

能力に見合った資格であること
現状のままでよいと思う。楽して専門医を取った世代が後進の道を狭めるなんて論外でアンフェアだ と思う。
治療効果も大切であるが、患者・家族が疑問に思わない、納得できる結果が出せる医師。
十分な知識を持った上で臨床能力も高くあるべき。
社会的に認められ、報酬の面でも優遇される。
必要か不明です。
ペーパー上でなく評価される専門医。専門医を持っていても実際その診療を行っていない医師が存 在しているのは非常に残念である。
まんべんなくさまざまな分野の知識を持ちながら、専門分野をしっかりと持つ。
一定以上の知識と技術が必要。その為の基準は厳格化すべき。さらに、次世代の専門医を育成して いく能力も必要不可欠と考える。
常に up date された知識を持っているのが理想であり、経験年数ばかりに固執するのは間違いであ る。
人間性も重視した制度。
病院として、専門の分野を中心に診療・治療が出来る体制が確立されていることが重要だと思いま す。現在の市中病院の多くは、例えば消化器外科医が当直をしても、打撲や骨折などの整形 外科疾患を、平気で診るように要求します。医師が院長として経営している場合でさえも、やはり儲け が大事なのか、同様な事象があります。この辺りを改善・整理することから始めるべきではないで しょうか。
現在の運転免許のような更新が甘い専門医でなく、数年ごとに試験をし最新の知識があるかどうか のチェックが必要と思います。
専門医の種類、数を減らす。 特殊な技能を持つ、
卒後10年程度で専門医資格取得できるぐらいがちょうどいい。4年程度で専門医を名乗れる今の制 度はどうかと。
その専門を目的とした患者さんを紹介を中心に診察し、自分の能力やスキルを十分に発揮できるこ と。
手術をしなくなったのに(開業医など) ○○外科専門医 という資格はおかしい。一定の手術件数も 制限すべきである。
診療報酬(手術点数)、医師の給与などに反映するようにして欲しい。
専門しかみられない医師ではこれからのニーズに対応できないと感じている。
専門医というからには専門家であることだが、医療は日進月歩で、たとえば20年前の診断能力、技 術で専門医をとった人間が、その後、知識や技術を Up-Date しなければ、名前だけの専門医になっ てしまう。また、逆に、更新制や専門医でないと保険請求できないなど制度を変えることで、専門医更新 のための業務が増え、日常臨床に影響が出てしまうようでも困る。現在の各学会主導の専門医制度 は問題があるにせよ、公平性、専門性という点ではもっとも無難なものだと思われる。

< 卒後 11-20 年 >

<p>外科領域に関して言えば、診断から手術、術後管理を含め一人の患者を一人の力で基本的に立ち上げられる医師のことを言わずして誰を専門医というのであろうか。特に外科専門医に関しては、執刀もしていないのに専門医のための数合わせで手術に参加し、なんの保証もない外科専門医という資格が与えられている医師や、それを黙認している病院も多数ある。日本でも一部の病院ではアメリカの様な段階的専門医取得過程の研修システムを導入しているところもあるが、実情は極めて少ないと考える。</p>
<p>患者さんの期待に添える、また人格者として地域などの人々から認められる医師。</p>
<p>特になし。更新する制度は必要と考えます。</p>
<p>特別な能力を取得するには、時間も、お金も、努力も必要とする。待遇面も、卒業年数で一律とする考え方もおかしい。能力に応じて変えていかないとプロ意識も生まれえないし、結果として、患者にも不利益となる。</p>
<p>年配の先生で名ばかりの専門医にたいして、失効の条件を決めたほうが良い。開業医でも同様に、専門医取得後に不勉強な方々があります。これらを淘汰する方法が必要だと思います。</p>
<p>やはり専門医になることでのインセンティブは必須と思います</p>
<p>一度も大学病院そのほか、定型的な治療を行っている病院での修業期間がなく、地方の市中病院のみの勤務経験で、一人前の医師気取り(診療上の根拠がない状態で)でいらっしやる医師を見ると悲しくなります。</p>
<p>学会以外が認定した方が。</p>
<p>患者や周りのスタッフからも専門医を持っていることで安心した医療を提供できるため、専門医制度の確立が必要である。現在では個々の学会で専門医が認定されており、専門医の割合も各科によって異なる。完全に統一することは不可能であるが、何らかの基準や選考方法、継続方法が検討されるべきと考える。</p>
<p>専門とする診療領域においては一定以上の力量を必要とするが、評価が可能な認定試験とすべきである。</p>
<p>専門医試験の科ごとの難易度に差異がありすぎるので、第三者機関による標準化が必要。</p>
<p>専門医制度と専門医療のセンター化が重要</p>
<p>専門分野について詳しい知識や経験がある</p>
<p>専門分野に特化することができ、患者もその施設に集約される。またそのような専門医に高額な給料が支払われる。年収5千万から1億でいど</p>
<p>能力に応じ、給与の変動などが見られるべき。</p>
<p>理想は何でもできる医師であるが、実際は 中でも細分化されており内科でも整形でも専門でないのが実情</p>
<p>経験年数によって大多数が専門医取得できるのは、疑問がある。</p>
<p>高齢の医師の中には、学会所属期間が長いというだけで専門医に認定されていることも多く、認定根拠を明確にすべきである。また、環境的に開業医にはハードルが高いことが多い。</p>
<p>手術が下手な外科医は専門医を剥奪すべきです。</p>
<p>専門医が専門医を維持するための意欲を高めることが必要。 診療報酬や自由診療をフレキシブルに認めるべき。</p>

<p>専門領域と言えども患者相手なのでその中でもまた分野は多岐多様です。外科医として手はあまり動かないけれども、全体を的確に把握できて手術の適応がなくても最期まで患者をしっかりと診ることができる、スタッフからも患者からも信頼されている外科医はたくさんいます。知識の量や技能に偏在することなく、専門領域に対する Contribution や Passion をどう評価するかだと思います。</p>
<p>米国型のモデル</p>
<p>科により専門医のレベルの違いが多すぎる。またお金もかかりすぎ。</p>
<p>学会にお金をおさめないと維持できないものではないかと思う。</p>
<p>専門医といっても、やはり人間なので器用、不器用に差があると思います。たとえば、手術がうまい非専門医もいたり、手術が下手な専門医もいます。これが患者にはなかなかわからず、専門医＝安全、確実な治療を受けられると勘違いされるのも問題かと思えます。</p>
<p>一般の先生からも安心して紹介される、あるいは患者さんが自分の疾患の専門医に安心して受診できる医師であること。またこれらの疾患の知識の啓蒙活動ができる医師であるべきであると思えます。</p>
<p>形だけの専門医が多く専門医は特に必要ないように思えます。</p>
<p>資格取得で終わる専門医ではなく、さらなるスキルアップを目指す医師。</p>
<p>専門医制度が確立されることによって、国民にとって最大限の利益が与えられるような体制が望まれる。</p>
<p>特に脳神経外科の場合は取得の試験が厳しいため、さほど問題になっているとは感じられない。専門医の有無で雇用の優劣はさらにつけてほしい。自費で取得のための努力をしても金銭面では年功序列となっている。</p>
<p>特化した分野における専門的、かつ先進的な治療方法などの up date の必要性和それを患者管理に生かす実地が必要と考えますがそれにおいてはひとえに症例数の経験だと考えます。一定期間にそのような施設に研修する必要があるのではないかと考えます。現在ほどの分野においてもその基準を満たす施設は勤務環境が過酷でもあり研修をしたがらない傾向にあるのではと思います。</p>
<p>思考と技術の両方を併せ持つこと。</p>
<p>専門医に対する優遇処置が全くない。取得する意味を皆が感じていない。専門医の有無で、手術料などの差をつけなければ意味がない。</p>
<p>専門医の中でも得意な分野はあり、各々が分をわきまえ可能な医療を行えば良い。</p>
<p>専門医の理想像としては、プライマリケア医が振り分けをして、必要な患者さんをじっくりみれることだと思います。</p>
<p>専門医はただのお飾りです。</p>
<p>専門医を取得することにより、収入や、訴訟時に有利になるなどのインセンティブがないかぎり、日本では広まっていけないと思う。</p>
<p>専門医試験に合格しても、臨床能力が低い医師も少なくない。学会が、会員数アップと集金を目的としている制度であるという面があるので、専門医制度にあまり賛成できない。本当に臨床能力を評価できれば、有用な制度であり、そうなれば専門医はもっと評価されるべき。</p>
<p>専門分野の治療に専念できればいい。</p>
<p>ある病気に対し、的確に治療方針を決定し、施行できる能力をもつ医師</p>

その疾患の実際の医療レベルが優れていること
学会に入っている年数など技術や知識以外の点で評価が分かれるのはおかしい。取るのにその学会員でなければならないまでは認めるが知識、技術があればよしとしないと。
技術的に明らかに優れた技能を習得していること
現在、消化器系の3つの専門医、指導医を取得しています。理想の専門医は、知識および外科なら手術の技能が重要と思います。
責任をもって診療する、自分の範囲ではないと思ったらきちんと伝え、引き継ぎをする。日々勉強を怠らない。海外に積極的に出て行く。論文を書き、定期的に発表する。自信をもって自分の意見を言う。
専門医が多すぎて、患者さんはよくわからないのではないのでしょうか。結局学会費を多く負担しなければならず、大変です。
専門医といえども、ある程度の全身管理、他科の初歩的なマネージメントはできる能力が必要と考える。
専門医を持つことにより、診療手技に対する報酬が増えるべきである(広告が出来るので) 資格認定には今よりもしっかりとした基準が必要ではある。
専門医を持っていることと実力は比例しないので、現在は専門医制度自体に疑問がある。もし、本当の専門医というものを設けるのであれば、人格、実力共に秀でてなければならないと思う。
専門医毎に診療点数は変えるべきである。
全国どこでも一定の水準の治療が受けられるための指標が専門医と考える。
一般市民が診療の実力を評価するひとつの指標として客観的に信頼に堪えるものであることは必要だが、あまり取得プロセスをあまりに厳格化、複雑化し、取得に不合理な努力や手間を課すような仕組みにはしてほしくない。
稀な疾患以外の診断・加療ができればいい。
最新の治療に精通していること。
専門医が専門とする治療で不幸にも合併症などがおこっても、訴追はできないような法整備を期待する。
専門医が専門診をすること。
専門医であることの正当な評価を受けられるような制度が望ましい。
専門医のみが扱える治療や疾患が規定されると、現在の医師免許制度自体を同時に考え直すことが必要と思われる。 第三者期間での評価というのはその設置費用に関する疑問、官僚等の天下り先を増加させることになる懸念がある。
脳神経外科医としては、診断、治療(特に手術)ができてこそその専門医と考えます。
医師からみた専門医としては現状で近いものがあると思う。厳格化するのであれば、ステップ式にすべきで、現状の指導医でも良いがこれも標榜できるように国が認める必要がある。指導医では難しい場合には、専門医1, 2などとして2を持つものは専門医加算などとしてはどうか? 現行の専門医では加算をできるほどではないとも思う。診察スキルや診断力など臨床能力と手技はもちろん、指導力なども兼ね備えているものが専門医と思う。

各分野における豊富な臨床経験や、学術的研究などにより、患者様にも、後進の医師にも、適切な指導ができる
形だけの専門医は必要ない。
現状はやや緩い基準であると考えてるので、標榜科の制限等が必要になると考えている
取得できるまでの過程の多様化を望む。その上で安易に取得できる専門医は廃止
整形外科に関しては整形外科専門医とは別にスポーツ医、リウマチ医、脊椎脊髄病医、運動器リハビリ医、手の外科医など、さらに専門の細分化が進んでおり、整形外科専門医は取得して当たり前の時代になっております。理想の専門医とは細分化した分野においても専門 specialty を持つものと考えております。
専門医の種類が増えすぎた。また、同一学会でも例えば認定医→専門医→指導医などと等級も増やす傾向にある。もっと簡素に単純化すべきである。別に無くてもよいとも思う。少なくとも資格で臨床能力は量れない。
専門分野(診療科)に関して、一定の水準以上の知識と経験を有する者。
専門領域しか診ない、診る事が出来ない専門医ではなく、他の領域も総合的に一定水準の臨床力を有すること。
そもそも専門医制度に疑問を感じる。
より厳しい基準にて知識、技能について審査されるようにすべきとは思いますが、その結果より高い収入が得られるような方向には行かずに、資格のないものを排除するだけの方向に進むのではないかと危惧する。
実技をもっと重視すべきであると思う
真に専門的な治療を行なえる医師に限定し、行なえる医療行為を制限したり、報酬を変えるべき。
専門医しかできない医療行為を増やすべき
専門医の資格をとるために、お金もかかるし、自分の時間を割いて勉強したり学会に参加することが必要である。しかし、取得しても給料が増えるわけでもないし、自分の専門でない医療も行わなければならないという矛盾がある。専門医取得をすることのメリットを明確にしない限り、特定の学会を利するような専門医制度は長続きしないと考える。
専門医は、非専門医より、知識、経験が多い医師が多いと思う。レセプト上でも、専門医を優遇すべき。
専門医も総合医も必要である。専門に偏りすぎず、患者の全体もみる必要がある。
専門医認定方法などに一定の厳しさをつけるならば、これに見合う診療報酬アップなどが必要であると思います。
特にないが、学会単位の専門医乱立は頂けない。
本当にその分野の専門家のみ専門医の称号を与える。

<卒後 21-30 年>

<p>学会がその会費を徴収するために専門医を設け、クレジット制にし自らの懐を肥やしているようにも見える。専門医は本来これだけこの先生は頑張りました、規定の教育を受けましたという証明書のよなものになっているので、ある意味では必要だと思う。だがあり方として、これでいいのだろうか。具体的にどうすればいいのかよくわからないが、どうも現状はしっくりいかないのである。</p>
<p>形だけ、肩書だけの専門医はいらないと思います。</p>
<p>資格を取得した場合は、取得していない者と比較して治療にかかる保険点数や認められる手技などに当然差がつけられるべきと考える。公的病院でも待遇に差をつける必要があると思う。</p>
<p>名前だけの専門医がどの分野にも多く意味がないのが現状であると思うが、それを是正することは簡単ではないと思う。</p>
<p>十分な臨床経験を積み、その領域の多種多様な手術に対応できる医師で、人格的にもすぐれている医師。 全国で200～500人程度の人数制限を行い、60歳以降はなれず、減少した人数分を補充する形で試験が行われるのが理想です。 その専門医に対しては3000万以上の手当が保証されるような形がよいと思います。</p>
<p>認定医と専門医の2階建てにする。 認定医は一定の技能修得すればもらえる。専門医は更に研鑽を積んで、一定の更新基準を有するものにする。 数は絞るべき。</p>
<p>一般人がみて納得のいく知識と手技をそなえておべきでしょう。学会の金集めの道具ではいけません。</p>
<p>患者さんにとって信頼できる医師</p>
<p>基準(手術件数・患者数など)を設けて取得したものには、レセプト上割増にするなど、欧米のように優位性を持たせるべきである。</p>
<p>現在の専門医制度はあまり意味がないように思う。専門医はもっと細分化して認定したほうが患者側からは解りやすいかも知れない。例えば外科専門医ではなく、胃がん専門医とか消化器がん化学療法専門医など。</p>
<p>少なくとも現在の専門医は有名無実であり、全く専門医資格を取得して納得できる物ではない。患者集めに使えるかもしれないが、猫も杓子も専門医では意味がない。 専門医を取得する労力、維持する労力を考えると取らない方がましな気がする。 専門医がであれば給料が良くなるとか何らかの見返りが必要だと思う。 でも今の日本の医療事情では不可能でしょう。 アメリカのように直接ドクターに診療報酬(Dr fee)が入るシステムでなければ無理でしょう。 結局はアメリカのまねをしただけの意味のないシステムに終わっている。 でも各学会は維持のための講習費や更新料で潤っているのではないのでしょうか？</p>
<p>専門医制度はその科の最低基準として考えれば良く、その中でさらに専門認定をすれば良い。</p>
<p>専門性を考え、大まかな専門医はあって良い。</p>
<p>専門分野において他科の者からアドバイスを求められる。頼られる。</p>
<p>専門領域の治療成績がよいこと</p>
<p>理想とするものはないが 現在の専門医はあくまでも学会の認定であり 臨床能力とはまったく関連がない 専門医に何を求めるか また其れに対するアドバンテージは何なのかをはっきりしないまま考えても堂々巡りであろう</p>

<p>ある程度の経験を持った医師は何らかの専門医を一つ持っていればよい。医師として臨床経験を積んできた証としてなら有効である。ただ専門医自体が治療そのものをうまくできるわけでもないので治療により専門医で無ければできないものと制限を安易に設けるべきではない。治療において専門医が独占的に扱うこととなれば医療の発展または医療費の抑制にもつながらない。また専門医も地域配分にバランスがかけられているため患者さんの利便性につながらない。</p>
<p>まず 一般臨床ができての専門医であると思います。専門医でないから わからないでは 医師免許の意味がない。今は 専門医思考でおかしい。救急医療を含めての 総合臨床の知識・診断ができて、さらにある分野では、知識が豊富であるのが その分野の専門医。専門分野しかできないのは 専門医ではなく、臨床医としても失格であると思います。</p>
<p>外科系の場合技術が伴うこと</p>
<p>厳格な試験により、人数を絞るべき。また、専門医に対する経済的インセンティブを大きくするべき。医師のレベル向上とモチベーションの向上には必須だと考えます。</p>
<p>現在の専門医のほとんどは、名前ばかりで実際の診療に結びついていないように思う。専門医のみができる診断・治療をきちんと明確化し、開業医の表示についても厳密に分けるべきである。その代わり、卒後でも必要に応じた専門医を取れるように、しっかりとした卒後教育制度が作られるべきである。例えば、通信教育などによって専門医を取れるようになると良い。</p>
<p>手術に特化できる状況です。</p>
<p>専門医の報酬が増えることが望ましい。</p>
<p>専門医は国民や患者に対しての宣伝材料では無く、ある学会での習得能力や技能の認定であるとかんがえる。必ずしも患者・国民にこの医者が、専門医の資格がなにて、何の認定医を持っているかは、知らず必要はない。学会が自分達のスキルアップの為に行っているものとし、これからの専門家でない第三者機関が認定するのは本末転倒である。今後も学会主導で、学会専門医を、育てていく必要があると思います。</p>
<p>専門医を保持することに対するインセンティブが必要</p>
<p>専門医資格者に診療報酬のアドバンテージを与えるべきである</p>
<p>専門医自身が更に経験や技術を向上できたり、後進にそれを伝えたりできる機会・施設が提供される環境が広く全国にあることが第一の理想と考える。</p>
<p>専門医制度を厳格化→ドクターフィーに格差をつけなければ専門医になるメリットがない→必然的にアクセス制限が必要となる。⇒現実問題としてフリーアクセスに近い日本では実現困難＝今の医療制度で理想の専門医像が描けるわけがない</p>
<p>専門領域で最低限の知識を持っている保証となればよい。</p>
<p>専門領域に関する基本的な医療行為を確実に理解し、ある程度の実務経験があり実行できること。</p>
<p>総合診療部門の専門医がいるといい。個人的に「スペシャリストは馬鹿でもなれる。」と考えている。単に単位取得ではなく、practical な経験を評価すべき。なかなか難しいが。単なる学会の金儲けはいらない。くだらん。</p>
<p>特定の科目についてすべて判断できる医師</p>
<p>あくまでも臨床力を主体とした専門医制度を構築すべき。</p>

エビデンスを考慮し、かつ実臨床における患者対応、治療の経験が豊富な医師です。知識だけでは不十分ですし、実際の患者対応は、現場での臨床経験の数が必要と考えます。
オールラウンドな医師
これからは専門医ではなく総合医
医局制度をもう一度立て直して その医局の下での専門医制度を再開すべきである
医者と患者双方から評価されるべき。
一定水準を確保し、患者さんから信頼され、保険上は保護される。
皆から信頼される本当のプロフェッション
実施される試験のみで取得できるような制度にはできないものか。
専門医とは、標榜する科目について標準的な知識、経験を有しており、一般的な疾患の適切な診断、治療(他院への紹介を含めて)ができれば、それで良いのではないかと考える。専門医とは何かをもっと周知する必要があると思う。専門医による医療に対して、専門医以外の医師との診療報酬に差がない現状には問題があると思うが、むやみに差をつけると専門医でない安価な医療に患者が流れる可能性もある。専門医資格の有無で裁判結果が左右されるなど、責任のみ負わされるようでは、資格取得への意欲は落ちるのではないか。一部の少数の専門医のみに認める医療行為というものが必要なかどうかは、要する技量などによって判断しなければいけないが、あまり絞り込みすぎると医療の委縮につながると思う。
専門医と臨床能力をドッキングさせるべき。
専門医の更新はもう少し簡略化すべきである。
専門医を取得した後の知識増進、維持のためのプログラムが必要。
専門医制度は学会の収入源でしかないように思います。
専門医選定に際しては、診療録や筆記試験だけでなく、臨床能力で評価すべきだが、じゃあ、実際にどうするかとなると、なかなか難しい。
理想は専門医で活躍したいが、都会の症例の多い病院の若い専門医と地方で経験を積んだ専門医との比較は難しい。
臨床においてすぐれた技術と知識を持っていること。それを生かせる環境で仕事ができる様にしてもらいたい。
臨床的な資格と研究歴とは一緒にできない部分も多い
論文の数でなく、きちんとした知識と技術を持ったものが選ばれるべき
学会から独立すべき
人間として、専門領域の外科医として、パーソナリティや診断能力、手術手技の完成度は最低評価されなければならない。また、患者の意見を聞き出す能力、専門用語を使わずに説明する能力も、見極めなければならない。現実的には不可能でしょう。教授になっている人間自体が上記の基準を満たしている人間は少ないと思える。技能認定のみで専門医を選ぶ方が、患者のメリットは大きいと思うが、現在の専門医の定義があいまいな気がする。
専門ジャンルを有し、患者さんが診療を希望してくるような専門医
専門医である以上は専門領域の医療ができることは当たり前と思うが、職場の状況等を考慮すると専門医の持ち腐れの状態もあるのではないか。



専門医としてはある程度厳しく認定し、それに見合った診療報酬の上乗せなどが必要であろう
専門医による治療について、保険医療 保険点数にも反映するべきである。
専門医制度が名誉のためか患者の安心のためか病院の患者集めのためか学会のカネ集めのためか給料のためか。何のためかによると思う。年取った教授や名誉教授に無条件でやるのもどうかと思う。
専門医制度はある一定の基準以上を保証するものであり、実力の優劣を保証しない。
専門科目に通じている。
全ての治療はできなくても、一通りの説明はできる。
特にありませんが、専門医であるとともに総合医である必要があると思います
あまりにも狭い特定の専門分野しか診療できない「専門医」が増えていることを危惧します。専門医制度と並行して(あるいは、含まれる形で)総合診療医の資格制度についても議論する必要があると思います。
その時点での標準的な実技は一通りできて、世界の第一線の臨床知識を継続して身につけることのできる医師。
その領域に学術的な知識と経験、治療手技を持ち合わせている医師。
診療報酬への反映が必要
政治家や官僚から独立していること
非専門医との区別・差別化を診療報酬等で明確に付けてゆく事
できるだけ臨床の実力があるようにしてほしい。
研究よりも臨床能力を重視している。
研究職的な専門馬鹿を専門医(臨床として)とすることは賛成できません。
治療を受ける側、患者を紹介する側(医療関係者)、治療に従事する者、すべてが納得する制度が理想であるが、おうおうにして微視的な視点からの大声で折り合わない そもそも病気になったことが問題なのに、医療に対する要求・不満が大きすぎる 良いものには、労力とお金がかかるという原則を理解せずに、医療を享受する側の論理ばかりをふりかざす今の風潮では、専門医制度は絶対に良くならない「尊敬と赦し」を感じなければ、医療者はますます殻に閉じこもるだろう
専門医に求められる学問的・技術的基準に 科によって 余りにも 難易度に差があると思われるので、これといったいいアイデアはありません。
専門医の認定は患者さんの医師選択の材料になるとともに、医師の収入に反映されることが望ましいと考えますが、それを公平に適切に認定する方法は難しいと考えます。
専門知識を持っていることに加え、社会的、人格的にも問題がない医師。
特定の権限と責任を持つべき
臨床についていえば、経験が正しく判断される試験等が施行できるといいのですが、..
やはり臨床能力を正当に判断されての専門医であってほしい。学会のお金儲けのため、重鎮の名誉のためであってはならない。また、専門医取得やその維持に必要な金額が高すぎる。さらに、専門医の資格により、保険点数には差があるべきと考える。
高い専門性により広く患者に貢献でき、所得も保証される医師。

<p>専門医か否か、得意分野か否かは医師自ら(個人)が判断すべきことで試験などで判定できるものではない。まして第三者機関など言わずもがなである。</p>
<p>専門医の資格に応じた診療報酬なり、給与の上乗せがあってもよからうと思います。</p>
<p>専門領域に関する知識と技術があり、患者の役に立つことが出来る医師。</p>
<p>全般的な知識、技術を持っていて、その上にさらにスペシャリストとしての知識、技術をもつ医師。</p>
<p>その担当科の分野で、指導的役割、オピニオンリーダーとなれる医師</p>
<p>現状の専門医とは、大凡、各学会が研修指導し認定したものであるが、専門医となるためのハードルの高さは各学会により異なっている。又、専門医取得後の自己研鑽の評価・専門医としてのレベルのチェックなど、専門医取得継続のためのハードルは低い。本来の意味からすれば、ある一定以上のレベルを有する医師が専門医となり、その資格が与えられることによって何らかのメリットがあり、又、専門医を継続するために自己研鑽・研修を必要とする何らかのチェックシステムが必要と考える。</p>
<p>国家資格としてきわめて厳格な基準で認定すべき。</p>
<p>作りすぎである 開業医には専門性は必要がないし、あさくてもいいが幅広く経験のみが求められる学位と同じで、取得することは経験としては必要だが、開業医が更新する意味がない 更新するのは学会の資金集め、会員数集めにも見える 開業して必要なくなった専門医は放棄させればよいが、学会や講演会の人数集め資金集め、会員数増加に必要としか思えない 資金集めが必要ななら、更新しなくてもよい開業医にタナ上げにしてしまうようなこしょうを与えて、退会させず会費だけ集めればよいと思う 退会させてもよいなら更新時にもっとハードルを上げて、学会活動をやめた開業医を締め出すべきだ 大病院の勤務医は専門性を追求する必要があり更新してスキルアップする必要があると思う</p>
<p>資格を有し、その疾患に対して勉強、研鑽しているひとなら資格あり</p>
<p>診療所では必要なし</p>
<p>専門医の制度は、なくて良い。</p>
<p>専門医は必要とは思われるが、今の研修のやり方では本来の能力、実力はわからない。各科による一定の基準を設けるべきと思う。また、その専門医の維持に多大な時間を割かなければならない現状の改善も必要と思われる。</p>
<p>専門医取得後 20 年以上が経過した。いくら努力しても開業後は最先端にはついていけない。</p>
<p>専門領域に関して豊富な知識をもち、精度の高い治療(手術など)が滞りなくできる</p>
<p>臨床経験に基づいた評価をすべきである。専門医のみに限られる治療項目は作るべきではない。</p>

< 卒後 31 年以上 >

<p>学会の数が多すぎる中、それぞれの小さな学会でも専門医を認定している現状は異常な印象を受ける。 専門医を取得しても何らメリットがないのが現状。</p>
<p>臓器別専門医は必要ない。</p>
<p>知識だけでなく技術力も必要。</p>
<p>医学、医療の水準のために専門医的な考えは必要であるが、それが患者や社会が必要としている医療に結びついているとは言えない。当面は色々な試行錯誤が必要。大幅な規制や特化を避けなが</p>

ら、進める方が良いでしょう。
一般臨床をある程度経験し、その後人間としての素養を鑑みて、専門医取得とする。手術能力などは、経験の積み重ねによるしかない。
極少数で一般医のアドバイザーとなる医師。
実際にはまともな(見せかけではなく内容が伴ったもの)手術ができない外科系専門医がかなり多数存在する。ペーパーテスト、業績に偏った認定基準のためだと思われる。シュミレーターなどを用いた実技試験の導入が必要。
専門医は、地域に偏りなく存在するようにしなければならない。
狭く深くが専門医制度での専門医でしょうが、診療所勤務は広く浅くの中に少し深くで良く、これもある意味専門医と思っています。
現在の「専門医制度」は学会の資金調達という面が大きいかと思いますが、それを分かった上で取得される方が多いでしょうから、別にとやかく言うべき筋合いではないかと思います。私は約20年専門医でしたが、5年前に更新の意味を見いだせず、返上しました。専門医でないからといって、別に何の支障もありません。現行の専門医は学位(医学博士)と同程度に無意味なものかと思います。かといって、制度を厳格なものとするという話も、労多くして実り少なしかと思います(制度運営とメリットとのバランスを考えた場合、あまり意味のない話かと)。
現在有る認定□の中では、誰もが認めるのは、外科では内視鏡外科学会の技術認定のみと思います。内科系の技量を評価するのに比べて外科系の技量を評価するのはとても難しいと思います。
現状は肩書きだけに過ぎない、専門医に限定した医療行為を儲け、保険点数も専門医が専門の医療を行う場合に加点をし、専門医維持の基準も厳格にすることで、結果として無駄な医療費削減を考えるべき
専門医の資格審査は厳重にすべきであるが、学会の出席ポイントなどは参考程度の方が良いのではないか。
現在の専門医制度は学会の集金システムになっているので、技能面とは関係がないと考えている。
診療報酬に反映させて欲しい。
専門医制度そのものを最高すべき
アメリカのように専門医の研修制度があれば専門医を厳格にできるが、日本では研修制度が施設によって違うので今のままの名前だけの専門医が良い。
きちんとした研修プログラムの下で、臨床経験の豊富な上級医による指導と、その後に資格認定試験をパスして初めて専門医となる。その後も研修を義務付け 5年に1度程度更新を行う。
専門医を標榜する分野のエキスパートが理想であるが、人間の能力からその分野の全てにおいてエキスパートになることは困難。現実的にはある程度の基準を満たす知識と技量があれば専門医とする。
専門知識と臨床能力の両方が一定以上の高いレベルを有するものを専門医として認定すべきであるが、そのような指導・判定能力を有する試験官が不足していると思われる
その疾患に対し常に技術、知識ともに向上心を持つこと

外科系の専門医は自信の持てる手術を持っているかどうかだと思ふ 開業してしまうと手術はできないのだが…

広く一般の領域がこなせるようになる7～8年は、最低限の修練期間とし、およそ10年の臨床経験を条件とする。

現状として専門職種以外の業務が多すぎるので、専門医ならば、少なくとも業務内容の7-8割りは専門職種に専念できる環境づくりが臨まれます。

その分野の広い専門性と経験が必要である。どのような施設でどのような指導者の基で、専門医になる勉強を行ったか、経験した症例数や手術数を含めて、第三者が評価すべきである。いくつかの学会発表も義務付けるべきである。指導医になる人には一定の評価を得なければならない。患者および同じ組織で勤務する医療従事者の評価も必要と考える。

学識だけではなく人間的にも医師として常識のある人物であってほしい

専門医になっても会費が増えるのみで収入なし

専門医を取得したら、何らかのメリットがあるようにすべきである。

現制度は、各学会が資金集めに利用している色強い。学問的技術的な医療の向上にはあまり貢献していないと見える。

日本の専門医資格取得は少し簡単に思える。欧米では実技の教育に力を入れているので、レジデント教育の体制をきちんとすべきです。資格取得は難しく、維持は楽しくというのが私の考えです。

専門医制度は、やはり診療科標榜の際に必要です。看板・封筒などに書いても良いようにすれば信頼度も 価値も上がります。

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
平成23年度研究報告書

多相生命表の原理を用いた診療科別医師数の将来推計に関する研究

研究協力者 松本伸哉 東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻 客員研究員

**研究要旨**

【目的】本研究では、多相生命表の原理を用いて診療科ごとの医師数の将来推計を行うとともに、同原理を用いた診療科医師数の将来推計の特色、推計結果の解釈についての留意点について把握を行うことを目的とした。

【方法】連続する2回の医師・歯科医師・薬剤師調査のデータを用いて、診療科群ごとに多相生命表の原理を用いて医師数の将来推計を行った。本研究では、2004年から2006年の変化と、2006年から2008年の変化を元に推計を行い、二つの変化を元に推計した結果を比較した。また、診療科ごとの医師の将来推計を行ったのちに、総人口の将来推計を行い2010年の公表値と比較を行った。さらに、人口10万人当たりの医師数を求めた。

【結果】診療科によっては、いったん減少を示すこともあるが、総医師数は今後も増加し続け、各診療科とも将来的には増加するとの推計が得られた。人口10万人あたりでも、医師数は今後とも増加し、今後10年で15%程度増加するとの推計が得られた。

【考察】多相生命表を用いて連続する2回のデータを用いて、将来の医師数の推計を行った結果、現在は、新設医大設立による医学部定員増加後の定員に従った医師数が供給されている一方、定員増加前の定員の元で養成された医師が退職しているため、この差により、今後しばらくは医師の数は増加し続ける状況にあることが明らかとなった。多相生命表を用いた将来推計は、状態間の変化を元に将来を推計することが可能であり、わずかな変化を検知することができる一方、2004年から2006年の研修制度の変更、2006年から2008年の調査選択肢の変更の影響を受ける点にも留意が必要であることが明らかとなった。

**A. 研究目的**

本研究では、医師・歯科医師・薬剤師調査（以下「三師調査」）の調査結果をもとに多相生命表の原理を用いて、2012年度までの医学定員数を反映させた推計を行うとともに、公表された2010年の三師調査の調査結果と比較することで、

各診療科の医師数の推計値の評価を行うことにより、多相生命表の原理を用いた診療科別医師数の将来推計の特色、推計結果の解釈についての留意点について把握を行うことを目的とした。

**B. 研究方法**

三師調査に係る調査票情報の提供を統計法に基づき申請、許可を得てデータ分析を行った。

連続する2回の三師調査のデータを用いて、診療科群ごとに多相生命表の原理(図1)を用いて医師数の将来推計を行った。さらに、本研究では、2004年から2006年の変化と、2006年から2008年の変化の二つの変化を元に推計を行い、比較した。比較を行うことにより、両結果に共通する大きな傾向を導き出した。

本研究では、三師調査で届出を行った医師の数を総医師数とした。また、医籍登録番号の増分から各年における医籍登録者数を求め、総医師数との差を、無届の医師とみなした。本研究においては、医籍番号登録後68年間を対象とし、これ以降は届出がないものとして取り扱った。また、男女の区別は行わずに推計を実施した。

診療科群は、三師調査の主たる診療科の選択肢を、表1と表2に従って、内科、小児科、精神科、外科、産婦人科、その他に分類した。2006年と2008年で、診療科の選択肢に変更があり、2008年に消化器外科が新設された。このため、2006年に消化器科と回答し、2008年に消化器外科と回答している医師を2006年においても消化器外科であったが、選択肢がないために消化器科と回答したとみなし、外科に所属していたとみなした。さらに、2006年に存在し、2008年におおむね一致しているが、若干異なる選択肢として、「呼吸器科」が「呼吸器内科」、「循環器科」が「循環器内科」、「消化器科(胃腸科)」が「消化器内科(胃腸内科)」、「心臓血管外科」が「循環器外科(心臓・血管外科)」、「気管食道科」が

「気管食道外科」、「こう門科」が「肛門外科」、「病理」が「病理診断科」、「救命救急」が「救急科」、「研修医」が「臨床研修医」がある。新設されたものとして、「腎臓内科」、「糖尿病内科(代謝内科)」、「血液内科」、「感染症内科」、「乳腺外科」、「臨床検査科」、廃止されたものとして「神経科」、「性病科」がある。また、主たる診療科を記入していない「無記入」の医師を、「その他」に分類した。

最近の入学定員数の増加の効果をみるために、2012年度までの増加を考慮し、シミュレーションを実施した。将来推計における新規医籍登録者数は、医学部定員を6年後にスライドし、合格率を7313/7630; 95.85%(2000年入学実績)とし、推定した。入学定員は、2007年度まで7625人、2008年度は7793人、2009年度は8486人、2010年度は8846人、2011年度は8923人、2012年度は8991人とした。2012年度以降の入学定員を8991人としてシミュレーションを実施した。

診療科ごとの医師の将来推計を行ったのちに、国立社会保障・人口問題研究所による総人口の中位将来推計をもとに、人口10万人当たりの医師数を求めた。2004年から2006年の変化をもとに推計を行った結果と2006年から2008年の変化をもとに推計を行った結果との比較を行った。また、国から公表された2010年の医師・歯科医師・薬剤師調査における診療科ごとの人数と比較を行った。

## C. 研究結果

図2に総医師数の将来推計を示す。総

医師数は今後も増加し続けるとの推計が得られた。公表された 2010 年の総医師数をほぼ推定できたものと思われる。表 3、4 に人口 10 万人当たりの医師数を示す。人口 10 万人あたりでも、医師数は今後とも増加し、今後 10 年で 15%程度増加するとの推計が得られた。図 3 に内科医師数の将来推計、図 4 に小児科医師数の将来推計を示す。内科と小児科は、2004-2006 の変化を元にした推計と、2006-2008 の変化を元にした推計で大きな変化はなく、増加する傾向を示していた。公表された 2010 年の内科の医師数は 2006-2008 の変化を元にした推計値とほぼ同じであった。2010 年の小児科の医師数は、二つの推計値よりも多かった。図 5 に外科医師数の将来推計を示す。外科では、2004-2006 の変化を元にした推計と、2006-2008 の変化を元にした推計では、推計開始時点の人数が異なっていた。また、2004-2006 の変化を元にした推定では、直近では若干減少し、その後増加に転ずるような傾向を示していた。2006-2008 の変化を元にした推計では、直近ではほとんど増加せず、その後増加する傾向がみられた。公表された 2010 年の外科の医師数は 2006-2008 の変化を元にした推計値とほぼ同じであった。図 6 に産婦人科医師の将来推計を示す。産婦人科では、2004-2006 の変化を元にした推計と、2006-2008 の変化を元にした推計では、推計開始時点の人数が異なっているものの、直近では若干減少し、その後増加に転ずるような傾向を示していた。公表された 2010 年の産婦人科の医師数は 2006-2008 の変化を元にした推計値を上回っていた。図 7 に精神科医師数の将来推計を示す。精神科は、

2004-2006 の変化を元にした推計で、上昇する傾向を示していたが、2006-2008 の変化を元にした推計では、さらに上昇する傾向を示した。公表された 2010 年の精神科の医師数は 2006-2008 の変化を元にした推計値とほぼ同じであった。図 8 にその他の診療科の医師数の将来推計を示す。2004-2006 の変化を元にした推計では、上昇する傾向を示していたが、2006-2008 の変化を元にした推計では、直近では大きな増加を示していなかった。公表された 2010 年のその他の医師数は二つの推計の間となっていた。

#### D. 考察

本研究では、診療科別の医師数の将来推計を行ったところ、今後も医師数は増加し続けるとの結果が得られた。1970 年代の新設医大設立によりの医学部定員の大幅増があった。現在は、この増加後の定員に相当する医師数が供給されており、増加前の定員に相当する医師数が退職している。この差により、今後しばらくは医師の数は増加し続ける。しかし診療科別にみると、医師の診療科選択の変化の影響で、外科、産婦人科など、若い医師によって選択割合の低い診療科では、医師数の低下が見込まれる。

2006 年から 2008 年では、三師調査における、診療科の選択肢が変更され、外科・内科に分割された診療科があり、分割後の 2008 年から 2006 年の分類の推定を行っている。このため、診療科分類の変更が推計結果に影響を及ぼした可能性があったと考えられる。

総医師数の推計で、2004 年から 2006 年をもとにした推計よりも、2006 年か

ら 2008 年をもとにした推計のほうが上回っていた。これは、2008 年に医師が復帰したことなどによる届出割合の変化によるものと考えられる。2010 年の調査は、2008 年と同じ選択肢を用いており、ほぼ推定値と一致しているが、届出割合の変化とともに、2006 年の診療科の選択肢の違いが推計に影響を与えているものと考えられる。

内科の医師数は、2004 年から 2006 年の変化を元にした推計より、2006 年から 2008 年までの変化を元にした推計が上回っていた。2008 年に、内科として分類すべき診療科が選択肢として増設された（腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科）。これらの診療科を選択している医師は、2006 年では、主たる診療科として「内科」を選択していたものと考えられるが、「その他」を選択していた可能性もあり、その場合には、その他としてカウントしており、影響が現れたと思われる。2010 年の内科の医師数は、ほぼ推計値通りであるが、内科に含まれる選択肢の変更による影響があると考えられる。

小児科は、2004 年から 2006 年の変化を元にした推計よりも、2006 年から 2008 年の変化を元にした推計の方が、将来の医師数が下回っていた。2010 年の小児科の医師数は推計値より上回っていた。増加の傾向が鈍っていく傾向が鈍っていく傾向がみられていた。

外科の医師数は、2004 年から 2006 年の変化を元にした推計より、2006 年から 2008 年までの変化を元にした推計が上回っていた。2008 年に、外科に分類すべき診療科の選択肢が追加された（乳腺外科）。乳腺外科を選択している医師

は、2006 年では、主たる診療科として「外科」を選択していたものと考えられるが、「その他」を選択していた可能性もあり、その場合には、その他としてカウントしてしまっており、このような影響が現れたと思われる。2010 年の外科医の数は、2006 年から 2008 年の推計値より若干多い。外科に含まれる診療科が変更された影響が推計値に反映していると考えられる。

産婦人科の医師数は、2004 年から 2006 年の変化を元にした推計に対して、2006 年から 2008 年までの変化を元にした推計が、初期の人数が異なっていたが、いずれも、いったん減少した後に、上昇に転ずる傾向を示していた。三師調査から得られる産婦人科の医師数は、2004 年 12,156 人、2006 年 11,783 人、2008 年に 11,961 人となっており、多相生命表の原理を用いて医師数の将来推計を行うと、三師調査の結果に先行して、将来的な傾向を大まかにではあるが示すことのできる可能性が示唆された。このことは、多相生命表が医師数の将来推計への応用可能性を示す結果として注目される。

精神科の医師数は、2004 年から 2006 年の変化を元にした推計に対して、2006 年から 2008 年までの変化を元にした推計が、上昇する傾向を示していた。精神科はこの 2 年で増加傾向を示している。2010 年の精神科の医師数は、2006 年から 2008 年を元にした推計値とほぼ一致していた。

その他の医師数は、2004 年から 2006 年の変化を元にした推計に対して、2006 年から 2008 年までの変化を元にした推計が、下回っていた。研修制度の変更に、3 年目、4 年目の位置づけが異な



っており、「その他」が研修医を含むので、2004年から2006年時点で増加し、その後一定数を保つような傾向が表れたものと考えられる。2010年のその他の医師数は、2006年から2008年を元にした推計よりも多かった。その他の診療科は選択肢の変更の影響を受けやすいため、このような結果になったと考えられる。

また、医師数の将来推計を実施したが、医師の供給の問題を考える場合には、供給の側面だけではなく、需要の側面も必要である。本研究では簡易的に、人口10万人当たりの医師数を用いた。この推計には将来の人口推計の精度が問題となる。また、人口分布の変化による必要とする医療の量の変化や、医療の高度化に伴う必要とする医師の数の増加も考慮に入れることにより精度の高い需給関係を推測することが可能である。

## E. 結論

今後も、1970年代の医学部定員の増加の影響により総医師数は増加し続ける。診療科別では、減少をする診療科も存在するが、増加に転じるものと考えられる。

多相生命表を用いた将来推計は、状態間の変化を元に将来を推計することが可能であり、わずかな変化を検知することができる。だが、診療科選択肢の変更、研修制度の変更なども反映されるので、留意が必要である。多相生命表を用いた診療科別の将来推計では、制度変更がなく、診療科の選択肢の変更がないときに実施したほうがより正確な推計が可能と考えられる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

松本伸哉、小池創一、児玉知子、井出博生、今村知明. 医師数の将来推計に関する一考察. 第69回日本公衆衛生学会総会, 東京, 2010.10

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 多相生命表の原理を用いた医師の将来推計の原理について

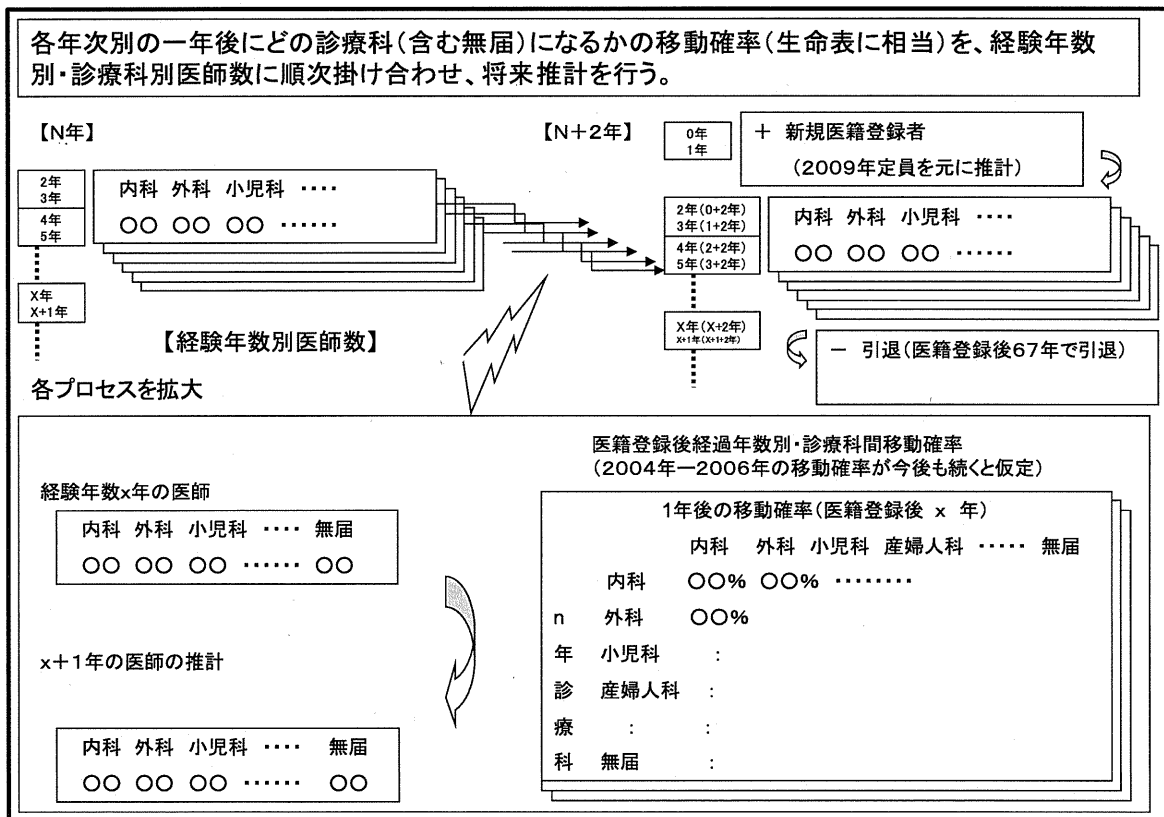


図2 総医師数将来推計

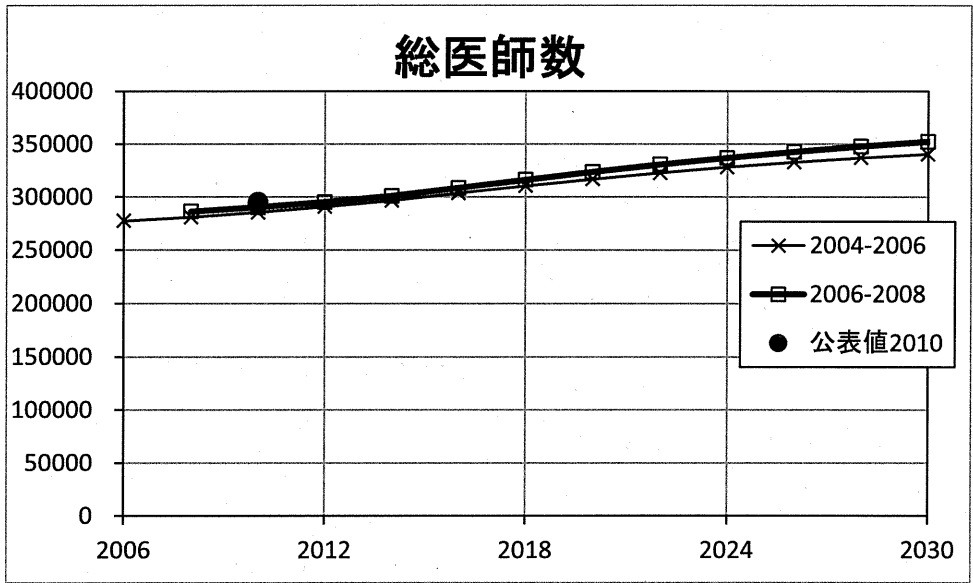


图3 内科医师数将来推計

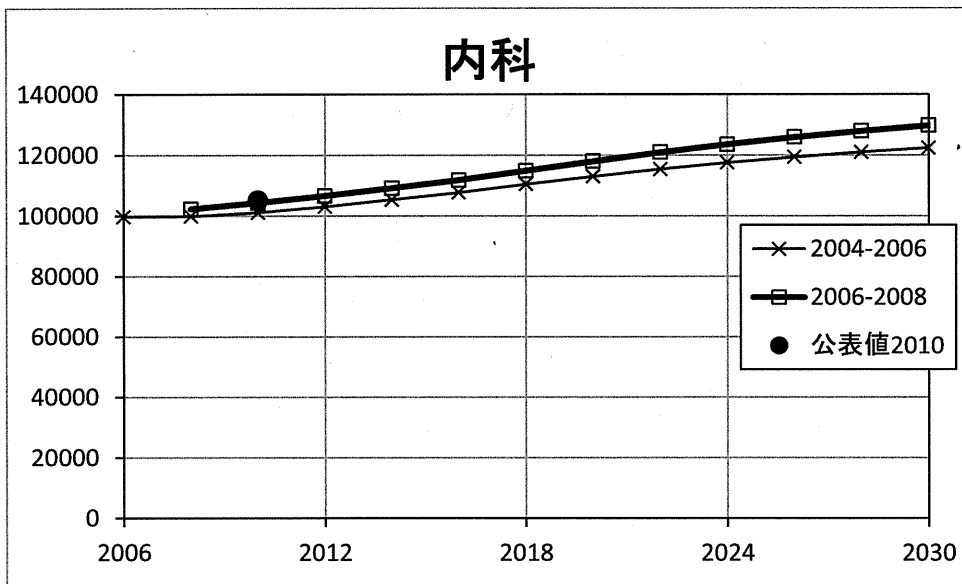


图4 小児科医师数将来推計

