

## 新専門医制度制定に向けて

旭川医科大学病院 副病院長  
呼吸器センター教授

大崎 能伸

新専門医制度は、19の領域を基本としていずれかを選択し、その後に基本領域に連なる29領域のサブスペシャリティーを選択し、さらに平成28年11月現在でまだ確定していない前述した29領域以外の二次サブスペシャリティーをその上に選択するような制度が計画されている。最終的には、現行の専門領域専門医を基本領域に関連付けて整理するような診療体系の構築を狙っていると思われる。二次サブスペシャリティーは未承認領域として、日本専門医機構が未承認領域連絡協議会を設置して検討する計画であるようだが、入会申請の案内文には「入会申請がそのまま今後の専門医承認とはならないことについてもご承知おき下さい」と書き添えられている。この未承認領域には、消化器内視鏡、呼吸器内視鏡、臨床細胞学会などが想定されているようである。

日本の医師の特徴の一つは、一人の医師がいろいろな役割をこなすことである。私は呼吸器内科医であるが、呼吸器の細胞診断、気管支鏡、胸部画像診断、肺癌診療、気管支喘息などのアレルギー疾患の診療、感染症診療などを行っている。以前は心臓カテーテル検査も行っていて、ゆっくり考えるとまだまだ他にもあるかもしれない。我が国では、外科医が抗癌剤を使用することも一般的で、気管支鏡を行う外科医、麻酔科医も多い。すなわち、日本の医療は専門分野の分業化が曖昧である。呼吸器科での肺癌診療を例にとれば、呼吸器内科医が胸部画像診断、気管支鏡検査、細胞診断をこなして診断し、結果を患者に開示して治療法を提示し、抗癌剤を処方して治療する。治療中に感染症を起せば抗菌薬を処方したりもする。これらの分野は、それぞれに専門医が設けられる。サブスペシャリティーの呼吸器学会には内科はもちろん、外科医、病理医、小児科医、耳鼻科医などさまざまな分野の医師が所属する。このような医療環境で、サブスペシャリティーを基本領域に関連付けること、さらには、未承認領域をどうやって基本領域に関連付けるかは想像の遙かに外である。

このような大きな問題を解決して、整理が行き届いた新専門医制度を組み上げるために日本専門医機構が設立された。現在は、よく知られているように基本領域の制定に取り組んでいるが、基本領域での

専門医制度のプログラムは各学会に任せられている。計画されていた平成28年度からの施行は、医師をますます偏在化する、専攻医の給与体系が確立していないという大きな問題が解決できないために延期になった。しかし、平成29年度は前年度と同じ手順でプログラムの審査が行われているようである。

総合診療専門医は地域医療の拡充のための新しい分野であるが、29分野のサブスペシャリティーとの折り合いがつかないため、どの程度の志望者が出るか、また総合診療専門医の基本領域の重複や変更が可能になるのか不透明である。

専攻医は指導医の数と按分できる症例数に基づいて配置される。地域ごとに配置できる専門医の数を定めるように変更することも議論されているようである。専門分野の制定の見直しや、定員の導入などは将来必要であるかもしれないが、我が国の医療制度を大きく変更する可能性があり、慎重な議論が必要である。サブスペシャリティーと基本領域とのすり合わせについては、各学会に任せられて、提出されたプログラムを日本専門医機構が審査する方向で検討されているようである。

そもそも、新専門医制度は、現状では各学会で認定制度を独自に運用しているため認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念があること、患者の専門医の理解が不十分で受診の示標になっていないなどの問題を解決するために制定されることになった。医学部では地域枠を募集をしているところが多い。また、地域での奨学金を貸与されている学生も多い。新専門医制度の大枠が決まらなければ、このような学生の卒業後のキャリア形成がどれだけ不利になるのか見通しが立たず、卒業後の勤務ローテーション計画立案に支障をきたす。また、基本分野の専門医取得に時間がかかればサブスペシャリティーの研修が遅れ、専門分野のキャリア形成に支障をきたす。医師として勤務してきたものにとっては、資格の習得はスキルの向上に資するものであると思う。しかし、持っている専門医の数や内容が患者のニーズと関連しているのかは疑問に思う。各専門医の取得や更新に時間と費用もかかり、実際には大きな病院の勤務者でなければ維持することは難しい。これらの各論、総論での大きな問題点を良く検証してより良い新専門医制度を作るためには、まだまだ膨大な作業が求められると思う。