

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