

割を果たしているだろうと思います。しかしそうは言っても、やはり専門医を育成するという任務そのものは、それぞれの学会が負うべき責任だろうと思います。それぞれの学会はいわゆるプロフェッショナルな集団でございますので、その方たちが一番その領域の専門医はどうあるべきか、ということをよくご存じなわけですから、各学会がやはりプロフェッショナルとしての誇りを持って、専門医制度を運営していただきたいと思います。しかしそれがうまく機能しているかどうか、検証あるいはそれを全体として評価することが必要です。場合によっては、専門医を育成している認定施設は、学会によっていくつも認定されているわけですね。学会によっては 500、600、1,000 くらいの認定施設を認定しているところもあるわけですが、それぞれの認定施設が本当に専門医を育てるだけの教育プログラムを持っているのかどうか、もし1つの病院がそういうプログラムを持っていないとすれば、いくつかの病院がネットワークを作りながら一人の専門医を作っていくというような仕組みでも良いと思いますし、そういう認定施設に対してやはりオーディット(監査)あるいはサイトビジット(訪問評価)等をしていくと。そしてより良い学会の専門医制度の確立のためにお手伝いをする、というような機構として、中立的な第三者的な立場をもう少しはっきり明確にしていく必要があるだろうと思います。今までは学会が集まって機構を作っていたということがございます、今もそうなんですけれども、それであるとやはりどうしても学会の意向に引きずられる、学会によって立場がそれぞれ違う、しかしそれでは日本の医療の中での専門医制度というものはどういう位置づけであるか、ということがなかなか分かりづらいということがございますので、中立的な第三者的な立場で各学会が作っている専門医制度を評価そして認定していくというような形で進みたいと思います。

ここで簡単に、いわゆる専門医というものには何が要求されるかということですが、これは皆さんよく考えれば分かることだと思いますけれども、非常に基礎的なそして先進的な医学の知識を持っている、それからテクニカルスキルが非常に高水準であると、そしてそれと同時に十分な患者さんとのコミュニケーションスキルを持っているということ、そしてこれも非常に大事ですけれども、エシカル(倫理的)にそしてセーフティーマネジメント(安全管理)という、今この班で非常に大事にしてテーマとしてやっている、安全と信頼の医療と、そういうメディカルエシックス(医療倫理)とセーフティーマネジメント、こういうものに対して十分な考えを持っている方というのが専門医として要求されるわけですから、これを基本にして、それぞれの学会で認定された専門医がそのようなものになっているかどうか、ということの検証をしていくということだと思います。

専門医に求められる  
資質

これは、実際にサーティフィケーション、認定あるいは更新の考え方を示したものでございます。  
ここにも書いてありますように、「パブリックリクエスト」ということがございます。2番目の段落に、Principles are set focusing on the public request for safe and high quality patient management and for transparent certification process と書いてありますけれども、ここでも患者さんたちにとって非常に分かりやすいサーティフィケーション(認定)のプロセスが必要であるし、安全でそして高水準の患者マネジメントというものを当然専門医に要求しているわけですから、それを満たすような格好にしてほしいということですが、で、一番あれわれ心配しているのは、今、日本の医学会に属している学会でも今 105 あると思います。そして臨床系で 78 だと思いますけれども、それがほとんど専門医制度を持っています。日本医学会はあまりオーバーラッピングするような学会は日本医学会に加入させないということで、非常に厳しい医学会の加入条件を設けているんですけれども、学会を作るというのはそれぞれ任意に作れるわけですので、ある意味で似通った学会ができるということも、まああるわけでございますけれども、そういう学会がそれぞれの専門医を作るということになりますと、それぞれの専門医の異同というものが患者さんにとって分かりづらい。それならば、いくつかの学会が一緒になって、ひとつの専門医、患者さんにとって分かりやすい一つの専門医を作っていくような方向に指導してい

認定と更新の考え方



	<p>くというような格好で進めるべきだろう、ということを考えております。</p>	
	<p>例えばこれは、ここに加盟している学会が、どういう区分であるかということを示したのですが、基本領域と称する 18 の学会があります。それ以外にサブスペシャリティー(専門領域)の学会、あるいはこれらと異なる学会、総合的な学会等がございます。一応ここにカテゴリーとして分けたくはありますが、カテゴリーというのはある意味で重要でございます。患者さんに分かりやすいということで見ると、基本的な領域と、それから派生してその上にあつてさらに再分化した領域の専門医という形で整理されると、患者さんにとっては分かりやすいということですので、カテゴリーの整理というものが必要かと思ひます。ちなみにアメリカでも確か 24 だと思ひますけれどもジェネラルサーティフィケートボードというのがございまして、その他は全部サブスペシャリティーということでサブスペシャリティーは 100 以上あると聞いています。そんな形ですので、我が国の専門医制度もそういう目で少し整理をしていくということが必要かと思ひます。</p>	<p>学会の領域</p>
	<p>先ほどからお話をしておりますけれども、それぞれの専門医というのはどれくらいの人数が適切かということで、ここにざつとそれぞれの学会の専門医の数を挙げてみましたけれども、この辺はそれぞれの学会の考え方もあるかと思ひますけれども、それについての議論、国民的な議論もある程度しながら、なぜこの数が必要なのか、適正な数はどのような数値に基づいて考えていったらいいのか、ということも考えていく必要があるということで、社団法人化して中立的、第三者的立場の機構としてスタートする機会に、各学会に問いかけてみようと思ひております。</p>	<p>専門医の適正数</p>
	<p>これはアメリカの状況を示したものです。この班の中では外山先生が一番お詳しいのではないかと思ひますので、また後でお話が出るかと思ひますが、アメリカの場合はレジデンシープログラム(研修プログラム)というのが、数が決まっている、それからレジデンシープログラムに入れるドクターの数が決まっているということで、必然的に教育プログラムの内容と場所によって専門医の数が決まってくる、というところがあります。専門医制度の考え方がそういう意味で少し違う。日本では、学会の会員であつてある年限が過ぎれば受験資格があるという格好で、受験してある一定のハードルを越えれば専門医であるということで、人数が増えていくということだと思ふんですね。ですからプログラムオリエンテッドの専門医制度をどう構築していくかということも、学会と一緒に考えてある程度の方向性を出していくことが必要だと思ひます。アメリカでは専門医の試験というのは、90 パーセント 100 パーセント通るんですね。プログラムを受けた人が当然専門医として教育されるわけですから通れるわけですね。しかし日本は学会によっては非常に簡単に専門医になりやすい、ということで批判がありますけれども、同じパーセンテージでも意味が違うということをご理解いただきたいと思ひます。</p>	<p>日米の専門制度</p>
	<p>もう時間が過ぎましたので、そろそろやめますけれども、これは整備指針を見ていただければ分かると思ふんですけども、こういう専門医を認定するために、どのような考え方でいかなければいけないかということを示したガイドラインが作られ、それに従つて実際に 18 の基本領域の学会はこの専門医制評価・認定機構でヒアリングが終了いたしました。この整備指針に従つて専門医制度が整備されているということが分かりました。場合によってはここを少し直してほしい、それから例えばエシックスのところをもう少し強調してほしいとかいう注文を付けて直していただいて、基本 18 学会に関して日本専門医制認定・評価機構でアプルーブ(承認)したという形になっています。現在サブスペシャリティーの学会のヒアリングをさせていただいて、その評価をして直していただくところは直していただくことを今やっているところでございます。時間の関係で一応私はここで話を止めさせていただいて、議論に参加させていただきたいと思ひます。少しオーバーして申し訳ございません。</p>	<p>整備指針とヒアリング</p>



○土屋 ・機構の目指す方向性の確認	はい、どうもありがとうございます。通称専認協に期待するところは大変大きいわけですが、いろいろご質問があるかと思いますが、私から班長として確認をいくつか先にさせていただきます。 1つは最後の方で先生の述べられた日本の専門医は学会中心だけど、アメリカ方式なのはプログラムオリエンテッドだと、そこを機構としては目指すという合意と考えてよろしいですか。	機構の目指す方向性の確認
○池田 ・プログラムオリエンテッドの専門医の育成制度	これは学会の方に投げかけたいと思うんですけども、まだずっと長い間日本の専門医制度は学会が作ってきて、当然学会がこれからも作っていかねばいけないと思います。学会の方に「専門医というのは何人くらいその領域では必要とお考えでしょうか」というような問いかけ、それからやはりもう少しプログラムオリエンテッドの専門医の育成制度というものに対して、専門医の指針を整備していただく必要があるのではないかとということで、その辺の意向を各学会にまずはっきりお聞きしたいと思っています。	プログラムオリエンテッドの専門医の育成制度
○土屋	理事長としては方向性はプログラムオリエンテッドの方向。だけど、まだ機構参加の各学会の全部の同意は得られていない、という段階でしょうか。	
○池田	そうですね。各学会が作っている専門医制度というのは非常に長い歴史がありますので、一朝一夕に変えられない学会もあると思いますけれど、おそらくこれは、今後専門医にインセンティブを付けよう、といったときには当然患者さん側からそういう要求が出てくるのではないかとと思っています。	
○土屋 ・適正な専門医数	2つ目は、先ほどの適正な専門医数、これは一番皆さんの関心事だと思うんですけども、これをどこが決めるか、今は各学会がやっているわけですが、これを最終的には機構の本部というコミッティーか何かで決める方向性なのか、やはり各学会が決めたものを調整する、あるいは容認するという方向なのか、その辺はどうですか。	適正な専門医数
○池田	この適正な数を出す、というのは非常に大事ですけども、難しい問題だと思います。何が適正かということはなかなか言いづらい、ということがございますので、各学会には、どう試算の下に適正な数を考えていらっしゃるのか、ということについてまず問い合わせた結果として、そういう議論を巻き起こす。そのときには、おそらく日本の医療の中で専門医の果たす役割というもの考えたときに、今抱えている日本の医療の、診療科の偏在あるいは地域医療の問題等も、解決するひとつの策になっていくのかな、と。例えばプログラムについては、各都道府県に非常に優秀なプログラムを置く、ということになれば、当然そこで専門医が育っていく素地が出てきますので、地域格差の解消にも一石を投じるような格好になっていくのではないかなと思っています。	
○土屋 ・学会の会員歴	あと私から3つ目は、先ほど各学会の総会で云々というのがありましたけれども、機構のこの第2版の専門医制度整備指針では、3ページ目に「基本的には会員歴を問わない」と明記してあるのですが、結局各参加団体が守っていない、という解釈でよろしいですか。	学会の会員歴
○池田	それは、会員歴は問わない、ととるべきだと思いますけど、実際にはほとんどの学会では会員歴何年ということを決めているというのが現状だと思いますけど、その会員歴をある程度決めることが悪い、ということではなくて、問わない、というのはむしろ無くてトレーニングの過程で、そういう領域できちっとした技術等があるという認定ができれば、良いのだからという、そういう考え方でございます。	
○土屋 ・「第三者機関」の性格	最後はちょっと抽象的なことになってしまっただけですが、先生のご挨拶にも、この整備指針の最初の挨拶にも「第三者機関」という言葉がよく出てきます。いろんな場面でよく出てくるのですが、第三者というのは法律用語	「第三者機関」の性格

	<p>では、取引や契約の当事者でない主体、この「当事者でない」という定義がかなりあいまいだということが一般的だと思うのですが、それはともかくとして、第三者機関の性格として一般的に2つに分けられるだろう、と。1つ目は、予断無く専門知識や能力を活用して施策や事業をより良くしていこう、という目的を持ったタイプ、この定義は社会システム研究本部の見解ですが、このタイプのものは、道路関係四公団民営化推進委員会などが該当して、施策や事業の内容まで検討する、かなり強力なものであると思います。2つ目は内容ではなくて、立案や評価の手続きやプロセスが適正かどうかをチェックすることで、入札管理委員会などが該当するとあります。今までの経過のお話では、後者ですよ。内容まで踏み込んで指示を出すということは今のところは現実には思っていないし、近い将来にはそこまではないと、そう解釈してよろしいのですか。</p>	
○池田 ・機構の専門医審議会	<p>そうですね。やはり各学会の、プロフェッショナルの集まりとしての学会の考え方を基本にしなが、しかし学会が集まって作っている機構だけで物事が決まってい、ということになりますと、患者さんの視点等、あるいはもうちょっと違った形の意見というのが反映されづらいというのがありますので、今は専門医審議会というものを作りまして、実はメディアの方たち、あるいは日本医師会の先生方、日本医学会の先生方等を含めた審議会で、今の方向が良いのかどうか、ということの議論をいただいている、というのが現状です。</p>	機構の専門医審議会
○土屋	<p>今先生がおっしゃった審議会というのは、今朝ホームページでもう一回プリントアウトしたのですが、「現況」のところで、「平成 18 年 8月に日本医学会、日本医師会、当機構及び学識経験者からなる「日本専門医制審議会」が発足し」、という、このことですか。</p>	
○池田	はい。	
○土屋	これは審議内容はどこかで公表されているのですか。	
○池田	まだ公表されていません。	
○土屋	<p>私から確認したいことは以上ですが、班員の先生方からご質問を。 はい、阪井先生。</p>	
○阪井 ・機構のミッション	<p>成育医療センターの阪井です。ありがとうございます。よく分かりましたが一点だけ確認したいことがあります。機構のミッションとして、先生は専門医のトレーニングの質を向上、維持させるとのこと、2番目には、その前に患者さんのためだとおっしゃったと思うのですが、私はそこがポイントかな、と思って聞いておったのですが、そのような理解でよろしいでしょうか。</p>	機構のミッション
○池田	はい。	
○阪井 ・外部の人材の参画	<p>もしそうだとすると、先生は機構にアドバイザー・コミッティーですか、外部の人の意見を聞くシステムがあるとおっしゃっておられましたけど、もし私の理解が正しいのであれば、先生のボードの中に、理事のメンバーの中に外部の人、「外部」という意味は私の理解では医療を受ける方、患者さん、つまり医療の対象とされる方を入れるのがよろしいのではないかと感じるのですが、その辺はいかがででしょうか。</p>	外部の人材の参画
○池田	<p>非常に大事なご指摘だと思います。やはり機構が、あるいは各学会もそうだと思うのですが、各学会の運営あるいはこの機構の運営が、専門医を作るにあたってどういう仕組みで動いているのか、ということの transparency(透明性)が求められますので、そうしないとなかなか理解されませんので、それに向けてどういう方たちが機構の運営にあたるかということについては、先生のご指</p>	



	<p>摘は非常に傾聴に値すると思います。</p> <p>今は入っていません。今は各学会の定款が決まっています、定款によって各学会から理事が選ばれて運営されているという格好になっていますけれども、その定款を変えないとなかなかそういう形にいきませんので、そのためにも外部の方たちの意見を吸い上げるというような仕組みは別にどうしても作らなくてはならないと。定款を変えてそういう格好にするかどうかというのは、今後議論をする価値はあると思います。</p>	
○土屋	他に、外山先生。	
○外山 ・具体化と実効性	<p>大変興味深く拝聴したんですけれども、いくつか確認を先生に、と思っているのですが。</p> <p>1つは、今の認定制機構の機構というものが、日本の専門医を作っていく上で、一番上のジェネラル(総論的)なことを含めてやる委員会、理事会である、というふうに解釈をしてよろしいですね。</p>	具体化と実効性
○池田	はい。	
○外山	そうしますとその次に、ジェネラルなことをおやりになる場合には、具体性と実効性といいますが、そういうものがないと組織というのはいまいかないと。	
○池田	はい、そうです。	
○外山 ・下部機構、事務局の 仕組み作り	総論はこうですよということでは全く先に進まない、と思うのですね。そうしますと、先生の会の中で今度は下部機構といいますが、アメリカには下部機構がございますよね、その下部機構が具体的に、足を使って目を使って耳を使って動く。そういう組織は今後考えられているのでしょうか。それをまず最初に。	下部機構、事務局の 仕組み作り
○池田	それがないと、今の理事会あるいは各学会が集まって作っている機構だけでは、例えばサイトビジットであるとか、具体的なアクションを起こすという意味で、あるいは評価委員会でも、理事の方あるいは会員の方から評価委員会のメンバーを募っているのですが、日本の学会がそうであるように、専門的にそういうものだけにコントリビュート(貢献)する方がなかなかいないということで、非常に負担がかかっているという状況でありますので、先生がおっしゃるように、そういう足腰を強くする仕組み作りは今後当然作っていかなくてはならない、と思っています。今実際にやり始めたのですが、そうするとやはり非常に負担がかかるということがございます。	
○外山 ・学会に対するアプロ ーチ	その辺の財政的な支援といいますが、会員レベルのあるいは第三者の、先生がおっしゃった通りのいろいろな別の職種の理解のある方のサポートは非常に必要だと思っています。アメリカでもものすごいお金がかかっている、ということはおっしゃっております。	
	それから第2点は、いわゆる学会がプロフェッションの集団なので、学会の意見とか各学会でまとめてもらう責任があるのだという、それはごもっともだと思うのですが、そうしますと学会がそれを行うだけの実際の能力とか精神力だとか、それから誠実さ、そういうものが本当にあるのかということになると、少なくとも私が属している学会においては、極めて懐疑的な部分があります。そうすると、懐疑的な問題を抱えている学会に、そういうものがある程度振ってしまわなければならないところに、非常に基盤が脆弱(ぜいじゃく)な感じがするのですが、その辺に対してもっと突っ込んだ、学会というものに対して、「こうすべきなんだよ」というような、アプローチを今後されるのでしょうか。	学会に対するアプロ ーチ
○池田	おそらく私が最初に言いました通り、69 学会が加盟していて、この加盟してい	

	る学会以外にも専門医制度を持っている学会というのはかなりあります。そういう学会はこの機構での議論から外れて、極端なことを言うともう少しルーズに専門医制度を作るかもしれないということがあります。この69学会でも非常に温度差があります。きちんと専門医制度を運営するために、多くの医師なり事務局を張り付けてやっている学会もあります。割にゆったりとやっているところもあります。温度差があるので、やはりその標準化ということをやらない限りは、「専門医」という言葉が国民にとって理解されにくい形になるのだと思いますので、やはり機構としてはそういう方向に踏み出さざるを得ないし、それに対する責任を持たないと中心的な機構にならないのではないかと、思いますので、そういう仕組み作りというのを、これは行政の方も非常にそういう面ではサポートしてくださっているように私は思っていますので、それを含めて考えたいと思っています。	
○外山	他にもいろいろあるのですけれども、ありがとうございました。	
○土屋 ・事務局機能	今のことで少し確認したいのですが、外山先生は具体的あるいは実効性の問題を指摘されましたが、メインのコミッティーは先生のところで作っていらっしゃる理事会の方、その下に下部のコミッティーを作るとして、結局はバックアップの事務局機能、官僚機構というか、そういうものはどの程度の規模で今動いているのですか。	事務局機能
○池田	まだ事務長以下数人の規模でございます。ですからそういう面では、例えば日本の学会で言えば日本内科学会、外科学会等、事務局が30人とか40人規模であります。産婦人科学会、循環器学会等も、きちんとした事務局機能を持っていると思いますが、そういう事務的なサポートがないと、医師だけが理事会に出席して、会員も医師ですから、それぞれの仕事を持ちながらこの大事なものに立ち向かっていく、というのはなかなか難しいと思います。スタートとしては今、そういう方向に動き出したと言ってもよろしいのじゃないかと思えます。	
○土屋 ・上部組織の強化	班長がたくさん話して申し訳ないのですが、たいがい委員会とか理事会をやると、そのときは良い意見が出てくるのですが、次の理事会までに何も実行されない。また同じ議論で、というのを繰り返していくと、何度も同じ状況が続くという感じがするものですから、ちょっと確認したのと、外山先生も私も胸部外科学会に属していて、かなり厳しい条件の専門医を育てる、と言うと大抵理事会から落とされたり、会長に立候補しても落とされる、ということで、中からの改革がかなり難しいという実感があるのですね。それで逆にこの上部組織というか、こういうものが強化たらいいいという願いがありますので、期待は大きいと思っています。 他にご意見は、はい。	上部組織の強化
○江口 ・指導医、専門医の教育体制	帝京の江口です。今までのお話では専門医制度整備指針に記載されている「指導医」について何も言及されておられなかったと思います。専門医養成のための教育方法は非常に重要と思われませんが、「指導医」の位置づけはどのようにお考えでしょうか。	指導医、専門医の教育体制
○池田	はい。	
○江口	つまり、学会によっては名前だけの「指導医」というところも現実にはあります。今後この「指導医」と「専門医」との関係はどのように整理されるのでしょうか。	
○池田	はい、ありがとうございます。現在、機構では指導医というものの定義・認定はあえてしていないのですが、おそらくプログラムオリエンテッドの専門医の認定制度ということになると、どこの施設でどういうプログラムが動いているか、それは誰が指導しながらやっているのかという、そういう仕組みになって	



	<p>いくだろうと思います。そういう点では江口先生のおっしゃったように、その施設では誰が教育を担当しているか、それはどういう方なのかということになると、おのずと指導する方の役割あるいは資格というものが決まってくるのではないかと思います。今の段階で、指導医というのはいろんな学会がいろんな定義をしているので、あえて「こういうことだ」とは言っていないのです。そこが先にあるよりはむしろ、どういう教育プログラムを作るか、どういう施設でやるか、という方向性を持ちながら、先生がおっしゃったような指導医を位置づけたら良いのではないかと、というのが私の考え方でございます。これはまだ機構の中で十分にディスカッションしていることではございませんけど、そういう方向が当然のことながら出てくるのではないかと考えています。</p>	
○土屋	外山先生、アメリカには指導医という分類はありますか。	
○外山	ありませんね。専門医だけです。	
○土屋	結局、専門医を取っているか取っていないか、トレーニング中かトレーナーか、のどっちかですよ。	
○外山	そうです。2種類のうちどちらかしかないということです。	
○土屋	ボードを取れば指導的立場の人ということですね。	
○外山	そういうことです。	
○土屋	ということは、裏を返せば日本の今までの専門医は信用されない、と。	
○外山	そういうことだと思います。	
○土屋	20年以上の歴史があれば、最初の認定を受けた人は20年たっている、ということですから、十分指導力があるはずなのが、もう一回指導医の資格を考えないといけないというのは、そのレベルでないものをたくさん認定しているという、江口先生そういう解釈でよろしいですか。	
○江口	認定施設の側からいうと、「指導医」がいなくて「専門医」の申請が提出できないという。理由で「指導医」という身分があるのではないのでしょうか。今後実質的に「専門医」(＝「指導医」)と認識するには、専門医養成課程で「教えかたの技術」も身に付くプログラムが必要です。	
○土屋	指導医を云々するとすれば暫定的に、今まで専門医がいなくて必要だということがあるでしょうから、もしそれで勉強するならば、アメリカの100年前のことを勉強しないと、発足時の状態はどうかということとは分からないですね。これはきちっと専門医制度が動けば2段階でよろしい、と。教育を受けるもの、あるいは教育をするものという括(く)りですね。その専認協の認識としてはどうですか。	
○池田 ・総合的な領域の専門医	<p>そうだと思いますね。専門医認定制機構は本当にたくさんやらなければならない。この日本の専門医制度というものが、まだ形として確立していない、各学会任せであるということもありますので、やらなければならない仕事があると思います。一つには今プライマリーボードといっている各内科、外科、小児科、泌尿器科、眼科、婦人科等がありますが、これは今専門医という名前前で呼んでいます。内科学会だけが認定医という名前で、その上にサブスペシャリティーが乗っているという格好になっているのですが、これはこれからは患者さんを診るには取らなければいけない資格として位置づける専門医というよりは、総合的に診られるその領域の医師であるという、そういう定義でその上に立って本当のサブスペシャリティーを選ぶという方向に持っていくような</p>	総合的な領域の専門医

	方向ではないかなという、これは私の個人的な意見ですが。	
○土屋	他には、はい、岡井先生。	
○岡井 ・機構の運営のあり方	昭和大学の岡井ですが、これまでお話があったこととちよつと重なる部分もあるのですが、いわゆる専認協としてこれまで日本の専門医制度の制度化、あるいは体制固めに関して、だいぶいろいろな動きがあったのですが、実際には私たち学会、そこに所属している学会の目から見ると、あまり著しい前進があったとは言えない。そういう認識を持っている学会は多いと思うんですね。今お話があったように、機構が今回公益法人になったのですが、社員が各学会なのですね。	機構の運営のあり方
○池田	そうです。	
○岡井	お金、運営費は各学会が出している、と。そうするとこの立場では学会の意向を整理するなり集積して、それで何かの活動をやる。活動をやるとすれば、専門医制度を日本でどういうふうに着させるか、というようなことを例えば厚労省と交渉するとか、そういう形になるんですね。ところが機構の意思は社員の意向で決まるわけですから、学会の言うことを聞かざるをえない。先ほどもお話があったように、専門医制度というものは、これは学会のためにあるものでもなければ、医師のためにあるものでもない。患者さんのため、国民のため。ところが、各学会の代表で出てくる人は学会の会員の利益を考える立場にいて、それぞれの学会が自分たちの学会のいいようにしようとする。そこに一つの矛盾があるので、この機構はそういう各学会の代表者が集まっているだけではなく、もう1つステータスをあげるような形の機構にもっていかないと、やっぱり今までどおり各学会のいろんな意見を聞いていて、結局何も進みませんよという形になりかねないと思うのです。今の組織をもう一歩上にあげる努力をする必要があるのじゃないか。そうすればもう少し前進する力になるかなというように考えます。	
○池田 ・第三者機関としてのあり方	大切なご意見だと認識しております。最初に私が認定機構の歴史を申し上げたのですが、かなり長い歴史を持っていて、学会が集まってきて専門医制度を考えましょう、という成り立ちはプロの集団の集まりとして良かったと思うのですが、はっきり専門医制度というものが日本の医療の中でどのような役割を果たすかという、患者さんから見てどうか、という視点に変わってきていますから、そういうことであれば、先生がおっしゃられたように学会だけが作っている業界、あるいは学会がお金を出している機構で、学会の意向を無視して方向性を決めるとするのは、形としてなかなか難しい状況になってきていると思います。これは第三者的、中立的というからには、やはり経済的にもあるいは組織としても、それにふさわしい組織というもののあり方というものは当然模索していかなければいけないだろうと。現在、経済的基盤を少し確立するために少し努力をさせていただいているということでございます。	第三者機関としてのあり方
○土屋	先ほど阪井先生がご指摘になったのですが、今専認協が各学会の集まりである、と。アメリカの先生ご指摘の委員会を見ると、学会の代表も出ていますけれども、学部長の代表とか病院長の代表とか、あるいは医師会の代表とか、そういう同じ医者でも違う職域、それを全部網羅している、あるいは教育の専門家を網羅している。それだと先ほど提言された第三者的な機構という形になる。かなり綱引きができて、関係者がいても第三者的な活動ができる。今の専認協を見ていると、学会の代表ではあるけれども、他の分野からの意見が欠けているようなところがござります。先ほどの審議会では医師会が入っていますけれども。	
○池田	そのご批判は当然あるので、第一歩として審議会というもので、日本医師会、日本医学会、あるいは有識者、メディアの方たちが入ったような審議会を設け	



	て、中立性、第三者的な立場をある程度反映させたい、ということで作っているわけでありませう。	
○外山 ・学会の体質のあり方	今の問題ですが、ラディカル(根本的)に考えてうまくいくといい、と僕は思うのですが、ラディカルというのは2つのことがあって、例えば、今の日本の学会自体のあり方は決してきちっとしているとは私は思いません。それはアメリカの学会と比べるとそうなんです、どの学会においても多分そうだと思いますが、少なくとも私の所属している学会では。だから学会の体質を基本的に変えるようなインセンティブをどう与えていくか、ということが一つ。そちらをやるということで、今先生がおっしゃったこと、土屋先生もそうだと思うのですが、同じような形で変えていくことができると思うのですが。他の職種、例えば学部長ですとかプライベートフィジシャン(開業医)のメンバーとか、アメリカではレジデントも入っております。異業種も入っているんですね。そういう形で学会だけの意見で物事が決まっていけない、そこにプレーキがかかっていると思うのですけれども、アメリカでも25名のメンバーの中で20名は学会関係の人間で、多数決をすると学会関係者の意見が通ってしまうのだが、にもかかわらず、それでもそれなりの公平性と客観性というものが他のメンバーが入ることではやはり保たれている、と私には思えるんですね。ということではやはり学会の質に対して、ある程度切り込まないと、基本的な問題解決にはならないのではないかと思います。	学会の体質のあり方
○池田 ・各学会の改革	学会に対するご指摘はある点あたっていると私は思うのですが、ある領域の学会では、先生がおっしゃった形で学会のあり方を真剣に考えて変わろうとしている学会はかなり見られます。私の知っている学会、あるいは私は、日本血液学会に所属しておりますが、日本血液学会は70年の歴史を持つ学会ですが、50年の歴史を持った似たような学会があったのですが、昨年それを一つの学会にして、やはり患者さんあるいは海外から見ても分かりやすいような学会のあり方を模索しようということで、会員の総意で変わってきたんですね。これは70年50年の歴史があるので、一気に変えることは難しいんですけども、そういう動きはあちこちに今見られていますので、私は学会は少しずつ、今のこの日本の医療の現状を見たときに自分たちが何をしなければいけないか、ということを考えてと当然、変わらざるをえない状況になってきているのではないかと思いますので、私は学会がそれぞれ、今までは学問の、言ってみれば「交流」で終始していたのが、やはり社会的な「医療」をもう少し中心に置いて学会も考えようとなると、医療ですから社会性を持たなければいけないし、对患者ということをもっと意識しなければいけない。ところがもともと日本の学会は学問的なことをディスカッション(議論)をするためにできた経緯がありますので、そこは社会情勢を踏まえて学会も変わりつつあるのではないかと思いますので、そこは見えていきたいと思っております。そのスピードは、確かに学会によってさまざまだと思いますので、専門医に対する考え方もさまざまだと。それをどうやってまとめていい方向に持っていか。ここの機構の持つ課題は非常に重要で、任務は重いと思っておりますが、その方向に向かってそれぞれの学会の方、あるいは患者さんたちの意見も吸い上げながら、一步一步進まなければいけないと思っております。	各学会の改革
○外山 ・外科系の学会	そういう努力をされているところには敬意を表したいと思うんですけども、外科系の学会で、何かそういう改革をやっているという情報はお待ちですか。	外科系の学会
○池田	あります。外科系の学会は、手術をするという、そのスキルを大事にしますので、手術を全くしていない人は専門医として名乗るのはおかしいのではないかなという議論がございます。あるいは手術の件数が日本で年間どれくらいあるのかということを考えながら専門医の数を考えよう、という外科系の学会が出てきているということを確認しております。	
○土屋 ・適正数の議論のタイム	この辺は言い出すときりがないので、いったん終わりたいと思っております。最後にひとつだけ確認したいのですが、先ほど適正数のことについて、今後	適正数の議論のタイムスケジュール



スケジュール	先生の機構としてはどのようなタイムスケジュールでどの辺までを目標にされていますか。	
○池田	実は、この間理事会、あるいは総務委員会等で話をしたのは、各学会にまず適正な数というものをどう考えるか、数が挙げられるのか、数が挙げられるならどう根拠でその数を出されたのかということの問い合わせを早速してみたい。それで、各学会の先生方が適正な数についてどういう考え方をしているのかというものをまとめをしたい、ということと思っています。	
○土屋 ・適正数把握の見通し	それで相互の調整などをやった場合、最終的に全体数が分かるには何年ぐらいかかりそうですか。	適正数把握の見通し
○池田	何年ぐらいですかね。それはなかなか難しいですけど、例えばプライマリボード(基本領域の専門医制度)と称する学会はですね、これをどう位置づけるのかというのは難しいと思います。 例えば耳鼻科の専門医あるいは整形外科の専門医、これはある意味では標榜科にかなりリンクした考えでいいんじゃないかという考え方がございます。それは例えば卒業して患者さんを診る医師としてはどこかに実際には属すわけです。その専門医を取ってほしい。その上で、例えば耳鼻科であれば耳の方の専門なのか、のどの専門なのか。耳鼻科の専門医と言えおそらくhead and neck(頭頸部)全体としてカバーできる、そういう専門医ですよ。でも実際に患者さんが例えば喉頭(こうとう)がんになったら、耳を主にやって難聴やめまいを診る専門医にかかるかといったら、やはりそちらの先生に当然かかりたいと思いますよね。整形外科でもしかりだと思います。整形外科でも背骨の専門家、股(こ)関節の専門家ずいぶん分かれてきたと思います。でもやはり整形外科ジェネラルに診られる方というのはどうしても必要で、整形外科と名乗るからには全体が分からなければいけない。その上に立った専門医という。ですから専門医という言葉が、それぞれの先生方でイメージするものが違うところが今やはり問題になっているのではないかと思います。ですから専門医というものを国民的な議論の中で、共通の言語として持てるような努力をしていかなければならない、と私は思っていますので、今の先生のどれくらいの数をいつまでに、というご質問は今のところは難しいだろうと思います。	
○外山 ・早急に適正数を把握する必要性	土屋先生のタイムスパンとか、どのくらいスピードかは、ものすごく重要なことだと思うんですね。というのは、今心臓血管外科が、ここに出ています専門医 1,900 人と出ているんです、もうこの数自体が、日本の現状から5万例ぐらいしかないところで減茶苦茶多いんですね。こんな数を、これからまだ増やすという意志があるんです。この間心臓外科関係の担当の上の方に「いつまで増やすんだ」と言ったんですね。でもまだ足りない、というような感覚のことを言うんですよ。このまま増やして例えば3,000 人とかになったところで、ようやくまともな専門医制度が構築されたときに、それまでになった連中をどうするかと、これまた大変な問題だと思うのです。ですから、「まともな専門医制度が何年から施行されるのだからいい加減な旧制度による専門医は一度白紙に戻す」などと言えるのか、それともそのまま認めて新しい専門医を入れていくという、ある時期かなり長い20年か30年の間に、非常に大きな混乱が起きて、これこそ何のための新しい制度の導入かということになってしまうと思うのです。そういう意味で、やはりスピードアップは絶対重要な要件だと思いますが。	早急に適正数を把握する必要性
○池田 ・地域医療の格差への配慮	数を議論するということをスピードアップするのは大事だとは思いますが、先生がおっしゃるのはその通りなんですけども。 もう一方で、別の見方をするとですね、地域医療ということ考えた場合に、どの地域にもある程度の専門医が必要です。例えば非常に集約化を図って難しい病気だったらそこで診てもらえばいいだろうという考え方があって、拠点拠	地域医療の格差への配慮



	<p>点にそういう専門医を置くという考えもありますけども、専門医の質によっては、心臓外科とは違って他の専門医であれば、やはり各都道府県にかなりの数の専門医がいなければ、その地域のその領域の医療の格差が是正されない、ということにもなりますので、その問題も一緒に考えていけないのではないのかなと思っております。私は専門医制度を確立していくというのは、地域医療の格差も頭に置きながら、その解決も含めて、考えることが必要なのかなと思っております。</p>	
<p>○土屋</p>	<p>どうもありがとうございます。私の専門も外科医でせっかちなものですから、3年目、4年目、10年目にはこういう姿なんだ、とぜひお示しいただけるようにご努力願えればと思います。大変難しい問題だということがよく理解できたと思います。どうも先生ありがとうございます。</p> <p>それでは飯沼先生どうもお待たせをいたしました。次は日本医師会常任理事の飯沼先生からお話を承ります。よろしく願いいたします</p>	
<p>○飯沼</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・日本医師会「かかりつけ医」の質向上の考えの経緯</li> <li>・厚生労働省の総合科医</li> <li>・日医学術推進会議における認定制度の議論</li> <li>・総合医認定のための教育プログラム</li> <li>・厚生労働省の「総合科」構想への考え</li> <li>・日医の「総合診療医」制度</li> <li>・認定コース</li> <li>・カリキュラムの内容</li> <li>・履修方法・学会の専門医との整合性</li> <li>・専門医との関係</li> <li>・制度創設の考え</li> </ul>	<p>こんにちは、日本医師会常任理事で学術、生涯教育、感染症、精度管理、薬事一般等を担当しております飯沼でございます。本日は発言の機会を土屋先生からいただきまして誠にありがとうございます。一時間くらいお話しするのならゆっくりできますけれども限られておりますので、しかも昨日ご命令がございましたので過去のスライドから若干抜いてきました。話が飛ぶといけませんので見ながらお話し申し上げますけども、足りない点はディスカッションのところで補いたいと思います。</p> <p>われわれが医師会員にお話しするときは最初のスライドのところにですね「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」のところに、括弧して(認定に関する)という言葉を入れるのですが、その話は別にしまして、今日はこういうことについてお話を申し上げたいと思います。</p> <p>この背景でございますけれども、なぜこういうことを日医が考え出したかという、この左の上にありますように唐澤(からさわ)第一次内閣ができたところに非常に医療事故がたくさんみられて、専門医はいったい何をやっている、というおしかりを日本医師会も非常に受けたのです。われわれは、先ほどのお話にもありましたけれど、専門性が過度になりすぎて「木を見て森を見ない」というような話が出てくるぐらい専門性に特化したしまして、全体を診るということをお医者さんたちは忘れてしまったのではないかとこの考え方がありまして、社会的要請としましては総合的に診る全体を診れる、そういう医者が必要ではないかという要請をわれわれはひしひしと感じたわけでありまして。それで最近では、聞くところによりますと、学生や研修医の初期の段階では総診と称して非常に人気があるそうですが、そういう背景もございます。が、われわれ自身といたしましては日本医師会に生涯教育をしなければならぬという雰囲気も20数年前にありまして、そこから制度として20年の経過がありました。生涯教育制度のためのカリキュラムというのができておりまして、過去3回の改訂がございました。ここに改訂の一覧がありますが'95年、'99年、'01年という3回改訂してまいりました。そろそろ変えないとこの医学の進歩、医療の進歩には対応できないということで、これを変えようという機運がございまして、それぞれわれわれが持っております委員会の会議がございまして、生涯教育推進委員会にはカリキュラムのことを中心に日医生涯教育制度の有効性についてやるようにという諮問を受けました。それから学術推進会議は日医の三大会議の一つでございますが、そこへはかかりつけ医の質の担保についてという会長諮問を出されまして、それぞれ2年間の協議が行われて、学術推進会議の方には日医認定かかりつけ医についても検討してほしいということ、2年半くらい前に提案をさせていただいたところでございます。こういう経緯で始まりまして世の中が進んでまいりました。われわれは「かかりつけ医」という言葉は、患者さんがおっしゃる言葉であってわれわれからあえて言うことではないので、「かかりつけの医師」という呼び名がいいんではないかと</p>	<p>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</p> <p>日本医師会「かかりつけ医」の質向上の考えの経緯</p>



	<p>いうことで、われわれが持っておりますグランドデザインの 2007 年版の各論に、このように定義をしたのでございます。『なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要などときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」』。これがわれわれの言うかかりつけ医、かかりつけの医師と定義をしまして、このかかりつけ医の質の向上を、上に書いてありますように、日医の生涯教育制度のボトムアップによって資質の向上を図りたいということでございます。会長の唐澤先生がこの代議員会でこのように申し出られまして、かかりつけの医師の質の担保、医療水準保持の保証は行政が関与するものではなくプロフェッショナルの団体である日医がすべきである、担うべきである、ということで会長の唐澤先生はやさしい先生ですのでこう言い方はしませんけれど、会員に紹介するときはこういうふうに申し上げますが、こういうことでわれわれのスタートが行われたわけです。</p>	
	<p>そんなところに、それからほぼ半年なり1年ぐらいたった段階の平成 19 年の初夏に厚労省からいきなり総合科と総合医という話が出てきてまして、われわれがその「かかりつけ医」という言葉を「かかりつけの医師」という言葉に変えて、文章上はこれでもまずいで「総合医」という名前はどうかあという話をして会は進んでいたわけでありまして、そのときに突然これが出てまいりまして、それでわれわれは、僕に言わせると後出しジャンケンと同じ流れで出てきたものですから、これは大変だということでこの混乱の第一因があったわけですけれども、会員の先生方は厚労省と日医が言っていることは全く同じことを言っている、ということになってきたわけでありまして、が、われわれといたしましては半年以上のスパンの差がありますので非常に困ったわけでありまして、発表されてしまった以上は、厚労省にいくら文句を言っても仕方がないのでありますが、最近はこの言葉がちよっと姿を消しているようであります。</p>	<p>厚生労働省の総合科医</p>
	<p>われわれのところでは認定を始めよう。どうせ勉強するならば、勉強をしっかりと、カリキュラムも変えて勉強して認定まで持ち込もうというのはどうだろうかということ、学術推進会議でご議論を願ったわけでありまして、そのときの2年後の答申がここに書いてありまして、反対と賛成の意見がございまして、反対の意見の主なものは、医師の間に認定医の資格を持っている者と、持っていない者の格差ができるということ、認定制度がフリーアクセスの制限、人頭割り、定額払いという総枠規制に結びつく可能性があることで困る、というのが反対意見でございます。賛成意見は患者さんの受診の際には適切な受療行動をとることができるか、それからやがて問題になってくるであろう医師免許の更新のときに、われわれは自分で勉強をしているということ、主張ができると。それから大学病院や総合病院で長年外科系の先生方が、もうメスはやめて地域で地域医療に専念にしたいという先生方にとっては、このぐらいのことを勉強していただければ開業をするときにも役に立つのではないかと、というご意見もございまして、学術推進会議では最終的には日本医師会の判断を仰ぎたいとのことでありますが、ご意見は圧倒的に賛成の意見が強かったわけでございます。</p>	<p>日医学術推進会議における認定制度の議論</p>
	<p>これもたくさん書いてありますので読みますが、「従来我が国では認定医、専門医の認定は各学会が行っており、学会やメディアを含めた社会からの反論が出てくるであろう。」と、日医がその認定なんかをするのはだめだよ、学会がやるんだよということで、学術推進会議において、日本医師会が中心となるが、日本医師会だけでなく日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会と共同して総合医認定のためのカリキュラムを作り、認定の実務を担う方が良いのではないかと、という意見がございまして、上記の3学会が共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んできたことも上記のような意見の根拠となっていると。これを受けて平成 19 年4月 27 日の学術推進会議作業部会で日医認定総合(診療)医構想については日本医師</p>	<p>総合医認定のための教育プログラム</p>



<p>会が中心となり、関連3学会の協力で行うという話がまとまり進んできたところでございます。</p> <p>会員からは、上の方は分かっているかもしれないけど会員全体には周知はしていない、とご批判をいただきましたので、こら辺から私は書きまくりました5つや6つの小論が出ていますが、要するに総合医認定制度を作ろう、という話を書いたわけでございます。</p>	
<p>厚生労働省のおっしゃる総合科に対しては、この辺は先生方におしかりを受けるかもしれませんが、会員に説明するときにはこのようにしております。</p> <p>厚生労働省の示す「総合科」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、医療へのアクセス制限を目的とする。主治医、これは明らかになったわけですが、後期高齢者医療制度の中の主治医や、限られた医師のみを登録する、これは国保中央会(国民健康保険中央会)が考えていることのようにだけれど、その意味もこめられていると。すなわち、厚生労働大臣の許可を要する国家統制的なものであるというので、日医はこれには反対をしたい、という強い意志の表れであったわけでございます。</p>	<p>厚生労働省の「総合科」構想への考え</p>
<p>でも制度の創設は必要であろう、というわけでわれわれのところの学術推進会議の生涯教育推進委員会で議論を重ね、それから都道府県の医師会のアンケート調査等を加味しまして、ここに黄色で書いてありますように、「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」を認定するような案を持ったところでございます。日本医師会が関連3学会とこのカリキュラムの作成にご参加いただいた日本老年医学会、日本小児科医会、日本臨床内科医会、日本専門医制評価・認定機構等の協力を得て認定制度を創設し、国民の要請に応えたいと考えたわけでございます。</p> <p>若干申し上げますと、その案は名は体を表すということいろいろ名前が出ておりましたけれども、こういう名前にするかどうかはすべてが決まりましたら名前を決めようと考えていますがいろいろあります。日本医師会では従来から「かかりつけ医」という名称を使ってきたが、「かかりつけ医」は患者から見た医師の役割を示す表現であり現在は「かかりつけの医師」と表現している。これは先ほども申し上げた通りです。学術推進会議では、従って「総合医」、「総合診療医」のどちらかが良いのではないかと。生涯教育推進委員会では厚労省の提唱する「総合科」と間違えるといけなないので、「総合医」の間に「診療」をいれて「総合診療医」としたらどうかという、こういうお話が出て最終報告書がまとまっております。</p>	<p>日医の「総合診療医」制度</p>
<p>認定のコースにつきましてはこれからの議論もあるところですが、コース1は、将来の専門的なことまで考慮に入れているのですけれども、現在の卒後臨床研修が終わりましたら3年以上かけてじっくりやっていただく、ということでございます。それからコース2から4までは経験年数に応じて少し単位等が変わっておりますが、これはお年寄りの先生方は既に地域医療は毎日やっておられますし、その経験が十分あるということで少し時間を減らしたらどうかという意見もありまして、それは相成らんという先生もございまして、こら辺のところは今後の課題でございます。</p>	<p>認定コース</p>
<p>それからカリキュラム、ここが大事でございますけれども、先ほど申し上げました日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会、日本老年医学会、日本臨床内科医会、日本小児科医会、日本専門医制評価・認定機構にご協力を得てできたわけでありますけれども、さらに47都道府県医師会、日本医学会加盟105学会、全国医学部長病院長会議の各80の方々はこのカリキュラムをお送り申し上げましてご意見をいただいて、それでブラッシュアップいたしまして今年の秋には完成をする予定でございますので、来年の4月ぐらいからは新しいカリキュラムで生涯教育を進めたいと。これは認定制が決まろうと決まるまいとこの生涯教育のカリキュラムは運用が始まります。カリキュラムの中にはこのように書いてあります。「頻度の高い疾</p>	<p>カリキュラムの内容</p>

	<p>病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、我が国の医療体制の中で適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる総合診療医としての態度、知識、技能を身につける」ということで行動目標が7つございまして、医療専門職としての使命から継続的なケアまで7つの項目からなっておりまして、50時間なら50時間をこの中から選んでいただくと、まずそういうことから進めようということでございます。特に「臨床問題への対応」として 57 の症状・病態について、「日常診療上、頻度の高い症状や病態について、年代、性別の特性に配慮した鑑別診断と初期対応、適切なタイミングでのコンサルテーション(紹介)、必要に応じた継続管理ができる。」ようにするというのが目的でございます。例えば鼻血に関しましてはこのように記載がございまして、時間の都合でこれは申し上げませんが、病歴から、ご自分でできることと紹介すべきことが分けて書いてございます。</p>	
	<p>履修の方法もいろいろございますけれどもここで問題となりますのは、3行目に書いてあります、単位の互換ということにあります。各関連学会との単位の互換を考えるべきではないか、例えば専門医の先生方が学会に行って取ってこられる単位についても単位換算等すべきではないか、というご意見もございまして、これは今年の生涯教育推進委員会で検討を進めていただいているところでございます。</p> <p>学会の専門医との整合性、関係でございますけれども、これが平成 20 年 21 年度の学術推進会議への会長諮問でございまして、医師の生涯教育と認定医制・専門医制ということで今討論議が始まっているところでして、だんだん結論になってくると思われまして。</p>	履修方法・学会の専門医との整合性
	<p>最後のスライドに参ります。</p> <p>これは先ほどから出ておりました、専門医との関係、どういう立場かということでございますが、この絵は下手ですが私まだ良い案が出ませんが、要するに左側は専門医とわれわれのいう幅広い診療能力を有する医師というのが縦糸と横糸の関係で布が織られていく、そういうふうを考えれば良いんじゃないかと。右側は理想的な医師というのは幅広い診療能力がございましてその上にご自分の専門領域に秀でていたということがあれば、これは鬼に金棒であるというふうに考えておまして、良い絵をこれから工夫をしたいと思っております。</p>	専門医との関係
	<p>まとめでございます。本制度の創設は、国民の目から見える形での医療の質の担保であり、それにより、一層安心して受診できるという国民からの要請でもあります。医師の研修、医師の医療水準を支えていくシステムは行政が関与するものではなく、学術専門団体である日本医師会が関連学会等の協力を得て、国に先駆け、これまでの生涯教育制度を底上げして、認定制度を主導的に創設することこそが、国が考えていると思われる「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ます。これは会員向けでございますので、都道府県医師会からのご意見をたくさんいただきたい、ということを書いて結んであります。時間になりましたのでこの辺にさせていただきます。</p>	制度創設の考え
<p>○土屋 ・総合診療医育成システムの必要性</p>	<p>先生、大変幅広い問題を短時間でおまとめいただき、ありがとうございます。別の日にも思ったのですが、飯沼先生が大変お忙しくて今日を逃すとだいぶ後になってしまうということで、ご無理を言いまして今日ご説明いただきました。</p> <p>最初に少し班長として確認をさせていただきたいのですが、私は現役のところには毎月5か所の医師会の夜の勉強会に行って、肺がんのことは私は教えられる実力があられるのですが、いろんな付随疾患など大変開業医の先生方が幅</p>	総合診療医育成システムの必要性



	<p>広い知識をお持ちで、しかもかなり専門的に高度な知識を持って総合的な診療をして優れた方がたくさんいらっしゃるという実感を持ったんですね。それで日ごろから尊敬申し上げているのですが、先生のスライドの6枚目の認定制度をめぐる学術推進会議の意見で賛成意見の3番目に、「大学病院や総合病院で長年、専門医として勤務してきた医師が開業する際の学習内容とする」と、おそらく今、先生方の新しくお仲間に入る方でこういう方が圧倒的に多いんじゃないかと思うんですけれども、長年飯沼先生のようにご経験豊富で幅広い知識も技能もあるという方に比べて、大学で専門だけやっていますと他の分野はほとんど素人同然だということで、この分野はおそらく緊急を要する問題じゃないかと思うのです。それで先ほどもう1つお示しいただいた14ページに認定コースでお考えいただいているコース1、2、3、4と。コース1は私も研究班が今一番興味のある総合診療医を若い方にどうプログラムで育てていくか、これが一番将来の問題として、システムの問題で大きな課題だと思うんですけれども、コース2、3、4は現実的に今そういうことを全国各地、特に僻地(へきち)に勇んで行くような方に教育するのに大変必要なことではないかと、そのような解釈でこれはよろしいでしょうか。</p>	
○飯沼	はい。	
○土屋 ・研修・実習の方法	<p>その上で、例えばこういう方が、コース1については後で葛西先生からいろいろご意見あると思いますが、こういう中途編入者のな方が、ここにもある他分野の実技をどういう場で研修をやることを先生方はお考えなのでしょう。</p>	研修・実習の方法
○飯沼	<p>研修のところは、非常に大切なところでございまして、実際先生が科目のことをおっしゃいましたけど、場所的な問題もありまして、北海道の先生が3日も出てくると無医村が3日続くとかそういうこともあるので、講義形式のもの、eラーニングを使うものと、実習とか見学とかも、もちろん考えなくてははいけません。その辺はこれからさせていただきたいと思っております。</p>	
○土屋 ・大学病院との協力の可能性	<p>山形では、長年専門家として大学病院などでやっていた方がいよいよ開業する、あるいは診療所へ行くときに特別なコースを大学病院で用意されてそれで送り出すことを既に嘉山先生が始めてらっしゃるとお聞きしましたが、そういうところと医師会が協力してということは考えられますでしょうか。</p>	大学病院との協力の可能性
○飯沼	中身を勉強させていただいて、検討させていただきたいと思っております。	
○土屋 ・総合診療医数の想定、必要育成数	<p>最後にもう一点、このような制度が先生方がお考えの総合診療医が満遍なく行き渡ったとして、総数としては何万人ぐらいを、先生方は想定なさっているのか、毎年どのくらい新規参入者が必要とお考えなのか、もし試算がありましたら。</p>	総合診療医数の想定、必要育成数
○飯沼 ・制度の対象は全科	<p>試算はしていませんが、書いてございまして、22ページの「本認定制度の対象は全科にわたるものであり、内科に限ったものではない」と書いてございます。なるべく多くの先生に参加していただきたい。なりたいという先生には、なれるようにカリキュラムもそれなりの対応をしたいというふうになっております。</p>	制度の対象は全科
○土屋	ありがとうございます。それでは班員の先生方、川越先生。	
○川越 ・教育機関との協力の必要性	<p>川越と申します。どうもありがとうございました。日医、医師会の方がこういう教育に関して熱心にされてというのは、うれしいことだと思います。ありがとうございます。それで一つ、今回は後期研修医制度をどうするかという話の中で議論がなされていると思うのですが、今土屋先生が指摘されたことと関連するのですが、新規で働く先生方は今の段階では、もともと専門的なバックグラウンドを持って、途中でその専門医を持ちつつ地域に入っていく先生がほとんどだと思います。ただ今後は専門家としての総合診療、ここでもかか</p>	教育機関との協力の必要性

	<p>つけ医療とかそういうものを専門性として地域に出て行く医師を育てるべきではないかという議論も実はあるわけです。ですから従来の考え方だと前期の研修制度がしっかりやっていたら、地域に出れるんじゃないかという、そういう考え方を持つとちょっと乱暴な意見がございしますが、そうではなくてやはり先生が指摘されたように、かかりつけ診療とか総合診療というのは、非常に専門性の高い領域なので、おそらく後期研修制度の中でトレーニングの機会を作っていくなければいけない。そうすると、後期研修制度は専門医制度ですからトレーニングが特に大事になってくる。地域医療ということになりますと、教育する方と教育を受ける方が離れてしまう場合があるんですね。教育する先生は大学病院にいて、実際のトレーニングを受ける場所は地域ということで、普通は教育する先生のところで臨床的なトレーニングを受けるということなので、私としては日医の先生方が頑張ってくださいのは、現場から離れないという意味ですごく大事なことだと思うのですけれども、やはり教育機関と協力するという、カリキュラムと一緒に作ることでなく実際の教育を行うのも一緒に協力してやるべきじゃないかと、そういうものを考えているのですが、その点についていかがでしょうか。</p>	
○飯沼	<p>先生のおっしゃる通りですけれども、方策としてはなかなか具体的には出てこないで、生涯教育推進委員会は教育の環境作りを諮問してあるところがございますので、これから名案が少しずつ出てくると思いますけれども、なかなか出てこないで、先生方も良い案があったらお教え願いたいと思います。</p>	
○土屋	<p>阪井先生。</p>	
○阪井 ・妊婦や出産に対する 診療の取扱い	<p>成育医療センターの阪井と申します。ご説明ありがとうございました。一つお聞きたいのですけれども、「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」が担う診療の中には妊婦に対する診療や出産に対する診療も入っているのでしょうか。</p>	<p>妊婦や出産に対する 診療の取扱い</p>
○飯沼	<p>このカリキュラムのところ、若干ありますけれども、そこは専門医に。例えば、52番(生涯教育カリキュラム、10ページ)をご覧くださいと、「性器出血や下腹部痛などから流産の原因の可能性を見極め、専門医への紹介が必要か否かを判断できる。また妊産婦に生じる一般的健康問題に対処できる。」と書いてあります</p>	
○阪井	<p>一般的健康問題というのは、出産は入っていないわけですか。</p>	
○飯沼	<p>出産は入っていません。</p>	
○阪井	<p>出産は扱わないと。分かりました、ありがとうございます。</p>	
○土屋	<p>葛西先生。</p>	
○葛西 ・認定コース、カリキュ ラムの到達目標	<p>福島医大の家庭医療学の葛西でございます。 この研究班ができる根拠になった「安心と希望の医療確保ビジョンの具体化に関する検討会」でも、専門医としての家庭医・総合医の養成が必要であるということで、後期研修を考えているところなので、やはり国民が求めるレベル、質が確実に教育で到達されるということが大事だと思います。私自身は名前がどうであっても、そのレベルに達するというのが一番大事で、この認定コースあるいはカリキュラムを興味深く見せていただいたところです。コース1に関しては、私たち、私たちというのは私が副代表理事をしている日本家庭医療学会のことですが、それで認定し進めている3年間のいわゆる後期研修プログラムと同じものかなと思っております。この質をしっかりしたレベルにしようとしているところですが、このコース2、3などに関して会員の先生には臨床経験7年以上あるいは15年以上といっても、例えば皮膚科開業医をされて</p>	<p>認定コース、カリキュ ラムの到達目標</p>



	いて 15 年とか、眼科開業医されていて7年という形で、確かに内科の開業医の先生たちが大部分を占めるかもしれませんが、スタート地点の総合的な診療に関する経験なり知識なりがバラバラだと思うのですが、それをどのように、その後の 50 単位とか 20 単位とかという教育でレベルアップをされようとするのか、この辺をお伺いしたいと思います。	
○飯沼 ・カリキュラムの議論	ここが大切なところなんですけれども、実際は細かいところはこれから議論しようというところで、大枠こういう案はどうだろうかということでお示しただけでありまして、これはまだ機関決定もされているわけではございませんので、だいたいこんなようになるかなというところでありまして、先生がおっしゃったように、皮膚科の先生の基礎的なところ、内科などのところをどうするのか、ということをごさいますけれども、そこは非常に大切なところなのですが、詰めるべきところがまだ詰まっていけないのが現状でございます、合意ということでは、まだ日本医師会は機関決定していないわけではあります。機関決定するための要因として今いろいろなファクターをご説明していることとございまして、コースに対しては全員 50 単位にしろという意見もございまして、50 では足りないという先生もおられます。ある年齢にきたら論文 1 通、報告書 1 通くらいで良いのではないかと先生もおられます。いろいろおられますので、最後は激論を交わすことになると思いますけれども、先生のご意見も参考にさせていただきたいと思っております。	カリキュラムの議論
○葛西 ・カリキュラムの作成	ぜひこれはすごく良いきっかけになると思いますので、この制度に手を挙げていただいて国民のための家庭医・総合医になりたいという会員が多数参加して、それを修了すればこのレベルになるといってしっかりと教育さえすれば、かなり期待が持てるな、と思えました。そこで生涯教育のカリキュラムを見せていただきましたが、これは福井先生が座長でいろいろとりまとめて作られたのも分かっておりますし、家庭医療学会の方でもいくつか資料をお出したかと思うのですが、確かにいろいろなことが入っていますけれども、急性の問題、これが 53 ですか、表では 57 となって出ておりましたが、これをどのようにして選ばれたのでしょうか。諸外国の標準的な家庭医のテキストとかを見ますと家庭医の扱う問題はだいたい 150 くらいでございますので、その中から 57 をどのようにして選ばれたということをお聞きしたい。それから、確かに何を学ぶかは項目としてリストアップされていますが、カリキュラムとして必要などで誰が誰にどのようにいつ教えるのかというあたりは、示されていません。もちろんこれからまだまだ練っていく途上だということは十分理解しておりますけれども、学ぶ項目だけを羅列するのではなくて、実際にどのように教育がされるかということまで盛り込んだカリキュラムにさせていただければいいな、と思えます。そのことに関しては私も学会等も協力して一緒に作り上げていければいいかな、と思っておりますので、よろしく願いいたします。	カリキュラムの作成
○土屋	何かコメントございますか。	
○飯沼	100 いくつかから、57 になった理由は、私も福井先生と 3 学会で議論する会議には全部出ておりますけれども、なぜ減らしたかというのは分かりませんが、どこかへ必ず入り込むようにはされていると、そう僕は感じております。後は先生のおっしゃる通りなので、これをどのように現実の教育にするかということ、これは 2 年くらいかかると思いますけれどもやっつけていきたい。試行錯誤をここでたくさんあると思いますのでどうぞよろしくお願いいたします。	
○土屋	はい、では渡辺先生から。	
○渡辺 ・漢方医学の視点 ・教育プログラムの担い手	慶應大学の渡辺と申します。これは葛西先生の質問とかぶるかもしれませんが、カリキュラムの中でぱっと見て女性医療の部分が欠けているかな、と思えます。更年期障害とか月経前症候群というのはどの科に行くか分からないような場合があります。婦人科だけでなく、精神科に行ってしまったりと	漢方医学の視点

	<p>か、場合によっては頭痛なんかで神経内科へ行ったりとか。こういういくつかの科にまたがる問題は総合医教育にきちんと入れてほしいなと思います。その他にもいくつか抜けているものがあると思うので、そのところの再検討をおねがいします。もう一つは、私は漢方医学が専門なのですが、common disease(一般的な疾患)に関しては、漢方はかなりカバーできますので、そういった視点をぜひ入れていければ幸いです。まだ案ということですので、ぜひ議論に加えていただけたらと思います。</p>	
	<p>それからもう一つ、教育カリキュラムなのですが、飯沼先生と葛西先生と絡むのですが、これだけの幅広いものをカバーするとすると、将来的にこういった総合医なり家庭医というものがすべて教育を担うのか、それともサブスペシャリティーやプライマリーのスペシャリストである内科とか外科とか、そういったところが結局担うのか、ということはどうにお考えでしょうか。ぜひ飯沼先生、葛西先生にお伺いしたいと思うのですけれども。</p>	教育プログラムの担い手
○土屋	どちらから。	
○渡辺	どちらでも。	
○土屋	では葛西先生。	
○葛西 ・家庭医教育と各科との連携の必要性	<p>指導医のことですけれども、これは家庭医療学のレベルが日本と比べて 20 年 30 年進んでいる国でも、各科の専門医の先生たちの協力を得ながら教育カリキュラムを作り教育を行っている状況です。もちろんいろんな各科の専門の知識、技術のところでも家庭医がそれを地域でどう適用させるのかというあたりでは、家庭医の指導医が教育に十分関わっていただけますけれども、一部のものに対してはやはり病院の中のかかなり進んだ診療の状況を経験してもらうための教育を各科の専門医がやっています。だからここでも家庭医と各科専門医との連携が必要になってくると考えます。</p>	家庭医教育と各科との連携の必要性
○土屋	アメリカの family medicine(家庭医療)に近い形を想定すると。	
○葛西	<p>そうですね。アメリカに限らず世界の家庭医療先進国で行われている教育です。どこまでを各科の専門医が教えるのかという住み分けというか枠組みが完全に(あるいは画一的に)できあがっているわけではありませんけれども、それぞれの国あるいは地域の病院などの実情にあわせてやっているという感じはあります。</p>	
○土屋	飯沼先生何かコメントを。	
○飯沼	はい、やはり専門の先生のご指導を受けながら、先輩の総合医が後輩を育てるといふ、そういうシステムにしていくしかないと思います。	
○土屋	岡井先生。	
○岡井 ・厚労省の総合科医の考え方と医師会の考え	<p>お聞きしたいことは、日本医師会が考えているこの総合診療医というのは、厚労省が考えている総合科医ということと、根本的には違わないと思うのですが、医師会が何か反発しているのは、その使われ方といいますか、日本の患者さんの受診行動が少し外国と比べたら統制されていないと。いきなり専門医のところへ診療を求めていくというようなことが、結局ある意味で医師を忙しくさせたりとか、これはあくまでも医療の効率化、医療を提供する側の人間をいかに効率的に使うかという立場から見た場合に、効率が悪いと。ただ、諸外国でそうであるようにファースト・ステップとしては最初に総合科医が診る、それからより高度な診療が必要な場合に専門医を紹介する、そういう道筋みたいなものを作りたいという意向が厚労省にある程度あると思うんですね。日本</p>	厚労省の総合科医の考え方と医師会の考え



	医師会はその使われ方そのことに反対しておられるのだと思うのですが。そここのところの考えは、どうしてそれに対して反対なのか、ということをしかり私は聞きたいんですけども。	
○飯沼 ・フリーアクセスの制限と、インセンティブ	やはりそれは、フリーアクセスの制限になります。それからもう1つは、日本医師会はこのようにものに保険点数とかのインセンティブを与えないというのが基本にありますので、その2つです。フリーアクセスがゲートキーパー的になってしまうと、(ならないとおっしゃると思いますけど)、(ゲートキーパー)的になってしまうと、それはフリーアクセスの即制限ですので、それは納得ができないと、こういうわけです。	フリーアクセスの制限と、インセンティブ
○岡井	それは患者さん側に、ある程度の選択の余地を残しているなら良いわけですか。	
○飯沼	患者が選択できるということはフリーアクセスですね。	
○岡井 ・総合科への選択	ええ、だから総合科というものがあって、そこに先に行くという選択を患者さんがすればいいだけのことであって、それができるならフリーアクセスの制限にはつながらないと思いますけれど。	総合科への選択
○飯沼	僕らはフリーアクセスが、ゲートキーパー的なものになってしまうと、阻害されるというふうにもう思える。	
○岡井 ・標榜科としての扱い	それからもう一点。もしも標榜科にしたいとすると、どうなるのですか。「内科になりに医院」となって、その後「総合診療専門医」と。	標榜科としての扱い
○飯沼	標榜科は考え中です。	
○岡井	標榜科には反対である、という意味合いがあるのですか。	
○飯沼	どういう標榜にするかどうかということも含めて、標榜についてはノーとは言っていない。これから考慮中です。	
○土屋 ・総合診療医の「ゲートキーパー」としての役割と専門性	がんの専門病院としては、フリーアクセスの問題なのですが、うち(国立がんセンター中央病院)では今、初診を全部完全予約制にしましたのです。本省ともよく相談して、違法性がないかどうかというのを詰めたのですが。私どもの病院が完全なフリーにすると、ちょっと咳(せき)が出て風邪だ、ということで外来があふれてしまってコントロールが効かない。実際そうなんです。やはり診療所の先生からのご紹介が最低限必要であると。あるいは他院からの診療依頼とか。そうしませんとなかなか今、おそらく大学病院も患者さんが毎日5,000、6,000来ている、おそらく半分以上は多分大学病院でなくても良い患者さんではないかという気がしますので、そういう意味ではむしろこの総合診療医が「ゲートキーパー」という言葉は、大熊さん(大熊由紀子 国際医療福祉大学大学院教授)に怒られてしまいますけれども、その役割を果たしていただいて、むしろインセンティブが付いた方がわれわれ病院側から見ると、大変ありがたいのではないかと。そして診療所の患者さんの数は増えるのではないかと気がして見ているのですが、その辺はいかがでしょうか。	総合診療医の「ゲートキーパー」としての役割と専門性
○飯沼	日本医師会がどう考えているか、そのものについて議論したことがないので、個人的な話になりますが、先生方の特にがんセンターみたいな、特化した専門病院の先生方がそうお考えだということは会員には伝えますけれども、それが、ゲートキーパー的な仕事がどうでしょうか。「ゲートキーパーになった方が患者が増える」という議論にはなかなかついていけないわけですけども。	
○土屋	受診回数が減らないとすればがんセンターの受診が減れば、行くところは診	

	療所しかないわけで、中央区の医師会その他は特に反対はなかったのですが。	
○飯沼	そのゲートキーパーということですか。	
○土屋	まずセンターにいきなりの受診は一切ないと。	
○飯沼	それはいいと思うんですよ。がんセンターみたいながんに特化した病院に一般外来があるなんていうことは、それは病診の機能分担でちょっと話がずれるのではないですか。	
○土屋 ・病院機能における専門性	この病院機能というのはがんセンターに限らず、大学病院では皆同じではないかな、という気がするのですが。専門性の高い医者集団ですので、いわゆる最初の総合臨床的なものは先生方診療所の先生が担っていただいた方がより専門性が高まるという気がするのですが。	病院機能における専門性
○阪井 ・患者さんの考え方とフリーアクセス	先ほど岡井先生の問題提起が僕は本質だと思うんですけども、フリーアクセスが非常に大事だとか、良いとか悪いとかいうのは完全に患者さんの言い分であって医者側が言うことではないのではないかという気がします。どうということかと申しますと患者さんは、例えば救急医療、私がやっている小児の救急医療をとりあげますと、どこへ行っても良いんだ、ということで電話をしたら今満床だから来てくれるとか、手が離せないだとか、小児科の医者がないとかとあって、たらいまわしになって結局亡くなってしまうということがありうるわけで、そういう患者さんと話を私はしたことがあるわけですが、たとえ100km 向こうであっても、今行くと絶対診てもらえる、というところがあれば、その方が絶対良いと、どこに行っても良いなんていうのはとんでもない、現実はそのようではないんだとおっしゃっておられたのです。ですから患者さんの方がフリーアクセスをどう考えるのかということであって、医者の方がフリーアクセスが何よりも大事だというのは私はおかしいように思うんですけどいかがですか。	患者さんの考え方とフリーアクセス
○飯沼	患者さんがどう思うか、ということが一番大事なんですよ、先生。そのために医師会はそのようなことを制限することをまずいとっているわけです。	
○阪井	ですからそれを言うのは患者の側であって先生たちではない。	
○飯沼	でもわれわれは患者の立場でものを言っているというわけです。	
○阪井	しかし言うのは患者であるべきだと思いますが。	
○飯沼	それは患者さんの声ですか。	
○阪井	そうです。	
○飯沼	僕が言っているのも声です。先生がおっしゃっているのは小児科とか、土屋先生のおっしゃるがんとかいう特殊な、ごく専門的なものとはわけが違うわけです。一般的な話だということですよ。	
○土屋	今医者同士で話しているもので、ちょっと時間がせまっておりますけれど、「私が患者の声だ」という内容で話せる傍聴の方はいらっしゃるでしょうか。いらっしゃいませんか。 ではちょっとこの話はここまでにしておきます。 はい川越先生。	
○川越	先ほど飯沼先生おっしゃられたように、この地域医療というのは古くて新しい	専門性としての地域