



本稿では、2018年4月から研修が開始される新たな専門医制度（新専門医制度）における総合診療専門医について、その位置づけや、制度が開始されるまでの経緯について紹介するとともに、私見も交えて若干の考察を述べる。

1. 総合診療専門医とは

新専門医制度は、2014年5月に設立された日本専門医機構（以下、専門医機構）が中心になって運営されている。それ以前の専門医制度（旧制度）は、日本専門医制評価・認定機構が担っており、定められていた基本領域の数は18であった。

新専門医制度では、旧制度の18の基本領域に加えて19番目の基本領域として「総合診療専門医」が設けられた（表1）。

専門医機構が公開した、総合診療専門研修プログラム整備基準に示されている「理念と使命」を表2に示す。ここに記述されているように、総合診療専門医を新たに設ける目的は、高齢化が進むわが国の地域医療において「総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価」し「質の向上を図る」ことにより「国民の健康・福祉に貢献する」ことにある。

整備基準の中で、この専門医の特徴が端的に示されている箇所の一つが「領域専門医の使命」の

記述である。他の専門領域に見られないキーワードは、「日常遭遇する疾病と傷害等」「初期対応と必要に応じた継続的な診療」「地域のニーズを踏まえた」「保健・医療・介護・福祉活動」「地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題」である。これらをより象徴的に表す言葉として「地域を診る」という表現が、特に専門医機構が設立された当初にこの専門医の説明に多用された³⁾。

2. 総合診療専門医制度の設計・運営の体制

旧制度から引き継がれた18の基本領域には、その母体となっている学会が存在している。新制度の構想段階や、その制度設計を詰める段階の早い時期においては、それらの学会の関与はかなり縮小されることが方針として掲げられていた。しかし、この方針には関係する組織等からの反対意見が強く、専門医機構や学会のみならず、政府、地方自治体、病院団体などの間で幅広い議論が行われた。そうした紆余曲折と、理事長をはじめとする専門医機構の役員の交代、そして制度開始の1年延期という大変な混乱を経て制度の見直しが行われ、学会の関与が大幅に認められるに至った。

一方、総合診療専門医については、旧制度の基本領域には含まれていない新たな領域であること

表1 新専門医制度における基本領域¹⁾

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

^{*1} Board-Certified Specialist in General Medicine

^{*2} Junji Otaki 北海道大学大学院医学研究科・医学部
医学教育推進センター

表2 総合診療専門研修プログラム整備基準に示されている「理念と使命」²⁾

① 領域専門制度の理念

現在、地域の病院や診療所の医師が、地域医療を支えている。今後の日本社会の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる諸問題について適切に対応する医師の必要性がより高くなることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価し、新たな基本診療領域の専門医と位置づける。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 領域専門医の使命

日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど、保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する使命を担う。

から、その母体となる学会は存在しないという前提が設けられた。その制度設計の段階では、機構の役員に加えて、プライマリ・ケア領域の（学会認定の）専門医である家庭医療専門医制度を持つ日本プライマリ・ケア連合学会、そして全国医学部長病院長会議、各種学術団体や病院団体などから選出された委員により構成される、専門医機構の「総合診療専門医に関する委員会」を中心に検討が進められた。

このように、総合診療専門医のプログラム整備基準は、他の18領域とは異なり、特定の学会が関与することのない組織により設計され運営されている。たとえば申請されたプログラムの審査等の実務は、他の領域では母体となっている学会が担当しているが、総合診療専門医については、専門医機構が行っている。この原稿を作成している2017年12月初旬の時点で公開されている情報によれば、専門医機構による審査で認可された総合診療専門医のプログラムの数は367である。同年11月15日に締め切られた専攻医の一次登録では、19領域に全国で7989人の登録があり、そのうち総合診療専門医のプログラムに登録したのは158人であった。なお、同年10月2日に四病院団体協議会（日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本病院会、全日本病院協会からなる）は、専門医機構による総合診療専門医プログラムの1次審査結果について、同機構理事長に意見書を提出した⁴⁾。その内容は、「プログラム募集段階で1次審査基準を明確にすべきである」「認定に至らな

ったプログラムに対してその理由を文書で発出すべきである」の2項目からなり、審査過程の分かりにくさを指摘し、改善を求めるものであった。

3. 総合診療専門研修プログラムの特徴と課題

新たな専門医制度における総合診療専門研修プログラムの具体的な特徴と考えられる、同プログラム整備基準の注目点を表3に示す。

専門研修後の成果（Outcome）では、医療・ケアや診療の能力に関する事項に加えて、地域志向のアプローチや多様な診療の場への対応が明示されている。

経験目標では、「iv 地域医療の経験」の中で、主治医意見書、ケアカンファレンス、施設入所者の日常的な健康管理と急性期対応、学校医、在宅医療などの経験を求めている。

専門研修施設とプログラムの認定基準では、「③専門研修施設群の構成要件」として、診療所・中小病院での研修と病院における研修の両方が求められ、また内科、小児科、救急科での研修も必須と定めている。そして「⑥地域医療・地域連携への対応」では、へき地・離島、被災地、医療資源の乏しい地域での1年以上の研修が望ましい、としている。

専門研修プログラムに示されているこれらの内容には、「地域を診る」専門医を養成する方向性が色濃く表れており、他の領域の専門研修とは大きく異なっている。

表3 総合診療専門研修プログラム整備基準の注目点（基準からの抜粋）²⁾

[専門研修後の成果（Outcome）]

地域を支える診療所や病院においては、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、地域の保健・医療・介護・福祉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できる。また、総合診療部門（総合診療科・総合内科等）を有する病院においては、臓器別でない病棟診療（高齢入院患者や心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケア等）と臓器別でない外来診療（救急や複数の健康問題をもつ患者への包括的ケア）を提供することができる。

具体的には以下の7つの資質・能力を獲得することを目指す。

1. 包括的統合アプローチ
2. 一般的な健康問題に対する診療能力
3. 患者中心の医療・ケア
4. 連携重視のマネジメント
5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ
6. 公益に資する職業規範
7. 多様な診療の場に対応する能力

[経験目標]

地域医療の経験

1. 適切な医療・介護連携を行うために、保険制度の仕組みやケアプランに即した各種サービスの実際、更には介護保険制度における医師の役割および医療・介護連携の重要性を理解して下記の活動を地域で経験する。

- (1) 介護認定審査に必要な主治医意見書の作成
- (2) 各種の居宅介護サービスおよび施設について、患者・家族に説明し、その適応を判断
- (3) ケアカンファレンスにおいて、必要な場合は進行役を担い、医師の立場から適切にアドバイスを提供
- (4) グループホーム、老健施設、特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理を実施
- (5) 施設入居者の急性期対応と入院適応の判断を、医療機関と連携して実施

2. 地域の医師会や行政と協力し、地域包括ケアの推進や地域での保健・予防活動に寄与するために、以下の活動を経験する。

- (1) 特定健康診査の事後指導
 - (2) 特定保健指導への協力
 - (3) 各種がん検診での要精査者に対する説明と指導
 - (4) 保育所、幼稚園、小学校、中学校において、健診や教育などの保健活動に協力
 - (5) 産業保健活動に協力
 - (6) 健康教室（高血圧・糖尿病・高脂血症教室など）の企画・運営に協力
3. 主治医として在宅医療を10症例以上経験する。（看取りの症例を含むことが望ましい）

[専門研修施設とプログラムの認定基準]

専門研修施設群の構成要件

総合診療専門研修プログラムは、複数の連携施設の協力体制が基盤となり、その中にある基幹施設が研修全体をコーディネートするスタイルとなる。その施設群構成要件として3年以上の研修期間において、以下の基準を満たさなければならない。

- (1) 総合診療専門研修は診療所・中小病院における総合診療専門研修Ⅰと病院総合診療部門（総合診療科・

総合内科等)における総合診療専門研修Ⅱで構成され、それぞれ6ヶ月以上、合計で18ヶ月以上の研修を行う。

(2)必須領域別研修として、内科12ヶ月以上、小児科3ヶ月以上、救急科3ヶ月以上の研修を行う。

(3)研修目標の達成に必要な範囲で外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修を行ってもよい。特に、初期臨床研修で外科を選択していない場合は、外科研修を組み込むことを推奨する。

地域医療・地域連携への対応

- ・総合診療専門研修では地域ニーズに合わせた医療を行う。
- ・必須領域別研修(内科・小児科・救急の計18ヶ月以上)においても、地域の中核病院等で救急対応や夜間対応に積極的に取り組む。
- ・へき地・離島、被災地、医療資源の乏しい地域での1年以上の研修が望ましい。

表4 プライマリ・ケア専門医の養成において考慮すべき事項

・養成する人数と質やステータス
相当数を養成しなければ需要に対応できない。
養成者数を増やすことが質やステータスの劣化を招く危険がある。
・学術面の評価と支援
大学を中心とするアカデミズムにおいて評価されにくい。
学位の取得や研究論文の発表を支援する組織が少ない。
・学習の目標と方法
他の専門医が行う診療の集約ではなく、プライマリ・ケア医のための診療を学ばなければならない。
他の専門医による指導も必要になるが、専門診療科へのローテーション研修が有効とは限らない。
他の専門医も認める、プライマリ・ケア医向けの診療ガイドラインなどの学習教材の存在が重要である。

このようにして、新専門医制度における総合診療専門医の養成が始まりつつあるが、前述したようにこのプログラムで研修する予定の専攻医の割合は、今のところわずかである。この状況が続けば、今後の医療・ケアにおいて、この専門医制度だけでは「地域を診る」医師の確保が間に合わないことが懸念される。

4. 考察

総合診療専門医は、わが国においてはじめて国のレベルで制度化された、プライマリ・ケア専門医であると言えよう。プライマリ・ケア専門医は、医療制度と密接に関係することから、担当する機能の核となる部分は共通しているものの、その活動内容や制度上の位置づけは国により多様で

ある⁵⁾。制度として最も有名なプライマリ・ケア専門医は英国のGP (General Practitioner)であろう。先進国においてはこうした専門医が制度化されているのが通例であり、これまで制度化されていなかった日本は、例外的である。

高齢化が急速に進行する日本において、今後のプライマリ・ケアを担う人材をどのように養成し確保していくのか、長期のビジョンだけでなく、短期的あるいは中期的な対策が急務となっている。プライマリ・ケア専門医の養成には、他の専門医の養成とかなり異なる特徴がある。その差異について筆者が認識している事項を表4に示す。

あらたな専門医制度が動き始めた一方で、他の領域の専門医から総合診療専門医への移行や、複数の専門医の取得に関する議論も始まっている。

医師の需給や偏在に関する検討もこれまでになく活発に行われており、事態の深刻さが表れている。そのような中で、ようやく生まれた総合診療専門医の制度が順調に育つことを期待している。

■文 献

- 1) 特集：新専門医制度の開始に向けて。週刊医学界新聞，第3236号，2017年8月21日。
- 2) 総合診療専門研修プログラム整備基準。日本専門医機構 2017年7月7日。
- 3) 小泉俊三。地域の総合医に期待する。日プライマリケア連会誌2013; **36**: 207.
- 4) 四病協，総合診療専門研修プログラムの1次審査に疑義。m3.com医療維新レポート2017年10月3日
URL: <https://www.m3.com/open/iryoIshin/article/560777/?category=report>（最終閲覧日：2017.12.27）
- 5) 葛西龍樹。家庭医とは何か－諸外国の最新事情。日内会誌2016; **105** : 736-746.