

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

ニーズに基づいた専門医の養成に係る研究  
（分担項目：諸外国における専門医養成施策に関する研究）

研究分担者 小林廉毅 東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学・教授

研究要旨：アメリカ、フランスについて、専門医養成の考え方、定員の設定方法などについて検討するため、文献調査や関連機関のホームページの検索、アメリカの専門研修プログラム認定機関ならびにフランスの医師養成に係わる政府機関についての資料収集と関係者からのヒアリングを実施した。アメリカの専門研修は、Medical School（大学院相当4年間）修了後、診療科ごとの専門研修プログラムに所属し、診療科ごとに定められた研修期間と研修内容を修め、専門医試験に合格することで完了する。研修プログラムは、ACGMEの認定を受ける必要があり、研修期間に経験できる症例数や手技、研修指導體制などによって診療科ごとの専門研修医師（レジデント）数は規定される。他方で、財源面でMedicare、Medicaidなどの政府補助金の影響も大きく、個々の病院が自由にレジデント数を変更できる余地は少ない。アメリカ全体で見ると、州によって人口当りレジデント数の格差はあるが、大半の州は人口10万当り20～40前後に分布している。フランスの専門医については、配属先選考国家試験（ECN）の存在が大きいこと、またECNにおける地域毎の専門科研修医定員枠の決定は主に地域からの積み上げに基づくことが明らかになった。ECNによって特定の診療科や地域への過度の集中は避けることはできるが、人気のない診療科の定員割れや特定の地域の医師不足を解決するまでには至っていない。また、専門科研修を修了した医師は、研修した地域に残る義務はなく、このことも専門医の偏在と関連している。医師不足地域に医師に定着してもらうため、多機能診療所の役割が期待されている。以上の調査結果は、日本の医師偏在問題に対する施策にも参考になると考えられる。

研究協力者

武田裕子(順天堂大学)

入江芙美(厚生労働省、九州大学)

奥田七峰子(日本医師会総合政策研究機構  
フランス駐在研究員・医療通訳)

療提供体制と整合性のある専門医の養成体制の整備に資することを目的とする。本年度は、行政的要望の高かったアメリカ、フランスについて調査を行った。

A. 研究目的

本分担研究では、諸外国における診療科別・地域別の養成数や養成体制について調査を行ない、調査検討結果を厚生労働省が主催する検討会等に提供することにより、地域医

B. 研究方法

アメリカ、フランスについて、専門医養成の考え方、定員の設定方法などについての調査研究を実施した。文献調査や関連機関のホームページの検索、関係者に対する問合せなどを実施した。アメリカについては、特に専門研修

プログラム認定機構である ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) についてメールなどによる資料収集と、関係者からのヒアリングを実施した。フランスについては、保健省・全国医療従事者管理局 (ONDPS: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) を訪問し、関係者からヒアリングと資料収集を実施した。

### C. 研究結果

#### (1) アメリカの専門医について

アメリカの医師養成システムは、日本と異なり、学部教育(4年間)の後、さらに Medical School (大学院相当4年間)に進み、その後、卒後専門研修プログラムに進む。卒後の専門研修期間は、専門診療科によって異なる。例えば、内科3年、家庭医学3年、一般外科5年などであり、短いもので3年、長いもので7年とされている。さらに、各科の sub-specialty の資格を取得しようとする者は上乘せの研修期間(専門により異なる)が必要である。専門研修機関は、研修機関全体(病院)ならびに診療科の専門研修プログラムごとに、ACGME の認定を受ける必要がある。研修医師(レジデント)は専門研修修了後、各診療科の専門医認定機構の実施する専門医試験を受け、それに合格することで専門医資格を取得できる。24 診療科の専門医認定機構が会員となる協議会 American Board of Medical Specialties (ABMS) が組織されており、各診療科の専門医の基準の設定や評価を実施している(24 の診療科にはそれぞれ sub-specialty があるため、より専門分化された診療科は 100 を超える)。専門医養成のスタンダードに係わる、ACGME と ABMS はいずれも政府とは独立の民間非営利組織である。

専門研修プログラムを修了した医師の専門医試験合格率は診療科により異なる。例として、内科と外科について資料 1、資料 2 に示す。

合格率は研修機関ごとでも異なるが、地域ごとの専門医の人数に影響が大きいのは、各州の研修プログラムの総定員数である。ACGME の資料によれば、各州の研修プログラム数およびプログラムごとの定員を合計した州ごとの各診療科の専門研修医師定員数、人口あたり研修医師数は資料 3 のとおりである。ワシントン DC とアラスカ州を除くと、最大(人口 10 万当り約 70)と最少(人口 10 万当り約 7)で 10 倍の格差があるが、多くの州は 20~40 前後に分布している(参考文献 1)。

各診療科の専門研修プログラムにおける受入定員は、ACGME の認定基準に即して決められる。例えば、一般外科については、資料 4 のような基準が定められている。例えば、「各研修医師について 5 年間に少なくとも 750 主要症例を経験する。このうち、少なくとも 150 症例についてはチーフレジデントとして経験する。(II.A.4.w)」、「各研修医師は種々の内視鏡手技を経験する必要がある。そのなかには、esophogastro-duodenoscopy, colonoscopy, bronchoscopy, advanced laparoscopy を含む。(II.A.4.x)」、「各チーフレジデントにつき、プログラムディレクター(常勤)1 名と常勤の指導医少なくとも 1 名が必要である。すなわち、3 人のチーフレジデント定員を用意する場合は、少なくとも 4 名の常勤指導医が必要である。(II.B.1.c)」などの記述がある。

救急医学(Emergency Medicine)については、資料 5 にあるように、各手技について具体的な目安の数値なども挙げられている。

また、専門研修プログラムの主要財源として、Medicare、Medicaid、VA(退役軍人病院のプログラム向け)の補助金があり、2012 年時点で、それぞれ 113 億ドル(直接分 34 億ドル、間接分 79 億ドル)、43 億ドル、15 億ドルが割り当てられている。Medicare 補助金の直接分は、レジデント研修に関わる費用(レジデントの給与を含む)に、間接分は研修病院としての高次医療の提供や研修病院としての経費増加分

への手当とされる。それゆえ、補助金の大半は、研修医師(レジデント)の給与に充てられるが、Medicare 補助金は、法律(1997 Balance Budget Act)によって1996年値に抑制されているため、増額は困難である(参考文献2)。

ACGME 関係者からのヒアリングによれば、個々の病院がレジデント数を増やしたい場合、増える給与分は病院の持出となるため、各病院あるいは各研修プログラムがレジデント定員を増やすことは非常に難しいということであった。すなわち、患者数や指導医数が多いからといって、レジデント定員を大きく増やすことは一般的ではない。他方で、現状において、州ごとの人口当り専門研修医師数(レジデント数)には格差があるが、これについては何らかの対策が必要という認識はACGMEとしてはもっているということであった。

## (2) フランスの専門医について

フランスでは、医学部6年次(最終学年)において実施される配属先選考国家試験(ECN)において、専門科別定員枠が定められており、地域別、成績順に上位から専門科を選ぶ。この振り分けにしたがって、医学部卒業生は各地域の専門研修プログラムに配属される。専門研修の期間は診療科により異なる(3~5年間)。研修内容については、各研修機関(大学など)の自主性に委ねられている。専門医取得後の地域別の専門医配置の調整や規制は、特に行われていないが、多くの専門医は専門研修を実施した地域に留まると報告されている(参考文献3,4)。したがって、配属先選考国家試験(ECN)の存在は大きく、それにより特定の診療科への過度の集中は避けることができる。その結果、フランスはわが国に比べれば、医師の診療科および地理的な偏在は少ない(参考文献5)。しかし、人気のない診療科の定員割れや特定の地域の医師不足を解決するまでには至っていない。総合診療医(médecine générale)の地理的密度(人口当り

医師数)を資料6に示す(参考文献6)。

ECN における地域毎の専門科研修医定員枠の決定過程については以下のとおりである。まず国の担当委員会で、受験者数の予測や重点専門分野など、おおよその方針を決める。その方針を受けて、各地域の地域医務局(ARS: Agence Régional de Santé)の担当の委員会が、当該地域の医療需要、地理的不均衡の是正、ならびに大学病院や医療施設の研修能力を考慮に入れて原案を作成し、ONDPSに提出する。なお、ARSの担当委員会の構成メンバーは、当該地域の大学医学部長、医師会代表、医学部教員の代表、開業医の代表、専門科研修医(インターン)の労組代表である。ARSから提出された原案を、ONDPSにおいて集約ならびに検討し、保健医療担当の大臣に提出する。最終的に専門医研修医の定員を決定するのは保健医療担当大臣のアレテ(大臣等による行政命令)である(参考文献7)。

専門科研修医(インターン)は研修を修了し、専門医資格試験に合格することで専門医資格(DES: Diplôme d'Etudes Supériorisées)を取得し、独立して医業が行える。なお、DESを取得後、前述のように医師は研修した地域に残る義務はない。また、各地域における病院の設置はARSが規制しているが、診療所の開業規制はない。現状のデータによれば、研修プログラムのあった地域に残る専門医の割合は6割程度である。

最近の傾向として、フランス国内の医学部卒業生(約6,200人)に対して、EU加盟国の同等の免許状を持った医師(約900人)、国内の開業許可委員会により許可された医師(約900人)、欧州一般制度委員会により許可された医師(約100人)などの流入があり、総医師数を医学部定員で管理するのは難しくなりつつあるという報告もある。他方で、増えた医師が医師不足地域で従事するという可能性は少なく、医師の偏在対策には別途方策が必要と指摘されている(参考文献8)。

政府は診療所医師の偏在に対応するため、医師不足地域において、有床の多機能診療所(MSP: Maison de santé pluridisciplinaire)の支援を行っている(参考文献 9)。多機能診療所はグループプラクティスの一種であり、医師1人による開業リスクを避けることができ、医師を集める効果が期待できる。グループプラクティスは若手医師の間で人気があること、その理由として、1人で開業するのは資金的にたいへんであること、1人開業は様々なリスクのあること、複数の医師がいることで診療上の相談ができることなどが挙げられる。都市部において民間の多機能診療所は増えているが、地方においてはまだ少ないのが現状である。

#### D. 考察

アメリカの専門研修は、Medical School(大学院相当4年間)修了後、診療科ごとの専門研修プログラムに所属し、診療科ごとに定められた研修期間と研修内容を修め、専門医試験に合格することで完了する。研修プログラムは、ACGMEの認定を受ける必要があり、経験できる症例数や手技、研修指導体制などによってレジデント数は規定される。他方で、財源面でMedicare、Medicaidなどの補助金の影響も大きく、個々の病院が自由にレジデント数を変更できる余地は少ない。現状では、州によって人口当りレジデント数の格差はあるが、大半の州は人口10万当り20~40前後に分布している。

フランスの専門医については、配属先選考国家試験(ECN)の存在が大きい。しかし、ECNによって特定の診療科への過度の集中は避けることはできるが、人気のない診療科の定員割れや特定の地域の医師不足を解決するまでには至っていない。また、専門科研修を修了した医師は、研修した地域に残る義務はなく、このことも専門医の偏在と関連していると考えられる。医師不足地域に医師に定着してもらうため、多機能診療所の役割が期待されている。

#### E. 結論

アメリカの専門医養成は、診療科ごとに定められた研修期間と研修内容があり、政府とは独立の民間非営利組織であるACGME(Accreditation Council for Graduate Medical Education)が研修プログラムの認定を行っているところに特徴がある。他方で、専門研修医師(レジデント)の給与の主要財源がMedicare、Medicaidであることから、各研修病院あるいは各研修プログラムのレジデント定員はその財源によっても規定される。フランスは、医学部卒業時に実施される配属先選考国家試験(ECN)が、地域と専門科の振り分けを行っているところに特徴がある。地域毎の専門科研修医定員の設定については、まず国の担当委員会でおおよその方針を決めるものの、基本的には地域からの積み上げに基づくものである。専門科研修を修了した医師は、研修した地域に残る義務はないことから、上記の規制によっても専門医の偏在は避けられない状況である。医師不足地域に医師に定着してもらうため、多機能診療所の役割が期待されている。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録

なし

#### 参考文献

1. ACGME. Data Resource Book 2016-2017. 2017

<http://www.acgme.org/About-Us/Publications->

[and-Resources/Graduate-Medical-Education-Data-Resource-Book](#)

2. AAMC. Medicare Payments for Graduate Medical Education: What Every Medical Student, Resident, and Advisor Needs to Know. 2013

<https://members.aamc.org/eweb/upload/Medicare%20Payments%20for%20Graduate%20Medical%20Education%202013.pdf#search=%27Medicare+Payments+for+Graduate+Medical+Education%3A%27>

3. 入江芙美 .フランスの医師不足対策 医療への平等なアクセスの保障 その . 公衆衛生情報 2013; No.5: 23-25.
4. 入江芙美 .医系技官がみたフランスのエリート教育と医療行政 NTT出版、2105.
5. 松田晋哉 .フランスの専門医 .健保連海外医療保障 2016; No.112: 8-17.
6. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. 2016.
7. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Arrêté du 22 décembre 2015 déterminant pour la période 2015-2019 le nombre d' internes en médecine à former par spécialité et par subdivision. 29 décembre 2015. ( 社会問題・保健・女性権利省 2015-2019 年の専門分野ごと及び学区ごとの養成インターン数を決定した 2015 年 12 月 22 日付のアレテ ). 2015 年 12 月 29 日 . ( 資料 7 )
8. Huguier M, Bertrand D, Milhaud G. Les accès à l'exercice de la médecine en France. Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine 2017.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/06/17.4.18->

[HUGUIER-rapport-site.pdf](#)

9. 入江芙美 .フランスの医師不足対策 医療への平等なアクセスの保障 その . 公衆衛生情報 2013; No.6: 14-16.

資料 1 米国の内科専門医の初回受験者合格率

年	受験者数	合格率
2013	7,482	86%
2014	7,601	87%
2015	7,839	89%
2016	7,853	90%
2017	8,265	90%

出典 :

<http://www.abim.org/~media/ABIM%20Public/Files/pdf/statistics-data/certification-pass-rates.pdf>

資料 2 米国の外科専門医の初回受験者合格率

年	受験者数	合格率
2013	1,356	79%
2014	1,367	79%
2015	1,422	80%
2016	1,450	80%
2017	1,449	90%

出典 :

<http://www.absurgery.org/default.jsp?statgeneral>

資料3 全米各州の専門研修プログラム数と専門研修医師数

州名	人口	専門研修 プログラム数	専門研修 医師数	人口 10 万人当り 研修医師数
総計	326,538,820	4,704	107,013	32.77
アラバマ	4,863,300	53	1,188	24.43
アラスカ	741,894	1	35	4.72
アリゾナ	6,931,071	69	1,468	21.18
アーカンサス	2,988,248	34	656	21.95
カリフォルニア	39,250,017	409	9,499	24.20
コロラド	5,540,545	53	1,180	21.30
コネチカット	3,576,452	72	1,941	54.27
デラウエア	952,065	14	297	31.20
ワシントン D.C. (首都)	681,170	55	1,376	202.01
フロリダ	20,612,439	211	4,302	20.87
ジョージア	10,310,371	98	2,022	19.61
ハワイ	1,428,557	22	412	28.84
アイダホ	1,683,140	6	116	6.89
イリノイ	12,801,539	227	5,466	42.70
インディアナ	6,633,053	49	1,195	18.02
アイオワ	3,134,693	44	803	25.62
カンザス	2,907,289	35	715	24.59
ケンタッキー	4,436,974	54	1,073	24.18
ルイジアナ	4,681,666	89	1,796	38.36
メイン	1,331,479	17	295	22.16
メリーランド	6,016,447	104	2,533	42.10
マサチューセッツ	6,811,779	159	4,278	62.80
ミシガン	9,928,300	266	5,452	54.91
ミネソタ	5,519,952	72	1,780	32.25
ミシシッピー	2,988,726	31	593	19.84
ミズーリ	6,093,000	100	2,306	37.85
モンタナ	1,042,520	3	80	7.67

ネブラスカ	1,907,116	32	663	34.76
ネバダ	2,940,058	22	471	16.02
ニューハンプシャー	1,334,795	21	333	24.95
ニュージャージー	8,944,469	129	2,730	30.52
ニューメキシコ	2,081,015	21	497	23.88
ニューヨーク	19,745,289	521	14,127	71.55
ノースカロライナ	10,146,788	123	2,695	26.56
ノースダコタ	757,952	11	141	18.60
オハイオ	11,614,373	238	5,237	45.09
オクラハマ	3,923,561	46	898	22.89
オレゴン	4,093,465	36	825	20.15
ペンシルベニア	12,784,227	286	6,696	52.38
プエルトリコ (自治連邦区)	3,411,307	45	806	23.63
ロードアイランド	1,056,426	26	666	63.04
サウスカロライナ	4,961,119	62	1,186	23.91
サウスダコタ	865,454	8	139	16.06
テネシー	6,651,194	92	2,043	30.72
テキサス	27,862,596	283	6,997	25.11
ユタ	3,051,217	32	629	20.61
バーモント	624,594	15	250	40.03
バージニア	8,411,808	104	2,170	25.80
ワシントン	7,288,000	76	1,651	22.65
ウェストバージニア	1,831,102	43	697	38.06
ウィスコンシン	5,778,708	83	1,569	27.15
ワイオミング	585,501	2	40	6.83

( 出典 : ACGME. Data Resource Book 2016-2017, ACGME, 2017 に基づいて作成 )

<http://www.acgme.org/About-Us/Publications-and-Resources/Graduate-Medical-Education-Data-Resource-Book>

## 資料4 ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in General Surgery (一部抜粋)

### ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in General Surgery

#### Introduction

Int.A. Residency is an essential dimension of the transformation of the medical student to the independent practitioner along the continuum of medical education. It is physically, emotionally, and intellectually demanding, and requires longitudinally-concentrated effort on the part of the resident. The specialty education of physicians to practice independently is experiential, and necessarily occurs within the context of the health care delivery system. Developing the skills, knowledge, and attitudes leading to proficiency in all the domains of clinical competency requires the resident physician to assume personal responsibility for the care of individual patients. For the resident, the essential learning activity is interaction with patients under the guidance and supervision of faculty members who give value, context, and meaning to those interactions. As residents gain experience and demonstrate growth in their ability to care for patients, they assume roles that permit them to exercise those skills with greater independence. This concept--graded and progressive responsibility--is one of the core tenets of American graduate medical education. Supervision in the setting of graduate medical education has the goals of assuring the provision of safe and effective care to the individual patient; assuring each resident's development of the skills, knowledge, and attitudes required to enter the unsupervised practice of medicine; and establishing a foundation for continued professional growth.

(一部略)

Int.B.1 The goal of a surgical residency program is to prepare the resident (1) to perform the role of a surgeon at the advanced level expected of a board-certified specialist, and (2) to direct interprofessional and multispecialty teams necessary for the care of surgical patients.

#### Int.C. Duration and Scope of Education

The length of a surgery residency program is five clinical years. (Core)\*

#### I. Institutions (一部略)

I.A.1. An accredited surgery program must be conducted in an institution that can document a sufficient breadth of patient care. At a minimum, the institution must routinely care for patients with a broad spectrum of surgical diseases and conditions, including all of the essential content areas in surgical education. In addition, these institutions must include facilities and staff for a variety of other services that provide a critical role in the care of patients with surgical conditions, including radiology and pathology. (Detail)

#### II.A. Program Director (一部略)

II.A.4.v).(1) The Review Committee requires that each resident perform a minimum number of certain cases for accreditation. Performance of this minimum number of cases by a resident must not be interpreted as an equivalent to competence achievement; (Detail)

II.A.4.w) ensure that each resident has at least 750 major cases across the five years of training. This must include a minimum of 150 major cases in the resident's chief year; (Outcome)

II.A.4.x) ensure that residents have required experience with a variety of endoscopic procedures, including esophogastro-duodenoscopy, colonoscopy and bronchoscopy as well as experience in advanced laparoscopy; (Core)

II.A.4.y) ensure that residents have required experience with evolving diagnostic and therapeutic methods; (Core)

II.A.4.z) along with the physician faculty members, ensure that residents have experiential learning in the provision of all elements of the comprehensive care of surgical patients; and, (Core)

II.A.4.aa) appoint an associate program director for programs with more than 20 categorical

residents.

## II.B. Faculty (一部略)

II.B.1. At each participating site, there must be a sufficient number of faculty with documented qualifications to instruct and supervise all residents at that location. (Core)

II.B.1.c) for each approved chief resident position, consist of at least one full-time faculty member in addition to the program director (i.e., if there are three approved chief residents, there must be at least four fulltime faculty). The major function of these faculty is to support the program. These faculty must be appointed for a period sufficient to ensure continuity in the educational activities of the residency program. (Core)

II.B.6. Faculty members, including the program director, must regularly participate in faculty development activities related to resident education, including evaluation, feedback, mentoring, supervision, or teaching. (Core)

## II.D. Resources

The institution and the program must jointly ensure the availability of adequate resources for resident education, as defined in the specialty program requirements. (Core)

II.D.1. These resources must include:

II.D.3. The institutional volume and variety of operative experience must be adequate to ensure a sufficient number and distribution of complex cases (as determined by the Review Committee) for each resident in the program. (Core)

(以下略)

( 出典 : ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in General Surgery )

<http://www.acgme.org/Specialties/Program-Requirements-and-FAQs-and-Applications/pfcatid/24/Surgery>

資料 5 救急医学 ( Emergency Medicine ) の専門研修に求められる手技数



**Emergency Medicine Defined Key Index Procedure Minimums**  
**Review Committee for Emergency Medicine**

The following are key index procedures identified by the Review Committee as essential to the independent practice of emergency medicine (based on the Program Requirements, the Emergency Medicine Milestones, and the Model of the Clinical Practice for Emergency Medicine).

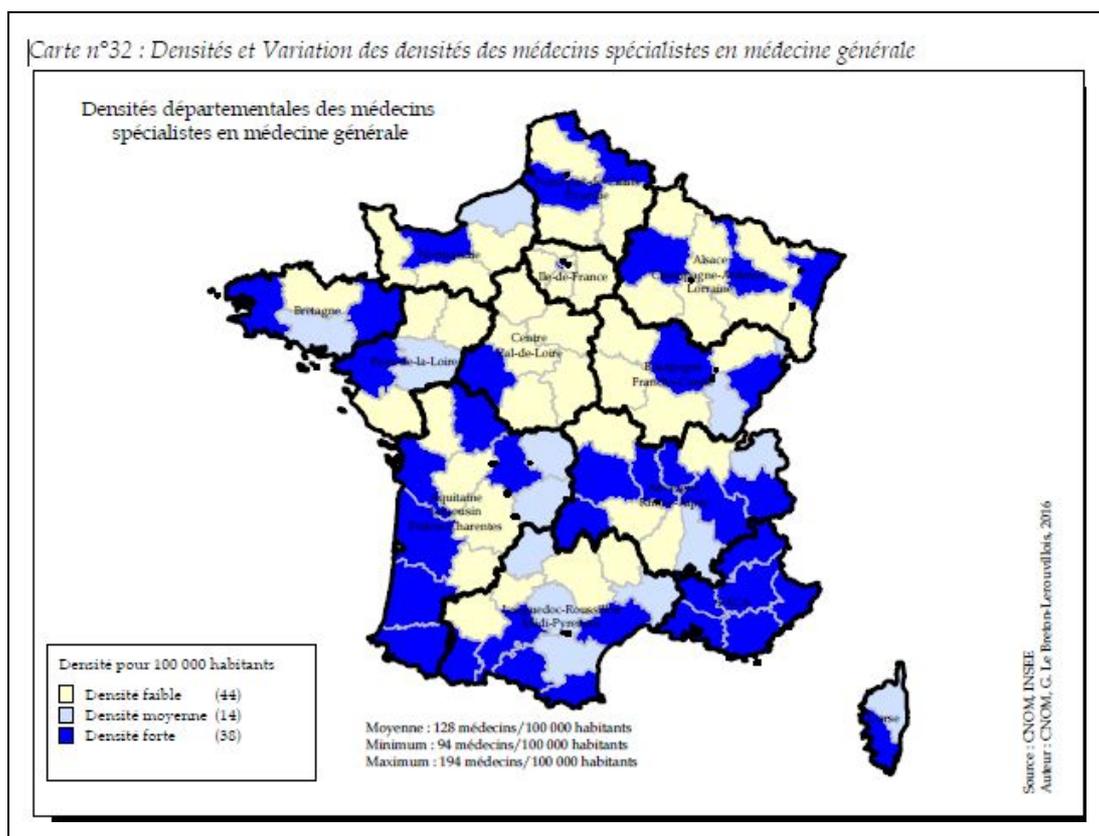
Residents are required to perform the minimum numbers indicated for each key index procedure below by the time of graduation from the program.

<b>Procedure</b>	<b>Minimum</b>
Adult Medical Resuscitation	45
Adult Trauma Resuscitation	35
Cardiac Pacing	6
Central Venous Access	20
Chest Tubes	10
Cricothyrotomy	3
Dislocation Reduction	10
ED Bedside Ultrasound	150
Intubations	35
Lumbar Puncture	15
Pediatric Medical Resuscitation	15
Pediatric Trauma Resuscitation	10
Pericardiocentesis	3
Procedural Sedation	15
Vaginal Delivery	10

No more than 30 percent of required logged procedures performed in simulated settings can count toward the required minimum, with the exception of rare procedures, namely pericardiocentesis, cardiac pacing, and cricothyrotomy. One hundred percent of these rare procedures may be performed in the lab.

( 出典 : ACGME. Emergency Medicine Defined Key Index Procedure Minimums )  
[https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/EM\\_Key\\_Index\\_Procedure\\_Minimums\\_103117.pdf?ver=2017-11-10-130003-693](https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/EM_Key_Index_Procedure_Minimums_103117.pdf?ver=2017-11-10-130003-693)

資料 6 フランスにおける総合診療医 ( médecine générale ) の地理的分布



( 出典 : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE, 2016 )

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas de la demographie medicale 2016.pdf#search=%27ATLAS+DE+LA+D%C3%89MOGRAPHIE%27](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas%20de%20la%20demographie%20medicale%202016.pdf#search=%27ATLAS+DE+LA+D%C3%89MOGRAPHIE%27)

資料7 2015-2019年の専門分野ごと及び学区ごとの養成インターン数を決定した2015年12月22日付のアレテ

2015年12月29日

フランス共和国官報

条文 47 / 159

**デクレ、アレテ、通達**

**一般的条文**

**社会問題・保健・女性権利省**

**2015年～2019年の専門分野ごと及び学区ごとの養成インターン（研修医）数を決定した2015年12月22日付のアレテ**

*NOR* 番号 : *AFSH1531998A*

2015年12月22日付の国民教育・高等教育・研究省及び社会問題・保健・女性権利省のアレテによって：

医学専門課程免状のリスト及び規則を定めた2004年9月22日付の修正されたアレテに列挙された専門分野に基づいて、2015年～2016年の専門分野別及び学区別に養成すべきインターン（研修医）数が、付録に記載された表のとおり決定された。

2017年～2018年学年度からの医学専門課程免状のリストを定めた2015年11月13日のアレテに基づいて、2017年～2019年の専門分野別及び学区別に養成すべきインターン（研修医）数が、遅くとも2016年12月に決定される。

付録

2015年～2016年の養成インターン（研修医）数

地域 学区	内科専門分野											
	病理解剖学 病理細胞学		心臓病学 脈管学		皮膚科学 性病学		内分泌学 糖尿病学 代謝病学		胃腸病学 肝臓病学		遺伝医学	
	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
<b>イル＝ド＝フランス</b>	12	12	51	51	19	19	13	13	23	23	3	3
<b>北東部</b>												
ストラスブール	1	1	7	7	4	4	2	2	4	4	1	1
ナンシー	3	3	8	8	5	5	4	4	6	6	1	1
ブザンソン	4	4	6	6	3	3	3	3	6	6	2	2
ディジョン	3	3	5	5	4	4	3	3	4	4	1	1
ランス	4	4	5	5	4	4	3	3	3	3	1	1
<b>北西部</b>												
カーン	2	2	10	10	3	3	1	1	3	3	1	1
ルーアン	2	2	7	7	3	3	2	2	5	5	1	1
リール	4	4	13	13	6	6	8	8	8	8	1	1
アミアン	3	3	7	7	3	3	2	2	4	4	0	0
<b>オーベルニュ＝ロ＝ヌ＝アルプ</b>												
クレルモン＝フェラン	2	2	8	8	3	3	2	2	4	4	1	1
グルノーブル	1	1	5	5	2	2	3	3	5	5	1	1
リヨン	2	2	8	8	4	4	5	5	8	8	1	1
サン＝ティエンヌ	1	1	3	3	1	1	1	1	2	2	0	0
<b>西部</b>												
ブレスト	1	1	5	5	4	4	2	2	3	3	1	1
レンヌ	2	2	8	8	4	4	3	3	4	4	1	1
アンジェ	2	2	4	4	3	3	3	3	3	3	1	1
ナント	1	1	7	7	4	4	2	2	6	6	1	1
トゥール	2	2	7	7	4	4	1	1	5	5	0	0
ボワティエ	2	2	7	7	2	2	3	3	5	5	1	1
<b>南部</b>												
モンペリエ	2	2	7	7	4	4	5	5	5	5	1	1
エクス＝マルセイユ	3	3	8	8	4	4	4	4	5	5	1	1
ニース	2	2	4	4	2	2	2	2	3	3	0	0
<b>南西部</b>												
ポルドー	4	4	9	9	5	5	4	4	6	6	1	1
インド洋	0	0	3	3	0	0	2	2	1	1	1	1
トゥールーズ	3	3	10	10	4	4	4	4	7	7	0	0
リモージュ	1	1	4	4	2	2	2	2	3	3	0	0
アンティ＝ユ＝ギュイアンヌ（ギア ナ）	2	2	4	4	3	3	1	1	2	2	0	0
合計	71	71	230	230	109	109	90	90	143	143	24	24

地域 学区	内科専門分野											
	血液学		内科学		核医学		物理療法学 リハビリテーション 医学		腎臓病学		神経病学	
	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
<b>イル＝ド＝フランス</b>	10	10	33	33	5	5	16	16	18	18	22	22
<b>北東部</b>												
ストラスブール	2	2	6	6	2	2	4	4	4	4	4	4
ナンシー	3	3	6	6	3	3	4	4	3	3	6	6
ブザンソン	2	2	2	2	1	1	5	5	2	2	5	5
ディジョン	2	2	5	5	1	1	4	4	2	2	4	4
ランス	1	1	4	4	1	1	3	3	2	2	3	3
<b>北西部</b>												
カーン	1	1	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4
ルーアン	1	1	4	4	1	1	6	6	4	4	6	6
リール	4	4	6	6	3	3	7	7	5	5	7	7
アミアン	1	1	3	3	0	0	3	3	3	3	4	4
<b>オーベルニュ＝ロ＝ヌ＝アルプ</b>												
クレルモン＝フェラン	1	1	4	4	1	1	5	5	2	2	3	3
グルノーブル	2	2	3	3	1	1	4	4	2	2	4	4
リヨン	4	4	7	7	1	1	4	4	5	5	7	7
サン＝テティエンヌ	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2
<b>西部</b>												
プレスト	0	0	3	3	1	1	3	3	2	2	4	4
レンヌ	1	1	4	4	1	1	4	4	3	3	4	4
アンジェ	1	1	3	3	1	1	2	2	2	2	3	3
ナント	2	2	5	5	1	1	2	2	3	3	2	2
トゥール	1	1	6	6	1	1	1	1	3	3	4	4
ボワティエ	2	2	5	5	1	1	0	0	2	2	5	5
<b>南部</b>												
モンペリエ	1	1	7	7	1	1	7	7	4	4	5	5
エクス＝マルセイユ	2	2	7	7	1	1	5	5	4	4	5	5
ニース	1	1	2	2	1	1	3	3	2	2	2	2
<b>南西部</b>												
ボルドー	3	3	6	6	1	1	6	6	4	4	5	5
インド洋	1	1	3	3	0	0	1	1	2	2	1	1
トゥールーズ	1	1	4	4	0	0	4	4	4	4	7	7
リモージュ	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2
<b>アンティ＝ユ＝ギュイアンヌ（ギア</b>	1	1	2	2	1	1	3	3	1	1	3	3
<b>合計</b>	<b>53</b>	<b>53</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>113</b>	<b>113</b>	<b>93</b>	<b>93</b>	<b>133</b>	<b>133</b>

地域 学区	内科専門分野								内科 専門分科 合計	
	腫瘍学		呼吸器病学		放射線診断学 画像医学		リウマチ学			
	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
<b>イル＝ド＝フランス</b>	27	27	23	23	55	55	17	17	347	347
<b>北東部</b>										
ストラスブール	5	5	4	4	10	10	3	3	63	63
ナンシー	5	5	7	7	12	12	3	3	79	79
ブザンソン	5	5	4	4	7	7	2	2	59	59
ディジョン	4	4	3	3	8	8	3	3	56	56
ランス	2	2	3	3	7	7	4	4	50	50
<b>北西部</b>										
カーン	4	4	4	4	8	8	2	2	57	57
ルーアン	4	4	7	7	10	10	4	4	67	67
リール	8	8	8	8	20	20	5	5	113	113
アミアン	2	2	4	4	9	9	3	3	51	51
<b>オーベルニュ＝ロース＝アルプ</b>										
クレルモン＝フェラン	4	4	4	4	8	8	2	2	54	54
グルノーブル	3	3	4	4	6	6	2	2	48	48
リヨン	7	7	6	6	13	13	6	6	88	88
サン＝ティエンヌ	2	2	3	3	5	5	3	3	29	29
<b>西部</b>										
プレスト	5	5	3	3	7	7	2	2	46	46
レンヌ	5	5	3	3	9	9	3	3	59	59
アンジェ	3	3	3	3	6	6	2	2	42	42
ナント	4	4	4	4	7	7	3	3	54	54
トゥール	4	4	4	4	9	9	4	4	56	56
ボワティエ	5	5	4	4	7	7	3	3	54	54
<b>南部</b>										
モンペリエ	5	5	4	4	9	9	4	4	71	71
エクス＝マルセイユ	6	6	6	6	12	12	4	4	77	77
ニース	3	3	3	3	4	4	2	2	36	36
<b>南西部</b>										
ポルドー	7	7	3	3	12	12	5	5	81	81
インド洋	0	0	3	3	1	1	0	0	19	19
トゥールーズ	5	5	5	5	9	9	4	4	71	71
リムージユ	3	3	3	3	3	3	1	1	30	30
<b>アンティ＝ユ＝ギュイアンヌ（ギア）</b>	1	1	2	2	3	3	3	3	32	32
合計	138	138	134	134	276	276	99	99	1 889	1 889

地域 学区	外科専門分野										外科 専門分野 合計	
	一般外科学		口腔外科学		神経外科学		眼科学		耳鼻咽喉科学 顎顔面外科学			
	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
<b>イル＝ド＝フランス</b>	67	67	3	3	4	4	30	30	19	19	123	123
<b>北東部</b>												
ストラスブール	15	15	1	1	0	0	5	5	4	4	25	25
ナンシー	16	16	1	1	1	1	6	6	5	5	29	29
ブザンソン	13	13	1	1	1	1	4	4	3	3	22	22
ディジョン	12	12	1	1	1	1	3	3	2	2	19	19
ランス	10	10	0	0	0	0	5	5	3	3	18	18
<b>北西部</b>												
カーン	11	11	1	1	1	1	2	2	3	3	18	18
ルーアン	11	11	1	1	0	0	3	3	3	3	18	18
リール	34	34	0	0	1	1	12	12	5	5	52	52
アミアン	10	10	0	0	0	0	5	5	2	2	17	17
<b>オーベルニュ＝ ロース＝アルプ</b>												
クレルモン＝フェラン	10	10	0	0	0	0	6	6	3	3	19	19
グルノーブル	13	13	0	0	1	1	4	4	2	2	20	20
リヨン	22	22	1	1	1	1	9	9	5	5	38	38
サン＝テティエンヌ	8	8	0	0	2	2	5	5	1	1	16	16
<b>西部</b>												
ブレスト	9	9	0	0	0	0	4	4	2	2	15	15
レンヌ	11	11	0	0	1	1	6	6	3	3	21	21
アンジェ	13	13	0	0	0	0	3	3	1	1	17	17
ナント	16	16	1	1	0	0	4	4	2	2	23	23
トゥール	12	12	0	0	0	0	5	5	2	2	19	19
ボワティエ	9	9	0	0	0	0	3	3	3	3	15	15
<b>南部</b>												
モンペリエ	23	23	1	1	1	1	5	5	3	3	33	33
エクス＝マルセイユ	22	22	1	1	2	2	5	5	5	5	35	35
ニース	11	11	1	1	1	1	3	3	2	2	18	18
<b>南西部</b>												
ポルドー	17	17	1	1	1	1	7	7	4	4	30	30
インド洋	5	5	0	0	0	0	0	0	1	1	6	6
トゥールーズ	15	15	1	1	0	0	6	6	3	3	25	25
リモージュ	7	7	0	0	1	1	4	4	1	1	13	13
<b>アグイ＝ユ＝ギニアス(ギ)</b>	10	10	0	0	0	0	5	5	3	3	18	18
合計	432	432	16	16	20	20	159	159	95	95	722	722

地域	総合内科学		麻酔蘇生学		医学生物学		内科補人科学		産科婦人科学		労働医学	
	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
学区	660	660	101	101	20	20	15	15	49	49	30	30
<b>イル＝ド＝フランス</b>												
<b>北東部</b>	139	139	16	16	4	4	2	2	10	10	6	6
ストラスブール	146	146	14	14	3	3	3	3	10	10	8	8
ナンシー	89	89	10	10	3	3	1	1	6	6	1	1
ブザンソン	109	109	10	10	5	5	1	1	7	7	9	9
ディジョン	109	109	14	14	5	5	1	1	6	6	6	6
ランス												
<b>北西部</b>	110	110	15	15	6	6	1	1	6	6	4	4
カーン	115	115	17	17	5	5	2	2	6	6	10	10
ルーアン	250	250	31	31	8	8	6	6	15	15	16	16
リール	103	103	14	14	3	3	2	2	6	6	4	4
アミアン												
<b>オーベルニュ＝</b>												
<b>ロース＝アルプ</b>	95	95	14	14	3	3	1	1	6	6	7	7
クレルモン＝フェラン	113	113	8	8	4	4	1	1	6	6	4	4
グルノーブル	197	197	25	25	7	7	3	3	14	14	9	9
リヨン	79	79	9	9	4	4	0	0	4	4	2	2
サン＝テティエンヌ												
<b>西部</b>	100	100	9	9	3	3	1	1	6	6	6	6
ブレスト	114	114	13	13	4	4	1	1	7	7	12	12
レンヌ	118	118	11	11	4	4	2	2	6	6	11	11
アンジェ	120	120	15	15	4	4	3	3	7	7	6	6
ナント	100	100	11	11	4	4	1	1	5	5	0	0
トゥール	120	120	9	9	4	4	0	0	6	6	11	11
ボワティエ												
<b>南部</b>	163	163	25	25	3	3	3	3	6	6	3	3
モンペリエ	234	234	25	25	8	8	3	3	11	11	6	6
エクス＝マルセイユ	84	84	9	9	3	3	1	1	5	5	2	2
ニース												
<b>南西部</b>	191	191	18	18	12	12	5	5	10	10	7	7
ボルドー	57	57	5	5	2	2	1	1	6	6	0	0
インド洋	162	162	23	23	8	8	5	5	9	9	10	10
トゥールーズ	60	60	6	6	3	3	1	1	3	3	3	3
リモージュ	75	75	10	10	2	2	2	2	6	6	1	1
<b>アンティ＝ピレニアス(中)</b>	4 012	4 012	487	487	144	144	68	68	244	244	194	194
合計												

地域 学区	小児科学		精神医学		公衆衛生学		総合計	
	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
<b>イル＝ド＝フランス</b>	90	90	111	111	19	19	1 565	1 565
<b>北東部</b>								
ストラスブール	10	10	15	15	3	3	293	293
ナンシー	12	12	19	19	8	8	331	331
ブザンソン	8	8	14	14	3	3	216	216
ディジョン	7	7	16	16	3	3	242	242
ランス	8	8	14	14	3	3	234	234
<b>北西部</b>								
カーン	9	9	18	18	2	2	246	246
ルーアン	10	10	22	22	4	4	276	276
リール	22	22	42	42	7	7	562	562
アミアン	10	10	15	15	4	4	229	229
<b>オーベルニュ＝ロヌ＝アルプ</b>								
クレルモン＝フェラン	9	9	19	19	4	4	231	231
グルノーブル	9	9	12	12	4	4	229	229
リヨン	18	18	26	26	5	5	430	430
サン＝テティエンヌ	6	6	10	10	1	1	160	160
<b>西部</b>								
ブレスト	5	5	12	12	3	3	206	206
レンヌ	9	9	12	12	4	4	256	256
アングジェ	8	8	12	12	3	3	234	234
ナント	9	9	15	15	3	3	259	259
トゥール	8	8	12	12	2	2	218	218
ボワティエ	8	8	20	20	7	7	254	254
<b>南部</b>								
モンペリエ	12	12	16	16	4	4	339	339
エクス＝マルセイユ	18	18	26	26	3	3	446	446
ニース	5	5	11	11	1	1	175	175
<b>南西部</b>								
ボルドー	13	13	24	24	6	6	397	397
インド洋	6	6	4	4	2	2	108	108
トゥールーズ	11	11	26	26	4	4	354	354
リモージュ	4	4	9	9	1	1	133	133
<b>アンティ＝ピュ＝ギニアヌス(ギア)</b>	6	6	7	7	1	1	160	160
合計	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>559</b>	<b>559</b>	<b>114</b>	<b>114</b>	<b>8 783</b>	<b>8 783</b>