

第1回 Generalistをめざす若手医師のためのセミナー

日時: 2007年1月13日(土)13時~14日(日)12時
場所: 東京大学医学部総合中央館(医学部図書館)

基調講演:

プライマリ・ケア教育のおかれている現状

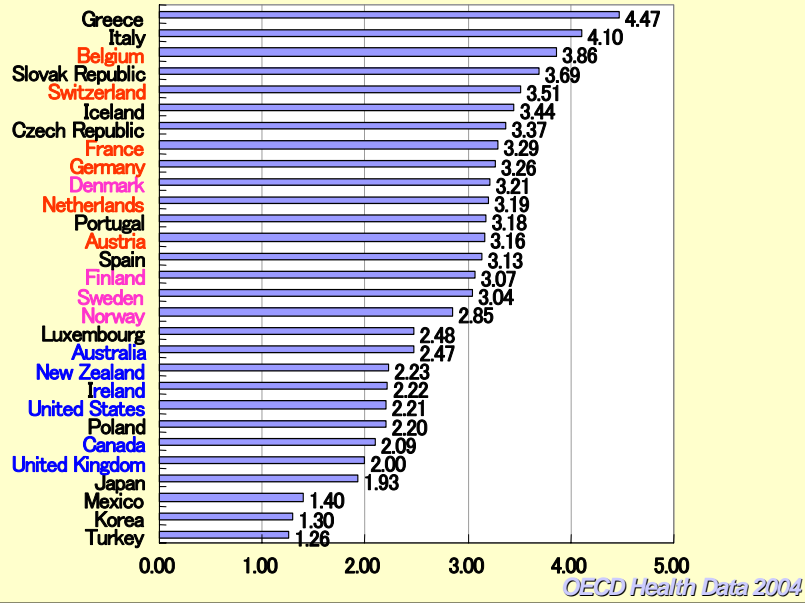
プライマリ・ケア教育連絡協議会世話人
日本総合診療医学会運営委員長
佐賀大学医学部附属病院総合診療部
小泉俊三

主催: プライマリ・ケア教育連絡協議会
後期研修ワーキング・グループ

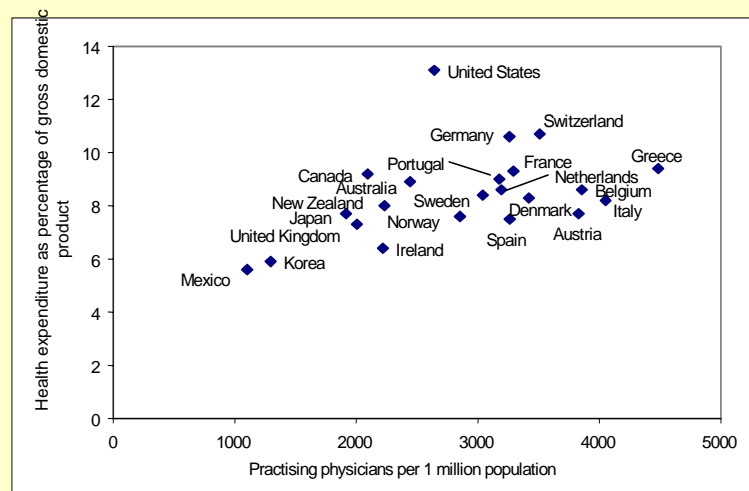
プライマリ・ケアをめぐる動向:

- 臨床研修必修化: プライマリ・ケア能力重視のローテート研修と「地域保健・地域医療」ローテーション必修化
- 「名義貸し」問題(東北・北海道)に端を発する医師需給のアンバランス・医師不足問題の露呈(医師数: OECD下位第4位)
- 医療安全に対する国民の不信感の醸成と福島大野病院医師逮捕を契機とする現場医師の危機感の高まり
- 「立ち去り型サボタージュ」(小松秀樹)

2000年の1000人当たり医師数



Physician density and health expenditure, 2000



Source: OECD human resources for health care project and OECD Health Data 2003, 3rd edition.

「医療崩壊」： 何が壊れつつあるのか？

- 地域密着型中小病院勤務医の過酷な勤務実態とモチベーション
- 都市集中/競争原理/「格差社会」
- 国民皆保険：無保険者の増加
- 地域コミュニティの空洞化
- 地方自治体の財政悪化
- 旧来の医師派遣システムの解体
- 自由な契約関係による医師の就業

地域医療再生への期待：

- 医師の「配置」/「再配置」：
 - システム化？ インセンティブ？
- 地域医療の担い手：
 - 「家庭医」(地域〔基盤型〕総合診療医)
 - 一般社会における“認知”(専門医志向の修正)
 - 育成のための教育プログラム構築
 - 資格(研修終了に伴う)認証
 - 「総合診療部」(病院〔基盤型〕総合診療医)
 - 地域医療と専門診療の連携役
 - 地域医療教育への方向付け(医学生・研修医)

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告

(平成18年11月28日)

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- 1 地域医療を担う医師の養成及び確保について
- (5) 卒後教育における地域医療を担う医師養成の在り方
- ② 新医師臨床研修後の研修における総合診療医の育成

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- d) 地域医療を担う医師を養成する観点からは、卒後3年目以降の医師には、専門的診療能力、チーム医療を行うためのリーダーシップに加えて、地域医療を担うための全人的な診療能力を高めさせることが必要である。

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- e) このため、地域社会で特にニーズの高い総合的なケアを修め、プライマリ・ケアを極める医師も、高度な専門性を持った臨床医であるとの認識に立って、専門医研修における総合診療医の養成システムを構築していくことが重要である。

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- f) 大学病院においては、地域の医療機関との連携を図りながら、プライマリ・ケアのための研修を行うことのできる体制を整備することについて検討する必要がある。

医学教育の改善充実に関する
調査研究協力者会議
第1次報告(平成18年11月28日)

- g) その際、関係学会が総合診療医の標準的な研修プログラムの設定も含めた認定医制度を設けるなど、総合診療医の専門性が社会的にも認知されるような仕組みを設けることが望まれる。

規制改革・民間開放の推進 に関する 第3次答申 —さらなる飛躍をめざして—

平成18年12月25日
規制改革・民間開放推進会議

【具体的施策】

(1) 医療従事者の資格制度の見直し

- ① 医師等医療資格者の一定以上の資質の確保
- ② 医師の資質維持・向上のための取組
- ③ 専門医制度と医師免許との連携を含めた総合的な視点から医師資格制度の見直し

③ 専門医制度と医師免許との連携を含めた総合的な視点から医師資格制度の見直し

- また、医療施設の機能分化や在宅診療の推進等により、診療所等でのプライマリケアの重要度が増すとともに、はしご受診等を防ぐため診療所等での初期診断における医師の技能や問診等のコミュニケーション能力も求められる。

③ 専門医制度と医師免許との連携を含めた総合的な視点から医師資格制度の見直し

- そのため、プライマリケアにおける総合的な診断力等の一層の向上のための研修内容の充実、全科に係る基本的な診断力を有する**総合診療医の育成**等についても、学会等の医療従事者の自治・自発のもとで取り組まれているが、公的にもサポートを行うことを含め、プライマリケアを担う医師の知識・技能・資質の在り方についても、速やかに検討すべきである。
- 【速やかに検討開始、平成19年度中に結論】

Primary Care Medicine

米国の場合



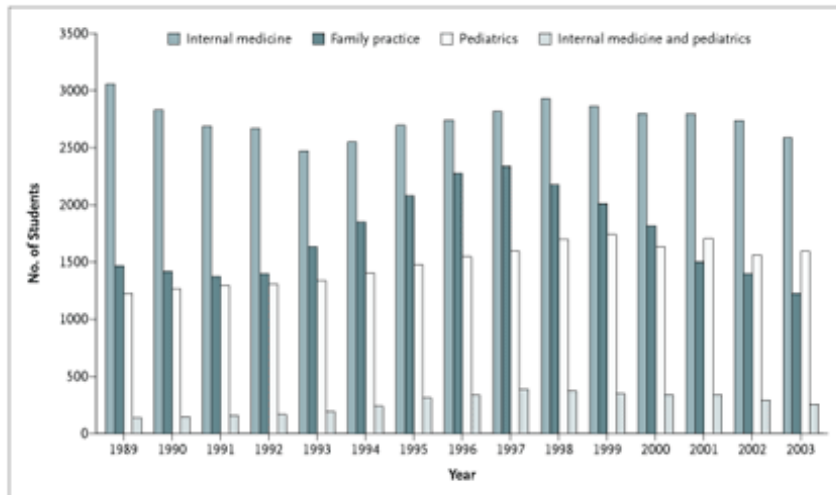
The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

The Future of Primary Care Medicine

- *Michael E. Whitcomb, M.D., and Jordan J. Cohen, M.D.*

Volume 351:710-712 [August 12, 2004](#) Number 7

Figure 1. Match Results According to Primary Care Specialty, 1989 through 2003. Data are from the National Resident Matching Program.



The Future of Primary Care Medicine

- If residency programs were designed to impart the knowledge, skills, and attitudes needed to care for patients with chronic diseases, students who were genuinely interested in meeting the most important challenge facing medicine — providing high-quality ambulatory care for such patients — would recognize the exciting opportunity that primary care medicine offers.

The Future of Primary Care Medicine

- Instead of being discouraged by some of the realities of primary care practice, particularly lower incomes and greater demands on their time, more students might find in this specialty precisely what they were seeking when they chose to pursue a career in medicine.¹

Specialist と Generalist

- 医師のモデル：
 - 呪術師 侍従 カリスマ
 - 科学者 Flexner Report
 - Artisan (Craftsman) 職人
 - Counselor 相談相手/Advocate 代弁者

Specialist と Generalist どこがどう違うか

Specialist と Generalist

- | | |
|----------------|---------------|
| ■ Specialist | ■ Generalist |
| ■ “技”が決め手 | ■ 通い合う“心”が鍵 |
| ■ 不確実性に対して: | ■ 不確実性に対して: |
| ■ 共に一つの可能性に賭ける | ■ 宙吊り状態を共に耐える |

Generalistの必要性

- 医師の何%がGeneralistであるべきか？
- 40%？ 50%？ 60%？
- Generalistと競合しうる医療関連職種
- 医科大学カリキュラム：
- 80%？ 90%？ が臓器別医学

臓器専門医と総合診療医



総合診療のCore Value

(日本総合診療医学会のあり方について)

- 1. Generalistとしての基本的価値観
- 2. 臨床医の診療態度としてのEBM
- 3. QOL評価の方法論とNBM
- 4. 基本的臨床能力の教育への関与
- 5. 総合診療と医療の質改善

1. Generalistとしての基本的価値観

- 大学病院、研修病院、一般病院、診療所など、診療の場に違いはあろうとも、予防医学、心理社会的な問題にも積極的にかかわろうとする generalistとしての**基本的価値観を共有**する臨床医を中心とした勉強会及び研究発表の場とするとともに、さまざまな学際領域からの積極的な参加を求めること。

2. 臨床医の診療態度としてのEBM

- 臨床医の診療態度としてのEBM、即ち、客観的な根拠に基づき、患者のQOLに立脚した最善のOutcome(成果)を得ようとする診療姿勢を堅持し、EBMや診療ガイドラインないしは臨床疫学の普及啓発・研究発表の場として発展させること。

3. QOL評価の方法論とNBM

- 患者のQOLは、臨床決断分析で用いられる効用(Utility)という考え方と非常に近く、また、実際の臨床決断場面では患者の生活体験から生み出されるNarrative(「語り」)が重要な要素となっていることから、質的研究、臨床倫理、Narrative-Based Medicine(NBM)や健康における社会的不平等の問題を積極的に取り上げてゆくこと。

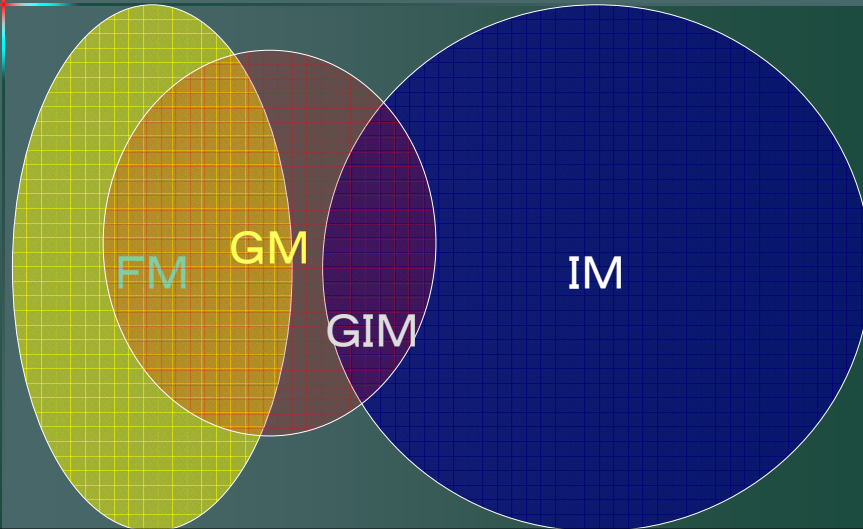
4. 基本的臨床能力の教育への関与

- 多くの総合診療関係者が医学教育に関わっている現実を前提に、卒前卒後を問わず、PBL (Problem Based Learning)、医療面接や身体診察についてのOSCE (Objective Structured Clinical Examination:客観的臨床能力試験)、コミュニケーションと診断推論についての教育、コア・カリキュラム、クラークシップ等、**医学教育上の課題**も、医学教育学会と連携しつつ取り上げてゆくこと。

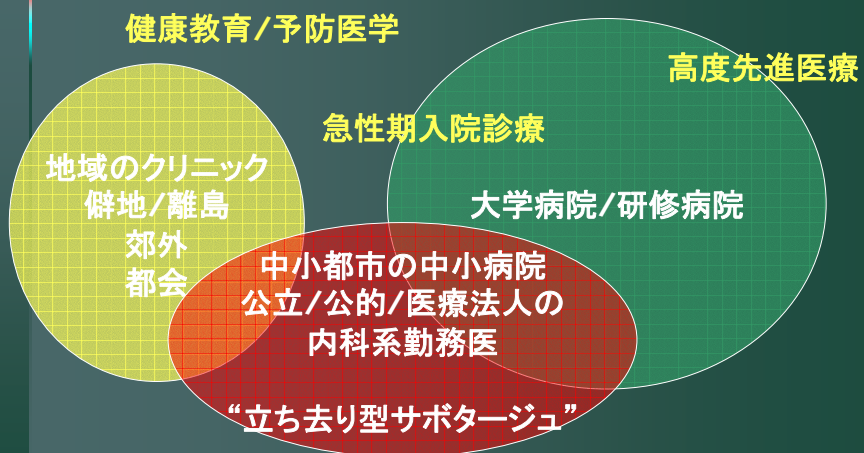
5. 総合診療と医療の質改善

- 「医療の質改善」および「医療における技術評価」を基本テーマとして積極的に取り上げること。EBMや診療ガイドラインをはじめとする医療の標準化の努力が医師個人レベルでの医療の質管理とすれば、医療機関単位で**良質の医療**を提供しようというのが、CQI (Continuous Quality Improvement)の考え方である。医療事故が大きな社会問題となっている今日、投薬に関連したAdverse Eventsに関する研究をはじめ、医療におけるエラーの分析等を通じて**安全な医療**の提供に寄与することは、特に重要である。

家庭医療/総合診療/内科



Generalist活躍の“場”



総合診療部(科)での後期研修を勧める7つの理由
～医療の未来を先取りするパイオニアを目指そう～

- ○臨床系診療科の中で患者さんの視点に最も近く、一人一人の患者さんを大切にする医療が実践できる

総合診療部(科)での後期研修を勧める7つの理由
～医療の未来を先取りするパイオニアを目指そう～

- ○僻地・離島を含むさまざまな地域で家庭医として日常病・生活習慣病の診断と治療に関わることができる
- A. 患者さんの心理的側面へのアプローチができる
- B. 医療の社会的側面への関心を深め、地域医療連携に関わることができる
- C. 介護の問題を含め、高齢者医療のさまざまな局面に関わることができる

総合診療部(科)での後期研修を勧める7つの理由
～医療の未来を先取りするパイオニアを目指そう～

- ○EBM(根拠に基づく医療)を実践するとともに患者さんの問題解決における診断推論や臨床判断の奥深さを体験し、臨床疫学の研究方法論を身に付けることができる

総合診療部(科)での後期研修を勧める7つの理由
～医療の未来を先取りするパイオニアを目指そう～

- ○臓器別診療科を横断する診療部門の担い手となることができる
- ○医療の安全と質改善、医療管理面でのリーダーシップを発揮することができる
- ○卒前・卒後の医学教育に重点的に関わると共に研究課題とすることができる

総合診療部(科)での後期研修を勧める7つの理由
～医療の未来を先取りするパイオニアを目指そう～

■ ○総合診療部は未来志向の診療科である

総合診療部は未来志向の診療科
である

- 総合診療の担い手は、地域であれ大学であれ、さまざまな医療現場で新しい課題に挑戦している。総合診療のトレーニングを受けた医師は臨床現場でますます重宝されるだけでなく、医療変革の世界潮流の中で新しい時代のリーダーとして活躍することも期待されている。まさに、総合診療医は時代を切り開くパイオニアといえよう。
- これまで説明したように、総合診療は、臓器別の診療技術を習得することに飽き足らず、患者さんと接し、患者さんの抱えている問題を患者さんと共に解決することに喜びを見出せる人、医療をより広い視野で捉えることに知的関心を持っている人には大きな希望を持って飛び込める未来志向の分野である。

おわりに

- ところで、大病院で働く総合診療医の真骨頂は何か？と問われれば、専門医がもてあます複雑な患者さんを、**労を厭わず、選り好みせず、積極的に診療する**、というところであろうか。診断がつかず、心理社会的問題を抱え、時には「わがまま」な患者さんを、単に厄介な患者と捉えるか、より深いレベルの医療者のコミットメントを必要としている人たちと捉えるかでも**その見方が分かれる**。どのようなタイプの患者さんでも、患者さんの視点に立った問題解決が出来たときの臨床医としての達成感は大きい。
- 私自身、佐賀で10年を経た今も、生活の機微が滲み出る患者さんの話に耳を傾けながら、病棟で若い医師の成長振りを目の当たりにし、医療を広い視野で見ることが出来る日々張り合いを感じている。

