

「医師臨床研修制度の到達目標・評価の
在り方に関する Working Group」
(2015年10月14日)

新しい専門医制度 —2017年より開始—

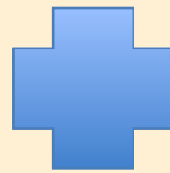
一般社団法人「日本専門医機構」理事
池田康夫

専門医制度の意義

専門医制度は誰のためにあるのか？

患者・国民

- 標準的で安全な治療を受けたい
- 医療の地域間格差を小さくしてほしい



専攻医

- 自信を持って医療を担当出来る一人前の医師になりたい
- 充実した研修を受けたい

主役は国民と専攻医

専門医制度改革の基本理念

- 専門医の質を担保できる制度
- 患者に信頼され、受診の良い指針になる制度
- 専門医が「公の資格」として、国民に広く認知されて評価される制度
- 「プロフェッショナル集団としての医師」が誇りと責任を持ち、患者の視点に立ち自律的に運営する制度

新専門医制度の設計

- 専門医制度は二段階制とする（基本領域とサブスペシャリティ領域）
- 専門医の認定は各学会ではなく、中立的機関としての「日本専門医機構」で行う
- 専門医育成は研修プログラムに従って行う。
中立的第三者機関では研修プログラムの評価・認定、研修施設のサイトビジットを行う
- 総合診療専門医を基本領域に位置づける

専門医とは

“神の手”を持つ医師やスーパードクターのことを意味するのではなく、それぞれの診療領域において、安全で標準的医療を提供でき、患者から信頼される医師のことである

新たな専門医制度の枠組み

Subspecialty専門医

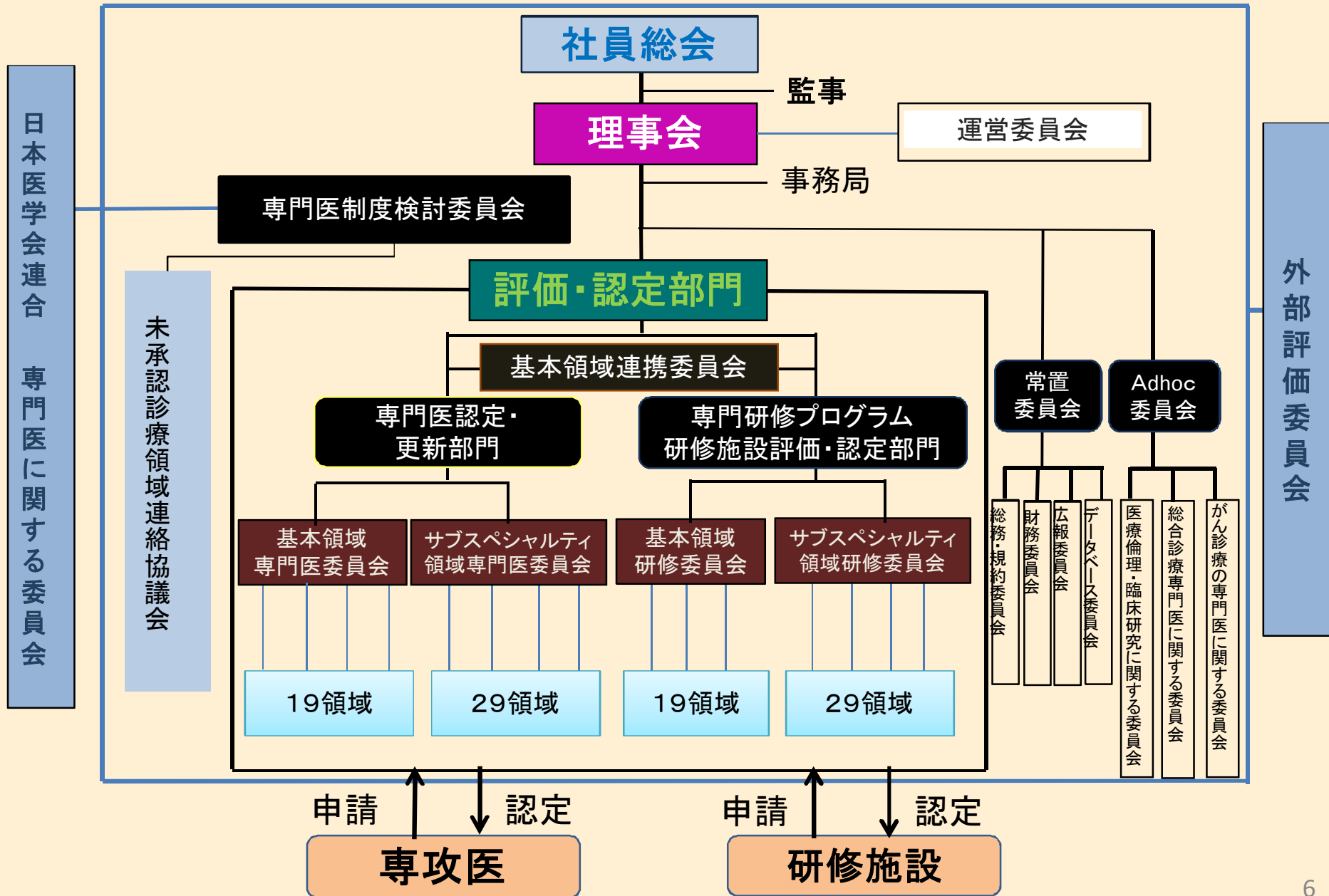
消化器・呼吸器・内分泌代謝・腎臓・アレルギー・
老年病・循環器・血液・糖尿病・肝臓・感染症・
リウマチ・神経内科・消化器外科・呼吸器外科・
心臓血管外科・小児外科 等



基本領域専門医

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

(一般社団法人)日本専門医機構組織図



専門研修プログラム制の採用

各専門診療領域の研修カリキュラムのもとで、目標を計画的に達成する為に、研修基幹施設が中心となり複数の研修連携施設と共に研修施設群を構成した上で、専門研修プログラムを作成する。専攻医はこのプログラムに従い、専門医資格取得までの研修を行う。この仕組みが十分に機能しているかどうかについて、研修施設のサイトビジットを実施する。

この仕組みが「専門研修プログラム制」である。

専門医の育成と社会からの視点

- 専攻医が専門知識や技能等について水準を満たしていることを、自身が(自己)評価し、更に指導医がそれを総括的に評価することは、それぞれの領域の「Quality Control」である
- 専門医機構が、専門医の教育・指導体制や専門医の質を認定することは、社会に対する「Quality Assurance」と言える

専門研修プログラムの構成要素

研修基幹施設と研修連携施設

研修指導医

研修プログラム管理・評価体制

研修カリキュラムの整備

研修実績記録システムの整備

マニュアル等の整備

* 臨床研修期間中の経験症例の取り扱いについては、
内科、外科、麻酔科等において、予め決められた症例について
のみ考慮されるが、基本的には別の研修と理解されている。

専門研修プログラムの認定

日本専門医機構の「専門研修プログラム研修施設評価・認定部門研修委員会」で審査され、基準に則って認定を受ける。

専門医制度と国民医療・地域医療の 調和をめざして

- 患者・社会から信頼される標準的な医療を提供できる
医師を育成するための「研修プログラム制度」
- 優れた専門医制度と地域医療に十分配慮した制度
設計との両立

—今以上に地域偏在が起きないように—

プログラムの審査 (内容)

1. プログラムの特性／特徴を明確に！
2. **到達目標**が明確で具体的に書けていること
 - ✓□年次毎の到達度
 - ✓□経験症例が確保されているか
3. **研修方略**が明示されていること
 - ✓□期間(ローテーションを含めて)が明確であるか
 - ✓□症例経験・カンファレンス等
 - ✓□地域医療の経験への配慮
4. 評価項目と方法が明示されていること
 - ✓□目標(年次毎の到達度)に対する評価 (形成的/総括的)
 - ✓□評価表や実績記録を用いた現場での評価 ← 領域からも示される
5. 人的・物的資源が十分か
 - ✓□指導医が十分であるかは必須！
6. プログラムの自己改善とサイトビジットへの対応
7. 学術活動

プログラムの審査（外形項目）

1. 領域のプログラム整備基準に適合した施設（基幹/連携）
 - ✓ 施設、症例数、指導医など、専門研修を支える体制が万全
2. 施設群を組む基準が明らかであること
3. 受け入れ数の明示
 - ✓ 募集数上限は、指導医1名に対し多くても3名【全学年で、同時に】
4. 地域の専攻医募集数は人口比率を基本として決定すること
(診療実績は人口に相関すると考えられる)
5. 今以上に地域偏在を助長させないこと(計画と実績で)
6. 都道府県単位の病院群プログラムを原則とするが...
 - ✓ 専攻医が少ない地域の施設や研修上で関連の強い施設は、
遠方であっても連携に加えることができる
7. 専攻医の採用と修了要件が明確であること

新専門医制度開始迄のタイムスケジュール

