

平成 29 年 1 月 17 日

第 9 回理事会概要について

平成 29 年 1 月 13 日、日本専門医機構第 9 回理事会を開催しましたので、概要をお知らせします。なお、これは正式な議事録ではなく、理事会においてどのような議論がなされているかについて、可及的速やかに関係者にお知らせしたいとの理事長の判断による文書であり、後日、追加、修正等があることをお含み置き下さい。

日本専門医機構理事長
吉村博邦

協議事項

1. 専門医制度新整備指針(以下、新整備指針という)の運用細則および補足説明について

第 8 回機構理事会において承認された新整備指針において、詳細は運用細則で定めるとされた事項を中心に、平成 29 年 1 月 11 日開催の基本問題検討委員会での議論を踏まえて、理事長および山下副理事長より説明があり、審議の結果、以下の通り承認された。

(1) 基本領域専門医とサブスペシャルティ領域専門医について

1) 専門医の名称(呼称)について

基本領域の専門医の名称を「基本領域 ○○専門医」とし、サブスペシャルティ領域の名称は、そのまま「○○専門医」と称することが提案され、基本領域学会の意見を聞くこととした。

2) サブスペシャルティ領域の専門医の機構認定の申請手順について

原則として、当該サブスペシャルティ領域学会とその基盤となる基本領域学会(単一の場合、複数の場合、他のサブスペシャルティ領域学会を含む場合などがある)の両方で検討委員会を設置し、当該サブスペシャルティ領域の専門医制度を構築し、機構に提出するものとする。なお、検討委員会に、その他のサブスペシャルティ領域学会が加わる場合には、当該サブスペシャルティ領域の基盤となる基本領域学会の了承を得るものとする。

基盤となる基本領域学会が明確でなく、他のサブスペシャルティ領域を基盤とする場合、基盤となるサブスペシャルティ領域に関連する基本領域学会の了承のもとで、当該サブスペシャルティ領域と基盤となる他のサブスペシャルティ領域の専門医制度を構築し、機構に提出するものとする。

ルティ領域学会とで検討委員会を設置し、専門医制度を構築し、機構に提出することが出来る。

基盤となる領域学会が多岐にわたる場合、あるいは、基盤となる領域学会が明確でない場合等では、予め、機構の基本問題検討委員会および機構理事会等の承認を得た上で、単独で専門医制度を構築し、機構に提出することが出来る仕組みを検討する。

機構は、提出された専門医制度を基本問題検討委員会等で検証し、機構理事会で機構認定のサブスペシヤルティ領域専門医として認定する。

当面は、基本領域が基盤となる領域から、作業を開始する。

なお、内科関連サブスペシヤルティ 13 領域と、外科関連 4 領域については、認定済みである。

- 3) サブスペシヤルティ領域学会専門医の認定に係る基本姿勢について
 - ①国民に分かりやすい目安になるような専門医であること
 - ②医師の間で情報が共有され、紹介や連携に役立つこと
 - ③アカデミックな立場から必要とされる専門性もありうる
 - ④サブスペシヤルティに一律に基準を設けることは現実的ではない
 - ⑤サブスペシヤルティをすべて機構が関与することは不可能だが、どのような専門医が存在するのかは国民に知らせる必要がある
- 4) サブスペシヤルティ領域専門医制度を機構に提出するにあたり、以下の事項の記載を必要とすることが考えられる。
 - ①当該領域のあるべき専門医像(何が出来て、何をする専門医か)
 - ②当該専門医が医学的あるいは社会的観点から必要である理由
例えば、一定の診療領域を担当していること、あるいは、当該領域のアカデミックな位置付け等
 - ③専門医養成カリキュラムあるいは養成プログラム
- 5) 領域学会に対する専門医制度の認定証、認定料等について
今後、基本領域と認定済みのサブスペシヤルティ領域に認定証を交付する必要がある。認定料等についてはプログラム委員会で検討する。
- 6) 専門医の区分(案)について
サブスペシヤルティ領域を診療領域と技術・知識・病名・症状等に関わる領域に大きく二つに分類した以下の案を了承し、今後、基本領域学会およびサブスペシヤルティ学会の意見を聴取し、引き続き検討することとした。

専門医の区分(案)

- I. 基本領域
- II. サブスペシヤルティ領域

第一群 診療領域

(1) 基本領域等を基盤とした診療領域

1) 単一(あるいは少数の関連領域)を基盤

2) 横断的領域を基盤とした診療領域

(2) 基盤が必ずしも明確でない診療領域

第二群 技術・知識・病名・症状等に関わる領域

(1) 基本領域等を基盤

(2) 基盤が必ずしも明確でないもの

Ⅲ. その他、特殊な領域(基本とサブスペシャリティの枠組み以外)

(2) 地域医療への対応について

1) 基幹施設の認定基準

各年度の専攻医が 350 名以上の学会(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、原則として、都道府県ごとに複数の基幹施設を置ける基準とする。ただし、機構と学会が協議し地域の実情に合わせて運用する。今後、機構は領域学会と専攻医の実績などのデータを基に協議する。

2) 都市部の専攻医の募集定員の上限設定について

①都市部の定義を東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡とする(厚生労働省医道審議会研修部会での定義による)。この妥当性を検討するために、機構は各領域学会と専攻医公募数などのデータをもとに協議する。

②この 6 都府県単位での各基本領域学会専攻医の募集定員の上限を、過去 3 年における専攻医採用実績の平均値を超えないものとする。6 都府県以外においてはシーリングを設けない。

③6 都府県においても医師数の減少している外科、産婦人科、病理、臨床検査については上記は適応しない。

(3) 都道府県協議会との協議について

①各都道府県協議会は、研修施設、募集定員、ローテイト内容について検討し、機構に対し、必要な修正意見、要望等を提出することが出来る。

②機構は、基本問題検討委員会で検討し、各領域学会と調整する。

③協議が整わない場合、専門医研修プログラムと地域医療に関わる検討委員会に諮り、認定の可否を決定する。

(4) 研修施設群について

1) 常勤の指導医が在籍しない施設での研修について

地域医療を維持するために必要な施設において常勤の指導医を置くことが困難な場合、基幹施設の承認のもと、他の連携施設等から随時適切な指導を受けられる等(例えば、テレビカンファレンスの活用など)、医療の質を落とさない研修環境を整えることを担保したうえで、「関連施設」等の連携施設に準ずる枠組みを考慮し、基幹施設の責任において配慮することが出来る。

2) 連携施設等の変更について

基幹施設を通じて、新規追加、削除を基本領域学会に申請することが出来る。

(5) ダブルボードの運用について

- 1) ある基本領域学会専門医取得のための研修を臨床研修終了後ただちに開始する場合には、研修プログラム制による研修を原則とする。
- 2) ある基本領域学会専門医取得後に別の基本領域学会専門医を取得する場合は研修プログラム制、研修カリキュラム制のいずれでも選択できるものとする。

(6) 研修における経験症例について

一人の患者に対して複数の疾患を対象にして診療を行った場合、異なる研修プログラムの経験症例として申請することが出来る。

(7) 指導医に対する専攻医の人数について

原則として、指導医1名に対し専攻医3名までとするが、それを超える必要がある場合、基本領域学会は承認の要件を策定し、機構で審議する。

(8) 研修実績記録システムについて

専攻医に関わるデータ管理の具体的な業務分担について、データベース委員会で検討する。

(9) サイトビジットについて

基本領域学会は、基幹施設のサイトビジットを適宜行い、その結果を記録として保存し、機構の養成に応じて提出することとする。

(10) 研修プログラムの変更、辞退について

専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会に於いて、手順を定め、理事会の承認を得る。

(11) 自己学習について

今後、専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会で定める。

(12) 整備指針の改定について

- 1) 5年に1度の定期的な見直しについては、運営委員会で発議し、基本問題検討委員会で検討の上、理事会の承認を得る。社員総会での意見を聞くものとする。
- 2) その他、改定要望がある場合には、運営委員会で検討の上、基本問題検討委員会で検討し、理事会で承認を受ける。社員総会での意見を聞くものとする。

2. 日本産科婦人科学会からの機構認定専門医申請者の認定承認に係る提案について(審議)

平成28年11月30日付けで、日本産科婦人科学会より、同学会で認定された625名の本機構専門医への認定の申請があり(機構認定専門医申請者658名、不合格者33名)、慎重に審議した結果、機構認定専門医として承認した。

3. 財務について

理事長より、資料に基づき、各基本領域学会の専門医の更新状況が提示され、現在、更新が行われているのは7領域のみであり、更新開始時期が2019年からが1学会、2022年からが1学会、2023年からが1学会ある。松原財務委員長より、各学会に専門医の更新をお願いするとともに、今後、財務委員会で、安定的な収入の確保について検討したいとの発言があった。

4. 総合診療専門医について

松原総合診療専門医に関する委員会担当理事より、平成29年1月11日開催の基本問題検討委員会で、1年目に内科を1年間、2年目に救急を1年間、3年目に外科または小児科または内科を1年間、それぞれの専門領域の指導医の下で行い、地域総合診療医として認定してから、二階に、プラマリケア総合診療医、家庭医療総合診療医、病院総合診療医をつくっては如何かという案を提示し、了承されたとの説明があった。神野理事より、この案は、総合診療に関する委員会で検討されていないこと、プログラムに総合診療の関係者の関与がないことなどから反対であるとの発言があり、その他、3回程度の議論で結論は出ないのではないかなどの意見があり、引き続き、総合診療に関する委員会で検討することとなった。

5. その他

森理事から専門医の機構の更新について、学会によって旧理事会での更新内容で更新を続けているところと、いったん立ち止まるということで更新についても新しい更新基準が出るまで機構の更新を立ち止まった学会がある。移行時期でもあ

り次の更新は学会の更新でも機構の更新として認め、その次の5年後から機構の新しい更新基準を当てはめてはどうか、財政的に考えてもそのほうが良いのではないかという提案があった。この意見には賛成意見と反対意見があり、引き続き検討することになった。

以上