

平成 29 年 2 月 22 日

第 10 回理事会概要の報告

平成 29 年 2 月 17 日、日本専門医機構第 10 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メモに基づく概要の報告であり、発言録に基づいたものではありません。後日、追加、訂正、削除等があり得ることをお含み置き下さい。

正式には、後日発表する議事録をご覧ください。

なお、今回の理事会で議論した整備指針、運用細則、補足説明等は、機構の憲法に相当するような重要事項であることから、関連領域学会とも十分に連携を取りながら、丁寧にかつ、慎重に進めることが必要と考えています。

協議事項

1. 専門医制度新整備指針・運用細則について

前回(第 9 回)理事会において審議した結果、引き続き領域学会等と協議することとなっていた事項、追加すべき事項等を中心に、理事会の前日(平成 29 年 2 月 16 日)開催の基本問題検討委員会で審議された内容を含めて、審議を行った。

(1) 運用細則の改定の手順について

運営委員会が原案を取りまとめ、基本問題検討委員会で審議し、理事会承認を得て、公布することとした。

(2) 専門医の名称について

現在、各基本領域学会に意見を求めているところである。

前回の理事会では、国民から見て基本領域とサブスペシャリティ領域の区別が付くように異なる名称を付けては如何との考え方から、基本領域の専門医は、「基本領域〇〇専門医」、サブスペシャリティ領域は、「〇〇専門医」とするとの案になっている。

これに関連し、一部の理事より、複数の領域に関連する専門医の場合、例えば、〇〇専門医(外科)、〇〇専門医(小児科)、などのカッコ付けで、母体となる領域を記載することについて、当該領域学会で検討されていることが報告された。

各領域学会の意見をもとに引き続き検討することとした。

(3) サブスペシャルティ領域の在り方について

①サブスペシャルティ領域専門医検討委員会(仮称)の設置の手順

新整備基準では、基盤となる基本領域学会等と、当該サブスペシャルティ学会とで検討委員会(仮称)を構成することになっているが、領域で実情が異なることから、検討委員会(仮称)設置の手順(基本領域学会が中心になるか、当該サブスペシャルティ学会が中心になるか等)については、各領域に委ねることとした。

②認定証および認定料について

以下の案が概ね了承され、今後、基本領域連携委員会(基本領域の関係者全員の集まり)で引き続き検討することとした。

- ▶ 認定は、当該サブスペシャルティ領域の「専門医制度」を認定するものとする。
- ▶ 認定証の発行先は、制度を実際に運用する学会(組織)等とする。
- ▶ 認定期間は、5年間。審査を経て更新可。
- ▶ 認定料について

学会の規模に応じて決定すべきとの意見を踏まえ、学会の規模(専門医数、会員数等)に応じて以下のとおりとする。

大規模の学会 100万円(5年間) 税別。

中小規模の学会 50万円(5年間) 税別。

複数の学会で運用する場合等では、案分する。

学会の規模の大小については、今後検討する。

- ▶ 認定証の発行者名について

機構理事長。

基盤学会責任者等を入れるかどうかについては、基本領域連携委員会で協議する。

③申請書類について

ア. 基盤となる基本領域学会等のサブスペシャルティ領域であることを承諾する書類(承諾書)を要する。

なお、基盤となる領域が多岐にわたる場合、明確でない場合等は、今後検討する。

イ. 申請書(様式は別に定める)

申請書には、当該学会の概要、専門医制度の概要、専門医の医師像、当該専門医が医学的あるいは社会的に必要とされる理由、その他を含む。

④認定の手順

基本問題検討委員会、専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会、専門医認定・更新部門委員会等で審議し、機構理事会で決定する。

認定基準については、別に定める。

例えば、専門医像、専門医の理念、基本領域との関係、関連領域との関係、排他性の有無、専門医数と疾患の種類・症例数との関係、研修カリキュラム・研修プログラム、修練施設、認定試験、指導医、更新条件、地域医療への配慮、等々について妥当性などを評価する。

⑤認定を受けたサブスペシャルティ領域学会の役割

整備基準の作成、モデルプログラムの作成、基幹施設(研修プログラム)の認定(一次審査)、専攻医の募集、研修の評価、専門医試験の実施と合否判定(一次審査)、更新認定(一次審査)、研修施設の検証、研修プログラムおよび専門医の認定・更新料の徴収等。

⑥今後の新規認定審査の進め方

ア.前理事会で承認済みであった29サブスペシャルティ領域のうち、内科関連13領域および外科関連4領域(すでに第5回理事会で承認済み)を除く、その他の領域は、基本領域学会との連携が確認されたものから順次認定審査を開始する。

イ.審査の開始は、必ずしも機構認定を意味するものではない。

(4) 専門研修プログラムにおける基幹施設の認定基準について

新整備指針では、「大学病院以外の医療機関も認定される基準とするが、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」となっており、前回の理事会では、「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」となっていた。

基本問題検討委員会の議論を踏まえ、以下のように定めることを概ね了承し、基本領域連携委員会で引き続き協議することとした。

- ①原則として、基幹施設の基準については、基本領域学会が機構と協議して専門医の教育レベルの維持の観点から策定する。
- ②専攻医応募数が、過去5年間の平均が350名以上の学会(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。大学病院以外の基幹施設が置けない場合には、機構と各領域学会が協議し(基本問題検討委員会で審議し、その結果を受けて専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会で審査の上、理事会で承認)、実情に合わせて運用する。
- ③専攻医応募数が、過去5年間の平均350名未満の学会は、必ずしも各都道府県単位で複数の基幹施設を置く基準でなくてもよい。

(5) 都市部の専攻医の定員について

新整備指針では、「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

ムの定員については、都市部への集中を防ぐため、運用細則で別途定める」となっている。

基本問題検討委員会での議論を踏まえ、以下のように定めることが概ね了承され、基本領域連携委員会で引き続き協議することとした。

- ①都市部の定義を、平成 26 年の厚生労働省による三師調査の特別集計による、医籍登録後 3～5 年の医師数が、全国の 5%以上を占める 5 都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)とした。なお、この 5 都府県では、医学部(医科大学)が 4 校以上設置されている。ちなみに、前理事会で都市部とされていた京都は、医師数 2.6%で、北海道、埼玉、千葉、兵庫などより少ないことから除外した。
- ②上記の 5 都府県の各基本領域学会の専攻医総数の上限を、原則として、過去 3 年間の専攻医採用実績の平均値を目途に超えないものとする。ただし、対象の選択に関しては、地域への派遣の実績等を考慮して基本領域学会と機構で協議する。なお、調整にもかかわらず万一超えた場合には年次で調整する。

(6) 都道府県協議会について

新整備指針では、「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」となっている。

今回、「協議が整わない場合、機構の基本問題検討委員会に諮り、認定するかどうかを決定する」との案が提案され、概ね了承された。

なお、都道府県協議会については、本年度から、厚生労働省による予算が付いたとのことで、今後、法制化(権限と責任の明確化)が行われる見込みとのことである。

(7) 研修施設群について

- 1)常勤指導医が在籍しない施設での研修については、すでに第 9 回理事会で、①テレビカンファランス等の活用、指導医が定期的に巡回するなど、医療の質を落とさない研修環境を整えることで、関連施設など連携施設に準ずる枠組を考慮することが出来ること、②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ことなどが承認されている。

今回、新たに、「連携施設の新規追加、削除は、基本領域学会において一次審査ののち機構での二次審査を経て承認すること」が提案され、了承された。

- 2)専門医研修施設群の地理的範囲について

新整備基準では、「基本領域においては、専門研修施設群は地域性のバランス、当該医療圏における地域医療に配慮して、専門研修を適切に実施、管理できることが重要である。専門領域によっては研修内容の質の維持・向上のため、都道府

県をまたがる施設群で専門研修プログラムを構成することも可能である」とされている。

今回、あらためて、①原則として専門研修基幹施設の所在地と隣接した地域を専門研修施設群の範囲とする。②遠方の病院と連携する場合には、地域医療を支えるためなど十分な根拠を示すことの出来る地域とする、との案が提案され、了承された。

(8) 専門医の認定、更新のための経験症例について。

第9回理事会では、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での経験症例として申請することが出来るとされていた。

今回、「①各基本領域の整備基準において、経験症例として登録できる要件を定め、機構の承認を得るものとする。②一人の患者において複数の疾患を対象にして診療を行った場合には、それぞれ経験症例として申請できることなどを各基本領域学会で検討する。ただし、一連の疾患などは一症例とする。」との案が提案され、了承された。

(9) 専門研修プログラムの継続的改良について。

第9回理事会では、「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、機構の要請に応じて提出することとする。」となっていた。今回、「各基本領域学会は、原則として研修プログラムを運用するすべての研修施設群について検証を行ったうえ、その結果を記録として保存(5年間)し、機構の要請に応じて提出しなければならない。なお詳しい手順は別途定める。」との案が提案され、了承された。

(10) 研修プログラムの変更、辞退について

研修プログラムの変更、辞退の手順については、各領域学会で定め、機構の承認を得るものとし、また、運用の具体的な方法は、各領域学会の整備基準において明示する」との案が提案され、了承された。

(11) その他

以下の提案がなされ、了承された。

1) データベースについて

「専攻医の重複申請をチェックすることを中心とするなど、機構として保持するデータは必要最小限とし、各専攻医の詳細情報の管理は申請登録する当該基本領域学会が責任を負う」とする案が了承された。

2) 卒後の義務年限を有する専攻医の扱いについて

「研修プログラム制で研修が困難な場合は、カリキュラム制も可とする」。

(12) 補足説明等について

「新整備指針ならびに本運用細則で規定するもののほか、専攻医制度の運用に必要な事項は、別途、補足説明において定める」とすることが了承された。

2. 専門医認定・更新部門委員会(仮称・常任委員会)よりの提案事項について

(1) 従来の学会専門医取得者の機構認定の専門医としての更新に関わる補足説明について

以下の提案がなされ、了承された。

- 1) 従来の専門医取得者の更新については、各学会の選択により新整備基準に基づく更新を可とする。
- 2) 2017年以降に、機構認定の新更新基準を用いて機構認定の更新を開始する場合は、その1/5を新基準によるもの、4/5を従来の学会によるものとし、以降経年的に、新基準と旧基準の配分を増減し、5年後にはすべて新基準による更新を行うものとする。
- 3) 新基準による新たな更新基準については、当面の暫定措置として、地域医療確保の観点から、地域で活躍している現場の医師に過剰な負担のない、柔軟な基準とする。

(2) その他、新整備指針に基づく、「専門医の更新に関わる補足説明(暫定版)」について

改定された「補足説明(暫定版)」が提示され、了承された。

詳細は、2月24日開催予定の専門医認定・更新部門合同委員会(いわゆる部門委員会の総会)での了承を得て、ホームページに掲載予定。

改定の要点は以下のとおりである。

- 1) 更新に必要な単位は、①診療実績、②共通講習、③領域講習、④その他の活動実績(学術業績・診療以外の活動)の4項目で、合計50点とされているが、各項目間の最小必要単位は、各領域の実情に合わせて変更可能とする。
- 2) 共通講習の認定に関わる講習会の開催、および、受講者への認定証の発行等に

ついて

各領域学会(関連学会等)が開催するものは、各領域学会で認定し、日本医師会(都道府県医師会、郡市区医師会を含む)が開催するものは、それぞれの医師会が認定する。基幹施設・連携施設・関連施設等で開催するものは当面機構で講習会の開催を認定(届け出、承認)し、受講者への認定証は各施設が発行する。

また、開催後には、開催者が、講習会の概要、受講者数等を機構に届け出る(機構ホームページで運用)。

3) 領域講習について

各領域学会が適切と判断した場合、学会主催の講習会以外に、ワークショップ、シンポジウムなどの聴講も単位に含めることを可能とする(学会におけるスタンプラリーの回避)。

1～2時間を1単位、2時間以上を2単位とする。

1日の取得単位の上限は設けない。

4) 学術業績・診療以外の活動実績について

最大10単位とするが、各領域学会の特性を考慮して各学会で定める。

その他の項目についても、付与する単位数を含め、各領域学会で定める。

5) 複数回の更新者の診療実績について

3回以上の更新者は、診療実績10単位を免除することが出来る。

その場合、診療実績を除く40単位で更新を可能とする。

(3) 救急科、麻酔科の更新基準の変更、小児科の更新基準の補足について、

各領域より、新整備基準に則った変更等の提案があり、了承された。

4. 総合診療専門医について

2月15日、第二回総合診療専門医に関する委員会が開催され、漸く一定の方向性が見えてきた。また、2月16日開催の「基本問題検討委員会」でも議論を行った。

上記の両委員会の議論を踏まえ、委員長提案として吉村委員長より、以下の提案がなされた。

- ①総合診療領域については、基本領域の一つとして、他の18領域と同時に平成30年度から養成を開始する。
- ②総合診療専門医の活躍の場が診療所から中小病院、大規模病院まで多様となる研修プログラムとする。
- ③医師の地域偏在を解消するため、研修プログラムが大都市の研修施設に偏らないようにする。
- ④総合診療専門医の養成については学術的に高いレベルを確保する。

- ⑤総合診療専門医のプログラムについては、診療科として内科、救急及び小児科を含める。
- ⑥研修の場として外来、入院、救急及び在宅を含める。
- ⑦総合診療研修をサブスペシャリティ領域だけでなく、基本診療領域でも行う。
- ⑧総合診療の更なる専門医性の確保のため、総合診療専門医取得後も継続して研修が積めるよう、サブスペシャリティについて検討する。
- ⑨上記のキャリアパスに加え、他の基本領域とのダブルボードを取得するプログラムや、他の基本領域の専門医が、総合診療専門医を取得する研修プログラムを検討する。

以上については、理事会で了承された。

また、研修プログラムについては、総合診療専門医に関する委員会において、内科研修を1年、その他、救急、小児科、総合診療研修として、在宅医療を含む中小病院(診療所を含む)および大病院での研修を行うことなどについて概ね合意されたことが報告された。

また、基本問題検討委員会では、外科の研修を入れるべきであるとの意見があった。

理事会では、ある理事より、総合診療専門医として外科の研修は必須であり、少なくとも臨床研修(いわゆる初期研修)で外科をローテイトしていない場合には、一定期間の外科研修が必要であることが強く求められた。

以上の議論を踏まえ、理事長提案は概ね了承されたが、プログラムについては、外科の研修を入れることについて、再度、総合診療に関する委員会で議論することとした。

また、ある理事より、時間的な制約を考えると、議論をスピードアップする必要があるとの指摘があった。

報告事項

1. 専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員会報告

新整備指針の制定に伴い、基本領域学会宛てに、各領域の専門研修プログラム整備基準の変更およびモデルプログラムの作成を、委員会名で依頼したところである。

現在、整備基準については11領域で終了、7領域で検討中、モデルプログラムに

については、9 領域で終了、9 領域で検討中であることが報告された。

2. 財務について

遅れていた学会社員からの借入金の振り込みが順次なされているが、機構の収支状況は必ずしも予断を許さないことから、日本医師会から緊急的に借入した借入金については、3 月末の返済を延期せざるを得ないかも知れないとの報告があった。

また、近々、財務委員会を開催し、来年度の予算について検討を行う予定であることが報告された。

3. その他

以下の団体・組織等から要望書、疑問などが機構宛てに寄せられていることが報告された(括弧内は要望の要点)。

自治医科大学学長(自治医大卒業医師に対する研修カリキュラム制のなどの配慮について)、全国衛生部長会会長(総合診療専門医の研修が医療現場で総合診療特任指導医の下で適切に行われるプログラムとすること、国保病院・国保診療所で研修が可能となる仕組みを要望)、日本病院総合診療医学会理事長・副理事長(現在の総合診療専門医プログラムを評価し、病院総合診療専門医をサブスペシャリティ領域に位置付けるべき)、感染症学会専門医制度委員長(内科との連動研修について、多領域に関わることへの対応について)、日本外科学会専門医制度委員会顧問(基本領域とサブスペシャリティ領域の区分への疑問)等が提出されており、それぞれに対応中であることが報告された。

以上