

特集にあたって

北海道医師会 情報広報部 部長

山科賢児

新専門医制度は、当初日本専門医機構が主導権を持ち第三者の立場で認定する仕組みで平成29年度開始を予定していた。しかし日本医師会と四病院団体協議会から、地域医療への影響の懸念や、指導医を確保できない施設でも専門医研修に関われるように見直しを求められ、さらに塩崎厚労相が談話を出すなど制度整備が迷走し実施は延期された。平成28年12月16日に日本専門医機構の社員総会が開かれ、改訂版「専門医制度新整備指針」を正式決定した。

今回の新整備指針の主な内容と変更点を以下に記す。

- (1)一定の条件に達すれば、大学病院以外の医療施設（病院等）も基幹施設となれる
- (2)研修はプログラム制でローテイト研修を行うが、領域によってはカリキュラム制による研修が可能となる
- (3)専門医機構が各専門研修プログラムを承認する際は、医師の地域分布に配慮する目的で行政、医師会、大学、病院団体からなる各都道府県協議会との事前協議を行う
- (4)新整備指針では、1次審査を基本領域の学会が行い、2次審査を専門医機構が行う
- (5)診療に携わる医師は、いずれかの基本領域学会の専門研修を受けることを基本とするが、法的に規制されるべきものではない
- (6)専門医機構と各基本領域学会との関係が変わり、改定前は同機構主導だったが、新整備指針では両者が協同する体制となる
- (7)サブスペシャリティ領域の専門医制度は、当該および関連する基本領域学会の提出した制度を機構が検証し承認する

しかし平成30年度から開始するには、大都市での専攻医の募集定数などの運用細則や総合診療専門医養成の在り方やサブスペシャリティの問題など検討されるべき課題が未だ多く残っている。

今回の専門医制度改革は「専門医の質をいかに担保するか」と「専門医を国民に正しく認知してもらう」を目的としている。示された新整備指針によって「専門医とは」との問いに答える制度となるのだろうか。新専門医制度の実施によって、医師の多様な生き方への制限や、医師の仕事に対する規制の強化や、差別化や階層化が生じてはならない。新専門医制度は今後の日本の医療に大きな影響を与えられ考えられる。

総合診療専門医をめぐる

一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会

副理事長・北海道ブロック支部長

木村眞司

日本プライマリ・ケア連合学会は、プライマリ・ケア医学に関する我が国を代表する学術団体である。当学会は2010年から家庭医療専門医制度を運用しており、これは三学会合併前に日本プライマリ・ケア学会が行っていたプライマリ・ケア専門医制度（1996年一）と日本家庭医療学会が行っていた家庭医療専門医制度（2007年一）の流れを受け継いだものである。

総合診療医については2013年、厚労省の「専門医の在り方検討委員会中間まとめ最終報告書」の中で以下のように記された。すなわち、「基本領域の専門医の一つとして、総合的な診療能力を有する医師（以下「総合医」「総合診療医」という。）を加えるべきである」「『総合医』『総合診療医』は、従来の領域別専門医が『深さ』が特徴であるのに対し、『扱う問題の広さと多様性』が特徴であり、専門医の一つとして基本領域に加えるべきである」

その後、日本専門医制評価・認定機構、ついで現在の日本専門医機構において総合診療専門医制度に関する議論が重ねられてきた。そして、当学会の家庭医療専門医制度（Version 2）を土台にして、総合診療専門医に関する委員会やその下のワーキンググループにおいて、委員の意見を入れて総合診療専門医制度が作られたのである。

日本専門医機構が担う新専門医制度は2017年春を期して専門研修が開始されるはずであったが、「1年間延期」されることに2016年夏決まった（機構の「緊急のお知らせ」より）。

以下は、6月末から7月初めにかけて選ばれた新役員体制になる前の専門医機構のガバナンス、そしてそれまでに構築された新専門医制度について述べていると理解されたい。

1. 新専門医制度について評価する点、 評価しない点

新専門医制度に向けての関係者の意気込みは大変立派なものであった。すなわち、「プロフェッショナルオートノミー」「学会とは独立した第三者機関が認定を行う」「医療の質保証」「国民の視線に立つて」（いずれも上記の中間まとめ最終報告から）等の理念は高みを目指したもので、評価に値する。