

どうなる？日本の医療の姿

—これからの医療提供体制、 新専門医制度がつくる医療制度

公益社団法人 日本医師会
常任理事
羽鳥 裕

日本専門医機構成立までの歴史的経緯

昭和37年：日本麻酔指導医制度発足。

昭和56年：第1回「学会認定医制評議会」を開催。

昭和57年：第2回総会を開催。

平成11年：第35回総会（機能充実を図ることが必要とされる）。

平成13年：「専門医認定制協議会」へ改称。

平成14年：「日本専門医認定制機構」へ改称。

〃年：登記申請し、有限責任中間法人「日本専門医認定制機構」を設立。

平成20年：社団法人「日本専門医制評価・認定機構」が発足。

（専門医のあり方に関する検討会：第1回平成23年10月13日～第17回平成25年3月7日）

平成26年：一般社団法人「日本専門医機構」が発足。

新たな専門医の仕組みを平成29年度から導入することを目安としていたが、相当な準備不足が明らかに。

- 1.日本専門医機構の旧執行部の意思決定方法が不透明。また、上意下達の方針で、学会の事情が無視されるなど、学会との信頼関係が十分には醸成されていなかったこと(社員総会等は大荒れの状態)。
- 2.日本専門医機構の業務が、プログラムの作成、審査などを優先し、地域医療への配慮、学会との業務分担、専攻医の身分保障の問題など、重要課題についてほとんど手が付けられていない状況。
- 3.比較的問題が少なかった基本領域について相当な改革を行い、問題の多いサブスペシャルティーについては、あまり議論が行われてこなかったこと。
- 4.基本領域とサブスペシャルティーとの関係、総合診療専門医と他科との関係など、専門医のあり方に関する重要課題が山積していること。



社会保障審議会での議論が不可避に。

2

社会保障審議会の日程

—医療部会及び専門医の在り方に関する専門委員会—

- 平成28年1月15日 (厚労省より、「地域の関係者による協議の場」の設置の通知文書が出される)
- 平成28年2月18日 社会保障審議会医療部会
- 平成28年3月25日 同 専門医養成の在り方に関する専門委員会
- 平成28年4月6日 同 医療部会
- 平成28年4月27日 同 専門医養成の在り方に関する専門委員会
- 平成28年5月30日 同 専門医養成の在り方に関する専門委員会
- 平成28年6月9日 同 医療部会

社会保障審議会での新たな専門医の仕組みに対する主な議論 (「医療部会」及び「専門医の在り方に関する専門委員会」:H28.2/18~6/9)

- 1.このまま進めれば、地域医療、地域包括ケアに支障が出る。
2. 地方には指導医数をクリアできる病院がなかなかない。地方の中小病院やへき地の病院は、とどめを刺される。
- 3.地域医療を担っている病院の意見が反映されていない。
- 4.見切り発車したのでは、国民にとって安心できる制度にならない。
- 5.議論の順番が違う。専門医機構のガバナンスを議論しなければ始まらない。
- 6.地域の協議会は、まだ実効的に機能していない。
- 7.永井委員長私案では、「日本専門医機構の権限が強すぎる」として、地域の協議会に機能を移すよう転換を求める。



急激な医療提供体制の変更は、国民の健康確保への影響が大きいので、丁寧な議論を積み重ねるべき。

4

「学会専門医制(旧来の制度)」と 「プログラム制(新制度)」の違い

- 1.「学会専門医制度(旧来の制度)」の場合は、専攻医の行く先は、いわば市場原理にまかされている。
- 2.この市場原理の場合は、大学の医局はやや不利な状況。自由なイメージの市中病院などの方が伸び伸びできるという感触があるらしい(本気で研究したい人にとっては、設備が整っている大学病院医局が有利)。
- 3.市中病院などは、旧来の制度のなかで、努力して、専攻医を獲得してきた。
- 4.「プログラム制」(基幹施設のみがプログラムを出せる)の場合は、「プログラム責任者」がおり、その責任者が専攻医に対して、さまざまなことを差配することになる(大学の場合だと、専攻医は、医局に所属することになる可能性が大)。
- 5.「プログラム制」は、今まで、専攻医を採用していた中小病院にとっては、(今までは直接採用できていたのに)基幹施設から専攻医を送ってもらうしかない受け身の立場になる(確実に送ってもらえるという担保はない)。
- 6.これらの問題に対して、専門医機構からは、基幹施設が一括採用することがないよう、言っではいる(ただし、強制力はない)。



新たな専門医の仕組みは、地域医療への影響と同時に、専攻医に対する処遇をどこの組織(誰)が行うかという問題と深く絡み合っている。

新たな専門医の仕組みへの懸念について(前文)

—日本医師会・四病院団体協議会—

平成28年6月7日：日本医師会館

日本医師会 会長 横倉 義武
四病院団体協議会
日本病院会 会長 堺 常雄
全日本病院協会 会長 西澤 寛俊
日本医療法人協会 会長 加納 繁照
日本精神科病院協会 会長 山崎 學



地域医療提供体制と日本専門医機構が提案している仕組みとの間に懸念が生じているのではないかと、などの本源的指摘が相次ぎ、各地域より不安の声が益々大きくなっています。**このまま拙速に専門医の仕組みを導入しますと、指導医を含む医師及び研修医が都市部の大学病院等大規模な急性期医療機関に集中し、地域偏在がさらに拡大する懸念が強く、現状でも医師の確保が困難な地域が多いことから、地域医療の現場に大きな混乱をもたらすことが危惧されています。**

6

「新たな専門医の仕組みへの懸念について」(1/2)

日本医師会・四病院団体協議会 合同緊急記者会見, 2016年6月7日

1. 患者や国民に不利益を及ぼすような急激な医療提供体制の変更をしないこと。地域医療の崩壊を防ぐことを最優先し、ここは一度立ち止まり、専門医を目指す医師の意見を聞くとともに、地域医療、公衆衛生、地方自治さらには患者・国民の代表による幅広い視点も大幅に加えて早急に検討する場を設け、その検討結果を尊重すること。その際いわゆるプロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)は尊重されるべきである。
2. 検討の場において、現在各診療領域で定められているプログラム整備基準、特に指導医を含む医師及び研修医の偏在の深刻化が起こらないかどうか集中的な精査を早急に行い、その結果、地域医療の観点から懸念が残るとされた診療領域のプログラムは平成29年度からの開始を延期し、現行の学会専門医の仕組みを維持すること。
3. 新たな専門医の仕組みにおけるプログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、都道府県の協議会において了解を得ること。

4. 日本専門医機構のガバナンスシステム等、組織の在り方については、医療を受ける患者の視点に立って専門医の仕組みの再構築を目指すという原点に立ち返り、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであり、そのためにも、地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患者の意見が十分に反映され、議論の透明性や説明責任が確保されるようなガバナンス構造とする等、日常的な運営の在り方を含め、抜本的に見直すこと。
5. すべての医師が専門医を取得するものではなく、女性医師をはじめとした医師の多様な働き方に十分配慮した仕組みとすること。また、すでに地域医療で活躍している医師が、専門医の取得、更新を行うにあたり、医師の診療体制や地域医療に悪影響が出るような過度な負担をかけないこと。
6. 総合診療専門医、サブスペシャリティの議論はそれぞれ時間をかけてしっかりと行うこと。

日本専門医機構新役員 団体推薦

任期:平成28年6月～平成30年度に関する定時社員総会終結時まで

	団体	氏名	役職	新任/再任
設立時社員 (各2名)	日本医学会連合	◎吉村 博邦	地域医療振興協会顧問/北里大学名誉教授	再任
		南学 正臣	東京大学医学部附属病院副院長/日本腎臓学会 理事	新任
	日本医師会	○松原 謙二	日本医師会副会長	新任
		羽鳥 裕	日本医師会常任理事	新任
	全国医学部長病院長会議	○山下 英俊	山形大学眼科学教室教授	新任
		稲垣 暢也	京都大学医学部附属病院 糖尿病・内分泌・栄養内科教授	新任
	四病院団体協議会	神野 正博	全日本病院協会副会長	新任
		森 隆夫	日本精神科病院協会常務理事	新任
社員学会 (各3名)	内科系社員学会 (内科、小児科、精神科、放射線科、 病理、臨床検査)	渡辺 毅	福島労災病院院長/日本内科学会	再任
		北川 昌伸	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 医歯学系専攻 先端医療開発学講座 包括病理学教授/日本病理学会常任理事	新任
		神庭 重信	九州大学大学院 医学研究院 精神病理学分野教授 /日本精神神経学会副理事長	新任
	外科系社員学会 (外科、整形外科、産婦人科、眼科、 麻酔科、皮膚科、救急科、耳鼻咽喉科、 リハビリテーション科、脳神経外科、 泌尿器科、形成外科)	國土 典宏	東京大学医学部附属病院肝臓外科、人工臓器・移植外科教授 /日本外科学会前理事長	新任
		岩本 幸英	九州大学大学院医学研究院 整形外科教授	新任
		市川 智彦	千葉大学大学院医学研究院 泌尿器科学教授	新任
専門医育成 関係団体 (各1名)	日本医療安全調査機構	木村 壯介	日本医療安全調査機構常務理事/ 国立国際医療センター名誉院長	再任
	医療研修推進財団	桐野 高明	東京大学名誉教授 (前国立病院機構理事長)	再任

◎が理事長、○が副理事長

日本専門医機構新役員 学識経験者

任期:平成28年6月～平成30年度に関する定時社員総会終結時まで

	氏名	役職	新任/再任
学識経験者 (9名) *50音順	井戸 敏三	兵庫県知事	新任
	遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授/ 社会保障審議会医療保険部会部会長	新任
	小林 誠一郎	岩手医科大学副学長	新任
	寺野 彰	獨協学園理事長/獨協医科大学名誉学長/ 日本私立医科大学協会会長	新任
	豊田 郁子	新葛飾病院セーフティマネージャー・ 医療安全対策室主任	新任
	花井 十伍	中央社会保険医療協議会委員/ 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」 委員	新任
	邊見 公雄	全国自治体病院協議会会長	新任
	本田 浩	日本医学放射線学会 理事長/ 九州大学大学院医学研究院臨床放射線科学分野	新任
	柳田 素子	京都大学大学院医学研究科 腎臓内科学教授	新任

10

日本専門医機構の新役員による第1回理事会(平成28年7月4日) で理事長、副理事長を選出

理事長 : 吉村博邦(地域医療振興協会顧問/北里大学名誉教授)
副理事長:松原 謙二(日本医師会副会長)
山下 英俊(山形大学眼科学教室教授)

○吉村理事長の初会見での談話

- ・専門医制度は専門医の養成だけでなく、医療提供体制にかかわる重要な問題。
- ・今は着地点が見えない状態。できるだけ正常な運営に戻したい。
- ・日本専門医機構のガバナンスなどの面で、問題が指摘されているとの認識。
- ・理事会には、医療界の各ステークホルダーから推薦された人のほか、有識者などが入り、オールジャパンの体制。

専門医の仕組みに関する今後の基本的な考え方の まとめ

- 1.一度立ち止まる。
- 2.急激な医療提供体制の変更はしない。
- 3.幅広い視点を加えて、早急に検討する場を設ける。
- 4.検討の場で、プログラムの集中的精査を行う。
- 5.問題あるプログラムは平成29年度の開始を延期し、現行の学会専門医制を維持。
- 6.都道府県の協議会の了解を得る。
- 7.日本専門医機構のガバナンスを抜本的に見直す。
- 8.すべての医師が専門医を取得するわけではない。
- 9.地域医療で活躍している医師の更新に過度な負担をかけない。
- 10.総合診療専門医、サブスペシャリティの議論を時間をかけて行う。

12

基本領域連絡協議の場(平成28年7月20日14時～)

日本専門医機構理事(吉村理事長、松原・山下両副理事長、井戸、稲垣、遠藤、神野、桐野、国土、豊田、羽鳥、花井、邊見、本田、森、柳田各理事:学会代表は除く)と各学会代表とで新たな専門医の仕組みについて協議。

内科領域	門脇 孝、横山 彰仁	脳神経外科領域	嘉山 孝正
小児科領域	高橋 孝雄、有阪 治	放射線科領域	青木 茂樹
皮膚科領域	島田 眞路、石河 晃	麻酔科領域	香取 信之
精神科領域	神庭 重信	病理領域	深山 正久、北川 昌伸
外科領域	渡邊 聡明、北川 雄光	臨床検査領域	山田 俊幸、土屋 達行
整形外科領域	丸毛 啓史、大川 淳	救急科領域	坂本 哲也、木村 昭夫
産婦人科領域	藤井 知行、吉川 裕之	形成外科領域	細川 亙、朝戸 裕貴
眼科領域	堀田 喜裕	リハビリテーション科領域	
耳鼻咽喉科領域	森山 寛、奥野 妙子		久保 俊一、芳賀 信彦
泌尿器科領域	原 勲	総合診療領域	倉本 秋、松崎 淳人

オブザーバー:尾身 茂(公衆衛生を代表)

※すべての基本領域学会からヒアリングを行った。
多くの学会が、連携施設などを増やして地域偏在対策を行っているとしたが、それはいわば箱もの話であり、少数のプログラム責任者に権限が集中する実態は変わらず、さらに募集希望人数が採用実績を大幅に上回る現状は変わらないため、地域偏在が拡大するという不安を払拭できるというまでの担保は得られなかった。

専門医研修プログラムと地域医療にかかわる 新たな検討委員会での議論①(平成28年7月20日16時～)

委員: 日本専門医機構役員(学会代表等を除く)+尾身茂(公衆衛生代表)

1.冒頭、尾身茂氏より、専門医のあるべき姿について、例えば、将来の人口構成、疾病頻度、交通アクセス等を踏まえた研修医の大まかな養成数等についての検討がなされるべきとの意見がだされ、その必要性について意見が一致。

2.地域医療への配慮の状況に対する精査の結果は、各領域の専門医プログラムについては各領域とも地域医療への配慮がかなりなされており、ほぼ地域医療に問題のない領域も見られるものの、問題が指摘された領域もあり、例えば、新プログラムでは、専攻医の採用実績があっても指導医の要件が厳しくなり、認定施設になれない領域があったほか、新たな募集定員が過去の採用実績の2倍、場合によっては3倍を超える領域がみられることなどが指摘された。

14

専門医研修プログラムと地域医療にかかわる 新たな検討委員会での議論②(平成28年7月20日16時～)

3.また、ダブルボードの可否、サブスペシャリティ専門医との連携プログラム、総合診療医については、地域枠の卒業生や、自治医大の出身者、病院総合診療医の扱いなど、解決すべき問題があることも指摘される。

4.最終的に、新たな検討の場における審査の結論として、現状のままでの来年度のスタートは見送るべきとの意見となった。

なお、新プログラムでのスタートは、一切させるべきでないとの厳しい意見もあった。

第3回理事会決定事項(平成28年7月20日17時30分～)

1. ここは一度立ち止まって、国民や地域の方々の懸念を払拭できるよう、機構と学会が連携して問題点を改善し、**2018年を目途に一斉にスタートできることを目指す。**
2. 2017年度については、研修医や国民の混乱を回避するために、基本領域については各学会に責任をもって制度を運用してもらう。
3. 総合診療領域については、現状では機構で制度設計を行っており既存の学会はないが、2017年の正式な実施は差し控える。
4. 各学会に対しては、機構から、①可能であれば、既存の専門研修プログラムを用いる。②暫定プログラムを用いる場合には、専攻医が都会に集中しないよう、例えば、基幹施設と連携施設との関係の再検討、指導医の基準の柔軟な運用など、専門研修を実施していた施設が引き続き専門研修を行える工夫、また、例えば、都市部の専攻医の定員を過去の実績の1.2倍程度に抑える等、様々なオプションがあると思われるので、各学会で工夫して頂くこと、などを要請する。

16

第5回理事会までに決定した主な事項①

○主要な委員会 の設置

1. 基本問題検討委員会:(委員長吉村理事長)
2. 運営委員会委員長:(委員長吉村理事長)
3. 財務委員会:(委員長松原副理事長)
4. 専門研修プログラム研修施設評価・認定部門:(委員長本田理事)
5. 専門医認定・更新部門:(委員長寺野理事)
6. 総合診療専門医に関する委員会:(委員長吉村理事長)
7. 基本領域連携委員会:(委員長羽鳥理事)
8. データベース解析委員会:(委員長稲垣理事)

第5回理事会までに決定した主な事項②

1.日本専門医機構の基本姿勢

(1)機構と学会が連携して専門医の仕組みを構築することを基本姿勢とする。

(2)機構と学会の役割分担の明確化を図る。

学会は、学術的な観点から、責任をもって研修プログラムを作成する。

(3)機構の役割

(ア)機構は、専門医の仕組みを学術的な観点から標準化を図る。

(イ)専門医を専門医機構認定の資格として認証する。

(ウ)専門医に関するデータベースを各領域学会と共同で作成する。

(エ)専門医の仕組みを通して、国民に対し良質な医療を提供するための諸施策を検討する。

18

第5回理事会までに決定した主な事項③

(4)社員との関係

社員との情報の共有を図る。

設立時社員、学会社員と理事会との定期的な情報交換の場を設定する。

機構の根幹に関わる重要事項については、社員総会で議論を尽くす。

2.地域医療の確保対策について

各領域学会に対し、地域の医師偏在防止対策の現状についての意見を求め、また、更なる具体的な対策案を募る。

3.その他

整備指針の見直し、基準等の柔軟な対応、暫定措置を講じるなどを含め、広く具体的な対応に関わる意見を求める。

第5回理事会までに決定した主な事項③

○専門研修プログラム研修施設評価・認定部門について 専門研修プログラム認定のプロセスの見直し

従来の認定プロセス

研修プログラムおよび研修施設の認定については、基本19領域別の研修委員会(6~8名ずつの委員構成)による一次審査の後に、専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会による二次審査を行う。

見直し後

研修プログラム(基幹研修施設)の認定については、一次審査は、機構の定めた基準に基づき、各領域学会が行う。

機構は、「専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会」と19領域から各1名ずつ推薦された委員構成の「研修委員会」により、機構が定めた基準により最終審査を行う。

研修プログラム(基幹施設)認定証は、機構理事長と当該領域学会の責任者の連名で発行。認定期間は5年。

20

第5回理事会までに決定した主な事項④

○専門医認定更新部門について 認定のプロセスの見直し

従来の認定プロセス

基本19領域別の専門医委員会(6~8名ずつの委員構成)による一次審査の後に、専門医認定・更新部門委員会による二次審査を行う。

見直し後

一次審査は、機構の定めた基準に基づき、各領域学会が行う。

機構は、「専門医認定・更新部門委員会」と19領域から各1名ずつ推薦された委員構成の「専門医委員会」により、機構が定めた基準により最終審査を行う。

専門医認定証について

認定証は、機構理事長と当該領域学会の責任者の連名で発行。認定期間は5年。

37

21

第5回理事会までに決定した主な事項⑤

○サイトビジットについて

従来の、全研修施設のサイトビジットについては見直す。原則として、領域学会のサイトビジットを施行する。例えば、領域学会の相互視察に機構の委員が同行するなど。早急に、サイトビジットのチェック項目を機構で作成する。

一定の基準に照らして、機構あるいは都道府県で、個別にサイトビジットを行うことを検討する。

22

第5回理事会までに決定した主な事項⑥

○サブスペシャリティ領域の在り方について

(1)すでに承認されている29領域のうち、内科関連 13領域と外科関連4領域については、基本領域に準ずる領域と考えられることから、研修プログラムについてはそれぞれ内科学会および外科学会の責任でプログラムの構築(連動研修プログラムなど)を行い、機構の専門研修プログラム施設評価認定部門で検討する。

(2)すでに承認されている29領域のうち、上記の内科関連領域と外科関連領域を除く領域については、他の未承認領域と合わせて再検討する。

第5回理事会までに決定した主な事項⑦

○総合診療専門医について

総合診療専門医に関する委員会で、在り方を含め、プログラム整備基準、施設基準等の弾力化、暫定措置、特任指導医講習、専門医認定、キャリアパス、関連学会との調整等について早急に検討する。関連する内科、小児科、救急などの関連学会との調整を行うこととした。

24

第5回理事会までに決定した主な事項⑧

○専門医の広告について

現在の更新者の認定証が機構理事長と学会理事長等の連名であり、学会専門医としての広告は可能(厚労省担当官により)であるが機構専門医としての広告は不可(院内表示、ホームページ掲載は可)である。

機構認定の専門医が広告可能となるよう早急に厚労省と調整する。

25

厚労省の動き

○医師偏在対策に向けて意欲を示す

- ・社会保障審議会医療部会(H28.9.14)、医療従事者の需給に関する検討会「医師需給分科会」(H28.9.15)で、年末までに検討すべき医師偏在対策を示す。
- ・①医学部、②臨床研修、③専門医、④医療計画による医師確保対策の強化、⑤医師・診療行為情報のデータベース化、⑥地域医療支援センターの機能強化、⑦都道府県から国等への対策の求め、⑧管理者の要件、⑨フリーランス医師への対応、⑩医療事業の承継税制、⑪女性医師の支援、⑫技術革新に対応した医療提供、⑬チーム医療、⑭サービス受益者に係る対策—が上げられている。

・本件については、専門医の仕組みについていえば、「都道府県等の調整等に関する権限を明確化の検討」、「専攻医の募集定員の検討」が項目として上げられている。

→重要事項が多数盛り込まれており、まだ、今後の議論を深める必要がある。

26

年末までに検討すべき医師偏在対策

以下の事項は「医療従事者の需給に関する検討会」における構成員の意見、関係団体からの提言、保健医療2035等の提案を取りまとめたものであり、今後同検討会で議論し、年末までに取りまとめを行う

1. 医師の配置に係る対策(直接的な対策)

(1) 医学部

○いわゆる地域枠のこれまでの効果について地元出身者の定着率も含め検証を行い、**卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠**の在り方を検討

○医学教育において、地域医療の向上への貢献に関してより早期の動機づけ

(2) 臨床研修

○臨床研修の質等に配慮しつつ、臨床研修希望者に対する**募集定員倍率のなお一層の縮小**を検討

○都道府県別の募集定員の設定に当たり、医師不足地域等により配慮

○募集定員の配分等に対する**都道府県の権限を二層強化**

○臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討

(3) 専門医

○国・都道府県における適切な権限行使や役割分担の枠組みとして、**都道府県等の調整等に関する権限を明確化**する等の対応を検討

○専攻医の募集定員について、**診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠の設定**を検討

(4) 医療計画による医師確保対策の強化

○**医療計画に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定**し、専門医等の定員の調整に利用

○将来的に医師偏在等が続く場合に、十分ある診療科の診療所の開設について、**保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討**

(5) 医師・診療行為情報のデータベース化

○医籍登録番号、三師調査等の既存の仕組みの活用も念頭に置きつつ、医師の勤務状況等を把握するためのデータベース化について検討

(6) 地域医療支援センターの機能強化

○地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化

(7) 都道府県から国等への対策の求め

○都道府県が、国、関係機関等に必要な対策を求めることができる枠組みの検討

(8) 管理者の要件

○**特定地域・診療科で一定期間診療に従事**することを、**臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件**とすることを検討

(9) フリーランス医師への対応

○医師の資格や専門性が有する公益性を踏まえ、いわゆるフリーランス医師や多額の紹介料・給料を要する者への対応について検討

(10) 医療事業の承継税制

○地域の医療機関の事業の承継に関して、中小企業と同様、事業承継に当たったの優遇税制について検討

2. 医師の就労環境改善等に関する対策(間接的な対策)

(1) 女性医師の支援

○病院における柔軟な勤務形態の採用等、妊娠・子育て中の女性医師の就労継続・復職支援に資する取組の推進

(2) 技術革新に対応した医療提供

○医師が業務を効率的に行うことができるよう、ICT等の技術革新を活用した医療提供を推進

(3) チーム医療

○医師が業務を効率的に行い、質の高い医療を提供できるよう、各医療スタッフの役割分担を見直し、チーム医療を推進

(4) サービス受益者に係る対策

○医療機関の詳しい診療内容や「かかりつけ医」について、住民等への情報提供を推進

かかりつけ医と総合診療専門医

28

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、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、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会



かかりつけ医の機能

かかりつけ医は、就業形態や診療科を問わず、「医療的機能」及び「社会的機能」の両方を有する。

医療的機能

日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。

自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、**なんでも相談できる医師として全人的視点から対応**する。

社会的機能

日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、**健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健**等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。

また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう**在宅医療**に理解を示す。

30

総合診療専門医 専門研修カリキュラムと医師会

- ・ **地域医師会の一員として、地域の保健・医療・介護・福祉に関する事業（学校保健、産業保健、介護保険等）に積極的に参画し、地域の健康向上に貢献することができる。態度A**
- ・ **地域医師会が主催する地域の健康づくりや介護・福祉の会議、地域の医療提供体制や地域包括ケアシステム等に関する会議に参加し、各種の計画立案に際して参画できる。態度B**

総合診療専門医専門研修カリキュラム

日本医師会の総合診療専門医に対する考え方

- ・ **国民の健康な生活を確保する**（医師法第1条）ために、安全・安心な医療提供体制を築くことが最重要事項



医療制度全体を考察し、地域医療全般を預かる立場から、総合診療専門医の位置づけは、**大局的見地から捉える**

32

かかりつけ医と総合診療専門医

- ・ 地域医療と専門医制度を整合させるため、日本医師会と日本専門医機構と各学会は緊密な連携を取る必要がある。

- ・ 日本医師会の役割は、地域医療や医療政策をはじめとする医療提供体制全般について全責任を持つこと。
- ・ 日本専門医機構の役割は学問的な見地から、専門医の認定評価の標準化を行うこと。

かかりつけ医

日本の医療提供体制の土台を支える
最も重要な役割

総合診療専門医

あくまでも学問的な見地からの評価によるもの

すべての医師はかかりつけ医として国民に寄り添う

