

専門医制度に関する提言

一般社団法人日本医学会連合
会長 門田 守人

前文

専門医制度は、国民・患者が医療を受ける際の医療提供体制の骨格となる制度であり、迅速かつ効率的に質の高い医療が受けることができることを目指したものである。そして、その制度は医療者のみならず、国民にわかりやすいものでなければならない。

新たな専門医制度が始まり、以前のような専門医乱立状態が改善されることは大きな前進であり、患者目線、専攻医目線で、専門医制度のあり方の議論が深められ、より良い専門医制度が確立されることが重要である。特に強調しておきたいことは、制度の成否はいかにより良き専門医を育てるかにかかっており、専門医の育成に立脚した議論こそ優先すべきと考える。その視点を中心にその他様々な課題も議論すべきである。

日本医学会連合は、医学系の学術団体の連合体として、医学及び医療の水準の向上に寄与することを使命としており、アカデミア集団として、真理の探究を目指す組織である。その姿勢に基づき、我々は社会の要請に沿って各領域のプロフェッショナルを輩出していく専門医制度を重視している。また、日本専門医機構は中立的第三者の立場から新たな専門医制度をプロフェッショナルオートノミーにより適切に運営する役割を担う団体であり、ゆえにそのガバナンスにも厳しい自律が求められている。

現在、日本専門医機構においてサブスペシャルティ（以下、サブスペ）領域専門医が検討されているが、これは基本領域専門医を踏まえ、さらにその専門性を進め、その医師像が明確にされているものである。医学・医療の進歩に基づき、診療領域の細分化が進んでおり、診療科区分も基本領域以外に多岐にわたってきている。中には、すでに日常診療の中心となり、患者の立場からも重要な診療領域となっているものも少なくなく、その専門性を担保することは患者目線からも必須で、早急なサブスペ専門医制度の導入が必要である。前進することはあってもここまでの努力を後退させることがあってはならない。社会の現状を科学的に把握し、課題を同定し、根拠に基づいた制度設計を行っていくべきであり、そのうえで改めて、患者さ

んや医療の現場に対して説明責任が果たせるような制度を稼働させていく必要がある。基本領域、サブスペ領域ともに、わが国では関連学会が年月を経て、その専門医制度を確立してきている歴史がある。ただし、乱立は避けるべきであり、複数の学会が共同で運用している事例も参照しつつ、日本専門医機構を中心としたプロフェッショナルオートノミーにより適切な運営が行われることを強く要望する。ここにおいて、日本専門医機構が確固たるガバナンスを示すことの重要性を再度強調しておきたい。

日本専門医機構設立時の理念は、「良質の医療を提供し得る専門医の育成と患者さんの受診の指針となり得る専門医制度をプロフェッショナルオートノミーのもとで確立する」ことであり、乱立する専門医制度を患者さんにわかりやすく整理すると共に、これからのわが国の医療を担う若手医師を育成する使命が日本専門医機構には課せられていた。すでに基本領域の専門医制度は関連する基本領域学会と日本専門医機構との協力により整理され専門医研修も開始されている。その上にたった内科系、外科系等サブスペシャルティ専門医についても関連学会の努力により、その専門医像、専門医制度骨格が示されたところである。これらの議論は良質の医療を患者に提供するという日本専門医機構の設立理念に則って真摯に議論した結果であり、これらのことを尊重して「わが国の専門医制度確立」に向けての今後の議論が行われることを切望する。

本文

一般社団法人日本医学会連合
教育および人材育成検討委員会
専門医制度小委員会

1. 専門医制度基本理念

日本専門医機構の整備指針では、専門医とは「それぞれの領域で、その領域の専門研修を受け、患者さんから信頼される標準的医療を提供できる医師」とされている。また「それぞれの専門領域の先端医療についても理解し、情報を患者に提供できること」も求められる、と加えられている。これまで各学会が独自に認証する専門医は多く存在したが、患者目線からすれば、どの専門医が真の専門医なのか見極めが非常に困難であった。しかも、立脚する根拠もなく、わが国の専門医はいわば乱立状態であった。今回ことさら制度の確立が求められたのは、このような学会独自で運営する専門医制度の乱立状態を改善することが大きな目的のひとつであった。新たな専門医制度では「専門医を育成し、その能力を検証し、認証する仕組み」を確立することが求められた。いわば各学会の独断で作成されてきた各専門医プログラム、仕組みを公にし、第三者の視点から認証することが大きな目的である。その意味では、すでに始まっている基本領域における専門医制度は、それぞれのプログラムが公開され、かつ日本専門医機構が認証したものであり、その目的は達成されているものと思われる。また、どの領域もプログラムは3～5年に設定されており、臨床研修（初期）後の専攻期間に領域別で大きな差がないように設計されている。また、各プログラムは基本領域学会で慎重かつ周到に練られた内容となっており、修了した医師がその領域の専門医と呼称されることに違和感はないものと思われ、専門医制度は大きく前進したと考えられる。

専門医制度は患者目線かつ専攻医目線からの検討も重要である。すなわち、患者にとってはわかりやすい仕組みであり、専門医取得後は、すべての領域で等しく広告可能（一般に周知可能）とすべきである。また専門医資格は各領域の専門性を保証するものであって、若手医師である専攻医にとっては目標となるべきものである。すなわち、将来のわが国の医療を担う人材を育成するという教育的意義も大きい。

すべての領域で広告可能となったとしても、今後、最大の課題になると思われるのは標榜科との関連である。諸外国の専門医制度においては、ほとんどが標榜医・科に必要な不可欠なものとして認められている。わが国においては、臨床研修を修了した時点で保険医登録が可能であり、実質的には（麻酔科以外）すべての診療科を“標榜”し、日常診療を行うことが可能になっており、現時点では、ある科を標榜にするに際し専門医資格の有無は問われていない。患者目線において、もっともわかりにくいのはこの点であると考えられる。今回の専門医制度改革は、日本医学会連合、日本医師会、全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会を始めとしたわが国における主要医療関連団体が関与し権威付けされていることから、次のステップとしては標榜科との関連を議論すべきと考える。少なくとも、各施設

が診療科を“標榜”するに際しては、構成医師の専門医資格に基づいた専門領域を明らかにするなどの対応が必要と考える。少なくとも、患者が、診療している医師の専門性を知りうることが重要である。医師は専門性の高い職業であり、患者もそれを期待している。医師免許を取得し診療に従事するかぎりにおいて、その専門性は保証される必要がある。よって、すべての医師は専門医取得により、その専門性を明確にする必要がある。

わが国の今後の医療を考えるに際しては、少子高齢化、地域偏在の問題を避けることはできず、臨床系医師のみによる専門医制度の議論は不十分であり、時に、重要な視点の欠落になってしまう可能性もある。従って、社会医学系などの臨床系以外の領域を包含した検討も重要になる。専門医制度とは、医学部教育において全領域を満遍なく学んだことを基礎にして、専門性を確立するためのものであり極めて重要である。どのようなレベルでそれぞれの領域における専門医と呼称できるのか、疾病構造や医療技術の進歩に伴う専門領域性の変化など、第三者も含めた慎重な議論、見直しも今後必要になるものと考ええる。また、専門医に係るデータベースを確立し、すでにあるビッグデータ（外科系 National Clinical Database や厚生労働省医師調査）をも活用しながら、専門医の適正数等の議論も必須になるものと考ええる。

2. サブスペシャルティ専門医

サブスペシャルティ専門医（以下、サブスペ専門医）は基本領域専門医を踏まえ、さらにその専門性を高めたものであり、二階領域と称される。サブスペ専門医資格を必要としない診療領域もあるが、サブスペ専門医取得をほぼ基本としている領域もあり、そのような領域では日常診療の中心となる非常に重要な資格である。また、複数の基本領域を一階としうる横断的サブスペ専門医もありうると考える。乱立状態と考えられた専門医は、この領域、すなわち基本領域取得以降のいわゆるサブスペ領域での各学会による独自の設立がその一因であったとも考えられる。ゆえに、サブスペ領域でのガバナンスは極めて重要であり、本来の専門医制度の目的を達成するためにも、日本専門医機構の役割は重要である。関連する学会が複数以上ある疾患領域では、それら学会が一部共同で運用するなどの対応が肝要である。少なくとも、患者目線ではそのほうがわかりやすく、また専攻医にとっても目指す方向が理解しやすい。すでに、複数の学会が共同で運用している事例もある。適切なサブスペ領域を認定し、それが標榜科とも直結するような各学会と日本専門医機構間での協議を期待する。

3. 診療科・地域偏在

Imanaka らの調査解析結果によれば、医師数は右肩上がりが増加し続けている。しかしながら、外科では絶対数が減少し、需要調整人口対医師数もさらに減少している一方、絶対数も増加し、需要調整人口対医師数も上回って増加している診療科もあり、明らかに診療科偏在は存在している。折しも、2月18日の厚生労働省医師需給分科会では、各診療科の必要医師数が推計として初めて提示された。

ここでは内科医が約 14,000 名、外科医が約 5,800 名といった General な診療科の医師不足（2024 年推計）が公知のこととなった。偏在化対策として、現在は前年までの実績に基づき各領域の上限、また大都市圏の外科などの 4 科を除いた領域でシーリングが設定されているなどの策がとられている。それらの施策は地域偏在や診療科偏在抑制に一定の効果を示していると考えられる。将来的には先の医師需給分科会で示されたデータの精緻化など、よりエビデンスに基づいた科学的データなどにより適切な専門医数を各領域において示すことが求められる。外科系領域では、すでにビッグデータである National Clinical Database の資料に基づき、適切な専門医数を示すことが可能になっており、他領域でも同様な対応が期待される。強制的な配置が必要との意見もあるが、医師本来の職務やモチベーションを考えるにそのような対応はとるべきではないと考える。一方、わが国では診療科間の給与格差は一部あるものの、それも労働時間に起因しているだけの可能性も否定できない。緊急対応等の命に直接係るような労働条件が厳しい科ではインセンティブなどの設定による、ある程度の待遇の格差が生じることはありうると思われる。また、医師においても「働き方」の再考は必要であると考ええる。すなわち、診療科間で労働時間等、働き方に極端な差が生じないような制度を構築していくことも必須である。

新しい専門医制度確立の目的は地域偏在解消にあった訳ではない。しかしながら、昨今の地域医療の崩壊と関連付けた議論がなされているのは理解できる。一方、専門医取得前の研修期間は、どの領域においても研修により経験を積み重ねることが肝要であることは万人が認めることである。よって、研修期間においては十分な経験を積めるような制度設計が重要である。地域医療の担い手は専攻医ではなく専門医であるというコンセンサスを醸成し、専門医制度のステークホルダー間での共通の理解をえる必要があるのではないかと考える。専攻医を強制的に配置すべしとの考えがあるかもしれないが、専攻期間はあくまでも教育、研修に重点をおいた時間であり、専攻医のモチベーションを下げる可能性のある施策をとるべきではない。ちなみに、外科系専門医、内科系専門医においては取得更新を重ねるごとに、大都市圏を離れる徴候があり、かつ大学病院からも離れる明らかな傾向が示されている。外科系専門医、内科系専門医は年数を経るごとに大学病院から地域の病院に移っているものと推測される。すなわち、現状でも大学病院から地域病院への異動が自然に行われていることを示す結果と考える。地域医療の真の担い手が誰であるか考える必要がある。一方、専門医取得後は地域医療の担い手となる自覚も重要であり、何らかのインセンティブを地域医療の担い手となる専門医に付与すべきとも考える。また、プログラム作成に際し、地域の特徴（疾病構造、人口構成など）を考慮したうえで、地域医療に配慮することも重要であると考ええる。全国一律一律のプログラムではなく、専門医の取得レベルは担保しつつ柔軟な対応によって、地域においても専攻医が取得しやすい内容であれば、大都市（症例が多い）集中の傾向が和らげられる可能性がある。

診療科、地域における適切な医師数などは、その領域内、地域内のみの検討だけではなく、社会医学的な見地からの解析も加え、科学的に示していくことが重要である。

4. 総合診療専門医

新たな専門医制度では「総合的な診療能力を有する医師の専門性を学術的に評価し、新たな基本診療領域の専門医と位置づける」ことを理念に掲げ、基本領域のひとつとして位置づけられているが、わが国においては、そのような理念に基づく統一的な専門医が制度に位置づけられたのは今回が初めてである。諸外国では、すでにこれに類する専門医が制度化されているところが多く、その重要性はひろく認識されている。その役割は、地域医療を担う generalist であると考えられる。医学が高度細分化専門化する一方で、総合診療を担う専門医の重要性は益々大きくなっている。医学部教育においても、その重要性が認識されるようになり、多くの大学で学部教育の一環として行われるようになってきている。現行制度においては、日本専門医機構自体が研修プログラムの作成を始めとした育成の諸作業を担っているが、この制度の安定的な運営には関連する領域の学会や団体の協力が欠かせない。

高齢化社会における総合診療専門医には、疾病そのものだけでなく、社会的背景も含め全人的に考察することが求められることから、認定する能力や経験のレベルに関して、今後も継続的な議論が必要と思われる。また、専攻医としての研修を行う施設の要件についても、地域性を含め議論が必要であり課題は多い。若手医師にその重要性を認識してもらえ魅力あるプログラムの構築が最重要課題であることは言うまでもない。また、総合診療専門医こそ幅広い知識以外に様々な経験が必要とされる専門医であることから、初期研修医修了後、ただちにその研修に入るルート以外にも、様々な経験を積んだ医師にも取得の道をひろげる工夫も、今後必要になるものとする。なお、総合診療については医道審議会（医師分科会医師専門研修部会）でも意見があったように、現状、general を支えているのは多くの内科医や外科医であり、これまで generalist 養成に実績のある領域の取り組みにも期待したい。

5. 診療技能認定

昨今、高度な診療技能（診断、治療等を含む）を認定する技術系の認定制度もひろまっているが、これまでの多くの専門医制度では技能認定は含まれていない。現状の専門医は「一定性の専門性を担保しつつ、あくまでもそれぞれの専門領域で標準的な医療を提供できる医師」と定義されており、高度な技能の認定は含まれていない。専門医認定と技能認定は切り分けて考えるべきであるが、技能認定も過去の専門医のような乱立する状況になってはならない。本案件もそれぞれの領域（基本領域学会、サブスペシャルティ学会等）のプロフェッショナルオートノミーによるコントロールのもと検討されるべきであり、かつ日本専門医機構等の第三者によって検証される制度が構築されることが重要である。少なくとも、専門領域の標準治療を提供できるのが専門医であり、高度な診療技能取得が一定程度に達したと認定されるのが技能認定医であり、その差異を患者や医療関係者に適切に認識してもらい必要がある。技能認定も、将来的には第三者による検証を踏まえ、広告可能とすべきものである。

6. 女性医師と専門医制度

女性医師の割合は着実に増加しており、専門医制度においても女性に配慮した設計が求められる。すでに始まった基本領域では、専門医制度整備指針に則り、そのような配慮をしている領域も多く女性医師にとって不利になることのない制度設計が考えられている。実際、すでに開始されているプログラムでは、出産・育児などを念頭にして研修休止期間やプログラム移動などを可能とする配慮もなされている。しかしながら、出産や育児で現場を離れる女性医師の存在や、女性・男性医師間での診療科偏在も明らかであり、このような傾向をどう捉えるかは重要である。単に専門医制度のみならず、背景にある医師の働く環境整備を含めて、今後の検討課題と考える。

7. 社会医学系専門医

これまで、日本専門医機構が扱っているのは臨床系専門医のみである。しかしながら、制度自体が社会的存在である以上、公衆衛生などの社会医学系の参画も不可欠であり、海外では基礎医学系や予防医学等社会医学系でも専門医を認定しているところもある。一方、わが国の社会医学系においては、2016年12月5日に関連8学会6団体共同で、社会医学系専門医協会が設立され、2017年4月よりその制度が開始されている。その理念は、「多様な集団、環境、社会システムにアプローチし、人々の健康の保持・増進、傷病の予防、リスク管理や社会制度運用に関してリーダーシップを発揮することにより社会に貢献する専門医を養成する。もって、多世代・生涯にわたる健康面での安全、安心の確保と向上に寄与する」こととなっている。社会医学系専門医は、医学を基盤として保健・医療・福祉サービス、環境リスク管理および社会システムに関する広範囲の専門的知識・技術・能力を駆使するものであり、領域横断的内容を包含する。その意義において、今後、non-MDの専門家の役割もより重要になるものと考えられ、専門医制度においても検討項目に入れる必要がある。

社会医学系は、医療現場、行政、地域・職域を結ぶネットワーク構築の要であり、臨床医学系、社会医学系お互いにさらに連携を深めることにより、わが国の医療を前進させ、かつ国民の健康増進を促進しうる。日本医学会連合は、今後のわが国の医療の在り方を学術的に検討するに際し、臨床医学系、社会医学系、基礎医学系を総合的に包含し議論できる場を提供することが責務であり、かつ、社会医学系専門医の存在、重要性を一般に周知させる必要がある。

8. ダブルボード

今後、基本領域同士（前述のような総合診療専門医+a）あるいは、臨床医学系と社会医学系のダブルボード取得を目指す医師がでてくるものと思われる。わが国の医療構築において貴重な存在になる可能性を秘めており、その存在を否定するのではなく、むしろ取得できるような制度設計も今後の課題と考える。ただし、専攻時期を重ねてのプログラム修練はやはり避けるべきと考える。

9. 新旧専門医制度移行

新しい専門医制度への旧制度専門医の移行更新が一部の領域でしか行われておらず、領域間の不公平が生じ、日本専門医機構の財源不足の大きな要因となっている。全基盤領域がすみやかに新制度に移行することが望ましい。

10. 日本専門医機構の役割

乱立していた専門医を、患者目線で分かりやすく再構築する新専門医制度は開始されたばかりであるが、その目的は明らかであり、統括する日本専門医機構の役割は極めて重大であり、十分なガバナンスのもとに今後の発展を期待したい。

あらたな制度の確立のため、基本領域においては標準的なプログラムが求められた。サブスペシャリティを見越した今後の専門医制度においては、領域において目的や専門性の観点に差異がでることは自明であり、各領域・学会等の自律性を尊重しつつ、日本専門医機構は第三者として各プログラム・カリキュラムを認証するといった立場をより明確にすべきと考える。

11. 日本医学会連合の役割

日本医学会連合は専門医制度プログラムあるいはカリキュラムを管理する学術団体の集合体であるし、社会医学系、基礎医学系学術団体もその構成員となっている。専門医制度が今後のわが国における医療体制におよぼす影響を考えると、臨床系のみならず社会医学系からの視点もまた重要であることは明らかである。日本医学会連合の役割は、患者目線、専攻医目線をも包含した、より横断的、総合的視点から、今後の専門医制度設計のあり方を検討し、日本専門医機構や社会に助言、提言していくことにあると考える。