

## 前回（第15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答えるために内科、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。
- この制度設計には、育成される側の視点が欠けているため、若い医師を育成するキャリア形成支援の視点を盛り込むべき。
- 専門医の広告に関しては、第三者機関が認定する専門医について広告できるとすることを基本としてはどうか。ただ、どこまでを第三者機関が認定するかについては、医療界全体での議論が必要ではないか。
- 専門医を取得する、質を維持し続けるインセンティブが何かしら必要ではないか。
- 基本領域は、「標準的な医療を提供できる医師」であるのだから、特別なインセンティブが必要だとは思えない。ただ、標榜科については検討が必要ではないか。
- 広告や標榜科を検討していく必要ではないか。将来的にはこれがないと国民の信頼を得られないのではないか。また、これがインセンティブになるのではないか。
- 標榜科を検討していく際には、総合診療科という新しい概念についても検討するべきではないか。

### (3) 専門医の認定機関について

- 国際比較などに十分耐え得るような育成のシステム構築のために、必要ならば第三者機関の設立なども検討すべきではないか。
- 第三者的な機構で国民の視点も入れて質を認定するような機構が必要ではないか。
- 第三者機関には国民のニーズに対応するための接点が必要であり、医療提供体制や専門医の在り方の検討に受療者が参画する仕組みとするべき。
- 専門医制度を日本に根付かせる方向で第三者機関を構築していくことが、結果として医師の偏在の是正にも医療の質の向上にもつながるのではないか。
- 専門医の認定は学会から独立した中立的な第三者機関が学会の意見を十分に聞いて密接な連携をとって行うべきである。第三者機関は専門医の認定と養成プログラム又は研修施設の評価・認定の二本柱を重要な機能として担うべき。
- 専門医認定の基準、養成カリキュラムの作成も第三者機関で行うことを明確にする必要がある。
- 各学会の協力を得て、専門医機構の下できちんとした体制で進めるべき。
- 認定機構の構成メンバーの中に医療を受ける側の代表が入っていくことにより、機構が国民の目から見て分かりやすくなり、かつその透明性を担保できるのではないか。
- 第三者機関における専門医の認定や基準の作成等については専門家が行い、第三者機関の運営全体をチェックする際には国民の代表も参画するべきである。
- 第三者機関は医師不足や地域偏在・診療科偏在の是正、医療の品質保証を目的として運用し、医師の自己規律に基づき医師養成の仕組みをコントロールすることを使命とするべき。
- 透明性とプロセスの標準化、説明責任を果たすために、第三者機関の運営資金は公的な性格を持つ必要があるのではないか。
- 第三者機関は、学会から独立するとともに全医療界が総合して取り組み、更に医療を受ける側の視点も重視するものとし、速やかにその設立を進めるべきである。
- 第三者機関が、プロフェッショナルオートノミーを基盤として運営していくならば、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、国は何ら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。
- サブスペシャルティについては、各基本領域の上に乗る分野をどのように考えるか、基本領域との関係を非常に重視して制度設計をする必要がある。
- 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ルティも合わせると 145 あるが、日本でのサブスペシャル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。
- サブスペシャルティについては、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ルティ領域の認定・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。
- サブスペシャルティ領域について、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。
- サブスペシャルティ領域について、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、研究家というより、科学的なマインドを持った医師ということではないか。
- 専門医養成のプログラムにおいては、専門性に関するだけでなく、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。
- 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年間で標準のプログラムであっても、診療実績など研修内容を決めた上で、最大7、8年の間に行うものであると考えるべきではないか。
- 新たな専門医は、個人の能力だけを認定するということではなく、社会的責任もあるということを強調すべき。更新時も単に能力を維持していたというだけでなく、診療実績など社会的責任を果たしているということを条件にすべき。
- 領域別専門医に「基本診療能力」を維持させるという主旨は、「関連する他領域の基本診療能力」ということではないか。例示した方がよい。
- 専門医に必要とされるのは、自分の専門領域を中心として、それに関連する領域を含

めて、全体的に診療できることが「基本診療能力」であると捉えると分かりやすいのではないか。

- 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。関連して、地域医療の実践という観点も重要ではないか。
- 例えば、日本医師会生涯教育制度のカリキュラムについては、更新時に、全医師が知っていなければいけない内容は全医師共通で導入する、特定の専門領域で総合的に知っていなければならない内容はその領域と関連領域で導入する、専門に特化した内容はその領域で導入するという方向になるのではないか。
- 当面は現在の制度で認定された専門医が医療の大部分を担うので、現在の学会認定専門医の取扱い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。
- 現在の学会認定専門医からの移行については、5年毎の更新の際に新しい仕組みに移行する方法、現在の制度が新しい仕組みと変わらないのであればそのまま移行する方法などが考えられるのではないか。
- 新制度への移行については、様々な議論があるが、具体的なやり方は、第三者機関において、各専門領域の状況も踏まえながら議論すればよいのではないか。
- 新しい専門医制度においては、必ずしも現在の専門医の在り方を全部保証するものではなく、移行を経てより良い制度を作る必要がある。
- 新しい専門医の養成プログラムがスタートする予定の2017年（平成29年）から、新しい専門医が生まれる2020年（平成32年）までの間にも現在の学会認定専門医が生まれることになるが、第三者機関が設立された段階で、学会の専門医部門が第三者機関に属する形を取り、現在研修中の人達には、第三者機関から旧来の学会の専門医を認定することとしてはどうか。
- 既に専門医を取得している人は、更新時に、ハードルを厳しく設定したうえで、新制度に移行していくこととしてはどうか。
- 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、指導していつてもらうべ

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とも念頭に置くべきである。

### 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と。
- 「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と。
- 患者にとっては、医療機能に関する情報を十分に得ることが難しいので、例えば日本医師会の生涯教育等を受けていることが患者にも見えるようにして欲しい。
- 一般医、プライマリ・ケア医、家庭医、総合診療医といった名称を、全て「総合医」という言葉に統一し、「かかりつけ医」は患者の立場から見たカテゴリーの異なる言葉と整理すべき。
- 総合的な診療を行う医師には、医療機関における診療だけではなくもっと幅広く診てもらふ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るべき。

- 専門医としての「総合医」も現在 18 ある基本領域に加えるべきで、「総合医」と「総合内科専門医」との関係について関連学会で検討して「総合医」に一本化し、その上にサブスペシャリティの専門性を設けることが望ましい。
- 専門医研修を受ける立場の医師にとっては、総合医であっても軸足となるような得意分野を持つ方が教育を受けやすく、なおかつ若い医師のインセンティブも醸成しやすいのではないか。
- 総合医のサブスペシャリティとしては、臓器別の専門を追究するだけではなく、医学教育や医療面接、疫学的な視点など、今までの臓器別の視点とは違う専門性を持って良いのではないか。
- 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と。
- 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と。
- 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と。
- 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はなく、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

は足りない。

- 総合医には、地域において幅広い活動が求められ、ある程度の経験も必要であるため、総合医を養成するためには初期臨床研修に加えて一定の研修期間は必要である。
- 最初から地域総合医と病院総合医に分けるのではなく、総合医というコアの部分を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と。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増え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、両面から検討するべき。
- 基本的な目的は、医療の質の向上だが、その論理的帰結として、量の制御が入ってくる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く行っている。
- 医師数の実態は、勤務時間数など勤務形態に応じた実働を踏まえて把握すべき。
- 地域枠の学生に対して、臨床研修終了後の一定期間総合内科や救急科において研修することを義務づけるような方法を推進すれば、修練のために地方に残る医師が増えるのではないか。
- 専門医の研修施設の認定においては、医師が多くいる施設が認定されることが想定さ

れるので、研修プログラムを認定する際には、例えばへき地や医師不足地域などにおいても研修を行うようなプログラムを作成して偏在是正を行ってはどうか。

- 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、専門家はその領域を全般にわたり責任を負うという面もあるため、検討会として、偏在に全く関心がないというのは本来あり得ないのではないか。
- 地方の専門医の確保はプロフェッショナルオートノミーのみでは不可能であり、ある程度公的な介入が必要ではないか。
- 医師偏在は全国的に大きな問題であり、あらゆる医療制度の議論はこのことを視野に入れて議論されるべきではないか。
- 医師偏在については様々な意見が出ており、どのような意見があったかという経緯は残すべきではないか。

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

## (2) 医療提供体制における専門医

- 医療提供体制全体の中で、医師の専門性の分布や地域分布についてグランドデザインを作ることが重要。
- 時間外救急について、総合診療科の位置づけも含めて誰がどのように対応するかを考えるべき。
- 総合医を組み込んだ医療提供体制が効率的であり、しかも地域住民のヘルスアウトカム（健康指標）の改善につながるという研究論文がいくつも出てきている。
- 家庭医・総合医がプライマリ・ケアを担う専門医として医療提供体制の下に明確に位置づけられ、継続的な健康管理と一般的な救急時の対応などを担うことによって、患者にとって最適な医療ができるとともに、専門医の負担が軽減されてそれぞれの専門性が発揮できるのではないか。
- 総合医という方がいて、そしてなおかつその地域のドクターの専門性というものをしっかり把握して、きちんと紹介するシステムが必要ではないか。
- 国民のニーズは、専門特化した医師ではなく総合的に診てもらえる医師がどこにいるのかを明らかにし、領域別専門医とネットワークを構築して必要な医療を提供することではないか。
- 地域医療を維持している中小規模病院の機能不全を救うためには、臓器別専門医と協働して働く総合的な診療能力を持った医師群が必要であり、専門医制度においてこれらの医師群の在るべき姿を価値ある専門医として定義して、認定する仕組みができれば非常に有意義である。
- 専門研修を受けてすぐに家庭医療の道に進む医師がいても良いとは思いますが、病院を支

える若手医師も必要であるため、できれば10年から20年は病院で働いてから家庭医に進むような道を歩んで欲しい。

- 特に地域医療に関するような分野においては、専門医制度の研修プログラムなどの中に地域医療支援の考え方が少しでもあれば良いのではないか。
- 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。
- 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。
- 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、必ず元に戻れる、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。
- 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、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。
- 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。

- 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もので、自分の専門領域以外については患者を適切な専門医等に紹介をするべきであり、それを個人的なネットワークに頼るのではなく、行政や医師会も関与して地域で医療も介護も連携していくシステムを作っていく必要がある。
- わが国の全ての医科大学・医学部ではモデルコア・カリキュラムの内容に則った教育が行われ、少人数教育が進められるとともに、従来の見学実習から診療参加型実習へ移行する等の改革が行われている。
- 現在の学会認定専門医の多くが、研修期間を臨床研修の2年間を含めて5年間としていることを踏まえ、プライマリ・ケアの基本的な能力と特定の領域に特化した専門医研修の関係を整理する必要がある。
- 新たな専門医の仕組みを平成27年度から開始することについて、現在の専門医制度の研修期間が臨床研修を含めた5年間であることを踏まえれば、平成27年度には、臨床研修修了者ではなく、医学部卒業(免許取得直後)の医師から開始すべきではないか。
- 現在の専門医制度は、2年間の臨床研修も含めて研修期間が設定されており、新たな仕組みでは従来の養成プログラムとは異なるものを議論していることを明確にして、臨床研修修了後のプログラムを議論すれば良いのではないか。
- 専門医の養成期間を例えば5年とした場合、その間にどういう研修をすべきかを考えるには、臨床研修の2年間を含めて考えることになり、臨床研修制度を触るわけではないが、基本診療能力と専門医の在り方を議論する必要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。