

新たな専門医制度の仕組み — 専門医制度改革の概要 —

一般社団法人日本専門医機構 理事

千 田 彰 一

徳島文理大学 副学長

香川大学名誉教授

専門医とは

(基本的な考え方)

○新たな専門医の仕組みを、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。

○専門医を

「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。

(「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではない。)

○新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計。

専門医制度を考える上での基本的事項

- 臨床教育・医育システム上で重要なことは
連続性、一貫性、段階制である
- 専門医の質を保証するのは専門研修であり
そのための研修プログラム
研修施設
研修指導者
が最も重要である
- 専門医の適正数の算出には
地域性や対象疾患の変化、新しい治療法の
開発 など多くの条件・要因が絡んでくる

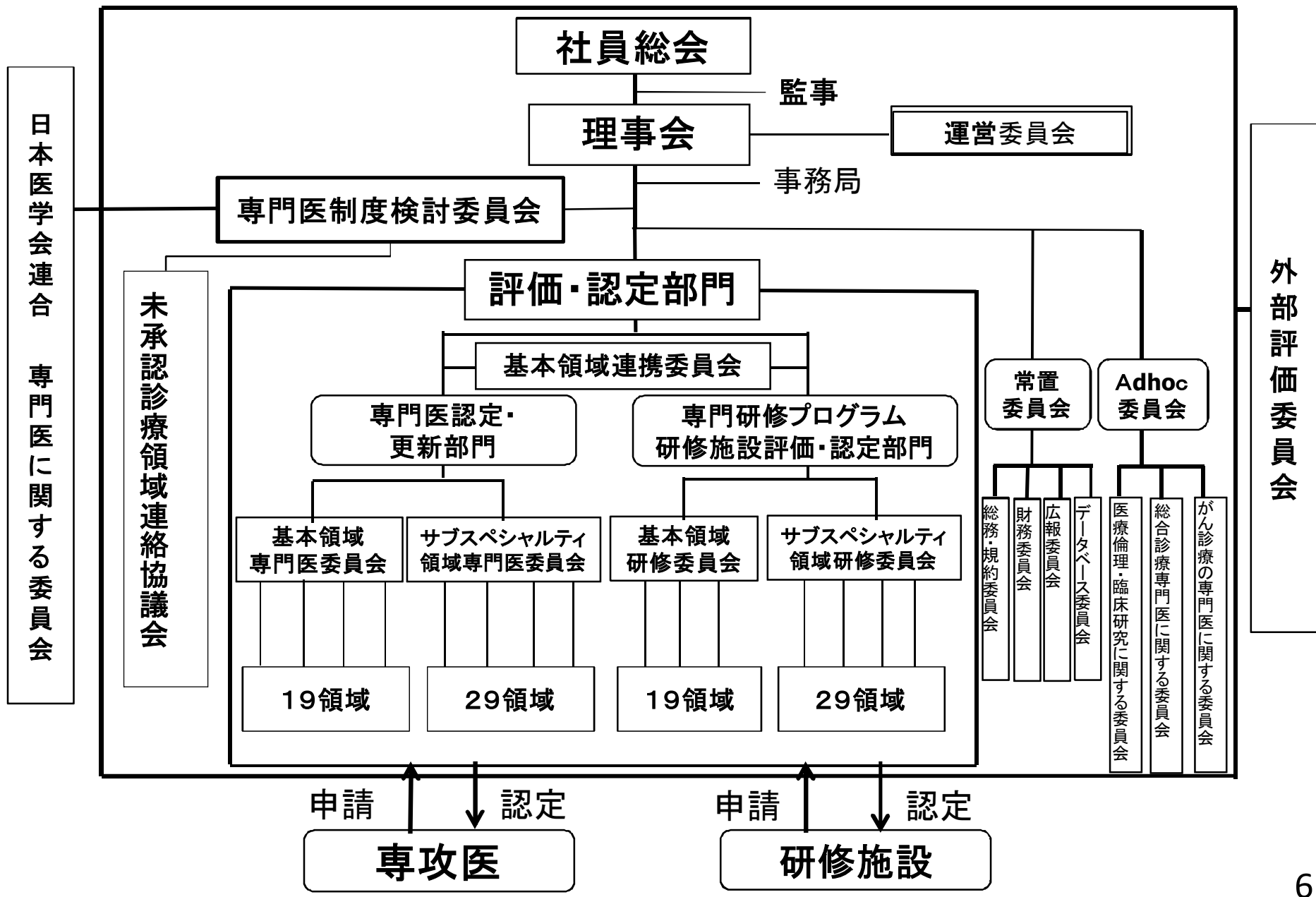
新専門医制度の基本理念と意義

- 研修プログラムを充実させることにより、医師の診療能力が高まる ー 専門医の質を保証できる
- 医師が自ら修得した知識・技能・態度について公の認定を受け、それを社会に開示出来る
- 患者が診療を受けるに際し、受診する医師の専門性の判断が出来る ー 国民に広く認知
- 医師の役割分担を進めることにより、効率よい医療システムの確立に役立つ
- 「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

専門医制度改革の骨子

- 専門医の医師像を国民にわかりやすく明確にする
患者の視点に立ち、信頼される医師の質を保証する
専門医制度は二段階制(基本領域とサブ領域)とする
- 学会認定専門医から機構認定専門医へ
個別学会単位ではなく、診療領域単位の専門医制度とする
プロフェッショナルオートノミー、学会との協力
- (2015年春の卒業生から) 社会から認められる資格
を目指し、診療に従事しようとする医師は、19基本診
療領域 のいずれか1つの 専門医資格を取得する
- 共通で標準化され、機構が認定した研修プログラムに
より研修施設群の中で所定期間の修練を必須とする
- 試験だけでなく診療実績が重視され認定・更新される
- 総合診療専門医を基本領域に位置づける

(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とは

各診療領域の専門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、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
共に専門研修施設群を形成する。

専門研修施設群は、専門研修プログラムを作成し、それに基づいて専攻医の専門医資格取得までの全過程を人的及び物的に支援する仕組みが「専門研修プログラム制」である。

地域医療を守る

平成25年4月の厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」では、次の点が強調されている。(抜粋)

1. 新たな専門医制度の実施に際しては、地域医療にも十分な配慮が必要である
2. 専門医制度は、プロフェッショナルオートノミーを基盤として設計され、国がこれには関与しない

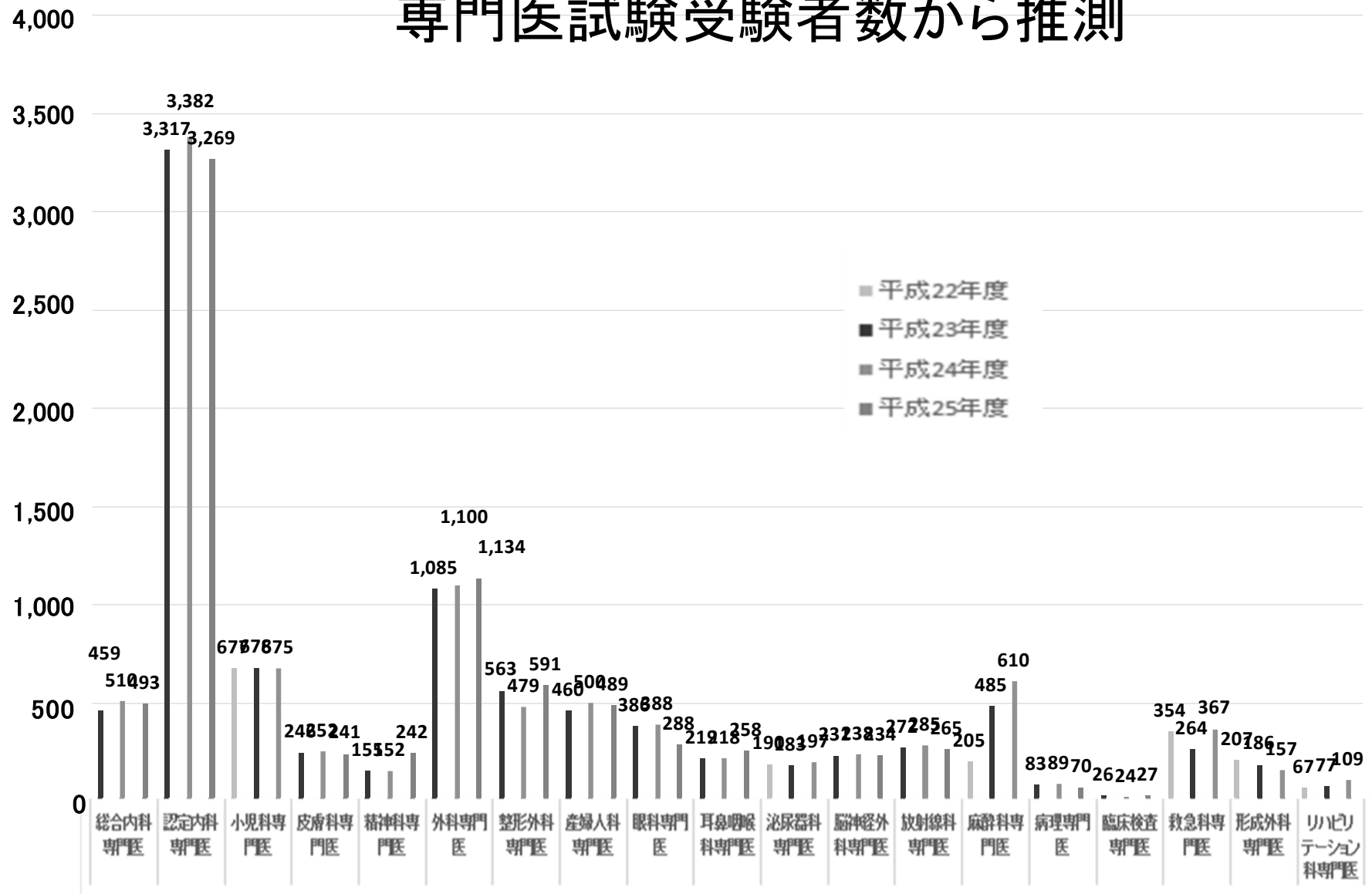
上記1.は、専門医制度の変更によって地域医療を損なうことのないように、私たち自らが次のことを考慮すべきであると示している。

1. 地域(特に地方)における医療の状況を少なくとも「今以上に崩壊させることがない」ようにすること
2. 専門医の数や分布に激変が起こらないこと

これらの状況を考えると、(領域によって若干の差はあるとしても)各領域研修委員会のプログラム認定方針が重要になってくる。

専攻医数はどれくらいになるか

専門医試験受験者数から推測



基本領域専門研修において リサーチマインドの涵養を重視した理由

- i . 日本における医学研究者の減少
将来の医療レベルの低下を危惧
- ii . 学位を軽視する風潮
学位ではなく科学的思考の獲得が重要
- iii . 科学的な医療
根拠のある医療の選択と新治療法の開発
- iv . 臨床研修の大学離れ
外を希望 : 現状の大学研修では仕方がない !

新内科専門医・指導医の医師像



新内科専門医

- 1) 地域医療における内科領域の診療医
(かかりつけ医)
- 2) 内科系救急医療の専門医
- 3) 病院での総合内科 (generality) の専門医
- 4) 総合内科的視点を持った subspecialist

新内科指導医

- 1) 卒前教育、卒後研修の担い手としての臓器横断的
内科 (generalist) の指導医
- 2) 地域内科系診療ネットワークのリーダー、生涯教
育の担い手
- 3) 臨床医学の横断的領域としての内科学の研究者

内科専攻研修において求められる「疾患群」、 「症例数」、「病歴提出数」について

専門研修プログラム整備基準

【内科領域】

一般社団法人日本内科学会

内容	専攻医3年修了時	専攻医3年修了時	専攻医2年修了時	専攻医1年修了時	※4 病歴要約提出数
	カリキュラムに示す疾患群	修了要件	経験目標	経験目標	
総合内科Ⅰ(一般)	1	1※2	1		2
総合内科Ⅱ(高齢者)	1	1※2	1		
総合内科Ⅲ(腫瘍)	1	1※2	1		
消化器	9	5以上※1※2	5以上※1		3※1
循環器	10	5以上※2	5以上		3
内分泌	4	2以上※2	2以上		3※5
代謝	5	3以上※2	3以上		
腎臓	7	4以上※2	4以上		2
呼吸器	8	4以上※2	4以上		3
血液	3	2以上※2	2以上		2
神経	9	5以上※2	5以上		2
アレルギー	2	1以上※2	1以上		1
膠原病	2	1以上※2	1以上		1
感染症	4	2以上※2	2以上		2
救急	4	4※2	4		2
外科紹介症例					2
剖検症例					1
合計	70疾患群	56疾患群 (任意選択含む)	45疾患群 (任意選択含む)	20疾患群	29症例 (外来は最大7)※3
症例数	200以上 (外来は最大20)	160以上※5 (外来は最大16)	120以上	60以上	

総合診療専門医の医師像

日常遭遇する疾患や傷害の治療・予防、保健・福祉など幅広い問題について適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供でき、地域のニーズに対応できる”地域を診る医師”

従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴

他の領域別専門医や多職種と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野においてリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等）を包括的かつ柔軟に提供する

地域における予防医療・健康増進活動等を行うことにより、地域全体の健康向上に貢献する重要な役割を担う

【到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー】

1. 人間中心の医療・ケア
 - 1) 患者中心の医療
 - 2) 家族志向型医療・ケア
 - 3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション

2. 包括的統合アプローチ
 - 1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応
 - 2) 効率よく的確な臨床推論
 - 3) 健康増進と疾病予防
 - 4) 継続的な医療・ケア

3. 連携重視のマネジメント
 - 1) 多職種協働のチーム医療
 - 2) 医療機関連携および医療・介護連携
 - 3) 組織運営マネジメント

4. 地域志向アプローチ
 - 1) 保健・医療・介護・福祉事業への参画
 - 2) 地域ニーズの把握とアプローチ

5. 公益に資する職業規範
 - 1) 倫理観と説明責任
 - 2) 自己研鑽とワークライフバランス
 - 3) 研究と教育

6. 診療の場の多様性
 - 1) 外来医療
 - 2) 救急医療
 - 3) 病棟医療
 - 4) 在宅医療

新専門医制度での研修指導医像

専門研修指導医とは、専門医相当の資格ならびに診療経験を有しかつ教育指導能力を有する医師である

指導医の質が、専門研修 ⇨ 医療の質を決定する

社会が求める専門医

1. 十分な指導医層 “誰もが後進の指導”

専攻医3名に1指導医
どの地域にも指導医を

1. 特殊な「資格」ではなく、「役割」に (指導医要件)

専門医は必然的に指導医に

1. 「診療実績」と「教育・指導力」が重要 (安全管理能力・研究能力)

専門医の1回更新

講習会などのFD

総合診療専門医の育成 一指導医一

I 指導医について

§ 指導医の臨床能力

総合診療専門医専門研修カリキュラム(案)に示される「到達目標:総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー」についての能力を有する。各々のコアコンピテンシーについて1つ以上の活動記録または症例報告を行う。すなわち、1)、2)で、6つ以上のレポートを提出する。臨床能力の評価については、これらレポートの評価によって行う。

1)職歴・活動の履歴など

上記コアコンピテンシーを勘案しつつ、自らの地域医療における活動の履歴などを示す。

2)症例の提示

上記コアコンピテンシーについて実践できた症例を報告する。

§ 指導医の候補

1)日本プライマリ・ケア連合学会による認定医、及び家庭医療専門医

2)全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医

3)日本病院総合診療医学会認定医

4)大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師
(卒後の臨床経験7年以上)

5)4)の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師(同上)

6)都道府県医師会ないし郡市区医師会から「総合診療専門医専門研修カリキュラム(案)に示される「到達目標:総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー」について地域で実践してきた医師」として推薦された医師(同上)

基本領域とサブスペシャルティ領域専門医

サブスペシャルティ領域専門医

消化器病、循環器、呼吸器、血液、神経内科、
老年病、腎臓、肝臓、糖尿病、内分泌代謝科、
リウマチ、アレルギー、感染症、
消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科、
小児循環器、小児神経、小児血液・がん、
周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、脊椎脊髄外科、
手外科、頭頸部がん、放射線診断、放射線治療、
集中治療、

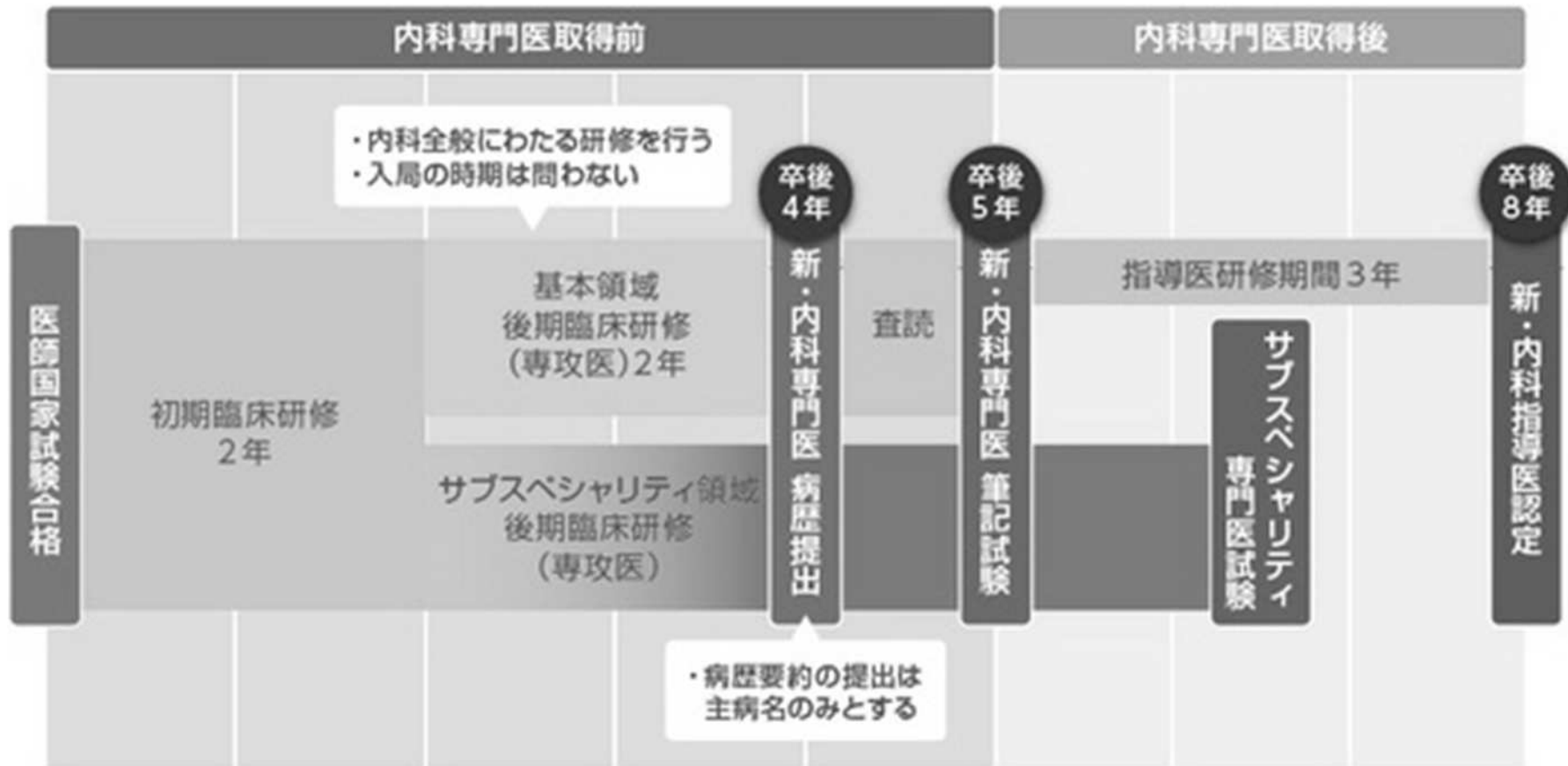
基本領域専門医

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

サブスペシャリティ領域専門医の認定について

- 旧機構でサブスペシャリティ領域を認めた基準は、
 - ①専門医像が確立していること、②日常的に診療現場で確立し得る診療領域単位であること(相当数の患者がいてそれに必要な専門医数が打ち出されていること)、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ていて、独立して研修プログラムを構築できること、であった
- 数十万人相当の医療圏において、中核病院で存立し得、整備される必要度の高い専門医であること
- 原則的に保険診療の範囲内の専門医であること
- 当該専門医を認定することにより、周辺領域の診療に排他性の弊害を及ぼさないものであること(類縁診療領域専門医との関係を考慮する)
- 原則として、症候や疾病を示す専門医ではないこと
- 専門医制度としての基準を満たしていると判断されるも、特殊な診療技術やより専門分化した診療領域等(いわゆる3階相当)については、認定することにより多くの領域でより細分化・高度化された専門医の創設を助長する危惧があることから、審査の優先度を下げ、今後さらに検討すること

内科専門医研修とサブ専門医研修



新・内科専門医制度の研修期間の考え方

(出典: 日本内科学会「新しい内科専門医の研修に関する捉え方」2014年12月24日版)

新専門医制度実施へのタイムスケジュール

平成26年5月(2014)	日本専門医機構創設
平成26年～27年 (2014～2015)	専門医制度整備指針に基づき 基本領域研修プログラム(PG)整備基準、モデル研修PG・マニュアル等を策定, 更新の新基準の策定 各基幹研修施設で 研修PGを構築, 指導医資格の基準策定と新制度の開始に向けた暫定処置の検討、各PGの認定
平成28年(2016)	新専門医への切替更新、指導医講習の実施 臨床研修医(2年目)への 基本領域研修PGの提示と専攻医登録の開始、サブの位置づけ検討
平成29年(2017)	新制度による新専攻医の研修開始 サイトビジットによるPG評価・検証
平成32年～34年 (2020～2022)	新制度の専門医の認定