

Current Status of Medical Specialty Board in Japan

Yasuo Ikeda, MD

Professor, Internal Medicine,
Keio University School of Medicine
President,
Japanese Medical Specialty Board

History of Medical Specialty Board in Japan

- 1962:** **First Specialty Board** as Anesthesiology Instructor by Japanese Society of Anesthesiology
- 1981:** **Council of Medical Specialties (CMS)** comprising 22 Medical Societies (Japanese Society of Internal Medicine, Japan Surgical Society, Japan Pediatric Society etc)
- 1986:** **Joint Committee** on Medical Specialties with **Japan Medical Association (JMA)** and **Japanese Association of Medical Sciences (JAMC)**
- 2001: Revised Bylaw of CMS
- 2002:** **Law for Advertisement of Medical Specialties**
- 2003:** **Establishment of Japanese Board of Medical Specialties (J-BMS)** comprising 52 Medical Societies

Mission of Japanese Board of Medical Specialties (J-BMS)

J-BMS has a mission to establish high standards for physician specialty certification and maintenance of certification through the collaboration with member societies and other organizations.

It's purpose is to improve and assure the safety and quality of medical care provided by certified physician specialists in Japan.

J-BMS Organization

- 66 Academic Medical Societies -

- General Assembly
- Board of Directors
- Committee of the Board
 - Executive Committee
 - Committee on Certification, Recertification and Maintenance of Certification
 - Committee on Public Relations
 - Committee on Finance
- Advisory Committee

Important Issues on Medical Specialty Board in Japan

- General concept of specialty board
- Principles of certification, recertification and maintenance of certification
- Appropriate number of board certified doctors in individual medical field
- Incentive of board certified doctors

General Concept of Specialty Board

- Medical Specialty Board should be well recognized and supported by the public
- Medical Specialty Board should contribute to improvement of the doctor's skill, leading to the better patient management
- Information of the certification process and certified physicians should be open to the public
- Individual medical society should be responsible for certification and the maintenance of certification

What is required for Board Certified Physicians?

- Basic and advanced medical knowledge
- High standard technical skills
- Adequate communication skill
- Medical ethics and safety management

Principles of Certification and Maintenance of Certification

J-BMS is the organization that is a leader to establish standard for physician certification and the maintenance of certification, without interfering with the autonomy of any medical society.

Principles are set focusing on the public request for safe and high quality patient management and for transparent certification process.

To avoid people's confusion and misunderstanding, medical specialties should be properly categorized.

Category of Certificate Board

General Certificate Board (18 Societies)		Subspecialty Certificate Board (26 Societies)	Other Certificate Board (22 Societies)
Internal Medicine	Neurosurgery	Cardiology	Intensive Care Medicine
Surgery	Plastic Surgery	Cardiovascular Surgery	Kampo Medicine
Orthopedic Surgery	Psychiatry	Hematology	Etc...
Obstetrics and Gynecology	Urology	Nephrology	
Pediatrics	Radiology	Infectious Disease	
Ophthalmology	Acute Medicine	Gastroenterology	
Dermatology	Pathology	Neurology	
Oto-rhinolaryngology	Rehabilitation Medicine	Etc...	
Anesthesiology	Laboratory Medicine		

Appropriate Number of Board Certified Physicians (1)

General Certificates	Current Number	Subspecialty Certificates	Current number	Other Certificates	Current number
Internal Medicine	61,314	Cardiology	10,354	Intensive Care Medicine	780
Surgery	17,091	Cardiovascular Surgery	1,911	Kampo Medicine	2,424
Orthopedic Surgery	15,992	Hematology	2,174	etc..	
Obstetrics & Gynecology	12,025	Nephrology	2,827		
Pediatrics	12,354	Nephrology	2,827		
Ophthalmology	9,687	Infectious Disease	881		
Anesthesiology	5,745	etc..			
Acute Medicine	2,584				
etc..					

Appropriate Number of Certified Physicians (2)

In United States

- Completion of residency program is required for board examinations
- The number of residency programs and the number of participants are limited
- The number of board certified physicians could be therefore adjusted

Guideline to Establish Medical Specialty Certification System (1)

General aspect

- Image of certified physicians easily recognized by the public
- Appropriate number of certified physicians
- Description on relations to other societies
- Training curriculum including Internal Medicine & Surgery
- Requirement of documented clinical experiences
- Not important for duration of membership of medical societies
- Appointment of certified instructors at authorized institutions

Guideline to Establish Medical Specialty Certification System (2)

Qualification

- Training period : 5 years or more,
 - Training records submitted
- Examinations:
 - Oral examination
 - Paper examinations
 - Skill presentation
- Recertification process: every 5 years,
 - Clinical records submitted
 - Lecture attendance required
 - Skills rechecked

Guideline to Establish Medical Specialty Certification System (3)

Specialty Board should have	
Committee	Documented Rules
<ul style="list-style-type: none"> • Curriculum • Qualification • Examinations • Institutions 	<ul style="list-style-type: none"> • General Rules • Training Curriculum & Manuals • Teaching Manuals • Certification Standard • Qualifications for Instructors & Institutions

Training Curriculum

What is the final Goal? How they learn?

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Scientific knowledge • Clinical skills • Patient management • Ethical & Safety issues | <ul style="list-style-type: none"> • Time periods for individual training • How many patients managed • How many operations participated • Attending lectures & conference |
|--|--|

Council of Medical Specialty Societies - CMSS -

•31 Societies

23 ABMS primary certifying boards

8 other newly admitted societies

•Associate Members

ACCME: Accreditation Council for Continuing Medical Education

ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education

ACME : Alliance for Continuing Medical Education

AAMC : Association of American Medical College

NBME : National Board of Medical Examiners

ABMS : American Board of Medical Specialties

専門医制度整備指針

(第2版)

平成19年5月

日本専門医認定制機構

専門医制度整備指針について

[はじめに]

わが国では各学会がより良い医師の育成を目的としてそれぞれ独自の専門医制度を立ち上げました。制度の内容は各学会で個別に作成してきたため、統一性に欠けるなどの問題もあり、社会的に認知されるよう調整機関として学会認定医制協議会（後に専門医認定協議会）が設立されました。この協議会において各学会の専門医制度の全体としての調整が進み、協議会が認定を行ってゆく方向で作業が進められましたが、平成14年に厚生労働省による医業に関する広告規制の緩和の一環として専門医の広告が可能となったため一部混乱が起こり、協議会の役割についても見直しが求められました。そこで、協議会は中間法人日本専門医認定機構と組織変えを行いました。厚生労働省の基準は単に外形基準を定めた制度であり、その質は問われていないものでありますので、それまでの通りの方向で各学会の制度を評価・審査してゆくことにより、質の担保を図るべく作業を行って参りました。日本専門医認定機構としては専門医認定に関する第三者機関となることを目標とし、社会に納得してもらえるような制度にしてゆくことが緊急の課題であると考え、これに沿って各学会が制度の整備にご尽力くださることを願っています。

このような現状から各学会での専門医制度の構築に関する基本的事項を指針として示したものであります。学会によりその専門医資格の内容が異なりますが、基本的考え方はこの指針に沿ったものとしていただきたく考えています。

[改訂について]

この度、基本的には大きな変更はありませんが、更に細部の内容についても調整を行い充実した制度とするべく平成19年5月に指針の改訂を行いました。

専門医制度評価委員会

[専門医認定を行う学会組織]

学会名 _____

(専門医の名称 _____)

法人格 _____

学会発足年 _____ 年

制度発足年 _____ 年

会員医師数 _____ (内、専門医数 _____)

専門医認定制機構加盟 _____ 年 _____ 月

[専門医の概要についての確認事項]

専門医医師像

国民の立場からわかり易い専門医像を明示し、その達成のための研修制度を構築する
(どの範囲で、どのようなことが、どの程度できる医師であるのか、ホームページなどで200字程度で紹介する場面を考える)

今後の細分化計画

今後、当該学会を基盤とし細分化した領域の専門医あるいは技術認定などを考えている時には、それらの全体像の解りやすい解説

専門医数

現状での専門医の人数および将来的な適正人数についてどのように考えているか学会としての方向性を示しておく(何らかの方法での適正数を示す必要性ある)

他の専門医との関連性

基盤学会名：基盤とする学会(・・学会専門医資格を必要とするなど)

連携学会：当該学会を基盤として学会認定医、専門医など(細分化領域専門医、技術認定など)

その他関連、連携学会について明確にする

基本的な内科、外科研修について

各専門医研修において、基本的な内科系、外科系の総合診療研修をどのように達成させるか、具体的にカリキュラム中に明確にする

初期臨床研修期間中に行った診療経験をカウントすることは可とする

臨床経験レポート、症例登録

各施設の手術、その他記録台帳に、術者・助手等の記録が残っていないとしない
レポート、症例登録は各施設のID番号で行う

同一症例での申告制限：担当医としての症例のみ有効（原則 1名のみ）

：手術、検査も施行者として一名

（なお、研修内容が異なれば問題なし）

基本領域診療科専門医研修中の医師の呼称

各施設でさまざまな呼称で任用されているが機構としては〇〇科専攻医と呼称する

会員歴

基本的に会員歴は問わない

指導体制

指導管理責任者：部門長、あるいは診療責任者(カリキュラムの管理者)

病院長、センター長などではなく診療現場の責任者を想定

指導医：日常診療で直接指導し、達成度を評価する

学会内資格とし広告することはできない

指導医認定基準を各学会が制定する

[制度概要]

1. 学会が一定の基準で認定した施設で、5年間以上の研修
2. 学会が認定した指導管理責任者の管理施設の下で指導医の指導によるカリキュラムに沿った研修
3. 資格審査：i. 申請資格審査：(当該学会員歴、基盤学会の資格その他)
ii. 提出書類による研修実績の評価
iii. 試験による審査（筆記試験、口頭試問、実技試験等による）
4. 5年毎の更新
5. 学会が義務つけた研修と機構あるいは医師会の行う講義などの受講義務
6. 技術認定などを行う場合は明確な基準を設ける

(整備すべき組織)

委員会等の設置

次のような機能をもつ専門医制度に関する委員会等の設置が必要

1. 専門医制度検討：専門医制度全体を統括 規約、規則を制定する
2. カリキュラム作成：カリキュラムの作成、修練方略その他修練内容に関する事項を審議
決定する
3. 専門医資格認定：専門医の認定に関する業務を行う
4. 専門医試験実施：試験の実施、試験問題作成、成績集計などを行う
5. 施設認定：修練施設の選定を行う
6. 指導者選定：指導責任者、指導担当医、などの選定を行う

(整備すべき規則と書式)

作成すべき規約、規則等

- ① 専門医制度規則
- ② 研修カリキュラム
- ③ 研修マニュアル
- ④ 指導マニュアル
- ⑤ 資格認定基準
- ⑥ 指導者認定基準（指導責任者、指導担当医など）
- ⑦ 施設認定基準（研修施設、関連施設）
- ⑧ 研修記録用紙（経験症例、経験検査・処置、経験手術、その他）

[認定審査関連整備内容]

研修カリキュラムには、次のような内容が必要

[研修目標]

(1) 到達目標

1. 一般目標

目指す専門医医師像に応える医師養成のカリキュラムの一般的目標

(総論的目標)

(各論的目標)

2. 到達目標

具体的修練目標の範囲、要求レベルを明確にする

目標1. (基本知識) 学ばねばならない基本的知識の範囲、レベルを明示する

目標2. (診療技術) 必要とされる検査、処置、などに関する範囲、要求度を明示する
(理解まで、あるいは独自で実施まで要求か)

目標3. (手術、処置技術) 臨床で実施する処置、手術などの技術修得の範レベルを
明示する

目標4. (医療倫理) 医療倫理に沿った診療の実施 ICの実施、医療安全、医療に関する
法律、医療経済、グループ診療の体験、など

目標5. (生涯教育) 生涯研究 EBMに基づく医療、生涯学習の習慣づけ

(作成上の注意：研修偏りの防止)

研修すべき内容に個人的な偏りが無く、すべての領域の研修が行われるように必須研修義務項目の整備が配慮されていることが必要

(2) 経験目標

種々検査：必要とされる検査経験の種類内容を明確に分類

- i. 検査の意義、適応に関して理解していることが求められる検査
- ii. 検査所見を判断することが求められる検査
- iii. 検査を自身で実施することが求められる検査
- iv. 経験検査数

臨床症例経験：該当領域の疾患症例の経験

- i. 必須経験疾患症例内訳
- ii. 担当症例数

手術、処置経験

- i. 自身で術者として施行することができる
- ii. 第一助手として手術を施行することが出来る
- iii. 助手として手術を経験しておくべき
- iv. それぞれの経験すべき例数

(3) 研修方略の明示

具体的修練の場、方法に関して（修練施設、指導体制、講義、講演など）

- i. 自己学習により研修すべき項目内容を明確にする
- ii. 臨床現場での指導医の下での研修

臨床現場における日々の診療がもっとも大切な研修であり、認定施設内で学会の定めた指導管理責任者の管理の下、学会の定めた指導医による直接指導で行われる。指導は指導者講習会あるいは指導マニュアルなどに沿って統一的なレベル、内容で行われる

- iii. 学会の企画認定した講演、シンポジウム、講義、教育集会などでの研修

医療倫理医療安全教育

具体的研修方法、研修方略

- i. 医療安全、医療倫理などの研修：講習など受講義務
- ii. 実地診療の場での指導担当医による教育（屋根瓦方式）
- iii. 院内種々関連委員会への参加

生涯研修の習慣づけ

具体的研修方法の指示が必要

生涯教育の習慣づけ：論文、学術発表などの義務付け、症例検討会の司会、研修会、教育講座の受講

他学会などとの連携

研修内容の特定部分を他の学会などでの研修に託する時はその部分を明確にしておかなければならない

(4) 研修カリキュラム作成

研修施設における具体的研修目標、内容、方法などのカリキュラム

(5) 指導マニュアル作成および指導担当者教育システムの構築

指導医による指導に関するマニュアル、指導者講習会など

(6) 指導体制：研修受入れ人数

1名の指導医が同時に3名までの専攻医指導までとする

[資格認定評価基準]

申請資格審査

審査書式および審査手順

- i. 認定施設における研修実施の証明（学会で指定された指導責任者による証明）
- ii. 必須研修の実績証明（経験内容、症例の経験報告など。研修履歴、研修手帳管理など）

- iii. 必須研修の達成度評価記録。研修実施内容個々についての指導担当医による達成度評価
(個々研修項目についての達成度評価は大きな要素である。特に技術評価などは制度の中で指導担当医による評価に委ねられており、従って指導者講習などが必須となる)
- iv. 該当委員会による申請研修内容の評価判定
- v. 該当委員会による総合的評価、認定の決定

補、審査に当って資料点検作業

研修記録などの内容の監査システムの構築

(委員会による無作為抽出による実地調査あるいはそれ相当の方法)

試験の評価基準

試験制度

到達目標の全項目に関し偏らない試験の実施

- i. 筆記試験による到達目標 1, 2, 3 の内容の試験
- ii. 口頭試問にて到達目標 4, 5 の内容の試験
- iii. 技術に関する評価試験 (必要性に関して検討、見解を示す)
(他の方法での代替も可能であるが、その方法の評価が必要)
- iv. 筆記試験難易度調整：正答率、識別指数による補正調整のルール
- v. 筆記試験合格率決定についての指針を確認事項としておく
- vi. 口頭試問：試験内容の調整基準
- vii. 口頭試問評価基準。試験官による評価の差が少ない基準
- viii. 技術評価基準
- ix. 合格率決定に関する基準。総合的判断の基準を明確にしておく

技術達成度評価

- i. 指導医による技術達成度評価。研修記録内に個々事例について評価する
- ii. 指導医による評価基準を明確にする。指導マニュアル内に明示する
- iii. 総合的評価の基準を明確にしておく

具体的研修記録、

経験症例記録

- i. 項目別に個々の経験症例、経験内容について達成すべき内容および評価内容、指導医による達成度評価は必須
- ii. 集計表

施設認定

認定基準

- i. 設備完備基準
- ii. 症例数、指導者数、研修実績、などの診療実績の要素も含む
- iii. 内部組織整備 (医療安全管理などに関する管理組織)
- iv. 症例検討会、CPC、その他検討会の開催
- v. 研修内容に関しての監査調査に対応できる体制であること
- vi. 施設としての具体的なカリキュラムを整備
- vii. 活動状況：診療活動、学術活動、専門医育成なども認定基準に加える

関連施設認定基準

- i. 関連施設に関しても認定基準を明確にする
- ii. 関連施設での研修期間、研修内容を明確にする

指導医の認定基準

明確な認定基準が必要（暫定的な基準はその旨を明確にしておく）

[資格更新]

資格

1. 現役で診療に従事していることの確認は必須事項（診療実績）
名譽的な専門医呼称は認めない
2. 認定施設で指導者としての関与は現役医師として認められる
セカンドオピニオン対応などは認められる

研修実績

1. 論文のみでの単位充足は認められない
2. 医療倫理、安全対策などの要素が含まれることが必須
3. 研修会、学会など単に参加証での受講確認は認められない
（確実に受講を証明できる方法で、ITを用いた講義聴講も受講確認がおこなわれれば認められる）
（現在、システムを検討中）
4. 研修会、学会など単位数が少なくとも年間10時間以上が求められる
5. 今後認定制機構あるいは医師会の生涯教育講座聴講も義務付けられる予定あり

(参考)

現在までの専門医認定制機構変遷

- 昭和37年 日本麻酔学会 麻酔指導医制度発足
- 昭和50年以降、種々基幹学会が独自の認定専門医制度発足
- 昭和56年 学会認定医制協議会（後に専門医認定制協議会）発足
- 平成14年 厚生労働省「広告可能な専門医資格を認定する団体の外形基準」
- 平成14年 中間法人 日本専門医認定制機構 発足

専門医資格について（厚生労働省告示158号26号）

- ア：専門医告示の各号に掲げる基準を満たす団体が厚生労働省大臣に届出を行った場合は、当該団体が認定するいわゆる専門医資格を有する旨を広告しても差し支えないこと。
- イ：届出の受理の当職による専門医告示に定める基準の審査にあたっては、専門医資格の客観性を担保するため、医学医術に関する団体の意見を聴取することとしていること。
- ウ：専門医資格の広告が可能なのは、常時診療に従事する医師又は歯科医師についてのみであること。
- エ：厚生労働大臣が届出を受理した場合は、厚生労働省は、当該団体名及び当該団体が認定する専門医資格名の一覧を都道府県宛に通知するとともに、個別の広告が広告規制に抵触するかなかを判断する際の参考にされたいこと。
- オ：実際の広告の形態は、主に次ぎに示すようなものを想定していること。
(例) 医師 0000 (00 学会認定 00 専門医)
- カ：団体による厚生労働大臣への届出は、申請書により必要な添付書類を添えて行うこととする。

いわゆる「専門医資格」を認定する団体の基準（厚生労働省告示第159号1号）

1. 学術団体として法人格を有していること
2. 会員数が千人以上であり、かつ、その8割以上が医師であること
3. 学会が5年相当の活動実績を有し、その内容を公表していること
4. 外部からの問い合わせに対応できる体制が整備されていること
5. 専門医資格の取得条件を公表していること
6. 資格の認定に際して5年以上の研修の受講を条件としていること
7. 資格の認定に際して適正な試験を実施していること
8. 資格を定期的に更新する制度を設けていること
9. 会員及び資格を認定した医師の名簿が公表されていること

中間法人 日本専門医認定機構

〒100-0005 東京都千代田区丸の内3-5-1

東京国際フォーラム D301

TEL : 03 (3201) 3930 FAX : 03 (3201) 3931

URL : <http://senmon-i.umin.jp>

社団法人 日本専門医制評価・認定機構ニュース

発行：社団法人 日本専門医制評価・認定機構

事務所：東京都千代田区丸の内3丁目5番1号 東京国際フォーラム D303

TEL 03-3201-3930

E-mail: senmoni@isis.ocn.ne.jp

FAX 03-3201-3931 URL <http://www.japan-senmon-i.jp>

No.1 2008.8

発行責任者 池田康夫

(社) 日本専門医制評価・認定機構が発足 新理事長に池田康夫氏

本年3月25日付にて兼ねてより申請中でありました公益法人が、厚生労働省より認可されました。また、理事・監事の任期満了に伴い、5月28日の社員総会にて新理事・監事18名が承認されました。この社員総会直後に開催された第1回理事会において、理事長には池田康夫氏が選出され、その後の理事会において、松田暉氏と八木聡明氏が副理事長に選出され、新たな各委員会・担当理事も別掲のように決定いたしました。



日本専門医制評価・認定機構
理事長

池田康夫

慶應義塾大学医学部
内科学教授

諸外国と比べて少ない医師数や低医療費でもって世界一の長寿、最も低い新生児死亡率など最高水準の医療を維持して来た我国において、現在医療における諸問題に社会の大きな関心が集って来ている。

医師の診療科・地域における偏在を含む医師不足、高齢化社会における医療体制の在り方、医療過誤あるいは診療関連死をめぐる届け出、原因究明制度の在り方等々、これほど医療に国民の眼が注がれてい

る状況はかつてなかった。

一方、難治性疾患の治療に対する患者の期待は大きく、新規治療法の開発も含め、最高水準の医療提供体制の整備もまた喫緊の課題となっている。

世界に誇れる安全かつ効率の良い医療体制の構築を目指す時、医療提供の役割分担の議論は避けて通る事は出来ない。このような背景を考えると今こそ各学会の専門医制度の在り方について、国民に判りやすい形で透明性を持った議論を深めると共に、専門医の果たすべき役割を社会に明示する必要がある、社団法人日本専門医評価・認定機構の果たすべき使命は非常に重いものがある。

機構は、これまで各学会の専門医制度を評価し、その標準化の為に作業や、専門医制度の情報提供等の活動を通じて、我国における専門医制度の普及に

貢献して来たが、我国の医療体制の大きな変革が求められている時代において、機構はその使命を明確にし、我国の医療における専門医の位置づけを確立する為に、各学会の協力を得ながらも強いリーダーシップを発揮しなければならない。

この度、機構理事長に就任したのを機会に、機構の在り方を見直し、国民の視点に立った専門医制度確立の為に中心的役割を担うに相応しい組織として新たな活動方針をたてたい。

まず、理事を中心に各学会の協議委員を交えた各種委員会を設置し、機構の運営に当たりたいと考えている。この際、委員は学会の利益代表としてではなく、より良い専門医制度確立の為に尽力してもらいたい。

専門医制度のあるべき姿について、例えば専門医育成の為に適切な教育プログラムの策定、認定施設の選定基準、適正な専門医数、専門医のインセンティブなどについての議論を深めるとともに、各学会間の調整にもリーダーシップを発揮したい。新たに設置された委員会として「専門医在り方委員会」での議論に期待したい。

機構が直ちに取り組むべき課題として、専門医広告基準の見直し作業がある。現在の基準では、厚生労働省の示す外形基準を満たす学会が認定する専門医は、広告が可能であるというものであるが、重要なのは、外形基準ではなく、その制度の内容が問

われるべきである事は明白であり、全ての学会の専門医制度は本機構の如き中立的機関の審査を受けるような制度設計が必要であり、その実現に向けた取り組みを早急に開始したい。その為にも本機構は、第三者的、中立的立場を明確にする事が重要である。その理解があつてこそ、各学会の専門医制度に基づいて認定された専門医が広く国民に認められるようになると思われる。本機構のそのような性格を明確にする為にも、既に設立されている日本専門医制度審議会と手を携えて進む必要があり、日本医学会・日本医師会、更には厚生労働省とのより良い協調体制の構築を急ぎたい。特に日本医学会臨床部会専門医制度委員会との共同作業を早々に開始したい。

その他、本年度に本機構が取り組む作業として、研修・修練施設一覧の作成、学会負担金の変更、ならびに会費の見直し、それに伴い、社団法人としての活動に必要な資金獲得の為に募金趣意書の作成と寄付依頼などがある。また、来年早々には、専門医制度をめぐる諸問題について、公開の場での討論会を企画し、医師のみならず患者の視点に立った議論を展開したい。

プロフェッショナルとしての誇りを持った専門医を生む制度の早期確立を目指す決意を持って本機構の運営に当たりたいと思っている。皆様の暖かいご指導、ご鞭撻を心よりお願いしたい。

社団化した専門医制機構に期待する

専門医認定制機構は待望の社団化が実現し、名称を社団法人日本専門医制評価・認定機構と改称して、第三者機関の立場を明確にしたことは何よりであり、長い間の努力が実った事を喜びたい。

早いもので、私が専門医認定制機構の代表を辞して3年が過ぎたが、この僅かな間に、医療環境は著

元代表理事 酒井 紀

しく変化し、急激な医師不足や専門病院の減少など深刻な医療崩壊が起こったことは驚きであった。切っ掛けは平成16年度から開始された初期臨床研修の必修化が引き金となったことは事実であろうが、わが国の医師教育制度（医育システム）の欠陥、医療法で定めた医師の自由標榜制などが根底にあつ

たとも考えられる。わが国では、従来から医師の教育は大部分が大学に任せられ、専門医教育にも一貫性がなく、所属学会の専門医制度に依存することが多く、医師としての技能を正当に評価する第三者的機関はなかった。専門医制度は欧米諸国のような公的性格を持ったものではなく、各専門学会が独自に制定した私的制度であり、医療の現場に対応したものでなく、統一性を欠き、専門医の質の保証は不十分であった。

現在、医療を取り巻く環境は厳しく、特に専門医

にかんする社会的関心事は極めて高い。医療への国民の信頼が得られるためにも、わが国の専門医制度の確立は急務であり、今こそ医学会、医師会上げての大同団結によって、山積する専門医問題の解決に向かって努力する必要がある。今回、第三者的機能をもって活動することになった専門医制機構の役割は大きく、学会の独自性を排除して、わが国の医療体制に沿った専門医制度の精度を高め、専門医を適正に配置できるような専門医制の確立を期待したい。

新法人「日本専門医評価・認定機構」に期待する

元代表理事 北村 惣一郎

此の度、日本専門医評価・認定機構が社団法人として認可され、新しい一步を踏み出すことにお祝いを申し上げたい。社団法人化と新機構の名称等については、私が代表理事を務めさせて頂いた時期に方向性が決定していたが、そのまま継承して頂いたことに新理事長をはじめ、関係各位に感謝したい。これで、名実ともに新体制でわが国の専門医制確立に力を発揮して頂きたい。

現在のわが国の専門医制度については、社会は満足していない。そして、大局的なあり方や方向性については、以前から何も進歩していない。折角、全医師集団として考える場として創設された「審議会」が実質上、閉塞状態で、日本全体としての新しい専門医制度のあり方から将来への方向性も見えてこないままであると思うのは、私だけであろうか。

最近、日本学術会議も桐野委員長のもとで「医療のイノベーション検討委員会」を設置し、此の度、要望書として「信頼に支えられた医療の実現 — 医療を崩壊させないために」をまとめ、立法府、行政府にも配布した。この中では、新しい専門医制の確立が日本の医療崩壊を食い止める大きな力である旨を唱っており、わが国では、行政府も含め公的

基盤に立脚する組織体が必要である。そして、財政的にも公金を含め支援されるべきである。

学会のアンケートをみても研修医は専門医となる「誇り」、「うれしさ」、「ありがたさ」を見たがっている。専門医制度は、これからの日本の専門医療を担う人のものとして構築せねばならない。各学会の代表は各自の専門医制を主に集団の強化方策に使っている様な気がしてならない。専門医とは、医師の中でその分野で信頼にたる者を他から識別化することであり、これは、各種の専門医の間でもそうあってしかるべきである。現代気質の若い医師がなりたがらないハードな専門医にこそ、差別化を認め、優遇していかないと診療科別間の医師偏在は益々悪化し、4K、5K（きつい、くるしい、きたない、きけん、かねない）領域を担う医師の不足は改善されない。

専門医制をもつ学会は「うちが損する」ではなく、大局的に危機に瀕する日本の医療立て直しの大きな力としての専門医制度を考えるべきで、この司令塔として機構が活躍されることを期待したい。この方針の実行には権限と責任が必要である。話し合いの場だけの専門医機構では改善は出来ないと感じている。