

座 談 会

日本国民の望む 家庭医の育成を 目指して

司 会 津田 司（三重大学大学院医学系研究科 家庭医療学 教授）

出席者 日本プライマリ・ケア学会 会長 小松 真

日本家庭医療学会 代表理事 山田隆司

日本総合診療医学会 運営委員長 小泉俊三 （発言順）

3学会、それぞれの趣意とこれまでの活動 ▶▶▶

司会（津田 司） 本日は、日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療医学会、日本家庭医療学会の3学会の代表にお集まりいただき、これからの3学会のあり方およびその専門性についてディスカッションしたいと思います。私が3学会のすべてに属しているということで司会をさせていただきます。

皮切りに、それぞれの学会のこれまでの活動と、すでに3学会合同の打合せ会議を開催していますが、そこに至るまでの経緯を簡単にお話いただけますか。まずいちばん大きい学会である日本プライマリ・ケア学会からお願いします。

小松 真 日本プライマリ・ケア学会会長の小松です。当会は1978年6月に設立されましたので、来年で創立30周年を迎えます。現在の会員数は約4,300人。そのうち3,800人が医師ですから、85%を医師が占めていることとなります。ご存じのように実地医家のための会が設立母体であり、全人的医療を基盤に据えた学会です。プライマリ・ケアという言葉に対して、当初は国民のみならず医療側も十分な関心があったとはいえませんが、地域住民の健康に関するさまざまな問題について、他の医療関連職種と一体化して実践的な活動を行い、学会と

しての創造的な活動を全国に広めていくことを目的としています。そしてそれによって地域医療を担保していきたいと考えています。他の学会と比較して、学術研究という面では必ずしも優れた評価があるわけではありませんが、英文雑誌も発行しておりますので、実践レベルの研究については次第に評価され、「プライマリ・ケア」という言葉も一般に用いられるようになりましたので、非常に良い方向だと思っています。

最近、21世紀型社会という言葉を目にします。21世紀型社会というのは環境、安全、豊かさなどがキーワードであり、日本はこれからこのキーワードを生かした社会になっていくことと思いますが、そこでプライマリ・ケアが非常に重要な機能として役割を果たすのではないかと考えています。それを担う医師の資質をどう評価していくかが今日のテーマでもあり、とても重要だと思っています。



日本プライマリ・ケア学会 会長 小松 真

司会 では日本家庭医療学会からお願いします。

山田隆司 日本家庭医療学会の山田です。私自身は、実はプライマリ・ケア学会の会員歴のほうが長く、プライマリ・ケア学会に育てていただいたといえますが、たまたま今、役目をいただいて、家庭医療学会代表理事という仕事をさせていただいています。

日本家庭医療学会は、家庭医療学研究会を母体として2002年11月の総会で「日本家庭医療学会」となりました。津田先生や北海道大学の前沢政次先生（総合診療科）が中心になり立ち上げられたのですが、私も仲間入りさせていただいてから、非常に質の高い内容で、グローバルスタンダードに沿った形で進められてきていることを知り、見識の高さにびっくりしました。

一方、プライマリ・ケア学会では長く関与させていただいている中で、日本の開業医療を支えてきた方々が、実際の診療に従事しながらアカデミックな活動をされているということに非常に敬服していました。

家庭医療学会では、現在国際的な視野に立って幅広い家庭医の見方を構築していこうと考えています。また最近では若い世代の人たち — 200人近い学生会員からなる学生会部が非常に活発に夏季セミナーなどを自主企画して、そこに毎年100人を超す学生が集まるなど、本当に素晴らしい取り組みをしています。「家庭医」という言葉がまだまだ世の中で用語として確立していないにもかかわらず、明日の日本の医療を担う若い世代が自分たちの医療の本質はこれだ、という気持ちで議論しているのを聞いて、その人たちを育てる責任を痛切に感じます。

今回、このような3学会の話し合いが持たれたということは非常にありがたいことで、私自身としては、これまでプライマリ・ケアの現場で実績を積んでこられた先生方と、今後日本で日本型の家庭医療を展開したいと考えている若い世代の橋渡しの役割を果たしたいと思っています。

司会 それでは、日本総合診療医学会からお願いします。

小泉俊三 日本総合診療医学会、運営委員長の小泉です。

プライマリ・ケア学会の小松会長が話されたように、30年、40年にわたって日本のプライマリ・ケアを良くしたいという動きがありました。その大きな流れの中で、家庭医療制度の導入が議論された時期があり、大学病院などにもそういった種を植えつける必要があるという判断からか、卒業するまでの医学生に段階で総合的な視点を持たせたいという考えからか、1990年前後にいくつかの大学に総合診療部が開設されました。そして総合診療という部門に属しているそれぞれのリーダーが集まって「総合診療研究会」が発足したのが1993年。第1回は、当時の国立東京第二病院で行われました。それから毎年、大学病院の総合診療部ないしは主な研

修指定病院の総合診療部門が持ち回りで毎年学会を開催して、規模が大きくなると同時に研究会から学会に成長してきました。

医療を大きく分けると、専門診療と総合診療に分けられると思いますが、われわれは広い意味で総合的な医療をどうとらえ、どう展開していくかという視点で、これまでは大学病院、大病院の中での総合診療医の役割というところに強く問題意識を持っていました。具体的には、大病院における行き過ぎた専門分化への反省と患者さんのニーズに応えていくための病院のしくみの中での総合診療のあり方、また地域で高度先進医療を提供する病院と地域医療機関との連携における接点の役割に重点を置いて考えてきました。

さらに、こういう新しい領域というのは学問的な基盤が非常に弱く、研究ベースの専門医からみると学問的根拠が貧弱であるとの印象を持たれがちなので、学会は、臨床疫学などの方法論を積極的に取り入れた臨床研究を活発に行い、それを推進していくための勉強会の場、あるいは発表の場であるという発足時以来の流れもあります。そういう意味で、現在も学会の中で臨床研究に関するインタレストグループが活発に活動していますし、臨床研究についてかなり意識を持った集まりだと思っています。

どのような医師を育てるか ▶▶▶

司会 それぞれの学会のこれまでの活動、歴史を話していただきましたが、そもそも学会には大きく分けて2つの役割があると思います。ひとつは学術的な研鑽を積むこと、もうひとつはその領域の専門医を養成することです。

今日はその学術的な研鑽ということについては割愛して、主として、自分たちの考える領域の専門医をどう育成するかということに焦点を当てたいと思います。それぞれの学会において、地域社会のニーズをどうとらえてどういう専門医を育成していくのかというお話の後、日本専門医認定制機構の動向などを踏まえながら、では3学会としてはどうしていったらいいのかということに話を進めたいと思います。

それでは、今度は総合診療医学会からお願いします。

小泉 日本では専門医制度と学会というのはほとんどイコールになっていますが、実はかなり異質な事象かもしれないと思っています。

これは一般論ですが、いわゆる法律上の法人の役割として公益と共益という2つのコンセプトがあります。公益というのは社会の利益のために集まった人たちが積極的に活動する、社会に開かれた集まりです。共益というのは同じ志を持った人たちが集まって自分たちの立場を社会にアピールしたり、自分たちの立場を守るために活動する法人です。学会というのはどちらかという共益で、学会員のための学会という面が強いと思います。それに対して専門医制度を認証していく団体は、社会的な、公益的なものといえます。この公益的な性格と共益的な性格をきちんと分けて考えないと議論が混乱しがちですが、日本では現在、学会専門医制ということで一緒になってしまっているのが大きな問題だと思います。

海外では、「長寿社会を実現した」ということで日本の医療システムは評価されていますが、実は日本のプライマリ・ケアは現在さまざまな問題を抱えていると思うのです。卒後臨床研修の必修化についても30年間手付かずでしたが、今ようやく動き始めており、日本のプライマリ・ケア制度もまだまだ手付かずですが、これをなんとかしなければいけないという時期に差しかかっていると思います。特に最近は医師需給の問題や地域医療の崩壊などが取り上げられて国民全体が大きな関心を持ち始めています。ですから日本の各地域でどういう医療を提供していくかということは、それぞれの学会の思惑を超えて、今や国民的課題といえます。

グローバルスタンダードで考えると、ファミリー・メディスン、家庭医療というコンセプトでどこの国もプライマリ・ケア制度を作り上げていますが、やはり日本は日本の実情に合ったなんらかのしくみを作っていかなければ時代のニーズに応えきれないというところに直面しています。そういう意味で、現在、プライマリ・ケア学会と家庭医療学会が中心になってまとめている新しい認証機構による、新しい家庭医療専門医制度を明確にしていくというのがひとつのいい方向だと思っています。総合診療医学会も動きが具体化すれば積極的に参画していきたいと考えています。

そして地域プライマリ・ケアを担う「家庭医療」という言葉を一般国民に対してわれわれ3学会でもっと啓発していく必要があるのではないのでしょうか。メディアでは、医療の問題を取り上げる際に「専門医が足りない」というような表現をとっていることが多く、ジェネラルな医師の意義が理解されていないこともひとつの課題と思っています。

司会 では、家庭医療学会はいかがですか。

山田 今の小泉先生のお話は、非常に示唆に富んだ発言と思って聞いていました。家庭医療学会も、実は一昨年までは単なる友好団体ということで家庭医療に興味を持つ人たちの友好の場という感じでしたが、地域社会に対してジェネラリスト、あるいは家庭医療の意義を表現し社会的に責任ある立場で主張していこうということで、昨年NPO法人化を果たしました。

医療という行為そのものが非常に公益性の強いものであり、日本の医療のあり方がもっとパブリックを意識した活動になっていくべきだと思います。昨今、医師不足、特に小児科医や産婦人科医が減少し、診療科が閉鎖されるということが社会問題として表面化していますが、これは裏返していえば、日本の医師の供給システムが国民のニーズに応えられていないということの表れではないかと思います。

現在、家庭医療学会では、次世代の家庭医を育てるための後期研修プログラムの策定を学会活動の主軸として行っており、今年の春に作成したプログラムの中では、新しい世代の家庭医を志している人たちには3ヶ月の小児科研修を義務づけようという内容を盛り込みました。これは地域で小児科医が不足しているということ意識して取り入れたのです。

そういう意味で、家庭医療学会では、患者さんに一番近いところに寄り添って、患者中心の医療をその基本理念に掲げています。われわれが育て

ようとしている医師は国民のニーズに沿ったことができる、そして患者さんにいちばん身近で、継続的に長く信頼関係を培っていける医師を育てたいと思います。

専門医認定についても、私自身は会員のための専門医の枠組みをつくらうという考えは一切なく、国民が「こんなお医者さんが欲しい」と思うような提案をしたいと思います。われわれ3学会合意で専門医認定機構をつくるにあたって、提供者側の論理に与するのではなく、国民の側の要望に沿ったかたちの提案ができればいいと思っています。

司会 プライマリ・ケア学会からお願いします。

小松 日本プライマリ・ケア学会の会員は経験を積んできた会員が多いのです。大学病院、あるいは大きな病院で研鑽を積み、そのあとに地域で自分の医療を実践したいということで開業した先生方が中心になっています。そういう人たちが集まってきた背景は、地域医療活動においてはいろいろな職種との連携も必要であり、地域を超えてさまざまな情報を集めていかなければうまくいかないということがあります。それには日本プライマリ・ケ



日本家庭医療学会 代表理事 山田隆司

ア学会という学会があり、そこでは日本全国の地域で活躍している先生方の研究発表が行われているので、ぜひそれを参考にしたいという思いがあると思います。

専門医になりたいとか、認定医になりたいということではなくて、自分の日常の診療活動の糧になるものを当学会から吸収したいということが大きいのではないかと思います。

ご存じのように、プライマリ・ケアという言葉は古くから使われているわけですが、当学会が常に基本にしているのは、1979年にソ連のアルマータでWHOがプライマリ・ケア、ヘルスケアに関する基本的な宣言を行いました。その中に「Health for all—すべての人々に健康を」という言葉が出ています。私のとても好きな言葉ですが、地域に住む人々の健康を確保するために貢献しようというのが、当学会の理念でもあります。

地域の医療活動、あるいは保健活動の基幹は、基本的には地域の医師会が担うことになっていますが、医師会は地域の中の法人活動であり、地域を超えて、あるいは全体レベルで幅広く情報提供できることに当学会の存在の価値があるのではないかと思います。

一方、会員の資質の向上のために、委員会を設置して研修のためのプログラムや研究、研修目標、到達目標等々を提示しながら認定制度を発足させ、6年ほど前から学会内部ではありますが、専門医認定を実施しています。

先日、第6回目の専門医の試験を行いました。受験医師は14名で、年齢的には平均40歳くらいとかなり医療経験を積んでいる医師が多かったと思います。試験の内容としては、まず50症例を出題して審査し、その合格者が実地試験を受けることになります。実地試験は8ブースに分かれて、小児の診察、高齢者の診察、精神疾患の診察、など幅広い診療能力について、模擬患者を使って診察しているところ、あるいは人形をモデルにしたACLS、小外科手術を評価者が試験します。コミュニケーションスキル、患者さんに対応する姿勢なども評価の対象にしているのが当学会のスタンスです。この制度と、現在家庭医療学会が推進している家庭医療専門医をどのように合体させていくか、今後議論すべき点です。

日本で「家庭医療」という言葉が最初に使われたのは、1978年8月、当時の厚生省による「家庭医機能」についての提案です。日本医師会を含め、地方医師会を中心に侃々諤々の論争が起こったわけですが、この数年来、当時のタブーはなくなっていると確信しています。

司会 小泉先生、先ほどのお話では、積極的に家庭医の認定制に参加していきたいというご発言だったと思いますが、学会として、総合医の役割などについてはいかがですか。

小泉 総合的な診療態度で診療する医師というのは地域でも求められていますし、先進医療を行う大病院でも求められています。その両方のニーズがあるので、総合診療医学会としては、地域をベースにする家庭医だけでなく、大病院の中で活躍する総合診療医のあり方も重要だと思っています。特に大病院には卒後の研修医、大学病院には医学生がいますので、未来の医師をつくっていく教育的な場となっています。

ですから、総合診療医学会の教育プログラムの中には、家庭医コースと、病院の中での診療、教育に力点を置いた、アメリカというホスピタリストコースというような、いくつかの研修の流れをつくっていくことになると思っています。

家庭医療学会では、どういう家庭医像を目指すかということを議論し、ひとつの案が提示されているようですが、総合診療医学会でも、総合診療医としてどういう姿が望ましいか、どういうトレーニングを受けたらよいかということについて、検討グループをつくって現在集中的に検討していますので、今秋には何らかの成果が出てくると思います。

それから今まで出てこなかったことですが「内科」といったとき、国民の中に内科の先生といえばそれなりのイメージがあります。具合の悪いときにはまず内科へ行って診察を受け、薬をもらったり療養指導を受ける。手

術が必要だとすれば、その内科の先生から外科へ紹介してもらうという診療の流れが、一般国民の中でも定着していると思います。

ところが非常に大きな内科医の団体である日本内科学会では、内科医は専門分化する一方で、(形容詞の付かない)単なる“内科医”は少なくなっています。その内科学会の中に、一部の臓器しか診ることができないのは良くないという考えに基づいた内科専門部会があり、すでに「内科専門医」の認定を行っています。この制度が、医療の統合的な部分、患者さんの視点に立つなどの視点を重視する制度になれば、総合的な役割を担う医師にとって、ひとつの意味のある制度になるのかもしれない。

3学会による専門医認定の考え方 ▶▶▶

司会 現在、日本専門医認定制機構が専門各科の専門医についてさまざまな議論をしていますが、その中で欠如しているのがやはりプライマリ・ケアや家庭医療を担う専門医についての議論です。

しかし、日本は今世界一の少子高齢社会が急速に、進みクローズアップされていることは、高齢者をどう守るのか、また地域で小児科医、あるいは産婦人科医が足りない中で、子供の健康や妊婦健診、産後のケアはどうしていくのかということです。そこで、やはりプライマリ・ケア、第一線の家庭医療を担う専門医が非常に今、必要となってきたのだと思います。

しかし残念ながら、それを養成する学会、つまりこの3学会が大同団結していないのではないかという発言もあり、そのことについて少しディスカッションしたあとで、家庭医療を担える専門医をつくるにはどうしたらよいか、自由に意見を交わしたいと思います。

小松 日本専門医認定制機構については、前理事長の酒井紀先生からはジェネラルにも専門性があるから、3学会が合同してひとつの標準を提示してもらえれば認可したいという意見をいただき、ずいぶん前から3学会で進めていく方向で合意していました。ところがこのたび日本専門医認定制機構の執行部が代わり、逆にジェネラルの専門性というのはおかしいという議論が起こってきたことと、昨年、非常に幅を狭めた特定専門医制度を作って、診療報酬とリンクさせていくという話が出てきたので、ではジェネラルについてはどう考えているのか、ということでわれわれはいったん機構へのアプローチを止めていました。しかし3学会合同の専門医制度をつくっていききたいという気運は十分あると思っていますので、戦略・戦術を検討して進めていきたいと思っています。

小泉 卒後臨床研修の必修化についても30年間動かなかったものが先ごろ大きく動いて、今度はそれによってさまざまな影響が出て今また議論が起きていますが、先ほど山田先生がおっしゃったように、国民のための制度ということを考えると、われわれ3学会だけでなく国民の代表、また行政も含めて自由闊達に話し合うような場をつくって、新しい制度設計を同時並行していくことも重要ではないかと思っています。

確かに行政と足並みを揃えるということも大事かもしれませんね。先ほど小松先生がいわれた、日本専門医認定制機構に何回か足を運んだあとから、3学会合同の打ち合わせ会議が始まったわけですが、その中で日本家庭医療学会が中心になってプログラム認定の方法を考えることになり、それが大体でき上がってきたということですが、その辺を山田



日本総合診療医学会 運営委員長 小泉俊三

先生、お話しいただけますか。

山田 家庭医療学会としては、将来のためにどういった医師の育て方をするかということにまずは焦点を置いて、1年間かけてワークショップ形式で議論をしてきました。

そのワークショップに参加した人たちは、診療所の医師、地域病院でこれからプログラムを始めようとしている人たち、また大学病院の多くは総合診療科の人たち、つまり先ほど小泉先生がおっしゃられた大学にいるジェネラリストというような先生方が集まって、「こういう医師を育てよう」、「今の資源でこういうことならできる」ということをまとめて、提案をさせていただきました。

家庭医療学会のホームページにそのversion 1を公開していますが、われわれ家庭医療学会として提案する家庭医像と、こういったアイデンティティの医者育てたい、そのためにはどういう研修目標、どういう技能あるいは資質が必要なのかというようなことが表現されています。また初期研修後の後期研修3年間のプログラムを、基本提案として挙げています。

司会 それで3月に提示されて、3学会が集まって検討し、その後各学会に持ち帰って検討した結果、3学会はそれを承認したということですね。

小泉 承認という表現は誤解を招くかもしれません。総合診療医学会には、家庭医療を目指す人、病院での総合診療医を目指す人がいて、教育プログラムも地域ベース、病院ベースという2方向にまとまっていくだろうという気がしています。家庭医療を目指す人たちにとってのプログラムとしては、今、提示されているものは、大変良いものだと思います。

司会 家庭医療学会では、次のステップであるプログラム認定をどうするかというしくみづくりの作業に入り、同時に実際に教育施設で指導にあたる指導医養成のワークショップ開催を検討していますが、それについてもお話しいただけますか。

山田 新医師臨床研修制度が始まり、最初のレジデントが今年の3月に初期研修を修了したわけですが、それに伴ってすでに「家庭医療」を打ち出したいろいろな後期研修プログラムが、いろいろなところで作られています。しかし「家庭医療」と銘打ってあるものの、研修医にとってはその質が保証されているのかということが非常に不明瞭です。

そこで、少なくともわれわれ家庭医療学会が提案している家庭医療プログラムがあるわけですから、家庭医療という用語を使用した研修プログラムを出す場合には、学会とリンクできるようにしたいと考えており、今、そのための作業が急務となっているのです。そのプログラムの内容を評価することは実はまだできていませんが、少なくとも存在を認識しているということで、プログラム認定を進めています。そしてそのような状況の中、少し前に、家庭医療研修を提供する施設の研修責任者の会議を開きました。そこでいちばん大きな問題になってくるのは、そういったプログラムの指導医となり得るのはどういう人たちか。本当に指導医はいるのか。いなければ養成していかなければならないわけです。実際に正式なプログラムによって指導医養成を受けた人たちはいないわけですから、学会が、指導医養成をしていかなければなりません。それをまず一番早く進めなければと認識しています。

司会 それを今度は3学会でどう進めていくかということが、これからの問題になりますね。

山田 そうですね。プログラム認定については、一応家庭医療学会が認定する基準を設けていきたいということで、現状を調査しながら作業を進めています。現在仮認定しているプログラムはすでに全国に19(2006年11月現在)、今後立ち上げる予定のプログラムは40~50程度はあるようなので、そういった情報を3学会で共有して、議論を進めていきたいと思います。

司会 プライマリ・ケア学会としてはどう対応していく予定ですか。

小松 現在の研修プログラムは、指導医のもとで自主的に3年間の研修プログラムを研修医自身が作り、研修後報告するという形をとっていますが、プライマリ・ケア学会として、研修内容、あるいは研修到達目標を見直して、もう少し高いレベルに仕上げることを検討しています。その内容と家庭医療学会が提示しているプログラムの整合性も検討していく必要があると思いますが、できれば今後は協同で専門医認証機構を取得し、家庭医専門コースのプログラムを再構築していくことも視野に入れていきます。

司会 プライマリ・ケア学会としても、家庭医療学会が目指しているように、若い人たちのための研修プログラムであり、家庭医専門医であるという認識だということですね。総合診療医学会はどのように取り組んでいきますか。

小泉 総合診療医学会は、発足時には勉強会ということに力点を置き、専門医制度をつくらうという発想はありませんでした。しかし時代の流れの中で、学会の存在意義ということも含めて、総合診療という領域として総合診療専門医制度を構築すべきとの意見もあります。ただし先ほどからのお話にあるように医療サイドの専門医制度ではなく、国民のニーズを反映させたものであるべきですので、もう少し議論していく必要があると思います。

今後は専門医制度を検証していく新しい認証機構についても必要条件などを3学会で具体的に議論していく必要があると感じています。

司会 これまでは3学会の合同打ち合わせ会議でしたが、徐々にそれが認証機構の準備委員会的な役割を果たし、最終的に認証機構をつくっていくというプロセスと考えてよろしいでしょうか。

山田 そうですね。私自身は専門医認証機構については、少しニュアンスが違うところがあります。もちろん公的にいわゆる専門医認証をしていくのが筋道であり、たとえば日本医学会あるいは日本医師会の理解が得られやすいと思いますが、ジェネラリストの専門医認定というのは少なくとも他の専門医の学会と同様の進め方をするのは、場合によってはあまり好ましくないのではないかと思うのです。われわれがまずしなければならないのは、そして最も重点を置かなければならないのは、日本国民にとってこういった専門医、認定医が必要で、利益があるのかということを開くことなのです。3学会の調整作業を拙速にすると、われわれのための枠組みはできて、小泉先生もおっしゃった国民のニーズがあるのかということが問題です。ですから、専門医制度を構築するための段取りを進めるとともに私たちジェネラルな学会は、むしろ国民、あるいは地域社会のほうに目を向けた活動をして



司会 津田 司

いて、実際に時代の要請、国民の要請ということで信頼を得ていく必要があると思います。

司会 非常に重要な示唆ですが、認証機構をつくりつつ、国民に発信し、そして国民の意見を聞きながらより良いものにしていくには少し時間がかかるということですね。

山田 そうですね。安易に専門医認証機構という用語を使うと「この学会も単なる専門医をつくるんだな」という印象を一般に与えかねないので、専門医認証機構という用語を使うことに関しても再考したほうがいいのでは、と私は考えています。

小松 私が提案している専門医認証機構は、国民の参加を前提にして考えています。医師よりも民間人をメンバーにより多く加え、国民が認証機構をつくっていくシステムを提案しています。

小泉 現在頑張っている先生方は、本当に努力されていますがやはり少数なわけです。少数の人が頑張って少しずつ広げていくのには、30年、50年かかるかもしれない、たしかにそれが王道といえるでしょう。しかし制度という

のはある程度、そのしゅみを国民全体にわかりやすくしなければいけない。小松先生がおっしゃるよう一般国民を含むには、日本全国の地域で現在プライマリ・ケアを提供する役割を担っている先生方が概ね了解している必要があると思うのです。そうすると、少なくとも日本医師会を巻き込んで、国民的な視野に立った新しい制度設計を考えなければ一部の議論で終わってしまい、世の中全体には拡がらないのではないかと思うのですが。

山田 今、先生がおっしゃったことがまさに問題だと思うのです。ですから、やはりすでに医師として活動している人たちが今後いかに開業医療を支えていくかということと、これから医学部を卒業する人たちに対してどういった研修・教育を提供していくかという議論をはっきり分けて考えた方がいいと思うのです。

司会 小泉先生が医師会を巻き込んでといわれるのは、全体のことですね。すでに医師となっている人たちについては、かなり時間をかけて議論していかなければなりませんから、これからの若い世代のための教育をどう認定していくかということに、話を絞っていった方がいいかもしれませんね。

国民の声を聴きながら ▶▶▶

司会 専門医の育成については、3学会が足並み揃えていこうということが今までのお話で明確になったと思いますが、では具体的にどう進めていくかということを少し話し合いたいと思います。山田先生の意見は、もう少し時間をかけて、まだ認証機構という言葉を使わずに、3学会合同打ち合わせ会議として国民に意見を求めながら進めていったほうがいいのではないかということですね。せっかく3学会の足並みが揃いつつありますので、3学会合同のシンポジウムを開いて、そこに国民代表に来てもらう。それをメディアに取材してもらって、公にしていく。その結果を踏まえて、さらにまた国民の意見を聞くといった作業を進めるというのはいかがでしょうか。

小松 いいと思いますね。

山田 今の日本には「私のかかりつけ医・家庭医はこの先生です。私のどんなことでも相談できる私にとっての家族のような医者は～先生です（もちろんこの場合1人の医師を指しているのであって、複数のかかりつけ医、臓器別のかかりつけ医を持つというのは本来の家庭医機能からは不適切と考えます）」といえる人はあまりいないのです。ですから、シンポジウムの開催というのはとても良いことだと思いますし、できるだけいろいろな立場の一般の方々を呼んで、公開の場で、実際に今、何に困っているか、どんな医者がいればいいのかを問うべきだと思います。それによって、どういう立場の医師を育てる必要があるのかということが、世の中に対して浮き彫りになってくると思うのです。

私たちが共通して考えている心温まるような医療の本質、医師の心を、3学会が協調して世の中に訴えていくことが、遠回りなようですが、非常に重要なことだと思います。

小松 われわれの学会でも、セミナーなどでは患者さんの代表に来ていただいて、家庭医療の専門医について発言してもらおうなど、国民の参加できる場をつくり、外向きに行動しています。

ただ国民がわれわれの活動やプライマリ・ケアというものをきちんと認識するというのは非常に難しいのです。もちろんわれわれの力不足でもありますが、やはりもとを糺せば、日本の地域における開業医の先生方の位置づけが制度的にできていないため、国民に分かりにくいのだと思います。

ですから、イギリスほどとはいわないまでも、家庭医がゲートキーパー的な役割を果たしていくという制度をつくっていかないと、家庭医療専門医をつくっても本当の意味で育っていかないとと思うのです。専門医になって

もそれを生かす制度がないということでは。

小泉 そういった制度面も同時に進めていく必要がありますが、専門医制とそれを生かす医療制度とは分けて考えていかなければいけないということですね。

山田 小松先生がおっしゃったように、地域での医者役割がシステマティックに表現されていなかったと思うのです。地域の先生たちがいかに良質な医療を提供しても、今、までそれが国民に評価されていなかったところがあります。その先生方に団結していただいて、そういった医師が地域で医療を展開することが、今とても大事だと表現するために力を貸して欲しいと思います。

司会 今日は、3学会の足並みが揃っていること、そして目指すのは家庭医を育てるということ、さらにこれから卒業する人たちのための認定制度をつくっていくという方向性が明確になったと思います。これまでも明るい兆しが見えてきていましたが、集まって座談会をすることでより一層明確になったということで、大変意義があったと思います。ありがとうございました。

〔2006年7月2日 於 東京〕

