

今月の視点

新専門医制度 2019 —現状の問題点—

理事 山下 哲男

わが国の専門医制度は、1962 年 4 月に日本麻酔指導医制度が発足したことに始まる。次いで、1966 年に日本医学放射線学会と日本脳神経外科学会が専門医制度を発足させ、1968 年に日本内科学会、1978 年には日本外科学会認定医制度が始まった。専門医の広告が可能になった 2002 年以降に専門医制度を運用する学会が増え、専門の質の問題と患者側の専門医についての理解が不十分ということが問題視されるようになった。

そこで、2011 年に厚生労働省内に「専門医の在り方に関する検討会」が発足し、2013 年 4 月には厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会報告書」が発表された。その報告書の中で、「求められる専門医像」について、「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではなく、例えば「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・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」として定義することが適当であるとされた。さらに、専門医制度を持つ学会が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念を生じる専門医制度も出現するようになった結果、学会主導の専門医制度は患者の受診行動にとって必ずしも有用な制度になっていないため、質が担保された専門医を、学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要であるとされた。これを受けて、2014 年に一般社団法人日本専門医機構が設立された。

このような経緯で、学会が認定してきた専門医認定を一般社団法人日本専門医機構が担うようになった。同機構は基本理念と行動目標を次のように掲げている。

基本理念

一般社団法人日本専門医機構は、国民から信頼される専門的医療に熟達した医師を育成し、日本の医療の向上に貢献することを目指します。

行動目標

1. 日本専門医機構は、国民が受診に際し、わかりやすい専門医制度をつくりまします。
2. 日本専門医機構は、専門医を目指す医師が誇りをもって医療に携われる制度を目指します。
3. 日本専門医機構は、国民だれもが、標準的で安心できる医療を受けることのできる制度を目指します。

専門医の質を保証できるものにするために、専門医育成の根幹としてプログラム制を導入した。試験だけでなく、症例の経験など到達目標を設定したものになっている。一つのプログラムは、一つの施設単独では認められず、一つの基幹施設と複数の連携施設、プログラムによっては、さらに複数の関連施設からなり、地域医療に配慮した形になっている。

図 1 のように外科のプログラムでは、連携施設 D は一部共有のプログラムに参加できていることになっている。外科と違って、脳神経外科のプログ

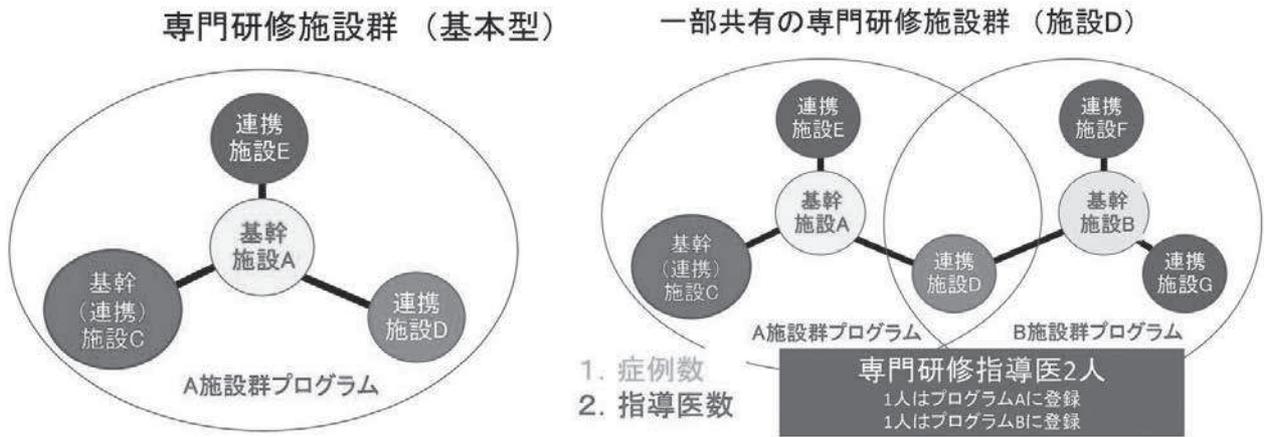


図 1 A, B 外科の研修施設群（脳神経外科は右の B が存在しない）

ラムでは、連携施設は他のプログラムには連携施設として、参加できない。脳神経外科の研修施設群には、関連施設というものがあり、連携施設は他のプログラムに関連施設としては登録できている。脳神経外科では、関連施設に就職した専攻医は 1 年間のみ、その施設で働くことができるが、残りは別の施設で働く必要があり、基幹施設には最低、半年行く必要がある。連携施設の場合は基幹施設に最低、半年行けばそれ以外は連携施設で働くことが可能である。ただし、プログラムの責任者の裁量に掛かっている。

このプログラムに登録して専門医を目指す医師を専攻医という。専攻医は、現在は同時に当該の学会にも登録しておく必要がある。プログラムの一次審査も学会が行っている。新専門医制度は「学会から独立した」という制度の建前があるが、全体を見ると建前が崩れているのではと思われる。

このプログラムを、いざ開始という段階になって、初期臨床研修制度で生じた、都会への一極集中という医師の偏在化の懸念が出てきて、開始が延期された。ようやく平成 29 年 10 月から専攻医の募集が開始され、平成 30 年 4 月から新たな専攻医研修がスタートした。専攻医の募集は、初期臨床研修の 2 年目の後半に行われる。2019 年度の募集は一次が 2018 年 10 月 22 日～11 月 21 日、二次が 12 月 22 日～1 月 21 日、三次が 2 月 22 日～3 月 21 日に行われた。これまでに進路が決まっていない医師、学会に入るのが間に

合っていない医師は専攻医の開始が翌年以降になる。

このように、いろいろと問題を抱えて開始されているが、ここに問題点をいくつか挙げておく。

1. 地域医療崩壊への懸念

プログラムを構成する研修施設群の偏りによる医師の地域偏在とそれによる地域医療への影響である。指導医の数をクリアすることが困難なために、専攻医を採れない施設による指導医の引き抜き、引き上げやそれによる後期研修医の異動などが懸念されている。プログラム内で地域医療に配慮した研修が組まれているが、地方のプログラムに応募してくれるかという問題がある。このため、5 大都市のプログラムに専攻医の人数制限を設けて、地方に配慮した形にした。いわゆるシーリングである（表 1）。今回のこの配慮が裏目に出たプログラムがある。それは、5 大都市と連携した地方の連携施設である。連携施設は地方にありながら都会のシーリングの影響を受けてしまって専攻医を採れなくなっている（図 2）。

以前は指導医の数に応じて専攻医を採用することができた。しかし、シーリングをされている都道府県においては指導医が余っていても、それ以上採用できない。今回、問題となっているのは、シーリングされた都道府県のプログラムに連携施設として参加している他県の病院である。指導医が十分にいるのに、専攻医を取ることができない。

平成30年度開始プログラム シーリング状況(5都府県)

都市部への集中を抑制する観点から、新専門医制度整備指針及び同運用細則において、5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)については、採用者数が過去5年の専攻医採用実績の平均値(シーリング)を超えないこととしている。

専攻医採用数(シーリングを実施した5都府県)

		内科	小児科	皮膚科	精神科	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリ科	総合診療医	計
全国採用数		2,670	573	271	441	805	552	441	328	267	274	224	260	495	114	6	267	163	75	184	8,410
【5都府県の合計】		1,220	270	160	206	379	259	218	153	123	111	97	116	221	51	4	111	88	37	46	3,870
東京	シーリング上限数	567	130	92	101	-	122	-	78	61	52	58	58	116	-	-	69	55	22	-	1,581
	採用数	535	141	88	108	176	116	102	76	63	51	43	50	105	25	3	58	50	21	13	1,512
神奈川	シーリング上限数	188	56	22	35	-	69	-	20	21	16	11	17	44	-	-	38	12	6	-	555
	採用数	176	24	16	25	42	32	28	19	15	15	11	15	28	4	1	24	12	4	6	497
愛知	シーリング上限数	173	52	22	30	-	43	-	18	14	11	18	18	33	-	-	16	6	7	-	461
	採用数	135	30	20	19	51	34	28	18	14	10	12	14	30	8	0	6	5	4	12	450
大阪	シーリング上限数	262	79	27	38	-	63	-	31	20	19	19	24	55	-	-	34	20	10	-	701
	採用数	217	46	25	29	71	36	34	30	21	20	15	22	34	7	0	13	18	4	7	608
福岡	シーリング上限数	182	30	16	28	-	46	-	11	11	12	17	15	34	-	-	25	10	10	-	447
	採用数	157	29	11	25	39	41	26	10	10	15	16	15	24	7	0	10	3	4	8	435

※カリキュラム制を含む

表 1 (2018年9月日本専門医機構公表資料・厚生労働省一部改編)

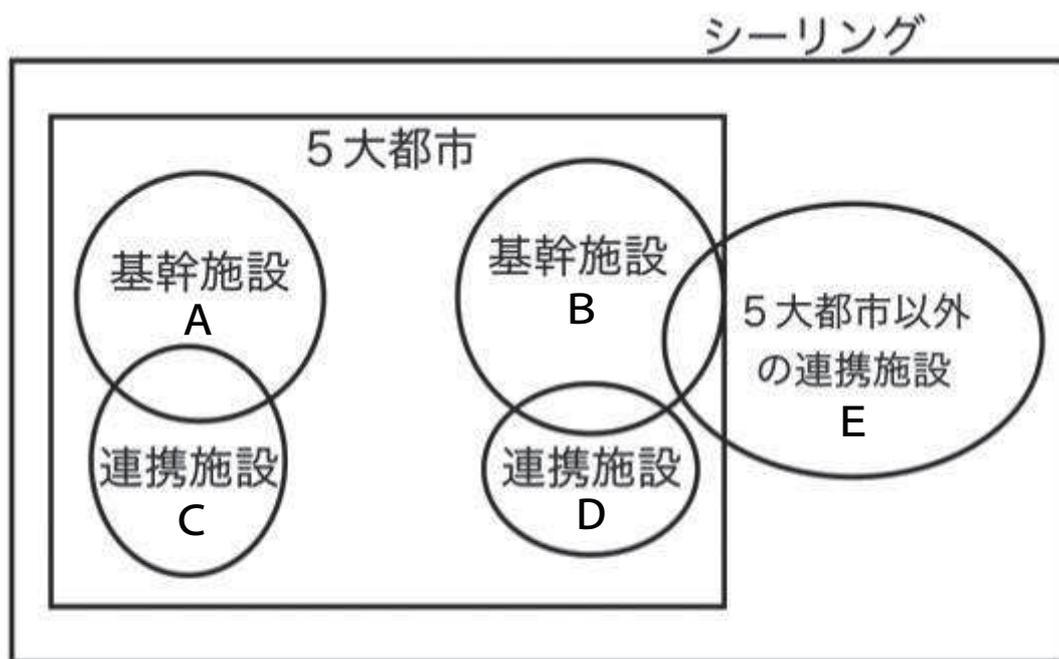


図 2 シーリングの5大都市以外の地方医療施設への影響

都会と地方を含んだプログラムは、一度は都会の施設で研修したいという専攻医の要望を満たすことや、一度は地方での研修を経験してみたいという専攻医の要望を満たすことによって地方の医療に貢献できるのではないかと考える。一律にシーリングするのではなく、都会と地方が組み合わせあったプログラムには配慮が求められる。

2. プログラム制の問題点

- ①先にも述べたが、地域ごとにプログラムで配置できる専攻医の数が各領域で規制されるために希望している施設で働けなくなったり、働いていても、医師の間で専攻医とそうでない医師とが生じて、医師間の格差が生じたりする懸念がある。
- ②女性医師への配慮にも問題がある。近年、女性医師の割合は増えており、出産や育児をする人も出てくる。女性医師は非常勤や柔軟性のある勤務をすることも選択肢にある。プロ

グラム制に女性医師への配慮が求められる。

- ③専攻医の身分保障、経済保障の問題について、初期研修には国費が使われているが、専門医研修にはその制度がない。後期研修医に支払われる給与について施設に大きな差がある場合もあり、プログラムでローテーションする際に身分の保障や給与の問題を調整する必要がある。
- ④あまりに短期間の施設勤務では、病院の医療安全を含めたシステムに慣れる時間が確保できず、安心して、責任のある診療をすることができない懸念がある。

以上、新専門医制度には、地方の施設や専攻医に対する配慮が不足している部分がある。

新専門医の仕組みにおける問題点について話し合われる都道府県協議会というものがある(図3)。山口県においても逐次開催されており、今後とも、問題点を収集して、機構に提言をしていただきたいと思います。

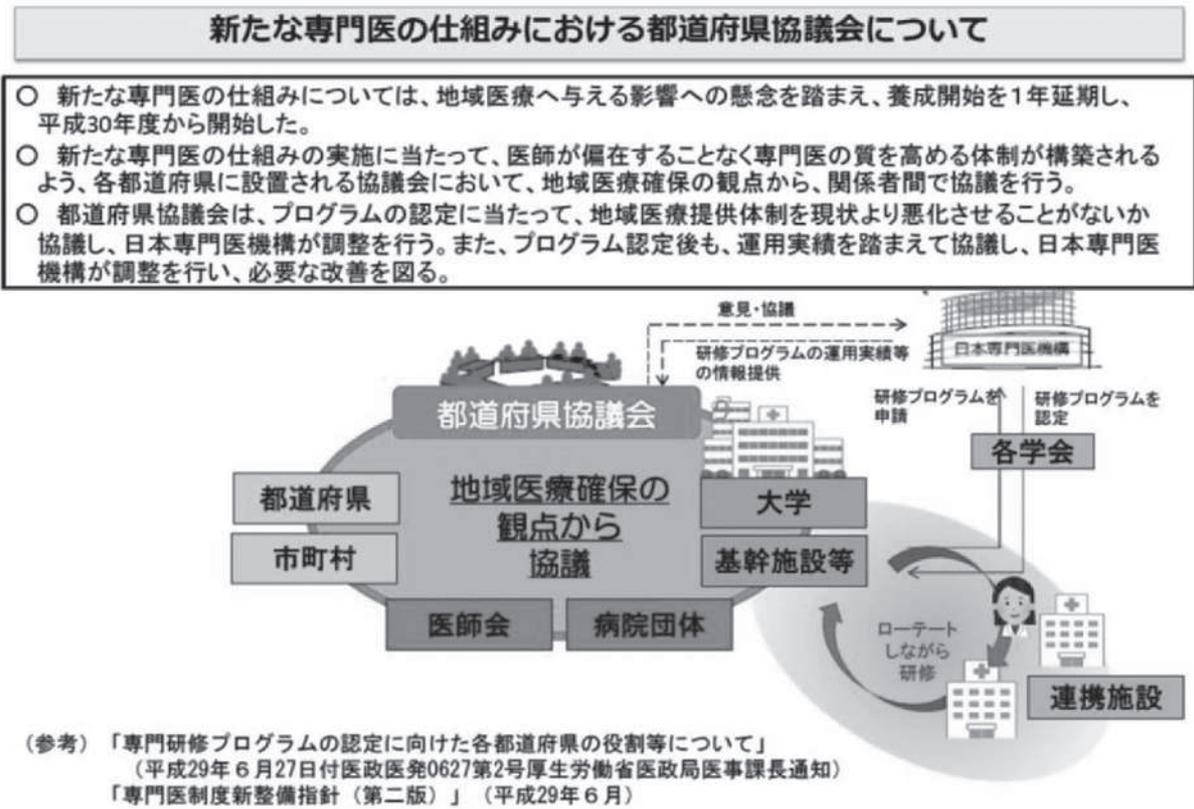


図3 専門医制度に意見する都道府県協議会