

第2回 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会

新しい内科専門医制度 制度移行に向けた特徴的なポイント

～「地域への配慮」と「キャリア形成への配慮」を中心に～

内科領域の現状

医療の顕著な高度化

大病院内科の細分化

呼吸器
循環器(冠動脈・不整脈)
消化管
肝胆膵
内分泌
代謝・糖尿病
神経
感染症
血液
腎臓
アレルギー
リウマチ・膠原病
腫瘍
心療(心身症)
総合

医師不足・偏在

≠

地域のニーズ
(各地域の医療供給状況,
地域医療構想等)

内科一般(総合内科)

(循環器)
(呼吸器)
(消化器)

幅広い内科研修の充実

主病名で**主担当医**として**経験**を積む

- 認定内科医＝初期研修2年＋内科1年
- しかも内科研修は臓器別専門病棟が多い
- 認定内科医試験：併存症を主としたサマリー



狭い専門に偏った研修

専門病院外でも

狭い専門分野しか診ない内科医が増加



地域とミスマッチ

Generalな内科研修が
不足しているのではないか？

内科専門研修の目標と修了要件

▶**主担当医として160症例以上，内科領域56疾患群以上を受け持つ。**

到達目標は200症例以上，内科領域70疾患群

そして専門研修3年目に29の病歴要約の提出と受理

※受け持ち症例には**外来症例を全体の1割含めることを認める。**

病歴要約では29症例のうち7症例まで外来症例を認める。

その他の修了要件

- ▶ 所定の2編の学術発表または論文発表
- ▶ JMECC(内科救急講習会)の受講
- ▶ 各研修プログラムで定める講習会の受講
- ▶ 指導医とメディカルスタッフによる360度評価に基づき、
医師としての適性に疑問がないこと

内科領域プログラム作成の取り組み その変遷

- ・日本専門医機構の主目的は「専門医の質の担保」にあり、当初、厳正な整備基準に基づきプログラム作成に着手した。
しかしこれではプログラム数が200～300となる可能性も予見された。（2015年頃）



- ・この間、自治体からの意見や要請にも耳を傾け、地域への配慮を踏まえて専門医の修了要件や基幹施設の条件を見直した。また、自治医大や地域枠出身の方等のために、施設基準を緩和した特別連携施設を設けた。



- ・その結果、2016年段階で内科領域は昨年523のプログラムの手挙げとなり、
大学以外の市中病院の手挙げを促進することができた。

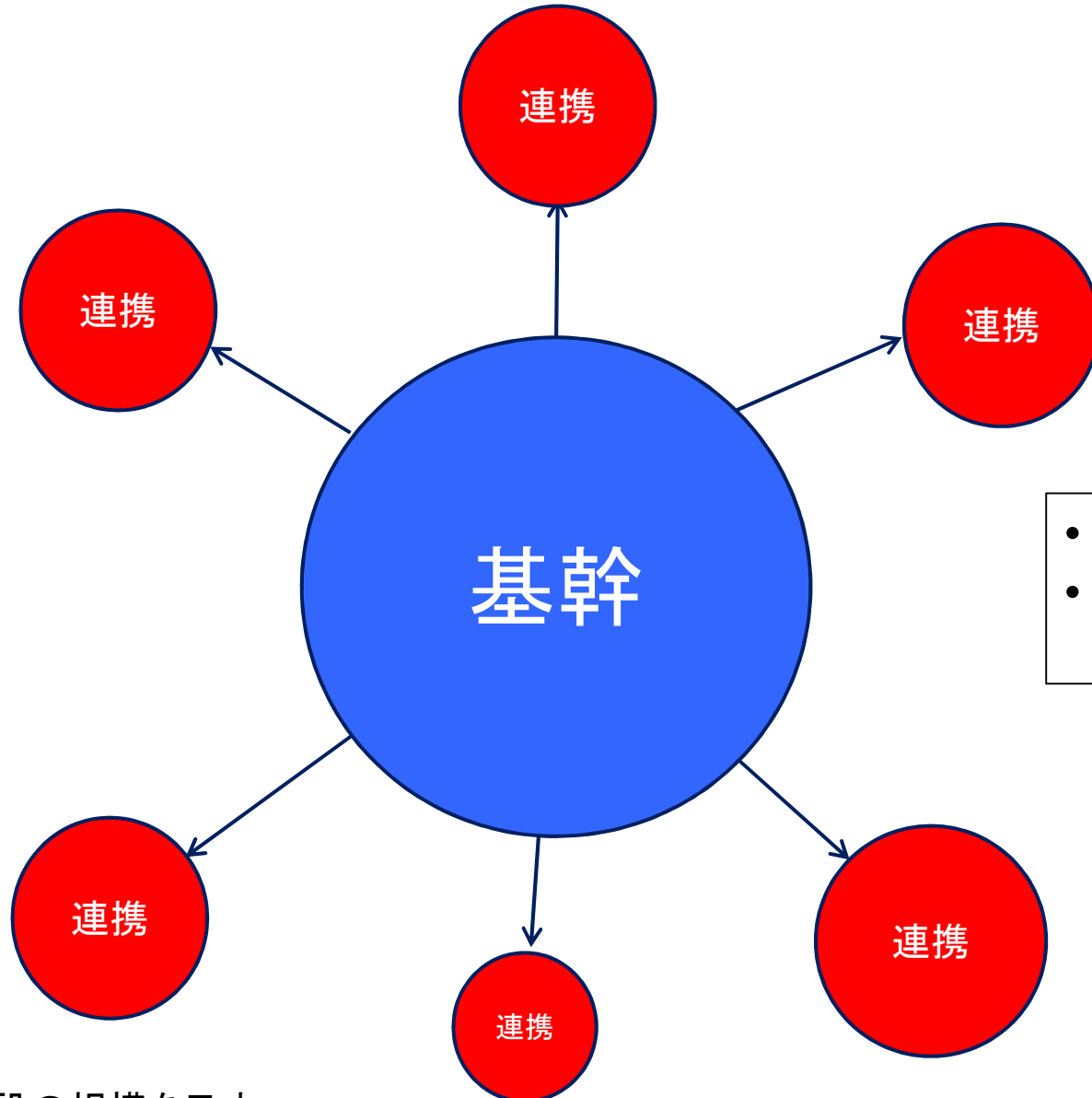
（基幹施設の8割以上が市中病院である）

なお、基幹施設と連携施設の総数は現制度の2.4倍、2937施設となった。



- ・2017年、研修内容について更に柔軟性を持たせて見直し、全国の各施設に改めて手挙げを促した。その結果、更にプログラムが増え、
現在、545のプログラム申請となった。

専門研修プログラム施設群について(標準的なイメージ)



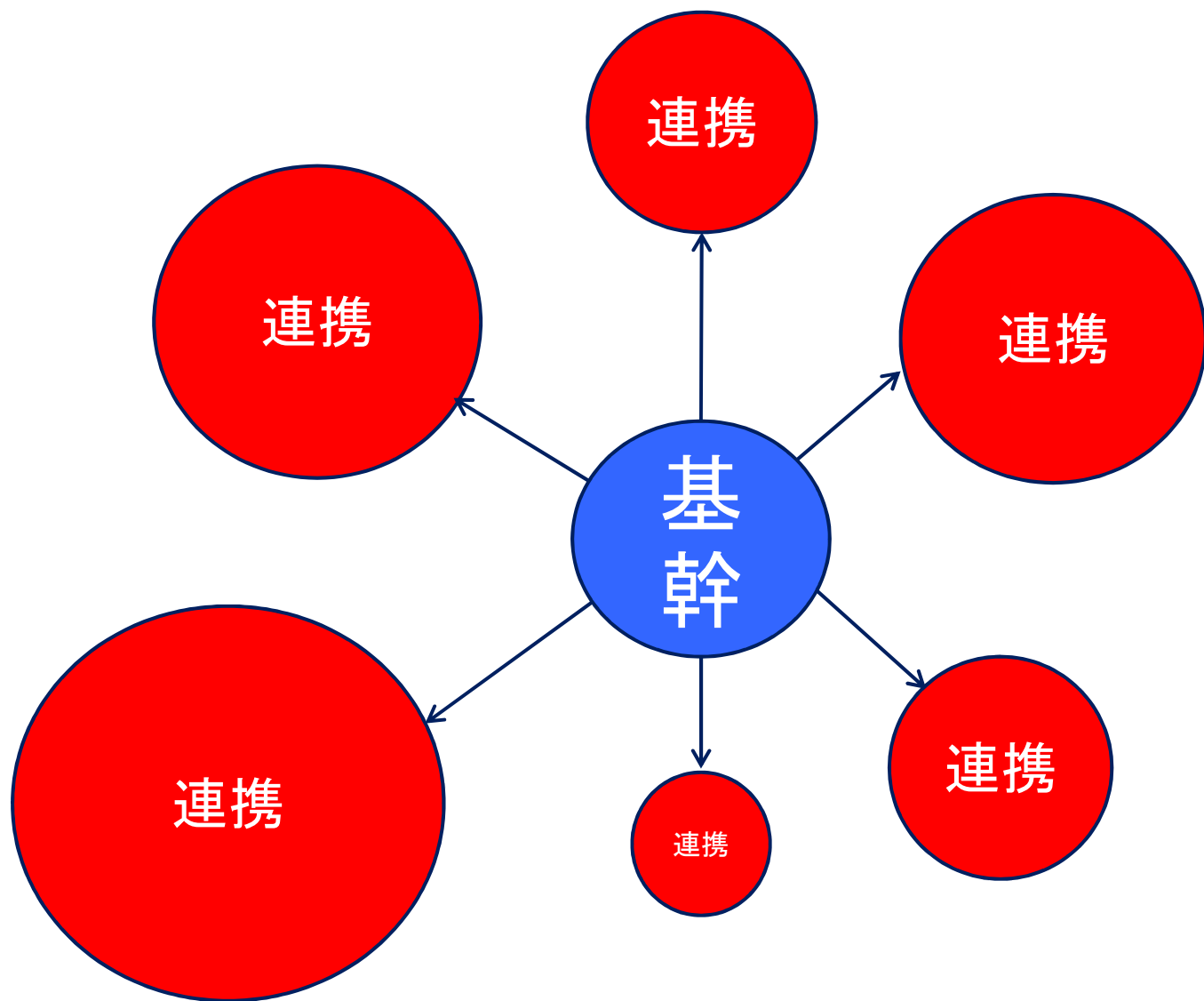
- 基幹施設: 大学や大病院
- 連携施設: 中小病院



研修の質は高いが、
大病院中心とならないか？

●● の大きさは施設の規模を示す

専門研修プログラム施設群のイメージ(内科 見直し版)



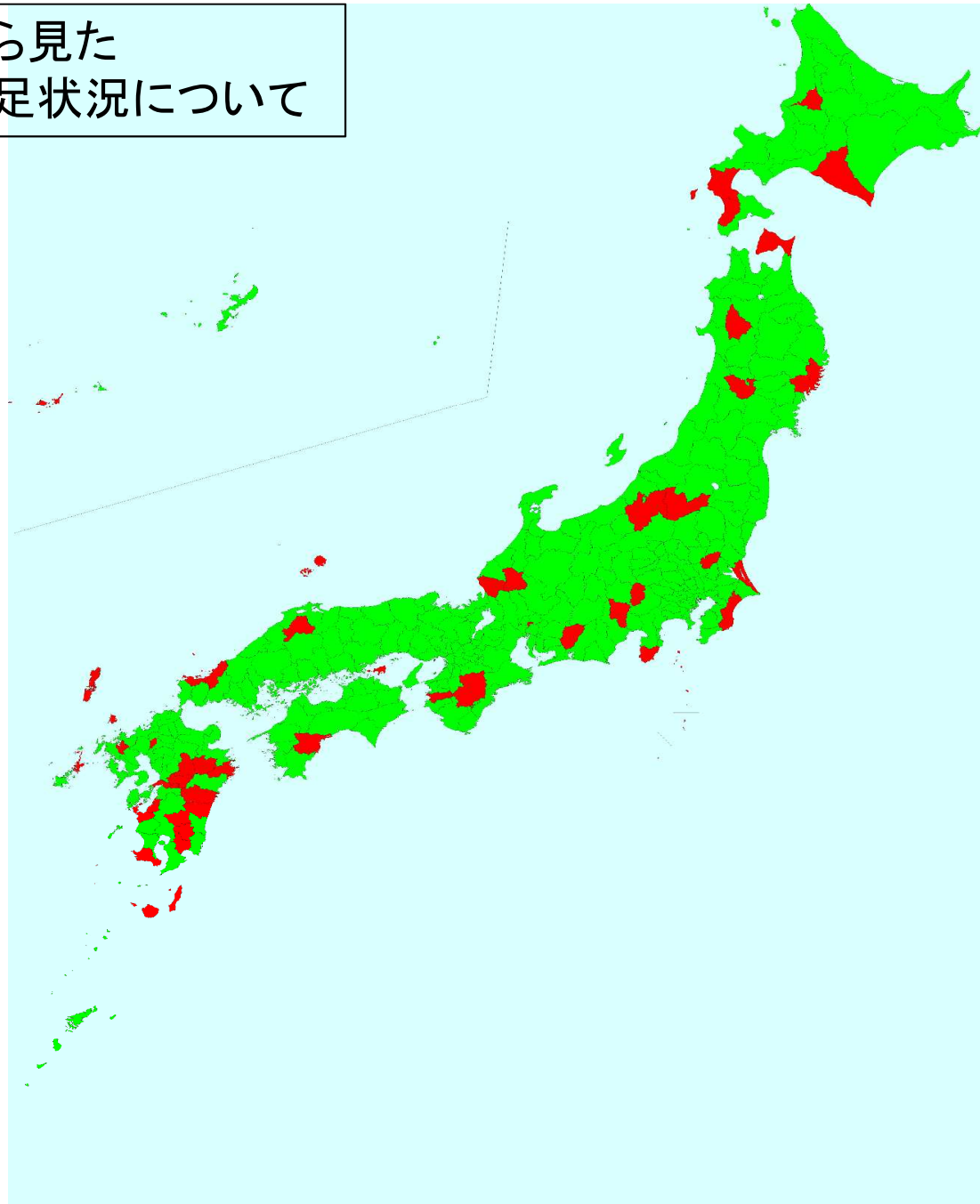
基幹施設の基準(病床数設定)を見直し、
プログラム(基幹施設)の手上げを促進



- 基幹施設: 中規模病院を中心に増加
545プログラムまで増えた
市中病院が中心
- 連携施設: 大学病院が研修を補完する
連携施設になることもある.
- 参加施設数は現制度1204施設から2937
施設に(現制度の2.4倍)
- 規模や地域に依らないプログラムを確立
各研修内容の質は可視化
(J-OSLER利用)

●● の大きさは施設の規模を示す

二次医療圏から見た
研修施設の充足状況について



現行制度（内科領域）

日本内科学会認定教育施設
二次医療圏網羅状況(2016年度)
■: 研修施設所在 ■: 研修施設所在なし

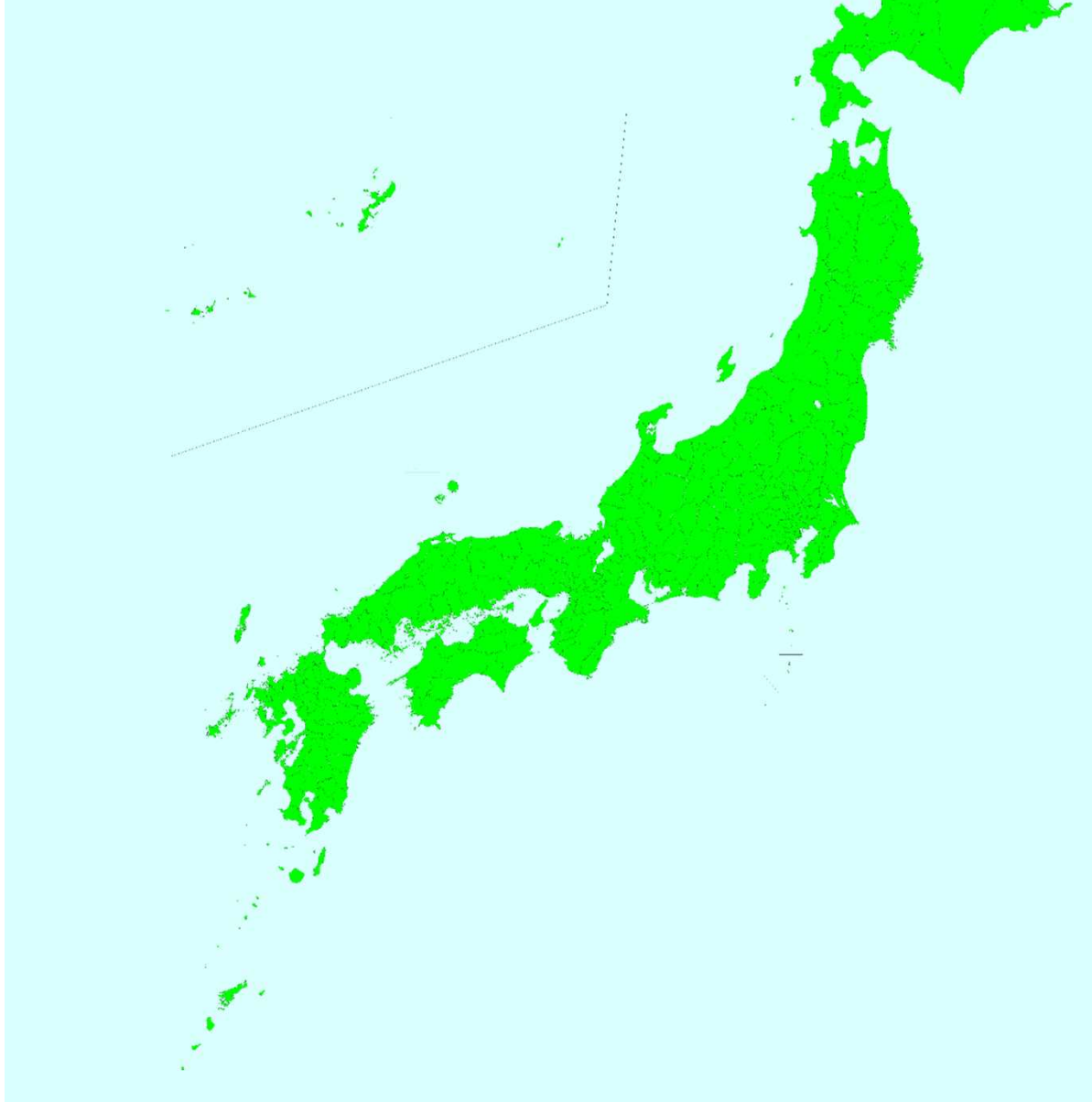
294/344医療圏

研修施設数: 計1,204

認定教育施設が所在していない二次医療圏

北海道: 南檜山、北渡島檜山、北空知、日高 青森県: 下北地域
岩手県: 気仙、釜石 秋田県: 北秋田、湯沢・雄勝
福島県: 南会津 茨城県: 鹿行、筑西・下妻 千葉県: 山武長生夷隅
東京都: 島しょ 新潟県: 魚沼 福井県: 奥越、丹南
山梨県: 峡東、峡南 静岡県: 賀茂 愛知県: 尾張中部、東三河北部
奈良県: 南和 和歌山県: 有田
島根県: 雲南、隠岐 山口県: 長門、萩
香川県: 小豆 高知県: 高幡 佐賀県: 東部、西部
長崎県: 上五島、壱岐、対馬 熊本県: 宇城、阿蘇、上益城、芦北
大分県: 南部、豊肥 宮崎県: 都城北諸県、西諸、西都児湯、日向入郷
鹿児島県: 南薩、出水、曾於、熊毛 沖縄県: 八重山

二次医療圏から見た
研修施設の充足状況について



新制度（内科領域）

内科領域基幹・連携・特別連携施設
二次医療圏網羅状況

■: 研修施設所在 ■: 研修施設所在なし

344/344医療圏

研修施設数: 計2,937

新制度によって二次医療圏の
空白地を解消

研修施設数は現制度の2.4倍
200床未満の施設が1591施設
増加

全国のプログラム構成(内科領域の提出状況より)

都道府県別プログラム申請数(内科領域)					
北海道	19	石川県	7	岡山県	13
青森県	4	福井県	5	広島県	14
岩手県	6	山梨県	4	山口県	2
宮城県	11	長野県	12	徳島県	3
秋田県	6	岐阜県	9	香川県	7
山形県	3	静岡県	20	愛媛県	5
福島県	6	愛知県	34	高知県	4
茨城県	11	三重県	3	福岡県	21
栃木県	8	滋賀県	9	佐賀県	1
群馬県	8	京都府	15	長崎県	2
埼玉県	21	大阪府	47	熊本県	4
千葉県	20	兵庫県	36	大分県	1
東京都	65	奈良県	5	宮崎県	3
神奈川県	38	和歌山県	2	鹿児島県	6
新潟県	6	鳥取県	1	沖縄県	7
富山県	9	島根県	2	合計	545

病床数	基幹施設数
200床以下	5
201～300床	37
301～400床	122
401～500床	132
501～600床	96
601～700床	63
701～800床	35
801～900床	22
901～1000床	12
1001床以上	21
合計	545



- 全基幹施設545施設の内訳
- ・500床以下が296施設. 全体の54%
 - ・501床以上が249施設. 全体の46%

※一部の地方(非都市圏)ではプログラムの追加申請を更に検討中.

内科領域における専門医制度へ参加する施設状況(病床数規模から)

病床数	現行制度		新制度		
	教育病院(大学含む)	教育関連病院	基幹施設	連携施設	特別連携施設
200床未満	4	130	5	603	1115
201~300	33	223	37	302	13
301~400	99	226	122	216	3
401~500	124	95	132	94	1
501~600	92	17	96	27	0
601~700	63	6	63	13	0
701~800	33	0	35	2	1
801~900	22	2	22	1	0
901~1000	13	1	12	1	0
1001以上	20	1	21	0	0
合 計	503	701	545	1259	1133
	1204施設		2937施設		

※新制度で参加施設が増加することに伴い、新たに指導医として参加する方も増える。

※特別連連携施設の設定により、200床未満の施設が多数参加することとなった。

専攻医のキャリア形成への配慮（内科領域）



1. 専攻医の様々なキャリア志向に応じた多様な研修コースを設定し、
また個別のライフイベントに配慮して研修の中断、再開などが可能。
安心して研修の中断・再開・変更を容易にする仕組みを設置。
→J-OSLER(専攻医登録評価システム)の導入により、
全国どこのプログラムでも研修実績が損なわれることなく研修の中断や再開が可能。
2. 修了要件の見直しやプログラムの改善をリアルタイムで客観的に検証可能
→J-OSLERの導入によって、研修状況(ならびに指導内容)が把握できる。
※施設の規模によらず、研修・指導に前向きな施設やプログラムが把握できる。
3. 早期のサブスペシャリティ専門医取得志向へも配慮
→**初期研修の研修実績を大幅に取り入れる**ことにより、内科研修のレベルを維持しつつ、サブスペシャリティ研修期間をこれまでより遅らせることはない。

内科領域 多様な研修コース設定について(1)

専攻医の希望、地域の事情や特性に配慮した様々な研修コースをプログラムに設けることが可能。

参考例)

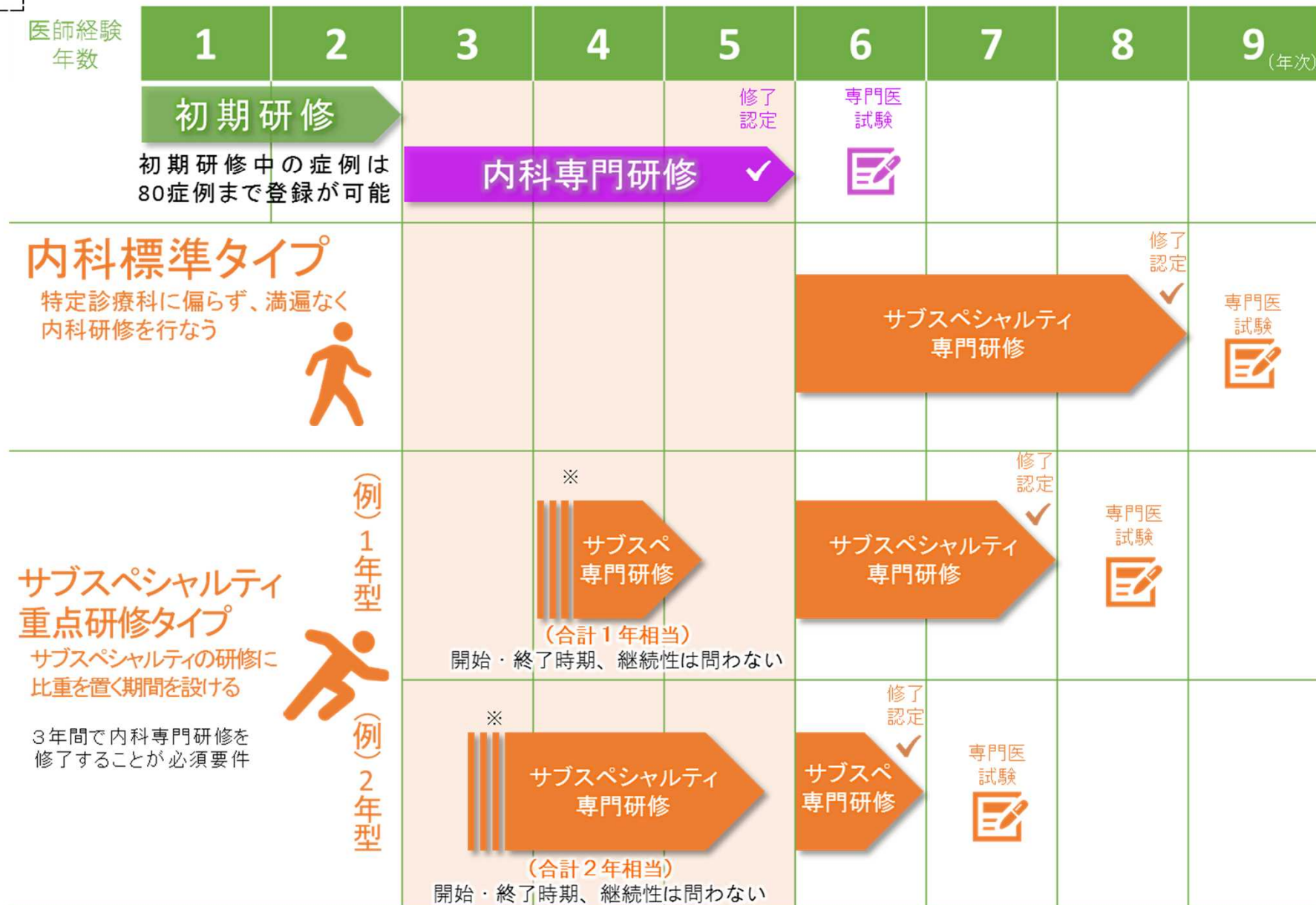
- じっくり内科研修を行う(その後サブスペ専攻を決める)。

→内科標準タイプ

- サブスペ研修をある程度決めており、早期のサブスペ専門医取得までを希望する。

→サブスペ重点タイプ

内科専門研修とサブスペ専門研修の連動研修(並行研修)の概念図



※サブスペシャリティ研修の開始時期は自由

**内科領域
多様な研修コース設定について(2)**

【プログラム設計の研修年限の自由度について】

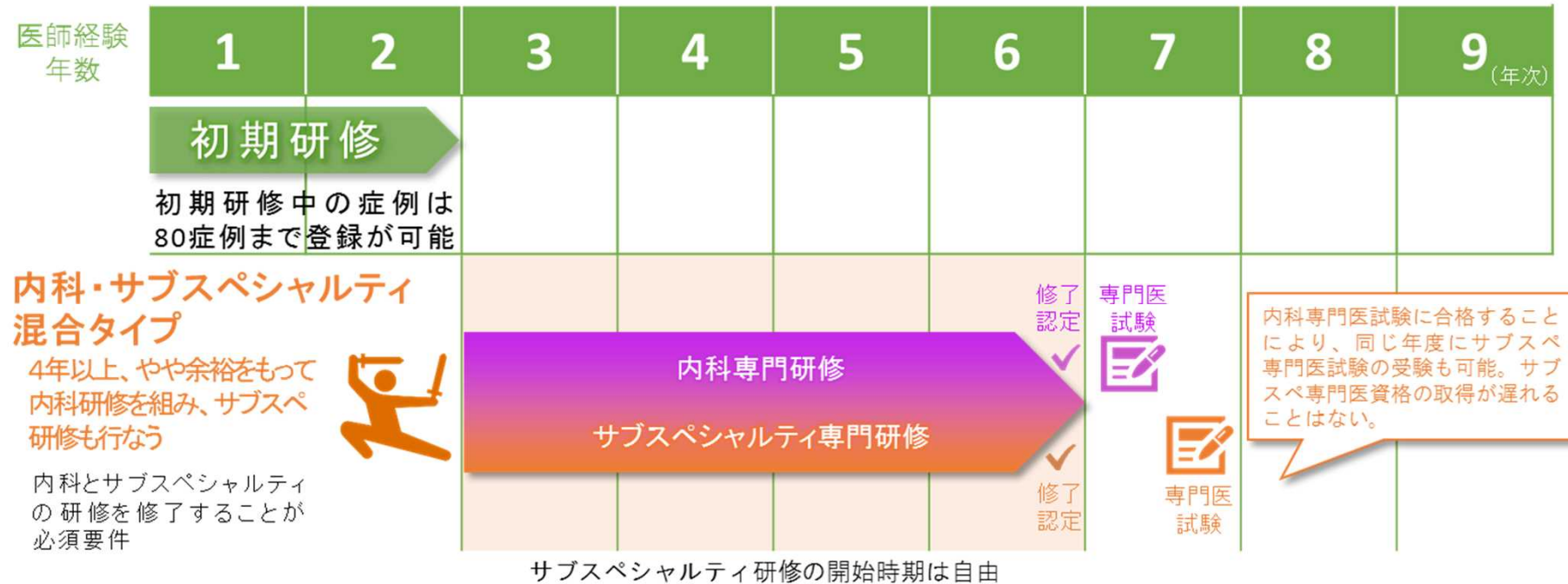
内科に限らず、各領域のプログラムは最短で専門医を取得することを前提に設計されることと思います(内科の場合は最短3年)。

しかし、内科の研修は内科一般を万遍なく診る期間もあれば、特定のサブスペシャリティ研修に比重を置く期間もあると思われます。地域の事情や特性にも配慮し、必ずしも最短の期間ではなく、余裕を持ったプログラム設計を指摘する声も寄せられました。

そのため、基本領域研修の研修期間に余裕をもった設計もできる一例として「**内科・サブスペシャリティ混合タイプ**」を例示しました。

- 予め余裕をもった研修期間(4年以上)で内科とサブスペ研修を行いたい

→内科・サブスペ混合タイプ



- いずれのコースにおいても内科研修の修了要件は同じであるため、研修の自由度はありながらも「研修の質」は保たれる。
- 所定の研修期間中にプログラムが修了できない場合も、研修期間の延長は認められており、専攻医の状況に応じた対応を取る。



J-OSLERとは？

症例登録

- 専攻医による逐次登録
- 指導医による確認、評価

病歴要約

- 専攻医による登録
- 指導医、査読委員による形成的評価

プログラム・指導医評価

- 専攻医による研修環境の評価

- **研修の運用フロー標準化**
- **研修実績の一元管理、長期的な保管**
- **研修実績の状況や達成度を可視化**
- **研修実績を分析し、専攻医のさらなる育成、プログラムの改善**

専攻医評価

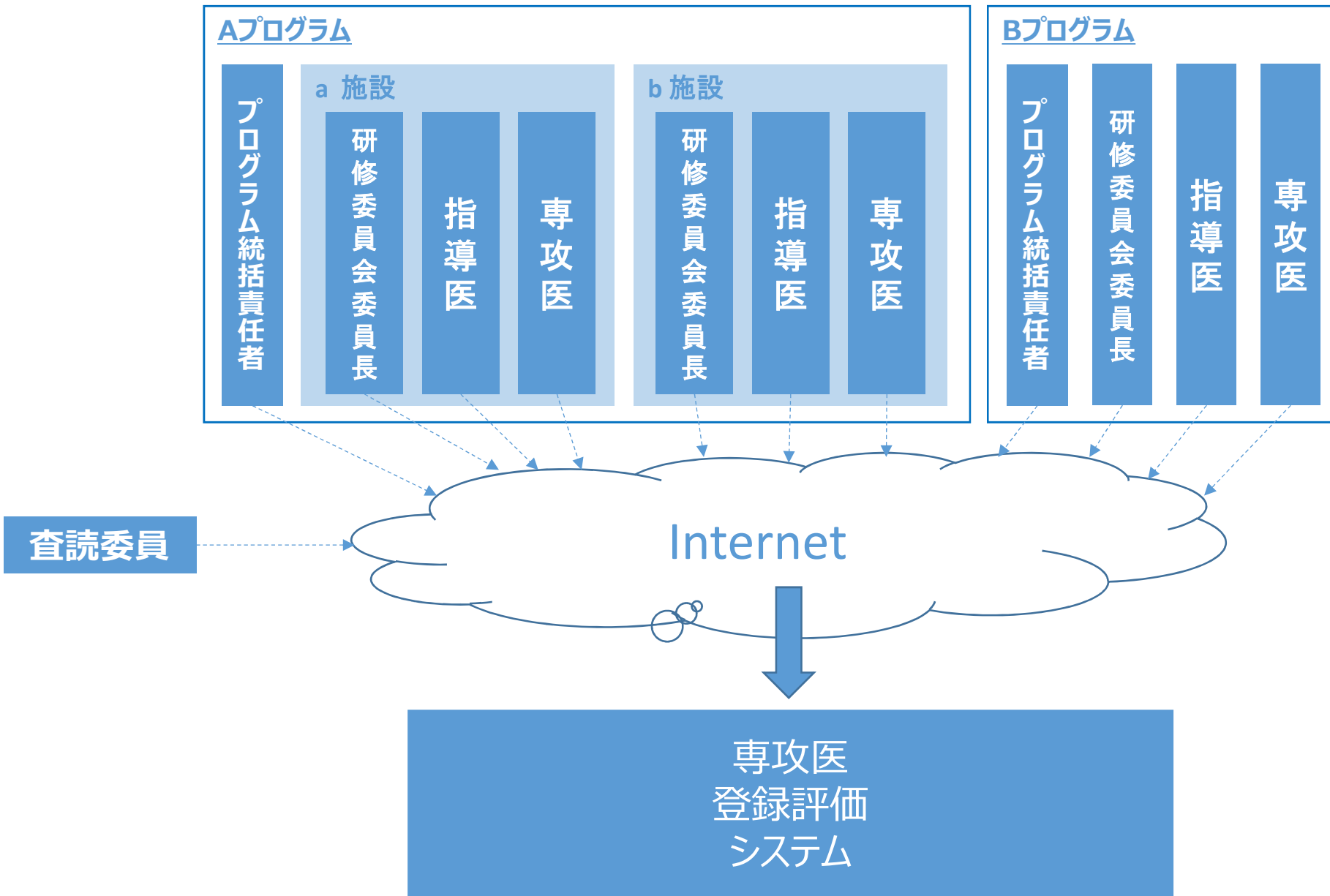
- 指導医やメディカルスタッフによる360度評価

技術・技能

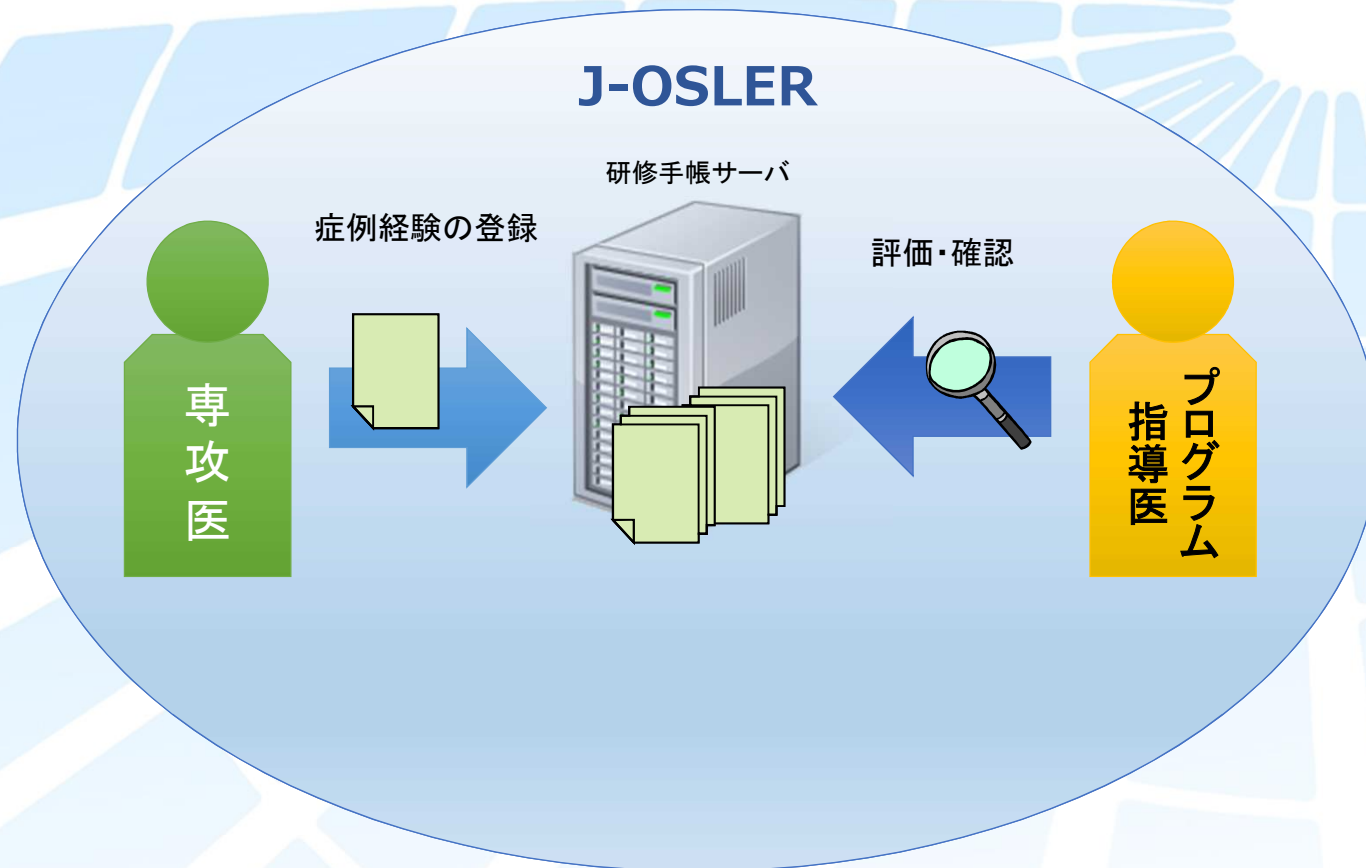
- 専攻医による逐次登録
- 指導医による確認、評価

利用イメージ

- 全ての利用者がインターネットを介してシステムを利用する。
- 権限設定により、利用者がそれぞれの立場で情報の登録や参照を可能とする。



研修状況の可視化 J-OSLER (専攻医登録評価システム)

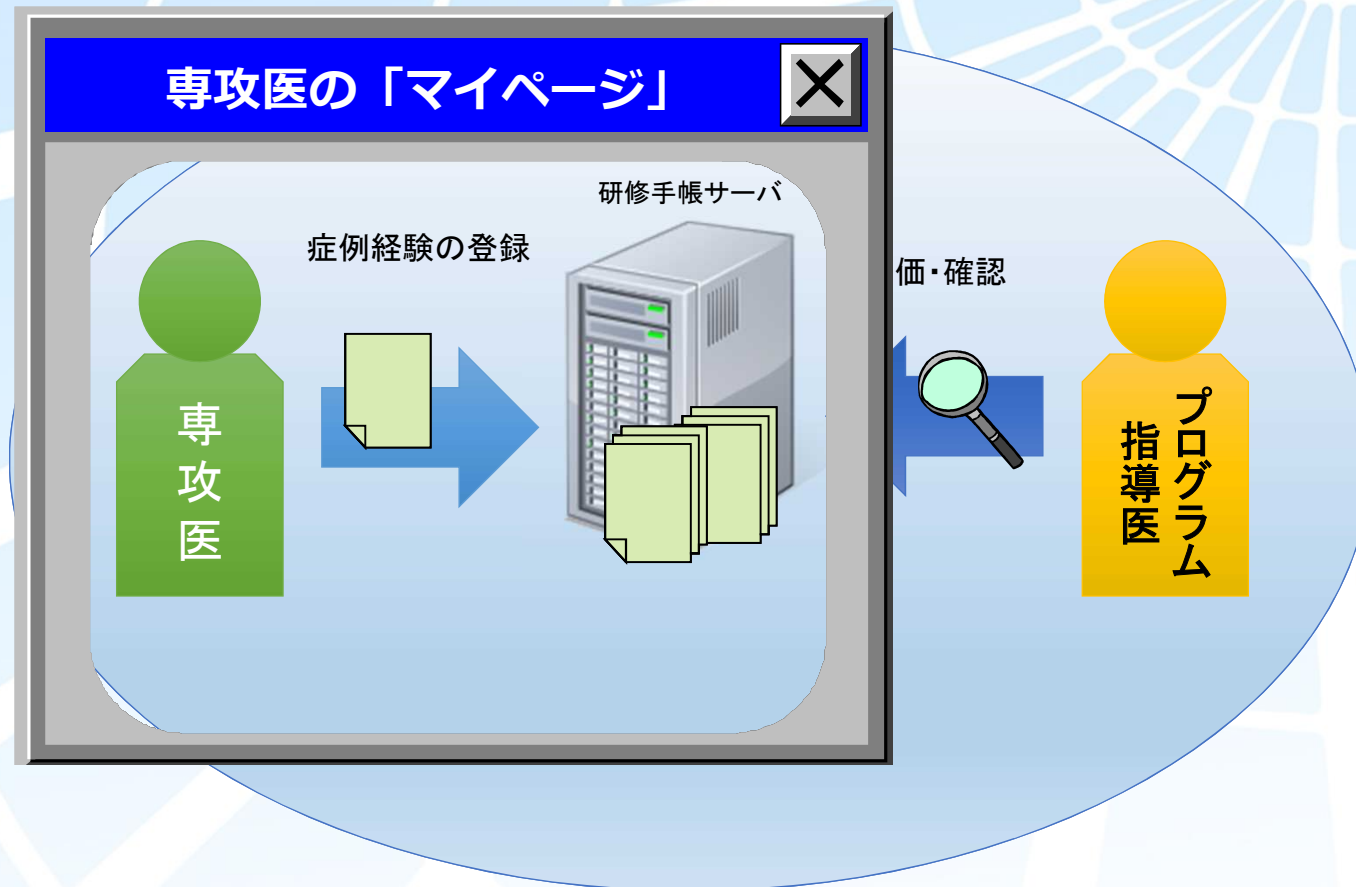


J-OSLER

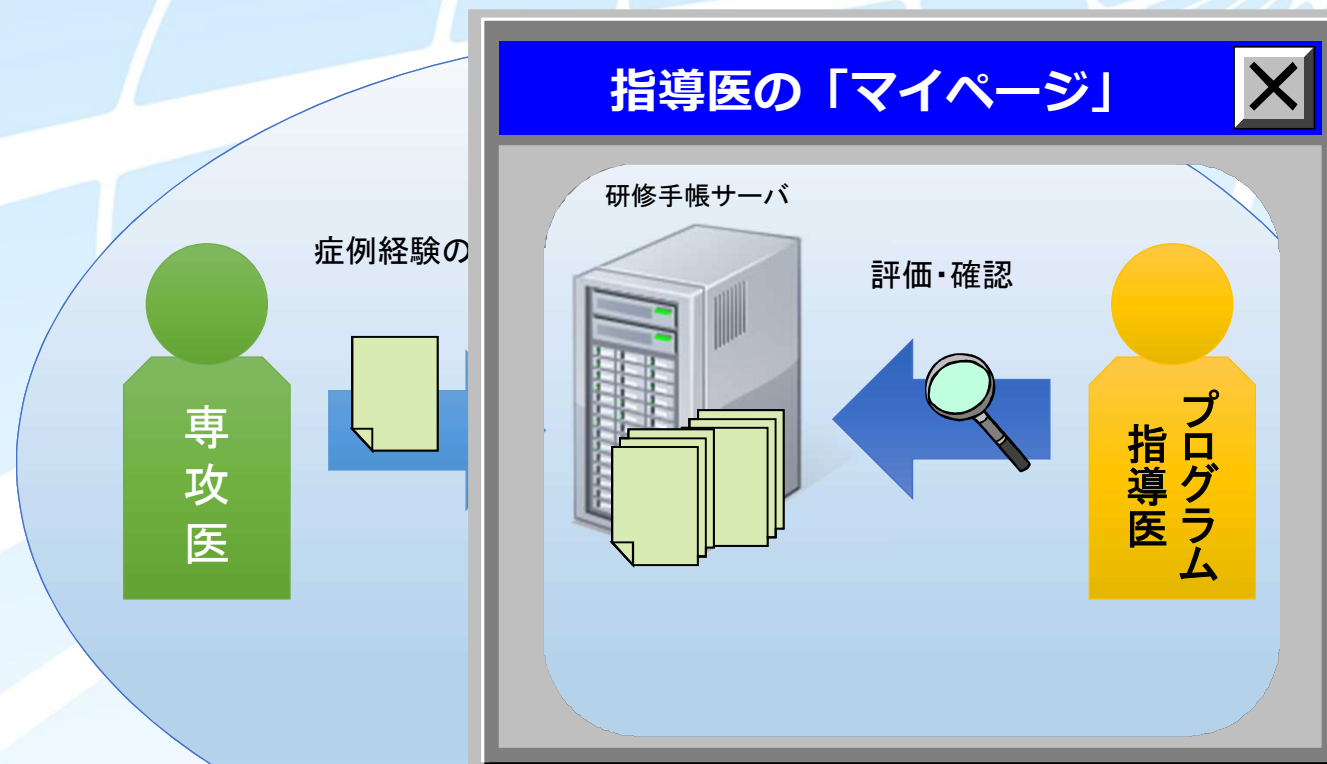
Online system for Standardized Log
of Evaluation and Registration
of specialty training system

研修状況の可視化 J-OSLER（専攻医登録評価システム）

- ・専攻医はマイページを通して研修実績を登録し、自身の評価や到達状況などを確認。
- ・プログラムを中断する状況があった場合、これまでの研修実績が保持されるため、安心して研修の再開や変更が可能。



研修状況の可視化 J-OSLER（専攻医登録評価システム）



蓄積されたデータをもとに研修全体を可視化する
(専攻医目線, 指導医目線の利用. そして日本全体の内科研修動向も把握)