

# 指標

## 専門医制度へ向けての課題

副会長

深澤 雅則

### はじめに

平成26年5月に日本専門医機構が発足した。

設立時の社員は日本医師会、日本医学会連合、全国医学部長病院長会議、設立時の代表理事に日本専門医制評価・認定機構理事長の池田康夫氏が就任。設立後に四病院団体協議会、医療研修推進財団と医学教育振興財団も参加する。当初は第三者機関としての位置付けのため各学会外しをしたが、実務的には各学会が試験などを行うため、内科学会や外科学会の要望を受け入れ、内科領域の代表者、外科領域の代表者も社員となることが認められた。(図1)

わが国の専門医制度は今まで各学会がおのおの方針で資格を認定しており、その専門知識や技術が一定以上に担保されている保障は無かった。この辺が国民や患者に分かりづらく、しかも各学会に所属している医師の多くが専門医となり、諸外国に比較して専門医が多すぎるとの批判があった。

そこで平成23年10月に設置された厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」では患者さんの視点に立ち、各診療領域において安心・安全な標準的医療を提供できる医師を専門医として定義しており、決してスーパードクターのような医師像ではないことが打ち出された。

専門医制度に関しては、先に平成25年7月1日、北海道医報第1138号において当会の小熊副会長が「専門医制度の改革」と題して詳記しているので参照していただきたい。

今回は今後の専門医制度の課題や疑問点などについて私なりの視点で述べさせていただきたい。

### 1. 専門医試験について

各学会とも5年以上の研修期間を専門医申請資格として横並びになってきているが、経験症例数の多さなどで内科系よりも外科系でより長くなる傾向にある。

例えば外科専門医の場合、経験症例として術者または助手として手術手技を350例、しかも各臓器別に最低症例数が決められており、早くても5年にかかる見込みである。あまりハードルが高いと診療科の選択の時点で楽な方に流れてしまい、科の偏在を助長しかねない。

他科とのバランスも十分考慮しなければならない。

### 2. リサーチの問題

新医師臨床研修制度が施行されてから、ほとんどの大学、研究所で基礎研究に進む医師が減少してしまい、他学部出身者が多くなっている現状がある。現在専門医制度を希望している若手医師が95%もいる状況から、さらに専門医資格の均質化、厳格化が強化されることが予想され、二足のワラジを履くのは困難であり、若いうちから基礎研究に進む医師がますます減っていくことが危惧される。

今回の専門医制度ではリサーチのことがあまり考慮されていないように思える。

### 組織図

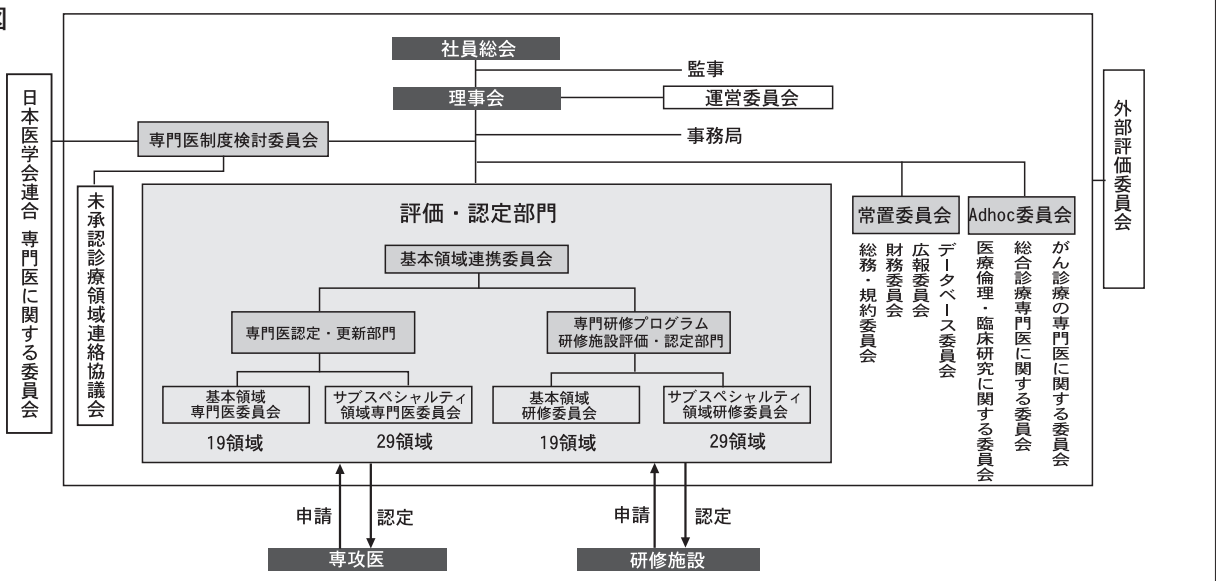


図1

### 3. 専門医制と広告

平成14年4月1日、厚生労働大臣告示で、外形基準による学会の専門医広告が承認された。

現在医療機関は自由標榜制で1人の医師でもいくつもの診療科の看板を出すことが認められている。しかし将来的には自由標榜制は廃止される可能性がある。国民、患者にとって受診する医師の専門性は重要なことであり、医師は今後19の基本領域のいずれかの専門医となるが、しかしここで少し問題がある。大学医学部の入試、医師国家試験と受かって専門医試験でつまずいたままだと、診療科の看板があげられないから開業することができない。

一方で病院が雇っている専門医が1人の場合、やめられたらその診療科の看板を降ろさなければならなくなり、病院案内を修正をする事態も生じるであろう。

### 4. 地域医療との関係

厚労省の報告書の中に現在以上に医師が偏在することのないよう地域医療に十分配慮と書かれている。

法的に強制力を持って地域へ医師を勤務させることは現状では不可能である。実際には総合診療医の養成プログラムを作成する段階で、各地域で研修するような仕組みになると地域偏在の解消にもなる。これはほかの専門医も同じで、大多数の若手医師が専門医を目指すとかかなりの数になり、大学病院や基幹病院だけでは経験症例数や経験すべき必須分野の症例が得られなくなる。そこで連携している地方病院に行かざるを得なくなる。このような医師の分散を考えているのだと思う。

しかし、全く逆のことが起きる可能性もある。経験症例数などのハードルを高くすると、症例の多い大都市に若手医師が集中してしまうのではないかと危惧している。

### 5. 専門医の養成数

報告書の中に専門医の養成数は「患者や研修体制を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して設定」と

ある。この記載を裏返しから考えると、地域に必要な数以上の専門医は養成しないとも読める。わが国の専門医が多すぎるとの批判から専門医試験で資格に達している者を、数の抑制の理論で足切りするようなことは絶対避けてほしい。

### 6. インセンティブの問題

昔から患者を外来で診療した時に、大学教授も卒業したての医師も同じ診察料なのはおかしいのではないか、という議論はずっとあった。今回の専門医制でもドクターのメリットが見えにくいとの意見が出ているが、実際は現在の診療報酬の中にも既に少し入り込んできている。例として放射線専門医が診断した場合は高い読影料で保険の算定がされている。しかしこれは個人に入るわけではなく病院の収入となっている。

この問題は診療報酬にからんだ微妙な問題であり、日本医師会は専門医のインセンティブについては慎重に議論するとだけ述べている。

まだまだ先のことだが、基本領域の専門医は無理として、サブスペシャリティ専門医の中から診療報酬上の上乗せが認められる時期が来るかもしれない。

### 7. 総合診療医

今回の専門医制度で目玉の1つが基本領域19番目に入った総合診療医である。それまで総合医、総合診療医、かかりつけ医などの名称でもめた時期もあったが、総合診療医で落ち着いた。その位置づけは内科、救急科など幅広く一定の知識、技能を持ってほかの基本領域の専門医と同等かそれ以上であってほしいとの考えである。

総合診療医もサブスペシャリティ専門医を取得することは可能である。(図2)

最近、外科系の医師が50～60歳代になって手術がきつくなり地域医療に入ってくる場合があるが、このようなほかの領域の専門医から総合診療医への移行は可能なのであろうか。年が行ってからでも試験に受ければ総合診療医になれると言っても、若い人と同じ内容のハードルでは相当きついなと思う。報告書でも地域医療に深く言及しているので、良策を考えてもらいたいものである。

### おわりに

今年5月に日本専門医機構が発足し、2017年に研修制度がスタートし早ければ2020年より専門医が誕生する。

今回専門医制度ができたことで、これからの医師の知識、技術は均質化しレベルアップするものと思う。これは国民、患者にとっても喜ばしいことである。反面、制度に乗り切れない者にとっては非常に厳しい現実が待っており、柔軟な運用といずれ起きる不都合の改善を常に考えてほしいものである。

この専門医機構には日本医師会も入っているの、今後改善すべき事項が生じたら提案していくつもりである。

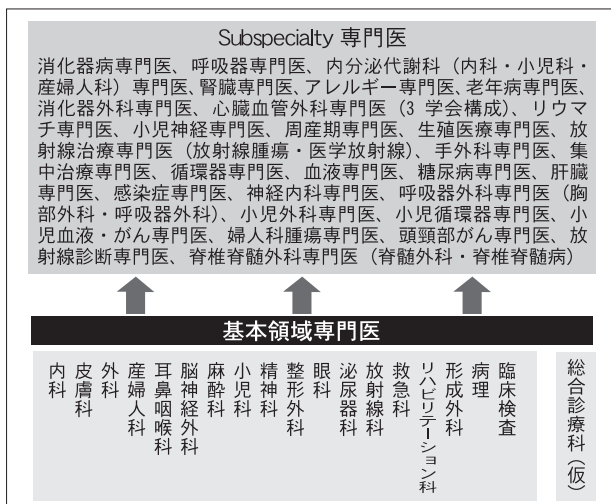


図2 新たな専門医制度の基本設計