

	<p>ても、残念ながら術後、例えば麻酔科なり他の科の先生方をお願いするというようなシステムもない。リハビリテーションも今、結構あちこちにリハビリテーション専門の病院はありますけれども、よくよく聞いてみると脳外科の専門医をしていたというか、今でもまだそれをメインにしているという先生方もいると。</p> <p>そうすると、本当の意味で脳神経外科医の数をどう考えるのかという話は、少なくとも手術ということに関してのみのクオリティをコントロールしようと思えば、おそらく症例の数とか、地域性とかということによってそれなりのことはできるんだと思うのですが、今言ったように手術を中心にしたその前後というか、その周辺というか、かなり広い視座を持って脳外科学会そのものが今運営されている。そういうふうなこともあって基礎的ないくつかの中にもちゃんと入っているわけですね。そこら辺の各学会の専門医の数というふうな形でいったときに、この委員会としてはそれなりのことを言わなければいけないと思うんです。せっかく桐野先生がおられるので、嘉山先生がおられるともっと議論が白熱しすぎるかもしれないので、まずは桐野先生のような比較的ニュートラルな感じの、桐野先生がせっかく見えているので、そこら辺の脳神経外科医の専門医といったときに、その適正な数というのはどういうふうに見えるのかというのをちょっとお聞きした方がいいんじゃないかなと思いました。</p>	
<p>○桐野 ・我が国の脳外科医の 状況</p>	<p>これは脳外科学会ではしばしば話題になることなんです。脳外科医が 5,000 人、6,000 人というのは、言葉の定義から言えばちょっとおかしいじゃないかという議論が外部からは常にあるわけですね。これは歴史的に見れば各大学の医局が非常にアクティブであったと。しかも、ちょうど先ほど言った各先進諸国が病院数を減らしながらベッド数を集約していった時期に、日本は病院数を増やしながらベッド数を増やしていった時期にたまたま日本の脳外科は非常に数をたくさん養成し始めたわけですね。それと同時に脳血管障害が死因の第 1 位、かつ交通事故が非常に大きな問題であったということから、需要は幾らでもあるということで、1972 年に私が卒業したころに米国では脳神経外科医のパスコントロールという言葉が生まれて、やり始めたんですけど、日本はそれはできないという結論になって、そのまま突っ走ったんですね。しかもそれはその当時の医療の需要から言えば確かに交通外傷や脳血管障害の医療にそれなりの人を供給してきたことは事実なんです。</p> <p>従って、それをもって脳外科は我が国特有の科であるという主張もありますけれども、それは脳神経外科のリーダーが自ら設計をして、自ら望んでできた事態ではなく、どんどんやっちゃったこうなったというだけのことなんです。ただ、先ほどもしやいましたようないろいろなことから、脳外科の中ではこれをあからさまに言うのは非常に難しい。</p> <p>私は、ちょっと忘れちゃったけれども、九十何年に कांग्रेस というところで報告をして、既に脳神経外科医のなり手が、初期臨床研修が始まる前ですよ、91 年だったかな、脳外科医の希望者がもう減りつつあると。明らかに減少の傾向があって、専門医はまだそんなに減っていないんですけど、専門医は最初に卒業して脳外科、そのころは最初からストレートですから、最初から入ってくるのは 7 年後ぐらいの反映なんですよ。だから一番見なければいけないのは卒業したてでストレートでどれぐらい入ってくるかということが重要だと。それも明らかにこうなっているんで、これは危険な兆候で、脳外科のあり方を変えるべきだと僕は言ったのですが、ものすごく不評で相手にしてもらえないという状況でした。</p> <p>その後、初期臨床研修制度が始まったのでわからなくなっちゃった。それで多くの脳外科の先生方は、初期臨床が終わったら脳外科は魅力ある科だから戻ってくるというお考えだったけれども、非常に危険で、このままで行けば、脳神経外科医の 1 年あたりの数は 300 ぐらい養成していたのですが、150 になると予測したんですよ。現に今そうなりつつあります。つまり半分の数で養成するということは、人口の構成が今まではこういうふうになっていたのが、こんな人口構成になっちゃうわけです。そうすると、一番働かないといけない人たちが少なくて、病院の中で肩を風切って威張っている人たちがばかりになっちゃう、そういう科になるわけです。それは構造変革をしていかないとだめだと。もうやれないと。この人たちが走り回って、もし本当に労働基準法無視で頑張る</p>	<p>我が国の脳外科医 の状況</p>

	<p>とすると、本当に産科や救急の次に続くのはわれわれであるということになるので、そこはもっと現実的に考えれば、脳外科も徐々に心臓外科のように症例ごとにどうするかということを考える時代なんです。これは必然的にそういう時代で、そうなると思います。もう北海道や一部のところではここ数年間、1人も脳外科医が入っていないという大学がいっぱいあるわけですから。今のやり方は続きません。</p>	
<p>○江口 ・地域の実情と将来を見据えた議論</p>	<p>そういうお話は先ほど述べましたが、先を見通したビジョン研究を専門医も含め専任の専門集団でやっていないと適切なプランニングができないと思います。先ほど川越先生が言われたように、たとえば、家庭医などの専門分野は、発展途上の新しい医療分野であり、今後20年30年先を見通して、全国の適切な配置をプランニングしなければなりません。専任の専門家集団による社会の動向を先読みして医療プランを設計する作業が必須だと思われます。専門医の仲間内だけで多忙な業務の片手間に検討していても、当面の利害や利権が問題となり、30年先の将来計画は不可能だと思います。たとえば、手術のみならず地域医療として実際の療養指導まで1人の専門医がカバーしなければならない状況を続ける限り、根本的な適切な専門医の配置計画の提言は不可能だと思います。やはりシステムティックに社会の動向も含めて長期的視野のもとに専門医の配置などを検討していくような専任の専門家集団を独立して設置する必要があるだろうと思います。</p>	<p>地域の実情と将来を見据えた議論</p>
<p>○桐野 ・脳卒中の診療体制</p>	<p>もう一つつけ加えますと、脳卒中、脳卒中というのは、大体は神経内科医と脳外科医が、神経内科医の方が数が多くて、それに神経放射線医とかそういう方たちが加わってチームで治療するというのが国際標準だと思うんですけども、日本では神経内科の先生の数がどうしても少ないので、九州とか西の方は結構多いんですけども東の方は少ないので、どうしてもそれを脳外科医がずっと背負ってきた。それは評価してしかるべきだと言われれば多分そうなんだろうと思います。現場を背負っているわけですから。じゃあそれで今後もこの150人ぐらいの専門医でそれをずっと背負っていくんですかという議論ですよ。それは背負っていくんだとおっしゃるんだしたら、それはやってくださいと言うしかないのですが、多分できないと思います。</p>	<p>脳卒中の診療体制</p>
<p>○土屋 ・専門医集団での議論</p>	<p>江口先生が言われる気持ちはよくわかるのですが、先を見通す人たちが本当に先を見通したかどうかという評価には専門医の年数よりもさらにかかりそうな気がしますし、先を見通す学会もつくっていかないとならないような気がします。この点は、まずは専門医集団に真剣に考えていただくと。その上で総合調整をというような手順で考えたいと思いますが、それ以外に何かございますか。よろしいですか。有賀先生の質問は大変私も聞きたかったところで、嘉山先生とは80%から90%ぐらいは意見が一致するのですが、今の点だけはいつも合意ができませんで、脳神経外科医の数をどういう基準で考えるかと。私は桐野先生側なんですけれども、その辺が大変難しい。</p>	<p>専門医集団での議論</p>
<p>○桐野</p>	<p>多分嘉山先生は、それは言えないんだと思うんです。私は別に脳外科医は急激に数を減らすべきだなんていうことを言っているのではなくて、自然にそうなるよと言っているだけなんです。</p>	
<p>○土屋</p>	<p>よくわかります。ありがとうございます。他によろしいですか。それでは事務局の方から今後の予定をご紹介します。</p>	
<p>○渡邊(事務局) ・次回以降の日程連絡</p>	<p>事務局の渡邊です。今日は学術会議の桐野先生においでいただきご意見をいただきました。次回ですが、11月18日です。17時から19時まで。場所は同じ国立がんセンターで、この場所ではなく研究所の1階のセミナールームを予定しております。全国医学部長病院長会議会長である岩手医大の小川彰先生および山形大学の嘉山孝正先生にお話を伺ってご討議をいただくということを予定しております。同じ日に臨床研修のあり方検討会が文部科学省</p>	<p>次回以降の日程連絡</p>

	<p>で14時から16時で予定されておりまして、その後、両先生にご移動いただいで、こちらで班会議ということをご予定しております。</p> <p>その次の会、第5回も日程が確定しておりまして、12月5日金曜日、時間が14時から16時です。場所は慶応大学の信濃町キャンパスで行い、テーマは家庭医・総合医ということで、家庭医療関連の3学会の先生方をお招きする予定でおります。総合医・家庭医についてご意見を伺ってご討議をいただくという予定にしております。また詳細が決まりましたらご連絡させていただきたいと思っております。その後、漢方のフォーラムが17時から予定されており、その前という形で会場と時間をいただきました。</p>	
○土屋	<p>どうもありがとうございます。ここのところ立て続けで大変申しわけないのですが、何とか年内にある程度めどを立てたいと思っておりますので、よろしく協力ください。</p> <p>今日は桐野先生、本当にお忙しいところありがとうございました。嘉山先生からもちゃんと意見を聞くようにいたしますので。ではこれで終わらせていただきます。</p>	

第4回班会議 会議録

日時:平成20年11月18日(火)17:00-19:00

場所:国立がんセンター研究所 セミナールーム

出席:土屋(進行)、有賀、海野、江口、岡井、川越、阪井、外山、山田、渡辺

小川 彰先生(全国医学部長病院長会議会長、岩手医科大学学長)

嘉山孝正先生(全国医学部長病院長会議専門委員会委員長、山形大学医学部長)

<p>○土屋 ・開会挨拶</p>	<p>それでは、時間になりましたので、第4回の班会議を始めたいと思います。本日は、今までの復習と今日お招きしたお客さまのご紹介をしていきたいと思ひます。始める前に、今回はテレビ局の方が取材でカメラを回しています。ご了承ください。</p> <p>今日は、全国医学部長病院長会議から会長の小川先生と、嘉山先生にお越しいただきました。自己紹介をお願いしたいと思います。</p>	<p>開会挨拶</p>
<p>○小川 ・自己紹介</p>	<p>本日は、厚生労働科研究費の「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医のあり方に関する研究班」にお招きをいただきまして、ありがとうございます。私は、岩手医科大学の学長をやっております小川でございます。全国医学部長病院長会議で会長をこの春にご指名をいただきました。</p> <p>今年になりまして、国が大きく方針を転換しましたので、従来はこんなにタバタすることはなかったのですが、医師養成増の政策に転換をいたしましたし、臨床研修制度につきましても見直しをするのだということで、今までと全く手のひらを返した政策になったものですから、今、大変な思いしております。</p> <p>先ほどまで、文部科学省と厚生労働省が合同でやっております研修制度の見直しに関する委員会に嘉山先生と2人で出てまいりました。今日が3回目、4回目あたりには結論を出そうという方向ではいるのですが、なかなか難しいのではないかなと思っております。今日はよろしくお願ひいたします。</p>	<p>自己紹介</p>
<p>○土屋</p>	<p>どうもありがとうございました。</p> <p>では、嘉山先生、お願いします。班員の方はもう皆さんご存じだと思いますが。</p>	
<p>○嘉山 ・自己紹介と抱負</p>	<p>私は山形大学の医学部長ですが、今、全国医学部長病院長会議の専門委員会委員長会委員長ということで、小川先生のアシスタントとして働いております。この土屋班は、私の考えでは、国民に医療の質をどのように担保するかという一つの最初の検証の班会議ではないかと思っていますので、非常に大事な会議だと思っています。今の医療の不信がいつ出てきて、いつこうなったのか、それは誰がどのようにしたかというのはわからないのですが、ただ、我々自身も自浄作用を発揮しなければいけないときであることは間違いないので、土屋班に少しでも貢献できればと思ひて今日は参加させていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。</p>	<p>自己紹介と抱負</p>
<p>○土屋 ・研究班の趣旨 ・第1回班会議 ・第2回班会議 ・第3回班会議</p>	<p>どうもありがとうございます。よろしくお願ひいたします。</p> <p>それでは、今日初めての方もいらっしゃるかと思いますので、もう一度復習を簡単におさめますが、今、嘉山先生からご紹介があったように、この班会議は、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において、国民に質の高い医療を提供するために必要な、我が国の土壌に合った医師の後期研修のあり方について検討すべきだということを受けて、班を組んでいただきました。</p> <p>したがって、専門医・家庭医を含んだあり方について、地域医療を担う家庭</p>	<p>研究班の趣旨</p>

	<p>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始めさせていただきました。</p>	
	<p>第1回は、各班員とともに、この班の進め方と、どの範囲をカバーするかといったこととお話しいただいて、それに沿って2回目からヒアリングを始めたわけでありました。</p>	第1回班会議
	<p>2回目には、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、その機構の活動状況、そして目指すところ等をお話しいただきました。同じ日に、日本医師会から、「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」という題で、日本医師会常任理事の飯沼先生よりご講演をいただき、意見交換をしたわけでありました。</p> <p>その中で、いわゆる家庭医あるいは総合診療医と呼ばれるものについて医師会はかなり意欲的ですが、4つのコースを考えていて、その第1のコースというのが、私どもが考えている専門医としての家庭医というコースでありましたが、医師会としてはむしろコース1は自分たちでタッチすることはあまり考えていないということで、コース2、コース3、コース4の経験7年以上あるいは15年以上という方を対象に、総合診療医ということは今検討しているということを知ったわけでありました。</p>	第2回班会議
	<p>そして、前回の第3回では、日本学術会議から桐野先生にお越しいただいて、学術会議の医師後期臨床研修制度のあり方についての考えと、また、桐野先生ご自身の考えも個人的意見としてお披露目いただいたわけでありました。日本学術会議の要望というのは、あくまで要望であって、いきなりこれが行政府で実現するわけではないけれども、政府の機関であるので、ある程度影響力はあるだろうといったお話を伺ったわけでありました。</p>	第3回班会議
	<p>本日は、先ほど自己紹介をいただいたお二人をお招きして、全国医学部長病院長会議としては、専門医教育についてどのようにお考えであるかということをお聞きして、意見を交換したいということでございます。</p> <p>それでは、前置きはこのくらいにして、小川先生、早速、お願いいたします。</p>	今回の趣旨説明
<p>○小川</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今日の日本の医療 ・日本の医療水準 ・医師数の現状 ・岩手県の医療体制 ・医師不足の背景 ・臨床研修制度のプライマリケアと国民の期待する医師像 ・地域医療で求められる医師像 ・これまでの卒前・卒後教育の一貫性の欠如 ・現在の臨床研修制度の影響と医師不足 ・大学への進学状況調査からみた地域医療体制の崩壊 ・外科医の減少 ・医師充足の地域格差の拡大 ・若手医師の指向 	<p>ただいま土屋先生から今までの経緯をご説明いただいたわけですが、この辺のことを私は十分に認識していたわけではございませんので、多少、的外れな内容になっているかもしれませんが、ただ基本的には、国民に対して安心・希望の確保のための医療を提供するにあたりましては、今の日本の医療がどうなっているかということが一番基本になると思いますので、その辺からお話をさせていただきたいと思っております。</p> <p>それから、嘉山先生とはいろいろなところでご一緒させていただいておりますので、スライド等々も多少オーバーラップしているものもございましょうし、後から追加で嘉山先生の方からお話をいただければと思っております。私の舌足らずの部分に関しましては、よろしく願います。</p>	今日の日本の医療
	<p>これは嘉山先生がよく言われていることですが、日本の医療レベルはどうなっているかというので、WHO で出しているワールド・ヘルス・レポートですけれど、ヘルスレベルが1番である、オーバーオール(総合点)も1番だということでもあります。これが何ページにもわたってあるわけですが、世界百何十か国のWHO 参加国すべてをデータとしてまとめておまして、その中で1番ということでもあります。</p>	日本の医療水準
	<p>それで、日本の医師は充足しているかということですが、これは人口1,000人単位で、2004年のOECD30か国の医師数ですけれど、OECDの</p>	医師数の現状

<ul style="list-style-type: none"> ・基礎医学者の減少 ・日本の低医療費政策 ・医師の労働時間調査と労働環境 ・英国の医療政策の変遷 ・臨床研修制度の見直しを求める声明と生涯教育の重要性 ・海外との専門医・家庭医の状況の違い ・日本の教育費の公的支出 ・まとめ 	<p>平均が 3.0、10 万人単位にしますと 300 人ということでありまして、日本は今 200 人、2.0 ということで、平均の3分の2程度です。この1つ上に英国がありますが、英国が医師養成増の政策に転換をしまして、日本とほとんど同じだったのですけれど、今は 240 人という状況になっております。</p> <p>これは日本の各都道府県のデータですけれど、東京が一番飛び抜けて多いのですが、それでも 250 という数でありまして、OECD の平均の 300 からいたしますと、東京ですら少ないという状況でありまして、東京近郊の千葉、埼玉、この辺が最も少なく、千葉にしましては、皆さま良くご存じのように、つい先だって銚子市立病院が閉院に追い込まれたということがございます。</p>	
	<p>私のいる岩手もこういうことございまして、北東北3県は非常に厳しい状況にあるということでございます。岩手県のことを少し触れさせていただきますと、北海道に次いで広い県土でありまして、四国4県に匹敵する広さを持っております。そこに9つの医療圏を持っているわけです。高度救命救急センターが盛岡にございまして、岩手医大に併設されております。それから、久慈と大船渡に高次救命救急センターがございまして、3つの救急センター体制の中で運用しているという状況でございます。こういう広い県土ですが、病院数からいきますと、103 病院しかございせん。四国とほぼ匹敵する広さですけれど、四国には 509 病院あります。東京都を見ますと 658 病院ございまして、東京 23 区の病院数からしますと 436 病院でございます。つい先だって、たらい回しもございましたけれど、なぜたらい回しがされるのかということ、救急をやめている病院がどんどん増えていると。東京のように病院密集地では、お隣の病院で診てもらうのではないかとこの中であまり罪悪感がないと。また、病病連携・病診連携の問題もあるでしょうと。</p> <p>岩手県は、先ほどのように病院の数としては非常に少ないわけでございますが、たらい回しはございません。なぜたらい回しがないかということ、たらい回しするほど病院がない。そういう状況の中で、例えば、ここに宮古医療圏というのがありますが、これは同じスケールで東京都であります。岩手県には9つの2次医療圏がございまして、宮古医療圏はそのうちの1つの医療圏でございますが、宮古医療圏の面積だけで東京都区部の4.3倍、島も含めた東京都全域の1.2倍の広さがございます。この中に病院が4つしかございせん。</p> <p>3つの病院はどういう病院かといいますと、内科と外科しかないような、診療所に毛の生えたような病院が3つでございますから、岩泉という龍泉洞のあるところに1つと、宮古市に私立病院が1つ、そして田老町に1つということで、あとは県立宮古病院しか総合病院がないという状況でございます。要するに、県立宮古病院で患者さんを断ってしまいますと、もう死ぬしかないということありますから、必ず1回は収容する。そして、ここから2～3時間ぐらいかかりますが、盛岡医療圏の方に搬送するというシステムになっております。</p> <p>東京の病院数が 658 あって、区部のみで 436 ですが、この区部の 4.3 倍の面積があるところに総合病院が1つしかないという状況でございます。</p> <p>しかしながら、なぜたらい回しがないかといいますと、例えば、脳卒中の救急診療を見てみますと、開業医あるいは地域の病院から地域の基幹病院に行きまして、そこで手に負えないということになりますと高度救命救急センターに回ってくるという、そういうシステムができてございまして、2次医療圏に1つずつは手術ができる脳外科病院がございまして、そこで治療ができるものは治療が完了しますし、そこで手に負えないようなものはすべて盛岡まで来るということになっておりますので、そういう意味では、たらい回しはないということになるわけです。</p> <p>これは実際の県保健福祉部でつくっております患者の受療動向ですが、今お話ししたことと同じような形に患者さんは動いているということで、先ほどの体制がある程度、病病連携・病診の中で回っているということになろうかと思っております。あまりにも医者が少なく、病院が少ないものですから、こういう体制をとらざるを得ないという状況の中でやっているということでは。</p> <p>119 番通報から医療機関までの到達については、岩手県は非常に悪くて、ワースト3にありますが、東京都、埼玉県というところが悪いわけで、そんなに近くて病院がたくさんあるのになぜこんなに時間がかかるのだという、結</p>	<p>岩手県の医療体制</p>

<p>局、これは距離ではないファクターがございます。岩手県の状況から言えば、これはもう単純に距離でありまして、沿岸地区から盛岡医療圏まで患者さんを搬送するためには、救急車で2～3時間かかるということでもありますから、いたし方ないところもあるのかなということでもあります。</p>	
<p>この救急体制の問題に関しましては、医師不足が最大の問題と言われております。これは朝日新聞のデータでございます。そういう中で、昭和57年に閣議決定がございまして、「行政改革の具体化方策について」で、医師については、全体として過剰を招かないように検討を進める、と。また、平成9年の閣議決定で、「財政構造改革の推進について」ということで、合格者数を抑制する等の措置により合理化を図るということでもあります。財政抑制・医療費抑制のための医師養成削減政策を日本はとってきたということもございます。</p> <p>そういう中で、OECDの平均の10万対の医師数の推移と日本の推移でございます。「最小限必要な医師数は人口10万対150人」とであるという目標をとりあえず設定したわけです。その後、医療費亡国論が出てまいりまして、このときに1県1医科大学が出て、そして医師数が増えてきたと。先ほどの閣議決定が1982年に行われまして、そして86年には医学部の入学定員の10%削減が行われました。さらに97年にも同じ閣議決定が行われまして、臨床研修制度がここで始まったということで、結局、医師不足が社会問題になってきた。ですから、少なくとも医師数そのものは、少しずつではありますが、OECDほどではないのだけれど、増えてはきたのですが、臨床研修制度のおかげで、それが医師不足を顕在化させて社会問題を引き起こしたということが言えるのではないかなと思っております。少しずつは医者は増えてきたのですが、医師養成削減政策に加えて、臨床研修制度が医師不足にとどめを刺したということでもあります。</p>	<p>医師不足の背景</p>
<p>さて、臨床研修制度発足の趣旨は非常によろしいと思うのです。すべての医者にプライマリケアに対応できる幅広い臨床能力を習得させるというのはすばらしい理念だったのかもしれませんが、では一方で、皆さん、赤ひげ先生のことは黒澤明の映画でご存じだと思いますが、地域の信頼されるお医者さんで、内科医ではありながら、盲腸ぐらいの外科手術はできて、お産も診れると、こういうことがプライマリケアの原点だと思いますし、そういう意味ではプライマリケア医というのは理想のように思えるわけですが、今の世の中で、自分の奥さんが妊娠をされたときに、いくら有能な内科の先生であっても、あるいはいくら有能な外科の先生であっても、その方に自分の奥さんのお産を任せる方がいらっしゃるでしょうか。私はいないと思います。</p> <p>ですから、国民の求める医師像が間違っているのではないかと。私は、そういう意味では、赤ひげ先生の時代ではないと思っています。いかに過疎地に住んでいようと、お産の経験はあるとはいっても、内科や外科の先生に自分の奥さんのお産を任せるわけにはいかない、というのが基本的な考えだと思います。やはり産科の専門の先生に診てもらいたいと。そういう意味では、専門性への期待があるわけでありまして、国民の期待している医師像と臨床研修制度で今やっているプライマリケアの医師像とは、大分乖離があるのではないかと思っております。</p>	<p>臨床研修制度のプライマリケアと国民の期待する医師像</p>
<p>やはり専門医に診てもらいたいということがあるわけですが、先ほどの岩手県の状況をざらにいただいてもよくわかりますように、各2次医療圏にすべての専門医を用意することは不可能です。マンパワーから不可能である。社会資源の浪費にもなる。それだけではなく、お医者さんの側から見ると、手術がわずかしかないという中で、もし専門医が地方に散らばっていれば、それは当然、専門医の診療能力の低下につながるわけでもありますから、したがって、各地域にすべての専門医を用意することはできない。</p> <p>ということからしますと、これは私見でございますが、「理想の地域の医師像」というのはどういうものかといいますと、一般診療ができて、緊急時の救急処置ができて、専門医の診断治療が必要か否かを判断でき、適切に紹介が</p>	<p>地域医療で求められる医師像</p>

<p>できる、臨床判断ができるということと、救急処置ができるということと、自身も専門性を持っているということ。インセンティブのためにはこういうことも必要でしょうということでもあります。</p> <p>例えば、岩手県の田舎から救急車で盛岡まで運びますと、約3時間、下手をすると4時間ぐらいかかる場所もございます。そういう中で、例えば、85歳のおじいちゃんが顔のこをちょっと切ったと。だったら、内科の先生でもちょっと縫ってくださいよねと。4時間もかけて岩手医大附属病院の形成外科の先生に縫ってもらわなければならないと。内科の先生でも、ちょっと上品に縫ってくださいよと。そういうことだと思うのです。</p> <p>けれど、18歳の女の子が顔のこを切ってきたら、内科の先生は手をつけるなよと。それはすぐに救急処置をして、そして大学に運んで、専門医の形成の先生にきっちりきれいにやってもらって、将来、お嫁に行けるように傷がほとんど見えないように縫ってもらいなさいということで、こういうところが臨床判断ということだと思います。</p> <p>先ほど嘉山先生ともお話をしていたのですが、問題は内科だと。耳鼻科の先生や眼科の先生が他のことを無理やりやる必要はないわけで、どうせ忙しいわけですし、内科の先生が少なくとも自分自身が循環器内科の専門であっても、高齢者の肺炎ぐらいは診てほしいし、急性腹症は診てほしいし、糖尿病ぐらいは診てほしい。ただ、そのときに大事なものは、私の専門は循環器だから、循環器のことに何でもわかりますよと。けれど、今日来た患者さんは急性腹症の患者さんなので、抗生物質でいいかもしれないけれど、ちょっと危ないなというときに、例えば、岩手医大附属病院の救急センターまで運んで、1回専門医の目を通して、そして方針を決めてもらって、戻してもらってやっていただければいいわけで、そういう意味では、その辺の臨床判断ができるかできないか、要するに、この患者さんを専門医のところへ運ぶ必要があるのかどうかという臨床判断ができるかどうかということが極めて重要だと思っております。</p>	
<p>さて、話は変わりますが、平成3年7月に、旧文部省が大学設置基準の大綱化をしました。これは医学進学課程2年間と医学専門課程4年間を廃止しまして、今、ここにいらっしゃる先生方はみんなこのスキームで教育をされたと思っておりますが、6年一貫教育にしたわけです。この結果、各大学は大変な苦勞をしたわけです。6年間の大学教育の中で、カリキュラムを変更するということは、完成まで最低6年かかります。そして、大抵の大学は8年かかって6年一貫教育のカリキュラムを変更しました。</p> <p>一方、旧厚生省は、医師法等一部改正を平成12年にやまして、平成16年から臨床研修を必修化するということをやったわけです。この2つは、6年一貫医学教育というのは、6年間で一人前の医師に教育しましょう、もっとレベルの高い教育をしましょうということが理念としてあったと思います。一方で、卒後臨床研修必修化は、6年間の医学教育では不十分だから、さらなる追加教育が必要だということでありまして、この文部科学省と厚生労働省の方針そのものは決して相容れない政策だと私は思っております。卒前の医学教育が文部科学省にあって、卒後の医学教育が厚生労働省にありまして、医学生涯教育としての一貫性の欠如というのがあって、臨床研修制度につきましても、6年一貫教育につきましても、卒前卒後教育がどうあるべきかというものから決まってきたものではないということだと思います。</p> <p>ただ、今日ありました臨床研修の見直し委員会は、文部科学省と厚生労働省が合同でやったという初めての会議でありますから、そういう意味では大分変わってきたのかなという気はいたしております。</p>	<p>これまでの卒前・卒後教育の一貫性の欠如</p>
<p>臨床研修制度の負の影響を見ますと、医師不足を加速して地方の医療を崩壊させて、一部の科の極端な医師不足を加速させたということはあげられると思います。ですから、地域偏在、診療科間偏在、この2つが非常に大きくなったということでもあります。</p> <p>確かに臨床研修制度が始まる前から、OECDに比べて医師不足の状況ではあったのです。けれど、少しずつは医者は増えてきた。この2年間に1万</p>	<p>現在の臨床研修制度の影響と医師不足</p>

5310 人の新医師が誕生したわけですが、これは臨床研修制度の初期の2年間で、研修医は研修医に専念することとなっていますから、各診療科のマンパワーにはなりません。

全国の医師数が 25 万 6600 名。これは厚生労働省の調査です。したがって、この1万 5310 名が確かに医籍登録はされたけれども、地域医療のお手伝いはできていないわけです。そこにはちゃんと指導医がいる病院で、そして研修病院に入るけれど地域医療のお手伝いにはなっていない。また、各診療科の中で、この人たちがいろいろなローテーションをするわけですから、当然のことながら、各診療科のマンパワーにはなっていない。ということになりますと、25 万人に対して1万 5000 名というのは6%でありますから、6%の医者が忽然と日本から姿を消したというのと同じ意味を持っているわけです。

もう一つ興味深いことは、例えば、うちの大学の理事長さんもお医者さんで、88 歳ですから、そういう方々も実は 26 万名のお医者さんの中にカウントされているわけです。65 歳を超える医師が4万名いらっしゃいますから、そうしますと、アクティブに働いているのが 65 歳以下の医師だとして、22 万名ということになります。26 名から4万名を引いて、さらに臨床研修医を引けば20 万名しかないわけで、そうしますと、実質 10 万対 150 という数が出てまいります。そうすると、22 万名分の1万 5,000 名は8%ですから、約1割の医者が忽然と姿を消したというのと同じ意味を持っているわけです。

先ほど OECD の平均が 3.0 というお話をいたしました、200 人ということなので、今お話しいたしましたように、実質 150 ということになりますと、OECD の中で最下位ということになります。アクティブに働いている医師数からすれば最下位であるということです。そして、1万 5310 名を引いたもので見ると臨床研修の影響は7%となります。

全国医学部長病院長会議では、毎年、地域医療に関する専門委員会で、全国 80 大学の帰学状況調査をやっております。そうしますと、平成 14 年、これは臨床研修制度が始まる前ですが、大学に卒業してすぐ所属した医師が 71%いたと、2年間の臨床研修を終わって、そして大学に所属をしているのが 50、52、55 と、多少回復したのかもしれませんが、有意差があるのかどうかという段階です。

地域別に見ますとちょっとヤバくて、地方では、大学所属医師が、過疎地、地域医療を担ってきたわけです。この中大都市圏域というのは、50 万以上の都市がある都道府県、小都市圏域というのは 50 万未満のところでございます。そうしますと、ピンクであらわしているところが 50 万以上の都市のある都道府県で、北海道は3大学ありまして、札幌地区とその他がございますので、ここだけ2つに分けました。

そうしますと、50 万未満の都市しかない都道府県が3分の2でございます。各県1大学で特に過疎地・地域医療は地方大学が担ってきたのですが、新卒者が地域医療の担い手にはなりませんけれど、昔は、大学の各診療科に新卒の医師が入りますと、その人たちが手足になって、5年目、6年目、あるいは10 年目の中堅医師が過疎地や地域医療の手伝いができていたわけでありました。これは結局、医師数が少ないながら、ギリギリの状態でこういう状態を保っていたわけです。それが地方における医師不足によって、過疎地医療のサポート体制が完全に崩壊をしたと。

これを見ていただければわかるわけですが、この白の場所が人口 50 万未満の都道府県でございますから、そこでは 30%ぐらいしか戻ってこない。ひどい県になりますと、大学に戻ってくるのがたった12 人。20 科あって、12 人の医者が大学に戻っていて、どうやって地域医療をサポートできますか、ということになるわけです。

地方医療の崩壊をもたらしたということと、もう一つは、内科医が減っているのではないかと心配していましたが、去年戻りました。ただ、外科医の減少には歯止めがかかっておりません。外科医は約 35%の大幅な減少で、実に3分の2になっております。ということはどういうことが起こるかといいますと、病院外科医が減っているわけですから、近い将来、急性腹症で簡単

大学への帰学状況調査からみた地域医療体制の崩壊

外科医の減少

	<p>な盲腸などで手術ができない。3分の2になっているわけですから、お医者さんがいないので手術ができないといって、急性腹症の簡単なお腹の病気で命を落とすということが、近々に起こり得る状況になりつつあるということであり ます。</p> <p>これは外科医の年齢構成で、厚生労働省の3師調査からとったものですが、ここをごらんになっていただければわかりますが、28歳以下の外科医は半分以下になっています。12年、14年、16年、18年と半分以下です。30～39歳でもこのように減っているのに、20代の外科医がこれだけ減ってくれば、当然、お腹の簡単な手術すらできないという時代が近々に来ると思います。</p>	
	<p>これは平成16年、臨床研修制度が始まったばかりのときに、全国医学部長病院長会議の総会で、医師充足の地域格差の拡大が危惧されると。地方における医療の荒廃の危機、大学病院の研究体制の弱体化、国際競争力の低下、この結果、国民の福祉の低下をもたらすのではないかとことを明言したわけですが。これは実は臨床研修制度が始まった年ですから、スタートしたばかりなので何も影響が出ていない段階だったのですが、こういうことを全国医学部長病院長会議としては提言をしたわけですが。</p>	<p>医師充足の地域格差の拡大</p>
	<p>これは JAMA(米国医師会雑誌)からとったものですが、若手の医者が科を選ぶときにどういうインセンティブで選ぶかということをお調べしたものでして、インカム(報酬)が多い方がいいというのが少しずつ増えています。労働時間に関してはあまり変わらない。ただ、問題なのはここです。「コントロール・ライフスタイル」、つまり自分が自由になる時間が欲しい、そういう科を選ぶ傾向になっているということでありまして、日本でも厚生労働省で今回アンケートもやりましたけれど、やはりこういう傾向が出ております。ですから、外科とか内科とか、時間に制限されるような科は選ばない。時間の制約が少ない科を選ぶという方向で、これはアメリカも日本も同じようでございます。</p>	<p>若手医師の志向</p>
	<p>それから、基礎医学者の減少も危惧をしたわけですが、つい先だって新聞に出たものですが、世界の論文数と伸び率を1997～2007年までの10年間で見たものです。97年に日本はトータルの学術論文で2番目だったのですが、中国、英国、ドイツに抜かれまして、現在5位。この10年間の伸び率が、中国が505%、日本は5%でありますから、もうほとんど伸びていない。これはエルゼビアのデータからとったもので、スペインかの調査会社がやったもので、朝日新聞に載ったデータでございます。この5%というのは、医学の分野においては多分マイナスに振れていると思います。一般の自然科学の方ではもう少し増えていて、10%か15%ぐらい増えているかもしれませんが、医学の分野では、今回の影響でマイナスになっているのではないかなど。これは調べておりませんので、まだわかりません。</p>	<p>基礎医学者の減少</p>
	<p>もう一つ、医療費と労働力について見てみますと、これは横が高齢化率で、縦が1人あたりの医療費の多さです。アメリカは、高齢化が進んでいないにもかかわらず医療費は増えている。日本は、こんなに高齢化が進んでいるのに医療費は増加していないということが明確です。</p> <p>それから、診療報酬改定の推移を見ますと、1998年を100といたしますと、2006年で実質GDPは112%増になっているにもかかわらず、診療報酬は93%まで落ち込んでいるということからいたしますと、まさしく低医療費政策を日本は実施しているということでありまして。</p> <p>これはOECD加盟30か国の医療費ですが、対GDP比で平均が8.9%ですが、日本は21位ということで、約8%程度ということでありまして。イギリスは、医療費増の政策に転換をいたしましたので大分変わってまいりました。そういう意味では、安い医療費で世界一の医療を提供しているというのが日本の医療だと思えます。</p>	<p>日本の低医療費政策</p>
	<p>これは長谷川先生からいただいたデータで、脳外科のこのあいだの総会で</p>	<p>医師の労働時間調</p>

<p>脳外科のものも調べてみたのですが、日本の全国あるいは脳外科の若手の医者はほとんど労働基準法違反です。30 時間以下はこういうことですが、実は大学病院が一番労働しています。これは若いからだと思ってこの後調べたのですけれど、全年齢にわたって大学病院の方がはるかに労働時間が長いということがわかりました。</p> <p>その労働内容としては、書類作成や患者説明などに非常に多大な時間が費やされているということでありまして、研究はわずかであるということでもあります。したがって、今は研究などしている時間なんか少ないよと。ですから、国は医療費抑制政策の中で、在院日数も短縮しました。在院日数を半分に短縮したということは、主治医は入院カルテと外来カルテを2倍つくらなければならないわけですから、当然、労働力はものすごく増えるわけです。</p> <p>それから、今、嘉山先生が第三次事故調試案の問題に取り組んでおられますが、今の世の中は在院日数が極端に少なくなっていますので、医者との信頼関係ができる前に検査が終わって、治療が終わって、患者さんは退院するわけです。したがって、結果が悪ければそれは訴えられるのは当たり前で、医者と患者関係がちゃんと醸成される前に結果がもう出てしまっている。ですから、悪いとそういうことになってしまうということです。</p>	<p>査と労働環境</p>
<p>これは英国ですが、サッチャー政権下で低医療費政策と医師養成削減政策をやって、そしてとんでもないことになったと。実はサッチャーの時代は、40 万人が6か月以上待ち。ついこの間、私もイギリスに行ってきた、現地のおばさんとちょっとお話をしてきたのですが、専門医に診てもらうのにやはり6か月待ちだそうです。「そのうちに患者さんは死んじゃうのよね」と。今は大分良くなったみたいですが、6か月待ち、12 か月待ちがこうなってきた、ブレア政権になって大分良くなったと。ですから、英国が医師養成増の政策に転換をしたということと、医療費増の政策に転換をしたということが、この結果を生んでいるわけです。</p>	<p>英国の医療政策の変遷</p>
<p>このことにつきましては、平成 17 年に全国医学部長病院長会議から、こういう危惧があるということを出しております。18 年には緊急声明を出しまして、臨床研修制度の迅速な見直しを求めることをやりました。</p> <p>医学は生涯教育ですから、先生方もそうだと思いますが、先生方は学生時代に習ったことで、今、診療されている方はこの中にどなたもいらっしゃらないと思います。10 年たったら、今の常識が非常識になる。10 年前までは、胃潰瘍といったら手術をするのが当たり前だった。それがそうではなくなったわけ、教えることができるのは今の知識や技術でありますから、いかに今のすぐれた技術・知識でも陳腐化するわけで、いかに完璧な教育システムでも、10 年後、20 年後の知識と技術を教えることは不可能ですから、そういう意味では、教育の目的が勘違いされていないかということをお私には危惧するわけです。医学教育の本当の目的は、「自らが最新の知識・技術を生涯学習として学び続けられる手法を授ける」ということの方が重要でありまして、実は学位の重要性というのは意外と若いお医者さんにはわからないのですが、この辺がそういうことだと思います。研究する心、研究できる技術を習得させる。</p> <p>そういう意味では、卒前の臨床実習、卒後の生涯医学研修を含む一貫性ある医学生涯教育システム、生涯学習のシステムを構築する必要があるでしょうし、臨床研修制度はモラルハザードを起こしてしまったということで、これは本日、全国医学部長病院長会議から、この論点でやったらいいんじゃないかと。臨床実習前の共用試験を資格試験制度として確立をして、医行為実施の法的整備による診療参加型臨床実習を充実し、国家試験を見直してほしい、研修制度の理念を見直してほしい、マッチングも見直してほしい、大学院教育に医学生涯教育を組み込んでほしい、ということです。</p> <p>せっかく臨床研修病院が随分レベルも上がりましたから、大学だけでなく、頻度の高い疾患は研修病院で実習して、大学病院と連携をすれば、医師不足の速効的解消になるのではないかと思います。</p>	<p>臨床研修制度の見直しを求める声明と生涯教育の重要性</p>

	<p>ただ、臨床研修制度のみに原因があるわけではございませんで、日本の医療制度全体に問題があるからこういうことが起こっているわけです。この辺は今日先生方と関係するところかもしれませんが、専門医・家庭医を議論するときに、外国と日本とは社会状況が違うのだということを前提にしてご議論をしていただきたい。と申しますのは、これは JAMA のデータから持ってきましたけれど、心臓外科医と脳外科医が入っていませんのでここは抜けてしまいますが、Family Practice がこんなものです。ですから、家庭医はこういうことです。Radiology (放射線科医)、Urology (泌尿器科医)、Otolaryngology (耳鼻咽喉科医) というのがこういうところにありまして、これだけインカムが違う。</p> <p>アメリカで、例えば脳外科医をバースコントロールしています。これは学会でしています。なぜバースコントロールしているかというと、自分たちのインカムを下げないためにやっているんです。ですから、医療が必要か必要でないかというディスカッションの上に必要数が決められているわけではなくて、インカムを確保するためにバースコントロールしているわけです。ですから、今のアメリカの、これは心臓外科医も脳外科医もそうですが、フルタイム・ファカルティ——常勤医師が退職しない限り、そこに入れたいんです。ですから、それまではどういう生活をするかという、レジデントをやって、レジデントが終わりますと、今度はフェローをやるわけです。それで自分の経歴を上げて、そういうところに入る。そして、フェローで途中を過ぎて、最終的には心臓外科医の専門医になるという形ですから、日本のように、医師がどうい医師でも、難しいことをやっている医師も、簡単というわけにはいきませんが、病院医師の給与はほぼイコールです。これは「悪平等の平等」の中に立っているわけで、そういう中で家庭医の問題も出ておりますが、家庭医につきましてもこういう社会的な基盤が違うのだということを前提にしてご議論いただきたいと思っております。</p> <p>そういう意味では、これは私の個人的な見解ですけど、冒頭でお話いたしましたように、国民が求める医師像からすると、家庭医というのは本当に国民が求めているのだろうか。そういう意味では、安易な導入には反対ですし、日本と欧米では社会的な基盤が違います。社会基盤の基本的なディスカッションを抜きにした専門医・家庭医論議は無意味ですから、最終的には日本の医療制度の問題だと思っています。</p>	海外との専門医・家庭医の状況の違い
	<p>これは少し話が違ってもいいかもしれませんが、教育機関への公的財政支出ですが、これが OECD でビリです。高等教育もビリです。OECD の対 GDP 比 5% に対して、日本は 3.4%。初等・中等教育は比較的良くて、下から 3 番目。高等教育になりますと、OECD 平均が 1.1%、日本は 0.5% ですから、ほとんど半分です。もう一つ恐ろしいのは、一番下の青いのは公的財政負担で、ピンクのところの家計負担ですが、初等・中等教育は、OECD の平均では 91% が公的財源から出ている。日本は 90% で、これはそんなに変わらないのですが、高等教育になりますと、OECD の平均が 73% に対して、日本はたった 33% しか出してもらっていない。ということで、OECD の平均が 1.1%、日本が 0.5% ということで、非常にお寒い状況でございます。</p>	日本の教育費の公的支出
	<p>今後の医療教育制度の改革の視点として、1つは、医師養成削減政策を見直す。これは見直されていますけれど、それから、臨床研修制度も今見直されていますが、もっと大事なものは、医療費削減政策の見直しです。この3点セットが一緒にならないと、医療というのは絶対良くならない。そういう意味では、これはどうにかしたし、これは今進んでいるし、医療費削減政策に関しては全く何も無い。</p> <p>医療と教育が壊れれば国は滅びると言われています。医療は平時の安全保障でありますし、そういう意味で、当班会議は極めて重要な使命を担っていると私は考えています。班員の皆さまの考えが今後の日本の医療を決定することになりますし、そういう意味では、後世の方々から支持され、かつ、国を動かすご議論をぜひお願いしたいということを申し上げまして、お話をさせていただきます。どうもありがとうございました。</p>	まとめ

<p>○土屋 ・我が国における家庭医のイメージ</p>	<p>小川先生、どうもありがとうございました。夏の「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化検討会の熱気を思い出す気がいたします。この班に対する期待も多大なものをいただいて、身が引き締まる思いですが、皆さまからご質問を受ける前に、誤解を生まないようにしたいと思います。今、家庭医というのが大上段に安易な導入は、ということなのですが、前にもここでも出たと思いますが、家庭医といった場合に、皆さんが描くのがかなりバラバラではないかという気がするんです。</p> <p>アメリカでは、ファミリープラクティスというボード(専門医資格)がありますので、これは定義をはっきりしていると。ただ、我が国で話しているときに、果たして何を基準にやっているかという、かなりぐらついているのではないかなと思いますので、確認したいのは、先ほど先生は、「赤ひげ」の後に、「理想の地域の医師像」と呼ばれましたけれど、これは一般診療ができる、緊急時の救急処置ができる、専門医の診断治療が必要か否か臨床判断ができ、適切に紹介ができること。最後に、自身も専門性を持っているということで、地域の医師像ということですが、これは日本の今の土壌を考えると、家庭医というか地域医というか、呼び方はいろいろだと思いますが、それはよろしいのでしょうか。</p>	<p>我が国における家庭医のイメージ</p>
<p>○小川</p>	<p>ええ。</p>	
<p>○土屋</p>	<p>アメリカでいう専門性のところが欠けたという、その上の方も全部備わっているかどうかはわかりませんが、そういう狭い意味という、日本の土壌を考慮しないものは家庭医として導入は反対だと解釈をしたいと思います。</p> <p>班員の方から、小川先生の今の講演に対して、ご質問や確認などはございますでしょうか。</p>	
<p>○阪井 ・臨床研修制度必修化前後の状況</p>	<p>国立成育医療センターの阪井と申します。大変わかりやすいお話をどうもありがとうございました。私は小児医療に携わっておる者ですが、東京にずっといるものですから地方のことがわからないので、失礼はお許しいただきたいのですが、2点お聞きしたいことがあります。</p> <p>1点目は、先生は臨床研修制度必修化の罪の面を強調されたと思いますが、そのうちの1つのことで気になったのは、過疎の地域の医療を崩壊させる大きな原因になったと理解しましたが、私は考えますに、この臨床研修制度必修化の前の状況は、これは私の周りの者から見聞きした限りで、自分自身はあまり地方に行ったことがないので違うかもしれませんが、先生は、最初から大学の専門科に、例えば消化器内科とか眼科とか小児科などに卒業後入って、そこで巣立って行って、そして地方の医療も担って、地方の大学がそういう役割を果たしてきたというのはそのとおりなのだろうと思いますが、私はその制度は、医者にとっても地方の患者さんにとっても、必ずしも良かったのかなという気がしております。</p> <p>どうということかといいますと、消化器内科に入局された方が消化器内科の勉強をされて、けれど、過疎の地域へ出れば、呼吸器の患者さんも来れば、外科的な患者さんも来る。場合によっては子供も診させられてしまう。それは医師にとってはあまりハッピーな状況ではないのではないかと思いますし、また、患者さんにとってもあまりハッピーな状況ではないと。それで、ある一定の医局の関連病院で、ローテーションが終わったらまた大学に帰ってきて、自分の専門領域の研鑽をさらに積む。そういう制度だったのではないかと思っています。</p> <p>そういうことであれば、この臨床研修制度の必修化が問題点を明らかにさせてくれたということであって、決して過疎の地域の医療を担う制度として良かったわけではないのではないかという気がしていますが、いかがでしょうか。</p>	<p>臨床研修制度必修化前後の状況</p>

<p>○小川 ・大学医局によるコントロール</p>	<p>まず、少なくとも医師数からしますと、全国医学部長病院長会議のデータからすれば、臨床研修制度が始まる前は、例えば卒業生が 100 名いたとすれば、70~80 名ぐらいの医者が大学に残っていた。その人たちがすぐに地域医療のお手伝いのできるわけではありませんが、専門医を取ったぐらいの連中が、「あなた、行ってきなさいね」ということで、グルグル回して行っていたわけです。</p> <p>話は少しずれるかもしれませんが、医局というのは、ドクターバンクとかというお笑いみたいなことを言う方々もいらっしゃるのですけれど、うちの大学でも地域医療支援委員会というのがありまして、その委員長を私自身がやっています。あそこの地域に内科の先生、あるいは産婦人科の先生を出してくださいと言ったときに、誰を出せばいいかは私はわからないわけです。医局は、そのクオリティコントロールをやっているわけです、診療技能評価をやっています。ですから、あの地域を一人で任せて大丈夫な人間なのかどうか、A君ではだめだけれど、B君ぐらいのレベルであれば大丈夫だということもあるし、例えば、人間の世の中ですから、A君とB君とを一緒にしたら取っ組み合いのけんかが始まると。だから、B君とは一緒にできないから、C君と一緒にするのだとか。あるいは、今は専門医を取ったばかりだから、大学のために行ってくださいということで行ってもらおうと。ただ、あと3年したらあなたの子供は高校に入るから、じゃあ、都会の方に戻してあげるねと。そういうことも含めて、コントロールされていたわけです。</p> <p>今はそれが全くなくなっちゃったわけです。したがって、地方において医師数の絶対的な不足はもう目に見えているわけです。ですから、先ほど申し上げましたように、臨床研修制度2年間で医者はこうやって増えてきたけれど、2年間で1万 5,000 名がガクッと下がって、また増えてきているわけです。特に1万 5,000 名が今効いているわけです。</p> <p>それから、地域偏在ですね。地域偏在がもっともとひどくなってきた。前はその地域の大学に残ってくれていたのが、みんな都会へ行ってしまうということで、地域偏在の問題が出て、地方医療が崩壊の危機にあるということだと思えます。</p>	<p>大学医局によるコントロール</p>
<p>○阪井 ・地域医療の担い手</p>	<p>クオリティコントロールはもちろん誰かがしなければいけないと思いますし、数のことは私は誤解があるかもしれないので置いておくとしましても、消化器内科だけをずっとやってきた人が、あるとき、医局のおきてとして、「おまえがいいだろう」となったら地方へ行って、呼吸器の患者さんも診れば、消化器の患者さんも診れば、子供も診なければいけないと。そうではないのでしょうか。</p>	<p>地域医療の担い手</p>
<p>○小川</p>	<p>それはそれでいいんじゃないでしょうか。ですから、先ほど申し上げましたように、自分自身は消化器内科の専門性を持っているけれども、糖尿病も診れますよ、高齢者の呼吸器病も診れますよと。それが内科医であると基本的には思いますが、「理想の地域の医師像」ということで、救急処置ができて、臨床判断ができて、自分自身は消化器の専門性を持っていると。ですから、全員が全員、例えば大学に残って消化器の教授になれるわけではありませんから、そうすると、将来、例えば開業するのであれば、おじいちゃん、おばあちゃんも診なければならぬ。そうすると、そのときのトレーニングが効いてきて、呼吸器も診れるし、いろいろなものが診れますよと。そういうことになれば、これは一番理想になると思うのですけれど。</p>	
<p>○阪井</p>	<p>先生のおっしゃるとおりだろうと思うのですが、実際には、トレーニングとおっしゃったのは、地方へ行って、自分の専門ではない患者さんを診るということがトレーニングになっていたのではないのでしょうか。あるいは、バイトに行くとかです。つまり、きちんとしたトレーニングを受けずに、消化器内科のトレーニングだけを受けて地域に行き子供を診たりもすると。</p>	
<p>○小川 ・大学・医局の教育体制の変化</p>	<p>その辺は、先ほどお話しした6年一貫教育も含めて、この 10 年ぐらいの医学教育そのものはものすごくドラスティックに大学が変わっています。ですから、例えば、昔はうちの大学も消化器内科としての第一内科とか、第二内科と</p>	<p>大学・医局の教育体制の変化</p>

	<p>か、第三内科とか、臓器ベースでなっていましたけれど、もう内科講座1本にしました。それはどういうことかという、内科医である限り、将来、消化器を専門にするにしても、呼吸器も糖尿病も血液も、大体のことは全部診れるように学生のうちから教育しましょうねということでそうしてあるわけで、これは地方の病院に出たから、そこで教育をしているわけではなくて、大学の方もその辺の意識は大分変わってきたと。</p>	
○阪井 ・医療機関の集約化	<p>つまり、総合医を育てようとしているということですね。 もう一つ疑問に思ったのは外科医のことで、外科医がどんどん減っているというのはそうだろうと思うのですが、先生がおっしゃったのは、簡単なお腹の手術でも盛岡まで行かなければいけない、都会の方まで行かなければいけないということですが、私が思うに、外科医というのはメスで体に傷をつけて、麻酔も必要ですし、非常に命にかかわるという意味で、心臓外科医とか脳外科医とかでなくても、外科医というだけで大変な専門家だと思えます。そういう人の体に傷をつけるような方は、少数でたくさん症例を経験していただいて、集約してそこに治療を受けに行くというのが安全なやり方ではないかという気がします、いかがですか。</p>	医療機関の集約化
○小川 ・病院の集約化と地域の実情	<p>それも当然あると思います。小さな病院をいっぱいつくるのではなくて、今はもちろん交通の便も非常に良くなっているわけですし、1時間以内で例えば救急車で搬送もできる状態になっていますから、それは先生のおっしゃるように、集約化をしてセンター化をするというのは最低限の手立てだと思いますし、外科にしても、小さな外科の病院でお腹の手術まで全部やるのだということではなくて、手術をやるような病院はセンター化をして、複数の医者がいるような状態にしなければいけないのですが、地方ではそれすらできないんですよ。</p>	病院の集約化と地域の実情
○阪井	<p>それはわかりますけれど、少なくとも外科医が多過ぎるという現状があったような気がしますけれど。</p>	
○小川	<p>いえ、外科医が多過ぎるということはないと思います。</p>	
○阪井	<p>そうですか。外科医は少ない方が腕が上がって、集約されていいということはないですか。</p>	
○小川 ・フラグメンテーション医療とテラーメード医療	<p>それはないと思います。今日はスライドを出しませんでしたけれど、米国、ヨーロッパで、フラグメンテーション医療(細分化医療)と言っていて、例えば脳外科で言えば、診断は救急医がやる、ニューロロジカル(神経学的)な診断はニューロロジスト(神経科医、神経内科医)がやる、放射線学的な診断はニューロラジオロジスト(神経放射線科医)がやる、脳外科医は手術だけやって、術後3日しか診ないと。術後管理はどこがやるかという、そのニューロロジストがやる。そして、リハビリテーションはリハビリストがやる。こういう医療をフラグメンテーション医療と言うんです。 ところが、1人の患者さんをトータルに初めから最後まで責任を持って診ている人が誰もいないんです。そして、手術をいっぱいやれば上手になるかというと、決してそうではない。データはあるのですが、アメリカとヨーロッパの動脈瘤の手術の成績は日本よりもはるかにアウトカムが悪い。なぜ悪いかというと、フラグメンテーション医療の中で、手術をやったときに、ここにクロット(血栓)があって、術後にこういうことが起こる可能性がありますよ、ということが外科医はわかるわけです。ところが、術後管理は誰がやっているかというと、マニュアル化した神経内科医がやっているわけですから、半身不随が出たと思ったらマニュアル医療だけやっているわけです。そして、脳外科医はこういうことが起こり得るぞといっているのに、結局、マニュアル医療でしかないし、マニュアル医療をやれば法的にも問題はないし何も問題はないので、そのままやっているわけですね。そうすると、アウトカムははるかに悪くなる。 日本の医療の中で非常にいいのは、そのところをトータルで患者さんを</p>	フラグメンテーション医療とテラーメード医療

	診ていますから、自分が手術した患者さんは最後までどうにか面倒を診て、退院させるまで頑張るのだというところで、テーラーメイド医療になっているわけです。要するに、マニュアル医療かテーラーメイド医療かということなんです。	
○阪井	自分で全部やった方がいいということですね、先生がおっしゃったのは。	
○小川	いや、全部が全部ではないと思いますが。ですから、それはある程度その中庸というものが当然あるのだらうと思いますけれど。	
○土屋 ・あるべき地域の医師を 育てる教育	<p>ちょっと整理させていただきたいと思います。阪井先生は2つ問題点を指摘されたと思います。「理想の地域の医師」というものがどういうもので、どういうトレーニングのもとで育つかということで、先ほどの小川先生のご返事からいくと、医学教育、卒前教育が良くなったので、卒業と同時にそれは備わっているのではないかと聞き取れたんです。したがって、その後、旧来の医局、それも内科、外科は幅広くなったので、そこである程度専門性を持てば、地域に行って良いのではないかと。</p> <p>ただ、阪井先生側の意見としては、これは医学部の卒業だけでは不十分で、卒業後に救急処置あるいは臨床判断がある幅を持ってできるようなトレーニングが、オンザジョブトレーニングとして必要なのではないかとのご意見と伺ったのですが、そのような整理でよろしいでしょうか。</p> <p>ですから、その1点目のところが、家庭医をどうとらえるかということに多分つながると思います。卒業したら家庭医の最低限はもうあって、あとは何かインセンティブで専門性を持っていければいいのだということでもよろしいのかどうか。その辺、小川先生、いかがでしょうか。</p>	あるべき地域の医師を育てる教育
○小川	その方がやっている医者に対してもインセンティブがありますし、日本のように、何かをやれば少しインカムが良くなるとかというのは全くなくて、「悪平等の不平等」ということで、医者の給料は何科をやっても同じであるということであれば、何らかのインセンティブがなければ人は動かないと思いますけれど。	
○土屋	そうしますと、もう一度確認したいのですが、先生は、専門性以外の救急処置とか臨床判断は医学部卒業時でもう十分備わっていると、今の時点で。	
○小川	いえ、現在、すべてそこまでパーフェクトにできているかということ、それはまだ十分ではないと思います。	
○土屋	そうしますと、一人診療所あるいは二人診療所ぐらいのところに送り出す前に、それはどこでどのようなトレーニングをしたらよろしいでしょうか。	
○小川	大学の中で連携して。問題は内科だと思います。	
○土屋	内科でそのトレーニングは、先生の大学病院の場合にはできていらっしゃるんですか。	
○小川	今、させています。	
○土屋	それは卒業後ですね。	
○小川	いえ、卒業前からです。	
○土屋	学部のとくに、もう患者が扱えるようにしているということですか。	
○小川 ・卒前教育における臨	いえ、患者はなかなか扱えるようにはならないわけです。それはなぜならんかということ、医学教育に関しましては、昔から、クリニカルクラークシップで	卒前教育における臨床実習の導入の現

床実習の導入の現状	<p>臨床実習をやりましょうということが一生懸命言われているわけですが、これはどんどん後退をしている。ですから、今日も申し上げてきたのですが、先ほどの全国医学部長病院長会議の提言の中にもございますけれど、4年生から5年生、臨床実習に行くとときにやっている CBT を国家試験化して、ちゃんと資格を与えてほしい、と。</p> <p>先生方は学生時代にはかなりのいろいろな医療行為をやったと思いますが、今は国民がなかなかそれを許さないという時代でございますから、学生なのだけれど、もう普通の学生ではなくて資格を持った学生だ、スチューデントドクターだ、ということがないと、クリニカルクラークシップ、患者さんのそばに行つてやるような臨床研修はできないと思います。</p>	状
○土屋	言葉尻をとらえて申しわけありませんが、それが現状では学生のうちにはできていないということになりませんか。	
○小川	やろうとはしていますけれど。	
○土屋	できていないということですね。	
○小川	そうですね。ある程度のところまでしか。	
○土屋 ・地域医療を担う医師の養成プログラム	<p>これがいきなり一人診療所へ送られたときに、やっていない状況で、頭でっかちのまま行ってしまうということを、阪井先生は先ほどの質問で心配されたのではないかと思います。ですから、その体系的なトレーニングをつくるということが、これが卒前なのか卒後なのかは別として、その「場」をつくらないと、国民が安心して一人診療所に身を任せる、ということにはならないのではないかと。これは卒前に全部組み込むかどうかは、認められないと組み込めませんから、現在の状況では卒後でないとそのプログラムを組めない。</p>	地域医療を担う医師の養成プログラム
○嘉山 ・旧来の医師教育と専門の細分化の問題 ・日本の土壌に合った制度設計の必要性 ・日本の専門医の育成	<p>小川先生が発表されたことは、我々、医学部長病院長会議では、私は8年前から病院長をやっていたので、かなり前からこのことは訴えてきたのですが、今は時代がかなり変わってきています。</p> <p>それで、今、小川先生がおっしゃったことは、今どうするか、という問題を取り上げたのだと思います。今後、医師の数が増えて、きちっとした医療の質を国民が求めているときに、例えば専門医制とか家庭医の制度設計をどうするかというのは、この班の話ではないかと思うので、小川先生は必死になって地方を支えているという感覚でお話しになったので、議論を集約したいと思うのですけれど、例えば外科と内科の話がありましたけれど、我々は卒後研修制度をすべて否定しているわけではないのです。</p> <p>ただ、岡井先生とか海野先生とか土屋先生も外科ですから、昔、外科に直接入局したら、今のプライマリケアなんていうのは簡単に教わったんですよ。気管挿管から、気管切開から、心電図の見方から、肺炎の見方から。だから内科は問題だと小川先生はおっしゃったんですけど、つまり、内科は、今、肝臓内科とか、大学院大学で科別の講座制になってしまったんですね。東大が大学院大学になったのが今から20年ぐらい前で、私がまだ仙台にいたころですから、そのころに、内科がパーツ屋さんになっちゃったんですよ。そのために、昔、大学から病院に出ていったときに、昔は大学で大体研修しましたから、内科の医局に入っても、昔は内科全体が診れたんですけど、今は肝臓内科という講座に入ってしまうと、もう肝臓しか教わらないで出ていくので、ですから、医療安全の面からもいろいろな問題が起こってきてしまうと、小川先生はそれを言いたかったのだと思います。</p> <p>ですから、内科であれば、今書いてあるプライマリケアは我々にとっては要りません。例えば有賀先生も堤先生も脳外科で、我々は脳外科なんですけれど、脳外科ですと昔は術後は全身の意識はなかったですから、全部やったんです。糖尿病のコントロールまできちっとトレーニングを受けました。けれど、今はそういう時代ではないので専門家、というのもいいんですが、ただここで</p>	旧来の医師教育と専門の細分化の問題

	<p>土屋先生にお願いですけれど、現在の医師が足りないところでの専門医をどうするかという問題と、将来、例えば OECD にかなり追いついた時点で、先ほど小川先生が出された働く側のコントロール・ライフスタイルができるような時代になったときの、きちんとした教育制度を持った仕組み。小川先生のやり方ですと、昔の「できるやつはついてこい」という感じなんですけれど、そうではなくて、できない人も何とかボトムアップで質を保証していくという教育システムを土屋先生は多分おつくりになろうと思っているので。</p>	
	<p>私は何を言いたいかというと、今の現場をこの班会議から専門医制度、教育制度をポンと出した場合に、いろいろな影響がありますから、それがさらなる医療崩壊につながるような制度設計を急に出すということは非常に危険ですよ、ということで、そういう意味では小川先生のご意見は非常に意義があると思います。土屋先生がお考えになっているのは、非常にドラスティックに教育制度を変えて、と。</p> <p>ただ、その場合にはソフトがいっぱいなければだめで、つまり医者がいっぱいなければだめだし、インセンティブが、先ほど小川先生がお出しになったように、ニューロサージョン(脳外科医)がアメリカではナンバーワンです。それから、反対にファミリープラクティスは大体 1,000 万です。そういう社会的な基盤が違うところで、先生がおっしゃったように、手術症例をいっぱいやったらいいかという、例えば、ハーバードでは脳外科に 300 人も応募するんです、マッチングで、アメリカのマッチングはそういう専門医制ですから。そして、300 人の中から 2 人選ぶんです。そうすると、こんなことを言うと日本脳外科医から... 僕は今理事なので、今度の選挙で負けるかもしれませんが、日本の脳外科医はそういう制限をしていないんです。なぜかという、インセンティブがないので。その中から、手術ができる少数のトップランナーを選ばざるを得ないんです。</p>	<p>日本の土壤に合った制度設計の必要性</p>
	<p>ですから、日本の脳外科医の手術結果は世界でダントツです。日本の医療で負けているのは がん だけです。がんも、消化器系のがんはアメリカに勝っています。その他の医療アウトカムは全部勝っているんです。それは手術ケースが少なくても勝っています。なぜかという、非常にセレクトされた人間が、例えば日本の脳外科医だと 8,000 人いるけれど、8,000 人のうちで本当のトップランナーの手術をしているのは、山形だったら僕 1 人だとか、それは淘汰されたんです。</p> <p>けれど、アメリカの場合はインセンティブで最初から選ばれて淘汰されているんです。ですから、それは質の保証ができるんですけれど、日本のようにインセンティブが、さっき小川先生が「悪平等の平等」とおっしゃいましたけれど、その中で優秀なトップランナーをつくっていくには、数的に無駄があるように見えても、富士山型に専門医の制度をしておかないと、トップランナーの育成ができないですよ。それが現場だと思います。</p> <p>先生は外科医ではないので感覚がないでしょう。だって、先生は使う道具が薬ですから、薬というのは規格品ですから。ところが、外科医はアートでやっていますから、その中で絵がうまいとか絵が下手だというアートの部分をセレクトするのは非常に難しいです。インセンティブがないところでは。</p>	<p>日本の専門医の育成</p>
<p>○土屋 ・地域の医師の養成システム</p>	<p>座長の権限で言わせていただくと、学術会議と学部長病院長会議のこちらから見ての一番の欠点は、脳外科が強過ぎる嫌いがある、例えば話がすぐ脳外科になるので、これは冗談ですけれど。</p> <p>私は嘉山先生と小川先生のお話でちょっと引かかるのは、外科医は大丈夫だって、本当かしらというところなんです。というのは、一人診療所で一般診療ができるかどうか。先ほどの救急車で何時間ということは、逆に救急車でなければ 10 時間以上かかるところで、糖尿病のコントロールとか高血圧のコントロールを本当に大学病院と同じようにできないと、一人診療所の価値がないと思うのです。そうしますと、我々が学生のときと比べると、これも私どもはもちろん専門家のいない病院ですから、逆に言うと、「一流のを必ず呼んでこ</p>	<p>地域の医師の養成システム</p>

	い)と若い連中に言うんですけど、そうすると、もう雲泥の差ですね。とても怖くてできない、と。そうすると、外科医も地域の診療所に送り出す場合には、的確なトレーニングをやらなければならない。いわゆる頭だけの、クラスルームでのトレーニングではなくて、オンザジョブトレーニングをやって送り出さないと、大きな間違いを起こすのではないかと思います。	
○嘉山	いえ、私が言ったのは卒後研修制度のことで、卒後研修制度の中身には、糖尿病のプロを育てるなんていうことは1行も書いていないので、プライマリケアのところは外科医はできますよと言っただけで、糖尿病のことを我々ができるとは一言も言っていないので。	
○土屋	ですから、一般診療ができる地域の医師という定義で話した場合に、そういう方を大学から送り出すときに、そこは教育をして送り出すべきではないかと。これをどの段階でどういう形でやるかというのはこれから考えていくことで。ですから、嘉山先生は、私がかかなりドラスティックとおっしゃるのですけれど、制度設計と、それをどうやってソフトランディングさせていくかということがこの研究班の一番のテーマですので、前回、私は冗談で51番目の州にというようなことを言いましたけれど、明日できるとは思っておりませんので、これ以上かき回す気はありませんので、ご安心いただきたいと思います。	
○小川 ・集約化の議論と治療成績	<p>ちょっとよろしいですか。さっきのホスピタルボリュームの話で、このスライドをごらんいただきたいのですが、これは国際脳動脈瘤臨床試験という、ヨーロッパの研究ですが、947例の直達手術をやった患者さんの予後がこういう状態だったんです。グレード1、2というのは意識がある患者さんで、この辺は意識がない患者さんですが、これがランセットに出まして、実は日本でびっくりして、こんなはずはないということで、7,578例のオールジャパンのデータを集めたわけですね。そうすると、重症例が42%あったのですが、アウトカムはこういうこと。ですから、ホスピタルボリュームと治療成績とは基本的には関係ないと。</p> <p>もう一つ、これは未破裂動脈瘤の年間手術の米国と日本の比較ですが、これは年間20例以上手術をしている施設です。日本では116施設、アメリカでは17施設。8から19で235施設で、62施設ですから、アメリカの方がホスピタルボリュームが多いとは全然言えないわけです。</p> <p>これとこれとニューロサージャリー(脳外科学会誌)が出たので調べたのですが、手術の比較としては、1年間に1病院、米国は1.5、日本は10.7です。米国では、未破裂動脈瘤のハイボリュームセンターはほとんどないということと、日本の脳神経学会でこの調査をしたときに、ホスピタルボリュームと予後に関連性はないということが明らかになっておりまして、これは既に論文になっております。ですから、1人の手術が多いからアウトカムがいいということは全然言えないということだと思えます。</p>	集約化の議論と治療成績
○土屋	また脳外科の話になりましたけれど、ハイボリュームかどうかというのは、また別の機会にしたいと思います。どういう場所でトレーニングするかという話になったときにしたいと思います。 今までの「理想の地域の医師像」のところ、外山先生、どうぞ。	
○外山 ・今日の米国の専門医制度の動向 ・教育制度の変革の必要性 ・内科医の課題 ・心臓外科医の現状 ・総合的な視点と専門医としての技術	今、嘉山先生と小川先生のお2人のご意見を伺いまして、基本的に非常に賛成できる部分と、そうではない部分があります。私は米国に12年ほどおりまして、心臓外科をやっておりました。それで、向こうの専門医制度については一応アップデート(最新)で知っているつもりなんですけれど、1つの例を申し上げますと、2007年の向こうの卒後研修教育の、グリーンブックというのがございますけれど、それで、心臓外科を含む胸部外科で、ジェネラルソラシク(一般胸部外科)とカーディオバスキュラー(心臓血管外科)というところでの326のプログラムのポジションに対して、100%フィル(充足)したのは240です。	今日の米国の専門医制度の動向

	<p>これは先ほど小川先生がおっしゃったことと、私も古いところでトレーニングを受けてきましたので、この10年では非常に変わっているという事実があると思います。それは、自分たちの専門性を維持し、インカムを維持するために窓口を小さくしているのではないんです。教育サイドは今何を検討しているかといいますと、どうしてこんなにフィルされないのだと。その辺の今の医学生のモチベーションというものは日本にも影響してきていると思いますが、先ほど小川先生がおっしゃったところがポイントなんです。いわゆるライフスタイルとか、そういうことはもうはっきり言っていました。</p> <p>では、それをどうやって変えていくか。インカムに関しては、ニューロサーージャリーとカーディオバスキュラーというのはもうトップなんです。これはもう皆さんご存じだと思いますが、そのインカムがどうのこうのということと別の要因が入ってきているのではないかという議論がされております。それはどういうことかということ、今の人たちが何を求めているか、ということなんです。</p>	
	<p>しかし、今、心臓外科医が足りなくて、現場が非常に困っています。それでは国民のために困るのだから、教育制度を変えようじゃないかという議論がされております。その教育制度をどのように変えていくかということではいろいろな試みがされていて、それに対して国が非常にお金を使っているんです。国家に対してプロポーザル(提案)を出しているんです。ですから、日本の医療の最大の欠点は国が金を使っていないということ、これだけは皆さんも間違いなくそう思われると思いますので、これを強力に政府に言う必要があるし、どうしてもこれは政治にやらせなければいけない事実だと思います。</p> <p>その次は、今我々が、土屋先生がリーダーシップでやられていて、私も喜んで参加させていただいている理由は、日本の専門医制度というのが今まであまりにも整備されていなかった。特にこれは技術というものを中心とした外科系の分野と、そうではない、知識とか、今、薬とかおっしゃいましたけれど、そういった直接技術を使用しない部分の多い内科系、これは必ず分けて考えなければいけないと思います。</p>	<p>教育制度の変革の必要性</p>
	<p>その中で、内科医が問題とおっしゃったのは私も同意せざるを得ない。つまり、内科医の広さが絶対に必要だという事実です。これは私の現在勤めている病院でも、院内で私はしょっちゅう発言していることで、心臓外科医に糖尿病の治療を、その程度だったら心臓外科医もできなければおかしいだろうという発言をする内科医がいるんです。そうではないと私は思います。ですけれど、先ほどのような循環器内科医にも肺炎を診るだけの能力は必要だというのは、正しいと思います。ですから、そういうところで、今までの内科医の専門医制度はちょっと別に置きまして、我々は外科医の専門医制度という部分は分けて考えるという点においては、先ほど阪井先生が内科系の立場としておっしゃられたことは、私は本当に真実だと思っています。</p>	<p>内科医の課題</p>
	<p>今、心臓外科医は多過ぎます。ですから、外科医の他の分野に関しては私はとやかく言うつもりはないのですが、私の専門分野で心臓外科医は圧倒的に多いんです。約1,900人が最初に専門医になって、今、2,500人ぐらいいます。これは日本の5万例という心臓手術で割り算をすればすぐ数字が出ます。アメリカは現在で45万例の年間の手術をやっている中で、たかだか3,000人弱です。こういうところから見ても、手術の症例数と経験数と技術におけるスーペリオリティ(優位性)というのは必ずあると思っています。</p>	<p>心臓外科医の現状</p>
	<p>今、小川先生がおっしゃったトータルの、それはまた違った観点をに入れていかないといけないと思います。1人の外科医が最後まで診るという考え方は私は必要だと思います。我々が現在どうしてもやらなければいけないことは、技術を磨くことと、患者さんのトータルのアウトカムをしっかり診る。その両方を加味した制度づくりが必要だと思います。その中において専門医制度というのが必ず成り立っていかないといけないというので、専門医制度を厳しくするという点においては、私は揺るぎないものをつくる必要があると考えて</p>	<p>総合的な視点と専門医としての技術</p>