



総合医体制整備に関する研究会 報告書



平成22年3月
国民健康保険中央会

目次



研究会委員名簿	1
研究の目的	2
I 提言	3
II 調査研究の全体像	17
III 調査研究の結果	18

付属資料

1. 有識者ヒアリングの概要
2. イギリスのヒアリング結果
3. フランスのヒアリング結果
4. これまでの国民健康保険中央会における検討の経緯

総合医体制整備に関する研究会 委員名簿

- ※ 伊 藤 雅 治 (全国社会保険協会連合会理事長)
- 一 圓 光 彌 (関西大学政策創造学部教授)
- 尾 形 裕 也 (九州大学大学院医学研究院教授)
- 鎌 田 實 (諏訪中央病院名誉院長)
- 河内山 哲 朗 (国民健康保険中央会顧問)
- 近 藤 純五郎 (弁護士、元・厚生労働事務次官)
- 高 久 史 麿 (自治医科大学学長)
- 田 中 一 哉 (国民健康保険中央会理事)
- 田 中 雄二郎 (東京医科歯科大学大学院
医歯学総合研究科教授)
- 西 村 周 三 (京都大学副学長)
- ◎ 水 野 肇 (医事評論家)
- 福 井 次 矢 (聖路加国際病院院長)
- 渡 辺 俊 介 (東京女子医科大学医学部教授)

(注) ◎は委員長、○は副委員長、※は作業部会座長

(敬称略、五十音順)

研究の目的

国民健康保険中央会では、これまでに、地域住民の医療や健康に対する安心を高め、医療資源の無駄を排除して国民皆保険体制を将来に渡って維持するための方策を検討してきた。

- 平成13～14年度「地域における包括的な保健・医療のあり方に関する研究」
包括的な保健・医療の体制をどのように確立していけばよいのか、そのために乗り越えるべき課題や条件は何か、といった点について検討した。全市町村、全国国民健康保険診療施設、全地区医師会にアンケートを行うとともに、先進的な取り組みを行っている15地域・機関にヒアリングを行った。
- 平成15～17年度「地域における包括的な保健・医療推進モデル事業」
上記の研究を踏まえて、北海道・奈井江町、神奈川県・伊勢原市、長野県・茅野市の3市町において、「地域における包括的な保健・医療推進モデル事業」を行った。3市町は、「予防と医療の連携」「診療所と病院の機能連携」「地域住民への情報提供」という共通テーマのもとに、具体的な事業を推進した。
- 平成18年度「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究」
後期高齢者に焦点を当てて、より良い医療体制のあり方を検討するとともに、後期高齢者の医療にふさわしい報酬体系のあり方について検討し、提言を行った。検討に際しては、ヨーロッパ4カ国（イギリス・デンマーク・オランダ・フランス）の関係機関等にヒアリングを行った。
- 平成19年度「地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究」
地域医療を担っている医師を対象にアンケートと訪問ヒアリングを行って、地域住民が期待するかかりつけ医師像のあり方を検討した。アンケート対象の医師は、研究会委員並びに関連する団体の推薦に基づいて選定した266人の医師である。住民が期待する「かかりつけ医師像」の特徴を整理するとともに、活動の特徴から、「かかりつけ医」という言葉ではなく「総合医」という言葉を用いることを提起した。

上記の研究を重ねる中で、総合医の体制を整備することが喫緊の課題であるとの認識が強まった。そこで、わが国における総合医の必要性ならびに、わが国において求められる総合医像を明らかにするとともに、総合医の育成や認定のあり方などを明確化することを目的として、有識者ヒアリングや海外調査、研究会の討議を行った。



I 提言



1. なぜ総合医が必要なのか

(1) わが国の医療が抱える問題点

高齢期になると何らかの体の不調が発生することが多くなり、医療機関にかかることが多くなる。中には、どうしても大きな病院の専門医に診てもらわなければならないケースもあるが、アクセスが容易な身近なところに信頼できる医師がいれば、そちらを受診する方がよいケースもある。これは高齢者に限らず、どの世代の住民にも言えることで、そのような医師がいれば、大きな病院を受診することは少なくなるはずである。

しかし、実際にはそうになっていない。病院に患者が集中して、病院医療が崩壊の危機に瀕しているのが現状であり、「医療崩壊」と呼ばれる現象を引き起こす要因の一つとなっている。それは単に病院の医師が不足しているか否かというだけではない。わが国の社会状況の変化（高齢化など人口構造の変化、世帯構造の変化、疾病構造の変化など）に伴う医療需要の構造的な変化に、医療提供の仕組みや医師育成システムが十分に対応できていないことが大きな要因であると考えられる。

わが国の医療が抱えている問題点を、医師育成のあり方から発生する問題点と医療機関の協力・連携のあり方から発生する問題点、医療制度のあり方から発生する問題点に分けて示せば以下の通りであり、結果として医療資源の無駄遣いや住民のQOL（クオリティー・オブ・ライフ=生活の質）の低下につながっている。

<医師育成のあり方から発生する問題点>

- 専門医育成の偏重
- 人間の体を部分としてみる医師や対応範囲の幅の狭い医師の増加

<医療機関の協力・連携のあり方から発生する問題点>

- 医療機関の役割分担の不明確、および診療所と病院の連携不足（重複検査や多剤投与なども含む）
- 体の不調を感じた地域住民がすぐに大病院を受診したり、複数の医療機関をハシゴ受診する
- 病院勤務医の過重労働

<医療制度のあり方から発生する問題点>

- 医師の地域的な偏在
- 医師の診療科目の偏在

上記の問題点の結果として、
「医療資源の無駄遣い」
「住民のQOL（クオリティー・オブ・ライフ=生活の質）の低下」
につながっている。



問題点	本研究会で出された指摘
専門医育成の偏重	<p>□日本のこれまでの医師育成は、専門医が偏重されてきた。人間を総合的に診る医師をもっと育成する必要がある。医療界では、臓器別専門医の方が偉いというイメージが非常に強い。</p>
人間の体を部分としてみる医師や対応範囲の幅の狭い医師の増加	<p>□医師の専門分化がかなり極端になってきている。内科医の中でも、腹痛を診られない医師がいるというような状況も起き始めている。</p>
医療機関の役割分担の不明確、および診療所と病院の連携不足（重複検査や多剤投与なども含む）	<p>□専門医と総合医との仕事の分担や役割分担が明確にされていなくて、大学病院の高度先進医療を担う先生方もコモディジーズをずっと抱え込んでフォローしているということが現実的にある。</p>
体の不調を感じた地域住民がすぐに大病院を受診したり、複数の医療機関をハシゴ受診する	<p>□日本の医療はシステムとしてはあまり機能していないのではないか。フリーアクセスが医療のシステム化を阻害している面がある。病院に患者さんが殺到して病院医療が危機的な状況にあるということは最近言われていることである。</p>
病院勤務医の過重労働	<p>□病院勤務医の平均労働時間は非常に長い。月に100時間残業しているケースも聞く。</p>
医師の地域的な偏在	<p>□今日、医療不採算地区と称される地域があり、そういう地域には開業医が存在しない。</p>
医師の診療科目の偏在	<p>□現在、産科や小児科の医師不足が言われているが、外科も深刻な医師不足になりつつある。自分の技術を引き継ぐ若い外科のドクターがいないと嘆く外科医もいる。</p>
医療資源の無駄遣い	<p>□高齢の患者さんはちょっとした訴えで受診しても、よく話を聞いて身体所見をとって検査をするだけで10個くらいの病気を持っている人がたくさんいる。そうした患者さんを8人もの専門医が診る体制よりは、1人の医師が総合的にできるだけ多くの問題を解決できるようにすれば、効率的である。</p>
住民のQOL（クオリティー・オブ・ライフ＝生活の質）	<p>□1人の医者がずっと10年も20年も同じ患者さんを診ていくと、入院が減るとか、医師・患者関係の質がよくなるとか、ケアのアウトカムがよくなるということは周知の事実である。</p>

(2) 求められる医師像

医師育成のあり方や医療機関の協力・連携のあり方から発生する問題点を解決するためには、信頼できる医師が住民の身近に存在し、専門にこだわらずに幅広く診てくれること、また、住民がそうした医師に日頃から継続的にかかっていることが求められる。そうした医師が存在すれば、住民が安心して日々生活することができるだけでなく、医療資源の無駄遣いを抑制したり、高齢期の生活習慣病を予防・軽症化することも期待される。

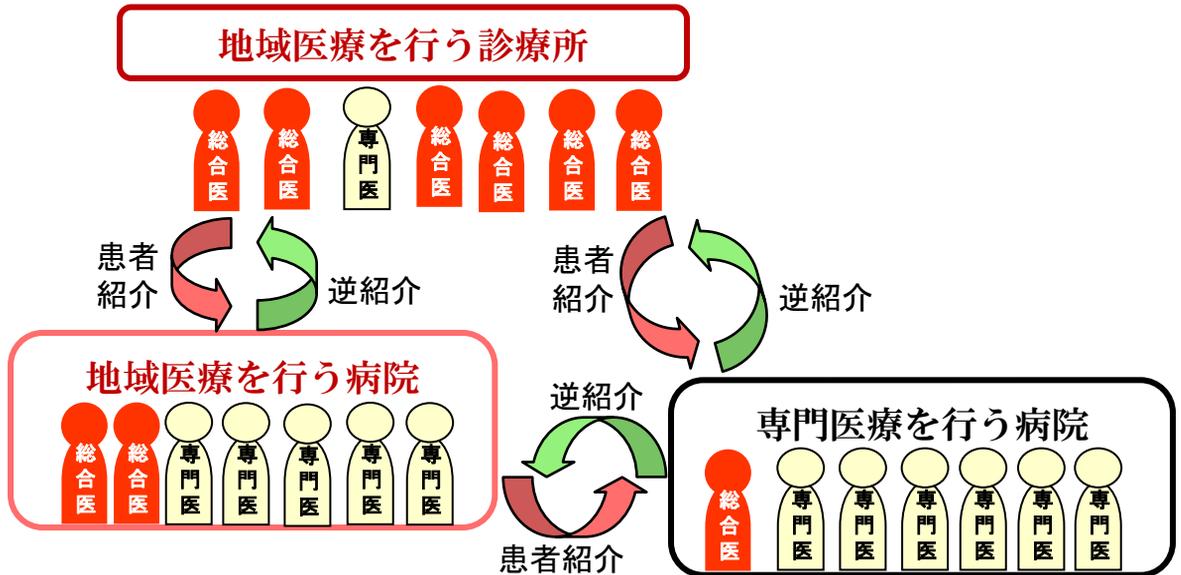
そのような医師は、海外ではG P (General Practitioner) と呼ばれており、わが国では「総合医」という言葉で呼ぶことがふさわしい。本研究会では、総合医が果たすべき役割を4つにまとめ、役割に対応して求められる活動を以下のように整理した。

今後わが国では、総合医の育成・普及を早急に行うことが求められる。

<総合医の4つの役割と活動>

役割	役割に対応して求められる活動
地域住民によくみられる症状に幅広く対応する	<ul style="list-style-type: none"> ● 専門分野にこだわらず、幅広い症状に対応する ● 体の不調を感じた住民・患者の症状を取り除く ● 症状の原因や、病状が治るか治らないか、どのくらいで治るのかを見分け、十分に説明する
初期診療に対応し、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する	<ul style="list-style-type: none"> ● 他の医療機関、保健・福祉サービス機関などとネットワークを構築する ● 自分がどこまで対応するかをよく見極め、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する
住民・患者と継続的な関係を保つ	<ul style="list-style-type: none"> ● 住民・患者からの相談に気軽に応じ、話をよく聞く ● 住民・患者の生活に関心を持ち、日頃から住民・患者の健康をサポートする ● 専門医の治療を終えた住民・患者の医療を地域で引き継ぐ
住民・患者の疾病予防や健康づくりを行う	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域を専門とする姿勢を持ち、地域の主治医として活動する ● 地域の状況をよく把握する ● 住民の健康に気配りし、疾病予防や健康づくりの活動を行う

<医療提供体制のイメージ>



総合医が医療提供体制の中で普及していけば、(1)の問題点の多くは解決できる。

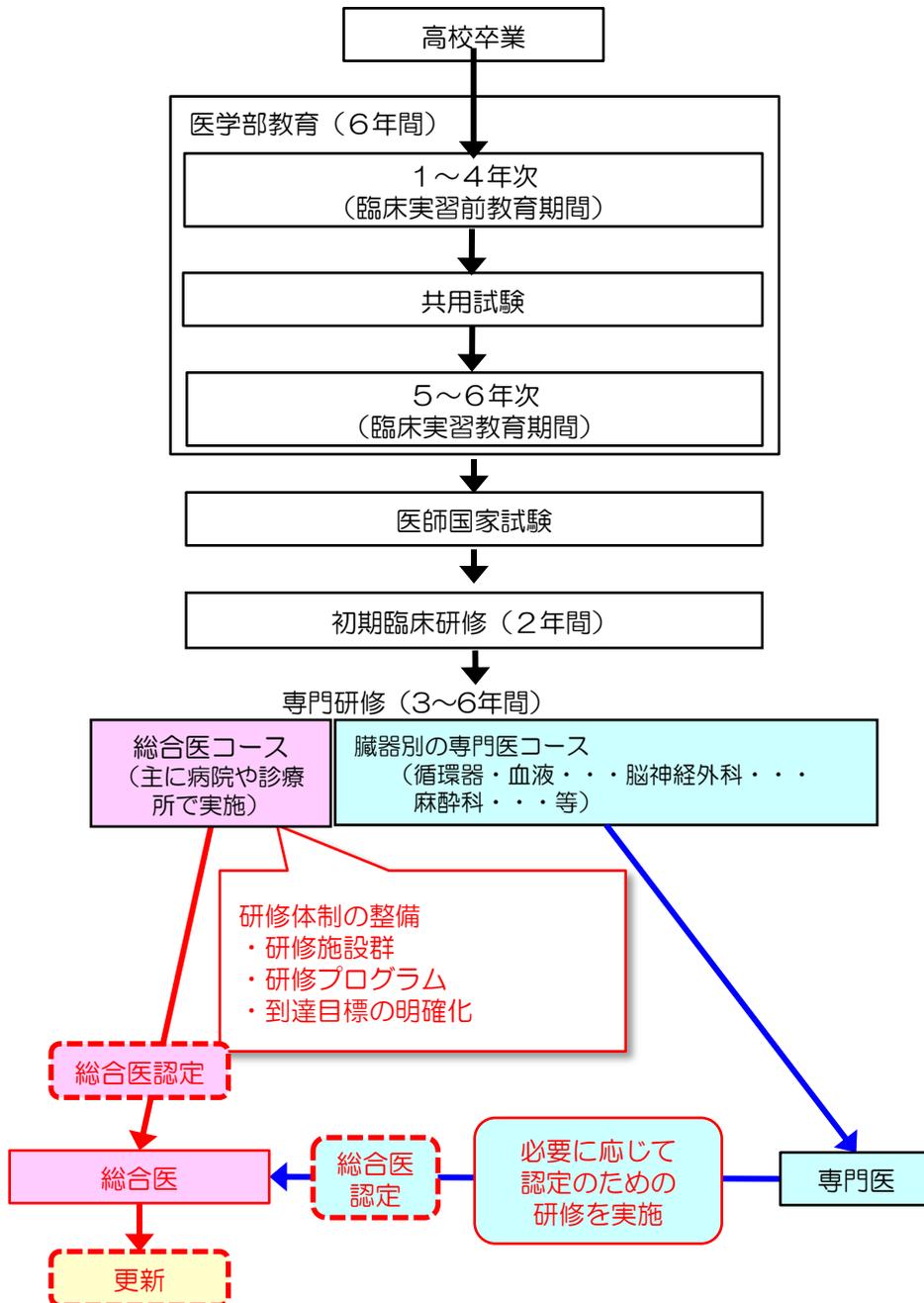
- ・「専門医育成の偏重」について
→医師育成システムの中で総合医の育成が質・量ともに確立することによって、専門医育成の偏重が是正される
- ・「人間の体を部分としてみる医師や対応範囲の幅の狭い医師の増加」について
→総合医が全人的医療の担い手、対応範囲の幅の広い医師として活動する
- ・「医療機関の役割分担の不明確、および診療所と病院の連携不足（重複検査や多剤投与なども含む）」について
→地域の診療所における総合医が初期診療に対応して、適切に専門医療機関を紹介する体制を構築することで、医療機関の役割分担が明確になり、診療所と病院の連携が強化される
→また、総合医が患者と継続的な関係を保ち、患者情報を集約することによって、重複検査や多剤投与を避けることができる
- ・「体の不調を感じた地域住民がすぐに大病院を受診したり、複数の医療機関をハシゴ受診する」について
→総合医が地域住民・患者と継続的な関係を保ち、初期診療に対応することによって、すぐに大病院を受診するケースが減少するとともに、ハシゴ受診を防ぐことができる
- ・「病院勤務医の過重労働」について
→地域の診療所における総合医が初期診療に対応することで、病院勤務医は専門医療に力を注ぐことができるようになる
- ・「医師の地域的な偏在」について
→一定の人口規模に総合医を確保する仕組みを構築することで、地域的な偏在に対応できる
- ・「医師の診療科目の偏在」について
→総合医の普及だけでは解決が難しいが、医師育成システムの中で、（総合医を含めた）専攻科別の定員枠を導入することで、診療科目の偏在に対応できる

2. 総合医の育成

(1) 専門医としての総合医を育成する教育・研修システム

これまでわが国では、総合医の専門性に対する評価が低く、総合医が専門医であるとの認識が乏しかった。明確な総合医像が確立されてこなかったこともあり、総合医を育成するための教育・研修システムが確立していないのが現状である。

しかし、「1. (2)」で述べたような総合医の姿は、前提として高い専門性を必要とするものであり、専門医の一つとして総合医を位置付けて、その教育・研修システムを早急に確立することが求められる。(新しい教育・研修システムの概念図は以下の通り。)



総合医を目指す医学生を増やすために、国・地方自治体を中心となって、総合医のキャリアパスの設定・雇用の場を確保したり、自治医科大学の地域枠の設定のような仕組みを他の大学にも普及する等の取り組みを進めることも必要である。



(2) 学部教育のあり方

学部教育については、以下の教育を充実する必要がある。

- 臨床推論の教育
- 熟練した総合医の診察を体系化したトレーニング（コミュニケーション能力も含む）
- 患者の心理・環境や地域医療に関する教育
- 総合医が臨床を行う現場での体験

これまで総合医の教育・研修システムが確立されていないため、上記のようなことを体系的に教育できる人材は乏しいと想定される。従って、既に総合医としてふさわしい臨床活動を実践している医師が学部教育を担うことも推進することが求められる。

また、臨床実習に入る前に実施される共用試験や、医師国家試験などにおいても総合医に関する問題を入れることも必要となる。

将来、そうしたことによって、医学生が総合医について学ぶ機会を増やすことは、総合医になろうとする学生を増やすことにつながるだけでなく、総合医以外の専門医に進む人材にとっても、いずれ臨床の場において総合医と協力・連携する上で役立つはずである。

(3) 初期臨床研修のあり方

2年間の初期臨床研修については、臨床医を育てるための研修として必要不可欠なものであり、当初の設計通り2年間の期間を確保する必要がある。なお、医師不足の問題と研修のあり方については切り離して検討すべきであり、臨床研修においては、臨床医を育てるための基本的な科目の修得期間を確保する必要がある。

(4) 総合医の専門研修

総合医の専門研修については、初期臨床研修終了後すぐに総合医として活動できる人材の育成を目標として他の専門研修と同様に実施される必要がある。主なポイントは以下の通り。

<研修施設群>

- 病院（規模は問わない）での研修と診療所（有床、無床を問わない）での研修が行われる必要がある。
- 診療所での研修については、6か月以上同一の診療所で実施されることが望ましい。

<研修に関わる人材>

- 専門医研修に際しては、医師だけでなくコメディカル、地域の人たち、そして医療の利用者など多くの人々の協力のもとに実施されることが望ましい。
- また、協力する全ての人から、研修医に対する評価がフィードバックされる仕組みを構築することが望ましい。



<到達目標>

●「1. (2)」で述べた総合医の役割・活動に沿って、あらかじめ専門研修で想定される到達目標が設定されることが求められる。

(例) 「医療専門職としての使命」
「全人的視点」
「医療の制度と管理」
「予防・保健」
「地域医療・福祉・介護」
「臨床問題への対応」
「包括的で継続的なケア」など

<研修プログラム>

●研修の到達目標に沿ったプログラムが策定されることが求められる。策定に際しては、修得すべきコモンディジェーズを明確化することも求められる。

(5) 生涯学習のあり方について

総合医として活動を継続するためには、技術水準を維持・向上する仕組みが必要不可欠であり、総合医に生涯学習の機会を提供してることが求められる。生涯学習カリキュラムが整備され、カリキュラムに沿った講習が、全国の地域医師会・関連学会の協力のもとに、定期的実施されることも必要である。(その際には、ITツール等も活用して、地域的な格差が大きくなるように工夫する必要がある。)

3. 総合医の認定

(1) 総合医を認定する仕組み

総合医の育成と併せて、総合医を認定する仕組みを確立する必要がある。総合医の認定については、これから医師になる人の通るルートと、すでに臨床経験のある医師の通るルートの2つが考えられる。

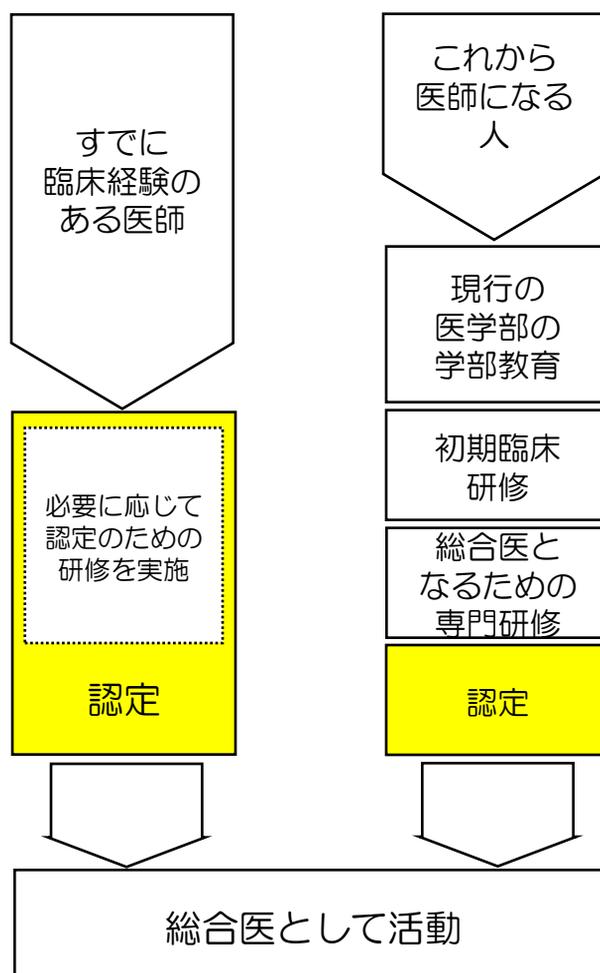
<これから医師になる人>

これから医師になる人が、総合医を育成するための教育・研修システム（学部教育・初期臨床研修・総合医となるための専門研修）を通して、総合医としての認定を受けるルートである。（ただし、このルートは、新たな総合医育成システムが確立された段階で実現するものである。）

<すでに臨床経験のある医師>

すでに臨床経験のある医師で総合医になろうとする人が、必要に応じて認定のための研修を経た上で、総合医としての認定を受けるルートである。

総合医の認定の2つのルート



総合医を認定するための機関として、日本医師会や関連学会等が総合医の認定のための第三者機関を作ることが考えられる。



(2) 新たな教育・研修ルートを経た医師についての認定条件

新たな教育・研修ルートを経た医師の認定条件については、専門研修の到達目標を基準として設定されることが考えられる。こうしたものを踏まえて、認定機関が全国統一的な認定条件を設定することが望ましい。

(3) すでに臨床経験のある医師についての認定条件

すでに医師として活動しており、臨床経験のある医師の認定については、認定機関が必要に応じて試験・審査を行った上で認定していくことが考えられる。その際の認定条件については、「1. (2)」で述べた総合医の4つの役割・活動に沿った形で設定されることが望ましい。

生涯教育のカリキュラムについては、日本医師会の生涯教育制度とリンクして実施することも考えられる。

認定に際しては、これまでの活動実績や、他の総合医との協力・連携の状況なども考慮されることが望ましい。なお、1人の医師が4つの役割を全て果たせることが理想であるが、教育・研修の体制が普及・浸透するまでの当面の期間においては、地域的な取り組みやグループとしての対応、他の総合医との協力連携の状況なども加味して、柔軟な認定を行うことが求められる。

(4) 認定の更新

専門医としての総合医の質を維持・向上するためには、認定を1回限りのものにするのではなく、一定の期限（例えば10年）を設けて、認定を更新することが望ましい。

認定の更新に際しては、更新のための条件（講習の受講・試験）等も設定する必要がある。

4. これからの医療のイメージ

(1) 受診行動

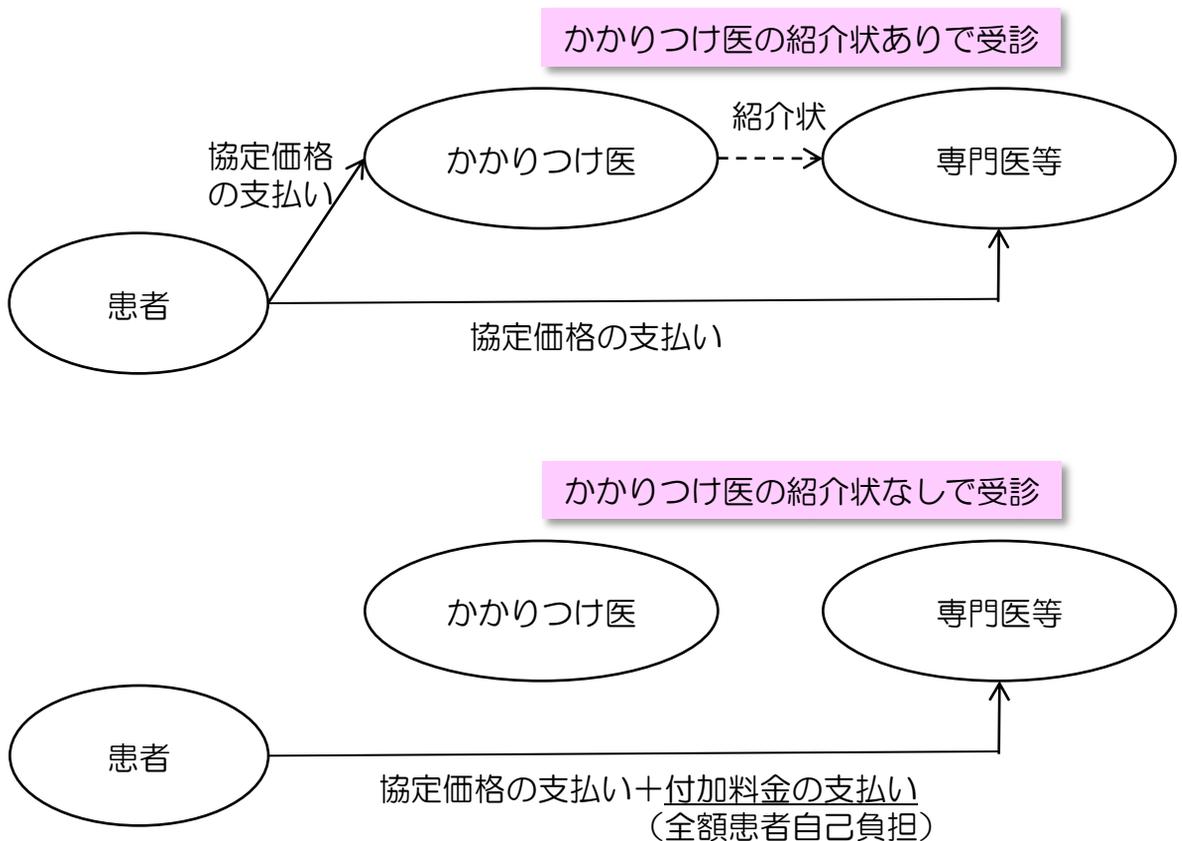
これからの地域住民や患者の受診行動は以下の通りである。

- 地域住民一人ひとりが、あらかじめ日頃受診する医師を決めておく。最初に受診するのはその医師である。
- 他の専門医にかかったり、病院に入院する場合には、あらかじめ決めてある医師の紹介により受診する。
- 他の専門医の受診や病院への入院が終了した後は、引き続き、あらかじめ決めてある医師を受診する。
- 紹介によらずにいきなり専門医や病院にかかる場合には、別途負担がかかる。

(参考) フランスのかかりつけ医制度

16歳以上の患者はすべて自分の「かかりつけ医」を選択することになる。「かかりつけ医」は一般医でも専門医でも良い。

「かかりつけ医」の紹介なしに他の医師にかかることもできる。ただし、その場合には、患者は自己負担が大きくなる。





(2) 必要となる法改正など

医療提供体制の中で総合医の位置づけを確立するためには、適宜、法改正等も必要になる。総合医の位置づけを法律等に明文化したり、医師の標榜科として「総合医」を追加するなど、必要な法改正等の検討が必要となる。

また、報酬のあり方についても検討する必要がある。例えば、診療報酬の体系を、欧米主要国で一般的なように診療所と病院の2つに分けて、特に診療所の報酬体系の中で、総合医の役割や機能が適正に評価されるような報酬設定を構築することが考えられる。医師の少ない地域においては、割増しの報酬を設定するなどの地域格差是正の方策も考えられる。

(3) 総合医数

総合医の必要数については、諸外国のG P (General Practitioner) の数が参考となる。諸外国の人口千人当たりG P数は以下の通りである。なおわが国について、本研究会で、いくつかの仮定を置いて推計したところ、概ね人口千人当たり0.6~1.0人となった(仮定の置き方によって幅がある→報告書69~70ページ参照)。

(参考) 諸外国の人口千人当たりG P数(2002年)

スウェーデン	0.5人
オランダ	0.5人
イギリス	0.6人
デンマーク	0.7人
ドイツ	1.1人
フランス	1.6人

高い専門性を持つ総合医の必要数を確保するためには、新たな総合医育成システムの確立と併せて、総合医を志望する学生を増やすための工夫(例えば、総合医のキャリアパスを確保する、医師の育成数にニーズに応じた人数枠を設定する、等)を行ったり、臨床経験のある医師を積極的に総合医に認定していくことも求められる。



(4) 診療所・病院別、地域別にみた総合医の活動のあり方

①診療所における総合医

総合医の活躍場所として最も多いのが、地域医療を行う診療所である。ここでの総合医は1次医療を担うだけでなく、地域社会の人たちと日ごろから接点を持ち、地域住民が健康で長生きするための幅広い活動に関わることが求められる。

総合医が地域に定着し、長い期間に渡って活動を続けていくためには、地域住民の側が総合医を地域の大切な資源として暖かく接し、地域全体で総合医を育てていくことも求められる。そのためには、住民が自分の総合医を決めてその医師を通して専門医療を受けるようにすることも重要である。また、患者ひとりひとりの問題として、必要以上の受診は控える、不必要な休日・夜間の受診は控えるなどのほか、地域全体で（医療機関が連携して）時間外・夜間対応の体制を構築するなどして、総合医一人の負荷を軽減するといった取り組みを進めることも重要である。

なお、総合医はどのような地域にも必要であるが、総合医の果たす役割は、地域の状況によって影響を受ける。以下に、地域類型別に、診療所総合医の役割を整理する。

<都市部>

都市部においては、民間の診療所が多く、専門医療を行う病院も複数ある。そのような状況下では、診療所間あるいは病院間で協力・連携し、地域住民に対する疾病予防、切れ目のない医療サービス（患者紹介・逆紹介、開放病床、地域連携クリティカルパスなど）を行うことが求められる。また、地域全体の医療資源について、住民に情報提供していく役割も期待される。診療所が多いため、求められる役割や活動を一人の総合医が全て担うというよりは、複数の総合医が一人ひとりの持ち味を生かしながらグループ診療の形で住民にサービス提供することも考えられる。また、在宅と専門病院を結ぶ（つなぐ）役割も大きく、専門病院から退院する患者を（在宅に戻すまでの）一定期間入院させる有床診療所の意義も大きい。

<地方都市部>

都市部に比べると民間の診療所が少なく、専門医療を行う病院も少ない。そのような状況下では、より深く地域住民の生活に密着した活動（健康教育などの地域活動や診療所・病院間の患者情報の共有化など）が求められる。また地域医療を担う病院（国保直診施設など）が存在するケースも多く、そうした医療機関の総合医や専門医との協力・連携も重要となる。

<農村部>

人口密度が低く経営基盤がぜい弱になりやすく、地方都市部に比べてさらに民間の診療所が少なく、病院そのものが近隣にないケースが多い。そのような状況下では、地域住民が一人の診療所総合医に依存する程度が高く、求められる役割や活動全てを発揮する必要がある。地元の行政や地区医師会などが連携して、一人ひとりの総合医の負荷を軽減する仕組みや地域全体の総合医をバックアップする病院との連携を構築する必要がある。

<過疎地・離島など>

こうした地域では、地域全体で総合医が一人しかいないといった状況が想定される。（農村部に比べてさらに経営基盤が脆弱であり、医師が存在しない状況もある。）そのような状況下では、一人の総合医が求められる役割や活動全てを担う必要があり、地域内のあらゆる患者に対応して、極力地域内で完結した医療を行っていく必要がある。従って、救急医療など本来病院が担うべき役割をもある程度担わなければならない。そうした総合医を支えるためのバックアップ体制（遠く離れた専門病院とIT技術を活用して連携する、総合医が休暇を取る時の代理医師を派遣する、総合医が引退する場合の後継者を確保する、等）について、国・自治体が責任を持って構築する必要がある。



②地域医療を行う病院における総合医

地域医療を行う病院における総合医は、総合医として地域住民に対して、求められる役割や活動の一部を果たすだけでなく、地域の診療所総合医と協力・連携して地域医療連携の仕組み（地域連携クリティカルパスの構築など）を作ったり、診療所総合医と病院の間の患者紹介・逆紹介を円滑に進めるなどの役割を果たしていくことが求められる。

③専門医療を行う病院における総合医

専門医療を行う病院においては、地域を超えて、高度かつ専門性の高い疾患に対応することが求められる。そうした病院における総合医は、紹介状を持たないで受診する患者や診断が付いていない患者への対応を担い、患者が適切な専門医療を受けられるようにガイドしていく役割を果たす。また、既に専門医にかかっている患者が持っている併存疾患を診断したり治療する役割や、病院で提供される専門医療と在宅での生活を結びつける役割（専門医療の周辺の裾野で必要となる医療提供や生活再建・QOL向上に関わる活動まで含めて）などが求められる。大学病院やナショナルセンター等における総合診療科の取り組みも普及・浸透していくことが望まれる。

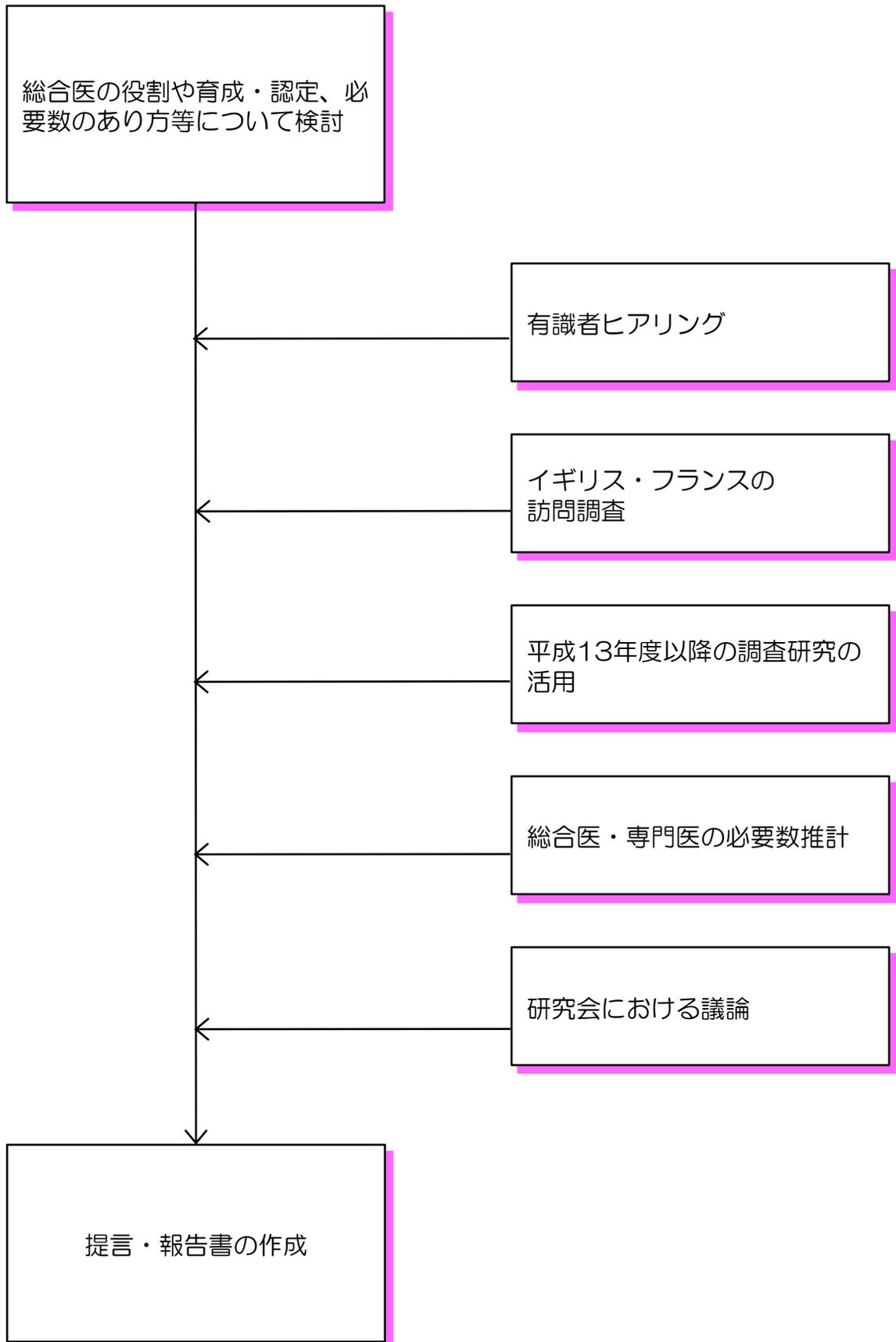
（5）国民に対する総合医の役割や効果の周知

国民にとっては、総合医の具体的な姿はイメージしにくいのが実情である。ある程度の期間に渡って、総合医の活動を国民に広く周知して、その役割・効果に関する理解を深める取り組みを行う必要がある。（例えば、国がモデルとなるべき医師に焦点を当てて、その具体的な活動や姿を広報していく取り組みも考えられる。）

（6）国民が総合医を選ぶための情報提供の仕組みの構築

国民が、総合医の具体的な姿や役割・効果を理解するだけでなく、身近なところに存在する総合医を選ぶことができるようにしていく必要もある。国民が身近な総合医を選ぶことができるよう、必要な情報を提供していくことも求められる。

Ⅱ 調査研究の全体像





Ⅲ 調査研究の結果



1. 総合医の役割

本研究会では、まず、総合医が果たすべき役割を4つにまとめ、役割に対応して求められる活動を以下のように整理した。

<総合医の4つの役割と活動>

役割	役割に対応して求められる活動
地域住民によくみられる症状に幅広く対応する	<ul style="list-style-type: none">● 専門分野にこだわらず、幅広い症状に対応する● 体の不調を感じた住民・患者の症状を取り除く● 症状の原因や、病状が治るか治らないか、どのくらいで治るのかを見分け、十分に説明する
初期診療に対応し、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する	<ul style="list-style-type: none">● 他の医療機関、保健・福祉サービス機関などとネットワークを構築する● 自分がどこまで対応するかをよく見極め、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する
住民・患者と継続的な関係を保つ	<ul style="list-style-type: none">● 住民・患者からの相談に気軽に応じ、話をよく聞く● 住民・患者の生活に関心を持ち、日頃から住民・患者の健康をサポートする● 専門医の治療を終えた住民・患者の医療を地域で引き継ぐ
住民・患者の疾病予防や健康づくりを行う	<ul style="list-style-type: none">● 地域を専門とする姿勢を持ち、地域の主治医として活動する● 地域の状況をよく把握する● 住民の健康に気配りし、疾病予防や健康づくりの活動を行う

以下では、特に、一次医療機関（診療所・開業医）における総合医に焦点を当てて、その役割・機能を整理する。

	診療所 （1次医療機関）	病院 （2次・3次医療機関）
総合医	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域住民によくみられる症状に幅広く対応する ● 初期診療に対応し、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する ● 住民・患者と継続的な関係を保つ ● 住民・患者の疾病予防や健康づくりを行う 	
専門医		

それぞれの項目の詳細は、次ページ以降の通り。

	診療所 (1次医療機関)	病院 (2次・3次 医療機関)
総合医		
専門医		

地域住民によくみられる症状に幅広く対応する

①幅広く問題症状に対応できる

「総合医は患者のあらゆる症状、問題に対応できることが望まれる。」

「例えば、胸が痛いという人は最初から診ないのではなくて、胸が痛い人も、めまいの人も、とりあえずは診るが、ある程度まで病気の仕分けをされたら、そこから先は自分が診ていい病気か、または専門医に渡していい病気かの仕分けができるという意味」

<今年度研究会>

②地域でよく見られる疾患に対応する能力を持っている

「プライマリ・ケア医として、患者さんの病気を診断できる知識と技術が必要。専門外は診られないという医師はダメ。オール・ラウンドにこなせないといけない」

「基本的な診察ができればよいが、簡単な縫合、切開は行えるようにする」

「地域でよくみられる疾患コモディティーズやコモンプロブレムに対応する能力が必要である。これは地域や外来診療でよくみられる疾患や問題について対処する能力。具体的にはよくみられる愁訴や疾患の学習経験、例えば咳、のどいた、発熱、膝の痛み、かぜ、高血圧、糖尿病、喘息、腰痛症、うつ病、心不全などである」

「自分は元は内科であったが、外科は●●の外科病院で勉強した。産科については友人に頼んで、帝王切開の経験を積むなどして技術を習得した（このようにすれば、総合診療能力は身につく）」

<平成19年度ヒアリングより総合医の意見>

③地域において、総合医としてプライマリ・ケアの活動を実践している

「プライマリ・ケアに尽きる」

「これくらいは現場で診てほしいと思われるものに対応すること。分野に偏りなく、小児坊から高齢者まで診られること」

<平成19年度ヒアリングより総合医の意見>

④専門分野にこだわらず対応している

「大学や大病院で学んだ技術を振り回さず、全人的に診ることが必要」

「柔軟な思考力は絶対に必要であり、石頭（＝医師アタマ？）はかかりつけ医に向かない」

<平成19年度ヒアリングより総合医の意見>

「先生は、『今日は誕生日ですね』とか『明日はお父さんの命日ですね』といった、心に響く会話が上手。自分（医師）にしか分からない患者のことを、会話に入れ込んでいくと、親しみがわくのではないか」

「医療以外のことを気軽に話すことのできる先生がよい。例えば、オランダで暮らしていた女の子が母親が死亡して、日本に帰ってきたケース。母親の死亡をきっかけに精神が不安定になってしまったが、近くの開業医をかかりつけにするようになって、先生から『好きな子はできたか?』とか『学校は楽しい?』などと声をかけてもらっているうちに、状況が良くなった。この女の子は修学旅行のお土産を、かかりつけ医に買って来た。これが、かかりつけ医と患者の理想的な関係ではないか」

「かかりつけ医と患者の人間的なつながりは重要」

<平成19年度ヒアリングより住民の意見>

⑤患者のこころの問題に対応している

「（患者さんの）全身管理を行う中で、患者さんとメンタルな面で関わることが多くなった。当時は、メンタルな部分については精神科の医師を紹介して終わりという形が多かったが、それではいけないと思うようになった。そのきっかけは、自分が手術した患者が、ある晩うめきながら寝ていて、家族が体をさすっている姿を見た時に、自分の居場所がない（何もしてあげられない）と感じたから。その時は本当に、患者さんや家族とどのように関わればよいか分からず、何もできなかった」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑥初期救急に対応している

「自分は救急センターに2年いて、非常に勉強になった。救急対応も必要なのではないかと思う」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑦終末期の看取りにも取り組んでいる

「プライマリ・ケアとターミナルケアは必須と思う」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑧上記に加え、医師の専門分野を生かしている

「総合医的な役割だけでなく、スペシャリティとして、内視鏡・外科・整形外科・循環器内科・呼吸器内科などの技術を持っていることも、地域においては役立つことが多い。

自分の場合は、「総合医＋内視鏡医・外科医」であり、内視鏡に関しては、年間で上部（胃カメラ）約400件、下部（全大腸内視鏡）60件程度の数をこなしている。無床診療所ではあるが、これまでに早期胃癌1例、大腸癌2例の内視鏡治療を外来で行った。また、医師2名体制であった時期（平成11～16年度）には、自分でみつけた癌患者の手術を、近くの病院で執刀していた」

「一般的な診療ができて、かつ、専門分野で強みを持っていれば、なおよい」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑨コミュニケーション能力が高い

「チームワーク、情報の共有、連携する態度やノウハウがかりつけ医には不可欠である。これは今後ますます大きくなる要素の一つであるといえる」

「コミュニケーション能力、技術については取得が必要。コミュニケーション能力は医療を円滑に進めていく上で必須」

「コミュニケーションを大切にする。聞き上手であること」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑩多岐に渡る職種とのチームワークや連携能力が高い

「チーム医療での他職種との連携においても『医師は常にリーダーとして他の連携するスタッフを引っ張らなければならない』と考えていると、必ず失敗する」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑪原則として、医療設備は最低限でよい。レントゲン、心電図、エコーくらい。血液検査はラボが利用できればよい

「レントゲン、心電図、エコーくらいでよい。血液検査はラボが利用できればよい」

「レントゲン、心電図、血液検査は必要と思う。内視鏡もあっても良いかもしれない（当診療所には内視鏡はない。）」

「検査をする場合でも、患者の生活のために行うのであって、医師のために行うのではない、ということをお忘れてはいけない」

「高額な機器を入れても、読影できないのでは無意味。病院の機器が活用できればそれでよい」

「高度なものはほとんどいらぬ。最低限のもの、すなわち、レントゲンと心電図でよい」

「周囲の医療資源の有効利用がむしろ大切。過剰な設備はかえって無駄かと思う。ちなみに我々の施設ではレントゲン、エコー、消化管内視鏡検査などがある。血液検査は外部業者委託である」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

	診療所 (1次医療機関)	病院 (2次・3次 医療機関)
総合医		
専門医		

初期診療に対応し、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する

①他の専門的な医療機関等を適切に紹介することができる

「かかりつけ医は、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する役割が大切。診すぎず、診なさすぎず」
「一般的な総合医は、周囲に専門医が存在するので、振り分ける機能がメインとなる」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

②何でも自分で抱え込むのではなく、積極的に病院など他の医療機関、コメディカル、保健・福祉サービスなどと連携している

「病院の情報を見きわめるのも、かかりつけ医の仕事。最初は全く情報がないので、紹介状の返事の内容を見ながら、情報を得ている」

「来てくれる患者はそれぞれが心配事を持っている。自分が直接関わることができる場合には対応するが、紹介する方が良い場合には紹介している。患者さんが行き場を失うようなことにはしない」

「患者は必ずしもネームバリューを求めてはいない。医療費は同じなので、ある一定水準の医療機関が良いが、それよりも医師と患者の信頼関係の方が大事」

「大きな病院と画像のやりとりもできるので、設備の面で不便は感じない（いろいろな病院から、「うちのシステムを利用してほしい」と案内が来るので、便利になった）」

「何でもかんでも、当診療所で抱え込む必要はない。慢性疾患は当診療所で診るが、急性疾患は積極的に紹介している」

「（連携は）かかりつけ医の機能として最も重要な機能の一つである。自分の能力をきちんとわきまえること。謙虚になること。患者さんの意向をよく汲み取ること。紹介先に関する情報収集につとめること。病院や専門医との顔の見える関係、コミュニケーション作りにつとめることが重要」

「ただ紹介先の選択に困ることがある。例えば近隣の病院の不整脈WPW症候群（ウォルフ・パーキンソン・ホワイト症候群）のアブレーション治療の成績は公表されていない。結果的に、ある大きな病院に2例送って失敗、小さな病院に1例送って成功とかある。また、腹部大動脈瘤（AAA）の最新治療についての相談をもちかけられて調べたが、やはり病院施設ごとの成績はどこにもない。紹介に苦慮することは多い」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

「紹介してくれることは重要。紹介先の多くは、▲▲病院である。自分勝手に病院へ行く住民は少ないと思う。まずは先生にかかってから、病院を紹介してもらおうケースがほとんど」

「小さな診療所なので、設備面では足りないところはあるかもしれないが、対応が難しい場合には、きちんと紹介してくれるので有難い」

「かかりつけ医は病気の仕分けをしてくれることが必要。適切な病院を紹介してくれることは必須条件」
＜平成19年度ヒアリングより地域住民の意見＞

●現在の協力・連携先を見ると、以下のような機関・職種との協力・連携が多い。

- 地域の病院（指摘率87.8%）
- 地域の在宅介護サービス（指摘率72.4%）
- 地域の介護施設（指摘率68.6%）
- 地域の診療所・開業医（指摘率68.6%）
- 行政（保健師）（指摘率59.0%）

＜昨年度アンケートの結果＞

③自分がどこまでできるか、どこまで対応するかをよく把握している

「自分の能力（診断および治療）の限界を常に考え、限界を超えているようだったら病院に紹介し、診断および治療をしてもらう。どこまでが自分の限界かを知っていることは大切」
「自分の能力を知っていて、自分にできることは自分で行い、できないことは専門の医師に紹介できること」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

④地域的なネットワークを独自に構築して、患者に的確な情報提供を行っている

「ドクターとの個人的なつながりが有用なことも多い（同窓、医局のつながりなど）。自分自身も独自のルートを持っている」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑤病院等の専門医ともネットワークを構築している

「医師同士の面識があるかどうかで、連携の深さはかなり変わってくると思う」
「疾患により『どの医師』に紹介すればいいか知っていること（どの科というより、どの医師というところが重要かと思いますが）」
「安心して任せることのできる医師をリストアップできるようになってくる」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑥医師だけでなく、訪問看護・訪問介護などと連携して、チームで対応している

「訪問看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパー・デイサービス職員などと情報を共有し、連携すればするほど、在宅ケアは楽になる。カンファレンスを行う手間や時間を大きくカバーするメリットがある」
「病院からの退院が早くなっているのでも、往診の度合いが高く（重く）なっている。1週間に10人ちょっとの患者に往診している。訪問看護を上手に活用しながら在宅診療を行っている」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑦多岐に渡る職種とのチームワークや連携能力が高い（医師が横柄な態度をとると、うまくいかない）

「医療も生活支援であり、医療職のみではできない。医療と福祉の協力が必要。介護保険のケアマネジャーよりももっと幅広く対応できる専門職が必要。そのためには、もっとMSW（医療ソーシャルワーカー）を増やして地域に配置できるようにしてほしい。現在は、MSW（医療ソーシャルワーカー）は病院の事務職として勤務しているケースがほとんどであり、その病院の退院支援しかしていないのが実情」
「医師だけではなく、訪問看護や訪問リハビリ、訪問介護などとも連携してサービスを提供している」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑧へき地・離島（特に外海離島）では、協力・連携できる病院が近くにないことも多く、協力・連携に積極的に取り組むことが必須

「島の中でできないことは本土の病院へ送らざるを得ない。その場合、疾患により送り先はほぼ決まっている。問題になるのは心筋梗塞などのへり搬送だが、何時でも受け入れてくれる病院が複数あり、困ることはない。

眼科や産婦人科の専門医も定期的に来てくれる」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

	診療所 (1次医療機関)	病院 (2次・3次 医療機関)
総合医		
専門医		

住民・患者と継続的な関係を保つ

①人の話し、患者の話しをよく聞く

「かかりつけ医は、患者さんとコミュニケーションを取れる人でないとダメと思われる」
「話すことよりも聴くことが必要。自分も8割は聴いている感じ」
「人の話を聞く修練を積むこと、人の話を聞き出すコツを得ることが大事。人間関係が良くなれば話を引き出せる。患者に興味を持つことが大事」
「謙虚であることも重要な要素である。自分の不得意な領域を明らかにして、生涯を通じて自己研鑽を続けていく自己学習能力が不可欠である」
「人柄と表現すると、もう変更できないようなイメージがあるが、これもしっかりと成長する努力が求められている領域である」
「人柄については、周囲から情報をフィードバックしてもらいながら、努力して変えていくことはできる」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

「患者の話を聞くことから、かかりつけ医の仕事は始まるのではないか。患者の話しを聞いてくれない医師は、それだけで敬遠してしまう。患者の苦しみを聞いてくれる先生がよい」

「先生も話しをしているようで、聞いている時間が長い。短時間で、かゆいところに手の届くように聞く必要がある」

「こちらの立場で話しを聞いてくれる先生がよい」

＜平成19年度ヒアリングより地域住民の意見＞

②自分の意見を押し付けない

「患者さんの話しをよく聞いて、こちらの考えを押し付けないこと。（医師は）教育者でなく、共同行動者」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

「医師が『俺の言うことを聞け』と押し付けるのはよくない」

「パターンリズム（押し付け）を行う医師はいや。自分の意見を押し付けない先生ならよい。家庭のことに口出ししてくる先生もいや。頭ごなしに『質問するな』という先生もいや」

＜平成19年度ヒアリングより地域住民の意見＞

③地域に育ててもらっているという姿勢

「自分自身がこの地域で医師として1人前に育てていただいたという思いが強い。長く無医村で苦労した歴史があるからこそ、いい意味で医師を大切にしてくれる」

「若い頃は、この地域を自分一人で支えていると勘違いしていた。今になって、私自身がこの地域に支えられていることを知った」

「自分自身は必要なことを独自に学んできた。患者から教えられてきた」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

④現場や患者から発想している

「患者の生活を見なければ医療はできないと思う。病院でも全人医療を行っているが、生活を断ち切った場面での話しであり、やはり生活を把握する必要がある」

「東北では冬でも部屋全体を暖めるのではなく、こたつなど一部だけ暖かくするというケースがある。低体温の患者に空気循環型のエアマットを使っていたら、使用中に死亡するケースがあった。エアマットを使わないようにしたら、そうしたケースはなくなった。絶対にそうだとは言い切れないが、エアマットの空気循環が患者の体温を奪ってしまっていたものと思われる。そうしたことも、現場での体験がないと分からないことである」

「患者（利用者）の価値観の解釈で、医師の考え方が間違っていることも少なくない。リーダー・コーディネーター・ゴールキーパー（＝最後の砦）と、場面場面に応じて役割を変化させる柔軟さが求められる」

「医療機関や医療の視点だけから患者の問題を捉えるのではなく、日々の生活を営む生活者の視点に立つて物事を考える力。具体的には以下の通りである。

- ・患者さんの生活の場に身をおいてみたことがある
- ・医療機関に来るまでのことが想像できる
- ・高齢者の生活の実際をみたことがある
- ・へき地の実際をみたことがある
- ・いろいろなことを想像できる
- ・世間話ができる

こうした点は、特に若い医師には欠落していると思う」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑤住民の生活や家族全体の健康を支えるという意識が強く、患者の生活場면을把握することを重視している

「在宅で患者の面倒を見ている家族のためにはレスパイトケアも必要であり、そのために検査入院を行ったりしている。家族を休ませてあげる機会をつくることは在宅医療を続けていくためのコツである」

「患者さんはもとより家族の不安をできるだけ除いてあげることで、在宅での医療ができるのではないかなと思う」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑥患者・家族の安心感が向上し、連絡を控えてくれるようになる。地域住民が医師を大切にできるようになる

「患者とは良い人間関係ができているので、気を遣ってあまりかかってこない（先生が仕事を始めるであろう8時半以降にかかってくる、など）」

「平成14年度の時間外・夜間件数は年間1,100件くらいあった。平成15年度に頭部の手術をしたら、（そのことを住民にはお知らせしていなかったにも関わらず）時間外・夜間件数が年間150件くらいに減少した。住民の間に「医師を守ろう」という意識は働いているのではないかな。住民が医師のことに無関心ではない、ということは重要」

「1月に1回程度は夜間に突然呼び出されるケースがあるが、当初に比べて非常に少なくなった。住民との間で信頼関係ができると、呼び出される回数も減少するようだ。住民の側でセーブしてくれるようになったと実感している」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

	診療所 (1次医療機関)	病院 (2次・3次 医療機関)
総合医		
専門医		

住民・患者の疾病予防や健康づくりを行う

①医療によって住民の生活を支えるという姿勢

「自分が手術を行う予定だった患者の自宅をたまたま通りかかった時に、入院中の患者（その家族にとっては一家の大黒柱）の退院を心待ちにしている家族の姿を見て、「漫然と医療をしていたらダメだ。患者さんと家族の生活を守らなければいけない」と痛感した。自分の都合で手術の予定日を延ばしたりしていたことを非常に反省した」

「病院から診療所へ来ると『生活の中で医療が占める部分は小さい』ことが実感できる。普段の生活の中の医療は一部にすぎない」

「この地域の主治医でありたい。この地域の専門医でありたいと思う」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

②常に住民の健康に気配りし、住民からの相談に応じている

「志は高くないと困る。患者と生活をともにしていこうという心意気が必要」

「▲▲町6000人のかかりつけ医をしていると思っている。自分の気持ちの中での専門は▲▲である」

「一家全員の相談相手となることが重要であり、自分の経験では3年で名前と顔が一致し、5年で地域医療の面白さがわかってきた。14年経つと家族関係までわかっている」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

「信頼の中心は、相談に乗ってくれること。先生・スタッフの方々が相談にのってくれるので、安心であり、心の拠り所となっている。気軽に相談に応じてくれる。

もちろん、患者は自分だけではないので、手短かに要件だけ聞くように心がけている」

「相談に乗ってくれる先生がよい」

「病院の勤務医は忙しくて、質問しても答えてくれない。待っている患者も多いので、時間を使うと気がつかう。はっきりと『質問するな』と言う勤務医もいる」

「やはり、かかりつけ医に相談したい」

＜平成19年度ヒアリングより地域住民の意見＞

③疾病予防を重視している

「患者の目線に立って『病気を診る』のではなく『病人を診る』ことを心がけている。保健、福祉との連携を密にし、疾病予防、介護予防を重視する」

「予防医学は大きな柱である」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

④住民との間に信頼関係を築いている

「信頼関係の構築。そのために日々最善を尽くすことしかない。そして、島に学び、島を楽しむといった姿勢でありたいし、地域づくりにも貢献できたらと願っている」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

「多数の住民は先生のことを慕っている。医師と患者が信頼関係を結べるようになることが重要。先生は診療所の医師というだけでなく、福祉のリーダーとしても住民の中に入ってきて頂いているので、住民からの信頼が厚い」

「診療所全体を信頼している。先生はもちろん、スタッフも信頼している」

「安心や信頼は、医療技術や医療設備を超えたところにある」

＜平成19年度ヒアリングより地域住民の意見＞



⑤ 医師と住民がお互いのことをよく知っている（隠し事をしない）

「住民が先生に合わせていくことも必要。お互いに信頼し合うことが重要。そのためには、お互いに腹を割って話し合うこと、隠し事をしないことが必要」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑥ 病気を診る、患者を観る、地域を視る

「倍率の違う3つのレンズをたえず持ち歩いて診療をすることを心がけている。

400倍のレンズで、病気の原因等をみる

40倍のレンズで、高齢者の体全体のことをみる

4倍のレンズで、家族や地域全体をみる」

＜平成19年度ヒアリングより地域住民の意見＞

⑦ 医療によって地域に貢献しようとする姿勢

「多くの医師は、地域医療をやりたいと思っても、失敗するケースはある。地域よりも医療に比重が大きいと失敗するのではないかと思う。地域の方が比重が大きい。自分自身、専門はこの地域であると思っている」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

⑧ 地域住民も医師に対して温かい

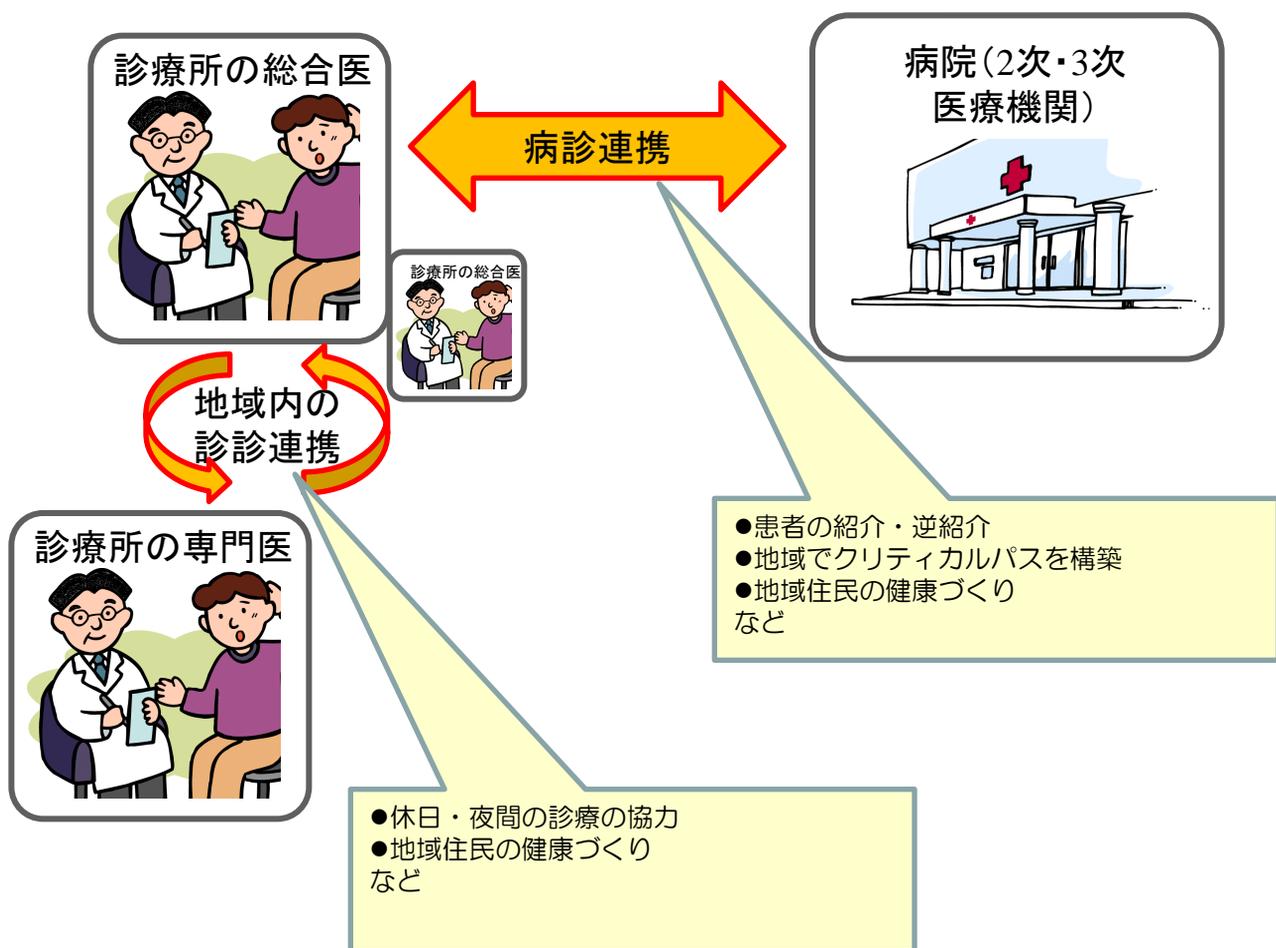
「地域が全体で、かかりつけ医を育てていくことが重要である」

「地域が医師に対して温かく接することも重要である」

「地域住民は人柄がよく協力的で、仕事をしていく上で非常にやりやすい」

＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

以下では、一次医療機関（診療所・開業医）の総合医を中心とする医療機関連携のあり方について整理する。



それぞれの項目の詳細は、次ページ以降の通り。

病診連携①患者の紹介・逆紹介

(参考) 神奈川県・伊勢原市の「患者紹介・逆紹介システム構築」

<目的>

・市民が安心して医療を受けられるために、本市の地域医療の中核的存在であり、二次救急医療機関である伊勢原協同病院を中軸に捉え、一次機関である一般診療所と三次機関である東海大学病院との地域医療連携システムの構築を図る。

<内容>

・「かかりつけ医」からの外来・検査予約等がインターネット上で可能となり、本市域における病診連携の基本的なツールとして稼動する。
・医療関係者の意識として、一次・二次・三次の医療機関の機能に応じ、市民の医療の窓口は「かかりつけ医＝開業医」という流れを構築するシステムとして、医師会に所属する開業医の認知度・理解度を高めた。

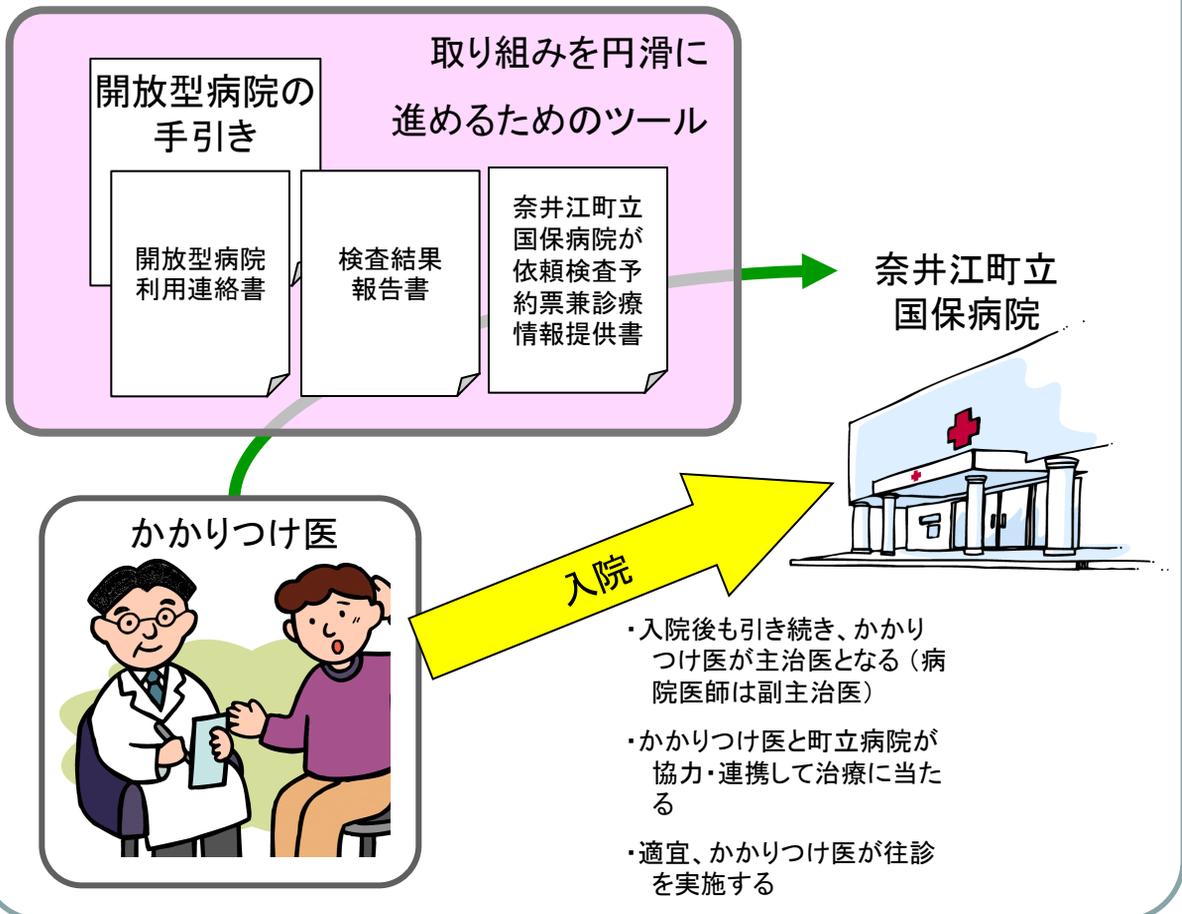
(参考) 北海道・奈井江町の「開放型病床」

<目的>

・住民が安心して医療を受けられる体制づくりを目指し、開業医診療所・歯科医師・町立病院が医療連携のもと、適切な診療体制と地域医療の充実を図る。

<内容>

・開放型病床を実施、医療機器・検査施設の共同利用などを行った。
・病院と開業医診療所との役割、機能分担がはかられ、地域住民からの開業医に対する家庭医機能の意識向上とともに、地域で安心した医療提供が可能となった。



(参考) 長野県・茅野市の「患者情報の共有化」

<目的>

・家庭医（かかりつけ医）及び病院間において、必要な患者診療情報が、夜間休日を問わずすみやかに伝達されることをめざす。

<内容>

・手書きの診療情報書を郵送するという旧来のシステムを改善するため以下のことを行った。

1) 開業医から病院への診療情報提供体制の改善

諏訪中央病院地域連携室内に診療情報提供書を集中管理するシステムを作り、診察ないしは入院の報告をいち早く行えるようにした。返書が済んだかどうかも連携室で確認できるシステムとして、診療情報が確実に届く体制をつくった。

ファクシミリやメールでも診療情報提供が行えるように、諏訪中央病院地域連携室にファクシミリやメールの窓口を開設した。機材人員とも地域連携室の体制を強化した。

紹介状記載のためのコンピュータソフトを開業医に配布した。

2) 病院から開業医への診療情報提供体制の改善

手書きの診療情報提供書から電子データによる出力をめざした。諏訪中央病院内のLANシステムを改善し、診察室や病棟、医局から診療情報を送れる体制づくりをめざした。診療情報提供書の発信を地域連携室に一元化して管理した。

紹介状記載のためのコンピュータソフトを導入し、地域のモデル診療所と電子データの送受信をめざした。

(参考) 神奈川県・伊勢原市の「小児科連携」

<目的>

・一次救急から三次救急までの医療機関がそろった本市において、機能分化と役割分担による病診連携・病病連携を推進し、市民がより安心して医療が受けられる体制の構築を目指す。

<内容>

・小児科連携：東海大学病院の小児科NICUに入所する極小未熟児とその親。

・小児科連携搬送実績：5件

・東海大学病院小児科NICU（極小未熟児）→一定水準（月齢・体重）への到達→伊勢原協同病院への紹介・受け入れ→クリティカルパスに基づく療育

(参考) 長野県・茅野市の「地域連携室」

<目的>

- ・これまで以上に病院からかかりつけ医への逆紹介を増やし、かかりつけ医から病院への紹介患者さんを増やすための橋渡しの役割を果たす。
- ・かかりつけ医のバックアップをする。
- ・情報管理と資料収集を行う。

<内容>

- ・病院医師は不定期に交代があるがその都度簡単なプロフィールと顔写真をつけて地域の先生方に紹介した。その資料も郵送で送るだけでなく連携室のメンバーが直接届ける事で親近感を持ってもらえるようになった。
- ・逆紹介推進の一環として、以下を行った。
 - 家庭医を持つよう院内への掲示
 - 観光協会宿泊施設への病院以外の医療施設についての案内

病診連携②地域でクリティカルパスを構築

(参考) 長野県・茅野市の「地域連携クリティカルパス構築」

<目的>

・生活習慣病の代表的疾患である”糖尿病”、整形外科分野の肩関節症、腰痛等において、診療所→病院→診療所の地域連携クリティカルパスを作成することにおいて、この地域での糖尿病等の治療をシステム化し、質を確保し、患者のアクセスも高める。

<内容>

・糖尿病については、紹介適応を始めて糖尿病と診断された患者、HbA1c8.0以上の患者、インスリン導入を必要とする患者、糖尿病性腎症が顕在化しcreatinine1.5以上の患者として、医師会員に諮り、了承したところで紹介を行った。

<クリティカルパスの事業の流れ>



- ・初めて糖尿病と診断された患者
- ・食事療法、薬物療法にてもHbA1cが8.0以上の患者
- ・インスリン導入を必要とする患者
- ・糖尿病性腎症が顕在化し、creatinineが1.5以上の患者

上記に当てはまる患者さんがいたら・・・

諏訪中央病院



糖尿病教室クリティカルパスに記入



かかりつけ医がフォロー

年に1回、諏訪中央病院にて合併症のチェック

(参考) 長野県・茅野市の「安心のお産のネットワーク」

<目的>

・産婦人科同士の意思疎通のための連絡を密にし、リスクの高い出産は病院で行ない、出産前と出産後のフォローは開業医が行ない、病診連携、病病連携で市民が安心できるネットワークを構築する。

<内容>

・中毒症、骨盤位、双体、切迫早産などが紹介されるが多かった。
・隣町の富士見高原病院で産婦人科常勤医がいなくなったため、お産ができなくなったので、当面の間、病病連携も強化してその地域のお産にも協力していく。
・もともと産婦人科は、病院医師と開業医が親密だったため、協力体制が組み易かった。もともとの人間関係がいいことが、このシステムの財産になっている。さらにネットワークを強め、市民の安心に寄与したい。

病診連携③地域住民の健康づくり

（参考）神奈川県・伊勢原市の認知症に関する啓もうと高齢者虐待防止」

<目的>

・全国的に増えつつある高齢者虐待を防止するため、認知症に対する正しい知識を理解するとともに、関係機関・者によるネットワークを組織し、地域での支援システムを構築する。

<内容>

- ・「高齢者心のサポートネットワーク」の組織化
- ・リエゾン研修会の開催（平成16年3月17日）
〔講師：いけだ後見人ネット 代表 池田恵里子氏〕
- ・市民公開講座「認知症を正しく理解する公開講座」の開催（シリーズ）
（講師：東海大学病院神経内科医師ほか）
 - ①「認知症を正しく理解して、上手に対応する」（平成16年7月15日）
 - ②「生活習慣病を防ぎ、認知症を予防する」（平成16年10月14日）
 - ③「認知症の周辺行動への対応」（平成17年2月3日）
- ・介護者ストレスマネジメント学習会の開催
 - ①講師：高崎健康福祉大学 教授 渡辺俊之氏（平成16年8月17日）
 - ②講師：市保健師（平成17年1月21日）

（参考）長野県・茅野市の「緑内障の健康診断」

<目的>

・緑内障は中途失明の原因疾患の主たるものである。緑内障は慢性、進行性の疾患で、成人とともに高齢になるに従って増加する。その有病率は、40歳以上の5.78%、17人に1人が緑内障に罹患しているというデータがある。緑内障は自覚症状に乏しいため、症状を自覚して診療機関を受診したときには、病状がかなり進行しているということが少なくない。そこで、緑内障の早期発見、早期治療に結びつけるには、検診を行うことが最良であるといわれている。眼科家庭医（かかりつけ医）が中心となって、住民に緑内障の知識を普及させ、緑内障を早期に発見し、早期に治療を開始することによって、眼障害を少なくすることを目的とする。

<内容>

・眼科医師が地域の健康講座を担当し、住民に緑内障の知識を普及させるための講演会を行った。講演会の後希望する住民に対し、緑内障の検診の受診券を配布した。検診希望者は、後日予約の上、病院または診療所にて緑内障の検診を行った。

地域における診診連携①休日・夜間の診療の協力

(参考) 長野県・茅野市の「開業医が連携した平日・夜間の1次救急」

<目的>

・気軽に相談に応じられる家庭医を持つことにより、常日頃の健康管理及び適切な医療対応が出来る。

<内容>

・関わった職種は以下の通り。

内科、小児科の開業医 17人

看護師 2人

薬剤師(茅野支部)

事務職員 1人

・活動の場は「リバーサイド・クリニック」

・H15年7月より、平日午後7時から午後9時まで、内科、小児科領域の比較的軽い急病(かぜ、腹痛等)を対象に診療。医師1名、看護師1名、事務職員1名体制。必要に応じ、諏訪中央病院へ紹介。病状により翌日かかりつけ医へ紹介。

リバーサイドクリニック



事務職員



看護師



医師

医師は、茅野・原地区
医師会の内科・小児科
医が当番制で担当
(概ね1人が1カ月に1回
担当)

実施日時

月曜日～金曜日の午後7時～午後9時まで

休診日は祭日、夏休み、年末年始

対象患者

内科・小児科の急病で、比較的軽い症状の患者が対象。

救急車や外傷の患者さんは病院等で対応。

地域における診診連携②地域住民の健康づくり

（参考）長野県・茅野市の「緑内障の健康診断」

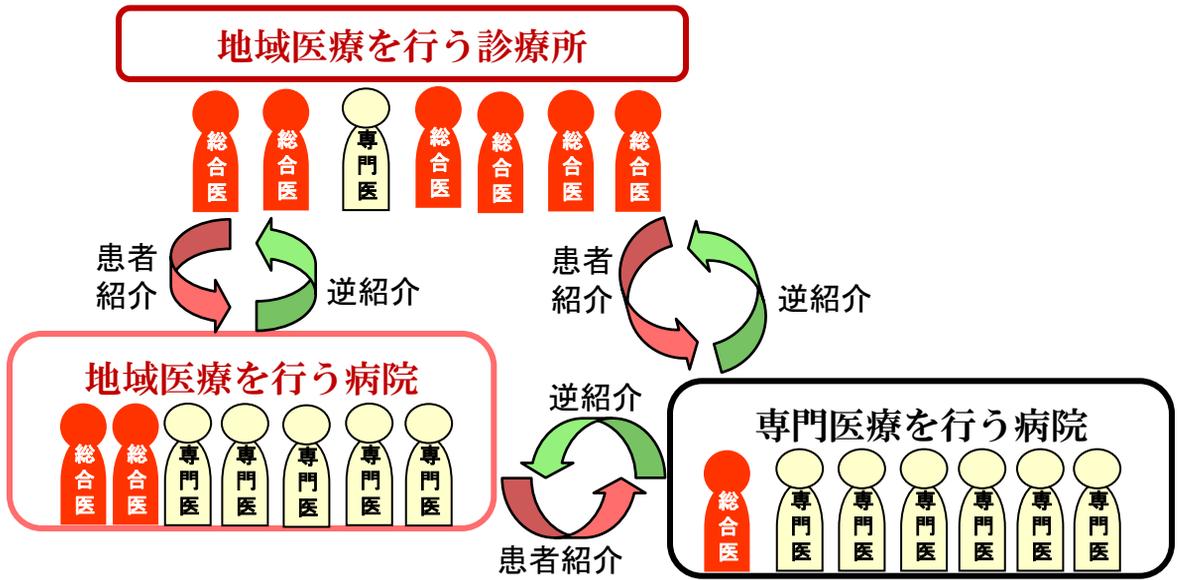
<目的>

・緑内障は中途失明の原因疾患の主たるものである。緑内障は慢性、進行性の疾患で、成人とともに高齢になるに従って増加する。その有病率は、40歳以上の5.78%、17人に1人が緑内障に罹患しているというデータがある。緑内障は自覚症状に乏しいため、症状を自覚して診療機関を受診したときには、病状がかなり進行しているということが少なくない。そこで、緑内障の早期発見、早期治療に結びつけるには、検診を行うことが最良であるといわれている。眼科家庭医（かかりつけ医）が中心となって、住民に緑内障の知識を普及させ、緑内障を早期に発見し、早期に治療を開始することによって、眼障害を少なくすることを目的とする。

<内容>

・眼科医師が地域の健康講座を担当し、住民に緑内障の知識を普及させるための講演会を行った。講演会の後希望する住民に対し、緑内障の検診の受診券を配布した。検診希望者は、後日予約の上、病院または診療所にて緑内障の検診を行った。

<医療提供体制のイメージ>

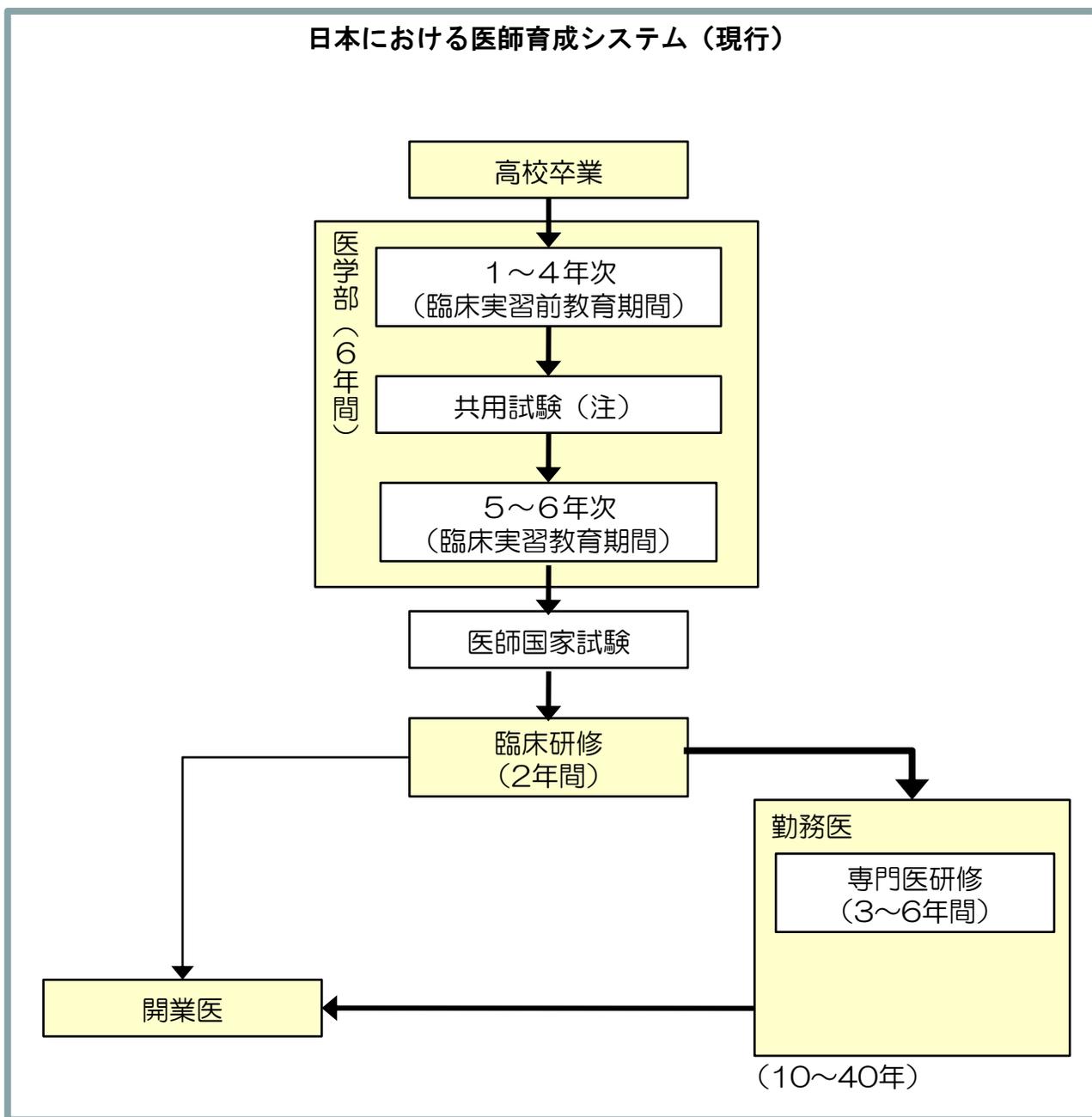


2. 総合医の育成

(1) 現行の医師育成システム

- 日本の医師育成システムの中で、「1.」に上げたような総合医を増やすためにはどうすればよいか、具体的な改善方策を検討する。
- まず、現行の医師育成システムを概観する。
- 医師になろうとする学生は、大学受験の際に、大学の医学部を受験して合格する必要がある。この受験科目は医学部特有のものではなく、理科系学部と同様の学科試験である。通常、難易度は高く、医学部合格は難関とされている。
- 医学部は6年の教育課程となっている。主に以下のような教育課程を経ることになる。
 - 1～2年次は概ね一般教養課程であり、理科系学部と同様の教養科目を学ぶ。2年次から基礎医学課程が始まるケースもある。
 - (2年次または)3年次から、基礎医学課程が始まり、解剖学や生理学などを学ぶ。
 - 3年次から臨床医学過程が始まり、内科学や外科学を始めとする臨床医学を学ぶ。
 - 4年次を修了する頃(臨床医学課程を修了する時期)に「共用試験」が行われる。これは、臨床実習に入る前に実施される試験であり、これに通った学生が臨床実習に入ることができる。可否は各大学が決めることになっている。
 - 5年次～6年次にかけて、臨床実習が行われる。これは、医学部の附属病院や学外の医療機関などで行われるものであり、ほぼ全ての診療科を少人数グループで回るケースが多い。
 - 6年次には卒業試験が行われる。この試験に合格すると医学士となり、医師国家試験の受験資格も得られる。
- 医師国家試験は毎年2月に実施されている。この試験に合格することにより、医師となる。(厚生労働大臣より医師免許が交付される。)医師国家試験は3日間に渡り、500問の選択式の設問が出題される。出題科目は全ての医学関連科目であり、4年に1度「医師国家試験出題基準」が出されている。医師国家試験の合格率は、近年、80%台後半で推移している。
- 医師国家試験合格後、臨床に携わるためには、2年間の初期臨床研修を受けることが義務付けられている。これは、大学病院・一般病院等の研修指定病院にて、内科、外科、麻酔科、産婦人科、小児科、精神科等の主要分野をローテーションしながら医師として最低限の基本的な技術・能力を身につけるものである。例外的なケースを除き、ほとんどの医師が初期臨床研修を受けることになる。
- 初期臨床研修終了後、そのまますぐに開業するケースは少なく、多くの場合、病院勤務医として勤務しながら、自分の専門としたい分野を選んで研修を行っていく(後期臨床研修または専門研修と呼ばれる)ことになる。期間は概ね3～6年である。
- 病院の勤務医を経た後、順次、開業していくケースが多い。(病院勤務医として定年退職を迎えるケースもある。)開業に際して、人数制限などは設けられていない。

日本における医師育成システム（現行）



(注)「共用試験」は、臨床実習に入る前に実施される試験。これに通った学生が臨床実習に入ることができる。合否は各大学が決める。

(2) 現行の医師育成システムにおける問題点

① 学部教育のあり方

医師に共通する基盤の設定

- ヨーロッパは、学部教育から総合医コースと専門医コースに分かれている。総合医と専門医の共通基盤を設定して、その条件を満たした人のみが診療できるということにしないとイケない。現在の日本では、医師なら誰でも専門医から開業医になれてしまう。

臨床推論の教育

- 我が国の医学教育の問題点は、臨床推論ができないということ、それから医療問診と身体所見の取り方の教育が不十分である。
- 現在の日本の医学教育に最も欠けているのは、臨床推論（Clinical Reasoning）である。
- 臨床推論というのは、要するに例えば患者さんが頭が痛い、おなかが痛いといったときに、どういう病気を考えて、そしてどういうふうに所見を取って、最後にどういう検査をして、どういう診断にするかという能力であり、その能力が日本の医学生に一番欠けている。
- 胸が苦しいという患者さんが行くと、すぐ呼吸器の方に行きなさいという。そうすると胸の写真を撮って、あなたの肺は何ともないと言われ、そうすると今度は、じゃあ他の病気かもしれないので、今度は循環器内科に行きなさいと言われる。循環器内科に行って、それで心電図を撮ったりして、全部回り道して入院して診断に到達することになる。
- その中で最も欠けているのは、ゆっくり身体所見をとって、ゆっくり頭の中で考えて診断するということである。これはプライマリケア、総合医の場合に一番必要なことであり、そういう教育は日本では非常にかけている。
- 総合医と専門医の共通の基盤は、ちゃんと話を聞けて、ちゃんと推論できて、ということだと思う。鑑別診断と臨床推論とは少し違う。
- 学生の教育は、総合診療部の先生が本当は中心になってやるべきだ。そこに大学の総合診療部の存在意義があると思うが、確かに全部カバーするのは無理だ。要するに日本の医学生の教育で一番欠けているのは、考え方が、臨床推論という教育を全然受けていない。だから、胸が痛いというとすぐ心筋梗塞、お腹が痛いというとすぐ何と、一つの病気しか考えられないような教育しか受けていない。

ファースト・アクセスに関するトレーニング

- これは自分の診る患者ではないというふうにまずは言わずに、まず診療してみる。もちろん手に負えないものは多いので、ジェネラリストといえども7、8割、フィールドによって9割ぐらいをカバーできるというところなので、当然いろいろなところで相談するが、非選択的に診療しながら学ぶ、それから幅広く学ぶ。それが臨床現場で実際役立つということを学生に見せるということを大学病院や大病院でやらないと、医者モデル自体が偏ってしまう。



診断学の教育

- 本来は総合診療的な能力を持った人が一番学生の教育に当たるべきで、しかも昔は、診断学の実習をずいぶん長くやった。ベテランの講師の人にとって。ところが今は診断学の教育はものすごく短くなった。本当は、どこの大学でも診断学の時間をもう少しとって、それは本来総合診療部の先生がきっちり教えて、どういう病気を考えていいかということをして学生とディスカッションしながら行っていくのが大学の総合診療部の先生の一番重要な役目だと思っている。

人間を診ることに関する教育

- 例えば、医師の偏在とかの問題解決などについては、変わった医師がいることが、今までも何とか地方が生き延びてきた理由でもあった面はあり、あまり医師を一つの枠にはめない方がよいと思う。だけど基本的には最低限、命に関わることだから、そこを教育しながら、なおかつ人間を診るという、ちょっと不思議な科学をやらざるを得ない。そこに隙間が生まれるような医学教育というのがあっていいような気がする。

熟練した医師の診察を体系化したトレーニング

- 非常に熟練した医師が行っていること、考えることを具体化して、学生に見せていくことが重要である。例えば、「胸が痛い」という患者さんがいたときに、ベテランの医師は瞬間的に2~3の疾患に絞ってしまえることができる。それをトレーニングすることが必要。

患者の心理・環境や地域のあり方に関する教育

- 学生には、体の中の病態生理だけでなく、地域医療とか総合診療に興味を持ってもらう必要がある。そのためには、環境、家族、それから近隣を中心とした地域、あるいは自治体、そういう患者さんが住んでおられる環境と心理の問題、こういう病態というものも病気を作っていることが多いわけで、そういう科目もきちっと基礎医学のような形で裏付けていかないと、なかなか地域医療の教育というのは伸びないのではないかな。

現場体験の時間が不足している

- 自治医科大学では開学以来、プライマリケアに努力はしてきたが、一番効果があるのが、院外必修のベッドサイドラーニングで、これは5年生のときに、全学生が2週間、自分の出身の都道府県に帰って、自分の先輩のいる診療所に行って一緒に2週間寝起きを共にしながら実診、実習をすることである。これはかなりインパクトがあるようで、学生はこの時に初めて医療のあるべき姿というか住民とドクターとの間の信頼感に感銘を受けるようである。
- 現場が総合医を育てることは確か。長野では、総合医が心筋梗塞のケアもしている。2次医療機関では、幅の広い人材が必要。専門医の集まりではダメ。しかし、教育の時に臨床ばかりやっていると、医師国家試験に落ちる可能性が高くなるので、悩ましい。
- 実習については、将来、総合医を医師の中で半分ぐらい育てていくためには、臨床実習のかなりの部分を開業医の先生の下で勉強できるように、特にグループプラクティスなどをやっているところで勉強できるような仕組みづくりがこれから大きな課題なのではないかと思っている。
- 臨床実習で学生が診療所の活動に触れるようにすると、医学部の学生は8,000人いるので、対応する診療所の医師も多数必要になる。診療所の先生も大変お忙しいとは思いますが、背中を見せるだけでもいいし、あとは、話の長い患者さんがいた時には学生にインタビューさせるとか、いろんな工夫をしながら何とか教育に携わって頂きたいと考えている。そのときに、都道府県医師会とか郡市の医師会にもお願いをして、一緒に学生の受け入れをやって頂けないかということをお願いしていく必要があるのではないかとと思っている。
- 学生の診療所実習については、体系だって教えるというよりは、オン・ザ・ジョブ・トレーニングで、実際に患者さんを一緒に診て、ちょっと小さな質問をして、それを学生がどう考えるか、どう受け止めるか、どんな勉強をしたらいいと思うかということで、症例を通して、学生に疑問を持ってもらうことが大切である。また、患者さんの背後にある環境がどうなっているのかということを考えるきっかけを与える、それで診療が終わった後で簡単なディスカッションをして頂くということで、かなりいい教育になると思う。また、訪問看護とかケアマネジャーさんたちの会議に出るとか、現場を見て考えるという習慣をつけてもらうことも必要ではないかと思う。
- 当診療所の実習では、研修生が保健師さんと一緒に仕事をするのもあって、あしたもメタボの教室があるが、そういうところに行って、講師とかワークショップのファシリテーターをやる実習もあるので、そういうのにどんどん連れていく。これの一番いいところは、参加者の皆さんから、あなたのやり方はこうだったよというのをあとで生のフィードバックをもらう。彼女がもらったのは、声が小さい、それではまずいと。でもすごくよくやったよと。そういうのをもらうと、非常に頑張る。彼女（研修生）は腎臓内科志望で、透析にならないためにはどうしたらいいかということをやっていたので、やはり予防が大事なんだということで、このネタにも非常に食いついていって非常にポジティブにやってくれた。これは保健師さんも非常に喜んだ。こういう先生になってほしいということを彼女たちは思っているのだから、そういうことで教育に参加している。
- 一番大事なと思うのは、今の医学生は圧倒的にこうした経験が少ないので、医学校の1年生からどんどんこういった実際の生の経験を増やすことを定期的に入れていかないとまずいのではないかとと思う。



医師国家試験の課題

- 今の医学部では、4年生から5年生のはじめに全国共用試験が行われて、それから臨床実習を行うことになるが、医師国家試験が立ちはだかっているので、実際には私学は5年生の後半ぐらいはずっと国家試験の勉強を始めているし、国立大学でも6年生になるとぼちぼち勉強が始まっていて結構浮き足立っている。
- 医師国家試験は今は500問、3日間で行われていて、試験時間を計算してみたら15時間20分試験が行われている。これは体力勝負みたいな感じで、果たして、問題はいろいろ改善されているが、ここまでやる必要はあるのかということもある。
- 臨床実習前の共用試験を資格試験にしてはどうか。その代わりもっと法的な裏付けをつけて、学生の臨床実習をもっと充実させたらどうか。そのあとの医師国家試験はいくらなんでも3日間、15時間は長いので、もっと簡単なものにして、そのために1年半も浮き足立った臨床実習をやらなくて済むようにしてはどうか。
- 国家試験の問題は非常に大きいと思う。国家試験の問題は、確かによくはなっているが、今、国家試験が相対評価であるために、結局はどんどんハードルが高くなっていく。それで今ほとんどの大学が、予備校のビデオ授業を見て、それから成績不良者を合宿させて、最後の1年間はほとんど国家試験対策で、まったく臨床のトレーニングをせずに卒業していくので、これで卒後研修が2年が1年にもしなったら、目茶苦茶な話だ。だから私は1年早くするのに一番有効なのは国家試験を変えることだと思う。

②初期臨床研修のあり方

研修の場

- プライマリケアの教育を、例えば卒後臨床研修であちこち大学の中を回って、地域医療実習はいいと思うが、大学の中の専門科の中をぐるぐる回っても、あまりプライマリケアの教育にはならないのではないか。

スペシャリストにもジェネラリストにも共通する基盤の設定

- 少なくとも今の日本では臓器別の専門医などのスペシャリストと、ジェネラリストを二分法的な枠組で捉えるのは、私は非生産的、非建設的な方向にいてしまうと思う。臓器別の専門医だからジェネラリストになれないとか、それが対立するとか相容れないといったような議論は、もう少しジェネラリストをきちんと養成してから、また考えていけばいいのではないか。今は一緒になって考えて、臓器別の専門医でもジェネラリスト的な機能を持っていただくといったようなことを含めて考えていかなければいけないと思っている。

指導医のあり方

- 研修医の教育も、科によって違うが、総合医でやらないと、例えば外科を3カ月回るといっても、心臓外科を3カ月回しては話にならない。総合的な能力を持った外科医が研修教育をするのが一番いい。内科でも、内科6カ月といっても、消化器1月、呼吸器1月というよりは、本当は総合的な総合内科医、総合診療医がいて、その人たちが研修教育をするのが一番いい。だから学生と研修医の教育は総合医、特に総合的な診療能力を持った専門医が必要なのではないか。

③総合医の専門研修のあり方

研修の場

- 大学が2年間の臨床研修の後で、3年目から総合医を育てる研修も考えてはどうかと思っている。しかし、大学病院の中で総合医を育てるのは無理。例えば、鎌田先生の病院のようところで修行する必要がある。
- 大学と諏訪中央病院のような医療機関がうまく連携して総合医を育てていくべき。これまでに育てた総合医はレベルが高い。大学でやりきれないことを明確にした上で大学と病院が連携する必要がある。
- 需要に比べて養成に適した現場が少ないのも事実だ。吉村先生のところ（揖斐川北西部地域医療センター）などは適した現場の最先端の一つだと認識しているが、指導医がいて、適切な患者さんが大勢いて、しかも給与をちゃんと出してくれて、というところはかなり少ない。当然私もはそういうところをいろいろ探すか、おそらくすぐにいっぱいになるだろうということで、もちろんそれを増やす努力を今いろいろな組織でやっているが、果たしてそれがどれぐらいのペースでどれぐらいうまくいくのか不安を感じている。

到達目標の明確化

- 最初に育成する医師像の要素みたいなもの、アウトカムと呼ばせていただくが、それを明確に定義しないとまずいのではないかとということ、定義したからにはその評価方法をより真正、オーセンティックというか、真実に近いもので全国統一のものを用意しないとダメなのではないか。

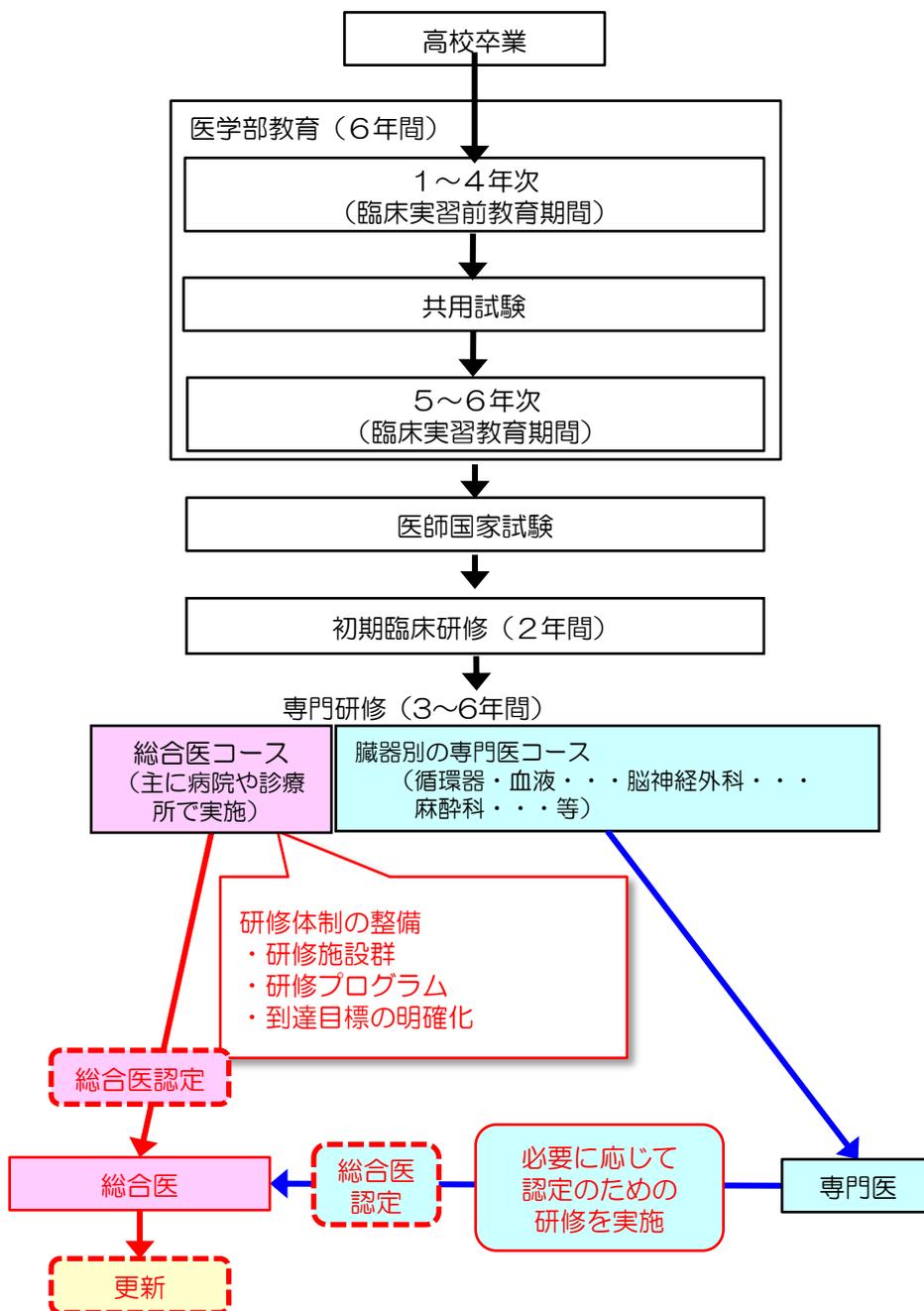
現場体験

- 当センターの研修で、とにかく大事なことは、地域の中に彼ら（研修医）を放り込むということをやってきた。待合室、薬局、公民館、あと、ここでは無料巡回バスというのがあるが、こういうのがないと田舎では生きていけないので。ある学校に行ったりとか、とにかくこういうのをまず経験してもらう。今の医学生は高齢者、おじいさんおばあさんとしゃべったことがないという人が結構いる。世間話をしてごらんという固まるという人がたくさんいる。それでは困るので、こういった経験をまずやらせるということをやっている。
- 当センターの研修では、地域での学びの場の中心を、診療所じゃなくて家庭に置いている。これがとても大事で、古い日本家屋の、冬でも寒い、暖房を入れない高齢者のところに彼らを連れていくと非常にショックだと。こんなところで暮らしているのかと。だけど大多数の高齢者はここで暮らしているということを目の当たりにしてから臨床に入ると非常に意気込みも違ってくると思う。

(3) 新しい医師育成システムのあり方

- 前述の(1)～(2)を踏まえて、新しい医師育成システムのあり方について述べる。
- まず第一に、医師の育成は、わが国の医療ニーズに即した形で行われる必要がある。そのためには、従来の医師育成の原理・原則を抜本的に変革していく必要がある。
- その上で、臨床研修は臨床医を育てる研修として、専門研修は専門医を育てる研修として、確立されることが求められる。わが国の医療において必要性の高まっている総合医については、専門医の一つとして位置付けて、専門研修の中に、他の臓器別の専門医研修と並ぶものとして構築していく必要がある。専門研修の中で総合医コースが確立され、プライマリ・ケアの研修もこのステージで行われることが望ましい。
- 専門研修の中で総合医コースを構築するためには、研修施設群・研修プログラム・到達目標の明確化などを含めた研修体制の整備を早急に図る必要がある。
- 原則として、専門研修の中の総合医コースを修了した医師が、総合医としての認定を受けて総合医として活動することになるが、認定の主体や更新年限・更新の基準なども決める必要がある。
- 専門研修の中で総合医以外のコースを経て(総合医以外の)専門医になった医師でも、総合医に変わりたいケースについては、短期間の総合医認定研修を経て、総合医になる道を作ることが考えられる。その場合にも、認定の基準や認定主体を決めておく必要がある。

新しい医師育成システム



(参考) 総合医の専門研修のイメージ

【到達すべき研修目標】

医療専門職としての使命

- 専門職としての使命感
- 継続的な学習と臨床能力の保持
- 公平・公正な医療

全人的視点

- 医療倫理
- 医師－患者関係とコミュニケーション
- 心理社会的アプローチ

医療の制度と管理

- 医療制度と法律
- 医療の質と安全
- 医療情報
- チーム医療

予防・保健

- 予防活動
- 保健活動

地域医療・福祉・介護

- 地域医療
- 医療と福祉・介護の連携

臨床問題への対応

- 臨床問題解決のプロセス
- 症候別の臨床問題への対応（→次ページ【注】を参照）

包括的で継続的なケア

- 慢性疾患・複合疾患の管理
- 在宅医療
- 相補・代替医療（漢方医療を含む）
- 幼小児・思春期のケア
- 女性特有の健康問題
- 男性特有の健康問題
- リハビリテーション
- メンタルヘルス
- 救急医療
- 生活習慣
- 終末期のケア

(つづき)

【研修場所】

病院(規模は問わない)での研修と診療所(有床、無床を問わない)での研修が行われるべきである。診療所での研修については、6か月以上同一の診療所で実施されることが望ましい。

【人材】

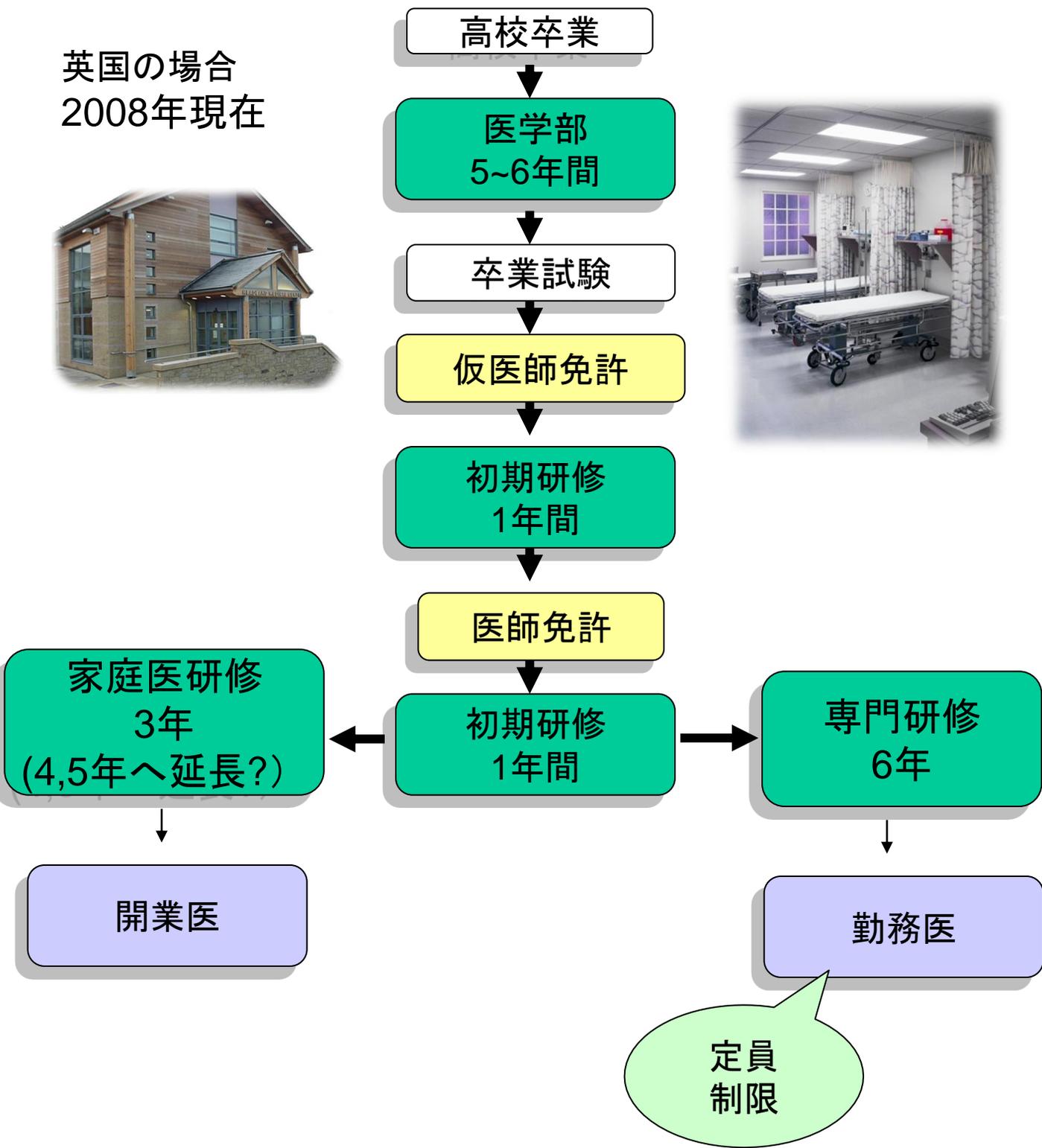
専門医研修に際しては、医師だけでなくコメディカル、地域の人たち、そして医療の利用者など多くの人々の協力のもとに実施されることが望ましい。また、協力する全ての人から、研修医に対する評価がフィードバックされる仕組みを構築することが望ましい。

【注】前ページの「症候別の臨床問題への対応」に関しては、以下の項目が考えられる。(日本医師会のカリキュラムより)

ショック、急性中毒、全身倦怠感、身体機能の低下、不眠、食欲不振、体重減少・るい瘦、体重増加・肥満、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、認知能の障害、頭痛、めまい、意識障害、失神、言語障害、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、目の充血、聴覚障害、鼻漏・鼻閉、鼻出血、嘔声、胸痛、動悸、心肺停止、呼吸困難、咳・痰、誤嚥、誤飲、嚥下困難、吐血・下血、嘔気・嘔吐、胸やけ、腹痛、便通異常(下痢・便秘)、肛門・会陰部痛、熱傷、外傷、褥そう、背部痛、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、肉眼的血尿、排尿障害(尿失禁・排尿困難)、乏尿・尿閉、多尿、精神科領域の救急、不安、気分の障害(うつ)、流・早産および満期産、成長・発達の障害・・・・・・・・57症候

(ご参考) イギリスにおける医師育成システム

英国の場合
2008年現在



(ご参考) フランスにおける医師育成システム

フランスの場合
2008年現在



高校卒業

医学部第1段階1年目
(45,000人)

第1段階2年目
(7,300人)

医学部 第2段階
4年間

上位(?)50%

第3段階
一般医 3年間

専門研修進学試験

第3段階
専門医 4~6年

定員制限

一般開業医
60,000人

専門開業医
50,000人

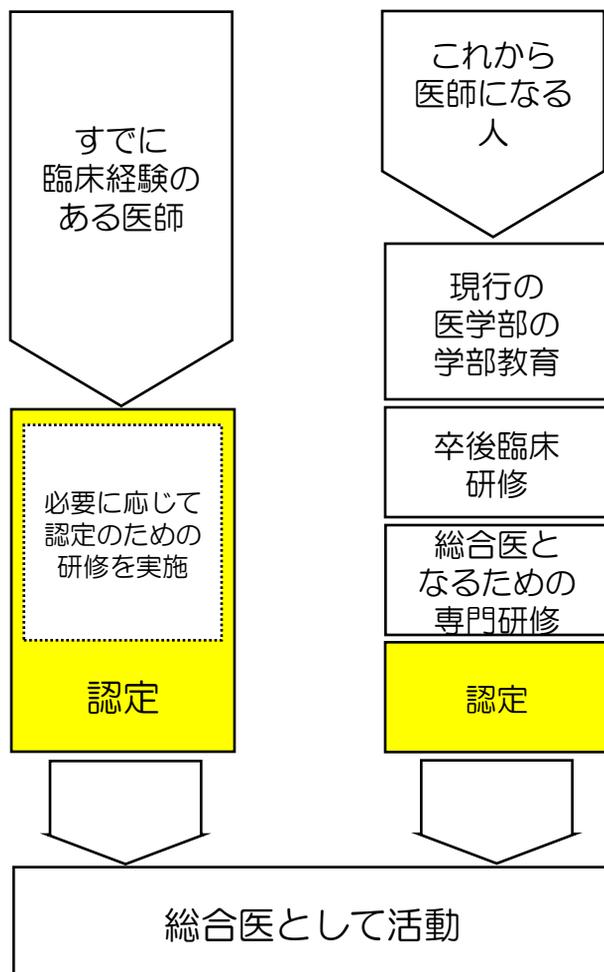
勤務医
11,000人

3. 総合医の認定

(1) 総合医の認定の考え方

- 総合医の育成と併せて、総合医を認定する仕組みを確立する必要がある。総合医の認定については、これから医師になる人の通るルートと、すでに医師として活動しており臨床経験のある医師の通るルートの2つが考えられる。
 - <これから医師になる人>
 - これから医師になる人が、総合医を育成するための教育システム（学部教育・卒後臨床研修・総合医となるための専門研修）を通して、総合医としての認定を受けるルートである。（ただし、このルートは、新たな総合医育成システムが確立された段階で実現するものである。）
 - <すでに臨床経験のある医師>
 - すでに臨床経験のある医師で総合医になろうとする人が、必要に応じて認定のための研修を経た上で、総合医としての認定を受けるルートである。
- 総合医を認定するための機関として、日本医師会と関連学会が総合医の認定のための第三者機関を作ることが考えられる。

総合医の認定の2つのルート



(2) 総合医の認定の詳細

● 認定機関（認定者）

- 日本医師会や関連学会等で第三者機関を新設する

● 認定基準

- 新たな教育・研修ルートを経た医師の認定条件については、専門研修の到達目標を基準として設定されることが考えられる。こうしたものを踏まえて、認定機関が全国統一的な認定条件を設定することが望ましい。
- すでに臨床経験のある医師の認定については、認定機関が必要に応じて試験・審査を行った上で認定していくことが考えられる。その際の認定条件については、「1.」で述べた総合医の4つの役割・活動に沿った形で設定されることが望ましい。

生涯教育のカリキュラムについては、日本医師会の生涯教育制度とリンクして実施することも考えられる。（→その概要は、56～58ページを参照。）

認定に際しては、これまでの活動実績や、他の総合医との協力・連携の状況なども考慮されることが望ましい。なお、1人の医師が4つの役割を全て果たせることが理想であるが、教育・研修の体制が普及・浸透するまでの当面の期間においては、地域的な取り組みやグループとしての対応、他の総合医との協力連携の状況なども加味して、柔軟な認定を行うことが求められる。

生涯学習のカリキュラム（案）

- 日本医師会で、学術推進会議と生涯教育推進委員会で一緒になって、いわゆる総合医あるいは総合診療医の生涯教育のためのカリキュラム、または専門医としての総合医を要請するカリキュラムを作ろうということが2年前にスタートした。それで3学会、プライマリ・ケア学会、総合診療医学会、家庭医療学会とカリキュラムを検討した。そこでは、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる、そのような医師を総合医というふうに定義した。
- 一般目標は、頻度の高い疾病と傷害、予防、保健、福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる総合診療医としての態度、知識、技能を身につけること。
- 「幅広い問題」と「初期対応」「継続医療」「全人的視点」という4つのキーワードから成り立っていると思うが、そのような能力を身につけるために行動目標として以下を列挙した。
 - Ⅰが医療専門職としての使命である。
 - Ⅱが全人的な視点である。この中には倫理的な側面と、医師・患者関係、コミュニケーション、臓器の異常だけでなく、患者さんの心理、社会的な側面にも配慮できるという意味で、心理・社会的アプローチが入っている。
 - Ⅲが医療の制度と管理である。ここに医療制度と法律、医療の質と安全、医療情報、チーム医療の話が入ってくる。
 - Ⅳが予防活動と保健活動である。
 - Ⅴが地域医療・福祉で、医療と福祉の連携もこの中に入ってくる。
 - Ⅵが、57種類の症候（次ページの通り）を具体的に挙げて、それぞれについて臨床問題解決のプロセスを書き込んでいる。
 - Ⅶは継続的なケアについての能力であり、慢性疾患、複合疾患の管理、在宅医療、終末期のケア、生活習慣のカウンセリング的な側面、代替医療などの項目も入ってくる。



前頁のVIにおける57種類の症候

ショック、急性中毒、全身倦怠感、身体機能の低下、不眠、食欲不振、体重減少・るい瘦、体重増加・肥満、浮腫、リンパ節腫脹、発疹、黄疸、発熱、認知能の障害、頭痛、めまい、意識障害、失神、言語障害、けいれん発作、視力障害・視野狭窄、目の充血、聴覚障害、鼻漏・鼻閉、鼻出血、嘔声、胸痛、動悸、心肺停止、呼吸困難、咳・痰、誤嚥、誤飲、嚥下困難、吐血・下血、嘔気・嘔吐、胸やけ、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、肛門・会陰部痛、熱傷、外傷、褥そう、背部痛、腰痛、関節痛、歩行障害、四肢のしびれ、肉眼的血尿、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、乏尿・尿閉、多尿、精神科領域の救急、不安、気分の障害（うつ）、流・早産および満期産、成長・発達の障害・・・57症候

上記の症候に対する対応

1. 適切な病歴聴取ができる。
2. 病歴を踏まえて、必要な身体診察ができる。
3. 優先度に配慮して臨床検査を施行できる。
4. 病歴、身体所見、検査所見を踏まえて、鑑別診断のための病態・疾患を列挙できる。
5. 専門医に紹介すべき病態・疾患を判断できる。
6. 自ら継続管理してよい病態・疾患を判断できる。
7. エビデンスに基づいた標準的なマネジメントができる。

前々頁のⅧにおける慢性疾患とそれぞれに求められる対応

①高血圧症

- 高血圧症の定義と引き起こされる疾病について説明できる
- リスク要因、年齢、希望するライフスタイルなどに基づいて治療目標を設定できる
- 非薬物療法（食事、運動、ストレスマネージメントなど）を実施できる
- さまざまな降圧薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

②脂質異常症

- 脂質異常症の定義と引き起こされる疾病について説明できる
- リスク要因に基づいて治療目標を設定できる
- 非薬物療法（食事、運動）を実施できる
- さまざまな脂質代謝改善薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

③糖尿病

- 糖尿病の定義と引き起こされる合併症について説明できる
- リスク要因に基づいて治療目標を設定できる
- 非薬物療法（食事、運動）を実施できる
- さまざまな血糖降下薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- 既にインスリン療法が導入されている患者の継続管理ができる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

④骨粗鬆症

- 骨粗鬆症の定義と引き起こされる疾病（骨折など）について説明できる
- リスク要因に基づいて治療目標を設定できる
- 非薬物療法（食事、運動、日光浴など）を指導・実施できる
- さまざまな骨形成促進薬、骨吸収抑制薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

⑤脳血管障害後遺症

- 脳血管障害の定義と引き起こされる精神身体障害について説明できる
- 障害に応じた治療目標を設定できる
- 適切な介護サービスの利用について助言できる
- 合併症に対する適切な管理ができる
- 在宅生活に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる

⑥気管支喘息

- 気管支喘息の定義と病態について説明できる
- リスク要因に基づいて治療目標を設定できる
- 吸入薬を中心に、薬の特徴を知った上で、適切な薬物を処方できる
- ピークフローの自己測定と、ピークフロー値を基にした行動計画について患者に指導できる
- 発作時における適切なアドバイスと初期診療ができる
- 患者コンプライアンス（服薬順守など）の重要性に配慮しつつ、適切な間隔で継続的フォローができる



● 認定の期限

- 無期限ではなく、一定の期限を設ける
- 一定の期限を設ける場合、何年とするかは検討する必要がある

● 認定の更新

- 一定の期限ごとに更新のための条件を設定する
- 更新のための条件を設定を設ける場合、どのような基準とするかは検討する必要がある

● 認定の取り消し

- 認定の取り消しについての要件についてもあらかじめ設定しておく
- 認定の取り消しは認定機関が行う

など

4. これからの医療のイメージ

(1) 受診行動

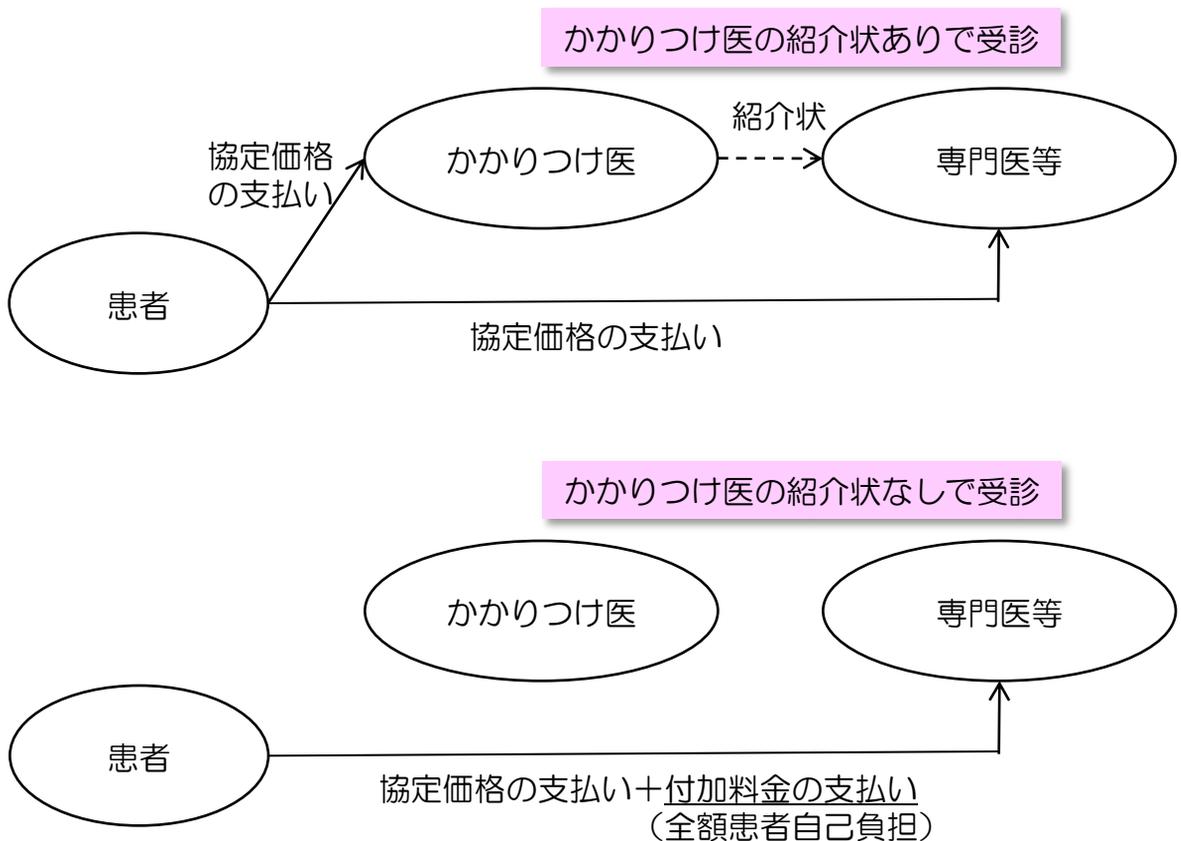
これからの地域住民や患者の受診行動は以下の通りである。

- 地域住民一人ひとりが、あらかじめ日頃受診する医師を決めておく。最初に受診するのはその医師である。
- 他の専門医にかかったり、病院に入院する場合には、あらかじめ決めてある医師の紹介により受診する。
- 他の専門医の受診や病院への入院が終了した後は、引き続き、あらかじめ決めてある医師を受診する。
- 紹介によらずにいきなり専門医や病院にかかる場合には、別途負担がかかる。

(参考) フランスのかかりつけ医制度

16歳以上の患者はすべて自分の「かかりつけ医」を選択することになる。「かかりつけ医」は一般医でも専門医でも良い。

「かかりつけ医」の紹介なしに他の医師にかかることもできる。ただし、その場合には、患者は自己負担が大きくなる。



(2) 必要となる法改正など

医療提供体制の中で総合医の位置づけを確立するためには、適宜、法改正等も必要になる。総合医の位置づけを法律等に明文化したり、医師の標榜科として「総合医」を追加するなど、必要な法改正等の検討が必要となる。（例えば、以下のような項目）

□総合医の位置づけを法律等に明文化する。

【例】医師の標榜科目名に「総合医」を追加する。

→医療法施行令第3条の2に文言を追加

□ファーストコンタクトの医師を原則として診療所の総合医とする。

→健康保険法に条文を追加

□ファーストコンタクトの医師以外の医療機関を受診するためにはファーストコンタクトの医師の紹介状を必要とする。

→健康保険法に条文を追加

□ファーストコンタクトの医師を受診する場合と、それ以外の医療機関に直接受診する場合で、患者自己負担の割合を変えることにより、ファーストコンタクトの医師を受診する方が患者から見ると有利になるようにする。

→健康保険法第74条を改正

また、報酬のあり方についても検討する必要がある。例えば、診療報酬の体系を、欧米主要国で一般的なように診療所と病院の2つに分けて、特に診療所の報酬体系の中で、総合医の役割や機能が適正に評価されるような報酬設定を構築することが考えられる。医師の少ない地域においては、割増しの報酬を設定するなどの地域格差是正の方策も考えられる。

(3) 総合医数

総合医の必要数については、諸外国のG P (General Practitioner) の数が参考となる。諸外国の人口千人当たりG P数は以下の通りである。なおわが国について、本研究会で、いくつかの仮定を置いて推計したところ、概ね人口千人当たり0.6~1.0人となった（仮定の置き方によって幅がある→報告書69~70ページ参照）。

(参考) 諸外国の人口千人当たりG P数(2002年)

スウェーデン	0.5人
オランダ	0.5人
イギリス	0.6人
デンマーク	0.7人
ドイツ	1.1人
フランス	1.6人

高い専門性を持つ総合医の必要数を確保するためには、新たな総合医育成システムの確立と併せて、総合医を志望する学生を増やすための工夫（例えば、総合医のキャリアパスを確保する、医師の育成数にニーズに応じた人数枠を設定する、等）を行ったり、臨床経験のある医師を積極的に総合医に認定していくことも求められる。



(4) 診療所・病院別、地域別にみた総合医の活動のあり方

①診療所における総合医

総合医の活躍場所として最も多いのが、地域医療を行う診療所である。ここでの総合医は1次医療を担うだけでなく、地域社会の人たちと日ごろから接点を持ち、地域住民が健康で長生きするための幅広い活動に関わることが求められる。

総合医が地域に定着し、長い期間に渡って活動を続けていくためには、地域住民の側が総合医を地域の大切な資源として暖かく接し、地域全体で総合医を育てていくことも求められる。そのためには、住民が自分の総合医を決めてその医師を通して専門医療を受けるようにすることも重要である。また、患者ひとりひとりの問題として、必要以上の受診は控える、不必要な休日・夜間の受診は控えるなどのほか、地域全体で（医療機関が連携して）時間外・夜間対応の体制を構築するなどして、総合医一人の負荷を軽減するといった取り組みを進めることも重要である。

なお、総合医はどのような地域にも必要であるが、総合医の果たす役割は、地域の状況によって影響を受ける。以下に、地域類型別に、診療所総合医の役割を整理する。

<都市部>

都市部においては、民間の診療所が多く、専門医療を行う病院も複数ある。そのような状況下では、診療所間あるいは病院間で協力・連携し、地域住民に対する疾病予防、切れ目のない医療サービス（患者紹介・逆紹介、開放病床、地域連携クリティカルパスなど）を行うことが求められる。また、地域全体の医療資源について、住民に情報提供していく役割も期待される。診療所が多いため、求められる役割や活動を一人の総合医が全て担うというよりは、複数の総合医が一人ひとりの持ち味を生かしながらグループ診療の形で住民にサービス提供することも考えられる。また、在宅と専門病院を結ぶ（つなぐ）役割も大きく、専門病院から退院する患者を（在宅に戻すまでの）一定期間入院させる有床診療所の意義も大きい。

<地方都市部>

都市部に比べると民間の診療所が少なく、専門医療を行う病院も少ない。そのような状況下では、より深く地域住民の生活に密着した活動（健康教育などの地域活動や診療所・病院間の患者情報の共有化など）が求められる。また地域医療を担う病院（国保直診施設など）が存在するケースも多く、そうした医療機関の総合医や専門医との協力・連携も重要となる。

<農村部>

人口密度が低く経営基盤がぜい弱になりやすく、地方都市部に比べてさらに民間の診療所が少なく、病院そのものが近隣にないケースが多い。そのような状況下では、地域住民が一人の診療所総合医に依存する程度が高く、求められる役割や活動全てを発揮する必要がある。地元の行政や地区医師会などが連携して、一人ひとりの総合医の負荷を軽減する仕組みや地域全体の総合医をバックアップする病院との連携を構築する必要がある。

<過疎地・離島など>

こうした地域では、地域全体で総合医が一人しかいないといった状況が想定される。（農村部に比べてさらに経営基盤が脆弱であり、医師が存在しない状況もある。）そのような状況下では、一人の総合医が求められる役割や活動全てを担う必要があり、地域内のあらゆる患者に対応して、極力地域内で完結した医療を行っていく必要がある。従って、救急医療など本来病院が担うべき役割をもある程度担わなければならない。そうした総合医を支えるためのバックアップ体制（遠く離れた専門病院とIT技術を活用して連携する、総合医が休暇を取る時の代理医師を派遣する、総合医が引退する場合の後継者を確保する、等）について、国・自治体が責任を持って構築する必要がある。



②地域医療を行う病院における総合医

地域医療を行う病院における総合医は、総合医として地域住民に対して、求められる役割や活動の一部を果たすだけでなく、地域の診療所総合医と協力・連携して地域医療連携の仕組み（地域連携クリティカルパスの構築など）を作ったり、診療所総合医と病院の間の患者紹介・逆紹介を円滑に進めるなどの役割を果たしていくことが求められる。

③専門医療を行う病院における総合医

専門医療を行う病院においては、地域を超えて、高度かつ専門性の高い疾患に対応することが求められる。そうした病院における総合医は、紹介状を持たないで受診する患者や診断が付いていない患者への対応を担い、患者が適切な専門医療を受けられるようにガイドしていく役割を果たす。また、既に専門医にかかっている患者が持っている併存疾患を診断したり治療する役割や、病院で提供される専門医療と在宅での生活を結びつける役割（専門医療の周辺の裾野で必要となる医療提供や生活再建・QOL向上に関わる活動まで含めて）などが求められる。大学病院やナショナルセンター等における総合診療科の取り組みも普及・浸透していくことが望まれる。

（5）国民に対する総合医の役割や効果の周知

国民にとっては、総合医の具体的な姿はイメージしにくいのが実情である。ある程度の期間に渡って、総合医の活動を国民に広く周知して、その役割・効果に関する理解を深める取り組みを行う必要がある。（例えば、国がモデルとなるべき医師に焦点を当て、その具体的な活動や姿を広報していく取り組みも考えられる。）

（6）国民が総合医を選ぶための情報提供の仕組みの構築

国民が、総合医の具体的な姿や役割・効果を理解するだけでなく、身近なところに存在する総合医を選ぶことができるようにしていく必要もある。国民が身近な総合医を選ぶことができるよう、必要な情報を提供していくことも求められる。

(参考) 医療制度のあり方に関する総合医の声

求められる医療制度改革について、平成19年度アンケート調査の自由回答を見ると、以下のような指摘が多い。

- 医療提供体制についての改革（指摘率34.0%）
- 診療報酬についての改革（指摘率25.6%）
- 医学教育・医師育成についての改革（指摘率20.5%）

●医療提供体制についての改革に関する代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「医療供給システムを根幹的に見直す必要がある。特に外来診療と入院医療を明確に区別するシステムが必要。日常診療の自由アクセスについては、国民の理解を求めながら、日常病や一般的な健診等は総合医（プライマリ・ケアを担う専門的な医師）が担当し、グループ診療を制度化すべきであろう」
- ✓「地方で開業医を30年近くやっていますが、最近の社会構造の変化に医療制度が追いついていないと感じます。
（例）農家は専門が少なく、殆ど第二次兼業農家で夫婦共働きの家庭が多く、そこに取り残された老人が留守番をするというのが典型的です。留守番の老人が倒れたら、在宅医療は不可能で、どうしても入院又は施設介護となります。従って、療養病床の減少は、大量の介護難民を生むことになりました」
- ✓「地域の医療が円滑に行われることが前提で、それを支える一般病院の勤務医の労働条件の緩和が必要である。それらを勘案し、医師の必要数を考えることが必要である」

●診療報酬についての改革に関する代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「病院、診療所など役割分担を明確に。病院での入院診療費を手厚く、また包括化が必要と思う」
- ✓「終末期のあり方についても、出来高でなく、包括化が必要ではないか」
- ✓「必要なところには診療報酬を適切に配分していただきたい」

●医学教育・医師育成についての改革に関する代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓「プライマリ・ケアに関しては、教育でいう義務教育にあたるものとして、医師に対しきちんと身分保障・研修保障をした上で、有期限派遣の形で、働き地においても維持すべきだと考える。後期研修医を送り込んで数合わせをしてはいけない」
- ✓「医師数が絶対的に不足している。小手先の地域派遣では、長期的に地域医療を維持できない。医療過疎が進むことで、かえって医療費が上昇することを危惧する」
- ✓「わが国では専門医だった医師が開業で一般医になるが、その研修は個人に任されている。現実には失敗を重ねながら一般医に成長するが、たとえば褥瘡や創傷処置の変化を全く知らず、消毒とガーゼ処置をしている一般医がまだ多数存在する。どのような技術や知識を一般医が習得すべきかをプログラム化することが必要」

行政や社会に対する要望について、平成19年度アンケート調査の自由回答を見ると、以下のような指摘が多い。

- 必要な予算は付けてほしい（指摘率18.6%）
- 医療のグランドデザインを構築してほしい（指摘率13.5%）
- かかりつけ医の活動状況を知ってほしい（指摘率11.5%）
- かかりつけ医の活動・実態を政策に反映してほしい（指摘率9.6%）
- 地域全体でより良い医療を作っていくべき（指摘率9.6%）
- 患者側・住民側にも医療のあり方を考えてほしい（指摘率9.0%）

- 「必要な予算は付けてほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。
 - ✓「現在、行政が医療に関して無策すぎる。医療は金がかかるので、応分の公金の投入が必要」
 - ✓「診療報酬体系以外の医療行為に報いる方法を検討して下さい」
 - ✓「医療費の抑制だけでなく、まともな医療を行うための人の配置設備をふまえた、病院・開業医・地域医療のコストを積算してみてください。医師の労働時は過重労働そのものです。三交代の医師勤務の体制での病院コスト、更には社会的にみた専門医の配置をした場合のコストをいま一度、考えてみてください」
- 「医療のグランドデザインを構築してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。
 - ✓「医師の増員（どの科のDr.が、どの地域で、どの位必要なのかのグランドデザインの作定）」
 - ✓「医師が過労でたおれない程度に医師の定員を増やす。つまり医学部の定員を増やす」
 - ✓「卒業後10年以内の医師に対してこの間の2年間を救急医療、へき地医療にそれぞれ1年間勤務する制度を早く実現してほしい」
- 「かかりつけ医の活動状況を知ってほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。
 - ✓「医療活動の基本は、患者さんとのコミュニケーションにある。心温かい『人間の医学』が基本にならないといけない。研修医実習での病院研修は、往診もしない病院では本当のプライマリ・ケアは体験できない。開業医の実の姿を見せ、体験させるチャンスが殆ど考慮されていない」
 - ✓「どうか医師の仕事に理解をもってほしいです。不必要なバッシングは、ただでさえ疲れ切っている医師を追い込むことになってしまうと思います。私自身、現在2人体制のところを、殆ど1人でやっているの、疲れ果てていて、あまり前向きな意見が書けません」
- 「かかりつけ医の活動・実態を政策に反映してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。
 - ✓「現場の声を誠実に聞いて、施策をたてて欲しい。現在は机上の空論が多すぎる」
 - ✓「現場の意見を聞いてほしい。方向性が全てみえない（財源不足、支出抑制を医療で行う方針は分からない。医療を良くしたいのか・・・？疑問大！！）」

(参考) 医師の報酬のあり方について

わが国における医師の報酬のあり方については、診療所と病院の報酬の体系が、それぞれの役割・機能に応じて明確に分かれていないことが大きな問題である。

欧米主要国では、医療のコストを租税で賄うか、保険料の形で賄うかを問わず、診療所と病院の報酬体系が明確に分かれていることが多く、日本でもそのような形にする必要があるのではないかと考えられる。

図表：欧米主要国における診療所と病院の報酬の体系

医療のコストを租税で賄う	イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ●GPの報酬体系（2004年以降）は次の三つからなる。 <ul style="list-style-type: none"> ✓包括報酬（global sum） 登録住民の年齢別性別医療コードに応じた登録報酬。地域や登録患者の特殊事情も加味される。診療所の維持費、各種検診、簡単な外科的処置、時間外診療なども含めた額が支払われるが、時間外診療等を引き受けない選択も可能で、その場合はその分報酬が差し引かれる。 ✓追加サービス（選択制）（enhanced services） 診療所が選んで特別なサービスを提供すると報酬が追加される。 ✓Quality and Outcome Framework 10の疾病グループ毎に標準的な目標を設定。目標を達成すれば成果報酬が支払われる。また、診療所の運営や質の高いサービスに対しても成果が評価される。 ●PCTとNHS病院の間では、ブロックグラントがなお主流であるが、Payment by Resultが部分的に導入されている（2008年度に完全実施）。
	デンマーク	<ul style="list-style-type: none"> ●GPの医療報酬は、登録される住民数に基づく登録報酬料金（ベーシックフィー）と診療ごとの料金（サービスフィー）を組み合わせた支払い方式をとっている。その単価や労働条件は、県連合会と医師会（家庭医師会）の一元的な交渉による協約に基づく。 ●病院は原則として県立であり、券が運営している。病院の予算は基本的には県が決めることとなる。
医療のコストを保険料の形で賄う	フランス	<ul style="list-style-type: none"> ●診療所・開業医については、出来高払い制度を用い、ただし毎年、医療費の枠が国会で決められ、その枠を超えると翌年度の診療報酬が減額される。 ●病院は、公的病院では総枠予算制度、私的病院の場合は患者一人一日あたりの定額払いと、全国協約方式によるドクターフィー（医師の技術料）で構成される。
	ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ●開業医の診療報酬（外来）については、州レベルで保険医協会と疾病金庫団体間で契約する。 ●病院の診療報酬については、個々の病院がその州内の疾病金庫団体ごとに、診療報酬契約を結ぶ。診療報酬支払いには緩やかな予算制が設定されている。

前述の平成19年度のアンケート調査でも、医師の報酬のあり方について、多数の自由回答を頂いた。（次ページの通りである。）

医師の報酬についての自由回答を見ると、以下のような指摘が多い。

- 診療報酬を上げてほしい（指摘率19.2%）
- 技術料を適正化してほしい（指摘率17.9%）
- 往診・在宅医療の報酬を高くしてほしい（指摘率16.0%）
- 患者の自己負担の軽減措置を導入してほしい（指摘率13.5%）

● 「診療報酬を上げてほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓ 「診療所（特に有床）の診療報酬は、20年前に比べて、約60%に低下している。よって、眼科や整形外科をのぞく、一般の内科・外科の有床診療所は、ほとんどが無床化した。この是非を言うわけではないが、本来の『かかりつけ医』『いつでもみてくれる医者』であった町の開業医が、かわってしまった（かわらざるを得なかった）原因が、診療報酬の低下である。日本は、まだまだ国民医療費が低い。（G7中、最下位。）『かかりつけ医』の診療報酬を上げることが『患者の期待するかかりつけ医』をつくり出す」
- ✓ 「医療費抑制政策を見直し、欧米並みの診療報酬へ。その内で、不採算部門とされてきた小児医療・救急医療等への重点的配分が大切と考えます。又、勤務医の過重労働や、医師・看護師不足に対応するための病院に、厚く診療報酬を配分することも必要かと考えます」

● 「技術料を適正化してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓ 「現在の出来高払い制度では、検査や薬が多く出されるため、技術の評価に対する報酬が正当に評価されない」
- ✓ 「医師の技術料（Doctor's fee）、医師以外の専門職と病院機能（設備その他）を維持、向上発展させるためのHospital feeについての配慮が全くない。これらの費用を適正に評価すべきである。そうでなければ良い医師、よい病院は残らない」

● 「往診・在宅医療の報酬を高くしてほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓ 「往診など不採算になりやすいものへの対応が無い」
- ✓ 「へき地での訪問診療は移動距離が長く、1件あたりの時間がかかる。車代として患者負担を求めているので、診療報酬で対応してもらえるとありがたい」

● 「患者の自己負担の軽減措置を導入してほしい」とする代表的な自由回答は以下の通り。

- ✓ 「在宅療養支援診療所を届け出れば、報酬上はやや有利となるが、同時に患者負担も増えることになる。施設入所→在宅を促進するなら、患者負担の軽減も同時に考える必要がある」

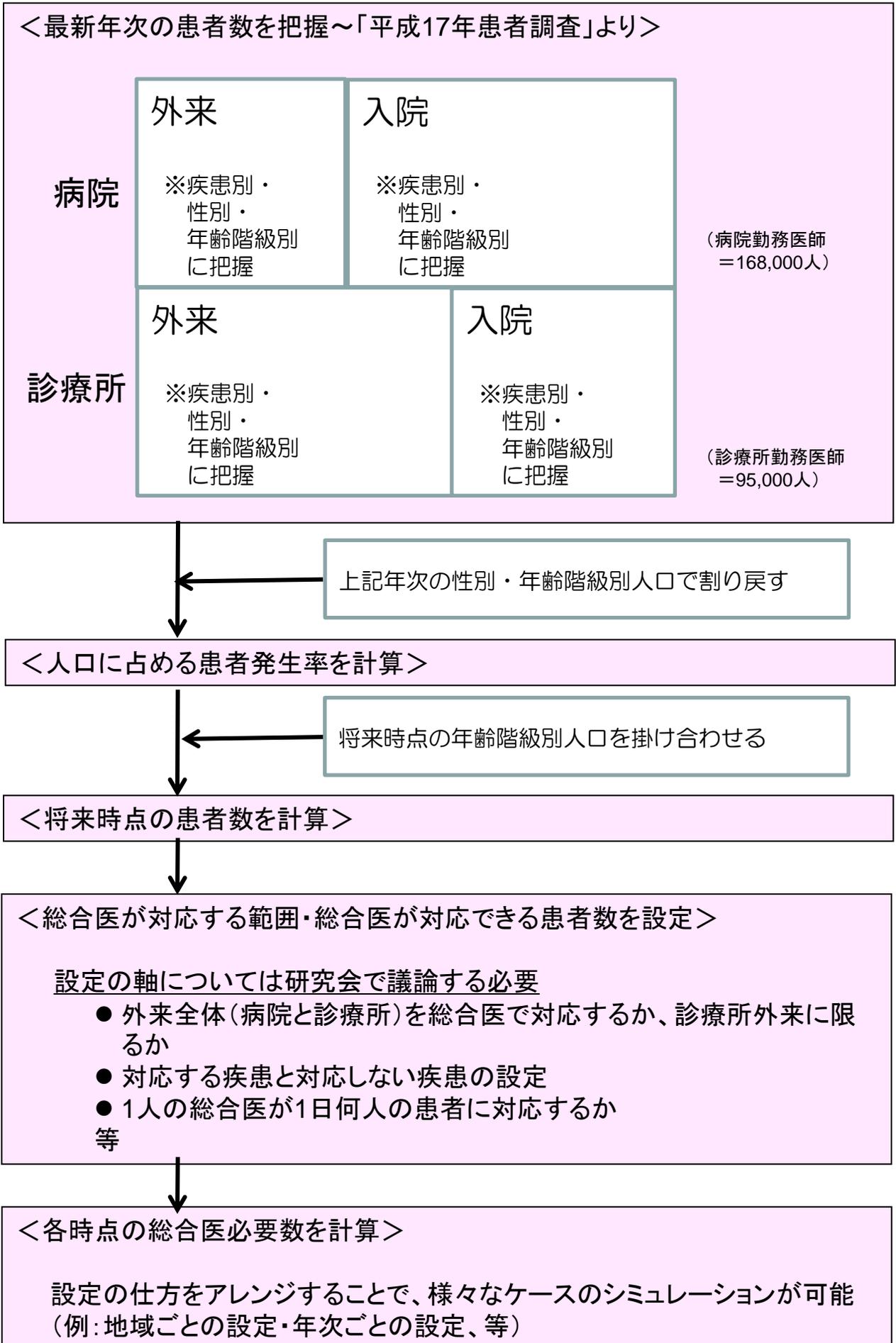
(参考) 医師の必要数推計



- これまでのわが国の医師育成においては、国民の医療ニーズの状況が考慮されず、各専門分野の育成数は、学生の自由な選択によって左右されるものであり、国民の必要数に基づいた育成がなされてこなかった。
- そこで、ここでは、総合医と専門医に分けた上で、国民の医療ニーズの状況に即して、どの程度の医師が必要になるのかを推計する。
- なお、ここで推計される医師数は、あくまでも臨床医の数である。

(参考) 総合医の必要数推計

(1) 推計の考え方



(参考) 総合医の必要数推計

(2) 推計の結果

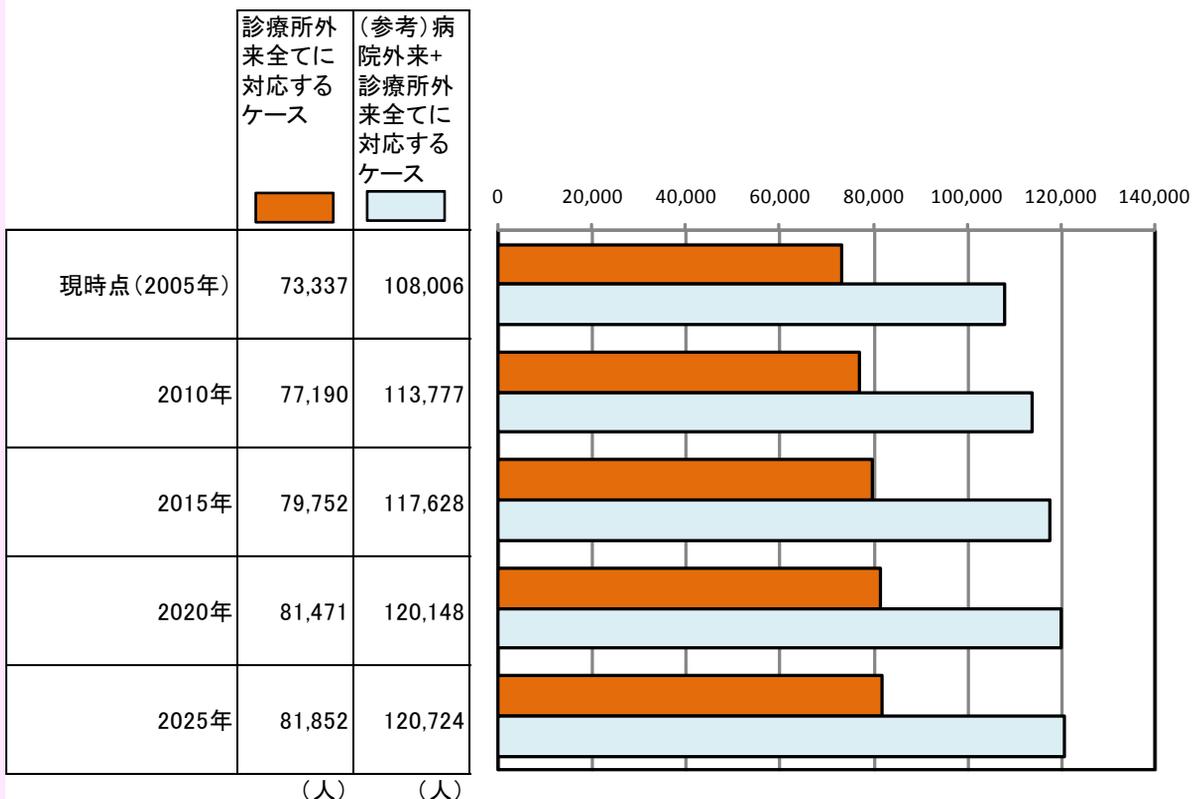
< 今回の推計の仮定 >

- 全国1本で推計
- 総合医が、診療所の外来全体に対応する場合と病院・診療所の外来全体に対応する場合を推計
- 1人の総合医が1日53.7人の外来患者に対応する(平成19年度本研究会のアンケート結果より)



< 設定の結果 >

各年度における総合医必要数(推計結果)



人口千人当たり医師数

	診療所外来全体に対応するケース	(参考)病院外来+診療所外来全体に対応するケース
現時点(2005年)	0.6	0.8
2010年	0.6	0.9
2015年	0.6	0.9
2020年	0.7	1.0
2025年	0.7	1.0

(人) (人)

(参考) 専門医の必要数推計

(1) 推計の考え方

●病院の臨床医と担当する疾病分類の対応を作る(→次ページ図の通り)

●平成14年時点における病院の臨床医の数と、担当する疾病分類の患者数との関係を算出する(→次々ページ図の通り)

<留意点1>

- 関係を算出するに当たっては、入院患者と外来患者の負担(手のかかり方)の違いを勘案する。
- 平成18年「医師の需給に関する検討会報告書」では、病院の医師の診療時間の配分について、「病院外来:病院入院=40:60」と出ている。
- その数値を基に、実際の病院外来患者数と病院入院患者数(いずれも「患者調査」のデータ)で計算すると、外来患者1人に対する時間と入院患者1人に対する時間は1:2となる。
- 上記の計算結果を踏まえ、以下の推計では、「入院患者1人の手間は外来患者1人の手間の2倍である」と設定して推計を進めるものとする。

<留意点2>

- 麻酔科医は手術の件数に比例して推計する。なお平成14年の実数値と平成17年の実数値に乖離があるため、平成17年値を足元データとする。

<留意点3>

- 産科医・産婦人科医の将来推計については、将来人口推計の出生数(中位推計)に比例して推計する。

※女医の比率については、現行と同様で推移するものと仮定。

※医師の稼働率については、変わらないものと仮定。

●2005年～2025年における患者数を推計(総合医の推計で算出)し、上記の比率を掛け合わせて、各科目の病院臨床医の必要数を算出する



病院の臨床医の診療科目（主なもの）と疾病分類の対応

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	X I	X II	X III	X IV	X V	X VI	X VII	X VIII	X IX	X X	X X I	X X II	
	感染症及び寄生虫症	新生物	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	内分泌・栄養及び代謝疾患	精神及び行動の障害	神経系の疾患	眼及び付属器の疾患	耳及び乳様突起の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	消化器系の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患	尿路器系の疾患	妊娠・分娩及び産じょく	周産期に発生した病態	先天奇形・変形及び染色体異常	症状・徴候及び異常臨床所見〇異常検査所見で他に分類されないもの	損傷・中毒及びその他の外因の影響	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	尿路器系の疾患のうち乳房及び女性性器の疾患（再掲）		
内科	●	●	●	●	●	●			●	●	●												
心療内科					●																		
呼吸器科										●													
消化器科(胃腸科)											●												
循環器科									●														
アレルギー科										●													
リウマチ科												●											
小児科	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下			14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	14歳以下	
精神科					●																		
神経科						●																	
神経内科						●																	
外科																						●	
整形外科																						●	
形成外科																						●	
美容外科																						●	
脳神経外科									●														
呼吸器外科										●													
心臓血管外科									●														
小児外科																						14歳以下	
産婦人科	出生数に対応(将来推計においては、人口推計高位推計値に対応)																						
産科	出生数に対応(将来推計においては、人口推計高位推計値に対応)																						
婦人科																						●	
眼科							●																
耳鼻いんこう科								●			●												
気管食道科										●	●												
皮膚科												●											
泌尿器科														●									
性病科															●								
こう門科											●												
リハビリテーション科(理学診療科)													●									●	
放射線科	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
麻酔科	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	手術	
全科	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
その他	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
主な診療科名不詳	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
不詳	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	

図表：平成14年度「医師・歯科医師・薬剤師調査」「患者調査」から算出した病院の外来・入院患者数に対する病院臨床医の関係

	対象疾病の患者数 に対する係数(入院 患者数:外来患者数 =2:1として重み付 け)
内科	0.009304322
心療内科	0.000327545
呼吸器科	0.008314343
消化器科(胃腸科)	0.018877831
循環器科	0.006492170
アレルギー科	0.000247143
リウマチ科	0.000925074
小児科	0.034362319
精神科	0.011778479
神経科	0.001052174
神経内科	0.010747826
外科	0.047417487
整形外科	0.031496815
形成外科	0.003193399
美容外科	0.000023162
脳神経外科	0.005511992
呼吸器外科	0.002845174
心臓血管外科	0.002317380
小児外科	0.025103093
産婦人科	0.004566388
産科	0.000197597
婦人科	0.012649351
眼科	0.038584392
耳鼻いんこう科	0.010006118
気管食道科	0.000025432
皮膚科	0.033851091
泌尿器科	0.021443299
性病科	0.000015464
こう門科	0.000494166
リハビリテーション科(理学診療科)	0.001718641
放射線科	0.000799329
麻酔科	0.014364719
全科	0.000161438
その他	0.000718822
主な診療科名不詳	0.000094526
不詳	0.000075196

←出生数に対する比率
←出生数に対する比率

←病院からの推計退院患者数(手術あり)に対する比率(医師数は平成16年の値、推計患者数は平成17年の値)



各専門科の 病院臨床医数 (A)	各専門科に対 応する入院患 者数 (B)	各専門科に対 応する外来患 者数 (C)	係数 $\frac{(A)}{(B) \times 2 + (C)}$
------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--

(参考) 専門医の必要数推計

(2) 推計の結果

病院臨床医の実績値 (2006年)	医師の稼働率が、2006年と変わらないケース			
	病院臨床医の必要数 (2005年推計値)	病院臨床医の必要数 (2010年推計値)	病院臨床医の必要数 (2015年推計値)	病院臨床医の必要数 (2025年推計値)
内科	28,467	30,825	36,751	39,154
心療内科	261	248	272	279
呼吸器科	3,055	2,440	2,856	3,066
消化器科(胃腸科)	6,336	5,146	5,921	6,203
循環器科	6,657	5,785	7,700	8,574
アレルギー科	94	99	105	112
リウマチ科	482	320	380	403
小児科	7,220	5,076	4,525	4,061
精神科	9,317	8,922	9,404	10,050
神経科	196	269	322	343
神経内科	2,660	2,748	3,286	3,500
外科	15,299	16,392	19,548	20,938
整形外科	10,772	10,888	12,984	13,908
形成外科	1,269	1,104	1,316	1,410
美容外科	11	8	10	11
脳神経外科	4,975	4,911	6,538	7,280
呼吸器外科	1,076	835	909	1,049
心臓血管外科	2,244	2,065	2,749	3,061
小児外科	532	382	324	288
産婦人科	4,764	4,826	3,818	3,530
産科	274	209	165	153
婦人科	647	412	406	378
眼科	3,967	3,777	4,123	4,595
耳鼻いんこう科	3,077	3,192	3,719	3,963
気管食道科	11	14	17	18
皮膚科	2,563	2,556	2,782	2,859
泌尿器科	4,163	4,321	5,029	5,284
性病科	4	3	4	4
こころ科	151	135	155	162
リハビリテーション科(理学診療科)	1,637	1,189	1,307	1,508
放射線科	3,972	3,708	4,058	4,637
麻酔科	5,018	5,065	5,553	5,692
全科	163	749	883	937
その他	3,437	3,334	3,330	4,170
主な診療科名不詳	274	438	517	548
不詳	153	349	411	436
合計	135,198	133,172	153,908	162,563

(注)ただし、実績値の「その他」には「研修医」が含まれない。

〇〇〇

2006年実績値よりも大きい数値

(参考) 総合医と専門医の推計結果のまとめ

人口10万人に対する医師数

	2005年(現時点) 推計値	2010年推計値	2015年推計値	2020年推計値	2025年推計値
総合医(診療所外来全てに対応するケース)	58	61	64	66	69
専門医(病院臨床医)	105	113	123	132	142
内科	24	27	29	32	34
心療内科	0	0	0	0	0
呼吸器科	2	2	2	2	3
消化器科(胃腸科)	4	4	5	5	5
循環器科	5	5	6	7	8
アレルギー科	0	0	0	0	0
リウマチ科	0	0	0	0	0
小児科	4	4	4	3	3
精神科	7	7	8	8	9
神経科	0	0	0	0	0
神経内科	2	2	3	3	3
外科	13	14	16	17	19
整形外科	9	9	10	11	12
形成外科	1	1	1	1	1
美容外科	0	0	0	0	0
脳神経外科	4	5	5	6	7
呼吸器外科	1	1	1	1	1
心臓血管外科	2	2	2	2	3
小児外科	0	0	0	0	0
産婦人科	4	3	3	3	3
産科	0	0	0	0	0
婦人科	0	0	0	0	0
眼科	3	3	4	4	4
耳鼻いんこう科	3	3	3	3	3
気管食道科	0	0	0	0	0
皮膚科	2	2	2	2	2
泌尿器科	3	4	4	4	5
性病科	0	0	0	0	0
こころ門科	0	0	0	0	0
リハビリテーション科(理学診療科)	1	1	1	1	1
放射線科	3	3	3	4	4
麻酔科	4	4	4	5	5
全科	1	1	1	1	1
その他	3	3	3	3	4
主な診療科名不詳	0	0	0	0	0
不詳	0	0	0	0	0

(参考) 人口 127,285,653 127,176,450 125,430,213 122,735,003 119,269,827 (人)

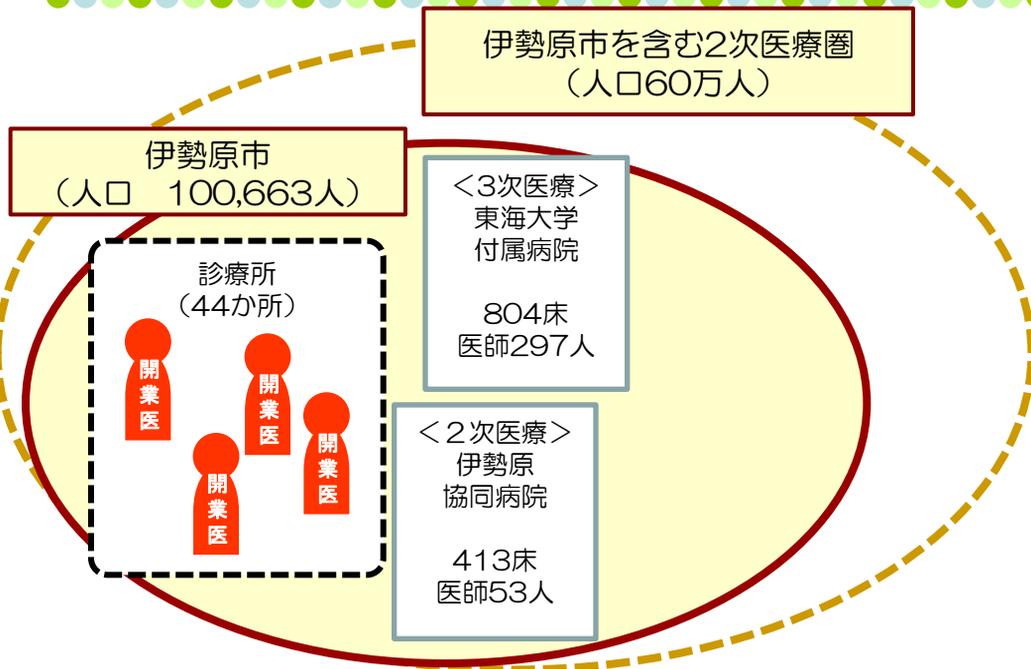
(参考) 医師の標榜科の変遷

	標榜診療科の変遷
昭和23年 (医療法制定時)	内科、精神科、小児科、外科、整形外科、皮膚泌尿器科（又は皮膚科、泌尿器科）、産婦人科（又は産科、婦人科）、眼科、耳鼻いんこう科、理学診療科（又は放射線科）、歯科
昭和25年 (法改正)	神経科、呼吸器科、消化器科（又は胃腸科）、循環器科、性病科、こう門科
昭和27年 (法改正)	気管食道科
昭和40年 (法改正)	脳神経外科、放射線科の独立
昭和50年 (法改正)	神経内科、形成外科
昭和53年 (法改正)	美容外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、矯正歯科、小児歯科
平成4年	医療法改正により、診療科名（標榜診療科名）については、政令（医療法施行令）で定めることとされる
平成8年追加 (政令（医療法施行令）改正)	アレルギー科、心療内科、リウマチ科、リハビリテーション科（「理学療法科」の廃止）、歯科口腔外科
・ 麻酔科は昭和35年特殊標榜科目（許可制の標榜科）として認可された。	

（資料）厚生労働省資料。

(参考) 地域別に見た総合医の位置づけ

(1) 都市部・・・神奈川県・伊勢原市の例



平成15～17年度に実施された「かかりつけ医モデル事業」における取り組み

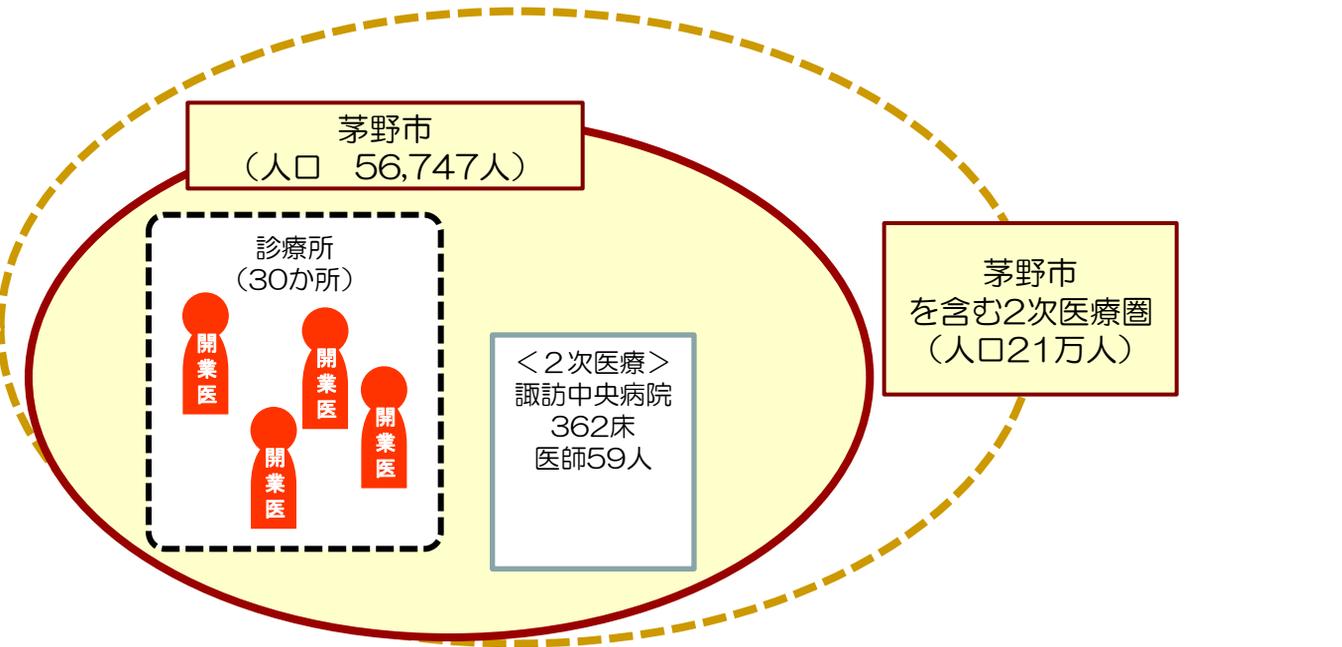
柱1：予防と医療の連携 「予防を目的とした健診後指導システムの構築」	重点項目 「かかりつけ医機能を生かした個別健康指導事業」 ●基本健康診査の結果から、生活習慣改善のための個別指導が必要だと（かかりつけ医が）判断した住民に対して、市がヘルスアップ支援を行った。
	その他項目 「健康指導チームの活用事業」「中高年健康づくり運動指導事業」など
柱2：診療所と病院の機能連携 「地域における診療所・病院の連携体制の構築」	重点項目 「患者紹介・逆紹介システム構築支援」 ●伊勢原協働病院を中核として医療機関連携システムを構築し、かかりつけ医から伊勢原協働病院への外来・検査予約等がオンライン上で行われるようにした。
	その他項目 「開放病床等の運営強化」「生活習慣病を中心としたクリティカルパス研究」「医師及び医療技術者の研修会の開催」など
柱3：地域住民への情報提供 「かかりつけ医を推進するための情報提供」	重点項目 「医療機関マップの作成」 ●市内の医療機関の情報を個別に掲載した「安心!医療施設ガイド」を発行し、全戸配布した。
	その他 「健康カレンダーの作成」など
その他 「安心して安全な在宅生活の支援システムの構築」	「安定・継続した在宅療養生活の支援事業」 ●医療処置や介護等に不安がある場合（レスパイトを含む）や、病院からの退院に際して在宅での療養に不安がある場合に、市内の有床診療所で一時的に預かった。

(ご参考) 伊勢原市を含む2次医療圏(人口60万人)の病院

	病院名	救急指定	病床数	医師数
伊勢原市内	東海大学医学部附属病院	3次	804	297
	伊勢原協同病院	2次	413	53
	伊勢原日向病院		168	7
伊勢原市外の 湘南西部保健医療 福祉圏内	平塚市民病院	2次	506	90
	平塚共済病院	2次	441	95
	国立病院機構神奈川病院	2次	370	41
	東海大学医学部附属大磯病院	2次	358	80
	秦野赤十字病院	2次	320	48
	済生会平塚病院	2次	114	12
	八木病院	2次	94	30
	平塚十全病院		225	14
	高根台病院		236	8
	鶴巻温泉病院		591	20
	富士見台病院		350	7
	研水会平塚病院		298	8
	みくるべ病院		280	5
	くず葉台病院		41	3
	秦野病院		151	9
	丹沢病院		394	16
	くらた病院		41	9
ふれあい平塚ホスピタル		94	12	
秦野厚生病院		221	12	

(参考) 地域別に見た総合医の位置づけ

(2) 地方都市部・・・長野県・茅野市の例



平成15～17年度に実施された「かかりつけ医モデル事業」における取り組み

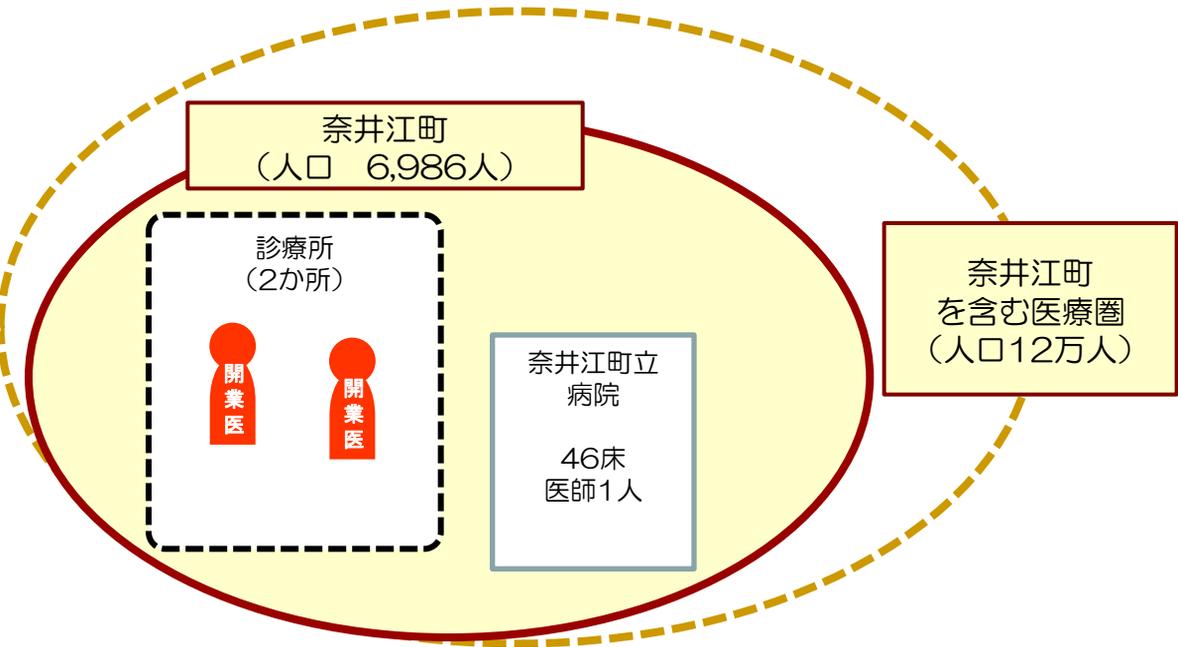
<p>柱1：予防と医療の連携 「健診情報の共有」</p>	<p>重点項目 「運動処方箋の普及」 ●寝たきり予防対策として、医師が運動処方箋を作成、運動教室への参加につなげた。 「緑内障の健康診断」 ●診療所と諏訪中央病院の眼科専門医が協力して市民に啓発活動、診療所・病院での緑内障検診につなげた。</p> <p>その他項目 「地域の健康運動（熟年体育大学）」など</p>
<p>柱2：診療所と病院の機能連携 「地域における診療所・病院の連携体制の構築」</p>	<p>重点項目 「診療所と病院との患者情報の共有化」 ●簡易な情報システム（ドクターズデスクライト）を活用して、市内の診療所と諏訪中央病院とで患者情報を共有化した。 「地域クリティカルパスの作成」 ●糖尿病、肩関節症、腰痛等において、診療所→諏訪中央病院→診療所の地域連携クリティカルパスを作成した。</p> <p>その他項目 「家庭医（かかりつけ医）のための入院ベッドの確保」 「開業医が連携した平日夜間の1次救急事業」「安全とお産のネットワーク」など</p>
<p>柱3：地域住民への情報提供 「家庭医（かかりつけ医）を推進するための情報提供」</p>	<p>重点項目 「家庭医（かかりつけ医）推進のための市民への情報提供」 ●市内の開業医についての情報ガイドを作成、全戸配布した。</p> <p>その他 「尊厳死の意思カードの作成」など</p>

(ご参考) 茅野市を含む2次医療圏(人口21万人)の病院

	病院名	救急指定	病床数	医師数
茅野市内	諏訪中央病院	2次	362	59
茅野市外の 諏訪保健医療 福祉圏内	市立岡谷病院	2次	292	27
	岡谷塩嶺病院	2次	270	12
	諏訪湖畔病院	2次	327	15
	諏訪赤十字病院	2次	455	90
	富士見高原病院	2次	149	24
	諏訪共立病院	2次	94	14
	諏訪城東病院		48	26
	上諏訪病院		77	11
	昭和伊南総合病院		300	23

(参考) 地域別に見た総合医の位置づけ

(3) 農村部・・・北海道・奈井江町の例



平成15～17年度に実施された「かかりつけ医モデル事業」における取り組み

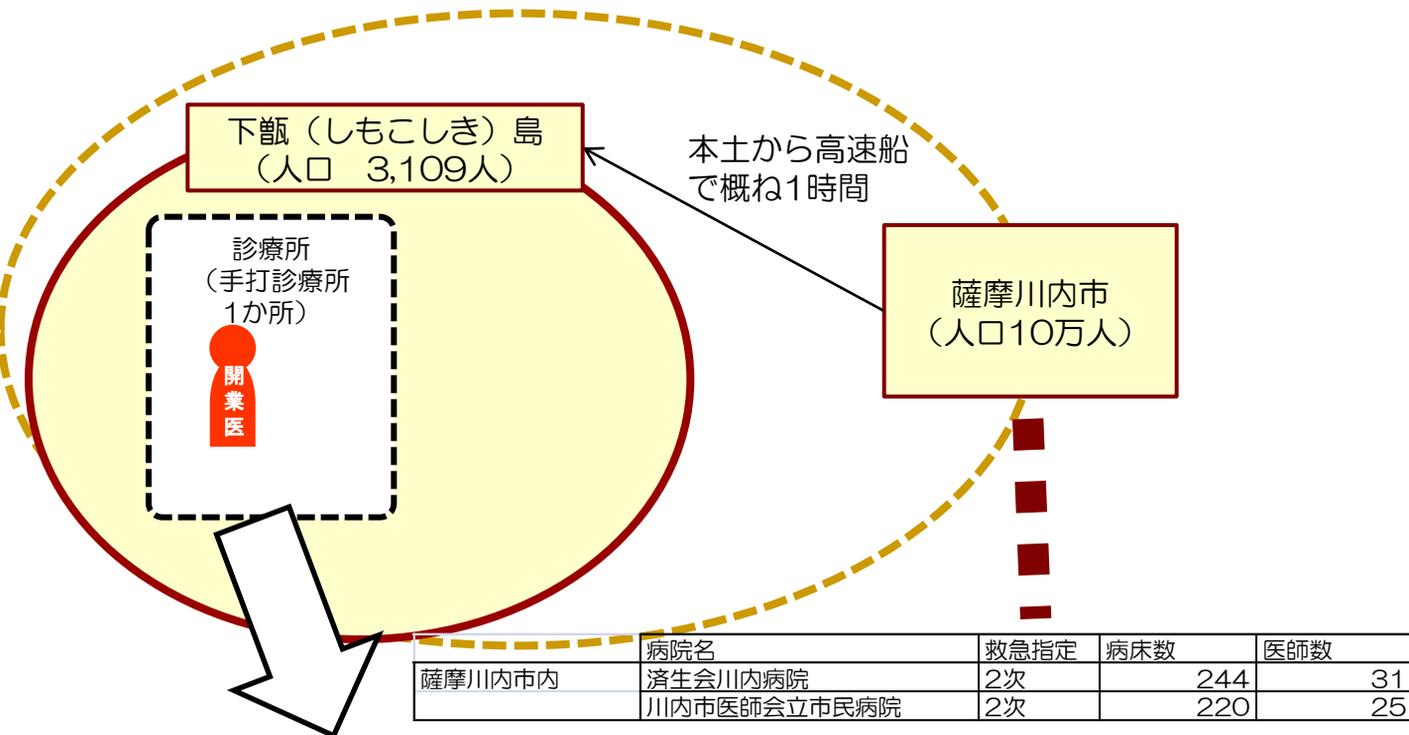
柱1：予防と医療の連携 「健診情報の共有」	重点項目 「生活習慣病、特に動脈硬化等予防対策ネットワーク事業」 <ul style="list-style-type: none"> ●住民の健診結果を（本人の同意のもとで）病院・診療所間で共有し、診療、予防活動（禁煙教室など）につなげた。 「小児期からの生活習慣病予防」 <ul style="list-style-type: none"> ●学校と医療機関が協力して、児童に健診を行い、母親向けに健康教室等を実施した。
	その他項目 「健康づくり応援団事業」など
柱2：診療所と病院の機能連携 「地域における診療所・病院の連携体制の構築」	重点項目 「病診連携推進事業」 <ul style="list-style-type: none"> ●奈井江町立病院において開放型病床を継続実施、解剖型病床活用の手引きも作成した。
	その他項目 「検査結果伝送システム（病院・診療所間）」 「歯科医師による訪問事業」など
柱3：地域住民への情報提供 「家庭医（かかりつけ医）を推進するための情報提供」	重点項目 「住民への情報提供の推進」 <ul style="list-style-type: none"> ●住民アンケートを通じて、家庭医（かかりつけ医）を普及。
	その他

(ご参考) 奈井江町を含む医療圏(人口12万人)の病院

病院名	救急指定	病床数	医師数
奈井江町立国民健康保険病院		96	1
滝川市立病院	2次	350	37
市立赤平総合病院	2次	180	11
砂川市立病院	2次	521	65
市立芦別病院	2次	189	14
滝川脳神経外科病院	2次	132	非公開
滝川中央病院		297	非公開
平岸病院		366	14
佐藤病院		非公開	非公開
芦別精療院		236	6

(参考) 地域別に見た総合医の位置づけ

(4) 過疎地・離島など・・・鹿児島県・下甕島の例



手打診療所の医療（瀬戸上健二郎所長ヒアリング結果）

- あらゆる患者が来て、それに対応していく必要がある。極力、離島内で完結した医療を行う必要がある。
- 住民の期待に応え、信頼を得ることが何よりも大切である。
- 勤務時間は、365日、24時間体制で、勤務時間はあってなきがごとし。ただし、年中忙しいわけではない。
- 手打診療所は、ある程度の専門的検査や、いざという時には入院までできる有床診療所である。救急医療対策は重要で、CTも必要不可欠になっている。
- 診療所でも最先端の医療ができる。インターネット等で本土の病院とつないで、同じ画像を見ながら、病院の医師とディスカッションすることもできるし、ITカルテを鹿児島大学とつなげている。
- 島の中で対応できないケースは本土の病院に送らざるを得ない。いつでも受け入れてくれる病院が複数あり、困ることはない。
- 眼科や産婦人科の専門医も定期的に来てくれており、助かっている。

総合医体制構築のための課題（瀬戸上健二郎所長ヒアリング結果）

- 離島医療の目標は、医療・保健・福祉全てのことを島の中で完結できること。特に救急医療は大切で、ハード面の整備を含めた体制づくりが必要である。
- 有床診療所は福祉の一環として機能してもよいのではないか。在宅医療を無理やり推進する必要はなく、必要に応じて入院でケアすればよいと思う。
- 離島医療の持つ利点を活用した魅力作りに取り組んでほしい。医師の側からすると、いろいろなことを身に付けていって、最終的にかかりつけ医になるということによりよいと思う。最初から「かかりつけ医になって下さい」といっても、若い医師を引き付けることはできないのではないか。
- 離島医療は本来厳しく、辛く、時には泣きたくなることもあるが、それを乗り越えたところに離島医療の面白さややりがいがある。島全体が診療所と考えれば、都会にはない利点・魅力がある。