

INTERVIEW

日本専門医制評価・認定機構 理事長
池田康夫 先生



【プロフィール】池田康夫先生 1968年慶應義塾大学医学部卒業。1973年米国ブラウン大学医学部留学。1976年帰国後は、慶應義塾大学医学部内科学助手、同大学医学部輸血センター専任講師、同大学医学部内科教授、同大学病院副院長、同大学医学部学部長補佐、同大学総合医科学研究センター長、同大学医学部学部長を経て、2009年より同大学名誉教授、早稲田大学理工学術院生命医科学科教授として現在に至る。

アジアパシフィック血栓止血学会前会長、米国血液学会会員、国際内科学会理事、日本血栓止血学会理事、第23回国際血栓止血学会会長(2011年)、日本血液学会前理事長。

専門医制度の確立が、日本の医療のあり方を変えるという信念を持って。

聞き手：山田隆司 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

日本の専門医制度の確立に向けて

山田隆司(聞き手) 今日、日本専門医制評価・認定機構に理事長の池田康夫先生を訪問しました。「月刊地

域医学」の読者は、へき地、あるいは医療確保・医師確保の困難な地域で、がんばって一定年限義務を果たし

ている自治医大の卒業生が中心です。そういった地域医療の現場では何かを専門にすることが難しい。とにかく地域の医療ニーズに何でも対応することが求められる。一方で自分たちのやっていることへの評価がされにくいことがあり、長い間厳しい思いをしてきました。現在、私は日本家庭医療学会から日本プライマリ・ケア連合学会に関係していますが、地域のニーズに応じてジェネラルに幅広く対応している医師、あるいは患者さんの近くにいる、長く患者さんの支援をしているような医師についても認定といった形が可能なのかといったことを今日はお伺いしたいと思います。池田先生、よろしくお願ひします。

池田康夫 専門医制度をきちんと確立させることは、今の日本の医療の曲がり角状態に大きな一石を投じるのではないかと考えています。あるいは専門医制度を確立することによって、日本の医療のあり方を変えていくことができるのではないかと考えています。

私は社団法人日本専門医制評価・認定機構の初代の理事長を拝命し、この2年間、日本の専門医制度をどういう方向に進めていくのが良いのかの議論を重ね、何とか制度の基本設計をまとめることができました。機構に加盟する75学会から基本設計案の承認を得ることができたところでちょうど任期が終了したのですが、理事長をもう1期継続することになったので、これからの2年間で専門医制度の確立という仕上げの作業に入ろうと思っています。

現在は各学会が専門医制度を作っており、その学会が専門医を認定し、学会が決められた外形基準を満たしていれば専門医の広告ができるという仕組みになっています。そうすると基準を満たささえすれば学会の数だけ専門医の種類ができることとなりますし、極端に言うと病気の数だけ専門医ができてしまうわけです。病気の名前がついた学会というのはたくさんありますよね。例えば乳癌学会、胃癌学会、高血圧学会、糖尿病学会、肺癌学

会、脳卒中学会など…それぞれの病名の専門医ができたとしたら、専門医制度というのは何のためにあるんだという議論が必ず起きます。ですから専門医制度の基本設計をきちんとしなければいけないと考えたのです。つまり学会単位の専門医ではなくて、診療領域単位の専門医制度にしましょうと、幸いなことにこれについてほとんどの学会から承認が得られました。

山田 いわゆる基本領域ということでしょうか。

池田 先生方は現在、3つの学会が1つの組織になって専門医の認定を議論しているところですね。それと同じようなことです。これまではそれぞれの学会が専門医制度をもっていました。例えば、人間ドックにも人間ドック学会と健診学会というのがあってそれぞれ専門医をもっています。でも、実際に目指している方向がほとんど同じなら、1つの専門領域として名前を付けましょうということです。

専門医制度の一番大事なところは、患者さんの側からみて受診行動につながるものであること、つまり、この専門医はどのようなトレーニングを経てどういう病気を診ることができる医師なのかということが理解し易いことです。マスコミは「ゴッドハンド」、「神の手」などと称してそれこそが専門医だと思っているようですが、われわれの専門医の定義はそうではない。その領域において、標準的で、安心して、安全な治療ができる医師を専門医と呼ぼうというのが基本的な考え方です。それは決して学会単位ではなくて、診療領域単位で確立したいと考えています。

山田 本当にそうですね。専門医というと、技術が卓越している人と考えられがちですが、そのスタンダード、基準以上にあるということを保証するほうが、患者さん側からすると実は重要だと思います。

池田 そうなのです。学会単位ではとにかく患者さん目線が失われがちになります。やはり患者さんからみて分かりやすい、患者さんが自分の病気をどういう医師

に診てもらおうかと考えたときに医師を選ぶ1つの基準になる。そういう専門医制度にしたいという考えがあります。それからもう1つは、医師の側は専門医を標榜することによって、標準的な安心・安全の医療を担当できる力を備えているということを世間に知らせることになる。知らせればそれだけ自分は勉強しなければいけない。医療は日進月歩ですから、

それに追いついていかなければならないということ。医師のレベルアップにつながる。専門医制度はそういう意義も重要であると考えています。

山田 一度専門医の認定をとればいいということではなく、更新していくことが基本で、むしろそれが大事なことです。

専門医制度を第三者が評価する仕組みを作る

山田 各学会の専門医制度を整合していこうという方向に対して、何ら問題はありませんでしたか。

池田 当初は、学会はスペシャリストの集まりだから専門家のいない機構に決めてもらう必要などないといった考え方の学会がずい分ありました。現在、これだけ専門医制度の重要性が世の中に認知されてくると、学会が患者さんの視線を無視してものを言う雰囲気ではなくなっています。

山田 専門性が高い集団ほど、この領域のことは他の人たちには分からないと思っている場合が多いので、専門医制度というと、とかくそちらに流れやすいのではないかと思ったのですが。

池田 そうですね。私たちがいつも言っているのは、その領域について一番よく知っているのはその学会の人たちだから、どういう技量が必要か、どういうトレーニングシステムを作ったらよいかといったことはプロフェッショナルなその学会の集団の人たちがいろいろ考えてほしい。しかし、試験をどうするかとか、外部からみて公平な仕組みになっているかというのは別の問題です。カリキュラムは現在もそれぞれの学会が決めています。ところがそのカリキュラムをどうプログラムで実践していくかという、その過程、どこで施設で、どれぐらいの期間、どのような指導医のもとで、そしてその結果として何ができるようになった

のかという評価システムが現状はありません。アメリカでは8,000ぐらいのプログラムが動いていて、それぞれのプログラムをある第三者機関がサイドビジットして審査をするというシステムが構築されています。

山田 それによってプログラムがよくなる、あるいは研修医の質がよくなる、ひいては専門医の質がよくなるというふうに組織が動いていかなければいけない。そういう仕組みを作らないといけないわけですね。

池田 現在、各学会の中にある専門医制度委員会を、この機構のような中立的な、第三者的なところに移して、そこでそれぞれの専門医制度の標準化を徹底的に図っていくべきだと思います。中立的な立場の組織でこのような機能をもつところであれば、必ずしも私共の機構である必要はありませんが、今はとりあえずこの機構しかないのです。ここでやろうということです。即ち専門医制度の評価と、専門医育成プログラム・施設の評価、その2つを実践する仕組みを機構の中に作っていくのがこれからの作業になります。

山田 ぜひ進めてほしいですね。私もアメリカの家庭医療のRRC (Residency Review Committee)の、まさに評価をしている現場を訪れたことがあります。何十というプログラムの書類がドーンとあって、評価者は1週間くらい泊り込みということでした。評価者の中にはACGME (Accreditation Council for Graduate



聞き手：地域医療研究所所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

Medical Education) や、AAFP (家庭医療学会)、ABFP (家庭医療専門医委員会)、プログラム責任者の会の代表、レジデントの代表もいました。サイドビジットの結果、このプログラムはほとんど動いていないとか、研修医が実際にいなかったなどといったことがその大量の書類に書かれていて、このプログラムは1年の延長しか認めないといった評価がされていて、非常に論理的な仕組みでした。アメリカではこれが当たり前なのかと驚きました。

池田 そうですね。われわれもアメリカのACGMEやABMSの見学に行ったり、ABMSのプレジデントを日本に呼んでセミナーを催したり、かなり突っ込んでディスカッションを重ねました。それでやはり日本に専門医制度を根付かせるのなら、そういうリーズナブルな仕組みを作らないといけないと痛感しました。そういう経緯もあって75学会の皆さんも基本的には納得という方向になってきました。

山田 なるほど。ACGMEなどをみると本当にオーソライズされていますよね。

池田 とても大きな組織ですから。アメリカではACGMEにアプルーブされると1人のレジデントについて8万ドルくらい出るそうです。

山田 そうなんですか？

池田 4万ドルくらいがレジデントの給料になって残り

の4万ドルはその施設に入るのです。ですから、たくさんレジデントを抱えている研修施設は、それだけ人が雇える。指導医も雇えるのです。

山田 なるほど、よい研修を提供することがよい医師を確保できるといったインセンティブが働くようにできているのです。

池田 日本も今、初期研修は国の予算で行われていますし、初期研修医の身分も明らかにされています。しかし、そのあとの後期研修については、これは専門医制度とリンクしていくことになるわけですが、もうひとつ整備されていない。ですからわれわれは、後期研修と専門医制度をリンクさせて、運営はわれわれ民間にらせてくださいということを厚労省医政局に話しています。

山田 そうですか。ぜひ国の理解も得て、ACGMEのように第三者機関で、国民みんな、医療関係者以外にも評価できるシステムも取り入れ、国民のためになる専門医制度を作っていただきたいですね。またそうしなければいけないと思います。

池田 これからの2年間では、新しい中立的な第三者的な機関というのはどういう組織で、どういうメンバーで運営するのが適切かという議論をしていきます。今はここしかないからここでやっていますが、ここは各学会が加入して運営している。それではだめで脱学会の必要があります。

山田 絶対にそのほうがいいですね。

池田 そしてここがおそらく先生方の専門領域と絡んでくる場所ですが、基本領域が今18学会あるのでその18学会を基本領域として、医学部を卒業して初期研修2年が終わったら、臨床医は必ずこの18の診療領域の専門医になる。その上で例えば血液内科や心血管外科にいく。整形外科なら例えば脊椎外科などのサブスペシャリティが選択できる。それが基本的なデザインです。

山田 日本の専門医制度は、例えば内科が特徴的ですが、1階部分が飛び越されてしまっている。そこが

一番問題だと思います。アメリカでは、内科系の臓器別専門医は一般内科の病棟医などを徹底的にこなしてから進むのですよね。

池田 すべての臨床医が、18学会の基本領域の専門医を必ず取るということになると、必然的に自由標榜制

はなくなることになるでしょう。1人の医師の標榜として内科・皮膚科・整形外科などという看板はありえないことになります。それを国が規制する方向で進まないと専門医制度はうまくいかないですね。

ジェネラルな医師の専門性

池田 今、18の基本領域とお話しましたが、私は基本領域の中にプラスして、総合診療、家庭医、あるいはジェネラルに診られる医師の専門医を入れるべきだと言っています。都会にだって地域医療はあるのですよね？

山田 あります。

池田 ある地域の健康をきちんと管理して、必要ならそこから違う領域の医師に患者さんをつなげられるといった医師たちの専門領域を専門医として作っていきたくて考えています。

山田 ありがとうございます。今日は是非そのお話を伺いたいと思っていました。

池田 現在プライマリ・ケア関連の3学会が協同して日本プライマリ・ケア連合学会となって、専門医認定を検討していらっしゃいますが、どういうプログラムを作っていくのか、初期研修終了後どこで研修を行うのか、そのどこで研修するのかという点が、まだ足りないのではないかと思います。

山田 はい、まだまだですね。でも、われわれもアメリカの鑄型をお手本にしたので、医師の認定制度を作る前にまずプログラム認定をしたのです。家庭医を目指している人たちには3年間でこういった骨格を学んでほしいということを学会のほうから提言して、後期研修プログラムではどういう指導医がいて、どういう場所で、どういうことが教えられるということを各施設から提出してもらってプログラム認定を行った

のです。家庭医の認定医になりたい人は、認定されたプログラムに登録しないかぎり受験資格はありませんということ。現在100を超すプログラムが認定されました。

池田 全国に？

山田 はい。

池田 それは非常に大事なことです。それを実行することがわが国ではとても大事なことだと思います。なぜかという、100あるプログラムをどこで実践して行くのが重要です。例えば東京に10、沖縄に1つ、鹿児島には2つありますということになれば、各都道府県に1つか2つは必ずあるということですよね。その1つのプログラムに20人とか30人は受け入れられないわけです。その領域で毎年200人の専門医をつくとすると、1つのプログラムにせいぜい3人引き受けられるとすれば、その200人はかなり全国に散らばらざるをえないわけです。そして、地域医療を少し活性化することができる。

山田 そうですね。プログラムをある程度認定していくと、プログラムがどこの地域にあるかによって、先生がおっしゃるように場合によっては医師の偏在に対処することができたり…例えば地域の小児科医が不足しているということで、当時われわれが実行したのは、プログラムの中に3ヵ月の小児科研修を項目に入れたのです。そうすると卒業3年目以上の人たちがプログラムに沿って必ずどこかの地域病院の小児

科で研修するということになる。そのことで地域の小児診療に貢献できるような人の動きができる。

池田 その通りです。

山田 プログラムを作り変えたり、プログラム認定の仕方によって、数と地域性と、内容とが…

池田 コントロールできる。

山田 そうなのですよね。

池田 私もそれについては、厚労省医政局に話をしています。単に医学部を新設したり、医師の定員を増やせば診療科の偏在や地域の医師の偏在がなくなるということはナンセンスだと。

山田 私もそう思っています。

池田 さらに事前登録制がポイントだと思います。初期

棲み分けてリソースを有効に

山田 先ほど触れていただいた総合医、家庭医、プライマリ・ケアの領域の専門認定については、実は大きな問題があって、いわゆる医師会の先生たちの自由開業制に影響しかねない、すでに開業している人たちをどう守るのかという懸念の声があります。これまでは、例えば昨日まで脳神経外科医だった人が自由に開業して内科を標榜することもOKだったわけです。しかしそういう中であって、国民の目線で一番質を担保しなければいけないのは、地域の最前線で一次医療を担う開業医の先生たちだと思うのです。ですからこの専門医制度の評価機構が一番力を発揮するのは、その部分かなと。

池田 そう思います。

山田 総合医の分野にこそグランドデザインとして、学会、医師全体の機構として提言をいただければと思います。

池田 そのためには、2年の初期研修を終わったあとに、どういうプログラムで、どういう指導態勢で、どう

研修2年が終わった時点で「私はどのプログラムに登録します」と。そうすれば3年後には外科の専門医が何人、眼科の専門医が何人できるということが分かる。それによって調整を少しずつしていけばいい。そのプログラムの数を減らしましょうとか、もう少しプログラムの数を増やさないと眼科医が少なくなりますねという話になって、ほかのところと調整する。それをこういう機構が第三者的に提案をしていくというような仕組みがよいのではないのでしょうか。

山田 国民ニーズ、地域ニーズに応えられる仕組みになりますね。

池田 そう思っています。

いう医療の内容をトレーニングするかということを見せてもらうことが絶対に必要なのです。今、3学会の中で検討していると思いますが、3学会だけではなくて、例えば内科、小児科、あるいは眼科などプライマリボードのいくつかのところに声をかけて協力をしてもらおう。プライマリボードの中での位置付けをすべきだと思います。

山田 そうですね、それは建設的だと思います。しかしわれわれがほかのプライマリボードの学会に話をすると、自分たちの領分を侵害されるととられがちです。そうではなくて、例えば小児科専門医だけで24時間全国の小児を診られるかといったら無理だと思うので、そういう部分でこちらが手助けできるはずなのです。私たちは子どもの風邪程度しか診ませんし、それ以上の医療が必要な場合には専門医にお願いする。でも、自分がずっとかかっている家庭のちょっとした健康問題には自分たちができるようにしたいということを理解してもらえれば、小児科のプログラ

ムの必要な部分を利用させていただいてわれわれのプログラムに活かせると思います。

池田 先生方が目指している専門医のトレーニングの内容、そして例えば小児科なら、どういうプログラムで、どういうトレーニングをしてきたかということを中心にすれば、患者さんは自然に選びます。この程度ならどこの先生のところに行きましょうと、患者の目線に立って選ぶという仕組みを作らなければいけません。

山田 医師数などリソースは限られているわけですから、その中で患者さんが満足できる医療を提供しようと思ったら、第一線の一次医療まで専門医がかかわっていたらリソースの無駄づかいですよね。ですから役割分担と機能連携ができれば、専門医にとってもいいはず。そういう仕組みを国民目線で作ることが、総合医・家庭医のキャリアパスを生み出すエンジンにもなると私は思っています。

池田 その問題が解決できないと、ある意味で日本の医療のあり方を、専門医制度を通じて変えていくということに結びつかないと思います。

それからもう1つ大事なことは、外科系の専門医は手術をしなくなったら専門医ではなくなるのは当たり前ですが、しかしそういう人たちは、それまで日本の医療の中で大きな役割を果たしてきた人なのです。外科の専門医でなくなったあとも、それまでの経験を活かしてどこかのジャンルに入って来てもらわなければいけない。その人たちが、例えば総合診療の中に入ってもらうにはどうしたらよいか。

山田 やはり再研修です。

池田 そういふときにどういうトレーニングコースを用意しておくか。それは研修医が初期研修が終わって3年間トレーニングするのは少し違います。医療に対する経験が豊富なのですから、どういう領域にいた人には特にどの部分を勉強してもらう、というような再研修のプログラムが必要です。それぞれのメスを置いたときのドクターの処遇というのはとても重要

なのです。

山田 それはまぎれもなくリソースを有効に活用することですね。

池田 山田先生はじめジェネラルな方向を目指す先生方に早く加わっていただいて、いろいろ議論を始めないといけないと思います。

山田 われわれが1つの学会としてただ入るというよりも、ジェネラルな医師の扱いという大きな問題を専門医や評価機構や、あるいは医師会や、医学会全体に検討してもらい。そういう意味でつなぎ役になれるのではないかと思います。

池田 日本の家庭医療、総合医の総合診療といったものをどう考えるか、1つのテーマとして議論していくことが必要ですね。

山田 自治医大の卒業生は義務年限で地域へ出ると、自分たちのやっていることが評価されないという感じで、臨床医として価値もないように思いがちです。

池田 本当はとても重要なのですけどね。

山田 はい。実はとても大事で、ニーズに合わせて自分がどう動く、自分の能力の範囲でできることをするという、臨床医として大事なトレーニングになっています。ですから総合医や家庭医、プライマリ・ケア医の認定の枠組みができるともっと自信が持てる。さらにジェネラルな医師というのは、どちらかというと医療に恵まれないところでのほうがよい研修ができるということがありがちです。そうすると、へき地や医療資源の困っているところに、ジェネラルな人たちが比較的うまく適合してくれる可能性があります。われわれは地域ニーズにしたがって育てられた医者ですが、そういったことをうまくこの枠組みの中に取り入れられればいいと思います。

池田 若い人たちは先が見えないから不安で、「よらば大樹の陰」で東京に集まってしまう傾向がありますが、そういう枠組みがきちんとできて、あそこに行けばこういう教育が受けられる、それが自分の評価にもつ

ながるといふことになれば、志向する人も増えてくると思います。先ほども言いましたが、私は基本領域は18学会に家庭医療（総合診療）をプラスして、19学会

とするのが良いかと思っています。

山田 ありがとうございます。

地域医療こそ、患者目線の医療を実感できる

山田 最後に、今、へき地医療に従事している医師たちへメッセージをお願いできますか。

池田 地域医療というのは、都会にもあるし、地方にもある。医療というのはもともと患者目線ですべき仕事であり、地域医療の現場こそ、地域住民・国民目線の医療を実感できると思います。本当に医療の根幹をなす領域だと思うので、そこでトレーニングをするこ

との大切さ、そしてその領域で医療に従事する人たちがもっともっと評価されるような、そういう日本であってほしいと思うし、私たちも少しはお役に立つことができればいいと思っています。

山田 ありがとうございます。

なによりのお言葉をいただきました。

