

平成 20 年度厚生労働科学特別研究  
「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医  
(医師後期研修制度)のあり方に関する研究」

主任研究者 土屋了介

国立がんセンター中央病院・院長

分担研究者報告書

## 「産婦人科医の必要数の検討」

分担研究者：海野信也 北里大学医学部産婦人科学 教授

### 研究要旨

- 1) 産婦人科医の必要数に関する考察を行い、状況を打開する最低限の数字として年間 500-600 名という数値を示した。
- 2) この数値を達成することは、わが国における産婦人科医療提供体制確保のために必要不可欠と考えられる。本研究で検討した産婦人科医育成支援事業以外にもそのために必要なあらゆる努力がなされる必要がある。
- 3) 本研究で検討した産婦人科医育成支援事業は、その一部が、平成 21 年度の政府予算の中で、月額 5 万円ではあるが、産科医等育成支援事業として実現した。今後、この事業の成果について十分な評価を行う必要がある。

### 【研究目的】

- 1) わが国全体をおそっている医療崩壊の嵐の中で、医師の絶対数の不足とともに問題となっているのが、医師の地域間偏在と診療科間偏在の問題である。この問題の解決のためには、なんらかの方策によって、医師の適正な配置を達成する必要がある。
- 2) 本研究では、診療科間偏在の問題を検討した。医療提供体制においてその脆弱性が強く指摘されている産婦人科の分野を対象として、診療科に必要な医師数の検討方法を、医療体制のあり方とその現状という二つの側面から検討した。

### 【研究結果】

- 1) 医療体制のあり方が、医師の必要数に及ぼす影響について。

(ア) **診療科の中心的業務と周辺の業務**：医療の内容を診療科単位で考えた場合、他の診療科・部門では原則として取り扱うことのないその診療科の中心的な業務と、他の診療科でも扱う可能性がある周辺の業務とに分類することが可能と思われる。産婦人科では分娩の取り扱い、女性不妊症の治療、婦人科腫瘍領域の悪性腫瘍や良性疾患などが前者に含まれ、後者には、思春期医療、更年期医療、骨粗鬆症や女性心身症への対応等が含まれると考えられる。特定の診療科の

業務の範囲を規定するのは、周辺の業務をどこまで引き受けるか、ということで変わる可能性がある。(産婦人科では、以前、人的余裕があると思われていた時代に、乳腺疾患や骨粗鬆症をはじめとする老化に伴う疾患への進出が検討されていた事実がある。)診療科の業務量は、周辺の業務を他の診療科・部門に振り分けることができれば軽減する可能性がある。たとえば、婦人科腫瘍分野において放射線治療を放射線科に化学療法を腫瘍内科に移行させれば、婦人科腫瘍専門医はより多くの手術に専念することが可能になる。

- (イ) **診療の補助者との関係**：医療行為を実施する中で、看護師をはじめとする他の医療専門職や技術者、スタッフとの間の業務分担の方法は必ずしも一定ではない。それは診療領域、医療機関、当事者の経験や能力等によっても異なる可能性がある。産婦人科の場合は、産科における助産師、不妊症診療における胚培養士や不妊カウンセラー、婦人科腫瘍領域における手術室看護師等の専門的補助者の関与の程度が重要になる。たとえば、産科において低リスク分娩の管理を助産師管理に全面的に移行させれば、産科医の負担は多少軽減する可能性がある。

(その場合は、そのために必要な質の高い助産師が確保できるかという新たな問題が発生することになる。)

(ウ) 診療科医師必要数を決定する因子：以上のことから、特定の診療科は、その現有の人的資源（医師およびその補助者）が対応可能な範囲で、診療範囲を設定している可能性がある。従って現状で医療提供が円滑に行われているから充足しているとは言えず、また過剰でないとも言えない。医療提供に問題がある場合にも、業務範囲を広げすぎている可能性があるため、不足とは言えない。医療提供の問題を医師数の問題として検討するには多くの因子を総合的に検討する必要があることになる。

(エ) 絶対的医師不足の議論：このような条件を考慮した上で、確実なのは、業務範囲を中心業務に絞り、制度上許容可能な限り最大限に補助者の役割を拡大した上で、その診療部門の持続可能性を維持できない場合は、その診療科は絶対的医師不足に陥っていると結論できると考えられる。

(オ) 相対的医師不足の議論：業務範囲を絞るためには、周辺の業務の振り分け先診療科が、補助者の役割を拡大するためにはその能力と資格を有する補助者が存在している必要がある。その準備が十分でなければ、現状の体制を維持せざるを得ず、その場合は相対的医師不足の状態ということになる。絶対的不足の有無については、それを実際に明確化することは困難と考えられ、医療提供体制の長期間の機能不全は社会的に許容されないで、相対的不足状況という時点で、対策を講じざるを得ない。従ってその対策は以下の3方向で検討されることになる。

- ① その診療科の業務範囲の見直し
- ② その診療科の医療補助者とその業務内容の見直し
- ③ その診療科の医師数の見直し

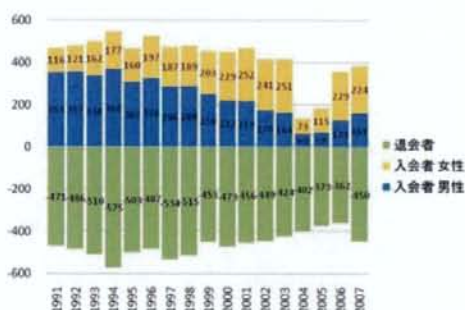
## 2) 産婦人科医の現状からみた対策

(ア) 最低限必要な産婦人科医師数の試算：

- ① 毎年350名程度の新規専攻者がいたにもかかわらず、産婦人科医は1990年からの16年間に2841人、平均で年178人ずつ減少している。現在、新規産婦人科後期研修開始医師は年間320-350名程度である。
- ② 図1に最近の日本産科婦人科学会の年

次別入会者数の推移を示した。退会者数は常に入会者数を上回っており、入会者の中で女性医師の割合が貯蔵して

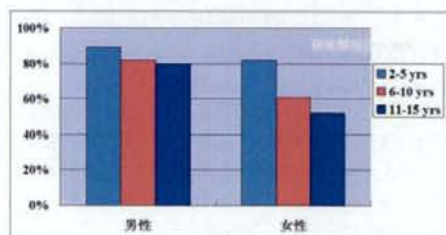
図1 日本産科婦人科学会 入退会者数の年次推移



いる。また、初期臨床研修制度が導入された2004-2005年には入会者が著しく減少し、2007年まででは、それ以前の状態に回復していない。

- ③ このような産婦人科医の変化は、医療現場の状況と密接に関係していると考えられる。図2に示すように、女性産婦人科医では男性医師に比して、経験6-10年以降分娩取扱施設から離れる傾向が著しいことがわかっている。20歳

図2 分娩取扱施設に勤務している割合

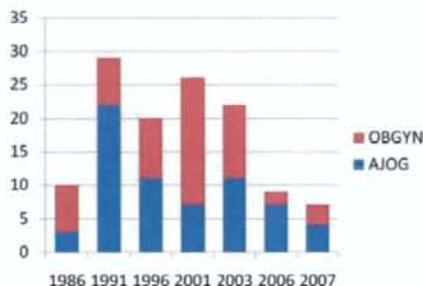


日本産科婦人科学会 女性医師継続的勤務支援委員会2007年調査

代では男女差が全く認められない病院在院時間も、30歳代になると、女性医師の中で離職者、短時間勤務者が増えてきて、変動が大きくなる。結果的に女性医師の占める割合の増加は、現状では、数年後のその世代の産婦人科医としての実労働力の低下をもたらしていることになる。

- ④ 図3に近年の日本人産婦人科医の産婦人科臨床に関する2大英文誌であるAmerican Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG)とObstetrics and Gynecology (OBGYN)の発表論文数の推移を示した。2000年代に入り、明らかな減少が認められている。産婦人科の医療現場が臨床研究に取り組む環境ではなくなっている、明らかに悪化し

図3 日本人産婦人科医の発表論文  
(産婦人科臨床2大英文誌)



- ていることが示されている。
- ⑤ 産婦人科という診療科の建て直しのためには最低限「産婦人科医が減少しない状態となること」が必要と考えられる。そしてその上で、これまでの減少過程で縮小あるいは撤退せざるを得なくなった地域および診療領域、研究領域の回復のためには、それを上回る人員が必要であることは明らかである。
- ⑥ もちろん、それだけでは産婦人科建て直しのために十分ではない可能性はある。しかし、諸外国に比較して医師全体の数が絶対的に少ないため、ほとんどの診療科で医師が不足しているわが国の医療の現状を考えると、産婦人科だけが大幅な増員を求めても、医療界および一般国民の理解は得られにくいであろうし、実現性も乏しい。その意味で現状維持のために必要な数を確保することを当面の目標とするのは、他の診療科とのバランスをと現時点での緊急性を考慮した上で、妥当と考えられる。
- ⑦ その数は320+180+アルファ(100)ということで概ね年間500-600名である。

(イ) 必要な対策：

- ① 「産婦人科専攻」だけが条件となる支援策：産婦人科医師不足に対応して、地域における様々な産婦人科医優遇策

が実施されつつある。このような施策の大部分は、勤務する地域や医療機関を限定しており、既に産婦人科専攻をきめた医学生・研修医に対しては、それに応募する動機付けとなる可能性があるが、他の診療科との間で専攻を迷っている医学生・研修医に対しては、「産婦人科という魅力はあるが、勤務が過酷な診療科」と「勤務する地域・医療機関があらかじめ限定されている」という決断の際に乗り越えるべき二つの障壁が存在することになる。このため、新規産婦人科専攻医の都市部等への偏在を是正する効果はあっても、産婦人科専攻医自体を増加させる効果には乏しい可能性があると考えられる。産婦人科専攻医自体を増加させるためには、「産婦人科専攻」だけが条件となる支援策が必要であり有効であると考えられる。そのような施策が存在すれば、他の地域枠のある支援策との間での相乗的な効果を発揮することが期待できる。

- ② 支援対象：医学生、初期研修医、後期研修医の相当数は経済的なサポートがあれば、それに応募する可能性を持っている。その中で、**医学生、初期研修医**は、本人は未だ将来の専攻科を選択しなければならないわけではない。これに対して、後期研修医はその時点で専攻科を選択していなければならない。このため、医学生、初期研修医については、専攻診療科や勤務地について条件を付けることは、本人の「将来の」キャリアや生活について重大な決定をあらかじめ行うことを求めることになる。その場合、経済的支援を受ける段階では、その専攻科の診療に寄与していないので、義務年限前に離脱した場合の返還義務等を規定する必要が生じる。これに対して、**後期研修医**は、既に資格を有し、その診療科の重要な一員として医療現場を担いながら研修を行っているため、その診療科専攻医になるという経済的支援の条件を、その時点でほぼ果たしていることになる。そして、現にその診療科の医師として研修と経験を積んでいるのだから、将来にわたってその経験を生かして診療を継続することが十分に期待できる。つまり、後期研修医の場合は、「産婦人科医専攻のみを条件とする」経済的支援においては、義務年限や返還規定等

が不必要なのである。後期研修医は、年齢的にも経済的独立が求められる時期でもある。付随的問題ではあるが、現実問題として、後期研修を行う医療機関の中には大学病院等、報酬面では非常に条件の悪い施設が多く含まれている。そしてそのような施設が、救急医療・高度先進医療等、後期研修においては極めて重要な医療を行っている。(今後そのような施設の勤務条件、待遇の改善が当然必要だが、その実現には時間がかかり、産婦人科医療体制再建の緊急性を考慮すると、産婦人科後期研修医の待遇の先行的改善は合理性を有すると考えられる。)そのような施設でも後期研修医が、経済的な困難を克服するための夜間の兼業等を行わなくても、研修に集中できる環境を整備することは非常に有益であると考えられる。3年間の後期研修が終了すれば大多数の医師は専門医資格を取得し、産婦人科医確保という目的をその時点で果たすことができる。従って、後期研修医への支援対象期間は明確であり、必要な経費は事前に把握することができる。以上より、「産婦人科専攻のみを条件とする」経済的支援の対象として有効なのは、後期研修医であると結論できる。

### 3) 具体的な施策の提案：産婦人科医育成支援事業 (Project 500)

(ア) 産婦人科後期研修医 (日本産科婦人科学会の専門医養成のために研修指定病院に勤務して、産婦人科専門医取得を目指す医師) を対象に、年間 1800 名 (研修開始年度ごとに年間 600 名、3 年間) まで、月間 25 万円の研修費を提供する。医療改革の進展と人員の充足とともに、産婦人科医の過酷な勤務環境が改善されることを見込んで、**本事業については当面 10 年間という期限を区切る**こととする。(研修費の金額については、適正な数の志望者を獲得できる最低限の金額を設定することになる。年間 120 万円から 300 万円程度と想定される。)

- ① 必要な資金：年間 120 万円から 300 万円  $\times$  1800 = 22 億円から 54 億円
- ② 受給希望者が全体で 600 名を超える場合には、地域枠による定員制を考慮する。

現時点での人口(出生数)で単純計算すると以下のような配分になる。現時点では後期研修を終えた新規専門医は関東甲信、近畿、九州で全国平均より多

く、他の地域、特に東北・東海北陸では少ない。

ブロック	過去 5 年の平均専門医数	出生数換算による現状の標準医師数	Project 500 で目指す年間専門医師数人口比(出生数)換算
北海道	11	12	22(20)
東北	18	22	38(35)
関東甲信越	130	123	199(193)
東海北陸	31	37	56(61)
近畿	54	52	81(84)
中国四国	29	28	46(46)
九州	40	38	58(62)
合計	312	312	

このような地域偏在はあるものの、「産婦人科医の減少を食い止める」500 名ラインとの比較からは、どの地域も新規専門医数は大きく下回っているのが現実である。

- (イ) 研修費を受ける後期研修医は、各年度の開始時に、前年までの研修内容と、産婦人科臨床研修制度の改善に関するレポートを提出する義務を負うものとする。(それ以外の義務は負わない。)

#### 【考察】

- 1) 産婦人科医の必要数に関する考察を行い、状況を打開する最低限の数字として年間 500-600 名という数値を示した。
- 2) この数値を達成することは、わが国における産婦人科医療提供体制確保のために必要不可欠と考えられる。本研究で検討した産婦人科医育成支援事業以外にもそのために必要なあらゆる努力がなされる必要がある。
- 3) 本研究で検討した産婦人科医育成支援事業は、その一部が、平成 21 年度の政府予算の中で、月額 5 万円ではあるが、産科医等育成支援事業として実現した。今後、この事業の成果について十分な評価を行う必要がある。

#### 【研究成果の発表】

なし

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
分担研究報告書

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）  
のあり方に関する研究

分担研究者 江口研二  
（帝京大学医学部腫瘍内科学 教授）

**研究要旨**

がんは依然として疾病死因の第一位であり、増加するがん患者の診療など、「がん対策推進計画」に盛り込まれた総合的ながん対策を考えると、がん専門病院や基幹病院のがん診療体制整備のみならず、地域医療として国民の安心できるがん医療を実現すべきである。がん医療における専門医の育成と計画的な配置、患者の視点から見た地域医療の質を確保するためには、治療医療機関の腫瘍内科専門医と、患者の地元で診療支援に従事する「がん総合内科医」との役割分担および適切な連携が有用と考えられる。

**腫瘍内科専門医の育成およびがん診療連携におけるがん総合内科医の役割と意義**

**A. 研究目的**

がんは依然として疾病死因の第一位であり、今後も高齢人口の増加に伴って患者数増加が予測されている。増加するがん患者の診療と治療後の生活指導、がん検診・がん予防など、「がん対策推進計画」に盛り込まれた総合的ながん対策を考えると、がん専門病院や基幹病院のがん診療体制整備のみに注目していても、地域医療として国民の安心できるがん医療は実現できない。がん医療における専門医の育成に関して考察する。地域におけるがん医療を患者の視点から再考し、がん診療に精通する総合内科医を新たに定義する。さらに、地域医療の中で、がん薬物療法の専門家である腫瘍内科専門医とがん診療にも従事する総合内科医との役割分担および適切な連携モデルを検討する。

**B. 研究方法**

厚生省がん対策推進協議会、日本医師会がん対策推

進協議会、日本臨床腫瘍学会専門医制度、日本がん治療認定医機構認定制度、日本放射線治療認定医制度、日本緩和医療学会専門医制度などがん医療に関連する資料についてレビューを行い、現状での課題と今後の方策について考察した。

**C. 研究結果**

がん薬物療法に特化した専門医教育として、臨床腫瘍学講座は全国医科大学のうち国立公立大学で 11 大学、私立大学 3 大学の計 14 大学である（H20 年）。日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医制度は発足後、4 年目で約 300 名の専門医が誕生している。その地域配置などについては何らの規定がない。全国のがん診療連携拠点病院（約 370 施設）にこれらの専門医を複数名配置すると考えると約 750 名必要でさらに全国医科大学に腫瘍内科学講座をおくには、79 大学で少なくとも 200 名以上必要となる。がん放射線治療専門の講座も全国的には 28 医科大学のみであり、放射線腫瘍学会認定医は全国で約 600 名である（H20 年日本放射線腫瘍学会）。がん緩和医療に関しては、わずか 3 大学にしか講座が設置されていない。

緩和医療専門医制度は、日本緩和医療学会が H21 年に初回専門医認定試験を準備している。がん治療の質を充実させるには、これらの人材の育成が急務である。

がん薬物療法は、通院治療センターにおいて集中的に実施する外来化学療法が中心となっている。特にがん診療連携拠点病院では、抗癌剤を扱う医療安全の面からも整備すべき要件となっている。患者の通院治療の視点からみると、例えば 3 週ごとの化学療法でも、一度化学療法が開始されると実施医療機関に、毎週通院して副作用に関する診療を受けなければならない。地元の診療所でこれらの診療を受診できれば、患者にとって身体的・経済的・時間的にメリットが多いと考えられる。現状では、このような治療実施機関と地元診療所とのがん診療に関する連携を行っている地域は非常に少ない。診療所医師は、がん患者の日常診療に関する意欲があっても、がん治療に関する知識について不足していると感じている (H20 年日本医師会調査報告)。がんの総合内科医とは、がん治療に伴う副作用、合併症、緩和医療のプライマリケアなどについて習熟し、治療実施医療機関医師と緊密に連携しながら、がん患者の日常生活を医療面から積極的に支援する地元診療所医師と定義する。がん患者の療養指導のみならず、がん検診・予防などの最新の動向を理解して、がん相談にも対応する。いわば、「がん対策推進計画」にもとづくがん医療をきめ細かく推進するための地域スタッフである。がん治療専門医による研修コースなどを策定し、郡市医師会、在宅療養支援診療所などの医師の中から、各 2 次医療圏で 10-50 名前後のがん総合内科医グループを設定する。さらに今後の医科大学卒業後カリキュラムでは、がん総合内科医コースを家庭医・総合内科医カリキュラムの中に設置することを提案する。

#### D. 考察

米国では全医科大学に腫瘍内科学講座があり、米国の腫瘍内科専門医は約 9,000 人と、循環器・消化器・呼吸器につぐ人数で、血液内科、感染症などの専門医数よりも多い (H15 年)。腫瘍内科には 2 つの重要な役割がある。最新の標準的治療を実施し、さらに新たな治療法の開発のために質の高い臨床試験を押し進めること、そして、医療機関内のみならず、地域医療の中で、がん医療連携コンダクターとしての役割を果たすことである。がんの標準的治療としては、国際的にコンセンサスの得られた集学的治療が主流であり、腫瘍内科は、関連する外科・放射線治療科などの診療各科との連携において中心的な役割を担う。H21 年 4 月には全国医科大学腫瘍内科連携協議会が発足し、卒前卒後教育カリキュラムの統合と特色化などの整備をさらに進める動きがある。

外来化学療法のメリットとしては患者が療養生活の中で治療入院に束縛される必要がなく、かつ化学療法に特化した治療設備で安全に快適な治療を継続できることである。一方デメリットとしては治療通院にかかる時間・費用などの間接経費の増加などがあげられる。医療保険も通院治療に充実した制度改定が必要となっている (H17 年厚労省濃沼班報告)。がん治療医療機関の医師と緊密な連携のもとに、患者の地元で診療や支援・指導にあたるがん総合内科医は、地域のがん医療連携システムとして極めて重要な役割を果たすと考えられる。既に、同様な機能を有する診療グループは地域によって少数ながら存在しているので、効率的な教育研修体制の実施と診療報酬など制度的な改善により、全国的な配置の実現性は高い。がん緩和医療に関しても地域連携モデルの構築に関する研究は、厚労省戦略研究班、在宅緩和医療に関する研究班などで実施されている。がん総合内科医構想では、治療医療機関の緩和医療専門医との連携によって、がん総合内科医は、これらの在宅緩和医療推進にも潤滑役としての役割を充分に果たせるものと考えられる。(H20 年 在宅緩和ケア

のための地域連携ガイド 厚労省研究班) 米国では、総合内科よりも内科の専門分野志向の医学生が多いという調査結果が最近報告された(H20年JAMA)。本研究班で提案するがん総合内科医は、総合内科の技術を修得し、さらにはがんに関する最新の総合的な知識を生かして、がん患者の療養支援を身近な生活環境の中で行うという、医療者にとってもサブスペシャリティを生かせる職種と考えられ、十分に医学生の意欲をそそる構想である。

なし  
2 実用新案登録  
なし  
3 その他  
なし

## E. 結論

「がん対策推進計画」にもとづくがん医療の充実をめざすには、腫瘍内科、放射線治療、緩和医療の専門医を計画的に配置しなければならない。そのためには医科大学に各々の領域に特化した講座をおき、体系的に人材を育成する必要がある。がん医療の地域連携におけるスタッフとして、治療医療機関と密接な連携により、患者の地元で診療にあたるがん総合内科医制度を提案する。

## F. 健康危険情報

健康危険に関する事例はない

## G. 研究発表

### 1 論文発表

江口研二 早期からどこでも安心して受けられるがん緩和医療を目指す取り組み 特集 がん診療の拠点化と均てん化 最新医学 2008; 63(6): 1086-91

江口研二 がん緩和医療推進の現状と課題 特集がん対策の新たな展開  
保健医療科学 57:336-8, 2008

### 2 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1 特許取得

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
分担研究報告書

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）  
のあり方に関する研究

分担研究者 岡井 崇  
（昭和大学医学部産婦人科学教室 教授）

研究要旨

我が国で専門医制度の整備が遅れている背景には歴史的な経緯を含む以下の状況がある。

1. 戦後の医師不足への対応策として導入された診療科の自由標榜性が継続されていること
2. 自由標榜性を維持したい日本医師会が専門医制の推進に長く反対して来たこと
3. 専門医制を促進すべき日本医学会が、日本医師会の下部組織であることから、強く発言してこなかったこと
4. 国民が医療を受ける機会を平等に保証する皆保険制度の維持が、医療の質の均一化と混同されて来たこと、あるいはその様に誘導されてきたこと
5. 医療関係者の広告を規制する医療法第 69 条が存在し、その規制の緩和が遅れたこと
6. 各学会の専門医認定規定や教育・研修の過程などを評価し、専門医の診療能力を担保する第三者機関が存在せず、それを担うべく設立された各学会からなる旧専門医認定協議会が機能しなかったこと
7. 国が医療費抑制政策を打ち出し、実行したこと

国民が望む質の高い医療の提供を実現するためには公的な専門医制度の確立が必要であり、国及び医療提供者はそれを阻んで来た上記の状況を解決しなければならない。また、国民もより良い医療を受けるために必要な医療制度について、医療提供者と共に考え発言してゆく必要がある。

我が国の専門医制度に関する一考察

I. 日本で専門医制度の整備が遅れた背景

諸外国と比較し、我が国の専門医制度の整備が著しく遅れていることは論を待たない。

日本の医学会は明治以来、西洋医学を取り入れ、それを模倣して構築された医局講座制の影響下、各領域の医学を専門的に学びその領域を担当する医師

を養成して来た。日本医学会は 1902 年に 16 の分科会により設立され、現在も各医学会（分科会）の集合体として構成されている。その日本医学会が、1916 年に創立された日本医師会の下部組織に組み込まれたのは戦後で、GHQ の指導によるとされている。同時期に敗戦国日本は医師不足の状態にあり、その対策として診療科の自由標榜制が導入された。



この自由標榜制は、開業医を中心に全国の医師を束ねる日本医師会には好ましい体制であった。それに対し、医学の学術的発展を領域別に追求するのみでなく、その領域の医師の診療能力の養成にも携わってきた日本医学会は、日本医師会の組織中に取り込まれていることから発言力が弱く、それが我が国で専門医制度の確立が進まなかった要因の一つであると指摘されている。

一方、世界に誇る日本の健康保険制度は1922年に法律が制定され、1927年に運用が開始された。それが国民皆保険に発展し、全ての国民が公的保険でカバーされる体制が実現したのは1961年である。その後、被雇用保険本人及び家族の負担率は変遷をたどるが、全国民が均一に医療の提供を受けることのできる体制は制度上維持されている。

しかし、国民の全てに医療を受ける平等な機会を保証しようとするこの思想は、受ける医療の質の向上を目指す以上に均一な質であることが重視されるという医療政策上の錯覚を生みだし、結果的に長く我が国の医療の発展を阻害したとの見方もできる。すなわち、医療を受ける権利の平等が医療の質の平等（均一）と混同され、より質の高い医療を進めることに抑止的な力を及ぼしてきた。日本の医療体制は社会主義的と言われるが、真に、最近に至るまで皆で共に質の低い医療に甘んじてきたのである。国家資格を持っているのであるから、どの医師も平等な権利を持つ患者に対し同じ質の医療を提供している筈であり、その医療に対しては均一の報酬が支払われて当然であるとの考えが未だに改まらない。「医師の差別は許さない」という日本医師会の主張に通じる考えである。この考え方が診療能力を高めるための医師個人のインセンティブを低下させただけでなく、専門医制度の必要性を唱える者の活動を抑えてきたのである。

医療関係者の広告を規制する医療法第69条の存在が専門医制度整備の動きを弱める力となっていたこ

とも軽視できない。医療法第69条とは「①医業もしくは歯科医業または病院もしくは診療所に関しては、文書その他いかなる方法によるを問わず、何人も次に掲げる事項を除くほか、これを広告してはならない。a.医師又は歯科医師である旨 b.第70条第1項及び第2項規定による診療科名 c.病院又は診療所の名称、電話番号及び所在地の場所を表示する事項 d.常時、診療に従事する医師又は歯科医師の氏名 e.診療日又は診療時間 f.入院設備の有無 g.病院建物の内部案内 h.その他、厚生省令又は厚生大臣の定める事項 ②広告が許される事項であっても、その内容が虚偽にわたり、又は提供する医療の内容が他の施設と比較して優良である旨の広告や、誇大な広告をしてはならない。」である。

ここで言う診療科はいわゆる標榜科であって、何科専門医または認定医ではない。従って、2002年によりやくこの条文の規制が一部緩和されるまで何科専門医とは名刺に書くこともできなかったのである。厚労省は専門医制度の必要性を認識していなかった訳ではない。にもかかわらず制度化が進まなかったのは、日本医学会をも下部組織にしている日本医師会の長い間の強い反対があったからで、医師会の抵抗に打ち勝つ力がなかったとも言える。もう一つの要因として忘れてならないのは我が国の医療費抑制政策である。医療費増加工論が世に出て久しいが、専門医制度が設立されると専門医を優遇せざるを得なくなり、それは国民医療費の増加につながるの考えがなかったとは言えない、と筆者は思う。

## II. 専門医を認定する公的機関の必要性

我が国では、1962年にスタートした日本麻酔指導医制度が専門医活動の実質的な始まりであった。その後、多くの医学会が認定する専門医が次々に誕生し始めた。しかし、この“認定医”・“専門医”は社会的に認知されてはおらず、医療体制の改善のためにも、またそれを取得した医師個人にとっても意味の

ない資格であった。そこで、学会認定の専門医を社会的に公認することを目的とし、1981年に22学会が共調して学会認定医制協議会を設立した。その後、機構改革等に合わせて、名称を専門医認定協議会、次に日本専門医認定機構と変更、更に2008年に日本専門医制評価・認定機構と改め今日に至っている。この機構は「社会に信頼される専門医制度の確立、専門医の育成・認定及びその生涯教育を行うことにより、我が国の医学と医療の向上に寄与すること」を目的としているが、果たして期待通りの成果を挙げているかと問われると、肯定的な返答ができない状態にある。2008年12月現在、71学会がこの機構に加盟し、18の基本学会の専門医を機構が認定しているが、これは2002年の厚労省の広告規制緩和における外形基準（①学会が法人格を有する②会員1,000人以上③8割が医師④5年以上の研修プログラム⑤試験制度⑥更新制度を有する等）を追従したに過ぎないとの批判もあり、各専門医の質の評価等、本来の目的に適った役割を果たしているのか、疑問が呈されている。この機構の弱点は学会が構成員（社員）であることで、各学会が会員の利益を第一に考え発言するため統制が取れず、現在、外形基準を満たす学会が認定する広告可能な専門医は45存在するが、未だにそれらの質の評価をしてゆく全体の方向性を決められずにいるように見える。これを解決するためには、機構の活動が、医療界全体からまた社会から authorize されなければならず、医師会や病院・診療所の代表等に加えて、学識者や市民代表者からなる第三者機関へと発展させる必要がある。機構もそれを目指していると表明しているが、日本医学会会長主宰の日本専門医制審議会や日本医学会臨床部会専門医制度委員会との関係も不明瞭で、専門医を公的に位置付け、制度化し、その運用を実質的に担う中立的第三者機構の姿は遠目にも見えず、今後の成り行きは混沌としている。

### III. 諸外国との違い

マッキンゼー・アンド・カンパニーの報告によると、調査した先進国（アメリカ、カナダ、オーストラリア、フランス、ドイツ、スウェーデン、イギリス）では、国家レベルの基準に則る研修プログラムを修了した者を、医療専門家主体の政府委託組織が専門医と認定している。諸外国の専門医制度は、医師の卒後教育や診療の水準を保ち、国家のニーズに応じて各領域の医師を適切に配置するために国が認知した公的機関が運用しているのである。

一方、我が国では、国家レベルで統一された認定制度がなく、専門医は各学会が認定し、卒後の教育や研修も各学会が担っている。これが専門医に関して先進諸外国と著しく異なっている点で、専門医と認定される医師の診療の質に領域毎の差を生じさせる可能性を容認することにもなり、各領域の専門医数に生じた不均衡を是正できない要因でもある。また、現在日本では、将来の需給バランスに関係なく専門分野が選択でき、更には診療を実施する地域や病院も自由に選べるが、多くの国では、これにも国家レベルでの制限が加えられている。それらの国では、将来の医療需要を予測して専門医数の制御や研修医の配置を計画的に行う権限を国から委託された独立機構等が存在し、機能している。また、多くの国では、各領域の専門医を必要な数確保し、その配置にも国や地方自治体が影響力を持てるよう、専門医養成コストを公費で負担している。この様な諸外国の取り組みは、必要な数の良質な専門医を社会的に供給することの重要性を国が認識すると共に、国民がそれを要請していることの表れであろう。翻って我が国では、各領域の専門医の数を制御しその質を管理する権限を有した公的機関が存在しない。この現状は、我が国の専門医制度の整備が如何に遅れているかを如実に示すのみでなく、専門医制度に対する国と国民の意識の低さを表していると言わざるを得ない。

#### IV. 目指すべき方向と課題

国が国民に対して良質の医療を提供するためには、医師の診療能力を保証する必要がある。それは患者から信頼される医療の実現に不可欠で、医療の危機が叫ばれる昨今、国家レベルでの医療の質の担保がより高い水準で求められている。

医学と医療の進歩に伴い、細分化され専門性の高い医療の分野が拡大していることは明らかで、かつてのように一人の医師が全ての領域で質の高い医療を提供することは不可能である。そのために、進歩した各分野の医学を修得し、その領域の診療を担当する専門医を養成することが重要なのは、先進諸外国の例を見るまでもなく、誰もが認める所である。

前述のように、我が国では、各学会が主導してそれぞれの領域で専門医の認定を行っているが、学会毎に認定の基準が異なり、専門医の質の評価が第三者により行われていないという問題がある。また、各学会は試験に基づき認定を行っているものの、手術や検査の手法などの評価が充分に行われているかについては疑問が呈されている。しかし、何よりも問題なのは、専門医の資格に対して公的な制度としての基盤が確立されていないことである。そのため、専門医が自らの専門性を生かした業務に専念できる環境が整っていない。社会の側から見れば、専門医を働かせる効率が悪いのである。また一方で、資格を得た者に何の実益もない現状は、資格を取得することへのインセンティブを低下させ、取得後も専門医として社会に貢献する意欲を減退させる。国は、この現状を放置せず、専門医の認定とそのあり方を国家レベルで制度化しなければならない。これにあたっては、専門医の認定を公的に制御する第三者機関が必要となるが、それには「日本専門医制評価・認定機構」や「日本専門医制審議会」、あるいは2008年に日本学術会議が提唱した「専門医制度認証委員会」などを発展させることが考えられる。いずれに

しても、その機関に強い公的権限を付与しなければ制度化自体が不可能なことはこれまでの経緯より明らかである。

各学会からなる日本専門医制評価・認定機構は、本来医師側の総意として専門医制度の推進に当たるべき組織であるが、加盟各学会の都合やそれぞれの学会員の利益を考慮するあまり、決して統制が取れているとは言えず、制度化に向けての活動成果は上がっていない。今こそ、各学会が個別の利害を乗り越えて制度化に向けて団結しなければならない時を迎えているのではないだろうか。この機構が、専門医制度の設立、運用、特に専門医の質の評価と保証、教育・研修の充実等を担う第三者機関の中核となれるかどうかは、加盟学会の姿勢に掛かっていると言える。

専門医制度の確立に向けて、検討すべき課題として無視できないのが、診療科の標榜に関する点である。既述したように、診療科の自由標榜制が我が国の専門医制度の整備を遅らせて来たことは疑いのない事実で、診療科標榜との関係を整理しなければ専門医の制度化は前に進まない。過渡期においては、ある程度は現状を容認しつつ、漸次、診療科の標榜にも制限を加えてゆく必要が出てくるであろうし、また、標榜診療科の名称等についても新しい時代の医療体制に則した改訂を行ってゆかなければならない。この点においても、国は強い意志で改革に臨むべきである。

専門医制度の整備と共に是非確立させなければならないのが、家庭医（総合診療医）の教育制度並びに認定のシステムである。我が国においても、プライマリアケアを担当する専門医が必要なことは言うまでもない。それを担う家庭医にもこれまで以上の質の向上が望まれており、専門的な教育と研修が要求される。関連学会（日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会）は協調してそのシステムの確立を促進すべきであり、また、日本

医師会の唱える“かかりつけ医”との整合性を図る必要もある。

上記も含め、国家レベルによる専門医の制度化には、国の統制を強めるとの理由で反対する意見もあるが、そもそも専門医制度は患者のためのものであり、資格を取るために医師が知識の幅を広げ技量を向上させることはすなわち患者の恩恵につながることである。患者の側からみて分かりやすい専門医制度であることが重要であると共に、その名に値する診療能力を備えた医師を必要な数供給することは国の義務であると考える。

分担研究報告書

質の高い家庭医養成システムを  
我が国の実情に合わせて構築するためのストラテジーに関する研究

分担研究者 葛西 龍樹 福島県立医科大学 地域・家庭医療部 教授

研究要旨

ヨーロッパ家庭医学会連合、英国家庭医学会、カナダ家庭医学会、オーストラリア家庭医学会、米国家庭医学会のウェブサイトから家庭医療の定義と家庭医養成に関係するホームページを参照した。その結果、地域医療・家庭医療を専門に担う医師に定義された役割があること、そしてその内容が単に扱う疾患の種類が多いという以上に、コミュニケーションと人間関係、患者中心、家族志向、安全と効率、予防と健康増進、そして地域全体のガバナンスなどをキーワードにする研修カリキュラムの作成とそれに基づく専門研修制度の運営・評価・継続的改善が重要であると理解された。

I. 研究目的

質の高い家庭医養成システムを我が国の実情に合わせて構築するためのストラテジーについて提言する。

II. 研究方法

ヨーロッパ家庭医学会連合（WONCA Europe）、英国家庭医学会（RCGP）、カナダ家庭医学会（CFPC）、オーストラリア家庭医学会（RACGP）、米国家庭医学会（AAFP）の各ウェブサイトにある家庭医療の定義と家庭医養成に関係するホームページを参照して考察した。上記の家庭医学会を選択した理由は、ウェブサイトにて英語による十分な記述があることに加え、それぞれの家庭医養成の現場がどのように運営されているかについて筆者がある程度知識と経験があるためである。

III. 研究結果

各学会のウェブサイトにある家庭医療の定義や家庭医養成カリキュラムの概要（項目）を表に示した。詳細な記載は該当するホームページを参照していただきたい。

1. ヨーロッパ家庭医学会連合（WONCA Europe）

ヨーロッパでは、2000年前後から家庭医療の定義についての議論が高まり、ヨーロッパ諸国の家庭医学会連合であるWONCA Europeの家庭医療教育者部会であるEURACT（European Academy of Teachers in General Practice）が中心となって2002年に家庭医療の定義を発表した。2005年に改訂版が発表されてい

る[表1]。

この定義の特徴は、家庭医療学のアカデミックな定義とともに、家庭医療でコアとなる臨床能力を示したことである。こうすることによって、家庭医療の定義と研修カリキュラムとが有機的に結びつきかけができたのである。「家庭医療とは何か」が、「家庭医は何ができるのか」へ「翻訳」され、そして「それはどうやって教育するのか」というアクションへ変換されたともいえる。

一方で、家庭医の多様な役割を複数の軸を用いて記述しており、それら全体で家庭医療を定義しているの

表 1

WONCA Europe

<http://www.woncaeurope.org/>

THE EUROPEAN DEFINITIONS OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE 2005

The characteristics of the discipline of general practice/family medicine

The Specialty of General Practice/Family Medicine  
CORE COMPETENCIES

Primary care management  
Person-centred care  
Specific problem solving skills

Comprehensive approach  
Community orientation  
Holistic approach

ESSENTIAL APPLICATION FEATURES

Contextual Aspects  
Attitudinal Aspects  
Scientific Aspects

## 2. 英国家庭医学会 (RCGP)

WONCA Europe でも中心的役割を果たしている英国家庭医学会では、膨大な内容のカリキュラムを発表している[表2]。いわゆる臨床諸問題の項目以外の部分が豊富なことが特徴である。家庭医であること、家庭医の診療、家庭医としての責任、マネジメント、健康増進と予防がちゃんと教育に含まれている。

表2

### RCGP

<http://www.rcgp.org.uk/>

THE RCGP - GP CURRICULUM - Reviewed January 2007

#### CORE CURRICULUM:

- 1 Being a GP
- 2 The General Practice Consultation
- 3 Personal and Professional Responsibilities
  - 3.1 Clinical Governance
  - 3.2 Patient Safety
  - 3.3 Clinical Ethics and Values-Based Practice
  - 3.4 Promoting Equality and Valuing Diversity
  - 3.5 Evidence-Based Practice
  - 3.6 Research and Academic Activity
  - 3.7 Teaching Mentoring and Clinical Supervision
- 4 Management
  - 4.1 Management in Primary Care
  - 4.2 Information Management and Technology
- 5 Healthy People: promoting health and preventing disease
- 6 Genetics in Primary Care
- 7 Care of Acutely Ill People
- 8 Care of Children and Young People
- 9 Care of Older Adults
- 10 Gender-specific Health Issues
  - 10.1 Women's health
  - 10.2 Men's health
- 11 Sexual Health
- 12 Care of People with Cancer & Palliative Care
- 13 Care of People with Mental Health Problems
- 14 Care of People with Learning Disabilities
- 15 Clinical Management
  - 15.1 Cardiovascular problems
  - 15.2 Digestive problems
  - 15.3 Drug and alcohol problems
  - 15.4 ENT and facial problems
  - 15.5 Eye problems
  - 15.6 Metabolic problems
  - 15.7 Neurological problems
  - 15.8 Respiratory problems
  - 15.9 Rheumatology & conditions of the musculoskeletal system (including trauma)
  - 15.10 Skin problems

## 3. カナダ家庭学会 (CFPC)

カナダでは、家庭医療の根本原理4つを示し、それらを十分理解し実践することを求めている。その上で、対応すべき臨床諸問題と習得すべき臨床手技の膨大

なリストが示されている[表3]。

表3

### CFPC

<http://www.cfpc.ca/English/cfpc/home/>

#### FOUR PRINCIPLES OF FAMILY MEDICINE

- 1 The family physician is a skilled clinician.
- 2 Family medicine is a community-based discipline.
- 3 The family physician is a resource to a defined practice population.
- 4 The patient-physician relationship is central to the role of the family physician.

#### Priority Topics and Key Features for Assessment in Family Medicine

#### Core Procedure Skills

## 4. オーストラリア家庭医学会 (RACGP)

カリキュラムは膨大な内容で構成されている[表4]。研修の到達目標は、家庭医療を①コミュニケーション技法と患者-医師関係、②臨床の知識と技能、③家族・地域全体への家庭医療、④プロフェッショナルリズムと倫理、⑤組織としての発展と法的諸問題、という5つの領域に分けて記述されている。それに加えて、国として優先する課題がカリキュラムに盛り込まれ、学習方法についての記載も多い。さらに家庭医療のプロセスとして、家庭医のアプローチとして特徴的である批判的吟味や未分化な問題への対処、安全、診療マネジメントについても記述されている。

表4

### RACGP

<http://www.racgp.org.au/>

#### DEFINITION OF GENERAL PRACTICE

General practice is the provision of primary continuing comprehensive whole-patient medical care to individuals, families and their communities.

#### CURRICULUM FOR AUSTRALIAN GENERAL PRACTICE

##### 1 Common learning objectives

The five domains of general practice are:

##### Domain 1. Communication skills and the patient-doctor relationship:

communication skills  
patient centredness  
health promotion, and  
whole person care.

##### Domain 2. Applied professional knowledge and skills:

physical examination and procedural skills.  
medical conditions.  
decision making.

##### Domain 3. Population health and the context of general practice:

epidemiology

public health  
prevention  
family influence on health, and  
resources.

#### **Domain 4. Professional and ethical role:**

duty of care  
standards  
self appraisal  
teacher role  
research  
self care, and  
networks.

#### **Domain 5. Organisational and legal dimensions:**

information technology  
records  
reporting  
confidentiality, and  
practice management.

#### **Common patient presentations**

##### **National health priorities**

cardiovascular health  
cancer control  
injury prevention and control  
mental health  
diabetes  
asthma  
musculoskeletal conditions  
renal disease.  
controlling communicable diseases (including  
immunisation, HIV/AIDS hepatitis C programs)  
bioterrorism preparedness  
environmental health  
nutrition  
physical activity  
injury prevention  
child, youth and mothers health  
chronic disease prevention  
Aboriginal and Torres Strait Islander health  
health of prisoners.

#### **Key educational principles and concepts**

Needs focused training  
Learning as a continuum  
Lifelong learning  
Experiential learning  
Purpose driven learning  
Integrated training  
Adult learning  
Self directed learning  
Feedback  
Assessment

## **2 Philosophy and foundation of general practice**

### **3 People and their populations**

Aboriginal health (in development)  
Aged care  
Children's and young people's health  
Disability  
Doctor's health  
Genetics  
Men's health

Multicultural health  
Population health and public health  
Rural general practice  
Women's health

#### **4 Presentations**

Acute and serious illness  
Chronic diseases  
Dermatology  
Drug and alcohol  
Eye and ear medicine (in development)  
Mental health  
Pain management  
Musculoskeletal medicine (in development)  
Occupational health and safety  
Oncology  
Palliative care  
Sexual health  
Sports medicine

#### **5 Processes of general practice**

Critical thinking and research  
Dealing with undifferentiated problems in general practice  
(in development)  
GP's as teachers and mentors  
Health informatics  
Integrative medicine  
Patient safety (in development)  
Practice management

#### **5. 米国家庭学会 (AAFP)**

米国家庭医学会の記載は比較的シンプルである[表5]。個人と家族のケアへの継続的包括的プライマリ・ケアが重視されているが、地域全体を視野に入れた取り組みについてはほとんど含まれていないことが諸外国と異なる点である。

#### **表 5**

##### **AAFP**

<http://www.aafp.org/online/en/home.html>

#### **Family Medicine, Definition of**

Family medicine is the medical specialty which provides continuing, comprehensive health care for the individual and family. It is a specialty in breadth that integrates the biological, clinical and behavioral sciences. The scope of family medicine encompasses all ages, both sexes, each organ system and every disease entity. (1986) (2005)

#### **Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents**

Adolescent Health  
Allergy and Immunology  
Care of Infants and Children  
Care of Older Adults  
Care of the Critically Ill Adult  
Care of the Surgical Patient  
Chronic Pain Management  
Conditions of the Eye

Conditions of the Nervous System  
 Conditions of the Skin  
 Disaster Medicine  
 End-of-Life Care  
 Global Health  
 Graduate Medical Education for Rural Practice  
 Health Promotion and Disease Prevention  
 HIV Infection/AIDS  
 Human Behavior and Mental Health  
 Management of Health Systems (Practice Management)  
 Maternity and Gynecologic Care  
 Medical Ethics  
 Medical Genetics  
 Medical Informatics  
 Men's Health  
 Musculoskeletal and Sports Medicine  
 Nutrition  
 Occupational Medicine  
 Office Laboratory Medicine  
 Patient Education  
 Practice Based Learning and Improvement  
 Rheumatic Conditions  
 Risk Management and Medical Liability  
 Special Considerations in the Preparation of Family  
 Practice Residents Interested in Inner City Practice  
 Substance Use Disorders  
 Urgent and Emergent Care  
 Women's Health

#### IV. 考察

我が国で臨床各分野の専門医を養成する際に、研修カリキュラムについての議論が乏しい。カリキュラムは単なる学ぶ項目のリスト（シラバス）やローテーション表だけでなく、「何を、誰が、誰と、いつ、どこで、どのように、なぜ（6W1H）」学ぶ（教える）のかの詳細な計画なので、どのような臨床能力を備えた専門医を養成するのかを計画するには必須である。

地域医療における医師不足や医師偏在の議論では、医師の数（「量」）ばかりが議論されてきており、その医師がどんな役割をどの程度できるのかという「質」についてはほとんど議論されていない。

特に地域医療・家庭医療の分野では、質はともかくただ地域に医師がいてくれればそれでよい、それで地域医療が成立している、と理解されることが我が国では多いのではないだろうか。

地域医療・家庭医療を専門に担う医師に定義された役割があること、そしてその内容が単に扱う疾患の種類が多いという以上に、コミュニケーションと人間関係、患者中心、家族志向、安全と効率、予防と健康増進、そして地域全体のガバナンスなどをキーワードにしていることが、主要国の実践から理解される。

諸外国で実現しているものと同等の質の高い家庭医・総合医養成システムを我が国の実情に合わせて早急に構築するために、次のことを提唱したい。

#### 1. 専門医としての家庭医・総合医を養成する研

修（後期研修）のカリキュラムを諸外国のカリキュラムを参考にして、それらの優れた部分を取り入れる方法で作成する。この部分については、日本家庭医療学会が平成18年に学会認定家庭医療後期研修プログラム（ver1.0）を作成しているもので、それを土台としてさらに充実させることで作業を進めることができる。

- 作成された後期研修カリキュラムを独立機関などによりオーソライズする。この際、国民の求める質の高いプライマリ・ケアを実際に地域で実践できる専門医がそのカリキュラムで育つかどうかを確認することが重要である。
- それに基づいて後期研修を行う後期研修プログラムを全国から公募して独立期間などにより認定する。この部分についても日本家庭医療学会が後期研修プログラムの認定制度を持っているので、その制度を土台として活用できる。我が国では家庭医・総合医を養成するプログラムの質・量ともに初期には十分集まらないことが予想されるが、指導医養成と研修プログラム発展を目指す介入（指導医向けワークショップや生涯教育、国内先進プログラムへの指導医留学制度など）を継続して行い質・量の改善を進める。
- 家庭医療後期研修医へ臨床各科の知識・技術を教育する各科指導医に対しても、各学会と家庭医・総合医学会が協働してカリキュラム開発をしていく。質の高いカリキュラムを作って指導することによって、将来各科専門医は自分の専門領域に集中できる。
- 後期研修プログラムは公益性を重視して都道府県単位で広域ネットワークを形成し、都道府県単位で必要な家庭医・総合医の人数を設定しそれを目標に研修プログラムを発展させる。
- 自治医科大学や各大学の地域医療奨学制度によって卒業した医師には、専門医としての家庭医・総合医養成後期研修プログラムを修了することを条件とするなどしてキャリア選択を奨励する。
- 我が国の現状では、訓練を受けた質の高い専門医としての家庭医・総合医が地域に充足していくまでの期間においては、現在働く医師を家庭医・総合医として暫定的に認定する経過措置が必要である。そのための教育についてもカリキュラムを作成して進めていく。しかし、これはあくまでも過渡期の経過措置であり、国民の求めるレベルの質の高いプライマリ・ケアを地域で実践する専門医としての家庭医・総合医を養成するための正式なカリキュラムの作成・運用・評価・改善がなくてはならない。



8. 養成された専門医としての家庭医・総合医が行うケアがどのように国民のニーズに役立っているかの評価研究を実施して、そのフィードバックにより後期研修プログラムとその指導者及び修了者の認定方法について検討し継続して改善する。なお、ここに述べた家庭医・総合医養成全体にかかる費用は、それによって養成された家庭医・総合医が貢献する安全で効率的なケアによる効果で相殺されて余りあると予想される。

## V. 結論

主要国の家庭医養成では、家庭医療の定義と研修カリキュラムの存在が、養成する医師の臨床能力を明らかにすることに大きな役割を持っていることが理解できた。その理解を基盤として、質の高い家庭医養成システムを我が国の実情に合わせて構築するための戦略について提言を行った。

## VI. 健康危険情報

健康危険に関する事案は経験されなかった。

## VII. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 葛西龍樹：大学が県単位の広域で取り組む家庭医養成プロジェクト. 病院, 67:873-880, 2008.
- 2) 葛西龍樹：在宅医療と人材養成・人材確保 (佐藤智 編「明日の在宅医療」第6巻), 中央法規出版, 東京, 129-151, 2008.

### 2. 学会発表 なし

## VIII. 知的財産権の出現・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
分担研究報告書

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）  
のあり方に関する研究

分担研究者 川越 厚  
（医療法人社団パリアン理事長、クリニック川越院長）

研究要旨

がん末期状態になっても、国民が等しく住み慣れた自宅・地域で「安心して希望を持って」最期まで生き抜くことができるようにするためには末期がん患者の在宅医療を担う専門医の育成、緩和ケア診療所（Palliative Care Clinic=PCC, 仮称）の制度新設、PCCを中心とした地域ネットワーク構築することが重要である。現在、医療者の育成はもとより、PCCのような専門医療機関が地域に存在しないのが実情である。従って、末期がん患者の在宅医療を担う人材を養成するためには、それ以前の地域がん医療の制度設計を十分行うことが重要である。

一般的に、医療者の育成は現場から離れた所で行うのは不適切であり、後期研修医制度のなかに組み込まれる在宅ホスピス・緩和ケアの専門医育成はこのような地域の専門医療機関（PCC など）を中心として行われなければならない。

末期がん患者の在宅医療を担う専門医の育成と  
緩和ケア支援診療所（Palliative Care Clinic=PCC,  
仮称）を中心とした地域ネットワークの構築に関する  
研究

A. 研究目的

いま、わが国の医療は未曾有の崩壊の危機に瀕している。その危機の中で、末期がん患者に対する医療、特に在宅ホスピスケアのあり方が厳しく問われている。「安心と希望の医療確保ビジョン」の実現に向けての委員会に委員として出席してみて、崩壊回避のシナリオがすべて病院の視座からのみ語られることに、筆者は大変な危機感を抱いた。在宅医療の推進と言う考えは、そこにはなかった。このままでは、在宅医療の推進という国が強力に推し進めてきた医療政策の根幹が揺るがされることになり、日本の医療は結果的に、病棟と外来のみで医療を行っていた 1991 年以前の状態に逆戻りすることになる。在宅医療が崩壊すれば、

入院医療の必要度がますます高まることになり、特に末期がん患者の場合にはケアの質が落ちるのみならず、病院、特に患者が最終的に搬送される救命センターに対する負担が増えることになり、結果的に地域医療は破綻し、財政上の負担から医療は「崩壊」ではなく、「壊滅」に繋がる恐れがある。

在宅医療が患者・家族の QOL（Quality of life）の上からベストであること、しかも医療経済的にもっとも Low cost であることの認識をもとに、国は在宅医療の普及に向けての様々な法整備（表 1）を行うとともに、在宅医療に対するインセンティブをつけてその推進を図ってきた。しかし現実には、それが豊かに実を結んでいるとは言い難く、最近では在院日数の短縮化、病床削減に対する世論の激しい批判の中、在宅医療も風前の灯の感がある。いったい何が問題なのであろうか。末期がん患者に対する在宅医療の需要は確実に拡大している。しかるに、その供給体制が十分でないため、末期がん患者は行き場を失って難民化し、巷を彷徨い、

結果的に一般病院復権に拍車を駆けている。

このような現象の背景には、①がん死亡数の増加、②がん治療病院における、治癒不能患者の退院促進、③中小病院のベッド削減・閉鎖などがある。一方では、社会構造の変化が在宅ホスピスケアの普及を妨げている問題をも、忘れてはならない。具体的には、①人口の高齢化・核家族化に伴う家族介護力の弱体化、②独居世帯、老々世帯、認々世帯数の増加などがあげられる。

一方、医療提供サイドの問題には、①大部分の開業医が末期がん患者の在宅医療に関わろうとしていないこと、②中途半端な、小規模の取り組みはケアの質を低下させること、③ケアの提供体制、質が悪いと入院ケースが増えること、④責任を持って積極的に取り組みたいと希望している診療所が少なからず存在すること、⑤訪問看護の魅力が失われ、制度的にも活力を失う傾向にあること、⑥出来高制をとる中小病院にとって、今も昔も末期がん患者は経営的なうまみがあること、⑦緩和ケア病棟（PCU と略す）数は増加著しいが在宅支援の機能を十分果たしていない、などがある。

このような中、国は2006年6月、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とした、「がん対策基本法」を制定した。その中で、在宅重視戦略を打ち出した（同法第三章第二節第十六条）が、これには在宅の視点が欠如するという致命的な欠陥があり（図1）、制度の具体化にあたって、従来の病院主導の在宅医療推進から脱却することができず、結果的に在宅医療推進が実現困難となっている。

加えて、誤った理解が在宅ホスピスケアの普及を阻害しており、その背景として、マスコミによるセンセーショナルな報道、在宅医療の現場を知らない有識者、評論家のコメント、在宅の実情を知らない医療者によって行われる患者・家族への説明、などが考えられる。結果的に末期がん患者は難民化し、病院懐古が声高に叫ばれるようになってきた。

しかし、ベッド数を確保することで、問題は本当に解決するのであろうか。このような解決法にはケアの質をどのように確保するかと言う問題が常について回るし、それよりもこれからの経済情勢を考えたとき、ベッド数を増やすことで医療経済的にそもそも持ち

こたえることができるのだろうか。

社会の少子高齢化の波に押され、国の経済発展が急激に減速する中、わが国のこれからの医療施策の方向は限られている。もし国がこれまで数十年かけて検討し、解決の切り札として考え整備してきた在宅医療の推進、充実の方向が正しいとすれば、問題はなぜ在宅医療が普及しないかということである。

上記の情勢分析をもとにとりあえずの結論を出すと、末期がん患者の在宅医療が専門的な力を要すること、そのような力を持った診療所を中心としたチームが地域に育たなければならないこと、の方向が浮かび上がってくる。末期がん患者の在宅医療を専門とする医師を育て、そのような医師が十分な力を発揮できる環境を作り、それを地域のネットワークとして構築し、がん対策基本法の中で描かれたがん診療拠点病院を中心とした地域ネットワークを新たに構築することが重要である。

本研究は、このような分析に基づいて具体的な緩和ケア支援診療所（Palliative Care Clinic, PCC と略す）の制度設計、そこを中心とした専門医の育成、PCCのネットワーク化を目的とした。

## B. 研究方法

末期がん患者に対する在宅医療推進に関し、様々な形で在宅医療に携わってきた医師、看護師などから数回にわたる直接的なヒヤリング、また複数の関係者から文書による間接的なヒヤリングを行い、問題の整理、解決の方向性などを探ってきた。それぞれのテーマは以下のとおりである。

なお、この会はPrivateな研究会であり、参加者は呼びかけ人の筆者を除いて匿名を条件に、自由に現場の声を反映することを目的としている。

第一回 地域における在宅ホスピス・緩和ケアの実践医療機関「パリアン」の創設経緯、活動実績

第二回 訪問看護提供機関の問題

第三回 各地での地域ネットワーク化の試み

第四回 地域で中核となる、在宅ホスピス・緩和ケア診療所の問題

第五回 治療病院から在宅への患者連携

（倫理面への配慮）

研究会にあたっては、趣旨に賛同した方のみが参加し、収集する情報は研究に必要な最小限の情報とした。また、調査で得た個人情報はすべて研究会終了後破棄し、会としての公的な調査結果はまとめていない。従って本レポートは匿名性を確保することを第一とした。ヒヤリング、調査により得られた情報の記録は残しておらず、研究会終了後、すべてのデータは破棄する予定である。

### C. 研究結果

ヒヤリング、レポーターを交えてのその後の討議で、以下のことが共通の認識として得られた。

在宅医療、病院医療は相互補完的であるが、在宅サイドは病院サイドにできるだけ負担をかけないことが、特に大切であること

末期がんの在宅医療は、非がんと区別して考えなければならないこと(表2)

一体化したチームで医療・ケアを提供することが重要であること

在宅の緩和ケア専門チームが中心になって、その他の医療機関とネットワークを形成し、がん在宅医療を推進することが重要であること

在宅医療は一定の原則のもとに普及させなければならないが、実施にあたっては地域性を大切にしなければならないこと

実効性のある施策でなければならないこと  
在宅ホスピス・緩和ケアを実践する医療機関は、いわゆる緩和医療、ホスピスケアを提供する専門的な医療機関でなければならない。実地検分、ヒヤリング・討議を通して明らかとなったことは、そのような専門的な医療機関(緩和ケア支援クリニック、PCC)を地域に展開しなければならないということであった。PCCは、地域における緩和ケア専門チームの要として位置づけられ、以下の要件を満たす必要がある。

在宅療養支援診療所であること

一定数以上のがん在宅死を扱っており、一定数以上の在宅死率の実績があること。筆者は実績としてとりあえず、年間20例以上の在宅死数、60%以上の在宅死率を考えている。

一定レベル以上の医療を提供すること

疼痛緩和に関して：①オピオイドが使用できること、

②モルヒネなどの皮下注射ができること、③硬膜外モルヒネ持続注入の管理ができること

その他：①CVポートの管理ができること、②HPNができること、③各種カテーテル(膀胱留置カテーテル、腎ろうカテーテル、PTCDカテーテル、胃ろうカテーテル、気管カテーテル)ができること

特定の訪問看護機関と緊密なチーム体制をとり、統合したサービスを提供すること。

疼痛緩和、死亡診断に対する標準的な約束指示を共有していること

訪問看護師、診療所医師との間で24時間体制を確立し、個々のケースで文書をもって患者に示すこと

24時間体制は、ファーストコール、セカンドコールを置き、その中に医師が必ず入ること

個々のケースについて週2回以上の定期的なチームカンファレンスを行い、その記録を保存すること

情報開示

市民に向けて情報を開示すること：①チームの体制、②年間実績、③医療内容

病院、地域緩和ケアセンターへの情報提供：受け入れ可能患者

在宅ホスピス・緩和ケアを提供する診療所は、提供するケアの量と質などによって以下のごとくに分類できる。分類の基準となるものは在支診であるかどうか、年間のがん在宅死数、在宅死率(一番単純で実際的な基準)である。このような考えに従うと地域には、在宅ホスピス・緩和ケアを担う医療機関として、基幹型PCC、一般型PCC、在宅療養支援診療所、一般の診療所が存在することになり、それらを結ぶ地域のネットワークが形成されることになる(図2)。

基幹型PCCの第一の条件は、一般型PCCの要件を満たしていることである。それ以外に、より大きな数値実績をあげていること、その他教育、研修機関として機能していること、ボランティア育成を行っていること、地域に向けて情報発信をしていること、計画的な遺族ケアを行っていること、患者登録を行っていること、デイサービスを行っていること、が認定要件となる(図3)。ただし、細かい数値、認定要件などについては議論を要する。

基幹型PCCを中心に地域ネットワークを作成することが理想であるが、残念ながらわが国にはまだ基幹型