

医療における安心・希望をもたらす
専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)の方向性

～卒後医学教育認定機構(仮称)設立の要望～

平成 20 年度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の提言

骨 子

平成 21 年 3 月 25 日

平成 20 年度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 総括研究報告書

主任研究者

土屋了介 国立がんセンター中央病院 病院長

分担研究者

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

研究要旨

本研究班では、多様な診療形態、専門分野からなる医療者集団が自律的に幅広く議論・検討を重ねることにより、医師の教育研修内容、つまり、国民がいかなる人材を望んでいるかという中長期的ビジョンと医療現場の現状を見据えた上で、各診療科研修、家庭医・総合医の養成、専門性の教育など、具体的な後期臨床研修制度のあり方について喫緊の課題として調査研究を行った。医療のシステムを改革するにあたっては、前提として、医療現場の医療従事者による自律的な意見集約と、現場重視の提言が必要であり、これに基づいて医療提供体制を再構築することが求められる。海外における専門医、家庭医・総合医の指導・教育研修プログラムについて幅広い検討を行い、我が国の土壌にあった制度のあり方を検討した。

私たちは卒後医学教育研修の充実による医師の資質の向上を使命とした独立機関である、卒後医学教育認定機構（仮称）の設立を要望する。特定領域において専門的な技能を発揮するためには、教育や研修に関して一定の基準を満たした上で、認証される必要がある。これには教育研修プログラムや、医療機関、指導にあたる医師など質の保証についての認証も含まれる。

計画を立案・実施する機関に対して、実行のための十分な権限を付与した上で、専門医、家庭医・総合医の位置づけ、医療における役割について、我が国の土壌にあったわかりやすいあり方を示し、その方向性に沿った規制の緩和とインセンティブ等による移行を短期的施策として実施し、中長期的には、時代のニーズによって変化し、望ましい医療提供体制について継続的に再評価、見直しを行うための根拠に基づいた基礎的な医療提供体制についての客観的な指標を国、地域が手にした上で、国民、地域住民による議論と医療者との対話が必要である。国民と医療者が信頼関係を基軸に、互いに支え合って明日の医療を築いていくことが、国民の安心・希望をもたらす医療システムにつながる。

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

～卒後医学教育認定機構(仮称)設立の要望～

報告書概要

1. 卒後医学教育認定機構(仮称)の創設

- ・卒後医学教育研修の充実による医師の資質の向上
- ・様々な立場の医師と、研修医、医学生の参画により構成
- ・良質な研修を提供するための研修の質と定員枠の設定
- ・国民にとってわかりやすい専門医の役割と連携、専門医が専門性を発揮できる体制づくり
- ・地域の医療ニーズを反映する組織
- ・専門職としての自律に基づく国民の視点に立った卒後教育研修
- ・公的な運営形態導入により透明性とプロセスの標準化と説明責任
- ・地域に根付いたプライマリケア、専門研修の資質の保証

2. 専門医、家庭医・総合医の専門性の確立

- ・すべての医師が卒後医学教育を受けられる
- ・国民は専門医資格について知る権利がある
- ・家庭医・総合医、専門医の専門性の確立と地域の医療体制の再構築

3. 機構実現に向けたロードマップ(案)

- (1) 専門領域の疾患群の設定
- (2) 対象になる患者、住民の数の把握
- (3) 専門技能を発揮することができる医療機関の体制の評価

4. 医療における質管理、品質保証の仕組みの構築

- ・医療施策にあたって必要な基幹統計やデータベースの構築
- ・実働の医師と専門性について把握し、需給に応じた継続的な研修プログラムや定員枠の見直し
- ・国民の求める医療の質に基づいた基準設定による標準的な研修プログラムや評価を行う体系
- ・自浄作用を有する独立機関

5. 医師後期臨床研修(専門医、家庭医・総合医研修)に対する財政支援

- ・専門研修プログラムに対する評価・認証と公的な資金供給による研修指導体制の維持・増強
- ・医師の研修、指導に対するドクターフィー、ホスピタルフィーのあり方を検討

6. 地域住民の理解と協力の確保

- ・地域住民への情報公開と対話
- ・地域住民の啓発活動

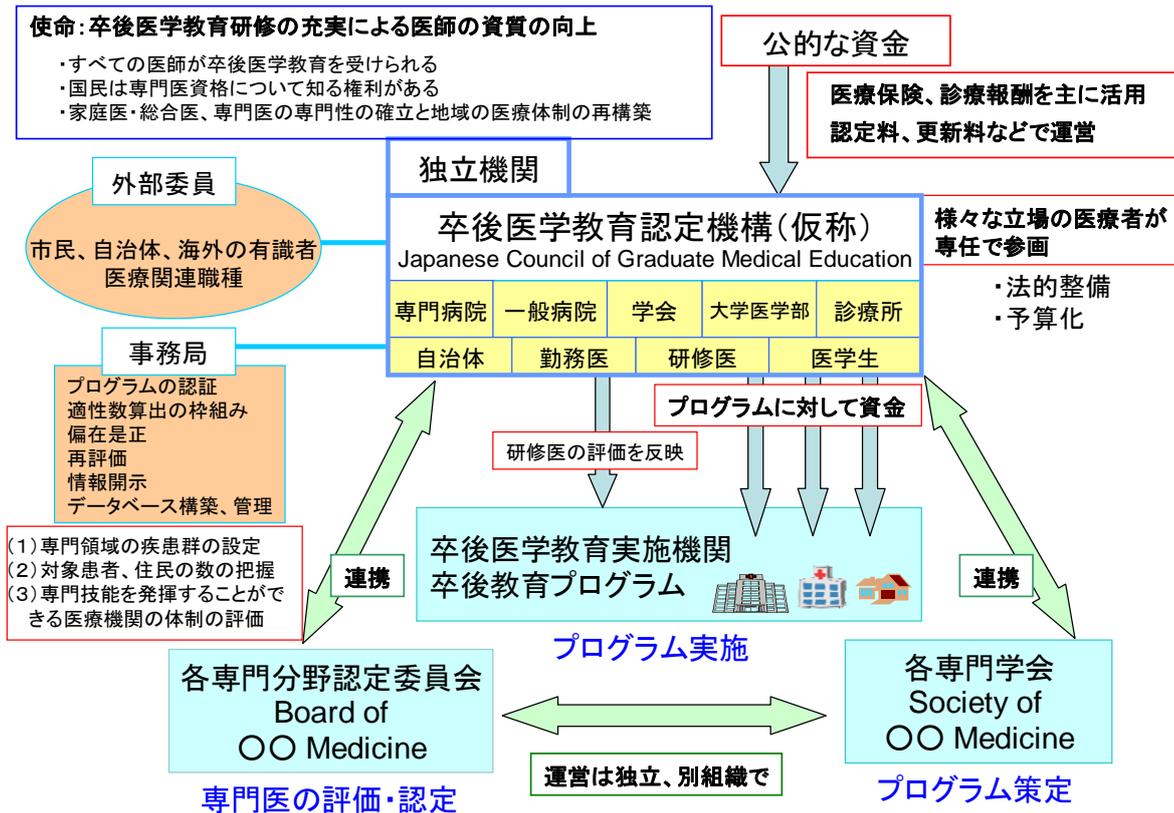
地域住民による主体的な取り組みを支援し、医療提供の仕組みづくりで住民とともに医療を育てる

7. 対策の効果の検証と改善サイクルの構築

- ・短期的な施策と長期的な中長期的に進めていく改革の方向性に向けての医師供給システムの整備
- ・プライマリケア、専門医療を医療提供施策の中に位置づけるよう、医療計画に関する基本方針を改正
- ・プライマリケア、専門医療を実施する医師と医療機関のデータを継続的に収集し、地域毎の実績を定期的に公表

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の提言





卒業医学教育認定機構(仮称)

- 1) 卒業教育評価事業
研修医療機関、研修プログラムの第3者評価、認証
- 2) 卒業教育改善支援事業
後期研修プログラムの改善支援
- 3) 評価認定者(サーベイヤー)の養成事業
訪問審査、報告書作成業務等を担う人材の養成
- 4) 卒業教育評価認定に関する調査・研究開発事業
卒業研修教育の評価手法をよりの確にするための調査・研究・改訂作業
- 5) 卒業教育プログラムの適正配置、偏在是正事業
地域、医療機関における適正な研修医、指導医の算出の枠組みを整備
- 6) 卒業教育研修制度情報収集事業
卒業研修プログラム、専門医継続教育についての実態を継続的に把握
- 7) 卒業教育評価に関する普及・啓発事業
卒業教育プログラムの普及、啓発および卒業教育の認証に資するための情報提供
- 8) その他事業を行うに当たって必要なもの

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 検討経緯

第1回 平成 20 年 9 月 22 日(公開)

- 本研究の背景と概要、今後の進め方について
- 意見交換

第2回 平成 20 年 10 月 9 日(公開)

- 医師後期臨床研修制度のあり方について
(日本専門医制評価・認定機構、日本医師会よりヒアリング)

第3回 平成 20 年 11 月 6 日(公開)

- 医師後期臨床研修制度のあり方について
(日本学術会議よりヒアリング)

第4回 平成 20 年 11 月 18 日(公開)

- 医師後期臨床研修制度のあり方について
(全国医学部長病院長会議よりヒアリング)

第5回 平成 20 年 12 月 5 日(公開)

- 家庭医・総合医のあり方について
(日本総合診療医学会、日本家庭医療学会、日本プライマリ・ケア学会よりヒアリング)

第6回 平成 21 年 1 月 9 日

- 海外の医師後期臨床研修制度のあり方について

第7回 平成 21 年 1 月 28 日(公開)

- 医学生の視点から見た医師臨床研修制度のあり方について

第8回 平成 21 年 2 月 9 日(公開)

- 英国における家庭医と専門医教育研修制度のあり方について
(英国家庭医学会よりヒアリング)

第9回 平成 21 年 2 月 18 日

- 医師後期臨床研修制度のあり方について

第10回 平成 21 年 3 月 13 日

- 医師後期臨床研修制度のあり方について

第11回 平成 21 年 3 月 25 日(公開)

- 我が国の土壌にあった医師の後期臨床研修制度のあり方と研究班報告書の骨子について

1) はじめに

今日の我が国の医療をめぐる課題として、医師不足、医療現場における医師の診療科間の偏在、地域における偏在が社会問題として存在する。こうした問題は医療従事者の就労環境や教育研修の質の維持向上の観点にとどまらず、国民への良質な医療提供体制の維持、ひいては健康や国民生活への不安という形で現れている。

この問題に対して、2008年9月に厚生労働省「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、様々な立場の医療者や、患者・市民の立場の有識者、学識経験者によって議論がなされた。医療の質向上のための人材育成の仕組み、教育研修内容について、医療者集団が自律的に幅広く検討していくことが不可欠であることが指摘された。

この検討会では医師養成数の50%増加、勤務環境の改善、診療科バランスの適正化、医療職種間の連携、救急医療や在宅医療をはじめとする地域医療の充実、医療従事者と患者・家族の協働の推進について提言がなされ、国民的な議論と実現に向けた着実な歩みを進めることの必要性が明記¹⁾された。

同じ検討会において、医療における安心・希望確保に資する専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関して、以下を喫緊の課題として取り組むべきであるという要望²⁾を受けて当研究班が設置された。

- (1) 専門医・家庭医の質の担保、および人数のコントロールも含めて、医療者が自律的・自浄的に担う場として第三者機関の必要性
- (2) この機関が国民の信頼を得られるよう、質の担保の観点から発展させること

本研究班では、多様な診療形態、専門分野からなる医療者集団が自律的に幅広く議論・検討を重ねることにより、医師の教育研修内容、つまり、国民がいかなる人材を望んでいるかという中長期的ビジョンと医療現場の現状を見据えた上で、各診療科研修、家庭医・総合医の養成、専門性の教育など、具体的な後期臨床研修制度のあり方について喫緊の課題として調査研究を行った。

本研究班の報告書は私たちの調査研究を経た議論により、医療における安心・希望をもたらす専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)の方向性について、広く医療提供者と国民に対して問いかけるものである。

私たちの検討においては、医師後期臨床研修にとどまらない医学教育、臨床研修から生涯教育、地域医療、在宅連携など、医療制度全般にわたる様々な課題も、医療システムの改革、医療の質の向上に資すると考えるものについては積極的に議論の対象とした。将来の医療のあり方の方向性についても提言の範囲とした。

現状の医療の課題

医療者の果たすべき役割

安心と希望の医療を確保するための具体化に向けた提言

私たち研究班の使命

調査研究内容

この報告書が問いかけるもの

検討課題と議論の範囲

1)「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめ 平成20年9月22日 厚生労働省

2)「後期研修のあり方に関する研究班(仮称)」設置に関する要望 平成20年7月30日 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会委員 土屋了介

この報告書では以下の用語を用いている。

| | |
|------------------|--|
| 専門医 | ある特定の医療の領域において医療行為をする医師のこと。研修や教育に関して一定の基準を満たした医師が学会などにより認証される。 |
| 家庭医・総合医 | 健康問題や日常起こりうる病状を適切に管理し、各領域別の専門医をはじめとした医療関連職種と連携を行うことで、患者の気持ち、家族の事情、地域の特性に応じた包括的で継続的な医療を行う医師のこと。 |
| プライマリケアあるいは1次診療 | 全人的な診察と持続的な健康管理や治療として、地域社会の健康増進のために家庭医・総合医によって提供される医療・ケアのこと。 |
| セカンダリケアあるいは2次医療 | 第2次診療機関(主に病院)において提供される専門的な医療のこと。 |
| ターシャリーケアあるいは3次医療 | 高度機能を有する医療機関において提供される高度に専門的な医療のこと。 |
| 後期臨床研修 | 初期臨床研修で獲得した基本的な臨床能力と医師としての資質に基づいて、より専門的・継続的に診療経験を得心することによって臨床医療の高度な知識、技能、見識を修得するもの。 |

2)今日の医療をめぐる喫緊の課題

我が国の医療提供体制において、国民が、いつでも、どこでも質の高い医療を受けられるための持続可能な医療制度を確立するために、喫緊の問題として以下の3点が存在する。

1. 医師不足
2. 医師の診療科間、病院と診療所間の偏在
3. 地域における偏在

医師不足の問題に対して、平成 20 年 9 月に政府は医学生の定員を50%増やす方針を策定、発表した。医師総数を確保した上で医療需要が大きな地域、診療領域において医師をどのように養成・配置するかを検討することが、より重要な課題になる。

今日の医療における諸問題の背景として人口の高齢化が進み疾病構造が慢性疾患へ変化していること、医療の専門分化が進んでいることに加えて、地域医療体制の再構築が求められていること、国民一人ひとりの価値観、ライフスタイルや医療に求めるニーズが多様化していることが挙げられる。

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(経済協力開発機構)30 ヶ国における平均の 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ているが、医療における需要に応えるに至っていない。

この背景として、以下の点が挙げられる。

【主に提供側】

1. 医療技術の進歩に伴う専門化・分業化
2. 診断・治療技術の革新に伴う技術習得、
管理のための人員と時間の必要性
3. 医療の質、安全向上のための人員、教育研修体制の確保
4. 患者・国民の視点での情報公開と対話の不足

など

【主に需要側】

1. 治療の対象となる慢性疾患を有する人口の増加
(高齢人口の増加、生活習慣病など)
2. 診断・治療技術の進歩に伴い、医療に対する求める期待
3. 医療について、信頼できる情報の不足
4. 医療の質、安全を評価するための基準の不足・不備

など

現在の医療提供体制において、(1)診療科の偏在、(2)地域間の偏在に加えて、(3)病院と診療所、日中の診療と夜間・救急診療といった設置形態間の偏在が存在し、この点を認識した上で分析することが必要である。

今日の医療をめぐる
様々な課題

社会、人口構造、疾病
構造の面

我が国における医療制
度の特徴と課題

医療提供体制における
3つの偏在

一方、需要側の要因としては主に以下の違いがあることを認識する必要がある。

1. 居住地域における医療需要の違い(疾患や公衆衛生の地域差、など)
2. 就労、人口動態による受療行動の違い(予防検診を勤務先で受ける、交通動線の影響、など)
3. 医療のアクセス可能性に応じた需要の変化(無料化による受診頻度の増加、新規技術開発による利用ニーズの増大、など)

現状は医療の提供体制について国民のニーズとともに包括的、継続的に分析する体制が医療を提供する側で整備できておらず、根拠に基づく医療施策への反映、実行にあたって必要な試算やシミュレーション、施策の改善に必要な提言などを自律的に行うための体系的な仕組みが整っていない状況であることを、認めざるを得ない。

一方で、変化の鍵をとらえて、国民的議論としてこうした変革の動きを大きなうねりとして、建設的な議論のもとに実行プロセスに移行していくためには、医療者だけの議論では明らかに不十分であり、様々なステークホルダーが主体的にこれからの医療における意志決定に参画していくことも不可欠である。

現状のままでは近い将来に深刻な状況に陥る可能性がある。つまり、患者ニーズと医療提供体制の格差の増大による医療の質やアクセスの低下、医療費の高騰などのひずみなどである。医療やケアへのアクセス、質と量両面で問題に直面することになる。特に地域医療や周産期医療、救急医療、小児医療でこうした兆しが現れつつある。

だからこそ目指すべき方向性を見定めた上で、短期的な対応と併せて、中長期的に進めていく改革の方向性についての提言が必要であり、両者は整合性と連続性が確保されていなければならない。

医療の質管理、品質保証において、以下の問題が存在している。

1. 医療施策にあたって基幹統計やデータベースがほとんど存在しない。我が国の医療の構造に関する基礎的なデータはほとんどなく、外国のモデルとの比較などの概念的な議論にとどまっている。
2. 医師の研修、養成について、国民の求める医療の質に基づいた基準設定による標準的な研修プログラムや評価を行う体系になっていない。
3. 提供できる医療体制と研修プログラムに応じ、後期臨床研修を経て専門医を育成するという仕組みになっておらず、現状では各専門学会の自助努力に任されている。
4. 患者や家族が受診する医療機関を選択する際に、提供される医療の内容や質、機能についてのわかりやすい指標が不足している(高度医療、救急、周産期、小児、精神疾患など)。患者が適切なガイドや制御をなされることなく受診することにつながっている。

医療需要における3つの違い

意志決定における課題、特に国民のニーズの反映の面

医療における深刻な現状認識

質管理、品質保証の課題

5. 我が国の診療の価格制御において、以下の問題が存在する。

- ・決定プロセスが複雑であるため、良質で効率の高い医療について価格（主に診療報酬）によって評価する構図になっていない。
- ・特に病院で提供する手術をはじめとする高度の技能を要する医療について、技術や能力を評価する仕組みになっていない。
- ・価格と質が連動することを前提にしたり、高い価値の医療を提供することを促すために正当な競争原理が働くという制御の仕組みになっていない。

労働環境、勤務形態の課題として、以下の問題が存在する。

- ・日本の低医療費政策と、医師の労働問題
- ・勤務形態の柔軟性の問題

労働環境、勤務形態の課題

地域医療における課題として、以下の問題が存在する。

1. 質管理、配置の制御システムの不在

研修指導體制充実のための評価システムや医師のキャリアパスについての考え方について、具体的な提言に向けた合意形成には至っていない。

地域医療における課題

2. 救急医療、あるいは時間外診療における連携の問題

救急診療、あるいは時間外診療において、診療機能等求められる機能の明確化や連携の重要性が指摘されている。

3. 地域の医療機関の存立、自治体の意志決定の課題

公立に代表される地域病院の閉院や診療形態の見直しを契機に、地域医療の提供に果たす自治体あるいは住民の意思決定の役割が重視されている。

医療のシステムを改革するにあたっては、前提として、医療現場の医療従事者による自律的な意見集約と、現場重視の提言が必要であり、これに基づいて医療提供体制を再構築することが求められる。目の前の患者に対して最適な医療を提供することにはじまり、地域社会、さらには将来の医療を支える人々に想いを致すこと、そのために専門職能団体として国民、社会の理解と支持を得られるようなシステムを自律的に提言し、実行していかなければならない。

医療者のプロフェッショナルリズム

一人の医師を育成する視点から、医学生教育、卒前研修、卒後初期研修、後期臨床研修、さらには生涯医学研修教育を含む一貫性ある教育システムを構築し、その上で医師自らが最新の知識・技術について生涯学習として学び続けられる仕組みが重要である。

医師のキャリアパス、教育研修制度の課題

それに加えて、平成 16 年度から導入された初期臨床研修制度の必須化、マッチング制度による研修先としての研修病院の選択肢増加、医療機関の医療提供機能評価の見直しなどの変化に伴って、地域の医療機関は大学病院にはない研修プログラムの開発や処遇の提示などによって、自らの力で独自に地域医療を担う人材を集め養成する動きも生まれた。

こうした環境の変化に応じて学部教育と初期臨床研修を連携する考え方も広がりつつある。研修を受ける者の全員が、個別に特化した診療科を

一律横断的にスーパーローテートさせるという仕組みは見直すことを考慮すべきであり、むしろ互いに関連する診療領域を有機的に連携させること、医療の初期対応に必要な判断能力、思考能力を培う研修プログラムを提供し、より高次の研修への基礎的能力を保証する場として位置づけるべきである。

大学病院を含め、研修教育機関では学生、研修医、指導医が互いに責任の範囲を明確にした上で、自発的に互いに教え学び合ういわゆる「屋根瓦」方式の教育環境が求められる。一方で現状の過剰労働の状況を加味した、教育にあたる人員の確保、評価やインセンティブ等に関する議論はほとんどなされていないという問題が存在する。こうした点を放置したままでは体系的に教育の仕組みを構築したり質を保証することができないだけでなく、長期的に教育の質そのものを改善させ、地域における医療の担う人材を自ら育て、地域住民の健康をそこに暮らす人々と共に守るという医療現場の士気を著しく削ぐことにつながっている。

家庭医・総合医の必要性

プライマリケアの領域は医療提供体制や社会基盤と密接に関連しており、望ましい医療のシステムから構想する必要がある。一方、プライマリケア領域の臨床医の質を保証する仕組みが必要である。そのためには、健診や予防医学の視点を含めた幅広い診療領域にわたる研修プログラムと、質の保証と評価の仕組みとしての専門医制度が求められる

我が国の医療の現状を踏まえた家庭医・総合医の制度設計にあたっては、医療の質とアクセス(量と制度の両面において)、さらに経済性の確保の必要性がある。

制度改革を行う上での考え方として、現実に存在する多様性を許容し、現存のキャリアパスを向上、拡大させるような改革が望ましい。新たなキャリアパスを提示することは可能であるが、現場で専門家が向いている方向に逆行するような施策では実効性がない。現場のトレンドを規制緩和とインセンティブ等により誘導し、国民の現在および将来のニーズに適合するように誘導することを考えるべきである。現状では、病院から診療所へというトレンドは明確に存在している。

我が国において、現時点で家庭医療、総合診療に従事している医師の大多数は、内科、外科を含めて各診療科の診療に専ら従事し、該当する診療領域において(専門医研修を含め)研修教育を受けた病院勤務医師が、第2のキャリアパスとして診療所において開業したものである。

専門医としてのプライマリケア領域を担うべき体系的な研修プログラムの課程を修めた家庭医は現状ではごくわずかしか存在しない。今後も各診療科の専門領域からの総合診療領域への移行は続くと考えられる。

このとき問題となるのは、専門医からの移行による総合診療医ではプライマリケアが担うべき地域医療のニーズに対応できず、そのため地域における偏在の問題を解消できない、へき地医療体制を確保できないということと、その総合診療医としての質の担保ができないということである。

家庭医の専門性の確立

家庭医・総合医の議論の前提

現状の家庭医療・総合診療の提供体制についての認識と課題

仮に家庭医・総合医の専門性の確立がなされ、社会的な認知が広がり養成システムが機能するとしても、その担うべき役割を円滑に果たすためにはそのためのロードマップ(時間軸)が必要である。総合診療医として横断的な領域を、特定の診療領域の専門医として診療をしていた医師が担うことによる総合診療(家庭)医の制度と、家庭医・総合医を専門医として養成する制度が平行して存在することを前提に、それぞれの長所を生かしつつ質と量の議論を行う必要がある。さらに、現場の医療者が専門医としての認証を取得する必要性を認識し、自発的に資格取得を目指すような制度をつくる必要がある。

家庭医・総合医は幅広い疾患の管理だけでなく、生活、家庭環境などの背景を踏まえた上で、予防や健康増進までを含めた医療を展開することから、地域に根ざした医師として、各々の地域の特性に応じた連携や、医療の提供体制の中に位置づける必要がある。

こうした医師を養成する、あるいはこれからの医療提供体制に位置づけるという視点で考えると、その養成プロセスや行う医療の具体像をより明確にすることができる。つまり、疾患の特性や公衆衛生、社会的な背景基盤などの地域性に根ざした医療、つまり「地域が育てる医師」による医療ということになる。

家庭医・総合医の具体像を得ることで、その研修には地域におけるプライマリケアを行う診療所、より高次の専門医療を担う病院での研修、さらには救急や周産期管理、小児、メンタルヘルス領域、在宅医療など、地域住民の健康増進と安心、公衆衛生の向上にとって必要な要素が含まれることになる。逆に言えば、こうした前提を踏まえることなく、各専門診療領域や医療機能毎の横断的なローテーションを足し合わせることによるのでは、家庭医・総合医として必要な資質を得ることができないことを認識する必要がある。

家庭医・総合医の具体像と医療システムにおけるプライマリケアの担うべき役割を明確にした上で制度として位置づける必要がある。つまり家庭医・総合医は専門性を有する医師として、充実した教育体制と厳格な専門医認定制度のもとに認証されるものでなければならない。

家庭医・総合医の認証制度は、地域医療体制や教育指導体制と関連づけられるものである必要がある。具体的には、認証制度を運営するための人員や組織、費用が、地域医療の提供体制や教育研修の実施計画の中に位置づけられ、互いに連携するものでなければならない。

プライマリケアを担う家庭医・総合医への受療について、地域住民の継続的なケアを行うことが可能になるよう、何らかのアクセス制御を行うような連携と各診療領域を担う専門医への誘導の仕組みの整備が必要である。

家庭医・総合医の地域における位置づけ

家庭医・総合医の認証の必要性と制度のあり方

3)教育・研修を認証する独立組織の必要性

職能団体として医師の誇りをかけて互いに学び、社会に対して開かれた組織でなければならない。そのためには自らを律する仕組み、信頼を得るためのわかりやすい専門性の提示に加え、質を保証し社会から信頼を得るための自浄のための仕組みが不可欠である。

医師による独立した自律集団の必要性

明らかに今日の医療システムは抜本的な変革を必要としている。そのために必要な要素は、以下の3点である。

医療制度の変化と質保証

1. 説明責任
2. プロセスの透明化
3. 認証のための質の保証

医療制度の変化として実行プロセスに移行していくにあたっては、目指すべき方向性についての認識を共有した上で、果たすべき使命を実行していくために必要な施策を位置づけ、実現していくことが必要である。

(短期的な実行プロセス)

専門医、家庭医・総合医の位置づけ、医療における役割について、我が国の土壌にあったわかりやすいあり方を示し、その方向性に沿った規制の緩和とインセンティブ等による移行を行う。計画を立案・実施する機関に対して、実行のための十分な権限を付与する。

実行プロセス

(長期的な実行プロセス)

将来的な医療の理想像はその時代のニーズによって変化し、提供体制も医療システムも継続的に再評価、見直しを行う必要がある。そのために必要な基礎的な医療提供体制についての客観的な指標を国、地域が手にした上で、国民、地域住民による議論と医療者との対話が必要である。

特定領域において専門的な技能を発揮するためには、教育や研修に関して一定の基準を満たした上で、認証される必要がある。これには教育研修プログラムや、医療機関、指導にあたる医師など質の保証についての認証も含まれる。

教育研修プログラムの評価に必要な要素

教育研修プログラムについての評価には、修めるべき技術や知識に関するもののほかに、以下の3つの要素が必要である。

- (1) 専門領域の疾患群の設定
- (2) 対象になる患者、住民の数の把握
- (3) 専門技能を発揮することができる医療機関の体制の評価

これらの3つの要素のうちどれ一つが欠けても、専門医としての能力を医療提供体制の中に位置づけることは困難である。

当然これらの要素と医療提供体制の議論は表裏一体のものであり、専門医による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や必要な医療機関の体制に関する議論が可能になる。さらに地域の医療体制に関わる関係者の参画により、専門医は地域の医療資源を有効に活用しつつ、その専門性と優れた能力を住民に対して発揮することができる。

専門医制度の運営を担う実務組織と、制度の評価・認証を行う組織は分離すべきで、評価・認証を行う組織は医療提供体制において重要な役割を担う様々な立場から構成される必要がある。

さらに、所属する組織の利害から独立した位置づけを制度上保証する公的な機関であるという位置づけが求められる。

患者や国民は、自らの疾患の治療や疾病の不安に対して、最適な医療を施す医療者との出会いと、それを保証するシステムを求めている。つまりすべての国民に対して、高齢者であっても、社会的な弱者であっても、継続的な健康の安全網を医療者に対して求めている。

医療の根幹をなすものは医師患者関係であり、患者を中心に据えた診療のあり方である。一人ひとりの患者に対する診療で得る信頼関係をもとに、国民の安心につながる医療提供体制を示し、国民との対話とともに発展させていくのが、私たちの考えるこれからの医療の姿にほかならない。

患者・国民は医療についてさらなる情報と主体的な関与を求めている。医療の実践においては、この点を基本に据えるべきであり、医師の養成や評価では患者を中心に据えた診療が認証における重要な要素となる。つまり医療者に対する教育研修制度にはじまるこれからの医療システムは、国民的議論に基づく改革なくしての改善はありえない。

認証組織の独立の必要性と公的な機関としての位置づけ

国民的議論からはじめる医療の変革

4) 独立機関の具体化に向けて

私たちが提案する独立した機関は、家庭医・総合医、専門医の養成プロセスを評価・認証する組織である。その取り組むべき課題は、医師不足、地域や診療科における偏在、診療形態の偏在、医療の品質保証など、現在抱えている我が国の医療における幅広い困難の多くを含んでいる。その担うべき使命は、医師の自己規律に基づき、医師の養成の仕組みを制御し、運営することである。

我が国における医師の自律に基づく独立した機関は、その運営資金は公的な性格を持つものである必要がある。国や地方の税金や診療報酬などの公的な資金を充てることによって、透明性とプロセスの標準化、説明責任が発生する。さらに国民も責任あるステークホルダーとして経営に参画することによって、開かれた議論を行うことが可能になる。

開かれた組織に対して、医師の養成、研修教育に関わる様々なステークホルダーが参画し検討を行うことによって、各組織の利害得失ではなく、互いの診療領域の特性や、地域医療において担うべき役割と責任を踏まえた上で、より具体的な研修教育プログラムや地域における連携についての議論が可能になることが期待できる。

教育研修プログラムに必要な公的な評価、認証の仕組みを整備することにより、具体的な医療提供体制、担うべき後期臨床研修医教育、そして将来の専門医として家庭医・総合医を含めた各診療領域の責任を担うものとしての位置づけが可能になる。これによって将来の医療を担う医学生、研修医に対してわかりやすいキャリアパスを提示することが可能になる。

開かれた組織づくりと、積極的な情報発信によって地域の住民、患者と家族は、必要な医療資源、連携のあり方を含めた医療体制についてその地域の特性に応じた議論を行うことができる。地域自治体と家庭医・総合医をはじめとする専門医を含めた医療者集団との対話が必要であり、さらには目指すべき方向性を共有し住民(有権者)の意思として共に医療をつくる環境を整えることができる。

家庭医・総合医がプライマリケアを担う専門医としての役割を医療提供体制の中に明確に位置づけられ、継続的な健康管理と一般的な救急時の対応などを担うことによって、患者にとって最適な医療を行うことができるとともに、救急、周産期、小児、精神神経を担う専門医の負担が軽減され、それぞれの専門医はよりその専門性を発揮できるようになる。

さらにグループ診療を含めた地域の医療体制に応じた連携の取り組みが促進されることが期待される。

この提言はこれからの医療の方向性についての私たちの考えを示している。高度医療を提供している専門医、プライマリケアを担う家庭医・総合医、研修教育を担う指導医、研修医、医学生など、業態や診療の内容の種類を問わず、幅広い立場の医療者による開かれた議論と、具体化に向けた専門職の自律に基づくリーダーシップが必要である。

患者・国民の声に応える
医師集団からなる独立機関

様々な立場の医療者の
参画による開かれた組織

機構の実現に向けて

一方で、既に述べたように、私たちはこれからの医療のあり方についての議論を国民とともにやり、国民に対して問いかける努力を怠ってきたことを認めなければならない。

その前提に立ち、安心と希望の医療確保ビジョン(平成 20 年 6 月)、「医療の安心と希望確保ビジョン」具体化に関する検討会中間取りまとめ(平成 20 年 9 月)をさらに目に見える形で提言するための幅広い議論を、これまでの班会議にて行ってきた。私たちは国民とのより深い対話、そして政府のイニシアチブを求めるものである。

5) 卒後医学教育認定機構(仮称)設立の要望

卒後医学教育認定機構(仮称)を独立した機関として設置する。
その使命は卒後医学教育研修の充実による医師の資質の向上にある。
The Japanese Council of Graduate Medical Education (JCGME)

国民的な議論と法的な裏付けをもって(例えば医療法上位置づけられている機関として)設置する。

専門病院(高度医療を提供する病院)、病院、専門学会、大学医学部、診療所の医師に加え、研修医、医学生の参画により構成する。

アドバイザーボードは国内の有識者、医療関連他職種、海外の医学教育専門家などから構成するものとし、機構の運営に必要な助言、提案を行うものとする。

その他参加を考慮すべき立場: 地域住民、保険支払機関、中央社会保険医療協議会、自治体の代表

機構の担う機能としては以下のものとする。

1) 卒後教育評価事業

研修を行う医療機関の体制を含めて、医療機関およびその診療部門の実施する後期研修プログラムに独立した評価認定を行う。教育研修内容の問題点を明らかにし、その結果改善が認められた研修プログラムに認定を行う。

2) 卒後教育改善支援事業

後期研修プログラムの改善支援を、機構内あるいは医療機関において行う。セミナー等を開催し、評価項目体系等の解説を行う。

3) 評価認定者(サーベイヤー)の養成事業

機構の依頼に基づいて後期研修プログラムを実施する医療機関に対する訪問審査、報告書作成業務等を担う人材を養成する。

具体的には応募者の選定、研修会の実施、審査の演習、実地研修と継続研修を行う。

4) 卒後教育評価認定に関する調査・研究開発事業

卒後研修教育の評価手法をよりの確にするための調査・研究・改訂作業を行う。また、卒後教育の方法論と諸課題について国際的な調査研究を行う。

5) 卒後教育プログラムの適正配置、偏在是正事業

卒後教育プログラムの内容に応じた地域、医療機関等における適正な研修医、指導医の算出の枠組みを整備する。また、地域や診療科間の偏在を是正するための提案を行う。

6) 卒後教育研修制度情報収集事業

卒後研修プログラム、専門医継続教育についての実態を継続的に把握する仕組みを構築し、実施する。

7) 卒後教育評価に関する普及・啓発事業

卒後教育プログラムの普及、啓発および卒後教育の認証に資するための情報提供を行う。

8) その他事業を行うに当たって必要なもの

機構の概要

- ・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、運営を支える事務局機能を担うための専任の職員からなる組織が必要である。
- ・各専門領域学会と連携しつつ研修プログラムの策定を行う。プログラムの審査、個々の概要については専門分化している専門家(学会)が中心になるが、評価・認証にあたる当機構とは独立した運営を行うものとする。
- ・機構の創設にあたっては、調査費、事業費による実現に向けた工程表に基づいた予算化が必要である。当初は公的な資金(税金、保険料など)によるものが想定されるが、将来的にはプログラムの認定料、更新料によって安定的に事業が継続できる仕組みが望ましい。
- ・研修医療機関については研修プログラムに対して資金の支払いを行う。各医療機関は、卒後後期研修の充実に必要な用途(例:プログラムの充実のための設備や教材、指導医や研修医の手当の一部、連携のために必要な費用など)に用いることができる。

実現に向けた工程表

X年: 公的資金をもとに**卒後医学教育認定機構(仮称)準備会**設置

- 1年目: 同準備会にて「卒後医学教育研修認定マニュアル」を作成公表
プログラムの認証
プログラム毎の適正数算出の根拠算定基準策定
専門医指導医、指導機関の届出、現況調査
情報開示、データベースの試験運用

- 2年目: 機構準備会が各専門学会とともに「卒後教育認定標準化マニュアル」を発刊公表
プログラム毎の適正数提示
プログラムの部分的試行

- 3～4年目: **卒後医学教育認定機構(仮称)**発足
具体的な評価基準を盛り込んだ報告書を作成公表
認定プログラムを質、種類とも充実させる
構造評価、プロセス評価に加え、アウトカム評価の試行開始
2年間の運用調査開始

- 5年目: 本格運用開始

6) 医療制度との関連づけから

関連する医療制度として、以下の検討も併せて行う必要がある。

1. 卒前研修時、医師免許取得時、初期研修時などの試験制度のあり方
2. 専門医療行為の何らかのインセンティブあるいは制限（診療範囲、実施医療機関、地域など）
3. 医療者間の連携の推進
4. 研修プログラム開始時の選抜、修了時の認証のあり方
5. 研修プログラムへの奨学金制度
6. 診療報酬制度(ドクターフィーとホスピタルフィー、診療形態間の医療者の相互乗り入れ)
7. 情報公開(医師プロファイリング、評価指標の開発、医療計画の策定や見直し)
8. 医療関連職種、医療関連産業との連携
9. 社会保障制度における医療の位置づけ

7) グローバルにみた最近の医師養成の取り組みー海外事例の調査結果からー

私たちは、これまでの研究班における議論を通じて、国民に質の高い医療を提供するために必要な、我が国の現状に則した家庭医・総合医、専門医の後期臨床研修のあり方について提言を行うためには、より広い視野に自らを置いて、海外における各種専門医師の指導・教育研修プログラムについて幅広い検討を行うこととした。

言うまでもなく、各国の医療制度は文化、風土、政治、経済などの社会的背景や歴史の流れを色濃く反映している。私たちに必要な検討とは、それぞれの国の医療者が、どのようなプロセスを経て今日の医療制度をそれぞれの国で運営しているか、という思考過程をたどることで、我が国において医療制度の改革を実行プロセスに移すための示唆を得ることである。

調査・検討においては、マッキンゼー・アンド・カンパニーに委託調査研究を依頼し、北米・欧州を中心とした海外事例の分析研究と、我が国の医療制度への意味合いを抽出した。

「よく生きたい」という願いは国の枠組みをも超えた普遍的な願いである。ある国の制度をそのまま取り入れるのではなく、「病から人を救い、共に寄り添う」という万国共通の願いに対して医療者のプロフェッショナルリズムはどのように具現化されているか。我が国の医師養成研修制度を含めた医療システムはそれに応えているか、検討を重ねた。

(1) 専門医の認定

多くの国が、医師の教育・配置の水準を適正に保つため、複数の制度を組み合わせている。専門医の認定は多くの場合、国レベルの基準に基づく数年間の研修プログラムを修了して初めて、専門医として活動できる。一方、日本では国レベルで統一された専門医認定制度はなく、各専門科学会が研修プログラムの要件などを規定している。

(2) 研修医の配置

研修医は、専門分野別・地域別の将来の医療需要予測に基づいて配置される。多くの国で、需要変化が予想された場合には配分数も変動させており、政府が医師の教育・研修にかかるコストの全額、または一部を負担することで研修医の配分数を規制する権限を確保している。

一方、日本には、研修医の配分数を規定する仕組みはない。また、多くの国・地域では、配置計画が策定された上で、学生は原則として専門分野を自由に希望できるが、各分野での研修・配置ポストの上限が設定されているため、民間企業の就職ポストと同様に、人気のある科や地域は競争も激しく、人員が不足している科・地域にも人材が配置される。

(3) 開業医数

地域によって専門クリニックを含む開業医には過不足が生じないように、国・地方政府が開業数を規制している国が多い。一方、日本には厳しい規制がない。

(4) 専門分野の変更

医師が専門分野を変更するためには、再研修を受ける必要がある。これは病院勤務の専門医が家庭医として開業する場合も同様である。その結果、転科・転職率が低いので、医学教育終了後の医師の供給における変動要素が少なく、より安定した状況下での配置計画を立案できる。

一方、日本では、専門分野の変更、開業医への転職ともに規制がなく、医師の転科・転職が非常に多いため、供給量を予測することが難しい。

(5) 研修や教育の規制

人口あたりの医師数が少ない国ほど、研修や教育のポスト数はより強く規制されることが多い。一方、医療需要に対し医師数が上回っている国では、供給不足の分野に医師を配置しやすいため、規制が少ない。

(6) 独立機関の必要性

大部分の国には、専門医認定基準の認定、医療需要の見極め、資源の分配、研修医・医師の配分のコントロール等を行う国立の機関、あるいは国から正式に権限委譲された独立機関が存在する。これらは専門知識に基づく業務執行が必要なため、医師によって運営されるが、最終的には政府の管轄下に置かれる場合が多い。

今後日本が上記項目を検討するにあたり、独立機関設立の実現に向けた準備が必要であると考え。

各国の医学教育・研修に関する行政・規制の比較

調査対象国の一部

| |  米国 |  カナダ |  オーストラリア |  フランス |  ドイツ |  スウェーデン |  英国 |  日本 |
|------------------|---|---|---|--|---|--|--|--|
| 資格交付団体 | | | | | | | | |
| ・医師免許と医籍登録 | ・国 | ・国 | ・地方 | ・国 | ・地方 | ・国 | ・国 | ・国 |
| ・専門医認定 | ・調査対象国すべてに医療専門家主体の政府委託組織があり、この組織が専門医を認定している ・専門医認定を行う政府委託先組織の活動に関する、規制・監視の程度や対象範囲は、国により異なる | | | | | | | |
| 管理・監督 | | | | | | | | |
| ・研修全般の質の認定 | ・調査対象国すべてに医療専門家主体の政府委託組織があり、この組織が専門医を認定している ・専門医認定を行う政府委託先組織の活動に関する、規制・監視の程度や対象範囲は、国により異なる | | | | | | | |
| ・政府により人数の規制 | | | | | | | | |
| －医学部の学生数 | ・無 | ・有 | ・有 | ・有 | ・無 | ・有 | ・有 | ・有 |
| －専門研修をする医師の数 | ・無 | ・有 | ・有 | ・有 | ・無 | ・有 | ・有 | ・無 |
| －開業医師の数 | ・無 | ・無 | ・無 | ・無 | ・有 | ・無 | ・有 | ・無 |
| 各専門分野の医師数 | | | | | | | | |
| ・各専門科毎の医師数規制の有無 | ・無 | ・有 | ・有 | ・有 | ・個人で開業する場合は有 | ・有 | ・有 | ・無 |
| －規制の設立機関 | ・有 | ・地方政府 | ・中央政府 | ・中央政府 | ・地方医師会 | ・地方医師会 | ・地方規制機関 | } いずれも無 |
| －需要予測の有無 | ・有 | ・有 | ・有 | ・有 | ・有 | ・有 | ・有 | |
| －供給予測の有無 | ・無 | ・有 | ・有 | ・有 | ・有 | ・有 | ・有 | |
| －政府と医療専門家の権限 | ・大 | ・大 | ・大 | ・大 | ・限定的 | ・限定的 | ・大 | |

資料: OECD、マッキンゼーによる分析

8)まとめにかえて 国際比較から得た日本への示唆

1. 多くの国には、国レベルで、専門医の教育・研修・認定に関する標準化された制度が存在する。

多くの国では、専門分野をキャリアの途中で変えることは制度上極めて困難である。

- ・専門分野を教育・研修過程の早期で選定する。
- ・専門医の育成は、公的機関が承認したカリキュラムに基づき、平均5～7年かけて行われる。
- ・専門医は、国家資格である場合も多い。

専門医の配置を決定するタイミングは3つあり、国によって異なる。

- ・大学医学部入学時（医師総数）
- ・専門医としての研修開始時
- ・専門医としての就業時

配置計画の立案・実行機関には、その計画を実行するための十分な権限が付与されている場合が多い。

- ・研修施設に対する資金提供の権限
- ・医学部・医療施設に対する管理監督権等

【国際比較から得た日本への示唆】

- ・医師自身が長期的な時間投資をすることから、専門医としてのキャリアから途中で脱落する割合は少ない。
- ・制度変更の際には、教育・研修課程にいる医師や、既に専門医として活動している医師への影響を洗い出し、移行時のひずみを最小化するように計画を設計する。
- ・専門医の配置の決定タイミングと、政府による資金提供のあり方により、配置計画立案・実行機関が、計画を集権的に管理できる度合いが変わる。
- ・専門医の適正配置案の提出だけでなく、その実行に必要な権限を持つ組織の設計が求められる。
- ・専門医の供給を適正に管理する上で、専門医の定義と人数を管理する仕組み（標準化された専門医認定制度や専門医研修のポスト数等）を明確にすることが必要である。

2. 医師の適正配置のための施策は、国レベルで検討・施行されることが多い。また、計画と実際の配置の差異を解消するために、何らかの規制に基づく施策を実施している。

多くの国では、市場原理に任せず、何らかの形で、医師配置を管理する仕組みを導入している。

- ・市場原理に委ねる方法では、医師の配置は最適化されない。特に、需要に対して医師の絶対数が不足する場合、機能しない。

将来的な医師の需要を完全に予測することは不可能であり、予測数・配置計画・実際の配置の間には常に差異が発生する。

- ・需要は、医療技術の進化等、インパクトの予測が困難な要因によって常に変動する。
- ・完全に計画通りに医師を配置することは困難である。

専門科は最終的に医学生・医師自身が選定するため、医師の確保が困難な科では、魅力度を上げるためにインセンティブ付与等に取り組んでいる場合が多い。

- ・例：英国では、GP不足に対し、給与水準の40%増加や労働時間に対する制限等を行った。

地域別の配置は、地域特有の研修等が強く求められる場合を除き、専門分野の配置と比較して、配置後の変更が柔軟に可能。そのため、インセンティブ等の提供や就業ポストの調整で対応する仕組みが機能しやすい。

【国際比較から得た日本への示唆】

- ・ 医師数不足の中での医師の配置は、需給のバランスをとるために、市場原理と、政府の直接的な関与を合わせた「混合モデル」が求められる。
- ・ 医師配置の計画・実行プランは、市場変化に柔軟に対応できるように設計することが重要。また、計画と実際の差異に対処すべく、短期的な施策の準備も検討が求められる。(例：不足を想定した多めの配置、医療者の業務範囲の修正等)
- ・ 専門医は、育成後の大きな需要変化に対応して配置することが困難なので、医師不足の専門科については、人材が集まらない根本原因を明らかにし、解決の手法を長期的な観点で検討する。
- ・ 都道府県間の医師配置格差については、その解消を誘導する、国レベルの仕組みの導入が必要である。
- ・ 医師の専門分野、および地域選択のための、経済面も含むインセンティブは、実効が上がるように、十分な対価を設定することが重要である。
 - 経済的インセンティブ：医学部の学費減額・免除、医師への報酬水準、診療報酬外の領域での追加収入オプション
 - 非経済的インセンティブ：過剰労働時間の制限、専門科の社会的認知やブランドの向上、権限のある学術センターの設立等

3. 英国では、1990年以降、数回にわたり、大規模な専門医育成、および医師の配置に関する制度の変更を実施した。ここから、施策検討、および移行期における教訓を見いだすことができる。

医師総数を増加させる上で、政府主導による、医学部学生数の管理は有効である。しかし、医学部単位での上限数の設定がない場合、長期的な医師過剰、ひいては医療費の高騰を引き起こすおそれがある。

医師の地域配置格差は、医師総数を増加させ、かつ医師の移動を誘導する十分なインセンティブ設計によって、スムーズに改善された。

急速な専門医育成制度の変更に伴う制度上のひずみや、移行期間中に育成過程の医師に対する対策が十分用意されない場合、制度全体が破綻することもある。

- ・ ポストが十分に用意されていない状態で医学生を増員したことにより、専門科によっては就業できない医師も現れ、社会問題化した。
- ・ 全科のカリキュラム方針を、試行期間なしに一気に変えたため、制度変更における不具合や課題の影響が増大し、修正にも多大なコストが発生した。

【国際比較から得た日本への示唆】

- ・ 専門医育成および医師の配置制度の変更にあたっては、以下の点が重要である。
 - 移行プロセスの設計には、制度変更における不具合や課題を前もって洗い出す上で、医療に携わる主要なステークホルダーである医師の代表者の参画が必要。
 - 既に認定された専門医の新体制下での認定の移行と、現在教育・研修段階にある医学生・研修医の新体制への移行は、分けて検討する必要がある。
 - 関連ステークホルダー（医療施設、保険機構等）との十分なコミュニケーション、意思統一。
 - 移行期における、ひずみ解消のための短期的な打ち手の周到な設計。現行体制を踏まえた現実的なロードマップ作成が必要。
 - 一部地域や専門科等を対象に、制度変更パイロットを実施し、課題の洗い出しを行う。

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の提言



医療における安心・希望をもたらす

専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)の方向性

～卒後医学教育認定機構(仮称)設立の要望～

平成 20 年度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の提言

平成 21 年 3 月 25 日