

事務連絡

平成 29 年 6 月 27 日

一般社団法人日本専門医機構理事長
 一般社団法人日本救急医学会代表理事
 一般社団法人日本外科学会理事長
 公益社団法人日本産科婦人科学会理事長
 公益社団法人日本小児科学会会長 殿
 公益社団法人日本整形外科学会理事長
 公益社団法人日本精神神経学会理事長
 一般社団法人日本内科学会理事長
 公益社団法人日本麻酔科学会理事長

厚生労働省医政局医事課長

専門医制度における地域医療への配慮について

平素より、厚生労働行政に関しては、御協力いただき感謝申し上げます。

「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」においては、専門医制度を新たな仕組みで実施する場合における地域医療への配慮について、多面的にご議論いただいたところです（別添資料）。こうした議論を踏まえ、現状の専攻医の採用実績を超えて大都市圏に専攻医が集中しないような配慮や、都道府県内においても特定の地域に専攻医が集中しないようなプログラム定員の設定など、地域医療に悪影響を与えることのないよう診療科の特性に応じた特段のご配慮をお願いいたします。

今後、専門医制度の実施に当たって地域医療の確保の観点から各都道府県内における地域医療への影響について、都道府県協議会（都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体、基幹施設等による協議の場）で協議することとされています。都道府県協議会と基幹施設等の間でこうした情報提供や協議が行われることについてご了知いただくとともに、こうした協議の結果、都道府県協議会から専門医機構へ地域医療への影響に関する意見が提出された場合には、日本専門医機構と各学会で連携した上で、研修の質に配慮し、適切に協議に応じていただきますよう、お願いいたします。

また、各学会におかれましては、各領域における基幹施設の連絡先について、別添様式により、厚生労働省まで御提供くださいますようお願いいたします。

なお、日本専門医機構におかれましては、上記以外の各基本領域学会への周知についても、よろしくお願いいたします。

- (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ぬものではなく、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た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。

専門医制度新整備指針（第二版、抜粋）

I. 専門医制度の理念と設計

3. 研修方法について

(1) 研修プログラム制と研修カリキュラム制について

基本領域学会の専門医取得における専門研修は、研修プログラム制又は研修カリキュラム制によるものとする。なお、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ものとする。

2) 研修カリキュラム制

専攻医は研修プログラム制と少なくとも同等の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とする。研修年限の上限については特に定めはないが、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。

各学会が定めた認定施設（基幹施設、連携施設など）における研修実績が評価される。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であっても専門医の取得ができるよう、以下の場合には、研修プログラム制と同等の当該分野全般にわたる症例を経験し専門医育成の教育レベルが保持されることを条件に柔軟な研修カリキュラム制による専門研修を行う等、柔軟に対応を行う。

1. 卒業後に義務年限を有する医科大学卒業生において必要と考えられる場合
2. 地域医療に資することが明らかな場合
3. その他、出産、育児、介護、留学など、相当の合理的な理由がある場合

なお、専攻医が希望する専門医を取得できるように、機構は都道府県など関係団体、諸機関に対し勤務先選定など専門医育成体制について要望し、専門医育成の環境が整備されるように可能な限り努めるものとする。

(2) 研修施設群の原則

研修施設群とは、基幹施設および連携施設が研修プログラム制に基づき研修を行うために構成する施設群を言う。医師が研修段階に応じて技術と知見を向上できるよう、各基本領域において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。

そのため各基本領域学会の各施設の認定基準は研修内容が専門医育成の質を保証するものが最も大切であるという条件のもと、各基本領域において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地域の中核病院等が基幹施設となれる基準を設定する。専攻

医の研修プログラム習得の管理は、基幹施設が責任をもって行うものとする（責任の所在の明確化）。すなわち、専攻医の研修に係るローテーション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ーション研修を担当するものとし、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ものとする。

原則として、研修プログラム制における研修では、研修施設群を形成し、ローテーション研修を行うものとし、実際の運用に当たっては地域医療が維持されるように、また、研修の質の低下にならない範囲で柔軟に対応する。その際、専攻医のローテーションについては、基幹病院に専攻医についての研修プログラムに関して責任があるので、専攻医の身分保障の観点から、特別な症例を経験するために必要になる等の事情がなければ、原則として、基幹施設での研修は6カ月以上とし、専攻医が研修する医療機関が短期間で頻繁に変わることによる研修の質の低下を防止するため、連携施設での研修は原則一カ所につき3カ月未満とならないように努める。ただし、基幹施設は、研修の質の低下にならない範囲で領域によって、あるいは特殊な研修において3カ月以上、あるいはそれ以下でもありうる研修プログラムとする。

一カ所当たりの研修期間については、診療科の特性や都道府県協議会との調整を踏まえ定めるものとするが、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、できう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しなければならない。

ただし、その際には規定された経験症例を満たす等研修の質が低下しないよう基幹病院のプログラム責任者と協議を行わなければならない。

(3) カリキュラム制について

3 研修方法について(1)に定められているカリキュラム制を選択した専攻医の場合には、プログラム制で求められている各基本領域において専門医となるのに必要となる全般的、幅広い疾患の症例を経験する到達目標と同等の症例の経験を積むこととする。

II. 専門医育成

2. 専門研修プログラム

④ 研修方法

i. 専門研修プログラムおよび研修カリキュラム制による研修

前述のごとく卒後5年以上（で専門医取得が可能となり、研修プログラムによる専門医の研修年限は、原則として3～5年とする。専攻医の状況により延長することを可能とする。それぞれの専門研修プログラムは、研修および指導マニュアルを整備する。

機構は、基本領域学会と協同して、研修プログラム制による専攻医登録をする際及び実際に専攻医がローテートする際に医師の都市部への偏在が助長されないよう、これを回避することに努める。

基本領域学会専門医研修は、原則として、当該基本領域学会が認定し機構が承認した年次毎に定めた専門研修プログラムで研修を行うが、領域の特殊性を考慮する。

なお、基幹施設は、研修プログラム制及び研修カリキュラム制のそれぞれの研修方法による専攻医の登録状況と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領域学会と機構に報告する。

3. 専門研修プログラム制における専門研修プログラムの詳細

① 専門研修プログラムについて

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、運用細則で別途定める。

- ・ 基本領域学会専門医は原則としてプログラム制をとるが、領域の特殊性を考慮する必要がある場合及び「I. 専門医制度の理念と設計 3. 研修方法について」(1)の2)に定めがある場合には研修カリキュラム制による運営等、柔軟に対応を行う。

④ 専門研修施設の認定基準

各基本領域学会は、以下を考慮して社会に明示できる専門研修施設の認定基準を定め、機構がこれを検証、承認する。

- ・ 各施設の認定基準は研修内容が専門医育成の質を保証するものが最も大切であるという条件のもと、各基本領域において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地域の中核病院等が基幹施設となれる基準を設定する。
- ・ 専門研修基幹施設の基準は、各基本領域学会のプロフェッショナルオートノミーに基づくものとし、各基本領域において専門医となるのに必要となる全般的、幅広い疾患の症例が経験できる大学病院と地域の中核病院等がともに認定される水準とするが、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。地域医療の確保の観点から幅広く研修の場を設けるものとする。

一般社団法人 日本専門医機構

専門医制度新整備指針運用細則（抜粋）

IV. 基幹施設の認定基準について

基幹施設の認定基準については、地域医療の配慮として次のとおり定める。

- 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教育のレベルの維持の観点から策定する。
- ② 専攻医年度採用実績（過去5年間の平均、現在は平成22年～26年度の採用実績による）が350名以上の基本領域学会（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。地域の実情に応じて基本領域学会と機構で協議し運用する。
- ③ 専攻医年度実績数が350名未満の基本領域学会は、各都道府県単位で複数の基幹施設をおく基準でなくてもよいものとする。

VII. 専門医研修プログラムについて

- ① 対象となる都市部の定義を、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡とする。
（平成26年度厚生労働省三師調査による特別調査の医籍登録後3～5年の医師の全国数に対する割合が5%以上の都府県とする。）
- ② 5都府県の各基本領域学会専攻医総数の上限を、原則として過去5年の専攻医採用実績の平均値を超えないものとする。超えた場合は、年次で調整する。ただし、対象の都市部の選択に関しては、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。
- ③ 医師数の減少している外科（1994年の医師数に比較して2014年の医師数は89%）、産婦人科（1994年の医師数に比較して2014年の医師数は97%）、病理、臨床検査については上記を適応しない。
- ④ 定数については、当面の間、毎年、基本問題検討委員会で見直す。地域偏在を助長するなど不都合が生じた場合は、さらに見直しを検討する。

