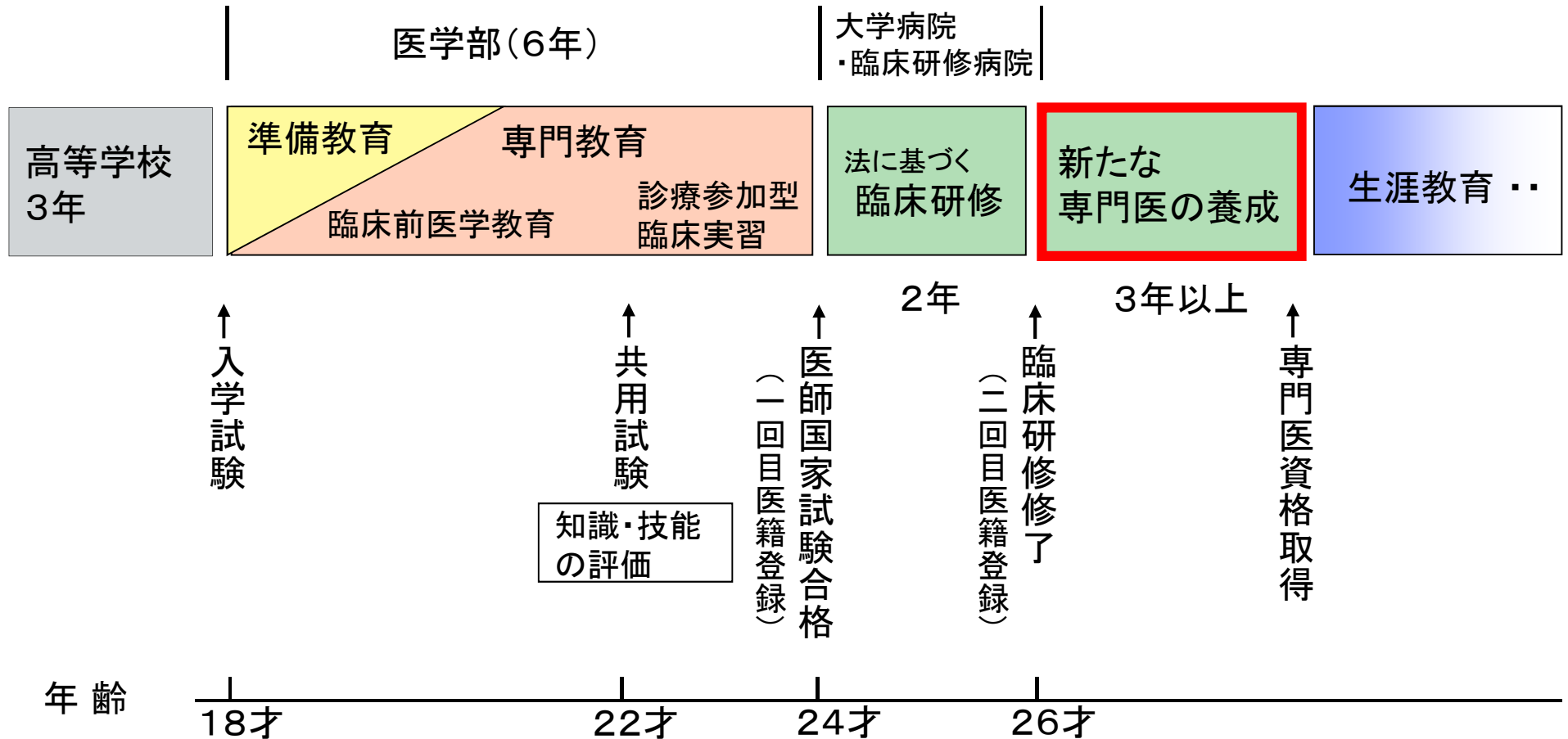


# 専門医に関する経緯と最近の動向について

平成29年4月24日

# 新たな専門医の養成について



# 専門医に関する議論の背景

## 専門医の質

- ・各学会が、自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用。
- ・学会の認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念。

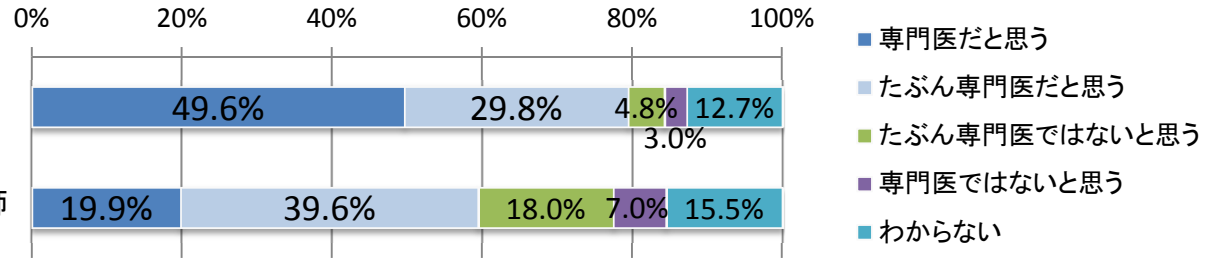
## 求められる専門医像

- ・専門医としての能力について、医師と国民との間に捉え方のギャップが存在。
- ・現在の専門医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていない。

### <イメージする専門医像>

テレビなどで取り上げられているスーパードクター

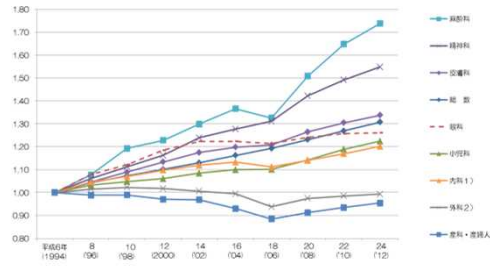
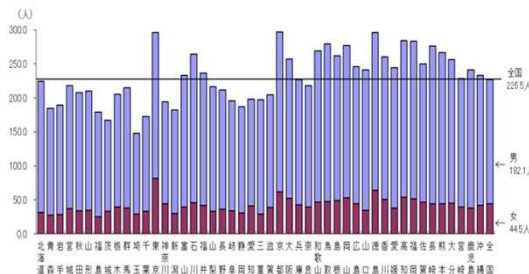
診療所(医院・クリニック)から紹介された医療機関の医師



出典：(社)日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書

## 地域医療との関係

- ・医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。



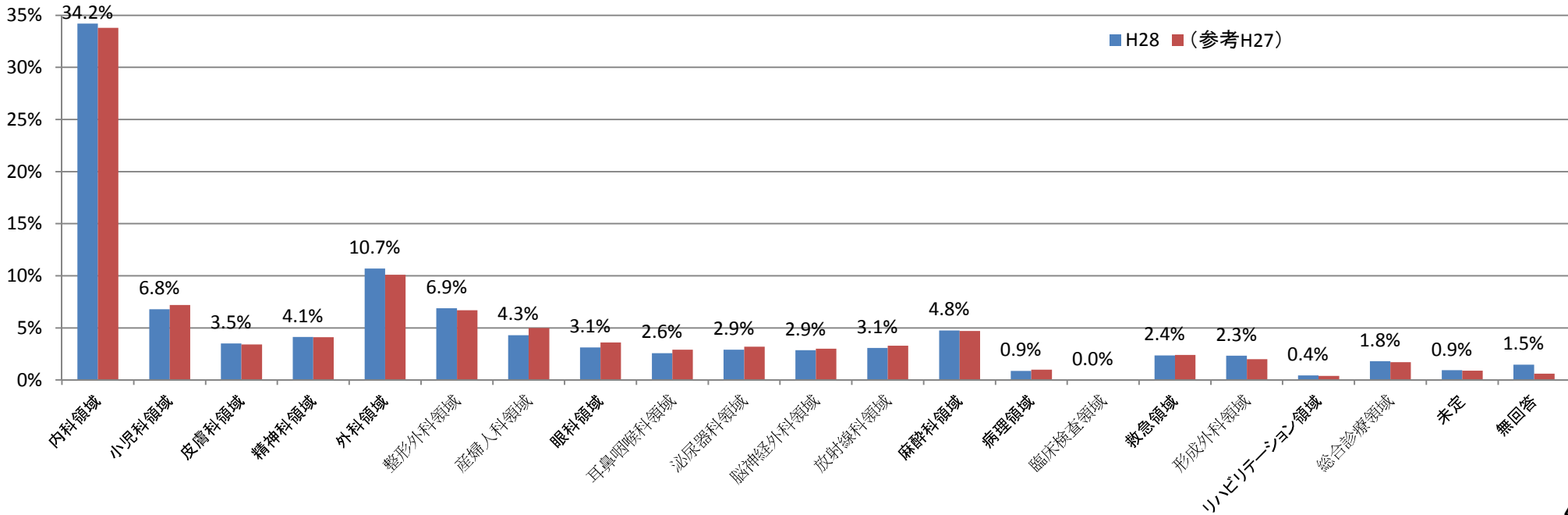
# 専門医資格の取得希望

○男女ともに9割以上が専門医資格の取得を希望している。

## 専門医資格の取得希望(性別・年齢別)

	男性	女性	不詳	合計	20代	30代	40代以上	不詳	合計	(参考H27)
はい	92.6%	92.9%	91.2%	92.6%	93.6%	89.2%	82.9%	88.8%	92.6%	91%
いいえ	1.4%	0.6%	0.9%	1.2%	0.9%	2.2%	7.3%	0.5%	1.2%	1%
わからない・まだ決めていない	3.5%	3.7%	3.7%	3.6%	3.1%	5.5%	9.8%	5.1%	3.6%	5%
無回答	2.5%	2.7%	4.2%	2.6%	2.5%	3.1%	0.0%	5.6%	2.6%	3%

## 専門医資格を取得したいと思っている診療領域(資格取得希望者単数回答(n=5,589))



(出典) 平成28年臨床研修修了者アンケート調査

# 新たな専門医に関する仕組みについて (専門医の在り方に関する検討会(高久史磨座長) 概要)

H25.4.22

## 趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

## 現状

- |             |                                    |
|-------------|------------------------------------|
| <専門医の質>     | 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。 |
| <求められる専門医像> | 専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。    |
| <地域医療との関係>  | 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。       |

## 新たな仕組みの概要

### (基本的な考え方)

- 国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計。

### (中立的な第三者機関)

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

### (専門医の養成・認定・更新)

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。
- 広告制度(医師の専門性に関する資格名等の広告)を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

### (総合診療専門医)

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

### (地域医療との関係)

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等(診療所を含む)が**病院群**を構成して実施。

### (スケジュール)

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始\*。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

※ 平成30年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

## 期待される効果

○専門医の質の一層の向上(良質な医療の提供)

○医療提供体制の改善

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

## 新たな専門医制度の基本設計

### サブスペシャリティ領域（29 領域）

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

### 基本領域（19 領域）

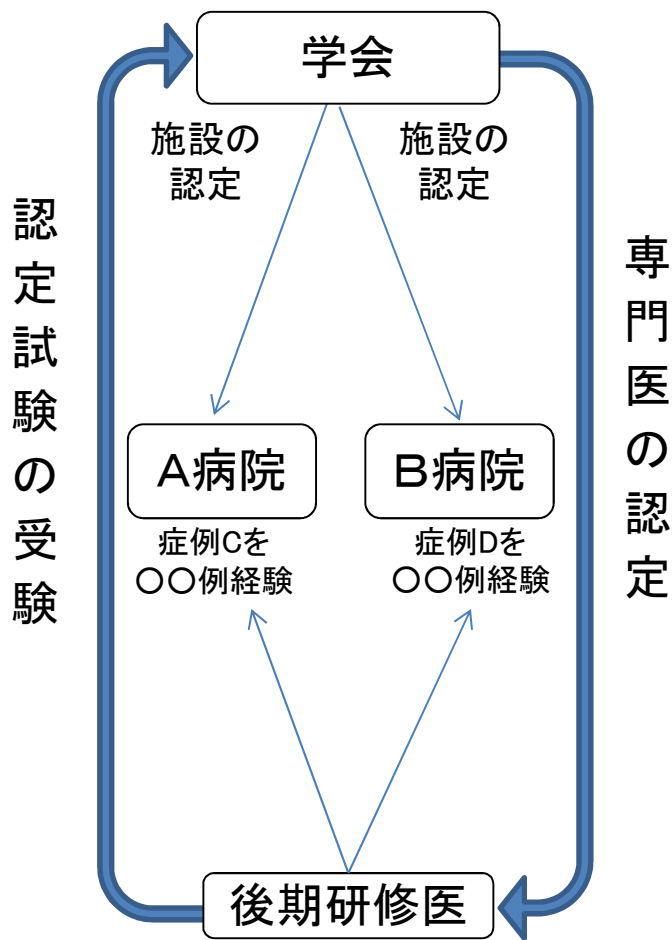
内科 小児科 皮膚科 精神科 外科 整形外科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科 麻酔科 病理 臨床検査 救急科 形成外科 リハビリテーション科 **総合診療**

# 従来の専門医認定と新たな専門医認定の比較(イメージ)

## 従来の専門医認定(カリキュラム制)

学会が、一定の基準を満たす病院を研修施設として認定し、研修医は個別の研修施設を選択して研修

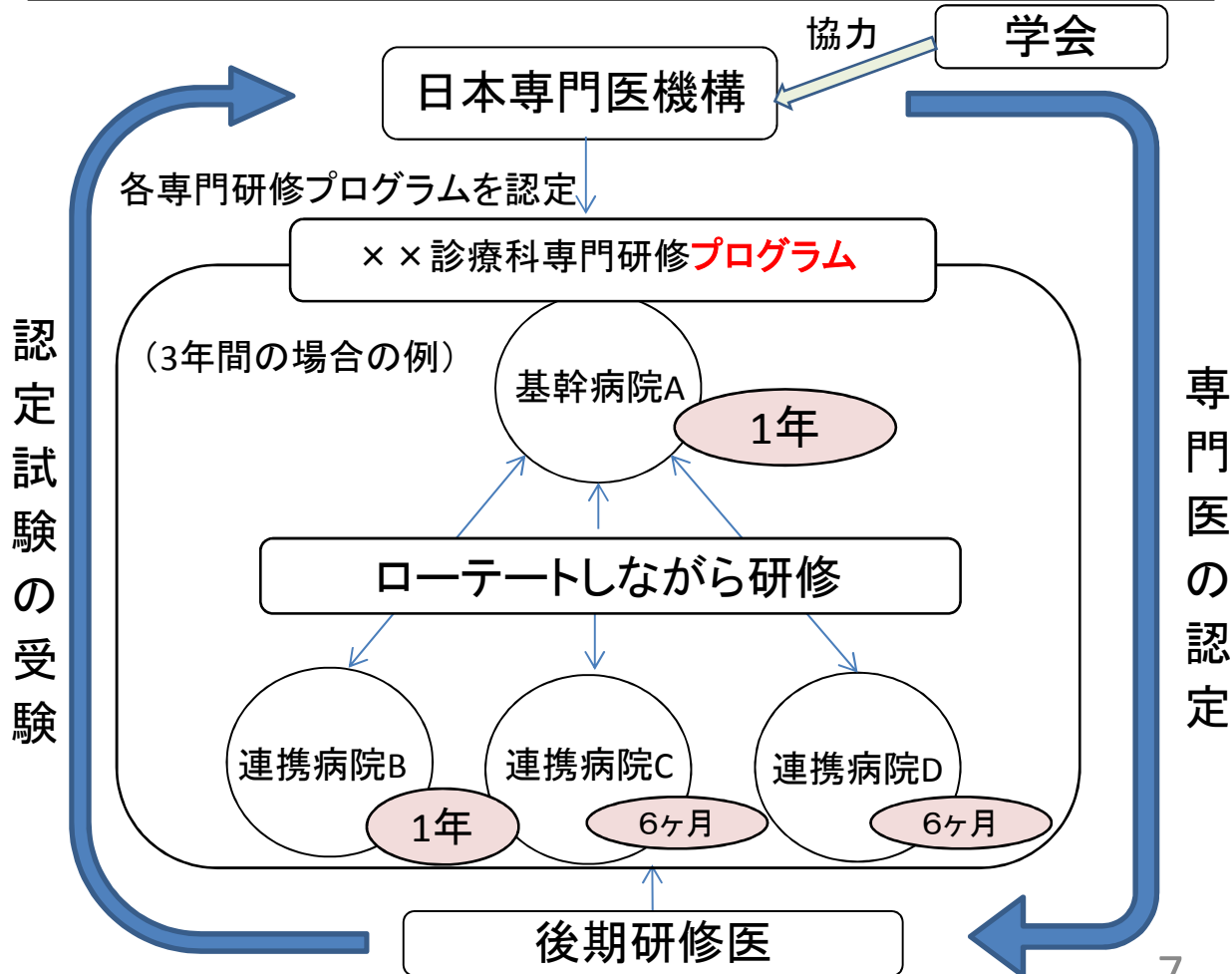
【受験資格】症例Cを〇〇例、症例Dを〇〇例経験したこと等 (研修期間や研修病院に制限はない)



## 新たな専門医認定(プログラム制)

日本専門医機構が、指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、研修医は基幹施設・連携病院をローテートして研修

【受験資格】プログラムに基づき、症例を経験しながら研修施設をローテートすること等 (研修期間や研修病院が設定されている)



# 新たな専門医の仕組みの経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機 構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成26～27年	機 構	専門医制度整備指針及び(領域ごとの)プログラム認定基準の策定、申請されたプログラムの審査等
平成28年2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される
6月7日	日医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」 ※専門医機構及び基本領域学会に対する要望書 <ul style="list-style-type: none"> <li>・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置</li> <li>・新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査</li> </ul>
6月7日	大臣談話	「要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。」
6月27日	機 構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に
7月20日	機 構	「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」(精査の場)を開催 <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一斉に開始</li> </ul>
7月25日	機 構	社員総会を開催し、施行開始を1年間延期することを正式に決定。
12月16日	機 構	社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定 <ul style="list-style-type: none"> <li>・基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする</li> <li>・機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会に事前協議</li> <li>・妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応 等</li> </ul>
平成29年2月15日	機 構	総合診療専門医に関する委員会を開催し、研修プログラムの内容等を議論
2月17日 3月17日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則および補足説明を議論 → 3月21日よりパブリックコメント開始
4月24日	厚労省	「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」開催

- (予定)○ 今後、運用細則を策定するとともに、作成されたプログラム認定基準が新整備指針に沿っているかチェック  
○ 機構は、研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と事前に協議



# 専門医に関する要望等について①

○ 公益社団法人 日本医師会 平成28年11月18日

1. 基幹施設の基準は、大学病院のみ認定されるような基準とすることなく、原則として、都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も含め複数の基幹施設が認定される基準とすること。
2. 従来 of 学会認定制度において専門医を養成していた医療機関が専攻医の受入れを希望する場合は、連携施設となれること。
3. 専攻医のローテーションについては、特別な症例を経験するために必要になるなどの事情がなければ、原則として、6ヵ月未満で所属が変わらないこと。
4. 専攻医の集中する都市部の都府県に基幹施設があるプログラムは、原則として、募集定員が過去3年間の専攻医の採用実績平均を超えないこと。
5. 専攻医の採用は、基幹施設だけではなく、連携施設でも行えること。
6. プログラムの認定に当たっては、各都道府県協議会において、医師会、大学、病院団体等の地域医療関係者の了解を得ること。
7. 研修機関については、妊娠、出産、育児等の理由により中断することができ、かつ、6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修を延長しないですむこと。また、6ヶ月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされること。

# 日本医師会要望にかかる専門医制度整備指針の対応状況

日本医師会要望(概要) (平成28年11月18日)	対応の内容 (平成29年4月24日現在)
1. 基幹施設の基準は、都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も認定される基準とすること。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする。</li> </ul> ※専攻医の多い診療科(内科、外科、小児、産婦、救急、精神、整形、麻酔)では、都道府県ごとに、大学病院以外の基幹施設を置く基準
2. 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、連携施設となれること。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、基幹施設の承認のもと連携施設となれる。</li> </ul>
3. 専攻医のローテーションは、原則として、6ヵ月未満で所属が変わらないこと。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 原則として、基幹施設での研修は6ヵ月以上とし、連携施設での研修は3ヵ月未満とならないように努める。</li> </ul>
4. 都市部のプログラムは、原則として、募集定員が過去3年間の専攻医の採用実績平均を超えないこと。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 都市部への集中を防ぐため、都市部の研修プログラムの定員等についてルールを定める。</li> </ul> ※5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)では、原則として、募集定員が過去3年間の採用実績の平均を超えない
5. 専攻医の採用は、基幹施設だけではなく、連携施設でも行えること。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 基幹施設、連携施設、関連施設等で専攻医の採用が可能。</li> </ul>
6. プログラムの認定は、各都道府県協議会において、医師会、大学、病院団体等の地域医療関係者の了解を得ること。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 機構は、研修プログラムを承認するに際し、行政、医師会、大学、病院団体からなる各都道府県協議会と事前に協議し決定する。</li> </ul>
7. 研修期間については、妊娠、出産、育児等の理由により中断することができ、かつ、6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修を延長しないですむこと。また、6ヶ月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされること。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定の理由(海外への留学、妊娠・出産・育児など)で専門研修が困難な場合は、中断することができる。</li> <li>● 6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修期間の延長を要しない。</li> <li>● また、6か月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされる。</li> </ul>

# 専門医に関する要望等について②

○ 全国市長会会長代理 松浦正人 平成29年4月12日

「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」（抜粋）

## 1. 中小規模病院が危機に陥る懸念

- すべての医師を機構の認定する専門医に振り分けるとなると、専門外の診療を敬遠する傾向が生まれ、多くの専門科を整備できない中小病院での診療が困難になる

## 2. 地方創生に逆行する危険と医師偏在の助長

- 大学病院や大病院の所在地以外の地域は医師不足が助長

## 3. 医師の診療活動開始年齢の遅延と医療コスト増大

- 専門医取得を義務づけられることになりかねない。これでは、6年間の医学部の学生生活に加え、5年以上の研修を経ないと第一線に立てないことになり、結果的に地方の医師不足に拍車がかかる
- あらゆる疾患に対し専門的な検査や診療がなされれば、医療費の増大による財源問題も議論が必要。

## 4. 初期研修制度導入時に立ち返りPDCAで考えるべき

- 医学教育6年間を経て医師国家試験に合格し2年間の初期研修を修了した医師は、制度的に総合診療が出来るべきであり、総合診療専門医など、上書きの専門医教育を義務化するより、初期研修も含めた医学教育を根本的に見直すべき

## 5. 若手医師たちに義務的に医局生活を強いる理不尽

- 医療倫理の教育をはじめ学会が認める論文発表など基幹施設での過剰と思われる履修項目がある
- 初期研修修了後に地域医療に従事している医師達を基幹施設に引き上げることにより、地域医療にとって重大な支障を来す
- 特に若手女性医師にとって結婚・出産・育児の機会を奪い取ることになりかねない
- 社会的な制約や経済的条件により大学病院などに馴染まず、フリーの立場で地域医療に貢献する医師達の権利・自由も尊重されるべき

## 6. 専門職自律という国民不在の議論

- 自治体の長や、国・地方議員による検証を度外視して制度設計を進めることには大いに問題がある。立ち止まって考え直すべき。

# 「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」

- ◆ 新たな時代にふさわしい医療提供体制の構築に向けた道筋を描き、基本哲学となる保健医療・介護のビジョンの確立に向け、「**新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会**」を平成28年10月に設置
- ◆ 日本の医療を取り巻く環境は、今後、多死社会の到来、ICTやAIの発展、地域包括ケアの推進、地域医療構想を踏まえた病床機能の分化など大きな変化に直面。こうした変化を踏まえ、従来からの発想や手法を超えて、「**我が国が目指す新たな医療の在り方**」と、この在り方を踏まえた「**医師・看護師等の新しい働き方・確保の在り方**」を検討

## 構成員

◎：座長

井元 清哉	東京大学医科学研究所ヘルスインテリジェンスセンター教授
尾身 茂	独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
熊谷 雅美	恩賜財団済生会横浜市東部病院 看護部長
◎ 渋谷 健司	東京大学大学院 医学系研究科国際保健政策学教室教授
庄子 育子	日経BP社医療局編集委員・日経ビジネス編集委員
鈴木 英敬	三重県知事
永井 康徳	医療法人ゆうの森理事長
中島 由美子	医療法人恒貴会 訪問看護ステーション愛美園所長
斐 英洙	ハイズ株式会社 代表取締役社長
星 北斗	公益財団法人 星総合病院理事長
堀田 聡子	国際医療福祉大学大学院教授
松田 晋哉	産業医科大学医学部 公衆衛生学教室教授
丸山 泉	日本プライマリ・ケア連合学会理事長
宮田 裕章	慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室教授
武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会理事長・祐ホームクリニック院長
山内 英子	聖路加国際病院 乳腺外科部長・プレストセンター長

## 本検討会に期待される成果

- ◆ 今後の医療の在り方、これを踏まえた医療従事者の働き方に関する「**基本哲学**」、これからの医療政策の「**背骨**」となるもの
- ◆ 新たな時代にふさわしい**医療・介護従事者の需給推計の在り方の起点**
- ◆ **医療・介護従事者の確保の具体的な方策**などに つながるもの

## 検討のスケジュール

- ◆ 10/ 3 第1回 新たな医療の在り方について（自由討議）
- ◆ 10/25 第2回 今後の検討の全体構造について
- ◆ 11/15 第3回 構成員によるプレゼンテーション、医師偏在について
- ◆ 11/24 第4回 構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 12/ 5 第5回 中間的な議論の整理に向けた検討
- ◆ 12/19 第6回 中間とりまとめに向けた検討
- ◆ 12/22 第7回 中間とりまとめ
- ◆ 1/16 第8回 関係団体等からのヒアリング①
- ◆ 1/26 第9回 関係団体等からのヒアリング②
- ◆ 2/ 6 第10回 構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 2/20 第11回 参考人からのヒアリング、構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 2/28 第12回 参考人からのヒアリング、構成員によるプレゼンテーション
- ◆ 3/ 6 第13回 とりまとめに向けた検討
- ◆ 3/17 第14回 とりまとめに向けた検討
- ◆ 4/ 6 第15回 報告書とりまとめ

※ **医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する大規模な全国調査**（研究班代表者：井元構成員） を実施し、議論に提供された。

### 3. 働き方実態調査の実施と活用

- ・ 専門性の追求という観点から見ると、女性医師の就業率、いわゆるM字カーブの一要因である出産・育児中の働き方について、休職・離職を選択した女性医師は専門医資格の取得率が有意に低く、以降のキャリアにも影響すると考えられる。

(略)

- ・ 地方勤務の意思については、勤務の意思ありとの回答が44%であった。これは若い医師ほど高い傾向にあり、20代では60%である。意思ありと回答した医師では、10年以上勤務の希望は50%以上に上るが、年代によりその意向は変化する。地方勤務の期間については、20代の若い医師では2～4年の希望が最も多く、年齢を重ねるに連れて、5～9年や10年以上の長期間勤務の割合が高くなる傾向にある。一方、半年や1年の短期の希望はどの年代でも少ない。
- ・ 地方勤務をする意思がない理由については、年代によって変化するが、「労働環境への不安」、「希望する内容の仕事が出来ない」の2つは、どの年代にも共通の障壁となっており、医師の負担を減らし、経験を積むことができる環境の構築が重要であると考えられる。それらに加え、20代の若い世代では、「医局の人事により選択の余地が無い」「専門医等の資格取得が困難であるため」の2つが特徴的な障壁となっている。30～40代になると「子供の教育環境が整っていないため」という理由が高くなる。



## 5. ビジョンの方向性と具体的方策

### 1 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方のフル・サポート

#### ③地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターの実効性の向上

- ・ 各都道府県の地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターは、医学生や医師等の医療従事者に十分認知されているとは言いがたく、その活動内容や関与にも改善の余地が大きい。制度趣旨に即した実効性を向上させるために、まず、認知度を把握し、より利用しやすい機関となるように認知度向上や広報のマーケティングの強化を図るとともに、その機能を再検証すべきである。
- ・ 例えば、地域医療支援センターは、大学病院等と連携し、基幹病院において経験できる症例の種別・平均数やキャリア・トラックの典型例を提示すること等をはじめ、医学生や若い医師が、主体的に自らのキャリアを考えやすい環境をつくること等が期待される。その際、全国一律の事業内容として各地域の実情に応じた創意工夫を損なうことのないよう、事業としての柔軟性や使いやすさを向上させることも重要である。

## 5. ビジョンの方向性と具体的方策

### 2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

#### (1) 地域におけるリソース・マネジメント

##### ④ 医師の柔軟なキャリア選択と専門性の追求を両立できる研修の在り方

- ・ 医療従事者は、プロフェッショナルとして、モチベーションを保ち続け、常に自分を向上させることを望んでいる。したがって、臨床実習、臨床研修、専門研修といった過程で、医師本人の状況や意思に応じてキャリアを選択しながら、常に国際的水準の専門性を追求できる環境の整備が必要である。
- ・ まず、プライマリ・ケア分野では、日常的に多職種との関わり、介護等との連携の中で患者のケアに向き合うことから、大学や市中の大病院だけでなく、小規模医療機関での研修が有効である。また、高度な医療の分野でも、医師が研修段階に応じて技術と知見を向上できるよう、様々な患者を診ることができる市中病院も重要な研修拠点とし、必ずしも十分な経験を積むことができない場合がある大学病院に研修先が偏らないよう注意すべきである。
- ・ 加えて、出産・育児・介護等が、研修受講やキャリアの確立の妨げとならないよう、一定期間内に研修を集中して修了する、一定のインターバルの後に再度研修受講ができる等の柔軟な選択肢を準備する必要がある。

- ・ こうしたことから、大学病院や都市部の病院のみに研修機関を集約させるのではなく、症例の豊富な地方部の中核的な病院、さらには教育を重視する小規模医療機関も重要な研修機関とし、また、キャリアや家庭事情、働き方等に応じて柔軟に研さんの機会を得られるよう、個別の養成制度において対応することが重要である。
- ・ 若手医師が安心して専門研修を受け、生涯にわたって資質の向上を図るには、国際的水準を担保し、評価される専門医制度の確立・運営が喫緊の課題である。その際には、国際評価に耐える医療の質の担保や、地域枠の卒業医師を含めた若手医師のキャリア等への配慮、制度構築の議論の透明性の確保が必要である。
- ・ このため、先進諸国の例を十分に検証した上で、ガバナンス体制・能力の強化と信頼されるリーダーシップの確立、国際標準を満たす専門医認定の基準づくりと透明性の確保、これらを促進するための制度面を含めた枠組みの整備等を図ることが必要である。



- ・ 専門医認定は、医師自らが職能集団としての「自律」(セルフ・ガバナンス)を確立する上で鍵を握る極めて重要な仕組みであることから、具体的には、以下のような論点について、的確な対応をしていくことが必要である。
- 専門医制度においては、診療科ごとの足並みをそろえることに加え、国際標準に見合った医療の質を確保するのに必要な教育プログラムが構築されているか。特に、年数や職歴、熱意といった要素だけではなく、客観的に質が担保されるような研修体制の確保が行われているか。
- 専門医制度は、各地域で最適化された医師確保・配置や機能連携において必要な役割を果たすことができているか。各地域における診療科ごとの専門医の適正数、適正配置が、病院間の機能連携・役割分担などに関する地域医療の方向性と整合性が図られているか。これらの点を踏まえ、大学病院のみならず都道府県をはじめ各ステークホルダーとの連携によって、専門医の教育プログラムが構築されているか。
- これからの地域医療におけるプライマリ・ケアを確立するため、総合診療専門医の育成により一層注力すべきではないか。また、患者が身近な環境で安心した医療を受けることができるよう、総合診療専門医は、診断及び診療の能力だけでなく、地域の他職種とのネットワークの中でハブとしての役割を発揮する能力を形成することができるか。

## 5. ビジョンの方向性と具体的方策

### 2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

#### (1) 地域におけるリソース・マネジメント

##### ① 都道府県による人的資源マネジメントの基盤づくり

- ・ まず、医療従事者が働く場である医療機関や病床の最適化を着実に進めることが重要である。現在各都道府県で策定されている地域医療構想に基づいて、医療機能の集約化や機能分化・連携を進めるとともに、それが一定程度進捗した後は、4機能別の病床数だけでなく、提供される専門医療の内容や、専門医、看護師の配置、高額医療機器の配置等についても、データ整備の進展と併せ、ニーズに適合した具体的な数値を設定し、その推移を検証する等の方策を講じることが考えられる。
- ・ 特に、必ずしも緊急性を要しない高度医療に関しては、一層の専門医療機能の集約化を進める必要がある。これにより、医療従事者の集約も図られ、労働負担が軽減されるほか、数多くの多様な症例を経験できることにより、医療従事者のキャリア形成に寄与し、患者の価値の向上につながる。
- ・ こうした中、都道府県は、地域医療構想の推進や日本専門医機構との専門研修プログラムの協議の場で、どのように医療機能を最適化するのかについて、主体的にマネジメントを行うことが求められる。その際、都道府県の果たすべき役割を補完するため、国がガイドライン等を示して支援することが考えられるが、中長期的に都道府県の主体性と能動性が十分に発展・発揮されるよう、その関与の内容と程度について、常に見直していくことが必要である。

## 5. ビジョンの方向性と具体的方策

### 2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

#### (1) 地域におけるリソース・マネジメント

##### ② 都道府県における主体的な医師偏在是正の取組みの促進

- ・ 医師養成の観点からは、医師がその出身地や研修地で将来勤務する傾向にあることを踏まえ、都道府県が、例えば、次のような措置により、主体的に地域の医師養成に関与することを検討すべきである。ただし、都道府県の行政権限の拡大と医療界のプロフェッショナリズムの尊重とのバランスには留意が必要である。
  - (略)
  - 専門研修については、日本専門医機構は、専門研修のプログラム(専門研修病院、研修定員等)の認定前に、都道府県に対し、地域医療確保の観点から協議を行う
  - 都道府県ごとの医療ニーズを踏まえて養成すべき診療科ごとの専門医の概数を定める
- ・ その際、都道府県内における各診療科の専門医養成をどの施設でどの程度行うかについては、都道府県が主体的に決定を行うべきである。都道府県は医師確保のため都道府県に設置することが義務付けられている地域医療対策協議会において協議を行い、地域医療構想調整会議や③で後述する外来医療の協議体制等との整合性を確保することが重要である。

## 5. ビジョンの方向性と具体的方策

### 2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

#### (1) 地域におけるリソース・マネジメント

##### ② 外来医療の最適化に向けた枠組みの構築

- ・ 地域医療において、患者・住民が最初にアクセスする外来医療、特にプライマリ・ケア機能を担うべき医療機関や医師は、貴重な社会的資本といえる。このような公共的な意義の高い医療機能については、より最適な形で立地・診療科選択ができ、量的・質的にその機能を十分に発揮できるようにすることが必要である。しかし、入院医療における基準病床のような供給体制の適正化に関する仕組みがないことも相まって、都市部や一部の診療科に資源が集中する傾向が見られる 基準病床数制度： 病床の地域ごとの偏在を防ぎ、効率的な医療提供体制を構築するため、二次医療圏ごとに設置できる病床数の上限基準が、都道府県ごとの医療計画に定められている。入院医療においては、病床数と医師数に相関関係があり、病床数を区域ごとに制限することで、間接的に医師数に影響を与えていると考えられる。

- ・ このため、外来医療については、プライマリ・ケアを担う医師の研修を進め、人的資源を確保しつつ、次のような取組みを、可能なところから段階的に進めるべきである。
  - (略)
  - また、あるべき外来医療機能を実現するため、データに基づき、地域の医療ニーズ・資源と整合的ではないと考えられる医療機関の開設には、これを最適化する仕組みを導入することが必要である。なお、このような仕組みを導入する際には、アウトカム志向の指標の導入及び関連した診療情報の体系的な収集を行う必要がある。ただし、それぞれの地域で既存の外来医療機関が果たしてきた役割に十分配慮し、現場の創意工夫や競争を妨げない、地域主体によるものであることが必要である。同時に、自由標榜の仕組みについても、例えば日本専門医機構の認定する専門医と標榜とを関連付ける等、患者にとって分かりやすく、適切な選択に資する標榜の在り方を検討すべきである。

## 5. ビジョンの方向性と具体的方策

### 2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

#### (2) 地域を支えるプライマリ・ケアの構築

##### ① 保健医療の基盤としてのプライマリ・ケアの確立

- ・ かかりつけ医の診療能力を更に向上させるための研修を推進・拡充していくとともに、今後は、学術的な観点も含め、日本専門医機構の認定するプログラムにより育成された総合診療専門医の育成を強化していく必要がある。こうした取組みにより、プライマリ・ケア機能の担い手を確保していくことが重要なステップとなる。
- ・ その後、一定期間を経て、人材育成が十分に進んだと考えられる段階に至っては、住民それぞれが、総合診療専門医などのかかりつけ医、すなわちプライマリ・ケアを担う医師（又は医療機関）を定め、日常の健康問題に関する診療は、まずはこれらの医師（又は医療機関）が担い、専門診療を必要とする場合には、その紹介によることや専門診療後の生活復帰への引継ぎを行うようにすることも検討する必要がある。

## 6. 提言の実現に向けて

- ・ プライマリ・ケアや専門医療の質の確保、若手医師のキャリア形成、地域医療の確保などに極めて重要な役割を担う専門医制度については、プロフェッショナリズムが尊重された形で、随時その改善が図られるべきである。



# 海外の専門医制度について①

	日本 (今後の方向性)	アメリカ	フランス
法令等の位置づけ	特になし	特になし (民間の第三者組織)	法律
実施主体	各学会 (日本専門医機構)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ABMS</b>: 専門医制度と専門医の認定</li> <li>• <b>ACGME</b>: 研修施設とプログラムの評価・認定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>国</b>: 全国選抜試験を実施 ※成績順に専門診療科を選択</li> </ul>
組織運営のための 経済的背景(財源)	各学会 (国、日本専門医機構)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>ABMS</b>: 国(研究費の形)、所属学会、専門医認定料から約560万ドルの収入(2008年)</li> <li>➢ <b>ACGME</b>: 研修プログラム認定料として約3,000万ドル(2008年)、<b>政府(Medicare)</b>から、レジデントに給与として年間27億ドル、認定教育病院に対して57億ドル</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>国の事業</b> (医学部4年目から支給される給与は病院から支給されるが、原資は社会保障費)</li> </ul>
専門医配置の調整 診療科の定員等	特になし	行っていない。 経済的インセンティブを付与することによって対応しており、ある程度の効果を上げている。	全国選抜試験で専門診療科毎の定員あり

ABMS (American Board of Medical Specialty), ACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education), NHS(National Health Service) GMC(General Medical Council), PMETB(Post graduate Medical Education and Training Board), CCT (Certificate of Completion of Training)

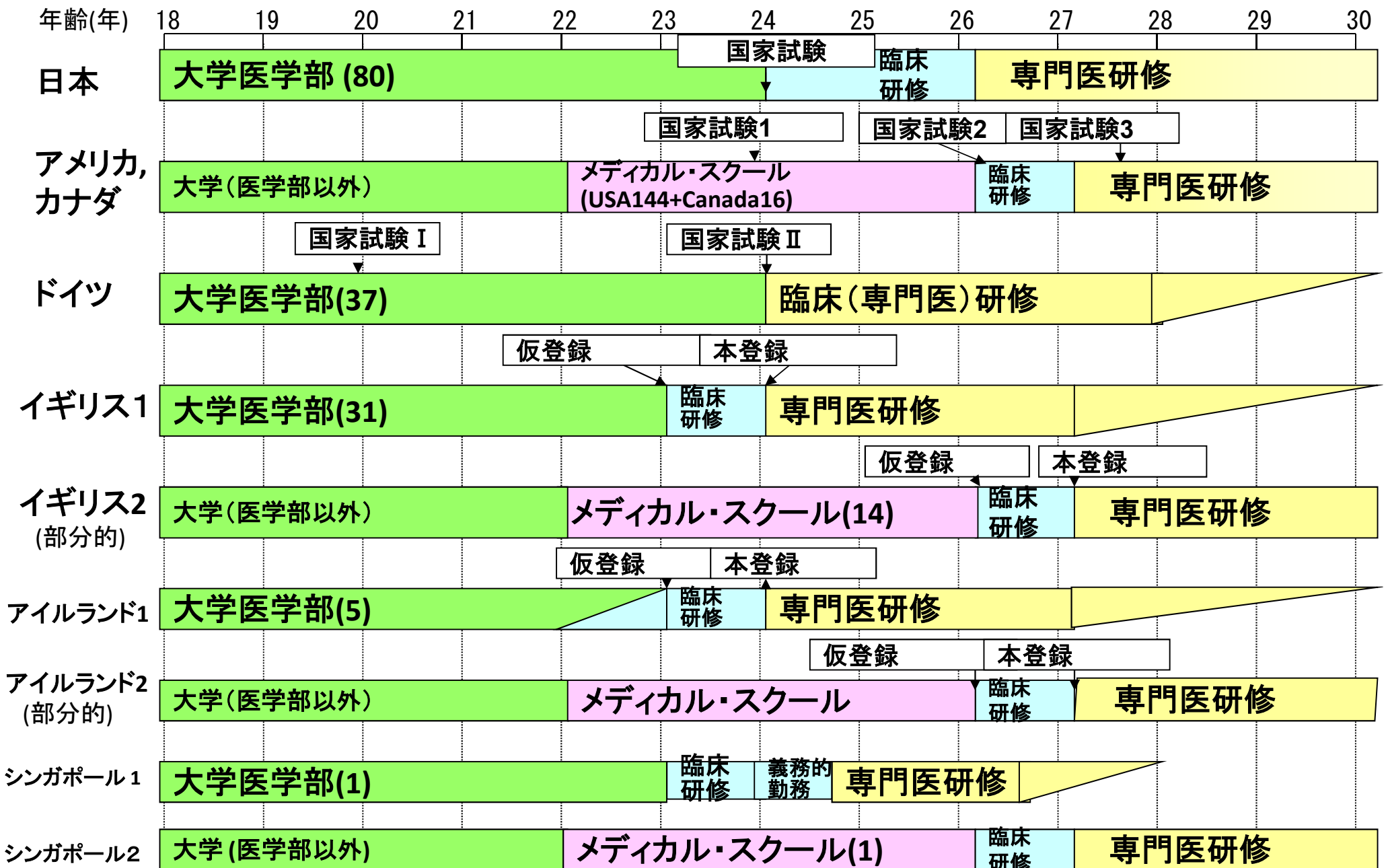
(出典) 第6回専門医の在り方に関する検討会(平成24年3月8日) 八木聡明 参考人 提出資料を参考に医政局医事課作成

# 海外の専門医制度について②

	ドイツ	イギリス	韓国
法令等の位置づけ	医師会による規約	NHSの医療機関で働くためには必須	法律 (医療法)
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> <li>州医師会: 専門医の研修病院、指導医、教育カリキュラムに関する認定、専門医の受験資格、試験、資格更新に関する認定の権限を有する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHS: 医療施設、専門診療科、医療の質の管理</li> <li>GMC: 医師資格の管理</li> <li>PMETB: 卒後研修教育(教育プログラムの認定と承認等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大韓医師会: 専門医試験</li> <li>大韓病院協会: 専門医配置等</li> </ul>
組織運営のための経済的背景(財源)	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師会: 専門医認定料、更新のための講演会など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GMC: CCT取得に対して医師の登録料850ポンド</li> <li>その他: GMCが410ポンド(いずれも一人当たり)、各Royal Collegeが410ポンド</li> <li>国家補助金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大韓医師会、大韓病院協会: 学会、専門医試験受験料、会員費(個人、学会)、レジデントになるための試験手数料</li> </ul>
専門医配置の調整、診療科の定員等	保険医組合が遠隔地への医師誘導のインセンティブ。ベルリンのような都会では開業希望者が多いため、保険医組合が制限を設けている場合がある。	GPの配置は国の基準で決められている。ポストは全国に満遍なく作られている。	韓国病院協会が国と協議して地域の定員を決定



# 医師養成制度の国際比較① (平成19年～20年度時点)



(出典) 文部科学省先導的の大学改革推進委託事業「日本におけるメディカルスクール制度の導入課題の検討も含めた医師養成制度の国際比較と学士編入学の評価に関する調査研究」平成19～20年度 奈良信雄

# 医師養成制度の国際比較② (平成19年～20年度時点)



(出典) 文部科学省先導的・大学改革推進委託事業「日本におけるメディカルスクール制度の導入課題の検討も含めた医師養成制度の国際比較と学士編入学の評価に関する調査研究」平成19～20年度 奈良信雄

## 専門医に関する論点について

- (1) すべての医師が機構の認定する専門医になると、専門外の診療を敬遠する傾向が生まれ、多くの専門科を整備できない中小病院での診療が困難になる等の指摘を踏まえ、専門医はすべての医師が取得しなければならないものではなく、自発的な自己研さんとして位置付けられるものであり、実質上義務づけられるものではないことを、明確にすることについて、どう考えるか。
- (2) 地域医療従事者や休職・離職を選択した女性医師等に対し、専門医資格の取得を促す観点から、地域医療従事者等に配慮したカリキュラム制の設置について、明確にすることについて、どう考えるか。
- (3) 高度な医療の分野でも、医師が研修段階に応じて技術と知見を向上できるよう、様々な患者を診ることができる市中病院も重要な研修拠点とし、必ずしも十分な経験を積むことができない場合がある大学病院に研修先が偏らないようにする観点から、研修の中心は大学病院のみではなく、症例の豊富な地域の中核病院等であることを、明確にすることについて、どう考えるか。