

「専門医制度新整備指針運用細則及び補足説明について」をうけての意見

2017年3月31日

全日本民主医療機関連合会

会長 藤末 衛

新しい日本の専門医制度確立のために努力されている関係者の皆様に心から敬意を表します。

全日本民医連は制度発足に際して、2015年1月に「新専門医制度に対する全日本民医連の見解」(添付資料1)を発表するとともに、その後多くのステークホルダーとこの問題について意見交換を行ってきました。昨年(2016年)は、7月に日本専門医機構が制度開始を1年延期することを決定したことを受けて、11月に「国民本位の良質な専門医制度のために——新専門医制度の現局面における提案」(添付資料2)を発表しました。

その中で私たちは、あらためて専門医制度改革において重視すべき視点として、①国民本位の公正で必要十分な医療制度をまもり発展させることを大前提として専攻医が安心して確かな力をつけることができる制度であること、②地域医療において専門医が診療実践をサブスペシャリティに限定せず他の専門医と協働しながら地域のプライマリィ・ケアを一定担うような働き方が出来るよう教育研修施設を地域に幅広く配置すべきであること、③総合診療専門医がさまざまな診療場面で活躍する状況を遅れることなく確立すべきであること、を挙げました。そして、日本専門医機構に対しては、多くのステークホルダーが懸念を表明した「地域医療への影響」を客観的に調査公表し、併せて地域医療をまもる視点で制度とプログラムの再点検を行うことなどを要望し、懸案事項が多く残された状態での拙速な開始、見切り発車に対しては反対することを表明しました。

昨年12月に新しい「整備指針」が、本年3月には「運用細則」とその補足説明がそれぞれ日本専門医機構から発表されました。私たちはその内容を検討致しましたが、残念ながら、開始延期を決めざるを得なかった懸念・不安を払拭する内容とは程遠いと言わざるを得ません。

最大の懸念は現在の地域医療を担う医師体制が維持できるのかという問題です。都市部の定員の制限や、大学病院以外の基幹施設の可能性を拓けるなどの「改善点」が示されてはいますが、大学や大病院への専攻医の集中による新たな偏在という問題の解決策になるとは到底思えません。専攻医が地域病院を短期間ローテートすることでは全く不十分であり、現行の学会専門医の指導施設を担っている地域の総合病院が基幹施設として専門医養成に引き続き主体的に関わっていくシステムを創らない限り、この問題は解決しないということを銘記すべきです。そもそも、「1年延期」の状況下においても「新制度対応」を選択した6領域の地域医療への影響調査は未だに公開されていません。まずはこの点について早急に手を打つべきです。

また、各科領域の専門分化が進み、かつ世界トップの超高齢社会となった日本の医療を患者中心に進めようと思えば、一専門領域としての総合診療専門医の養成が総論として必須であることは医療界の総意と考えます。しかし、新しさとともに総合診療専門医が診療する現場の多様性とも関係して、そのコンピテンシーとカリキュラムについての意見がまとまりにくい状況は否めません。よりオープンな議論をすすめて、19番目の専門医として制度確立を望みます。

現時点では新専門医制度に対する、国民、医学生、研修医の理解は十分とは言えない状況です。大切な問題だからこそ、地域医療の現場の声を真摯に聞き、国民のための制度設計の実現めざし、引き続き議論を積み重ねていただきたいと思います。

この件に関するお問い合わせ：

全日本民医連医師部(是枝・徳山)まで

〒113-8465

東京都文京区湯島2-4-4 平和と労働センター7F

電話：03-5842-6451

ファックス：03-5842-6460

メール：[ishi@min-iren.gr.jp](mailto:ishi@min-iren.gr.jp)

## 新専門医制度に対する全日本民医連の見解

2015. 1. 17

全日本民医連理事会

### 【はじめに】

日本の専門医資格制度が大きく変わろうとしています。

日本の専門医資格制度は1960年代から各学会で随時整備が進められ、専門医資格数は2000年代に入り急速に増加し80を越すまでになりました。2008年から社団法人日本専門医制評価・認定機構に集約され、2011年から厚生労働省の下に設置された「専門医の在り方に関する検討会」（以下「在り方検討会」）で関係団体の意見を集約し議論が重ねられてきました。

2017年度開始予定の新専門医制度は、超高齢社会に対応した医療提供体制の再編とあいまって、単なる資格制度に止まらない、日本の医療の在り方に重大な影響をもたらす内容を伴っています。現在資格毎に研修プログラムの整備指針が順次発表されていますが、その内容を見ると、これまでの日本の地域医療を支えてきた医師の在り方を大きく変化させる可能性があります。全日本民医連理事会は、地域医療の維持・発展の観点から現時点での新専門医制度についての見解を表明し、計画の見直しを要望するものです。

### 【新専門医制度の特徴】

一般社団法人日本専門医機構（以下「機構」）はその整備指針で制度設立の理念を①専門医の質を保証できる制度②患者に信頼され、受診の良い指標となる制度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医師が、プロフェッショナルとしての誇りと患者への責任を基盤として、自律的に運営する制度、と表現しています。

新専門医制度は以下の点で従来の制度と異なる特徴を有しています。

- 1) 「専門医」を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義し、医師は基本領域のいずれか1つの専門医資格を取得することを事実上努力義務と規定したこと（在り方検討会の答申では、取得した資格のみを広告可能とする方向が示され、自由標榜制の制限を予告しているようにもとれる）。
- 2) 19番目の基本領域として「総合診療専門医」を創出し、その期待される役割を「日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と障害等について、わが国の医療提供体制の中で適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供する」と（在り方検討会答申）したこと。
- 3) 研修プログラムや個々の医師の資格の認定・更新については、国でも学会でもない第三者機関（機構）が行うこととし（「学会専門医」⇒「機構専門医」）、資格認定・更新条件として診療実績をより重視するように定めたこと。
- 4) 専門研修「基幹施設」の認定基準のハードルを上げ、大学や大病院を中心に新たに病院群を形成することを推奨し、その養成数については地域事情を勘案し「定員」を設定する可能性を示唆（在り方検討会答申）していること。

### 【新制度施行への懸念】

こうした特徴を持つ新制度ですが、在り方検討会の答申や順次発表されている研修プログラム整備指針などの情報からは、その理念を実現する制度設計になっているとは言い難く、むしろ現在の地域医療の現場に混乱をもたらす可能性が高いと言わざるを得ません。新制度施行により日本の医師養成と地域医療を支える医師体制に以下のような影響が出ることが懸念されます。

#### 1) 地域医療を担う医師体制をめぐる諸問題

基本領域の資格の多くは大学や大病院でないと「基幹施設」になりにくい内容になっており、かつ、個々の専門医は資格維持の為に専門に特化した仕事に従事可能な環境を求めて大学や大病院へ集約化され、医療機能と医師の「偏在」が深刻化する。加えて、「地域を診る医師」として期待されている「総合診療専門医」から（主に内科系）サブスペシャル領域へ進む道が事実上閉ざされていることによって、「総合診療専門医」選択の障害となりかねない状況があり、地域医療を担う（特に中小病院の）医師体制が一層困難に陥る。

## 2) 臨床教育での総合性欠如・初期臨床研修軽視の懸念と医師の在り方への影響

領域別専門医が過度に特化した仕事に集中するようになると、一方でますます専門外の患者や複合的な症状に対応出来なくなる恐れがある。併せて、この新専門医制度発足の動きが作りだしている「後期研修・資格取得重視」の風潮は、初期研修の段階から専門分化された大病院を指向するという医学生の実験動向を既に生み出しており、プライマリケアの基本を学ぶことが高く評価された、新医師臨床研修制度（初期臨床研修）の理念・設計が形骸化することが懸念される。こうした事態は、専門医が専門以外の仕事を分担して担うことで地域の多様なニーズに応えてきた、これまでの日本の医師の在り方を変貌させかねない。

## 3) 事実上の「定員化」がもたらす影響

専攻医の定数上限を設定すること（事実上の「定員化」）は資格制度を利用した新たな医師数統制に繋がる恐れがあり、実際の地域ニーズと乖離した医師養成数目標が設定されれば医療提供サイドからサービス総量を決めることになり、新たな「医療難民」を生み出すことに繋がる。更には、「定員」の枠から漏れた医師は他領域を選択せざるを得ず、専門医資格間の（地位的、経済的）序列を生み出す恐れがあり、「序列上位」に対するインセンティブを求める動きが出現することが懸念される。

## 4) 地域医療を担う現役医師の資格をめぐる諸問題

「学会専門医」資格を有する現役医師も順次新基準に沿って更新を義務付けられており、2020年以降は全て「機構専門医」になる予定とされているが、多くの開業医や地域で総合的な仕事に従事している領域別専門医の資格更新が実際に可能なのかが不透明である。関連して、日本医師会が地域医療の守り手として重視する「かかりつけ医」や、専門医資格を持たずとも地域医療の維持・発展に寄与している医師の位置づけが明らかにされておらず、実際の地域医療の主戦力である医師たちの意欲を低下させる恐れがある。

### 【国民のための専門医制度を創るために】

日本の医療の特徴は、大小様々な医療機関が地域に存在し、それぞれの専門分野を持つ医師たちが協力し合い、多様なニーズに応えてきたことです。この特徴が国民皆保険とあいまって、平均寿命の延びや乳児死亡率の低下など質の高いアウトカムを実現してきました。

民医連は、機構の目指す専門医像「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」に賛同し、各専門医が必要な臨床能力を習得することを支援する専門医制度が必要であると考えています。しかし、研修施設と専門医取得後の働き場所を細分化された専門に特化した環境にあまりにも限定してゆくことには反対です。

民医連は、総合診療専門医の研修プログラムの準備を重視し、一定の領域別専門医の研修プログラムについても可能性のある施設で準備しつつあります。機構のめざす新制度設立の理念を達成するためにも、超高齢社会に対応できる国民本位の医療・介護を実現するためにも、現在の地域医療の実情を見据えて、その担い手を確実に育成し、結果として日本の地域医療の水準を今以上に引き上げることを目的とした制度を創り上げることが求められます。

全日本民医連は国と日本専門医機構に対して以下の点を要望します。

## 1. 地域医療を担う医師が不足している現状を直視し、「基幹施設」認定条件を現行の研修施設の持つ機能と大

きく乖離しないように設定することで、地域医療を担う専門医を地域で養成可能な制度設計にすること。併せて、資格制度を利用した医師数抑制、医療費抑制は行わないこと。

2. 地域医療を支える為に多忙な診療に従事している現役の専門医の資格更新が可能になるような設計にすること、併せて、日本の医療の特質を考慮し、総合診療専門医が（主に内科系）サブスペシャル領域に進めるように関係者の合意を形成すること。
3. 日本専門医機構の第三者性を維持し、内部での議論内容を公開すること。それにより国民や医学生、現場の医師の声を新制度に反映させるとともに、十分な議論が無いままで拙速に開始しないこと。
4. 新専門医制度を法制化しないこと。併せて、専門医資格を診療報酬上位置付けないこと。

以上

(添付資料2)

## 国民本位の良質な専門医制度のために——新専門医制度の現局面における提案

全日本民主医療機関連合会理事会

2016年11月18日

今回の専門医制度改革は専門医の質を高め、国民がうける医療の質を向上させることを目的に議論が開始されました。しかし、その制度改革の行程で、日本専門医機構（以下、機構）のガバナンスが問題視され、また地域医療の現場への悪影響を懸念する意見が相次ぎ、開始時期の1年延長が決定されました。

私たち民医連は、2015年1月に、専門医制度の整備の必要性を支持しつつ、地域医療への重大な影響が起きないようにすべきである、医師数抑制・医療費抑制につながってはならない、臨床教育での総合性の軽視を懸念するという立場から「新専門医制度に対する全日本民医連の見解」を発表し、各団体と意見交換を進めてきました。

ここで、この間明らかになったいくつかの問題に触れつつ、専門医制度改革における私たちの提案を示します。

### I 「開始延期」にいたる諸問題の原因はどこにあったか

地域でも大学でも病院勤務医が不足している現状において、専門医制度改革が、大学病院を中心とする設計で行われたことにより「新制度によって専攻医・専門医の大学や大規模病院への集中、新しい偏在が更なる地域医療の危機を招く」などの意見が出されるに至りました。

混乱した原因については以下の4点が挙げられるのではないかと考えます。

- ① 国民・地域住民のための改革であるという視点が不足しており、国民・地域から見てこれからの時代に必要な専門医像の中身と需要の検討が不十分である。
- ② 当事者である医学生や研修医へ周知されず、その意見がくみ取られていない。さらには少なくない医学生が「大学で初期研修をしなければ専門医になれない」に類する説明を受けている。
- ③ 事実上の制度設計を学会に個別に依存したことにより、多くが大学中心のプログラムとなり、専攻医・専門医の働く場所に制限が生じかねない制度となった。その結果、基本領域において従前のように中小病院を含む地域の病院で従事しながら資格を取得・更新することが困難となった。
- ④ 診療、学術研究、教育を同時かつ十分に実践していくだけの医師数が充足されていない状況の中で、とくに病院勤務医の絶対的不足という認識が不十分であった。そのため制度実施に伴って新たな偏在が生じかねない状況が懸念され、大学と地域医療が対立物のように映る議論が生じた。

### II. あらためて専門医制度改革において重視すべき視点

(1) 専門医制度改革において何より大切な前提は、国民本位の公正で必要十分な医療制度をまもり発展させることであり、そのうえで専攻医が安心して確かな力をつける制度が創られることが重要です。医師が国民の健康に対して専門的な立場からその社会的責任を果たそうとするならば、当然プロフェッショナルオートノミーを発揮して専門医制度を確立・発展させる必要があります。ゆえに機構は、国民皆保険制度が堅持・発展され国民の受療権がまもられることを前提に、国民の医療ニーズに寄り添い生命の平等をまもる医師の良心と責任を発現する、政府からも独立した組織として運営されるべきであると考えます。

一方で医療制度の改善についての責任は政府にあり、専門医養成における財政的保障を行うことが求められます。医師配置の問題はこの機構で調整することではなく、政府が進める医療提供体制の効率化縮小化という政策の推進手段として専門医制度が利用されることは決してあってはなりません。

(2) 機構の整備指針で専門医像として示された「それぞれの診療領域における適切な教育を受け、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」の具体像を適切に捉え追求することが必要です。卒後 5~6 年に到達すべき標準的力は、その専門領域での基本的診療を患者中心に安全に実践できることです。そして、今後とくに求められる専門医像として、その領域の専門技量を獲得し、自身の学び探求する姿勢を持続させながら、現実には地域のプライマリ・ケアを一定担うような働き方・あり方が求められます。診療実践をサブスペシャリティに限定せず、自ら選択した基本領域でカバーすべき疾病と症候を確実に診療し、他の専門医と協働しながら、それぞれの地域のニーズに応じていく医師像です。そのためにも教育研修施設をより地域に幅広く配置することが欠かせません。

(3) 今回初めて立ち上がる総合診療専門医は、国民からも、医療関係団体からも切望される領域です。今後時代の要請とも相まって、一層の専門分野としての発展と、診療・研究に携わる専門医集団の確立が強く求められます。同時に世界にも類を見ない速度で高齢化する日本において、診療の場の多様性をそのコア・コンピテンシーの中に明記している総合診療専門医が病棟、外来、ER、在宅など様々な診療現場で活躍する状況を遅れることなく目指すべきです。

### Ⅲ. 当面の機構の行動に関する要望・提案

実施を延期した現段階において、まず行うべきこととして、以下の 3 点を提案します。

- ① この制度の地域医療への影響を客観的に調査公表し、併せて地域医療をまもる視点で制度とプログラムの再点検を行う。
  - i) 地域医療への影響調査は学会へのヒアリングだけでは不十分であり、またプログラム上で二次医療圏に連携施設が存在することでその地域へ配慮しているという説明には説得力がない。少なくとも病院団体、専攻医に向けた調査を行うとともに、新制度対応プログラムを始動させた 6 学会へのヒアリング内容を公表する。
  - ii) 内科、外科、整形外科、小児科、産婦人科、救急科、精神科などの領域での基本領域のプログラムでは、多様な地域医療の現場で総合性を獲得することを重視し、その期間を確保するとともに、地域の病院が基幹型施設を担えるように制度設計を再検討する。
  - iii) 地域医療に従事している専門医が、概ね日常の診療実践を継続させながら資格を取得・更新できる制度設計へと整備していくとともに、医療資源の少ない地域での勤務とそこでの修練を可能にするようなプログラム上の配慮を行う。
- ② 専攻医が安心して力をつけることができるように必要な整備を行う
  - i) 医学生、研修医の意見をよく聞き、不安を解決し要望を受け止める場を設ける。
  - ii) 専攻医が身分経済的に保障されるよう、制度の実施運用指針を示すとともに、専攻医自身の相談窓口を機構に準備する。
  - iii) 専攻医のライフイベントやキャリアプランに合わせた修練ができるよう、実績積み上げ的な制度設計にするとともに、専攻医定数との関係では、枠外であっても中途からの参加をある程度受け入れられるよう柔軟性を持たせる。
- ③ 地域包括ケア時代に強く求められている多様な診療現場で活躍する総合診療専門医を積極的に養成するための制度設計を行う。
  - i) 総合診療専門医の養成は、地域医療において主に病院医療を担う医師と主に診療所を担う医師とをどちらも不足なく育成していける制度設計であるべきで、総合診療専門医からも内科系サブスペシャリティを修練できるようにするなど、総合診療専門医を目指す専攻医を増やすような検討を行う。
  - ii) 専攻医教育の実際を進めるために、担当学会を日本プライマリ・ケア連合学会を軸に明確にする。

#### IV. 機構の運営に関する要望

専門医の在り方に関する検討会の報告書では、「専門医を学会から独立した中立的な第三者機関で認定する」（3—（1）基本的な考え方）と記述されました。今後の専門医制度改革を、審査・認証・各種調整や制度設計は機構、教育内容は学会という役割分担と枠組みで進めるのであれば、機構理事は出身学会での役員を降りるなど、現実的で可能な方法で、できるだけ機構の第三者性を高める手段を講じるべきです。

制度運用に当たっては地域住民や専攻医、医学生の見解も反映させる視点で、現場からのフィードバックを受ける方法を具体化し、定期的に制度の点検や見直しを行うシステムをつくることを求めます。

地域住民にとっても、専攻医にとっても良質な制度をつくりあげてから出発するべきであり、懸案事項が多く残された状態での拙速な開始、見切り発車には反対します。

以上