

平成18年2月10日

各 医 師 会 御 中

福岡県医師会



第Ⅲ次学術推進会議報告書の送付について



拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、日医学術推進会議において、平成16年、17年度の2年度にわたり、日本医師会長からの諮問「我が国における専門医のあり方」について検討されてきましたが、この度、標記報告書が作成されました。

つきましては、ご参考までに一部お送りいたしますので、ご高覧のほど、よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 永田正和

第 次学術推進会議報告書
「我が国における専門医のあり方」

平成18年1月

日本医師会学術推進会議

平成18年1月11日

日本医師会長
植松 治雄 殿

学術推進会議
座長 高久 史磨

第 次学術推進会議報告書

学術推進会議は、平成16年11月10日貴職からの諮問にありました「我が国における専門医のあり方」について、およそ2年にわたって本会議6回、小委員会1回を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。ここにその結果をとりまとめましたので、報告いたします。

第 次学術推進会議委員

座 長	高 久 史 磨	日本医学会長、自治医科大学長
副座長	田 中 忠 一	神奈川県医師会長
委 員	出 月 康 夫	日本医学会副会長、東京大学名誉教授
	岸 本 忠 三	日本医学会副会長、総合科学技術会議議員
	小 泉 明	日本医学会副会長、東京大学名誉教授
	猿 田 享 男	慶應義塾常任理事、慶應義塾大学医学部内科学教授
	寺 田 俊 夫	秋田県医師会長
	西 村 亮 一	兵庫県医師会長
	長谷川 和 夫	浴風会認知症介護研究・研修東京センター長
	山 敷 祐 亮	滋賀県医師会長

本報告書作成にあたりご協力いただいた先生

岡 嶋 道 夫 東京医科歯科大学名誉教授

<http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/index.htm>

目 次

1 . 我が国における専門医制度の今までの歩み	1
2 . 専門医制度の現状と問題点	4
3 . 欧米の専門医制度	
(1) 米国の専門医制度	7
(2) ドイツの専門医制度	14
4 . 我が国の専門医制に対する提案	18

1．我が国における専門医制度の今までの歩み

我が国における各領域の専門医の認定制度は、欧米に比べて発足が遅れ、昭和 37 年 4 月 11 日に発足した日本麻酔指導医制度が最初である。その後昭和 41 年に日本医学放射線学会と日本脳神経外科学会、さらに昭和 43 年に日本内科学会、昭和 53 年に日本外科学会（この時点では認定医、平成 14 年専門医）と相次いで主要な学会が専門医制度を発足させた。しかしこれらの専門医制度は各学会独自の計画によって始まり、お互いの連携が無いため、各学会の専門医制の間に整合性がないことが批判の対象となった。この状況下では社会の認知を得ることが困難であるとの考えから、昭和 55 年 9 月に既に専門医制度を発足させた学会、施行予定・検討中の学会等、計 22 学会を中心とする学会認定医制協議会が発足した。

発足当初は 22 学会であった学会認定医制協議会は、その後加盟学会数が増加し、昭和 61 年度は 27 学会、昭和 63 年度には 38 学会、平成 2 年度に 42 学会、さらに現在は 52 の学会が加盟している。

この間、我が国における専門医制度の発展のためには学会認定医制協議会と、日本医師会・日本医学会との連携が必要であるということで、昭和 61 年から上述の三者間で専門医制を検討する三者懇談会が定期的に行われるようになった。この懇談会では専門医制度の在り方、社会から認知される制度の育成等が自由討議の形で論議された。なお平成 5 年には三者懇談会の基本的合意事項として、基本領域診療科である 14 領域の中の 13 学会の認定（専門）医を、日本医師会長・日本医学会長・学会認定医制協議会会長の三者による承認とすることとした。その後この 13 学会に脳神

経外科学会が追加された。

医学会の専門医や認定医が医療の中で機能し社会からの評価を受けるためには、社会に理解し易い制度にすべきであるとの考えが学会認定医制協議会の中で強くなり、学会認定医制協議会の機能の向上、並びに協議会に第三者的な性格を持たせることを目的として、平成 13 年度から学会認定医制協議会はその名称を専門医認定制協議会と改め、さらに平成 14 年度には中間法人格を取得し日本専門医認定制機構と呼称している。

我が国の専門医制度に大きな影響を与えた政策として、平成 14 年 3 月 29 日付けの厚生労働大臣告示によって同年 4 月 1 日より専門医の広告が可能になったことが挙げられる。その結果、一定の基準（厚生労働省告示第 159 号）即ち学会が法人格を有していること、会員数が 1,000 人以上であること、5 年以上の研修を受けていること、資格の認定に試験を課していること、更新制を設けている等、9 つの条件を満たした学会が認定する専門医はその専門性を広告できることとした。

このように、専門医に関する広告が可能となったことから各学会は競って上記の基準に合致するようにその内容を改めた。例えば法人の資格を取得したこと、医師が大部分を占めるように会員を再構成したこと等がその例として挙げられる。その結果この報告書を作成している時点で 45 の学会が上記の基準を満たし、学会が認定する専門医の広告が可能となっている。このように各学会が専門医の広告を行うことが可能な体制を整えた最近の状況に対して、改めて専門医制の問題点が各方面から指摘されるようになった。その問題点については次項において詳しく述べられるが、その中の代表的な事項を挙げると、会員の中で専門医が占める割合や専門医の認定基準が学会によって様々である。専門医の医療技術が担保されて

いない。専門医による医療事故が少なくない。厚生労働省の告示によって専門医の広告が可能となった経緯もあって、一般の人は学会の専門医を国がお墨付きを与えた専門医であると考えている、等の点が挙げられる。

日本医師会学術推進会議は今回のテーマとして「我が国における専門医のあり方」を取り上げた。学術推進会議では現在の我が国の専門医制が直面している様々な問題点を指摘し、それらの問題点への具体的な対応策を、諸外国の専門医制を参照しながら、提案することを試みた。

２．専門医制度の現状と問題点

我が国の専門医制度は、前項でも述べた如く、各学会が独自に認定を行ってきた。とくに平成 16 年 4 月の医療法の改正に伴う広告規制の緩和によって外形基準の 9 項目を満たしていれば、学会が認定する専門医の広告が可能になったことが、我が国の専門医制の混乱に拍車をかけたことは否めない。

それでなくてもかねてから、「認定医」、「専門医」、「指導医」、「登録医」など名称の不統一や認定方式、基準の不明確さなどについて、多方面からの批判があった。

最近、専門医による医療事故の報道があり、その養成体制、認定基準、定員制などを検討することが求められている。

現在、わが国の専門医制の問題点として、次のことが挙げられる。

（１）専門医制に混乱が生じている。

現在、医師の約 6 割が何らかの専門医、認定医の資格を持っていると言われているが、その質が担保されているとは言い難い。専門医になるための実技研修や医の倫理などのカリキュラムが不十分な学会も少なくない。また合格率にもばらつきが多い。学会認定専門医による医療事故の最近の報道は、こうした点を指摘している。

（２）学会によって会員数に対する専門医の比率の差が大きい。

専門医の比率が高いのは、基本領域の学会では、耳鼻咽喉科学会 77.1%、泌尿器科学会 74.0%、産科婦人科学会 73.4%、脳神経外科学会 72.8%、

低いのは、救急医学会 4.0%、リハビリテーション医学会 9.9%などである。

Subspecialty の学会の方が専門医比率は低い傾向にあるが、それも消化器病学会の 49.8%からアレルギー学会 9.6%、感染症学会 9.7%、小児外科学会 7.2%までその格差が大きい。

このことは学会によって専門医認定の難易度が異なることを意味し、専門医の質の管理が十分に行われていないことを意味している。

(3) 学会によって専門医認定基準が異なる。

上記(2)とも関連するが、専門医の認定基準が学会によってまちまちである。現在、日本専門医認定制機構加盟学会は 52 学会であるが、それ以外にも 71 学会、計 123 学会が専門医制度をもっている。専門医は延べ約 16 万 4,000 人、認定医は約 14 万 2,000 人に上っている。内科、外科など基本領域 14 学会の専門医・認定医は約 15 万 8,000 人である。

ほとんどの学会は筆記試験を行っているが、実技試験は 10 学会だけで、合格率も 59 ~ 100% (平均 87%) と差がみられる。更新時に筆記試験を行っている学会は僅かで、実技試験を行っている学会はない。

(4) 専門診療科の区分が不適當である。

現在、日本専門医認定制機構が定めた専門医制学会の区分は、
基本領域の学会 (18 学会)
Subspecialty の学会 (27 学会)
多領域に横断的に関連する学会 (7 学会)
上記の領域に属さない学会 (1 学会)
となっている。基本領域の学会の中には、脳神経外科学会、救急医学会、形成外科学会、リハビリテーション医学会など、基本的な診療科と考えられない学会が含まれている。

現在の区分は、学会に視点を置いたものであり、患者に視点を置いた区分とは言い難い。アメリカの専門医制度は、学会でなく診療領域で区分さ

れている。

(5) 真に必要な診療科別専門医数が検証されていない。

各学会とも専門医を無制限に増やしている。定数枠を設けることについての議論はなされていない。診療科別の疾患数に応じた専門医数の検討を行うべきである。専門医として研修すべき必須症例の経験不足は医療事故に繋がる。

(6) 学会間に意見の対立が生じたとき調整できない。

がん治療専門医の問題をめぐって、最近、複数の学会で意見の対立が起こり、社会的問題となった。要は国民にとって、患者にとって、もっとも良い方法をとることであるが、両者の話し合いはつかなかった。こうした意見の対立は、今後専門分化が進めば進むほど発生することが予想される。

(7) 臨床研修修了後の研修と専門医制との関係が曖昧である。

新医師臨床研修制度によって、わが国の卒後臨床教育は一步前進したが、そのあとの“いわゆる後期研修”が独り歩きする中で、専門医研修をどうカリキュラムに組み込むかが不鮮明である。現在、各病院が独自に、多くは診療科別に“いわゆる後期研修”を実施しているが、学会認定専門医の資格取得をどう組み入れるのか不明確である。

(8) 日本医師会生涯教育制度とどのように整合させるか。

昭和 62 年以来活発に行われている日医生涯教育制度の自己申告率は 7 割を超えている。多くの会員は、自らの意志で自己研鑽に励んでいる。

しかし学会認定専門医の広告が出せるようになって以来、会員の間で日医生涯教育の履修と学会専門医取得との認識に混乱がある。

3．欧米の専門医制度

(1) 米国の専門医制度

世界の先進国が専門医制度のモデルとしている米国の専門医制度は、1916年の眼科専門医から始まった。すでに90年近い歴史があるが、いわゆる基本的な専門医（Primary Board）の種類は、現在でも24に過ぎない。これは専門医制度協議会（American Board of Medical Specialties, ABMS）が専門医の種類をなるべく増やさないという方針を守り続けていることの他に、米国の専門医制度が、元来厳密な臨床トレーニングシステム（レジデンシイ制度）に立脚したものであり、その運営、管理が極めて厳密に行われているために、専門医を増やすことは容易ではないことと関係がある。（別表1）

医療の分化が進むにつれて、より細分化された領域においても、Primary Boardの専門医を強く要望する傾向は米国においても見られる。これらに対して、ABMSはSpecial Qualificationという形で対応しているが、Primary Boardとすることには依然として難色を示し続けている。

厚生労働省が定めた外形基準を満たした学会が認定する専門医は、自動的に専門医として広告が認められる我が国の専門医の現状とは大きな違いがある。

1) ACGME と RRC

さて、米国の専門医制度を含めた卒後研修制度に直接関与し、これを管理統括しているのは、卒後教育認定協議会（Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME）である。これは米国医師会

(American Medical Association , AMA) の管理下にあるが、各種医療団体ばかりではなく、レジデントや市民までを含んだ第三者的要素の強いものである。連邦政府からも委員が加わっているが、連邦政府の委員には投票権はなく、オブザーバーとしての参加である (別表 2)。

この協議会は、レジデンシィプログラムの認定、教育施設の認定を行うが、その実際の業務を担当するのはレジデンシィ審査委員会 (Residency Review Committee , RRC) である。この委員会は AMA、ABMS およびそれぞれの診療領域の専門学会の三者により構成されている。

外科の場合には、AMA , American Board of Surgery , American College of Surgeons の 3 つの団体からの委員で構成されている。RRC は、施設から ACGME にレジデンシィ制度の認定申請がなされた場合、書類審査、病院の site visit (実地調査) 評価を行い、その結果を ACGME に報告する。ACGME にはその結果に基づいてレジデンシィ制度としての認定の可否を個々の施設について行う。

レジデンシィ制度の認定基準には、AMA が定める一般要件と専門学会が定める特定要件が細かく定められており、これらがきちんと守られているかどうかは RRC による site visit によって確認される。RRC の site visit では、プログラム責任者 (外科施設であれば外科の chairman、病院長ではない)、外科のスタッフ、看護師、事務職員、病院長などばかりでなく、さらに研修中のレジデントとも個別に面接して、それぞれから別個に聴取してきちんと要件が守られているかを判定する。研修プログラムの認定は 5 年ごとに更新が必要であるが、5 年ごとに書類審査と site visit が RRC によって、すべての認定施設について行われている。米国のレジデンシィ制度で最も重要視されているのは、連続性、指導体制、および段階を追っ

た研修であり、研修期間を通じて一つの研修プログラム、研修施設（関連病院を含む）で研修することが求められている。また非教育的な業務（書類書きなど）に時間を費やしてはならないことが明確に規定されている。

（ Non-educational activity of Surgical Residency , Superfluous Counterproductive Unnecessary Time , SCUT ）

2) 専門医制度とレジデンシ制度

米国の専門医制度はそれぞれの領域のレジデンシ制度と直結している。レジデンシ制度に基づいた研修を経ないで専門医になることはできない。Primary Board の専門医となるためのレジデントの研修期間は2年から5年で、それぞれの領域によって研修期間が定められている。さらに細分化された資格である Special Qualification を得るためには Primary Board の専門医を取得した後に、さらに一定期間それぞれの専門領域のレジデントとして研修をする必要がある（1年ないし3年）。Primary Board の専門医であれ、Special Qualification の Certificate であれ、レジデントとして定められた期間の研修を修了することが受験のための必要条件であることに変わりはない。

3) 専門医試験

さて、専門医資格を得るためにはチーフレジデントを終了した後、外科の場合には先ず、術者として実施した手術の一覧表、主治医として経験した全身管理を必要とした重症患者数、経験した複数臓器にわたる外傷患者数、外科の chairman からの推薦状、を American Board of Surgery に提出して書類審査を受ける。

書類審査で問題がなければ、次に 1 年に 1 回、秋に実施される認定試験（Qualifying examination，筆記試験）を受ける。これに合格した後、さらに 1 年に 6 回実施される専門医試験（Certifying examination，口述試験、3 sessions）に合格しなければならない。不合格となった場合には再受験することが認められているが、その期間や回数がそれぞれ定められており、一定期間内に再受験して合格しない場合には受験資格を失う。さらに受験を希望する場合にはもう一度レジデントからやり直さなくてはならない。Qualifying examination は筆記試験（multiple choice 形式）で行われ、外科医としての基本的な知識についてテストされ、Certifying examination では 3 人一組の試験官による口述試験で、さらに臨床的、専門的な能力が試される。口述試験は 3 回にわたって別々の試験官グループによって行われる。

これらの試験に合格して初めて専門医資格が与えられるのであるが、一旦専門医資格を取得しても、さらに 10 年ごとに資格を更新しないと専門医資格を失うことになる。

4) 専門医の更新

専門医資格を更新するためには、外科の場合、外科専門医としての水準を満たしていること（病院長や外科部長による推薦状）、生涯教育学習を続けていること（一定単位以上の生涯教育の単位を取得していること）、臨床医師として必要かつ有効な免許証を有していること、専門領域における臨床実績の呈示〔現在は施設の責任者の推薦状でよいが、近い将来、手術実績（死亡率、合併症率を含めたアウトカムのデータ）を求めることが検討されている〕が必要である。

生涯教育カリキュラムの認定は ACGME とは別に生涯教育認定協議会 (Accreditation Council for Continuing Medical Education , ACCME) が行っており、専門学会などが実施する学術集会や生涯教育プログラムの単位数の認定業務を実施している。

専門医の更新には現状では試験が課されていない。臨床実績が重視されているためであるが、その客観性をどのようにして担保するかが現在、ABMS で検討されている。

5) 専門医の数と認定試験の合格率

我が国では、それぞれの領域の専門医の必要数、適正数、専門医試験の合格率などが話題になっているが、米国ではこのようなことが話題になることは少ない。それは前に述べたように専門医制度がレジデンシ制度と直結しており、レジデンシ制度では個々の施設のレジデンシプログラム毎に ACGME によって各年度のレジデントの定員がきちんと定められているからである。専門医の最大数はレジデントの定員で決まるので、試験の合格率はむしろ 100% が望ましいという考え方である。厳しいレジデント研修を経て、チーフレジデントを修了し、認定試験によって専門医としての基準を満たした者にはすべて専門医資格を与え、これによってその領域の医療レベルの向上を図るとというのが米国の専門医制度の基本理念である。

一方で、需要の限られている領域での Special Qualification を得るための Subspecialty のレジデントの定員は、ACGME および専門学会によって厳しく制限されている。例えば、外科の Special Qualification の一つである小児外科のレジデントの定員は全米およびカナダを含めても僅かに

24 名に過ぎない。小児外科のレジデントを終わった者は全員が小児外科の専門医となることが望ましいので、認定試験によって専門医の数を制限するという考え方は存在しない。参考までに Primary Board の一つである米国外科専門医試験の最近の合格率と、専門医取得者数と延数を挙げておく。

American Board of Surgery Summary of 2002-2003 examinations			
Examination	# of Examinees	Pass rate	Diplomates to date
Qualifying	1,285	75%	
Certifying	1,184	83	48,355
Recertification	1,355	97	13,736
Vascular surgery qualifying	123	85	
Vascular surgery certifying	126	83	2,259
Vascular surgery recertification	146	97	1,214
Surgical critical care certification	78	90	2,009
Surgical critical care recertification	129	94	808
Pediatric surgery qualifying	--	--	
Pediatric surgery certifying	--	--	877
Pediatric surgery recertification	--	--	498
Hand surgery certification	1	100	224
Hand surgery recertification	14	86	75
Pediatric surgery ITE	69	N/A	N/A
IT/SBSE	<u>7,323</u>	N/A	N/A
Total	11,833*		
N/A = Not applicable.			
*4,441 examinees, excluding the IT/SBSE and pediatric surgery ITE.			

(Bull Am Coll Surg.;89(4):54)

6) Special Qualification について

米国の専門医制度では、Primary Board の専門医の種類が ABMS によって厳しく制限されてきたことは先に述べた通りである。医療の進歩に伴う専門分化に対しては、Special Qualification を認定してこれに Certificate を与えることで対応している。これは我が国で基本診療領域の専門医をとってから、さらに研修を続けて取得するいわゆる 2 階建ての 2 階部分の Subspecialty の専門医に相当するものである。米国の専門医制

度においてもこの Special Qualification の Certificate は、Primary Board の専門医を取得した後にさらに一定期間の専門分野のレジデンシ制度によるトレーニングを経て受験資格が与えられることになっている。この段階のレジデンシ制度についても ACGME と専門分野の RRC が直接関与し、認定試験は ABMS のそれぞれの専門分野の Board が実施している。参考までに、内科の Subspecialty として Certificate が与えられる専門領域とそのためのレジデント研修の期間を挙げておく（別表 3）。

我が国の学会による認定専門医制度では、内科であれば日本内科学会が、外科であれば日本外科学会がいわば独占的に専門医制度を所有して、認定しているのであるが、米国の専門医制度では、それぞれの領域の Board にはその領域に関連する多くの専門学会が参加している。外科専門医（ABS）の場合には、米国外科学会（American College of Surgeons）の他に主要な外科系総合学会、それぞれの地域の外科学会、および臓器別、領域別の主要な学会が加わっている（別表 4）。すなわち、米国外科学会が中心となって、多くの関連する外科系の学会が集まって、外科専門医を認定する形がとられている。

以上、米国の専門医制度について概観したが、その細部については絶えず細かな修正や改変が行われている。例えば、専門医の更新のための試験にコンピュータを利用することなどが検討されている。

（２）ドイツの専門医制度

ドイツでは、前々世紀から前世紀にかけて医学が急速に進歩したため、患者は家庭医を迂回して専門の医師を直接訪れるようになり、医療供給の面で各種の弊害が現われた。これを是正するために医師会は激しい議論の末、1924年に14の専門科からなる専門医制度を発足させ、内科、外科、産婦人科の専門医は4年、その他の科は3年の卒後研修と試験が義務づけられた。そして専門医が家庭医の業務を行うことが禁じられ、専門の診療が終っても家庭医に患者を戻さないときは専門医資格を取消すという罰則を作ったりしたが、これが現在の専門医制度の基礎となっている。

臨床に進む医師は、卒後研修規則で定められた専門医コースの中から一つを選んで研修することが義務づけられているが、家庭医になる医師も一般医学の専門医資格が必須である。

1) 卒後研修規則（2003年版）から

卒後研修規則は大きな改訂を重ね 1992年版が作られたが、新しい専門領域を積み重ねたため複雑で理解し難くなった。しかし、2003年版では専門医と Subspecialty が大胆に組替えられ、単純明快なものになった。古い規則で取得した資格と称号はリタイアするまで有効である。

新しい卒後研修規則は連邦医師会のホームページに掲載されているが、従来通り次の4要素で構成される。

A．総則： 全ての専門領域に共通する規則。

B．専門医の新しい分類： 専門医ごとに定義、研修目的、研修の期間と内容が示されている。たとえば、従来は一般医学（家庭医）専門医と内科の専門医は別分類であったが、改訂により一般医学は内科に統合さ

れ、「内科及び一般医学専門医」という長い名称になり、卒後研修の最初の 2 年間は他の内科専門医と同じように内科の研修を受け、3 年目から一般医学としての研修に入ることになる。一方、他の内科専門医は 3 年目から、たとえば血液学と腫瘍学のコースに入り、「内科及び血液・腫瘍学専門医」の資格を取得する。外科も同様に、外科の 2 年間の基礎研修を終えたあと、たとえば 4 年間の一般外科、あるいは血管外科の研修を済ませると「一般外科専門医」「血管外科専門医」の資格を得る。このような Subspecialty 的な分類も含めて専門医の種類は 50 に達する。

C. 付加的卒後研修： B に示した専門医資格を有する医師が、比較的小さい専門領域の卒後研修を受けて受験し、専門医に併記することが認められる資格で、今回大幅な変更と増加が行われた。老人医学、疼痛治療、航空医学、男性学、ホメオパシーなど 46 領域があり、広範な臨床試験でエビデンスが確認された鍼も加えられた。

D. 指針： 卒後研修内容に関する指針は今回大幅に改められ、習得すべき項目ごとに指導医のコメント、その項目の知識、経験及び能力を習得したこと、及び症例数を記入し、指導医がサインしていく形式となり、専門医試験申請のときに提出することになった。ドイツでの指針 Richtlinien は、個々の医師には僅かな裁量の余地しか認められず、それに注意を払わないと制裁の対象になりうる厳格な規定である。

2) 卒後研修規則の規定から

研修条件： 規定された研修内容と期間は最低条件で、研修内容を習得できないときは、研修期間を延長することができる。研修は認定された卒後研修機関で適切な報酬を受け主勤務として行われる。フルタイムが原則。パートタイムは、通常の労働時間の半分はなければならないし、

研修期間はそれだけ延長する。

研修指導医： 研修は医師会で資格を与えられた指導医により、認可された施設で実施される。資格は期限付。指導医は研修の内容を詳しく記述した証明書を作成する。指導医は研修医と最低 1 年に 1 回、研修単位終了時に、研修の状態を二人で評価する討議を行って記録に残し、試験申請時に添付する。医師会は指導医と資格の範囲、研修機関の名簿を作成する。

試験： 各試験委員会は最低 3 名の医師(2 名は該当する領域の専門医)。

試験は口頭で最低 30 分。再試験は 3 ヶ月から 2 年以内に実施。試験委員は無報酬。

3) ノルトライン医師会の試験実施状況

ノルトライン医師会(住民数 930 万) の業務報告から、関連する事項をいくつか紹介してみよう。

2004 年に指導医の資格を得た医師は 478 人。この年に専門医と Subspecialty の試験 1,673、付加資格に相当する試験 470 が行われ、不合格率は 7.60%であった(表)。不合格率は毎年 7% 前後である。

ドイツでは実力が把握できるということで、昔から口頭試験が医師国家試験や専門医試験で重視されている。その場合、指導医の報告が重要な判断資料となる。専門医の試験では、試験委員はあらかじめ送付された研修証明書(指導医作成) を審査し、当日の試験結果と併せて決定を下すが、再試験の場合は再履修の条件もその場で決定する。そのような状況なので、1 組の試験委員会が 1 日に試験できるのは 4 人が限度である。2004 年は試験委員長 49 名、試験委員 629 名、試験日 16 日で実施された。試験日設定のための電話 4,200 通話、指導医作成証明書や資料 21,000 通が事前審査

のために委員に発送されている。卒後研修委員会（委員 7 名）は数千に及ぶ個別案件も処理している。

4) おわりに

ドイツの専門医制度は、研修指導医の役割が極めて大きく、研修医の毎日の業務と研鑽が評価に直結するという厳格な研修を基礎にして築き上げられている。

表 専門医試験の成績（ノルトライン医師会）

年	不合格率 %
2004	7.60
2003	6.23
2002	7.34
2001	6.59
2000	6.48

Tätigkeitsbericht 2005 zum Herunterladen,
Ärztekammer Nordrhein,
<http://www.aekno.de/htmljava/index.asp>,
KammerIntern, KammerArchiv.

4．我が国の専門医制に対する提案

この報告書で述べられてきたように、我が国の現在の専門医制度は数多くの課題を抱えている。日本医師会学術推進会議は、我が国の専門医制の今後のあり方に関して以下の如く提案したい。

(1) 専門医制の問題に入る前に認定医制の問題に関して述べる。現在認定医制を採用しているのは日本内科学会だけである。内科学会では内科の総合的な知識・技能を取得していることを認める認定医の資格をとった後に、消化器、循環器等内科の Subspecialty の専門医を取得する体制をとっている。外科学会にも認定医制があったが、最近は専門医だけの体制になっている。一方、癌治療の専門医に関して、日本医学会から癌に関する基盤的な知識・技能を保証する認定医と認定医の資格をとった後に癌薬物療法、放射線治療など、癌治療に特化した専門医の資格をとるという、2段階制を癌治療に関連する各学会が採用するよう関連学会に提案し、現在この提案にもとづいて取り組みが始まっている。

医学の進歩に伴って医学の各分野が専門細分化するのは必然的なことである。細分化した各専門の分野が専門医制を採用することの必然性について異論はないが、各学会が細分化する前に必要な共通の知識・技能を保証する認定医制を設け、その上に専門医制を設けるという、2段階による専門医の認定を導入すべきである。対象となる認定医に関しては、日本医学会、日本医師会、学会認定医制協議会で構成される三者懇談会が定めた14の基本領域診療科が積極的に採用されることを提案したい。

(2) なお、基本的な診療科が行う認定医のプログラムと日本医師会が行

っている生涯教育のプログラムとが相互に関連した内容のものとなること。とくに日本医師会生涯教育カリキュラムの基本的医療課題を認定医取得のためにカリキュラムの中に取り組むことが強く望まれる。

(3) 現在、日本専門医認定制機構に加入し、且つその専門医の表示が認められている学会の中から特定の専門科を選び、且つ該当する専門医の数を限定的なものとする。対象となる特定の専門科の選定、専門医の数の決定並びに対象となる専門医の認定は、日本医学会、日本医師会、日本専門医認定制機構、学識経験者、市民の代表者等によって構成される第三者機関が行う。なお、関連する行政機関は第三者機関にオブザーバーとして参加する。

(4) 対象となる専門医（特定専門医と仮称）の知識・技術等に関する評価は、日本専門医認定制機構が行う。そのためには日本専門医認定制機構の機能を主として各学会の専門医制の評価にしぼり、名称もその機能に沿ったものに改めることが望まれる。

(5) 特定専門医（仮称）を取得したもの又は特定専門医が所属している施設に対して診療報酬上の対応を検討する。

(6) 今回我が国の専門医制度に関する議論並びに参考人からの意見として提起された問題点の1つが、患者が直接、専門医を訪れ、診療を受けることができるという我が国の医療体制のあり方であった。諸外国のように、まずかかりつけ医を訪れ、かかりつけ医の紹介で専門医の診療を受けるといった体制の確立が病診連携のより一層の推進のためにも極めて重要である。なお、日本医師会は、かかりつけ医の機能の向上を生涯教育制度のより一層の強化によって図るべきである。

第 次学術推進会議報告書参考資料
米国の専門医制度について

別表 1 Member Boards of ABMS

	レジデント修業年数
(1) Allergy and Immunology	2
(2) Anesthesiology	4
(3) Colon and rectal surgery	
(4) Dermatology	3
(5) Emergency medicine	3
(6) Family practice	3
(7) Internal medicine	3
(8) Medical genetics	
(9) Neurological surgery	5
(10) Nuclear medicine	2
(11) Obstetrics and Gynecology	4, 5
(12) Ophthalmology	4
(13) Orthopedic surgery	5
(14) Otolaryngology	5
(15) Pathology	3, 4
(16) Pediatrics	3
(17) Physical medicine and Rehabilitation	4
(18) Plastic surgery	2, 3
(19) Preventive medicine	1
(20) Psychiatry and Neurology	3, 4
(21) Radiology	5
(22) Surgery	5
(23) Thoracic surgery	2, 3
(24) Urology	5

別表 2 Accreditation Council for Graduate
Medical Education (ACGME)の構成メンバー

Function: Accrediting GME

Representatives	委員定数
American Board of Medical Specialties	4
American Medical Association	4
American Hospital Association	4
Association of American Medical Colleges	4
Council of Medical Specialty Societies	4
Resident Physicians Section AMA	1
Public	1
Federal (non-voting)	1

別表3 内科専門医 American Board of Internal Medicine 取得後の
Special Qualification の種類と修業月数

Training period 36 months

Subspecialties and Added Qualifications	修業月数
Cardiovascular disease	36 (mo.)
Endocrinology, Diabetes, and Metabolism	24
Gastroenterology	36
Hematology	24
Infectious disease	24
Medical oncology	24
Nephrology	24
Pulmonary disease	24
Rheumatology	24
Adolescent Medicine	12
Clinical cardiac electrophysiology	12
Critical care medicine	24
Geriatric medicine	12
Interventional Cardiology	12
Sports Medicine	12

別表4 The American Board of Surgery, Inc.に参加している学会

APPROVED, 1937.

INCORP. 1937

SPONSORING,NOMINATING,OR CONSTITUENT ORGANIZATIONS

American Surgical Association
 American College of Surgeons
 American Medical Association
 Society of University Surgeons
 Association of Academic Surgery
 Southern Surgical Association
 Western Surgical Association
 Pacific Coast Surgical Association
 New England Surgical Society
 Central Surgical Association
 American Pediatric Surgical Association
 Society for Surgery of the Alimentary Tract
 American Association for the Surgery of Trauma
 The Joint Council of the Vascular Societies
 The Society of Surgical Oncology
 American Board of Colon and Rectal Surgery
 American Board of Plastic Surgery
 American Board of Thoracic Surgery