# 新たな専門医に関する仕組みについて①（専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要）

H25.4.22

## 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国民との間に捉え方のギャップ。
＜地域医療との関係＞　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。

## 新たな仕組みの概要

（基本的な考え方）

○新たな専門医の仕組みを、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
○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。（「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではない。）
○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。

（中立的な第三者機関）

○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。
○第三者機関は、専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準の作成を行う。
○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、専門医等に関するデータベースを構築。

（総合診療専門医）

○総合診療医の専門医としての名称は、「総合診療専門医」とする。
※ 総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、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することが求められる。
※ 「総合診療専門医」には、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することを期待。
○「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。
○「総合診療専門医」の認定・更新基準や養成プログラムの基準は、関連学会や医師会等が協力して第三者機関において作成。
※ 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移行可能なプログラムも別に用意。

# 新たな専門医に関する仕組みについて②（専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要）

H25.4.22

（専門医の養成・認定・更新）

○医師は基本領域のいずれか１つの専門医を取得することが基本。

※自助努力により複数領域の認定・更新基準を満たすのであれば、複数領域の取得を許容。

○専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。

○広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、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。

（地域医療との関係）

○専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成して実施。

※ 研修施設は、必要に応じて都道府県（地域医療支援センター等）と連携。

○研修施設が養成プログラムを作成するにあたり、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検討。

○専門医の養成数は、患者数や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して設定。

○少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮。

（既存の学会認定専門医からの移行）

○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。
（移行の時期は第三者機関において速やかに検討。）

（スケジュール）

○新たな専門医の養成は、平成２９年度を目安に開始。研修期間は、例えば３年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

**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）**

**○医療提供体制の改善**

# 専門医の在り方に関する検討会
# 報告書

平成２５年４月２２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……3
（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
４．総合診療専門医について……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）総合診療専門医の位置づけについて……7
（３）総合診療専門医の養成について……7
５．専門医の養成と地域医療との関係について……8
（１）医療提供体制における専門医について……8
（２）専門医の養成数について……9
６．医師養成に関する他制度との関係について……9
おわりに……１０
構成員名簿　……１１
検討経緯　……１２

## 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。

※　現在の専門医制度では、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国民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国民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、改めて国民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、同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、医療法にもと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等が挙げられる。

※１　「認定医」には、現在、「認定内科医」等がある。

※２　「標榜医」としては、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、国民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ルティ領域の範囲等を明確にした上で、基本的に、同機関が認定する専門医を広告可能とすべきである。

○　第三者機関以外の学会等が認定する資格名（厚生労働省告示に規定する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との間に、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、新たな仕組みのもと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・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の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もとで行うべきであり、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、医療関係者や国民の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もと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、医療を受ける患者の視点に立って新たな専門医の仕組み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・更新基準や養成プログラム※・研修施設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専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準を作成すること。

③　専門医の認定部門と養成プログラムの評価・認定部門のもとに、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、運営に国民の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・更新基準等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ルティ領域の専門医※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
- 精神科専門医
- 産婦人科専門医
- 泌尿器科専門医
- 麻酔科専門医
- 救急科専門医
- 小児科専門医
- 外科専門医
- 眼科専門医
- 脳神経外科専門医
- 病理専門医
- 形成外科専門医
- 皮膚科専門医
- 整形外科専門医
- 耳鼻咽喉科専門医
- 放射線科専門医
- 臨床検査専門医
- ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ専門医

※2　サブスペシャル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づけに鑑み、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、国民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、国民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ル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ル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人の医師が複数の基本領域の認定・更新を受けることについては、原則として複数の認定・更新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・更新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、この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。また、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、向上させるという視点も必要である。

○　新たな専門医の仕組みが若い医師や国民に評価され、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・研修施設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の作成を経て、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、同機関が設定した領域について、同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、各学会認定の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、各学会が更新基準を見直し、第三者機関が作成する移行基準の水準とすることにより、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、新たな仕組みのもと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（以下「総合診療医」という。）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であること、②複数の疾患等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、特定の臓器や疾患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。

○　総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、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することが求められる。

### （２）総合診療専門医の位置づけについて

○　現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。今後の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当である。

○　総合診療医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。

○　総合診療専門医には、地域によって異なるニーズに的確に対応できる「地域を診る医師」としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供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、若い医師や国民に評価されるよう、養成プログラムの一層の充実と国民への周知が必要である。

○　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とするプログラムについても別に用意する必要がある。移行にあ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。

○　総合診療専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準については、関連する諸学会や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。これらの基準は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等への対応能力が修得できる内容であることを基本とし、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。

○　養成プログラムの基本的な枠組みとしては、診療所や、中小病院、地域の中核病院における内科、小児科、救急等を組み合わせ、外来医療、入院医療、救急医療、在宅医療等を研修することが考えられる。

○　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も必要であり、地域で中核となって指導ができる医師を養成することも重要である。また、大学病院や大病院のみならず、地域の中小病院や診療所も含めて総合診療専門医の養成に取り組むべきであり、地域医療を支えているかかりつけ医等が指導医として関与することも必要であることから、医師会等の協力が必要である。

○　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ー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、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．専門医の養成と地域医療との関係について

### （１）医療提供体制における専門医について

○　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の構築にあたっては、少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮すべきである。

○　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。研修施設については、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。）が病院群を構成することが適当である。

○　研修施設が専門医の養成プログラムを作成するにあたっては、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、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は、一定期間の地域医療に関する研修を取り入れることが必要である。また、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。

○　専門医が地域に定着するよう、専門医の資格取得後も、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。

## ６．医師養成に関する他制度との関係について

○　新しい仕組みのもとで専門医が基本診療能力を維持し、向上させるためには、臨床研修における基本診療能力の養成とともに、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、当該見直しにあたっては、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。

○　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。

## 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医療提供体制が改善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医療提供体制の改善等の観点から、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

平成 25 年３月７日現在

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）※平成２４年４月から構成員

今　　明秀　（八戸市立市民病院副院長）

◎髙久　史麿　（日本医学会長）

高杉　敬久　（博愛クリニック院長）

髙山　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）

三上　裕司　（東香里病院理事長）※平成２４年３月まで構成員

桃井　眞里子（前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
・髙山 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
○ 「論点項目の素案」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
○ 「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
○ 「報告書（案）」の検討

# 参考資料

## 専門医の在り方に関する検討会
## 報告書

※　本参考資料は、報告書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・・・・・・・・・１２
3. 専門医の質の一層の向上について・・・・・１６
4. 総合診療専門医について・・・・・・・・・・・・２４
5. 専門医の養成と地域医療との関係について・・４５
6. 医師養成に関する他制度との関係について・・５２

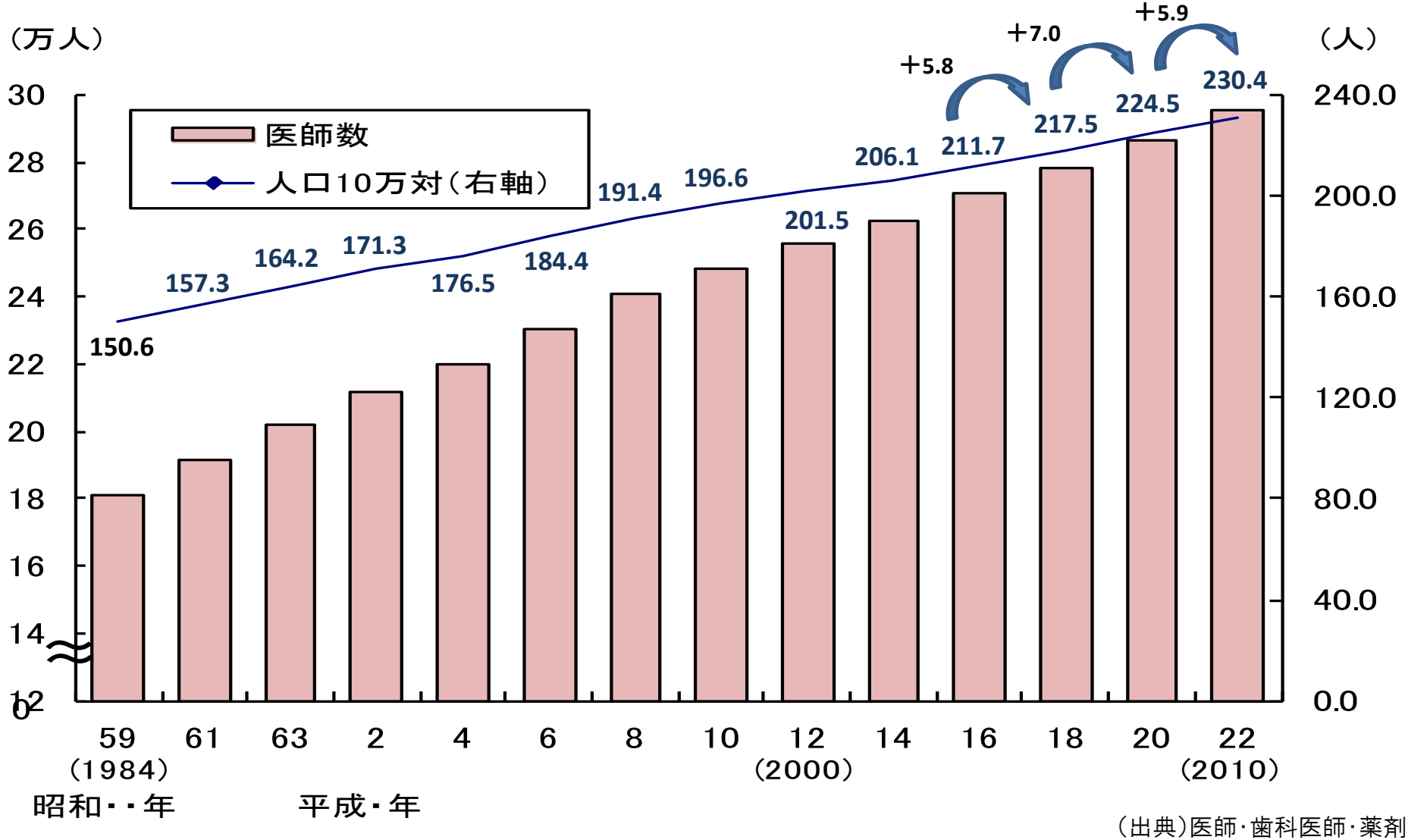
# １．検討にあたっての視点

1－①

第1回事務局提出資料を最新データに更新

# 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





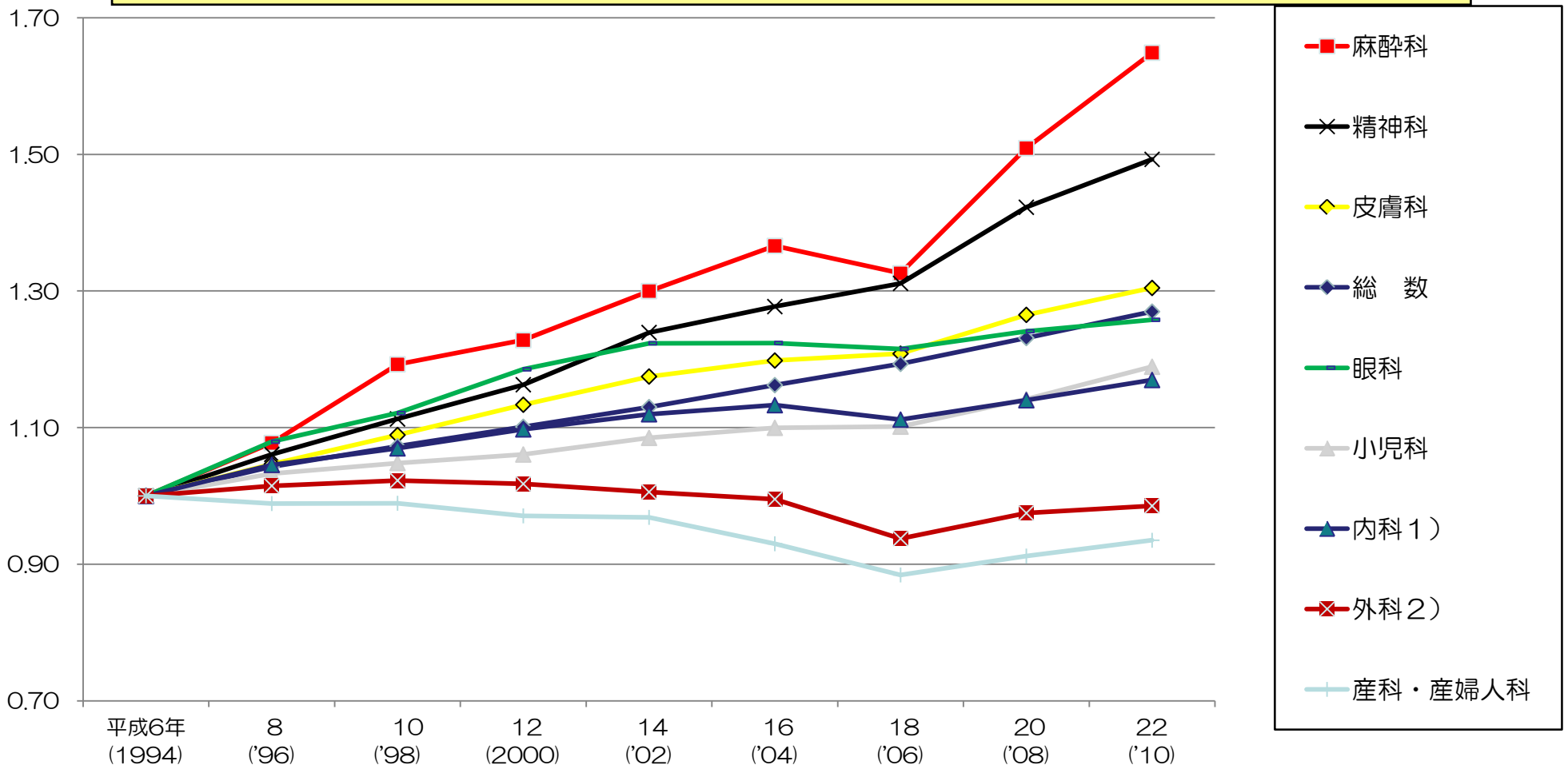

（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

1－②

第1回事務局提出資料を最新データに更新

# 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



（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

# 1－③ 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

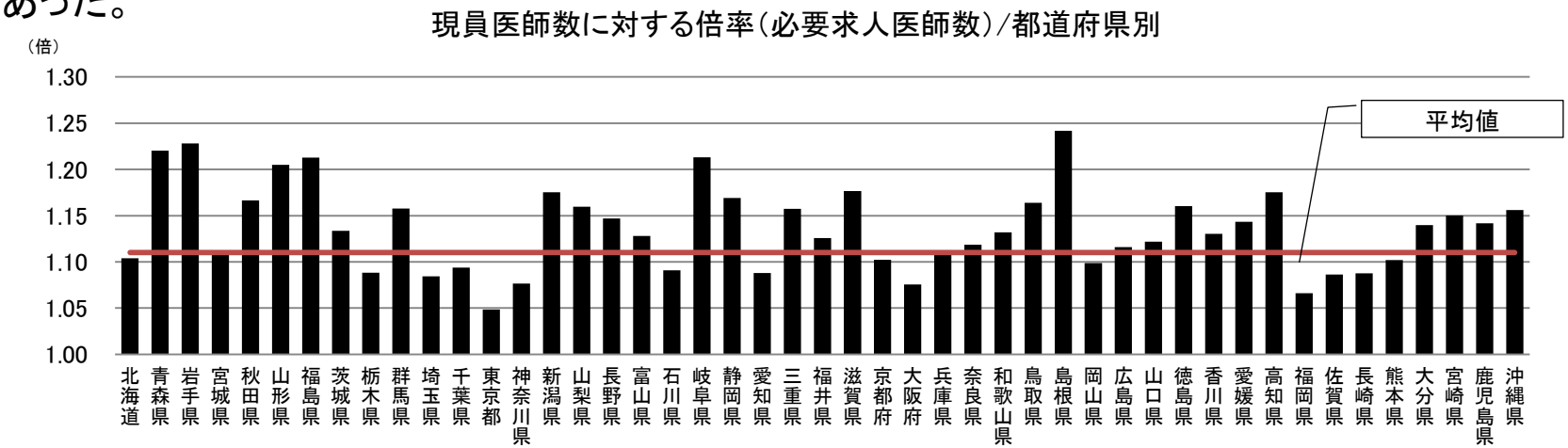
＜調査の期日＞　平成22年6月1日現在

＜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

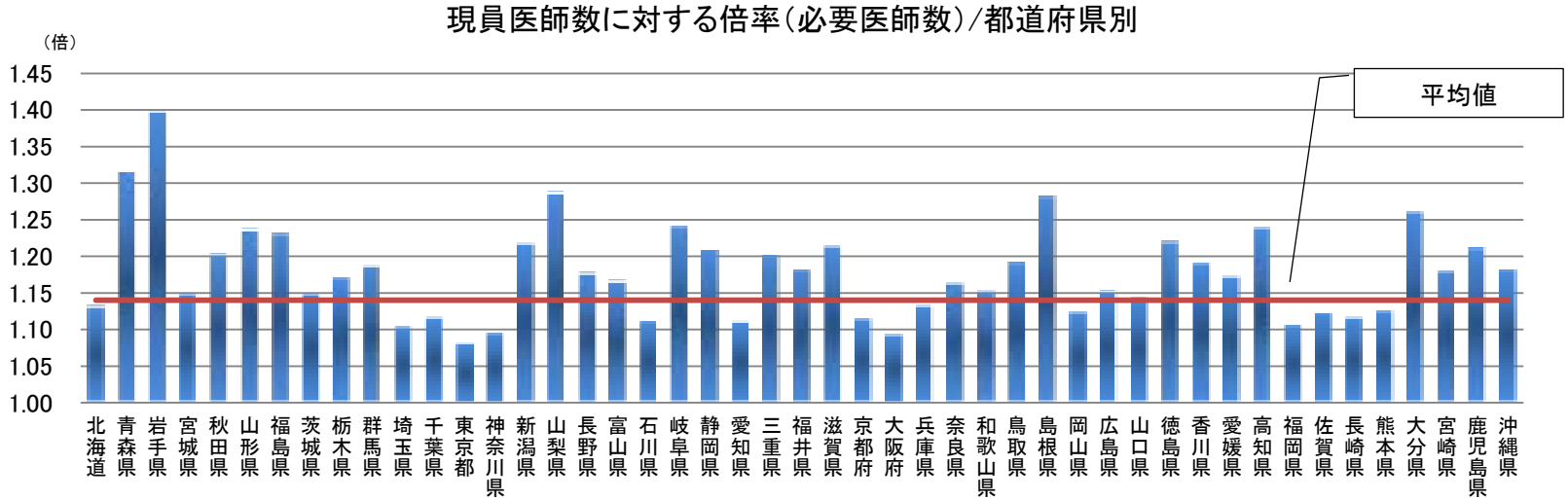
## 〔必要求人医師数（都道県別）〕

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。



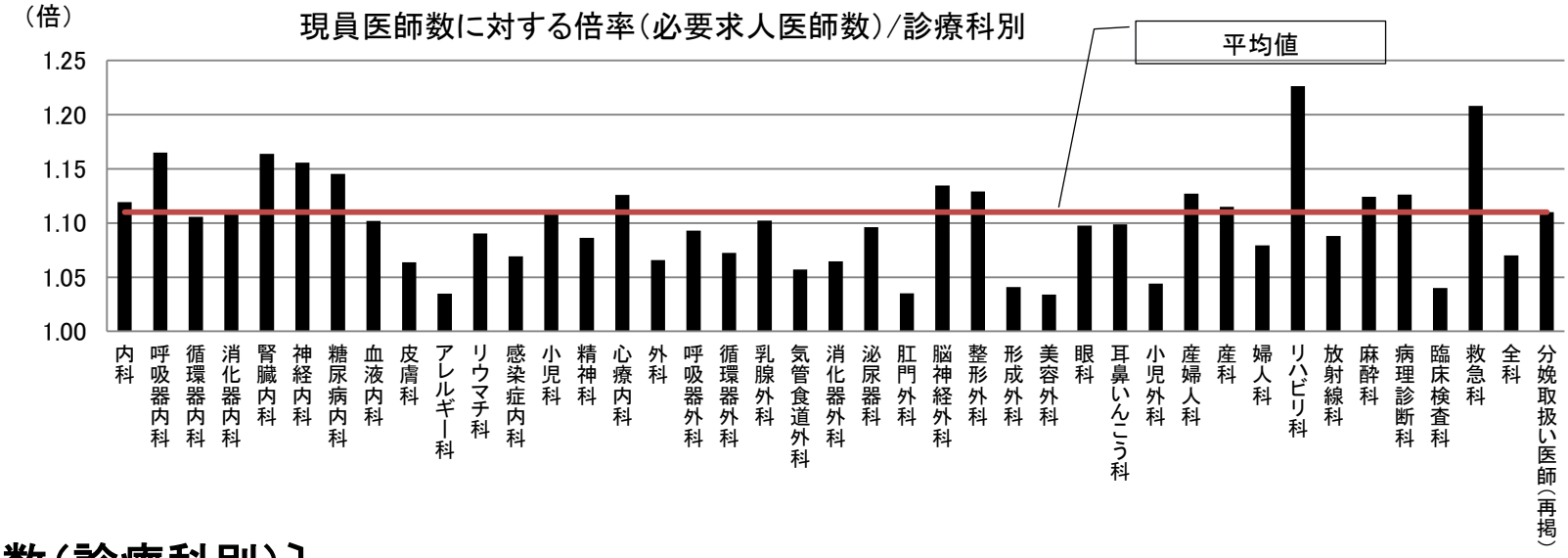

## 〔必要医師数（都道府県別）〕

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。



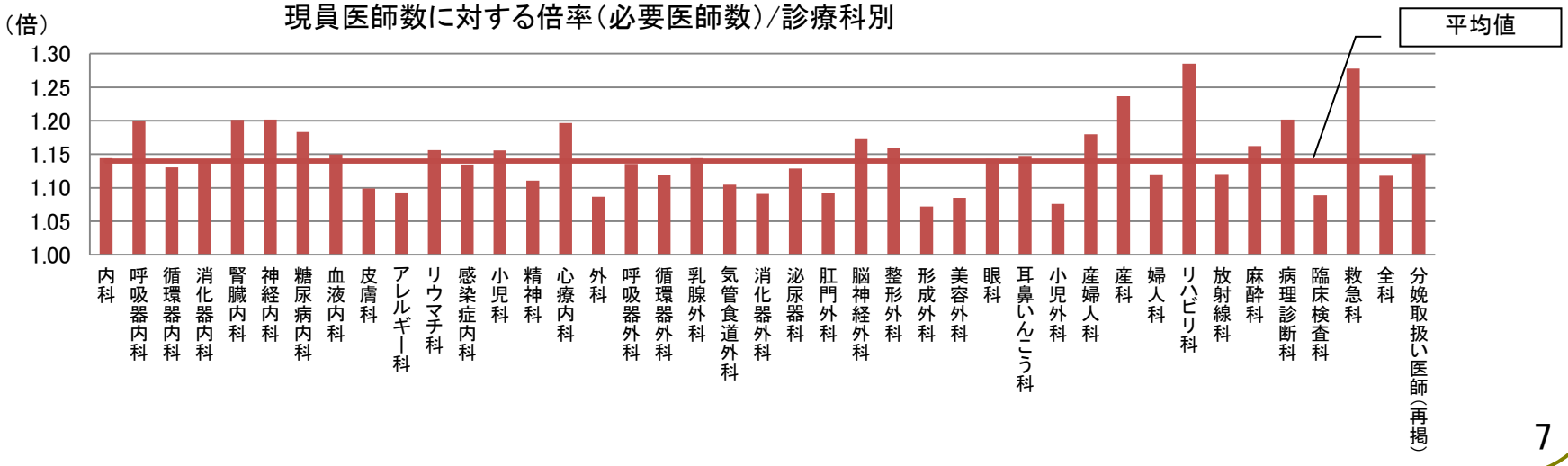
## 〔必要求人医師数（診療科別）〕

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

# 広告可能な専門医



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 |

# 新たな専門医の仕組みにおける広告について

第16回事務局提出資料を修正

## ～（社）日本専門医制評価・認定機構が認定している専門医の現況～

※下線は、広告可能な専門医資格
（以下の他、未加盟学会による熱傷、気管支鏡、レーザー専門医があり、全55資格）

### ＜Ⅲ　機構に加盟している学会のⅠ・Ⅱ以外の専門医＞

小児神経、大腸肛門病、消化器内視鏡、気管食道科、生殖医療、周産期（新生児）、臨床遺伝、超音波、核医学、漢方、透析、がん薬物療法、一般病院連携精神医学、ペインクリニック、心療内科、細胞診、乳腺、脳血管内治療、婦人科腫瘍
心身医療、集中治療、臨床薬理、輸血・細胞治療、温泉療法、産業衛生、病態栄養、血漿交換療法、脳卒中、放射線治療、てんかん、IVR、頭痛、肝胆膵外科高度技能、脈管、人間ドック健診、高血圧、手外科、総合健診、心血管インターベンション、小児循環器、家庭医療・頭頸部がん

### ＜Ⅱ　サブスペシャルティ領域として認定している専門医＞

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

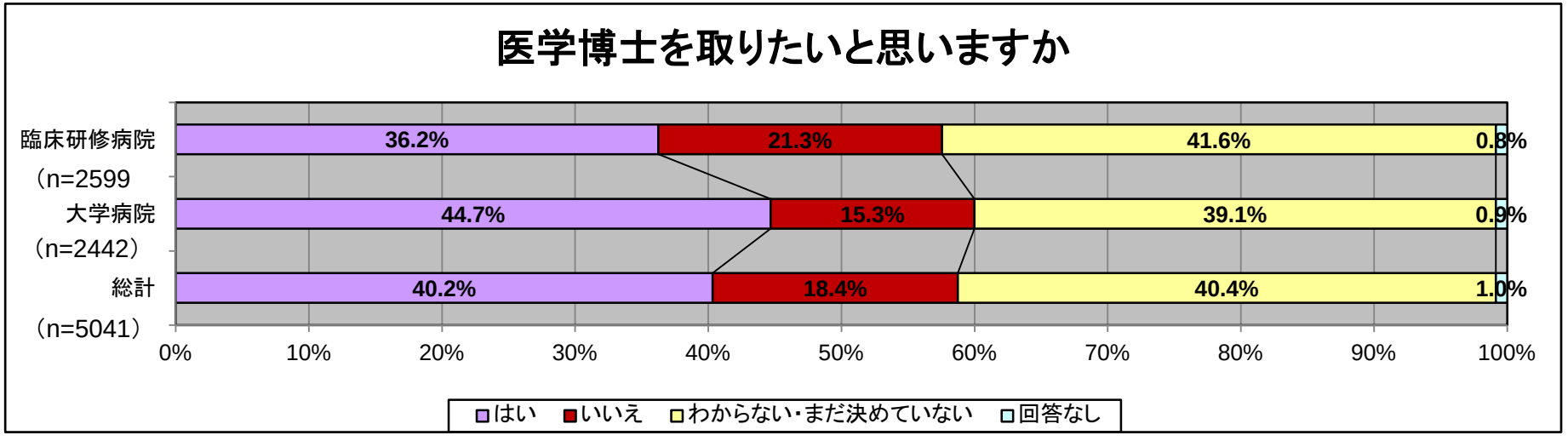
### ＜Ⅰ　基本領域として認定している専門医　＞

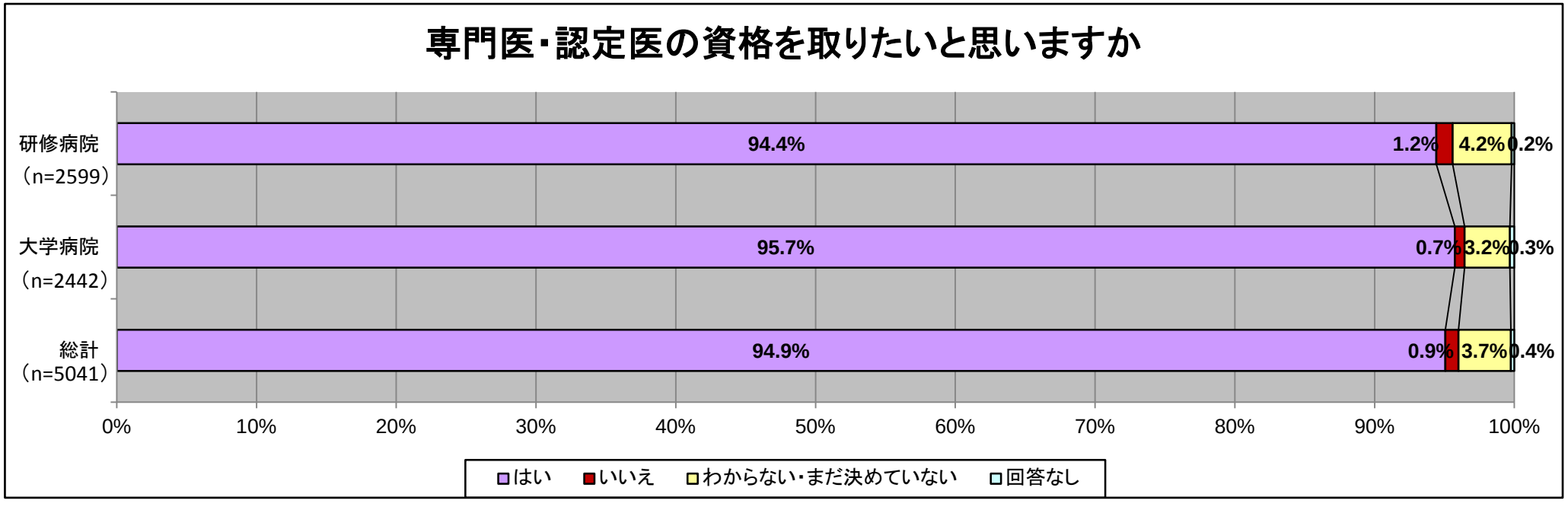
総合内科・小児科・皮膚科・外科・整形外科・脳神経外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・放射線科・形成外科・麻酔科・救急科・リハビリテーション科・病理・臨床検査・精神科

1－⑨

第1回事務局提出資料を最新データに更新

# 平成24年　学位、専門医資格の取得希望



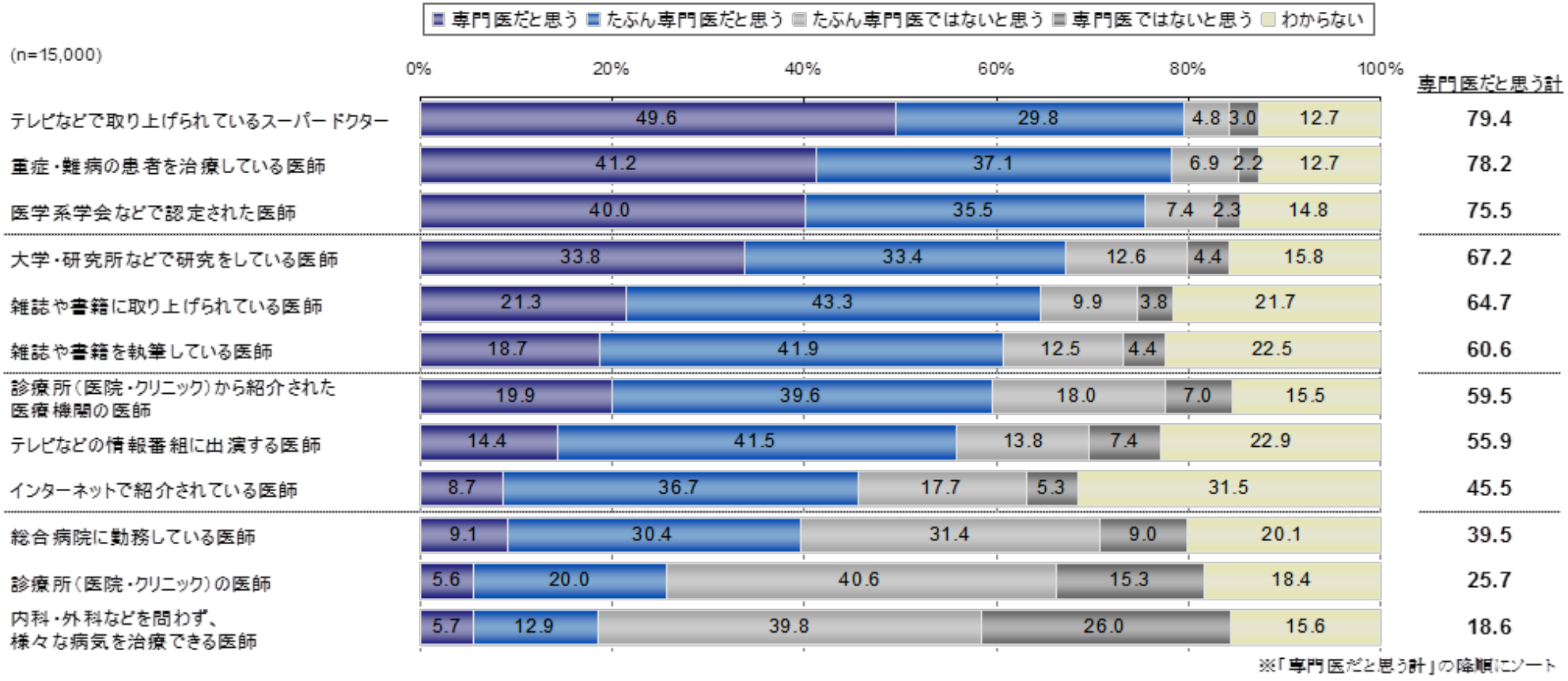

（出典）厚生労働省　平成24年「臨床研修に関するアンケート調査」

# ２．求められる専門医像について

# イメージする専門医像



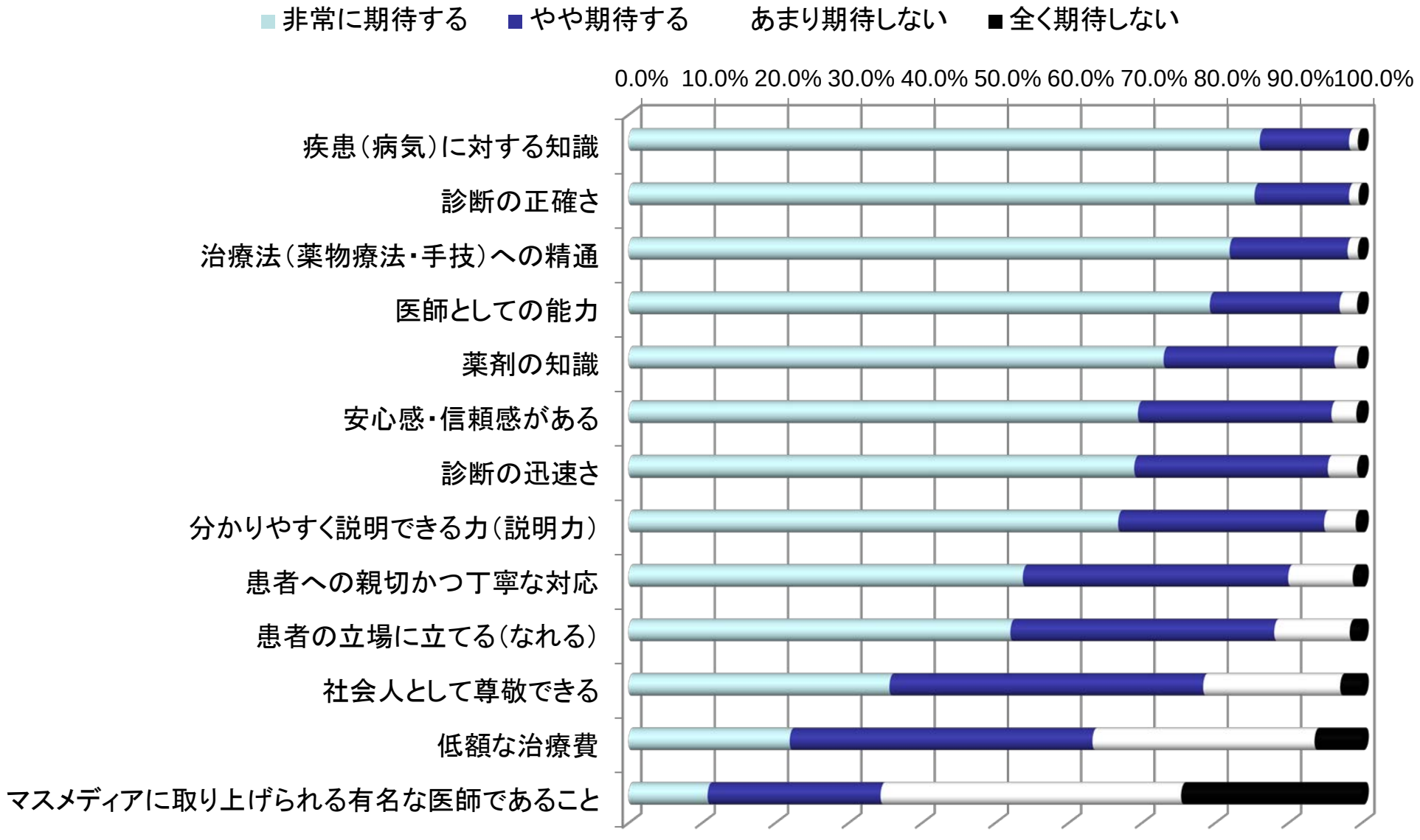
Q12 あなたは下記に挙げた医師を、『専門医』と思われますか。あなたのイメージで構いませんので、以下のそれぞれの医師についてあてはまるものをお答えください。




- 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。

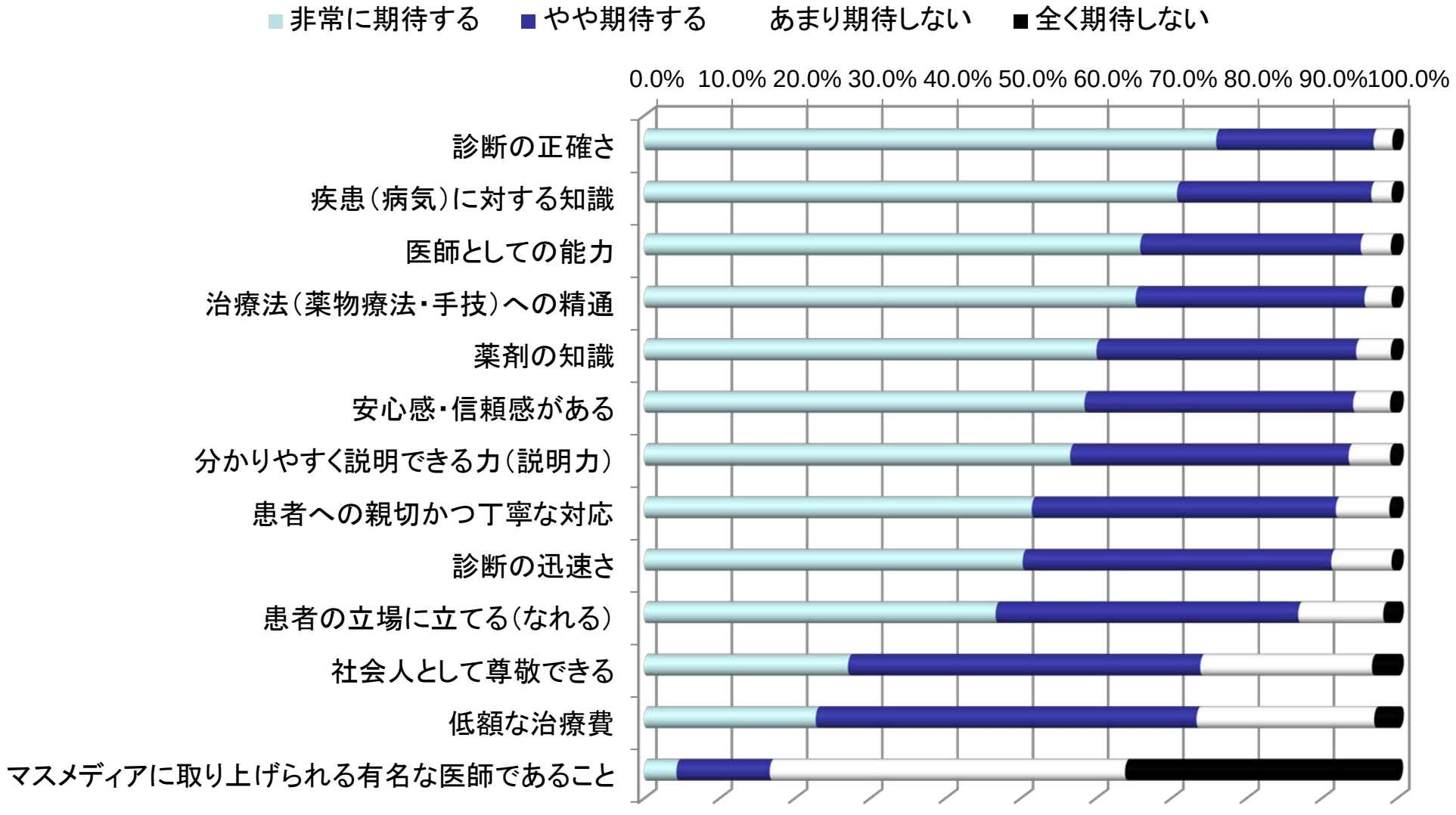
出典（社）日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書

# 専門医に対しての期待度




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

# 医療機関を受診する際の期待度



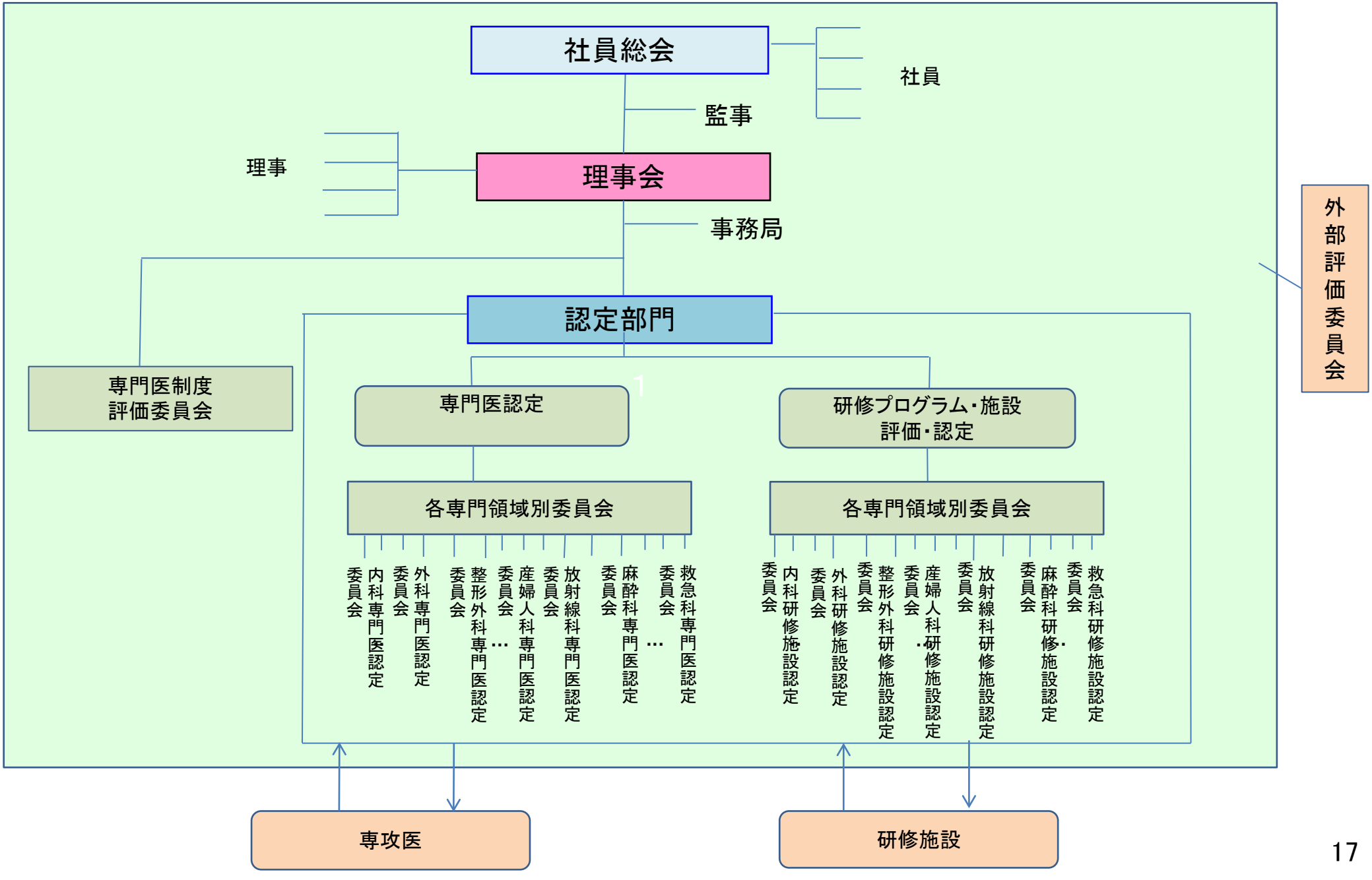

出典（社）日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書

# ３．専門医の質の一層の向上について

3－①

# ＜案＞（社）日本専門医機構（仮称）組織図

第2回池田委員提出資料



第2回池田委員提出資料

# 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

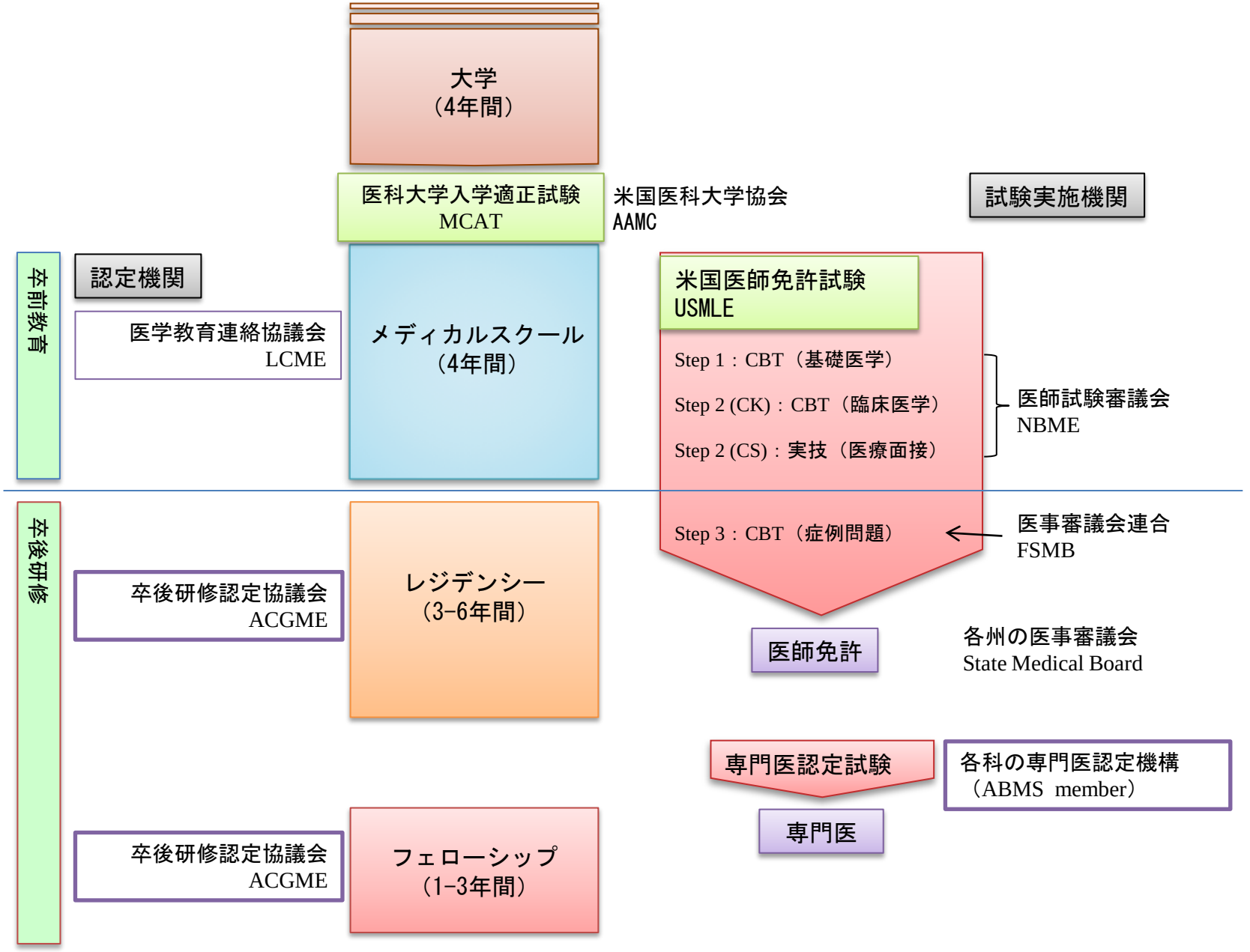
## 基本領域専門医

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）<br>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)<br>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)<br>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<br>（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、<br>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）<br>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。 |

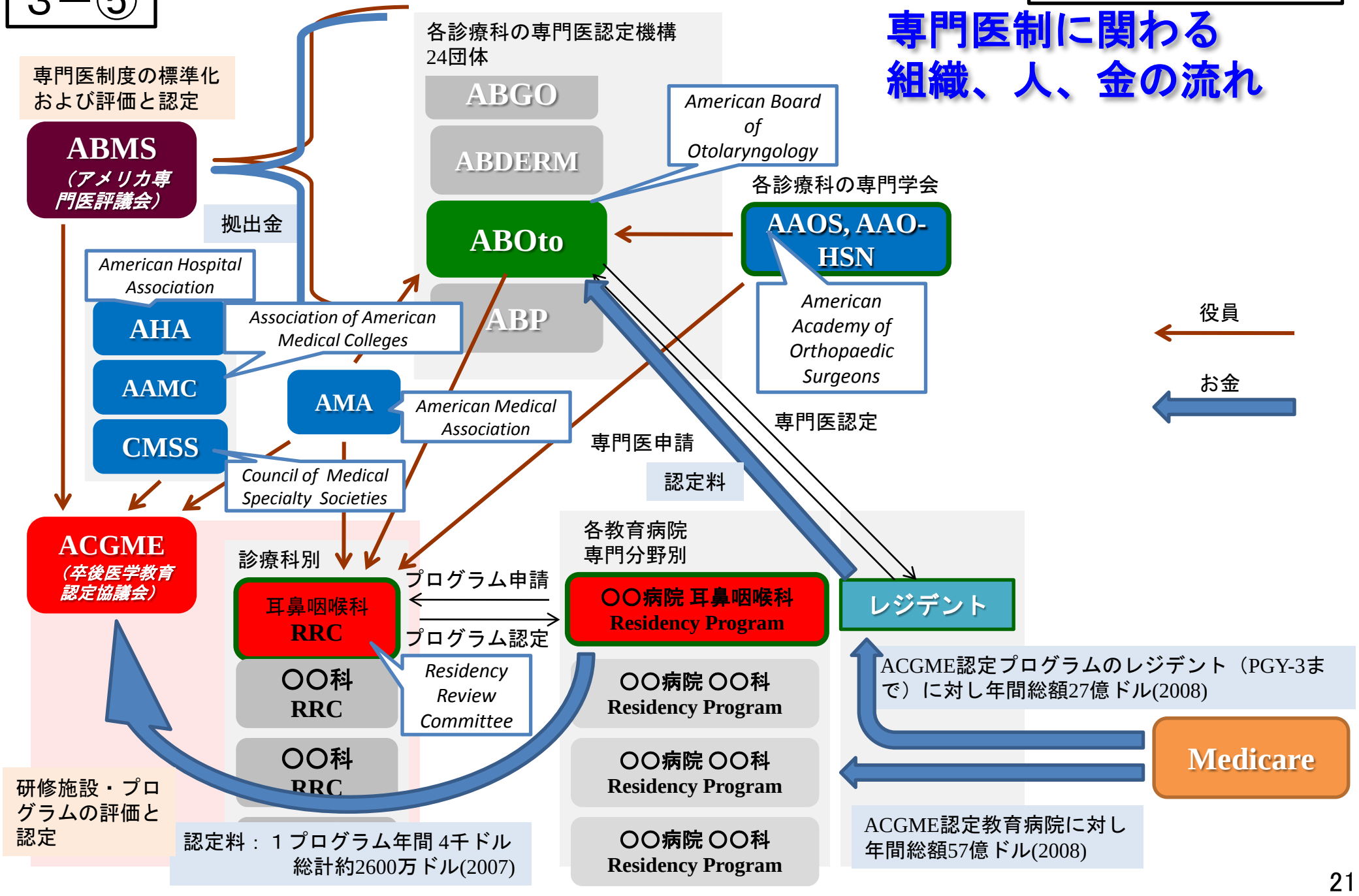
# 米国の医師養成システム～専門医までの道～



3－⑤

第6回八木参考人提出資料

# 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

理系一般
バカロレア
大学入学
資格試験

共通第一サイクル第１学年
50,000人

共通第一サイクル第２学年
7,300人

第2学年
進級選抜試験

共通第二サイクル
4年間
（Étudiant hospitalier
旧：externat)

2年目　€1,536/年
3年目　€2,980/年
4年目　€3,300/年

全国選抜試験
(ECN)
（6,300人）

Internat

外科系専門医
（5年間）

内科系専門医
（4年間）

GP
（3年間）

合格成績順に選考を選択する。
6か月毎ローテーション
（プログラム等の決定は、高等教育研究省＋厚生省＋大学教官による特別委員会）

€16,505～€18,273/年
(2年目）
当直　€200/回

コンクール
国家試験

生涯教育
（医師会）

国家免許（文部省）
医師会登録
=医師として活動可能

# ３－⑦　新たな専門医の仕組みに関する全体スケジュール（案）

第16回事務局提出資料を修正

| | | |
|---|---|---|
| 24年度 | 専門医の在り方に関する検討会 | |
| 25年度 | 第三者機関設立<br>・各領域の認定・更新基準の作成<br>・既存の専門医の移行基準の作成 | |
| 26年度 | ・病院群における養成プログラムの作成<br>・養成プログラムの審査・認定 | |
| 27年度 | ・定員設定 | |
| 28年度 | ・養成プログラムへの応募、試験等の実施 | （移行措置） |
| 29年度 | 専門医研修開始 | 既存の学会認定専門医からの移行措置については、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。 |
| 30年度 | 研修期間については、各領域の実情に応じて別途定めることとする。（※） | |
| 31年度 | 専門医認定　・試験、実績等の審査 | |
| 32年度 | | |
| 33年度 | | |

（※）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を検討する。

# ４．総合診療専門医について

# 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・コミュニティーをケアする能力

**教育・研究**

**すべての医師が備える能力**

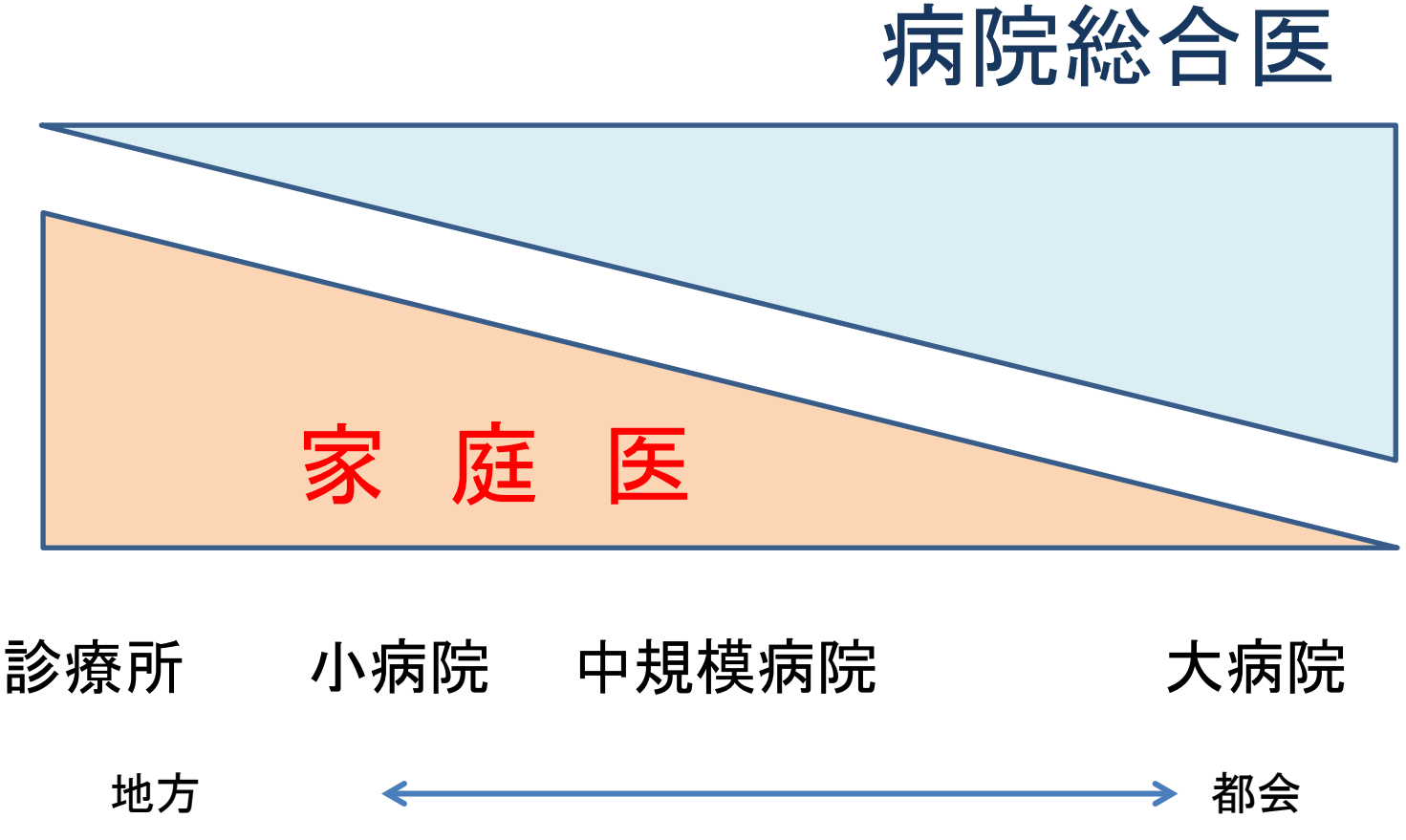
・診療に関する一般的な能力と利用者とのコミュニケーション
・プロフェッショナリズム
・組織・制度・運営に関する能力

**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

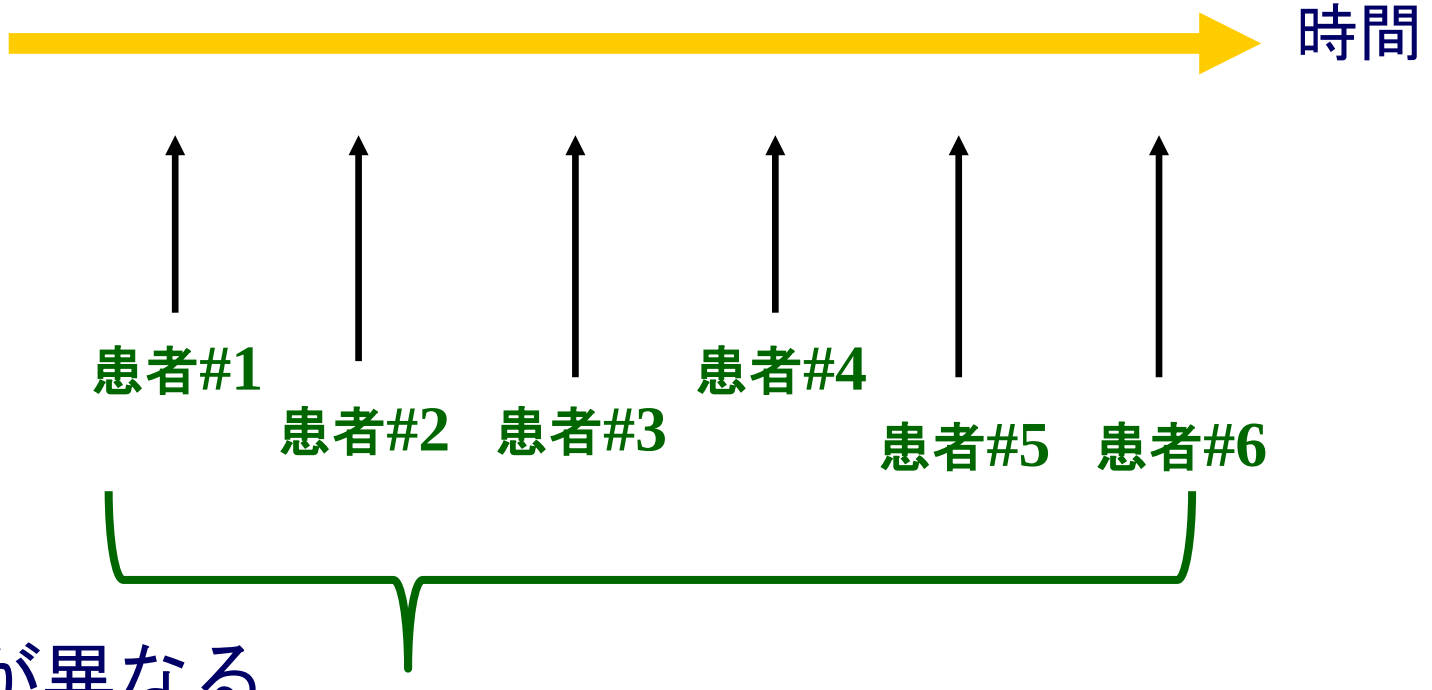
専門医制度の中で
基本領域（Ⅰ群）をめざす

# 診療場所別担当範囲



# 臓器・疾患別専門医の診療

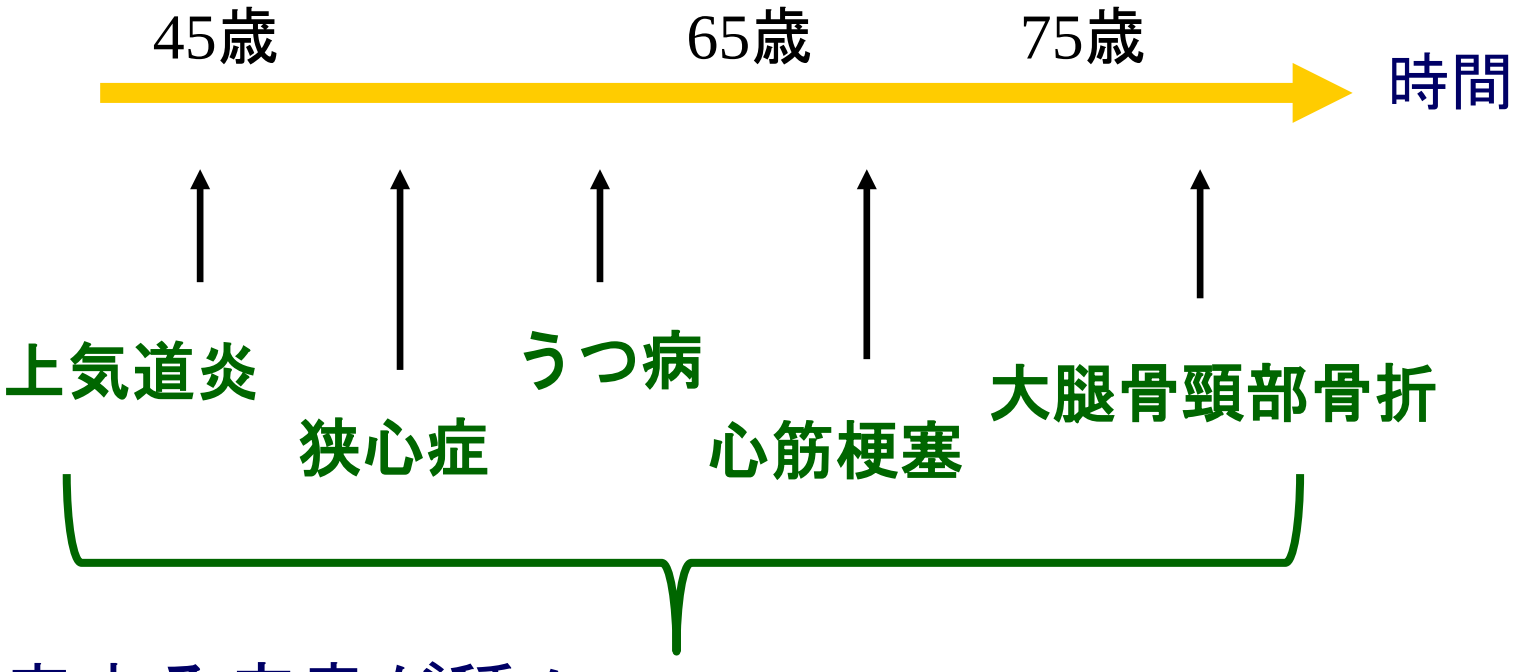
□扱う疾病は同じ




□患者が異なる

# 総合医の診療

□患者は同じ



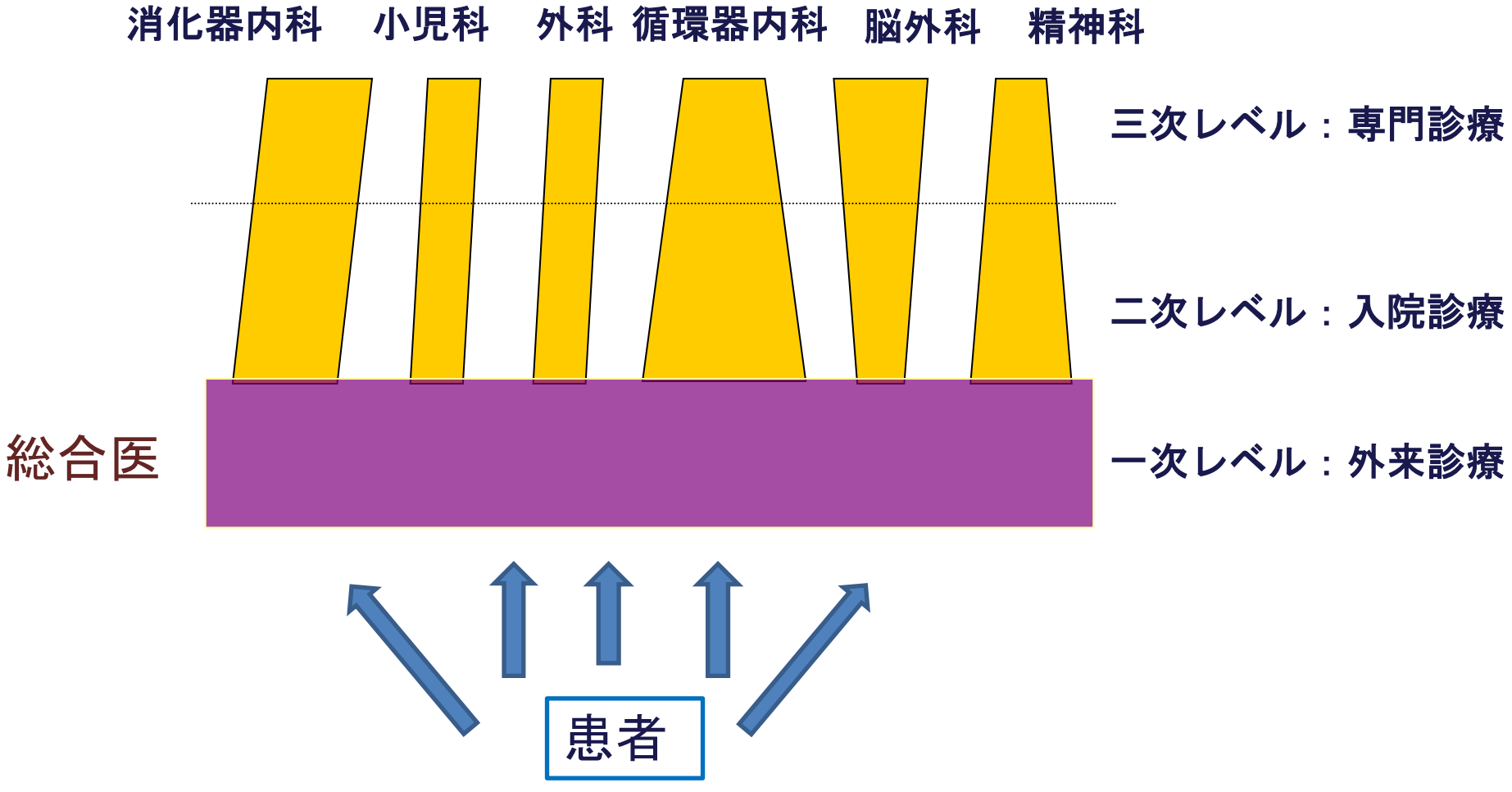

□診療する疾患が種々

4－⑤

第4回福井委員提出資料

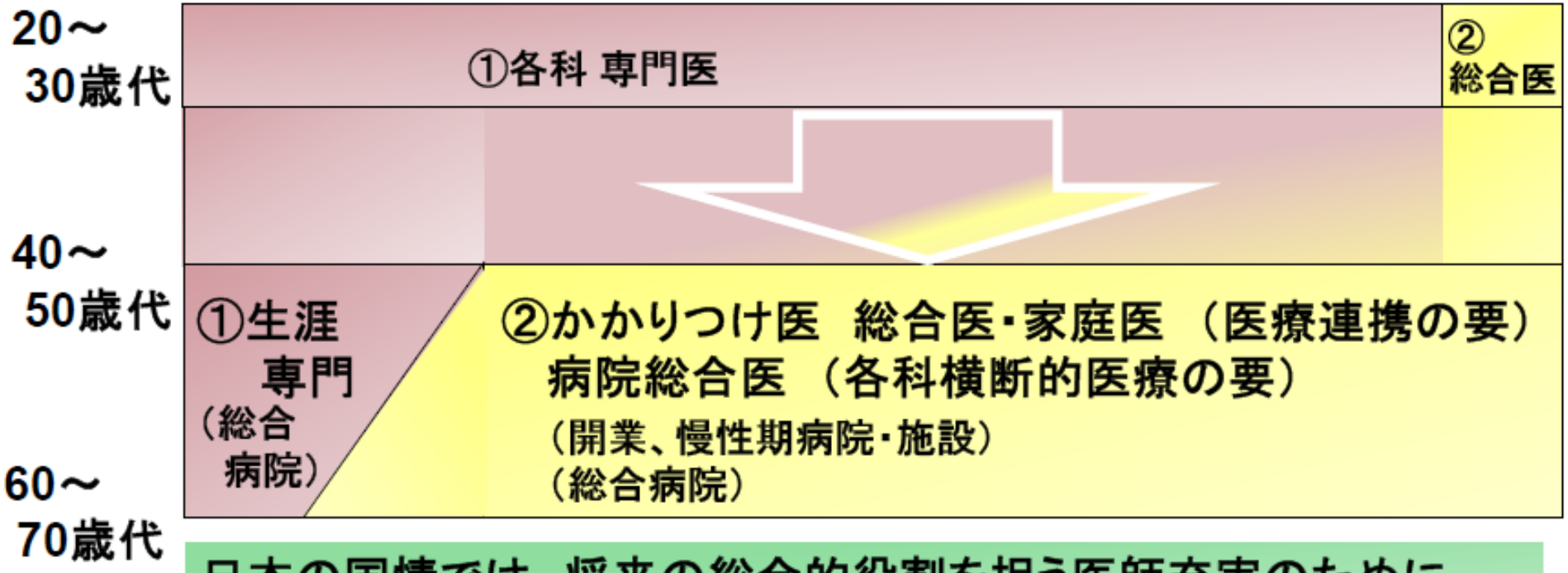
# まず総合医を受診

## －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

教育の連鎖

教育の連鎖

総合力（教育力）ある専門医

①総合医・家庭医

循環器　消化器　呼吸器　小児科　代謝　腎臓　血液　膠原病　神経　救急　眼科　耳鼻科　整形外科

腹部外科　麻酔科　脳外科

胸部外科　産婦人科

心臓外科　皮膚科

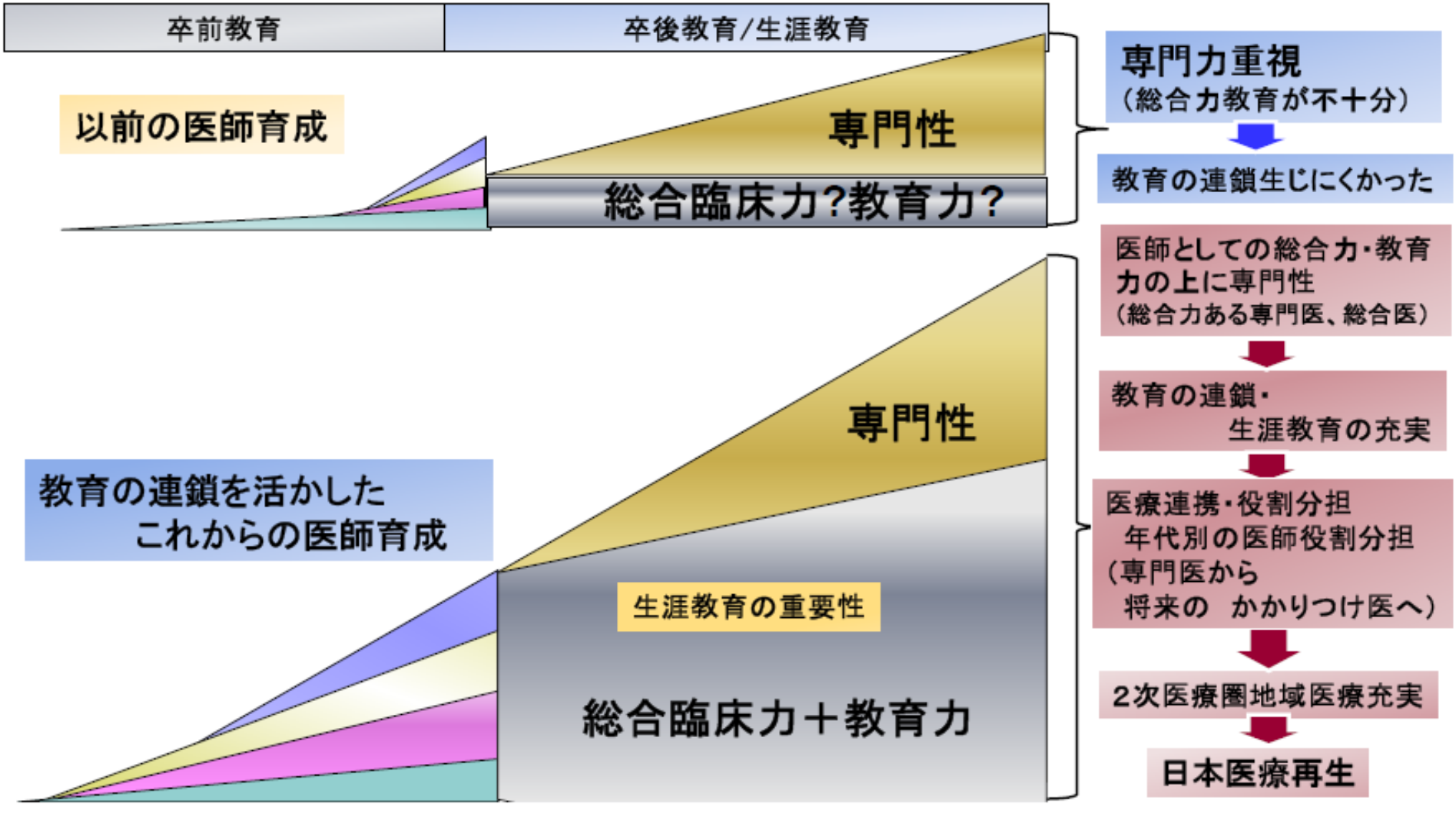
泌尿器科　基礎医学

医師としての総合力・教育力の上に専門性

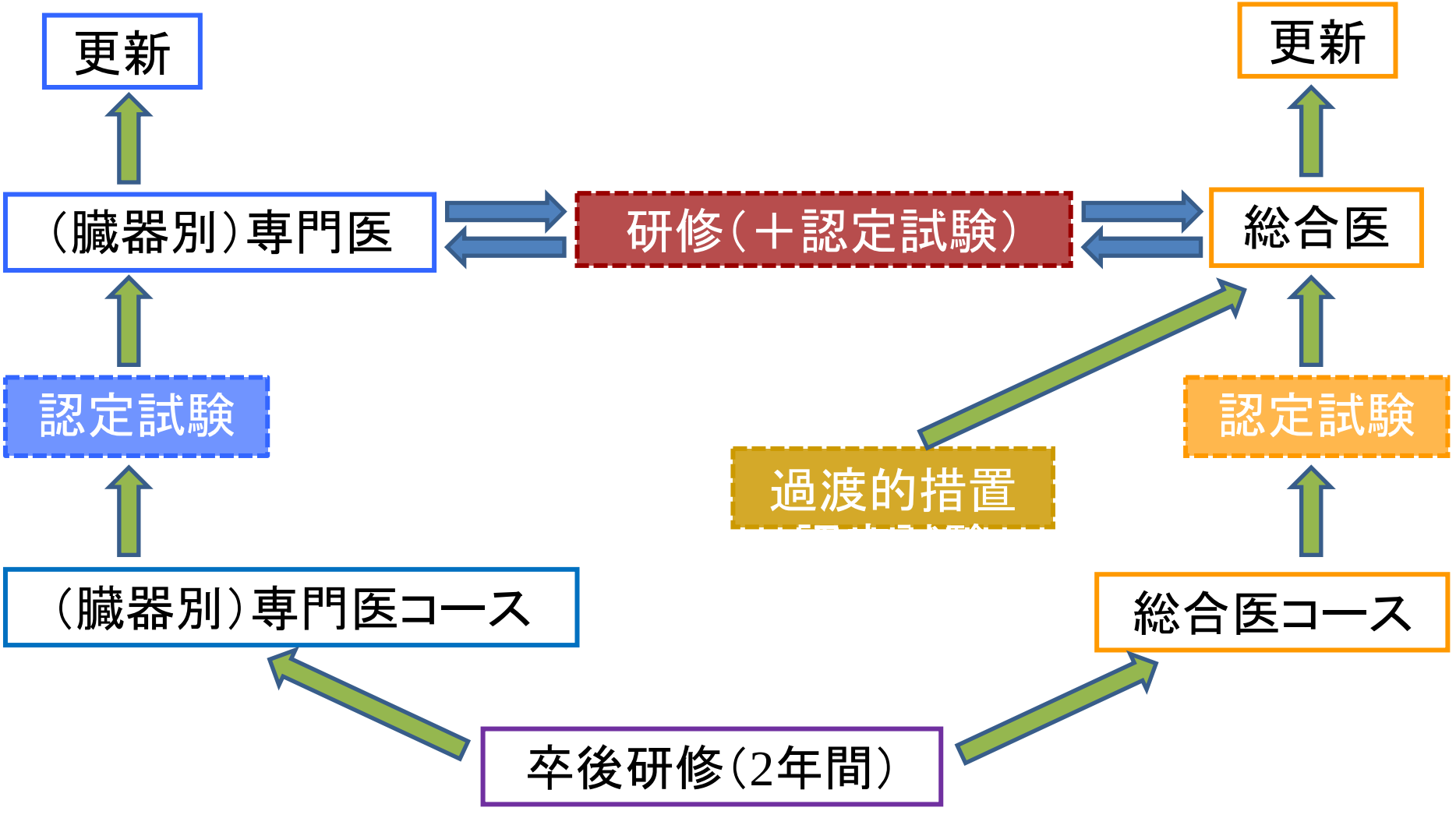
各科が、
全科臨床医が毎日のように遭遇する
『将来、何科に進んでも医師として大切な
各分野の基本診療・総合力・実践力・コミュニケション力・
プロフェッショナリズムをつけるべき教育』 重視！

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

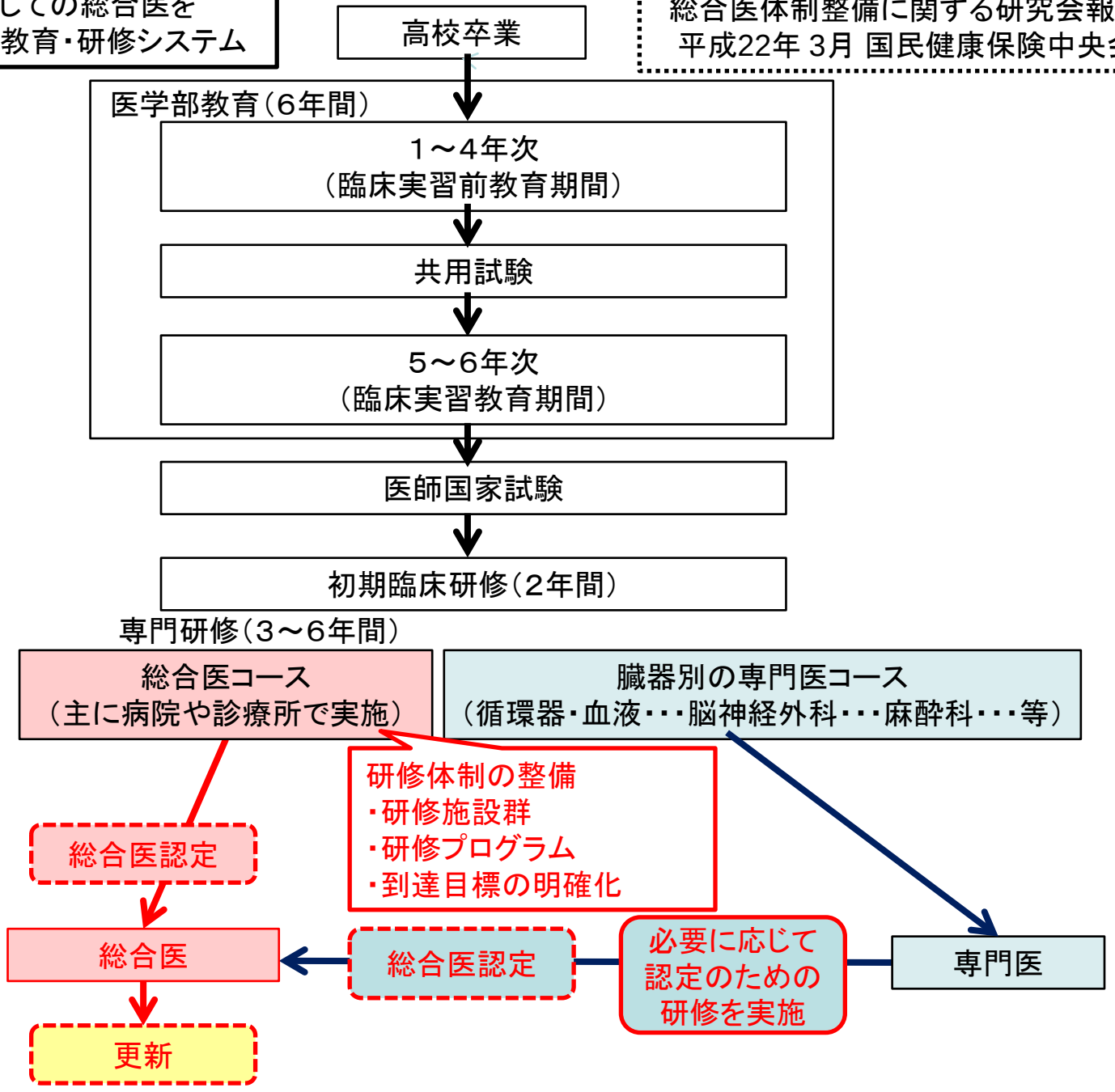


# 専門医制度（案）

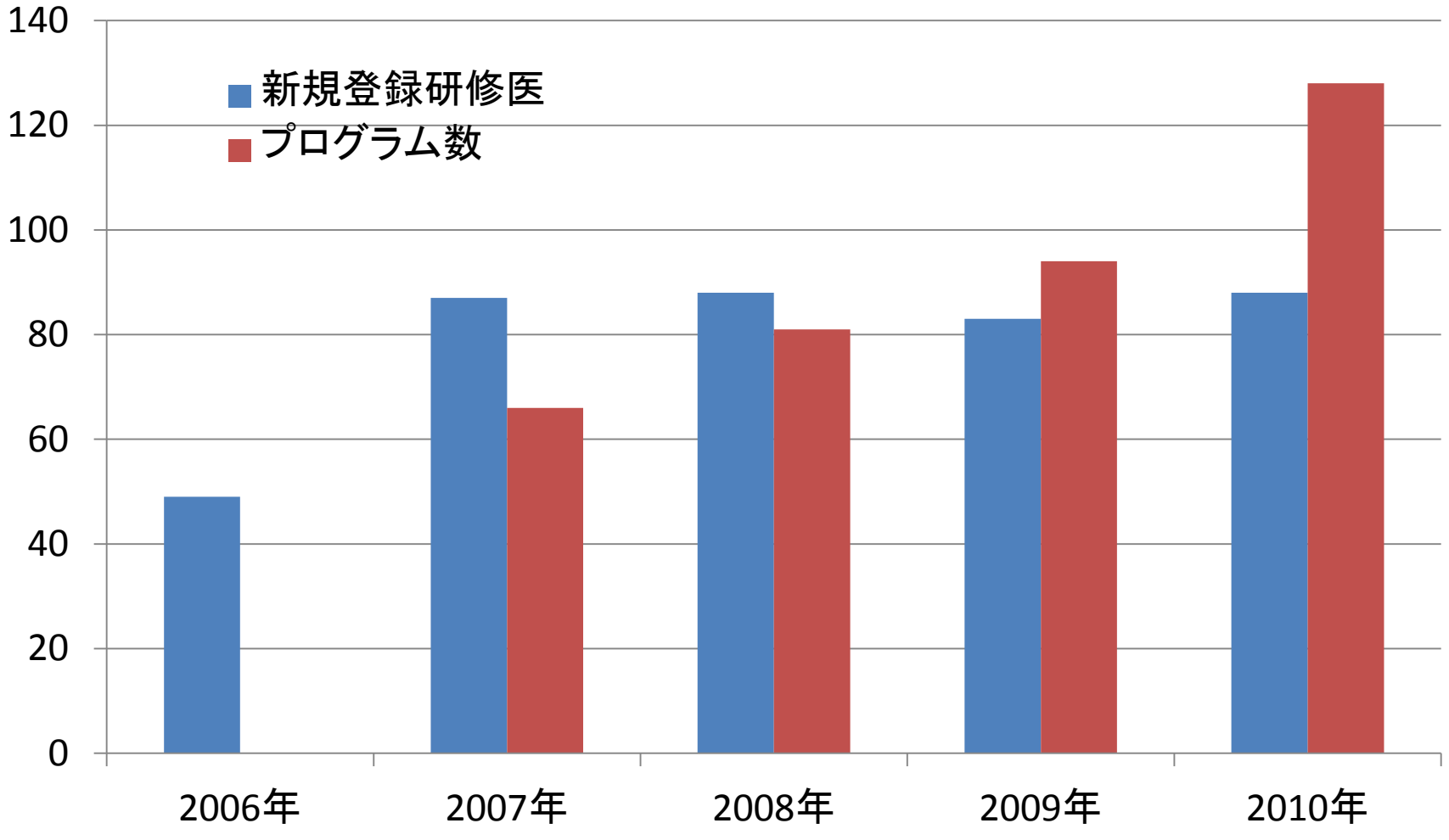

更新
（臓器別）専門医
認定試験
（臓器別）専門医コース
研修（＋認定試験）
過渡的措置
更新
総合医
認定試験
総合医コース
卒後研修（2年間）

# 専門医としての総合医を育成する教育・研修システム

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



# プログラム数と新規登録研修医




PC連合学会若手医師部会

# 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、主として従来の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）

第Ⅵ次日本医師会生涯教育推進委員会答申

# 「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。

第Ⅵ次日本医師会生涯教育推進委員会答申

- 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～）

第Ⅵ次日本医師会生涯教育推進委員会答申

# 「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まり、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の研修プログラム

○　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、日本医師会の協力が必要である。

○　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。

# ５．専門医の養成と地域医療との関係について

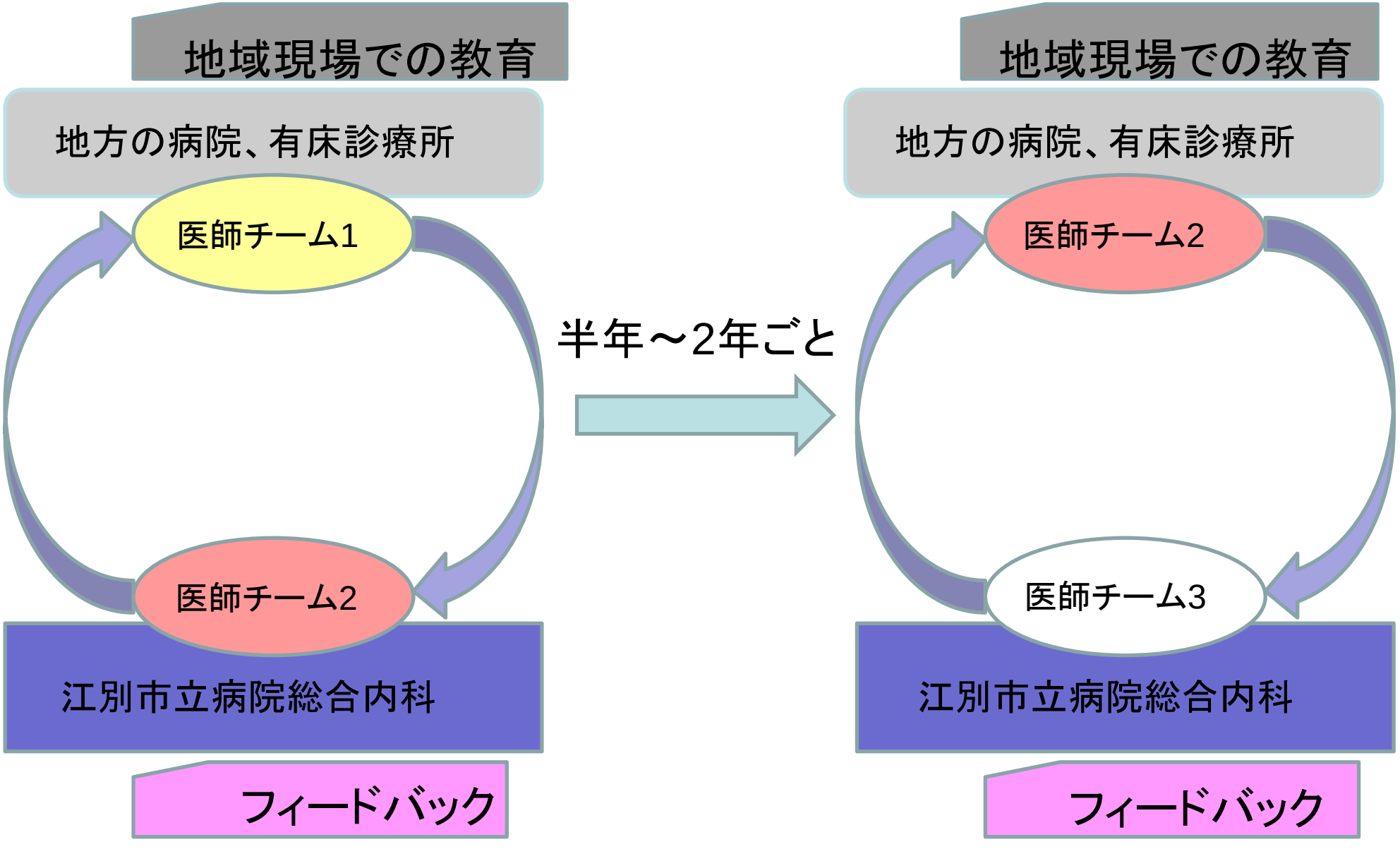
## 『総合内科指導医派遣』

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。

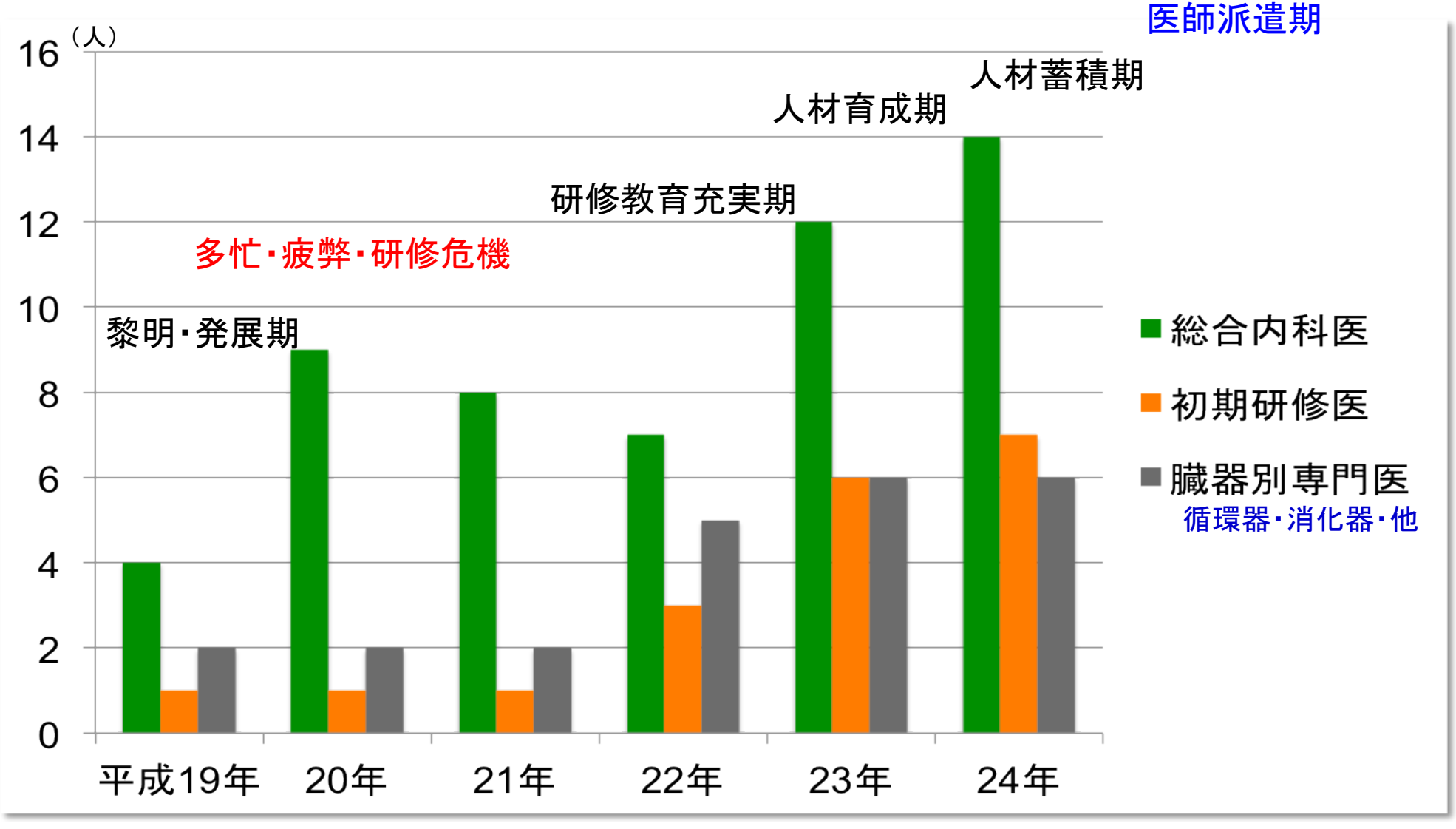
# 地域、特に僻地と江別市立病院の医師チームの循環システム



5－③

第5回阿部参考人提出資料

# 江別市立病院内科医師数




（当院で研修後地域医療に従事した医師数　6名）

５－④

# ＜静岡県専門医研修ネットワークプログラム（後期研修）の例＞

第13回鶴田参考人提出資料

**静岡県専門医研修ネットワークプログラム**

**（※平成24年10月現在で、43人（1年目38名、2年目4人、3年目1人。奨学金貸与者7名を含む）がプログラム参加。静岡県の地域医療支援センターにより総合調整。）**

**～キャリア形成のモデル（循環器・静岡県中部版）～**

**６年以上の勤務を想定したモデル**

**○ 専門医研修**

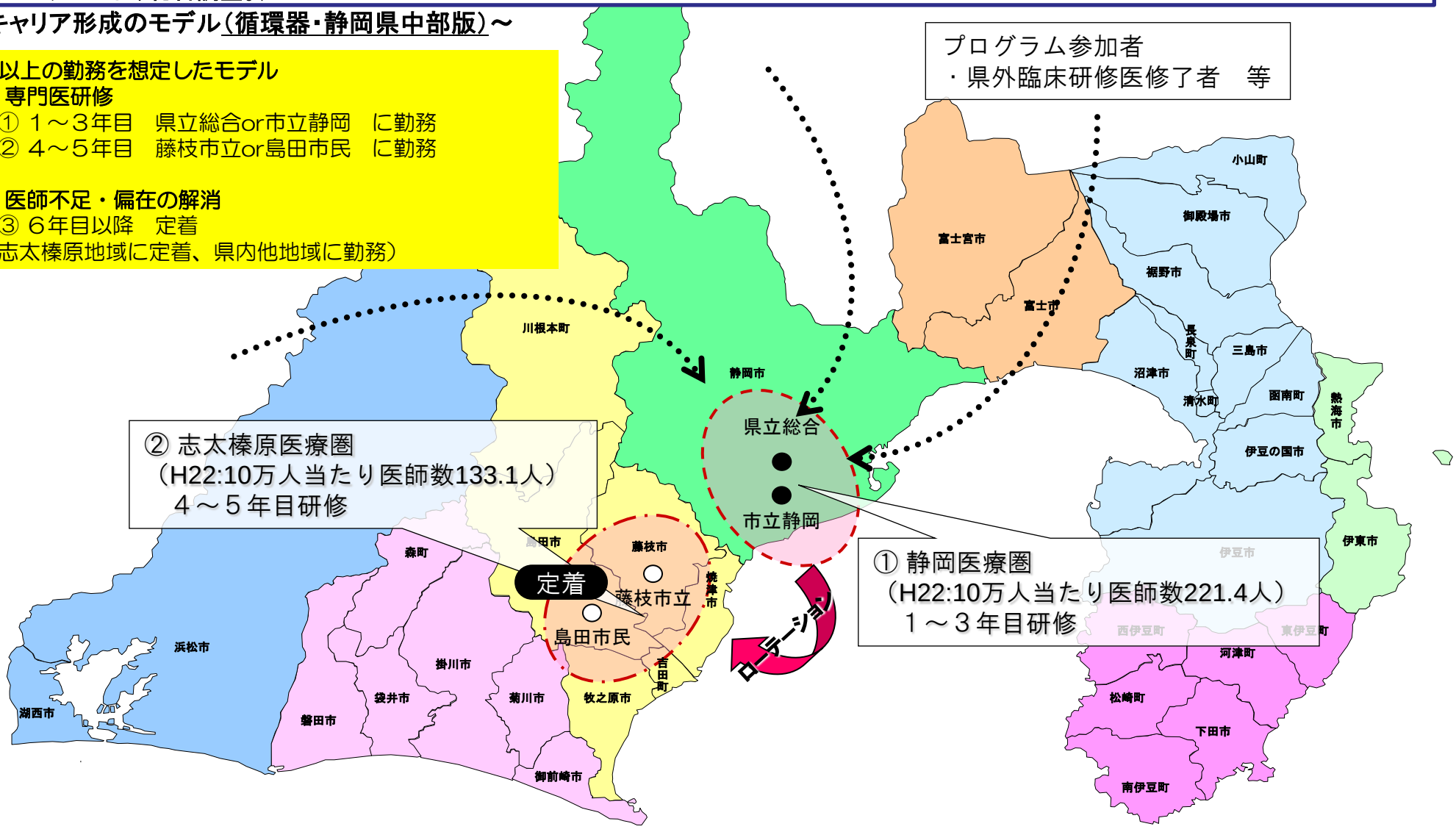
① １～３年目　県立総合or市立静岡　に勤務

② ４～５年目　藤枝市立or島田市民　に勤務

**○ 医師不足・偏在の解消**

③ ６年目以降　定着

（志太榛原地域に定着、県内他地域に勤務）




**特徴【キャリアを優先しつつ、医師不足等へも対応】**

・プログラム参加中は、静岡地域の病院による基礎的能力の習得と志太榛原地域（医師不足地域）における症例の積み上げ

・専門医資格取得後は、定着を促進

# 5－⑤

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1年目<br>(医師3年目) | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| | 静岡県立総合病院（虚血性心疾患、不整脈、心不全などを総合的に診断治療） | | | | | | | | | | | |
| | 静岡市立静岡病院（狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈と、あらゆる心臓の病気を治療） | | | | | | | | | | | |
| 2年目<br>(医師4年目) | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| | 静岡県立総合病院 | | | | | | 静岡市立静岡病院 | | | | | |
| | 静岡市立静岡病院 | | | | | | 静岡県立総合病院 | | | | | |
| 3年目<br>(医師5年目) | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| | 静岡市立静岡病院 | | | | | | | | | | | |
| | 静岡県立総合病院 | | | | | | | | | | | |
| 4年目<br>(医師6年目) | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| | 島田市民病院　or　藤枝市立総合病院（慢性疾患から急性疾患まで多くの症例を経験） | | | | | | | | | | | |
| 5年目<br>(医師7年目) | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| | 島田市民病院　or　藤枝市立総合病院<br>◎循環器専門医資格認定試験 | | | | | | | | | | | |

５－⑥

第6回藤本委員提出資料

# 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

# ６．医師養成に関する他制度との関係について

6－①

# 医学教育の改善・充実への取組

第8回文部科学省提出資料

## ＜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

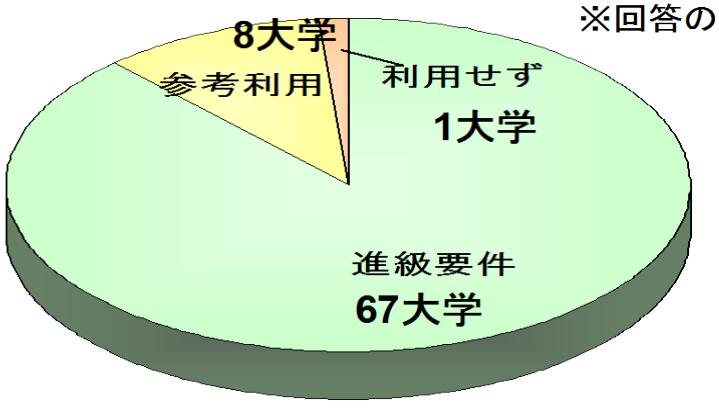
# 共用試験や卒業前ＯＳＣＥの実施状況

第8回文部科学省提出資料

・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。

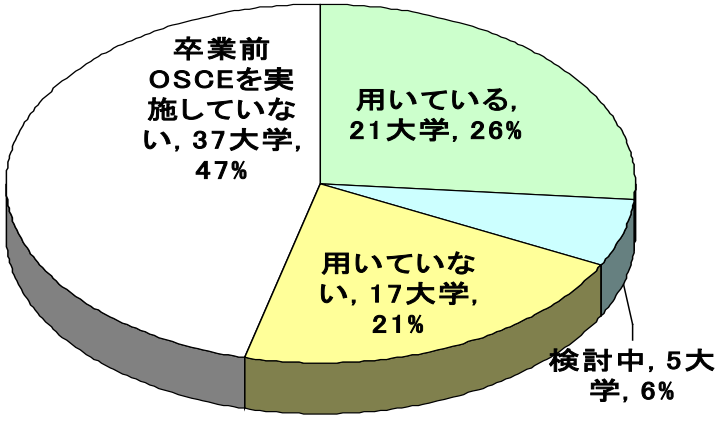
## ◆共用試験（ＣＢＴ試験）の進級要件としての利用

※回答のあった76大学の内訳




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）

６－④

第９回事務局提出資料

# 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決める。

### （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。

6－⑤

第9回事務局提出資料

# 医師臨床研修制度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25年2月8日 | ワーキンググループ「論点整理」とりまとめ |
| 平成25年2月中 | 「論点整理」について、医道審議会医師臨床研修部会に報告 |
| 平成25年中（目途） | 医師臨床研修部会において、「論点整理」を踏まえ制度全般の見直しを検討 |
| 平成26年度中 | 見直し後の制度に基づいて、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 |