

特集 精神科専門医制度の構築に向けて

日本専門医機構のもとでの精神科専門医制度の概要

武田 雅俊

日本精神神経学会では第111回大阪大会の代議員総会において、日本専門医機構のもとで新しい精神科専門医制度を構築するとの方針を決定し、日本専門医機構との協議を繰り返した後に、2015年11月に臨時代議員総会を開催し、日本専門医機構が提示する方針に則った「精神科専門研修プログラム整備基準」と「精神科専門医更新基準」を承認し、両基準に基づいた新しい精神科専門医制度の規則とその細則を決定した。日本専門医機構が提示しているスケジュールでは、2016年度の前半に研修プログラムを公示し、夏から秋にかけて各プログラムへの専攻医を募り、2017年4月からは新しい制度下での専門研修を始めることとなっている。2020年からは、これまでの学会による認定が変わって、日本専門医機構による認定に移行する。2019年度までは、これまでと同様に精神神経学会専門医としての更新も専門医機構による更新も両方とも受け付けるが、2020年以降は専門医機構により提示された更新要件を満たして、日本専門医機構認定の専門医に移行することになる。日本精神神経学会においては、専門医常任委員会、専門医制度委員会を中心として新しい専門医制度を始めるための準備を重ねてきたが、2016年2月現在、研修プログラムの応募を受け付ける段階となった。今後、提出された研修プログラムを審査し、機構の承認を受けた研修プログラムを公表し、専攻医を募集し、いよいよ来年度からの研修を開始することとなる。次世代を担う精神科医の養成は、学会だけでなく精神医学・精神科医療にかかわるすべての者にとって重要な課題であり、すべての精神科医の理解と協力を得て、内容のある精神科専門医制度を構築したいと思っている。本稿では現時点での準備状況を報告するとともに、新しい精神科専門医制度についての考え方を述べた。

<索引用語：研修施設群，研修プログラム，精神科専門医，日本精神神経学会，日本専門医機構>

はじめに

2014年5月、一般社団法人日本専門医機構が設立され専門研修プログラムの認定および専門医の認定を担うことになった。2015年6月、日本精神神経学会は第111回大阪大会の代議員総会において、日本専門医機構のもとで新しい精神科専門医制度を構築するとの方針を決定した。そして日本専門医機構との協議を繰り返した後、2015年11月に臨時代議員総会を開催し、日本専門医機構が提示する方針に則った「精神科専門研修プログラム整備基準」と「精神科専門医更新基準」を承認

し、両基準に基づいた新しい精神科専門医制度の規則とその細則とを決定した。

日本専門医機構が提示しているスケジュールでは、2016年度の前半に研修プログラムを公示し、夏から秋にかけて各プログラムへの専攻医を募り、2017年4月からは新しい制度下での専門研修を始めることとなっている。19の基本領域のうち12領域が3年間の研修期間としているので、新制度で最初の専攻医が研修を修了する2020年からは、これまでの学会による認定が変わって、日本専門医機構による認定に移行することになる。

2019年度までは、これまでと同様に精神神経学会専門医としての更新も専門医機構による更新も両方とも受け付けるが、2020年以降は専門医機構により提示された更新要件を満たして、日本専門医機構認定の専門医に移行することになる。

日本精神神経学会においては、専門医常任委員会、専門医制度委員会を中心として新しい専門医制度を始めるための準備を重ねてきたが、2016年2月現在、研修プログラムの応募を受け付ける段階となった。今後、提出された研修プログラムを審査し、機構の承認を受けた研修プログラムを公表し、専攻医を募集し、いよいよ来年度からの研修を開始することとなる。

次世代を担う精神科医の養成は、学会だけでなく精神医学・精神科医療にかかわるすべての者にとって重要な課題であり、すべての精神科医の理解と協力を得て、内容のある精神科専門医制度を構築したいと思っている。本稿では現時点での準備状況を報告するとともに、新しい精神科専門医制度についての方向性を考えてみたい。

I. 医師の卒後研修制度の変遷

1. 初期臨床研修

医師の卒後研修・教育制度は時代とともに大きく変化してきた。戦後1946年に始まった医師実地修練（インターン）制度では、医学部卒業生は1年間の「診療実施修練」を修了した後に医師国家試験の受験資格が与えられていた。このインターン制度は、医師資格を有しないままに医療行為を行うという資格・責任の問題と、医学部を卒業しても1年間は無給で診療実地修練に従事することが求められていたことから、当時の医局講座制への反対と合わせて、インターン制度反対の運動が起こり、1968年にインターン制度は廃止された。

そして、臨床研修制度が導入され、医学部卒業生は卒業時に医師国家試験を受けて医師免許を得ることが可能となり、医師免許取得後には2年以上の臨床研修を行うよう努めるものと定められた。この改正により、医師国家試験に合格すれば医師として診療するという身分保障はなされた

が、一方研修医の労働条件や待遇についての措置がなされなかったことから、多くの研修医がその生活をアルバイトに頼らざるをえず、初期臨床研修が十分に行われぬという実態であった。

このような経過を経て、2004年に新臨床研修制度が導入された。新制度では、プライマリ・ケアを中心とした幅広い診療能力の習得を目的として、2年間の臨床研修が実質上義務化され、適正な給与の支給と研修中のアルバイトを禁止することが定められた。この卒後2年間の臨床研修を初期研修と呼ぶが、医学部卒業生のほとんどは大学病院や中核的総合病院などの研修指定施設での2年間の初期研修を行っている。

2年間の臨床研修が必修化されて11年が経過するが、この初期臨床研修制度も時代に応じていくつかの修正がなされてきた。精神科は、当初は初期研修にて経験すべき必修科目とされていたが、その後選択必修科目となり、現在は必ずしもすべての医師が精神科を十分には経験していないという問題がある。

2. 現行の学会認定による精神科専門医制度

前述したように、2004年から多くの臨床医は、2年間の初期研修を修了した後に、それぞれの専門科目の研修を開始することになったが、この研修を後期臨床研修と呼ぶ。

精神科における専門医制度の議論は、1961年に本学会に「学会専門医制に関する委員会」が設置されたときに始まる。しかしながら、その実現までには40年以上の長い年月が必要であった。これは、専門医の社会的位置づけが必ずしも明確でなかったことと、日本精神神経学会がひととき民主的な学会運営をめざしてきたことから専門医制度が学会員の中に格差を是認することにつながりうることに反対する声が大きかったことによる。多くの学会が専門医制度を発足させていく中で、本学会においても数々の議論を重ねられ、1999年5月に「学会認定医制導入のための提案」（いわゆる山内答申）が承認された。そして2002年の臨時評議員会および総会において「精神科専門医制に関

表 1 日本専門医機構が認定している基本領域専門医制度，学会，専門医数

専門医制度	学会	人数	
外科専門医	日本外科学会	21,275	※
整形外科専門医	日本整形外科学会	17,280	※
総合内科専門医	日本内科学会	15,125	※
小児科専門医	日本小児科学会	14,940	※
産婦人科専門医	日本産科婦人科学会	12,569	※
眼科専門医	日本眼科学会	10,860	※
精神科専門医	日本精神神経学会	10,104	※
耳鼻咽喉科専門医	日本耳鼻咽喉科学会	8,542	※
脳神経外科専門医	日本脳神経外科学会	7,207	※
麻酔科専門医	日本麻酔科学会	6,733	※
泌尿器科専門医	日本泌尿器科学会	6,471	※
放射線科専門医	日本医学放射線学会	6,334	※
皮膚科専門医	日本皮膚科学会	6,129	※
救急科専門医	日本救急医学会	3,626	※
病理専門医	日本病理学会	2,232	※
形成外科専門医	日本形成外科学会	2,191	※
リハビリテーション科専門医	日本リハビリテーション医学会	1,930	※
臨床検査専門医	日本臨床検査医学会	666	

※印は，専門医広告が可能な学会，現時点での専門医数の順に並べた

する基本方針」が採択され，ようやく精神科専門医制度が誕生した。

2004 年度から実際の認定が始まり，精神科医として診療に従事しており一定の要件を満たした者 10,498 名が，書類審査と面接審査を経て精神科専門医として認定された。その後，3 年間の臨床経験を積み，研修手帳に定められた研修カリキュラムを終了した者に精神科専門医試験の受験資格が与えられ，書類審査，筆記試験，口答試問からなる認定試験を受けて 762 名が精神科専門医となったが，その合格率は平均 75.3%であった。2014 年 12 月現在で日本精神神経学会は合計 11,260 名の精神科専門医を認定している。

II. 日本専門医機構の成立

これまで，精神科を含めて診療各科の専門医制

度は，それぞれの学会が独自に定めた制度により運営されてきた。臨床系の学会は，診療領域の細分化と専門化とともに，その数は増加する一方であり，数多くの専門医制度が乱立するようになった。現在まで学会が認定してきた専門医の数を表 1 に示す。2015 年の時点で，厚生労働省が広告可能と認めたものだけでも 57 の専門医制度がある。精神科領域では，日本精神神経学会と総合病院精神医学会の専門医制度が広告可能とされている。精神科領域の会員数が 1,000 名以上の学会だけを数えてもその数は 22 学会を超える。これらの学会主導の専門医制度の運営は，基本的に学会に任されており，公的機関による質の保証はなされていないことから，専門医制度の質のばらつきが目立つようになった。これまでの学会専門医制度は，どちらかといえば，学会視線で運営されている専

門医制度であり、国民が求めている専門医制度からの乖離が指摘されるようになった。

このような反省に基づいて、国民および社会に信頼される専門医制度を確立し、専門医の育成・認定およびその生涯教育を通じて、良質かつ適切な医療を提供することを目標として、2014年5月7日に日本専門医機構が立ち上げられた。具体的には、①専門医の質を担保できる制度、②患者に信頼され受診の指標となる制度、③専門医が公の資格として国民に広く認知される制度、④プロフェッショナル集団として医師が誇りと責任をもち、患者の視点に立って自律的に運営する制度を構築することをめざすこととなった。日本専門医機構の成立経過についても、いろいろな議論があり、当初は日本医学会、日本医師会、全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会、日本医学教育会などの全国横断的な組織が中心となり、学会から独立した第三者機構として新たな専門医制度を構築しようとの動きであったが、議論の末、基本領域学会も機構の社員となり、新しい日本専門医機構がようやく発足した。

日本専門医機構による専門医制度は、このような目標を具体的に実現すべき要件として、①専門医認定の中立性を確保するために、認定は学会ではなく機構が行うこと、②専門医制度を基本領域とサブスペシャリティの2段階の制度とすること、③すべての医師がいずれかの基本領域の専門医を取得すること、④機構で認定した専門医のみを広告可能とすること、⑤新しい基本領域として総合診療専門医を設けることの5つの基本方針が決定されている。

新しい専門医制度では、何といてもその認定に対する国民の信頼を得ることが第一に重要である。プロフェッショナルとして医師が社会への責任と貢献を十分に果たすことを助けるものであるべきであり、新しい専門医制度は、専門医としての質を担保することにより、国民に対する医療の適正な供給と調和をめざしているともいうことができる。

このような専門医機構の基本方針に沿って考え

ると、これから初期研修を修了する毎年約1万人の若い医師は、基本19領域のいずれか1つの専門医を取得して登録されることになる。患者と家族から信頼される専門的な知識と技術を有する医師を育成する研修プログラムを作成して、良質の専門医を社会に送り出すことが求められているのであるが、機構が規定する専門医とは、決してオールマイティの医師ではなく、標準的な技能と知識を備えた医師のことである。日本専門医機構が認定する「専門医」とは、それぞれの診療領域における適切な教育を受けて、十分な知識・経験をもち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師と定義されている。

ここで、機構が求めるいくつかの新しい視点について述べておきたい。機構は新しい専門医像として、リサーチマインドを涵養することを求めている。欧米諸国と比較してわが国の医学研究者の減少への懸念が示されており、医学部卒業者において学位を軽視する傾向もみられることから、科学的な医療を提供し、新しい医学の発展にも貢献できるリサーチマインドを育成する臨床研修のプログラムが期待されている。

また、制度設計にあたっては、医師の地域偏在、医療過疎をこれ以上悪化させないことも重要な課題としてとらえられており、優れた専門医の養成とともに地域医療に配慮した制度設計が期待されている。もちろん、このような一面相反する目標は最初から達成されるものではなく、機構では専門医制度の改革は継続して進めるべきとしている。

Ⅲ. 基本領域の専門医制度

基本領域とは、これまで学会が運用してきた18領域（内科、皮膚科、外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、麻酔科、小児科、精神科、整形外科、眼科、泌尿器科、放射線科、救急科、リハビリテーション科、形成外科、病理、臨床検査）に加えて、新設される総合診療科を加えた19領域である。これらの基本領域の専門医制度は、これまでの各学会の制度から移行することになるが、新設される総合診療科の専門医制度は、プライマ

リ・ケア連合学会が運営にあたることになっている。

これらの基本領域の中でも内科と外科とでは事情が大きく異なっており、各診療科の差異は大きい。内科は後述するように内科全体の認定医制度というよりも、臓器別の、例えば、循環器内科、消化器内科、内分泌代謝内科、血液内科などに分かれて活動してきたという歴史がある。そのために、内科全体に共通する資格というよりもそれぞれの臓器別の専門学会が中心となり、それぞれの専門医制度を運営してきた。一方、外科は、外科的手術が診療の要とされており、どこでどのような手術を経験したかにより専門医を認定する動きが早くからあり、全国的に手術件数のデータベースを運用しながら、適切な手術症例の管理が行われており、そのデータベースに基づいた研修が行われていると聞く。

精神科専門医制度は、これらの18領域の専門医制度の中でも最も遅く発足したものであり、それだけ現状に合わせて運営しやすいものになっているとの見方もあるが、同時に精神科医療の特殊性を考えると、機構の提唱する制度設計になじみにくい部分もある。たとえば、精神科臨床は、大学病院、総合病院、精神科病院、精神科クリニック以外にも、行政・司法・教育などでの幅広い活動がなされており、身体諸科と比較してもカバーすべき領域が極めて広いこと、精神科の入院は自由入院だけでなく身体拘束や隔離を必要とする入院がありうること、精神科の入院の多くが私立単科精神科病院によって担われていることなどは精神科医療の特徴であろう。

IV. 他科の状況

1. 総合内科専門医

内科では当初から卒後3年で取得できる内科認定医の資格があったが、実際には、多くの者がその上の各臓器別の専門医として活動してきた。2年間の初期研修制度が必修化された後も、卒後3年で認定医を取得できるシステムは残されたが、それぞれの臓器別の学会専門医の取得をめざす者

にとっては、認定内科医の意味合いが薄れてしまっていた。このような問題に対応するために内科学会は、2年間の初期臨床研修と3年間の専攻医としての後期研修を組み合わせ、卒後5年目で総合内科専門医を取得できることとしている。

2. 外科専門医

外科では2年の初期研修の後に3年間の専攻医としての研修を経て専門医となることができる。外科総合系では2011年1月からNational Clinical Database (BCD)を運用しており、全国4,100施設の手術症例420万件以上をデータベース化して、専攻医の手術症例を管理している。外科専門医制度では認定に必要とされる5年間で100例以上の手術症例記録を管理している。外科系では、5年間に100例の手術をこなさなければ更新できないとされているが、高齢などにより手術をしなくなった外科医の専門医の資格をどのようにするかについて議論されている。一定の年齢まで外科専門医として診療活動を続けてきた者には、診療実績なしに専門医の更新を認めるという議論もあるが、1つの方向性として元外科医でメスを置いた人が、後述する総合診療専門医に移行するという可能性もありうる。

3. 神経内科専門医

神経内科は、神経変性、脳血管、神経免疫などの領域に分けられるのであろうが、諸外国と異なり、わが国においては内科の一部門として位置づけられている。このような事情から、内科の上のサブスペシャリティとして位置づけられるとしても、さらにその上の三階建ての部分の専門性を考慮するためには、どのような制度設計が妥当であるか議論されている。

4. 脳外科専門医

脳外科の専門医制度はわが国では麻酔科に次いで長い歴史をもつ。1966年にスタートした脳外科専門医制度では2年間の初期研修後の4年間の後期研修により専門医の受験資格が与えられてきた。

表 2 最近 5 年間の精神科研修者数

2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年
394	284	393	464	491

5. 総合診療専門医

今回、新しく小児から高齢者まですべての患者に対応することのできる一般診療医あるいは家庭医を念頭においた総合診療専門医が機構により第 19 番目の専門医として認められた。総合診療専門医では、①人間中心の医療ケア、②包括的統合アプローチ、③連携重視のマネジメント、④地域志向アプローチ、⑤公益に資する社会規範、⑥診療の場の多様性という 6 つのコアコンピテンシーが要求されており、これまでの内科、小児科、救急科、整形外科、産婦人科などにかかわる研修が求められており、同時に診療所や小病院での経験が求められている。日本プライマリ・ケア連合学会による総合診療専門医の試験では、専攻医として経験したこれらの領域をカバーする 20 個程度のポートフォリオを提出し、論述試験と客観的臨床能力試験 (OSCE) により審査することになっている。

日本プライマリ・ケア連合学会が中心となってプログラムを作成することになっているが、新しい専門医制度であることから、当初は指導医の不足が予想され、その対応として、今まで地域病院の総合診療部門などで十分な臨床経験や指導歴がある方や、地域の診療所で地域医療に専心して活躍している人などに指導医資格を与えるとの動きがある。新しい専門医であるために、既設の専門医との棲み分けも問題となる。例えば内科医が開業する場合に、開業前は糖尿病や消化器の専門医であっても、開業すると総合診療医に近い活動することになるが、総合診療専門医として活動するのか、二階建ての部分も含めて内科専門医として活動することになるのか、今後の調整が必要であろう。

V. 新しい精神科専門医制度の 制度設計にあたって

精神科の特徴としては、基本 19 領域の中の 1 つであること、最も遅くできた専門医制度を有することに加えて、もともと医療だけでなく、福祉・行政・司法・教育など多面的な社会との接点が多いことがある。さらに、精神科医の 3/4 が精神科病院に勤務していること、民間精神科病院のベッド数が国公立病院のベッド数と比較して圧倒的に多いこと、精神科医療がこれまでの病院中心から地域医療に移行しつつあることなども特徴である。

1. プログラム数

幸い精神科は若い人たちに人気があり、基本領域の中でも精神科志望者数は増加している (表 2)。2012 年の医師数は 1994 年と比較して 30.8% 増加した。この期間の診療科ごとの増加率を比較すると、最も増加率が高かったのは精神科であった。増加率の高かった診療科は順に、精神科 (52.3%)、眼科 (23.3%)、整形外科 (15.0%)、小児科 (14.3%)、皮膚科 (8.1%)、泌尿器科 (7.9%) であり、逆に外科 (-18.2%)、産婦人科 (-9.0%)、内科 (-4.3%) は減少傾向を示している。

年間 500 名を超える精神科専攻医を受け入れるために必要となる精神科プログラムの数が、各都道府県に 1 つでは不足すると考えられており、各都道府県あたり複数のプログラムが必要となると想定される。全国では、100~200 のプログラムが必要となるものと想定されている。各プログラムが毎年平均 3~5 名の専攻医を受け入れるとすると、300~1,000 名の専攻医への対応が可能となる。

2. 研修施設群の構成

新しい専門医制度では、研修施設群として 3 つ以上の施設が連携して専攻医の研修を担当するこ

とになっている。基本的にはこれまで初期研修を担当してきた大学付属病院や中核的総合病院が基幹施設となり、研修施設群を構成するものと考えられるが、精神科における研修施設群については、いくつかの考慮すべき点がある。

これまでの制度においては、多くの場合、最初1年間の大学病院精神科での研修を受けて精神科医としての基本姿勢を習得した後に、単科精神科病院や総合病院精神科などで研修するという方式が一般的であった。このようなやり方は、比較的人員の多い大学の精神科において生物学的・心理学的・社会的な多彩な精神科診療の基礎を身につけるのに有用であり、リサーチマインドを涵養することにも役立っていた。機構の提唱する新しい研修プログラムにおいても、リサーチマインドの涵養は重要な要件の1つとされており、精神科の研修においても将来の精神科診療の方向性を考えることのできる若い世代を育成することは重要な観点である。

また、精神科領域においては精神療法・心理療法というマニュアル化しにくい全人的な要素が重要であることも大きな特徴である。優れた精神科医になるためには、人間的に優れた精神科医の指導を受けるといった要素も大切であろう。

精神科の入院治療については身体諸科と大きく異なっており、身体諸科の入院ベッドが大学病院や総合病院により担われている状況とは大きく異なる。精神科の入院ベッドの大部分を単科の精神科病院が担当してきた。単科の精神科病院は、国公立もあるが、大多数の精神科ベッドは私立の精神科病院により担われてきた。現時点でも精神科医の多くが単科精神科病院に勤務しているという状況を考えると、地域において中核的な役割を果たしている単科精神科病院が、新しい制度において基幹施設として研修プログラムを提供することも考えられよう。

しかしながら、新専門医制度においては、適正な研修カリキュラムの提示に加えて、各専攻医の状況に合わせて個別的なプログラムの提供と管理とが要求される。研修には、多大な労力と費用が

必要となることが予想されており、研修の管理と維持のためには、基幹施設には一定の規模が要求される。基幹施設には短期的な視点ではなく、優れた次世代の精神科医を育成するという理念のもとに、大きな貢献と役割が期待されているといえよう。

3. プログラムの内容

精神医学はこれまで、生物学的精神医学と心理学的精神医学の間を振り子のように揺れながら発展してきた。広く、生物・心理・社会のいずれの視点も抜け落ちることなく研修することは重要である。

精神科治療についても同様に、生物・心理・社会的な介入方法を習得することは重要である。現在のわが国の精神科医療に対しては、薬物療法に傾きすぎているとの指摘も多いが、今まで以上に、精神療法・心理療法の研修が充実されるべきであろう。本年ようやく、国家資格としての公認心理師が認められることとなったが、このような心理職との連携についても十分な研修が必要となる。

精神科医療がこれまでの入院治療中心から地域中心のモデルへと移行しつつあることも重要な視点である。地域中心の精神科医療の充実には、今まで以上の費用と労力とが必要と考えられているが、これからの精神科医療は、地域における患者・家族の声を反映させて精神疾患の患者の生活の質が十分に保証されて、国民全体のメンタルヘルスの向上をめざして進んでいくことが期待されている。このような精神科医療においては、患者・家族を含めて、多職種専門家との連携が重要となる。

4. サブスペシャリティ

サブスペシャリティについて、当初、専門医機構には、基本的には病名単位、疾患単位の学会によるサブスペシャリティは認めないとの姿勢があった。また、治療手技についても同様に認めないとの姿勢であった。このような原則は現実には

表 3 日本専門医機構が認定している 29 のサブスペシャリティ

専門医	学会	専門医数
消化器病専門医	日本消化器病学会	18,876 ※
循環器専門医	日本循環器学会	12,830 ※
消化器外科専門医	日本消化器外科学会	5,747 ※
肝臓専門医	日本肝臓学会	5,368 ※
呼吸器専門医	日本呼吸器学会	5,149 ※
神経内科専門医	日本神経学会	5,122 ※
放射線診断専門医	日本医学放射線学会	5,057
糖尿病専門医	日本糖尿病学会	4,760 ※
リウマチ専門医	日本リウマチ学会	4,653 ※
血液専門医	日本血液学会	3,154 ※
内分泌代謝科 (内科・小児科・産婦人科) 専門医	日本内分泌学会	2,101 ※
腎臓専門医	日本腎臓学会	3,873 ※
アレルギー専門医	日本アレルギー学会	3,235 ※
感染症専門医	日本感染症学会	1,135 ※
老年病専門医	日本老年医学会	1,502 ※
心臓血管外科専門医	日本胸部外科学会	※
	日本心臓血管外科学会	1,880 ※
	日本血管外科学会	※
呼吸器外科専門医	日本胸部外科学会	※
	日本呼吸器外科学会	1,315 ※
小児神経科専門医	日本小児神経学会	1,073 ※
放射線治療専門医	日本放射線腫瘍学会	1,019
	日本医学放射線学会	
集中治療専門医	日本集中治療医学会	984
手外科専門医	日本手外科学会	758
婦人科腫瘍専門医	日本婦人科腫瘍学会	619 ※
周産期 (新生児) 医専門医	日本周産期・新生児医学会	654 ※
周産期 (母体・胎児) 医専門医		※
小児外科専門医	日本小児外科学会	593 ※
生殖医療専門医	日本生殖医学会	531 ※
小児循環器専門医	日本小児循環器学会	365
小児血液・がん専門医	日本小児血液・がん学会	0
頭頸部がん専門医	日本頭頸部外科学会	255
脊椎脊髄外科専門医	日本脊髄外科学会	0
	日本脊椎脊髄病学会	

※印は、専門医広告が可能、現時点での専門医数の順に並べた

なじまない部分もあり、現時点で糖尿病専門医やリウマチ専門医などはサブスペシャリティの中に含まれており、現在29のサブスペシャリティが認められているが、基本学会の承認が必要とされている（表3）。

精神科領域においても、精神科の上のサブスペシャリティについての議論が進められている。まず、その学会が提唱するサブスペシャリティ専門医の大部分が精神科専門医である場合については、基本領域としての精神科研修プログラムに、どの部分までの内容を盛り込むべきかという議論とつながる。一方、精神科と他の基本領域とにまたがるサブスペシャリティについては、それぞれの基本領域で要件とされている必要な研修のすべてを習得していないサブスペシャリティの専門医がそれぞれの基本学会の上に乗っかるという構造となることから、どのように調整すべきかの議論が必要となる。

おわりに

日本精神神経学会は、次世代の精神科医の育成を最も重要な課題と受け止めている。これまでの専門医制度の理念と目標は、多くの学会員に受け入れられており、順調に発展してきたのではないと思われる。今回、日本専門医機構の発足にあ

たって与えられた、新しい専門医制度を構築するという機会を前向きにとらえて、広く国民からの信頼を得ることのできる、今まで以上に優れた専門医制度を構築すべく努力を続けていきたい。

本学会では、精神科領域における新しい専門医制度に関する方針や考え方について、会員からの意見を最大限取り入れて議論を重ね、専門医制度に関する議論や決定事項を、可及的速やかに公示し、整備委員会および常任委員会での議論を進めてきた。特に整備委員会ではほぼ毎月1～2回の委員会を開催し、会員からの意見や疑問のすべてに丁寧に答えながら議論を進めてきた。

これからの新しい制度において、本学会は、研修プログラムや研修施設群の評価、実際の研修プログラムの管理、専攻医の研修状況の管理、研修終了後の試験などの実務を担当することになる。本学会では、円滑な運用を目的とした研修プログラム管理のためのデータベースを構築して、プログラム管理にあたる準備を進めている。精神科専門医制度の運営にあたっては、情報の共有化と速やかな公示を原則として透明性をもった運営を心がけていきたいと思っている。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

New Board Certification System in Psychiatry

Masatoshi TAKEDA

President, Aino University

President, Japanese Society of Psychiatry and Neurology

The Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) decided to establish the new board certification system in June 2015 under the guidelines proposed by the Japanese Medical Specialty Board (JMSB). After repeated consultations with the JMSB, the JSPN released the new rules and bylaws of the New Board Certification System in November 2015.

The new certification system will be implemented in April 2017, in which 4-500 trainees will start the new three-year training in psychiatry under the new program. The first accreditation of the qualified trainees will be approved by the JMSB in 2020. From then, all fellows approved by the JSPN are expected to renew their qualification under the guidelines proposed by the JMSB.

I regard designing the board certification system as one of the most important endeavors of the JSPN, and the ad hoc committee has worked toward the goal of designing a new certification system acceptable to the JMSB, which will stimulate and promote the improved training and education of psychiatrists.

In this paper, I report the present situation of the new certification system as of February 2016.

<Author's abstract>

<**Keywords** : Residency Program, Residency Training Institution, Board Certified Psychiatrist, Japanese Society of Psychiatry and Neurology, Japan Medical Specialty Board>
