

# 基本領域 専門研修プログラム形成

日本専門医機構  
専門研修プログラム研修施設評価・認定部門委員長

四宮謙一

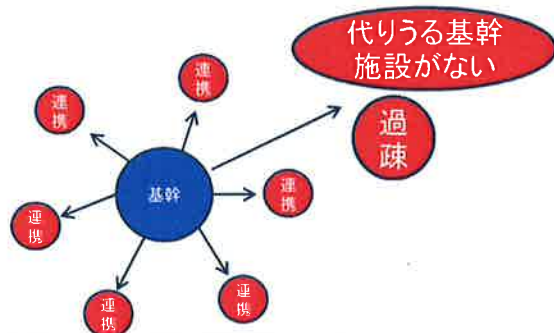
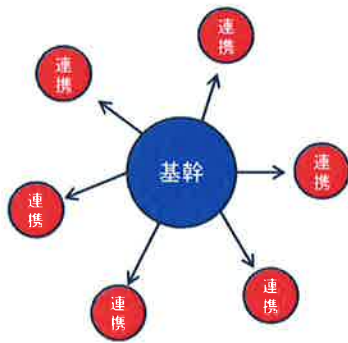
1

## 専門医制度と国民医療・地域医療 調和をめざして

- 患者・社会から信頼される標準的な医療を提供できる  
医師を育成するための「研修プログラム制度」
- 優れた専門医制度と地域医療に十分配慮した制度設  
計との両立（今以上に地域偏在が起きないように）



## 専門研修プログラムでの施設群(例)



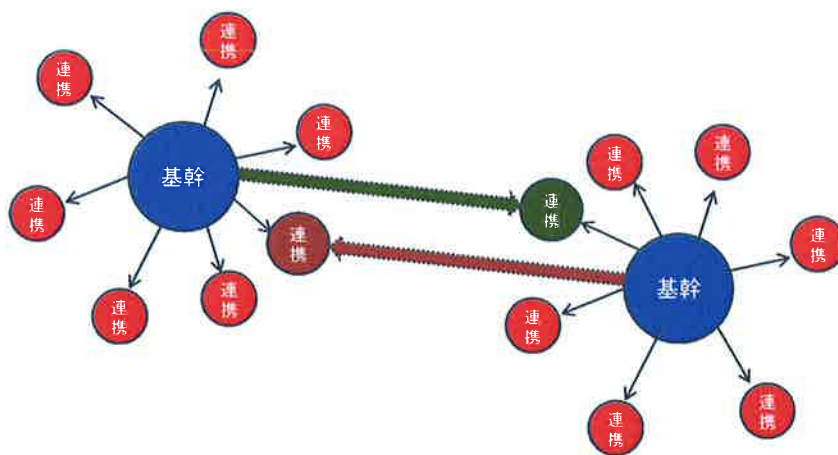
### 基本形:施設群全体での研修

- 十分な**医療資源**と**人材**
- 適時、講習や研修会を行える**範囲**が望ましい
- **地域医療研修**として医療連携や地域の医療の需要と供給の実態を知る

### 遠方の連携も可能

都会の大学等は地方の中核病院を維持していることがあり、地域医療を崩壊させないためにも新制度でも継続を希望する。将来は地域中核病院基幹の研修プログラムへの移行が望ましい。

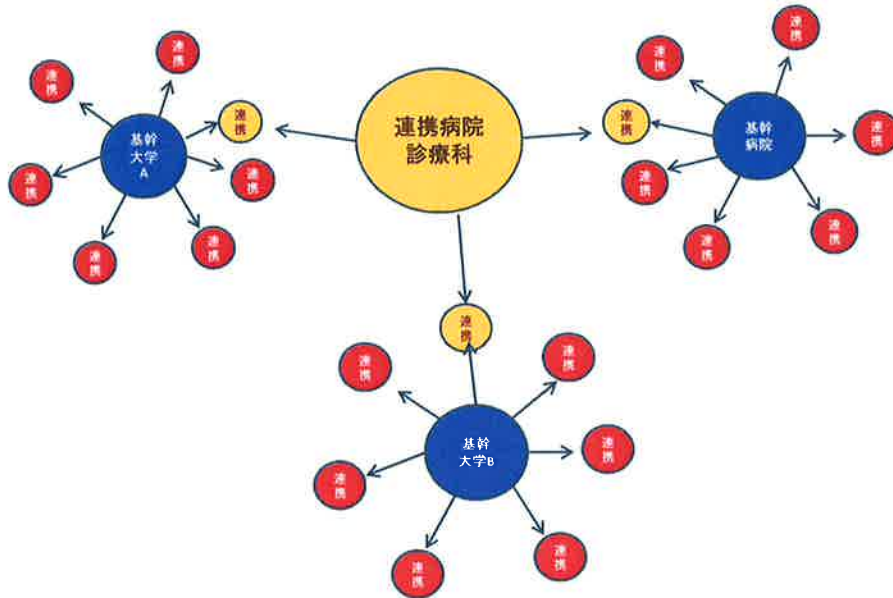
## 専門研修プログラムでの施設群(例) 研修プログラム間の連携



研修の必要性に応じて連携を行う

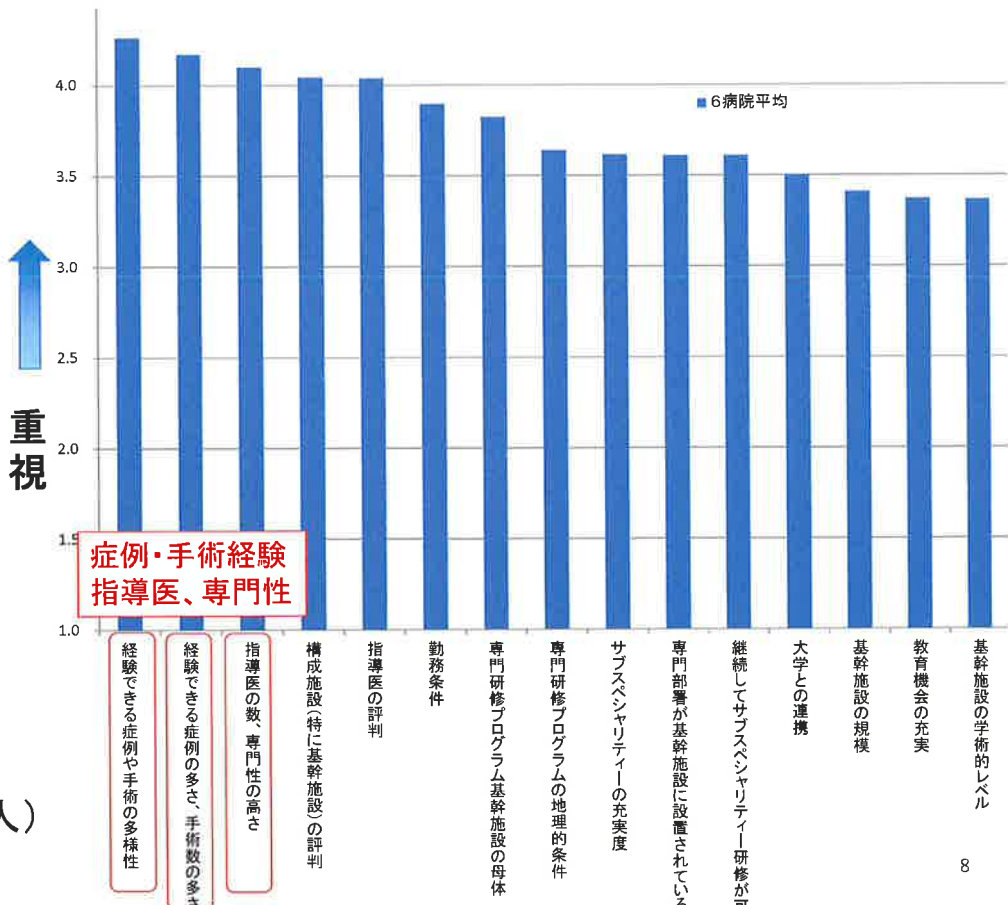
# 専門研修プログラムでの施設群形成(例)

内科領域などでは複数の基幹施設の連携になることがありうる。症例数の按分、指導医の按分などダブルカウントにならないように注意する



7

臨床研修医  
研修プログラム選考の意識調査  
(196人)



8

## Q:プログラムの専攻医募集数の決め方は？

- 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
- 定員の決定
  - 指導医数から算出される定員と症例数から算出される定員を比較し、**少ない方が募集数**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

9

## Q:基幹施設の基準をぎりぎり満たす病院は？

### A 1. 基幹施設となる

- 管理ならびに指導能力レベルを冷静に判断して下さい
  - ✓ 施設群をコントロールする管理能力？
  - ✓ カリキュラムを作成する能力？
  - ✓ 十分な指導ができる人材資源

### A 2. まずは連携施設となる

- 医療資源の十分な施設の連携となる
  - ✓ 管理・指導のノウハウを獲得 → 将来基幹施設へ

**➡ 専攻医のための研修システムであることを！**

10

## Q:地域医療の経験は？

専門医制度整備指針：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

- それぞれの地域で必要な地域医療研修を組み立てる
  - 地域の包括ケア、病・病連携や病・診連携等々の地域密着型研修
  - へき地医療研修
  - 指導医の在籍がない離島などの研修
    - 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
- 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

11

## Q:大学研修プログラムとは？

- ①大学は都市型の基幹施設と考えられる
- ②大学は地域医療支援病院や地域中核病院と連携してプログラムを組む
  - 豊富で多彩な症例を経験できる
  - 連携施設では地域完結型医療連携を研修できる

12

## Q:大学研修プログラムとは?

- ③ 3次医療圏を越える施設群と研修プログラムを構成することがある
  - 遠方の地域医療を維持する働きがある
- ④ 単独プログラムでは、地域医療研修が不十分
- ⑤ 大学と大病院連合だけの施設群も同様に地域医療研修が不十分とみなされる

13

## Q:地域の病院を基幹施設とする研修プログラムは?

- リサーチマインド涵養
  - ✓ 研究に触れる機会を提供できる連携施設の存在が望ましい
  - ✓ 臨床治験センターなどを整備
- 施設群形成の難航が予測
  - ✓ 地域での話し合いの機会が重要
  - ✓ 自由度が高いため、特徴を持った研修プログラムも可能
- 都道府県を超える連携も研修にとって必要であれば、その理由を示したうえで可能である
- 地域の医療経験あるいは地域医療を維持するコンセプトを示す<sub>14</sub>

## Q:グループ病院だけの研修プログラムは？

- グループだけの全国展開は専攻医の困り込みと考える
- 地域の医療経験あるいは地域医療を維持するコンセプトを示す
- グループ外の違ったタイプの病院があることが研修のために望ましい
- 都道府県を超える連携は、研修にとって必要な理由を示したうえで可能である

15

## 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

16



# 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年間の募集数と人口比率100%を参考
- 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

- 地方行政、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

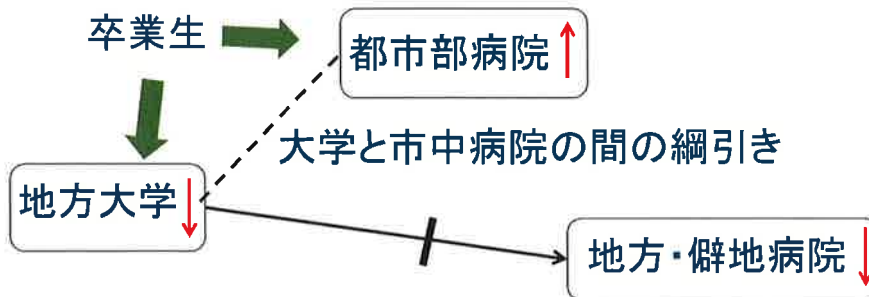
#### ② 申請中: 3次医療圏における研修プログラム数について協議

- 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

#### ③ 採用試験中: 研修プログラム定員に関する協議

- 研修プログラムに専攻医の欠員(0人)がないように協議

## 初期臨床研修導入が大学と地域医療へ与えた影響



- ・募集枠が実際の応募数より多く、地方の欠員が目立った
- ・地方大学の医師不足のため、地方・僻地への医師派遣が困難



- ・ 地方大学での人員不足、地方・僻地医療の衰退
- ・ 都市部病院の医師数増加

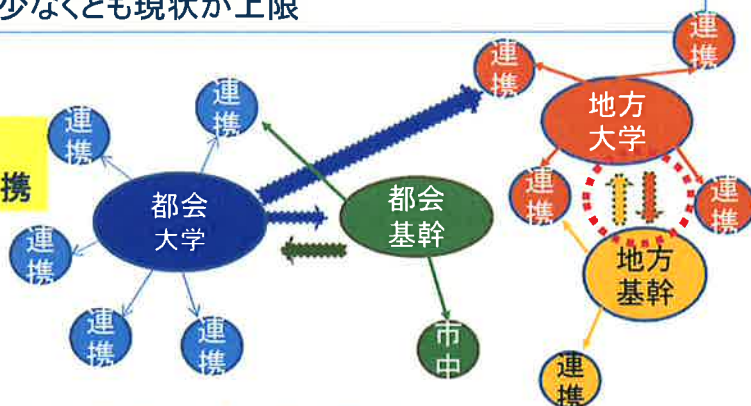
19

## 新専門医制度による大学と地域医療への期待

- ・ 地方大学の懸念：都市部の病院に専攻医が集まる状況が固定化されるのではないかと。そのために地域医療がさらに疲弊するのではないかと  
 → 都市部は少なくとも現状が上限

### 対策

一つの対策として  
 複数の研修プログラムの連携



- ・ 複数の研修PGがあることで多くの卒業生が地元で研修し、地域医療にも貢献する
- ・ 大学を含んだ複数研修プログラムの連携により、リサーチマインド涵養、地域医療全体の視野、医療の効率化等々の改善が見込める。
- ・ 都会大学の地域医療維持の現状から、将来は地域の大学との連携も視野

20

# 研修プログラム 1次審査のポイントについて

注：2016年に作成する2017年度開始プログラムにおける審査ポイントを示す。2018年度開始プログラムの審査に当たっては初年度の状況を精査した上で修正を加える予定である。

21

## 審査に当たっての基本的確認事項(1)

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

1. 研修プログラムで採用される専攻医数は、患者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する
  - ・各領域での標準的医療のための疾患症例数は、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、都道府県の専攻医数は指導医数にも比例していることが望ましい

22

## 審査に当たっての基本的確認事項(2)

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の是正(増加)が可能となる
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
5. 医療提供体制の激変を避けるために専攻医募集数の調整が必要である
  - ・専門領域全体の専攻医募集数:医療情勢の激変を防ぐために、過去の領域全体の専攻医総数を大きく超えない募集数(例えば120%程度)となることが望ましい(長期の推移も領域によっては見る必要がある)
  - ・各研修プログラムの募集数:募集数は過去とほぼ同様(例えば過去3年間の平均)の専攻医数であることが望ましい。但し人口比率に比べて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)

23

## 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)
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(プログラム認定部門)と認定(日本専門医機構)

### 一次審査

- ・ 専門性の保証
- ・ 施設群の構成と地域医療経験
- ・ リサーチマインド涵養
- ・ プログラム/専攻医枠数

### 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

24

## 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（主治医として必要な診断・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の確認（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、執刀経験手術数等の確認
  - 指導医が指導できる専攻医は全学年で3人（1学年1人程度）
- 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

25

## 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
  - 例えば、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、あるいは支えてきた連携は可
- 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施設群構成
- 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不承認
  - 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、医学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. 医学研究体制は整っているか

- 基幹施設に医学研究実施体制が整っているか（例：臨床治験研究センター）
- または連携施設に医学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

27

## 専門研修プログラムの二次審査のポイント(注:初年度)

### □ 研修プログラムおよび募集専攻医の数と分布

- 地域医療を損なわずに、専攻医が公平な研修を受けることができるか

#### 1. 研修施設群構成の再チェック

#### 2. 研修施設群が都道府県などの地域全体をカバーしているか 地図上で施設群を確認

#### 3. 募集専攻医数

##### ① 領域全体の専攻医募集数

- 過去3年間で大きく上回っていないか

##### ② 研修プログラム募集数：1次審査結果の確認

##### ③ 都道府県募集総数

- 都道府県内勤務の専攻医募集数が大きく人口比率を超えるときには調整

##### ④ ①-③の調整により変更後の募集数を各研修プログラムに通知する

28

## 不服申し立てについて

✓ 専門研修プログラム研修施設評価・認定部門による審査  
(医師以外の外部委員を含む)

1) 外部施設、外部研修プログラムからの圧力  
・研修プログラム形成時における各種妨害  
→ 基幹施設として認可しない  
→ 研修プログラムの認可取り消し

2) 研修プログラム承認に対する不服申し立て  
・研修プログラム整備基準に適合しているにもかかわらず  
→ 基準を満たしている場合には認定

29

## 専攻医採用試験

### ①1次採用試験

2次審査で割り振られた募集数

### 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)

### ④他領域への変更

合格していない者は可

合格者は次年度の採用試験で他領域研修プログラムを選択する

30

## 臨床研修医への情報提供

- ✓ 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
  - 地域医療研修
  - 研究心涵養
- ✓ 研修プログラムにおける評価
  - 形成的評価と総括的評価
  - 到達目標と経験目標
  - 評価とフィードバック
- ✓ 専攻医が基本領域研修で学ぶべきもの
  - コアコンピテンシー
  - 必要で可能な限り多くの臨床経験
  - 必要な幅広い知識

31

## 総合診療研修プログラム

32



## 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**を全人的に提供出来、地域のニーズに対応出来る「**地域の診療にあたる医師**」
- ✓ 総合診療専門医は領域別専門医の特徴が「**深さ**」であるのに対し、「**扱う問題の広さと多様性**」が特徴
- ✓ 総合診療専門医は他の領域別専門医や他職種と連携して、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) を包括的且つ柔軟に提供出来、地域全体の健康向上に貢献する重要な役割を担う

33

## 総合診療専門医のコアコンピテンシー — 専門研修カリキュラム —

1. 人間中心の医療・ケア
2. 包括的統合アプローチ、  
(comprehensive/integrated)
3. 連携重視のマネジメント
4. 地域志向アプローチ、(community-oriented)
5. 公益に資する職業規範
6. 診療の場の多様性

34

## 総合診療専門医研修プログラムの作成

### ➤ 1年目：必修の領域別基本研修

内科、小児科、救急等の領域専門医制度が定める認定施設で病棟管理・全身管理・外来管理の基本的スキル、態度等を修得する。総合診療専門医の持つべきコアコンピテンシーを念頭に入れ、それぞれの領域研修での研修目標を設定する

### ➤ 2-3年目：総合診療固有研修と関連の深い領域別研修

研修プログラム整備基準に則り、研修カリキュラムに定められた必要症例を経験する

- ✓ 総合診療専門研修 (I)：診療所や地域の中小病院における外来診療や在宅診療を中心とした総合診療の経験を積む
- ✓ 総合診療専門研修 (II)：一定規模の病院における病棟や救急診療を中心とした総合診療の経験を積む

35

## 総合診療専門医研修プログラム修了後

### ➤ 専門医試験合格後

- ✓ 総合診療専門医として勤務する

### ➤ サブスペシャルティー専門研修は？

- ✓ 現在は総合診療に繋がるサブスペシャルティーはない
- ✓ 現行のサブ領域が何らかの要件を課し、受け入れる可能性はある

36

# 北海道における研修プログラム形成の状態

2月5日、6日 札幌第1合同庁舎

- 1) 北海道専門医制度連絡協議会の運営状況説明
  - ・医師会、3大学、自治体病院協議会、地方・地域センター病院協議会、病院協会、基幹施設、北海道厚生局、北海道保健福祉部等により構成される
  - ・協議会により、道内の研修体制、地域医療、専攻医配置などの協議を行っている
  
- 2) 北海道における各領域ごと研修プログラム形成の全体像
  - ・6つの3次医療圏、21の2次医療圏における基幹施設と連携施設の分布状況の提示
  - ・2次医療圏に連携病院が存在しない領域があり、専門医がいない、近隣の2次医療圏に近い等の説明があり、今後は特別連携施設などの必要性について協議も考えられる
  
- 3) 地域枠医師の扱いについて
  - ・地域枠医師については、臨床研修、専門研修取得のための期間と研修病院規定、義務勤務期間などがあり、研修プログラム整備基準による基幹施設での研修期間などとの調整が必要になる領域がある、との説明があった
  
- 全国的には地域枠医師の研修内容と勤務条件が不明確であり、専門研修については**学生教育を受け持つ大学、県庁、地域医療支援センター、病院協会、医師会**などが集まり**専門研修施設及び勤務地**などにつき、**地域全体で協議**する必要があると考える

37

## 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)
  - ・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)
  - ・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

38

## 今後のスケジュール

### 4) 専攻医募集

- 専攻医募集は2016年6月に開始
- 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) 専攻医採用試験

- 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