

「総合医(仮称)に関する検討会」意見集約

社団法人日本専門医制評価・認定機構

「総合医（仮称）に関する検討会」

Ⅰ．はじめに

「専門医の在り方に関する検討会」（厚生労働省医政局）が 2011 年 10 月から開催され、2012 年 8 月には検討会の中間まとめが公表された。その中では、

- 専門医制度の基本骨格としては、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャルティ領域の専門医を取得するという 2 段階制にするとした上で、総合的な診療能力を有する医師（「総合医」或は「総合診療医」）を基本領域の専門医の一つとして加えるべきである。
- 総合的な診療能力を有する医師については、「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉等、健康に関わる幅広い問題について我が国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供出来る医師」と定義され、その名称や育成プログラムについての議論が必要であるとされた。

(社)日本専門医制評価・認定機構理事会では以前より、総合的な診療能力を有する医師を一つの専門医として位置づける事を提唱して来ており、2012 年 5 月の理事会において機構内に「総合医(仮称)に関する検討会」を設置する事を決定し、その専門医の医師像、活動内容、育成の為の研修プログラム、更には適切な名称等について議論を重ねて来た。このほど検討会での 4 回に渉る議論の結果がまとめ、機構理事会においても承認されたことからそれらの意見の集約について報告する。

Ⅱ．名称について

- 総合的な診療能力を有する医師の名称としては「総合診療医」が妥当であるとされ、医療現場や国民に混乱を来さない為に今後「総合医」という呼称は用いない事とする。そしてその専門医は「総合診療専門医」とする。
- 「総合診療専門医」の名称は、既存の大学や大病院での総合診療部門だけが医師の育成、診療の担い手である事を意味するのではなく、地域の小病院や診療所も含めてその育成、診療に取り組まなければならない事を意味するものである。

Ⅲ. 総合診療専門医の位置づけについて

- 総合診療専門医は19番目の基本領域専門医として認定すべきものである。他の基本領域の専門医資格と異なり、他の領域から総合診療専門医への移行や総合診療専門医から他の基本領域専門医への移行、既に基本領域専門医を取得している医師の総合診療専門医取得を可能にするプログラムも別に用意する必要があるので、どのような追加研修を受ける必要があるか等については、今後の制度設計の中で引き続き議論する必要がある。
- 基本領域の専門医資格は原則として1資格とすべきものであるが、総合診療専門医については、2領域の専門医資格を持つ事が許容されるか否かの議論があり、今後の検討課題である。

Ⅳ. 総合診療専門医像とその活動内容

- 総合診療専門医は日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応出来る事に加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応出来る「地域を診る医師」の視点が重要である。
- 年齢、性別を問わず、日常的に遭遇する頻度の高い疾病や傷害に対して、適切に対応し、必要に応じて各科専門医と連携しつつ、包括的・継続医療を全人的に提供出来る。
- 地域のニーズを基盤として、多職種と連携して、包括的且つ多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなど）を柔軟に提供し、地域における予防医療・健康増進活動等を通して地域全体の健康向上に貢献出来る。
- 総合診療専門医が修得すべき臨床能力やより具体的な活動内容については、診療の場、診療対象別に今後関連する多くの学会と検討する。

Ⅴ. 総合診療専門医育成の為に研修プログラム

- 研修プログラムについてはプライマリ・ケア連合学会・内科学会・小児科学会・外科学会・救急医学会・整形外科学会・産科婦人科学会等複数の関連する学会、並びに日本医師会が協力して早急に委員会（ボード）を組織して策定する事が求められる。

- 総合診療専門医の診療能力の中核となるのは内科・小児科であり、内科・小児科領域の指導医から一定の指導が受けられるよう研修プログラム作成に際して特に配慮する必要がある。
- 総合診療専門医の研修については、日本の医療を担って来た地域の実地医家・開業医も指導医として研修に関与してもらう必要があり、日本医師会の協力も必要である。
- 研修プログラムの基本的な枠組みとして以下の考えが示された。
内科・小児科・救急を必須とし、その他領域別研修として外科・整形外科・産婦人科等を研修する。診療所或は在宅診療を実施している小病院、中規模以上の病院の総合診療部門、内科、小児科、救急を組み合わせた研修で日常よく遭遇する症候や疾患(外傷も含む) への対応を中心とした外来診療，救急診療，在宅ケアを含む訪問診療を学ぶ。
- 研修環境が異なっても「地域を診る」という総合診療専門医の専門能力が身につけられるよう研修施設や指導医の認定等をボードにおいて早急に議論する。
- 研修目標については 2009 年に日本医師会が作成した生涯教育カリキュラムを基盤にしてボードで更に協議する必要があるが，専門医資格更新の際も同カリキュラムの活用を考慮する。

前回（第 14 回）までの主なご意見

1. 求められる専門医像について

（1）基本的な考え方

- それぞれの診療領域で標準的な医療が責任を持って担当できる、患者さんにとって安心・安全な医療を提供できる医師を、専門医として育てるということに、コンセンサスが得られることが重要である。
- 新たな専門医の議論においては、若い医師をこれからどのように育てるのかという視点で考えるべきであり、従来の概念で考えるべきではない。

（2）専門医の定義について

- 専門医というのは決して「神の手」を持つ医師やスーパードクターを意味するのではなく、それぞれの診療領域において十分な経験を持ち、安心・安全で標準的な医療を提供できる医師のことを専門医と定義して検討を進めるべき。
- 「安心・安全な医療」というより、「信頼できる医療」が大事ではないか。そもそも医療は様々なレベルのリスクを含むものということを国民にも理解してもらう必要がある。
- 「安心・安全」とは「死なない医療」であるという考え方が、患者と医療者の関係を損なっている面があるのではないか。医療の不確実性について理解を得るための患者・国民側に対する情報発信も必要である。
- ある一定のレベル以上にあることが専門医としての条件だと思うが、専門医の定義をきちんとしておく必要がある。
- 専門医の定義を考える際には、国民が病気になったときに、どういうプロセスでその人が診断されて治療されるか、グランドデザインを大まかに俯瞰するべき。
- 一般の患者側から見る専門医のイメージと、医師が議論している専門医との間にはギャップがあるのではないか。
- 標榜医、認定医、専門医、総合医、総合診療医、かかりつけ医という文言について、定義をした上で議論するべき。

- 例えば、麻酔科標榜医やがん治療認定医など、別の制度に基づくものと専門医との関係は、慎重に検討を続けていく必要があるのではないか。
- 基本領域やサブスペシャリティ領域の医療を担う医師としての専門医と、更に特殊領域の高度な技術・技能等に特化した専門医では「専門医」という言葉の意味が異なるので、「専門医」とはどのような医師なのかを定義して進めることは非常に重要である。
- 専門医は経験を有するのみでなく、適切な臨床訓練を受けていることが非常に重要である。

(3) 各領域の専門医について

- 総合内科専門医の医師像は地域医療・病院におけるプライマリ・ケアにおける指導的内科医であるとともに、総合内科及び内科系サブスペシャリティ領域の教育医であることを到達目標としている。
- 総合内科専門医の受験者数は減少しており、内科系の総合的な医師を養成する場を確保することが課題である。
- 外科専門医は、医の倫理を体得し、医療を適正に実践すべく一定の修練を経て、診断、手術および術前後の管理・処置・ケアなど、一般外科医療に関する標準的な知識と技量を修得した医師と定義している。
- 産婦人科専門医は、婦人科の腫瘍、生殖・内分泌、周産期、女性のヘルスケアの4領域に関して診療を行い、必要に応じて他の専門医への紹介・転送の判断を適切に行い、他科からの相談に的確に応えるために内科、外科、小児科などと連携する能力を有する医師としている。
- 救急科専門医は、内科、外科と同様に全身を診る専門家であって、急性期の疾病から外傷、熱傷、中毒、心肺停止などを対象として、更に救急外来から集中治療部における重症患者までを担当する非常に広い範囲を網羅している医師である。
- 病理専門医は、決して稀ではない一般的な症例について適切な病理診断を行い、臨床医に助言を行う能力に加え、患者やその家族の立場を尊重し、他の医師及び関係者と協調して医療に当たる基本的態度を有する医師である。

2. 医師の質の一層の向上について

(1) 基本的な考え方

- 日本の医療制度が、専門医制度を確立することによってどのように変わっていくかという視点で、患者の目線で専門医制度を作っていくことが重要。

- 専門医の問題は、医師のチームをどのように組むのか、それを実現するために病院の在り方を含めた医療制度の在り方をどう考えていくのか、という大きな問題を背景に含んでいる。
- 専門医制度を持つ学会が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念を生じるようになった結果、現行の専門医制度は患者の受診行動に必ずしも有用な制度になっていないのではないか。
- 各学会の専門医制度においては、専門医の育成のためのカリキュラムはあるがトレーニングのプログラムが必ずしも確立しておらず、臨床能力本位の認定制度になっていないのではないか。
- 専門医の中身と医師の偏在を一緒に議論するのはどうか。

(2) 専門医の位置づけについて

- あるべき医療提供体制の中で、専門医がどうあるべきか考えるべきではないか。
- 医療安全の観点でも質の確保という点では専門医制度はとても重要な意味を持っていると思う。
- 新たな専門医制度を確立することにより、研修プログラムを充実させることによって医師の診療レベルが高まること、医師が自ら習得した知識・技術・態度について一定の認定を受けて開示できること、患者が医療を受けるに当たって医師の専門性が判断できるといった意義がある。
- 行政に対して優れた医師の情報を正確に知りたいという相談は多く、専門医制度を組み立てる中で、経験年数や症例数、治療成績等も含めてインセンティブとリンクさせた形で情報開示することが必要ではないか。
- 専門医は単なる個人の能力認定という面だけでなく、その領域の診療を担う社会的責任という面もあるため、患者や他医師に対して所属などを含めた情報を開示することが求められるのではないか。
- 専門医の情報を開示することは大切な視点であるが、開示を必須とすることについては慎重な議論が必要ではないか。
- 患者が専門医にアクセスしやすい仕組みが必要である一方、開示によって重複受診を助長する可能性もあり、十分な議論が必要ではないか。
- 専門医に関する情報は、国民に対して示すとともに、医師が他の領域の専門医の情報に基づいて円滑に患者を紹介できるシステムにしていくことが必要ではないか。
- サブスペシャリティ領域については、どういう領域を認め、どこまで情報を開示する

かということについての慎重な議論が必要ではないか。

- 情報の開示については、例えば、都道府県ではホームページで行っている医療情報提供制度も参考となるのではないか。
- 医療現場で働く人達のモチベーションが上がるような制度設計であるべき。
- 国がコントロールしている医師の資格制度とプロフェッションの自律性とをどう調整し、調和を図っていくのか、プロフェッションの自律性を尊重しながら国がそこにどう関わりを持つのかという視点も踏まえて議論すべき。
- 国が専門医制度をバックアップし、医師のキャリアを国民にわかるような公示制度にすることが専門医制度のインセンティブになるので、専門医制度を法制化するべき。
- 医療制度の中で、法制度の中にどう落とし込んでいくかについても、最終的には議論する必要ではないか。
- 専門医制度の設計に当たっては、プロフェッショナルオートノミーを重視すること、現行の医療制度の中で整合性のとれた専門医制度とすること、専門医の認定・更新に当たっては日医生涯教育制度をそのベースの要件とすることについて議論すること、専門医のインセンティブについては慎重に議論することを原則とするべき。
- この制度設計には、育成される側の視点が欠けているため、若い医師を育成するキャリア形成支援の視点を盛り込むべき。
- 専門医の広告に関しては、第三者機関が認定する専門医について広告できるとすることを基本としてはどうか。ただ、どこまでを第三者機関が認定するかについては、医療界全体での議論が必要ではないか。
- 専門医を取得する、質を維持し続けるインセンティブが何かしら必要ではないか。
- 基本領域は、「標準的な医療を提供できる医師」であるのだから、特別なインセンティブが必要だとは思えない。ただ、標榜科については検討が必要ではないか。
- 広告や標榜科を検討していく必要ではないか。将来的にはこれがないと国民の信頼を得られないのではないか。また、これがインセンティブになるのではないか。
- 標榜科を検討していく際には、総合診療科という新しい概念についても検討するべきではないか。

(3) 専門医の認定機関について

- 国際比較などに十分耐え得るような育成のシステム構築のために、必要ならば第三者機関の設立なども検討すべきではないか。

- 第三者的な機構で国民の視点も入れて質を認定するような機構が必要ではないか。
- 第三者機関には国民のニーズに対応するための接点が必要であり、医療提供体制や専門医の在り方の検討に受療者が参画する仕組みとするべき。
- 専門医制度を日本に根付かせる方向で第三者機関を構築していくことが、結果として医師の偏在の是正にも医療の質の向上にもつながるのではないか。
- 専門医の認定は学会から独立した中立的な第三者機関が学会の意見を十分に聞いて密接な連携をとって行うべきである。第三者機関は専門医の認定と養成プログラム又は研修施設の評価・認定の二本柱を重要な機能として担うべき。
- 専門医認定の基準、養成カリキュラムの作成も第三者機関で行うことを明確にする必要がある。
- 各学会の協力を得て、専門医機構の下できちんとした体制で進めるべき。
- 認定機構の構成メンバーの中に医療を受ける側の代表が入っていくことにより、機構が国民の目から見て分かりやすくなり、かつその透明性を担保できるのではないか。
- 第三者機関における専門医の認定や基準の作成等については専門家が行い、第三者機関の運営全体をチェックする際には国民の代表も参画するべきである。
- 第三者機関は医師不足や地域偏在・診療科偏在の是正、医療の品質保証を目的として運用し、医師の自己規律に基づき医師養成の仕組みをコントロールすることを使命とするべき。
- 透明性とプロセスの標準化、説明責任を果たすために、第三者機関の運営資金は公的な性格を持つ必要があるのではないか。
- 第三者機関は、学会から独立するとともに全医療界が総合して取り組み、更に医療を受ける側の視点も重視するものとし、速やかにその設立を進めるべきである。
- 第三者機関が、プロフェッショナルオートノミーを基盤として運営していくなれば、その運営資金は医療者が負担するのが原則であり、専門医制度が地域医療に与える影響や評価に関する研究的な面では、国からの財政支援も考えられるのではないか。
- 公的資金については、第三者機関よりも、プログラム作成あるいはプログラムを実行する施設への支援が適当ではないか。
- 第三者機関の運営については、地域にも医師が来て、その医師もきちんと専門医が取得できるようなプログラムが作成されることが必要ではないか。医療の質を高めるうえでは教育資源の集約化なども必要だと思うが、地域医療が先細ることのないような制度設計が大切ではないか。

- 第三者機関は、公的な性格も強いものになると思われ、専門医の現状把握をするという仕事は、その公的な性格から、公的資金が投入されても問題ないのではないかと。
- 偏在是正の手段とする視点は避けるべきだが、新しい仕組みがスタートし、その結果として医療提供体制がどう変化していくかという分析・評価は国の責務であり、そのための全国調査等に対する財政支援は有り得るのではないかと。
- 第三者機関は、シンクタンクの機能をもって提言できるような役割も担うべきではないかと。
- 「第三者性」については、専門医の認定などはプロフェッショナルオートノミーを基盤とすることは問題ないと思うが、最終的によりよい医療を提供するためには、国は何かの責任を果たさなければならないのではないかと。

(4) 専門医の領域について

- 学会が細分化した専門医のうち、どこまでが医療の基盤として求められるのかを決めて、総合医を含め、どういう形で医療提供をしていくのかという制度設計を考えるべき。
- 専門医制度は 18 診療領域を基本領域として、基本領域の専門医をまず取得して、その上にサブスペシャリティの専門医を取るような二段階制にするべき。
- 日本の場合は、診療科に合わせて基本領域が設定されているので、新たに専門医になる医師は基本領域のいずれかの専門医を取得し、標榜科とリンクするような分かりやすい仕組みにできれば良いと思う。
- 専門医の認定は個別学会が認定する仕組みではなくて、診療領域単位の専門医制度にするべき。
- 専門医の領域を一度設定すると縦割りになりやすいので、自分の専門ではない領域の患者が来た時に、他の領域の専門医と患者を中心に意見交換ができるようなシステムを考える必要があるのではないかと。
- 患者から見てわかりやすい専門医とすることも重要であり、専門医の種類をどこまで増やすか、どこまでを専門医とすれば良いのかについては、患者がどのあたりまで医師の専門性を理解できるかということも踏まえて考える必要がある。
- サブスペシャリティについては、各基本領域の上に乗る分野をどのように考えるか、基本領域との関係を非常に重視して制度設計をする必要がある。

(5) 専門医の養成・認定・更新について

- 専門医の養成プログラムを作成するにあたっては、指導医として必要な資質や専門医

ごとの必要症例数といった視点の検討も必要である。

- 各領域の専門医にもある程度総合的な診療能力が必要であり、総合医と総合力のある専門医の育成バランスを取って養成することが重要であり、そのためには地域医療のネットワークにおける取組や日本医師会の生涯教育制度が重要である。
- 領域別専門医に求められる幅の広さとは、臨床研修制度の理念にある「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力」を維持できれば良いレベルではないか。
- 基本領域の専門医が医の倫理や医療安全、社会保障制度などについても常に最新の知識を持ち、全人的な診療ができるようなシステムを考えるべきである。
- 米国では専門医の養成プログラムの中に基礎研究を行う期間を設けていることもあり、専門医の養成プログラムのバリエーションを考えていくことによって研究志向の医師を育てることもあり得るのではないか。
- 専門医の養成には、短期間でも臨床研究について勉強する期間があるとよい。医療の質を高めるためには、将来的には、全ての臨床医の持っているデータを臨床研究や観察研究に使えるよう、その重要性、プリンシプルを学ぶ機会を与えるべき。
- 研究志向の医師養成等のバリエーションについては、例えば、ある領域で3年間のコースが必要だとすれば、プラス1，2年間研究等に従事するようなコースなど、特色あるプログラムがあってもいいのではないか。
- 研究志向については、「臨床研究」と「基礎研究」とで異なる。専門医の養成プログラムに必要なのは、「臨床研究」に関する基本的な統計学や方法論に関するものであり、「基礎研究」の方は養成プログラムからは外れるのではないか。
- 専門医研修中に基礎研究をやるならば、研修の「中断」と見なせばよいのではないか。そのような多様な道を排除するものではない旨明記しておけばよいのではないか。
- 「研究志向の医師」については、専門医に必要なのは、研究家というより、科学的なマインドを持った医師ということではないか。
- 専門医養成のプログラムにおいては、専門性に関することだけでなく、総合的な診療に関する内容も1，2割程度入れるべき。
- 専門医の資格の更新制度は非常に重要で、現行の学会認定の専門医制度においても、手術の経験や症例数、eラーニング等の学習など、その医師がどのようなことを行ったかを精査して更新する仕組みに変わりつつある。
- 患者の視点に立った場合、専門医認定後も生涯かけて標準的な医療を提供するためには、専門医資格の更新についても考えていくことが重要ではないか。

- 外科専門医の更新については、外科専門医と呼称する限りは手術を行っているべきであるとの考えの下に、5年間で100例以上の手術に従事していることを要件にしている。
- 医療を取り巻く環境が年々進歩しているので、専門医を取得するときより更新時の方が、ハードルが高くなるように設計するべきではないか。
- 米国では、更新時の要件に患者へのアンケートが含まれており、日本でも、更新時には、診療実績で何人診たかというだけでなく、どのように患者に対処したかという患者側からの視点での評価も必要ではないか。
- 1人の医師が複数の基本領域の専門医を取得することは、更新時を考えると現実的には難しいと考えるが、取ってはいけないということにはならないのではないか。
- 基本領域の専門医については、原則としてダブルボードは取れない内容の質を維持すべきではないか。
- 例えば、救急と外科系との関係、外科系とリハビリの関係などは、ダブルボードというより、サブスペシャリティ領域をどう設定していくかの問題ではないか。
- 専門医の養成期間については、早い段階で決めておかないと、内容の設計が難しいのではないか。
- 専門医の養成期間については、各領域の様々な実情に応じてフレキシブルに考えていけばいいのではないか。
- 専門医の養成は、期間よりも内容が重要であり、大学院への進学や女性の出産・育児等を勘案すれば、例えば5年間の標準のプログラムであっても、診療実績など研修内容を決めた上で、最大7、8年の間に行うものであると考えるべきではないか。
- 新たな専門医は、個人の能力だけを認定するということではなく、社会的責任もあるということを強調すべき。更新時も単に能力を維持していたというだけでなく、診療実績など社会的責任を果たしているということを条件にすべき。
- 領域別専門医に「基本診療能力」を維持させるという主旨は、「関連する他領域の基本診療能力」ということではないか。例示した方がよい。
- 専門医に必要とされるのは、自分の専門領域を中心として、それに関連する領域を含めて、全体的に診療できることが「基本診療能力」とであると捉えると分かりやすいのではないか。
- 例えば、日本医師会生涯教育制度のカリキュラムについては、更新時に、全医師が知っていなければいけない内容は全医師共通で導入する、特定の専門領域で総合的に知っていなければならない内容はその領域と関連領域で導入する、専門に特化した内容はその領域で導入するという方向になるのではないか。

- 当面は現在の制度で認定された専門医が医療の大部分を担うので、現在の学会認定専門医の取扱いが重要な検討課題である。
- 現在の学会認定専門医を創設した当時は、一定の経験のある医師を全て認定したが、新たな専門医の仕組みにおいては、ハードルが高くなるので、学会認定専門医を全てそのまま移行させるわけにはいかないのではないか。
- 現在の学会認定専門医からの移行については、5年毎の更新の際に新しい仕組みに移行する方法、現在の制度が新しい仕組みと変わらないのであればそのまま移行する方法などが考えられるのではないか。
- 新制度への移行については、様々な議論があるが、具体的なやり方は、第三者機関において、各専門領域の状況も踏まえながら議論すればよいのではないか。
- 新しい専門医制度においては、必ずしも現在の専門医の在り方を全部保証するものではなく、移行を経てより良い制度を作る必要がある。
- 新しい専門医の養成プログラムがスタートする予定の2017年（平成29年）から、新しい専門医が生まれる2020年（平成32年）までの間にも現在の学会認定専門医が生まれることになるが、第三者機関が設立された段階で、学会の専門医部門が第三者機関に属する形を取り、現在研修中の人達には、第三者機関から旧来の学会の専門医を認定することとしてはどうか。
- 既に専門医を取得している人は、更新時に、ハードルを厳しく設定したうえで、新制度に移行していくこととしてはどうか。

3. 総合的な診療能力を有する医師について

(1) 総合的な診療能力を有する医師の在り方について

- 本来、患者の視点からは、全体を診てくれて、人格的にも信頼できる総合医に健康管理まで全部含めて任せて、その総合医から専門医を紹介されるのが理想だが、まだ日本ではそこまで到っていない。
- 総合医（かかりつけ医）は必ずしも広い領域の診療技術を要求されているのではなく、患者さんの色々な訴えに対して全人的な最良の医療を提供できる機能が求められているのではないか。
- 「総合」という言葉と「専門」という言葉は少し違うので、「総合専門医」というのは言葉の上では矛盾しているのではないか。
- 病院の中で総合的又は学際的な疾患を診る医師については「総合医」という言葉が使

われることが多く、診療所で活躍する医師については「家庭医」という言葉が使われることが多いのではないかな。

- 総合医の定義については、「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できる医師」としてはどうか。
- 総合医について、国民にわかりやすく説明するプロセスが重要である。キーワードとしては、地域を診る視点、各科・各領域の専門医との密接な連携、医師以外の職種との連携、また、在宅、緩和ケア、高齢者ケア、などがあげられる。
- 総合医の必要性については、①患者の訴える症状が必ずしもその疾患に典型的なものではないこともあり、幅広い視点で診る医師が必要であること、②複数の問題を抱える患者に対して効率的で質の高い医療を提供する必要があること、③地域の患者の多くが開業医から受診しており、この部分の対応が重要であること、④人口当たりのプライマリ・ケア医が増加すると死亡率が低下するといったエビデンスが示されていること、の4つの視点があげられる。
- 総合医は同じ患者を継続して診ながら様々な病気に対応する役割を担い、従来の臓器別・疾患別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、総合医は「扱う問題の広さと多様さ」が特徴である。
- 高齢者を総合的に診療することや、地域の中核的な病院の医師不足に対応すること、二次医療圏において政策的な医療を展開すること等の役割を総合医群（家庭医療科、総合診療科、総合内科、内科、小児科、老年科、在宅医療科）が果たしていくことが必要ではないか。
- 総合医という大きな枠組みの中で、病院を中心に活動する「病院総合医」と地域の診療所を中心に活動する「地域総合医」を分け、地域総合医を「家庭医」と定義してはどうか。
- 家庭医は、いつでも気軽に何でも相談できる近接性、全年齢層の心身の健康問題全般に対応する包括性、専門医との連携を含めた多職種協働で行う協調性、健康な時から看取りまで含めた継続性、個人・家族・地域の考え方や文化に寄り添う文脈性の5つの特徴を持っている。
- あまり縦割りの専門医の中に総合医を押し込むのではなく、総合医群と臓器・系統別の専門医群を大きく分ける中で議論をしていくべきではないか。
- 臓器に偏らず、幅広い領域を診療するのは「総合医」ではなく「総合診療医」であり、「総合診療医」は一般内科を中核として、精神科、皮膚科、小外科、眼科、耳鼻科、整形外科など周辺領域について、広い範囲にわたって基本的レベルの診療を行う医師を指すのではないかな。

- 今まで「かかりつけ医」として活動してきた医師は「総合医」とし、これから教育を受けて総合的な診療能力を有する専門医となる若い医師は「総合診療医」とするべきではないか。
- 「かかりつけ医」や「総合医」により、これまで日本の医療が非常に効率よく、かつ安価に提供されていることを踏まえて検討を進めるべき。
- わが国の開業医の多くは、各領域の専門性を有した上で開業するが、地域の医療や介護等に関わりながら生涯教育により成長し、全人的に総合的な診療をワンストップサービスとして提供することで、安価で高質な医療を支えている。
- プライマリ・ケア連合学会等の学会において、「総合診療医」という広い範囲で診療能力、治療技術も含めた診療能力を持つ医師が育成され、認定される仕組みができることについて、日本医師会も異論はない。
- 「総合医」の機能については、日本医師会の「かかりつけ医」の定義である「何でも相談できる上に、最新の医療情報を熟知して、必要な時に専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」と同様ではないか。
- 「かかりつけ医」については、広く浅く診られる、相談できるという基本的な機能を社会的にきちんと保証することを目的としており、専門医制度の中に入れる必要はないのではないか。
- 「総合医」を専門医として位置づけることと、いわゆる総合的な診療能力を全ての医師が持つこととは、少し意味合いが違っているのではないか。
- 患者にとっては、医療機能に関する情報を十分に得ることが難しいので、例えば日本医師会の生涯教育等を受けていることが患者にも見えるようにして欲しい。
- 一般医、プライマリ・ケア医、家庭医、総合診療医といった名称を、全て「総合医」という言葉に統一し、「かかりつけ医」は患者の立場から見たカテゴリーの異なる言葉と整理すべき。
- 総合的な診療を行う医師には、医療機関における診療だけではなくもっと幅広く診てもらう必要があることから、「総合診療医」より「総合医」という言葉の方が良いと思う。
- 総合的な診療を行う医師の名称は、国民にとってわかりやすい例えば「総合医」などに統一すべき。
- 名称は、「総合診療専門医」が妥当ではないか。その場合、「総合医」という言葉を別に使うことは避けるべきではないか。

- 日本における総合医は、地域の医療、介護、保健の様々なリソースも含めて包括ケアのリーダーシップを取るような役割も期待されており、地域を診る医師といったコンセプトも重要ではないか。
- 専門医の位置づけについては、韓国やフランスが国の認定・法定、アメリカやイギリスは民間の第三者組織による認定となっている。

(2) 総合的な診療能力を有する医師の養成について

- 「総合診療医」、あるいは「かかりつけ医」的な医師の育成は喫緊の課題であり、関係する学会や日本医師会等により、日本の診療体制の中で総合的に診られる医師をどのようなプログラムで育成していくかを早急に議論する必要がある。
- 総合的、全体を診ることができるということは、一つの重要な専門性だと考えられるので、そのような医師はどのような過程を経て育成されるべきなのか議論すべき。
- 専門医としての「総合医」も現在 18 ある基本領域に加えるべきで、「総合医」と「総合内科専門医」との関係について関連学会で検討して「総合医」に一本化し、その上にサブスペシャリティの専門性を設けることが望ましい。
- 専門医研修を受ける立場の医師にとっては、総合医であっても軸足となるような得意分野を持つ方が教育を受けやすく、なおかつ若い医師のインセンティブも醸成しやすいのではないか。
- 総合医のサブスペシャリティとしては、臓器別の専門を追究するだけではなく、医学教育や医療面接、疫学的な視点など、今までの臓器別の視点とは違う専門性を持っても良いのではないか。
- 総合的な診療能力を有する医師については、基本領域部分を「総合医」とし、働く場所によって専門性を特化させたサブスペシャリティ領域の専門性を「病院総合医」と「家庭医」としてはどうか。
- わが国では現在、診療所で家庭医的に機能している医師が約 10 万人いると考えられ、また、欧米では医学部卒業生の 4 割から 5 割程度が家庭医養成コースでトレーニングを受けて家庭医として活躍していること等から、将来的には 3 割から 5 割程度の卒業生が家庭医・総合医の養成コースに進むのではないか。
- 2025 年には年間 160～170 万人が亡くなると予測されていることを踏まえると、それまでに総合医群の医師を 10 万人に増やすべき。
- イギリスの例を参考に、人口 2,000 人に 1 人の総合医を作るとすると、医師全体の約 20%に当たる 6 万人の総合医が必要ではないか。

- 卒後早期から選択できる家庭医・総合医の研修プログラムが整備されることにより、家庭医・総合医のコースに進む医師のモチベーションが高まり、志望者が増加するのではないか。
- 総合医を目指す若い医師を増やすために、総合医が制度として非常に重要な役割を果たすという医療行政的なバックアップも考える必要がある。
- 総合医を目指す若い医師にとって、将来この領域の認定でやっていけると思えるような、ステータスのある総合医としての専門性が認定される制度があれば良いと思う。
- 若い医師の多くは専門医志向を持っている中で、「全体を学ぶ」ことの重要性をどのように伝えて総合医の養成を進めるか考える必要がある。
- 総合診療という専門医ができて自動的に人が集まる訳ではないので、一つの診療領域としての総合診療について、学生時代からプレゼンテーションしていく必要があるのではないか。
- 総合医というのは、他の領域と同等か、より厳しいトレーニングを受けた医師であるという認識で1つの領域を作るべきで、総合医より専門医が上であるというような認識は間違っていると思う。
- 総合医を、他の基本領域の専門医と横並びで位置づけることは画期的であり、是非そのように、総合医の位置づけを高くして制度を作るべき。
- フランスでは GP (General practitioner) の考え方は以前からあり、GP は「何でも屋さん」のような位置づけで、国家試験合格後すぐに GP となっていたが、現在は最低3年間の研修を行って認定する仕組みとなっている。
- 家庭医・総合医の研修については、初期臨床研修から一貫して実施した方が全体的な整合性がとれるのではないか。
- 家庭医・総合医を養成するためには、実際に研修を行って活躍するのは診療所であるが、研修全体のコントロールは幅広い分野の研修環境が整っている大学病院や総合病院が行うべき。
- 総合医の教育は、それぞれの専門領域をローテイトするだけでなく、開業医にもかなり協力してもらうことによって可能なのではないか。
- 総合的な医療を行っていく医師やそれを希望する医師を指導する責任という点で、日本医師会としても、十分協力していきたい。
- 地域の基幹病院における指導医については、専門医であっても総合的な診療ができるような体制にするべき。
- 総合的な診療能力を有する専門医を育成するためには、指導医クラスになっても専門

領域の診療と総合的な診療を並行して行えるように、診療現場を変えていく必要がある。

- 各科の専門科を回るだけでは決して総合診療医は育たないため、卒前教育においても、総合内科的な教育の時間を増やすべきではないか。
- 大学教育において臨床教育が重視され、総合医の知識を学んでいるので、初期臨床研修とその後の研修を充実させることにより総合医の養成は可能ではないか。
- 地域医療は専門医だけでは成り立たないので、まずはプライマリ・ケアに対応できるような医師を育てて認定医とし、その上に専門医を作れば良いのではないか。
- 本来、医師は総合医の上に立ってあるべきだが、そのレベルは色々ある。初期臨床研修は2年間でプライマリ・ケアの能力を身につけることを目的としているが、2年間は足りない。
- 総合医には、地域において幅広い活動が求められ、ある程度の経験も必要であるため、総合医を養成するためには初期臨床研修に加えて一定の研修期間は必要である。
- 最初から地域総合医と病院総合医に分けるのではなく、総合医というコアの部分抽出してそれをどのようにトレーニングするのか議論すべき。
- へき地で需要の高い総合内科の医師の質を保つためには、総合内科の学会で質を保証するようなシステムや、臓器別の内科から総合内科に転科する医師に対する何らかの方策が必要ではないか。
- 現在の医療を国民が利用しやすいように改善するために、若い世代の医師を訓練して質の高い家庭医を育成するとともに、現在総合医的な役割を果たしている医師のレベルアップを図って国民が信頼して最初に受診できるような形にするべき。
- 総合医については、初期臨床研修修了直後に進むコースに加えて、途中で臓器別専門医から総合医に移行するための研修プログラムと認定試験によるルートを作る必要がある。
- 総合医を目指して研修を行っている医師の中には、他の臓器別専門医を取得しているなどキャリアが複雑な医師も多いため、システムとして他の臓器別専門医を取得した後でも総合医になるためのプログラムが必要だと思う。
- 総合診療専門医のプログラムについては、この検討会ではプログラムを作成するプロセスを議論し、そのプロセスに従い第三者機関で関係学会や日本医師会等と連携して作成していく形がいいのではないか。また、臨床研修修了後原則3年間の研修期間とすることが適当ではないか。
- プライマリ・ケアを担う医師のニーズは大きいですが、質的量的な確保は不十分であり、フリーアクセスの利点を損なわないような工夫や若年医師を引き付ける魅力的な研修

体制の確保、既に地域医療に貢献している医師からの育成、といった観点が必要ではないか。

- 日本の医療提供体制においてフリーアクセスは重要であり、専門医制度においてイギリスのようなゲートキーパーを位置づけることは適当ではない。

4. 地域医療の安定的確保について

(1) 専門医の養成数について

- 専門医制度の議論においては、質の向上だけでなく、量のコントロールをどうしていくのか、ということも重要な問題だと思う。
- 診療科の偏在については、現在のように医師の希望だけに依存するのではなく、何らかの緩やかな制限を伴ったシステムによって、必要な数の専門医を確保せざるを得ない状況にきているのではないか。
- 専門医制度の設計においては、安心・安全・効率の良い医療の確立を大前提として、制度全体を俯瞰した枠組みの構築、地域・診療科における医師偏在の是正、専門医制度とインセンティブの付与も考慮して制度設計をするべき。
- 専門医について、何らかの形で、例えば診療科や地域ごとの適正数を制度的に誘導することを検討する必要があるのではないか。
- 地方の患者数に応じて大まかな専門医の数が決まってゆく。
- 専門医の養成数の決め方については、各研修施設が何人の医師を教育できるのかという観点で考えることになるが、それによって決まる専門医数が国全体でどうかというのはまた違う視点で考えなければいけないので、両面から検討するべき。
- 基本的な目的は、医療の質の向上だが、その論理的帰結として、量の制御が入ってくるとはやむを得ないのではないか。個人の自由を尊重するアメリカでも専門医の量の制御は強行っている。
- 医師数の実態は、勤務時間数など勤務形態に応じた実働を踏まえて把握すべき。
- 地域枠の学生に対して、臨床研修終了後の一定期間総合内科や救急科において研修することを義務づけるような方法を推進すれば、修練のために地方に残る医師が増えるのではないか。
- 専門医の研修施設の認定においては、医師が多くいる施設が認定されることが想定されるので、研修プログラムを認定する際には、例えばへき地や医師不足地域などにおい

ても研修を行うようなプログラムを作成して偏在是正を行ってはどうか。

- 専門医の在り方の議論においては、急性期の病院や医育機関、学会等の医師供給側の立場だけの自律性を強調するのではなく、現実の地域と住民に役立つことを優先して診療科偏在や地域偏在にも責任を持って議論を行うべき。
- 地域医療の問題には様々な要素があるので、専門医制度によってどこまで解決できるのか、それ以外のものでどのように解決していくのかを整理して議論することが必要ではないか。
- 専門医制度だけで地域偏在・診療科偏在が是正されるわけではなく、日本医師会が提唱する卒後臨床研修機構の設立など臨床研修制度や専門医制度をトータルで見直していく必要がある。
- 専門医の配置については、国がすべて統括をしているイギリス以外では、アメリカ、フランス、ドイツ、韓国などそれぞれ工夫はしているが、現実には、うまくいかないというのが現状のようだ。
- 専門医制度は何よりも医療の質の向上を目的とすべきであり、医師偏在の是正を目的とすることは避けるべきではないか。
- 専門医制度は、医師、専門医の質の向上を目的とするが、その結果として、少なくとも、更に偏在させるようなことにならないようにしなければならない。
- 専門医の偏在是正に対して国の資金援助が必要ではないか。
- 国の関与としては、偏在是正というよりも、研修病院や指導医に対する支援を行ってもらいたい。
- プロフェッショナルオートノミーというのは、専門家がその領域を全般にわたり責任を負うという面もあるため、検討会として、偏在に全く関心がないというのは本来あり得ないのではないか。
- 地方の専門医の確保はプロフェッショナルオートノミーのみでは不可能であり、ある程度公的な介入が必要ではないか。
- 医師偏在は全国的に大きな問題であり、あらゆる医療制度の議論はこのことを視野に入れて議論されるべきではないか。
- 医師偏在については様々な意見が出ており、どのような意見があったかという経緯は残すべきではないか。
- それぞれの領域の専門医数をどうするか、少なくとも総数は示すことができるのではないか。

- 養成数の問題は、専門医を育成するどのようなプログラムを作るかにかかっている。国がこの領域は何人、この地域には何人というような強制的な仕組みをつくることには反対。
- 偏在是正のツールとすることは避けるべきだが、プログラムや研修施設を決めていくことは、そのことが自動的に医師の分布に大きな影響を与えるというのは動かしがたい事実なので、そのことを認識しながら議論する必要がある。
- 現在、診療科のバランスがくずれているため、まず、診療科ごとの全体数を考え、誘導していけば、地方の医師不足も少しずつ解消するのではないか。

(2) 医療提供体制における専門医

- 医療提供体制全体の中で、医師の専門性の分布や地域分布についてグランドデザインを作ることが重要。
- 時間外救急について、総合診療科の位置づけも含めて誰がどのように対応するかを考えるべき。
- 総合医を組み込んだ医療提供体制が効率的であり、しかも地域住民のヘルスアウトカム（健康指標）の改善につながるという研究論文がいくつも出てきている。
- 家庭医・総合医がプライマリ・ケアを担う専門医として医療提供体制の下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ができるとともに、専門医の負担が軽減されてそれぞれの専門性が発揮できるのではないか。
- 総合医という方がいて、そしてなおかつその地域のドクターの専門性というものをしっかり把握して、きちんと紹介するシステムが必要ではないか。
- 国民のニーズは、専門特化した医師ではなく総合的に診てもらえる医師がどこにいるのかを明らかにし、領域別専門医とネットワークを構築して必要な医療を提供することではないか。
- 地域医療を維持している中小規模病院の機能不全を救うためには、臓器別専門医と協働して働く総合的な診療能力を持った医師群が必要であり、専門医制度においてこれらの医師群の在るべき姿を価値ある専門医として定義して、認定する仕組みができれば非常に有意義である。
- 専門研修を受けてすぐに家庭医療の道に進む医師がいても良いと思うが、病院を支える若手医師も必要であるため、できれば10年から20年は病院で働いてから家庭医に進むような道を歩んで欲しい。

- 特に地域医療に関するような分野においては、専門医制度の研修プログラムなどの中に地域医療支援の考え方が少しでもあれば良いのではないかと。
- 専門医の養成において、「地域医療の実践」も必修項目に入れて地域の基幹病院で研修することにより、総合的な診療能力が身につくとともに、地域医療の確保にもつながる。
- 専門医の養成プログラムにおいては、大学病院や中核病院が医師会等とコンソーシアムを形成して教育並びに地域医療の実践を行うことになる。
- 新たな専門医制度においては、適正配置とリンクしてインセンティブを付与するなど、地域偏在是正の具体的な仕組みを盛り込むべきではないかと。
- 医師の活躍の場は、心臓血管外科のように専門性の非常に高い領域、総合内科や一般外科のように内科・外科でもある程度幅広く専門性を持っているような領域、そして家庭医・総合医が活躍する領域など、様々であり、社会のニーズに合わせたトレーニングシステムを考えていく必要があるのではないかと。
- 専門医制度の確立により、地域医療が改善するような設計も必要であり、そのためには養成プログラムを地域にどのように配置するかを議論することが重要である。
- 専門医の養成レベルを一定以上にすると症例の集まる病院に医師が集まるのではないかと不安がある。
- 一定の専門医の研修病院は、地域的に分散させるような配慮が制度設計上必要ではないかと。
- 質が担保されることが前提だが、複数の施設で群となってプログラムを運営する、また、都道府県と学会と第三者機関が連携して、都道府県単位でそういうプログラムを作成することなどがあってもいいのではないかと。
- 都道府県ごとに、地域住民、大学、医師会、研修病院等の関係者からなる機構をつくり、そこでプログラム作成を行ってもいいのではないかと。
- 研修中の地域での経験は重要であるが、その場合、教育体制がしっかりしていることと、必ず元に戻る、いわゆる循環型であることが必要ではないかと。また、そのような形で地域に出る医師個人への財政支援があってもよいのではないかと。
- 例えば、へき地や医師不足地域での医療は、新たな専門医や総合医が配置されていくまでの過渡的な対応がないと維持されないようなことも考えられるため、最終的な目標と過渡的な対応は分けて考える必要があるのではないかと。
- 例えば耳鼻科では首都圏の疾患と地域の疾患では違ってくるため、地域での経験、研修は必要ではないかと。また、養成しても砂に水をまくように消えていくことにならない

よう、実働数につなげていく視点も重要ではないか。

(3) その他

- 内科の専門医制度においては、個々のサブスペシャリティの専門領域を含めて医師をどのように育てるか、養成数や適正な配置、総合的な内科とサブスペシャリティの関係などマクロ的な視点を前提に全体的な制度設計を行っている。
- 外科専門医が消化器病専門医や循環器専門医内科系のサブスペシャリティの専門医を取得している場合、手術症例数が不足して外科専門医の更新ができないとサブスペシャリティの専門医の資格も更新できないため、日本外科学会認定登録医制度を設けてサブスペシャリティの専門医を更新できるようにしている。
- 外科の領域では、外科の基本資格も認定してもらい、手術を行わなくなった後も、外科医の目で、その専門知識を活用して、例えば循環器などのサブスペシャリティ領域の診療に従事することが必要である。
- 産婦人科は女性医師の割合が多いこと、専門医を養成する施設の基準を厳しくすると都会に医師が集まってしまうこと、専門医取得後にお産を辞めてしまう産婦人科医が増えていること等を含めて専門医の在り方を検討する必要がある。
- 救急科専門医は、専門医の数の不足と研修施設の不足が課題であり、労働環境の改善や専門医審査基準の見直しに加えて、サブスペシャリティ領域の専門性の整備等による専門医取得の魅力向上が必要だと考えている。
- 病理専門医が絶対的に不足して地域に偏在している問題を解決するためには、一学会レベルの取組だけではなく卒前教育や初期臨床研修を含め、制度全体の視点から積極的な取組が必要だと考えている。
- 病理医が医療においてどれだけ大事な存在であるかを広く国民にアピールし、理解を得ることにより、若い医師が病理医を選択することにつながるのではないかと。
- 医療側が地域医療の全ての問題を解決することはできないため、住民の役に立つということを優先しつつ、地域の住民と一緒にあって、ネゴシエーションしながら進める医療が必要になっていくと思う。
- 首長や議員、行政等との良好な関係も大切であり、そのためには、地域の住民としっかり話し合って、住民に地域医療について良く理解してもらう必要があるのではないかと。
- 地域での好事例を見た経験から、行政と医療従事者との間に信頼関係がないと、地域医療は成り立たないのではないかと。
- 医師の教育に患者に協力してもらうために、診察室の中で患者を教育しようとしても

理解は得られにくいので、診察室の外で患者としてではなく住民として考えてもらうような機会で話し合い、理解してもらうことが重要である。

- 地域の専門医に関する情報は医師が良く知っているので、自分の専門領域以外については患者を適切な専門医等に紹介をするべきであり、それを個人的なネットワークに頼るのではなく、行政や医師会も関与して地域で医療も介護も連携していくシステムを作っていく必要がある。
- わが国の全ての医科大学・医学部ではモデルコア・カリキュラムの内容に則った教育が行われ、少人数教育が進められるとともに、従来の見学実習から診療参加型実習へ移行する等の改革が行われている。
- 現在の学会認定専門医の多くが、研修期間を臨床研修の２年間を含めて５年間としていることを踏まえ、プライマリ・ケアの基本的な能力と特定の領域に特化した専門医研修の関係を整理する必要がある。
- 新たな専門医の仕組みを平成 27 年度から開始することについて、現在の専門医制度の研修期間が臨床研修を含めた５年間であることを踏まえれば、平成 27 年度には、臨床研修修了者ではなく、医学部卒業（免許取得直後）の医師から開始すべきではないか。
- 現在の専門医制度は、２年間の臨床研修も含めて研修期間が設定されており、新たな仕組みでは従来の養成プログラムとは異なるものを議論していることを明確にして、臨床研修修了後のプログラムを議論すれば良いのではないか。
- 専門医の養成期間を例えば５年とした場合、その間にどういう研修をすべきかを考えるには、臨床研修の２年間を含めて考えることになり、臨床研修制度を触るわけではないが、基本診療能力と専門医の在り方を議論する必要があるのではないか。
- 臨床研修の基本理念に鑑みれば、その２年間で専門医養成に加味したり、プラス加点したりすることのないように整理すべきではないか。
- 国の支援については、第三者機関へというよりもプログラムを受ける若い医師が負担をあまり感じないで研修を受けられるような支援が良いのではないか。
- 国の支援は、医療提供体制を考えるにあたっての、地域の住民の年齢構成、疾病構造等のデータ、ＤＰＣデータ、健康保険のデータの提供等が考えられるのではないか。
- これからプログラムを作成していくにあたり、現在の専門医の情報、養成期間中の医師の情報等のデータベース構築についての国の支援が必要ではないか。
- 研修施設におけるプログラム作成、運用、教育指導体制等についての国の支援が必要ではないか。
- 国の関与ではないが、都道府県行政との関係、特に第三者機関と都道府県の連携につ

いての議論が必要ではないか。

- 公的資金の使い方として、例えば、院内 24 時間病児保育体制や医師のキャリア形成への支援という視点も重要ではないか。
- 臨床研修制度の見直しの議論と整合性をとる必要がある。場合によっては臨床研修制度に対する提言を行ってもいいのではないか。
- シームレスな教育という観点から、卒前教育の中でも医行為の拡大を具体的に検討するとともに、臨床研修も含め少しでも研修内容を前倒しして実施することで、効率的に医師を育成することも検討すべきではないか。
- 地域偏在の背景の一つは医学部の偏在であり、国は、この西高東低を解消するため、医師の少ない地域への研修病院、派遣される指導医等への財政支援をすべき。
- 地域で取り組んでいる好事例を全国に広めていくことも国の役割ではないか。

さらに議論が必要な論点について（案）

- 「中間まとめ」において引き続き議論が必要とされた項目のなかで、さらに議論が必要と考えられる論点を整理したもの。

【サブスペシャリティ領域について】

<中間まとめより関係部分を抜粋>

- 基本的な 18 の診療領域を専門医制度の基本領域として、この基本領域の専門医*を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医*を取得するような二段階制の仕組みを基本とすべきである。

※基本領域の専門医（現在、日本専門医制評価・認定機構が認定している 18 領域）

- | | | |
|-----------|------------|----------------|
| • 総合内科専門医 | • 小児科専門医 | • 皮膚科専門医 |
| • 精神科専門医 | • 外科専門医 | • 整形外科専門医 |
| • 産婦人科専門医 | • 眼科専門医 | • 耳鼻咽喉科専門医 |
| • 泌尿器科専門医 | • 脳神経外科専門医 | • 放射線科専門医 |
| • 麻酔科専門医 | • 病理専門医 | • 臨床検査専門医 |
| • 救急科専門医 | • 形成外科専門医 | • リハビリテーション専門医 |

*サブスペシャリティ領域の専門医の例（現在、日本専門医制評価・認定機構が認定しているもの）

- 循環器専門医 • 血液専門医 • 腎臓専門医 • 消化器外科専門医 等
- 専門医の領域については、患者が医師の専門性をどこまで理解できるのかを踏まえ、患者から見て分かりやすいものとする必要がある。
- 専門医の認定については、個別学会単位で認定する仕組みではなく、診療領域単位の認定にすべきである。
- 基本領域の専門医の一つとして、総合的な診療能力を有する医師（以下「総合医」「総合診療医」という。）を加えるべきである。
- 広告が可能な医師の専門性に関する資格名等※については、新たな専門医の仕組みの構築に併せて見直す必要がある。

※ 現在、研修体制、試験制度等に関する一定の基準（厚生労働省告示に規定）を満たす団体が認定する専門医について、広告することが可能となっている。

- 基本領域よりも専門性の高いサブスペシャリティ領域の在り方について。

<論点>

- ・ サブスペシャリティ領域を設定する際に、基本的な考え方をどのように整理するか。
- ・ 各サブスペシャリティ領域と基本領域との関係について、どう考えるか。

（参考）本検討会におけるこれまでの主な意見（抜粋）

- サブスペシャルティ領域については、どういう領域を認め、どこまで情報を開示するかということについての慎重な議論が必要ではないか。
- サブスペシャルティ領域については、何らかの基準を作ることが必要であり、あまり細かい疾患名や症状を主体とすることは望ましくないのではないか。
- サブスペシャルティについては、各基本領域の上に乗る分野をどのように考えるか、基本領域との関係を非常に重視して制度設計をする必要があるのではないか。
- 例えば、救急と外科系との関係、外科系とリハビリの関係などは、サブスペシャルティ領域をどう設定していくかが問題となるのではないか。
- 専門医の広告に関しては、第三者機関が認定する専門医について広告できるとすることを基本としてはどうか。ただ、どこまでを第三者機関が認定するかについては、医療界全体での議論が必要ではないか。

【専門医の認定・更新等について】

＜中間まとめより関係部分を抜粋＞

- 専門医の養成プログラムは、どのような専門医を養成するのかという目標を明確にした上で、そのために必要な指導医数や経験症例数等を踏まえて作成することが重要である。
- 専門医資格の更新要件については、現在、一部の学会認定の専門医制度において手術経験数や症例数、e ラーニングを含めた学習などを要件としていることを踏まえ、専門医としての活動実績を要件とすべきである。
- 今後、「総合医」「総合診療医」を新たに養成していくためのプログラムについては、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、領域別専門医の資格を既に取得している医師のためのコースも設ける必要がある。

- | |
|--|
| ○ 18 の基本領域の専門医及び「総合医」「総合診療医」について、1 人の医師が複数の認定を受けることについて。 |
|--|

＜論点＞

- ・ 1 人の医師が複数の基本領域の認定基準を満たす際に、複数の認定を受けることについて、どう考えるか。
- ・ 基本領域とサブスペシャリティ領域の専門医の更新について、どう考えるか。
- ・ 基本領域やサブスペシャリティ領域の認定を受けた後に、「総合医」「総合診療医」の認定を受けることについて、どう考えるか。また、「総合医」「総合診療医」の認定を受けた後に基本領域やサブスペシャリティ領域の認定を受けることについて、どう考えるか。

（参考）本検討会におけるこれまでの主な意見（抜粋）

- 1 人の医師が複数の基本領域の専門医を取得することは、更新時を考えると現実的には難しいと考えるが、取ってはいけないということにはならないのではないかと。
- 基本領域の専門医については、原則として複数の認定は取れない内容の質を維持すべきではないかと。
- 「総合医」「総合診療医」については、初期臨床研修修了直後に進むコースに加えて、途中で臓器別専門医から総合医に移行するための研修プログラムと認定試験によるルートを作る必要があるのではないかと。
- 「総合医」「総合診療医」を目指す医師の中には、他の臓器別専門医を取得しているなどキャリアが複雑な医師も多いため、他の臓器別専門医を取得した後も総合医になるためのプログラムが必要ではないかと。
- 専門医研修を受ける立場の医師にとっては、総合医であっても軸足となるような得意分野を持つ方が教育を受けやすく、なおかつ若い医師のインセンティブも醸成しやすいのではないかと。

【専門医の認定機関について】

<中間まとめ>

- 中立的な第三者機関は、以下のとおり運営すべきである。
 - ① 専門医の認定と養成プログラムの評価・認定の2つの機能を担うとともに、その際の専門医の認定基準や養成プログラムの基準の作成も第三者機関で統一的に行うこと。
 - ② 専門医の認定部門と養成プログラムの評価・認定部門の下に、各領域の専門委員会を設け、それぞれの領域の学会等の協力を得て運営すること。
 - ③ 専門医の認定や基準の作成はプロフェッショナルオートノミーを基盤として行うとともに、情報公開や実施体制等の制度全般について国民の視点やニーズを反映するため、国民も参画できるような仕組みとすること。

○ 第三者機関の設立にあたっては、組織の透明性と専門医の養成プロセスの標準化を図り、説明責任を果たせるような体制とし、運営資金に公的な性格を持たせることについて。

<論点>

- ・ 中立的な第三者機関の具体的な機能について、どう考えるか。

(参考) 本検討会におけるこれまでの主な意見(抜粋)

- 第三者機関における専門医の認定や基準の作成等については専門家が行い、第三者機関の運営全体をチェックする際には国民の代表も参画するべきではないか。
- 専門医認定の基準、養成カリキュラムの作成も第三者機関で行うことを明確にする必要があるのではないか。
- 第三者機関の事業については、地域にも医師が来て、その医師もきちんと専門医が取得できるようなプログラムが作成されることが必要ではないか。医療の質を高めるうえでは教育資源の集約化なども必要だと思うが、地域医療が先細ることのないような制度設計が大切ではないか。
- 第三者機関は、シンクタンクの機能をもって提言できるような役割も担うべきではないか。

基本領域及びサブスペシャルティ領域における専門医数・診療科別医師数

(注) 専門医数・診療科別医師数については、それぞれ調査時点、調査手法が異なるため、領域別に比較することに一定の限界があるが、参考までに、おおむね比較可能と想定される領域別に数を示したものである。
※「診療科名称」のうち、比較する専門医名称と異なるものに下線。

＜専門医数＞

出典：「日本専門医制概報」日本専門医制評価・認定機構
(平成24年8月現在)

＜診療科別医師数＞

(※医療施設(病院・診療所)に従事する医師数)

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査
(平成22年)

基本領域

専門医名称	専門医数
総合内科専門医	14,753 名
小児科専門医	14,827 名
皮膚科専門医	5,956 名
精神科専門医	10,099 名
外科専門医	21,816 名
整形外科専門医	17,546 名
産婦人科専門医	12,227 名
眼科専門医	10,594 名
耳鼻咽喉科専門医	8,501 名
泌尿器科専門医	6,353 名
脳神経外科専門医	7,111 名
放射線科専門医	5,914 名
麻酔科専門医	6,345 名
病理専門医	2,188 名
臨床検査専門医	652 名
救急科専門医	3,382 名
形成外科専門医	2,102 名
リハビリテーション科専門医	1,787 名

サブスペシャルティ領域

消化器病専門医	17,679 名
循環器専門医	12,472 名
呼吸器専門医	4,851 名
血液専門医	2,982 名
内分泌代謝科(内科・小児科・産婦人科)専門医	2,013 名
糖尿病専門医	4,555 名
腎臓専門医	3,645 名
肝臓専門医	5,176 名
アレルギー専門医	3,151 名
感染症専門医	1,092 名
老年病専門医	1,484 名
神経内科専門医	5,014 名
消化器外科専門医	5,446 名
呼吸器外科専門医	1,250 名
心臓血管外科専門医	1,816 名
小児外科専門医	582 名
リウマチ専門医	4,571 名

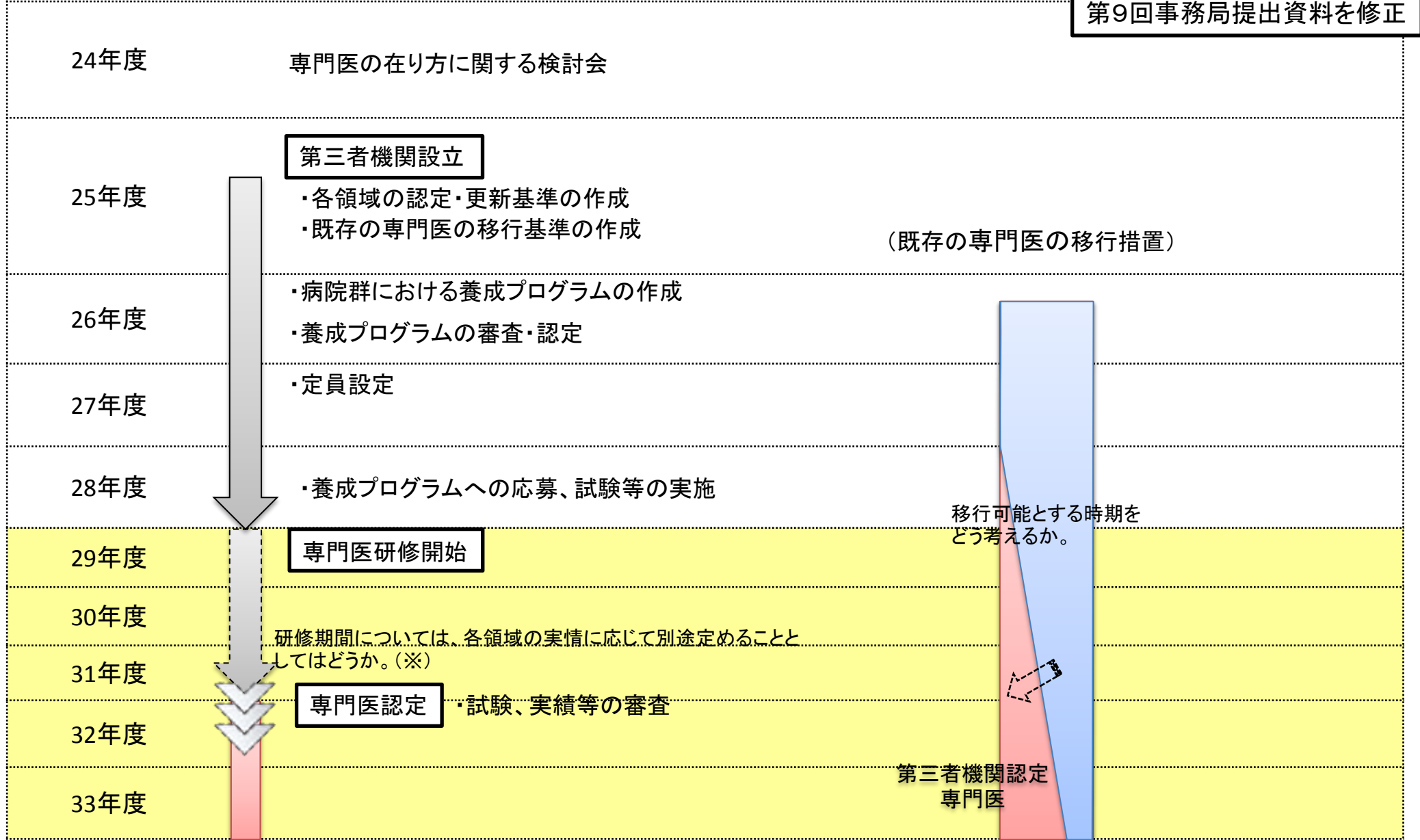
診療科名称	従事医師数 (複数回答)	従事医師数 (主たる)
内科	88,155 名	61,878 名
小児科	30,344 名	15,870 名
皮膚科	14,892 名	8,470 名
精神科	15,599 名	14,201 名
外科	28,918 名	16,704 名
整形外科	24,679 名	19,975 名
産婦人科・産科・婦人科(合計)	13,617 名	12,369 名
眼科	13,034 名	12,797 名
耳鼻咽喉科	9,315 名	9,032 名
泌尿器科	8,329 名	6,514 名
脳神経外科	7,385 名	6,695 名
放射線科	9,585 名	5,597 名
麻酔科	10,048 名	7,721 名
病理診断科	1,615 名	1,515 名
臨床検査	735 名	480 名
救急科	3,070 名	2,267 名
形成外科	3,319 名	2,135 名
リハビリテーション科	16,604 名	1,909 名

消化器内科	29,642 名	12,188 名
循環器内科	22,442 名	10,829 名
呼吸器内科	13,185 名	4,944 名
血液内科	2,793 名	2,118 名
(比較可能な診療科なし)		
糖尿病内科	6,643 名	3,488 名
腎臓内科	4,704 名	3,085 名
(比較可能な診療科なし)		
アレルギー	6,826 名	209 名
感染症内科	847 名	303 名
(比較可能な診療科なし)		
神経内科	6,956 名	4,094 名
消化器外科	7,730 名	4,369 名
呼吸器外科	2,058 名	1,527 名
心臓血管外科	3,230 名	2,812 名
小児外科	1,160 名	663 名
リウマチ	6,136 名	1,058 名

専門医名称	専門医数
-------	------

診療科名称	従事医師数 (複数回答)	従事医師数 (主たる)
-------	-----------------	----------------

第9回事務局提出資料を修正



(※) 各領域の実情に応じて、臨床研修(2年間)についても加味することが可能としてはどうか。

専門医の在り方に関する検討会 今後のスケジュール（案）

- 第11回
(9月7日)
- ・「中間まとめ」の報告
 - ・今後のスケジュールについて
 - ・引き続き議論が必要な課題について

- 第12回
(10月3日)
- ・専門医の養成・認定・更新について
 - ・専門医の認定機関について
 - ・サブスペシャルティ領域について

- 第13回
(11月29日)
- ・専門医の養成数について
 - ・医療提供体制における専門医
 - ・専門医の位置づけについて（医療制度上の位置づけ、情報開示等）
 - ・国の関与の在り方について

- 第14回
(12月26日)
- ・「総合医」「総合診療医」の在り方について
 - ・「総合医」「総合診療医」の養成について
 - ・医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係について
 - ・求められる専門医像について（「標榜医」、「認定医」との関係）

- 第15回
(1月18日)
- ・さらに議論が必要な論点について（案）

- 第16回
- ・最終報告に向けての検討

- 第17回
- ・最終報告に向けての検討

新たな専門医に関する仕組みについて（専門医の在り方に関する検討会中間まとめ）

概要

視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

現状

<専門医の質>

各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。

<求められる専門医像>

専門医としての能力について医師と患者との間に捉え方のギャップ。

<地域医療の安定的確保>

医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

今後の課題（引き続き検討）

※今後、平成24年度末までの最終報告書の取りまとめに向け、主に以下の点を引き続き議論

- ①中立的な第三者機関の具体的な体制
- ②現在の専門医と新しい仕組みによる専門医の関係（移行措置）
- ③国の関与の在り方
- ④医師不足・地域偏在・診療科偏在の是正への効果
- ⑤医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係

等

新たな仕組みの導入

- 新たな専門医の仕組みを、医療を受ける側の視点も重視して構築。
- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。
- 「総合医」「総合診療医」（総合的な診療能力を有する医師。※名称については、引き続き検討）を基本領域の専門医の一つとして加える。
- 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。
- 「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がどこにいいのかを明らかにし、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築。
- 新たな仕組みの構築に併せて、広告が可能な医師の専門性に関する資格名等の見直し。
- 専門医の養成数は、養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定。

期待される効果

- 専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）
- 地域医療の安定的確保

専門医の在り方に関する検討会

中間まとめ

平成24年8月31日

目 次

はじめに	1
1. 検討にあたっての視点.....	1
2. 求められる専門医像について.....	2
3. 専門医の質の一層の向上について.....	2
(1) 基本的な考え方.....	2
(2) 専門医の位置づけについて.....	2
(3) 専門医の認定機関について.....	3
(4) 専門医の領域について.....	4
(5) 専門医の養成・認定・更新について.....	4
4. 「総合医」「総合診療医」について.....	5
(1) 「総合医」「総合診療医」の在り方について.....	5
(2) 「総合医」「総合診療医」の養成について.....	6
5. 地域医療の安定的確保について.....	7
(1) 専門医の養成数について.....	7
(2) 医療提供体制における専門医.....	7
6. その他.....	8
(1) 医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係について.....	8
(2) 国の関与の在り方について.....	8
(3) サブスペシャリティ領域について.....	8
構成員名簿	9

はじめに

- わが国においてはこれまで、医師の専門性に係る評価・認定については、各領域ごとの学会が自律的に独自の方針で専門医制度^{*}を設け、運用してきた。

※ 現在の専門医制度は、学会が専門医認定を受けるために必要な基準を作成し、医師免許取得後の一定の経験等を評価し、主に試験による能力確認を行って専門医を認定している。

- しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、専門医として有すべき能力について医師と患者との間に捉え方のギャップがあるなど、現在の専門医制度は患者にとって分かりやすい仕組みになっていないと考えられる。
- また、医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療をめぐる重要な課題であり、専門医の在り方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない。
- 今後、患者から信頼される医療を確立していくためには、専門医の質の一層の向上や医師の診療における適切な連携を進めるべきであり、現在の専門医制度を見直す必要がある。
- このため、改めて患者の視点に立った上で、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として、厚生労働省として本検討会を開催し、本検討会において専門医の在り方に関して幅広く検討を行うこととなった。
- この度、これまでの本検討会における議論を踏まえ、現時点での意見や今後引き続き議論すべき項目を以下のとおり中間的に取りまとめた。
- 本検討会では今後、本年度末を目途とする最終報告書の取りまとめに向け、引き続き議論を深めてまいりたい。

1. 検討にあたっての視点

- 専門医の在り方を議論するにあたっては、専門医を「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」として考えるべきである。
- 新たな専門医の仕組みについて議論するにあたっては、これから臨床研修を修了し、専門医の資格を取得しようとする若い医師をどのように育てるかという視点で考えるべきであり、既に臨床研修を修了し、専門医の資格を取得している医師等との関係については、別途整理することとする。
- 新たな専門医の仕組みについては、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築すべきである。そのような仕組みを通じて専門医を含めた医師の偏在が是正される効果が期待される。

2. 求められる専門医像について

- 専門医とは「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するのではなく、例えば、「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義することが適当である。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 「専門医」と「標榜医」、「認定医」との関係の整理について。

3. 専門医の質の一層の向上について

(1) 基本的な考え方

- 専門医制度を持つ学会が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念を生じる専門医制度も出現するようになった結果、現在の学会主導の専門医制度は患者の受診行動に必ずしも有用な制度になっていないため、質が担保された専門医を中立的な立場で認定する新たな仕組みが必要である。
- 新たな専門医の仕組みは、医療を受ける側の視点も重視して構築すべきであり、統一性のある臨床能力本位の認定制度により専門医の質を担保する仕組みとし、社会的な評価を得られるようにする必要がある。

(2) 専門医の位置づけについて

- 新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として、設計されるべきである。
- 新たな専門医の仕組みの設計にあたり、専門医のキャリアや認定基準、更新基準など専門医に関する情報を国民に分かりやすく示すなどの仕組みが必要である。
- 専門医に関する情報は、医師が必要に応じて他の領域の専門医や高次医療機関の専門医を円滑に患者に紹介できるようなネットワークで活用できるようにすべきである。
- 広告が可能な医師の専門性に関する資格名等[※]については、新たな専門医の仕組みの構築に併せて見直すことが必要である。

※ 現在、研修体制、試験制度等に関する一定の基準（厚生労働省告示に規定）を満たす団体が認定する専門医について、広告することが可能となっている。

- わが国における専門医の領域は概ね診療科に応じて設定されているため、新たな仕組みの下での専門医について、標榜科[※]と関連させることも将来的には考えるべきである。

※ 現在、診療科名については、政省令に定められたものについて、原則として自由に標榜することが可能となっている。

- 新たな専門医の仕組みにおいて、養成プログラムを充実させることにより、①医師の診療レベルが向上すること、②医師が習得した知識・技能・態度について認定を受けて開示できること、その結果、③患者が医療機関を受診するにあたって医師の専門性を確認できること、などの意義がある。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 新たな専門医の仕組みにおける医療制度上の位置づけについて。
- 専門医に関する情報の開示の在り方について。
- プロフェッショナルオートノミーを基盤とした上で、新たな専門医の仕組みを、国がバックアップしていく必要性について。

(3) 専門医の認定機関について

- 専門医の認定は、学会から独立した中立的な第三者機関が学会との密接な連携の下で行うべきであり、そのような第三者機関を日本専門医制評価・認定機構の提案や本検討会の議論を踏まえて速やかに設立すべきである。
- 中立的な第三者機関は、医療の質の保証を目的として、プロフェッショナルオートノミーに基づき医師養成の仕組みをコントロールすることを使命とし、医療を受ける国民の視点に立って専門医制度を運用すべきである。
- 中立的な第三者機関は、以下のとおり運営すべきである。
 - ① 専門医の認定と養成プログラムの評価・認定の2つの機能を担うとともに、その際の専門医の認定基準や養成プログラムの基準の作成も第三者機関で統一的に行うこと。
 - ② 専門医の認定部門と養成プログラムの評価・認定部門の下に、各領域の専門委員会を設け、それぞれの領域の学会等の協力を得て運営すること。
 - ③ 専門医の認定や基準の作成はプロフェッショナルオートノミーを基盤として行うとともに、情報公開や実施体制等の制度全般について国民の視点やニーズを反映するため、国民も参画できるような仕組みとすること。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 第三者機関の設立にあたっては、組織の透明性と専門医の養成プロセスの標準化を図り、説明責任を果たせるような体制とし、運営資金に公的な性格を持たせることについて。
- 第三者機関の運営と医師不足や地域偏在・診療科偏在の是正への効果について。

(4) 専門医の領域について

- 基本的な 18 の診療領域を専門医制度の基本領域として、この基本領域の専門医^{*}を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医^{*}を取得するような二段階制の仕組みを基本とすべきである。

※基本領域の専門医（現在、日本専門医制評価・認定機構が認定している 18 領域）

- | | | |
|-----------|------------|----------------|
| • 総合内科専門医 | • 小児科専門医 | • 皮膚科専門医 |
| • 精神科専門医 | • 外科専門医 | • 整形外科専門医 |
| • 産婦人科専門医 | • 眼科専門医 | • 耳鼻咽喉科専門医 |
| • 泌尿器科専門医 | • 脳神経外科専門医 | • 放射線科専門医 |
| • 麻酔科専門医 | • 病理専門医 | • 臨床検査専門医 |
| • 救急科専門医 | • 形成外科専門医 | • リハビリテーション専門医 |

*サブスペシャリティ領域の専門医の例（現在、日本専門医制評価・認定機構が認定しているもの）

- 循環器専門医 • 血液専門医 • 腎臓専門医 • 消化器外科専門医 等
- 専門医の領域については、患者が医師の専門性をどこまで理解できるのかを踏まえ、患者から見て分かりやすいものとする必要がある。
- 専門医の認定については、個別学会単位で認定する仕組みではなく、診療領域単位の認定にすべきである。
- 基本領域の専門医の一つとして、総合的な診療能力を有する医師（以下「総合医」「総合診療医」という。）を加えるべきである。

(5) 専門医の養成・認定・更新について

- 専門医の養成プログラムは、どのような専門医を養成するのかという目標を明確にした上で、そのために必要な指導医数や経験症例数等を踏まえて作成することが重要である。
- 基本領域の専門医については、各領域の専門性に加えて、卒後 2 年間の臨床研修で求められている到達目標である「一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できる基本的な診療能力」（以下「基本診療能力」という。）を維持した専門医を養成するという視点が必要である。
- 専門医資格の更新要件については、現在、一部の学会認定の専門医制度において手術経験数や症例数、e ラーニングを含めた学習などを要件としていることを踏まえ、専門医としての活動実績を要件とすべきである。
- 専門医の認定・更新にあたっては、医の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つような医師を育てる視点が重要である。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 領域別専門医に「基本診療能力」を維持させるためには、養成プログラムの中にその領域の専門性に関する項目だけではなく、「基本診療能力」に関する内容も一定程度盛り込むことについて。
- 18の基本領域の専門医及び「総合医」「総合診療医」について、1人の医師が複数の認定を受けることについて。
- 既存の専門医と新たな仕組みの下で認定される専門医との関係（新たな専門医への移行措置等）を、現実的かつ分かりやすい形で整理する方法について。
- 多様な医師を養成するニーズに応えられるよう、専門医の養成プログラムの中に、例えば、研究志向の医師を養成する内容を盛り込むなど、バリエーションを持たせることについて。
- 専門医の資格取得後も生涯にわたって標準的な医療を提供するという視点からの資格の更新の在り方について。
- 医の倫理や医療安全、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つような医師を養成する上で、例えば日本医師会生涯教育制度を活用することについて。

4. 「総合医」「総合診療医」について

(1) 「総合医」「総合診療医」の在り方について

- 「総合医」「総合診療医」の必要性については、①特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要なこと、②複数の問題を抱える患者にとっては、複数の臓器別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が、適切な場合もあること、③地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多いこと、④高齢化に伴い、臓器や領域を超えた多様な問題を抱える患者が今後も増えること、などの視点が挙げられる。
- 「総合医」「総合診療医」は、従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである。
- 「総合医」「総合診療医」は、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において、包括ケアのリーダーシップをとるような役割も期待されており、「地域を診る医師」といったコンセプトも重要である。
- 地域の病院では領域別専門医であっても総合的な診療が求められており、「総合医」「総合診療医」と「基本診療能力」のある領域別専門医をバランス良く養成することが重要である。

- 「総合医」「総合診療医」の定義を、例えば、「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できる医師」と定義することが適当である。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 総合的な診療能力を有する医師の名称については、「総合医」、「総合診療医」、「一般医」、「プライマリ・ケア医」、「家庭医」などの定義を明確にした上で、国民にとって分かりやすい名称、例えば「総合医」に統一して整理することについて。
- 総合的な診療能力を有する医師の定義に鑑み、その名称は「総合診療医」とし、地域医療の大半を支えている現在の開業医師（かかりつけ医）の名称を「総合医」とすることについて。

(2) 「総合医」「総合診療医」の養成について

- 多くの若い医師が臓器別・領域別の専門医志向を持っている中で、「総合医」「総合診療医」を目指す若い医師を増やすためには、養成プログラムの一層の充実が必要である。
- 「総合医」「総合診療医」を養成するためには、臨床実習などの卒前教育においても、それぞれの診療科を単にローテイトするだけではなく、総合的な診療能力を養成するようにプログラムを構築し、地域の診療所や病院、介護福祉施設等の協力を得て実習を実施するとともに、頻度の高い疾病や全人的な医療の提供、患者の様々な訴えに向き合う姿勢などを学ぶことが必要である。
- 「総合医」「総合診療医」の養成には幅広い臨床能力を有する指導者の養成も必要であり、地域で中核となって教育ができる医師を育てることも重要である。
- 今後、「総合医」「総合診療医」を新たに養成していくためのプログラムについては、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、領域別専門医の資格を既に取得している医師のためのコースも設ける必要がある。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 患者を幅広い視点で総合的に診ることができる能力は、それ自体に重要な専門性があることを踏まえ、関連する学会で養成に必要なプログラムを一本化して養成していくことについて。
- 「総合医」「総合診療医」の養成プログラムの充実について。
- 「総合医」「総合診療医」を養成するためには、臨床研修に加えて一定の養成期間が必要とする見方がある一方で、卒前教育と臨床研修等を充実させることにより「総合医」「総合診療医」の養成は可能であるとする見方もあることについて。

5. 地域医療の安定的確保について

(1) 専門医の養成数について

- 新たな専門医の仕組みの議論においては、専門医の質に加えて、専門医の数も重要な問題である。
- 専門医の養成数については、患者数や疾病頻度を踏まえ、各養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定されるべきである。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 新たな専門医の仕組みにおいて、診療科や地域における医師の適正数を誘導する方法を設けることについて。
- 専門医の養成数の設定にあたり、国や都道府県内のバランスに配慮することについて。
- 新たに専門医を目指す医師が、専門とする領域や養成プログラムを選ぶ方法（病院（群）による募集・選考や医師からの応募の方法）について。

(2) 医療提供体制における専門医

- 医療提供体制全体の中で、医師の専門性の分布や地域分布について、グランドデザインを作ることが重要である。
- 国民のニーズに応え、かつ効率的な医療を提供するためには、現在のフリーアクセスを前提としつつ、「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がそれぞれどこにいるのかを明らかにして、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築することが重要である。

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

- 新たな専門医の仕組みにおいて、専門医の養成プログラムの地域への配置の在り方など、地域医療が改善するような制度設計を行うことについて。
- 新たな専門医の仕組みの設計において、地域医療支援の観点から、例えば、養成プログラムの中に、へき地や医師不足地域における研修を取り入れるなど、地域偏在・診療科偏在の是正の効果に視点を置くことについて。
- 大学病院等の基幹病院が地域の協力病院と連携して専門医の養成プログラムを作成し、その中で「地域医療の実践」も必須項目とすることで、総合的な診療能力が習得できるとともに、地域医療の確保にもつながることについて。

6. その他

※ 以下の項目については引き続き議論が必要

(1) 医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係について

- 新たな専門医の仕組みは、原則として2年間の臨床研修修了後に専門医の養成プログラムが実施されることを前提として構築することについて。
- 専門医の養成プログラムにおいて、各領域に求められる内容を踏まえて2年間の臨床研修での経験をどのように加味すべきかについて。
- 新たな専門医の仕組みが構築された際に、卒前教育や国家試験、臨床研修など卒前から一貫した医師養成を行う観点から、検討すべき課題について。

(2) 国の関与の在り方について

- 専門医を認定する新たな仕組みの構築にあたり、専門医の質の確保、地域偏在・診療科偏在の是正、第三者機関の運営に対する国の支援を含め、国による関与の在り方について。

(3) サブスペシャリティ領域について

- 基本領域よりも専門性の高いサブスペシャリティ領域の在り方について。

専門医の在り方に関する検討会 構成員

(合計 17 名)

- 池田 康夫 (日本専門医制評価・認定機構理事長)
- 金澤 一郎 (国際医療福祉大学大学院長)
- 桐野 高明 (独立行政法人国立病院機構理事長)
- 小森 貴 (小森耳鼻咽喉科医院長)
- 今 明秀 (八戸市立市民病院副院長)
- ◎高久 史磨 (日本医学会長)
- 高杉 敬久 (博愛クリニック院長)
- 高山 佳洋 (大阪府健康医療部長)
- 富田 保志 (国立病院機構名古屋医療センター教育研修部長)
- 平林 勝政 (國學院大學法科大学院特任教授)
- 福井 次矢 (聖路加国際病院長)
- 藤本 晴枝 (NPO法人地域医療を育てる会理事長)
- 松尾 清一 (名古屋大学医学部附属病院長)
- 桃井 真里子 (自治医科大学小児科学教授)
- 森山 寛 (東京慈恵会医科大学附属病院長)
- 門田 守人 (がん研究会有明病院長)
- 山口 徹 (虎の門病院長)

◎印は座長

○印は座長代理

(五十音順)

参考資料

専門医の在り方に関する検討会 中間まとめ

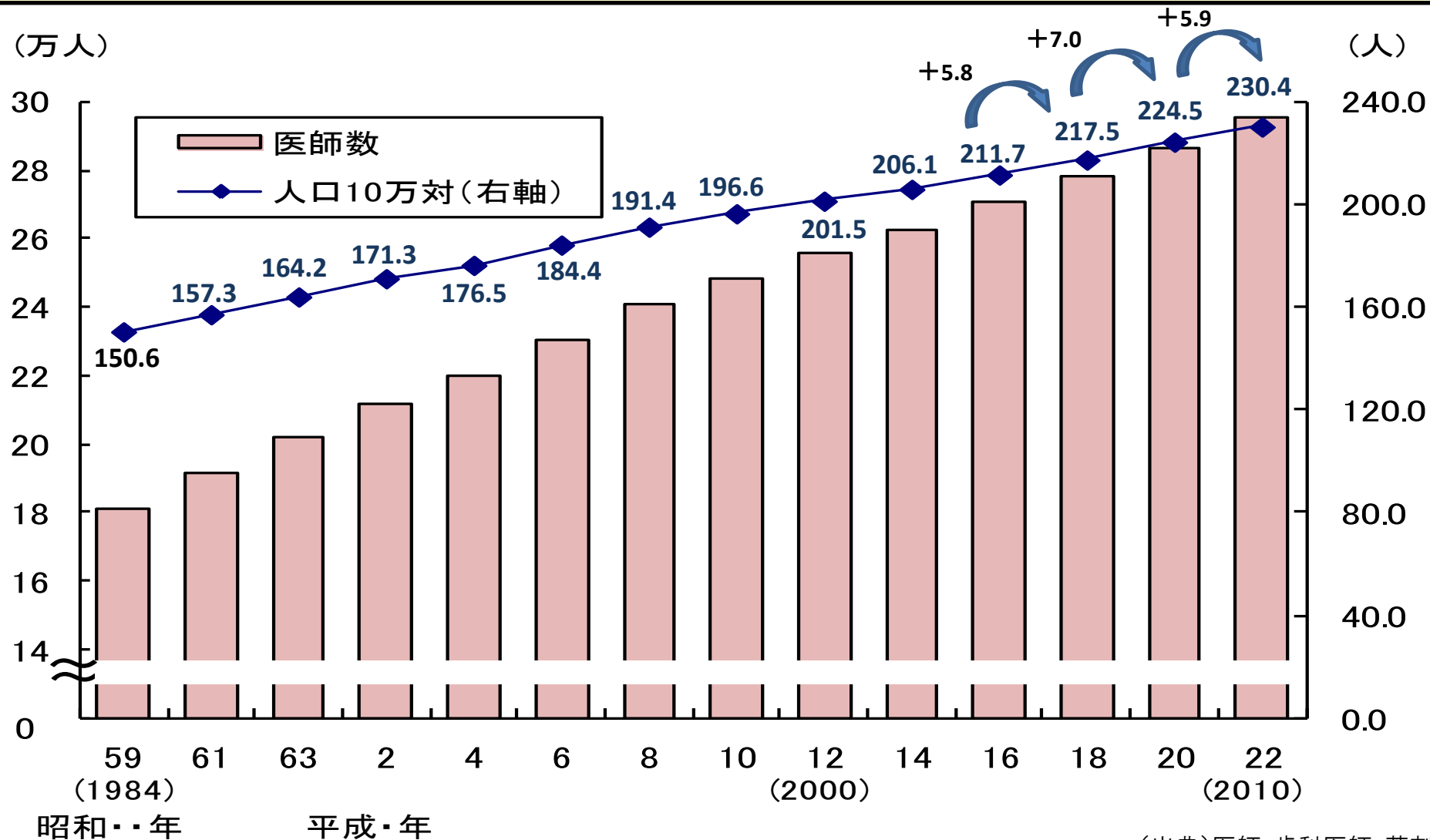
- ※ 本参考資料は、中間まとめの理解に役立つよう、検討会におけるこれまでの議論で各委員や参考人から提出された資料の一部をまとめたものであり、必ずしも検討会として合意されたものではない。
- ※ 個別の資料の詳細については、検討会資料、議事録を参照されたい。

目次

1. 検討にあたっての視点	2
2. 求められる専門医像について	10
3. 専門医の質の一層の向上について	13
4. 「総合医・総合診療医」について	19
5. 地域医療の安定的確保について	35
6. その他	39

人口10万対医師数の年次推移

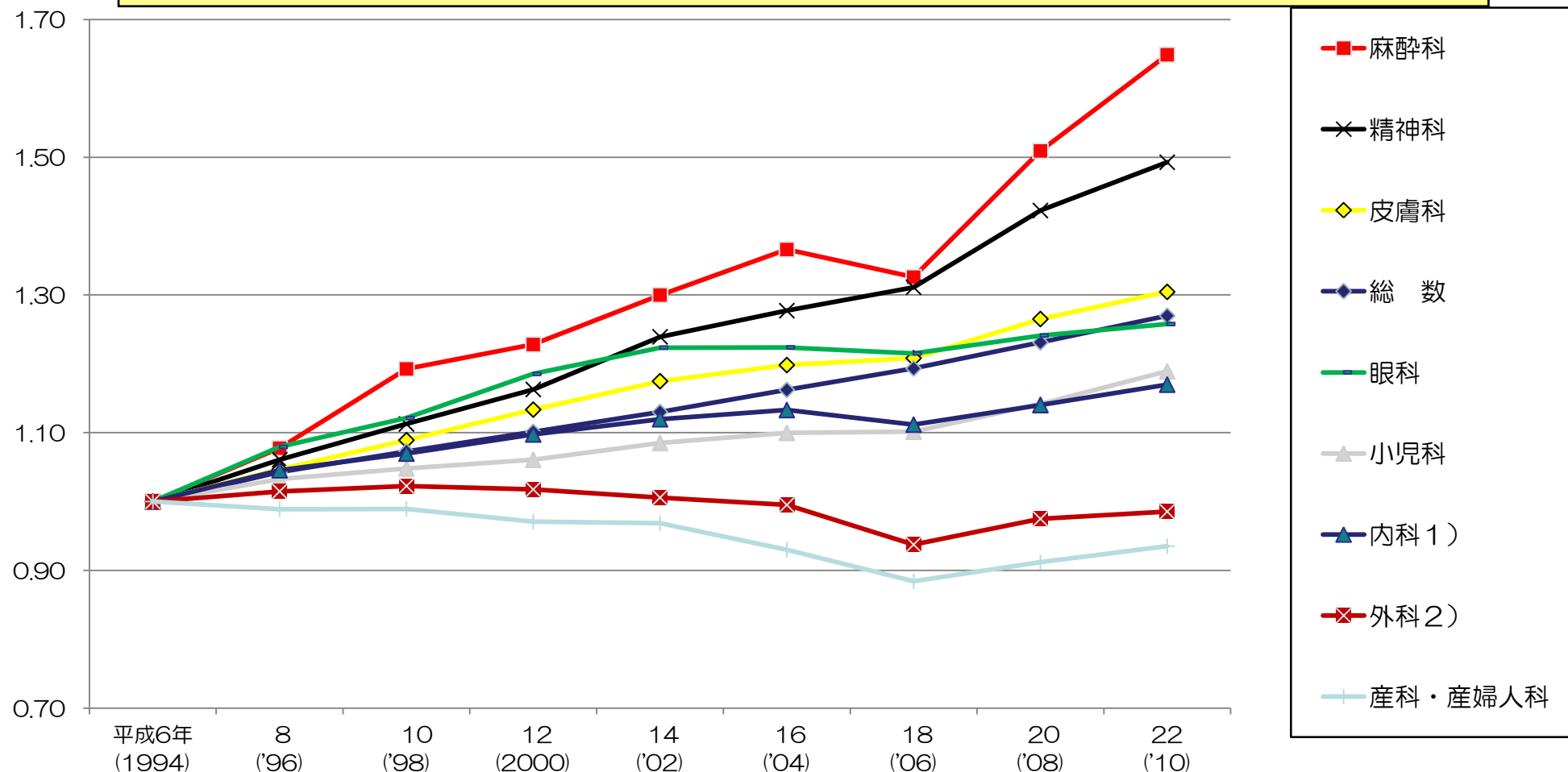
- 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。
 （医師数）平成10年 24.9万人 → 平成22年 29.5万人 （注）従事医師数は、28.0万人



診療科別医師数の推移(平成6年を1.0とした場合)

○ 多くの診療科で医師は増加傾向にある。

○ 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている



※内科1) ・ ・ (平成8～18年)は内科、呼吸器科、循環器科、消化器科(胃腸科)、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
 (平成20, 22年)内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科2) ・ ・ (平成6～18年)外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
 (平成20, 22年)外科、呼吸器・心臓血管・乳腺・気管食道・消化器・肛門・小児外科

病院等における必要医師数実態調査の概要

調査結果のポイント

- 必要求人医師数は18,288人であり、現員医師数と必要求人医師数の合計数は、現員医師数の1.11倍であった。また、必要医師数(必要求人医師数と必要非求人医師数の合計医師数をいう)は24,033人であり、現員医師数と必要医師数の合計数は、現員医師数の1.14倍であった。(これらの倍率を「現員医師数に対する倍率」という)
- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、次のとおりであった。
 - ・必要求人医師数：島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍
 - ・必要医師数：岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍
- 現員医師数に対する倍率が高い診療科は、次のとおりであった。
 - ・必要求人医師数：リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍、分娩取扱い医師(再掲)1.11倍
 - ・必要医師数：リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍、分娩取扱い医師(再掲)1.15倍

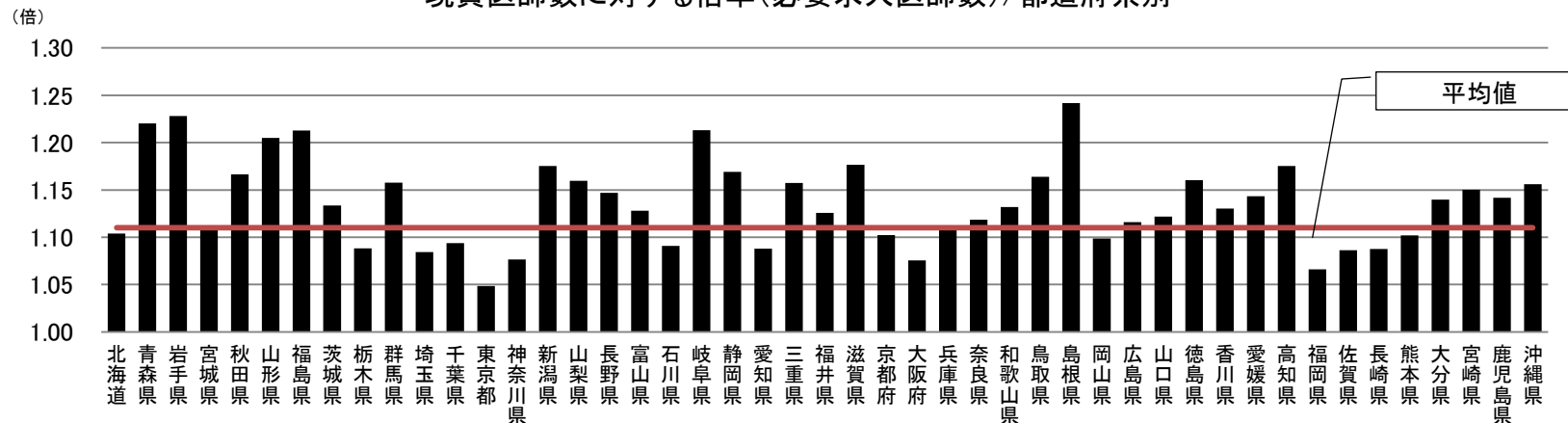
病院等における必要医師数実態調査について

- ＜調査の目的＞ 本調査は、全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数の調査を行うことで、地域別・診療科別の必要医師数の実態等を把握し、医師確保対策を一層効果的に推進していくための基礎資料を得ることを目的としたものであり、厚生労働省が実施した調査としては初めてのものである。
なお、本調査の結果は、医療機関から提出された人数をそのまま集計したものである。
- ＜調査の主体＞ 厚生労働省
- ＜調査の期日＞ 平成22年6月1日現在
- ＜調査の対象＞ 全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象(10,262施設)
- ＜回収の状況＞ 回収率は、病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%であった

〔必要求人医師数(都道府県別)〕

現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍であった。

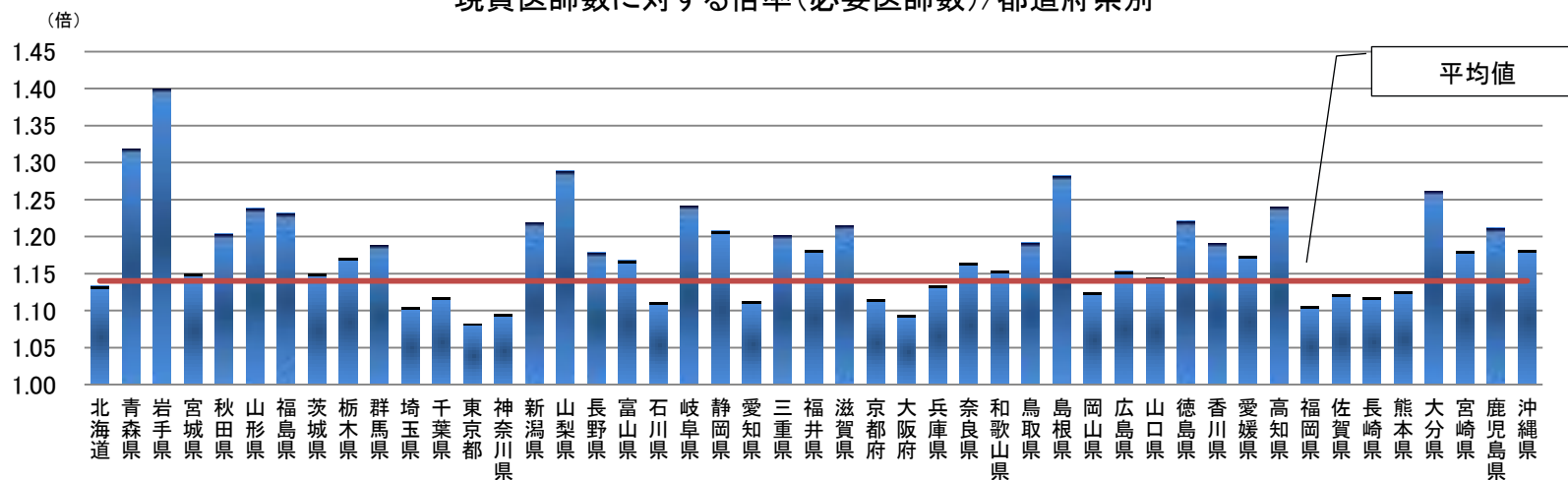
現員医師数に対する倍率(必要求人医師数)/都道府県別



〔必要医師数(都道府県別)〕

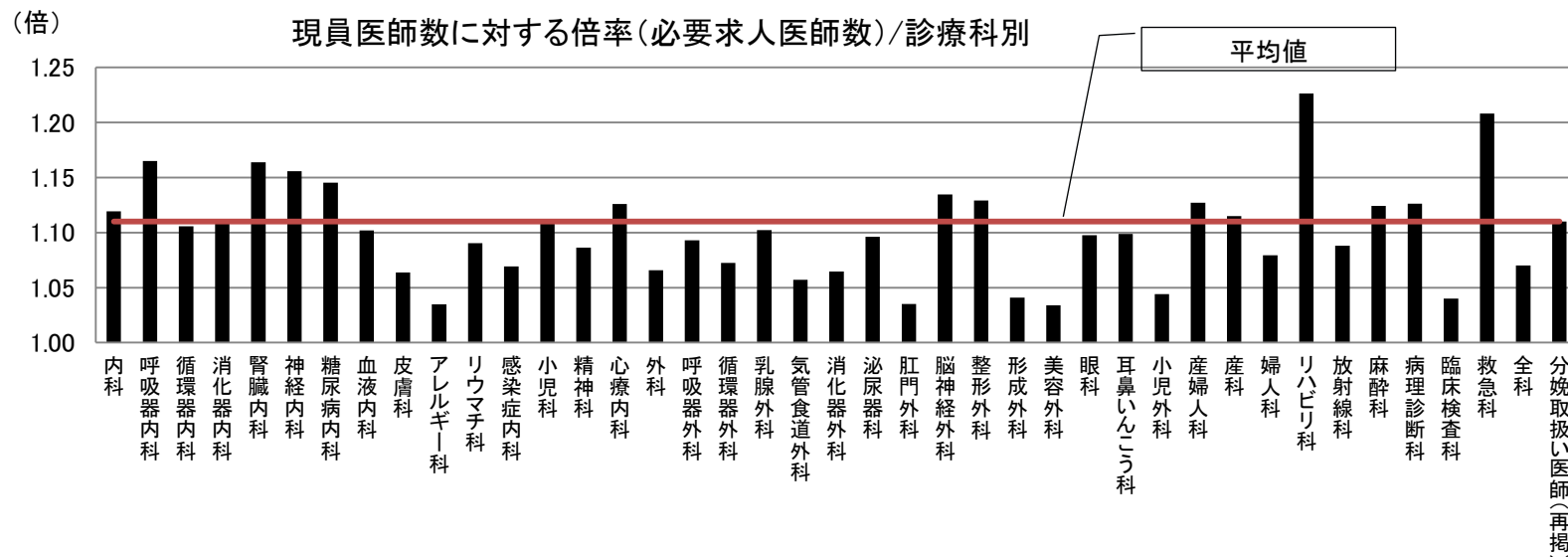
現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍であった。

現員医師数に対する倍率(必要医師数)/都道府県別



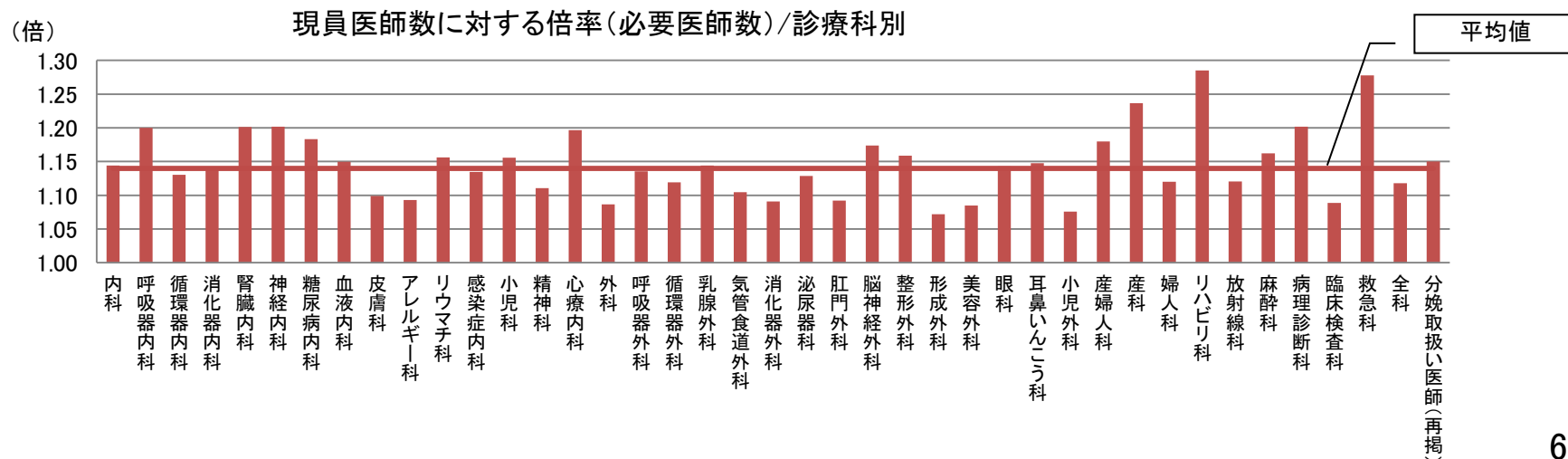
〔必要求人医師数(診療科別)〕

現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は1.11倍であった。



〔必要医師数(診療科別)〕

現員医師数に対する倍率が高い診療科は、リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍であった。なお、分娩取扱い医師(再掲)は1.15倍であった。



広告可能な専門医資格に関する規定について

医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資する観点から、次に掲げる研修体制、試験制度その他の事項に関する基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が認定する専門性資格を広告可能としている。

- 一 学術団体として法人格を有していること
- 二 会員数が1000人以上であり、かつ、その8割以上が当該認定に係る医療従事者であること
- 三 一定の活動実績を有し、かつ、その内容を公表していること
- 四 外部からの問い合わせに対応できる体制が整備されていること
- 五 当該認定に係る医療従事者の専門性に関する資格（以下「資格」という。）の取得条件を公表していること
- 六 資格の認定に際して、医師、歯科医師、薬剤師においては5年以上、看護師その他の医療従事者においては3年以上の研修の受講を条件としていること
- 七 資格の認定に際して適正な試験を実施していること
- 八 資格を定期的に更新する制度を設けていること
- 九 会員及び資格を認定した医療従事者の名簿が公表されていること

* 平成23年8月23日現在、広告可能な医師の専門医資格は、55資格

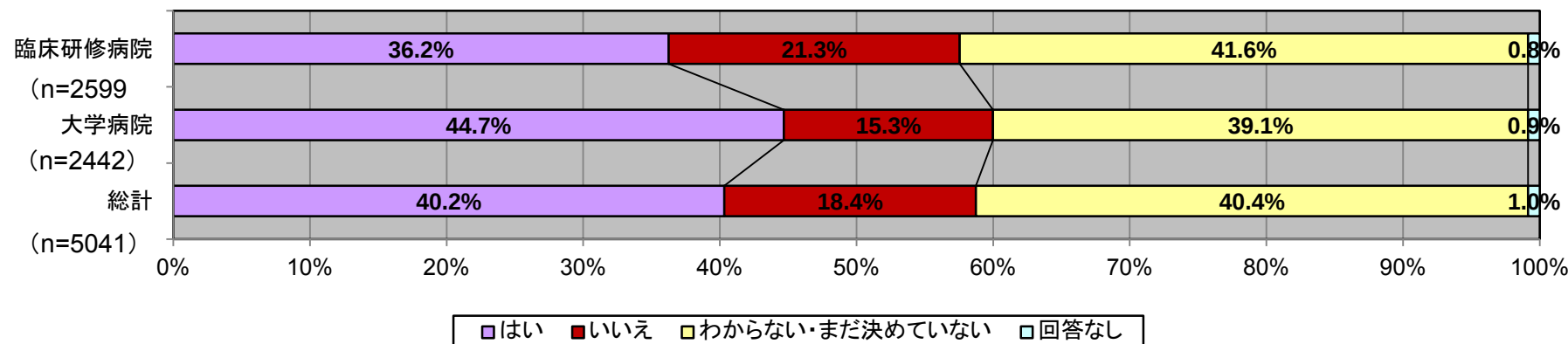
資格名の数55(団体の数57)(平成23年8月23日現在)

○日本整形外科学会 整形外科専門医
 ○日本皮膚科学会 皮膚科専門医
 ○日本麻酔科学会 麻酔科専門医
 ○日本医学放射線学会 放射線科専門医
 ○日本眼科学会 眼科専門医
 ○日本産科婦人科学会 産婦人科専門医
 ○日本耳鼻咽喉科学会 耳鼻咽喉科専門医
 ○日本泌尿器科学会 泌尿器科専門医
 ○日本形成外科学会 形成外科専門医
 ○日本病理学会 病理専門医
 ○日本内科学会 総合内科専門医
 ○日本外科学会 外科専門医
 ○日本糖尿病学会 糖尿病専門医
 ○日本肝臓学会 肝臓専門医
 ○日本感染症学会 感染症専門医
 ○日本救急医学会 救急科専門医
 ○日本血液学会 血液専門医
 ○日本循環器学会 循環器専門医
 ○日本呼吸器学会 呼吸器専門医
 ○日本消化器病学会 消化器病専門医
 ○日本腎臓学会 腎臓専門医
 ○日本小児科学会 小児科専門医
 ○日本内分泌学会 内分泌代謝科専門医
 ○日本消化器外科学会 消化器外科専門医
 ○日本超音波医学会 超音波専門医
 ○日本臨床細胞学会 細胞診専門医
 ○日本透析医学会 透析専門医
 ○日本脳神経外科学会 脳神経外科専門医

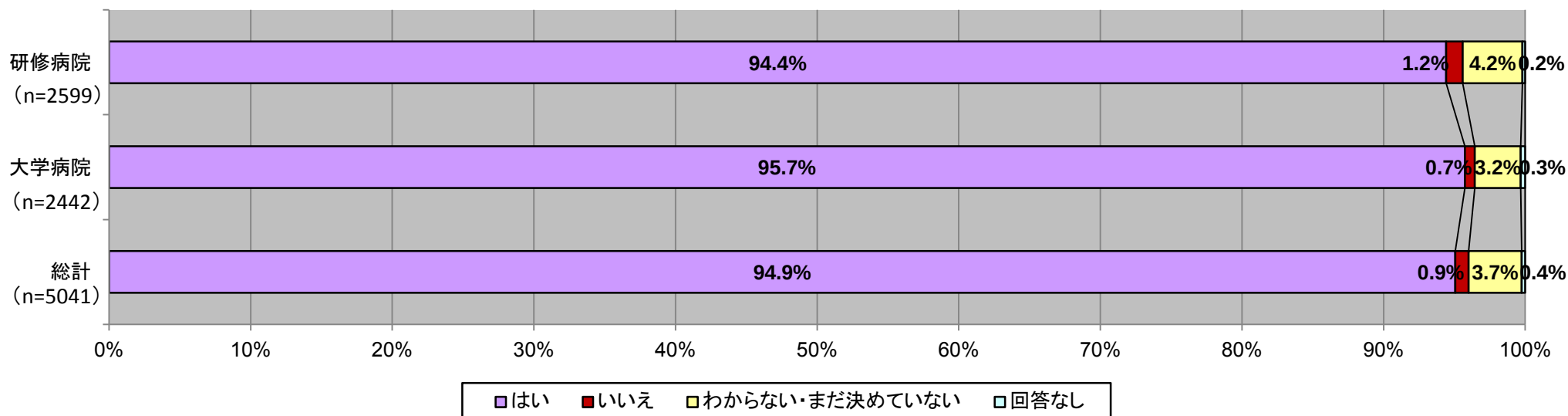
○日本リハビリテーション医学会 リハビリテーション科専門医
 ○日本老年医学会 老年病専門医
 ○日本胸部外科学会 心臓血管外科専門医
 ○日本血管外科学会 心臓血管外科専門医
 ○日本心臓血管外科学会 心臓血管外科専門医
 ○日本胸部外科学会 呼吸器外科専門医
 ○日本呼吸器外科学会 呼吸器外科専門医
 ○日本消化器内視鏡学会 消化器内視鏡専門医
 ○日本小児外科学会 小児外科専門医
 ○日本神経学会 神経内科専門医
 ○日本リウマチ学会 リウマチ専門医
 ○日本乳癌学会 乳腺専門医
 ○日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医
 ○日本東洋医学会 漢方専門医
 ○日本レーザー医学会 レーザー専門医
 ○日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医
 ○日本アレルギー学会 アレルギー専門医
 ○日本核医学会 核医学専門医
 ○日本気管食道科学会 気管食道科専門医
 ○日本大腸肛門病学会 大腸肛門病専門医
 ○日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医
 ○日本ペインクリニック学会 ペインクリニック専門医
 ○日本熱傷学会 熱傷専門医
 ○日本脳神経血管内治療学会 脳血管内治療専門医
 ○日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医
 ○日本周産期・新生児医学会 周産期(新生児)専門医
 ○日本生殖医学会 生殖医療専門医
 ○日本小児神経学会 小児神経専門医
 ○日本心療内科学会 心療内科専門医
 ○日本総合病院精神医学会 一般病院連携精神医学専門医

平成24年 学位、専門医資格の取得希望

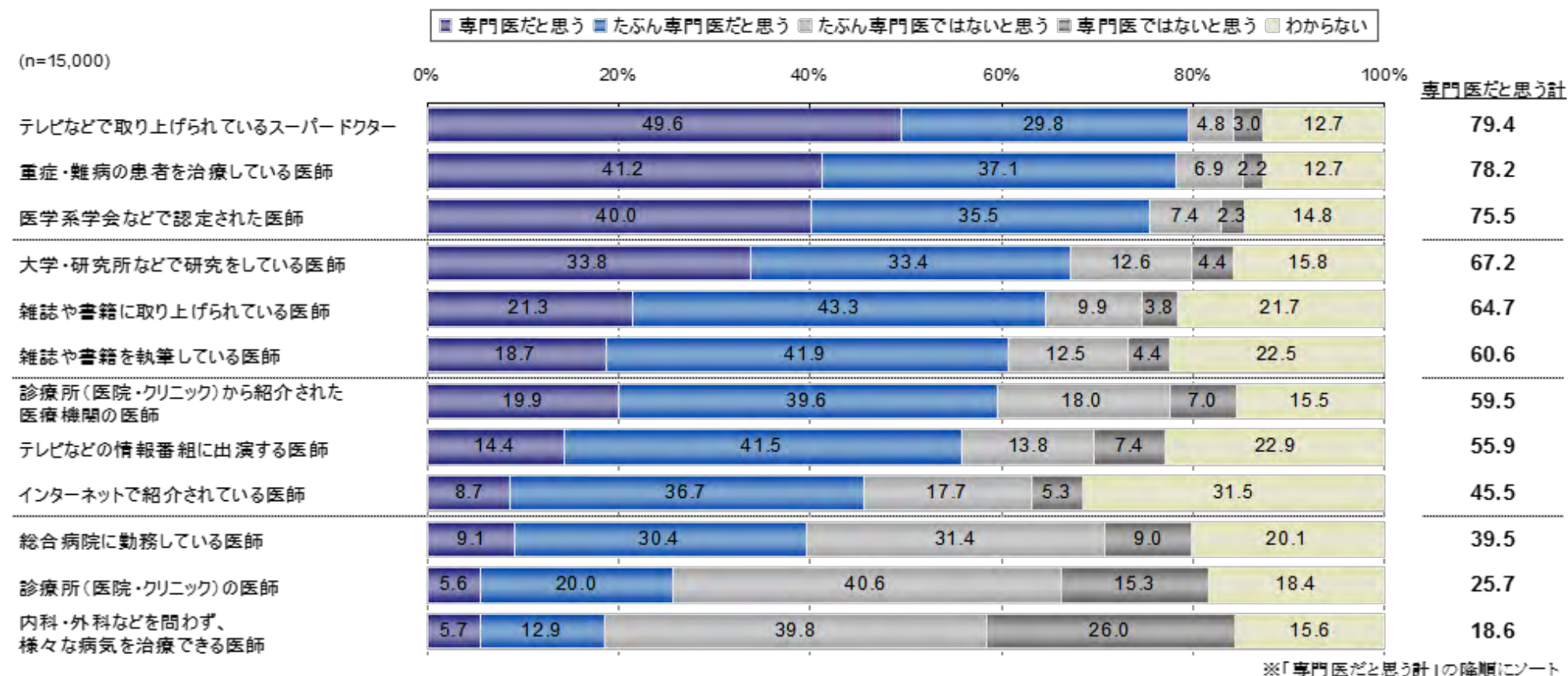
医学博士を取りたいと思いますか



専門医・認定医の資格を取りたいと思いますか



Q12 あなたは下記に挙げた医師を、『専門医』と思われますか。あなたのイメージで構いませんので、以下のそれぞれの医師についてあてはまるものをお答えください。

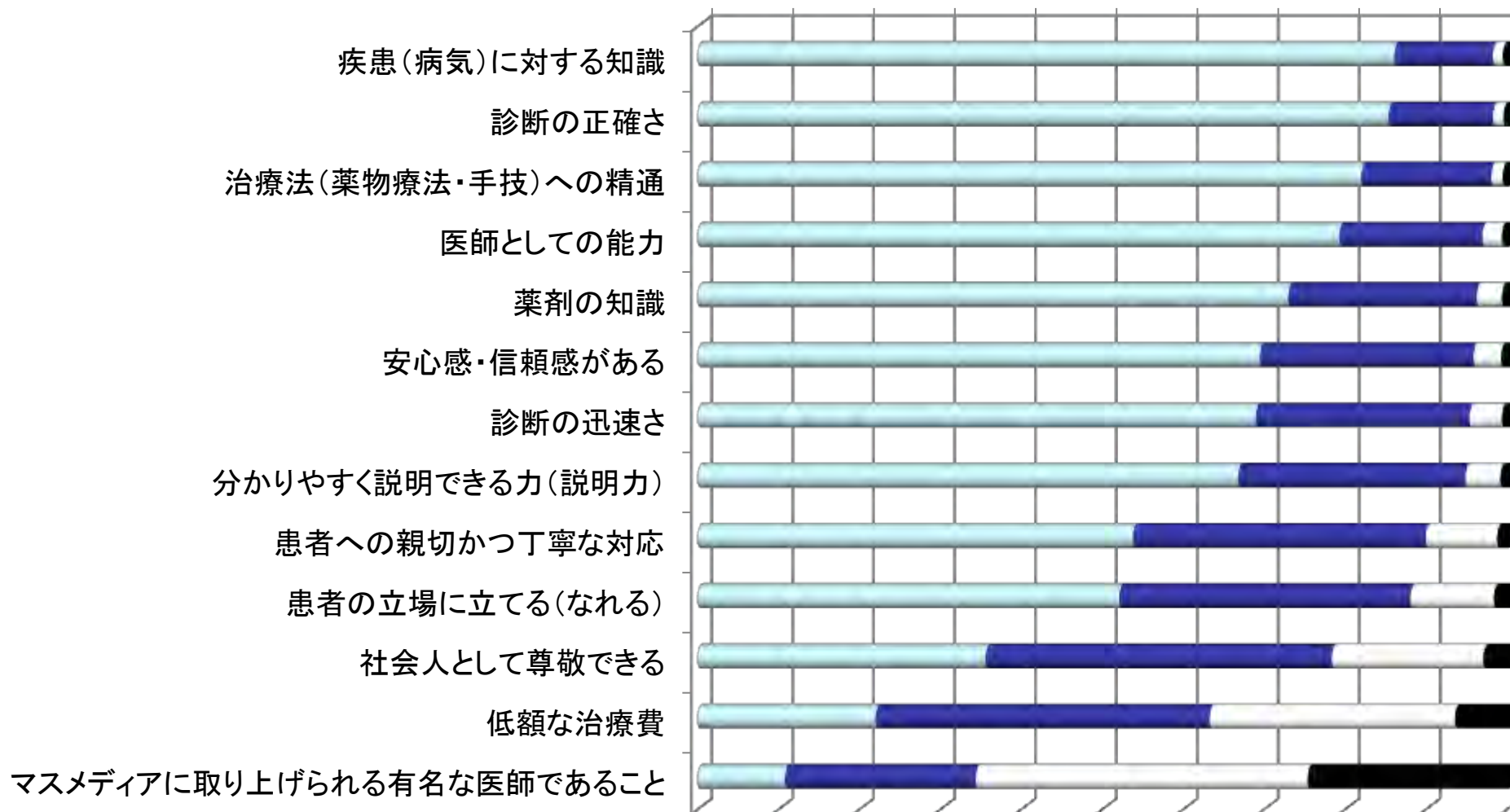


- 専門医をイメージさせる(専門医だと思う+たぶん)項目として、最も多く挙げられたのは、『テレビなどで取り上げられているスーパードクター』79%。
- 以下、『重症・難病の患者を治療している医師』78%、『医学系学会などで認定された医師』76%、『大学・研究所などで研究をしている医師』67%が続く。
- 上位4項目は、「専門医だと思う」が「たぶん専門医だと思う」のスコアを上回っており、イメージの度合いが強い。

専門医に対しての期待度

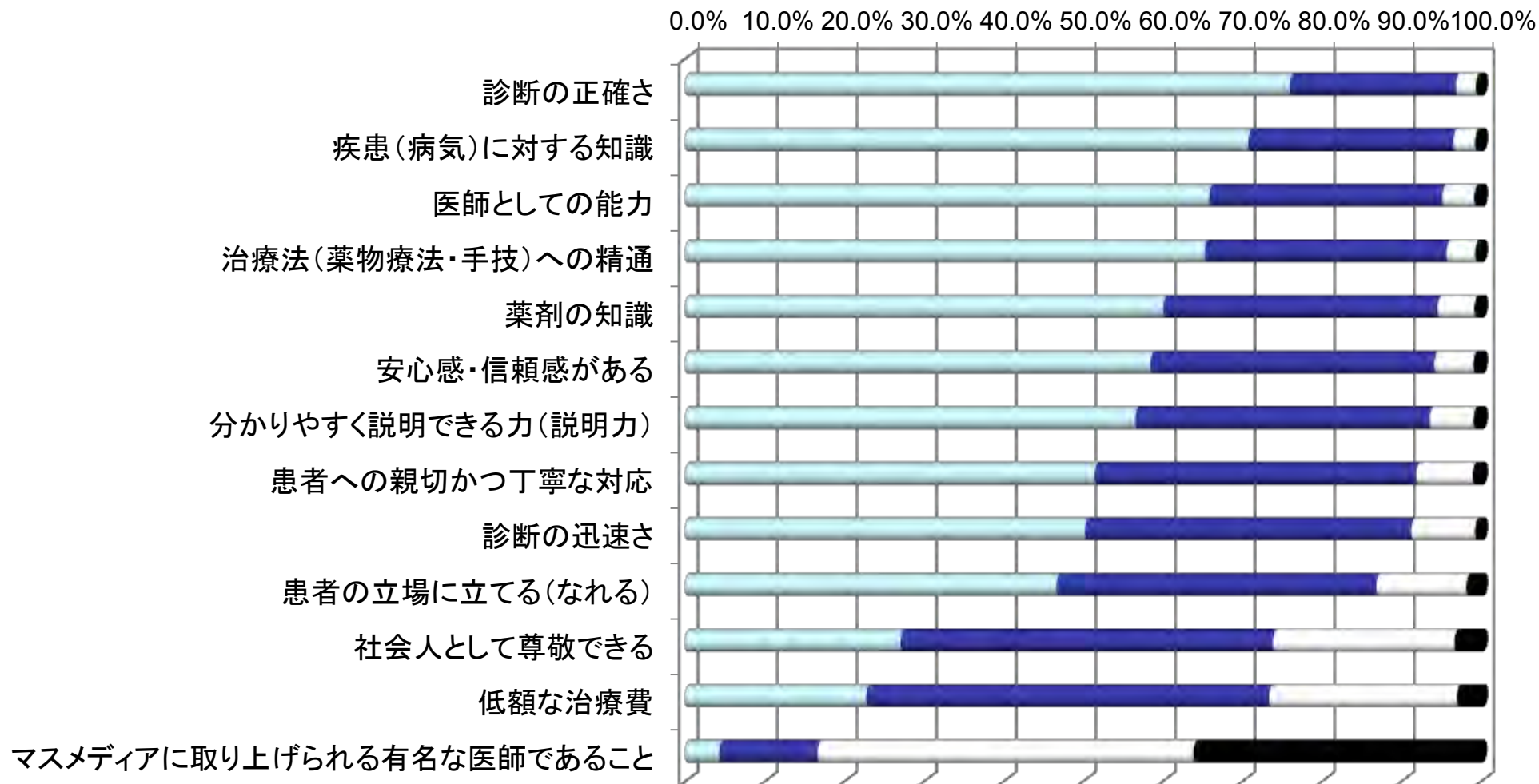
■ 非常に期待する ■ やや期待する ■ あまり期待しない ■ 全く期待しない

0.0% 10.0% 20.0% 30.0% 40.0% 50.0% 60.0% 70.0% 80.0% 90.0% 100.0%

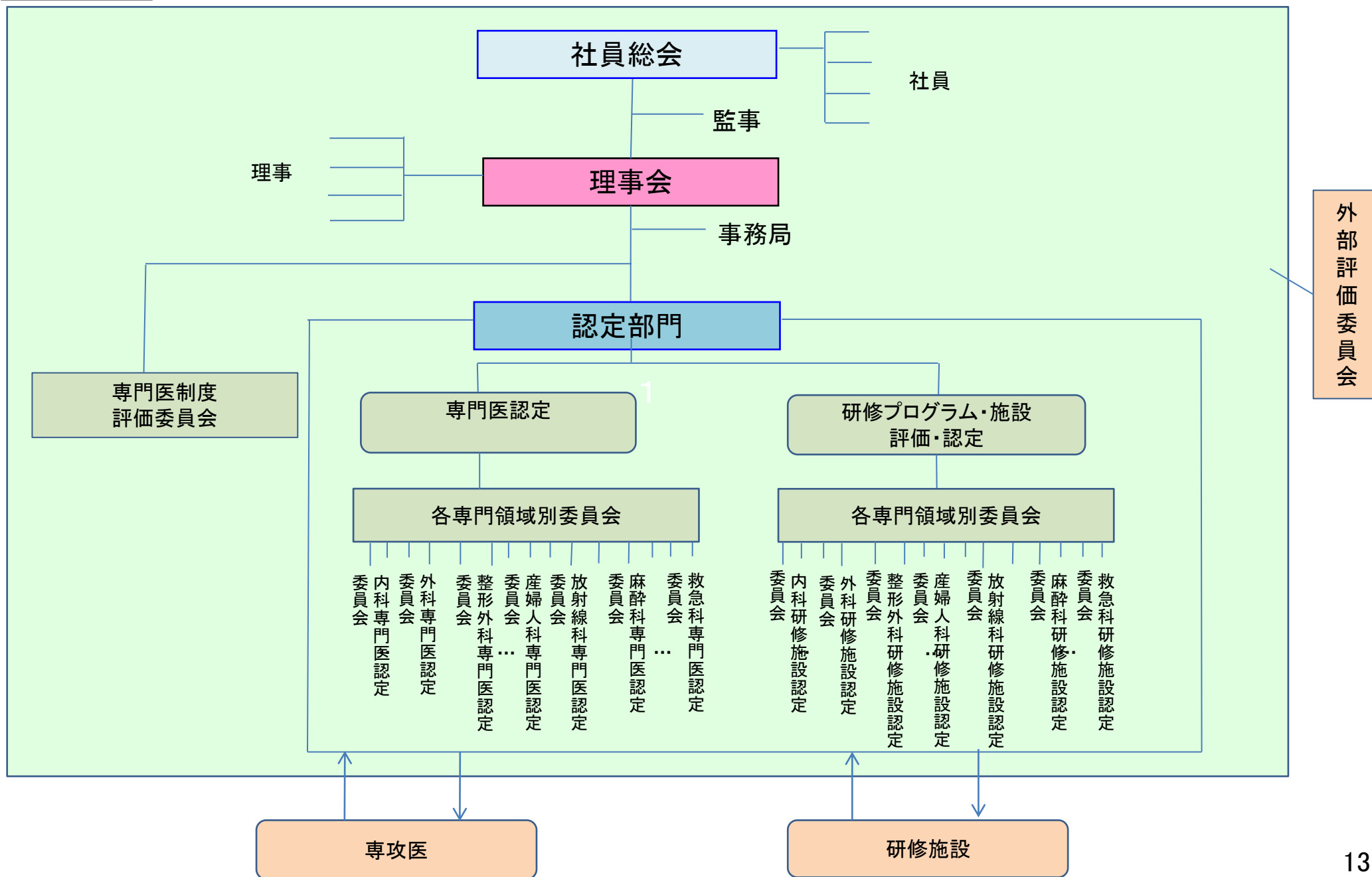


医療機関を受診する際の期待度

■非常に期待する ■やや期待する ■あまり期待しない ■全く期待しない



出典(社)日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書



新たな専門医制度の基本設計

Subspecialty専門医

消化器・呼吸器・内分泌代謝・腎臓・アレルギー・
老年病・循環器・血液・糖尿病・肝臓・感染症・
神経内科・消化器外科・呼吸器外科・
心臓血管外科・小児外科 等

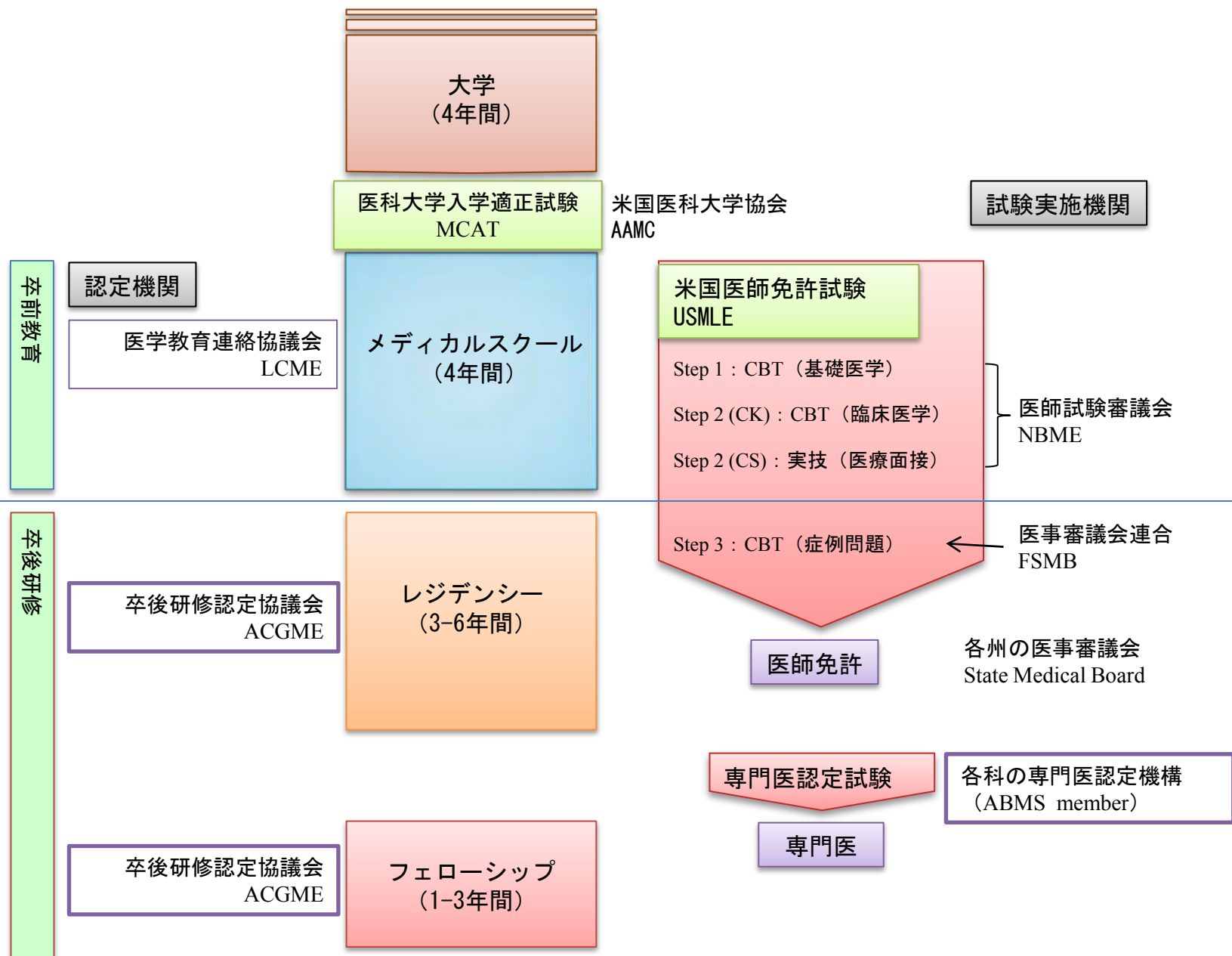
基本領域専門医

内科 皮膚科 外科 産婦人科 耳鼻咽喉科 脳神経外科 麻酔科 小児科 精神科 整形外科 眼科 泌尿器科 放射線科 救急科 リハビリテーション科 形成外科 病理 臨床検査

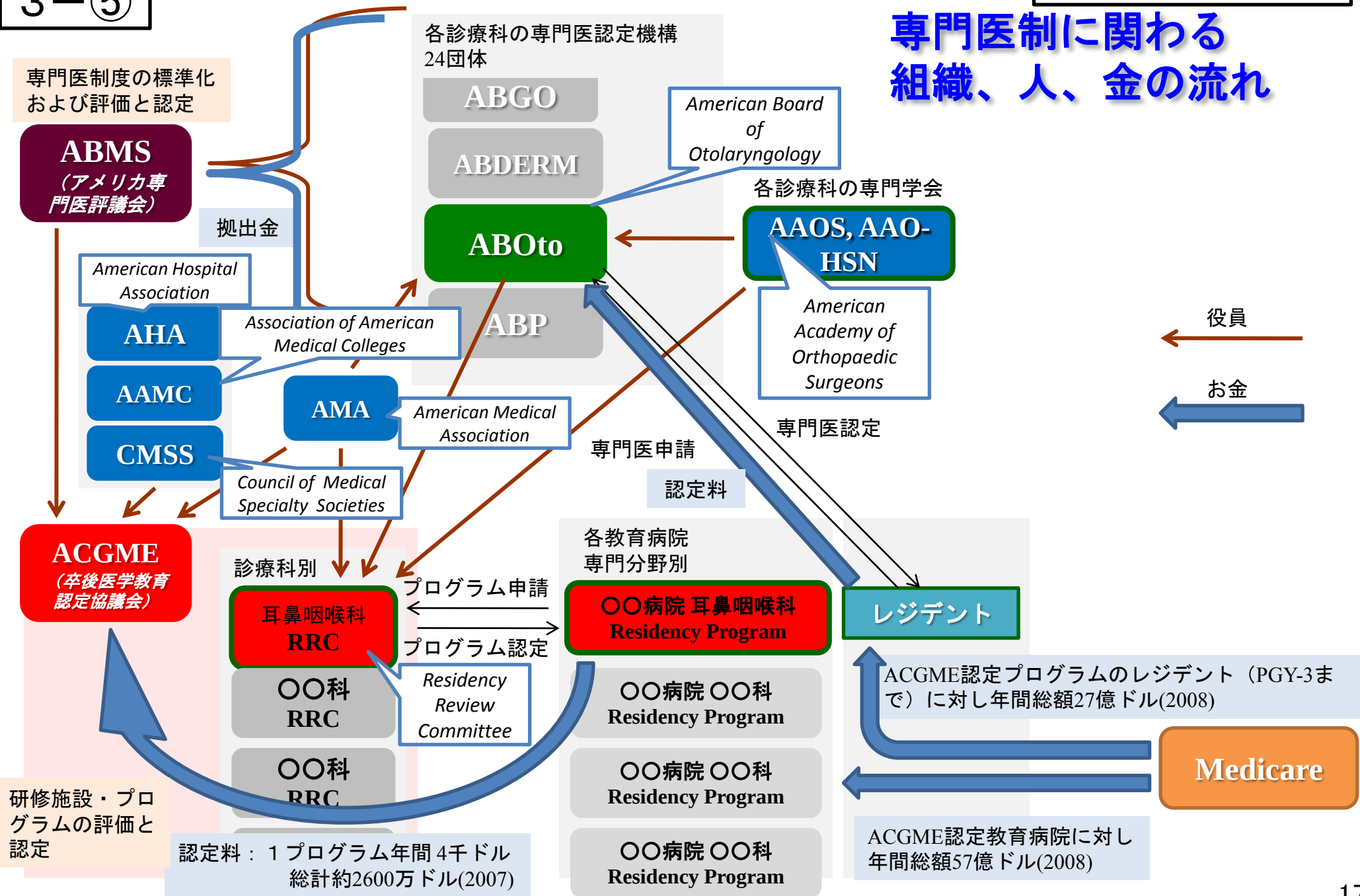
総合診療科（仮）

項目	韓国	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
専門医の法的位置づけ	国家認定	民間の第三者組織	民間の第三者組織	州医師会、連邦医師会も関与	国の法律で決められている
実際の認定組織	1. 専門医試験: 大韓医師会 (KMA) 2. 専門医配置、病院評価・認定: 大韓病院協会 (KHA)	専門医制度と専門医の認定: ABMS (American Board of Medical Specialty) 研修施設とプログラムの評価・認定: ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education)	医療施設、専門診療科、医療の質の管理: National Health Service; NHS) 卒後研修教育(教育プログラムの認定と承認): Post graduate Medical Education and Training Board (研修プログラムの遂行): Local deaneryに一任。	州医師会: 専門医の研修病院、指導医、教育カリキュラムに関する認定、専門医の受験資格、試験、資格更新に関する認定の権限を有する	全国選抜試験 (ECN) 合格者の上位者から専門を選ぶ。外科系専門(5年)、内科系専門医(4年)、GP(3年)のいずれかになる。研修終了後、コンクール国家試験に合格し、国家免許と医師会への登録が必要。
組織運営のための経済的背景(財源)	学会、専門医試験受験料、 会員費(個人、学会)、 レジデントになるための試験手数料	ABMS: 国(研究費の形)、所属学会、専門医認定料(2008年の収入は約560万ドル) ACGME: 研修プログラム認定料(2008年の収入は約3,000万ドル、政府(Medicare)から、レジデントに給与として年間27億ドル、認定教育病院に対して年間57億ドル	General Medical Association (GME)が410ポンド(いずれも一人当たり)、各Royal Collegeが410ポンド、Certificate of Completion of Training (CCT)取得に対して医師の登録料850ポンドと国家補助金	医師会、専門医認定料、更新のための講演会など	国の事業(医学部4年目から支給される給与は病院から支給されるが、原資は社会保障費)
専門医配置の調整	行っていない	行っていない。経済的インセンティブを付与することによって対応しており、ある程度の効果を上げている。	GPの配置は国の基準で決められている。ポストは全国に満遍なく作られている。	保険医組合が遠隔地への医師誘導のインセンティブ。ベルリンのような都会では開業希望者が多いため、保険医組合が制限を設けている場合がある。	行っていない。

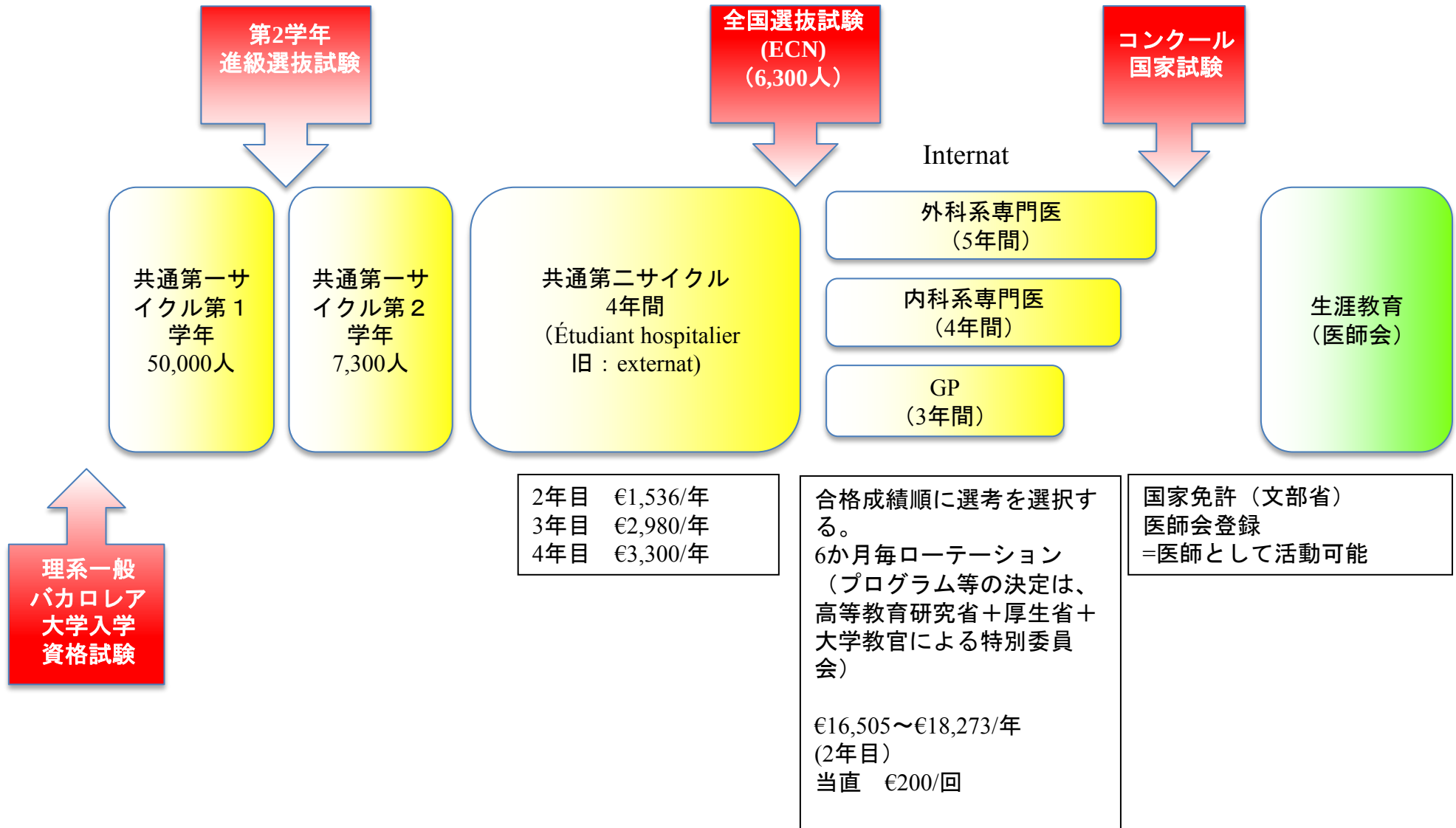
米国の医師養成システム～専門医までの道～



専門医制に関わる 組織、人、金の流れ



フランスの専門医制度



日本プライマリ・ケア連合学会専門医・認定医認定制度要綱

(目的)第1条

人々が健康な生活を営むことができるように、地域住民とのつながりを大切にした、継続的で包括的な保健・医療・福祉の実践及び学術活動を行える医師を学会として認定し、もって会員の資質向上とプライマリ・ケアの発展に寄与することを目的とする。

下記の能力を統合し、地域の診療所や中小病院で地域の第一線の医療を行うことができる。

家庭医を特徴付ける能力

- ・患者中心・家庭志向の医療を提供する能力
- ・包括的で継続的、かつ効率的な医療を提供する能力
- ・地域・コミュニティをケアする能力

教育・研究

家庭医が持つ医学的な知識と技術

- ・健康増進と疾病予防
- ・幼小児・思春期のケア
- ・高齢者のケア
- ・終末期のケア
- ・女性の健康問題
- ・男性の健康問題
- ・リハビリテーション
- ・メンタルヘルス
- ・救急医療
- ・臓器別の問題

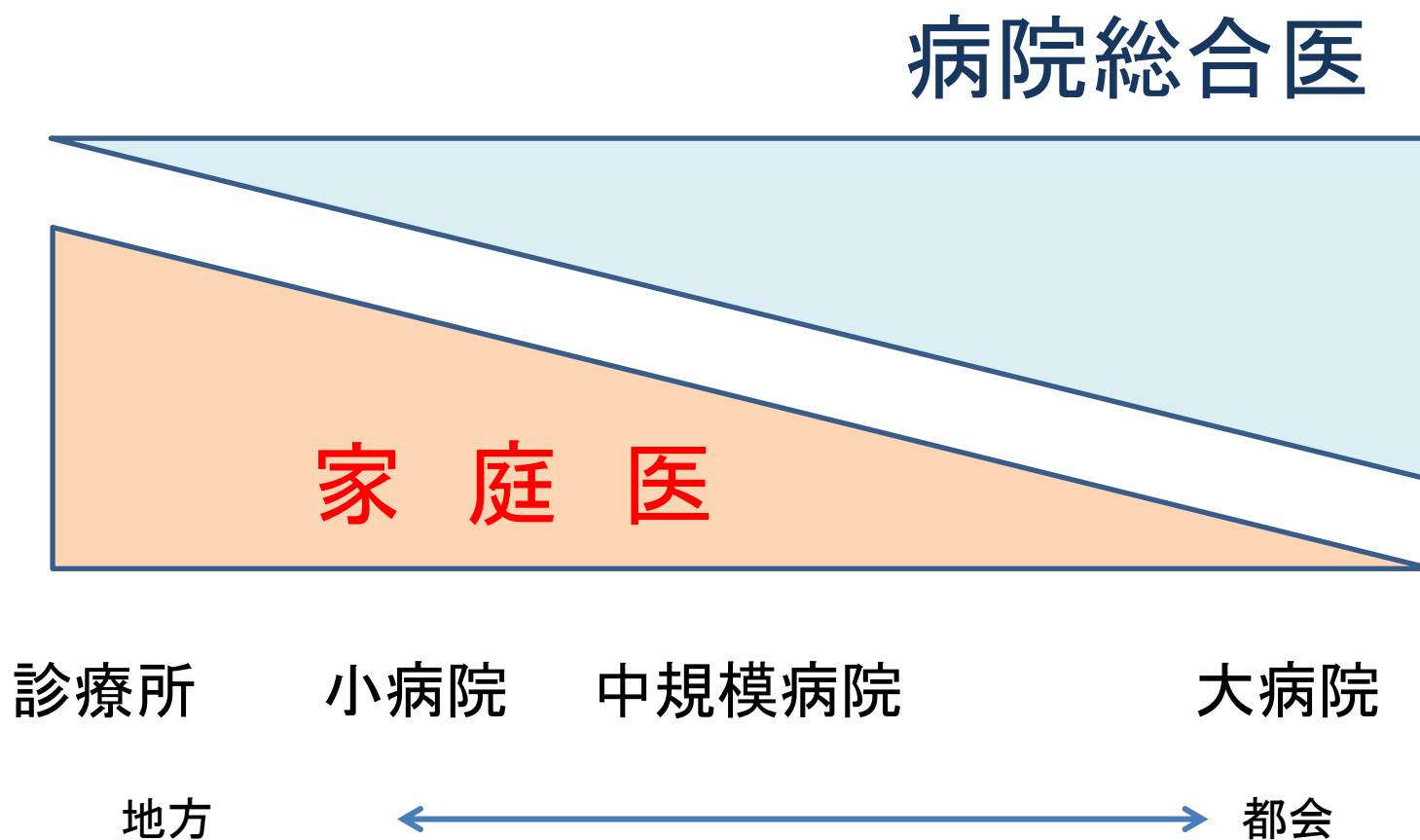


すべての医師が備える能力

- ・診療に関する一般的な能力と利用者とのコミュニケーション
- ・プロフェッショナリズム
- ・組織・制度・運営に関する能力

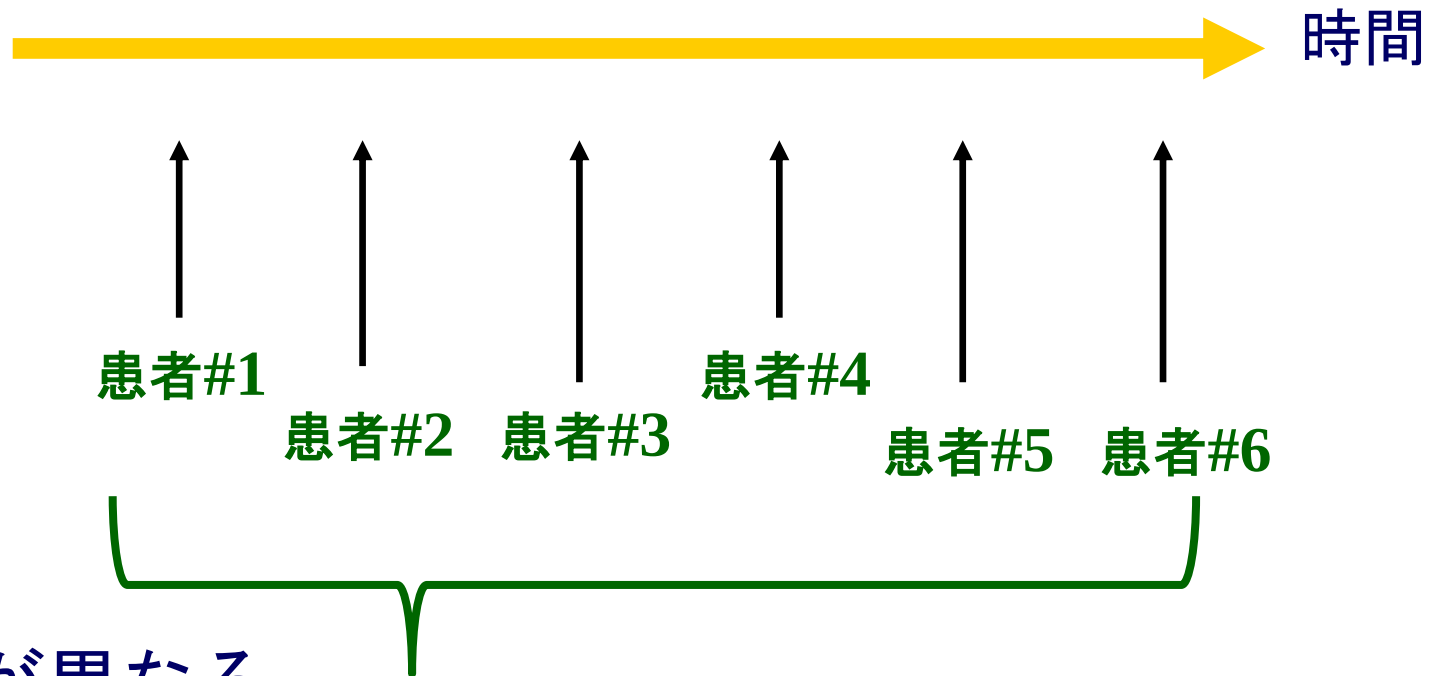
専門医制度の中で
基本領域（Ⅰ群）をめざす

診療場所別担当範囲



臓器・疾患別専門医の診療

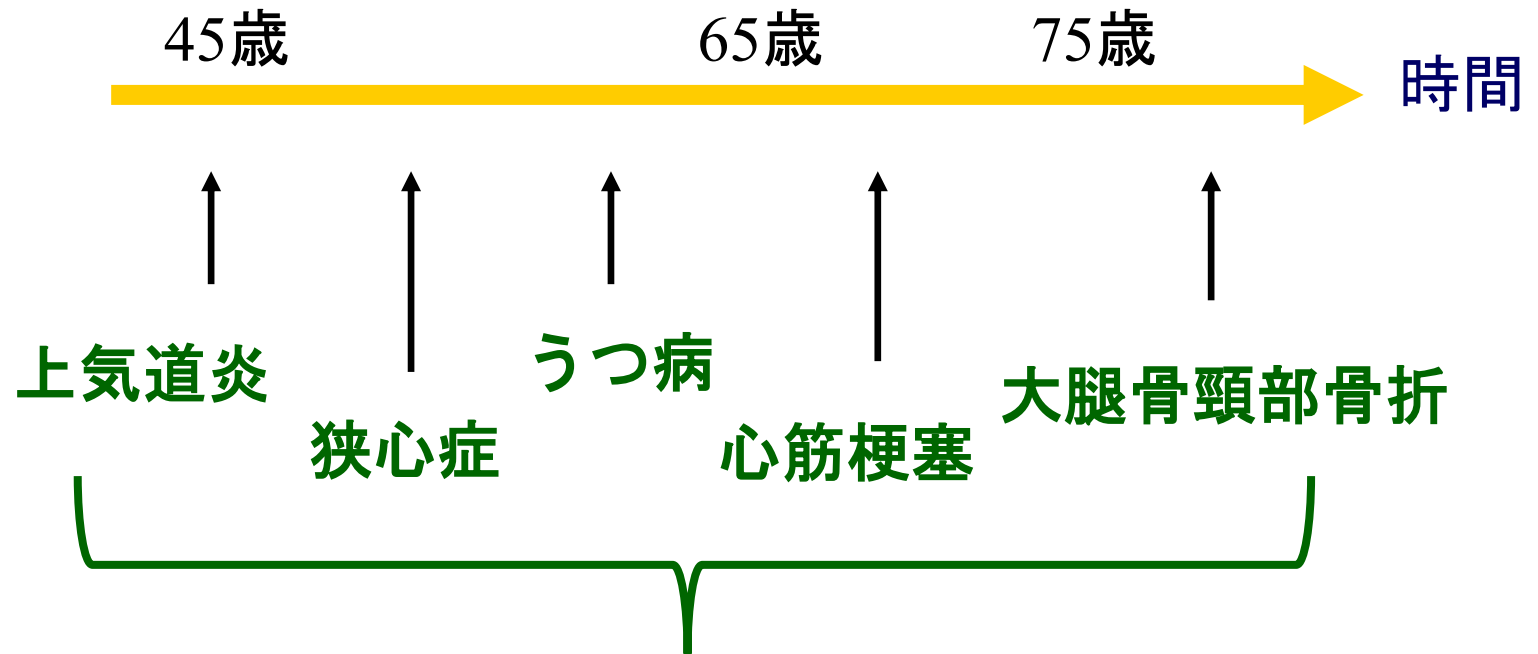
□扱う疾病は同じ



□患者が異なる

総合医の診療

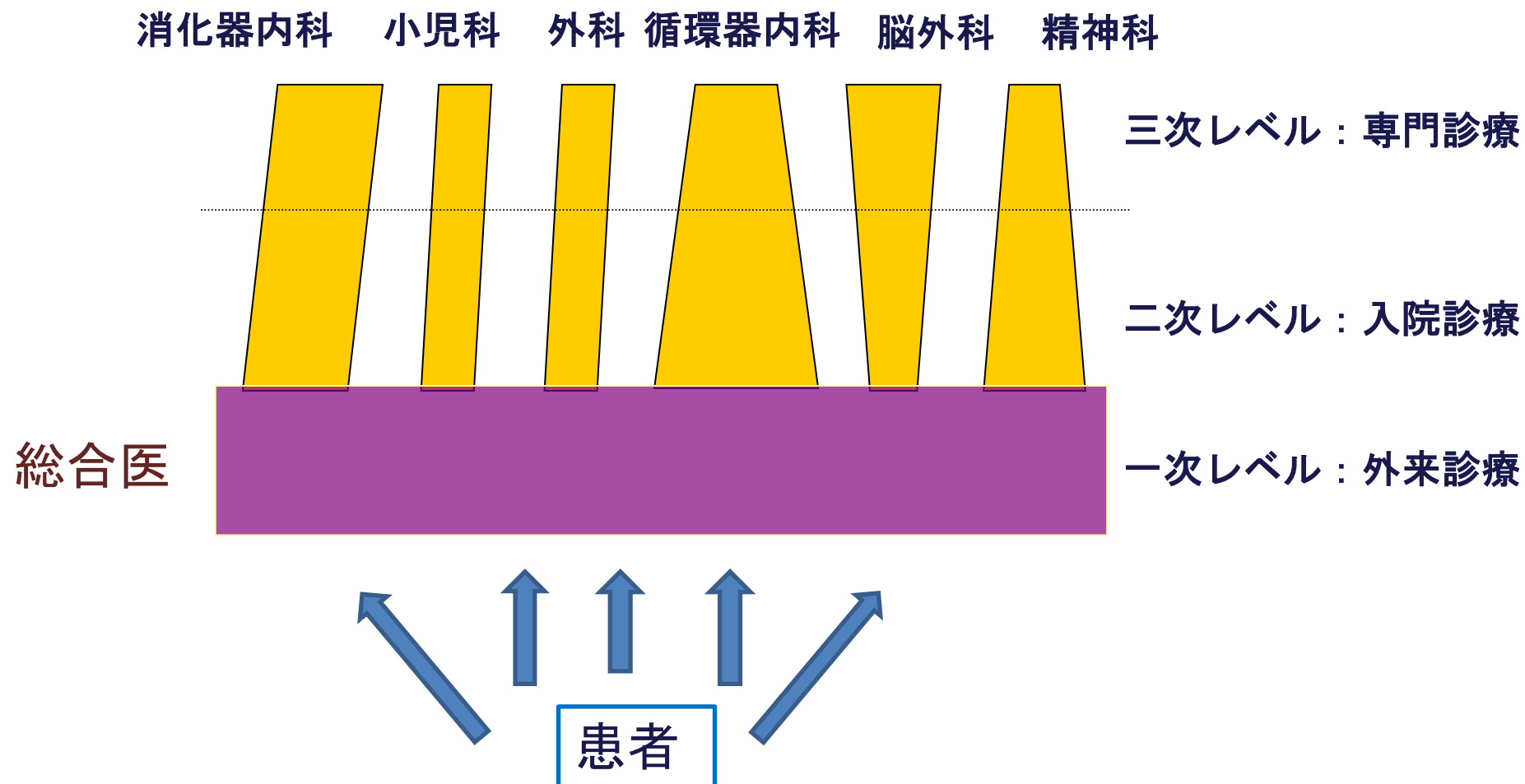
□患者は同じ



□診療する疾患が種々

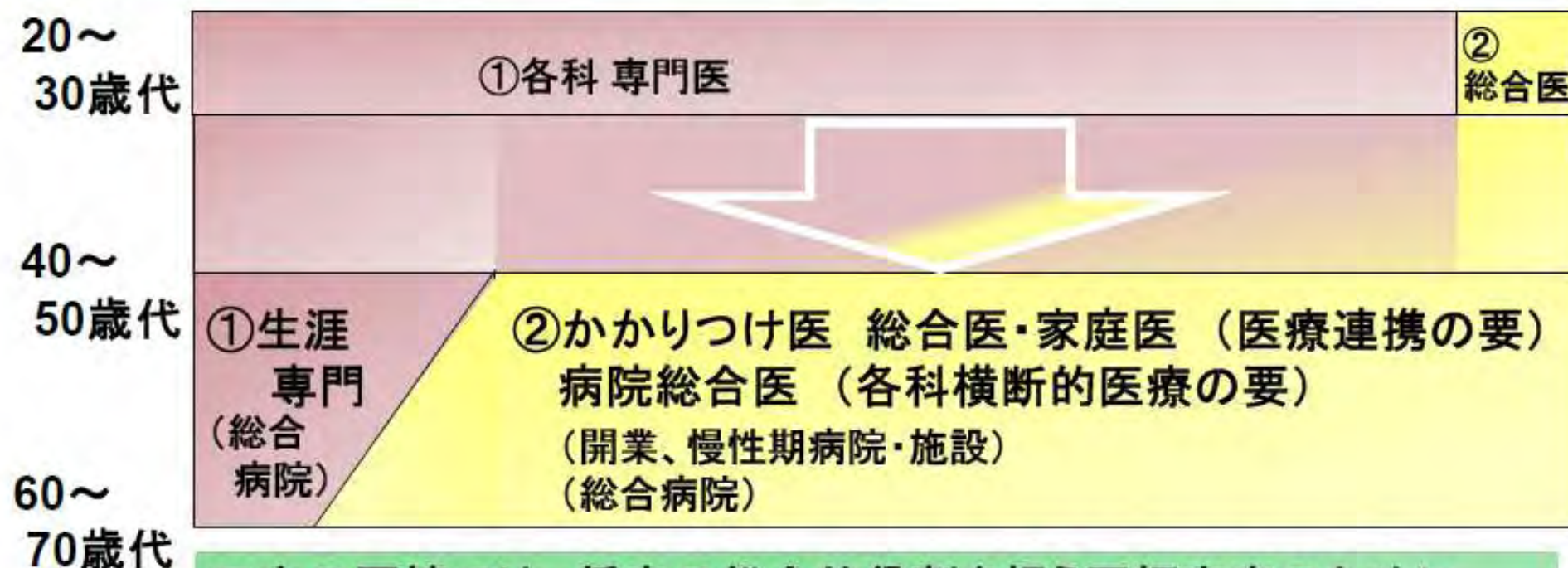
まず総合医を受診

—制度としてのアクセス制限なく—



総合力・教育力の連鎖が必要な医療の国情 3) 医師の役割の変化

日本では、ほとんどが当初、専門医となり、
その後、多くが50歳前後までに総合的役割に転じている。



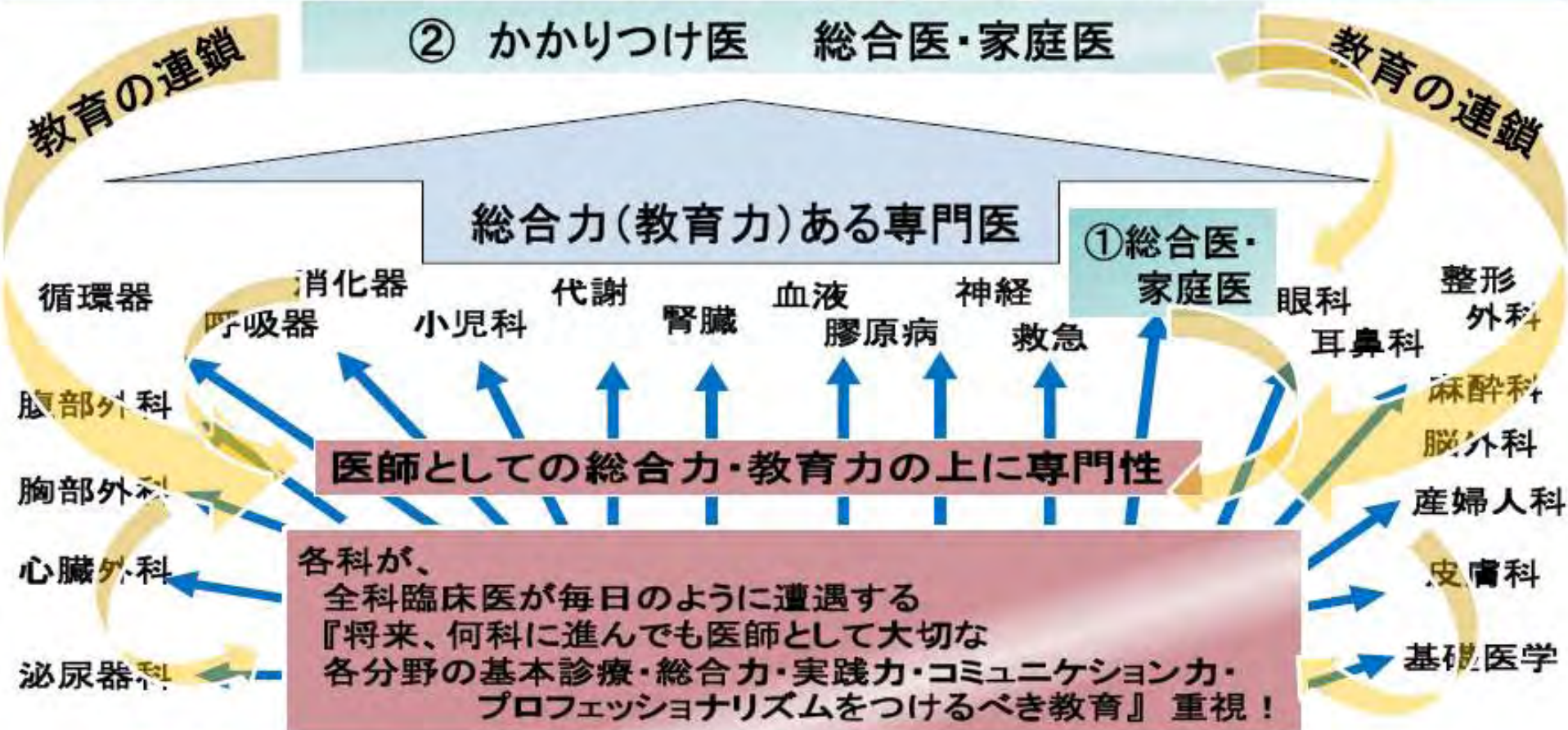
日本の国情では、将来の総合的役割を担う医師充実のために
『**総合力のある専門医**』育成も必要(教育体制からも)

①②の育成バランス重要。

すべての医学生～生涯教育 医師として当然の総合力重視必須。

地域医療の維持には ①②の2本立てが必要な日本の国情

② かかりつけ医 総合医・家庭医

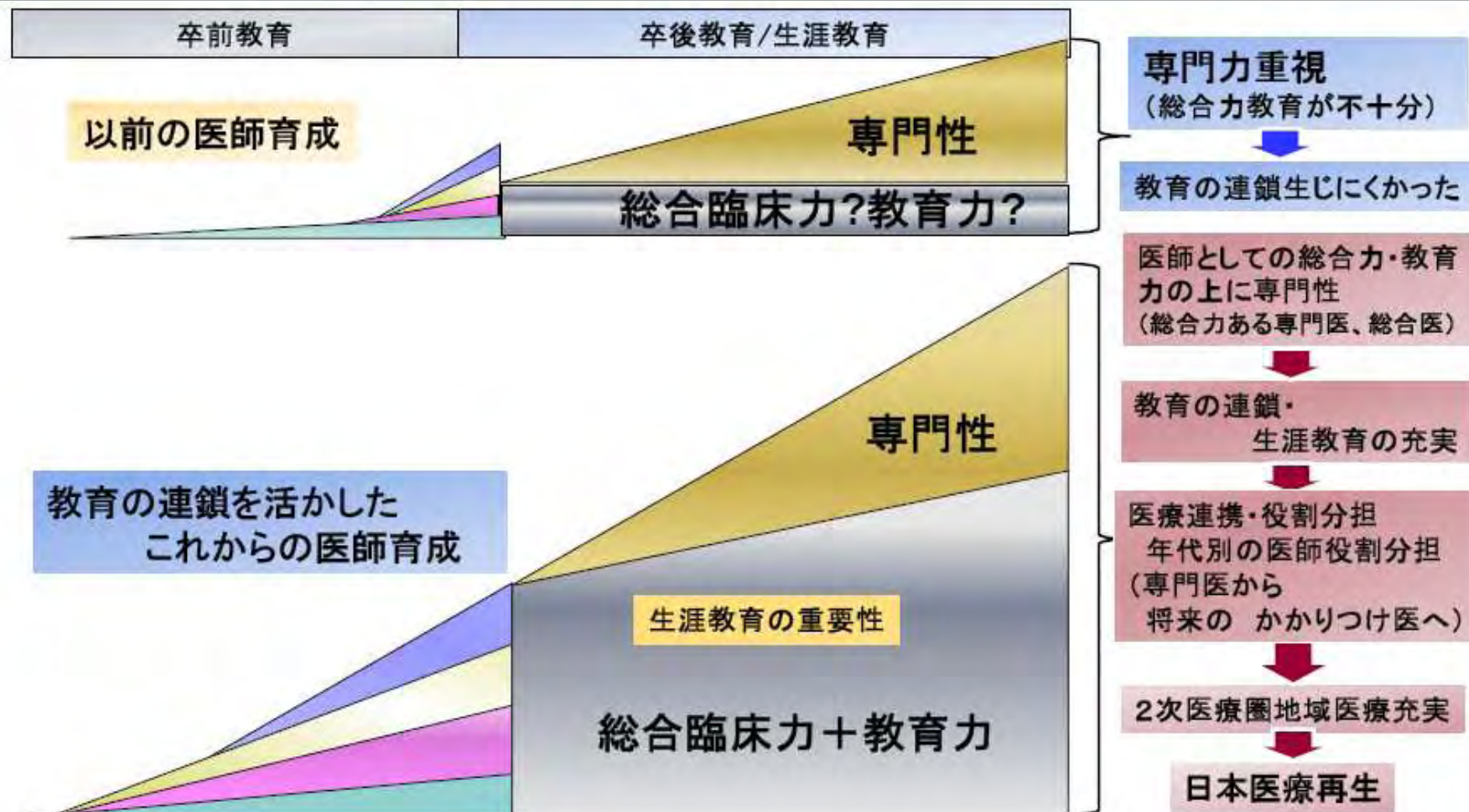


医学部 1年生～6年生～初期研修医の 8年間～生涯キャリア形成

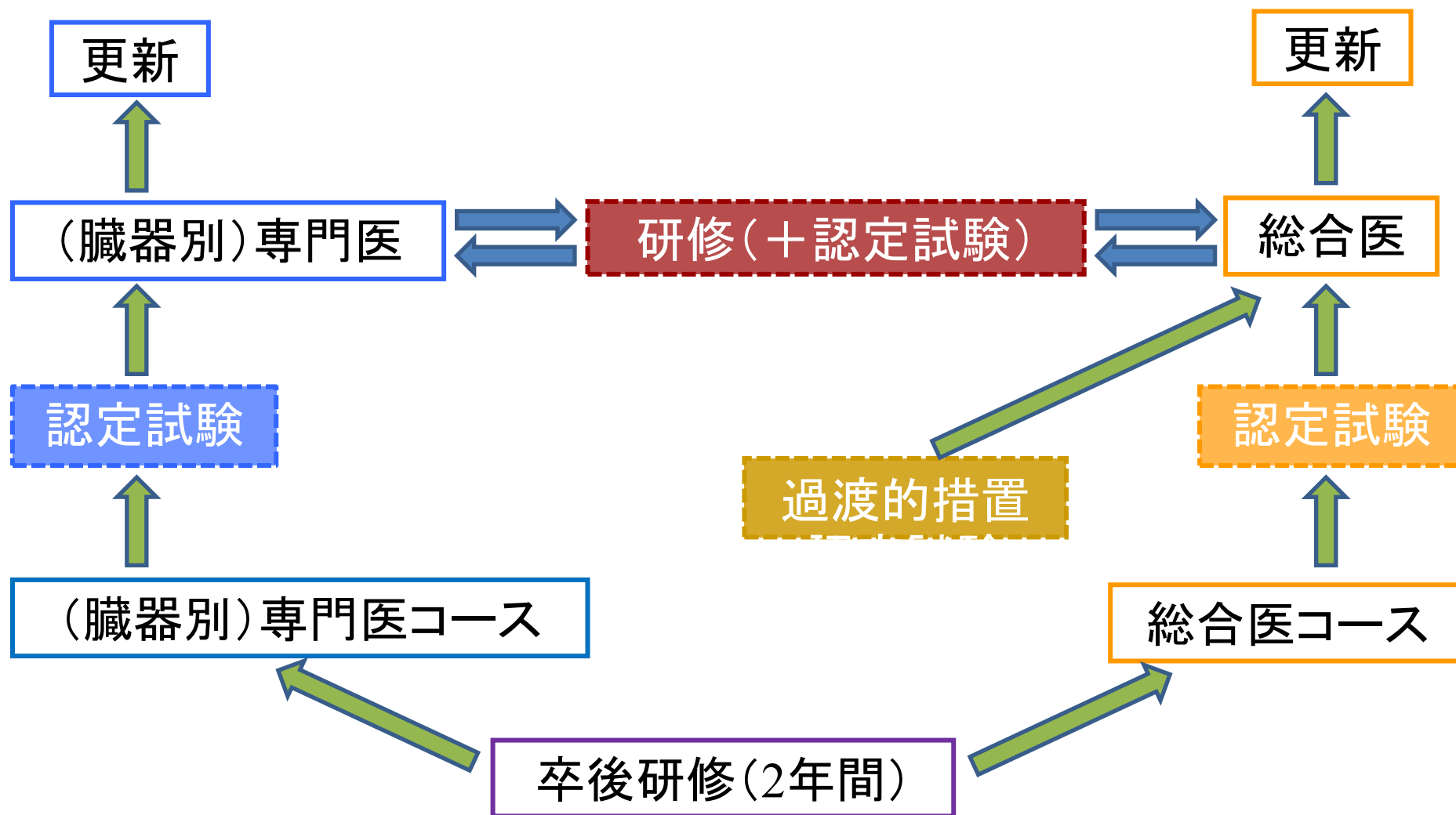
大学基礎～臨床講座・県内の医療機関が同じ方向性で
症例・事例ベース、コミュニケーションベースの
ステップアップ統合教育・キャリア形成

『日本の国情・2次医療圏の実情』と

『初期研修制度で生じた教育の連鎖』を活かして
 これからの理想的医師育成教育～専門医制度改革のシームレスな展開を考える



専門医制度(案)



専門医としての総合医を
育成する教育・研修システム

高校卒業

総合医体制整備に関する研究会報告
平成22年 3月 国民健康保険中央会

医学部教育(6年間)

1～4年次
(臨床実習前教育期間)

共用試験

5～6年次
(臨床実習教育期間)

医師国家試験

初期臨床研修(2年間)

専門研修(3～6年間)

総合医コース
(主に病院や診療所で実施)臓器別の専門医コース
(循環器・血液・・・脳神経外科・・・麻酔科・・・等)研修体制の整備
・研修施設群
・研修プログラム
・到達目標の明確化

総合医認定

総合医

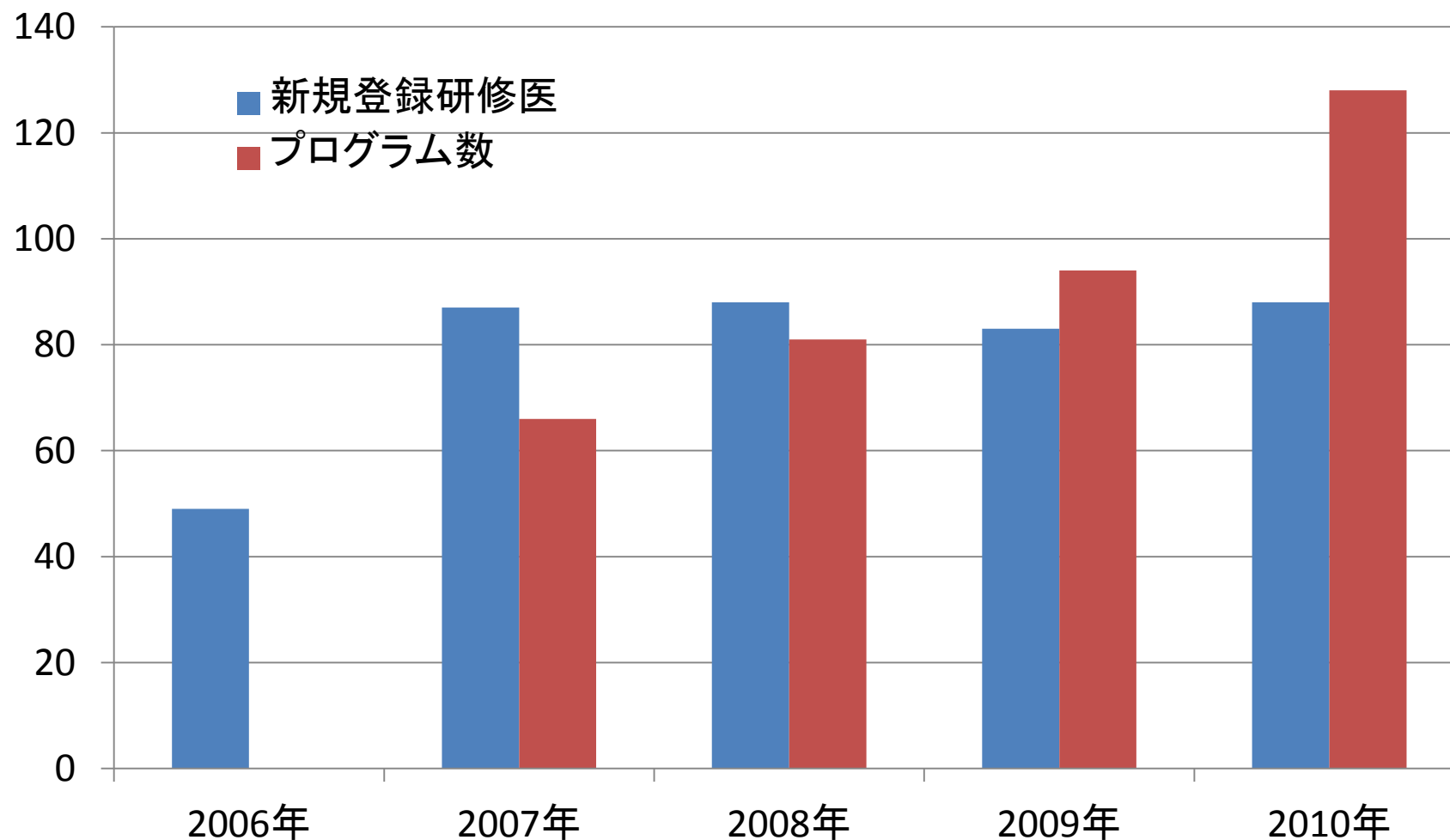
更新

総合医認定

必要に応じて
認定のための
研修を実施

専門医

プログラム数と新規登録研修医



第Ⅵ次日本医師会生涯教育推進委員会答申

委員長：橋本信也医療教育情報センター理事長
他都道府県医師会役員等委員 11名

(答申 14頁)

平成23年12月20日に会長答申のうえ、理事会報告。

これを踏まえて、都道府県医師会に意見を求めており、執行部において対応を協議中。

1. 「総合診療医（科）」、「総合医（科）」：用語についての共通理解

（答申1～2頁）

「総合診療科」、「総合診療医」とは

- そもそも「総合診療」という名称は、平成7年に特定機能病院を位置付けたときに広まった。
 - ・この時、大学病院は専門診療科別になり、従来のナンバー内科・ナンバー外科の名称を廃止し、臓器別診療科とした。
 - ・その際、いずれの診療科にも属さない、あるいは掛かるべき診療科が分らない患者を対象にして、「総合診療部」を設置した。
- しかし「総合診療」という名称は、それまでにも使われていた。
 - ・昭和51年、天理よろづ相談所病院は「総合診療部」を創設し、その後、多くの病院で設置されるようになった。
 - ・平成元年、「総合診療部」を有する全国の大学や中核病院の代表が集まり、「総合診療連絡協議会」を結成した。
これはその後、「総合診療医学会」となった。

- 一方、「プライマリ・ケア」という用語もある。

わが国の多くの医学辞典によると、プライマリケアは「総合診療」とほぼ同義語であるという。

平成22年、日本プライマリ・ケア学会、総合診療医学会、家庭医療学会は合併して、「日本プライマリ・ケア連合学会」となり、専門医制を創設した。

（答申3頁7行目）

- 「総合診療医」とは、近年、大学病院、地域の中核病院に開設されている「総合診療部」の医師に見る如く、主として従来的一般内科を中核として、精神科、皮膚科、小外科、眼科、耳鼻科、整形外科など周辺領域について広い領域にわたって基本的レベルの診療を行う医師を指す。

（答申2頁下から8行目）

「総合医」、「総合科」とは

(答申2頁5行目～)

- 一方、「総合医」、「総合科」という名称は、わが国の医学関係の辞書には記載がない。
従ってその定義は曖昧であり、人によって様々に使用している。
- この用語が有名になったのは、平成19年5月、厚労省医道審議会医道分科会・診療科名標榜部会で、「総合科」という医療法上の診療科名を提唱したことに端を発する。
ここでは国の個別審査により「総合医」の資格を付与しようというのである。

このあと、平成20年、国保中央会が「地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究会報告書」において、「総合医」を用いてさらに混乱を招いた。

- その後、厚労省の「専門医の在り方に関する検討会」や、国保中央会が中心となって「総合医を育て地域住民の安心を守る会」などが設立され、総合医の地域医療に必要な役割を主張しているが、そこでの議論は「総合医」と「総合診療医」を区別していない。

- このように「総合医」という名称は、概念も明確にされないままに独り歩きをしてきた。
そこで本委員会では、その混乱を整理するために検討を行った。
- その結果、「日常診療の他に、保健・福祉・地域の医療行政などを含む様々な医療活動に従事する医師」を「総合医」と定義した。

それは診療科の種類や就業形態を問わず、どの医師であっても「総合医」になる可能性をもつ。

それはとりもなおさず、従来から 日医が言う「かかりつけ医」に相当するものである。

(答申2頁17行目～)

- 臓器に偏らず、幅広い領域を総合的に診療するというのであれば、それは「総合診療医」である。
先にも述べたように「総合診療」は既に存在しており、専門医制も施行されている。

(答申2頁下から8行目～)

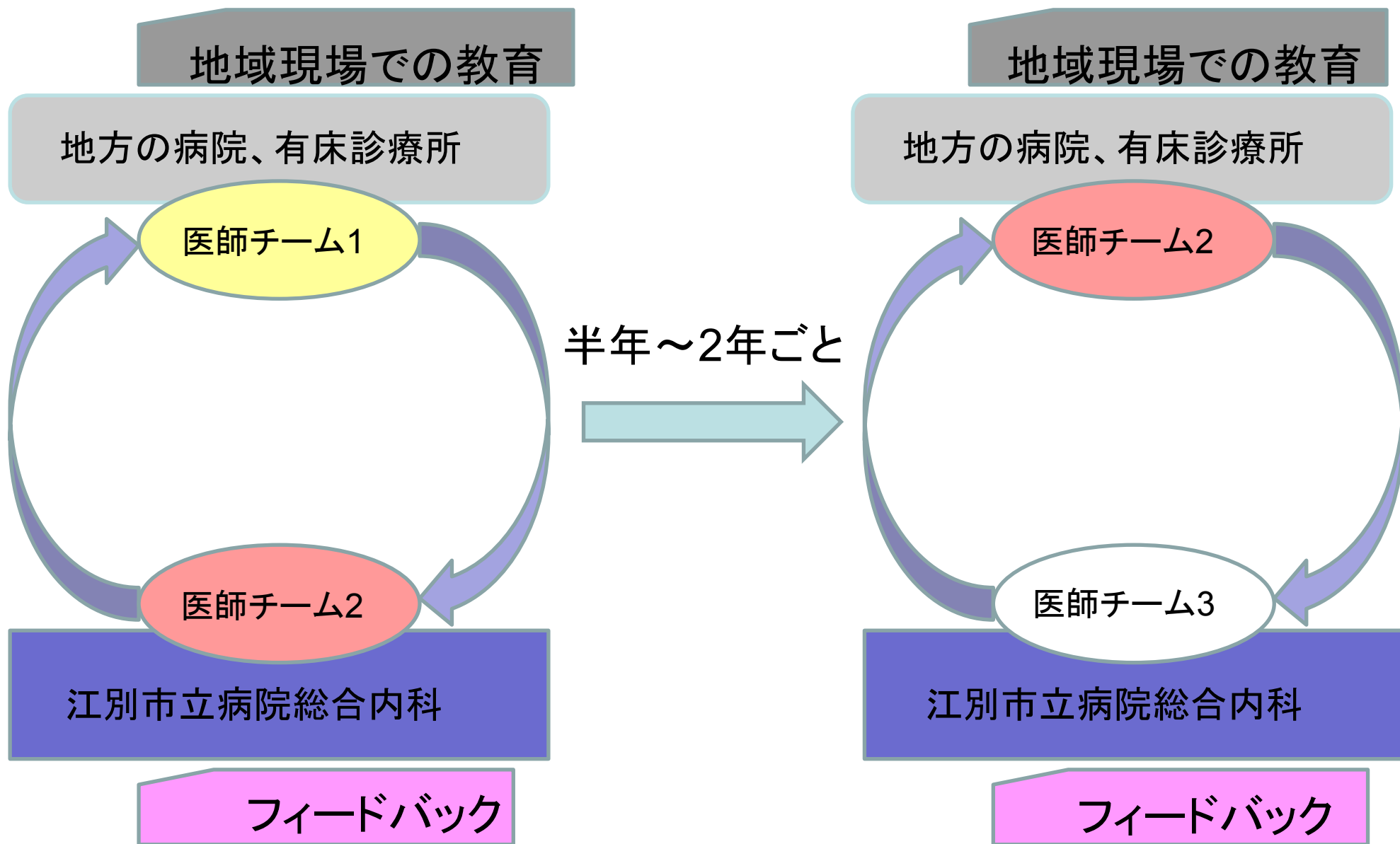
『総合内科指導医派遣』

総合内科指導医の派遣を希望する病院へ指導医を派遣しサポート。**総合内科の研修教育環境**を現場で作り出し、臓器別専門医と協働する総合内科診療で現場需要に応え、さらに研修医が集まる魅力ある病院へ。

『総合内科チーム派遣』

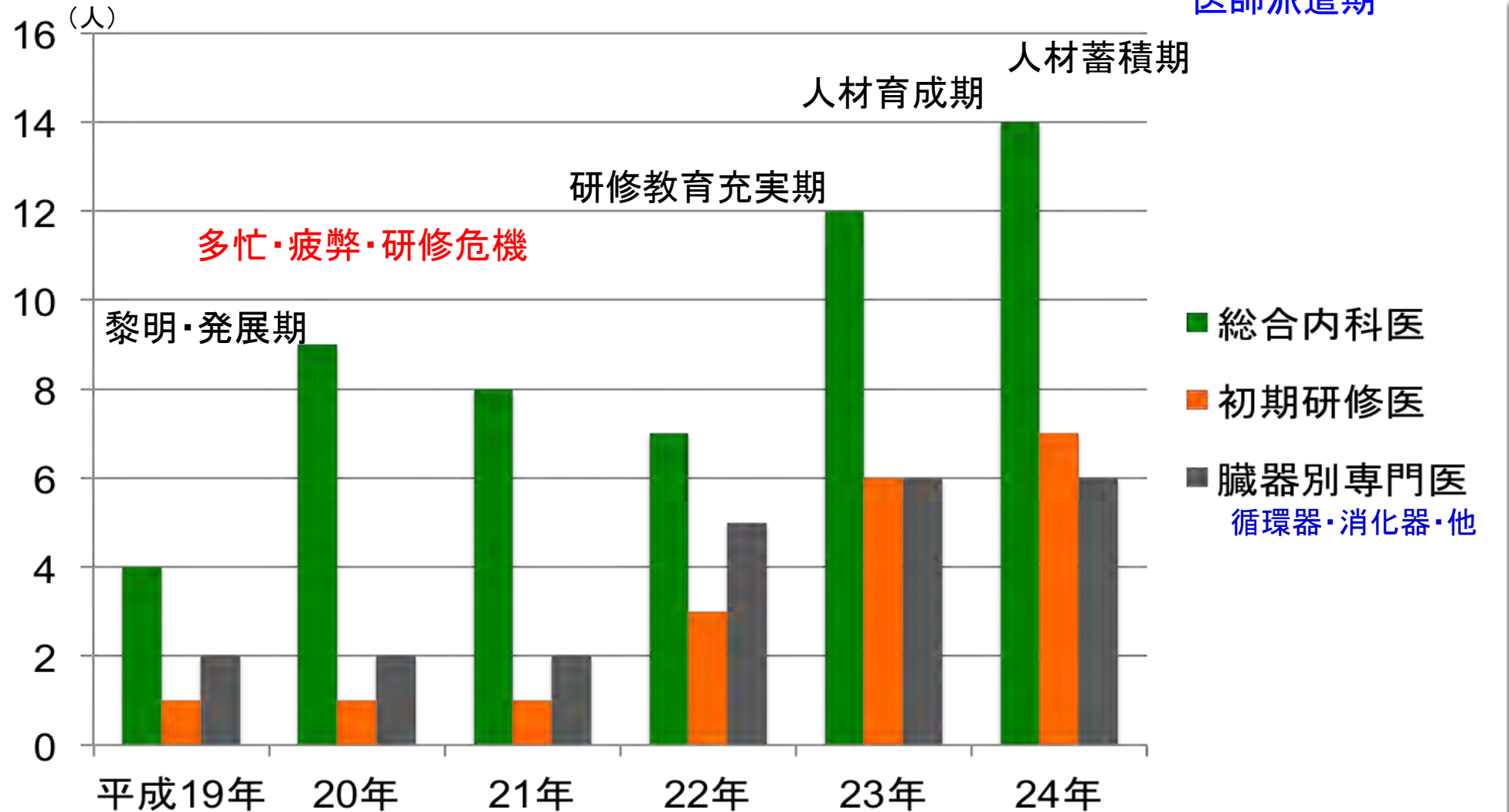
若手医師を中心とした指導医・中堅医・研修医からなる**総合内科医チーム**を地方派遣。
循環型システムで地方と総合医養成病院を循環
研修教育環境を現地で創出。

地域、特に僻地と江別市立病院の医師チームの循環システム



江別市立病院内科医師数

医師派遣期



(当院で研修後地域医療に従事した医師数 6名)

市民が知りたいこと

- 今後（たとえば10年後、20年後）、
高齢者を総合的に診療し、看取りまでできる医師が、
いったい何人必要になるのでしょうか
- そうした医師を地域に偏りがないように配置するため
には、どのようにしたらよいのでしょうか
- そのような医師に「めぐり合う」ための情報を、患者は
どのように得たらよいのでしょうか

<課題・背景>

(1)ECFMGからの通告により、米国の医師国家試験を受験するには、世界基準の認証を受ける必要

(2)日本の臨床実習は時間数の確保や診療参加型実習が十分ではない

(3)医師国家試験が知識中心であり、医学部6年次後半が予備校化

(4)初期臨床研修と卒前実習の内容の重複が多い

(5)医師の臨床志向により基礎研究医が減少

(6)地域医療崩壊による大学の医療支援に対する要望

(7)地域からの総合診療医の養成に関する要望

<医学教育の改革>

①真の診療参加型臨床実習の実施
・時間数の確保
・内容の充実

②CBT、OSCEの合格基準の統一

③Advanced OSCE(卒業時OSCE)の実施

<基礎研究医の養成>

④卒前からの研究室配属

④MD-Ph.Dコースの促進

④卒前・卒後一貫の研究医養成コース等の設置

④学生に対する経済的支援

<地域医療支援システムの構築>

⑤大学と地域医療機関の連携による地域医療支援

⑥総合診療医の養成

<効果>

グローバルスタンダードへの対応による世界基準の認証評価取得

大学自らの能力評価を通じた医師国家試験の合理化

卒前実習の充実による基本診療能力向上に基づく初期臨床研修の充実

将来の医療の進歩を担う基礎研究医の養成

大学と地域医療機関の連携による優れた総合診療医の養成

<達成目標>

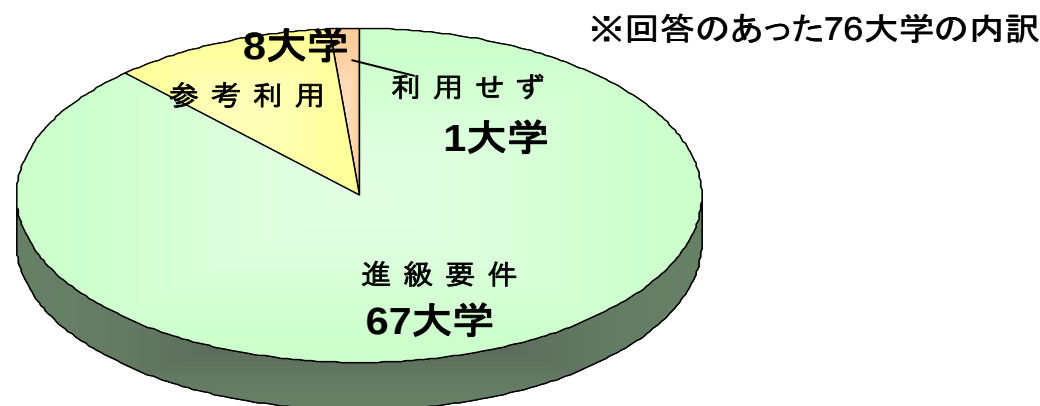
グローバルスタンダードを超える医師の養成

優れた研究医の確保

地域が求める医療人の養成

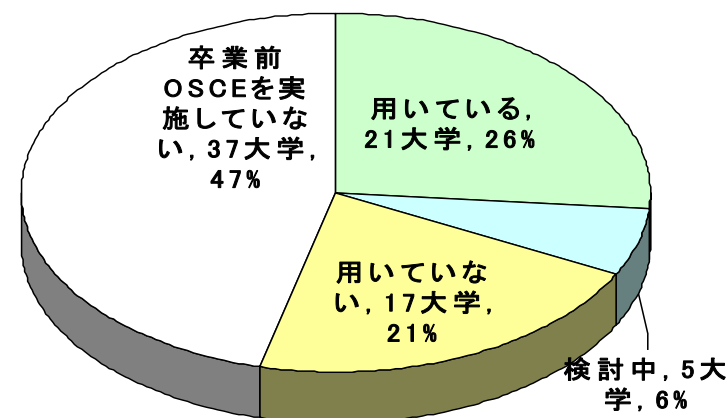
- ・大半の大学において共用試験を進級要件として利用しているが、合格基準は大学により異なることが課題。
- ・半数以上の大学が卒業前にOSCE(臨床能力を試す実技試験)を行っており、全体の1/4程度が卒業認定に用いている。

◆共用試験(CBT試験)の進級要件としての利用



文部科学省平成21年度医学・歯学教育指導者ワークショップアンケートより

◆卒業前OSCEの卒業認定への利用



「平成21年度医学教育カリキュラムの現状」(全国医学部長病院長会議)より

共用試験

臨床実習開始前の学生の態度、技能、知識を評価するための試験。(社)医療系大学間共用試験実施評価機構が実施。

CBT(Computer Based Test)

コンピュータにより問題が出題される、共用試験の形態。出題は全大学共通だが、正当率の合格基準は、各大学がそれぞれ判断する。

OSCE(Objective Structured Clinical Examination; オスキー)

模擬患者を相手に医療面接や身体診断等を行い、臨床能力を試す実技試験。臨床実習前の共用試験においては(社)医療系大学間共用試験実施評価機構がOSCEを実施。臨床実習終了時又は卒業時のOSCEは各大学において実施している。



臨床研修制度に関する経緯

○昭和23年 インターン制度を開始(国家試験の受験資格を得るために必要な課程)

(当時の問題点) インターン生の身分・処遇が不明確、指導体制が不十分

○昭和43年 臨床研修制度創設(医師免許取得後2年以上の努力義務)

【指摘されていた問題点】

1. 専門医志向のストレート研修中心で、研修プログラムが不明確
2. 受入病院の指導体制が不十分
3. 身分・処遇が不明確で、アルバイトによって生計を維持せざるをえない など

○平成16年 新制度の施行(平成12年医師法改正(臨床研修の必修化))



臨床研修制度のあり方等に関する検討会、医道審議会において制度の見直しを検討(平成20年9月～)

【指摘された問題点】

1. 専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる
2. 受入病院の指導体制等に格差が生じている
3. 大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化
4. 募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中

○平成21年 臨床研修制度の見直し(新基準は平成22年度の研修から適用)

平成21年臨床研修制度の見直しの概要

(平成22年度の研修から適用)

1 見直しの趣旨

臨床研修制度の基本理念の下で臨床研修の質の向上を図るとともに医師不足への対応を行う。

※基本理念…医師としての人格のかん養と基本的な診療能力の修得

2 見直しの内容

(1) 研修プログラムの弾力化

- ・必修の診療科は内科、救急、地域医療とする。 ※従来は、内科、外科など7診療科が必修。
- ・外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科は選択必修科目とする(2科目を選択して研修を行う)。
- ・一定規模以上の病院には、産科・小児科の研修プログラムを義務付ける。

(2) 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化

- ・新規入院患者数、救急医療の提供などについて、基準を強化する。
- ・新基準を満たさなくなる病院は、研修医の受入実績等を考慮し指定の取り消しを行うか否かを定める。

(3) 研修医の募集定員の見直し

- ・都道府県別に募集定員の上限を設定する。
- ・病院の募集定員は、研修医の受入実績や医師派遣等の実績を踏まえ設定する。
- ・募集定員が大幅に削減されないように、前年度採用内定者数(マッチ者数)を勘案して激変緩和措置を行う。

医師臨床研修の評価に関するワーキンググループ°

【主旨】

次回の制度見直しに向けて、臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関する実態を把握し、論点を整理

【主な検討項目】

①臨床研修制度の運用状況に関する事項

（研修医の基本的診療能力、受入病院の指導・管理体制、研修プログラム等）

②臨床研修制度の導入による影響に関する事項

（研修医のキャリア形成、地域医療に与えた影響等）

③臨床研修制度の全体的な評価に関する事項

【構成員】

大滝 純司	北海道大学教授	神野 正博	社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長
岡留健 一郎	済生会福岡総合病院長	小森 貴	日本医師会常任理事
岡部 繁男	東京大学教授	田中 雄二郎	東京医科歯科大学附属病院副病院長
岡村 吉隆	和歌山県立医科大学附属病院長	○堀田 知光	独立行政法人国立がん研究センター理事長
片岡 仁美	岡山大学教授	横田 昇平	京都府健康福祉部医療専門監

○は座長

（五十音順）

【スケジュール】

平成23年7月	第1回ワーキンググループを開催
平成24年中	制度見直しに向けた論点の取りまとめを行い、臨床研修部会に報告
平成25年度中	臨床研修部会において、総合的な評価を行い、制度全般の見直しを実施
平成26年度	平成27年度開始の研修医を募集
平成27年度	見直し後の制度の下で研修開始