

総合診療の役割について

社会医療法人清風會 岡山家庭医療センター
奈義・津山・湯郷ファミリークリニック 松下明



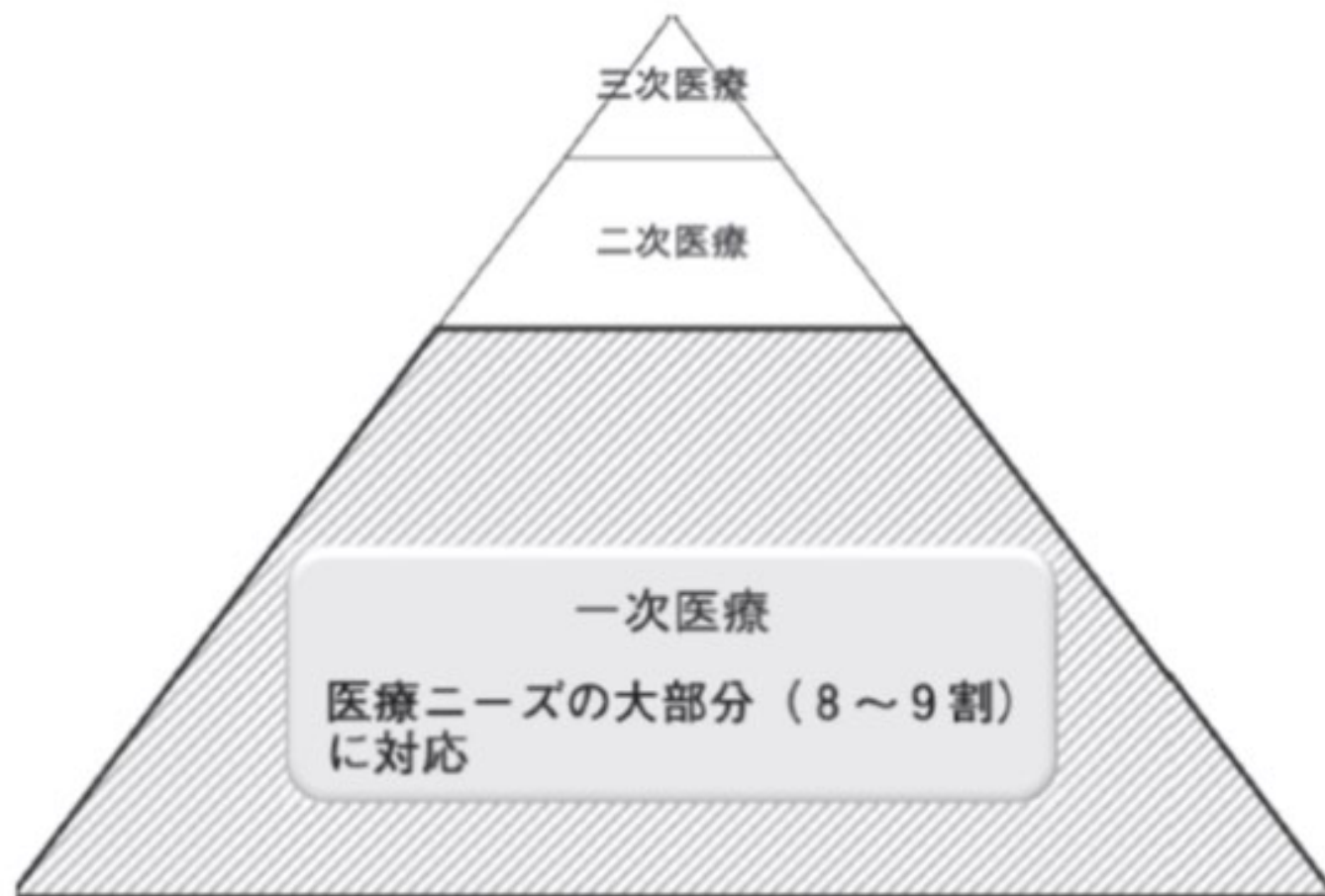
なぜ総合診療医を目指したのか？

無医村の医者を目指して山形大学に入学したがほどなく、それを目指す専門科がないことに愕然とする。

インターネットなどない時代に、図書館である本と出合った。



プライマリ・ケアの役割



私が日米で受けた家庭医療研修

- 川崎医大総合診療部で家庭医療研修5年間
- ミシガン州立大関連病院で家庭医療学レジデント研修3年間(うち1カ月間ロチェスター大学で家族志向のケア学ぶ)
- 川崎医大総合診療部講師として1年半
- 人口5000人の奈義町で24年



総合診療医と領域別専門医との役割分担

地球↔国↔地域↔家族↔個人↔神経↔臓器↔細胞↔分子

(経験・行動)

by G.Engel BPS mode

←臓器別専門医→→→→

←PC医・総合診療専門医→

←専門科個人開業医→→

←WHO/厚労省/保健所→

←大学での遺伝子治療→

- 患者本人を軸に左右へベクトルを動かせる事
- 様々な疾患を扱いつつ本人・家族・地域へ目を配る



総合診療専門医のあり方

総合診療専門医は、従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「**扱う問題の広さと多様性**」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。

総合診療専門医は日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応出来る事に加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応出来る「**地域を診る医師**」の視点が重要である。

地域のニーズを基盤として、**多職種と連携して、包括的且つ多様な医療サービス**（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなど）を柔軟に提供し、地域における**予防医療・健康増進活動**等を通して地域全体の健康向上に貢献出来る。

キーワードは「地域」

総合診療の標榜は必要か？

- 1) 患者さんにとって自分の健康に不安を感じた時に最初にかかる医師の【目印】になる。安心して受診できる質の担保になるとありがたい。
- 2) この領域を目指す医学生・研修医には将来像が必要。国全体でこの領域を広めるには標榜としての総合診療が【旗印】になる。
- 3) 海外の統計では2000人に1人の総合診療機能を果たす医師が必要。6万人が養成されるまでは現在のベテラン医師にこの役割が求められ、その【目印】になる。標榜することが生涯教育や研修につながるとありがたい。

以下は参考資料

会員からよく言われるのは
難病指定医の指定要件に
総合診療専門医がないこと

https://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/907548_8668367_misc.pdf

日本のプライマリ・ケアの歴史

1963年 実地医家の会 設立

1978年 日本プライマリ・ケア学会設立

1980年 厚生省 臨床研修指導医海外派遣

1986年 家庭医療研究会(のち学会)設立

1993年 総合診療研究会(のち学会)設立

2010年 日本プライマリ・ケア連合学会設立

2013年 厚労省 専門医の在り方検討会 報告書

2014年 日本専門医機構 設立

2021年 総合診療専門医 1期生誕生！

視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

現状

<専門医の質>

各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。

<求められる専門医像>

専門医としての能力について医師と患者との間に捉え方のギャップ。

<地域医療の安定的確保>

医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

今後の課題（引き続き検討）

※今後、平成24年度末までの最終報告書の取りまとめに向け、主に以下の点を引き続き議論

- ① 中立的な第三者機関の具体的な体制
- ② 現在の専門医と新しい仕組みによる専門医の関係（移行措置）
- ③ 国の関与の在り方
- ④ 医師不足・地域偏在・診療科偏在の是正への効果
- ⑤ 医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係

等

新たな仕組みの導入

2012年8月31日
厚生労働省HP

- 新たな専門医の仕組みを、医療を受ける側の視点も重視して構築。
- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的方式进行。
- 「総合医」「総合診療医」（総合的な診療能力を有する医師。※名称については、引き続き検討）を基本領域の専門医の一つとして加える。
- 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。
- 「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がどこにいるのかを明らかにし、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築。
- 新たな仕組みの構築に併せて、広告が可能な医師の専門性に関する資格名等の見直し。
- 専門医の養成数は、養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定。

期待される効果

- 専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）
- 地域医療の安定的確保

2018年開始！

専門医のキャリアパス（新制度発足後）

サブスペ
シヤルテイー

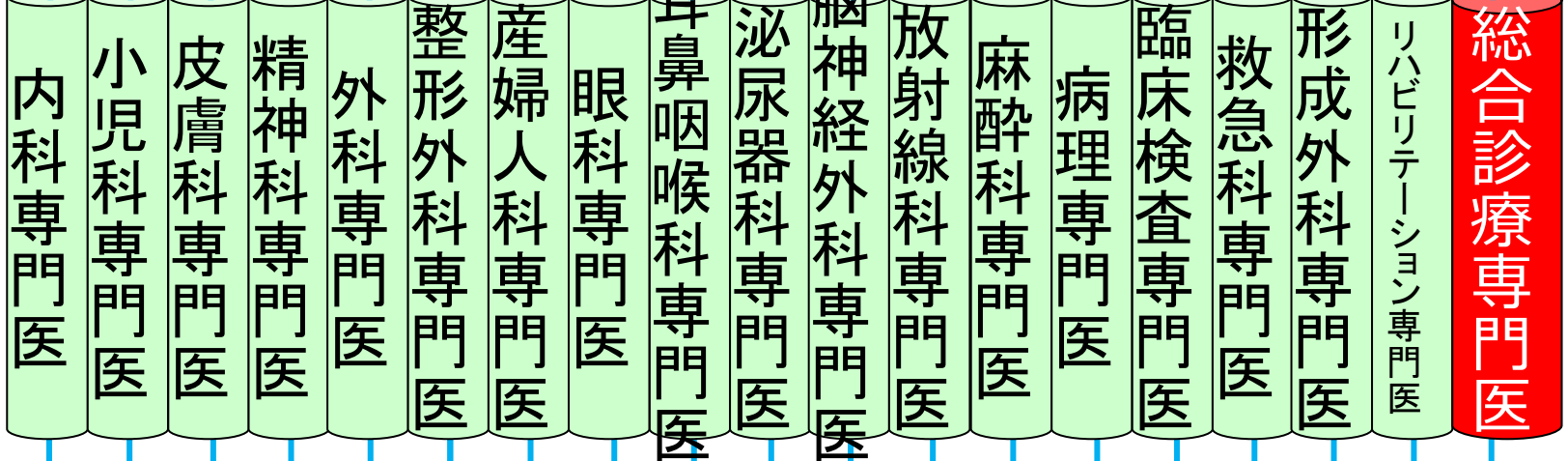
今後認定を
検討

リウマチ専門医 老年病専門医 小児神経科専門医
糖尿病専門医 集中治療専門医 感染症専門医
消化器病専門医 肝臓専門医 呼吸器外科専門医

今後、領域別に設定する方針で見直す予定

透析専門医
漢方専門医
頭痛専門医

基本領域



初期研修 (2年)

卒業教育

総合診療専門医

具体的には以下の7つの資質・能力 を獲得することを目指す

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
- (日本専門医機構 整備基準より)

米国ミシガン州での家庭医療研修1996-1999

- 家庭医療学専門医になるための3年間コース

1年目:家庭医療センターで外来 週2コマ

内科・外科・**行動科学**・産科・**放射線科**

小児科・当直のみする月・老年医学



2年目:家庭医療センターで外来 週3コマ

内科・外来小外科・救急部・新生児室(大学)・小児科

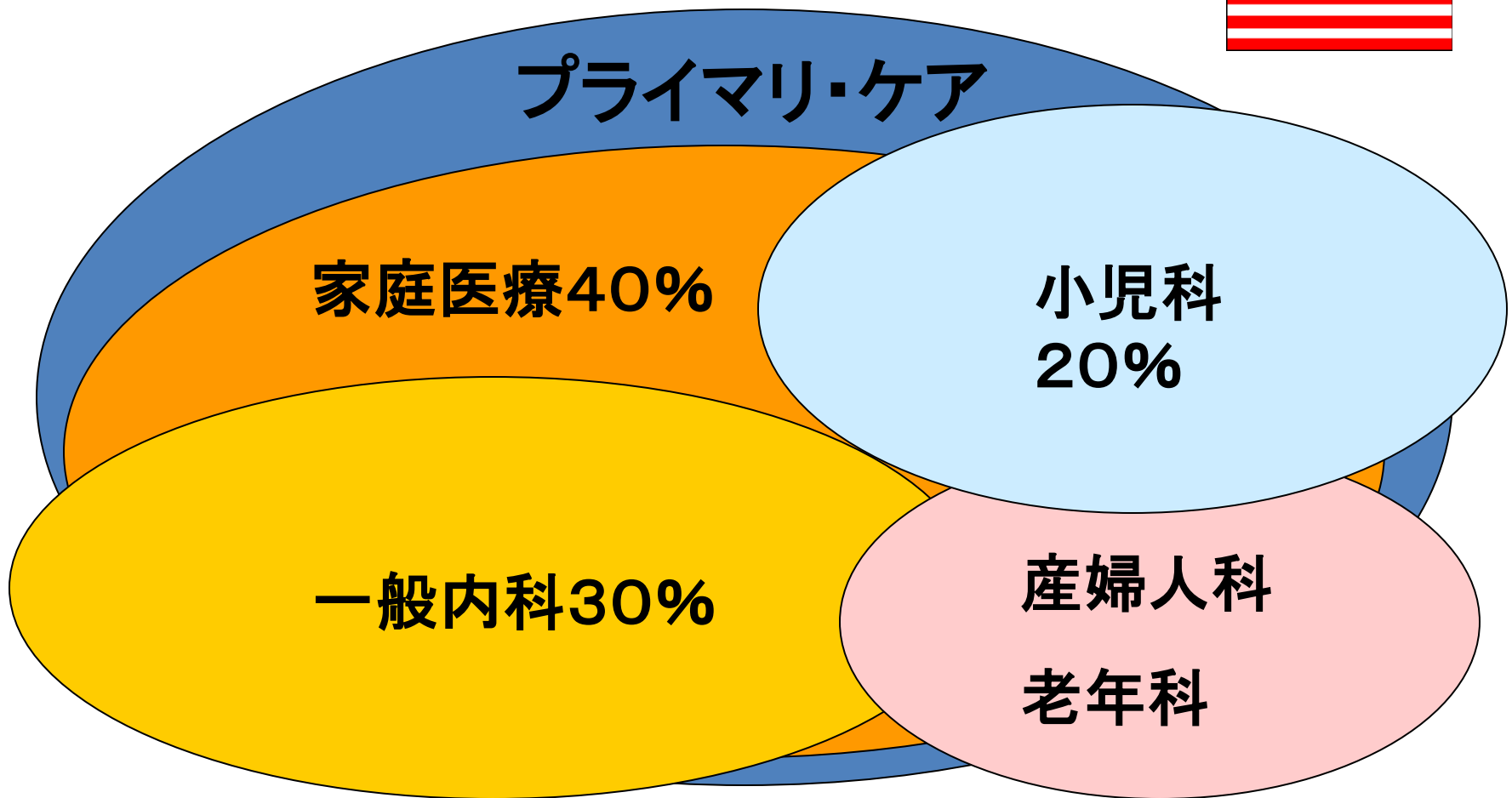
CCU・産科・精神科・**行動科学**・当直のみする月

3年目:家庭医療センターで外来 週4コマ

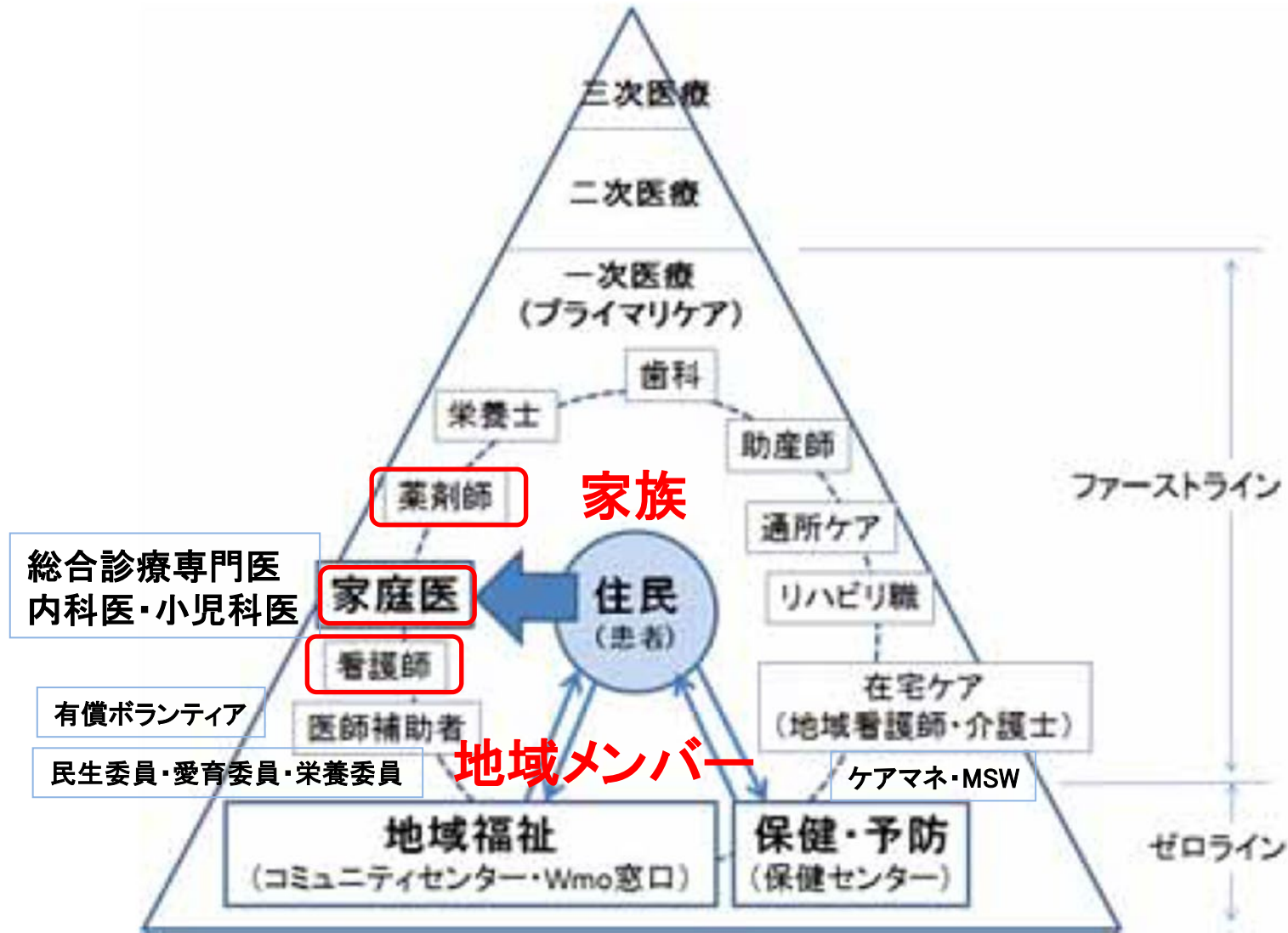
内科・小児科・産科・ICU・外来婦人科・当直のみする月

行動科学・経営学・選択 (NYロチェスターで家族志向ケア)

家庭医の提供する医療： プライマリ・ケアとは？



これからの新しい医療モデル



堀田聡子 オランダのケア提供体制 2012一部改変