

2018年8月22日

四病院団体協議会専門医制度のあり方検討委員会
専門医制度への提言

社会はいかなる専門医を必要としているのか

はじめに～現状認識

わが国で最初に専門医制度を始めたのは日本麻酔科学会で、1962年に日本麻酔指導医制度を発足させ、その後1966年に日本医学放射線学会、日本脳神経外科学会の2つの学会が専門医制度を発足させた。さらに、1968年に日本内科学会、1978年に日本外科学会で認定医制度が始まった。その後も各学会が独自の専門医制度を発足させはじめた。しかし、各学会の専門医制度の内容が様々なものであり、そのことに対する社会からの批判もあって、1981年に内科、外科、小児科などの基本的な診療領域の22の学会が共同で運営する「学会認定医制協議会」が発足した。本協議会は各学会がもつ認定専門医の学会間格差をなくし、すべてが一定水準にあることを保証することによってこの制度が社会的認知を受けることを意図したものであった。

1999年、第17期日本学術会議第7部附置専門医制度検討小委員会から報告がなされた。本報告において、「専門医制度の整備」という理念がうち出され、国家的規模での専門医資格認定機構ともいべき第三者的機関を設置することが提言された。その後、2001年に「学会認定医制協議会」が「専門医認定制協議会」と名称変更して組織の強化が図られ、2002年「中間法人日本専門医認定制機構」に、2008年に「社団法人日本専門医制評価・認定機構」に移行した。

ここまでの流れは、学会主導であり、純粋に学術的観点からの専門医制度について議論されてきたものと理解できる。

その後議論は、厚生労働省に設置した「専門医の在り方に関する検討会」に移され、学術的観点ばかりではなく医政の観点、すなわち地域医療や広告規制の視点が加わった。ここには日本医師会も参加し、2013年4月22日に発表された「専門医の在り方に関する検討会報告書」では、専門医制度に対する認識を以下のようにまとめた。それに対して具体的な制度設計が始められ、2014年に日本医師会に加えて病院団体、学識経験者等が加わった「一般社団法人日本専門医機構」設立、整備指針の制定へとつながった。

- わが国においてはこれまで、医師の専門性に係る評価・認定については、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用してきた。
- しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、専門医として有すべき能力について医師と国民との間に捉え方のギャップがあるなど、現在の専門

医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていないと考えられる。

○ また、医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療をめぐる重要な課題であり、専門医の在り方を検討する際にも、偏在の視点への配慮が欠かせない。

○ 今後、患者から信頼される医療を確立していくためには、専門医の質の一層の向上や医師の診療における適切な連携を進めるべきであり、現在の専門医制度を見直す必要がある。

○ このため、改めて国民の視点に立った上で、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として、厚生労働省として本検討会を開催し、本検討会において専門医の在り方に関して幅広く検討を行うこととなった。

(同報告書より抜粋)

報告書では、これらから以下の 3 点の背景を抽出し、新専門医制度発足によってそれに対する解を求めようとしたと言える。

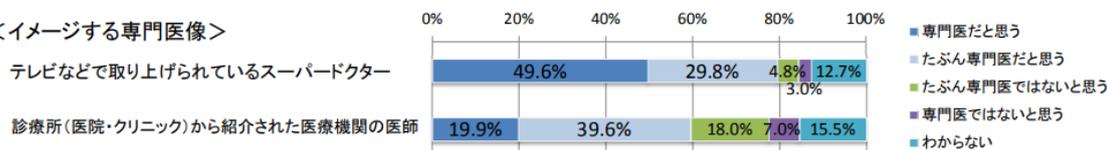
専門医の質

- ・各学会が、自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用。
- ・学会の認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念。

求められる専門医像

- ・専門医としての能力について、医師と国民との間に捉え方のギャップが存在。
- ・現在の専門医制度は国民にとって分かりやすい仕組みになっていない。

<イメージする専門医像>



出典：(社)日本専門医制評価・認定機構「専門医に関する意識調査」調査報告書

地域医療との関係

- ・医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

今回われわれは、これまでの議論を省みながらも、いま一度原点に立ち返って専門医制度のあり方とミッションを提言したい。

1. 国民の視点から専門医とは

既に日本専門医機構で認める基本 19 領域とサブスペシャリティ領域の他に、各種学会や団体が認証する専門医は多数存在する。「専門医」が任意の制度であり、厚生労働省、ないしは日本専門医機構による名称独占が認められていない現状からすると、この専門医乱立に関して今に至っても整理はついていない。

また、その専門医は、先の認識のように認定基準が統一化されていない以上、質の担保は存在しない。例え、19 領域と機構が認めるサブスペシャリティ領域のみの質を保証したところで他の専門医との区別は国民からはつけ難いといえる。

一方、国民が期待する専門医は、神の手と呼ばれるスーパードクターではないとしても、その専門を名乗る領域の文字通りスペシャリスト、一人前であり、一通りの診断から治療（手術を含む）を自らの手と責任で実行可能な医師であろう。すなわち、医療知識 **science** はもとより、確かな技術 **art** を身に着け、さらには医療チームをまとめること **coordinate** ができる能力 **competency** を持つ者と言えよう。

とすれば、決して、臨床研修後の 3 年足らずの専門研修で認証 **certify** されるものではなく、10 年程度の臨床経験は必須と理解すべきではないだろうか。

現行の 3 年程度の専門医制度は、「専門研修制度」であり、それを修了した医師は「(認定) 専門研修修了医師」とすることこそが、国民が納得できる仕組みではないだろうかと思われる。すなわち、専門研修を修了した「(認定) 専門研修修了医師 **certified doctor**」とその後に現場で一定の経験と能力を積んだ文字通りの「専門医 **specialist**」を区別すべきであると考えられる。**specialist** になるためには、ただ専門研修修了医師としての更新を積み重ねるだけではないことは言うまでもない。

2. 医師の視点から専門医 **specialist** とは

一般に能力 **competency** を客観的に評価するために認証制度がある。囲碁将棋や武道における段・級の仕組みも、語学における点数化の仕組みも、さらにはまさに医師の資格を含めて国家資格制度も然りであろう。

認証制度がある以上は、それを取得することで客観的に評価されたいと思うのは当然の流れであり、組織・団体もまた、自らの拡大のために新たな、あるいは独自の認証制度を作るのである。

医師もまた自らの関わった仕事や研究の証として、キャリアパスの中で、その時々での認証を得たいと考えるのが自然の成り行きであろう。したがって、キャリアパスの多様性ととも、時系列で認証される専門研修制度は必要であり、それら専門研修が重なり合っていく仕組みが求められるものと思われる。たとえば、キャリアパスの中で、研究者としての専門医 **specialist**、急性期医療の担い手としての専門医 **specialist**、予防・健診にかかわる専門医 **specialist**、在宅医療にかかわる専門医 **specialist**、高齢者医療・介

護にかかわる専門医 **specialist** など、各々は独立したものではなく、基礎的な経験を十分に踏まえた後に多重的に取得可能な専門性であると理解すべきなのである。

このような考え方によれば、キャリアパスの中での専門医 **specialist** の養成研修は時間を限らないカリキュラム制であるべきであろうし、指導カリキュラム、指導者や指導場所も多様であるべきである。

3. 病院の視点から専門医 **specialist** とは

将来的に専門性を追求する医師 **specialist** と診療科横断的に診療する医師が必要である。後者はいわゆる病院総合医と呼ばれるものが近いと理解され、また、後者には公衆衛生、感染、安全、栄養等の専門家が配置されればさらに厚みを増すに違いない。

決してすべての医師がより専門性を追求した専門医 **specialist** である必要がない。しかし、後者をいかに育成するか。また、後者のアイデンティティをいかに醸成するかが問題となる。専門医機構が認める総合診療専門医にこれを担わせるには、問題点が山積する。この総合診療専門医に加えて、医師のキャリアパスの中での多重的で総合的な専門医制度があるべきであろう。その提供と認証者は限られた機関である必要がなく、例えば四病院団体協議会としての認証もあり得る。

4. 現行専門医制度に乗らない医師の質の確保

専門研修を受けない医師に対して、所属先や病院団体、医師会は質の担保に責任を持つことこそ、プロフェッショナルオートノミーと心得る。診療に責任を持たないフリーター医師を含めて、国の施策への提言を早急に取りまとめるべきと考える。また、四病院団体協議会としては国の施策について教育・研修面での協力を惜しまない。

具体的には、医師法・医療法や健康保険法等による医師の倫理や安全、最新の知見等の研修の必須化などが考えられる。

5. 地域偏在解消の視点から

そもそも、「地域」は過疎地を意味する言葉ではなく、地勢や機能面で住民が一体として暮らすことができる範囲であろう。したがって、都市部も地域であり、過疎地も地域である。日本国憲法第 25 条において、国民は（どこに住んでいようが）健康で文化的な最低限度の生活を営む権利が保障され、国にすべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進が義務付けられている以上、その地域ごとの格差は是正、縮小すべき項目であることは言うまでもない。

地域偏在の解消に対して、現専門医制度に期待がかかる。この偏在解消に専門医制度

としての効果を期待できるのは、初年度（2018年度）のように、臨床研修修了者の97%以上が専門医制度に登録することが前提であろう。すなわち、ほぼ全員参加ならば理論的には地域別、診療科別定員の調整で偏在解消はできるはずである。

しかしながら、任意の制度である以上、今後、基本19領域への応募者が少なくなった際には、偏在解消対策は効かないことになる。

一方、診療科偏在は、もし学会が地域の疾病構造の変化に対応した予測によって専門医定数の削減を決断するならば解消可能かもしれないが、これまで拡大しない組織はまず存在しないことを考えると、国の関与がない限り期待できないだろう。

将来的には、地域・診療科偏在解消対策に関しては、地域の疾病構造や人口構成から推測する「(認定) 専門研修修了医師 certified doctor」数を国がリーダーシップをとって定め、さらに地域医療対策協議会等の議論を経て定員制を敷くことが求められる。

6. 提言

- 1) 国民視点から、専門医制度の見直しを求める。すなわち、臨床研修後3年程度の研修は「専門研修制度」とすべきであり、そのプログラムされた専門研修を修了した医師は「(認定) 専門研修修了医師 certified doctor」とすべきである。
- 2) science, art, coordinate 能力を兼ね備える専門医 specialist は、十分な臨床経験の後に取得すべきものであり、いつからでも、どこでも適切な指導者がいる機関でのカリキュラム制に基づく技術研修と学習、そして厳格な資格審査によって認証すべきである。
- 3) 医師のキャリアパスに則り、重層的なかつ多様性のある専門研修を確保すべきであり、その提供と認証者は限られた機関である必要がなく、例えば四病院団体協議会としての認証もあり得る。
- 4) 専門研修を受けない医師に対して、所属先や病院団体、医師会は質の担保のための研修を提供すべきである。四病院団体協議会は医師の倫理や安全、最新の知見等の研修の必須化等に協力を惜しまない。

参考資料

- 1) 専門医の在り方に関する検討会報告書
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>
- 2) 第11回 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 資料3
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000177384.pdf>