

## 第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

### 過疎高齢化が進む奈良県南部の医療再編において 総合診療医が果たした役割とインパクト

明石陽介<sup>1</sup> 松本昌美<sup>1</sup>

#### 要旨

過疎高齢化が進む南和医療圏では医療機能が低下し地域の医療ニーズに応えることが困難な状況にあった。そこで我々は平成25年4月に五條病院において総合診療を実践する総合内科を立ち上げ、地域医療再生への取り組みを開始した。(1)総合内科体制構築、(2)副直制度導入、(3)救急受け入れ医師の負担軽減の工夫、(4)臨床指標の揭示、(5)在宅医療支援室立ち上げ、(6)救急消防機関との連携などの取り組みにより、救急医療機能の向上や臓器別専門医の負担軽減や専門性の発揮、在宅医療の推進、地域に求められる病院機能の発展につながった。また病院運営にも大きく貢献しえた。ただ外科系診療機能の向上や地域全体の受け入れ能力の改善には限界もあり、平成28年4月に開始された公立3病院の統合再編による新体制に大きな期待が寄せられた。新体制においても総合内科は地域の医療ニーズに基づき業務の選択と集中を行ない、地域医療再生の取り組みを推進している。

#### ①取り組みの背景

奈良県南西部の1市3町8村から成る南和医療圏は、吉野大峯の山々を始めとする山間へき地を抱え、奈良県の面積の64%と広大なエリアを占めている。しかし人口は県全体の5.5%にすぎず、高齢化率も平成27年時点で36.6%と高く、過疎化と高齢化が特徴の地域である。当時この地域には県立五條病院（五條市；160床）、町立大淀病院（大淀町；155床）、国保吉野病院（吉野町；98床）と3つの公立病院が存在したが、いずれも急性期を担い、医療資源は分散し、医師看護師の減少や診療科の縮小などに伴って医療機能が徐々に低下していた。その結果、地域の救急搬送は3病院で全体の半数以下しか受け入れることが出来ず、回復期・慢性期を含めると、この医療圏の患者の約6割が他の医療圏に流出していた。平成18年には町立大淀病院に入院していた妊婦が脳出血を起こし、より充実した医療機関への転院を試みるも19の病院で断られて死亡するという事件が起こった。この搬送困難事例を契機に

南和医療圏の医療体制を見直す機運は一気に高まり、南和公立3病院の機能再編の議論が始まった。

#### ②導入の経緯

奈良県と12の自治体による公立3病院の統合再編の取り組みは地域の医療再生への大きな処方箋になるものと期待されたが、高齢者を中心として増加する目の前の患者への対応や、地域医療再生への期待は切羽詰まった状態であり、一刻も早い対応が必要とされていた。また、地域の「今」の医療を支えることを諦めた状態で基幹3病院が単純に統合再編するだけでは、新病院を実際に運用する医師や看護師を始めとする職員が救急医療への対応や地域を支える医療の展開において、円滑に対応できないことが想定された。医療圏の真の再生には、地域を支える病院および職員自体の「文化が変わる」ことが最も重要であり、安易な医師招聘などの案は、「医療再生は誰かが来てやってくれるもの」という考えに繋がり、むしろ良い方略とは言えないと考えられた。そこで県立五條病院において、平成24年4月から従来のスタッフの中で組織改編し指導医2名、

1. 南奈良総合医療センター 総合内科／在宅医療支援センター／へき地医療支援センター

卒後3年目の若手医師1名で総合内科体制を意図し活動を開始し、平成25年4月に総合内科を立ち上げ、地域医療の再編・再生への取り組みを開始した。筆者は奈良県立医科大学から消化器病専門医、消化器内視鏡専門医として赴任していたが、南和のへき地診療所で5年にわたる総合診療の経験があり、南和地域の医療ニーズを深く知っていたため、総合診療を実践する総合内科の中核スタッフに任命された。任務遂行にあたり、地域の公立基幹病院であること、基本的に全診療科が地元医大からの派遣医師であること、病院が中規模であることなどから、市立福知山市民病院総合内科の取り組みが当院の新体制構築に大きなヒントを与えてくれると考え、香川恵造院長に同院での数日間の研修を依頼した。福知山での取り組みを川島篤志先生にご教授いただき、意見交換する中であらためて総合内科体制が地域医療再生の一助になると思われた。

### ③事例の詳細、④成果

奈良県立五條病院はへき地医療拠点病院、災害拠点病院に指定されていた地域の公立基幹病院であった。病床は160床（急性期DPC125床、障害者等35床）、常勤医師が24人と比較的規模の小さな病院であった。同院は自治医科大学卒業医師のへき地診療所赴任前の研修病院として卒後3年目の若手医師の受け入れを年間1-3名行っていたが、彼らは従来は内科に所属し担当症例毎に各指導医の個別の指導を受け診療を行っていた。内科の常勤医師は原則として全て奈良県立医科大学消化器内分分泌代謝内科学講座からの派遣であり、消化器病専門医、消化器内視鏡専門医が中心であった。外科系医師についても複数の消化器外科医が大学から派遣されていたため、病院スタッフの特色を生かすべく平成20年からは、消化器病センターを設置し、南和地域の消化器疾患において吐下血や黄疸などの緊急事案も含め大きな役割を果たした。一方、他の臓器疾患に関しては一般内科として可能な範囲での受け入れにとどまっていた。また、内科系当直は1名体制であり、救急受け入れは臓器別専門医であるスタッフに大きな負担となっていた。特に救急現場は疾患が多岐にわたり時間的な猶予の無い中で専門的判断を迫られることも多く、安全安心な医療の観点から自院でどのような疾患でも受け入れようとする事自体の是非が議論になることもあり一層の地域救急医療機能の低下の可能性をも秘めていた。また、入院診療においても、従来から慣習として単独主治医制を

敷いており、救急受け入れを行なった医師がそのまま主治医として“責任をもって”継続して病棟での治療を担当することとなっていた。そのため、病棟患者の急変や家族説明の必要性などがあれば、救急担当にあたっている時間帯であっても、救急受け入れをストップせざるをえない状況であった。救急において非専門領域の重症患者を入院させたり、複数の緊急入院をさせた際には、担当医の心理的・肉体的負担は大きいものとなり、次の救急受け入れの意欲が減少する負のサイクルに陥っていた。この状況を改善すべく、我々は総合内科の立ち上げを契機に、救急事案を中心として病院運営上の様々な取り組みを行なった。

【検証1】限られた医療資源のへき地の自治体病院において、地域の救急医療機能向上のために行なった総合内科の立ち上げを含む6つの取り組みとその効果について検証した。【取り組み】(1)総合内科体制：多くの愁訴や多臓器に疾病を抱える高齢者や、高齢者を中心とした救急患者への対応を主として、従来の内科の枠組みを改変して平成25年4月よりへき地医療などで豊富な臨床経験を持つ指導医3名とレジデント4名で総合診療を実践する総合内科体制を開始した。総合内科はチーム診療制を導入し、屋根瓦式の指導体制を構築したため、重症入院患者の対応も従来に比し容易となった。また、これまで臓器別専門医が大きな負担に感じていた平日日勤帯の「内科系の初診外来」と「救急外来」を総合内科が全て担当した。(2)副直制度：総合内科体制を構築したといっても、あくまで平日日勤帯のことであり、休日や夜間の当直体制の改革も急務であると考えられた。1年を通して時間外を全て複数医師体制にすることが本来望ましいと思われたが、当直回数増加による医師負担や、病院の人件費増加など多くの問題点が見受けられ現状では困難と判断した。その頃に洛和会丸太町病院の二宮清院長および総合内科の上田剛士先生に数日間の研修を快諾いただいた。総合内科の取り組みについて新たに様々なヒントや刺激を得て、南和の医療事情に適した救急受け入れの改善策を検討した。その結果、南和地域の救急事案の多くが22:00までに偏っており、深夜帯(22:00-5:00)になると都市部の救急とは異なり極端にニーズが減少するという特徴があったため、医師の負担も考慮し、平日夜間は主として若手医師が担当し、救急診療の需要が多い準夜帯(17:15~21:15)には指導医(副直医)を重ねて配置し部分的

に複数医師体制とする副直制度を導入した。深夜帯は当該指導医がオンコールとなることで夜間の困難症例の当直医師からの相談先や責任体制が明確になり、若手医師からの支持も得られた。また休日には地域の医療ニーズが大きいと考えられたため、指導医と若手医師の終日2人体制とし救急機能の向上を図るとともに教育・研修にも十分配慮した。(3) 救急受け入れ医師の負担軽減：救急受け入れを行なった医師が原則として入院主治医を継続するという慣例を改め、当直明けの平日日勤帯の朝に、医師の負担の偏りや専門性に配慮して、増加した救急入院患者の適切な振り分けを徹底し救急受け入れ医師の負担軽減を図った。また平日午後の救急搬送受け入れに関して、受け入れ医師の1回あたりの担当枠が12:00から17:15であったのを、①12:00-15:00、②15:00-17:15に分け、受け入れ担当医師を交代させた。医師は短い時間の救急当番は増加するが“負担感”の軽減などに繋がり、複数の救急車受け入れに対応しやすくなり医師の増員によらない非常に有効な手法となった。(4) 臨床指標の掲示：現場スタッフが十分に知り得なかった新入院・救急搬送受け入れ件数、病床稼働率などの指標を連日医局などに掲示し、活動内容と成果の「見える化」を図り、日々の会話の中で救急医療の話題が増えるように、また成果が実感できるようにスタッフの救急医療への意識の向上に努めた。(5) 在宅医療支援室：過疎高齢化の進む広大な南和地域では、在宅医療体制が充分ではなかったこともあり、医療やケアを必要とする高齢者が最期まで自宅で過ごすことが困難な状況があった。そこで地域の医師会とも十分に相談の上、在宅医療支援室を開設し、住み慣れた自宅で最期まで自分らしく過ごせるように、癌の末期など医療ニーズの高い患者を中心に訪問診療を開始した。実績を重ねる中で、結果的に救急受け入れなどで増加する入院患者のスムーズな退院調整や地域連携にも大きく貢献することとなった。(6) 救急消防機関との連携：これまで病院サイドは救急受け入れを断ることも多く、救急消防機関も受け入れをしてもらうため病状を過少に申告することが見受けられるなどお互いの信頼関係は崩れていた。総合内科の立ち上げ、およびそれに伴う救急受け入れの向上やその体制についての検討において関係の再構築に着手した。特に総合内科医師が発足メンバーとなった災害拠点病院としてのDMAT創設を契機に、相互訓練や大規模な研修会を開催。お互いの信頼関係の醸成を行なった。また病院及び救急消防メンバーとの大

規模合同懇親会を開催するなど「顔の見える関係」の構築に努めた。

【結果】常勤医師数は平成16年をピークに減少し、救急受け入れも減少の一途であったが、救急搬送受け入れ件数が平成24年の1020件から1331件と30%増加した。特に当直帯の救急搬送受け入れ件数は712件から976件と37%増加し、当直帯入院患者数も466件から590件と27%増加した(図1-1、1-2)。受け入れ患者の科別の内訳も分析したが、救急受け入れの多くは内科系に偏っており(約85%)、増加の多くも内科系であり、外科系の受け入れは総合内科体制の構築によっても改善はみられなかった(図1-3)。当該消防からの救急要請の断り理由についても分析したが、断る件数自体が年間180件と減少し、その断り理由においても、「ベッド満床」という理由や、救急受け入れ「ストップ中」という明確な理由なく断ることは3件のみと激減した(図1-4)。南和地域全体の救急搬送の受け入れ状況の分析も行なった。南和の救急車出動件数自体は4606件と増加傾向にある中においては、五條病院の救急受け入れ機能の向上の影響は限定的であり、地域全体で捉えれば受け入れ機能の「維持」とどまった(図1-5)。

【結語】限られた医療資源の中で行なった総合内科体



図1-1 救急搬送受け入れと医師数の推移



図1-2 当直帯緊急入院と医師数の推移

制や副直制度などの救急医療体制強化の取り組みは救急医療機能向上に有効であることが示唆された。

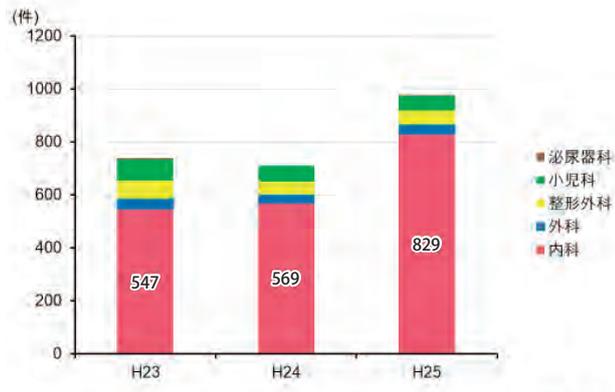


図 1-3 当直帯科別救急搬送受け入れ件数

また救急担当医師や臓器別専門医の負担軽減にも繋がり、相互にメリットのある持続可能な取り組みであると考えられた。また総合診療を実践する総合内科の創設は災害医療活動や在宅医療支援活動、病院の業務改善の文化構築など地域に求められる病院機能の発展向上に大きく貢献する可能性を持つものと考えられた。ただ、総合内科の取り組みには力不足の部分も露見した。この時点では、外科系を含む診療機能の向上には大きく貢献しえず、また地域全体の観点で捉えると、自院の総合内科体制の発展のみで地域を支えることは困難で、併せて進んでいる病院の統合再編の動きは必須であると考えられた。

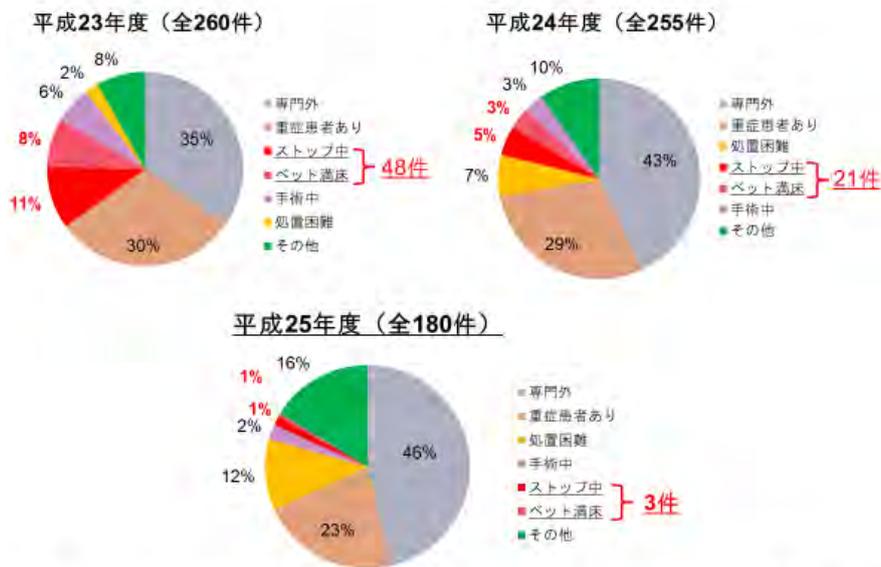


図 1-4 五條消防からの救急要請断り件数と理由

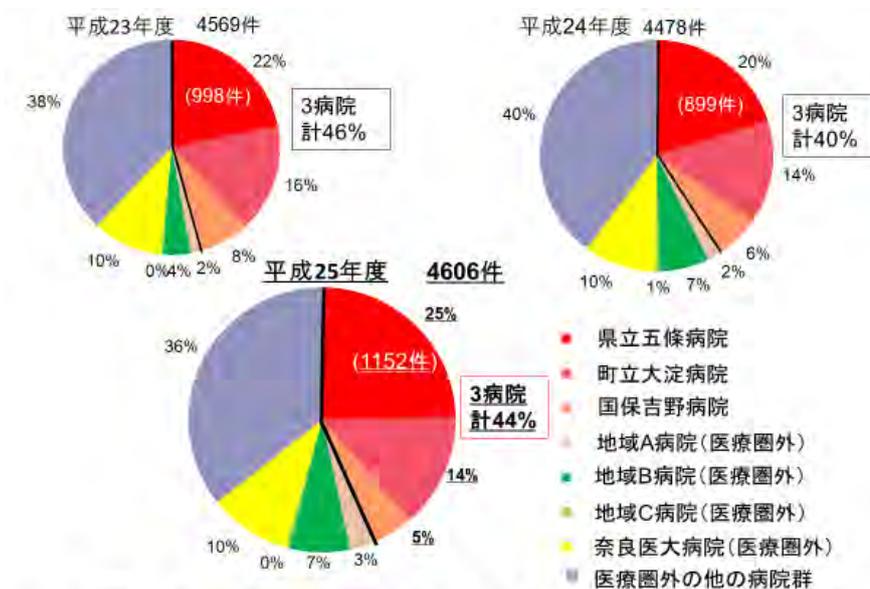


図 1-5 南和地域救急搬送の受け入れ状況

【検証2】高齢化が進む地域における総合内科の立ち上げがもたらす影響は、より広範でインパクトがあるものと考え、地域医療全体や病院経営などに与える影響などについても検討した。

【方法】総合内科は立ち上げ以降、内科系初診、時間外/救急搬送患者診療、入院診療、在宅訪問診療などに業務内容を徐々に拡大した。それら総合内科が担当する入院患者の疾患分類や特徴、救急車搬送件数や緊急入院数、また消化器病センターを有する病院としての医療指標としての消化器内視鏡件数や消化器外科手術件数、在宅訪問診療件数、病床稼働率や診療報酬の変化などについて検討した。

【結果】(1)平成26年度の内科全体の入院患者は1342人であった。そのうち総合内科は488人、消化器内科は868人を担当した。疾患内訳において、消化器疾患は総合内科で19%、消化器内科で52%であった。消化器病センターを有し消化器病専門医が多い当院で、総合内科は多様な疾患を担当することで消化器病専門医の診療負担の軽減および専門性の発揮に貢献した(図2-1)。(2)救急車搬送件数は1503件と、立ち上げ前の平成24年度と比し47%増加した。特に当直帯の搬送が1072件と51%増加し、当直帯入院も713件と54%増加した。当直帯の緊急入院の増加からも当院の取り組みがコンビニ受診を助長しているのではなく中等症以上の救急事案の受け入れ増加に貢献していることが明確となった(図2-2)。(3)上部消化管内視鏡検査は1686件から1887件に増加、下部消化管内視鏡検査は644件から687件に増加した。(4)消化器外科手術の件数は158件から253件と増加し緊急手術の増加も認められた。これらは消化器病専門医が専門性を発揮しやすい体制となったことを示唆している(図2-3)。(5)在宅訪問診療件数と利用者数に関して、癌や神経難病の患者を中心に年間250件の訪問診療をおこなった。地域包括ケアの概念のもとで求められる多様

なニーズに応える体制が整備されることとなった(図2-4)。(6)病床稼働率と医業収益の推移に関して、低迷していた病床稼働率は71%から85%に上昇し、医業収益は入院収益の30%増を中心に全体で約16%増加した(図2-5)。

【結語】総合診療を実践する総合内科の立ち上げにより、多様な地域の医療ニーズに応えることが可能となり、高齢化が進む地域の急性期病院・専門性を活かした消化器病センターとしての医療機能の向上に繋がった。また、それらの取り組みは病院運営にも大きく貢献をしようことが示唆された。

五條病院は、統合再編後に病院改修などで1年間

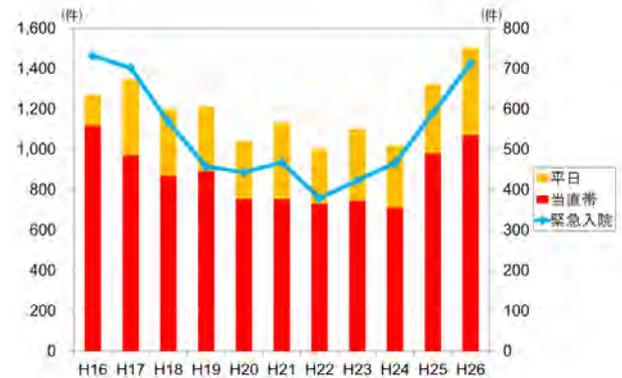


図2-2 救急車受け入れと時間外緊急入院

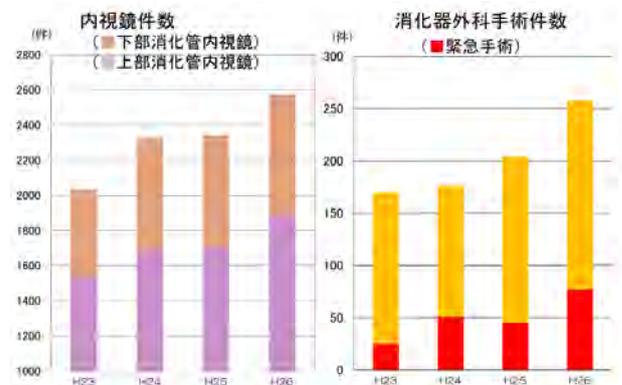


図2-3 内視鏡件数と消化器外科手術件数

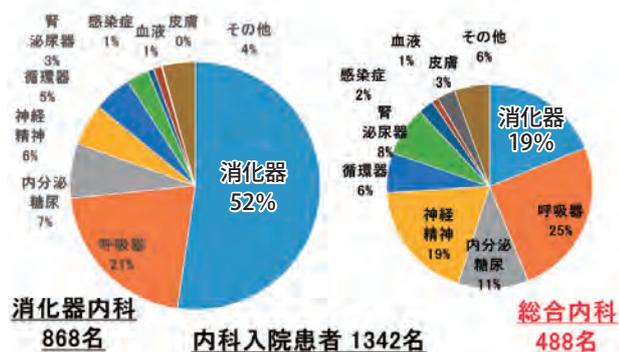


図2-1 内科入院患者の疾患内訳

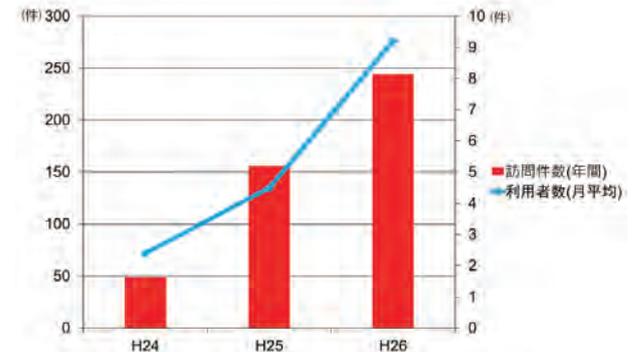


図2-4 在宅訪問診療件数と利用者数

閉院することが決定された。そのため平成27年度の年度末には入院患者の受け入れを戦略的に停止し、病棟を順次閉鎖。新病院移行の際には入院患者数は1名となり、その転院が最初の業務で新体制をスタートさせたが、救急を中心とした医療機能の維持向上に対する病院を挙げてのこれまでの取り組みや気運は新病院に明確に引き継がれた。

### ⑤今後の展開

平成28年4月に「南和の医療は南和で守る」を基本理念に掲げ、新たに建てた南奈良総合医療センター（232床）に急性期を集約し、五條病院（90床）と吉野病院（96床）の2病院を回復期・療養期とする南和の医療体制の再構築（計418床）が行なわれた。新体制発足以来、救急搬送受け入れ件数は年間4104件、月平均342件と、平成27年度の3病院（五條・大淀・吉野）の受け入れ月平均174件と比べ大幅に増加した。科別の分析においても外科系救急搬送が37%と以前と比し高い割合を占めた。入院患者推移と稼働状況については緊急入院を中心に大きく改善し、病床稼働率は88.8%、診療単価は47000円超と想定を越える高い水準で推移している（図3-1、3-2、3-3）。これまで展開してきた総合内科体制の継続発展に加え、新しい設備の導入や救急専門医の赴任を始めとする医療系職員の補強などで、地域の医療ニーズに応える体制が南和に構築された。新体制発足にあたり、総合内科は満たされたニーズなどを再検討、業務内容を新たなニーズにあわせてシフトさせた。救急車の受け入れについては救急専門医に統括を依頼し、総合内科は幅広い守備範囲を活かし救急ウォークイン外来の対応と内科系初診外来を担当することとした。災害医療活動は奈良県DMATコーディネーターである災害医療に造詣の深い医師の赴任を機に同医師を中心とした体制

に移行した。在宅医療/へき地医療支援においても医師配置をより手厚くした。またこれまでの地域医療研修の受け入れの実績や総合内科の専門性を活かし、医学生/研修医教育の充実などに注力した。特に、臨床研修指定病院の認可を目指しプログラムの作成やプランニングに注力。平成31年度から基幹型の臨床研修プログラムの認可を得ることとなった（南和まるごと研修）。この研修においてもこれまで行ってきた地域全体を見据えた医療提供などを十分に活かして、地域の医療ニーズに耳を傾けることのできる研修医教育を推し進めていきたいと考えている。

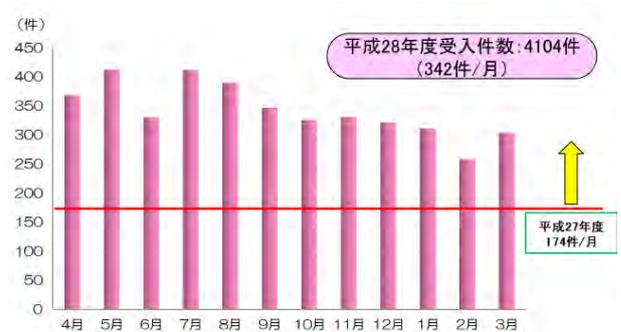


図3-1 救急搬送受け入れ件数 (南奈良総合医療C)

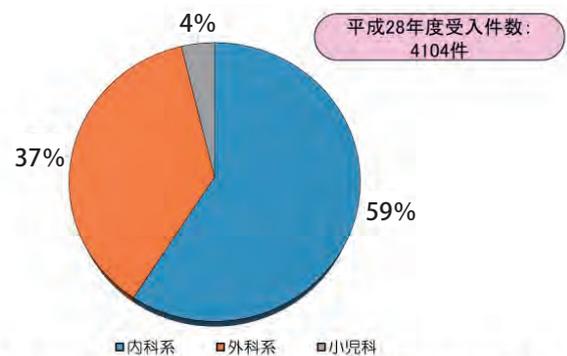


図3-2 科別救急搬送受け入れ割合 (南奈良総合医療C)



図2-5 病床稼働率と医業収益の推移



図3-3 入院患者推移と稼働状況 (南奈良総合医療C)

## 【考察】

### ①事例に総合診療医の専門性がどう活かされたか；

総合診療医を特徴づける資質・能力（コアコンピテンシー）としては、患者や家族背景にまで配慮した診療姿勢、多様でかつ多臓器にわたる複雑な事例への対応、拡がりのある多職種協働のチーム医療の追求、地域のニーズに耳を傾けアプローチする姿勢、高い倫理観と自己研鑽や教育への強い意識、外来・救急・病棟・在宅を問わない多様なセッティングでの活動などがあげられる<sup>1)2)</sup>。地域医療崩壊が叫ばれる高齢過疎化地域において総合診療医の特性は非常に大きな力になりうる。特に、地域のニーズを積極的に把握して自らを柔軟に変化させ、そのニーズに応えようとする「ニーズ主義」は地域医療再生の重要な要素となるものと考え、南和での医療再生の取り組みにおいても、総合内科は、救急医療、在宅医療、災害医療、教育研修機能、診療システムの改善など多くのニーズに寄り添って変革のサイクルを回し続けた。結果として病院全体の変革の大きな契機となった。ニーズに合わせるという点で、総合内科がよいのか外科的なのところにまで守備範囲を持つ総合診療科がよいのかという議論もあるが、筆者はどちらでもよいと考える。総合診療医はコアコンピテンシーを備えていることこそが重要であり、医療においてどこの臓器や疾患を守備範囲に持つかということは、最重要の問題ではない。まずは現実的に可能な範囲で部門を立ち上げることが重要と考える。当院では中核となる医師が内科系であったことと、立ち上げ時点で外科系専門医のバックアップ体制が十分に構築できないと判断し、総合内科での体制をスタートさせた。

### ②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）；

総合診療医単独での頑張りも地域医療再生への処方箋として一定の効果が期待されるが、地域により大きなインパクトを与えるには臓器別専門医の増員や機能強化などは欠かすことが出来ない。ただ臓器別専門医をやみくもに増加させるだけでは、結果的に不得意な領域や非専門領域の仕事もその臓器別専門医に回ることとなり、疲弊や不安、モチベーションの低下につながるものと考えられる。地域を効率的に支えるためには、臓器別専門医が総合診療医とともに手を携えて取り組むことが重要で不可欠である。お互いにwin-winの関係が構築されることが望ましい。総合診療医は臓器別専門医の負担軽減に努め、一方でコンサルトを通して臓器別専門医に多く

の診療ノウハウを伝授してもらおう。それはまさに、生涯学習／医学教育の実践の場である。また、多職種連携の姿勢は総合診療医のコアコンピテンシーの1つである。医師同士の各科の連携、他部門との連携、他施設との連携、地域の住民や自治体との連携など総合診療医の志向する連携は地域医療再生の大きな力となる。

### ③医療や社会に与えるインパクト；

総合診療医の活躍は病院活性化に直結する。総合診療医はニーズ主義の特性から、必ずや地域の声に耳を傾け、広い視野で地域全体を俯瞰的に見ようとする。地域に求められる病院でありたいと願う病院運営サイドの意向に総合診療医の特性は親和性が高い。地域医療崩壊といわれるが、へき地山間地での実態は「地域崩壊」の一断面をみているに過ぎず我々は限界を感じることも多い。ただ、地域医療崩壊が「地域崩壊」そのものを加速させていることは間違いないと思われる。街づくりにおいても医療再生は重要な関心事であり、医療再生への取り組みを通して地域崩壊のスピードを遅らせ、地域の活性化や雇用などにつなげる可能性に期待される。

### ④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

我々の取り組みは他の医療資源に乏しい地域にとってインパクトがあるかもしれない。いわゆる卓越した“ドクターG”が居なくても、地域のニーズに耳を傾ける姿勢、応える努力、そして信念をもって事に当たることで地域医療を再生し得る可能性があることを提示できたと考える。総合内科／総合診療科の立ち上げを通して地域医療再生を成し得るのに必要なファクターは何か。必要条件として、1) 地域医療再生に動く中核医師の存在、2) トップの明確な意志と指示、3) 地域の大きなニーズ、この3要件が揃うことが挙げられる。もちろんこうなりたいと願う鮮明なビジョンとともに、絶望的な状況下においてもその構想がいつか必ずや実現しようと信じていることが出来る強い気持ちが必要である。何があっても実現してみせるとの強い決意を持った中核医師がいなければ総合内科／総合診療科の立ち上げやその発展は成し得ないのは誰もが同意すると考える。それとともに、病院組織のトップの理解や力強いサポートは絶対に欠かすことのできない要件である。とくに総合内科／総合診療科立ち上げにおいては、マンパワーが整わない状況が予想され、臓器別専門医が診るのか総合診療医が診るのかなどのやりとりが毎日のように行われる。組織が軌道に乗る

までは温かい庇護のもとで立ち上げることが重要である。誰もが診たくない患者や疾患を押しつけられ続けるだけといった夢のない総合内科／総合診療科にならないような組織ビルディングの時期の保護は必須であると考える。そして地域のニーズについては大きければ大きいほどよい。そのニーズが総合診療医の正統性を証明し背中を押してくれることになる。地域のニーズに応える医療を展開していることこそが、我々を真の総合診療医たらしめている。南和地域には上記の要件が整っていた。地域医療崩壊の瀬戸際まで追い込まれて生じた地域の医療再生への切迫した期待、県立五條病院の松本昌美院長（現南奈良総合医療センター院長）の熱い信念と情熱・一貫した力強いリーダーシップの存在、奈良県を中心とした各自治体・県知事をはじめとした各首長の強いサポートの存在、地域住民の理解と協力、そして決して派手なキャリアはなくても地域の大きな医療ニーズによってその価値を高められそれに応えたいと願った総合診療医の存在。特に多岐にわたる一見無謀とも思われる様々な取り組みを力強く温かくバックアップし導いていただいた院長の存在は、総合内科発足の大きな基盤となった。我々は恵まれていたのかもしれない。しかし上記の3要件は他の地域でも十分に整いうるのではないだろうか。

## 【まとめ】

地域医療再生において、総合内科／総合診療科の立ち上げは有効な方略であると考えられる。ただしその立ち上げだけでは地域医療再生は成し得ない。総合診療を実践する総合内科／総合診療科が行なう業務改善の様々な取り組みが他科や多職種に波及し、その共鳴が総合的に病院運営を変えていく、病院文化を変えていくものとする。総合診療医が本質的に持つ、自己の研鑽や日々の変革への意欲、そして自分の出来ることを地域に与えるのではなく、自分を地域のニーズに合わせて変えていくニーズ主義の観点、これらが地域医療再生のきっかけになりうることを示唆された。

## 文献

- 1) 総合診療専門研修プログラム整備基準. 東京：日本専門医機構；7 July 2017. Available from: <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 2) 専門医・認定医認定制度要綱. 東京：日本プライマリケア連合学会；26 March 2017. Available from: <http://www.primary-care.or.jp/nintei/pdf/senmonininteiyouko.pdf>