

専門医制度関連報告

(救急委員会、認定更新、プログラム及び専攻医応募、日本専門医機構等)

救急委員会報告

委員長 : 鈴木 昌

委員 : 須永眞司 宮崎泰司 松村正巳 土井研人

(1)活動実績

- ・ 第16回日本蘇生科学シンポジウム : 第121回日本内科学会総会・講演会
- ・ 令和6年度第1回検討委員会 : 7月4日(Web会議)
- ・ 令和6年度第2回検討委員会 : 10月24日(Web会議)

(2)JMECC通常コースの実績

令和6年実績 (1～12月)	開 催 数 :	502回	(本会主催 7回 外部主催 495回)
	受講者数:	3,799名	(本会主催 68名 外部主催 3,731名)
累計	開 催 数 :	4,504回	(本会主催 168回 外部主催 4,336回)
	受講者数:	35,427名	(本会主催 2,439名 外部主催 32,988名)

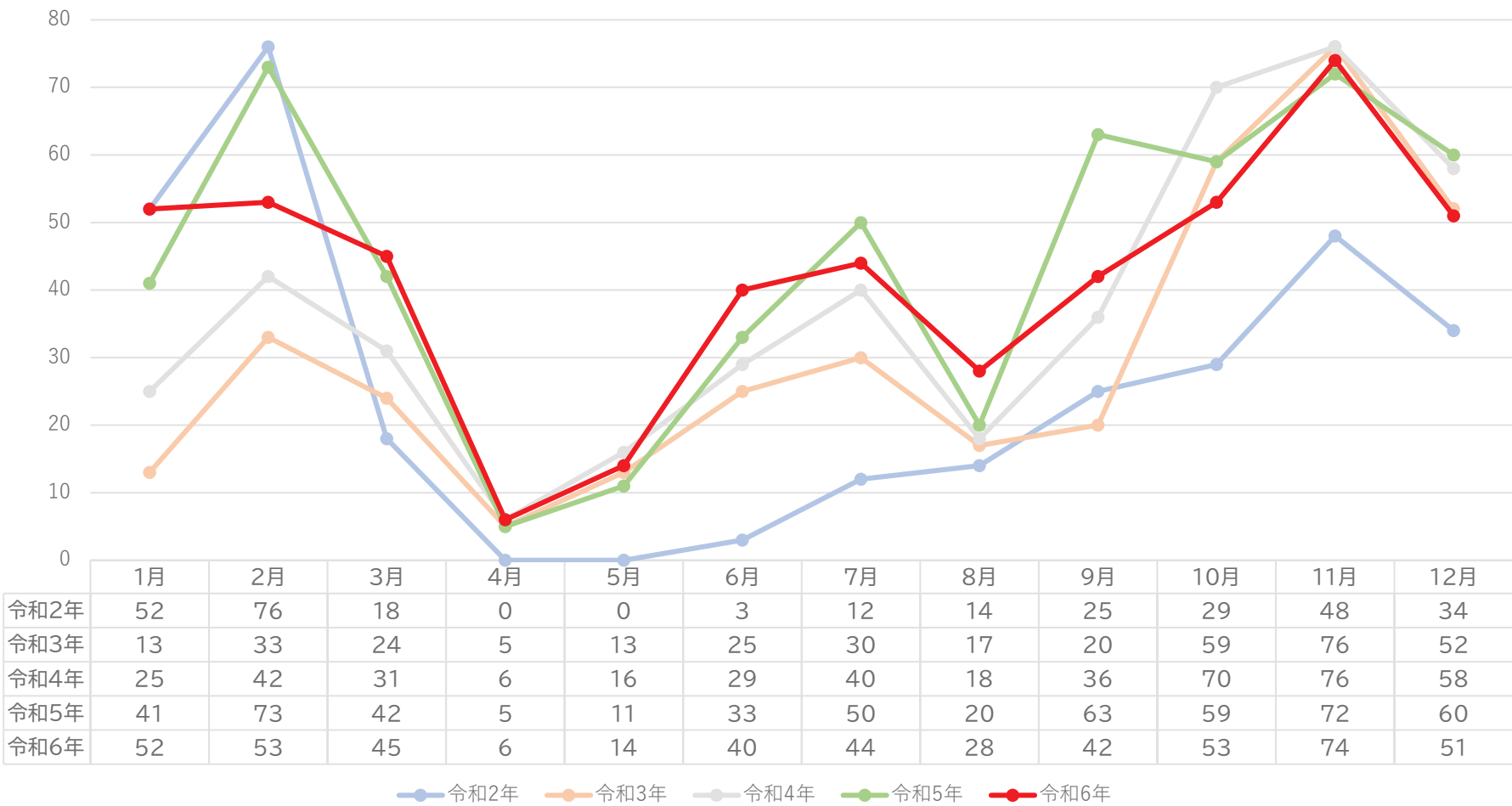
(3)JMECC指導者講習会の実績

令和6年実績 (1～12月)	開 催 数 :	23回	(本会主催 7回 外部主催 16回)
	受講者数:	204名	(本会主催 83名 外部主催 121名)
累計	開 催 数 :	231回	(本会主催 145回 外部主催 86回)
	受講者数:	3,176名	(本会主催 2,414名 外部主催 762名)

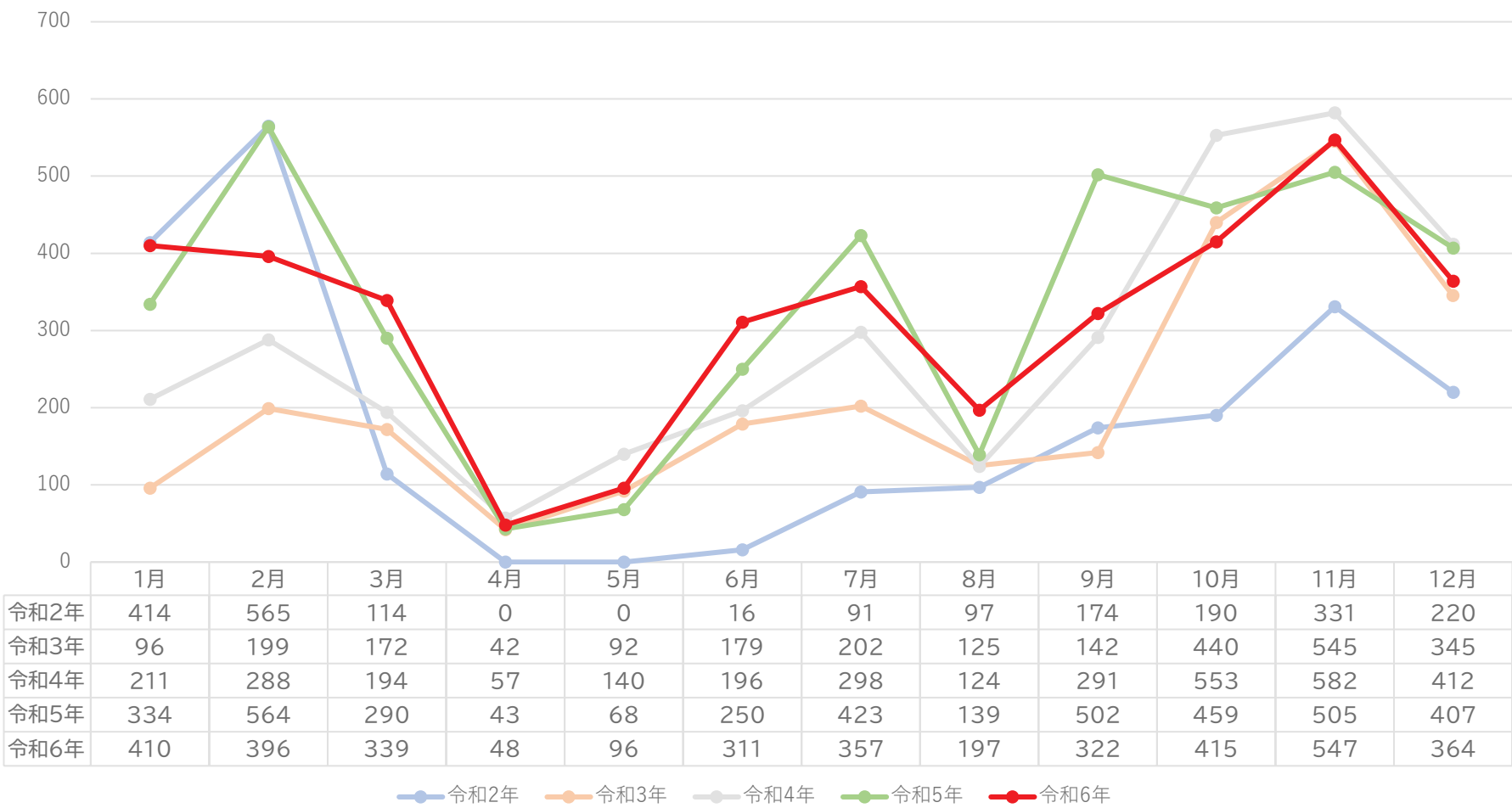
(4)JMECCディレクター・インストラクター 認定者数

JMECCディレクター	令和6年認定者数(1～12月)	6名
	累計認定者	229名
JMECCインストラクター	令和6年認定者数(1～12月)	119名
	累計認定者	1,858名

(5)JMECC開催推移(1月~12月)



(6)JMECC受講者数推移(1月~12月)



(7)都道府県・支部別開催数(1月～12月)・認定者数(令和6年12月末日現在)

支部	都道府県	開催数	ディレクター	インストラクター	支部	都道府県	開催数	ディレクター	インストラクター	支部	都道府県	開催数	ディレクター	インストラクター
北海道	北海道	19	8	85	信越	長野県	9	4	31	中国	岡山県	11	7	51
東北	青森県	3	1	10	東海	岐阜県	6	5	40		広島県	17	6	45
	岩手県	3	1	10		静岡県	13	7	47		山口県	4	2	10
	秋田県	1	2	7		愛知県	28	15	164	四国	徳島県	2	3	15
	山形県	4	1	8		三重県	5	2	34		香川県	2	3	18
	宮城県	15	2	35	北陸	富山県	7	5	22		愛媛県	7	2	17
	福島県	2	2	16		石川県	5	3	44		高知県	4	3	12
						福井県	5	2	18	九州	福岡県	18	8	73
関東	茨城県	7	5	32	近畿	滋賀県	6	3	19		佐賀県	1	0	10
	栃木県	9	4	28		奈良県	5	2	24		長崎県	2	2	25
	群馬県	7	3	17		和歌山県	4	4	22		熊本県	8	4	27
	埼玉県	25	14	53		京都府	15	5	44		大分県	4	3	14
	千葉県	21	6	44		大阪府	37	15	153		宮崎県	2	1	9
	東京都	79	27	216		兵庫県	26	9	107		鹿児島県	3	1	20
	神奈川県	29	15	104	中国	鳥取県	3	2	17		沖縄県	7	3	24
	山梨県	1	1	10		島根県	5	2	15	海 外				0
信越	新潟県	6	4	16										

(8)「第16回日本蘇生科学シンポジウム」について
本シンポジウムは平成20年に第1回J-ReSSが開催されて以降、一般社団法人日本蘇生協議会(Japan Resuscitation Council:JRC)に参画している主要学会によって開催され、国際的な評価も高まっている。

今回は日本内科学会が開催担当となり、第121回日本内科学会総会・講演会(4月13日 於:東京国際フォーラム)と併催され、日本蘇生協議会と共催した。来場者は受付をされた内科学会会員が142名、非会員が35名、受付をとおっておられない方が数十名いたことから約200名以上に参加いただいた。



(9)「内科救急セミナー2025」について

本セミナーは全ての内科医にとって有用な救急診療の知識と判断力の向上を目的として企画されたものである。第122回日本内科学会総会・講演会(4月19日 於:大阪国際会議場)の併設セミナーとして開催され、JMECC(内科救急講習会)を担当する日本内科学会専門医制度審議会救急委員会およびJMECC検討委員会が企画運営を担った。

今回の中心演題はEmergency Case Conference(ECC)であり、意識障害を主訴に搬入された高齢者の一例を基に、症例提示・多角的なディスカッション・専門医による講評が行われ、実践的かつ教育的価値の高い内容となった。また『内科救急診療指針2022』より「脳卒中」「高血糖緊急症・低血糖」に関する最新知見の講演も行われた。

来場者は約180名にのぼり、現場経験の豊富な内科医をはじめ、内科救急への高い関心を持つ参加者が一堂に会した。症例検討やレビュー講演に対する質疑応答も活発であり、救急医療に対する現場のニーズと、本セミナーの教育的価値の高さが改めて浮き彫りとなった。今後も、初期対応力と実践力を兼ね備えた内科医の育成に資する中核的教育機会として、さらなる発展が期待される。



認定・更新制度について

令和6年度更新対象者（5月15日現在）

資格	更新対象者	更新手続き完了	割合
総合内科専門医	7,834名	7,720名	98.5%
認定内科医	9,210名	8,194名	88.9%
合計	17,044名	15,914名	93.3%

総申込者数	:23,012名(Web版:15,704名 マークシート版:7,308名)
参加者数	:22,910名(Web版:15,689名 マークシート版:7,221名)
解答者	:22,064名(Web版:15,242名 マークシート版:6,822名)
単位取得者(合格者)	:21,558名 94.1%(応募者全体) 97.7%(解答者のみ) (内訳／Web版:14,846名 マークシート版:6,712名)

(令和6年12月6日付けデータにて集計)

- 例年通り、6月～8月末を応募期間とし、9月末までを解答期間として実施する。
- 問題、解答、解説の配信、配布、売買を禁じる強い注意喚起を行う。

【背景】

セルフトレーニング問題の参加者は毎年20,000名超と増加傾向にあるが、その内訳としてWeb版が7割と増える一方、マークシート版は約3割と減少傾向にある。

単価の上昇:

- 1) 郵送費の値上げ(払込用紙、問題集、解答解説集の発送)
- 2) 原材料費高騰の影響(用紙代、印刷費、封入人件費)

対応費:

マークシート版は特に複製や転売対策が必要で、禁止事項への対応費用もかかる。
上記理由にて、ここ数年間で一人当たり400円程度の上昇があり、今後もその傾向が続く想定である。

【価格見直し】

以上を踏まえ、マークシート版の参加費を以下のとおり改定する。

3,000円 → **3,500円** (Web版はこれまでどおり2,000円に据え置きとする)

共通講習 受講状況(令和6年2月1日～令和7年1月31日 1講座2,200円)

参加者数 1,361名	資格なし	546名
	内科専門医	693名
	認定内科医	35名
	総合内科専門医	87名

分野	購入件数	合格者数
医療倫理Ⅰ	934件	924名
医療倫理Ⅱ	302件	282名
感染対策	1,007件	992名
医療安全Ⅰ	847件	836名
医療安全Ⅱ	560件	549名
合計	3,650件	3,583名

本年4月に、43名の「新世代(J-OSLER世代)」の総合内科専門医が誕生した。

従来の総合内科専門医の更新制度は、

- ・ 1階部分:認定内科医(25単位)
- ・ 2階部分:総合内科専門医(50単位)

という構成で、合計75単位が必要となっている。

一方、新世代の新制度では、

- ・ 1階部分:日本専門医機構認定 内科専門医(50単位)

となっている。ここに新世代の総合内科専門医の更新単位を新たに計上する必要がある。

※ なお、総合内科領域は日本専門医機構のサブスペシャリティ領域として指定されており、日本専門医機構のサブスペシャリティ委員会およびプログラム委員会では新制度の審査は承認済みとなっている。ただし機構の理事会では現状、承認保留となっている。

以上を踏まえ、新制度に対応した総合内科専門医の更新制度を提示する。

1. 必要取得単位数:25単位(内科専門医と合わせて計75単位)

2. 企画単位

	企画	内容	単位	必須	備考
1	セルフ問題 (総合内科専門医版)	総合内科領域を中心	10	○	従来のセルフ問題も内容や難易度について見直しを行う
2	学術集会	講演、ポスター発表等	5	○	内科学会年次講演会の際に併催し、参加しやすい工夫など検討する。
3	内科学会主催のCPC	講演会や支部のCPC	2		
4	その他				

3. 総合内科専門医版 セルフトレーニング問題について

- ・ 総合内科領域を中心としたものを20～30題程度出題することを想定している。
- ・ これに合わせて、現行のセルフトレーニング問題の内容や難易度の見直しの検討を行う。
- ・ ただし、上記取り組みには準備に相応の時間がかかるため、現行のセルフトレーニング問題を計2回受講することで、内科専門医と総合内科専門医に必要とされるセルフトレーニング問題の要件を満たすことも検討する。

4. 学術集会企画について

- ・ 既に年次講演会で手掛けている総合内科的な企画をやや発展する形で取りまとめる。
- ・ 指導医としての役割に関する企画も想定している。

5. 更新試験(ひとつのアイデアとして)

- ・ 更新対象者のうち希望者に対して更新試験を実施し、それに合格すれば、企画を受講することなく、更新可能という選択肢を設ける(あくまでも一案である)。

プログラム及び専攻医募集について

令和7年度の専攻医募集では、都道府県別に下表の採用結果となった（「採用者数」には地域枠、ダブルボード、臨床研究医コースの採用者を含む）。

都道府県	採用者総数	地域枠	ダブルボード	都道府県	採用者総数	地域枠	ダブルボード	都道府県	採用者総数	地域枠	ダブルボード
北海道	82	0	2	石川県	28	1	0	岡山県	63	3	0
青森県	16	0	0	福井県	22	0	0	広島県	61	0	1
岩手県	21	0	0	山梨県	16	0	0	山口県	24	0	0
宮城県	57	0	0	長野県	35	0	1	徳島県	11	4	0
秋田県	16	0	0	岐阜県	38	0	1	香川県	20	0	0
山形県	11	0	0	静岡県	57	0	0	愛媛県	21	0	0
福島県	26	0	0	愛知県	189	0	1	高知県	20	0	0
茨城県	59	0	0	三重県	29	0	0	福岡県	155	3	1
栃木県	35	0	0	滋賀県	46	0	1	佐賀県	21	0	1
群馬県	20	0	0	京都府	83	4	0	長崎県	30	0	0
埼玉県	119	0	0	大阪府	217	0	3	熊本県	35	4	2
千葉県	127	0	0	兵庫県	190	0	3	大分県	31	0	3
東京都	534	1	4	奈良県	37	0	4	宮崎県	19	0	1
神奈川県	219	0	3	和歌山県	28	8	0	鹿児島県	39	0	0
新潟県	27	0	0	鳥取県	15	3	0	沖縄県	43	0	0
富山県	15	0	1	島根県	20	0	0	合計	3,027	31	33

【概況】

- 令和7年度の内科専攻医採用者数3,027名(前年より177名増)
- 令和7年度は新専門医制度開始後(2018年度以降)、過去最多の採用人数となった(全基本領域の採用人数 9,762 名も過去最多となっている)。
- 全領域に占める内科領域で採用された専攻医数の割合は、31.0%となっている(前年比 約 1 %増)。
- 辞退者は7名となったが、うち3名は内科プログラムに再応募し、採用されている。
- 前年に比べ関東、中国、九州地域で増加が目立った一方、東北地域では減少した。

【全国の状況】

地域(支部)	採用者数	前年比	地域(支部)	採用者数	前年比
北海道	82	8名増	東 海	313	9名増
東 北	147	10名減	近 畿	601	20名増
関 東	1129	59名増	中 国	183	24名増
信 越	62	12名増	四 国	72	9名増
北 陸	65	増減なし	九 州	373	46名増

【増加が大きい都道府県】（前年比増加数上位5県）

沖縄県	： 43名	（前年比 +24名）
神奈川県	： 219名	（前年比 +19名）
千葉県	： 127名	（前年比 +18名）
愛知県	： 189名	（前年比 +17名）
鹿児島県	： 39名	（前年比 +13名）

【減少が大きい都道府県】（前年比減少数上位5県）

秋田県	： 16名	（前年比 -8名）
山形県	： 11名	（前年比 -5名）
静岡県	： 57名	（前年比 -5名）
岐阜県	： 38名	（前年比 -5名）
石川県	： 28名	（前年比 -5名）

令和8年度の専攻医募集にあたって

厚生労働省は、令和8年度以降に適用される専攻医募集定員(シーリング)の見直し案を提示し、本年1月30日の医道審議会医師分科会医師専門研修部会で概ね了承された。今回の主な変更点は以下の2点である。

- ・ 「特別地域連携プログラム」のシーリング枠内化
- ・ 指導医派遣実績に基づく評価制度の導入

この見直しに基づいた調査と検討が進み、令和8年夏にプログラム登録が行われ、11月に令和8年度の専攻医募集が開始される予定である。

① 特別地域連携プログラムのシーリング枠内化

- ・ これまで通常枠・連携枠と別枠で運用されていた「特別地域連携プログラム」は、今後シーリング内での運用に変更される。
- ・ 【意見】この枠の持続性を考慮すると研修現場の実態、制度の運営状況の把握が必要となる。
- ・ 【意見】医師少数地域では生活面への費用等の配慮が必要となる。(例:自家用車の必要性など)
- ・ 【意見】技術系診療科では、医師少数地域への派遣により、専門医更新に必要な症例数の確保が難しくなるのではないかな。

② 指導医派遣実績に基づく評価の導入(現在、シーリング地域に対して調査を実施中)

- ・ 指導医の派遣実績(令和6年度、令和7年度および令和8年度予定)に応じて、通常プログラムの募集枠に加算が行われる。

【評価対象となる指導医】

- ・ 専門研修の質向上に寄与する常勤・非常勤の指導医
- ・ 医師不足地域(シーリング外都道府県)に派遣された指導医(派遣予定も含めて良い)

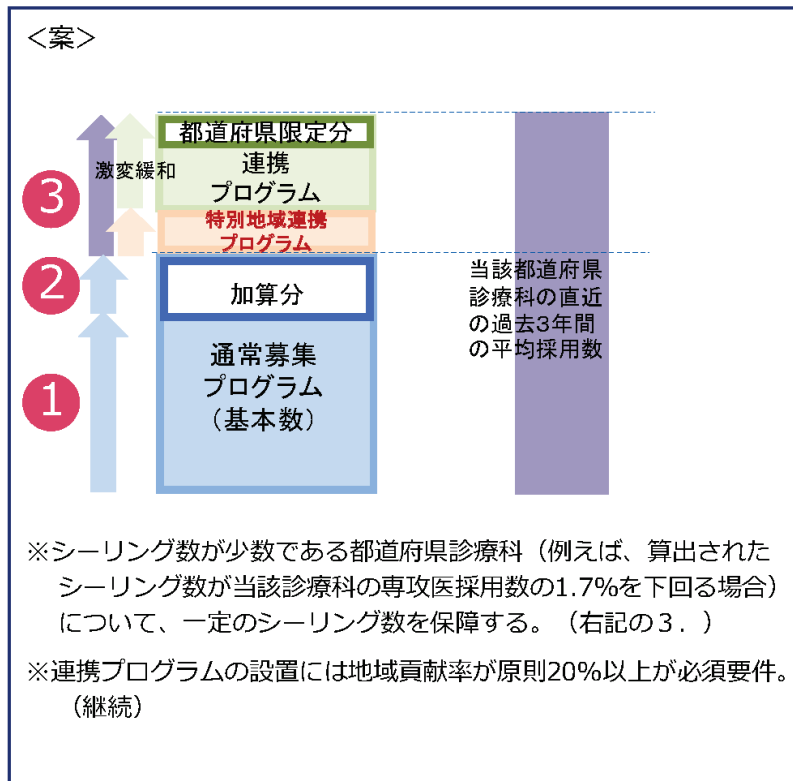
【加算枠の試算】

- ・ 通常枠に対して、派遣実績に応じ5～25%を加算。当面は「15%加算」案で運用を開始予定

【想定される影響】

- ・ 指導医の派遣を促すようなことに繋がるのではないか。(指導医の派遣を促す意図はない)

シーリングの仕組みの見直しについて（案）



1. 通常プログラム数の設定

- (1) 通常プログラム基本数

$$\left(\text{当該診療科の直近の過去3年間の全国専攻医採用数の平均} \right) \times \left(\text{都道府県人口/全国の総人口} \right) \quad \textcircled{1}$$

※小児科は、15歳未満人口を使用
- (2) 通常プログラムの加算分

専門研修指導医の派遣実績に応じ、通常プログラム基本数の一定割合を上限とした加算を設定

※（1）においては、直近の過去3年間平均採用数を超過して設定することを許容。一方で、（2）は過去3年間平均採用数に満たない範囲で加算することとする。

2. 連携プログラム等の設定

- (1) 連携プログラム等の設置数

直近の過去3年間の平均採用数の100%に満たない分 $\textcircled{3}$
- (2) 各連携プログラム等の内訳の設定

令和7年度のシーリング数の割合を元に各プログラム数を設定

※ 連携プログラム設定のためには、地域貢献率が原則20%以上が必須条件。

※ 1.の時点で、直近の過去3年間平均採用数を超過した場合は、連携プログラムは設置されない。

※ 令和8年度においては、特別地域連携プログラムを連携プログラム（都道府県限定分を含む）へ振替えることを許容。

3. シーリング数が全国採用数の一定割合に満たない場合の配慮

2.までで算出されたシーリング数が、「当該診療科の全国専攻医採用数（過去3年間平均）」の1.7%に満たない場合、前回シーリング数を超えない範囲で通常プログラムを追加（通常プログラム配慮分）

シーリングの仕組みの見直し（案）を踏まえた試算結果（概要）

○ 指導医派遣に応じた通常プログラム数の加算の上限を通常プログラム基本数の5%～25%(※1)とした場合、シーリング数は下表のとおり。

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
			内数	内数	内数		内数	内数	内数
(単位：人)	合計シーリング数 (案) (②+⑥)	通常プログラム シーリング数 (案)	基本数	加算分	配慮分	連携プログラム等 シーリング数 (案)	連携プログラム (都道府県限定分を除く)	連携プログラム (都道府県限定分)	特別地域連携プログラム
加算分の上限を5%とした場合		2,004		70		602	238	139	225
加算分の上限を15%とした場合	2,606	2,137	1,900	203	34	469	187	110	172
加算分の上限を25%とした場合		2,251		317		355	142	85	128
(参考) 令和6年度採用人数	2,496	2,162	-	-	-	332	217	73	42

※1 {当該診療科の全国採用数(過去3年間平均)}×(都道府県人口/全国総人口)の5～25%とし、最大まで加算された場合の数を示した。
※2 上記に計上した都道府県別診療科は、令和8年度募集が令和7年度募集と同様のシーリング対象と仮定した場合であり、実際は対象外となる見込みを含む。
※3 各種連携プログラムの枠数は、現行のシーリング数の割合を元に按分しているが、連携プログラムの設定がなかった一部の都道府県診療科については現行のシーリング数算出方法の原則に基づき設定。なお、各種連携プログラムの内数については、按分の際の端数処理(四捨五入)により変動する場合がある。
※4 令和6年度採用数において精神科指定医連携枠は合計に含む。

○ 通常プログラムの加算分の上限は、通常プログラム基本数の15%程度としてはどうか。

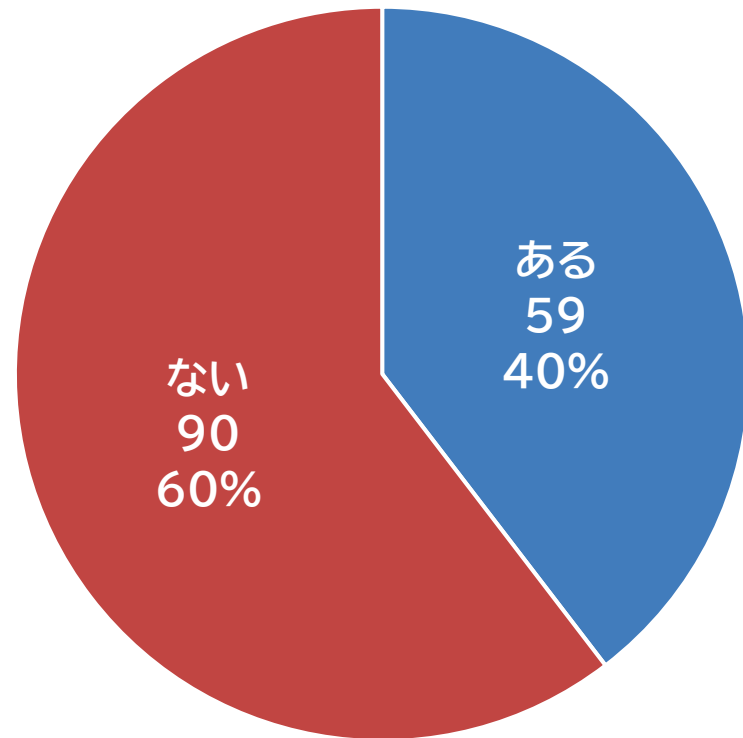
プログラム及び専攻医募集について ― 令和8年度採用専攻医の募集に向けて 29

令和8年度シーリング設定の内訳(内科領域 9都府県) ※鳥取県は今回シーリング地域から除外されている。

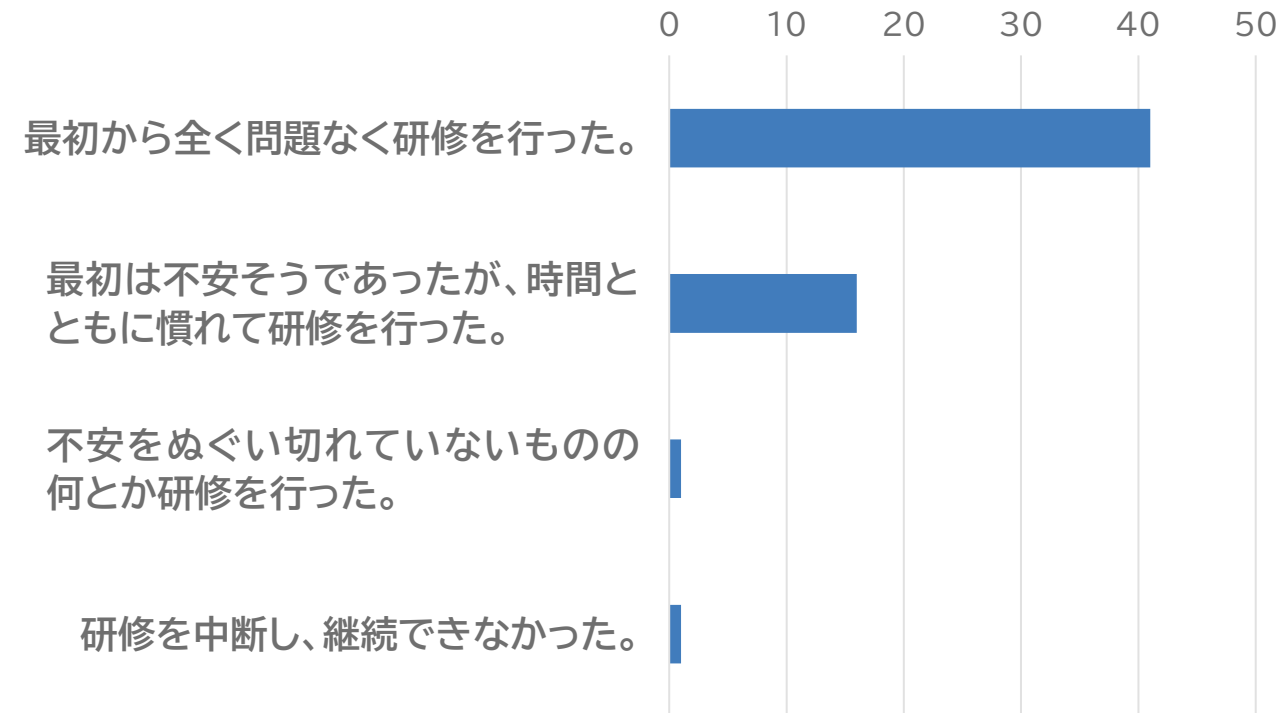
シーリング地域	通常募集プログラム数	うち基本数	うち加算分	うち配慮分	連携プログラム数	うち連携プログラム (都道府県限定分を除く)	うち都道府県限定分	うち特別地域連携 プログラム	シーリング数合計 (通常+連携等)	前年度シーリング数	前年度採用総数 (シーリング対象外の 専攻医を含む)
東京都	383	333	50	0	148	78	26	44	531	573	534
京都府	68	59	9	0	11	6	2	3	79	88	83
大阪府	214	206	8	0	0	0	0	0	214	231	217
和歌山県	24	21	3	0	2	1	0	1	26	25	28
岡山県	49	43	6	0	8	3	1	4	57	68	63
徳島県	16	16	0	0	0	0	0	0	16	22	11
福岡県	138	120	18	0	13	7	2	4	151	162	155
長崎県	41	29	3	9	0	0	0	0	41	41	30
熊本県	40	40	0	0	0	0	0	0	40	36	35
合計	973	867	97	9	182	95	31	56	1,155	1,246	1,156

非シーリング地域からの回答

1. シーリング地域から引越しを伴う派遣研修を受け入れたことがありますか。

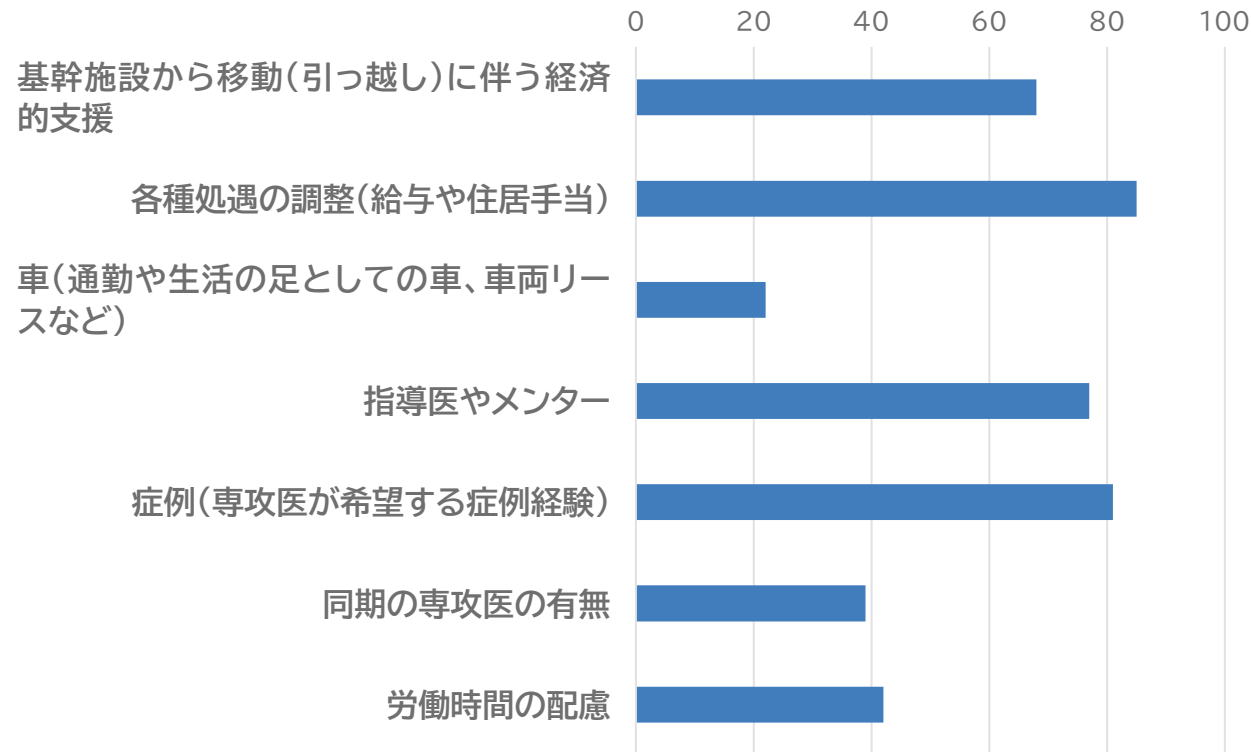


2. 受け入れた専攻医の研修はどのような状況でしたか(回答可能な場合お答えください。複数回答可)

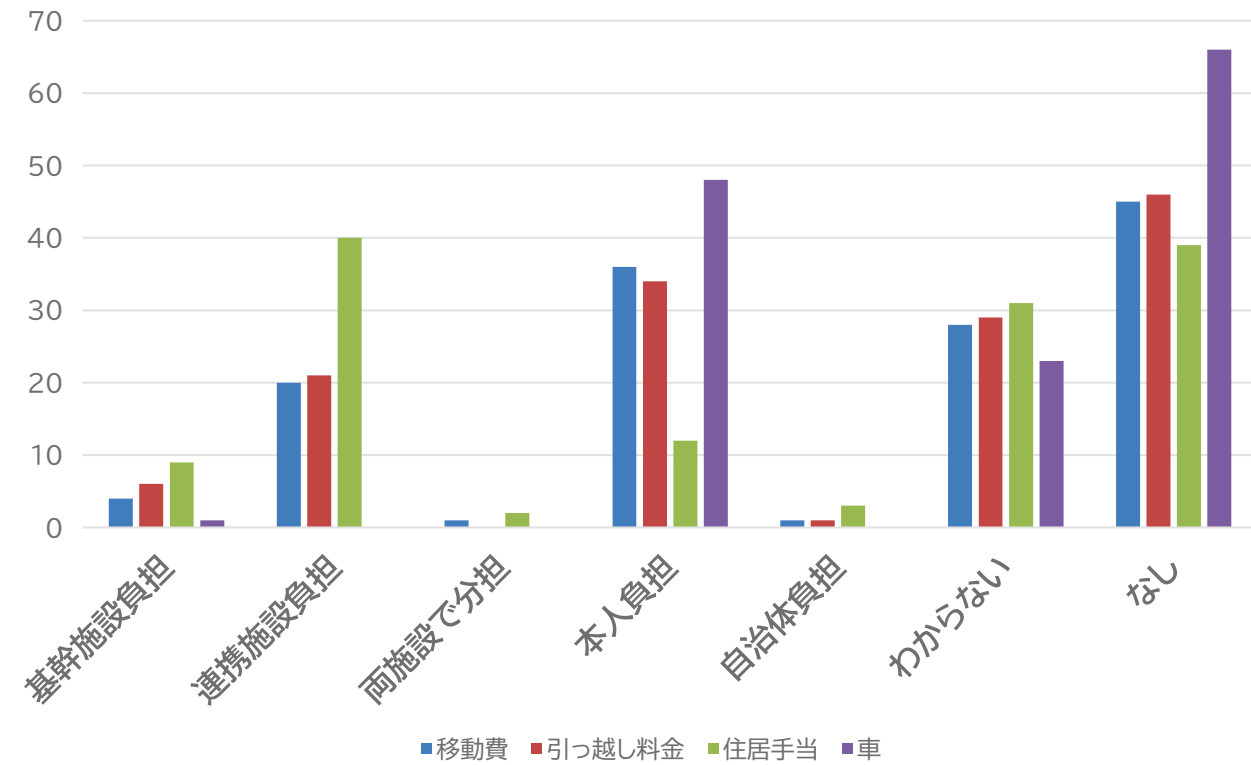


非シーリング地域からの回答

3. 連携施設として専攻医の受け入れにあたって重要と考えることは何ですか。(複数回答可)

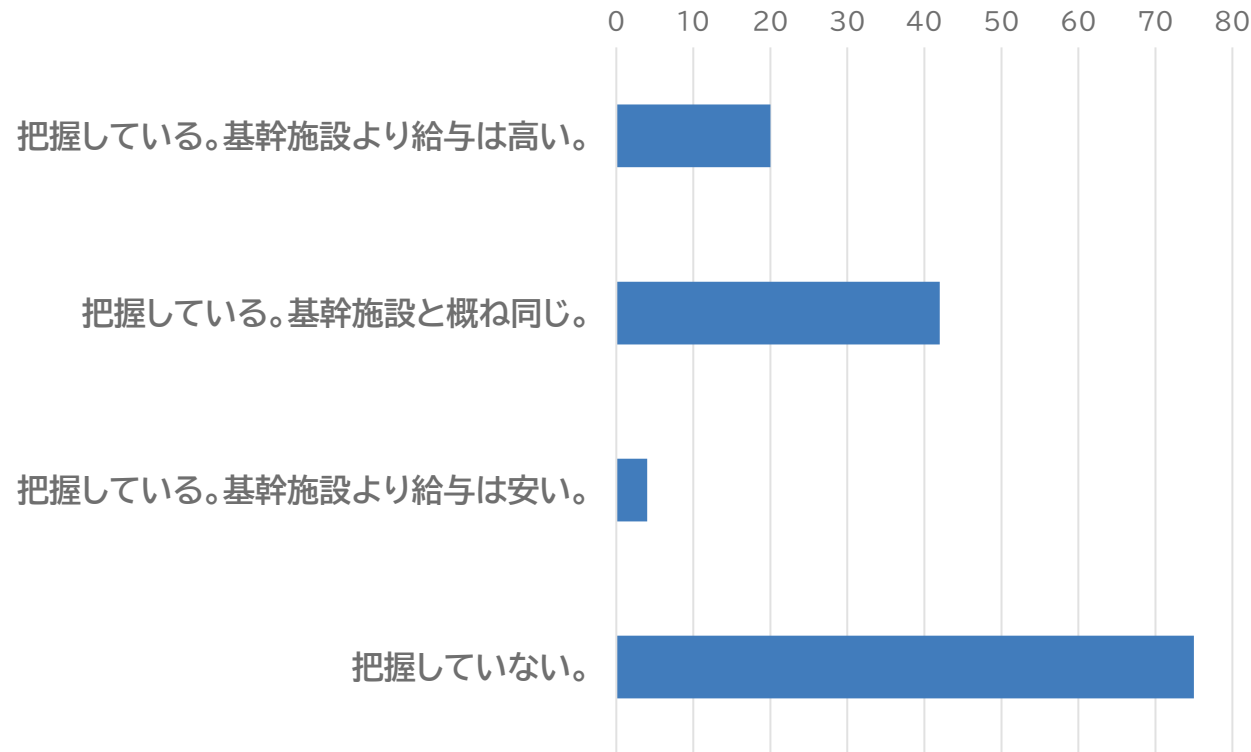


4-1. 専攻医の受け入れにあたって、何らかの経済的支援や環境整備のフォローはありましたか。

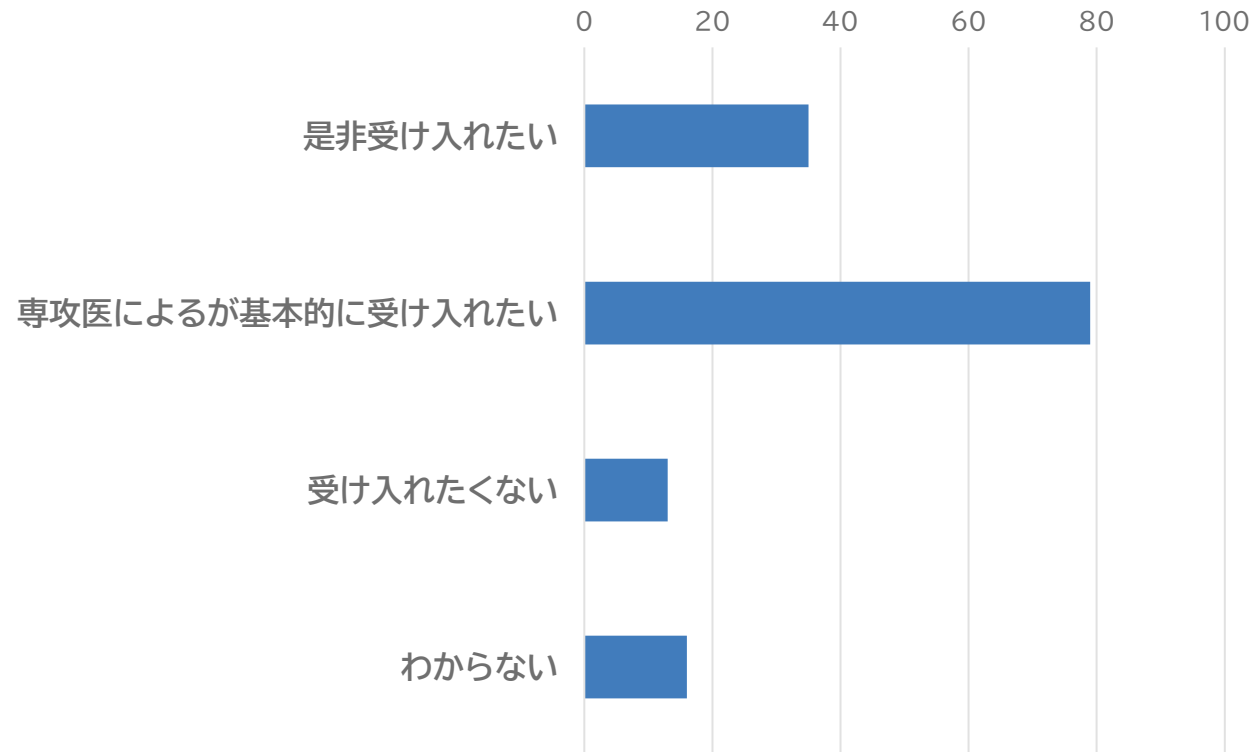


非シーリング地域からの回答

5. 専攻医の給与について基幹施設との違いを把握していますか。

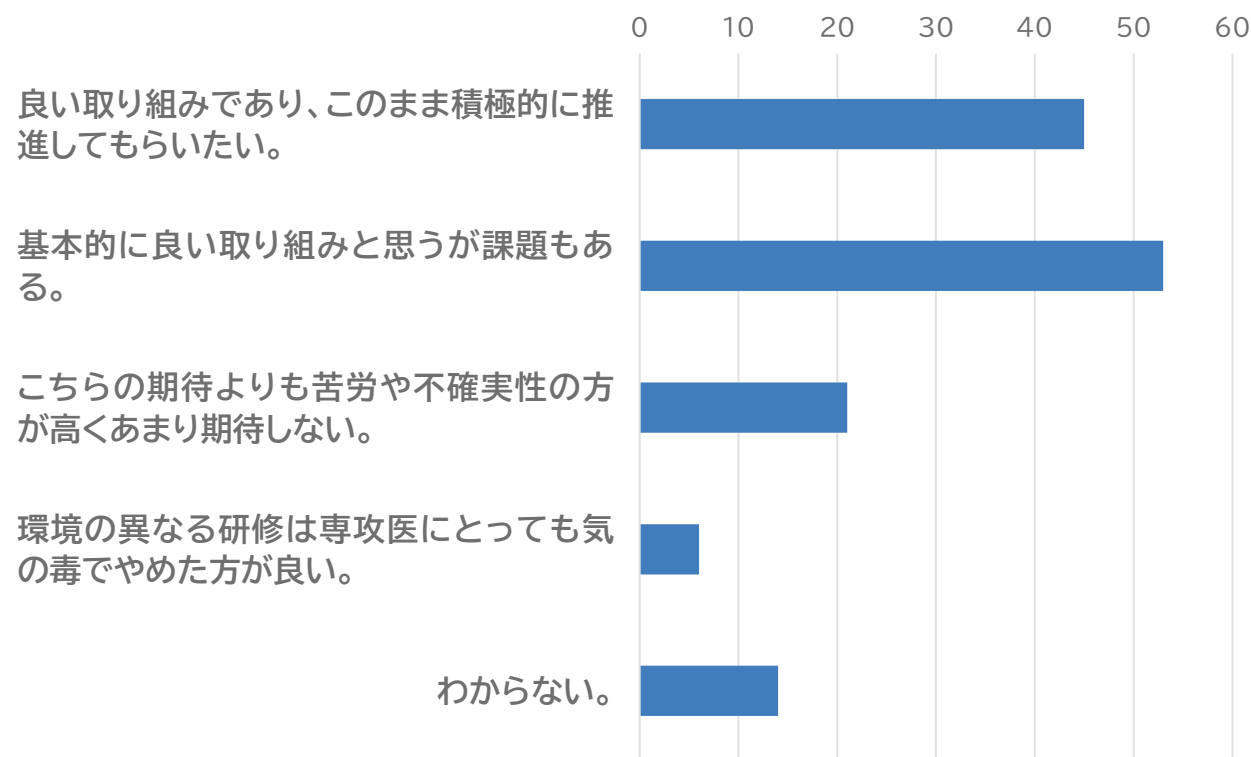


6. シーリング地域からの専攻医を受け入れたいと思いますか。

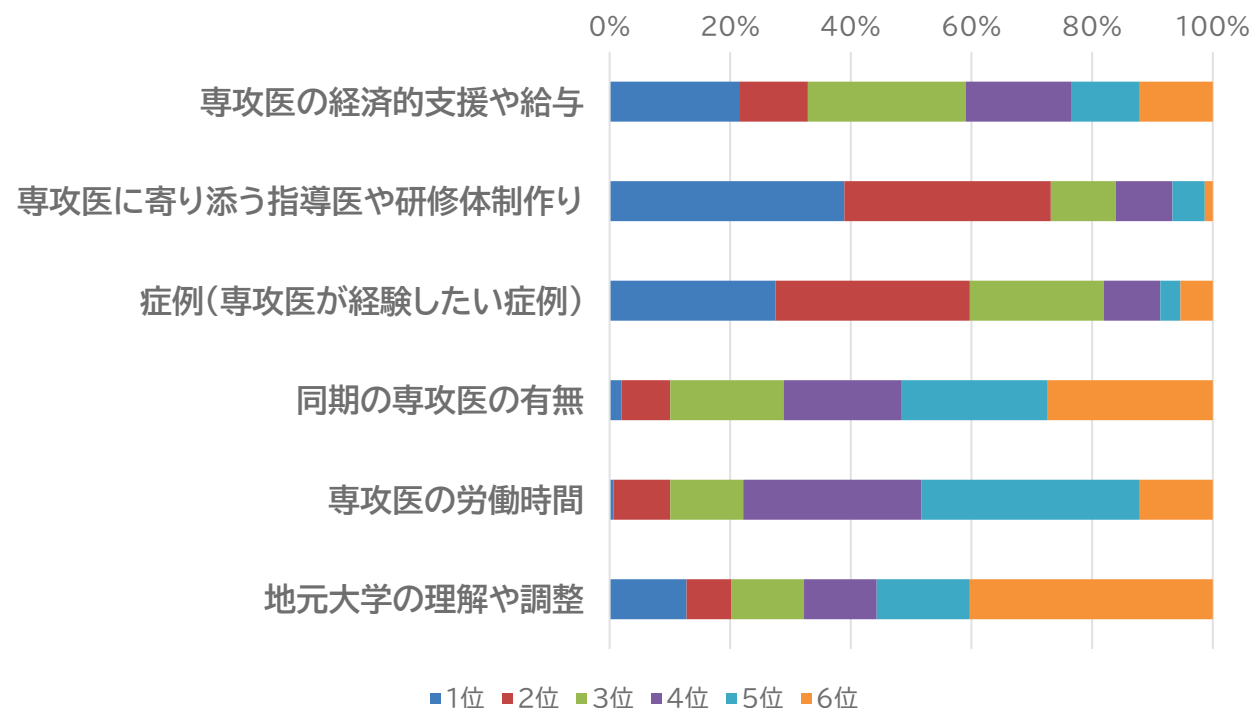


非シーリング地域からの回答

7. シーリング地域との連携研修は良い取り組みと思いますか。

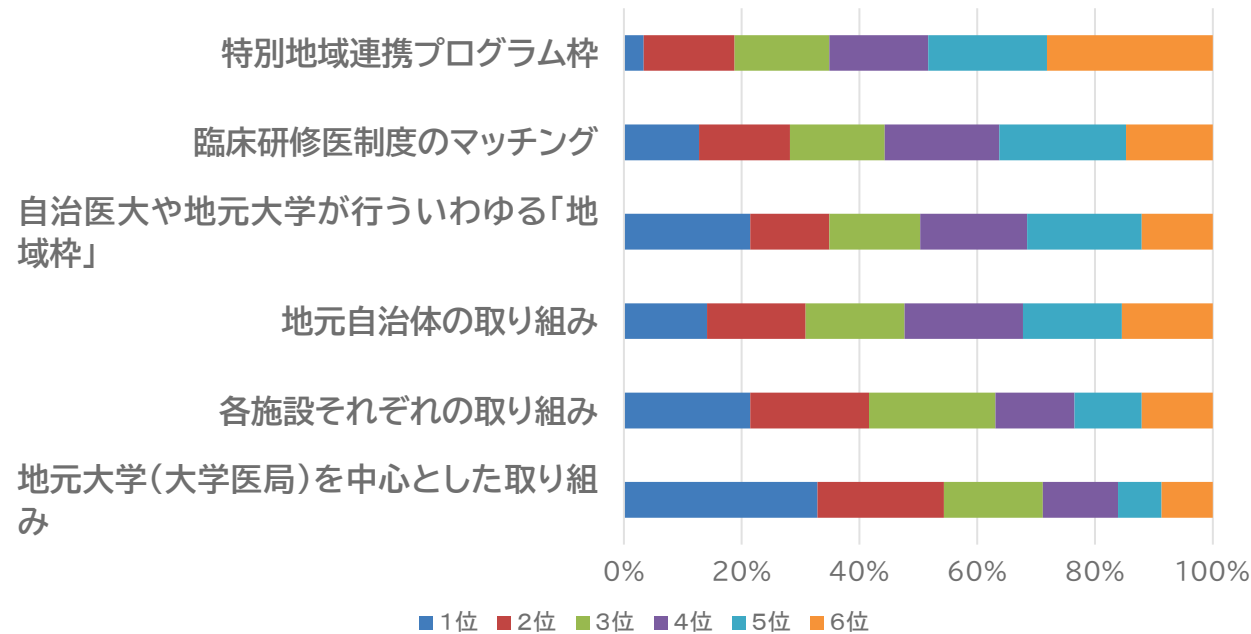


8-1. シーリング地域との連携研修を持続的に行う場合、重要事項として優先順位をつけるとどうなりますか。下記の項目を順位付けしてください



非シーリング地域からの回答

9-1. 地域における医師数確保に向けての取り組みがいくつかありますが、効果が期待される取り組みに順位を付けてください(選択した順位が重複しないようにしてください)



(注:アンケート実施にあたって、下記の質問を行いました。医師専門研修部会では現在、指導医の派遣を推進、勧奨しているものではありません)

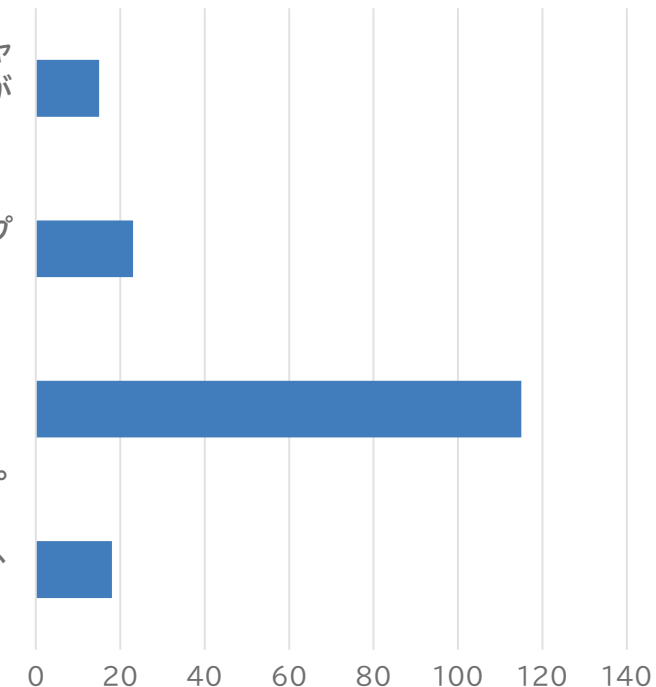
10. 医師専門研修部会(厚労省)では専攻医への負担や負荷を考慮し、研修制度の観点から指導医クラスの移動も期待し模索する考えがあります。これについてどう思いますか。(複数回答可)

専門研修とは直接関係のない方(セカンドキャリアを考えるベテラン医師)へ持ち掛けるのがよい。

専攻医、指導医どの立場の方でも良いのでプログラムに任せるのが良い。

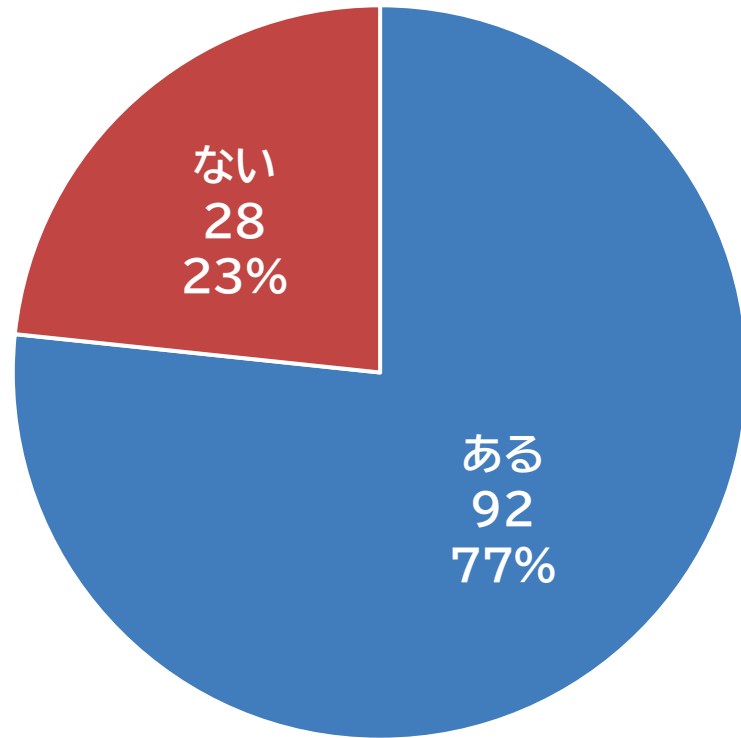
専攻医にだけ負担をかけるのは良くないが、指導医はすでに生活基盤が専攻医に比べて、より固定化されており、あるいは基幹施設の中核的立場となっているので現実的ではない。

専攻医にだけ負担をかけるのは良くないので、もっともな考えである。

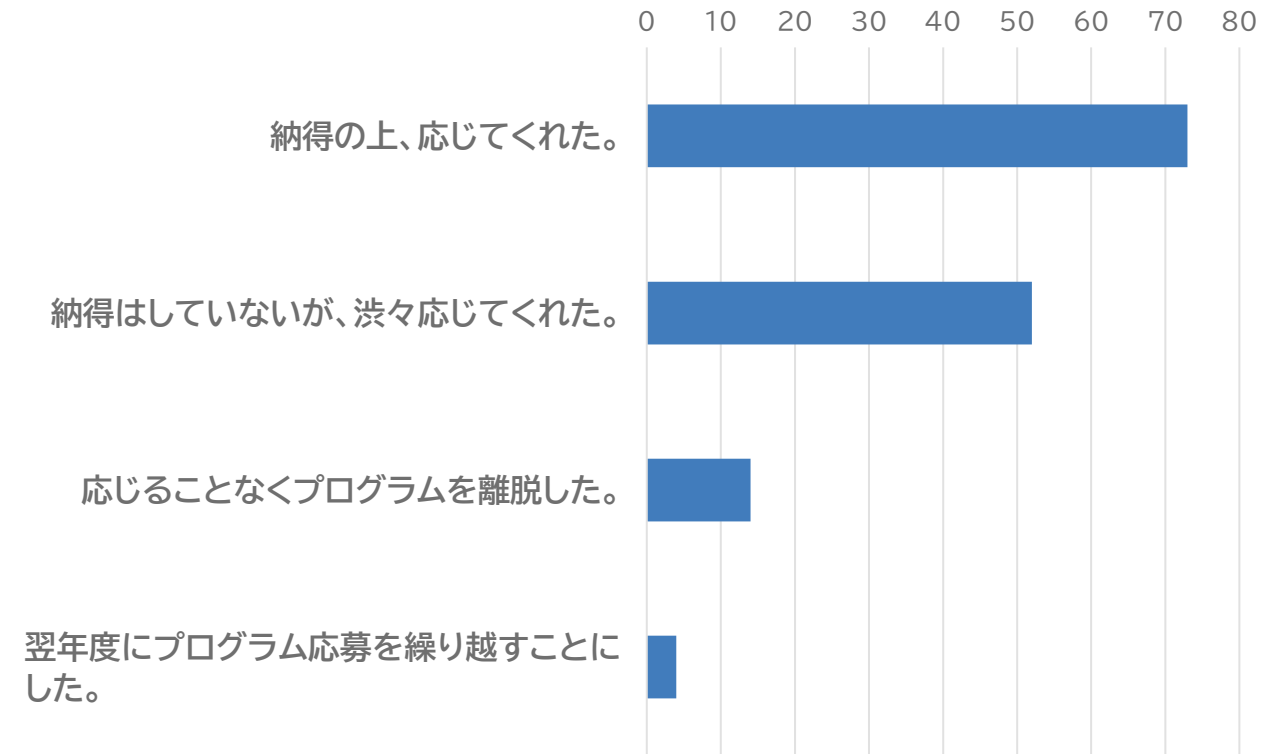


シーリング地域からの回答

1. 非シーリング地域への専攻医の派遣を行ったことがありますか。

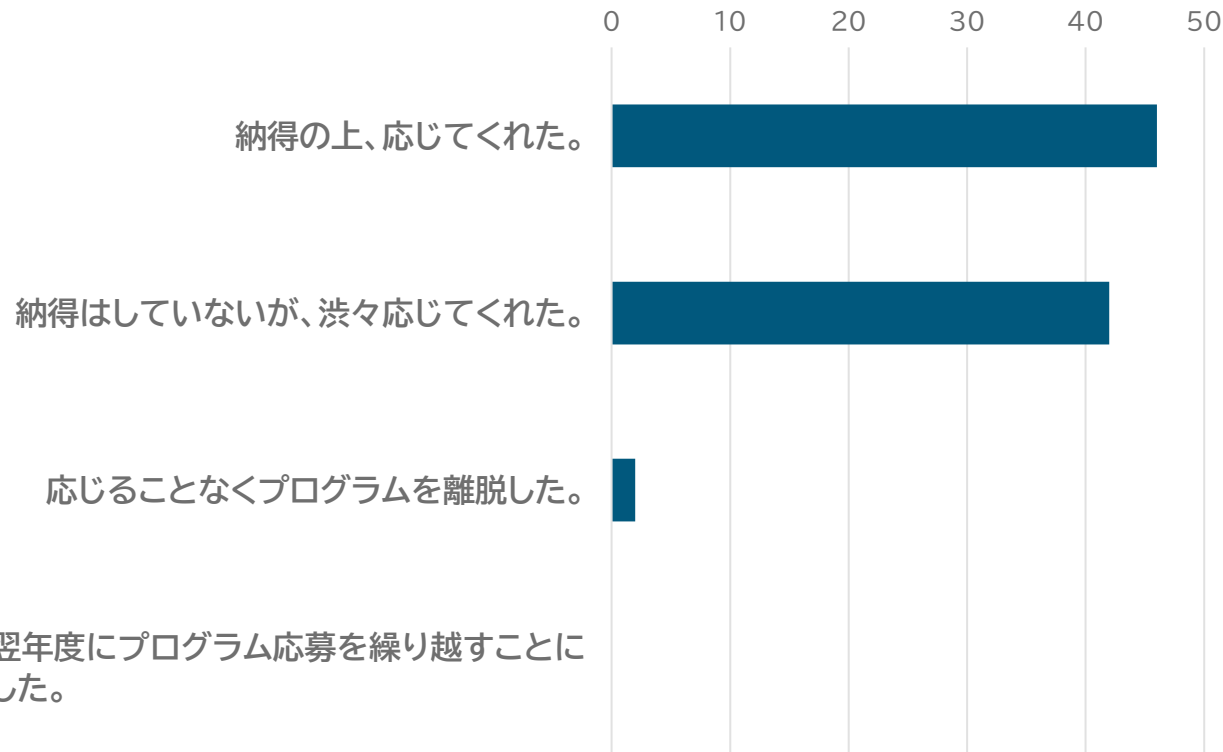


2. 移動を伴う他県での連携研修がある場合、専攻医の受け止めについて(複数回答可)

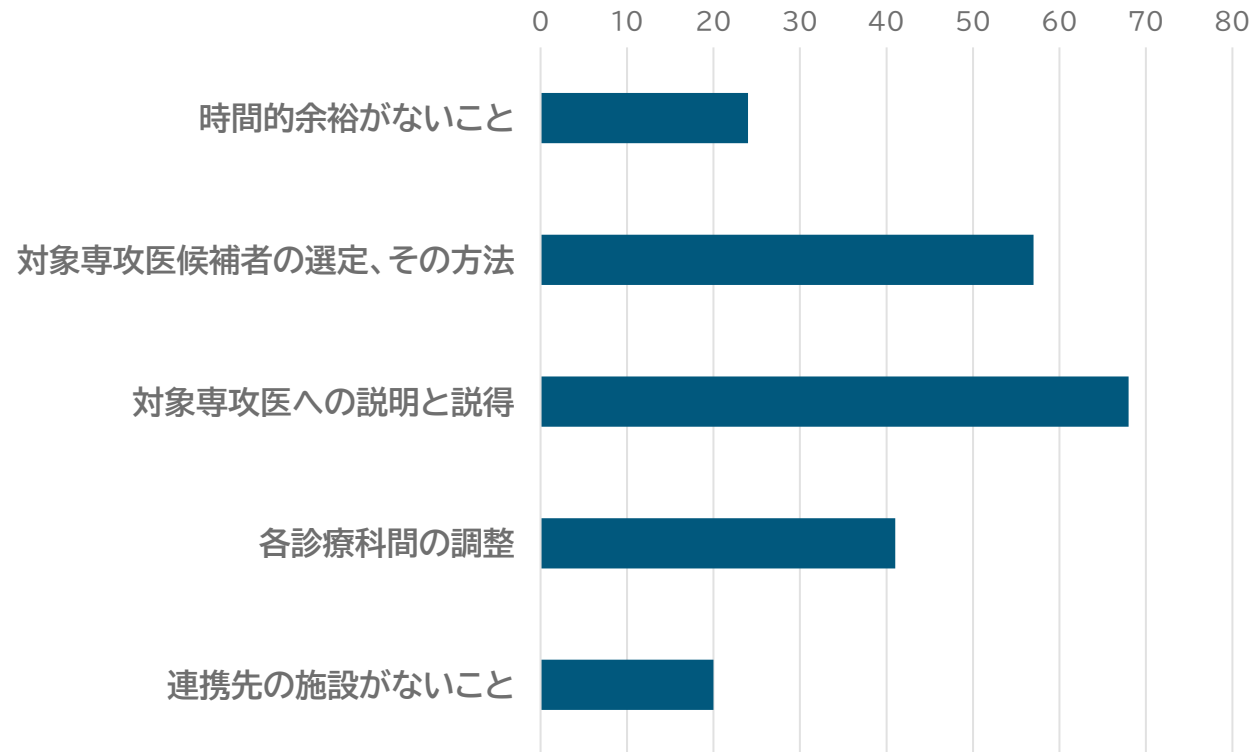


シーリング地域からの回答

3. 設問2のうち、もっとも多いと思われる受け止め方はどれになりますか。以下から一つお選びください。

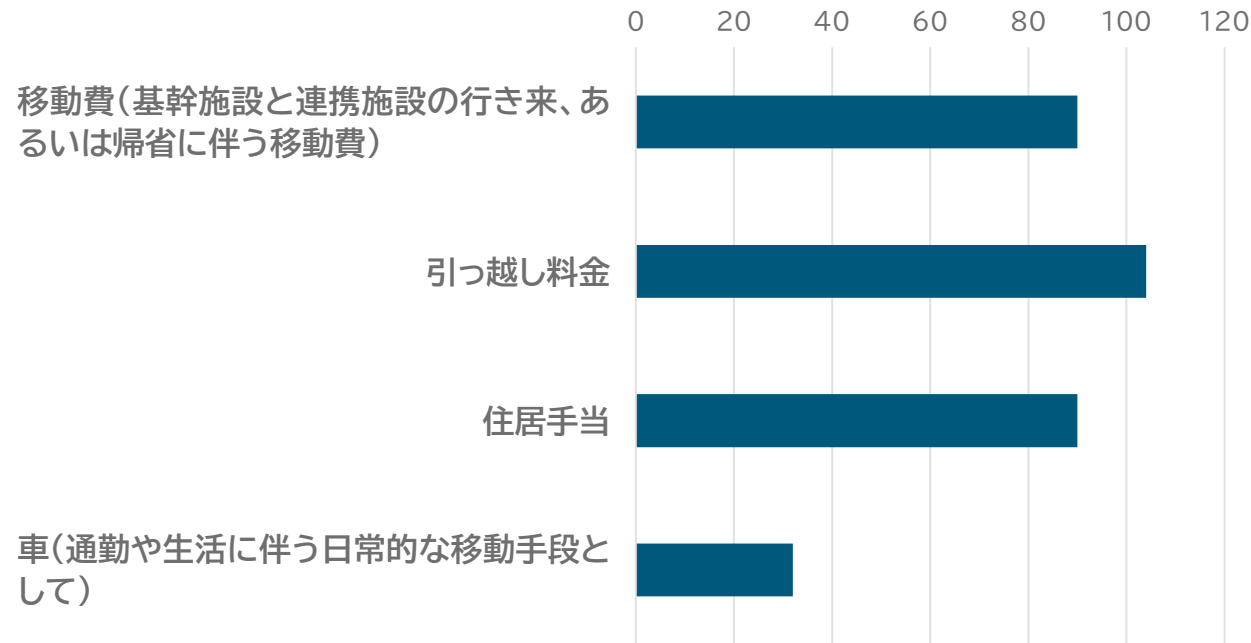


4. 上記の持ち掛けをする際、どのようなことに難渋しましたか。(複数回答可)

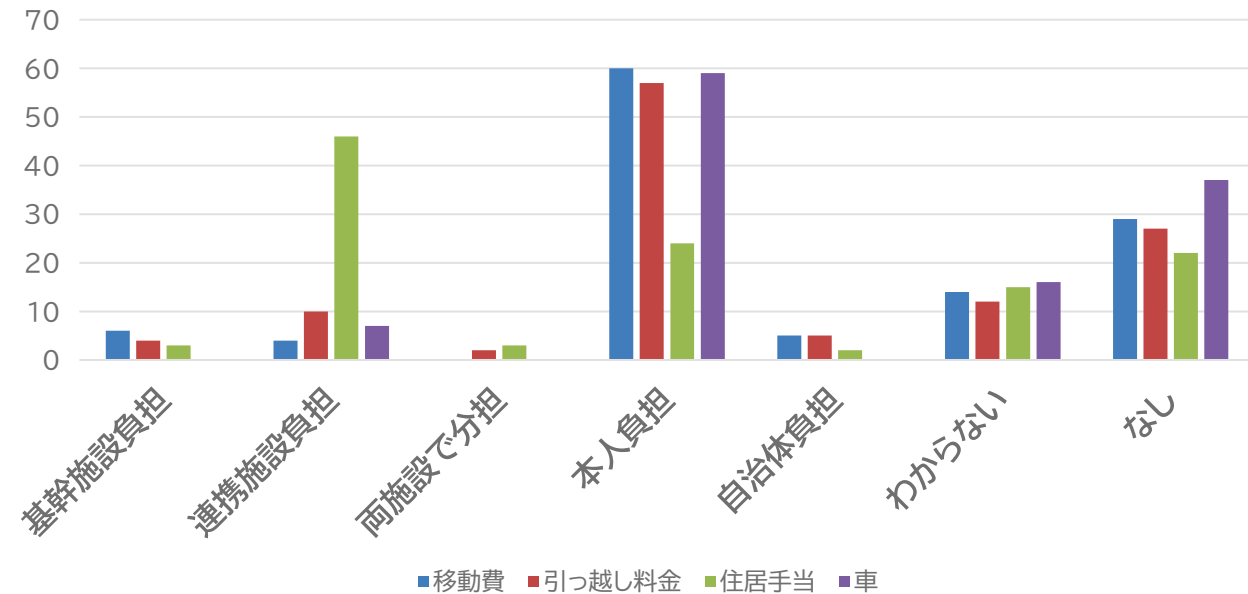


シーリング地域からの回答

5. 移動を伴う他県との連携研修の際、どのような経済的支援や補助が必要になると思いますか。だれが負担するかは別にしてご回答をお願いします。(複数選択可)

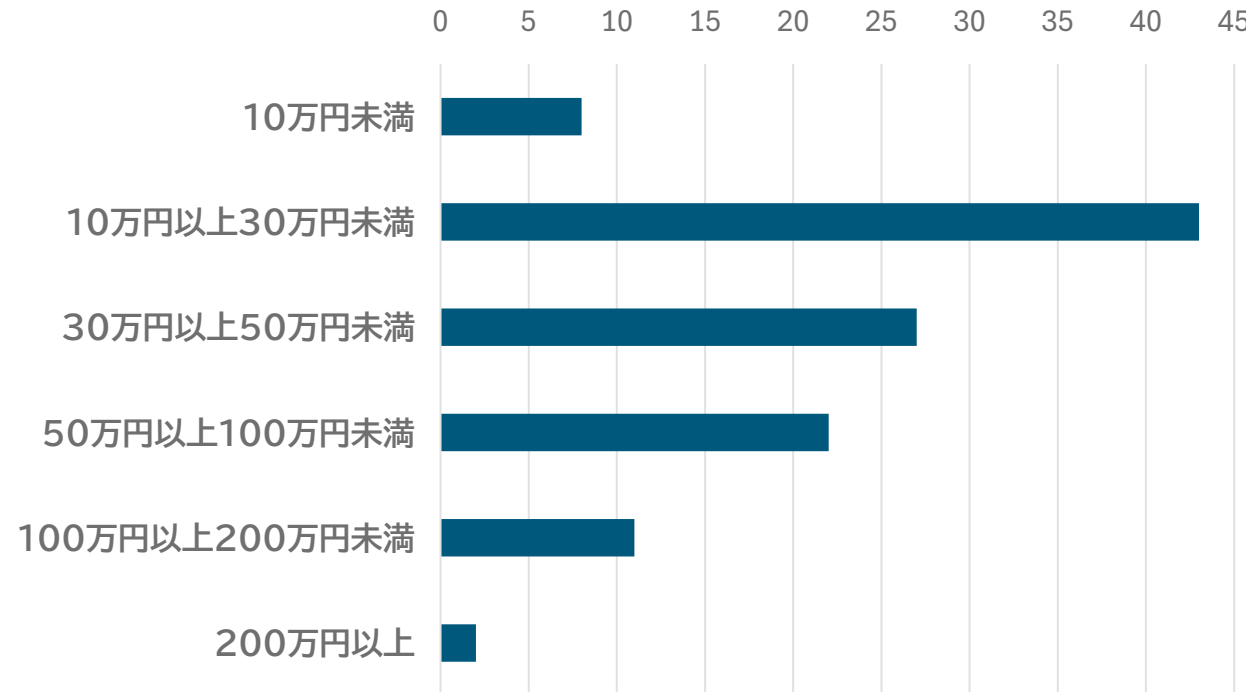


6-1. 設問5について経済的支援や補助ができているもの、できていないもの、実情につきましてご回答ください。ケースにより異なることがあるかもしれませんが、最も近いものをそれぞれから一つお選びください。

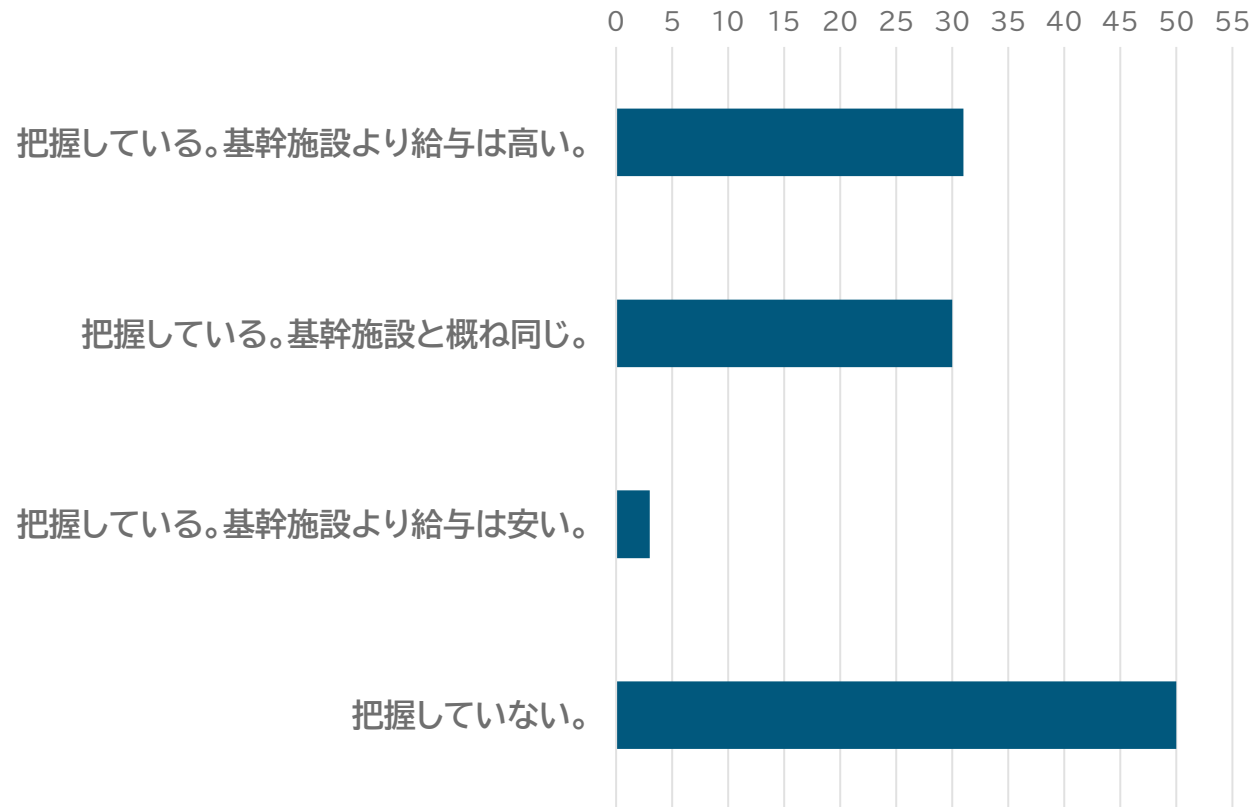


シーリング地域からの回答

7. 移動を伴う他県との連携研修の際、必要とされる費用を念頭に一人当たりどれぐらいの経済的支援が必要だと思いますか。

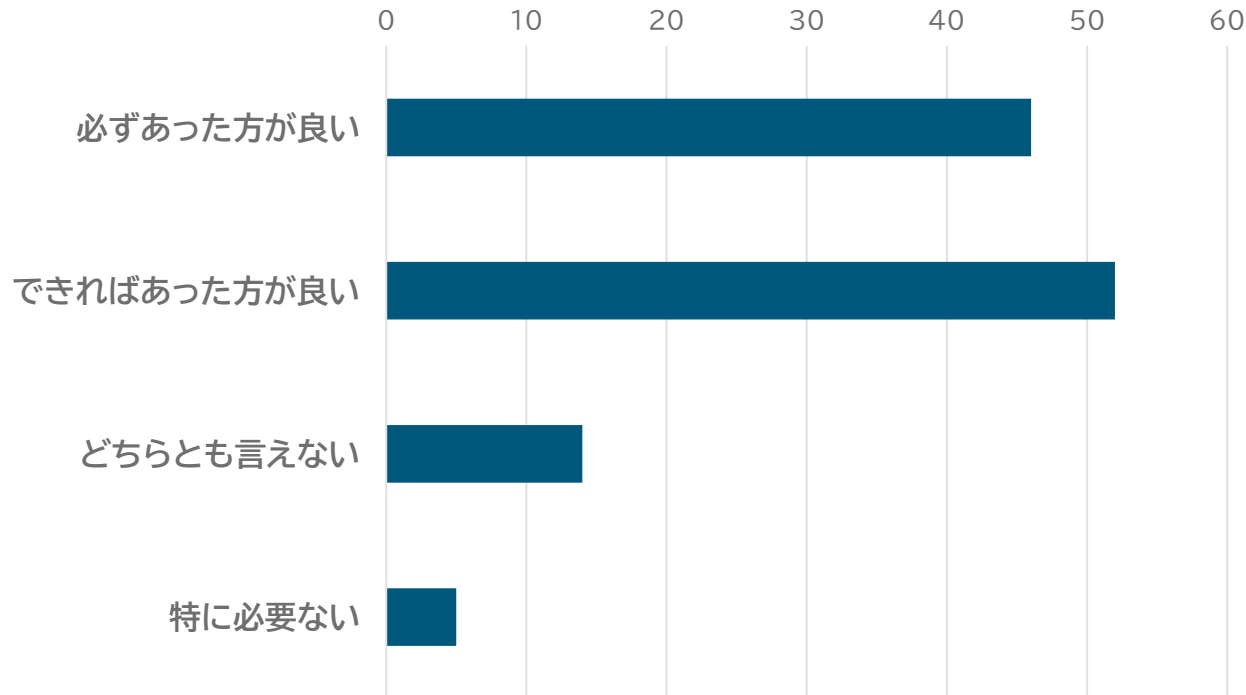


8. 連携研修先の給与について把握していますか。

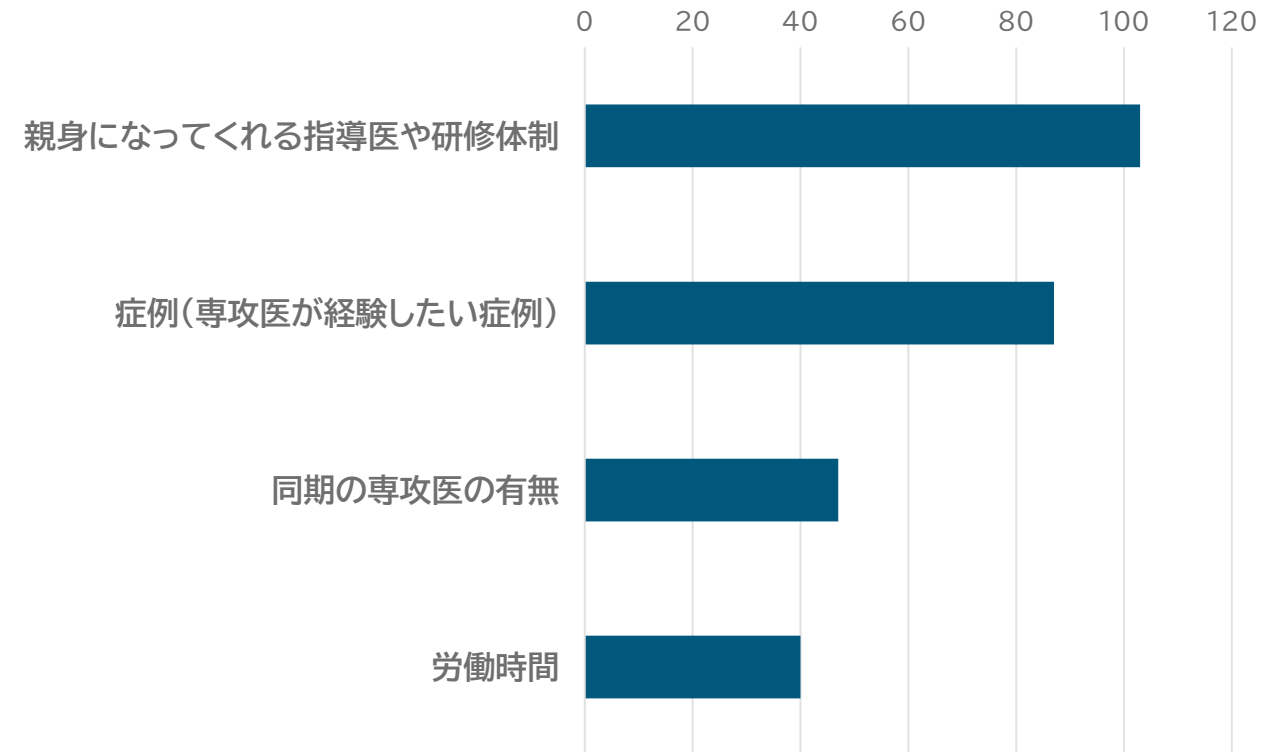


シーリング地域からの回答

9. 移動を伴う他県との連携研修を行う専攻医について、生活や移動にかかる費用以外の経済的インセンティブがあった方が良いと思いますか。

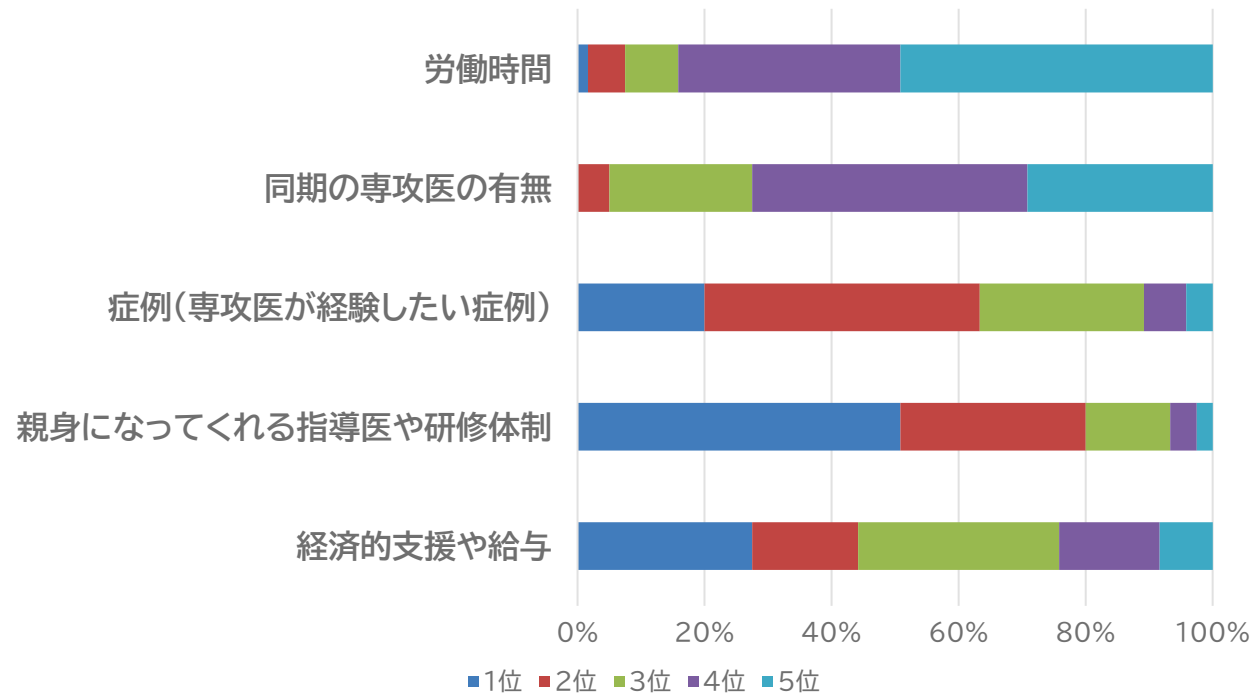


10. 移動を伴う他県での連携研修を行う場合、経済的支援のほかに重要な事項はありますか。(複数回答可)



シーリング地域からの回答

11-1. 移動を伴う他県への連携研修を行う際、重要事項として優先順位をつけるとどうなりますか。下記の項目を順位付けしてください



(注:アンケート実施にあたって、下記の質問を行いました。医師専門研修部会では現在、指導医の派遣を推進、勧奨しているものではありません)

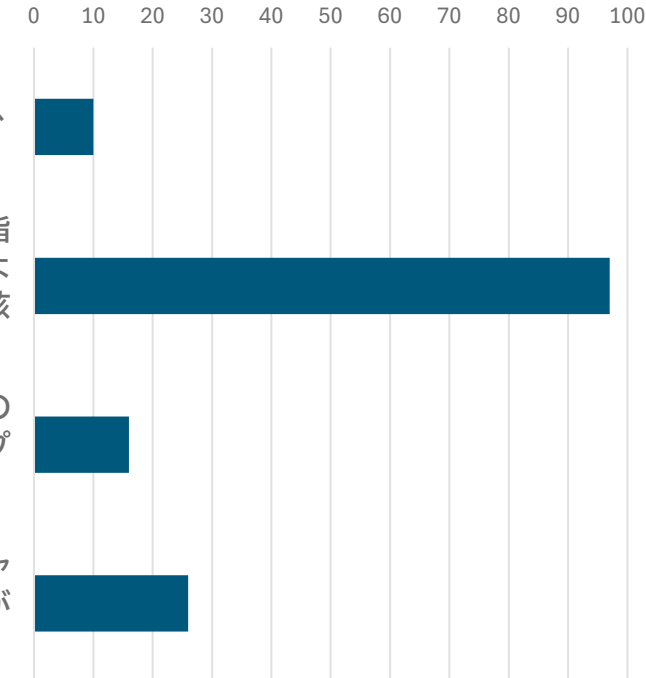
12. 医師専門研修部会(厚労省)では専攻医への負担や負荷を考慮し、指導医クラスの移動をも模索する考えがあります。これについてどう思いますか。(複数回答可)

専攻医にだけ負担をかけるのは良くないので、もっともな考えである。

専攻医にだけ負担をかけるのは良くないが、指導医はすでに生活基盤が専攻医に比べて、より固定化されており、あるいは基幹施設の中核的立場となっているので現実的ではない。

どうしても移動を伴う研修が避けられないのであれば、どの立場の方をお願いするのか、プログラムに裁量を持たせてほしい。

専門研修とは直接関係のない方(セカンドキャリアを考えるベテラン医師)へ持ち掛けるのがよい。



試験合格後、プログラム未修了となっている専攻医への措置の改定

COVID-19に関する措置を利用して「修了見込」を取得し、専門医試験にも合格しているものの、研修プログラムが未修了となっている専攻医に対する合格実績の延長措置を見直す。

【改定内容】

本来の認定更新年度の1年前までに「修了認定」(研修プログラムの修了)を得られなかった場合は、試験の合格実績を無効とし、内科専門医資格の取得を引き続き目指す際は、「修了認定」取得後の再受験を求める。

例えば、第1回試験合格者(令和3年10月1日資格認定)の最初の資格更新期限は令和9年3月31日であるため、令和8年3月31日(令和7年度末)までに修了認定が得られなければ、合格実績が無効となる。

「1年前」を期限とする理由は、以下の点を考慮したものである。

- ◆ 認定更新要件である50単位取得に必要な期間を確保するため
- ◆ 更新に必須であるセルフトレーニング問題(年1回)の受験機会を設けるため

認定保留となっていた研修プログラムについて

令和5年夏、内科専攻医が自死し、労災と認定されたことを受けて、本会は研修実態の把握と再発防止に向けた調査に着手した。その後、日本専門医機構の主導により、プログラム認定の可否を含む慎重な調査と再発防止策の検討、当該施設への確認が行われた。

プログラム側は再発防止に取り組んでおり、機構は令和6年春と冬にサイトビジットを実施し、その実施状況を確認。令和5年秋時点では調査中のため専攻医の応募は認められず、プログラム認定は保留となっていたが、令和6年冬の訪問により対策の実施が確認されたことから、令和7年1月に認定保留が解除された。

これにより、令和7年度から当該プログラムでの専攻医募集が可能となった。なお、調査期間中も含め、当該施設における専攻医の研修実績は正式に認められている。

【参考】この施設における再発防止に向けた主な取り組み

- 所定労働時間の徹底管理（研修医および指導医を含む）
- 院内外に相談窓口を設置し、明示
- 専攻医の定期面談を診療科内に限定せず、輪番で実施
- 専攻医室を設け、同僚との交流機会を確保
- 勤務時間内に研修専従の時間を設定

日本専門医機構について

サブスペシャルティ領域関連報告

○サブスペシャルティ領域研修細則第二版に基づいて整備基準審査が行われている。

ここでサブスペシャルティ領域は3つにカテゴリー分類された。

○内科以外の基本領域から研修を考えているサブスペシャルティ領域について、日本専門医機構による慎重な協議と審査が行われている。

○整備基準の審査は機構のサブスペシャルティ領域検討委員会(サブスペ委員会)、プログラム委員会と二つの委員会でそれぞれ行われている。

- 総合内科：サブスペ委員会とプログラム委員会の審査はそれぞれ承認され通過した。
その後、理事会で審議され、類似する専門医との違い、専門医名称などについて意見があり、現在、承認保留となっている。
- 認知症　：サブスペ委員会によるWeb面談が複数回実施された。

- 総合内科専門医は内科専門医制度の指導医としての役割を期待している。
- 一方、日本専門医機構のサブスペシャリティ領域(カテゴリー1)として指定を受けており、指導医ではなく専門医としての特徴について、類似する専門医との違いも含めて説明が求められている。日本内科学会では新しい専門医制度として総合内科専門医の特徴を次のように定めている。

【総合内科専門医の医師像(特徴)】

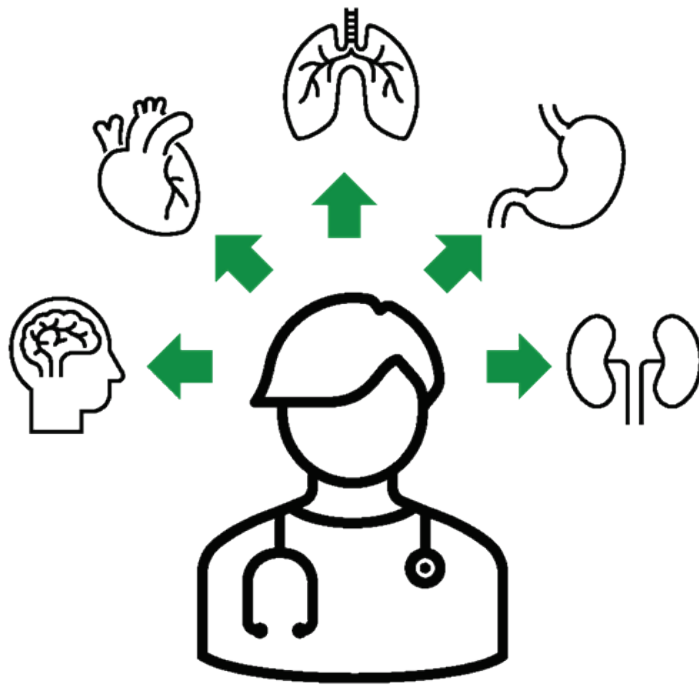
- 1 高度な診断力(診断困難な症例への対応力)
- 2 多疾患併存患者への対応力(複雑な病態を持つ患者への対応力)
- 3 病院における中心的な内科医

内科専門医と総合内科専門医の違いについて

	内科専門医	総合内科専門医
目的	内科医としての“独り立ち”	独り立ち後に、〈多領域にまたがる複雑・診断困難な症例〉を専門的に扱う力を伸ばす
研修内容	- 地域の総合病院などで“内科各領域”の症例経験(各科ローテなど) - DPC主病名ベースで症例数と網羅性を重視	- 内科専門医取得後に開始 - 複雑な病態・併存疾患・診断困難例にフォーカスしている
症例の特色	複雑な病態を持つ症例を必須にしていない	併存疾患を含む複雑例・原因不明例を積極的に扱う

■ 内科専門医と総合内科専門医の研修の違い

内科専門医



内科全領域を網羅的に経験し、
内科医としての独り立ちに重点に置く。

総合内科専門医



独り立ちできたことにより、複数の領域にまたがる
複雑な病態や診断困難な症例を専門的に研修する。

総合内科専門医がその特徴として具体的に取り組むことが期待される内容

① 診断困難例 ― “診断がつかない”患者を掘り下げる

定義の目安となる考え方

- 初診から >3 週間経過しても診断不明
- 2 名以上の医師が診断できず停滞
- 「common × uncommon症候」や希少疾患・病歴聴取が難しいケース

具体的な例

- 遷延する発熱 → 亜急性甲状腺炎 / 血培で感染性心内膜炎
- 下腿浮腫＋しびれ → 脚気(ビタミン B₁欠乏)
- 原因不明の体重減少 → ALS (筋萎縮性側索硬化症)

② 多疾患併存(複雑な病態を持つ)患者への対応力

求められる4つのスキル

- 各疾患治療の最適化・統合
- 複数主治医間の調整・リーダーシップ
- ライフコースを見据えた療養場所の選択
- 患者・家族と共感的に意思決定

典型的な具体例

- 高齢喘息 + 心房細動・心不全・糖尿病(吸入困難)
- 独居・脳梗塞後で自己注射不可のインスリン療法 + 不安神経症・ポリファーマシー
- 高血圧・脂質異常・AMI後 + 骨粗鬆症 + 再発性イレウス + 慢性疼痛で頻回受診

3つのカテゴリーに分類した制度設計

1)カテゴリー1 機構が指定する領域

機構が必要性を鑑みて指定する。

基本領域サブスペシャリティ連絡協議会の推薦が必要。

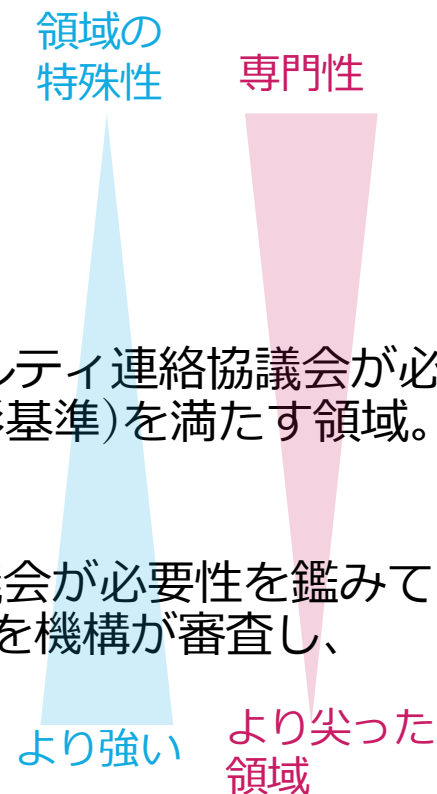
2)カテゴリー2 連絡協議会が指定(申請)する領域

カテゴリー1には該当しないものの、基本領域サブスペシャリティ連絡協議会が必要性を鑑みて指定(申請)する領域。機構が認定。認定基準(外形基準)を満たす領域。

3)カテゴリー3 連絡協議会が認定する領域

カテゴリー1,2以外に、基本領域サブスペシャリティ連絡協議会が必要性を鑑みて認定する領域。連絡協議会が決めた領域認定審査基準の品質を機構が審査し、可否を承認する。

カテゴリー1-3は、市民にとって専門性、必要性の観点から補填的な関係性であり、上下関係はない。広告開示の可否に差異があってはならない。



カテゴリー1の分類

(名称は必ずしも最終的なものではありません)

Type I 臓器機能別の領域分類*

基本領域	内科系		外科系
	小児 (基本領域小児科)	成人 (基本領域内科)	(基本領域外科)
01神経系	小児神経	脳神経内科	脳神経外科①
02眼科系	眼科		
03耳鼻咽喉科系	耳鼻咽喉科		
04呼吸器系		呼吸器内科	呼吸器外科
05循環器系	小児循環器	循環器内科	心臓血管外科
06消化器系		消化器内科	消化器外科
07筋骨格系		膠原病・リウマチ内科	整形外科①
08皮膚・皮下組織	皮膚科・形成外科		
09乳房			乳腺外科
10内分泌・代謝		内分泌代謝・糖尿病内科 ③	内分泌外科
11腎尿路・男性		腎臓	泌尿器科
12女性・妊娠	産婦人科		
13血液・免疫		血液	
14新生児・先天性奇形	新生児		小児外科
15小児	小児科		小児外科
16精神	精神科④⑤		

*DPC制度のMDC分類に基づく

臓器機能別細分類は以下の通り

①脊椎脊髄外科**

②肝臓内科(補完)

③糖尿病内科(補完)

④児童精神

⑤老年精神

Type II 臓器横断的領域分類

II-a) 総合性を重視した領域

総合診療

救急科

集中治療科

総合内科

II-b) 悪性腫瘍の医療に関する領域

小児血液・がん

がん薬物療法**

放射線治療

II-c) 病態に応じた対応領域

リハビリテーション科

感染症**

アレルギー**

緩和医療

Type III 診療支援分類(診療を行う上で必要な領域)

放射線科(診断・治療)

消化器内視鏡(診断・治療)

放射線カテーテル治療(診断・治療)**

麻酔科(治療)

透析(治療)

放射線診断(診断)

臨床検査(診断)

病理(診断)

臨床遺伝(診断)

Type IV ライフステージに関わる特有の医療上の課題を扱う領域

周産期・新生児

認知症

老年病**

赤字：基本領域

青字：既認定サブスペシャルティ領域

名称は整備基準に記載のもの

**：既認定領域のうち、整備基準未承認領域

名称は検討中です。



内科から研修可能な日本専門医機構に係るサブスペシャリティ領域
(カテゴリーI分類)

認定済		未認定（指定済）	
区分	領域名	領域名	
連動研修	消化器内科	総合内科	
	循環器内科	透析	
	内分泌代謝・糖尿病内科	認知症	
	腎臓	緩和医療	
	呼吸器内科		
	血液		
	神経内科		
	膠原病・リウマチ内科		
補完研修	消化器内視鏡		
	肝臓内科		
	糖尿病内科		
通常研修	アレルギー		
	感染症		
	老年科		
	腫瘍内科		
	集中治療		

- 注意事項
- 1. 補完研修区分、通常研修区分領域は専門医制度の整備基準審査が完了していない。
 - 2. サブスペシャリティ領域の領域名称は別途、日本専門医機構にて検討中である。

1. 令和7年度の内科専攻医は3,027名となり過去最高となった。
全領域に占める内科比率も1%上昇し、31%となった。
2. 令和8年度はシーリング設定が見直され、地域によっては抑制基調となる。
 - ①特別地域連携プログラム枠がシーリング枠内へ扱われることとなった。
 - ②シーリング地域の通常枠加算として指導医派遣実績調査(派遣予定含む)が行われる。
 - ③シーリングに伴う専攻医派遣は移動に伴う保障が不十分であり、機構等へ働きかけを行っている。
3. 新制度(J-OSLER世代)の総合内科専門医の更新制度
内科専門医を1階部分とする総合内科専門医は25単位の取得が必要となる。
(内科専門医50単位と合わせて計75単位が必要となる)