

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

## 第 10 回講演会

「日本専門医制評価・認定機構について」

日時：平成 24 年 6 月 25 日（月）

場所：東京歯科大学水道橋病院 13 階 B 教室

一般社団法人 日本歯学系学会協議会

## 開 会

○野口副理事長 それでは、時間になりましたので、一般社団法人日本歯学系学会協議会の第10回講演会を開催させていただきます。

座長を務めさせていただきます、副理事長の野口でございます。よろしくお願いいたします。

今日のタイトルでございますけれども、「日本専門医制評価・認定機構について」ということで、講師の先生は千田彰一先生でございます。先生方のお手元に講演内容があると思いますのでごらんいただきたいと思いますが、慣例でございますので先生の御略歴を御紹介させていただきます。

千田彰一先生は、現在国立大学法人香川大学医学研究院の教授でいらっしゃいまして、同時に医学部附属病院長、学長特別補佐、医学部附属病院総合診療部長、地域連携室長の重職を担っておられます。学歴及び職歴はそこに詳細に書かれておりますのでごらんいただきたいと思いますが、先ほど申し上げましたように2011年10月現在国立大学法人香川大学の学長特別補佐でございます。それから、学会活動等は、非常に多くの学会で御活躍の先生でございます、社団法人日本専門医制評価・認定機構の理事でいらっしゃいます。

先生のお話、今日は専門医制度についてですが、医科でもいろいろな問題点があるようでございますけれども、その中で専門医制度機構がいろいろな方向性を議論されているというお話を伺っております。歯科でも学会認定の専門医制度が発足しておりますけれども、やはり多くの問題を抱えているわけございまして、それらの問題をどのように解決していくかの一つの大きな指標に本日の御講演がなるのではないかと考えております。

それでは、先生、大変お忙しいところお話を伺える機会を得まして、大変ありがとうございます。よろしくお願ひしたいと思います。(拍手)

○千田 皆さん、こんにちは。現在専門医制評価・認定機構の理事で、評価委員長を仰せつかっております、各学会のヒアリングをさせていただいて専門医制度の質を高め、均質化を進めるという役を仰せつかっております。そういうことをお話させていただくことで、先生方の領域での参考になれば幸いです。

今日は、この機構において、医科での専門医制度がどのように変遷してきたかをお話しさせていただきます。その後、現在の専門医制度の特徴と問題点、その中で機構がどのような働きをしているかをお話して、現在進めております新機構について御紹介したいと思います。

いくつかの学会が新たな専門医制度を始めた一つのきっかけになっておりますのが、小泉改革の規制緩和という中で出た広告開示です。歯科の先生方は御存じと思いますが、現在の団体で専門歯科は5つあると了解しておりますけれども、この広告標榜が非常に大きな問題を持っていると認識しております。ただ、厚労省では、一たび始めたものでありますからそう簡単には変えられないということで、現在に至っていると考えます。

一方、いろいろな意見が出てくる中で、専門医について、厚労省が専門医の在り方を見



### 我が国の専門医制度の歴史(I)

1962年	日本麻酔指導医制度発足
1981年	22学会から成る「学会認定医制協議会」発足
1986年	日本医学会、日本医師会、協議会（27学会加盟）による三者懇談会が開催
1993年	三者懇談会で「認定医の公認に関する三者懇談会の見解」が協議され13学会の認定（専門）医の三者承認に至る
2001年	「専門医認定制協議会」と改組 <ul style="list-style-type: none"> <li>・学会のメリット優先から、社会的視野に立つ</li> <li>・専門医制度の整備</li> <li>・専門医認定・更新制度の合理性・客観性</li> </ul>
2002年	厚生労働大臣告示 「専門医広告に関する基準・手続き等」（いわゆる外形基準）

りましたが、その後この学認協を中心として日本医学会、日本医師会が三者懇談会をつくりまして、この三者懇談会が認定して標榜ができるという格好で、三者承認ができるようになりました。これが日本の専門医制度が大きく動き出したきっかけになったのではないかと思います。この学認協の時代に各学会との間でやっておりましたのは、基本になる学会ですか、それともその上にあるサブの学会ですかという差別化でした。

2001年になりまして、この学認協が専門医認定制協議会と改組いたしました。それまでは学会から成り立っている専門医制度ですので、どちらかといいますと学会にとってメリットがあるようにと、そのメリット優先が第一課題でしたが、専門医制度という全体の枠組みを見て、社会的視野に立った制度を整備しようという機運が今世紀になってから起こってまいりました。

- ### いわゆる外形基準とは
- ✓ 法人
  - ✓ 会員1,000人以上で、8割以上が医師
  - ✓ 5年以上の活動実績を有し、その内容を公表
  - ✓ 事務局体制が整備
  - ✓ 資格の取得条件を公表
  - ✓ 資格の認定に5年以上の研修の受講を条件
  - ✓ 資格の認定に適正な試験を実施
  - ✓ 資格の更新制度がある
  - ✓ 資格を認定された医師の名簿を公表

直そうと昨年の秋から検討会が始まりました、つい先日第8回目が行われまして、この夏までに中間まとめが出る見込みでございます。実は私どもの機構が進めてきた考え方をこの会でできるだけお認めいただこうと現在進めているところです。

そもそもこの専門医制度というのは、今から50年ぐらい前に、麻酔科が麻酔指導医制度というのをお作りになりました。これが我が国の専門医制度の嚆矢になるかと思えます。そういう意味では40年以上の歴史があり、その後は放射線等々が始まっております。

特に1980年になりましてから、今日ありますような学会の専門医というのがたくさん出てまいりました。これに対応するように、22学会から成る学会認定医制協議会が発足いたしました。学認協と申してお

りましたが、その後この学認協を中心として日本医学会、日本医師会が三者懇談会をつくりまして、この三者懇談会が認定して標榜ができるという格好で、三者承認ができるようになりました。これが日本の専門医制度が大きく動き出したきっかけになったのではないかと思います。この学認協の時代に各学会との間でやっておりましたのは、基本になる学会ですか、それともその上にあるサブの学会ですかという差別化でした。

2001年になりまして、この学認協が専門医認定制協議会と改組いたしました。それまでは学会から成り立っている専門医制度ですので、どちらかといいますと学会にとってメリットがあるようにと、そのメリット優先が第一課題でしたが、専門医制度という全体の枠組みを見て、社会的視野に立った制度を整備しようという機運が今世紀になってから起こってまいりました。

そういう中で、専門医をただ認定してそれで終わりではなくて、専門医を更新することも必要と認識されはじめまして、全体の整備に動き出しました。ちょうどそういう動きが出たところで、先ほど申し上げました専門医の広告に関する基準・手続きが表出されまして、これはいわゆる外形基準と言われるものでありますが、広告標榜ができるようになったわけです。この外形基

準は、9つありまして、形態的なものを主として、法人格を有すること、団体（学会）員が1,000人以上であって、医師が8割であること等々の外形的な基準が示されたわけであります。

ところが、これをごらんいただいても、専門医の中身、質等々についてのことは実は何も問われておりません。唯一書かれておりますのは、認定に5年以上の研修を受験条件とすると。受験資格が定められ、試験がされていて、更新制度があるという形が整っていれば認められて、標榜ができる格好になったわけです。そのことによって専門医資格を認定する団体の基準9項目、この外形基準によって認定された専門医の広告が許可されるという告示になりました。

**専門医広告について**

■ 2002年厚生労働大臣告示  
「専門医広告に関する基準・手続等」(いわゆる外形基準)

↓  
 専門医資格を認定する団体の基準(9項目)を定め、  
 その団体の認定する専門医の広告を許可する

2009年5月(2012年6月)現在、  
57学会の専門医が広告可能

**厚生労働大臣告示の問題点**

- 外形基準のみでなく、専門医制度の内容の詳細な検討が必要
- 複数学会が共同して作る専門医制度での専門医広告が困難

医科のほうは、先ほどもございましたように、2009年5月から、新しい学会専門医は認められておりません。この3年間はほぼ凍結されたような状態で、現在57の学会の55の専門医が広告可能となっております。

この告示は、外形基準のみであるということで、専門医制度の中身、内容の詳細な検討がなされていない、これが十分ではない

ということが非常に大きな問題であります。もう一つは、先ほど申しましたように、法人格を有する団体が認定している専門医を認めるということですので、複数学会が共同している専門医制度での専門医広告というのは現在認められないという格好になっており、そこも非常に大きな問題でございます。

**専門医広告が可能な学会**

— 平成23年8月23日 現在、55専門医 —

平成14年4月1日付けの医療機関の広告規制の緩和に伴い、医師又は歯科医師の専門性に関し、告示で定める基準を満たすものとして厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定する資格名が広告できることとなりました。  
 また、平成19年4月1日より薬剤師、看護師その他の専門性についても、同様に告示で定める基準を満たすものとして厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定する資格名が広告できることとなりました。  
 現在、医師等の専門性については、以下の団体が認定する資格名について広告が可能となっております。

・医師	資格名の数 55 (団体の数 57 学会)
・歯科医師	資格名の数 5 (団体の数 5)
・薬剤師	資格名の数 1 (団体の数 1)
・看護師	資格名の数 27 (団体の数 1)
(合計)	資格名の数 88 (団体の数64)

(社)日本専門医制評価・認定機構

- 機構加盟学会 49 学会
- 機構非加盟学会 8 学会

それに対応して幾つかの学会が別の団体をつくって、そこが提示をして認めているというのが一部あるということで、57の学会のうちで55の専門医があるということが今起こっているわけです。これが現在の医科の55の専門医であります。

この57の学会のうち、評価認定機構に加盟しているのが49学会、まだ加盟されていない学会も8学会ほどございます。現在この入会に関しましては、できるだけ認めようという動きと、一方で将来的に機構認定されるかどうかでないような学会に入ってもらうのはいかがなものかという両方の考え方がございまして、これについては、今のところはできるだけヒアリングの上評価させていただいて、希望の学会には入っていただくという方向で進んでおります。これが標榜ということをお考えた場合の現状ということになります。

一方で、日本医学会、日本医師会との連携の中で日本専門医制審議会が立ち上がりまし

## 我が国の専門医制度の歴史(II)

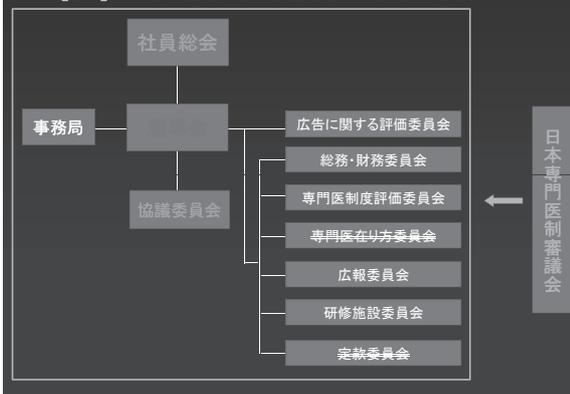
2003年	中間法人「日本専門医認定機構」の設立 -55学会が加盟
2006年	「日本専門医制審議会」発足
2008年	社団法人「日本専門医制評価・認定機構」発足 -71学会が加盟
2010年	社団法人「日本専門医制評価・認定機構」が 新しい専門医制度の基本設計を発表
2010年	基本領域18学会、サブスペシャルティ領域 17学会の専門医制度を認定
2011年	厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」設置
2012年	「専門医の在り方に関する検討会」最終報告発表予定 新たな「(社)日本専門医機構(仮称)」発足？

検討いたしまして、その5月の総会で、基本設計、今後の専門医制度についてはこのような形でいきたいと思いますという基本構想を発表いたしました。現在これに基づいて進めておるところでございます。

その骨格になったのを受けまして、基本領域の18専門医をまず認定いたしまして、3年間がたちましたところ、その後2010年の末にサブスペシャルティ領域の内科13、外科4の計17の専門医について認定を行いました。

ちょうどそのような形で進めているところで、昨年、末に厚労省が在り方に関する検討会を設置したということで、その中間まとめ報告が恐らく夏から秋にかけて発表されるということを受けて、次のステップに進んでいくことを目指しているのがこれまでの歴史と現在でございます。

### (社)日本専門医制評価・認定機構組織



### 社団法人日本専門医制評価・認定機構 役員

理事長	池田 康夫 (早稲田大学理工学術院先進理工学部 教授)
副理事長	兼松 隆之 (地方独立行政法人長崎市長立病院機構 理事長) 山口 徹 (虎の門病院 病院長)
理事	有賀 徹 (昭和大学病院 病院長) 石 弘光 (一橋大学 名誉教授) 岩本 裕 (NHK解説委員) 大友 邦 (東京大学大学院医学研究科・放射線学 教授) 小西 郁生 (京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学 教授) 千田 彰一 (香川大学医学部付属病院 病院長) 寺本 明 (独立行政法人労働者健康福祉機構東京労災病院病院長) 戸山 芳昭 (慶應義塾大学医学部整形外科教室 教授) 松田 暉 (兵庫医療大学 学長) 渡辺 毅 (福島県立医科大学医学部 教授)
監事	花岡 一雄 (JR東京総合病院 名誉院長) 柳澤 正義 (日本こども家庭総合研究所 名誉所長) 吉村 博邦 (北里大学 名誉教授)

て、基本的には機構をサポートしていただく体制ができて、先述の中間法人が2008年に現在の社団法人日本専門医制評価・認定機構という格好になり、71の学会で発足いたしました。

ここで一般社員を学会とする専門医機構が成り立ったわけでありましてけれども、2010年、今から2年前に、機構内のあり方委員会で新しい専門医制度の基本設計を

現在の認定機構はこのような格好になっておりまして、理事会の周りに社員総会、これは各学会の理事長から成り立っており、協議会は、ほとんどが専門医制度の委員長の先生方から成り立つ委員会でございます。それに実際の実務、実務部隊としてこのような委員会がございます。既にあり方委員会あるいは定款委員会というのは現在活動を一部休止しておりますけれども、私が仰せつかっているのはこの専門医制度の評価委員会というところでございます。特に、この中の研修施設委員会というところが新しい枠組みをつくるために活動を活発化しております。この評価認定機構の外側にあるのが、先ほど申しあげました審議会でありまして、ここからはこの機構から立場を外に置いたところからいろいろな意見をいただくことになっています。現

在は、厚労省の在り方検討会が動いていて、このメンバーがほとんどそちらに移ったような格好です。現時点での認定機構の役員、理事長、池田康夫理事長以下、兼松、山口両副理事長がおられまして、あと、理事と監事がこのようなメンバーで現在活動しております。

### 専評認機社員一覧 1

**I. 基本領域専門医 (18専門医)**

総合内科専門医	[内科学会]	小児科専門医	[小児科学会]
皮膚科専門医	[皮膚科学会]	精神科専門医	[精神神経学会]
外科専門医	[外科学会]	整形外科専門医	[整形外科学会]
産婦人科専門医	[産科婦人科学会]	眼科専門医	[眼科学会]
耳鼻咽喉科専門医	[耳鼻咽喉科学会]	泌尿器科専門医	[泌尿器科学会]
脳神経外科専門医	[脳神経外科学会]	放射線科専門医	[医学放射線学会]
麻酔科専門医	[麻酔科学会]	病理専門医	[病理学会]
臨床検査専門医	[臨床検査学会]	救急科専門医	[救急医学会]
形成外科専門医	[形成外科学会]	リハビリテーション科専門医	[リハビリテーション医学会]

**II. Subspecialty領域専門医 (17専門医)**

消化器病専門医	[消化器学会]	循環器専門医	[循環器学会]
呼吸器専門医	[呼吸器学会]	血液専門医	[血液学会]
内分泌代謝科(内科・小児科・産婦人科)専門医	[内分泌学会]	糖尿病専門医	[糖尿病学会]
腎臓専門医	[腎臓学会]	肝臓専門医	[肝臓学会]
アレルギー専門医	[アレルギー学会]	感染症専門医	[感染症学会]
老年病専門医	[老年医学会]	神経内科専門医	[神経学会]
消化器外科専門医	[消化器外科学会]	呼吸器外科専門医	[胸部外科学会・呼吸器外科学会]
心臓血管外科専門医	[心臓血管外科学会]	小児外科専門医	[小児外科学会]
リウマチ専門医	[リウマチ学会]		

この専門医制評価・認定機構には、社員が79学会入っておりますが、そのうちの18の基本領域専門医制度、それから17の専門医をこのような格好で認めている。その専門医のもとになっている学会がこの後の括弧についているところがございます。

先ほど申し上げました幾つかの団体でというのは、この外科系の中で、心臓血管外科専門医、あるいは呼吸器外科専門医も複数の学会によって成り立っております。

### 専評認機社員一覧 2

**III. 今後認定を検討する専門医 (41専門医) ※…多領域に横断的に関連する専門医**

小児神経専門医	[小児神経学会]	心身医療専門医	[心身医学会]
消化器内視鏡専門医	[消化器内視鏡学会]	大腸肛門病専門医	[大腸肛門病学会]
気管食道科専門医	[気管食道科学会]	周産期(新生児)母体・胎児専門医	[周産期・新生児医学会]
生殖医療専門医	[生殖医学会]	臨床遺伝専門医	[人類遺伝学会]
超音波専門医	[超音波医学会]	核医学専門医	[核医学会]
集中治療専門医	[集中治療医学会]	日本輸血・細胞治療学会認定医(輸血・細胞治療学会)	[輸血・細胞治療学会]
漢方専門医	[漢方医学会]	温泉療法専門医	[温泉療法医学会]
臨床薬理専門医	[臨床薬理学会]	産業衛生専門医	[産業衛生学会]
病態栄養専門医	[病態栄養学会]	透析専門医	[透析医学会]
がん薬物療法専門医	[がん薬物療法学会]	一般病院連携精神医学専門医	[総合病院精神医学会]
血漿交換療法専門医	[アフレシス学会]	ペインクリニック専門医	[ペインクリニック学会]
脳卒中専門医	[脳卒中学会]	細胞診専門医	[臨床細胞学会]
心療内科専門医	[心療内科学会]	放射線治療専門医	[放射線治療学会]
頭痛専門医	[頭痛学会]	てんかん専門医	[てんかん学会]
IVR専門医	[インターベンショナルラジオロジー学会]	脳血管内治療専門医	[脳神経血管内治療学会]
肝臓外科高度技能専門医	[肝臓外科学会]	尿管専門医	[尿管学会]
乳腺専門医	[乳癌学会]	人間ドック健診専門医(人間ドック・総合健診)	[人間ドック学会・総合健診医学会]
高血圧専門医	[高血圧学会]	手外科専門医	[手外科学会]
小児循環器専門医	[小児循環器学会]	心臓血管インターベンション専門医	[心臓血管インターベンション治療学会]
婦人科腫瘍専門医	[婦人科腫瘍学会]		
家庭医療専門医	[プライマリ・ケア連合学会]		
頭頸部外科専門医	[頭頸部腫瘍学会]		

79学会がございますので、ただいま申し上げました中に入っておられない、まだ検討されていない専門医というのがございまして、41がそういう意味での認定がまだ進んでいないという学会専門医でございます。これらについては現在ヒアリングを進めているということの後ほど御紹介申し上げます。

### (社)日本専門医制評価・認定機構の 主たる機能

- ✓ 各学会の専門医制度の標準化を目指して「専門医制度整備指針」を作成
- ✓ 各学会の専門医制度概報を発行
- ✓ 「専門医制度整備指針」に基づき、各学会の専門医制度の評価・認定
- ✓ 新規加盟希望学会の面接審査
- ✓ 市民公開講座、アンケート調査等の広報活動
- ✓ 新たな専門医制度の在り方についての検討

現在の専門医制評価・認定機構の主たる機能といいますのは、従来学会が専門医制度を構築し、運営しているわけですけれども、その各専門医制度の標準化、均てん化を目指して動くというのがまず第一でありました。そのために、2005年頃から専門医制度の整備指針を策定いたしまして、その整備指針にのっとり各専門医制度の内容充実化を図る活動を行っています。

これは現在第3版が動いておりまして、新たに第4版の作成を目指しているところがございますが、各学会に指針をお示ししてさらなる制度整備を図っていただくということで動いております。

そうしてでき上がっている現在の学会の各専門医制度の概要を示す概報の発行、それからこの整備指針に基づいて各学会の評価、認定を進める評価委員会の動き、それから新たに入ろうとする学会あるいは新たに専門医制度を共同で構築しようとする領域の先生方とのヒアリング、面接も行ってあります。一方で、厚労省の支援も受けまして、市民公開講

座あるいはアンケート調査等の広報活動も行っております。後ほどその結果を一部お示しいたします。

先ほど申し上げました、2年前の5月に出しました専門医制度の基本設計、これを理事会承認し、その後社員総会で認められました。

**専門医制度の基本設計 1**

平成22年6月6日  
社団法人日本専門医制評価・認定機構 理事会

**I. はじめに**  
多くの緊急に解決すべき課題を抱えている我が国の医療制度において、社会一般に十分な理解が得られ、医師にとっては生涯学習の意欲を継続させるに足る専門医制度の早期確立が各方面から強く望まれている。そこで本機構では、現行の各学会が独自に認定する専門医制度を改め、我が国の専門医制度のあるべき姿について原点に立ち戻って理想像を模索し、新たな枠組み、新しい制度を提唱する事を目的として検討を行って来た。ここに国民の視点に立ち、公正、中立的立場で専門医を評価・認定する新たな機構についての提言をまとめた。

**II. 専門医制度の基本設計**

**1. 専門医の定義**  
専門医とは、我が国の医療制度の基盤をなす医師の専門性を示すもので、各々の診療領域の責任性のある標準的診療を行うことのできる技量(知識、技能、態度)を修得したと認定された医師を言う。

**2. 専門医制度の目的**  
1) 安全で、安心な医療を提供できる質の高い医師の育成を図る  
2) 専門医が医療の質を担保する医療提供体制の構築に寄与することである。

**3. 専門医制度の意義**  
1) 患者が受診する際に医師の専門性を知ることができる  
2) 各医師が自ら修得した専門性を社会に示すことができる  
3) 我が国における医療レベルの向上を図ることができる  
4) 将来的には、専門医の医療行為に適切な診療報酬が担保される医療制度の基盤となる。ことである。

**専門医制度の基本設計 2**

**4. 専門医制度の基本設計**  
1) 個別学会の専門医制度から診療領域の専門医制度とする。  
2) 専門医制度は、基本領域の医師を基盤専門医として認定し、その基本領域と密接に関連した専門領域の医師を診療領域専門医として認定する。二段階とする。  
3) 専門医を認定する母体は新たに組織する第三者機関とし、専門医の名称は新たな第三者機関認定専門医とする。  
4) 研修プログラムに則った専門医育成制度を確立し、そのプログラムについては、当該診療領域の専門性、地域性及び後進育成を考慮して認定すべき専門医の適正数を将来的に明示する。  
5) 専門医は自らの専門医領域を標榜出来る。

**5. 第三者機関**  
1) 第三者機関に備えるべき具体像の策定については、検討会を立ち上げて議論するが、現行の機構組織の抜本的な改革が必要である。  
2) 新たな第三者機関に、専門医評価認定部門とプログラム評価認定部門を置く。前者は、各専門医制度の標準化を図り制度評価と専門医認定を行い、後者は、各専門医制度の研修プログラムや研修施設の標準化を図り評価と認定を行い、両者においてそれぞれ評価・認定を行う評価員を養成し管理する。  
3) 新たな第三者機関の運営資金は、専門医評価認定部門・プログラム評価認定部門が行う評価・認定に関わる資金を主としてある。

**6. 専門医の研修、試験、認定**  
専門医育成の為に研修プログラムと研修施設の認定基準の策定は健全な地域医療の確保と国民が受診する際の機会均等に留意して、第三者機関と各診療領域に関連する学会とが連携して行う。

**7. 専門医制度の評価**  
第三者機関の外部に、医療行政と国民の立場から本専門医制度を評価するための組織を設ける。

小さい字で恐縮ですので話だけお聞きいただければと思いますけれども、基本的には国民視点に立って公正、中立的立場で専門医を評価、認定する新たな機構を提言するというのが骨子で書かれております。あり方委員会答申では、専門医制度の定義、目的、意義等をここに述べたわけでありまして、次いで基本設計をこのように定義いたしました。すなわち、学会の専門医制度から診療領域での専門医制度にするということでありまして。それから、その専門医制度の枠組みとしては2段階制にするということ。これらについては第三者機関で最終的な認定がよろしかろうということ。それから、その研修プログラム、これを制定することによって専門医制度の自身を整える。そのことは、結果として専門医の適正数を検討することになるだろうと

考えています。そうした結果として、専門医がみずからの専門領域を標榜できる、そういう制度にしていこうという考え方でございまして、私たちの考えとしては、新たに生まれてくる、すなわち後進の医師たちがどういう枠組みの医療制度の中に入ってくるか。具体的にいいますと、2015年の卒業生ぐらいからはすべてこの制度の中でやっていただくというぐらいの意気込みでつくったところでありまして。もちろんここに表示している中には年数は書いてございせんけれども、現在の専門医制度のまま延長線上にあるというよりも、理想的と申しますか、将来はこういうふうにあるべきであろうという基本設計をここでお示しし、それを認定する機関として第三者的な機関が必要であろうということをお示しし、それを認定する機関として第三者的な機関が必要であろうと

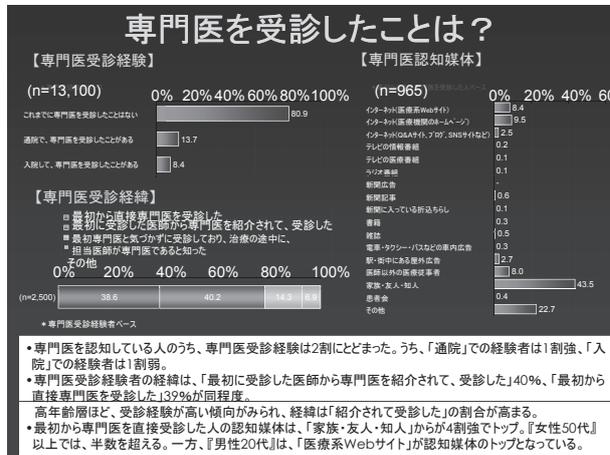
**「専門医に関する意識調査」**  
(2010年1月 (社)日本専門医制評価・認定機構)

調査対象	20～69才の男女(全国)
調査方法	インターネット調査
調査期間	2009年12月17日～2009年12月20日
有効回答数	15,000

というよりも、理想的と申しますか、将来はこういうふうにあるべきであろうという基本設計をここでお示しし、それを認定する機関として第三者的な機関が必要であろうと

ところが、そのようなことを検討しておりますときに、一方で一般的に国民目線で見たとときに専門医というのはどのようにとらえられているのかということの検討を行

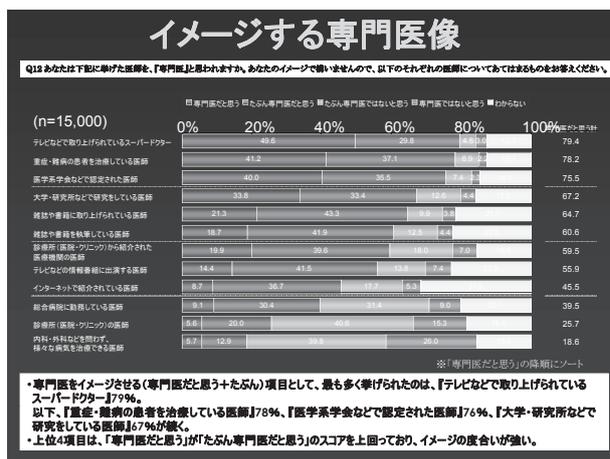
いました。これは、あるインターネット会社にお問い合わせいただきまして、20歳代から60歳代まで、インターネットをされる方という前提のもとではございますが、年齢層、地域性、男女比等々をすべて均てん化といいますか、平滑するように仕組みられたネット集団を対象といたしまして、調査期間は4日間で、1万5,000までヒットすればそこで終わり、そういうようなアンケート調査を行いました。



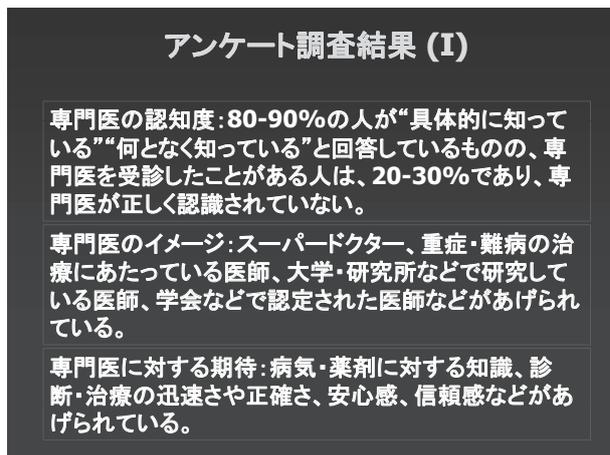
まず、一番私たちが関心あるのは、専門医を受診したことがありますかということなんですけれども、実は専門医に受診したことをお感じになっている方というのは約20%しかいらっしゃらない。受診したことがないという方が非常に多いということに驚くわけでありませう。

受診した20%のうちでは、通院したという方が10%、入院で10%ということなんです。受診した医師から専門医を紹介されたという方と、それから最初から直接的に行ったという方が40%程度ずついたという実態でございます。

では、専門医とはどんなふうイメージされますかとお尋ねしたところ、専門医というのは、テレビなどで取り上げられている神の手を持つようなスーパードクターというのがどうも専門医のイメージのよう



です。約80%の方がそのように言われておりました。あとは、重症、難病の患者を治療してくれる医師と。これも80%近くありまして、あとは医学系学会などで認定された医師というのがやはり多くございました。少し驚くのは、がん専門医なんか上位を占めているんですけども、専門医のコストについては非常に誤解があるということもわかりました。



これらをまとめてみますと、専門医の認知度というのは、具体的に知っている、何となく知っているというふうに皆さん回答されますが、受診したことがある人は20%ぐらいであって、専門医がどうも正しく認識されていないということがわかりました。そのイメージはスーパードクターで、重症、難病の治療にあたっている医師で、学会等で認定された医師である、こういう

## アンケート調査結果 (II)

専門医は一般医と比べて、患者への親切・丁寧な対応、患者の立場にたてるなどの点で評価が低い。

専門医への受診については、場合によって希望したいとする人が多いが、どのような場合に、どのようにして受診すればよいのかわからない。また、治療費、薬剤費が高いのではないかと、との不安も持っている。

患者の立場に立っているという点では非常に評価が低いという、これまた医師にとって大変厳しい結果が出ました。

また、専門医の受診については、希望するという方が多いんですけれども、どういうふうになれば受診できるのかわからないし、治療費や薬剤費が高いのではないかと不安もあるということで、私たち医師の側が考えている専門医とは相当かけ離れているのが現実であるということがわかりました。

## 専門医とは

“神の手”を持つ医師やスーパードクターのことを意味するのではなく、それぞれの診療領域において安心、安全で標準的医療を提供できる医師のことである

## 我が国の専門医制度の特徴

- ✓ 各学会が独自で制度設計をして専門医を認定している（学会認定専門医）
- ✓ 一定の外形基準を有する学会が認定する専門医は広告が可能（平成14年厚労省公示）
- ✓ 患者さんに専門医とはどのような医師なのか必ずしも十分に理解されていない
- ✓ 専門医には特別なインセンティブは無い
- ✓ 社団法人日本専門医制評価・認定機構は加盟各学会の専門医制度の評価・認定をしている

イメージを持っておられるという結果でした。

専門医に対しては、病気、薬剤に対する知識あるいは治療の迅速性、正確さがあって、安心感、信頼感があるということが挙げられておりまして、そういう意味合いをお持ちであるということがわかりました。

一方で、専門医というのは、一般のドクターに比べると親切、丁寧な対応あるいは

すなわち、私どもが考えるのは、神の手を持つ医師やスーパードクターを専門医とするのではなく、それぞれの診療領域において標準的で安心・安全な医療を提供できる医師であると考えているわけですが、このことは、社会的にといいますか、国民目線からいいますと現時点では大きな乖離があるということになります。

我が国の専門医制度をまとめてみますと、各学会が独自で制度設計をし、認定をし、運用してきているという学会認定専門医である側面が非常に強いこと。その上、一定の外形基準を有する学会が厚労省から認定されていて、広告が可能であるということになっているという少しゆがんだという語弊があるかもしれませんが、問題ある形態になっているといえます。

実際問題として、患者さんは専門医がどういう医師なのか、十分に理解しているとはいいがたいところです。一方、医師からは、これだけ苦勞して専門医を取っているのに、余りインセンティブがないじゃないかという厳しい御意見もいつもございます。こういった問題点に対して、専門医機構がそれぞれの学会専門医制度の中味をみせていただいて、評価、認定を行っているということでありま

## 専門医制度を考える上での基本的事項

- 臨床教育・医育システム 上で重要なことは、連続性、一貫性、段階制である。
- 専門医の質を保証するのは専門研修であり、そのための研修プログラム、研修施設、研修指導者が最も重要である。
- 専門医の適正数の算出には、地域性や対象疾患の変化、新しい治療法の開発など多くの条件・要因が絡んでくる。

す。

ここで、改めて専門医制度を考える上で、私なりの意見でありますけれども、これは医育システムであるということと、医療の提供体制であるということ、専門医制度は大きくこの2つの面があると考えています。臨床教育をするあるいは医師を育てるうえでは、連続性、一貫性、段階性が非常に重要です。臨床教育の中では特にこの

3つを考慮した上でやっていく必要があると考えております。

そうしますと、専門医の質を担保するのは何であるかと言えば、これは専門研修、つまり単に試験に通ったというのではだめでありまして、研修カリキュラムをもとにして、ある一定の研修施設で、然るべき指導医のもとで、その研修カリキュラムをこなす研修プログラムがいかに構築されているか、これが非常に重要であると認識しております。この研修プログラムがそれぞれの施設で整備されてまいりますと、それを集合することによって専門医の適正数というのが浮かび上がってまいります。この適正数というのは、地域性あるいは疾病そのものが変化しているのもありますし、治療法が新しく出てまいりますので、ある時点での数を出したとしても、20年、30年先まですべてを見通した上で出すことは非常に困難であります。しかし、現在いわれる診療科偏在を是正していく上では、この専門医制度は非常に重要な意味を持っていると認識しております。

## 我が国における専門医の基本構想

### (専門医の定義)

専門医とは、我が国の医療制度の基盤をなす医師の専門性を示すもので、各々の診療領域の標準的診療を行うことのできる技量(知識、技能、態度)を修得したと認定された医師を言う。

### (専門医制度の目的)

専門医制度の目的は、

#### 1) 医師育成:

安全で、安心な医療を提供できる質の高い医師の育成を図る

#### 2) 医療提供体制:

専門医が医療の質を担保する医療提供体制の構築に寄与することである。

先ほどのあり方委員会が出しました基本構想でございます。専門医の定義。専門医とは、我が国の医療制度の基盤をなす医師の専門性を示すもので、おのこの診療領域の標準的診療を行うことのできる技量、技量とは知識、技能、態度でございますが、その技量を修得したと認定された医師をいうと。

この専門医制度はなぜ設けてあるかといえ、医師の育成と医療提供体制にその目的意義を置いておりまして、安心・安全な医療を提供できる質の高い医師の育成を図る。この専門医制度の中身は、技量の高い、質の高い医師であるということでありまして、そういった専門医が医療の質を担保する社会、それが医療提供体制の構築レベルを保証するということが目的としております。

以上をまとめてみますと、患者さんに信頼される医師の自律的な制度として専門医制度をつくる。つまり、お上から与えられたものではなく、医師みずからが制度をつくるということでありまして、個別的学会ではなくて診療領域単位の専門医制度としましょうと。つまり、学会認定ということからできるだけ脱却しようというのが大きな骨子であります。

## 専門医制度の基本設計について

—日本専門医制評価・認定機構からの提言—

- 患者さんに信頼される医師の自律的な制度として確立する
- 個別学会単位ではなく診療領域単位の専門医制度
- 専門医制度は基本領域と専門的医療領域の二段階制
- 専門医育成のための研修プログラムと研修施設の評価・認定のためのシステム構築が重要
- 各専門医制度において、専門医の適正数を定める
- 専門医を認定する母体は新たな中立的第三者機関とする  
第三者機関と各診療領域に関連する学会とで連携して進める
- 第三者機関の候補として(社)日本専門医制評価・認定機構があるが、その為には機構の組織改革が必要

数というのは、結局はそれぞれの診療科偏在をなくすということにつながっていくという考えであります。

その上で、専門医を認定する母体としては中立的あるいは第三者的な機関が必要であると思われまます。その第三者機関がそれぞれの診療領域に関連する学会と連携して実際の運用をしようという考え方でありまして、そのコアになるのが現在の機構であろうと思われまますけれども、現在の機構は社員学会から成り立つ体制ですが、この組織形態を改める必要があるだろうと考えます。

### 専門医制度確立の意義 (I)

- 修練プログラムの充実によって、医師の診療レベルが高まる
- 医師が自ら修得した知識・技術・態度について認定を受け、それを社会に開示出来る
- 患者さんは診療を受けるに当たり、医師の専門性の判断が出来る

### 専門医制度確立の意義 (II)

- 医師の診療における役割分担を進める事により、我が国の医療制度の再構築に役立つ
- オートライズされた専門医の公示制度を確立する事により、患者さんがより効率的な診療を受ける体制が構築できる

もう一つは、基本領域とその上にありますサブスペシャリティー診療領域の2段階制とするということでもあります。その育成のための研修プログラムと研修施設の評価、認定、ここがこれまで余り十分ではなかったところでもありますけれども、その構築が非常に重要であると認識をしております。そうしました上で、この専門医制度において専門医の適正数を定める。専門医の適正

こうした形で専門医制度が確立してまいりますと、研修カリキュラムを運用する指導医、研修施設、それからそれらを統括する研修プログラムの整備・運用が図られ、これが充実しますと、結果としては医師の診療レベルがそれぞれ高まってまいります。その上で、医師がみずから修練した知識、技能、態度を、認定試験を受けてそれを社会に開示する。こうなりますと、患者さんは、診療を受けるに当たり、医師の専門性の判断を十分していただけることになると考えるわけです。このことは、医師の診療における役割分担、すなわち診療領域をそれぞれどのような格好で、提供体制をどうつくるかということを役割分担していく上でも非常に重要であって、我が国の医療制度の再構築に役立っていくと考えます。

以上、まとめますと、オートライズされた専門医制度が確立されますと、患者さんが効率的な診療を受ける体制ができるであろうと考えるわけでありまます。

このような基本設計の中で非常に重要な一つは、基本領域と、その上にありますサブス

## 基本領域学会専門医

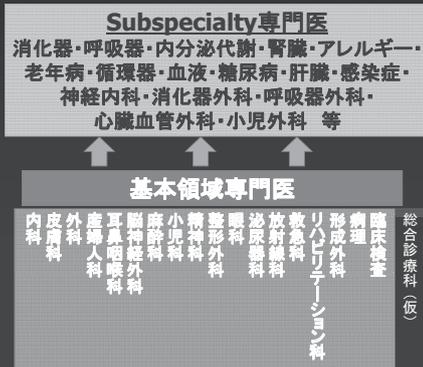
総合内科専門医	小児科専門医
皮膚科専門医	精神科専門医
外科専門医	整形外科専門医
産婦人科専門医	眼科専門医
耳鼻咽喉科専門医	泌尿器科専門医
脳神経外科専門医	放射線科専門医
麻酔科専門医	病理専門医
臨床検査専門医	救急科専門医
形成外科専門医	リハビリテーション科専門医

検査というのがございますけれども、形成外科あるいはリハビリテーションも現在独立性が高まったことで、基本領域の中に入りまして、現在 18 の専門医が認定されています。

## 基本領域学会の役割

- 医師が必ず持つべき基本専門医
- 専門医制度の根幹をなす学会としての 自覚と責任
- Subspecialty学会との緊密な連携
- 臨床医は どれか一つを持ち 主活動領域を標榜する意義

## 専門医制度の基本設計



をとっていただくことを必要としております。

この中で、右端に総合診療科（仮）というのがございますが、これはまだ仮称でありまして、現在の厚労省の在り方検討会でもこのことが相当程度突っ込んで話し合われております。日本の専門医制度の中では各診療領域の専門医ができ上がっていたわけですが、一方でジェネラリストということの評価がなされていなかった。イギリスあるいはドイツあたりですと明確なジェネラリストという規定がございますし、アメリカにおきましても同じく一般というカテゴリーに入るドクターがいらっしゃるわけですがけれども、日本はそういうものの専門性というのが認識されておらなかった経緯があります。私どもの考え方とし

ペシャリティー領域の 2 段階制としたということがございます。この 2 段階制というのは、先ほどの歴史でお話しましたときの学認協の時代からずっとこのスタンスで進んできたわけで、現在基本領域学会専門医としては 18 の専門医を認定してございます。ほとんどは医系の学科目、医学部の中の講座ないしは学科に相当するものでなりたっております。病理でありますとか臨床

これらの基本領域学会は、医師が必ず持つべき基本専門医で、専門医制度の根幹をなす学会がその自覚と責任を持って運営していただくことを希望しておりまして、サブスペシャリティー学会との緊密な連携をとっていただく。つまり、2 段階制の基盤と、それからその上との関係をよくしていただくことを考えております。結果としては、我が国における臨床医は、必ずこの基本領域の専門医の 1 つは持っていただく。そのどれか 1 つを持って、主な活動領域として標榜していただこうと考えるところであります。

サブスペシャリティー学会との連携ということが重要であるという意味は、このような基本領域の学会の上にサブスペシャリティー専門医を構築しようとしているわけですので、これらの学会同士が緊密な連携

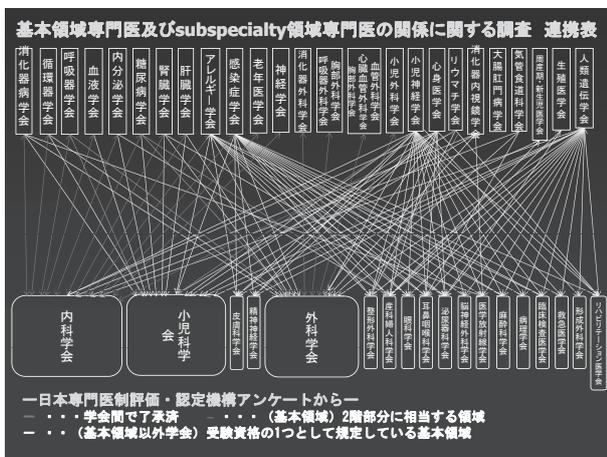
では、ジェネラルということをやたって、その上で基本領域の中に位置づける、そしてジェネラルということの専門性を認定しようと考えています。

昨年の3・11のときにも、日本の医師は、その多くは専門医として育てられていたわけですが、実際にあの災害に見舞われた地域ではどの領域の先生方も物の見事にジェネラリストとして活動された。専門医でありながら、ある年代を経た先生方は実はジェネラリストとして活躍されたということなのですが、一方で最近の若い人たちがなかなかジェネラルということの志向が乏しいこともあって、将来的な問題とされているところがあります。これをジェネラルとしてベースの中に認定しようという考えで、将来的には基本領域の中に位置づけようと動いております。

### Subspecialty学会専門医

消化器病専門医	循環器専門医
呼吸器専門医	血液専門医
内分泌代謝科 専門医	糖尿病専門医
腎臓専門医	肝臓専門医
アレルギー専門医	感染症専門医
老年病専門医	神経内科専門医
リウマチ専門医	心臓血管外科専門医 (3学会構成)
消化器外科専門医	呼吸器外科専門医 (胸部・呼吸器外科)
小児外科専門医	頭頸部がん専門医
脊髄・脊椎外科専門医	手外科専門医
美容外科専門医	熱傷専門医
放射線治療専門医	周産期 (新生児)・(母体・胎児) 専門医
婦人科腫瘍専門医	生殖医療専門医
臨床遺伝専門医	超音波専門医
漢方専門医	核医学専門医

現在サブスペシャリティとして2階部分にある専門医は、このピンクの13の内科系専門医と4つの外科系の専門医がございます。それ以外はまだ認定されておられません。この17の専門医につきましては昨年評価認定機構で認定を行いまして、現在サブスペシャリティとしてオーソライズされている形になっております。



この1階部分が現在基盤となります18の基本診療科でありまして、その2階部分にこれらのサブスペシャリティ学会があるわけです。例えば外科と結ばれている4つの専門医というのは、単独で外科の上に4つ乗っかっております。一方、内科のほうでは13学会がお互いに関係を持っていますが、例えば消化器あるいは循環器の場合ですと、それぞれ内科だけではなくて小児科あるいは外科の2階部分にもなる。つまり、外科医が消化器病の専門医あるいは循環器の専門医であることも認めておりまして、こういった相互認証がどこまで進んでいるかということでこれからの認定作業を進めようと考えております。

このことによって専門医制度の枠組みというのを決めようとしておりまして、現在はこの18の専門医制度とサブの17が認定され、その他学会がまだ44あります。その中で種々基本領域と横断として関連するのが、専認協の時代から横断的にということでも第3群に属した専門医もありまして、これらを含めて残りの専門医について今後検討しようとしております。

現在、その第1弾といいますか、手始めとして、この内科、外科以外のうち、小児科、産婦人科、整形外科等々の学会の専門医の2階部分にありますサブスペシャリティ、す

## (社)日本専門医制評価・認定機構 加盟学会

- 基本領域学会                    18 学会 (認定済)
- Subspecialty学会                17 学会 (認定済)
- その他の学会                    44 学会
- 総計                                79 社員学会

なわちその2階部分の専門医と1階部分の専門医とがお互いに認証し合った領域の専門医について、まず機構でヒアリングを進めております。その上で、認められたものについては、13 プラス 4 プラスという形で次の段階での認証に進んでいく予定でございます。

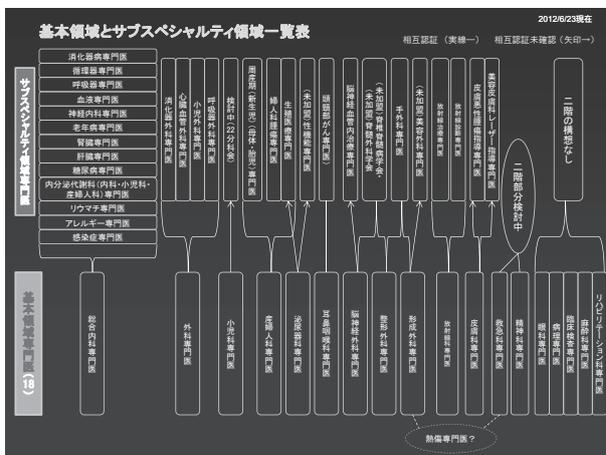
そうしますと、この2段階制というのは、ある段階を経たところで中立的・第三者機

関のほうに移行し、そこで最終的な認定を行っていかうと考えています。

ただ、その場合、くどいようですが、重要なのは研修プログラムと研修施設、その評価、認定のシステムというのが現時点ではほとんどの専門医制度でまだ不十分でありまして、ごく一部の専門医制度によってのみ行われているだけという現状です。これは、この2年ほどをかけましてサイトビジット、すなわち各研修施設にサーベイヤーが訪問いたしました。研修プログラムがどのように運用されているか、あるいは現在機構は専攻医と呼んでおりますけれども、将来認定試験を受けようとする人たちがどのような研修実態であるかということをチェックにまいりました。その中で、結局研修プログラムがうまく稼働していないという実態が明らかになってまいりまして、研修施設委員会のほうで現在その整備指針をまとめ、その上でこれを促進していかうと動いているところであります。

そのようにして新しい体系に移ろうという中で、まず安心・安全、効率のよい医療を確立するため、制度全体を俯瞰した上で専門医の枠組みをつくる必要があるということで、この2段階制をベースにやってみました。ですが、まだまだ患者さんが受診に際してわかりやすい構図になっているかという点で不十分で、各専門医制度には専門医像をホームページなどでうたってくださいと数年前からヒアリングの際に申し上げているんですが、いまだに自分たちの暗号のような言葉で話しをしていて、患者さんから見ればわかりにくい格好のままです。これを受診に際して目標になるような医師像を、早くつくっていただいて、その上でわかりやすい制度にする必要があると考えます。

診療科偏在さらには地域偏在の問題、専



## 新たな専門医制度設計の論点

- 制度設計に際して考慮すべき事項
  - 安全・安心・効率の良い医療の確立
  - 制度の全体を俯瞰した専門医の枠組み
  - 患者の受診に際してわかりやすい制度
  - 地域・診療科における医師偏在の是正
  - 専門医へのインセンティブ賦与
- 専門医育成・認定の透明性・公正性と質の担保
  - 専門医育成のプロセスの明示
  - 学会認定から中立的機関による認定へ
  - 各学会との新たな連携体制の構築

門医へのインセンティブ、これらはこの制度が運用される以前からの大きな問題でありましたが、これらを解決すべき方法としてあり方委員会の基本設計をお示しして、現在それで進めているということです。そういったことから、新しい枠組みをつくって、透明性、公正的な質の担保をしていこうという意味で中立的第三者機関の設立を考えているところがあります。

### 米国の専門医制度

- American Board of Medical Specialties (ABMS)が専門医認定を行う
 

Primary Board : 24	Subspecialty Board : 135
--------------------	--------------------------
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)がレジデンス/フェローシッププログラムと研修施設の評価を行う
 

プログラム数	8,900
中核研修施設数	681
費用	約93,000ドル/レジデント

### Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)

米国の臨床研修プログラムの管理  
 条件を満たす臨床チームのみが研修プログラムを実施する事を許可され、採用出来るレジデント数も決められている  
 (専門医数の自主的コントロール)  
 Residency Review Committee (RRC)が現地調査を担当する  
 卒後研修期間は最低3年

アメリカの専門医制度を見てみますと、ABMSがプライマリー・ボードとサブスペシャリティー・ボードを持っておりまして、日本で現在私たちが言っております18の専門医制度に相当するプライマリー・ボードというのは24で動いております。サブスペシャリティーのほうは既にこんなにたくさん認定されていますが、私たちはどの程度を認定すればよいかを模索しております。

一方で、ACGMEが行っているのは、プログラムと研修施設の評価です。プログラム数は実はこんなにあるということです。中核的な研修施設が680あって、それぞれの施設へサイトビジットするサーベイヤーを養成して、そのような評価を行っております。アメリカはもう100年の歴史がございますのでこういう制度が確立されて

おります。特に重要なのは、認定にあたっては1人のレジデントからこれだけの費用を要求しているというわけですし、そこが今後我々が構築する場合も非常に大きな意味合いを持って参ります。

後段にありましたACGMEというのが研修プログラムを管理しているわけですが、臨床チームのみが研修プログラムを実施することを許可される。すなわち、研修プログラムを運営する施設、それがこの専門医制度を構築する中心であるという認定をしていくことで専門医制度が走っているという実態がここで浮かび上がってまいります。

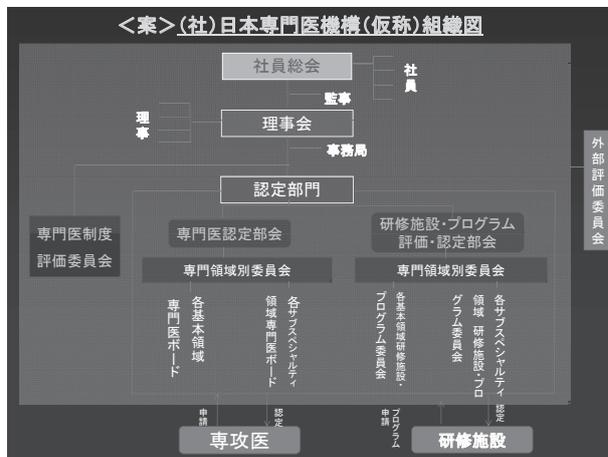
私たちもこの中立的第三者機関の設立を求めて、専門医の認定、それからプログラム、研修施設の認定、評価を行う、この大きな2つの機能を持った機関、アメリカはこれを分けておりますけれども、日本ではこれを包括的にやる体系として、学会とは独立はするんですけれども、密接な連携を保った機関を別につくろうという考え方をしております。その社員といいますか、そこを構成するのは、日本医師会、日本医学会、そして病院団体等々です。

ただし、こういうことをやっていきますためには、現在、専門医制評価・認定機構は各

## 中立的第三者機関の設立

- 重要な機能として
  - 専門医の認定
  - 専門医育成プログラム、研修施設の評価・認定
- 学会から独立するものの密接な連携を保つ
- 構成メンバー(仮)
  - ・ 日本医学会、日本医師会、病院団体、
  - ・ 全国医学部長病院長会議、学識経験者、等
 ー財政的基盤の確立が必須ー

学会が社員となっておりまして、そこがそれぞれ基金を持ち寄っていますから、なかなか学会に対して物を言えないというある種弱みもあります。そういう意味での財政的基盤をつくるのが非常に重要です。イメージとしては、大別して専門医制度を認定する部門と、それから研修施設、プログラムを認定する部門、この大きく2つから成り立つ機構をつくっていかうとしています。



これが、現在進めているといいますか、恐らくこの秋までに出るであろう厚労省の答申の後にこのような機構に移っていくことを目指しているところでございます。

最後に、まとめてみたいと思います。私たちが現在考えている専門医というのは、それぞれの診療領域において安心・安全で、標準的な医療を提供できる医師のことであり、その専門医というのは、しかるべき研修施設で、しかるべき指導医のもとで、しかるべき一定期間、しかるべき研修プログラムにのっとりて修練を行い、その到達を指導医によって評価されて、到達目標を達成した後にしかるべき認定試験に合格すると。認定試験も、単なる筆記試験だけではなく、場合によっては実技試験、ビデオ等々を用いたもの、あるいはサイトビジットしての試験をやっている学会もござい

ますが、そういった試験、あるいは面接試験で人物評価を受けた上で合格した方々を専門医と呼ぼうというわけでありまして、したがって、この専門医制度が整ってまいりますと、後進の医師はそれに基づいて御自分のキャリアパスをつくっていける、そういう目標になる制度にしたいというのが私どもの考えている専門医制度でござい

### まとめ

- 専門医： それぞれの診療領域において安心、安全で標準的医療を提供できる医師のことである
- 専門医： 然るべき 研修施設で、指導医のもとで、一定期間、研修プログラムに則り、修練を行って到達目標を達成ののち、然るべき認定試験に合格した者
- 専門医制度： 医師のキャリアパス構築にあたり 規範となるべきもの

現在医系で考えております専門医制度というのは以上でございまして、先生方の専門医制度の構築に少しでもお役に立つとすれば幸せでございまして、どうぞ御清聴、ありがとうございました。(拍手)

○野口副理事長 千田先生、非常に詳細にわたりまして専門医制評価・認定機構につきましてお話をいただきまして、ありがとうございました。

いろいろな問題点も含めて非常に貴重なお話だったと思いますけれども、今までやっている学会での認定というのはやはりいろいろな意味で不備があり、やはり第三者機関での認定が必要であるということと、それからやはり国民の目線に立たなくてはいけないということだと思います。ただ、第三者機関をつくるにはかなりのエネルギーを要するんじゃないかなというようにもお話聞いて感じたわけでございます。

歯科としては第三者機関による専門医制度という考え方もまだまだ不十分で、標榜できるのが5つの学会しかないわけですが、それも含めて根本的に改める必要もあるのではないかなというようにもお話を聞いて感じたわけでございます。

先生が大変御多忙でございまして、所用があるということでございますので、何か御質問いただきたいんですけども、できれば簡潔に二、三問いただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

○会場 川添と申します。大変内容の広いお話をありがとうございました。

どうしても1点お聞きしたいのは、この中立的第三者機関というのが、日本医学会、医師会等6団体あたりでずっと予定されているということでございますけれども、この中に、政府といいますか、厚労省とかそちらのほうはほとんど入らないと見てよろしいのでしょうか。

○千田 厚労省の「専門医の在り方に関する検討会」で検討されております中では、どういう枠組みでやっていかという明確な指針はまだ出ておりません。我々が将来的にはこういうことだろうということで機構のあり方委員会で考えていたときには、先ほどお示しましたような6ないし7団体ぐらいだろうという枠組みなんですけど、厚労省といいますか、いわゆるお役所がその中の一つを占めるという認識はありません。現在はそれをつくるためにいろいろ補助金等をいただいている事実がございまして、先ほどのアンケートもその補助金でさせていただいているんですけど、将来的に設立したいのは、どこまでも医師がみずから自律的に作る機関であるとしたというのが私たちの考えです。

○会場 ありがとうございます。

もう1点関連して。専門医へのインセンティブの付与というの、やはり先生がやられているこの評価機構が考えられていくんですか、将来的にはですね。

○千田 インセンティブという言葉は非常にいろいろな意味を含んでいるのですが、そもそも日本で専門医制度ができてきた成り立ちは、アメリカ等々とは違って、専門領域がどうであれ現在診療はフリーで自由標榜なんです。そうしますと、他領域の診療行為でも自由にできるというのが実態です。本当にそれでいいのかと。患者さんから見たときに、例えば現在ある医師が、7つも、8つも診療科が標榜されていると、本当の専門性がわからないじゃないかなというようにあるわけなんです。

これが今後この制度がきちんとなって、専門医を取った人だけが標榜できる診療科という形になれば、当然それ以外のところというのはある人はタッチできない、もしやって何

か問題が起これば処罰の対象になるということになってきますから。例えば一番わかりやすいのは心臓血管外科専門医です。これは、外科医の中でも、例えば一般外科、消化器外科の先生が心臓血管外科にたずさわることは、ほとんどというよりも、ないというのが実態です。これは究極のインセンティブだとの理解です。つまり、それで診療報酬が定まってくるから、それはほかの人とは全然別のインセンティブという格好になってくるだろうと考えます。同じように、この専門医制度がずっといけば、何かその資格を持ってアドオンということとは別に、上述のような制度が成り立ってくるだろうと考えます。

ただ、例えば特殊技能ですね、内視鏡技術であるとか体腔内操作というのは、非常にスーパースペシャルテクニックといいますか、そのような技能についてはインセンティブがついてくるという可能性はあるかと思えます。これは、診療報酬の中で、現時点では個人の医師につくのではなくて認定された施設についている。専らそれをやっている人がいる施設のところにのみそういう治療法なりが許されているという状況で、そういう格好でのアドオンがついているんですね。

ですから、これは恐らく保険診療の中では今後も変わらないんじゃないかと思えます。そういう意味では、専門医制度を何か目に見えるようなある一群の医師にプラスがついてくるインセンティブという概念からは脱却していったほうが専門医制度を考える中ではいいのではないかと。これは私の個人的な考えです。

○会場 ありがとうございます。

○野口副理事長 そのほかにどなたか御質問はございませんでしょうか。いかがでしょうか。

今井先生、何か御意見はございませんか。

○会場 大変貴重なお話をありがとうございました。今井と申します。

医学会あるいは医師会、そして先生方がやられている協議会でしょうか、例えば医学会の中に同じような団体が重なって入っておられると思うんですが、その辺の調整はどのようにされるのでしょうか。

○千田 日本医学会は現在 112 の学会が入っているんです。現在の審議会というのは、日本医師会、日本医学会とこの機構とで始めているんですけども、これは先ほども申し上げましたように現在の厚労省の在り方検討会が起こってからは休眠状態という格好になっておまして、日本医学会とこの専門医制評価・認定機構とは非常にいい関係と申しますか、どういう格好で専門医制度をつくっていくかの話し合いが続いております。ですから、その中でぶれはないと思えます。

日本医師会がどう考えるか。日本医師会は、今から数年ぐらい前まで、執行部の中に「専門医のせの字を出したら、そんなものはだめです」と言う方がおられて、全く話し合いが成り立たなかったんですが、現在は厚労省の在り方検討会の中にも医師会のメンバーが 3 名ぐらい入っておまして、その人たちも、どのような枠組みでやっていくか、特に一番議論になっているのが、先ほど少しお示ししましたが、ジェネラルの部分をもどのような枠組みでつくるかということに非常な関心をお持ちであって、この制度をつくることに関し

ては現在協働的に動いていると認識しております。

病院会その他というのは、直接的にかかわって議論するという事ではないと思いますけれども、今のところ、日本医学会と共同した上で、これからも新しい機関の設立に向けて進むと思います。

○会場 どうもありがとうございました。

○野口座長 そのほか、よろしゅうございますか。

○会場 鶴見大学の小林と申します。

今先生がお話をなされた総合診療科、いわゆるジェネラルの位置づけというのは、多分今回の基本学会、基本専門医の非常に大きな核になるのではないかなと思うんですが、多分歯科でもそういったものをつくって構築していくときに、ジェネラルをどうやって位置づけていくかと考えるわけですけれども、その中で総合内科という部門と総合診療科という部門がありましたが、この辺のすみ分けとか実際の位置づけというのは、先生はどのようにお考えになっているのでしょうか。

○千田 最も問題の中心ではございます。先生の御指摘のところがこれから進めていく中で最も重要なポイントだと思います。

1つは、まず内科のほうが、現在認定内科医というのと総合内科専門医という内科の中自体が2段階になっておりまして、特に認定内科医の上に現在の内科系13の専門医というのが乗っておりまして、他の領域から比べますと少し異なっております。すなわち、他の領域はすべて5年間の専門医制度で、その上にサブスペシャリティーが乗っかっているんですが、今の内科のところは、認定内科医は3年で取れてしまいます。そこが少し問題であるということで、これは内科学会のほうが現在修正を図るべく動いております。

次に、現在の総合内科専門医をどう扱っていくかというのが当然課題になりますし、その総合内科専門医と総合診療、家庭医療あるいはプライマリーケア医とか名前はいろいろあるんですけれども、いわゆるジェネラリストをどのような形で位置づけるかというときに、やはり内科との関係は非常に重要であって、その差別化というのは必要であろうという認識は持っています。

一方で、これは新しい卒業生からやるとはいうんですけれども、現在の日本の制度から考えたときに、すぐさま欧米のようにプライマリー・フィジシャンを最初から育成するという形はなかなかないと思われまので、そうするとある年代のときに例えばジェネラリストとして活動される方が出てくることが容易に想像されます。その場合に、ジェネラルとしての受け皿になれるようなそういうジェネラリストと、それから卒業して全く初めからプライマリーといいますか、ネイティブにプライマリー・フィジシャンを目指そうとするジェネラリストと、この両者があの位置の中で一括してできるような枠組みをつくるのが機構の仕事であろうということで考えられています。

この夏ぐらいから、ジェネラルに関連する学会あるいは団体等がありますが、多分医師会も入ると思いますが、10ぐらいのメンバーでワーキンググループをつくって、そこで検討していこうとしています。

先生が御指摘のようにここが恐らく将来の基本、基本診療領域が専門医制度の中でも骨格でありますので、これを将来確固たるものとしていくときには、今議論の点が定まりませんと恐らく整備不十分のままに進むということになろうと思います。ここが一番のポイントだろうという認識は持っております。

○野口副理事長 ありがとうございます。

まだまだ御質問はあろうかと思いますが、ちょうど時間が来てしまいましたので、これで先生の御講演を終了させていただきます。

先生、どうも本当に貴重なお話を聞かせていただきまして、ありがとうございました。  
(拍手)

閉 会