

臨床研修病院の立場で地域と中央、 新専門医制度から思うこと



斗南病院 院長

奥芝 俊一

右肩上がりの時代から少子高齢化社会で人口が減り、社会も縮小する経験したことの無い時代に急速に向かっていますが、医療の世界もロボットによる手術支援、画像によるシミュレーション、遺伝子治療などかつて夢物語であったことが現実となり、これらをうまく使って乗り越えていくことが求められています。これまでは低負担、高福祉で皆保険制度を維持し、高度に進んだ医療を提供していくことが当たり前でしたが、すでに少子超高齢化で財政も余裕がない状況では経済的なことを無視してすべての人に高額な高レベルの医療を提供することは難しい状況になっています。

2025年には団塊の世代が75歳以上になり、国民の5人に1人が後期高齢者という超高齢社会がすぐそこまで来ており、総人口は減少、慢性的な疾患を多く抱える高齢者や要介護人口は今後10年足らずで1.5倍になるといわれています。これからは75歳以上の人口が東京圏で2倍、大阪圏1.8倍になるといわれていますが、北海道はどうなっていくのか？北海道の人口も縮小し、地域と中央の医療の格差はますます顕著になると思います。

これらの状況を踏まえ、国からは地域医療構想による医療ニーズの見直しで集約化、地域全体で支える方向性が示されていますが、はたして経営母体が異なる病院が譲り合えるのか先行きは不透明な状況です。また、治療対象の年齢が65歳から80歳へと高齢化し、患者層の変化がすでに起こっていますが、今までの治すこと、救うことから治らないことも想定した治療を患者・家族、そして医療者側も受け入れていく意識の改革はかなり遅れています。日本の将来の急激な人口減少は患者さんがいずれ臨床の現場から劇的に減っていくことにもなりますが、現時点では高齢化に伴った右肩上がりの医療費の推移は変わっていません。医療に係る経費を誰が担っていくのかの議論は先送りになったまま高額な医療費は増え続けていき、治す治療から支える治療へ、急性期医療から慢性期医療へ、そして在宅への流れとなるので医療費・介護費の自己負担は必然的に増えることを患者・家族、そして社会も認識することが必要です。

この厳しい医療の世界で医学生・研修医はどのような分野で社会に貢献できるのかを熟慮し、われわれ中堅、ベテラン医師はどのように彼らを教育し育成していくのか？このような混沌とした中で若手医師の将来を方向付ける日本専門医機構が立ち上が

りましたが、情報共有不足、準備不足でいったん挫折したことは一層混迷に拍車をかけています。しかし、とりあえず昨年度より新専門医制度はスタートしました。いまだ新専門医制度がこのまま継続できるのか、さまざまな変化への対応ができるのか？地域の医師不足の対策の一つである医学部新設や定員増が北海道の医師不足の解消とどう結び付くのか？地域枠の学生をどう適正配置していくのか？多くの課題が積み残されています。

われわれの研修医時代を振り返ると、将来のドクターフィに繋がるのではと期待して認定医、専門医の資格取得に努力してきましたが、今もってドクターフィが付くこともなく、結局、専門医を取っても学会に支払う金額が高くなっただけでした。現在は研修修練施設の認定に科される「専門医が常勤していること」の条件をクリアすることで若手の研修には寄与していると思いますが、個人的には投資に見合った益がないのが実情です。このたびの新専門医制度も結局学会に依存する形で始まっています。また、出産、妊娠のキャリア形成を考慮せず、女性が専門医を取得しづらいため、完全プログラム制の条件を緩和し、カリキュラム制の導入も一部認めることになりました。また、ダブルライセンスは認めないとしていましたが、逆に専門医取得は必須ではないなどと迷走し、どこが今までの制度と違うのかよく分からなくなっています。

19の基本学会を選んだ理由も経緯も私自身はよく理解できません。外科、内科のメジャーな科をある程度経験したうえで各科に分かれて研修を積むことは昔から行われてきましたが、マイナー科だけ行う専門医の研修育成は早期に専門医取得を目指す医師の集中に繋がり、これから人口減になる日本の中でマイナー科がどこまでの数を目指し、地域に専門医をどう分散させて、適正な数をどのように調整していくのか目標設定がないままの状況です。自主性に任せることは理想ですが、自ら制限をかけないということであれば、専門医を取るためのハードルが高い内科、外科は敬遠され、総合的に診療を行うための医師は減り、いつまでも地域への医師の適正配置はなされません。

新専門医制度ではプライマリーケアを主体とする医師を総合診療科として多く育成する目論みがあるようですが、現在の医学部の大学教育は専門医を目指す方向性が強く、はたして今の体制で多くの総合診療科医を順調に育成できるのか、大学教育の方向性自体を変えていくことは簡単なことではありません。

日本病院会の理事である難波義夫先生が日本病院会ニュース（2018年6月25日）に書かれた「地域医療を担う医師に望む」の中で医学部の学生が実習後の感想文に「内科、外科という大まかなくくりで分けられていることを知り、驚きました」と書いてい

たことに難波先生自身が驚いたことが載っていました。大学教育の中では消化器内科は消化管、肝胆膵に分かれ、循環器内科、呼吸器内科、糖尿病内科、腎臓病内科、血液内科など臓器別の構成になっており、外科も消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科などに分かれています。メジャー科はこれらをすべからく研修して総合的な診療に対応できる内科、外科の専門医を認定します。

一方で大学病院レベルでは整形外科は脊椎、下肢、上肢、手など細かい専門に分かれています。地方ではここまで細かく分化した専門医よりは整形外科を全体的に診ることができる整形外科医が要求されています。また、皮膚科、眼科、耳鼻科などマイナー科の専門医は当直体制から免除されている病院もあるようですが、地方の病院の当直医の数が限られているので、研修医時代にプライマリーケアのできる教育研修を必修で受けているはずのマイナー科の医師にも協力いただいて平等感、連帯感を持った働き方が求められています。リハビリ科、救急科、病理科なども基本学会になっていますが、専門医の希望者は少なく、今後、どのように推移していくのか？われわれの時代では他科を研修する中でその領域に興味を持ち、転向していった医師が多くいました。その経緯を知るだけに卒業してすぐにその分野の医師を育てる方法以外にも、他領域からの参入を受け入れてダブルライセンスを容認する方が、多くの人材を育成できるのではと思います。

2020年から卒後臨床研修制度の見直しで外科、産婦人科、小児科、精神科の必修が始まりますが、こま切れの初期研修が本当に身になっているのか？メジャーな科である程度長く研修して、総合力を持った専門医になっていく方法もありではないかとも思います。大学の卒前教育、Student Doctor制度の意義は医学生自ら臨床の現場を肌身で感じるのだと思います。一方で良質な医師を育てるには医療者側の視点からだけではなく、患者側や社会にも医師の教育、研修について理解していただくことも大切です。

創設された総合診療科ははたして日本各地、北海道の地域の医療を本当に担えるのか？私の勝手な持論としては救急科、総合診療科は内科と外科を基本にまず修練し、その上にオーバーラップしながら研修すべきではないかと思います。例えば、若い頃は外科、内科、救急科で臨床経験を積み、専門医を取得したあとも総合診療科へ移ることが可能なダブルライセンスを容認していくことの方が地域を担える医師を結果的に増やすことに繋がるのではと考えます。地域医療の卒前教育やStudent Doctorが地域の医療の中に入る仕組みが大切ですが、新専門医制度では地域医療を担当し教育できる施設、人数も限られるので、医学部の定員増も医師の適正配置までには相当な時間が必要です。

今年度の新専門医制度の一期生8,409人のうち東京で研修する割合が21.7%を占め、専攻医が中央で研修を希望する傾向は止まっています。m3.comによると2018年度新専門医制度の1次登録領域別採用数を「2014年医師・歯科医師・薬剤師調査」から把握できる卒後3～5年目の領域別医師数(2014年12月31日現在数)と比較し、各科の領域別割合は内科15.2%減、外科10.7%減、整形外科0.5%減、小児科0.2%減の微減。一方、マイナー科は形成外科(28.7%)、眼科(24.5%)、耳鼻咽喉科(16.5%)、泌尿器科(16.0%)、麻酔科(11.7%)のいずれも2桁の増加で「専攻医の内科、外科のメジャー科離れ」が起こっています。北海道の各基幹研修施設へのアンケートから今年度の専攻医の勤務状況は内科21人増の88人、脳神経外科6人増の12人、総合診療科6人増の12人、麻酔科10人減の20人、外科は5人減の33人、産婦人科は増減なく9人と北海道から報告されました。メジャー科の衰退が懸念される新専門医制度はどうなるのかが気になるところで

す。医療の働き方改革が始まるにあたり、これまで以上に医師育成のための市中の臨床研修病院の負担は増えています。これからの医療を支える教育研修の現場の役割を正に評価し、それに対応する環境整備費、人件費、教育費などを必要な最低限の経費として認めていただき、国、行政には財政的な支援をしっかりと確保してほしいと思います。