
 シンポジウム

新潟県において優れた総合診療医をいかに養成するか 2016

How to train Good General Practitioners in Niigata Prefecture 2016

日 時 平成 28 年 2 月 11 日 (木) 午後 1 時 30 分～
 会 場 新潟大学医学部医療人育成センター

主 催 新潟大学医歯学総合病院医科総合診療部
 共 催 新潟大学総合地域医療学講座, 新潟医療福祉推進会議 (旧・医師不足を考える会)
 後 援 新潟県, 新潟県医師会
 座 長 井口清太郎, 鈴木栄一, 内山 聖
 司 会 石山貴章 (魚沼基幹病院)
 開会挨拶 牛木辰男医学部長
 開催趣旨 高橋榮明 (新潟医療福祉推進会議)
 演 者 藤沼康樹, 高田俊範, 原 勝人, 上村伯人, 神田健史, 吉嶺文俊
 指定発言 川井洋輔, 久代航平, 斎川克之, 高橋榮明
 閉会挨拶 内山 聖

【開催趣旨】

高橋 榮明
 新潟医療福祉推進会議

近年の医学の素晴らしい進歩は、領域の如何にかかわらずその発展に従って、多数の専門科 (subspecialty) を分化してきた。わが国は超高齢社会となり、人口の約 1/4 が高齢者となり、間もなく約 1/3 を占めると予測されている。今後、高齢者が増加し、診療回数も増え、多死社会になった場合、内科領域で分化した超専門医に、高齢者が継続してそれぞれ受診することは困難と思われる。分化は進歩であるが、同時に統合を考える必要がある。

2018 年度から、19 番目の制度として「総合診療専門医」制度が新設される。多数の慢性疾患の

ある高齢者にとって、全人的総合診療をする医師、すなわち総合診療専門医が今後ますます必要となる。本シンポジウム開催の目的は新潟県において「優れた総合診療専門医」の育成のために、その医師像を多数の立場の関係者が共有することである。

総合診療専門医は患者の年齢、性別にかかわらず対象とするが、ここでは特に高齢者について述べたい。現在、発表されている総合診療専門医の到達目標には 6 つのコア・コンピテンシーが含まれている。経験目標として示されている診察・検査・治療手技、症候への対応、疾患・病態へのマ

ネージメントに加えて、「医療・介護の連携活動」がある。では、どのようなことが、研修プログラムの特色となるであろうか。

著者からは、新潟県における後期研修カリキュラムに2つの提案をしたい。第一の提案は、コンピテンシーの一つ、「連携重視のマネジメント」の習得である。新潟においては、多職種連携の実践事例が多数あり、2008年度に創設された日本保健医療福祉連携教育学会の学術集会では、新潟から多数の発表がなされた。そして多数の指導者が役員として活躍している。従って新潟では医学の

研修と同時に、ケアミックスを学び、ファシリテーターとして「多職種協働のチーム医療」をマネジメントできる能力を習得することである。さらに地域志向のアプローチを学び、「保健事業・予防医療」など医療から介護まで地域のニーズを把握する態度の学びである。そして、地域社会も育成に参加することが期待される。第二の提案は、新潟における総合診療専門医制度の後期研修医は、国内外の地域医療・福祉がどのように実践されているかの複眼的視点を常に持つことを期待したい。これは指定発言で述べる。

【基調講演】

総合診療医養成のキーポイント

藤沼 康樹

医療福祉生協連家庭医療学開発センター/千葉大学専門職連携教育研究センター

はじめに

総合診療専門医に必要な6つのコアコンピテンシー（日本専門医機構）とは、1. 人間中心の医療ケア 2. 包括的統合アプローチ 3. 連携重視のマネジメント 4. 地域志向アプローチ 5. 公益に資する職業規範 6. 診療の場の多様性、とされ、これらは海外におけるプライマリ・ケアの専門医である家庭医やGP（general practitioner）教育におけるコンピテンシーセッティング¹⁾と相同性がある。そして、これらのコアコンピテンシーの内実の把握が教育設計上必要となるが、従来、医学における専門性（科）は、「対象とする疾患」「年齢・性別」「実施する手技」等によって定義されてきたため、こうしたジェネラリストに独特のコンピテンシー設定は、日本の一般の医師には馴染みがなく、直感的に理解しづらいかもしれない。そこで、総合診療専門医に必要な6つのコンピテンシーは6つを並列にみるのではなく、6つ目の「多様な場での診療ができること」をコアと考え、どのような場にあっても残りの5つのコ

ンピテンシーを場のコンテキストにあわせて発揮することができるという視点からみると理解しやすいだろう。

ここでは、総合診療専門医に期待される具体的な診療内容（外来、在宅、救急、病棟、地域を含む）を事例も含めて具体的に提示し、総合診療専門医教育の方略の方向性について議論する。

プライマリ・ケア外来診療教育

プライマリ・ケアにおける非選択的外来ができることが目標となるが、これは年齢、性別、臓器、健康問題の種類によらず、初期診療や継続診療ができることを意味する。そして、総合診療専門医研修においてもっとも重視すべき領域でもある。日本では、特に内科領域においては病棟医療がトレーニングの中心であり、「病棟診療ができれば外来診療はできるはずだ」という誤った医学教育観が長くつづいている。しかし、海外の家庭医療やGPの領域における様々な研究結果によれば、外来診療は、独自の教育コンテンツをもち、それと

して教育され、評価されなければならないとされるが、残念ながら、日本においてはプライマリ・ケア外来診療領域の研究も教育もほとんどなされてこなかった。また、本来実施すべき価値の高い医療（High value care）であるヘルスマイntenランスや、外来医療の重要なタスクのひとつである受療行動の指導などが行われていないことも多い。また、おそらく今後の日本の外来における総合診療教育を有効なものにするためには、外来医療自体のシステムや制度にも工夫が必要である。総じて、教育の場、方略、評価にイノベーションが必要である。

教育コンテンツとしてとくに重要なのは、慢性疾患ケア、老年医学（geriatrics）、こどもの成長発達支援（予防接種や健診など）、多疾患併存（multimorbidity）のマネジメント、外来患者集団を population at risk として捉え診療の質改善に取り組むこと、などがあげられる。

外来診療指導の実際

まず、かぜ症状を主訴に外来受診した患者に関する教育内容について考えてみよう。17歳の女子高校生が3日前より生じた咽頭痛で来院。咽頭所見より溶連菌感染を考え、迅速検査で陽性反応あり。抗菌薬を10日処方した。

この事例においては、急性咽頭感染症の鑑別診断と治療が指導内容になるだろうが、総合診療の外来では、めったにあわない思春期の地域住民に医師が出会った場合、何をタスクとすべきかという視点が重要である。たとえば、「タバコは吸っていないよね」「何か他にききたいことある？なんでもいいよ」といった声掛けが、意外な健康問題を浮かび上がらせることもあるし、そうでなくてもいつか健康問題を相談したいときのリソースとしてその医師が位置付けられる可能性が高い。カゼは普段接することのない地域住民との出会いのきっかけをつくるものとして位置付けると、なんでもない外来診療の風景が変わって見えるだろう。

次に、転居してきたばかりの1才の男児が、1週間つづく咳と鼻水で来院した事例を考えてみ

る。この場合、小児のかぜ症状への対応が教育内容であり、こうした症状から重症になりやすい疾患を念頭においた診断と治療や、母親への説明の仕方が大切であることはいうまでもない。

そして、連れてきた母親に対して、母子手帳を見ながら妊娠中のトラブル（入院、中毒症、高血圧、タンパク尿などの指摘）がなかったかどうかきいてみたい。実は妊娠中に高血圧を指摘されていたが、その後フォローされていなかったかもしれない。また、転居して慣れない育児環境の中で何か気になること、相談したいことはないかどうか気軽にきいてみたい。場合によっては、実家の近くに越してきたが、自分の母親の物忘れが気になっているという話が出てくるかもしれない。こうした、小児の健康問題だけでなく、家族もふくめた相談相手になるためのタスクが総合診療医にはある。

次に、高齢者の外来診療を取り上げてみる。89才の女性が夜間尿失禁を主訴に来院した事例を考えてみる。通常の医学生物学的診断治療のみで解決可能な健康問題の割合は、虚弱高齢者の場合は約半分である。日本の老年医学の教育は、長く高齢者に特有な疾患の教育にとどまっており、本来の老年医学 geriatrics の教育は不十分であったといえるだろう。

高齢者は漠然とした症状が多いので、まず、この患者はどのような生活をしてるのか、その全体像を、ADL、IADL、認知機能、社会的サポート状況を聴取しないと、問題の真の姿はみえてこない。結局この患者はもともと糖尿病、心不全で他院に通院していた。利尿剤が最近増量され、夜間尿が増えた。もともと膝関節症で動きがおそく、白内障の悪化でくらい廊下をトイレまで歩くのが困難だった。これらの要因が重なって、夜の排尿が間に合わなくなったのである。これらに病態生理学的な因果関係はなく、問題が累積した結果である。虚弱高齢者のプライマリ・ケア外来診療においては、主訴を一旦カッコに入れて、全体を評価することが必要な場合が多い。

プライマリ・ケア外来診療の組み立てを学ぶ

前述したように日本では、外来診療は病棟医療における診断治療プロセスを外来に適用することであるという誤った考えが従来から根強くある。しかし外来診療の現場に実際出てみれば、そう単純ではないことは、すぐわかるのだが、診断治療以外の部分を、接遇やコミュニケーションの問題とする傾向があり、まともに学ぶ機会がほとんどなかった。そのため、フィードバックを受けたことのない、自己流の外来診療様式が蔓延することになった。しかし、世界的にみると、家庭医療やプライマリ・ケアの世界では、プライマリ・ケア外来診療は、病棟医療とはちがう構造化が必要であり、それとして教育されるものであると捉えるのがスタンダードである。

もっともシンプルな外来診療モデルはStottら²⁾によるプライマリ・ケア外来診療の「4つのタスク」モデルである。これは外来診療のタスクを「急性の問題への対応」「慢性の問題への対応」「予防医療的介入」「適切な受療行動の指導」の4つとするものである。たとえば、外来診療終了後にこの4つの領域に添って指導医と症例を振り返ることによって、このモデルにもとづく診療所が可能になる。さらにもっと洗練された外来診療構造モデル³⁾⁴⁾もある。

プライマリ・ケア外来診療の教育は、その構造自体の理論的な学習と、ビデオレビューなどの新しい教育技法の導入の2本立てで取り組むことが必要である。

救急医療教育のポイント

救急医療については一般外来、あるいはプライマリ・ケア外来と違う臨床推論を学ぶことになる。たとえば、腹痛の診療においては、それが同程度の症状であっても、プライマリ・ケアと救急医療では事前確立・検査前確率が異なるため、鑑別診断の優先順位を変化させる必要がある。しかし、これまで医師一般のトレーニングの場が2次-3次医療機関に設定されていたため、そこにお

ける臨床推論をプライマリ・ケアの場にそのまま適用しがちであったといえるだろう。総合診療医はそうした場における推論プロセスの違いを使い分けることができるように教育されなければならない。

総合診療専門研修中だけでなく、生涯教育の観点からも、またプライマリ・ケア外来診療の安全性や質の担保のためにも、救急医療は専門研修修了以降も継続して関わりたい。診療所が主たる仕事の場面であっても、病院の救急医療に一定関わり続けるというスタイルが、あたらしい総合診療医には必要である。

救急現場でのトレーニングで目標になるのは、重症疾患の治療経験というよりは、一般的な主訴であっても、危険な症状や所見 (red flags) を見逃さない能力の獲得であろう。いわゆる北米型ERでの研修が最も教育効果があるといわれる所以である。

病棟診療教育のポイント

病棟医療における総合診療医の役割は、ほぼ以下のように要約される。

— 外来、在宅などとシームレスでスムーズな連携が必要なフレイルな高齢者の入院マネジメントができる

— 他科専門医と連携して、併存疾患の多い患者の主治医機能を果たすことができる

— 心理社会倫理的複雑事例に対して、専門職連携実践 (interprofessional work) によりマネジメントができる

— 地域との連携機能を活用し退院支援ができる

— 癌及び非癌患者の緩和ケアができる

— 診断困難事例への対応ができる

— 安全管理、診療の質保証、院内教育活動など、病院運営に必要なマネジメントチームの一員として役割を果たすことができる

これらのコンピテンシーの基盤を獲得するためには、珍しい疾患の経験よりも、その施設でよくある病態を経験したほうが、熟練した他の専門職から多くを学ぶことができることもあって適して

いる。重症疾患を診ることができるなら、軽症疾患を診ることができるはずであるという、従来の内科トレーニングの発想は当てはまらない。たとえば、フレイルな高齢者で誤嚥性肺炎や慢性心不全で入退院を繰り返しているような患者をマネジメントすることが、総合診療医に求められる質の高い在宅診療のためのよい研修になることを強調したい。

なお各種手技に関してはその施設の文化や必要性に応じて習得すればよい。たとえば、地域のリソースの観点から、上部消化管検査が必要となれば、上部消化管内視鏡検査のトレーニングをカリキュラムに入れることは正当である。総合診療医に必須の侵襲的手技は設定すべきでなく、あくまでコンテキストや本人の希望に応じて目標を設定したい。

以下に典型的な病棟事例を提示し、総合診療における病棟医療の教育コンテンツを例示する。

病棟診療教育の実際

事例1：87歳男性、定期訪問診療を受けていたが、高熱が出現、ADL低下し紹介入院。身体診察からは熱源不明、血液培養実施し、画像診断にて急性胆道感染症と診断。入院によるせん妄予防のプロトコール（HELP）も多職種で実施した。

在宅医療の現場では様々な制約から、病歴、身体診察のみから症状の原因を推定せざるを得ないことがあり、また発熱による生活機能の急速な低下による入院依頼となることも多い。この場合、何科に入院するのが適切かを紹介元が判断できない。こうした診療コンテキストを理解して、入院を受け、診断と治療を行うことが総合診療医には求められるだろう。

そして、胆道感染症改善後速やかに在宅医療に移行することができるように、せん妄予防やリハビリテーションの導入などにチームで意識的に取り組むことが必要である。こうした要素はすべて総合診療医の教育コンテンツである。

事例2：63歳女性、乳がん、多発性骨転移、高カルシウム血症による意識障害で入院。スタッ

フ&家族と今後の方向性についてカンファレンスをくりかえし、自宅での最期を希望されており、在宅医療担当グループに移行するためのミーティングを行うことになった。

日本においては緩和ケアが必要とされる入院患者は一般病棟にいる場合が多い。一般病棟入院中のがん患者の緩和ケアや在宅緩和ケアの導入などは、総合診療に求められている重要な任務である。がん及び非がん患者の緩和ケアは総合診療医の教育コンテンツとして重視される。また、地域の在宅チームとの様々な架け橋になることも重要で、ミーティングの運営技術もふくめて様々なマネジメントスキルに関する学びも必要であろう。

事例3：70歳男性、くりかえす失神発作の原因精査目的で紹介入院。入院後洞機能不全症候群の可能性が高く、循環器内科にコンサルテーション、PPM挿入となった。基礎疾患に糖尿病がありインスリン導入を実施。

診断困難事例のマネジメントを様々な専門家にコンサルテーションしながら行うことも総合診療医の病棟における役割として求められている。総合診療医は必ずしも「診断専門医」である必要はない。様々な情報を統合し、主治医として患者とよく話し合い、ゴールを設定してくような姿勢が期待されている。

地域ケア教育のポイント

地域ケアは従来最も医師教育には欠けていた領域であると言える。この場合の「地域」は自治体の区切りではなく、何らかのリスクを共有する人口集団ととらえたほうが良い。市町村単位の人口集団全体を対象にした活動はむしろ公衆衛生や医療政策のテリトリーであろう。

例えば、自分の病院や施設の外来に通院している90才以上の患者集団に関して、なんらかのヘルスプロモーション活動を行い、あるいは地域に住んでいる子育て中の外国人に対して育児や小児保健に関する定期的な情報交換の集まりを作るプロジェクトに取り組むような活動が、総合診療医養成プログラムにおける地域ケア研修のイメージ

である。単発的に住民を集めて健康講話を開催するようなことも悪くはないが、講話の設計をたとえば教授設計法であるガニエの9教授事象⁵⁾などを参考にして行い、実際に講話の参加者に事後アンケートを評価として得られるようなカリキュラムでないと、「やってみた」以上の教育効果は得られないだろう。

在宅医療教育のポイント

今後の超高齢社会と地域包括ケアの時代において在宅医療は重要な医療の場となるが、現代に求められる在宅医療は、比較的介護度が高いが医療需要度は低いタイプの患者のケアのことではない、DPCの時代になり、入院患者がトータルにすべての問題をマネジメントされた状態で退院することはなくなり、医療需要度の高い在宅患者が増えてきている。特に急性期対応や在宅緩和ケアを実践できる知識と技術が求められるだろう。

また、かつては社会的入院という名目で、入院させることで事態を前に進めることができた地域の複雑困難事例を、入院させずに地域でマネジメントする頻度が急増している。

おちついた在宅患者の訪問診療、本人の状態が変化しないことを確かめ、介護者と談笑し、定期薬を処方して笑顔で帰っていくようなノスタルジックな往診風景はだんだん少なくなるだろう。逆に、発熱で臨時往診し、身体診察と限られた検査を行い、血液培養をオーダーし、鑑別診断は何か、緊急入院の適応はあるのか、抗菌薬の選択はどうするか、といった行動が必要になる。

また、在宅医療においては、地域ベースの様々な職種でチームを形成する機会が多いが、ふだんから顔のみえる関係を構築すること、また専門職連携実践の促進因子と阻害因子を理解し、適切なリーダーシップの発揮あるいは移譲を行うことが大切である。

総合診療研修における在宅医療の経験においては以下に列挙するようなケースをバランスよく受

け持ち、多職種参加のカンファレンスを実践できることが目標になる。

- －緩和ケアを必要とする患者（がん、非がん）
- －在宅ケアを新規に導入する患者
- －心理社会的倫理的に問題の多い複雑事例
- －介護度は高いが医療需要度が低い安定した患者

おわりに

総合診療医養成を行うためのキーポイントは、様々なコンテキストの現場でのトレーニング環境をつくることにある。それは、これまで医師養成の中心であった病棟医療の現場での教育だけでは、総合診療医に期待される社会的役割を果たすコンピテンシーを身に付けることは困難であり、プライマリ・ケア外来診療、軽症～中等症救急診療、在宅ケア、地域ケア等における教育をバランスよく効果的に実施できるための教育イノベーションが必要になるということでもある。

参考文献

- 1) 公益社団法人地域医療振興協会診療所委員会(訳)：英国に学ぶ家庭医への道。メディカルサイエンス社、2013。
- 2) Stott H, et al: The exceptional potential in each primary care consultation. Journal of the Royal College of General Practitioners; 29: 201-205, 1979.
- 3) Stewart M: Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd ed, Radcliffe Publishing 2014.
- 4) Neighbour R, 草場鉄周(監訳), The Inner Consultation 内なる診療：第1版, カイ書林, 2014.
- 5) 市川 尚(著), 根本淳子(著), 鈴木克明(監修)：インストラクショナルデザインの工具箱 101. 北大路書房 2016.

【総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー】

(日本専門医機構, 総合診療専門医カリキュラムより)

1. 人間中心の医療・ケア

- 1) 患者中心の医療
- 2) 家族志向型医療・ケア
- 3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション

2. 包括的統合アプローチ

- 1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応
- 2) 効率よく的確な臨床推論
- 3) 健康増進と疾病予防
- 4) 継続的な医療・ケア

3. 連携重視のマネジメント

- 1) 多職種協働のチーム医療

- 2) 医療機関連携および医療・介護連携

- 3) 組織運営マネジメント

4. 地域志向アプローチ

- 1) 保健・医療・介護・福祉事業への参画
- 2) 地域ニーズの把握とアプローチ

5. 公益に資する職業規範

- 1) 倫理観と説明責任
- 2) 自己研鑽とワークライフバランス
- 3) 研究と教育

6. 診療の場の多様性

- 1) 外来医療
- 2) 救急医療
- 3) 病棟医療
- 4) 在宅医療

【シンポジウム】

1 魚沼基幹病院の立場から

高田 俊範

新潟大学医歯学総合病院魚沼地域医療教育センター

魚沼基幹病院は、魚沼地域における救命救急医療や高度医療の提供を目的に、昨年6月新潟県南魚沼市浦佐に開院した。本院では、新潟大学地域医療教育センターのもと、医学部学生、研修医、および専門研修医などの教育を行う。当院において総合診療医養成のために行う教育は、以下の三点に集約される。(1)新潟大学医学部5年生を対象に、一週間の総合診療実習を行う。本実習は、魚沼市立病院における地域医療学実習と対を成す

ものである。(2)本年4月から新潟大学医歯学総合病院の協力型臨床研修病院として、また早ければ平成30年4月から基幹型臨床研修病院として、卒後臨床研修医を受け入れる。卒後臨床研修では、救急外来、地域救命救急センター、総合診療科診療が一体となった総合診療研修を行う。(3)総合診療専門医養成のための研修プログラムを策定し、総合診療専門研修を行う。現在、同プログラムへの参加を準備中である。

2 中小病院の立場から

原 勝人
県立津川病院

県立津川病院は、人口1万2千人余りの東蒲原郡阿賀町の唯一の病院である。内科常勤医4名と地域医療研修医によって救急医療、在宅医療を含めた地域医療に取り組んでいる。若く経験の浅い医師も多く若い医師の育成は重要である。学年の近い医師による屋根瓦式の教育が基本であるが、個人と個人の関係だけに限定しない集団的指導の要素も重要と考えている。

阿賀町では県立病院と町診療所が連携を取りな

がら、また色々な施設の色々な職種の人々が連携を取りながら、保険・医療・福祉を含めた広い意味での地域医療に取り組んでいる。津川病院で勤務する医師には、地域医療に取り組んでいるなるべく多くの人々と接しながら、自ら体験・体感し、自ら考えてもらうことが重要と考えている。地域医療について理解し、自分以外の医師、他科の医師、他の職種の人々とも連携が取れることは総合診療医としての資質になると思われる。

3 診療所・在宅医の立場から

上村 伯人
上村医院

はじめに

人口当たり医師数が全国平均の半分しかおらず高齢化も全国平均より10年早く進んでいる新潟県魚沼地域で、平成27年6月に大規模な医療再編が実施された。これまでなかった高度医療センターの整備を目指した再編であったが、地域のニーズは検討の始まった15年前とは大きく違っていた。地域包括ケアを病院と共に支える診療所の立場から、今回の再編を検証し今後の方向性について考えたい。

は不便になったことと、集中による混雑が生じている。最も大きな副作用は看護師不足のため予定病床(454床)の2/3(308床)しかオープンできていないことと(平成27年12月)、地域の病院から看護師を吸い上げたため慢性期・回復期を担う療養病床が数カ所閉鎖に追い込まれたことである。つまり国が2025年に向けて目指している病床再編の姿、ウィングラス型からピラミッド型への変換が逆の形になっているのである。このことは地域の医療介護体制に大きく影響を与えている。

医療再編による効果と副作用

医療再編による効果は他演題で報告があるように、救急医療に関しては地域完結性の向上と救命率の向上も推定されておりその成果は評価されている。しかし外科系診療科はほぼ基幹病院に集約されてしまったため、救急以外の患者のアクセス

考 察

全国のモデルになるとも言われる大規模な医療再編は関係者の努力と住民の理解によりとりあえず無事にすすんでいるが、人口減少と高齢化の進む地域で10年前に計画された姿は時代のニーズに合っているのだろうか？オープンできていない

残りの 150 床は全てオープンする必要があるのか？すべてを 7：1 看護にするべきなのか？地域包括ケアシステムの中で急性期・回復期・慢性期の資源分配はどうあるべきなのか？

今年度予定される「地域医療構想策定」に向けて再編の検証と今後の在り方について議論を深めたい。

4 新潟県の立場から

神田 健史

新潟県福祉保健部 医師・看護職員確保対策課参事

本県の人口 10 万人当たりの医師数は約 200 人で、全国平均より 44 人少ない。新潟県は医師確保を喫緊の課題であると認識し、医師・看護職員確保対策課を設置し対策を進めてきた。具体的には良医育成新潟県コンソーシアムによる臨床研修医の確保や医師養成修学資金制度による地域医療従事医師の確保に向けた取組などのほか、県の寄附講座である総合地域医療学講座の設置や、新潟医療人育成センターの整備など、早くから「確保」だけではなく「養成」も重視してきたことが特徴

の一つである。

また、新たな専門医のしくみでは基本領域の専門医に総合診療専門医が加えられるが、県の寄附講座や、県が設置し新潟県地域医療推進機構が運営する魚沼基幹病院は地域における総合診療医の養成に力を入れており、専攻医に対する十分な魅力をもっていると思われる。県としては、これらの魅力を内外に発信し、県内医師の確保・養成につなげたいと考えている。

5 総合診療専門医育成の立場から

吉嶺 文俊

総合地域医療学講座

医学や医療は劇的な進歩を遂げ、医師は確実に増えたが、医師偏在・医療崩壊・医療再編という荒波の中、2004 年より新医師臨床研修制度、2017 年からは新専門医制度が始まる。19 番目の基本領域である「総合診療専門医」は日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医制度を参考としているが、県内における当該専門医は少ない。しかし新潟には、郡部・市部に関わらずプライマリ・ケアの先駆者が数多く存在する。これらの文化や

風土をきちんと認識しながら、医師会・関係職種・行政・マスコミそして地域住民等が一致協力し、魅力的な研修カリキュラムの作成、ローカルとグローバルな視点を併せ持つ指導医の確保、そして「地域を診る医師」を育成するためのコミュニティ創成が急務である。プライマリ・ケア「新潟ブランド」の発信により、県外からも多くの医師が集ることを期待する。

【指定発言】

1 学生の立場から

川井 洋輔

新潟大学医学部医学科6回生

久代 航平

新潟大学医学部医学科6回生

新潟が総合診療医育成のメッカになるために、門戸は広く、「来る者は拒まず、去る者は追わない精神」を持つことが大切である。

総合診療医を志す同世代と交流してみて、ひとつの地域や病院に縛られない働き方を目指す人が多いと感じた。総合診療を学ぶために1年でも数ヶ月でも全国から人材が集まる場所、それをステップにして次のステージを目指すことができる場所、そのイメージこそが若手医師を集めるのに必要だと感じる。そして、全国に羽ばたいた人脈をいかし、新潟が総合診療医育成ネットワークの中心となることを願う。

医学生にとって総合診療専門医は非常に魅力的であるが、疑問点もいくつかある。

総合診療専門医がなにを目指しているかという点と、養成する環境、活躍の場があるかということである。総合診療専門医は何をするのか？ 実際到大病院以外では総合診療医を配置できる余裕があるのだろうか？ また、現在総合診療専門の先生がいる病院は少なく、しっかりとした研修ができるのだろうか？ このような疑問がはっきりすれば、魅力ある総合診療専門医を目指す医学生も増えるのではないだろうか。

2 地域包括ケア時代の総合診療医への期待

- 医療福祉職（医療ソーシャルワーカー）の立場から -

齋川 克之

済生会新潟第二病院 地域連携福祉センター 副センター長

2000年の診療報酬改定以降、医療連携における中心的役割を担うこととなった連携室業務は、複雑多岐に及び院内外に問わず多職種協働による地域包括ケア時代への対応へと大きく深化を遂げた。院内においては、連携医療機関からの紹介窓口であるとともに、転院や在宅へ向けた退院調整部門でもある。地域からの要請を受けワンストップで全身的に患者を診る、またチーム医療において各職種を束ね、地域に向けて調整する際の総合診療医の役割はとても大きい。一方院外において

は、在宅における多職種連携チームのリーダーとなり、医療モデルと生活モデルの双方からのアプローチを実践できるところが総合診療医の最大の役割である。医師の負担が大きくなり、多職種連携実践のもとで地域力のアップを図ることが、住民が住み慣れた地域で安心して暮らしているために重要であると考え、医師としての絶対的な技術と信頼に基づいた活動がこれからの総合診療医に求められるところである。

3 海外との研修連携の立場から

高橋 榮明

新潟医療福祉推進会議

明治、大正、昭和時代では多数の医学人は、先進国に留学（study abroad）した。超高齢社会となったわが国に対して、世界中が興味を持っていることは、わが国の高齢者がどのように生きているか、保健医療福祉分野でどのように取り扱われているかである。平成となり医学分野の留学は依然と重要であるが、医療・福祉分野において国際交流（International exchange）が飛躍的に重要になってきた。

総合診療専門医を目指す後期研修医は複眼的視点の思考を習得し、海外から学ぶと同時に、日本

の医療・福祉の現状を発信することが必須である。人口が約1億2,000万人の大国で、平均寿命が世界有数であるわが国で、医学、医療・福祉制度の内容を海外に知らせることは意義あることである。海外の大学・地域との研修プログラムの連携はその第一歩である。

これにより新潟大学医学部医学科の第5の教育目標として掲げられている「地域の医療に貢献するとともに、国際的に活躍できる人材の育成」を目指したい。

【当日アンケート】

当日参加者を対象として講演前後にアンケート調査を行った。回答者は32名であり、医師が22

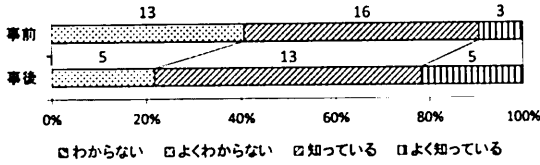
名と最も多かった（表）。総合診療専門医制度の概要は、事前より半数以上が知っていたが、事後さらに理解が深まったと思われる（図）。

表 シンポジウムの参加者属性

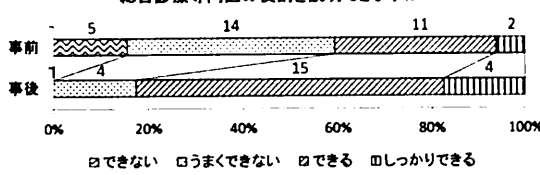
年齢	回答者数	性別	回答者数	職業	回答者数
20-29歳	4	男性	24	学生	2
30-39歳	1	女性	8	医師	22
40-49歳	3	総計	32	医療福祉行政職	2
50-59歳	8			医療福祉専門職	1
60-69歳	9			報道関係	4
70歳以上	7			その他	1
総計	32			総計	32

(回答者数: 事前32名, 事後23名)

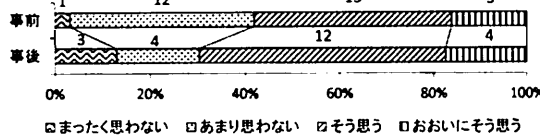
総合診療専門医制度の概要を知っていますか?



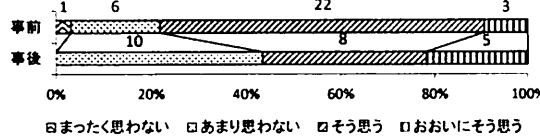
総合診療専門医の役割を説明できますか?



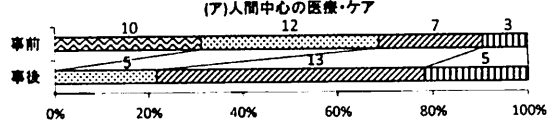
大学以外の医療機関が主体となって総合診療専門医を養成するのが良いと思いますか?



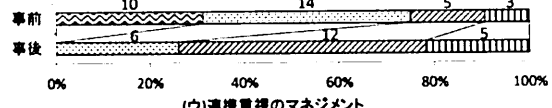
大学が中心となって総合診療専門医研修プログラムを作成すべきだと思いますか?



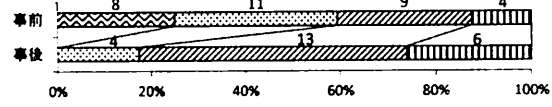
総合診療専門医の到達目標における6つのコアコンピテンシーについて説明できますか?



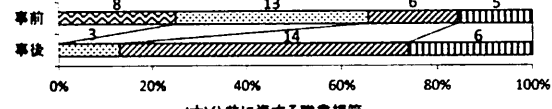
(イ) 包括的統合アプローチ



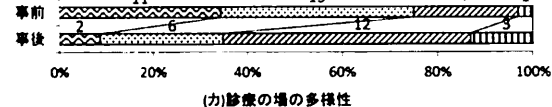
(ウ) 連携重視のマネジメント



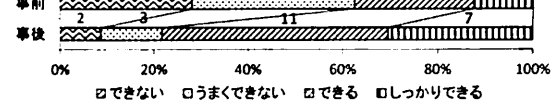
(エ) 地域志向アプローチ



(オ) 公益に資する職業規範



(カ) 診療の場の多様性



【総括】

内山 聖
魚沼基幹病院

地域医療は高度医療と対をなすレベルの低い医療と思ひこむ学生が多く、残念な思いをしてきた。地域医療こそ全人医療を必要とし、医師を目指す原点だったはずである。そこで、医学部長に就任した時、地域枠創設と地域における学生実習を提案した。いま、井口先生を中心に見事に花開いていることに感謝したい。次に、卒後の研修をどうすればよいのか。これも専門医機構の基本診療科として総合診療が認められ、一気に視界が開けた。

視界は開けたものの、歩む道はまだ藪の中である。門外漢としては、それぞれの地域で求められている医療を隙間なく大きく包み込むのが総合診療で、地域ごとの特色があって当然ではないかと思う。そのなかで、日本専門医機構が求める総合診療医養成プログラムを実践していけばよいのではないか。本日、特別講演を戴いた藤沼先生をはじめ、皆様のご指導と活躍に期待したい。