

サブスペシャリティ領域の在り方に関するワーキンググループ
報告書

令和2年3月5日

目次

はじめに	3
1. 検討にあたっての視点	3
2. サブスペシャルティ領域の基本的な考え方	4
3. 具体的なサブスペシャルティ領域の制度設計	5
(1) 領域の整理について	5
(2) 連動研修を行い得る領域について	6
(3) 連動研修を行わない領域について	6
(4) 少なくとも1つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域について	7
(5) 領域の認定にあたっての留意点	7
4. 日本専門医機構が提案する23領域の整理	8
(1) 現在の状況の整理	8
(2) 内科について	8
(3) 外科について	9
(4) 放射線科について	10
5. 今後のサブスペシャルティ領域の認定について	10
おわりに	11

はじめに

- わが国における医師の専門性に係る評価・認定については、従来、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用をしてきたが、平成 25 年に取りまとめられた「専門医の在り方に関する検討会報告書」を受け、平成 30 年度より、中立的な第三者機関である一般社団法人 日本専門医機構が専門医の認定を行う、新専門医制度が開始された。
- 同報告書において、新専門医制度は、基本的な診療領域を基本領域とし、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の仕組みを基本とするとされ、基本領域の 19 領域について、平成 30 年度より研修が開始された。
- 一方、サブスペシャリティ領域については、日本専門医機構が、基本領域との連動研修を行うサブスペシャリティ領域として内科・外科・放射線科の 23 領域を認定し、平成 31 年 4 月からの研修開始が予定されていたが、医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会において、都市部のみで研修が可能であるサブスペシャリティ領域が認定されること等による地域医療提供体制への影響に対する強い懸念等が示されたことから、研修の開始が見送られた。
- その後も、同審議会において、引き続き議論が行われてきたが、令和 3 年 3 月には基本領域を修了する専攻医が出ることを踏まえ、サブスペシャリティ領域について、集中的な議論を行うため、同審議会の委員と共にアカデミアや若手医師を交えたワーキンググループを設置することが令和元年 11 月の同審議会において合意された。
- 本ワーキンググループは、令和 2 年 2 月 5 日に第 1 回の会合を開催し、以降、専門医に係るデータを踏まえた議論を重ね、今般、以下のとおり報告書を取りまとめたものである。

1. 検討にあたっての視点

- 専門医の領域について、「専門医の在り方に関する検討会報告書」においては、「名称も含め、国民から見て分かりやすいものとする必要がある」とされており、特にサブスペシャリティ領域については「①その領域の患者数や専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で十分に確立し得る診療領域単位であること、②基本領域との間に一定の関連があること、③専門医の認定や更新が、十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること、などを前提として設定することが適当である」とされていた。

- 上記の報告書に記載の要件、及び平成 30 年の医師法改正やそれに基づいて設置された医師専門研修部会での議論を踏まえれば、サブスペシャルティ領域の認定にあたっては、①国民にとってわかりやすいものか、②地域医療提供体制に影響を及ぼさないか、③医学の学問としての観点から妥当であるか、④専攻医のキャリア形成において妥当か、の 4 つの視点から検討を行うべきである。

2. サブスペシャルティ領域の基本的な考え方

- 平成 25 年の「専門医の在り方に関する検討会報告書」において、「*専門医の認定については、個別学会単位で認定する仕組みではなく、診療領域単位の認定にすべきである。*」とされており、現在日本専門医機構においては個別学会単位で専門医の認定を行っているが、改めて診療領域単位の認定を行うことを原則とし、当該領域に関連する学会が協力して専門医の養成にあたるべきである。
- また、サブスペシャルティ領域の認定にあたっては、一定の質の専門的医療を日本全国で国民に提供できること（いわゆるプロフェッショナルであること）を保証する制度と、専門的な知識や技術を修得していること（いわゆるスペシャリストであること）を証明する制度を区別した整理を行うことが妥当である。
- 日本の医療人材養成の制度の背景に鑑みると、諸外国と異なり、いわゆるプロフェッショナルが診療を行う領域の幅を狭くし、高い専門性を求めることは、日常診療を担う人材が不足することにつながることで想定されることには留意が必要である。
- いわゆるプロフェッショナルが担う領域には、狭い範囲で高い専門性を目指す領域と、広い範囲を対象とした総合的な診療を行えることを目指す領域の 2 つの異なる方向性の領域が存在するが、基本的には、広い範囲を対象とした総合的な診療を行えるプロフェッショナルが国民に求められていることを重視し、このような医師が増える制度とすべきである。
- さらに、研修を受ける専攻医の視点から、一人の医師がキャリアの中で、基盤となる専門医 1 つとサブスペシャルティ領域の専門医 1 つ程度の取得により地域医療の中で十分に幅広い診療が行えるような領域設定とすることが妥当である。
- 本報告書は、日本専門医機構が認定するサブスペシャルティ「領域」についての考え方を示すものであり、本報告書が定める領域に対する専門医等の「名称」については、領域の整理の観点から一部言及をするものではあるが、最終的には広告の観点を含め、

別の場において再度議論されるものである。

- 政策医療に相当する医療を担う領域で、国として進めていくべき領域については、本来的には、現行の指定医や標榜医のように、日本専門医機構が認定する一般的な専門医とは別の位置づけの検討がなされるべきものであることに留意が必要である。
- 基本領域の研修中にサブスペシャリティ領域の研修を開始する連動研修を行う際は、基本領域が確実に修得されるように、専門医取得に必要な症例数の年次配分や領域間の共有のみならず、連動研修開始前に基本領域の修得状況を確認することや連動研修中の基本領域の研修体制などに一定の要件を設けること等を日本専門医機構は検討し、連動研修の前提条件とするべきである。

3. 具体的なサブスペシャリティ領域の制度設計

(1) 領域の整理について

- 日本専門医機構が認定するサブスペシャリティ領域として、いわゆるプロフェッショナルであることを保証する領域と、いわゆるスペシャリストであることを証明する領域の大きく2つに分けることが適当である。
- いわゆるプロフェッショナルであることを保証する領域の一部において、これまでも早期から研修が開始されている実態や専門医を取得するまでの期間の長さ、専攻医のキャリア形成の観点から、基本領域との連動研修を行うことが妥当と考えられる。
- ただし、連動研修を行い得る領域については、地域医療提供体制に影響が出ないこと、基本領域の研修・診療の実施が担保されること等の条件が必要であり、全ての都道府県において基幹施設および連携施設または特別連携施設があり研修が確実に行えることや専門医取得・更新時に連動研修を行い得る領域以外の基本領域の診療を行っていることを確認することができるシステムの構築等が必要である。
- いわゆるスペシャリストであることを証明する領域の一部においては、他のサブスペシャリティ領域に含まれる特定の疾患に対する専門性や技術等を深める領域が存在し、これらの領域については、少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行うことが妥当である。
- 上記を踏まえ、日本専門医機構が認定するサブスペシャリティ領域は、連動研修を行い得る領域、連動研修を行わない領域、少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域、の3つに整理することが妥当である。

- 少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に認定を行う領域については、それ以前の研修中に当該領域に相当する症例を経験することを妨げるものではなく、経験した症例の一部を専攻医の評価に用いることを可能である。ただし、その場合においては、当該領域に相当する症例に研修内容が著しく偏ることがないように留意すべきである。
- また、サブスペシャリティ領域の専門医として認定される医師の数については、少なくともいわゆるスペシャリストであることを証明する領域については、少数であるべきであり、必要な医師数については引き続き検討すべきである。

(2) 連動研修を行い得る領域について

- 連動研修を行い得る領域については、検討にあたっての視点で示した4つの視点を踏まえ、下記の要件を満たす領域とすることが適当である。
 - ① 初診患者の受療行動を適正化し得ること
 - ② 主に2次医療圏から3次医療圏単位において必要であること（偏在がある場合に偏在対策が必要であること）
 - ③ 多数の大学における講座の分類に近似していること
 - ④ 一般的な診療を行う上である程度幅広い疾患に対応でき、活躍しうる専門性があること
- 具体的には、3(1)に記載のとおり地域医療提供体制確保の観点から全ての都道府県で研修が行える体制が整備されていること、一定割合以上の医療機関で標榜されていること、基本領域の研修中に一定程度多くの症例を経験できること、実態として専攻医がはじめに取得するサブスペシャリティ領域であること等の基準をもとに、基本領域をある程度のボリュームを持った領域に細分化した領域とすることが適当である。

(3) 連動研修を行わない領域について

- 連動研修を行わない領域は、実態として基本領域を修了後に研修が行われている領域や、複数の基本領域または連動研修を行い得る領域を横断する領域などが想定される。
- 認定については、検討にあたっての視点で示した4つの視点を踏まえ、下記の要件を満たす領域とすることが適当である。
 - ① 症状が遷延する場合や、診断後により高い専門性が必要な治療を患者が求めた場合に受診の参考となること
 - ② 主に3次医療圏単位において必要であること（偏在がある場合に偏在対策が必要

であること)

- ③ 大学における講座はないことが多いが、多くの大学において十分な教育が可能であること
- ④ 基本領域および連動研修を行い得る領域の能力向上に資すること

- 研修期間については、領域の特性により修得に必要な期間は異なると考えられるため、一律に3年とするのではなく、柔軟に判断すべきである。
- また、連動研修を行い得る領域の研修中であっても、基本領域が終了した場合は、連動研修を行わない領域の研修を開始することは可能とするべきである。

(4) 少なくとも1つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域について

- 少なくとも1つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域は、技術認定や特定の疾患対策を担う領域などが想定される。
- 認定については、検討にあたっての視点で示した4つの視点を踏まえ、下記の要件を満たす領域とすることが適当である。
 - ① 難治疾患患者の受診や、医師が高次医療機関に紹介するに当たり有用であること
 - ② 連動研修を行い得る領域との連携を踏まえ、地域医療提供体制に貢献すること
 - ③ 技術認定または、特定の疾患対策や特定の領域の発展に資すること
 - ④ 修得済みのサブスペシャルティ領域の能力向上に資すること
- 研修期間については、連動研修を行わない領域と同様、領域の特性により柔軟に判断すべきである。
- なお、特定の疾患や領域の診療すべてを、少なくとも1つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域の専門医が行うことは適切ではなく、特に高度な技能が求められる一部の症例を当該専門医が診るべきであることに留意が必要である。
- また、技術認定に近い領域と、特定の疾患・領域を担う領域については、国民にとってのわかりやすさや学問的な観点等から、両者を区別できるような認定及び名称の検討を行うことが望ましい。

(5) 領域の認定にあたっての留意点

- (2)～(4)までの整理における4つの視点を踏まえた要件は、基盤となる基本領域によっては、必ずしも当てはまらない領域も存在することが想定されることには留

意が必要である。特に、少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域については、多岐にわたる領域が検討の遡上にあがることが想定されるため、柔軟に解釈すべきである。

- 学問的な観点及び国民のわかりやすさの観点から、同じ階層に包含関係がある領域がないようにするべきである。
- サブスペシャリティ領域の研修はカリキュラム制が基本であるが、基本領域研修中に連動研修を行い得る領域の研修を行う場合、基本領域を修了するまでの期間については、基本領域のプログラムで事前に定められた研修施設において研修を行うべきである。
- 疾病構造の変化や医療技術の進歩等により、日本専門医機構が認定すべき領域は将来にわたり変化することが予測されることから、一度認定された領域についても、少なくとも5年に1度を目安とし、日本専門医機構で定期的な見直しを行い、必要に応じて医道審議会から意見・要請を行うべきである。
- 名称については、国民に分かりやすい領域であるべきということが前提であり、一つの専門医の名称で示す医師の専門性は一つであるべきである。また、これまで領域の名称について啓発や広報が十分には行われてこなかったことを考慮し、病名等を含めた名称の検討を行うことが現時点では望ましいが、学問領域として整合性のとれた領域の名称を基に国民が適切な受療行動をとれるよう、啓発や広報活動を進めるべきである。

4. 日本専門医機構が提案する23領域の整理

(1) 現在の状況の整理

- 日本専門医機構が平成30年5月に、連動研修を行うサブスペシャリティ領域として、内科15領域（消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝科、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、リウマチ、消化器内視鏡、がん薬物療法）、外科6領域（消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、乳腺、内分泌外科）、放射線2領域（放射線診断、放射線治療）の計23領域学会の認定を行っている。

(2) 内科について

- 循環器、呼吸器、血液、脳神経内科、腎臓、リウマチについては、全ての都道府県において研修施設が存在し、一定程度の症例を経験することが可能であること、実際に

病院において標榜されている割合が高いこと、初診患者が多く受診することから、連動研修を行い得る領域とすることが適当である。

- これらの領域の名称については、学会名ではなく領域を指定するという考え方から、それぞれ●▲内科(領域)に統一することが望ましい。リウマチについては、リウマチ専門医の診療実態を考慮し、膠原病・リウマチ内科(領域)とすることが望ましい。
- 消化器病、消化器内視鏡、肝臓については、領域として包含関係にあるため、連動研修を行い得る領域に消化器内科(領域)として集約し、消化器内視鏡および肝臓は技術認定や特定の疾患対策等を深める領域と考えられるため、少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域とすることが適当である。
- また、肝臓については、肝炎対策基本法において、肝炎医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師等の育成が求められており、本ワーキングが取り扱う専門医制度とは別に肝炎対策を扱う審議会等でも、その位置づけについては検討されることが望ましい。
- 内分泌代謝と糖尿病については、領域として一部包含関係にあること、実態として両者を合わせて標榜されることが多いこと、諸外国における専門医の分類等を勘案し、連動研修を行い得る領域に内分泌代謝・糖尿病内科(領域)として集約し、内分泌代謝内科(領域)、糖尿病内科(領域)のそれぞれを、内分泌代謝・糖尿病内科(領域)を修得した後に研修を行う領域とすることが適当である。
- その場合において、専門医が診るべき糖尿病の大部分は、連動研修を行い得る領域の内分泌代謝・糖尿病内科(領域)の専門医が診察し、特に高度な技能が求められる一部の症例を糖尿病内科(領域)の専門医が診るべきであることに留意が必要である。
- アレルギー、感染症、老年病、がん薬物療法については、基本領域および連動研修を行い得る領域を基盤とした横断した分野であり、実態として専門医の取得年次が比較的遅い傾向にある領域であるため、連動研修を行わない領域とすることが適当である。
- また、名称について、内科以外の基本領域の研修を修了した医師も研修を受けている実態から、必ずしも●▲内科に統一する必要はないと考えられるため、それぞれアレルギー(領域)、感染症(領域)、老年科(領域)、腫瘍内科(領域)とすることが望ましい。

(3) 外科について

- 消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、乳腺については、内科と同様に、全ての都道府県において研修施設が存在し、一定程度の症例を経験することが可能であること等の理由により、連動研修を行い得る領域とすることが適当である。また、名称はそれぞれ●▲外科（領域）に統一することが望ましい。
- 内分泌外科については、対象とする疾患の診療を、外科以外の診療科を含め、複数の診療科が診療している実態が報告されており、複数の基本領域を横断する領域と考えられることや全国における研修施設の整備状況などを考慮し、現時点においては、連動研修を行わない領域とすることが適当である。

(4) 放射線科について

- 放射線診断、放射線治療については、これまでも学会専門医はいずれか片方の専門医のみ取得可能とし、放射線の基本領域を選択した者のほぼ全員がどちらか片方の領域を選択していること、将来的にいずれか片方の業務にのみ従事する傾向が強いこと等の理由から、早期に能力を修得することが、地域医療提供体制や専攻医のキャリア形成の観点から望ましいと考えられるため、連動研修を行い得る領域とすることが適当である。

5. 今後のサブスペシャリティ領域の認定について

- 今後、今回検討が行われた 23 領域以外の領域についても、サブスペシャリティ領域の認定が行われることが想定される。
- その場合においても、個別学会単位ではなく、診療領域単位の認定を行うことが原則であり、当該領域に関連する学会が協力して専門医の養成にあたるべきである。
- 具体的な領域の検討においては、今回あげた 4 つの検討の視点から認定を行うことが妥当であり、特に連動研修を行い得る領域の認定については、地域医療提供体制の観点から慎重な検討が必要であり、必要に応じ医道審議会から意見・要請がなされるべきである。
- また、3（5）でも述べたように、基盤となる基本領域の特性の違いにより柔軟な検討を行う必要はあるが、平成 25 年の「専門医の在り方に関する検討会」報告書で指摘されたような専門医の乱立が再び起こることがないように慎重な検討が必要であり、必要に応じ医道審議会においても議論がなされるべきである。

おわりに

- 専門医の在り方については、平成 25 年の「専門医の在り方に関する検討会」報告書において、プロフェッショナルオートノミーを基盤とするとされているが、平成 30 年の医師法改正の趣旨を踏まえると、専門医制度を担うプロフェッショナルが、学術的な視点だけではなく、地域医療提供体制の確保の視点を持ち、専門医制度の中で一定の責任を果たす必要性が高まっている。
- このような専門医制度をめぐる状況の変化を踏まえ、本報告書においては、アカデミアの観点と共に医師法により求められる地域医療提供体制の確保の観点等を加味し、サブスペシャリティ領域の認定に関する指針を提示した。
- 医師が基本領域に加えてサブスペシャリティ領域の専門性を修得した場合においても、地域の中でどのようにその専門性を活かし、地域医療に貢献し得るか、研修期間を通じて、指導されるべきである。
- 若手医師が専門性を求めてサブスペシャリティ領域の専門研修を受けた場合においても、その後キャリアの中で総合的な診療を主とする際に、実施する総合的な診療の質を担保するための研修を受けられるようにするための仕組みについて、今後さらに検討を進めるべきである。
- これらの点を踏まえた領域認定を通じて、医療を受ける国民、医療を提供する医療者、そして研修を受ける専攻医、全ての者にとってよりよい専門医制度となることが期待される。
- 2040 年を展望した医療提供体制の改革の進捗状況を見極めつつ、専門医として認定する領域についても、適宜、継続的な見直しを行っていくことが必要である。

サブスペシャリティ領域の在り方に関するワーキンググループ 構成員

令和2年3月5日現在

小倉 崇以 (済生会宇都宮病院 救急・集中治療科)

角野 文彦 (滋賀県保健医療福祉部)

釜范 敏 (公益社団法人日本医師会常任理事)

栗林 幸夫 (医療法人社団山中湖クリニック 理事長)

国土 典宏 (国立国際医療研究センター病院 理事長)

永井 良三 (自治医科大学 学長)

牧野 憲一 (一般社団法人日本病院会常任理事)

◎門田 守人 (日本医学会連合 会長)

山内 英子 (聖路加国際病院副院長・ブレストセンター長・乳腺外科部長)

山口 育子 (認定NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長)

◎印は座長

五十音順、敬称略

参考資料

サブスペシャルティ領域の在り方に関する
ワーキンググループ

報告書

サブスペシャリティ領域の在り方に関するワーキンググループ報告書(概要)①

サブスペシャリティ領域にかかるこれまでの経緯

- ・新専門医制度は、平成25年の「専門医の在り方に関する検討会報告書」に基づき、基本領域とサブスペシャリティ領域の二段階制の仕組みが基本とされている。
- ・日本専門医機構が基本領域との連動研修を行うサブスペシャリティ領域として内科・外科・放射線科の23領域を認定しているが、医師専門研修部会において、地域医療提供体制への影響に対する強い懸念等が示され、平成31年4月からの連動研修の開始が見送られた。
- ・その後も引き続き議論が行われてきたが、集中的な議論を行うため、同審議会の委員と共にアカデミアや若手医師を交え、本ワーキンググループが設置された。

検討の視点

日本専門医機構が認定するサブスペシャリティ領域について、以下の4つの視点から検討を行う

- ①国民にとってわかりやすいものか
- ②地域医療提供体制に影響を及ぼさないか
- ③医学の学問としての観点から妥当であるか
- ④専攻医のキャリア形成において妥当か

サブスペシャリティ領域の基本的な考え方

- 個別学会単位で認定する仕組みではなく、診療領域単位の認定を原則とし、当該領域に関連する学会が協力して専門医の養成にあたるべき。
- 認定にあたっては、専門的医療を日本全国で国民に提供できるいわゆるプロフェッショナルであることを保証する制度と、専門的な知識や技術を修得しているいわゆるスペシャリストであることを証明する制度を区別した整理が妥当。
- いわゆるプロフェッショナルが担う領域には、狭い範囲で高い専門性を目指す領域と、広い範囲を対象とした総合的な診療を行えることを目指す領域の2つの異なる方向性の領域が存在するが、基本的には、広い範囲を対象とした総合的な診療を行えるプロフェッショナルが国民に求められていることを重視し、このような医師が増える制度とすべきである。
- 基盤となる専門医1つとサブスペシャリティ領域1つ程度の取得により地域医療の中で十分に幅広い診療が行えるような領域設定とすることが妥当。
- 本報告書は、日本専門医機構が認定する「領域」についての考え方を示すものであり、専門医等の「名称」については、最終的には広告の観点を含め、別の場において再度議論されるものである。
- 政策医療に相当する医療を担う領域で、国として進めていくべき領域については、本来的には、現行の指定医や標榜医のように、日本専門医機構が認定する一般的な専門医とは別の位置づけの検討がなされるべきものである。
- 基本領域との連動研修を行う際は、基本領域の研修が疎かにならないように、症例数や研修体制に一定の要件を設けること等を日本専門医機構は検討し、連動研修の前提条件とすること。

サブスペシャリティ領域の在り方に関するワーキンググループ報告書(概要)②

具体的なサブスペシャリティ領域の制度設計

- 日本専門医機構が認定するサブスペシャリティ領域は、連動研修を行い得る領域、連動研修を行わない領域、少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域、の3つに整理することが妥当である。
- 連動研修を行い得る領域については、地域医療提供体制に影響が出ないこと、基本領域の研修・診療の実施が担保されること等の条件が必要である。
- それぞれの領域については、4つの検討の視点から、以下の要件を満たす領域とすることが適当。

連動研修を行い得る領域

- ① 初診患者の受療行動を適正化し得ること
- ② 主に2次医療圏から3次医療圏単位において必要であること
- ③ 多数の大学における講座の分類に近似していること
- ④ 一般的な診療を行う上である程度幅広い疾患に対応でき、活躍しうる専門性があること

- 全ての都道府県で研修が行える体制が整備されていること、一定割合以上の医療機関で標榜されていること、基本領域の研修中に多くの症例を経験できること、基本領域をある程度のボリュームを持った領域に細分化した領域とすることが適当である。

連動研修を行わない領域

- ① 症状が遷延する場合や、診断後により高い専門性が必要な治療を患者が求めた場合に受診の参考となること
- ② 主に3次医療圏単位において必要であること
- ③ 大学における講座はないことが多いが、多くの大学において十分な教育が可能であること
- ④ 基本領域および連動研修を行い得る領域の能力向上に資すること

- 実態として基本領域を修了後に研修が行われている領域や、複数の基本領域または連動研修を行い得る領域を横断する領域などが想定される。

少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域

- ① 難治疾患患者の受診や、医師が高次医療機関に紹介するに当たり有用であること
- ② 連動研修を行い得る領域との連携を踏まえ、地域医療提供体制に貢献すること
- ③ 技術認定または、特定の疾患対策や特定の領域の発展に資すること
- ④ 修得済みのサブスペシャリティ領域の能力向上に資すること

- 技術認定や特定の疾患対策を担う領域などが想定される。
- それ以前の研修中に当該領域に相当する症例を経験することを妨げるものではない。

- 上記の整理に必ずしも当てはまらない領域も存在することが想定されることには留意が必要であり、特に、少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域については、柔軟に解釈すべきである。
- 学問的な観点及び国民のわかりやすさの観点から、同じ階層に包含関係がある領域がないようにすべきである。
- 名称については、国民に分かりやすい領域であるべきということが前提であり、一つの専門医の名称で示す医師の専門性は一つであるべきである。
- 疾病構造の変化や医療技術の進歩等により、日本専門医機構が認定すべき領域は将来にわたり変化することが予測されることから、一度認定された領域についても、定期的な見直しを行うべきである。
- 学問領域として整合性のとれた領域の名称を基に国民が適切な受療行動をとれるよう、啓発や広報活動を進めるべき。

サブスペシャリティ領域の在り方に関するワーキンググループ報告書(概要)③

日本専門医機構が提案する23領域の整理

○ 内科について

- ◆ 循環器、呼吸器、血液、脳神経内科、腎臓、リウマチについては、連動研修を行い得る領域とすることが適当。
- ◆ 消化器病、消化器内視鏡、肝臓については、連動研修を行い得る領域に消化器内科（領域）として集約することが適当。
- ◆ 消化器内視鏡および肝臓は技術認定や特定の疾患対策等を深める領域と考えられるため、少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域とすることが適当。
- ◆ 内分泌代謝と糖尿病については、領域として一部包含関係にあること、実態として両者を合わせて標榜されることが多いこと等を勘案し、連動研修を行い得る領域に内分泌代謝・糖尿病内科（領域）に集約し、内分泌代謝内科と糖尿病内科それぞれを少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域とすることが適当。
- ◆ 名称については、領域を指定するという考え方から、それぞれ●▲内科(領域)に統一することが望ましい。
- ◆ アレルギー、感染症、老年科、腫瘍内科については、基本領域および連動研修を行い得る領域を基盤とした横断的な分野であること等から、連動研修を行わない領域とすることが適当。

○ 外科について

- ◆ 消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、乳腺については、連動研修を行い得る領域とすることが適当。名称は●▲外科に統一することが望ましい。
- ◆ 内分泌外科については、対象疾患を複数の診療科が診療していることや、全国における研修施設の整備状況などを考慮し、連動研修を行わない領域とすることが適当。

○ 放射線科について

- ◆ 放射線診断、放射線治療については、これまでも学会専門医はいずれか片方の専門医のみ取得可能とし、放射線の基本領域を選択した者のほぼ全員がどちらか片方の領域を選択していること等から、地域医療提供体制や専攻医のキャリア形成の観点から連動研修を行い得る領域とすることが適当。

今後のサブスペシャリティ領域の認定について

- 今回検討が行われた23領域以外の領域についても、個別学会単位ではなく、診療領域単位の認定を行うことが原則であり、今回あげた4つの検討の視点から認定を行うことが妥当である。
- 特に連動研修を行い得る領域の認定については、地域医療提供体制の観点から慎重な検討が必要であり、必要に応じ医道審議会から意見・要請がなされるべきである。
- 平成25年の「専門医の在り方に関する検討会」報告書で指摘されたような専門医の乱立が再び起こることがないように慎重な検討が必要であり、必要に応じ医道審議会においても議論がなされるべきである。

新専門医制度におけるサブスペシャリティ領域の要件

検討の視点

- ①国民にとってわかりやすいものか
- ②地域医療提供体制に影響を及ぼさないか
- ③医学の学問としての観点から妥当であるか
- ④専攻医のキャリア形成において妥当か

基本領域

連動研修を行い得る領域

- ①初診患者の受療行動を適正化し得ること
- ②主に2次医療圏から3次医療圏単位において必要であること
(偏在がある場合に偏在対策が必要であること)
- ③多数の大学における講座の分類に近似していること
- ④一般的な診療を行う上である程度幅広い疾患に対応でき、活躍しうる専門性があること

少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域

- ①難治疾患患者の受診や、医師が高次医療機関に紹介するに当たり有用であること
- ②連動研修を行い得る領域との連携を踏まえ、地域医療提供体制に貢献すること
- ③技術認定または、特定の疾患対策や特定の領域の発展に資すること
- ④取得済みのサブスペシャリティ領域の能力向上に資すること

連動研修を行わない領域

- ①症状が遷延する場合や、診断後により高い専門性が必要な治療を患者が求めた場合に受診の参考となること
- ②主に3次医療圏単位において必要であること
(偏在がある場合に偏在対策が必要であること)
- ③大学における講座はないことが多いが、多くの大学において十分な教育が可能であること
- ④基本領域および連動研修を行い得る領域の能力向上に資すること

<医籍登録後年数>

3 4 5 6 7 8 9

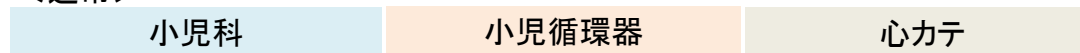
※上記の①～④の要件に必ずしも全ての領域が当てはまるわけではない。

特に、少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域については、柔軟に解釈すべきである。

新専門医制度における今後の専門領域の整理

機構認定	領域の種別	研修形態	特徴
機構認定領域	(1) 基本領域 (19基本領域)	プログラム制 (一部カリキュラム)	専門医の在り方に関する検討会 報告書で例示され、平成30年度より研修が開始された19基本領域。
	(2) 連動研修を行 い得る領域	カリキュラム制 (基本領域研修中は プログラム)	<u>基本領域の研修中にサブス ペの研修を開始し(連動研 修)、早期に基本領域とサブ スペ領域の専門性を修得す るもの。</u>
	(3) 連動研修を行 わない領域	カリキュラム制	基本領域研修が終了した医師が、研修を開始。一部、基本領域での経験症例はカウント可能。 <u>基本研修とは同時に研修しない。</u>
	(4) 少なくとも1つのサブ スペ領域を修得した後 に研修を行う領域	カリキュラム制	基本領域やサブスペ領域が認めた <u>技術認定や疾患対策</u> の領域。
学会認定	(5) 学会認定領域	各学会独自	<u>基本領域が認定する専門医。</u> 原則、機構の認定なし。 ※質の担保等について、機構の関与の仕方は機構内で検討中。

<通常>



<連動研修(イメージ)>




<医師年数> 3 4 5 6 7 8 9 10

内科領域のサブスペシャリティ領域

機構認定		(2)連動研修を行い得る領域	(4)少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域				
	内科基本領域研修(3年)						
消化器病		消化器内科(領域)					
肝臓			肝臓内科(領域)				
消化器内視鏡			消化器内視鏡(領域)				
循環器		循環器内科(領域)					
呼吸器		呼吸器内科(領域)					
血液		血液内科(領域)					
内分泌代謝		内分泌代謝・糖尿病内科(領域)	内分泌代謝内科(領域)				
糖尿病			糖尿病内科(領域)				
神経内科		脳神経内科(領域)					
腎臓		腎臓内科(領域)					
リウマチ		膠原病・リウマチ内科(領域)					
		(3)連動研修を行わない領域					
アレルギー	内科および他の基本領域(3年)	アレルギー(領域)					
感染症		感染症(領域)					
老年病		老年科(領域)					
がん薬物療法		腫瘍内科(領域)					
<医師年数>	3	4	5	6	7	8	9

※領域の名称については、改めて検討がされるべきである

外科・放射線科領域のサブスペシャルティ領域

機構認定		(2)連動研修を行い得る領域	(4)少なくとも1つのサブスペシャルティ領域を修得した後に研修を行う領域
	外科基本領域研修(3年)		
消化器外科	⋮	消化器外科(領域)	
呼吸器外科	⋮	呼吸器外科(領域)	
心臓血管外科	⋮	心臓血管外科(領域)	
小児外科	⋮	小児外科(領域)	
乳腺	⋮	乳腺外科(領域)	
		(3)連動研修を行わない領域	
内分泌外科	外科および他の基本領域研修(3年)	内分泌外科(領域)	

機構認定		(2)連動研修を行い得る領域	
	放射線科基本領域研修(3年)		
放射線診断	⋮	放射線診断(領域)	
放射線治療	⋮	放射線治療(領域)	

<医師年数> 3 4 5 6 7 8 9

→

※領域の名称については、改めて検討がされるべきである