

# 新たな専門医の仕組みに関する説明会

(H29年3月15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

1

### 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(OSCE、CBT)

(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

2

## 専門医制度に対する疑問

### 1. 専門医とは一体何？

そんなものは、いない。

→ 俺たちは、今までもちゃんとやって来た。

→ 専門医になると、自分の専門以外は診なくなる！

### 2. 専門医機構とは何をする組織なの？

そんなものは、いない。

→ 何の権限で、俺たちに指示するの？

自由にやりたい。画一的にしないで。

→ 地域医療が崩壊する。

3

専門医制度に対する理解が  
充分でないことを痛感。

→ 情報不足。

→ 誤解もある。

医学生、研修医、若手医師

これからどうなるの？

→ 不安、疑心暗鬼、危惧の念。

4

## 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

5

## 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、

→ 系統的な専門研修の仕組みがない。

→ 全国の各施設が、主に、学会専門医の取得を一つの目標に、独自に、後期研修制度を構築。

→ 任意の研修であり、受けない者も少なくない。

→ フリーター医師の増加。

→ 広告可能な専門医資格所有者は、各年代とも7割。

6

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。

→ 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。

7

### 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

8

#### 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	指導医
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	認定医
昭和53年	日本外科学会	認定医
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
・	・	・
・	・	・

9

#### 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(学任協)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(専任協)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)  
→ 各学会の専門医制度を評価し、認定。  
→ 社員(加盟学会)が費用を負担。  
→ 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。

10

## 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) 新機構入会希望 (8 専門医) + 総合診療 (1)  
(合計 102 専門医)

11

## 基本診療領域(19 専門医) (基本的な診療科)

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

12

**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

13

**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\*

14

## 7. 旧機構の問題点

- ① 多種多様な専門医が乱立。  
→ 分かりにくい。
- ② 各学会が独自に制度を構築。  
→ 基準が不統一。質のバラツキ。
- ③ 旧機構の財政は、各学会が負担。  
→ お手盛り。利益相反。

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

15

## 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。

16



- ③ **総合診療専門医**を新たに作り、  
19番目の基本領域に位置づける。
- ④ 今後は、第三者機関で認定した専門医を  
**広告可能**とする。
- ⑤ 専門医の仕組みは**プロフェッショナル・オートノミー**  
を基盤として構築。

・  
・

(厚労省の「専門医の在り方に関する検討会」の  
最終報告書(H25年4月)に則って設立。)

17

## 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(研修プログラム制)。  
→ 研修期間は、例えば、3年間を基本。
- (2) **研修施設群**の形成してローテイト研修を行う。  
→ 大学病院等の基幹施設と地域の協力病院  
(診療所を含む)等が病院群を構成。

(厚労省の「専門医の在り方に関する検討会」の  
最終報告書(H25年4月)より。)

18

### 新しい仕組みの問題点

- 画一的に、リジッドに進めた。
- 地域偏在の元凶とされている。

### 批判のある中、新しい仕組みを推進！

基本19領域学会(総合診療専門医を含む)で、

- ① 研修プログラム整備基準の作成。
- ② モデルプログラムの作成。  
(H27年12月にほぼ終了)。

19

## 10. 研修プログラムの募集を開始(審査状況)

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 163、  
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。

20

## 11. 新しい仕組みへの反発

- 平成28年2月 「社会保障審議会医療部会」
  - 大都市中心、大病院・大学病院中心の制度。  
→ 地域の医師偏在加速、医局復活。
- 平成28年6月 「日本医師会・四病協」の要望書
  - 一度立ち止まって、地域への影響を精査すべき。  
機構のガバナンスも問題視。

21

## 12. 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。

→ 機構設立前の組織委員会で決まっていた。

(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。

22

**新理事 推薦母体別理事一覧** (◎ 理事長、○ 副理事長)

- |               |   |
|---------------|---|
| ◆ 日本医学会連合     | ◎ 吉村博邦(北里大名譽教授)<br>南学正臣(東京大腎臓・内分泌内科教授)                        |
| ◆ 日本医師会       | ○ 松原謙二(副会長)<br>羽鳥 裕(常任理事)                                     |
| ◆ 四病院団体協議会    | 神野正博(全日本病院協会副会長)<br>森 隆夫(日本精神科病院協会常務理事)                       |
| ◆ 全国医学部長病院長会議 | ○ 山下英俊(山形大医学部長)<br>稲垣暢也(京都大医学部附属病院院長)                         |
| ◆ 内科系社員学会     | 渡辺 毅(福島労災病院院長)<br>北川昌伸(東京医科歯科大包括病理学教授)<br>神庭重信(九州大精神病態医学分野教授) |
| ◆ 外科系社員学会     | 國土典宏(東京大肝胆膵外科移植外科教授)<br>岩本幸英(九州労災病院院長)<br>市川智彦(千葉大泌尿器科学教授)    |

23

- |              |  |
|--------------|--|
| ◆ 日本医療安全調査機構 | 木村壯介(常務理事)   |
| ◆ 医療研修推進財団   | 桐野高明(東京大学名譽教授)   |
| ◆ 学識経験者      | 井戸敏三(兵庫県知事)<br>遠藤久夫(学習院大経済学部教授)<br>小林誠一郎(岩手医大副学長)<br>寺野 彰(独協学園理事長、弁護士)<br>豊田郁子(新葛飾病院セーフティマネージャー)<br>花井十伍(NPO法人ネットワーク医療と人権理事)<br>邊見公雄(全国自治体病院協議会会長)<br>本田 浩(九州大臨床放射線科学教授)<br>柳田素子(京都大腎臓内科学教授) |

→ 理事、監事は、全員無報酬。

24

### 13. 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。

→ 機構で全て決定し、学会はそれに従うようにといった、上意下達の関係ではないことを明確にする。

#### 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。

25

#### 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**公の資格(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。

26

## 14. 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

27

## 15. 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)

### (1) 基本的方針

- ① 各領域学会の自主性と責任を重視する。
- ② 機構は各領域学会から提出された研修プログラムを基準に則って、検証し、認定する。
- ③ 画一的、かつ、リジッドな運用でなく、領域の特性に応じた柔軟(フレキシブル)な運用を行う。
- ④ 地域医療に十分に配慮する。

28

## (2) 改定のポイント(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。

29

### 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**。
- 関連する**基本領域学会**とで**検討委員会**を構築し、**専門医制度**を策定し、**機構**に提出。  
機構は、提出された制度を検証し、認定する。
- 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。

30

### 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。)

- プログラム管理委員会のもと、**連携施設**でも専攻医の採用が可能となる。
- 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。)

31

### ④ 地域医療への配慮について(2)

- 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。
- 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。

32



## ⑤ その他

- 基本領域において、複数の専門医資格(ダブルボード)を取得することは妨げない。

(運用細則案: 臨床研修終了後、直ちに開始する基本領域の専門医資格については、原則としてプログラム制とする。)

- 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。)

33

## 16. 総合診療専門医について

- ① 基本領域専門医の一つとして、H30年4月スタートする予定。
- ② 臓器、年齢、性別等に関わらず、日常遭遇する巾広い疾患に対応。地域を診る視点も重要(在宅、保健、介護、看取りなど)。
- ③ 当面、機構内で制度設計を行う(今後、早急に検討)。
- ④ 他領域の専門医資格取得のキャリアパス、他領域からの参入の仕組みを検討する。

34

## ⑤ 研修プログラム(検討中)

内科研修(1年間)。

小児科、救急、(外科)研修。

総合診療研修(中小病院・診療所、一定規模の病院)。  
(在宅診療を含む)

35

## 17. 専門医制度の弊害？

専門医になると、自分の専門領域以外の患者は  
診ないという医師が増える。

→ 幅広いジェネラルのすそ野の上に、より高い  
レベルのスペシャリティを築くことが専門医の  
基本である。

→ 専門医である前に、医師であることを銘記す  
る必要がある。

36

## 18. 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。

37

## 19. 今後のスケジュール(案)

- 新整備指針に基づいて、各領域の整備基準を確定。  
(H29年3～4月)
- 基幹施設から、プログラム募集(H29年5月～)。
- 都道府県協議会との協議(H29年6月～)。
- 研修プログラムの審査(H29年7月～)。
- 専攻医の募集開始(H29年8月～)。
- H30年4月 スタート予定。

38

## 20. 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**
  - 48都道府県で均等に割り振る  
→ **1都道府県、一領域** 250人 ÷ 48 = **5.2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。

39

- 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。

40

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	放射	284	人
外科	820		脳外	239	*
			眼科	228	
麻酔	497		皮膚	210	
整形	478		泌尿	195	
小児	458		耳鼻	194	
産婦	411		形成	150	
精神	405		リハ	86	
救急	380		病理	50	
			検査	7	

(\* H28年度実績)