

# 今後の医師養成の在り方と 地域医療に関する検討会資料

(H29年4月24日)

## 専門医制度の現状と課題

一般社団法人日本専門医機構 理事長

吉村 博邦

# 医師養成の過程

## 1. 学部教育（医科大学・医学部の教育）

（1）教養教育、基礎医学（1～2年生）

（2）臨床医学（3～4年生）

→ 共用試験（CBT、OSCE）

（3）臨床実習（5～6年生）

→ 卒業試験（医学課程を修了）

## 医師国家試験

## 2. 卒後臨床研修（2年間、必修）

## 3. 専門研修（専門領域の研修）

→ 専門医試験

## 4. 生涯研修

共通プログラム

----- 領域別プログラム

# 1. 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

- 標準的で信頼できる治療を受けたい
- 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

## 2. わが国の卒後研修の現状

### 1. 現在、卒後2年間の臨床研修制度が必修化。

→ 将来の専門性に関わらず、医師として基本的な診療能力を涵養することが目的。

### 2. その後の専門研修は、

→ 各学会が独自に専門医を養成。

→ 任意の研修であり、受けない者も少なくない。

→ 系統的(標準的)な専門研修の仕組みがない。

→ **フリーター医師(十分な専門研修を受けない)の増加**

→ 広告可能な専門医資格所有者は、各年代とも7割。

少なくとも、基本的な診療科については、

初期研修終了後には、全員、3年間程度の専門研修を行って欲しい。

（内科、外科、小児科、耳鼻咽喉科、・・・）。

→ 患者、国民の希望。

自由標榜制のもと、専門医を養成する後期研修の仕組みがないのは、先進国では日本だけ。

### 3. 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ものではない。
- それぞれの診療領域(診療科)において、標準的医療を提供でき、患者から信頼される医師。

→ そういう医師を如何に育てるか

専門医制度の大きな目標、課題

## 4. 学会による専門医・認定医 制定の経緯

昭和37年	日本麻酔科学会	<u>指導医</u>
昭和41年	日本皮膚科学会	専門医
昭和41年	日本脳神経外科学会	専門医
昭和41年	日本医学放射科学会	専門医
昭和43年	日本神経学会	専門医
昭和43年	日本内科学会	<u>認定医</u>
昭和53年	日本外科学会	<u>認定医</u>
昭和53年	日本病理学会	専門医
昭和53年	日本形成外科学会	専門医
・	・	・
・	・	・

## 5. 専門医制度の統括のあゆみ

昭和56年 **学会**認定制協議会(学認協)の発足。  
日本医学会加盟 22 学会が会員。

平成13年 **専門医**認定制協議会(専認協)となる。  
日本医学会加盟 50 学会が会員。  
(学会認定から、第三者認定へ)

平成15年 **日本専門医制評価・認定機構**の設立(法人格)  
(現機構の前身)  
→ H26年5月 新機構の設立に伴い解散。  
→ 解散時点で、85学会、**81**専門医が登録。



## 6. 専門医の区分(旧機構)

(1) 基本診療領域 (18 専門医)

(2) Subspecialty 領域 (29 専門医)

(3) 区分未定 (34 専門医)

(計 81 専門医)

---

(4) 入会希望 (12 専門医) ペンディング

(合計 93 専門医)

→ 現在、全て新機構に引き継がれている。

(5) 総合診療 (1) + 新機構入会希望 (8 専門医)

(合計 102 専門医)

## 基本診療領域(19専門医) (基本的な診療科)

内科

外科

小児科

産婦人科

精神科

皮膚科

眼科

耳鼻咽喉科

泌尿器科

整形外科

脳神経外科

形成外科

救急科

麻酔科

放射線科

リハビリテーション科

病理

臨床検査

(総合診療)

# Subspecialty領域(29専門医) (基本領域から分化したもの)

## (1) 内科系(13領域) (準基本診療科)

消化器、循環器、呼吸器、神経、血液、腎臓、内分泌代謝  
糖尿病、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、リウマチ

## (2) 外科系(4領域) (準基本診療科)

消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科

---

## (3) その他(12領域) (細分化診療領域)

小児循環器、小児神経、小児血液、周産期、婦人科腫瘍、  
生殖医療、手外科、脊椎脊髄外科、頭頸部がん、集中治療、  
放射線診断、放射線治療

## 区分未定(54領域) (今後検討すべき領域) \*印は入会申請中

### (細分化した診療領域と思われるもの) (25領域)

大腸肛門病、乳腺、ペインクリニック、美容外科、心療内科、心身医療、こどもの心、一般病院連携精神、臨床遺伝、漢方、臨床薬理、家庭医療、

産業衛生、病態栄養、人間ドック、気管食道、内分泌外科、臨床神経生理、病院総合診療、女性ヘルスケア、老年精神医学\*、~~緩和医療\*、食道\*、消化管\*、臨床精神神経薬理\*~~

### (技術、診断、治療、病名、症状等に関する) (29領域)

消化器内視鏡、気管支鏡、インターベンショナルラジオロジー、心血管内インターベンション、脳血管内治療、輸血細胞治療、肝胆膵高度技術、超音波、核医学、細胞診、透析、血漿交換、温泉療法、がん薬物療法、脳卒中、てんかん、高血圧、頭痛、脈管、心血管麻酔、急性血液浄化、レーザー、外傷、熱傷、不整脈、睡眠、動脈硬化\*、結核病\*、認知症\*

## 7. 旧機構の問題点

- ① 各学会が独自に制度を構築。  
→ 基準が不統一。質のバラツキ。
- ② 多種多様な専門医が乱立。  
→ 分かりにくい。

→ 厚生労働省による「**専門医の在り方に関する  
検討会**」(高久史磨座長)の設置、報告書(H25.4)。

## 8. 新しい組織(日本専門医機構)の設立

(H26年5月)

### 目的

- ① 学会の運用ではなく、  
→ 第三者機関として、  
制度の統一化・標準化を図る。
- ② 専門医の乱立に対し、  
→ 基本19領域を取得してから  
サブスペシャリティ領域を取得。  
→ 医師は、いずれかの基本領域の専門医の  
取得(基本領域の研修を行うこと)が基本。

(専門医の在り方に関する検討会最終報告書より)

## 9. 新しい専門医の養成の仕組み

### 「整備指針(第一版)」の制定

(1) 研修プログラムを作成(3年程度)。

効率良くカリキュラムを達成し、質の高い専門医を育成する。

(2) 研修施設群の形成してローテイト研修を行う。

基幹施設(大学病院や中核病院など)と地域の協力病院等が病院群を構成。研修の質を担保しつつ、地域医療に配慮する。

(専門医の在り方に関する検討会最終報告書より改変)

## 10. 研修プログラムの募集を開始

H27年12月～H28年3月

基本19領域で全て一次審査(各領域で)を終了。

2,906 プログラム、定員約1万9千人(指導医1:専攻医3)。

内科 523、救急科 190、外科 188、麻酔科  
166、小児科 159、精神科 149、病理 115、産婦人科 122、  
整形外科 104、眼科 103、皮膚科 100、  
放射線科 96、泌尿器科 95、脳神経外科 94、  
耳鼻科 88、リハビリ 74、形成外科 73、臨床検査 72、  
総合診療 398

→ 二次審査(機構での審査)は中断。



## 11. 新理事会の発足(H28年7月)

前理事会メンバー(旧機構の理事が中心)は、大幅に刷新。

社員が中心となり、新理事の選出基準作成

オールジャパン体制となった。

## 新理事（推薦母体および学識経験者の内訳）

- ◆ 日本医学会連合 2名
- ◆ 日本医師会 2名
- ◆ 四病院団体協議会 2名
- ◆ 全国医学部長  
病院長会議 2名
- ◆ 内科系社員学会 3名
- ◆ 外科系社員学会 3名
- ◆ 日本医療安全  
調査機構 1名
- ◆ 医療研修  
推進財団 1名

## ◆ 学識経験者 9名

- 地方自治体(知事)
- 経済学者(教授)
- 私立大学副学長
- 私立学校法人理事長
- 一般住民
- 患者
- 自治体病院団体会長
- 国立大学教授(放射線科)
- 国立大学教授(腎臓内科)

→ 理事、監事は、全員無報酬。

## 12. 新理事会の基本姿勢について

### ① 機構と学会の関係

**機構と学会が連携**して専門医の仕組みを構築することを基本姿勢とする。

### ② 機構と学会の役割分担の明確化を図る

- **学会**は、学術的な観点から、責任をもって**プログラムを作成**する。

### ③ 機構の役割

(ア) 機構は、専門医の仕組みを学術的な観点から標準化を図る。

領域学会に対し、チェック機能、調整機能を発揮し、領域学会をサポートする。

(イ) 専門医を機構の資格(私的でない)として認証する。

(ウ) 専門医に関するデータベースを各領域学会と共同で作成する。

(エ) 専門医の仕組みを通して、国民に対し良質な医療を提供するための諸施策を検討する。

## 13. 新理事会の活動

### (1) 地域医療の確保対策について

- 精査の場の設置

(理事会構成員＋公衆衛生の専門家)

→ 基本領域の専門医制度を個別に精査。

### (2) 機構業務の見直し

- スリム化(認定・更新一次審査を学会に委ねる。サイトビジットを限定的に施行。)

### (3) 整備指針の見直し(専門医養成の憲法に相当)

- 基準等の柔軟な運用  
暫定措置を講じるなど。

### (4) 総合診療専門医制度の構築

## 14. 新整備指針の制定

(H28.12.9. 第8回理事会承認、H28.12.16. 第二回社員総会承認)

改定のポイント(学会の責任と自主性を重視、柔軟な運用)

### ① 基本領域の研修について。

- 原則として、**研修プログラム制**で行う。  
(領域等によっては、**研修カリキュラム制**を可とする)
- 基幹施設と連携施設等による**研修施設群**を形成。  
ローテイト研修を行う。
- 診療に従事する医師は、原則として、いずれかの基本領域の**専門研修**を選択し、その**領域の研修**を受けることを基本とする。

## ② サブスペシャルティ領域の研修について。

- 研修プログラム制、研修カリキュラム制のいずれも可。
- 研修施設群の形成は必須ではない。
- 基本領域とサブスペシャルティ領域との連動研修を可能とする。

### ③ 地域医療への配慮について(1)

- 基幹施設の基準は、原則、**大学以外の施設**でも認定される基準とする。

(運用細則案：専攻医実績が350人以上の内科、外科、小児科、整形、麻酔、精神、産婦、救急について、機構と学会で調整。)

- 専攻医の集中する**都市部の定員**については、細則で定める。

(運用細則案：東京、神奈川、愛知、大阪、福岡について、原則、過去の専攻医採用実績の平均を目途とする。医師の減少している外科、産婦人科、病理、臨床検査を除く。地域への派遣実績を考慮。)

\* 偏在などの不都合が生じたら、毎年見直す。



## ④ 地域医療への配慮について(2)

- 基本領域における研修プログラム制について。

(運用細則案：義務年限を有する卒業生、地域医療に資することが明らかな場合、出産・育児・留学などで合理的な理由がある場合などでは、各学会の判断により、必ずしもプログラム制ではなく、カリキュラム制も可能とする。

- 機構が研修プログラムを承認するに際して、予め、行政、医師会、大学、病院団体などからなる都道府県協議会と事前に協議し、決定する。
- 関連施設の他に連携施設等を設けるなど、研修の質を確保出来れば、指導医が不在でも研修が可能とする。

## ⑤ その他

- 基幹施設での研修は、原則として6か月以上、連携施設での研修は、3か月未満とならないように務める。特殊な研修は柔軟に対応する。
- 更新基準については、地域で活躍中の医師にとって過度の負担にならないよう、配慮する。

## 15. 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(私でない資格)」として、国民に広く認知されて評価される制度。
- 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。
- 地域の医師偏在を悪化させない。

## 16. 専門医の研修と地域医療について

① 専門研修は、**初期臨床研修(単一のプログラム)**と異なり、**診療科別のプログラム**で行われる。

- 基本19領域 + (内科系13領域 + 外科系4領域)  
(17 + 13 + 4 = **34領域**)
- 年間の研修医数: 約8,500人  
→ **1領域** 約8,500人 ÷ 34領域 = **250人**
- 人口比で割り振る  
→ 東京 人口 10% 25人。  
A 県 人口(100万人) 0.8% 2人。

# 基本領域における後期研修医の過去採用実績

(H22年～H26年度、専門医機構調査結果)

内科	3,147	人
外科	820	
麻酔	497	
整形	478	
小児	458	
産婦	411	
精神	405	
救急	380	

放射	284	人
脳外	239	*
眼科	228	
皮膚	210	
泌尿	195	
耳鼻	194	
形成	150	
リハ	86	
病理	50	
検査	7	

(\* H28年度実績)

# J領域における専門研修登録申請者数(抜粋) (\* H29年はH28年12月時点)

	H29年*	H28年	H27年	H26年	H25年	H24年
東京	48	40	47	58	47	29
神奈川	14	24	11	18	5	11
大阪	15	14	18	13	10	19
愛知	16	12	12	12	7	19
福岡	7	10	11	11	8	9
I 県	1	3	1	2	0	0
A 県	0	2	1	1	0	0
S 県	0	0	0	0	0	0
K 県	1	0	0	1	1	2
O 県	2	2	0	0	1	0
:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:
合計	201	216	200	215	171	184

# S 領域における専門研修登録申請者数(抜粋)

	H29年	H28年	H27年	H26年	H25年	H24年
東京	104	81	94	86	89	77
神奈川	17	20	16	18	26	32
大阪	28	27	31	31	39	38
愛知	27	18	29	27	24	26
福岡	11	12	16	15	25	22
I 県	2	1	3	2	1	5
A 県	2	2	2	5	1	3
S 県	2	1	2	0	3	1
K 県	3	1	1	1	3	1
O 県	2	2	1	2	0	5
:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:
合計	386	353	365	362	402	395

② 専門研修は、34領域でバランスよく育成する必要がある。

- 専攻医を、ある程度集中させる必要がある。  
34人以上で、各領域年間1人ずつ育成できる。
- 専門医の養成は、5年～10年単位で長期的に考える必要がある(1年単位では人数が限定)。
- これまでのように、各施設が専攻医を数人～10数人ずつ分散・確保しては偏在(特に、診療科の偏在)が続く。



(参考)

**H29年度暫定プログラム施行領域の状況**

## 耳鼻咽喉科（H29年 暫定プログラム施行）

	全体	大都市圏	
H23年	198人	105人	(53.0) %
H24年	184	87	(47.3)
H25年	171	77	(45.0)
H26年	215	112	(52.1)
H27年	200	99	(49.5)
H28年	216	100	(46.3)
<b>H29年*</b>	<b>201</b>	<b>100</b>	<b>(49.8)</b>

H29年度、専攻医数は以前と大差なし。

(\* H28.12月時点)

## 病理（H29年 暫定プログラム施行）

	全体	大都市圏	
H24年	89	33	(37.1) %
H25年	70	33	(47.1)
H26年	91	43	(47.3)
H27年	79	38	(48.1)
H28年	87	44	(50.6)
<b>H29年</b>	<b>112</b>	<b>44</b>	<b>(39.3)</b>

**H29年度、大都市圏以外で増加。**

（H25～28は受験者数。H29年はプログラム応募者数。）



## 形成外科(H29年 従来のカリキュラム制で施行)

	全体	大都市圏	
H24年	136	69	(50.7) %
H25年	144	70	(48.6)
H26年	192	105	(54.7)
H27年	181	105	(58.0)
H28年	214	116	(54.2)
<b>H29年</b>	<b>191</b>	<b>107</b>	<b>(56.0)</b>

H29年度、専攻医数は以前と比べて大差なし。

**全員が100%納得する専門医制度のスタートは  
難しい。**

**当面は毎年、大胆に見直しを行って行きたい。**