

も含めてさらに議論が必要である。

・カリキュラムの項目、具体的な教育研修の体制なども今後学会などとともに議論が必要。

・産婦人科の研修については専門性を持った総合診療医の研修においてすべきという意見が出された。

・複数の診療科にまたがる問題についてもカリキュラムで扱う必要がある、漢方医学の視点も検討してはという提案がなされた。

・教育制度の有効性の検証、制度の必要性について客観的に評価できるシステムにするべく、認定制を目指している。

(8) 教育プログラムの担い手・指導体制

・家庭医の指導医と各診療科の専門医が連携して取り組むべきであるという指摘がなされた。

(9) 厚生労働省の「総合科」構想

・日医としてはフリーアクセスを制限すべきでない、また総合医によって保険点数などのインセンティブを与えない、ということが基本であると考えているので、厚労省の総合科構想に反対している。標榜科については今後考慮する。

(10) 病院機能における専門性とアクセス

・班員から、総合診療医が役割を果たすことにインセンティブが付いたほうが、専門病院、専門性の高い医師としての役割を果たすことができ、一方で診療所の患者も増えるのではないかという意見があった。

・患者にとって選択できる状況、医療機関にアクセスできる状況が重要である。

(11) 専門性としての地域医療

・地域医療は専門性が高い分野で、医療だけでなく介護保険などの知識も必要であり、専門医を育成する制度を考えるにあたり議論の必要がある。

4. まとめ

・本研究班としては医師後期臨床研修、専門研修について引き続き重要かつ喫緊の問題として取り組んでいく。

・次回は日本学術会議からのヒアリングを予定している。

以上

第3回班会議 議事要旨

日時:平成20年11月6日(木)16:00-18:00

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、海野、江口、岡井、葛西、川越、阪井、外山、
桐野高明先生(日本学術会議、国立国際医療センター総長)

1. 開催挨拶

土屋班長より、本研究班の発足の経緯、第1回、第2回の議論の概要が報告された。

2. 日本学術会議の医師後期臨床研修制度のあり方についての考え

・同会議 桐野高明先生よりご講演をいただいた。

(1) 学術会議要望書「信頼に支えられた医療の実現」について

- ・学術会議の医療のイノベーション検討委員会にて検討し、政府に対して要望した。
- ・先進国型医療の特徴の一つである「充実した教育体制と厳格な専門医認定制度」は諸外国が古くから備えている。
- ・学術会議では3つの要望の一つに専門医制度認証委員会の設置を取り上げ、医療者による自己努力での実現が必要であり、法的な裏付けにより設置することが重要であるとした。
- ・専門医制度の改革には医師の全員加盟型の自律的職能集団の設立と、その集団による運営が必要である。

(2) 専門医制度の現状と課題

- ・教育プログラム、教育病院の評価が十分でないこと、専門医の数と地域別分布に関する制御の仕組みがないこと、家庭医・総合医制度が確立していないことが現状の課題である。
- ・専門医制度認証委員会の設置により、制御を行う仕組みを確立することで、国民の理解のもとに技術料の評価も可能になる。病院と診療所との信頼に基づく連携関係も必要。
- ・専門医制度の実務組織と、制度の評価・認証を行う組織は分離すべきで、医局や学会から独立した立場の構成員による組織が専門医の数と分布の制御を行う必要がある。

(3) 専門医制度の目指すものと全員加盟型組織の必要性

- ・医療の質を保証し専門医を養成するために、教育の質と量を保証する必要がある、医師の専門職能集団として自ら数と分布を制御する仕組みを担うためには、医師が全員加盟する組織が必要である。

(4) 医療の変遷と制度の転換の必要性

- ・これまでの医療制度は限界に近づきつつあり、こうした認識の上で制度を転換していく必要がある。

・引き続き、質疑応答が行われた。

(5) 学術会議の位置づけと要望の実現への道筋

- ・学術会議は内閣府の組織であり、政府の諮問などを受けて意見を答申するとともに、政府や社会に対し要望や提言を行っている。

(6) 制度の具体化への取り組み

- ・社会から十分分かりやすく評価できる透明性を確保した専門医制度が必要であり、医師自ら単一組織を持って制御していくことが求められる。この組織は質のよい医療を国民に提供するために研修制度の質の保証と制御に加えて懲戒処分などを担う。
- ・自律的な医師の職能集団が必要であり、政府や社会の支援により法的な規制と認証制度、さらに専門医に報酬を認める仕組みがあれば、専門医制度は有効に機能する可能性がある。
- ・全国医師による統一された組織と、分かりやすい専門医の議論と制度づくりに着手することが重要で、ある時点で導入し徐々に時間をかけて適用していくことが現実的かつ実効性が期待できる。

- ・こうした組織は学会や大学などの利害を超えて我が国の医療のために必要であるという論理に基づいて、十分な論拠と議論のもとに構築することが重要。
- ・制度の評価・認証にあたる実務組織は公平な専従者により構成され、運営には大規模な事務局機能が必要。
- ・海外の医師組織と専門医制度についての調査が必要。
- ・機構としては基本領域の学会を評価するとともに、整理していく必要がある。基本的な専門領域については法的な規制が必要ではないか。
- ・医療の質を保証する専門医制度であれば必然的に養成可能な人数の議論が可能になる。
- ・日本では医療制度やこれまでの経緯から、数や分布の制御は困難であった。研修内容や地域の医療の実情から考えた論理的な必要人数の設定が求められる。このためには医療費を含めた社会保障、病院医療の改革について国民的な議論が必要。
- ・職能団体が医師の誇りをかけて取り組む米国の事例が紹介された。学ぶべき制度のあり方、参考にするべき部分を取り入れることが重要。
- ・長期的なビジョンに基づき、さまざまな専門家の議論を踏まえて運営にあたる必要がある。

(7) 評価・認定を行う機構の基本的指針と運営方法

- ・評価や認定を行う機構の指針として、透明性を確保して運営することを明確にすることが望ましい。設置法を設けることも考えられる。
- ・官と民という位置づけでなく、最低限の法の手助けをもって自律性の高い制度をつくる、公のシステムという認識で進めることが必要。

(8) 我が国の脳外科医の現状と専門医の考え方

- ・脳外科医が取り扱う疾患の変遷や実情、初期臨床研修制度導入以降の志望者数の変動を踏まえて、専門医のあり方を考える必要がある。
- ・さらに地域の実情と将来の見通し、専門医が担う医療の範囲、診療体制を踏まえた上で専門医集団による総合的な議論が必要。

3. 事務局連絡

- ・次回は全国医学部長病院長会議より小川彰先生、嘉山孝正先生からのヒアリングを予定している。

以上

第4回班会議 議事要旨

日時:平成20年11月18日(火)17:00-19:00

場所:国立がんセンター研究所 セミナールーム

出席:土屋(進行)、有賀、海野、江口、岡井、川越、阪井、外山、山田、渡辺

小川 彰先生(全国医学部長病院長会議会長、岩手医科大学学長)

嘉山孝正先生(全国医学部長病院長会議専門委員会委員長、山形大学医学部長)

1. 開催挨拶

土屋班長より、本研究班の発足の経緯、第3回までの議論の概要が報告された。

2. 全国医学部長病院長会議の医師後期臨床研修制度のあり方についての考え

・同会議 小川 彰先生よりご講演をいただいた。

(1) 日本の医療体制と臨床研修制度による医師不足の顕在化

・日本の医療レベルはWHO 参加国中1位で、これを少ない医師数で達成している。

・岩手県では病院数が少ないため、救急患者を総合病院で収容、必要な場合は2～3時間かかる高度救急救命センターに搬送するシステムになっている。

・昭和57年以降、日本では医師養成削減政策がとられ、人口あたり医師数がOECD 平均の3分の2と少ない。推移をみると、医師数は少しずつ増えてきたが、臨床研修制度のため医師不足が顕在化し社会問題を引き起こしたと考えられる。

(2) 理想の地域の医師像

・「すべての医師にプライマリケアに対応できる幅広い臨床能力を習得させる」という研修制度の理念はすばらしいが、一方で国民には専門医に診てもらいたい期待もある。

・各二次医療圏にすべての専門医を用意することは不可能であり、社会資源の浪費にもなる。専門医にとっては患者数が少なれば診療能力の低下につながる。

・「理想の地域の医師像」とは、(1)一般診療、(2)緊急時の救急処置、(3)専門医の診療の必要性の判断ができ、(4)自身も専門性を持っていること、である。

(3) 医学生涯教育、臨床研修制度の問題点

・卒前教育の所管が文科科学省、卒後教育の所管が厚生労働省で、これまで両者に一貫性が欠如していた。「臨床研修の見直しのあり方検討会」が文科省と厚労省合同で開催され、今後改善が期待される。

・臨床研修制度の負の影響は、医師不足を加速させ地方の医療を崩壊させ、地域偏在と診療科間偏在が顕著になったことである。

・初期研修2年間は各診療科のマンパワーにならず実働医師数の概算は人口千人あたり1.5人でありOECDの中で最下位である。

・大学で所属医師が過疎地、地域医療を担ってきたが、臨床研修制度以後、入局者が減少し、過疎地医療のサポート体制が完全に崩壊した。外科医の減少も著しい。

・全国医学部長病院長会議は研修制度に対して、平成16年に提言を行った。地域格差拡大、医療荒廃、研究体制弱体化、競争力低下、国民福祉の低下を懸念した。

・若手の医師が専門を選ぶとき、自由になる時間が得られることを求める傾向がある。

・基礎医学者の減少も危惧される。

(4) 日本の低医療費政策と、医師の労働問題

・日本は低医療費政策により、高齢化が進んでいるが医療費は増加していない。

・日本の脳外科の医師はほとんどが過剰労働となっている。大学病院の労働時間が長く最も長い。在院日数短縮のため、医師の負担が増えている。

(5) 医学の生涯教育の重要性と、全国医学部長病院長会議の提言

- ・平成 17、18 年に臨床教育制度の迅速な見直しを求める声明を出した。
 - ・医師自らが最新の知識・技術を生涯学習として学び続けられる医学教育が重要。
 - ・臨床実習、生涯医学研修を含む一貫性ある教育システムを構築する必要がある。
 - ・臨床実習前共用試験の確立、診療参加型臨床実習充実、国家試験見直し、研修制度の見直し、マッチング見直し、大学院教育への生涯教育の組み込みを提案した。
 - ・研修病院と大学病院の連携が医師不足の解消につながるのでは。
- (6) 家庭医の必要性について
- ・アメリカの専門医を巡る社会的な基盤が日本と異なる。家庭医が国民に求められているかどうか議論が必要。
- (7) 医療教育制度の改革の視点
- ・医師養成削減政策の見直し、臨床研修制度の見直しと同時に、医療費削減政策の見直しが不可欠である。
- ・引き続き、嘉山孝正先生もまじえて、質疑応答が行われた。
- (8) 大学医局制度・大学教育の問題点
- ・医局は臨床研修制度以前には医局員の臨床技能評価を含めたローテーション、地域医療支援を行っていたが、専門外の分野のトレーニングは不十分であった。
 - ・卒前医学教育は総合医の教育にシフトしつつあるが、卒後研修教育が現状では不十分である。一方で医療機関の集約化も必要。地域での医療を担う「理想の地域の医師像」のために卒後の研修プログラムが必要である。
 - ・大学院教育も教育・臨床研究含め見直しが必要である。
- (9) 「理想の地域の医師像」と地方の地域医療の問題について
- ・家庭医に近いが、米国のファミリープラクティスと同じではない。定義が異なり混乱するので、議論の前提として定義づけが必要である。
 - ・提案のような家庭医あるいは総合診療ができる医師が必要。加えて大学がこれまで果たしてきた医師派遣の役割を、地域でどういう形で再現していくか議論が必要。
- (10) 医療費
- ・米国では心臓外科医が減少したため教育制度変更の議論がなされているが、国が費用を拠出している。日本では国の関与がない点が課題である。
- (11) 専門医の数・専門性の考え方、専門医の質について
- ・外科医数、施設の集約化、外科医が担当する診療範囲、診療の質の議論が必要。
 - ・専門医教育制度が、地域医療に大きな影響を与えるため、慎重な議論が必要。
 - ・専門性は技術を評価する外科系分野と、内科系分野の専門性は別個である。専門医の質の評価は科により異なる。

3. 事務局連絡

- ・今回は家庭医関連の三学会長の先生方からのヒアリングを行い、家庭医、総合医について議論の予定。

以上

第5回班会議 議事要旨

日時:平成20年12月5日(火)15:00-17:20

場所:慶應義塾大学信濃町キャンパス 新教育研究棟 講堂1

出席:土屋(進行)、有賀、海野、江口、岡井、葛西、川越、阪井、外山、渡辺

前沢政次先生(日本プライマリ・ケア学会会長)

山田隆司先生(日本家庭医療学会代表理事)

小泉俊三先生(日本総合診療医学会運営委員長)

1. 開催挨拶

土屋班長より、本日の議論の進め方について説明がなされた。

2. 地域診療所における総合医

・日本プライマリ・ケア学会会長 前沢政次先生よりご講演をいただいた。

(1)学会の紹介とプライマリケア専門医

・医師をはじめとして地域ケア、高齢者ケアに携わっているさまざまな職種により構成されている。

・プライマリケア医の診療には近接性、包括性、継続性、協調性、責任性の5つの要素が必要。プライマリケアに特化した研修プログラムを行動目標として定め、専門医の認定を行っている。

・国民の健康づくりの支援、全国支部整備の課題に取り組んでいる。多職種協働による地域ネットワーク、プライマリケアチームづくりをテーマとしてモデル的な活動を発信している。体験型学習、生涯教育プログラムを通して診療の質の向上を目指している。

・家庭医療学会、総合診療医学会と共通した認証制度を整備するべく連携している。

(2)専門医としての総合医の役割と研修の必要性

・生活習慣病、慢性疾患、メンタルヘルスなどの日常病の診療を担っており、地域によっては幅広い領域の医療を行う場合もある。専門医との連携、専門医療の補完、地域ケアなどを視野に入れている。

・このような総合医を目指すには後期研修の義務化が必要であり、プライマリケアの理念を踏まえた研修が必要。地域の総合医としての開業といった道筋が求められる。各専門医からの転向の場合でも研修を受けた上で、地域や勤務の場に応じた横断型の専門性を身につけ、専門医としてプライマリケアの質を高める形を目指していきたい。

3. 地域医療と総合医

・日本家庭医療学会代表理事 山田隆司先生よりご講演をいただいた。

(3)一次医療を担う医師の資質と研修

・疾患の理解だけでなく、患者の背景や生活、家庭環境などを含めた個性を理解する必要がある。

・診療所では幅広い疾患を継続的に管理していくことが重要。特に高齢者では複数の慢性疾患を一人の医師が管理することが求められる。

・求められる医療の質が異なることから、分化型の臓器専門医と一次医療を担う総合医の役割を一人の医師が受け持つことは不可能であるということを認識する必要がある。

・一次医療では日常的な健康問題への対応、包括的な視点、病初期での判断能力に加えて適切な介入に努め、患者の個性を尊重するケアが非常に重要である。

・一次医療においては専門性よりも、医療機関の機能に即した研修のあり方が必要であり、一般的な内科疾患の入院管理や通常分娩などを担っている地域病院での研修は重要である。救急においては一次医療や地域の病院での二次医療がまずしっかり対応することが重要。

(4)家庭医の育成プログラム

・家庭医療においては、いつでも幅広く対応することによって患者の信頼を得ること、それが質の高い医療であることであ

るという価値観を伝えることが大切。中小規模の地域病院は総合医の研修場所として適しており、また地域連携を活用して地域の開業医、医師会の医師を指導医として活用することが望まれる。それぞれの地域のニーズや医療機関の機能に応じた研修が重要。

・家庭医療学会では地域の病院や診療所、小児科での研修などからなる幅広い研修プログラムを作成している。総合医には専門分化型の三次病院でのローテーション研修が必ずしも有効でない部分があり、卒前研修を含めた見直しの検討が必要。

・家庭医の人数を設定する議論よりも、質の議論が重要。幅広い日本の社会ニーズに応えられるような総合医の育成を行うことで、後期研修の枠組みに変化が生まれ、そういった流れは地域偏在や診療科偏在を解決する手段になりうる。

4. 病院で活躍する総合医について

・日本総合診療医学会運営委員長 小泉俊三先生よりご講演をいただいた。

(5) 病院における総合医のあるべき姿

・病院における高度な細分化された専門領域での反省をもとに、患者の健康上の問題に幅広く対処するものとして総合診療が提唱された。キーワードは患者中心、チーム医療、EBM(科学的根拠に基づく医療)プラス NBM(経験や語りに基づく医療)、そして質・安全の向上の4つである。

・医師は科学者、職人、相談相手などさまざまな役割があり、専門医、総合医はそれぞれ別の機能を担っている。

・我が国においては、中小病院の医師は勤務医であっても、地域を担う家庭医の側面が強く、病院と診療所という二分法では見過ごされがちで、もっと焦点をあてるべき。十年ほど前から米国では病院内で総合診療を行っている医師がホスピタリスト(病院総合医)として活躍している。

・我が国でも総合内科専門医が病院総合医になるといった仕組みと、認証機関のあり方についての議論が必要である。

・家庭医療の三学会は近く合併するが、それぞれの診療の場に応じた議論と幅広い議論の両方が求められる。

・引き続き、質疑応答が行われた。

(6) 家庭医、総合医の定義と位置づけの確認

・病院総合医は急性期の入院患者にも責任を持って対応したり、病院内で調整する役割を担うなど、地域の家庭医とは別の機能を持っている。また各領域の知識を持つ総合内科専門医とも、統合的な視点を持つという点で違いがある。研修の場としては病院の規模、院内の部門、へき地など専門診療の実態を知る、体験することが特徴である。

・家庭医とは診療所を基本に、地域、家庭、家族を中心に一人の患者を継続的、包括的に診る医師。地域で身近に接し、地域の一次医療を担う。ただし責任診療の範囲が、都会では狭くなるなど地域によって差異は存在する。

・総合医による診療における見落としなどのトラブルが一部で懸念されているが、むしろ身近な相互理解、良好なコミュニケーションなどによって不信の溝が狭まり、訴訟を未然に防ぐ効果もあり、信頼関係を築くことが重要。

・真摯にプライマリケアに取り組んでいる医師のネットワークが各地区にあり、連携や教育研修を進めていくことが望ましい。

(7) 医療政策、行政における基幹統計やデータベースの必要性

・日本での医療の構造に関する基礎的な統計データはほとんどなく、外国のモデルなどの概念的な議論にとどまっている。基幹となる統計やデータベースに基づいた議論が必要。

(8) 医師の教育と役割分担

・学部教育と前期研修を連携する考え方は重要であり、全員が診療科横断的にスーパーローテートする仕組みは見直すことを考慮すべき。

・総合内科専門医から総合医、家庭医へシフトする、家庭医と病院の総合医で連携するなど、さまざまな課程の研修や役割分担の形が考えられる。

・家庭医では諸外国では国の制度に応じて役割の適用を定めており、各国での定義をそのまま適用できない。研修目標や国民の求めるあり方、連携における役割などを含めて検討が必要。

(9) 三学会が合同した学会が目指す医師像とその質の担保

・地域の中で診療所中心に、主として外来と在宅をやる医師像を目指す。

・プライマリケアの領域は医療提供体制と密接に関連しており、望ましい医療のシステムから構想する必要がある。一方、プライマリケア領域の臨床医の質を保証する仕組みが必要。実地の医療を行う医療者が教育や育成にもっと関わるべき。

5. 末期がん患者の在宅医療について

川越班員から報告がなされた。

(10) 末期がん患者の在宅医療

- ・がん治療を行う病院から特に末期の患者の受け入れ体制において、地域の専門化した診療所が受け皿になることが必要。
- ・がん患者の在宅ケアは在宅医療のなかでも専門性の高い分野といえ、多様な知識や技術、学際的なチームアプローチなどが求められる。
- ・緩和ケア病棟を中心に在宅の終末期医療の教育研修を行うだけではなく、地域の診療拠点として緩和ケアクリニック (Palliative care clinic = PCC) を整備し連携して緩和ケアの実践や教育を行うべき。
- ・がん患者を対象とする終末期医療は経過が短く、疼痛緩和を中心とした症状緩和など、専門性の高い領域なので、地域にそのような医療を行う専門的な緩和ケア診療所を育成していく必要がある。

6. まとめ

(11) 総合医と専門医の養成

- ・後期研修をする総合医の数はそれ以外の専門医課程の合計人数の 30-50%程度ではないか。専門医が中途から家庭医を目指す場合を含めるとより少なくともよい。
- ・現状で大学病院では総合内科を専門として養成しているところは少ないが、総合診療を担う医師が病院内で役割を担って連携すると、臓器別の専門医と互いにうまく役割分担できる。
- ・日本版の総合医を考える上で、高齢者を支える医療、専門医に相対するプライマリケアを担う医師を養成するプログラムの認知が必要。
- ・家庭医、病院総合医など、総合的に診る医師が、一次医療を担うものとして、ある程度フリーアクセスを制限してプライマリケアを担い、その上で専門医へ連携するという緩やかなガイドを図るべき。
- ・終末期についても患者家族を含めた関係づくりが重要であり、家庭医の必要性が高い。

7. 事務局連絡

- ・今回は海外の専門医・家庭医臨床研修制度について議論を行う予定。

以上

第7回班会議 議事要旨

日時:平成21年1月28日(水)17:00-19:10

場所:国際会議場(国立がんセンター築地キャンパス内 国際研究交流会館3階)

出席:土屋(進行)、海野、江口、岡井、葛西、阪井、山田、渡辺

東京大学医学部学生

慶應義塾大学医学部学生

1. 開催挨拶と海外調査研究の進捗報告

土屋班長より、本日の議論の進め方について説明、事務局より海外調査研究の進捗報告がなされた。

2. 21世紀の医学教育についての提言

・東京大学医学部学生よりご報告をいただいた。

(1)理想の医師像についての考え

・1人の医師を育成するという視点で、理想的な医師のキャリアパスを考える必要がある。

・臨床能力がある一方で、影響力をもって自らの意志を発信していく医師のモデルとして3名の医師にインタビューを行い、学生のときの時代背景について考察した。

(2)知的な刺激を受ける「場」としての現場教育の必要性

・講義や教科書によるものより、現場や実習を含めた医学生の知的関心に応じた自主的な教育カリキュラムについての提案がなされた。

・研究活動と臨床経験をどのように両立していくかについてのバランスについて、研修中の若手の医師は板ばさみを感じている。

3. 日本版総合医について —医学生による提言

・慶應義塾大学医学部学生よりご報告をいただいた。

(3)米国における家庭医

・米国における家庭医は専門診療科として確立しており、予防を含めた包括的な視点を持ち、グループ診療により効率的な医療を展開している。

・医療保険の仕組みとしてかかりつけのプライマリケア医を受診する流れになっている。

・プライマリケア医による診療が米国では患者の健康増進につながり、費用対効果に優れているとされている。

・中でも家庭医は産科、小児を含めるなど診療の対象とする病態が広く、社会心理学的背景を含めて扱っており、教育研修もその内容を踏まえている。

・家庭医による診療の特色として、個別に最適化し、診療と連続した健康診断が行えること、グループ診療により効率化と医療の質の向上を図っていることが挙げられる。

(4)欧州医療事情 —英国—

・英国は税金により運営されるNHSによる皆保険制度を展開しており、家庭医(GP)による医療へのアクセス制御を行っている。

・第三者機関により医療システムを評価する組織づくりがなされており、政府とも独立して医療の質、医療制度、医療事故などを継続的に監査している。

・GPは英国医学会が登録管理しており、住民自身がその中でもからGPを登録することにより、継続的に医療を行っている。

・一方、登録しているGP以外への受診制限があること、私費負担による診療は二重払いになること、緊急性に応じた診療待ち期間が発生することが主な課題である。

(5)“日本版”総合医

- ・現在総合医が求められる背景として、人口の高齢化が進み疾病構造が慢性疾患へ変化していること、医療の専門分化が進んでいることに加えて、地域医療体制の再構築が求められていることが挙げられる。
- ・総合医の役割として、一般的な診療としての小児や産科、救急などを含めた広い範囲の疾患管理と、地域医療における貢献が挙げられる。
- ・総合医の専門性を確立し、幅広い診療領域と、健診や予防医学の視点を含めた研修プログラム、専門医制度が求められる。
- ・総合医が効果的に役割を果たすには、予防医学の重視、診療情報の一元管理、グループ診療の導入に加え、医療システムを監査する第三者機関が必要である。

・引き続き、質疑応答が行われた。

(6) 家庭医としてのキャリアパス

- ・日本家庭医療学会をはじめとして家庭医研修プログラムを整備しつつあり、地域医療、家庭医療をさまざまな切り口で研究として取り組む場ができつつある。
- ・家庭医はそれぞれの国、社会の医療制度や地域の実態に応じた役割を担っており、業務の範囲や診療対象で区別する性質のものではない。
- ・一方で米国では訴訟リスクや専門分化の面から診療範囲や手技について限定している要素もあり、日本では総合的に診療を行う医師は多く存在しているという指摘がなされた。

(7) 日本における医学教育の課題

- ・基礎医学と臨床医学の連携や、実習に臨床現場の体験や思考を取り入れるなど、講義や見学にとどまらないカリキュラムの工夫が求められる。一方で、講義には診療や研究における実体験について聞くことができる、考えた過程に触れることができるなど、講義ならではの良さがある。
- ・少人数での課題演習を組み合わせるなどの取り組みが行われている大学もある。
- ・卒前教育と認定試験、卒後教育研修が効果的に行われるような設計が必要で、現状では無駄が多いのではないという指摘がなされた。
- ・大学病院以外での専門医療機関でも学生、研修医、指導医を含めた教育体制が求められるが、一方で現状の過剰労働の状況を加味した議論が必要であるという指摘がなされた。制度や援助の仕組みを整えて、自発的に互いに教え学ぶ環境づくりが重要。
- ・教育病院の教育研修の質についての評価の仕組みが必要である。

4. 総合診療医(家庭医)の位置づけについて

・海野班員から報告と提案がなされた。

(8) 日本における医療の現状を踏まえた総合診療医(家庭医)の制度設計

- ・前提として、医療現場の医療従事者による自律的な意見集約と、現場重視の提言が必要であり、これに基づいて医療提供体制を再構築することが求められる。
- ・そのために、医療の質とアクセス(量と制度の両面において)、さらに経済性の確保の必要性がある。
- ・制度改革を行う上での考え方として、現実に存在する多様性を許容し、現存のキャリアパスを向上、拡大させるような改革が望ましい。新たなキャリアパスを提示することは可能であるが、現場で専門家が向いている方向に逆行するような施策は実効性がない。現場のトレンドを規制緩和をインセンティブにより誘導し、国民の現在及び将来のニーズに適合するように誘導することを考えるべきである。現状では、専門医療と総合診療で、どちらに明らかなトレンドが向いているということはない、しかし、病院から診療所へのトレンドは明確に存在している。
- ・病院の現場において総合診療が専門医療の間を埋めるように展開することで、効率化、合理化、省力化につながる。
- ・日本では、現時点で総合診療、家庭医療に従事しているのは、各診療科の専門医であった病院勤務医がセカンドキャリアとして開業した医師たちである。専門医としての家庭医は現状ではごくわずかしか存在しない。今後も各診療科の専門医からの総合診療領域への移行は続くと考えられる。そこで問題となるのは、これらの専門医からの総合診療医では地域偏在の問題を解消できない、へき地医療体制を確保できないということと、その総合診療医としての質の担保ができないということである。
- ・横断的な領域を専門医として診療をしている医師が移行することによる総合診療(家庭)医の制度と、専門医としての家

庭医の制度が平行して存在し、それぞれの質と量を確保する必要がある。家庭医養成の課程以外の横断型総合診療医制度を設ける必要があり、それには質を担保するために認定医・専門医による二階建て方式も考えられる。さらに、現場の医療者が専門医を取得する必要性を認識し、自発的に資格取得をめざすような専門医制度をつくる必要がある。

・引き続き、質疑応答が行われた。

・医療体制の現状を把握するための基礎的情報が不足している指摘がある一方で、専門家自身が自らの責任において根拠に基づく適正数などの試算を行うべきではないかという提言がなされた。

・現状、そして近い将来には専門医としての家庭医研修と既存の家庭医以外の専門医からの移行という2つのキャリアパスが併存しているが、この状況をどうするかを含めて理想的な将来像としての家庭医・総合医の議論が必要である。

・その際に、我が国の医療システムの現状を認識し、どのような基盤の医療システムを設定し実態配置するのが最も良いかという視点に基づき、いつまでに改善策を実行するかも含めて現実的な提案を行うことが必要である。

・医学生や若い医療者として、当事者としての取り組み、最適化に向けた施策への関与という観点が必須であり、よりよい規制(緩和)とインセンティブについて議論を進めていく必要がある。

5. 事務局連絡

・次回は英国の家庭医制度、家庭医・総合医の仕組みについて議論を行う予定。

以上

第8回班会議 議事要旨

日時:平成21年2月9日(月)17:10-19:30

場所:国際会議場(国立がんセンター築地キャンパス内 国際研究交流会館3階)

出席:土屋(班長)、江口、葛西、川越、阪井、山田、渡辺
ロジャー・ネイパー先生(英国家庭医学会前会長)

1. 開催挨拶

土屋班長より、本日の議論の進め方について説明がなされ、葛西班員の司会にて進行することになった。

2. 英国における家庭医と医師の専門医教育研修制度のあり方について

・英国の家庭医学会前会長 ロジャー・ネイパー先生よりご講演をいただいた。

(1) 英国と日本の医療制度の相違

- ・英国での人口当たりの病床数は日本の3分の1であり、医師のうち半数を占める家庭医が特徴的な役割を担っている。
- ・英国市民はすべて家庭医と書面による契約を結び、登録している。1人の家庭医は約2,000人を担当し、専門分野を持ちながら数名で診療にあたっている。
- ・多くの場合受診の最初の接点となり、およそ1割の患者を2次医療に紹介している。
- ・最近新しいヘルスケア法が提示され、市民は医師に対する権利とともに、そのサービスを誠実に使う責任があることがうたわれている。
- ・在宅やホスピスにおける緩和ケアが広く提供され、家庭医は医療上の決定を行ったり、精神的な支援を行う役割を果たしている。
- ・看護師は家庭医のもとでふり分け機能や地域で慢性期の診療の役割を担っている。
- ・地域による配置を調整するための手当や、地域によって定員枠が設定されている。

(2) 家庭医による診療の特徴と家庭医療の歴史

- ・疾患の経過に集中し治療を行う見方だけでなく、心理的・社会的な背景も含めて考慮している。臨床上不確実性の高い場合や高齢者のケア、慢性疾患の継続的なケア、予防医療、医療機関へのアクセスの点など、家庭医による診療が望ましいと言える。高度医療や専門化された治療は病院を基盤としたケアが望ましい。
- ・英国では医療の発展とともに専門医が注目されていたが、専門性の確立と独自の研修制度の導入など、学会の取り組みにより、家庭医の地位が向上した。

(3) プライマリケア、家庭医が果たすことができる役割

- ・最近の研究でプライマリケアが死亡率の改善に与える影響が示された。
- ・日本で家庭医が活躍し、高齢者の継続的なケアを家族や地域社会と関連づけながら行えば、病院の専門医の負担が減り、専門医はその専門性をより発揮できる。
- ・産科・婦人科における安定期の妊娠中の定期検査や、小児科における通常の小児プライマリケア、予防接種、メンタルヘルス領域での管理の多くを担うなど、家庭医が各専門医と協力することによって、地域格差や経済的格差による健康上の不平等の問題が改善されることが期待される。
- ・費用対効果が優れており、患者の満足度が高いだけでなく、臨床上の指標も改善される。日本でも家庭医療・プライマリケアを発展させることの利点は大きい。

(4) 家庭医、専門医の養成制度

- ・英国では卒業後2年間の基礎研修(この間に医籍登録がなされる)に続いて、家庭医を含めた専門医の研修を受け、各科の専門医認定試験が行われる。
- ・家庭医の研修プログラムは始めに応募者からの選抜、家庭医療分野の研修、各診療科のローテーション、家庭医の後期研修を経て家庭医学会の認定試験を受験する。この試験に合格することで家庭医として診療する免許が与えられる。

- ・家庭医の後期訓練期間では、研修医は臨床・組織・教育における厳格な基準を満たした診療所において、能力を評価された指導医と師弟関係を結び、診療や教育、指導、診療外教育活動などを通して家庭医としての能力を身につける。
- ・家庭医であることの意味づけに始まり、医療、社会・心理的側面、安全、経営管理、情報技術、予防、健康増進などからなる研修カリキュラムを履修する。
- ・研修医の評価は幅広く、診療能力、ビデオ録画、研修記録などによって行われる。家庭医療専門医認定試験は幅広い知識の試験、模擬診療による臨床技能評価と、累積された職場における評価の3つの要素でなされる。
- ・各診療科の専門研修のうち、家庭医療の研修と同等に扱うことによって、専門研修から家庭医療研修に移行するなど、相互に研修課程を移動することもある。
- ・指導医を指導する課程、研修プログラムがあり、定期的な品質管理のための訪問調査や評価の仕組みがある。
- ・英国では家庭医を含めてすべての医師が5年ごとに再認証を行う制度が昨年導入された。

(5) 卒後医学教育の計画準備と管理運営の仕組み

- ・地区ごとの医療関係者を中心とした委員から組織されるディーナリーが卒後教育の責任を持っており、権限を持って指導医や研修責任者、教育監督者の選考、訓練、監視する役割を担っている。
- ・ディーナリーは医師、研修医の予算や指導医への手当、教育に必要な予算を割り当てられている。座長を医師以外とし、一般人を含めた構成になっている。
- ・家庭医の研修課程の人気は高まっており、総合的な評価や面接、模擬診察などの厳格な審査によって研修医を募集している。

・引き続き、質疑応答が行われた。

(6) 家庭医における課題と最近の動向

- ・病院に対する予算が少ない、病院の看護師の数が足りないなどの理由により、病院での専門医による診療が遅れるという課題がある。
- ・家庭医はそれぞれ専門知識や技術を持つようになってきており、そのための研修カリキュラム、品質管理の規定を各専門学会と協力して整備している。

3. 謝辞とまとめ

- ・日本のこれからの医療制度の変革、そして特に卒後教育制度の確立に大変参考になる講演であり、今後我が国の社会的、地政学的な背景などを踏まえた議論を進めていく。

以上

第1回班会議 会議録

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

○土屋	<p>それではただいまより第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う班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いうことで大臣より急ぎょこういう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いたします。</p>	開会
○舩添厚生労働大臣	<p>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閣議決定を、具体的に増やすということの判断をいたしまして、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。</p> <p>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かうと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。そこでこの検討会を引き継ぐ形で、まず一つは、文部科学大臣と私厚生労働大臣のもとに、共同、こういう大きな会議で共同ということは今までなかったと思いますが、共同で、「医師臨床研修制度のあり方等に関する検討会」というのを立ち上げました。</p> <p>それと共に、今日皆さんにお集まりいただいて、土屋先生にお骨折りいただいておりますけれども、「医療における安心・希望確保のための医師後期臨床研修制度のあり方に関する研究班」、これを内部で立ち上げるということで今日立ち上げることとなりました。私も現場のプロフェッサーたちの意見を聞いたり、若い学生さんの意見を聞いたりいろんなところで現場を見てきておりますけれども、やはりどういう形で一人の学生が入学して一人前の医師になるまで、どういう形での教育プログラムを組めるのがいいのか、卒前卒後の研修のあり方、ダブっててもったいないんじゃないかという声もありますし、それからもともと新しい研修制度を入れたのは全体をレベルアップをするそして総合的な能力を磨いていく、で、もちろんこういういい面がたくさんありますし、これで水準も上がってきたという報告も聞いております。しかしながら、一方では地域間の偏在ということに拍車を掛けているんじゃないか、例えば、極端な意見を言うと、もう2年を1年に減らすだけでも一気にお医者さんが増えるんじゃないか、こういう意見をおっしゃる方々もおられます。こういう問題について、私はただ単に研修制度だけではなくて、まさに教育のあり方、先般も文科省との検討会でも申し上げましたけれども、例えば私も大学の先生をやっておりますけれども、研究者としての資質と教育者としての資質は違います。そうすると、どうしても私なんかも研究に専念したい、そうすると自分で論文を書きたいということに専念すると、学生の教育ということは別ですから、そういう観点から考えたときに教える方の教師像というのはどうあるべきなのか、だから例えば論文の数だけでお医者さんというか医学部の先生を評価していいんですか、教育者という観点から評価すればまさにですね、論文の数は少ないけども、この先生に巡り会ったから、岡井先生がおられますけども、自分はどんな</p>	

	<p>に困難があろうと、訴訟リスクがあろうと産科医になるというふうに、決める学生が増えてくれるのが一番だと思うんですね。ですからそういう意味で先生のあり方もやはり検討しなければいけない。じゃあ、先生をどう評価するのかということについては、これは文部科学省のある意味でのいろんなルールがあるんでしょから、そういうところまでメスを入れないといけないということですね、両省での検討会を立ち上げましたけど、これは研究班ですから、むしろ文科省と一緒にやっているのは広く国民の意見をよく聴いて、私が今言ったことも含めて、ただ、これはあくまで研究班ですから、ご専門の立場から見て、どうだ、ということ、全く大臣にも遠慮せず、誰にも遠慮せず、専門性ということから、ぜひ一つの結論とは申し上げませんが、いろんな形でご提案という形で出させていただき、そのことによって、さらにより良い研修制度ができると思いますし、それが最終的には国民のため、何をやれば一番国民のためになるか、という観点を忘れることなく、ぜひ皆さん方に頑張っていただきたい、ということ一言ご挨拶申し上げました。どうかよろしくお願いたします。</p>	
○土屋	<p>どうもありがとうございました。お時間が限られておりますので、検討会にご出席いただかなかった、4人の新しい班員の先生方に、お名前とご所属と、ご専門だけご紹介をいただきたいと思います。江口先生から。</p>	
○江口	<p>帝京大学の腫瘍(しゅよう)内科におります江口でございます。よろしくお願いたします。</p>	
○阪井	<p>国立成育医療センターの総合診療部におります阪井と申します。小児科と麻酔科を両方やっております、子どもの総合診療部というのを立ち上げております。</p>	
○外山	<p>亀田総合病院の心臓血管外科におります外山雅章と申します。よろしくお願いたします。</p>	
○渡辺	<p>慶應義塾大学医学部で漢方医学をしております渡辺と申します。よろしくお願いたします。</p>	
○土屋	<p>それでは大臣、次のご予定があるということですのでここでご退席になるところで。どうもありがとうございました。</p>	
○舩添厚生労働大臣	<p>はい、じゃあ先生方、どうかよろしくお願いたします。ありがとうございました。土屋先生、よろしくお願いたします。</p>	
(大臣退室)		
○土屋 研究の背景と概要 事務説明 事務局 班長より 議事の公開 班会議の進め方 海外の研修制度	<p>それでは議事に入りたいと思います。</p> <p>最初に私から、今大臣がご紹介いただいたように、安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会で、この班を立ち上げたらどうかということになりましたが、その背景には、日本学術会議が今年の6月に、後期研修といいますが、専門医の教育について、第三者機関的なものをつくってコントロールすべきではないか、というご意見が出ております。資料にも含まれております。また日本医師会からも、そのような要望が以前から出ておるということで、このような背景のもとで、いったい我が国における後期研修というのはどのような形がよろしいのか、今まで専門医認定制機構というのがありましたけれども、全体のコントロールというのはなかなか難しい、ということがありますので、どのような仕組みを考えていったらよろしいかということが、私どもの班に課せられた命題だと解釈しております。従って本日は、検討会でのメンバーを中心に、足りない分野について4人の先生方に加わっていただいて、班を構成して、できれば年度末といわず年内に、ある程度のアウトラインが描けれ</p>	研究の背景と概要

ば、ということで、できれば来年度、その具体化に向けたステップはどういうものになるかということを検討できればと思います。大臣も言われたように、あくまで研究班でありますので、いろんな可能性を諸外国の例も見て検討していくというのが本来の目的で、ここでいきなり政策が作られているということではありませぬので、忌憚(きたん)のない意見をぜひ言っていただきたい。それについてはやはり、オープンなディスカッションがいいと思いましたが、今日もマスコミの方にも開陳をしてということで、皆さんお差し支えなければ、討議の内容そのものも、絵も含めて記録を取っていただく、もちろん議事については、できれば UMIN のホームページを立ち上げて、皆さんが広く見ていただいで、各界の方からご意見を賜って、より良いものを検討していきたいと思しますので、どうかご協力をいただきたいと思ひます。(班員に)取材に関してはよろしいですか。特に秘密にするような話はないと思ひますし、また、皆さんが同時進行的に知っていただいでご意見を言っていたことは大変ありがたいと思ひます。

最初に、研究班ですので、事務的なことを申し上げます。今日資料が、タペ、メールでもお送りしたと思ひますが、大半は先ほど申し上げた、安全と希望の医療確保ビジョンの検討会と、その後行われました医療確保ビジョンの具体化に関する検討会の抜粋であります。従って、研究班で資金が限られておりますので、傍聴のマスコミの方中心には、最初の2枚しかお配りしてありませんが、コピー代も自分たちの研究費でまかなわないとならないのでご勘弁願ひたいと思ひます。すべて厚生労働省のホームページから、この2つの検討会の議事録を開けていただくと、全部ダウンロードできるのが今日の資料でありますので、どうぞご勘弁いただければと思ひます。班員の皆さまには今申し上げたように、これは国費をいただいで厚生労働科学特別研究事業として、厚生科学研究費の補助金をいただいで進めてまいりますので、後ほど小冊子をお配りしたいと思ひますが、この規定にのつとて、資金の運用をしていく必要があります。急なことだったものですから、会計については班長一括でということで、私の所属している国立がんセンターの会計課に事務委任をすることで、実際の窓口は国立がんセンターがん対策情報センターのがん対策企画課に事務を置いていただくことにしております。そこに長谷川室長という者がおりますので、もし分からない点があれば、ぜひ私どもの企画課の方にお問い合わせいただきたい。これは来年の3月に1円たりとも収支が狂うと、私が徹夜で目を通さないといけませんので、一括して私どものところで伝票から何から、扱わせていただくということで、必要な費用がかかるということがございましたら私どものがん対策企画課の方にお問い合わせいただいで、執行ができてということであれば、領収書を送っていただくあるいは事前に言っていたということ、事務の方で手続きをとる、私自身も一切現金を取り扱わない状況です、その辺はちょっと面倒くさいかもしれせんけれども、よろしく願ひいたします。ぜひ小冊子を、厚生労働省関係の研究班をされた方はご存じだと思ひますが、一度お目通しいただいで、大変面倒な要求ですけれども、これは皆さん国民の税金を使った事業でありますので、ぜひ厳格に執行をお願いしたいと思ひます。

いわゆる庶務的な事務は、今申し上げた私どもがん対策企画課が担ってくれますけれども、研究面での、内容的な事務と言ひますか、私院長の判子押しのかたわらやるのは大変荷が重いものですから、私どもがん対策情報センターにいて、病院の併任辞令が出ております、私の真正面にいる、渡邊清高先生に班長協力者としてお手伝いを願ひしております。実は、今日のこの会も、私は先週の金曜の夜までアメリカに出張していたものですから、メールのやりとりですべて渡邊くんが、本省との間を掛けづり回ってくれてこれを準備してくれました。この資料を昨日の明け方までメールで2人で議論して今朝まで彼が印刷をして皆さんのお手元にお届けいただいたということで、今後とも彼の双肩にかかっていると云っても過言ではありません。彼は、東京大学で永井院長のころ、病院の改革にも携わって、いろんな医療の裏表を知っておりますのでこういう私の右腕で立っていただくのに適任であろうということをお願いを

事務説明

事務局

しております。情報センター長の加藤センター長も快くこのお手伝いをご同意していただきました。もうひとつ、日本対がん協会で、がんの戦略研究事業であります緩和医療の部分、これは研究班の大本は黒川清先生がやっております厚生労働省の戦略研究の分のがんの分野について、日本対がん協会が事業を引き受けてやっている、その実際の立ち上げと運営を行っていた、松村有子先生にも班長の協力者として外から支えていただくということをお願いしております。研究の内容面について何かお問い合わせの節は私がつかまらないときは、渡邊ないし松村に聞いていただきましたら適宜、遅れることなく対応してまいりたいと思います。年末、年度末にかけて報告書をまとめる段ではさらに大変になると思いますので、もう一人くらい班長協力者をお願いして研究面での事務的なことをお願いしようと思っております。また決まりましたら先生方にご連絡をさせていただきます。

そして、この班の趣旨は先ほど言ったようなことでありますので、皆さまそれぞれ医療、医学の分野で専門性は高いと思うのですけれども、ぜひ、利益代表的な発言は控えていただいて、やはり、我が国の国民のためにどういう医療体制が望ましいのか、そのためにはどのような医者を、どのくらいの数、どうやって育てたいのか、ということで、ご自分の分野が一番気になると思いますけれども、そこを乗り越えて国民のためにどういう明日の医療体制が必要か、これは当面のこの解決はもちろん厚生労働省が行政としてやっていたくわけですけれども、次にどういう医者を育てたいのか、という観点でぜひご討議をいただきたいと思います。利益代表同士でやりますと極めて下世話な話になってしまって、理想的なものはなかなか討議できませんので、釈迦(しゃか)に説法とは思いますが、その都度ぜひ、心にとどめてご発言をいただいて、より良いものが皆さんで構築できればと思っております。そして、私事でありますが、私に直接言ってくる人はいないのですが、影で私はこの班長として適任ではないのではないかといううわさも、多々飛んでまいります。その理由は、皆さんご存じのように新聞その他報道であるように、麻酔医が不足して手術も7割しかやっていない病院の院長が、外でびっくり騒いでなんだ、というようなおしかりが出ているということをメールでたくさんいただいておりますが、私も真実そう思います。足元がぐらついていて何も外に出られないのでありますが、幸いに今年の6月に日本麻酔科学会の理事長に窮状を訴えてご援助をお願いしておりましたところ、麻酔科学会あげて私どもの病院を立て直してくれるということで、10月1日に新しい手術部長が赴任するということが決まりました。某大学の現役の准教授がその職をなげうって、がんセンターのために赴任してくださるということで、この実現には、今日も班員の一人であります山田東大教授と横浜市立大学の後藤教授が全面的にご支援いただいて実現のはこびになりました。お二方と新しく赴任される先生と三者で、来年の4月にはぜひ元通りにして、むしろ今まで以上に手術がしっかりできるようということで、計画を綿密に立ててくださっているということで、ここまで見通しが付きましたので、私としてはこの班長を引き受けてもよからうと、自分では判断したわけであります。大変皆さんにはご心配をおかけしましたけれども、あと半年かけて元通りの元気ながんセンターになるというめどがつかれましたことをご報告いたします。ちなみに私どもでは、ご存じの方も多いとは思いますが、後期研修としてレジデントを1学年30名、3学年合計90名、そしてレジデント修了者に対してがん専門修練医として1学年20名、2年間ということで合計40名、全体で130名の方を後期研修としてお預かりしております。自慢話になって申し訳ないのですが、全国で臨床腫瘍学の教室を開設する大学が多くございますが、その大半は私どもの出身が教授に着任しております。また、外科系の教授にも多数送り出しているのはご存じの通りでありますので、私個人ということではなく、がんセンター中央病院の院長がこの後期研修の班会議の班長として、私は適任であると自負をしておりますので、私の能力の許す限り精いっぱいこのお話をとりまとめてまいりたいと思いますので、班員の皆さまにおかれては、よろしくご援助ご支援をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

班長より

<p>従って、この班は、何とも言うようですが、国民がどのような医療体制を期待して、その医療体制の維持発展には、どのような医師をどのような数養成する必要があるか、ということを中心に議論を進めてまいりたいと思います。また、検討会でも一部声が出ましたが、専門家だけでやっていてよしいのか、いま医師は信用おけないんだという声がありました。もちろんその検討過程で、一般の方、患者さん、それから広く国民からも意見を聴く機会を設けたいと思います。これはいつということではありませんので、そういう意味でホームページでこの議論を開陳して、いつでもそこにご意見が届くような形で進めていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。マスコミの方にも、先ほど申し上げたようにオープンにいたしますので、ただ、お願いは、伝え方というのは編集によっていかようにでもできますので、ぜひお互いに建設的で紳士的な進め方をしたいと思いますのでよろしくその辺りは加味していただきたいと思っております。別に私どもは、チェックをさせてくれということとは申しませんので、ぜひ国民の皆さんに、私どもの真意が伝わるような形で、報道していただけたらありがたいと思っております。</p>	<p>議事の公開</p>
<p>以上、長らく申し上げましたが、具体的な進め方について、次に申し上げたいと思っております。今までのところでよろしいですか。</p>	
<p>理念的なことだけ申し上げましたが、具体的なことに入ります。この班会議の進め方ですが、厚生労働省の班ですので、年度替わりであります。ですから、もう半年しかありませんので、最初に申し上げたように、9月もほとんど消化していますから、10、11、12月と精力的に会合を持って案をともかく正月休み中には書き上げたいと思っております。従って、今日は皆さんのご努力で急なお知らせにも関わらず全員お集まりいただいたのですが、各方面からの意見を聴いたりする会は、たとえ全員そろわなくても精力的にやって、それを文章化して、皆さんにお伝えをして次の討論に同じスタンスで臨めるようにという努力をこちらとしてはしていきたいと思っております。従って今日は4人の班員、検討会にいらっしやなかったメンバーをお迎えしましたので、安心と希望の医療確保ビジョンの具体化検討会の内容について、もう一度確認するという意味で2時間お時間を取っていただきました。実質的には、1時間ちょっとになってしまおうかと思いますが、忌憚のない意見を言っていただいて、認識を一つにしたいというのが本日の目的であります。その中では、第三者機関をつくった方がいいのではないかという意見が検討会で出ましたし、これには公費を投入しなければしっかりした制度ができない、ということもありましたので、その辺も含めてお話を承れればと思います。大きなアウトラインが皆さんの頭の中に共通化できればというのが本日の目的です。次回から、私どもが独りよがりで行くつもりはありませんので、関係者、関係団体から意見を聴く、いわゆる役所の検討会というような形ですね、何人かお迎えして聴きたい。特にこの分野は、以前から日本医師会や専門医認定制機構が大きな役割を果たしてきましたので、これらのところから代表の方に来ていただいて、今後どう進めたいと考えていらっしやるのか、まずご意見を拝聴したい、特に日本医師会では、総合医・家庭医について、検討会でも私どもの議論に誤解があるような報道が見られますので、ぜひ検討会のような堅苦しい場ではなく、班会議の場で忌憚のない意見の交換をできればと思っております。専認協からももちろん、来ていただいております。そして、全部の学会というのは無理ですので、主要学会、内科学会と外科学会、それらのいくつかが皆さんからアイデアをいただいております。</p>	<p>班会議の進め方</p>
<p>それと同時に並行的に、やはり海外のシステム、これは私どもも聞き覚えはありますけれども、正式にデータを集めたかと言われると時々心配になる面もありますので、できれば皆さま方もたくさん海外へ、知り合いの方が多いと思っておりますので、ご自分の関係者から研修の制度についてご存じの方をご紹介いただけて、そこから情報をいただく、あるいはこの秋のシーズン、10月11月はたくさん学会に外国の方をご招待する学会が多くございますので、そこを便乗してですね、私どもは外国から呼ぶような研究費はいただいておりますので、</p>	<p>海外の研修制度</p>

	<p>学会長にお願いをして、短時間かお時間をいただいて私どもで意見を聴かせていただく、というようなことで海外の生の情報もぜひ取り入れた上で、皆さんで検討して日本にとっては、この日本の土壌にあった制度はどういうものであるかと、という手順でまとめていきたい。その途中、繰り返しになりますが、一般の方、あるいは他分野の方からも意見を聴取しながら軌道を修正していくと、ということで、最後にはそれを報告書の形でまとめられればと考えております。以上の形で進めていきたいと思いますが、まずこの進め方について、さらにこういうことも、あるいは、ここはちょっと違うんじゃないかということがありましたら、この時点で、全体の大きな進め方について、ご意見あったらお願いしたいと思います。</p> <p>よろしいでしょうか。それでは、早速本日の議事に入りますが、最初に、江口先生から、この研究班の研究計画書は以前に簡単なものをお渡ししたと思うのですが、先生が抱いてらっしゃる、この班に対する印象と、こう考えているということがありましたら、簡単にご紹介いただきたい。既存の検討会のメンバーでですね、それはわれわれが意図したものとは違うんだ、あるいはその通りだということで軌道修正をしていきたいと思っております。江口先生からどうぞ。</p>	
○江口	<p>今まで開かれていた検討会の中で、まとめられた資料の内容について整理して解説していただきたいと思っておりますのですけれども。</p>	
○土屋 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会	<p>分かりました。検討会のメンバーで、中間とりまとめというのが5ページ目、資料1-1、安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会 中間とりまとめ(案)ということで8月27日付けで出てあります(註:9月22日公表分)。これが検討会のメンバーが合意というかですね、この範囲は皆さんが賛同されているという範囲です。もちろん葛西先生とか山田先生は参考人という形で来ていただいたのですが、この中間とりまとめについてはご同意をいただいているということであります。その中で、2番目に「医師の偏在と教育」というところがあります。ここが私どもに一番影響のあるところで、ここでは中間とりまとめなので、医師の増員のところが大きく書いてありますけれども、議論で出たのは、ただ増やすだけではだめだろうと。偏在の問題があるということで、偏在については地域の偏在と診療科の偏在があると、それを長期的にしっかりと正するあるいは理想的に形にもっていくには後期研修のコントロールができないと人数のコントロールができないというようなことが議論されたと思っております。それを受けた形で、臨床研修については文科省と厚労省の合同の委員会、後期研修についてはここでまず素案を討議してはどうか、ということを出していると思っております。何か検討会に参加の先生で追加のご説明、よろしいですか。</p>	「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会
○海野	<p>実際には、その後に、9ページですね、「後期研修のあり方に関する研究班(仮称)」設置に関する要望というのがありました。具体的に言うと、こういうことについてある程度の具体的な計画をこの班で立てると、という形です。</p>	
○土屋 研究班設置に関する要望	<p>おっしゃる通りで、資料の1-2にですね、私が第2回の具体化の検討会で出させていただいた、「後期研修のあり方に関する研究班(仮称)」設置に関する要望というのを、7月30日に出させていただきました。これを受ける形で大臣がこの班をつくってくださったというように、最初にご指摘をいただいた。従って、ここでは先ほど申し上げた背景に、医師の専門領域の偏在、家庭医養成の必要性、第三者機関設立への要望が医師会と学術会議に出ている、ということを背景として、調査研究として卒後後期研修のあり方に関すること、諸外国の後期研修の内容、制度の調査、そして卒後研修(専門医制度委員会)の設立、ということを調査研究をしたい、ということで、これが土台になっていると思っていただいて結構だと思います。何か追加よろしいですか、はい、海野先生。</p>	研究班設置に関する要望

<p>○海野 診療科の偏在 専門領域の必要養成 数</p>	<p>海野でございます。土屋先生のお話、その通りなんです、議論の中でやはり診療科間の偏在の実態、その辺がまだ十分共通の認識になっていないんじゃないかという部分があるかと思うんですね、ですからこういう問題は少ない科減っている科は声を出し始めますけれども、むしろ増えている科は、やっとなで状況が良くなってきたという感じで考えておられるでしょうから、そこではあまり声が出てこないかもしれない。もちろん増えている科が増えすぎだということはないかもしれないのですが、ただ、これから全体の医師の総数が増えていく中でどういうバランスになっていくのかということ、見極めながら進んでいかなければいけないと思いますし、実際に若い先生方が、専攻分野を決めるときにこの分野はこれからどういう方向になっていくのか、今現状どうなのかということも、当然情報として示されているべきだと思うんですね。ですからそういう意味で、具体化の検討会の中では、今日の資料 58 ページ、59 ページ、144 ページに、これは元はといえば医政局の方で各基本領域の学会に対して調査していただいたデータが第1回の検討会で資料として出ています。今日この中に含まれてないんですが、それに基づいて単純にデータをグラフ化しただけの資料なんです、これをご覧いただいてもやはり臨床研修制度が良いか悪いかという問題ではなく、全体のトレンドとして外科系が明らかに減っていると、これはそれぞれの診療科、例えば外科系の耳鼻科学会でも泌尿器科学会でも脳外科学会でも、われわれ産婦人科学会でもみんな内部では議論している。だけどそれは自分たちの問題として議論しているわけですよ。ですけど現実にごちゃごちゃ集めてみると、特に 144 ページの上のグラフですけど、ごちゃごちゃ集めてみますと、明らかに外科系全体の問題であると、ですからわれわれ自分たちだけの内部の問題としてとらえていいんだらうかということになるかと思えます。</p> <p>ですからこういう中で、私自身はそれぞれの専門領域でどれだけの必要数があるかというのは本当に現場の先生方、実際にその専門領域がこれからどういふ診療をしていくか、どういふやり方でやっていくか、あとはそれがどれだけ必要なのか、というのは、これは現場から積み上げる形じゃないと数として示すことは非常に難しいと思うんですね。ですから今までの議論の中で例えば8千人を1万人にしたらどうか、1万2千人にしたらどうかというのは大枠の議論ですね。それからそれ以外に何パーセントぐらい増えているとか減っているとか、割合の議論ですけれども、そういうだけの問題ではなくて、それでは何となくきれいな作文はできるんですが、本当に現場のニーズを、これからの未来のニーズも含めて吸い上げているかどうか、ということにはちょっと疑問があると。ですから、ぜひ、各学会からのヒアリングも含めてそれぞれの専門領域の先生方に自らの立場で、自分たちとしてはこれはどれだけ必要としている分野なのかということ専門家の責任で述べていただく、ということがぜひ、これをやると例えば毎年3万人養成しなきゃいけない、となるかもしれないですが、それはそれとして、ただ、それをどう具体的に全体の中でどう折り合っていくのかという議論にしていくのがわれわれが現場から全体を組み立て直していくということでは必要なんじゃないかと思えます。</p>	<p>診療科の偏在</p> <p>専門領域の必要養成数</p>
<p>○土屋</p>	<p>ありがとうございます。おそらく今、海野先生が言われたことに加えて、コメディカルの役割が変化していくだろうと。そうしますと、当然、各学会が現状から数えた数と違いが出てくるということでその辺も踏まえて、これから議論を進めていかないとならないと思います。じゃあ阪井先生。</p>	
<p>○阪井 議論の発信と国民の 視点</p>	<p>一つコメントさせてください。今最後のところ、海野先生が最後におっしゃったことが一番大事だと思ったのですが、それは医療の需要をどう見積もるか、必要をどう見積もるかということで、各学会から出したとか専門家が意見を交わしてというのはある、つまり医療供給者側の意見にすぎないと思いますので、私は供給者側で意見を出し合っている、結局本当のところを見積もるのは難しいかと思えます。ですから、医療を受ける側の方、あるいは、</p>	<p>議論の発信と国民の 視点</p>