

新専門医制度とこれからの医師養成について考える (Ver.1)

2015年4月22日

全日本民医連 医師部

前田 和也

はじめに

このレポートは2017年から始まる新専門医制度について述べたものです。しかし、制度の中身についてはまだまだ制度設計中のため、明らかになっていないことも多いです。今回は、新専門医制度が始まるこれからの医師養成をどのように考えるのかということを考えてみたいと思います。

新専門医制度は、これからの日本の医療提供体制の在り方を変えうる大きな改革です。2004年から必修となった初期研修は「幅広い診療能力」を身につけることを目標とし、新専門医制度は初期研修を基礎に「患者から信頼される標準的な医療を提供」するための制度として創設されようとしています。医師養成のあり方も変わるものと思われます。

その一方で、患者さんにとっても分かりやすい制度にすることをうたいながら、その内容については医学生や医師、国民にほとんど知らされていません。医学生は大学の教員に「大学に残らないと専門医をとれないよ」と言われ、動揺が広がっている状況があります。また、資格維持のために、医師はこれまでより多くの症例を経験したり、論文を書いたりする必要が生じるかもしれません。また、この制度がもたらすであろう地域医療崩壊の加速は、患者さんにとっても望まない結果をもたらす可能性が大きいといえます。

「誰のための何のための医療なのか」。根本的な問題ですが、まずはこのことを考える必要があるのではないのでしょうか。今後、どこの国も経験したことのないような高齢社会を迎える日本に求められる医療はどのような医療なのか。大半の医師が高度な専門性を持つことは本当に必要なのか。多くの人は地域で医療にかかります。そこで求められる医療とはどんな医療なのか。

このレポートは下記のような構成になっています。このレポートだけでは十分とは言えませんが、大いに学び、これからの医療を考えていきましょう。

I 初期研修について…初期研修が2004年から必修化され、「医師としての人格の涵養」し、「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を習得するとともに」、「アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備すること」を理念にしています。まずはそのことを押さえることが大切です。また、初期研修は医学生や国民が勝ち取ったものだということも押さえておきましょう。

II 新専門医制度について…ここでは専門医制度がどういう背景から持ち出され、どのような内容で考えられているのかをまとめています。また、専門医制度がもたらしうる問題点もまとめています。

III 地域包括ケア時代と医師・医学生…ここでは、もう一方で進められる地域包括ケア時代

に求められる医師像について考えます。民医連は「無差別平等の地域包括ケア」を目指していますが、そこで求められる医師像とは何か。自らの医師像、これから求められる医師像を今後求められる医療とあわせて考えましょう。

IVあらためて医師養成を考える…そもそも医師に求められる普遍的な考え方があるのではないのでしょうか。最後にそうした観点から、改めて医師養成について、医学教育について考えましょう。

このレポートはまだまだ不十分です。これから制度の中身が明らかになれば、バージョンアップをしたいと思います。また、皆さんの意見も反映してレベルアップも図っていきたいと考えています。

〈目次〉

はじめに

I 医師養成のしくみについて

1. そもそも今の医師養成制度はどうなっているのか
2. なぜ初期研修が大切なのか
3. 医学生・国民が勝ち取った新医師臨床研修制度
4. プライマリ・ケアと医師養成

II 新専門医制度について

1. どうして今、専門医制度なのか
2. 新専門医制度の特徴
3. 新専門医制度が導入されるとどうなるのか

III 地域包括ケア時代と医師・医学生

1. 「地域包括ケア時代」はどのような時代になるのか
2. 民医連の目指す「無差別平等の地域包括ケア」とは
3. 地域包括ケア時代に求められる医師とは
4. 民医連が考えるこれからの医師養成

IV あらためて医師養成を考える

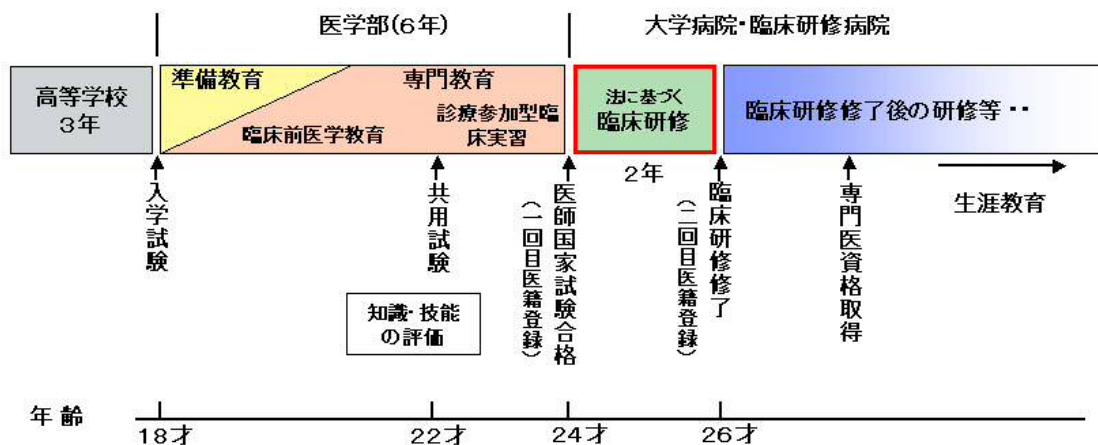
1. 誰のための、何のための医療なのか～どんな医師が求められるのか～
2. 卒前教育で何を学ぶか

おわりに

I 医師養成のしくみについて

1、そもそも今の医師養成制度はどうなっているのか

「臨床研修制度の概要」(厚生労働省)



日本で医師を目指そうと思った場合、まず大学医学部に入学する必要があります。そのための厳しい受験競争を終えると、6年間の学生生活（卒前教育）があります。そこで、医師になるために必要な知識や素養を身につけることとなります。大学卒業後に医師国家試験を受験し、合格することで、晴れて医師とすることができます。

医師免許を取得すると、最初に卒後臨床研修（以下、初期研修）があります。2004年に初期研修が必修化されました。初期研修は、臨床研修指定病院で受けることができます。プログラムごとに研修医の定員が決まっているので、「マッチング制度」により、希望の研修病院を決めることになります。

初期研修は2年以上が義務付けられており、多くのプログラムは2年で終わるように設計されています。初期研修を終えると、一般に「後期研修」と呼ばれる段階に進みます。現在は、各学会が定めた基準を満たすことで認定医・専門医の資格をとることができます。その資格は各学会が認定した病院で取得することが出来るため、多くの研修医（一般的には卒後3年目）は専門医をとるための進路を進みます。現在、専門医資格は取得しなければならないものではなく、取得しないことも可能ですし、複数の専門医資格をとることも可能です。専門医の資格がないからといって、診療行為に制限がかかることもありません。

2、なぜ初期研修が大切なのか

初期研修は「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けるこ

とのできるものでなければならない」(医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第2条)とされています。初期研修の2年間は、医師としての基本的な姿勢を決める期間であり、その2年間でどのように過ごすかがとても大切です。

2004年に初期研修が必修化されるまで、約8割の学生は卒後、大学医局に入局し、その医局の専門によった内容の研修をしていました(ストレート研修)。必修化以降は、様々な診療科をローテーションし、基本的な診察法や臨床検査、手技を身につけることになりました。初期研修必修化から10年が経ち、プライマリ・ケアの考え方はかなり定着したといえます。初期研修は5年に1度見直しがされていますが、2013年の報告でもこれらの理念は「重要であり、堅持すべき」とされています。これからはローテート世代が指導医になってくるため、初期研修のさらなる質の向上も考えられます。

3、医学生・国民が勝ち取った新医師臨床研修制度

2004年から始まった初期研修必修化は、多くの医学生が運動を起こし、国民を巻き込みながら、「国民のための医師」になるために勝ち取った制度だということを押さえておくことは、やはり大事だと思います。(ここでは流れを大づかみにしか紹介出来ませんが、詳しくは『研修医』(谷川智行・後藤慶太郎著)などをお読み下さい)

医師臨床研修制度の変遷
医師臨床研修制度の変遷
(1)昭和21年 実地修練制度(いわゆるインターン制度)の創設 国民医療法施行令の一部改正により創設。昭和23年に現在の医師法が制定され、同法に基づく規定となる。 大学医学部卒業後、医師国家試験受験資格を得るための義務として、「卒業後1年以上の診療及び公衆に関する実地修練」を行うこととされた。
(2)昭和43年 実地修練制度の廃止、臨床研修制度の創設 大学医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得後も2年以上の臨床研修を行うように努めるものとされた。(努力規定)
(3)平成16年 新医師臨床研修制度 診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けなければならないとされた。(必修化)

(厚生労働省ホームページより)

インターン制度の時代

戦後まもなく、日本の医師養成システムとして「インターン制度」が導入されました。国家試験の受験条件として、「文部大臣の認定した大学において正規の医学の課程を修めて卒業した者で、一年以上の診療及び公衆衛生に関する実地訓練」を行うことが必要となりました。到達度にばらつきがあった医師¹の「資質向上、水準の均一化、医学教育水準の向上」を目的としたこの制度には、一定の積極的意義はあったといえます。しかし、インターンの身分は不明確で、医療行為に関する責任や権利も曖昧で、

¹ 戦前、日本の医師養成は大学の他に、医専などいくつかの養成校があり、医師国家試験などもなかった。特に戦中は、医師を急増させる必要があったため、結果的に到達度にばらつきがあった。

無給で、教育の保障もありませんでした。この状況に対して、インターン生や医学生がインターン連合や医大連合を結成し、それらが合流し、1954年に全日本医学生連合（旧医学連）が結成されました。インターン制度の改善を目的にしており、「トリアス要求」（①身分の保障、②経済の保障、③教育の保障）を掲げて運動しました。旧医学連は一部の学生が民主的な運営を行わなかったことにより崩壊することとなりますが、1968年にインターン制度は廃止され、「報告医制度」が導入されることとなりました。

報告医制度へ

報告医制度は、医学部卒業後に医師国家試験を受験し、合格すれば2年間の研修が「努力義務」とされ、研修を終えると院長が厚生大臣に報告することとされました。また、研修医には診療協力謝礼金が支払われることとなりました。しかし、教育環境の充実や、研修医や研修病院に対する経済的・財政的保障は棚上げされたままのため、医学生や研修病院から批判が起きました。政府は「非常勤医制度」を導入するなど改善を試みますが、研修医を取り巻く実態は変わらないまま、研修改善を求める運動は続きました。

臨床研修必修化へ

1994年に臨床研修の義務化が急浮上します。1994年2月に卒後研修の2年間の義務化が提言され、12月には厚生省医療関係者審議会研修部会が卒後研修を必修化すべきという「中間まとめ」を発表しました。そして翌3月の通常国会で改正法案が提出されました。異例のスピードで進んだため、医学生や研修医、指導医、国民にはその中身が知られないまま議論が進みました。

ところがこの義務化には「研修を修了しないと保険医資格を得られなくする」という大きな問題点がありました。「保険医インターン制」と呼ばれますが、日本の医療は保険診療が行われているため、保険医資格がないと保険診療を使った医療行為をすることができません。研修医に保険医資格が与えられないということは、事実上、医療行為が出来なくなるということであり、研修内容が見学や上級医の補助にとどまるおそれがありました。この点を医学生が指摘したことで反対の世論が広がり、日本医学教育学会や全国医学部長病院長会議も研修義務化の慎重な議論を呼びかけることとなり、義務化は事実上阻止されました。

この運動の中で医学連（全日本医学生自治会連合）は、「卒後研修改善のための医学生からの提言（案）」などで「保険医インターン制」に対する具体的な対案を示しました。また、医学連が研修医に行ったアンケートで、8割近くの研修医がバイト先の病院で単独診療を行い、不安を感じている実態を明らかにしました。こうした取り組みを通して、「研修2年間の処遇は大事だ」「(研修医を)保険医としてまず登録する」「アルバイトしなくてもきちっと臨床研修で生活出来ることが大切」などの意見を作り出しました。

今の研修制度は、戦後長年にわたる医学生や研修医のよりよい研修を求める取り組

みがありました。その根底には、「よい医療を実現したい」という医学生や研修医の要求があったからこそ勝ち取れた成果といえるのではないのでしょうか。

4、プライマリ・ケアと医師養成

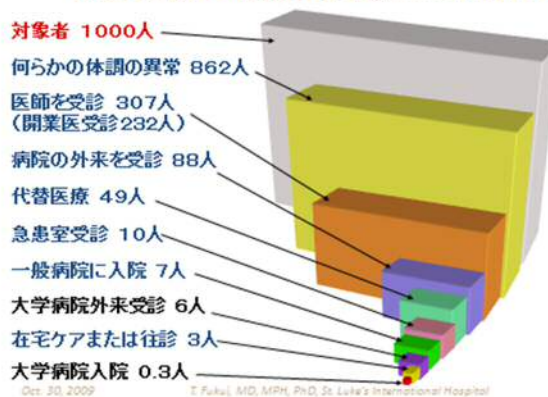
新専門医制度は、その中心となる医学生や国民不在で議論が進められ、さらにその議論が、第三者機関で行われ、その内容も一切公開されず、かつ急ピッチで進められていることから、これまでの医師養成の議論とは全く異なるものです。医療を担う主体である医学生がイキイキと学び、よい医師になろうと思える医師養成が必要です。そのことは、医療を受ける側である国民の要求とも一致します。

新専門医制度は、3年目以降の「後期研修」を制度化しようという動きです。基本的にはどの基本領域に進もうと、3年間のプログラムで専門医資格をとり、その後、サブスペシャリティ（さらに細かい専門）に進むことになります。

大切なことは、「新専門医制度は、医師臨床研修制度を前提」にしていることです。つまり、たとえ専門分化が進もうと、プライマリな力は前提にされており、決して専門分野だけを診られるようになればよいというわけではありません。また、専門性を身につけるためにも総合性は必要です。2年間の初期研修のみでその総合性が身につくわけではなく、3年目以降もその学びを継続すべきであることを多くの現場の指導医が指摘し、そのようなプログラムを運用している市中病院が全国に存在します。

例えば、飛行機や電車の中で急病人が出たとき、「私は外科の専門だから診ることはできません」という医師を私たちは求めているのでしょうか。成人 1000 人を対象に、1ヶ月に疾病や傷害を経験する人の数を調べたところ、医師を受診するのは 307 人、うち入院を要するのが 7 人、大学病院を外来受診するのは 6 人、大学病院に入院するのは 0.3 人だといいます。広く求められるのは、この 6 人や 0.3 人を対象にした専門医ではなく、疾病や傷害を負った 307 人のための医師養成が求められるのではないのでしょうか。

わが国の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動
Fukui, T et al. JMAJ 2005; 48: 163-167(調査期間:2003年10月1日-31日)



II 新専門医制度について

1, どうして今、専門医制度なのか

日本で最初といえる「専門医」資格は、1962年に日本麻酔指導医制度が発足したことです。その後、認定医制度をもつ22学会からなる「学会認定医制協議会」立ち上げられました(1981年)。2002年の厚生労働省告示「専門医広告に関する基準・手続き等」により「一定の外形基準を満たす学会であれば、その学会が認定する専門医は広告が可能」となり、多くの専門医が誕生します。2008年には「社団法人日本専門医制評価・認定機構」が発足し、80を超える学会が加入しました。この経過からわかるように、日本の専門医は、学会が独自に専門医になるための要件を定めたり、試験などを行ったりし、条件を満たした医師を専門医として認めてきました。資格要件の維持も学会によって異なります。

一方で、現在の方法では、制度の統一性がないことや、学会によっては臨床能力本位になっていない制度、認定プロセスが不明確な学会などの問題が指摘されています。そのため、国民からも公の資格として「専門医」が受け入れられるものになっておらず医師と国民との間にギャップが生じています。

こうした問題点を踏まえて、これから始まる新専門医制度は以下の点を基本骨格として設立されることとなりました。

- ① 患者さんに信頼される医師の自立的な制度として確立する
- ② 個別学会単位ではなく、診療領域単位の専門医制度とする
- ③ 専門医は基本領域専門医とサブスペシャリティ領域専門医の二段階性とする
- ④ 専門医育成には研修プログラムと研修施設の評価・認定の制度を新たに構築する
- ⑤ 専門医の適性数、適正配置、医療の役割分担を推進できる制度設計とする
- ⑥ これまで各学会が行ってきた専門医の認定は中立的・第三者機関で行うことにより、専門医の公的な地位の確立を目指す

2、新専門医制度の特徴

新専門医制度は、2011年10月から「専門医の在り方に関する検討会」が発足し議論が始まりました。その後、2013年4月に最終報告を発表しました。新専門医制度は、第三者機関が認証機関となるため、その機関として「一般社団法人 日本専門医機構」が2014年5月に発足しました。ここでは、新専門医制度の特徴を挙げてみます。

- 専門医の定義・・・「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一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階建て設計・・・専門医は19の基本領域の上に、サブスペシャリティを設ける。基本領

域とサブスペシャリティは関連したものとなる。(例・小児外科を目指す場合、外科専門医を取ったうえで小児外科に進む。小児科専門医をとっても、サブスペシャリティとして小児外科をとることはできない。)

- 総合診療専門医の創設・・・19番目の基本領域として「総合診療専門医」を創設し、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、我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的医療を全人的に提供する」(専門医の在り方に関する検討会報告書)としたこと。
- 第三者機関による認定・・・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・行為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。
- 養成数の定員設定・・・「基幹施設」の認定基準を引き上げ、大学や大病院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。

新専門医制度は2017年から開始する予定です。新専門医制度は法的に義務づけられるものではなく、3年目から研修を開始しなければならないものでもありませんが、多くの研修医がこの制度に乗ったキャリア形成をすることになると思われます。

3、新専門医制度が導入されるとどうなるのか

日本専門医機構は2014年7月に「専門医制度整備指針」(第1版)を公表し、それをもとに学会ごとにプログラムなどの検討を始めています。具体的な内容はまだまだ不透明な部分もありますが、大枠については、この間の議論から明らかになりつつあります。「新専門医制度に対する全日本民医連の見解」をもとに、いくつかの点について考えてみます。

(1) 医師養成における変化

新専門医制度が始まると、医師養成が大きく変わります。新制度は、3～5年目が制度化されることになり、結果として大学入学から医師5年目までは既定の路線が敷かれることになります。

新専門医制度を受けて、大学では「後期研修・資格取得重視」の風潮が生まれつつあります。マッチング制度導入以降、大学病院を初期研修先に選ぶ学生が減少していますが、大学にとっては、新専門医制度の導入は巻き返しのチャンスとばかりに、「大学有利」の宣伝を始めています。実際、領域別専門医の教育施設として各学会が要件を整理していますが、大学病院でないと教育施設認定をとることが出来ないだろうと思われる科があります。そうすると、「初期から大学」という流れはますます加速すると考えられます。

改めて、初期研修の理念を押さえつつ、プライマリ・ケア能力を身につける

にはどういう経験が必要か考えてみましょう。大学病院には、紹介状を持った、つまり診断のついた高度な医療を必要とする患者がメインで、初診や救急などで **first contact** を診る機会は減り、腹痛や発熱など **common diseases** を診る機会は限られます。とても「基本的な診療能力」を身につけるにふさわしい場とは考えられません。そのことが、卒業生の過半数が市中病院を研修先に選ぶ結果を生み続けています。また、現状で地域の基幹病院や民医連のような中小病院でも専門医資格取得ができる分野もあることは押さえておく必要があります。

(2) 医師偏在の加速

新制度下では、大学病院や大病院でないと専門医を養成する教育施設（「基幹施設」）の条件を満たすことが出来ない可能性が高まっています。そうすると、資格取得を目指す若い医師が都市部や大学病院・大病院に集中することになり、地方で働く医師が減少することが考えられます。また、新専門医制度では、専門医資格の更新制度が導入され、専門医を維持するには一定の症例数や手術経験数、活動実績などが必要となります。そのために、多くの医師は症例を求めて都市部や大病院にとどまろうとすることも考えられます。

現在の日本では医師免許を持っていれば、専門分野にかかわらず診療にあたることができます。日本の地域医療を支えてきたのは、多くの開業医です。大学で一定の専門性を持ちながら働いていた医師たちが開業し、専門分野を活かしながら幅広く診ることで地域の医療が成り立っています。ところが、開業して専門医資格を維持しようとする、それはかなり困難（現実的には不可能）になり、開業医の減少を生む可能性があるともいえます。

このことは、身近な地域から、一定の専門性を持ったかかりつけ医や中小病院の機能が質的・量的に低下することを意味しており、結果、患者さんの不利益にもつながることになります。

(3) 総合診療専門医を取り巻く問題

新専門医制度では、19番目の領域として、「総合診療専門医」が設けられます。実際的には、多様な疾患をかかえる高齢者や慢性疾患・心理社会的な問題を抱えている人などを診ることが考えられています。一方で、国は総合診療医を在宅医療のゲートキーパーや安上がりな地域包括ケアの担い手として期待しており、現場の医師や研修医の思いとはかけ離れた位置づけに陥る可能性があります。

また、今のところ、「総合診療専門医」から2階のサブスペシャリティ部分に進むことができない予定です。例えば、サブスペシャリティで糖尿病の専門資格を取得しようすると、「内科専門医」の資格を取ることが条件になります。総合診療専門医をとると、サブスペシャリティをとる可能性を閉ざすことになり、進路選択のマイナス条件になると考えられます。そうすると、地域医療を

支える総合診療医は不足することが考えられます。また、日本医師会がいう「かかりつけ医」に関する言及もありません。この点に関しては、現状でまだまだ不透明な部分が多く、今後の議論の推移を見守る必要があります。

(4) 専門医の定数設定が生み出す弊害

新専門医制度では、地域ごとに専門医の定数を設けることが考えられています。医師の適正配置を進めるためにはプログラムごとに定数を決めることは一定の意味があるかもしれませんが、しかし、これは医師の総供給数を決めることになり、新たな医師抑制政策の一つと考えられます。

また、定数の決められた医師は、基幹施設に配置されることになり、結果として都市部や大学病院・大病院に集約されることとなります。そうすると、地方部を中心に「医療難民」が発生することが考えられます。

同時に研修医側から考えると、希望の科に進むには定数の枠内に入るが必要となります。そうすると、人気・不人気による差がおこり、希望の科に進めなかった研修医は別の進路を取らざるを得なくなります。これがどんどん進むと、医師の中に序列が生まれることも考えられます。

(5) その他

専門医制度の導入にあたっては、診療報酬とのリンクも考えられます。つまり、専門医が診療をすれば診療報酬を高く設定する、あるいは、特定の疾患については専門医しか診られなくなるということが考えられます。例えば地域の中小病院で、専門医資格はないが力量は十分ある外科医が手術を行おうとしても、診療報酬の格差と患者の大病院集中による手術件数の減少で、看護師を含む人材やハード面でその機能を維持できず、手術そのものが実施できなくなる場合も想定されます。また、資格とリンクして専門医でなければ実施できない診療が拡大されると（例えば肝臓病治療にリンクあり）、その地域に専門医がいなければ、患者さんは治療を出来ない可能性が広がります。このように身近な地域の医療機能がどんどん縮小していく可能性があります。

さらに、国が最終的に狙っているフリーアクセス制限（患者は、どのような病気であれ、はじめに総合診療医を受診してからでないと病院に受診できないシステム）の導入は、日本の健康長寿を支えてきた現行の医療制度を根底から覆すものです。

(6) あらためて、最後に

そもそも3年目から専門医資格を急いでとる必要があるのでしょうか。例えば、初期研修2年を終え、もう1年総合内科研修をしてから外科研修に進む医師は少なからずいます。そうした研修医は、専門知識だけではなく、複数の疾患を抱える患者さんの病態を把握したい、オペするにも患者さんを全人的に診たいという思いをもって、あえて1年の「寄り道」をしています。しかし、こ

れは「寄り道」ではなく、結果として専門医になるために必要な道だといえます。また、目の前の患者さんを診ている中で、専門外の知識や技術が必要だと感じ、学会専門医ではなくても専門医並みの医師もたくさんいます。目の前の患者さんに育てられることがある医師・医療者は、必ずしも一本道では進むことができないというのは、多くの医師のキャリアが示しているのではないのでしょうか。

Ⅲ 地域包括ケア時代と医師・医学生

これまで、研修の意義や専門医制度の概要・問題点などをみてきました。次にこれからの日本はどのような医療を目指し、どのような医師が求められるかを考えてみましょう。

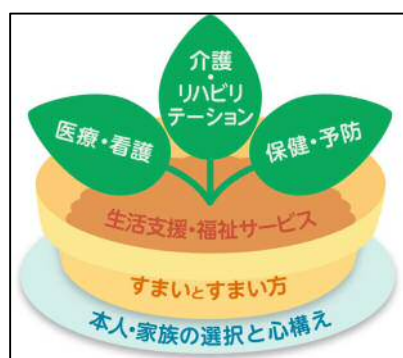
1、「地域包括ケア時代」はどのような時代になるのか

最近、様々なところで「地域包括ケア」という言葉を聞きます。全日本民医連の第41回総会スローガンにも「誰もが安心して住み続けられるまちづくりとあるべき『地域包括ケア』の実現めざし、すべての事業所と共同組織の中長期的展望をつくりだそう」(*)と掲げられています。これからは「地域包括ケア」が大事になります。

(*)民医連が目指す地域包括ケアについては「無差別平等の地域包括ケア」と表記することを理事会で確認しています。

そもそも地域包括ケアとは何なのでしょう。地域包括ケアそのものは新しい概念ではなく、地域において医療と福祉が総合的に提供されるシステムのことで、以前から使われている言葉です。

今、改めて「地域包括ケア」が言われるようになった背景には、日本が「これまで世界のどの国も経験したことのない超高齢社会」を迎えることがあります。2025年には約800万人と言われる「団塊の世代」が75歳以上となり、約5人に1人が75歳以上になるとされています。すでに多死社会に突入している日本ですが、高齢者の死亡場所の8割は病院、2割は自宅です。病院のベッド数を減らしたい政府は、安上がりな自宅での死亡を願っています。2003年に報告された「2015年の高齢者介護」で「地域包括ケア」が言われるようになり、2006年の小泉内閣で医療関連法案が強行採決されたことから、医療費適正化計画の名のもとに、入院から在宅へという流れが強くなりました。さらに安倍政権では、健康・医療産業を成長戦略分野と位置づけ「『必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する』という国民皆保険制度の理念を踏まえつつ、多様な患者ニーズの充足、医療産業の競争力強化、医療保険の持続的可能性保持等の養成に対してより適切に対応できるよう、公的保険給付対象範囲等の見直しを行う」²としています。



こうした流れの中で、地域包括ケアシステムは、『入院・施設から在宅へ』『医療から介護へ』、さらに『介護から市場・ボランティアへ』を基調に、国にとって低コストで効率的な医療・介護提供体制」(41回提起総会運動方針)をつくりあげようというものです。公助から自助へ、公的事業から民間へという大きな流れの中の改革であるということには注意が必要です。

左図は地域包括ケアの「5つの構成要素」を示した図

² 2014年1月の産業競争力会議「成長戦略進化のための今後の検討方針」

です。「すまいとすまい方」「生活支援・福祉サービス」「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」の5つがあり、そのベースには「本人・家族の選択と心構え」があります。「本人・家族の選択と心構え」とは、「単身・高齢者世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要」とされています。何とも本人に自己責任を押しつけるような表現ですが、地域包括ケアは、「自助（自分のことを自分でする、市場サービスの購入）」「互助（相互の支え合いで、制度的な費用負担の裏付けがない）」を広く求める内容になっています。「少子高齢化や財政状況から、『共助』『公助』の大幅な拡充を期待することは難しく、『自助』『互助』の果たす役割が大きくなることを意識した取り組みが必要」と明記されています。また政府は、社会保険を「共助」として捉え、そのように描きだしていますが、これは強制加入である国民皆保険制度という国の責任としての社会保障制度を、一般的な保険と同列化するためのものです。今後の社会保障や生活保障に対する公的財源を縮小・解体する姿勢を示しているといえます。

2、民医連の目指す「無差別平等の地域包括ケア」とは

政府の地域包括ケアに対して、民医連の「無差別平等の地域包括ケア」とはどのような内容なのでしょうか。そして、その中で、医師にはどのような役割を求めているのでしょうか。

民医連の目指す地域包括ケアは「お金のあるなしに関わらず、必要な医療、介護・福祉、生活支援が切れ目なく提供され、住み慣れた地域で、その人らしく、人間らしく暮らし続けることを保障する体制」であり、「誰もが、健康で、最後まで安心して住み続けられる」まちづくりとして取り組む課題です。民医連では、「人権としての医療・介護保障を求める提言」を作成し、無差別平等の地域包括ケアをどのように実現するか、その財政的保障なども含めてまとめています。詳しくはこの提言をお読み下さい。

しかしながら、「無差別平等の地域包括ケア」は何か新しいことを始めるわけではありません。これまでの延長線上にあると言えます。例えば、東京・東都保健医療福祉協議会は1976年に「寝たきり老人実態調査」に参加し、訪問看護があれば少なくとも3分の1の寝たきり老人の問題が解決することを明らかにしました。「住み慣れた地域で、その人らしく生き、暮らし続ける」という目標を掲げ、東京都第1号の訪問看護ステーションを開設したり、民医連初の介護福祉学校を設立したりして、地域ケアを続けています。

また、民医連には360万の共同組織の仲間がいます。無差別平等の地域包括ケアは「誰もが、健康で、最後まで安心して住み続けられる」まちづくりも課題としていますが、公的制度ではカバーしきれない地域の要請に応えるには、共同組織の存在は不可欠です。共同組織はいわば「ソーシャル・キャピタル」です。病気の原因となる食生活や経済環境、労働環境の背景には、そのような労働条件や経済条件を生み出す社

会的環境があります。地域住民や地域の組織などが連携し合い、必要な時に助け合う関係性を「ソーシャル・キャピタル」と呼びますが、その有無が健康を左右します。例えば、全国に 600 万人の「買い物弱者」がいるとされていますが、買い物弱者を支える人が周りにいると生活ができます。近藤克則氏（千葉大教授）の報告では、低所得の人ほど「要介護状態になりやすい」、「転びやすい」、「不眠・うつが多い」、「主観的健康観が悪い」、「社会的に孤立しやすい」、そして「死亡率が高い」とのことです。共同組織の健康相談や班会活動などの取り組みは、孤立するのを防ぎ、助け合いの存在になり、地域包括ケアを構築する上で、重要な役割を果たすと言えるでしょう。

3、地域包括ケア時代に求められる医師とは

地域包括ケア時代に求められる医療は、目指す内容を見ていくと少しずつ見えてきます。一つは、在宅医療を担当する医師です。そして、在宅医療を含めた地域医療の最前線を担う総合診療医です。総合医に求められる役割は、単に病気の原因を突き止め、治療することだけではありません。患者さんが生活している現場で、その人に起きている様々な問題を一緒に解決すること、患者さんの全体像を見ながら人生に寄り添い、家族やその人の暮らす地域をみることです。もちろん、領域別専門医が全くいなくてよいということではありません。地域に臓器別の医師だけがいればよいということではないということです。地域で診ることができないような病気は、大学病院などで専門的に診ることが必要です。しかし、領域別専門医も、患者が地域に帰ったときにどのような生活をするかという想像力を持ち、相互に連携して治療に当たらなければなりません。

また、地域包括ケアは 1 人の患者さんに様々な職種が関わります。訪問看護、ケアマネ、訪問介護、薬剤師、そして医療職以外でも配食サービスや地域のボランティアなどが関わることになるかもしれません。そうした時に、他職種とのコミュニケーションがとても重要になります。

さらには、地域の健康づくり、まちづくりが課題となると、医師と住民と一緒に育ち合い、住民の健康づくりに医師が専門家としてサポートしていく世の中になっていくことが望まれます。医師がヘルス・プロモーションに関わり、住民と一緒にエンパワーメントしていくことがこれから必要になってくると考えられます。

こうした、地域で求められる医師を養成するシステムが必要です。制度として、すべての医師がプライマリ・ケア能力を身につけ、さらに維持していく研修が必要でしょう。また、研修場所の工夫も必要です。病院だけでは地域のことは見えにくいです。診療所などで地域をみる研修も必要だと考えられます。一方、診療所だけでも不十分で、病院がどのような仕組みになっているかを知る必要もあるでしょう。さらに、他職種との連携をどのように築くかも、これからは研修医が学ぶ重要な内容になります。

地域包括ケアでは、患者さんが地域でその人らしく生きられることを求めています。

そのためには、その人らしさを活かせる「人権」感覚を養うことも必要です。患者さんを地域で支えるような視点を学ぶ必要があるでしょう。総合性には、そのような要素も含まれます。そして、地域に患者を帰すことになる「領域別専門医」にも、そのような総合力はやはり必要ではないでしょうか。研修の中で、人権感覚を磨くこともますます求められます。

4、民医連が考えるこれからの医師養成

2014年に開催した医師養成集会で、これからの民医連の医師像について、またその養成について議論しました。

「民医連の目指す医師像」について、論点提起の中では次のようにまとめています。

- 医療の差別・営利化を許さず、憲法に基づく人権と民主主義を尊重した無差別平等の医療を国民と共に作り上げる。
- 医師の官僚統制を許さず、医学医療の発展に貢献し、その到達点を謙虚に批判的に学び、第一線医療の充実に努める。
- 住民との「共同の営み」の立場を堅持し、民主的集団医療のリーダーとして役割を発揮する。
- 国民の立場になった倫理観・生命観を持ち、医療の安全性を大切に、親切で優しい人間性溢れた臨床医である。
- 民医連運動を担う後継者を住民と共同して養成する。

また、41回定期総会運動方針では民医連の医師養成の基本方針を次のように述べています。「民医連医師養成の基本路線は、無差別・平等の活動をすすめる民医連の医療を担い創造する医師を養成することであり、総合診療医も領域別専門医もすべての医師が互いに協力し合って、地域やそれぞれの働く場面で求められる役割に応じてチーム医療の一員として進化（深化）していくこと」、「基本的人権を尊重する総合的な視点と医師としての基本的な能力を基盤として備え、その時代の『専門医』として相応しい力量を身に付ける」、「家庭医も病院総合医も領域別専門医も地域のニーズ（求められる機能・医師像）に応えるために必要な修練を集団の力で保障しあい、臨機応変に日々の仕事に臨む」。

これらの内容は民医連医師にとって普遍的なものといえます。「総合的な診療能力」を身につけること、地域のニーズに応えることを自らの任務と自覚すること、国民・患者の立場に立った医療を行うこと、そしてよりよい医療・介護を求めて医療従事者として声を上げることなどは民医連医師に求められる普遍的な要素といえるでしょう。そして、これらの根本には民医連綱領があり、これを握って離さないことが大切です。

地域包括ケア時代の、また新専門医制度の中での、具体的な医師の役割や必要とされる知識・技能などは議論途上です。しかし、これまで民医連がすすめてきた地域の

中で暮らす患者さんに寄り添い、病気だけではなく生活やその人そのものをみる医療こそが、これからの時代にますます重要になることは疑いありません。これまでの民医連の歴史と実践に確信をもち、さらなる実践に踏み出していく必要があります。

IV あらためて医師養成を考える

1、誰のための、何のための医療なのか～どんな医師が求められるのか～

「どんな医師になりたいの？」という質問に対して、「内科医」「外科医」など、専門分野を指す言葉が返ってくる場合があります。「患者さんに寄り添える医師になりたい」、「患者さんを笑顔にできる医師になりたい」、「昼間は患者さんを診療し、夜は地域の人たちと飲み交わすような医師になりたい」などといった答えが返ってくる場合もあります。いずれも大切なことだと思います。医師としてのどんな知識・技能を身につけるのか、そして自分の「働きがいや価値観」を考えることは大切だと思います。

医師（含め医療職）は高度に専門的な職業です。そのため、患者さんは医師から「こうしましょう」と言われると「はい、分かりました」と答えること多くなりがちです。近年、インフォームド・コンセントや患者の自己決定権が言われるようになり、医師と患者との“協同の営み”ということが注目されるようになってきました。同時に、医師のプロフェッショナリズムを考えることがとても大事になっています。医師のプロフェッショナリズムの原則としては、「患者の利益優先の原則（医師は患者さんの利益を最優先で守り、市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない）」、「患者の自律性に関する原則（医師は患者さんの自己決定権を尊重し、「インフォームド・ディシジョン」を下せるように、患者を **empower** しなければならない）」、「社会正義の原則（医師には、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任がある）」（新プレミアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章2）が言われています。何のための専門性なのか、誰のための技術・知識なのか。たしかに、医師自身のやりがいや成長の実感が必要です。しかし、ただ“症例を経験して専門医資格をとるための『症例』や『オペ』になったり、自らの専門性を生かすために、あるいは自らの興味から『治療方針』が作成されることになったりすれば、プロフェッショナルとして疑問符がつくことになるでしょう。患者さんのための知識であり、技術であり、専門性であるということをよく理解し、自らのキャリアを考える必要があるでしょう。

民医連が取り組んでいる調査に「暮らし、仕事と40歳以下 2型糖尿病についての研究」があります。これは、40歳以下の2型糖尿病患者の生活習慣や職業を調べたものです。その結果、若年で糖尿病にかかっている患者さんでは、不安定雇用や低収入、低学歴の割合が高いことが分かりました。こうした、SDH(Social Determination of Health、健康の社会的決定要因)の考え方が広がっています。ただ病気だけを診るのではなく、その患者さんの生活背景なども把握し、さらには社会環境や経済状況にも目を向ける必要があります。これは「疾病を労働と生活からとらえる」ことを重視してきた民医連の医療そのものといえるでしょう。これからは、こうした力もますます求められます。

地域包括ケア時代は、これまで以上に地域で患者さんを診ることになります。それは患者さんの思いに応えることにもなり、必ずしも政府の目指す方向は悪いことばか

りではありません。しかし、地域で患者さんを診るということは、生活の視点や経済的視点から、他職種と協力して患者さんを診ることも求められます。ところが、専門医資格をとる過程に、そのような視点を学ぶことはありません。大学の講義でもどれだけ教えてもらえるかはよく分かりません。医療の現場で何が起きているのか。患者さんはどんな状況に置かれ、どんな苦しみを抱えているのか。地域からは何が求められているのか。医療の現場、患者さんの現実を通して学びながら、医師に求められる力は何かを考えること、そのことを通してどんな医師になるのかを考えることが大切ではないでしょうか。

2、卒前教育で何を学ぶか

「専門医の在り方に関する検討会報告書」には、「新しい仕組みのもとで専門医が基本診療能力を維持し、向上させるためには、臨床研修における基本診療能力の養成とともに、卒前教育における医学教育モデル・コア・カリキュラムを踏まえた診療参加型臨床実習の充実等が重要である」とされています。

今、卒前教育はグローバル・スタンダードに準拠するような改革が進められ、多くの学生から、急激なカリキュラム改革に対する不安や不満の声が聞かれます。医学連の調査でも、半数以上の学生が今の医学教育に不満を持っています。

日本の医学教育で最も求められていることの一つは参加型臨床実習の質と内容、期間の充実です。いわゆる「ECFMG2023年問題³」では、臨床実習期間が74週以上必要とされ大きな問題となっていますが、日本の臨床実習は50週前後が多く、内容も見学型のものが多いというのが現状です。特に低学年では臨床現場に触れる機会が極めて限られています。文部科学省も、「基本的な診療能力の確実な習得とその評価」、「診療参加型臨床実習の充実」、「国際的な高等教育の質保証への対応」などが重要としています。医学生からも「低学年の時からもっと医療現場に触れる機会があつてよいと思う」、「医師になる動機付けをもたせ、モチベーションを維持し続ける取り組みをすべき」など具体的な意見も出されています。

幅広い診療能力や、コミュニケーション能力の基礎を身につけるための卒前教育をどのように充実させていくのか、学習の主体者である医学生自身がその議論に加わっていくことがますます重要になってきています。

³ アメリカ以外の医学部卒業生がアメリカで医師免許を取得しようとする場合、2023年以降はアメリカ医科大学協会（LCME）の基準か、WFME（世界医学教育連盟、WHO下部組織）の認証を受けた大学卒業生しか受験できないとECFMGが通告したこと。これを受けて、日本の各大学でもグローバル・スタンダードに準拠したカリキュラム改革が進められている。

おわりに

このレポートは、あくまで基本的な論点をまとめただけのものです。学習や議論を進める中で、様々な疑問や論点が出てくることと思います。新たに生じた疑問や共通する論点はこのレポートに追加し、バージョンアップを図っていきたいと思います。

また、このレポートはあくまで一般論を述べるにとどまっています。各県連・病院単位で将来の構想について議論が進められていると思います。「自分が働く地域で何ができるのか」をあわせて考えることは、より身近にこの問題をとらえられるとともに、この地域でどのような医師や医療が求められるのかを考えることにもなります。ぜひ、自県連・自院の方針も学びながら考えて下さい。

医学生を取り巻く問題は専門医制度だけではありません。医学教育のグローバル化に対応するために急ピッチで進むカリキュラム変更には、多くの学生から不満や不安の声が聞かれます。新専門医制度は、そもそも学生に知らされておらず、大学から部分的な情報を聞いた学生は不安を感じています。

一方で、学生が自分たちの不満や不安をアンケートで集めて大学と交渉したり、カリキュラム部会に学生の代表も入れたりするなどの成果も勝ち取っています。

思い返してみると、90年代半ばから約10年間続いた「卒後臨床研修制度義務化（＝保険医インターン制度導入）阻止」と医師臨床研修制度改善の運動も、最初はほとんどの医学生に知られていない状況から始まりました。その状況で、学生自身が新医師臨床研修制度の問題点を指摘し、対案を示す中で勝ち取ったものです。その意味では、新専門医制度も同じような状況にあるといえるのではないのでしょうか。まず必要なことは、新専門医制度の内容と動きを多くの学生に知らせていくことです。制度を知り、学ぶ中で、様々な疑問や不安が出てくるでしょう。自身のキャリアや、どんな医療をしたいのか、専門医制度で理想の医師像を目指せるのかなどなど。そうした時に必ず、何らかの疑問や矛盾が出てくると思います。

新専門医制度は、単純な二項対立で考えられるものではないと思います。「総合性/専門性」、「高度医療/地域医療」、「都市部/僻地」「病院での医療/診療所での医療」、「患者さんのため/自分のため」など様々な座標軸があり、その中で自分の位置を考える必要があると思います。「高度な専門性をもち、大学病院で「神の手」と言われる医師になりたい」人もいれば、「総合性を武器に僻地で山道を往診し、患者さんを笑顔で看取りたい」人もいれば、「総合性をベースに専門性も持ち、都市部の診療所で外来も往診もし、みんなが元気にいられるまちづくりにも関わりたい」など。医師養成を考えることは、ただ1人の医師のキャリアの積み方を考えることにとどまるわけではありません。医師養成は、日本の医療の在り方などに大きく関わってきます。それは、どんな医療を受けられるのかという患者さんの問題でもあります。国民のための医療を目指すために、どのような医師養成が求められるの

か。その視点で、様々な角度からこの新専門医制度のことを考えていきましょう。

『沈みゆく大国アメリカ』（堤未果著）を読んでいると、アメリカでは医師が魅力的な職業ではないとのこと。例えば医師が自分の子どもたちには医師になることをすすめることができず、医師の自殺もとても多いとのこと。アメリカの国民は何らかの民間保険に入り、その保険内容によって、受診できる医療機関や医療内容が決まります。マイケル・ムーア監督の映画「シッコ」では、仕事中に指を切断した男性が、「薬指を元通りにするには〇〇ドル、小指を元通りにするには△△ドルかかります。さあ、どちらを治療しますか」と選択を迫られる場面がありますが、まさにお金のあるなしで命や健康が決まると言えるでしょう。したがって、アメリカでは保険に入っていない人は医療にかかることができないか、多額の費用を支払う必要があります（オバマ大統領は、国民皆保険をめざし、いわゆる「オバマケア」を開始したことで、全国民が何らかの保険に入ることが可能になりました）。まさしく、お金のあるなしが命の差別につながり、それが医師のやりがいにもつながっているというのです。

日本には国民皆保険制度があり、保険証1枚あれば、いつでもどこでも医療機関にかかることができます。WHOからも評価されている制度であり、この制度があるために、日本の医師はお金のあるなしで命の選別をする必要が基本的にはない状況があります。ところが、日本でも貧困と格差が広がり、お金のあるなしが命に関わる事例が多発しています。そして、この皆保険制度も切り崩されつつあります。

専門医制度を考えることは、これからの日本の医療を考えることそのものです。そのような視点で、私たち自身も一人の主体者として、これからの医療のあり方を考える必要があるのではないのでしょうか。