

一般社団法人 日本専門医機構

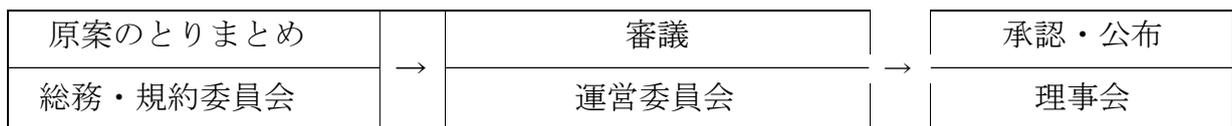
専門医制度新整備指針運用細則（改定）（案）

日本専門医機構（以下、「機構」）が制定した「専門医制度新整備指針（第二版）（以下、「新整備指針（第二版）」）」に関する事項および運用に関して必要な事項を以下のとおり定める。

I. 運用細則の制定と改定について

本運用細則は運営委員会が原案をとりまとめ、基本問題検討委員会で審議して、理事会承認を経て公布するものとする。運用細則の改定も同様とする。

< 運用細則の制定および改定の手順 >



II. 専門医の名称について

基本領域およびサブスペシャリティ領域の「専門医」の名称については、異なる名称を使用するものとし、次のとおりとする。

< 専門医の名称 >

分類	名称
基本領域学会専門医	基本領域 ○○専門医 (例：基本領域 内科専門医)
サブスペシャリティ領域学会専門医	○○専門医 (例：消化器病専門医)

III. サブスペシャリティ領域の専門医の在り方について

機構の関与するサブスペシャリティ領域の専門医については、基本領域学会がサブスペシャリティ学会と共同して、次のとおり制度設計を行うものとする。

1. サブスペシャリティ領域学会専門医検討委員会（仮称）（以下、検討委員会（仮称））について  
原則として、基盤となる基本領域学会（単独の場合、複数の場合、他の

サブスペシャルティ領域学会を含む場合などがある) が当該サブスペシャルティ領域学会と、検討委員会(仮称) を設置し、両者で当該サブスペシャルティ領域の専門医制度を構築し、所定の申請書類を機構に提出する。基盤となる基本領域学会が明らかでない場合は、当該サブスペシャルティ領域学会の基盤となるサブスペシャルティ領域学会(機構が認定したものに限り) とで検討委員会(仮称) を構成することができる。ただし、当該サブスペシャルティ領域学会の基盤となるサブスペシャルティ領域学会が関連する基本領域学会の了解を得るものとする。

この他、基盤となる基本領域学会が多岐にわたるサブスペシャルティ領域の場合、あるいは、明らかでない特殊なサブスペシャルティ領域等については、機構の基本問題検討委員会等において引き続き検討する。

## 2. サブスペシャルティ領域の申請および認定について

機構は、基本問題検討委員会等において、提出されたサブスペシャルティ領域の専門医制度を検証し、妥当と判断されたものを機構の理事会に諮り、承認されたものを機構認定サブスペシャルティ領域として認定する。

認定されたサブスペシャルティ領域学会は、機構に定められた認定料を納入し、機構は認定証を発行する。

## IV. 基幹施設の認定基準について

- 「各基本領域において専門医となるのに必要となる全般的、幅広い疾患の症例が経験できる大学病院と地域の中核病院等がともに認定される水準とするが、対象とする領域は、領域の規模・特性を踏まえることとし、運用細則で別途定める。」(新整備指針 17p. 下から 16 行目) に対応する運用細則

基幹施設の認定基準については、地域医療の配慮として次のとおり定める。

- ① 原則として、基幹施設の基準については、基本領域学会が機構と協議して専門医教育のレベルの維持の観点から策定する。
- ② 専攻医年度採用実績(過去 5 年間の平均、現在は平成 22 年～26 年度の採用実績による)が 350 名以上の基本領域学会(現時点では、内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、麻酔科、救急科)については、教育レベルを保つ観点から、原則として都道府県ごとに複数の基幹施設を置く基準とする。地域の実情に応じて基本領域学会と機構で協議し運用する。
- ③ 専攻医年度実績数が 350 名未満の基本領域学会は、各都道府県単位で複数の基幹施設をおく基準でなくてもよいものとする。

## V. 都道府県協議会について

- 「機構は研修プログラムを承認するに際しては、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる各都道府県協議会と事前に協議し決定する」(新整備指針 18p.)

#### 下から 9 行目) に対応する運用細則

- ① 機構は、各都道府県協議会と、当該都道府県内に研修施設群が所在する研修プログラムの研修施設や募集定員、ローテーション内容等について協議する。各都道府県の協議会については、既に該当する組織がある場合は、混乱を防ぐため既存の組織を用いるよう都道府県に要請し、その組織と当該都道府県で協議していただいた結果については都道府県を通じて返答していただく。
- ② 各都道府県協議会は、研修施設、募集定員、ローテーション内容について検討の上、機構に対し、研修プログラムについて必要な修正意見を提出することができる。研修プログラム認定後であっても、専攻医の登録状況や連携施設等の医師配置の状況を含む研修プログラムの運用実績を踏まえ、地域医療の確保の観点から必要な意見を提出することができる。
- ③ 機構は、提出された意見を「基本問題検討委員会」に諮り、必要に応じて「精査の場」で協議し、最終的に理事会で決定する。
- ④ 協議会は、基幹施設に対し、ローテーション内容等の情報の提供を求めることができる。基幹施設は、機構に連絡したうえで、協議会に情報を提供し、その際遅滞なく機構にも協議会に提出した資料を報告するものとする。機構は、地域医療への配慮や専門研修レベルを改善するための必要性に応じて、基本領域学会、基幹施設と協同して協議会の求めに協力するものとする。

## VI. 研修施設群について

- 「基本領域学会の策定した専門研修プログラムのもとで到達目標、経験目標を計画的に達成するために、専門研修基幹施設が中核となり複数の専門研修連携施設とともに専門研修施設群を構成する（基幹施設単独で専門研修プログラム要件を満たす場合もあると思われるが、連携施設を含めた専門研修施設群として申請するものとする）。」（新整備指針 13p. 上から 4 行目）に対応する運用細則
- 「各専門研修施設には、学会の定める専門研修指導医を置く。常勤の専門研修指導医が在籍しない施設での研修が地域医療を考慮して必要となる場合には、期間を限定するとともに他の専門研修施設から随時適切な指導を受けられる等、医療の質を落とさない研修環境を整えることが必要である。例えば「関連施設」等の連携施設に準じる枠組みを基本領域学会の定める施設基準で考慮する。すなわち、地域医療を維持するために必要な施設において常勤の専門研修指導医を置くことが困難な場合、研修連携施設に準ずる施設を基幹施設の承認のもと研修プログラムに組み入れ、これらの施設での研修も各領域が定める期間、指導医が不在であっても研修として認めるように基幹施設の責任において配慮する。」（新整備指針 14p. 下から 1 行目）に対応する運用細則

- ① 専門研修のため基幹施設と連携して研修施設群を構成する「連携施設」、  
「関連施設」等の連携施設は、基本領域学会が策定した専門研修プログラム  
整備基準に則り、基幹施設を通じて新規追加、削除を基本領域学会に申請す  
ることができる。
- ② 連携施設の新規追加、削除は、基本領域学会において一次審査ののち機構での  
二次審査を経て承認する。
- ③ 「他の専門研修施設から随時適切な指導を受けられる」とは、専攻医が、テレ  
ビカンファランスシステムの利用などにより、適切な指導が受けられることを  
言う。

## VII. 専門医研修プログラムについて

➤ 専攻医の集中する都市部の都府県に基幹施設がある研修プログラムの定員等については、都  
市部への集中を防ぐため、運用細則で別途定める。(新整備指針 12p. 上から2行目)に対応  
する運用細則

- ① 各研修プログラムの定員の上限は指導医数に3を乗じた数を原則とする。ただ  
し、医師の地域・診療科偏在を是正する観点から、比較的医師数が多い都道府  
県及び診療科では、採用数の上限（シーリング）を設定した上で原則通り定員  
を設定する。
- ② シーリング対象の定義を、「2018年医師数」が「2018年の必要医師数」および  
「2024年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県・診療科とし、シーリ  
ング数は過去の採用実績と将来必要医師数を達成するための年間養成数を用い  
て定める。
- ③ シーリングによる急激な採用人数の変化に配慮する観点から、シーリング対象  
都道府県・診療科は、一定の条件のもと、専攻医が不足している都道府県との  
「連携プログラム」をシーリングの枠を超えて設定する。また、当該プログラ  
ムの内数として、医師不足が顕著な都道府県と連携する「都道府県限定分」を  
設ける。
- ④ シーリングによる専攻医数増加の効果は対象都道府県の周辺都市に留まると考  
えられることから、足下医師充足率が低い都道府県との「特別地域連携プログ  
ラム」を③に加えて設定する。
- ⑤ 改正育児・介護休業法（令和3年法律第58号）附帯決議への対応の観点から、  
子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムについては、上記連携プロ  
グラムの設置を条件に、基本となるシーリング数に加算を行う。
- ⑥ 基本領域の専門医資格を取得後あるいは取得中に、大学院あるいは研究所に所  
属し、定められた一定期間医学研究に従事する「臨床研究医コース」を設定す  
る。
- ⑦ 領域ごとの医師数の動向や、地域・診療科偏在対策の観点から必要な場合、シ

ーリングの対象としない領域や医師を設定する。

- ⑧ シーリングについては、当面の間、毎年、シーリングを検討する委員会において検討し、理事会で見直す。地域偏在を助長するなど不都合が生じた場合は、さらに見直しを検討する。
- ⑨ ②～⑦の詳細については別紙に定める。

#### VIII. 専門研修施設群の地理的範囲について

- ⑩ 「基本領域においては、専門研修施設群は地域性のバランス、当該医療圏における地域医療に配慮して、専門研修が適切に実施・管理できることが重要である。専門領域によっては研修内容の質の維持・向上のため、都道府県をまたがる施設群で専門研修プログラムを構成することも可能である。」（新整備指針 14p. 上から 2 行目）
  - ① 原則として専門研修基幹施設の所在地と隣接した地域を専門医研修施設群の範囲とする。
  - ② 遠方の病院と連携する場合には、地域医療を支えるためなど十分な根拠を示すことのできる地域とする。

#### IX. ダブルボードの運用について

- 「1 . 本指針で示した各基本領域学会の認定プログラムにおける研修を修了し、当該基本領域学会の資格審査に合格し、機構で認定され基本領域学会の専門医となったものが、その後、他の基本領域学会専門医資格を取得する（ダブルボード）ことは妨げない。」（新整備指針 24p. 下から 2 行目）に対応する運用細則
- 「2 . ダブルボードの認定については、当該基本領域学会が協同して細則を定め、機構が認定する。」（新整備指針 25p. 上から 2 行目）に対応する運用細則
  - ① 基本領域の専門医取得のため、卒業後臨床研修後ただちに開始する研修は、原則として研修プログラム制とする。ただし、新整備指針 7p. 「3 . (1) 2) は除く。
  - ② 基本領域の専門医取得後に別の基本領域の専門医を取得する場合（ダブルボード）は研修プログラム制、研修カリキュラム制いずれでも選択できるものとする。この際は、専門医のレベルが均等となるようにする。
  - ③ 更新の基準については、各基本領域学会で検討する。

#### X. 専門医の認定、更新のための経験症例について

- ① 各基本領域の整備基準において、経験症例として登録できる要件を定め、機構の承認を得るものとする。
- ② 一人の患者において複数の疾患を対象にして診療を行った場合には、それぞれ経験症例として申請できることなどを各基本領域学会で検討する。ただし、一連の疾患などは一症例とする。

## XI. 専門医制度新整備指針の改定について

➤ 当指針は基本的に「5年に一度程度の定期的な見直しを行う」(新整備指針 9p. 上から 9 行目) に対応する運用細則

- ① 新整備指針の定期的な改定は、運営委員会が発議し、基本問題検討委員会で検討のうえ、必要であれば改定案を策定し、理事会で承認を得るものとする。また社員総会において意見を聞くものとする。
- ② 上記以外で、新整備指針の改定要望がある場合には、運営委員会で検討のうえ必要に応じて基本問題検討委員会で検討する。基本問題検討委員会で改定が妥当とされた場合、改定案を策定し、理事会で承認をうけるものとする。また社員総会で意見を聞くものとする。

## XII. 専攻医の登録数について

- ① 基本領域学会は、専門研修プログラム整備基準において、指導医 1 名に対する専攻医登録数は原則として、3 名までとするが担当学会は地域性を十分に考慮したうえで、基準を策定し、機構と調整する。
- ② 前項の運用に際しては、研修施設群からの要望を基本領域学会で審議し(一次審査)、その結果を受けて機構で二次審査をおこない、承認の可否を決定する。

## XIII. 専門研修プログラムの継続的改良について

➤ 「各基本領域学会は各専門研修プログラムによる点検評価を行う。機構は、各基本領域学会へのサイトビジットを行う。また、必要に応じて専門研修施設のサイトビジットを行うことができる。」(新整備指針 17p. 下から 3 行目) に対応する運用細則

各基本領域学会は、各専門研修プログラムにより専門医研修を担当する研修施設群の点検評価を行うものとする。各基本領域学会は、原則として研修プログラムを運用するすべての研修施設群について検証を行ったうえで、その結果を記録として保存し、機構の要請に応じて提出しなければならない。なお、詳しい手順は別途定める。

- ① 各基本領域学会研修施設群を調査する際の調査項目については、研修プログラム委員会において策定する。研修プログラム委員会において研修施設群の認定・更新を行う。
- ② 各基本領域学会には研修施設群を調査する際の調査項目については、基本問題検討委員会で検討して、理事会で決定する。
- ③ 各基本領域学会は調査の結果を記録して保存する。機構からの要請に基づき提出するものとする。
- ④ 各基本領域学会は調査の結果、機構に報告する。調査の結果評価記録

(例:適合、改善要求、不適合など)、改善要求、再調査と再度評価、不適合の場合の処置(認定復活までの手順)などは研修プログラム委員会で検討する。

#### XIV. 認定後の変更および認定辞退について

➤ 「4. 認定後の変更、認定辞退については別途定める。」(新整備指針 24p. 下から 4 行目) に対応する運用細則

① 研修プログラムが機構に認定されたのち、認定内容を変更したい場合には、理由を付して機構へ申請するものとする。

機構は、一次審査をおこなった当該基本領域学会に変更内容および理由を送付し、当該基本領域学会においての審議を依頼する。

当該基本領域学会が変更を可とする場合には、理由を付して機構に申請する。機構は「専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会」において変更内容について審議し、理事会において可否を決定する。

同委員会において運用の細則を定める。

② 研修プログラムが機構に認定されたのち、認定を辞退したい場合には、理由を付して機構へ申請するものとする。

機構は、一次審査をおこなった当該基本領域学会に辞退の要望および理由を送付し、当該基本領域学会においての審議を依頼する。

当該基本領域学会が辞退を可とする場合には、機構に辞退を可とする理由、および専攻医が在籍している場合はその処遇(他研修プログラム等への移動など)を付して機構に申請する。機構は「専門研修プログラム研修施設 評価・認定部門委員会」において申請内容について審議し、理事会において可否を決定する。

同委員会において運用の細則を定める。

#### XV. その他

##### 3. 専攻医への配慮について

➤ 「・専門研修基幹施設は研修環境を整備する責任を負う。」(新整備指針 15p. 上から 17 行目) に対応する運用細則

基幹施設および連携施設は、専攻医ごとの研修進捗状況を把握するとともに、専攻医からの相談窓口を設け、有効な研修が行えるよう配慮する。専攻医は、基幹施設および連携施設の相談窓口へ相談後も有効な研修が行えないと判断した場合には、機構に相談することができる。

## XVI. 補足説明等について

新整備指針ならびに本運用細則で規定するもののほか、専門医制度の運用に必要な事項は、別途、補足説明等において定める。

附則

専門医制度新整備指針 運用細則

2017年3月17日 理事会 制定

2017年7月7日 理事会 一部修正

2017年8月4日 理事会 一部修正

2017年9月21日 理事会 一部修正

## 「Ⅶ. 専門医研修プログラムについて」で定める事項について

項目②～⑦に関する詳細事項は以下の通り。

### ②シーリング数について

＜必要医師数＞

- 各診療科別勤務時間等（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果を基に作成）及び医師需給分科会第3次中間取りまとめにおけるマクロ需要推計の推計値（需要ケース2）、DPCデータを用いた疾病別診療科別患者数シェア等を利用して算出。

＜シーリング数の計算方法＞

- シーリング数は「2018年～2020年の3年間の平均採用数」から（「2018年～2020年の3年間の平均採用数」－「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」）×20%を除いた数とする。

＜下限の設定＞

- ただし、シーリング数合計（通常＋連携）の下限を、2020年の95%とし、95%に満たない数を連携プログラム（都道府県限定分）として追加する。

＜採用数が少数の県に対する例外措置＞

- 2018年～2020年の採用数のいずれかが10未満である都道府県別診療科のシーリング数を、2018年～2020年の採用数のうち最も大きい数とし、過去3年の採用数の平均が少数（5以下）の都道府県別診療科はシーリングの対象外とする。

＜精神保健指定医連携枠＞

- 精神科については、指定医連携枠を設け、シーリング数の合計が2020年のシーリング数（通常＋連携）と同数になるように追加する。
- 指定医連携枠で採用を行う場合の要件は下記の通りとする。
  - ・ 指定医が相対的に少ない下位1/3の都道府県※と連携を組み、研修期間の半分（1年6ヵ月）を当該都道府県で研修を行うこと。
  - ・ 専攻医が研修を行う連携先の都道府県に、1年6ヵ月以上の期間、基幹施設から常勤の指導医を新たに1名以上派遣すること。
- 精神科専門医の更新要件として、指定医業務の実績をいれ、指定医業務を行っていない者の更新要件を厳しくすることを前提とする。

※日本精神神経学会が算出した業務換算指定医数に基づき、下記の都道府県とする。  
青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、千葉県、福井県、長野県、静岡県、滋賀県、和歌山県、鳥取県、島根県、広島県、徳島県、長崎県

### ③「連携プログラム」について

- シーリング対象都道府県・診療科とシーリング対象外の都道府県との「連携プログラム」をシーリングの枠外で設定でき、プログラム数の一部を医師不足が顕著である都道府県での研修を行う「都道府県限定分」として設定する。但し、連携プログラムの設定には、連携プログラムを除く令和3年度募集プログラムの地域貢献率が原則

20%以上が必須条件である。

- 地域貢献率は次の式で計算する。

地域貢献率 =  $\Sigma$  (各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間) /  $\Sigma$  (各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間)

- 連携プログラム及び都道府県限定分は以下の場合に募集可能とする。

連携プログラム：シーリング対象外の都道府県の施設において1年6ヵ月以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする。

連携プログラムのうち都道府県限定分：2016年または2018年の足下充足率（＝足下医師数/必要医師数）が0.8以下であり、医師不足が顕著である都道府県の施設において1年6ヵ月以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする。

- 連携プログラム採用上限数の計算方法は以下の通り定める。

連携プログラムの採用上限数は、「2018年～2020年の3年間の平均採用数」－「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」に対して、診療科ごとの「専攻医充足率」に応じて以下の割合を乗じた数とする

- A) 専攻医充足率 ≤ 100% の場合：20%（内科・整形外科・脳神経外科）
- B) 100% < 専攻医充足率 ≤ 150% の場合：15%（眼科・耳鼻科・泌尿器科・リハビリテーション科）
- C) 150% ≤ 専攻医充足率 の場合：10%（小児科・皮膚科・精神科・放射線科・麻酔科・形成外科）

都道府県限定分の採用上限数は、「2018年～2020年の3年間の平均採用数」－「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」の5%分を、連携プログラム数の内数として設定する。

#### ④「特別地域連携プログラム」について

- 2016年または2018年の足下充足率（＝足下医師数/必要医師数）が原則0.7以下であり、医師不足が顕著である都道府県の施設において1年以上の専門研修を行える環境が整った場合、原則として都道府県限定分と同数を募集可能とする。ただし、連携先、採用数については、診療科別の個別事情も考慮し設定する。

#### ⑤「子育て支援加算」について

- 子育て世代の支援を重点的に行っている（育児と仕事が両立可能な職場環境が整っている医療機関で研修を行う）プログラムについては、特別地域連携プログラムの設置を条件に原則1名を基本となるシーリング数に加算を行う。
- 以下の条件が揃っている医療機関を育児と仕事が両立可能な職場環境が整っていると認める。
  - ・院内保育、病児保育、ベビーシッター、お迎えサービス等の利用を推進している
  - ・「くるみん認定」、「プラチナくるみん認定」を取得している
  - ・その他、日本専門医機構が育児と仕事が両立可能な職場環境が整っていると認定するもの

#### ⑥臨床研究医コースについて

- 基本領域の専門医資格を取得後あるいは取得中に、大学院あるいは研究所に所属し、定められた一定期間医学研究に従事する。

- 専門医資格取得のための研修は、責任医療機関で管理し、カリキュラム制で行う。
  - コースは全体で7年間とし、最初の2年間で臨床研鑽を行い、後半5年間はエフォートの50%以上を研究に充て、SCI (Science Citation Index) のついた英文雑誌において First authorとして2本以上の論文発表を課す。
  - 定員については、各基本領域最低1名とし、全体で40名としたうえで、機構と基本領域が協議して定員を設定するが、募集は機構が行う。
- ⑦シーリングの対象外とする領域及び医師について
- 外科、産婦人科、病理診断科、臨床検査、救急科、総合診療科はシーリングの対象外とする。
  - また、都道府県と卒業後一定期間、当該都道府県内で医師として就業する契約を締結した者（修学資金の貸与の有無を問わない）又は自治医科大学を卒業した医師のうち、専攻医期間に医師少数区域又は医師少数スポットで専門研修を行う予定の者についても、シーリングの対象外とする。