

特別講演

※当原稿は、平成28年11月23日以降の状況に鑑み、加筆、訂正をしていただいております。

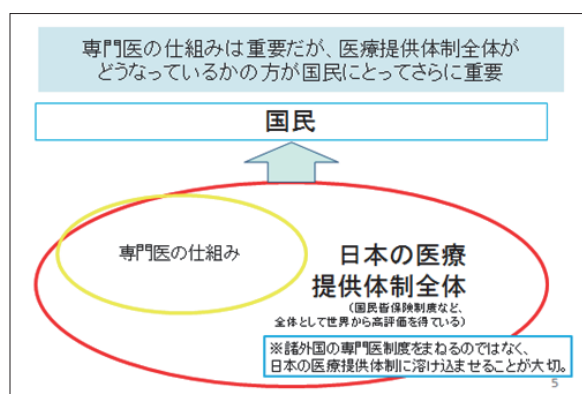
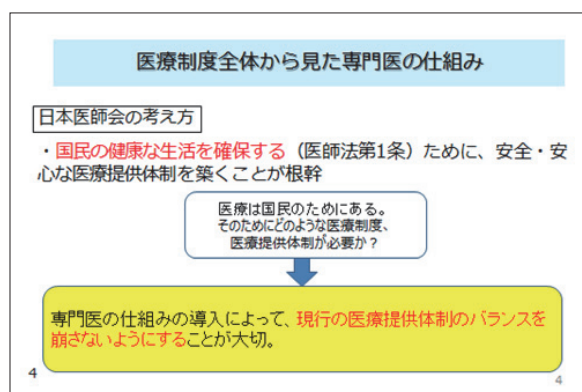
新専門医制度について（2017.8版）

日本医師会常任理事、日本専門医機構理事
羽 鳥 裕

最初にお断りしないといけないことは、新専門医制度は、8月9日の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」の中で、来年4月からのスタートに反対する意見が錚を収めたことにより、10月から専攻医の一次登録がはじまります。その登録状況を見て、医師会等から構成される都道府県協議会による調整を経て、二次登録になります。その段階でも決まらないときにはさらに調整することになります。最初の年は様々な問題が指摘されると思いますが、まだまだ流動的であり、学会、政治情勢、地域医療等様々な観点から、様々なご意見を集約中です。前厚労大臣から様々な指摘を受け、知事会、医系市長会などの様々な団体から、このままでは専攻医の応募がなくなる、地域医療に多大な影響が出るなど多種多様な意見が寄せられ、そのために頻回に各種委員会が開催されて回答を集約してきました。

2018年4月から新専門医制度をスタートすべく、専門医機構理事会、各基本領域学会では、専攻医希望の先生方の要望に応えようとタイムスケジュールを睨みながら準備しておりますが、まだ確定と言えない部分もあることをご承知ください。

日本医師会から見て専門医のしくみのあるべき姿とは、医療は国民のためにあり新専門医制度の導入により、現行の医療提供体制に悪影響を与えるものであってはならないということです。



新専門医制度に対する反対意見

1. 専門医とは一体何？

そんなものはいらない。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。自由にやりたい。画一的にしないで。という意見があります。

専門医制度は、地域医療を崩壊させる。という意見を日医代議員会、都道府県会長会、地域の議員から多数寄せられており、日本医師会は、専門医取得は必須ではないと考えています。専門医の取得によって、診療報酬上、同一医療行為が、専門医資格の有無によって格差を生じさせるものでなく、あくまでも個人の自己研鑽の証と考えています。

2. 専門医機構とは何をする組織なの？

そんなものはいらない。何の権限で俺たちに指示するの？今まで学会がきちんとしくみを作っており、今更他から指示されたくない。という意見もあります。

また、新専門医制度に対する理解が充分でないと感ずる一面もあります。色々な政治状況もあり、

機構理事会で十分討議されて結論も出ていることが、公表できていなかったことなどの情報不足や、誤解にもとづくもの

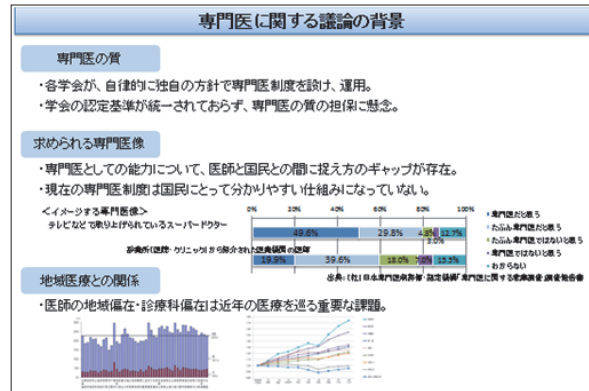
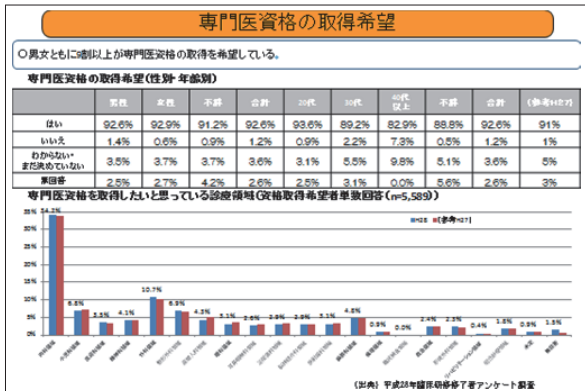
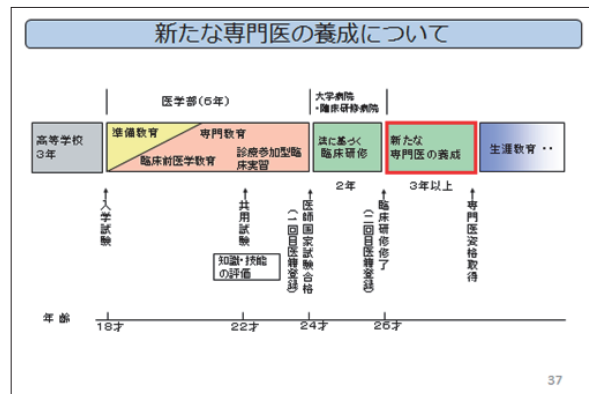
また、医学生、研修医、若手医師にとっては、これからどうなるの？という、不安、危惧の念があります。

専門医制度の意義という面から考えると、主役は国民と専攻医です。医療をうける国民からみれば、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、初めて診療を受ける相手の先生がどのような研鑽を積んできたのか、何が得意な先生なのかを知りたいという願望があることでしょう。一方、医学生、研修中の先生にとっては、自信を持って医療をできるようになりたい、国民から信頼される医師になりたい、そのためには、良き指導者に恵まれ、多数かつバラエティーに富んだ充実した研修を受けたいということだと思います。

臨床研修医、医学生等のアンケートを見ても90%以上の方が取得を希望されています。

り、受けない者も少なくない。そうすると、フリーターの（十分な研修を受けない）医師の増加も、問題点の一つとしてあげられています。広告可能な専門医資格所有者は、各年代とも7割程度です。

そこで、高久検討会でも述べられていますように、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。これが、患者、国民の希望であろうと考えられます。



2. わが国の卒後研修の現状

1. 現在、卒後2年間は、いわゆる初期研修として臨床研修制度が必修化されており、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です。
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ために、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しております。任意の研修であ

諸外国と比べていますと、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です。この自由標榜制を主張してきた日本医師会に対して、日本医学会は異を唱えておりましたが、日本医学会そのものに定款がなく、日本医師会の定款には、日本医学会は日本医師会の下に置くこと定められておりました。経緯を見てみますと、日本医学会が、日本聯合医学会としてスタートした1902年(明治35年)日本の西洋医学は明治の初期、主にドイツから輸入さ

れましたが、ようやく自主独立できそうになった時期が明治35年頃。各専門分野が一堂に介して、医学のあるべき姿を議論すべきという機運が出てきました。1816年に、日本医師会が全国組織としてスタートし日本医師会と日本聯合医学会は、並列して存在しました。日本医師会は第二次世界大戦時に全員加入の組織になりましたが、戦後、GHQにより解散させられ、新制の社団法人日本医師会が1947年11月誕生しました。一方、戦前戦後も日本医学会は継続して存在し、1948年に日本医師会は日本医学会を統合し、「日本医師会は、医師一人一人が参加する団体で、日本医学会は学会が所属する団体であり、活動内容も違う」として、日本医学会内には統合を疑問視する声があったようですが、日本医師会の定款に、「日本医学会を置く」という規定が設けられました。4年に1回の日本医学会総会を開催して現在にいたり、2019年には、日本医学会総会2019中部が開催される予定で、日本医師会も莫大な貢献をしています。日本医師会の定款を確認では「日本医師会に、日本医学会を置く。医学会は各分科会より成る」と記載され、各学会は、分科会という形で日本医師会の中に位置付けられていました。しかも、「日本医学会の重要な会務については、日本医師会長の了承を得ること」となっています。専門医に関していうと、学会認定医制協議会（1981年に22の学会で発足）の議長、日本医師会長、日本医学会長の三者懇談会で、各学会の認定医あるいは専門医を承認する仕組み（承認シールと承認通知書の発行）などを作ったのは、1993年。しかし、「認定医の表示は、院内にとどめる」など、制限付きの仕組みです。日本医学会や各学会は、専門医制度を整理し、国民がどこにどんな専門医がいるのかが分かる仕組み作りを提案していましたが、自由標榜制を堅持する日本医師会とは意見がことになりました。そして専門医機構の設立時団体になるためにも、定款を定め日本医師会から独立した位置を保ちたいという意向も芽生え、一般社団法人日本医学会というのが成立しました。新しく選出された門田守人会長は、7月19日のインタビューでは、学術団体として活動する場合に

は日本医学会連合、それ以外に、日本医師会の学術面での機能を支援する場合、医療制度などについて日本医師会と協力関係を築く必要がある場合には日本医学会の名称で活動したいと述べています。

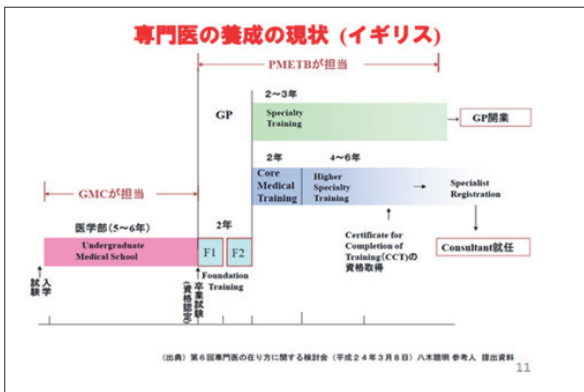
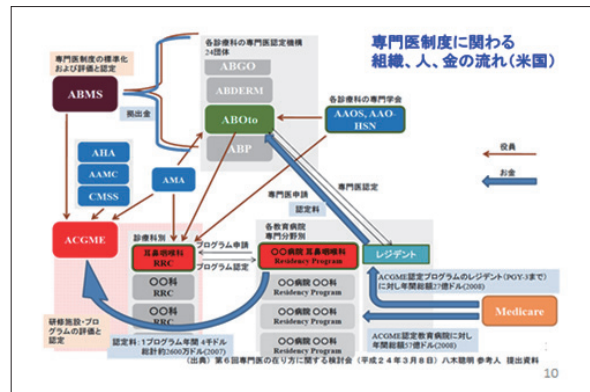
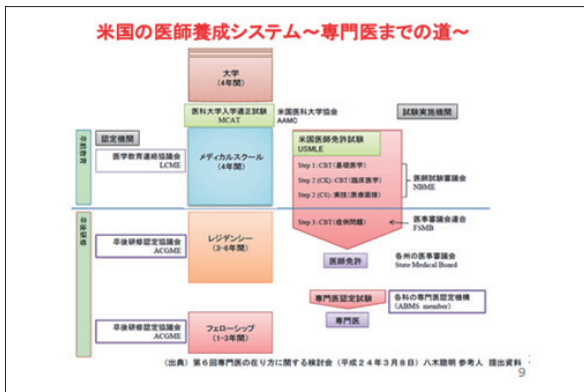
	日本 (今後の方向性)	アメリカ	フランス
法令等の位置づけ	特になし	特になし (民間の第三者組織)	法律
実施主体	各学会 (日本専門医機構)	・ ABMS: 専門医制度と専門医の認定 ・ ACGME: 研修施設とプログラムの評価・認定	・ 全国医師試験を実施 ※ 成績順に専門診療科を選択
組織運営のための経済的背景(財源)	各学会 (国、日本専門医機構)	・ ABMS: 国(研究費の影)、所属学会、専門医認定料から約560万ドルの収入(2008年) ・ ACGME: 研修プログラム認定料として約3,000万ドル(2008年)、政府(Medicare)から、レジデントに給与として年間27億ドル、認定教育病院に対して57億ドル	・ 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が、原資は社会保険費)
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、ある程度の効果を上げている。	全国医師試験で専門診療科の定員あり

ABMS (American Board of Medical Specialties), ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education), NHS (National Health Service), GMC (General Medical Council), FRCGS (Fellowship in Gastroenterology and Hepatology), CCT (Certificate of Completion of Training)
1 (参考) 第8回専門医の在り方に関する検討会 13年度24年3月2日 | 14日 総務 委 員 会 医 務 部 長 官 官 民 協 働 課 長 官

	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	・ 湘医師会: 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、専門医の受給資格、試験、資格更新に関する認定の権限を有する	・ NHS: 医療施設、専門診療科、医療の質の管理 ・ GMC: 医師資格の管理 ・ GMC: 研修施設教育(教育プログラムの認定と承認等)	・ 大韓医師会: 専門医試験 ・ 大韓医師協会: 専門医認定等
組織運営のための経済的背景(財源)	・ 医師会: 専門医認定料、更新のための講演会など	・ GMC: CCT取得に対して医師の登録料850ポンド ・ その他: GMCが410ポンド(いずれも一人当たり)、各 Royal Collegeが40ポンド ・ 認定報酬金	・ 大韓医師会、大韓医師協会: 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
専門医配置の調整、診療科の定員等	・ 専門医制度が遠隔地への医師のインセンティブ、ベルリンのような都市では開業希望者が多いため、保険医制度が制限を設けている場合がある。	・ GPの配置は国の基準で決められている。ポスは全国に満遍なく作られている。	・ 韓国医師協会が国と協議して地域の定員を決定

1 (参考) 第8回専門医の在り方に関する検討会 13年度24年3月2日 | 14日 総務 委 員 会 医 務 部 長 官 官 民 協 働 課 長 官

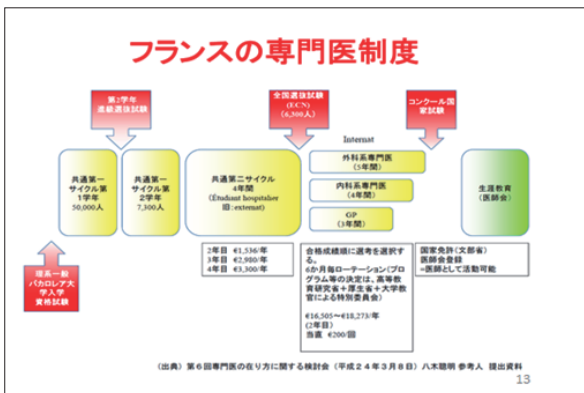
以下は、長くアメリカテキサスで胆道系消化器外科医で活躍され、この4月から、獨協医大に招聘された北濱明夫特任教授によるご講義から頂いたスライドです。米国、イギリス、フランス、ドイツ、韓国などの専門医制度の図表です。



ドイツの専門医制度

- ドイツの専門医制度の特徴は、**国や州政府の管轄から完全に独立した連邦医師会と各州医師会**により、規約(2003年5月)が策定され、認定を始めとした運営や管理がなされていることにある。
- 規約により、連邦医師会ならびに州医師会は、**専門医の教育施設や研修指導医と教育カリキュラムに関する認定ならびに専門医の受験資格、試験、資格更新に関する認定の権限を有する。**

(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) 八木聰明 参考人 提出資料 12



韓国の専門医制度

This diagram details the Korean medical training system. It lists various medical specialties and their respective training durations. It also includes information about the Medical Service Act and the National Board of Medical Specialties. The system is managed by the Ministry of Health and Welfare.

(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) 八木聰明 参考人 提出資料 14

専門医とは、それぞれの診療領域において、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師であり、必ずしも、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。そういう医師を如何に育てるかが、専門医制度の大きな目標、課題です。各学会では、昭和37年日本麻酔科学会、昭和41年日本皮膚科学会、昭和41年日本脳神経外科学会、昭和41年日本医学放射科学会、昭和43年日本神経学会、昭和43年日本内科学会、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 専門医等で始まりました。このように始まった、専門医の議論ですが、H28. 6.28 に、日本専門医機構の第2期の執行部が選出されるまでの間の議論を振り返ります。新しい組織として日本専門医機構の設立が H26 年5月にあり、第1期の執行部が成立しました。ここで、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することを基本としていますが、それらをクリアするために、学会の運用ではなく、第三者機関として、制度の統一化・標準化を図ることとされました。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）を、自己研鑽賭して求められます。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、第三者機関で認定した専門医を広告可能とする。さらに、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とされていますが、議事録を見ても十分な議論がないまま決まっています。このとき、専門医の区分として、（1）基本診療領域（18専門医）と総合診療（2）Subspecialty領域（29専門医）（3）区分未定（34専門医）（計81専門医）ほかに、入会希望（12専門医）はペンディングであり、合計93専門医がでております。現在、18+総合診療、そして内科18 外科4のサブスペが新機構でも議論されずに承認されていますが、それ以外のものについては、個別に議論中です。

基本診療領域には、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）がありますが、高久報告を受けて、この18基本領域+総合診療 となっていますが、なぜ、このような科が基本領域になったのかの十分な論議がされたとは言い難いようです。そのため、脳外科が外科から独立しているならば、神経学が内科から独立して基本領域であるべきと主張される方もおられます。総合診療が基本領域で良いのか疑問を持つ人もおられます。

さらに、Subspecialty領域（29専門医）（基本領域から分化したもの）として、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、リウマチなど内科系（13領域）があります。

消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科など、外科系（4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、放射線治療などがあり、準基本診療科と考えられています。また、区分未定（54領域）（今後検討すべき領域）、乳腺外科、内分泌外科、

大腸肛門病、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、ペインクリニック、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、臨床精神神経薬理など多数あります。細分化した診療領域と思われるもの、技術、診断、治療、病名、症状等に関するものとして消化器内視鏡、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、認知症などさまざまですが、関連する基本領域の学会に判断を任せ、専門医機構では議論しない、専門医機構の承認外とする等が検討されていますが、まだ十分議論が進んでいません。

そもそも、従来の問題点、なぜ新しい仕組みが必要か？などの疑問に関して、多種多様な専門医が乱立し、各学会が独自に制度を構築、基準が不統一。質のバラツキがあり標準化等が求められる、その後の専門研修の仕組みがない、国民にとって分かりにくいという批判があり、分かりやすくするために、各学会の専門医、卒後研修には、初期臨床研修は、厚労省の肝いりで必須化されて十分な予算の下にマッチングシステム導入などがありますが、後期専門研修・専攻医の仕組み作りが議論されていなかった事も問題でした。

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するとされ、（1）研修プログラムを作成（3年程度 科によっては5年）、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）研修施設群を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（地域で専門医を育成）。「整備指針（第一版）」の制定。（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）より改変。）

新しい専門医の養成の仕組みで、変更されたところはどこか？

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、二次審査（機構での審査）は中断。（指導医1：専攻医3）。内訳は総合診療 398, 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。

その後、新しい仕組みへの反発も強くなり、平成28年2月「社会保障審議会医療部会」において、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され、理事選出の委員会が作られ、そこで、6.28に、新理事の選出され、日本医師会から、機構副理事長として、松原副会長と小生が理事として選出されました。その比率は、日本医学会連合 2, 日本医師会 2, 全国医学部長病院長会議 2, 四病院団体協議会 2, 内科系社員学会 3, 外科系社員学会 3, 日本医療安全調査機構 1, 医療研修推進財団 1, 学識経験者 9, 地方自治体（知事）1, 経済学者（教授）1, 一般住民 1, 患者 1, 私立大学副学長 私立学校法人理事長 1, 自治体病院団体会長 国立大学教授（放射線科）1, 国立大学教授（腎臓内科）1, となっています。

機構の事務職員は有給ですが、理事、監事は、全員無報酬です。

日本専門医機構社員	
1. 日本医師会	13. 眼科学会
2. 日本医学会連合	14. 耳鼻咽喉科学会
3. 全国医学部長病院長会議	15. 泌尿器科学会
4. 四病院団体協議会	16. 脳神経外科学会
5. 日本がん治療認定医機構	17. 医学放射線学会
6. 内科学会	18. 麻酔科学会
7. 小児科学会	19. 病理学会
8. 皮膚科学会	20. 臨床検査医学会
9. 精神神経学会	21. 救急医学会
10. 外科学会	22. 形成外科学会
11. 整形外科学会	23. リハビリテーション医学会
12. 産科婦人科学会	

日本専門医機構役員 団体推薦 任期:平成28年6月～平成30年度に関する定時社員総会終結時まで			
団体	役員	氏名	職名
日本医師会	会長	松原 隆和	地域医療振興機構副理事長・私立大学学長
	副会長	小生	東京大学医学部附属病院副院長・国立大学学長 兼務
	C&D 長	藤田 隆三	日本医師会副会長
	事務局長	野村 隆	日本医師会副会長
	常務理事	山田 隆	山田学術振興会理事
全国医学部長病院長会議	C&D 長	藤田 隆三	東京大学医学部附属病院副院長
	副会長	野村 隆	日本医師会副会長
	事務局長	山田 隆	山田学術振興会理事
四病院団体協議会	会長	野村 隆	日本医師会副会長
	副会長	山田 隆	山田学術振興会理事
救急医学会	会長	野村 隆	日本医師会副会長
	副会長	山田 隆	山田学術振興会理事
内科学会	会長	野村 隆	日本医師会副会長
	副会長	山田 隆	山田学術振興会理事
皮膚科学会	会長	野村 隆	日本医師会副会長
	副会長	山田 隆	山田学術振興会理事
精神神経学会	会長	野村 隆	日本医師会副会長
	副会長	山田 隆	山田学術振興会理事
外科学会	会長	野村 隆	日本医師会副会長
	副会長	山田 隆	山田学術振興会理事
整形外科学会	会長	野村 隆	日本医師会副会長
	副会長	山田 隆	山田学術振興会理事
産科婦人科学会	会長	野村 隆	日本医師会副会長
	副会長	山田 隆	山田学術振興会理事

日本専門医機構役員 学識経験者 任期:平成28年6月～平成30年度に関する定時社員総会終結時まで			
氏名	役職	新任/再任	
井戸 敏三	兵庫県知事	新任	
遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授/ 社会保険審議会医療部会委員長	新任	
小林 誠一郎	岩手医科大学副学長	新任	
寺野 彰	東協学理事長/廣徳医科大学名誉学長/ 日本私立医科大学協会会長	新任	
豊田 郁子	新巻総合病院セーフティーマネージャー/ 医療安全対策推進主任	新任	
花井 十伍	中央社会保険医療協議会委員/ 日本労働組合総連合会「患者安全の医療を確立する連絡会」 委員	新任	
湯見 公雄	全国自治体病院協議会会長	新任	
本田 浩	日本医学放射線学会 理事長/ 九州大学大学院医学部放射線科放射線科学分野	新任	
櫻田 素子	京都大学大学院医学部 腎臓内科学教授	新任	

第2期執行部の基本姿勢について 専門医の質を担保できる制度とし、患者に信頼され、受診の良いい指針になる制度となるよう、専門医が国民に

広く認知されて評価される制度で、かつ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で、地域の医師偏在を悪化させないこと

とした。このときに、専門医制度の在り方を問う

等の根本から討議すべきという議論もありましたが、大勢は、専門医制度は必要、機構の執行部体制のガバナンスを問う、理事会で十分議論し理事会で承認されたことをマスコミなどに発表する。個々人の発言は控える。そこに主眼が置かれたために、根本の議論はせずに経てきています。

機構と学会の関係は、機構と学会が連携して専門医の仕組みを構築する。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。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。各基本領域学会の各制度及び各基本領域学会とサブスペシャリティ学会で構築してサブスペシャリティ学会専門医検討委員会の各制度に助言・評価する機関とする。等が定められました。

【機構の役割】

(ア) 専門医の仕組みを学術的な観点から標準化を図る。

(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。

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。

(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。

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。基準等の柔軟な運用暫定措置を講じるなどがあります。

整備指針の見直し（専門医養成の指針）

新理事会の活動のスリム化（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。）機構業務の見直し。総合診療専門医制度の構築。

【新整備指針の制定】

(1) 基本の方針

各領域学会の自主性と責任を重視する。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。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。地域医療に配慮する。（H28.12.9. 第8回理事会承認、H28.12.16. 第2回社員総会承認）

(2) 改定のポイント（柔軟な運用）

基本領域の研修について。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。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。原則として、研修プログラム制で行う。（妊娠出産育児などのやむを得ない状況があるときは、研修カリキュラム制を可とするが、プログラム制に研修内容が劣らぬものであることを求める）

【サブスペシャリティ領域の研修について】

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。研修施設群の形成は必須ではない。機構は、提出された制度を検証し、認定する。研修プログラム制、研修カリキュラム制のいずれも可。基本領域とサブスペシャリティ領域との連動研修を可能とする。

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：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。）

【地域医療への配慮について】

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。）偏在などの不都合

が生じたら、毎年見直す。

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。地域医療への配慮について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。研修プログラム制とは、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。一方、研修カリキュラム制とは、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。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としているが、女性医師において、妊娠出産育児など配慮すべき状況にあるときには、質の担保を十分にできたことを確認すればカリキュラム制を妨げるものではない。（開始の当初は柔軟に対応する。）

【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証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カ月以上とし、連携施設での研修は3カ月未満とならないように努める。

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。

【専門研修プログラム整備基準】

基本領域学会は、本整備指針に基づき、当該領域別の専門研修プログラム整備基準を策定し、機構はこれを検証、承認します。備えるべき事項として、専門医の使命と専門研修後の成果（Outcome）、専門研修の目標と方法、専門研修評価の方法、専門研修管理と指導體制、専門研修の人的・物的資源、専門研修プログラム自体に関する評価、専門研修プログラムの管理運営、専門研修プログラムの継続的改良、専門研修プログラムの研修期間など、専門研修プログラム統括責任者の要件、専門研修指導医の要件、専門研修施設群の構成要件（各専門研修施設の診療実績・指導體制）、専門研修施設群の地理的範囲、専攻医登録数についての基本的な考え方、地域医療・地域連携経験、研究経験に関すること、基本領域学会専門医取得からサブスペシャリティ学会専門医取得へと連続的な育成過程を示すことが出来る。専門研修の休止・中断、専門研修プログラムの移動、専門研修プログラム外での研修の条件、出産・育児休業・留学・住所変更などの場合における扱いを明示します。

専門研修プログラム整備基準の検証と認定

各基本領域学会は、それぞれの専門研修プログラム整備基準を作成し、機構に提出する。機構は、専門研修プログラム整備基準が本整備指針に適合することを検証し、必要に応じて助言し、認定する。

各基本領域学会に属する専門研修施設は、基幹病院を中心とした研修施設群からなる専門研修プ

プログラムを形成し、専門研修プログラム整備基準に基づいて基本領域学会での審査を受けた後（一次審査）、機構の検証を受け認定する（二次審査）。

専門研修認定施設の認定基準

各基本領域学会は、社会に明示できる専門研修施設の認定基準を定め、機構がこれを検証、承認する。

各施設の認定基準は研修内容が専門医育成の質を保証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。

専門研修基幹施設の基準は、各基本領域学会のプロフェッショナルオートノミーに基づくものとし、大学病院以外の医療機関も認定される水準とするが、対象とする領域は、領域の規模・特性を踏まえることとし、運用細則で別途定める。

専門研修施設の認定基準

各基本領域学会は、社会に明示できる専門研修施設の認定基準を定め、機構がこれを検証、承認します。各施設の認定基準は研修内容が専門医育成の質を保証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。専門研修基幹施設の基準は、各基本領域学会のプロフェッショナルオートノミーに基づくものとし、大学病院以外の医療機関も認定される水準とするが、対象とする領域は、領域の規模・特性を踏まえることとし、運用細則で別途定める。

専門研修プログラムの構成要素

専門研修基幹施設 専門研修連携施設 専門研修指導医 専門研修プログラム管理 評価体制 専門研修実績記録システムの整備 マニュアル、フォーマット等の整備などがある。

専門研修プログラムの審査・認定について

専門研修プログラム整備基準に基づいて、基本領域学会が一次審査を行い、機構は二次審査を行い検証する。専門研修プログラムの認定に際して

は、地域分布に配慮を行うため、機構は、各領域の研修プログラムを承認するに際して、行政、医師会、大学、病院団体からなる各都道府県協議会と事前に協議し決定する。

専攻医の登録と修了について

登録方法は、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。定員については、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、地域性など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。処遇については、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。3ヶ月未満の場合など、基幹施設が支払う場合も想定される。終了要件は、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。

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。専門医の認定として、各基本領域学会が行うべきこととして、申請資格書類審査（研修の実績証明、経験症例の記録、教育研修修了実績など）専門医認定試験など（筆記試験、口頭試験、実技試験などにより、資格審査に合格した専攻医に対して達成度を評価）、専門医認定通知（機構は、二次審査に合格した専門医試験受験者について、各領域学会に通知する。各領域学会は、専門医試験合格者に対してその旨を通知する。）

専門医の更新は、専門医は、標準的で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。

更新認定基準として、各基本領域学会が専門医機構に提出するものは、勤務実態の自己申告、診療実績の証明、専門医共通講習受講記録、領域講習、学術業績・診療以外の活動実績、単位（クレジット）取得がある。

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。

専門医の認定（各基本領域学会が行うこと）

申請資格書類審査（研修の実績証明、経歴症例の記録、教育研修修了実績など）

専門医認定試験など（筆記試験、口頭試験、実技試験などにより、資格審査に合格した専攻医に対して達成度を評価）

専門医認定通知（機構は、二次審査に合格した専門医試験受験者について、各領域学会に通知し、各領域学会は、専門医試験合格者に対してその旨を通知する。）

専門医の更新

専門医は、標準的で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。

専門医制度新整備指針について

当指針は基本的に5年に一度程度の定期的な見

直しを行うものとする。また、必要に応じて随時改定を行うことを妨げないが、いずれの場合も改定に際しては機構理事会の承認を得るものとする。

【専門医制度新整備指針の運用細則について】

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。

都道府県協議会の役割について

機構は、各都道府県協議会と、当該都道府県内に研修施設群が所在する研修プログラムの研修施設や募集定員、ローテーション内容等について協議する。

各都道府県協議会は、研修施設、募集定員、ローテーション内容について検討の上、機構に対し、研修プログラムについて必要な修正意見を提出することができる。

機構は、提出された意見を「基本問題検討委員会」に諮り、必要に応じて「精査の場」で協議し、最終的に理事会で決定する。

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。

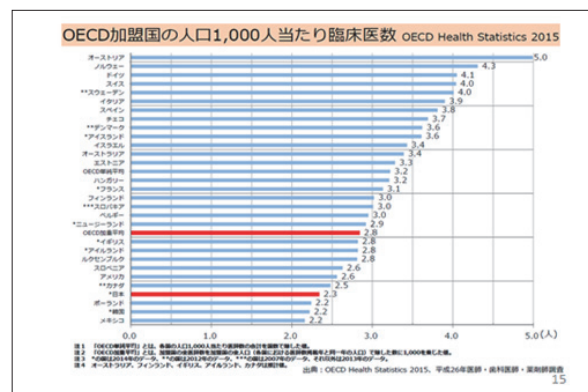
5都府県の各基本領域学会専攻医総数の上限を、原則として過去5年の専攻医採用実績の平均値を超えないものとする。

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

境の整備が必要である。プライマリ・ケア分野では、日常的に多職種との関わり、介護等との連携の中で患者のケアに向き合うことから、大学や市中の大病院だけでなく、小規模医療機関での研修が有効である。また、高度な医療の分野でも、医師が研修段階に応じて技術と知見を向上できるよう、様々な患者を診ることができる市中病院も重要な研修拠点とし、必ずしも十分な経験を積むことができない場合がある大学病院に研修先が偏らないよう注意すべきです。加えて、出産・育児・介護等が、研修受講やキャリアの確立の妨げとならないよう、一定期間内に研修を集中して修了する、一定のインターバルの後に再度研修受講ができる等の柔軟な選択肢を準備する必要がある。こうしたことから、大学病院や都市部の病院のみに研修機関を集約させるのではなく、症例の豊富な地方部の中核的な病院、さらには教育を重視する小規模医療機関も重要な研修機関とし、また、キャリアや家庭事情、働き方等に応じて柔軟に研さんの機会を得られるよう、個別の養成制度において対応することが重要である。若手医師が安心して専門研修を受け、生涯にわたって資質の向上を図るには、国際的水準を担保し、評価される専門医制度の確立・運営が喫緊の課題である。その際には、国際評価に耐えうる医療の質の担保や、地域枠の卒業医師を含めた若手医師のキャリア等への配慮、制度構築の議論の透明性の確保が必要である。このため、先進諸国の例を十分に検証した上で、ガバナンス体制・能力の強化と信頼されるリーダーシップの確立、国際標準を満たす専門医認定の基準づくりと透明性の確保、これらを促進するための制度面を含めた枠組みの整備等を図ることが必要である。都道府県における主体的な医師偏在是正の取組みの促進が求められる。医師養成の観点からは、医師がその出身地や研修地で将来勤務する傾向にあることを踏まえ、都道府県が、例えば、次のような措置により、主体的に地域の医師養成に関与することを検討するべきである。ただし、都道府県の行政権限の拡大と医療界のプロフェッショナルリズムの尊重とのバランスには留意が必要である。専門研修については、日本専門医

機構は、専門研修のプログラム(専門研修病院、研修定員等)の認定前に、都道府県に対し、地域医療確保の観点から協議を行う。

都道府県ごとの医療ニーズを踏まえて養成すべき診療科ごとの専門医の概数を定める。その際、都道府県内における各診療科の専門医養成をどの施設でどの程度行うかについては、都道府県が主体的に決定を行うべきである。都道府県は医師確保のため都道府県に設置することが義務付けられている地域医療対策協議会において協議を行い、地域医療構想調整会議や外来医療の協議体制等との整合性を確保することが重要である。日本は、OECDの中での臨床医数が多い方ではないこと、地方での医師不足は医師定員数が少ないからだという主張があることなどから、この検討会の中での議論では、医師定員数をさらに増大すべきという意見もありましたが、最後の報告書には書き込まれなかった。



H29.4.14.に、「国民不在の新専門医制度を危惧し、拙速に進めることに反対する緊急要望」が全国市長会より、厚生労働大臣宛て要望書が提出され、前厚労大臣はさらに私的諮問を求め、機構での議論進展にストップがかかった。“今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会”を立ち上げ、幅広く専門医機構についても様々な意見を求めている。H29.4.24. H29.5.25. H29.6.12. H29.8.9に検討会が開催された。

第一回検討会開催時の意見として、1. 専門医は全ての医師が取得すべきものではない。2. 地域医療従事者や休職・離職を選択した女性医師等

に対し、カリキュラム制の設置について明確化。
3. 研修の中心は、大学病院のみではなく、症例の豊富な地域の中核病院であることを明確にする。4. 都道府県協議会で、継続的に意見が出せること。などがあげられた。

すべての医師が機構の認定する専門医になると、専門外の診療を敬遠する傾向が生まれ、多くの専門科を整備できない中小病院での診療が困難になる等の指摘を踏まえ、専門医はすべての医師が取得しなければならないものではなく、自発的な自己研さんとして位置付けられるものであり、実質上義務づけられるものではないことを、明確にすることについて、どう考えるか。地域医療従事者や休職・離職を選択した女性医師等に対し、専門医資格の取得を促す観点から、地域医療従事者等に配慮したカリキュラム制の設置について、明確にすることについて、どう考えるか。高度な医療の分野でも、医師が研修段階に応じて技術と知見を向上できるよう、様々な患者を診ることができ、市中病院も重要な研修拠点とし、必ずしも十分な経験を積むことができない場合がある大学病院に研修先が偏らないようにする観点から、研修の中心は大学病院のみではなく、症例の豊富な地域の中核病院等であることを、明確にすることについて、どう考えるかなどについて、今後の機構の運営についても、都道府県知事会、医系市長の会を委員として様々な発言をしているためそれらに誠実に答えていくために、専攻医、医学生、学会などへ機構からの発信を停止せざるを得なかったが為に、不安不満が募ってきたことは否めない。

第2回 H29.5.25「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」では、吉村博邦専門医機構理事長は、「専門医制度新整備指針」の4項目の改正案を提示した。

「新整備指針の見直し」抜粋

1. 専門医は、全ての医師が取得しなければならないものではなく、医師として自律的な取り組みとして位置付けられるものである。また、医師として国民に信頼される安心・安全な医療を提供するための専門研修は、適正に施行されるべきである。
2. 専門医取得を希望する義務年限を有する医科大学卒業生、地域医療従事者や、出産、育児等により休職・離職を選択した女性医師等、介護、留学など、相当の合理的理由がある医師等であっても専門医の取得が出来るよう、研修プログラム制と同等の当該分野先般にわたる症例を経験し専門医育成の教育レベルが保持されることを条件に柔軟なカリキュラム制による専門研修を行う等、柔軟に対応を行う。
3. 各基本領域において専門医となるのに必要となる全般的、幅広い疾患の症例の豊富な市中病院を重要な研修拠点とし、大学病院に研修先が偏らないようにする必要がある。・・・全般的、幅広い疾患の症例の豊富な地域の中核病院が基幹施設となれる基準を設定する。
4. 研修プログラム認定後も、機構は各都道府県協議会からの求めに応じ、専攻医の登録状況や連携施設等の医師配置状況を含む研修プログラムの運用実績を当該基本領域学会と協議ののち情報提供する。都道府県協議会は、地域医療の確保の観点から必要があれば意見を提出し、それを受けて、機構は研修プログラムを各都道府県協議会と協議し、関係学会と調整を行い、必要な改善を行うべきものとする。

専門医取得は義務づけていないことを整備指針に明記し、地域医療従事者や女性医師に配慮したカリキュラム制の設置を整備指針に明記し、研修の中心は大学病院のみではなく、地域の中核病院等であることを整備指針に明記し、都道府県協議会に市町村を含め、研修プログラム承認後も地域医療の確保の動向を機構が協議会に情報提供し、協議会が意見を提出した際は、研修プログラムを改善することを整備指針に明記したが、その後も頻回に好評を泊められたため、8.9の第3回の検討会で了承されたため、来年4月からの新専門医制度スタートを、記者会見や機構のホームページでも宣言し、登録申請に必要な文書を、関係各団体に連絡する。

総合診療領域については、基本領域として、初期臨床終了後に参加するプログラムについては、およその合意が得られたが、日医の代議員会、いくつかの団体などからは強い反発もあり、まだ流動的な面もある。他の基本領域学会とことなり、専門医機構での直接プログラム診査を行う事が決定されており、他領域視点からのチェックもはいる。欧米においては、医学部卒業時に専門医を目指すか地域医療をになう総合医を目指すか選択する。概ね学部での成績順で専門医を選ぶことが多いが、最近では総合を選択する場合も増えている。一方、日本の今までは、医学部卒業後医局に属して、しばらくは領域専門医取得後10年15年病院勤務を経てのちに地域におけるかかりつけ医となる場合が多く、診療所医師もそれぞれ各臓器別専門医であることが、地域医療においては病診連携だけでなく、診診連携において重要な役割をなしているのが実情である。総合診療専門医の導入が始まれば、地域医療における連携に多大な影響が

ある事から、現場のかかりつけ医から強い反発があるのは当然と言えよう。又、厚生科学研究の中で示された国民のニーズにもとづく専門医養成の論議で示されたデータでは、養成する医師の半数は総合医を想定して育てるとあり、欧米のような学ぶべきコースに差があるような議論もされており、地域で開業するにはこの資格を得ることが必須であるような議論と、今回の総合診療専門医がその初動である印象を与えている。これは今後の日本医療の在り方を根本から変えていくことになるので十分な議論が必要である。その一方で、自治医大、地域枠での卒業生が増加し、僻地、医療資源の乏しい地域での勤務が義務づけられ、ここでは総合医が求められており、それらの医師に僻地で学ぶインセンティブをもってもらうためには、専門医資格付与も喫緊のテーマとなる。

例えば、イギリスにおけるGP (General Practitioner) 制度においては、

英国のGeneral Practitioner (GP)

- 医療制度: ゆりかごから墓場まで(医療費は全て無料)
- GPが全ての初診患者を診る(救急車の患者を除く)。→ 極く少数の私設医療機関を除き、GPを通してのみ病院にかかることが出来る(ゲートキーパー)。
- 全ての国民は、いずれかのGPIに登録される。
→ 住民約1,000人に1人のGP。全医師の50%がGP。
→ 住民は、一生涯、1つのカルテで管理される。
- 給与は、GPも専門医と同じ(僻地は手当あり)。

1

- GPの存在意義
→ 不適切な紹介や必要のない検査による資源の無駄遣いを抑制(医療費が無料のため、入り口で制限)。
→ 専門医は、専門診療だけを行えば良い(満足)。
→ 受診の選択肢は制限される(欠点)。
- 都会では、数名のGPがグループ診療。夜間は、交代でオンコール。24時間対応。
- 風邪程度では、薬は出してもらえない。本当に医療の必要な人のみが対象。不必要な検査、投薬、エビデンスのない医療は一切行わない。

18

- GPが担当する医療

 1. あらゆる疾患に対するプライマリ・ケア(初期治療と必要に応じた専門医への紹介、継続医療)。
 2. 問診と身体診察が中心。病院への紹介は約10%(紹介率が多いと注意、少なすぎても注意される)。
 3. 地域住民の、予防接種、高血圧・糖尿病・喘息の管理、婦人科健診、妊婦の管理、往診などを行う。
 4. 僻地、過疎地では、いわゆるファミリードクターとして、自宅出産、簡単な手術、処置、往診、処方、時間外救急なども担当する。

19

- GPの養成
医学部(5~6年)卒業後、2年の初期研修あり。
その後、専門医研修 3年
GP: 50%、臓器別専門医: 50%(定員がある)
- GPプログラム
 - ① 病院研修18か月
救急、小児、精神、産婦、緩和
内科、老年、皮膚、リハビリ、泌尿器
 - ② 診療所研修18か月(6か月×3か所)
僻地を含む現場の診療所で研修
- 研修実績、知識とOSCEの試験
試験に合格しないとGPの仕事はできない。

20

英国のGeneral Practitioner

1. 医療制度として、ほぼ全ての疾患の**プライマリ・ケア**を担う(ゲートキーパー)。
2. 全医師の50%がGP。
3. 問診と身体診察が中心。
4. 不要な検査、エビデンスのない診療はしない。
5. **地域住民の健康管理**(検診、予防注射、妊婦管理、糖尿病・高血圧・喘息など)
6. 研修は、病院と診療所で行う。

21

米国のFamily Medicine (FM)

- 米国の医師
 - 70% 専門医(サブスペシャリティ専門医を含む)
 - 30% ジェネラリスト(家庭医10%、一般内科医20%)
 - 彼らも一般専門医(general certificate)である。
- プライマリ・ケアを担う医師(初診患者を診る医師)
 - 家庭医(41%)、一般内科(25%)、一般小児科(21%)
 - 必要に応じて、高度な専門医が紹介される。
 - 複雑な医療保険制度があり、保険によって、初診を受けられる医師や病院が決まっている。保険会社が、不要な検査や診療、入院をチェック。
 - 高い保険では、いきなり専門医を受診することも可。(米国民の17%、4,500万人が無保険)。

31

- 米国におけるFamily Medicineの定義
 - ① 統合され、アクセス度の高い医療サービス。
 - ② **健康増進、疾患の予防、早期発見、急性・慢性疾患(Common disease)の管理**を含む個人の医療ニーズの大部分を担う。
 - ③ 患者と**継続**したパートナーシップを組む。
 - ④ 患者が存在する**家庭と地域**の脈絡の中で診る。
- 米国の家庭医は、「プライマリ・ケア」を担う
 - ① 年齢、性、臓器、疾患、症状を問わない。
 - ② 生物学的背景と社会心理学的背景を考慮。

32

- 米国の家庭医 専門研修プログラム(3年間)

1年目
家庭医療科外来・病棟、ICU、内科病棟、小児科病棟、産科病棟、外科病棟、救急外来、外科外来、老年科

2年目
家庭医療科外来・病棟、小児救急外来、小児科外来、産科病棟、新生児室、婦人科外来、整形外科外来

3年目
家庭医療科外来・病棟、小児救急外来、循環器外来、皮膚科、スポーツ医学、専門外来(耳鼻科、泌尿器科、眼科、リウマチ科、**地域医療、外来手技、婦人科手技、消化器内科、老人ホーム、老年科**)

33

米国の家庭医

1. 僻地、過疎地では、家庭医が出産、小児、成人、高齢者医療など、ほぼ全ての疾患の**プライマリ・ケア**を担う。
2. 都市部においても、一般内科医、一般小児科医、家庭医が、**プライマリ・ケア**を分担。
→ 保険会社が患者を割り振る。不要な検査や治療、入院をチェックしている(高額な保険は、規制なし)。
3. 放射線、検体検査、内視鏡などは、専門クリニックで。
4. 研修は、病院が中心(各専門診療科、家庭医療科)。
5. 一般内科医・家庭医・小児科医よりも、他の専門医の方が高収入(処置、検査にドクターフィーが付くため)。

34

英国

- 英国の医療は国営(医療費は無料。ゆりかごから墓場まで)。
- 無駄な医療を行わないためにGPがゲートキーパーとなる。
- GPを通さないと入院治療は受けられない。
- 全住民が、いずれかのGPに割り当て(住民約千人にGPが1人)。
- 医師の50%がGP、50%が専門医(定員がある)。
- GPは、問診と身体診察が中心。

米国

- 専門医の医療は高額(高度専門医取得は、厳しいトレーニング)
- 専門医にかかる前にプライマリケア医(一般専門医)にかかる。家庭医が41%、一般内科医が25%、小児科医が21%を担当。
- 高額・複雑な民間保険があり、保険会社が医療をコントロール。
- 低所得者(メディケイド)、高齢者(メディケア)の公的保険があるが、都市病院、施設病院などの病院しかかかれない。

35

厚労省の動き

○医師偏在対策に向けて意欲を示す

・社会保障審議会医療部会(H28.9.14)、医療従事者の需給に関する検討会「医師需給分科会」(H28.9.15)で、年末までに検討すべき医師偏在対策を示す。

・①医学部、②臨床研修、③専門医、④医療計画による医師確保対策の強化、⑤医師・診療行為情報のデータベース化、⑥地域医療支援センターの機能強化、⑦都道府県から国等への対策の求め、⑧管理者の要件、⑨フリーランス医師への対応、⑩医療事業の承継税制、⑪女性医師の支援、⑫技術革新に対応した医療提供、⑬チーム医療、⑭サービス受益者に係る対策一が上げられている。

・本件については、専門医の仕組みについていえば、「都道府県等の調整等に関する権限を明確化の検討」、「専攻医の募集定員の検討」が項目として上げられている。
→重要事項が多数盛り込まれており、また、今後の議論を深める必要がある。

1

臓器、年齢、性別等に関わらず、日常的に遭遇する幅広い疾患に対する、初期対応と継続診療(必要に応じて、専門医へ紹介)のプライマリ・ケアと同時に、地域医療を看ることが求められる。

専門医機構の総合診療専門医の委員会では、総合医のイメージは、1. 家庭医療 2. 病院総合診療医 3. 僻地・離島で何でも診る医師 この3領域のコアになる機能を有する医師を育成する事を目標としている。

研修プログラムとして、外科も必須とする意見もあったが、当初は内科研修(1年間)を必須とし、内科学会の好意により、内科研修オスラーシステムを使うことにより経験症例登録等が容易となり、内科専門研修の1年目と同等の研修を受ける。この内6か月は総合診療と兼ねることも可能。小児科(3か月)、救急(3か月)。選択研修(6か月)(外科、整形、耳鼻科、眼科など)総合診療研修(以下、各々6か月以上)等が想定されている。

中小病院・診療所(在宅診療を含む)一定規模の病院(総合診療部、総合内科など)専攻医が都市部に集中しない仕組みを検討しており、当面、機構内で制度設計を行っている。ダブルボードを妨げないと決められたことから、今後、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。特に外科系で、現在は手術を日常的にされていない先生方に、総合診療専門医を目指せるような仕組み作りも必要と考えている片も多い。また、十分に総合医を育てている地域一般病院も基幹施設になれるように条件を定めている。

【まとめとして】

「新専門医制度は医療全体に大きな影響が及ぶ上、医師研修の質が担保されていない。研修プログラム制は、医師の柔軟なキャリア形成を阻害する。さらに基幹型と連携施設の循環型研修は、地域医療を弱体化させ、結局は大学医局の支配強化のみが残る」等とする意見もある。また、女性医師の立場から、「医師の働き方改革をしないまま、新専門医制度を導入すると、出産・育児を諦めるか、キャリアを諦めるか、二者択一になってしま

う」という意見もある。

厚生労働省は、「新専門医制度はあくまでプロフェッショナルオートノミーに基づくものであり、日本専門医機構と各学会が担当している。厚労省は地域医療に責任を持つ立場なので、(地域医療への影響が懸念される場合には)機構に要請はできるが、あくまで主体は機構」としているが、あまりにも、専門医制度に関する種々の決定、公開が延び延びになると、国が強く関与するおそれがある。適正配置、人頭制、院長部長診療所開設にあたっては僻地での勤務を条件とするというような管理者要件、科別必要医師数の枠組み設定などを持ち出してくる可能性もあるので、4月からのスタートにどうぞ、ご協力いただきたい。

【H 29. 8. 4 第16回専門医機構理事会終了後の理事長声明】

わが国の専門医の養成については、50年近くにわたり、診療領域ごとの専門家集団である学会が中心となって構築がなされて来ました。

学会ごとの専門医の養成は、わが国の医療の発展に大きく貢献してきた一方、各学会が自律的に独自の方針で専門医の仕組みを設けたため、診療領域ごとに専門医の認定基準が分かれ、統一がなされず、専門医の質の担保に懸念が示されて来ました。また、最近の医学・医療の進歩に伴い細分化した多様な専門医が次々と誕生し、国民にとって分かり難いとの指摘がなされて来たところ です。

一方、わが国の卒後研修の現状をみると、卒後2年間の臨床研修制度(いわゆる初期臨床研修)が必修化されています。これは、医師として基本的な診療能力を涵養することが目的であり、実際に臨床の現場で活躍するためには、その後の診療科ごとの領域別研修(後期専門研修)が不可欠であることは言うまでもありません。残念ながら、わが国にはこの最も重要とされる後期専門研修制度が統一的な仕組みとして確立されていないのが現状で、自由標榜制の下、先進国の中で統一的な後期専門研修の仕組みがないのは日本だけといっても過言ではありません。

こうした現状認識の下、日本の高い医療レベルを確保し、国民にとって分かりやすい専門医制度確立のために、日本専門医機構（以下機構という）では、第一に、各学会の専門医制度の標準化をはかること、また、乱立気味の多様な専門医制度に対し、先ず、基本領域の専門医資格を取得した後、その他のサブスペシャリティ領域の専門医資格を取得する二段階制の仕組みとすること、また、第二に、初期臨床研修に引き続く、統一的な後期専門医研修制度を確立し、国民から信頼され、質の高い専門医の育成と認定を行うことを目的として活動を行って参りました。

「学会専門医制度の標準化」と「後期専門医研修制度の確立」は、わが国における医療界の喫緊の課題の一つであり、専門医制度において最も重要な骨格となるものです。

機構では、当初は平成29年度の制度開始を目指して参りましたが、昨年6月に日本医師会や四病院団体協議会、厚生労働省などから、新たな制度が施行されることで地域医療の現場に大きな混乱をもたらす懸念が示されたため、新たな執行部が選任され、制度の構築を一度立ち止まり、地域医療に配慮した制度を目指して再検討することとなりました。

昨年11月には、日本医師会より、基幹施設の基準を大学病院以外の施設も認定されるような基準とすることや、妊娠、出産、育児などへの配慮を行うことなどの要望がなされています。

また、本年4月に厚生労働省に設置された「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」において、地域医療に求められる専門医制度の在り方について、全国知事会や全国市長会、病院団体など地域医療関係者の方々と真摯に意見交換を行い、議論された結果を専門医制度整備指針等に反映し、専門医の取得は法的に全ての医師に義務付けられたものではなく、医師が自ら社会に対する説明責任を果たすための自律的な研修の仕組みであること、また、研修の中心は、各基本領域において専門医となるのに必要となる全般的、幅広い疾患の症例が経験できる大学病院と地域の中核病院であることの明確化、女性医師等の多様

な働き方に配慮したカリキュラム制の導入など、新たな制度の施行により地域医療への影響を与えないよう基本領域学会とも十分な協議を行いながら可能な限りの配慮を行って参りました。

また、来年度より実施する新たな専門医制度は、基本領域の研修については、専門医養成のプロセスが明確になるよう、原則として研修プログラム制で行い、研修施設については、専門医育成の質を担保しつつ地域医療を確保する観点から、地域の中核病院が基幹施設となり地域の中小病院等が連携施設等となって研修施設群を形成し、基幹施設のみではなく連携施設、関連施設へのローテイト研修を行うこと、また、大都市部への専攻医の集中への配慮を行うなど、地域医療に対しさまざまな配慮を行なって来ましたが、引き続き都道府県協議会を通しての意見等を踏まえ、十分な配慮を行なって参ります。

さらに、新たな制度の施行に伴い問題が生じた場合には、制度設計を固定したものとはせず、継続的に検討することも新整備指針に盛り込んでいきます。

【参考文献】

- 1) 専門医の在り方に関する検討会
- 2) 専門医機構整備指針第二版
- 3) 専門医機構細則第二版
- 4) 医師需給分科会議事録
- 5) 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会
- 6) 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会