

	資格は持っているけれども、現実には臓器専門医としてお仕事をしておられる方が大部分のように聞いております。	
○土屋	そうしますと、総合的な研修というのはどこでやることになりますか。先生の科でされるわけですか。	
○小泉 ・病院総合医の研修 の場	私たちが実際にやっていることの一つは、いろいろな専門診療の実態を知ること、大病院の各専門家はローテートする。それから、地域で小規模にそういうものをインテグレート(統合)してやっているような地域に密着した病院に1年とか2年とか勤務して、そういうところでの経験を積む。それから、例えば大学病院などで、感染対策とか、中央部門的なところで何か月かローテートしてそういうことも学ぶ。それから、余力のある人は、うちはなぜか北海道などにサイトがあるのですが、本当のルーラルメディスンの現場に行って、そこでいろいろな体験をする。そういうことが特徴だと思います。	病院総合医の研修 の場
○土屋	ありがとうございました。 それでは、山田先生と前沢先生、前へお座りいただけますか。時間が少しありますので、私の方からもう何点か、定義づけのところだけ確認をしておきたいと思えます。  前沢先生、先生の学会はプライマリ・ケア学会で、先生の学会での幾つかご説明は受けたのですが、プライマリケアの定義というのは先生の学会ではどのようにされていますか。	
○前沢 ・プライマリケアの定義、 研修プログラム	ホームページを見ていただくとわかりますけれど、先ほどの5点をあわせ持った医師ということで考えております。	プライマリケアの定義、 研修プログラム
○土屋	具体的なカリキュラム的な意味合いでの定義、プログラムといましようか、何かございますか。	
○前沢	プログラムについては、ボリュームがありますので一言で説明するのは難しいと思えますが。	
○土屋	私も目の前でホームページを開けてパツという認識がなかなか難しいものですから。わかりました。 同じ質問ですが、山田先生の方は家庭医療ということですが、この定義はどのように解釈すればよろしいでしょうか。	
○山田 ・家庭医療の定義	家庭医療学会の後期研修プログラムの中でも実はそれを議論しているところなのですが、基本的にはまだしっかりした定義をつくったわけではありません。ただ、グローバルスタンダードというファミリーフィジシャンですとか、旧来のヨーロッパでいうジェネラルプラクティショナーというのが比較的わかりやすいお手本で、診療所ベースで、地域、家庭、家族を中心にして診る医者というのが比較的わかりやすいモデルかなと思えます。	家庭医療の定義
○土屋	定義などとしてく申し上げたのは、今までも、家庭医というと、人によってイメージが違うような気がこの班会議を通じてしたものですから、その辺の明確な定義があればお聞きしたいと思って伺いました。 それでは、班員の先生方からお三方にご質問がございましたら、お願いします。	
○川越 ・具体的に目標とする 医師像 ・特性を生かした働く	川越と申します。ありがとうございました。すごく勉強させていただいたというのが正直な感想ですけれど、この種の議論が起きたときにいつも問題になるのは、先ほど土屋先生が質問されていたどういう医師なのかということですが、そのことに関して具体的に目標とする医師像というのがありましたら、お聞か	具体的に目標とする 医師像

<p>地域 ・専門外の領域を診療するときの懸念</p>	<p>せいただきたいと思います。 最初のお二方のお話を聞いておりましたら、多分、自治医大で育てている地域医療を担う医者という、あの方たちが相当するのかなと思いついておりました。しかも、山田先生は自治医大ご出身ということで本当によくわかったのですが、もしそういう具体的なイメージをする医師があったらということをお聞かせいただきたいと思います。</p> <p>もう一つは、例えば、もしそういう自治医大の先生のイメージだとしますと、働く場所というのが非常に限られてくるのではないかなということをお心配しております。つまり、その特性を生かした本当に必要な働き場所というのはいかにあるのかということをお聞かせいただきたいと思います。</p> <p>それから、今、スペシャリティということが高まっておりますので、ジェネラリストが診るとどうしても見落としということのおそれがございまして。こういうことをこういう会で言っているのかどうか分かりませんが、医療訴訟との兼ね合いということをお考えいただかなければいけないので、内科の専門医が自分の専門以外のことを診たがらないという一つの大きな理由の中に、自分が専門外のことを診て見落とししたら、それが原因で後で問題になるのではないかと、それを非常に危惧(きぐ)しているということがございまして、その辺のことに対する学会としての見解、あるいは対策などがありましたら、教えていただきたいと思います。</p>	<p>特性を生かした働く地域</p> <p>専門外の領域を診療するときの懸念</p>
<p>○山田 ・家庭医の具体像と働く地域 ・診療におけるトラブルの背景と相互理解の必要性</p>	<p>僕のプレゼンテーションが、へき地とかそういうことに若干偏っていたのかもしれませんが、確かに家庭医的なフィールドとしては、日本でわかりやすいのはやはりへき地なり離島なり、とにかくそのエリアの人たちを全部扱うと。そうすると、イギリスやオランダでやられているように、ジェネラルプラクティショナーと言われる人たちが伝統的にその人口 1,000 人とか千数百人をケアしてきたのとよく似ていますよ。</p> <p>ただ、理念ということではそういうことを全然意識してなくて、都会であつてもどこであつても、その人たちをずっと診続ける。1人の人、1つの家庭、1つの地域をずっと診続けるような医師をイメージしたいなど。それは医療システムがある程度変わってこない、フリーアクセスの問題にもつながるのでこれ以上は発言しにくいのですが、むしろそういうことで守られないと、都市部ではそういう形の家庭医というのは存在しにくいのかなという印象があります。ですから、働き場所ということにもつながるのですが、地域に限定しない、むしろ日本津々浦々どこでも、必要な一次医療を担保する人たちだと理解をしたいと思います。</p> <p>それから、ジェネラリストの見落としという問題ですが、当然、だれがやっても、何をやっても、専門医であつても、専門領域以外の人たちが診療所へ来てしまったら、それは見落としの危険性は似たようなものだと思います。見落としの際に、医療訴訟のお話をされましたけれど、見ず知らずの人が来て、何か小さな問題で大きな後遺症が残ったということは非常にあると思うのですが、得てして、医療訴訟が起こったときの説明ですとか対応ですとか、その時間に二次医療に送ったのか送らなかったのか、そのことを了解したのかどうなのか、そういうことに関するお互いの理解、あるいはコミュニケーションが必要で、「あのとき説明しなかったじゃないか」とかと言われるようなことが、したつもりでも、相手は理解をしていなかったということがままあることが、医療訴訟につながる。医療事故が起こったとしても、アクシデント、インシデントが訴訟になること自体は、そういうずれ違いが非常にあるのではないかと、そこを埋めるのはやはり医師の誠意だったり、コミュニケーションだと思います。</p> <p>ですから、かかりつけの患者さんや家族であつたら、それをあいまいにすることではなく、この人はいつもこういう言い方をするとか、こういうことでわかっているとか、そういうバックグラウンド(背景)がわかると、「こういう結果に</p>	<p>家庭医の具体像と働く地域</p> <p>診療におけるトラブルの背景と相互理解の必要性</p>



	<p>なったけれど、あのとき先生は夜中まで一生懸命やってくれたのだ」と、患者さんとしては、医師がとった態度や行動をしっかり見ていると思います。ですから、それが全部許される、担保されるわけではないと思いますが、今は非常に不信の中で起こっている部分で、あがなえる部分は、やはり信頼回復をすることでだいぶん違うのではないかなという感じは持っています。</p>	
○土屋	前沢先生、医師像について、いかがでしょうか。	
○前沢 ・家庭医の医師像 ・総合医としての診療 経験からみた必要な 努力	<p>私も、自治医大に14年勤めまして、へき地志向の医師像を描いてまいりましたことは偽りない事実です。ただ、この学会は、最初にお話ししましたように、長く支えてきた先生方がかなり都会の開業の先生方でしたので、勉強熱心な内科医という像がありまして、我々は都会もへき地も包含してどこでもやれるということになっていくかと思えます。ただ、都会の場合は、責任の診療の範囲というのはちょっと狭く、内科とかお年寄りとかに特化されてやっておりますが、ただ、地域と一緒に見ていこうという視点が最近では強くと申し上げたけれど、地域ケアをやるよという点で、皆さんは共通のモデル像みたいなものを持っていらっしゃるのかなと思えます。</p> <p>それで、働く場所も、都会にはたくさんの専門医の方もおられますので、上手にコーディネートして、自分の役割は何かということで、そこには継続的な医療ということで、かかりつけにしてくださる患者さんたちをしっかりと診ていこうという視点ではないかなと思えます。</p>	家庭医の医師像
	<p>それから、アメリカなどもそうですけれど、我々の分野というのは比較的訴訟が少ないと言われておりまして、それはやはりコミュニケーションのたまものかなと、病気の説明をきちっとしていくということかなと思えます。ただ私自身は、もともと専門をやっていて、プライマリケアをやるようになって、また、宮城県の田舎で100ベッドの病院でプライマリケアという、ちょっと偏った医者をやったのですけれど、自治医大での地域医療の教育と田舎での仕事ということとを比べてみますと、田舎での仕事をやる時には相当気を遣いまして、どうしても新患のわからない患者さんを軽く診がちなんです。軽い病気でできつ済むだろうということで診がちでしたので、そこは事故を意識して気をつけて診たことと、ふだんから診ている方は、ちょっといつもと違うぞというところをきちっと見分けるといって、見落としのないように相当意識的な努力をしないと、大変なことになるなということ、厳しい経験もいくつかさせられました。</p>	総合医としての診療 経験からみた必要な 努力
○小泉 ・プライマリケア医の 教育への関わり	<p>私は自治医大とは全く無関係で、それまで外科医をしていました。私は都会の下町の開業医の息子でもあって、いろいろな現状を見る機会がありました。一つのモデルということで、理想像がまずあって、その理想を目指すというのが物事の基本かもしれませんが、あまりにもすばらしい理想を掲げ過ぎると、そんなものはありっこないと。日本のどこへ行ってもそんなものは無いという話になると、そんなものは無理だという、ベシズム(悲観的)に行ってしまうと思えます。</p> <p>先ほど前沢先生が言われたように、現実に医師会で、「私は開業医です」といって非常にソフトに話される先生方で、すごく熱心な先生がかなりおられると思います。それは何割とは言いませんけれど、そういう方のされている医療というのは、はっきり言ってモデルだと思います。ただ、問題は、そういう先生方がビジブル(目に見える形)でないということです。メディアの方もおられるかもしれませんが、例えば医師会とかというと、ベンツを乗り回して、週末はゴルフをしているような、威張っているお医者さんの会みたい、そういうイメージが流布していると思いますけれど、本当に一生懸命されている方もかなり多いと思います。そういう人たちが、例えば学生の教育などにもかかわっていただいたらいいし、そういう中で、先生方もしっかりした診療を継続するモチベーション(動機づけ)を高めていただく。そういうことは今かなりできつつあると思えます。</p>	プライマイケア医の 教育への関わり



	<p>ですから、外国にはあるけれど、日本では到底できそうにもない、こんなモデルでないと総合医とか家庭医というのは実現しないと書いてしまうと、逆にネガティブな結果になるのではないかと思います。いろいろなメーリングリストなどで自分の患者さんのことを語り合ったり、本当に真摯(しんし)にされている各地のプライマリケアの先生方のネットワークなども結構あります。ですから、そういう方はこれからの日本の地域医療を支えられるモデルだろうと思いますし、私も大学でもそういう先生をできるだけ地域で発掘して、そういう先生のところへ学生を送り込んだり、そういう先生の話聞けるように症例検討会をしたり、そういうことを努力してやっております。</p>	
<p>○土屋 ・医療の現場を支える医師 ・中規模病院の医療における位置づけ</p>	<p>ありがとうございます。 座長の特権で、コメントと質問です。コメントは、今先生が言われた医師会の実態ですけれど、これは夏の検討会でも言ったことですが、地区医師会と都道府県と日本医師会とがあると。それぞれ全くインディペンデント(独立)であること、地区医師会にも中身は2種類あって、理事会に熱心な政治的な医師と、夜の勉強会に熱心で非常に診療に熱心な医師会と、私は2種類あると固く信じています。 医師会では、東京ですと、夜8時から10時、ほとんど毎日のように何かしらの勉強会をやっていますね、学術担当理事のもとで。私は、肺がんの診療をやっていたので、毎月5つの医師会の勉強会に行っていますが、非常に熱心で、その人たちが胸部の診断だけではなく、心電図の勉強会とか、胃の透視の勉強会などをしていて、確かに総合力はすごいんです。また、よくお話をなさって、まさに先生が言われた通い合う心が鍵だという、そういう先生はたくさんいるのですが、表に出ないんですね。声の大きな屋間の活動熱心な方が大概マスコミにさらされている。私も全くそのとおりだと思います。日本の医療の現場を支えているのは、その夜型の先生だと思います。</p> <p>そこで質問は、先ほどの先生の10番目のスライドの「Generalist 活躍の“場”」というところで、先ほど、二極分化ではないと。診療所と病院とにすぐ分けてしまうけれど、こういう言い方は悪いですけど、実は中途半端な病院が日本はたくさんあって、そこが今まで支えてきたと。それがまさに今つぶれようとしていると。 厚生労働省もそこに焦点を絞らずに、二極分化の政策ばかり打っていますね。スペシャリストがたくさんそろっていると。ところが、150ベッド、200ベッドの病院というのは、外科医を専門分化できないんですね、そんなに人数もないし。内科ですら、いわゆるジェネラルな内科医でない役に立たないと。そうすると、先生がおっしゃったように、どちらかということこれは家庭医とか総合医に近いようなお医者さんが、実は有床診療所的にやっていると。今まで19ベッドまでの有床診療所が実は100ベッドになっているというのが、最近の動きではないかというらえ方ですが、そのような考えでよろしいでしょうか。</p>	<p>医療の現場を支える医師  中規模病院の医療における位置づけ</p>
<p>○小泉 ・医療政策、行政における中小病院の評価の必要性</p>	<p>ここに行政の方もおられるかもしれませんが、最初からそういう小規模病院というのは、例えば効率性が悪いとか、医療のクオリティ(質)に問題があるから、そういうものはできるだけエリミネート(削減)して、しっかりした大病院とクリニックという、そういう医療システムを普及させようという目的意識があって、そういうブループリント(青写真)が出されて、行政施策があったのだったら、それはそれで一つの考えだと思います。</p> <p>ところが、この間、知り合いでも行政の中にいた人もいますが、そういうことではなくて、外国のモデルを当てはめたらこうなるかなというレベルで、日本の現状がどうかというところのアセスメント(評価)がなかなか難しい。その一番の問題は、日本で医療政策や研究をされる方にとって、データになるものがしっかりないんですね。統計局の慣例調査などはありますけれど、なかなかうまく利用し切れない。日本の医療の本当の構造がどうかという基礎データは研究者にはなかなか手に入らない。そうすると、どうしても概念的なお話だけに終</p>	<p>医療政策、行政における中小病院の評価の必要性</p>



	<p>始する。</p> <p>僕は見ていると、中小病院というのはいろいろな面でマイナス面もあると思います。しかし、その地域に密着しているとか、そこで本当の医療と言われる現場があるというのは事実ですので、そのことはきちんと焦点を当てて、どう評価するにせよ、少なくともそこにもう少しスポットライトを当てて医療政策を決めてほしいなとも思っています。</p>	
<p>○土屋</p> <p>・医療の構造に関する基礎的統計データの必要性</p>	<p>ちょっと横道にずれついですが、銚子の問題にしても、夕張の問題にしても、病院とはいうけれど、機能としてはクリニックの部分の方が大きかったんですね。外来診療部門。ところが、ああいうところを考えると、ベッド数とか入院患者数でみんな物事を考えているのではないかな。ただ、今日お話を伺っている家庭医とか総合医というのは、どちらかというとクリニックベース、診療所ベースですね。ですから、その辺が、名前や看板が病院というばかりに病院側に入れられてしまうけれど、実はクリニック側で、家庭医あるいは総合医的な考えで解釈しないといけないのではないかなという気がします。</p> <p>そういうことでの数が確かに出ていないと思います。夏の検討会のときにも、出してくれと言ってもなかなか出ない。今、統計法が改正されて、パブリックコメントは終わってしまいましたけれど、私は社会保障制度の統計分科会に入っているんで、お願いしたのは、今度、基幹統計になるところに、医療の一番基幹になる統計があって、そこから導き出したデータベースをもとに話をしないと、いつまでたってもかみ合わない。</p> <p>先ほど山田先生が数はともかくとおっしゃいましたが、こうなってくると、家庭医の日本じゅうで求められる数はどう数えたらいいのか。例えば、今話題にした中小病院の人たちも家庭医だとすると、それまで含めて、一体、日本全体でどのくらいの数が必要で、毎年どのくらい新しい方を補充していかなければいけないのかというのは考えなければいけないのかなと思って伺いました。</p> <p>川越先生、その辺についていかがですか。</p>	<p>医療の構造に関する基礎的統計データの必要性</p>
<p>○川越</p> <p>・学部教育と前期研修の関連づけの必要性</p>	<p>すごく大事な点じゃないかなと思いつつ先生のご意見を伺っていました。</p> <p>ほかの先生にちょっとよろしいですか。これは山田先生の話の中で、後ろから4枚目のパワーポイントですが、あそこで先生が述べていらっしゃいました今までの前期研修、後期研修がこうなるべきではないかという一つのシエマを書いていらっしゃいますね。これは前期研修も学部教育とくっつけた形で検討されておりますので、僕の個人的な意見ですけど、この考え方はすごく大事にしななければいけないんじゃないか、みんながみんなスーパーローテートとして仲よく専門をやるというのは、ちょっと見直すべきではないかなという意見を持っておりますので、土屋先生、もしそういう機会がございましたら、こちらからの意見としてもぜひ伝えていただければと思います。ただ、反対意見もあるかと思いますが、僕は山田先生のこの考え方を非常によく理解できますし、これからはムラのないようにするという事は非常に大事な事だと思っています。</p>	<p>学部教育と前期研修の関連づけの必要性</p>
<p>○土屋</p> <p>・スーパーローテートの必要性の議論</p>	<p>文科省と厚労省の合同の委員会で、2年を1年にしてしまうという話ばかり先行して、先生が言われる、全員に本当にスーパーローテートが必要なのかというのは大変大事な点だと思います。そこの議論をなしに、いきなり大学で産科を中心のコースをつくるのか、ちょっと乱暴な議論がされていると思います。</p>	<p>スーパーローテートの必要性の議論</p>
<p>○岡井</p> <p>・研修コースの方向性</p>	<p>今、そこに図が出ていますので、これについての質問ですが、左側の日医認定総合診療医というのは、今まで各科の専門をやっていて開業をしている先生方が、どれぐらいの研修なのかよく覚えていませんが、少し研修してこういう資格を与えていこうと。一番右の方は、内科学会の方の総合内科専門医から、ここで言われている総合医、家庭医——表現はともかくとして、そういう一次医療を専門に担う医師の方にシフトしてもらおうと。この右側の部分と左側の部分は、現在の状況が、真ん中のそれを専門とするような教育ができていない、今、そういう体制がないから、暫定的にそういう人も一緒にやっという</p>	<p>研修コースの方向性</p>



	よという話なのか、それぞれのコースがみんなあって、将来もこういういろいろなコースがあっていいのだよという考えなのか、その辺をそれぞれの先生方にお聞きしたいと思います。	
○小泉 ・日本と外国の総合内科医の違い	最初に申し上げたように、これは私がかなり個人的につくった表ですが、はっきり言いまして、ピンクで表しましたようなところは、米国のレベルと内科学講座の中のディビジョン(部門)としてある総合内科というような勉強のスタイルになっていっていると思います。ただ、先ほども説明しましたが、米国の総合内科のこれまで積み上げてきたものと、日本で今、専門医制度として一万数千人とっておられる内科専門医で言われているリクワイアメント(要件)といいますが、コンピテンシー(能力)といいますが、そういうものとかなり違うんですね。ですから、これはもう少しいい形ができれば、将来は米国式のジェネラル・インターナル・メディスンとファミリーメディスンがそれぞれ役割分担していくという形かもしれませんし。 そういう意味では、カナダのシステムが割にわかりやすいと思います。葛西先生がよくご存じだと思いますけれど、オフィスベースのことはファミリーフィジシャンが大体やって、病院のジェネラリストは、そういう人たちからの相談を受けて、入院診療にかなり力を入れている。ところが、米国はその辺が相互乗り入れのような格好になって、制度がちよっとわかりにくいところがあります。 それから、日医の話は、3コースぐらいありますでしょうか。	日本と外国の総合内科医の違い
○土屋 ・日本医師会の研修コース	4コースです。ここの図にあるのはコース1で、飯沼先生に伺ったところでは、医師会はほとんど関心がないんですね。むしろ2から上の、何年かもう既に開業してやっている、その人たちを乗りかえるための暫定的なコースに日医は興味があると伺いました。	日本医師会の研修コース
○小泉	三学会としては、未来志向で、これからの人はこの黄色のところを基本にすると。そうでないと開業はできないという仕組みにしていこうということですね。それは医師会の先生もノーとは言われませんが、それはあまり関心がおおりにならないからノーと言われませんか、よくわかりませんが。	
○土屋	この間の聞き取りではそう伺いました。 前沢先生、山田先生、何か追加がございますか。よろしいですか。 では、葛西先生、どうぞ。	
○葛西 ・家庭医の定義づけと研修カリキュラムを目指す医師像 ・合同した学会が考える、国民の求める医師像と資質	先ほどディスカッションに出ました家庭医あるいは家庭医療の定義ということですが、先ほどの話ですと多分誤解が出てくると思います。それは、家庭医療があいまいな分野ではないかとか、あるいは定義すらない分野ではないかなということですが、これについて少し説明を補足させていただきたいと思います。  それは日本に家庭医療が発達していないということの一つの証左でありまして、皆さんがそれぞれ、いってみれば自分の都合のいい形で定義をしてきました。ですから、同じ一つの学会の中でも、集まって定義を考えようとなると、どうしても意見がまとまらないのです。 家庭医療とは何かということは、諸外国の家庭医学会のホームページに書いてありますし、それらは大体共通する内容で、そのコアとなる部分は、私は、8月に、この前の検討会で発表したスライド(注:第3回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会資料)の中で示したものです。私なりの日本語に直しましたけれど、あれは諸外国の定義を参考にしています。決して家庭医療に定義がないのではないんですね。 ただ、あの定義を見てもわかりますように、それをその国の医療システムの中でどう応用していくか、適用していくかは、それぞれの国によって制度が違いますので、例えば、病院の医療をどの程度家庭医が担うのかというのは、国によってかなり違います。ただ、それは家庭医療の定義がないということでは	家庭医の定義づけと研修カリキュラムを目指す医師像



	<p>なく、各国の実情に合わせた結果の相違なのであります。</p> <p>ですから、私が日本で家庭医療とはこういうものだということをお話すると、「葛西の家庭医療はどうも違う家庭医療だ」みたいな形で言われることがあるのですが、世界のことを知っていただくと、私の言っている家庭医療が世界標準であることがわかります。</p> <p>私は、今は日本家庭医療学会の副代表理事もやっております。その学会を代表してここに班員としているわけではなく、広くディスカッションするためにいるわけですが、一部、家庭医療学会のことについて補足して説明します。我々は定義については、そういうことでペンディング(留保)をさせてもらっていますが、具体的に大事なものは、国民がどんなサービスをしてくれる医師を求めているのかということで、その表現形(何をどのようにできるか)をまず大事にしようということで、山田先生がお出しになった後期研修医が到達するべき研修目標とアウトカムを定めて、これができる医師がとりあえず日本の家庭医と言おうと考えたのです。そして、これができる医師を養成するためのカリキュラムをつくってきたということです。</p> <p>国民が本当に何を求めているか、あるいは社会の中で高度な病院医療、各科専門医の医療と連携するにはどのようなことができる医師が必要なのかということはこれから調査を続けて、それらに対応できるように、この到達目標とアウトカムをさらにしっかりとしたものにしていこうと思います。</p>	
	<p>そういう説明をさせていただいた上で、三学会の代表の方に私からご質問したいのですが、三学会が合同するということが今進んでいますけれど、それが学会の都合で合同するというのではなく、国民の利益のために合同するのだと、私はそうしてほしい、そうなりたいと思っています。そのためには、三学会が合同した新しい学会がどのような医師を養成するのか、その質をどう担保するのかということが国民にとって非常に大事になってきます。</p> <p>今、小泉先生がお出しになったあの図でも、複雑なことになっています。三学会が今それぞれ準備はしていると思いますが、例えばプライマリ・ケア学会であれば、プライマリ・ケア学会の今まで言っていた認定医というのは、国民の求めるレベルのところにはまず行ってないでしょうけれど、今後これがどうなっていくのでしょうか。それぞれの学会で国民の求める医師の質について、現在、会員がどのようなところを目指しているのか、その学会の中での少数意見とかいろいろなまともでないこともあるかと思いますが、そういうことも少しご紹介いただきながら、ご説明いただけますか。学会として本当に国民の求める質の医師を養成する、地域で働く、あるいは中小病院で働く家庭医、総合医を養成していくことにちゃんとフォーカスが合っているか、ブレていないか、その辺をご説明いただけたらと思います。</p>	<p>合同した学会が考える、国民の求める医師像と資質</p>
<p>○前沢 ・診療所を中心とした家庭医像と学会のプログラムの方向性</p>	<p>難しい話ですが、次世代型というか、若いプライマリケアを目指す先生方のかなり理想に近い、葛西先生が言われてきたような家庭医的な像というのが一つあって、ただ、我々専門をやってきた人間は、それには現実として追いつけないのですけれど、ただマインドとして、また、自分は本当に幅広く全部をある一定の深さでできない弱みはありますが、それを多職種協働で補うような形で、少しでも追いつきたいということで、認定医としてやっているわけで、その中で、よく勉強している人は専門医に移行もできるという形をとっておりますので、本来目指すところは、地域の中でクリニックを中心に、外来と在宅をやるような医師像というのを目指して、国民にわかっていただきたいし、それは若い方々はこれからのプログラムでできますけれど、別な育てられ方をした我々というのは、それに近づくようにいろいろ工夫をして努力をしているということで、国民に理解をいただきたいと願っております。</p>	<p>診療所を中心とした家庭医像と学会のプログラムの方向性</p>
<p>○小泉 ・プライマリケア領域</p>	<p>例えば、特殊な外科のスペシャリティをどう定義していくかということになれば、その外科手技を体験しておられる専門家の方が集まればそれでかな</p>	<p>プライマリケア領域の位置づけ</p>



<p>の位置づけ ・認定制度の必要性 ・専門医認定機構の役割</p>	<p>りのものができると思いますけれど、プライマリケアの領域というのは、社会制度としての医療提供の仕組みという側面がかなりありますので、医療の専門職だけではなく、医療の決定の方も含めて、望ましい医療のシステムというところから構想するということが一つ必要かと思います。</p> <p>もう一つは、これは外国でもそうかもしれませんが、開業の先生というのは、はっきり言って、ワンランク下みたいなイメージが結構行き渡ってしまっているんですね。ですから、それをきちんとするためには、日医の認定制度もそうかもしれませんけれど、何らかの形で一定程度の習練を積んで、一定程度のハードルを越えた、そういうことの証しがある人でないとそういう領域での臨床はできないという仕組みにならないといけないと思っています。</p> <p>その意味で、どうなるかですが、専門医の方は専門医制認定・評価機構で、最初は学会同士のエゴのぶつかり合いのところもあったようですが、最近はかなりいい議論をされているようで、その中に、あるいは、今のところスペシャリストの領域の話がほとんどだと思いますが、ジェネラリストもそういう中できちんと議論をして、臨床医はジェネラリストであろうとスペシャリストであろうと、一定のコンビネーションを持っているということの保証をしていくことをやる必要があるのではないかと思います。</p> <p>この三学会プラス日医の協議とか、三学会の合同、そういうことを基本的なところに置いてディスカッションをしているつもりではあります。</p>	<p>認定制度の必要性</p> <p>専門医認定機構の役割</p>
<p>○山田 ・日本における家庭医の育成の議論</p>	<p>身内で答えるのも何かとは思いますが、先生が言われるように、家庭医の定義というか、グローバルスタンダードにのっとった標準みたいなものは確かに非常にわかりやすく、多分それを目指すべきでしょうし、日本がそういう家庭医を育成するのにやや時間が遅れたかなというところは否めない事実だと思います。ただ、家庭医の現状は、ほかの国を見ても、医療システムとかなり密接につながるところなので、これはいたし方ないことだと思います。先ほどの僕のスライドでは「日本型家庭医」と書きましたけれど、日本の文化の中で、現状をうまく活用して日本型の新しい家庭医をつくり出して、その上で成果を出すというのは、日本は遅れているとは僕は全然思わなくて、むしろ非常に利点は出せるのではないかなと思います。</p> <p>そのためには、あるリソース、特に今、医師会と三学会というのはひびきを結んでいます、その人たちも歩み寄って、自分たちの認定がどうなるかとか利益がどうかという話になりますと、もう全然おもしろくも何ともないのですが、将来の日本の国民のためにどういう育成をしていくのだということとをぜひ優先していきたいなと思います。</p> <p>そういう中で、今日またこのセッションの後に漢方の話もあるようですけれど、日本の中でリソースとしてはいろいろあるものですから、日本にとっていい家庭医の育成の仕方というのは、もっとみんなが知恵を出し合えばいいと思いますけれど、残念ながら、家庭医の現場で仕事をしている人たちが、教育とか育成については非常におろそかだったかなと。大学教育や大学にいる先生たちがもっぱらの専決事項になって、そういうことに対して、実地医科の人たちがもっと関係すべきだったのかなという印象を持っています。</p>	<p>日本における家庭医の育成の議論</p>
<p>○土屋 ・国民のニーズに合わせた家庭医あるいは専門医</p>	<p>お聞きしたいことはまだまだたくさんあると思いますが、今、葛西先生の、我々医療者側の都合ではなくて、国民のニーズに合わせた家庭医あるいは専門医というところで考えていくということで、今日は川越先生のお話を用意していますので、そのお話を伺って、また時間がありましたら、ディスカッションに戻りたいと思います。</p> <p>それでは、川越先生、お願いします。スライドを用意してありますので、資料7をごらんください。</p>	<p>国民のニーズに合わせた家庭医あるいは専門医</p>
<p>○川越</p>	<p>ご紹介にあずかりました墨田医師会第5ブロック長をやっております夜行型の</p>	<p>自己紹介</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己紹介</li> <li>・末期がんにおける在宅医療</li> <li>・末期がん患者ケアにおける地域医療の必要性</li> <li>・専門性の高い分野としての在宅緩和ケア</li> <li>・在宅緩和ケアにおける専門性</li> <li>・専門医師育成コースの設計</li> <li>・在宅ホスピス緩和ケア拠点の位置づけ</li> <li>・地域の医療機関とがん診療連携拠点病院の連携による在宅終末期医療教育システムにおける懸念</li> <li>・地域緩和ケアの実践・教育を行う拠点クリニックと連携体制の提案</li> <li>・在宅医療を推進するための拠点の必要性</li> </ul>	<p>川越です。実は僕はこういう医師会の仕事なんていうのは一番苦手なんですけれど、それをやらなければいけないということでやっております。</p> <p>先ほど土屋先生がおっしゃいましたように、私がこれからお話ししたいことは、在宅医療の中でも非常に専門性が、ちょっとマニアックな感じの領域になるかと思いますが、がんの末期の方の在宅医療の専門医をどのように育てていくとか、そういうことを中心にお話をしたいと思います。</p> <p>ご承知のように、今、がん治療病院が、がん治療ということに特化していくということを打ち出しておりますので、在院日数が短くなりまして、もう治療の見込みのない方は早くそのことを患者さんと家族の方に伝えて、しかるべきところへ行っていただくということを行っております。その受け皿となっておりますところが、従来は先ほど出ました中小病院だったのですけれど、その中小病院が実は病床削減のあおりを受けて今どんどん減ってきております。それで、現実的には、がん患者さんが、特に末期の方が地域をさまよっているということが残念ながら起きています。</p>	<p>末期がんにおける在宅医療</p>
	<p>それをどうするかということは、一つは、病院をまた復活させれば良いということではあるのですが、その話はさておきまして、がん患者さんを地域の専門家が受けとめるべきではないかと、これがそもそも私の問題意識でございます。</p> <p>ここに書きましたように、私がやっております家庭における末期がん患者のケアというのは、大きくいきますと地域医療というのがございまして、その地域医療というのは非常にたくさんの概念があって、もちろん診療所だけではございませぬし、診療行為以外にいろいろなことを含めております、これは説明する必要はないと思いますが、ただ、病院の先生方があまりご存じないのは、診療所が行う診療行為というのは、外来診療だけではないんですね。患者さんの家で行う診療、これを訪問診療と言っておりますが、それが保険診療の中に認められたのは 1992 年のことですが、つまり、第三の場所というのが患者さんの家という時代が実は来て、それが今どんどん進められておるわけでございます。</p> <p>開業医の先生方は、外来診療だけをやる先生もいますし、訪問診療だけをやる先生もいます。けれど、多くの方は、外来診療をやりながら訪問診療をやるという先生が多いのではないかなと思っております。私もどちらかというと外来診療をやりながらやっておりますが、最近、がんを専門にやる方は、こちらだけをやる方が圧倒的に多いと思います。そして、これは言葉が非常に混乱していますが、本当はイコールではないのですけれど、在宅医療というのは、訪問診療、患者さんの家で行う医療という具合に理解してください。</p>	<p>末期がん患者ケアにおける地域医療の必要性</p>
	<p>そして、僕がこれからお話しします在宅緩和医療というのは、在宅医療の集合です。その交わるころ、つまり患者さんの家でホスピスケア、緩和医療をやるという具合にご理解いただきたいと思います。</p> <p>在宅医療と申しましても、分類しないと混乱するところがありまして、これは僕の勝手な分類です。この主な意味は、非がんとかがんということに分けました。これは特殊なものなので省略いたしますが、この非がんというのは、私がお話ししたい末期がん患者というのは、症状が非常に不安定、高い医療依存度がある、短期ケア——これは僕らは 1,000 人近く家で最期までがん患者さんを診ましたけれど、その方たちの平均は大体 40 日ちょっとです。そういう非常に短い期間の中で、しかも死で終わるということですので、もしこれを在宅でやるとしたら、非常に専門性の高い分野ということになると思います。そういうことで、この赤丸で書いたのが、地域における在宅医療の中のさらに専門性を必要とする専門分野ではないかなと思っております。</p>	<p>専門性の高い分野としての在宅緩和ケア</p>
	<p>それで、僕がやっている専門性というのを思いつくままにざっと書きましたが、いろいろな知識あるいは技術が必要です。オンコロジー（腫瘍学）に関すること、緩和医療に関すること、在宅医療に関すること、そしてチームアプローチに関すること。特に在宅というのは医師と看護師がいつもそばにいない中で</p>	<p>在宅緩和ケアにおける専門性</p>



	<p>療を行いますので、そういう連携は非常に大事になってきます。</p> <p>それから、ホスピスケアの知識もないといけないわけですね。スピリチュアルペインということ。それから、このことに関連した家族の位置づけ——グリーフケアということも関係する。それから、病院にお任せの医療と違っていて、患者さんたち、家族の方が自分たちで受けとめる生であり、死ということですので、この死を教えるということが非常に大事になってまいります。そういうこともやらなければいけないということ。それが専門性ということになるかと思いません。</p>	
	<p>そういう医療に携わる医者をごどのように育てたいのか。これは勝手にイメージをつくってみました。僕は、この医療に携わるには、自分の専門性、スペシャリティというのをやはり持つべきではないかと思えます。そして、育成コースみたいなものがある、在宅の緩和医療という格好になればいいのではないかなと考えております。</p> <p>ただ、この辺はまだ整理されていない部分なので、例えば、緩和医療育成コースと簡単に言いましたけれど、関連する専門学会は何なのかとか、どこで教育するのかとか、それよりもこういう在宅医療というのは、先ほどどなたかもおっしゃっていましたが、現場を踏んで教育をするということが非常に大事ですので、その実習をする場所はどこがいいのかという問題がどうしても出てまいります。そして、育った方々がどういところで本当に働いていくのかという問題があります。</p>	<p>専門医師育成コースの設計</p>
	<p>ここで問題となることは、地域における在宅ホスピス緩和ケアの拠点となるような診療所が、制度的にも明確でないという点がございまして、在宅療養支援診療所というのが少しそれに近くなったのですが、それとて、そのものではないわけですね。</p>	<p>在宅ホスピス緩和ケア拠点の位置づけ</p>
	<p>それから、今のことに関連して、拠点が無いという話をちょっとしたいのですが、これは皆さんご承知のように、7年前に厚労省が打ち出した拠点病院制度の概略を書いたものですが、私が問題にしたいのはこの部分です。地域がん診療連携拠点病院があって、その地域の医療機関と連携を組んでやっていく。これはその一つの絵です。こういうところには、院内の PCU (Palliative Care Unit、緩和ケアユニット) とか緩和ケアチームというものを設けたら、もっとサポートできるのではないかとということがかかれた絵でございます。</p> <p>昨年、日本ホスピス緩和ケア協会というのが、緩和ケア病棟を中心に、ここと連携をとりながら地域の開業の先生方と連携してこういう在宅の終末期医療のサービスをやればいいのかということで、教育研修をここでやるべきではないかということが出たわけですが、これが私は非常に大きな問題だと思います。地域の医療機関というのが結局いってみれば開業医の先生方ということになるのですが、この教育システムというのは、病院から在宅を教えるという体制になっているんです。もしそういう形だけで専門医の育成ということが行われますと、十分ではないということが危惧(きぐ)されるわけです。</p>	<p>地域の医療機関とがん診療連携拠点病院の連携による在宅終末期医療教育システムにおける懸念</p>
	<p>このことに関連しまして、先ほど申しましたように、地域の中に終末期医療を専門にするような医療機関、特に診療所がないということが一つの大きな問題であると。では、どうしたらいいかということを書きました。これは今回の専門医制度をどうするかということと間接的に関係すると思えますので。それから、土屋先生がいっしゃいますので、私の考え方を申し上げさせていただきます。これが絵に描いた図で、先ほどは PCU が入ったのですが、今後は、地域緩和ケア供給体制の理想像として、地域緩和ケア供給のトライアングルというものを私は考えているんです。</p> <p>従来は、地域がん診療連携拠点病院の PCU が地域の開業の先生が行うとい</p>	<p>地域緩和ケアの実践・教育を行う拠点クリニックと連携体制の提案</p>



	<p>うことになっていましたが、この PCC(Palliative Care Clinic、緩和ケアクリニック)というのは僕が勝手につくってしまった名前ですが、緩和ケアクリニックというものを制度的に検討して、そういうところで緩和ケアの実践を行う、そして教育などを行う。もちろんここだけでやるわけではなくて、大学病院とか、緩和ケア病棟とか、特に地域のがん診療連携拠点病院というものを含んでやっていくということを考えるべきではないかなと考えております。</p> <p>1992年に医療法の改正で、在宅が第三の医療の場になったということを申し上げました。そして、その後、ご承知のように、在宅末期医療総合診療料という形で、がんの末期の方を家で診るということ、そして一昨年、在宅療養支援診療所ということで、厚労省としてはいろいろな整備を行ってきております。けれど実際は、地域の緩和医療というのが進まない。これは具体的には、在宅死の頻度を見ればわかりますが、大体6%でずっと推移しています。それをどうしたらいいか、いろいろ考え方はあると思いますが、一番大きいのは、そういう診療拠点となることの制度をつくっていかねばいけないということを考えております。</p> <p>一昨日、墨田医師会の方で、地域医療福祉部会というところで、私は委員で入っていますが、在宅における終末期医療を医師会としてどう取り組むかということディスカッションしたんです。その委員の方々はみんな在宅医療で一生懸命やっていらっしゃる先生なのですが、がんというのやはりだめだと皆さんおっしゃいます、これは僕も意外だったのですけれど。ですから、むしろそういうところができて、そこできっちりやってくれるということをしてほしい、とおっしゃってました。それは全員と言ってもいいと思います。</p> <p>ただ、「近くところで1人、2人というのがあるのだったら、できるかもしれないがな」ということをおっしゃっていて、興味がないわけではないのですが、実際に大変だということを知っていらっしゃるようです。しかも、今までは病院の方に行けばいいという格好をとっておりましたが、そういうことができなくなったということで、専門の診療所というものを展開する必要があるのではないかとということで、私の意見も聞いていただけたと思います。</p> <p>長くなりまして、失礼いたしました。</p>	<p>在宅医療を推進するための拠点の必要性</p>
<p>○土屋</p> <p>・国立がんセンター中央病院における地域連携</p> <p>・緩和医療プログラムにおける病院と診療所の連携の必要性</p>	<p>どうもありがとうございます。</p> <p>私どもは3年近く前に「がん難民製造工場」とやゆされたのですが、最近はまだそういう報道がなくなったのは、川越先生のクリニックを初め、今は3カ月に1回、私どものお世話になっている施設が100カ所ぐらいこういう場に集まって、医療連携の会をしております。登録されているメンバーリスト800施設が我々を支えてくれているということで、そういう名称はだんだんカビが生えてきたということで、大変ありがとうございます。</p>	<p>国立がんセンター中央病院における地域連携</p>
	<p>今の川越先生の考え方は、私どもの緩和医療のチームもよく理解しております、的場(国立がんセンター中央病院)緩和医療科医長が今プログラムを組んでくれていて、緩和医療のレジデントは緩和の診療所にもローテーションすることで、役所の方も、途中の事故があったりということまで含めて保障してコースを既につくってくれたのと、来年の4月から来るレジデントは、外科・内科を問わず、最低1カ月は緩和医療科を回すと。4週間やって、その4週間のうちの第3週目は診療所へ行くということで、的場先生が全部組んでくれていますので、ぜひ今の川越先生の考え方を、家庭医だ、専門医だということではつきり分けるのではなくて、相互乗り入れでお互いの理解を深めて、患者さんがシームレスに円滑に移動できるようなことでやっていきたいと思っております。家庭医の中でも大変専門性の高い領域のお話をありがとうございました。</p> <p>それでは、先ほどどうしてもということでしたので、海野先生と江口先生お二人、どうぞ。</p>	<p>緩和医療プログラムにおける病院と診療所の連携の必要性</p>
<p>○海野</p>	<p>先ほどぜひ伺いたいと思ったことがございまして、それはやはり数の問題</p>	<p>総合医と専門医の数</p>



<p>・総合医と専門医の数のバランス ・後期研修での家庭医コースの定員</p>	<p>です。もとはといえば、医師数を何人にするのだというところから始まっているところがございます。私は今お話を伺った理解では、総合医がある程度いてアクティブに動いてくださると、それによって全体の専門医の数は少なくて済むのかもしれないと感じていたのですが、お聞きしたいことは、全体として、最終的にどのくらいのバランスになったらいいのだろうかということが1点です。</p>	<p>のバランス</p>
	<p>それから、今、八千数百人の医学生をということになっていますが、仮に1万人の医者を毎年つくるとしたら、その中で、スーパーローテーションして、後期研修をする家庭医のコースはどのくらいの定員が望ましいのか、どのくらいが一番バランスよくいくとお考えなのかを教えてくださいたいと思います。</p>	<p>後期研修での家庭医コースの定員</p>
<p>○土屋</p>	<p>それでは、まだ計算はしていないかもしれませんが、大ざっぱで結構ですので、どなたからでも、お願いいたします。</p>	
<p>○山田 ・家庭医育成の全体に占める割合</p>	<p>その家庭医がやる範囲にもよるとは思いますけれど、イギリスやオランダやアメリカ型の家庭医ぐらいができれば、かなりの人を育成する必要がありますが、大ざっぱに言うと、全体のバランスとしては50:50だと言う人がいますが、そこまでは行かないとしても、30%~40%ぐらいのバランスとしては十分必要ではないか、多く見積もれば50%ではないかなと。ですから、仮に1万人とすれば、新しい世代の人たちも3~4割ぐらいの人たちが家庭医を。</p>	<p>家庭医育成の全体に占める割合</p>
<p>○海野 ・育成コースに応じた家庭医育成の割合</p>	<p>でも先ほどのお話では、家庭医は、分化医から総合医へというルートも同時に検討されていますよね、日医などと一緒。そうすると、その数と、本物のコースとのバランスもお伺いしたいと思います。</p>	<p>育成コースに応じた家庭医育成の割合</p>
<p>○山田 ・家庭医育成数の目安とその理由付け</p>	<p>小泉先生が後で答えられると思いますが、病院的な総合医も含めて、あるいは途中から入ってくるような人たちも含めると、その数は、純粋な家庭医を目指す人は、例えば2~3割でいいのかもしれませんが。後は、全体の総数で医師数から見ても、ジェネラリストとして、僕自身は離島などのへき地医療を経験したものですから、そういうバランスからすると、自分が例えば2,000人以上を持つのは、オンコール(待機医)も含めて、非常に厳しいでしょうね。ですから、ほかの国の例を見ても、1,000人とか千数百人とかというのだったら、かなり拘束されてもそれほど重大なイベントは起こらない、あるいはずっとその地域でケアをしていくには、比較的バランスのいい数ではないかなと。これが500人になると、暇と言ってもは何ですけれど、むしろ不適切かなと。それから類推すれば、例えば1億3,000万人分の例えば1,000人に1人なりの先生という、例えば十数万人とかという数かなと、漠然と思っているだけです。</p>	<p>家庭医育成数の目安とその理由付け</p>
<p>○前沢 ・家庭医育成の割合の目標</p>	<p>将来は、新卒の方の5割は目指してほしいという理想を描いています。いろいろな医療システムの中で、どこでジェネラリストとスペシャリストを分けるのかというのは議論があるところですけど、世界でそれなりのお金で質のいい医療をやっている方は1対1と私は受けとめています。ただ、そこへ行くまでには時間がかかりますので、まずは新卒の人を2割でも3割でもということ、これまで専門医をやっていたけれど、もう少し地域の中で心の通い合う医療をやりたいという方は、やはり2~3割で、両方足して5割というのを当面は目指していきたいと思ってやっています。</p>	<p>家庭医育成の割合の目標</p>
<p>○小泉 ・海外における総合医の割合</p>	<p>医師需給に関する厚労科研の研究班が何年前にあって、そのときに外国の事例をいくつかを集めての研究があったと記憶していますが、結果的には同じで、大体45%でしたか、大体4~5割はジェネラリスト系だ。ただ、例えば米国などですと、ファミリーフィジシャンもそうですし、GIMとか、最近ではMed-Pedsという、内科と小児科を同時に研修するような研修を修了した人とか、いろいろなカテゴリーがあるようですけれど、ジェネラリストがやはり5割近くというのが、それこそグローバルスタンダードではないでしょうか。</p>	<p>海外における総合医の割合</p>



<p>○江口 ・緩和医療における専門性の確立の動き ・大学病院での総合内科の役割・教育の仕組み</p>	<p>コメントが一つですが、先ほど来、家庭医のコミュニケーションということを非常に強調されていて、あれ自体は、家庭医だけではなく、ほかの医者も全部備えていなければいけないことだと思います。ですから、特に家庭医で習得するようなものは全部のお医者さんに習得してもらいたいということがあります。</p> <p>がんの緩和医療などを考えてみますと、特に先ほど川越先生も言われた地域の在宅での緩和医療というのは非常に重要なことで、これは今、緩和医療学会などで、こういうものに対する積極的な取り組みとして、スペシャリストをつくる、あるいは一般の医者の底上げをするといったことについては、今、計画が次々に実行に移されています。</p> <p>それで、小泉先生に質問ですが、今日の会の最後にこんなことを言って申しわけないのですが、病院での総合診療医、総合内科医の役割とか定義とかカリキュラムは、どこまで教えればいいのか、教わればいいのかということに関して、中小の病院のスタッフであれば今日のお話として大体理解できるのですが、大学病院で多くの内科の中でのいろいろな診療分野の指導者は、自分たちは専門家だが、総合内科とか総合診療科という科をつくらなくても、自分たちは総合的に診療できるし、教育できるという意見を持っています。いろいろなところでそういう意見を聞きます。</p> <p>その場合に、大学病院での総合内科の役割とか存在意義に関しては、スペシャリストをつくるための教育の一部門であると考えますが、そういう考え方で良いのでしょうか。その場合に、日本では、例えば総合内科スペシャリストとして、体系的な教育を受けた専門家というのはほとんどいませんね。各診療分野の専門家が、総合内科のスタッフとして集まり、後進の教育にあたるということになっていると思うのですが、こういう状態でよいのでしょうか。</p>	<p>緩和医療における専門性の確立の動き</p> <p>大学病院での総合内科の役割・教育の仕組み</p>
<p>○小泉 ・総合診療と専門診療で役割分担の形</p>	<p>日本は伝統的なナンバー内科というシステムがあって、ナンバー内科というのは、教授の名前があって、例えば土屋内科とか、その意味は、その内科教室で内科全般を全部カバーしていて、その上で、この領域とこの領域はしっかり研究してその領域は強いのだという考えがナンバー内科であったと思います。そういうことで育った人が現役の方で今すごく多いので、そのイメージと重ね合わせての質問が多いんです。ですから、ナンバー内科では内科全般をやった上でやっているのだと。</p> <p>それは確かにいいことなのですが、現実には、特化した方への比重がどんどん増えてくるので、例えば循環器内科の先生は朝から晩までカテーテルとか、そうなってくると、現場の仕事としては役割分担は現実にあって、それは重宝されて、私たちの方でも総合診療部があると、このあたりまでは総合診療部の仕事、ここからは専門の仕事というように、今おのずとある程度形ができてきます。</p> <p>例えば、高齢者の市中肺炎の入院の場合などは、呼吸器(内科)かもしれませんが、普通の市中肺炎であれば総合診療で入院のこともあるし、ストロークに関してのもそうですね。その辺は現場で役割分担をうまくやると、専門診療の先生も仕事がやりやすいし、私たちも専門の先生をサポートする意味で、あるいは身体的な部分以外のサイコソシヤル(心理社会的)の部分についての配慮という点では、総合診療部の医者は自負がありますから、それをしっかりやっていく、そういうことでいい形ができています。</p> <p>大病院では、研修病院も含めて、入院患者さんのケアを、高齢ですから亡くなる方も多いですけれど、亡くなる場合も含めてきちんとケアできるということがあれば、専門診療科の先生方も、こういうタイプの患者さんなら総合診療科に任せようというのが現場では意外と定着しつつあるので、そういうものをベースに、これからの形ができていくのかなと思います。</p>	<p>総合診療と専門診療で役割分担の形</p>



○土屋	ちょっと時間は過ぎていますが、今日この場所を提供して下さった渡辺先生に質問させないと怒られますので、よろしくお願いします。	
○渡辺 ・高齢者を支える総合医 ・100床～200床の地域総合病院では臓器別医師だけでなく総合医が必要 ・国民に分かりやすい総合医に対するネーミングとプログラムの要望	特権で済みません、ありがとうございます。日本版の総合医を考える場合に、2つのキーワードがあると私は思っております。  一つは、高齢者をどうやって支えるか。この間(第4回班会議)、小川先生のスライドにありましたが、アメリカはこの10年ぐらいほとんど高齢化は進んでいないと。それに比べて、日本はものすごい勢いで高齢化が進んでいるので、高齢者をどうやって支えるかということが一つのキーワードだと思います。	高齢者を支える総合医
	もう一つのキーワードは、先ほど来、川越先生や土屋先生がおっしゃっている中小病院——100床、200床の病院というのは、実は日本の地域を支えてきた病院です。こういうところで臓器別の専門医を大学から派遣してもらっているところ、どんどんつぶれていっています。それで、いつまでも大学に頼っているところがそのままつぶれてしまうのですが、本日おいでの方の山田先生などが手を貸して、総合医を派遣するようなシステムの病院がよみがえっていると。そういう現状を見ますと、総合医の適正な数はどうかというのは、クリニックベースのドクターの数プラス中小病院のドクターの数を計算しなくてはならないと思います。  この間の4回目のときは内科がかなり攻撃されました。私は総合内科専門ですけれど、確かに内科医も、100床、200床の病院では、専門別の内科というよりは、総合的なものが要求されております。なおかつ、そういうところでは、小児科の先生だけ当直のときに忙しくて、私は手伝ったりするのですが、「おれは小児科は診ないよ」というところは、もう小児科の先生だけが負担が大きくなって、バーンアウト(燃え尽き)してしまうと。私のいた病院では内科は患者さんが来た時は重症なのですが、時間がある時もあります。小児科はのべつまくなしに患者さんが来る。そうすると、100床、200床の病院で内科と小児科をちゃんと診れる医師を育成することが大事なのではないか。	100床～200床の地域総合病院では臓器別医師だけでなく総合医が必要
	それが私のコメントなのですが、最後に三学会の先生方をお願いしたいのは、病院総合医と地域総合医とか、病院総合医と家庭医とか、いろいろ言葉があって、この土屋班を今後進めていく上で、ネーミングというのはすごく大事なのだと思います。みんなイメージがいろいろで混乱してしまうところもあるのですが、要は、クリニックベースと中小病院を支えるような臓器別専門医に相対する言葉として、国民がイメージしやすい、三学会が合併したときのプログラムの名前というのをぜひともお考えいただいて、国民にアピールしていただければとお願い申し上げます、私のコメントを終わります。	国民に分かりやすい総合医に対するネーミングとプログラムの要望
○土屋 ・医師の資質として、「通い合う心」の必要性 ・総合医の診断能力と専門医の役割	どうもありがとうございました。 今日は大変盛りだくさんで欲張り過ぎて、時間が十分質問に使えないで申しわけありませんでした。  小泉先生の8枚目のスライドに、スペシャリストとジェネラリストということで、スペシャリストは「技」が決め手で、ジェネラリストは「通い合う心が鍵」と。大変象徴的ですけど、私どもは専門病院にいますと「技」があって当たり前で、「通い合う心」が足りないのが多くてしょうがない、というのが院長としていつも嘆いておるところでありまして、これはバランスよく両者とも必要である。	医師の資質として、「通い合う心」の必要性
	ただ、ジェネラリストの今日のお話を聞いておりますと、我々が学生のときに習った内科診断学、ここのところが最も総合臨床医に求められて、これが自分の守備範囲でなければ、患者離れのいい医者といいますが、専門病院にすぐ送り込むところが随分求められているのかなというのが私の一番の印象でありました。	総合医の診断能力と専門医の役割



	<p>したがって、受け入れ側のスペシャリストは、ある程度診断がきちんとつければ、高度医療機器で確認をしてすぐ治療に入るところに分化がきちんとできるのではないかと。その辺を見据えた上で、この班のまとめをしていかなければいけないかなと思っています。</p> <p>有賀先生がどうしてもということですので、どうぞ。</p>	
○有賀 ・三学会の関係	<p>三つの学会の先生方が一緒に集まっているということは多分ないと思いますので、ぜひお聞きしたいことがあります。三つの学会に重複している方たちというのが、結構たくさんいるような、またはいないような。実は日本救急医学会というのはどんな学会かといいますと、多くの方が、集中治療医学会と重複しているんですね。ですから、ああそうか、救急医学会というのは三次救急の人が多いのだと、これでわかりますよね。</p> <p>つまり、この三つの学会はほとんどみんな重複しているんですか。1つの学会に入っている人はみんな三つに入っているのですか。だから合併できるとか。その辺の様子を、どなたでも結構ですので、教えていただきたいと思います。</p>	三学会の関係
○小泉	<p>プライマリ・ケア学会が一番の新規生です。特に医師以外の職種の人が入って、チーム的な考えがしっかりある。地域のことで、葛西先生もおっしゃったように、特にグローバルには今はファミリーメディスンというコンセプトですので、そういうことを念頭に置いて、日本に家庭医療を根づかせたいということですね。</p>	
○有賀	<p>それはA、B、Cとあったときに、BとCか、またはAとBかということですね。</p>	
○小泉	<p>私たち総合診療医学会に入っている人同士でも、大病院とか大学に勤めている人が多いのは事実です。ですから、病院を自分の診療の場に行っている人が多いという若干の違いはあります。しかし、コアメンバーはかなり重なっています。</p>	
○有賀	<p>そうすると、先生のところでもプライマリ・ケア学会の方にも所属する先生方がいて、家庭医の学会の先生方はプライマリ・ケア学会の方にも入っていると、こういう形なのですね。</p>	
○小泉	<p>はい。</p>	
○有賀 ・将来の総合医、家庭医の位置づけ	<p>わかりました。</p> <p>それで、もう一つですが、日本の救急学会が結構発展してきたそのプロセスの一つは、救命救急センターという三次救急のシステムが日本国において制度として支えられてきたと。ですから、どちらかというと私立大学のほうが元気がいいというのが実態で、最近は国立大学にも救命救急センターができるようになってきました。</p> <p>質問させていただきたいのは、今、ジェネラルな体制、内科診断学でもいいのですが、そういうことをもつぱらにするような方たちが、家庭医でもいいですし、病院におられると。そもそも、多くの健康に関する相談は、まずはその方たちが受けて、その後次に卒業生の4割でも3割でもが行くような専門医の人につないでいくと。</p> <p>そういう制度そのものについて、三つの学会が合体した後に、この国の形はそれで行くべきだと強く思っておられるのか、または、そんなことはあまり考えていないのか。その辺を教えてくださいたいと思います。どなたでも結構です。</p>	将来の総合医、家庭医の位置づけ
○前沢 ・役割の明確化の必要性	<p>国民の方がわかりやすく利用しやすいということを考えますと、私は、緩やかな制度というとおかしいですけど、ある程度フリーアクセスを制限して、きっちりとガイドを図るべきだろうと思っています。</p>	役割の明確化の必要性



○有賀	山田先生も同じですか。	
○山田	同じです。	
○有賀 ・終末期を含めた総合 医の診療の範囲	<p>せっかくマイクを持ったので、手短に。先生も、その中には、コンテクスチュアル・ケアということで、私は漠然と、高齢者の亡くなり方だとか、がんの患者さんの亡くなり方だとか、そんなことを含めておやりになることになるのだろうなと思って、先生のスライドを見ていたんです。信仰とか死生観とかと出てきますね。ところが、最後に、墨田区のお話でいきますと、そういう難しいのは勘弁してほしいと、そういう話も出てきていますよね。</p> <p>先生方、三学会の方たちの目指す専門医は、当然のことながら、死に際まできちっと診て、そして今ではお坊さまがあまり活躍していませんので、そういう意味では、そういう形での看取りの部分でのお坊さまの代わりのような、そういうことでもできなければいけないと私は思うのですが、その辺はいかがですか。</p>	終末期を含めた総合 医の診療の範囲
○山田 ・終末期医療における 家庭医の重要性	<p>全くおっしゃるとおりで、僕は、看取りこそ、長くつき合った医師が一番その苦しみをわかりながらというか、患者さんにとっては安心しながら、緩和ケアも含めて、在宅医療も含めて、一番実力を発揮できる部分は、10年、20年、30年、家族と一緒に生きてきた医者だと思います。</p> <p>ですから、その人たちが、今のところそんなに緩和ケアなどの技能がないばかりにそういう意見があるかもしれませんが、僕としては、家庭医が当然緩和ケアとか在宅医のことにに関して非常に能力が高いと。</p> <p>現に、オランダの家庭医は、これはいい悪いは別にして、最期の看取るといって、安楽死みたいなことについて法制化されていて、それをとるのはジェネラルプラクティショナーです。</p>	終末期医療における 家庭医の重要性
○有賀	そういう意味では、終末期医療についても充分にお考えになっているという話ですね。ありがとうございます。	
○土屋 ・次回以降の予定 ・海外における臨床研 修制度の調査	<p>マイクを離さない俳優がいます(笑)、班長がいけないのであります。</p> <p>いろいろな分野の聞き取りがほぼ一巡しましたので、前回の全国医学部長病院長会議にはもう一度議論したい気もありますが、これはまた別にして、班員の中で意見をたたかわせて、合議に持っていきたいと思います。</p> <p>年末にできるか、新年に入るか、次回は身内だけのディスカッションを、今度はマイクを離さないでも大丈夫な十分な時間をつくりますので、よろしくお願ひします。</p>	次回以降の予定
	<p>その上で、お約束していた外国の状況を学会に来る医者をつかまえてというのですが、個別には何人かつかえただけですけど、こういう場ではできませんので、今、渡邊君が、研究委託で各国の状況をとらえられないかということで交渉してくれていますが、おおむね、それぞれの専門家から国情を知らせてもらえる状況になりつつあります。何しろ班のお金が限られておりますのであまりぜいたくはできないのですが、社会的な意義は高いだろうということで、協力してもいいという返事はとりあえずはいただいております。</p> <p>渡邊先生、次回の予定についてお願いします。</p>	海外における臨床研 修制度の調査
○渡邊(事務局) ・次回以降の予定	次回の予定はまだ未定です、あらためて班員の先生方にはご案内を申し上げます。海外の専門医・家庭医臨床研修制度についての調査をするということで、これまでの議論を踏まえて、1月中旬までには一度クローズドのミーティング	次回以降の予定



	<p>グを行いたいと思います。またよろしく願います。</p> <p>傍聴の皆さま、ホームページは引き続き更新してまいりますので、またメールニュースなどご連絡をさせていただきます。</p>	
○土屋	<p>今日は、盛りだくさんにやって大幅に時間を超過したことを最後におわびいたします。遅くまで聴講していただいたマスコミの方、あるいは一般の方も、ありがとうございました。これで終わります。(拍手)</p>	



第7回班会議 会議録

日時:平成 21 年1月 28 日(水)17:00~19:10

場所:国際会議場(国立がんセンター築地キャンパス内 国際研究交流会館3階)

出席:土屋(進行)、海野、江口、岡井、葛西、阪井、山田、渡辺

東京大学医学部学生

慶應義塾大学医学部学生

<p>○土屋 ・開会挨拶 ・今回の進め方 ・海外調査研究の進捗</p>	<p>皆さん、こんばんは。時間になりましたので、厚生労働科学研究費補助金による「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7回の班会議を行います。                  こんにちは、事前にご連絡しましたように、「医学生の視点から見た医師臨床研修制度のあり方について」ということで、2つのグループからご報告をいただきます。我々と比べるとかなり年代が若い方たちですので、若い熱気の中でいろいろお聞きしたいと思っております。</p>	<p>開会挨拶</p>
	<p>各報告を約 15 分で行っていただいて、続けてお聞きをして、その上で班員の皆さん、あるいは会場のほうからご質問を受けたいと思います。                  不慣れでもの足りないところはあるかもしれませんが、若い方ということでお許しをいただければと思います。ただ、教育研修の班ですので、一応ストップウォッチを持ってきましたので、10 分で予鈴を鳴らして、15 分でおさめるようにと、時間厳守も教育のうちですので、厳格にいきたいと思います。</p>	<p>今回の進め方</p>
	<p>今回までにいくつか動きがありました。班員の先生方にはその都度ご連絡していると思いますが、特に海外の事情について、その支援のシステム、後期研修についてどういう機関がコントロールをし、また、そのファンディング、予算的な裏付けはどうなっているか、あるいはそういう組織の陣容はどうなっているかということ詳しく調べたいということ、マッキンゼー・アンド・カンパニーに委託をしまして、1回は多くの班員の方にご参加願って、ヨーロッパ側の方にはロンドンのオフィスに集まっていたり、資料を見ながらご説明を受けました。                  また、昨日、私と渡邊でまたマッキンゼーに出向いて、ロンドンとつないでいただいて、さらにいろいろご助言をいただいたということがありましたので、その経緯を渡邊から簡単にご報告いたします。それから、昨日の資料は班員の皆様にはテナティブ(暫定的)なものをお渡ししてありますが、いずれもう少しまとまった上で公開ができるようにと思っております。                  では渡邊先生、お願いします。</p>	<p>海外調査研究の進捗</p>
<p>○渡邊(事務局) ・海外調査研究の進捗報告</p>	<p>事務局の渡邊でございます。昨日、マッキンゼー・アンド・カンパニー・ジャパンで、特にヨーロッパにおける総合医・家庭医、専門医研修の制度の仕組みについて、各国の例を学ぶとともに、我が国でそれを適用するとしたらどういったモデルが可能かということについて、ディスカッションをしてみました。                  アメリカについては ACGME と ACGME から情報を得られますが、特にヨーロッパのイギリス、ドイツ、フランス、スウェーデン、そしてカナダなど、いろいろな国の実情に応じた専門医なり総合医・家庭医の研修システムが動いているということで、特に具体的に制度として動かしていくためにはどのくらいの位置づけが必要なのかと。つまり、ファンドがどこから、お金がどこから出ているか、権限はどういった形で移譲されているのか、その具体的な仕組みを機能させるにはどうすればいいのか、そういうことについて実際の保健・医療政策を動かしている方のご意見も含めて、かなり幅広い議論を行ってまいりました。                  それを踏まえて、我が国でどういう形で総合医・家庭医・専門医ということを制度として動かしていけばよいか、いかに国民の方にわかりやすい形で専門医の資質というものを示していき、それを運営し、ある程度定期的にそれを見直し</p>	<p>海外調査研究の進捗報告</p>

	ていか、といった議論をしてみました。議論の中身については本日の資料に含めておりますが、具体的などころについてはまた班員の先生方のご意見をいただきながら進めていきたいと思っておりますので、引き続きよろしくお願ひいたします。以上です。	
○土屋 ・我が国の実情に応じた提言の必要性 ・本日の議題	どうもありがとうございました。各国、事情が違いますので、そのまま導入というのはもちろん無理ですので、その辺を踏まえて、我が国特有なものをどのように提言していったらよろしいか、また、既存の我が国の仕組みがありますので、それとの移行をスムーズにやるにはどうしたらいいかといったところまで、かなり踏み込んだ報告書ができればと思っておりますので、今のような作業を続けております。 昨日の討論内容そのほかも含めてあらためて整理をしたところで、班員の先生方にはお配りをしたいと思っております。	我が国の実情に応じた提言の必要性
	それでは、早速、本日の議題に入りたいと思います。 1つ目は、「日本の専門医制度の調査から」です。では、よろしくお願ひいたします。	本日の議題
○森田(東京大学) ・挨拶 ・理想の医師像とは ・医師へのインタビュー	こんにちは。医師のキャリアパスを考える医学生会の事務局をさせていただいております、東京大学医学部3年の森田知宏と申します。今回、専門医制度についてということですが、医師の教育という考え方で、卒前から卒後まで、一人前のお医者さんになるまでという考えで、卒前の教育も含めて考えてまいりました。	挨拶
・医学生の時代背景 ・知的な刺激を受ける「場」としての大学 ・現場で得られる教育 ・自主性に応じたカリキュラムの提案	まず、私たちが考える「いいお医者さん」という定義を考えたところ、理想のお医者さんは、「うまい」「えらい」「つよい」、単純にこの3つに絞って考えてみました。	理想の医師像とは
・卒後研修、専門医制度における臨床経験と研究のジレンマ ・1人の医師を育てる観点での卒後教育のとりえ方	「うまい」というのは、臨床の腕がいいだとか、患者さんへの思いやりがあるだとかで、「えらい」というのは、日本の医療を代表する先生方、自らの意見を発信する大きな影響力がある、「つよい」というのは、自分が正しいと思うことをリスクをとって訴えていく、そのようなことを考えております。そして、このような先生方の例として、土屋先生、嘉山(孝正)先生(山形大学医学部長)、小松秀樹先生(虎の門病院泌尿器科部長)などを考えてみました。そして、私たちはこの3名の先生方に最近インタビューを行いました。	医師へのインタビュー
	この先生方の学生時代の時代背景ですが、東京オリンピックがあったりとか、土屋先生が在学中は高度経済成長の真ただ中ということで、右肩上がりの時代でありました。そのうち、医学部から始まった東大紛争が広がって、小松秀樹先生は東大紛争より世代が少し下になるようできて、嘉山先生は東大紛争のおかげで東大入試がなくなってしまっていて、東大に行けなくなると、今でもご自分でおっしゃっております。 土屋先生の場合ですが、在学中に学生紛争真ただ中になってしまっていて、2年間、授業がなくなりました。その間、学生の中でクラス討論を行って、グループ勉強会などでご自分の能力を培っていったと。その後、慶應医学部を卒業後、慶應大学の医局には入局したものの、1日も行かず外病院で働く。その後、指導者に恵まれ、ご自分でも研さんを積み、今のがんセンター院長にまで上りつめられたということです。 嘉山先生ですが、在学中はひたすら医学書をあさるといって、今でいうと「まじめ」になると思いますけれど、論文を執筆したりとか、すばらしいまじめな大学時代を送られておられました。 小松秀樹先生も、在学中は講義にはほとんど出席せず、読書、登山に明け暮れる日々で、山からいろいろな能力を得て、本からもさまざまな知識を得る機会があったということです。 このように3名の方々を見てみますと、講義とは離れた場所での活動、土屋先	医学生の時代背景



	<p>生の場合ですと友だちとのグループディスカッションですとか、嘉山先生ですとご自分で医学書を読みあさる、小松秀樹先生ですと読書や登山。そのようにやりたいと思ったことは三者三様ですけれど、結局、重要なのは、講義とは離れた場所での活動なのではないかと私たちは考えました。</p>	
	<p>私たちの場合、大学で何をしたいかを考えてみます。          大学というのを、人から刺激を受ける場所ととらえました。そうすると、身近な人という例をざっと挙げてみると、こうなります。先生や上司など、それぞれの人の場を考えてみますと、例えば、大学生の場合は上司ですとバイトということになると思います。そして、親・兄弟だと家庭、歴史上の人物となりますと読書から経験を積みます。そして、OB、後輩、友だちとなりますと、部活、勉強会など。そして、これは大学の特徴だと思えますけれど、講義や先生の研究室などに行くと、先生と接することで刺激を受けるものだと思います。          しかし、このように知的な刺激を受ける場というのは多いものですが、実情は1日の大半を講義に割かれてしまう。これは医学の細分化によって講義がどんどん増えてきたということも多分あるのですが、実際、今の講義というものをとらえてみた場合、講義で得られるものを、医学知識、そして先生の体験ととらえました。</p>	<p>知的な刺激を受ける「場」としての大学</p>
	<p>そうすると、知識というのは、これまでは外国語の教科書しかなかったり、文献がなかった時代だったのですが、今では割と日本語の教科書も出回っておりますし、最新の論文もウェブ検索で手に入ります。土屋先生もいつもおっしゃっていますように、テキストベースのものは家でも勉強できます。          それから、先生との体験ですが、これは先生と接することでしかりに入らないものですね。でも、実体験であれば、講義よりも現場に行ったほうが良いと僕は考えます。          そこで、例えば僕がこれまでやってきたことですが、放射線医学見学ツアーというのは、土屋先生のご協力のもとに稲毛(いなげ)の放射線医学研究所を見学したり、医学生会の勉強会ではさまざまな先生をお呼びして勉強会を開いたりしました。この右下は昨日の様子ですが、徹夜でこのような発表の場に向けて準備を行いました。後で研究室で論文を書かせていただくなど、このようなことも教育だととらえていいのではないかと思います。</p>	<p>現場で得られる教育</p>
	<p>しかし、現在のカリキュラムは、このように必修がずっと続いておりまして、なかなかそのように時間を割く機会がないんですね。          そこで、ここで新カリキュラムというのを考えてみます。ここで考えるのは、必修はテストのみとしまして、今までの講義に参加しなければならないという概念を少し取っ払ってしまつて、講義というのは先生による知的刺激を受ける場と考えますと、知的刺激を受ける場であれば、自分からそのような場所に出向くことで手に入るのだと僕は思いますので、講義に参加する、しないというのは、学生の自主性にゆだねてもいいのではないかと、思います。そうすると、医学生はこれまで1・2年生は基礎医学をやつて、3・4年生は臨床のテストをやると、このように決まっていたわけですが、自分の問題意識によって、このようなプログラムをつくることも可能になります。          例えば、グループ学習を重視するのであれば、このようにプログラムを組みますと、講義でポイントをつかんだ後は、自分で自分をナビゲートして、後は友だちとのグループ学習で勉強していくとか、自習をずっとしたいというのであれば、徹底的に医学書を読みあさる。例えば、この場合は医療現場に行くということで、学生だけでクリニックを立ち上げるという、ロボクリニックという例もございます。これはさまざまな先生方が学生のために動いてくださるという大変貴重な経験だと思いますので、このようなことも大学教育としてとらえてもいいのではないかと、思います。          そして、部活をやるという場では、部活でさまざまなことも身につきますし、読書をする事でいろいろな知識の幅も広がる。</p>	<p>自主性に応じたカリキュラムの提案</p>