

前回（第3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

- それぞれの診療分野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ことが、コンセンサスとして得られることが重要。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

- 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と。
- 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年間では足りない。

(3) 総合的な診療能力を有する医師について

- 本来は全体を診てくれる人格的に信頼できる総合医に健康管理まで全部含めて任せて、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いっていない。
- 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と。
- 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。
- 「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」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と。
- 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と。
- 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と。
- 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と。
- 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と。

- 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。
- 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。

(4) 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。

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

- あるべき医療提供の中で、専門医がどうあるべきか考えるべき。
- 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。
- 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。

(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。
- 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。
- 第三者機関は医師不足や地域・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。

(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。
- 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。

(5) 専門医の更新について

- 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。

3. 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、質の向上にだけでなく、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。
- 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。
- 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。

(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。

- 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。

(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。

4. その他

- 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。
- 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。