

## 演題 極端な専門医志向の弊害と対策・地域病院の役割

秩父病院外科 花輪峰夫 守麻理子 大野哲郎 山田正己

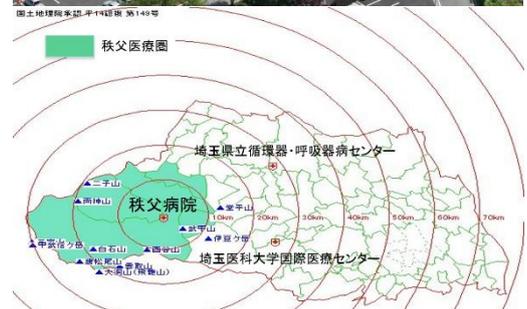
### はじめに

近年の医学、医療の進歩に伴い、地域医療の臨床の現場においても、医療はより専門化、細分化されて来ている。より高度で先進の医療が地域医療に万遍なく行きわたることは、望まれることではあるが、一方で様々な弊害も浮かび上がってきている。

今回我々は地域医療の立場から見た近年の極端な専門医志向の弊害について、1、機能的医師不足・非効率医療 2、専門医制度そのもの 3、風潮と若手医師教育 の3点を取り上げ、それぞれの問題点と対策を検討し、合わせて当院の取り組みを紹介する。

### 当院の紹介と位置・病院全景

当院は埼玉県秩父市にある、一般病床のみ 52 床、常勤医は外科 4、内科 4 名の二次救急病院である。秩父医療圏は人口約 11 万人、面積は埼玉県全体の約四分の一を占める。圏内に 3 次救急病院はなく、高次医療機関への転送には救急車で最低約 1 時間を要する。そのため、4 年前の新築移転に際しヘリポートを併設した。明治 20 年の創立、今年で 128 年となる。



## 背景

医療の高度化・細分化、社会的環境の変化に伴い、外科医を取り巻く環境も多くの変化・変遷が見られる。地域医療を担う外科医を取り巻く社会的環境の変化としては、(表1)に示すこと等が上げられる。

この内、外科医の減少・女性外科医の増加・医学博士から専門医志向へは医師側の変化であり、大学医局人事権(医師派遣)の弱体化等は新医師臨床研修制度によるところも大きく、新専門医制度の発足・急性期病床の削減・DPC/PDPS 制度採用病院の増加・診療報酬上の在宅医療評価・有床診療所への指導および規制強化等は国の医療、保険行政上の変化あるいは国の医療行政に対する明確な意思表示と捉えることが出来る。

これらを踏まえ地域医療を担う外科医は新たな役割を模索する時代に突入したと言える。

### 地域医療を担う外科医を取り巻く社会的環境の変化

- 医学博士から専門医志向へ
- 大外科医の減少・女性外科医の増加
- 学医局人事権(医師派遣)の弱体化
- 新専門医制度の発足
- 急性期病床の削減
- DPC/PDPS 制度採用病院の増加
- 診療報酬上の在宅医療評価
- 有床診療所への指導および規制強化

表 1

次に、外科医が行う医療の変化を(表2)に示す改めて多くの変化があったことに驚かされる。特に鏡視下手術の台頭は目を見張るものがある。

### 外科医が行う医療の変化

- 急性虫垂炎の減少・内視鏡手術・待機的手術
- 痔核・痔瘻手術の減少
- 胃・十二指腸潰瘍手術激減・内視鏡治療
- 十二指腸潰瘍穿孔性腹膜炎激減・非開腹治療
- イレウスは先ず消化器内科でイレウス管
- 大腸ポリープは内視鏡で切除
- 早期胃がん・早期食道がんは EMR・ESD
- 直腸がんの ISR・ISR+ESR
- 乳癌手術・化学療法は乳腺科医
- 外傷患者は救急科医
- 腰椎麻酔は麻酔科医
- 癌の集学的治療
- 胃瘻(PEG)増設の増加
- 多くの手術で内視鏡手術が増加 ラパコレは当たり前、ヘルニア、アッペから食道・すい臓・肝臓癌まで
- 日本内視鏡外科学会技術認定制度

表 2

## 極端な専門医志向の弊害

以上の様々な背景を踏まえた上で、本題に入りたい。(表3)に地域医療において、極端な専門医志向がもたらす弊害を示す。

### 1、機能的医師不足、非効率医療

地域医療の現場では、各科の専門医がそろっている訳ではない。特に夜間二次救急の診療は少数の医師で対応せざるを得ず、来院する患者の多くが専門外である。

昨今「救急患者のたらい回し」が大きな問題となっているが、受け入れ拒否の理由で多いのは、「専門医がいない」というもので、これには「専門外は診ない方がよいという教育、風潮、訴訟が怖いという心配」が基本にあると考える。(表4)

しかしこれは正当な理由にはならない。「触らぬ神に祟りなし」がまかり通るなら、地域医療は崩壊するでありましょう。叱責されるべきは、断ったその行為と責任感の欠如である。守備範囲の狭い医師は全く役に立たない。「救急患者のたらい回しも」機能的医師不足の弊害の一つと言える。

次に、非効率な医療の例を(表5)に示す。複数の大学病院等で麻酔医がいないから手術が制限されている、あるいは小児外科医がいないから小児の虫垂炎やヘルニアの手術が出来なくなったと聞く。小児はすべて小児外科、アテロームは形成外科、痔は肛門外科、腰椎麻酔は麻酔科医。消化器外科一つとっても、あまりにも臓器別に細分化されていると考える。地域医療の現場では非現実的であり、あまりに非効率な診療体制と言わざるを得ない。また、ヘルニアや虫垂炎の腹腔鏡下手術に要する時間の長さやスタッフ数、材料コストも非効率医療と言うことができる。

### 極端な専門医志向の弊害

- 1、機能的医師不足・非効率医療
- 2、専門医制度→医師の地域・診療科偏在
- 3、若手医師教育→医療の本質の欠如

表 3

### たらい回しの原因

- 救急担当医の絶対的不足
- ベッドが満床
- 手術中
- 別の患者で手が回らない
- 専門医がいない
- 専門外は診ない・診たくない
- 医療訴訟が怖い
- 「専門外は診ないことが良し」の意識・風潮
- 若手医師への教育

表 4

### 非効率な医療の例

- 麻酔医不足  
→手術が制限
- 小児外科医不足  
→小児の虫垂炎やヘルニアの手術不能
- アテロームは形成外科
- 痔は肛門外科
- 腰椎麻酔は麻酔科医
- あまりにも臓器別に細分化
- 腹腔鏡下手術(特にヘルニア、アッペ)に  
要する時間・スタッフ・材料コスト

表 5

新医師臨床研修制度は専門特化した診療の弊害をなくす意味から始まったものであり、基本的在り方には「将来の専門性に関わらず、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に着けること」が謳ってある。(表6)

### 新医師臨床研修制度の基本的在り方 (抜粋)

研修医は将来の専門性に関わらず、2年間の医師臨床研修に専念し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身に着けるとともに、医師としての人格を涵養することが求められている。プライマリ・ケアの基本的能力は、従来のいわゆるストレート方式による臨床研修では身に着けることが難しいことから、大病院のみならず、地域医療や地域の保健福祉の現場も含めた幅広い研修が必要としている。

Source : 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討会(平成14年5月22日)

表6

日本外科学会専門医の認定条件は、手術症例数や一般外科医として必要と考えられる分野の研修を規定しているが、医療現場の実際は専門特化された縦割りの診療がなされている。今や一般外科という領域は存在しないのだろうか。(表7)

### 一般社団法人日本外科学会・外科専門医 (抜粋)

到達目標：一定レベルの手術を適切に実施できる能力を修得し、その臨床応用ができる。

一般外科に包含される下記領域の手術を実施することができる。

(最低症例数)

- ① 消化管および腹部内臓(50例)
- ② 乳腺(10例)
- ③ 呼吸器(10例)
- ④ 心臓・大血管(10例)
- ⑤ 末梢血管(10例)
- ⑥ 頭頸部・体表・内分泌外科(10例)
- ⑦ 小児外科(10例)
- ⑧ 外傷(10例)
- ⑨ 上記①～⑧の各分野における内視鏡手術  
(腹腔鏡・胸腔鏡を含む)(10例)

Source : 一般社団法人日本外科学会・外科専門医修練カリキュラム

表7

## 2、専門医制度の弊害

地域医療にとって、医師不足は深刻である。医師不足の原因として、見落とされていることを一つ指摘したい。それは専門医制度そのものである。「専門医の在り方についての検討会(中間まとめ)」(表8)では、現在の専門医の問題点を指摘している。専門医の質の問題として：各学会が独自に運用、認定基準の統一性。専門医の能力について：医師と患者の間に捉え方のギャップがある。その他、特に地域医療の安定的確保の観点から、医師の地域偏在・診療科偏在が近年の医療をめぐる重要な課題としている。

### 専門医の在り方についての検討会「中間まとめ」(要約・抜粋)

専門医の質：

各学会が独自に運用

学会の認定基準の統一性。専門医の質の担保に懸念

求められる専門医像：

専門医としての能力について、医師と患者との間に捉え方のギャップ

地域医療の安定的確保：

医師の地域偏在・診療科偏在が、近年の医療を巡る重要な課題

Source：厚生労働省 専門医の在り方についての検討会「中間まとめ」(平成24年8月31日)

表 8

若い医師が地域病院に勤務する条件・魅力の一つに学会専門医の取得があるが、地域病院の多くは施設基準やスタッフ基準等のハードルがあり、学会指導施設・関連施設の基準を満たすことが出来ない。その結果、若い医師が地域病院へ集まることはなく地方の医師不足現象は悪循環に陥っているのが現状である。これは正に医師の地域別偏在の大きな原因であり、それは即ち、その地域の医療の質に直結している。

新しい専門医制度が発足するこの機会に、日本の医療全体の質の向上という大局的視野に立って、日本専門医機構が地域の実情や特性を踏まえた、きめ細やかな方策をされることを期待したい。

(表9)は当院で研修した初期研修医に行ったアンケート結果であるが、彼等がその後の研修病院を選ぶ条件では、第1に指導医がいること、以下専門医の受験資格が取れること等であった。

#### 研修医アンケート

- 1、指導医がいること
- 2、各種専門医の受験資格が取れること
- 3、症例数が多いこと
- 4、医療の進歩に遅れないこと
- 5、最後に待遇、環境が良いこと

表 9

### 3、風潮と若手医師教育

最後に現在の医療の風潮、その根源となる若手医師教育について敢えて苦言を呈したい。

#### (表10)

まず、先に挙げたように、地域医療においては「訴訟が怖いから専門外は診ない」は非現実的であり、さらに「それを良し」とする教育と風潮は全くの誤りである。まず患者を診ること、トリアージ能力を身に着けることは医師としての義務であると考えます。これは医師法19条で定められている「医師の応召義務」を言っているのではなく、医師としての倫理あるいは気概の問題である。

今や鏡視下手術、器械縫合、様々なエネルギーデバイスが全盛であるが、若い医師達への教育の観点から「何でも鏡視下手術」はいかななものであろうか。開腹も、手縫いも、糸結びも出来ない外科医ができ上がるとすれば、考えただけで恐ろしい。それはもはや外科医とは言えない。「ゲームドクター」と言っても過言ではない。「臓器を診て全身を診ず、病気を診ても人を診ず」「先端を追いかけ、歴史・経緯・基礎を知らず」となれば、医療の本質を見失うことになるであろう。

風潮と若手医師教育
●訴訟が怖いから専門外は診ない方が良い
●何でも鏡視下手術 →開腹も、手縫いも、糸結びも出来ない外科医
●臓器を診て全身を診ず、病気を診ても人を診ず
●先端を追いかけ、歴史・経緯・基礎を知らず
●医療の本質の喪失

表 10

### 弊害に対する対策

さて、その対策あるが、外科領域における第 1 の方策は「一般外科医あるいは総合外科医の養成・復活」であり、地域医療全体からみた場合は「専門性を併せ持った総合医」の育成であると考えている。

「総合医」については、一般社団法人 日本専門医機構による新しい専門医認定制度(表 11)の発足により、2017 年度に刷新される、専門医認定制度があきらかになり、基本領域に「総合診療専門医」が加わり、19 領域となることになった。これは超高齢化社会では、複数の病気を抱えた患者が増え、そのため従来の臓器別診療体制では適切に対応できないため、よくある病気の基礎的な診療を万遍なく行い、必要に応じて専門医につなぐ。縦割りの診療科の弊害を取り除くための医師の養成が目的とのことである。さらに地域

新専門医制度の概要(抜粋)
専門医制度を2 段階制とする。初期臨床研修を修了した後、医師は <b>19 基本診療領域のいずれかの専門医資格を取得することが求められる</b> 。これまで長年にわたり基本診療領域の専門医制度を整備してきた各学会と緊密な連携をとりつつ、専門医の質の一層の向上を目指し、専門医制度の標準化を目指す。
—中略—
<b>基本診療領域は18 領域であったが、「総合診療専門医」を基本診療領域専門医に加えることとなり、その専門医像や研修プログラムの在り方について現在多くの診療領域の専門家を交えて検討が進められている。</b> —以下略
Source : 一般社団法人 日本専門医機構 専門医制度整備指針

表 11

の事情に合わせた対応も行い、医療多職種との連携、包括ケアシステムのリーダーとしての役割も期待されているとのこと。研修期間は 3 年、資格認定は 20 年度からとのことである。

超高齢化社会を迎え、「総合診療専門医」の必要性は理解できるところであるが、「私の考える総合医、ここで言う総合医」とは大分イメージが違う。

(表 12)に私の考える総合医のイメージを示した。

総合医のイメージ
●少なくとも 10 年以上のスパンで養成
●専門性を併せ持った総合医
●器が大きく、懐が深く、成熟度の高い医師
●地域医療を担うことの出来る医師
●その地域、置かれた立場で役に立つ医師
●外科・内科・救急・総合診療等の各専門医を基礎とする

表 12

私は単にコーディネーター的役割を担うのではなく、得意分野を持つことが必要であると考えている。人間でいうなら背骨みたいなものである。総合医は 3 年程度で養成できるものでなく、生涯教育の範疇とも言え、少なくとも 10 年以上のスパンでの育成を考えるべきである。「専門性を併せ持った総合医・器が大きく、懐が深く、成熟度の高い医師」が理想であろう。具体的には外科系、内科系というより「地域医療を担うことの出来る医師、その地域、置かれた立場で役に立つ医師」である。それは、地域の状況や医療環境により、外科、内科、救急等の基本領域専門医を併せ持つか、あるいは新設の総合診療専門医を基礎として、さらに得意分野を修得してこそ「真の総合医」と言えるのではないかと考えている。さらに、サブスペシャリティー領域を併せ持てば理想的である。

## 当院の取り組み

(表 13)に当院の基本教育方針を示す。

「指導医も若手医師も共に学ぶこと」「限界を設けず、領域に囚われず」「総合医としての研鑽と得意分野を持ち、専門医資格を取得する」「患者は断らない」が基本である。『総合医』の育成で最も重要なことは、指導者の意識・考え方・教育方針である。孔子の言葉「温故知新：故きを温ねて新しきを知れば、以って師と為るべし」は指導医の絶対条件と考える。若手医師とは、初期研修医から中堅医師も含め、卒後 15 年、概ね 40 歳までを考えている。

当院の基本教育方針
① 指導医と若い医師が共に学ぶ
② 限界を設けず、領域に囚われず
③ 決して止まらず
④ 基礎の習得から守破離・温故知新を基本方針とし
⑤ 既成概念に囚われず柔軟な思考で
⑥ 総合医としての研鑽と得意分野を持ち、 専門医資格を取得する
⑦ 探究心と冒険心を持って
⑧ 外（他）を知り外（他）に学び
⑨ 得た知識は実行・実践する
⑩ 患者は断らない

表 13

(表 14)に若手医師の基礎教育・具体的取組を示す。

当院は臨床研修協力施設で、初期研修医の地域医療研修を積極的に受け入れ、現在まで 60 名以上が研修を行っている。夜間救急診療を含め、外科内科を問わず、可能な限り広い領域での診療経験を積んでもらっている。外科に関して言えば、当院では、ラパコレを始め、胃切除等、腹腔鏡下手術も積極的に行っているが、主に若手医師の基礎教育という観点から、症例を選び、開腹・手縫い吻合も行っており、アッペ、

ヘルニアについては極度の肥満や患者の強い希望のない限り、敢えて腹腔鏡は行っていない。小児のアッペ・ヘルニアは従来法で、皮膚良性腫瘍、植皮、下腿静脈瘤、痔等も一般外科として行っている。

若手医師に魅力ある病院となるため、積極的に学会修練施設の取得や研修医を含む若手医師の学会発表を行っている。当院は開放型病床を許可されており、オープンシステムも採用しているため、医師会の各科専門医や大学よりの非常勤専門医による指導も行っている。麻酔は麻酔標榜医の指導の基、主に外科医が行っている。また、他院への出張指導、若手医師の受け入れ指導も行っている。

最近、毎朝のスタッフミーティングで、約 3 分間、当院の歴史・現在に至るまでの医療の経緯、手術、手技の変遷等の話をしている。研修医にも出来るだけ過去の診療等について伝えるよう努めている。その他、医師会の講演会、懇親会に参加させ、医師会のベテラン医師との懇親の中で、地域医療の一端を知ってもらうにしている。先輩・指導医が一杯おごり、医療やその他もろもろの事を忌憚なく語り合う飲み会は週に 1 回以上はある。これらは大変好評であり、地域医療研修の重要な教育の一つと考えている。

「新臨床研修医制度の基本的在り方」(表5)を振り返って見ると。医師としての人格を涵養することを求めている。さらに、プライマリ・ケアの基本的能力は大病院のみならず、地域医療や地域の保健福祉の現場も含めた幅広い研修が必要としている。

私は「人を癒す」という意味において、地域の臨床医療が大学病院等に劣っているとは思っていない。また、若い医師の教育や自己研鑽においても同様である。彼らが成熟する上で、地域病院でこそ磨けるものは多く、患者と家族の立場に立った、全人的、社会的、文化的な

### 若手医師の基礎教育・具体的取組

- 可能な限り広い領域の診療経験
- 極力、開腹・手縫い吻合
- 小児のアッペ、ヘルニアは従来法
- 皮膚良性腫瘍、下腿静脈瘤、植皮、痔は一般外科の範疇
- 学会修練施設の取得や研修医を含む若手医師の学会発表
- 開放型病院とオープンシステム
- 大学よりの非常勤専門医・医師会専門医による指導
- 麻酔は外科医
- 他院への出張指導、若手医師の受け入れ指導
- 当院の診療、手術の変遷を伝える
- 指導医と若手医師とのコミュニケーション

表 14

要素を含んだ診療も、地域での触れ合いの中でこそ学べるものであり、『真の総合医』の養成こそが地域病院に課せられた役割と考えている。

## 結語

地域医療には「専門性を併せ持った総合的診療の出来る医師」が必要である。  
このような医師の養成こそ、地域病院の役割である