

# 東邦大学学術リポジトリ

Toho University Academic Repository

タイトル	専門医制度の諸問題:シーリングとマッチング
別タイトル	Issues in the Medical Specialty System: Sealing and Matching
作成者(著者)	石河,晃
公開者	東邦大学医学会
発行日	2024.03.01
ISSN	00408670
掲載情報	東邦医学会雑誌. 71(1). p.49 50.
資料種別	学術雑誌論文
内容記述	論評
著者版フラグ	publisher
JaLDOI	info:doi/10.14994/tohoigaku.2023 056
メタデータのURL	<a href="https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD88554311">https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD88554311</a>

## 専門医制度の諸問題：シーリングとマッチング

私は教授就任以来、日本皮膚科学会の専門医制度設計に携わり、日本専門医機構による新専門医制度の発足から現在に至るまでその変遷を間近で見えてきましたのでその諸問題を少し論じてみたいと思います。もともと各学会が独自の方法で認定していた「学会専門医」を追認する仕組みとして日本専門医制度評価・認定機構がありました。そこで次のステップとして議論されたのが学会専門医の基準や制度を統一し、専門医を公的な資格にすることでした。このときの新専門医の理念は学会や行政から独立した第三者機関が認定し、乱立しがちな学会専門医を交通整理して国民にわかりやすい制度とし、標準的な医療を提供できる医師を育成することでした。そのロードマップ通りに2014年5月に池田康夫先生を理事長として一般社団法人日本専門医機構が発足しました。プログラム制による研修を基本とし、経験症例の記録を行い、指導医から評価を受け、講習会受講単位や学術業績単位を取得することで専門医試験の受験資格が得られる全領域共通の基本骨格ができました。

しかし、実行する段になって運営資金がないという現実的な問題に直面しました。さらに、それまで各学会が運営してきた専門医制度を吸収統合し、学会専門医を廃止する方向であるにもかかわらず、機構の独立性を重視するあまり、各学会の意見を収集、反映する体制がとられていなかったため、孤立無援に陥りかけました。脳外科学会嘉山理事長と皮膚科学会島田理事長らが各学会代表者を専門医機構の社員とするガバナンス改善を押し進め、それによって日本医師会や各基本領域学会からの資金提供も実現し、機構専門医制度の体制が確立されました。その代償に学会からの独立性はかなり損なわれましたが、これはむしろ改善点と捉えています。

この問題以上に専門医制度に大きな影響を与えたのが2018年の医師法改正です。16条の10「医学医術に関する学術団体その他の厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、または変更しようとするときはあらかじめ厚生労働大臣の意見を聞かなければならない。」(中略)「第1項の厚生労働省令で定める団体は同項の規定により厚生労働大臣の意見を聞いたときは同項に規定する

医師の研修に関する計画の内容に当該意見を反映させるよう努めなければならない。」とされ、専門医制度に国が関与する法的な根拠が作成されました。当時ごく一部でしか話題にならなかったものですが、専門医機構発足当初の「学会や行政から独立した第三者機関」という理想はくずれさり、機構は学会もろとも行政によって首に縄がつけられたこととなります。この法律を根拠に複数の学会の反対を押し切って行われたのが専攻医募集定員の上限設定(シーリング)です。2024年の働き方改革の目標達成のため、比較的医師の多い都市部での専攻医採用を絞り、人の少ない地域へ専攻医を供給することが目的です。このために使用されたのが2019年に行われた厚生労働省の医療受給分科会で示されたデータです。「診療科ごとの将来必要医師数の見通し」というタイトルで発表された数値は、各診療科のDPC(入院患者)と疾患別の患者の年齢分布、地域の年齢別人口分布、昼夜の人の移動などに基づき将来の医療需要を計算し、医師の地域・診療科分布、診療科ごとの医師の労働継続年数などから計算した医師供給と比較したものです。DPCでは反映されない外来診療が多くを占めるいわゆるマイナーな診療科は人が有り余っており、内科は1万人も医師が不足しているとするものでした。その後、各方面から多くの指摘を受け、上書き修正されたものがシーリングの元となるデータとして使用されています。しかしながら、現場の感覚と必要医師数の間には未だ乖離が大きく、また、具体的な必要医師数の計算式は未公開のままであり、検証することができないものとなっています。

そもそも医師の地域偏在を専門医制度で修正しようというのは制度をゆがめかねない無理難題であり、医師全体の偏在のつけを若い専攻医世代だけに押しつけるのはさらに問題です。現在、専門医機構はシーリングの効果について見直し作業に取りかかっているようです。代わってシーリング後の医師分配策として注目されているのが専攻医のマッチングによる採用です。初期臨床研修で用いられている方法で、最大多数の最大幸福を実現するためのツールです。一見素晴らしいように思えるかもしれませんが、これには前述の医師必要数の計算が正しいことが大前提です。

初期研修とは異なり、専攻医のマッチングは勤務地域のみならず診療科にも縛りがかかります。また、都市部のみならず全国、全診療科に枠がはめられます。募集定員を決める必要養成医師数の計算法が公開、検証されない限り、医師の診療科配置、地域配置は為政者の思うがまま、ということになってしまいます。医師の居住地選択の自由、職業選択の自由を奪うことは許されません。結局、プロフェッショナルオートノミーの実現という理想を掲げて発足した日本専門医機構は国策の実現のためのツールにされようとしているとも言えます。

私が専門医関係の講演をする際、最後に必ず言っている3つのことがあり、それを共有してまとめたいと思います。

ます。

- ・医師の地域偏在の問題は専門医を取得した医師をどのように配置するかが重要であり、専門医制度とは別の抜本的な対策が必要である。
- ・医師の診療科偏在に対しては診療科の入り口である専門医制度を介して学会や専門医機構と国が共同で対策を考えることが必要である。
- ・専門医制度は医師の質を担保することが一義的に重要である。

(東邦大学医学部皮膚科学講座：石河 晃)

DOI : 10.14994/tohoigaku.2023-056