

#### 「第4回 臨床研修ニュービジョン」

テーマ: 臨床研修の資源について - どこで何を研修するか

日時: 2002年11月9日(土)、16:10~17:40

会場: 三田の建築会館、家庭医療学研究会にて。

第1会場(1階メインホール)

演者:

日本プライマリ・ケア学会: 石橋幸滋先生(石橋クリニック)

日本総合診療医学会: 中村俊夫先生(聖マリアンナ大学)

家庭医療学研究会: 藤崎和彦先生(岐阜大)

地域医療振興協会: 山田隆司先生(常務理事)

日本外来小児科学会: 五十嵐正紘先生(五十嵐こどもクリニック)

在宅かかりつけ医を育てる会: 山中 崇 先生(東京女子医大第二病院)

司会: 小泉俊三先生(佐賀医大総合診療部)

津田 司先生(三重大学総合診療部)

司会(小泉俊三) ただいまから臨床研修ニュービジョンと題しましたシンポジウムを始めたいと思います。私は司会を担当しました1人の佐賀医大総合診療部の小泉俊三です。もう1人は三重大学総合診療部の津田司です。今回はこの家庭医療学研究会にとって非常に中心的なテーマになる事柄でありますので、この研究会の基本的なプログラムの中に入れていただいていた。この「臨床研修ニュービジョン」の集まりは、2001年の暮ぐらいから始まりました。臨床研修必修化の法律案が2000年決定し、いろいろところで議論が始まっていました。臨床研修のあり方がこれまでは大学病院とか学問的なところに偏って、臨床の現場とか患者さんの心理社会的な問題に対する意識が非常に弱いということが問題になっていたのです。こういうことに関して、実は小児科の領域で、日本小児科学会という大きな団体がありますが、その1分科会の日本外来小児科学会に集まっておられる先生方が学生の実習、研修医の研修に関しましてかなり先進的な取り組みをされているということをお教えいただきました。子供たちのことに関しては随分頑張っているのに大人のほうはどうなっているのかということで問題提起がありまして、プライマリ・ケアの研修、家庭医療、総合診療、こういう領域をどういう形で卒後研修の中に組み込んでいくかということを議論するような場ができてきました。

2002年9月に厚生労働省が出しました大きなプランの中では、地域医療の研修というものが必修化に入っております。一般のこういう領域で今仕事をしておられない先生方はそのこと自体が青天のへきれきのように思っておられる方も多いような状況です。その中で、では実際その方面の研修はどのような形で成り立つのだろうかということを少し突き詰めた討論をこの場でしていただくということです。

その入り口としまして、ちょうどこの必修化の議論が煮詰まりつつあった 2002 年の8月に、このニュービジョンの主だったメンバーでの家庭医療学研究会(現家庭医療学会)、日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会、日本外来小児科学会、それから地域医療に関連した幾つかの団体がまとまって要望書を厚生労働省あてに出しました。それはニューズレターなどそれぞれの団体の情報の中で皆さん目に触れていると思いますが、必修化の中で外来診療とか診療所での医療を重点的にやるということに関して、プライマリ・ケアに関連した学会・研究会がその受け皿となるということの意思表示を提出しました。ただ医療界全般を見ますと、その認識はまだ浅い。しかし、必修化の日程が決まっているという状態ですので、議論を急ぎ深めていく必要があるかと思えます。以上が前置きですが、それまで割に私的な関係者の集まりであったものを、もう少しきちんとした組織体といえますか運動体としてこの動きを推進しようということで、2002 年の9月に、それまでの連絡会をきちんと事務局機能も持ったものに立ち上げつつあるというのが現状です。そういうことで、これまでこの「臨床研修ニュービジョン」の討論に加わってきていただいた幾つかの団体のほうから、それぞれのご意見をいただければという企画をした次第です。

プライマリ・ケア教育連絡協議会について津田先生、少し補足していただきたいと思えます。

司会(津田司) 小泉先生は草の根的にこういう会を催して、卒後臨床研修をもう少し見直して行こうとされたわけですが、私が考えたことは次のようなことです。若い人たちでプライマリ・ケア医とか家庭医を目指す人が非常にふえてまいりました。このすぐ後の総会で事務局からご報告いたしますが、この家庭医療学研究会の会員数は指数関数的にふえています。このままでいくとかなりの数になると思われませんが、そういう若い人たちの参入があるにもかかわらず、日本の現状を見てもみると、いろいろな関連学会があって、外国から見ると不可思議な国だなあ、一体どうなっているのだろうという状況なわけです。ですから、そういう若い人たちのためにももう少しこの日本全体をまとめていく必要があると痛感したことが1つです。

2つ目はそういう人たちがたくさん増えてくると、当然やはり家庭医の専門性、プライマリ・ケア医の専門性を追及して、その専門医制度、認定医試験を受けて専門医になりたいという要望が起こってくると思えます。そのときに、いろいろな学会がそれぞれ専門医をつくっていたら非常にまたおかしな事態が起こるし、混乱がますます加速される。そういうことを避けるためにももう少しそういうものを収斂していく会が必要ではないかというのが第2点です。

そして、3つ目が、ちょうどその軌を一にして卒後臨床研修の必修化という問題が起こってきて、その中で地域医療研修という問題が取りざたされて、これはいろいろな学会が要望したから実現したことはありますが、最初は1か月以上であったのが、最終的な厚生省の目安として出た案では3か月ということになっています。そうしますと、すべての研修医が3か月も研修を受けることになり、相当いろいろなところにきっちりした施設が整っていないといけない。せっかく義務化されて行ってみなければもともたない研修だったというわさになれば、もうプライマリ・ケア領域の研修は必要

ないのではないか、してもしょうがないということになりかねないわけです。そういうこともあって、やはりもう少しいろいろな学会を束ねた組織ができて、そこを中心にしていろいろな施設をきちんと認定する、あるいはそこできちんとしたプログラムを備えているという状況をつくる必要が生じます。

今申しました3つの観点から、どうしても関連諸団体が集まって日本の中を束ねていくことが必要であろう。そういう意味で、小泉先生がやってこられたことをもう少し加速しましょう。そして、関連団体にもっとたくさん呼びかけて大きな会としてやりましょうということで、2002年9月1日に会を持ちました。そしてそこで会を発足させることになったわけです。そういういきさつで今日に至っています。

その会の名前は「プライマリ・ケア教育連絡協議会」という名前です。そこでとりあえず卒後臨床研修に備えて施設をどう整えていくかということと、もう一つはその施設でどういう研修をするかというそのプログラムづくり、この2点に関して早急にやらなくてはいけないということになりまして、ワーキンググループをつくることになりました。そして、施設に関するワーキンググループの責任者として今日発表していただきます藤崎先生、それからプログラムを整えていくワーキンググループの責任者として家庭医療学会の代表世話人である伴信太郎先生、そしてその他のいろいろなメンバーがそのワーキンググループの中に入って構成しています。そして、これからその施設とプログラムを整えていこうというわけです。ですから、今日は「臨床研修の資源について」という副題になっていますけれども、施設とかプログラムをどう整えていくかということがメインテーマになっているわけです。まず、それぞれについて発表していただこうと思っております。

司会(小泉) 以上が、約1年足らずいろいろ集まりを重ねまして、討論し、あるいは情報発信してきたことの概要です。今日の会の進め方なのですが、先ほど私が紹介しましたように、この小児科領域では私たちがかなり参考にすべきような動きが私たちの2歩、3歩前に行っているのではないかということがありましたので、まずは日本外来小児科学会でどういう試みがこれまで行われて、どういふ成果があるのかということを含めて、五十嵐先生のほうからご発言をいただきたいと思います。

五十嵐正紘先生(日本外来小児科学会、五十嵐こどもクリニック)

東京の練馬区で開業しております五十嵐と申します。今日は外来小児科学会から派遣されてまいりました。今日お話しになれる方の会の中で在宅かかりつけ医を育てる会だけは私会員ではないのですが、あとは全部会員になっております。私は外来小児科学会の教育部会の会長ではないのですが、会長は福岡県の久留米市で開業されている武谷茂先生で、「この時間にはとても間に合わないから、東京にいるおまえが行け」ということで私がまいりました。日本外来小児科学会について概説をさせていただきます。1985年、今から17年前に日本外来小児科学研究会準備会ということで、最初たった8人の会で始めました。始めるときは、医師会で金の話とゴルフの話と女の話だけではとても我慢がならんという、けどはやっている小児科医に私のほうから電話をかけまして、私だけが開業医でなかったのですけれども始めまして、1990年に準備会を取りまして日本外来小児科学研究会で学術集会を始め、95年に学会という名前に変えました。現在会員が1,550何名ぐらいいると思います。そのうちの96%が医師で、あと残りの4%がコメディカルの人で

す。日本外来小児科学会では、初期からまずは研究をしっかりやろうということで研究部会を立ち上げて、その中身は研究を質の高いものにしようと、調査研究の方法論について支援をする会、それから研究ネットワーク、研究基金をつくりました。その次にできたのが診療の質向上部会というものをつくりまして、医者の教育はそこでむしろやっているのです。3番目にできたのが教育部会で、教育部会は学生にプライマリ・ケア小児医療の教育をする、あるいは研修医で小児科医になりたい、だけど、プライマリ・ケアを主体にやりたい人間に教育をする。それからもう1つはオープンクリニックで自分の診療所を見せるといのは学会でも昔からあったのですけれども、それはただ建物を見せしておく。建物などを見せてもだめなのではないかとみんな考えまして、診療場面を見せるといみんな嫌がったのですけれども、実はこれが一番今人気があります。

そういう歴史の中で研究部会では会員の中から学生なり研修医に実習指導する人を募集しております、年2回の学会誌にも毎回募集が載っておりますし、ニューズレターにも募集が載っておりますし、ホームページにも募集が載っております。現在募集に応じている人は170人ぐらいしかおりませんが、その応じた人はホームページに公開されております。

その募集の後、今度は指導内容についてやはりしっかりしたものをつくらうではないか、各診療所あるいは地域病院でその特徴あるものはぜひ出していただきたいのですけれども、ある程度のレベルのものはぜひ確保しようということで、マニュアル作成のためのワーキンググループをつかって、アートとサイエンスならむしろアートの部分のマニュアルを先につくってしまいました。今何をやっているかという、少しサイエンスにも踏み込もうやということで、そこで実習する内容のサイエンスに関する理論編のマニュアルづくりをしております。その実践編や理論編のマニュアルは一応学生向けのと、それから研修医向け、ここで言う研修医は小児科の primary care physician になりたいという人間向けのものと、それからあと、2002年の初めごろから、今お話がありました研修必修化の中で、小児科を1ないし3か月研修する及び先ほど申されましたプライマリ・ケア地域医療研修の中の部分も引き受けてもいいということで、そういうもののマニュアルづくりを始めております。

もう1つ、多少マニュアルと似ているところは、僕らが押しかけて大学に行って、小児のプライマリ・ケアについて小児科学の講義の中でぜひ僕らが売り込んで講義をしようという策略を練って、会員の中で大学に出かけて小児のプライマリ・ケアについて講義をしている人の講義録を集めて、そこである程度スタンダードなものをいづれつくろうということでやっております。

それから、指導者研修会なるものを年に2回今開いております。現在のところ、大体出席する人は会によっても人数が違うのですけれども、30名から70名ぐらいの人が出席をしております、やる場所も東京に限らずに、東京と大阪と福岡市で順番に開催しております。その指導者として応募された方で、この指導者研修会に出られた方には指導者証を発行して、これは自分の診察室ないし待合室に貼ってもよろしいというものを発行しております。それと一緒に、これに参加される方を募集しております。その募集の仕方としては学会のホームページでも募集しておりますし、あるいは募集している人は当然1つは学生で、診療所ないしは地域のコミュニティホスピタルの大概は1人医長で小児科をやっているような人のところで研修をする。その中も2つありまして、1つはボランティア研修、学生が勝手にやってきて実習したいという方と、大学の小児科の実習のカリキュラムの中の

ものも引き受けますということで、各大学の学生自治会に募集をかけるだけではなくて、大学の小児科学教室の教育担当者ないしは教授に私どものやっていることを送りつけて、「どうぞ利用してください」ということをやっております。それから、もう1つは大学の教務課にも送りつけて「どうぞご利用ください」ということをやっております。それから、研修医あてについては、大学のほかに教育指定医療機関になっているところに私どものいろいろなプログラムとか先ほどのマニュアルとかそういうこともつけて送りつけて、「どうぞご利用ください」。従来今まで学生とか研修医の実習に応じるのは、多くは出身校の後輩を指導するというタイプが多かったのですけれども、私たちはその学生や研修医がどこの出身校であるかということには一切拘泥いたしません。「どこの方でもおいでになれば指導いたします」ということをやっております。

それから、あとカリキュラム研修。そのカリキュラム研修は学生のカリキュラム研修でもいいし、教育指定病院のカリキュラム実習の場合にはその内容についてご相談に応じますということをやっております。

そういう募集をしながら、あと、実習の評価ということで、おいでになった学生や研修医の方については指導者の評価を書いていただくということで、指導者のほうでは学生の評価を書いていただいて、それを送っていただいております。

司会 引き続きまして、今のところまだ研究会ですが、家庭医療学の立場から、藤崎さんお願いします。

藤崎和彦先生(家庭医療学研究会、岐阜大学)

こんにちは。岐阜大学の藤崎です。一応卒後研修の必修化への対応はワーキンググループの主任ということになっていきますので、この活動にかかわらせてもらっていますが、実際的には家庭医療学研究会の関連する活動について見たら、TFCとPCFMネットという2つの大きな活動があるわけですけれども、どれもイコール家庭医療学研究会ではないという、ニアリーイコールではある部分はあるのですけれどもということでなかなかややこしいのですが、僕の立場からお話します。

ご存知の方も多いかもかもしれませんが、臨床研修のプログラムについて本年9月に厚生労働省から報告がออกมาして、その中で地域保健・医療などの臨床研修のために十分な時間が振り向けられるようにということで、地域保健・医療に3か月が1つの目安となると、最低でも1か月ということが考えられるわけでありまして。ただ、大学病院などのこの間の対応を見ていると、何とか1か月の研修で済まして、残り2か月に将来行くであろう専門科のところでの研修に振り向けたいというのが大学病院などの思惑のように思います。

その中で特定の医療現場の経験というのが研修課題の中に出ていまして、その中で地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して全人的に対応するためということで、保健所、社会福祉施設、診療所、へき地・離島医療ということで、一応こういう場所での研修が必要だということが言われております。

具体的には臨床研修病院というのは従来の単独型で自分のところだけでやる病院、それからいわゆる研修群方式と従来言われていたのですけれども、主病院と従病院でやる体制の中にプロゲ

ラムという形で研修協力施設が入っていったら、その部分でターミナルの部分であるとか地域保健・医療というところを担うというのが今回のスタイルになっております。その研究協力施設というのが診療所とか中小病院ということになるわけですが、これは国の指定があるわけではないのですが、国の指定を受けたプログラムに組み込まれているという形で公的に認定される必要があるのだということですね。

それから今回の研修必修化の1つの特徴、平成16年度からスタートということになっていますが、もう1つの目玉がマッチングということでもあります。これはアメリカをまねた形で出てきているのですが、研修プログラムの登録ということがありまして、研修プログラムで登録をされたものが公開されて、医学生も登録をする。医学生が希望プログラムをそのリストから選んで応募します。さらに病院訪問をして面接を受け付ける。その後お互いに希望順位を出して、それをコンピュータでマッチングさせるということだそうです。

具体的な実施に向けたテンポなのですが、スケジュールの例と言われて出されたものを見ますと、4月、5月ぐらいまでプログラム登録で、夏休み前に医学生の登録、夏休み期間などを使って面接をして10月マッチングということが最初のころに出ています。ただ、当面プログラムの登録自体がしばらく時間がかかりそうなのでということで、現状において8月末までにプログラムの登録ということで、最初の16年度はかなりこの辺が同時並行的に、早いところは早く進むし、遅いところはそういう感じになっている。

具体的にプログラムの申請についてですが、研修協力施設はプログラムの中で以下のようなことを届けるといことがいわれておりまして、具体的に届け出の期限としては前年度の8月31日までです。今年度に関しては、来年はまだ必修化にはなっていないですけれども、12月の末までに届けなければいいということが言われております。

届け出内容は、病院の名称とか所在地であるとか、その病院の管理者の職歴云々ということで、一応プログラムの指導医というのは7年以上の経験を持っているプライマリ・ケアに精通している者、精通しているというのは具体的に何を意味することかわからないですが、そういう人だということは示されております。

届け出の変更についても1月以内にといいことで、一通り届け出が必要で、だから例えば研修施設を引き受けても学生実習みたいに「忙しくなったからちょっと勘弁」とかそういうことにはいなくて、かなり固定的な運用のようですから、その辺は協力施設になる、ならないとかということが結構厳しいようです。特に問題になってくるのはこの後ろのほうですけれども、研修医に関する事項ということで、常勤やあるいは非常勤どちらで来るのか、手当はどうするのか、時間外勤務、当直時間数のこと、宿舎のこと、社会保険、健康管理に関すること、医師賠償保険適用の有無とか、自主的な研修活動に関する事項として希望する研究会への参加の可否とか費用負担の有無とか、この辺についてまである程度契約を交わして、そういうものをそろえて8月までに出世という形で出てきております。

だから、実際対応していく上ではその辺の事務手続きも少し手間がかかるかもしれませんが、保健所なども今は公衆衛生学会、衛生学会とか教育評議会が公衆衛生分野ののほうの受け皿づくり

を実はやっているのですけれども、公的な部分の保健所と民間の病院との間の契約をどうするか苦しんでいるみたいな状況であるようです。

具体的に現状での課題ということですが、まずはやはり受け皿がどこにあるのか、必ずしも大学とか研修病院の指導医の先生たちが地域保健に関することとか認識をしているわけではないということですね。受け皿となる施設のネットワークがやはり必要であろうということで、プライマリ・ケア学会の研修施設や、それからPCFMネット、これは先ほど五十嵐先生からありました外来小児科学会の学生実習の受け皿づくりが非常にすばらしいものがあるぞということで、家庭医、プライマリ・ケア領域でもそれを見習ってやろうということで内山先生が中心になってやっているネットワークですけれども、PCFMネット、それから外来小児科学会、それから国診協、これは全国の国保の診療所の協議会、それから全自病協というのは全国の自治体病院の協議会ですけれども、それから地域医療振興協会などのところでとりあえず統一のリストでも早くつけて、可能なところから相談に乗ります、受け皿を受けてもいいですよということを早く示していかないことにはいけないのではないかと考えております。

ただ、先ほど言った公衆衛生、衛生領域の協議会のほうでも受け皿づくりのネットワークをやっていて、国診協、全自病協などはその母体となる自治体が公衆衛生のほうにかかわっているものだから、そちらのほうに引っ張られていっているみたいな感じで、ちょっとその辺いずれにしる協力をしていかなければいけないのですけれども、なかなか足並みが全部そろいにくいという状況に思われます。

もう1つは、研修の中身を何をやるかということを決めなければいけないということで、モデルカリキュラム、プログラムということでGIO、SBOはどういうことで何を育てて、評価はどうするのかというようなことについてもこの次の段階でやっていかなければいけない。これは先ほど言いましたけれども、伴先生が中心になってということになっております。

それから、教育にかかわる指導医の側が従来こういう教育を体験していない先生も少なくないわけですから、やはり研修が必要になってくるのではないかと思います。ただ当面は、ネットワークを早くしてそういうものが全国でここに声をかけてください、相談してみてくださいというリストをつくるというのが非常に大事なところのように思っております。

司会 ありがとうございます。引き続きまして、日本プライマリ・ケア学会がすでに受け皿、それからカリキュラムの基本になるようなものが出ていますので、それをご紹介いただきたいと思います。石橋先生よろしくお願ひします。

石橋幸滋先生(日本プライマリ・ケア学会、石橋クリニック)

プライマリ・ケア学会の医療情報委員会と医療研修委員会のほうをやっております石橋と申します。実は今日は代理で出てきまして、本当は私がお話しするよりも津田先生がお話したほうがいいのではないかと申すのですが、プライマリ・ケア学会は認定医を設けております。それから、今年度から専門医制度も発足をいたしましたので、そちらの認定委員会、それから医学教育委員会と

いうものがありまして、その2つで研修制度に関しましては主に検討されております。私の所属しております医療研修委員会のほうはどちらかというと、医者になってからの研修を主に扱っております。そのため概要の説明になるかと思うのですが、プライマリ・ケア学会は現在 4,063 名の会員がおります。その中で医師は 3,348 名です。認定医は 1,256 名。認定医は、6年以上のプライマリ・ケアの経験を持ち症例および活動報告書を申請すれば認定医資格を取れるわけですが、今年度から専門医に制度を変えました。新しくなる方は専門医ということになるわけですが、ただ、専門医の場合はOSCEをやりますし、研修をきちっと受けた方という前提になっています。それから指導医数は304名、研修施設は420施設が登録されています。そして研修群、研修病院である中規模病院が約10施設、研修施設群としましては88群あります。研修施設群というのは、メインは診療所や中小の病院でよいのですが、そこに特別養護老人ホームやその他の福祉施設と連携を取りながら研修がきちっとできる、そういう施設群を研修施設群ということで認定をしています。この研修施設群及び研修施設等で3年以上研修をした上で、プライマリ・ケアの専門医として認定していこうということで動いています。

ただ、研修内容等に関しましては、平成16年度の研修医制度が大きく変わるため、それに合わせて現在少し変更を加えております。ということで、まだはっきりした確定ではございませんので、今検討されているものを中心にお話をいたします。

また、研修ガイドブックというのもすでにできておりますので、その基本の形は変わっておりません。

研修期間は中規模以上の研修病院と、それから地域包括医療を実践している保健医療・福祉施設群の2か所で行い、おおむね3年以上を目安にしております。

最初の2年間ですが、これは400床以上をめぐりにしておりますけれども、中規模病院以上の病院群で研修をします。総合診療科での研修、もしくは総合診療方式のローテーション研修、以上2つの方式の併用のいずれかが望ましいと考えています。

この2年間の中規模病院だけではなく、それプラス地域包括医療を実践しているいわゆる保健医療・福祉施設群というところで1年間やっていただく。もしくは地域の小病院での外来研修及び訪問診療でもこれに代えられると考えております。

中規模以上の病院または病院群での研修、2年以上ですが、必修といたしまして内科6か月以上、外科2か月以上、小児科2か月以上、救急部2か月以上となっています。これは今取りざたされています研修医制度の中の1年目と若干違うところがありますので、この辺整合性をどうするかというのがこれからの検討事項だと思います。

2年目の選択として、外来を中心とした産婦人科、精神科、泌尿器科、耳鼻科、眼科、皮膚科、リハビリ、それから放射線、中央検査部等を1か月以上もしくは2か月以上、また病棟中心の研修が望ましい。麻酔科や集中管理も1か月以上で、その中から3科を選択し、合計1年以上の研修を行う。そして産婦人科、精神科は選択することが望ましいとなっています。

3年目以降の地域包括医療を実践している保健医療・福祉施設群とは、ホスピス、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム、保健センター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション



ン、障害者の保健・医療・福祉施設、保健所その他で、1年以上の経験、できれば2つ以上、トータル80時間以上研修することを望んでいます。

これらの研修で何を学ぶかということですが、まず、研修の到達目標を定めています。詳しい内容につきましては、今あるガイドラインにプラスして幾つかの項目を加えているところですが、医療の基本概念、臨床、保健・福祉、教育、研究、医療情報の管理、この5項目を柱にしています。

例えば医療の基本であれば、健康の概念、医療需要、医療資源、こういうものもきちっと勉強して、覚えることが必要です。

診療の基本として面接、診療の仕方、基本的な検査の選択、実施、評価、診断と問題解決のプロセス、基本的な処置及び治療手段という項目ごとにそれぞれの到達目標を定めています。それから医療諸形態ごとの個別事項としては、救急、初期診療、日常病の診療、在宅ケア、ターミナルケア、小児医療、老人医療、心身医学的アプローチ、行動医学(科学)的アプローチの各項目について到達目標を設定しています。

次が保健・福祉ですが、環境問題、保健の実際、それから福祉の問題、そして介護保険についてもしっかり勉強しなければなりません。

教育研究についても、職務の評価、それから医師ないし医療専門職などの教育、プライマリに関する研究もこの3年間の中で勉強して行ってほしいと考えています。

医療の管理としては、医療関係法規、医療制度と医療情勢、社会保障と医療経済、地域医療供給体制、医療情報、医療管理、このような項目について研修をし、専門医となるためには5年間の研修施設での研修が必修です。また認定医からのアップグレードもあり、そのためには認定取得後2年、3回のワークショップに参加したという実績のもとにOSCEと筆記の試験を通して、専門医と認定されます。昨年度8名、今年度3名の初合格者が出ましたので、まだ専門医としては11名しかおりません。また認定医や専門医とは別に、これからのプライマリ・ケア医を育てていくための指導医ということで304名の先生が登録されています。主に研修施設及び研修施設群にお勤めの先生ですが、その先生方についてもきちんとしたそれまでの臨床および教育経験と、その経験を踏まえた上でのレポート提出等によって指導医が認定をされています。

ということで、今プライマリ・ケア学会は以前から認定制度を発足させた関係上、先に認定医、専門医ということで進んでいます。ただし、今後研修医制度が変わるということに合わせて認定制度も変えていく予定です。

司会(小泉) ありがとうございます。今のプライマリ・ケア学会の発表は専門医のレベルまで含めた研修像全体をお示ししていただいたと思いますが、こういう形で各団体の取り組みがあるということですね。

あと幾つかの団体からの追加発言をいただいて、それからフロアを含めた自由な討論へ移りたいと思います。

司会(津田) それでは、司会をかわらせていただきますが、先ほどの石橋さんの話なのですけれ

ども、私が認定委員会の委員長をやっておりますので少し訂正をさせていただきますと、研修は現在のところは4年間が必要です。しかし最近5年間の研修がないと専門医をうたってはいけないという規則になってきました。今研修の内容、それから専門医の試験として筆記試験プラスOSCEという案を練っているところでございます。そういう状況であるということも少し訂正させていただきたいと思っております。

続いて日本総合診療医学会のほうからお願いします。まず小泉さん。

小泉俊三先生(日本総合診療医学会、佐賀医科大学総合診療部)

日本総合診療医学会は最近はどこかといいますと大学病院あるいは大病院の総合診療にいるメンバーが比較的多いのです。そういう部門にいる者は最近の動向ですと、例えば大学病院における卒後研修のプランニング等をするようにというような仕事が回ってくる立場にあって、実際研修センターの部長を兼任するという人も多いような状況です。同じような問題意識を持っておりまして、来年の3月の下旬に私たちの学会、今度は北大の主催ですけれども、やはりそのような議論も行われたいと思っております。

それらの施設でそれぞれの施設内の問題を抱えながら総合診療部としていろいろ個々の判断にかかわっていますが、今日は聖マリアンナ医大から中村さんに来ていただいておりますので、その辺の取り組みとこの総合診療という立場からのこの必修化等にかかわる基本的な問題点について少しコメントをいただきたいと思っております。

中村俊夫先生(日本総合診療医学会、聖マリアンナ大学)

卒後研修が必修化され、外来診療を中心とした地域医療が重視されるという大変に素晴らしい状況になったのですが、何をやるのかという目標と同時に、評価をしっかり行うということをしなれないと思っております。それから、地域医療、プライマリ・ケア、そして外来診療という言葉がみなさん共通のものとなっているかが懸念されます。例えば、米国では外来診療の80%以上は診療所で行われている、ところが日本では40%近くが病院外来で、そこではプライマリ・ケアと専門外来が分化していない。当然ここ数年の内に変化が起こると思いますが、このような現状のもとでプライマリ・ケアを担う地域医療を誰がどのように教えるのか、きちんと議論していただく必要があるのではないかと思います。

それからもう一つは、アメリカの新しい流れとして、医師はgeneralist, hospitalistとspecialistの3つに分化しつつあるといわれています。最近出現したhospitalistが現在は約5000名程度であるが、ここ数年以内に2万人を越え、循環器専門医とほぼ同数になると予測されています。総合診療というものが、generalistを目指すのか、hospitalistを含めた形での診療を研修していくのかを恐

らくははっきりさせる必要がでてくるのではないのでしょうか。

それでは総合診療を標榜しているおまえは何をやっているのかのということになりますが、私はたまたまこのような医療を担う立場となり、その必要性に目を開かせていただく機会を持ちました。ここにいらっしゃる多くの方が米国で学ばれ、米国の家庭医療のすばらしさを体験され、日本での実現を目指しておられるものと拝見しております。しかし、我々の周りには他にも素晴らしいrole modelは存在しており、例えば在宅の緩和医療や痴呆患者の問題に先進的な診療を実践しておられる方々がおられます。私個人としてこのような方々に私どもの若手育成の一翼を担っていただきたいと思っております。

司会 ありがとうございます。では、地域医療振興協会山田さんお願いします。

山田隆司先生(地域医療振興協会、常務理事)

このニュービジョンという会については前回から参加をさせていただいたわけですが、関連学会の皆さんと毛色が変わっているので、どちらかというと臨床研修の資源というか、それを提供する団体としてお仲間に入れていただいたということです。地域医療振興協会は、私共自治医大の卒業生が中心になってへき地医療を主にやっている団体です。先ほどご案内のあった全自病協ですとか国診協のほうから地域医療の認定医制度をつくったらどうかというお話もあったのです。われわれが別個に認定医制度を作るより総合医だとか家庭医、プライマリ・ケアと協力して地域医療の確立を推進していったほうがいいのではないかとということで、この仲間に乗せていただきました。今日は地域医療振興協会のご案内と、へき地医療の現状、われわれが提供できる資源ということで少しお話をさせていただこうと思います。

協会というのは公益法人で、定款に基づいた作業をしています。特にへき地医療の確保と質の向上ということが大きな仕事ですが、実際にへき地医療にかかわる医師の確保ということも非常に大きな課題になっています。

一番目には、特にへき地に赴任している卒業生のサポートなのですが、彼らに対する代診の派遣ということも実際にやっています。

今うちの卒業生の6割がわれわれ協会の正会員として登録され、およそ1,500人がおりますけれども、その半数以上がへき地の診療所あるいは地域病院で実際に仕事をしているという状況です。

ちょうど2週間前ですが、私もたまたま小笠原の母島まで代診に行ったのですが、非常に過酷な環境で、唯一の交通手段は船。およそ30時間弱ですが、そういったへき地離島への代診事業も行っています。そこへ出る後身の代診というか、研修のための我々がリポートするというのも実際やっているわけです。

それ以外にも、インターネットを活用した、第9次へき地保健医療計画の基本構想の策定など、へき地にかかわる情報交換をホームページ上で公開するような活動も行っています。

またへき地にある診療所だけではなく、将来そういうところにかかわってくれるお医者さんを育てるためのへき地後方支援病院ないしは拠点病院も実際運営しています。

それ以外に、これには私が今所属している岐阜県揖斐郡地域医療センターも含まれますが、へき地の包括ケアをやっている実際の施設、へき地診療所の運営、管理も10数施設行っています。

これがわれわれのところのセンターと周辺の診療所です。今までは学生教育に力を入れてきたのですけれども、一昨年からは研修医に対して1か月あるいは3か月、場合によっては1年の指導も実際に提供しています。特に外来教育、それから介護施設での研修、それから往診ですね。それからへき地というのは非常に地域性がわかりやすいところなものですから、地域を非常に意識した取り組みということを実際に行っています。へき地であっても、最近は医療情報や質の面では十分にこたえられるようになってきました。実際に1つの地域全体を診ているものですから、多くの家庭を訪問するような機会に恵まれています。往診についても簡単なリーフレットを用意して、内容を研修医に伝えます。開放施設でのシャドウイング(shadowing)といったことも実践しています。また送迎のバスに乗ったり待合室で白衣を脱いで患者さんと接するというような取り組みもしています。

評価という問題が先ほどありましたけれども、指導医あるいは学生からの評価、研修医からの評価と同時に、コメディカルや場合によっては、協力していただける患者さんからの評価も実際に添えて研修生に渡しています。これは協力していただける独居老人のお宅へ布団を持ち込んで実習しているところです。こういうこともへき地ですと非常にご理解をいただきやすいという利点があります。医学生の感想でも、予想以上に良かったということが挙げられました。最近では福祉のほうの学生ですとか社会学の学生とか経済学部学生とかそういう人たちとも交流、研究会をしています。

あとはへき地といっても海外もあるわけ、オレゴンのロバート・テラー先生を招聘したり、反対にお隣の中国の研修生を受け入れたり、という国際的な交流事業も行っています。

ということで、協会、われわれの組織としては、研修指定病院でも勉強することもできるのですけれども、実際にへき地での臨床研修の場を提供する用意をしています。問題点としては、先ほど藤崎先生もご指摘されたように指導医をしっかりと養成していくこと、それからほかのネットワーク育成ですね。国診協や全自病にもわれわれの卒業生会員は多いものですから、そういうところの連携。それから大学との連携とかそういうことを重視してぜひ進めてもらいたいと思います。

司会 どうもありがとうございました。では、最後に在宅かかりつけ医を育てる会の山中さん、お願いします。

山中 崇先生(在宅かかりつけ医を育てる会、東京女子医大第二病院)

東京女子医大第二病院に在宅医療部という部署がありまして、そこで訪問診療、往診を行っております。平成8年に前任者から引き継ぎ、今年で丸7年目に入っております。本日は在宅かかりつけ医を育てる会についてご紹介させていただければと思います。私どもの団体は2000年の1月から正式に活動を始めておりまして、今年で3年目になります。在宅医療に積極的に携わる医師が少

ないという認識が活動のきっかけになっております。多くの医師が在宅医療に深くかかわらなければ本当に質の高い医療というものは広がっていかないというところから、まず数をふやそうということでわれわれの会は立ち上がりました。

コアの活動としましては、原則的として毎月第2ないし第3日曜日に20人ぐらいのメンバーが集まりまして、在宅医療のいろいろなテーマについて勉強していきながら、できれば標準化を目的としていきたいということと、先人たちが非常に苦労されてこられた内容を形にしていきたいと思っています。東京都から特定非営利活動法人NPOの認証もいただきました。今までの先生方のように、活動が軌道に乗っている団体とは違いまして、まだ発展途上の段階ではありますが、在宅医療に関する教育に取り組んでいきたいという思いでおります。ニュースレターもつくっておりますので、ぜひごらんいただければと思います。

小泉(司会) 質疑応答に入りたいと思います。幾つかの問題提起がありましたが、プライマリ・ケア学会から示されたものは、プライマリ・ケアの専門医を育てるという視野に立ってのプログラムと思います。今日のテーマは、初期研修の間に数か月地域医療の研修をするという中でどういう資源を提供できるかという話だと思います。

Fetters(ミシガン大学) 外来小児科学会で、指導者の研修会をしておられるとのこと。小児科というのは非常にプライマリ・ケアを幅広くやり、また幅広い分野でやるという先生が多いと思いますけれども、指導医の研修ということをお伺いしたいのですけれども、どういう形で研修の均一化をはかることを考えていらっしゃいますか。

五十嵐 私どもはある一定の均一化をはかろうと思っておりますけれども、全く同じことをみんなやってくださいというふうには考えていないで、あなたの特徴のある部分はぜひそこで出してくださいとっております。ごく基本的な診察あるいはコミュニケーションとか、あるいは診断のためのいろいろな手法とかそういうことについて、だれでもがある一定のものを提供できるということを目指して今考えて、マニュアルをつくったり研修会を行ったりしております。どちらかという、最初に何かをつくって、「これにしたがってみんなやってくださいよ」という形ではなくて、やりながら走ってつくっているという感じで、現状はそういうところだと思います。

私どもは外来小児科学会は専門医をつくるというような意識は何もありませんで、専門医はもう小児科の専門医だけで、いろいろな専門医をつくりたいと思っておりはりません。ただ、私は小児科のほとんどの方は開業医になるということを念頭に置いて primary care pediatrics の実践の部分でいろいろ学習していただく。それも単なる医学的な手法だけではなくて、プライマリ・ケアの目指しているものをきちっとやっていただくというようなことを目指しております。

例えば、「あなたが診療時間外に患者さんに問題が起こったらどうするのかということについてどういふものを患者さんにあなたが提供できる、どういふサービスをあなたができるのか」というようなことについてどれだけきちんとしたものを指導者としても伝えられるかということを考えています。ただ、走りながらやっているということで、今ここで「はい、これです」といふふうに、すでにあるものはいろいろ

るありますけれども、何かこれでもう変わらないのだということを今できているわけではありません。

Fetters そうしますと、今の小児科を専攻し卒後もトレーニングされて小児科を開業されている先生方という意味と、もう1つは例えば内科をやっていて小児の診療をやっているという先生方も含めての小児診療を行っている医師という話ですね。

五十嵐 私どもはできるだけ開放型を考えておりまして、別に将来小児科の中でプライマリ・ケアを目指さない者も受け入れます。それから、将来小児科医にならない者も受けますということを広報の中に言っております。だから、必ずしも小児科医にならない者は知らんよというようなつもりはありません。実際に今日本の小児医療を担っている、むしろ半数以上は小児科医でない方が担っている現状を踏まえて、そこでいい医療をしていただくことに私たち学会として貢献できるということが非常に重要なことだと私どもは考えておりますので、そういう思想でやっております。外来小児科学会という組織そのものは学会ですので、実は医師でない人でも入れます。それから必ずしも小児科の認定医を持っていないと入れないとかということは入会の条件の中には何もありません。ただ、実質上、そうですね、90 数%は小児科医だと思います。

大西(佐賀医大総合診療部) 今日のテーマの臨床研修の資源ということで、特にプライマリ・ケアの中で外来ということ考えたときに、プライマリ・ケアの定義をどう考えるのか。特に継続性ということと3か月の研修の中でどのように打ち出すのかということについて、皆さん今共通した認識があるかどうかをお尋ねしたいと思います。

司会(小泉) まず、藤崎さんのほうから....

藤崎 プライマリ・ケアといってもやはりいろいろとあって、専門医としてのプライマリ・ケアというところ、あるいは基本的臨床能力としてのプライマリ・ケアというところ、あと現場でやっていたら何でもプライマリ・ケアという考え方。あるいは幅広いローテートみたいなトレーニングをしているからプライマリ・ケアという考え方。いろいろな考え方がある、ある意味でプライマリ・ケアといったらマジックワードで、何でも「うん、うん」と総論ではOKになってしまうのだけれども、各論になったらすぐ上のところの違いがギャップとなってかみ合わない議論になってくると思います。ただ、今回の必修化に関して言えば、やはり基本的能力の部分としてすべての研修医が持っていなければいけないプライマリ・ケア的な能力は何なのか、それをどう保障するのかという議論が重要になってくるのだと思います。残念ながら、日本の場合、医学部の卒前教育自体の質があまりよくないものだから、欧米の卒後研修のシステムに乗るためにも、初期研修が終わっていないとイギリスなどでは一人前と認めてもらえないという状況ですし、そのうえ欧米ではどちらかというと卒前教育がよくなったら、もはやローテートとか必修のシステムはやめてもいいのではないかという議論になっている中で、今さらそれを導入しようという状況の議論ですから、やはりその辺ではかなりずれがあると思います。少なくともとりあえず必修化になるのだから、そこでやはり卒前でも抜けている部分の何をどこまで保

障するのか。あまり高いところを目標に設けてもつらいと思いますので、そういうような感じで考えていくしかないのではないかと僕は思っております。

石橋 外来研修というのは非常に大切だということは学会のほうも認識をしております、外来研修を中心に1年間組みましょとか、それから研修群での研修においては外来は非常に重要視しているわけです。ただ、専門医になるにも最大5年間というものの中で、継続性ということだけを考えて場合、1人の患者さんを一体では何年診たら継続と言えるのか、3か月以上か1年でいいのか、フルシーズン診て1年でいいのか、それとも3年診ないと継続と言わないのかということがありますので、継続に関しては非常に難しい問題かなと思います。

ただ、継続を考えた診かたというのはやはりあると思うので、3年診なくても1年の研修でも十分継続性はあると思います。そういう意味で、できればやはり1シーズンではなくて、3か月ではなくて、1年とかある程度継続した診療ができるというところで、少なくともそこにフィックスではなくてもいいですから、そこに通うという形でですね、継続した診療を続けていただければと思っております。

五十嵐 継続ということで何かをつくってくれば、私はむしろ私を見てもらって、私はどうしようと勝手だということで実習していただくのがいいと思っております。例えば短期的な継続というよりはむしろこれは近接性に近いかもしれないけれども、夜中に何か起こったらどういうふうに私とコンタクトを取るのか、私とコンタクトを取れなかったらどうするのかというようなことを普段から文章に書いてお渡ししている。それを見ていただく、その上から私がそういうことを実際にやっている場面を見ていただく。それから、私は患者さんには「必要があったら、いつでもあなたの病歴要約をあなたが救急で行った場所に送れますよ」、私電子カルテを使っているものですから、いつでも病歴要約をつくれるようにしております。「必要なところにいつでも送りつけますよ」というようなことをしております。小児科医というのは基本的には風邪っぴきの医者なのですね。私たちもほとんど風邪を診ております。高級な医療は何もやっておりません。だけど、私は小児科医であることが継続性の一番重要な要素だと思っております。それはなぜかというと、ここでは風邪など放っておいてもいずれ治ることで皆さんお金を払って、私が少々招集をかけなくても私のところへやってきていただく、その機会を子供の発達の機会になっているかどうかの、私がそういうことの試練をする場面になる。あるいは将来の生活習慣病のことを控えて、生活習慣の非常に基本的なところは子供の時代に行き当たりますから、そういう問題についてちょっとそこで何かインパクトを与えるような機会にするとか、あるいは心の健全な発達のための育児のいろいろなことがうまくいくような今の親子関係とかそういうことではないかどうかを私が見る機会にする。だから、私はいつも、「もしあなたが風邪の診察をして、風邪だといって風邪薬を出しているだけなら、あなたはプライマリ・ケアのいい医者ではありませんよ」と言っております。そういうようなことの実践を見ていただく。もちろん、慢性の病気の場合には継続性というもっと別の問題が起こってきますけれども、実は子供にえらく内科のような慢性の病気のある人はどちらかという数は少ない。むしろ、そういう当たり前のコモンな病気の中で小児科医が今何をすべきかというようなことを考えて、例えば、御存じのように6か月から45歳まで今死因の1位は事故です。小児科医から見れば、病気を診ているだけというのはいかに私どものやる仕事が

哀れかということ、事故死のことについて僕らが何かのインパクトを与られないなら、小児科医は極めて小児医療について無力だということになります。そういうことに何かインパクトを与える機会に診療の機会、ないしそのかなって行くことも私は継続性の大事なことだと思っています。

山中 私は在宅医療という立場で、外来というわけではありませんけれども、恐らく研修期間によって、6か月であるとか1年間というように継続性の期間を区切るというのはやはり難しいと思います。医療機関によって対応できる状況も異なりますので、物理的な年数にこだわるというよりも、継続性の大切さということをしっかり認識して、そういう目で見えるセンスを養うということを主眼にやっていくことが大切なのではないかと思います。抽象的ですけども、そう思います。

山田 プライマリ・ケアの定義からすると、やはり継続性は外せない重要な要素だと思います。ただ、3か月では継続性が学べないかというそうでもないと思います。ケースによってはどんなことがあってもたとえば夜中に起こされても診てくださいという条件を与えると、3か月でも研修医によっては継続性を学ぶことができる。地域に根づいている人のところで研修するということがそういった意味でも重要だと思います。

司会(小泉) ありがとうございます。

亀井(亀井内科) 私は診療所の医師でありますけれども、一応受け皿のほうをして、PCFMネットで学生を受け入れていた経験で、卒前教育に対しては十分役割を果たしているのかなと思っています。先ほど五十嵐先生が言われたように、いろいろなものを見せるということをやっています。ただ、卒後教育にどうかかわるかというちょっと自信がないのですが、1つはスキルの問題と、あとは私のセッティングは医師が1人で診療室が1つという状態で、果たして数か月研修医が来て研修としてのカリキュラムとしての意義があるかどうか、その点ちょっと自信がないのですけれども。ただ、やはり自分がかかわりたいと思うのですけれども、どうやってかかわっていったらいいのかということについてどなたか、教えていただけますか。

司会(小泉) 今の質問、パネリスト以外にも実際されている方がフロアにおられますけれども、よろしければコメントを。

内山 今回のその必修化というのはタイミングが早かったのですよね。もう少し全国の診療所の医師が学生が来るのが当たり前、研修医が来るのが当たり前、そして彼らにつき合うことが自分たちの生涯学習に一番いいのだということがもう少しコンセンサスとしてできた時点で次のこういう研修制度が出ればもっとよかったということでは、かなり戸惑っていますね。それで、先ほど亀井先生の質問の答えは明日 Fetters 先生が多分話されると思います。



五十嵐 今先生が言われたことで、私は一番重要なのは、僕診療のときは患者さんに僕が頭の中で考えていることを全部言葉に出して、どういうことを私今、身体診察をして私が診て、私が今こういう診断をつけるプロセスを頭の中で考えて、こういう過程でこういう治療法をあなたにお勧めします」ということを大体口の中で言ってしまっているのですね。そうすると、横にいる学生とか研修医は、僕が何も説明しなくても、僕が何を考えて何をやっているかが大体みんなわかるから、余計な説明をしなくてもいいくらいの方もいらっしゃる。私はそういう口に出すということは病棟の場合では昔大学におりましたころは、カルテに書くと、「書くことがおまえの頭の中で何をやって何を考えているのか整理になるから、教授とか言われる人のカルテはほとんど1文字しか書いていないのだけれども、それはもういろいろなことを経験したからそれでいい。これを今の若いときは文章に書きなさい」。僕外来では文章に書いている時間などともありませんので、言葉に出して患者さんにしゃべることが患者さんに対する説明にもなるし、横にいる研修医にとって、医者が何を考えてどういう思考過程で、何をやっているのかということがわかるといういい方法だろうと私は思います。

石橋 外来診療を見てもらうということで、お1人の先生とそれから診療室が1つというのはやはり1か月受けるとか3か月受けるのは無理だと私は思うのです。自分のクリニックを見て、今若い人たちを育てているところでも、やはり診察をしてもらわないといけなわけですね。ところが自分の患者を診ないといけなということもありますので、診察室はせめて2つないと難しいと思います。2つあれば若い先生を育てることは十分可能だと思います。短期間で診療群として協力をする場合に、訪問診療だとか、それから福祉施設に連れていくとかいうことはできるし、休みの日を別に「ではやっていなさいよ」ということも可能かもしれないのですけれども、やはり診察室が1つだけでは無理かなと思っております。

前野(筑波大学卒後臨床研修部) 私の立場はいわゆる大学にお願いする側の立場でして、先ほど藤崎先生の話にもありましたが、大学では地域医療研修をどれだけ骨抜きにするかということでふだんから知恵を絞っている(笑)。その中で、まずこの今のディスカッションを聞いて1つ疑問に思ったのは、今回の地域医療研修という枠は保健所でもいい、老人保健施設でもいい、それから診療所でもいいという形になっていますので、例えば継続性を教えてほしいとか、それから、例えば高血圧は外来でどうやってコントロールするのだということを教えてほしいということは地域研修の期間の目標にはなっていないと思うのですね。つまり、それは2年間の中でそういうことを教えてほしいということであって、例えば、ではそういう外来研修はこの1か月で、残りの23か月の病棟研修をやっていけばいいのかというと決してそうではないと思うのです。まず、そういう目標の部分。

それからもう1つは、臨床研修の実際的には、例えば筑波大学ですと茨城県でほとんどやるしかないわけです。例えば、内山先生のところは遠いですし。ですから、やはり地元でそれぞれのリソース、筑波大学の場合70人ですけれども、70人分の枠を茨城県でつくらなければいけないということを見ると、そういうモチベーションの中に開業医だけをそろえるというのは実質的に不可能だと思いますね。ですから、僕はこの地域医療研修の期間に関しては、先ほど五十嵐先生からも何回

も言われていますように、その継続性を感じることができる、その場を経験する。研修目標の中でもその場を定義づける特定の医療現場の経験として地域医療も入っているわけですから、やはりそういう観点から環境を整備していく必要があるのではないかなと思っていました、そうすると、先ほどの亀井先生のお話にもありましたけれども、何らPCFMネットと変わらないと僕も思います。

ですから、僕の個人的な意見を言わせていただければ、むしろ卒前に落とすべき部分だと思えます。でも卒前にそれができなかったのが卒後に残ったのではないかと推測をしているのですが、ただ、筑波大学ではできるだけその継続性を経験できるように、1か月の張りつきではなくて、それを25に分割して、例えば週1回半年間、そういう形にすれば例えば診療室1つでも毎週火曜日は後ろだれかがついてくるという形であれば、さらに受け入れ枠が広がると思います。開業の選択肢も用意できるというものがあるのではないかと考えておりますので、ここでどういうことを最終的に意見を出すかというのはまた問題になると思いますが、やはり地域医療研修というものの目標は場の経験にあるというコンセンサスを持っていくべきなのではないかと....

五十嵐 モチベーションのある医者があるかどうかなどということを先生が心配なさる必要は全くない。むしろ先生が必要な学生なり研修医をもし茨城県に限られたらそこへ送りつけて、その中で何年かやるうちにモチベーションのある人が育ってくると私は思います。私大学にいたときにモチベーションがあるかどうかなどということは全く知らないで学生を送りつけていました。あとは大学の中でいろいろやっているうちにモチベーションのある医者がどんどん育ってくる。だから、あるかないかなどということは初めに心配するよりは、まず送りつけてしまう。それから後考えられるほうが良いと思います。

前野 参考にさせていただきますが、最初に送りつけられた研修医のことも少し考えなければ... (笑)。参考にさせていただきたいと思います。

鈴木(名古屋大学) 前野先生の言ったことにも全面的に賛成なのですが、1点だけ、大学人は決して骨抜きにしようというわけではなくて、名古屋大学は真剣に考えておりますので(笑)、それについての実際の詰めに入っています。どの施設はどういうふうにするかという形、そこまで緊急性を持って我々は考えていて、いろいろなところと連絡を取りながら実際プログラムを書いて、立てる段階にもう来ているわけです。ただし、五十嵐先生のお言葉にもちょっと反論しますが、しかし、リソースを考えた上で、やはり我々が今までの経験、学生たちを開業医さんのところに送ってそういう実習をしているのですが、学生たちの反応は二通りに分かれます。「すばらしい」、「全然だめだった」、「がっかり」。ですから、非常にその辺はきっちり、どういうところに協力を求めるかという、あるいは協力をさせていただく先生方に対してどういうサポートが要るか、その辺も含めて先生にやはりこのプライマリ・ケア教育協議会として強力にリーダーシップを取っていただかないと、なかなかそこはうまく行かないと思うのですね。

今70人の話をしましたが、名古屋市は4つ医大がありますから400人ですね。400人を例え

ば1年で1施設4人送るとしたら 100 施設いるわけであって、それほどのきちとしたカリキュラムを立てて評価ができる施設が 100 個果たしてあるかどうかということ。とてもそれも考えられないのです。非常に私は危機感を抱いています。

藤崎 そのことに関してですけれども、公衆衛生領域ではインターン時代の保健所実習が非常に評判が悪かったのですね、ただ見学だけでということ。だから、たった数日間の学生実習といったらずっとシャドウイングだけでもおもしろいものになると思うのですけれども、やはり1月あるいは3か月になってしまうと、どこまで実際に医師として事業に参加するかということが課題になっている。逆に言うと、公衆衛生領域ではそういうふうにあたし見学で預かるなら簡単なだけけれども、医師として一定の役割を果たしてもらい、ただ身分は公務員ではないという状況をどうつくるかということが非常に難しいということで困っているということです。

司会(小泉) では、最後の質問、よろしくお願いします。

長(佐久総合病院) 佐久総合病院から川上村診療所に派遣で来ています。2つ提案というかお聞きしたいことがありまして、先ほどもちょっと話があったかと思うのですが、診療所だと慢性疾患を見る役割、在宅を含めた慢性疾患が中心の場合に、3か月という単位はちょっと不適切ではないかというか、慢患を見るにあたっては私としては今週1回来てもらい、あるいは週 1.5 日来てもらいという形で受け入れています。具体的にはそういう形で在宅を診ていかなど、3か月の間に2回、3回在宅を診にいつて何を学ぶかという医者側がある程度学ぶものがあると思うのですけれども、患者にとっては何のメリットもないという形ですので、そういうことを考えると、外来とか在宅部分は外来も4週で1回、1年ぐらいかけて診るようにしたほうがいいと思いますので、限られた患者だと診るようになるには1か月は診療所の機能を学ぶという期間と、あとは物理的な問題があるにしても、週1回来てもらいというほうが学ぶことが多いのではないかと考えております。現在その研修の中でそういう議論はされていないことが慢性疾患を診る機能を担うには不適切ではないかと考えています。

もう1点は、佐久総合病院は 20 年前から診療所の研修をやっていて、ある程度のノウハウ、かつ一番いいノウハウを持っているところではないかと思っていますけれども、3年前から福祉関連施設での研修を含めてやっております。その中で恐らく今後問題になってくるのが診療所ということだけではなくて、福祉施設の受け入れ側ですね。医者に何を教えていいのかということが非常に難しいと思うのです。そういうことを多分僕が提示して、こういうことにかかわっている人が提起していかないとだめなのではないか。実際は佐久のように医者と福祉スタッフが日常的に会話を交わすことが当たり前だという地域では、福祉側も非常に評価をしています、恐らく導入期にはかなりの混乱になるのではないかと、恐らくそういう福祉施設との連携を密に取れるところというのは全自病協とか国診協のようなところと、あといわゆる二木立先生がいうところの医療福祉の複合体ですよ。国の目指しているところも、地域という以外に超高齢社会に対応できる医者ということで福祉のかけ渡し、高齢者にとって適切な医療ができる医者を育てることが目標だと思いますので、

その辺に関して特に山田先生と藤崎先生にちょっとコメントいただきたいと思います。

藤崎 すべてのプログラムの中で福祉の要素をしっかり入れるかどうかというのは難しいと思うのですね。今回のプログラムに関してはマッチングということもあるので、各診療施設プログラムで特徴を持って、ある意味でここをうちはこういうものを売りなのですということを出せということも同時に言われています。だから、ある程度最低でもこれは抑えてほしいところと、こういう展開のありようもあるというのと、その両方をやはり考えていく必要があるのではないかと思います。

山田 私は先生の意見に全く同感ですね。リソースはあるもののネットワークがまだ明らかになっていないので、せっかく佐久総合病院なりリソースがあっても十分に活用されていないのが現状だと思います。それともう一つは皆さんが苦心されているように、潜在的に可能性のあるリソースをできるだけ発掘して行って、それを育てていく。そのためにはネットワークを広く募って、これを明らかにしていく作業が今必要ではないかなと思います。ちょっと時間が短いですが、僕は十分できるのではないかなと思います。

司会(小泉) ありがとうございます。大分時間も超過しましたので、一応最後に司会の津田さんにまとめてもらおうと思います。

司会(津田) せっかくホットなディスカッションになってきたところで時間切れということで申しわけないのですが、先ほどからいろいろな団体の方たちにそれぞれネットワークの可能性ということについて発表していただいたと思います。今回、確かに時間はないのですけれども、これで失敗すると今後非常に大きく響くと思います。ですから、私たちはそれぞれ分断された状態で活動するのではなくて、協力して、全国一致協力してよいネットワークをつくって、そしてよりよい研修を提供することが焦眉の急ではないかと考えます。そういう意味で、これをきっかけに藤崎さんにも頑張ってもらっていて、早急にネットワークづくりをしていただきたい。そして、会場の皆さん方にもぜひ協力していただいて、新しい施設があれば紹介していただくとか自分のところも加入していただく、そういうふうにぜひやっていただきたいと思います。

そういうことで、今日の締めくくりをしたいのですが、ただ皆さんに最後をお願いしたいことは、このプライマリ・ケア教育連絡協議会というのは卒後臨床研修必修化のために作った協議会ではないのですね。それだけが目的ではないということをこの際ぜひ強調しておきたいと思います。つまり、とりあえずは焦眉の急と申しました卒後臨床研修の受け皿づくりが大事な働きではあるのですけれども、そういうことがきっかけで集まるほうが集まりやすいということもありますし、それがかなり進行した段階ではもっと私たちが力を注がなくてはいけないことは、日本全体のプライマリ・ケア教育を束ねていくということ。そして若い人たちがよりよい研修を受けられるような仕組みを作ることです。そして、評価ももちろん入ってくるでしょうし、その上で専門医制度をきちっと整えていくことが2つ目です。そして、最後に、そのためにはFD, faculty development をきちっとやっていくことが大事で

はないかと思ひます。そういう目的のためにこのプライマリ・ケア教育連絡協議会を作ったということ  
をぜひ最後に強調させていただきたいと思ひます。

では、大変時間も過ぎてしまいましたが、これで一応このセッションは終わります。どうもありがとう  
ございました。

記録: プライマリ・ケア教育連絡協議会 事務局 オフィス・カイ 尾島 五月  
〒330-0014 さいたま市大谷 396-6  
Fax 048-686-8293  
メール kai.o@d5.dion.ne.jp