



平成26年度 福岡県医師会勤務医部会研修会 第7回 研修病院と研修医の交流会

【と き】 平成27年2月28日(土) 15:00

【ところ】 博多都ホテル



シンポジウム

テーマ「どこまで進んだ？ 新専門医制度」

座長：福岡県医師会勤務医部会委員会委員長 有馬 透

新専門医制度の現状と課題

鹿児島大学医学部麻酔・蘇生学教授／
日本麻酔科学会常務理事・教育委員長／鹿児島県医師会理事
上村 裕一

2年後に日本の専門医制度は大きく変化するが、その理由は現在種々の専門医があり、国民の立場から見ると透明性に欠けているからである。そこで、昨年、日本専門医機構という第三者機関(中立機関)ができ、そこがプログラム審査と専門医の認定を行うこととした。ただ、その目的の中には専門医や各診療科、地域偏在をコントロールする意図も含まれていると考える。

新専門医制度の基本領域は18科で、それに新たに総合診療科が加わる。総合診療専門医は、専門医認定機構に検討部会がで

き、学会ではなく機構がプログラムをつくり、概要が26年度中に確定する。現状では、3年間のプログラムで、基本診療科の内科6カ月、小児科3カ月、救急3カ月が必須であり、その後関連診療科の外科などを回る。さらに診療所や中小病院の研修を半年、それから総合病院の総合内科などで研修を半年行う。

基本領域の次の段階である、サブスペシャリティは29科あるが、麻酔科の先生は内科のサブスペシャリティは取れず、集中治療専門医しかとれない。それぞれの基本診療科の専門医が、どのサブスペシャリティを取れるかが決まっている。

サブスペシャリティの専門医は、それだけを主に行うものでなければならぬため、外科の場合では、心臓外科は小児外科をせず、消化器外科は胸部外科をしないため、心臓外科、小児外科、消化器外科、胸部外科の専門医がサブスペシャリティの専門医として認められた。そういう考えで、サブスペシャリティは審査される。

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

平成26年に専門医機構が設立され、26年度中に新しい各領域の認定基準をつくることになっていた。しかし、現在、進行しているのは専門医更新基準の策定で、現在の学会認定の専門医の更新は今年から機構が行う。

また、27度中に各基本領域のプログラムを審査する。平成28年度から専攻医（後期研修医）の募集を行い、29年度から新しい制度で研修を開始する。内科学会は3年、麻酔科学会は4年と様々だが、研修が終わった時点で試験を行い認定となる。

4、5年前から日医生涯教育推進委員会で、総合診療医について議論しているが、日本医師会は専門医機構が認定する専門医ではなく「かかりつけ医」を考えている。日本の場合、専門医の先生は開業したらそれまでの自分の専門以外の疾患も診療する。その先生方は専門医だが、地元の「かかりつけ医」であることが多いので、日本医師会では、そういう先生が地域に貢献する「かかりつけ医」と考えている。

また新たに総合診療医をつくった背景には、医学部に地域枠が導入され、現時点で医学部定員約9,000人のうち1,300人程が地域枠の学生であることが考えられる。地域枠の学生はへき地での診療が義務になり、専門医を取りにくい状況なので、地域枠の先生や自治医大出身の先生が取りやすい専門医という特徴がある。

昨年、日本医師会からかかりつけ医の定義が出されたが、今まで日本医師会が提唱してきた地域の開業の先生方を想定している。しかし、曖昧なので、福岡県医師会の津田先生が全国で初めて福岡県医師会認定総合医（新かかりつけ医）制度を始められた。鹿児島県医師会でも、福岡県医師会を参考に同様のかかりつけ医制度をつくった。この制度により、5年後に創出される総合診療医との区別ができる。

新専門医制度は、その制度を確立することに課題があるが、5年後には総合診療医が出てくるので、このことがより大きな課題になると考える。

新・内科専門医制度

産業医科大学第2内科学教授 尾辻 豊

現在は、認定内科医制度の上に総合内科専門医制度があるが、今後、認定内科医制度はなくなる。総合内科専門医制度は、新内科専門医制度へ変わり、内科指導医も新内科指導医へ変わる。

現在の認定制度では初期研修2年、後期研修1年を経て、所定の要件を満たしていれば認定内科医の審査を受けることができる。その3年後に総合内科専門医の審査を受けることができ、その中の一部の医師が内科指導医を委託される。この制度は平成27年に医師免許を取得した医師にはもはや適用されない。これまで依頼を受けて内科指導医となった人達も時間をかけて内科指導医でなくなる。

これに対し、新内科専門医制度では初期・後期研修の4年を経過したところで病歴を提出し、審査に通れば、1年後に筆記試験があり、合格すれば新内科専門医となる。循環器内科専門医などは、さらにその1年半後から試験を受けられるようになる。また、新内科指導医の資格は、新内科専門医を取得後、3年間のトレーニングを受けた医師が取得する。

これまで13の内科系学会が協議を重ね、昨年12月にカリキュラム案とWeb研修手帳案を作成した。研修カリキュラムでは内科全体の領域を全部で67のカテゴリー（虚血性心疾患等）に分類し、各カテゴリーで最低1例の経験を必須としている。今後は、少な

い領域の疾患のみ経験して新内科専門医になることはできず、内科全般の臨床経験が求められ、これには高齢者医療・腫瘍・内科一般の経験が含まれる。専門医取得に必要な症例の登録はWebを通じて行う。専攻医（新内科専門医を目指す研修医や後期研修医）は自身のWeb研修手帳に経験した症例を登録し、それがサーバーに記録される。その情報を指導医が評価するという方法である。

新専門医取得には、認定された施設・プログラムで初期研修および後期研修を受けなくてはならない。研修プログラムの整備と専門研修施設群の構築がされて、それが認定機構に承認されれば施設認定基準を満たすことになる。専門研修施設群とは、専門研修基幹施設・専門研修連携施設・専門研修特別連携施設で構築され、基幹施設は新指導医が3名以上、連携施設は新指導医が1名以上とされている。現行の施設認定基準の1つに内科剖検体数が年間10体以上とあるが、現況にそぐわないのでこれは変更される。多くの要件を満たす必要があるが、特にJMECCを定期的に開催することが必要であり、現在の開催数では不十分なため各病院で普及を急ぐ必要がある。新しい施設基準への移行について、病床数が400床以上の教育病院の83%は基準を満たすと試算されているので、移行は十分可能である。しかし、幅広い研修が可能な基幹施設数は、九州内でも地域間格差が大きく、基幹施設が少ない地域も出現する。平成27年国試合格者は全員この制度の適用となり、それ以前の卒業生にも適用される。遅くとも平成29年4月には研修プログラムおよび専門研修施設群が認定されている必要があるため各地域・施設で早急な対応が必要である。

医療のエコロジーからみた地域医療と専門医制度

宮崎大学名誉教授／
宮崎市郡医師会病院特別参与 池ノ上 克

平成3年に当時の宮崎医科大学に赴任後、年間約11,000件の分娩をカバーする宮崎県の周産期医療システム作りに着手し、平成10年から実働して現在に至っている。

その中で、宮崎県の分娩5万1,000例（2001年～2005年）を調査したところ、大学病院の総合周産期センターでの分娩は約3%、各地の地域周産期センターで約17%、残り約80%は診療所の開

ともに語ろう、ともに考えよう、ともに行動しよう

業医施設を中心に行われており、妊産婦のリスクに応じた分散がなされていた。

1961年、ホワイトがニューイングランド・ジャーナルに、医療のエコロジーという論文を発表してその概念を示したのが最初と思われる。その内容は、ある地域に住む1,000人を1ヶ月間追跡調査したところ、少し具合が悪いが医師の診察を受けるほどではないという人が約750名、近くの医師の診療を受けて良くなった人が約250名であった。しかし15名程は専門医による詳細な検査や治療が必要であったという結果を示し、この診療の分布を医療のエコロジーと表現したものである。

2001年になり、グリーンが全く同様の調査を行ったところ、この40年間に医療が進歩し、治療対象となる患者さんの重症度も変わったにも拘らずその分布は同じであったことを報告した。

宮崎県における周産期医療とホワイトやグリーンらが調査をしたプライマリケアという医療の内容が異なっても、医療のエコ

ロジーバランスは類似していることが分かる。

また、宮崎大学では平成24年からドクターヘリの運航を開始して全県下をカバーする救急医療を積極的に展開している。ドクターヘリによる災害現場からの患者搬送の状況を重症度スコア別に調査したところ、理論的にはほぼ類似の分布を示した。まだ始まって2年間程のデータで、宮崎県内の厳密な救急患者対応の分布状況の把握はできていないが、地域の救急医療にも医療のエコロジーの姿がみえてくる。

さらに、福井らによる一般市民1,000人への健康問題の発生頻度と対処行動のアンケート調査でも、専門医を必要とする患者数には同様の結果が示されている。

つまり、医療のエコロジーの概念を伴わぬ大病院の専門医志向は医師の疲弊を招き、医療提供体制のバランスを崩しかねない。専門医の養成と同時に、十分なトレーニングを受けた一般総合医の養成も合わせて進めて行く必要があると考えられる。

医師臨床研修制度と 新たな専門医に関する仕組み

厚生労働省九州厚生局健康福祉部医事課長 入江 芙美

今、なぜ新たな専門医制度が必要かという国民のニーズに応えるため、また医師のキャリア形成のためである。この制度は専門家による自律性、プロフェッショナルオートノミーを尊重して設計することになっている。

新制度では第三者機関が各分野の専門医の養成プログラムの認定を行う。プログラム作成には各都道府県の行政、大学病院、医師会等が関わる。都道府県ごとに地域医療支援センターができており、こういった機関が中心となって、地域全体でどのように医師を養成していくかを検討し、それをふまえて専門医養成プログラムを作成する必要がある。プログラムとして、基幹病院が大学病院のような大病院で、一定の期間は地域の中小病院に行くパターン、あるいは医師不足地域の中小病院が基幹病院となるパターンも想定される。

我が国では、高齢化が進展しており、2050年になると高齢化率が40%となり、日本は世界でまれに見る超高齢社会になる。そのため、入院、外来ともに受療率が高くなり、医療ニーズが高まる。また、量だけでなく、医療の質の要求も高まっている。医療の質は「臨床の質」「経営の質」「制度の質」といった要素に分解される。

「臨床の質」について、「専門医に何を期待するか」というアンケートでは、疾患に対する知識、診断の正確さ、治療法への精通、医師としての能力、薬剤の知識を求めるといった回答が多かった。このニーズに応えるためにも、専門医の質をきちんと担保しなくてはならない。

また、「制度の質」については制度の持続性ということが問題となる。社会保障給付費のうち、医療は約3割を占めている。給付が増加している一方で、国の歳入は増えていないため、借金で賄っている。債務残高を国際比較すると、日本は他国よりも圧倒的に多くの借金を抱えている。今は太平洋戦争時代と同じぐらいの借金量ともいえる。憲法第25条の第2項に規定されているとおり、国は、公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。制度の維持が至上命題だが、高齢化が進み、単身の高齢者世帯が増加するといった変化が起きており、現行の社会保障制度では対応できないという問題もある。

そこで、昨年、『地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律』が成立し、2025年に向けて都道府県単位で地域医療構想（ビジョン）をつくることとなった。上記法律には、国民側、つまり医療を受ける側の「医療を適切に受けるよう努める」という責務も盛り込まれた。

医師の役割については、医師法の第1条において、「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」とされている。医師は社会的資源ともいえ、1人の医師を養成するのに数千万～一億円かかるといわれる。その医師が、地域、診療科に関し偏在していることが今の課題となっている。今後は、医師としてのキャリア形成と地域医療の貢献を両立させる仕組みが必要になる。

緒方洪庵が紹介した言葉に、「人の為に生活して己の為に生活せざるを医業の本髄とす」とある。自分のキャリアを考えることも重要だが、今後は地域枠の学生だけではなく、全ての医学生が地域全体の医療のことを考えて、キャリアを積んでいくような状況になればよいと思う。

(4) 勤務医のつどい

ディスカッション

【質問】 大学病院と大学以外の病院での研修において、優位性に違いがあるか、「専門医制度は大学内での研修を義務づけるものではないか。すなわち、必ずどこかの医局へ所属することになるのではないか。

上村 大学以外の病院で専門医研修も可能だが、プログラムをつくれるのは大きな病院、大学がメインなので、大学中心の医局システムに戻る可能性はある。麻酔科学会では2年早くプログラムを募集したところ、全国で174の応募があった。大学が80なので、大学以外でも同じくらいの数のプログラムができた。

尾辻 内科も同じで、大学や大病院がメインでプログラムを作成している。ただ、大学医局への入局は必須ではない。

【質問】 複数の専門医資格を取得することは可能か。

入江 明確に禁止しているわけではないが、各分野の専門医の基準をクリアする必要がある、事実上は難しくなると思う。

尾辻 新内科専門医と総合診療専門医のダブルボードを実現させようとしているが、具体的にはまだ見えていない。

【質問】 病院の奨学生の場合を含み、地域枠の医師の場合は単独の病院だけの研修では専門医を取得できない可能性があり、その場合の対策をどうすべきか。

上村 地域枠は、県によって条件が異なっている。

鹿児島県の場合は、指定地域の病院での勤務との規定があり、その中に大学病院も鹿児島市立病院も入っていないので、専門医が取りにくい。地域枠の学生は、各県によって義務内容が違うので、状況によって対策を考えないとい

けない。

【質問】 総合診療専門医についてはどこまでわかってきているのか。基本領域とサブスペシャリティとの関係はどうか。

上村 総合診療専門医は、専門医機構の中の委員会で議論されているので、今後1年で具体的な情報が出てくると思う。

池ノ上 総合診療専門医はハイレベルであるべき。またエコロジーの観点からいうと専門医の養成と同時に十分なトレーニングを受けた一般総合医の養成も合わせて進めて行く必要がある。

【質問】 機構はプログラムを認定する際、地域や診療科ごとの専門医の数がわかるので、将来的には定員や地域の制限ができるのではないか。

入江 新専門医制度は、地域医療の維持、医師の地域偏在への対応といったことも目的としている。直接的な数の制限ということではなくとも、ある程度、地域ごとのニーズに見合った数の専門医養成という方向に動くと思う。

【質問】 新専門医制度をつくるに当たって、2025年、2050年まで進行したときに、医師数のシミュレーションをして議論をする必要があるのではないか。

入江 新専門医制度の基本方針として、プロフェッショナルオートノミーを尊重するところがあるので、行政ではなく、実状を把握している各学会、各診療科の先生方が決めることが重要だと思う。一方で、患者さん側の意識によっても必要数は変わってくるかもしれない。

ご 案 内

福岡県医師会認定総合医 (新かかりつけ医) 制度のご案内

本会では、平成26年2月に福岡県医師会認定総合医（新かかりつけ医）制度を創設いたしました。

専門医制度の見直しにより、18の基本領域の専門医が決定され、新たに「総合診療専門医」が19番目に追加されることになりましたが、今後、新たな専門医制度による専門医の日常臨床現場への登場を考えると、福岡県医師会では、新たな専門医制度を見据える一方で、**地域で学校医や検診等に従事しており、総合的な診療能力を発揮している「かかりつけ医」を医師会がきちんと評価し、支えなければならない**と考えました。**本制度は、福岡県医師会独自の取り組みで新専門医制度とは全く異なるものであります。**

日本医師会認定生涯教育制度に則り、自己研鑽を積みながら、地域において保健医療活動を行い、地域医療に貢献されている医師こそが、かかりつけ医として信頼できる医師であることを医師会が評価し、医療の質の担保を行うことで地域住民から信頼される「かかりつけ医」を確立することを目的としております。

本制度の申請資格は、まず、日医生涯教育認定証取得者としておりますので、ぜひ日本医師会生涯教育制度の単位・カリキュラムコードの取得をお願いいたします。

1. 資格について

- 1) 福岡県内で医療活動を行っている医師であり、福岡県医師会が行う本事業の趣旨に賛同するもの。
- 2) 福岡県医師会の「かかりつけ医の努め」を目標に日常診療に従事すること。
- 3) 福岡県医師会の「新かかりつけ医宣言」ポスターを施設内に掲示し、宣言を遵守すること。
- 4) 日本医師会生涯教育講座の受講を必修とし、認定証を取得していること。
- 5) 地域保健医療活動に会員は1つ以上、非会員は2つ以上従事していること。

2. 認定について

- 1) 認定期間 3年間
- 2) 審査委員会において資格要件を審査し、承認された者に対し、認定証を交付
- 3) 審査手続き料 会員：無料、非会員：10,000円
- 4) 登録料 会員：無料、非会員：25,000円

3. 申請について

例年12月末頃、日医生涯教育認定証取得者に対してご案内を行います。申請書にご記入のうえ、同封しております返信用封筒にて地元医師会へご提出ください。

ともに語ろう、ともに考えよう、ともに行動しよう