

総合診療専門医に関する委員会のまとめ

(2014年5月)

委員（任期期間：平成25年9月17日～平成26年3月31日）

- 有賀 徹（昭和大学病院 病院長）
井田 博幸（東京慈恵会医科大学 教授）
神野 正博（恵寿総合病院 理事長、四病院団体協議会）
北川 雄光（慶應義塾大学 教授）
北村 聖（東京大学医学教育国際研究センター 教授）
小森 貴（日本医師会 常任理事）
千田 彰一（香川大学 名誉教授、徳島文理大学 副学長）
藤本 晴枝（NPO 法人地域医療を育てる会 理事長）
丸山 泉（日本プライマリ・ケア連合学会 理事長）
森山 寛（東京慈恵会医科大学 名誉教授）
山田 隆司（台東区立台東病院 院長、前日本家庭医療学会 理事長）
吉川 裕之（筑波大学 教授）
○ 吉村 博邦（北里大学 名誉教授、全国医学部長病院長会議 顧問）
渡辺 毅（福島県立医科大学 教授）

○印は委員長（五十音順）

オブザーバー

- 金澤 一郎（日本専門医機構 組織委員長）
池田 康夫（日本専門医制評価・認定機構 理事長）
草場 鉄周（日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長）
前野 哲博（日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長）
倉本 秋（日本医師会 生涯教育推進委員長）
青沼 孝徳（全国国民健康保険診療施設協議会 会長）
北澤 潤（厚生労働省 医政局医事課長）
田村 真一（厚生労働省 医政局医事課 医師臨床研修推進室長）
國光 文乃（厚生労働省 医政局医事課 医師臨床研修専門官）

（順 不同）

はじめに

平成 25 年 4 月、厚生労働省による「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告書が公表され、我が国の専門医の仕組みが大きく変わることとなった。変革の要点の第一は、従来の学会中心の専門医制度から、新たな中立的な第三者機関を設立して専門医の認定を行う仕組みに変えること、第二は、基本領域の専門医資格を取得した後に、細分化した専門医の資格を取得する二段階制にすること、第三は、今後は、全ての医師がいずれかの基本領域の専門医資格を取得する（後期専門研修を行う）ことを基本とすること、第四として、従来 18 領域だった基本領域の専門医資格に、新たに「総合診療専門医」を加え、基本 19 領域の専門医資格とすること、第五に、今後は、新たな第三者機関で認定した専門医資格のみを広告可能とすること、などである。

これを受けて、新たな第三者機関である「日本専門医機構」が立ち上がることとなり、平成 25 年 7 月に、その設置のための「組織委員会（金澤一郎元学術会議会長）」が設けられた。

「総合診療専門医に関する委員会（以下、本委員会という）」は、同組織委員会の下に設置された 5 つの委員会の一つとして平成 25 年 9 月に発足したもので、「日本専門医機構」の発足に先立って、新たな総合診療専門医の基本的な骨格を構築するための議論を開始するようとの趣旨で設けられたものである。

委員は、総合診療に深く関わる関連領域（学会、医学・医療団体、大学、一般病院）を中心に、非医師を含む計 14 名が選任された。

なお、委員の委嘱に当たっては、所属する組織の利益代表ではなく、夫々の領域の経験を生かしながら、あくまで各個人の見識に基づいて、我が国の総合診療専門医が如何にあるべきかという視点にたって議論を行うことについて、全員の確約を得た上で委嘱がなされた。

本委員会では、平成 25 年 9 月以来、平成 26 年 3 月までの 6 か月間に計 6 回の委員会を開催し議論を行ってきた。しかし、議論すべきことは山積しており、未だ議論の途上にある事項、全く議論を行っていない事項等、引き続き検討すべき事項が多々残されている状況にある。このたび、「日本専門医機構」が正式に発足する運びとなったことから、本委員会として、これまでの議論を整理し、新たな日本専門医機構に引き継ぐこととしたものである。

今後は、新たな日本専門医機構において引き続き論議がなされ、最終的には、同機構の理事会、社員総会での検討と承認を経て、決定されるものである。

[1] 総合診療専門医制度構築の基本理念、委員会で検討すべき事項、ヒアリングの実施等について。

1. 総合診療専門医制度構築の基本理念。

以下の「基本理念」を定め、議論を進めた。

- (1) 総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。
- (2) 地域で活躍する総合診療医が、誇りをもって診療に従事できる専門医資格とする（安易に取得出来る専門医資格とはしない）。特に、これから総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度となることを目指す。
- (3) 我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする（制度のための制度ではなく、社会に役立つ制度とする）。

2. 本委員会で検討すべき事項（当初予定した項目）について。

- (1) あるべき総合診療専門医の医師像を明示すること。
- (2) その医師像に合致する総合診療専門医を養成するための研修プログラムの基本骨格を決めること。
 - ① 初期研修終了者が、引き続き取得を目指すコース
 - ② 他の領域の専門医資格取得者が、一定の経験を経たのちに目指すコース
 - ③ すでに地域で活躍している総合医が新たに目指すコース
 - ④ 総合診療専門医取得者が、他の領域の専門医資格を取得するためのコース
- (3) これらのプログラムに則って、総合診療専門医を育成するための基本的枠組みを構築すること。

3. 委員および有識者等からのヒアリングについて。

議論の参考として、以下の方々（敬称略）からヒアリング（委員会でのプレゼンテーションと質疑）を行った。

- (1) 小森 貴（本委員会委員）
「日本医師会の生涯教育制度とかかりつけ医について」
- (2) 草場鉄周（プライマリ・ケア連合学会副理事長）
 - ① 「プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医制度について」
 - ② 「プライマリ・ケア連合学会の指導医およびプログラム責任者制度について」
- (3) 山田隆司（本委員会委員）
「地域医療振興協会の総合医養成コース（後期研修プログラム）について」
- (4) 斉藤康洋（医療社団法人青い鳥会上田クリニック院長）
「英国の General Practitioner について」
- (5) 藤沼康樹（日本医療福祉生活協同組合連合会・家庭医療学開発センター所長）

- 「米国の家庭医療について」
- (6) 渡辺 毅 (本委員会委員)
「総合診療専門医の研修プログラムについて」
- (7) 北川雄光 (本委員会委員)
「総合診療専門医の研修プログラムについて」
- (8) 有賀 徹 (本委員会委員)
「総合診療専門医専攻医の救急医療研修について」
- (9) 吉川裕之 (本委員会委員)
「産婦人科専門医の総合診療専門医取得について」
- (10) 丸山 泉 (本委員会委員)
「総合診療専門医への移行について」
- (11) 青沼孝徳 (公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会会長)
「総合診療専門医に関する要望」
「総合診療専門医指導医の役割及び要件並びに総合診療専門医プログラム責任者の役割及び要件について」

以上のヒアリングの他、委員長が総合診療専門医制度に関連の深いと思われる下記の基幹的な学会の理事長あるいは専門医制度委員長、および、日本医師会の役員等から、それぞれの組織の立場を踏まえた総合診療専門医制度についての意見等を伺い、必ずしも機関決定された意見ではないことを付記したうえで、委員長がその要旨をまとめた資料を委員会に報告し議論の参考にした。

なお、その他にも意見を求めるべき学会、団体等があることが一部委員から指摘されており、新たな日本専門医機構に申し送ることとする。

- ① 日本内科学会
- ② 日本外科学会
- ③ 日本小児科学会
- ④ 日本産科婦人科学会
- ⑤ 日本整形外科学会
- ⑥ 日本精神神経学会
- ⑦ 日本プライマリ・ケア連合学会
- ⑧ 日本医師会

[II] 委員会として合意（確認）が得られた事項。

1. 総合診療専門医の医師像（あるべき総合診療専門医）について。
 - (1) 総合診療専門医の定義。

日常遭遇する疾患や障害に対して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とともに、疾病の予防、介護、看とり、地域の保健・福祉活動など人々の命と健康に関わる幅広い問題について、適切な対応が出来る医師。

所定の研修カリキュラムを履修し、知識・技術・態度についての専門医試験に合格した者。

(2) 総合診療専門医の特徴。

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。

(3) 総合診療専門医に期待される役割。

主に、地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他職種等と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野における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、高齢者ケア等を含む)を包括的かつ柔軟に提供すること。

(4) 総合診療専門医が持つべき医学的な知識および技術。

- ① 健康増進と疾病予防
- ② 幼小児・思春期のケア
- ③ 高齢者のケア
- ④ 終末期のケア
- ⑤ 女性の健康問題
- ⑥ 男性の健康問題
- ⑦ リハビリテーション
- ⑧ メンタルヘルス
- ⑨ 救急医療(蘇生を含め、初期救急への対応が出来る)
- ⑩ 臓器別の問題(臓器別各種の疾患に対する初期対応、専門医への紹介の必要性の判断、必要に応じた継続医療が出来る)

心血管系、呼吸器系、消化器系、代謝内分泌系、神経系、腎・泌尿器系、リウマチ、筋・骨格系、皮膚、耳鼻咽喉、眼、生殖器系、など。

(5) 総合診療専門医に求められる能力。

- 1) 患者中心・家族志向の医療を提供する能力
- 2) 包括的で継続的、かつ効率的な医療を提供する能力
- 3) 地域・コミュニティをケアする能力

(地域内での医療者間との連携・コミュニケーション能力、24 時間対応の医療チームの構築、ドクターヘリなどによる救急搬送、等を含む)

- 4) 身体的ケアと共に精神的ケアが出来る能力

この他、全ての医師が備えるべき能力(資質)として以下の事項が挙げられる。

- 1) 医師としての高い倫理観・使命観・責任感(プロフェッショナルリズム)を有する。

常に、倫理的な診療を心がけ、職能集団としての規範を守り、自ら設定した高い行動基準に基づいて医師としての責務を果たす。

- 2) 生涯にわたって医師としての能力の向上に努める。
- 3) 医療安全への配慮。
- 4) チーム医療の実践、など。

2. 総合診療専門医に関する留意事項について。

- (1) 国の「専門医の在り方に関する検討会」で新たに設置することとなった「総合診療専門医」は、地域を診る視点が重要視されており、地域を支える診療所や病院等で活躍する医師としての役割が強く期待される。
- (2) 今後、我が国では高齢化のさらなる進展が予測され、総合診療専門医にはその対応が求められる。高齢者では、複数の疾患を有したり、治癒をめざすよりケアが重視されたり、看とりへの対応も必要である。
- (3) 大学病院や一定規模以上の総合病院等における総合診療部門（総合診療部、総合診療科、総合内科等）では、主に内科系のバックグラウンドを有する医師が、臓器に特化しない内科的疾患を有する患者の診療等を中心に活躍している現状がある。今後、かかる部門では、内科系の医師（新・内科専門医等）とともに、新たな総合診療専門医（地域を診る視点を有する医師）が活躍することも期待される。また、一定規模以上の専門研修施設の総合診療部門等に勤務する医師には、研究活動とともに、新たな総合診療専門医育成のプログラム責任者（教育者）としての役割も期待される。
- (4) 研修プログラムには、初期臨床研修修了者が引き続き総合診療専門医を目指すコースに加え、他領域の専門医取得者が目指すコース、あるいは、すでに地域医療の現場で活躍している医師が目指すコース等を構築する必要がある。
- (5) 総合診療専門医から他の領域の専門医資格が取得できるキャリアパスの必要性については、国の専門医に関する在り方委員会の報告書にも明記されており、そのためのルール作りを行う必要がある。
- (6) 総合診療専門医を育成するためには、複数の学会（内科、小児科、救急医学、外科、整形外科、産婦人科、精神神経科、プライマリ・ケア連合学会、等の各学会）が医師会とも協議し、育成のための適切な研修プログラムを構築する。
- (7) 専門医を育成する研修施設のプログラム責任者は、地域の実情に応じて適切な研修施設群を形成するものとする。
- (8) 日本医師会の「生涯教育プログラム」は、地域を支えるかかりつけ医のための研修プログラムとして企画されており、日本全国の郡市医師会レベルで実施されている。新たな総合診療専門医資格の取得、更新、移行等に際して、日本医師会の生涯教育プログラムを、そのさらなる充実・改変等を図ったうえで活用することを考慮する。

- (9) 新たな総合診療専門医では、関連する学会や団体が多数にわたるため、実務を担う適切な組織を構築する必要がある。

3. 研修プログラムについて。

基本プログラム(初期臨床研修終了者が進むプログラム) (案)

(1) 研修期間

3年間(36か月)以上の研修プログラムを基本とする。

所定の研修カリキュラムを研修プログラム期間内に終了できない場合は、適宜追加研修を行うものとする。

(2) 研修科目

A) 基本診療科研修(12か月以上)

- ① 内科6か月以上、小児科3か月以上、救急科3か月以上の基本診療科研修を必修とする。
- ② これら3診療科の基本研修は、それぞれの診療科(内科、小児科、救急医学)の専門医制度と相乗りで行うものとし、それぞれの専門医制度の認定研修施設あるいは関連施設等で、それぞれの専門医制度の指導医、専門医等の指導の下で研修を行う。
- ③ 救急科の研修については、一定期間の三次救急施設あるいは当該地域の最終的な救急対応施設での経験を要するものとする。

B) 関連診療科研修(原則として6か月)

- ① 総合診療に関連の深い外科、産婦人科、整形外科、精神科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科等の研修を行い、カリキュラムに定められた研修項目を履修する。
- ② これらの関連診療科の研修は、初期臨床研修との連続性を重視しつつ、かつ、以下のC) 総合診療に関する専門研修との整合性をはかりつつ、総合診療専門医制度に規定する施設で、かつ、同制度の規定する指導医の管理の下で研修する。
- ③ 外科研修については、初期臨床研修で外科を選択している場合には、原則としてそれ以上の外科専門施設での研修を必要としないが、外科の研修を選択していない場合は、3か月間、外科専門医制度の認定施設あるいは関連施設での研修を必須とする。

C) 総合診療に関する専門研修(18か月)

- ① 診療所、中小病院、一定規模以上の総合病院等でカリキュラムに定められた必要項目の研修を、それぞれの施設群をバランスよくローテイトするプログラムを構築して研修を行う。
- ② 18か月の内、少なくとも6か月間は、一定規模以上の総合病院等で、臓器に特化しない総合的な内科研修(一般内科あるいは総合内科等の外来および病棟診療)を行うものとする。また、その研修は、総合診療専門医制度が定める指導医の下で行う。
- ③ 18か月の内、少なくとも6か月間は、診療所および中小病院をバランスよくローテイトしつつ研修を行うものとする。また、その研修は、総合診療専門医制度が定める指導医の

下、あるいはその管理の下で行う。

- ④ 僻地や離島等、医療資源が十分でなく、医師不足の地域で活躍する医師の研修については、総合診療専門医制度の定める指導医の管理の下に行う e-learning 研修等を実績として評価することを考慮する。

注 1)

A)、B)、C)の研修科目の順序は入れ替えることは可。

注 2)

B) 関連診療科研修については、それぞれの診療科を一定の期間を限定して行う研修以外に、例えば、週の内、半日あるいは 1～数日間を、ある診療科の研修に充てるなど、フレキシブルにプログラムを構築する。

注 3)

これらの研修は、原則として on-the-job training として行うものとし、専攻医の給与等の費用負担については、プログラム責任施設と研修受け入れ施設が十分な協議を行う必要がある。

(3) 標準的な研修スケジュール

1年目：必修の領域別基本研修(内科6か月、小児科3か月、救急3か月)の研修を行う。

夫々の領域の専門医制度の定める認定施設等で、病棟管理・全身管理・外来管理の基本的スキル、態度等を修得する。

2～3年目

プログラムに則って、総合診療専門研修および総合診療に関連の深い領域別研修を行い、研修カリキュラムに定められた必要症例を経験する。

4. 研修の評価について。

研修の評価は、ポートフォリオ(研修記録：経験症例、考察、指導医による指導記録および評価を記載したもの)により行う。

各施設の指導責任者の評価(一次評価)、プログラム責任者の評価(二次評価)に基づき、総合診療専門医制度が定める「研修評価委員会」が最終評価を行う。

研修評価の基準を満たし、かつ、その他、総合診療専門医制度が定める専門医試験の受験資格要件を満たした者には、総合診療専門医試験の受験資格が与えられる。

[III]. 議論の途上にある事項について

1. 他の領域の専門医資格取得者が一定の経験を経たのちに目指すプログラムについて。

内科専門医からの移行プログラムを中心に議論を始めたばかりであり、新たな日本専門医機構で改めて議論を続けるよう申し送る。

2. 指導医基準の策定。

基幹施設の指導医、連携施設(診療所、中小病院を含む)の指導医等の基準の策定が必要であるが、議論を始めたばかりであり、新たな日本専門医機構で改めて議論を続けるよう申し送る。

[IV]. 今後検討すべき事項(議論が殆どなされなかった事項)について (新たな日本専門医機構で議論を行うよう申し送る)。

1. 上記(Ⅱ-3、Ⅲ-1.)以外の研修プログラム。

(1) すでに地域で活躍している総合医、かかりつけ医等が取得を目指すプログラム

(2) 総合診療専門医が他の領域の専門医資格を目指すプログラム

2. プログラム責任者の基準の策定。

3. 研修施設の指定基準の策定。

基幹施設、連携施設等による施設群の構築。

4. 更新基準の策定。

5. 運営組織の構築。

組織図、

構成メンバー

各種委員会の構築

専門医制度規則委員会(規則、細則の策定)

研修カリキュラム委員会

研修プログラム委員会、

試験委員会

専門医更新委員会

その他(必要な委員会)

6. 事務局のあり方、事務手続き(書式、申請手順等)について。

研修施設の登録申請、認定

専攻医の登録

研修終了の申請、評価、

受験資格の要件

受験申請

試験の実施

試験方法(知識、実技)、問題作成、試験の実施体制、試験会場、合否判定

暫定措置

申請料、認定料

7. 総合診療専門医制度規則、細則の策定。

8. その他。

- (1) ダブルボードの可否
- (2) 財政基盤のあり方
- (3) 総合診療専門医に関する委員会の今後の在り方
- (4) 制度の周知について
- (5) 今後のスケジュール

2017 年からスタートする新たな専門医制度の運用開始に間に合わせるためには、2015 年に初期研修を開始する研修医が該当することから、早急に検討し、結論を出す必要がある。

- (6) その他

以上