

	<p>おりまして、今の初期研修医制度も私は大賛成なんです。医師不足との結びつきをどう説明していくかということは、今後の大事な課題ではないかと思っています。</p>	
○嘉山 ・各診療科ごとの個別の教育風土	<p>心臓外科医と我々脳外科医とは違うんです。なぜかという、我々はニューロサイエンスという、脳も臓器だと思われているのですが、一般の方は脳外科と言ってしまうので。ただ、脳外科の場合には扱っている範囲が、心臓外科医は我々で言えば脳卒中だけなんです。ところが、我々脳神経外科医というのは子供の奇形から、のがんセンターのような脳腫瘍から、外傷から——つまり、脳の内科医みたいなもので全部の範囲をやっているの、ちょっと違うところはあると思いますけれど、その中で特に技術を磨くときに、日本の成績がいいのは、みんなで診ているからです。つまり、ある若い医者がオペレーターだとしても、その後ろにニューロサージョンがついていて、あるいは大学であれば講師がやっている場合には助教授がついていたり教授がついているので、多分トップランナーのデータなんです。アメリカの場合には、相手がコンプリーションなので、誰も診てくれないので成績が悪いんじゃないか、そういう教育風土ということもあるんじゃないかと思っています。</p> <p>ですから、心臓外科医の先生方は心臓外科の手術しにくいのであれば、それは多いと思います。ただし、脳外科医の場合はいろいろな分野をやっていて、今のチームで医療のレベルを上げていっているので、多いか少ないか、手術件数とはパラレルではないと。ですから、科によって違うのではないかと。アートが入ってくるし、サイエンスが入ってくるので、同じようなコンセプトでは専門医制度は決められないのではないかと。その辺も加味しないと、現場と乖離したことになるので、日本の脳卒中医療は一気に崩壊するといったことが起きかねませんので、その辺はご理解願いたいと思います。</p>	各診療科ごとの個別の教育風土
○外山 ・集約化の必要性	<p>それもよく理解しているつもりです。日本の脳神経外科というのはすごく幅広く診ている。私はアメリカにいたときに、アメリカの脳外科医というのは手術のときに、さっきのフラグメンテーションのお話はまさにそうなんです。それはよく理解しています、私は心臓外科と脳外科と一緒にやれとか、そういうふうに思っているわけではないのですが、ここで卒後研修の専門医制度の共通項を見出さなければいけないという部分があるわけですね。</p> <p>そうしますと、今、先生がおっしゃったことは、それはそれで正しいと思うのですが、チームでやっているから脳外科医が手術症例が少なくともあまり関係ないというのではなくて、手術症例をたくさんやっている脳外科医をつくっていけばさらに良くなるのではないかと私は思っていて、手術症例ということだけを取り上げますと、手術症例と総論的な部分での結論というのは、やはり似たようなものが引き出されるのではないのでしょうか。</p>	集約化の必要性
○嘉山 ・これまでの専門医教育	<p>私も手術を日本でも2,000例以上やっていますけれど、そこまで来るまでには淘汰されたんです。つまり、親分の教授がいて、私も医者になって10年目までは手術を1例もしたことはなくて、10年目でやっと許可をされて、そこからは一気に症例が増えたのですけれど、そこまではかなりセレクトされて。脳の手術は死んでしまいますから。小川先生も10年目ぐらいから一気にやったと思うのですが。私のときは8人入って、その中で私のように2,000もやっている人間はいないわけです。そういうのは淘汰をどこでやっていくか。</p> <p>日本人はその辺がすごく下手なんです。あいまいなうちにだんだんセレクトされていくんです。アメリカですと、「おまえ、いいよ」とか平気で言えるんですけど、その辺の文化の違いもあるんです。そうでないと、今度は術後管理をしてくれる人が全くなってしまうということになりますので、手術もやって、術後管理もやるということになると、これは崩壊してしまうことになるので。先生は脳外科の風土ということをおっしゃいましたけれど、脳外科の風土ではなくて、患者さんの風土、病院の風土なんですね。あとは医療制度の風土と言ってもいいんですけど。ですから、それを無視して一気にやってしまうと壊れてしまう可能性があるよということをご理解願いたいということです。</p>	これまでの専門医教育

○土屋	議長権限で聞きたいのですが、先生が淘汰されて残った話はわかったのですが、淘汰された残りの方はその後どうなっているんですか。	
○嘉山 ・脳外科医の範疇	<p>易しい脳外科の手術はやっていますし、神経リハビリの方に回った人もいます。今、リハビリは、先生ご存じのように、心臓リハビリと神経リハビリと整形リハビリの3つに分かれますけれど、脳外科の専門医の獲得目標の中には神経生理学が入っていますので、それをわからない人がやっても、それから、脳卒中という病気もわかっていますから、非常に優秀なリハビリ医になっています。それから、神経麻酔科医になっている人もいますし、その専門医まで取っています。</p> <p>そういう意味では、脳外科医の範疇は内科医と同じレベルではないかなと思っていますので、手術だけやっている人間が脳外科医ではないということです。あとは、普通の易しいのをやっていますよ。外傷とか、急性期の2次医療とか——脳外科の場合は3次医療になるのかもしれませんが、そのくらいのことばやっていますけれど、とんでもない難しいものは、やはりかなりセレクトされた人がやっているというのが現状だと思います。</p>	脳外科医の範疇
○海野 ・地域を担う家庭医の必要性	<p>脳外科も心臓外科も人数割りがアメリカに比べて日本が多いという点では一緒なので、脳外科の方が成績がいいとおっしゃられて、心臓外科も決して悪くはないような気もするので。ですから、これはやり方の違いのような気もよっとするんです。</p> <p>この研究班としては、専門医の話で一つ今問題になりましたのは小川先生がおっしゃられた地方の問題で、その地方の問題の一つのアイデアとして家庭医であるとか総合診療ということがあるのだと思いますし、もう一つの側面として、地域の基幹となっている病院からの医師派遣システムみたいな、それを本来担っていた大学病院の力がそがれている今の状況の中で、それをどういう形で地域で再現していくかという問題があるだろうと。</p> <p>ですから、それは両立し得ない問題ではないのだと思います。もちろん、大学病院でなければならぬということはないと思いますが、地域にそういう病院が絶対必要だというのは、いざというときに運ばなければいけないときもあるわけですから、それは絶対要するというのは、それは動かないことのような気がします。</p> <p>それで、私は先生方にお伺いしたいのは、医学部長病院長会議のお考えとして、先ほど、外科医が減っている問題等ご指摘がありましたが、診療科間の偏在に関しては、どのような問題意識なりその解決の方向性をご検討されておられるのかを教えてくださいたいと思います。</p>	地域を担う家庭医の必要性
○小川 ・病院医療の現状 ・地域住民の運動	<p>これは難しいんですね。解決する特効薬は基本的にはないと思いますけれど、インセンティブを与えるのであれば、一つはインカムの問題がありましようし。ただ、今はインカムだけでは全然だめで、今の病院医療をやっていくのだったら、正常な生活が営めるということが非常に大きなファクターなんです。</p> <p>というのは、例えば田舎の公的病院で小児科を標榜していますと、例えば小児科医が3人いて、夜中の10時に子供が熱を出したというので来て、3時に来て、5時に来て、そして朝の8時半に外来に行ったら250人の外来患者が待っていたと。それで、昼飯も食わないでやっと外来が終わって、入院患者を診て、夕方5時になったらまた同じことが始まると、こんなことではもうやっつけられないわと。それが3人でやっていたら3日に1回まわってくるわけです。</p> <p>そして、1人やめるわけです。もうこんなじゃ、やっつけられない。今、病院医師をやめるやめ方は、開業すればお金がもうかるからやめるというのではなくて、どちらかというと自分はそのまま病院で働かされたら死んじゃうよと。それと、自分が家庭を省みれなくなってしまうと。ですから、昔の開業というのは住宅と医院が同じところだったのですが、今の開業はビル診だし、あるいは開業したとしても必ず自分の家とは離して、9時～5時にしか診ませんよと。そ</p>	病院医療の現状

	<p>うすると責任が来ないわけですね。自宅には連絡来ないようにしておく。そういうことから、岩手とか北東北3県とか、その他の地方医療においては、病院からあと1人医者がいなくなったら、その病院の機能は廃絶するぐらいのギリギリの状態になっています。</p>	
	<p>その中で少しうれい話があったのが、たしか兵庫の郊外だったと思えますけれど、県立病院から、おらが町から小児科の先生がいなくなるというので、住民運動が起こって、お母さんたちが立ち上がり、そして熱を出したぐらいでは夜中に病院にかからないようにしましょう。そういう意味では、地域のお医者さんは宝だということで、住民とともにお医者さんを守っていくようなシステムがないと、もうこれ以上続かないと思います。</p>	<p>地域住民の運動</p>
<p>○嘉山 ・診療科偏在のアメリカの現状</p>	<p>科の偏在に関しては、外山先生はアメリカに12年いらしたということでご存じだと思いますが、我々は脳のことしかわからないのでまた脳の話をしてしまいます。アメリカで一番難しいスカルペス(頭蓋底手術)はアメリカ人はやっていません。アメリカ人というよりは、インドから来た人間ですとか、イランから来た人間ですとか、要するに外国から来た人間が、手間がかかって一番時間がかかる脳外科の手術をやっています。ですから、これは先進国すべてへの警告ではないかと思えます。</p> <p>それはお金ではなくて、今、アメリカで一番人気があるのが耳鼻科だそうですね。要するに、マッチングのときに、アメリカも専門医制はマッチングで決めますから、さっきのライフスタイルがコントロールで、生活もできてしまう、そういうところが一番人気があって、非常に倍率が高い。昔は脳外科だったのですけれど、今はもう変わってきているということで、これは我々医療界だけではなくて、この前の大野病院事件みたいなことも学生にはもちろん影響がありますし、ああいうことも含めて、社会が非常にリスクの高い、そしてディフィカルティ(難易度)が高い、そういう科に行くことをリスペクト(尊敬)するような社会でないと絶対いけませんよ。</p> <p>ですから、これは先進国はみんな悩んでいることで、インセンティブだけでは解決できない問題で、海野先生、どうするんだと言われても、先生のところに産婦人科医が行かないと同じように、10何年前に「少子化」と言った瞬間に産婦人科に子供たちは行かなくなったんですよ。そのときに新聞は何と書いたかという、「お産は少なくなるだろう。開業医はみんな閉めなければいけないだろう」ということをマスメディアが書いたんです。その瞬間に子供たちは敏感に、一気に減ったんです。ですから、社会がいろいろなことを考えないと、科の偏在は単純に何か一つの制度をいじったからということではいけないと思うので、今日いらしているマスメディアの皆さんも、その辺をお考えになって筆を奮っていただかないと、業務上過失であな方は逮捕されますよ(笑)。</p>	<p>診療科偏在のアメリカの現状</p>
<p>○渡辺 ・専門分化の潮流 ・家庭医のあり方と養成の仕組み</p>	<p>私は分が悪い内科医ですけれど、嘉山先生は先ほど外科医は何でもやっただと。内科医も実はそうなんです。というより、内科医こそなんですけれど、昔はともかく大学にいてすら、私は腎臓内分泌なんですけれど、急性虫垂炎の手術も何でも診るとい先生がいらっしやいました。ところが、今はそういう先生がいらっしやなくなりました。私のレジデントの時代の20年前と比べて、高齢化社会というものすごく大きな社会的変革があったように思います。本当は医者の方というのは、臓器別の専門家から、お年寄りはいくつかの疾患を持っていますので、全人医療のできる医者が求められているにもかかわらず、医者の方の社会としてはほとんど専門分化が進んでいるという、非常に逆行した現象になっております。</p>	<p>専門分化の潮流</p>
	<p>そうした意味で、私は最近この班に入れていただいて、家庭医などを勉強し始めたので、小川先生の「理想の地域の医師像」というスライドを出されたときに、ああ、家庭医を小川先生は推進されようとしているのだなと思ったら、大反対というのが後から出てきたので、私は非常に混乱してしまっています。</p> <p>まさにこれが家庭医ではないかと思うのですが、先生の家庭医のご定義と</p>	<p>家庭医のあり方と養成の仕組み</p>

	<p>いうものをまずお聞かせいただいた上で、もしそれが違って専門性を持つということで、例えば脳外科 10 年で初めてオペするとか、博士も必要だということ、今、論文博士を減らそうという動きになっているので、じゃあ博士課程に入ると。そうすると、理想の地域の医師を育てるのに何十年必要なのかということとを2番目にお聞きできたらと思います。</p>	
○小川 ・家庭医の定義の必要性	<p>例えば、「理想の地域の医師像」というのが、定義として、家庭医とイコールとするのであれば、それはいいと思うのです。ただ、先ほどアメリカのインカムの表で JAMA のものを紹介させていただきましたが、少なくともアメリカのファミリープラクティスというのはそれではないんです。ですから、私が申し上げたいのは、家庭医というのをアメリカのファミリープラクティスのことを指して、それを育てようとするのであれば、これは国民の要求とは乖離しているのではないかなということ、アメリカと日本の社会構造、医療の中での医師の構造が違う中で、そこを混同されると非常に困るということなんです。</p> <p>ですから、その辺の定義をぜひ明らかにしてご議論いただければと思います。家庭医という、日本医師会で進めている家庭医と、厚生労働省で進めている家庭医と、プライマリケア学会で進めている家庭医と、全部定義とそこが違うと思うのです。ですから、その辺を十分に定義をされて進まない、同じ言葉を使っているが全然違うことをお話しているということになって、大変な混乱になるのではないかなと思って心配しています。</p>	家庭医の定義の必要性
○渡辺	ありがとうございます。	
○有賀 ・医科大学の教育システムの方向性	<p>昭和大学の有賀です。今、渡辺先生がご質問になったことと多分文脈は同じかなと思うのですが、せっかく医学部長病院長会議ということで小川先生もみえていますので。先ほど嘉山先生が東大の内科だか大学院大学の縦割りみたいな話に少し言及されたので、昭和大学においても、内科系がかなり臓器別にバラバラになっているのを、ぜひ一緒にした方がいいだろうということで、この4月から大講座制になりました。</p> <p>私自身は、いわゆるエマーゼンシーメディスンというか、救命救急のようなあいう生き死にの話ではなくて、普通の救急外来におけるメディカルなプラクティスというのは、多分ハリソンの教科書にも書いてあるのだから、これはもう内科学だろうということで、救急医学講座の中で救急外来で働いているスタッフについては、うんとこさ若手の方は僕に捨てられたと言ったようですが、「絶対にそんなことはしないよ」とは言ってはいますが、でも、その彼らも一緒に大内科の方の講座に移したということで、骨格自体は、大内科に入ればグルグルと回って将来循環器の専門医であっても、呼吸器なり、神経内科なりが診れるような、そういう仕組みをつくりつつあってということなのですが、もし理想の地域の医師像としてこんなふうなことであるといいなと文部省系列の中でお思いになって、医学部での教育を少しくアレンジしてきたと。</p> <p>厚生労働省は厚生労働省で縦割りのわけのわからない専門医がいっぱいいても、結局、おじいさん、おばあさんには役に立たないだろうと言って、臨床研修制度に突っ走ったと。医学部長病院長会議という中では、内科学・・・僕は内科学こそ医学だと思いますけれど、その内科学の体系を昭和大学や岩手医科大学がやろうとしているようなことのように、全体としてそういうふうにしていこうということに実はなっているのか、なっていないのか、よくわからないんです。</p> <p>その辺の話を少し教えていただいて、そしてもしそれがうまくいくとすれば、さっき小川先生がおっしゃったように、途中で国家試験を入れて、うんと頑張っている内科の勉強をしていただければ、臨床研修医であっちへ回る、こっちへ回るみたいなことをやってということは少なくともいいのかもしれない。医科大学全体のことについて、少し教えていただけるとありがたいと思います。</p>	医科大学の教育システムの方向性
○嘉山 ・教育の獲得目標	私は委員会の教育と研究の責任者なので、今までいろいろアンケートもやっていますが、大学によってかなり温度差があるんです。もちろんうちは最初	教育の獲得目標

<p>・家庭医における判断能力の必要性</p>	<p>から、私が学部長になったときから内科は分けていません。なぜかという、内科医が内科医でなくてパーツ屋なので、そこに入った医師が、先生おっしゃる内科医ではなくて、腎臓屋さんだとか肝臓屋さんになってしまうので、これはいかにと。</p> <p>ただ、CBT の教養試験が入ってきているので、あれはどういうことかという、科を取っ払っているんです。つまり、獲得目標で、例えば循環器がわかると。これは何も循環器内科を教えなくて、先生のような救急の先生が教えてもいいわけです。例えば、私が昔から言っているように、外科だとか内科だとかという区分け自体が病気から見れば関係ないわけです。人間が勝手につけた区分けですから。そういう意味では、獲得目標で教育するというのが、4年生のときに試験を受けるコンピュータベーステストですから、あれを医師国家試験などに持っていけば、あるいは卒後の研修に持っていけば、先生がおっしゃるような家庭医ができるのではないかと思います。</p>	
	<p>簡単に言うと、治療は専門でできなくていいんです。まず、家庭医というのは、診断・判断力、あるいはこの患者さんにとってどういう治療法が必要であるかという判断ができれば、医療安全の上からは全く安全ですよ。ですから、この前の脳出血の妊婦を8つの大学を回したというのも、あれは判断力の問題なんですよ。あのときにちゃんと診療判断していれば、適切な医療が受けられたと思います。</p> <p>それから、割りばし事件もそうですよね。割りばし事件も、あれはプライマリケアは耳鼻科の先生は全く回っているのだと。穴があいていて、ヨーチンを塗ったというのはプライマリケアとしてはいいんですけど、あそこにはしの棒がかかって、それが患者さんにとって今何が必要なのかという判断能力に問題があるんです。それが今、いろいろなところで問われていて、医師の力が無い。これは実は医療界だけではなくて、マスメディアも全部同じで、会社でも同じで、人間力が無いので、自分の知っていることだけしかできないという人間ができてしまっているんです。ですから、それが医師にも当てはまっていて、それがさらに加速化されたのが内科の分断化ということではないかと思えます。</p>	<p>家庭医における判断能力の必要性</p>
<p>○有賀</p>	<p>そうすると、今の医科大学は総体としては、先生方お二方が言われるような、または僕が、こういう内科がいいんじゃないかなと思っている、そういう方向性でモディファイ(修正)されていくと思っていいいのでしょうか。それとも…。</p>	
<p>○嘉山 ・家庭医の養成と必要な役割</p>	<p>今日も福田先生の CBT の結果で、私も理事をやっているのびっくりしたんですけど、またもとへ戻ってしまったのかというぐらいに、各講座の教授が自分の研究などを教えて、要するにアドバンスドコースというんですけど、コアを教えなくて、医師として最低限必要な…昔、我々でいえば、(吉利和)さんのあの内科診断学、あるいはハリソンの内科学、あれをきちっと教えていないんです。</p> <p>ですから、例えば頭痛一つ見ても、この前の産科の問題で、あれを子癇と思うか、左右差があったら完全に頭だよということを思うかということが判断できれば、何も問題はないんです。それが判断できれば、緊急だということもわかりますし。それが判断できなかったからこそ、ああいうふうになったのではないかと思うのです。</p> <p>ですから、家庭医というのは、それができれば、急性期の動脈瘤や心筋梗塞だったら、別でそのまま治療しなければいけないけれどアクセスがちよっと遠くても送れるわけで、そうすれば適切な医療ができるのではないかと思っています。</p>	<p>家庭医の養成と必要な役割</p>
<p>○有賀</p>	<p>そうすると、全国にあるたくさんの大学の内科学の先生方は、必ずしも全体の流れをそういう方向へ持っていくという話でもないと考えた方が良さそうですか。つまり、その人とすれば、専門医といったときに、厚労省が一生懸命やってきたようなことの延長線上に僕らも考えなければいけないのかもしれない</p>	

	し、この班会議の班長は、文科省の教育のシステムそのものにもうちょっとザクザク切り込まなければどうにもならないという話になってしまうと思うのです。	
○嘉山 ・大学教育の変化	いくら小川先生が豪腕でも、私が声が大きくても、なかなか各大学の学部長はまず、替わるんです。一時、意識改革ができて、学部長が2年とか4年、私みたいに長くやっている者もいて、唯一私が一番長いですので大体流れがわかっているわけです。けれど、学部長が替わってしまうと、また全く元のもくあみになる可能性もあるんです。ですから、今後は80医科大学にきちんと情報を流して、あとはファカルティディベロップメントを最近よく大学がやっていますので、それを医学教育学会などでやっていく必要があるんですね。ただ、小川先生がおっしゃったように、10年前と比べれば、大きく大学の教育は変わっています。それは先生方も自覚されていると思いますが。	大学教育の変化
○土屋 ・家庭医、専門医のキャリアパス	今日は学長先生と学部長先生の熱意あふれる状況だったので、あつという間に2時間がたつてしまいましたが、機会があればもう一回ぐらいご意見をお聞きしたいという気がいたします。今日質問したくてできなかった先生もいらつしやると思いますので。 議長の特権で、最後に2つだけ確認をさせていただきたいと思います。1つは、先ほどの「理想の地域の医師像」ですが、これは大変皆さんに受けたと思いますけれど、特に私ども大都会で開業あるいは診療所を持つと、専門性があることがインセンティブに確かになると思います。また、商店街を見ると、内科医でも3つも4つも看板があれば、ある程度専門性があると、そこでクリニックとして総合力が発揮できるという面もあると思いますが、先ほどからこだわりますので、一人診療所に行ったときに、そこではなかなか専門性を発揮できる症例にはたくさん見つからないと。そうすると、これは5年とか10年たつてまた大学院へ戻るとか、その辺のキャリアパスについてはどうお考えでしょうか。もしアイデアがおありでしたら。	家庭医、専門医のキャリアパス
○小川	田舎の開業医でも、開業されるときには結構なお年になっています。ですから、若くて開業するというわけではないと。そうすると、「消化器だったら私は専門だよ」、「消化器内視鏡は私は大得意ですよ」、「消化器のことだったら、私が診てあげれば、盛岡まで行く必要はありませんね」と。けれど、例えば、糖尿病の患者さんを「この患者さんは私が診て処方しても大丈夫だな」という判断ができるか、それとも、「ちょっとおかしい糖尿病だ。これは糖尿病の専門家に1回は診てもらって、そして、判断をしてもらって、治療方針を決めてもらって帰してもらった方がいいかもしれない」ということが判断できればいいだけの話なので。 ですから、先生のおっしゃっている都会の開業医も田舎の開業医も、私は基本的にはそんなに変わらないと思っています。	
○土屋 ・大学院と職業教育のあり方	もう1点だけ、これで最後にいたしますけれど、先生が先ほど研究する心というのは大変大事だと言われました。これは私もそうだと思います。新しいものを取り入れるという気性。ただ、その研究する大もとの大学院ですが、本来は大学院というのは研究する、あるいは研究者を育てることが大きな目的だと思うのですが、例えば、文科省でがんプロフェッショナル養成プランというのをつくりましたね。これはいわば職業人を育てると、職業教育的なもので大学院を利用したという形なのですが、これについては現場でごらんになって、今後、大学院をこういう扱い方をしていくのか、あるいは職業教育であれば、アメリカのレジデントのようなきちっと給料を払いながら教育もしていくと。どちらを学部長病院長会議としてはお考えでしょうか。	大学院と職業教育のあり方
○嘉山 ・職業教育と大学院教育のあり方	今日は厚労省の方がいらしているでしょうけれど、あれはもの見事にやられたという感じがするのですが、例えば、あのがんプロのお金は、一番もらったプログラムで9,700万円です。それは3つの大学です。一番もらっていない	職業教育と大学院教育のあり方

	<p>いところは、12 の大学で 5,000 万円でしたか。ですから、1 大学 500 万円ぐらいしかいっていないんです。あれでがんプロの教育をしるなんていうのは…。あれは厚生労働省ではなくて文科省でしたが、元厚生労働省がやったんですね。とんでもないプログラムで、あれは我々としては不満なんですけれど、出せというから出して、通りましたけれど、あれでできるわけではないと思っています。</p> <p>大学院の問題ですが、日本の大学院の一番の欠点は、基礎の教授なら教授の仕事をお手伝いしながら、論文で取ると。ですから、課程博士といいながら、実は論文博士なんです。</p> <p>うちのことを言って申しわけないんですけど、うちはもう大幅に変えまして、土曜日でも講義をやる、試験もやると。つまり、免疫の教室へ行って、血液の方の免疫はわかるけれど、神経免疫は全くわからないというのが大学院の博士号を取ってきた日本が異常で、ですから、うちは学力を全部つけさせて、そして試験もやって、その領域の専門家を学者として育てると。そういう大学院に変わっている大学が少しずつ出てきていますから、その中で臨床のがんプロなんかをどうするのだと先生はおっしゃいましたけれど、それはクリニカルリサーチということを考えればいいわけで、基礎は今の免疫の話为例えで出しましたけれど、例えばコホートならコホートの研究は大体全部知っている。例えば、心臓病のコホートを今実際はやっているけれど、糖尿病のコホートもできると。そういう学力をつけさせるようなクリニカルリサーチを大学院でつくっているところもありますので、少しずつそういうリンクしていくことが必要ではないかと思っています。</p>	
<p>○小川 ・大学院のこれからのあり方</p>	<p>先生がおっしゃったことは非常に重要なことで、私自身の個人的な見解から言いますと、大学院はただ単に学位をあげる、博士号をあげるというだけではなくて、これからの大学院は、職業人大学院も含めて、生涯学習の核になるところになるのではないかなと私は思っています。それができるかできないか。</p> <p>それから、お金が、これに関してもさっきの高等教育に対するお金があまりに低過ぎると。今、国立大学が運営交付金が非常に減額されて大変苦勞しているわけで、こういう中ではそれを具現化することはなかなか難しいかなとは思いますが、結果的には医療費抑制政策、高等教育費抑制政策をどうにか改善をしないと、なかなか改善はしないだろうなと思っています。</p>	<p>大学院のこれからのあり方</p>
<p>○土屋</p>	<p>話は尽きませんので、この辺で終わりたいと思います。 それでは、事務局から次回の日程をご紹介します。</p>	
<p>○渡邊(事務局) ・次回案内</p>	<p>次回の日程ですが、12月5日金曜日、15時から17時まで、慶応義塾大学の信濃町キャンパスで、家庭医療学会関連の三学会の長の先生方をお招きして、家庭医、総合医についてご議論いただく予定となっております。日程が近づきましたらご案内し、ホームページにも公開したいと思います。</p>	<p>次回案内</p>
<p>○土屋</p>	<p>今回は、今日も問題になりました家庭医の定義をもう少し明確にしていきたいと思っています。よろしくご協力ください。</p> <p>今日は、私もそうですけれど、ちょっとしり切れトンボで、まだまだという気持ちがありますので、お二人の先生方は大変ご迷惑かもしれませんが、できればもう1回ぐらいという気が私としてはしております。また事務局と相談して日程を決めたいと思います。</p> <p>本日は、どうもありがとうございました。</p>	

第5回班会議 会議録

日時:平成 20 年 12 月 5 日(金)15:00~17:20

場所:慶應義塾大学 新教育研究棟 講堂1

出席:土屋(進行)、有賀、海野、江口、岡井、葛西、川越、阪井、外山、渡辺

前沢政次先生(日本プライマリ・ケア学会会長)

山田隆司先生(日本家庭医療学会代表理事)

小泉俊三先生(日本総合診療医学会運営委員長)

<p>○土屋 ・開会挨拶 ・今回の趣旨説明 ・本日の議事進行の流れ</p>	<p>それでは、時間になりましたので、厚生労働科学研究費補助金「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究」班の第5回班会議を始めさせていただきます。 本日は、慶應義塾大学の渡辺准教授にいろいろお世話いただいて、教室の方に机の並べかえまでやっていただきまして、本当にありがとうございます。 また、この班会議は、予算規模も非常に小さくやっておりますが、私を助けてくれる仲間が増えまして、とくに学生さんが、自分の将来を考えて興味を示しているいろいろなお手伝いをしてくれまして、助かっております。あらためて御礼申し上げたいと思います。また、逆にそれだけ期待をされているかと思うと身の引き締まる思いで、立派な報告書をまとめて、この後期研修を軌道に乗せるような提言ができればと、あらためて強く思う次第であります。</p>	<p>開会挨拶</p>
	<p>本日は、第5回ということで、お手元の議事次第に書きましたように、日本総合診療医学会の小泉運営委員長、日本家庭医療学会の山田代表理事、日本プライマリ・ケア学会の前沢会長にお越しいたいて、特に家庭医、総合医という観点からお三方にお話を伺うことしております。 また、その後、川越委員から所感を述べたいということで、川越委員からもお話を伺うということで、2時間では盛りだくさんなものですから、討論の時間が少し限られるかもしれませんが、よくお三方のご意見を聞いて、以前の会でも、専門医というものを考えるときに、対する家庭医、総合医を含めて専門性という観点から検討していった方がよろしいという方向にあると思いますので、そういう意味で、家庭医あるいは総合医、総合診療医というものをどのように考えていったらよろしいかというのを、今日の三人の先生方のお話で皆さんの頭の中がクリアになればと思います。そして、それをもとに、各専門分野はどうやっていったらいいのか、というところにお話が還元できればと思っております。</p>	<p>今回の趣旨説明</p>
	<p>それでは、時間が限られておりますので、早速始めたいと思います。今日は順番が、最初に日本プライマリ・ケア学会の前沢先生、2番目に日本家庭医療学会の山田先生、最後に日本総合診療医学会の小泉先生という順番でお話させていただきます。まず、お三方のお話を全部聞いた後で、ご質問、討論に入りたいと思います。 また、いつもの班会議どおり、全部公開とさせていただきますし、審議の内容は逐語訳で議事録としてまたホームページに掲載させていただくことをご確認ください。 今日はテレビ局は特に入っておりませんので、お化粧はしないで結構ですが、声はそのまま録音をとらせていただくことをいつもどおりご理解を願いたいと思います。 また、報道の方には、そのまま自由にお伝えいただいて構いませんので、よろしく願います。できるだけ多くの方に生の声で正確にご理解をしていただきたいというのが私どもの班の趣旨ですので、その班の趣旨をご理解いただいて、どうぞご協力いただければありがたいと思います。それでは、早</p>	<p>本日の議事進行の流れ</p>

	速、前沢先生、よろしくお願いたします。	
○前沢 ・自己紹介 ・学会の特色の変遷 ・学会の構成 ・専門医・認定医制度とプライマリケア医の診療の要素 ・目指す総合医と学会の取り組み	日本プライマリ・ケア学会の会長を務めております前沢と申します。会の性格は、ご存じの方とそうでない方といらっしゃるかと思いますが、31年前にスタートした学会でございまして、私の前まで7名ぐらいの先生方が会長を務められましたけれど、皆、大都会の開業医の先生方が会長を務めておられまして、大学の教員が会長になったというのは、私は昨年5月末からですが、初めてでございます。 今日は学会を代表してということになっておりますが、かなりの部分が個人的な意見ということでお受けとめいただければありがたいと思います。	自己紹介
・三学会連携による認証制度と合併の予定 ・生涯教育プログラム ・学会が考える総合医の役割 ・専門医としての総合医のあり方と研修の必要性 ・地域に即したプライマリケア ・今後の研修プログラムと横断型の専門性	我々の学会の特色ですが、30年前に発足したときは、何科の専門医でもないということで、開業の先生方が多かったわけですが、内科、小児科の先生方はもちろん、眼科であったり、脳外科であったり、いろいろな先生方がご参加をしてくださったということでございます。といえますのは、この学会の前身といえますか、今でも存続しておりますが、「実地医科のための会」というのがございまして、実地医科というのは、当然、何科の医師であっても開業とか住民の方に身近な医療を提供しているということでありまして、何科でもありということでありました。 ただ、30年たちますとだんだんと様相が変わってきて、途中からプライマリケアに特化した医師のあり方ということで、家庭医と呼ばれるような医師のこともいろいろ議論をしましてまいりましたし、この学会をやりながら、私は家庭医療学会をつくる最初の準備段階のことをやらせていただいたりということで、多少複雑な問題もございまして。 ただ、最近の学術大会の様子をみますと、内科の先生方が主になってきて、特に言葉として適切かどうかわかりませんが、地域ケアということで、特に福祉とかかなり結びついた在宅がメインになることもありますし、高齢者ケアということもあるかと思っておりますけれど、そういうことを多職種協働でやっという人たちの集まりという印象を受けます。	学会の特色の変遷
	私どもの会はほかの2学会とやや異なるところは、医師の集まりと書いてはおりますが、現在、4,600名の会員がおりまして、3,500～3,600名が医師でございまして、後は歯科医師、薬剤師が主にほかにおりますし、そのほかには、看護職とか、地域で頑張っておられる介護支援専門員の方とか、地域ケアに携わっている多職種の方で形成されている学会ということでご理解をいただきたいと思っております。	学会の構成
	今回の後期研修につながるようなテーマであります専門医・認定医制度でございまして、1978年6月に我々の学会が設立されまして、1993年ですので、15年ぐらいたって、認定制度というものをつくるべきだということでございまして、これはこれまでどんな専門科をやってきた人でも、プライマリケアのコアの部分をきちんとやる方であれば受験ができるということでやってまいりました。そのころから、議論としては、先ほど申し上げたプライマリケアに特化した専門医的な要素を持った、特に若い世代の医師を育てなければいけないということで、2001年4月からは専門医試験をやっておりまして、現在、認定医は1,000名、専門医は50～60名でございます。そういう数でやってまいりました。これは歴史でございますが、最初にこういう制度をつくらうといったのは、「地域を基盤として、継続的に展開される包括的、ならびに全人的なプライマリケアについて、その知識、技能および態度を習得し、かつこれを実践している医師を学会として認定し、もって会員の資質の向上と我が国のプライマリケアの発展に寄与する」という考え方でスタートしたわけでございます。 どんな範囲の診療をするかというのは、グレーゾーンがたくさんございまして、アメリカの国立科学アカデミーの定義に倣って、下に書いてございまして5つの要素をきっちとあわせ持つプラクティショナーと考えております。「近接性、包括性、継続性、協調性、責任性」でございます。最近では、「責任性」という言葉	専門医・認定医制度とプライマリケア医の診療の要素

	<p>にかえて、「文脈性」とか「コンテクスチュアル・ケア」などとも言われておりますが、大体こうした要素を中心に考えてまいりました。</p> <p>先ほども申し上げましたように、専門医と認定医がどう違うかということであります。プライマリケアに特化した研修を5年以上された方ということで、研修プログラムというのはどういう行動目標を持つかということが書いてございまして、これはあってもなくてもいいのですが最低会員歴が3年ということで、事例を20例出して、後はOSCE(客観的臨床能力試験)的なアセスメント(評価)をしまして、筆記試験をしていくということで、専門医をやっております。</p> <p>それから、認定医というのは、活動があって、症例を出して、modified CSA question(臨床能力評価試験)などで比較的取りやすいという形で、現在、約1,100名の方が取っているわけでございます。</p>	
	<p>学会としてどういう総合医を目指しているのかということでありますが、我々の学会は何でもあり——という非常にあいまいになってしまいますけれども、目指しているところは、現在、私も会長になりましてこれまでの歴代の会長の考え方を少し刷新しながら、かつ伝統は引き継ぐという形でございまして、国民の健康づくりへの支援、それから、会員が非常に多くなっておりますので、全国の都道府県の支部、ブロックごとの地方会というものをきちんと整備しなければいけないという課題を今やっているところでございます。</p> <p>それから、多職種協働ということでございますので、医師以外の人たちを排斥するということではなく、包含して学会を進めなければいけないことがありまして、プライマリケアチームというものを少し考えて、多職種協働で、それを確認した地域ネットワークつくというものを大きなテーマとして、委員会もつくり、病診連携の問題や診診連携、福祉と医療の連携というあたりを今いろいろと構築しているところでございます。そして、モデル的な活動を全国に発信しているという仕事をしております。</p>	<p>目指す総合医と学会の取り組み</p>
	<p>それから、専門医というのが自分でやってきてはいたわけですが、家庭医療学会、総合診療医学会とかなり共通点がございまして、これを機に、日本医師会とも連携をとって、共通したカリキュラムで共通した認証制度をきちんとつくるべきではないかということでやっております。</p> <p>そうこうしているうちに、三学会は合併すべきではないかと、国民のためにも、医学界に対しても、きちんと共通点を見いだして、大同小異で連携をしていこうという時期になっておりまして、現在のところ、2010年の4月を目指して合併の予定になっております。</p>	<p>三学会連携による認証制度と合併の予定</p>
	<p>それから、教育ということに大変力を入れてまいりまして、指導医の育成強化ということで、ここ10年ぐらい、ワークショップ形式の体験型学習というものをやっております。生涯教育プログラムというのは、家庭医療学会などに共通するところがありますが、学会の学術体系の中で、また、秋期セミナーと称して、2日間、今年は3日間、生涯教育の充実に努めて、会員の診療の質の向上ということを目指してやっております。</p>	<p>生涯教育プログラム</p>
	<p>我々の考える総合医の役割でございます。</p> <p>まず、日常病の診療ということで、生活習慣病、慢性疾患に代表される仕事をしているわけでございます。</p> <p>それから、最近の課題としては、うつ病ですとか、メンタルヘルス的なこともかなりこの日常病の中に入ってきているという印象を強く受けますし、我々の母体となっております国際的な学会でWONCA(世界家庭医学学会機構)というのがあります。そこでもメンタルヘルスやへき地医療ということが今年の学会の大きなテーマでありましたので、我々もその辺のことを含みながら、日常病をきちんとできるようにしていこうということでございます。</p> <p>それから、範囲としては、一般には大人を診ておりますが、小児を診ている方もいらっしゃるし、地域によっては整形外科疾患、皮膚科疾患、そのほかのところも、付近に専門医が少なくてやらざるを得ない医療というものもあるわけ</p>	<p>学会が考える総合医の役割</p>

	<p>でございます。</p> <p>それから、相談機能、紹介、連携ということで、つながりのある医療を展開していこうということで、より患者さんにとっては効率よく専門医につながっていく、そして専門医が不必要な状況に対してはきちっと我々が答えを患者さんと一緒に見いだしていく、そういう仕事でございます。</p> <p>それから、専門医療の補完ということを考えておりまして、小児科の救急の軽症の部分がある程度担わなければいけないとか、産科に関しても議論の最中ではございますが、ある程度の妊婦の管理などもお手伝いしなければいけないのではないかと。そういったことをその時々に応じて柔軟に専門医療をカバーしていくような総合医でなければいけないだろうということを考えております。</p> <p>それから、プライマリケア・チームということで、在宅重視の高齢者の地域ケアということがかなり大きな我々の仕事になってまいりましたし、予防活動ということも含めて、行動科学等を勉強しながら、特にメンタルヘルスということ考えますと、自殺予防のプログラムなども含めたメンタルヘルス・プロモーションということも視野に入れております。</p>	
	<p>今後の医療に対する提言であります。こうした医師を目指すには、これからの医師たちには後期研修ということを義務化していかなければいけないのではないかと考えております。もちろん、専門科をやってから受けるということであってもいいと思いますが、専門医療の細切れ的な寄せ集めの知識や技術で総合医をやるということ、ちょっとおかしいのではないかと私は思っております。</p> <p>そういう意味では、患者さんと医師の1対1の医療だけではなく、プライマリ・ヘルスケアの理念というものをきちっと踏まえて、研修をして、実力を身につけていただきたい。特にそれは地域へのアプローチ方法を身につけることだということでもあります。</p>	<p>専門医としての総合医のあり方と研修の必要性</p>
	<p>これはオーストラリアのGP(総合医)の協会などがつくっているものであります。ジェネラルプラクティスとプライマリ・ヘルスケアとポピュレーションヘルスということで、横が疾患から予防まで、縦が個人から地域全体に対する医療で、これらをひっくるめてある程度やっていくということでありまして、多職種協働の福祉と連携した医療もありますし、予防的な医療、そして地域の対象人口のニーズというものをきちっと把握して、政策的な医療をやっていく。そして、地域づくりも一緒にやっていく。この辺のところは大きな問題かなと思っております。</p> <p>そういう意味では、これまでの開業の先生は、病院での専門医療の研修をして、そのまま専門医化した開業という形ですが、専門をやっていた方が総合医をやるようになるためには、総合医の研修というものをやっていたら、地域の総合医として開業していただくような道筋をきちっとつくっていかないとはいけないのではないかなと思っております。</p> <p>これは地域のアプローチ方法で、ニーズのアセスメント、そして量的・質的なデータを集めてニーズを定義づけて、その解決法を図っていくということで、これをコミュニティ・オリエンテッド・プライマリ・ケア(COPC)と呼ばれておりますが、この哲学をきちっと身につけるべきではないかと思っております。</p>	<p>地域に即したプライマリケア</p>
	<p>最後に、新しい認定制度で、現段階では、三学会共同の後期研修のプログラムを家庭医療学会のプログラムを基礎にしてつくっていくという段階でございますが、これから日本医師会がどう出てくるかわかりませんが、今、私が個人的に考えている私案でございますが、総合医研修を3年やる。これは新卒の方は3～5年目はもちろんであります。専門医からの転向をしておられる方もできるだけこういう研修を、あるいはこれに準じた研修をしていただいて、総合医の認定ということで、専門を持ちながら総合をやるということもある程度許容していかねばいけないのではないかと考えております。</p> <p>それから、我々に特化したいろいろな働く場所、地域がどうであるかということ、それぞれの専門性——と言っているのかどうかわかりませんが、縦割りの</p>	<p>今後の研修プログラムと横断型の専門性</p>

	<p>専門性ではなく、横断型の専門というものを幾つか身につけていただいて、それから地域の総合医と病院総合医というものが水平型の専門医として認定されるような形に持っていければと思います。特に若い方々にはこういうことを目指していただいて、日本のプライマリケアの質を高めていきたいと願っているところがございます。</p> <p>ご静聴をどうもありがとうございました。</p>	
○土屋	<p>どうもありがとうございました。多分たくさん質問があると思いますが、共通点もあると思いますので、メモをしておいていただいて、お三方が終わったところでまとめてお聞きしたいと思います。</p> <p>それでは、続きまして、日本家庭医療学会の山田理事にお願いいたします。</p>	
○山田	<p>家庭医療学会から参りました山田と申します。今日は、このような機会を与えていただきまして、班の皆さん、会場の皆さん、ありがとうございます。</p> <p>僕は、ご案内のとおり、家庭医療学会の代表ということで来ましたが、前沢先生と同じように、僕自身も多分に私案ということがございますので、私見を中心に、特に今日は一次医療を担う医師の医療の質を中心に話をさせていただきます。この前の会議の議事録を少し読ませていただきましたが、できるだけ私ども一次医療に携わっている者の立場から、ということが後期研修として必要かということを中心に話をしていければと思います。</p>	一次医療を担う医師の医療の資質と研修
<ul style="list-style-type: none"> ○山田 ・一次医療を担う医師の医療の資質と研修 ・患者の個性の理解の必要性 ・診療所における高齢者の慢性疾患管理 ・分化型の専門医と一次医療を担う総合医が求められる資質の違い ・一次医療で求められる医師の資質 ・一次医療における職場に適合した研修の必要性 ・救急における一次医療、地域の病院の役割 ・家庭医養成における地域病院と開業医の活用 ・地域のニーズと機能に応じた研修の重要性 ・家庭医の研修プログラムの概要 ・家庭医研修プログラムの運用と偏在是正の可能性 ・継続的なケアの重要性 	<p>これは僕自身がよく大学の講義のときに使うスライドですが、腰の曲がったおばあさんが毎週、僕の診療所に「腰が痛い」と言ってやってきて、レントゲンを撮って、骨粗鬆症で圧迫骨折があって、それに焦点を当てて、一般的に行うようなカルシウム剤や鎮痛剤や湿布剤などで治療をしていたのですが、あるとき、往診に呼ばれて行ったら、介護のことを大変やっておられて、なかなかそういうことをおっしゃらなくて、行って初めてわかった。</p> <p>この方の腰痛を治すために、できるだけズームインして腰だけを診ていると腰の治療になってしまったのですが、ズームアウトしてこのおばあさんの生活を見ると、実はこのおばあさんの処方せんは、介護ヘルパーさんの導入というのがこのおばあさんの生活の質を上げてあげるための最も重要な手段だったと、自分の自戒の症例としていつも出すところです。</p> <p>もちろん、急性期の病気や非常に重症な病気はしっかり診断して適切な介入が必要で、そのためには、こういった疾患モデルをしっかり理解することが重要なのですが、一方で、同じ感染患者さん、あるいは同じターミナル(終末期)の患者さんといっても、今のおばあさんではないですけど、個性———どういったところで生活をされて、どういう役割をされていて、どういう思いで生活をしているのか、そういうことを理解する必要があるということを強調したかったところです。</p> <p>ということで、身近に患者さんと接する時間が長い、何回もおつき合いをする、あるいは年余にわたっておつき合いをするという医師にとって非常に重要なのは、こちらも重要ですけど、むしろ患者さんの生活を支える視点で、そのためには病人を理解しなければいけない。そのためには、個性ですとか、家族ですとか、その方の全人的な、あるいは幅の広いことを理解する必要があるということです。</p>	患者の個性の理解の必要性
	<p>細かい字で申しわけありませんが、私は自治医大の卒業生で、へき地勤務が20年弱ありますけれど、10年ぐらい前に同僚と5カ所の診療所で、人口1万人ぐらいの人たちをカバーして、1年間データをとったときの資料です。新しい健康問題、コモン(一般的)な問題として何があるかということですが、トップは風邪です。これは全世界どこでやっても、GP(総合医)あるいは家庭医のところにはそういう人たちが来るわけですけど、トップの20位で50%を大体カバーできるのですが、その中でも上位に、湿疹(しっしん)ですとか腰痛ですとか切り傷ですとか、診療料をかなりまたがるものが出てくるということを理解していただきたいと思います。</p>	診療所における高齢者の慢性疾患管理

それから、診療のうちの6割以上は継続的な慢性疾患管理が多いということが実情です。その中には高血圧がトップですが、それ以外にも糖尿病もそうですけれど、ただ、その上位 20 位までやると6割ぐらいがカバーできるのですが、その中には、骨粗鬆症ですとか、白内障、睡眠障害、ぜんそく、脳卒中後遺症等々、かなり幅の広い疾患をカバーする必要が出てくるということです。これは1人の 70 歳を過ぎた症例の方を 10 数年追いかけた模式図です。高血圧を持った患者さんが早期がんが発見されて、その後、慢性の気管支炎を持ったり、変形性の関節症や白内障や耳鳴りがあるといった方が、年余にわたって、平均すると5個以上、高齢の方々はそういう疾患をずっと管理せざるを得ない。これを総合病院で行うと7~8人の医者が管理をしなければいけないということですが、安定期の慢性疾患の管理というのはそんなに特殊な技能を要さないものですから、1人の医師がマネジメントすることが非常に適切ではないかということで、これは高齢者のことに少しシフトしてお話しました。

我々が大学時代に学んできた医学というのは、どちらかというと分化志向で、高度な知識を求めするためにそういうことに分化していたと。一方で、現場では患者さんに対応しなければいけないとなると、今お話ししたとおり、非常に幅広くやらなければいけない。

そこで、何が重要かという、患者さんと非常に長くおつき合いすることが重要になってきます。ですから、分化医と書きましたけれど、私は総合医も一つの専門医だと思っていますのでこういう表現を一部使いましたが、分化型の臓器専門医にとっては、質を保つためには、同じ病気をずっと 1,000 例、2,000 例診た人の方が価値が高い。一方で、総合医として、町医者として地域でやっていると思うと、1人の人に、あるいは1つの家族に、あるいは1つの地域に長くいて、広い分野を対応して、いつでも相談に乗ってあげるということが実は一次医療の質の根幹にかかわるところだと。

ですから、こういった志向を持っていく医療と、患者さんに身近に提供する医療とをあわせ持って両方をこなしていく、1人の医者がずっと担っていくというのは、不可能だということを認識した方がいいのではないかなと思います。

これは言うまでもありませんが、三次医療で必要とされる医療の質というのは、一般的に、特殊な病気に詳しいとか、1つの分野に最先端のものを持ち込んでくるとか、そういった医療機器を使って、プロセスよりも結果——手術成績とか生存率とか合併症の発症率とか、そういうアウトカムで評価するのが三次医療の質だと思います。

ただ、そういう視点で一次医療に来られますと、基本的には、一次医療の現場でも同じようなことをする習性はどうしても身につきますから、自分の一般的な診療所へ来た外来ですら、自分の専門の疾患をできるだけ見落とさないようにするという習性が働きますし、そのためには、専門的な検査を網羅的に行いがちですし、一次医療の段階でCT を撮るとか、普通の患者さんに多く使いがちになるということがあります。

それで、先ほどお話ししたように、比較的安定した一次的なケアで十分済む慢性疾患の管理にも、複数の医師の手が必要になってしまうということで、一次医療に高度のキャリアを持った人たちがそのまま入り込んでくるというのは、非常に不適切なことを生みかねないということがあります。

分化型の専門医と一次医療を担う総合医が求められる資質の違い

一次医療で何が求められているかという、我々は日常病と呼んでいます。風邪ですとか高血圧ですとか、そういった日常的な健康問題に詳しいことが非常に重要だと。それから、包括的な、全身がある程度診られること。「全身が診れる医者なんているのか」と言われるかもしれませんが、一次のことに限って言えば、十分研修が可能ではないか。それから、特に病初期の診断がまだはっきりつかないときに、診療所レベルで診断がつくというと限られていますが、そういうときに適切な介入ができる、あるいは、その中でも重大な疾患を見落とさない、そういう能力が非常に重要だと思います。

それプラス、非常に大事なものは、三次の現場よりも一次で最も大事なものは、コミュニケーションであるとか、この人は何のために目の前で診療所に来ているのかということをよく理解して、適切な介入に努めることが非常に重要だという

一次医療で求められる医師の資質

	<p>ことです。</p> <p>ということで、専門医療がうまく機能するためには、こういった一次医療もうまくプロがやった方がいい。そのプロはどういうものかという、日常病に詳しくて、今お話ししたおりの要素があり、主に外来対応が主体ですが、できるだけ長く、家族全員をいつでも、だれでも、どこでもという格好の診療が非常にふさわしいのではないかと思います。</p> <p>ということで、一次医療で必要とされる総合医の持つべき資質というのは、先ほど前沢先生のスライドにもありましたけれど、身近で、長く、全身を、それでもってほかの職種とも協調して、コンテクスチュアル・ケアと書きましたが、患者さんの思いだとか、患者さんの個性を尊重するようなケアが非常に重要だろう。これを重要視しようと思えば思うほど、その方と長くつき合う必要があると。</p>	
	<p>今までの医療というのは、どちらかというと一つの専門性があることが医療の質を担保すると言われがちで、これさえあれば、病院へ行こうが、診療所を開こうが、一つの医療の質が保たれていると思われがちだったのですが、実際の現場でおおむね人がコモンに起こる問題に対応している、それよりは今後の総合医や家庭医はコモンな問題をよく研修をして、これが本当にできるかと言われるかもしれませんが、うつや鼓膜を診ること、あるいはひざの関節を穿刺(せんし)すること、あるいは皮膚の白癬(はくせん)菌の真菌を検査することぐらいは、外来設定であれば、対応することはそんなに不可能なことではないと思います。</p> <p>私自身は、医師の研修というのは、どちらかというと機能別に、生涯にわたってやる職場にフィット(適合)するような格好でトレーニングをするべきではないかなと。ですから、一次医療の現場では、先ほどからの繰り返しになりますが、こういった形でやろうと。</p> <p>とかくこちらが質が高いと重要視されがちですが、一般に地域病院の非常にジェネラル(総合的)な部分の基本的な診療科の先生たちの診療も実は非常に重要で、整形外科であれば、一般的な骨接合術や、産婦人科の分野であれば通常の分娩(ぶんべん)や、そういうことを支えるような地域病院の役割、あるいは研修というのは非常に重要ではないかなと考えています。</p>	<p>一次医療における職場に適合した研修の必要性</p>
	<p>特に救急の問題は非常に重要で、救急に対しても機能別によりしっかり応えていくシステムだと。そのためには、今、三次救急が破たんしている現状がいつも報道をにぎわせますが、まずは一次医療で対応することをしっかりやることの方が実は重要で、そこをまず食いとめないことには、二次、三次の混乱が起こっているというのは否めない事実だと思います。</p> <p>では、何を一次医療が受け持つべきかという、少なくともかかりつけ患者さんとか日中診察した患者さんとか、クライアントだと思っている人たちの時間外の対応は、一次医療の人たちがすべきではないか。これをあまり言う、「そんなことはできるわけがない」とおっしゃられるかもしれませんが、少なくとも、電話を受けるとか、相談だけ乗るとか、あるいはグループで対応するとかということをやって、比較的安定した、あるいはいつも診ている患者さんのいつもの病氣——いつも診ているといっても、アクシデントが起こって交通事故に遭ったようなときは別ですから、いつも診ている人がいつも診ている病氣で重篤になった場合には、それこそがかかりつけ医の最も重要な役割だと思いますので、ここを保証してあげてをまずしないと、救急の問題はなかなか解決しないのではないかと。</p> <p>それがあってこそ、二次救急といいますか、地域の病院は基本的には救急車を全部受け入れるべきだと思います。そして、それを担保してあげるためには、手に負えないものは全例、三次病院へ送る。そして、三次病院側は、二次救急から来たものは全例断らない。そういうことを整理していくためには、どうしてもまず一次医療を最初によりしっかり対応するというのが、非常に重要な鍵ではないかなと思っています。</p> <p>ということで、一次医療の専門家というのだったら、いつでも、だれでも、何でも、一応は対応するということをまず習得してもらうことが非常に重要ではない</p>	<p>救急における一次医療、地域の病院の役割</p>

	<p>か。それでもって適切に紹介できる、あるいはずっとその患者さんを継続して診る、あるいはコミュニケーションと言いましたけれど、こういうことをわきまえていることを育てることが一次医療の医者には非常に重要ではないかなと思います。</p>	
	<p>では、日本では家庭医をどのように育成するかというのは非常に問題かもしれませんが、単に外国でのトレーニングをそのまま輸入してよくないことはよくわかることですけれど、今は困った分野に少しでも貢献できることを戦略としては考えるべきだろうと。</p> <p>それから、今お話ししたように、質の高い医療というのは、家庭医療の場合には、単に一つの分野に秀でることではなくて、幅広くいつでも何でも対応してあげる、という患者さんの信頼を得ることが実は非常に質の高いことであると、そういう価値観を国民にもわかっていただくことが大切であると。</p> <p>それから、既存のシステムをうまく使って、地域病院で、ジェネラリスト(総合医)を育てるには、高度な医療機関よりも地域病院の方がずっといいんです。二次医療機関のようなところが実は総合医にとっての最良の研修場所だと思っていますので、ちょうど医療崩壊を来しているような地域の100床、200床、あるいは300床ぐらいの病院が僕としては研修場所として適切だろうと思います。</p> <p>それから、地域の開業医の先生たちをぜひ指導医として、それこそまさに日本の家庭医を生み出すための最大の資源だと思っています。</p>	<p>家庭医養成における地域病院と開業医の活用</p>
	<p>ということで、家庭医療を実現させたいのですけれど、単に家庭医療という用語を普及したいためにやっているわけではなくて、むしろ、よりよい医療を実現するために、家庭医療というのは一つのキーワードになるのかなと。</p> <p>今、初期臨床研修の必修化は幅広い専門医の育成ということではまったと思えますが、僕としては、それ以上に、分化型の臓器別の専門医プラス総合医の育成という二段構えになる必要があるのではないかなと思います。そうすることによって、地域病院の今のさまざまな問題が多少でも解決の方に向かっていくのではないかなと思います。今までは大学を中心にして高次医療を提供して、そこの人たちが地域の病院、あるいは診療所医療まで担っていたのですが、ここからのフィードバックがあまりかかっていなかったんです。今後は、地域のニーズに合わせて、それぞれの機能に合わせたトレーニングが非常に重要ではないかなと思います。</p>	<p>地域のニーズと機能に応じた研修の重要性</p>
	<p>我々家庭医療学会では、今、3年間の後期研修を推奨していますが、これだけで日本の人口1億3,000万人の人たちを支えることは到底不可能ですから、各科の専門医の人たちは、既に実際に開業されていらっしゃる方が指導医として参加することで、その質を向上してもらおう。単にここで何時間の研修を受けて認定をもらうというよりも、こういった若い人たちの研修にぜひ全員が参加してほしいと思います。</p> <p>これは家庭医療学会でつくったもので、今はバージョン1になっていますが、こういう医師を養成するのだということが、こんな能力を持った人たちが地域の診療所や中小病院で担うということを目標に育てているところです。今、最低限のところは、診療所研修を6ヵ月、あるいは内科——といっても大きな病院の内科ではなくて、分かれていないような地域の病院でぜひ6ヵ月やってくださいと。というのは、この研修を選んだ人たちが、今、医師不足で悩んでいるような、そういう地域の病院でできるだけ研修をしてくれることを期待してこういう文言を入れました。</p> <p>それから、小児科の3ヵ月のブロック研修も、初期臨床研修プラス3ヵ月を入れたのも、今、小児科医の人たちが非常に苦勞しているという現状を踏まえて、後期研修の人たちが研修医として参加することで、少しでも地域の小児科の先生たちを応援できないかという視点が入っています。</p> <p>後は、こういった診療科の研修を入れました。</p> <p>今までは、幅広い分化型の研修をして、こういう人たちが診療所医療を担って</p>	<p>家庭医の研修プログラムの概要</p>

	<p>いましたけれど、今後は、これは意見が分かれるところかもしれませんが、総合医にはスーパーローテートは必須ですが、そうでない人たちには必ずしもスーパーローテートは有効に働かない部分もあるので、それぞれ特徴ある育て方をすればいいのではないかと考えています。総合的な臨床能力は、卒前研修のところで十分入れ込むことが可能ではないかなと思っています。</p>	
	<p>ということで、今後、質の高い家庭医を確保するためには、我々家庭医療学会は、バージョン1という研修プログラムをつくりましたけれど、今、日本医師会とこういう形でカリキュラムの整合性を持たせるようにやっていますが、新卒者の3年間の認定プログラムというところでは、これを取り入れてもらうように、それに関してはあまり異論がなさそうですね、今、既に診療しておられる方々は、十何時間とか何十時間とか研修すれば入っていいような経過処置をつくらうとされていますが、それ以上に、僕としては、医師会の方々が診療所研修の部分但至少でもバックアップしていただければ、日本で日本の先達が自分たちの手で一次医療の自分たちの後輩を養成していくということがないと、今、せっかく開業医で非常に質の高い医療をされている先生方の資源がもったいないかと思っています。特に地域研修としては、先ほどの繰り返しになりますが、三次ではなく、二次医療機関でぜひ研修してほしいと思います。</p> <p>ということで、何人養成するかという議論よりも、どうい医師を養成するか、そしていつも日本の社会ニーズに応えられるような医師の育成を意識するべきだろうと思っています。そうあっても、やりにくいところで、へき地や地域偏在とか、救急、産婦人科、診療科偏在ということが出てきますが、それを解消するためには、例えば、今、地域保健などが広がっていますが、これも僕としては総合医を養成していく一つのボリュームになるのではないかなと思います。</p> <p>そして、専門分野でできないところは、例えば先ほどお話ししたように、後期研修医が、例えば家庭医をやるためには小児科を必ずやってくださいよ、あるいは分娩の手伝いをしてくださいよということを入れていけば、専門医にはなれないかもしれませんが、卒業後、3年目、4年目、5年目の医者がそういう診療を支えることができる。ほかにも、外科系の人たちは、例えば麻酔科を必修にするとか、救急は家庭医研修の中に入れてもいいと思いますが、そういうことを入れていとか、後期研修の枠が地域偏在や診療科偏在を解決する大きなボリュームになり得ると。ですから、これを活用しない手はないのではないかなと思っています。</p>	<p>家庭医研修プログラムの運用と偏在是正の可能性</p>
	<p>これは認知症の患者さんですけど、介護施設にいて、普通のスタッフは何をやるのかよくわからないのですが、僕はこの患者さんと20年つき合っているものですから、この方が以前に胃がんの手術をされて、その後、議員さんで隣村の議長さんだったのですが、そういうことで苦労されたり、あるいは娘さんが乳がんの手術をされて、実は5年ぐらい前に他界されたのですが、その娘さんを亡くしたときの相談相手として、病院に入院している間も何回も相談の話をしたのですが、そういう背景が僕としてはよくわかっているものですから、単なる認知症の患者ではなく、ケアをしていくときに、その人をよく知っている、長くつき合うということが、いかにケアの質を高めるかということを少し理解していただきたいということで、たまたまこのスライドを出させていただきました。以上です。</p>	<p>継続的なケアの重要性</p>
○土屋	<p>どうもありがとうございました。 それでは、続きまして、小泉先生にお願いしたいと思います。小泉先生は、日本総合診療医学会の運営委員長ということでお話をいただきます。</p>	
○小泉 ・病院の中での総合医 という視点	<p>日本総合診療医学会の運営委員長をしております小泉です。 先ほどのお二方と同じように、学会の公式見解というより、かなりの部分は私の個人的な思いも入っていることをご了承ください。それから、私がお話しさせ</p>	<p>病院の中での総合医という視点</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・総合診療の概念のなりたちとポイント ・総合医のとらえ方 ・医師の役割の要素と総合医の位置づけ ・病院における家庭医という存在 ・米国における病院総合医の位置づけ ・家庭医と総合診療医の研修の制度設計 ・これからの専門学会の公益としてのあり方 ・総合医が集う統合後の学会 	<p>ていただく3番目ということですが、今のお二方の先生のお話をしっかり理解していただかないと私の話が混乱を招くかもしれませんし、もししっかり理解していただくと、私の話はあまり要らないかもしれないと思っております。</p> <p>というのは、今、皆さん方がご関心があるのは、地域医療の現場の医療の崩壊とか危機的な状況ということで、地域の医療をどうするかということについて非常に熱い関心を持っておられると思います。私は、ここでどういう話をするかというときに、病院の中での総合医ということに少し的を絞ったお話をしてみましたので、先ほどのプライマリケアと家庭医療のお二方のお話のように地域の話を一論的にはできませんと思っております。</p>	
	<p>ただ、総合診療というキーワードはかなり人口に膾炙(かいしゃ)されています。ただ、総合診療の「総合」という言葉は、総合商社もそうですけれど、内容がよくわからないという問題があります。ただ、歴史を少したどりますと、30年以上前になります。言葉としては、奈良県の天理よろづ相談所病院でこういう言葉が使われました。そのときの問題意識は、この天理よろづ相談所病院というのは、伝統校のすぐれた専門家をたくさん集めて高度診療をしたのですが、その診療科のはざままで置き去りにされる患者さんが多いということで、何とかしなければならぬということで始まったと聞いています。</p> <p>その後、総合診療の概念が広がって、川崎医科大学、そして国立大学では佐賀医科大学(当時)に導入されました。そして、現在では、全国の大学病院の約3分の2に総合診療ないしは類似の部門が創設されております。いろいろな表現はありますが、佐賀大学の場合で言いますと、「医療テクノロジーに偏重し、病気を見て病人を診ない専門診療の行き過ぎた細分化に対する反省をもとに、臓器や疾患を選ばず、患者の健康上の問題に広い視野から対処する」とされています。これは私が佐賀に行きます前、土屋班長もよくご存じの、今の聖路加国際病院の福井次矢先生が佐賀におられたときにつくられたものであります。</p> <p>端的にキーワードで言いますと、下に書きました4つです。患者中心、チーム医療、EBM(科学的根拠に基づく医療)プラス NBIM(経験や語りに基づく医療)、そして質・安全の向上ということがポイントになるかと思っております。</p> <p>総合診療医学会としてはそれなりに学会の活動をしておりまして、こういう形で学会誌もつくって来て、学会のメンバーとしても、自分たちのコアバリューというものを確認しながらやっていくという姿勢でやっております。</p>	<p>総合診療の概念のなりたちとポイント</p>
	<p>プライマリケアは危機にあるということですが、米国でもここ数年、プライマリケアが随分危機的状況にあるということで、プライマリケアを選ぶ、特にファミリーメディスン(家庭医療)を選ぶ人が減ってきている。これは後のディスカッションにも出てくると思いますが、ファミリーメディスンは非常に幅広い問題に対応しなければいけないということとか、いろいろな患者さんのいろいろな問題に対応するのでオン/オフがはっきりしないとか、明らかに医療費の支払いで専門医に比べて不利な状況にあるとか、さまざまな要素があるようです。</p> <p>先ほど、分化医と総合医というお話がありましたが、全く同じことを言っておりますけれど、今まで言っていたスペシャリスト(専門医)と、それに対応する概念としてジェネラリスト(総合医)と、二分法で考えるとわかりやすいのではないかと思います。</p>	<p>総合医のとらえ方</p>
	<p>それで、医者とは何ぞやということですが、昔、阪大におられた中川米造先生が、有史以来の「医師とは何者か」ということで、呪術師、侍従、カリスマであるといったことも含めて、歴史的にいろいろ説いておられたのを思い出しますが、そういう要素は今でも明らかにあります。</p> <p>それから、科学者としての顔があります。これは1911年、米国で、フレクスナー・レポートというものが出て医学教育の大改革が行われましたが、そのときに、医学教育はサイエンティフィックベース(科学的な基盤)が非常に重要であるということが強調されて、その当時、わけのわからない医学校が200近くあったのを半分以下にしたという、ほとんど事件といつていいような出来事が</p>	<p>医師の役割の要素と総合医の位置づけ</p>

	<p>約100年前にありました。それ以来、米国の医療は、医学教育も含めて、一つの模範となってきたと思います。</p> <p>もう一つは、医者とは何者か——クラフツマン(craftsman)であるというのがかなり強いと思います。わかりやすく言えば職人です。技を持っている、腕を持っている。多分、外科系の先生方はこのイメージがかなりあると思います。医学界の腕と言われるものがあります。</p> <p>もう一つは、カウンセラー、相談相手、アドボケート、代弁者である——患者さんとじっくりおつき合いて話を聞く。狭い意味の医療にかかわるだけでなく、幅広く患者さんの日常生活の問題にも対応して、そういうところからも健康問題に対する解決策を見いだしていく。</p> <p>こういう4つの要素があるとしますと、非常に大ざっぱで申しわけありませんが、これまで言われた臓器別の専門診療医というのは、どちらかというと、さっきの3番目のスキル(経験)、技が決め手になると。すべての面がないと医者とは言えないのですが、特に強調するとすればその面だろう。</p> <p>それに対して、ジェネラリストと言われる人たちは、4番目のカウンセラー、アドボケートというファンクション(機能)ではないかと思えます。</p> <p>スキルに基づいたスペシャリストは、患者さんにある診療行為を行い、その診療行為を通じて病気を治そうと、例えば手術をしてがんを治そうと、そういう構え方だと思いますが、ジェネラリストは、医療の不確実性に直面して、将来いろいろな可能性がある、ある意味では疾病に直面した人というのは何らかの宙ぶり状態にも耐えなければいけないわけですね。自分の生命的なこととか健康について未来がはっきりしないこと、患者さんがそういう健康問題について耐えていくのをサポートする。そういう2つの役割があると思えます。こういう二分法で整理すると、今言われている広い意味での総合医というものがどういうものかということがわかりやすいのではないかと思います。</p>	
	<p>これからのディスカッションのための論点提供ですが、先ほども出てきましたけれど、地域の病院、あるいはここでは「中小都市の中小病院」という書き方もしていますが、このあたりがドクターの中でも、小松(秀樹)先生の書かれた本にある「立ち去り型サポーター」の現場ではないかと思えますけれど、こういう病院の形態というのは、世界各国の医療システムを見ても、どこでも病院とクリニックという二分法なのに、日本は地域に小さな病院がたくさんある。それがいい面も悪い面も含めて日本の医療をつくってきたと思えます。そこにもう少し焦点を当ててはどうかなと思えます。</p> <p>そういう意味では、二分法にすれば、地域が家庭医ということであれば、中小病院で働いている先生は病院の医師ですから家庭医ではないように思いますが、実際に見てみると、地域の継続的なケアにかかわっておられるので、病院勤務医であっても、家庭医か病院医かといえば、私は家庭医という面が強いのではないかと考えています。</p> <p>ということで、無理やりわかりやすい二分法にしてしまっていますが、家庭医と病院総合医とに分けてしまいますと、こういうことになります。地域の現場で働いておられる勤務医の方も心は家庭医ではないかと思っております。</p> <p>このことはこういう研究班でディスカッションしていただきたいと思えますが、病院というと、ハイテクで、てきぱきと患者さんを治療するというイメージですが、地域に密着した小さな病院は、いろいろな意味で患者さんのニーズに対応して頑張っていると思えます。この間の行政政策を見ていても、そこにスポットライトが当たっていないような気がしてなりません。</p>	<p>病院における家庭医という存在</p>
	<p>少しだけ米国の状況をお話しますと、病院総合医——ホスピタリストという不思議な名前が流通していますが、この表で、米国の総合内科、ジェネラル・インターナルメディスン(総合内科)の人たちが徐々に減っているのと軌を一にして、ホスピタリストという人が増えてきているということですが、ジェネラル・インターナルメディスンという形で仕事をしてきた人たちが、徐々に自分たちのアイデンティティをホスピタルベース・フィジシャン(病院勤務医)ということで、自分たちをホスピタリストと名づけて自己主張を始めたということでもあります。</p>	<p>米国における病院総合医の位置づけ</p>

	<p>これが有名な 1996 年のニューイングランド医学雑誌の Robert Wachter と Lee Goldman の論文で、どちらも総合診療の人たちですが、ホスピタリストという言葉を初めて使いました。ほんの 12 年前のことです。しかし、今は米国でも2万人近いホスピタリストが、ある一つのスペシャリストとして活躍しています。これがその Robert Wachter 氏です。彼は、今、医療安全のことですごく話題になっていますけれど、『新たな疫病「医療過誤」』という本が今年の春ごろに出版されて、かなりの方が読まれたと思いますけれど、この本の著者でもあります。最近では医療安全のことで大変頑張っておられる方です。</p> <p>ホームページはこんなふう非常に整備されています。ミッションなどが書かれています。入院患者さんの診療に特化するのだということを書いています。歴史は、先ほど言いましたように、1996 年に初めてできまして、この学会が 2003 年にできまして、右肩上がりの状況になっているということです。医療安全などにも非常に力を注いでおられます。</p> <p>皆さんに配付資料でお配りしたものがありますが、これは説明し出すと長くなりますけれど、先ほどお二方の先生が、家庭医、プライマリケア、総合医の理念ということをお話しされましたけれど、そのこととほとんど重なっていると思っています。よろしくお願いいたします。</p>	
	<p>最後に、教育のことで、先ほども山田先生がお示しになりましたが、一つは、いろいろなスタイルの診療があると思いますけれど、比較的その会に参加している人が多いものとして、左端に日本医師会、右端に日本内科学会と書きましたが、この2つは医療界の中では非常に大きな存在だと思います。その間に、私はいつも三学会と略称していますが、日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会があります。</p> <p>先ほどの山田先生のスライドにあったとおりですが、結局、家庭医の習練コースとして、将来的に病院で仕事をする人も結構いるという現実を踏まえて、病院総合医のコースも構想しております。その一つのやり方は、家庭医療のコースを修了した人がさらに進むという考え、それから、家庭医療のコースと平行して、家庭医を目指す人ほど地域の勉強を必修科目にはしないけれど、若干違った形のいわゆる後期研修を経て、さらに病院総合医へ特化していくといった考えです。このあたりをどのように制度設計するかということが、私たち総合診療医学会、ないしは三学会、さらには日本医師会を含めて、オープンに議論していく必要のあることではないかと思っています。</p> <p>同じことを先ほど山田先生も記されましたけれど、病院総合医に関しても、そういう領域をやりたいという人はいろいろな領域から参入してくると思います。ありそうなのは、母体が大きいので、日本内科学会で内科専門医——去年から突然名前が総合内科専門医に変わりましたが、総合内科専門医の資格を持った方が、もう少し経験なり研鑽を積んでいただいて、病院総合医としてのお仕事をさせていただくということがあっていいのかなと考えています。それから、この領域以外の先生方も、このピンクのコースに入っていただく場合もあるでしょうし、その上の紫のコースに入っていただくということもあろうかと思いません。</p>	<p>家庭医と総合診療医の研修の制度設計</p>
	<p>それから、こういう専門医の議論をするときに、学会が認めていくものなのか、認証機関というものが認めていくものなのかということは、時々、議論の軸として押さえておいていただきたいと思っています。というのは、公益法人制度も今ほとんど変わっていると思いますが、医学系の学会も含めて、学会というのは、学会のための学会というところが多かったと思います。ある一つの専門性を持った人が自分たちの専門性を社会にアピールするために、自分たちのあり方を世の中により知ってもらおうとか、自分たちの影響力を伸ばしたいということで、それは公益というのでしょうか、それも仲間の益。しかし、これからは医学系の学会も、社団とかという形で公益法人の制度の中で何とかやっていかなければいけないと言われていますが、新しい法人制度は、どちらかというと公益ではなく、公益だという考えに立っていると思います。ですから、これからの専門学会のあり方は、共益的な部分をできるだけ少なくして、公益的な部分にすべきではないかと。そういうことも考えながら議論していく必要があると思</p>	<p>これからの専門学会の公益としてのあり方</p>

	ます。	
	<p>それから、ジェネラリストは、先ほど言いましたように、この三学会が中心になって大同団結をしようとしています。日本医師会とも生涯研修のプログラムをつくって同じテーブルに座ってディスカッションを進めております。</p> <p>そういう意味で、幅広くジェネラリストがともに集うような新しい学会をつくるという面もありましょうし、ただ、一方では、それぞれの診療の場に応じて、例えばルーラルメディスン(地域医療)、へき地の医療をしている人にはへき地の医療の問題を語り合う場も必要でしょうし、家庭医という問題をディスカッションすることも必要でしょうし、あるいは、病院で働いている総合医は病院で働くということに伴う特殊性について議論したいということもあるでしょうし、そういう個別の議論も必要であるけれど、ジェネラリストがあまり細かく分化しているとジェネラリストらしくないと思いますので、ジェネラリストが幅広く集まってディスカッションする場として、三学会で現在統合ということを議論しておりますが、そういうふうになれば、と私は個人的に思っております。</p> <p>以上です。</p>	総合医が集う統合後の学会
○土屋 ・病院総合医の特徴	<p>どうもありがとうございました。小泉先生、最後のスライドを出しておいていただけますか。皆さんの理解ができると思いますので。</p> <p>お三方には時間を守っていただいて、討論の時間をたくさんとっていただきましたので、早速、質問に入りたいと思います。</p> <p>最初に確認の意味で、先生が言われる病院総合医とほかの学科の家庭医療専門医、プライマリケア専門医、端的にその一番の違いは何ですか。入院ベースのバックがあるというのは一番大きな違いだと思いますが、それ以外に、一般の方から見て、何が違いと考えておられますか。</p>	病院総合医の特徴
○小泉 ・病院総合医と地域の家庭医の違い	<p>病院であるということで、急性期の入院患者さんの診療にもある程度責任を持って対応するという事です。例えば不明熱で入院されるとか、プレショックで入院されるとか、患者さんがある程度重篤で、外来診療ではどうも無理だというぐらいの重症度のある人のケアもするというのが一つです。</p> <p>もう一つは、大病院の病院の管理などにかかわっている先生方はよくわかられると思いますが、専門科がたくさん並んでいるだけではファンクション(機能)しない。そこを院内的にもコーディネート(調整)する仕事を持つ人がどうしても要るわけです。そういう役割を果たしていく人たちが、病院総合医、あるいは病院総合医の統合処理をして病院の中央診療部門的なものを支えていく。その2つが、地域の家庭医、へき地のお医者さんと違うファンクションではないかと思います。</p>	病院総合医と地域の家庭医の違い
○土屋 ・総合内科専門医との違い	<p>もう1点ですが、アメリカの場合には、ファミリーメディスンが落ちてきて、ホスピタリストが増えているということがありましたが、日本の場合は、先生が示された総合内科専門医——今までは内科専門医だったと、これが全部ローテーションしているということだと思いますけれど、それと、今、先生がされている病院での総合医、この違いはどこに置いたらいいのでしょうか。</p>	総合内科専門医との違い
○小泉 ・総合内科専門医と病院総合医の違い	<p>ここには内科専門医の先生が多いかと思いますが、はっきりわかりやすく言ってしまうと、私の持っている印象ですけれど、総合内科専門医という名称ですが、ついこの間までは内科専門医でした。実際に専門医の試験の内容などを見ても、どういう知識が問われるかという、各臓器の領域の知識をそれぞれある程度持っていてくださいと、試験範囲が全部あるわけです、循環器から消化器から。けれど、いろいろな専門の足し算を統合していくような視点に関する問題というのはあまり出ていないようなので、そこに少し違いがあるのかなと。</p> <p>それから、実際に内科専門医の資格を持っておられる方も、現実には自分の知識ベースを確認するつもりで受けられた場合が多いのでしょうか、そういう</p>	総合内科専門医と病院総合医の違い