

厚生労働省がん対策推進協議会  
会長 門田 守人様

2011年9月9日

がん対策推進協議会委員 田村 和夫

がん治療専門医の確保に向けての提言

さる8月25日開催、第23回がん対策推進協議会において参考人、吉田和弘、西村恭昌両先生より外科治療、放射線療法の現状と課題についてお話しいただきました。それぞれの部門の役割は広く認識されるようですが、担当する外科専門医の減少、放射線治療医ならびに医学物理士の不足が問題であることが明らかとなりました。

固形がんの治療のかなめである外科医の減少について、理由として吉田教授がコメントされましたように、①労働時間が長い、②時間外勤務が長い、③医療事故のリスクが高い、④訴訟のリスクが高い、⑤賃金が少ない、ことがあげられています。これは、血液内科、腫瘍内科にも言えることです。

現在、臨床医になるためには、医学部卒業後2年間の初期研修をしなければなりません。彼らは上記の治療が中心の診療科をローテートしますが、治療に関連した合併症や患者の死に遭遇する機会が高く、ハードな印象を持ちます。その結果、これらの診療科が敬遠される傾向にあります。一方で、放射線診断、眼科、皮膚科といった診断中心の診療科や死に直結しない部門の人气が高く、医師の専門性の偏在化の大きな要因の一つとなっていることは残念ながら否めません。

そこで、初期研修が終了した卒後3年目以降の医師（後期研修医、専攻生）が、一生の仕事として専門分野を決定する際に、医師の専門性の偏在化が生じないようにすることがもっとも重要です。そのためには、日本における適正な専門医数の検討、彼らを教育するに適した研修施設/プログラムの認定を行う、厚生労働省、文部科学省ならびに学会代表、有識者からなる第3者機関を設置することを提案します。

すでに、別資料のように社団法人日本専門医制評価・認定機構が存在し、新たな専門医制度の確立に向けて始動しています。この機構を補助し充実させることにより、適正人数の専攻生が、認定研修施設で研修を受けることが可能となります。たとえば、ある大学の眼科に20名を超える初期研修終了医師が入局するような事例が聞かれますが、比較的小さな領域にこのように多くの若手医師が入局しても、十分な教育はできるはずがありません。

以上、がん治療専門医の確保に向けて第3者機関の設置を要求します。

専門医

## 新たな専門医制度の確立に向けて



社団法人日本専門医制評価・認定機構理事長／早稲田大学理工  
学術院先進理工学部教授

### 池田 康夫 (いけだ やすお) 氏

“医療崩壊”なる言葉で表わされるごとく、我が国の医療制度は医療の地域格差、診療科における医師の偏在、救急医療体制の不備等解決すべき課題が山積している。打開策として医師の増員、医学部・医科大学の新設が議論されているが、医学教育、医療体制の根本的見直しのないまま医師数を増やすだけでは有効な解決策になり得ないとの指摘は少なくない。超高齢化社会の到来、医療に安全・安心を求める患者の厳しい監視の眼、Unmet medical needsに 대응するための新たな治療法の開発競争の激化等により医療費はますます高騰する状況にある。これらにどのように対処すべきか待たなしの議論が必要である。

この議論におけるキーワードは“医療における役割分担の確立”ではないだろうか？一刻も早く、医師や医療施設間、さらには医療を支える多くの医療人と医師の役割分担を明確にする必要がある。その意味では国民に広く理解され、支持される専門医制度の確立は最重要課題の一つである。専門医制度を持つ75学会が加盟している財団法人日本専門医制評価・認定機構では、現在新しい専門医制度の基本設計を描き、その中でどのようなプロセスで医師を育成していくかについての議論を重ね、その実現に向け作業を続けている。

専門医制度の意義に関しては今更述べるまでもないが、医師にとっては、研修プログラムの充実によってその診療レベルを高めることができると同時に、自ら修得した知識、技術、態度について認定を受け、社会に開示できることである。患者さんの側から見ると、診療を受けるにあたり医師の専門性の判断ができ、受診の参考になる。医療制度から見ると医師の役割分担を進めることによって効率化が図られる。そして、専門医を公示することにより現在問題視されている“診療科の自由標榜制の矛盾”を解決できる、等である。

現行の専門医制度の問題点を挙げてみると、2002年に厚生労働大臣告示“専門医広告に関する基準・手続き等”（いわゆる外形基準）が規制緩和の一環として発出され、外形基準を満たす学会の専門医広告が可能となったことで、国民にとってわかりにくい“学会認定専門医”を数多く生む仕組みが出来上がったことである。学会独自の専門医認定が可能となり、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念が出されている。何よりも多様な学会の多様な専門医の誕生で国民が理解しにくい状況になり、患者さんの視点に立った専門医制度にはほど遠いものになっている。専門医の適正数、適正配置への対応ができておらず、専門

医育成のための指導体制や育成プログラムが明示されていない学会も多く、専門医認定のプロセスが明確ではないとの批判もある。

そこで、機構で提案し、総会で承認された新たな専門医制度の基本設計では、専門医認定の透明性、公正性の確保とともに、安心、安全、効率の良い医療を担当できる専門医の育成、専門医の地域・診療科の偏在の是正、さらには専門医へのインセンティブ賦与等が特に考慮された。我々が考える専門医とは、メディアが言うところの“神の手”を持つ医師ではなく、標準的な医療を安全に行い、患者が安心してその診療を任せられる医師を意味している。基本設計の骨子は以下の如くである。

1. 患者さんに広く信頼され、医師の自律的な制度としての専門医制度を確立する
2. 専門医は個別の学会単位で認定されるのではなく、診療領域単位での専門医認定制度を確立する
3. 専門医制度を基本領域と専門的医療領域の二段階制とし、初期臨床研修を修了し、臨床医を目指す医師は全て基本領域の専門医認定を受けた後に専門的医療領域の専門医育成コースに進む
4. 専門医育成のためのプログラムと研修施設の評価・認定を重視し、その体制を確立する
5. 研修施設、研修プログラムの評価・認定を通じて診療領域ごとの専門医の育成数、配置の適正化を目指す
6. 専門医の認定や育成プログラム、研修施設の評価・認定については、学会と密接に連絡を取り、協力を得ながら、中立的・第三者機関で行うことにより利益相反状態を回避する

この基本設計において、基本領域の学会の役割が非常に重要になってくる。すなわち、基本領域の専門医は医師が必ず持つべき基本

専門医であり、基本領域学会は専門医制度の根幹をなす学会としての自覚と責任を持ってもらわなければいけない。そして数あるsub-specialty 領域の専門医を生み出す学会と緊密な連携を持つ必要がある。初め研修を終わり、臨床医としての道を志す医師は基本領域のいずれかの専門医育成課程に進むように指導される。現在、18の基本領域に専門医制度が設けられているが、このほか早急に解決しておかなければいけない問題として、地域医療を担当する家庭医あるいは総合診療医の位置づけがあり、これを基本領域専門医の一つと考えて、その育成プログラムの作成を急ぐ必要があると考えている。それには指導医の育成はもちろんのこと診療所も含めた研修施設の整備とともに、他の基本領域の学会の協力も必要である。

これらを実現するには、75学会から成る現在の専門医制評価・認定機構とは性格の異なる組織を作る必要がある。学会と連携しながらも一定の距離を置く中立的組織が必要であり、各領域の専門医制度の評価・認定と専門医育成のプログラムの評価・認定の2つの重要な機能を有する必要がある。各学会の専門医制度委員会と密接に連携をとりながらも国民の視点から専門医制度を考える中立的組織を作っていけるかが、我が国に専門医制度を確立させる鍵を握っているように思われる。

中立的機関としての新たな専門医機構の設立については、既述の専門医制度の基本設計の理念を確認し、患者の理解が広く得られる制度として、日本医学会と日本医師会の緊密な協力体制の下、全医学界の英知を結集してこれを実現するとの合意が得られており、我が国の専門医制度はその確立に向けて正念場を迎えている。その先には医師法にも医療法にもきちんと位置づけられた専門医が誕生し、患者中心の医療の再構築が行われることを確信している。