

令和元年度 第4回総合診療専門医検討委員会（通算11回）議事録

開催日時 令和元年7月12日（金）18時00分～19時40分

開催場所 TKP 東京駅日本橋カンファレンスセンター

出席者 委員長 羽鳥 裕

委員 石松 伸一 井上健一郎 金丸 吉昌 北村 聖 草場 鉄周 清水 貴子
清水 俊明 菅原 正弘 竹村 洋典 田妻 進 野村 英樹 前野 哲博
山田 隆司 横山 彰仁 渡辺 毅

オブザーバー 有岡 宏子 生坂 政臣 大平 善之 川島 篤志 松原 謙二
佐々木 健（厚労省） 佐野隆一郎（厚労省）

事務局 栄田 浩二 他

欠席者 浅井 文和 有賀 徹 今村 聡 園田 幸生 南学 正臣 邊見 公雄

委員長挨拶

報告事項

1. J-OSLER の稼働状況、質問など

一部 ID とパスワードが入れ替わって伝わっていた例、内科版と総診版が同じととらえていた例、操作に関する質問などがあるが、現在のところほぼ順調であるとの報告あった。

協議事項

2. HP の充実案

「総合診療とは」「総合診療専門医とは」の説明なども必要なのではないか。委員長メッセージで対応。ほかに、委員長と専攻医の対談も行い、ホームページに掲載してはどうかなどの案について説明があった。決定された事項の周知、ホームページの改定をすみやかにする。

3. 管理費用（登録料）について

本委員会、機構の財務委員会、理事会等で検討が必要であるが、機構への登録料などとしてお願いするとの説明があった

4. 移行による認定についての検討開始（グランドファーザーズクローズ）

実地で診療している先生方の希望も多い。質を落とさぬよう、しかし絶対数を増やすことも必要なので、今後、諸団体の調整を含めて、当委員会での議論も必要。

5. サブスペとダブルボードについて

- ・ 3年+3年のダブルボードは今でも自由に取得できる。協議体を設置して、3年に2年追加でダブルボードを認める話を議論して欲しい。機構の細則にダブルボードに関する規定があり、原則として2領域間の合意がベースとなる。総合診療と内科のダブルボードがモデルケースになる。これに対し、総合診療研修には内科1年のローテートが必須のため、2年追加でダブルボード取得としても期間短縮はなく、むしろモデルケ

ースとなるのは小児科、救急科、外科などとのダブルボードではないかとの意見があった。

- ・ダブルボードのみならず、総診からいけるサブスペも議論されるべき。
- ・小児科領域との短縮ダブルボードについて、小児科委員からは、小児科医会などからの意見も聞く必要があり、現段階では進みにくいとの意見があった。
- ・救急科領域との短縮ダブルボードについて、救急科委員からは、カリキュラム制でよいが、試験は同じ試験。(内科領域、小児科領域、救急科領域についてのダブルボードについては該当領域学会とのすり合わせが必要。)

6. 総合診療専門医の認定試験について

現在、専門医試験関連チームの人選が行われている。

7. 委員長メッセージ（その3）について

第三弾を掲載予定。

8. 過疎地域、へき地等の専門研修について

研修期間（5都府県12か月の、5都府県以外は6か月以上）、研修場所の考え方について検討する。

委員長より、医師少数区域の定義も変わったことを受けて、すべて6月以上のみとしてはどうかと、提案あり それに対して下記の意見が出た。結果、実際に医師少数区域での研修を行っている専攻医に対してアンケートを採る。またそのように短縮が決まった場合においても、既に総合診療専門研修で過疎地域、へき地等で行ってきている専攻医に不利益がないように検討する。

- ・高久委員会において、医師偏在や過疎化に対応するために「地域を診る医師」として総合診療医が認められたので、医師不足地域での研修の縮小は総合診療専門医の存在理由にかかわるとの意見があった。

医師不足地域では真の総合診療が研修可能であるため、専攻医にとって必須として導入したものであるとの説明があった。一方、医師不足地域での研修が必須になっていることが総合診療専門研修の魅力を減少させているとの意見もあった。客観的なデータを取る必要があるとの意見あった。

実際にライフイベントによって医師不足地域に行けない専攻医もいるので検討が必要。

女性だけではなく、男性も人生ペースダウンをする時期がある。これに対し、そのような対応を行っていることを広報すべきとの意見あり。医師少数区域で専攻医への教育力が確保されているのか不明。また、地対協から専攻医の研修にふさわしくない意見が出る可能性もあり、厚労省、機構によるチェックが必要との意見があった。医師少数区域の名称を「特別区域」「重点区域」などに変更することも検討が必要ではないか。医師少数区域での研修の実態等を含め、専攻医へのアンケートを採って、総合診療専門研修の希望者が少ない理由等を調査すべきとの意見があり、実施することになった。医師少数地域での研修の問題点を明確にし、対応策について丁寧に検討すべきで、すでにそういった地域での研修を経験した、あるいは現在している専攻医へ、何が問題で、どう言った点を改善してほしいかについて、実施することになった。

9. ワーキングの報告

竹村委員から以下の報告がされた。

(1) プログラム認定関連チーム

(a) 2019年度プログラム審査の現況が説明され、新規5、更新410、取り消し1で8月から414プログラムの審査を始める。なお、2018年度に基準に満たず修正を依頼しているにもかかわらず、修正していない8プログラムについても2019年度審査にて審査を続けることが報告された。

- (b)ダブルボードについて議論がされた。互いの学会で決める必要があるなどの意見が出されたことが紹介された。
- (c)移行措置についても今後、プログラム審査関連チームや専門医試験関連チームなどの意見や関係団体の意見を聞きつつ議論が必要との報告があった。

(2)内科研修関連チーム

内科研修にかかわる質問について議論がされ、ワーキングで作成した回答が認められた旨、報告され、委員会にて了承された。

(3)講習会関連チーム

特になし。

(4)専攻医支援関連チーム

(a)経験省察研修録タイプ A とタイプ B の 2 つの様式が提案され議論がされた。委員会にて、日本プライマリーケア連合学会、日本病院総合診療医学会、全自病協・国診協はタイプ B に包含されているとの意見があった。また日本臨床内科医会からもコメントがあった。全自病協・国診協から提出した資質・能力の下位項目はタイプ B において参考にして頂くことを前提に作成したとの説明があった。

(b)経験省察研修録にタイプ B (基準創出型)の選択肢ができたことに伴い、Online版研修手帳で整合性をとる必要がある部分について議論され、合意されたことが報告された。委員会での合意内容が承認され、Online版研修手帳を改変した場合の費用について業者に見積もりを取ることとなった。また、重複がある、あるいは整備基準に記載のない経験すべき項目は、すべて整備基準に合わせるることとなった。

(c)ポートフォリオで扱う領域についてワーキングにて議論されたことが報告され、委員会において使い方の目的と概要の間に 7 つの資質能力を記載し、これについてのポートフォリオを作成することとなった。なお、これまでの下位項目はタイプ A の中に記載することとなった。また、重複がある、または整備基準に記載のない項目は、ワーキングと委員会にて、すべて整備基準に合わせることにすることになった。

(d) 経験省察研修録の発表会については ACGME も規定に含めている Duality of Interest (利害の二重性)管理の観点からワーキングにて議論されたことが報告された。委員会では、整備基準のうち発表会に係る一文を不適切な記載であることを理由に軽微な変更として削除することが承認され、理事会に諮ることとなった。

(e)Online 版研修手帳についてワーキングで議論された内容が報告された。それを受けて委員会にて上記 (b) に係ることを反映すること、また、2019 年 4 月開始の専攻医は Online 版、2018 年 4 月開始の専攻医は、専攻医の希望に合わせて紙版、または Online 版のどちらでも (経験省察研修録のタイプ A およびタイプ B も含めて) 選択できることとなった。周知する。

(f)今回は指導医マニュアルについてはワーキングにて審議できなかったことが報告された。

(5)広報関連チーム

前回の委員会の決定事項の確認がされた。

(6)専門医試験関連チーム

上記と同様 (現在、専門医試験関連チームの人選が行われていることが報告された。)

10. その他

Duality of Interest (利害の二重性)の適切な管理について、機構としてルール化して欲しいとの要望があった。

最後に、

委員長から、今回委員会で、各ステークホルダーの方々の意見調整においてほぼ了解されたと考える、みな
の目指すゴールが見えてきたので、なお一層の協力をお願いします。

以上