

<p>・専門性としての地域医療 ・後期研修における産科、妊婦検診</p>	<p>領域、特に専門性をどういふところに求めていくかということは非常に難しい問題だろうと思います。まさに取り組みにかかったといえるのではないかと思います。</p> <p>いろいろなことを考えながらディスカッションを伺っていたのですが、われわれは後期研修制度の中で考えています。専門医を育てるといふこと、それに対して一番良い制度はどうあるべきか、ということディスカッションしているわけですが、地域医療というのは確かに専門性が高い医療で、特に医療だけでなく介護保険の知識も持たなければいけませんし、非常にある意味で専門性が本当に高まってきた領域だろうと思うのです。では今議論されている後期高齢者医療制度の中に、この地域医療という専門性をどういふ具合で主張していく、やっていくかということ、やはり今後の大きな課題だと思っておりますので、あまりこうあるべきだという結論を出していかない方がよいのではないかと、まだまだディスカッションしていただきたいなと思うのが一つです。</p> <p>もう一つは、先ほど産科、妊婦さんの検診を後期研修でどう考えるのかということがありました。後期研修制度というのは、この間、別の安心と希望の医療確保ビジョンの具体化の会議でディスカッションされたのは、前期研修制度自体を見直さねばならない、という議論がございました。研修期間の問題と学部との連続の問題、それからもう一つあったのは、前期研修に持ってくるのが適切かどうかという、研修の場ですね、それが議論があったと思います。その中の一つは産科なんです。産婦人科は1か月ということが義務づけられていますが、それで本当に良いのかというようなディスカッションがあったと思うんです。</p> <p>前置きが長くなりましたが、私は今前期の研修の方も見直しながされていることがありますので、その辺のところの情報交換をしっかり持たなければいけないということ、これは個人的な私の意見ですが、妊婦の診察はやはり内診ができればいいと思いますので、流産かどうかということもですね、ですからこれはもし持ってくるとしたら後期に持ってくる内容であろうと思います。つまり専門性を持った総合診療医の中にやるべきであって、前期の中に持ってくる内容ではないなと個人的には考えております。</p>	<p>医療</p> <p>後期研修における産科、妊婦検診</p>
<p>○土屋</p>	<p>有賀先生と山田先生、もしありましたら一言ずつ。</p>	
<p>○有賀 ・水準に応じた認定のあり方</p>	<p>昭和大救急医学の有賀と申します。大変興味深く拝聴させていただいて、ありがとうございます。11 ページのところにあります、先生先ほど「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。」とのことでした。私も実は、今大病院にいますけれども、その前は地域の医師会の学術担当理事を長らくやっています、ここに「手をあげていただいた医師全員に参加していただきたい、できるだけ多くの医師」と書いてありますけれども、これからですね、お父さまの跡を継いで開業しようかなというような方たちと話をすると、おそらくこういう認定制度に大変興味を示すのではないかと強く思います。お父さまの水準でいくと一定の勉強をした後、地域で開業されて、ここいふところの保健だとか福祉だとか地域医療そのものにどっぷりつかってやっていると、あまりこの制度に無理やり乗らなくても、自分の診ている患者さんたちはそのまま良いあばいに診れているのではと強く思うのです。ですからそういう意味では、何となく日本医師会の思考として、すべての会員について等しくとか、既にいろんな開業の先生、皮膚科や眼科の先生の話が出ましたけれども、既に一定の水準に達して、エスタブリッシュ(確立)された方たちについてはあまり問題にしなくても、日本医師会の会員の先生方は十二分に生活していくことができるのではないかなと思うのです。そういう意味で、この制度そのものは日本医師会にこれから入ってくる新しい方たち、もちろん年を取って入ってこられる方たちでもいいのですが、そういう人たちにどんどんやれる形で、あまりギリギリと今いる人々を対象にどうこうというよりも、もう少し先のことを考えながら後期研修とか、そういう意味での専門性ということを考えてドラステック(徹底的)にどんどんやる方がよいのではない</p>	<p>水準に応じた認定のあり方</p>



	かと思うのですけれども。そういう、今できている人は良い、という議論はあるのでしょうか。	
○飯沼	あります。コース4を含めて、もう経験がある方はいい、という意見はあります。一方、全部同じでやれ、という先生もおられる。もう一回絞り直せと、という意見もあります。いろいろなご意見があるのでゴールが出たら最終的に議論していくことになります。	
○有賀	ありがとうございます。ぜひそういうことで、今後。	
○土屋	最後になりましたが、山田先生。	
○山田 ・研究班の視点 ・生涯教育制度の有効性の検証と認定制度の必要性	池田先生、飯沼先生、この会は後期臨床研修の制度設計的なものを構築することができるかということを検討しよう、ということで一応、大学を卒業した医師の開始時点としては、卒後初期の臨床研修2年を終えて、3年目の時点の医師を全部並べて、その人たちをどういう具合に、それぞれのキャリア形成とか、パスに分布ないし配置させれば、一番良い医療体制に向けて、いい方向に進むことができるか、ということを検討しているという視点が、基本的な視点なのですが、その観点から、現実問題として関わっているお二方の立場のお話を、理解できるような形で聴くことができ、本当に勉強になりました。どうもありがとうございました。	研究班の視点
	一つ個別的な質問としては、現実的な成果を生み出すために、私が一番興味深く思ったことが、生涯教育推進委員会が平成18年19年で諮問を受けた、従来継続的に長年行ってきた、生涯教育制度の有効性について検証しよう。そういう実績、成果の検証、効果の検証というのが、次の新しいものを設計、計画していく上で重要な基盤になると思うので、それについて簡単に教えていただければと思います。	生涯教育制度の有効性の検証と認定制度の必要性
○飯沼	簡単に申し上げますと、この20年間続きました生涯教育制度が、いつか非常に申告率が減ってこれは大変だ、という事態がございました。自主申告制でありまして、もう一つは自主申告と、1時間でも50時間でもどちらでも、申告したという評価をするようにいたしておりました。従いまして評価に客観性がない、というのが共通の見解の答えでございます。そして、生涯教育制度を実のあるものにするためには、会員100%に勉強していただいて、それを客観的に評価できるシステムにしなければだめだと、それがすべての始まりでございまして、それなら認定制度の方がいいんじゃないかと、その結果としてなったわけでございます。	
○山田 ・後期研修制度への意見	ありがとうございます。もう一つ簡単にお聞きしたいのですが、なかなかこうしたことをお聞きする機会がないので、日本医師会の立場として今の検討している後期研修、専門研修、卒後3年目からの臨床研修に対して、何か全般的なご意見というか、非常に強いものがあればぜひそれをお聞かせ願いたいと思います。	後期研修制度への意見
○飯沼	いわゆる後期研修、「後期研修」という言葉はないと聞いておりますので「いわゆる」を付けますけど、日医で機関としてディスカッションしたことはございません。前期、いわゆる今の研修制度についてはいろいろ問題点があるということは存じ上げておまして、それは公式の日医でも会議もしておまして、厚労省の会議に私は出ておまして、今度できました文科省と厚労省合同の会議も私が出ておまして、それは正しくお伝えをしようと思っております。後期につきましては何もまだ検討もしていません。それほど難しい問題でありまして、学部教育からの延長でございますから、学部も決まらない、国家試験の方法も決まらない、前期をどうするかも決まらないで後期の議論はないだろうというのが大多数の意見のように思いますが、機関の意見ではございませ	

	ん。	
<p>○土屋 ・まとめと御礼 ・次回の予定</p>	<p>どうも先生、時間をオーバーして、ありがとうございました。医師会の方で先ほども指摘した14枚目(医師会配付資料7ページ)の認定コースの、コース1と、2から4と。先ほど申し上げたように2から4は喫緊の課題だと思うのですが、この会場でビジョンの具体化の検討会の最後をやったときに、医師の増員を1.5倍にというのを求めたときに、それをやったのでは10年も20年もかかる。喫緊の課題に絞るべきだ、と厚生労働省の方から言われて、危うく高久先生も乗って、増員の話が落ちそうになったんですが、やはり私どもの班としては、今山田先生がおっしゃったように、コース1のところですね、ここをぜひ医師会とも協力してどうシステムがいいのか、ということを中心に考えていきたい。2から4も大変なことだと私も認識しておりますけども、また同じような論法で、こっちが大事だから1は後回しだ、と厚生労働省に言われないうちに、しっかりした報告書にしたいと思います。ぜひ医師会の先生方も今後ともいろいろご指導いただいて、私どもの良い報告書ができるようにご協力をいただきたいと思います。また、池田先生にはお忙しい中来ていただいてありがとうございました。お二方に改めましてお礼の拍手をしたいと思います。どうもありがとうございました。</p> <p>(拍手)</p> <p>ちょっと時間をオーバーして申し訳なかったのですが、次回ですがまだ日程が上ってないのですが、皆さまの資料のところにあります18ページからの資料4で、日本学術会議の提言で要望「信頼に支えられた医療の実現」というのがあります。この前も申し上げました、その42ページ(提言の20ページ)になりますが、その最後に、米国の専門医認証組織の最後のパラグラフで「なお、米国のACGMEという認証組織は民間の団体である。一方我が国に求められる上位認証組織では、既に各学会等により運営されている多数の専門医制度を改めて束ねる役割を担い、地域における受け入れ数の設定等において、関係する行政機関等との連携・協力も重要となると想定される。また、必要に応じて懲戒権を行使し、自浄機能を発揮できるようにすることが期待されることなどから、上位認証組織については、法律に根拠を有する公的な組織にすることが適当ではないかと考える。」とあります。</p> <p>私どもで今検討をしているところに直接関係あることですので、ぜひ学術会議の金澤会長にお願いをして、ご説明を皆さんで聴ければと思っておりますので、また日程が決まり次第ご連絡をさせていただきます。どうも今日はご協力ありがとうございました。また多数傍聴していただいて、感謝いたします。また今日は皆さんからご意見を聞けませんでした、ホームページが開設されたのでぜひそちらの方へご意見を寄せていただければありがたいと思います。どうもご協力ありがとうございました。終わります。</p>	<p>まとめと御礼</p> <p>次回の予定</p>



第3回班会議 会議録

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)

<p>○土屋 ・開催挨拶 ・第1回班会議 ・第2回班会議 ・今回の趣旨説明</p>	<p>皆さん、こんにちは。時間になりましたので、第3回の班会議を始めたいと思います。前回ご欠席の方、あるいは初めて傍聴の方、また今日は日本学術会議から桐野先生をお迎えしていますので、以前の経過と本日の進行について私の方からご紹介をさせていただきます。</p> <p>当班会議は、開催要項の趣旨のところでありますように、「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、国民に質の高い医療を提供するために必要な、我が国の土壤にあった医師の後期研修のあり方について検討すべきだ、とされたことを受けて、「医療における安心・希望の医療確保のための専門医・家庭医(医師後期研修制度)のあり方について検討を行い、地域医療を担う家庭医・総合医を含めた専門医の指導、教育研修のプログラム等について、総合病院、大学病院、専門病院、診療所などさまざまな立場の医療者の協力を得て幅広く調査検討を行う」ということで急遽設けられた研究班であります。</p>	<p>開催挨拶</p>
	<p>第1回目は厚生労働省本省の会議室をお借りして、舩添厚生労働大臣をお迎えして、当研究班の背景、概要の説明、そしてこの班の研究の進め方ということのご説明の後、診療科の偏在の現状と専門医の必要養成数の試算などを検討すべきではないか。2つ目としては、研修医教育と専門医教育というようなものについても検討すべきではないか。それから、家庭医・総合医、専門医の育成ということで、家庭医をかなり意識した形での検討が必要ではないか。海外での家庭医・専門医養成の適正数の根拠についても調査すべきではないか。それから、3つの偏在という視点。診療科の偏在、地域における偏在、それに加えて設置形態間の偏在が存在していると。これを分析、理解、認識することが必要であると。そして制度の継続的見直しのできるような制度というものを提案していくべきではないかと。卒前教育、初期臨床研修との関係も吟味した上で専門医について考えるべき。これを報告書としてまとめるべきではないかという議論が1回目になされました。</p>	<p>第1回班会議</p>
	<p>その結果、このような専門医の総合的な調整が必要だというご提案が既に日本医師会、日本専門医認定機構、あるいはその他の主要学会から既にご提言があるので、これらから事情聴取をすべきではないか、意見をお聞きすべきではないかということで、前回第2回、10月9日には日本専門医制評価・認定機構の池田理事長にお越しいただいてご説明を聞いたという状況であります。同時に日本医師会からも飯沼担当理事に来ていただいて、いわゆる総合診療医についての医師会での主張をお聞きしたということが今までの経緯であります。</p>	<p>第2回班会議</p>
	<p>本日は日本学術会議の金澤一郎先生にお願いしましたところ、日本学術会議で要望として「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」というものが日本学術会議「医療のイノベーション検討委員会」で検討され</p>	<p>今回の趣旨説明</p>

	<p>て要望として冊子にまとめられていますので、その委員長であられた桐野先生に日本学術会議の専門医に対する、この最後にあります、専門医制度認証委員会の設置を要望しておりますので、これの詳細についてご説明を受けるといことで第3回の本日の会議を持ったわけがあります。</p> <p>それでは早速でありますけれども、桐野先生、よろしく願います。</p>	
<p>○桐野</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要望書の説明</li> <li>・学術会議と要望書</li> <li>・要望書の3つの事項</li> <li>・専門医制度の運営と自律的専門職能集団の必要性</li> <li>・専門医制度の現状と課題</li> </ul>	<p>ご紹介いただきました桐野でございます。私の役割は学術会議でまとめた「信頼に支えられた医療の実現」という、資料でこういうふうについておりますが、この内容の中で特に本研究班に関係する部分についてご説明を申し上げますことだろうと思うのですが、ただ、それだけでは足りない部分もあるので、学術会議の正式の意見というわけにはいかない部分もちょっとございまして、あくまでもこの要望「信頼に支えられた医療の実現」は学術会議の意見として本年の6月26日に出されたものでございまして、まずその内容について少しご説明をさせていただきたいと思っております。</p>	<p>要望書の説明</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・制度認証委員会、専門医数、分布の制御の必要性と評価</li> <li>・実務組織と評価組織の分離と法的裏付けの必要性</li> <li>・専門医制度の目指すもの</li> <li>・医師の全員加盟型職能集団の必要性</li> <li>・医療の変遷と制度の転換の必要性</li> </ul>	<p>この要望なるものは「医療のイノベーション検討委員会」という、そういう名前前の委員会ができて、1年ほど検討した後にこういう文書を出したわけですが、学術会議というのは、その資料にも入っているかと思いますが、数年前から少しあり方が変わってきて、前は、そういうことを言うところを過ぎかもしませんが、どうも名刺に刷って名刺であるというようなところもございましたけれども、20期以降はもっとファンクショナルな会として、委員も定年を設けることと6年間以上は委員にとどまらない、長々とやらない、その間に入れかわり立ちかわりでございますけれども、自分が重要と思う意見を述べていくという、そういう会に変わったわけでありまして、そういう意味でそういうファンクショナルな仕事を始めたわけでありまして、資料6にございまして、学術会議では「医療関係のいろいろな文書を過去、1961年から出してあります。1964年には「医師実地修練制度について」なる、これは朝永振一郎会長名の勧告ですけれども、こういうものも出ています。ずっと次のページをみると、平成20年ぐらいに非常に多くの医療関係の文書が出ていたということがおわかりになると思っておりますが、その中でも「要望」という名称の文書が一番重い文書でございまして、学術会議として政府に要望するという種類のものであります。</p>	<p>学術会議と要望書</p>
	<p>これも班員の先生方はよくご存じのことなのですが、我が国の医療というのはこういう先進国型医療の特徴を十分まだ発揮していないところがあって、いずれの先進国もこの5つの、先進国の医療のあるべき姿に向かって改革努力をしてくれているし、また一方では増大する医療費に対してこれをどう制御するかというか、どうそれを賄っていくかという点についてはすべての国で悩みを持っているわけでございます。</p> <p>その中でも特に充実した教育体制と厳格な専門医認定制度はどの先進諸国も多くの場合持っているわけでありまして、例えば米国では1930年代、ドイツなどでは1920年代から医師の職能集団としての医師会ですね、日本の場合とちょっと違うのでどう言ったらいいかわかりませんが、医師の職能集団がこれを連綿としてやっているというものであることが特徴であります。</p> <p>そういう観点に立って現在の我が国の医療を見ますと、大きく言って3つのことが必要ではないかということで、ここに要望ということで3つの事項を挙げておりますけれども、医療費抑制政策の転換や病院医療の抜本的な改革、特に実働医師の不足対策などというのは、これはもう当たり前のことであって多くのところで言われているし、これは重要であるわけですが、3番目に専門医制度のことを取り上げたのは他の事項に比べるとちょっと奇異に感じられる場合があるかもしません。この先生方はそうでもないかもしません。</p> <p>医療というのは政府、国民、医師を中心とした医療を提供する側の3つのプレーヤーがいるわけですが、それぞれがどういう医療を将来われわれは必要としているかについて考えないといけないということで、それも「信頼に支えられた医療の実現」の中に書いてございまして、特に医療者においては</p>	<p>要望書の3つの事項</p>



	<p>医療に対する信頼を持続的に高めていくような仕組みが十分でなかったのではないかと。それを医療者が、自ら自己努力でやっていくという姿勢を見せていかないとこの問題は解決しないということが議論になりまして、その一つのシンボリックな改革案が専門医制度の改革であって、その内容は具体的には専門医の認証制度をきちんとつくらなければならないだろうということとであります。</p>	
	<p>内容的には、我が国の医療には専門医制度の確立がぜひ必要であるということと、そのためには制度を認証する「専門医制度認証委員会」を法的な裏づけをもって設置することが重要であるという内容ですが、ここから先、少し個人的に敷衍(ふえん)させていただきますと、専門医制度は、海外の例示を引きますと、医師の自律的専門職能集団が運営しなければうまくいかない。その自律的専門職能集団がそれがある意味で権威を持って運営していくためには、医師の全員加盟型の自律的専門職能集団の設立が非常に重要であると考えられます。</p> <p>学術会議は専門医制度についての発言を既に平成 11 年に行っておりまして、これはその当時、臨床医学の第7部が「専門医制度の整備と専門医資格認定機構の設置について」という報告を出しております。この中で、国家的規模での専門医資格認定機構と言うべき第三者機関の設置が提言され、そして前回、池田先生がおいでになりましたように、専門医制評価・認定機構というものが既に設置されて動いているわけでありまして、従って、専門医制度の骨組みは既に我が国においてほとんど完備しているのではないかと、あるいはプライマリケアの専門医というのはかなり特殊であって、この導入は現実問題としては非常に困難ではないか、こういう意見がかなり広く行われておりますが、これは果たして本当なのかということを考える必要があります。</p>	<p>専門医制度の運営と自律的専門職能集団の必要性</p>
	<p>専門医制度の現状は既に前回、池田先生がよくご説明になったと思いますので、このとおりでありまして、二階建て制で基本領域は 12 万6千人、サブスペシャリティが8万2千人、プライマリケアの専門医制度はないと。こういう状況になっています。</p> <p>問題点としましては、よく言われますように、専門医に至る教育プログラム、教育病院の評価がまだ十分ではないとか、適切な外部評価がなされていないと。これは専門医制評価・認定機構が基本領域については既に行っているわけでありまして。一番問題なのは、専門医の数、地域別の分布に関する制御がない、あるいはできない。それから、プライマリケアの専門医、名称は家庭医とか総合医とかかかりつけ医とかいう名称があり得るとは思いますが、その制度は確立していない。まだ議論の段階にあるということとでございます。</p> <p>専門医制度は信頼の基盤になるものであって、医師が医学校を卒業したらすべて試験を受けて医師になるというのは戦後始まったことでありまして、これはある意味で信頼の基礎になっているのですが、その当時の医療情報に比べると今は 500 倍とか 1,000 倍と言われている時代になっておりますので、大学を卒業してそこでもう十分なお医者さんであるというのはもう時代遅れですね。</p>	<p>専門医制度の現状と課題</p>
	<p>どう改革をするかという、何度も言っておりますように「専門医制度認証委員会」を設置すること、プライマリケアを含めて専門医ごとに専門医の総数、地域別の分布に関する制御を行えるような仕組みですね、それが確立して、国民がこれとかなりアクセプタブル(受容できる)と言われている時点では技術料の評価は行えるようになるのではないかと思います。</p> <p>もしこういう制度が成り立ちますと、専門医の職能集団が同じスタートラインについて専門医の集団として形成できる基盤ができますし、地域ごとの必要数、分野ごとの必要数も制御可能となる見込みがある。さらに大きなことは、病院と診療所との信頼に基づく連携関係が構築される。つまり、開業医のグループとそうでない大学や大きな病院の医師のグループとはもっと交流をすべきである、そういうことができるようになるということとでございます。</p>	<p>制度認証委員会、専門医数、分布の制御の必要性と評価</p>



<p>そこまでが当研究班に関連する「信頼に支えられた医療の実現」の内容ですが、少し敷衍させていただきますと、専門医制度の成功の条件は自律的に医師の専門職能集団が責任を持って誇りをかけて行うものでなければ、少なくとも諸外国ではうまくいっていない。それから、専門医制度の実務、つまり試験などを行う組織、個々の医師の評価を行う組織と、その制度自体の評価・認証を行う組織は分離すべきである。それから、制度は何らかの法的な裏づけがなければ多分日本ではうまくいかない。専門医の質の制御だけではなく数と分布に関しても責任を持つ必要がある。</p> <p>それを担当する組織ですけれども、旧医局制度のもとでは入局者が多ければ多いほど医局の力が増すのでありますから、こういう制度の代表者を集めた組織では、ある意味で、最近のはやりの言葉で言えば利益相反状態にありまして、日本全体という観点に立った制御は難しいです。各学会にとって見ても入会者が多ければ多いほど会の力が増し資金が潤沢になるのですから、これは日本全体という観点に立った数の制御は難しい。学会を背負って出てきた方たちが審議をすれば、それはなかなか難しい。やはり医局や学会の利害から独立した組織が専門医の数と分布の制御を行う必要が出てくるだろうと思います。</p>	<p>実務組織と評価組織の分離と法的裏付けの必要性</p>
<p>専門医の目指すものはあくまで医療の質です。医療の質を医師の専門職能集団が誇りにかけて保証するというのが本来の姿。しかしもう一つ、先ほど申しましたように、進歩した医療を実践するためには、あらゆる医師はプライマリケアを含めて専門医を目指すべきです。少なくとも、卒業して数年間のトレーニングを受けた後で一定の評価を受けて、そして専門医になっていくという形の方が先進国型だと思います。</p>	<p>専門医制度の目指すもの</p>
<p>そして医療の質を保証して専門医を養成するというのであれば、教育の質と同時に教育の量が保証されなければいけません。教育の量と質を保証することから必然的に医師の数と分布の制御が必要になります。症例もないようなところにたくさん専門医を養成することは無理です、できません。従って、その制御を医師の専門職能集団が行わなければできません。</p> <p>従って、医師の数と分布の制御は、医師の教育に一定の症例が必要なことから、必然性は明らかです。医師の専門職能集団が自ら制御する仕組みがなければ、同じことを何度も言いますが、こういうことでございます。医師の組織のあり方としては、現在は必ずしもそうはなっておりませんが、医師が全員加盟する専門職能集団という組織が必ず必要になる時代が来ます。これは、弁護士は弁護士法によってすべて弁護士会に入っているわけでありまして、我が国の医師会も戦前は北里柴三郎が設置した全員加盟型の会でしたが、戦後、GHQ によって解体されたわけでありまして、それが今の医師会の姿でありまして、それを何らかの形で今後考えていかないといけません。医師を開業医と勤務医に分断するということは、これからの医療にとっては有害です。勤務医も開業医も大学の医師も参加できる組織が必要です。</p>	<p>医師の全員加盟型職能集団の必要性</p>
<p>最後のスライドですが、この上のスライドは昭和 50 年代の医師の分布を示しています。非常に多くの働き盛りの開業医の大きな山がここにあることがわかります。日本の現在われわれが持っている医療制度、あるいはいろいろな医師の団体の仕組み、医療の長所でもあり短所でもあるいろいろな特徴はこの時期につくられたわけですから。この時期は、働き盛りの最も脂に乗ったお医者さんたちはほとんど開業医だった、しかも 40 代から 50 代。この時期につくられたフリーアクセスの仕組みとか、あるいは自由開業制とか、あるいは標榜制の問題などはもう時代遅れになりつつある、それを認識しないといけません。</p> <p>今後は、下のグラフの一番右側にある小さな山はこの前の大きな山が移行したところでありまして、そこが今後は徐々に埋まってくるのでありますけれども、確かに卒業生が増えなければ、最も働き盛りというか、雑用も含めてやっ</p>	<p>医療の変遷と制度の転換の必要性</p>



	<p>てくれる若手の数はこのままです。従って、ある程度ここを上げなければ現場で働くお医者さんの数はなかなか充足されないだろうということは言えるかもしれません。こういう医師の分布、それから医師が持っていた医師の職能集団としての組織の特徴が日本の医療をつくってきたのであって、それはもう時代遅れになっているということのをわれわれは認識しないといけないと思います。以上です。</p>	
○土屋 ・要望書の実現への道筋	<p>どうもありがとうございました。今、日本学術会議の公式見解と言いますか、要望の内容の説明と、その後、桐野先生の個人的な見解も含めてご意見を聞かせていただいたのですが、最初にこの学術会議の要望にまとめられている範囲でご質問を受けたいと思いますが、最初に私から、日本学術会議というのはみんながみんな詳しく知っているわけではないと思うので教えていただきたいのですが、こういう要望とかをいろいろ出されて、この後はどういふうな経緯で実現に向かっていくと考えたらよろしいですか。</p>	要望書の実現への道筋
○桐野	<p>学術会議は実際にそれを実施する組織ではありませんので、残念ながら、これを出して、そしてこれを読んでいただいた上でそれを記録にとどめていくという以上のことはやれておりません。それはこういうような、むしろ政府に対する、言ってみれば発言力の強い組織に、多少でもこういう要望とか学術会議が出している文書に影響があれば、それは良かったかなと思う程度でございいます。</p>	
○土屋	<p>学術会議というのは政府の組織ですよ。この要望を出して受ける母体は、どこが政府で受けるのですか。</p>	
○桐野 ・内閣府の組織、政府の諮問機関としての学術会議	<p>学術会議は内閣府の組織でありますので、学術会議法という法によって定められたものであって、政府が学術会議に対して諮問をすることもあります。例えば周産期医療とか生殖医療などの学術会議が答えるのが非常にフィットする、あるいはライフサイエンスの今後のあり方とか、科学者の養成の仕組みとか、そういうものについてはある程度の影響を持っていることは事実です。ただ、こういう医療の問題とか社会の仕組みなどの問題については学術会議だけの問題ではないので、そのところは十分な力はまだ発揮できていないのではないかと思います。</p>	内閣府の組織、政府の諮問機関としての学術会議
○土屋	<p>要請のあったことについては、内閣府の方から要請があるから、その部署が責任を持ってさらにその実現に向けて。ただ、学術会議側から出した場合に、真剣になって受けてくれるかどうか内閣府次第ということになりますか。</p>	
○桐野	<p>非常にいい文書を出せるかどうかだろうと思うんですけどもね。ただ最近、3年間、長くて6年ということになったので、少し文書の数が多いんじゃないかという議論もありまして、もう少し議論を集中していった方がいいのではないかという話もございいますが、何せ法学部系、文学部系から工学部も含めて医学部、農学部、理学部、全部含めた組織ですから、どうしても領域が広いので、文書の量が非常に多くなるわけです。</p>	
○土屋 ・実現への道筋と具体策	<p>この点について何か班員の方から、よろしいですか。そういうことで、私はこの要望は大変よくまとまっていると思うんですけども、これを行政側が受け取れないと、せっかく英知を集めても、なしのつぶてになってしまうと、多分つくられた桐野先生以下、歯がゆい思いをなさるのではないかと思います。それが実現できるということで厚生労働大臣にこういう班会議をつくっていただいて、その具体策をということもあるのかなと私は受け取っておりますけれども、よろしいでしょうか。</p> <p>ではそれを前提に、そうしますと、われわれも桐野先生の属した学術会議を応援するようなことも含めて、この班会議のまとめということが必要かなと私は今伺っていたのですが、その問題を離れても結構ですので、この要望の専</p>	実現への道筋と具体策



	<p>門医のいわゆる制度認証委員会ですね。この設置ということの主張に対してご質問、ご意見があったらお願いしたいと思います。</p>	
<p>○岡井 ・制度の具体化の進め方</p>	<p>大変有益なお話を聞かせていただきまして、ありがとうございました。お話ししていただいた内容は私個人的にも納得することばかりなんですが、先生の強調された医師自身が自律的な専門職能集団として専門医制度もやっていかなくてはならない。そのところが具体的にはどうすればいいのか。今、専認協というのがあって、各学会が代表者を出してと言いますか、参加して何とかやっていこうとしているのですが、私たちから見てなかなかうまくまとまらないで、予想よりは制度化を具体化する速度が遅いなという、そういう印象を受けているわけですが、そのところ、先生個人のお考えでいいのですが、どこをどうすればもう少し思うように話は進んでいくのかというようなことで先生のご意見がありましたらお願いしたいと思います。</p>	<p>制度の具体化の進め方</p>
<p>○桐野 ・専門医制度の評価の必要性 ・制御と医師の単一組織の必要性</p>	<p>専門医というものが意味を持つようになるためには、専門医というものが社会から十分わかりやすく評価できるものにしていくしか他に方法はないですね。それを全然しないであれば、長い期間トレーニングが必要であったり、非常に大きなリスクを伴うような医療が徐々に壊れていくであろうと。急性期医療は置いておいても、慢性的に治療すればいいような外科系の病気については外国で治療をするような時代になっていく可能性も十分あります。そういうことでいいのかというのはどのお医者さんも心配しているわけですが、しかし産科について見ますと、もう10年ぐらい前から今日のような事態になることはわかっていたし、大勢の産科の先生がそれを心配していたわけですね。心配していたし発言もされていたと思います。決して医療者側がその危機について何も発言しなかったとか、そういうことはないと思いますが、ただ残念ながらメディアには取り上げられなかったし社会的な課題とも考えられなかった。同じことが起きます。同じことが次から次に起きてくると思います。</p>	<p>専門医制度の評価の必要性</p>
	<p>従って、それを総体として食いとめるためには、医師が自ら立ち上がらないと無理じゃないかというのが私の、ちょっとこれは学術会議の意見と思われるところは難しいところですが、ただ、それに近いことを学術会議も思っておりまして、このままいけるのか。例えば医師会の問題についても、医師会は今、公益法人制度改革で非常に大きな課題を抱えています。医師会自体も今のままで行けば将来安泰であるとは多分思っておられないと思います。このままずっと行って病院の勤務医に比して開業の先生方の数がだんだん多くなって都市部でだんだん飽和してくることは明らかですから、このまま行けば、何らかのことで医師会としてもしめない限り、もう抑え切れないような状態になる可能性があって、ノーコントロールになってしまう可能性があるんですね。</p> <p>そういう意味では、私は長い目で見て医師という職業、あるいは医療というものを何とかしていく希望は、医師自らが単一組織を持つことだと私個人は思います。ただしそれは簡単ではないのですが、しかしそれをやらないで産婦人科学会が発言し、あるいは救急医学会が発言しというような分断された状態で今後もおやりになるということであれば、今までのことが多分フェーズをずらしながら起こっていくのではないかなと思われるので、思い切ってそういうことまで突っ込んで言っていけないかといけないのではないかと感じています。</p>	<p>制御と医師の単一組織の必要性</p>
<p>○土屋 ・職能集団の設置基盤（法と自律）</p>	<p>よろしいですか。桐野先生が踏み込んでくださったので、ここから先は個人的意見ですとまで踏み込んでディスカッションしたいと思います。今桐野先生から話題を提供していただいた全員加盟の専門職能集団ですね。これは私も個人的に大賛成で、ぜひ必要ではないかと思うのですが、問題はこれをどういう過程でつくっていくかということが多分桐野先生も大変頭を悩ましていらっしゃるだろうと思うんですね。そのときに、先生が最後のところで「我が国では」とお断りになって「法に基づいた設置が必要じゃないか」と述べられて、ただ前段ではやはり医師の職能集団、自律的に動かないとよろしくない。そのところが多分先生が悶々（もんもん）とされるのではないかなと思うのです</p>	<p>職能集団の設置基盤（法と自律）</p>



	が、その辺何かさらに踏み込んだお考えはありますか。	
○桐野 ・米国の医師会による教育評価と自律的専門医制度の歴史	私もよくわからないと言えばわからないのですが、例えばアメリカの専門医制度を持ち出すのいいかわからないのですが、アメリカにも多々欠点もあります。特にアメリカの医療制度は相当ひどいと思いますけれども、少なくとも医学教育と専門医制度については1910年ごろに出たフレクスナー・レポートというのがあって、それでは全国の医学校をAMA、American Medical Association ですから、アメリカの医師会によって派遣されたフレクスナーという学者がすべての学校を見て回って、そしていいところはいいと言うけれども、ひどいところはひどいという評価をしたんですね。特にイリノイ州にあった十数か所の医学校は悪の巣窟(そうくつ)だとまで言われて、そしてそのフレクスナー・レポートを受けて、アメリカにあった、彼の言い方で言えばインチキ学校が全体の中の半分つぶされてしまったんですね。それぐらい激しいことをやった上で、1933年か何かに眼科だったかどこから、自らの責任で専門医制度をつくっていったんです。そんなことが我が国でできるとは思いますが、少なくとも専門医を取った方から順次、全員加盟型の何かの受け皿の組織をつくって、それとともに政府の支援で専門医、つまり努力をした医師には何らかの報酬が認められるという仕組みを誘導していけば可能性はあると思います。ただ、社会や政府がそういうことを重要と思うかどうかは私には自信はありません。	米国の医師会による教育評価と自律的専門医制度の歴史
○土屋	班員の先生方からご意見は。	
○外山 ・医師の統一組織の必要性と専門医制度の議論をわかりやすい組織にする重要性	外山でございます。大変適切ないいお話を伺って私も本当に同意せざるを得ないというか、同じような気持ちで今までやってまいりました。それで今のことにしまして、どういうふうに行うかということが非常に重要な時期に来ていると思います。その実行の一つの要としては、何とでも理想的な本格的な専門医制度を我が国に導入して、そしてそれを今すぐ現在現役でやっている人にはめめるわけにはいかない部分がたくさんありますので、これから医者になっていくという人から順次当てはめていくことです。そういう中で、医者が約27万人とか言われておりますけれども、それだけの全国の医師の統一された組織づくりを始めていくということが一番大事ではないかということ、先生と同様だと思います。やり方としてはきちんとした後期研修制度、専門医制度というものを何とでもつくると。そのつくる過程をガラス張りで行うことによって、心ある国民からは当然サポートを得られると思います。今おっしゃったような、私も同意見なのですが、今ある学会の形態、医局の形態というものがそういうものに対して決して同方向ではないと思いますので、そういったことでもっと誠実に、純粋にいい専門医をつくるにはどうすべきかという議論を外から見てわかるような形で組織づくりをやることです。それをどういう組織にするかということを早急に議論し決定する。そういった方向にまず着手することが非常に重要であろうと思います。	医師の統一組織の必要性と専門医制度の議論をわかりやすい組織にする重要性
○桐野 ・学会の枠組みから外れた検討 ・制度の導入と適用	我が国の専門医制度の中には、それぞれの学会が非常に努力をして、それなりに運営されているものもないわけではないと思います。ただ、それをもつてよしとするには余りにも不十分で、やっぱり今の認定制の機構のレベルをさらに超えたがっちりした評価をしてストップをかけられるぐらいの権限を持ったものをつくっていかないと難しいと思います。何も学会が悪いとは僕は全然思いませんけれども、学会の代表としてそれぞれのそういう検討組織に出てこられた委員は学会を背負っているんですよ。だから明らかに検討の段階で利益相反状態にあって、利益相反状態にある方々の検討というのは望ましくないと思います。ただ、あそこにいる委員の方が学会から全く外れてフリーの立場で、オールジャパンで議論されるのであればいいものが出てくる可能性はあります。	学会の枠組みから外れた検討
	また、外山先生が言われたように、ある瞬間に認定医にするかしないかとい	制度の導入と適用



	<p>う評価をするなんていうのは現実的ではありません。それから、既に今、ある程度の年齢になっている方も含めて全部激しい試験をするというのも現実的ではありません。従って、この制度は、例えばの話、平成 22 年卒業の医学生から適用していくと。それ以降の医師については、この専門医制度は適用しないとかですね。アメリカもそういうふうにはやっただけで、徐々に徐々に。だから、ここで 10 年以内にそういうシステムを確立するということは、10 年以内にすべての領域がスタートして、スタートしてから少なくとも医師が半分入れかわるまで 25 年ぐらいかかりますから、これから 35 年ぐらいかかるわけです。だけどアメリカでさえも、ドイツでさえも 60 年以上やっているわけでありまして、それぐらい時間がかかる。大体、インターン制度が大騒ぎになってから、今あまり評判のよくない初期臨床研修制度ができるまで 60 年近くかかっているわけでありまして、そういうことを考えると、今始めるということを宣言しても実際そんな過激なことが起こってくるわけではなくて、徐々に徐々に進行していきながらよくなっていくという、そういうものしか考えにくいと思います。</p>	
<p>○土屋 ・実効性と時間経過 ・評価・認証を行う組織 の構築</p>	<p>ありがとうございます。先生おっしゃったところのポイントで、何年卒からに適用するということは、私、大変重要なポイントだと思うのですが、多くの学会の専門医がこういう条件の専門医にするという、その時点で既に卒業した方が受験できるような専門医が多過ぎると思うんですね。それと同時に、さらにさかのぼってやるなんていうところも多いので、その辺が一つのポイントかなと伺っておりました。そうしますと、今先生がご説明になったように時間がかかると。時間はかかるけれども、本格的にやるのはそういうところを条件として加えないと無理ではないかという裏腹な関係じゃないかなと思ってお聞きしました。</p>	<p>実効性と時間経過</p>
	<p>それと、それを踏まえていくと、先生が、専門医制度成功の条件ということで医師の専門職能集団が自律的に行くと。2番目に組織を2つに分離すべきではないかと。専門医の制度の実務を行う組織と、その評価・認証を行う組織を分離すべきだと。今先生ご指摘の、今の専認協はいわゆる実務をやっている学会の集まりですよ。そうしますと、これが同じ評価・認証はともできないだろうと。そうしますと、今の専認協はどちらかという前者に限定すべきではないかと。この後者の評価・認証を行う組織を、先生言われるように学会から離れてどういう過程でつくたらいいかということが一つ問題になる。先生、何かお考えはありますか。</p>	<p>評価・認証を行う組織の構築</p>
<p>○桐野 ・海外の制度の調査</p>	<p>これは難しいと思います。しかし、今外山先生がおっしゃったように、非常に透明につくらないと、外部のどういった批判があってもそれに耐えるようなものでないといけないので、私個人は勉強不足でよく知りませんので、学術会議としては各先進諸国の医師組織と専門医制度のドキュメンテーションをまずきちんとやるべきではないかと思えます。アメリカ、ドイツぐらいはかなり、フランスもまあまあ知られていますけれども、他の諸国についてはまだ十分情報がないので、それはまずきちんとやるべきではないかと思えます。</p>	<p>海外の制度の調査</p>
<p>○土屋</p>	<p>ありがとうございます。確かにわれわれには、アメリカの情報というのは割と入ってきて、ドイツも古い方はかなりドイツへ留学したり、またわれわれもヨーロッパへ行くと関係があるのですが、確かにそれ以外の、意外とイギリスとかフランスのすらよく知らないということがありますので、この辺は今、委託研究調査の形でできれば調べたいなと思って進めております。</p>	
<p>○岡井 ・日本専門医制評価・認定機構の評価・認証の 取り組み</p>	<p>先ほどの土屋先生からの質問に戻るのですが、ここである実務を行う組織と評価・認証を行う2つというのですが、専認協はこの評価・認証を行おうとして活動を強化したら、ある学会から大反発を受けて今また困っているみたいところで、専認協はこれをやろうとしているんですよ。</p>	<p>日本専門医制評価・認定機構の評価・認証の取り組み</p>
<p>○土屋</p>	<p>この間のご説明では、この両者の取り組みがあると。</p>	



○岡井	だから本当に難しい問題で、ああいうふうに一応は幾つもの学会が入ってやってくれとお願いしても、先生ご自身言われたように、各学会は自分たちの会員の利益を背負って代表は出てくるから、その意見を言ってもうまいかな。本当に現実的に今の専認協以外にそういうことができる組織をどうやってつくっていくのかという、それは僕、現実的にはものすごく難しいので、僕なんかの考えでは、やっぱり専認協の機能を強化するというか、それをみんなで支えるみたいな方が速いような気がするんですけどね。いかがですか。	
○桐野 ・機構の基本的指針と運営方法、設置法の可能性	多分そうなんだろうと思うのですが、そうすると、池田先生も私が今申し上げたようなことをおっしゃっているんです。ですから、それを機構の譲りがたいマニフェストとして出してほしい。だから各学会の利害を離れて、そしてオールジャパンで透明性を持って検討するということを公開して、それを譲らないというふうにした上でそれをまずマニフェストで出せば、そのやるべきことに対してどういう委員の選任の仕方をすればいいかは出てくるわけです。つまり各学会からの代表者では明らかに審議が利益相反状態になりますから、それはできないはずなんです。だからまず基本的な、何をやるかということを非常にクリアに、明瞭(めいりょう)に出していただいて、それに従ってやっていただくのが一番いいと思います。受け皿としては今の機構をもう少し、あれは公益法人になっていると思うのですが、それでいいんだろうと思うのですが、もう少し強力な形にできないかと思えますけれどもね。そのためには、例えば弁護士組織が設置法を持っているみたいに、設置法を持って何かをつくってしまうということもあると思うんですね。	機構の基本的指針と運営方法、設置法の可能性
○海野 ・自律的職能集団の確立、数と分布の制御の詳細について	私がフォローできているかどうか自信がないのですが、先生のお話の中で、医師の自律的な専門職能集団というものの存在というのがきちんと確立することと、先ほどの利益相反を克服すると。われわれの中で克服していく方法というのは多分それしかないのかなというふうに伺っていたんですけども、そういう理解でよろしいのかということが1点。 それからあともう一つ、ちょっと話題はそれちゃうかもしれないのですが、ずっと悩んでいることなんです、この養成すべき専門医の総数、地域別の分布に関する制御を行うという、これは学会の見解としてそうなのかな、内容をもうちょっと詳しく知りたいのですが、先生のお考えとしてそういうことなのかということについてもう少し教えていただければと思うのですが。	自律的職能集団の確立、数と分布の制御の詳細について
○桐野 ・職能集団構築のための論理・合意形成の重要性 ・質の保証としての専門医制度と、数の制御	まず最初の方ですけども、今岡井先生が言われた問題は、それは評価・認定機構の決意にかかっていることであって、医師の専門職能集団とは直接関係はありませんが、医師の専門職能集団というのは、これも黙ってできるようなそんな易しいものではありませんので、これがなければ日本の医療が壊れるというぐらいにみんなが重要に思うかどうかにかかっているわけで、そのためにはそういう組織をつくる効用がいろいろな学会、あるいは大学、あるいはいろいろな組織の利害を超えて我が国の医療のために必要だという、そういうステートメントをちゃんと論理的にできるかどうかというのが非常に重要なことだと思うんですね。ですから、それは易しいことではないと思います。  学会議のこの要望は要望に書いてあるとおりでありまして、それをよく私が解釈して申しますと、要するに専門医制度というのは質の保証であると。質を保証するという、大量生産品なら一定の質のものを残らなくてもできますけれども、医師の場合は症例の経験の裏づけがなければできません。例えば心臓外科などはそういうことを既に少し始めておられますけれども、一定の、言ってみれば座学のような講義をしていけば残らでもスタンで押すようにいい心臓外科医ができるかという、そんなことができないのは当たり前で、一定の症例が必要なわけです。一定の症例というのは人口の多いところには多いし、少ないところには少ないわけで、だからそこにどれぐらいの若手が養成できるかというのは必然的にある幅を持って計算できるはずなんです。	職能集団構築のための論理・合意形成の重要性  質の保証としての専門医制度と、数の制御



	<p>従って、誠実に専門医制度は質の保証であるということに約束するのであれば、必然的に数の制御は出てくるはずなんです。これは別に政治的なものであるとかそういうものではなく、あくまでも質の保証が専門医制度の根本であるということから論理的に出てくることなんです。ただ、もちろん計測にはある幅があって、1人の心臓外科医を養成するためには何例が必要かというのは、これはその領域のエキスパートが考えないとわからないと思いますけれども、幾ら何でも1年に1例でいい心臓外科医ができるわけがないし、それはあるところで折り合いがあるはずなんです。</p>	
○海野 ・議論の決定主体について	<p>その件についてなんです、私が伺いたかったのは、学術会議の中での議論等で、要するに誰がどのようにこれを決めるのかということが一番の悩みだと思っんです。そこにまた大きな利益相反が発生する可能性もあるだろうと。その辺についてどうしてお考えかということをお教えいただければと思うのですが。</p>	議論の決定主体について
○桐野 ・十分な論拠と議論の必要性	<p>それは難しいですよ。それは難しいので、やはりこの土屋先生の班でもいろいろなことをまとめられても実現は難しいということになるかもしれませんが、そこをできるだけ踏みとどまっていたら、これは重要だと。なぜこれが重要かということをお十分論拠を持って言っていただかない。私個人は、今申し上げたようなことが本当にこれから全然20年ぐらい全くできないまま行けば、これは日本の医療も医師も医療関係者も、むしろ国民の側も非常にアンハッピーになるんじゃないかと思っんです。もともと医療には非常に負荷がかかっていて、先進諸国みんな悩んでいるわけですね。どこの国も医療にどれだけのお金を使うかということで楽勝という国はないんです。例えばフランスの医療制度はかなりいいと言われていますけれども、それでもフランス、ドイツ、いろいろなヨーロッパ諸国で医師のストライキなんていうのは頻発していますし、フラストレーション(不平不満)は相当あるわけですよ。ですから、それだけ厳しい状況であるのに漫然とこれからやっていたのでは非常に危ないのではないかと。これは私個人の危機感ですけども、そういうふう感じております。おそらく先生方、同じようにお感じじゃないかと思っんですけれども。</p>	十分な論拠と議論の必要性
○葛西 ・地域の実情に応じた地域別分布の判断根拠	<p>福島医大の家庭医療学の葛西でございます。今の総数と地域別分布の決定方法についてですけども、今桐野先生お話しになったのは教育に必要な症例数というところからある幅を持って決まるといってお話でしたけれども、今度はそれぞれの地域別なんていうことを考えますと、それぞれの地域で起こる医療の問題に必要な医師の数というような決め方があるかと思っんです。都会の場合にはおそらく症例で決めていくのとニーズとは大体合うかもしないですけども、例えば東北地方なんていうことになるとニーズは確実にあるけれども非常に症例としては少ない。ただその科の医師にはいてほしい。こういったときに地域別分布というのはかなり難しいことかなと思っんですけれども、どのような根拠なりファクターを使って決めていくのがよろしいでしょうか。</p>	地域の実情に応じた地域別分布の判断根拠
○桐野 ・日本での制御の難しさ	<p>それは日本はちょっと難しい要素があるわけで、ヨーロッパ諸国は、公私という分け方をすれば、医療費の制御が公で医療の提供も公です。米国は医療費の制御は私で医療の提供も私です。ただ我が国は、医療費の制御は公で医療の提供は私です。従って非常に制御が難しい。私的な、つまり私情的に医療を制御しようとするれば、これは完全に価格で決まるわけですね。つまり、数の少ないところでも非常に医者さんが必要だったら給料がものすごく上がっていくという仕組みで、それは多分日本で実現しにくい、ある程度はするかもしれないけれども。例えばスウェーデンみたいな国は急性期医療を重視するということで、平均在院日数を先進諸国は全部1960年代ぐらいからぐっと下げたんですね。病院のベッド数を制限してというやり方を、日本だけがその時期に逆方向に行ったんですけども、先進諸国はすべてベッド数を制限して病院機能を集中化していったんですけども、その時期は西ヨー</p>	日本での制御の難しさ



	<p>ロッパ諸国、あつという間にできるわけです。だってほとんど日本で言えば全部国立病院みたいなものですから、それをまとめていけばすぐに終わりですから。そういう意味では、制御はかなり難しいですよ。そういう難しいファクターもありつつやらないといけないので、これは易しい作業ではないと思います、本当に。</p>	
<p>○葛西 ・専門医の質を上げるための議論と評価の取り組み</p>	<p>先ほどの専門医の評価ということで少し情報を提供させていただきたいと思えますけれども、この資料5にある 132 ページ、これは9年前の報告書になりますけれども、ここで実際に評価をする実務の組織として Residency Review Committee という研修制度評価委員会というのがありますけれども、私、数年前にこれの家庭医療のものをアメリカで見学させていただきました。これは内容とかは公表されるんですけども、実際のディスカッションはクローズでするところにおそらく外部者として初めて入ったんですけども、この構成メンバーとしてはアメリカの家庭医の学会、それから専門医の試験学会、それから ACGME という機構も入っていますし、研修医の代表まで入っていると。そういったところでみんな家庭医を実際にはやっているんですけども、それぞれの団体というか、機構を代表しているんですけども、その専門医の質を上げるためのディスカッションを、ものすごく真摯(しんし)なディスカッションをしていたのを非常に鮮明に覚えていますので、先生の言われたような職能団体が医師の誇りをかけてというあたりがここには実現しているというのがありましたのでご紹介させていただきました。</p>	<p>専門医の質を上げるための議論と評価の取り組み</p>
<p>○土屋 ・研修内容、地域から見た必要人数と、医師側の理解</p>	<p>ありがとうございます。先ほど桐野先生が言われた専門職能集団をつくるのに論理的な必要性をきちんと説明する必要があるだろうと。これはかなりのところは学術会議でも何度か言われていると思えますし、今回の要望のはかなり論理的に組み立てがしっかりしていると思うんですね。それと先ほどの訓練医の人数、あるいは地域での人数というのも、葛西先生言われるように、トレーニング側から見る場合、あるいは地域のニーズから見ると、これは論理的に書きやすいだろうと。ただ問題は、これを受ける側の自律的な職能集団をつくる医師一人一人が理解するかどうか。受け取り側がまた理解しようとしてもしないという集団もあるかもしれないということで、多分説明する側の努力というのはかなり日本でもされてきているんじゃないかという気が個人的にはするんですね。問題は二十何万人の医師が、みんながそれを集団として論理的に理解しようとしているかという、それがちょっと問題じゃないかなと思うので、それをむしろある意味、外圧というか、国民の声とか、そういう医療を受ける側の声というのが、そちらの理解ということにも手助けを求めるといような努力も必要かなという気で聞いていたのですが、桐野先生、いかがでしょうか。</p>	<p>研修内容、地域から見た必要人数と、医師側の理解</p>
<p>○桐野 ・医療費、病院医療改革への国民的議論の必要性</p>	<p>言うだけは言いましたけれども、実際それを責任を持ってやる立場にもし置かれると大変だろうという気はします。私も思ったことは、ここに書いたように、ちょうどこれをまとめた時期は社会保障費から 2,200 億円、骨太の方針で減らしていくということがまだ何も微動だにしていなかった時期でありましたし、医師の養成数の問題や病院をどのようにしていくかというのも未検討の状態、その後はいろいろなことが少し進んできたように思うんですけども、そういう段階でまとまったところがあって、少しこれより進んでいるようなところもないわけではないんですけども、これをやらなければ医療が破壊される可能性が高いよということを書いてきたものであって、じゃあそれを具体的にどうしていけばいいかということについては非常に難しく、あるところから言うと、ある政治的な力がなければできない。つまり最後のところは、特に医療費の問題とか病院医療の改革については票じゃなければ解決しないというところがどうしてもあるんですね。専門医だけは医師という職業集団が根性を見せればできる可能性はあるんですよ。ただ、それはちょっと難しいだろうと言われてれば、これについてはこれをもしわれわれの時代に提案して実現の道筋をつけておかなければ、将来の医師をはじめとした医療関係者は非常に苦しい思いをするだろうということをお訴えするしかないですよ。それをすれば国</p>	<p>医療費、病院医療改革への国民的議論の必要性</p>



	民は非常に損をする時代になるということを理解してもらって後押しをもらえないと思うんですね。本当にそうだ。	
○有賀 ・全員加盟組織の具体像	多分、桐野先生からすると余りにも原始的な質問過ぎると言われるかもしれませんが、すべての医師はプライマリケアを含めて専門医を目指すべきであって、そういう意味で、何らかの専門医の形で国民に質の良い医療を提供するという話で、そこまでも非常によく理解できますし、そういうようなものをつくる組織と評価するとか、認証するとか、その仕組みそのものを認証するような、全体像としては非常によく理解できるんですけども、そういう医師が全員加盟するような専門職能集団としての組織ということが必要なので、医師は全員加盟する何らかの組織の中に入ってしまうことが必要だというふうな理解でいいんですか。例えば弁護士さんたちは何かの組織に入っていて弁護士活動をやると。だから組織から離れると弁護士活動はできないというのがあるじゃないですか。ああいうふうなことで、それから GHQ が解体してしまったという歴史的なプロセスなど全体を含めて、先生または学術会議がイメージしている全員加盟する医師の集団というのは、専門医はもういいやというふうな人がもしいたとすれば、そういう人はドロップアウトしてもいいということになるんですか。そこら辺の全員加盟のところはもうちょっとわかりやすく教えてください。	全員加盟組織の具体像
○桐野 ・懲戒制度も含めた全員加盟型組織	学術会議はそれは言っていません。「これは私見です」という、後ろの方にしか僕は言っていないと思うのですが、全員加盟型ですから、その組織は現在、医道審議会が行っている医師に対する懲戒もやるわけです。その組織から外れれば、例えば保険医になることはできないとか何とか、医師免の剥奪(はくだつ)というところまで行くかどうかはわかりませんが、弁護士と同じように医療はできないというふうにしなければ何の意味もありません。だからそういうものを他の社会が認めるかどうか。弁護士会が戦後全員加盟型で来たように医師会も、医師会という言葉がいいかどうかわかりませんが、医師の会も戦前と同じように全員加盟型にするという主張は、ある意味では長い時間はかかったけれども、戦前の組織にきちんと戻して全員加盟型で誇りと責任を持ってやるという主張は受け入れられにくいかもしれないけれども、異様な主張とは思いませんけれども。	懲戒制度も含めた全員加盟型組織
○有賀	異様だからというわけではなくて、質の良い医療を国民に提供していくそのプロセスの延長線上にこのことがある、というようなことをどういうふうに整理すればいいかなと思って原始的な質問をした。こういう話です。	
○阪井 ・米国小児科学会でのエピソード	成育医療センターの阪井と申します。専門医制度の制御を医師の専門職能集団が自律的に行わなければならないという先生のご主張はすごく心に響くものがありますし私もそう思いたいんですけども、ちょっと素直にそう思えないところがありまして。 先日アメリカの小児科医から聞いた話なんですけれども、アメリカの専門医認定機構が小児科の専門医の更新に際して改めて再試験をしない、という話を打ち出したときに、アメリカ小児科学会は最初すごく反対したんだそうです。つまり American Board of Pediatrics が American Academy of Pediatrics に再認定の際には試験を課するといったときに American Academy がすごく反対した。そのときに American Academy の年次集会在シカゴであったそうなんですけれども、再試験に大反対だといったときに、会場を担当していた技師がディスカッションを聞いていて、ちょっとマイクを取って話をさせてほしいと言って、自分はシカゴ市の認定を受けている電気技師だけれども、毎年試験を受けなくてはいけないんだと。自分には6歳の娘がいるけれども、娘の命を預けようという小児科医が再試験に反対するなんて信じられないと言ったそうなんです。それで一気に議論の行方が変わったんだそうです。今は再試験になっています。専門医先進国と言いますか、比較的うまくいっているというアメリカでもなかなか自律的に医者が自分たちを厳しくしようというのは難しいんだと	米国小児科学会でのエピソード



	<p>思いました。</p> <p>この話をした方は American Board of Pediatrics の理事長だったんですけれども、その人は小児科医です。おまえは小児科医だから利益相反があるだろうと言ったら、そうだと言うわけです。自分は小児科医としてやっぱり自分を厳しくすることはしてほしいというわけですよ。だけれども、そういうことを防ぐために American Board of Pediatrics には一般の方をちゃんとボードメンバーに入れているんだというふうにおっしゃっていました。ですから、やっぱりそういう仕掛けがないと、医者が自律的に職能集団として誇りにかけてやれと言われてもやれないところがあるのかなという気はいたします。</p>	
<p>○外山</p> <p>・より良い専門医制度実現に向けた取り組み</p> <p>・透明性を確保した制度の必要性</p> <p>・米国の制度を参考に</p>	<p>桐野先生のお話は大変私も心に来るものがあって、というのは、共通点と言いますか、私が今まで考えてきたこと、あるいは、田舎の病院ですけれども、それを実践してきたことと相通ずるところがあるものですから全くそのとおりなんです。25年、今の場所におりますけれども、先生のおっしゃっていることはもう実現されてきているはずですよ。しかし、変わっていない。今まで年月がたち、いろいろな方が良心的な発言をされてきたと思うのですが、それにもかかわらずいまだに世界に冠たる専門医制度というのはいきていない、ということはおそらく事実だと思うんですね。</p> <p>ですから、私が現在一番強く思っていることは、今やるしかないんだと。それは桐野先生も同じことをおっしゃっているんですね。今スタートしても5年や10年で本当に実るかという、それは難しいと思います。ですから、やるための一定のパワーと言いますか、それは絶対に必要であって、医師だけでそれだけのパワーをつくり得るかという、私はもう今までの歴史を見てできないというふうには個人的に思っております。</p>	<p>より良い専門医制度実現に向けた取り組み</p>
	<p>ですから、そうだとするとじゃあ何なのかということで、先ほど申し上げたようなことも含めて国民に少しでもわかりやすい透明性の高いことを誠実にやるんだという方向性を打ち出すことです。そしてそこには、アメリカの制度もそうなんですけれども、専門医教育ということに関しては世界一だというふうに思っております。その世界一である理由は、医師の中に自分たちのレベルは決して落とすまいと。国民に信じられる医療を行いたいという専門性に対する強い意欲があります。ただし、今お話が出たようなところで自己だけに厳しくすることにはつらい部分もあるということも実際に話をしよっちゅう聞いております。ACGME では25名の委員がおりますけれども、AMA だとか、AHA だとか、メディカルユニバーシティの会だとか、そういうところから代表者が選ばれてきて、それプラス知的職業の一般市民というものとレジデントといったような人が入っているわけですね。1人でもこういう職能集団外の人が入っていることは何を意味するかという、透明性を高めるということと、医者の利益だけを考えた発言というのはどうしても出てきにくくなるというところにプレーキがかかっているというふうには解釈できると思います。</p>	<p>透明性を確保した制度の必要性</p>
	<p>私が今どうしても主張したいのは、アメリカが今までやってきた専門医教育というのはいろいろ紆余(うよ)曲折あったのですが、これを今、日本が物まねしたらどうだというふうには実は思っているわけです。日本の実情に合わせた物まねでももちろんいいと思うんですけれども、それを一刀両断に短期間にやるわけではありませぬので、それを導入しながら一定の期間をかけてやっていく。それはなぜそういうことになるかという、専門医教育がうまくいっているということにおいては皆さん認められていると思いますので、なぜそういうふううまくいっているのかということがわからない部分もあります。医療制度も違います。ですから、それをまづまねするということから入っていくと。</p> <p>私も現場でフィールドスタッフについて病院を見たことが、かなり昔ですけれども、あります。そのときの彼らの努力というのは相当なもので、これは意欲がなければとんでもないことです。Resident Review Committee に対して報告するわけですけれども、Resident Review Committee にはフィールドスタッフは参加できないんですね。レポートだけです。なぜ参加できないかという、そこ</p>	<p>米国の制度を参考に</p>



	<p>で個人的な感情が出てくるかもしれないという懸念です。そこまで考えたシステムであるということから見て、やはりこれ以上のことが日本の独自のものをつくるというって実際できるのだろうかということになると、今までの日本の医療のあり方、専門医制度云々というような議論の中で余りにも長い期間かかってもまだできていないところから私の不信感というものがあるわけです。そういうことで、やはり部外の方を入れた透明性を高めた制度を何とかつくっていくべきだというのが重要ではないかと考えております。</p>	
○土屋	<p>どうもありがとうございます。私が昔冗談に、なかなかできないなら 51 番目の州に日本がなっちゃった方が早いんじゃないかという表現を使ったのですが、これはちょっと乱暴な言い方ですけども、アメリカの制度を日本語でやらせてもらうというような感じで、それを今先生は物まねとおっしゃったようなこと一つの考え方というふうには拝聴しておりました。</p>	
○江口 ・長期的ビジョンに基づく議論の必要性	<p>桐野先生、ありがとうございます。帝京の江口です、先生が言われた学会を離れて一体化した全体の組織の運営に当たるというのは共感します。しかし実際には、今後の 20 年先、30 年先を予測するということは、医師の専門集団であっても、非常に難しくなっていると思います。社会的にも疾患の変遷が急激に起こっているとか、あるいは新しい医療技術が急速に広まるとかに対して、現状で適切と思われるリソース配分が、実現される時には、またあらたな状況に対応できないことを危惧します。専門医集団であっても、片手間に物事を決めていくことでは、歴史の繰り替えしになってしまう可能性がありますか。専門医も含め、専任の専門家によるシンクタンク的な組織をつくって長期的なビジョンを展開するという点についてはいかがでしょうか。</p>	<p>長期的ビジョンに基づく議論の必要性</p>
○桐野 ・法的な規制と認証、さらに報酬体系が必要	<p>だんだん具体的になるにつれ難しくなるので、どうしたらいいかは難しいのですが、私どもは、我が国においては専門職能集団の誇りにかけてといってもなかなか難しいので、ある程度の法的な規制をつくっていただいて、その法的な規制のもとで認証していくということと、本当はそういうものをつくったところからきちんとした報酬体系をつくっていくという、こっち側から押す方と引っ張り上げる方の両方が必要だろうと思うんですけどもね。それをするためには、これは相当な広い範囲の支援が必要なので、そのためには医師に任せておいて大丈夫なのかという気持ちがありますから、当然こういうことをわれわれはきちんと全体の代表を持って、責任を持ってやるんだということを医師が全体で見せるという行為が全然なければ、なかなか難しいだろうなと思いますね。だからどっちが先であるかはちょっと私にはわかりませんけども。今はだけチャンスなんですね。日本医師会も困っているし。日本医学会という日本医師会の下に学会の組織もありますけれども、あれも宙ぶらりんな感じですし、病院組織もいろいろありますけれども、それから大学の医学部長とか病院長の組織もありますけれども、みんながバラバラですから、何らまとめることはできない状態ですね。</p>	<p>法的な規制と認証、さらに報酬体系が必要</p>
○江口	<p>それを考えたのは、例えば学会の執行部になるとか何かをやっている医学部長の職にあつてこういうものと考えとかというと、当然忙しい日常のことからいって、10 年先、20 年先を考えてその人が動くということとはなかなかできないですね。そうすると、先生がおっしゃっていた学会を離れてこういうものの運営に当たるとか、そういうことも一つの方法だと思いますし、そういうある程度のコミットメントみたいなものの人材を確保するというのがすごく大事なことじゃないかと思うんですね。実際、行政の方だって 2~3 年先のこと、あるいは 5 年先のことを考えてやっているのですが、じゃあ 20 年先のことをみんなどうやって考えるかというふうなこととかですね。これはやっぱり疾患とかの医療技術とかがかなり急速にまた変わってきているので、今までのようなことで対応しようとしたらまた同じような失敗をするのではないかなと思います。</p>	
○桐野	<p>これは僕もよくわからないのですが、アメリカはいろいろ失敗しているんです</p>	<p>政策課題を考える専</p>



<p>・政策課題を考える専門 家集団</p>	<p>けれども、彼らは5年ぐらい先の政策課題を考えるためのシンクタンクを持っていますよね。共和党系も持っているし民主系も持っている。相当分厚い専門家集団を集めてやっていて、医師会もそれに類したようなものを一応つくったのですが、なかなかうまく機能していないですね。本当はそういうものを作ることを専門にする人たちの集団をわれわれは持っていなければ、例えば学部長とか病院長になる前は皆さん自分の専門に一生懸命なので、なった瞬間というのはよほど特殊な人でない限りほとんど素人で、皆さん一生懸命勉強して数年でいろいろなことをディシジョンされるようになって、それで集まってこれがいいんじゃないかと。私もまさにそういう人間の1人にしか過ぎないんですけど、やはり考えることの深みが十分なくて、非常に大量の裏づけというものが無いんですね。そういう意味では、そういう組織というものを医師は持っていないと対抗できないんじゃないかと思えますね。そのためにも、じゃあそれをそれぞれのところが持つのかということになりますけれども、医師がしっかりした組織を持っていないというのは極めて残念だなという気がしますね。これだけ危機的な状況なのに分断されてしまっているというのは残念だなという気がしますね。</p>	<p>門家集団</p>
<p>○土屋 ・制度の実務組織 ・評価・認証組織における 実務組織</p>	<p>今お二人のお話を聞いていて、専従者が必要だというところが一つポイントかと思うのですが、先ほど桐野先生が言われた専門医制度成功の条件の2つの組織ですね。専門医制度の実務を行うと。これは専門医制度の、例えば外科の専門医、内科の専門医。この内容については確かに学会に属していらっしゃる、今専門としていらっしゃる方々が学会中心でよろしいかと思うのですが、それをさらに練ってどういう制度かやるときに、その委員会の下に医師会の日医総研みたいな実務者集団としての事務局、これは専従者が必要だということが一つあるんじゃないかと思うんですね。これは各学会にとってはそんなに大きなものでなくてもいいけれども、実務としてやっていくと。しかも先を見越した調査もやりながら委員会に上げていくということが必要じゃないか。</p>	<p>制度の実務組織</p>
	<p>もう一つの評価・認証においては、一番のコアの委員会自体を学部長とか病院長が兼任でやるのではなくて、5人とか6人、それを離れて専従者というか、委員自体が専従でないとなかなか公平な判断ができないのではないかというふうな結論になるかなというふうにお二人の意見を聞いていたのですが、そういう認識でよろしいですか。</p> <p>確かに評価・認証の方も、コアの委員も専従だけど、その下の事務局というのはかなり大きな組織が多分要るだろうと思うんですね。先ほど言ったレビューをやるものや何かコントロールしないとならないとなると、そのレビューに行く方は各大学病院とか大学から出していただくにしても、そのプログラムを組むとかというのは、これは専従者の事務局員がいないとできないだろうと思うんですね。今の医療機能評価機構が病院機能評価をやっているような形でのものが実際に教育で動くわけですから、相当膨大な事務局というのが必要になると。これはまさに官費でやらないと多分できないだろうという気がしますし、コミッティが第三者を入れるにしても、その方たちが何年かの任期に専従でそれに当たっていないと多分公平な判断はできないんじゃないかと。どこかの代表者が出てきていたのではまた同じことじゃないかという気がするんです。日本では少ないですが、アメリカのコミッティの最高権威の方というのは皆さん専従で、他の仕事を放り投げてそこへ入り込んで何年かの任期中はそのフルのお給料をもらうという態度だろうと思うんですね。ですから、その構造を描かないと、今まで日本では委員会というと学部長先生がたくさん集まったり病院長が集まって、帰っちゃうと忘れちゃって病院に専念しているという、それではいつまでたっても変わらないかなという印象で今お二人のお話を伺っておりました。ちょっとしゃべり過ぎましたが、どうぞご意見をお願いします。</p>	<p>評価・認証組織における 実務組織</p>
<p>○川越 ・個々の学会の整合性</p>	<p>川越です。ありがとうございました。先生がおっしゃった専門医制度の確立が必要であると。それを認証するそういう委員会を設置する必要があるというこ</p>	<p>個々の学会の整合性</p>



	<p>とは非常によくわかって賛成なんですけれども、ただ、これは前回のこの班会議でも問題になったかとも思うのですが、この専門医制度を打ち立てていくときにベースになる学会ですよね。その問題がかなりある。というのは、非常に歴史を持っている学会があるし、まだ新しい分野ができて、つまり私がやっているような、ちょっと個人的な意見で恐縮なんですけれども、在宅でのホスピスケアというようなことになりますと、これは非常に専門性の高い領域だと思いますけれども、そういう学会はまだもちろんないわけがございますよね。そういうものと、つまり歴史を持っている違うものをどうするかという、どういふふうに整合性を持たせていくかというような問題が一つと、同じ学会と言っても類似のものが結構ございますよね。ですから、制度はできるだけけど、その辺の整理もやっぱり考えておかなければいけないかなということも思っているんですけれども、そう思いながら伺っていたのですが、桐野先生のご意見、私的なご意見で結構ですから聞かせていただければと思います。</p>	
○桐野 ・基本領域の評価と整理の必要性	<p>学会の整理をつけるのは非常に難しいでしょうね。特に日本では全く同じような学会が2つあっても、なかなか合同できないですから。だからといってムニヤムニヤとやっているわけにはいかないので、一定の議論の後には、それは服してもらわなければならないと思うんですね。つまり、ある領域にAという学会とBという学会があれば合同でおやりになるか、それともAかBどっちかを取るかという判断になります。AとBを合同でおやりになるんだしたら、まとめて評価をします。AとBを別々におやりになるんだしたら、こちらの認定機構としては厳格に評価した上でAを取りますというようなことにならざるを得ないですよ。そうするとBは尻つぼみになってしまいますから、当然そこまで非常に強い決意と根拠を持ってやれば整理がついてくるんじゃないかと思えますけれども。</p> <p>今、17か18だと思のですが、アメリカは二十幾つだと思えますけれども、大体それが基本的なボードの数だろうと思うんですね。それから先のサブスペシャリティのものは、今の議論ではちょっとまだ早い。基本的な、全員がまず1個だけ取るようなボードを日本でどうするかという議論をまずきちんとしておいた方がいいと思うんですね。それについては僕は法的な規制を持ってやらないとうまくいかないと思います。</p>	基本領域の評価と整理の必要性
○土屋 ・公平な専従者による運営	<p>よろしいですか。そういう学会自体を切る、切らないというの、専門医に参加できるか、できないかということだと思わなければならないんですけど、それを決める委員会としては、その委員はあらゆる医療施設の組織から離れてある期間やっていると、その決断というのは多分できないだろうと思うんですね。また、公平に判断したとは思われないんじゃないかという気がします。それで先ほど言ったんですね。やっぱり専従者の委員会をつくらないと、なかなか国民の信頼を得るのが難しだろうという気がいたしました。他にご意見はありますか。</p>	公平な専従者による運営
○有賀 ・法的な枠組みと自律の関連	<p>先生方がおつくりになった「医療を崩壊させないために」という、先生さっき個人的な意見はその後述べたので違うとおっしゃったのですが、これを読んだときにも、いわゆるプロフェッショナルオートノミーというか、自律的な医師の固い信念に基づく正しい医療という、そういうふうなことがもうちょっとここにも入っていてもいいんじゃないかなという気は実はしたんですね。そのことと、先生今またお触れになりましたけれども、法的な枠組みというのとはどんなイメージになるのか、僕まだよくわからないんですね。法律があつて全員が加盟すると。それから、法律があつてこういうふうな形で専門医制度をやっていくという。つまりどういふ法律になるのか。つまり、ちょっと嫌な言い方ですけども、日本国においては脳死の判定基準が法律になっていますよね。あんなばかなことがあつたらプロフェッショナルオートノミーも何もないわけで、どうも法律があると何か変なふうになっちゃうんじゃないかなという、そういう負のイメージもあるんです。</p>	法的な枠組みと自律の関連
○桐野 ・法的規制の必要性	<p>私がまだ大学におりましたところに公務員倫理法というのができたんですね。倫理が法になるといって、そんなばかなと言ったんですけれども、米国のいろ</p>	法的規制の必要性



	<p>いろな規制のやり方というのは自分たちでやりますよね。自己規制というか。それは無人の荒野の中に都市をつくるようなやり方をやります。ところが我が国の場合はどうしても手が少し遅れるために、私権が乱立した駅前再開発をやるようなことにならざるを得ない。そうすると、どうしてもある程度の法的規制をかけて、そしてできる限り自律性を尊重しながら法的規制をかけていかないとどうしてもうまくいかないということが議論になりまして、それで矛盾していると。自らの責任において誇りを持ってやりながら法的規制を一方で要求するというのは矛盾しているという議論はあったんです。それはおそらく最小限にしないといけないし、すべてを役所がやるというやり方は、日本でも医師の間でそれをやると、きつううまくいかない。できる限り医師の自らの努力で、誇りを持ってやるという言葉がいいかどうかかわからないけれども、そういうふうにならないといけないんですけれども、あるところは駅前再開発ですから、そういう規制が要るんじゃないかなという、そういう議論だったと思います。</p>	
○土屋 ・法の位置づけと自律	<p>私もその点、この間、学術会議で開いた市民公開シンポジウムで桐野先生を悩ませた質問をした1人なんですけれども、公の組織をわれわれはつくりたいわけなんですけれども、今桐野先生が言われたように法というのが入ってくると、どうしても陰に官が出てくると。官が出過ぎるとろくなことがないというのはもう皆さんの一番警戒する今の有賀先生の発言だと思うんですね。ただ、日本ではアメリカのような自律的に公のものをつくる力が残念ながらまだ社会的に育っていないとすると、最低限の法の手助けをもって自律性の高いものをつくっていかないとけないんじゃないかというふうに私は解釈しております。</p> <p>本来は、自律という以上は法なんかなくても、この集団で決めた決め事をきちんと守っていくと。あの集団は信頼できるんだと国民が皆さん信頼してくれる、それが公なシステムというものだと思うんですけれども、私個人の、これはまさに個人の見解ですけれども、残念ながら日本ではそういう市民的な認識というか、そこがまだ成熟していないと。特にわれわれ医者集団の中でさえそれが残念ながらできていないので法に頼らざるを得ないというのが今の現実かなというふうに受けとめています。これは班として押しつける気はないんですけれども、どうもその辺の認識を進めていかないと、なかなか桐野先生たちにまもっていただいたこの要望の実現も難しいかなというふうに今日は伺っております。</p>	法の位置づけと自律
	<p>今日は本当は先ほど話題に出た日本医学会からもご意見をということで高久先生にもお願いしたのですが、先ほどご紹介があったように日本医師会の下部組織という位置づけなのと各学会の集合体であるということからいくと、専認協の池田先生のご意見を既に聞いて、日本医師会からもご意見を聞いて、今日学術会議からもご意見を聞くことになれば重複することになるということでお断りのご返事をいただきました。代表として送るとすれば池田先生だろうということで、既にお話を伺っておりますので、こういうことで実は2時間用意したのはこの両団体からお聞きしようということでご用意したのですが、今日はたっぷり時間があったので桐野先生から忌憚(きたん)のないご意見を聞くことができたと思います。もし聞き残しがあればお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。</p> <p>それでは桐野先生、本当にお忙しいところ長時間にわたってありがとうございます。班会議として、今日はせつかく時間がありますので、何かこの機会に皆さんにお伝えしたいということが班員の皆さま方であればご発言をお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。</p>	
○有賀 ・脳外科医の適正数の考え方	<p>桐野先生も脳神経外科学会の重鎮ですので、せつかくの機会なので桐野先生がお帰りになる前に、脳神経外科医の適正数という話は先般のこの委員会の中でも、心臓外科ではこう考えているけれども、どうも脳神経外科学会は違うのかもしれないと。私も脳神経外科学会の会員なのでそういうふうな議論を聞くんですけれども、例えば救急医療の現場にも脳外科医がいる。神経放射線の診断のプロセスにおいてもかなり中核的な役割をしている。術後におい</p>	脳外科医の適正数の考え方