



平成25年度 福岡県医師会勤務医部会
第6回 研修病院と研修医の交流会

医療が変わる? 新しい専門医制度のゆくえ

講演

「新専門医制度の骨格と 新しい基本領域としての 総合診療専門医」

日本プライマリ・ケア連合学会理事長 丸山 泉

座長：福岡県医師会勤務医部会委員会委員長 有馬 透



改革を進めるには現状肯定型でなくてはならない。どんなに正しくてもガラガラポンでは進まない。誰かが泣きを見る改革を否定する立場で関わっている。新専門医制度は議論が進んでおり、ステークホルダーとの関係性に注視して対応しないと孤立しかねない状況を多少心配している。

「未来医療研究人材養成拠点形成事業」に文部科学省所管で事業費が付くことになった。二つあり、A:メディカル・イノベーション推進人材の養成と、B:リサーチマインドを持った総合診療医の養成である。後者は、将来の超高齢社会における地域包括ケアシステムに対応できる優れた総合診療医等の養成を目指す事業で15拠点の大学で進み出している。机上ではなく具体的な問題となっている。

昨年4月に専門医の在り方に関する検討会の最終報告が出た。①専門医の認定を各学会ではなく中立的な第三者機関で行う。②専門医制度の枠組みは二段階制。基本領域とサブスペシャリティ領域。③すべての医師が、いずれかの基本領域専門医を取得することが原則。④基本領域に総合診療専門医を位置付ける。が主な報告内容である。日本専門医機構（仮称）設立に向けた組織委員会が立ち上げられ協議している。総合診療専門医に関する委員会は日本医師会、内科、外科、小児科、産婦人科、救急医学、プライマリ・ケア連合学会、四病院協議会、全国医学部長病院長会議、日本専門医制評価認定機構と一般の方などで構成されている。今までは学会のための制度であったが、国民の目線を意識し

たものとして、第三者評価を必要とする。その19番目の領域に総合診療専門医があり、専門医制度の全体改革の中の一つにすぎない。サブスペシャリティについてはこれからの議論である。

患者の高齢化により、待つ医療から出ていく医療へ変換せざるを得ない。そうした事実認識の中での総合診療専門医である。人口推計データは、ほとんど正しい。近い将来、開業医の患者数は半分になると言われている。診療所、中小病院のインフラの重要性を国は認めている。地域包括ケア病床の概念が出されたが、急性期を亜急性期、慢性期に割り振ってワイングラス型の医療供給がヤクルト型に変わる。急性期病床の減数である。日本で、プライマリ・ケアを担っているのは、診療所と地域に密着した病院であり、2025年をターゲットとし多疾病を同時に有した患者が増える中で、インフラを大事にしなければ乗り越えられないことが分かっている。

かかりつけ医はプライマリ・ケア強化の文脈の中で大きな役割を果たすことが期待されている。国際比較で日本の医療制度ではプライマリ・ケアが弱いと指摘される。開発され、長寿社会、皆保険、フリーアクセスであるというが、プライマリ・ケアに欠陥があるとされている。プライマリ・ケアの標準化と国民への責任性が不足している。「かかりつけ医」は、国民が選ぶ崇高で価値のある言葉である一方、客観的に制度として評価すると、弱い。故に社会的に低く見られる傾向がある。

総合診療専門医制度の確立とともに、かかりつけ医のプライマリ・ケア対応力をさらに強化することが、現実的な方向性である。

ともに語ろう、ともに考えよう、ともに行動しよう

(2) 勤務医のつどい

医療側の責任のあり方、責任の場所、誰を診るかまで、機能分化という言葉で語られることが現在の日本に馴染むかという問いには否と答える。医療充実度の高い福岡ばかり見ていると、医療制度の変革が見えなくなる。充実していないところから変革が起こり、全体の骨格が決まっていく中に福岡県も落とし込まれる。

消費税が10%になると、はっきり家計簿に出るので、国民は消費税が上がることと、医療の満足度を天秤にかけて評価する。医療費の問題について言えば、お上から言われる前に我々が提案型としてやるのがあったのではないか。一方で、医師と患者のモラルハザード、期待値の高まりなどが影響を与える大きな因子となっている。

プライマリ・ケアを語る時、普遍的なこととして、人口1000人の集団における1ヵ月の受療動向だが、高次医療センター、大学病院のようなところは1人。医療機関を受診するのは217人。代替医療、病院外来となるとどんどん減る。ほとんどの医療はcommon diseaseである。これからコストが全面に出る改革が行



われるだろう。ロジックでは戦えない局面がくる。

イギリスのGP制度の話をするのは難しい。日本では、サッチャー政権の頃の固定したイメージ。しかし、日本が変容を怠っている間に、イギリスは問題を克服しつつある。待機時間は短くなっている。院内感染の件数も7700件から1200件まで減少。患者満足度は、医療サービス全体だと92%の患者が満足というデータが出ている（以下省略）。数か月待って手術が受けられずにフランスで手術するという話は、もはや過去である。日本の医療は世界できわめて評価が高い。国民皆保険、フリーアクセス、なし得た長寿。中の議論で抜け落ちているのは、医療財政、政府財政である。次世代になっても持続できるかと言えばかなり厳しい。イギリスに学ぶものは医療制度の形ではなく変容力であろう。

総合診療専門医に戻る。協議は最終の詰めに入っている。3月に中間報告が出されるだろう。この議論を進めるにあたり、現状のかかりつけ医には何の不利益もないことを前提とすることは合意している。先生方にとっては、関心がなければそのままよい。私どもの学会での家庭医療専門医は、わずか400人しかいない。専門医をフル回転で作っても1万人作るのに何十年もかかる。急激な変化はないということである。あくまで将来の医師のための仕組みと捉えてほしい。移行措置は3つに分けられる。2020年度以降の専門医同士の移行、それ以前の、本当は総合診療専門医になりたかったが制度が間に合わない人が他の研修後移行する場合、そしてキャリアを長く積まれた先生方である。何のマイナス面も生じることはない。あえて何があるかと言えば、病院医師のリクルートの問題である。この研修制度を通じて病院の医師確保のあり方や研修の流れが変わるだろう。研修先の病院の担当者は注視し、情報を集めておかなければならない。

☒ ディスカッション

Q. 研修医制度にのれない医師の総合診療専門医取得方法は？

A. 医師約30万人のうち、内科が数万人、家庭医療専門医は何百人で数万人育成するには時間がかかる。移行措置はできるだろうが、まず明確な医師像、プログラムを確定した上での話。過渡的措置として、この間の卒業生への優遇はあり得るのではないか。

Q. 今かかりつけ医が、総合診療専門医をとりたい場合は？

A. オフレコだが、現段階では日本プライマリ・ケア連合学会（以下、学会）に入り、まずは認定医になると。かかりつけ医は実績があり、地域包括ケアを動かすキーパーソン。別の枠組みで移行措置が作らねばならないが、とらなければならないとするのか、とらなくてもよい仕組みでしばらくいくのかはもう少し時間がかかる。

ただ、専門医育成プログラム運用には指導医が必要で、現時点で指導医要件は、学会の認定医で指導医講習会受講が必須。認定医試験の難易度は高くなく、指導医は講習会を受講すればなれる。施設としてはリクルートが問題。10万単位の到達点に向け動き出したことは間違いなく、医師の1/3が総合診療専門医という中、地域のニーズがあるならば施設のスタンスは早くコミットした方がいい。育成は大病院と開業医、中小病院の連携のもと

行われる仕組みが多く、教育ネットワークを作る必要があり構築に時間がかかる。

Q. 研修プログラムを作りリクルートする形の中で小児科研修基準がVer.2、厳しくて少し緩めるといふ噂もあるが。

A. 小児科研修は最大6か月。初期研修からの連続性を議論中だ。小児科学会は長くしたいとの意見だが、3年の枠内で他を減らす必要があり難しい。Ver.2は整備指針により作った。一番たかみにあると思ってもらってよい。小児科に関してそれ以上の動きは現時点で分からない。また、小児科に関してはかなり柔軟性が必要。救急では、3次救急を行う施設に老健はない。よくある救急疾患をどこで診るか、3次救急の極みを教育上でどこで診させるのか混在して協議されているが、最終的に施設がないのできず柔軟なものになっている。

Q. 内科学会と総合診療学会のダブルボードが可能か。

A. 内科学会は、認定医廃止の方向で走り始めた。少なくとも1年目は内科研修において指導医は内科専門医。ただ、内科指導医は「総合」のジャンルを極める研修は受けておらず、2、3年

ともに語ろう、ともに考えよう、ともに行動しよう

目の総合診療研修の分野にはそぐわないのではないかと。内科は、後期研修3年のうち1年で専門医、サブスペシャリティへという仕組み。我々も1年の相当部分、内科を大きな病院で行う。内科主管の研修なので移行しやすさ、1年短くて済む等アドバンテージという意味のダブルボードはあるだろう。総合診療専門医をとれば、自動的に内科専門医になることは制度上あり得ない。認めると専門医とは何だという話になる。

Q. 循環器専門医の先生が2020年までに総合診療専門医をとれば内科専門医を捨てるということか。

A. ダブルボードを認め出すと他はどうなるという話が必ず出る。30年外科の先生が視力も落ちたので総合診療へという道も作る必要があるが、ダブルボードで解決すると制度骨格全体がゆがむ。その点に関しては、基本領域ベースのダブルボードでまだ議論していない。個人的にはあり得るのではないかと。ただ、内部では反対が多い。

Q. 研修プログラムを初期研修と重ねられないのか。

A. 初期研修をきちんとしたものにする必要。現在は初期研修後の研修医は皆同じレベルとなっているが人によって苦手な科が違う。そこが問題で再度教育しなければならず、我々もVer.2ではそこかなりの柔軟性を持たせている。

Q. 基幹研修施設という言葉で大学中心のピラミッドを作れという形が考えられる。地域の病院でプログラムを作り学会が認めるのか。総合的な病院を上に乗せという形か。

A. 総合的な病院を置くことはない。数ある専門医の中、「総合」の精神醸成のために一貫した指導体制があるとの考えの元、一人の医師をずっと面倒みながら育てあげるプログラム制で行ってきた。本来、総合診療専門医が専門医なので、総合診療専門医が増えればその人が担いつつその領域を専門医とタックを組んで行うべきだし、そうでなければ育成できない。地域や総合医ならではの考え方を教え込むのは総合診療専門医の役目。だが一方で現在は過渡期的状況で学会にて教育を受けた指導医は多くない。過渡期で普及のパイを増やす局面において他者の力を借りる必要があり、内科や小児科の専門医に手伝ってもらうことになるだろう。

Q. プログラムを作れば一つの病院で総合診療専門医の育成ができるのか。

A. 総合診療研修は、診療所と中小病院が必須。「中小」としたのは、そこを曖昧にしている。大きな病院といえどどうかはまだわからない。

Q. 専門医制度報告書にある男女問わず出産・育児・介護と専門医の取得が両立できるような仕組みとは。

A. まだ検討していない。19の基本領域に誰もが所属するという話になりこの問題が浮き彫りになる。女性医師のステータスを作れていないのは我々の責任。継続しにくい現場がある。かなりの柔軟性が必要で専門医制度もここが重要になるだろう。

Q. 総合診療専門医と卒前教育の話が絡む。卒前教育をきちんと行えばかなり解決するのではないかと。

A. 医学教育は、卒前教育の不備により皆犠牲を強いられている。医学部長会議の代表者が専門医制度委員会委員として入っている。コンビデンス?を含めた確定がなされた後に、逆算する作業に入り学生レベルでどうするか議論される。

Q. 3次救急病院に総合診療専門医は必要か。

A. 大病院と小さな病院、医師の充足地域と過疎地には地域差がある。どの病院もプライマリ・ケアの役割を果たしていると認めて、病院の機能区分が始まった。それと連動させないと。大病院、中小病院、診療所となっているが、ベッド数では計り知れない。各病院の役割をみる必要がある。

Q. 将来、地域の医師の偏在をなくす手段に使われる危険性はないのか。

A. 偏在を危険性と考えるのか。我々は国民のためにあるべき。医師にとって危険という前に、国民の医療をどう支えるのが第一。その中で我々の主張を最大限に入れる流れを作らないと難しい。

地域偏在については、要するにインセンティブ、強制配置の問題は、オフレコだが地域枠の使い方。地域枠は行政とのタイアップでいく。医師が官僚統制に組み入れられるリスクではなく、地域枠の先生方が自治医科大学の一時期のようにある地域へ放り込まれて、ソロプラクティスでやれなどというところへ落とし込まれることをリスクと考える。皆が支えて地域のために活躍してもらう仕組みをきちんと作らないと地域のためにならない。それがうまくいけば、僻地問題は片付くだろうが、専門医の問題とは直接関係ない。

Q. 現在、研修医をもつ病院経営は、安い賃金で働く若い人を集められるかがポイント。後期研修が義務化されると更にそれが進み、若手医師は専門医取得のため都会へ向かい、尚更医師の偏在に繋がり、後期研修という名のもと若手医師の収入も減るのでは。

A. 病院のリクルートがどう動くかは全くわからない。急性期病院のベッド数削減を国は進め、地域包括ケア病棟や後方支援病院の話が出ている中で、後期研修をどこでさせるかは、教育関連病院の話とは別。総合診療専門医を量産するというのは、総合診療医がいないと急性期中心となる。総合診療専門医育成の必須条件は総合診療を行う現場での研修。そこを地域病院へ落とし込む仕組みだろう。

