

新専門医制度 概説 と Q & A

(平成 29 年 6 月 2 日版)

一般社団法人 日本専門医機構

目次

I. 概説

II. Q&A

1. 専門医とは？ 専門医制度がなぜ必要か？

Q1. 専門医とは、どんな医師を言うのでしょうか？

Q2. 専門医制度とは？

Q3. 今でも、多くの医師は専門研修を受けています。新しい仕組みが何故必要なのですか？

Q4. 海外では、どうなっているのですか？

2. 従来の専門医制度について

Q5. これまでのわが国の専門医制度は、どのように運用されてきたのですか？

Q6. 学会の専門医制度を統括してきた組織はありますか？

Q7. これまでの学会による専門医制度の問題点を教えて下さい。

3. 新しい日本専門医機構について

Q8. 新機構による新たな専門医の仕組みが、昨年、立ち止まったのは何故ですか？

Q9. 新執行部（平成28年7月発足）の基本方針はどのようなものですか？

Q10. 新執行部になってから何が変わったのですか？

4. 専門医の養成方法について（新整備指針、同運用細則、補足説明を含む）

Q11. 養成方法のプログラム制とカリキュラム制について教えて下さい。

Q12. 基幹施設とは、どのような施設を云うのですか？

Q13. 基幹施設の基準が厳しすぎるとの意見が出ています。

Q14. 専攻医の給料や健康保険などはどうなりますか？

Q15. 妊娠、出産、育児、介護、留学などで研修を中断する場合にはどうなりますか？

Q16. 都道府県協議会とはどのような組織を云うのですか？

Q17. 各都道府県協議会との関係はどうなっていますか？

Q18. 研修プログラム制は、全員に適応されるのですか？

Q19. 専攻医の都市部への集中を防ぐための措置は考慮されていますか？

Q20. 指導医が在籍していない場合には、連携施設等にはなれないのですか？

Q21. 複数の疾患を有する患者のそれぞれの疾患を経験症例として算入する

ことは可能ですか？

Q22. 基本領域専門医を複数取得すること（ダブルボード）は可能ですか？

Q23. サブスペシャリティ領域の専門医取得のための研修と、基本領域の専門医取得のための研修との連動研修（平行研修）は可能ですか？

Q24. 更新基準が厳し過ぎて、地域医療に支障が出るのではないかとこの危惧があります。

Q25. 総合診療専門医については、他の領域に比べ遅れているようですが。

5. 専攻医を受入れる施設の対応について

Q26. 専攻医を受け入れる施設の認定を受けたいと思いますが、どうすれば良いですか？

6. 専攻医の登録について

Q27. 専門研修を行うための登録の手順について教えてください。

7. その他

Q28. 具体的にどのように地域医療へ配慮しているのですか

I. 概 説

新専門医制度の概要を専門医制度新整備指針を踏まえて概説します。

- ① 専門医制度は、専門医の質の向上を目指す教育制度です。
- ② 一方、専門医の仕組みは医療提供体制に関わることから、地域の医師偏在を助長することのないよう、慎重な配慮を行うこととしています。
- ③ 研修方法については、プログラム制とカリキュラム制をとっています。

新整備指針では、プログラム制は、「カリキュラムに定められた到達目標を、年次ごとに定められた研修プログラム（例えば3～5年間）に則って研修を行い、専門医を養成するもので、今回の仕組みでは、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」と定めており、地域医療に配慮して循環型教育を行う制度になっています。

カリキュラム制は「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」で、研修年限については特に定めはありませんが、プログラム制の年限を下回らないこととしています。
- ④ 専門医の領域を基本領域（基本的な19の診療科）とサブスペシャリティ領域（細分化した領域）に区分し、基本領域については、原則としてプログラム制による研修を行うこととしています。サブスペシャリティ領域については、いずれでも可としています。
- ⑤ 研修施設群は、基幹施設、連携施設、関連施設から構成されています。基準についての要件は新整備指針に基づいて各領域学会が定めます。基幹施設はそれぞれの領域のほとんどの到達目標を経験できる施設であることが求められます。一方、連携施設は少なくとも到達目標のある項目についてとくに研修することが可能である施設で指導医が常勤医として勤務していることを要します。関連施設は、指導医は必ずしも常勤医として勤務している必要はありませんが専門医研修の継続的な指導体制が整っており適切な研修が行えると判断される施設です。
- ⑥ それぞれの専門領域学会は、専門医育成のための到達目標、教育カリキュラムを作成し、専門医機構がそれを検証し、承認します。

- ⑦ 専門医取得を目指す専攻医は各領域学会に応募します。各領域学会は専攻医の個人情報の管理の責任を負い、専攻医の二重応募などを防ぐなどの目的で必要な情報のみ専門医機構に伝達します。

II. Q & A (本文)

1. 専門医とは？ 専門医制度がなぜ必要か？

Q1. 専門医とは、どんな医師を言うのでしょうか？

A1. 専門医制度新整備指針において、「それぞれの専門領域で、その領域の専門研修を受け、患者さんから信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義しています。

神の手と称されるような、スーパードクターをイメージされるかも知れませんが、勿論そういう医師も必要と思いますが、機構の定義する専門医は、一定の専門性を担保しつつ、あくまでそれぞれの専門領域で標準的な医療を提供できる医師です。また、それぞれの専門領域の先端医療についても理解し、情報を患者に提供できることも求められます。

Q2. 専門医制度とは？

A2. 上記の定義にあるような専門医を、「育成し、その能力を検証し、認証する仕組み」といえます。

Q3. 今でも、多くの医師は専門研修を受けています。新しい仕組みが何故必要なのですか？

A3. 現在、日本では医師国家試験に合格した後、2年間の臨床研修が必修化されています。この臨床研修は、将来すすむべき専門分野に関わらず、医師として基本的な診療能力を涵養することが目的とされています。

一方、医師の専門性に係る評価・認定については、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用してきました。

しかし、専門医制度を運用する各学会の専門医認定基準が統一されておらず制度間のバラツキが大きいこと、また現在、機構で暫定的に扱っている専門医が102にも及んでいること、「専門医」に対するとらえ方についても、国民との間にギャップがあるなど、必ずしも国民にとって分かりやすい仕組みになっていないとの指摘がありました。

このように、これまでわが国には専門研修についての標準的な仕組みがなかったことが課題と云われてきました。

以上のことを背景に、国民の視点に立った上で、第一に医師の質の一層の向上をめざすことを目的として、さらに医師の偏在にも配慮しながら、専

門医の仕組みを見直すことになったわけです。

Q4. 海外では、どうなっているのですか？

A4. 文化や社会制度、医療制度等が違うので、一概に比較は出来ませんが、例えば、米国では、一般の4年制大学卒業後、医科大学（4年）を卒業し、その後3～6年間の専門研修（レジデンシートレーニング）が行われます。専門研修終了後には、24の一般領域（General Certificate）の専門医認定試験を受け、一般専門医の称号（一般内科専門医など）を得て、初めて一人前の医師として独立した診療が可能となります。さらに、高い専門性を目指す医師は、その後、サブスペシャリティ領域のフェローシップトレーニングが3～10年あり、循環器内科専門医などのサブスペシャリティ専門医（Subspecialty Board）の称号を得て、高度の医療が行える仕組みとなっています。

その他、英国では、医科大学5年間の後、2年間の基礎研修があり、その後、一般医の場合3年間、専門医の場合6年間の専門研修が義務付けられています。ドイツは医学部6年の後、6年間の専門研修があり、フランスでは、医学部6年間の後、一般医3年間、内科系4年間、外科系5年間の専門研修が必須となっています。

2. 従来の専門医制度について

Q5. これまでのわが国の専門医制度は、どのように運用されてきたのですか？

A5. 昭和37年に、日本麻酔科学会が「指導医」を作ったのが我が国の専門医制度の始まりと言われています。その後、皮膚科学会、脳神経外科学会など、基本的な診療科の学会が次々と専門医や認定医の仕組みを作り運用して来ました。学会の専門医制度は、50年以上の歴史があるのです。

その後、医学・医療の進歩に伴って、細分化が進み、現在、機構が暫定的に扱っている専門医の数は、前述（A3）のとおり102に及んでいます。

Q6. 学会の専門医制度を統括してきた組織はありますか？

A6. 昭和56年に、日本医学会に加盟している22学会が集まって、「学会認定制協議会」を発足させ、「専門医の質の向上」、「社会的認知の普及」、「専門医の評価」などを目指して活動が始まりました。その後、いくつかの変遷を経て、平成15年には、現在の機構の前身ともいえる「有限中間法人日本専門医制評価・認定機構（旧機構）」が発足し、活動が続けられてきました。

Q7. これまでの学会による専門医制度の問題点を教えて下さい。

A7. すでに Q3 でも述べましたが、第一は、各学会が、独自に専門医制度を運用して来たため、領域間の統一性が十分ではなく、専門医の質が一定でないこと、第二に、多種多様な専門医が乱立しており、患者、国民から見て、分かりにくいことなどが挙げられます。

このような課題を背景に、平成 25 年 4 月に、厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会（高久史麿座長）の最終報告書が公表され、これを受けて、新たな第三者機関としての一般社団法人日本専門医機構が設立されました。

3. 新しい日本専門医機構について

Q8. 新機構による新たな専門医の仕組みが、昨年、立ち止まったのは何故ですか？

A8. 平成 26 年 5 月に、第三者機関としての一般社団法人日本専門医機構が設立され、当初、平成 29 年 4 月からの新しい専門医の仕組みのスタートを目指して活動が開始されました。当初の執行部は、専門医の質の向上を基本とし、厳しい基準に基づく専門医養成プログラムの作成を求めて活動してきました。しかし、平成 28 年 2 月ごろから、このまま新たな制度が始まると医師の地域偏在が加速するのではないか等、地域医療が崩壊するとの意見が強くなり、また、医療界での理解が必ずしも十分に得られないままに進めたことが問題視されたものと思います。

Q9. 新執行部（平成 28 年 7 月発足）の基本方針はどのようなものですか？

A9. 一言で言えば、「専門医の質の向上」を図るとともに、「制度の柔軟な運用」と「地域医療への配慮」です。また、これまで長年にわたり制度を運営してきた「各学会の自主性と責任を最大限に重視すること」としています。新執行部が最初に定めた基本姿勢は、以下の通りです。

- (1) 機構と学会が連携して専門医制度を構築する。
- (2) 学会は、学術的な観点から、責任を持ってプログラムを作成する。
- (3) 機構は、① 学術的な観点から、専門医制度の標準化を図る。② 専門医を「機構認定の資格（私でない資格）」として認証。③ 専門医に関するデータベースを作成。④ 国民に良質な医療を提供するための諸施策を検討する。
- (4) その他
 - ① 意思決定の透明化。
 - ② 情報公開の徹底。

- ③ 地域医療の確保対策について各学会と具体的に検討。
- ④ 整備指針を見直し、柔軟に対応。

Q10. 新執行部になってから何が変わったのですか？

- A10. (1) 理事会構成員と公衆衛生の専門家を交えた「精査の場」を設置し、各領域の専門医制度の地域医療への影響を個別に精査したこと。
- (2) 機構業務の大幅なスリム化を行ったこと。
(研修プログラムや専門医の認定の一次審査は各領域学会に委ね、機構は二次審査を行うこと。基幹施設へのサイトビジットを限定的に行い、学会へのサイトビジットを行うこと。)
- (3) 地域医療への影響等を考慮して新整備指針を定め、地域や各専門領域の状況に応じて柔軟に対応したこと(以下、Q11～Q25を参照)。
- (4) 総合診療専門医の在り方について、より幅広い領域を包含しつつ質の担保と地域医療中心に見直しを図ったこと。

4. 専門医の養成方法について(新整備指針、同運用細則、補足説明を含む)

Q11. 養成方法のプログラム制とカリキュラムについて教えてください。

- A11. 概要でも述べましたが、従来の専門医の養成は、各学会が研修カリキュラムを作成し、到達目標を定め、それを達成した段階で専門医試験の受験資格を認めて来ました。専門医を取得するまでに、何年かかっても良い仕組みです。この方法が研修カリキュラム制ということになります。
- 一方、研修プログラム制は、年次毎の研修プログラムを定め、一定の年次(例えば3～5年)で基本領域の専門医を養成するもので、効率よくカリキュラムを達成し良質な専門医を育成する仕組みです。また、プログラムの中で、基幹施設と連携施設で研修施設群を構築することで、専攻医が研修のために地域の病院にローテイトする仕組みとしています。地域医療を支えつつ医師を育成して行く仕組みが研修プログラム制と云えます。

Q12. 基幹施設とは、どのような施設を云うのですか？

- A12. 前述のとおり、新しい仕組みでは、専攻医は、基幹施設と連携施設、関連施設等からなる研修施設群の研修プログラムに所属し、病院間をローテイトして研修することとなります。基幹施設の要件は各領域学会で定めることとなっていますが、基幹施設は専攻医の研修プログラム修得の管理を責任をもって行うこととなっています。すなわち、専攻医の研修に係るローテイトの計画は研修施設群が策定し、専攻医を採用した各研修施設がロー

テイト研修を担当しますが、基幹施設は専攻医の研修履修状況等の管理、評価、指導医への助言を行うことを責務としています。

原則として研修施設群で必要十分な研修を行うことができれば、基幹施設の要件は地域の状況に応じて各領域で柔軟に考えて頂くことにしています。

Q13. 基幹施設の基準が厳しすぎるとの意見が出ています。

A13. 基幹施設の基準については、新整備基準および運用細則で、専攻医の採用実績が年間 350 名以上の領域（当面、内科、外科、小児科、整形外科、麻酔科、精神科、産婦人科、救急科）については、原則として、大学病院以外でも基幹施設になれる基準とするよう決めました。内科については、ほぼ全ての都道府県で複数の基幹施設が確保されています。しかし、大都市圏を除くと、領域によっては専攻医がひとつの道府県内で少人数にとどまる場合や、また、複数の基幹施設を置くことで専門研修の質の確保が難しい場合などがあります。今後、引き続き、機構と領域学会とで調整する予定です。また、都道府県協議会などを通して、基幹施設と地域の中核的病院の間で、専攻医の研修先に偏りのないよう調整を行って頂くことをお願いすることになっています。研修施設群の形成は、基幹施設以外の病院でも出来るだけ偏りのない研修が行えるためのものであることをご理解頂きたいと思います。なお、上記の領域以外は、専攻医の過去の年間採用実績は 350 名未満で、大都市圏以外の一県あたりの専攻医は極めて少なく、この限りではありません。

Q14. 専攻医の給料や健康保険などはどうなりますか？

A14. 基本的には、いわゆる **On-the-job training**（職場内訓練）になります。原則的には、それぞれの研修施設が給料を支払い、健康保険などにも加入することになります。ただし、極く短期間のローテイト（1～2 週間、あるいは週に数日など）では、基幹施設等が支払う場合もありえると思います。各プログラム責任者と相談して個々に交渉して頂きたいと思います。なお、事故等に備えて医師賠償責任保険などに加入することをお勧めします。

Q15. 妊娠、出産、介護、留学などで研修を中断する場合にはどうなりますか？

A15. 新整備指針では、6 か月以内の中断であれば、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となっています。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ことになっています。

Q16. 都道府県協議会とはどのような組織を云うのですか？

A16. 厚生労働省が都道府県に対して設置を要請した専門医の研修に関する協議の場で、行政（都道府県）、医師会、大学、病院団体などからなる組織で、地域における研修プログラムの基幹施設、関連施設、連携施設などの構成に偏りが無いか、募集定員が適切かどうかなど、地域医療の観点から新しい専門医の仕組みを検証する役割を担っています。ただし、すでに同様の協議の場がある場合にはそれを活用するよう要請しています。

Q17. 各都道府県協議会との関係はどうなっていますか？

A17. 全国の基幹施設から領域毎の研修プログラムが機構に集まったところで、順次、機構から研修プログラム一覧、基幹施設、連携施設、応募定員等をお知らせし、修正意見等を頂くことになっています。
都道府県協議会からの意見は、機構の基本問題検討委員会に諮り、必要に応じて精査の場（機構の関係者以外を交えた委員会）を開催して意見を求め、理事会で方針を決定することになっています。

Q18. 研修プログラム制は、全員に適応されるのですか？

A18. 現状の臨床研修修了直後に専門研修を開始する場合、基本領域の専門医については、原則として、プログラム制で行うこととしています。しかし、それが困難な領域（例えば、救急科などで、途中、麻酔科や、脳神経外科など他の領域の研修を行う場合、あるいは、領域によっては、内科や外科などの他の基本領域の専門医を取得した医師が目指す領域、例えば、臨床検査、リハビリテーション、病理の場合など）や、また、卒後に義務年限を有する専攻医、僻地や地域医療に資することが明らかな場合、妊娠、出産、育児、介護、留学など、合理的な理由がある場合などでは、プログラム制を柔軟に運用した研修も可能であり、さらにカリキュラム制（カリキュラムに定められた到達目標を達成した場合に専門医試験を受験可能とするもの）も可能とするとの運用細則を定めました。ただし、カリキュラム制とプログラム制とで、育成される専門医の質に差がないようにすることが原則です。

Q19. 専攻医の都市部への集中を防ぐための措置は考慮されていますか？

A19. 都市部の定義を、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡とし（平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査の特別集計による卒後5年目医師数の全国に対する

割合が 5%以上の都市)、原則として、過去 5 年間の都市部の専門医の採用実績の平均値を超えないものとするとの運用細則を定めました。ただし、医師数の減少している外科、産婦人科、および、採用実績の少ない病理、臨床検査を除くこと、また、都市部の定員をむやみに制限すると、現に他県に派遣している医師の引き上げに繋がりにくいことから、派遣実績を考慮すること、また、地域医療に不都合が生じた場合には年次で調整するとともに、仕組みを毎年見直すことを決めています。

Q20. 指導医が在籍していない場合には、連携施設等にはなれないのですか？

A20. テレビ会議の開催や指導医が定期的に訪問指導するなど研修の質が担保されている場合、常勤の指導医が在籍していなくても連携施設以外に関連施設を設けるなどにより研修を可能とすることになっています。これは、地域医療を支えている専攻医が専門研修を継続できるよう定めたものです。

Q21. 複数の疾患を有する患者のそれぞれの疾患を経験症例としての算入することは可能ですか？

A21. 各学会で基準を定め機構に提出することになっています。各学会がプロフェッショナルオートノミーに従って認めたものは、原則として認める方向です。

Q22. 基本領域専門医を複数取得すること（ダブルボード）は可能ですか？

A22. 可能です。

複数の専門医を同時に取得することはできませんが、例えば、麻酔科や、脳神経外科の専門医を取得して、さらに、救急科専門医を取得したり、内科の専門医が、臨床検査、病理、リハビリテーションなどの専門医を取得することなどが可能となります。

ただし、臨床研修修了後、直ちに開始する基本領域の研修は、原則としてプログラム制とすることとしています（Q14 に示す特別な場合を除く）。

Q23. サブスペシャルティ領域の専門医取得のための研修と、基本領域の専門医取得のための研修との連動研修（平行研修）は可能ですか？

A23. 現在、内科関連 13 領域と外科関連 4 領域のサブスペシャルティ領域専門医について、各学会からの申請に基づき、連動研修（基本領域の研修とサブスペシャルティ領域の研修を平行して進めること）を認めています。専門医の質が担保される限り、他のサブスペシャルティ領域（今後、機構認定を進める予定）でも可能とする方向です。

Q24. 更新基準が厳し過ぎて、地域医療に支障が出るのではないかと危惧があります。

A24. 地域で活躍する医師にとって、過度の負担とならないよう配慮することを定めています。例えば、共通講習や領域別講習が、e-learning などの受講で可能となるなど、更新基準については、柔軟に運用することとしています。また、基本領域学会の定めるところにより、例えば、専門医を3回以上更新した場合、その後は、診療実績を不要とすることなども定めています。

なお、機構の基準を柔軟なものにしましたが、その基準にあわせて運営する学会の基準を柔軟なものに修正していただかないと、結果的に地域で活躍する医師に過度の負担をかけることとなります。そのようなことが起こらないような措置を講ずることも、機構の重要な役割の一つと考えています。

Q25. 総合診療専門医については、他の領域に比べ遅れているようですが。

A25. 現在、細部を調整中です。研修プログラムについては、総合診療専門医として最も基本領域となる内科を1年間、新内科専門研修と同等の研修を内科専門医の指導医の下で研修することとし、その他、都会に専攻医が集中しない仕組みを考えること、などが大枠決まっています。今後、早急に議論を進めます。

5. 専攻医を受入れる施設の対応について

Q26. 専攻医を受け入れる施設の認定を受けたいと思いますが、どうすれば良いですか？

A26. 研修施設の登録、認定等の手続きは、各基本領域学会が窓口となって対応することになる予定です。

詳細が決定次第、各領域学会のホームページに掲載される予定ですので、領域毎に学会のホームページをご参照下さい。

なお、総合診療専門医については、機構ホームページに掲載予定です。しばらくお待ちください。

6. 専攻医の登録について

Q27. 専門研修を行うための登録の手順について教えてください。

A27. まだ詳細は決定していません。詳細が決定次第、機構あるいは各領域学会のホームページに掲載される予定です。

なお、総合診療専門医については、機構ホームページに掲載予定ですが、現在検討を進めていますので、しばらくお待ちください。

7. その他

Q28. 具体的にどのように地域医療へ配慮しているのですか

A.28 地域医療への配慮については、主に次の4項目です。

① 基幹施設の認定基準

基幹施設の認定基準については、原則として、基本領域学会が機構と協議して専門医教育のレベルの維持の観点から策定することとしており、専攻医採用実績過去5年間の平均)が350名以上の基本領域学会(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、大学病院以外の医療機関も認定されるよう、都道府県ごとに複数の基幹施設を置く基準としています。

② 専攻医の受入数

専攻医の集中する都市部の都府県に基幹施設がある研修プログラムの定員等については、都市部への集中を防ぐため、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府及び福岡県の5都府県における専攻医の受入数の上限を、原則として過去5年間の専攻医採用実績の平均値としています。

③ 都道府県協議会

機構が各領域の研修プログラムを承認するに際して、事前に都道府県協議会と協議することとなっています。都道府県協議会では研修施設や募集定員、研修内容等について検討し、機構に対し、必要な修正意見を提出することができることとなっています。

④ 研修方法

卒業後に義務年限を有する医科大学生をはじめ、地域医療に資することが明らかな場合、出産。育児・留学など合理的な理由がある場合には、専門医育成の教育レベルが保持されることを条件に、カリキュラム制による専門研修を可能としています。

以上。