

専門医・認定医制度*1

日野原 重明*2

はじめに

アメリカにおいては、1917年にアメリカ眼科学会による専門医制度が発足し、その後の62年の間に23専門学会がこれに続いてそれぞれの専門医制度を発足させた。過去15年間には、新しい専門医として家庭医学会、アレルギー・免疫学会、核医学会などが加わり、1979年発足の救急医学会の発足を最後として現在その総数は24にのぼる。

日本においては、欧米に比べ各医学領域の医師の資格認定制度は非常に遅れた。その理由としては、日本には古い医療法により医師国家試験に合格し、医師免許状を得たものはその後の各種の臨床医学領域の研修を経ず、また、いかなる試験もなしに申し出によってどのような診療科名をも標榜しうるということになっていたからである。

このようなことがあるために、特定の学会がその臨床能力を査定して、これに特殊な資格を与えることは、医師を差別待遇するという意見が日本の臨床医の間に強く、この医師の自由標榜制の既得権を守る意識が、欧米でみるような専門医制を日本にも打ち立てることを阻んだものと思われる。

1. 各領域における専門医制度への足跡

しかし、昭和37年、当時アメリカ式麻酔医の養成が外科的手術のレベルアップのために日本でも必要であるということが学会の間にも、また厚生省の方針としても認容され、昭和37年4月11日に

は厚生省の指導の下に、日本麻酔学会が麻酔指導医制度を発足させた。そして、麻酔指導医になるための研修施設の条件や指定の方法を認定し、翌昭和38年3月には、日本における最初の麻酔指導医の認定がなされた。

その後、他学会には認定医または専門医を発足させることについての可否両論が激しく論議されたが、これに続く学会はなかった。しかし、昭和41年4月には、日本医学放射線学会が放射線科専門医の認定制度を発足させ、麻酔医と同様に、研修年限を5年と定めた。

日本皮膚科学会が昭和41年に専門医制度を発足させたが、事情があって一時中止し、昭和51年に再発足した。

日本脳神経外科学会は、昭和41年に脳神経外科学会認定医制度を発足し、6年以上の研修歴を必要条件とした。

昭和43年4月には、日本神経学会が認定制度を企画し、試験の実施は昭和45年に行われ、日本神経学会認定医という名称を与えることになった。

アメリカでの内科専門医制度発足の1937年から31年遅れた昭和43年（1968年）10月には、日本内科学会が厳格な規定により内科専門医教育病院と、教育関連病院を認定し、医師免許取得後5～6年の研修医または大学院の在籍の実績をもつ者が、内科専門医の受験資格をもつこととした。しかし、この試験は非常に厳しく、受験応募する者や合格する者は非常に少ないことから、一部認定制度を変更し、医師免許取得後3年の研修の後、試験に合格した者は認定内科医という認定を与え、卒後3年後の試験（第1次試験）に合格した上で、その後2～3年後の2次試験に合格した者には内科専門医という称号を与えることになった。これにより、認定内科医は従来よりも受験者の数

*1 Medical Specialty Board System.

キーワードズ：専門医制・認定医制・学会認定医制協議会・指定研修施設・過渡的処置認定・研修カリキュラム

*2 HINOHARA, Shigeaki 聖路加看護大学

が明らかに増加したのである。

昭和51年には、日本温泉気候物理医学会が会員歴3年以上の者に一定の研修コースをとらせ、温泉療法医という認定を与える認定医制度を発足させたが、これは教育研修会への出席を義務化するという簡便な制度のものとして、他の認定医制度とは趣を異にする。

昭和53年には、日本形成外科学会が外科系研修2年以上に形成外科研修3年以上を受けた者、また形成外科研修5年以上を受けた者、またはこれと同等の実力をもつ者に、認定医の名称を与えることがなされた。

さらに同年には、日本病理学会認定医制度が病理医研修5年以上の者、ならびに剖検70例以上の者に認定病理医の名称を与えた。

昭和54年には、日本臨床病理学会が5年以上の臨床病理の研修歴をもつ者に認定臨床検査医の資格を与えた。

また、同年には、日本小児外科学会が小児外科の研修3年以上、外科研修通算7年以上の者に、試験を経たのち小児外科学会認定医の資格を与えた。

さらに、日本外科学会が4年以上の研修を学会の認定施設で受けた者で、手術の実績を示す材料をそろえて提出し、あわせて試験を実施、合格した者を認定医として資格づけた。

昭和55年には、日本リハビリテーション医学会が、専門医および認定医の両制度を発足させた。専門医は5年以上のリハビリテーション医学全般の研修を終えた者、認定医は内科または整形外科のいずれかの分野でリハビリテーション医学を10年以上研修を受けた者に書類審査で与えた。専門医は試験によって認定した。

日本胸部外科学会は、昭和56年に認定医制度を発足させ、6年以上（そのうち2年以上の一般外科、ついで胸部外科）の研修を受けた者で、一定の手術経験をもつ者に認定を与えた。

昭和57年には、日本整形外科学会が認定医制度を発足させた。これは、6年以上の整形外科の研修を受け、そのうち3年間は認定研修施設で研修を受けた者に、申し出により認定医の資格を与えた。

さらに、日本眼科学会が専門医制度を発足させた。これは、研修施設で5年以上眼科臨床を研修

した者、および一定の手術経験をもつ者に試験により認定を行ったものである。

昭和58年には、日本耳鼻咽喉科学会が認定医制度を発足させた。これは5年以上の研修を受け、そのうち3年以上は認可された研修施設で研修を受けた者に、試験によって認定医の認定を行った。

昭和59年には、日本消化器病学会が専門医制度を発足させた。これは日本外科学会認定医修得後、6年以上の研修を認定施設で受けた者を試験により認定するものとした。

昭和60年には、日本小児科学会が認定医制度を発足させた。日本小児科学会は昭和40年頃の学園紛争のときに一時発足した認定医制度が崩壊したが、これが再び検討され、小児研修5年以上の者は、無試験で認定するという制度を再発足させたものである。

同年にはさらに、日本心身医学会が認定医制度を発足させ、指定研修施設で常勤医の場合は3年、非常勤医の場合は5年、医師としての経験5年以上の者に面接試験によって認定する規約を作成した。

もっとも新しい認定医としては、昭和58年11月に日本救急医学会認定医制度が2年以上の救急医学の研修経験をもつ者に対して審査の結果、認定されるという規約をつくった。

2. 学会別認定医数

今日までに、表1のような認定医または専門医が資格を得たが、この中には過渡的措置として、試験は行わず、医師免許取得後のそれぞれの領域の臨床の実績をもつ者に資格を認定するという学会があり、日本整形外科学会、日本耳鼻咽喉科学会、日本小児科学会のように4,000~6,000人近い認定医を一時に認めた部門がある。これに対して、日本内科学会は、認定医355名、専門医は475名にすぎず、また、日本外科学会も過渡的措置をとらず、試験制度を厳守しているために1,000人をわずかに超える数にとどまっている（昭和61年1月末現在）。

3. 学会認定医制協議会について

昭和55年9月30日に、すでに認定（専門）医制を発足させた学会と、これから発足を予定してい

表 1 会員（学会）別認定医数（昭和61年1月31日現在）

学 会 略 名	総 数	過渡的措置 による認定	通常の認定	記 事	
麻 酔 学 会	1271		1271	（うち死亡9名）	
医 学 放 射 線 学 会	1059	506	533	（5名，両方の認定を受けた）	
皮 膚 科 学 会	2224				
脳 神 経 外 科 学 会	1903				
神 経 学 会	813		813	（うち死亡2名）	
内 科 学 会	認定医	355	180	175	（昭和60年より認定）
	専門医	477		477	（うち退会1名）
温 泉 気 候 物 理 医 学 会	266			（うち死亡7名，退会4名）	
形 成 外 科 学 会	380		380		
病 理 学 会	1249	1143	106		
臨 床 病 理 学 会	221	210	11		
小 児 外 科 学 会	（昭和61年以降の見込み）				
外 科 学 会	1089				
リハビリテーション医学会	専門医	82	18	64	
	認定医	95		95	（うち死亡1名）
胸 部 外 科 学 会	（昭和62年4月より認定を行う予定）				
整 形 外 科 学 会	5880	5880	（うち死亡 41名）	（60年度の認定は3月に決定）	
眼 科 学 会	（昭和64年度より認定開始予定）				
耳 鼻 咽 喉 科 学 会	4735	4735		（うち死亡7名）	
小 児 科 学 会	3932	3932	（昭和65年 より）		

る学会および検討中の学会，計22学会のうち，20学会から認定（専門）医制の関係者30名が集まり，学会認定（専門）医制に関する情報交換会議をもった。その結果，それぞれの学会の認定（専門）医制の発展と充実を計り，今後発足を予定している学会に対してはその資料を提供することが有意義であり，学会同士で authorize した合同会議として継続活動することが望ましいとされた。そのため，世話人6名を選んで準備を進め，昭和56年11月11日に，加盟22学会より，24名の代表委員が出席し，第1回総会を開催し，学会認定医制協議会として発足した。57年5月24日，日本内科学会事務所会議室で第2回総会を開催し，会則と細則を制定した。そして本協議会は，認定医制が

社会から信頼と評価を得，医療の中で位置づけられるために活動するもので，各認定医制を規制するものではない。会員は，本協議会の場で話し合いされたり，申し合わせされた事項などにより，信頼される認定医制を育成，発展のために努力すべきである，との主旨が確認された。

1) 協議会の概要

1. 目的：学会認定医制の円滑な発展を計り，社会へ貢献すること。
2. 主な活動計画：年2回（毎年5～6月と12～1月）総会を開催し，必要事項を協議する。さらに必要に応じて事項別専門委員会などを開く。
3. 運営費：加盟学会が納める会費による。
4. 会員：学会認定（専門）医制を実施または

実施を予定している学会が会員となる。会員となった学会は代表委員2名を届け出て、この代表委員が会議を行う（発足時会員22学会）。

5. 事務執行のための役員を「幹事」とし、内科系と外科系より3名ずつ、その他より2名の計8名をおく。昭和61年度の幹事は

日野原重明（議長） 草川 三治 丸山勝一
津山 直一（庶務） 常本 実 丸山雄二
稲田 豊（会計） 岩倉 博光

6. 協議会の代表責任者を「議長」とし幹事の互選により決める。他に庶務、会計の幹事をおく。

7. 事務局は当分、日本内科学会事務局内におく。

昭和61年2月18日現在の会員は25学会で、認定（専門）医制を発足させている学会は、前述の学会である。これらの学会ですでに認定した数は表1のとおりである。

2) 学会認定医制協議会会則

第1条 本会は学会認定医制協議会と称する。

第2条 本会は、学会が行う認定（専門）医制度の健全で円滑な発展をはかり、社会へ貢献することを目的とする。

第3条 本会は前条の目的達成のため次の事業を行う。

(1) 学会認定（専門）医制に関する情報の交換、共通事項や提議事項などの協議検討

(2) 学会認定（専門）医制についての社会の理解を深めるための諸活動

(3) その他必要なる事業

第4条 本会の会員は学会認定（専門）医制を実施または実施を計画している学会とする。会員加盟の申込みがあった場合は総会に諮り決定する。

第5条 会員となった学会は別に定める入会金及び年会費を納入しなければならない。

第6条 会員となった学会は、代表の委員2名を届け出なければならない。委員は所属する学会を代表し、会議に出席し活動に参加する。

第7条 本会は運営のため幹事若干名をおく。幹事は、委員の中から別に定める細則に

より総会で選任する。

第8条 幹事は互選により議長、庶務幹事、会計幹事各1名を選任し、事務を分掌する。

第9条 議長は本会を代表し、総会、幹事会を召集し、その議長となる。

議長事故あるときは庶務幹事が代行する。

第10条 幹事は幹事会を組織し、本会運営の事務を執行する。

第11条 幹事の任期は1年とする。但し、次期幹事が決定されるまで引続き事務を執行する。

再任を妨げない。

第12条 定期総会は年1回開催する。

但し、幹事会が必要と認めたとき、議長は臨時総会を召集しなければならない。

第13条 幹事会は必要に応じて開催する。

第14条 総会または幹事会が必要と認めたときは、事項別専門委員会等を設けることができる。

第15条 本会の経費は入会金、年会費及びその他の収入をもって支弁する。

第16条 入会金（入会時に年会費と別に納入するもの）は20,000円、年会費は20,000円とする。

入会金及び年会費の変更は総会の議決による。

第17条 本会の会計年度は毎年1月1日より12月31日までとする。

第18条 会計幹事は年度ごとに会計決算報告書を作成し、幹事会ならびに総会の承認を得なければならない。

第19条 本会は事務処理のため有給職員をおくことができる。

第20条 本会の事務所は下記におく。

東京都文京区本郷3丁目34番3号 本郷第一ビル8階 社団法人 日本内科学会内

第21条 本会則の変更は総会の承認を要する。

第22条 本会則は昭和57年5月24日より施行する。

附 則 (1) 発足時の会計年度は、発足した昭和56年度11月11日より昭和57年度12月

31日までとする。
 (昭和57年5月24日第2回総会で承認制定)
 (昭和58年5月23日第4回総会で一部改訂)

3) 会則施行についての細則

1. 幹事は、会員(学会)を内科系、外科系、その他の3領域に区分し、それぞれの領域より定められた数を選任する。

2. 前項の会員の区分は幹事会で行い、総会の承認を要する。

3. 幹事の総数は8名とし、内科系と外科系の領域より3名、その他の領域より2名とする。幹事の数の変更は総会の承認を要する。

4. 同一学会より、同時に2名の幹事を選任することはできない。

5. 幹事の再任は連続4期までとする。但し発足時の幹事の再任については総会に諮り延長することができる。

6. 学会の事情により年度途中で委員が交替するとき、退く委員が幹事である場合は、特別の事情がない限り委員退任後も総会に出席し、幹事の任期満了までその職務を行うこと。

(昭和57年5月24日第2回総会で承認)

(昭和61年2月17日第9回総会で一部改正)

4) 総会で申合せされた事項

1. 当分の間は、臨床的に幅広い領域の認定医制に重点をおいて活動を進める(注:新加入の取扱いなど)。 [昭和57年5月24日第2回総会]

2. 「専門」(専門医又は専門医制)という語句は、臨床的に幅広い医師の育成・認定に際し適正でないという意見があり、この用語については時期をみて協議する必要がある。

[昭和57年5月24日第2回総会]

3. 新たに会員となる学会は日本医学会加盟学会とする。 [昭和59年1月19日第5回総会]

5) 昭和61年2月18日現在の会員 (24学会)

日本病理学会
 日本温泉気候物理医学会
 日本内科学会
 日本小児科学会
 日本消化器病学会
 日本循環器学会

日本外科学会
 日本整形外科学会
 日本産科婦人科学会
 日本眼科学会
 日本耳鼻咽喉科学会
 日本皮膚科学会
 日本医学放射線学会
 日本麻酔学会
 日本胸部外科学会
 日本脳神経外科学会
 日本神経学会
 日本リハビリテーション医学会
 日本形成外科学会
 日本小児外科学会
 日本消化器外科学会
 日本臨床病理学会
 日本胸部疾患学会
 日本心身医学会
 日本救急医学会

4. 学会認定医制協議会の役割と当面の問題

1) 研修を進める上での各認定医制の相互関係について、認定医制の基本理念は、医療においてそれぞれの領域の担当者としての信頼される医師を社会へ送り出すことであり、そのためには、担当領域に限らない研修——ベースとなる分野や関連する分野の研修も含めた幅広い研修を効果的に行うことが望まれる。しかし、各科間(各認定医制間)で総合的に検討されてはいないまま、各認定医制が実施されているので、系統的な幅広い研修が進めにくいとの声があり、また、信頼される医師の育成を阻害する恐れも生ずるなどの意見も出ている、とされ協議された。そして、ベースとなる認定医制とそれに関連深い認定医制や、関連づけることが不合理とされる関係とされるものをもっと系統的に区分けをする要があると提議された。

2) 認定医制を進める際、認定を受けた者への直接的なメリットがあれば効果的であるが、今すぐ健康保険制度への組み入れなどの実現が困難である。一方、研修実績と診療レベルの証明となる学会認定医制を診療科標榜の裏づけとして位置づけられれば、現行医療法が抱えている「研修実績のない診療科の標榜」という社会常識が容認できない

い問題の解決策になり、あわせて「患者が医療を受ける際の目安」にもなる。これらをPRし、社会からの評価を得られるようにすべきであろう。しかし、社会の評価を受けるためには、医療ニーズの中で十分に機能できるよう認定医制全体の態勢を整えなければならないが、現状は認定の方法、レベル、認定医数、経過措置など統一的でなく、認定医制全体として調和がとれないので、社会の評価を得にくい状況である。この足並みを揃えることについて、

(1) 日本内科学会や日本外科学会が経過処置をしないので、現在、実績のある指導的立場の会員も認定医でなく、数も少なく、会員数に占める割合も小さい。subspecialityの学会との協調を考えたとき、それがネックになっていないか。たとえば、認定内科医が少なければ、それに上積方式を考えると躊躇せざるをえないし、経過措置がないので、ドッキングを考えても認定を受けられない会員の処遇に苦慮せざるをえない状況にある。

(2) 認定のレベルや方式も足並みをそろえる必要がある。会員歴や提出書類による経歴審査も、一部の制度では将来のある時期に再検討すべきである。

(3) 各認定医制が関連する学会間との話合いがなく、独自の研修カリキュラムを進めることは、一方で足並みをそろえにくい要因となっていないだろうか。ベースとなる領域、関連する領域などの学会間で、総合的に検討され、より効果的な研修カリキュラムが表示されることが望ましい。これは研修現場での混乱を防ぐことになり、全体的な協力も得られやすくなる、などの協議がなされ、「足並みをそろえること」については、すでに総会での賛意を得ており、具体的な行動を協議する段階にきていとされた。

(3) 診療科の標榜が、現行法では研修実績のない診療科も標榜できることになっており、そのことは社会の一般常識では容認しがたいものであると問題提起されている。学会認定医制が研修実績に基づいて、信頼される医師を認定しているので、この診療科標榜の裏づけとして位置づけし、「〇〇学会認定医」を看板に表示できるようになれば、患者が診療を受ける際の目安にもなり、問題解決の有力手段となる。この「〇〇学会認定

医」看板表示を、本協議会の活動目標の1つとして取り上げることを総会へ諮ることになった。

5. 日本医学会との関係について

日本医学会は、阿部正和副会長を通して昭和59年6月の幹事会で、つぎのような呼びかけを行った。

近い将来、日本医学会の中に学会認定医協議会を包含し、その枠の中で現在この協議会に参与されている者がこの協議会を存続させ、現在は非公認団体であるので、これに公的性質を付加させることが、その目的を有効に達するのではないかとの提言がなされ、日本医師会は現在のところ、これに同意する方向にあることが述べられた。

これに対して、幹事会ならびに学会総会では、日本医学会が日本医師会下にある団体であるので、この協議会は医師会と関係のないそれぞれ独立した学会の委員が集まって協議をするものであるため、すぐ医師会の傘下に加わることは時期尚早であるとの意見が強かった。

日本医師会は、いままで必ずしも専門医ないし認定医制度を前向きに捉える態度をとらなかったことから、今後の医師会の動向を見守り、一方、日本医学会とは緊密な連繫をとりながら相互理解を強めることにとどめることが無難ではないか、ということが決議された。

むすび

なお、厚生省では、家庭医を発足する準備のための委員会を発足させているが、この協議会には、まだプライマリ・ケア学会、その他の総合臨床を専攻する学会からの本協議会加入の要請は受けていない。しかし、その動向はうかがえるので、今後は厚生省とは別に、学会の立場でこの問題が取り上げられるようになることが予期される。

以上が、今日までの認定医・専門医制度の現状と問題点である。各学会の認定医ないし専門医制度がある程度の足並みをそろえることに成功すれば、現在のような自由標榜制のほかに、学会認定の認定医または専門医の標榜が法的には許される時期がくるものと期待される。そのときに家庭医が制度化されることについては、今後、なお十分な検討を要する。