

1. 研究の趣旨・目的

総合医体制を整備するための具体策について、幅広く検討することを目的として、「総合医体制整備に関する研究会」を設置して研究を行った。

2. 研究の概要

有識者ヒアリング、海外訪問ヒアリング（イギリス・フランス）を実施するとともに、研究会での議論を重ねて、報告書を作成した。

3. 提言

（1）なぜ総合医が必要なのか

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。そのため、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。そうした状況は、わが国で、総合医を普及・浸透することによって、解決を図ることが期待される。総合医の役割は、以下の4つである。

- 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

（2）総合医の育成

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。総合医は、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、その教育システムを早急に確立することが求められる。あわせて、総合医のキャリアパスを設定したり、雇用の場を確保するなどの取り組みを進めることも必要である。

（3）総合医の認定

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が通るルートと、臨床経験のある医師が通るルートの2つに分けて整備する必要がある。

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第三者機関を作ることが考えられる。

総合医の認定条件については、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。ただし、すでに臨床経験のある医師については、これまでの活動実績等を考慮して、柔軟な認定を行っていくことが求められる。

認定は1回限りではなく、一定の期間（例えば10年）を設けて、更新していくものとする。

<※総合医の育成・認定のシステムの概念図は次ページを参照。>

（4）これからの医療のイメージ

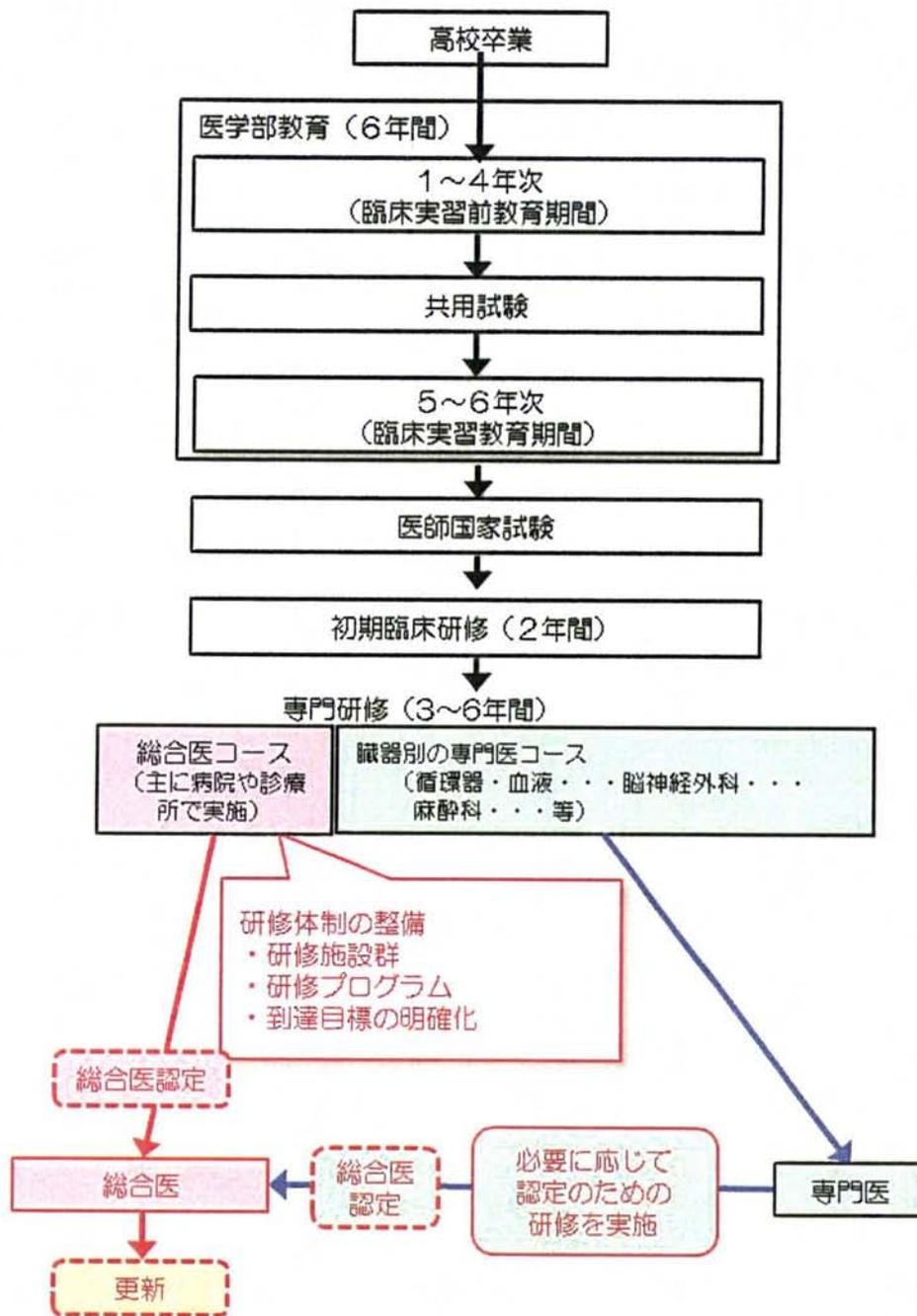
<受診行動>

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。他の専門医を受診したり、病院に入院する場合には、その医師の紹介によるものとする。紹介によらず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。

<必要な法改正等>

必要な法改正や総合医確保策が展開され、総合医が様々な地域や医療機関に所属して、特性に応じた役割を担う。

<総合医の育成・認定のシステム>





●一戸建て又はマンション内で、開業しているケースが多い。



- 設備は必要最低限のもの（聴診器、血圧計、採血用の注射器など）であるケースが多い。
- 救急処置のためのベッドが備えられているケースもある。



- 医師一人のケースもあるし、複数の医師によるグループプラクティスの形もある。（医師は白衣を着ていない。）
- 看護師・事務職員がいるケースもあるし、全くいないケースもある。

わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動

Fukui, T et al. JMAJ 2005; 48: 163-167 (調査期間: 2003年10月1日-31日)

対象者 1000人

何らかの体調の異常 862人

医師を受診 307人
(開業医受診232人)

病院の外来を受診 88人

代替医療 49人

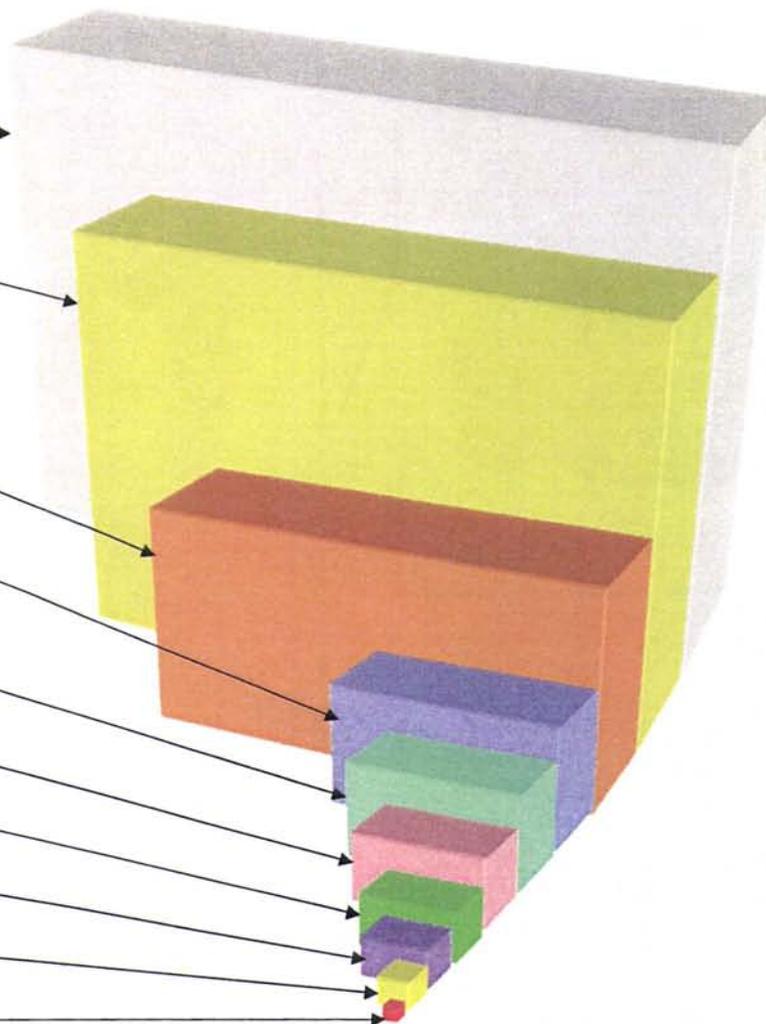
急患室受診 10人

一般病院に入院 7人

大学病院外来受診 6人

在宅ケアまたは往診 3人

大学病院入院 0.3人





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う必要があるケースもあるが、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・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。

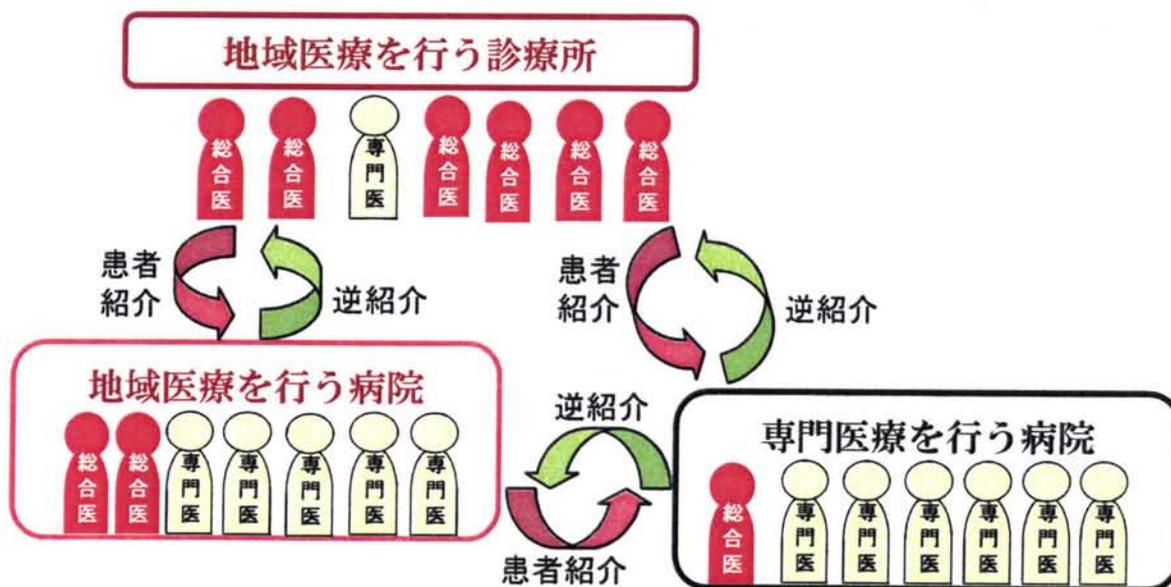
そのような医師は、海外ではG P (General Practitioner) と呼ばれており、わが国では「総合医」という言葉で呼ぶことがふさわしい。本研究会では、総合医が果たすべき役割を4つにまとめ、役割に対応して求められる活動を以下のように整理した。

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。

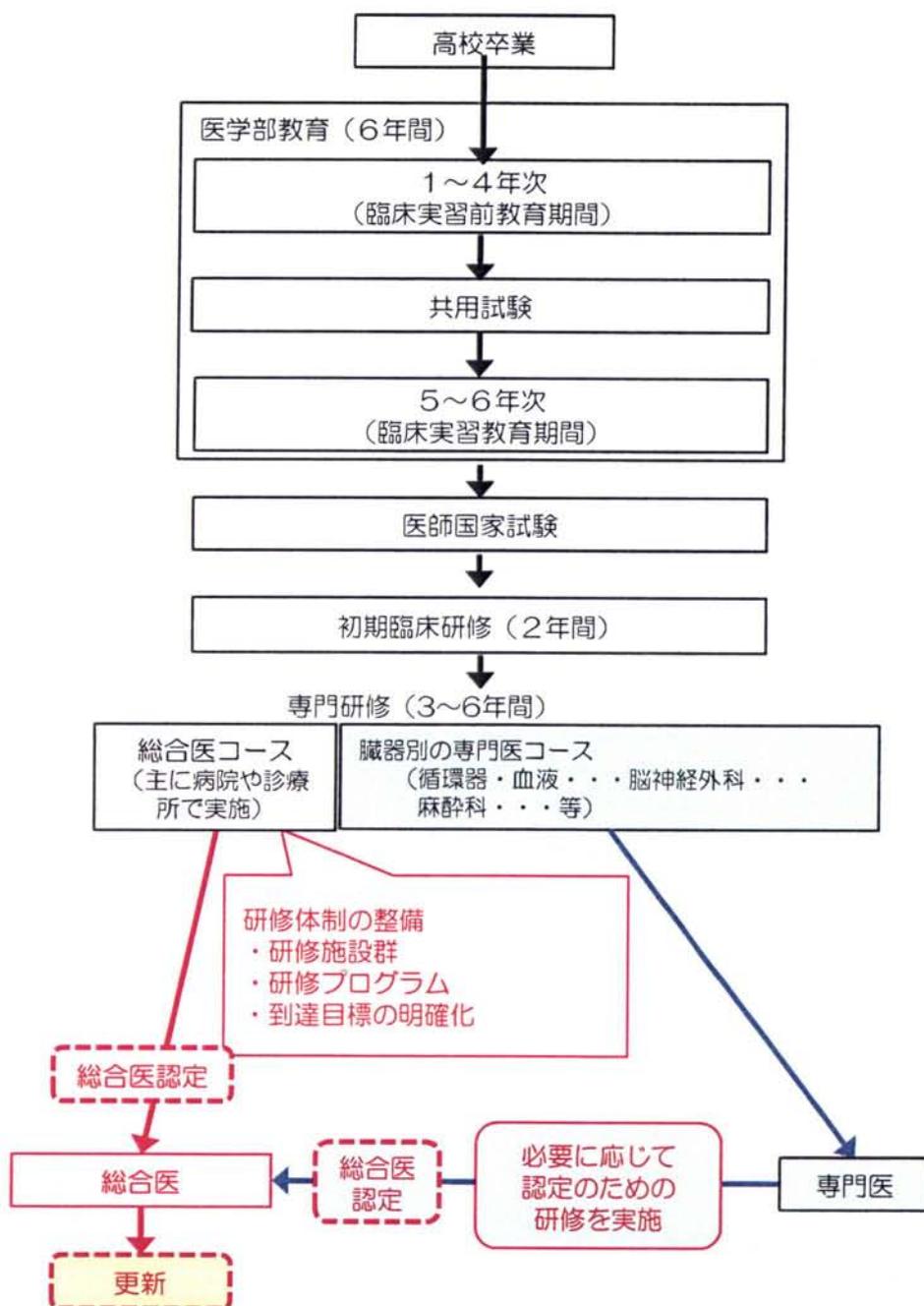
- ・「専門医育成の偏重」について
 - 医師育成システムの中で総合医の育成が質・量ともに確立することによって、専門医育成の偏重が是正される
- ・「人間の体を部分としてみる医師や対応範囲の幅の狭い医師の増加」について
 - 総合医が全人的医療の担い手、対応範囲の幅の広い医師として活動する
- ・「医療機関の役割分担の不明確、および診療所と病院の連携不足（重複検査や多剤投与なども含む）」について
 - 地域の診療所における総合医が初期診療に対応して、適切に専門医療機関を紹介する体制を構築することで、医療機関の役割分担が明確になり、診療所と病院の連携が強化される
 - また、総合医が患者と継続的な関係を保ち、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。

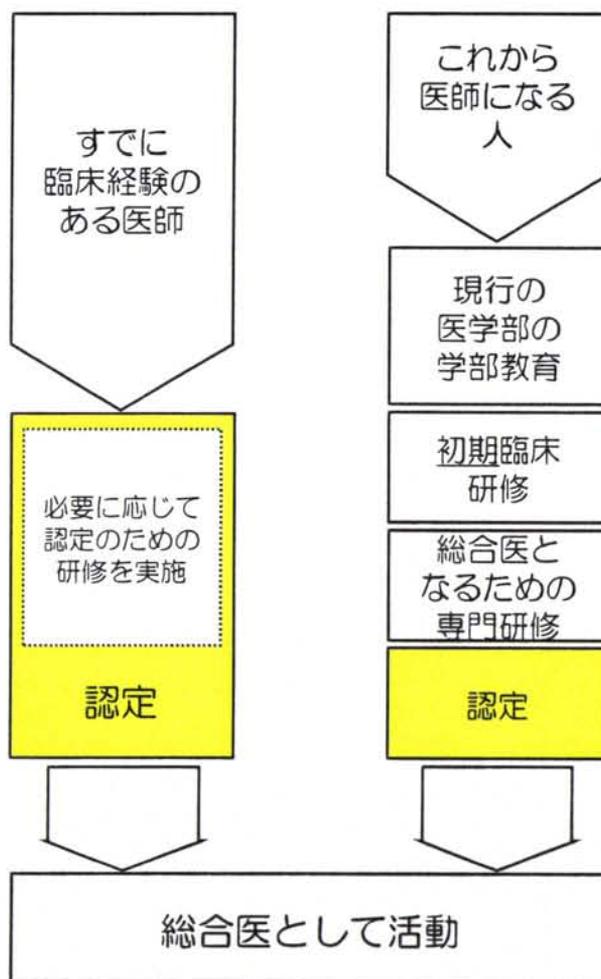
<これから医師になる人>

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

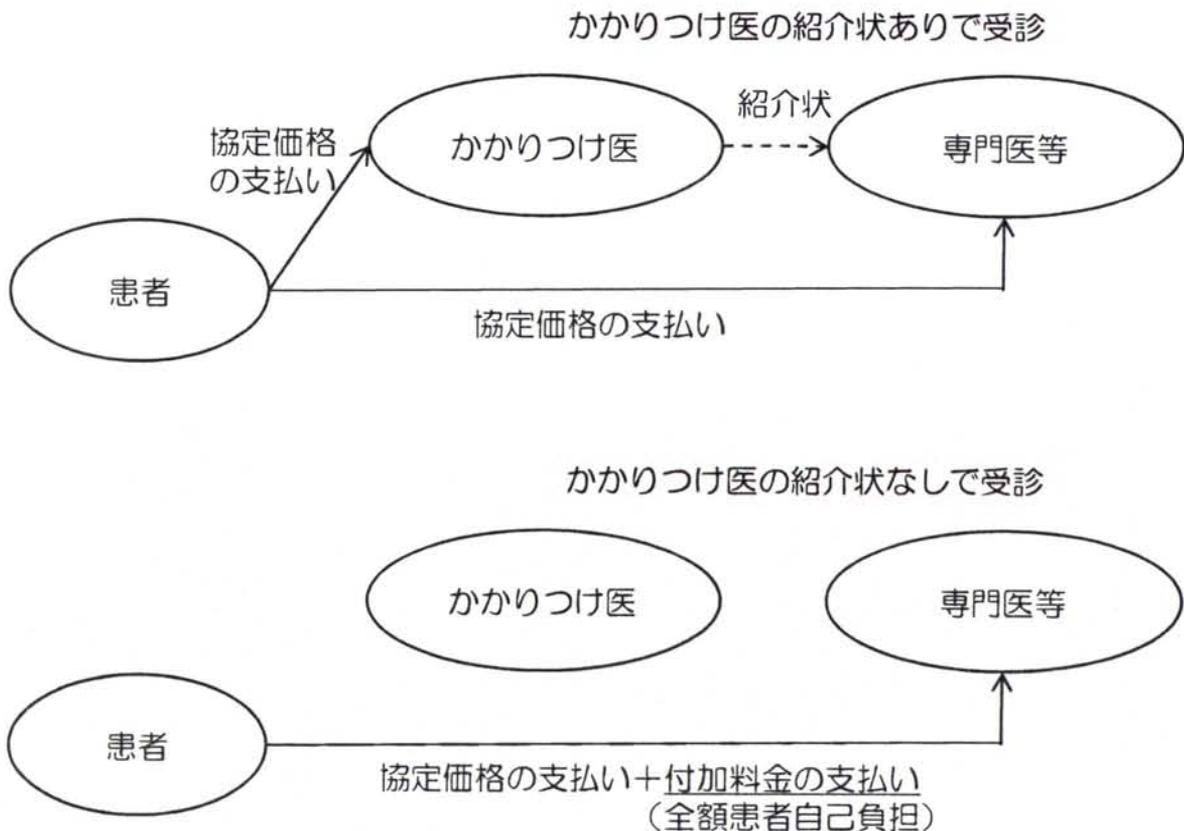
(1) 受診行動

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。

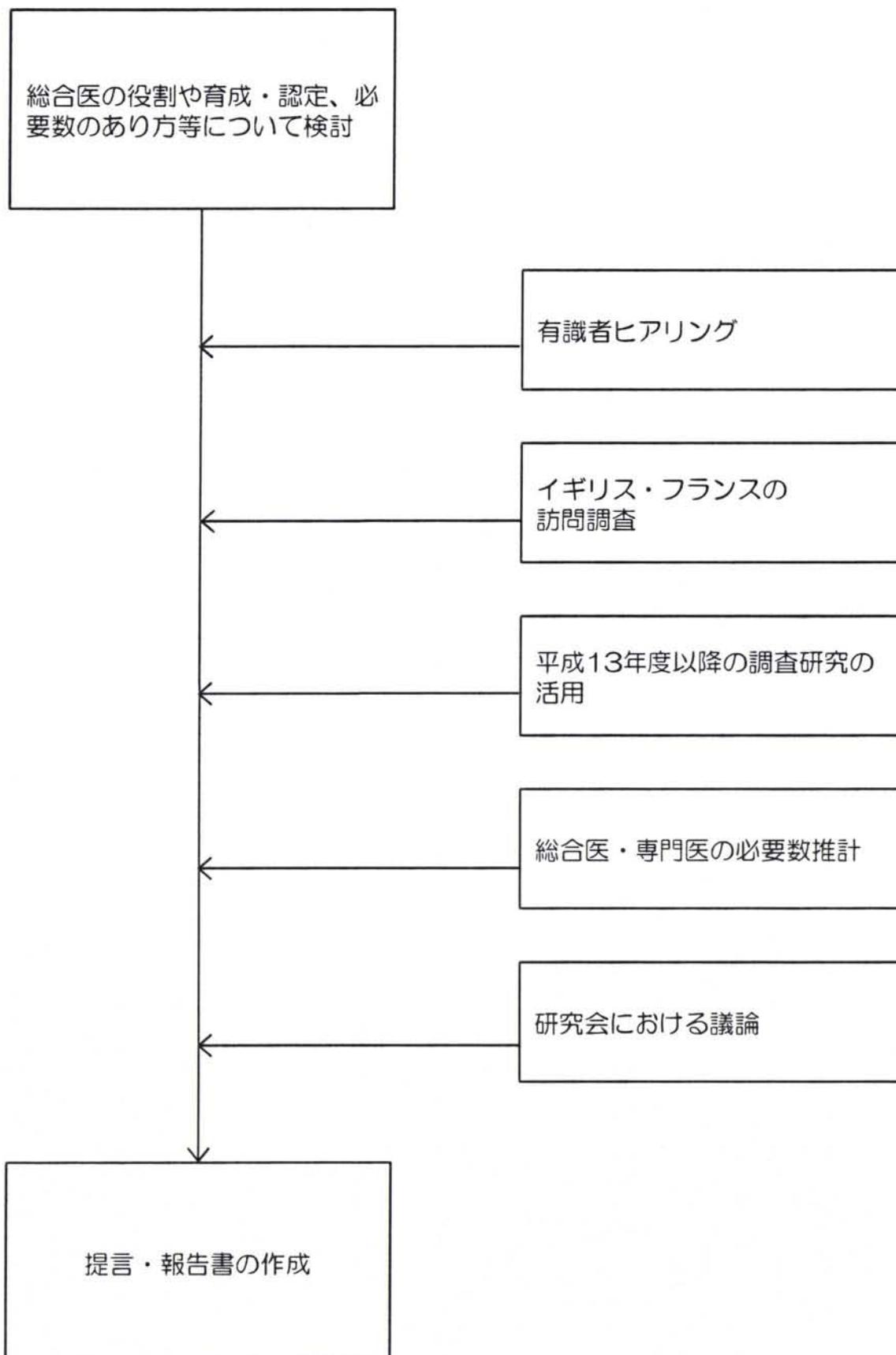
（５）国民に対する総合医の役割や効果の周知

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、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に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。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＞

①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ない。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はある。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の役割が大切。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、紹介する方がよ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）なってきた。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ヘリ搬送だが、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きれないが、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って物事を考える力。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、患者の生活場面を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」

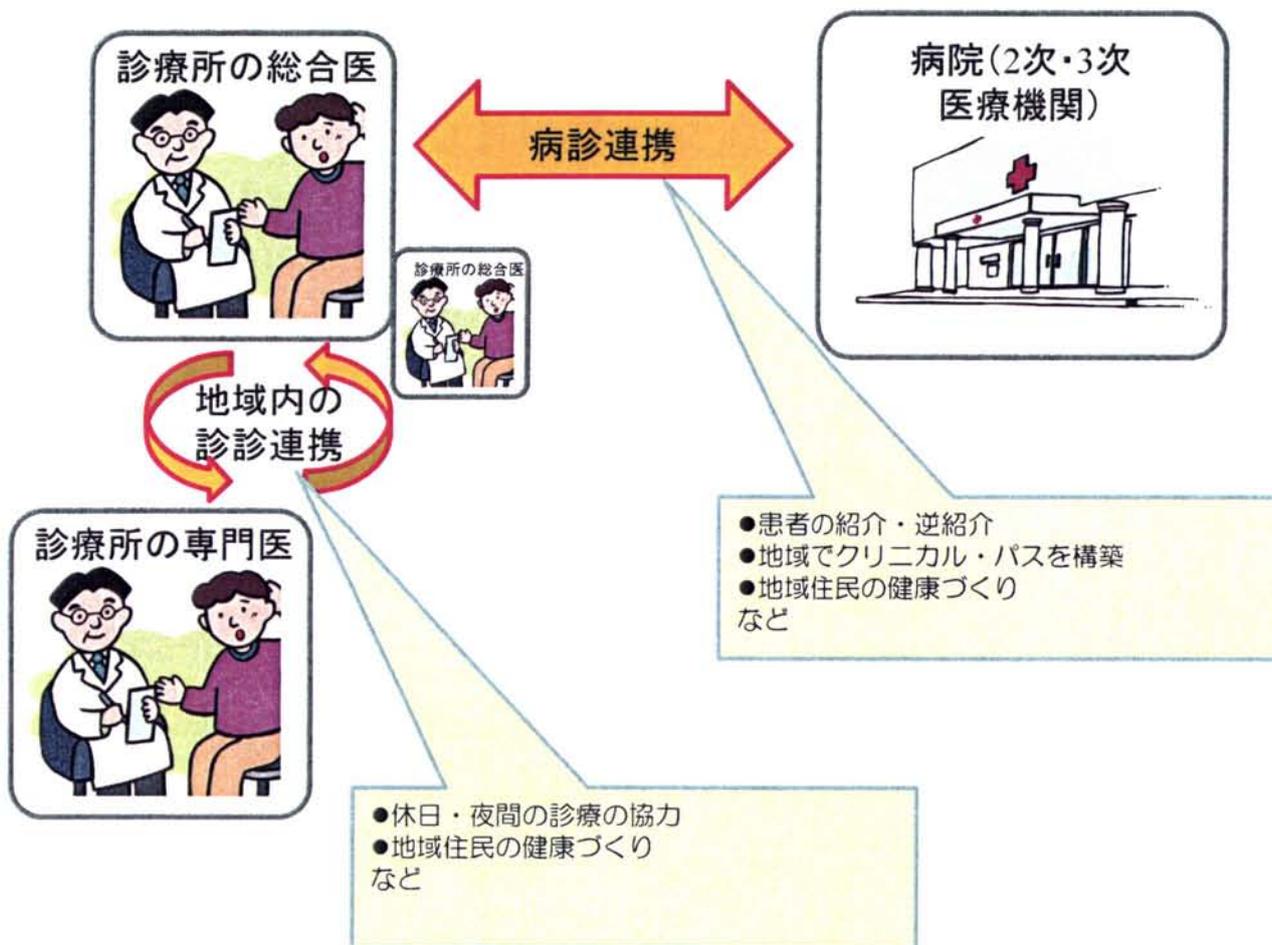
＜平成19年度ヒアリングより総合医の意見＞

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。

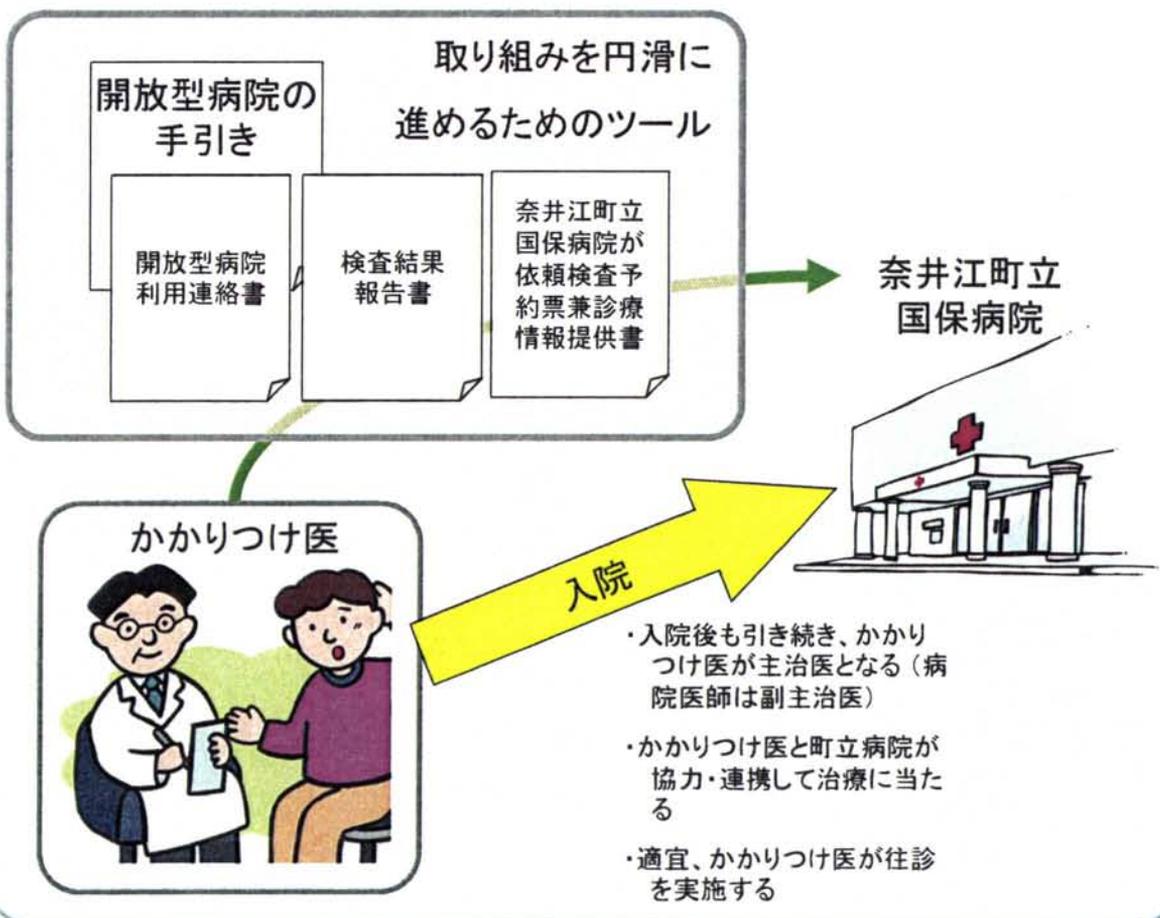
(参考) 北海道・奈井江町の「開放型病床」

<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そろ本市において、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地域でクリニカル・パスを構築

(参考) 長野県・茅野市の「地域連携クリニカル・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・・・

診療所から諏訪中央病院へ紹介 → 10日間の入院

諏訪中央病院



糖尿病教室クリティカルパスに記入

退院



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ヵ月に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>

