

特集 1

Special

座談会

# 総合診療専門医への取り組み

司会・進行 **押淵 徹** 国診協会会長／長崎県・国保平戸市民病院長  
**金丸吉昌** 国診協副会長／宮崎県・美郷町地域包括医療局総院長  
**岩崎 榮** 国診協参与／卒後臨床研修評価機構専務理事  
**中村伸一** 福井県・おおい町国保名田庄診療所長  
**大原昌樹** 香川県・綾川町国保陶病院長



日本専門医機構では、平成30年4月から新しい総合診療専門医制度を含む専門医制度が全19領域で実施する方向でまとまった。

本年2月に行われた国診協都道府県協議会会長・協議会設置国保連合会事務局合同会議で岩崎榮・国診協参与からの発言もあるように、国民にとって理解しやすく、現場も円滑にその指導にあたっていく姿を構築していく必要がある。特に、これから総合診療専門医を目指す若い先生方に魅力ある姿を構築していかななくてはならない。

そこで今号では、「総合診療専門医への取り組み」をテーマに座談会を開催して、会員に向けて総合診療専門医制度構築について、現状分析や今後の展望・課題について周知徹底を図ってきたい。



押淵 徹氏



金丸吉昌氏



岩崎 榮氏



中村伸一氏



大原昌樹氏

## 全人的な医療を求める国民のニーズから 誕生した総合診療専門医

**押淵** 本日は総合診療専門医の取り組みについての座談会を開きたいと思います。それぞれの専門医制度にかかわってこられた方々ですので、思いの丈を述べていただき、全国の国診協の会員の皆様方が、総合診療専門医を受け入れて、私たちが望む総合診療専門医の育成をしていくという目標に向かって同じ歩みを進めていただくように呼びかける座談会にと思っていますので、それぞれの思いを話していただければと思います。

まず、岩崎先生に口火を切っていただきたいと思います。総合診療専門医は、どのような時代のニーズから出てきた専門医であるのかを、もう一度、お話しいただければと思います。

**岩崎** 私が臨床医になったころは、各診療科が独立したような臓器別でない、内科も大内科制、外科も大外科制で教育を受けました。今でもそれは大変いいことだと私は思います。それがだんだんと臓器別になっていき、どういう弊害が起こってきたかは、今日の医療の現状を見れば明白です。その中で総合的な全人的な、患者さん本意の医療を求めている多くの国民の皆さんがおられます。それに今、応えられない病院や医師が生まれてきているのではないかと思います。そういう経緯があって、総合医の必要性が出てきたものと思います。

今育ちつつある若い人たちは、臓器別で育ってきている人たちがほとんどで、来年から始まる専門医制度を見ても、9割以上の人たちが専門医志向だと思います。その中で、総合診療だけを行う人たちが専門

医でないことによって、それを忌避することを防止するために、総合医についても総合診療専門医をつくらざるを得なかったと思います。あえて本当のことを言えば、総合医は専門医でなくてもいいと私は思っています。

**押淵** 高久史磨先生が2015年の「医師のあり方検討会」で座長を担当しておられました。その検討会でも高久先生は岩崎先生と同じ発言をされておられました。つまり、18の専門領域に専門医という称号を与えるならば、それに匹敵する名称を与えないと、若い人たちには受け入れられないということです。専門医としての19番目に位置づけられたというお話でしたが岩崎先生の年代と私の年代と皆様方の年代とは、ちょうど一世代、二世代ずつ離れております。私は岩崎先生のようなすべての診療科目を診ておられる先生方の姿を当時見ていました。それは、あらゆる患者さんたちの訴えを聞き、そこに目を向ける先輩医師が多数おられた時代でした。今では医科大学を卒業してすぐに私どもの診療施設に派遣されてきた医師たちが、「自分は何々科の専門だからこれ以外は診ません、風邪は私の専門ではありません」という医師が育ってきたことに、非常に危惧を覚えています。先ほどの岩崎先生のお話は、本座談会の骨格をなす話であると思います。それを基点に皆様方の思いをお話いただければと思います。金丸先生いかがでしょうか。

## 自治医科大学の建学の精神が 総合診療専門医の姿

**金丸** 平成30年4月から専門医として19領域そろってスタートが決められ、現在その募集が始まり、準備が



加速している渦中だと思います。国民にとって、今改めて総合診療専門医の活躍が非常に期待されている中に、今回1年の延期とはいえ、まだ十分議論と準備ができないまま、やむを得ずスタートしているのが正直なところだと思います。しかし、決まった以上それに向けて国診協としても、会員の皆さんとともに、きちんと準備していくことは当然必要になってきます。そのことを広く国診協の会員の皆様と共有化をはかり、準備に資するものであるように、この座談会を位置づけていただければと思っています。

私は宮崎県の中山間へき地に25年ほど勤務をさせていただいています。当時から、自治医大の先生と一緒に汗をかいてまいりました。自治医大の建学の精神そのものが、まさに総合医として中山間へき地・離島の医療に携わる大切な役割として、今日、脈々とその精神が受け継がれ、多くの地域医療を提供する医師が輩出されて現在に至っていることは、多くの方に認めていただいていることではないでしょうか。全国で自治医大卒医師が総合医としてすばらしい活躍をされていると思っています。この姿を、総合診療専門医制度に照らしながら広く養成していくことが、私たち国診協にとってもわかりやすく、しっかりと進めていく姿ではないかなと思っています。

**押淵** 中村先生、いかがでしょうか。

**中村** 私は自治医大の出身です。かつて私の先輩に当たる自治医大の卒業生有志たちが、「総合医を専門医化にできないのだろうか」と、初代学長の中尾喜久先

生のところへ相談に行ったことがありました。実現しなかったのは、時代が早すぎたのかもしれませんが。また、私の医学生時代に「家庭医に関する懇談会」が厚生省で開催されましたが、当時の私は家庭医療研究部というサークル活動を行っていたので、この懇談会には非常に関心を持っていました。

1985年に懇談会が始まり開催され87年に報告書が出されています。この懇談会には国診協参与の岩崎先生や前沢先生が関わっていらしたので、今、岩崎先生とお話できていることにご縁を感じます。あの当時、前沢先生は自治医大地域医療学助教授でした。前沢先生は当時授業で「臓器別専門医と総合医の数が、半々になると日本の医療はよくなる」と言われていたことを覚えています。その後30年たっても全然そうなっていませんが、総合診療専門医という総合医に似たものを選択する医師が多くなれば、少しは近づくのではないかなという印象を持っています。

ただし現状では、国民のために標準的な質を担保した専門医を育成するという本来の目的以外の問題、たとえば医師の地域偏在や労働環境などの問題が複雑に絡み合っています。しかし総合医は、そもそもそういった複雑系、カオス系に強いという触れ込みですので、こういった状況でめげちゃいけないとは思っています。

**押淵** 要するに、医師の中のアメンバーみたいなものですね。

**中村** そうですね。そしてカメレオンですね。状況に応じて変幻自在に対応する。これが総合医の本質です。

**押淵** そのマインドを持った医師が必要だと思いますね。

**中村** そうですね。だから臨床の中での複雑な問題を絡んだ患者さんの診察だけではなく、その専門医制度の中の複雑な絡みにも、頑張って対処していかなければならないと思っています。

**岩崎** 今、言われている家庭医とその当時、家庭医懇で考えた家庭医では、明らかに違います。つまり、今、考えている家庭医は、臓器別的なものの集まりで、それを家庭医の中にはめ込んでいるという感じ

がしてなりません。その当時は臓器別の話がなかった時代で、30年前の話です。そのころは、単純に家庭医が全人的な医療と考えていました。あまり臓器別的な考え方をしていなかったため、始めから幅広い医療を患者さんやその地域住民のニーズに応じていく医療を提供するような発想が、委員のほとんどの人にあったと思います。

今議論されている、総合診療専門医に近く臓器を考えない医療ということが原点にあったとの思いで大いに賛同をして、いろいろと議論したことを思い出します。

**中村** その「家庭医に関する懇談会」の報告書の実物があまり存在しないので、コピーを拝見しました。今読んでも全然古さが感じられなく、新しい印象ですね。

**岩崎** そうですね。

**押淵** それは読み直す価値がありますね。

### 「家庭医に関する懇談会報告書」は 総合診療専門医の手本

**岩崎** 今の総合診療専門医の制度化を行うために役に立つのは、その当時のものだったと思います。30年前を振り返ってみて、いまだにその報告書は間違いではなかったと思っています。ただ、当時の家庭医と今の家庭医を合体させているような考え方は、私は間違いだと思っています。つまり、根本的に考え方の発想の出発点が違うと思っています。

**押淵** それでは、大原先生お願いします。

**大原** 私も前沢先生が会長だった自治医大で開かれた「第1回家庭医療学研究会」に参加し、参加者が熱く家庭医について語っていたのを思い出します。私が卒業したのは昭和60年で、ちょうど現在の学会主導の専門医制度ができ始めたころでした。脳外科や麻酔科以外はまだ十分に専門医制度が確立されていない時期でした。私は当時415床の三豊総合病院に赴任、へき地巡回診療や在宅医療をしながら内科をしていましたので、専門医はとりやすかったと思われる人が多いのですが、当時は今と認定施設の基準が違い、三豊総合病院は学会の認めた教育施設にはなっておらず、内科認



定医や専門医にはなれない状況でした。大学から派遣された人は、帰ればすぐ専門医がとれますが、自治医大の卒業生など総合診療的な医療を目指す人にとっては、専門医はとりにくくコンプレックスを感じたこともありました。当時、教育施設になれない理由の一つであった剖検をお願いするため一生懸命やったのを思い出します。

今、香川県でも私から上の世代は、総合診療や家庭医に専門医はいらないという先生も結構おられます。しかし、若い医師の立場になると、専門医制度に総合診療専門医が組み込まれたことはよかったと考えています。そのプログラムを地元で作ること、質を高めていくことがわれわれの役割だと思います。そうしないと思志のある人が回り道をしてしまいます。

30年前よりもさらに総合診療医のニーズは高まっており、志す人も増えていると思います。以前は、多くの患者さんを診ていろいろな病気を経験するのが良い医師になることだと言われ、大学では疾患が偏るので、地方の病院に来て積極的に勉強していました。最近は、風邪や高齢者の誤嚥性肺炎などは専門医の教育に必要なから、若い先生に受け持たせないようにという大学教授もいるそうです。若い先生の方でも自分の目指す専門領域の患者しか診ないと断言する先生もいて、おかしな時代になってきています。そういう意味では、総合診療専門医が活躍して、臓器別専門医とうまく連携して、お互い刺激し合ってよりよい医療を提供していくことが必要です。総合診療専門医を目指して、そ



れが評価される時代になってきたと思います。

### 地域医療に携わる国保直診が 次世代の医師を育成する

**押淵** 30年前の日本全体の水準からすると、地域包括ケアシステムに対する認識は国民にも厚労省にもなかったと思います。しかし高齢化が進んでいくに従って、地域包括ケアシステムの整備が必要だという認識が生まれてきた過程の中で、この総合診療専門医が脚光を浴びてきているという面も多々あると思います。ですから、超高齢者に特化した医療を提供する医師という意味ではなくて、高齢者をお世話するようになって初めて全国民に対して必要であるという、認識が変わってきたことも、この地域包括ケアシステムのもたらす意味ではなかろうかと思っています。

今、私は「医学教育と医師の養成のあり方検討会」の委員でもあります。現在、医学部の教育過程の必修科目の中の7つある実習科目の1つに、総合診療科があります。そこでは地域包括ケアシステムを地域で学ぶこととなります。このようなプランが厚労省の中から出てまいりまして、いよいよこういう時代になったのかと、大変うれしく思っています。そういう意味では、地域で実習を行う医学生たちを受け入れるためには、総合診療を志向した医師がいて、その学生たちを受け入れて教育をすることになります。大学の教育では、とてもできませんので、長年地域医療に携わっているわれわれ国保直診が次世代の医師を育成する役割

を果たすことが重要になると思っています。

**岩崎** 国民のほとんどは総合医のことや、昔言われた家庭医が何であるのかは理解していないと思います。また、医師たちでさえもよくわかっていません。したがって、国民に十分理解してもらう運動や広報が必要だと思います。そしてもっと親しみのある、生活に直結する医療に総合診療をもっていく必要があるかと思っています。恐らく、総合診療専門医が日本に展開すれば、国民の幸福に寄与するという制度にならなければいけないと考えます。

そのためには総合診療専門医も実践家がどんどん出てきて、実践している人たちが地域の人たちに医療を提供していくことによって初めて、国民も、「こういう医療でよかった」と実感してくれる時代が、私は必ず来ると思いますね。そこまでの立ちあげの段階だと思っています。そういうことを、全国でキャンペーンを行っていく必要がありますし、日本専門機構自体も国民向けのキャンペーンを行ってほしいと思います。われわれだけが浮き上がったことをやっても、地に着いた議論にはならないと思います。

かつて私は離島医療を始めたころに若月俊一先生から直接、出前医療を教えてくださいました。その当時、若月先生は「何でも屋でいいのですよ」と言われていました。地域には、何でも屋こそが必要ということを盛んに言われて、「あなたは何でも屋になりなさい、そうすると、離島医療はできますよ」ということを教えていただいたことをよく思い出します。しかし若月先生が言われたような時代と今は違いますが、考え方は同じだと思います。それを今回総合診療専門医という名称をつける、これは時代の変遷とともに名称も変わってきているかと思っています。そういうものを受け入れて、国民に説明をしながら、一緒に運動を進めていく必要があるだろうと思います。それは、国診協の先生方すべてが、総合医でなくても、すべての先生方が総合医的な考え方で医療を提唱することが必要なことではないかと思っています。

**中村** 私は日頃から介護におけるケアマネジャーと医療における総合医の比較で説明することがあります。

言うまでもなく、ケアマネジャーは介護業界でキーとなる職種で、介護サービスを受けるための窓口です。実は利用者やご家族は、自分でケアプランを立てることができますが、ほとんどのケースでケアマネジャーがケアプランを立てています。また、ケアマネジャーは、介護サービスを直接提供しません。

一方総合医は、多彩な疾患を抱えた高齢患者にとって最初の窓口になります。しかし現状は、高齢患者自身の判断で多くの科を受診していて、きっちり医療マネジメントできているとは思えません。そこで、私たち総合医はしっかりとマネジメントして、しかも医療サービスも提供することで、できる限りワンストップで終わらせるようにしています。手に負えない場合は各臓器別専門医に紹介する、患者さんにとってのゲートオープナーであり、臓器別専門医から見るとゲートキーパーという役割を果します。医療のマネジャー兼サービス提供者として、国民が医療を利用する際に、質と効率の両面で非常に有用な存在だと思います。

今後、きちんと教育を受けた総合診療専門医という新しい専門医が誕生します。この誕生するときうまく宣伝を行うことが大切だと思います。

**押淵** 今、わかりやすいお話でした。確かに介護分野でのケアマネジャーの役割を見ていたら、そう思いますね。初期のころのケアマネは、自分の関係する職種のケアに重点を置いたケアプランが立てられてしまい、利用者が望んでいる必要なプランであるかどうかは、別次元でしたね。確かにおっしゃるとおりだと思いますね。大原先生いかがですか。

**大原** ケアマネジャーの技術は、一言ではケアマネジメントです。中身はいろいろありますが、相談に来られれば親身に対応する、それに対していろいろなチャンネルがあって対応できる、自分だけでわからない時は相談できる人を紹介するというのが基本で、それが利用者に信頼されるケアマネジャーだと思います。総合診療専門医も同様で、「何でも相談できる」ことが重要だと思っています。技術は研修し経験を積む必要がありますが、地域やいろいろな職種とつながる技術、姿勢を学ぶことが最も大切だと考えています。臓器別



専門医は技術が中心です。しかし、総合診療専門医は、国保直診の多くが実践しているように、院内の多職種、地域の幅広い職種、そして地域住民とのつながりを重点的に学ぶことが必要です。

**押淵** 以前、私の勤務する病院には大学病院から派遣された医師が10名ほど、そのほかに、一旦専門医に区切りをつけてこられた医師がいました。その後2、3年すると、全員総合医になっていました。たとえば整形関連疾患内科も診て、もちろん骨折の診断を行うようになりました。私たち国保直診の現場にいる皆さんは、きっと、その土壤に育成されて総合医になっていくのだと思います。一方、それ以外のところで、多くの専門医が勤務する都会の医療機関では、その認知がなかなか難しいだろうと思います。総合診療専門医の姿を国民に周知していくには、どのようにしたらいいのか岩崎先生いかがでしょうか。

**岩崎** 国診協の病院や診療所の医師が、総合診療専門医になればいいと思います。そして、国診協の会員病院が総合的な医療を提供しているモデル病院になることで、「あの病院に見学にいけば総合診療がわかりますよ」ということを全国展開していき、それをマスコミで流してもらうことがいいと思います。たとえば中村先生の診療所で、1週間でも、2週間でもいけば、「こういうことが総合医なのか」ということがわかるモデル施設をいくつも国診協でつくっていけば、マスコミが乗ってくれるかどうかは、別な話だと思いますが、いいキャンペーンになると思います。



**押淵** 今のマスコミの出てくるその総合医は、専門科に行ってもわからなかった病状が、その先生が解明するというテレビ番組で、国民はあの番組に登場する医師を総合医と勘違いしていると思います。

**大原** インパクトありましたね。総合診療医という言葉が広まりました。

**押淵** ただ、テレビ番組に取り上げられる症例はあまりありませんね。

**中村** その通りですね。

**押淵** 毎日地域で診ている患者さんとは違います。われわれの地域にいる人たちも都会にいる人たちもその健康寿命も平均寿命も差がありません。つまり、きちんとした医療を提供している部分もあるものと思います。もちろん寿命に対しては、医療だけの関与ではないと思います。また、医療の質としてはある程度の医療が提供されているかだと思います。高度の専門医療をしなければ、長寿が保てないかというところではないことが証明できていると思いますが、どうでしょうか。

### 動画を投稿して、 総合診療専門医を国民に周知する

**中村** 高度ではありませんが、良質な医療を提供していることだと思います。そして、国民皆保険制度のもとで被保険者証1枚持っていれば、医療機関にフリーアクセスできることですね。

国診協が総合医の教育に向いている理由を言わせて

いただきます。従来の総合診療的な分野については、4つに分かれます。1つは北米型のER医、2つ目は総合内科医、3つ目は岩崎先生が言われた狭義の家庭医で、主に都市部のクリニック型家庭医です。4つ目は、われわれ国診協の中山間へき地・離島型の総合医です。北米型のER医は幅広い疾患も外傷も診ますが、慢性疾患は診ません。病院の総合内科医は内科を幅広く診ますが、外傷や整形外科疾患は診ません。クリニック型家庭医は、確かに家庭医としての仕事をきちんと行っていますが、検査手技や治療手技のテクニク的なことはあまり熱心ではありません。その点、中山間へき地・離島型の総合医は、バランスよく効率よく総合診療を行っていて、さらに地域とのかかわりを学ぶのに非常にいい環境だと思われます。したがって、長年地域医療を担ってきたわれわれ国診協こそ、総合診療専門医の育成に一番向いていると思います。ですから、どんどん若い人たちに来てもらおうと思います。

宣伝の仕方については、マスコミが乗らなくても、今、動画を自由に無料で投稿できる仕組みがあります。必ずしもメディアに載らなくても発信する手法はあるとは思いますが、しかし、その動画をどのようにわかりやすく作成するのが課題だと思います。

**岩崎** もう一つは、多職種の人たちを巻き込んでいくということです。医師だけでできる時代ではありません。たとえば、ケースワーカーや介護従事者とともに地域包括ケアのシンポジウムなどへ参加することです。介護従事者は、敷居が高くて医療従事者と話ができないとよく言われますので、それでは地域包括ケアはうまくいかないと思います。しかし、国診協の医療機関では、日頃から医療と介護の連携がうまく取れていると思います。そういう多職種の人たちと、どのように連携していくのか、または病院の中に取り込むのか、そういうことを行いながらモデル病院をいくつか国診協が指定をしていくことも必要かと思います。

**金丸** 国診協主催で開催している「多職種研修コーディネーター研修」と同様に、全国8ブロックでそれぞれの代表を出して、モデル的な研修病院を作ることができるといいですね。

**大原** 国診協の施設に研修に来たら、本当の「地域包括ケア」について学ぶことができる。研修後も大病院から中小病院、診療所まで全国の多様な施設で、ずっと継続して学んでいくができる、働くことができるということをもっとアピールしていく必要があります。それには、会員施設がさらに協力して、その方法を考えていかなければならないと思います。

**中村** 初期研修も後期研修も当診療所に来ますが、とにかく多職種連携がよくわかると言います。大きい病院でも、多職種連携を行っているはずですが、大所帯すぎてよく見えないということです。ところが、小さな診療所だと、多職種連携が見えやすいということは言われますね。

**押淵** さきほど中村先生が言われた、北米型のER医、総合内科医、クリニック型家庭医の3つの分野は、診療施設完結型の医療ではかなり力を発揮すると思います。しかし、われわれが目指している地域完結型の医療という意味では、われわれ国保直診にアドバンテージがあると思って聞いていました。したがって、地域完結型医療はやはり多職種連携をしっかり築き上げることで、強固なチーム医療ができていくと思います。

次に日本専門医機構で総合診療専門医の7つの資質、知識、あるいは経験の目標とそれを生かすためのプログラムの問題につきまして、この問題点なり、評価すべき点がありましたら、お話をうかがいたいと思います。大原先生いかがでしょうか。

**大原** 整備基準の7つの資質・能力については、岩崎先生を始め今日ご参加の先生方のご意見を元にまとめたものと聞いています。1. 包括的統合アプローチ、2. 一般的な健康問題に対する診療能力、3. 患者中心の医療・ケア、4. 連携重視のマネジメント、5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、6. 公益に資する職業規範、7. 多様な診療の場に対応する能力——でどれも重要ですが、特に連携重視や地域志向アプローチというのが総合診療専門医の特徴で、これらを国保直診で具体的に学ぶことができると思います。国保直診のプログラムには入れる必要がありますし、さらに充実させるべきだと思います。

ただ、今回のプログラム登録、申請については、専門医機構の正式発表から締切までほとんど時間がなく、国保直診が入りにくい状況がありました。押淵会長から国診協として、専門医機構に要望を出していただき、締切が延期になったことはよかったです。香川県でも、プログラムはだいたいまとまっていたが、自治医大の義務年限内医師を派遣している病院を加えようとしたところ、担当者が夏休み、お盆休みで焦りましたが、この延期で何とか間に合いました。

また、専門医機構も地域医療に配慮するということで、「総合診療専門研修プログラムについては、地域医療に配慮し、さらに1年以上のへき地等の専門研修が含まれるものを優先すること」とされたので、そこで国保直診が入ったところもあったのではないのでしょうか。これらで研修に来た専攻医が、国保直診に研修に来て本当によかったと言って帰ってもらわないといけません。そして、地域医療に継続的に取り組んでくれたら言うことはありません。

**押淵** 完全とはいえなくても、その期間中に急ごしらえであったところもありますが、何とか会員に向けてのメッセージが届いたのかなと思っています。

**大原** ただ、いくつかの施設は今回間に合わなかったところもあります。ですから、今後再度周知していきただきたいと思います。

**押淵** 2次募集がありますので、諦めないで挑戦していただきたいと思います。初年度から行っていくことに意義があると思います。ぜひ、そこは出していただきたいと思います。

**岩崎** 今、国診協の参加病院でこのプログラムを提出して通ったところは、全国の基幹病院を見たところ、5つか6つぐらいだと思います。

**金丸** 各県の支部に問い合わせれば、国保連合会の支部を通して、その参加状況や連携はわかりそうですね。

**岩崎** 全リストは出ていますので、どういうプログラムを提出したのかを集めてみればわかると思います。できれば、基幹施設になった国診協の参加病院に日本専門医機構へ提出したプログラムをいただき、それを集約してどういうプログラムになっているのかをすり



合わせする必要があると思います。

**中村** たとえば各ブロックでいうと、どこの公立病院が国診協の会員施設なのかを照らし合わせてみればいいわけですね。

**押淵** 基幹病院では、必ず1つか2つは該当すると思います。

**金丸** ただ、基幹病院は少ないですね。

**大原** 基幹病院は少ないですが、プログラム内には、いろいろな国保直診が入っていると思います。

**金丸** 連携施設は多いと思いますが。

**岩崎** 少なくともいいので、とにかく基幹病院になった施設で、国診協の参加病院のプログラムをまず集めてみたらどうでしょうか。

**金丸** まずそこですね。

**押淵** それを国診協のホームページに出したいと思います。

**大原** そうですね。国保直診のプログラム特徴も出ていると思いますので、それを元にアピールできるのではないのでしょうか。

**岩崎** そうすると、具体例を見てこれでも通ることがわかる病院が出てくると思います。まずは国診協の中でまとめてみて、それを固めていくことが大切です。

**中村** 全自病協を入れると、大規模な県立病院も入ってきますね。

**岩崎** 今は大きい病院はほとんど出しています。たとえば、国保平戸市民病院のプログラムを例示として、

この座談会と一緒に出すということでしょうか。

**大原** 現在、国診協会員施設が基幹病院のプログラムは、23か所でしょうか。

**金丸** 23か所あると診療所、小規模病院、大規模病院といくつかありそうですね。

**岩崎** この程度でも通るとなると皆さん安心しますね。

**押淵** 今回の総合診療専門医制度において1年間の猶予期間があったことは、私たちにとってはプラスで、さらに内容の豊かな仕組みにしていく必要があるという思いはありますね。

**岩崎** だからこそ、国診協がしっかりと構築して引っ張っていくことが必要と考えます。

**押淵** 国診協から総合診療専門医を育成していく手本を見せていかなければ、広がらないと思います。また、総合診療専門医は、責任ある学会がないという前提から考えると、今後手直しをしていかなければいい制度はできないと思います。そういう意味では、当初、提案したように関係のある団体が代表者を出して共有を続けながら手直しをしていく仕組みをつくり、さらに今後はその提案を提起していく団体に成長させなければならぬかと思っています。

## 第58回全国国保地域医療学会で、 総合診療専門医をPR

**岩崎** そのためにも、平成30年10月に徳島市で開催される第58回全国国保地域医療学会で総合診療専門医の

部会をつくり、そこで今回出したプログラムをそこで練っていくような発表会を行えたらいいと思います。

**押淵** パネルディスカッションがいいと思います。

**岩崎** あらゆる手段を使って、キャンペーンでも張ってPRすることが重要です。

**大原** 総合診療専門医にもっと関心をもっていただき広めていくことが大切です。

**金丸** 岩崎先生が述べられたことに関連しますが、一番の足元の支部で啓発できる仕組みがあるといいかと思っています。つまり、各県支部はまさに医療・介護連携や地域包括ケアシステムの構築を市町村とともに取り組んでいる姿があるわけです。その中で育てることと、モデルで行っていることが、地域の人たちに見えてくるのが一番のメッセージだと思います。あとは、さきほど言われたモデル的なことをメディアや動画で流すにしても、それが併行していくことが重要です。また、国保学会においてもプログラムの中で総合診療専門医に関することを行っていくことが大切だと思います。

**岩崎** やはり、国診協が従来理念としてきた地域包括医療・ケアを推進するには、総合診療専門医が最適かと思っています。現在国保学会では医師を中心とした学会になっていますので、多職種合同のシンポジウムなどを企画していかないと、本当の地域包括医療・ケアにならないと思います。

**金丸** 今後はさらに広く、多職種の方々に参加した国保学会を開催していくことが大事ですね。

**中村** ところで、日本専門医機構ではセカンドキャリアという話はありませんよね。

**押淵** その話は出ていません。

**中村** そうですね。しかし、これまでの国診協の地域包括医療・ケア認定医は実績重視でしたが、今度、プログラム重視にして、地域包括医療・ケア専門医にしたらどうでしょうか。

**押淵** 認定医という仕組みだけではなくて、こういう仕組みで総合医としてのキャリアを積んでいくとか、第一線を退いた外科医など専門医を終えた医師が、今後は地域に貢献していきたいという人たちを迎え入れ

る、セカンドキャリアのプログラムを用意する必要があるかと思っています。

**大原** JCHO（独立行政法人地域医療機能推進機構）は、JCHO版病院総合医育成プログラムを出していますが、国診協は、地域包括医療・ケアという特徴があります。総合診療専門医の目指す方向にも、いろいろありますから、それぞれの特徴を理解して選択してもらうのがよいと思います。国診協は、「地域包括ケア専門医」という名称でもっとアピールすれば良いのではないのでしょうか。

**金丸** そうですね。

**押淵** 今までわれわれ国診協は地域包括ケア認定医として評価してきました。それだけでは、総合診療専門医の方々には少し物足りないところがあるかと思えます。今後どのようにしていけばいいのか、岩崎先生いかがでしょうか。

**岩崎** そのままでいいと思います。従来の国診協が目指してきたものは、地域包括医療・ケアでありました。地域包括ケアにもっていくために、今、こういうプログラムで育成をしていく医師になるような流れにすることが必要だと思います。まずは、国保学会のあり方を変えないといけません。今回東京で開催された国保学会では、「医師中心の学会で多職種が入ってない。他の学会と全然変わらない」という意見が会場からありましたね。

**金丸** そういう意見がありましたね。

**押淵** 多職種のことは考えたいと思います。

**岩崎** 聴衆もこれまでも医師より多職種の方々が多いわけだから、そういう方々が中心になったシンポジウムやパネルディスカッションも企画してほしいですね。

**金丸** そうですね。

**押淵** 先ほどの、この国診協版のセカンドキャリアを育成するという意味での総合医のプログラムを、これから先、急ぎつくっていかねばならないのではないかと思います。また、それに向けた会員間での連携もプログラムやカリキュラムに従ってつくっていかねばならないかと思っています。



## 国診協の施設すべてが、 総合診療専門医を育成する場

**岩崎** 私は国診協の病院、診療所、その他の施設、すべてがこの総合診療専門医を育成するのに最もふさわしい施設だと思います。だから、若い医師たちに大いに来てもらって、一緒に医療を提供しようという一大キャンペーンになるような国保学会を企画してもらおうといいかなと思いますね。そうしたら、地域包括医療・ケアもさらに世の中へ一般化していくと考えます。

**金丸** まさにそうですね。

**岩崎** 住民の生活の中に入っていくことで、一般の人たちも国診協の施設がわかってもらえると思います。若い人たちも魅力ある病院や診療所だということで、中村先生のところに集まるのと同じで、あちこちに集まってくれると思いますよ。

**中村** へき地の小さな診療所でも、専攻医を採用したときには人件費を払わなければいけません。そのあたり国はどのように考えていますか。

**押淵** 国では、実はそのテーマが問題意識化されてい

るそうです。ですから、たとえば中村先生の診療所の運営は1人の医師ということを前提にその医師を常勤化しているのに、さらにそこに専攻医が来られてはその医師たちは生活できないことになります。どこまで、できるかわからないですが国のほうで臨床研修医制度のような仕組みで補助金を用意しようと準備しているそうです。

**中村** どこも経営が苦しいのに、さらにまた人件費を負担して教育を担うことになります。臨床研修、いわゆる初期研修の場合は、診療所は協力施設なので臨床研修病院を通じて費用をもらえるわけです。しかし、今回の専門研修の場合は人件費を全額払わなきゃならないとなると、大変な負担になると思います。

**岩崎** 補助金については交付決定がありました。

**金丸** もうそこまで動いているのですか。

**岩崎** その交付決定通知書は、厚生労働大臣の名前で本年10月5日に出しております。補助金の額は1億3,503万9,000円で、平成29年度医療施設運営費等補助金（専門医に関する情報データベース作成費等）と記載しています。

**中村** 実は先日当診療所の事務長とこの件で話し合い

ました。これまでは福井県の家庭医療後期研修プログラムでは、福井県が人件費を支払っていましたが、来年度からの総合診療専門研修では福井県からの人件費の支払いがなくなります。当診療所では電源立地地域対策交付金を地域医療振興のために充当することを、当町の担当者と相談して了承していただきましたので、安心はしています。他の地域ではどうされるのかと思っています。

**岩崎** 人件費の用意があるところは、それでいいと思います。そうでないところでは問題意識としては上がっていますね。そして、細目についてはわかりませんが、いくらかの補助はあると思います。

**中村** たとえば国半分で県4分の1のようないろいろな補助金がありますので、専攻医の人件費でもなんらかの補助金があると信じたいのですが。

**岩崎** たとえば医療と介護の連携基金などの活用も当然行っていかなければならないと思います。

**中村** 人件費のめどさえつければ、プログラムに集中できます。

**金丸** まったくそうですね。

**押淵** それは確かに、そうですね。

**大原** 初期臨床研修医のように1か月の人件費であれば、病院側で負担できると思いますが、3か月になったら難しいと思います。逆に診療所側で中村先生のところのように負担できればいいですが、そういうところばかりではないと思います。

**中村** さらに半年になると大変ですね。

**押淵** 特にその方たちを嘱託というわけにはいきませんし、常勤化しなければなりません。そして雇用者側の諸費用なども必要ですので、そういう意味では、大変な負担になると思います。

**岩崎** 知る限り大学等でも関連病院に専門研修に出す場合は、研修先の病院で人件費を負担して、大学にいるときは大学が負担することになっています。

**金丸** そうですね。基本的に初期研修と違って、この専攻医に関しては、そういう整理がなされていますね。

**押淵** 医師1人で運営している診療所に複数の医師が来ても、すぐに収入が2倍、3倍にならないのと同じ

ことだと思っています。そういったところは、既に話が進んでいますので、情報が入り次第、すぐに連絡を入れることになります。

**岩崎** たとえば、日本専門医機構が本年7月に申請した「医療施設運営費等補助金及び中毒情報基盤整備事業費補助金交付要綱」というものがあって、事業に要する経費として約2億7,000万円、補助金の額として約1億3,500万円が確定したということです。何に使われるのかよくわかりませんが、事業の経費だから、何でも使えると思います。こういう要求を本当は出していただきたいと思います。

**押淵** 岩崎先生ありがとうございました。本日は、「総合診療専門医育成への取り組み」というテーマで皆さんとさまざまな討論を行い、いろいろな課題や問題点なども出てきたと思います。

第1番目には、国保直診の職員と力を合わせて地域住民の生活を支えるため汗を流し頑張っている医師の姿こそ総合診療専門医であること、2番目には総合診療専門医育成に責任ある学会は存在しないことが確認されているので、その学会として姿をなすまでの間、育成に責任ある団体がステークホルダーとなり協議会を結成し育成の協議の場をつくること、その協議の場で総合診療専門医取得ののちのサブスペシャリティーコースを明らかにしていくこと、3番目にはこれまで活躍してこられたベテラン医師が総合診療専門医へキャリアチェンジを希望される方々へのプログラムを準備すること、などが今後の課題として挙げられます。そして、平成30年4月からスタートする総合診療専門医を国診協全体でバックアップして、国民の幸福のために寄与していく医師として育成することが重要だと考えます。なお、日本専門医機構に登録された国診協会員施設の基幹型専門研修プログラムは国診協ホームページに掲載されておりますので、総合診療専門医プログラム作成の際の参考にしてください。

これで、本日の座談会を終了させていただきます。ありがとうございました。

**全員** ありがとうございました。

(平成29年11月4日収録)