

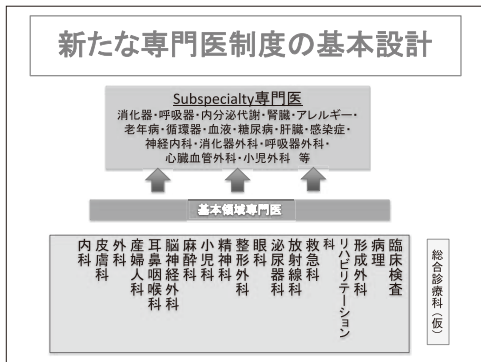
勤務医部会だより

新専門医制度発足



幹事 河野 弘

2013年5月に第3者機関として日本専門医機構が設立され、2017年4月からこの制度に乗った新しい研修が施行されることになりました。対象は2017年3月で初期臨床研修を修了する医師です。すなわち、2015年3月に卒業して国家試験合格後今年4月から医師になる予定の現在6年生の医学生です。現在、内科、外科、小児科、放射線科など18の基本学会が独自に施行している専門医制度をこの日本専門医機構が統一基準のもとにカリキュラムを作成し、試験をおこなうものです。18の基本学会からなる診療科に新たに総合診療科を加え、19の基本領域専門医を作ります(家に例えると1階部分)。この基本領域専門医の上に消化器、呼吸器、循環器、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科など29領域のサブスペシャル領域を作ります(家に例えると2階部分)。(図参照)



(厚生労働省「第2回専門医の在り方に関する検討会 (H23.11.4)」池田康夫委員資料)

なぜ現在の専門医制度から新たな日本専門医機構による新制度が必要かという理由について、機構は①専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準がされておらず、専門医として有すべき能力について医師と国民との間にギャップがあり、国民にとって分かりやすい仕組みになっていない。②医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療をめぐる重要な課題

であり、この偏在を是正する必要がある。③患者が症状から基幹病院の何科を受診すればよいかわからない、よって臓器別診療科以外に総合診療科が必要である。等の理由にこの新専門医機構が発足しました。確かに、以上のような理由で第3者機関が専門医制度を統一して、カリキュラム、試験、更新などを担当するというのは理があります。しかし、現状はそのような仕組みが可能でしょうか。第3者機関といってもこの制度を作成するのはだれでしょう。この機構単独で計19の基本領域を熟知して運用するのは不可能です。そのため、各基本領域のカリキュラム作成、試験などは各学会に丸投げになるのではないのでしょうか。これでは現況の各学会の専門医制度とどう違うのでしょうか。看板の掛け替えと批判を浴びそうです。また、この制度の基本領域のカリキュラムには大学との関係が強くみられる分野もあります。博士号という制度が必須でなくなり、診療科によっては基幹病院で専門医を取得し、大学との関係が薄くなっている医師が増加しています。しかし、この新制度では大学との関係が強いため、再び大学の医局支配や、場合によっては地域偏在を防ぐため行政の関与があるかもしれません。

次に総合診療科の立つ位置にまだ温度差がありそうです。機構では特定の臓器や疾患に限定することなく、幅広い視野で患者を診る医師が必要である、という認識でこの基本領域を選定したとあります。確かに現在の臓器別診療では網羅できない症状、疾患があります。しかしこの総合診療科と医師会を構成しているかかりつけ医との区別はなんでしょう。医師会は基幹病院へ紹介する際、どの診療科が決めにくい窓口として総合診療科をとらえているのに対し、機構では地域の家庭医としてとらえています。

最後に新専門医制度では明記されていませんが、この専門医と保険診療報酬の問題があります。現在、専門医ということで保険診療点数に差があるのは麻醉科だけです。他の診療領域では、専門医資格による保険診療点数の差はありません。第3者機関という国の認定による新制度ですから、専門医をとるアドバンテージは必要と考えます。広告看板が可能というだけでは、これだけのエネルギーを費やす新たな制度変革としては淋しい限りです。是非、保険点数とリンクさせこの制度による専門医制度を実り豊かなものにしてもらいたいと願います。

(名古屋掖済会病院)