

# 新専門医制度について

日本専門医機構副理事長  
松原 謙二

プロローグ  
現在の日本の医療提供体制は  
国際的にどのような評価を得ているか

## 世界の医療提供体制の国際比較 (比較的ゆるやかな専門医の仕組みの) 現行の日本の医療提供体制は高い評価

平均寿命	健康状態の自己評価	若年死亡率	がんによる死亡率	循環器疾患による死亡率	呼吸器疾患による死亡率	糖尿病による死亡率	胎児死亡率	乳児死亡率	医療事故による死亡率
オーストラリア	B	A	A	B	B	B	C	B	C
オーストリア	C	A	A	B	D	A	D	A	A
ベルギー	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B
カナダ	B	A	B	B	B	B	C	C	B
デンマーク	D	A	B	D	C	C	B	D	B
フィンランド	C	B	B	A	D	A	A	B	D
フランス	B	A	B	B	A	A	A	B	B
ドイツ	C	B	A	B	D	A	B	A	B
アイルランド	C	A	A	C	C	D	B	D	B
イタリア	B	B	A	B	B	A	C	B	A
日本	A	D	A	A	A	C	A	A	A
オランダ	C	A	A	C	B	C	B	B	C
ノルウェー	B	A	A	B	B	B	A	B	C
スウェーデン	B	A	A	A	C	A	B	B	C
スイス	A	A	A	A	B	A	A	C	C
イギリス	C	A	B	C	C	D	A	D	C
アメリカ	D	A	D	B	D	C	C	C	B

※The Conference Board of Canadaが作成したものを和訳して引用 (<http://sso.conferenceboard.ca/hcp/default.aspx>)

## 諸外国の専門医制度

### 海外の専門医制度について①

	日本 (今後の方向性)	アメリカ	フランス
法令等の位置づけ	特になし	特になし (民間の第三者組織)	法律
実施主体	各学会 (日本専門医機構)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABMS: 専門医制度と専門医の認定</li> <li>ACGME: 研修施設とプログラムの評価・認定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国: 全国選抜試験を実施 ※成績順に専門診療科を選択</li> </ul>
組織運営のための経済的背景(財源)	各学会 (国、日本専門医機構)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABMS: 国(研究費の形)、所属学会、専門医認定料から約560万ドルの収入(2008年)</li> <li>ACGME: 研修プログラム認定料として約3,000万ドル(2008年)、政府(Medicare)から、レジデントに給与として年間27億ドル、認定教育病院に対して57億ドル</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国の事業 (医学部4年目から支給される給与は病院から支給される、原資は社会保障費)</li> </ul>
専門医配置の調整、診療科の定員等	特になし	行っていない。 経済的インセンティブを付与することによって対応しており、ある程度効果を上げている。	全国選抜試験で専門診療科毎の定員あり

ABMS (American Board of Medical Specialty), ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education), NHS (National Health Service), GMC (General Medical Council), PMETB (Post graduate Medical Education and Training Board), CCT (Certificate of Completion of Training)  
(出典) 第6回専門医の在り方に関する検討会(平成24年3月8日) 八木聡明 参考人 提出資料を参考に医政局医事課作成

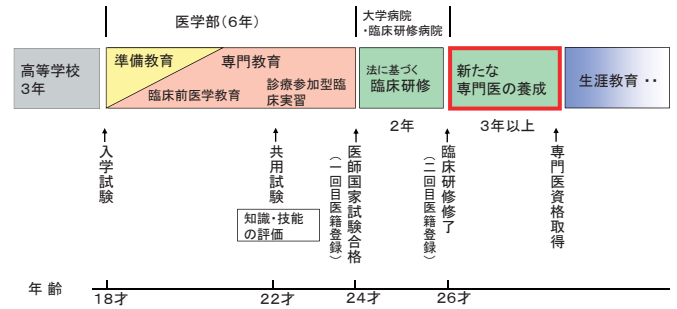
### 海外の専門医制度について②

	ドイツ	イギリス	韓国
法令等の位置づけ	医師会による規約	NHSの医療機関で働くためには必須	法律(医療法)
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> <li>州医師会: 専門医の研修病院、指導医、教育カリキュラムに関する認定、専門医の受験資格、試験、資格更新に関する認定の権限を有する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NHS: 医療施設、専門診療科、医療の質の管理</li> <li>GMC: 医師資格の管理</li> <li>PMETB: 卒後研修教育(教育プログラムの認定と承認等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大韓医師会: 専門医試験</li> <li>大韓病院協会: 専門医配置等</li> </ul>
組織運営のための経済的背景(財源)	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師会: 専門医認定料、更新のための講演会など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GMC: CCT取得に対して医師の登録料850ポンド</li> <li>その他: GMCが410ポンド(いずれも一人当たり)、各Royal Collegeが410ポンド</li> <li>国家補助金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大韓医師会、大韓病院協会: 学会、専門医試験受験料、会員費(個人、学会)、レジデントになるための試験手数料</li> </ul>
専門医配置の調整、診療科の定員等	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険医組合が遠隔地への医師誘導のインセンティブ。</li> <li>ベルリンのような都会では開業希望者が多いため、保険医組合が制限を設けている場合がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GPの配置は国の基準で決められている。ホストは全国に満遍なく作られている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>韓国病院協会が国と協議して地域の定員を決定</li> </ul>

(出典) 第6回専門医の在り方に関する検討会(平成24年3月8日) 八木聡明 参考人 提出資料を参考に医政局医事課作成

## 日本の専門医の仕組みが抱える 基本的な課題と日本専門医機構の姿勢

## 新たな専門医の養成について



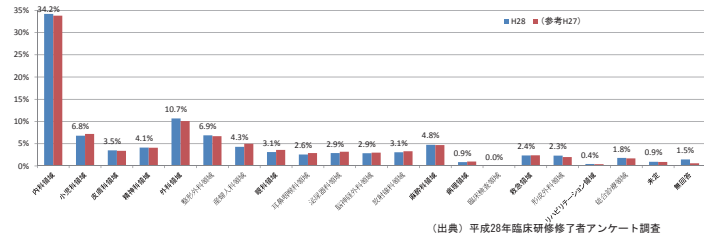
## 専門医資格の取得希望

○男女ともに9割以上が専門医資格の取得を希望している。

### 専門医資格の取得希望 (性別・年齢別)

	男性	女性	不詳	合計	20代	30代	40代以上	不詳	合計	(参考H27)
はい	92.6%	92.9%	91.2%	92.6%	93.6%	89.2%	82.9%	88.8%	92.6%	91%
いいえ	1.4%	0.6%	0.9%	1.2%	0.9%	2.2%	7.3%	0.5%	1.2%	1%
わからない まだ決めていない	3.5%	3.7%	3.7%	3.6%	3.1%	5.5%	9.8%	5.1%	3.6%	5%
無回答	2.5%	2.7%	4.2%	2.6%	2.5%	3.1%	0.0%	5.6%	2.6%	3%

### 専門医資格を取得したいと思っている診療領域 (資格取得希望者単数回答 (n=5,589))



## 専門医制度新整備指針について

## 専門医像

- 専門医とは、各専門領域において、国民に標準的で適切な診断・治療を提供できる医師である。
- 各領域において備えるべき専門的診療能力、専門医の育成・更新過程を明示するとともに、各領域を通じた標準化が求められる。

(H28.12策定: 専門医制度新整備指針より)

## 専門医の制度確立の基本理念

1. プロフェッショナルオートノミーに基づいた専門医の質を保証・維持できる制度であること
2. 国民に信頼され、受診にあたり良い指標となる制度であること
3. 専門医の資格が国民に広く認知される制度であること
4. 医師の地域偏在等を助長することがないよう、地域医療に十分配慮した制度であること

(H28.12策定: 専門医制度新整備指針より)

## 研修プログラム制と研修カリキュラム制について

### 1. 研修プログラム制

研修プログラムに定められた到達目標を、年次ごと(例えば3~5年間)に定められた研修プログラムに則って研修を行い、専門医を養成するもので、一つの基幹施設のみでの完結型の研修ではなく、一つ以上の連携施設と研修施設群を作り循環型の研修を行うものとする。

### 2. 研修カリキュラム制

専攻医はカリキュラムに定められた到達目標を達成した段階で専門医試験の受験資格が与えられるものとする。研修年限については特に定めはない。

(H28.12策定:専門医制度新整備指針より)

12

## 研修施設群の形成

- 各基本領域学会が基幹施設、連携施設などを認定し、当該施設における研修を専攻医の実績として評価する。
- その際、各施設の認定基準は研修内容が専門医育成の質を保證するものが最も大切であるという条件のもと、**大学病院以外の医療施設(病院等)も基幹施設となれる基準とする**。専攻医の研修プログラム習得の管理は、基幹施設が責任をもって行うものとする(責任の所在の明確化)。
- 原則として、基幹施設での研修は6か月以上とし、連携施設での研修は3か月未満とならないように努める。

(H28.12策定:専門医制度新整備指針より)

13

## 専攻医の登録と修了について

- 登録方法  
各専門研修プログラムで登録承認方法を定める。  
公表、公募が原則である。
- 定員  
各専門研修プログラムで教育資源に基づいて登録可能数を定めるが、地域性に配慮して各基本領域学会の指導と機構の助言により調整する。  
**指導医1名に対する、専攻医数は、原則として、3名までとするが、担当学会で策定し機構と相談する**。学会は地域性を考慮し、機構と相談する。
- 処遇  
原則として専攻医の給与等については研修を行う施設で負担する。
- 修了要件  
各専門研修プログラムで修了要件を明示する。  
各専門領域内では統一的な修了要件が必須であり基本領域学会が定める。

(H28.12策定:専門医制度新整備指針より)

14

## 専門医の認定と更新

- 各基本領域学会の専門医認定・更新基準は各基本領域学会が策定し、審査及び認定更新業務は基本領域学会が一次審査を行い、機構は二次審査と認定を行う。

(H28.12策定:専門医制度新整備指針より)

15

## 専門医の更新

- 専門医は、標準的に適切な診断および治療を継続的に提供するために、5年を原則として、専門医更新の申請を各基本領域学会に行う。更新業務は各基本領域学会が行い、機構は検証と認定を行う。
- 専門医の更新は、各基本領域学会で一次審査を行い、機構が二次審査を行い認定する。
- 機構は、二次審査に合格した専門医更新申請者について、各領域学会に通知する。

(H28.12策定:専門医制度新整備指針より)

16

## ダブルボードについて

- 本指針で示した各基本領域学会の認定プログラムにおける研修を修了し、当該基本領域学会の資格審査に合格し、機構で認定され基本領域学会の専門医となったものが、その後、**他の基本領域学会専門医資格を取得する(ダブルボード)**ことは妨げない。
- ダブルボードの認定については、当該基本領域学会が協同して細則を定め、機構が認定する。

(H28.12策定:専門医制度新整備指針より)

17

## 専門医制度新整備指針 運用細則について

### 専門医制度新整備指針 運用細則について①

#### 各科別の基幹施設数について

- 専攻医年度採用実績(過去5年間の平均、現在は平成22年～26年度の採用実績による)が350名以上の基本領域学会(現時点では、**内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、麻酔科、救急科**)については、教育レベルを保つ観点から、原則として都道府県ごとに**複数の基幹施設を置く基準**とする。
- 専攻医年度実績数が350名未満の基本領域学会は、各都道府県単位で複数の基幹施設をおく基準でなくてもよいものとする。

(H29.3策定:専門医制度新整備指針運用細則より)

19

### 専門医制度新整備指針 運用細則について③

#### 都市部の研修プログラムの定員の上限について

- 対象となる都市部の定義を、**東京、神奈川、愛知、大阪、福岡**とする。
- 5都府県の各基本領域学会専攻医総数の上限を、原則として過去5年の専攻医採用実績の平均値を超えないものとする。
- 医師数の減少している**外科**(1994年の医師数に比較して2014年の医師数は89%)、**産婦人科**(1994年の医師数に比較して2014年の医師数は97%)、**病理、臨床検査**については上記を適応しない。
- 上記の見直しについては、別途検討する。

(H29.3策定:専門医制度新整備指針運用細則より)

20

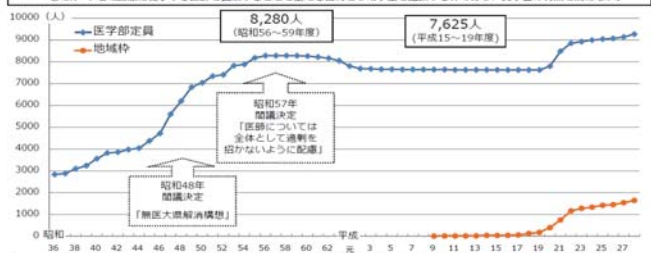
## 新たな専門医の仕組みと地域偏在対策

### 医学部入学定員と地域枠の年次推移

平成29年9月15日 第7回  
医師養成分科会 資料(改)

- 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。
- 医学部定員に占める地域枠\*の数・割合も、増加してきている。  
(平成19年度183人(2.4%)→平成28年1617人(17.7%))

地域枠\*: 地域医療に貢献する医師を養成することを主たる目的とした学生を募集する枠であり、奨学金の有無を問わない。



地域枠の人数については、文部科学省医学教育課調べ

22

## かかりつけ医と総合診療専門医

23

## 「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日  
日本医師会・四病院団体協議会



24

## かかりつけ医の機能

かかりつけ医は、就業形態や診療科を問わず、「医療的機能」及び「社会的機能」の両方を有する。

### 医療的機能

日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。

自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、**なんでも相談できる医師として全人的視点から対応する。**

### 社会的機能

日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、**健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健**等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。

また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように**在宅医療**に理解を示す。

25

## かかりつけ医と総合診療専門医

・地域医療と専門医制度を整合させるため、日本医師会と日本専門医機構と各学会は緊密な連携を取る必要がある。

・日本医師会の役割は、地域医療や医療政策をはじめとする医療提供体制全般について全責任を持つこと。

・日本専門医機構の役割は学問的な見地から、専門医の認定評価の標準化を行うこと。

かかりつけ医

日本の医療提供体制の土台を支える  
最も重要な役割

総合診療専門医

あくまでも学問的な見地からの評価によるもの

26

## 総合診療医研修プログラム整備基準

- ・総合的な診療能力を有する医師の専門性を**学術的に評価し**、基本領域の専門医と位置付ける。
- ・地域医療・地域連携への対応として僻地・離島、被災地、医療資源の乏しい地域での**1年以上の研修**が望ましい。  
(プログラムの採用について優先される)

27

## 総合診療医研修プログラム整備基準

研修期間3年以上

- ・内科12カ月以上
- ・小児科3カ月以上
- ・救急科3カ月以上
- ・総合診療Ⅱ（総合診療科・総合内科を有する病院）6か月以上
- ・総合診療Ⅰ（訪問診療・外来診療を研修できる診療所または地域の中小病院）6か月以上
- ・総合診療ⅠとⅡは合計18カ月以上

28

## 総合診療医研修プログラム整備基準

- ・内科研修（12カ月以上）は内科学会認定の指導医によって認定医療機関において内科学会が提供する専攻医登録評価システム（J-OSLER）とWeb版研修手帳を用いる。
- ・小児科研修（3カ月以上）においては小児科学会認定の小児科専門医等から指導を受ける。
- ・救急科研修（3カ月以上）においては救急科学会の認定専門医あるいは救急に専従する医師から指導を受ける。

29

## 総合診療医研修プログラム整備基準

- プログラムの認定については、大都市部への集中を避け、医師の偏在を助長することのないよう、日本専門医機構において行う。
- 平成30～32年度から専門研修が開始されるプログラムにおいては、専門研修施設群の構成についての例外規定を日本専門医機構において諸事情を考慮して認めることがある。理事会決定（その他の領域研修を含む場合）

30

【専攻医募集のスケジュール（2017年9月21日理事会決定）】

2017年10月10日～11月15日：1次登録

2017年11月16日～11月30日：採用確認期間

2017年12月1日～12月14日：採用期間

2017年12月15日：結果通知

※プログラム統括責任者 採用・不採用の可否をシステムにアップ

2017年12月16日～2018年1月15日：2次登録

2018年1月16日～1月31日：採用確認期間

2018年2月1日～2月14日：採用期間

2018年2月15日：結果通知

※プログラム統括責任者 採用・不採用の可否をシステムにアップ

31

### 新専門医制度の登録状況

○新専門医制度への1次・2次採用者（未確定速報値）。

- 1次・2次の採用者数は、8,337人
- 卒後2年目の臨床研修医の約9割以上にあたる数。
- 最も多いのは、内科で2,655人
- 総合診療は、180人。
- 全体として、過去の採用実績の平均値と大きな違いはない状況。
- 東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県についても、都市部に集中しないよう、各学会の努力により、シーリングの範囲内に収まっている。
- 2月16日から3次登録が開始される。（5都道府県を除く）

32

### 医師会も専門医「共通講習」を通じて、専門医制度に協力 （平成29年11月末現在）

- 平成29年4月から実施し、想定よりも多くのご協力を賜わっている。
- 全国の都道府県医師会で、217回の専門医共通講習の単位が取得できる講習会を開催。
- 開催回数の多い都道府県医師会は、神奈川県医師会（39回）、埼玉県医師会（15回）、大阪府医師会（11回）、福岡県医師会（11回）などとなっている。
- 初年度なので、各都道府県医師会から情報提供をいただきながら、「企画立案のあり方」、「共通講習の内容」、「出退管理」などについて、日本専門医機構と意見交換し、日医生涯教育推進委員会などで、議論を深めていく予定。

33

ご静聴ありがとうございました

34