

情報提供

那医発第 57 号
令和 6 年 5 月 8 日

施設長 各位

那覇市医師会

会 長 友利 博朗

担当理事 宮城 政剛



平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。
沖縄県医師会より「地域医療関係通知文の送付について」の通知が届きましたのでご案内申し上げます。別紙は当会ホームページに掲載致しますので、お手数ですがダウンロードをお願いします。

☆問合せ先 (那覇市医師会 事務局:宮城・前泊 /電話 098-868-7579)

記

沖医発第 173 号 F

令和 6 年 5 月 2 日

地区医師会地域医療担当理事 殿

沖縄県医師会

副会長 宮里 達也

(地域医療担当理事)

(公 印 省 略)

地域医療関係通知文の送付について

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、日本医師会より、標記の件について下記文書が別添のとおり届いておりますので、ご連絡申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただきますとともに、貴管下医療機関への周知方についてご高配下さいますようお願い申し上げます。

なお、本通知の添付資料は省略しておりますので、本会文書映像データ管理システムをご確認下さいますようお願い申し上げます。

記

日本医師会医療政策会議「医療政策会議第 5 回報告『専門医制度と開業標榜診療科—自由開業医制の今後のあり方を含めて』」の送付について

(令和 6 年 4 月 18 日 日医発第 218 号 (総医))

沖縄県医師会業務第 1 課：平木
TEL：098-888-0087
FAX：098-888-0089
E-mail：gl@okinawa.med.or.jp



日医発第 218 号(総医)
令和 6 年 4 月 18 日

都道府県医師会長 殿

日 本 医 師 会
会 長 松 本 吉 郎
(公 印 省 略)

日本医師会医療政策会議「医療政策会議第 5 回報告
『専門医制度と開業標榜診療科—自由開業医制の今後のあり方を含めて』」
の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

今般、日本医師会医療政策会議「医療政策会議 第 5 回報告『専門医制度と開業標榜診療科—自由開業医制の今後のあり方を含めて』」がとりまとめられ、柵木充明医療政策会議議長（愛知県医師会会長）より報告がありました。

つきましては、日本医師会医療政策会議「医療政策会議 第 5 回報告『専門医制度と開業標榜診療科—自由開業医制の今後のあり方を含めて』」をお送りさせていただきますので、ご査収の程よろしくお願い申し上げます。

医療政策会議 第5回報告

「専門医制度と開業標榜診療科

—自由開業医制の今後のあり方を含めて—

令和6年4月4日

日本医師会医療政策会議

令和6年4月4日

日本医師会会長
松本 吉郎 殿

日本医師会医療政策会議
議長 柵木 充明

医療政策会議では「専門医制度と開業標榜診療科—自由開業医制の今後のあり方を含めて」について、2回にわたり鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、医療政策会議第5回報告として「専門医制度と開業標榜診療科—自由開業医制の今後のあり方を含めて」を取り纏めましたので、ここに提出いたします。

【医療政策会議開催日】

第7回：令和5年10月11日

第8回：令和6年 2月 9日

医療政策会議委員

- 議長 柵木 充明 (愛知県医師会会長)
稲野 秀孝 (栃木県医師会会長)
尾崎 治夫 (東京都医師会会長)
香取 照幸 (上智大学総合人間科学部教授)
金井 忠男 (埼玉県医師会会長)
佐藤 和宏 (宮城県医師会会長)
鈴木 邦彦 (茨城県医師会会長)
高井 康之 (大阪府医師会会長)
高久 玲音 (一橋大学経済学研究科准教授)
武田 俊彦 (岩手医大医学部客員教授)
蓮澤 浩明 (福岡県医師会会長)
松井 道宣 (京都府医師会会長)
松家 治道 (北海道医師会会長)
松村 誠 (広島県医師会会長)
村上 博 (愛媛県医師会会長)
村上 正泰 (山形大学大学院医学系研究科医療政策学講座教授)

目 次

1. はじめに	1
2. 専門医制度	
2-1 医師免許	2
2-2 専門医制度の経緯	3
2-3 専門医制度に関する議論	4
3. 開業標榜診療科	
3-1 開業標榜診療科の現状	5
3-2 開業標榜診療科の諸課題	6
3-3 開業規制	9
4. かかりつけ医機能	
4-1 かかりつけ医機能と専門医	9
4-2 日医かかりつけ医機能研修制度	12
5. 医師偏在の現状	13
6. キャリアチェンジ	14
7. おわりに	15

1. はじめに

医師になるための基礎教育については、医学部教育 2023 年問題と言われ、アメリカの医師国家試験である ECFMG の受験資格に医学部での就学内容に一定の基準が設けられた。このことから、日本でも 2023 年問題といって医学部教育をこれに準拠して変えていこうという動きがある。医学部教育はアメリカがリードしているので、アメリカの国家試験の受験資格に合わせておかないと受験資格がないことから、教育的にはかなり均てん化が進んだ。

一方で、医師免許取得後の医師のキャリアについては、欧米各国と日本の医療制度が大きく異なるため、卒後のキャリアはかなり違う。特に診療所の開業については、わが国独自の開業形態や診療科標榜になっている。

しかしながら、専門医制度が 2018 年に発足して 5 年が経った現在、9 割の医学部の卒業生が専門医を取得しようとしており、日本の医師のキャリアとして専門医制度が定着しつつある。専門医制度をめぐるのは、いまだにサブスペシャリティの問題、あるいはダブルボードの問題、また途中でキャリアを変わるときの問題など、今後解決しなければならないいくつかの問題があるが、この専門医制度があるということそのものが、やがて国民の間に広く浸透し認識されてくるだろう。

これまでの開業形態としては、1 人医師にもかかわらず多くの診療科を網羅的に並べて標榜し専門科が分からない診療所や、勤務医時代の経歴とはあまり関係ない標榜科を標榜して開業するという例も散見される。新規開業を阻止したり診療科の変更を迫ることは独禁法に抵触する恐れがある。

しかし一方で、日本専門医機構が認定する専門医の定義は、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師であるとされる。だから決して専門医はごく特殊な医師では全くなく、標準的な専門領域の医療を提供できる医師と定義づけられているわけである。

近い将来、専門医制度と開業標榜診療科との問題は、わが国の自由開業医制とも関連したテーマとして浮上してくることは間違いないと思われる。医師会の先生方は、この自由開業医制に関しては、医療のあり方として今後も守っていったほうが良いと思っておられる方が多いのではないかと思うが、標榜科と専門医についてはなかなか微妙なところがあると思う。

こうした問題に対して、一定の結論とまではいかずとも、現状での認識と今後の方向性を議論する必要がある。このため、医療政策会議では2回にわたって検討を行った。

2. 専門医制度

2-1. 医師免許

日本の医師資格は、医育機関卒業生の他に、医術開業試験の合格者に、医政が制定された1875（明治8）年から1916（大正5）年まで資格を与えてきた経緯がある。学歴を問わずに試験合格のみで免許が与えられる医術開業試験は、近代医学の進歩に対応できないとの批判が強まり、1906（明治39）年、医師法制定に伴って廃止され、それ以降、医師はすべてが医育機関から供給されることになった。こうした日本の医師資格の歴史的経緯から、日本の医師免許は事実上の開業免許であると位置付けられている。

そして今の日本の制度では、医師免許を取ると基本的にオールマイティに何でもできることになっている。医局でどの専門を勉強していても、開業したとき制度上はどの科目を標榜しても本人の責任で自由にできることになっている。しかし医療も進歩しており、はたしてその形で本当にその診療のクオリティ・コントロールを担保できるのか、例えばかかりつけ医のような形で開業するとなった際、その部分のクオリティ・コントロールをどう考えるかという論点がある。

今までであれば専門を持った先生が40歳、50歳になって開業し、様々な患者さんを診る中で、ある意味OJTで能力を身に付けてきたが、それについて研修なりでクオリティをきちんと担保する必要がある。そこは医療団体が担保しましょうということもあり、現在の日医かかりつけ医機能研修にもつながっている。

医師志望の若者が、医師になってやりたいと思っていることをそれぞれ勉強しても、そのことが世の中の需要とマッチしているかということ、必ずそこにはギャップがあって、医師である以上は患者のニーズに合わせて医療を提供する形を作らないといけない。

この話は医学教育にまで遡ることになり、それぞれの医局で、どれくら

いの医師を養成すれば良いのかという話になってくる。そうすると、それぞれの医師が現実の医療現場で臨床にあたる際、自分の専門性あるいはサブスペシャリティがある程度そういうものに対応できていないと、医療需要をカバーできないし、ひいては生業としても成り立っていない。そこをどう調整するかが課題である。

現実的に考えれば、地方で開業するインセンティブ、つまり経営的に成り立つことと、医師のプロフェッショナルとしてやりがいがあることを用意しない限りは動かない。

2-2 専門医制度の経緯

1988（昭和 63）年に「診療科名などの表示に関する検討委員会」報告書が出され、第 1 群から 3 群までに分け、第 1 診療群を一般、第 2 群を専門、第 3 群をより専門とし、第 1 群は自由標榜性を維持し、第 2・3 群は専門医（認定医）と認めることになった。

専門医制度が機構を作ることになった理由に、各学会が専門医制度を設けていて、統一化されていなかったことが挙げられる。学会専門医制度が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保にも不安が生じたために、専門医制度が始まった。そして専門医制度を国民に広く理解されることが一番の問題点であった。

またその当時の専門医は、専門医試験に問題があり合格の差が生じ、質の担保がなされていないことも問題であった。必ずしも患者に理解はされておらず受診行動に反映されていないことから、これをしっかりすることによって患者の受診行動が良い方向に変容することが期待された。

医師不足、医師の偏在などが問題となっているが、専門医の認定にあたり、地域を考慮することによって地域偏在を、また認定数によって診療科偏在を解消できる可能性もあるという専門医制度に対する期待感があった。

専門医制度に対する日本医師会の考え方は、「（1）専門医の評価・認定はプロフェッショナル・オートノミーを基盤としてこれを行う。（2）地域を診ている、かかりつけ医を評価する。」などである。

日本専門医機構「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告における

留意点をみると、「プロフェッショナル・オートノミーを基盤とする」「地域医療に十分な配慮をする」など、日本医師会の意見を取り入れている部分が多い。

なお、専門医制度についての法的根拠は医療法第六条にあり、「厚生労働大臣が定めるもの」となっている。そして平成 19 年厚生労働省告示第 108 号に「一般社団法人日本専門医機構又は一般社団法人日本歯科専門医機構が行う医師又は歯科医の専門性に関する認定を受けた旨」が鍵となっており、「基本的な診療領域に係る者に限る」となっている。したがって 19 項目だけが診療広告可能ということになっている。

2006（平成 18）年に厚労省より、厚労省が認めた学会の専門医は宣伝して良いことになっていたが、2021（令和 3）年からは 19 項目に限ることになった。

2-3 専門医制度に関する議論

専門医制度に関しては、下記の議論があったので列挙する。

人口減少社会のなかで、大都市への集中はますます加速しており、地方と、特に東京を中心とした大都市圏での医師の開業を支えることは大きく異なる。開業医の質の向上に専門医制度をどのように位置づけていくか。

専門医はモチベーションにもつながることから必要である。また若い先生方が 1 つのことを掘り下げるのは非常に重要で、論文を書く、あるいは研究をする過程で、物事の思考過程を学べることがある。

専門医ということを外してしまうと医学の進歩がなくなるので、しっかりとやっていくべきだし、それを突き詰めていく人が新しい医療を作っていくので、専門医制度はしっかり守っていくべきだと思う。

1 階部分の基本領域の話なのか、サブスペシャリティ領域ぐらいまで含めて考えるのかでも違うと思う。内科系でも循環器、呼吸器、消化器などがあるが、それぞれサブスペシャリティで循環器、呼吸器、消化器を取る先生

たちも1階部分は内科専門医で取るわけなので、内科全般をやるところは担保しながらサブスペシャリティの制度を考えていくと、内科を標榜するところで全く無関係に考える必要もないのではないかと。

ただ、今は内科専門医自体も要件が厳しく、内科専門医を志望する専攻医の先生たちがあまりいないところもあるので、専門医制度の運用の問題はきちんと解決していく必要はあると思う。

医療・医学の進歩に対して専門性を追求することは重要だ。もう一度、経験の中で様々な科を研修するように戻さなければ、総合的に診られる医師はなかなかできないのではないかと。大学病院等で医療・医学を学び、一人の患者についてすべて診ていくことも勉強していかなければならない。その辺りの教育制度をしっかりともう一度考え直していかないといけない。

若い人達の総合診療医を育成していこうとしているが、大学は専門科の教授が総合診療に行く人を引き抜いてしまうのであまり期待できない。しかし今後は、専門のスキルが必要になる患者はあまりいなくなるのではないかとという話もある。

3 開業標榜診療科

3-1. 開業標榜診療科の現状

医療機関における標榜診療科については、医療法第六条に、診療科名は広告しても良いとされている。広告しても良い診療科名は、医療法第六条の6第1項に「政令で定める診療科名」と定められている。この政令で定める診療科名は、医療法施行令第三条の二で示されており、基本的には「医学的知見及び社会通念に照らし不合理な組み合わせとなるものとして厚生労働省で定めるものを除く」ものであれば良いとなっている。

不合理な組み合わせとして、例えば、内科と外科がぶつかるようなものはだめだと言われているが、最近では心臓血管外科の方が経皮的冠動脈形成術（PTCA）をやったときに、今度は循環器内科も標榜したいという方がいらっしゃる、医師会では結構揉めている。

医療機関が標榜する診療科名の数については、「医師一名に対して主たる診療科名を原則2つ以内」となっているが、あくまでもこれは望ましいことであり罰則はない。実際、郡市医師会にたくさん出してくる方がいるが、コントロールするのは難しく、紳士協定のような形で「厚労省がこのように望ましいと書いているから、そのようにしたほうがいいのではないか」と説得している。

今は皮膚科とアレルギー科、呼吸器科とアレルギー科なども非常にクロスしており、2つ以内はなかなか難しく、どう整理するか。開業する方は少しでも多くしたく、自分の得意な科を全て載せたいとなるので、厚生労働省医政局長通知（平成20年3月31日 医政発0331042号）はなかなか難しいと感じる。

標榜科の調整については、医師会が強く制限することは独禁法違反になるため、してはいけないということになっている。

3-2. 開業標榜診療科の諸課題

開業標榜診療科の諸課題に関しては、下記の議論があったので列挙する。

日本専門医機構の認定する専門医とは、「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」と定義されている。

開業する場合でも、標榜する診療科が専門医制度とは無縁でないことから、専門医制度と開業標榜診療科について、将来的には専門医が大きく影響してくるのではないか。専門医資格を取得している診療科を標榜して開業することを前提として考えるべきではないか。そして現在行っている診療に差し支えることがないように、段階的にこれを考えていく必要があるのではないか。

標榜科目と専門医の関係について、少なくとも厚生労働省の制度の立て方は、医師はオールマイティであるということがある。また医学教育も基本的にオールマイティで、医師国家試験も全科の診療内容について出題をしてい

るので、基本的に全ての診療科を網羅する形で、少なくとも基本的な診療はできるだろう。その上にそれぞれのプロフェッショナル・オートノミーとしての専門性の認定があって、それを患者、国民に言うのは良いだろう。

標榜科とは、提供するサービスの中身であって、ゲートキーパーという制度を入れていない日本のフリーアクセスにとって必要な入口の機能だろう。

その上に個々の医師の能力の認定と、それを広告して良いという制度があって、今はその標榜科目と診療科がそれぞれ別に走っていると理解した方が良いのではないか。それを結びつけると、益々専門分化が進んで、患者がその選択をするよすがになる標榜科目の意味が失われていきはしないかと危惧する。

開業して、自分の専門領域でずっと突っ走れるときは良いが、需要を考えると、外科医だが整形外科の患者を診なければならない場合や、腰痛の患者が多い場合は整形外科を標榜したくなるが、何も勉強しなければ整形外科の患者を診ることができない。勉強して治療ができるようになって、整形外科の標榜に見合うだけの技術や知見も得た上で今の診療をやっていると思うので、専門医制度と標榜科目のリンクは今後のことを考えると非常にリスクがあると思う。専攻医の先生方が10年後、20年後に自分の周りを見て、医師としての役割を果たさないといけなないと考えたときに、選択肢が狭まると、かえって医師不足を助長するのではないか。

きちんと勉強して標榜するに足る能力がきちんと身に着いていることをどのように担保するか。たとえばダブルボードのように開業する時に少し取りやすくするか。標榜するにあたって質の担保をどうするかを考えた時に、あまり厳格にリンクしないまでも、何らかの仕組みは考えておかないといけない。

専門医資格がそのまま標榜科目として広告することが義務付けられた場合、医師数が絶対的に不足している地域は崩壊する恐れがある。特に、外科系の医師が高齢になって内科にシフトするような地域では、これで何とか地

域医療が維持されてきた部分もあると思うが、成り立たなくなる。地域によって求められる医師像が変わってくるので、1つの枠にはめるのは非常に難しい。標榜科目についても、少し自由があったほうがいい。

また、専門医＝標榜診療科にすると、総合診療医の育成が急務になる。ドイツのように保険医の配置管理を行うと、地域医療は維持できるが、今度は定員制につながる。ポストが空くまで待たなければならなかったり、自分の希望しない地域での勤務を強いられることになり、モチベーションが下がる。

フリーアクセスの観点からも、日本の医療の特徴と言われる自由開業制・自由標榜制は、結果としては地域を守るためには維持するのが望ましいのではないか。

標榜科は、昔は内科・小児科・外科・産婦人科・皮膚科のように6つぐらい標榜していることも多かった。しかし、今の患者は「こんなにいっぱい診られる先生がいるんだ」と言ってコンビニ感覚で行っていたりする。いずれはヘルス・リテラシーというか、患者が多くの標榜科を出しているところは危ないと意識するようになる。

各診療科の専門化・細分化が進んでいると感じる。例えば、呼吸器の先生はCOPDと肺がん以外は診ず、肺炎は他の一般内科医が診るというように、専門医は専門診療科以外は診ない。また、手の外科は手しか診ない、足の外科は足しか診ないということにもなっている。

「国が命令すればいいではないか」「許可制にすればいいではないか」という非常に安易な声もあるが、嫌々この診療科を選ぶとか、嫌々この地域で開業するという形を取って、良い医療ができるとは決して思えない。あくまでそれぞれの医師がさまざまな状況を反映して「自分はこっちをやってみようか」という選択をして初めて、良い医療が提供できるのではないか。

この地域にどういう医療が必要か、どういう医療が不足しているのかという情報がないままに、コンサルに騙されて「これは儲かりますよ」「開業資金を貸しますよ」と言われて、似たような医療機関が続々とできている。

コンサルだけではなくて、医療モールのような形で薬局が建てて医師に開業してもらおうという形態があまりに多いので、きちんと医療界や行政も関与して、地域ごとにどの診療科がどのくらい足りているのか、足りていないのかを、届け出のときに示して、自分で考えてもらったらどうか。

昔は地元で適正配置委員会があり、「そこで開業してはいけない」としていた。その時はうまくいっていたが、独禁法に引っかかるためにできなくなり、今度は医師会で、開業するときには同一の診療科の近隣の医師にも同意を得てくれということを一時的にやっていた。しかし、それも徐々に難しくなった。医師会で何かすると言っても強硬な手段を取らない限りは難しい。

3-3. 開業規制

1984（昭和 59）年の医療法改正で地域医療計画も入れて、病床過剰地域には、勧告をしたうえで保険医療機関としては認定しない制度を作ったが、それで僻地に病院ができたかというできない。開業規制が不十分だからといって、強制的に東京では開業できないようにしたところで、おそらく地方の開業医不足は解消せず、その結果ますます強権的な法律ができるのは決して良いことではない。地方で開業する人が少ないのであれば、きちんとそこにインセンティブをつけなければいけないのではないか。

4. かかりつけ医機能

4-1. かかりつけ医機能と専門医

かかりつけ医機能と専門医については、下記の意見があったので列挙する。

これからは個人の医師に対するフリーアクセスではなく、医療についてのフリーアクセスだ。入り口はどこでも良く、どこかに行けばその先生がかかりつけの機能を果たして、そして必要な医療につなげていく。そういう機能を果たすということが「面としてのかかりつけ医機能」だと思うので、専門医と標榜をリンクさせなくても良いと思う。

今後は 90%以上が専門医を取ると思うが、例えば若い頃の脳外科医が神経内科になるのは意外に良いかもしれないという考え方も一部ではある。しかし、そうなると専門医と開業標榜は離れてくると感じる。眼科のかかりつけ医は当然あり得るが、全身的な内科的なかかりつけ医も兼ねるという選択肢はありうるのか。医師会員の立場から、自由開業医制、自由標榜医制を、どのように考えるかは頭に入れておかなければいけない。

日本医師会の「面としてのかかりつけ医機能」において、自身の専門領域と共に幅広い知識、専門科との連携がかかりつけ医に求められている。きちんと専門医を紹介できることがかかりつけ医機能だという解釈で良いのではないか。

診療科に関わらず、幅広く自分で勉強しながら、必要に応じて専門医につないでいく。医療への入り口の機能を果たすことがかかりつけ医だと思うので、それぞれ持っている専門医は専門医で構わないと思う。

開業してからでないと医療的機能と社会的機能はなかなか分らない。いわゆる総合診療専門医は専門医制度のなかで認められるわけだが、かかりつけ医に含まれるのではないか。総合診療専門医の資格を持った人が開業しても、その人はまだかかりつけ医ではなく、そこで何年かやって、いろいろな社会的機能を身に付けて、初めてかかりつけ医と呼ばれるのではないか。質の担保は、今、医師会がやっているようなことで良いのではないか。

かかりつけ医は医療にきちんとつながっていくための機能を果たす人、あるいは機能であるということであれば、今、わが国で必要な医療につなげられない人はほとんどいない。国民に安心してもらうために取り組んでいるのは、「面としてのかかりつけ医機能」だ。診療科に関係なく、「来やすい先生がいたらその先生に相談してください」と言って、専門医にきちんとつないでいくのがかかりつけ機能であり、今、取り組むべきである。

かかりつけ医については日本医師会がこれまで積み重ねてきたものがあ

るので、今の段階ではそれを発展させていけば良いのではないか。

かかりつけ医は基本的に患者に選んでいただくもので、医師免許を取って初期研修を終えれば、誰でもなれる。患者が選ぶための情報提供がやはり大事だ。日本の場合は広告できることが限定されているが、患者に選んでいただくための情報提供のあり方がやはり肝になると思う。

専門診療科を横断的に活用することによって、地域の医療機関がかかりつけ医として地域全体をみていくという、新しい地域医療の形が提言されてる。専門診療科のクオリティコントロールは今の専門医制度に任せるとしても、今後、面として地域を支えるかかりつけ医の強化といった視点でも、かかりつけ医としての質の保証は、患者の視点からだけでいいのか。「この先生とは気が合う」「この先生はいい先生だ」といった患者側の視点だけでかかりつけ医の質を担保するのは良いのか。

ドイツやフランスでは、医師の約三十数%が家庭医、日本で言うかかりつけ医である。大学の養成課程でそのようなコースがあり、内科や外科の専門の振り分けと同じように、出口段階で家庭医も振り分けられる。ドイツは出口だと2割ぐらいで、その後で他科の専門科を取った先生が家庭医になるときには別途研修のコースがあり、それを受けて家庭医になる。そして、仕上がりベースだと三十数%ぐらいが家庭医であるそうである。

そう考えると、医学教育段階からどのようにかかりつけ医を作っていくかがあり、養成課程でこういうことを学びなさいというものがないと、出た後で議論をしても、たぶんうまくみ合わない。医学教育に立ち戻って、そこで教えなくてはいけないことは何かという議論だ。それは、医学的な技術だけではなく、例えばコミュニケーション能力や、医療以外のいろいろなことについての知識といったことがカリキュラム上問題になってくると思うので、医療界自身が考えることだ。例えばクオリティコントロールも、基準や評価はピアレビューなので、制度としてどう作るかは別問題として、決めるのはやはり医学界だろう。実際ドイツでは、地区ごとに区割りをして、家庭医、

外科医、内科医等のそれぞれの人数を、役所ではなく、医師会が決めている。

4-2.日医かかりつけ医機能研修制度

専門医制度は、医師の診療技術、診療能力を有する者、日本医師会のかかりつけ医は、深い専門性を有した上で総合的な診療能力を有する者だとしている。その深い専門性を有しているかを見るのが専門医制度だとすると、幅広く見る部分を研修制度で担保するのは必要だ。

日医かかりつけ医機能研修制度は 10 時間というミニマムのコースで始めた。最初はアドバンスドコースとベーシックコースがあったが、ベーシックコースで始めて、やりながら考えようということでスタートした。プロフェッショナル・オートノミーを発揮して作った研修なので、どのように充実・強化していくかを考えていくことが必要だ。

地域によって違うので、今のプログラムに加えてアドバンスをしたら良いと思う。それぞれが付け加えていき、発展させていけば良いのではないか。

専門医がかかりつけ医に転換する研修をしっかりと行って、それを受ければ、それまでの専門医が維持できなくなった場合に、かかりつけ医がステータスになる形で標榜できれば、自然に日本型のかかりつけ医が増えてくるのではないか。かかりつけ医を養成するのは医師会としての使命だ。

今あるわれわれの力をしっかりと発揮し、かつ国民の信頼を得るために、日本医師会が日医かかりつけ医研修制度をしっかりとやっているとアピールしていくべきではないか。

再教育の環境を整えて、診療科にかかわらず役割を果たす気持ちを持つことが大事だと日本医師会が言っているので、そのことに対する整合性を持たせるような提言が必要だと思う。

かかりつけ医の研修を受けるのは大変良いことだと思うが、試験に通った、落ちたというのはあまりフィットしない気がする。

認定や試験を厳しくすると、その試験に通った人、認定を受けた人と、そうでない人とのギャップが発生して、それを突き詰めていくと、登録やゲートキーパー的なものに加速していってしまうが、我々はそれを望んでいるわけではない。眼科はこの先生、胃腸はこの先生と大体決めて、それが全体として面としてかかりつけ医をしているということで矛盾はないと思う。「この医師」を決めてしまうと、その他の医師とどのような区別が起こってくるのか、違いが出てくることを大変危惧している。現状を大きく変えるのは賛成ではない。

5. 医師偏在の現状

偏在の問題は、医師不足が大きく関わってくる。

1961（昭和 36）年に国民皆保険制度が確立し、医療需要が非常に多くなり、医師不足が言われ始めたが、増やした結果、その後は医師過剰時代と言われるようになった。1982（昭和 42）年に医学部定員を削減したが、再び医師不足が叫ばれるようになり、医学部定員増が行われた。さらに 2008（平成 20）年以降は、地域枠や研究医枠の創設、東北医科薬科大学、国際医療福祉大学医学部の開設によって医師数は大きく増加した。

医師不足が深刻な問題となり続けているのは、研修医制度が義務化されたことにより勤務医不足が起こったからの意見もあるが、最も議論になったのは、医師不足は絶対数の不足なのか、偏在なのかということだ。

これについて、絶対数の不足という意見があるが、医学部の入学定員増を行った結果として医師が増加したのは都市部だけであり、むしろ地域偏在が大きくなったのではないかという話さえあった。今後、かかりつけ医と専門医を並立しながら、偏在をどのように是正していくか。今のインセンティブも含めて、ローテーションするような仕組みにしないと、これからは回っていかないだろう。

プロフェッショナル・オートノミーや憲法で保障された営業の自由を前提にして、診療科の選択、開業場所など、医師が自由に開業できる現状が医師偏在の温床になっている。これを解決するには何らかの制度的な枠組みが必要となるが、どのような手段でどの程度まで規制するかが議論の焦点になる

だろう。

どこかがやればできるという問題ではなく、学会、医療機関、医育機関等、全てを含めて取り組まないと難しい問題である。

また、地域偏在と診療科偏在とともに、勤務医不足は大きな問題である。勤務医の過重労働、過酷な労働条件について議論がなされてきたが、大きな改善はなされてこなかった。医師の働き方改革が 2024（令和 6）年から始まることから、さらに勤務医不足が深刻になるであろう。

6. キャリアチェンジ

キャリアチェンジについては、下記の意見があったので列挙する。

外科医がある程度の年齢になって辞めて、その先生方が開業をしたときに、診療科を変えることがあることが調査で分かっている。新たに開業して診療科を変えるのも大切な医療資源であると考えなければいけない。そう簡単に自由開業医制で縛りをつけるのは難しいと思う。

「この医師の専門はこれだ」ときちんと担保されることが大事で、しっかり担保された後、開業医としての担保ということになると思う。キャリアチェンジをした場合、外科だった人が内科の標榜をすると、内科の専門医ではない医師がかかりつけ医機能を果たしていくことになるが、それが大きな問題だろう。

外科の先生が開業をして内科系をする場合は内科を認めるとか、複数の専門医を持てるようにするかどうか等、専門医制度は専門医制度として考えていく必要があると思う。

日本は自由標榜、自由開業医制でやってきて、医局で専門医を取った人が開業する段になって「さてどうする」となっている。医局を出て開業する際、どのような研修をするか、クオリティコントロールをするかになる。

そしてそれは医学界が自分でやるしかない。医師会なり、病院団体なり、医療の団体が何かしらの形で研修をきちんと組んで、それをクリアした人について、一定のお墨付きを与える。患者側はそこを見ている。今の専門医制

度と同じで、学会の一定の承認があるから広告がされていて、それを信用している。その標榜は裏付けがあることになるので、かかりつけ医でも同じ話になるのではないか。

7. おわりに

2018年に専門医制度が発足してから6年が経過した。多くの新卒医師は研修医を終えると同時に専攻医として専門分野の資格習得に動いている。

こうした医師が将来的に開業の道に進んだ場合、診療科の標榜をどうするのか。

嘗ては診療科を網羅的に並べ本当の診療科がわからないといったケースも散見されたが、現在はそうした開業形態は少なくなっているようである。

厚労省は開業時の推奨標榜科として、主たる診療科とあと1-2種類程度としているが、これも特に規制があるわけでもなく、基本的には開業する医師の恣意に委ねているのが現状である。

今回の医療政策会議では専門医制度のもとで医師のキャリアを始めた人が増えてくる中で、医師としての専門性の標榜をどのように考えるかを議論した。

その中で日本の医療の特徴とも言える自由開業医制、自由標榜制を今後も続けていく上での問題点がいくつか浮んだ。

まず、都市部と地方では開業医の果たしている役割が大きく違うと言うことである。

都市部では専門診療科を積極的に標榜し、他の診療所との差別化を図る傾向にある。一方、地方では好むと好まざるとに関わらず、特に内科系の比較的患者層の厚い診療科ではいろいろな疾患を診ざるを得ず、そのため標榜する診療科も複数とならざるを得ない事情もある。専門医機構がダブルボードをどの程度認めるかにもよるが、そのために各診療科の専門医を取得するのも現実的とは言えない。自身で患者を診ながら勉強し、現状肯定的かもしれないが、診療の守備範囲を広げるのが現実的な姿といえる。

今の開業の形態を見ていると、専門医を取得後一定の期間地域の基幹病院で専門医として働いた後、開業するケースが大部分である。その場合、例え

ば勤務医として心臓外科や消化器外科に携わっていた外科医も、開業時には内科を標榜することが多い。脳神経外科の専門医が神経内科を標榜することもある。こうした専門医と関連の深い診療科を開業時に標榜することはさほど違和感はないが、消化器外科医が眼科を標榜するとなれば、国民目線では「そんなことが日本では許されているのか」と疑問が湧く。

機構が認定する専門医とは「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とともに、先端的な医療を理解し情報を提供できる医師」とされている。自由標榜制の立場からすれば、必ずしも認定専門医と開業時の標榜科が一致しなくてもよしとする。標榜診療科も医師のプロフェッショナルオートノミーに委ね、標榜すること自体が、専門医を取得していなくても患者を診るに足る技術と知識を所持していると解釈される。医学教育ではすべての診療科を学ぶことが義務づけられているので、診療標榜科と専門医制度を必ずしもリンクさせる必要性は乏しいとも考えられる。

特に面としてかかりつけ医が支える地域医療を考えるとときには、専門医制度にとらわれることなく、当該医師の守備範囲内で患者に最適の医療を提供、または専門医を紹介できれば役割を果たすことが可能だ。

日医が進めているかかりつけ医研修制度はベーシックな研修制度であり、日医生涯教育研修とリンクしており、開業していても取得可能なものである。将来的にはこれを更に深化、拡大し、すべてのかかりつけ医機能を持つ医師がこれを取得し、日医かかりつけ医研修修了者として標榜できるよう今後も制度の充実に努めるべきだろう。

今回の検討では専門医制度と自由開業医制への検討まで議論が至らなかったが、後日の課題として残しておきたい。