

# 令和3年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会

## メインテーマ

### 勤務医とともに歩む医師会の覚悟 ～医師会が守るべきもの、変えるべきもの～

と き 令和3年10月2日(土) 14:00～17:00

ところ 京都府医師会館 (Web会議)

主 催 日本医師会

担 当 京都府医師会

#### シンポジウム I

##### 専門医制度の行方

##### ～理想と現実、目的と結果の齟齬～

座長：京都府医師会副会長 **小野 晋司**

コメンテーター：日本医師会副会長 **今村 聡**

元厚生労働省医政局長 **武田 俊彦**

#### 座長・話題提供

##### 「専門医制度～ステークホルダーの変遷～」

京都府医師会副会長 **小野 晋司**

ステークホルダー (stakeholder) とは、企業・行政・NPO等の利害と行動に直接・間接的な利害関係を有する者で、日本語では利害関係者。スタンフォード研究所のコメントによれば「そのグループからの支援がなければ当該組織が存続し得ないようなグループ」のことであり、企業にとってのステークホルダーは、消費者(お客様)・取引先・株主・従業員・地域社会・国/行政。専門医制度を取り巻くステークホルダーは、専門医/専攻医(お客様)・研修医療機関(取引先)・機構社員(医師会・学会・病院団体)(株主)・機構職員(従業員)・地域社会・国/行政がそれぞれ該当する。

2014年、日本専門医機構設立。当初は学会を社員から外して中立性を保とうとしたが、「専門医育成を実際に行っているのは学会である」ことから社員に19基本領域の代表者を加えることが承認された。(制度の主導権：機構 vs 学会)

2015年、後期研修医・指導医から「必要執刀数の上積み、認定基準の緻密化」の求めがあった

が、ハードルを上げすぎないようにしようと議論。専門医は認定のみならず更新もあり、多くの医師が更新基準に興味を持った。(ステークホルダーは若手医師だけではない。)

2016年、社員である医師会・病院団体から「拙速なスタート方針」に疑問が呈され、幅広い視点を大幅に加えて検討必要、専門医取得・更新にあたり過度な負担をかけないことなどが要望された。(制度の主導権から制度の影響へ)

2017年、全国市長会「緊急要望」、地域医療の実態軽視、専門外の診療を敬遠する傾向、中小規模病院での診療が困難になることから、厚労相談話「地域医療に影響する懸念が払拭されていない」として応募状況、専攻医の配置状況について厚労省への報告を求める。(制度の影響として地域医療・医師偏在に焦点)

2018年、新専門医制度において、国が日本専門医機構等に対し、意見を言う仕組みが新設され、厚労大臣が機構を通さず、学会に直接要請ができる枠組みが誕生。(医師偏在対策ツール「シーリング」を前面に制度運用開始)これは、すでに必要医師数を確保できていると思われる都道府県・診療科にシーリング(限度)を設け、採用された一部の専攻医を医師不足の都道府県に派遣し研修させるというものであった。

2021年、医師偏在対策の手詰まり感が出て、初期研修や専門研修制度の中に、医師偏在対策をこれ以上盛り込むのではなく、他の方法を考えたほうが良いとの意見も出された(山口COML理事長)。

「専門医制度」の根幹を支える医療現場の多様な声の反映を。制度の前提として、機構・学会が育成した「専門医」の質の評価を確実に。制度の活用のために、かかりつけ医との密接な連携を。

### 講演1「新専門医制度 市中急性期病院からの視点で」

京都第一赤十字病院副院長／

内科専門医研修プログラム

統括責任者 福田 互

新専門医制度において、すでに必要医師数を確保できていると思われる都道府県・診療科ごとにシーリングが設けられている（京都府の内科も該当）。内科専門医プログラムにおける地域医療偏在対策として、地域貢献率20%の壁がある。

地域貢献率 = 非シーリング地域での研修期間の総和 / 全専門医研修期間の総和

専攻医一名36か月の研修期間中、20%（7.2か月）以上は非シーリング地域で研修させなければならない（6か月1単位では不足）が、その結果京都市近隣病院での連携研修が制限される。非シーリング地域（県）の近隣県のなかで研修環境の良い連携病院確保を要し、かつ専攻医の連携研修希望先は、これら他県の研修環境の良い病院に集中し、京都府北部の医師不足地域の連携病院に行ってくれる医師はいない。地域貢献率とシーリングという二重の規制が該当地域の専攻医、指導医、行政に大きな負担を強いている。府県単位のシーリングでは「都会の田舎」がさらに困っている。

過去3年間の専門医研修の経験から見えてくる現状の問題点：専攻医・指導医ともにサブスペシャリティ教育を偏重する姿勢は変わらず、総合内科や地域医療への関心は低い。医師の地域偏在の問題は解決しないだろう。専門医機構はその機能を果たしておらず、国と学会の間でただ、代弁者となっている。

### 講演2「地域中核病院における外科専門医の育成」

京都府立医科大学附属北部医療センター

病院長 落合登志哉

外科専門医の育成には、多様で一定数の手術症

例数が必要。加えて指導医の存在、学会での発表や論文などを必要とする。都市部以外では地域の人口減少は都市部を上回るスピードで進み、症例数は限られる。

外科専門医のために経験すべき手術・処置等：350例以上の手術手技を経験（NCD登録必須）、うち術者として120例以上の経験。各領域で最低症例数設定。外傷の修練（体幹臓器損傷手術術者3点助手2点、学会外傷講習会受講1点、JATEC受講4点などで合計10点必要）も要する。学術活動として、筆頭者として学会・論文発表、学会参加、研究参加が一定数必要。専門研修プログラムの修了判定後、筆記試験合格が必要。

京都府北部の丹後医療圏は京都府立医大から111km、高速道路使用で1時間50分を要する。同病院の外科医は6名で他病院はそれぞれ1～3名の外科医常勤のみ。夜間、腹部緊急手術は演者病院のみが施行。心臓血管外科、呼吸器外科は近隣の専門医赴任病院に紹介。スタッフは2～3年で移動するため、主治医は複数とし、チーム医療を確立。患者に対して外科全体としては変わらないというスタンスを示した。緊急手術に対応するためには、土、日、祝日は2人オンコールが必要（過重労働、働き方改革に即応できない）。

地域で健全に外科専門医を育成するためには一定規模の人数と症例の集約化が必要。働き方改革に向けて当直体制やオンコール等時間外の勤務を集約化して他病院から力を借りることが可能か検討の余地あり。学会のWeb開催は地域にとっては有り難い面があり、コロナ感染収束後も部分的には残していただきたい。

### 講演3「女性消化器外科医が生き延びることは可能か」

日本バプテスト病院 外科副部長 大越 香江

現在消化器外科学会の専門医は平均39歳で取得。内視鏡外科技術認定医は今のところ消化器外科専門医を取得要件として2階建て、2023年以降は消化器外科学会専門医の上の3階建てとなる予定。消化器外科学会の専門医取得の要件を緩和し34歳程度で取得可能に制度変更する予定とのこと。

専門医への過程において女性外科医にとって妊娠出産時期との兼ね合いは大変悩ましい問題であり、30代前半までに妊娠出産したいという声が多いが、ちょうど外科医としての研鑽を積むべき時期に合致する。パートナーの勤務先との調整もかなり厳しく、別居している外科医のカップルもたくさんいる。不妊治療が必要な場合にはこの両立が大変困難。専門医試験と乳幼児の育児の両立も大変困難である。

ある調査における男女別の産休育児休暇の取得状況は、男性の育休取得19件で、女性の産休815件、育休6,655件。それぞれの母数を考慮すると男性の取得は著しく少ない。女性活躍推進や女性医師支援ではなくて男性の活躍推進・男性医師支援が必要。そういった視点で専門医制度を設計していただきたいと思う。意思決定の場にぜひ女性を加えていただきたい。

外科医には手術技術が重要なので、トレーニング内容のアウトカムを評価する必要がある。専門医取得に必要な執刀数があるのは大事だが、手術室で内容に差がないかということもある程度必要。海外の報告によると男女で執刀内容に差があるかもしれないとの報告あり（例：結腸直腸外科の研修プログラムでロボット手術のトレーニングにおいて、女性指導医が指導した場合は研修医のコンソール参加率（執刀数）に男女差はなかったが、男性指導医が指導した場合には有意に女性研修医の参加率が少なかった）。女性指導医が女性に厳しい、あるいは機会をきちんと与えているのかの検討は必要であるが、女性が指導的立場に立つことで、女性により多く機会が公平に与えられる可能性があるということを示唆している。

専門医制度は、患者が安心して標準治療を受けられるための医師の能力・技術を維持・担保するためのものであり、医師の配置の均てん化（格差の是正を図ること）に用いられるべきものではない。若手の教育だけではなく医師が男女関係なく一生学び続け、知識や技術をアップデートし続けられる制度設計を期待する。また、この制度設計に女性あるいはさまざまなカテゴリーの方々加わることが重要ではないかと考える。

#### 講演4「我が国の専門医教育に求められるもの」

京都大学医学教育・国際化推進センター

臨床教育部門長／教授 小西 靖彦

専門医制度は医療を受ける患者・国民と専攻医のためにある。患者にとって標準的で安全な医療を受けられること、専攻医にとって一人前の専門医になる研修を受けることの2つを満たすために専門医制度がある。しかし、専門医機構はシーリング機関に成り下がり、その存在意義を失った。地域医療の重要性和診療科の地域偏在は重要なことだが、それは専門医機構を出先として使うことではない。

外科学会の専門医で手術数が規定されているが、それは必要条件であって充分条件ではない。Donabedianは、医療の質に構造（Structure）、過程（Process）、結果（Outcome）といった3つの側面があることを述べた。それになぞらえて専門医の質を考えていくと、医師免許を持って外科を標榜していることが構造（Structure）、一定の手術研鑽を積んで専門医試験に合格したことは過程（Process）になる。さて、患者はこの構造と過程の質だけで信頼を寄せるだろうか。しっかりと診断と治療が保証されているかが患者の関心事。知識・技能・適性などについて妥当で信頼性のある評価を示すことが求められる。医学教育の3つの柱は教育法、評価法及びカリキュラム開発だが、学習者の質を決定するのは評価である。

知識や理解力の評価ならば学生レベルの試験でできるが、専門医レベルでは表現力や行動の評価が求められ、その中心となるのは診療現場での評価以外にありえない。

日本専門医機構は、2014年に専門性の整備指針を示し、専門研修での評価の重要性に言及した。学習者（専攻医）の評価については、フィードバックシステムを確立すること、指導医によるものだけでなく看護師など多職種評価を考慮、技能態度領域では診療現場での直接観察による評価を取り入れていくことなどが入っている。これらのことは、研修医や学生の一部でも、ここ数年で、すでに導入されている事項である。

医師・医学生の教育に関してはWFME（世界医学教育連盟）で、BME（卒前医学教育）、PGME

(卒後医学教育)、CPD (Continuing Profession Development) といった、3つの段階の世界標準が公表されている。わが国では日本医学教育評価機構 (JACME) が大学医学部のプログラムの認証を、卒後臨床研修評価機構 (JCEP) が卒後研修プログラムの認証を行っている。日本専門医機構の本来の仕事はこのようにプログラムの認証・評価をして質を保証することである。

専門医制度は2014年に一度立ち止まってからその意義をシーリング機関に見出し、重要な機能を見失った。専門医制度は国民と専攻医のためにあることを再認すべき。患者・国民の関心は、良い医療を支える「専門教育の質」にあり、その本質は妥当で信頼性のある「学習者の評価」にある。日本専門医機構は専門教育に対する世界標準を意識して本来のプログラム評価 (ACCREDITATION: 認定) を開始すべきであり、そうしないと若い世代の将来を潰すことになる。

報告者の感想：連絡協議会当日に山口市の会場にて京都からの配信を視聴、本報告記載時にオンデマンド配信で再度視聴した。今回の講演で、「シーリング」という言葉がキーワードになっており、それを理解しておかないと講演についていけなかった。Netで調べながら繰り返し講演を視聴し、本報告をまとめることで専門医制度の現状の問題点が少し見えたように思う。

コロナ禍で移動や学会参加の自由が制限されているが、演者が発言されていたように、学会等のWeb開催は地域にとっては有り難い面があり、コロナ感染収束後もぜひ残していただきたい。

[報告：勤務医部会企画委員長 弘本 光幸]

## シンポジウムⅡ

### 研修医、若手医師に対する医師会の本気度を問う

座長：京都府医師会理事 加藤 則人

コメンテーター：日本医師会常任理事 橋本 省

シンポジウムⅡでは、研修医・若手医師に対する京都府医師会の取組みが紹介された。

## 講演1「医師会と若手医師教育」

京都府医師会理事

元 京都府医師会若手医師ワーキンググループ／

京都第二赤十字病院消化器内科 堀田 祐馬

講演1では、研修医期間中にだれもが抱く自らの成長への不安に対し、研修医の主体的な活動を医師会が支援し発展させた事例について紹介された。演者の先生自身が上記の不安に対し、近隣病院の研修医と情報共有し、研修医自らが勉強したい内容について企画・運営する「研修医の研修医による研修医のための研修会：京都府北部研修医ネットワーク」を立ち上げられた。医師会は運営や病院間の連携などで共催者として支援した。その後、全県的な「臨床研修屋根瓦塾 KYOTO」へと活動を発展させるにあたり、医師会の中に若手医師ワーキンググループを設立し、若手医師が主体となって活躍できる場を提供した。これら教育を通じて若手医師が医師会の活動に参加する窓口となり、次代のリーダー育成の場となることも述べられた。

## 講演2「京都府医師会の研修医向け事業の位置づけ、あり方」

京都府医師会若手医師ワーキンググループ／

京都府立医科大学大学院

循環器内科学教室 杉本 健

講演2では、研修医向け勉強会を中心になっで行う京都府医師会の若手ワーキンググループ (5～12年目で構成) の具体的な取組みについて述べられた。医師会がソフト面・ハード面において強力なバックアップをすることで「医師会にしかできない質の高い勉強会」を作り上げることが可能となっていた。また、教育を通じて参加する研修医同士の横のつながりと、成長した研修医が今度は指導医の立場になって継続していく屋根瓦式のつながりができることを紹介された。

## 講演3「若手医師、女性医師のキャリアパスに医師会ができること、やるべきこと」

京都府医師会理事／

京都大学医学部附属病院

医療安全管理部教授 松村 由美

講演3では、人材育成における医師会の役割

として、サーバント・リーダーシップの考えや仕組みを取り入れることを提案された。具体的には、「積極的に若手や女性を登用するスポンサーとしての役割」「組織マネジメントを学習する場を若手や女性に提供する教育者としての役割」を述べられた。その中で失敗をとがめず、失敗から学ぶ姿勢を重視し、心理的安全性を担保しつつ人を育てることが重要と述べられた。講演1、2のように、若手医師を教育者として人材育成する場を医師会が提供しており、サーバント・リーダーシップを発揮した好例と思われた。

ディスカッションでは、屋根瓦式の研修会や研修医の成長をサポートする工夫について多くの質疑があり、各都道府県医師会が非常に高い関心を持っていることが窺えた。また、新型コロナウイルス感染症の影響で、参加者のニーズの高いハンズオン・セミナーが中止になるなど、今後の研修方法の課題も述べられた。

【報告：勤務医部会企画委員 井上 裕文】

## 特別講演 I

### 日本医師会の新型コロナウイルス感染症対策について

日本医師会会長 中川 俊男

Webでのオンラインで講演された。107ページに及ぶ講演資料が提示され、その内容を抽出する形でお話しされた。

まず、「日本医師会 会員の先生方へ」（図1）の手紙を示し、新型コロナの診療、ワクチン接種などに対する医師会員へのねぎらいを行ったことを述べられた。

次に、緊急事態宣言とまん延防止等重点措置の違い、宣言とその解除時の状況を、全国と東京の感染者数について第1波から順を追って説明された。

## 緊急事態宣言とまん延防止等重点措置

### 1回目の緊急事態宣言後の状況

政府による1回目の緊急事態宣言の発令(2020年4月7日)後、一旦は減少傾向に転じた新型コロナウイルス感染症の新規感染者数は、2020

年6月中旬以降、首都圏を中心に再び増加を続け、全国的にさらなる感染拡大が強く懸念された。8月に入ると新規感染者数は減少傾向に転じたが、11月には再び増加傾向が強まった(図2)。

感染対策には、思い切った流行対策を講じる「ハンマー」と、感染者数が少ない範囲で新しい生活様式を実践する「ダンス」を使い分ける「ハンマー&ダンス」の政策が必要である。「ハンマー」とは欧米ではロックダウン、日本では強い緊急事態宣言を意味する。「ハンマー」を振りかざす政策は、経済的インパクトが大きくなってしまいが、このまま感染が拡大し続ければ、強い政策を打ち出す「ハンマー」を振りかざさなくてはならない。

社会・経済活動の自粛などを再び強いることがないようにするため、国民一人ひとりが感染拡大防止に向けた取組みを行ってもらうことが極めて重要になる。日医は、2020年11月18日の定例記者会見において、11月21日から23日の3連休を「秋の我慢の3連休」としてもらうことをお願いした。

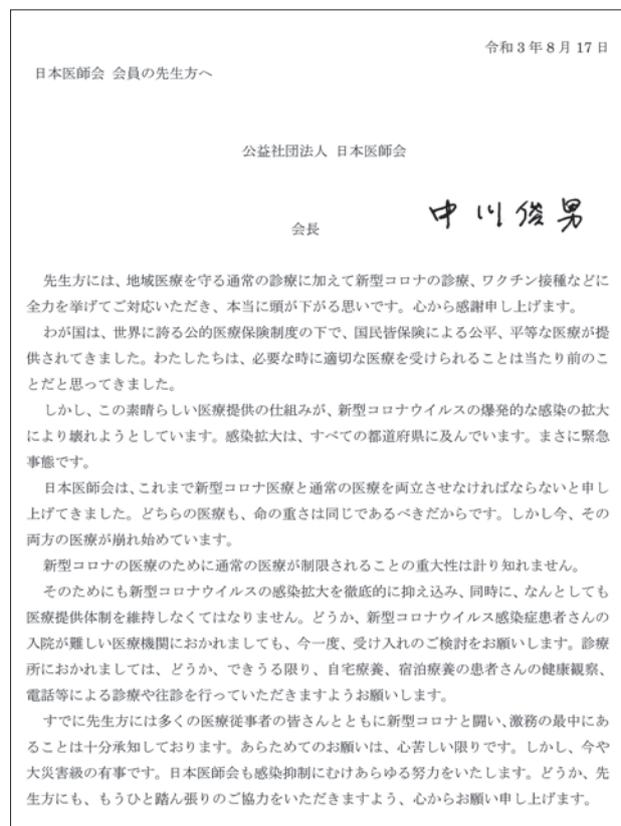


図1 日本医師会 会員の先生方へ

### まん延防止等重点措置

「まん延防止等重点措置」は、感染者の急増及び医療提供体制における大きな支障の発生を避けるための対応が必要な段階、すなわち、感染状況がステージⅢに相当する段階で適用するものである(図3)。さらに、ステージⅢの中でも、感染者が増加傾向にある段階で適用するものは「上りのまん延防止等重点措置」、感染者が減少傾向にある段階で適用するものは「下りのまん延防止等重点措置」と呼ばれている。

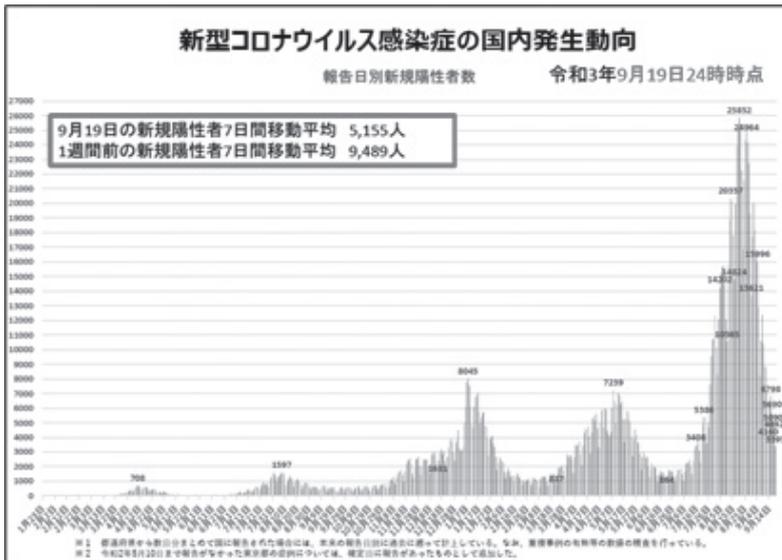


図2 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

緊急事態宣言とまん延防止等重点措置は異なる特徴を持っている(図4)。まず、対象地域に違いがある。緊急事態宣言は、政府が都道府県単位で発令する。一方、まん延防止等重点措置は、政府が対象とした都道府県の知事が市区町村等の特定地域に限定して適用する。また、適用と解除の目安にも違いがある。緊急事態宣言は、感染状況がステージⅣ相当に至った段階で発令し、ステージⅢ相当に至った段階で解除する。他方、「まん延防止等重点措置」は、感染状況がステージⅢ相当であり、都道府県で感染拡大のおそれがある等の状況に至った段階で適用され、都道府県全域に感染が拡大するおそれがない等の状況に至った段階で解除される。

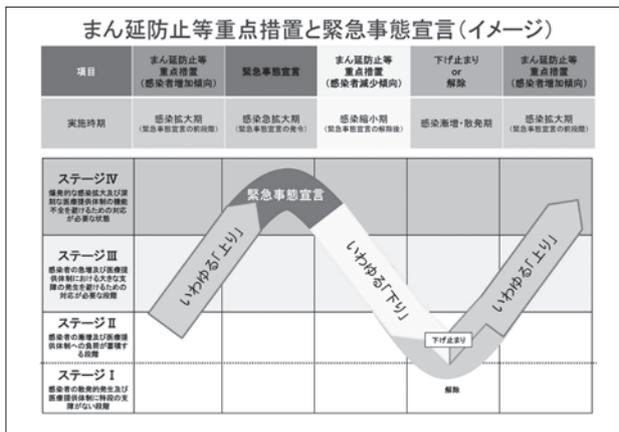


図3 まん延防止等重点措置と緊急事態宣言(イメージ)

### ワクチンへの対応

#### 日本医師会新型コロナウイルスワクチン速報

日医は、会員に対してワクチンに関する情報を正しく提供することを目的として「新型コロナウイルスワクチン速報」を作成し、日医ホームページへの掲載を2月16日より開始した。[第1号]の内容は、「1. 接種体制について」、「2. ファイザー型ワクチンの接種について」、「3. 基本型施設への支援」であった。「1. 接種体制について」の中で、医療機関での接種施設の類型は、基本型接種施設、連携型接種施設、サテライト型接種施設となること、病院・診療所は、連携型及びサテライト型として、個別接種を行うことが可能であること、

項目	緊急事態宣言	まん延防止等重点措置
根拠法	新型インフルエンザ等対策特別措置法第三十二条	新型インフルエンザ等対策特別措置法第三十一条の四
対象地域	都道府県	特定地域 政府が対象とした都道府県の知事が市区町村等の特定地域を限定する 【例】兵庫県：神戸市、尼崎市、西宮市、芦屋市
適用の目安(感染状況等)	ステージⅣ相当	ステージⅢ相当 ・都道府県で感染拡大のおそれがある ・医療の提供に支障が生じるおそれがある
解除の目安(感染状況等)	ステージⅢ相当	都道府県全域に感染が拡大するおそれがない等
制限・停止(施設使用・催物開催)	制限・停止に係る要請・命令可(特措法第四十五条第二項及び第三項)	制限に係る要請・命令のみ可【例】営業時間の変更等(特措法第三十一条の六第一項及び第三項)
罰則(施設使用・催物開催)	三十万円以下の過料(特措法第七十九条)	二十万円以下の過料(特措法第八十条第一項)

図4 緊急事態宣言とまん延防止等重点措置

介護施設の従事者のうち、介護医療院、介護老人保健施設の従事者については、医療機関と同一敷地内にある場合は、医療機関の判断により、対象となることが可能であることが説明された。〔第3号〕では集合契約の手続きについて、医療機関が新型コロナウイルスワクチンの連携型・サテライト型接種施設になるためには、日医と全国知事会による集合契約に参加することが必要であること、契約を医師会に委任するため、それぞれの医療機関において「ワクチン接種契約受付システム」を用いて委任状を作成し、システム上で委任先の郡市区医師会を選択する必要があることが情報提供された。〔第5号〕では、ワクチンの筋肉注射について、逆流を確認している報道が見受けられたり、皮膚をつまんで注射したりしているので、至適な方法を知らせた。〔第7号〕では、医療従事者への接種について、集団接種に出務される医師、個別接種を行う医師も優先接種対象者であること、〔第8号〕では、健康保険の被扶養者認定について、年間収入が130万円未満であることが要件の一つとされているが、ワクチン接種に従事すること等に伴う一時的な収入増加に対する取扱いについて、直ちに被扶養者認定を取消すのではなく、過去の課税証明書、給与明細書、雇用契約書等と照らして、総合的に将来の収入見込みを判断することを要望したことを知らせた。〔第10号〕ではファイザー社ワクチン「コミナティ筋注」の添付文書改訂について、本剤を冷蔵庫(2～8℃)で解凍する場合は、2～8℃で1か月間保存することができ、再冷凍はせず有効期限内に使用することを知らせた。〔第11号〕からは、ワクチン接種体制について、全国から好事例を収集し、全国に横展開する(『日医ニュース』に好事例を掲載、会員の先生方が地域でワクチン接種を推進する際の参考にしていただく)情報発信を行うようにした。

また、2021年3月25日には、新型コロナウイルス感染症の予防接種を安心して受けるためのパンフレットも作成した。

### 新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明

2021年7月29日には、日医は新型コロナウ

イルス感染症の感染が全国規模で拡大していることを踏まえて、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、東京都医師会の各団体と共に、「新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明」を以下の項目で取りまとめ、公表した。

1. なぜ今、緊急声明が必要なのか
2. 医療提供体制確保の取組み
  - (1) 重症者、中等症患者の入院病床の確保
  - (2) 軽症者への対応
  - (3) 新型コロナウイルス感染症における有事の医療と、通常の診療の両立
3. ワクチン接種の推進

### 【緊急要請】

1. 首都圏をはじめ感染者が急増している地域に対し、早急に緊急事態宣言を発令すること。併せて、緊急事態宣言の対象区域を全国とすることについても検討に入ること。
2. 感染収束の目途がつくまで、徹底的かつ集中的にテレワークや直行直帰を推奨すること。
3. 40歳から64歳までとリスクの高い疾患を有する方のワクチン接種を推進し、できるだけ早く完了させること。

また、国民向けに「みなさんとこの夏を乗り切るために」という情報発信をした。

### 菅総理ら政府との意見交換

日医は8月3日、菅総理ら政府と医療関係団体の意見交換に出席した。

政府が感染急増地域での入院を重症者とリスクの高い患者に限る方針を示したことに関しては、「リスクの高い患者として、中等症Ⅱと自宅では悪化の兆候を早期に把握しにくい中等症Ⅰの一部が適切に含まれていると理解している」とした上で、地域の医師会や医療機関では既にこれらの方々の病状変化に即座に対応できるよう、より一層の医療提供体制の強化、特に自宅療養への対応に重点を置いた体制整備を進めていることを説明した。

ワクチン接種については、引き続き十分かつ安定的なワクチンの供給を求めた。

中和抗体薬については、「アナフィラキシーな

どの副作用や安全性についての慎重な検討とともに、投与後、一定時間の経過観察が可能な病院などで、外来や在宅等でも柔軟に使用ができるようにしてもらいたい」と述べた。

### ワクチン接種が進む中における日常生活

9月3日に新型コロナウイルス感染症対策分科会は、ワクチン接種が行き渡った後の経済社会活動の制限緩和についての提言を公表した。

これに対して日医は、「今回の提言に期待される方も多くいると思うが、あくまでも希望する人へのワクチン接種が済み、地域の感染が沈静化していることが前提である。感染を十分抑制できないことも想定し、提言で示された考えが人々の緩みに繋がらないようにする必要がある。わが国は海外の例に学ぶべきである。一刻も早く日常生活を取り戻したいとの思いはみんなの共通のものであるが、引き続き緊張感を持った徹底的な感染防止対策はまだ必要である。」と表明した。

政府の新型コロナウイルス感染症対策本部会議は、9月9日に「ワクチン接種が進む中における日常生活回復に向けた考え方」と「新型コロナワクチン接種証明の利用に関する基本的考え方について」を示した。

「日常生活回復に向けた考え方」では、第三者認証やワクチン・検査パッケージ等を活用した行動制限の緩和を提言している。

この点については、日医として、「ワクチン接種がさらに進み、PCR検査の機会充実に加え、感染者数の減少が続くことを前提に、日本人の高い公衆衛生意識をもってすれば行動制限緩和の実現の可能性はあると考える。特に重要なことは感染再拡大の兆しをいち早く察知し、先手先手の措置を取ることである。もちろん感染防止対策を継続することは必要である。また、「新型コロナワクチン接種証明」については、政府が示した「基本的考え方」の中で、接種証明を積極的に活用する前提として、ワクチン接種後でも新型コロナウイルスに感染する可能性があること、接種証明は感染防止対策を講じなくても良い許可書ではないこと等をしっかりと認識する必要がある。今回、政府が示したこれらの考え方について、社会経済

活動の活性化に多くの方が期待されていることと思われるが、ワクチン・検査パッケージは、ワクチン接種歴又は検査のいずれかを確認して緩和措置の対象とするものである。ワクチンは、発症予防、重症化予防の効果を期待するもので、一定の感染予防効果が確認されているが、感染の可能性があり、ブレークスルー感染した人は、無症状でも無自覚のまま他の人にうつす可能性がある。ワクチン接種証明は、発症や重症化する可能性が低いという証明にはなるとは思われるが、感染しない、させないことを裏付ける根拠としては不十分だと考える。今後、接種証明を本格的に活用するためには、このワクチン接種の意義と限界の周知徹底が必要である。また、ワクチン接種証明を活用した日常生活活動の拡大を議論する上では、接種を受けたくても受けられない方を尊重しなければならない。ワクチン・検査パッケージでは、72時間以内のPCR検査や24時間以内の抗原定性検査が想定されているが、無症状の方の偽陰性は感染していないことの確信につながる可能性があり、注意が必要である。」ことを表明した。

### 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律について

令和3年5月21日に上記の法律が成立した。

日医はかねて、都道府県医療計画に新興感染症等を追加することを主張してきた。その結果、新興感染症等への対策が、医療計画の5疾病5事業の6番目の事業として追加された。今後は、平時の対応と有事の対応を整理して具体的な計画に落とし込んでいく必要がある。

平時からの準備として第一に、資材の備蓄が挙げられる（例：マスク、個人防護具、人工呼吸器、ECMO等）。これは備蓄場所と必要量の見込みが課題になる。

第二に、医療従事者、特に専門スタッフの確保と病床の確保が挙げられる。このとき重要なのは、通常医療との両立の視点である。新興感染症の発生時に急いで病床を確保するのではなく、重症者病床はどの病院の何ベッド、中等症はどの病院か、軽症や後方支援病床はどの医療機関かを、通常医

療への対応も踏まえて定め、それを毎年更新する。また、その際に、地域医療構想の病床数についても、新興感染症への対応如何によっては見直す必要もあると考えている。

厚労省は先に、医療機関440病院を再検証対象医療機関として発表した。これらの医療機関の中には、今回新型コロナウイルス感染症に対応し、地域で重要な役割を果たしてきた病院もある。再検証対象医療機関440病院の役割について、新興感染症対策事業を含めて改めて見直すべきである。

都道府県は、3月24日付事務連絡による厚労省の要請を受け、改めて新型コロナウイルス感染症についての病床・宿泊療養施設確保計画を作成し、各フェーズでの実効性のある確保病床数・居室数を設定した。また、感染者急増時の緊急的な患者対応方針に基づく対応段階の病床・居室も確保した。

当面は緊急的な対応が主となるが、日医はこれらの計画等も活用して、医療計画における新興感染症対策事業の検討、施策の実施を前倒して進めることを国に要請する。

### 定例記者会見

日医は、毎週水曜日に定例記者会見を行って情報発信をしている。緊急事態宣言下の記者会見では次のようなことを行った。

2021年3月17日

「新型コロナウイルス感染症患者病床確保対策会議」を設置し、「コロナ病床を拡充し退院基準の周知に努め、コロナから回復した方の受入病床の拡充も行った。新型コロナウイルス感染症と通常医療の両方を守る活動を着実に進めている」と説明した。その上で、改正特措法で創設された「まん延防止等重点措置」について、1.緊急事態宣言が解除された場合には、リバウンドによる第4波を防ぐ「下りのまん延防止等重点措置」を適用する。2.上りと下りのまん延防止等重点措置をどのような基準で適用あるいは解除のルールを明確に定める。3.事業者の時短要請や営業上の注意に具体性を持たせることを提案した。併せて、高齢者施設や繁華街等における見えにくいクラス

ターを見つけるため、無料PCR検査の拡大も必要とした。

2021年3月24日

3月21日をもって首都圏1都3県の緊急事態宣言が全面解除されたことを受け、リバウンドによる第4波を防ぐために、改正特措法のまん延防止等重点措置の適用など、先手先手の対策が重要であることを指摘した。

定例記者会見には多くの報道関係者が参加し、ネットでも情報が流れ、政府、行政機関にもその情報は届いているなど、非常に重要なものである。

新型コロナウイルス感染症は手ごわく、未だ終息が見えないが、先生方と一緒に日医も頑張っていきたいと締めくくられた。

公衆衛生が行き届き、抗生剤など医療の進化もあった中での非常事態に対して、社会全体がワンチームで闘う必要に迫られていると感じさせられるご講演であった。

[報告：理事 山下 哲男]

### 特別講演Ⅱ

#### 日本料理とは何か

株式会社菊の井代表取締役 村田 吉弘

本日はこのような席でお話をさせていただき、非常に光栄である。料理屋の主人であるので、難しいことは話せないが、料理の一専門家として、少しでも皆様方のお役に立てることが話せればと思っている。

「日本料理はどんな料理か」と問われた時、どのように答えればいいのか。「日本料理の定義は何か」と外国の方からもよく聞かれる。しかし、日本料理が世界文化遺産に登録され、日本国外で56,000軒だった日本料理店はいまや、168,000軒にまで増え、農林水産物・食品の輸出量は3倍の1兆円になった。日本料理は今、世界の料理になりつつある。なぜ、そうしなければならないのか。日本の人口は現在、1億2,600万人だが、50年後には8,000万人程度になってしまう。その時に60歳以上が45%、働いていない人が30%で、残りの25%の人が75%の人を食べさせなければならないが、その時にはアジアの経済発展は終わっている。働く人が25%しかいない日本で

は、経済発展や国際競争力はない。わが国の歴史は飢えの歴史であったが、この100年間はそれから逃れて、飽食の時代と言われて久しい。今はエネルギーベース39%の食料自給率だが、このまま何もしなければ計算上は19%になってしまう。今から何かやっておかないと、日本の子供たちはきっと飢えてしまう。そこで、飢えさせないために日本料理を世界の料理にしようと考えた。そうすることによって、国内で作られた第一次生産物が世界に売れていく。そのためには日本料理の考え方を伝播していかなければならないということから、「日本料理アカデミー」ができています。300名しかいないメンバーの内、100名は学者で、あと200名が料理人である。今日は「日本料理とは何か」というお話をしていくが、日本料理を世界に広めるために、ユネスコの文化遺産登録をしようということになり、農水省が中心となってその登録の原案を作った。

日本料理の特徴として、1番目に「四季の情感を料理に盛り込んである」と農水省の官僚の方々が言われたが、それは違うと私たちは言った。四季がある国で四季の情感を盛り込まない国はない。私はしばらくフランスにいたが、今の時期であれば鹿の肉がよく、スグリのジャムや栗のピューレ、ジロールという秋のキノコがついている。フランス人はそれを見ると、まるで秋の森を歩いているようだという。私たちとは文化が違うので、季節感の感じ方は違うが、季節感はある。

2番目は「物の持ち味を大切にしている」と言われたが、物の持ち味を大切にしていない料理を私は食べたことない。どのような料理が持ち味を活かしてあるのか聞いてみると、刺身や塩焼きなどが魚の持ち味を大切にしているということだった。しかし、マルセイユには500年前から名物のブイヤベースがあり、マルセイユの港へ行くと新鮮な魚がたくさん上がってくる。これを日本の醤油とわさびで食べたら美味しいだろうと思うが、ディナーになるとそれがブイヤベースになって出てくる。新鮮な魚があるからこそ、マルセイユのブイヤベースができ、それが世界的に有名になった。

3番目に「栄養バランスに非常に優れてい

る」と言われたが、これは評価されると思った。1977年にアメリカが世界各国は何を食べているのかを調べた「マクガバン・レポート」の中で、タンパク質と糖質と脂質のバランスがとれている国が唯一、日本だけだった。レポートは昭和30年代だったが、今は米の消費を半分にし、肉の消費を5倍にしている。自分たちの食を根本からひっくり返してしまった国は世界中どこを探しても日本しかない。

4番目に、一番評価されたのは「国民の生活と非常に密接な関係がある」ということだった。稲刈りが終わって豊作だったら、集まってみんなで酒を飲んだり、美味しいものを食べたりする。それは日本料理である。ご先祖の法事で食べるのも日本料理である。特に評価されたのは、1月1日の午前中に全国民が雑煮を食べる。同じような時間帯に同じものを一緒に食べる国は世界中探してもないので、これを文化遺産として登録すべきだという話になり、登録に結びついた。

申請に至る前に韓国が「韓国宮廷料理」を申請したところ、政府間委員会の審議によって登録が拒否されてしまった。その理由は、このユネスコ条約の本来の意図は“危機に瀕している文化”を保護することであり、宮廷料理のような特定階層向けの高級食はその目的に沿わないということだった。もちろん、世界的に有名な存在になって海外進出しようとか、輸出を増やすといった商業主義的な目的が明らかなものもダメなので、日本料理で申請したいと思っていたが、そのままでは登録を受け付けてもらえない可能性が高いので、どうしたらいいかと考えている時に、熊倉功夫先生の発案で和食（ローマ字で Washoku）で申請した。

日本料理は、素材の一つひとつは神から頂戴したもので、神から頂戴したものはこれで完璧である、という考え方をします。そして、私たちの文化の中で一番清い“水”で何でも洗う。料理は最初に洗うことから始める。言い方を変えると、水で清めているということになる。次に、外側の硬い部分は中を保護するためにあると考え、何でも皮を剥く。そして、神からいただいたものの皮むいて生のままかじると辛いし苦い。これは、神から

いただいた本来のものを邪魔する「あく」というものがあり、この「あく」を今度は取り除こうと考える。他の国の料理は、肉が臭いのでハーブを入れたり、旨味が少ないのでワインを足したりする。次から次に足していくので、元の味が分からなくなるが、日本料理の場合はいらぬものを引いていったら本来のものになる。それで引き算の料理を作る。大根をかじって辛かったら、「あく」がある。この「あく」をなくすために、清き水につけて、“聖なる火”で煮る。人間ごときが神からいただいたものに味をつけるなんてもってのほかで、味は添えるものだとし、ゆず味噌をかけ、「大根のふろふき」という料理になる。

日本には水が豊富にある。北は北海道から南は沖縄まで、飲めるような軟水が豊富に出ているが、他の国ではそうではない。中でも関西、そして京都は特に水がいい。江戸時代には関東の方は水売りという商売があったが、関西で水を売るという話はない。この水が私たちの料理の基本であり、この水があってこそその日本料理である。

日本人の食で一番肝心なのは米である。米は一年中ずっと水の中に浸かって成長する。山紫水明の中、非常に綺麗で美味しい水が出るので、その中に一生浸かって過ごす米が最も大切である。米を水で炊いて飯にする。米と水から麴ができ、そして全ての調味料ができる。米と水に麴を入れて酒ができ、酒は酢になる。米と水と麴に豆を入れたり麦を入れたりすると、醤油や味噌ができる。その米を餅米に変えたらみりんになる。日本の調味料は全部、発酵調味料である。

今は朝食にパンを食べる人が非常に増えてきた。給食も私たちの時はずっとパンだった。京都では「昼食改定協議会」というものを作り、できるだけご飯を食べるようにした。パン屋さんには随分恨まれたが、いろいろな国の料理を食べるのも食育であるので、今、京都の給食は5回中4回はご飯で、あと1回はパンになっている。

1人の人間を養うのに、小麦で養おうとすると1ヘクタールが必要である。ところが、米の場合は1アールで済む。日本は75%は山岳で、平野部は25%しかない。国民全員がしっかりとカロリーを摂取しようとする、やはり米にしないと

いけない。米が太るという話も聞くが、米より油脂の方が問題である。

日本料理の本質は、旨味を中心に料理を構成している点にある。私たちは米を食べ、インドの人はナンを食べる。アフリカの人にはキャッサバを食べ、ヨーロッパの人はパン、というように糖質はどこも摂る。しかしながら、他の国の料理は脂質を中心に構成されている。唯一、日本だけが、旨味成分を中心に料理を構成した。この理由は、日本で油を取ることは大変だったためである。米を食べられない人が大勢いるのに、米油を取るわけにもいかない。400年前に300年間の長い鎖国政策をしていたから、油が外国からも入って来ない。仏教国で明治維新になるまで四つ足のものを食べてはいけないということで、動物の脂も取れない。油を使えるのは大名や高僧などで、一般庶民が油を使うのは元禄時代になってからのことであり、このため旨味を中心になった。旨味と脂質では、動物にとって魅力的なのは脂質である。植物性の旨味成分がグルタミン酸であり、昆布に含まれている。かつお節や牛や豚の肉などの動物性の旨味はすべてイノシン酸である。しかしながら、売られている肉を計測するとイノシン酸ではなくグルタミン酸が多くなっている。屠殺されてから時間が経ち、旨味成分がグルタミン酸になる。今流行の熟成肉は旨味が濃いと言うが、イノシン酸ではなくグルタミン酸が旨味となっている。日本人は、母乳にグルタミン酸が含まれるので、特にグルタミン酸に敏感である。

次に、干し椎茸が一番多いグアニル酸だが、これはキノコが乾燥しないと出ない。生椎茸はグルタミン酸で、乾燥させるとグアニル酸になる。

グルタミン酸とイノシン酸、アミノ酸系と核酸系と全然違うタイプの旨味を同時に口の中に入れることによって、約8倍程度の旨味を得ることができる。これが私たちの作る出汁である。精進料理だと昆布のグルタミン酸と干し椎茸のグアニル酸を相乗をさせると12倍になる。精進料理は淡白なものばかりでも、旨味成分が濃いから美味しい。イタリアンでは、アミノ酸が多いトマトと肉を煮込んでスパゲッティボロネーゼにするなど、ソースによくトマトを使う。豚肉も鶏肉も何で

も使う。フレンチにはワインを使う。ワインは発酵食品であるので、全部グルタミン酸である。グルタミン酸と肉が合わさると相乗効果が起こり、より美味しい味になる。

フレンチのコースは25品目、2,500キロカロリーで、これはデザートを食べる前までである。これにチーズを食べて、デザートをいくつも食べたら3,500キロカロリーぐらいになる。イタリアンもコースで食べると23品目、2,500キロカロリーである。カルボナーラスパゲッティ1つで900キロカロリーあり、日本料理の懐石のコースと一緒に食べる。懐石料理は65品目で1,000キロカロリーしかない。

今年はコロナの影響で来ていないが、ヨーロッパのシェフがうちの店にスタディに来る。彼らは頭がいいから、日本料理の肝は旨味すなわち出汁だということを理解する。デンマークのレネはトナカイの後ろ足をドラム缶で湯がいて、冬中軒先に吊るして緩慢解凍、緩慢冷凍を繰り返しかちかちに凍ったものを削った。デンマーク大学の先生と一緒にデンマークの海でグルタミン酸が抽出できる海草を探し出して、この二つを合わせて出汁を引いて、焼いた魚にかけている。

日本料理は世界の料理に非常に好影響を与えている。今、SDGsと言っているが、日本料理は昔からSDGsである。改めて自分たちの文化と自分たちの食べるものを見直してもらい、日本料理を食べてもらいたい。食の嗜好は遺伝しないので、食育が必要である。しかし、子どもたちは旨味が分からない。それは、お母さんやお父さんが「これは旨味がある」とは言わないからである。特に、アングロサクソン系は理解できない。そういった点で、食育が非常に重要である。日本人の健康を守っていく上でも、食事をきちんとしていく。米と出汁の旨味への嗜好、回帰は次の食の安全と日本人の健康に非常に有用であると考える。

[報告：常任理事 中村 洋]

### 特別講演Ⅲ

#### 専門医制度について～その目的と課題～

元厚生労働省医政局長 武田 俊彦

医師の養成において、卒後研修のあり方は長く

議論が続いて来た課題である。

平成16年に医師法が改正され、法律に基づく新医師臨床研修制度が始まった(臨床研修必修化)が、これは全人的診療能力の養成が時代の要請でもあったことから、特定の分野の研修ではなく、幅広い診療分野を2年かけて経験する仕組みとしてスタートした。一方、専門分野を深く学ぶ後期臨床研修については、法律上の仕組みは設けられておらず、各学会で専門医の養成に取り組んできた。

しかし、こうした各学会に委ねられる仕組みを続けてきた結果、各学会が独自の方針で専門医制度を設けて運用し、結果として学会ごとに認定基準がさまざまであるため、専門医の質の担保、国民の理解という意味において問題が指摘されてきた。また、医師の診療科及び地域偏在の問題が社会から強く認識されるようになったが、その観点からも専門医の養成の仕組みが議論されるようになった。

これを受けて、国においては、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として検討会が開催され、①国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築し、②プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計されるべきとの新たな仕組みの概要が提言された。また、このために中立的な第三者機関を設けるべきことも合意された。これによって平成26年に設立されたのが、一般社団法人日本専門医機構である。

専門医の要件については、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する2段階制度を基本とし、専門医認定は経験症例数等の活動実績を要件とすることが検討会で合意された。この基本領域として19領域が決定され、ここに総合診療も専門領域の一つとして認められた。

現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えていること、複数疾患を有する高齢者等にとっては複数の従来の領域別専門医による診療よりも、総合的な診断能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること等を背景とし、日常的に頻度が高く幅広い領域の疾患と傷病等について総合的な診断能力を有し、

適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できる医師を「総合診療専門医」とした。

新たな専門医制度は平成29年より施行予定であったが、平成28年に日医・四病院団体協議会から「新たな専門医の仕組みへの懸念について」の要望書が出された。これは、従来の専門医認定のカリキュラム制から新たな専門医認定においてはプログラム制に変更されたことにより、地域による指導医、症例数のばらつきから医師偏在の助長を強く懸念するものであった。これを受けて、一度立ち止まって検討を行うこととされ、新制度の導入は1年延期された。あらためて地域医療の関係者を交えて議論が行われ、シーリングの考え方、都道府県の意見の反映方式、女性のライフイベントに配慮したカリキュラム制の設置などが議論され、これを経て新制度はスタートした。

専門医制度の議論は、このように非常に長い時間と多くの関係者との丁寧な議論により練り上げられてきた。しかし、本来の目的は、どのように国民・患者のニーズにあった、質の高い医療を提供でき、医師のキャリア形成にも配慮した、医師にとっても国民にとっても望ましい医師養成体系を作り上げることにあり、今後とも関係者が総力を挙げて丁寧に取り組むべき課題である。

[報告：常任理事 郷良 秀典]

## 報告

### 日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会委員長／

鳥取県医師会会長 渡辺 憲

#### 1. 勤務医委員会諮問と検討の概要

令和2年12月開催の第1回勤務医委員会において、中川俊男 日本医師会会長より諮問「勤務医の意見を集約する方法及び勤務医が日本医師会に望むもの」を受け、活動を開始した。当委員会は、本年7月の第4回委員会まで、コロナ禍においてすべてWebでの開催となったが、活発な討議が行われ、また、会議開催の合間には委員間でメーリングリストを通して、補完的議論と情報共有を行った。各委員からは積極的な課題提起と分析がなされ、諮問への答申へ向けてさらに議論が進められている。

現時点での主な論点は以下の通りである。

○都道府県医師会勤務医部会及び勤務医委員会の活動内容・活動状況

○全国8ブロック医師会連合における勤務医委員会の設置状況・勤務医の課題についての議論の状況

○若手勤務医が医師会活動へ参画することへの支援

○医師の研修・キャリア形成における医師会の積極的関与（新専門医制度への対応も含む）

○医師の働き方改革と医師会 など

#### 2. 令和3年度都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会

本年5月にWebにて開催され、橋本省 日医常任理事の司会のもと、(1) 医師の働き方改革(城守国斗 常任理事)、(2) 新型コロナウイルス禍における勤務医の勤務環境の問題点(当委員会 木村百合香 委員、宮田 剛 委員)について講演が行われた。この中で、大きな負荷がかかり続ける医療環境下における医師の勤務態様・時間管理、メンタルヘルスの問題、さらに、新型コロナウイルス感染症治療の最前線における医療機関、地域医療の多様な課題について幅広い討議がなされた。

#### 3. 全国医師会勤務医部会連絡協議会

昨年度の標記協議会はコロナ禍において中止となり、1年延期の後、本日の開催となった。担当の京都府医師会において上田朋宏 理事を中心に企画が進められ、当勤務医委員会委員でもある同氏により、繰り返し当委員会へ概略を報告いただきながら、本日に至った。シンポジウムや特別講演とともに、短編映画「臨床研修屋根瓦塾 KYOTO」に注目いただきたい。

#### 4. 勤務医委員会の広報活動

日医の機関紙『日医ニュース』の各月20日号のメイン記事に勤務医を取り巻く医療環境、喫緊の医療課題についての論説を掲載し、また、全国で活躍する勤務医の主張を「勤務医のひろば」のコラム欄で紹介している。

[報告：理事 白澤 文吾]