

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－）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－）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。

また、「専門医の在り方に関する検討会」の結論を踏まえ総合診療専門医制度を作るにあたって、機構の「総合診療専門医に関する委員会」が当学会の家庭医療専門制度を土台として、委員の衆知を集めて総合診療専門医制度を練り上げたことも評価される。

一方、プライマリ・ケア、総合診療に関する事実上唯一の学術団体でありかつ従来から家庭医療専門医制度を運用してきた当学会が、総合診療専門医の制度設計についてイニシアチブを取らせていただけなかったことには一定の不満が残る。専門医制度は、他の基本18領域がそうであるように、その当該分野を統べる学術団体がイニシアチブを取って設計すべきではないのか。

また、機構のガバナンスについては、新任の理事のうち数人が述べられているように、問題が多々あったといわざるをえない。議事録が公開されていないこともその一つである。また、理事が内科系、外科系など、多くの分野から出されているにも関わらず、総合診療分野からは選出されていない（当然当学会から選任されるべきと考えるが）のも正当な理由がないといわざるをえない。財源についても、機構は財源を欠き、結局は他からの資金援助を受けるに至った。これで「中立的な第三者機関」であり続けられるだろうか。本来の趣旨とは異なる形になってしまっていないか。

当学会は総合診療専門医制度の設計に関わるにあたり、数の問題ではなく質が最も大切であると終始一貫して主張を重ねてきた。ニーズがあるからといって簡単に取得できる専門医資格には反対してきたし、数の議論はすべきではないとしてきた。しかし、新専門医制度は、各地の専門医の数やその分布をも考慮するという、単独でも極めて困難な課題を自らに課してしまった。これらは新制度を作るという大事業と同時に扱えるような単純な問題ではない。

総合診療専門医制度はこれからの人たちのための制度である。総合診療科をこれからの若い人たちが誇れるような分野にしていかないとこの分野の成長は望めない。

2. 制度運営上懸念される問題点

- 申請書の複雑さ、煩雑さ。指導医数については、連携する他のプログラムから来るかもしれない専攻医をも考慮して指導医を「按分」しなければならないなど、事実上完成不可能かつ理解も困難なしくみになっている。もっと単純化すべきである。
- 機構の実務能力についても大きな疑問符がつく。マンパワーと経験が共に足りない。他の18

分野については各学会にかなりの実務が委ねられてきているが、総合診療専門医制度については当学会にはほとんどの実務は委ねられておらず「機構が担う」とされている（プログラムの審査にはかなりの委員が当学会から関わったが）。現在の機構で本当に総合診療専門医制度を担えるのか。

- 専門研修プログラムの定員数について。専攻医がいないプログラムがないようにという意向で、プログラムごとの専攻医の定員数の調整がなされようとしている。これではプログラム間の自由な競争や切磋琢磨が妨げられる。専攻医がかえって劣るプログラムに行くことになりかねず、これまた大きな懸念がある。
- 専門研修は原則として同一都道府県内で行われるべきとなっているが、そこには根拠となる哲学がない。これは切磋琢磨、人事交流、視野を広げる事を阻む。
- 当初機構が提示していたタイムラインが全く守られていない。これではうまくいくものもうまくいかない。原因は上述から十分説明されよう。

3. 日本の医療における「専門医」はどのような医師像なのか

私見を述べさせていただく。

専門医資格は、定められた研修を受け、当該分野について、その分野を専門とすると称するに十分な、一定の実力を身に着けたという、あくまでもマイルストーン、あるいは「しるし」に過ぎない。専門医資格を取得したあと、実務経験を重ねていくことにより更に実力を向上させていく。医師には経験が欠かせないからである。

専門医資格は医師個人にとっても目指すべき中間地点であるし、また、研修プログラムや認定プロセスの質が高ければ、患者が医師を選択する際の参考にもなる。

当学会が行ってきている家庭医療専門医制度では、その踏襲した制度（上述）の時代からプログラム制を取り、基準を満たしたプログラムで研修をきちんと終え、ポートフォリオ作成をした者が専門医試験（筆記試験、実技試験からなる）を受けられるという仕組みを他の分野に先駆けて行ってきたことを銘記したい。