

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）のあり方に関する研究

平成20年度第5回班会議

日時：平成20年12月5日（金）15:00-17:00

場所：慶應義塾大学 新教育研究棟 講堂1

（東京都新宿区信濃町35番地）

議事次第

前回の議事確認

地域診療所における総合医（日本プライマリ・ケア学会会長 前沢政次先生）

地域医療と総合医（日本家庭医療学会代表理事 山田隆司先生）

病院で活躍する総合医について（日本総合診療医学会運営委員長 小泉俊三先生）

質疑

事務連絡

出席予定者

土屋 了介(班長)	国立がんセンター中央病院 病院長
前沢 政次先生	日本プライマリ・ケア学会会長 (北海道大学医学部医療管理学講座医療システム学分野 教授)
山田 隆司先生	日本家庭医療学会代表理事 (岐阜大学地域医療学講座、地域医療振興協会地域医療研究所)
小泉 俊三先生	日本総合診療医学会運営委員長 (佐賀大学医学部総合診療部 教授)
有賀 徹	昭和大学救急医学 教授
海野 信也	北里大学産婦人科学 教授
江口 研二	帝京大学腫瘍内科学 教授
岡井 崇	昭和大学産婦人科学 教授
葛西 龍樹	福島県立医科大学家庭医療学 教授
川越 厚	ホームケアクリニック川越 院長
阪井 裕一	国立成育医療センター 総合診療部長
外山 雅章	亀田メディカルセンター心臓血管外科学 部長
山田 芳嗣	東京大学麻酔科学 教授
渡辺 賢治	慶應義塾大学 漢方医学センター 准教授

配付資料： 【資料1】 第1回議事要旨
【資料2】 第2回議事要旨
【資料3】 第3回議事要旨
【資料4】 第4回議事要旨
【資料5】 小泉先生資料
【資料6】 前沢先生資料
【資料7】 川越班員資料

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）のあり方に関する研究班

開催要項

1. 趣旨

「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、我が国の土壌にあった医師の後期研修のあり方について検討すべきとされたことを受けて、医療における安心・希望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、診療所など様々な立場の医療者の協力を得て幅広く調査検討を行う。

2. 運営

本研究班の庶務は、国立がんセンターで行う。
議事は公開とする。

(別紙)

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医

(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究

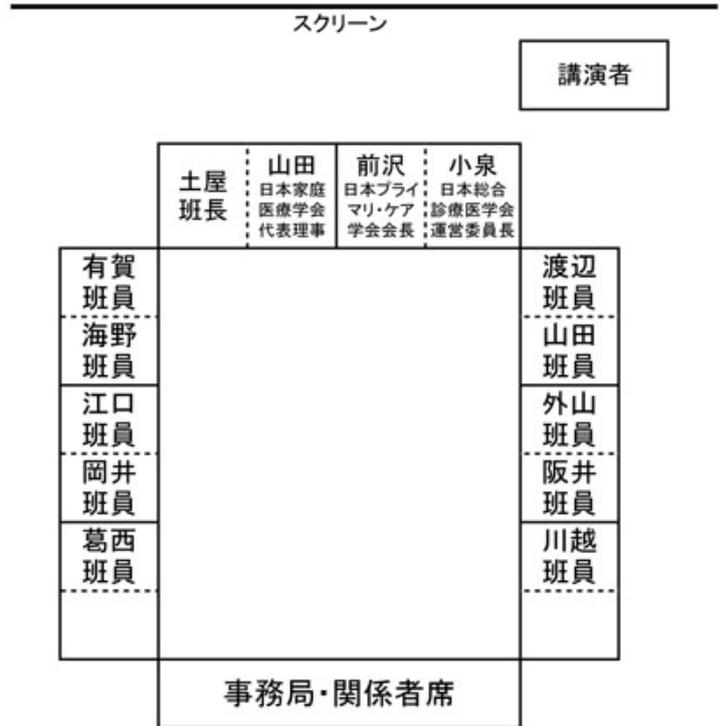
研究者名簿

土屋 了介(班長)	国立がんセンター中央病院	病院長
有賀 徹	昭和大学救急医学教授	
海野 信也	北里大学産婦人科学教授	
江口 研二	帝京大学腫瘍内科学教授	
岡井 崇	昭和大学産婦人科学教授	
葛西 龍樹	福島県立医科大学家庭医療学教授	
川越 厚	ホームケアクリニック川越	院長
阪井 裕一	国立成育医療センター	総合診療部長
外山 雅章	亀田メディカルセンター	心臓血管外科学部長
山田 芳嗣	東京大学麻酔科学教授	
渡辺 賢治	慶應義塾大学漢方医学センター	准教授

○席次表

第5回「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究」班会議 座席表

平成20年12月5日(金)
15:00-17:00
慶応義塾大学 新教育研究棟
講堂1



厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究

第1回班会議 議事要旨

日時:平成20年9月22日(月)13:00-15:00

場所:厚生労働省 専用第18、19、20会議室(17階)

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

1. 開催にあたり、舛添厚生労働大臣より挨拶をいただいた。

2. 本研究の背景、概要説明

土屋班長より、本研究の背景と概要の説明がなされた。

- ・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本研究班設置に関する要望が出されたことを受けて設置された。
- ・日本学術会議、日本医師会から専門医の教育について、第三者機関をつくってコントロールすべきではないかと要望が出されている。
- ・日本専門医認定制機構があるが、全体のコントロールは難しい。
- ・本年度内にある程度のアウトラインを描くよう検討を進めていく。
- ・さまざまな可能性を諸外国の例もみて検討していく。
- ・議事は公開とし、ホームページも開設する予定。

3. 事務説明、事務局紹介

- ・厚生労働科学特別研究事業の補助金に関する規定について説明がなされた。
- ・事務局として、渡邊、松村が班長協力者として研究のサポートを行う旨報告された。

4. 班長挨拶、研究の進め方、

土屋班長より、これまでの経緯、本研究の進め方について説明がなされた。

- ・初回は大きなアウトラインを班員で共有することを目的としている。
- ・次回以降、日本医師会や日本専門医認定制機構、主要学会との意見交換を予定している。
- ・並行して海外の専門医研修制度についての調査、聴取を行う。

5. 議事

(1) 診療科の偏在の現状と専門医の必要養成数の試算

- ・各学会の試算の状況を調査するとともに、全体としてのバランス、我が国の土壤にあった専門医養成数を検討するべきである。

(2) 研修医教育と専門医教育

- ・指導医確保の必要性、大学病院・専門病院・一般病院の連携によるローテーション、臨床研修制度のあり方について検討することの重要性が示された。

(3) 家庭医・総合医、専門医育成の必要性

- ・家庭医・総合医は専門分野であるという認識の上で、家庭医・専門医の必要数、専門分野のニーズについて議論する必要がある。
- ・救急など横断的分野での検討も必要である。
- ・専門領域、コメディカルを含めたチーム化を踏まえた我が国での土壤の変化を考慮することが必

要。

- ・国民の求める専門医の基準を考慮した標準的なプログラム、評価基準が求められる。

(4) 海外の家庭医・専門医養成の適正数の根拠

- ・海外における家庭医・専門医育成の適正数算出の根拠について参考になるものはないか。

- ・家庭医の養成数は指導医の育成、指導体制などを考慮しつつ弾力的に見直していくことが必要。

(5) 3つの偏在という視点

- ・診療科の偏在、地域における偏在に加えて、設置形態間の偏在が存在し、これを分析、理解、認識することが必要である。

(6) 制度の継続的見直しの必要性

- ・後期臨床研修制度は素案が示された後も継続的に見直しを行う必要性が示された。

(7) 卒前教育、初期臨床研修との関係

- ・現在文部科学省、厚生労働省合同にて開催されている臨床研修制度のあり方等に関する検討会での議論の推移を追いつつ議論することが必要である。

(8) まとめ

- ・次回以降日本医師会、日本専門医認定制機構、主要学会へのヒアリングを予定している。

- ・次回の日程はあらためて調整。近日中にホームページにて議事を公開する。

以上

厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究

第2回班会議 議事要旨

日時:平成 20 年 10 月9日(木)10:00-12:00

場所:国際会議場(国際研究交流会館3階 国立がんセンター築地キャンパス内)

出席:土屋(進行)、有賀、江口、岡井、葛西、川越、阪井、外山、山田、渡辺

池田康夫先生(日本専門医制評価・認定機構理事長)

飯沼雅朗先生(日本医師会常任理事)

1. 開催挨拶、研究班ホームページの紹介

土屋班長より、本研究班のホームページが開設されたと報告された。

- ・議事資料、会議録を掲載し、研究班の活動を広報していく。

2. 日本専門医制評価・認定機構の医師後期臨床研修制度のあり方についての考え

- ・同機構理事長 池田康夫先生よりご講演をいただいた。

(1) 専門医制評価・認定機構について

- ・機構の沿革が紹介された。現在 69 学会が加盟する社団法人である。
- ・機構の使命は医師の認証の基準を高く保つことであり、専門医制度をもつ各学会などと協力しその使命を実現していくことにより医療の質を担保することである。

(2) 専門医、専門医制度のあり方

- ・認定と更新の原則を示し、安心と高い水準の医療を提供する。専門医に何らかのインセンティブを与える方向性について議論している。
- ・患者、国民にとって分かりやすい専門医制度を作るべく努めているが、学会により基準にばらつきがある。
- ・機構は中立的、第三者的な立場をより明確にし、専門医制度を評価・認定する形を目指している。
- ・整備指針に基づき、各学会へのヒアリング調査と評価を進めている。

(3) 専門医に求められる資質

- ・医学知識、高い技術、十分な対話能力があること、さらに医療倫理と安全管理に対する考えが専門医として要求される。
- ・医学の領域に応じて、患者にとって分かりやすい専門医を作るべき。基本的な領域と専門領域の学会に整理していくことが必要。

(4) 専門医の適正数

- ・専門医の適正数と、その根拠について各学会に対して調査を行うことを検討している。

- ・引き続き、質疑応答が行われた。

(5) 専門医制評価・認定機構の方向性

- ・米国のように研修プログラムに応じて専門医を育成する制度を構築することについて、各学会と共に方向性を出すことが重要と考えており、それに対する各学会の考えを調査することになっている。
- ・会員歴よりむしろトレーニングの過程、技術等の認定を重視している。
- ・日本医学会、日本医師会、日本病院協会からの委員、学識経験者などより成る専門医制審議会を設置し、今後の方向性について議論をしている(内容は未公表)。
- ・患者の立場など外部の人材を参画させることは、透明性を確保するために重要な指摘であるが、

各学会の定款を変える、別の仕組みを作るなどの検討が必要である。

・事務局機能、下部機構の仕組み作りは負担が大きいが必要であり、取り組んでいる。一方理事会など上部組織の強化も必要、との指摘もなされた。

・現状は各学会の専門医制度の運営にばらつきがあり、行政のサポートを得ながら標準化の仕組み作りを進めていく。

・機構の社員である各学会の利益ではなく、患者や国民のためにその役割を果たすべく、学会の代表者だけでなく、第三者機関として組織のあり方を検討すべきという指摘がなされた。機構としても重要な意見と認識しており、これまでの歴史を踏まえつつ、模索し努力をしている。

(6) 専門医の適正数

・適正な数を決めることは難しい問題であるが、我が国の医療の診療科の偏在や地域医療の問題などを解決する方策になりうる。

(7) 指導医、専門医の教育体制

・指導医の資質にばらつきがあり、専門医の教育体制をもっと打ち出すべきという意見があり、機構としては教育プログラム、実施施設を検討し、その中で指導医を位置づけることを考えている。

(8) 専門医の位置づけ

・当該の領域を総合的に診られる医師であるという視点で専門医を位置づけることを考えている。

3. 「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

・日本医師会常任理事 飯沼雅朗先生よりご講演をいただいた。

(1) 日本医師会「かかりつけ医」の質向上の考えの経緯。

・医療事故の増加などを踏まえ、総合的に診療できる医師の必要性を認識している。

・日医の学術推進会議において、かかりつけ医の質の担保について検討し、日医の生涯教育制度のカリキュラム見直しなどによって資質の向上を図っている。

(2) 日本医師会による総合診療医認定制度

・学術推進会議で議論し、認定制度により医師間の格差や、フリーアクセスの制限などの総枠規制に結びつくなどの反対意見もあったが、患者の受療行動や医師の勉強を促すなどの賛成意見が強かった。

・関連3学会と合同で、総合医認定のための教育プログラムの作成に取り組み、会員に対して周知を進めている。

・日医としては生涯教育推進委員会、都道府県医師会などでの議論を加味し、各学会や専門医制評価・認定機構などの協力を得て、総合診療医制度の創設を提案した。

・制度の創設は、国民の目に見える形での、医療の質の担保である。行政が関与するものではなく、これまでの生涯教育制度を底上げして、日医が主導的に創設することが、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る。

(3) 厚生労働省の「総合科」構想

・厚生労働省の示す「総合科」構想では医師の中から一定の条件を満たす者に、大臣許可を与える、医療へのアクセス制限を目的とする制度と考えており、国家による統制的なものであって日医としては反対している。

(4) 総合診療医認定制度の内容

・認定コースとしては経験に応じた4つのコースを提案、学会をはじめ各方面の協力を得てカリキュラムを改訂し、運用を開始する予定である。行動目標を定め、57の症状・病態への対応や管理などを行うのが目的。

・各学会の履修単位の互換、専門医認定医制度との関連についても議論を行っている。

・専門医と幅広い診療能力を有する医師が協調することが重要。

・引き続き、質疑応答が行われた

(5) 研修・実習の方法、教育機関との協力体制

・講義、Eラーニング、実習などの方法をどのように行うか検討する必要がある。大学病院との協力については内容を見たうえで検討したい。

・カリキュラムの作成だけでなく、実際の教育においても教育機関と協力して行うべきではないかと

いう指摘がなされた。日医では生涯教育推進委員会にて検討している。

(6)総合診療医の必要育成数

・対象は特定の科に限ったものでなく、全科であり総数や育成数の試算は行っていない。希望する医師にはなれるようにカリキュラムにおいて対応したい。

(7)カリキュラムの内容と到達目標

・カリキュラムには出産に対する診療は含まれておらず、妊産婦に生じうる一般的な健康問題への対応、専門医への紹介の必要性の判断などを含んでいる。

・履修前の総合的な診療に関する経験や知識にばらつきがあるため、コース2および3(それぞれ臨床経験7年、15年以上の医師を対象とする)など臨床経験を経た医師に対する教育カリキュラムの詳細については、認定の基準をどうあるべきかも含めてさらに議論が必要である。

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

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

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

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

(8)教育プログラムの担い手・指導体制

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

(9)厚生労働省の「総合科」構想

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

(10)病院機能における専門性とアクセス

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

・患者にとって選択できる状況、医療機関にアクセスできる状況が重要である。

(11)専門性としての地域医療

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

4. まとめ

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

・次回は日本学術会議からのヒアリングを予定している。

以上

厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究

第3回班会議 議事要旨

日時:平成 20 年 11 月 6 日(木)16:00-18:00

場所:国際会議場(国際研究交流会館3階 国立がんセンター築地キャンパス内)

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

1. 開催挨拶

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

2. 日本学術会議の医師後期臨床研修制度のあり方についての考え

- ・同会議 桐野高明先生よりご講演をいただいた。
- (1)学術会議要望書「信頼に支えられた医療の実現」について
 - ・学術会議の医療のイノベーション検討委員会にて検討し、政府に対して要望した。
 - ・先進国型医療の特徴の一つである「充実した教育体制と厳格な専門医認定制度」は諸外国が古くから備えている。
 - ・学術会議では3つの要望の一つに専門医制度認証委員会の設置を取り上げ、医療者による自己努力での実現が必要であり、法的な裏付けにより設置することが重要であるとした。
 - ・専門医制度の改革には医師の全員加盟型の自律的職能集団の設立と、その集団による運営が必要である。
- (2)専門医制度の現状と課題
 - ・教育プログラム、教育病院の評価が十分でないこと、専門医の数と地域別分布に関する制御の仕組みがないこと、家庭医・総合医制度が確立していないことが現状の課題である。
 - ・専門医制度認証委員会の設置により、制御を行う仕組みを確立することで、国民の理解のもとに技術料の評価も可能になる。病院と診療所との信頼に基づく連携関係も必要。
 - ・専門医制度の実務組織と、制度の評価・認証を行う組織は分離すべきで、医局や学会から独立した立場の構成員による組織が専門医の数と分布の制御を行う必要がある。
- (3)専門医制度の目指すものと全員加盟型組織の必要性
 - ・医療の質を保証し専門医を養成するために、教育の質と量を保証する必要がある、医師の専門職能集団として自ら数と分布を制御する仕組みを担うためには、医師が全員加盟する組織が必要である。
- (4)医療の変遷と制度の転換の必要性
 - ・これまでの医療制度は限界に近づきつつあり、こうした認識の上で制度を転換していく必要がある。
- ・引き続き、質疑応答が行われた。
- (5)学術会議の位置づけと要望の実現への道筋
 - ・学術会議は内閣府の組織であり、政府の諮問などを受けて要望や提言を行っている。
- (6)制度の具体化への取り組み

- ・社会から十分分かりやすく評価できる透明性を確保した専門医制度が必要であり、医師自ら単一組織を持って制御していくことが求められる。この組織は質のよい医療を国民に提供するために研修制度の質の保証と制御に加えて懲戒処分などを担う。
 - ・自律的な医師の職能集団が必要であり、政府や社会の支援により法的な規制と認証制度、さらに専門医に報酬を認める仕組みがあれば、専門医制度は有効に機能する可能性がある。
 - ・全国医師による統一された組織と、分かりやすい専門医の議論と制度づくりに着手することが重要で、ある時点で導入し徐々に時間をかけて適用していくことが現実的かつ実効性が期待できる。
 - ・こうした組織は学会や大学などの利害を超えて我が国の医療のために必要であるという論理に基づいて、十分な論拠と議論のもとに構築することが重要。
 - ・制度の評価・認証にあたる実務組織は公平な専従者により構成され、運営には大規模な事務局機能が必要。
 - ・海外の医師組織と専門医制度についての調査が必要。
 - ・機構としては基本領域の学会を評価するとともに、整理していく必要がある。基本的な専門領域については法的な規制が必要ではないか。
 - ・医療の質を保証する専門医制度であれば必然的に養成可能な人数の議論が可能になる。
 - ・日本では医療制度やこれまでの経緯から、数や分布の制御は困難であった。研修内容や地域の医療の実情から考えた論理的な必要人数の設定が求められる。このためには医療費を含めた社会保障、病院医療の改革について国民的な議論が必要。
 - ・職能団体が医師の誇りをかけて取り組む米国の事例が紹介された。学ぶべき制度のあり方、参考にすべき部分を取り入れることが重要。
 - ・長期的なビジョンに基づき、さまざまな専門家の議論を踏まえて運営にあたる必要がある。
- (7) 評価・認定を行う機構の基本的指針と運営方法
- ・評価や認定を行う機構の指針として、透明性を確保して運営することを明確にすることが望ましい。設置法を設けることも考えられる。
 - ・官と民という位置づけでなく、最低限の法の手助けをもって自律性の高い制度をつくる、公のシステムという認識で進めることが必要。
- (8) 我が国の脳外科医の現状と専門医の考え方
- ・脳外科医が取り扱う疾患の変遷や実情、初期臨床研修制度導入以降の志望者数の変動を踏まえて、専門医のあり方を考える必要がある。
 - ・さらに地域の実情と将来の見通し、専門医が担う医療の範囲、診療体制を踏まえた上で専門医集団による総合的な議論が必要。

3. 事務局連絡

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

以上

厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究

第4回班会議 議事要旨

日時:平成 20 年 11 月 18 日(火)17:00-19:00

場所:国立がんセンター研究所 セミナールーム

出席:土屋(進行)、有賀、海野、江口、岡井、川越、阪井、外山、山田、渡辺
小川 彰先生(全国医学部長病院長会議会長、岩手医科大学学長)
嘉山孝正先生(全国医学部長病院長会議専門委員会委員長、山形大学医学部長)

1. 開催挨拶

土屋班長より、本研究班の発足の経緯、第3回までの議論の概要が報告された。

2. 全国医学部長病院長会議の医師後期臨床研修制度のあり方についての考え

・同会議 小川 彰先生よりご講演をいただいた。

(1) 日本の医療体制と臨床研修制度による医師不足の顕在化

- ・日本の医療レベルは WHO 参加国中1位で、これを少ない医師数で達成している。
- ・岩手県では病院数が少ないため、救急患者を総合病院で収容、必要な場合は2~3時間かかる高度救急救命センターに搬送するシステムになっている。
- ・昭和 57 年以降、日本では医師養成削減政策がとられ、人口あたり医師数が OECD 平均の3分の2と少ない。推移をみると、医師数は少しずつ増えてきたが、臨床研修制度のため医師不足が顕在化し社会問題を引き起こしたと考えられる。

(2) 理想の地域の医師像

- ・「すべての医師にプライマリケアに対応できる幅広い臨床能力を習得させる」という研修制度の理念は素晴らしいが、一方で国民には専門医に診てもらいたい期待もある。
- ・各二次医療圏にすべての専門医を用意することは不可能であり、社会資源の浪費にもなる。専門医にとっては患者数が少なければ診療能力の低下につながる。
- ・「理想の地域の医師像」とは、(1)一般診療、(2)緊急時の救急処置、(3)専門医の診療の必要性の判断ができ、(4)自身も専門性を持っていること、である。

(3) 医学生涯教育、臨床研修制度の問題点

- ・卒前教育の所管が文部科学省、卒後教育の所管が厚生労働省で、これまで両者に一貫性が欠如していた。「臨床研修の見直しのあり方検討会」が文科省と厚労省合同で開催され、今後改善が期待される。
- ・臨床研修制度の負の影響は、医師不足を加速させ地方の医療を崩壊させ、地域偏在と診療科間偏在が顕著になったことである。
- ・初期研修2年間は各診療科のマンパワーにならず実働医師数の概算は人口千人あたり 1.5 人であり OECD の中で最下位である。
- ・大学で所属医師が過疎地、地域医療を担ってきたが、臨床研修制度以後、入局者が減少し、過疎地医療のサポート体制が完全に崩壊した。外科医の減少も著しい。
- ・全国医学部長病院長会議は研修制度に対して、平成 16 年に提言を行った。地域格差拡大、医療荒廃、研究体制弱体化、競争力低下、国民福祉の低下を懸念した。
- ・若手の医師が専門を選ぶとき、自由になる時間が得られることを求める傾向がある。
- ・基礎医学者の減少も危惧される。

(4) 日本の低医療費政策と、医師の労働問題

- ・日本は低医療費政策により、高齢化が進んでいるが医療費は増加していない。
- ・日本の脳外科の医師はほとんどが過剰労働となっている。大学病院の労働時間が長く最も長い。在院日数短縮のため、医師の負担が増えている。

(5) 医学の生涯教育の重要性と、全国医学部長病院長会議の提言

- ・平成 17、18 年に臨床教育制度の迅速な見直しを求める声明を出した。
- ・医師自らが最新の知識・技術を生涯学習として学び続けられる医学教育が重要。
- ・臨床実習、生涯医学研修を含む一貫性ある教育システムを構築する必要がある。
- ・臨床実習前共用試験の確立、診療参加型臨床実習充実、国家試験見直し、研修制度の見直し、マッチング見直し、大学院教育への生涯教育の組み込みを提案した。
- ・研修病院と大学病院の連携が医師不足の解消につながるのでは。

(6) 家庭医の必要性について

- ・アメリカの専門医を巡る社会的な基盤が日本と異なる。家庭医が国民に求められているかどうか議論が必要。

(7) 医療教育制度の改革の視点

- ・医師養成削減政策の見直し、臨床研修制度の見直しと同時に、医療費削減政策の見直しが不可欠である。

- ・引き続き、嘉山孝正先生もまじえて、質疑応答が行われた。

(8) 大学医局制度・大学教育の問題点

- ・医局は臨床研修制度以前には医局員の臨床技能評価を含めたローテーション、地域医療支援を行っていたが、専門外の分野のトレーニングは不十分であった。
- ・卒前医学教育は総合医の教育にシフトしつつあるが、卒後研修教育が現状では不十分である。一方で医療機関の集約化も必要。地域での医療を担う「理想の地域の医師像」のために卒後の研修プログラムが必要である。
- ・大学院教育も教育・臨床研究含め見直しが必要である。

(9) 「理想の地域の医師像」と地方の地域医療の問題について

- ・家庭医に近いが、米国のファミリープラクティスと同じではない。定義が異なり混乱するので、議論の前提として定義づけが必要である。
- ・提案のような家庭医あるいは総合診療ができる医師が必要。加えて大学がこれまで果たしてきた医師派遣の役割を、地域でどういう形で再現していくか議論が必要。

(10) 医療費

- ・米国では心臓外科医が減少したため教育制度変更の議論がなされているが、国が費用を拠出している。日本では国の関与がない点が課題である。

(11) 専門医の数・専門性の考え方、専門医の質について

- ・外科医数、施設の集約化、外科医が担当する診療範囲、診療の質の議論が必要。
- ・専門医教育制度が、地域医療に大きな影響を与えるため、慎重な議論が必要。
- ・専門性は技術を評価する外科系分野と、内科系分野の専門性は別個である。専門医の質の評価は科により異なる。

3. 事務局連絡

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

以上