

## INTERVIEW

日本専門医機構 理事長  
吉村博邦先生



# 新たな専門医養成の 仕組みの行方は？

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

## 日本専門医機構の新執行部として

山田隆司(聞き手) 今日、今年の7月に日本専門医機構の理事長に就任された吉村博邦先生のお話を伺います。先生が「総合診療医に関する委員会」の初代委員長を務められた際に私も委員として参加させていただいた経緯がありますので、新専門医制度の状況は私なりに理解しているつもりですが、われわれにとって少し分かりにくい理事会の再編成、そこでの合意形成、そして今後の方針などについてお話を伺えればと思います。

吉村博邦 私が卒業したころはインターン闘争というものがあり、「早く一人前の医者になりたい。そのためにはどうしたらいいか」ということをいつも考えていました。お金がどうか、自分の生活がどうというのではなく、やはり医師とし

て早く一人前になりたい、勉強したい。そのためにはいい先生のいるところに行って勉強したいと思っていましたね。今、わが国には卒業すると2年間の初期臨床研修があります。ところがそのあとの専門研修の統一的なシステムがないのが現状なのです。実際には、いろいろな大学病院や中核的な病院がいわゆる後期研修制度を設けていますので、初期研修修了後には大体3年間くらいの後期研修が行われています。しかしこれは各学会が定めた専門医の仕組みを受けて各施設が独自に後期研修を実施しているわけで、任意なのです。そこで日本専門医機構が中心となって新しい専門医養成の仕組みを統一的に行おうということになりました。初期研修を修了した医師は、まず19の基本領域の中から

どれかを選択して3～4年間研修し専門医を取得してもらう。その後でサブスペシャリティが選択できる。そういうシステムが検討されました。

基本領域の専門医育成については、日本専門医機構によって新たな仕組みとして研修プログラム制と研修施設群を設ける整備指針がつけられました。これまでの学会専門医というのはカリキュラム制で、各学会が認定した施設で、カリキュラムで定められた到達目標を達成すれば専門医試験が受けられ専門医を取得できるというものでした。これは、何年かかってもよいというもので、10年くらいかかって専門医を取る人も少なくありませんでした。一方新たなプログラム制というのは、3～4年という一定期間のプログラムを研修することで専門医を養成するというもので、これは基本的には非常に良いことだと思っています。また、大学病院や中核的な病院が基幹施設になり一般病院と連携しながら実施するという研修施設群の設定も非常に良いと思います。ただ問題は、その制度設計が画一的で非常にリジットであったところではないでしょうか。

**山田** 先生のご指摘のように、研修プログラム制を敷いたことは、研修の質を担保する上で必要なことだと思っています。

**吉村** はい。ただ、それをあまりにもリジットに進めすぎたために、地域医療崩壊に対する強い懸念、あるいは今まで研修医が来ていたところに研修医が来なくなるのではないかといった懸念の声が起り、その施行開始を1年間延期することを決定しました。

**山田** これまでは学会ごとに質が異なっていたので、専門医機構で標準的な基準をつくって研修を担保するということが当然ですし、そのためのプログラム整備基準だったのだと思います。ところがそのプログラム整備基準につい

て、各領域のフィードバックを受けて全体でまた協議し調整をするという機能が、前回のときはあまりなかったのではないかという感じを私は受けたのですが、その点はいかがでしょうか。

**吉村** その通りだと思います。例えば指導医は5人以上いなければいけない、あるいは指導医になるには英文の論文を何本書いていなければいけないといったことが条件となっていては、自分の病院は無理だということになってしまいます。やはり皆さんの合意のもとでなければいけない。そして同時に激変を避けなければいけない、と考えています。

日本専門医機構の役割は、各学会が独自に運用していた専門医制度を標準化すること、質の担保を図ること、その上で専門医を公の資格として認証すること、また、乱立する多様な専門医を国民から見て分かり易く整理することなどが目的です。このためには、医療界挙げてのコンセンサスが必要です。ところが前執行部の理事についてはその前の機構(旧日本専門医制評価認定機構)の役員を中心に選ばれていましたので、再度選考し直すことになったのです。社員によって選考委員会が組織され、有識者、自治体関係者、患者さんなど一般の方も含めた理事が選ばれ、この7月から新執行部がスタートしたわけです。理事構成もオールジャパンの体制になったと思います。現在、新たな専門医制度をしっかりと運用させるべく、また同時に地域の医療を崩壊させてはいけないという、この2つを頭に置いて議論をしているところです。

**山田** 質の保証と地域偏在ということがどうしても対立軸になりがちで、質を上げようとするとも都市部に集中するし、一方地域での研修は質の担保に懸念があるということになります。ただ、研修プログラム制であれば、プログラムの配置や定数についてある程度調整できると思うのです。整備基準で地域の病院も基幹施設になれる