

◀◀ 新春座談会 ▶▶

新専門医制度と県医師会

福島県医師会 会長

佐藤 武 寿

福島県立医科大学附属病院病院長

齋藤 清

福島県医師会 副会長

星 北 斗

福島県立医科大学

医療人育成・支援センター長

大谷 晃 司

福島県医師会 常任理事 (司会)

渡部 康



司会 平成31年福島県医師会「新春座談会」を始めさせていただきます。私、司会を務めさせていただきます福島県医師会常任理事の渡部康です。どうぞよろしくお願いいいたします。

まず始めに、佐藤会長より一言ごあいさつをお願いいたします。

あいさつ

会長 新年明けましておめでとうございます。平成最後の新年となりましたが、皆様には清々しい年を迎えられたことと存じます。



本日の新春座談会は県医師会の恒例となっております。毎年その時々々の時勢に応じたテーマを設定し、テーマに関して造詣の深い方々をお招きして座談会を行っております。

本日は、お忙しい中、福島県立医科大学付属病院長の齋藤清先生と福島県立医科大学医療人育成・支援センター長の大谷晃司先生にお出でいただきました。どうぞよろしくお願いいいたします。

今年は「新専門医制度」をテーマといたしました。ご承知のように新専門医制度は当初の予定では平成29年がスタートの年でありましたが、このままでは大学病院中心の研修システム等により医師の地域偏在が一層進むなどの懸念が広がり、1年の制度見直しを経て平成30年4月からスタートしました。

この新専門医制度は、医療者である我々医師にとって大変重要な仕組みですが、医師不足にある福島県の地域医療現場においても専門研修の受け皿体制や専攻医の動向に応じて大きく影響を及ぼすのではないかと考えてい

るところです。この制度がこれからどのように進展するのか予想がつきませんが、本日は新専門医制度が始まった経緯や現状などを織り交ぜながらお話をお聞きできればと思っておりますので、よろしくお願いいいたします。

司会 ありがとうございます。

それでは始めに、会長からのお話にありましたように新専門医制度が始まった経緯について、大谷晃司先生からご説明いただきたいと思えます。

新専門医制度の経緯

大谷 大谷でございます。よろしくお願いいします。

まず、新専門医制度が始まったそもそも論ですが、一つは、多種多様な専門医が乱立していて、医療の受け手側である国民からすると非常にわかりにくいという議論がありました。もう一つは、従来の専門医制度は各学会がそれぞれ独自に認定や更新を行っていたので、そこに第三者的な評価が入っておらず、専門医ごとの質の担保がなされていませんでした。また、学会が乱立しているがゆえに相互の関係性もよくわからないという課題もあり、それではよくないだろうということで見直しが始まったと理解しています。

歴史を振り返ってみますと、1962年、東京オリンピックの前に麻酔科学会が麻酔指導医制度を発足したのが専門医制度の始まりと言われております。その後、次々と専門医等の仕組みづくりが行われ、全診療科に関する専門医制度の在り方についての議論も40年近く前の1980年から始まっておりました。しかし、実際に具体的に動き始



めたのが2002年になってからです。その後皆様方がご存じのように、2014年に新たな第三者機関として「一般社団法人日本専門医機構」が設立され、「専門医制度整備指針」が公にされて、それに基づいて各学会がプログラムを作るという形で、平成30年4月から19の基本領域で構成される「新専門医研修プログラム」が始まったという流れになります。

「専門医」と聞くと神の手のような、何でもできるスペシャリスト、スーパードクターをイメージされるかも知れませんが、そうではなくて、もともと質の担保をしっかりしましょうということが始まっていますので、それぞれの領域で標準的な医療をしっかり提供できる医師と定義されています。

実際の専門医の教育については、基本的には「研修プログラム制」を採用して全国どこにいても一定水準以上の研修が受けられることを担保として、プログラムの中で基幹施設と連携施設で研修施設群を構築し、専攻医が地域の病院をローテイトして地域に密着しながら養成していきましようということになっています。

司会 ありがとうございます。

只今のご説明でご質問等がありましたらお願いいたします。

従来の制度と新専門医制度との違い

星 この制度については、議論が二転三転しましたし、専門医機構そのものも態度が定

まらなかったこともあって、非常にわかりにくいですね。また、社会医学系専門医については、基本診療領域ということで主に臨床系をやることになったと聞いて



ていますが、社会医学系だけが先にフライングスタートしたということでさらに複雑になってしまいました。こうした状況を考えると、これからの専攻医はもちろん、現在専門医を持っている先生方に対しても、制度に関する基本的なメッセージがちゃんと伝わらなければいけないなと思っているところです。

そこで、これから自分がどうやって新たな専門医制度に巻き込まれていくのか、専攻医はどのようになっていくのか、このあたりについてもう少し踏み込んだ解説をお願いできますか。

大谷 非常に難しいご指摘ではありますが、従来の専門医養成との違いの観点から申し上げますと、「カリキュラム制」から「プログラム制」に変わったということが非常に大きな点だと思います。これまでは、各学会が研修カリキュラムを作成し、到達目標を定め、それを達成した段階で受験資格を得て試験を受けるという形態で何年かかっても良い仕組みでしたけれども、新制度は、年次ごとの研修プログラムを定め、一定の年次で何をどうやっていくかということがしっかり組み込まれており、ベルトコンベアー方式といえますか、一度乗っかって研鑽を積めば3年ないし4年でしっかり専門医が取れますよということになるということですね。

星 従来の養成方法と比較してみてもはどうでしょうか。

大谷 従来では、例えば内科を目指そうとした場合でも、その特定（1箇所）の研修先で外科の勉強や麻酔科の勉強などをやりながら、最終的にそれぞれの専門医を選ぶということが可能であったわけですが、新制度では、基本的には応募して採用された専門医の研修プログラムに沿って研修施設群で研修を行いますので、今後は1カ所で研修ができないようになります。具体的にいいますと、この病院は症例数の関係や指導医の関係でこの研修

はできませんとなると研修場所が他の施設に移ります。また、研修内容によっては、極端なことをいうと1～2カ月単位でどんどん変わっていかねばいけないこともあるかもしれません。特に短期間の研修は、専攻医に負荷がかかるだけではなく、専攻医を受け入れて頑張ろうという地域の病院にとっても負担になりますし、当然事務的なことも煩雑になるでしょう。さらに、1人の患者さんがある一定期間しっかり診ていくことができないという課題もあると思っています。そういう観点からすると新制度はまだまだ不備な点はあるのかなと思いますが、一方で良い点としては、どの研修プログラムに乗っても、全国津々浦々、最低限度の研修内容はみんな必ず経験できることになりますので、専門医の質の均一化は図られると思います。

今、新制度に変わったことで全国的に指導医や研修施設に混乱が生じているようです。しかし、逆にいうとこのタイミングだからこそ、我々福島県内の指導医や研修施設が、教育的な技法、あるいは指導の仕方を新制度にうまく切り替えていくことができれば、福島県の強みは生かせるのかなと考えています。

指導医や専門医の維持・評価等

星 新制度での指導医や専門医の維持や評価はどうなっていますか。

大谷 実はまだあまりはっきり決まっていません。そのために、制度を走りながら決めているところが非常に不安なのかなと思いますし、それが指導にも自分の研鑽のほうにも悪影響を及ぼしているのではないかと考えています。

星 そうすると、基本的には今の初期臨床研修のようなイメージに近いわけですね。今、指導医講習会をやっていますが、指導医にスキルを与えて、ある程度資格を持たせて、それを専門医版に移行するというイメージがい

ちばん近いですか。

大谷 近いと思います。ただ、初期臨床研修と違うのは、必ず基幹病院以外のところでも研修をするというところが違います。地域の医療を支えるということですから。

星 わかりました。次に、社会医学系の状況について少し説明していただけますか。

大谷 社会医学系は、ご存じのように、社会医学を担う人材確保が全く進んでいないので、専門医制度のごたごたをうまく見越して、将来は医療行政に就けるような人たちを養成しましょうという形で進められました。福島県の場合は、幸いにも毎年数人ずつ、初期臨床研修が終わったあとに専攻医が入って来てくれています。ただ、実際には、日本専門医機構の認定はされていない学会独自の仕組みなので、今後、その位置づけがどうなっていくのかという点が不安なところです。

星 そうですね。ただ、社会医学系の協議会はあるわけで、それぞれの社会医学の専門団体の基本プログラムがあって、その上にそれぞれのものが乗るという形はできているわけですから、社会医学の人材確保に結びつけていくことが非常に重要だと思いますが、公衆衛生や予防医学、産業衛生、法医学もそうでしょうか。

大谷 おっしゃるとおりです。今、法医も全然足りません。従来だと複数の専門医を持っていて、それなりにみんな幅広く専門医を維持していましたが、恐らく新制度では一つの専門医取得・維持が精いっぱいになると思います。

星 そうすると、例えば、整形外科でいえば、従来は整形外科の専門医を持っている医師がリハビリの専門医も取得するというケースもあり、こうした場合に患者の側から見ると、同じ先生に手術をしてもらってリハビリもしてもらえというのは安心感がありますし、病院側にとっても、少ない人数で効果的

な医療サービスができ非常によかったわけでは、一人一専門医になると、整形外科の専門医とリハビリの専門医を両方採用するというので、患者側、病院側の負担が大きくなる可能性が考えられますし、加えて診療現場での連携なども難しいことになると思いますね。

大谷 もう一つ、今、社会が医療人に求めているのは、大ざっぱにいうと、新幹線や飛行機の中で「お医者さまはいますか」と緊急に言われたときに「はい」と行けるようなお医者さんなんですね。初期臨床研修の目標といってしまうとそれまでなのですが、今度の専門医制度では、ある程度の専門性だけに固執してしまって臨床医としてのすそ野の広がりが少なくなってしまう可能性はあります。

星 今おっしゃったことはまさにそうですが、一方で、今度は総合診療という領域が出てきて、総合診療専門医を持った人だけがかかりつけ医になって地域でやれるんだと誤解をしている人も多くいます。そのようなシステムでは日本の医療は絶対に立ち行きません。外国の例を見ると医師の半分くらいが家庭医なんですね。しかしながら、今の日本で今後、半分は家庭医で、もう半分は専門医でやりましょうというようなことに置き換わるはずがないと思っているのですが、総合診療をやっている医師は、日本にもやっとこの時代が来たと言います。このあたりはもう少し冷静に見ないといけないような気がするんですが、大谷先生どうですか。

大谷 おっしゃるとおりです。例えば、福島県も地域に出ますと70～80歳代の先生方が第一線で働かれていて、そういう人たちの助けなくして地域医療は成立しない状況にあります。そういう先生方に、資格がないからだめだというわけにはもちろんいきません。今後、若い世代は当然、総合診療医や家庭医として、あるいは地域医療に専念して頑張るぞと

いう人たちが出てきて、少しずつ置き換わっていくのは当然あるかと思いますが、残念ながら、その移行期間におけるトランジショナルゾーンの扱いが今のところ見えてこない。このことは、まさに星先生が問題提起をされたように従来型の専門医が今後どうなるのかということに結局繋がってくるのかなと思います。

司会 齋藤先生は新専門医制度についてどのように受け止められていますか。

齋藤 私はそんなに従来の制度と変わらないのではないかなと思います。例えば、私は脳神経外科ですが、脳神経外科は昔から専門医制度をやっているもので、今回の新専門医制度になっても制度はほとんど変わっていないんです。また、脳神経外科の専門医が病院で十分やったからもういいかなということで開業され、地域の医療に入っていく医師もありましたが、新専門医制度になってもそれができなくなるわけではありませんから、形態は同じではないかと思っています。

大谷 確かに、そうした移行期はいいと思いますが、将来的に脳神経外科の専門医を維持しようとする場合には、5年間の中に手術症例を何例とかという形になって専門医を維持できなくなるケースも考えられますので、それに代わるものがあるかということが重要だと思います。

司会 ありがとうございます。ここまでで佐藤会長、何かございますか。

新専門医制度と医科大学医局との関係

会長 新専門医制度についていろいろと皆さんのお話をお聞きしましたけれども、制度がスタートしたばかりということで、未だ明らかになっていない部分が多いことや、制度が十分に広く浸透していないことによる誤解が生じていることに、少し不安を感じたところです。ところで、新制度と医科大学の医局制

の関係はどの様になるのか教えてください。

大谷 これまで後期研修医は「医局に入る」という表現をしていましたけれども、これからは、医局に入るのではなく「研修プログラムを選択する」ということですから、例えば整形外科を希望する医師は、皆さん整形外科に入局したわけではなく、整形外科の研修プログラムを選択したということになります。そして、研修プログラムを終えて専門医の試験に受かると、そこで整形外科の専門医となり、そのあとどうするかはまたそこで考えるということになります。佐藤会長のご質問については、実際のところ、医科大学において専門医を取るまでは講座に属し、なおかつ地域医療にも貢献してローテーションでいろいろなところを回っているの、基本診療科については研修プログラムを選択した段階で、その講座に属しているという意識をみんなは持っていると思います。

星 新制度と学位取得との関係ですが、学位はこの新制度とは別の次元で取得するというので、医科大学の学位制度はこれまでどおり維持されると理解すればいいのでしょうか。

齋藤 私はそのように思っています。例えば、脳神経外科では4年間の専攻医の期間がありますけれども、1年間は勉強のためにほかのことをやって大丈夫ですので、基礎のほうへ行って研究して学位を取る人もいますし、研修プログラムをやりつつ並行して研究をして学位を取る方もいます。ですから、そこは今までとあまり変わっていないですね。

星 わかりました。それを心配している人

もいますので。

司会 ありがとうございます。次に、こういった新専門医制度を福島県の医療にとって有用なものにするためにはどのような取り組みが必要か、ご意見をいただきたいと思います。まず県医師会としては今後どの様に関わっていったらいいのか、会長からお願いします。

医師会とのかかわり

会長 医師会自体は直接教育・育成に携わる立場にはありませんが、新専門医制度では、各都道府県に都道府県協議会を設置して、地域医療確保の観点から、研修プログラムの事前協議を受けることや研修施設や募集定員等に関して必要な意見を行うことができると聞いております。この協議会には県医師会も参加しておりますので、こうした場を通じて県医師会としても積極的に関わっていきたいと考えております。また、先ほどから出ています指導医についても業務負担の問題や確保の問題もありますから医師会全体で取り組んでいくことが必要と考えております。その他の点について、星先生どうですか。

星 何点かありますが、1点目は、先ほどありましたように、専門医の看板が外れたあと開業してかかりつけ医となっていくというときにこそ、私は医師会が大きな役割を果たすべきだと思っています。

初期臨床研修医も地域医療を学びなさいと言われておりますし、新制度における専攻医についても、一般的な症例や地域の医療を学ぶ時間を設けなさいと書いてあるところをみると、私たちは無関係ではなくて、開業している先輩医師と専攻医が関わる部分はこれから出てくるでしょうから、我々はかかりつけ医という専門性を持ってやっているという現場の姿を見せ続けていくという役割が出てきますし、一方で、かかりつけ医の養成やかかりつけ医の質の向上を図っていくことも医師会



にとってはとても大きな役割の一つだと思っています。

2点目は、多職種連携の話です。2021年に福島県立医科大学に理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、診療放射線技師を養成する新学部ができます。3学部による医療関係職育成の総合大学となるわけです。私は以前、福島県立医科大学にも協力をいただいて、県内の各医療関係職種の養成機関が力を合わせて学部教育の段階から多職種連携教育をやりましょうという話をさせていただき、今後実践に移していくこととなります。これと同じニーズが今後初期臨床研修やもしかしたら専門医研修の段階でも起こってくると考えています。その際に、医師以外の職種への波及対応や連携に向けた調整が必要になってくるわけですが、その調整役は、大学はもちろん、何より多職種連携教育の現場でもある医師会がその役割を果たすようになるのだらうと考えています。

3点目は、今の地域医療体制を維持強化しながら研修体制、研修環境づくりを進めていく際に、教育機関や医療機関の仲介役として医師会の果たすべき役割は大きいのだらうと思います。現在、国主導で医師の働き方改革、地域医療構想の推進、そして地域医療構想を推進するためのツールの一つとして地域医療連携推進法人の普及が打ち出されており、これらの動きは、穿った見方をすると、医療機関の集約化を目指しているとも見えますが、考え方によっては、一つの病院では完結できなくとも地域の複数の医療機関が機能を連携し合って相互に補完できるような仕組みをつくってみんなで共有しましょうという、つまりバーチャルな集約化の推進とも考えられます。医師会では、この広域的な連携を今後促進していく必要があると考えており、その役割を担っていきたいと思っています。

齋藤 これからの医療体制は、病院が連携していかないといろいろな意味で立ち行かなくなるであろうと私も思います。医師会には医療機関の連携実現について、頑張ってくださいと思います。

星 今回の新専門医制度に秘められたメッセージは、地域の中でそれぞれの機関や施設が制度の目的や自分の役割を認知した上で、地域みんなまで連携してしっかりと教育していきましょう、そのためには、各研修病院の指導医もレベルアップしていきましょうというように、一段ずつ階段を上がりましょうということだと思います。みんながそれぞれの立場で機能を高めていくことによって、結果として地域医療全体がいい方向に行きますよというメッセージだと私は受けとめているし、そうでなければこの制度は成功しないと思っていますが、大谷先生、いかがでしょうか。

大谷 まさにそうですね。私が思っているのは、福島の医療の質を上げるには、研修医や学生に多くの医療現場に出てもらい、彼らを接着剤として、医療現場側も若い人と働くのは楽しいと思ってもらえるようなシステムがづくりが第一だと思います。福島県は、残念ながら平成16年度に初期臨床研修医制度が始まったときには立ち後れましたが、今度の新専門医制度は、少なくとも初年度に関して立ち後れはありません。従来どおり、あるいはそれよりも多い専攻医を集めてスタートさせることができました。ここで、医師会や医科大学や病院だけではなく、住民も巻き込んで、福島県でいい教育ができるようにすれば、それは医者だけではなく医療人の最適な教育の場となれば、おのずと人は集まります。さらに言えば、彼らがそこから巣立って国内外で活躍してもらえれば、その話を聞いた人が福島県はおもしろそうだなというようにして一層集まるのではないのでしょうか。ただ、こうした仕組みができるまでおそらく10年はかか

ると思います。問題は、その10年の間に今の状態を崩壊させず維持することであって、我々がどうやって頑張っていくかということに尽きますので、若い人に期待しつつ我々もなんとかやっていきたいと思います。あとは住民を巻き込む運動に踏み込んでいくことさえできれば、福島県は他の都道府県に対して教育に関してアドバンテージがあると思います。

司会 ありがとうございます。座談会も予定した時刻に近づいてまいりましたので、最後に、新専門医制度と医師の偏在、また、指導医の先生方の負担や働き方改革について、



齋藤先生にお話をお聞きしたいと思います。

私自身も中規模の精神科病院をやっておりますが、医師の数もぎりぎりということもあって、非常に負担を考えてしまいます。また、指導医というのは、指導医の前に専門医でなくてはいけないということも大きいように思います。齋藤先生よろしくお願ひします。

医師の偏在や働き方改革

齋藤 新専門医制度における医師の偏在という点では、最終的にどれだけの専攻医が福島県に残ってくれるかにかかっていると思います。要は新専門医制度になろうと従前の制度であろうと、福島県にたくさんの専攻医や後期研修医が入ってくれて、たくさん福島に

残ってくれば医師不足は解消されるということですから、私は、新専門医制度になったことによって偏在の格差が大きくなるとか福島県に人が集めにくくなることは無いと思っています。幸いにも、福島県立医科大学の研修プログラムについては専攻医がだんだん増えてきていますので、今後さらなる増加が見込まれば福島県の医師も全国平均並みに増えていくのではないかと期待しているところです。

それから、指導医の先生の負担という点では、確かに、指導医を維持しないといけないし、たくさんの専攻医が回ってきたときに指導業務の負担も大きくなると思います。しかしながら、それを負担とってしまうと楽しくないので、負担と思わずに、若者と一緒に仕事をして楽しいと思って教育していただければいいのではないかと私は思っています。

一方で、働き方改革ですが、これは新専門医制度と関係なく本当に大きな問題です。労働基準監督署の言うようにやっていたらこれまでの医療は成り立ちません。今、福島県立医科大学でも当直をどうするかなど様々な分野で非常に困っていますけれども、今後、医師の健康問題と地域医療の確保の問題の両立について根本的に国に考えてもらいたいと思っています。

司会 ありがとうございます。新専門医制度はスタートしたばかりで、今後、福島県の地域医療にどのような影響を及ぼすのか未知数ではありますが、新年の明るい希望として、福島県立医科大学を始め研修施設群の今後のご活躍をご期待して、本日は、ここで座談会を終了させていただきます。