日本の専門医制度と小児循環器専門医認定について

康井 制洋

地方独立法人神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター

Japanese Board of Medical Specialties and Board Certification System of Japanese Pediatric Cardiologist

Seiyo Yasui

Kanagawa Prefectural Hospital Organization, Kanagawa Children's Medical Center, Kanagawa, Japan

日本小児循環器学会(以下、本学会)では2008年4月から専門医制度を発足させた。この制度の目的は、優れた医学知識と高度の医療技術を備えた小児循環器の専門医を育成することにより、先天性ないし発達期発症の循環器疾患を有する胎児、小児、および成人への医学・医療を発展・向上させ、さらに児童生徒に対する的確な心臓検診と適切な指導をもって、社会の福祉に貢献することにある(日本小児循環器学会専門医制度規則第1条)¹⁾。

富田らは、すでに制度発足当初の修練施設・施設群(以下、施設等)の状況を報告しており²⁾、今回はさらに専門医制度発足後の2011年と2012年における施設等の状況と診療実績を2012年と2013年に収集した年次報告と比較して解析している³⁾。その結果、施設等では修練医の数に見合う専門医が配置されているものの、本学会専門医制度で定められた基準を継続して満たすことが困難な施設等があり、修練体制のあり方について見直しが必要であると考察している。

わが国の診療科は自由標榜制をとっている。これに対し、厚生労働省は平成14年に「一定の外形基準を有する学会が認定する専門医は広告してよい」ことを公示した。この外形基準の認定を担う社団法人日本専門医評価・認定機構に加盟する医学会は2014年3月末現在85団体にのぼる。これらの多数の学会で運用されている専門医制度の正確な数は不明であるが、各学会が独自に運用する専門医制度が乱立し、その認定制度や研修制度は標準化されておらず、いわば「玉石混交」と揶揄される状態となっている⁴⁾。

専門医制度は研修プログラムを充実することにより医師の診療能力を高め、提供する医療の質を担保する資格として社会に開示することができ、受益者である患者にとっては受診する医師の専門性を判断する基準とすることができるメリットがある。一方、現状では医療の受け手である患者にとってわかりやすい制度になっていないこと、専門医資格を取得しても診療報酬等に特別なインセンティブがないことなど、多くの課題があることが指摘されてきた。これらの状況を踏まえ、厚生労働省は「専門医の在り方に関する検討会(座長：高久史麿日本医学会長)」を設け、2013年4月に報告書を公表した⁵⁾。今後、この答申を基本的な方針にして、わが国の専門医制度改革が行われることとなる。本年5月には新たな専門医制度運用のための中立的第三者機関(日本専門医機構)が設立された⁵⁾。

現在構想されている新たな専門医制度の枠組みでは、すべての研修医は初期2年間の臨床研修終了後、いずれかの基幹領域専門医資格を取得し、その後サブスペシャリティ専門医として臓器・疾患別の専門医資格を取得する二段階制が構想されている。現在の本学会の専門医資格と同様に、小児循環器であれば小児科専門医の取得後にサブスペシャリティ資格が得られる仕組みである。小児科領域では、小児循環器のほかに小児神経、小児血液がん、周産期の四部門の専門医制度の認定が想定されている。上述の報告書では、基本領域よりも専門性の高いサブスペシャリティの認定には①患者数、専門医数等を踏まえ、日常的に診療現場で確立しうる診療領域単位であること、②基本領域との間に一定の関連があること、③専門医の認定や更新が十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること、などを前提としている。本学会の専門医制度は、これらの要件を満たすように当初から制度設計さ

れて発足した。

富田らの今回の報告³⁾は、本学会専門医制度認定のための修練施設群には認定基準を満たすことが困難な地域が少なからず存在し、その原因として医学・医療が進歩した結果、外来で診療が完結する病態が拡大し、入院診療はより専門性が高い病態に限定され、心臓カテーテル検査や外科治療を行っていない施設では現行の修練施設としての基準を満足することが困難になっていると考察している。

医学・医療の進歩は著しく加速している。エコー診断、X線CT、MRIなどの循環器系疾患に対する高度で精緻な非侵襲的画像診断の普及により、侵襲的検査である心臓カテーテル検査は従前とは次元の異なる病態解析手段となり、カテーテルインターベンションや外科手術はすでに施行できる施設が集約されている。いわば、これらの侵襲的診療は専門医制度の三階部分に相当する状況となっているといつてよい。一方、循環器疾患に対して選択できる治療薬の種類は増加し、患者が地域で安心・安全な医療を受ける環境は今後も確実に拡大する。出生前診断や非侵襲的遺伝子診断の普及、複雑な心疾患の予後の改善に伴う移行期医療などに加えて、将来の生活習慣病の原因として危惧される食生活の乱れや肥満・運動不足への対応など、小児循環器専門医の責務には、疾病予防、検診と早期発見、患者の健康の回復と家族への支援に加えて、わが国の小児の健康の維持と増進を図る社会医学的貢献が含まれている。

専門医は患者から信頼される標準的な医療を提供される医師と定義され、単なる個人の能力認定という面だけでなく、その領域の診療を担う社会的責任がある⁵⁾。すでに顕在化している人口や医師の偏在、少子化による過疎地域の医療の確保、高度化した専門医療の中核的基幹病院への患者の集約や地域医療機関との役割分担の促進、さらにサブスペシャリティを取得するまでに長い年月を要すると各サブスペシャリティ領域に進む医師数の減少も危惧されることなどを踏まえて、国民に広く認知され、公の資格として評価され、かつ若い医師達が進んで取得を憧れる資格取得の制度設計が必要であろう。

少子高齢化、過疎化地域の増加、健康に関する市民の意識や生活環境の変化などによるわが国の医療制度や社会情勢の変遷に、本学会の専門医制度も柔軟かつ迅速に対応し、期待される責務が全うできるよう、資格申請や研修内容は適宜、改正されるべきである。

【参考文献】

- 1) 日本小児循環器学会HP. <http://jspccs.umin.ac.jp/site/login.php> (会員限定)
- 2) 富田 英, 市田路子, 阪本喜三郎, ほか: 日本小児循環器学会専門医制度における専門医修練施設・施設群の現状. 日小児循環器会誌 2010; 27: 182-186
- 3) 富田 英, 山岸正明, 市田路子, ほか: 小児循環器専門医制度における修練施設・施設群の年次報告: 2011, 2012年報告のまとめ. 日小児循環器会誌 2014; 30: 431-435
- 4) 池田康夫: 新しい専門医制度について. 横浜市医師会勤務医連絡会 (2014年 2月 27日). 配布資料
- 5) 厚生労働省: 厚生労働省専門医の在り方に関する検討会 (座長: 高久史磨日本医学会長) 報告書 (2013年 4月 22日).