

専門医制度整備指針

(第4版)

平成25年3月

日本専門医制評価・認定機構

専門医制度整備指針について

[はじめに]

わが国では各学会がより良い医師の育成を目的としてそれぞれ独自の専門医制度を立ち上げました。制度の内容は各学会で個別に作成してきたため、統一性に欠けるなどの問題もあり、社会的に認知されるよう調整機関として学会認定制協議会（後に専門医認定協議会）が設立されました。この協議会において各学会の専門医制度の全体としての調整が進み、協議会が認定を行ってゆく方向で作業が進められましたが、平成 14 年に厚生労働省による医業に関する広告規制の緩和の一環として専門医の広告が可能となったため一部混乱が起り、協議会の役割についても見直しが求められました。そこで、協議会は中間法人日本専門医認定制機構（現：社団法人日本専門医制評価・認定機構）と組織変えを行いました。厚生労働省の基準は単に外形基準を定めた制度であり、その質は問われていないものでありますので、それまでの通りの方向で各学会の制度を評価・審査してゆくことにより、質の担保を図るべく作業を行って参りました。日本専門医制評価・認定機構としては専門医認定が中立的第三者機関においての認定となり、社会に納得してもらえるような制度にしてゆくことが緊急の課題であると考え、これに沿って各学会が制度の整備にご尽力くださることを願っています。

このような現状から各学会での専門医制度の構築に関する基本的事項を指針として示したものであります。学会によりその専門医資格の内容が異なりますが、基本的考え方はこの指針に沿ったものとしていただきたく考えています。

[改訂について（第 4 版）]

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リティ領域の専門医を取得するという 2 段階制にすることを定めており、平成 19 年に基本診療領域 17 専門医を機構認定し、次いで平成 22 年にこれらの更新と精神科専門医および、主に内科系 13、外科系 4 のサブスペシャリティ領域専門医を認定しました。これまで機構は、研修方法や資格認定方法などについて専門医制度間の調整を主たる目的として制度の枠組み概要を整備指針としてお示しし、研修の内容、量、さらに専門医認定の基準などについては各専門医制度の判断で制度設計を進めてきていただきました。当該専門医医師像を明確にすること、求められる医療レベルを他の診療領域の専門医のレベルに合わせ調整をしていただくことなどもお願いをしてきましたが、さらに今後は研修プログラムによる育成体系を確立していただくことをお願いすることになります。

第 4 版では、社会の中で専門医を認めていただく訴求力をもって体制整備を図っていただくため、基本領域専門医と周辺あるいは関連するサブスペシャリティ領域専門医との関係を明示していただいた上で、研修方略や認定試験に関連した種々要項について、また更新のための研修単位取得などについて細部について決められてきております。今後の制度確立の努力目標として考慮に入れていただきたいと希望致します。なお、研修プログラムと研修施設の整備指針に関しては現在詳細を検討中であり、別版として提供の予定です。

社団法人日本専門医制評価・認定機構
専門医制度評価委員会

[専門医制度の概要説明]

A) 専門医医師像の明示

国民にわかり易い表現で、目標としているあるいはあるべき専門医像を明示する
(どの範囲でどのようなことがどの程度できる医師であるのかなどをホームページに掲げる)

B) 専門医取得をめざす研修中の医師の名称

「専攻医」を用いる

C) 基本診療領域とサブスペシャリティ領域、その他カリキュラム上も連結する関連領域の専門医

専門医制度全体の中で、当該専門医の立ち位置を明示する

当該専門医を基盤として認めている他の専門医あるいは技術認定などとの連携関係を明確にしておく

必要に応じて、関連専門医制度協議会などの調整機関を設置する

(なお、サブスペシャリティ領域などでは基本領域とのカリキュラムとプログラムの連携、プログラムの共有化などについて明確にする)

D) 現在の専門医数ならびに適正専門医数と育成可能な専攻医数

現在の専門医数、将来的な適正専門医数を示す

地域専門医の数の把握、偏在の有無、地域の適正配置数を考慮する

(将来的にどのように考えているか、学会としての考えを示す)

当該専門医の数と指導体制を勘案して、育成可能な専攻医数を明示する

E) 基本的な内科、外科研修について(臨床研修期間の研修内容の評価)

研修医期間における研修内容の達成評価について明確にする

(臨床研修期間中に行った診療研修を経験として単位として加えることは可である)

F) 会員歴

基本的には会員歴は問わない

(現実には、学会等が責任を持って研修、講習などを行い認定するためには、会員でないと資格取得は認めがたいと思われる。しかしながら十分に研修を行い、専門医資格申請が可能であると判断されれば、会員歴あるいは期間の不足のみで申請不受理は認められない)

G) 経験症例の登録記録など個人情報の取り扱い

研修記録など経験実績を示す書類は、個人および施設で整備しなければならない

(手術記録：術者、助手などの記載も含め)

各専門領域の症例登録制度を確立し、その実行記録の管理体制を整備する

症例の記載は各施設内だけで用いられている個人 ID 番号で行う

症例とは基本的に受け持ち症例とし、同一症例での複数医での申請等については、各学会等で取り扱いの定めを明確にする

(基本的には研修内容が異なる、あるいは担当医グループとしての経験で許されるなどの条件であるときには問題はない)

経験症例の登録記録等の信憑性、客観性が担保されていること

(カルテ記載、電支カルテ、指導医の承認制度など)

H) 指導体制

指導責任者：施設長、部長・科長など診療責任者など

(専攻医がある期間、研修管理委員会等の管理下で研修プログラムに則って研修を行ったことを証明できる立場の医師)

指導医：専攻医の研修プログラムを共有し、日常診療などで直接指導し、その達成度を評価する医師

指導医は当該学会の専門医である

(指導医については、かつてこの呼称を用いないとした時期もあったが、現実には卑近に用いられる状況にあることから、上記のように定義する。しかし、専門医制度全体の中での指導医資格の位置づけについては、未だ議論がいつまっておらず統一的な見解に至っていないところから、さらに検討を重ねることとする)

I) 研修プログラム

専門医制度のカリキュラムに則った、年次毎の段階的な到達目標を設定した教育プログラムを作成する

(学会等が、当該専門医制度におけるモデル研修プログラムを構築し、各研修施設において具体的な研修プログラムを作成して専攻医に提示する)

研修プログラムは、基幹施設において作成し、単独、あるいは複数の認定関連施設とで地域循環型の施設群を構成して専攻医毎に運用する

研修プログラムの整備詳細に関しては、別に定める

J) 研修認定施設、関連施設

基幹研修施設：当該専門医制度の定める研修プログラム基準を満たした基幹となる研修施設
基幹施設は、施設群内の研修施設との協働研修プログラムの整備とその研修に責任を持つ

関連研修施設：研修プログラムを分担する施設

基幹研修施設では十分に研修できない部分を補うために基幹研修施設の責任者が承認した施設

各専門医制度において、施設認定基準が設けられていること

(各学会等で名称は様々に用いられているが、主たる研修施設とその施設に連携し研修プログラムに沿って研修を行える施設群)

研修施設の整備詳細に関しては、別に定める

[研修、審査の概要]

- 1、学会等が一定の基準で認定した施設で、基本診療領域は5年間以上の研修、その他のサブスペシャリティ領域は3年間以上の研修
(初期臨床研修期間を含めることは可)
- 2、学会等が定めた条件を満たした指導責任者の管理下で研修プログラムに則った研修
(学会等の定める研修カリキュラムに沿って、各認定施設での具体的研修プログラム)
- 3、資格審査
 - i、資格審査：(申請条件の審査、受験資格の審査)
 - ii、提出書類による研修実績の評価
 - iii、筆記試験、口頭試問による評価

- 4、5年毎の更新、その基本条件
- i、現実に診療に従事している
 - ii、学会等が義務つけた必須研修あるいは講習の受講
 - iii、今後、機構あるいは医師会の定める講習も加わる予定

[整備すべき組織]

担当委員会の設置

- 専門医制度委員会：専門医制度全体を統括。規約、規則の制定
研修プログラム委員会：プログラムの作成に関する事項を審議決定
研修カリキュラム委員会：カリキュラムの作成、研修方略その他研修内容に関する事項を審議決定
- 専門医資格認定委員会：専門医の認定に関する業務を行う
専門医試験委員会：試験の実施、試験問題作成、成績集計など
施設認定委員会：研修施設の選定を行う

[整備すべき規則、書式]

作成すべき規約、規則他

- ① 専門医制度規程
- ② 研修プログラム
- ③ 研修カリキュラム
- ④ 研修マニュアル
- ⑤ 指導マニュアル
- ⑥ 資格認定基準
- ⑦ 指導医認定基準
- ⑧ 研修施設認定基準（基幹施設、関連施設）
- ⑨ 研修記録用紙（経験症例、経験手技、経験手術、経験処置その他）

[研修カリキュラムの内容整備]

研修カリキュラムに必要な内容

【研修目標】

1. 到達目標

① 一般目標

目指す専門医医師像に応える医師育成カリキュラムの一般的目標

（総論的目標）

（各論的目標）

② 個別目標

具体的研修目標の範囲、要求レベルを明確にする（各論的目標）

目標1、（基本知識）：学ばねばならない基本的知識の範囲、レベルを明示する。

目標2、（診療技術）：診療技術（人間関係づくりを含む）、必要とされる検査、処置などに関する範囲、要求度を明示する。

目標3、（手術、処置技術）：臨床での処置、手術などの技術修得、求められるレベルを明示する。

目標4、（医療倫理、医療安全、医療法律、医療経済など）：医療倫理に沿った診療の実施。ICの実施。EBMに基づく医療。グループ診療の体験。など

目標5、(生涯教育) : 生涯研究。EBMに基づく医療、生涯学習の習慣づけ

③ 経験目標

*臨床症例経験 : 該当領域の担当医として疾患症例の経験

- i、必須経験疾患症例内訳
- ii、担当症例数

*種々検査 : 必要とされる検査経験の種類内容を明確に分類

- i、検査の意義、適応に関して理解していることが求められる検査
- ii、検査所見を判断することが求められる検査
- iii、検査を自身で実施することが求められる検査
- iv、経験検査数

*手術、処置経験

- i、術者として施行することができる
- ii、助手として手術を施行することが出来る
- iii、助手として手術を経験しておくべき
- iv、それぞれの経験すべき例数

*重要事項 (研修の偏り防止)

研修すべき内容は、当該専門医の診療領域全般に均一でなくてはならず、個人的に偏ったある領域のみの研修になることがないように必須研修義務内容の整備が必要。

基本領域では、サブスペシャリティ領域の研修とは独立完結し、この段階では均一の能力を持った専門医であることが求められる。

【研修方略の明示】

1、研修目標達成のため、研修プログラムを明示し、項目毎に具体的研修方略を示す

- i、自己学習により学習すべき項目内容を明確にする
- ii、臨床現場で指導医の下での研修内容

臨床現場における日々の診療がもっとも大切な研修であり、認定施設、関連施設内で学会の定めた指導医による直接指導で行われる。指導は学会等の定める指導マニュアルなどに沿って統一的レベル、内容で行われなければならない

iii、学会等が企画、あるいは認定した講習、教育集会などで研修すべき事項

2、医療倫理、医療安全、医事法制、医療経済の教育など具体的研修方法の指示が必要

- i、学会の企画した講習など受講を義務化、
- ii、実地診療の場での指導担当医による教育 (伝統的屋根瓦方式)
- iii、院内種々関連委員会への参加など

3、生涯研修の習慣づけ

学術発表、論文発表などの義務付け、研修会、教育講座の受講。

4、他の制度などとの連携

研修の特定部分を他の制度下の研修に託す時はその部分を研修プログラムの中に明確にする。

【認定施設での研修カリキュラムの作成】

各研修施設には、学会の決めたカリキュラムに沿って具体的研修目的、方法など具体的な研修プログラムが作成されていないといけない。

当該施設の研修プログラムはもちろんのこと、必要に応じて研修施設間の横断的プログラムを作成する。専攻医が大学からの派遣されている場合は、大学医局、その他の研修施設との共同研修プログラムを作成。

研修施設における基本学会からサブスペシャリティ領域への連続した研修プログラムを作成する。
専攻医受け入れの定員制。（将来どのように考えているか、学会等としての考えを示す）

【指導マニュアル】

担当指導医による指導のためのマニュアル、指導者研修など。
学会ごとに整備する。テキストあるいは講習その他方法は各学会で検討。

[資格認定評価基準]

1. 申請資格審査

A) 審査書式および審査手順

- i. 認定施設における研修実施の証明（学会で指定された指導責任者による証明）
- ii. 必須研修の実績証明（経験内容、症例の経験報告など。研修履歴、研修手帳管理など）
- iii. 必須研修の達成度評価記録。研修実施内容個々についての指導担当医による達成度評価
（一つ一つの研修項目について行ったか否かではなく、目標を達成したか否か達成度評価を指導
医が行なわなければならない（直接指導医による評価））
- iv. 担当委員会による申請研修内容の評価判定。基準作成
- v. 担当委員会による総合的評価、認定の決定。認定基準の作成

注、審査に当って資料点検作業

研修記録などの内容の監査システムの構築

監査方法：委員会による無作為抽出による実地調査などは最低必須

2. 申請評価基準

A) 試験の内容

到達目標の全項目に関し偏らない試験の実施

- i. 筆記試験による到達目標に掲げた個別目標の 目標 1、2、3 の内容の試験
- ii. 口頭試問による到達目標に掲げた個別目標の 目標 4、5 の内容の試験
- iii. 技術に関する実地試験（必要性に関して検討、見解を示す）
（他の方法での代替も可能であるが、その方法の評価が必要）
- iv. 筆記試験難易度調整：正答率、識別指数による補正調整のルール
- v. 筆記試験合格率決定についての指針を確認事項としておく。
- vi. 口頭試問：試験内容の調整基準。
- vii. 口頭試問評価基準。試験官による評価の差が少ない基準
- viii. 技術実地試験評価基準
- ix. 合格率決定に関する基準。総合的判断の基準を明確にしておく

B) 技術達成度評価（診療技術、処置、手術など含む）

- i. 担当指導医による技術達成度評価。研修記録内に個々の内容について評価する
- ii. 担当指導医による評価基準を明確にする。指導マニュアル内に明示する
- iii. 総合的評価の基準を明確にしておく

C) 具体的研修記録（経験症例記録）

- i. 項目別に個々の経験症例、経験内容について達成すべき内容および評価内容、指導医による
達成度評価

- ii、集計表（外科関連学会ではNational Clinical Database：NCDの利用など）

【施設認定】

認定基準とすべき要件

- i、設備完備状況
- ii、症例数、診療実績の要素も含む
- iii、指導体制
- iv、施設内での具体的研修プログラム
- v、内部組織整備（医療安全管理、医療倫理、などに関する管理組織）
- vi、症例検討会、CPC、その他検討会の開催
- vii、研修内容に関しての監査調査に対応できる体制であること
- viii、専攻医実績等の研修実績の報告
- ix、施設実地調査(サイトビジット)による評価認定

【資格更新】

1. 資格更新条件とすべき要件

- i、診療に従事していることの確認は必須事項（診療実績）
- ii、認定施設で指導医としての関与は診療実績として認められる
セカンドオピニオン対応などは認められる
尚、外科系に関しては調整中
- iii、当該学会総会に5年間に1回以上の出席（参加証）
- iv、研修実績
常に最新の医学医療の情報、時代に応じた医療倫理、医療安全、医療経済、医療法制などの
情報伝達の内容を満たした研修

*現状では試験が必須とはならない（講義などでの研修を充実させる）

2. 研修実績

- ① 学会参加と講義などでの研修単位は別のカテゴリーとする
- ② 当該学会総会への出席は5年間に最低1回は出席
- ③ 研修実績単位
講習などの受講は1時間を1単位、論文著者2単位、学会発表本人
1単位に評価するが、論文、学会発表などが必要単位の2割を超えないこと
- ④ 必要単位数 5年間に50単位
- ⑤ 含むべき講習内容
 - 1、該当領域に含まれる全ての事項についての最新情報
 - 2、医療倫理に関する内容（必須）
 - 3、医療安全、医療事故、医療法制に関する事項（必須）
 - 4、医療経済、健康保険に関する事項
 - 5、治験に関する規定、手続きなど
 - 6、その他の情報
- ⑥ 講習、講義など指定
 - 1、当該学会が作成した講義

- 2、学術集会、教育集会の企画の中で学会が指定した内容
- 3、他学会が認定したコンテンツの内当該学会が指定したもの
- 4、今後日本専門医制評価・認定機構が指定したコンテンツも加わることが考えられる
- 5、認定の基準などは各学会で基準を決める
- 6、暫定措置として学会出席、研究会出席も単位として加えることは可とする
- 7、日本医師会の生涯教育講習会なども研修単位も何らかの形で単位に加えられるよう検討する

前回（第16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。
- 例えば、現在の認定内科医は、内科専門医ということでプログラムを作り直す方向で検討しているのではないか。
- 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。
- 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。
- 新しい仕組みを設計するに当たっては、育成される側の視点が重要であり、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。
- 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。
- 第三者機関が認めるサブスペシャルティ領域の範囲にもよるが、広告制度の趣旨は、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ことにあるため、患者からみて

分かりにくいものまで認めるべきではないのではないか。

- 特殊な領域・能力については、その養成のシステムがしっかりしていれば、第三者機関で認めることも考慮すべきだが、その場合でも、第三者機関が認める「認定医」のような名称にして区別することで、広告制度の趣旨に添った、医療を受ける側にも分かりやすい形で表現できるのではないか。
- 分かりやすいという観点では、第三者機関が認めるものを「専門医」とし、それ以外の学会等のものを「認定医」という名称にすることも考えられるのではないか。
- 新しい広告の基準については、第三者機関が認めるものという「質」を求めることになるが、それだけという訳にはいかない可能性もあるため、現在の外形基準についても、必要に応じて残す部分があるのではないか。

(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らば、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。
- 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。
- 「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。
- 第三者機関の体制については、各領域ごとのボードにそれぞれ 10 人程度必要であり、それとは別に、専門医の全体像の議論、外部との連携や外部評価、広報、IT などといった委員会や部署が必要であり、また、事務局にも最低 10 人程度は必要であると考えられる。
- データベースをしっかりと管理していくためには、10 人や 20 人では厳しいと思われ、国等の関係者のサポートも必要ではないか。
- 第三者機関では、プログラム認定や各施設の評価・サイトビジットなどの業務を行うこととなる。そのための体制や費用を学会や医療界だけで賄えるのか、国の支援がなくてもいいのかについては検討の余地があるのではないか。

(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。
- 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。
- 基本領域よりも専門性の高いサブスペシャリティ領域については、基本的には、①その領域の患者数や専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で十分に確立し得る診療領域単位であること、②基本領域との関係が明確であること、③専門医の認定や更新が、十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること、などを前提として設定することが適当である。
- 例えば、米国では、プライマリボードが 24 あり、これにサブスペシャリティも合わせると 145 あるが、日本でのサブスペシャリティ領域はいくつが適当かという数の議論は難しいため、認定するプロセスを作って議論する必要があるのではないか。
- サブスペシャリティについては、複数の基本領域から入ってくる場合があり、基本領域とサブスペシャリティ領域の認定・更新や資格の喪失の関係などについて整理が必要ではないか。
- サブスペシャリティ領域について、例えば、糖尿病については、疾患ではあるが、患者数も非常に多く、専門医としての需要はあるのではないか。
- サブスペシャリティ領域について、この検討会では、医療制度の基盤となるようなも

のを検討しているので、「プロフェッショナル」を養成する視点から考えるべきである。細かな分野なども重要ではあるが、それは「スペシャリスト」として学会等がこの制度とは別に養成することを認めてもいいのではないか。

(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、研究者というより、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。
- 基本領域の救急と総合診療とリハビリは若干特殊で、例えば外科の専門医が救急を担っているところも多くある。基本領域でのダブルボードを認めないとすれば、救急と外科を両立させるために、サブスペシャリティ領域に、例えば「外傷」を設けることが考えられるが、それは事実上困難であることと思われ、結果的に、救急における外科領域の担い手が減ってしまうのではないか。
- 安易に複数の領域を取得できるようなレベルを設定すべきではないが、極めて優秀で熱心な人が複数を取得することは妨げないこととすべきではないか。
- 複数認定の是非について、あまり厳密に決めてしまうと、例えば、救急専門医を取っていない外科医が救急現場を担いにくくなることが考えられ、また、総合診療医については、時間の経過とともにその意義も変わってくる可能性もあるため、制度発足当初はあまり厳密には縛らない方がよいのではないか。
- 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と。
- 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と。
- 新たな専門医は、個人の能力だけを認定するというのではなく、社会的責任もあるということを経験すべき。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経験にすべき。
- 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と。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」とであると捉えれば分かりやすいのではないかと。
- 専門医の養成であっても、基本診療能力を維持できるような、例えば、気管内挿管ができなくなったとならないよう、プログラムの中に盛り込んでいくことが必要ではないかと。関連して、地域医療の実践という観点も重要ではないかと。
- 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と。
- 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は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と。
- 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と。
- 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と。
- 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。
- 従来の学会認定専門医から第三者機関認定の専門医への移行時期については、新しい仕組みのもとで養成された専門医が出て来る見込みの平成32年度より前から移行できるとすると、対外的な誤解を招くのではないか。
- 新しい専門医を指導する、医師を養成する観点から考えると、移行基準を早期に決めて、その基準を踏まえた指導医としての資格を早期に付与し、指導していってもらうべきではないか。
- 新しい専門医の仕組みをうまく機能させるためには、現在の学会の更新基準を高めて新しい専門医の理念に近づけるようにするなどのために、何年間かの移行準備期間を置くことも考えられるのではないか。
- 移行する際には移行基準を設けることになるが、その基準の中で、症例数等を厳格にみていくこととすれば、その結果、資格喪失者が出てくることも念頭に置くべきである。
- 移行措置等について、新たな専門医の養成が始まる少し前の世代の若い医師にとっては、今の学会の制度で研修していいのか、新たな仕組みが始まるまで待った方がいいのかといった心配をしている。このような医師のためにも、方向性を決めて事前にアナウンスする必要があるのではないか。

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。
- 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。

- 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。
- 総合診療医の養成数については、現在、少子高齢化が進んでおり、今後も年齢構造や疾病構造の変化が予想されるため、これらを踏まえつつ、継続的に議論していくことが重要ではないか。
- 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な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年間で足りない。
- 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るべき。
- 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。

- 実際に総合診療医の数が多くなるまでには時間がかかるため、例えば、その養成過程にレベルを設定し、レベル1が終われば全科当直を可能とするなどの工夫が必要ではないか。また、様々なバックグラウンドを持つ医師に配慮した養成課程を用意することが重要であり、例えば、養成課程をユニットに分けて、整形外科をバックグラウンドにした医師のためのユニットでは、整形外科分野以外の研修を行うなどの工夫が必要ではないか。
- 総合診療医は、地域の診療所や3次の医療機関など、働く場所によって求められる内容が異なることにも留意が必要ではないか。
- 総合診療医の養成には、地域の開業医等が関わるということが非常に重要である。米国でもプライマリ・ケア専門医の養成が始まった当初は、多くのGP（一般医）の医師が指導に当たっていた。
- 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こ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いている。
- 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。
- 地域卒の学生に対して、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。
- へき地等の医師数の少ないところでの医療を経験することは、若い医師本人にとっても貴重な経験になるため、是非プログラムの中に盛り込むべきではないか。
- 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と。
- 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と。
- 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と。
- 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いう不安がある。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。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。
- 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。
- 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。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考えている。
- 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考えている。
- 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考えている。
- 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を話し合い、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ため、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と考えている。
- 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はあるのではないか。
- 臨床研修の基本理念に鑑みれば、その2年間を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。

専門医の在り方に関する検討会
報告書（案）

平成25年〇月〇日

目 次

はじめに	1
<u>1. 検討にあたっての視点</u>	1
<u>2. 求められる専門医像について</u>	2
<u>3. 専門医の質の一層の向上について</u>	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) 専門医に関する情報の在り方について	3
(4) 専門医の認定機関について	4
(5) 専門医の領域について	4
(6) 専門医の養成・認定・更新について	5
(7) 学会認定専門医の移行措置について	6
<u>4. 総合診療専門医について</u>	7
(1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について	7
(2) 総合診療専門医の在り方について	7
(3) 総合診療専門医の養成について	8
<u>5. 地域医療の安定的確保について</u>	9
(1) 医療提供体制における専門医	9
(2) 専門医の養成数について	10
<u>6. 医師養成に関する他制度との関係について</u>	10
おわりに	10
構成員名簿	11
検討経緯	12

※「報告書（素案）」（第16回検討会資料）からの主な変更点について下線を付している。

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。
- 本検討会は、平成23年10月に第1回の会合を開催し、以降、関係者からのヒアリング等を参考に活発な意見交換を重ね、平成24年8月には、それまでの議論を中間的に取りまとめたところであるが、その後、引き続き議論すべき項目等について議論を深め、今般、以下のとおり報告書を取りまとめたものである。

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育成する側の視点のみならず、育成される側のキャリア形成の視点も踏まえて考えるべきである。

- 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。
- 「専門医」に類似する名称として、学会等が認定する資格名である「認定医」^{※1}や、医療法に基づき厚生労働大臣の標榜許可を受けた診療科についての「標榜医」^{※2}等があげられる。
 - ※1 「認定医」には、現在、「認定内科医」等がある。
 - ※2 「標榜医」は、現在、麻酔科のみが許可されている。
- 「専門医」と「認定医」との関係については、今後、新たな専門医の仕組みの構築の中で、関係学会等との連携のもと、患者にとって分かりやすい形で統一的に整理していく必要がある。
- 「標榜医」の在り方については、麻酔科専門医の養成状況等を踏まえつつ、今後、検討を行うことが考えられる。

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学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要である。

(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。

- 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外形的な基準（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。
- 専門医の広告に関しては、患者の適切な選択に資する観点から、今後、第三者機関において、専門医の認定基準や、サブスペシャリティ領域の範囲等を明確にした上で、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とするべきである。
- 第三者機関以外の学会等が認定する資格名（現在の外形的な基準を満たす学会認定の専門医を含む。）の広告の取扱いについては、今後引き続き検討する必要がある。 その際、第三者機関が認定する専門医と学会等が認定する資格名の間に、名称等において何らかの区別を設けることが必要である。
- 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。
- 新しい専門医の仕組みについては、新たな専門医の認定・更新状況等を踏まえつつ、将来的には、関係法令等への位置づけを検討することが望ましい。

(3) 専門医に関する情報の在り方について

- 専門医は単なる個人の能力認定という面だけではなく、その領域の診療を担う社会的責任という面もあることから、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。
- 専門医に関する専門性の高い情報は、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医師間のネットワークで活用できるようにすべきである。
- 第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医及び専攻医*に関する情報の収集・管理等を円滑に行うことが重要であり、そのためのデータベースの構築が必要である。
 - ※ 臨床研修修了後に専門医を取得するため研修を行っている医師
- データベースは、医療提供体制の現状把握に必要不可欠であり、国や都道府県においても基礎資料として活用することも考えられるため、その構築に対する国の支援が必要である。

(4) 専門医の認定機関について

- 専門医の認定は、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速やかに設立すべきである。このため、医療関係者や国民代表等からなる準備組織を設ける必要がある。
- 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。

※ 個別の養成プログラムは、基準を踏まえ、各研修施設が作成することとなる。

- ② 専門医の質の一層の向上に資するよう、各領域が満たすべき到達目標、経験症例数、指導体制等について共通の指針を作成し、この指針に沿って各領域の認定基準や養成プログラムの基準を作成する。
 - ③ 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。
 - ④ 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、運営に国民代表が参画できるような仕組みとし、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すること。
 - ⑤ 専門医に係るデータの把握を継続的に行って公表するとともに、当該データを踏まえ、諸外国とも比較しながら、専門医の質を確保する視点から専門医の認定基準や更新基準について継続的な見直しを行いつつ、望ましい専門医の在り方について検討を行うこと。

(5) 専門医の領域について

- 基本的な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*¹を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医*²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。

※1 基本領域の専門医の例（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

※2 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

- 専門医の定義や位置付けに鑑み、医師は基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とすることが適当である。
- 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、名称も含め、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を加えるべきである。
- 基本領域よりも専門性の高いサブスペシャリティ領域については、基本的には、①その領域の患者数や専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で十分に確立し得る診療領域単位であること、②基本領域との間に一定の関連があること、③専門医の認定や更新が、十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること、などを前提として設定することが適当である。
- ただし、例外的な取扱いとして、特殊な技能や診療領域等に関するより専門分化した領域をサブスペシャリティ領域として設定する場合は、第三者機関において、今後、その基準を明確にした上で、検討する必要がある。

（6）専門医の養成・認定・更新について

- 専門医が、患者から信頼される標準的な医療を提供するために、その認定については、経験症例数等の活動実績を基本的な要件とすることが必要である。このため、専門医の養成プログラムの基準は、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。
- 専門医資格の更新についても、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、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基本的な要件とすべきである。

- 1人の医師が基本領域の複数の認定・更新を受けることについては、原則として複数の認定を念頭に置いた制度設計は行わないこととしつつ、自助努力により複数領域の認定基準を満たすのであれば、許容することが考えられる。ただし、複数の認定・更新を受けることが安易なものとならないよう、各領域の活動実績を要件とする適切な認定・更新基準が必要である。
- 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り、日本医師会生涯教育制度などを活用することも考えられる。
- 基本領域の専門医の養成については、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、向上するという視点が必要である。そのためには、各領域の専門医の認定・更新基準等において、当該領域の専門性に関する項目だけではなく、当該領域に近接する領域についても診療能力を維持し、向上するような工夫が求められる。
- 育成される側のキャリア形成の視点等も踏まえ、新たな専門医の仕組みが若い医師や国民の間に普及・定着し、専門医の取得や更新が促進されるようにすることが必要である。
- 多様な医師を養成するニーズに応えられるよう、専門医の養成の過程において、例えば、研修の目標や内容を維持した上で、養成プログラムの期間の延長により研究志向の医師を養成する内容を盛り込むことも検討すべきである。また、男女を問わず、出産・育児・介護等と専門医の取得・更新とが両立できるような仕組みとするとともに、養成プログラムの基準等についても、キャリア形成に配慮することが望ましい。
- 新たな専門医の養成は、今後、第三者機関における認定基準等の作成や、各研修施設における養成プログラム作成を経て、平成29年度を目安に開始することが考えられる。研修期間については、例えば3年間の基本としつつ、各領域の状況に応じ設定されることが望ましい。

(7) 学会認定専門医の移行措置について

- 既存の学会認定の専門医から新たな第三者機関認定の専門医への移行については、専門医の質を担保する観点から、第三者機関において適切な移行基準を作成することが必要である。
- 移行については、各学会認定専門医の更新のタイミング等に合わせて、移行基準を満たす者から順次移行を可能とすることが適当である。その際、各学会の更新基準について、第三者機関が作成する移行基準の水準に近づける方向で見直すことで、円滑な移行に資することが期待される。

- 移行を開始する時期については、新たな専門医研修が開始される見込みの平成29年度から移行可能とすべきとする見方と、新たな仕組みの下での専門医研修が修了する見込みの平成32年度以降とすべきとする見方があり、今後、第三者機関において、新たに専門医を取得しようとする医師への事前の周知の必要性や、移行基準の作成状況等を踏まえ、速やかに検討する必要がある。

4. 総合診療専門医について

(1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について

- 総合的な診療能力を有する医師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、複数の従来の領域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。
- 総合的な診療能力を有する医師の名称は「総合診療医」とし、その専門医としての名称は「総合診療専門医」とすることが適当である。
- 「総合診療専門医」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」とすることが適当である。
- 「総合診療専門医」は、既存の大学や大病院での総合診療部門のみならず、地域の小病院や診療所も含めてその育成に取り組むべきである。
- 地域医療の大半は開業医（かかりつけ医）が支えているが、今後の急速な高齢化や地域の状況等を踏まえ、健康にかかわる幅広い問題について適切な初期対応等を行う医師が特に必要となることから、総合的な診療能力を有する医師を新たな専門医の仕組みに位置づけるものである。

(2) 総合診療専門医の在り方について

- 総合診療専門医は、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。
- 総合診療専門医は、日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応できることに加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応することも必要であり、「地域を診る医師」としての視点が重要である。

- 総合診療専門医は、他の領域別専門医や他職種と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において、リーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等）を包括的かつ柔軟に提供するとともに、地域における予防医療・健康増進活動等を行うことにより、地域全体の健康向上に貢献することが期待される。

（３）総合診療専門医の養成について

- 多くの若い医師が従来の領域別の専門医志向を持っている中で、総合診療専門医が、若い医師や国民の間に普及・定着するよう、養成プログラムの一層の充実と国民の啓発が必要である。
- 他の基本領域の専門医と異なり、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、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領域の専門医への移行を可能にするプログラムについても別に用意する必要がある。移行に当たって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、今後の新たな専門医の仕組みの構築の中で引き続き議論する必要がある。
- 総合診療専門医の養成プログラムの基準については、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、産科婦人科学会等の関連する学会ならびに日本医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。
- 養成プログラムの基本的な枠組みとしては、以下が考えられる。
 - ① 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。
 - ② 診療所や、在宅医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等における内科、小児科、救急を組み合わせ、日常的に頻度の高い疾病・傷害への対応を中心とした外来医療、入院医療、救急医療、在宅医療等を研修する。
- 総合診療専門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。
- 総合診療専門医の養成については、地域医療の大半を支えている開業医（かかりつけ医）等の指導医としての関与が必要であることから、医師会等の協力が必要である。
- 「地域を診る医師」としての視点を踏まえ、養成プログラムの基準の作成や研修施設、指導医の認定等について、地域包括ケアの先進例や地域の医療、介護、保健等の分野の状況も参考としつつ、第三者機関において検討する必要がある。
- 総合診療専門医の養成プログラムにおける研修目標の設定や更新基準の作成については、日本医師会生涯教育カリキュラムの活用を考慮しつつ、第三者機関において引き続き検討することが必要である。

- 総合診療専門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。
- 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、総合診療専門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。
- 総合診療専門医については、現段階で具体的に養成数を設定することは困難であるが、今後の高齢化や疾病構造の変化等を踏まえつつ、第三者機関において、今後検討する必要がある。

5. 地域医療の安定的確保について

(1) 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、かつ適切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、総合診療専門医や領域別専門医の所在を明らかにして、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。
- 新たな専門医の仕組みにおいて、プロフェッショナルオートノミーを基盤として、地域の実情に応じて、研修病院群の設定や、専門医の養成プログラムの地域への配置の在り方などを工夫することが重要である。
- 研修施設が専門医の養成プログラムを作成するに当たっては、先進的な都道府県等の例を参考としつつ、国や都道府県、大学、地域の医師会等の関係者と十分に連携を図ることが期待されるとともに、いわゆる「地域枠」等をはじめ、地域医療に従事することを希望する医師が専門医となる環境を確保していく観点から、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を行うことも考えられる。
- 研修施設については、必要に応じて都道府県（地域医療支援センター等）と連携しつつ、指導体制等の研修の質を確保した上で、大学病院や地域の中核病院などの基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が医師不足地域の医療機関を含めた病院群を構成することが適当である。
- 特に、総合診療専門医、内科専門医、小児科専門医等の初期診療が地域で幅広く求められる専門医の養成プログラムの中に、一定期間の地域医療に関する研修を取り入れることなどが求められる。

(2) 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、各養成プログラムにおける研修体制等を踏まえて設定されることを基本とし、さらに、専門医及び専攻医の分布状況等に関するデータベース等を活用しつつ、地域の実情を総合的に勘案する必要がある。
- 専門医資格取得後も、都道府県や大学、地域の医師会等の関係者と研修施設等が連携し、キャリア形成支援を進めること等により、専門医の地域への定着が促進されることが期待される。

6. 医師養成に関する他制度との関係について

- 新たな専門医の仕組みは、基本的には、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が適当であるが、各専門領域の実情等を踏まえ、臨床研修における研修内容等を加味することも検討することが考えられる。
- 新しい仕組みの下で専門医が身に付けるべき「基本診療能力」を養成していくため、卒前教育における医学教育モデル・コア・カリキュラムを踏まえた診療参加型臨床実習の充実等が重要である。
- 臨床研修制度については、平成27年度の研修医から適用することを念頭に、別途、制度の見直しが議論されているが、当該見直しに当たっては、新しい専門医の仕組みを踏まえつつ、臨床研修と専門医研修との連続性にも配慮することが必要である。

おわりに

- 今後、専門医の質が高まり、良質な医療が提供されるよう、本報告書をもとに、新たに設置される中立的な第三者機関が、関係者との連携のもと、新たな専門医の仕組みを推進することが求められる。また、こ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ことを期待したい。
- 専門医の在り方については、新たな仕組みの導入以降、プロフェッショナルオートノミーを基盤とした上で、専門医の質の一層の向上や地域医療の安定的確保等の観点から、その進捗状況を見極めつつ、適宜、継続的な見直しを行っていくことが必要である。

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)

専門医の在り方に関する検討会 検討経緯

第1回 平成23年10月13日

- 自由討議

第2回 平成23年11月4日

- ヒアリング

- ・ 日本専門医制評価・認定機構 理事長 池田 康夫委員
- ・ 日本内科学会認定医制度担当理事 渡辺 毅先生
- ・ 日本外科学会監事（外科関連専門医制度委員会委員長） 兼松 隆之先生

第3回 平成23年12月1日

- ヒアリング

- ・ がん研究会 理事 土屋 了介先生
- ・ 日本産科婦人科学会 常務理事（専門医制度担当） 吉川 史隆先生
- ・ 日本救急医学会 専門医認定委員会委員長 遠藤 裕先生

第4回 平成24年1月11日

- ヒアリング

- ・ 日本プライマリケア連合学会 理事長 前沢 政次先生
- ・ 日本医師会 三上 裕司委員、高杉 敬久委員
- ・ 福井 次矢委員

第5回 平成24年2月16日

- ヒアリング

- ・ 江別市立病院 副院長 阿部 昌彦先生
- ・ 一関市国民健康保険藤沢病院 院長 佐藤 元美先生
- ・ 高山 佳洋委員

第6回 平成24年3月8日

- ヒアリング

- ・ 日本専門医制評価・認定機構 理事 八木 聰明先生
- ・ 藤本 晴枝委員

第7回 平成24年5月18日

- 「論点項目素案の提示」の検討
- ヒアリング
 - ・ 東京医科歯科大学 全国共同利用施設医歯学教育システム研究センター長 奈良 信雄先生
 - ・ 日本病理学会理事長 深山 正久先生

第8回 平成24年6月15日

- 「論点項目の修正案」の検討
- ヒアリング
 - ・ 秋田大学医学部総合地域医療推進講座医学教育部教授 長谷川 仁志先生
 - ・ 文部科学省高等教育局医学教育課

第9回 平成24年7月6日

- 「中間まとめ(案)」の検討

第10回 平成24年8月3日

- 「中間まとめ(案)」の検討

平成24年8月31日 「中間まとめ」とりまとめ 公表

第11回 平成24年9月7日

- 「引き続き議論が必要な課題」の検討

第12回 平成24年10月3日

- 「専門医の養成・認定・更新」等の検討

第13回 平成24年11月29日

- 「専門医の養成数や医療提供体制における専門医」等の検討

第14回 平成24年12月26日

- 「「総合医」「総合診療医」」等の検討

第15回 平成25年1月18日

- 「さらに議論が必要な論点」の検討

第16回 平成25年2月6日

- 「新たな専門医の仕組みにおける広告」の検討
- 「報告書(素案)」の検討

第17回 平成25年3月7日(予定)

- 「報告書(案)」の検討

参考資料

<第16回事務局提出資料>

専門医の在り方に関する検討会
報告書（素案）

平成25年〇月〇日

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) <u>専門医に関する情報の在り方について</u>	3
(4) <u>専門医の認定機関について</u>	3
(5) <u>専門医の領域について</u>	4
(6) <u>専門医の養成・認定・更新について</u>	5
(7) <u>学会認定専門医の移行措置について</u>	6
4. <u>総合診療専門医</u> について.....	6
(1) <u>総合的な診療能力を有する医師の必要性等について</u>	6
(2) <u>総合診療専門医の在り方について</u>	7
(3) <u>総合診療専門医の養成について</u>	7
5. 地域医療の安定的確保について.....	8
(1) <u>医療提供体制における専門医</u>	8
(2) <u>専門医の養成数について</u>	9
6. <u>医師養成に関する他制度との関係</u> について.....	9
<u>おわりに</u>	10
<u>構成員名簿</u>	11

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。
- 本検討会は、平成23年10月に第1回の会合を開催し、以降、関係者からのヒアリング等を参考に活発な意見交換を重ね、平成24年8月には、それまでの議論を中間的に取りまとめたところであるが、その後、引き続き議論すべき項目等について議論を深め、今般、以下のとおり報告書を取りまとめたものである。

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。
- 「専門医」に類似する名称として、学会等が認定する資格名である「認定医」^{※1}や、医療法に基づき厚生労働大臣の標榜許可を受けた診療科についての「標榜医」^{※2}等があげられる。
 - ※1 「認定医」には、現在、「認定内科医」等がある。
 - ※2 「標榜医」は、現在、麻酔科のみが許可されている。
- 「専門医」と「認定医」との関係については、今後、新たな専門医の仕組みの構築の中で、関係学会等との連携のもと、患者にとって分かりやすい形で統一的に整理していく必要がある。
- 「標榜医」の在り方については、麻酔科専門医の養成状況等を踏まえつつ、今後、検討を行うことが考えられる。

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。

(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。
- 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外形的な基準（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。

- 専門医の広告に関しては、サブスペシャリティ領域の範囲等も踏まえつつ、一定の質が確保された専門医に関する国民への情報提供の観点から、基本的に、第三者機関が認定する専門医については広告を可能とする等、学会認定の資格名との間に何らかの区別を設けることが望ましい。
- 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。
- 専門医の仕組みの状況等を踏まえつつ、関係制度への位置づけを検討することが望まれる。

(3) 専門医に関する情報の在り方について

- 専門医は単なる個人の能力認定という面だけではなく、その領域の診療を担う社会的責任という面もあることから、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。
- 第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医及び専攻医*に関する情報の収集・管理等を円滑に行うことが重要であり、そのためのデータベースの構築が必要である。
- ※ 臨床研修修了後に専門医を取得するため研修を行っている医師
- データベースは、国や都道府県においても基礎資料として活用することも考えられるため、その構築に対する国の支援が必要である。

(4) 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。
 - ※ 個別の養成プログラムは、基準を踏まえ、各研修施設が作成することとなる。
 - 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、患者代表等も参加する外部評価委員会を設ける等、国民も参画できるような仕組みとし、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すること。
 - ④ 専門医に係るデータの把握を継続的に行って公表するとともに、当該データを踏まえ、諸外国とも比較しながら、専門医の質を確保する視点から専門医の認定基準や更新基準について継続的な見直しを行いつつ、望ましい専門医の養成数について検討を行うこと。

(5) 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^{※1}を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医^{※2}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。

※1 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 |

※2 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

- 専門医の定義や位置付けに鑑み、医師は基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とすることが適当である。

- 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を加えるべきである。
- 基本領域よりも専門性の高いサブスペシャリティ領域については、基本的には、①その領域の患者数や専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で十分に確立し得る診療領域単位であること、②基本領域との関係が明確であること、③専門医の認定や更新が、十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること、などを前提として設定することが適当である。
- ただし、個別の技能等に関するより専門分化した領域については、例外的な取扱いとして、今後、第三者機関において検討する必要がある。

(6) 専門医の養成・認定・更新について

- 基本領域において、1人の医師が複数の専門医の認定を受けることについては、原則として複数の認定を念頭に置いた制度設計は行わないこととしつつ、自助努力により複数領域の認定基準を満たすのであれば、許容することが考えられる。
- 複数の認定を受けることが安易なものとならないよう、適切な認定基準が必要であり、また、複数の認定を受けた場合の更新についても、各領域の活動実績を要件とする更新基準を適切に満たす必要がある。
- 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、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り、例えば、日本医師会生涯教育制度を活用することも考えられる。
- 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。

- 基本診療能力を維持させるためには、各領域の養成プログラム等において、当該領域の専門性に関する項目だけではなく、当該領域に近接する領域についても診療能力を養成するような工夫が求められる。
- 多様な医師を養成するニーズに応えられるよう、専門医の養成の過程において、例えば、研修の目標や内容を維持した上で、養成プログラムの期間の延長により研究志向の医師を養成する内容を盛り込むことや女性医師の増加等に伴い出産・育児に配慮することなどが考えられる。
- 新たな専門医の養成は、今後、第三者機関における認定基準等の作成や、各研修施設における養成プログラム作成を経て、平成29年度を目安に開始することが考えられる。研修期間については、例えば3年間を基本としつつ、各領域の状況に応じ設定されることが望ましい。

(7) 学会認定専門医の移行措置について

- 既存の学会認定専門医から新たな第三者機関認定の専門医への移行については、なし崩しにならないよう、第三者機関において適切な移行基準を作成することが必要である。
- 移行については、各学会認定専門医の更新のタイミング等に合わせて、移行基準を満たす者から順次移行を可能とすることが適当である。
- 移行を開始する時期については、指導医の育成等の観点から、新たな専門医研修が開始される見込みの平成29年度以前から移行可能とすべきとする見方と、新たな仕組みの下での専門医研修が修了する見込みの平成32年度以降とすべきとする見方があり、今後、第三者機関において、移行基準の作成状況等を踏まえつつ検討する必要がある。

4. 総合診療専門医について

(1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について

- 総合的な診療能力を有する医師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。
- 総合的な診療能力を有する医師の名称は「総合診療医」とし、その専門医としての名称は「総合診療専門医」とすることが適当である。

- 「総合診療専門医」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」とすることが適当である。
- 「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のみならず、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ことを意味するものと解するべきである。

(2) 総合診療専門医の在り方について

- 総合診療専門医は、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。
- 総合診療専門医は、日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応できることに加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できることも必要であり、「地域を診る医師」としての視点が重要である。
- 総合診療専門医は、他の領域別専門医や他職種と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において、リーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等）を包括的かつ柔軟に提供するとともに、地域における予防医療・健康増進活動等を行うことにより、地域全体の健康向上に貢献することが期待される。

(3) 総合診療専門医の養成について

- 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、総合診療専門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。
- 他の基本領域の専門医と異なり、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、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領域の専門医への移行を可能にするプログラムについても別に用意する必要がある。移行に当たって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、今後の新たな専門医の仕組みの構築の中で引き続き議論する必要がある。
- 総合診療専門医の養成プログラムの基準については、プライマリ・ケア連合学会、内科学会、小児科学会等の関連する学会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。
- 養成プログラムの基本的な枠組みとしては、以下が考えられる。
 - ① 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。

- ② 診療所や、在宅医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等における内科、小児科、救急を組み合わせ、日常的に頻度の高い疾病・傷害への対応を中心とした外来診療、救急診療、在宅医療等を研修する。
- 総合診療専門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。
 - 総合診療専門医の養成については、地域医療の大半を支えている開業医（かかりつけ医）等の指導医としての関与が必要であることから、日本医師会の協力が必要である。
 - 「地域を診る医師」としての視点を踏まえ、研修施設や指導医の認定等について、第三者機関において検討する必要がある。
 - 総合診療専門医の養成プログラムにおける研修目標の設定や更新基準の作成については、日本医師会生涯教育カリキュラム（2009）の活用を考慮しつつ、第三者機関において引き続き検討することが必要である。
 - 総合診療専門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。
 - 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、総合診療専門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。
 - 総合診療専門医については、今後の高齢化や諸外国の状況等を踏まえると、将来的には、大まかな目安として、数万人程度が必要となるとの見方があることを踏まえつつ、第三者機関において、その養成数を今後検討する必要がある。

5. 地域医療の安定的確保について

(1) 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、総合診療専門医や領域別専門医の所在を明らかにして、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。

- 新たな専門医の仕組みにおいて、プロフェッショナルオートノミーを基盤としつつ、地域の実情に応じて、研修病院群の設定や、専門医の養成プログラムの地域への配置の在り方などを工夫することが重要である。
- 研修施設が専門医の養成プログラムを作成するに当たっては、先進的な都道府県等の例を参考としつつ、国や都道府県、医療関係者等と十分に連携を図ることが期待されるとともに、いわゆる「地域枠」をはじめ、地域医療に従事することを希望する医師が専門医となる環境を確保していく観点から、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を行うことも考えられる。
- 研修施設については、必要に応じて都道府県（地域医療支援センター等）と連携しつつ、大学病院や地域の中核病院などの基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が医師不足地域を含めた病院群を構成することが考えられる。
- 特に、総合診療専門医、内科専門医、小児科専門医等の初期診療が地域で幅広く求められる専門医の養成プログラムの中に、一定期間の医師不足地域等における研修を取り入れることなどが期待される。

(2) 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、各養成プログラムにおける研修体制等を勘案して設定されるべきである。その際、研修の質を確保する観点から、年度ごとの専門医の養成数の合計を設定するに当たり、何らかの配慮が考えられる。
- 養成数の設定においては、専門医及び専攻医の分布状況等に関するデータベース等を活用しつつ、人口構成や医師不足の状況等の地域の実情を総合的に勘案する必要がある。
- 専門医取得後も、研修施設において、都道府県等と連携しつつ専門医の地域への定着を促進することが期待される。

6. 医師養成に関する他制度との関係について

- 新たな専門医の仕組みは、基本的には、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が適当であるが、各専門領域の実情等を踏まえ、臨床研修における研修内容等を加味することも検討することが考えられる。
- 新しい仕組みの下で専門医が身に付けるべき「基本診療能力」を養成していくため、卒前教育における医学教育モデル・コア・カリキュラムを踏まえた診療参加型臨床実習の充実等が重要である。

- 臨床研修制度については、平成27年度の研修医から適用することを念頭に、別途、制度の見直しが議論されているが、当該見直しに当たっては、新しい専門医の仕組みを踏まえつつ、臨床研修と専門医研修との連続性にも配慮することが期待される。

おわりに

- 今後、専門医の質が一層高まり、良質な医療が提供されるよう、本報告書をもとに、新たに設置される中立的な第三者機関が、関係者との連携のもと、新たな専門医の仕組みを推進することが求められる。また、こ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ことを期待したい。
- 専門医の在り方については、新たな仕組みの導入以降、その進捗状況を見極めつつ、適宜、継続的な見直しを行っていくことが必要である。

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)

専門医の在り方に関する検討会
報告書（案）

平成25年〇月〇日

目 次

はじめに	1
<u>1. 検討にあたっての視点</u>	1
<u>2. 求められる専門医像について</u>	2
<u>3. 専門医の質の一層の向上について</u>	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) 専門医に関する情報の在り方について	3
(4) 専門医の認定機関について	4
(5) 専門医の領域について	4
(6) 専門医の養成・認定・更新について	5
(7) 学会認定専門医の移行措置について	6
<u>4. 総合診療専門医について</u>	7
(1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について	7
(2) 総合診療専門医の在り方について	7
(3) 総合診療専門医の養成について	8
<u>5. 地域医療の安定的確保について</u>	9
(1) 医療提供体制における専門医	9
(2) 専門医の養成数について	10
<u>6. 医師養成に関する他制度との関係について</u>	10
おわりに	10
構成員名簿	11
検討経緯	12

※「報告書（素案）」（第16回検討会資料）からの主な変更点について下線を付している。

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。
- 本検討会は、平成23年10月に第1回の会合を開催し、以降、関係者からのヒアリング等を参考に活発な意見交換を重ね、平成24年8月には、それまでの議論を中間的に取りまとめたところであるが、その後、引き続き議論すべき項目等について議論を深め、今般、以下のとおり報告書を取りまとめたものである。

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育成する側の視点のみならず、育成される側のキャリア形成の視点も踏まえて考えるべきである。

- 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。
- 「専門医」に類似する名称として、学会等が認定する資格名である「認定医」^{※1}や、医療法に基づき厚生労働大臣の標榜許可を受けた診療科についての「標榜医」^{※2}等があげられる。
 - ※1 「認定医」には、現在、「認定内科医」等がある。
 - ※2 「標榜医」は、現在、麻酔科のみが許可されている。
- 「専門医」と「認定医」との関係については、今後、新たな専門医の仕組みの構築の中で、関係学会等との連携のもと、患者にとって分かりやすい形で統一的に整理していく必要がある。
- 「標榜医」の在り方については、麻酔科専門医の養成状況等を踏まえつつ、今後、検討を行うことが考えられる。

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学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要である。

(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。

- 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外形的な基準（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。
- 専門医の広告に関しては、患者の適切な選択に資する観点から、今後、第三者機関において、専門医の認定基準や、サブスペシャリティ領域の範囲等を明確にした上で、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とするべきである。
- 第三者機関以外の学会等が認定する資格名（現在の外形的な基準を満たす学会認定の専門医を含む。）の広告の取扱いについては、今後引き続き検討する必要がある。 その際、第三者機関が認定する専門医と学会等が認定する資格名の間に、名称等において何らかの区別を設けることが必要である。
- 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。
- 新しい専門医の仕組みについては、新たな専門医の認定・更新状況等を踏まえつつ、将来的には、関係法令制度等への位置づけを検討することが望ましい。

(3) 専門医に関する情報の在り方について

- 専門医は単なる個人の能力認定という面だけではなく、その領域の診療を担う社会的責任という面もあることから、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。
- 専門医に関する専門性の高い情報は、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医師間のネットワークで活用できるようにすべきである。
- 第三者機関において、専門医の質や分布等を把握するため、専門医及び専攻医*に関する情報の収集・管理等を円滑に行うことが重要であり、そのためのデータベースの構築が必要である。
 - ※ 臨床研修修了後に専門医を取得するため研修を行っている医師
- データベースは、医療提供体制の現状把握に必要不可欠であり、国や都道府県においても基礎資料として活用することも考えられるため、その構築に対する国の支援が必要である。

(4) 専門医の認定機関について

- 専門医の認定は、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速やかに設立すべきである。このため、医療関係者や国民代表等からなる準備組織を設ける必要がある。
- 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を行うこと。

※ 個別の養成プログラムは、基準を踏まえ、各研修施設が作成することとなる。

- ② 専門医の質の一層の向上に資するよう、各領域が満たすべき到達目標、経験症例数、指導体制等について共通の指針を作成し、この指針に沿って各領域の認定基準や養成プログラムの基準を作成する。
 - ③ 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。
 - ④ 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、運営に国民代表が参画できるような仕組みとし、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すること。
 - ⑤ 専門医に係るデータの把握を継続的に行って公表するとともに、当該データを踏まえ、諸外国とも比較しながら、専門医の質を確保する視点から専門医の認定基準や更新基準について継続的な見直しを行いつつ、望ましい専門医の在り方について検討を行うこと。

(5) 専門医の領域について

- 基本的な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*¹を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医*²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。

※1 基本領域の専門医の例（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 |

※2 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

- 専門医の定義や位置付けに鑑み、医師は基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とすることが適当である。
- 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、名称も含め、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を加えるべきである。
- 基本領域よりも専門性の高いサブスペシャリティ領域については、基本的には、①その領域の患者数や専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で十分に確立し得る診療領域単位であること、②基本領域との間に一定の関連があること、③専門医の認定や更新が、十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること、などを前提として設定することが適当である。
- ただし、例外的な取扱いとして、特殊な技能や診療領域等に関するより専門分化した領域をサブスペシャリティ領域として設定する場合は、第三者機関において、今後、その基準を明確にした上で、検討する必要がある。

（6）専門医の養成・認定・更新について

- 専門医が、患者から信頼される標準的な医療を提供するために、その認定については、経験症例数等の活動実績を基本的な要件とすることが必要である。このため、専門医の養成プログラムの基準は、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。
- 専門医資格の更新についても、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、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基本的な要件とすべきである。

- 1人の医師が基本領域の複数の認定・更新を受けることについては、原則として複数の認定を念頭に置いた制度設計は行わないこととしつつ、自助努力により複数領域の認定基準を満たすのであれば、許容することが考えられる。ただし、複数の認定・更新を受けることが安易なものとならないよう、各領域の活動実績を要件とする適切な認定・更新基準が必要である。
- 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り、日本医師会生涯教育制度などを活用することも考えられる。
- 基本領域の専門医の養成については、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、向上するという視点が必要である。そのためには、各領域の専門医の認定・更新基準等において、当該領域の専門性に関する項目だけではなく、当該領域に近接する領域についても診療能力を維持し、向上するような工夫が求められる。
- 育成される側のキャリア形成の視点等も踏まえ、新たな専門医の仕組みが若い医師や国民の間に普及・定着し評価され、専門医の取得や更新が促進されるようにすることが必要である。
- 多様な医師を養成するニーズに応えられるよう、専門医の養成の過程において、例えば、研修の目標や内容を維持した上で、養成プログラムの期間の延長により研究志向の医師を養成する内容を盛り込むことも検討すべきである。また、男女を問わず、出産・育児・介護等と専門医の取得・更新とが両立できるような仕組みとするとともに、養成プログラムの基準等についても、キャリア形成に配慮することが望ましい。
- 新たな専門医の養成は、今後、第三者機関における認定基準等の作成や、各研修施設における養成プログラム作成を経て、平成29年度を目安に開始することが考えられる。研修期間については、例えば3年間を基本としつつ、各領域の状況に応じ設定されることが望ましい。

(7) 学会認定専門医の移行措置について

- 既存の学会認定の専門医から新たな第三者機関認定の専門医への移行については、専門医の質を担保する観点から、第三者機関において適切な移行基準を作成することが必要である。
- 移行については、各学会認定専門医の更新のタイミング等に合わせて、移行基準を満たす者から順次移行を可能とすることが適当である。その際、各学会の更新基準について、第三者機関が作成する移行基準の水準に近づける方向で見直すことで、円滑な移行に資することが期待される。

- 移行を開始する時期については、新たな専門医研修が開始される見込みの平成29年度から移行可能とすべきとする見方と、新たな仕組みの下での専門医研修が修了する見込みの平成32年度以降とすべきとする見方があり、今後、第三者機関において、新たに専門医を取得しようとする医師への事前の周知の必要性や、移行基準の作成状況等を踏まえ、速やかに検討する必要がある。

4. 総合診療専門医について

(1) 総合的な診療能力を有する医師の必要性等について

- 総合的な診療能力を有する医師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、複数の従来の領域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。
- 総合的な診療能力を有する医師の名称は「総合診療医」とし、その専門医としての名称は「総合診療専門医」とすることが適当である。
- ⊖ ~~「総合診療専門医」の定義を、例えば、「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」とすることが適当であることが求められる。~~
- 「総合診療専門医」は、既存の大学や大病院での総合診療部門のみならず、地域の小病院や診療所も含めてその育成に取り組むべきである。
- ⊖ 地域医療の大半は開業医（かかりつけ医）が支えているが、今後の急速な高齢化や地域の状況等を踏まえ、健康にかかわる幅広い問題について適切な初期対応等を行う医師が特に必要となることから、総合的な診療能力を有する医師を新たな専門医の仕組みに位置づけるの専門性を評価するものである。

(2) 総合診療専門医の在り方について

- 総合診療専門医は、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。
- 総合診療専門医は、日常的に頻度の高い疾病や傷害に対応できることに加えて、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応することも必要であり、「地域を診る医師」としての視点が重要である。

- 総合診療専門医は、他の領域別専門医や他職種と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野において、リーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等）を包括的かつ柔軟に提供するとともに、地域における予防医療・健康増進活動等を行うことにより、地域全体の健康向上に貢献することが期待される。

（3）総合診療専門医の養成について

- 多くの若い医師が従来の領域別の専門医志向を持っている中で、総合診療専門医が、若い医師や国民の間に普及・定着するように評価されるよう、養成プログラムの一層の充実と国民の啓発が必要である。
- 他の基本領域の専門医と異なり、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、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領域の専門医への移行を可能にするプログラムについても別に用意する必要がある。移行に当たって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、今後の新たな専門医の仕組みの構築の中で引き続き議論する必要がある。
- 総合診療専門医の養成プログラムの基準については、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、産科婦人科学会等の関連する学会ならびに日本医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきである。
- 養成プログラムの基本的な枠組みとしては、以下が考えられる。
 - ① 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。
 - ② 診療所や、在宅医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等における内科、小児科、救急を組み合わせ、日常的に頻度の高い疾病・傷害への対応を中心とした外来医療、入院医療、救急医療、在宅医療等を研修する。
- 総合診療専門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。
- 総合診療専門医の養成については、地域医療の大半を支えている開業医（かかりつけ医）等の指導医としての関与が必要であることから、医師会等の協力が必要である。
- 「地域を診る医師」としての視点を踏まえ、養成プログラムの基準の作成や研修施設、指導医の認定等について、地域包括ケアの先進例や地域の医療、介護、保健等の分野の状況も参考としつつ、第三者機関において検討する必要がある。
- 総合診療専門医の養成プログラムにおける研修目標の設定や更新基準の作成については、日本医師会生涯教育カリキュラムの活用を考慮しつつ、第三者機関において引き続き検討することが必要である。

- 総合診療専門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。
- 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、総合診療専門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。
- 総合診療専門医については、現段階で具体的に養成数を設定することは困難であるが、今後の高齢化や疾病構造の変化等を踏まえつつ、第三者機関において、今後検討する必要がある。

5. 地域医療の安定的確保について

(1) 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、かつ適切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、総合診療専門医や領域別専門医の所在を明らかにして、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。
- 新たな専門医の仕組みにおいて、プロフェッショナルオートノミーを基盤として、地域の実情に応じて、研修病院群の設定や、専門医の養成プログラムの地域への配置の在り方などを工夫することが重要である。
- 研修施設が専門医の養成プログラムを作成するに当たっては、先進的な都道府県等の例を参考としつつ、国や都道府県、大学、地域の医師会等の関係者と十分に連携を図ることが期待されるとともに、いわゆる「地域枠」等をはじめ、地域医療に従事することを希望する医師が専門医となる環境を確保していく観点から、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を行うことも考えられる。
- 研修施設については、必要に応じて都道府県（地域医療支援センター等）と連携しつつ、指導体制等の研修の質を確保した上で、大学病院や地域の中核病院などの基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が医師不足地域の医療機関を含めた病院群を構成することが適当である。
- 特に、総合診療専門医、内科専門医、小児科専門医等の初期診療が地域で幅広く求められる専門医の養成プログラムの中に、一定期間の地域医療に関する研修を取り入れることなどが求められる。

(2) 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、各養成プログラムにおける研修体制等を踏まえて設定されることを基本とし、さらに、専門医及び専攻医の分布状況等に関するデータベース等の活用しつつ、地域の実情を総合的に勘案する必要がある。
- 専門医資格取得後も、都道府県や大学、地域の医師会等の関係者と研修施設等が連携し、キャリア形成支援を進めること等により、専門医の地域への定着が促進されることが期待される。

6. 医師養成に関する他制度との関係について

- 新たな専門医の仕組みは、基本的には、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が適当であるが、各専門領域の実情等を踏まえ、臨床研修における研修内容等を加味することも検討することが考えられる。
- 新しい仕組みの下で専門医が身に付けるべき「基本診療能力」を養成していくため、卒前教育における医学教育モデル・コア・カリキュラムを踏まえた診療参加型臨床実習の充実等が重要である。
- 臨床研修制度については、平成27年度の研修医から適用することを念頭に、別途、制度の見直しが議論されているが、当該見直しに当たっては、新しい専門医の仕組みを踏まえつつ、臨床研修と専門医研修との連続性にも配慮することが必要である。

おわりに

- 今後、専門医の質が高まり、良質な医療が提供されるよう、本報告書をもとに、新たに設置される中立的な第三者機関が、関係者との連携のもと、新たな専門医の仕組みを推進することが求められる。また、こ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ことを期待したい。
- 専門医の在り方については、新たな仕組みの導入以降、プロフェッショナルオートノミーを基盤とした上で、専門医の質の一層の向上や地域医療の安定的確保等の観点から、その進捗状況を見極めつつ、適宜、継続的な見直しを行っていくことが必要である。

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)

専門医の在り方に関する検討会 検討経緯

第1回 平成23年10月13日

- 自由討議

第2回 平成23年11月4日

- ヒアリング

- ・ 日本専門医制評価・認定機構 理事長 池田 康夫委員
- ・ 日本内科学会認定医制度担当理事 渡辺 毅先生
- ・ 日本外科学会監事（外科関連専門医制度委員会委員長） 兼松 隆之先生

第3回 平成23年12月1日

- ヒアリング

- ・ がん研究会 理事 土屋 了介先生
- ・ 日本産科婦人科学会 常務理事（専門医制度担当） 吉川 史隆先生
- ・ 日本救急医学会 専門医認定委員会委員長 遠藤 裕先生

第4回 平成24年1月11日

- ヒアリング

- ・ 日本プライマリケア連合学会 理事長 前沢 政次先生
- ・ 日本医師会 三上 裕司委員、高杉 敬久委員
- ・ 福井 次矢委員

第5回 平成24年2月16日

- ヒアリング

- ・ 江別市立病院 副院長 阿部 昌彦先生
- ・ 一関市国民健康保険藤沢病院 院長 佐藤 元美先生
- ・ 高山 佳洋委員

第6回 平成24年3月8日

- ヒアリング

- ・ 日本専門医制評価・認定機構 理事 八木 聰明先生
- ・ 藤本 晴枝委員

第7回 平成24年5月18日

- 「論点項目素案の提示」の検討
- ヒアリング
 - ・ 東京医科歯科大学 全国共同利用施設医歯学教育システム研究センター長 奈良 信雄先生
 - ・ 日本病理学会理事長 深山 正久先生

第8回 平成24年6月15日

- 「論点項目の修正案」の検討
- ヒアリング
 - ・ 秋田大学医学部総合地域医療推進講座医学教育部教授 長谷川 仁志先生
 - ・ 文部科学省高等教育局医学教育課

第9回 平成24年7月6日

- 「中間まとめ(案)」の検討

第10回 平成24年8月3日

- 「中間まとめ(案)」の検討

平成24年8月31日 「中間まとめ」とりまとめ 公表

第11回 平成24年9月7日

- 「引き続き議論が必要な課題」の検討

第12回 平成24年10月3日

- 「専門医の養成・認定・更新」等の検討

第13回 平成24年11月29日

- 「専門医の養成数や医療提供体制における専門医」等の検討

第14回 平成24年12月26日

- 「「総合医」「総合診療医」」等の検討

第15回 平成25年1月18日

- 「さらに議論が必要な論点」の検討

第16回 平成25年2月6日

- 「新たな専門医の仕組みにおける広告」の検討
- 「報告書(素案)」の検討

第17回 平成25年3月7日(予定)

- 「報告書(案)」の検討