

## 専門医とオーダーメイド医療

山口 博弥氏

ここ **1、2** 年、医師不足や医師の激務、それらに伴う診療科や病院の閉鎖、救急患者の“たらい回し”などが社会問題となり、メディアでも頻繁に報道されています。

ここで焦点となっているのは、限りある医療資源をどのように国民に提供すればいいのか—という「医療提供体制」、もっと簡単に言えば、医療の〈量〉の問題です。

これに対して、「技量の高い医師をどのように育てればいいのか」「医療事故やミスが起こらないように、どのようなシステムを作り上げればいいのか」といった医療の〈質〉の問題は、今ひとつ話題にはなっていません。

しかし医療の質は、量とともに、車の両輪。どちらが欠けても医療はうまく機能しません。中でも重要な一つが、「専門医」の質をどう担保するか、という課題です。

日本専門医制評価・認定機構によると、専門医とは「**5**年間以上の専門研修を受け、資格審査ならびに専門医試験に合格して、学会等によって認定された医師」。つまり、特定の専門分野について学会などがお墨付きを与えた、知識・技術の高い医師を指します。

ところが残念ながら、“名ばかり”の専門医も少なからずいるのが現状です。

前立腺がんの **60** 歳男性に対し、指導医不在のまま、未経験の内視鏡手術を行って死亡させてしまった泌尿器科専門医。心臓弁手術をした患者が **1** 年余りで **4** 人死亡した心臓血管外科専門医。いずれの事例も、外部の専門家を交えた調査で、執刀した医師の判断力や技術の未熟さが指摘されています。

これらの事例は、おそらく氷山の一角でしょう。「**1** 件の重大事故があれば、背後に **29** 件の軽い事故があり、**300** 件のニアミスがある」（ハインリッヒの法則）ことを考えれば、技量不足の専門医により不適切な治療を受け、不利益を受けた患者の数は、軽い被害を含めれば相当数に上るはずで

こうした問題の背景にあるのが、一部の学会の専門医制度でしょう。学会が自らの勢力をアピールするためには、〈数〉が必要です。学会員の数、そして専門医の数。おまけに、専門医を数多く認定すればするほど、受験料や認定料をたくさん集めることができます。このため、認定する条件を簡単にし、試験内容も易しくした方が合格率が高くなる。これらが結果的に、専門医の“粗製乱造”という結果をもたらした。そこには、専門医の質を高く保とう、というプロ意識は見えません。

しかし、徐々に変化も現れてきました。専門医の認定条件となる手術経験数（症例数）を増やす。筆記、口述に加え、実技試験を課す。近年では、日本血液学会と日本臨床血液学会など、中身の違いが分かりにくい専門分野の学会同士が合併・統合を図る動きも増えてきました。日本専門医制評価・認定機構の池田康夫理事長は「患者から見て分かりやすい専門医制度であるべき」と話しています。

世界で最も高齢化が進んだ日本。医療技術の進歩で寿命が長くなった一方で、様々な合併症を抱えた高齢患者が今後ますます増えます。国民の価値観は多様化し、医療に望むニーズも患者によって大きく異なります。

こうした中で求められる専門医の姿とは、科学的な根拠に基づく標準治療を最低限知ったうえで、患者ごとに異なる最善の治療を提供するオーダーメイド医療の実践者でなければなりません。しかも、単なる腕のいい職人ではなく、患者の心に共感できる能力と高度な倫理観が求められます。

以上、医科の専門医について書きましたが、かなりの部分は、矯正歯科についても同じことが言えると思います。学会が責任を持って、「良質な矯正歯科治療を提供できる専門医」を育てる。そのうえで、たとえば専門医に限って矯正歯科を標榜できる制度に変えるなど、患者にとって分かりやすい何らかの仕組み作りが必要ではないでしょうか。

山口 博弥氏

読売新聞社医療情報部記者