入会の動機付けになるのではないかということを申し上げます。

もうこれは既に成立したことでありますけども、『日本医師会執行部への勤務医の参画』としまして、『日本医師会理事の勤務医枠の創設』。これは先の日本医師会代議員会で勤務医枠ができあがりました。会長の英断のおかげであると思います。

もう一つやはり日本医師会の中に勤務医部会というものをこれから具体的に作って行かなければならないというふうに思っております。

9番目は、加入促進のためには半ば強制的な促進策

も要るのじゃないかなということでここに掲げてあります。

医師年金について、もう少し日本医師会の行っている医師年金について理解を深めてもらうことが大切ではないかということも提言させていただきました。

また、『真の男女共同参画社会の実現』ということで、『日本医師会での女性医師の登用』、『オンデマンドでの医療情報の提供を受けるなどの入会メリット』についてここで提言させていただきました。

以上まとめまして、10項目に渡って具体的方策を掲げております。様々ございますけども、このうちの7番目、『日本医学会総会への具体的な勤務医の参加』というものをまとめの中に入れてさせていただきました。この答申を持って、今村副会長、それから常任理事の先生方と一緒に会長室を訪れまして、この答申をお渡ししました。その場で実はこの日本医学会総会への勤務医の参加についてほとんど決まってしまうしました。非常にスピーディーに対応していただきまして、来年の4月に行われます日本医学会総会2015関西では、勤務医セッションとしてその一部を担わせていただくことになりました。それをご紹介致します。

4月11日、総会最初の日ですが、4時15分から2時間、国立京都国際会館のメインホールで私と勤務医委員会の副委員長であります望月先生が座長をさせていただきまして、ここに示してありますように、福岡県医師会の上野先生、それから東京都医師会の友安先生、大阪の船戸先生、それから横手市の小野先生、新潟県の塚田先生と共に『勤務医と地域医療連携』という形で、セッションを持たせていただくことになりました。初めての試みです。これを何とか上手く行って、このことがこれからも日本医学会の中でしっかりと根付いて、勤務医の活動が医師全体に、医学会全体にお示しできるように努力してまいりたいと思っております。ぜひご参加いただいて、応援していただければ大変ありがたいと思います。よろしくお願い致します。

それから、この答申につけましたのは、『医師会へ

の入会勧誘に用いることができる』というふうなスライド『日本医師会の活動と取り組みの紹介（案）』というものを作らせていただきました。この紹介の案は、日本医師会のホームページ、勤務医の所をクリックしていただきますと、そこにこの部分が載っておりますので、ぜひ内容をご覧くださいというふうに思います。ほんの一部ですがご紹介致します。

結局、日本医師会がどういう活動をしているかを勤務医は知らない。また逆にそれを知らせるすべがないということもございましたので、具体的方策としてこういうものが必要じゃないかということで作りました。また、会長にご無理を言ってお願いし、ご出演いただいて、2分弱の会長からのメッセージを作成いたしました。（動画）

（横倉会長のメッセージ） 医師会の使命とその活動の本質は、国民の健康と生命を守ることです。これを理念として、具体的に掲げたものが、平成25年6月に策定した「日本医師会綱領」であり、その内容は医師会員のみならず、全ての医師が共有するものと考えています。そして、その理念の実現にはより多くの勤務医が医師会活動に参画し、医師会がこれまで以上に真に全ての医師を代表する団体であると認められる組織になることが不可欠です。

勤務医と開業医は地域完結型の医療を構築するパートナーであり、そのどちらが欠けても地域医療は成り立ちません。同様に医師会の政策立案においても医療の最前線を担い、現場を熟知する勤務医の意見・提言は欠かすことができません。そして、勤務医の説得力を伴った力強い後押しが医師会の政策に発言力と実現力を増進させ、国民にとっても医師にとってもよりよい医療環境の実現につながることとなります。医師会は勤務医の皆さま方の参画を心より歓迎します。共に心と力を合わせ、よりよい明日の医療を実現しましょう。

（泉委員長）

以上がメッセージでございます。これはなぜ作りましたかと言いますと、日本医師会は何なのだと

う話、それから会長のお名前も知りませんねって話が実はありましたので、ぜひこういう形で会長のお顔も知っていただく、そういうメッセージを出していただくことが必要じゃないかと思いましたので作らせていただきました。これをぜひダウンロードしていただいて、実際にこれから地域の医師会で、医師会のご説明、あるいは入会の案内にお使いいただければと思います。

内容はここに書いてあります。日本医師会についてであるとか、対外的活動、あるいは、勤務医に関わる日本医師会の具体的な取り組み等々があります。これは日本医師会館です。皆さん意外とご存じない。どこにあるのかも分からない。どんな所なのだろうということがありますので、ということも入れさせていただきました。

これが日本医師会の組織図です。各種委員会等もございますけども、こういう形になっているということと、右側に書いてありますが、3層構造と言われる都道府県医師会、郡市区等医師会があるということについてもご理解をいただきたいと思っております。

これは医師会が現実的に地域医療連携、医療の行政において果たしている役割を説明するためのスライドとして作らせていただきました。行政、例えば国であれば、カウンターパートナーは日本医師会です。都道府県、市区町村であれば、その対応する都道府県の医師会、あるいは市町村の医師会、市区町村の医師会がカウンターパートナーとして日本の医療を担っているのだということ、このことは意外と勤務医の先生方はご存じないということです。医師会がやはりそこでしっかりとしたメッセージを、あるいは提案をすることによって日本の医療になっているということをご理解いただくためのスライドです。

それから、それ以外にも歯科医師、薬剤師、看護師等々についても医師会が大きな影響を与えているということをこのスライドからお示し致しました。

これが先ほど申し上げたものですが、アンケート調査を行いました。89.1パーセントの郡市区等医師

会からご返答いただきまして、大変ありがとうございました。その内容を少しご説明させていただきます。

これが勤務医の入会促進についてです。関心がないというのは本当に少なく、10パーセントもなくて、関心があるという所が多いわけです。その内容を見ますと、やはり勤務医が医師会に入ることによって、地域医療連携が促進される。それから、最近では郡市区等医師会では、本当に医師会員が少なくなっている所があります。ですから、そこに勤務医が当然入っていかなければ、医師会そのものが実際にはもう保てなくなる医師会もあるのではないかというふうに思います。

それからもう一つ、大変ありがたいことですが、勤務医の意見を会務に反映させるためというものがございました。

医師会の入会促進に向けてどういうふうな取り組みをしていますかというところで、その内容をみますと、取り組んでいるという所が約6割でした。そして、その内容としては、講演会、研修会、懇親会などがありますが、その他には医師会役員に選任する、それから医師会の委員会委員に選任するとありますが、しかしまだ33パーセントということで決して多いわけではありません。特に医師会の委員の選任につきましては、これは女性医師についても同じことが言えますけれども、地域医師会で勤務医をその委員会、あるいは役員に選任していただく、そういうことをこれから我々も要望していかなければならないと思います。

もう一つですが、医師会代議員選任というのは、非常に少ない。日医の代議員は勤務医がまだ十分ではないということがありますので、そのことについてもこれから我々が努力していかなければならないと、皆さんと共に努力していかなければならないと思います。

入会しない理由、これがなぜ勤務医が入会しないのですかということをお尋ねしたところ、無理解、無関心、メリットがない等々があります。じゃあ、入会するための改善策は何でしょうかということに

なりますと、やはり医師会活動を目に見える形で伝えて、理解を得るための広報活動を強化すべきである。

さらに、医療や政策に関わる様々な情報を提供する。これを充実させるべきである。また、医師賠償責任保険や医師年金などの会員サービスの充実があります。全てどれもこれも必要であることに間違いはないと思いますので、これから我々の努力、行動が必要であると思っております。

つい1週間前に、今期最初の日本医師会勤務委員会が開催されました。14名のメンバーからなっております。女性は2人いらっしゃいます。

その諮問ですけれども、『地域医師会を中心とした勤務医の参画と活躍の場の整備』ということです。そして、『その推進のために日本医師会が担う役割』ということで、これから地域の医師会でこそ、しっかりと組織化、医師会活動への勤務医の参画が必要であるということについての諮問であると思っております。いつも諮問をいただくときには重い諮問であると思うのですが、今回は答申の文章だけで済まないだろう。具体的な行動の結果を示さなきゃいけないのではないかと考えていますので、また皆様方をお願いすることがあろうかと思いますが、よろしくお願い致します。

これが全国の勤務医部会および勤務医委員会の設置状況です。全ての都道府県に勤務医に関する部会、あるいは勤務医委員会がございます。ですから、その下地はそろっておりますので、その場所で、先ほど申し上げました諮問について、あるいは勤務医がこれから勤務医の意見を医師会に届けるための努力をしていただかなければいけないと思っております。できれば部会を作っていただきたい。この薄緑色の所が委員会が設置してある所です。部会がないからといって、決して活動が少ないわけではなくて、新潟県では勤務医委員会の活動が活発で、部会を必要としないというようなことをお聞きしましたので、そういった意味ではもう十分に活動してらっしゃると思いますけれども、できればこの部会を作ることによって、さらに我々の思いがしっかりと伝わって

いくのではないかなというふうに思います。

これは最後のスライドです。本日まで参加の皆様へ私からのお願いを含めて申し上げます。地域医師会での勤務医活動をより活性化して、その活動から得られる意見を勤務医の提言として日本医師会に伝えることができれば、日本の医療への勤務医の参画が増えることになります。そして、今度作られました日本医師会理事の勤務医枠をより有効に利用して、日本の医療にもっと積極的に関わっていきたいと思いますので、皆さんの熱意を頂きたいと思います。以上です。ありがとうございました。

シンポジウム

13:20～17:00

〈第1部〉

13:25～15:35

「総合診療医の現状について」

座長：神奈川県医師会理事 高 木 敦 司

神奈川県医師会勤務医部会幹事 新 納 憲 司

1. 神奈川県立足柄上病院総合診療科の現状と取組について

横浜市立大学総合診療医学臨床教授 吉 江 浩一郎

2. 聖マリアンナ医科大学における総合診療内科の現状

聖マリアンナ医科大学総合診療内科教授 松 田 隆 秀

3. 佐久総合病院グループにおける総合診療の現状

JA 長野厚生連佐久総合病院総合診療科部長 鄭 真 徳

4. 名古屋大学医学部附属病院総合診療科の現状

－日本型の総合診療医育成システムを目指して－

名古屋大学大学院医学系研究科

総合医学専攻総合診療医学教授 伴 信太郎

5. 地方病院の救急医は多機能幹細胞医

八戸市立市民病院救命救急センター所長 今 明 秀

シンポジウム＜第1部＞

座 長

神奈川県医師会理事

神奈川県医師会勤務医部会幹事

高
たか
新
にい

木
ぎ
納
のう

敦
あつ
憲
けん

司
し
司
じ

（司会 増沢）

それでは、お二人の座長の先生にご登壇をお願い致します。これからのシンポジウムの進行について、私の方から少しご案内をさせていただきます。

プログラム冊子の9ページをご覧いただきたいと思います。今回の協議会での「シンポジウム」は3部編成になっております。第1部は『総合診療医の現状について』、それぞれの地域において、現在活躍されている5名の先生方にご講演を頂きます。

第2部は、指定発言として新しく制度化される『総合診療専門医に対して各医会、協会から望むこと』と題して、各医会、協会からのご発言をお願いしております。

第3部は合同討論として、第1部の5名のシンポジストにご登壇いただき、『総合診療医の現状について』ご討論いただきたいと思っております。

この合同討論の前に総括として、日本医師会笠井常任理事より第1部の『総合診療医の現状について』の総括をしていただきたいと思います。

総合診療専門医に関しましては、日本専門医機構で平成29年度に向けて検討されている段階であり、内容の詳細についての討論やフロアからの質問に対して、解答することができませんので、合同討論では第1部の総合診療の現状に関する討論という質疑にさせていただきますと思っておりますので、ご理解の程よろしくお願いいたします。

それでは、第1部から合同討論まで座長をお願いするお二人の先生をご紹介します。神奈川県医師会理事で東海大学総合内科教授の高木敦司（たかぎあつし）先生です。神奈川県医師会勤務医部会幹事の新納憲司（にいのう けんじ）先生です。

時間の関係もありますので、お二人のご略歴につきまして、冊子の33、35ページに記載されておりますので、それをご観くださるようお願い致します。また、誠に申し訳ございませんが、日本医師会の笠



高 木 敦 司



新 納 憲 司

井常任理事、シンポジストの先生方のご略歴のご紹介につきましても、冊子に掲載させていただいた内容をご覧いただき、座長からの紹介は現職の肩書のみとさせていただきますので、改めましてご了解をお願い致します。それでは座長の先生方よろしくようお願い致します。

（座長 高木）

それでは、座長を仰せつかりました高木でございます。よろしくお願い致します。

（座長 新納）

新納です。よろしくお願い致します。ちょっと私から一言、実は高久先生が朝の講演で、外国では講演をする前段はジョークで始まる。ですが、日本人

シンポジウム＜第 1 部＞

はどのようなわけか言い訳から始まると言われました。
私も実は言い訳をしたいので、まずは言い訳をさせていただきます。

私は、神奈川県医師会勤務医部会幹事で、本協議会の企画委員長を務めさせていただいておりますが、この企画を作ったのは2年前なのです。2年前に本日のメインテーマを『地域医療再生としての勤務医～地域医療における総合診療医の役割～』と決めました。

本協議会が開催される頃には、新しい専門医制度が出来ているという想定のもと、ちょっと甘かったのですが、その想定のもとに進めてまいりました。ところがまだ新専門医制度ができていないうえ、また全容も明らかにされておりません。我々の目的とするところから、少しはずれてしまいました。言い訳で申し訳ありません。よろしくお願い致します。

そこで、今回はそれぞれの地域で活躍されている総合診療医の先生方の活躍の現状とその思いを講演していただき、討論をしていきたいと思います。よろしくお願い致します。

1. 神奈川県立足柄上病院総合診療科の現状と取組について

横浜市立大学総合診療医学臨床教授

吉 江 浩一郎
よし え こういちろう

(座長 高木)

それでは、早速第 1 部を開催させていただきたい
と思います。まず第 1 席です。『神奈川県立足柄上病
院総合診療科の現状と取組について』、横浜市立大学
総合診療医学臨床教授の吉江浩一郎先生をお願い致
します。よろしくお願い致します。

よろしくお願いします。私は現在、足柄上病院、横
浜市大総合診療科総合診療医学科臨床教授というこ
とでご紹介いただきましたけれども、基本的にはこ
の足柄上病院という所で勤務をさせていただいてお
ります。こちらが足柄上病院です。静岡のこの富士
山が非常に良くきれいに見える所できれいです。



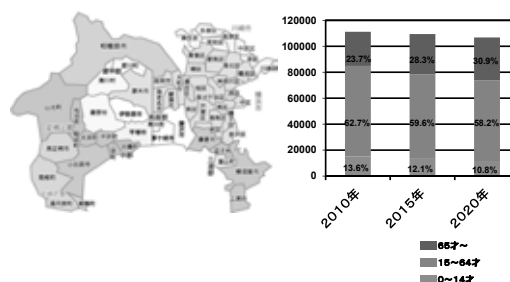
神奈川県立足柄上病院 総合診療科の現状と取り組みについて

横浜市立大学総合診療医学科臨床教授
足柄上病院総合診療科部長
吉江浩一郎



足柄上病院は神奈川の静岡の方に近い所に病院が
あります。

足柄上地域の背景



横浜市とほぼ面積が同じくらいの広さですが、横浜
市の人口約 370 万で、足柄上地区の人口が約 11 万
人です。横浜市のほうには多くの中核病院、基幹病院
がありますが、あるかっていうと、足柄上地区には、
足柄上病院だけが中核病院となっております。

足柄上地区の高齢者の頻度は高く、現在、65 歳以上
が 30%以上になっています。横浜市が約 22%程度で
す。神奈川県内でいうと、足柄上地区は高齢者の先
進地区です。10 年から 15 年横浜より高齢化が進行し
ている地域だと思います。神奈川の端っこにある足
柄上ってというのは、都市部にある横浜とは違い高齢
化が進行し、さらに医者や医療スタッフがなかなか
集まらないということで困ってる地域であります。

足柄上病院の総合診療科の入院患者さんの年齢層
で分けてみました。



15 歳から 64 歳、のいわゆる若い患者さんは 25% です。65 歳以上が 4 分の 3 を占めております。そのうち、85 歳以上の入院の患者さんは 25% の頻度となっています。90 歳以上、100 歳以上も多く、入院患者も非常に高齢化が進んでいます。

総合診療科の入院患者は小児、婦人科を抜かすと 210 床の病床数の病院ですが、その患者さんを総合診療科の 10 人の医師で診るような形にさせていただいております。年間 2000 人程度の入院患者を治療しており、入院患者の 75% は 65 歳以上となっており、入院患者のほとんどが高齢者となっております。

当院の平均在院日数は 11.5 日であり、在宅復帰率が 78% となっており、なるべく早く元気な状態で退院していただけるよう努力しております。ある疾患があり入院されるだけでなく、高齢に伴う全身の衰弱、介護必要度の増加に対して、今まで地域で何とか支えられていた方が調子が悪くなって入院することが多くなってきています。

医療スタッフも気持ちが都会に向いているため定着率が悪い傾向があります。足柄上地区を支える総合診療科として常に人が足りない、そして、専門家もなかなかそろえきれないことが問題点となっております。高度医療機器も常にそろっているわけではありません。

行政に関しても人口の多い横浜に人員、お金の投入が進められており、がんばってる人だけ残ってがんばってる部分があります。

さらに、中規模の地域中核病院の総合診療科の役割として教育が重要ですが、実臨床で患者さんに対し

て当たり前の医療を当たり前にやることを教育することが大切と思っています。

中規模中核病院での 総合診療科の役割

- 医療
 - 臨床診断 & 初期対応
 - 初診から入院、退院、経過観察まで含めた継続的な医療
 - 救急医療
 - 感染症管理
 - 老年医学
 - 外来診療から入院管理、退院、地域医療連携までを含めたシステムの構築、援助
- 研修医教育

中規模の地域中核病院の総合診療科で行える利点としては、特にまず初診から退院を視野に入れて診察をし、入院が必要であれば入院、そしていい状態でお返しできれば、その後の経過観察も含め、継続的な医療を全部ひとかたまりに行え、1 人の人を継続的に治療をできることであると思います。また、地域中核病院では総合診療科自体が救急医療を担っている部分がかなりあります。

足柄上地区は高齢者が多いため、高齢医学をしっかりすることも大切な役割と考えています。ご高齢になると多くの併存疾患をもち、さらに症状自体も教科書に示してあるような典型的な症状だけではない場合も多く、診断が難しくなってくる。一つの疾患に対しても、ご高齢、女性で、症状の出方が全く異なり、それぞれの典型的でない症状も実臨床として認知し教育することが大切であると考えます。

さらに高齢者になると、身体疾患だけでなく、精神疾患も含めた様々な状態が合併する。

病院総合診療科の目標

高齢者の疾患の診断、治療に必要なもの

ある専門の疾患だけでなく、
広い範囲にわたる病態、症状に対する理解

切れ間のない様々な分野との統合

- 高齢による脆弱
- 栄養障害

それ以外にも病院に来られる理由としてお年になってきてだんだん弱ってくると、だんだん介護の問題が大きくなり、介護するご家族の気持ちの問題やご家族などの介護の限界、仕事の問題などの患者ご本人の身体以外の問題も大きな要素となる。加齢に伴う身体予備能の低下と脆弱性が出現し、栄養障害も徐々に出てくるのが高齢者に特徴的です。疾患だけでなく、社会的な問題、加齢に伴う脆弱性、栄養障害を含めた全体を診ていくということが、総合診療科で行う治療の大切な部分であると考えている。このことを行うためには、ある一つの専門領域の知識だけでは、お年寄りの全体像を診ることは困難であると思っています。広い範囲に渡って1人の人を診るということは、連続性のある知識が必要であり、専門分野・分野の間の切れ間があってはできないことであり、特に高齢者を診ることに関しては、そのことが大切であります。研修医に対する教育でも、同様に一つの知識があるだけでなく、各科にまたがる隙間のない知識を得られるように強調しております。

病院総合診療科の役割として、真にその病気を広い範囲で、人が辛くなる広い病気を全部わかるためには、やっぱりお年寄りからしっかり診断、治療できることが重要であると考えている。

さらに総合診療科の目標ですが、国立がんセンターの放射線科で指導していただいた牛尾先生に教えていただいた言葉で、すごく興味のある言葉があります。透視の話なのですが、「レントゲンってね、病気を診るだけじゃない、病気を出すだけじゃなくて、実は1枚のフィルム、その小さな窓から、その人の、そして人の体、その後ろにある宇宙とかいろんなもの全部見るつもりで透視、診断をしないとうまくならないよ」と指導されました。

小さな窓から 患者の現在と今後を予測する……

総合診療科は
検査ではわからないような
患者さんの小さな訴え、身体の悲鳴を
小さな窓としたい



牛尾 恭二 先生

総合診療科をやるにあたって、その小さな窓、情報って何なのかなって考えると、患者さんの小さな訴えです。大きな訴えでもいいんですけど、小さな訴え、または体の悲鳴ですよね。何でもいいんだろうと思います。介護がうまくいかなくて、限界に来て、ちょっと風邪でも病気である人が居ます。でも、この患者さんの訴えを大した病気じゃないです、CRP 2だしとか1だしと言って、処置してしまっておけないと思っています。病院に来てくれた理由や訴えは自分もっている疾患だけでなく、心やその他の社会的な問題からおこる悲鳴として理解できるようにすることが大切と考える。それによって患者さんの今の現状の状態、病気だけじゃない現状の状態、そして、未来のことを予測して、今後どうしてあげればいいのかって考えられる総合診療科が本当の総合診療科医であると研修医に伝えたいと思っています。

治療に関しましては、診断をして治療をすることは当たり前のことではありますが、高齢者の場合は、専門領域のみで診断された単一の疾患を治療すると全ての問題が解決することは少ないです。必ず併存した疾患がありますから、併存疾患によって状態が悪くなっていることが多い。併存疾患も含めて完全に治しきることが困難な場合もあり、治せなければ、全体的に身体の調整をする、さらに言うと家族の介護や今後ご自宅に帰ったときのことを考えて環境を調節することが治療につながるということを知ることが大切です。ご高齢の方はしっかり治して入院期

シンポジウム＜第1部＞

間が長くなることによって、身体機能が落ちてご自宅に帰れなくなってしまいます。

何年か前から内科の病棟で毎日看護師とのカンファレンスをしておりますが、看護師との話し合いの中でわかってきたことですが、今まで介護で介護をうちで一生懸命がんばってたご家族、患者さんが肺炎になって入院します。入院期間が10日以上、2週間以上になると患者さんは元気になりますが、家族はもう今までがんばって介護してたことを忘れてしまい、あのまた辛い介護をもう1回やるのかって気持ちになるらしくて、ご自宅での介護をする生活に戻ることができなくなる傾向があります。2週間以下の入院期間の場合は「もとの生活に戻ればいいですね」と言って、割とまたもとの生活に戻っていただけることが多い傾向にあり、入院期間が長くなるにつれ、家族の気持ちの負担がすごく増える印象があります。それも含めて、ご高齢者の場合はなるべく早く帰れる者は帰るように、なるべく確実に治療するっていう、そういうことも大切に思っています。

高齢者の治療の目標は？

病気を治すことは大切

疾患を診断し、治療をして
長生きをしてもらうという医療

から

予備能のない高齢者に対して
少しでも元気にご自宅で生活ができるように対処

- ・ 介護していたご家族が介護のつらさに耐えられなくなる
- ・ 辛い介護をまた継続する覚悟が薄まる
- ・ “入院して安心”の気持ちが強くなるとご自宅での介護の継続が心配になる

ご高齢者の治療の目的は今まで考えてきたことより変わってきています。今までの臓器専門医が主体となる医療とは、病気を診断する、そして治療する、少しでも長生きをしてもらう。このことが治療の目的でありましたが、予備能のないお年寄りに関しては治療目標の変換があり、長生きしていただくことは大切なことですが、でもおうちで少しでも元気な状態を維持することが大切であり、治療ではない環境に対する対処が必要になっていると考えられます。

特に超高齢者が増加し90歳以上が多くなると治療の方針は変わっていきます。我々の病院では体が段々弱ってきて、入院が繰り返し始めたようなお年寄りに関して、少しでも元気でご自宅で生活できることを目標としております。

少しでも元気に自宅で生活ができるために

外来診療から入院管理、退院
地域医療連携まで含めた
システムの構築

中規模中核病院での総合診療科の
大きな役割
急いで、ご自宅に戻れるようにする

このためには入院決定の状態からなるべく早くにお帰しできるように、元気を維持できるようにということを入院のときから退院のことを考えて、入院、治療、環境整備が大切であるというような考え方が必要です。先ほど言ったように入院期間が長くなり過ぎてても良くない、短過ぎてても良くないので、入院のときからもう退院のこと、退院後のことを含めて、システムチックに考えていくべきという結論に至りました。このことが、当院の今年度の取り組みであり、総合診療科が主体となり退院までのシステムの確立を行ってきております。

この入院から退院まで多職種を含めて考えていくシステムの愛称です。「スマイルシステム」という名称です。

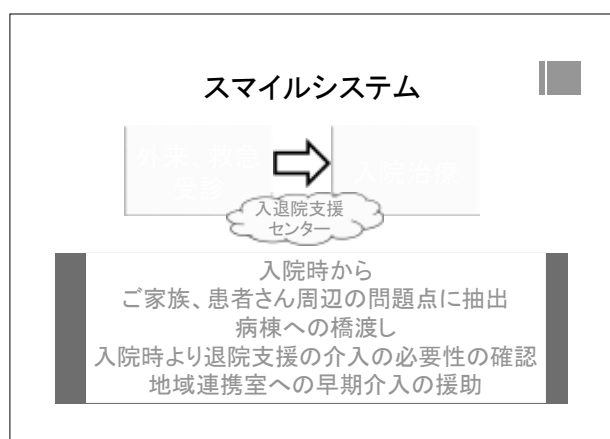
高齢者総合医療チームによる スマイルシステムの構築

受診から入院、退院
退院後のケアも含めた
全人的な包括支援

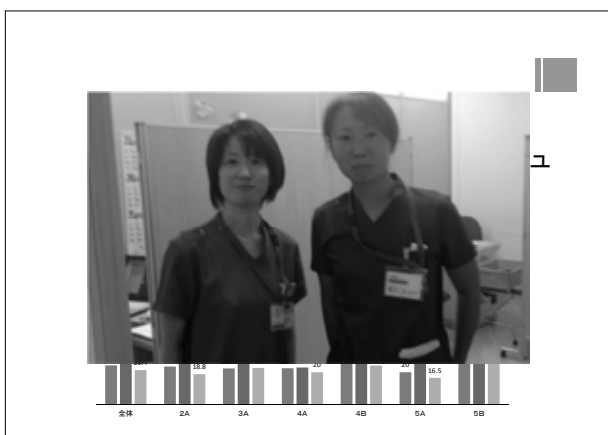
受診の時から
みんなで患者さんの訴え、悲鳴に耳を傾けて
その小さな窓から患者の現在と今後を予測

お年寄りを少しでも元気に
自宅で生活ができるようにしよう

2000年から足柄上病院は総合診療科を標榜しており、その頃から毎日カンファレンスをして、スマイルカンファと言っています。スマイルには、いろんな意味があり、多職種をみんなで集まって共感して、患者さんの悲鳴に耳を傾けて、そしてみんなで笑い合うことを目標としてスマイルという名前をつけてます。

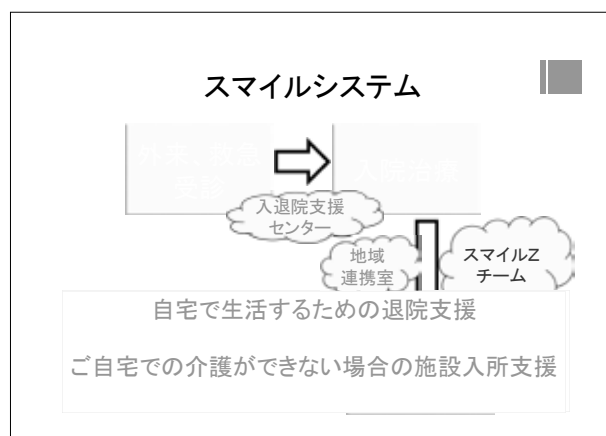


これを全病院に広げることを目標として始めたわけですが、入院のときから、また受診のときから、退院のことを考えて、いわゆる全人的な、そして多職種も合わせて包括的な医療、支援ができる医療を目指しています。



地域の中核病院ではスタッフが常に足りませんので、パラメディカル、ナースなど医師以外の方の力を借りて、少しでもよい医療を行うためのシステムを目指しております。今までは各科対応、専門科毎の対応となってきた病院での治療を、入院から退院、治療の継続に関して横断的に診るようなシステムを助言という形で入れてきています。

少しでもお年寄りが元気でご自宅で暮らせるように病院全体で一つの方向を見て治療、看護を包括的に、それぞれがシステムチックに稼働することによって、少しでもお年寄りが元気で帰れることを期待して始めております。



入院から退院までの中で、特にこの外来ですね。外来、救急というのをすごく大切にしています。多分患者さんが一番最初に辛いこと、身体や心の悲鳴を見せてくれる小さな窓が初診の外来、救急外来と考えており、まず病気の診断をし、それだけではなく、はっきりした病気ではないけれども来院される患者さんもいます。結構な頻度で家族がもう見れない、介護の限界が来ているという理由、環境の限界によって来院されることも多く、ご家族もご本人もはっきりとは言わないのですが、その悲鳴に気がつくようにして対応できるように考えております。それでも地域の先生が頑張っていて、入院する必要がないことも多いのですが、介護の限界が来るとどこかでリセットした方がいい場合があります。このことも中核病院で何とかすべき役割であると考えております。

入院になった場合、外来から入院のほうに移行するときに当たって、入退院支援センターでアシストしております。入退院支援センターの専任のナースによる入院のときから、疾病以外の問題点、特に家族関係、介護の状態などご本人やご家族の問題点をじっくり時間をかけて抽出し、必要であれば早い時期に地域連携室で退院の支援を開始する。退院支援を治療の終了のめどが立ったときから始めると退院の時

シンポジウム＜第1部＞

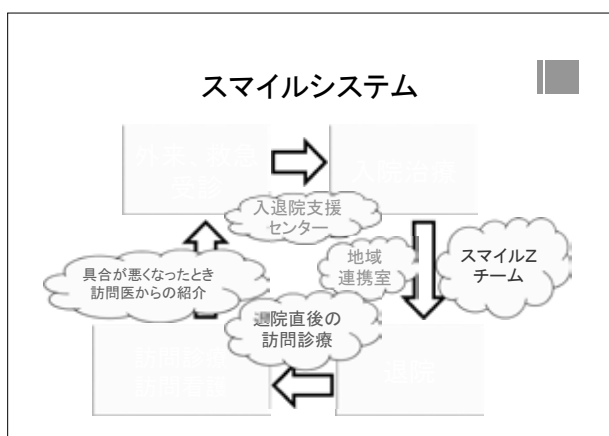
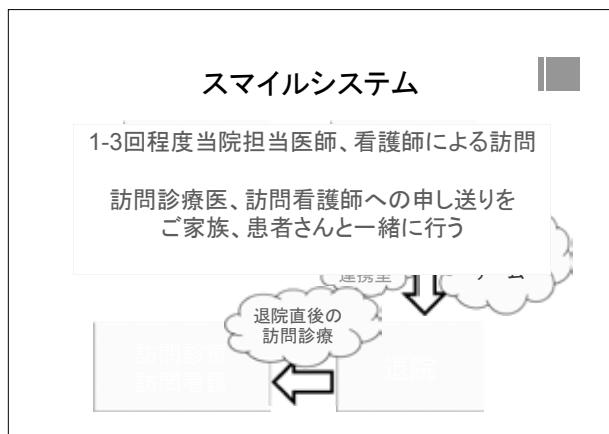
期が遅くなってしまうため早く始められるようにする。入院の時点から退院時の問題点抽出することは治療の方針にも関連する重要であり、入院時より退院の準備をすることによって退院時には安心して帰宅できるようになると考えています。さらに、入退院支援センターの役割として、病院のコンシェルジュとしての役割を持っております。90、80歳のご高齢者のご家族は60、70歳のことも多く、今後のことに不安を持っていることが多いです。ご家族本人も不安なのに、患者さんのことも心配することがさらに大変なことであることが考えられ、少しでも話を聞いてあげられる部署が必要と思います。また、急な入院でご家族は不安そうに待合室で待ってらっしゃる、そのときに話を聞く部署として機能しています。入院するときに少しでも入院のときから不安を減らすことが目的です。

いままで入院後、病棟のナースが入院後のその家族の状態などの病歴を取り直していたのですが、このために入院までの時間がかかってしまう。入退院支援センターでお話を聞きながら病歴などの情報を全部摂ってしまうことによって入院までの時間の短縮が可能となりました。さらに看護師の負担が減り、入院後すぐに治療に移れることも入退院支援センター導入の利点と考えております。入院後は治療を行うわけですが、その間、治療しながら退院の準備ということのある程度、別機動隊が動いていく。スマイルZという名前にしました。

退院支援、患者の味方のための専任のナースが横断的に病棟にいて、医者は治療をしっかり行う。患者、家族が治療の経過で不安になることの原因として、担当医師と主治医、ナース、リハビリとのコミュニケーションエラーなどの話がうまく通じてないことが大きいため、このことを解決するためのチームで介入しております。スマイルZのバック・アップチームにその総合診療科のスマイルZ担当医師と主治医、臨床心理士と精神科にもコンサルトできるような形にしていきました。何かあった場合に、医療関係以外のことですね。そのことで少しでもアシストできるというような形を取らせてもらってます。

次は地域連携室です。退院支援です。目標をはっきりさせようっていう話をしています。

早く帰すんじゃなくて、早くお帰りになってもらおうと、元気でうちに過ごせる可能性が高くなるから、だからみんなで努力してることをはっきりするようにしています。いろいろなことに関して入院時から退院に向けて努力はしてるのですけれども、それでも不安になる方はいらっしゃいます。「本当に家に帰って大丈夫なのかしら、私大丈夫なのかしら。おばあさん、見れるかしら」って結構みんなおっしゃるんですね。そういう場合に、退院直後の訪問診療をやらせていただいています。



1回か3回ぐらい、基本的にはご自宅で介護されているお年寄りの方が対象で、訪問診療や開業医の先生方、地域の先生方に訪問診療と訪問看護をお願いする時に1、2回往診をさせていただき、患者さん、ご家族の前で、ご自宅で申し送りをするような形をさせてもらっています。そうすると、安心して退院してご自宅の生活に移行することが可能となってい

ます。ご自宅に帰ると意外と帰ると患者さんは元気になっており、何とか帰っていただけて良かったなと思うことが多いです。訪問の先生、地域の先生にお願いした後、急変があったら、そのときは我々のほうで24時間、確実に診る。4月から在宅療養後方支援制度が始まりまして、この制度は当院で行っている訪問診療の動きとよくマッチしていると思われます。

この受診、入院から退院までの流れをうまくお手伝いできるようになれば、時々入院、ほぼ在宅と言う状態を達成することが可能になると考え、目標にしたいと思っています。

最初の1例目の患者さんです。

94才、女性

平成26年2月より歩行による右足の痛みを訴えており、徐々に痛みが強くなり、腰を曲げて歩くようになっていた

3月3日までは歩行可能

3月4日より動けなくなり、意識もぼーとしており
さらに意識状態が不良となったため、来院

息子さん、お嫁さんと3人暮らし

94才、女性

診断

右上葉肺癌、右肺門リンパ節腫大
右臼蓋部、左仙骨部の骨転移
癌性髄膜炎

ステロイド投与によって

意識状態改善

最初の言葉は

帰りたい！

94歳です。段々歩けなくなって、意識もボウツとしちゃった。息子さんも70歳代ですね。肺がんがあって、骨転移があって、がん性髄膜炎もありました。ステロイドやったら少し良くなったんですね。そしたら、「すぐ帰りたい」と言い始めちゃって。今までであれば、「いつおかしくなるか分かんないし、そ

んなに予後良くないし、どうする、本人帰りたいたいって言うけど」と話をするんですけども、息子さんはやっぱり不安です。「歩けないし、介護できるか分からないし、自分も腰が痛いし」みたいなことを言い始める。でも、本人の希望と話をして、連携室にお願いして、地域の先生に何とかつなげればということが多かったです。

ご家族と相談

病状は不安定であることはわかっている

これからは
さらに在宅医療支援システムでの訪問です

帰ったら、お家にみんなで見に行くよ
元気にしているのをみながら
往診の先生にお願いしよう

「帰ったらみんなで見に行くから、それで駄目だったら戻ってこよう。ちょっとでも元気でいけそうだったら、息子さん、もうちょっと見てあげられるかな」と言うと、喜んでっていうか、何とか帰っていただける。

退院後、訪問診療を行い

往診の先生にバトンタッチ

その後、ご家族から……

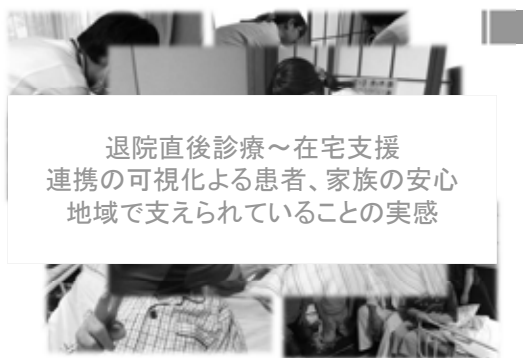
退院のことを言われたときはむりかとおもったけど
少しでもお家に帰れたことは良かった

訪問がなかったら、心配で退院ができなかったと思う

帰ってみると、みんな元気なんですね。この方も帰ってみたら元気で「いけるね」と言ったんですけど、ひと月後にやっぱりちょっと悪くなって亡くなられてしまいました。ご自宅に帰れたのは良かったと、帰った場合にご家族がおっしゃります。「訪問してくれなかったら、主治医の先生が来てくれなかったら、さすがに行くのは怖くてできなかったな」と

シンポジウム＜第1部＞

感想を言っていたいております。全部いいこととは限らないんですけども、お帰りになられる確率を少しでも上げられるそういうようなシステムになっていると思います。「家帰ると元気なんだな、うれしいな」と言って、あとは目の前で、ご家族本人の前で地域の訪問の先生方、訪問看護の方々に申し送りすると、ご家族、患者さんが地域で支えられてる、全体でみんなに支えられてるなと思うようです。



退院直後診療～在宅支援
連携の可視化による患者、家族の安心
地域で支えられていることの実感

横浜市大総合診療医学科は当院の山本院長が初代教授になり、学生の時期からお年寄りを包括的に診ること、そして総合診療科的な広い範囲で隙間なく診ていくということを早い時期に教育し、知ってもらいたいということで始めています。

初期研修医教育

横浜市立大との協力による
学生の臨床教育

2014年 横浜市立大学 総合診療医学科
初代教授 山本裕司院長(兼任)
学生から総合診療科的な考え方
疾患だけではなく医療のあり方

女医に関しての今後の目標としてジョブシェア、再教育、お子さんに対するアシストも含めて、仕事をやりやすいように何とかアシストしていきたい、そして広げていきたいというふうに思ってます。

女性医師の勤務環境の整備

Job Shareを含めた
育児中の女性医師に対する
環境整備
24時間の育児室など

今後の重要課題

中核、中規模の病院でも、やれること、地域の先生方と患者さん、つなげるところ、お手伝いがすぐできているのは、中規模病院の総合診療科だと思います。どうもありがとうございました。

小さな窓から 患者の現在と今後を予測する……



(高木座長)

ありがとうございました。先ほど司会のほうから話がありましたように、ご質問は合同討論の際にお受けしたいと思ってますので、あしからずご了承ください。吉江先生、ありがとうございました。

2. 聖マリアンナ医科大学における総合診療内科の現状

聖マリアンナ医科大学総合診療内科教授

松 田 隆 秀
まつ だ たか ひで

(高木座長)

続きまして、2 題目は『聖マリアンナ医科大学における総合心療内科の現状』ということで、聖マリアンナ医科大学総合心療内科教授の松田隆秀先生にお願い致します。皆さん、熱く語る先生が多いので、時間厳守でよろしくお願い致します。

聖マリアンナ医大の松田隆秀と申します。どうぞよろしくお願い致します。

私は聖マリアンナ医科大学の総合診療内科の現状という課題で、お時間を頂きましてお話をさせていただきます。



そして、附属病院と致しまして東横病院、それから横浜市西部病院がございます。それから本院から車で15分ぐらいの所に川崎市立多摩病院がございます。市立病院であります但指定管理者が我々の大学法人であり、職員、医師、全てマリアンナの職員であります。

そして、もう一つ、これも大学からの近くなんですが、小田急線の新百合ヶ丘駅の近くに、「プレスト・イメージングセンター」がございます。乳腺・内分泌外科の医師が中心となり専門性を発揮している診療所でございます。そこでは設置されていますMRやCTを地域の先生にも利用していただくということで、地域診療所からの紹介による画像診断にも対応している施設でございます。

スライドは神奈川県全体の地図でございます。

-----シンポジウム-----

「総合診療医の現状について」

「聖マリアンナ医科大学の 総合診療内科の現状」

聖マリアンナ医科大学
総合診療内科 松田隆秀

先ず、聖マリアンナ医科大学の紹介をさせていただきます。地図に示したように川崎にございますが、



これが大学病院の本院でございます。

神奈川県全図(聖マリアンナ医大関連施設)



シンポジウム＜第1部＞

何となく四国の形に似ておりますけれども、北東のほうには多摩川がございまして、すぐ隣は東京都でございます。川崎市は南北細長い地形でございまして、北部4区で成り立つ北部2次医療圏と、南部2次医療圏がございまして、横浜市とも接しています。神奈川県における川崎市と横浜市の位置関係を頭に置いていただければと思います。

ご存じのように聖マリアンナ医科大学におきましても、入学定員数の増加が行われています。

聖マリアンナ医科大学

(平成21年度) (平成22年度)

定員増: 100 → 110 → 115名

地域医療に貢献する医師を育てる

- ・「地域医療」(1、3学年)
- ・「臨床総論」(4学年)
- ・「地域診療所実習」(5学年)

当時100名であったわけですが、平成21年度から10名増、そして平成22年からはさらに5名が増えまして、現在115名の入学定員となっております。国あるいは県からのお話もあり、定員増をさせていただいたわけですが、その目的は、地域医療に貢献する医師を育てるということでございます。地域医療にも貢献できる医師を育てるのではなく、「積極的に地域医療に貢献する医師の育成」ということが目的だと思います。

地域医療に貢献する 医師の育成

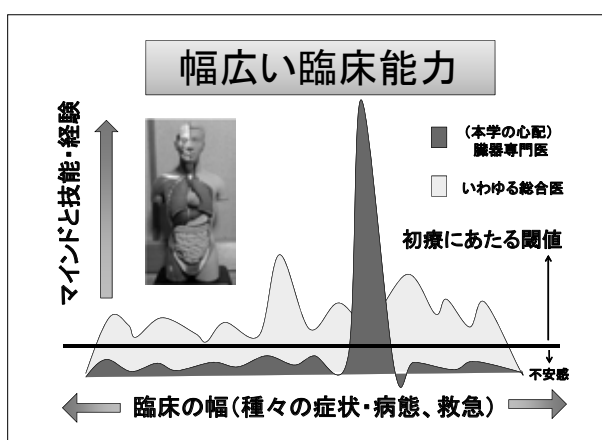


幅広い臨床能力を持った 臨床医の育成

それに伴いまして、卒前教育と致しまして「地域

医療コース」という授業を1学年と3学年、そして「臨床総論コース」を4学年、そして、「地域診療所実習」を5学年でスタートしております。この「積極的に地域医療に貢献する医師の育成」、これはすなわち私は幅広い臨床能力を持った臨床医の育成であると考えております。

スライドはイメージ図でございます。横軸には、それぞれの専門領域、縦軸にはその臨床能力を示してあります。



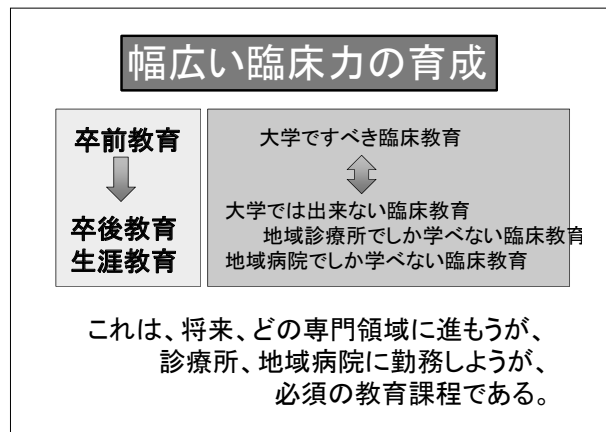
臓器専門医は図に示しましたように、とにかく高い専門性能力を目指す一方、他の領域では診療に手が出せないような経験レベルであります。私は、地域に貢献する医師は例えば専門性があっても裾野が広く、すなわち臨床の幅が広くて、種々の症状、病態、そして救急の初療にも手が出せることが大事であると思います。そして、地域医療に関わる高いマインドがあるからこそ、それに伴って技能、経験を積んでいけるのだと思います。

それぞれの領域に、自分自身が臨床能力を発揮できる(医師として手を差し伸べる事ができる)閾値があるとすれば、専門外の領域では閾値に達していない。すなわち、専門以外の患者さんの診察においては、医師自身が診療に対する不安感をもち、マインドがあっても手を出さないのではないのでしょうか。そうこうしているうちにマインドそのものが失われていくのでは、ということが私の心配でございます。

スライドは人体の模型でございます。以前、聖マリアンナ医大は第1内科、第2内科、第3内科、第4内科とナンバー内科でありました。15年ほど前でしよ

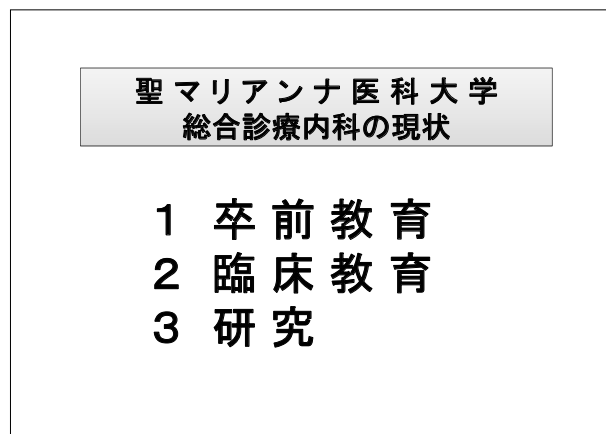
うか、臓器別内科にしたいということで、再編成が組まれました。臓器別体制に先行して総合診療内科が既にできていたわけですが、ちょうど私がそのときに内科全体の医局長の立場にございました。それでナンバー内科の医師達に、来年からどの臓器に所属しますか？というアンケートをとりました。総合的能力が高い若手医師が無理やり所属臓器を決心したことも覚えております。それに伴い、病棟の医師勤務室を従前の四つの内科勤務室より九つの臓器別内科分野勤務室に再配分するとのことで、陣取合戦が始まりました。その時、総医局長であった私が呼ばれました。第一内科の医師勤務室に等身大人体模型がありました。頭を開けたり、胸を開けたり、お腹を開けますと、臓器が入っています。果たして、「それぞれ狭くなる勤務室。どこにこの等身大模型を置くのか？」と言って揉めているんですね。私は困りまして、「じゃあ、臓器別になるのだから欲しいものは持っていきなさい」と発言し部屋を出ていきまして、しばらくして戻りましたら、このおじさん（等身大模型）は内臓がない抜け殻になって残されているんですね。それで、それでもいいやと思ってたんですが、誰もいなくなった部屋で、私はその抜け殻おじさんとはばかり語り合ったわけでございます。このおじさんは確かに、「私はこんな姿にされてしまった。診療や医学教育には、臓器単一を医療の目標としているようだが、これでいいのか？」と訴えていたように記憶しています。これはいかんと思ひまして、最近になりまして、各臓器の内科の医局を回りまして、この臓器を取り戻そうかなと思っていきます。なくなった臓器はどここの臓器分野の部屋にあるかっていうのは分かっています。しかし、気が付きましたら、この抜け殻おじさん自体がどこへ行ったか分からないのです。非常に困っております。一度人体をバラバラにして考えてしまうと、再び全身で捉える臨床や教育がいかに難しいか、思い知らされたわけであり。幅広い臨床力、全身で捉える臨床力、それぞれの生活環境まで考える能力を養う教育。これはどうしたらよろしいのでしょうかと考えていますが、やはり卒前教育が重要で、そして卒

後教育があって、そして生涯教育という全体の流れを眺めないと無理かなと思っております。

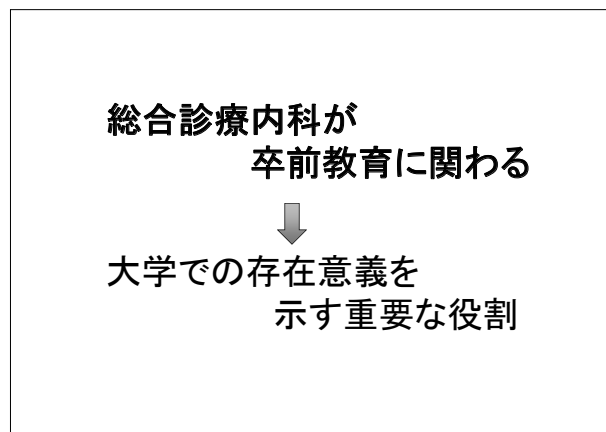


そこで、大学ですべき臨床教育、そして、大学ではできない臨床教育、そして、地域診療所でしか学べない臨床教育、地域病院でしか学べない臨床教育、これらをしっかり棲み分けて、一連の教育をすべきであると思っています。これは、将来どの専門領域に進もうが、診療所、地域病院で勤務しようが必須の教育課程だと思います。

次に、マリアンナ医大の現状を紹介致します。



まずは卒前教育でございます。



総合診療内科が卒前教育に関わる意義、これは大学における総合診療内科の立ち位置、存在意義を示す事にもなります。実は総合診療内科の院内での評価の一つですが、病院の会議に出ますと、総合診療内科は不採算部門なんですね。運悪く私が総合診療内科の部長になりました頃にDPCを用いた保険制度に変わりました。総合診療内科は診断がつくまでのところに投資をすることが多い訳でしてリンパ節が腫れて、悪性リンパ腫じゃないか、あるいはウイルス感染症ではないか等、いろいろ調べるわけですけども、そのうちにリンパ節が小さくなりウイルス感染症ということになりますと、投じた医療資源は出来高計算の方が良かったんじゃないかということになります。ただ、やはり医育機関ですので、卒前教育での関わり、臨床教育での役割を強調することも大学で生き残っていく重要なことじゃないかと考えております。

このスライドは医学教育モデルコアカリキュラムを示した図でございます。

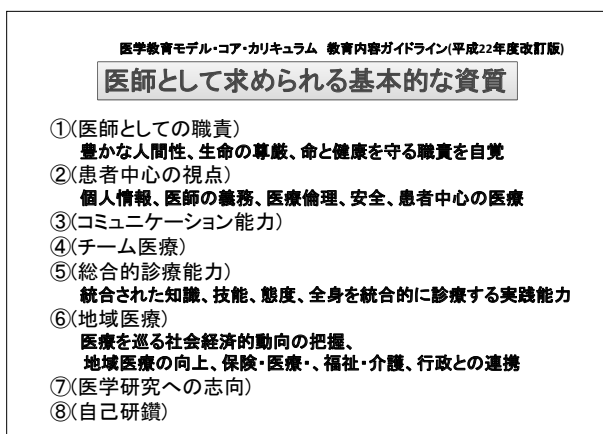


横軸は時間経過になりますが、左側が入学時点で、右側には卒業や国家試験がございます。入学したモデルコアカリキュラムを準拠した各大学の特色あるカリキュラムがあるわけですが、医師として求められる基本的な資質を6年間にわたって習得する、ストラクチャーが示されています。これを眺めながら、総合診療内科医は卒前教育においてはどの部分に関わるか、見ていきたいと思います。

そうしますと、モデルカリキュラムに示されている「全身に及ぶ生理的変化」や「病態診断」はピッタリ

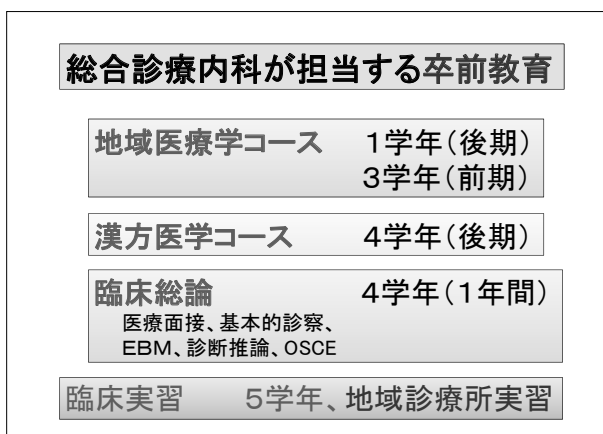
ですね。それから「診療の基本」、「病状病態からのアプローチ」、「基本的な診察知識」とか「診察技能」ですね。それから、ここに「地域医療」がしっかりと示されています。そして、CBT、OSCEの共用試験ですね。これを受けましたら、晴れて5学年ではスチューデントドクターになるわけですが、ここに示しましたカリキュラムは総合診療内科が主体となって担うべきであると思います。

モデルコアカリキュラムでは、医師として求められる基本的な資質を8つ挙げております。



「医師としての職責」、「患者中心の視点」、「コミュニケーション能力」、「チーム医療」、「総合的診療能力」、「地域医療」、「医学研究への思考」、「自己研鑽」でございます。ここでも総合診療内科が担うべき教育がしっかり挙げられています。我々総合診療内科医が力を発揮すべき医学教育、卒前教育の基本的なところだと思います。

そして、スライドは実際に担当しています卒前教育のコースでございます。



1学年 地域医療 全12コマ

- 1 地域医療学・プライマリケアとは
- 2 日本の医療制度 -- 世界の医療制度
- 3 未来の地域医療
- 4 疾病予防・禁煙指導
- 5 地域における救急体制
- 6 地域における小児救急体制
- 7 在宅緩和ケア
- 8 地域医療と医師会(組織と役割)
- 9 地域医療経営①
- 10 地域医療経営②
- 11 高齢者の地域医療
- 12 地域連携クリニカルパス

3学年 地域医療 全13コマ

- 1 地域医療・プライマリケアとは
- 2 家庭医
- 3 根拠に基づいた医療(EBM)
- 4 感染症 1
- 5 感染症 2
- 6 感染症 3 地域医療と感染症サーベイランス
- 7 高齢者医療 1
- 8 高齢者医療 2
- 9 遺伝相談・遺伝カウンセリング
- 10 在宅医療 1
- 11 在宅医療 2
- 12 女性医療
- 13 地域における総合医の役割と実際

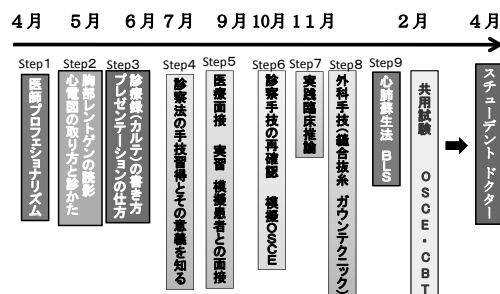
1学年と3学年の「地域医療コース」です。

それから、4学年では「漢方医学コース」も担当しております。

4学年 漢方医療 全11コマ

- 1 西洋医学と漢方治療
- 2 漢方医学とは:四診/証
- 3 漢方薬の副作用
- 4 漢方理論: 傷寒論(六病位)気血水など
- 5 処方の基礎/民間薬との違い
- 6 東洋医学—もう一つの医学—
- 7 小児科、皮膚科領域の実態
- 8 外科領域の漢方治療の実際
- 9 婦人科領域の漢方医療:更年期
- 10 内科領域の漢方治療の実際
- 11 瘍腫と漢方

4学年 臨床総論



「医療総論コース」は4学年の1年間、毎週木曜日の午後に行われますが、医療面接、診察法とか臨床推論の能力を伸ばし、能力の高いスチューデントドクターになれるような教育を担当しています。

もう簡単にお話致します。これは1年生の地域医療です。日本の医療制度、世界の医療制度、未来の地域医療ですね。それから禁煙指導もございます。それから「地域医療と医師会の役割」という講義も入れています。

卒前教育においては

医師会の先生方には地域医療実習の指導医の役割を担っていただいています。

(今後の課題)

新カリキュラムでは、臨床実習が48週から72週へ段階的に増えます。

さらに多くの先生方に地域医療実習の指導をお願いします。

医育機関と地域医療施設が手を組んだ、地域完結型医学教育をさらに展開します。

そして感染症に関する講義としまして院内のローカルファクター、市中感染症、世界で捉えた感染症を担当しています。

さて、5学年の「地域での臨床実習」ですが、学生達が医師会の先生方の診療所で指導をいただいております。今後の課題としまして、医学教育のグローバル化に伴い地域医療実習の期間が長くなります。医師会の先生方をお願いする地域医療実習がどんどん増えてくる時期が迫っております。すなわち、医育機関と地域医療施設が手を組んだ地域完結型の医

シンポジウム＜第1部＞

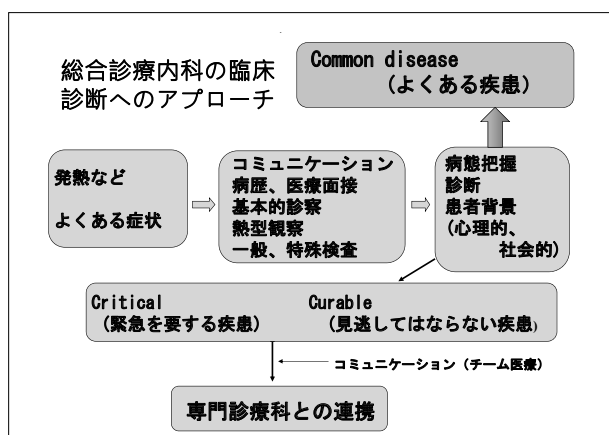
学教育がもっともっと展開するだろうと思います。

次は臨床教育でございます。

聖マリアンナ医科大学 総合診療内科の現状と取り組み

- 1 卒前教育
- 2 臨床教育
- 3 研究

私は総合診療内科の臨床というのはスライドに示したように考えております。



例えば発熱などよくある症状の方が外来によく来られます。そこでまず患者さんとのコミュニケーション能力を発揮しまして、良好な医師関係を保つことに努め、医療面接を行います。発熱であれば熱型をよく聴くということも大事です。それから、必要に応じて基本的な診察一般検査、場合によっては特殊検査も致します。こういった手順を踏み増して、まず病態の把握、できれば診断まで持っていけないかという過程の中で、患者さんの心理的、社会的な背景もつかんでいくというふうな手順が大切であると考えております。そして、結局は大半の方が Common disease、よくある疾患なわけですが、ただ患者さん自らが「私はよくある疾患に罹りました」と言われるわけじゃありません。その中から、緊急を要する疾患、見逃してはならない疾患、を如何に

ピックアップして、場合によっては専門医と連携をとるコミュニケーション能力も重要です。これが総合診療内科医の思考過程でございますが、如何に緊急、あるいは見逃してはならない疾患を見逃さないかというのが我々の力の発揮するところかなと思っております。そして、このような診療の中で、臨床教育を行うのは、非常に価値の高いことであります。

次に、総合診療内科の臨床の実際を紹介させていただきます。

聖マリアンナ医大 総合診療内科の臨床

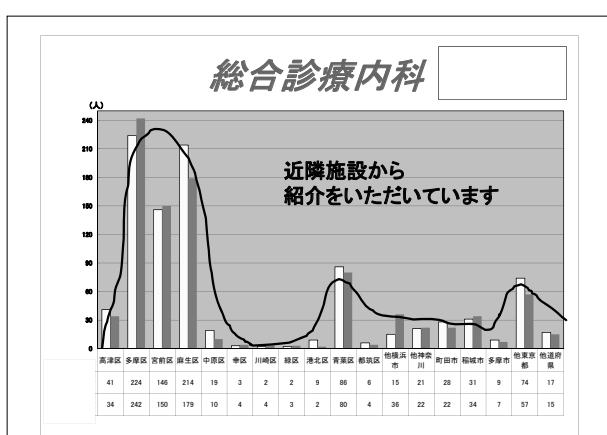
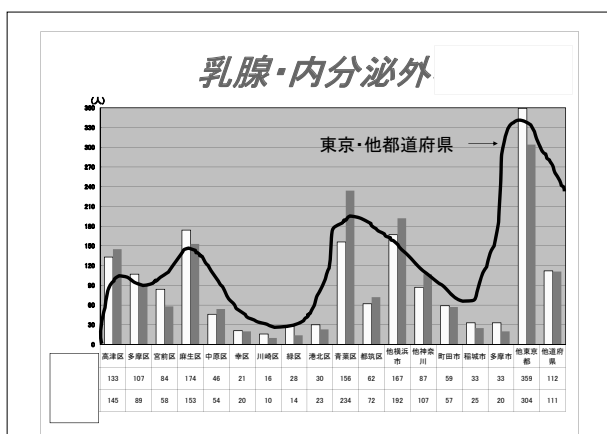
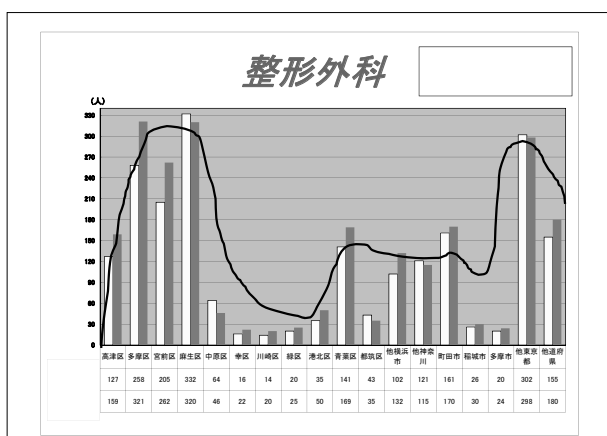
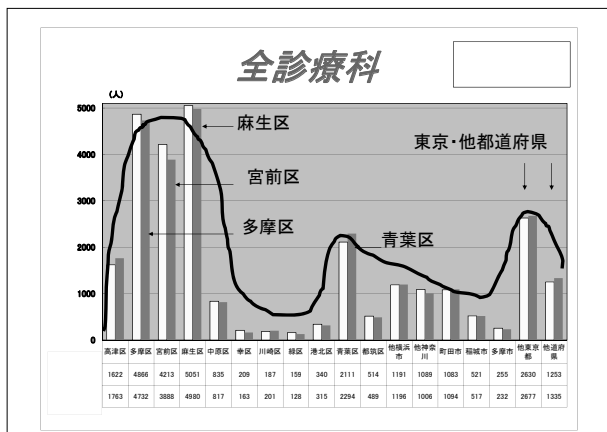
(～平成25年度 本院)

これは本院の総合診療内科のデータです。外来診療の背景と致しまして、大学の近隣の「どの地域の診療所から紹介患者さんをいただいているか」ということを調べました。

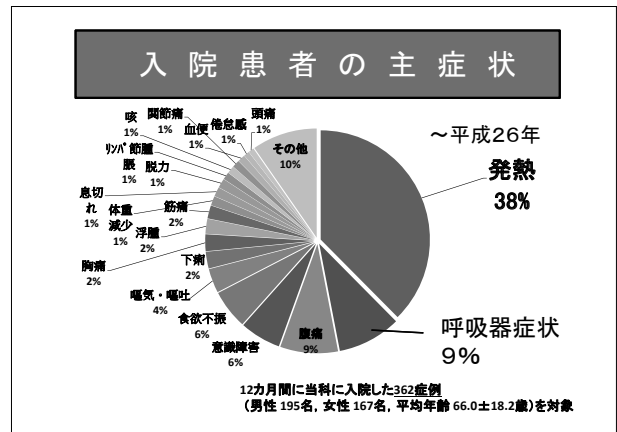
聖マリアンナ医大病院(本院)

(外来診療の背景)
どの地域の診療所から
ご紹介いただいているか？

私どもの総合診療内科は圧倒的に近くの先生、診療所から紹介をいただいているというふうな結果が出ております。

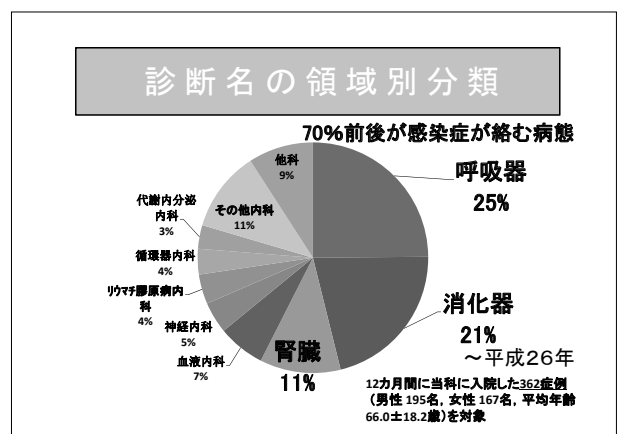


次は入院患者さんについての統計でございます。
総合診療内科病棟にこういった主症状で入院されているかの調査です。



多かったのは発熱で4割弱、次に呼吸器症状が1割弱です。それから腹痛などの消化器症状となっています。発熱、呼吸器症状、消化器症状で半数以上の主症状を占めておりますが、残りは半数近くは多彩な症状を主訴とした入院患者さんで占められています。

その結果、こういった領域の診断に落ち着いたかということでございますが、呼吸器、消化器、腎臓領域ですが、それぞれの領域の感染症に由来する疾患が大半を占めています。



恐らく入院患者の70%前後の方が、何らかの感染症が絡んでいる病態であります。我々、総合診療内科医の能力として感染症の診断、治療に精通していることが必要と感じています。

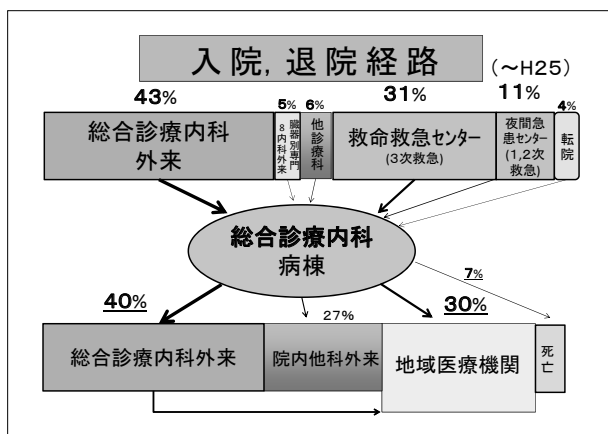
さて、総合診療内科の病院における役割として、「単なる振り分け科か？」という問題がございます。

総合診療内科は 単なる振り分け科か？

第107回 内科学会総会
聖マリアンナ医科大学病院総合診療内科
における入院退院経路に関する検討

そこで我々は病棟の入退院の経路を調査しまして、
107回の内科学会総会でも報告致しました。

スライドの中央に我々の病棟を示しました。



病棟にどのような入院経路で患者さんが来られるか調べてみました。我々の外来、すなわち総合診療内科外来から入院患者の43%の人が入院しております。そして、夜間救急、救命救急センター（少し落ち着いたから病棟に連絡）経由がほぼ同数の42%でありました。我々は救急センターとも連動して成り立っている診療科でございます。

さて、退院に関してですが、退院後、我々の外来に再来される患者が4割、退院と同時に地域の先生にお戻しできるのが3割でございます。そして、院内他科にお願いするのが3割です。できる限り地域の先生に逆紹介させていただくことを推進しております。

総合診療内科は単に外来での「振り分け科」ではなく、地域と院内のニーズに応えるべき様々な機能を持った診療科であるべきです。我々の守備範囲が

拡大していくことは、院内各科はもちろん、地域からも頼られる科へ成長しつつある過程じゃないかなと思っております。

総合診療内科は 単なる振り分け科か？

入院診療を通じて、完結できる疾患が徐々に増加

守備範囲の拡大 ➡ 各科から、地域から
頼られる科へ成長

さて、「臨床教育は大学病院だけで十分か？」という問題がございます。

臨床教育は大学病院 だけで充分か？

関連施設との臨床教育連携へ

やはり地域関連施設での臨床教育との連携は今後進めるべき課題だと思います。大学病院本院でなければならぬ臨床教育が当然あります。

大学病院(本院)

で、しなければならない臨床教育

川崎市立多摩病院

(指定管理者: 聖マリアンナ医科大学)

で、しかできない臨床教育

そして、先ほど紹介させていただいた川崎市多摩病

院でしかできない臨床教育もあるだろうと思います。

市立多摩病院での臨床教育

- 1次、2次救急を含めたコミュニティベースの教育
- 屋根瓦指導体制が確立しやすい
- 多職種連携のチーム医療のなかで研修
- 地域支援病院、地域診療所との密な連携
- 大学が指定管理者（指導医の確保、研修医・学生）
- 大学病院と至近距離（同じ川崎北部2次医療圏）

➡ 若者が走り回る、生き生きとした臨床研修病院
日本有数の臨床研修病院を目指して

決して、人事異動としてではなく、教育プログラムの一貫として両者うまく利用した臨床教育を今進めております。

市立多摩病院では、やはり大学病院ではできない1次、2次救急を含めたコミュニティベースの教育、これは大学病院ではできないはずです。そこでも屋根瓦式の指導体制を確立することが重要です。それから、やはり市立病院ですので地域の支援病院、地域診療所との密な連携ができております。市立病院でありながら初期研修医、学生が院内を走り回る生き生きとした臨床医研修病院、そして日本有数の臨床研修病院を目指しまして、法人が取り組んでいるところでございます。

外部指導者 教育回診 講演

- 徳田安春： 地域医療機能推進機構研修センター長
本学客員教授
- 岡田唯男： 亀田ファミリークリニック館山 院長
本学客員教授
- 須藤 博： 大船中央病院 内科部長 副院長
- 神保真人： 米国ミシガン大学 家庭医療学科 助教授
本学客員教授
- 内藤俊夫： 順天堂大学 総合診療科 准教授
本学客員教授

一方、大学病院でしなければならない臨床教育と考えると、やはり特定機能病院としての総合診療としての臨床教育はあるかと思います。

大学病院でなければならない臨床教育

（特定機能病院の総合診療としての臨床教育）

- 病態推論・診断推論 臓器非特異的病態
不明熱 体重減少、リンパ節腫脹など
- 他科と連携した臨床と教育
ERとの連携
消化器・一般外科との連携
病態に基づく専門科との兼科
高度専門的治療や手術の可能性のある症例
- 特定機能病院としての地域からの紹介

複雑な病態の推論、診断推論ですね。すなわち診断に各専門医との連携が必要な病態、診断困難な不明熱や体重減少、リンパ腫などの対応は、やはり大学病院で経験した方がいいと思います。また、ERとの連携した臨床経験も大学病院ならではの経験です。三つ目の話題は研究でございます。

聖マリアンナ医科大学 総合診療内科の現状と取り組み

- 1 卒前教育
- 2 臨床教育
- 3 研究(大学院)

私ども大学院のコースも持っておりますので、少し紹介します。

リサーチマインドの涵養です。

リサーチマインドの涵養(研究)

- 臨床研究
- ・ 症例報告
 - ・ 多施設共同研究(不明熱等)
 - ・ 感染症の疫学研究
 - ・ リンパ節腫脹の形態・臨床検査と悪性リンパ節
- 地域医療学
- ・ 未来の医療地図
東京電気通信大学、東京医科歯科大学、国立がん研究センター
- 健康食品に関わる研究
- ・ 長野県中野市JA(農協)、東京農業大学と「エノキ水の脂質代謝改善作用」の研究

シンポジウム＜第1部＞

もちろん受け持った患者さんから生まれる臨床研究もごさいますが、ここでは研究課題の一つである「地域医療学」について簡単に紹介いたします。

大学院 プライマリケア・地域医療コース

大学院生 4名
(社会人大学院生、研究生を含む)

これは未来の地域医療のニーズを可視化し、その対策を提言しようという研究で、電気通信大学、東京医科歯科大学、国立がん研究センターと共同研究をしております。

大学院 研究テーマの1つ

科学研究費 申請予定

「首都圏の未来医療ニーズを可視化した
地域医療地図の作成」



「地域の未来を捉え実践する
地域で活躍する医師の養成」

大学院生は4人で、社会人大学院生もおります。

ここに研究のデータの一部を示しましたが、神奈川県、未来の地域医療地図です。

大学院 研究課題

神奈川県 未来の地域医療地図

——大都市の人口推移を捉える——

大都市の人口推移も捉えるわけですが、川崎市医師会、川崎市保健福祉局の医療政策推進室にもアドバイザーとして入っていただいております。

共同研究

東京医科歯科大学大学院医療政策分野
教授 伏見清秀先生

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん統計研究部医療費調査室長
石川 ベンジャミン光一先生

アドバイザー

川崎市医師会
川崎市健康福祉局医療政策推進室

先ほどの神奈川県の地図ですが、学生の講義では「これは何の変化を示した地図でしょう？」という質問をします。

神奈川県全図

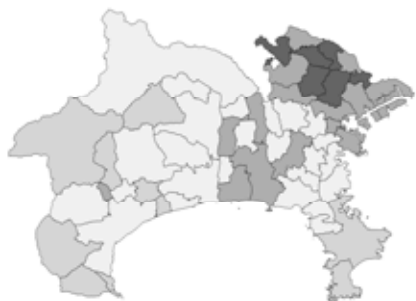


？ 変化(2040年/2015年)



地図に示しましたように、川崎北部、横浜北部は2015年の人口を1としますと、全国の人口動態とは逆行して2040年も1以上を保つ地域であります。

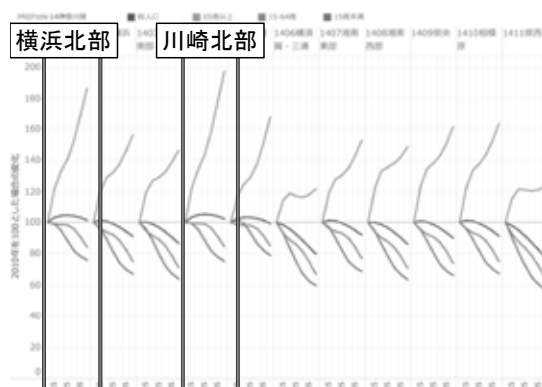
総人口推計変化(2040年/2015年)



国立社会保障・人口問題研究所
日本の将来推計人口

横浜北部

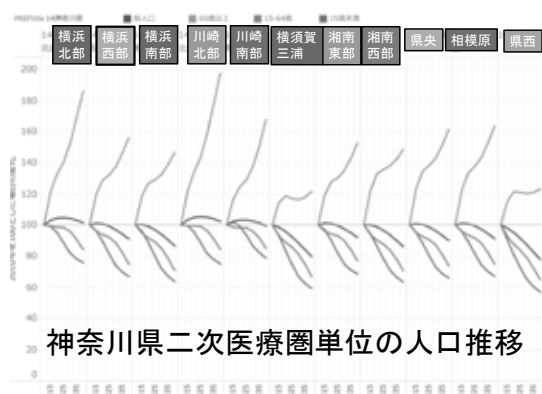
川崎北部



65歳以上人口推計変化(2040年/2015年)



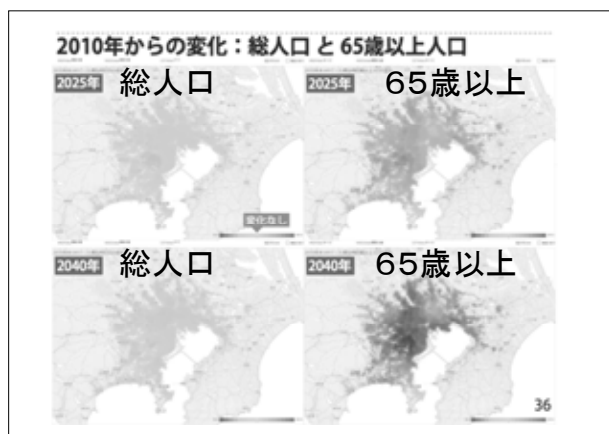
75歳以上人口推計変化(2040年/2015年)



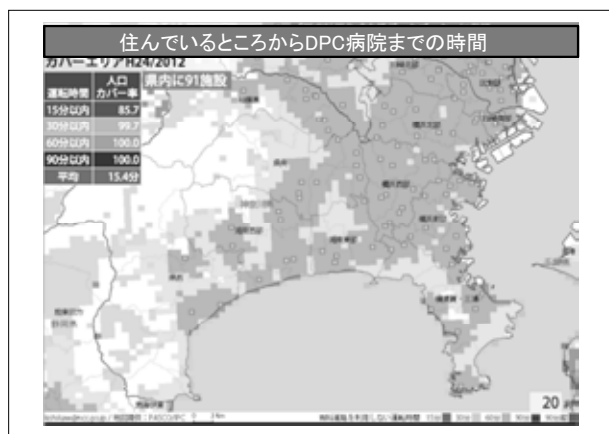
神奈川県二次医療圏単位の人口推移

シンポジウム＜第1部＞

すなわち、聖マリアンナ医大病院や関連病院が立地する地域は、2040年でも人口が減らない地域でございます。



神奈川県内医療機関所在地



同時に2040年には現在の2倍以上の65歳人口が出る地区であります。

最後に学生へ「日本医師会への期待」についてアンケート調査を行いましたので紹介いたします。

学生達の医学教育に関する意識調査

3年生へのアンケート調査

「若手の医師が全国どこに行っても平等に教育が受けられるようにしてほしい」、「総合診療医のようなジェネラル層の育成にも重きをおいていかなければならない」、「医師の自覚を向上させるように医師会には働いてほしい」、「バラバラな意見を一つにまとめる役割」、「災害時の医療提供」、「へき地の問題、医師偏在の助成をしてほしい」「日本の医師の味方」、「増え続ける女性医師の働きやすい環境を作してほしい」、「医師の社会的地位の維持向上」、「医療界全体を支えるという役割」、「日本の医療の本幹として存在してほしい」。

学生アンケート

自分が目指す理想の医師になるには、どのような臨床実習や研修を受けたいですか？
(実習や研修をしたい施設や場の例、特に指導を受けたい内容など)

自分が目指す理想の医師(臨床医)になるには、どのような臨床実習や研修を受けたいですか？
(実習や研修をしたい施設や場の例、特に指導を受けたい内容など)

将来(皆さんが30歳から50歳の働き盛りのころ)の地域医療のニーズはどのように変化し、地域からどのような医師が求められると想像していますか？

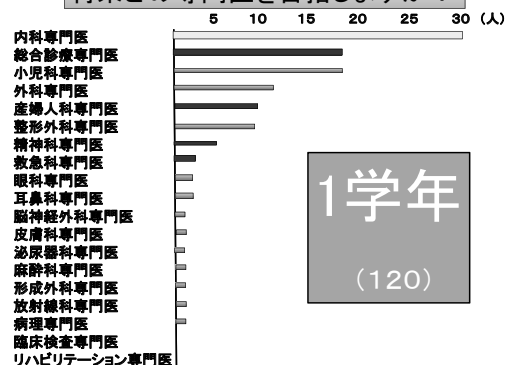
地域医療のニーズはどのように変化すると考えますか？

将来、どのような医師になってどのような場所で活躍したいと考えていますか？

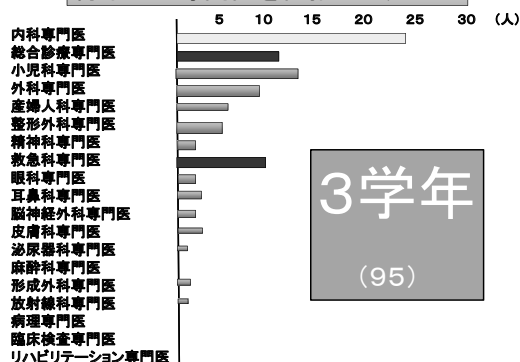
将来、どの専門医になりたいですか？

日本医師会の役割について

将来どの専門医を目指しますか？



将来どの専門医を目指しますか？



増え続ける女性医師の働きやすい環境をつくる(5学年)
 医師のQOLを守る(5学年)
 働きやすい環境づくり(1学年)
 医師の社会的地位の維持、向上(5学年)
 医師の社会的地位の向上(3学年)

国と医師の架け橋(1学年)
 政府にとらわれない独立団体(1学年)
 政府に対して医学界全体としての意向を示す(1学年)
 医師の代表として政府に意見を述べる(3学年)
 医師の意見を国政に反映させる(5学年)
 医師のコンサンスを得る場の提供(5学年)
 医療界全体を支えるという役割(1学年)
 日本の医療の本幹として存在する(5学年)

日本医師会の役割と期待について？

今後の日本の医療の方針を立てる(1学年)
 診療ガイドラインの作成(1学年)
 医師のあるべき姿を示す(1学年)
 日本の医師に共通のルールを持たせる役割(3学年)
 個人の医師の価値感などで受けられる診療が異ならないよう基準をつくり、平等を保つ役割(3学年)
 医師としての正しい役割を示す(3学年)
 医療倫理を定める(1学年)
 医師の水準の向上、均一化(5学年)
 世界に誇れる医師の育成(1学年)
 医師のリアルな声を集めるための会(1学年)

医療機関全体への呼びかけ、注意(1学年)
 医師同士の交流の場(1学年)
 医者間のネットワークの構築(1学年)
 地域と大学病院をつなげる役割(1学年)
 若手の医師が全国どこにいても平等に教育が受けられるようにする(5学年)
 医師が学びやすい環境を整備する(5学年)
 これからは総合診療医のようなジェネラリストの育成にも重きを置いていかなければならない(3学年)
 医師を育てる(1学年)
 再び、医師としての自覚をさせる(1学年)

訴訟などの諸問題について意志をサポートする(3学年)
 トラブルへの迅速な対応やその伝達(3学年)

災害時の医療提供(3学年)

バラバラな意見を1つにまとめる役割(3学年)
 医師と患者さんをつなぐネットワーク(3学年)
 医学の発展を全国の医師に共有する役割(3学年)

全ての地域へ医師を配置する(3学年)
 へき地を含めた各地の医療の安定化に関与する(3学年)
 医師の都市偏在に対する積極的解決策(1学年)
 時代によって変わる患者ニーズに対応する役割(1学年)
 医療資源の適切な分配(5学年)

日本の医療を引っ張っている(5学年)
 日本の医師の味方(1学年)

本日は、聖マリアンナ医大総合診療内科の現状報告としまして、一つ目は卒前教育においては、早期より地域医療をイメージさせるカリキュラムの導入。二つ目が、医育機関と地域医療関係、地域病院、診療所の臨床維持体制のさらなる強化。それから、三つ目はリサーチマインドの涵養、特に大学院の研究課題としての地域医療学に関する研究。について報告させていただきました。

総合診療医とはどんなイメージですか？

内科専門医よりもさらに幅広い知識がある。

救急疾患も慢性疾患も両方診ることが出来る。

幅広い視点から患者の病態を考えることができる。

何もない場所でも診察できる素質を持っている。

高いコミュニケーション能力をもち、患者と信頼関係を築ける。

専門的な他科と連携が取れるような人当たりの良い医師。

すばやく疾患を診断する。

どんな疾患に対しても初期治療が行える。

総合的にプロフェッショナルを志す医師。

3. 佐久総合病院グループにおける総合診療の現状

JA 長野厚生連佐久総合病院総合診療科部長

鄭
てい

真
まさ

徳
のり

よろしくお願い致します。きょうはまず私の病院、佐久総合病院がちょっと面白い病院っていうか、歴史がありますんで、それをちょっとお伝えしたいかと思えます。

佐久総合病院グループにおける 総合診療の現状

佐久総合病院総合診療科
鄭 真徳

それで、総合診療科のほうの歴史と現状をお話しして、小海分院、診療所周辺の国保診療所、プライマリケアを担っている部分の活動、あと総合診療科のこれからについてお話ししたいと思います。

本日のお話

- + まず、佐久総合病院の歴史を振り返ってみる。
- + 佐久総合病院総合診療科の歴史と現状。
- + 小海分院・診療所・周辺国保診療所の活動。
- + 総合診療科のこれから。

まず、佐久総合病院の歴史は、



若月俊一 名誉総長



1910～2006

この若月俊一先生が作ってきた歴史っていうふうになるんですけど、まず1944年、昭和19年に病院が開設されています。

佐久総合病院の歴史 ①

- 1944年(昭和19年)
 - 1月 病院開設(20床)。
- 1945年(昭和20年)
 - 3月 若月俊一先生、外科医長として赴任。
 - 8月 終戦。
 - 11月 劇団部を設立。
 - 12月 出張診療活動始める。

1945年、終戦の年に若月俊一先生が外科医長として赴任されています。終戦してから最初は外科手術を

シンポジウム＜第1部＞

バリバリやられてたんですけど、その後、劇団部を設立したり、出張診療活動を始めたという、結構ユニークな活動をされてました。

出張診療

・・・私どもは日夜病院で「手遅れ」の患者ばかりを診ている。これの治療に全力をつくすことはもちろん大事であろう。しかし、一歩進んで村の中へ入っていったら、病気を早期に発見することのほうがより重要ではないか。これこそ農民のニードといわなければならない。私どもはこれを満たす実践にふみこまねばならぬと考えた。

若月俊一著「村で病気とたたかう」

これが出張診療の様子で、当時、村のあんまり病院に来たことがないような方を馬車で回って診療してたという様子です。これ、若月先生が『私どもは日夜病院で「手遅れ」の患者ばかり診てる。これの治療に全力をつくすことはもちろん大事』だけど、『しかし、1歩進んで村の中に入っていくと、病気を早期に発見することのほうがより重要ではないか』と、『これこそ農民のニードといわなければならない。私たちはこれを満たす実践にふみこまねばならぬと考えた』というふうに書いてらっしゃいます。

これが農村演劇、その出張診療に行った先で演劇をして村人に楽しんでもらったと。

農村演劇：宮沢賢治の教え

・・・若月は松田甚次郎の著書「土に叫ぶ」の中で、次のような賢治の言葉と出会った。

「農村で文化活動をするに当たって、二つのことを君たちにおくる。一、小作人たれ。二、農村演劇をやれ。」

南木佳士著「信州に上医あり」

ただ単に楽しんでもらうだけでなく、その中にちょっと病気の知識とかを織り交ぜていったという活動です。それがこれは南木佳士先生が「信州に上医あり」という新書で書かれているんですけど

も、『若月は松田甚次郎の著書『土に叫ぶ』の中で、次のような賢治の言葉と出会った。「農村で文化活動をするに当たって、二つのことを君たちにおくる。1、小作人たれ。2、農村演劇をやれ。」と。あんまり理屈だけ言うんじゃないで、演劇で楽しんでもらいながら学んでもらえていうふうな教えですね。それが現代でも息づいてまして、これが病院祭で、うちの研修医が来てくれた患者さんっていうか、一般の方に健康についての劇を今でも続けてやってるという様子です。

あと、若月先生がもう赴任してすぐに院長に就任されまして、その後、病院祭を開催したりとか戦後で初めて、患者給食を開始したりとかっていうこともやられています。

佐久総合病院の歴史 ②

1946年(昭和21年)

10月 若月先生、院長に就任。

1947年(昭和22年)

5月 第1回「病院まつり」を開催。

8月 第1回長野県農村医学研究会を開催。

10月 戦後初めて、病院患者給食を開始。

これが病院祭、衛生展覧会というふうに言われたみたいですけど、病気の知識をやはり一般に広く広めるといふ、そういう活動を早くからされてました。

またいろいろありまして、伝染病棟を建設したりとか、こういう地域住民の方の反対を押し切ってっていうか、うまく相談してできたみたいなんですけど、そういうことがあったりとか、より僻地に小海分院を建てたりとか、あと八千穂村の全村民健康管理というのを始めました。

佐久総合病院の歴史 ③

- 1951年(昭和26年)
3月 伝染病棟を建設。
- 1954年(昭和29年)
7月 小海分院を設立。
- 1959年(昭和34年)
八千穂村全村民健康管理を実施。

これもユニークな活動だったんですけど、全村民が健康手帳で自己管理、村は健康台帳を作成して、健康診断、全住民に健康診断を行って、その結果を本人さんが持ってる手帳と役場のほうにある台帳を両方に記録していったと。こういうふうな活動をやった、この活動をやった結果、衛生指導員って言って、住民の方たちが自分たちで健康を守ろうみたいな意識が芽生えたり、あと村の医療費が下がったりっていうことがありまして、これが老人保健法の保健事業のモデルになったりっていうことがありました。

全村健康管理の成果

- + 「衛生指導員」の誕生。
住民主体の保健・健康づくり。
- + 村の医療費が下がった。
- ➡ のちに(約20年後)、厚生省の視察をへて
「老人保健法」の保健事業のモデルとなる。

その後も健康管理センターを開設して、県下全域の健康スクリーニングをしたり、どんどん地域の要望に応じてっていうんじゃないけど、ニーズに応じて病床を増やしていった結果、1003床まですごい巨大な病院になったという歴史があります。

佐久総合病院の再構築

- + 2014年3月1日、佐久総合病院分割移転。
- + 佐久医療センター
救命救急・癌診療・周産期・循環器病などの専門治療を行う紹介型病院。
- + 佐久総合病院本院
地域に根ざした医療を継承していく病院。

今年の3月にその大きな病院が二つに分割っていう形になりました。佐久医療センターっていう、『救命救急・癌診療・周産期・循環器病などの専門治療を行う紹介型の病院』と『佐久総合病院の本院、地域に根ざした医療を継承していく病院』というふうに二つに分かれました。私は本院のほうで今、勤務をしています。

どういうふうに分かれたかと言いますと、その佐久医療センターが450床、佐久総合病院が300床、あとその小海分院っていう、さらにちょっと山のほうに上がった所にある病院が99床、小海診療所は無床の診療所になっています。

佐久総合病院グループの現状

- + 佐久医療センター(佐久市中込 450床)
- + 佐久総合病院(佐久市臼田 300床)
- + 小海分院(南佐久郡小海町 99床)
- + 小海診療所(南佐久郡小海町 無床)

ちょっと地図がぼやけてるんですけど、長野県のちょうど四角で囲ったのが大体東信地域っていう所で、大体これが大きさを言うと神奈川県と同じぐらいの面積になります。



それを拡大した形になるんですけど、佐久医療センター、佐久総合病院、小海分院、診療所っていう形になって、いわゆるその3次の救命救急センターっていうのは、この佐久医療センター、東信地域、さっき言ったその神奈川県と同じくらいの広さがある所で、1個だけになっています。かなり広範囲の医療をカバーしているという病院です。

これが3月に開院した非常にきれいな佐久医療センター。本院のほうは、これもどんどん継ぎ足し継ぎ足しで大きくなってきた病院なんですけど、こちらの病院も今建て直しの計画を進めている段階です。

ここからが総合診療のことについてお話ししたいと思います。総合診療科のほうはまず1997年、比較的病院の歴史の中ではまだ浅いんですけど、総合外来っていうのがまずできまして、診療を始めました。その後、総合診療科が発足してます。

佐久総合病院の「総合診療」

1997年(平成9年)

5月 「総合外来」が新設され、診療を開始。

2000年(平成12年)

10月 「総合診療科」が発足。

その総合外来っていうのができた経緯としては、主には内科の先生方はそれまで一般診療と専門診療両方やってたんですけど、どんどん専門診療のウエー

トが高くなって、なかなか新患者さんを診たりするのに負担がでてきてっていうのもあって、一般外来の新患外来を受け持つと。あと、『複数の疾患を持つ患者さんへの対応』、あと『救急医療』、あと『研修のプライマリケア教育のマネジメント』をすることで、この『農民とともに』っていうのは院内の広報誌なんですけど、広報誌にはこういうふうにかかれてました。

総合外来の設立

開設時の総合外来の仕事

- + 一般内科の新患外来
- + 複数の疾患(症状・悩み)をもつ患者への対応
- + 救急医療
- + 研修医のプライマリケア教育のマネジメント

『農民とともに』No.48 1997.4

その広報誌のほうで総合外来を作った次のステップとしては、総合診療科っていうのを作ろうっていう目標が掲げられてまして、その目指す総合診療科として、『研修医の教育、プライマリケアの教育』、あとは『救急医療』と『1次救急、2次救急の窓口』そして、3次救急を担う『救命救急センターへの橋渡し』、あと『高齢者ケア』、あと『関連診療所の運営と診療所勤務医師の研修の受け皿』とこういったのをやる科を設立しようという目標を持って作られました。

総合診療科の発足

佐久病院の目指す総合診療科

- + 研修医教育(プライマリケア)
- + 救急医療(一次救急、二次救急の窓口そして救命救急センターへの橋渡し)
- + 高齢者ケア
- + 関連診療所の運営と診療所勤務医師の研修の受け皿

『農民とともに』No.48 1997.4

現在の総合診療科ではどういうことをやっているかっていうと、まず『「総合外来」で初診患者さんの診療』をしています。診療所開業医の先生からの紹介を受ける窓口にもなっています。『病棟では、高齢者や Common disease の症例、原因精査中の症例』などを担当しています。

現在の総合診療科

- + 「総合外来」で初診患者の診療。診療所・開業医からの紹介窓口（紹介先不明症例）。
- + 病棟では、高齢者や common disease 症例、原因精査中の症例（不明熱など）を担当。
- + 地域ケア科の訪問診療をサポート。地域ケア科・開業医の訪問診療患者の後方ベッド。

あと地域ケア科っていう訪問診療を行う部門があるんですけど、その訪問診療をサポートしたり、その地域ケア科・開業医の先生方の訪問診療患者さんの具合が悪くなったときの后方ベッドとしても活躍してます。

実際の外来なんですけど、どんな感じでやっているかっていうのをこれからご紹介しますが、新患患者さんが1日30人から50人ぐらい来ます。

総合外来

- + 新患30～50名/日
- + 初期・後期研修医が主に初期対応。
- + 上級医に相談して、対応を検討。
- + 必要に応じて、再診で経過観察。あるいは専門科へ紹介。

『初期と後期研修医が主に初期対応』、最初の対応して、それで『上級医に相談して、対応を検討』します。『必要に応じて、再診で経過観察。あるいは専門科へ紹介』というふうにしてます。これが総合外来、これ僕の後ろに居る女性医師は研修医の先生「こんな

患者さん、診たんですけど」みたいな感じで相談して、それでこうしようみたいな感じで一緒に診たりとかするっていうそんな感じでやっています。

どんな感じかって、ある1日の総合外来ですね。

ある日の総合外来

- + 患者総数 108名（男性48名、女性60名）
- + 平均年齢 57.7歳
- + 新患 45名、再診 63名
- + 他院からの紹介 3名

電子カルテのデータからちょっと取って見たんですけど、これ、去年の冬のある日なんですけど、患者さんの総数がこの日は108人、男性48名、女性60名、平均年齢が57.7歳。高校生の方から高齢者の方まで幅広く診てて、平均年齢57.7歳。新患が45名、最新63名、紹介患者さんは3人でした。紹介患者さんは割合としては少なくなってます。新患45名の内訳としては、このときちょっと腸炎が多かったんですけど、腸炎とか風邪ですね。上気道炎とか急性胃炎みたいな Common Disease、あとリンパ節が腫れて「調べてください」って言うような人、あとは胃炎や喘息発作があって、その45名のうち、2人入院になってます。

ある日の総合外来

- + 新患 45名の病態
 - 感染性腸炎 10名（うち2名点滴施行）
 - 上気道炎 5名
 - 急性胃炎・GERD 3名
 - リンパ節腫脹 3名
 - 肺炎 2名、喘息発作 2名 など
- + 新患 45名の転帰
 - 入院 2名（肺炎、腸閉塞）
 - 紹介 5名（近医3、皮膚科1、心内1）
 - 再診予約 9名

肺炎と腸閉塞。あと近くの開業医の先生にお願いしたりとか皮膚科とか心療内科に紹介したのが5名、

シンポジウム＜第 1 部＞

あと再診をって言ったのが 9 名みたいなこういう感じでやってて、これをスタッフが 1 人か 2 人、後期研修医が 2、3 人、そこに初期研修医が 4 人から 5、6 人ぐらいで対応していると。後期研修医は自分で大体診ちゃいますけど、初期研修医は最初に診て、それでスタッフ医師とか後期研修医の医師に相談するっていうふうな対応でやってます。

午後は『研修医の外来カンファレンス』っていうのをやってまして、『午前中に初期研修医が診察した患者を振り返る』。司会を後期研修医とかスタッフが担当して、外来だとやっぱり簡単な相談しか受けられないんで、午後はちょっと困った症例に関して、ゆっくりと臨床推論とかあと Bio - psycho - social - model に基づいた考察とか総合診療の理論背景についても学ぶような場にしています。

午後：研修医外来カンファレンス

- + 午前中に初期研修医が診察した患者を振り返る。
- + 司会は後期研修医もしくはスタッフが担当。
- + 臨床推論や bio-psycho-social model に基づいた考察など、総合診療の理論背景についても学ぶ。

病棟のほうでは大体常時 40 から 60 名の入院患者さんを担当していて、スタッフ、今僕ともう 1 人、2 人でやっているんですけど、そのそれぞれのチームの下に後期研修医がついて、その下に初期研修医が居ってということで、それぞれの 1 チーム 20、30 の患者を 2 チームなので、50 人から 60 人ぐらいの患者さんを担当しています。

総合診療科病棟

- + 40～60名の入院患者を担当
- + スタッフ・後期研修医・初期研修医でチームを編成
- + 毎朝の全体カンファレンス・毎夕のチームカンファレンスで、診療の質向上と研修医教育を心がけている。

『毎朝の全体カンファレンス・毎夕のチームカンファレンスで、診療の質向上と研修医教育を心がけている』と。

年間で見ると、退院の総数は 778 名、平均年齢はやっぱり外来と比べるとだいぶ上がりまして 78.8 歳、中央値も 82 歳、これちょっと古い 2010 年のデータなんですけど、平均の在院日数はちょっと長くなってます。病院が分かれた後も同じような大体傾向なんですけど、平均在院日数はちょっと減っているっていう傾向があります。死亡退院が年間 95 名、退院総数の 12.2 パーセントになっています。

総合診療科入院患者 2010 年 1/1～12/31

- + 退院総数 778 名/年
- + 平均年齢 78.8 歳（中央値 82 歳）
- + 平均在院日数 28.3 日
- + 死亡退院 95 名（退院総数の 12.2%）

どんな病気を診てるかっていうと、やっぱり肺炎が圧倒的に多くて、中でも恐らく誤嚥性肺炎だろうなみたいな方の割合が高くなってまして、あとは脳梗塞とか尿路感染症とか心不全とかっていう Common Disease、あとは悪性腫瘍、胃腸炎、不明熱っていうのは結構少ないんですけど、これ、最後まで原因が分からなかった人がこの 11 名っていうことで、途中で診断が付いた方は、何らかの、例えば膠原病であったりとか、感染性心内膜炎だったりとか結核だったりとかっていうふうな形でその他の所に入ってます。こんなような感じでやっていて、まとめると、『総合診療科の入院患者』さんは『肺炎とか心不全の Common Disease』、あと『不明熱などの診断がついてない症例』。あと『問題が複雑な高齢者、在宅患者の後方ベッド』というふうな役割を担ってます。

入院患者の主病名 2010年1/1～12/31

	n (%)	その他
肺炎	218 (28.0)	膠原病（血管炎、
誤嚥性肺炎	117 (15.0)	多発筋炎など）
脳梗塞	69 (8.9)	感染性心内膜炎
敗血症	63 (8.1)	骨軟部組織感染
尿路感染症	58 (7.5)	結核
心不全	50 (6.4)	HIV/AIDS
悪性腫瘍	39 (5.0)	感染性大動脈瘤
めまい症	25 (3.2)	偽痛風・痛風
COPD・喘息	22 (2.8)	褥瘡
胃腸炎・下痢症	14 (1.8)	など
不明熱	11 (1.4)	

総合診療科の入院患者

- + 肺炎、心不全などの common disease
- + 不明熱など診断がついていない症例
- + 問題が複雑な高齢者
- + 在宅患者の後方ベッド

研修医教育に力を入れていて、総合外来ではさっき述べたように、研修医教育をしまして、2年間を通じて研修医がいろんな科をローテーションをしていくんですけど、週に1回の外来研修っていうの2年間継続します。午前中は初診の外来を診て、午後は振り返りのカンファレンスをやるという形をしています。

研修医教育

- + 総合外来での研修医教育
2年間を通じて、週に1回の外来研修
午前中は初診外来、午後は振り返りカンファ
- + 病棟での研修医教育
研修医が主治医として患者を担当
毎朝の全体カンファと毎日のチーム申し送り
で後期研修医・スタッフがサポート

病棟では、研修医が主治医として患者さんを担当して、さっき言ったスタッフ、後期研修医、初期研修

医のチームで診ているんですけど、初期研修医もその中で主治医になって、毎日のカンファレンスじゃあ、明日どうしようっていうことを相談するというふうな形でやってます。

あと地域の診療所、周りのですね、についてちょっとお話ししたいんですけど、小海診療所っていうのは、何回か建て直しをへて、今は駅の中にある診療所になってるんですけど、ここが診療、これが駅舎の中にあって、ここが診療所で、ここは昔ちょっと病棟もあったんですけど、分院っていう病院が日赤から引き継いだときに病棟がなくなったっていう経緯があります。昭和29年からやっているんですね。小海分院、最初分院として開院して、有床診療所としてずっとやっていたんですけど、『外来診療と訪問診療』、あと現在は『訪問看護ステーションも一緒に併設』されてまして、『24時間365日、在宅患者さんの臨時訪問に対応』しています。

小海診療所

- + 昭和29年9月、「小海分院」として開院。
- + 外来診療と訪問診療。訪問看護ステーションも併設。
- + 24時間365日、在宅患者の臨時訪問に対応している。

小海分院、これはもともと小海日赤があったのをちょっと小海日赤がいろんな事情でなくなった所を引き継いで、新しく建て直してやっているところなんですけど、平成15年ですね。その引き継いだ後、平成17年に新病棟が完成して、先ほどのようなきれいな建物になっています。『一般病棟50床・療養型病床49床・透析15台』を備えた小規模病院としてやってて、『南佐久郡の在宅患者（小海診療所周辺・国保診療所などからの訪問診療）』の重要な后方ベッドの役割を担っています。

小海分院

- + 平成15年4月に小海日赤から移管。
- + 平成17年7月に新病院が完成。一般病棟50床・療養型病棟49床・透析15台。
- + 南佐久郡の在宅患者(小海診療所・周辺国保診療所などから訪問診療)の後方ベッド。

南佐久郡の医療機関、少ない所なんですけど、この中でも、この赤で印をつけた所がうちの病院の総合診療科からそこで学んだ医師とか、その一緒にやっている仲間の医師が行ってる所。あと、この田辺診療所っていうのは、実はうちの病院で研修を積んだ先生が開業された医院になっています。

南佐久郡の医療機関

医療機関名	所在町村	種類
千曲病院	佐久穂町	国保病院
たなべ診療所	佐久穂町	開業医
八千穂クリニック	佐久穂町	開業医
高見澤医院	佐久穂町	開業医
小海分院	小海町	厚生連病院
小海診療所	小海町	厚生連診療所
南牧村診療所	南牧村	国保診療所
野辺山へき地診療所	南牧村	国保診療所
どんぐりの森クリニック	南牧村	開業医
北相木村へき地診療所	北相木村	国保診療所
南相木村診療所	南相木村	国保診療所
川上村診療所	川上村	国保診療所
木村医院分院	川上村	開業医

南佐久郡の医療機関

医療機関名	所在町村	種類
千曲病院	佐久穂町	国保病院
たなべ診療所	佐久穂町	開業医
八千穂クリニック	佐久穂町	開業医
高見澤医院	佐久穂町	開業医
小海分院	小海町	厚生連病院
小海診療所	小海町	厚生連診療所
南牧村診療所	南牧村	国保診療所
野辺山へき地診療所	南牧村	国保診療所
どんぐりの森クリニック	南牧村	開業医
北相木村へき地診療所	北相木村	国保診療所
南相木村診療所	南相木村	国保診療所
川上村診療所	川上村	国保診療所
木村医院分院	川上村	開業医

先ほどの位置関係で言うと、さっき出た小海がここですね。



なんですけど、ここが本院で、小海に車で20分、医療センターへは15分ぐらいですね。あと地域の診療所が川上村から本院までは1時間ぐらいかかるんですけど、そういう広い範囲をカバーしているというふうになってます。

あと後期研修プログラムなんですけど、日本プライマリ・ケア連合学会の認定プログラムをやってまして、その前から2001年から総合診療科の後期研修プログラムとしてスタートして、2007年に学会の認定プログラムになりました。

地域医療部後期研修プログラム

- + 2001年、「総合診療科後期研修プログラム」としてスタート。
- + 2007年、日本プライマリ・ケア連合学会の認定プログラムとなる。
- + その後、地域に密着した医療者を育成するという視点を明確にするために、「地域医療部後期研修プログラム」となった。

地域医療部後期研修プログラム

- + 1年間の小海分院・診療所研修
山間部の小規模病院・診療所での地域医療を経験。
- + 半年以上の本院総合診療科研修
病院総合診療部門の役割を学ぶ。

その後、地域に密着する医療者を育成するという視点を明確にするために、名前を変更したという経緯があります。

基本的には学会のプログラムに沿ってるんですけど、『1年間の小海分院・診療所研修で山間部の小規模病院・診療所での地域医療を経験』する、プラス『半年以上の本院総合診療科研修』、病院での比較的規模の大きい専門家がそろった病院での『病院総合診療部門の役割を学ぶ』というふうなことをやっています。

あと、県がやっている『信州型総合医』っていうのがありまして、それもちょうと紹介させていただきます。

信州型総合医

- + 長野県が主導で、総合医の養成を支援。
- + 総合診療医を養成するプログラムを県が認定。2014年度より認定開始。
- + 県の予算で広報を行ったり、勉強会を開催。

『長野県が主導で、総合医の養成を支援』してまして、『総合診療医を養成するプログラムを県が認定』しまして、県の予算でそのプログラムの広報をしたりとか勉強会を開催したりとかっていうふうにしてます。

総合診療科のこれから

- + 高齢化がすすむ日本においては、今後さらに総合診療医の需要が高まる。
- + 診療所・中小規模病院・大規模病院それぞれに総合診療医が活躍する場がある。
- + **総合診療医の育成** が急務である。

例えば、こういう冊子を県が作って、これ僕ですけど、こういう座談会やってるこういう中に入って、総合医やりましょうみたいなそういう冊子を作って、

これ全国に配ってもらったりとか、あとこういう勉強会を企画して、山中克夫先生など有名な先生をお呼びして、勉強会を企画してっていうのを県が予算出してくれてやっているというふうなことを取り組んで、全県で総合医を育てようという取り組みをやっています。

『総合診療科のこれから』っていうことなんですけど、やはり『高齢化が進む日本においては、今後さらに総合診療医の需要は高まる』と。これはもう実感として間違いないだろうなというふうに思います。

『診療所・中小規模病院・大規模病院それぞれで総合診療医が活躍する場』っていうのはあります。ですので、『総合診療医の育成が急務である』ということが言えると思います。その総合診療医っていうのは、地域の在宅医療を担うっていう面もあれば、病院で救急医療を担うっていうところもある。研修で、そのいろんな所を研修して、最終的に自分がどちらを主にしてくかっていうのを選んでくっていうふうになっていけばいいのかなと思います。

あと、地域の方との何ていうか、医療者、専門医と地域の方との中間って言いますか、その意見を聞いたりとかする役割としても適してるのかなと思いついて、これは遺族会って言って、うちの病院の地域ケア科という在宅部門で登録していて、訪問診療を行ってる患者さんの中に亡くなった方のご家族ですね、を年に1回、昨年1年間、亡くなった方のご家族に声を掛けて、何ていうか、ねぎらいっていうか、大変でしたよねみたいな感じの話を聞くっていうか、これちょっと僕が今たまたま、僕がおうちで看取った患者さんのご家族と話してるっていうところなんですけど、そういう会を開いたりとかそういう地域の方が身近に相談しやすい、かつ専門医の先生が考えてることとか思ってることを代弁するみたいなそういう役割としても総合診療医っていうのは適してるんじゃないかなというふうに思います。

あと総合診療医っていう話とはちょっとずれるかもしれないんですけど、うちの病院では今、国際保健っていうことにもちょっと力を入れていまして、その国際保健っていうのは、結構例えば海外の、例

シンポジウム＜第1部＞

えばアジアのあまり医療機関がそろってない所の医療をどうやってやっていくかっていうことに関わっていくって作業は、地域でどうやって地域住民の健康を守っていかってということと非常に近いということがあるんじゃないかという考えのもとに、国際保健委員会があって、若手の医師が彼とかまだ後期研修医なんですけど、彼はもう今、7、8年目ぐらいの医者ですかね。が中心になって、国際保健のことも結構やってまして、フィリピンの台風で被害を受けたレイテ校っていう医学校が台風のせいで医学校の校舎がつぶれちゃったっていう所をちょっと院内に募金を募ったりとかして、それをレイテ校の校長さんに募金の成果をお話したりとかこれからも連携していきたいと思います話をしているというような場面です。

こういういろんな場面で、総合診療医っていうのが活躍する場がありますんで、やはり総合診療医を育てていくというのは、国全体で医学界全体で取り組んでいく必要があるんじゃないかというふうに思います。以上で私の話、終わらせていただきます。

（高木座長）

鄭先生、どうもありがとうございました。佐久総合病院における取り組みということで、研修教育を中心にお話をいただいたと思ってますが、大変参考になるお話でした。

4. 名古屋大学医学部附属病院総合診療科の現状 ー日本型の総合診療医育成システムを目指してー

名古屋大学大学院医学系研究科

総合医学専攻総合診療医学教授

伴
ばん

信太郎
のぶ たろう

ただ今ご紹介いただきました名古屋大学の総合診療科の伴信太郎と申します。どうぞよろしくお願い致します。まず、このような機会を与えていただきました神奈川県医師会の大久保会長、それから司会の労をお取りいただきます高木先生、新納先生にお礼申し上げます。



平成26年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会
メインテーマ「地域医療再生としての勤務医～地域医療における総合診療医の役割～」
10/25/2014@横浜ベイシェラトンホテル&タワーズ

名古屋大学医学部附属病院総合診療科の現状 ー日本型の総合診療専門医育成システムを目指してー

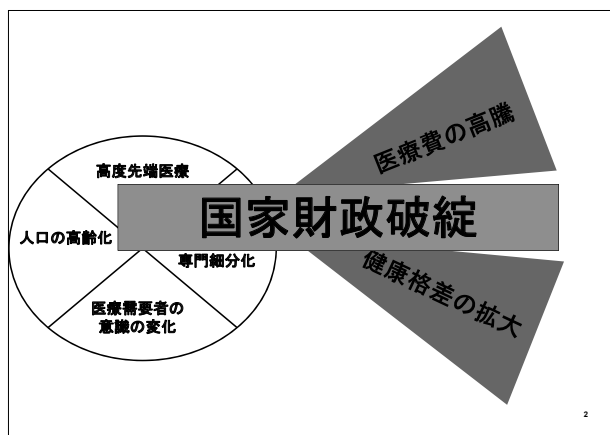
名古屋大学大学院医学系研究科
健康社会医学専攻総合診療医学

伴 信太郎

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

タイトルは、名古屋大学の医学部総合診療科の現状ということでございますけれども、最初に結論だけまずお話しさせていただいて、それから少し各論に入りたいと思います。今日の現状は、高度先端医療の発展、それによる医療細分化、一方で人口の高齢化、そして国民のほうからの意識も変化しているということから、このままでいくと医療費がどんどん増加し、また特に高齢者で、健康格差が広がってきて、そして国の財政も破綻するということが喫緊の課題として認識されているのではないかなと思います。



その処方箋の一つとして総合専門診療医が提案されてきていると思いますので、きょうはこの四つのテーマでお話をさせていただいて、名古屋大学の附属病院での総合診療科の診療活動は最後にお話しさせていただきます。

今日お話する内容

1. 総合診療医とは
2. 総合診療医の専門性
3. 今なぜ総合診療医なのか？
4. 名大病院総合診療科の診療活動

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

私自身、過去 30 年ぐらい自分で診療の現場に携わりながら、あるいは若い人たちの教育に携わりながら考えていることを皆様と一緒に共有させていただきながら話を進めていきたいと思います。

まず、総合診療と言いますと、最近 NHK の番組の『ドクター G』という番組で言葉は皆さんに知られるようになりました。

今日お話しする内容

1. 総合診療医とは
2. 総合診療医の専門性
3. 今なぜ総合診療医なのか？
4. 名大病院総合診療科の診療活動

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

“総合診療医”とは

あらゆる健康問題の 窓口となる医師

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

“総合診療医”とは



総合診療医 ドクターG

“Diagnostician”としての専門性

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

これは、総合診療医が持つ専門性の一つの側面である Diagnostician としての特徴を非常に取り上げて強調した番組です。

「総合診療専門医」を一言で言いますと、『あらゆる健康問題の窓口となる医師』というふうに言えると思います。

私自身はこれまでどんどん領域を狭めて深く掘り下げていく細分化する専門医の一方で、全体を診るというのも一つの専門性であって、それなりのトレーニングがないとできませんというふうに主張して、この二つの専門家が上手に連携して、医療を成り立たせていくというのが大事であろうというふうに考えております。



総合診療も 一つの専門領域である

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

“総合診療医”とは



総合診療医 ドクターG

“Diagnostician”としての専門性

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

“総合診療医”

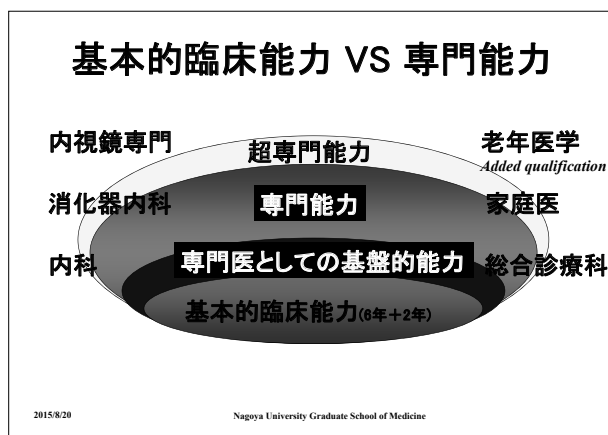
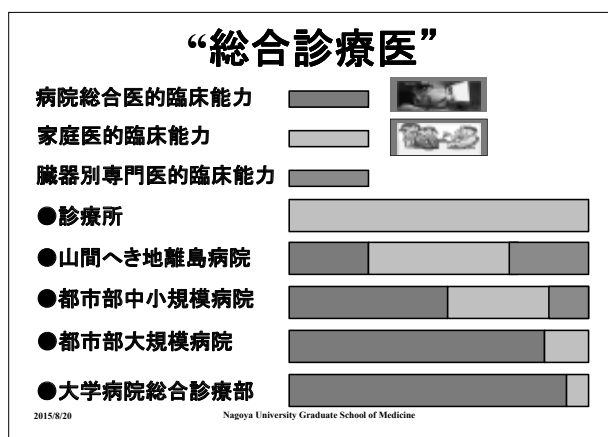


2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

総合診療専門医と言いますと、病院の総合診療専門医（病院総合診療医）と、一方で地域で活躍する

タイプの総合診療医（家庭医）が両極端の典型として紹介されますけれども、しかし、実際は病院総合医としての能力、それから家庭医としての能力、その他に臓器別の専門医としての能力というのをこういうふうに色分けしますと、診療所では家庭医として全面的に活躍できるという面があると思いますけれども、山間へき地、あるいは離島の病院では当然家庭医だけではなくて、病院総合医としての能力も加えて、さらにはそれぞれの専門医としての能力も持っていないと、なかなかメンバーとしては活躍できないし、そんなに人数がそろえられません。



私は総合プラス消化器内科、この私は外科をやりますけれども、総合診療もやりますとかそういうふうなタイプの医師が必要ですし、都市部でも200床以下の病床を持つ病院が70パーセントを占めるわけですので、そういうふうな所でも山間離島へき地ほどではないですけども、やはり臓器別専門医的な能力、家庭医的な能力、病院総合医的な能力というふうなものを備えて活躍するという必要があると思います。

都市部の日赤とか大規模病院ですと、その臓器別専門的な科は他にもスタッフがおられますので、そこらはお任せするとして、病院総合医的な役割と家庭医的な役割、私たちのように大学でやっているものも病院総合医的なものの役割が主となりますけれども、家庭医的なものも持ってということになると思います。

今の日本の医学教育では、6年間の卒前医学教育と2年間の臨床研修が終わった後、午前中の横倉先生、高久先生のお話にございましたように、今、「専門医としての基盤能力」をどういうふうに獲得するかという制度が構想されているわけです。これからさらにその上に上乗せする専門能力、超専門能力というふうなものが加わってくるということになると思います。例えば、内科の場合ですと、総合内科専門医に消化器内科を2階の専門として取って、さらに内視鏡とか、あるいは肝胆脾とかの3階の専門領域の資格を獲得することになってくると思います。これらもまだこれからディスカッションされる内容ですけども、総合診療科の場合はさらに2階が家庭医、あるいは超専門としては3階が老年科というふうな形になってくると思います。

例えば、老年医学というのは、日本では今まで内科から老年医学に行くという道筋、見慣れた進路ということになりますけれども、例えば現在アメリカの老年医学は、内科からとファミリーメディスンからと両方から進むことができますが、内科は多くの人がサブスペシャリティとして循環器とか消化器とか呼吸器とかに行きますので、現在、老年医学のフェローシップに行く人はファミリーメディスンからの人が多いのです。ですから、こういうふうな事情も含めて、これからこの1階、2階の専門医制度というのは少し頭の中を切り替えながら考えていかなければいけないというふうに思います。

今日お話しする内容

1. 総合診療医とは
2. 総合診療医の専門性
3. 今なぜ総合診療医なのか？
4. 名大病院総合診療科の診療活動

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

“総合診療医”の専門性とは

1. 臨床医としての専門性

- 日常的な健康問題への包括的対応

***身体、精神・心理、社会的側面への配慮**

***予防、診断、治療、リハビリテーション**

***保健、福祉・介護との連携**

***個人、家族、地域への視点**

- Diagnostician（病態診断の専門家）

- MUS(Medically Unexplained Symptoms) への対応

2. 教育担当医としての専門性

- 基本的臨床能力教育

- 総合診療専門医教育

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

次に総合診療の専門性ということですが、第一に総合的な能力というのがどの医師でも基本的に持ってないといけない能力であると思います。その後、それをどういうふうに維持していくのかというと、多くの人は総合をやりながら、ある専門性を持つということがマジョリティーになると思います。けれども、徹底的に総合をやる人の専門性もあります。ここでは、徹底的に総合をやる人の専門性を考えてみたいと思います。

一つは臨床医としての専門性、もう一つは教育担当医としての専門性ということです。

“総合診療医”の専門性とは

1. 臨床医としての専門性

- 日常的な健康問題への包括的対応

***身体、精神・心理、社会的側面への配慮**

***予防、診断、治療、リハビリテーション**

***保健、福祉・介護との連携**

***個人、家族、地域への視点**

- Diagnostician（病態診断の専門家）

- MUS(Medically Unexplained Symptoms) への対応

2. 教育担当医としての専門性

- 基本的臨床能力教育

- 総合診療専門医教育

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

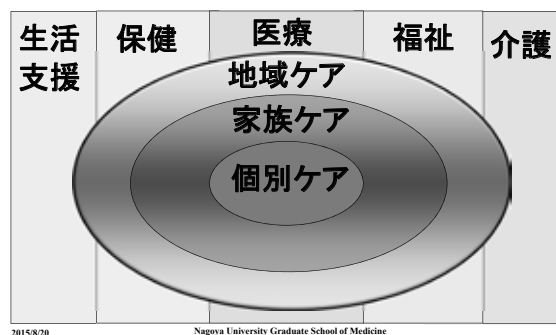
まず、臨床医としての専門性については、日常的な健康問題への包括的な対応ということになると思います。すなわち、身体的な問題だけではなくて、精神心理的なもの、社会的な側面への配慮、Bio-psycho-social modelと言われるものです。

それから診断・治療だけではなくて、予防やリハビリテーションに対する配慮、それから医療単独で考えるのではなくて、保健、福祉、介護との連携。そして、個人を対象にするだけではなくて、ご家族、あるいは地域の人的資源、あるいは施設的な資源に対する配慮をするということです。

それから、もう一つは Diagnostician、先ほどのドクターGに代表されるものですね。それから、総合診療を専門的にやる人の重要な役割に、私はこのMUSへの対応というのがあると思います。このMUSというのは‘medically un explained symptoms’と呼ばれるもので、現在の医学・医療では、特にはっきりした原因が見当たらない、だけど患者さんはいろいろな苦痛を感じておられ、訴えがあるような状態のことです。そういうふうな状態に対して、どう対応するかということは、総合診療専門医の一つの重要な役割だと思います。

次に、教育担当医としての専門性は基本的臨床能力教育と総合診療専門医の教育ということがありますので、これに関して簡単に触れていきたいと思います。

ヘルスケアをめぐる概念図



この日常的な健康問題への包括的な対応を図示したものがこれでございます。医療というものは、一部にありますけれども、大部分ではありません。保健、

福祉、介護、生活支援とどういふふうに連携していつて、個人だけではなくて、家族、地域も見ていくかというこゝでございます。

もう一つあるのは、この Diagnostician としての専門性で、これはもう世界的にジェネラルにやる人が減つてきて、Diagnostician が減っているというのが問題になっています。

“総合診療医”の専門性とは

1. 臨床医としての専門性

- 日常的な健康問題への包括的対応
 - * 身体、精神・心理、社会的側面への配慮
 - * 予防、診断、治療、リハビリテーション
 - * 保健、福祉・介護との連携
 - * 個人、家族、地域への視点
- Diagnostician (病態診断の専門家)
- MUS(Medically Unexplained Symptoms) への対応

2. 教育

- 基本的臨床能力教育
- 総合診療専門医教育

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

最初から CT 撮ったらいいいじゃないか、MRI 撮ったらいいいじゃないかというふうなことになるかもしれませんが、これにはコストの問題もかかってきますし、そうはいきません。その一つのバックグラウンドとして、Diagnostician が必要というふうな、あるいは取りまとめ役が必要というこゝを示してデータがあります。

ICD10 の診断名は今 1 万 3000 以上ありますし、治療薬は 6000 以上ありますし、診断治療手技は 4000 以上あります。ですからこういうふうなことをある程度俯瞰しながら、プライオリティーをつけて判断することが必要になってくるということになります。

総合診療医の重要性

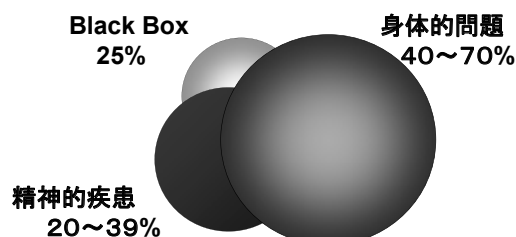
1. ICD-10 の診断名 > 13,000
2. 治療薬 > 6,000
3. 診断・治療手技 > 4,000

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

それからもう一つは、身体的な問題は実際には日常の診療では、半分ぐらいしかなくて、あとは精神的な問題であったり、原因不明の問題であったりするので、そういうふうなバランスも考えながら診断するというふうなことも非常に重要ということになります。

日常診療における健康問題



2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

“総合診療医”の専門性とは

1. 臨床医としての専門性

- 日常的な健康問題への包括的対応
 - * 身体、精神・心理、社会的側面への配慮
 - * 予防、診断、治療、リハビリテーション
 - * 保健、福祉・介護との連携
 - * 個人、家族、地域への視点
- Diagnostician (病態診断の専門家)
- MUS(Medically Unexplained Symptoms) への対応

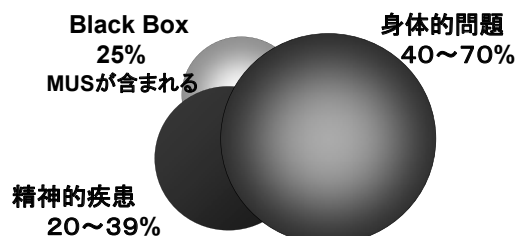
2. 教育担当医としての専門性

- 基本的臨床能力教育
- 総合診療専門医教育

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

日常診療における健康問題



2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

それから先ほどちょっとお話ししました、この MUS に関して少しお話をさせていただきます。

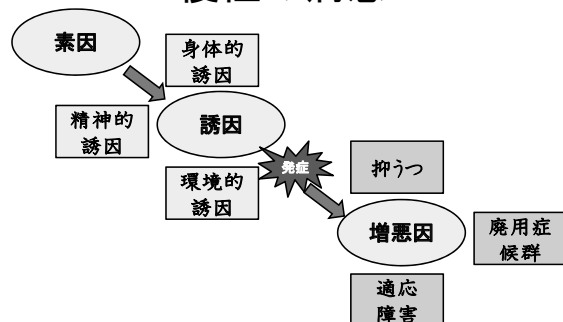
MUSに対してどうアプローチするか？

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

このブラックボックスというのは、熱が出てるとか節々が痛いとか体がだるいとかおっしゃってるその中で、多くの場合は、2週間、3週間見てたら良くなって、あ、ウイルス感染だったのかなみたいな話になるわけですが、結局原因がよく分からないというものです。

慢性の病態



2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

その中に、それがなかなか良くならないという患者さんが一部におられます。このMUSに対して、どうアプローチするかということですが、MUSというふうな状態になっている背景は、もともと遺伝的素因みたいなものがあって、それに対して身体的な誘因とか精神的な、あるいは環境的な、環境的なというのは感染なんかも含めて考えたいと思いますけれども、それが誘因となって発病する。それがさらにこじれて、それがその精神的な問題でこじれたり、環境的な問題でこじれたり、あるいは身体的に廃用症候群でこじれていったりというふうな問題があります。

原因治療をできないのがMUS

どうする??

対症療法を工夫する
身体其自然治癒力を高める

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

こういうふうな原因治療ができない問題というふうなものをどう扱うかというと、多く場合、気のせいとか「何も異常ありません」とかそういうふうな形で対応される場合が多いわけですが、振り返ってみますと、私たちが学生時代のちょっと前までは重症筋無力症はヒステリーと言われていましたというふうに習いましたし、多発性硬化症もヒステリーと言われていました。従いまして、私たちは謙虚に今の現代の医学、医療ではまだ分からない問題で、今の症状とか徴候が出ている人もおられるんだということをやったり考えておかないといけないし、それに対してどうするかというふうなことにしましては、対症療法を工夫したり、身体其自然治癒力がどういうふうにサポートするかを考えていきます。こういうふうな場合には私たちも西洋医学のみならず、漢方でありまして、あるいはカウンセリング的なサポートみたいなことも考え、多職種で連携しながら、対応していくというふうなことが一つ必要な役割かなというふうに感じております。

もう一つは、教育担当医としての専門性ということで、基本的臨床能力の教育というのは、総合診療専門医にとってはお得意の分野というふうに言うことができるかと思います。

“総合診療医”の専門性とは

1. 臨床医としての専門性

- 日常的な健康問題への包括的対応
 - * 身体、精神・心理、社会的側面への配慮
 - * 予防、診断、治療、リハビリテーション
 - * 保健、福祉・介護との連携
 - * 個人、家族、地域への視点
- Diagnostician（病態診断の専門家）
- MUS(Medically Unexplained Symptoms) への対応

2. 教育担当医としての専門性

- 基本的臨床能力教育
- 総合診療専門医教育

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

それは、健康問題、包括的な対応というふうなことを一応慣れておりますし、面接とか身体診察を重視してトレーニングを受けますし、それから臨床推論が一つの専門性としてあります。こういうふうな役割に対してまして、日頃から専門領域の診療をされている先生ですと、どうしても自分の専門領域に目を向けすぎたり、深すぎたり、検査に頼りすぎたりというふうなことがありますので、そういう面では、総合診療専門医というのは、その基本的臨床能力のティーチャーとしては、非常にいいポジションに居ると思います。

なぜ総合診療専門医は基本的臨床能力教育に相応しいか？

1. 健康問題への包括的対応
2. 医療面接・身体診察の重視
3. 臨床推論能力の活用

細分化する専門医は



1. 自分の専門領域に目を向け過ぎる
2. 深過ぎる
3. 検査に頼り過ぎる

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

例えば、これは私たちの病院で担当している臨床症例カンファレンスです。通常、臨床教室は関連病院に外勤に行くのは外来で診療するという場合が多いのですが、私たちの、カンファレンスしに行

くのは外勤の主ではありませんけど、各病院に、多くは名古屋大学の関連病院ですけども、東京の河北病院、あるいは宮城の坂総合病院といった所も含まれています。

臨床推論を中心にした 臨床症例カンファレンス

- 中京病院
- 南生協病院
- 津島市民病院
- 小牧市民病院
- 西尾市民病院
- 静岡済生会病院
- 河北病院(東京都杉並区)
- 坂総合病院(宮城県)

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

もう一つは、総合診療専門医を育てるということでございます。

“総合診療医”の専門性とは

1. 臨床医としての専門性

- 日常的な健康問題への包括的対応
 - * 身体、精神・心理、社会的側面への配慮
 - * 予防、診断、治療、リハビリテーション
 - * 保健、福祉・介護との連携
 - * 個人、家族、地域への視点
- Diagnostician（病態診断の専門家）
- MUS(Medically Unexplained Symptoms) への対応

2. 教育

- 基本的臨床能力教育
- 総合診療専門医教育

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

我々の所では大学病院、それから地域の中核病院の病院たる、大型の病院以外に、地域の200床以下の中小病院、それから地域の診療所、これは都市郊外の診療所、へき地の診療所というふうにバランスよく研修できるような形で、研修システムを構築しています。

名古屋大学総合診療科 ジェネラリスト専門医養成プログラム



プライマリケア連合学会の研修制度というのは3年間なんですが、我々の所では将来家庭医を志望する人、病院総合医を志望する人、大学で研究者を含めた教員というキャリアを志向する人に大学院という、ローテーション先を多様な選択肢を考えて、4年間でこの後期研修プログラムを構成しています。総合診療の教育の提供というふうなことは当然のことながら専門性の一つのということになるかなというふうに思います。

**名古屋大学総合診療科
ジェネラリスト専門医養成プログラム
後期研修プログラム例**

	1年次	2年次	3年次	4年次
家庭医志向		西伊豆病院	豊川 FC	中津川地域総合 医療センター
病院総合医志向	名大 総合 診療科	名古屋経済会病院 小児科	愛知病院総合内科/ 緩和ケア内科	かとう内科並木通り診療所
大学教員志向		名大総合診療科	豊川 FC	名古屋経済会 病院小児科
	中津川地域総合 医療センター	中津川市民 病院小児科	豊川 FC	名古屋医療センター 総合内科
				名大総合診療科(大学院)

ここでは、なぜその総合診療というふうなものが今、日本でも具体的に2017年から19番目の基本領域として取り入れられるようになったかということ的背景的に見てみますと、一つは情報通信革命の進行、人口の高齢化、医療の専門細分化、多職種のも多様化というふうなことがあると思います。まず、この情報通信技術の発達ということをおきたいと思います。

今日お話しする内容

1. 総合診療医とは
2. 総合診療医の専門性
3. 今なぜ総合診療医なのか
4. 名大病院総合診療科の診療活動

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

総合診療医が求められる社会的背景

1. ICT革命の進行
2. 人口の高齢化
3. 医学・医療の専門細分化
4. 医療関係職種の多様化

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

情報発達通信技術の発達をもたらしているものの一つは、さまざまな協力活動が発展しやすくなっているということです。二つ目は、各種の組織が非常に透明化してきている。三つ目には、情報活動資産が共有化されるようになってきている。四つ目には、様々な専門家が様々な領域において、それぞれ活動するようなことが可能になってきているということが挙げられます。

ICT革命がもたらす変化

1. 協力活動の発展
2. 各種組織・活動の透明化
3. 情報・活動・資産の共有化
4. 各人・各組織の活性化

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

第一のことに限っては、協力活動はもう国境を越えて可能になってきていますので、日本国内ですと、施設を超えて、職種を超えて協力ができますし、分らないことは例えば、海外の専門家と相談したり、あるいはもちろん日本の国内の施設を超えての相談も可能です。

協力活動の発展

- ・ 国境を越えて
- ・ 施設を越えて
- ・ 職種を越えて

International collaboration
施設間連携

世界の情報が参照可能

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

このように今日では、世界の情報がジェネラリストにとっても参照可能になっております。

それから、各種組織が透明化しておりますので、中の情報を外に知らせないとか外の情報を中に知らせないというふうなことがもうできない時代になっていますので、様々な医療機関、専門医の活動が見えるようになってきています。

各種組織・活動の透明化

- ・ ~~中の情報を外に知らせない~~
- ・ ~~外の情報を中に知らせない~~

様々な医療機関・専門医の活動が見える

総合診療医が専門医の診療内容を吟味

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

そうしますと、我々が専門医の診療内容というふうなものを見ながら、こういう専門家に相談するのが一番適切じゃないのかということも判断しやすくなってきているというのがございます。

情報・活動・資産の共有化

- ・ ~~既得・既存の情報・活動の独占~~

情報・活動・資産を
共有しながら互いに発展する

Win-Win Solution

‘分化する専門医’と‘総合する専門医’の協同

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

第三のことに関しては、既存の情報や活動を独占するというふうなことをしていると、その組織そのものが発展しないということになりますので、それを皆で共有して、ウィンウィンの戦略を考えるというふうなことがだんだん、取るべき方向性であるというふうなことが認識されてきていると思いますけれども、そうすることによって、我々ジェネラリストもそれぞれの専門家と共同しやすくなっているということがあります。

それからまた、トップダウンとか中央集権的なヒエラルキーで誰かが教えるというのではなくて、いろいろな専門家がそれぞれ自立的な活動をするようになってきてますので、そのような他中心的な行動作業というのを取りまとめる役というのも非常に重要になってまいります。そういうところも総合診療専門医というふうな立場の人たちの役割があるかなと思います。

各人・各組織の活性化

- ・ ~~中央集権的なヒエラルキー~~

各人・各組織の
自律的な活動の活性化

多中心的な協働作業

取りまとめ役の必要性

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

総合診療医が求められる社会的背景

1. ICT革命の進行
2. 人口の高齢化
3. 医学・医療の専門細分化
4. 医療関係職種の多様化

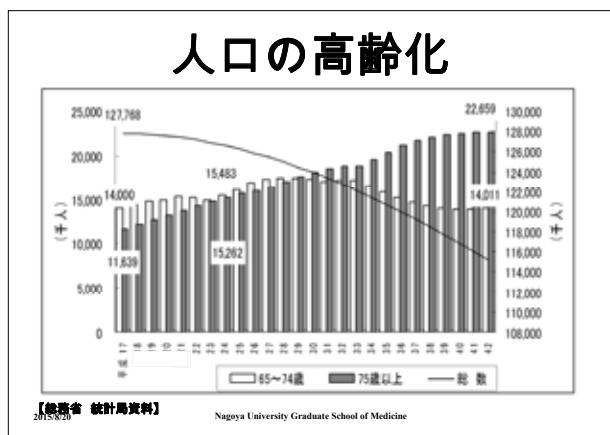
2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

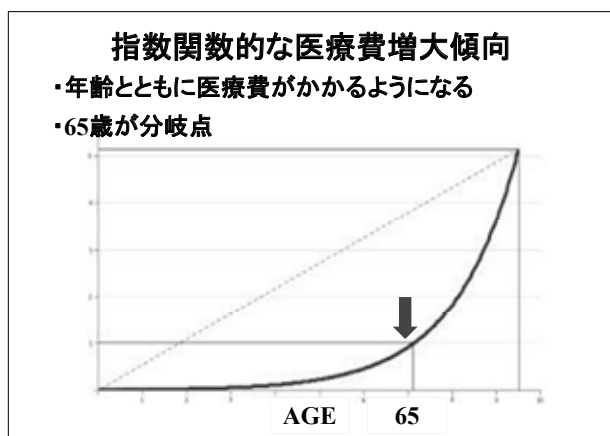
次に、人口の高齢化につきましてはもう既にいろいろ、これまでディスカッションされておりますの

シンポジウム＜第1部＞

で、ちょっとこの図だけご紹介させていただきます。

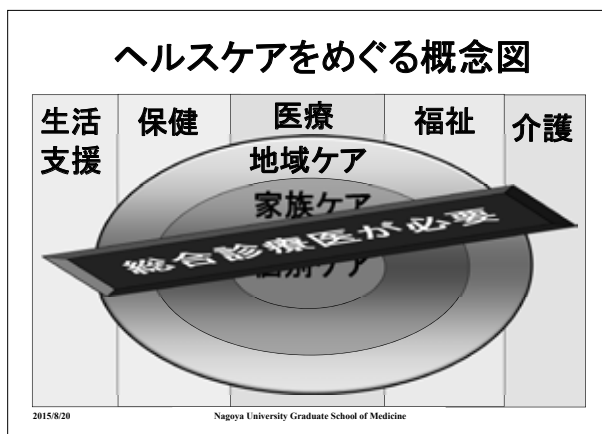


高齢者の健康障害に対して医療にこだわって、対応を進めていきますと年齢と共に医療費が指数関数的に増えていくというデータでございます。65歳ぐらいが分岐点になって、指数関数的に医療費が上がっていくというのがこの図が示しているところでございます。



一方で、医療の専門細分化の存在というふうなものがあるのも一つ総合診療科が出てきた背景にあるわけですが、これはもうこれまでの皆さんの発表からも出ております。

内科だけでも六つ、多いところでは九つの分科があるところもございます。そういうふうなところで総合診療科というふうなものの存在意義が出てくると思います。



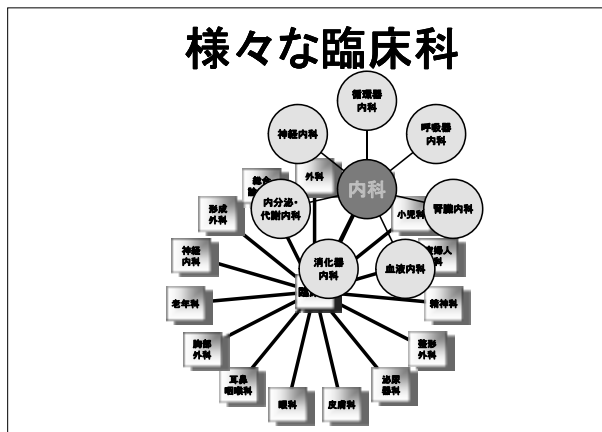
それからもう一つ、様々な医療関係の職種の多様化ということですが、これは、戦前、3師の国家資格しかなかった。

総合診療医が求められる社会的背景

1. ICT革命の進行
2. 人口の高齢化
3. 医学・医療の専門細分化
4. 医療関係職種の多様化

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine



総合診療医が求められる社会的背景

1. ICT革命の進行
2. 人口の高齢化
3. 医学・医療の専門細分化
4. 医療関係職種の多様化

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

今、これ 2004 年に私が調べた国家資格を持っている様々な職種ということですが、多職種と連携していくという場合にも取りまとめ役というふうな存在としてのジェネラリストというのは非常に大事ということになってくると思います。

国家資格をもつ医療関係職種

◆第二次世界大戦以前

- ・医師
- ・歯科医師
- ・薬剤師

◆現在

- ・保健師
- ・看護師
- ・准看護師
- ・助産師
- ・栄養士
- ・管理栄養士
- ・臨床検査技師
- ・作業療法士
- ・社会福祉士
- ・介護福祉士
- ・臨床工学技師
- ・義肢装具士
- ・救急救命士
- ・言語聴覚士

取りまとめ役の必要性

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

このように総合診療医がより必要となり、より活動しやすくなっているというのが現代かなというふうに思います。

総合診療医が求められる社会的背景

1. ICT革命の進行
2. 人口の高齢化
3. 医学・医療の専門細分化
4. 医療関係職種の多様化

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

最後にちょっと駆け足で、名古屋大学総合診療科

が今活動している様子をご紹介します。



今日お話する内容

1. 総合診療医とは
2. 総合診療医の専門性
3. 今なぜ総合診療医なのか？
4. 名大病院総合診療科の診療活動

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

外来、入院、救急、それから対診（コンサルテーション）です。

大(学)病院における総合診療

- * 外来診療
- * 入院診療
- * 救急診療
- * 対診診療

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

外来は、データの的に大きな病院でも外来受診する患者さんの約 10 パーセントは所属科不明であるということが分かっております。それで各科の専門医が集まっても部分の総和は全体にはならないということがございますので、総合診療部門の患者さんにとっての役割というのは非常に大きゅうございます。

大(学)病院における総合診療

* 外来診療

* 入院診療

* 救急診療

* 対診診療

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

例えば、我々の所では専門家宛ての紹介状を持つ患者さんというのは当然のことながら専門外来に行かれます。

大(学)病院における総合診療

* 外来診療

- 外来受診する患者さんの10%は所属科不明です！

- 各科専門医が集まっても良質な総合外来にはならない！

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

紹介状を持たない患者さんの場合に、これは明らかにもう皮膚の発疹なので皮膚科という場合には専門外来に行かれますけれども、明らかに適切な科がない場合は、患者さんが、私は循環器内科に行きたいですという場合には、専門科に行っていただきます。

名大病院における総合診療

* 外来診療

- 紹介状を持つ患者→ 専門外来へ

- 紹介状を持たない患者

明らかに適切な専門科がある→ 専門外来へ

明らかに適切な専門科がない

特定の科の受診を希望→ 専門外来へ

特定の科の受診希望なし→ 総合診療科へ

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

これは、私が川崎医大でやってたときも、痛切に感

じましたが、患者さんが循環器に行きたいと思っていてもほとんど循環器の問題じゃないですよというふうに統計的には分かってても、10人に1人、結局は循環器でしたということになった場合に、その1人からのクレームがくることがあり、それが非常に重大な問題として取り上げられるということがままたまございますので、特定科の受診を患者さんが希望されたら、特定科に行っていただくというのは、総合診療部門がある病院でも多分適切な対応になるだろうというふうに思います。

名大病院における総合診療

* 外来受診患者の対応

- 紹介を要しない患者 → 85% - 90%

短期間の診療で終了
継続的診療が必要 → 総合診療科でフォロー
かかりつけ医でフォロー

- 紹介を要する患者 → 10% - 15%

総合診療科と併診
紹介先に任せる → 総診に戻る

それで特性科の受診希望がない場合は、総合診療にいらっしゃいます。

この導線の引き方は、今後総合診療部門の認知度が高まれば変わってくるでしょう。

それで先ほどもございましたように、総合診療科の役割は、振り分けではなくて、外来受診の患者さんの85パーセントから90パーセントは総合診療の外来で対応が可能です。紹介を有する患者は10から15パーセント、外来を受診されて紹介を有しない患者さんは短期間で治療終了するという場合はそれで問題解決ですけれども、継続的診療が必要な場合には基本的にはかかりつけ医の先生にお返ししてフォローしていただく、場合によっては総合診療科でフォローするということになりますし、紹介を要する場合には、特に精神科との場合は、並診するというのを一応、原則にしています。精神科への紹介は患者さんにとっても非常に敷居が高い場合が多くございますので、そうしております。その先のルートは総合診療科に戻ってきたり、あるいは、

総合診療科と並診してたけども、結局はやっぱりもう専門家にお任せしたほうがいいという場合もありますし、さらにそこからまた総合診療科に戻ってくる場合もあるということになります。

大(学)病院における総合診療

* 外来診療

* 入院診療

* 救急診療

* 対診診療

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

名大病院における総合診療

* 入院診療

- ベッド数 8
- 病棟 11階西病棟
- 定床を越えて入院患者がいることが多いが、変動が大きい

入院診療は我々の所はベッドが8で、川崎医大に居たときも当初は50ぐらいのベッドを持ってましたけれども、やはり結局、15から20ぐらいでいいというふうなことになりました。市中病院では、先ほどからのご紹介がありましたように、多分50～100というふうなベッドが総合診療部門が持つベッドというふうなことになって、やはりセッティングによってだいぶ変わってくるというふうなことが言えると思います。

そして、大体うちに常時入院している患者さんは10人前後ですが、定床を越えて、入院患者さんが居ることが多いのですけれども、変動幅が大きいというのが特徴でございます。それで典型的な患者さんというのは救急からの短期入院の患者さん、肺炎、原因不明の疾患、これは不明熱とか原因不明の転位

癌、それから複数臓器の障害、高齢者の問題というふうなものが典型的な入院患者さんです。

救急診療というのは、これは救急部の大きさとか陣容とかによっても各施設によってもだいぶ変わって来ると思います。

名大病院における総合診療

* 入院診療

-(救急)外来からの短期入院

例:肺炎などの感染症、薬物大量服薬

-原因不明疾患

例:不明熱、原発巣不明の転移癌

-複数臓器の障害

例:高齢者の複数臓器障害

一般の印象と異なり、救急診療と総合診療とが重なる部分というのがあまり多くありません。

大(学)病院における総合診療

* 外来診療

* 入院診療

* 救急診療

* 対診診療

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

Diagnosticianとしての能力と基本的な臨床能力というのは、多分救急と重なってる部分かと思しますので、その他の部分というのは重なってない。であるからこそ、そういう総合と救急が協力するというのは非常に診療の場面では有用というふうに考えています。

救急医療≠総合診療

それが故に
総合診療部と救急部が協同
して救急外来を運営する意
義がある

これも我々の所でも時代とともに変わっているのですが、日勤帯の walk in は総合診療、救急車は救急科というのが大体のこれまでの対応です。

最後に他からの対診ということに関して、簡単にご紹介させていただいて終わりたいと思います。大体平均、1日の対診患者数が1.5から2人というのが現状でございます。

総合診療医と救急医の専門性

赤字が重なっている役割

1. 臨床医としての専門性

- 日常的な健康問題への包括的対応

* 身体、精神・心理、社会的側面への配慮

* 予防、診断、治療、リハビリテーション

* 保健、福祉・介護との連携

* 個人、家族、地域への視点

- Diagnostician (病態診断の専門家)

- MUS(Medically Unexplained Symptoms) への対応

2. 教育担当医としての専門性

- 基本的臨床能力教育

- 総合診療専門医教育

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

臓器別の内科に分かれます。これが全体の1/3、次に多いのが精神科で、それに外科、整形、眼科、皮膚科、泌尿器科というのが続きます。医療というのは、病院でもやはり細分化する専門医、総合する専門医というふうなものが両方いて、連携するというのが患者さんにとっては非常によい医療システムだというふうに感じております。

大(学)病院における総合診療

* 外来診療

* 入院診療

* 救急診療

* 対診診療

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

院内他科からの診療依頼

2014年度(4月～9月)

月	診療依頼患者数
4	33
5	34
6	35
7	36
8	26
9	33
合計	197

2015/8/20

Nagoya University Graduate School of Medicine

名大病院における総合診療

* 救急診療

- 日勤帯のwalk-in患者→ 総合診療科

- 日勤帯の救急車患者→ 救急科

- 土・日の来院患者→ 全科協力体制

診療の相談を受ける科はここに示す通りですが、内科と一括りにしていますけども、実際は、それぞれ

以上、ちょっと駆け足でしたが、名古屋大学の総合診療科、およびその活動の根底になってるポリシーについてお話をさせていただきました。どうも清聴ありがとうございました。

(座長 新納)

伴先生、どうもありがとうございます。私感じたことは、細分化した専門医が幾ら集まってもよい医療は受けられない。やっぱり総合診療医が必要だということを感じました。

5. 地方病院の救急医は多機能幹細胞医

八戸市立市民病院救命救急センター所長

今
こん

明 秀
あき ひで

(座長 新納)

それでは、最後になりましたが、第 1 部の最後で 5 番、『地方病院の救急医は多機能幹細胞医』、八戸市立病院救命救急センター所長の今明秀先生にお願い致します。先生、よろしくお願いします。

青森県八戸市立市民病院救命救急センター所長兼臨床研修センター所長兼副院長の今でございます。よろしくお願いします。



神奈川県医師会長の久保先生からご指名いただき、このような機会をいただきましてありがとうございます。『地方病院の救急医は多機能幹細胞医』、私、自治医大の卒業生です。当時、高久先生の血液内科をもちろん受講してはいるんですが、それに当てての多機能幹細胞医です。大学を卒業して、生まれ故郷の青森県に帰りまして、青森県立中央病院で、内科、外科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻科、皮膚科、麻酔科、たくさんのローテーション研修を致しました。今日は会場に青森県立中央病院の、あの当時は普通の循環器の若い医師だったんですけど、今は県立中央病院の副院長になってしまいまして、オウベンの藤野先生もいらっしゃっております。

そんな中で、卒後 3 年目に人口 4000 人の倉石村診療所に行きました。医療のギャップに驚きながら、そこでは内科を中心にして、いわゆる家庭医療・往

診もしましたし、いろんな診断書も書きました。またその後で、小さな内科病院に転勤し、やはりそこでは、もうちょっとレベルが上の内科をやることになりました。その後、やっぱり外科だなということで、外科の研修を始めております。青森県立中央病院に戻り、また外科の研修を行い、そして外科の専門医を取っております。

このように地方病院、診療所にいけば、診療所の仕事があり、小さな病院に行くと、内科の仕事だけでなく、外科の要素も必要だったり、いろんなニーズがありました。私たち自治医大卒業生は、その病院の診療所のニーズに合わせて、仕事を変えなければいけませんでした。消化器が得意だから消化器ってわけにいきませんでした。外科が好きだったんですけれども、内科をずっとやることになりました。多機能幹細胞のようなもので、何にでも変化しなければいけませんでした。

地方病院の総合診療医

多機能幹細胞のようなもので何にでもならないといけない。

- － その施設の弱点、その時間帯の弱点を埋める。
- － その病院のニーズに合ったものを何でもやるのが総合診療医。

シンポジウム＜第1部＞

その施設の弱点、その時間帯の弱点を埋めなければいけません。その病院のニーズに合ったものを何でもやるそういう総合医、当時は総合医と呼んでおりましたが、今は総合診療医ですが、そのようなものが今から30年前から既に、我々は実行しておりました。

ところが内科とか外科を一生懸命勉強しても上手くいかなかったんです。目の前にフォークリフトにひかれた小学生が運ばれてきました。腹部の外傷でショック状態でした。外科医だった私はすぐ開腹して止血を図りましたが、肝臓を持ち上げた瞬間に下大静脈からブンと血が噴き出しまして、次の瞬間に下大静脈に空気が引き込まれ、心臓停止しました。結局、うまくいきません。終わった後にご両親に説明しました。もしかしたら、ちゃんとした病院に運ばれたら助かったんじゃないだろうか、そう思いながらご両親に説明しました。お父さんはお母さんを蹴りました。「おまえがちゃんとしなから駄目なんだ」。本当は蹴られるのは未熟な自分だったのかも分かりません。

しかし当時、外傷の手術とか3次救急の高度なこととかはあんまり教えてもらえず、また見本になる医師は私の周りにはおりませんでした。そんな辛い思いを胸に秘めて、その後も内科とか外科の仕事を続けておりました。39歳に、やっぱりちゃんとした外傷の手術を覚えなきゃ駄目だ、ちゃんとした重症な救急患者を救う術を習わなきゃ駄目だということで、私は東京の日本医大の救命救急に入局しました。そこで、学んだことは頭からつま先まで全部診察して、全部治療する。結局、それはへき地と同じでした。都市の3次救急はへき地のこととほとんど同じですが、ただ重症度と、さらに重症な患者さんがたくさん来るその違いだけでした。

頭からつま先まで全部診
ることはへき地でも



都市三次救急でも同じだった。
重症度が違うだけだった

救急専門医、さらに救急指導医をそこでいただいて、私は青森県に戻って救急医を育てる仕事を開始しました。たった1人で八戸市立市民病院に行って、救命救急センターを作りました。都会から青森県に戻って気付いたことがあります。

都会から青森県に戻って
気づいたこと

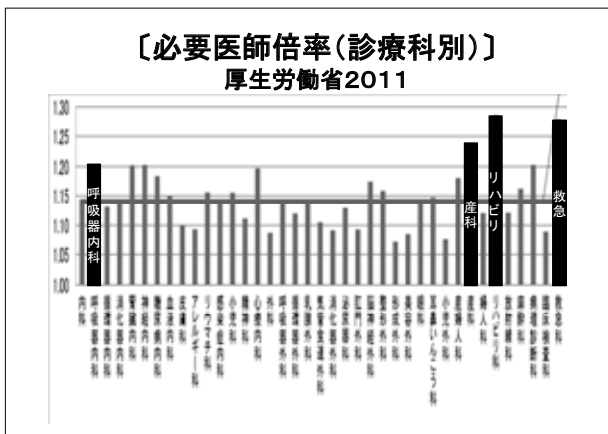


青森県でがむしゃらにへき地で働いていたときは医師不足に気付きませんでした、不思議なことに。自分が一生懸命やってるだけで、周りがどれくらい足りないかは全く知りませんでした。そして、ちょっとだけ大人になって気付いたことがこれです。青森県と岩手県、ものすごく医師不足。

〔必要医師倍率(都道府県別)〕
厚生労働省2011

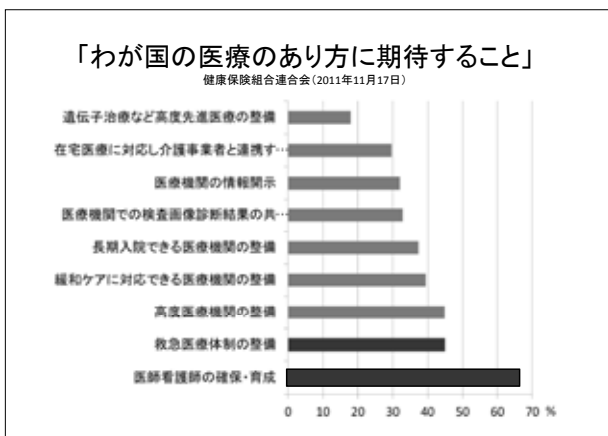


ああ、そうなんだ。そして、もう1個気付いたことがあります。全国的に足りない診療科がある。



リハビリ、救急、産科、呼吸器内科、周りの病院見ても確かにそうだ。このような診療科が全く足りない。

さらに国民がどういうことを望んでるかということにも気を向ける余裕が出てきました。



そうしたところ、医師、看護師の育成、確保、救急医療体制の整備、これらを国民が望んでるっていうことが分かりました。私は八戸でやることは、医師、看護師を確保することと、救急医療の体制を整備すること、まずこれだなということで始めました。ポイントです。

ポイント

国民は救急医療の充実を望んでいる
医師確保を望んでいる

救急医と総合診療専門医を増やすこと
で解決できるはず

国民は救急医療の充実を望んでいる。そして、医師確保を望んでいる。救急医と総合診療専門医を増やすことで解決できるんじゃないか。

しかし、日本の病院は勤務医不足です。

勤務医師不足

- 限られた医師の中で
- 総合診療医と救急医を両方豊富に抱えることは不可能
 - 総合診療医がERを兼務
 - 救急医が総合診療を兼務
 - 消化器内科医が総合診療を兼務

限られた医師の中で、総合診療医と救急医を両方豊富に抱えることは不可能です。きょうの前半の発表の吉江先生も、松田先生も鄭先生も、総合診療医が救急 ER を応援している、兼務しているというふうに言うておりました。また、ある病院は救急医が総合診療を兼務する。また、ある病院では、消化器内科医が総合診療を兼務してる。いろんなパターンがあると思います。私は自分のこれまでの経歴をもとに救急医が総合診療を兼務するこの形で攻めようと思った。地方病院の救急医は多機能幹細胞医、これを目指しました。



多機能医師は存在するのでしょうか？

多機能医師は存在するのか

捻挫から多発外傷まで
風邪から敗血症まで
高血圧から脳卒中まで
不眠から自殺企図まで
小児から高齢者まで
内科も外科も
手術のIVRも
往診からドクターヘリまで
一泊入院から長期入院も
産科救急から終末期医療まで
昼も夜も休日も

理想ではない、
30年前
には存在
した

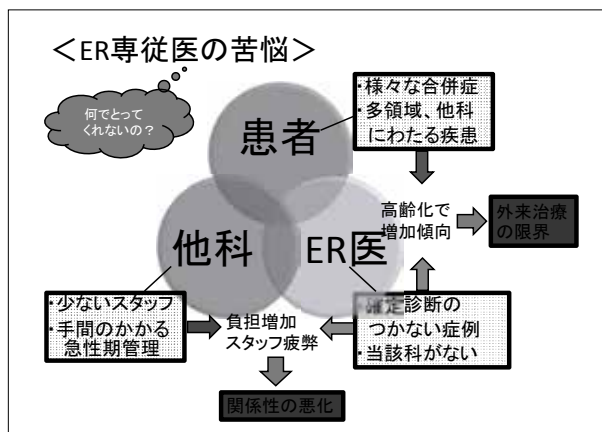
捻挫から多発外傷まで診る。風邪から敗血症まで診る、高血圧からの脳卒中まで診る、不眠から自殺企図まで診る、小児から高齢者まで診る、内科も外科も手術も血管造影も、往診もドクターヘリも、1泊入院も長期入院も、産科救急から終末期医療まで、昼も夜も休日もこんな全部やる医師が一体存在するのでしょうか？ しかし、私が研修医を始めた頃には居ましたよ、日本中に。理想じゃないんです。全部やっている先輩医師がいましたよ。だから、可能なんじゃないか。私は多機能幹細胞医を培養することにしました。

多機能幹細胞医を培養する

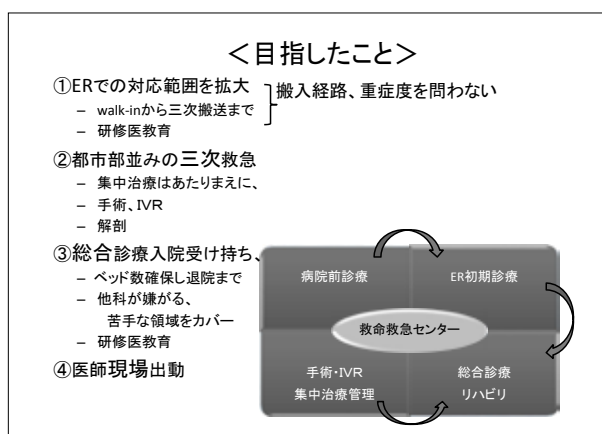
これまで私は実践してきた
人を集め、その教育を始めた

これまで実践してきました。人を集めてその教育を始めました 2004 年です。1 人で開始しました。

ところが救急外来を一生懸命やるといろんな壁にぶち当たります。



例えば患者、様々な合併症を持ち、たくさんの領域の訴え、たくさんの診療科に渡る疾患があるわけです。さらに高齢者が多く、患者さんがどんどん増えます。専門家、専門診療科、少ないスタッフです。なぜかどんどん消化器内科医が減ります。なぜか外科医が減ります。少ないスタッフにも関わらず、手間がかかる急性期管理がのしかかります。我々救急医はどんどん患者を受けます。そして専門家に負担をかけます。どんどん患者を受けます。確定診断のつかない症例がたくさん来ます。その診療科は一体どこなんだろう。先ほど伴先生がおっしゃっていましたが、一体どこに、どの診療科に頼めばいいんだと。このような問題が出てきたわけです。私たちはこれを解決するために、我々がこの当該科になり、我々が専門科医に負担をかけないようになり、我々が患者さんをたくさん受ける、そういう役割を担おうと思いました。



目指したこと、ERでの対応範囲を拡大、walk inから3次救急まで、そして研修医をそこで教育する。もちろん都市並みの3次救急をやる、集中治療当り前、手術、IVRも行い、また病理解剖も行う。総合診療入院を受け持ち、ベッド数を多数確保し、退院まで受け持つ、他科が嫌がるような領域を進んでカバーし、やはりここでも研修医を教育する。そして、鄭先生が言っていた若月先生が馬車で現場に出たというような、医師の現場出動です。このようなことを目標にしました。搬入経路、重症度を問わず、全て受けて、受け持ちする。最大の問題は、救急医になる候補の若い医師をどうやって集めるかです。

再大の問題 救急医候補を集める



救急医療を実践するには、若い医師の力が必須であり、それを獲得するにはブランド化です。



【目的】

救急医療を実践するには若い
医師の力が必須であり、それ
らを獲得するには
ブランド化

聖路加病院は何もしなくても、自然に若い医師が集まります。ルイ・ヴィトンが宣伝しなくてもみんな持ってます。ブランドになれば、努力は少なくなるんじゃないか。つまり、ブランドになる努力をすればいいんだ。ブランド化の方法です。

【ブランド化の方法】

唯一
頂点
先駆者

これら商品を持ち、
広報し認識されるようにする

唯一、頂点、先駆者、これからの商品を持ち、そして、広報し、認識されるようにする。

商品1 唯一

市民教育／病院前出動／ER／ICU／二
次救急／三次救急／一般病棟／リハビリ
／解剖の全てを完結できる救命救急セン
ターは他にない



商品です。唯一の商品です。市民教育、病院前出動、ER、ICU、2次救急、3次救急、一般病棟、リハビリ、解剖、全てを完結できる救命救急センターは他にない。商品、頂点です。平成21年度の病院機能評価で、救急医療機能分野で4項目中、3項目に評点5を頂きました。

商品2 頂点

- 平成21年度病院機能評価
(日本医療機能評価機構、23年発表)
救急医療機能分野で
4項目中3項目に 評点5
- 重症外傷治療成績国内2位

また、重症外傷の治療成績は昨年度国内2位です。

シンポジウム＜第1部＞

商品、先駆者、ドクターヘリとドクターカーの同時出動をサンダーバード作戦と呼んでおります。

商品3 先駆者：

- ドクターヘリとドクターカーの同時出動
サンダーバード作戦
- 予測救命率が50%未満の重症外傷を救命することを劇的救命と呼び診療の質の評価に用いる
- 移動緊急手術室

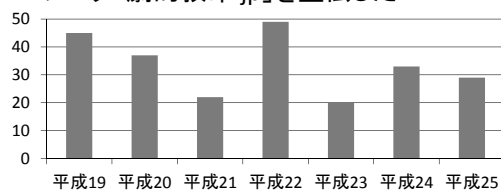


これらをやっている施設は世界に我々だけです。予測救命率が50パーセント未満の重症外傷を救命することを劇的救命と呼び、診療の質の評価に用います。そして、今開発中の移動緊急手術室、これらは先駆者の商品を持ちます。

そして、広報です。

広報

- 学生、研修医が読む雑誌へ論文投稿、劇的救命、サンダーバード作戦の用語を頻回に載せた
- ブログ「劇的救命.jp」を宣伝した



学生、研修医がターゲットです。そこに向けて広報します。雑誌に論文を投稿するんです。学生と研修医が読む雑誌に論文をせっせと書きます。難しい論文は必要ありません。簡単でいいんです。その論文の中に、劇的救命、サンダーバード、八戸、この用語をちりばめます。またブログ、劇的救命.jpを宣伝します。こちらが年間に書いている論文です。最高で50本近い論文を1年間に書いております。昨年度は28本ですね。これくらいを年間書きます。その8割を私が書きます。

このようにして、救急医の候補生を獲得すること

に成功致しました。

救急医候補 獲得成功



2004年1人で初めて、今はこんなにわんさか人が居る状況です。また同時に、救急医だけでは救急外来をできませんので、研修医の獲得も必要です。1学年、17名の研修医を獲得に成功し、私どもの病院は3年生の研修やっておりますので、3年生を合わせて、50名の研修医、また救急医が23名、24名、病院の総医師数は140名ですので、救急医と研修医以外の医師は70名しかおりません。つまり、1対1の比率です。こんな病院、世界の他にどこにあるでしょうか。こういう状況で今やっております。

研修医獲得に成功

1学年17名
2学年17名
3学年16名
合計50名

救急医23名

総医師140名



ポイントです。救急ブランドを目指しました。



救急ブランドを目指した



八戸市立市民病院、病床数 608 床で、その中に併設されているのが救命救急センターです。救急船乗員が 24 名、救急専門医が 11 名、そのうち、外科専門医が 2 名、脳外科専門医が 2 名、内科認定医が 3 名、また後期研修が 13 名所属しております。

さらに、家庭医の専門医も 1 名おります。病床数は救命センター、30 床の他に、救命病棟が 70 床、ドクターヘリが 1 機、ドクターカーを 2 台持っております。地方型の救命救急センターにおける、総合診療を加えた救急医療体制を実践しております。

【目的】

地方救命救急センターにおける
総合診療を加えた救急医療体制を実践する

【方法】

2013 年 1 月～12 月の 1 年間に当センターへ入院した患者に関して電子カルテおよび入院データベースを用いて後方視的に調査

2013 年 1 月から 1 年間に八戸救命救急センターに入院した患者に関して、電子カルテおよび入院データベースを用いて、公私的に調査してみました。ER の 1 年間の受診患者は 2 万 4000 人、ER の 1 年間の救急車は約 6000 台、ER の重症度別に見ると、66 パーセントが 1 次、30 パーセントが 2 次。またこちらは救急車の対応ですが、救急車を対応した 88 パーセントが救急医が対応しております。その他は、心臓外科、循環器も含めて、医師会の先生から直接の搬入は当

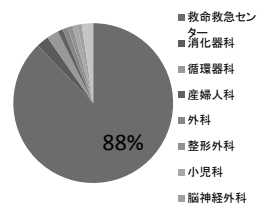
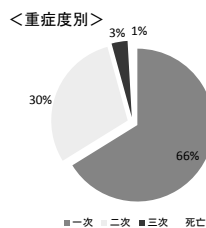
該科がやっております。ER からの入院は 6300 人です。周産期は除いております。そのうち、救命救急センターに入院したのが 2500 人ぐらい、救命救急科、我々が入院受け持ちは 1 日 100 名の入院受け持ち、つまり 100 床のベッドを使っております。

【結果①】

・ER 受診患者数: 24,079 人

・救急車: 5,921 台

<救急車(診療科別)>



88%を救急医が対応

転記別ですが、帰宅 67、入院が 32 パーセントです。こちらの救命救急センターに入院になった患者さんの内訳ですが、救命救急科が受け持ちが 40 パーセントで、あとは消化器、小児科、外科などになります。

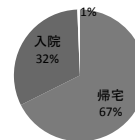
【結果②】

ER からの入院: 6364 人/年(周産期 1280 人を除く)

救命救急センター入院患者: 2513 人/年

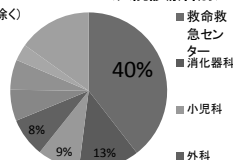
救急科入院患者: 100 名

<転帰別>

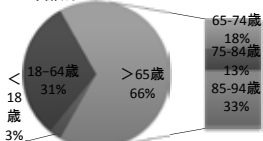


※その他(他院紹介、搬送) 25 例を除く

<入院診療科別>

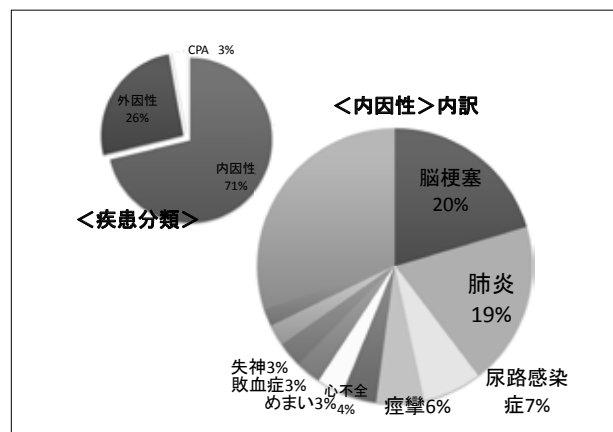


<年齢別>



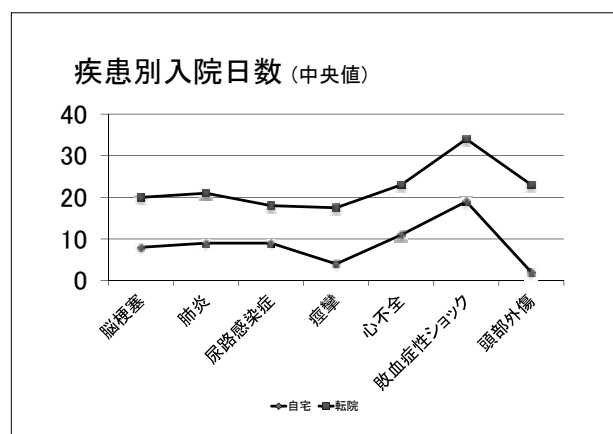
入院患者の年齢ですが、65 歳以上が 66 パーセント、さらにこの 65 歳以上の内訳を見ますと、なんと 85 歳以上の人めっちゃめっちゃ多いってこういうことです。青森県、短命県と言われてるんですが、どこが短命県なのでしょう。こんなにたくさんのお年寄りが病院を受診しております。我々は日夜、この高齢者と戦っているわけです。

疾患分類は、都市部の 3 次救急が得意な外傷はあまり多くなく、内因性が多いです。

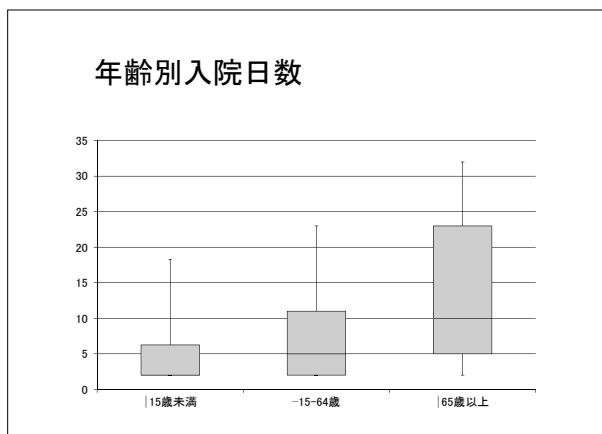


まさにこの内因性が総合診療と十分かぶるところです。その内因性の内訳ですが、脳梗塞、肺炎、尿路感染、痙攣、心不全、めまい、敗血症、失神といったような疾患が我々の救急医の受け持ちです。八戸市立市民病院は研修医と救急医のドクターを除くと70名しか医師がおりません。神経内科医は、一時1人まで減り、今は2人、麻酔科専門医は、一時1人まで減り、腎臓内科は撤退し、血液内科はありません。そのような状況ですので、八戸市立市民病院は、600床の病院ですが、たくさん隙間があり、私たち救急医が一番大きな隙間の脳梗塞を受け持つことに。また呼吸器内科は一時2人に減り、肺炎を受け持つ。腎臓内科はなくなり、泌尿器科は3人だけ、尿路感染の受け持ち、このような状況で、総合診療科はないんですけども、私たちがそれを補っている形になっております。

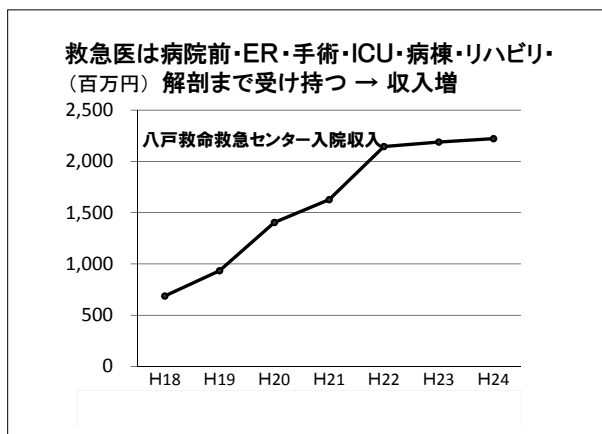
疾患別入院日数ですが、豊富なベッド数100床ありますので、受け持ち患者の転帰は、この自宅に帰る人だけではなく、転院待ちで長く入院する人も居ますが、これらにもきちんと対応しております。特に敗血症の場合は、1カ月を超える入院、こちらにもきちんと対応しております。



年齢別ですが、やはり高齢者は入院期間が長くなります。子どもの場合は、ほとんどが1泊入院、交通事故で脳しんとうで1泊入院が多いので、このような結果になっております。



このようにして、たくさんの入院患者を持ち、積極的に診療しております。私たち救急医は病院前、それからER、手術、ICU、病棟、リハビリ、解剖まで受け持つことにより、収入が増えてきました。1年間に20億円の収入を超え、昨年度は24億円までなっております。



高齢者は様々な合併症を持ちます。

高齢者はさまざまな合併症をもつ
初診時は確定診断のつかない症例
帰宅困難な患者も多い

→ 高齢化社会が進み 確実に増加傾向

- ・ER医の裁量で自ら入院させることが可能
→ 患者の行き先に困ることがない
- ・病院前～ER～集中治療～入院管理～リハビリまで受け持つ一貫性
→ 急性期から長期予後改善を意識した治療
- ・病状が不安定な急性期患者の引き受け
→ 他科Drの負担軽減

初診時は確定診断のつかない症例、帰宅困難な患者も多く、ERの裁量で自ら入院させることが可能、私たちは患者の行き先に困ることがありません。病院前からER集中治療、入院からリハビリまで受け持つ一貫性で、長期療養改善を意識した治療をしています。症状が不安定な急性期の患者を引き受けることで他科の診療科の負担を軽減しております。病院前では、空陸同時医師現場出動サンダーバード作戦を展開しています。

病院前から退院まで 空・陸同時医師現場出動 サンダーバード作戦

ポイントです。



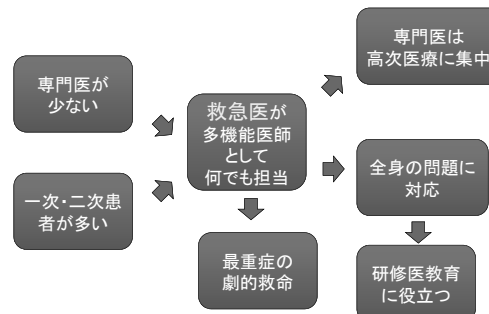
ドクターカーとドクターヘリ同時出動
サンダーバード作戦

21世紀の刺激的な救急体制が若者を魅了する
現場からリハビリまで一貫した診療体制

ドクターカーとドクターヘリ、同時出動サンダーバード作戦、21世紀の刺激的な救急体制が若者を魅了する。現場からリハビリまで一貫した診療体制を取っております。

救急総合診療、専門医が少ない。

救急総合診療



1次、2次疾患が多い。救急医が多機能医師として、なんでも担当します。そして、最重症の劇的救命を実現します。専門医は高次医療に集中してもらい、また我々は全身の問題に対応することにより、研修医教育に役に立ちます。

結語です。

【結語】

- 全身の様々な問題を抱える高齢者は救急外来を受診する。
- 地方における救急医師は総合診療医の能力を必要とされる
- 高齢化社会を迎える本邦での新しい救急医療体制は「全部やる」多機能幹細胞医である
- そのためには高齢者の入院を請け負うための十分な病床数と受け持ち医師が必要
- 八戸ではその役割を救急医が受け持つ

全身の様々な問題を抱える高齢者は、救急外来を受診します。地方における救急医師は、総合診療医の能力が必要とされています。高齢化社会を迎える本法での新しい救急医療体制は、全部やる多機能幹細胞医であります。そのためには、高齢者の入院を請け負うための十分な病床数と受け持ち医師が必要です。八戸では、その役割を救急医が受け持ちます。ご静聴ありがとうございます。

（新納座長）

今先生、どうもありがとうございます。八戸ブランド、今明秀、どうもありがとうございます。

シンポジウム

13：20～17：00

〈第2部〉

15：45～16：20

「総合診療専門医に対して各医会、協会から望むこと」

座長：神奈川県医師会理事 **高 木 敦 司**

神奈川県医師会勤務医部会幹事 **新 納 憲 司**

(指定発言)

1. 眼科医の立場から

日本眼科医会長／神奈川県眼科医会顧問 **高 野 繁**

2. 整形外科医の立場から

日本臨床整形外科学会理事／神奈川県臨床整形外科医会副会長 **木 内 哲 也**

3. 耳鼻咽喉科医の立場から

日本耳鼻咽喉科学会神奈川県地方会常任幹事 **小 形 章**

4. 皮膚科医の立場から

神奈川県皮膚科医会長 **鎌 田 英 明**

5. 精神科医の立場から

神奈川県精神科病院協会理事 **大 滝 紀 宏**

シンポジウム＜第2部 指定発言＞

「総合診療専門医に対して各医会、協会から望むこと」

1. 眼科医の立場から

日本眼科医会長
神奈川県眼科医会顧問

高野
たかの

繁
しげる

(新納座長)

第2部は、新しい制度における『総合診療専門医に対して、各医会、協会から望むこと』となっております。午前中の特別講演で日本医師会の考え方、日本医学会の考え方を拝聴させていただきましたので、これを受けて各医会、協会からの希望的な指定発言をお願いしております。では、第1題目は、眼科医の立場から、日本眼科医会会長、神奈川県眼科医会顧問の高野繁先生よりお願い致します。



ご紹介いただきました日本眼科医会の会長の高野でございます。

うございました。5分では十分なことは言えないんですけど、ただ、眼科医として言いたいことが幾つかありまして、お話しさせていただきます。

実は、眼科医療に関する団体について、日本眼科医会の立ち位置をちょっと1、2分お話しさせていただきたいと思います。公益社団法人の日本眼科学会、これはいわゆる眼科専門医のほうを主導してくれている学会ですけれども、それに私たち公益社団法人日本眼科医会、この二つがございます。

平成26年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

テーマ
「地域医療再生としての勤務医
～地域医療における総合診療医の役割～」

総合診療専門医に対して各医会、
協会から望むこと
— 眼科医の立場から —

日本眼科医会 会長
神奈川県眼科医会 顧問
高野 繁

平成26年10月25日(土)

1. 公益財団法人 日本眼科学会（学会）
*主に学術を担当

2. 公益社団法人 日本眼科医会（医会）
*主に医療政策を担当

このような眼科医の立場として、総合診療専門医に対する意見を言わせていただける機会を与えていただきましたことに厚く御礼申し上げます。ありがと

実は会員数は両方とも1万4000人、眼科医は、今日日本で1万4000人居るんですけど、両方とも1万4000ずつ入ってんですね。ほぼ同じメンバーが入っているんです。学会のほうは当然これは大学の教授の先生方が執行役員として出てます。医会の方は開業医とかいわゆる民間病院の勤務医の先生方と一緒に執

行役員やっているんですけども、当然学会の教授の先生方も会員として入ってくださっているんですね。1万4000人、1万4000人ぐらいでやっていて、学会のほうは主に学術を担当してくださっています。うちの方は医療政策を担当して、一緒に何か目指すものを行っているってところなんですけども、実は一緒にやるのが絶対にいいんですね。例えば厚生労省行くにもいろんな所から要望を出しても意味はないので、やっぱり一緒にやろうということで、例えば専門医に関する事業なんていうのは、これは日本眼科学会のもちろん主の事業なんですけども、その眼科専門医制度委員会には私たち日本眼科医会からも役員が行って、ちゃんと一緒に議論してます。

1. 専門医に関する事業
日本眼科学会専門医制度委員会
2. 社会保険に関する事業
日本眼科社会保険会議
3. 国民への啓発に関する事業
日本眼科啓発会議

社会保険に関する事業は、診療報酬のときだって、一緒にやるよってということで、日本眼科医社会保険会議というものを立ち上げさせていただいて一緒にやっている。それから、国民の啓発、一番大事なんですけども、これも日本眼科啓発会議というものを学会と医会で立ち上げて、一緒にやって、とにかく眼科医に関する問題の意志の統一をすることと、対外的な窓口を絶対一本化する。これがいろんな所への圧力として一番いいんじゃないかと。分散するより、やっぱり一つにまとまってやろうよということで、今学会と医会は力を合わせてやっているという状況をまずお知らせいただきたいと思います。

それは、今ある日本眼科学会の専門医制度についてですけど、これは1984年に学会と医会が協力して発足しました。

日本眼科学会専門医制度

1. 1984年に学会と医会が協力して発足した。
2. 眼科専門医の認定・更新に両会の加入が義務づけられている。
3. 日本眼科学会専門医制度委員会に医会から委員を派遣している。

約30数年たっているんです。眼科専門医の認定更新に学会と医会の両会の加入が義務付けられているんです。先人たちにこういう仕組みを作ってくれたんで、我々は本当にありがたかったですけども、それ以来、学会と医会は協力してとにかく学会は学術、我々は医療政策っていうような感じで、ずっと歩んできて、日本眼科学会の専門医制度委員会に先ほど言いましたように、医会から委員を派遣してるということで、とにかくいろんなことを一緒にやるよということでございます。

それで、日本専門医機構ができて、これからは多分、もうお話聞いてると思いますけど、眼科医会はもちろんですけども、日本眼科学会に入会してなくても、専門医が取れるという時代になってくるのでしょうか、やっぱり学会と医会の協力なくしては、こういうのも進んでいかないと思います。新しい専門医認定更新部門に専門委員会というのがございますけども、また専門研修プログラムの研修施設評価の認定部門という中にも研修委員会というのが今立ち上がってますけれども、もちろんこれには学会の先生方が入っていくんですけども、ありがたいことに医会からうちの役員が委員として出させていただいて、やはりここでも学会と医会が一つ議論して、いろんな案を持っていきたいということになっております。

一般社団法人 日本専門医機構

1. 専門医認定・更新部門
専門委員会
2. 専門研修プログラムの研修施設評価・認定部門
研修委員会

ここでも学会と医会の協力が重要であるということを、ここでお話しさせていただきたいわけでございます。

それで眼科医会の立ち位置っていうのは、専門医制度については、学会の主事業ですけども、いろんな所で医会と学会、協力していろんな協議をしているという大前提がございます。それできょうの話になりますけれども、総合診療専門医に対する考え方ですけども、これは今年の5月から眼科医会の中にワーキンググループを立ち上げてまして、いろんな議論しております。例えば、まだまだ確かな、たくさん情報が入ってない中で、なかなか議論もできないねとか、例えば、いわゆる大都市と、田舎って言う言葉が悪いですね。いわゆる大都市でない所の総合診療医に対する考え方って違うんじゃないかということもありますし、中には、当然ですけども、ひょっとすると、眼科医にとって、数多くの患者さんが持つてかれちゃうんじゃないかっていう、そういう考え方がないわけではないんですね。まさに今、そのワーキング部門でいろいろ議論してるんですけど、ただここに立つと、やはり国民のためっていうことがキーワードになるんですけど、国民のためになるのならば、この2025年にピークを迎える高齢者の増加に対応できる医療体制の一つとして導入されるこの総合診療専門医の設立には、日本眼科医会は協力しているということことでコンセンサスを得ております。

じゃあ、そうなると一番何が大きかって言うと、やっぱり眼科専門医とそれから総合診療専門医との連携ですね。

総合診療専門医に対する考え方

総合診療専門医の設立に協力する。

この連携をうまくやるのが国民のためになることになれば、いろいろあるだろうけど、そういうテーブルに立てば必ず僕はうまく連携が取れると思ってます。望むことは一つなんですけども、ぜひ総合診療専門医の先生方に必要な、当然、総合診療専門医っていうのは、そう眼科に詳しい先生ばかりではないと思いますので、その必要な眼科研修プログラムの内容については、ぜひ学会、医会に意見を求めていると思います。

総合診療専門医に対して望むこと

総合診療専門医に必要な眼科研修プログラムの内容については、学会・医会に意見を求めています。



求められたときはいつでも対応できるように、両会が協力してそのたたき台を準備しておく。

もちろん求められるときは、いつでも対応できるように両会が協力して、そのたたき台を準備しておくつもりでございます。基本的な考え方は、診療の範囲を定めて、総合診療専門医から眼科専門医への紹介の必要な時期や病態を分かりやすく説明して、両専門医が良好な関係を築けるものに目指したいというふうに思っております。

眼科研修プログラムへの基本的な考え

診療の範囲を定めて、総合診療専門医から眼科専門医への紹介の必要な時期や病態をわかりやすく説明して、両専門医が良好な関係を築けるものを目指す。

まとめでございます。

まとめ

1. 今後も学会と医会が協力して、総合診療専門医に対する問題について取り組んでいく。
2. 総合診療専門医と眼科専門医の連携が最も重要な課題と考えている。

今後も学会と医会が協力して総合診療専門医に対する問題について取り組んでいきます。特に総合診療専門医と眼科専門医の連携が最も重要な課題と考えておりますので、できましたら先ほどの研修プログラムみたいなツールを用いまして、両者が仲良くやっていけばということが我々の希望でございます。これからもいろいろ議論して行って、また一つ一つの課題は解決していきたいと思っております。以上でございます。ありがとうございました。

（新納座長）

高野先生、ありがとうございました。

木 内 哲 也
き うち てつ や

A black and white portrait of Dr. Shiro Kikuchi, a middle-aged man with dark, wavy hair, wearing glasses, a white shirt, a patterned tie, and a dark suit jacket. He is smiling slightly and looking towards the camera.

全国医師会勤務医部会連絡協議会2014

医師数	312,178人
整形外科医	23,943人(7.7%)
整形外科専門医	17,588人(73.4%)
臨床整形外科医	5,941人 (うち無床診≒4,000人)

全國醫師公會醫務醫部會連終協議會2014

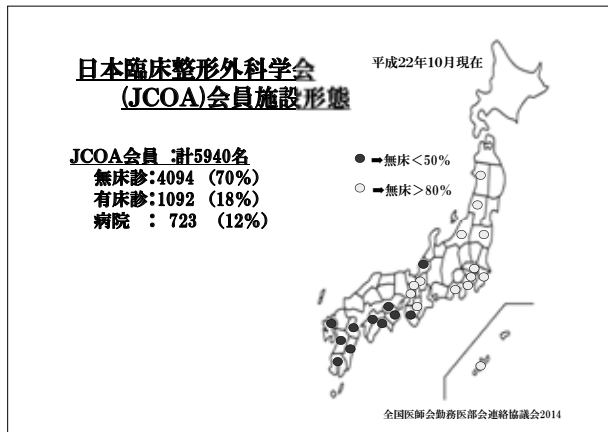
整形外科領域では、3領域(リウマチ、脊椎脊髄、手外科)

全國醫師公會醫務院部會連絡協議會2014

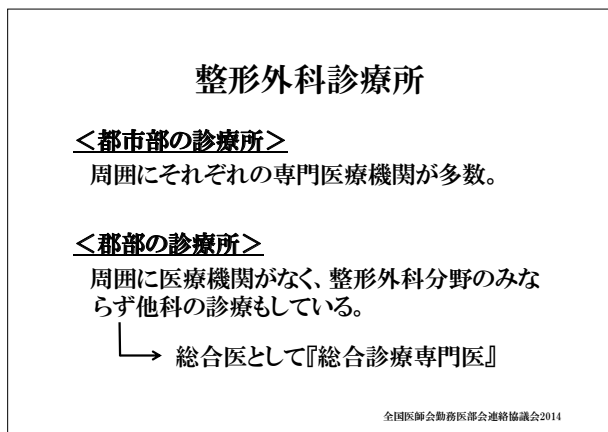
– 117 –

シンポジウム＜第2部＞

なっております。スライドは日本臨床整形外科学会
会員の施設形態です。



東京や神奈川のような都市部では、ビルの中で診療を行っている会員が多く、診療所の広さや診療の内容も、周囲に医療機関がなく、整形外科分野のみならず他の領域の診療もせざるを得ない地域の会員とは大きく異なり、診療の形態が一つの形としてまとめられないのが現状です。他科の領域も診療している整形外科診療所では、今後、総合診療専門医の道も考えざるを得ない実情となっております。



整形外科開業医の加入している日本臨床整形外科学会が2008年に行ったアンケートでは、当時の日本医師会の提唱していた『総合医』に対して、総合医を視野に入れていると答えた会員が全体の35%、総合医になると答えた会員が7%でした。

開業整形外科医の将来に関するアンケートを行った。 (回答者743名) 2008年

＜総合医への認識＞

賛成12%、反対49%、不明39%

＜総合医が認められた場合＞

専門医60%、総合医を視野35% (総合医になる7%)

全国医師会勤務医部会連絡協議会2014

現在提唱されている専門医の取得条件で、総合診療専門医も整形外科分野の研修を必要とする案が出ているようですが、整形外科専門医と総合診療専門医の整形外科分野の研修はどのように差別化するのでしょうか。

新しい専門医制度で問題となるダブルスタンダードに関しては、地域の特異性により大きく考えが異なるものと思われます。

ダブルスタンダードの問題

＜整形外科専門医＞

整形外科領域の診療のみ

＜整形外科 + 総合診療専門医＞

整形外科領域のみでなく他科の診療もしている

＜整形外科専門医 + Subspecialty専門医＞

整形外科領域の中でさらに専門性をもつ

全国医師会勤務医部会連絡協議会2014

つまり、整形外科だけ診療しているのでは地域のニーズに対応できない地域の会員も多数出てくるものと思われます。また、資格を取得しさらに継続していくにあたり、整形外科専門医の他に総合診療専門医やサブスペシャリティ領域の専門医を同時に維持していくことはかなり無理があると思われます。

まだ総合診療専門医の内容がはっきりと決まっていない今、整形外科医が総合診療専門医とどのようにかかわっていくのかわかりません。

総合診療医とのダブルスタンダードは？

- ・ 総合診療医の定義が明確でないため
ダブルスタンダードに関しては、積極的賛成ではないが、会員が移行することは妨げない

全国医師会勤務医部会連絡協議会2014

日本整形外科学会として、総合診療専門医に対する現在の立場は、積極的には賛成ではないが、会員が総合診療専門医に移行することは妨げない。また、逆に総合診療専門医が整形外科専門医となることにも反対しない立場です。

整形外科から総合診療専門医に対して望むことは、まず資格取得の条件を当然であります。他の専門医と同等にしていきたいと思います。総合診療

総合診療専門医の資格取得条件を 他の専門医と同等に。

専門医の数を確保すべく、専門医発足当初に特定の専門医のみ研修等の条件を下げたりすることのないようみていきたいと思います。

また、総合診療専門医の取得条件の中には、整形外科での研修も入ってくるようではありますが、整形外科からも意見が述べられる環境を作っていただきたいと思います。整形外科専門医は運動器の専門医として特化されていくと思われますので、総合診療専門医はゲートキーパーとして初期対応の役割をお願いしたいと思います。

整形外科専門医と 総合診療専門医の役割

整形外科専門医 = 運動器の専門医

総合診療専門医 = gatekeeperとしての
初期対応

全国医師会勤務医部会連絡協議会2014

以上です。

(新納座長)

ありがとうございます。

3. 耳鼻咽喉科医の立場から

日本耳鼻咽喉科学会神奈川県地方部会常任理事

小 形
お がた

章
あきら

(新納座長)

それでは、3番目で、『耳鼻咽喉科の立場から』の発言でございます。日本耳鼻咽喉科学会神奈川県地方部会常任理事の小形章先生、お願いします。

私は済生会横浜市南部病院で耳鼻科をしております。その立場から、意見を述べさせていただきたいと思います。



総合診療専門医に対して望むこと 耳鼻咽喉科の立場から

済生会横浜市南部病院 耳鼻咽喉科
小形 章

『平成29年から始まる新専門医制度の中で、新たに認定される総合専門診療医に対しては多くの期待を持っています』。私は、今申し上げたような耳鼻咽喉科の勤務医の立場から総合診療専門医への期待を述べたいと思います。

まず、私の勤めております病院のご紹介からさせていただきますと思いますが、当院は横浜市の南部医療圏という位置にありまして、病床は500床、常勤医は148名で、研修医が20名おります。27診療科で行っておりまして、耳鼻科医は4名で、手術や入院診療を必要とする患者さんを中心に診療を行っています。

当院について

- 病床 500床
- 医師数 148名（初期研修医 20名 女性 51名）
- 総合内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓高血圧内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、皮膚科、小児科、精神科外科、心臓血管呼吸器外科、泌尿器科、脳神経外科、整形外科、口腔外科、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、緩和医療科、病理診断科、救急診療科（27科）

また、完全紹介制をとっておりまして、ほとんどの患者さんが診断がついた段階で病院にいらっしゃるような状況です。

このスライドは、耳鼻咽喉科診療の特徴を示したものですけど、先生方には言うまでもないことかもしれませんが、耳鼻科の診療の特徴は疾患が多岐にわたることです。

耳鼻咽喉科診療の特徴

疾患が多岐にわたる
内科的疾患
めまい、嚥下障害、上気道感染症、気管食道領域
外科的疾患
頭頸部腫瘍、顎顔面外傷
局所から全身まで
競合領域が多い
眼科、形成外科、口腔外科、小児科、脳神経外科、神経内科、外科、呼吸器科
診断から治療まで一貫して担当

対象臓器としては、耳、鼻、咽頭、喉頭、唾液腺などになりますが、これらの臓器に対して治療手段から内科的疾患と外科的疾患に分けられます。内科的疾患としては、めまいや難聴、または上気道の感染症などがありますし、また最近問題になっております嚥下障害の患者さんの診療もだんだん増えて参りました。外科的疾患としては、昔から知られておりますように中耳疾患や副鼻腔疾患、それと声帯ポリープなどの喉頭疾患や頭頸部腫瘍などがありますけれども、内科的疾患には耳、鼻、咽喉等など局所でない全身疾患の部分症としての症状を扱う場合が多々あります。例えば、めまいは前庭機能障害が多いものでありますけれども、もちろん脳などの中枢性の異常や心血管系の異常、または血糖の異常などからも患者さんはめまいという訴えをなさいます。

また、外科的疾患の患者さんは全般に言えることですけれども、高齢者を中心に様々な全身の問題を持ってらっしゃる方が多く見られます。このため、他の診療科との連携が多くなってまいります。めまい患者さんにつきましては、神経内科や脳神経外科の先生方との協力、また小児の患者さんも感染症を中心に多く扱っておりますし、小児科以外では小児を診ることが最も多いように思っています。また、形成外科や口腔外科、眼科、外科の先生方とも協力しながら診療を行っております。

このような疾患、患者さんに対応しているのが病院勤務の耳鼻咽喉科医であります。シンポジストの先生方のお話にもありましたように、総合診療医の診療スタイルは病院によって様々ですけれども、耳鼻咽喉科の勤務医の立場から総合診療専門医に望むこととしては、次のスライドのようになります。

耳鼻咽喉科が期待する総合診療科

- 総合診断科
 - 治療は各専門科へ
 - 診断のアドバイザー
 - 放射線診断医のような役割
 - 診断の調整役、診断未確定患者の担当医
- 高度な診断スペシャリスト

まず、複数の診療科に関係し、診断に苦慮するケースでの調整役です。また診断が確定しない患者さんの担当医としての働きにも大きな期待を持っております。そして、既に当科とか各専門科で診療を行っている患者さんが持っている様々な全身的な問題に直面した場合に、相談できるような相談役の働きも期待しております。私が期待する総合診療科の方向は治療よりも診断を中心としたものになります。今回思いましたのは、例えて言うならば、画像診断における放射線診断医のような働きを診断の領域で期待しております。放射線の画像診断は、以前は各診療科で行ってございましたけれども、テクノロジーの進歩やレベルの向上に伴い各科の読影のみでは対応が不十分になることも多くなります。現在の病院診療では、放射線診断医の存在が不可欠なものになっています。『もちろん、各診療科は担当領域の画像診断については高度のレベルの読影が要求され、そのように研さんは積んでいますが、読影で判断に苦慮するとき、または各専門領域を離れた部分の診断については放射線診断医の力を借りなければどうにもなりません』。総合診療専門医に対しては専門領域というものに縛られることなく、総合診断という観点から、それぞれの専門医と情報を共有し、広い視野を持って、各専門領域の良き相談者、助言者になっていただくことを期待するものです。『以上のような内容を総合診療医に担当してもらうには非常に高度な知識、診断技術を要求することになりますが、新しい時代の高度な診療体制の一端を担っていただく方々にはそのようなスペシャリストを期待しております』。以上で終わります。

(新納座長)

小形先生、ありがとうございました。

4. 皮膚科医の立場から

神奈川県皮膚科医会長

鎌田 英明
かま た ひで あき

（高木座長）

続きまして、4 題目は『皮膚科医の立場から』のご発言です。神奈川県皮膚科医会会長、鎌田英明先生です。よろしくお願い致します。

鎌田でございます。よろしくお願い致します。



総合診療専門医に望むこと ー皮膚科医の立場からー

神奈川県皮膚科医会 会長
JCHO横浜中央病院
副院長 鎌田 英明

私も最初に言い訳から入ります。抄録にはいろいろ書きましたが、取りあえず要点を挙げて、皮膚科医でありますのでビジュアルで訴えたいと思います。具体例を挙げてお話をさせていただきます。

まず皮膚の疾患はとにかく軽く見られがちですが、炎症性の疾患から腫瘍まで極めて多彩です。湿疹、水虫だけを我々は診ているわけではありません。

また、赤ちゃんからお年寄りまで年齢層が広い、これは総合診療医の先生方もそういうことになると思います。初診時に、これは軽いだろというふうに見える疾患も想像以上に悪い状態になることや、一気に増悪することもあります。目で見えるからこそ難しいということをご理解いただきたいと思います。

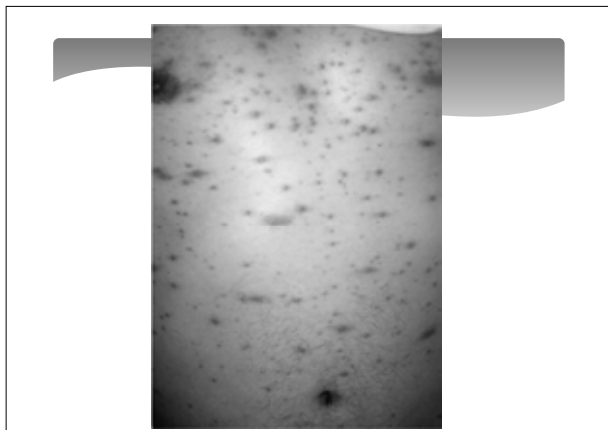
皮膚疾患の特徴

- * 炎症性疾患、感染症、腫瘍をはじめとし、多彩である
⇒ 湿疹、水虫だけではない
- * 老若男女すべてが対象
⇒ 年齢性別にかかわらず
- * 初診時に軽度でも一気に増悪する疾患もある
⇒ 目で見えるからこそ難しい

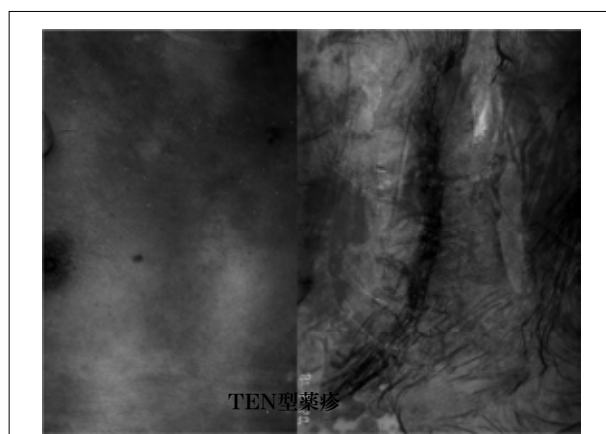
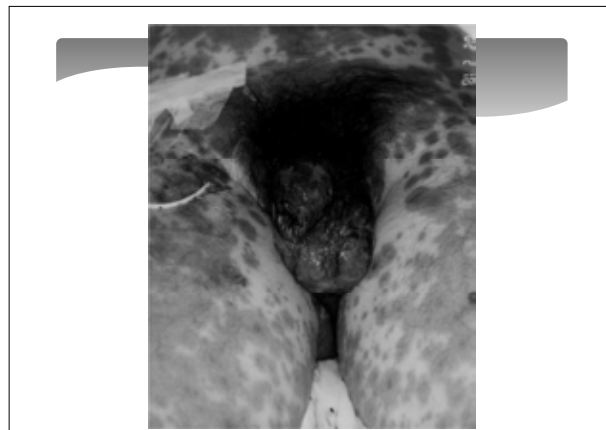
その中でも特に重要なのが薬疹です。

薬疹

- * 薬剤の内服、注射、吸入などで皮膚・粘膜に発疹を生ずるもの
全身性に発疹が出るタイプと、特定の薬剤内服時に同一部位に生じる固定薬疹のタイプがある
- * どんな薬剤にも可能性はある
- * スティーブンス・ジョンソン症候群(SJS)
中毒性表皮壊死融解型(TEN)
は重症型薬疹として重要



当然薬を飲んだり、注射したりで発症する薬疹ですが、どんなお薬にでも可能性はあります。中でもステーブンス・ジョンソン症候群とか TEN と言われる疾患は非常に気をつけないと致死的なことになります。例えば、全身の水疱です。ちょっとお熱がありますということでした患者さんです。一見見ると、まるで水痘のように見えるかもしれません。しかし、症状はどんどん悪化し、粘膜まで侵されてしまうということになります。これが治療をしていても進んでいきます。さらに、全身の皮膚が熱傷用に潮紅し剥奪するようなことになります。この段階までいくと、今先生でも救命はなかなか難しいかもしれません。



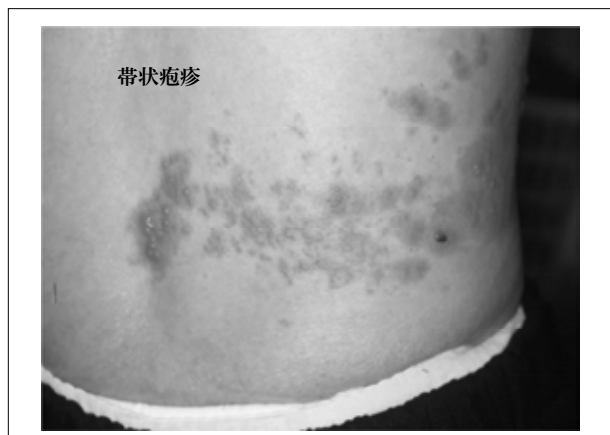
それから、日常よく見る疾患として、帯状疱疹とか蜂窩織炎があります。

日常的に目にする皮膚疾患

- * 帯状疱疹
- * 蜂窩織炎

蜂窩織炎なども気をつけないければ、壊死性筋膜炎などという非常に重篤な疾患が含まれている場合があります。

典型的な帯状疱疹です。



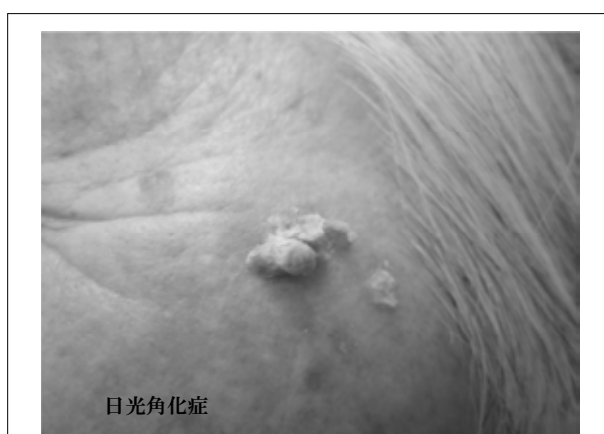
これをご覧になったら、どんな先生でも、あ、帯状疱疹だろうというふうにお思いになると思います。ところが、ちょっと肩が痛かったので、湿布を貼っていたというような訴えで来られる患者さんが居るかもしれません。それで、まるで境界明確な紅斑ですから、接触性の皮膚炎かということで、ついステロイドを出してしまう可能性があります。ところが、これも帯状疱疹の始まりであることがあります。早期に抗ウイルス剤を使うことによって、後々の帯状疱疹の神経痛を予防できると言われています。ですから、早期の診断が必要になります。

さらに高齢化が進むにつれ、悪性腫瘍も増えていきます。

皮膚悪性腫瘍

高齢化もあり、皮膚悪性腫瘍も増加？

日光角化症
基底細胞癌
パジェット癌
ボーエン癌
悪性黒色腫



この状態で来れば、どなたでも悪性を疑うかもしれません。しかし、初期にはこの程度であることもあるわけです。

また、この患者さんは長年、外陰部のカンジダだと診断を受けて、抗真菌剤の外用を続けていた患者さんです。これは外陰部のパジェット病という立派な癌です。



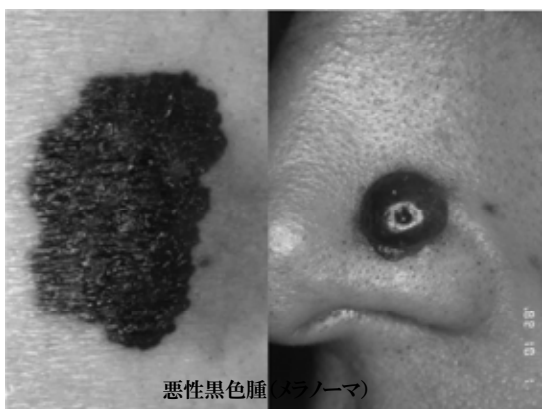
外陰パジェット癌

テレビではくろの癌という番組を特集しますと、次の日、皮膚科の外来はくろの患者さんであふれます。これはメラノーマです。



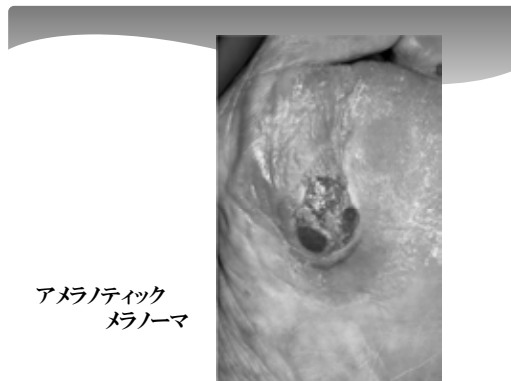
悪性黒色腫(メラノーマ)

これもいかにも悪性だ、悪い顔だなというのが分かります。



悪性黒色腫(メラノーマ)

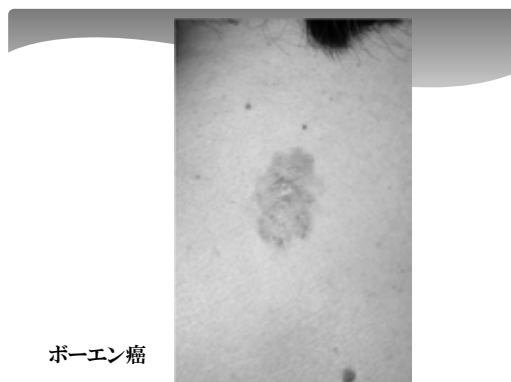
ところがこういうメラノーマもあります。そうする



アメラニティック
メラノーマ

と、これは皮膚科医でもなかなか最初の判断がつかない場合があります。まして黒くないメラノーマというのも存在します。ですから、診断力を相当磨いておかないと厳しいところがあると思います。

これも湿疹として長らく治療されていた疾患です。しかしこれも立派な表皮内癌、ボーエン癌です。



ボーエン癌

このようにご想像以上に皮膚の疾患は多彩です。

まとめ

- * 皮膚疾患は想像以上に多彩である
- * 判断に困る症例は、軽症とみられても躊躇せずに皮膚科専門医へ紹介することが肝要

ですから、判断に困る症例、軽症と思われる場合で

シンポジウム＜第 2 部＞

も皮膚科医との連携を是非とっていただきたい。それが肝要だと思います。また、研修の際に十分な修練を積まれることを希望致します。それが皮膚科からの希望です。以上です。



（高木座長）

鎌田先生、ありがとうございました。

5. 精神科医の立場から

神奈川県精神科病院協会理事

大 滝 紀 宏
おお たき とし ひろ

(高木座長)

続きまして、5 題目は『精神科医の立場から』のご発言です。神奈川県精神科病院協会理事の大滝紀宏先生です。よろしくお願い致します。

最初に言い訳から入りますが、ビジュアルに欠ける精神科医なので、スライドを用意しなかったことをおわび申し上げます。

私は、普段は横須賀にある湘南病院という所で精神科医をやっているのですけれども、きょうのお話に関して言うと、精神科の専門医では、総合診療専門医に対して、期待している人は多くても、自分たちの部署が取られるとか過敏になっている所は全くないのでご報告します。というのは、普段から病院内外の先生方には大変お世話になっていることが多くて、精神科の患者さんに生じる身体疾患に対する診療、そして救急対応には感謝をしているという次第です。ただ、そのような精神科医から見て、三つぐらい少し問題点というか、気になる点があるので、お話ししたいと思います。

第1点目は、本質的には心の問題が主である患者さんが、総合診療科、救急科を受診することについてです。厚生労働省の資料によると、高齢化社会の進展や社会のストレスの増加を反映して、現在認知症患者さんは少なくみつもっても200万人以上、うつ病患者さんは100万人、何らかの不安障害を持つ方たちはそれ以上とも言われています。一方、2002年の雑誌『心身医学』における三木先生の報告によると、うつ病患者さんの初診科を見ると、精神科を初診する患者さんは5.6%で心療内科3.8%を加えても、わずかに9.4%です。大半の患者さんは内科、婦人科、脳外科等を初診しているとのこと。このように大変多いうつ病患者さんたちが、精神科以外の科を初診しているデータをみると、うつ病に限らずメンタルな問題を持つ患者さんの多くが、精神科



ではなく、まず総合診療科あるいは救急科を受診する場合が大変多いのではないかと推測いたします。この問題は、先ほど吉江先生も伴先生も触れられて、既に十分ご理解されていることと思いますが、総合診療の専門の先生方におかれましては、このような意識を持って診療していただけるとありがたいと思います。

第2点目は、精神科医への依頼の難しさについてです。これらの実は心の問題が主である患者さんたちを、総合診療医・救急医の先生方が精神科に紹介しようとお考えになったときに、受診される患者さんたちが抵抗感を示すのではないかとすることも推測されます。変な話ですが、私たちの認知症の診療を例にとると、「物忘れ外来」を標榜しているところには多くの患者さんが受診する一方で、「精神科」というと患者さんやご家族の心理的抵抗が強くなり受診を嫌がるのが実情です。このように患者さんの心理的抵抗感があるために、精神科への橋渡しがスムーズにいかない場合があるのではないかと考えています。その他に精神科側の受け入れ体制が整わないために、先生方にご迷惑をおかけしている場合もあるのではないかと危惧しています。

総合病院の精神科というのはなかなか今充実してなくて、診療報酬の問題があって、精神科の常勤医が居ないという状況があったりするということです。

シンポジウム＜第2部＞

ね。このような状況に対して、今後一緒に対応策を考えさせていただければ幸いです。

第3点目、これは既にやっていたことですが、精神疾患を持つ患者さんたちの身体疾患の治療についてです。精神疾患を持つ患者さんたちも様々な身体疾患を合併します。例えば、腹痛や呼吸苦、あるいはめまい等を訴えた場合、それが精神症状によるものなのか、身体的治療を要するものなのか判断の難しい場合があります。そのようなときに、精神科患者さんだからといって、先入観なしに身体的な緊急性についてご診察いただけると、精神疾患を持つ患者さんたちも大変助かると思います。

以上、まとめると、心と体とは切り離して考えることができません。今まで述べた3点を踏まえて、引き続きご協力をお願い致します。これらの問題について、逆に私たちのほうにご意見をいただければ、よりよい連携ができると思います。どうぞよろしくお願い致します。

（高木座長）

大滝先生、ありがとうございました。これで5題の指定発言は全て終了致しました。総合診療専門医については、養成するプログラムなどの詳細は日本専門医機構で検討されておりますが、平成29年度の初期研修から開始されると伺っております。今後も注目される専門医制度であると思われます。指定発言に関する質疑を設けなかったのは、現段階では明確な回答を頂くことはできませんが、今後も各医会、医学会においてその動向が注視されることと思いますので、今回指定発言という形で取り上げさせていただきました。これで第2部を終了致します。なお、第3部の合同討論の準備を致しますので、少しお待ちいただきたいと思います。準備ができましたら、笠井常任理事、第1部の5名のシンポジストの先生方はご登壇をお願いします。

「総合診療医の現状について」

座長：神奈川県医師会理事 高 木 敦 司
神奈川県医師会勤務医部会幹事 新 納 憲 司

1. 総 括

日本医師会常任理事 笠 井 英 夫

2. 合同討論

横浜市立大学総合診療医学臨床教授 吉 江 浩一郎
聖マリアンナ医科大学総合診療内科教授 松 田 隆 秀
JA 長野厚生連佐久総合病院総合診療科部長 鄭 真 徳
名古屋大学大学院医学系研究科
総合医学専攻総合診療医学教授 木 内 哲 也
八戸市立市民病院救命救急センター所長 今 明 秀

1. 総括

(シンポジウム第1部「総合診療医の現状について」)

日本医師会常任理事

笠井英夫

(高木座長)

それではシンポジストの先生方、ご登壇をお願い致します。

お待たせ致しました。それでは早速合同討論を始めさせていただきますが、討論の前に第1部に関して日本医師会の笠井英夫常任理事より総括をお願い致します。先生、よろしくお願い致します。

日本医師会の笠井でございます。

まず総括を始めるにあたりまして、討論の前の総括ですから抄録を読ませていただいたり、あるいはご講演を聞かせていただいた内容から総括に入らせていただきたいと思います。

実は私ども、昨日、日本医師会として勤務医委員会の臨床研修医部会を開かせていただきました。そこには、本県の四つの医科大学の先生方、臨床研修1年目と2年目の先生方、8人にお集まりいただきました。その中で7人は自分の大学で研修しているという方でした。1人は鳥取大学からこちらの大学に来てという方で、始まりました。その人たちに意見を少し聞いてみました。「総合診療医に将来なりますか？」と聞いてみますと、その若い方々はやはり専門医志向でした。皆さん方は研修に追いまわられた生活をなさっているということで、その中に一人は離島において1カ月研修した、いろんな経験などを紹介いただきました。そういうことを思い浮かべながら総括に入らせていただきたいと思います。

まず吉江先生の第1席目ですが、高齢者が医療の先生であるということをお教えいただきました。非常にこれは意味の深いことであろうと思いますし、それをサポートするスマイルシステムというのを病院内でお作りになって実績を上げているということだと思います。その結果が在宅日数、在宅じゃない、在院日数がわずか11.5日、これは非常に驚異の値です。しかも、復帰率、自宅への復帰率だと思います



が、在宅の復帰率は75パーセントを上げてらっしゃいます。これは大変評価できることだろうと思います。私ども学ばなきゃなんないことかと思いますが、こういう先生の地域におかれまます努力というものが研修医の心を打ったんだろうと思います。吉江先生の抄録の中でもう少し書かれてありまして、その辺りを紹介させていただきたいと思います。先生のご活躍が地域医療の原点と思われて医学生、研修医のやはり琴線に触れたんだろうと思いますね。

また、体に染みこませるような教育の成果というのが大学から、横浜市大でございますが、大学から評価され、期待されるということでございまして、まさに地域医療の要望がそこにあった証しでもあらうと思います。そして、病歴や身体所見の基本として、限られた機器の中で、地域における限られた資源の中で、患者さんに最大限の医療を提供するという教育方針が若い方々の、若い先生方の人を診る力をつけたいと願う、医師の全人的な医療の重要性に目覚めさせたのだろうと思っております。これからさらにスマイルシステム等々、地域循環の連携システムに進化させていかれまして、今後発展していただけるのではないかと私ども多く期待しておりますし、これがいいモデルとなっていきたいなと思っております。

それから、昨日来られました聖マリアンナ医大の

研修医に、松田先生のご講演でございますが、聖マリアンナにおかれましての研修体制を伺いましたところ、大学病院と地域の連携病院のたすき掛け研修を1年ごとにするんだというお話を伺いました。すなわち、医学の学生の教育の中で、入学したときにすぐ地域教育を受けますと。それから、高学年になって、学内の臨床実習とかあるいは学外の選択実習で1カ月、2カ月過ごすということをお教えいただきまして、その受け皿としての地域の私たちの医療機関の協力が必要だと思ひましたし、その努力があったんだろうと思います。

また、卒後の教育におかれましては、先生のご講演によりますと、複数の医療機関が連携がされてるということでございます。特に多摩病院との連携が大変能率的で効果的な総合診療医教育というふうに解説していただきました。これからは私ども地域医師会の会員の診療所が支えた地域医療連携教育システムと申しますか、そういうプログラムが整備されていくはずで。これに対して、医師会に何をお望みになるか、あるいは私たちが何が提供できるかということをは是非お知らせいただきますと共に、他の地域ではどういうことをしてるんだという、私どもは経験がありますので、大学の当局にも協力させていただきたい。

それからもう一つ、先生に最後に教えていただきました日本医師会の役割はどういうことを期待するんだというアンケートを見させていただきました。私ども一番知りたいところでございまして、是非そういう若い方々の医師に対するお考え、次々に知らせていただきたいと思いますし、知りたいと思っておりますので、どうぞよろしく、またそういう機会がございましたら、よろしくお願い申し上げます。

それから、佐久総合病院の鄭先生のお話ですが、佐久総合病院は昔から地域医療に溶け込んだ医療に貢献なさっております。総合診療科が平成9年から始まったということで、あれ、そうだったのかなという気は致しましたけれども、しかしその実態はもう1945年の若月先生が院長になられた頃から始まったというふうに伺いました。医学研究を含めて、

救急、高齢者ケア、診療所、勤務医研修等々の総合診療科が業務としても普遍のものとして始まっているというところでございます。

また、平行して地域ケア科というのがありまして、それが在宅を担っているということも抄録の中にお書きになっております。すなわち総合外来では研修医教育を行いながら、診療所では家庭医学研修に、たくさんの方が来ているというのをスライドでお見せいただきました。

また、長野県が総合診療医の養成を支援していることも、信州型総合医でしたかね、私ども参考にさせていただきたいと思ひます。

また最後に、抄録にあって先生がおっしゃらなかったんですけど、このことは重要だと思いますので、一言申し上げますけれども、高度医療を担う佐久総合医療センターをお作りになって、立派な病院のスライドをお見せいただきました。その中にも診断が確定しないとか多くの疾病を抱える高齢者など、総合診療医の専門分野にある例は、まだもっとあるのでしょうかけれども、またそれに関わらず、例えば感染症対策とか緩和ケアとか医療安全とかいう横断的な医療を支える総合診療医の活躍する場面が大変多いということで、このことは高度専門化した医療施設においても総合診療医が必須であるというふうにご指摘を重く受けております。

また、伴先生におかれましては、この部分の先人として長い間お教えいただきましたけれども、総合診療専門医ということでご講演をいただきました。このことは病院における総合医と地域家庭を担う家庭医・総合医ですが、システム両方の構築が求められるということでございまして、日常的な健康問題の全人的な包括的な対応とか、病態対応の専門家、そして、Medically Unexplained Symptomsへの対応、基本的臨床能力の教育ということをお教えいただきました。このことは私どもの日常にも思うところは多いわけでありまして、基本的な臨床能力の教育というものに対して、住民を巻き込んだ地域における信頼と安心を受け取るということでございまして、ヘルスケアのリーダーとして総合診療専門医と

いうのがふさわしいこと、またこれから全部の大学にそういう総合診療医を養成する講座ができて、それがロールモデルとなるということ、このことは私ども地域医療を担う教育者としての総合診療医の養成の重要ということを締めくくられたと思います。これからの大事な課題になってくると思っております。

それから最後の今先生でございますが、もう私は言葉を失いまして、サンダーバード先生でございます。昔見た、私の子どもたちがよく見てたなという画像を思い出したんですが、先生は長い間、地域医療、へき地医療を勤めながら、外科医の専門医としてご活躍になって、さらにその場での体験から救急の場へ飛びこまれ、地域における総合診療医というのはニーズに応えれば何にでも変化できると、何でもできるんだということが求められていることは、私ども頭では分かっておりますもなかなか先生のようにできないということです。地域病院においても、程度の問題の差はあれ、今先生のような先生が大変欲しい、期待していると。であるから、私どもの地域医療ができるんだと。専門科だけで他を診ないというのでは困りますので、今先生のもとにたくさんの研修医やあるいは専門医がお集まりになっていらっしゃるということを伺いましたから、是非そういう所で人材を作られて、全国に紹介いただけるということもお願いしたいと思っております。先生を慕って、10年間で数の多い救急医が集まった一般診療科。私どもは先生がわずかの間で病院をあのようになられて、中心になって働いているということは敬意を表する次第でございます。以上、総括とさせていただきます。

2. 合同討論 「総合診療医の現状について」

(高木座長)

笠井先生、どうもありがとうございました。それではかなり限られた時間になりますが、総合討論を開始したいと思います。最後にフロアからご質問、コメントも受けたいと思っていますので、論点を絞ってやっていきたいと思っています。

本日の内容、地域の違い、大学病院、市中病院とのセッティングの違い、あるいは医師不足地域の現状等含めて、総合診療の現状と課題、および各医会からのコメントを頂いた次第でありますけど、議論を少し絞るために、午前中の横倉会長が述べられた総合診療専門医が議論となる背景というところがございました。それに基づいて、少し先生方のご意見をたまわりたいなと思ってんですが、その内容は具体的に何かと言うと、複数の疾病を持つ高齢者への対応をどうするか、人口減少地域での医療提供体制の確立をどうするか、3番目としては専門化、細分化され過ぎた、主として病院での医療提供体制への対応、4番目としては若手医師へのキャリア形成ということが横倉会長からのご議論をいただいたところでございますが、この点に関してちょっとそれぞれの先生方からコメントを頂戴したいと思っています。特にまず複数の疾病を持つ高齢者への対応ということで、吉江先生、スマイルとかを発表していただいたんですけど、私聞いてまして、緩和医療がどうかと思ったら、実際の実例出されたら緩和医療の実例だったんですね。緩和医療の体制とか具体的にどんなふうになさってるんでしょうか？

(吉江先生)

すみません。緩和医療の検討なんですけども、ちょっと前までうちもBSCUがありまして、いわゆる悪性腫瘍ターミナルの方を専門に診るような形でやっていたんですけど、人員不足になってしまいまして、専門のBSCUはちょっと置けなくなってしまい

ました。今は高齢者医療の中に一括して入っていくような形にしています。各病棟に緩和医療を専門にやっているナースを散らしてある、散らしてあるっていう言い方はおかしいんですけども、各病棟にそれぞれ何人か、緩和医療が得意なナースというのが居るようになっておりまして、その所とそのスマイル、先ほど言ったスマイルシステムの中と相談しながらやっていくような形にしております。今後、今はいわゆる緩和、ターミナルディジーズというような発想で考えますと、二つの柱になると思っています。ご高齢、本当に超高齢の方、脳梗塞さらに四肢が拘縮してしまって、ご飯もほとんど食べれない状態の方も一つのターミナルディジーズであって、そして悪性腫瘍でまだお若くて、でも悪性腫瘍自体が広がって、もうある程度予後が予測される可能性が高くて、積極的な治療はできない状態もターミナルディジーズであり、それぞれ分けるべきではないんですけども、それぞれニーズが違ってくると思っています。今のところは一緒にある程度やっています。1回それぞれ考え方を分けつつ、最終的に統合できればいいんじゃないかというふうに、どうしても当院、人が居ないものですから、それぞれっていう完全なBSCUというふうに分けるわけに今いかなくなってんですけども、今後それぞれのニーズに分けてケアを考えていく。その後で、同じターミナルディジーズとして統合していきたいって、もう少し時間がかかるなというふうに思ってます。スマイルシステムの最終的にはそれを統合するということも考えているところです。

(高木座長)

ありがとうございます。同じ質問なんですけど、鄭先生のほうはどんなふうにその緩和を含めた対応をなさってるんでしょうか？

(鄭先生)

今うちの病院では二つに分かれて佐久医療センターの方には緩和ケア内科っていうのがあって、専任のスタッフが居て、医師、看護師でチームを作って、がん診療とかをかなり積極的にやっていますんで、緩和ケアチームとして対応してます。

本院の方はそういった緩和だけを専門にやってる部署っていうのはないんですけども、総合診療科の方でやはり高齢者で終末期ケアをやるっていうことは非常に多くて、さっきも示したとおり、年間に100人ぐらいお亡くなりになるんですけど、やっぱりそういう方には多かれ少なかれ緩和ケア的な視点だとか対応っていうのは必要になっていて、それは私たちの方でやっているっていう形です。

もともと現在の緩和ケア内科の部長の先生がもともと総合診療科と一緒にやっていた、もともと総合診療科の部長をされていた先生ということもあって、特にその対応に困るような非常に高度な緩和ケアの技術が必要な場合には、その先生に相談してという形でやっています、現状としては。

(高木座長)

ありがとうございます。他に演者の先生方で緩和医療に関して何かコメントございますでしょうか？ よろしいでしょうか？

それでは、続きまして人口減少地域での医療提供体制の確立という観点の話をさせていただきたいと思うんですけど、独自の取り組みをなさってる今先生、だいぶよくご説明いただいたんですけど、何かその人口減少地域での特別な医療体制という点ではどういうところが一番重要だったとお考えになりますでしょうか。

(今先生)

青森県とか東北地方が全体的に人口が減っております。人口減ってるんですけど、高齢者の人口は増えてるんじゃないかというような感触です。そうすると、例えば救急車にしても救急外来にしても減ることはなく、増えています。ですから、そこに医療

者をシフトする必要があると思っております。私どもの病院では、私が赴任する前は専門医の数がたくさんおりましたが、私が今やっているようになってからは、専門医の数よりも研修医とか救急医のほう为上回っている。つまり救急外来などにエネルギーを、病院の医師の半分以上をシフトしてる状況。看護師の数は、救急分野に170名おります。あと私どもの院長が「医療の原点は救急にあり」ということをバンと言っておりますので、人口が減ってる地域イコール高齢者が目立っている地域、そこでは救急が大事だということ、うまく機能してると思います。

(高木座長)

ありがとうございます。救急が非常に重要だということで、この総合診療専門医がかかりつけ医という要素が当然期待されてこの制度が出てきてと思うんですけど、ただ背景としてはもう救急のトレーニング、非常に重要だというふうな認識でよろしいでしょうかね。ありがとうございます。

それでは、専門家、細分化され過ぎた、主として病院での医療提供体制の対応ということで、これはちょっと大学病院の役割ということもありますので、松田先生、伴先生にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか？

(松田先生)

今日は、総合診療専門医の話題の中で、非常に地域住民の方々に近い位置づけとしての総合医のお話、そして伴先生からは病院で活躍する総合医のお話が出ました。私は、今大学病院、あるいは地域の病院でも総合診療部、総合診療科を置かれる病院が多くなっていますが、専門家、細分化されたから院内の専門領域の先生方から求められる役割も大きいと思います。すなわち院内診療体制における役割があります。一方、地域のかかりつけ医の先生から紹介いただいたときに、「窓口として総合診療科があって良かった」とおっしゃられる先生はかなりおられます。そういう意味では細分化専門医の方々に対する院内の窓口、それから地域のかかりつけ医の先

生方から高熱が続く、あるいは体重減少、貧血、リンパ節が腫れているという患者さんを紹介しやすい地域診療所からの窓口としての役割が、やはりあると思います。是非、病院で活躍する総合診療医への専門医制度を何らかの形で作っていただければなと思います。ただ、プログラムが単なるスタンプラリーで専門医を取るってことはまずいと思います。病院総合医としての責任感、責務ですとかプロフェッショナルオートノミーが同時に備わるようなプログラムを今、期待しております。以上です。

(高木座長)

ありがとうございます。伴先生、お願い致します。

(伴先生)

その前に先ほどの人口減少地域での医療提供体制ということについてちょっとコメントさせていただいてよろしいでしょうか？今回は勤務医がテーマというふうなことで、あまり申し上げなかったんですけど、実は私たちの所では、岐阜県の人口8万の中津川市という所から寄付講座を委託されまして、そこで地域総合ヘルスケアシステム開発というふうなテーマで実践および研究を行っています。人口減少地域では、中央の基幹病院の専門家を充実させるという戦略とは逆に、地域の診療所を充実させるという戦略で地域総合医療センターを市に作っていただきまして、その地域総合医療センターに医師を派遣して、そこから診療所とか市民病院の外来参加するとともに、地域の多職種連携のチームのメンバーとしても活動するようにしております。従来の大学ないしは基幹病院から地域をサポートするというモデルとは逆の形でその地域の総合ヘルスケアシステムを開発するという活動を今やっております。そういうふうな形も一つのやり方かなと。これは病院ではなくて、地域に出ていくということがテーマですので、今回のシンポジウムのテーマには合わないと思いましたので、お話し申し上げませんでした。

それで今のご質問の細分化され過ぎた病院での診療の提供体制への対応というのは、もちろん私たち

がそのお役に立てるというところはあるんですけど、もう一つはやっぱり教育体制への貢献があります。名大病院の中でも内科の先生方の呼びかけで、内科の研修体制を、しっかりしたものにしようという動きがありますので、そういうふうな所にも参加しようと考えております。

今まで日本の研修ってというのは研修プログラムという考え方があんまりありませんでしたので、そういうふうなことで少しディスカッションに参加しようかなというふうには考えています。

(高木座長)

ありがとうございます。市中病院の先生方から大学病院に関して、要望とかご意見ございますでしょうか？いかがですか？今度は今先生のほうから大学病院に期待することとか、あるいは大学病院への要望があればお願いします。

(今先生)

大学病院で専門医を養成するっていう仕事と今度専門医の中に総合診療が入ってくるっていうことで、違う2種類の働きが今は期待されております。非常に苦しいかと思います。

地方大学では卒業すると外の地元から出ていっちゃう学生がたくさんおりますので、総合診療医をバンと打ち出すことがもしかしたら引き留める魅力になって、活性化のチャンスじゃないかなと私思っております。従来どおり専門医を養成しながら、その総合診療医っていう別な部分の専門医も力を入れていただければもっといい世の中になるんじゃないかと思っています。

(高木座長)

ありがとうございます。我々その残念ながらサンダーバード作戦がないもんですから、ぜひそれをしていきたいなと思ってるところでございます。鄭先生のほうからいかがでしょうか。大学に対する要望とかコメントがございましたら。

(鄭先生)

やはり大学の総合診療科の大事な点としては、医学生がそこで学ぶ時間が長いつていうことがあると思います。医学生のときに総合診療医つていうのはこういうことやってるんだとかそういう魅力がいかに伝えられるかつていうところが大事です。

大学病院の医療つていうのは、医療全体の中で見ると、相当特殊な一部分だと思うんですけど、そこに長くいると、そこがなんか普通なのかなみたいな感じにどうしてもなっちゃうと思うんですよね。そこで大学病院の中の総合診療科が医療全体のことに目を向けてくれるような働きかけをしてもらえるといいんじゃないかなというふうに思います。

(高木座長)

ありがとうございます。吉江先生、お願いします。

(吉江先生)

専門医の話からさせていただきますと、僕らの病院にも自称専門医という一般の方が時々いらっしゃいます。専門医だから他の病気が診れない、専門以外の病気を診れないつていうそういう言い方される方が時々目に付くことがあるんです。多分それが一番問題で、でも困っている患者さんがいたら診れるものは診なきゃいけない、だから広く診るべきであると思いますが、そういう方を見てみると、専門医つていう言い訳をして他のが診れないつていうことを断ることの正当性を主張してるだけだと思うんですね。本当の専門医つて、その専門領域のその周辺のことも知らなくてはいけないはずなんです。自称専門医の方はご自分が専門と思った分野だけを見ている。むしろ技術屋かと思うこともあります。専門分野の部分をわかった上で周りの知識とか興味とか上げてなければ、専門医であっても広い範囲で診療が可能になると思います。むしろ、そういう方の専門領域を持ってる方はすごくメリットがあることだろうと。先ほど松田先生がお話したみたいに、その「いき(域)値」、「診療いき(域)値」をなるべくその専門と言つて方も挙げるように総合診療科も含めて、若い先

生から教育するつていうのが、多分大学の使命になってくればいいなというふうに思ってます。

(高木座長)

ありがとうございました。

(新納座長)

そろそろ時間になりますが、総合診療医がなぜ必要なのかということは、このシンポジウムでわかってきました。フロアの先生方でご意見がございますでしょうか？ どなたかいらっしゃいませんか？ どうぞ。所属とお名前をお願いします。

(フロアから 日本医師会男女共同参画委員会委員 藤巻先生)

日本医師会の男女共同参画委員会委員に今年からさせていただきました埼玉医科大学医師会所属の脳外科医の藤巻と申します。2点ございます。1点は、総合診療医が大事だというのはよく分かっていますが、今の専門医制度機構の専門医との中で、どういふふうに大切かつていうところがあまりに私たちから見ると、拙速に見えます。ここにいらっしゃる先生方のようにしっかりした指導員の先生方が居る所では教育がきちつとできているんでしょうけれども、今これからその専門医制度をたった2年で総合診療の専門医の制度を本当に作れるのかつていうところが非常に私たちは不安に思っておりまして、その辺りをもう少し議論を深めていく必要があるかと思ひます。

2点目は、大学病院の勤務医として思ひますが、当院は埼玉県のやはりへき地にござひまして、実は埼玉医科大学病院、別称毛呂山診療所と呼ばれておりまして、地域医療をかなり担つております。ウォークインの患者さんがたくさん見えます。ところが厚労省の施策としては、今いわゆるそのウォークインは大学病院に来るなと、必ず紹介状を持ってこなきゃいけないつていう方向に今は導こうとしてます。そうすると、先ほど先生方がおつしやられました大学病院で総合診療医をきちつと教育しろつていうのは、

合同討論

だんだん難しくなっていくのかなと。もちろん先生方のような病院と協力していけばいいんだと思うんですけども、その辺についてもこれから政策と実態とのすり合わせをきちっとしていただく必要があるのかなというふうに思っております。

(高木座長)

ありがとうございます。

(新納座長)

ご質問というよりはコメントというように理解してよろしいですか？

(新納座長)

よろしいですか？ではそういうことで。他にはございませんでしょうか？ ないようですので。私の感想を一言。私は小児科医です。このシンポジウムで小児科医という言葉が一言も出てこないの、何となく疎外感を感じました。小児科医は本当の総合診療医ということで、これからも頑張っていきたいと思っておりますのでよろしくお願い致します。(会場から拍手) どうも。

(高木座長)

ありがとうございました。時間になりましたが、最後、締めということなんですけど、なかなか締めるの難しいですけど、東海大学は米国のノースカロライナ州にありますウェイクフォレスト大学という所と提携しておりまして、学生を相互に交換してますが、そこの感染症内科で非常に有名な先生でオール先生がおられるんですね。我々の大学にもよく講義に来てくれますが、その先生から総合診療を非常に支援していただいております。東海大学は総合内科ですが、総合内科の医師っていうのはどういう医師ということとその先生が言ってくれたのは、船長さんだということですね。だからいろんな問題を持った患者さんを、いろんな人に相談して、正しい方向に導いたりするその船長の役割だということなんで、そういうことを目指して、我々また研さんを続けて

いきたいと思っております。ちょっと司会の不手際でディスカッションが短くなったことをおわび申し上げますが、これにてこのシンポジウムを閉じさせていただきます。どうもご静聴ありがとうございました。先生がた、ご協力ありがとうございました。



神奈川県医師会理事 増 沢 成 幸

かながわ宣言採択

神奈川県医師会理事

増 沢 成 幸

(新納座長)

それでは、ここで本日の協議会の締めくくりとしまして、「かながわ宣言」を採択致したいと思います。宣言案の説明は、神奈川県医師会理事、増沢成幸より説明致します。

(総合司会・神奈川県医師会理事 増沢成幸)

宣言（案）の前に、皆さま長い間ご議論ご聴講をどうもありがとうございました。プログラムにもありますが、さっき下で見ましたが、マグロが待ってますので、すいません、ここから円滑にスムーズにできますように、ご協力をお願い致します。

それでは、宣言（案）を述べさせていただきます。『かながわ宣言（案）、高齢化の進展や高度医療の対応に向けて、総合診療専門医の育成をはじめとする専門医研修制度のさらなる充実が求められている。また、地域で必要な医療を確保するため、今後、病床機能報告制度に基づくデータ等により、各都道府県が地域の特性に配慮しながら作成する地域医療構想に基づいて、地域住民の生命・健康を守っていくための施策が展開されていくことになる。このような取り組みが適切に遂行されていくためには、地域医師会が中心的な役割を担い、積極的に関与していくことが期待される。以上を踏まえ、勤務医と地域医師会の協働による地域医療の再生に向けて、次のことを宣言する。1、新たな専門医制度では、客観的且つ透明性のある基準を定めて運用し、医療の質の向上に資すること。1、専門医研修中の出産育児介護等が専門医取得に不利益にならないよう制度設計を図ること。1、地域医療構想の作成にあたっては、勤務医をはじめとする全ての医師の意見を広く汲み取りながら、地域の実情に即した形での“まちづくり”を行っていくこと。平成26年10月25日 全国医師会勤務医部会連絡協議会・神奈川』よろしくお願い致します。



(新納座長)

この案は、日本医師会の役員の先生方や10月17日に開かれました日本医師会勤務委員会で事前にご了承いただいている案なんですけれども、先生方、この案でよろしいでしょうか。（会場から拍手）どうも

かながわ宣言（案）

高齢化の進展や高度医療への対応に向けて、総合診療専門医の育成をはじめとする専門医研修制度のさらなる充実が求められている。

また、地域で必要な医療を確保するため、今後、病床機能報告制度に基づくデータ等により、各都道府県が地域の特性に配慮しながら作成する地域医療構想（ビジョン）に基づいて、地域住民の生命・健康を守っていくための施策が展開されていくことになる。

このような取り組みが適切に遂行されていくためには、地域医師会が中心的な役割を担い、積極的に関与していくことが期待される。

以上を踏まえ、勤務医と地域医師会の協働による地域医療の再生に向けて、次のことを宣言する。

- 一．新たな専門医制度では、客観的且つ透明性のある基準を定めて運用し、医療の質の向上に資すること。
- 一．専門医研修中の出産育児介護等が、専門医取得に不利益にならないよう制度設計を図ること。
- 一．地域医療構想（ビジョン）の作成にあたっては、勤務医をはじめとする全ての医師の意見を広く汲み取りながら、地域の実情に即した形での“まちづくり”を行っていくこと。

平成26年10月25日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・神奈川

閉 会

17 : 05

神奈川県医師会副会長 菊 岡 正 和

閉 会

神奈川県医師会副会長

菊 岡 正 和

副会長の菊岡でございます。本日は朝早くから、各地から370名以上のご出席がございまして、本当にありがとうございます。本日のメインテーマは、『地域医療再生としての勤務医』とそれから『地域医療における総合診療医の役割』ということで、総合診療専門医及び総合診療医に関する講演とか指定発言、あるいは合同討論を行いました。

シンポジウムの第1部では、地域の医療状況を踏まえて、総合診療や救急医療の取組みについての講演をお聞き致しました。

また、総合診療専門医に関しましては、平成29年度からの開始を目指して、現在、日本専門医機構で検討されてる段階のため、明確に回答できる段階ではございません。ただ、私としては少し危惧していることがございまして、なぜここ19番目にこういうものが入ってきたのか、一般で言われているよりもむしろ医療費の抑制という面が強い気がしてなりません。それから、もう一つはこの3年の間、これだけ広い範囲のプログラムを組むことについて、どのような協力をしてどなたがこれを組むのか、それについて少し興味のあるところでございます。私、ちょっと考えが違うのかもしれませんが、どうも内容を見てもみると、やはり外来診療をやって、在宅を担うということで、この総合診療専門医は出てくると思います。そうしますと、多分そこでゲートキーパー的な役割を果たして、患者がストレートに病院に行く、いわゆる垂直的なフリーアクセスの制限につながるのではないかなと考えております。

それからもう一つは、最後にこういう方が外来診療始めたときに一般の診療やってる方とのすみ分けをどうするんだということ。患者が選ぶのは構いませんけれども、診療報酬で誘導されるのはちょっと嫌だなんて、そういうふうに考えております。いろいろ申し上げましたけれども、今回は本日の協議会をきっかけに先生方がそれぞれの地域にお帰り



になって、その地域の特性を踏まえた地域医療の中で、総合診療医の役割とかあるいは、診療所の先生方との連携ですね。「これについて改めて全国の先生方と一緒に考えてみましょう」ということで、意味のあった協議会ではないかと思っております。

さらに今、地方に行きますと、地域包括ケアシステムの構築をやっておりまして、原則は多職種の方が連携するんですけれども、やはりここにおきましても、勤務医の先生方とそれから診療所の先生方の協力、さらには連携が必要となりますので、協働してそういういろいろな問題に立ち向かっていただきたいと思っております。

さらに、この会が終わりましたら、二つのアトラクションとそれから神奈川県産の地酒を用意しております。昨日の事前打合せでもかなりレベルが高くておいしいお酒ということですので、ぜひご賞味ください。

また、この横浜地区というのは、もう少し行きますと、「みなとみらい」があります。非常に夜景がきれいな所ですので、おでかけください。もし時間がありましたら、少し足を伸ばしますと、多分日本で一番ではないかと思う、中華街もございまして。時間とフトコロに余裕のある方は各方面へいらして散在していただき、神奈川県産の財政に協力していただきたいと思っております。

閉 会

それでは、協議会のほうはこれで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

(司会 増沢)

菊岡副会長どうもありがとうございました。以上を持ちまして、本日のスケジュールは全て終了致しました。不慣れな司会でございましたが、皆さまのご協力でつつがなくこれを無事に終わることができましたことを厚く御礼申し上げます。誠にありがとうございました。

お疲れのところ恐縮でございますが、大事な連絡をお伝えさせていただきます。懇親会は6時10分からこの会場で行います。会場設営の都合により、皆さまにはいったん会場から退出していただきたいと思います。その間を利用して、この階の下、4階において、プログラムと違いますが5時半から「マグロの解体ショー」をご覧くださいと思います。それでは皆さん、すいませんがご移動のほどお願い致します。

(了)

参加者数一覧

平成 26 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会参加者数

ブロック	都道府県	医師会	協議会参加者数		宿泊日数			
			協議会	懇親会	10/24	10/25	10/26	
北海道・東北	北海道	北海道医師会	4	6	1	1	0	
		札幌市医師会	3	5	3	3	0	
		函館市医師会	3	1	0	1	0	
		旭川市医師会	1	1	1	1	0	
	青森県	青森県医師会	5	3	3	2	0	
		弘前市医師会	3	0	1	1	0	
		八戸市医師会	3	1	1	1	0	
	岩手県	岩手県医師会	6	7	4	3	0	
		宮城県医師会	4	6	4	4	0	
	宮城県	仙台市医師会	5	5	5	5	0	
		気仙沼市医師会	1	1	1	1	0	
	秋田県	秋田県医師会	5	6	5	5	0	
	山形県	山形県医師会	6	6	6	6	0	
	福島県	福島県医師会	2	2	2	2	0	
関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	12	12	0	0	0	
		栃木県	5	5	5	0	0	
		群馬県	2	2	2	0	0	
		埼玉県	8	9	0	0	0	
		千葉県	3	2	2	1	1	
	東京都	東京都医師会	3	3	0	0	0	
		新宿区医師会	2	2	0	0	0	
		東邦大学医師会	1	0	0	0	0	
	神奈川県	神奈川県医師会	56	57	0	0	0	勤務医部会幹事含む
		横浜市医師会	21	18	0	0	0	
		川崎市医師会	3	10	0	0	0	
		横須賀市医師会	1	1	0	0	0	
		平塚市医師会	1	1	0	0	0	
		茅ヶ崎医師会	3	3	0	0	0	
		藤沢市医師会	3	3	0	0	0	
		厚木医師会	1	0	0	0	0	
		三浦市医師会	1	1	0	0	0	
		足柄上医師会	4	1	0	0	0	
		相模原市医師会	1	10	0	0	0	
	新潟県	新潟県医師会	4	3	3	3	0	
	山梨県	山梨県医師会	1	1	0	0	0	
	長野県	長野県医師会	6	6	0	0	0	
	富山県	富山県医師会	1	1	0	0	0	
	石川県	石川県医師会	7	6	6	6	0	
		金沢市医師会	1	2	0	0	0	
		福井県	1	1	0	0	0	
		岐阜県	4	0	0	0	0	
	静岡県	静岡県医師会	3	3	0	0	0	
		愛知県医師会	5	4	0	0	0	
		三重県	1	0	1	0	0	
		滋賀県	8	6	2	0	0	
	近畿	京都府	4	4	3	2	0	
		大阪府	6	6	0	0	0	
		兵庫県	2	2	2	0	0	
		神戸市医師会	2	2	0	0	0	
		姫路市医師会	1	1	1	0	0	
		奈良県医師会	3	3	2	0	0	
		和歌山県	2	2	2	2	0	
		和歌山市医師会	1	1	0	0	0	
中国・四国	鳥取県	鳥取県医師会	3	0	1	0	0	
		西部医師会	2	0	0	0	0	
	岡山県	岡山県医師会	2	0	1	0	0	
		岡山市医師会	1	1	1	0	0	
	島根県	島根県医師会	4	4	2	2	0	
		広島県医師会	6	3	3	0	0	
	広島県	広島市医師会	8	7	0	0	0	
		広島市中区医師会	2	2	2	2	0	
		安佐医師会	1	0	1	0	0	
		呉市医師会	1	0	1	1	0	
		安芸地区医師会	1	0	0	0	0	
	山口県	山口県医師会	7	6	7	6	0	
	徳島県	徳島県医師会	3	3	0	0	0	
	香川県	香川県医師会	2	1	0	0	0	
		坂出市医師会	1	1	0	0	0	
	愛媛県	愛媛県医師会	2	2	1	1	0	
		松山市医師会	3	3	0	0	0	
	高知県	高知県医師会	3	3	1	1	0	
		高知市医師会	1	1	0	0	0	
九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	7	8	7	7	0	
		福岡市医師会	2	2	1	0	0	
		北九州市医師会	3	2	2	2	0	
		直方鞍手医師会	1	1	0	0	0	
		筑紫医師会	2	0	2	0	0	
		糟屋医師会	1	1	0	0	0	
		大牟田医師会	1	1	1	0	0	
		北九州市小倉医師会	2	2	1	0	0	
	佐賀県	佐賀県医師会	2	2	0	0	0	
		佐賀市医師会	1	0	0	0	0	
	長崎県	長崎県医師会	2	2	0	0	0	
		長崎市医師会	1	1	1	1	0	
		佐世保市医師会	2	0	0	0	0	
		熊本県医師会	3	3	3	3	0	
	熊本県	熊本市医師会	3					
		大分県医師会	1	1	0	0	0	
	大分県	大分市医師会	1	1	0	0	0	
		宮崎県医師会	5	6	1	1	0	
	鹿児島県	鹿児島県医師会	2	2	2	0	0	
		鹿児島市医師会	2	2	1	0	0	
	沖縄県	沖縄県医師会	4	4	4	4	0	
その他	日本医師会	日本医師会	37	37	20	21	0	
		講師	11	10				
		行政等	3	0	0	0	0	
		当日参加 (医師会)	3	3	0	0	0	
計			400	372	135	102	1	

懇親会風景



(司会) 神奈川県医師会勤務医部会幹事
鬼頭 礼子 先生



(挨拶) 日本医師会長
横倉 義武 先生



(挨拶) 日本医師会常任理事
小森 貴 先生



(挨拶) 神奈川県医師会長
大久保 吉修 先生



(次期担当県)
小山田 雍 先生



(アトラクション) 三崎マグロの解体ショー
マグロー体 (40 kg) でお刺身 200 人分



解体ショーを見学する
横倉・高久・今の3先生



マグロに入刃 (にゅうとう)



(アクション2) フルート奏者
吉川 久子 さん



神奈川県・厚木市医師会会員の
酒造会社「盛升 (さかります)」
大久保会長いわく「ますますさかります」



(シンポジストの集合写真)
鄭・今・鎌田・木内・大滝・小形
松田・吉江の各先生
地域を越えての「絆」



(閉会) 神奈川県医師会勤務医部会幹事
寺崎 雅子 先生

平成 26 年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会

発行 神奈川県医師会
〒 231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町 3-1
神奈川県総合医療会館 3 階
TEL 045-241-7000
印刷 有限会社シュープ rint