

表3；麻酔科医の適正な配置を進めるにあたって有効と思われる施策

- ・ 外科系を志す初期臨床研修医に一定期間の麻酔科研修を課す。
- ・ 地方と都市部で半年ごとに研修地を交替する。
- ・ 初期臨床研修医制度を見直す（研修カリキュラムの改善）。
- ・ 専門医取得に向けて複数の病院でグループを作成した研修協力制度とする。
- ・ 麻酔科医待遇を改善する（全員常勤採用する、報酬を増やす、保育所の設置など）。
- ・ アイデンティティを確立し、キャリアプランを作成する。
- ・ 各診療科における専門研修医の定員を国（厚労省）が決め、各研修病院に割り振る。
- ・ 労働時間を明確にする。交替時間、夜勤明け業務なしなどを明確にする。
- ・ 医学部入学時に地域に残ることを義務化した入学定員（例えば定員の5割）をつくる。
- ・ ICU ペイン、救急とバランスよく研修できる体制とする。
- ・ 麻酔科医を管理職として登用する。
- ・ 小説、TVドラマなどで、麻酔科の素晴らしい面を一般の人にも知らしめる。
- ・ 学生教育から初期研修医の教育に力を注ぐ以外にない。
- ・ 施設におけるエコーなどの機器の充実。
- ・ 学会や研修会などへの旅費・宿泊費の援助、海外学会への参加。
- ・ なんらかの incentive を与える。たとえば早期の外国留学。

表 4 ; 所属施設の麻酔科専門研修医に対する教育プログラムについて

①後期研修医の具体的な動向について

- ・ 1、2年目は大学病院で麻酔、集中治療、ペインクリニックの各領域を均等に回る。
- ・ 大学病院が約2年間、関連病院が約1年間。
- ・ 3年間のうち、1年間は大学病院、他の2年間は関連病院。
- ・ 1、2年目大学病院、3、4年目市中病院勤務、5年目：大学病院。
- ・ 原則は大学病院で、0.5-1年程度関連病院を回ることがある。
- ・ 1年目大学病院、2、3年目は希望により大学病院または関連病院。
- ・ 1年目大学病院、2~3年目 関連病院、3~5年目 大学病院。
- ・ 3年間大学病院（ICU、ペインを含む）で、その後関連病院。
- ・ 決めていない。

②教育プログラムについて

- ・ 2年間で心臓麻酔30例、帝王切開20例、分離肺換気30症例を目標症例としている。  
また集中治療部6ヶ月以上、ペインクリニック6ヶ月以上の勤務も課している。
- ・ 心臓麻酔1年間のみ規定。
- ・ 大学病院では、ICU3ヶ月、デイサージェリー診療部2ヶ月、残りが手術室勤務。
- ・ 心臓麻酔30例、産科麻酔30例、肝移植の麻酔5例。
- ・ 心臓麻酔1年、ペインクリニック1年、集中治療1年。
- ・ 麻酔2-3年間、ペインクリニック0.5-1年間、集中治療0.5-1年間。
- ・ 成人心臓麻酔を30例以上、小児心臓麻酔を20例以上行うことを目標としている。  
また、ペインクリニックで3ヶ月間以上研修し、緩和ケアを必ず経験させる。
- ・ 脳神経外科/産科麻酔1年間、小児/心臓麻酔1年間、ペインクリニック0.5年間。
- ・ 麻酔一般9ヶ月間、神経麻酔3ヶ月間、心臓麻酔6ヶ月間、小児麻酔6ヶ月間。
- ・ 集中治療2ヶ月間、ペインクリニック2ヶ月間を必須とする。
- ・ 取り決めはない。

表5；麻酔科後期研修医、あるいは後期研修医に関して

- ・学会で、専門医受験資格として必要症例数（心臓外科麻酔など）を提示して欲しい。
- ・適度な知的刺激を提供していただける大学との交流は、地方大学には大いなる力になる。
- ・後期研修医という呼び名は定義が不明確であり、適切なネーミングを検討すべき。
- ・病院による待遇の違いを知りたい。また研修医の選択基準を知りたい。
- ・市中病院麻酔科で後期研修を行う人たちに指導者あるいは助言者がいるか心配。
- ・マンパワー不足で思うような研修が出来ない。
- ・各大学の持っている資源を共有して使う研修ができればよい。
- ・後記研修医の地域偏在が進行し、地方は非常に困っている。調整する機構が作れないか。
- ・出来る限り、研修医個人の希望に添う研修を受けることが出来るように努力している。
- ・混乱した研修制度を改める時期ではないか。
- ・なんらかの incentive を付与すべき。
- ・全国的に需要、必要度に応じた各専門分野の医師数の募集をする体制作りが必要。

「日欧米の総合医の比較と日本版総合医に向けての必要要素の分析」

分担研究者 渡辺賢治 慶應義塾大学医学部漢方医学センター センター長・准教授

研究協力者 大西卓磨、川崎 健太、吉野雄大 慶應義塾大学医学部 4年  
玉井博也 慶應義塾大学医学部 3年

研究要旨

超高齢社会を迎えようとするわが国で総合医の育成が検討されているが、本分担では総合医制度の先進国である英国・米国における制度につき検討し、わが国に相応しい制度についての検討を行った。英国の制度から学べる点として、1) GP 育成プログラムの確立、2) 医療情報の継続性、3) 医療の質を監査する第三者機関の設立であった。一方米国の家庭医制度から学べる点として、1) 専門職としての家庭医の必要性、2) 予防から治療への一貫した継続性、3) 孤立しないためのグループ診療、であった。これらからわが国における総合医は1) 予防から治療への継続性を重視、2) 孤立化しないシステム作り、3) 第三者機関による安全医療の保障、4) 市民とともに地域に合った医療文化を創造すべきと考えた。

A. 研究目的

日本版総合医のあるべき姿を浮き彫りにするため、海外における家庭医・総合医のあり方を参照にし、日本版総合医に必要な要素を分析した。

B. 研究方法

英国、米国の家庭医・総合医の実態を、文献、インターネット上で調査した。また、米国の事例については平成20年12月8日に開催された慶應医学会「米国家庭医からみた日本版総合医プログラムへの提案」ミシガン大学医学部家庭医療学の神保真人先生の講演 [http://web.sc.itc.keio.ac.jp/kampo/pdf/general\\_condition0812\\_2.pdf](http://web.sc.itc.keio.ac.jp/kampo/pdf/general_condition0812_2.pdf) を参照にし、日本における総合医・家庭医の事情については平成20年12月5日開催に開催された「総合医の漢方教育を考える」 [http://web.sc.itc.keio.ac.jp/kampo/pdf/general\\_condition0812\\_1.pdf](http://web.sc.itc.keio.ac.jp/kampo/pdf/general_condition0812_1.pdf) を参照した。

(倫理面への配慮)

特に該当しない。

C. 研究結果

総合医・英国の例

1) 世界初イギリス独自の医療制度 NHS

National Health Service (NHS)は、1948年7月5日に設立された世界初の国民皆保険による医療制度である。このシステムは、「イギリスに住むすべての人は誰であれ、収入の多寡、年齢、国籍、居住する地域に関係なく、必要な医療サービスを受容できなけれ

ばならない」という理念のもとに設立された。

診療は全て税金でまかなっているため、病院にかかる人は診察時にお金を払う必要はない。

NHSの規模は、150万人の従業員、90,000人の病院勤務医、35,000人のGP、40,000人の看護師、16,000人の救急車のスタッフである。

NHSのサービス利用者数は36時間毎に100万人、1分で463人、1秒で8人の患者。その1948年時には4億3700万ポンド（現在の90億ポンドに相当）。現在はその10倍にあたる、900億ポンド（11兆1600億円※）以上の予算をもつ。そのうちの60%にあたる540億ポンド（6兆6960億円）はNHSのスタッフをまかなうために使われている。これらの資金源は全て税金である。2007/8年のNHSの予算ではおおよそ一人当たり1500ポンド（18万6000円）の税金を医療のために支払った計算となる。

※£1=¥124(2009年1月22日レート)を用いて換算。以後本文書中に出てくる円表記はこのレートを用いて換算したものとす。

2) NHSの提供する医療サービス

NHSの提供する医療サービスは二つの部分からなっている。一つはPrimary CareとよばれGeneral Practitioner (GP) によるものである。他方がSecondary careとよばれ、一般病院による二次医療を指す。

患者は体調が悪くなると、大学病院や市中病院に直接行くのではなく、まず自分のかかりつけ医であるGPに診療をしてもらう。その後、必要性があるとGPが判断すると、大病院へ紹介される形になる。そのため、そこにはアクセス制限が存在し、患者は最初に必ずGPに診てもらっていることになっている。

故に、第一線の現場で働くGPは最も良く医療事情を把握していて、地域に密着しているものとして考

えられている。そのため、NHSの予算のうちの80%、720億ポンド(8兆9280億円)はPrimary care Trust (Primary Careの予算管理機関)が管理している。

### 3) イギリスにおける現在の医療構造

イギリスの医療構造は非常に複雑なものとなっている。NHSは日本の厚労省にあたる組織ではない。その下部組織にあたり、イギリスにはNHSの上に政府の省としてDepartment of Healthが存在する。

なお、イギリスの機関はこれだけにはとどまらない。非政府組織、かつ非医療組織としてThe Healthcare Commissionという独立した監視機関がある。これは、イギリスにおける継続的なヘルスケアサービスの向上を目指すもので、2004年に設立された。この機関は毎年一回、NHSがその政府の予算をしっかり守り、経営を行っているかも監査している(annual health checkとよばれる)。また、NHSが提供する医療について、その質と安全性について評価・報告する。

イギリスの医療の面で国民の期待にこたえるためにはどこを改善していくべきかを調査し、問題点に関しては徹底的に調査する。調査結果は公表し、誰でも自由にアクセスできるようにしている。特に注目されているところは、患者の安全や清潔さ、治療における患者の尊厳の遵守などを始めとした国民が気にしている医療サービスの質や、待ち時間、資金の使い方である。主に

審査の対象となるのは病院単位ではなく、Trustである。Publicだけでなく、Privateもこの対象である。Privateの場合には、病院やPrivate doctorが直接評価を受ける。

もしNHSのTrustにおいて患者に安全な医療が提供できていないと判断された場合、この機関の介入が入る。医療サービスの状態がひどく、大至急改善されなければならない場合は、全面的にこの機関が介入する形となる。

この機関は政府組織ではなく、完全に独立した組織であるため、Department of Health(日本の厚労省にあたる)とは密接な関係をもって医療を進めている。必ず調査結果はその大臣に報告し、改善すべき点を指摘する。

この組織はExecutive teamとCommissionから構成される。Commissionが意志決定を行う機関であり、15名のメンバーから成る。そのうちの過半数は医療関係者、NHS関係者であってはならないと定められている。

この機関は、単なる監視機関に限らず、広く国民の意見を必要としている。何か自国の医療に対する不満や疑問があればここに電話するようになっていく。

### 4) イギリス医療の要、GP

General practitioners (GP)は、日本にはまだ制度として存在していないが、ヨーロッパでは特に、またアメリカでもみられる医師である。彼らは医師であり、その役割は患者とNHSの間で医療提供をする側の第一線で働くことである。

現在Royal College of GPに登録しているGPは33775人(2008年3月31日)である。

GPの種類には3種類、

- 1) NHSに雇われているGP
- 2) NHSと契約しているGP
- 3) PrivateのGPが存在する。

それぞれの違いは、NHSに雇われているGPは、場所・従業員は与えられ、自分も雇われている身である。しかし、NHSと契約しているGPは、NHSとは対等であり、場所・従業員は自分で確保する。PrivateのGPは私費診療を行っている。

ほとんどのGPはNHSのスタッフではない。彼らはNHSと個別に個別契約を結んでいる人たちで、場所も、そして従業員も自分で雇っている。

彼らGPは、特に都市部での診療では言語の多様性、移動する人口、貧困に起因する高度な疾病が問題となり、最も質の高い医療が必要とされている。また、田舎での診療では離れた家を往診する際の距離が問題となる。GPは1人でクリニックを経営していることは珍しく、大抵グループを組んで、専門科毎に分かれてクリニック・ヘルスセンターとして診療を行っていることが多い。グループ診療とは複数の医師と提携を結ぶ事である。管理費やその他の費用も共有する。その事で、提携している医師の中での分業、すなわち専門科が可能となる。

ほぼ全てのGPは医師、看護師、保健師(health visitors)、管理職員(administrative staff)、理学療法士(physiotherapists)、言語聴覚士(speech therapists)等からなる、一次医療チーム(primary health care team)の一員として働いている。単独診療とは医師が看護師と事務員とのみで診療する形態を指し、意思決定のしやすさが利点である。

### 5) GPへの登録

GPに診てもらうためには自分の患者情報を登録しておくなければならない。そのためには、まず自分の住んでいるところのGPを探るところから始まる。その際に専用の登録用紙を記入し、GPにそれを提出する。一度GPへの登録を終えたら、その診療録はたとえその後GPを代えたとしても引き継がれることとなる。

GP登録時には登録予約フォームが必要であり、これは以前までのGPの名前、その診療所の住所を記入する。

原則的に新患の場合はその訴えがどんなものであっても問診、身体所見を完全にとる。以後の受診に備えてデータベースを作成するためである。これができるのは、場当たりの対応ではなく1人の患者と終生かかわっていくという意識があるからで、基本的には1人のGPがその人を終生にわたって診ていくことになる。そのために、イギリスの住民は居住地区にしたがってGPが割り当てられるのである。

しかし、必ず自分の希望するGPに登録できるわけではない。GPに登録をしようとしてもGPに断られてしまうこともある。その例が、すでにそのGPの手持ちの患者数がいっぱいの場合であったり、その新規登録希望の患者があまりにも遠くに住んでいた場合である。この場合には、自分の周辺で別のGPを探す必要性が出てくる。GPの所在地等に関してはインタ

ーネットで提供されている。

もし GP がみつからない場合には、3 つ解決策がある。その地域の PCT (Primary Care Trust) に連絡をすれば紹介してもらえ、または、NHS Direct に電話をすれば紹介してもらえ、または、NHS.uk で local services database にて検索するのである。

また、患者側には理由もなく GP を変更する権利がある。その際には、新しい GP を見つけ、GP 登録の手順を同様に繰り返せばいいのである。

## 6) GP の診断範囲

仕事内容は多岐に渡っており、以下に羅列する。

- 種々の一般医療における、病気や外傷の診断、治療
- 医療機器を用いた診察
- 患者の状態を知るための検査、解析、診断的画像の依頼、実行
- 報告書や検査に於ける所見の分析、診断；投薬及び処方
- 伝染性の病気に対する予防接種、ワクチン投与
- 食事や衛生面、病気の予防に関して患者に助言すること
- 出産前の妊婦へのケア、児娩出、出産後の妊婦と乳児へのケア
- 政府の権威への出生児数、死亡数、接触伝染性の病気の発生の報告
- 専門医や専門的治療を行える他の GP への照会
- 軽微な手術
- オフィスや医院へ訪れる事の出来ない患者への往診、緊急呼び出しへの応答
- 入学、仕事の熟慮、保険加入資格の取得に必要な身体検査の実施
- 船上の乗客や乗務員へのケア、指定船医になれる

全ての GP は 24 時間の医療サービスを提供するという契約を結んでいる。しかし、24 時間 365 日 1 人の GP が医療を提供することはできないので、グループ診療で、交代制で夜勤を行っている。

GP はその患者が専門科に診てもらおうことによって利益を得ることができるかを判断する。この場合、みてもらうというのはまだ専門の医師ではなく、大概病院の consultant をさす。あると判断すれば、GP は consultant にあてて症状などを列挙した手紙 (紹介状) を書く。すると、consultant がいつ、どこで一度話しをするかの約束を取り付けてくれる。

## 7) Waiting list

医療資源はどこの国であっても限られている。そのため、医療資源が分配されることはヘルスケアサービスの一部である。NHS は無料で受けることのできる医療を実施しているため、臨床においてその人にとってそれが本当に必要なかを考える必要がある。本来ならば、その人に支払い能力があるかによって (アメリカ等は) 優先順位は決められている。よりお金を支払う能力のある人間はより良い治療を受けられるのである。

しかし、医療を受けられる機会の平等性をうたい、それらにかかる費用を無料としているイギリスにお

いては優先順位をつけることは難しくなっている。そして、そのような優先順位は「緊急性」によってつけられる。緊急性の低い人は長く待つこととなる。つまり、より重症で早急な治療が必要な患者にはそれが施されるのである。中には、国民の間からお金を支払う能力よりも clinical need によって優先順位をきめるということには不満もでてきているようだ。しかし、その Waiting list も地域によって異なっていて、待っている患者は自分のエリア外でみてもらうことも可能である。他に、waiting time が長い場合、private による処置を public の費用で、もしくは海外でその治療を受けることも可能である。

最近では待ち時間を 18 週間までに減らすというプログラムが進行している。

この待ち時間というのは GP が専門医に紹介状を書いたところから始まり、治療が始まるまでの期間のことをさす。そのため、この期間は、最初予約をとるところ、各種検査を行うところ、確定診断、そして治療法の選択を患者と共に終えた状態までもを含んでいる。

## 8) 公的保険と私的保険

「待たないためにお金を払う」。このように言われているのがイギリスの医療である。

NHS は税金で運営されているからこの制度のもとでは患者さんの負担はない。しかし、入院が極端に制限され、緊急でない入院は何か月も待たされる。国民の 10 人に 1 人が民間保険に加入しており、「NHS の患者は金を払わないですむために待つ。私費患者は待たないですむために金を払う」と言われるほどである。お金はあるけど待ちたくない、そのような人たちは Private の診療を受けることになる。日本において国民保険なしに治療を受けるようなものである。

## 9) 労働時間と待遇

### 1) フルタイム勤務をしている GP

Partners(NHS との契約)は、平均して 2006/7 年時には 1 週間に 44.4 時間勤務。フルタイムとパートタイムの GP Partners をあわせて考えると、2006/7 年時には平均して 1 週間で 38.2 時間であった。

### 2) Salaried GPs (NHS 雇用)

フルタイム勤務で平均して 1 週間で 39.6 時間。Salaried GPs は GP Partners の人たちよりもパートタイムで働く傾向が強く、全体的には平均して 23.8 時間それで働いていた。

GP の給与は、質と成果を反映する枠組み (Quality and Outcomes Framework=QOF) を通して一人一人決められる。QOF は QMAS と呼ばれる IT システムによって支えられている。

QOF は、

- 1) 臨床的 (clinical)
- 2) 組織的 (organizational)
- 3) 患者による評価 (patient experience)
- 4) 付加的サービス (additional services)

という 4 つの評価項目からなり、GP がよい診療を行う事、具体的には診察した患者数、治療内容、担

当地域全体の健康状態、慢性疾患と診断された患者数などを評価する。事業年度末にこれら4項目の点数の合計が QMAS により照合され、それが給与額に変換される。

### 10) GP 育成プログラム

GP になるには、まず、Modernising Medical Careers のさだめる5年間の卒業研修を行わなければならない。後述の nMRCGP の全ての項目を終了すると Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB) から研修終了証書 (Certificate of Completion of Training) が与えられる。PMETB は財政的に独立している団体である。

この5年間のうち初めの2年間は研修の基盤 (Foundation Training) であり、Foundation house officer として6科を4ヶ月ずつ、ないしは8科を3ヶ月ずつローテーションする。これには少なくとも、3ヶ月の総合内科 (general medicine) 研修と3ヶ月の一般外科 (general surgery) が含まれていなくてはならない。

また全ての研修生はこの二年目の半ばまでに専門科を決定しなくてはならない。

GP 専門医研修を受けるには3段階の競争に勝ち抜く必要がある。それはネットでの申し込み、実用的な知識と状況判断能力を問う試験を用いた絞り込み、評価を中心とした過程よりなる。これは、GP 専門医となるに相応しい人物かを見極めるものである。

続く3年間 (ST1, ST2) では GP 職業訓練計画 (General Practice Vocational Training Scheme (GP-VTS)) に従って、専門科登録医 (Specialty Register (StR)) として、病院の専門科をローテーションするがこの時のポストは均衡の取れた '研修プログラム' として認定されていなければならない (例えば4科を6ヶ月ずつや6科を4ヶ月ずつなど)。

この専門科には GP、産科、婦人科、小児科、老年病医学 (geriatric medicine)、事故救急、精神科などが 'A' リストに載っている。

最後の12ヶ月 (ST3) (18ヶ月の場合もある) は GP 専門研修医 (general practice registrar) として GP 訓練者 (GP trainer) の指揮の下で働く (例えば、2科を6ヶ月ずつや3科を4ヶ月ずつ)。この一年の間に GP として独立して診療する事を許可されるための試験に通らなければならない。この試験は、2時間に渡る患者の立ち会い診察のビデオ、専門研修医の間線り返し行われる審査、選択肢式試験そして規格化した、指導医による能力の評価からなる。Academic Clinical Fellowship programmes のいくつかを必要とする大学もある。

その後、GP として診療を行うには更に、英国 GP 医師会 (Royal College of General Practitioners) の会員資格を有さなくてはならない。これには nMRCGP を終了する必要がある。nMRCGP を終了すると MRCGP - Member of the Royal College of General Practitioners による専門医の資格が授与される。

### 11) イギリス医療の問題点

#### 1) アクセス制限

費用対効果が低いと NHS に考えられている医療は保健適応外 (ex. 整体)、GP の紹介状がないと専門医にかかれない

#### 2) 二度払い

Private を使う人は税金も払っているから2倍払ったことになる

#### 3) Waiting list

GP から専門医の紹介に時間がかかる。特にサッチャー政権時代に長かったが、最近では一定のルールが決まり、短縮されている。

### 12) イギリス GP からの学ぶべき点

- 1) GP 育成プログラムの確立
- 2) 医療情報の継続性 (GP から専門医へ)
- 3) 医療の質を監査する第三者機関の設立

### 家庭医・米国の例

#### 1) プライマリ・ケアの定義

米国におけるプライマリ・ケアは全人的な初診と持続的な治療のために特別に訓練され、熟練した医師によって提供される。統合され、アクセス度の高い医療サービス、健康増進、疾患の予防及び早期発見、急性・慢性疾患管理を含む個人の医療ニーズの大部分を担う。また、患者と継続したパートナーシップを組み、患者が存在する家庭と地域の脈絡の中で診ていく。(Institute of Medicine)

こうした診療はクリニック、病院、救急医療、在宅看護、デイケア、緩和といった場所は形態を問わずに行われるものである。

大切なことは健康スペクトラムにおいて、医療サービスの大部分を担うものである。以下にその内容について羅列する。

- 健康増進
- 病気の予防 (一次予防)
- 病気の早期発見 (二次予防)
- 急性・慢性疾患の早期診断・治療 (コモン・ディーズ)
- 重症急性・慢性疾患及び合併症の診断・治療
- 社会復帰
- 緩和ケア

#### 2) プライマリ・ケアの担い手

プライマリ・ケア専門科は、現在アメリカで3つに分けられる。

- 家庭医 41%
- 総合内科医 25%
- 総合小児科医 21%

この中で、家庭医療学が、最も理想のプライマリ・ケアに近いとされている：その理由として、1) 年齢、性別、臓器、疾患、症状を問わない、2) 患者の生物医学的背景だけでなく、社会心理学的背景も組み入れている。

以下、家庭医を中心に米国におけるプライマリ・ケアについて述べる。

### 3) 米国における家庭医療学の歴史

家庭医療学は Family Medicine と呼ばれているが、その前身は General Practice である。これは卒業後 1 年間のスーパーローテート (内科、外科、小児科、産婦人科) をすればそれで General Practice を修めたことになり、1930 年には、全医師の 83% だったが、年代とともに医療の専門化が進み、1970 年には、全医師の 21% にまで減少した。

1966 年に Millis Report を初めとする 3 つの政府白書が、医療の過剰な専門化と優秀なゼネラリストの不足を懸念した報告書を作成した。これを受けて、中西部を中心に新しいプライマリ・ケア専門科の確立を検討し始めた。1969 年には正式な専門科として認められ、現在では内科に次いで大きい専門科として認められている。プライマリ・ケア専門科の中では、最大の医師数である。

### 4) 米国における家庭医療学の教育

卒業研修期間を 1 年から 3 年に増加させた。内科、外科、小児科、産婦人科の他に希望があれば耳鼻科、眼科などもローテーションする。しかしコモン・ディグリーズを中心に研修することは必須である。治療のみならず、予防と健康増進をも強調している。外来トレーニングに重点を置き、行動科学専門家 (臨床心理士、ソーシャルワーカー等) を常勤として置き、常時患者の社会心理学的背景を配慮することが強調されている。そのためのコミュニケーション・スキルズの訓練も欠かせない。

#### 1 年目

- 家庭医療センター外来 週半日 (1 コマ)
- 家庭医療学科病棟 12 週間
- ICU 4 週間
- 内科病棟 4 週間
- 小児科病棟 8 週間
- 産科病棟 4 週間
- 救急外来 4 週間
- 外科病棟 4 週間
- 外科外来 4 週間
- 家庭医療学科センター 4 週間
- 老年科 4 週間

#### ● 2 年目

- 家庭医療学センター 週 1 日 (2 コマ)
- 家庭医療学科病棟 8 週間
- 家庭医療センター 8 週間
- 小児救急外来 4 週間
- 小児科外来 4 週間
- 産科病棟 4 週間
- 新生児室 4 週間
- 家庭医療/産科 4 週間
- 婦人科外来 4 週間
- 整形外科外来 4 週間
- 選択 8 週間

#### ● 3 年目

- 家庭医療センター外来 週 1.5 日 (3 コマ)

- 家庭医療学科病棟 4 週間
- 家庭医療/産科 4 週間
- 小児救急外来 4 週間
- 循環器外来 2 週間
- 皮膚科 2 週間
- 病棟コンサルト 6 週間
- スポーツ医学 2 週間
- 専門外来 18 週間
- 耳鼻咽喉科、泌尿器科、眼科、リウマチ内科、地域医療、外来手技婦人科手技、消化器内科、老人ホーム、老年科機能評価  
選択 10 週間

このように多岐に渡っているが、このカリキュラムは地域によっても異なる。ニューヨークのような大都市においては分娩のトレーニングはそれほど必要ないが、医療過疎地域においては分娩のトレーニングが必要になる。

教育は成人教育を基本とし、

- 早期から患者ケアに直接参加
- 早期から医療面接と身体診察を学ぶ
- 早期から医療社会学、医療倫理、臨床疫学を小グループで学ぶ
- 基礎と臨床医学の融合
- PBL 方式による基礎医学教育を行っている。

### 5) 家庭医の現状

全米における全医師数は約 72 万人である。このうち、現在医師として働いている家庭医の数は 60,810 人である。男性が 39,489 人、女性が 21,273 人で 65% 対 35% である。

週の就業時間の平均は 68 時間で、全国医師平均 60 時間よりは多い。収入は 16 万ドルで、胸部心臓外科医の 41 万ドルに比べれば少ないが、米国の場合、訴訟に備えた保険料がかなりの割合を占めるので、実収入は胸部心臓外科医 26 万ドルに対し、13.5 万ドル程度である。これは一般内科医、小児科医の 12 万ドルに比べれば決して少ない額ではない。

診療内容は地域・患者のニーズに合わせた形で行われる。

全米の医療過疎地域に最も浸透しており、必要があれば分娩まで行う。100% が外来診療を主体としており、80% が病棟診療も行う。また、80% が小児診療も行い、20% が産科診療も行っている。

学会としてはアメリカ家庭医療学学会 American Academy of Family Physicians があり、ここが専門医認定のプログラムを作成している。

卒業教育プログラムは研修制度評価委員会 (Residency Review Committee; RRC)、卒業教育認定協議会 (Accreditation Council for Graduate Medical Education; ACGME) が監査しており、専門医の認定は米国専門医認定機構 (American Board of Medical Specialties) にて行われる。

### 6) 検診を重視する米国家庭医

米国における家庭医の役割を考えた場合、予防医療の担い手であることを忘れてはならない。下に家庭医



を受診する理由トップ 10 を挙げる。

1. 一般健診	6.4%
2. 咽頭・頸部症状	5.6%
3. せき	5.4%
4. 高血圧	4.4%
5. 感冒症状	3.9%
6. 背中症状	3.0%
7. 耳痛	2.5%
8. 腹痛	2.2%
9. 頭痛	2.1%
10. 小児健診	1.9%

見て分かるように一般健診、小児健診で 8% を超える。このように、健康診断と医療行為が切り離すことなく継続的フォローをしていることが特徴である。

米国にはわが国におけるような人間ドックは数少ないが、子宮がん検診、乳がん検診などの検診受診率は非常に高い。逆にエビデンスのない検査はほとんど行わない。

自分用にカスタマイズされた無駄のない検査項目を施行している。また受診率が高い理由は医療機関から定期的に手紙や電話などで、そろそろ検診の時期であることを通知する。こうしたリマインダー・システムのおかげで患者も忘れずに検診できるのである。

## 7) 米国家庭医はグループ診療が主体

これはイギリス GP にもあったが、個人開業医よりもグループ診療が主体である。

診療形態としてはグループ診療が 44% を占めている。逆に個人開業は 16.8% にしか過ぎない。その他 2 人組診療が 12.59% など、となっている。

グループ診療は一人あたりの負担が減ることと、医療の質の向上が保てる。また、お互いが密に連携することで、医学知識のアップデートも可能となる。

日本でも内科専門医会にメーリングリストがあり、常にメール上で症例検討がなされているが、こうしたインフラがあると、地域で医師が最新の医療について学ぶことができ、難渋する症例についても困窮することなく相談が可能となる。

そうした意味でもグループを作ることは非常に重要だと考える。

## 8) 米国家庭医からの学ぶべき点

- 1) 家庭医専門医育成プログラムが必要
- 2) 健康診断・健康増進から治療までの継続性
- 3) 孤立しないためのグループ診療

## 日本版総合医に向けて

### 1) 今なぜ日本版総合医が必要か？

いうまでもないが、現在わが国は高齢社会に入り、これから超高齢社会に突入しようとしている。高齢化に加え、少子化が拍車をかけ、人類史上類をみない世界でも類を見ない社会構造になりつつある。わが国における現在の医療システムは昭和 30 年代に医師会を中心に確立したが、その時点はまともな医療を受けるための仕組みが必要であった。

臓器別専門医は高度成長を支えた生産者層を支える医療としては申し分のないものであった。しかし高齢化が進み、多臓器に疾患を抱える高齢者をケアするのに、  
臓器別専門医よりも全人的ケアができる医師が求められている。

高齢者のもう一つの特徴は退行性変化が基礎にあり、可逆的でない場合が多いことである。気管支喘息を例にとると、若年の気管支喘息は可逆性であるが、高齢者の気管支喘息は基礎に COPD などがある場合が多く、完全に治すことが困難である。

こうした場合、治療の目的は治癒よりも増悪予防に重点が置かれることになる。

以前はそうした任を内科医が担っており、内科医は全身すべてが診れる、というのが条件であった。しかし近年では内科ですら専門分化が激しく、全身を診れる医師が減っている。卒後教育プログラムがそのように細分化されており、大学で 10 年くらい研修して開業した医師が自分の専門科しか診れないという話によく耳にする。

このような専門分化した科は地域医療の崩壊にもつながっている。すなわち地域医療の担い手である 100 床、200 床程度の病院の多くは医師の派遣を大学に頼っているが、大学から派遣されるわけではなく、  
多くの場合、医局単位で医師派遣依頼をしている。

500 床を超える病院では専門科が必要であろうが、100 床程度の病院では一番必要なのは全人的診療のできる総合医である。

しかしながら総合医を育成するプログラムがない。医学生にアンケートをすると、5 年生の時点では半数近くがプライマリ・ケアをやりたいという希望を持っているが、卒後の進路としてそうした選択が少ないため、総合医が育成されていないのが現状である。

## 2) 日本版総合医のあるべき姿

では日本版総合医の条件とは何であろうか。英米の例のごとく、まずはコモン・ディゼイズがきちんと診れることであろう。トップ 20 の疾患で医療の 5 割がカバーされるといわれているが、総合医がコモン・ディゼイズをしっかり見ることで、専門医が本来の仕事に専念できる。たとえば脳外科医が頭痛の外来患者ばかり診ていては手術に専念できない。

内科全般を診ることができると総合内科的な診療はもちろんのこと、内科以外の分野 小児科、産婦人科、整形外科、救急などもカバーし、地域によっては周産期医療や分娩も扱う必要がある。

地域密着型である必要があるが、日本における医療の特徴として 100 床、200 床レベルの病院がある。こうした病院が地域医療を支えてきた。

英国においては NHS が発足する際にこうした中小病院は国が買い取り、全面的に医療構造の改革を行ったが、わが国でもいづれ人口 100 万人あたり 1 つのメディカルセンターができるかもしれない。

しかし既存のリソースを使うのであればこうした中小病院の医師も総合医の一員として地域医療を担う役目を強化する必要がある。

### 3) 総合医の専門医制度の必要性

上述のように、現在わが国には系統的なトレーニングの機会が少ない。プライマリ・ケアを担っている三学会（日本プライマリ・ケア学会、家庭医療学会、総合診療医学会）が2010年に合併することが決定しており、認定試験が本年よりスタートする。既存のこうした学会でのプログラムが発展する形で、総合医プログラムが作成されるものと思われる。

中でも特に重要なのは内科・小児科領域であろう。病院当直の場において、内科疾患は脳梗塞、心筋梗塞など重症患者が来るが数は少ない。それに比し、小児科当直は昨今のコンビニ受診の例ではないが、数が多く、少しでも内科医が手伝えることで小児科医の負担がかなり軽減できる。こういうところにも内科・小児科が診れる医師が必要なのである。

日本内科学会は2008年に内科専門医を総合内科専門医と改称した。内科医本来の全人医療が診れる、という原点に返った形であるが、こうした既存の取り組みとどのように整合性を持たせるかも課題となろう。

現状では三プライマリ・ケア学会の会員数は少なく、指導医を十分確保すること困難なため、こうした総合内科専門医はじめ各学会の指導医とどのように連携を取るかを考慮する必要がある。

### 4) 健診、予防医学の充実(継続性の確保)

1960年代より「予防に勝る医療なし」ということは言われているが、残念ながら現行の医療保険が予防医学をカバーしていないため、治療に重点がおかれた診療構造が継続している。

特定検診は新しい試みとして注目されるが、その他、わが国には健康診断、人間ドックといった検診システムが発達している。しかしながら検診からの継続性に関してははなはだ不足である。すなわち、人間ドックを年1回受けてもそこで異常が見つかったも、本人に受診の意思がない限りそのままになってしまうことが多々ある。

また、現状では検診率は極めて低く、国民の関心はまだまだ予防医療に向いていない。そしていざ病気になるまで受診すると、医師-患者という上下関係になってしまい、人間対人間のコミュニケーションが欠如することもしばしばである。

一律にエビデンスのない項目も含め検査をするのは如何なるものであろうか。米国のようにその人に本当に必要な健診項目をカスタマイズし、必ずリマインダーによって受診もれや、その後の継続が断たれることがないように配慮する、これも総合医の役割の一つになるのではなかろうか。

そのためには人間ドック、検診から医療機関への情報の継続性が不可欠である。

そのためには電子情報の共有システムが必要となる。韓国では電子カルテ導入を政府主導で行ったため、医療情報の一元化が容易である。それに比し、わが国では電子カルテ会社が林立し、お互いの整合性が取れていない。ましてや世界標準ともかけ離れている。こうした現象は医療のみならず携帯電話でも起こっており、日本は世界から切り離されて勝手に発展する、という意味においてガラパゴス諸島と揶揄されてい

る。

### 5) 情報システム一元化、電子カルテの整合性

もともとわが国はIT立国だったはずである。かつては半導体のシェアも世界一であった。しかしアジアでは韓国が国をあげてIT化を進めている。

医療情報に関して言うのであればICDに関しても韓国がアジアの中心になろうとしている。

もともとわが国には医療情報が豊富に存在する。母子手帳に始まり、学童検診、会社における検診、地域検診、診療所・病院における受診記録、こうした診療情報を一元管理するシステムができれば公衆保健のデータベースが作成される。

地域医療の崩壊に際してもどの地域にどのような疾患が多く、どれくらいの総合医、専門医が必要かという情報が全くないまま、感覚的・感情的議論が自然化しているのが現状であるが、こうした医療情報を一元化することで、医師の計画育成、配置が可能となる。

今までもこうした議論は数多く出てきたが、膨大な医療情報を扱えるコンピューターがなかった。しかしながら最近のペタコンなど、スパコンを用いることで、この問題は解消している。

もう一つの問題は個人情報保護の問題であろう。医療情報の一元データベース化を行うためには匿名、記号化するにしても個人情報の提供に抵抗のある人も多いことと思う。米国の社会保障番号制、英国の保険者番号制などの前例はある。

わが国では皆保険といながら保険の種類がいくつかあり、複雑になっている。

こうした問題をクリアした場合、決して個人に不利益なことばかりではなく、最近も薬害肝炎で、自分で苦勞して輸血を調べ上げた人もいるが、薬害における認定もスムーズに行える。

しかしこの問題は本論とはずれるので、これくらいにしておく。

要点は個人の医療の継続性を担保するシステムの開発にある。さもないと医療機関が変わったらすぐに再検査などという無駄が省けない。

### 6) 総合医のグループ診療

地域医療が敬遠される理由の一つに過酷な労働と情報が断絶し、医師としての生涯教育が困難な点があげられる。

一人一人の負担が軽減するような医療者間ネットワークの形成が必要になる。現在も医師会主導で行われている地域もあるが、積極的に推進し、地域で孤立しない仕組みが必要となる。

地域の中小病院はこうした役割を担ってきたが、さらにクリニックとの連携を強化することが好ましい。

グループ診療を行うことで、医師の疲弊を解消すると同時に、情報の交換が可能となる。また、最新の医学知識を得るためにはインターネットを通じたネットワークも有効である。総合内科専門医会におけるメーリングリストの例は前述した通りである。また、知識のブラッシュアップのため、地域で一定期間務めた後、基幹病院で研修が受けられるようなシステムが好ましい。

もう一つ地域に行くことで学問の世界から疎外されてしまう、という懸念がある。現在の医学博士はそのほとんどが基礎研究によるものであるが、臨床に則した地域診療博士などの創設ができると安心して学問的にも疎外されずに地域で勤務できる。

#### 7) 第三者機関の設立

英国のように医療の質を担保するために、第三者機関を設ける。今の医療崩壊の一因として、医療者任せという文化がある。本来は医療は社会サービスの一つであり、医療者のみが担うのではなく、市民、地域が支えるものである。

英国の例のように市町村単位またはもう少し大きな地域で第三者機関を設け、医療の質を監査する。目的としては1) 医療の質の向上、2) 予算の監査、3) 医療事故の調査、紛争処理である。

この機関は医療の専門家のみならず一般市民が半分以上入って構成することが望ましい。

#### 8) 日本版総合医は漢方を活用できる

今まで述べてきたような全人医療を担う総合医を考えた場合、漢方の考え方にほとんど一致する。いうまでもなく、江戸時代まではわが国の医療はほとんど漢方でまかなわれていた。もとは中国から伝来したものであるが、平安時代以降わが国独自の発展を遂げ、現在では中医学とは似て非なるものとなっており、漢方医学といえば「日本の伝統医学」ということになる。

医療用として用いられはじめた33年経ち、現在では医師の7割以上が日常診療に漢方を用いており、WHOでは2015年のICD11の改訂に漢方の分類も入れる計画である。

また、年齢、性別を問わないところも総合医の考えと一致する。コモン・ディジーズの多くは漢方がよく用いられる疾患である。医療経済的にも漢方を用いた方が効果が高く、安価にすむ、というデータは多々ある。

一例を示すとインフルエンザに対し、麻黄湯単独、タミフル単独、両者併用で行った研究があるが、治療までの医療費は、麻黄湯が一番安価であったのはいうまでもないが、期間も麻黄湯単独群が一番早く治った。

その他高齢者の上気道炎に漢方を用いた方が抗生剤を用いた期間が短く、医療費の節減になった例など、コモン・ディジーズに漢方を活用することで、治療効果が上がり、患者満足度が増し、医療費の節減になる。

日本東洋医学会は会員数8,600名の日本医学会加盟の学会であり、専門医制度認定機構に加盟した専門医制度、指導医制度を有する学会である。

三プライマリ・ケア学会と日本東洋医学会との連携において、日本版総合医の素晴らしいプログラムができることを期待する。

#### D. 考察

日本版総合医を専門医レベルのものにするためには先行する英国、米国の例は参考になる。

しかしながら医療は文化の一つであり、国々、地域地域によって異なるため、そのままの形で移植することは不可能である。

日本の風土。医療制度にあった形での日本版総合医を考案し、その育成プログラムを推進する必要がある。

#### E. 結論

英国における GP、米国における家庭医の現状を調べ、そのいい点を参考にしながらわが国における総合医を考えた。

総合医を考える場合、その育成に必要な環境作りも必要であり、その要素についても検討した。

#### 日本版総合医は

1. ゆりかごから墓場まで、年齢、性別を問わず診療できる技量を有する。
2. 人間の尊厳を重んじた看取りができる
3. 予防から治療への継続性を重視する。
4. 医師-患者のみならず医療者同士のコミュニケーション・協力関係も教育され、グループ診療を基本とする。
5. 全人医療としての漢方を活用できる
6. EBM実現のための情報収集能力を有し、臨床での博士号の道も選択できる。

以上のような総合医を育成するための社会的要素として、

1. 地域で孤立化しないためのシステム作り（インターネットインフラ、基幹病院との連携）
2. 医療情報の一元化による診療情報の継続性
3. 第三者機関による安全医療の保障
4. 市民とともに地域に合った医療を創造するという文化の育成と市民参加

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表
  - 「米国家庭医からみた日本版総合医プログラムへの提案」ミシガン大学医学部家庭医療学の神保真人講演記録  
[http://web.sc.itc.keio.ac.jp/kampo/pdf/general\\_condition0812\\_2.pdf](http://web.sc.itc.keio.ac.jp/kampo/pdf/general_condition0812_2.pdf)
  - 「総合医の漢方教育を考える」講演記録  
[http://web.sc.itc.keio.ac.jp/kampo/pdf/general\\_condition0812\\_1.pdf](http://web.sc.itc.keio.ac.jp/kampo/pdf/general_condition0812_1.pdf)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する報告

## 研究成果の刊行に関する一覧表

### サイト

- 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班ホームページ  
<http://medtrain.umin.jp>
- 日経メディカルオンライン ブログ 土屋了介の「良医をつくる」  
<http://medical.nikkeibp.co.jp/inc/all/blog/tsuchiya/>

### 書籍

著者氏名	タイトル	編集者	書籍名	出版社	出版地	出版年	ページ
葛西龍樹	在宅医療と人材養成・人材確保	佐藤智	「明日の在宅医療」第6巻	中央法規出版	東京	2008	129-151

### 雑誌

発表者氏名	タイトル	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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
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	63(6)	1086-1091	2008
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	336-338	2008

#### IV. 付録

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

## 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

[概要](#)

[ニュース](#)

[研究紹介](#)

[議事録・資料](#)

[関連情報](#)

[その他](#)

トップ

「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班」のホームページでは、研究班の活動を広く国民の皆さまにお届けし、ご意見をいただきながらより良い専門医・家庭医および医師後期臨床研修制度のあり方について議論を進めるために、討議や臨床研修制度などに関する情報をすばやく発信いたします。

### ■ トピックス ■

・[研究班の総括研究報告書の骨子、用語集](#)を公開しました。(3月25日) **new!**  
これまでの班会議での議論を踏まえ、研究班の報告書の骨子を作成しました。

・第11回班会議(最終回)を開催しました。(資料はこちら 3月25日更新) **new!**  
我が国の土壌にあった医師の後期臨床研修制度のあり方と研究班報告書の骨子について議論を行いました。

・第8回班会議の議事要旨、会議録、資料を公開しました。(3月13日更新)  
英国家庭医学会前会長のロジャー・ネイパー氏をお招きし、家庭医と専門医教育研修制度のあり方についてご意見をお伺いし、議論を行いました。

・第7回班会議(医学生ヒアリング)の議事要旨、会議録、資料を公開しました。(2月20日更新)

・[班会議に関する情報をメールニュースにて配信](#)いたします。申し込みはこちら。

### もくじ

#### ● 概要

- ▶ [ご挨拶](#)
- ▶ [概要](#)

#### ● 議事録・資料

- ▶ 第1回班会議 [議事要旨](#)、[会議録](#)、[資料](#)
- ▶ 第2回班会議 [議事要旨](#)、[会議録](#)、[資料](#)

平成20年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

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

概要	ニュース	経緯紹介	議事録・資料	関連情報	その他
----	------	------	--------	------	-----

トップ 概要

## 概要

[ご挨拶](#)[概要](#)[概要](#)[研究の目的](#)[研究班の構成](#)[本ホームページ開設にあたって](#)

## ご挨拶

今般「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会において、国民に質の高い医療を提供するために必要な、我が国の土壌にあった医師の後期臨床研修のあり方について検討すべきとされたことを受けて、「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」班を開催することとなりました。本研究班では医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方について検討を行い、地域医療を担う家庭医・総合医を含めた専門医の指導、教育研修のプログラム等について、総合病院、大学病院、専門病院、診療所など様々な立場の医療者の協力をいただきながら幅広く調査検討を行ってまいります。また、広く国民の皆さまに討議の内容をホームページにて公開し、広くご意見を聞きながらより良い制度のあり方について議論を進めてまいりたいと考えております。皆さまのご理解とご支援をお願い申し上げます。



平成20年9月22日

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  
研究班 班長  
国立がんセンター中央病院 院長  
土屋 了介

平成20年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

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

概要	ニュース	経緯紹介	議事録・資料	関連情報	その他
----	------	------	--------	------	-----

トップ 経緯紹介 第1回班会議 会談録

厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

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

## 第1回班会議 会談録

日時:平成20年9月22日(月)13:00-15:00

場所:厚生労働省 専用第18、19、20会議室(17階)

出席:河添厚生労働大臣、土屋、有賀、海野、江口、岡井、葛西、川越、阪井、外山、山田、渡辺

発言者	発言内容	進行・質疑
○土屋	それではたゞいまより第1回の班会議を開かせていただきます。この班会議はご存じのように安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会において、こういふ形で、いわゆる後期臨床研修のあり方について検討すべきではないかと、ということで大臣より急ぎょこういふ班を組んでいただくことになりましたので、冒頭に大臣よりご挨拶をお願いします。	開会
○河添厚生労働大臣	皆さんお集まりいただきましてありがとうございます。安心と希望の医療確保ビジョン、これの具体化作業を行ってきたところでありますけれども、お医者さんの数、絶対数が不足しているんじゃないかと、それから地域や診療科間の偏在があるんじゃないかと、こういう問題点が浮かび上がってきました。お医者さんの数については増やすという問題決定を、具体的に増やすということの判断をいまして、文部科学省と緊密な連絡を取りながら来年度の医学部定員数の要求増を行っているところであります。	
	一方、地域による偏在、診療科による偏在については、いろんな角度から問題解決を図っていくようにしておりますけれどもやはりこのお医者さんの教育のあり方、研修制度のあり方、こういうことが浮かび上がってまいりました。	



## 第1回班会議 議事要旨

日時:平成20年9月22日(月)13:00-15:00

場所:厚生労働省 専用第18、19、20会議室(17階)

出席者:舛添厚生労働大臣、土屋、有賀、海野、江口、岡井、葛西、川越、阪井、外山、山田、渡辺

### 1. 開催にあたり、舛添厚生労働大臣より挨拶をいただいた。

### 2. 本研究の背景、概要説明

土屋班長より、本研究の背景と概要の説明がなされた。

- ・安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会において本研究班設置に関する要望が出されたことを受けて設置された。
- ・日本学術会議、日本医師会から専門医の教育について、第三者機関をつくってコントロールすべきではないかと要望が出されている。
- ・日本専門医制評価・認定機構があるが、全体のコントロールは難しい。
- ・本年度内にある程度のアウトラインを描くよう検討を進めていく。
- ・さまざまな可能性を諸外国の例もみても検討していく。
- ・議事は公開とし、ホームページも開設する予定。

### 3. 事務説明、事務局紹介

- ・厚生労働科学特別研究事業の補助金に関する規定について説明がなされた。
- ・事務局として、渡邊、松村が班長協力者として研究のサポートを行う旨報告された。

### 4. 班長挨拶、研究の進め方、

土屋班長より、これまでの経緯、本研究の進め方について説明がなされた。

- ・初回は大きなアウトラインを班員で共有することを目的としている。
- ・次回以降、日本医師会や日本専門医制評価・認定機構、主要学会との意見交換を予定している。
- ・並行して海外の専門医研修制度についての調査、聴取を行う。

### 5. 議事

#### (1) 診療科の偏在の現状と専門医の必要養成数の試算

- ・各学会の試算の状況を調査するとともに、全体としてのバランス、我が国の土壤にあった専門医養成数を検討するべきである。

#### (2) 研修医教育と専門医教育

- ・指導医確保の必要性、大学病院・専門病院・一般病院の連携によるローテーション、臨床研修制度のあり方について検討することの重要性が示された。

#### (3) 家庭医・総合医、専門医育成の必要性

- ・家庭医・総合医は専門分野であるという認識の上で、家庭医・専門医の必要数、専門分野のニーズについて議論する必要がある。
- ・救急など横断的分野での検討も必要である。
- ・専門領域、コメディカルを含めたチーム化を踏まえた我が国での土壤の変化を考慮することが必要。
- ・国民の求める専門医の基準を考慮した標準的なプログラム、評価基準が求められる。

#### (4) 海外の家庭医・専門医養成の適正数の根拠

- ・海外における家庭医・専門医育成の適正数算出の根拠について参考になるものはないか。

- ・家庭医の養成数は指導医の育成、指導体制などを考慮しつつ弾力的に見直していくことが必要。
- (5) 3つの偏在という視点
- ・診療科の偏在、地域における偏在に加えて、設置形態間の偏在が存在し、これを分析、理解、認識することが必要である。
- (6) 制度の継続的見直しの必要性
- ・後期臨床研修制度は素案が示された後も継続的に見直しを行う必要性が示された。
- (7) 卒前教育、初期臨床研修との関係
- ・現在文部科学省、厚生労働省合同にて開催されている臨床研修制度のあり方等に関する検討会での議論の推移を追いつつ議論することが必要である。
- (8) まとめ
- ・次回以降日本医師会、日本専門医制評価・認定機構、主要学会へのヒアリングを予定している。
  - ・次回の日程はあらためて調整。近日中にホームページにて議事を公開する。

以上

## 第2回班会議 議事要旨

日時:平成20年10月9日(木)10:00-12:00

場所:国際会議場(国際研究交流会館3階 国立がんセンター築地キャンパス内)

出席:土屋(進行)、有賀、江口、岡井、葛西、川越、阪井、外山、山田、渡辺

池田康夫先生(日本専門医制評価・認定機構理事長)

飯沼雅朗先生(日本医師会常任理事)

### 1. 開催挨拶、研究班ホームページの紹介

土屋班長より、本研究班のホームページが開設されたと報告された。

- ・議事資料、会議録を掲載し、研究班の活動を広報していく。

### 2. 日本専門医制評価・認定機構の医師後期臨床研修制度のあり方についての考え

- ・同機構理事長 池田康夫先生よりご講演をいただいた。

#### (1) 専門医制評価・認定機構について

- ・機構の沿革が紹介された。現在69学会が加盟する社団法人である。
- ・機構の使命は医師の認証の基準を高く保つことであり、専門医制度をもつ各学会などと協力しその使命を実現していくことにより医療の質を担保することである。

#### (2) 専門医、専門医制度のあり方

- ・認定と更新の原則を示し、安心と高い水準の医療を提供する。専門医に何らかのインセンティブを与える方向性について議論している。
- ・患者、国民にとって分かりやすい専門医制度を作るべく努めているが、学会により基準にばらつきがある。
- ・機構は中立的、第三者的な立場をより明確にし、専門医制度を評価・認定する形を目指している。
- ・整備指針に基づき、各学会へのヒアリング調査と評価を進めている。

#### (3) 専門医に求められる資質

- ・医学知識、高い技術、十分な対話能力があること、さらに医療倫理と安全管理に対する考えが専門医として要求される。
- ・医学の領域に応じて、患者にとって分かりやすい専門医を作るべき。基本的な領域と専門領域の学会に整理していくことが必要。

#### (4) 専門医の適正数

- ・専門医の適正数と、その根拠について各学会に対して調査を行うことを検討している。

- ・引き続き、質疑応答が行われた。

#### (5) 専門医制評価・認定機構の方向性

- ・米国のように研修プログラムに応じて専門医を育成する制度を構築することについて、各学会と共に方向性を出すことが重要と考えており、それに対する各学会の考えを調査することになっている。
- ・会員歴よりむしろトレーニングの過程、技術等の認定を重視している。
- ・日本医学会、日本医師会、日本病院協会からの委員、学識経験者などより成る専門医制審議会を設置し、今後の方向性について議論している(内容は未公表)。
- ・患者の立場など外部の人材を参画させることは、透明性を確保するために重要な指摘であるが、各学会の定款を変える、別の仕組みを作るなどの検討が必要である。
- ・事務局機能、下部機構の仕組み作りは負担が大きいが必要であり、取り組んでいる。一方理事会など上部組織の強化も必要、との指摘もなされた。
- ・現状は各学会の専門医制度の運営にばらつきがあり、行政のサポートを得ながら標準化の仕組み作りを進めていく。
- ・機構の社員である各学会の利益ではなく、患者や国民のためにその役割を果たすべく、学会の代表者だけでなく、第三

者機関として組織のあり方を検討すべきという指摘がなされた。機構としても重要な意見と認識しており、これまでの歴史を踏まえつつ、模索し努力をしている。

(6) 専門医の適正数

・適正な数を決めることは難しい問題であるが、我が国の医療の診療科の偏在や地域医療の問題などを解決する方策になりうる。

(7) 指導医、専門医の教育体制

・指導医の資質にばらつきがあり、専門医の教育体制をもっと打ち出すべきという意見があり、機構としては教育プログラム、実施施設を検討し、その中で指導医を位置づけることを考えている。

(8) 専門医の位置づけ

・当該の領域を総合的に診られる医師であるという視点で専門医を位置づけることを考えている。

3. 「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」について

・日本医師会常任理事 飯沼雅朗先生よりご講演をいただいた。

(1) 日本医師会「かかりつけ医」の質向上の考えの経緯。

・医療事故の増加などを踏まえ、総合的に診療できる医師の必要性を認識している。

・日医の学術推進会議において、かかりつけ医の質の担保について検討し、日医の生涯教育制度のカリキュラム見直しなどによって資質の向上を図っている。

(2) 日本医師会による総合診療医認定制度

・学術推進会議で議論し、認定制度により医師間の格差や、フリーアクセスの制限などの総枠規制に結びつくなどの反対意見もあったが、患者の受療行動や医師の勉強を促すなどの賛成意見が強かった。

・関連3学会と合同で、総合医認定のための教育プログラムの作成に取り組み、会員に対して周知を進めている。

・日医としては生涯教育推進委員会、都道府県医師会などでの議論を加味し、各学会や専門医制評価・認定機構などの協力を得て、総合診療医制度の創設を提案した。

・制度の創設は、国民の目に見える形での、医療の質の担保である。行政が関与するものではなく、これまでの生涯教育制度を底上げして、日医が主導的に創設することが、フリーアクセスの制限、人頭割り、定額払い、総枠規制に結びつかない唯一の方策であると考えている。

(3) 厚生労働省の「総合科」構想

・厚生労働省の示す「総合科」構想では医師の中から一定の条件を満たす者に、大臣許可を与える、医療へのアクセス制限を目的とする制度と考えており、国家による統制的なものであって日医としては反対している。

(4) 総合診療医認定制度の内容

・認定コースとしては経験に応じた4つのコースを提案、学会をはじめ各方面の協力を得てカリキュラムを改訂し、運用を開始する予定である。行動目標を定め、57の症状・病態への対応や管理などを行うのが目的。

・各学会の履修単位の互換、専門医認定医制度との関連についても議論を行っている。

・専門医と幅広い診療能力を有する医師が協調することが重要。

・引き続き、質疑応答が行われた

(5) 研修・実習の方法、教育機関との協力体制

・講義、Eラーニング、実習などの方法をどのように行うか検討する必要がある。大学病院との協力については内容を見ただうえで検討したい。

・カリキュラムの作成だけでなく、実際の教育においても教育機関と協力して行うべきではないかという指摘がなされた。日医では生涯教育推進委員会にて検討している。

(6) 総合診療医の必要育成数

・対象は特定の科に限ったものでなく、全科であり総数や育成数の試算は行っていない。希望する医師にはなれるようにカリキュラムにおいて対応したい。

(7) カリキュラムの内容と到達目標

・カリキュラムには出産に対する診療は含まれておらず、妊産婦に生じうる一般的な健康問題への対応、専門医への紹介の必要性の判断などを含んでいる。

・履修前の総合的な診療に関する経験や知識にばらつきがあるため、コース2および3(それぞれ臨床経験7年、15年以上の医師を対象とする)など臨床経験を経た医師に対する教育カリキュラムの詳細については、認定の基準をどうあるべきか