



新専門医制度を検証する

札幌東徳洲会病院 救急センター長
瀧 健 治

専門医を育成する専門医制度では、専門医機構に医療の質を高める重要な役割がある。その専門医制度新整備指針の運用細則が本年2月に決定する運びとなり、新年度より開始しそうである。

ところが、日本専門医機構と各学会、さらに研修病院の合意にこだわるために、理想と大きくかけ離れた制度が開始される危惧を感じるものの、新専門医制度のスタートに躊躇するよりも「専門医制度新整備指針」は5年に一度、定期的な見直しが行われていくことに期待していきたい。

・新専門医制度の評価点：

専門医制度には医師の大学病院や都市部へ集中する懸念があったが、新制度では大学病院以外の医療機関でも資格が取得できるように症例数や診療実績を重視した研修カリキュラム制も採用された。常勤の指導医がいなくても、連携施設や関連施設でテレビカンファランスなどで毎日/随時適切な指導ができれば、サイトビジットで研修プログラムを検証・認定することができる。また、専攻医数が少ない外科、産婦人科、病理、臨床検査は別として、専攻医の募集定員が北海道を除く6都府県で制限される。ただ、その定員数は今後の専攻医の採用実績や推移から地域医療へ配慮した制度設計として考えられたものである。さらに、基本領域で専門医のダブルボードが認められることも大きな評価点である。

・危惧する点：

カリキュラム制の欠点として、「複数病院を短期間で臨床実績を積もうとする研修医（専攻医）の過労」などが懸念され、専門医制度専門委員会の監視の目に期待される。また、新制度では、地域の需要を下回る専門医数を設定した場合に、医療難民が生まれる危険性も危惧されている。

・望まれている医師像：

在宅医療や地域包括ケア、高齢化社会を鑑み、「複数の領域別専門医より一人の総合的な診察能力を有する医師が適切」と新医師像に「総合診療専門医」が追加され、地域を診る医師として期待されるも、二段階制の新専門医制度では総合診療専門医の進路に他のスペシャルティ領域への道はなく、総合診療専門医像はまだ変化していきそうな医師像である。

むしろ、19基本領域と29サブスペシャルティ領域

(内科関連13領域、外科関連4領域)に専門医を分けて既存の学会に専門医の認定を委託したことは医師像を学会に丸投げされたとも言える。当該領域の専門医像が分かりやすい専門医で、医師の間で情報が共有され、連携・紹介に役立つ、社会的、医学的観点から必要性があり、養成プログラムが妥当であるなどの観点から定められると言っても、その医師像は従来の医師像を脱したものとは言えないであろう。