

新専門医制度下のキャリア形成

## 専門医制度の改革

— 日本専門医機構から —

一般社団法人日本専門医機構 理事  
専門医制度検討委員会 委員長

千田 彰一

徳島文理大学 副学長  
香川大学名誉教授  
香川県地域医療支援センター 参与

## なぜ、今、専門医制度改革なのか？

### 専門医制度改革を行うに至った経緯

日本学術会議 提言

(2008.6.26)

信頼に支えられた医療の実現 — 医療を崩壊させないために —

(現状：専門医制度関係)

- 医療が信頼に支えられたものになることが極めて重要である。医療に対する信頼を保障するもっとも基本的な基盤として、専門医制度を抜本的に見直し、確立しなければならない

(要望の内容)

- 医療抑制政策の転換
- 病院医療の抜本的な改革
- 専門医制度認証委員会の設置
- 10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること

日本専門医制評価・認定機構 専門医あり方委員会 2008.10.22～2010.4.20.

「基本理念検討部会」の議論を引き継ぎ、あり方を検討し、提言として報告

厚生労働省 専門医の在り方に関する委員会

2011.10.13～2013.4.22.

プロフェッショナルオートノミー、研修プログラム制、中立的第三者による認証

## 専門医制度の基本理念と意義

- 研修プログラムを充実させることにより、医師の診療能力が高まる — 専門医の質を保証できる
- 患者に信頼され、受診に際して医師の専門性が判断でき、よい指針となる — 国民に広く認知
- 研修は一貫性・連続性・段階性に基つき、二段階制(基本領域とサブ領域)とする
- 医師が自ら修得した知識・技能・態度について公の資格として、それを社会に開示出来る
- 医師の役割分担を進めることにより、効率よい医療システムの確立に役立つ
- 「プロフェッショナル集団としての医師」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

## 専門医制度：改革の骨子

- ❖ 患者の視点に立ち、信頼される医師の質を保証する
- ❖ 専門医の医師像を国民にわかりやすく明確にする
- ❖ 学会認定専門医 ⇨ 中立的第三者機関が認定
- ❖ 個別学会単位ではなく、診療領域単位の専門医制度とする
- ❖ プロフェッショナルオートノミー、学会との密接な関係
- ❖ 公に認められる資格として評価される
- ❖ 診療に従事しようとする医師は、基本診療領域の いずれか1つの専門医資格を取得 (2015年春の卒業生から)
- ❖ 研修プログラムにより評価・認定する プロセス重視
- ❖ 共通で標準化され、機構が認定した研修プログラムにより
- ❖ 研修施設群の中で所定期間の修練を必須とする
- ❖ 試験だけでなく診療実績が重視され認定・更新
- ❖ 専攻医の キャリア形成支援の視点を重視
- ❖ 総合診療専門医を基本領域専門医として位置づけ

## 専門研修プログラム制とは

### ❖ 専門研修プログラム

各診療領域の専門研修カリキュラムのもとで、専門研修目標を計画的に達成する為のもの

専攻医の専門医取得までの全過程を、人的および物的に支援し専攻医を育成する体制

機構の「専門研修プログラム研修施設評価・認定部門研修委員会」で審査され、基準に則って認定を受ける

★ Outcome を明確に設定する (Diploma Policy に相当)

### ❖ 専門研修施設群

研修カリキュラムに沿って目標に到達できるように、専門研修基幹施設と専門研修連携施設群からなる専門研修施設群を構成し、専門研修プログラムを作成し、それに基づいて専攻医の研修を支援する

## 専門研修プログラム整備基準

— 研修カリキュラム —

### ■ 専門研修の目標

- ✓ 研修後の成果
- ✓ 到達目標(習得すべき知識・技能・態度など)

### ■ 専門研修の方法

- ✓ 臨床現場での学習
- ✓ 臨床現場を離れた学習
- ✓ 研修年度ごとの知識・技能・態度の修練プロセス

### ■ 専門研修の評価

- ✓ 形成的評価
- ✓ 総括的評価

# 専門研修プログラム整備基準

## — 研修プログラム —

### A. 専門研修プログラムを支える体制

基幹施設、連携施設の認定基準

研修施設群の構成要件

専攻医受け入れ数の基準

地域医療への対応

研修に関する考え方

診療実績基準

サブスペシャリティとの連続性

専門研修の休止、中断、移動など

### B. 専門研修実績システム、マニュアル等の整備

### C. 専門研修プログラムの評価と改善

### D. 専攻医の採用と修了

# 研修プログラムの専攻医募集定員の決め方は？

## ➤ 定員を決める因子

- 症例数 必須な受持経験症例数や執刀経験手術数など
- 指導医数 指導医が受け持つ専攻医は1研修年次1名が基本
- 給与 安心して研修に専念できる経済的サポート

## ➤ 定員の決定

- 症例数から算出される定員と指導医数から算出される定員を比較し、少ない方が定員となる
- 最終的に、領域と機構が協議して、領域主体で調整する

## ➤ 領域研修委員会とPG部門で協議を行い、最終承認を行う

# 地域医療を守る

平成25年4月の厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」では、次の点が強調されている。(抜粋)

1. 新たな専門医制度の実施に際しては、地域医療にも十分な配慮が必要である
2. 専門医制度は、プロフェSSIONALオートノミーを基盤として設計され、国がこれには関与しない

上記1.は、専門医制度の変更によって地域医療を損なうことのないように、私たち自らが次のことを考慮すべきであると示している。

1. 地域(特に地方)における医療の状況を少なくとも「今以上に崩壊させることがない」ようにすること
2. 専門医の数や分布に激変が起こらないこと

これらの状況を考えると、(領域によって若干の差はあるとしても)各領域研修委員会のプログラム認定方針が重要になってくる。

# 地域医療の経験とは？ またその期間は？

(地域医療:地域に密接した医療 and/or 過疎地の医療)

基本領域の専門医制度においては地域を実際に研修する機会があることが重要 (専門医制度整備指針)

## 1. 施設群を組んだ研修プログラム管理委員会が、それぞれの地域で必要な地域医療研修を組み立てる

例えば、「プライマリケアを経験し、より専門的医療を必要とする疾患を然るべき施設へトリアージすることを学ぶ」という目標をもつ領域では、地域の包括ケア、病・病や病・診連携等の地域密着型研修

その研修が可能な施設と指導医を盛り込んだプログラムを作る

指導医の在籍がない場合、指導医の定期的な訪問、テレビシステムなどで常にコンサルトへの即応体制があることが必要

## 2. 期間と内容については、それぞれの領域研修委員会の見識に委ねる

# 地域医療提供体制

## 1) 採用専攻医数激変を避ける

### 1. 基本的な考え

- ① 領域全体の専攻医数および地域における専攻医数  
➡ 過去3年間の平均からの激変を避ける
- ② 大都市圏における専攻医数  
➡ 現状でも人口比率より多く、基本的に現状が上限
- ③ 経年的に専攻医数の是正を行っていく  
➡ 医療の混乱を避けながら徐々に改善

# 地域医療提供体制

## 1) 採用専攻医数激変を避ける

### 2. 具体的な手順

#### ① 研修プログラムの審査の段階

- 大きな偏在がないようにPG委員会と研修委員会で協議  
➡ 2次医療圏にできるだけ研修プログラムが存在するように
- 地域の専攻医募集数につき協議する  
➡ 基本は過去3年間の募集数  
➡ 専攻医が少ない都道府県は整備基準による募集数

#### ② 専攻医採用試験中

- 研修プログラムに専攻医の欠員(0人)がないように協議

## 地域医療提供体制

### 2) 地域全体で専攻医を育成するという観点を持つ

- ① 申請前：地域における関係者間の協議
  - 行政、病院会、医師会、大学等々で協議の機会を作る
  - 施設群の分布：基準を満たす病院が取り残されないように
- ② 申請中：3次医療圏における研修プログラム数について協議
  - 専攻医は研修にとって魅力ある研修プログラムを選択
  - 単独の研修プログラムは専攻医の他県への移動の危険性
  - 500人前後の応募が見込める領域では少なくとも複数を作る
- ③ 採用試験中：研修プログラム定員についての協議
  - 研修プログラムに専攻医の欠員(0人)がないよう に協議

## 専門医制度整備基準 一専門研修の中断・延長一

妊娠、出産・産前後(産休)、育児(育休)、介護(介護休)、病気(病休)、留学等：  
 研修プログラムの中断期間を除き、各領域で定められた研修期間で(短時間雇用での研修でも)研修カリキュラムの達成レベルを満たせるように、柔軟な専門研修プログラム対応を行う。  
 住所変更等により選択している研修プログラムでの研修が困難となった場合：  
 転居先で選択できる専門研修プログラムのプログラム統括責任者と協議した上で、プログラムの移動には日本専門医機構内の各領域研修委員会への相談等が必要となる。  
 特定の研修分野を受け持つ連携施設の指導医が何らかの理由で指導を行えない場合：  
 特定の疾患に対する臨床研究や専門研修を研修プログラム外の先端的な医療施設で希望する場合は、プログラムの統括責任者が特例と判断した場合：  
 その対応について、日本専門医機構内の各領域研修委員会との協議が必要となる。  
 留学、臨床業務のない大学院の期間：  
 研修期間として取り扱うことはできないが、社会人大学院や臨床医学研究系大学院等に在籍し、臨床に従事しながら研究を行う期間については、そのまま研修期間に含めることができる。  
 以上の理由や産休による6か月までの中断：  
 各領域で定められた研修期間の残りの期間で研修要件を満たしていれば研修期間の延長をせずにプログラム修了と認定する。  
 6か月を超える場合には、研修期間を延長する。中断が6か月を超え1年以内の場合は研修期間を1年延長する。1年を超える中断の場合は、1年単位でさらに延長する。  
 ささまざまな理由によって生じる短時間あるいは短期間の雇用については：  
 雇用時間の合計をもって研修期間の合計とする。その際、研修期間1年の定義は、週32時間×4週×12か月=1536時間とする。ただし、育児短時間勤務制度を利用している専攻医の場合は、1年の定義を、週30時間×4週×12か月=1440時間とする。また週20時間を常勤とする領域があるが、1440時間を持って1年とする。

## 専門研修プログラム新規申請のために提出するもの

- 専門研修プログラム申請書
  - 各領域専門研修プログラム統括責任者が、日本専門医機構(研修委員会)に対して
    - 施設群(専門研修基幹施設、専門研修連携施設)を明示し、施設や管理体制が基準に見合うことを示す
    - 各領域特有の基準を満たしていることを示す
    - 整備基準に沿ったものであることをチェックシートで示す
- 専門研修プログラム冊子
  - 各領域の「専門研修プログラム整備基準」に従い、応募者に向けて研修プログラムの詳細を記載したもの

## 専門研修プログラム申請書

### I / II. プログラム構成/施設概要

- ・ 基幹/連携施設別に様式
- ・ 初期臨床研修プログラム申請書と(全領域共通)

施設や管理体制などの構成要件を満たしているか

### III. 診療実績

- ・ プログラム統括責任者の経歴
- ・ 指導医と担当分野、診療実績等(基幹・連携施設と群全体)

プログラムの指導医数や症例数は十分か ……

### IV. 専門研修プログラム

- ・ プログラム冊子
- ・ 募集専攻医数、採用方法

プログラム本体

### V. プログラムチェックシート

- ・ プログラム冊子の内容を自己評価

プログラム整備基準に沿っているかチェック

## 専門研修プログラム作成における注意点

プログラムとは、各地域において作成される研修計画書であり、**専攻医に対して説明的**に書かれた文書である。この文書には、**整備基準**に示された内容が含まれていなければならない。

### 研修内容

- ・ 十分な診療実績・指導者など基準を満たしていること

### 地域医療提供体制

- ・ 各領域において、採用専攻医数激変を避ける
- ・ 地域全体で専攻医を育成する

### サブスペシャリティ領域の研修

- ・ 基本領域研修が確実に達成できる見込みであれば、基本研修期間内にサブスペシャリティ領域の研修も可能
- ・ サブスペシャリティ専門研修PGへの新規登録は基本領域の研修修了後

### 【基幹施設】申請書1

## I. 専門研修プログラムの構成

- プログラム名
- 基幹施設名
- プログラム管理委員会委員名簿 (一別紙1)
- 研修施設群名簿 (一別紙2)



## II. 専門研修施設群の施設概要

■ 初期臨床研修プログラム申請書と同様の内容（全領域共通）

専門研修プログラム申請書-2-1

【1】 専門研修施設群の施設概要

施設名称	所在地	施設長	専攻医数	研修医数	研修期間	研修科目	研修内容	研修評価

## III. 専門研修施設群の診療実績

- プログラム統括責任者（履歴書→別紙3）
- プログラム全体の指導医名簿（→別紙4）
- 基幹施設における指導医数/症例数等の診療実績（→一覧表）
- 研修施設群全体における指導医数/症例数等の診療実績（→一覧表）
- 専門医数、専攻医数

専門研修プログラム申請書-2-2

【2】 専門研修施設群の診療実績

施設名称	指導医数	専攻医数	研修医数	研修期間	研修科目	研修内容	研修評価

## IV. 専門研修施設群の専攻医数

5. 専攻医募集定員計算シート

記入日: 西暦 年 月 日

※各領域の専門研修プログラム整備基準(項目27)「5-④専攻医受入数についての基準」を踏んで、これに基づいた数値を記入してください  
※群全体での専門研修指導医数、および診療実績の一覧表(専門研修プログラム申請書-3-)が算出根拠となります

専門領域名	総合診療
専門研修プログラム名称	
専門研修期間	年
当プログラムとして新規募集する専攻医の希望数	人
A 総合診療専門研修指導医数から算出される専攻医受入上限数	人
群全体の指導医数	人
年間の専攻医募集上限数	人
プログラム全体の受入上限数(A)	人
B 診療実績から算出される専攻医受入上限数	人
※ 症例数、専攻医の総数すべき症例の種類と数、経験執刀数など	
プログラム全体の受入上限数(B)	人
【参考】 C これまでの専攻医受入目標数の実績	人

## 専門研修プログラム審査の手順

1. 研修プログラムの受付（領域研修委員会）
  - ・ 指導医の確保
  - ・ 施設群の専攻医と指導医（プログラム）の専攻医の 数と分布 等
2. 研修プログラムの一次審査（領域研修委員会）
  - ✓ 修正必要事項等の提示（領域研修委員会）
  - ✓ 一次審査における合否決定（領域研修委員会）
3. 研修プログラムの二次審査（プログラム認定部門と領域研修委員会）
4. 研修プログラムの承認と認定（プログラム認定部門）（日本専門医機構）
  - 二次審査
    - ・ 全国的なプログラム数
    - ・ プログラム分布
    - ・ 募集専攻医数
    - ・ 募集専攻医分布 等

## 審査に当たっての基本的確認事項

専攻医は公平な研修を受ける権利があり、また国民が受ける医療も公平であるべきである。そこで研修プログラムの審査に当たっては、以下の項目につき確認が必要と考える

研修プログラムで採用される専攻医数は、疾患の発生数と比例していることが望ましい  
基本領域の専門研修は標準的医療を提供できる医師の育成を目的としている  
各領域で標準的医療を習得する疾患は希少例ではなく、疾患数はほぼ人口に比例すると考えられる

- 従って、専攻医数はその都道府県の人口比に近似していることが望ましい
2. 指導医(プログラム統括責任者を含む)による評価システムは専門研修制度の根幹である
    - 従って、専攻医数は都道府県の指導医数にも比例していることが望ましい
  3. 現状では症例数と指導医数は均衡がとれておらず、指導医数の少ない地方においては指導医数を増加させる努力により、可及的早期に専攻医定数は正(増加)が必要である
  4. 上記1-3を実行することにより、公平な研修体制、公平な医療提供体制に近づくと考えられるが、激変は都会・地方ともに地域医療提供体制を混乱させる可能性が高く、数年にわたる緩徐な改善が必要と考える

## 専門研修プログラム一次審査のポイント - 1

1. 専門性の保証:
  - 指導医が充足し、研修に必要な経験症例数(主治医としての診断・治療症例、執刀医としての手術症例)が十分にあること
    - ・ 研修カリキュラムを十分に履修でき、研修目標達成度の評価を適切に行えること
    - ・ プログラム統括責任者がプログラム改善に結びつけること
  - 1-1. 指導医としての適格性が保証されているか(専門医資格更新、指導医講習会等)
  - 1-2. 指導医数と症例数
    - 必須経験症例数、執刀経験手術数等 → 妥当な募集数
  - ・ 領域全体の専攻医募集数は過去3年間の領域全体の総専攻医数平均の120%程度に留めることが全体の医療情勢の激変を防ぐと考える。
  - ・ 各研修プログラムの募集数は、過去3年間の平均専攻医数程度とすることが初年度としては望ましい。但し人口比率に比べて過去3年間の専攻医数が明らかに少ない都道府県においてはプログラム整備基準に沿った募集数にすることが望ましい。(注:初年度)
  - 1-3. 適切な教育と評価が行われるプログラム整備がされているか
  - 1-4. 専攻医マニュアル、指導医マニュアル等が整備されているか

## 専門研修プログラム一次審査のポイント - 2

### 2. 施設群の構成と地域医療経験:

専攻医の研修に有用であり、地域医療に配慮されたもの

- ・ 地域の医療機関が協力して専攻医を育成する体制
  - ・ 地域完結型医療を専門研修に活かすこと
- 2-1. 都市型基幹施設：都道府県内の地域に存在する中小病院が組み入れられているか【大学・大病院のみの連合は不可】
- 2-2. 都道府県を越えての連携がある場合：それが研修に必要であること、地域医療に貢献していること、等々の明確な説明がされているか
- 2-3. 領域の診療分野をバランス良く万遍なく研修できる病院群構成
- 2-4. 病院群が特定の医療グループに偏っていないか
- ・ 人材確保のためだけと考えられる医療グループの全国展開は、認めない
  - ・ 都会の大学が、遠方連携施設とともに医師不足地域あるいは僻地医療を支える内容であれば可
  - ・ 同一大学の分院などとのグループであっても、大病院だけの施設群でなく、地域医療を十分に経験できる研修プログラムであれば可

## 専門研修プログラム一次審査のポイント - 3

### 3. リサーチマインド涵養:

社会から信頼される標準的な医療を提供するために

- ・ EBM、ガイドラインに基づいた医療を適切に行うこと
  - ・ 論理的・科学的思考法の修得や、臨床研究・基礎研究に触れる機会を提供出来る体制を持っていることが望ましい（基幹施設）
  - ・ プログラム統括責任者は、少なくともそのような機会を専攻医に提供出来る責任を負う
- 3-1. 基幹施設に臨床研究・基礎研究体制は整っているか  
または、連携施設に臨床研究・基礎研究体制が整っている施設が加わっているか
- 3-2. 専攻医の学会発表、論文、研究等の学術活動に配慮されているか

## 専門研修プログラム一次審査のまとめ

- 日本専門医機構およびそれぞれの領域の理念と目的に沿った、専攻医と地域住民・国民に資するプログラムとなっているか
  - ・ 1-1~3-2の項目に×があれば研修プログラムの改善を勧告
  - ・ 特に指導体制や診療実績には十分な確認が必要
- 一次審査中および審査後の注意点
  - ・ 施設群構成について、専門医制度の方針と明らかに異なる場合には、事前に審査期間中に不採用通知を行い、新たな施設群構成を勧告する
  - ・ 一次審査で承認された研修プログラムに対しても、地域医療や全国レベルでの均衡に問題が生じると考えられる場合には、二次審査で専攻医募集数の修正を求めることがあることを周知する

## 基本領域とサブスペシャリティ領域専門医

サブスペシャリティ領域専門医

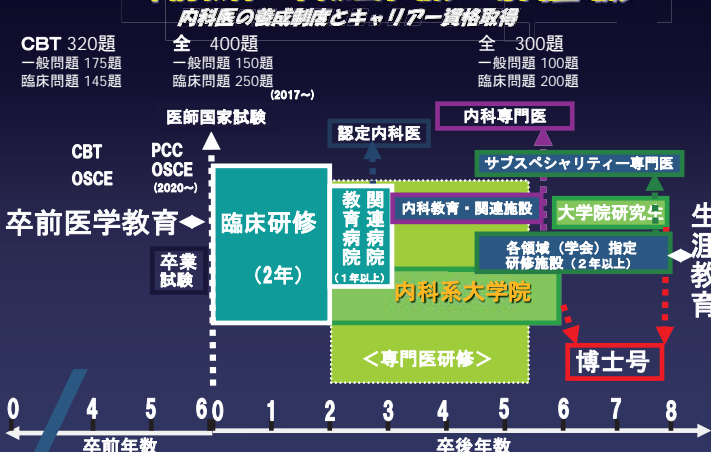
消化器病、循環器、呼吸器、血液、神経内科、老年病、腎臓、肝臓、糖尿病、内分泌代謝科、リウマチ、アレルギー、感染症、消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、脊椎脊髄外科、手外科、頭頸部がん、放射線診断、放射線治療、集中治療、

基本領域専門医

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

## 一連の医師養成過程:

### 卒前教育・卒後臨床研修・専門医研修



## 総合診療専門医制度の論点と育成

- 総合診療専門医の医師像が不明確
  - 総合内科専門医との違い?
- 総合診療専門医を育成する研修プログラムの在り方
  - 研修プログラム作成の責任学会は?
- 医師のキャリアパスにおける総合診療専門医の位置づけ
  - 他の専門医からの移行について?

### 総合診療専門医を特徴づける能力

- ◆ 地域・コミュニティをケアする能力
- ◆ 患者中心・家族志向の医療を提供する能力
- ◆ 身体的ケアと共に精神的ケアが出来る能力
- ◆ 包括的で継続的、効率的な医療を提供出来る能力



## 総合診療専門医の医師像

日常遭遇する疾患や傷害の治療・予防、保健・福祉など幅広い問題について適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供でき、地域のニーズに対応できる”地域を診る医師”

従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴

他の領域別専門医や多職種と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野においてリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等）を包括的かつ柔軟に提供する

地域における予防医療・健康増進活動等を行うことにより、地域全体の健康向上に貢献する重要な役割を担う

## 【到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー】

- |                |  |
|----------------|--|
| 1. 人間中心の医療・ケア  | 1) 患者中心の医療<br>2) 家族志向型医療・ケア<br>3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション                  |
| 2. 包括的統合アプローチ  | 1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応<br>2) 効率よく的確な臨床推論<br>3) 健康増進と疾病予防<br>4) 継続的な医療・ケア |
| 3. 連携重視のマネジメント | 1) 多職種協働のチーム医療<br>2) 医療機関連携および医療・介護連携<br>3) 組織運営マネジメント                   |
| 4. 地域志向アプローチ   | 1) 保健・医療・介護・福祉事業への参画<br>2) 地域ニーズの把握とアプローチ                                |
| 5. 公益に資する職業規範  | 1) 倫理観と説明責任<br>2) 自己研鑽とワークライフバランス<br>3) 研究と教育                            |
| 6. 診療の場の多様性    | 1) 外来医療<br>2) 救急医療<br>3) 病棟医療<br>4) 在宅医療                                 |

## 総合診療専門医の育成 一指導医一

### I 指導医について

#### § 指導医の臨床能力

総合診療専門医専門研修カリキュラム(案)に示される「到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー」についての能力を有する。各々のコアコンピテンシーについて1つ以上の活動記録または症例報告を行う。すなわち、1)、2)で、6つ以上のレポートを提出する。臨床能力の評価については、これらレポートの評価によって行う。

- 1) 職歴・活動の履歴など  
上記コアコンピテンシーを勘案しつつ、自らの地域医療における活動の履歴などを示す。
- 2) 症例の提示  
上記コアコンピテンシーについて実践できた症例を報告する。

#### § 指導医の候補

- 1) プライマリ・ケア連合学会による認定医、及び家庭医療専門医
- 2) 全自病協・国診協認定の地域包括医療・ケア認定医
- 3) 日本病院総合診療医学会認定医
- 4) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師(卒後の臨床経験7年以上)
- 5) 4)の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師(同上)
- 6) 都道府県医師会ないし郡市区医師会から「総合診療専門医専門研修カリキュラム(案)に示される「到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー」について地域で実践してきた医師」として推薦された医師(同上)

## 中断について、自治医大等の人事による異動などは、「やむを得ない理由」になるのか

自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学、地域枠の卒業生等で、制限が残っている医師の採用については、事前に、よく規則等の制限について本人を通じて、関係する都道府県等の自治体、卒業大学等に確認した上で、プログラムの修了がなるべく可能となるような配慮をおこない採用してください。事前に確認しても、異動を余儀なくされる場合については、やむを得ない場合に該当します。

<整備基準33> 【総合診療専門医に関するQ&A 8-1】

## 地域枠の医師・研修医の採用

地域枠制度の詳細については、所掌する当道府県等の奨学金等運用主体等にお問い合わせください。なお地域枠の対象である旨を応募、見学等の選考手続きの場において本人から申し出があった場合に、専攻医研修に支障がないかどうかを確認することは、厚生労働省「適正な採用選考にあたって」の範囲内と考えております。

(<http://www2.mhlw.go.jp/topics/topics/saiyo/saiyo1.htm>)

【総合診療専門医に関するQ&A 6-3】

## 専門医の更新に関する基本的考え方

- ❖ 専門医の更新における必須条件
  - 診療に従事していること
  - 「診療実績の証明」
  - 専門医共通講習(医療安全、医療倫理、感染対策)の受講  
診療領域別講習の受講
  - 認定施設での専門研修指導医としての指導実績は単位認定として認められる
  - 当該領域において更新条件を協議する
- ❖ III. 専門医の認定と更新 < 専門医制度整備指針(2014年7月)の定め >  
機構によって認定された専門医委員会が、審査および認定・更新の実務を行う専門医の認定・更新については、専攻医あるいは専門医個人が専門医認定更新部門内に組織された各専門医委員会に申請し、機構が認定する

# 専門医更新基準

## 1. 勤務実態の自己申告

勤務実態を証明する自己申告書  
勤務形態については、直近1年間の実態

## 2. 診療実績の証明

専門医としての診療実績、診療能力を証明する症例  
症例一覧表には5年間に診療した手術施行例  
あるいは保存療法施行例

項目	取得単位
i) 診療実績の証明 (上記②に該当)	最小5単位、最大10単位
ii) 専門医共通講習	最小5単位、最大10単位 (このうち3単位は必修講習)
iii) ○○科教育研修講演	最小20単位、最大40単位
iv) 学術業績・診療以外の活動実績	0~10単位

## 3. 更新単位の取得

専門医資格更新に必要な単位の算定は以下に示すi)~iv)の4項目の合計で行い、これを資格更新のための基準とします。

4項目について5年間で取得すべき単位数を示します。  
合計50単位の取得を求めます  
(様式3-1~4,参照資料2)。

# 診療実績の証明の方法

専門医資格を更新するために、専門医としての診療実績、診療能力を以下のA, B, Cのいずれかの方法により証明していただきます。領域の事情も考え領域内で一律にA, B, Cのいずれかにする方法か、個々の専門医の選択に任せる方法もあります。

### A. 登録等により診療実績や診療能力を示す場合

外科領域のように、領域で定めた方法による5年間の手術実績等の登録の結果に基づき、その診療能力を証明する方法です。

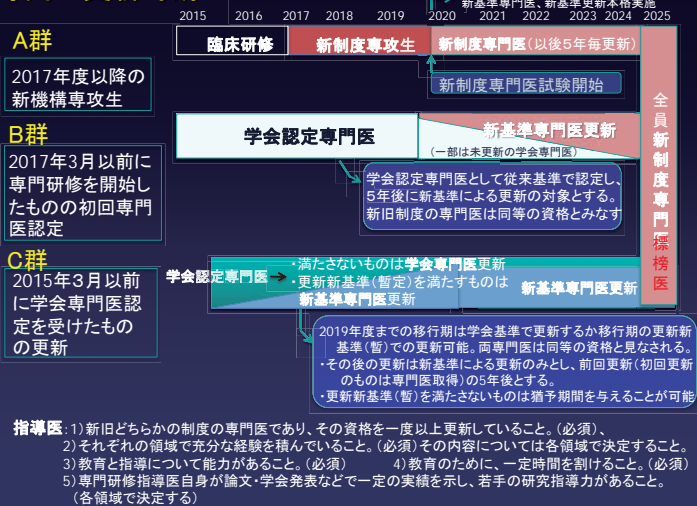
### B. 症例一覧の提示により診療実績、診療能力を示す場合

5年間に診療した症例の一定数について診療日時、病名、治療法、転帰、診療施設名、責任者氏名(印)などを提出する方法です。提出を求める症例数や内容/項目等については、妥当と考えられる範囲で各領域専門医委員会が決定してください。領域専門医委員会が不適切と判断した場合や疑義がある場合には、面接やサイトビジット等を経て合否判定を行います。

### C. 自己学習を促進するとともに適切な診療能力の有無の判定を目的とした筆記試験等を行なう場合

open book examinationやe-testingなどがこれに含まれます。筆記試験やその合格基準は領域ごとの専門医委員会(試験委員会)で作成します。専門医認定のための筆記試験の一部を更新のための試験として行うことも可能です(e-testingも含まれます)。

## 専門の更新時期



## 旧カリキュラムで研修中/研修予定の専攻医の資格取扱い

- ❖ 2017年3月以前に専門研修を開始した者
  - まず学会専門医認定
  - 5年後に機構認定専門医更新の対象
  - ・ 特別な事情(海外留学、出産、病気療養など)で予定期間内に学会認定専門医となれない者
    - 従来学会専門医をめざし
    - 合格5年後の更新時に機構認定専門医の更新資格へ
- ❖ 従って、2020年4月以降の一定期間は、学会専門医の初回認定と機構認定専門医の初回認定が一部混在することになる
  - ・ この間、学会専門医と機構認定専門医は同等の資格として扱う
  - ・ なお、学会専門医試験不合格者は、従来の方で学会専門医をめざす
    - 新プログラムでの専攻医を経ていない者が機構専門医を取得するためには学会専門医に一旦合格する必要がある

## 日本専門医機構における新専門医制度スケジュール



## 今後のスケジュール

- 1) 申請開始予定(2015年12月1日以降、順次)
  - 領域専門研修プログラム整備基準、領域モデルプログラム、領域プログラム申請書が整った領域
- 2) 研修プログラム申請(約2ヶ月間~16年3月末を目途に)
  - 日本専門医機構領域研修委員会宛
  - 専門研修プログラム統括管理者から直接申請
- 3) 研修プログラムの評価・認定(日本専門医機構による)
  - 領域研修委員会が研修プログラムの評価(1次~2月から)
  - 専門研修プログラム研修施設評価・認定部門が承認(2次)
  - 日本専門医機構が認定(~5月末までを目途に)

## 今後のスケジュール

### 4) 専攻医募集

- ・ 専攻医募集は2016年6月に(PG開示)開始予定
- ・ 公募研修プログラム名  
日本専門医機構と領域学会のホームページに掲載
- ・ 研修プログラムの詳細は  
研修プログラム基幹施設のホームページに掲載

### 5) 専攻医のPG登録(9月頃)と採用試験(10月から)

- ・ 第1回採用試験  
領域ごとに一定期間内に行う  
1つの研修プログラムのみに応募
- ・ その後の採用試験(定員に満たないもの)  
2016年度末まで同様に繰り返す

## 専攻医採用試験

### ①1次採用試験

- ・ 基本は過去3年間の各研修プログラム平均採用専攻医数
- ・ 但し、専攻医が明らかに人口比率と比べ少ない都道府県では基準募集数  
(基準募集数: 指導医数と症例数による)

### ②2次採用試験以降

研修プログラムは残りの募集枠につき採用試験を行う

### ③専攻医の採用通知後の辞退

- ・ 原則的に同領域への再受験はできないものとし、特段の理由がある場合には個別に審議する。  
(辞退者の増加による地域医療の悪化を防ぐため)

その他: 臨床研修医(基幹施設)への情報提供(新年度開始時)

- ・ 研修プログラム制度の意義と目指すところ  
(公平で標準的な研修、地域医療、医師の素養としての研究心など)
- ・ 研修プログラム制における注目点

→ 専攻医が選ぶ研修プログラム