

公益社団法人 愛知県医師会
第179回（定例）代議員会

新専門医制度について

平成29年6月17日

公益社団法人愛知県医師会
理事 伊藤健一

以下 吉村理事長の都道府県担当者に対して
の厚生労働省等での説明スライド
(専門医機構の考え方)

今後の医師養成の在り方と 地域医療に関する検討会資料

(H29年4月24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. 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

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。

（内科、外科、小児科、耳鼻咽喉科、・・・）。

→ 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。

前にスライドについての疑問

- 初期臨床研修を修了した医師がすべて専門医になるということはできるのか
- また、後期研修の途中での診療科変更はできるのか
- 現在の学会の専門医制度が専門医を日本だけが育成していないといえるのか

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(診療科)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

基本的な診療科の標準的医療とは何か。

この意味する資格が、今までの認定医とどう違うのか。

医師免許取得後5-6年で診療科専門医としてもよいのか。

通常の間覚でいえば10年程度の経過が必要ではないか。

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(学認協)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(専認協)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)
(現機構の前身)
→ 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。

専門医機構、18学会を社員として認定へ

2015 年 1 月 14 日 橋本佳子(m3.com 編集長)

「学会が認定する専門医制度から、中立的な第三者機関が認定する専門医制度に変更する。一般社団法人である日本専門医機構の理事会が、学会から独立して業務を執行する。これら二つが担保されれば、実務的を円滑に運営するために、各学会を社員にすることは許容できるのではないか」

新たな専門医に関する仕組みについて（専門医の在り方に関する検討会（高久史磨座長） 概要）

H25.4.22

趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会を開催。

現状

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| ＜専門医の質＞ | 各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。 |
| ＜求められる専門医像＞ | 専門医としての能力について医師と国民との間に捉え方のギャップ。 |
| ＜地域医療との関係＞ | 医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。 |

新たな仕組みの概要

（基本的な考え方）

- 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。
- 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。

（中立的な第三者機関）

- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。

（専門医の養成・認定・更新）

- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

（総合診療専門医）

- 「総合診療専門医」を基本領域の専門医の一つとして加える。

（地域医療との関係）

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成して実施。

（スケジュール）

- 新たな専門医の養成は、平成29年度を目安に開始※。研修期間は、例えば3年間を基本とし、各領域の実情に応じ設定。

※ 平成30年度を目途に19基本領域の養成を一斉に開始予定。

期待される効果

○専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）

○医療提供体制の改善

10. 研修プログラムの募集を開始

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
166、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。

- 各学会の養成希望数を足し算した結果がこの養成数となった。これは全体を専門医機構がコントロールできていない証左ではないか。
- 日本における専門医についての質と量の問題を真剣に議論されたことはない。

具体的には

- どの領域の専門医が国民の為にどの地域にどれくらい必要であるかといった議論がされた形跡はない。

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) 総合診療(1) + 新機構入会希望(8専門医)

(合計 102 専門医)

16. 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
 - 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。

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。

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
外科	820	
麻酔	497	
整形	478	
小児	458	
産婦	411	
精神	405	
救急	380	

放射	284	人
脳外	239	*
眼科	228	
皮膚	210	
泌尿	195	
耳鼻	194	
形成	150	
リハ	86	
病理	50	
検査	7	

(* H28年度実績)

④ 地域医療への配慮について(2)

- 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。

- 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。

- 指導医がいなくても専門医研修ができるのであれば、このシステムはいらないのではないのか。カリキュラム制でなぜいけないのか。
- 専門医研修は本来は専門医の質の為に行われることが地域医療確保の名の元に形骸化しようとしている。
- 地域の医師不足は次元の違う問題

14. 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)

改定のポイント(学会の責任と自主性を重視、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。

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャリティ領域（29 領域）

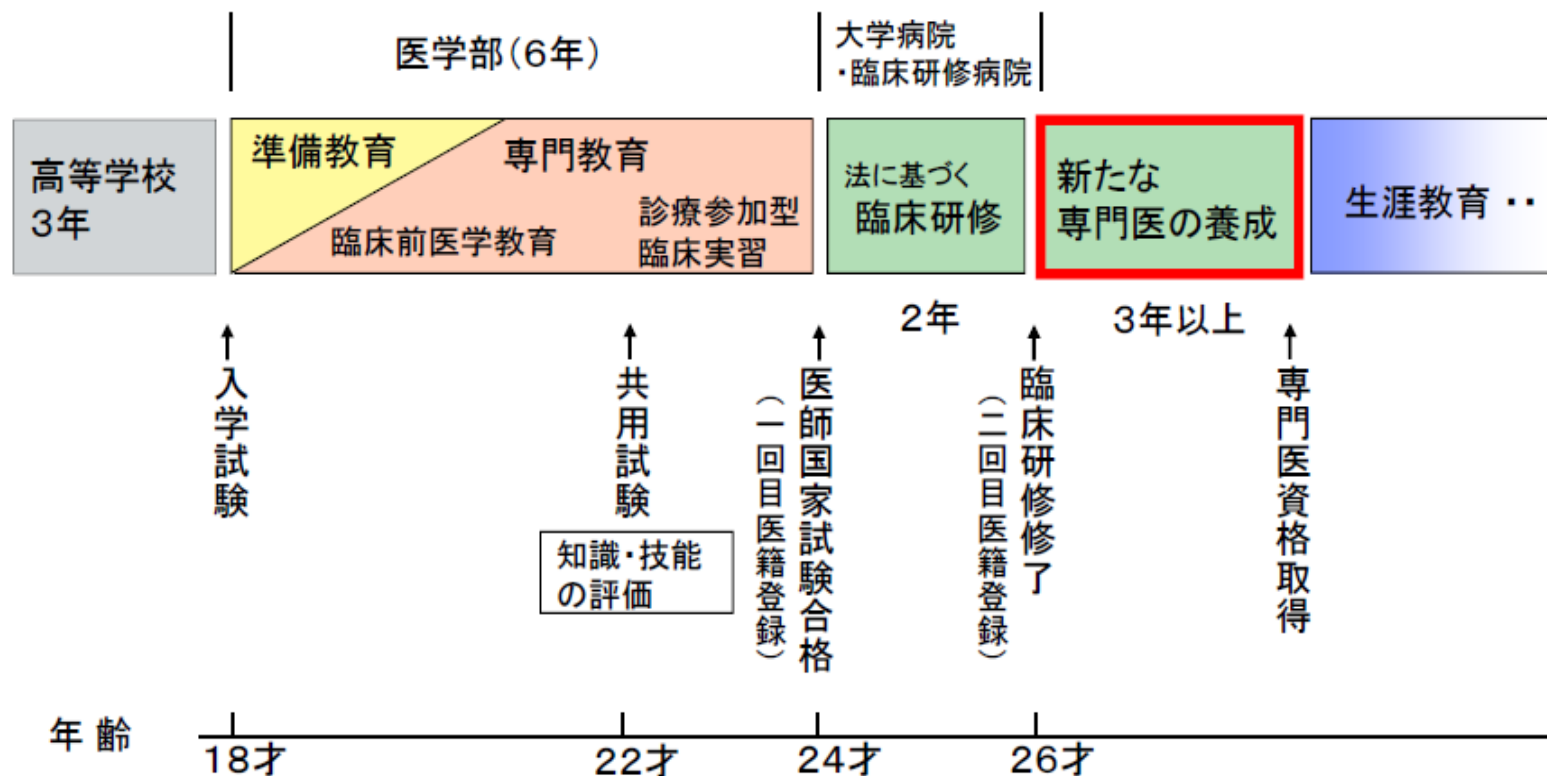
消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

基本領域（19 領域）

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

総合診療

新たな専門医の養成について



- 専門医制度は機構から内容が報告されるようになってから、さまざまな異論不安が出されるようになった。
- 愛知県医師会からも数度にわたって日医に質問をさせていただいたが、残念ながら、満足のいく回答は得られていない。

専門医に関する議論の背景

専門医の質

- ・各学会が、自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用。
- ・学会の認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念。

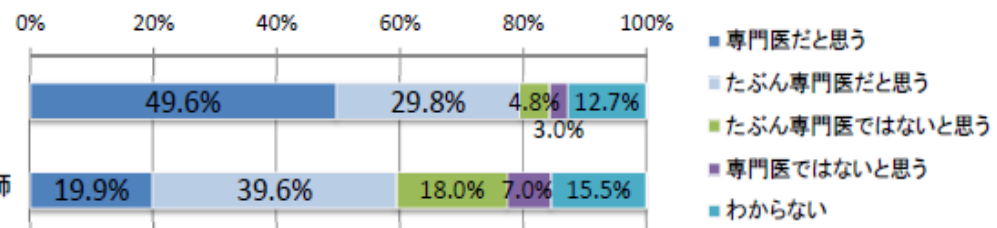
求められる専門医像

- ・専門医としての能力について、医師と国民との間に捉え方のギャップが存在。
- ・現在の専門医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていない。

<イメージする専門医像>

テレビなどで取り上げられているスーパードクター

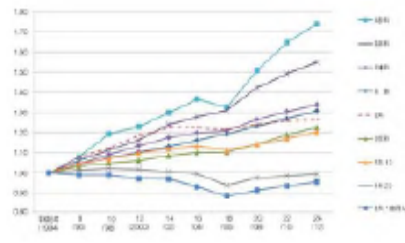
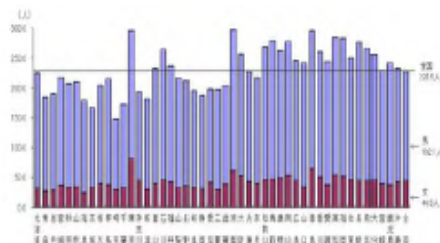
診療所(医院・クリニック)から紹介された医療機関の医師



出典: (社)日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書

地域医療との関係

- ・医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。



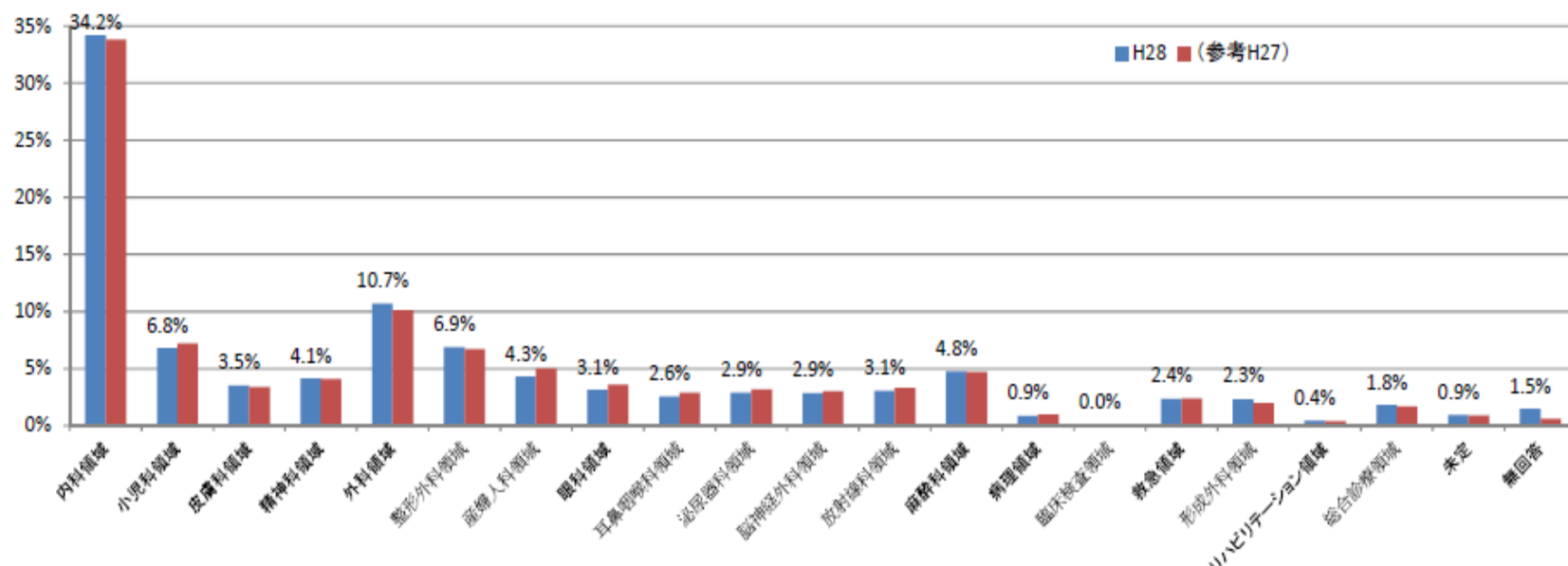
専門医資格の取得希望

○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))



(出典) 平成28年臨床研修修了者アンケート調査

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 報告書

平成29年4月6日医政局

働き方ビジョン検討会でも数枚のスライドが
専門医制度について割かれている。

5. ビジョンの方向性と具体的方策

1 能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方のフル・サポート

③地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターの実効性の向上

- ・ 各都道府県の地域医療支援センター及び医療勤務環境改善支援センターは、医学生や医師等の医療従事者に十分認知されているとはいいがたく、その活動内容や関与にも改善の余地が大きい。制度趣旨に即した実効性を向上させるために、まず、認知度を把握し、より利用しやすい機関となるように認知度向上や広報のマーケティングの強化を図るとともに、その機能を再検証すべきである。
- ・ 例えば、地域医療支援センターは、大学病院等と連携し、基幹病院において経験できる症例の種別・平均数やキャリア・トラックの典型例を提示すること等をはじめ、医学生や若い医師が、主体的に自らのキャリアを考えやすい環境をつくること等が期待される。その際、全国一律の事業内容として各地域の実情に応じた創意工夫を損なうことのないよう、事業としての柔軟性や使いやすさを向上させることも重要である。

- ・ 専門医認定は、医師自らが職能集団としての「自律」(セルフ・ガバナンス)を確立する上で鍵を握る極めて重要な仕組みであることから、具体的には、以下のような論点について、的確な対応をしていくことが必要である。
- 専門医制度においては、診療科ごとの足並みをそろえることに加え、国際標準に見合った医療の質を確保するのに必要な教育プログラムが構築されているか。特に、年数や職歴、熱意といった要素だけではなく、客観的に質が担保されるような研修体制の確保が行われているか。
- 専門医制度は、各地域で最適化された医師確保・配置や機能連携において必要な役割を果たすことができているか。各地域における診療科ごとの専門医の適正数、適正配置が、病院間の機能連携・役割分担などに関する地域医療の方向性と整合性が図られているか。これらの点を踏まえ、大学病院のみならず都道府県をはじめ各ステークホルダーとの連携によって、専門医の教育プログラムが構築されているか。
- これからの地域医療におけるプライマリ・ケアを確立するため、総合診療専門医の育成により一層注力すべきではないか。また、患者が身近な環境で安心した医療を受けることができるよう、総合診療専門医は、診断及び診療の能力だけでなく、地域のお他職種とのネットワークの中でハブとしての役割を発揮する能力を形成することができるか。

5. ビジョンの方向性と具体的方策

2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

(1) 地域におけるリソース・マネジメント

① 都道府県による人的資源マネジメントの基盤づくり

- ・ まず、医療従事者が働く場である医療機関や病床の最適化を着実に進めることが重要である。現在各都道府県で策定されている地域医療構想に基づいて、医療機能の集約化や機能分化・連携を進めるとともに、それが一定程度進捗した後は、4機能別の病床数だけでなく、提供される専門医療の内容や、専門医、看護師の配置、高額医療機器の配置等についても、データ整備の進展と併せ、ニーズに適合した具体的な数値を設定し、その推移を検証する等の方策を講じることが考えられる。
- ・ 特に、必ずしも緊急性を要しない高度医療に関しては、一層の専門医療機能の集約化を進める必要がある。これにより、医療従事者の集約も図られ、労働負担が軽減されるほか、数多くの多様な症例を経験できることにより、医療従事者のキャリア形成に寄与し、患者の価値の向上につながる。
- ・ こうした中、都道府県は、地域医療構想の推進や日本専門医機構との専門研修プログラムの協議の場で、どのように医療機能を最適化するのかについて、主体的にマネジメントを行うことが求められる。その際、都道府県の果たすべき役割を補完するため、国がガイドライン等を示して支援することが考えられるが、中長期的に都道府県の主体性と能動性が十分に発展・発揮されるよう、その関与の内容と程度について、常に見直していくことが必要である。

5. ビジョンの方向性と具体的方策

2 地域の主導により、医療・介護人材を育み、住民の生活を支える

(1) 地域におけるリソース・マネジメント

② 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

- ・ 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リズムの尊重とのバランスには留意が必要である。

➤ (略)

- 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③で後述する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。

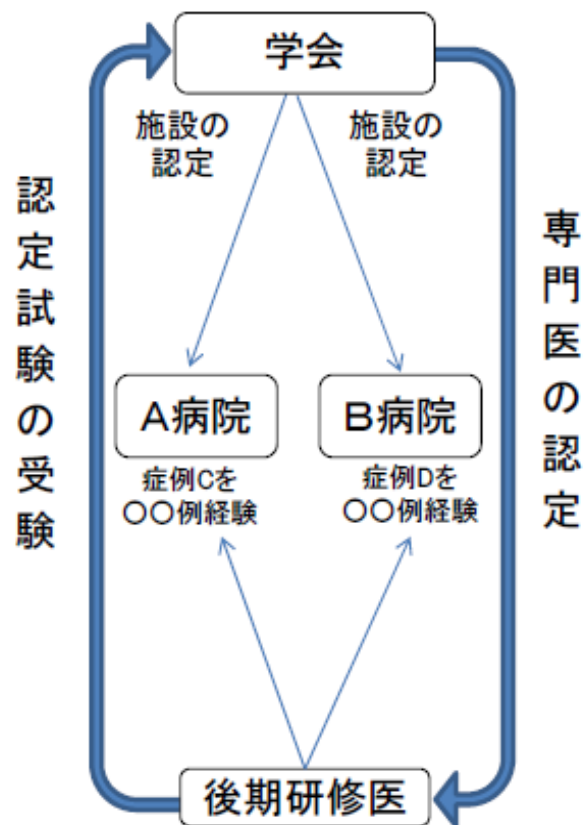
- 現在の状況をまとめますと

従来の専門医認定と新たな専門医認定の比較(イメージ)

従来の専門医認定(カリキュラム制)

学会が、一定の基準を満たす病院を研修施設として認定し、研修医は個別の研修施設を選択して研修

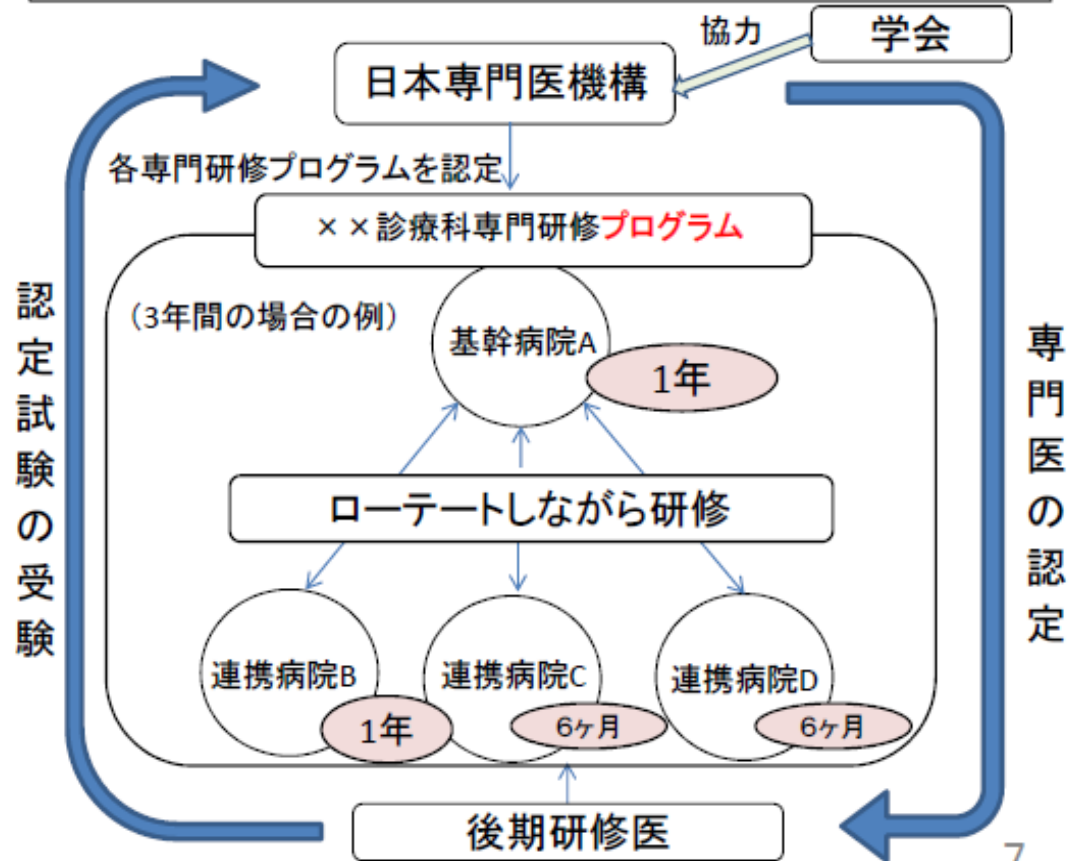
【受験資格】症例Cを〇〇例、症例Dを〇〇例経験したこと等 (研修期間や研修病院に制限はない)



新たな専門医認定(プログラム制)

日本専門医機構が、指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、研修医は基幹施設・連携病院をローテートして研修

【受験資格】プログラムに基づき、症例を経験しながら研修施設をローテートすること等 (研修期間や研修病院が設定されている)



新たな専門医の仕組みの経緯

平成25年4月	厚労省	「専門医の在り方に関する検討会報告書」取りまとめ
平成26年5月	機 構	一般社団法人日本専門医機構設立
平成26～27年	機 構	専門医制度整備指針及び(領域ごとの)プログラム認定基準の策定、申請されたプログラムの審査等
平成28年2月～		地域医療の関係者から、医師偏在の懸念が示される
6月7日	日医 ・四病協	「新たな専門医の仕組みへの懸念について」 ※専門医機構及び基本領域学会に対する要望書 ・一度立ち止まり、地域医療、公衆衛生、地方自治、患者・国民の代表による幅広い視点を加えた検討の場を新たに設置 ・新たな検討の場で、医師及び研修医の偏在が深刻化しないかどうか集中的に精査
6月7日	大臣談話	「要望書の趣旨を理解するとともに、専門医機構と学会が、地域医療関係者や自治体等の意見を真摯に受け止め、なお一層の取組をすることを強く期待。」
6月27日	機 構	社員総会を開催し、新理事を選出 → 学会中心の体制から、地方自治体、患者・国民の代表など、幅広い関係者の体制に
7月20日	機 構	「専門医研修プログラムと地域医療にかかわる新たな検討委員会」(精査の場)を開催 ・平成29年度は新プログラムを認定せず、平成30年度を目途に一斉に開始
7月25日	機 構	社員総会を開催し、施行開始を1年間延期することを正式に決定。
12月16日	機 構	社員総会を開催し、「専門医制度新整備指針」を決定 ・基幹研修施設の基準を、原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする ・機構は、研修プログラムの認定に際し、都道府県協議会に事前協議 ・妊娠、出産、育児等の理由による研修中断に柔軟に対応 等
平成29年2月15日	機 構	総合診療専門医に関する委員会を開催し、研修プログラムの内容等を議論
2月17日 3月17日	機 構	理事会を開催し、新整備指針の運用細則および補足説明を議論 → 3月21日よりパブリックコメント開始
4月24日	厚労省	「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」開催

(予定)○ 今後、運用細則を策定するとともに、作成されたプログラム認定基準が新整備指針に沿っているかチェック

○ 機構は、研修プログラムの認定に際し、各都道府県協議会と事前に協議

各団体の要望・提案・質問等

専門医に関する要望等について①

○ 公益社団法人 日本医師会 平成28年11月18日

1. 基幹施設の基準は、大学病院のみ認定されるような基準とすることなく、原則として、都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も含め複数の基幹施設が認定される基準とすること。
2. 従来の学会認定制度において専門医を養成していた医療機関が専攻医の受入れを希望する場合は、連携施設となれること。
3. 専攻医のローテーションについては、特別な症例を経験するために必要になるなどの事情がなければ、原則として、6ヵ月未満で所属が変わらないこと。
4. 専攻医の集中する都市部の都府県に基幹施設があるプログラムは、原則として、募集定員が過去3年間の専攻医の採用実績平均を超えないこと。
5. 専攻医の採用は、基幹施設だけではなく、連携施設でも行えること。
6. プログラムの認定に当たっては、各都道府県協議会において、医師会、大学、病院団体等の地域医療関係者の了解を得ること。
7. 研修機関については、妊娠、出産、育児等の理由により中断することができ、かつ、6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修を延長しないで済むこと。また、6ヶ月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされること。

日本医師会要望にかかる専門医制度整備指針の対応状況

日本医師会要望(概要) (平成28年11月18日)	対応の内容 (平成29年4月24日現在)
1. 基幹施設の基準は、都道府県ごとに、大学病院以外の医療機関も認定される基準とすること。	● 原則、大学病院以外の医療機関も認定される水準とする。 ※専攻医の多い診療科(内科、外科、小児、産婦、救急、精神、整形、麻酔)では、都道府県ごとに、大学病院以外の基幹施設を置く基準
2. 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、連携施設となれること。	● 従来、専門医を養成していた医療機関が希望する場合は、基幹施設の承認のもと連携施設となれる。
3. 専攻医のローテートは、原則として、6ヵ月未満で所属が変わらないこと。	● 原則として、基幹施設での研修は6ヵ月以上とし、連携施設での研修は3ヵ月未満とならないように努める。
4. 都市部のプログラムは、原則として、募集定員が過去3年間の専攻医の採用実績平均を超えないこと。	● 都市部への集中を防ぐため、都市部の研修プログラムの定員等についてルールを定める。 ※5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)では、原則として、募集定員が過去3年間の採用実績の平均を超えない
5. 専攻医の採用は、基幹施設だけではなく、連携施設でも行えること。	● 基幹施設、連携施設、関連施設等で専攻医の採用が可能。
6. プログラムの認定は、各都道府県協議会において、医師会、大学、病院団体等の地域医療関係者の了解を得ること。	● 機構は、研修プログラムを承認するに際し、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。
7. 研修期間については、妊娠、出産、育児等の理由により中断することができ、かつ、6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで研修を延長しないですむこと。また、6ヶ月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされること。	● 特定の理由(海外への留学、妊娠・出産・育児など)で専門研修が困難な場合は、中断することができる。 ● 6ヶ月までの中断であれば、残りの期間に必要な症例等を埋め合わせることで、研修期間の延長を要しない。 ● また、6か月以上の中断の後研修に復帰した場合でも、中断前の研修実績は、引き続き有効とされる。

3月9日厚労相から再度の要請

■ 必要な場合、専門医機構に「抜本的対応」求める

塩崎厚労相

塩崎恭久厚生労働相は9日の参院厚生労働委員会で、新専門医制度が地域医療に及ぼす影響を懸念する声が地方自治体の首長に根強くあるとの認識を示し、地域医療への配慮の観点から「必要な場合には、地域医療に従事する医師、自治体の首長などを含めた場で、日本専門医機構に対して抜本的な対応を求めている」と述べた。質問した自見英子氏（自民）は、関係者の意見を十分反映した制度にすべきとの立場を示した。

必要であれば抜本的な対応

専門医に関する要望等について②

○ 全国市長会会長代理 松浦正人 平成29年4月12日

「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」（抜粋）

1. 中小規模病院が危機に陥る懸念

- すべての医師を機構の認定する専門医に振り分けるとなると、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

2. 地方創生に逆行する危険と医師偏在の助長

- 大学病院や大病院の所在地以外の地域は医師不足が助長

3. 医師の診療活動開始年齢の遅延と医療コスト増大

- 専門医取得を義務づけられることになりかねない。これでは、6年間の医学部の学生生活に加え、5年以上の研修を経ないと第一線に立てないことになり、結果的に地方の医師不足に拍車がかかる
- あらゆる疾患に対し専門的な検査や診療がなされれば、医療費の増大による財源問題も議論が必要。

4. 初期研修制度導入時に立ち返りPDCAで考えるべき

- 医学教育6年間を経て医師国家試験に合格し2年間の初期研修を修了した医師は、制度的に総合診療が出来るべきであり、総合診療専門医など、上書きの専門医教育を義務化するより、初期研修も含めた医学教育を根本的に見直すべき

5. 若手医師たちに義務的に医局生活を強いる理不尽

- 医療倫理の教育をはじめ学会が認める論文発表など基幹施設での過剰と思われる履修項目がある
- 初期研修修了後に地域医療に従事している医師達を基幹施設に引き上げるにより、地域医療にとって重大な支障を来す
- 特に若手女性医師にとって結婚・出産・育児の機会を奪い取ることになりかねない
- 社会的な制約や経済的条件により大学病院などに馴染まず、フリーの立場で地域医療に貢献する医師達の権利・自由も尊重されるべき

6. 専門職自律という国民不在の議論

- 自治体の長や、国・地方議員による検証を度外視して制度設計を進めることには大いに問題がある。立ち止まって考え直すべき。

全国市長会ご要望への対応状況について

平成 29 年 4 月 24 日

吉村 博邦

1. 中小規模病院が危機に陥る懸念

- 専門医取得は義務づけていない
- 「原則としていずれかの専門領域を選択しその基本領域学会の専門研修を受けることを基本とする」としている

2. 地方創生に逆行する危険と医師偏在の助長

- 専攻医の多い8領域については、原則として大学病院以外でも基幹施設となれる基準に設定
- 原則として、基幹施設での研修は6ヶ月以上、連携施設での研修は3ヶ月未満とならないように努める
- 都市部の5都府県については、専攻医募集定員の上限を設定（一部診療科を除く。）
- 基幹施設、連携施設、関連施設等で専攻医の採用が可能
- 機構は、研修プログラムを承認するに際し、各都道府県協議会と事前に協議し決定
- 地域医療従事者、育児中の女性医師等に対しカリキュラム制導入

3. 医師の診療活動開始年齢の遅延と医療コスト増大

- 専門医取得は義務づけていない（再掲）
- ただし、「原則としていずれかの専門領域を選択しその基本領域学会の専門研修を受けることを基本とする」としている（再掲）

4. 初期研修制度導入時に立ち返り PDCA で考えるべき

- 総合診療専門医については、引き続き議論

5. 若手医師たちに義務的に医局生活を強いる理不尽

- 専攻医の多い8領域については、原則として大学病院以外でも基幹施設となれる基準に設定（再掲）
- 基幹施設、連携施設、関連施設等で専攻医の採用が可能（再掲）

ビジョン検討会の論点整理

専門医に関する論点について

- (1) 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。
- (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、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。
- (3) 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。

今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会 開催要綱

1. 開催趣旨

現在、医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、卒前段階の臨床実習を一層充実することが予定されている。また、平成 16 年度の臨床研修必修化が地域医療に大きな影響を与えたと指摘される一方で、専門研修についても医師偏在の懸念が地域医療関係者より示され、研修開始が 1 年延期され、現在、平成 30 年度の研修開始に向けて、標準的な医療を行う専門医の研修方法が日本専門医機構において検討されている。

これらの新しい研修制度において、卒前・卒後の一貫した医師養成や、地域の医師確保など地域医療に十分配慮される仕組みとすることが重要である。

こうした観点から、今後の医師養成の在り方と地域医療について検討するため、本検討会を開催する。

2. 検討課題

- (1) 地域医療に求められる専門医制度の在り方
- (2) 卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方
- (3) 医師養成の制度における地域医療への配慮

3. 構成員及び運営

- (1) 検討会の構成員は別紙のとおりとし、座長が必要と認めるときは関係者の参加を求めることができる。
- (2) 検討会は、原則公開とする。
- (3) 検討会の庶務は、厚生労働省医政局医事課において、地域医療計画課及び文部科学省高等教育局医学教育課の協力を得て行う。
- (4) その他、検討会の運営に必要な事項は、検討会で定める。

現在の時点での専門医機構の姿勢

全員が100%納得する専門医制度のスタートは難しい。

当面は毎年、大胆に見直しを行って行きたい。

今後の医師養成の在り方と地域医療の確保に関する意見（概略） 奈良県知事新井正吾

- 専門医制度はプロフェッショナルオートノミーで取り組むべきことではあるが地域医療の確保のためには公の介入も必要ではないか。
- 地域医療確保の観点から都道府県協議会において行政がプログラムの運用に関与すべきではないか。
- 卒前卒後の一貫した医師養成を省を超えて検討すべきである。

平成29年4月24日

事 務 連 絡

平成 29 年 5 月 10 日

一般社団法人

日本専門医機構理事長 殿

厚生労働省医政局医事課長

「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」における論点等について

4月24日に開催された標記検討会において、地域医療に求められる専門医制度の在り方について各構成員から意見が示されたので、専門医制度新整備指針の修正も含めた対応についてご検討いただきたい。

なお、検討に当たっては、別添資料を参照されたい。

吉村理事長論点解答

専門医に関する対応方針の主な内容について

1. 専門医取得の義務づけについて

【対応方針】

- 専門医取得は義務づけていないことを整備指針に明記

＜現在の整備指針＞

- 今後、あらたに医学部を卒業し診療に携わる医師は、原則としていずれかの専門領域を選択しその基本領域学会の専門研修を受けることを基本とするが、専門医制度は法的に規制されるべきものではなく、基本領域学会専門医については、適正な基準のもとに施行されるべきである。

＜改訂案の要点＞

- 現在、医学部を卒業し診療に携わる医師の多くはいずれかの専門領域を選択しその基本領域学会の専門研修を受けているという実態があるが、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、医師として自律的な取組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全・安心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. 地域医療従事者や女性医師等への配慮について

【対応方針】

- 地域医療従事者や女性医師等に配慮したカリキュラム制の設置を整備指針に明記

＜現在の整備指針＞

- 基本領域学会専門医の研修では、原則として研修プログラム制による研修を行う。

＜改訂案の要点＞

- 基本領域学会専門医の研修では研修プログラム制が原則だが、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は研修カリキュラム制による専門研修を行う等、柔軟な対応を行う。
- 研修カリキュラム制における研修年限の上限は特に設定しないが、少なくとも研修プログラム制で必要とされる研修期間を必要とする。

3. 大学病院と市中病院について

【対応方針】

- 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

＜改訂案の要点＞

- 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。
- 連携病院で採用した専攻医については、専攻医の希望があった場合、できる限り長期間連携病院における研修期間を設定するなど、柔軟なプログラムを作成する。

4. 都道府県協議会について

【対応方針】

- 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

＜改訂案の要点＞

- 機構は、各領域の研修プログラムを承認するに際して、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる各都道府県協議会と事前に協議し決定する。
- 研修プログラム承認後も、機構は、連携施設等の医師配置の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、各都道府県協議会に情報提供する。協議会は、必要があれば意見を提出し、それを受けて、機構は、研修プログラムを協議会と協議し、関係学会と調整を行い改善を行う。

現在の時点での専門医機構の姿勢

全員が100%納得する専門医制度のスタートは難しい。

当面は毎年、大胆に見直しを行って行きたい。