

信州型総合医指導医研修会（意見交換会部分）議事録要旨

日時：平成26年8月21日（木）16:00～18:00

場所：特別会議室（3階）

（葛西先生の御講演）

<意見交換>

○佐久総合病院 鄭先生

・葛西先生は、総合診療専門医を、家庭医とイコールとしてお考えになっておられるのか。世界標準の家庭医とは違うものなのか。

●葛西先生

・日本では、現在、検討会において、2つの役割を考えている。

一つは、地域に根差した世界標準としてのものと、もう一つは、病院で働く病院総合医である。総合診療専門医を、診療所で働いている医師だけとは考えていない。

病院総合医は、その在り方として、例えば、大学病院の総合診療部に行かなければ、プライマリ・ケアの医師がいなくなると、地域の課題を解決することはできない。そのため大学病院に総合診療部を設置した場合、病院の仕事（救急外来等）だけでなく、地域住民の健康維持・増進に資する仕事も含める必要がある。

○佐久総合病院 鄭先生

・働く場所が問題なのではなく、地域全体を診る視点や、地域で仕事をしていることが大事ということか。

●葛西先生

・そのとおり。地域における総合診療専門医の役割・機能の正しい理解が必要である。

○篠ノ井総合病院 鈴木先生

・総合診療専門医は、プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医が発展につながっていくのではないかと予想して、多くの病院で Ver2 を取得し始めたが、今後の展望としてはその方向でよいか。

●葛西先生

・いろいろ決まるのはこれからであるが、今までの議論の流れを聞いていると、おおよそ、それで合意が出来ているようだ。

・ただ、カリキュラムの中味を見ないで、どの診療科をどれだけの期間まわるかだけを重視する人がいるのは問題である。世界標準の家庭医を特徴づける能力をしっかりと理解して、ローテーションの中でそれが習得できるようにカリキュラム組み入れていくことが大切である。各専門医（小児科、救急、内科等）の知識・技術をただ組み合わせるだ

けでは総合診療専門医養成には不十分である。

○篠ノ井総合病院 鈴木先生

・カリキュラムを作っていくことは、確かに重要だと思うが、若い研修医にとっては、
どういう専門医を取得できるかが課題となってくる。

総合診療専門医のカリキュラムを取ると、内科の認定医は取得できると思うが、次の2
階建て部分の専門医を見通して研修を受けたいという研修医がでてきた場合、どう研修
医に対し指導していけばいいのか。

●葛西先生

・日本の場合、最初から総合診療専門医を生涯の専門医として考えそれだけを取得する
研修医は当初そんなに多くかもしれない。総合診療専門医の専門医としての魅力が広く
知られるのには時間がかかるからだ。次の2階建ての部分を目指す人がいてもいいと思
うが、世界ではあまりそういう事例がない。

総合診療専門医を通過して2階を目指す人がいてもいいが、総合診療専門医が他の
18領域と同様、ユニークで独立した専門分野であることをアピールしていくことが大
事。また、ぜひ魅力あるカリキュラムを作成していきたい。地域住民が求めるプライマ
リ・ケアの専門医のレベルを達成するのは簡単ではないが、やりがいがあるはずである。

○長野市民病院 竹前先生

・専門医は、19領域のうち1つしか取得できないと聞いているが本当か。
・例えば、脳神経外科の専門医を取得する場合、教育プログラムは信大のものでない
といけないと聞いた。信大以外の地域の病院で資格を取得する場合には、研修医が信大に
所属し、派遣という形でないと取れないと聞いた。

総合診療専門医の場合、基本となる施設はあるのか。

●葛西先生

・脳神経外科専門医の事情は知らないが、総合診療専門医では、まだそこまで議論され
ていない。総合診療専門医の場合、大学病院しか使わないプログラムではやっていけ
ないと思う。現在、日本プライマリ・ケア連合学会が認定しているプログラムは、大学が
関わっているプログラムの方が少ない。今後は、大きなネットワークを作って（例えば
各都道府県単位に養成目標数を設定して）養成していくようになると思う。

・また、2つの専門医の取得を禁止することにはならないと思う。ただ各専門医の人数
を将来決めることになればそこで自ずとふるい分けされることになるだろう。これにつ
いては現時点では何とも言えないが、デリケートな問題ではある。

○長野市民病院 竹前先生

・総合診療専門医になるには3年が必要か。

●葛西先生

・3年になると思う。

○長野市民病院 竹前先生

・他の専門医も3年となると、2つの専門医を取得するのは難しいのではないか。

●葛西先生

・一つの領域でしっかりやればよいと思っている。

○長野市民病院 竹前先生

・初期研修を終えると、一つの領域を選ぶことになるということか。

●葛西先生

・一つを選択した後で他へ変更する人もいるかもしれない。制度上、禁止する必要もなく、そうした後期研修変更の要件や、新たに選択した後期研修の修了認定条件を明確にすればよいと思う。

○まつもと医療センター 古田先生

・例えば、外科医が外科の専門医を持っていて、歳とともに目が悪く、手術ができなくなってきた場合、総合診療専門医を取得して家庭医をやろうとした場合、そういう移行措置はあると聞いているが。

●葛西先生

・別の制度として議論が進むと思う。既に他の専門医を取得している人達が志をもって総合医診療専門医として働きたい場合には、その要望に沿った仕組みを作らなければならない。ただ、この議論はこれからである。

○まつもと医療センター 古田先生

・内科学会の場合には、内科専門医を取得しないと、臓器別の専門医を取得できないが、総合診療専門医の場合も総合診療専門医を取得しないと、臓器別の専門医を取得できないことになるのか。

●葛西先生

・1階部分の基本領域を選択してから、2階部分のサブスペシャリティ領域を取得することになる。

○諏訪中央病院 高木先生

・今回、ボードを設置して専門医制度の見直しが行われる中、並行して医学部教育の質の担保、向上について、先生はどうお考えか。

●葛西先生

・専門医制度の見直しと並行して卒前教育の質をご質問になるコンテキスト（背景）をお聞きする必要があるが、総合診療専門医に関する委員会では、総合診療専門医の指導医の確保とレベルアップをどう図るかという議論になるだろう。当然その教育の場は、卒前教育でのプライマリ・ケアの教育にも使われることになる。海外の地域を基盤とした優れた教育内容を日本の土壌に合わせてうまく使えるようにしていきたい。

○諏訪中央病院 奥先生

・総合診療専門医は、幅広い専門性を有しているが、より家庭医、より在宅、より病院総合医ということを考える時に、実際のところ3年間では学びきれないと思う。そうであれば、2階建ての中で、在宅専門医、緩和ケアなどが乗ってくるという理解でよいか。

●葛西先生

・サブスペシャリティーに、そういう領域のものが入ってくるかはまだわからない。ただ、メディカル・ジェネラリストとしての総合診療専門医のキャリアは、サブスペシャリティーを取得して深まるものではないだろうと考える。

サブスペシャリティーをさらに作るとなると、日本の医療が細分化して来た歴史をまた繰り返しやってしまうことになりかねない。海外では、家庭医の学会の中で、広く多くの問題を議論している。そうした方が地域におけるプライマリ・ケアの質を高める。

<医師確保対策室から概要説明>

(質疑応答)

○長野赤十字病院 金児先生

・信州型総合医を養成した場合、何を指すのかといった話があったが、研修医がどこまで育っているのかといった評価の基準等を作成しなければならないと思うがどうか。

●医師確保対策室

・県では、今回、認定基準を作成し、各病院の養成プログラムを認定する取組を開始したばかり。研修医も今年度から受講を開始したところであり、評価にあたっては彼らの意見を踏まえながら行っていく必要もあることから、数年先になると考えている。

●中澤先生

・家庭医療専門医を目指すなら専門医試験の受験となるが、信州型総合医を目指すなら何を目標とするのかといった不明瞭な部分もある。

○長野赤十字病院 金児先生

・学会のVer 2は、かなり厳しいレベルのものを履修しないと試験に通らないと思われる。そういう部分が、信州型総合医にはないのかなと気になっている。どういうレベルの総合医を作っていくのかというところで、そういう部分がない方が、実は参加しやすいが、それでいいのかと感じている。

●医師確保対策室

・質的な担保でいうと、信州型総合医という専門医制度があるわけではない。現在は、家庭医療専門医と認定内科医は、最低でも取得できるレベルにするよう御願している。

そういう意味で言えば、信州型総合医は、将来、総合診療専門医を目指していくことになるので、質的な担保としてはその基準に合わせていくことになると思うし、各病院でチェックしていただけるようになると思う。

○長野中央病院 河野先生

・総合診療専門医を将来的に目指すという話だが、現在、その多くは修学資金貸与者が中心だと思うので、彼らが卒業した後は、自然と総合診療専門医を目指すということに決定ということによいか。

●医師確保対策

・若干、誤解されている方もおられると思うが、信州型総合医の養成プログラムの受講は、全国の研修医の皆様に受講していただきたいもの。

一方で、県の修学資金貸与者については、信州型総合医養成プログラムを受講してほしいと働きかけはするが、必ずしも総合医しか取れないということはなく、貸与者は、自分の選んだ診療科を選んでいただくことが出来る。

制度的上、修学資金貸与者は、義務年限中で医師不足病院で勤務していただく期間があり、そこでは、総合診療科か、一般内科か、一般外科か、救急で働いていただくことを御願している。貸与者全員が、信州型総合医を取得しなければならないということはない。

・また、県の指針では、3年を目途に見直しを行うこととしており、国の総合診療専門医制度の基準が明らかとなった段階で、信州型とはどうあるべきかも含めて、この指針の見直しを議論していくことになる。

○佐久総合病院 鄭先生

・誤解されている方もいらっしゃると思うが、この信州型総合医制度と医学生修学資金貸与者制度は、全く別の制度である。実際、当院の信州型総合医6人の中で、修学資金貸与者は一人もいない。この信州型総合医養成プログラムにおいて、どういう医師を育てていくかという点、まだ確立していないが、総合診療専門医を育てるということではないと思う。評価基準もそれに合わせればいい。

では、どうして、信州型総合医と言っているかと言うと、一つの病院だけでなく、長野県の各病院が協力して総合医を育てていきましょう、その枠組みを作っていきましょう、ということだと理解している。

●中澤先生

・私は、修学資金貸与者の卒前・卒後の関係に携わっているが、7名いる卒後研修生のうち最低1名は信州型総合医を希望しようとしている。

数としては全員ではないが、中にはそういう希望もある状況となっている。

○長野松代総合病院 石津先生

・私は、学会認定専門医を取得しているし、自分が研修してきた内容を考えると、家庭医療専門医が増えれば、県内のへき地医療等もうまくいくだらうと考えている。

先日、修学資金貸与者が見学に来て、話をしたが、非常に不安感を持っていた。信州型総合医養成プログラムを受講しても、100%プライマリ・ケア連合学会の専門医の受験資格が得られないからである。つまり、研修病院認定を取得していない病院があるの

で、学生に不安感を与えらると思う。3年後、必ずプライマリ・ケア連合学会の専門医の受験資格が得られる形にしてあげないと、せっかく志を持って信州型総合医に応募してきたのに、何の資格も得られなかったというのではどうかと思う。ある程度、質的なものを長野県が担保してあげないといけないと思う。

●医師確保対策室

・信州型総合医養成プログラムは、家庭医療専門医又は認定内科医の受験資格が得られるものとなっている。どの病院で、研修後どういう資格が得られるのかを確認していただく必要がある。

ただ、現在は、認定内科医の受験資格も含めて信州型総合医と言っているので、わかりにくい部分もあると思う。

今後、総合診療専門医制度が出来てくる中で、総合診療専門医に収斂していくことになると思う。

●中澤先生

・修学資金貸与者は、信大に4割いて、残りは県外の大学にいる。なかなかコミュニケーションがうまくいかず、不安を吸い上げることができない部分があり課題となっている。

以上