

○立谷委員 サブスペシャルティ領域は専門家たちが決めることではなく、社会性を持って考えるべき。国民医療ということを中心に考えるべき。

どこの医局で、どこの大学病院で、何人までという、これまでのシーリングとは別に議論すべき。

○立谷委員 正当な理由があればカリキュラム制への移行を認めるとあり、その正当な理由を認めるのは機構の権限となるが、地域医療とのバランスを考慮すべき。

○野木委員 23領域ありきではなく全部見る必要があるのではないか。また、この23領域の評価についても検証されなければ納得できない。基本領域も含めて、もう一度見直す部分があるのではないか。

○山内委員 専門医制度には国民にわかりやすいということが目的の一つであったので領域の乱立は避けるべき。サブスペも大切だが、ここで基準を決めて残りの94学会もサブスペとして認めることになれば学会が独自でやっている認定制度に戻ってしまう。サブスペの乱立によって、診療科同士のコミュニケーションがとれず、医療提供体制の安全性が保たれなくなるのではないか。

○渡辺参考人 94学会全部認めることはない。大半を認めるという状況にはない。それはあり得ない。見直しについては細則に3年で見直すとしており、未来永劫、このまま進むことはない。

○山口委員 レビューシートに国民がわかりやすいという視点がない。この23領域もいま一度見直す必要があるのではないか。

○釜范委員 A（日常診療を担い、医療需要が高く、偏在対策が講じられる領域）に絞って議論すべき。患者自身がその診療科目を見て判断できるような領域がよいと思う。紹介を受けない患者自身の判断で診療科目を選ぶのに役立つ診療科目というイメージではないか。

○立谷委員 レビューシートは機構がつくったもので市民の声、国民の声を聞いていない。みんなで議論しなくてはならないものなので原点に立ち返った議論、考え方が必要ではないか

○片岡委員 現状は本当に二階建て部分なのか、それとも三階部分ではないかという考え方もある。これから認定する可能性を考えて、本当の二階建て部分

の数を制限するという必要ではないか。また、二階建てにおさまらない部分を全部認めないのではなく、三階建てあるいは技術認定という形で残すという整理もあるのではないか。

○牧野委員 わかりにくい理由は医療法上の標榜科と基本領域が整合してないから。国民にわかりやすい科（領域）を設定すべき。

○羽鳥委員 統合すべき領域がないか具体的な議論をすべき。

○徳本参考人 基本領域の研修プログラムを提供する基幹施設において、どのサブスペシャリティ領域を、どの連携施設で研修が可能であるかなど、しっかりと情報の開示を進めていただきたい。

連動研修が可能になりやすい大都市の研修プログラムに専攻医が集中しないよう基本領域のシーリングのさらなる強化、サブスペシャリティのシーリングの導入を検討いただきたい。

○山内委員 連動研修やサブスぺの乱立によって地域医療提供体制が崩れてしまうのではないかという懸念があり、現行のサブスぺ23領域を再考すべき。忙しい中で指導医の更新に要件があると地域では指導医の資格を更新できない人が出る。更新できず地域の病院に指導医がいなくなるという悪循環が起こることを懸念している。

○寺本参考人 質の担保を重点に置いた形で指導医は決まるべきで、学会活動を全くしていないというのはいかがなものか。サブスペシャリティの中では、かなりeラーニングを導入しており更新は可能。

○渡辺参考人 研修もある時期にそこを回ってというのがローテーションの意味で、施設も多数ある。ある診療科にいつも指導医がいなくなれば、ほかのところで補充することは専攻医が決めることで、それほど大きな問題にならない。今まで連動研修をやっている内科系・外科系のサブスペシャリティの専門医は大体8年から9年ぐらいとカリキュラムの要件を達成するのに現実的にはそれぐらいかかる。もし悪影響が出たらそのとき改訂する。

○立谷委員 理想論と現実論の違いを感じるが、開業医や地域医療に従事している医師が他の病院を回って研修するのは不可能。ローテーションしないと維持できないような制度だっただらないほうがいい。開業した医師が自分の診療所や自分のエリアを守りながら、学術的にレベルを維持するためにどうするかを

考えなくてはいけない。

○宮崎参考人 J-OSLERの導入によって、その指導医がよい指導医なのかどうか。そして、その指導医がどこの病院にいたかがわかるようになっている。現時点のデータでは、必ずしも都会の大学病院にいる指導医がいいというデータにはなっていない。むしろ、やる気のある地域の病院にいる指導医のほうが質は高いという施設がある。

○山口委員 なぜ連動研修をするかというのと、ほかの領域よりも早く専門医になれるという声を聞く。機構として、こういう場合は連動研修を認めていいのではないかと思われている判断基準とか根拠を示されたい。

○寺本参考人 連動研修をする要件は、あくまでも研修期間中に適切な評価ができることが重要。外科のNCDは、どの地域で、どういうオペを、どうするかが見えてくるので、そこは連動研修しているということ。

○立谷委員 最初の原則に立てば、初期研修を終わったら総合診療できなければおかしい。地域で活躍しながら専門医を取れるというのが市長会の考え。そうでなければ地域医療は改善されない。

○山内委員 スペシャリストにならない人たちが希望して指導医のいない連携施設に行けばいいが、そうならない可能性があることを考えてシステムづくりをしなければいけない。

○野木委員 基本領域をもう少し考えるべきではないか。

○釜范委員 基本領域の見直しはハードルが高く、すぐには変わらない。

○山内委員 専門のアカデミア、各学会の先生方に部会での議論や地域を担当する方々の意見が伝わっていない。地域医療の観点から慎重にしなければいけない。また、国民の理解とか将来の標榜とか、国民目線でわかりやすいという原点に立ち返り理解を深めなければいけない。

○遠藤部会長 サブスペシャルティの問題だけを専門的に議論していただく場を設けるという提案についてワーキンググループをつくって議論していただくことについて賛同いただいた。

○椎木参考人

サブスペシャリティ領域の連動研修が実施されることによって、当該領域の指導医が不在という連携施設で研修が不可能になるということが心配。そのようなことがないような万全な対策を講じていただきたい。

○小林参考人 医師確保計画をつくる際に、地域枠の卒業医師による医師の派遣調整、医師の偏在是正、キャリア形成プログラムを進めているが、基本領域の部分でさえうまくいくのかという懸念がある。サブスペシャリティ領域になると一層厳しくなる。医師偏在が起こらないように整備指針にも記載があるが、十分検討していただいて、地域の医療の確保、医師偏在対策に逆行しないようお願いしたい。サブスペシャリティ領域へのシーリングも対策の一つかと思う。

○山内委員 サブスペシャリティ領域において3年以上の研修が要件になっているが、質の担保を踏まえもう少し柔軟に書いていただきたい。

○山内委員 今までの標榜にとらわれない考え方もサブスペシャリティ領域を決めていくのに必要。これからの医療には横断化が必要になるので将来の医療を見据えた上でのサブスペの議論を重点に置いていただきたい。

○釜范委員 2018年の専門医機構が認定したプログラムが、どこに、どれだけあって、そして、それにどれだけ応募されていて、それがどういうふうに研修が進んでいるかというデータについて国民からも見えるよう作業を急いでいただきたい。

○野木委員 部会の参考人がメジャーな診療科の先生ばかり。マイナー診療科の先生方の考えも聞きたい。