

	<p>医療には第三者がないのかもしれませんが、少なくとも私たち医療の専門家だけで話し合っても、正確なところはなかなか出にくいかなと思います。ある意味、どこまでを医療というかですか、どこまでが必要というかと言うことはかなり難しいことでもありますので、最終的には国民の選択の問題ということになりかねないという気がします。つまりどこまで安全を求めるか、そういうことだと思います。そういう視点も入れると、このメンバーだけで話し合っているのかな、という感じがいたします。先ほど土屋先生おっしゃったように、いろんな方を入れて意見を聴いてやっていくのがよろしいと思います。</p>	
○海野 専門家としての責任	<p>その議論も検討会の中であつたのですが、この研究班を専門家の立場でということに最終的になっていったのはですね。やはりこれは結局、われわれは専門家、それで専門領域に対して、医療提供に対して責任がある、もちろん国民の側の需要ということがあるわけですが、ただ、医療はそれぞれ特殊ですから、国民がその領域が必要になったときに初めて必要性が分かる、という部分があります。ですから、そういう意味では、これは専門家の責任がある、社会的な責任があつて、そういう責任を今まで、それぞれの学会が果たしてきたのか、という問題があるだろうという議論で、じゃあやっぱり今まで、例えば、今でそれぞれの学会がですね、うちの学会は毎年 500 人入れます、それ以上は入れません、とかいったことありませんよね。何人でも入れてます。それで余っているなんて言った学会はありませんし、足りなくなるのはある。それは今のところ余った学会がないのかもしれませんが、だけど全体としてどうなんだろうということは、最終的に本当は何人必要なのか、われわれ産婦人科学会は毎年 320 人とか 330 人の専門医をつくっているんですけども、何人必要なのかをわれわれは知らない、というか言えない、という問題がある。それはどの学会でもそうだと思います。ですからそういうことをですね、全体の予算の議論や大枠の議論につながっていくとすれば、どこかで誰かが責任をとる形ですね、専門家として言うべきなんだろう、と思いますので。そういう議論です。</p>	専門家としての責任
○土屋	はいどうぞ。	
○阪井	<p>もう一言付け加えさせていただくと、先生がおっしゃったように、私たち専門家という学会はですね、なかなかそういうことを議論してこなかったと思いますが、それは多くの場合、医学と医療を混同するかあるいは医学の話をしていただけで、無制限に医者がほしい、うちの学会員がほしい、ということになったのだと思います。ですから、そこをしっかりと分けて議論ができるような人たちの意見を聴く、あるいは私たち自身がそうやっていくという発想の転換が必要じゃないかと思います。</p>	
○土屋	よろしいですか、じゃあ外山先生。	
○外山 専門医のあり方	<p>今日初めて参加させていただいてますけれども、今、海野先生がおっしゃったことは大変重要だと思います。私どものように大学の外で医療を行っている者にとりまして、大学の医療とわれわれがやっている医療はどう違うのか。違う点と同じ点があると思います。今後議論の中で土屋先生のリーダーシップの中で、専門医制度がどうだ、という話になってきますので、専門医制度についてどうこうという話は今差し控させていただきますが、「専門医」という考え方があくまでも臨床能力であるという原点で話を進めるべきだ、というのが、今までの中の一番、私自身は、重要な点であろうと。それと、大学における研究だとか、そういうことというのはやはり分離していかなくてはいけない。それから、やはり大学というのはあくまでも学校ですから、教育をしなればいけないと私は思っておりました。そういう意味で、臨床能力とそうでないものとをどう区別して、そして評価していくか、ということが最大の議論の焦点になるべきであろう、と私は思っております。</p>	専門医のあり方

<p>○土屋 後期研修医の試算</p>	<p>ありがとうございます。海野先生よろしいですか。</p> <p>細かい議論は今日は避けませけれども、116 ページに私が後期研修医の試算というのを三師調査(2006 年の医師・歯科医師・薬剤師調査、注:看護師と書いてあるのは間違い)、そのときに基本診療科、専門研修と右の方に書いてありますが、例えば今現在内科に所属する方は全部で大体 10 万人になるんですね、今三師調査で内科にマルを付けてくる方は。それを維持するには毎年、8,000 人弱の卒業生のうち、2,875 人が内科を志望してくれないと維持ができない、というような試算をしたわけです。ところが 118 ページの、これは米国のレジデントの数、というのがあります。もちろんレジデントの1年目の数が 36,000 と、外国人も入れて大変多いのですけれども、もしアメリカ並みにやろうとすると、内科というのは上から6、7行目にありますけれどもアメリカで1年目のレジデントは8,500つまり日本で半分として4,300人毎年志望してくれないといけない、ということで、おそらく先ほど、どこもちは 500 人来て 700 人来てもいい、と言わないということはこの辺に事情があると思うのです。ですから、希望を聴いていけば足せば、アメリカは 36,000 なら、日本は 18,000 くらい卒業生がほしい、というような議論になってしまうと、とてもこれは現実からかけ離れている。ではその中で、我が国ではどうしていくかという議論にやはり戻らざるを得ないと思うんですね。ただ、バランスという点ではアメリカとかヨーロッパの科ごとの偏在というのは、参考にはなるかと思うのですけれども、このまま2で割って求めようしてもとても無理であろうと、その辺をこれから皆で知恵を出し合っていく必要があるのかなと思います。</p> <p>それでは、外山先生、先にご発言いただきましたけれども、先生から他に何かご指摘があればさらにお願いたしたいと思います。</p>	<p>後期研修医の試算</p>
<p>○外山 研修医教育と後期研修 指導医 ローテーション 臨床研修制度</p>	<p>全体的なことでもよろしいですか。私は 20 年ばかり前、今の病院に米国から帰ってきました。最初にやったことはいかにいい臨床を国民に提供するか、ということに全力を注いで、それからやはりこれを受け継いでいかなければいけないという視点で、研修医教育をプログラミングいたしました。今で言う後期研修だと思えますけれども、そのころは初期研修も含めて全くそういう概念もなかったと思いますが、各施設でおやりになったところはあったかもしれません。</p> <p>私どもはそれで、実際に胸部外科の後期研修というのを始めたわけです。その中で 20 年が経過したわけですが、私自身の実際の体験およびそれに対する、若手の医師が私のところに来た、そしてどういうプロセスで、世の中で自分の能力を発揮しているかということを見てみますと、3つのことが言えると思います。</p> <p>研修医教育というのはあくまでもものすごいエネルギーがいるのだということ、そしてそれには特別な予算と、特別な医師、指導医かと思うのですけれども、そういった理念を持った人が必要であるということは間違いのないことであろうと思います。ですから、片手間に医師教育をやる、というわけにはいけません。うちは大きな病院だから、医師教育をやっていかなければいけない、という単純な思考ではとても務まらない、ということを私は感じました。</p> <p>医師教育、臨床医教育というのは、大学も含めて、大学が中心であるべきだとは思いますが、現在までの大学医学部にはそのキャパシティも実績もありません。日本でそれなりの臨床能力を持った一般病院と大病院が横に手をつないで、教育をする者と教育をされる者とを一定の水準で分けて、そして横のつながりを持ってやるべきことであろう、と思います。ですから例えば今、専門病院、がんセンターというのはその最たるものだと思いますけれども、がん教育もその中の一つの専門教育としてそこにローテーションをする、ローテーションの期間とか云々といったことは別として、そういったものをとりこんで、せっかく専門病院としてしっかりしたものがあるものを、そのローテーションの中、あるいは後期研修の中で組み立てていくという概念が、日本全体に</p>	<p>研修医教育と後期研修</p> <p>指導医</p> <p>ローテーション</p>

	<p>必要なことであろうと私は思います。</p> <p>3つ目は、後で出てくるかもしれませんが、医師不足云々ということがただ単に初期研修制度の導入とたまたま一致しているかもしれないし、もしそれが初期研修制度が原因としてそういうことが起きているのだとすれば、われわれ医療を担っているものの制度が間違っているのだ、と思います。医師全体・医療全体の制度が間違っているから初期研修制度2年間というもの、医師の偏在を生む、そして地域による医師不足を生じているのだと思います。やはり、初期研修というのは第一歩であって、非常に重要な第一歩を踏み出したと私は思いました。2004年にそういう制度ができたということですね。これからだ、と感じて私はいろんなところでそれは非公式の場で発言してまいりましたけれども、今後期研修制度というものを議論する場ができたということで、それを初期研修とどうつなげていくのかということを考えますと、定員化といえますか、A科に関しては全国で何人くらいの研修医が必要であり何人くらいの専門医が必要という概念を取り入れなければならない。というこの3点が私が感じたことであります。</p>	臨床研修制度
○土屋	どうもありがとうございます。岡井先生。	
○岡井 家庭医・総合臨床医	専門医の必要数の議論をするときに、今回の研究班の研究・議論の対象の一つにもなっております家庭医の問題であると思うんですね。家庭医の制度をどうするのか、その人たちにいま専門医としてどれくらいやっている部分を担当してもらうかで、需要が違ってくるので、むしろこちらを先に議論してからいった方がいいくらいだということを感じていますが。	家庭医・総合臨床医
○土屋	外山先生、先生アメリカでの経験が長いですがね、家庭医あるいは総合臨床医というものの印象はいかがですか。	
○外山 家庭医イコール専門医	私は最初から、日本に帰ってきて、心臓血管外科という極めて特殊な分野に携わってきました。しかし、つまり自分が家庭医であり、一般総合内科医というスタンスを常に考えてきました。家庭医は、向こうで言う、ファミリープラクティス、これは立派な専門分野であるんですね。専門医なんです。だからそのスタンスを日本がどこまで理解していくかということが非常に重要で、これは非常に大切な考え方だと思いますので、家庭医イコール専門医ということであると思っております。	家庭医イコール専門医
○土屋	はい、川越先生。	
○川越 専門医の必要数	<p>大変興味深く聴かせていただきました、川越です。</p> <p>専門医の必要数を計算すると申しますか、どれだけの必要があるか、ということを経済供給側ではなくて、むしろ国民のニーズにあった計算の仕方の方がいいということ、本当によく分かります。ただ問題は、非常に計算をしやすいものと、しにくいものがあると考えております。</p> <p>例えば、岡井先生、海野先生の専門のお産という年間のお産の数が決まっていますから、一機関でいくつやる、そして一人の医者が大体何人くらい診ればいいのかという計算は割とできていきますので、やたら増えても困るし、逆に減りすぎても困るという議論、つまり専門医の目標数というのを立てやすいと思うんです。</p> <p>だけど、今議論になっています家庭医の数というもの、この家庭医の定義自体がまだしっかりとしておりません。そういう専門的な分野が必要だということには一致していると思います。イギリスみたいに全部登録してしまつてやるということでしたら数が出てくるのだと思うのですけれども、その辺のところは今後考えていかなければということ。どなたか先ほど最初の方におっしゃられて</p>	専門医の必要数

	<p>いたと思うのですけれども、本当にその通りだろうと思います。国民の視点で、専門医が何人必要なのかと、そういう視点をぜひ持っていただきたい、というかやっつけていかなければならないと思っております。</p>	
<p>○土屋 専門分野のニーズ 家庭医のあり方</p>	<p>そうですね、今、川越先生ご指摘のように、数を数えるというときに、ただ、疾病構造といいますか、疾病の分布で割り切るだけではなくて、やはり文化というか、特に私ども専門の、がんだと、緩和医療、緩和ケアにですね、どこまで国民が求めるか、それによってその分野のニーズというのは大きく変わってくると思うんですね。これはもうまさに、文化によってこの需要というのは大きく変わってくるだろうと。ですから、必ずしもアメリカ型がいい、ここ型がいいと割り切れないというのがあると思いますね。</p> <p>家庭医については葛西先生には検討会ではご紹介いただきましたけれども、その辺の解釈がまだまだ医療関係者の中でも一致していないだろうと思いますね。葛西先生のお話を初めて聴いたという方も当日には多かったですし、やはりその辺から掘り起こして、国民にご理解をいただくような分布というのはどう考えていったらいいか、というように議論ができればと思います。そのためには、かなり資料が必要になるかと思えます。</p> <p>はい、葛西先生。</p>	<p>専門分野のニーズ</p> <p>家庭医のあり方</p>
<p>○葛西 研修医養成の適正数 の根拠 家庭医養成の進め方</p>	<p>家庭医のことを話していただいてありがとうございます。</p> <p>家庭医に限らず他の専門分野も含めて、主要な国で、どのようにして研修医の数を決めているのでしょうか。私はこれは研究班でするので調べたいと思いますが、まだまだ知らない方がほとんどかと思えますので、知っておられる方がいらっしゃったらぜひ教えていただきたい。日本の場合には誰でも好きな分野に入っていける。でも、研修を終えた後ですね、やってみなければ自分やりたいことをその後続けるポストがないとか少ないとか、そういう状況になっていきます。そうではなくて入り口で絞って競争させて、適正な人数がそれぞれの分野で育つと、そういうのがいいと思います。ではその数をそれぞれの主要な国でどうやって決めているのか、そのファクター、決め方などをですね、調査研究をして参考にしてできるものをしてほしいのではないかと私は考えております。</p> <p>それから、家庭医に関して言えば、例えばアメリカでは内科が22,000人ということですが、家庭医はその約半分、9,000人を養成している。それから、英国であれば卒業生の半分は家庭医の後期研修、日本でいえば後期研修という専門教育にあたる、それだけの数があるわけですが、日本の場合には、指導医も少ない、それから研修医も少ない、地域で研修医を受け入れる受け皿もまだであるという状態ですので、ある程度時間を決めて、ただ国民のためにはできるだけ早くということにはなりますけれども、現実的に見たら数年から5年のスパンで、その目標数の6割7割ぐらいまで到達するような形でですね、養成を進めていくという形で。そして数に関してはおそらく毎年毎年見直ししながら微調節をすることが求められるのではないかと考えています。</p>	<p>研修医養成の適正数の根拠</p> <p>家庭医養成の進め方</p>
<p>○土屋 家庭医養成の米国での現状 救急医の養成、横断的分野の検討必要性</p>	<p>ありがとうございます。</p> <p>ちなみに先ほどの118ページの米国のレジデント数ということからいきますと、ここには家庭医学、ファミリーメディスンというのがレジデント数が全体で9,456、席が用意されている、1年目のレジデントが3,156、未経験の1年目が3,010ということで、3,000人強の方が、毎年新たにファミリーメディスンに進まれているということです。日本は半分だとすると1,500人毎年育てないといけない。葛西先生が何十人単位で今頑張っておられるわけですが、やはりこの分野がかなり確立されないと、他の専門医の数というのも、今の数でいいのか、減らしていいのかということが議論になる。</p>	<p>家庭医養成の米国での現状</p>

	<p>それと、有賀先生の目が鋭いのですが、救急もそうですよね、アメリカに比べると恐ろしく少ない。同じ表を見ていただくと、すぐ家庭医学の上にありますけども、レジデントの総枠が 4,379 人、それで1年目のレジデントは 1,408、未経験の1年目だけれども 1,157 ということですから、この辺をですね、いわゆる、診療科横断的というか、そういうところを今までは日本では大学を中心に極めて専門性の高い教育のことしか考えていなかった。もう少し横断的な、ブロードな分野ということを見ていなかった、ということを加味しながら数というものを検討する必要があるかと思っています。</p> <p>それでは最後になりましたが渡辺先生。</p>	<p>救急医の養成、横断的分野の検討必要性</p>
<p>○渡辺 専門医と家庭医・総合医の連携 家庭医・総合医の指導医 漢方の重要性</p>	<p>はい、私は漢方という立場なので、どちらかというと葛西先生と川越先生のような、家庭医・総合医という立場で参加させていただいていると思っております。先ほどからの専門医の数ということに関しては、おそらく専門医がどこまでやるかという範囲に関わると思っています。例えば脳外科の先生が、外來もやらなくてはならない。そうすると多くの頭痛の患者さんが来て、本来のオベをしなければいけないという業務以外の多様な業務に追われる、というのが日本の医療の現状ですので、専門医がカバーするもの、家庭医・総合医がカバーするものというものを、明確な線引きは難しいですけれども、ある程度の大まかな分け方が必要かなと思っております。基本的には患者さんがいきなり大学病院ではなくて安心して総合医・家庭医に行くというような仕組みができ、専門医との連携ができれば理想だと思います。</p> <p>先ほど葛西先生のパワーポイント資料を拝見してまして、もっともと感じました。家庭医・総合医の指導医の数はどうかということになるのですけれども、私は内科専門医ではありますけれども、内科の開業されている先生方というのは臨床レベルは高いですね。メーリングリストがありまして、いろんな症例の症例検討みたいなものをやるんですけれども、非常にハイレベルなディスカッションになっております。大学に限られた疾患だけを診ているというような先生方と違って、幅広くいろんな患者さんに接してしかも真摯(しんし)にそれに対応しています。ということで指導医の方はですね、そういった既存の組織が各科にあると思いますので、各診療科の中でも本当に患者さんと向き合っている開業医の先生方を中心に解決できるような気がいたします。</p> <p>最後に漢方のことだけ少し話をいたしますと、現在医師の8割が漢方を日常診療に扱っております。医学教育ではコアカリキュラムに入りまして、全国に80の医学部、医科大学があるのですけれども、すべてにおいて漢方の教育がなされております。しかしながら卒後教育制度というのは全くないものですから、8割の医師が用いているとは言っても、各科において非常に限定された処方しかなされてないという現状がございます。ただ、漢方は多成分であることから、特に高齢者で複数の疾患を抱えているような場合など、一剤二剤で対応が可能だというメリットがございます。また最近ではインフルエンザの治療で、タミフルと漢方薬との併用と単独群と、各西洋薬、漢方薬単独群と比較して、誰もが漢方とタミフルとの併用群が一番いいだろうという予想のもとにやった研究があるのですけれども、実際には漢方薬単独のものが一番使用薬剤日数が少なかったし薬剤費も少なかったという結果が出ております。漢方の世界は、研究費がつかないものですから、医療経済的なことが期待されていないが、なかなか研究が進まないという実情があるのですけれども、漢方というものをもっと総合医・家庭医の中でしっかりと確立できれば、選択の幅が広がることによって患者満足度が上がるとともに、医療費の削減が多分期待できるだろうということを考えております。以上です。</p>	<p>専門医と家庭医・総合医の連携</p> <p>家庭医・総合医の指導医</p> <p>漢方の重要性</p>
<p>○土屋 総合医のあり方</p>	<p>はい、どうもありがとうございます。今の渡辺先生のお話に何かご意見ありますでしょうか。よろしいですか。</p> <p>渡辺先生、開業医の先生にレベルが高い方がいるというのは私も賛成なので</p>	<p>総合医のあり方</p>

	と、地域の偏在と、それから病院の設置形態における、大学それから市中病院を含めてですね、その設置形態間の偏在と、この3つの大きな基本的な偏在があって、これに対して実効性のあるような方策を構築することができるかということに、すべての問題は関わっていくという具合に思います。それで今議論しているのは、そのような前提に立って偏在をどういう具合に分析、理解、認識するかということがまず一つ大きな問題であると。これにはいろんな参照軸があって、どれをメインにしてどこをどういう具合に修正してみるのが一番正しいのだろうかということがあって、これもすでに今、いくつも具体的な議論はすでに始まっておりますけれども、すごく難しい問題であると、ただ、今回目的として設定していることを考えると、そこばかりに終始していても、十分な、適切な結論にはならないだろうと。それをある程度のところでやはり適切な判断結果という形にとりまとめて、それに対してどういう方策を考えれば、今言った非常に3つとも基本的ですね、それぞれが根源的な問題だと思えますので、それにメスを入れることができるかということである、という具合に私は考えていて、そういう立場でできる限り適切な意見、発言をしていこうという具合に考えています。	点
○土屋	ありがとうございます。それでは、川越先生あらためて。	
○川越 各学会による専門医 必要数の試算	<p>いろんなことを考えてお伺いしていたんですけども、あの検討会が良い方向に進んでいるなということが正直な実感です。</p> <p>それで私、先ほどもちょっと申し上げましたけれども、これは前期と違いました後期研修になりますので、まさに専門医をどういう具合に育てていくかということであるわけで、逆にもし知っていらっしゃる先生がいらしたら教えていただきたいんですけども。自分のところの専門学会が、学会員の数が減ったとか増えたとか、そういうことは別にして、そもそも自分の専門の領域には何人の専門医が必要なのかというような計算を各学会はしているのでしょうか。それが無いとやはり毎年この科は増えたとか減ったとか、外国と比べてこうだとかということが出てきて、先ほど申しましたように、僕は岡井先生、海野先生のところばかりだして恐縮なのですが、産科はお産の数がこれだけあったら、一人の医者がこれだけやったらこうなるというのは多分計算ができて、そのために専門医を何人確保すればいいかという、非常に計算しやすい科じゃないかと思えます。それからもちろん、それをどういう具合に運用していくかという問題も入ってまいりますけれども。麻酔の先生も多分そういう計算ができるんじゃないかと思うんですね。私の専門領域であります、がんの方の在宅死ということですと、例えば今日本全国で年間がんで30万人死ぬんですけども、その中の自宅で亡くなる方、つまり在宅死率は6%ですよね。それをだから全体的に20%にもっていかうということにしましたら、それに何人必要か、そういう在宅ホスピスを専門としている医者を育てていけばいいのかというような計算ができると思うんですね。ですから各専門学会が今、どういう具合に必要な数をみているかということと、それをもしそういう専門学会があるとしたら、そういうものをすべてにとは申しませんけれども、できるところはぜひそういう必要数を計算していただきたいと願っております。その点もし知っていらっしゃる方がいらしたら教えてください。</p>	各学会による専門医 必要数の試算
○海野 小児科学会の試算	産婦人科学会はまだやれていないんですけども、小児科学会が何年か前に、一応700という数字を出したのです。小児科学会のプロジェクトチームが一応数を出しています。もちろんそれが議論があるのかもしれませんが、それぐらいしか診療科ごとの数は出ていないと思います。産婦人科は、減らないようにするのに500人という試算をしているのですが、ただ、今まで500人入ったことはないんです。ですから、今とにかく増やさなければしょうがない、というのが今の産婦人科の状況です。	小児科学会の試算
○川越	その点ぜひ知りたいと思います。小児科の先生に直接聞くのがよろしいと思う	

	のですけれども、700 という数がどういところから出てきたか、ぜひ教えていただきたいと。	
○土屋	有賀先生どうぞ。	
○有賀 我が国の「土壌」にあった専門医とは	大変有意義な議論が展開していますので、せっかくなのでちょっと横やりを入れるような意見です。 実はですね、開催要項の2行目に「我が国の土壌にあった」と書いてありますよね。この土壌と書いてあるところが極めてキーワードでしてですね、日本救急医学会が、救急専門医がどれくらいかという話でいえば例えば救命救急センターの数がこれくらいなのでどうだとか、それから臨床研修の必修化に伴って研修医を教えるためには少なくとも救急の専門医が体系的に教える必要があるとすれば何人ぐらい必要だ、だからとてたくさん足りないね、とこら辺の議論はいいんですよ。ところが、私が卒業してしばらく研究した脳神経外科というところにいきますと、この「我が国の土壌にあった」という議論になってしまうんですね。つまり脳神経外科医は、米国やヨーロッパと違って、かなり外来でもしているし、その後の仕事もしているわけですね。ですから例えば専門性でいけば、神経放射線というのがあるじゃないですか、診断学にキーになるような。それも私たちはやっている。それから手術した後のフォローアップももちろんやっている。だから従ってリハビリテーションにも首をつっこんでいる、という話がありまして、実はですね、この「土壌にあった」という話が出てきた途端に、私たちの学会ではこれだけのことが必要なんだという話になって、とてもたくさん足りないね、という話が山ほど出るんですね。ですから、手術場だけで仕事をさえてくれればいいんだよと言ったとしても、なかなか地域地域に応じて、田舎に行けば行くほどそうは問屋がおろさなくなって、で今の話がグルグル回ります。だからおそらく、あるべき姿という話をかなり強引にですね、持ち込んで、それを説明できるようなプロセスにこの3か月のうちに持ち込んで、そして土屋先生のリーダーシップで、なんとかたたき台のたたき台のような形でポーンと作らないと、おそらく国の全体は進まないんじゃないかなという感じがします。ですから救急医学とか家庭医とかですね、かなりベーシックではあってもまだ未熟な部分についてはこうだとかああだとか言えませんが、脳外科などのようにエスタブリッシュされたところに関しては、土壌の中でどうなっていくのかということが難しい。おそらく、心臓血管外科も手術だけしている先生は目立ちますけれども、実は地域に行けば行くほど先生がおっしゃったように、外来で診て、その後も診て、そして内科の先生方とのつなぎをやり、それから場合によってはその仕事の先もですね、いろんなハンディキャップに関する証明書などを書き、そうしてずうっとやっていますので、外国の事情プラス日本の土壌ということになるので、これは面白いんですけども難しいと、言うしか言いようがないんじゃないのかなと思います。ぜひ、頑張ってくださいかと思えます。	我が国の「土壌」にあった専門医とは
○土屋	ぜひお支払いいただきたいと思えます。今の脳外科の方ですね、嘉山(孝正)先生がいないからしゃべるわけではないのですけれども、嘉山先生が言われる脳外科の土壌は、脳外科医の土壌がベースなんですね。この会の議論はやはりそうではなくて、国民が一番利便性が高い土壌は何か、ということで進めないといけない。そうしますと有賀先生が言われるように、思い切った試算というのができると思うんですね。ぜひそういうように頑張りたいと思えます。	
○有賀	ちょっと土屋先生、嘉山先生がいないので。脳神経外科医として地域に行きますと、少なくとも私自身がやったことは神経内科の先生方がやっていることをやっているんですね。実は私が行った地域の病院では神経内科の先生がなくて、結局脊髄(せきずい)小脳変性症の方を僕らが診ているんですね。ですからそうなりますと、嘉山先生の脳神経外科学会の言っている脳神経外科医の景色というのは、彼らが勝手に思っただけではなくて、日本の国の景	

	色がそうさせたということもありますので、その点はちょっと。	
○土屋 日本の土壤の変化、チーム化の必要性	私も班員としてちょっと時間をいただくと、うちでもがんの化学療法というのは例えば肺がんとすると昔から内科医が育ったんですね。写真で直径が測れるので治療効果が分かると。ところが、消化器ではなかなかそうならなかった。ましてや整形外科とか泌尿器科は、整形外科医とか泌尿器科医が化学療法をやって当たり前だと、というのが日本の世界だったわけですが、私どもの病院では10年くらい前からですね、内科の連中が嫌がるのを、お前は泌尿器科の担当だと、お前は婦人科だ、というのをやってもらったんですね。泌尿器科医たちがそれに任せると、いかに自分たちが手術に専念できるかと、分かったら今度押しつけてくるんですね。でそうすると、じゃあお前のところの外科医の定員を一人減らすぞ、と言っても文句言わなくなるわけです。もっと余計なことに気を遣わない、というと患者さんに申し訳ないのですが、手術に専念できると、だったらもっと手術できますよと。そして、自分たちの専門性が高まると。じゃあ一人ぐらい内科に譲ってでも、自分たちの専門性を高めたい。今言われた脳外科と救急と、神経内科はそういう関係じゃないかと思うんですね。握っている限りいつまでも自分たちがオールラウンドプレーヤーで偉いんだと、そうではなくて、専門家がチームを組んだ方がもっとレベルが上がるんですよ、というのをやはり、嘉山先生にもぜひご理解いただいてですね、日本の土壤を変えたいと思います。	日本の土壤の変化、チーム化の必要性
○有賀	適時発言したいと思います。僕もそういうつもりで救急の方にどっぷりつかりましたから。	
○土屋	ありがとうございます。	
○江口 連携を考慮した適正数の想定	専門医が専門外の診療をも行うのは、自分たちが意図的に診療範囲を超えて全部をとる、というような発想だけではないと思います。やらざるを得なかったことも大きいと思います。発想を変えたその利点というか、例えば欧米の非常に専門化・細分化された診療では、逆に自分の専門でないものは知らなくてよいことになり。例えば肺がんの化学療法をするのに胸のレントゲンは読まないという、そういう弊害も出てきています。そういう意味では、日本の土壤にあった医療は質の良い医療を実践していた部分もあります。つまり専門医といえどもベースに総合的な知識を獲得する教育が必要です。また、医師の適正な人数を考えると、従来のままの「こなすべき仕事量」をそのまましておくのではなく、コメディカルとの連携を十分に考慮した新たなチーム医療の枠組みの中で、適正な人数を想定していく必要があると思います。	連携を考慮した適正数の想定
○土屋 バランス感覚の必要性	江口先生おっしゃる通りでね、いわゆるアメリカの方は逆に専門バカ的なところがあって、これはやはり反面教師としなないといけないと思うんですね。確かに脳外科もそうですし、その他の日本の今までの医療形態が、経済的に豊かだった時代は、入り口から出口まで一人の主治医が診る、この良さはもちろんあったと思うんですね。ですから、その辺を残しながら専門分化も認めていくというような、かなりバランス感覚が求められているんじゃないかという気がします。ですから報道の方にも、今の非難的なところを一部だけ言って、脳外科を決して私どもは非難しているわけではないということをぜひうまく報道していただきたい。そうしないと医者同士でけんかしてしまうと困りますので。従来の良い点を残しながら、やはり効率良くですね、国民の期待に応えていくということがこの班に課せられた使命だと思います。 どうぞ、お待たせしました。	バランス感覚の必要性
○海野 領域の専門家による議論の必要性	私は最初に、それぞれの先生の専門の先生に言わせるべきだと申し上げたのはですね、例えばそれぞれリハビリの先生と脳外科の先生と神経内科の先生でどうのだからということになると思うんですね。それでそのときに、そこをオ	領域の専門家による議論の必要性

<p>コメディカルにおける 専門領域の理解</p>	<p>一オーバーラップしながらやっていくというのであれば分担できるだろうし、それぞれ専門化してやっていくというやり方もそれぞれの領域の特性次第だと思うので、それも専門家同士の議論じゃないとなかなか進められないというか、われわれ他の分野の人間には判断できない部分だと思うんですね、ですからそういうところも含めて、全体を出していくことで、この人たちはわがまま言っているだけだということも、客観的に見て分かるかもしれませんし、また一方で、ああそうか、という部分もあるかもしれない。</p> <p>また、コメディカルとの関係で申しますと、やっぱりそれぞれの分野で現場での働き方というのはそれぞれ特殊だと思うんですね。ですから私も産婦人科の領域ですと、助産師さんという、その分野だけに特化した職種がございますけれども、それはそれぞれの分野で専門領域に特化した看護師さんとか、あるいは整形でしたらいろんな方とか、作業療法士とかいろんな分野の方がおられますので、それもまた総合的にそれぞれの専門の立場で議論して考えていただいて、それでなおかつ一番良いのはどうなんだということを進めていかなければいけないのかなと。私は、これを作っても結局あまりに踏み込んで誰にも受け入れられない案ができてあがってもしようがないかなと思っていまして、ですからこれから日本の土壌にあってですね、それでじゃあこれでやっていこうというコンセンサスが得られるような案ができればいいなというふうに思っています。</p>	<p>コメディカルにおける 専門領域の理解</p>
<p>○土屋 制度の継続的見直し の必要性</p>	<p>今伺っている感じでは確かに各科の調整というか、それが必要で、素案を年内にという。ただ、制度として大事なのがそれが一回決まった後でもですね、そういうのがコンティニユアスに話し合いがもたれて、毎年のように還元されていくような制度というのを作りあげなければいけないだろうと思うんですね。一回決めたからこれで10年間やれ、というような制度ですと多分ものすごい反発が出る。1年たってもそこでも見直しが効くんだと、この見直しがコンティニユアスに行われる仕組みというのがどういうものか、というところがキモじゃないかと思うんですね。今までは、決めたらこれに従えと、お上の仰せ付けだったのが、これではやはりうまくいかないという気がいたして聴いておりました。</p>	<p>制度の継続的見直し の必要性</p>
<p>○外山 専門医教育における 相互理解の必要性 日本の土壌について のとらえ方</p>	<p>ただいまの議論は非常に重要なことで、私自身も長年今現在の病院で、アメリカから帰ってきたときには非常にカルチャーショックを受けた部分であります。それでいろんなご意見があったと思いますし、いわゆる専門バカであるとか、そういう両極端は決してやってはいけないことだと思います。</p> <p>私はいくつかの例を申し上げて、一言意見を述べさせていただきたいのですけれども、ちょっと前の話ですけれどもある病院で(現在の私の病院ではないんですけれども)、腹部大動脈瘤(りゅう)の破裂の患者さんが運ばれてきた、これは外科的疾患であるというのは当たり前のはずであったんですけれども、内科が救急でおなかを痛いということで呼ばれて内科医が診に行った、そうしたら診断はついた、血液をとったら貧血と強いアシドーシスであったということで、そのうわさが外科の方にも入ってきまして、ああそれはもう即手術だろう、意識はある／ない、云々ということから、段取りをしておりましたところ、その内科医がですね、かなりキャリアもある人だったんですけれども、「先生こんなにすごいアシドーシスで手術なんかできるんですか」と、いう発言をされたんですね。それはある意味で私は米国と日本の心臓血管外科医療の差を感じた最初であったんですけれども、米国の循環器内科医というのは非常に心臓手術のことをよく知っております。私が少なくともいたところでは、数か所の大学病院におりましたけれども、知っております。ですから外科医もうかうかしてられないんですね、外科の結果によって内科医からクレームがつくこともあるわけです。つまり、そういうことで決して専門バカだというのがアメリカの現状かという、必ずしもそうではない。ただいまの例は少し前の話なんですけれども、今はまさかそんなことはないと思います。ただそれに象徴されるようなことが逆に、日本の専門家に多かったということも私はこの目で見ております。そういうことからですね、やはり外科と内科の、切るか切らないかの分野</p>	<p>専門医教育における 相互理解の必要性</p>

	<p>のオーバーラップする知識とか臨床能力というのは両者にとって絶対に必要なことであるということで、そういうことも専門医教育の中にかっちり入れるということです。</p> <p>日本の土壌云々というお話がありましたけれども、この会議ではやはり日本の土壌の悪いところは変える、良いところはそのまま残す、というような観点で進めただけならば非常に良いのではないかと。脳外科の例はよく聞く話だと思います。われわれの病院では現在ですね、少しずつ改善してきました。外科医は切ることに専念させてくれと、だから外科医の技術が高まってくるんだ、だからそれは国民のためになるんだと。要するに下手な手術をやってしまえば、前の管理がどんなに良くてもどんなに良い知識を持っていてもうまくいかない、ということは外科系の先生は皆さんご存じだと思うんですね。ですからいい手術をやらせてくれと、やるためには一定の経験と教育が必要なんだという観点から見ると、術後の例えば肺炎を起こしたと、それが手術とたまたま一致していた場合もあれば、もともとMRSA(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)を持っていて、それが手術という(心臓外科の場合には非常な)侵襲の大きい手術になりますので、そういうことから発生してきた、さあそうしたら循環器系は完全に落ち着いて退院しても良いのだけれども、肺炎で悩んでいるというようなときに、感染症の先生とか、呼吸器内科とか、とわれわれの病院ではそれが非常にうまく連携できておりました、助かっておりますけれども、赴任したころには全くそれができていなかった。手術したんだからあなたのところまで最後まで診なさいという内科の先生ばかりでした。これではいけないと思います。ですからその辺をいろんな分野の先生が今日集まられているわけですから、何か医療現場の医師たちが納得できるような、一応の結論は出していたきたいな、と思います。</p>	<p>日本の土壌についての考え方</p>
<p>○土屋 研修体制整備の必要性</p>	<p>ありがとうございます。</p> <p>ですから今、外山先生が言われたように、教育制度と診療の体制と、これがアヤのように思っていると思うんですね。ですから日本ですと、胸部外科医ですと胸部外科の教室に預けておけばいいと、というような形ですけれどもやはり、胸部の疾患の診断、病理、その他そういうところをローテーションしてですね、それぞれを見て育てていく、でこれは一つの科で医者を確保することではなくてですね、どういう次代の医者を育てるかというのにはどういうコースを用意してあげたらいいのか、それでこの病院ではどういうところが用意できるのか、足りないところはどここの病院と組んでそのコースをよようにあげたらいいのか、そういう発想が必要だろうと思うんですね。今までは日本では学会中心ですと、何例もなしたらいいい、とかですね、何科のどここの病院の胸部外科の所属だ、ということがあまりにも表に出すぎてたと思いますので、その辺まで含めてですね、細かい点全部はできないんですけども、原則こういうことを基準にコースというものを考えるんだというんですね、そういう指針は示さないといけないだろう、という気がいたしました。</p> <p>他にご意見ありますか。</p>	<p>研修体制整備の必要性</p>
<p>○有賀 初期臨床研修・卒前教育の議論の必要性</p>	<p>この研究班は後期臨床研修というか、専門医というか、家庭医も専門医だということでももちろんいいんですけども、いわゆる卒後2年の初期臨床研修ですね。その2年のプロセスで、とても理想的な医師がつくられていく、ということも前提にものを考えていくのでしょうか。</p> <p>つまり後期のことを一生懸命やろうと思えば、やはりその前段もやらなければいけないし、そうなるとその前段の医学教育もありますよね。極端なことを言えば医学教育で初期臨床研修みたいなことをやれば、臨床研修なんていらんないんじゃないか、というような、ある意味極論みたいなものもありますよね。ですからそういう意味で、この研究班そのものは、究極のイメージは何となく分かるんですけども、前段の2年間、または医学教育について、やはりそれなりのメッセージを残すようなことをしておかないと、2階に上がった2階だけの話をしている1階はどうなっているの、という話をしたときに、やはり理論武装</p>	<p>初期臨床研修・卒前教育の議論の必要性</p>

<p>方等に関する検討会での議論</p>	<p>覚えているんですね。それは結論的に言うと今の前期の研修医制度というのは見直さなければいけないと、これは皆さん意見一致だと思います。その中で今の2年というのが長すぎるんじゃないかということで、学部の研修と一緒にして議論しないといけないんじゃないかというところまで踏み込んだように思います。もし向こうがどういう話が進んでいるかということに適宜流していただいて、やっぱり全体の学部教育、前期臨床、それから後期という流れの中でこの会を位置づけといいますか、見ていかなければいけないと思います。情報が欲しいと思います。</p>	<p>での議論</p>
<p>○土屋</p>	<p>ちなみに第1回目の会合では大きな進展はありませんで、あれをつくられた方たちは大変良い制度だと、そうではない方はあれを見直しをすべきだというのが主な論点であったように私は解釈しております。</p> <p>阪井先生。</p>	
<p>○阪井 総合的な視点の必要性</p>	<p>卒後研修の方で一言申し上げます。</p> <p>先ほど江口先生がおっしゃった専門性が高い人が専門バカになってはいけないと、肺がんの外科医がレントゲンを見ないというのは言語道断だと思うんですけど、そういうご意見とそれから今、外山先生がおっしゃった、いやアメリカでは内科医も手術のことは分かっているぞとおっしゃったと思うんですけども、そういうことを踏まえて私自身も北米で卒後研修を一部受けたものとして強く思うのはですね、外山先生多分説明してくださると思うんですけども、アメリカの私のいたところでは、例えば感染症の専門科、あるいは呼吸器内科の専門科、そういう方を必要に応じて呼び集めてですね、チームで、術後のICU(集中治療室)での管理を勉強させてもらってたんですけども、そのときにうまくいっているのは、全体のことが分かっている人が、ICUであればICUの専属医、内科であれば総合内科医、というその人が必要に応じて旗を振って専門科を呼び集めて非常にレベルの高いディスカッションを仕切っているという形があったと思うんです。</p> <p>それからもう一つは、それぞれの、例えば感染症内科の専門科医といってももともとは総合内科をしっかりやっておられた、その上に感染症の研修を受けたということ、総合内科のことが分かっておられる。総合内科医が何を考えるか分かっておられる。あるいは外科医にしても心臓外科医であってももともと一般外科をみっちりやっておられるので、外科的素養がすごくあって心臓のことが分からないということではない。それはすごく、私がその前にいた日本でも卒後教育の違いというのを感じました。ですから卒後教育の中で、まず内科なら内科、外科なら外科、小児科なら小児科という分野における総合的なところはみっちりやって、その上でさらに小児腎臓科、小児心臓内科とか、あるいは外科なら外科でみっちりやっ上で心臓血管外科とか、小児外科といったものをやると、そういうのが必要だろうと考えております。</p>	<p>総合的な視点の必要性</p>
<p>○土屋</p>	<p>ありがとうございます。外山先生。</p>	
<p>○外山 初期臨床研修のとらえ方</p>	<p>前の初期研修のことに関しての、初期研修は見直すべきであろうという何となくコンセンサスがあったという話があって、土屋先生が、いや、意見の分かるところだとおっしゃって、僕は土屋先生の言われたことで実は安心しました。</p> <p>今の初期研修制度が2年が良いか1年がいいか3年か、それに関してはもうちょっと実情を診なければいけないと思いますけれども、初期研修制度というものが悪者だという考え方を発言されている方がいらしたら、私はぜひご意見を伺いたいし、私も意見を申し上げたいと思うんですね。初期研修制度ができたときに、先ほどもお話しましたが、私が現在の病院にいるとき2004年ですから最近の話ですけども、これは少なくとも日本の今までの医師教育</p>	<p>初期臨床研修のとらえ方</p>

	<p>の中ではヒット商品だと、少なくともここまでこぎ着けたんだという意識を非常に強く持ちました。そして今もそれは変わっておりません。確かにですね、初期研修の2年間は総合臨床医になるにはもちろん短いと思いますし、じゃあ専門医に対してはどうかというと、専門医に対しても私どもの分野で言えば、まあ土屋先生も胸部外科医で、考える基盤というはおそらく同じだと思うんですけども、やはり胸部外科医の前にやるべき知識と技量というのは求められるものとしては2年ではとても足りない、というように思いますね。ですから初期研修というものをもしも短くするのであれば、例えば1年とするのであれば、もうそこで切って後期研修というのは独立してものを考える、ということをやらなければ、初期研修からのつながりでものを考えているのだとしたら、やはり非常に難しい。なぜかと言いますと、1年あるいは2年でもいいと思いますけれども、私どものところでは2年間の初期研修というものの後に、最低1年の腹部外科研修を入れております。そしてその後、ですから卒業して4年目に初めて私の科に入るという制度で、私はずっと一貫して卒業教育をやってまいりました。結局は各医療機関によって、違う制度が入れられてくると思います。そうしますと、研修医の能力というものに非常に大きなバラツキが出てくるであろうと思います。ですから、卒業例えば7年目で私のところへ来たい、と言ってきた場合に、その人のどういう研修を受けたのかという、ということによって私どもは対応を変えなければいけない、ということになりますね。ですから、その辺の統一性を考えるためには、やはり初期研修制度の議論というのはもっともっとされるべきだと思いますし、そんなに単純に制度ができてまだ数年で医師の偏在を起こした原因はこれだとか、そういうような議論だけで進められるべきことではない、というように思います。</p>	
○土屋 医師数、定員是正の 必要性	<p>初期研修についてはですね、今日の資料の79ページにですね、具体化の検討会の2回目に出した地域医療の崩壊が臨床研修制度が招いたんだというものをもしましたけれども、これは赤線が定員でですね、青いところが定員が埋まっているところで、実は白いところは定員が埋まっていないと、次のページを見ていただくと、実は定員の是正をしないものだから都会の大きな病院に皆集まってしまっていたので、都会の病院を削ったらいいかということですけども都会の病院ですら、救急で困っているということで要は医師の増員が必要だったということが、表に出ただけではないか、制度が悪いわけではないということが私の見解であります。</p> <p>外山先生が言われたように、何か臨床研修制度が諸悪の根源のように言われている面がありますが、私もそうではないと思うんですね。あれは以前までの研修に比べればずっと良くなったので、ただそれを4年間定員を放(ほ)ったらかしにしておいたところが一番よろしくないということ、やはり的確に是正をして教育のプログラムを用意しているところにですね、適材に配置をするというような努力をすればもっと良い制度になっていた、と解釈します。だからその上で、後期研修で若い方をどう育てて、国民の期待に応えるかというのがこの会に課せられた課題ではないかな、という気がいたします。</p>	医師数、定員是正の 必要性
○岡井 卒前教育と初期臨床 研修	<p>初期臨床研修の問題は、この間の検討会で議論した結論の一つはですね、学生教育とのつながりが悪いと。今だと学生5年生実習やって6年生実習やって、一回国家試験で現場から離れて、それでまた一から始める。そここのつながりが悪いから非常に無駄なんじゃないか、効率が悪いんじゃないかということが一番メインな議論になったと思います。ですからそれを聴いて大臣がそれじゃあ厚労省と文科省と一緒にそのことを検討しようという会になったので、思想としてですね、初期臨床研修制度はこれはそれ自体が悪いとはあまり大臣も言っていないと思うんですよ。そういう問題とあとの日本のようなやり方で、2年間の効果が上がっているのかと、それだけ力をつけているかという教育のやり方の問題ですね。そこも問題があるとは思いますが。</p>	卒前教育と初期臨床 研修
○土屋	<p>ですから、そのときに大学での教育病院と市中病院との間で対立がありまし</p>	

	<p>てですね。市中病院側は大変評判がよろしいと、大学病院が評判悪いところが多いのではないかとというような批判があったのは事実だと思います。</p> <p>渡辺先生。</p>	
<p>○渡辺 専門医・家庭医育成の理想のビジョン</p>	<p>非常に有意義なディスカッションで、感動しております。やっぱりどういう医療にするかということは本当に教育とリンクしているので、専門医、各専門学会で、どういう専門医を育てたいかという理想のビジョンを明らかにしていただいで、そのために例えば脳外科を回る前に一般外科を必ず回るとかですね、その後神経内科を回るというようなものが見えてくると思うんですけども、専門医という言葉で定義されるのが、どういう人物なのかということをお程度明らかにする。それは理想にすぎないかもしれませんがもまだ理想でいいと思うんです。それでそれに対してどういう教育プログラムを組むかと。</p> <p>家庭医に関しても理想とする家庭医というのはどういう家庭医なのか。それでそれに対してどこが責任を持って教育するのか。全部が葛西先生がやられるのは無理ですから、例えば先ほどの一生懸命やられている開業医の先生の他にも、大学の各専門科のリソースというのがあるわけですから、そういった今現存するヒューマンリソースを使ってどういう教育プログラムを組めば一番効率的に早く家庭医というものが確立するかということをお明らかにすべきかと思ひます。そういうことをやる一番最初のスタートとして理想の専門医像、家庭医像とは何かお浮かび上がってこないとなかなか議論は進まないのかなと思ひました。</p>	<p>専門医・家庭医育成の理想のビジョン</p>
<p>○土屋 学会による専門医の基準 国民の求める専門医の基準とは</p>	<p>先ほどちよつと話題になった、専門医というのはどういう基準で各学会で考えられてどれだけの数かという話ですけれども、外山先生と私が胸部外科で心臓外科と一般胸部外科といひますが、肺がんの呼吸器の外科ですけれども、胸部外科学会が中心になって、呼吸器外科学会とかですね、心臓血管外科学会と共同で専門医を育てると、ただ、実際には呼吸器外科は呼吸器外科、心臓外科は心臓外科というような形で制度ができておるんですね。そのときにやはり呼吸器外科側で問題になって10数年たつて問題になったのは、やはり心臓血管外科的な素養があった方がいいのではないかとおことで、3か月はローテーションさせたらどうだ、というのが今やつと話題になってきておるんですね。ですからそういう意味では各学会でも努力しておるは事実だと思ひます。これは評価すべきだと思ひますが、ただ問題はですね、それまで専門医の基準ですね、例えば心臓とか肺の手術を術者として20例やればよろしい、というのが最初のころの基準なんですね、外山先生も鼻で笑ってしまうぐらいにアメリカでは信じられないぐらいに数が少ないんですね、何百例という単位ではないかと、ゼロが一個間違ひじゃないかというのが専門医になっておる。ところが、各大学で毎年3人や4人医局員を入れると、全員に6年7年で専門医を取らせるには、それぐらいの数しかお前できないよなという議論が行われて専門医制度が考えられておたのが、10年前20年前なんですね。ですから、大変残念な、身内を非難するようでお忸怩(じくじ)たるところがあるのですが、残念ながら自分たちの教室員をなんとか専門医というレッテルを貼らせるにはどうしたらいいかというのが、最初のころの専門医の基準作りだったと思ひますね。やはりわれわれが考えないといけなひのは、国民が安心してこのレッテルが貼られておる医者にかかれるんだというには、どういう医者なんだという基準で専門医というのとは何かというのを考えないといけなひ、と思ひますね。</p> <p>ですから各学会からの事情聴取も大事なんですからけれども、ではそれにあわせて数を数えていこうかという、先ほど言った3万人も4万にも必要だ、という数になっておしますのでそこは事情は聴くんですけども、本当にそうなのか、というような、いつも懐疑的な目で見るとおるような必要も同じ職業人として大変残念なんですからけれども、今現在の日本の実情というのには、そういうところあるんじゃないかという気が、身内ながらいたします。ちなみに今呼吸器外科は、</p>	<p>学会による専門医の基準</p>

	<p>50 例から 75 例にしようかどうかというところですね、まだ三桁(けた)についておりません。私もは身内の話ですけども年間 500 例から 600 例の肺がんの手術がありますが、それでも年間 1 人育てるのがやっとなと、認識しております。彼らは 1 年間チーフプレジデントをやると、100 例以上の手術をやっています。彼らには私も今肺がんになっても身を任せてもいいと、言うつもりであります。それを育てないとやはり国民の期待に応えられないと。</p> <p>ですから各学会に基準を聞いてもいいんですけども、私の胸部外科の経験では、多分参考にならないんじゃないかなというのが個人的な印象です。こんなことをまた学会で言うとまた袋だたきにあいますけれども、しかし学会で袋だたきでも、国民に袋だたきにされないような結論をここでは考えなければいけないという気がします。ですから、先ほどから川越先生が言われているように、お産だったら何例経験したら自分の孫をですね、どこへ任せられるかということですね、何も個人的に知ってなくてもこの看板を掲げていければいいと、ということが多分専門医の基準ではないかなという気がいたします。</p>	<p>国民の求める専門医の基準とは</p>
<p>○葛西 国民の求める専門医と、標準的プログラム</p>	<p>この後期研修の委員会が非常に大事なことは、おそらく今非常にエポックメイキングなことをしているからだと思うのです。諸外国ではすでにやっていることですが、それを初めて日本でもやり始める。それは何かというと、各科の専門医になるのに専門のトレーニング(後期研修)をしてそれが修了した上で専門医になるということです。国民が求める各科の専門医の条件を決めて、そして全国で標準的な研修プログラムで後期研修を運営し、その後期研修を修了できた人が初めて専門医になっていくという時代を日本で創っていくという、まさに画期的なことです。今日は第 1 回ですが、これからぜひ後期研修途中の評価をどのようにして目的のレベルに上げるのか、そして修了した人間をどのように認定していくのか、そういったこともわれわれは十分ディスカッションしていくことが必要だと思います。</p>	<p>国民の求める専門医と、標準的プログラム</p>
<p>○土屋 まとめ 次回以降の進め方</p>	<p>葛西先生が、まとめに言っていたので、この部屋は 3 時から別の会が使いますので、そろそろまとめに行きたいと思うのですが、今葛西先生が言われたようなことと同時に、先ほど山田先生がおっしゃった、3 つの偏在ですね、地域・診療科別が言われておりましたが、設置形態、特に診療所と病院、あるいは経営母体の違いとかですね、いろんな形があると思うのですが、それについての実態を分析して解釈するという作業を次回の班会議から早速やっていきたいと。</p> <p>これについては今日皆さんの間でですね、家庭医も専門医の一つである、という認識がありましたので、その辺を踏まえて医師会とか専認協からまず事情を聴きたいと思えます。その後で、各学会からご意見を聴いたらどうかと。ちょっとけなすすぎましたけれども、決して各学会のご意見を聴かないということではありませんので謙虚に聴きたいと思っています。先ほど申し上げたように、かなり学会も努力しているのは事実ですし、ご自分の教室を背中に背負いながらもグローバルスタンダードに近づけようと努力が、各学会とも今、なされているのは確かですので、その辺を謙虚に耳を傾けたいと思えます。</p> <p>その上で、目的にあった必要数というのはどう計算していったらいいのか、ということをお聞きしたい。それとこの制度を考えたときにやはり制度が硬直しないために、流動的にいつもいけるにはどうしていったらいいのか、現状をいつも把握しながら、それに合わせて変われるような制度というものはどういう制度であるのかということをお聞きしながら事情聴取を進めていきたいと思えます。</p> <p>今日は本当にですね、先週末、突然開催通知をお知らせしてですね、大臣が 1 回目はぜひ挨拶をしたい、とおっしゃっていたものから、急きょ月曜日という大変お忙しいところへお呼び立てするような形になりましたけれども、急なお呼び出しにもかかわらず、全員ご参加いただいて本当にありがとうございます</p>	<p>まとめ 次回以降の進め方</p>

した。

私どもはですね、素人がこれからホームページを立ち上げようというので、ちよっとお時間がかかるかと思うのですけれども、今日の議論を全部録音していただいて、テープ起こしをしてもらつつもりですので、私も外科医ですから時々多少失言をしますけれども、それを恐れずにですね、一番の大本を間違えないような方法でいければと思います。細かな言葉尻をとらえて云々ということではなくて、本質が何かということで議論ができていければと思いますので、ぜひ今日傍聴のマスコミの方々もですね、時間がないので今日は発言の機会はないですけれども、ぜひホームページが立ち上がった節にはほとんど意見をいただきたいと思うんですね。やはり批判のないところにいいものはできていきませんので、それを恐れずに私はやっていくつもりですので、ぜひいろんなご意見をお寄せいただければありがたいと思います。

先ほど海野先生でしたか、専門家としての責務、プロフェッショナルのレスポンスビリティというのがありますので、それをまずこの会が果たしたい、その上にさらにそれを社会的に責任を果たすには一般の皆さんのご意見を聴取する、それによって謙虚に軌道修正していくということが、本当に必要だと思いますので、ぜひ傍聴の皆さんもですね、班員の一人というぐらいのつもりで、ご協力いただければ大変ありがたいと思います。

本当に今日は急なお呼び立てで申し訳ありませんでした。次回の日程調整はまたメールでやらせていただきます。メーリングリストを作らせていただいて、それを中心に連絡をしていただきたいと思います。もちろん書面でもお送りしますけれども、即時性を要するときにはメールでやらせていただくことをお許しください。日程調整をしまして、今申し上げた諸団体と私どもで交渉をして準備ができ次第、次回を開催いたします。皆さま方からも、こと交渉ができるからどうだ、ということを随時ご提案いただきましたら、病院長業が第一でありますけれども、その次にこの班に精力を注ぐつもりですので、どうぞご協力をよろしく願います。

本日は本当にご協力ありがとうございました。以上で終わらせていただきます。

記録：渡邊(事務局、国立がんセンター)

第2回班会議 会議録

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)

<p>○土屋 ・開催挨拶</p>	<p>それでは時間になりましたので、第2回の班会議を開催いたします。 事務的なことを先にお話したいと思います。最初にお断りしておきますが、前回同様NHKのカメラが回っておりますが、もし不都合なことがあればおっしゃっていただければと思います。班会議ですのでこの発言が責任を生むということはありませんので、よろしければ録画をさせていただけたらと思います。 また、この間、事務局の特に渡邊君が中心になってホームページの立ち上げをやってくれました。まだご覧になってない方もいらっしゃるかと思いますが、この資料の中にも入っておりますのでぜひご覧いただければと思います。そこにも逐語で、議事の内容をお知らせしてあります。従って、次回もなるべく早く、関係の機関あるいは関係者からご意見を聴きたいと思っておりますので、全員がそろわない状況でも班会議を開いて、その模様が皆さんに逐一伝わるように、このホームページを利用して広報していきたいと思っております。 では最初に事務局の渡邊先生から、資料の確認をしておきます。</p>	<p>開催挨拶</p>
<p>○渡邊(清)(事務局) ・資料確認</p>	<p>事務局の渡邊でございます。お手元の資料をご確認いただければと思います。 まず一番表に班会議議事次第から始まる、43ページの資料がございます。傍聴の皆さま方にはそのうち冒頭の8ページをお示しております。資料3以降は配付資料の一覧のみの配付という形になっております。こちらに関してもご了承いただければ、ホームページなどでアップしていきたいと考えております。 続きまして、カラーの2枚のパワーポイントのスライドが日本医師会常任理事飯沼先生からご提供いただきました12ページの資料、生涯教育カリキュラムー総合診療医養成に向けてー(案)というグリーンの冊子と、日本専門医認定機構の池田先生からご提供いただきました日本専門医概報平成19年(2007年)度版および専門医制機構整備指針(第2版)、もう一点、日本専門医制評価・認定機構ニュース、以上を配付させていただいております。 傍聴席の方によっては一部資料が不足している場合もあるかと思いますが、配付した資料としては以上でございます。</p>	<p>資料確認</p>
<p>○土屋 ・議事進行</p>	<p>はいどうもありがとうございます。資料の過不足はないですか。報道の方、これらは皆公表されている資料ですのでホームページなどを参考にいただければと思います。 では早速ですが、本日は日本専門医制評価・認定機構理事長の池田康夫先生と、日本医師会常任理事の飯沼雅朗先生にお越しいただいて、機構あるいは医師会でお考えの専門医、あるいは家庭医・総合診療医についてご説明を受けて、また皆さまからご質問あるいはご討議をいただきたいと思っております。一応班会議ですので班員の方を優先しますが、時間に余裕があれば、傍聴の方からもご意見を承ればと思います。12時までという予定でやっておりますのでよろしくご協力願います。 それでは最初に池田先生からご説明をいただきたいと思っております。</p>	<p>議事進行</p>

<p>○池田</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門医のあり方と専門医制評価・認定機構 ・機構の沿革、使命 ・機構の構成 ・専門医のあり方についての考え ・専門医制度のあり方 ・専門医に求められる資質 ・認定と更新の考え方 ・学会の領域 ・専門医の適正数 ・日米の専門医制度 ・整備指針とヒアリング 	<p>慶應大学の池田でございます。現在日本専門医制評価・認定機構の理事長ということで、本日は、発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。ご存じのように、今医療の役割分担ということで、実際に各方面から、専門医のあり方というのについて多くの議論が巻き起こされていますし、専門医を名乗れる医師というのはどういう医師なのか、ということを確認していかなければならないという状況になっています。そしてこのわれわれの専門医制評価・認定機構というのは、各学会がそれぞれ認定している専門医制度というものを評価して、患者さんに分かりやすい制度として提示をするようにお手伝いをするという、そういう形の機構でございます。</p> <p>この機構がどうしているのか、という経緯でこの機構が成り立ってきたのかについてお話すると同時に、我が国の専門医制度の問題点、例えば専門医の適正な数というのはどれくらいなのか、あるいは診療報酬というものについて専門医にどうふうインセンティブを与えていくのかというようなこと、そして一番大事なのは、専門医と名乗るからには、どういうトレーニングの過程を経て、どのような知識あるいはスキルを持って患者さんの診療にあたっているのかということ、そして患者さんから見てそれぞれの専門医制度というものが分かりやすいような形になっているのかということについて、示していく必要があるだろうと思います。この専門医制評価・認定機構に関しては、今日お手元にあります概報とそして整備指針、それである程度のお分かりいただけると思いますので、ぜひそれをお読みになっていただきたいと思っております。そして私は今年の6月に、この機構が社団法人化したのを受けて理事長に推薦されたということがありまして、そのニュースを先生方のお手元にお届けしましたので、それをご覧いただいて、少なくとも私がどういふスタンスでこの機構を今後運営していくかということについて、ご理解いただければと思っております。</p>	<p>専門医のあり方と専門医制評価・認定機構</p>
	<p>最初に、ここの経緯、機構そのものの理解をいただくということで少し準備してきたんですけども、英語のスライドで申し訳ないんですけども、日本で専門医制度というのは、1962年に麻酔科学会が麻酔のインストラクターというボードで最初に作られました。それ以来1981年にカウンシル・オブ・メディカルスペシャリティ、これは22学会が、内科学会や外科学会や小児科学会、日本のいろいろな学会が集まってカウンシルを作ったということです。そしてその後1986年には学会だけではなく日本医師会、日本医学会と一緒に専門医制度を考えようという方向になってきたわけですけども、その流れが、その後少し中断しました。そして2002年に、厚生労働省から専門医の広告を、いわゆる規制緩和の一環として解禁しましょうということで、ある外形基準のもとに専門医を広告してもよろしいということになったわけでございます。その外形基準というのに関しては、概報の後ろの方に9つの基準が書いてありまして、こういう基準を満たせば学会の認定する専門医を広告してよろしいと。ですから一般の患者さんにはこういう専門医がありますよ、と分かるわけですけども、しかしその内容、どういふトレーニングを受けてそれが認定されたかという課程、あるいは医師の資質ということに関してはあまりよく分からないという問題がございます。そして学会それぞれが専門医制度を作って名乗れるわけですので、仮に似たような学会が2つ3つあったときにそれぞれが専門医の制度を作って名乗ったときには、かなり混乱を招くということがあるのではないかと思います。</p> <p>そして2003年に現在の、中間法人で最初スタートしたんですけども Japanese Board of Medical Specialties というものができました。当初は52学会が参加をしていました。現在は社団法人化しまして69学会が加盟しているということでございまして、そういうことでこの機構が成り立っております。明らかにこの機構のミッションというのは、ここにありますように、医師の持っているサーティフィケーションのスタンダード(認証の基準)を高い水準に保つということだと思います。そしてそれぞれの学会と協力をしながら、あるいは学会以外の組織とも協力しながら、そういうものを打ち立てていく、というミッションがあるということでございます。それはとりもなおさず、この専門医によって提</p>	<p>機構の沿革、使命</p>

	<p>供される日本の医療の安全性、質というものが担保される、それが最終的にあるわけで、専門医制度というのは学会が勝手に作って運営するというものではなくて、これは明らかに患者さんのためにある一つの制度であると認識することが必要だと思います。</p> <p>それから医師のトレーニング、医師の知識・技術を常に一定の基準に保つ、あるいはそれ以上に保つ、そのためにお手伝いをする、そういうことでございます。</p>	
	<p>2月の段階で66と書いてありますけれども現在69学会が参加しているということでありまして。機構には、総会、理事会等があります。そしてこの機構には、4つの委員会がございます。エグゼクティブコミッティー、評価認定の委員会、広報委員会、あるいは財務委員会等がございます。その他にアドバイザーコミッティーというもので、外部の方たちにも意見を聞くというような形でこの機構が運営されているわけでありまして。</p>	機構の構成
	<p>ここで少し、認定をする、あるいは医師の資格を更新する、そういうものの原則というものをある程度示していかないと日本の専門医というものは国民に理解されないであろうということがございます。</p> <p>(スライド5枚目)3番目に書いてありますように、それぞれの専門医というのは一つ一つの医療の領域で、何人くらい必要なのかという議論を真剣にしていかなければいけないであろう。非常に簡単な卑近な話をしますと、例えばある病気で、患者さんが年間5,000人くらいいて、手術が5,000件あるというときに、専門医が7,000人8,000人いてどうなるだろうかと。やはり専門医と称するためにはその患者さんのそのケアに非常に熟達していなければいけない、ということですから、ある数の患者さんを診ていなければいけないし、当然のことながらそういう手術もやっていかなきゃいけない、ということであれば、当然のことながら数というものに関して考えていかなければいけないだろう、ということがあります。それから最後にはそういうふうな努力をして医師が専門医の資格を取って、そして患者さんのために安心と本当に高い水準の医療を提供する、そのための努力に対してですね、やはり何らかのインセンティブを与えるようなことを考えるべきではないか、というようなことをきちんとした方向性として示すべきであろう、ということが議論されているわけでございます。</p>	専門医のあり方についての考え
	<p>全体的に専門医というものを、もう少し一般の方たちに知ってもらうということが必要だろうと思えます。これまでは各学会が、学会によっては非常に熱心に、一般の方たち、患者さんを対象に専門医制度というものを訴えて、そして専門医制度によって認定された医師はどんなトレーニングの過程を経て、どんな技能を持っているか、何人くらいの患者さんを実際に診た経験があるか、というようなことを言っている学会もありますけれども、かなり、正直に言って学会によってばらつきがあります。69学会もありますと、その学会の方針によってかなり凸凹があるということです。これはオフレコにしていた方がいいかもしれないのですけれども、専門医をたくさん作ると、まず専門医を更新しなきゃいけないので、更新のためには学会に出席しなきゃいけないし、更新料もたくさん入るということで、たくさん専門医を作れば学会の収支が非常に安定するというような、一部に、そういう考えで専門医を作っている学会もあると聞きますけれども、今この時代に、それが許されるということではないだろうと思えますし、やはりその学会の作った専門医制度というものの標準化、患者さんから見て分かりやすいアクセプタブルな(認められる)、そういう仕組みを作るというような格好で、この機構が努力することだと思えます。そのことによって何回もお話ししますけれども、ドクターのスキル、そしてそれが結果として患者さんのより良いマネジメントにつながるよう貢献しなければいけないということだと思えます。</p> <p>それから3番目にあるのは、認定する仕組み、それから認定された医師たちが、やはり一般の方たち、患者さんたちに公開されているということが必要だと思えますし、その仕組み作りというものにこのボードというものが重要な役</p>	専門医制度のあり方