

## 高度実践看護師の認定における学会の役割 —我が国の専門医制度について—

松田 暉

(兵庫医療大学

日本専門医制評価・認定機構理事)



今日は、看護系の専門職の認定をこれからどうやっていくかというお話だと思んですが、その中で専門医はどうしているかということ、紹介をさせていただきたいと思います。専門医をどう育てているか、どういう問題があるか、今後のどういうロードマップがあるかということを紹介いたします。

1962年	麻酔指導医制度発足(麻酔標榜医制度の中で)
1981年	基本領域22学会が「学会認定医制協議会」を学会間の制度の調整
1986年	日本医学会、日本医師会、学認協(27学会加盟)による三者懇談会発足 基本領域14承認
1997年	国が医療供給体制で提言 専門医の認定基準の統一化と明確化 広告規制の緩和へ
2001年	「専門医認定制協議会」へ

日本の専門医の一番初めは1962年の麻酔医が初めてです。麻酔医はそもそも標榜医というのを厚生省が、あなたは麻酔標榜医

ですよという認定をしています。標榜医で認定をしているのは麻酔科だけです。もうそれ以後ありません。その延長として、麻酔医の指導医という制度ができました。その後、この20年近くの間でいろんな学会が専門医をつくり、認定医ということだったんですが、学会認定医制協議会を立ち上げ、学会の間の調整をしようということになりました。このころは、各学会で標準を決めて、それなりの役割を果たしたと、先達がそういうことをされたわけです。

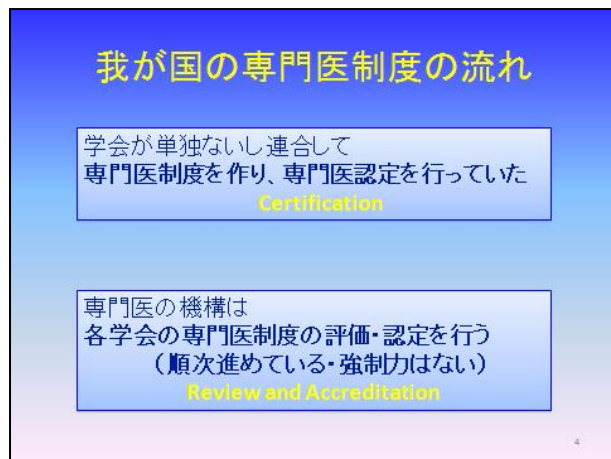
それで、1986年には日本医学会と、それから日本医師会と、その学認協の3者で、三者懇談会をつくるということになりました。要するに、プレデンシャルをどうするか、要は承認をどうするかということです。そういうことで、基本領域の14の学会というものをこの三者懇談会で認定したという経緯がございます。その後、広告できる専門医が導入されるまでに、これが結構機能していたわけでありまして。

2001.4	広告出来る制度が発足
2003年	中間法人「日本専門医認定制機構」の設立 -55学会が加盟
2006年	「日本専門医制審議会」発足
2008年	社団法人「日本専門医制評価・認定機構」発足 -71学会が加盟 その後75へ

その後、先ほどからご紹介があったようにいろんな提言が国のほうから出てきて、その中で、1997年には、医療供給体制の中で専門医の認定基準の統一化と明文化が提案されました。この背景には、規制緩和、広告規制の緩和があったわけでありま

す。そして、そういう背景の中で、今まで認定医と称していたのを、専門医という名称に変わってきたわけですね。協議会も、専門医認定制協議会になりました。

2001年には、広告できる制度が急に発足いたしました。これが混乱を呼び起こすとともに、進歩にもなったかと思いますが、これについては後でまた申し上げます。



そういう中で法人格が要するというので、中間法人になりまして、このときは55学会が加盟しました。その後、審議会、これは以前の三者懇の名残ですが、立ち上がりましたが、もう一回リバイバルしてできたのですが、今は動いていません。

最終的には、2008年に社団法人として、日本専門医制評価・認定機構という名称で、制度の評価と認定をすると、何をするかということを明確にしたわけでありまして。そのときの学会の加盟が75になっています。

これをまとめますと、最初は学会が単独、あるいは2、3の学会で、専門医制度をつくって、そして専門医個人を認定してきたわけでありまして。この歴史が長いわけですが、それぞれ学会が独自にやっているということで、専門医の機構、今の評価機構、認定機構ができました。各学会の専門制度の評価、認定を行って、社会に認められる

ものにしていこうと。ただ、順次進めているわけですが、強制力というのはちょっと乏しいわけですね。自助努力をしているわけです。

**専門医制評価・認定機構：組織**

- 社団法人 社員は75学会
- 理事会 社員総会
- 予算 社員(学会)の会費(会員数、専門数)
- 厚労省補助金(2009より支援事業)
- 理事15名 理事長、副理事長(2)、監事3名
- 理事会 各種委員会 協議委員会 社員総会 (評価、広告、総務・財務、推進支援事業、広報、研修施設、など委員会)

専門医制度評価・認定機構、社団法人ですが、社員は今、75学会あります。理事会と社員総会がありまして、予算は全部でいくらかというわけには、ちょっと、結構な予算なんです。各学会は人頭税を払います。会員数×何円とか、専門医数×何円とかそういう格好ですね。ですから、例えば、私が所属している外科学会ですと、年間200万円とか300万円払います。これが大変なんですけども、維持するのにそれだけかかっているわけでありまして。今後、これからこういう運営費をどうするかというのが、看護もそうだと思いますけど、大変になります。厚労省の支援事業でもちょっといただいで、看護の方からずるいと言われてきたけど、これもいつまで続くかどうか。

今、理事が15人いまして、選挙制になっています。候補を出して、透明性、公平性を保つようにしています。理事会、各委員会があります。委員会には評価委員会、広告できる専門医の委員会、総務、財務とか、支援事業とか広報。私は前は広報委員でしたが、今は、新しくできた研修施設委員

会を担当しています。いくつかの委員会が動いておまして、結構忙しい組織です。

あるのかということです。

**専門医の定義と制度の目的**  
—基本設計(2010)—

**専門医とは**  
我が国の医療制度の基盤をなす医師の専門性を示すもので、各々の診療領域の責任のある標準的診療を行うことができる技量(知識、技能、態度)を修得したと認定された医師を言う。

**制度の目的**

1. 安全で安心な医療を提供できる質の高い医師の育成
2. 専門医が医療の質の担保する医療供給体制の構築に寄与する

5

**専門医制度の意義**

1. 患者が受診する際の医師の専門性を知る
2. 各医師が自ら修得した専門性を社会に示す
3. 我が国の医療レベルの向上を図る
4. 将来的には、専門医の医療行為に的確な診療報酬が担保される医療制度の基盤となる

➤ 社会の理解はどうか あまり知られていない

➤ 資格なくても優れた診療をしている(年配)医師が多い スーパードクターがもてはやされる

➤ マスコミなどは、医療過誤で逆手に取る

7

本年度の基本設計です。専門医とは定め、制度の目的を明示しました。我が国の医療制度の基盤をなす医師の専門性を示すもので、それぞれの診療領域の責任ある標準的診療を行うことができる医療・知識・技能・態度を習得したと認定される医師としました。ここの標準的ということが大事なことで、社会は非常にハイレベルだと思いがちですが、あくまで標準的などころに、まず、今の段階ではそういうことを狙っています。その目的としてはやはり安全、安心な医療を提供できる質の高い医師の育成、質の担保をしないとイケない。ですから、クリアしないとイケない条件もありますし、試験もあります。更新制度もあります。

そういう中で、専門医が医療の質の担保をする医療供給体制の構築に寄与すると。ここがこれから問われるところで、今までは各学会が自分たちの世界で行ってましかども、やはり全体の日本の医療供給体制の中で、専門医がどうあるべきかということ今問われていますので、そういうところに目的は持っていかないとイケないという意識であります。

その中で、専門医制度はどういう意義が

患者さんが受診した際に、医師の専門性を知ることができる。私は何々専門医ですと。私は心臓血管医が専門ですと標榜できるので、患者さんは、この人はそれが専門かというのが解る。それから、各医師が自ら習得した専門性を社会に示すことができます。広告ということも含めてですね。

それと、我が国の医療レベルの向上を図る。これが非常に大事だと思うんですね。個人のキャリアアップだけではなく、専門医制度で、生涯教育になると思います。それぞれの医師のレベルアップ、そして、それが全体の医療レベルの向上を図るといふ、これが大事だと。

将来的には、専門医の医療行為に的確な診療報酬が担保される医療制度の基盤となる。これはなかなか難しいです。インセンティブをつけることが必要です。学会によっては会員数と専門医の比率がずいぶん違っています。

社会の理解はどうかということ、実際専門医についてはなかなか知られてなくて、患者さんも診察するとき、先生、何の専門医ですかってなかなか聞きづらいです。一方では、専門医の資格はなくても、特に年配の人なんかはもうキャリアもありますし。一方では、スーパードクターと称され

ている方々もいます。そういうのが専門医かと間違われたりするわけです。マスコミは医療過誤なんかのときには、専門医と言いながらこういう手術で失敗のようなことが起こるとは、その専門医制度は何かとか、いろいろ逆手に取られて、いろいろ糾弾されます。そういう意味で、あまり専門医、専門医と言って言うと、逆のこういうネガティブのこともあるという、何とも情けない話があるわけでありませう。

### 「広告できる」専門医制度導入

- 2002. 4. 1 厚生労働大臣告示により専門医の広告が可能となった
- 国は9つの外形基準を満たした**団体(学会)**を承認する(看護系では**日本看護協会**)
- 制度構築と個人の評価認定は学会
- 政府の規制緩和政策の一つ 社会への情報提供
- 保険診療上無関係
- それまで専門医・認定医などの外部表示(広告)は法律で禁止されていた 罰則有

2002年に政府が規制緩和の一環として広告できる専門医が現れました。今まで、学会認定医とか、専門医を広告に書くことは違法で、罰則でした。広告してもよいが、ただ、9つの外形基準を満たした団体を認めるから、その中で認めてもらいなさいということです。看護系では、その何年か後にありましたけども、団体は日本看護協会だけが引き受けています。それが今日のテーマの一つかと思うんですが。制度構築と個人の評価認定は学会がやりなさいということです。厚労省はこの団体を認めると。あとは皆さんでやりなさいということです。社会への情報提供ですね。保険診療とは無関係ということで始まりました。

### 専門医資格を認定する団体の基準(外形基準)

1. 学術団体として法人格を有していること
2. 会員数が1000人以上で、かつ、その8割が医師または歯科医師であること・
3. 最近5年間相当の活動実績を有し、内容を公表していること
4. 外部からの問合せに対応できる体制が整備されていること
5. 専門性に関する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. 会員および資格を認定した医師の名簿の公表

これは外形基準の、9つの基準です。法人格とか、会員数が1,000人とか、5年以上の修練とか、更新条件とか、いくつかあります。今まで4年で専門医と言っていたのが、急に5年制に変わりました。学会としてはみんな法人格に、そういうブームになりました。

実際、これまで55ですか、認められてます。最初の数年で多かったんですが、最近ちょっと申請数は減っています。厚労省がどんどん認めますので、我々の機構は傍観の立場でしたが、今は、機構としても、ちょっと我々も最終、厚労省が決める前に意見を言うようになって、少しペースが落ちています。厚労省も、あんまり言われると、自分たちも責任があるので、機構にだいぶ振ってきています。

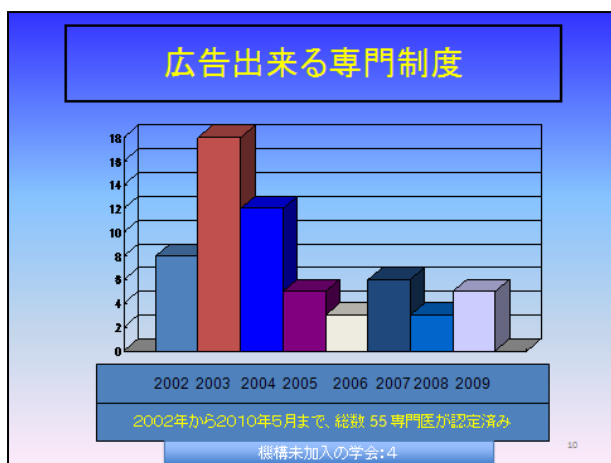
### 日本専門医制評価・認定機構の役割

- 専門医認定基準の統一・明確化
- 専門医制度整備指針の策定
- 専門医研修施設の評価

1. 機構は厚労省の認定に直接関与出来なかった
2. 厚労省の認定した制度の後始末?
3. 学会は身内(財務) 自立的な組織になれるか
4. 日本医師会とはどう連携するか?

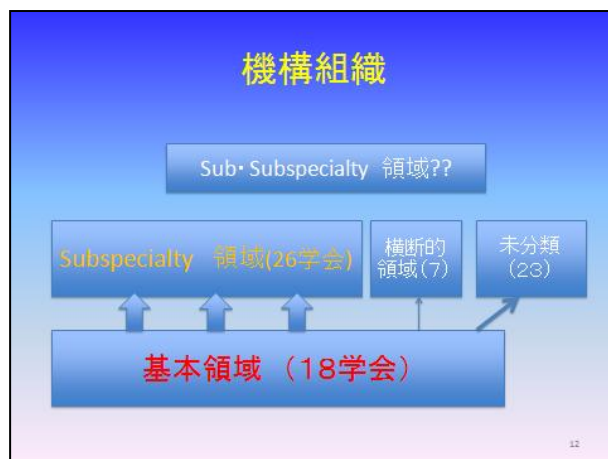
我々の機構の役割について、何をしてい

るか、これから何をするかという話ですが、専門医の認定基準の統一と明確化と、それから整備指針の策定と、最近の一番のというか、次のステップは専門医の研修施設を評価しよう。これは各学会が勝手にどうぞと、自分たちで認定施設を決めているわけですけど、機構としてはそこまで踏み込んで、ピア・レビューをして、オーディットをして、現地調査をしようという、後で話しますが、ちょっとアメリカのそれを見習うべく、一応役割を掲げています。



機構は厚労省の認定した広告できる制度に直接は関与できなかった。意見を聞くことと書いてあるんですけど、全然聞いてこなかったんですけど、今は少し聞くようになってきました。ただ、我々の機構は、学会は身内なわけですね。先ほど申しましたように、財務面で。そうすると、お金取ってるところに、何か、それをどうこうというのはなかなか言いにくいわけですね。自立的な組織になれない、第三者的になれないわけですね。それと、日本医師会と現状ではうまく連携できてない。日本医師会は生涯教育をやっておられますけども、専門医制度とは直接関係がありません。今は専門医制度にも理解くださるようになってい

ます。プライマリーケア、ファミリーフィジシャンについては、日本医師会も入ってやろうというところにいるかと思えます。



機構の組織については、基本領域として今 18 学会あります。その上にこれとつながったサブスペシャリティーの領域が 26 学会あります。これは 2 階建て部分です。これが基本です。それ以外に横断的領域が 7 つあって、それ以外に、未分類、ちょっと失礼なんですけど、まだどっちにしようかっていう、決まってないのがたくさんあります。

皆さん方は私どもの専門医の機構を、多分、反面教師的にとらえてる方が多いと思いますが、私は機構の役員で、自分とこの悪口を言うためにここに来たわけではありませんが、参考になると思うので、あえて申し上げます。この 2 階建てをつくるだけでも、議論に 2 年も 3 年もかかった。これはだいぶ整理しました。それ以外に、医学が進歩しますので、サブスペシャリティーの上、3 階も出て来ています。

ですけど、今のところ、我々は 1 階、2 階できっちりしよう。それで、この 3 階部分については、各学会で、どうぞ、やりくださいというスタンスです。ここまで

面倒を見られません。アメリカも、120、130ありますけど、野放しではないですけど、ここについては割とどうぞということです。ここのところは将来の懸案事項です。

基本領域学会（専門医） 18学会	
内科学会 <small>総合内科専門医</small>	小児科学会
皮膚科学会	精神科学会
外科学会	整形外科学会
産婦人科学会	眼科学会
耳鼻咽喉科学会	泌尿器科学会
脳神経外科学会	医学放射線学会
麻酔学会	病理学会
臨床検査学会 *	救急医学会
形成外科学会	リハビリテーション学会

\* 広告出来る専門医未認定

基本領域 18 は、内科とか、小児科、外科とかがあります。これは学会ですけど、別名専門医と言ってもらっていいと思うんです。この中で専門医をとってないのは臨床検査です。この 18 学会ですけど、これがやっぱりベースになる、プライマリーボードになるわけですね。

Subspecialty学会 (27) 専門医制度 24	
消化器病学会	循環器学会
呼吸器学会	血液学会
内分代謝学会	腎臓病学会
腎臓病学会	肝臓学会
アレルギー学会	感染症学会
老年病学会	神経内科学会
消化器外科学会	胸部外科学会 *
呼吸器外科学会	心臓血管外科学会・血管外科学会
小児外科学会	小児神経科学会
心身医療学会 *	リウマチ学会
消化器内視鏡学会	大腸肛門病学会
気管食道科学会	周産期・新生児学会
生殖医療学会	人類遺伝(臨床遺伝)学会

そのサブスペシャリティはたくさんあります。27 学会ありますけど、私の所属している胸部外科とか心臓血管外科は、血管外科と呼吸外科学会と寄って、機構をつかって、心臓血管外科専門医と呼吸外科専門

医をつくっていますので、ちょっと数が合いません。こういうことをどんどんほかの学会もやっていただいたらいいんですけど、各学会は、自分の学会は自分の専門医をつくるということで、そればかりされている。ここの赤印は、ここのこういうところはまだ専門医はつくっておられません。

基本領域、サブスペ以外	
▶ 横断的領域 7学会	日本超音波医学会 日本核医学会 日本集中治療学会*
	日本輸血・細胞治療学会* 日本東洋医学会
	日本温泉気候物理学会* 日本臨床薬理学会*
▶ これらに属さない 1学会	日本産業衛生学会*
▶ 未分類 22学会	日本病態栄養学会* 日本透視医学会 日本臨床腫瘍学会 日本総合病院精神医学会 日本アフレシス学会* 日本ペインクリニック学会 日本脳卒中学会* 日本臨床細胞学会 日本心療内科学会 日本放射線腫瘍学会* 日本頭痛学会* 日本てんかん学会* 日本IVR学会* 日本脳神経血管内治療学会 日本肝胆膵外科学会* 日本脈管学会* 日本血管外科学会 日本乳癌学会 日本人間ドック学会* 日本高血圧学会* 日本総合健診医学会* 日本手外科学会* 日本心血管インターベンション治療学会*

(\* 広告出来る専門医未承認)

次のそれ以外、横断的領域 7 学会の超音波医学会、日本核医学会。今度の星印は、まだ専門医を、広告が取れてないところです。集中治療学会、東洋医学は漢方で取れてますけど。産業衛生学会。広告できるところは、まだ少ないです。日本頭痛学会、てんかん学会、脈管学会など。

我が国の専門医制度の問題点	
▶	会員の中で専門医が占める割合や認定基準が様々
▶	医療技術が担保されていない 医療事故
▶	制度(基準)の標準化が出来ていない
▶	多様な学会の多様な専門医の誕生で国民にとって理解し難い 症状名の専門医 横断的分野
▶	診療科の自由標榜制と専門医の公示との間の整合性
▶	専門医の適正数・適正配置
▶	専門医育成プログラムの充実
▶	カリキュラム vs プログラム
▶	修練施設 多すぎないか
▶	総合診療医(仮称)の育成プラン

問題点ですが、学会の中で、専門医が占める割合とか、認定基準がさまざまであるというふうに指摘をされています。また、

医療技術が確実に担保されていないとか、制度の基準化が確立していないなどです。看護の世界では、ずっとコンピテンシーという考えで進めています、これから進歩させていくのでしょうか。多様な学会がたくさんありますので、横断的分野をどうするか。

各学会は自分たちの専門医をつくることに非常にご熱心です。先ほど言いましたように、自由標榜制ですので、そこ専門医制というのがうまく整合性が取れてないんですね。そこが日本の医療の一つの問題点であり、適正数、適正配置も決まっています。

専門医の育成プログラムの充実という意味では、各学会がカリキュラムをきっちり決めているが、プログラムという点では問題を抱えている。専門医を取るといって入ったレジデントに対して、きっちり、君は1年目はこうです、2年目はこうです。5年たったら取れますと。例えば外科だったら、5年目で外科専門医を取って、あと2年足して、心臓血管外科へ行きますよとか。例えば、阪大のプログラムでしたら、これで確実にあなたは7年で心臓血管専門医を取れますよと。実際、初期臨床研修を入れるともう1年要りますけどね。そういうのをプログラムと呼びたいんですけども、日本はカリキュラムはあるけど、プログラムはほとんどない。アメリカはこのプログラム制度（レジデント制度）が非常にしっかりしているんですね。ここをずっと私は、何かプログラム屋みたいでいつでも言うんですけど、日本ではなかなかです、そこをどうするかが、今、我々の試練だと思う。

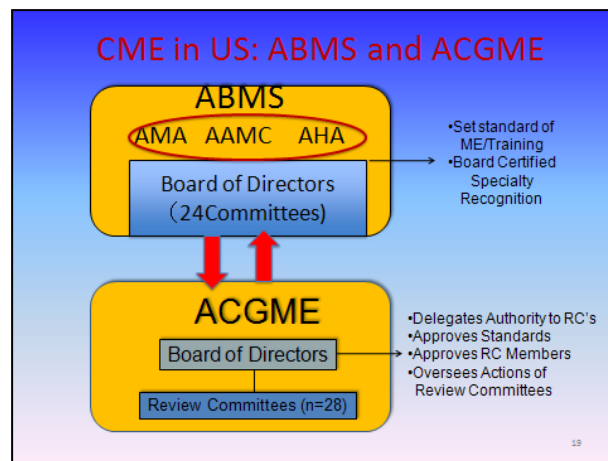
要するに、これは旧医局が関連していません。医局が関連病院とか、医師の派遣をすることで、たくさん病院があります。そこ

がやっぱり認定施設にしとかなないと、医師が行きませんので、日本の医療制度の難しい狭間でこういうことができてきたので、専門医制度が悪いというのなかなか言いにくいんですけど、一方では総合診療医というものも考えるといいかもしれません。

**機構として目指す所(あり方委員会)**

- ▶ 学会単位では無く、診療領域単位の専門医制度とする
- ▶ 基本領域と専門的医療領域の二段階制とする
- ▶ 専門医育成の為に研修プログラムと研修施設の認定基準を関連学会と機構が連携して作成する
- ▶ 各専門医制度において適正な数・配置を考慮する
- ▶ 専門医の認定は中立的、第三者機関(日本専門医制評価・認定機構)で行う

次に将来というますか、在り方委員会をつくって、機構として目指すところを決めています。学会単位ではなくて診療領域単位の専門医制度としていこうと。それで、2階建てにしよう。それから、プログラムと研修医施設の認定は学会だけではやらないでほしいと。それから、適正配置も考えよう。そして、第三者機関はつくるべきであろうということです。

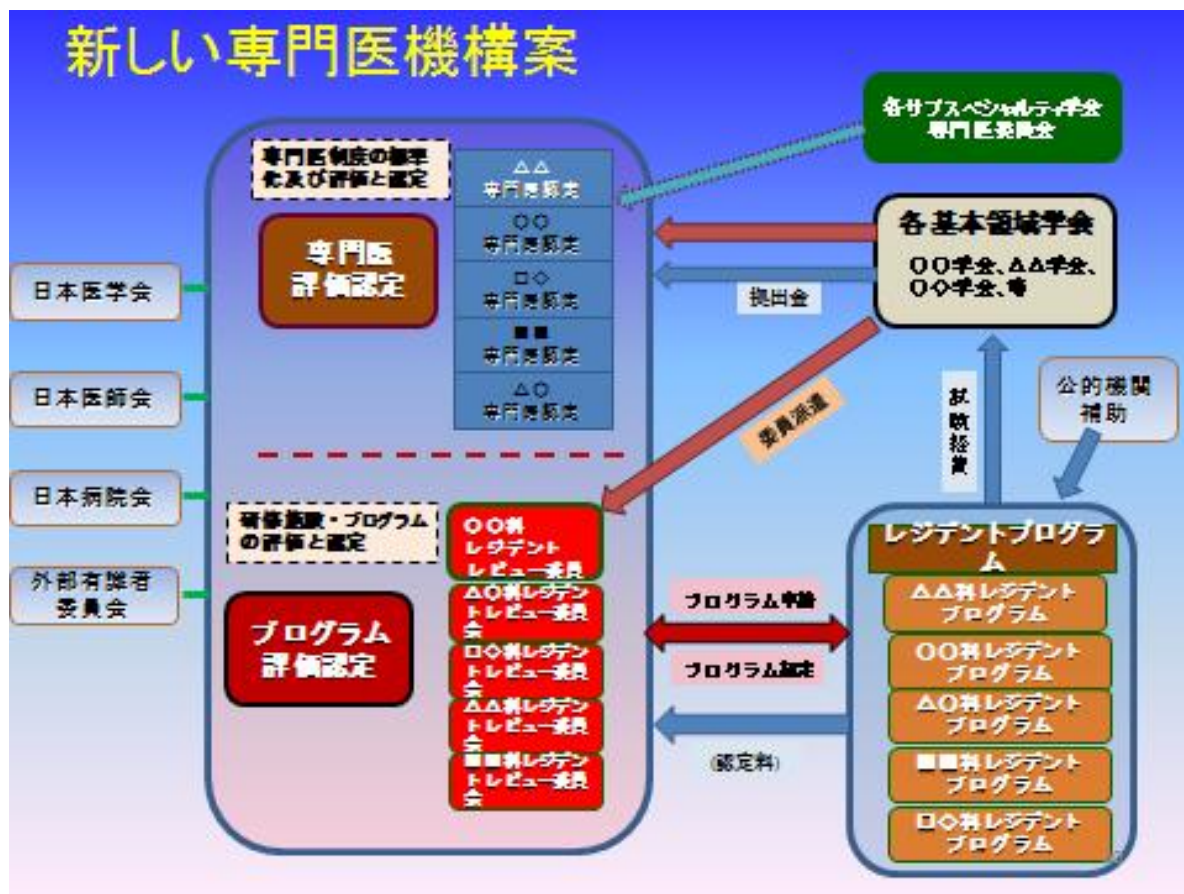


これは、アメリカの制度です。これは、アメリカン ボード メディカル スペシャ

リスト。これはABMSが看護の場合はありますので、これの看護版となるというように認識しています。このABMSは、アメリカでは100年の歴史があるんですね、それで、医師会とそれから大学関係とそれから病院協会が協力して、24の基本領域のボードの人たちが集まって理事会を開いて、何をしているかという、スタンダードを決めているんです。メディカルエデュケーション トレーニングの基本を決めてる。青写真を決めているんです。

あとは個人はここでボード・サーティフ

アイしているんですね。そのトレーニングをするところが、こっちを認証するのがACGME、ここでレジデンス・プログラムと、インスティテュートとの、二つのピア・レビューをして、ものすごい作業をしている。ここはそういうことで、逆にそれを、認証するために、そこからお金ももらってるという構図にもなります。だから、このピア・レビューをするところ、これをつくらないと、やっぱりこれからは社会に通用しないだろうということなんです。



それで、我々も遅まきながら変えていこうとしております（前ページスライド参照、但し、まだ試案）。専門医の評価とプログラムはまだ点線でぐらいしか描けていません。それは、各学会は拠出金というのを今、出しているわけですが、こちらのほうにどれ

だけ資金が来るかというのは全然見えてきません。プログラムの検証しながら、認定料をどれだけ取れるのか。日本医学会、医師会、日本病院会がどういふサポートをするか。厚労省はあえてここは入れていませんが、こういうことを目指しています。

## 機構改革のロードマップ

1. 制度の認証 進行中  
基本学会(更新済み)からサブスペシャルへ(17認定)
2. 研修施設調査 修練の実態調査 抜き出し  
本年度から開始
3. 第三者機構としての構図を決める  
親機構 と 施設・プログラム認定機構
4. 厚労省は？ 法律？ 広告出来る専門医は？
5. 多職種との連携(看護師、薬剤師)

21

ロードマップとしては、各専門医制度の認証等は進行しています。学会として認める。サブスペシャリティもあります。さらに、今年度は、研修施設を実際に行き行って調べようというのも始める予定です。第三者機構としてはどういうものかを決めていく。どう開けるかです。厚労省はどう考えるか。法律をつくるかと言われてますので、変な法律ができれば大変です。

そうすると、もっと大事なのは広告できる専門医というのは、今後どうなるかですね。一遍チャラにしてほしいんですけど。そうすると、今まで取った人が、自分たちはどうなるのか、大混乱が起こりますので、ソフトランディングをしないとイケない。

それとあとは先ほど出ましたけど、看護師、薬剤師の専門領域の認定制度とどう連携していくかが、これは私は全くわかりませんが、池田理事長の話では、そういうところも少し議題になっているようです。

## 今の専門医制度に何を学ぶか

- ▶ 専門医制度、専門医を作り上げて来たのは各学会であり、多くの会員である
- ▶ 医学の発展、医師の生涯教育は医学関連学会が行ってきた自負がある  
多くの学会は診療領域(診療科)と一体
- ▶ 医師(医療職者)の生涯教育のなかでの明確な位置付けがある 日本医師会との関係
- ▶ 医療現場と学会首脳陣との意識のズレ
- ▶ 専門職者の生涯教育、アドバンス教育は誰がやって、どこが認証し、責任を持つのか。

22

今日最後に医師の専門医制度に何を学ぶか。おこがましいんですが、看護系の方に聞いていただきたいのは、専門医制度のもとに専門医をつくり上げてきたのは各学会なんです。会員がみんな努力してやってきた。それから、医学の発展、医師の生涯教育というのは、やはり学会がやってきたという自負があるわけです。そして多くの学会は診療領域と一体とした学会です。それが大事なことなんです。

それと大事なのは、生涯教育の中でどういう認定制度にしていくかですね。これは米国、ヨーロッパでは、コンティニューアス・メディカルエディケーション(CME)として制度としてきちりしています。だから、これからいろいろつくられるにあたって、やっぱり生涯教育としてどうなのかという、ベースをしっかりしないと、上だけつくっても、足元をしっかりさせないという気もします。

それと、私達もそうなんですけど、医療現場と学会の首脳陣と意識、だいぶずれているのはどこもそうで。臨床現場と全然別の意識で動くので、これはやっぱり意識改革をしないとイケません。

専門職者のアドバンス教育をだれがやるのかですね。即ち、どこが認証して責任を持つかということが、これからの課題でしょう。

医師の専門医制度が皆様がたにどれだけ参考になるかわかりませんが、何かお役に立てることもあるかと思います。

## 終わりに

これからの看護師の高度専門職教育、認定に  
参考になれば幸いです。

良きチーム医療、専門性の高いチーム医療の  
提供に連携して行きましょう。

ご清聴有難うございました！！

24

これからの看護師の高度専門職教育に、  
医師の、専門医制度でやってきたことが、  
何か参考になればと思いますし、今後、そ  
れこそ連携して、よきチーム医療、専門性  
の高いチーム医療を提供に連携していけれ  
ばと思っています。どうもご清聴ありがと  
うございました。