



Special 特集：スペシャル座談会 総合診療専門医

臓器別ではない包括的な医療のために。 19番目の基本領域となる総合診療専門医。

2017年より19番目の基本領域として総合診療専門医が加わり、新しい専門医制度がスタートします。現在どういふニーズがあり、今後どう変わっていくのか。今回は国立病院機構の総合内科や総合診療科などにおいて、豊富な経験をお持ちの先生方にお集まりいただき、桐野高明理事長とともに、これからの教育プログラムや総合診療専門医に期待される役割などについて意見交換していただきました。

〈参加者〉

- 国立病院機構 理事長 桐野高明
- 東京医療センター 総合内科医長 鄭 東孝
- 高崎総合医療センター 総合診療科部長 佐藤正通
- 京都医療センター 総合内科診療部長 小山 弘
- 大阪医療センター 統括診療部長 和田 晃

総合診療専門医が 今なぜ求められるのか

桐野 総合診療専門医が加わった新しい専門医制度がスタートするにあたり、本日は国立病院機構におけるその領域のエキスパートである皆様にお集まりいただきましたので活発なディスカッションができればと思います。

佐藤 総合診療専門医が必要になったのは、ま

高齢化に対応する地域医療の中心として 病院のゲートキーパーとして活躍を期待。



国立病院機構 理事長

桐野高明



東京医療センター 総合内科医長

鄭 東孝

ず人口動態の部分が大きいと思います。また過去40年、専門分化が進み、それだけで完結しえない人という生き物の複雑さもわかってきた。専門領域だけですべて解決するわけではないという認識が高まっていると感じます。専門医制度の改訂が実施されるのは、専門医療が進歩し続けた結果でもあると思うんですね。1つの生命体として人間を捉えるという方向性が出てきたことは、医学の進歩の上でも必須の過程だと考えています。

鄭 佐藤先生のお話に補足するなら、決定的なのは、高齢化が進んでいることでしょう。専門領域は臓器別で区分していた部分が大きい。ところが、患者さんが高齢化して、肺炎で肺だけ診る、心不全で心臓だけ診るのでは問題解決しないケースが非常に増えてきた。臓器別ではない包括的な医療が求められていて、その中で見えてきた1つの答えが、総合診療専門医だと考えています。

急性期病院で疾患を治してもADLが落ちたり、機能が低下して自活できない方は、療養型の病院、あるいは在宅医療などへ移行しないといけません。退院後ではなく入院中の段階で、次のステップを見据えた医療を病院の医師が考えないといけない。高齢化により今後、急性期病院だけでは完結しない医療がますます増えると思います。

小山 地域での診療は当然必要ですね。私は3年ほどイギリスに行った時、GP (General Practitioner) にお世話になりました。妻が出産したこともあり、日本の医療との違いを認識できましたし、GPというファーストコンタクトをする医師がよく機能しているなと感じました。

私は名称に懸念を抱いています。家庭医というと「私には家庭医はいない」という人もいるでしょうし、総合診療医、総合診療専門医という今度はドクター Gかと。「私は高血圧の治療をしてほしいだけ」という人たちがかかってくれるのでしょうか。家庭医、総合診療医という名称で本当にいいのか。そこをしっかりとせつかくの制度が混迷しかねない。もう一度真剣に考え直すべきなのでは、とすら思っています。

和田 当院の総合診療科の成り立ちから見ても、日本の医療は専門医制度というか、臓器別に偏りすぎている傾向があり、総合診療医という考え方が自然発生的に出てくるのは当然だと思います。

小山先生が指摘された名称ですが、病院での総合診療医は、病院総合医なのか、また、内科の専門医と病院総合医の違いなどの議論も必要だと思います。名称に関して考えるべき点はありますが、地域医療の担い手として総合診療医が中心になっていくのは確かでしょうね。

桐野 先生方のご指摘の通りですね。専門化が進むという現象は医学だけに限らず、学問のあらゆる領域で起こっていて個々の領域が「断片化する」という言葉をよく使います。断片化すると、どういことが起こるか。たとえば、工学部などでは、古典的な熱力学や流体力学を誰が教えるかが大変な問題になっています。教えるにはその領域を熟知している必要があるのに、数学モデルとしては一応、解決しているので、新たに参入する研究者がいない。つまり、総合性を要求するのは専門性が非常に進んだ証拠なんです。専門分化が激化

すると、総合性がなければやれないという問題が発生し、医学でもそれが起きている。

2番目に疾病構造の変化と高齢化を指摘されましたけれど、まったくその通りだと思います。高齢化の進展が総合的な能力を持った医師の必要度を加速していることは間違いないでしょう。

3番目のファクターとして、医師の卒後教育が非常に重要になっていて、チームの中に組み入れて教育しないといけない。もっとも適任なのが総合診療的な能力を持つ方々なんですね。

4番目は、日本というより西ヨーロッパ諸国が主にそうですが、GPが一種の身分なのです。イギリスやフランス、ドイツもそうかもしれません。特にフランスで顕著ですが、卒業時の試験の成績によって希望の診療科に進みます。GPは人気がないので、身分のように固定してしまうんですね。しかし日本では、それではうまく機能しないし、アメリカでもその方法を取っていません。ヨーロッパでは医療費を抑えるという側面から意図的にGPを養成しているんです。とても効率的に医療を提供できるので、現在の非常にタイトになった医療費の中で、質の高い医療を効率的に提供していくための1つの方向性でもあります。

そういう背景から19番目の専門医として総合診療専門医が誕生します。これを今後どう位置付け、取り組んでいくのか、議論が必要ですね。

これからの地域医療において 総合診療専門医が果たす役割

佐藤 私は国立病院機構のようなメディカルセンターが、先端医療を還元していくシステムが必要だと思うんです。紹介の受け入れをはじめ、地域医療支援という立場を常に貫いていかねばならない。総合診療医がゲートキーパー的にメディカルセンターの窓口において、さまざまな要請に対応するシステムをつくらなければならないと思います。地域の医療機関からの紹介なら、フリーの患者さんより難易度は高くなるでしょう。そういうケースにも高度な医療技術を適用して手術が必要であれば、すぐ対応できるような体制づくりのためには総合診療医が非常に重要だと考えています。

名称としては総合内科、総合診療科になるのですが、今まで日本の病院でその役割を担ってきたのは、内科といわれる部署だと思います。他の診療科も、病院のフロントラインで患者さんを受け入れています。専門分化が進み、「うちでは診られない」というケースが増えているのではないのでしょうか。総合診療医が19番目の専門医となるからには、総合内科より守備範囲が広くなければ。小児科や婦人科、あるいは整形外科、救急の一部も担わなければならないでしょう。

鄭 病院総合医と、地域の病床のない診療所に勤める普通の総合医との最大の違いは、入退院があるかないかです。入院には救急も入りますし、診療科が限られた地域では、小児科や整形外科、マイナー科も含めた、さまざまな健康問題に対して判断できる能力も必要かもしれません。

臓器別の専門医の仕事は、患者さんが入院した後にウエイトがあると思うんです。もちろん、そこはしっかりやっていただくんですが、病院総合医に

は、どういう人が入院するのか、ゲートキーパー的な機能も含め、適切な判断ができて、きちんと入院へ結び付けられる能力が必要です。

一方、高齢化が進むと退院後が非常に重要になってきます。たとえば肺炎の人が入院してきた。抗生剤をチョイスして酸素を投与して、生物医学的に肺炎が落ち着くのがおそらく約1週間後。でも、その方が90歳だとすぐには退院できない。3週も4週も入院しているのは、肺炎はよくなっても、廃用症候群が進んだり、受け入れ体制が整っていない、ご飯が食べられなくなったりなどで期間延長になるケースが非常に多いです。

肺炎治療だけの生物医学的なアプローチでは成り立ちません。生活能力の回復や、回復しなかった場合、地域にどうトランスファーするかなど、医療資源の使い方も含めて判断できる人が病院総合医にふさわしい。最近、考えている病院総合医の定義は「退院させる人」。冷たく聞こえるのですが、「患者さんがアンハッピーにならない形で退院に導く能力のある人」が病院総合医のもっともシンプルな定義ではないかと思っています。

佐藤 鄭先生がおっしゃったように、総合診療医は、病院で総合診療ができることに加えて、プライマリ・ケア領域全般が守備範囲になると思います。今のプログラムでは3年という短い期間ですが、家庭医なのか、プライマリ・ケアなのか、2階建て部分にどういう総合診療が来るのか、選択できるキャリアパスが必要ですね。メディカルセンターで働くにしても、家庭医を目指すにしても、診療科をまたぐ部分、在宅医療の研修や地域との連携といった研修プログラムが必要になってきます。急性期か慢性期か維持期か、それとも生活支援なのかという部分まで包括する。診療過程の広さも求められるなら総合診療医としての研修や教育を一通りやらなきゃならない。一方で、それぞれの志向によって、チョイスできるという選択性を持たせなければならぬと思います。

桐野 病院における総合内科医、総合診療医というのは、全国レベルで確立する方向に固まってきたとは言いがたい面があります。今後は内科も総合内科の専門医であることが要求されますし、総合診療専門医の教育という、今後話題になる部分も関与するので、非常に大きなチャンスの時期を迎えています。お互いいがみあわないで、有効なシステムをつくる必要があると思うんですね。

これまでの医学教育には、生きるか死ぬかの病気に対して大掛かりな機械を使って、最先端の治療を金に糸目を付けずに行うことが偉いという幻想がありました。華岡青洲の言葉で言えば、「起死回生の術を持って医師の本懐とする」というような。でも、それを目指すほど断片化してある意味では非人間的になる。手しか診ない外科医とか。

専門家としては重要ですが、そういう人だけの集団では、病院は非人間的になることを教育の段階で教えないといけません。精鋭化した専門家は、そのベースに非常に幅広い世界があるんだということを認めなきゃいけないと思います。

総合診療専門医の魅力を手にとり提示していくか

桐野 総合診療の中間まとめが公表されましたが、理念の2番目ぐらいに他の診療科より下ではないと盛り込んでいましたね。イギリスのGPの話が出ましたが、50年経ったらもう全然地位が下で、誰もあり手がありませんという…。そうになってしまうと若い人が来ないという懸念がありますよね。総合診療医にどういう魅力を提示していくか。その難しさも感じています。

鄭 若い人が来ないという意見に関しては、そんなことはないんじゃないかと思います。総合診療領域に関する興味はなくなるはないので。ただ、いったん

来た後に、生涯のキャリアとして総合診療領域の診療を続けてくれるかに、みなさん、懸念を持たれているんじゃないかと思うんですが。

小山 必要とする人口で言えば、医学部卒業生の50～80%が総合診療でないと困ることになります。今の日本でそれだけの人材が確保できると思えないです。うまくいって10%でしょうか。

鄭 専従というか、総合診療領域だけをずっとやりなさいという形だと、おっしゃる通りでしょうが、総合診療の研修や経験に曝露した後、専門領域に進む方が増えていくということも、ジェネラルな医療に対する答えだと思うんですね。

若い人たちがいる時期、総合診療領域に来るのは非常に重要だと思うんです。後期研修に来た研修医全員に対して、生涯総合診療をやれとは言いません。うちで5年間の研修を終えた後、大学の内分泌の教室や心カテの専門病院に行く人もいます。彼らはインターベンションをやっているけれど、ジェネラルもよく知っている。総合診療科で研修したので糖尿病や脳梗塞の管理もわかる。ジェネラルにやっていて本当によかったと言っています。

これを拡大して、地域の医療も診られるようにする。それがおそらく総合診療医に求められる能力だと思います。地域あるいは病院のどちらか一方だけでキャリアをつくるのではなく、その両方を経験することで、ジェネラルにやれるポテンシャルを持った人々を育成することが大事だと考えています。

和田 ダブルボードというのは非常に魅力的ですね。内科専門医の1年目とか初期研修の2年目は、総合診療とかなり重なる部分が多いと思うので、婦人科や小児科的な領域をも学んで家庭医を選ぶか、あるいは内科に進むか、専門医制度の1階部分を考えていくと、この辺がうまく動けば、総合診療の専門医になる人も増えてくるんじゃないでしょうか。

桐野 日本には医療関係におけるマンパワーの制御がないんですね。医療をお財布と相談して買うサービスであると割り切れば、市場が解決する。希少な領域はお値段が高いし、医師が余れば、お値段が安くなる。それに近いのが米国の医療です。

その反対は、政府や医師の団体が制御して、専門医を何人養成するかを決めるわけです。フランスのように、試験の成績のいいほうから順番に自分の好みのところに行くというやり方もあるかもしれない。しかし、日本はそれをやっていない。そのために、日本の医療制度改革は、非常に遅いというか、時間が必要なのが特徴で、たとえばJNPや専門看護師の問題にしても、やっと始まりますね。見直しを経て多少は変質するでしょうが、この方向はそう簡単には変えられないと思います。

一番大切なことは、総合診療専門医は素晴らしい仕事だというイメージができて、若い人が意欲的に参入してくれることでしょう。かつてよりは総合性に着目した勉強をしようとする率が上がっていると感じていますので、いい教育が受けられる、つまり若い人たちが考えるいい医者になれる教育をやっていくしかないと思うんですね。

2017年にスタートする新しい専門医制度の目的

佐藤 新しい専門医制度が地域の医師数や診療科偏在の格差是正に使われる予定はないのでしょうか。たとえば、西ヨーロッパの国や地域なら、ここでは〇〇科の専門医が取れて定員は〇人だと。でも、別の地域では全然取れないとか。そういう方向付けや制御をしたりしないんですか。

桐野 まず、新制度における専門医の地域別分布はデータとして出ます。また、今後は教育や更新時に、自分が担当する症例を出さないといいけない。特に外科系では1つの症例をダブって使えない



高崎総合医療センター 総合診療科部長

佐藤 正通



京都医療センター 総合内科診療部長

小山 弘



大阪医療センター 統括診療部長

和田 晃

機構病院のネットワークと地域の連携で 有効な育成プログラムを構築していきたい。

ので、症例のないところに、やたらとある領域の専門医をつくることはできなくなります。もちろん、凸凹は相当ありますが、症例依存型の分布の強制力で、今までよりは緩やかになるでしょう。

佐藤 なるほど、そうなんですね。

桐野 専門医の更新に関しては、今までより症例オリエンテッドな条件、つまり診療をどれくらいやっているか聞かれる可能性が高いと思います。日本の場合、あるポジションについたがために診療があまりできなくなる可能性があります、やはり症例が要求されることになるでしょう。場合によって、私自身は専門医という資格がある時点で放棄しなければいけないのかなと思います。

小山 少し前、学会からの認定ではなくて、機構からの認定という案もありましたね。最近では基本的に学会が今までどおり出して、その認定のレベルだけを機構が行うという流れでしょう。

桐野 いやいや、〇〇学会専門医があって、機構は専門医のプログラム認証を行います。もちろん教育や試験は学会から委嘱を受けて実施するわけですが。試験の結果、学会がAさんとBさんは認定したいと報告してきたら機構が認定証を出します。学会に何年加入しなければ駄目という要件はもう外れますが、学会と無関係にはできない。そうすると、誰がやるんだということになりますから。

小山 私が混乱しているのは、もうすぐ新システムが始まるにもかかわらず、内科学会が、専門医について次はこういう予定ですと言っていますよね。あれは機構の了解を得ているのでしょうか。

桐野 今一番話題になっているのは「2017年から新しい専門医の養成制度がスタートします」ということで、すでに専門医である方の移行については何も決まっています。無条件に移行するなどということも不確定です。私は今度の新しい専門医制

度の大きな課題は、総合診療専門医をどうつくるかが第1であって、2番目に内科がどのような専門医制度をつくるかと考えています。

佐藤 モデルカリキュラムはこの前、内科学会の全体会議で出ました。あれをもとにつくりなさいというひな型だと私はとらえているんですけど。

小山 先ほどの話に戻りますが、総合診療専門医的なマインドを持った医師を若いうちに育成し、それを経験してから各サブスペシャリティへ行くという制度だと、この年限ではできません。システムの修正が必要になってくる気がしますね。

桐野 今の制度は初期臨床研修が2年間、後期臨床研修が3年間。その段階で一定の要件を満たして、試験を受けてOKであれば、専門医と認定するという考え方なんですね。内科の大部分は、その後サブスペシャリティに行きますし、さらに5年間は長すぎるので、3年のうちに、たとえば循環器に行きたい人は、循環器の研修を一部入れるというプログラムをつくらないといけないでしょう。でも、まだ十分できていないんですね。

佐藤 施設間の移行ができなくなる気がして、怖いですけど。たとえば、3年目で大学の医局の、循環器に入ったとします。専門医を取得するためには内科の専門医を取らなければいけない。では、内科の研修は、その大学でしかできないのかと。

今はいったん大学の医局に所属しても、地域の医療機関をどんどん回って教育を受けています。施設が機構から認定を受けていれば、他へ行ってもキャリアパスができていくのか。それが心配ですね。融通が利かないのであれば大学に集中してしまっ、地域の医療機関に若手の3年目、4年目、5年目がいなくなってしまうから。

桐野 そこはまだ検討されていないと思います。

専門医制度の目標は、すべての医師は19の基本的領域のいずれかの専門医を目指すべきであるということです。2年間の初期臨床研修は絶対に必要だけれども、現場で患者を診るためには3年間の後期臨床研修も必要だと。それを終えた時点で、何らかの専門医を取得してくださいというのが今後、スタンダードになっていく。だから、決してスーパードクターや突出して優れた医師をつくるという目的ではなく、ほとんどの医師がそれだけのトレーニングを受けてから、現場に出てくださいという考えなのだと思います。

佐藤 確かに内科系は遅れているのかなと。いろんなシチュエーションに対応できないんですよ。

桐野 プライマリ・ケア連合学会では、家庭医を目指す総合診療医もいれば、病院で働く総合診療医も当然いるだろうと。ただ、両者はまるで違う世界の人間と考えたほうがいいですね。スタートの時点では病院と地域、両方のトレーニングが必要でしょう。3年間のうち1年ぐらいは総合内科的な研修が必要だし、さらに残りの2年間は総合診療専門医らしい、さまざまなトレーニング、たとえば小児科や産科、場合によっては精神科の研修も必要かもしれません。あと当然、地域の中小の病院や診療所でのトレーニングも必要になってくるだろう。こういう考えなんですよ。

総合診療専門医を本格的に育成するなら、そう考えざるをえないと感じました。病院の総合診療や総合内科を担当する方々の教育における責任や役割が、今までの初期臨床研修以上に大きくなるので、その辺りのお考えを聞きたいと思います。

総合診療専門医の育成に必要なトレーニングとは

和田 私どもの病院では、研修医だけではなく、



ほかの医療職も含め、基礎を教える場として総合診療科が重要な地位を占めています。実際、1年目で総合診療科をローテーションに入れるべきだと考えていますし、今後は内科の専門医にも総合診療能力をプログラムに入れていきます。基礎の部分には総合診療が必要ではないでしょうか。

鄭 当院では後期研修医がたくさんいて実例も多いのですが、おっしゃるとおり総合診療専門医の養成を考えた場合、病院だけの診療では完結しません。地域の医療機関、地域包括ケアセンター、コメディカルの人たちとの連携、そういう実務に関わる場をつくることがとても大事だと思います。

プライマリ・ケア連合学会の「総合診療、家庭医療専門研修」ですか、プログラムの認定要件はその辺をかなり厳しく定めていますので、その部分をクリアするにも、病院の中や病棟だけで研修すればいいという時代ではなくなっています。実際に救急で搬送されてきた高齢者に対しても、急性期の医療だけやっていけばいいわけではないことを、ひしひしと感じていますので、その先を見据えた医療を常に意識しながらやっていくと。

そのためにも、たとえば、地域の在宅の医療機関と合同で患者さんのケアカンファレンスを実施したり、当院の在宅医療支援室が開催している介護教室などに、研修医を必ず参加させたりするようにしています。地域の対応がどうか、ご家族がどう思っているか。急性期の病院であっても、そういうトレーニングの場を意図的に設けて、退院後、患者さんが地域でどう過ごすのか、後期研修の中で学べるような研修コースをつくっていくのが大事ではないかなと考えています。

和田 いわゆる家庭医コースというか、プライマリ・ケア連合学会では、半年ないし1年ぐらい、病院総合医と、小病院または診療所での研修が必要といわれました。総合診療医の教育ではやっぱりその辺が1つ問題になってくるでしょう。最近いろいろな面で医療の供給体制が変わり、国立病院機構内の病院でも地域包括病棟ができつつあります。機構の病院間で、研修医や専修医を派遣しあってプログラムを作ることを考えてもいいんじゃないかと思えます。

鄭 当院では東埼玉病院に後期研修医を派遣しています。東埼玉病院は在宅医療を非常に熱心にやっているとこです。在宅医療の経験を積むために、東京医療センターの研修プログラムの中に東埼玉病院に行く期間をつくり、そちらで在宅医療の指導をしています。そういう部分も、地域で働く医師として必要な研修だと思います。

佐藤 国立病院機構間というやり方もあると思うんですが、地域にある既存の医療機関との連携をしっかりとやっていかなければならないですね。病院のゲートキーパーである総合診療医が、病院の機能を地域に反映させていく存在と考えるなら、敷居をどんどん低くしていかなければならないし、人的交流があってもいいと思うんです。

初期臨床研修は「一般診療ができること」が国の法律が定める目標ですが、メディカルセンターにプライマリ・ケアの患者が本当に来るのか。行政的には紹介状がなければもう来られないわけですから、メディカルセンターでのプライマリ・ケア領域の研修は非常に希薄化していきそうです。だから初期臨床研修でも地域の医療機関と連携していかないと疾病が発生して収束するまでのシークエンスを全部知り得ないですよ。

たとえば脳梗塞で倒れたら、病院に搬送されて、回復期に向かい、在宅へと復帰していく。けれども後遺障害が残った場合、どういう生活上のサポートが必要か。そういう部分まで認識できる医師を育てていく。高度な病院にも診療所にも行けるレベルをめざすなら、地域の方々、所属団体を挙げれば医師会との連携がとっても早いですね。

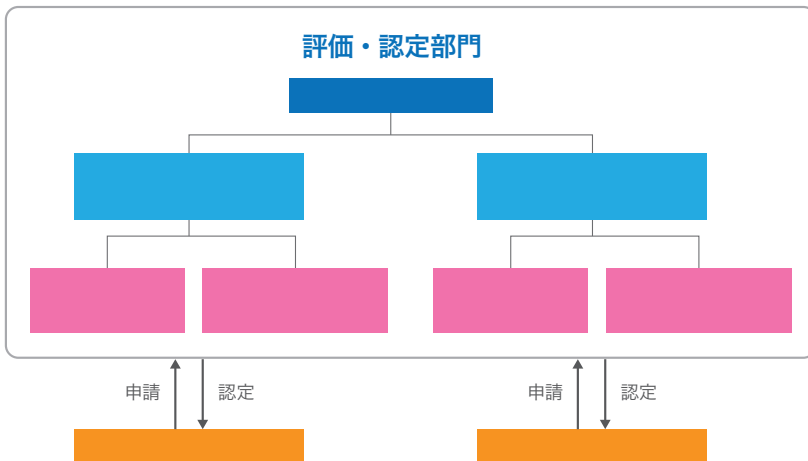
■「専門医」とは

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。

厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」の報告書を受けて、専門医の育成・認定およびその生涯教育を通じて、良質かつ適切な医療を提供することを目指して、平成26年5月7日一般社団法人日本専門医機構が正式に発足。

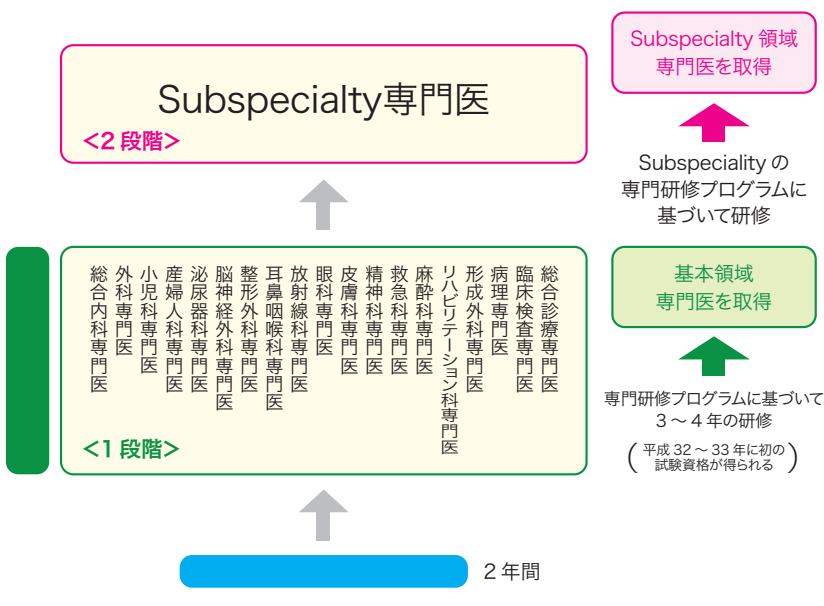
■日本専門医機構の評価・認定組織図

日本専門医機構HPより



日本専門医機構により、専門医制度整備指針に基づいて専門研修プログラム・専門研修施設・専門医が評価・認定されます

■平成27年度に臨床研修を開始する者から新専門医制度導入(2段階制)



ここの親密性を高めていけば、過剰な医療投資をしなくて済むし、関係を築いていかないと、急性期医療自体が賄われなくなってくるんです。競争原理でやるにも、患者さんが運ばれてこなければそれまでです。診療報酬会計を見ると、人口が減っていく中、専門診療領域の急性期は今後、目減りしていくんじゃないかと思うんです。

専門領域の先生方が診ている患者さんも、みんな高齢者です。ですから、病院の機能をしっかりとアピールして、地域と連携した病院群というか、医療機関団をつくって、地域で医者を育てるような形しかないのかなと思いますね。

桐野 今後始まる後期の専門医制度の改革は、国立病院機構にとって非常に重要です。初期臨床研修も重視して、かなりよくやっていると感じますが、後期についても役割は大きいと思います。

国立病院機構の院長先生たちは、医師であれ、看護師であれ、自分が一生懸命育てたスタッフが取られて他へ行ってしまおうと嘆かれる。しかし、裏を返せば優秀な人達を輩出しているという状況こそ、まさに医療人材の育成という意味では、国立病院機構が任務を全うしている証拠であって、ある意味、喜ばないといけませんね。

ですから、狭い見ではなく、広い心を持って後期以降の人材育成に取り組まなければいけない。総合診療専門医の育成プログラムをどうするかは、重要なポイントですね。国立病院機構は今までも精神科や一部の障害系の先生方が尽力して全国組織をつくるなど、多彩なジャンルでさまざまな貢献をしてきました。総合診療に関しても病院の枠を超えて協力しあい、有効な教育プログラムをつくっていただきたいと希望しています。

Hospital 病院クローズアップ

国立病院機構

山口宇部医療センター



院長PROFILE

上岡 博(うえおか・ひろし)

1950年生まれ、75年岡山大学医学部卒業。

85年岡山大学にて医学博士号取得、2003年岡山大学大学院歯学総合研究科病態機能学講座助教授を経て、2005年国立病院機構山口宇部医療センター院長に就任。また、山口大学医学部臨床教授および岡山大学医学部臨床教授を兼務。

世界肺癌会議 (IASLC)、米国臨床腫瘍学会 (ASCO) に所属し、日本肺癌学会理事、日本呼吸器学会代議員を務める。

肺がんの予防から緩和ケアまで、 県全体の中核病院としてより専門性の高い医療を

当院は呼吸器と肺がんに特化した病院で、特に肺がんについては予防から緩和ケアまで、専門的な医療を提供できることに誇りをもっています。

平成17年に私が赴任して来た当時は、重症心身障害児医療と呼吸器が主体の病院でしたが、呼吸器に関しては結核と慢性の呼吸器疾患が中心という状況でした。いわゆる旧療養所病院でしたので、肺がんまで診られる専門性の高い病院にすることを目指しました。呼吸器診療については、重症の呼吸不全、呼吸器疾患を担う病院にしようと。それまでは病院名も山陽病院といい、地域の人にとって山陽病院は結核の病院だという認識でした。政策医療として結核も当然診ますが、それ以外の重症呼吸器疾患と肺がんの専門病院だという点をアピールするために病院名を変えたという経緯があります。

今は紹介で県外から来られる患者さんも多いですし、県内の大きな病院も含めて、重症の呼吸不全の患者さんを救急車で当院に送ってくださる、そういう流れができてきました。

医師の確保については、いろいろな方面から募集しているところです。最近では山口県内で呼吸器をやりたい、肺がんを診療したいという方が当院に集まってくるという状況に変わってきています。

肺がん医療に関しては、禁煙外来、敷地内禁煙を含めた予防から、診断、放射線科の専門医も3名います。治療につきましても、呼吸器外科

の専門医を含め、呼吸器外科だけで7名。放射線の治療医もいます。内科につきましても、がん薬物医療専門医4名を含めて、肺がんの専門医はたくさんいます。緩和ケア病棟もありますし、医師だけではなく、薬剤師についても、がん薬物療養認定師が2名います。がん性疼痛の専門の看護師や、緩和ケア専門の看護師もいますので、予防から看取りまですべての専門医をそろえた、全国でもあまり類を見ない病院だと自負しています。

今後はもっと、肺がんの専門病院だということを全国で認めていただくことが目標です。今までは臨床が主体でしたが、これからは研究面にも取り組みたい。臨床研究部がありますし、イギリスに11年留学なさっていた生化学の医師がおり、そういう面での基礎的な分野の研究を後期研修医の方にぜひやってもらいたいですね。後期研修医は2年間で肺がんとそれ以外をマスターする指導をしています。その後は研究面を伸ばしていきたい。これから目指す方向はそちらだと思っています。

最後に研修医の方へのメッセージですが、一番必要なのは、積極性ではないかと思います。何でもトライしてみる。勉強、知識だけを吸収するのではなく、まずあらゆることにトライしてみることが大切でしょう。自分が一番何に向いているのかを、さまざまなトライを重ねることで経験して感じてもらったらいいいのではないのでしょうか。

山口宇部医療センター DATA

■ 所在地

山口県宇部市東岐波685番地
http://www.yamaguchi-hosp.jp/

■ 病床数

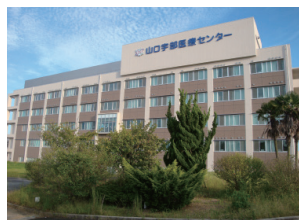
365床

■ 診療科目

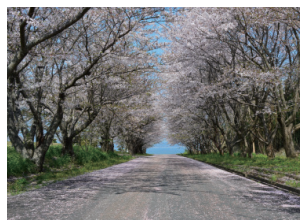
内科／精神科／血液・腫瘍内科／神経内科／呼吸器内科／消化器内科／循環器内科／アレルギー科／小児科／呼吸器外科／乳腺・消化器外科／整形外科／リハビリテーション科／緩和ケア内科／耳鼻咽喉科／放射線科／歯科（入院患者のみ）／麻酔科／臨床検査科／病理診断科

■ 研修の特色

当院は専門に特化した病院のため、初期研修の管理型研修は行っており、専門医療センター、山口大学、山口県立医療センター等の協力型病院として呼吸器部門を担当しています。後期研修は最初の1年間は肺がん全部、残り1年は重症呼吸器不全の呼吸器管理を含めた診療と、それ以外の一般的な呼吸器疾患の勉強をします。手技を含めたすべてを指導医と一緒に学習してもらいます。



一般病棟



桜並木



病棟から見る眺望（周防灘）



常盤公園の野外彫刻

山口宇部医療センターのある街

温暖な気候で、豊かな自然も残る街でやすらぎを得る

山口医療センターのある宇部市は本州の西、山口県の南西部に位置する。南は瀬戸内海に面し、周防灘の美しい景観が臨める。炭鉱都市として発展した街ではあるが、気候は温暖。比較的雨が少ない瀬戸内海式気候で、豊かな自然に恵まれている。温暖な気候とあいまって山と海の幸にも恵まれている。

そんな地元の食材を生かした加工品を「うべ元気ブランド」と命名し、販売促進を行っている。素材にこだわった、ご飯のお供にピッタリな宇部かまぼこや宇部沖限定干しもの、きくらげの贅沢旨煮などを揃える。地元の果物を利用したスイーツ

ではラムレーズンとイチゴを使った炭都バーク、トロビカルロール、ブルーベリーのジャムやドリンクなど、さまざまな特産品がある。

広大な敷地を有する地元で有名なときわ公園は、遊園地や動物園を併設した総合公園で、彫刻の野外展示場もある。1961年以来、大規模な野外彫刻の国際コンクールを行っており、若手彫刻家の登竜門にもなっている。歴代の入賞作品は市街地や公園に設置されている。また2007年には緑と花と彫刻の博物館が開館した。ときわ湖を中心に、園内には約3500本の桜の木があり、「さくら名所100選」にも選ばれている。



Hospital 病院クローズアップ

国立病院機構

あきた病院

建物や医療機器を一新。リゾートホテルを思わせる病院を目指してよりよい医療を提供します。

当院で最も患者数が多く、重点的に取り組んでいるのは重症心身障害者の分野です。次が筋ジストロフィー、残りが神経難病です。結核でスタートした病院ですが、医療の中心は神経難病医療に移っています。つまり当院は神経難病の単科病院です。それらの政策医療を担い、地域医療に貢献することが当院の基本理念となります。また、すべての職員が一丸となって協力し、患者さんに満足してもらえるような医療を提供できるよう、努めています。

地域連携についてですが、今年からはかなりしっかりした体制で取り組んでいます。開業の先生方と共同で使える開放病棟を5床つくり、本格的な運用をスタートさせました。当院の登録医の先生方にも協力を要請し、開業医の先生からの紹介の患者さんも診る、開業医の先生も当院へ診察にいらっしゃる、というかたちで始めています。

あとは、一般的なCTとかMRIといった大型の医療機器や、特殊なものとしては神経難病を診断するためのSPECT-CTやX線骨密度測定装置を新規に導入。従来からのCTを含めた、地域の医療機関との共同利用についてもこれから始めようと思っています。

地域の方には神経難病の専門病院であると認識していただきたいと思っています。そういう意味で、当院でも「秋田神経難病医療センター」というサブタイトルを打ち出し、ホームページでも「あきた病院」の下に小さく明記しているのですが、

公の場での認知はまだまだなのかなというのが現状です。

秋田県には県立病院がなく、県としては最初、神経難病の患者さんを赤十字病院で受け入れていました。そこが「神経疾患センター」という名前を打ち出しているのですが、当院が類似の名前を出すことについては、いま交渉中というところです。

ただ現在では、秋田県で一番神経難病の患者さんを診ているのが当院で、専門医や神経内科のドクターも多数いますので、神経難病に強く、そこに特化した病院だということを、もっと広く県民に浸透させたい。それが当院の目標の1つでもあるのです。

秋田県で全国的に有名な病院として脳血管研究センターがあります。脳卒中や脳梗塞の患者さんはみんなそこに集まりますし、医師も全国からきています。ただそこは外科なので、当院は内科的な疾患のセンター病院だということを、もっと強く出したいのですが、まだまだ周知が足りないようです。

当院を見学していただければわかると思うのですが、環境がとても良いです。もともと結核病院からスタートしたので昔のサナトリウムといえようか、『となりのトトロ』に出てくる病院のような雰囲気です。森があって、海も近く、オーシャンビューを見渡すことができます。建物も新しくなりましたので、リゾートホテルのような病院を目指せたらと思っています。



院長PROFILE

岡宮 繁夫（まみや・しげお）

1951年生まれ、76年秋田大学医学部卒業。

81年医学博士取得、92年秋田大学医学部内科学第三講座助教授、

2002年国立療養所秋田病院第一内科医長、2003年国立療養所道川

病院副院長を経て、2005年国立病院機構あきた病院院長に就任。

内科学会認定医、日本血液学会専門医、日本血液学会指導医、日本内

科学会東北支部評議員、日本臨床血液学会評議員、日本血栓血液学

会評議員、日本医師会認定産業医を務める。

あきた病院 DATA

■所在地

秋田県由利本庄市岩城内道川字井戸ノ沢84-40

http://akita-hp.jp/AkitaHP_top.html

■病床数

340床（一般病棟334床、結核病棟6床）

■診療科目

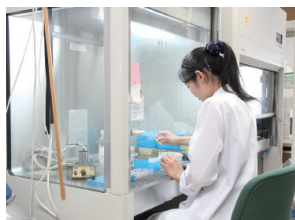
内科／神経内科／呼吸器内科／整形外科／外科／耳鼻咽喉科／小児科／皮膚科／眼科／リハビリテーション科／歯科

■研修の特色

初期研修は内科、外科、救急部・麻酔科の3科が基本研修科目で、小児科、産婦人科、精神科及び地域保健医療を必修科目とします。基本科目のローテーション期間は3カ月を1単位とし、必修科目のローテーション期間は1カ月を1単位としています。後期研修では内科コースでは筋ジストロフィーの患者さんの管理を、小児科コースでは重症心身障害児患者さんの管理を学習してもらいます。



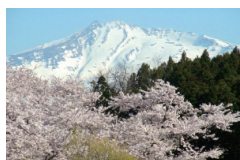
ナースステーション



研究室



屋上から見る眺望（日本海）



鳥海山と桜

あきた病院のある街

山と海がおりなす大自然から季節を感じてみるのも

あきた病院のある由利本庄市は秋田県の南西部に位置する。南には鳥海山を望み、西は日本海に囲まれる。

鳥海山は県境にある標高2236メートルの山。鳥海国定公園を中心とした鳥海高原はブナの森や湧き出る清水、竜ヶ原湿原、日本の滝百選にも選ばれた「法体の滝」など、壮大な自然があふれるエリアだ。その法体の滝の前に広がる法体園地キャンプ場は親水公園として地元民に親しまれ、鳥海町の観光拠点にもなっている。

猿倉温泉郷も人気のスポット。鳥海山を眺めながら入れる露天風呂や泡沫浴、打たせ湯などが

楽しめる。またコースが豊富でスノーパークもある鳥海高原矢鳥スキー場や、ファミリーで訪れたい鳥海オコジョランドスキー場など、季節感を楽しめるレジャーも豊富だ。

街の歴史は古く、藩政期には本庄地域は六郷氏の本庄藩、岩城地域は亀田藩の城下町、矢鳥地域は矢鳥藩主生駒氏が讃岐より移封され、城下町として栄えた。このエリアには永泉寺や本庄公園、美術館や茶室のある亀田城佐藤八十八美術館、龍門寺、折渡千体地蔵など歴史にちなんだスポットも数多く残るので、街をのんびり散歩してみるのもいいだろう。



Topics 国立病院総合医学会セッション

同世代の研究発表を通して刺激的な交流を 若手医師フォーラム

国立病院機構に所属する若手医師が取り組んできた症例や研究を発表する場として昨年からスタートした「若手医師フォーラム」。今年は全国から26演題の応募がありました。最優秀賞に輝き、副賞として2015年度のVA留学権が授与されたお二人にお話をうかがいました。



「臨床研究部門」最優秀賞

Baseline procalcitonin predicts clinical remission in biologic naive rheumatoid arthritis patients treated by tocilizumab.

大阪南医療センター リウマチ・膠原病・アレルギー科 清水隆

——発表テーマとポイントは？

「トシリズマブ投与を受けたバイオナティブ関節リウマチ患者における寛解予測マーカーとしてプロカルシトニン是有用である」をテーマに発表しました。生物学的製剤は関節リウマチ治療において有用な薬剤ですが、明確な選択基準はありません。高価な生物学的製剤の有効性を投与前に予測することができれば有益であると考えました。実際に値を検討すると、プロカルシトニンで臨床的寛解をよく予想できることがわかりました。これまでにトシリズマブの寛解予測を試みたマーカーはいくつか知られていますが、日常臨床的により簡便に測定できるマーカーがあればいいと思い、このテーマを選びました。

——どんな点に苦労しましたか？

データの統計学的解析、英語原稿の作成は初めてで苦労しました。統計学的解析については学生の際に少し教わった程度でしたので、ほぼ白紙の状態からの勉強になりました。

英語については読む機会はありましたが、話すことはまったくありませんでしたので、地道に音読の

練習から始めました。

——英語での口演の感想、全体の印象は？

これまで英語スライドを作成したことがなかったの、いろいろな英語スライドを参考にしながら、なるべくシンプルになるようにまとめました。プレゼンテーション自体は、練習通り行うという点では日本語も英語も変わりませんでしたが、質疑応答についてはその場での対応は困難であると考え、想定質問集を準備して臨みました。

幸い質疑応答も準備した内容に近かったので、無事に発表を終えることができました。ゆっくり話すことを意識して早口になることなく終えられた点もよかったと思います。ただ、発表することに集中しすぎて、聴衆に気を配ることができなかった点は反省すべきですね。再び機会があれば余裕をもってプレゼンテーションができるように練習する必要があると感じました。今回の発表を通して、英語に対するハードルが少し下がったと思います。今後も海外フォーラムなどに進んで参加していければと考えています。



VAMCのDr.Orshanskyとともに



——他の発表者から学んだことは？

今回は臨床研究で発表しましたが、症例発表を含め、さまざまな形式のスライドの作り方・発表の仕方を見ることができ、とても実りある時間が過ごせました。今後発表を行ううえで参考にしていこうと思います。

——今後の目標を教えてください

必要十分な情報を提供し、患者さんの意思・決定を尊重した医療を心がけています。

視野を広げる意味ではVA留学はとてもよい経験になるだろうと期待しています。今後も幅広い視野をもって臨床と基礎の橋渡しの仕事をすることを目標としています。



「臨床研究部門」最優秀賞

Prognostic factors of patients with ventilator-associated pneumonia in ICU

長崎医療センター 呼吸器内科・感染症内科 太田賢治

——発表テーマとポイントは？

当院における人工呼吸器関連肺炎の特徴、予後因子を明らかにする目的での後ろ向き研究を行いました。当院は離島から脳卒中で搬送される患者さんが多く、その背景と結びつくる解析結果を得ることができ、臨床研究と推論のおもしろさを感じました。

——どんな点に苦労しましたか？

大量のデータ収集に苦労しました。事前にそれぞれの項目の定義を念入りに文献的根拠に基づいて定めることの重要性がわかりました。また、サーベイランスにおける診断基準と、実臨床での診断は乖離することを身をもって知り、今後文献を読むにあたり、違った視点をもつことができそうです。

——英語での口演の感想、全体の印象は？

演者と聴衆が共に英語を第一言語としないことが今回のプレゼンテーションの最大のポイントだったと思います。重要な点は口調やスライドで強調する

ことが大切だと感じました。さらに、早口にならず、ゆっくりと話すことも意識したつもりです。

原稿を暗記して臨んだため、聴衆に目線を配り、スライドを指し示しながら発表することができました。指導医の先生には、「スマイルが足りなかった」と指摘されましたが、おむね練習通りうまくできた気がします。ただ、質疑応答については、できる限り多くの先生方にプレゼンテーションを見ていただき、予測しておくべきだったと思いました。また、回答も定型文として準備しておいたほうがよかったかもしれないと感じました。

——他の発表者から学んだことは？

仮説を設定し、それを立証するための臨床研究を行っている方がいて、研究姿勢のレベルの高さに驚きました。他の発表者の方も念入りに準備されている様子うかがえ、わかりやすく、勉強になりました。他病院の同年代の若手医師とのcompetitionは非常に刺激になりますね。今後またゆまず自己研鑽に励む必要があると強く感じました。



——今後の目標を教えてください

ガイドラインを博覧強記するだけでなく、自らエビデンスを構築できる医師を目指したい。常に疑問を抱き、見つからない答えを探し続ける姿勢を持ち続けたいですね。医師は単に医療を行うのみならず、医学を発展させる責務を負う職業です。自分を信頼し、生命を託してくれた方へ報いるためには、全力で目の前の診療にあたるだけでなく、得られた経験を医学へ還元する必要があると思います。不幸な結果になってしまった方の命を無駄にしないためにも、一個人として振り返るだけでなく、医学という科学のために貢献しようとするのが、医師の務めだと考えています。