

2008/7/24

# K-CAPPIC シンポジウム

*Kanazawa University Hospital Center for the **A**dvancement of **P**regnancy, **P**erinatal and **I**nfant **C**are*



米国から学ぶ医学改新 - 第2弾 -

主催：金沢大学附属病院・周産期医療専門医養成センター

後援：十全医学会

URL <http://k-cappic.m.kanazawa-u.ac.jp>

Email [k-cappic@med.kanazawa-u.ac.jp](mailto:k-cappic@med.kanazawa-u.ac.jp)

# 周生期医療専門医養成プログラム

## 参加医学生、研修医活動報告



発表者  
医学部 6 年生

今井朝彦

捶井達也

山下勇樹

斉藤裕人

神野範子

鏡京介

K-CAPPIC 留学生

Jeanne Lavaud

ジャン ラヴォ

初期研修医

飯塚 崇

伊達岡 要

後期研修医

土肥 聡

---

---

## 医学部 6 年生発表 タイトル一覧

### 発表者

今井朝彦 「周生期医療専門医養成プログラム循環型研修」

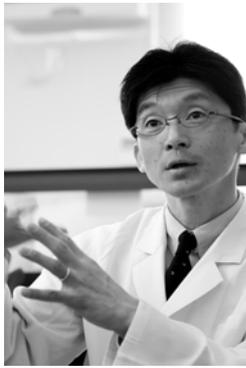
榎井達也 「HAWAII INTERNATIONAL  
MEDICAL EXTERNSHIP」

山下勇樹 「ミシガン家庭医療研修」  
齋藤裕人

神野範子 「ニューヨーク州立大学 医学校体験記」

鏡京介 「ベトナム産科医療 ベトナム研修報告」

K-CAPPIC 留学生  
ジャン ラヴォ 「Medial studies in France」



K-CAPPIC

「臨床研修の連動を目標に掲げて」

金沢大学附属病院

周産期医療専門医養成センター

特任准教授

新井隆成

周産期医療専門医養成センター(K-CAPPIC)の医学生教育体制は PBL(problem based learning シミュレーション教育 循環型宿舎臨床研修を繰り返すことでおこなわれている(K-CAPPIC サーキット)。2006年度冬に本格稼働した K-CAPPIC サーキットは“周産期”を学びたいという“志”を持った医学部4年生～6年生の自主的、積極的な活動に支えられてきた。2008年度は14名の6年生がクリニカルクラークシップを終了した。都市部だけでなく地域病院、そして海外研修を含めて循環して研修する循環型臨床研修は、臨床研修を行うにあたって、医学生と指導医の意識、目標など、どのような準備や環境が必要であるかを考えるよい機会となった。

#### §より有意義な臨床実習の構築を目指して(COMMONへのアプローチを重視)

臨床実習において、医学生に許されているのは非侵襲的な医療行為である。正常妊婦、正常新生児以外の入院患者は重症患者ばかりであり、医学生の診療行為を受け入れてくれる機会は少ない。すなわち実習のほとんどが見学とその患者に関わる上で必要な医学的知識の学習ということになる。特にその傾向は重症患者の多い大学病院で顕著である。この状況を改善するために2008年度は産科外来における実習をより充実することを目指した。すなわち重症患者ではなく、妊婦健診にくる妊婦を対象にして、「産科のcommonに対応する臨床実習」を開始した。さらに指導医の外来に張り付いて20～30人の患者の診療をシャドウイングする従来の形ではなく、半日で数人にしぼって、問診、外診、超音波検査、保健指導という流れに医療チームの一員として参加するという形を重視した実習を導入した。そこでは、ほとんどの医学生が便秘、カンジダ症、お腹の張り、腰痛、帯下の異常、胃部不快感など妊婦のcommonな訴えに遭遇し、その対応について学習することとなった。commonを対象にした外来実習の導入によって、2008年度は2007年度に比較して医学生が直接的に経験できる臨床実習の範囲が広がった。

#### §初期研修—周産期医療専門医養成研修への連動(家庭医療とのコラボレーション)

医学生の臨床研修同様、初期研修においても研修の中心は病棟実習であり、9割以上を占める common disease を持った軽症患者に対応するトレーニングを継続して受けることはむずかしいのが現状である。初期研修がともすればBSLの延長と言われている原因であろう。周産期を志す初期研修医が2年後にどのような自らの具体的な目標像を描いて研修する必要があるのか。周産期プログラムでは、2年後の目標像として、入院や当直診療に関する研修だけでなく、患者の大多数を占める「common disease に対応できる」という目標を設定し、大学と地域拠点病院が協力して初期研修、後期研修における外来研修を充実させていく構想を立て、計画に着手しはじめた。産婦人科、小児科を含めた common disease に対応できる総合的診療能力を身につけた医師が多く養成されることによって、地域医療の医師不足がもっとも効率よく改善される可能性があるからである。そのような研修環境を整えるため、**恵寿総合病院、ミシガン大学家庭医療科との協力体制が動き始めた。医師不足診療科とプライマリケア医(家庭医)が協力し合うシステム作り**は、現状の周産期医療危機を長期的に解決する可能性を秘めている。そしてそのような視点に立って医学部—初期研修—後期研修を連動させることが、現状の初期研修制度を最大限に生かすことになると考える。「地域医療を支える“臨床的な底力”を備えた医師を多く養成すること」これが周産期医療専門医養成プログラムの最も大切な目標である。



## 地域医療において家庭医療が担う役割 (小児、女性のケアを中心に)

鉄蕉会 亀田ファミリークリニック館山  
院長  
岡田唯男

現在医療崩壊が叫ばれて久しいですが、やはりその事実は都心部よりも地方で顕著だと感じます。その原因として1) 日本全体での医師の絶対数不足、2) 医師の都市への偏在、3) 専門分野の偏在(ジェネラリスト不足)の三重苦が地方にのしかかっています。さらにその上に、少子高齢化で仕事なくなるのではないかと、という懸念と、昨今の医療訴訟の風潮で、小児科、産婦人科を担う医師のなり手が減少し、地方の小児、女性の医療は四重苦といわざるを得ません。

ある集団がこなすことの出来る仕事量は $\text{仕事量} = 1 \text{ 人の仕事の能率 (やる気と能力)} \times 1 \text{ 人が仕事にかける時間} \times \text{その仕事にかかわる人数}$ で表わせます。地域で小児や女性のケアを担う医師が減れば同じ仕事量をこなすのに、能率を上げるか1人が仕事をする時間を長くするしかありません。しかし1人が仕事をする時間が長くなればそれに伴って能率が落ちることは想像に難くないと思います。プライマリ・ケア、家庭医療等を専門とする医師(ジェネラリストと呼びます)は一般的な地域で頻度の比較的多い健康状態について専門的なトレーニングを受けた医師の事を指しますが、そのような医師が地域に有る程度存在することでその地域の健康度が上がることが世界的に数多くの研究で証明されています。

家庭医療専門医は年齢、性別、臓器を問わない高頻度健康状態の専門家ですから、地域の医療ニーズの90%以上を単独で対応できるようトレーニングされており、小児、女性のケアにおいても同様に、一般的な問題である風邪、喘息、アトピー、インフルエンザ、予防接種、小児定期検診、子育て相談、合併症のない安定した妊婦の定期健診、良くある問題、母乳の問題、月経、乳房の問題、更年期などについて、適切に対応し、専門的な治療が必要と判断されればそれぞれの専門分野の専門科と適切に連携をとる事で、その人の健康を守ります。

単純な風邪の子供でいっぱいの外來や救急室での診療に追われている間に、病状が悪くなった病棟の子供の対応が遅れた、安定した妊婦さんの検診で疲れ果て危険を伴う分娩の対応が間一髪だった、といった話は数多く、それらの一部でも担うことの出来る十分な数のジェネラリストとその医療供給体制があったとしたら、小児や女性の専門家は、彼(女)らでなければ本当に対応が不可能な超専門領域の診療に全力を尽くすことが可能であり、そういった診療で患者さんを救う喜びを求めて特定の専門分野に飛び込んだ医師にとっても、高頻度疾患に追われることなく余裕を持って、難しい病気に取り組む専門科の診療を受けられる患者さんにとっても望ましい事なのではないでしょうか。

私が2002年より所属する鉄蕉会では、2000年より家庭医育成のプログラムを設立、2006年には家庭医療の実践と教育の場である診療所(亀田ファミリークリニック館山:KFCT)を基

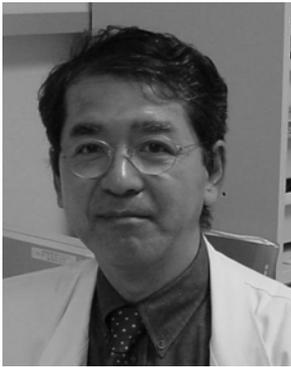
幹病院から1時間の所に開設しました。2002年から今日まで、内科のみならず、小児科、産婦人科の医師と綿密な連繫をしながら、彼らの負担をほんの少しですが、軽減できるよう、少しずつ仕組みを整えてきました。現在では基幹病院での小児救急当直を週2日家庭医が担い、またKFCTの患者の3割を10歳未満が占める実情から、基幹病院の小児科の外来は余裕を持って運営できるようになり、何より手厚いケアを必要とする病棟の重症の子供たちに小児科医が十分な時間と能力を割くことが出来るようになりました。産婦人科でも協力体制を整え、現在ごくわずかではありますが昨年9月の時点で100名ほどの妊娠の診断、60名の妊婦さんを32週まで無事ケアすることができ、産婦人科医の負担軽減に一役買っているのではないかと考えています。

本日は、日本の医療制度をどうすべきか、という大風呂敷を広げるのではなく、日本の一地域で私がかかわってきた取り組みを紹介することで、地道な積み重ねでも5年近くあれば、それなりの成果が出るという実例を中心にお話することで、家庭医療など欧米の絵空事ではなく、日本でも実践可能であること、地域の小児、女性のケアの一助になれることがお伝えできればと思います。

小児科医、産婦人科医になる医師を増やす対策ももちろん重要ですがそれと同時に先述の仕事量の公式にあるように、もう少し柔軟な考えで非小児科医、非産婦人科医の中から小児、女性のケアに関わる医師や他の医療従事者を増やすという方法も考えて行く方が、より解決への道は近いのではないかと考えます。

小児科医、産婦人科のみなさまへ

ジェネラリストの行なう小児、女性の診療について賛否両論があり、議論が絶えないことは承知しています。私からくれぐれもお願いしたいのは小児科専門医、産婦人科専門医といった肩書きの有無ではなく、自分が連携をすることになる目の前のそのジェネラリストが「適切な」診療をするかどうかにおいて判断をして下さい、という一点です。「やるな」ではなく「やるなら真剣に、きちんとやれ」の要求は至極全うであり、我々はその要求に応えるべく学会を挙げて取り組んでおります。



## 離島産婦人科医療の新たな キーワード『家庭医』

国立病院機構 長崎医療センター  
産婦人科部長  
安日一郎

島根県隠岐島では島内の分娩施設の閉鎖のため本州に渡って分娩することを余儀なくされ、妊婦は『お産難民』と呼ばれ産科医不足問題の発端となった。長崎県は全国でも有数の離島県であり『島のお産』は私たちにとっても重要な課題である。

産婦人科医の絶対数の不足は、いわゆる団塊世代のリタイアを背景にさらに深刻さを増すことが予測される。これを機に、離島・へき地での産婦人科医療におけるあらたな展開を提案したい。離島・へき地の産婦人科医療の展開を模索する上で、新たなキーワードは家庭医である。そのヒントはカナダのへき地医療モデルにあった。カナダのへき地医療における家庭医診療では、産婦人科プライマリーケアの比重が大きく、内診ができ子宮頸がん検診ができるのは当然で、さらに、正常分娩管理と子宮内膜細胞診までが含まれている。日本では、正常分娩管理については施設内助産所の導入が模索されつつある。「正常分娩の取り扱いには助産師が」という社会的な認知ができれば、そこに家庭医がコミットすることはより容易である。日本でも、離島・へき地医療として、子宮がん検診や正常分娩を取扱える家庭医が時代のニーズであろう。分娩に関しては、産婦人科専門医の十分かつ迅速なバックアップ体制が肝要である。これまでのような離島からの緊急母体搬送のみならず、ドクターヘリによる専門医の緊急離島派遣などの、これまで以上のバックアップシステムが必要となる。



## 日本におけるプライマリケア医による 産婦人科医療提供の可能性

ミシガン大学家庭医療学科

臨床講師

藤岡洋介

現在、日本では産婦人科医不足、特に地方での不足が大きな社会問題となっている。現状では医療訴訟の増加、過酷な労働状況が新規医学部卒業者の産婦人科選択を敬遠させ、産婦人科医不足問題は今後さらに深刻になることが懸念される。ここに、この問題を解決する一つの方策として、プライマリケア医による産婦人科医療提供を提案する。

北米、英の医療圏では Family Physician、或いは General Practitioner (GP) と呼ばれるプライマリケア医が広く産婦人科領域の診療に関わっている。一方、日本では今日まで産婦人科領域の診療は、ほぼ産婦人科医と助産師のみによって提供されてきた。産科や婦人科というと医者も患者もかなり専門性の高い分野だという意識があり、他科の医者にとっては何か近づきがたいもののように思われ、患者からも専門医でないと診れない分野のように思われがちである。しかし、考えてみると、例えば婦人科での“おりもの”などは非常によく見られる訴えで、内科で言えば風邪のようなものであるし、お産でも正常分娩は、本来助けがなくても自然に起こるものである。日本における子宮癌検診や乳癌検診の受診率は諸外国に比べ突出して低いものとなっているが、これらは、専門医の手を借りずとも簡単に出来るものであるし、本来、予防医学としてプライマリケア医の仕事であろう。

産婦人科医不足が深刻と言われる今、プライマリケア医がそれらの一部を担うことによって専門医の負担を軽減することが出来るはずである。上で述べたような、深い専門性を必要としない部分を地域のプライマリケア医が担い、専門医はより専門的な診療に集中するのである。そのためには、まずプライマリケア医が産婦人科領域に対する拒否感を自ら取り除き、また、患者側にもしっかりとしたトレーニングを受けたプライマリケア医であれば、婦人科も産科も診れる、とうことを知らしめなければならない。お産も、助産師に診れて、“産婦人科ではないが医師の資格を持っている者”に診れないはずはない。また、産婦人科医も自分たちしか産婦人科を診ることはできないという意識を変えて、任せられるところは任せるべきである。

勿論、プライマリケア医に対する相応のトレーニングは必要である。新しくプライマリケア医を目指す若い医師達が産婦人科も診れるように養成するのは勿論であるが、これまで地域のプライマリケア医として活躍して来た医師達に産婦人科の再トレーニングを受けていただくことも必要であろう。そのためには、産婦人科を診ることによって得られる何らかの政策的なインセンティブも必要かもしれない。何よりも、“広く診る”ジェネラリスト養成の必要性を強く社会に訴えねばならない。ジェネラリスト養成は、産婦人科危機のみならず、小児科危機、地域医療崩壊、少子高齢化等々、現在の日本医療の抱える多くの問題に解決の糸口を与えるものである。

北米では、産科領域の訴訟リスクなどはむしろ日本よりも深刻であるが、プライマリケア医と産婦人科医の協力的な連携は比較的良好に機能している。北米などでの産婦人科医療における産婦人科医とプライマリケア医の連携の現状も紹介し、日本でプライマリケア医が産婦人科医療の一部を担う可能性につき議論したい。