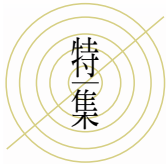


Vascular Street



心血管病ライフスタイルケアフォーラム

「実地医家のための内科専門医制度を考える」



はじめに
総合内科専門医と総合診療専門医、専門医制度をどのように考えるかを、実地医家の先生方と一緒に考えていきたい。

【座 長】

権藤内科医院 院長 権藤 公和 先生
福岡大学 医学部長 朔 啓二郎 先生

【ディスカッサー】

福岡大学病院 病 院 長 田村 和夫 先生
福岡県内科医会 会 長 江頭 芳樹 先生
村上華林堂病院 病 院 長 司城 博志 先生
福岡大学病院総合診療部 部長 鍋島 茂樹 先生

権藤 福岡大学病院循環器内科診療教授の三浦先生、よろしくお願ひ致します。

「内科専門医制度について」

福岡大学病院循環器内科
診療教授 三浦 伸一郎 先生



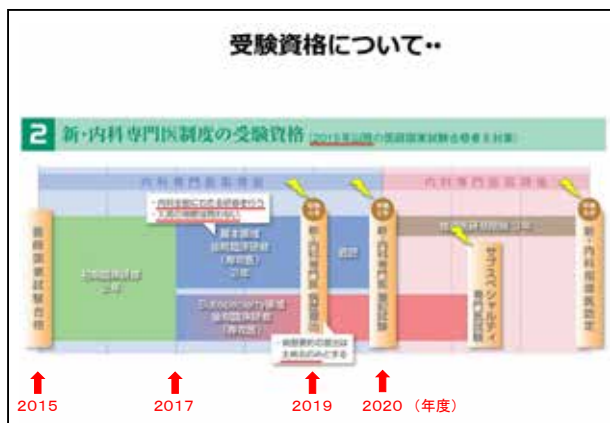
三浦 2017年から専門医制度が新しく始まりますので、その概略、今まで決まっていることを簡単にお話させていただきます。まず、日本専門医機構ができました。何故こういう機構ができたかという、分かりやすく安心・安全な医療を標準化してすべての患者さんに提供することが目的です。専門医制度は各学会がバラバラにやるのではなく、ある一定の基準を設けようとなりました。18の基本領域、そこには、内科、外科、皮膚科等々がありますが、それに総合診療専門医を加えた19が基本領域で、後はサブスペシャリ

ティーになります。内科であれば循環器、腎臓、肝臓等に別れます。2017年に新しい専門医制度に移行します。つまり、来年の春に国家試験を受けて合格する医師から、新しい専門医制度に移行します。内科の一例を示しますが、2年間の初期臨床研修の後、基本領域の内科を2年研修した後に、2019年に内科専門医を受けたいときには手を挙げて





もらって病名を登録します。その後、専門医を指導する指導医が専門医試験を受験したい医師の査読をして、1年後に受験の許可をして、2020年から新しい試験（新内科専門医試験）が始まります。今までの専門医制度がどう変化していくかですが、内科認定医の方はそのまま内科認定医、内科認定医の方は試験を受けて専門医になることができます。総合内科専門医の方はそのまま内科専門医に移行できます。内科指導医は、現在は内科学会からの依頼でしたが、これを認定資格としようということで、新たに内科専門医を取られた方から任命します。この移行をこれから10年で終了すると計画されています。



さて、内科の新しいカリキュラムですが、例えば、血液内科ではABCに分かれて、Aは経験しないとイケない、Bはどこかでみておけばよいか、Cは知識だけ持っていれば良いということで、細かく分けられています。内科を67分野に分けます。例えば、神経の中でTIAやくも膜下出血がありますけども、この中から1つを経験するとカテゴリを1つクリアしたことになります。このように67の疾患を経験しなければいけない。卒後4年までに200の症例を経験し、先ほど67の内科のカテゴリーに分けた症例を経験し、29症例をパソコン上で病歴等を登録し指導医の先生の許可があると1年後に専門医が受験できる制度です。ここで問題なのは、大学病院ですと基幹病院としてプログラム、総括医師などがいますが、市中病院ではそのような管理システムはありません。そういう場合は、研修施設群を作ります。例えば、福岡大学病院とどこかの市中病院又はクリニックが提携すると、そこでの症例も登録に使えるようになります。ですので、もし大学病院から派遣された病院がこういった病院群に入っていないと、そこでいくら臨床しても、その症例は使えないのです。基幹病院は、大学病院や500床以上の病院でしょうから、総括医師やプログラムの管理者が居るのですが、先程お話したような市中

院又はクリニックでは人材が必ずしも豊富ではありません。もう一つの問題ですが、この群を作っても専門医数が募集の上限になります。昨年の福岡大学病院と福岡大学筑紫病院全体を合わせると、内科専門医が28名ということですので、福岡大学病院と福岡大学筑紫病院のすべての内科で、28名が最高の募集条件となりますので、ここは私達も積極的に新内科専門医制度を視野に入れながら行動することになります。

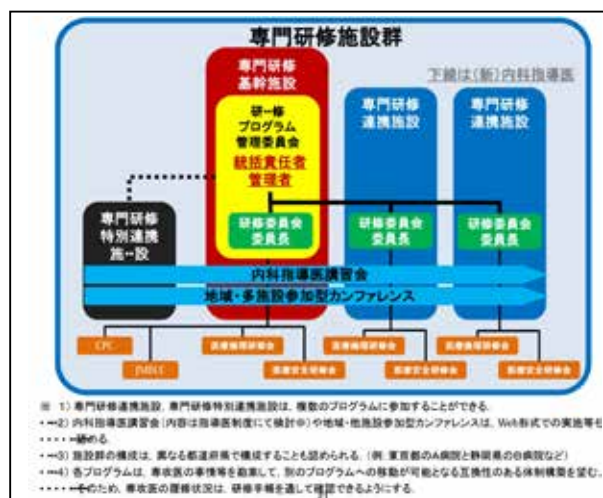
病歴要約について

新・症例評価システム(案)

対象者 新・内科専門医受験者＝年間1,000人
 症例数:1名につき29症例提出(提出数は内科10分野、外科、創傷、救急、外来症例などを想定)
 1名の受験者を2名の査読委員による査読＝3,000×2＝6,000件 **67カテゴリーの症例を含む**

概要 ①各施設の研究プログラムにおいて、専攻医が**経験症例を登録し(200件)** プログラム指導医・・・・
 ・・・・**最終的にこれを評価する**
 ・・・・②登録された症例のうち**29症例を専攻医が病歴要約**として取りまとめ提出し、査読委員が
 ・・・・**③④⑤を評価する**
 ・・・・③最終的にはプログラム指導医が評価し、最終的なアウトプットである病歴要約は査読委員が
 ・・・・**④⑤を評価することにより、受験者に対して専門医制度「全般」で内科専門医の育成にあたる。**

流れ
 ・・・・①専攻医がWeb**研修手帳**へ症例登録(200件)し、それをプログラム指導医が確認・評価する。
 ・・・・②専攻医による病歴要約作成←プログラム指導医による形成的評価・指導
 ・・・・③Web上での病歴要約提出
 ・・・・④内科専門医ボード(実体的には内科学会)による査読委員2名による査読(Web上で実施)
 ・・・・⑤課題:システムの構築、評価者と受験者のマッチング方法、不正の生じない方法
 ・・・・⑥チェックリストに促った評価
 ・・・・⑦課題:チェックシートの作成と評価法の指導
 ・・・・⑧症例評価:合格あるいは修正の判定
 ・・・・⑨課題:フィードバックの仕方、システムの構築
 ・・・・⑩修正の判定基準(Chief editorに相当する人)
 ・・・・⑪合格の最終判定(Chief editorに相当する人)



朔 有り難うございました。内科専門医の制度が随分変わってきます。大学病院の中で循環器内科、消化器内科、血液内科が独自にやっても仕方がない状況が生まれてきます。きちんとした内科専門医を作るシステムに持っていくように私たちも働きかけていきます。例えばさくら病院や白十字病院、そういった病院と群を作っていくと内科の研修として認められないということになります。内科専門医の数しか内科の募集ができないのが厳しいですね。

権藤 今年の3月臨床内科医会の学会で専門医制度の話を知りましたが、難しく大変だなという感じがしておりま

す。それでは、次に福岡大学病院循環器内科の講師、岩田先生をお願いします。

「内科救急について」

福岡大学病院循環器内科
講師 岩田 敦 先生



岩田 専門医養成の一環として、福岡大学病院急患診療部、Acute Care Center (ACC) をご紹介したいと思います。2年前から二次救急患者さんを対象にスタートしました。私はACCの循環器内科の窓口ということでご紹介したいと思います。ご存知のように、日本の救急システムですが、一次、二次、三次とありますが、主に一次は診療所、クリニックの先生方です。三次は救命センターで対応しますが、福岡大学病院でやっているACCは、主に二次救急患者さんが対象です。携帯電話を担当医が24時間持っておりまして、ダイレクトに救急隊からの依頼を受けてます。今年の4月から正式にACCという名称になりましたが、会場にいらっしゃる総合診療部の鍋島先生を中心としまして、指導医(スーパーバイザー)と若手の先生、研修医、学生がグループ、当直を組んでいます。実質3年目以上の若手の先生と研修医で当直をしておりまして、指導医(スーパーバイザー)が指導してバックアップします。救命センターの横の急患の入り口から救急車の患者さんを受け入れています。毎朝救急外来ではミーティングをやっております。ドクターだけではなくて、看護師、事務、学生さん、いろいろな職種の方が集まって患者さんの申し送り、それから問題点等々を話し合っております。学生さんや若手の医師を中心に簡単なレクチャーをやっております。実際のACC患者の数ですが、月に200名前後を受け入れ、そのうちの3分の1から4分の1の方が入院します。実際に6割くらいの方が救急車できますが、残りの4割はウォークインです。このウォークインは福大の学生さん、福大関係者、福岡大学病院にかかりつけ、そういった方が中心で、全くの新患は急患センターに行ってもらっております。日勤帯よりも夜間の方が多くて、だいたい7割が当直帯に来ております。疾患の内訳ですが、消化器系、神経系、循環器、呼吸器系、内科疾患はまんべんなく来ております。小児科と産婦人科は、また別のホットラインがありますので少なめです。外傷は、多発外傷の場合です。三次救急の方は来ませんので、軽い骨折や火傷の方々も受信されます。内科専門医の制度はこれから変わりますけども、色々な疾患を経験することに関してはトレーニングに有用な場になります。若

手の医師、研修医、学生さんも含めて、教育の場として活用できるのではないかと考えております。

朔 最初、この二次救急を大学病院でする必要はないのではとクレームがありましたが、地域の先生、特に診療所の先生はとてもよく受け入れて頂きました。一方、市中の病院の先生方は大学で患者さんをとるということで、様々な意見がありましたが、岩田先生、今はそんな事は無いですよ?

岩田 はい、今はありません。特に夜間帯の依頼が多いのですが、夜間に救命センターの適応でもないけども紹介したいというニーズがあります。実際に喜ばれている先生は多のではないのでしょうか。ウォークイン患者も実際は少ないです。ほとんど福岡大学関係者か、普段診ている患者さんですので、ERのように全くの新患をとっているという状況でもないですね。なので、現状の地域の医療ニーズにマッチしているのかもしれませんが、内科医を正しく育てる上で、結構重要なポイントではないかと思っています。

朔 それでは、こういった2つの内科専門医と内科救急に関してのお話があったあとに、これからの専門医制度をどのように考えるかということで、福岡大学病院の田村病院長、内科医会会長の江頭芳樹先生、村上華林堂病院病院長の司城先生、福岡大学総合診療部の鍋島先生とディスカッションをしたいと思います。

権藤 それでは、新しい専門医制度が始まります。今までの歴史を見ますと、各学会で勝手に作っていた専門医をどのように統一し編成していくかですけども、今日は日本臨床内科医会常任理事の江頭先生も来ておられます。日本臨床内科医会も専門医制度がありますので、これとの整合性も難しいところがありますが、江頭先生、いかがでしょうか?

江頭 日本臨床内科医会では、総合医をめざして専門医制度を立ち上げています。会員は1万6,000人から7,000人くらいです。その対象というのは、町のお医者さんを対象にしております。後でお話ししようと思っておりますが、日本人はidentityを欲する、そして1つの群れを作るとというのが日本人の特性と思っております。古くから開業されている先生で、そういう組織に属していない先生方に、一般内科医、common diseaseを診る先生方に専門医制度を作っ



て、ひとつの identity を差し上げる。それが組織の強化につながるので意味が非常に強いと思います。

朔 江頭先生、臨床内科専門医が1万7,000人もおられるのですね。内科学会が10万7,000人ですので、内科学会は当然大きいけど、臨床内科医会もかなり大きいですね。総合臨床専門医が、池田先生を中心として動き始めましたが、日本臨床内科医会で何か話し合いをされているのでしょうか？

江頭 事務所は、東京都医師会館の同じフロアにあります。総合診療専門医の成り立ちとですが、高久先生が最初におっしゃっていたのは、先ほどの identity、群れをなすということを書かれています。ですから、全国の医学部にあるわけではありません。その総合診療部に属している先生方に何らかの資格を与えようではないか、ということがそもそもの発端です。日本医師会の横倉義武先生は、地域医療の再生ということを掲げて、2年半前に医師会長になられまして、そこで地域の再生には総合診療専門医が必要であるということになってきた。例えば、九州大学にも総合診療部がありますが、そこではエイズや感染症を中心にしております。京都では何々、東大では何々ということで、本当の意味での地域が望んでいる医師像ではありません。それを19番目の基本領域として、地域に役立つ臨床医を専門医にするということで、そもそもの成り立ちが異なっています。ですから、総合診療専門医については、成り立ちからみて少々疑問に思っていますけども、先般、岡山であった学会ですが、大変な数の人が集まったと聞いています。従って、こういった新しいものができると、まず資格だけでも取っておこうということで皆さん集まられたと思っています。50歳以上の方にはあまり関係ない話ですが、これからのお医者さんにとってみて、どのような方向に進むのか。内科専門医と総合診療専門医がどのように違うのか、の議論を深めていかなければいけないと思っています。

朔 福岡大学病院の総合診療部長の鍋島先生は、これかをら総合診療専門医を作るわけですね？

鍋島 江頭先生の言葉は非常に耳が痛いのですが、内科専門医と今度できる総合診療専門医は立ち位置が違ってきます。総合診療専門医の本来の医師像は、医師会が主導する総合医、かかりつけ医ですが、内科専門医とオーバー

ラップしています。先ほども話がありましたが、医療センターや大学病院の総合内科、ここの人たちと一緒にする、それがももとの発想です。ですから、少し矛盾はありますが、おそらく国の意向としては、互いに循環させて、大学病院の総合診療専門医が地域に出て行く、若い人たちにそういう流れを作りたいのではないかと感じています。では、内科専門医がかかりつけ医、総合医になるパスイイに関して。総合診療専門医の方が、より内科から離れた小児、外科、小児科、救急、そういったところを重視していく立場になると思います。後は、この専門医機構と医師会との話し合いでどこまでオーバーラップさせていくか。若い人たちにのみ総合診療専門医制度があてはまるのか、それとも今のかかりつけ医が総合専門診療医になれるのか。そういった大きな問題がたくさん出てきて、非常に舵取りは難しくなると思います。

朔 少し混乱するところもありますが、三浦先生から新内科専門医制度に変わるということでしたが、このことは大学の内科の先生たちにはきちんと伝えておかないといけないと思います。田村先生、新しい内科専門医制度に則って、来年から研修医になる人はそのシステムやプログラム、カリキュラムを作っていく必要があり、2年間の研修が終わった3年目、4年目は、内科として全体を回すようにしないと専門医にできないのではないのでしょうか？

田村 まさに、その通りだと思います。内科医と言いつつ外科の先生方からみると何をやっているのかわからないところもあります。例えば、消化器内科をやっている先生で、胸が痛い人が来た時に、内科医として筋道を立てて診ることができない。一方、心臓専門の先生は、胸痛があって来た患者さんに心電図とエコーをとり虚血性心臓病がなければ、あるいは動脈解離でなければ自分たちの領域ではないので患者さんを診ない、そういう雰囲気が起こっているわけです。個々の領域は非常に高いレベルだけど、やはり、基本的なスタンスは、本当の内科のレベルを設定するかどうかがこれから問われると思います。外科の先生が内科専門医にコンサルトした時、きちんと受けて立てるような内科医が原則だと思います。専門領域がありますけども、私はその中に腫瘍内科を入れてほしいと働き掛けてきました。がん患者のケアというのは、外科だけではなく内科医もやらないと良い医療はできません。また、福岡大学病院であればACCをやっていますので、いくつかの領域はローテーションで見れます。しかし、200症例、67のカテ

ゴリをすべて診ることが必須ですので、例えば心筋梗塞で入院した人が貧血症であれば貧血症をみたという形で提出するのではなくて、やはりそれなりの貧血症の患者さんを診ていただいて、それを症例登録しないといけない。きちんとしたレベルを設定してやらないと、患者さんが困るわけです。現在までに100の専門医ができてますが、1人の医師が4つも5つも専門医を所有している事はありません。しかし、それが今、通用している日本の医療制度がおかしいのです。それを修正しようということで、慶応大学の池田康夫先生が、きちんとプログラムをやっておられ、研修制度を認めて、そして資格認定をする。そのプログラムのレベルを持って認定していく姿勢は正しいのではないかと思います。福岡大学病院は、中島副院長が研修センター長がとして統括しています。一番問題なのは、それぞれの診療科がエゴを出しているとうまくいきません。私の希望は、内科全体28名を受け入れると、ローテーションをしていくような体制をとるのが良い内科医を育てられるのではないかと思います。

朔 ありがとうございます。私たちが内科に入って内科の専門医を目指したわけですが、司城先生は先頭をきって内科専門医になられました。内科専門医、それから総合内科専門医と名称が変わりました。内科専門医はなんぞや？これを長年、私たちは討議してます。内科専門医の医師像ですが、鍋島先生、岩田先生が一生懸命やっているACC、二次救急、こういったこともきちんとできる内科医、そのミッションとして内科救急のプログラム、JMECCを始めたのです。これは、筑紫病院の診療教授の松尾邦浩先生、卒後臨床研修センターの河村先生、循環器内科の岩田先生を中心として、多目的ホールでやっています。第一回目のJMECCを福岡で開催しました。さて、司城先生、内科専門医が新内科専門医に移行するという時代をみてこられてどうですか？これからの専門医のあり方ですが。

司城 専門医制度が大きく変わってきましたね。これは、内科の専門医が、他の学会の専門医との整合性が良くなかったということで、それを全て統一するために5年になったと解釈しています。私が内科専門医の資格を取ったのは20数年前ですけど、どういう意味合いがあるのかははっきりしないまま、それからサブスペシャリティーとの整合性をどのようにするのか、ずっと結論が出ないままです。どうしても若い人はサブスペシャリティーに流れますし、そこで内科専門医の資格を取る意義はあるのか、

ずっと問われ続けていたのです。その中で、私自身は内科専門医をとって、内科学会の中で活動してきたわけです。内科専門医を取る意義があるか否かを、自分の経験を踏まえて強調したいのですが、やはりサブスペシャリティーだけでは一部からしかみえないし、私は現在、地域医療に携わっていますが、そうするとサブスペシャリティーはほとんど関係ない世界に引きずりこまれてしまいます。そういう面で内科専門医をとってジェネラルを診る視点を持ってきたのは悪くなかったと実感しています。そういう意味で今の内科専門医は特別のものではなくて、内科医が5年を経て内科専門医をとって、それからサブスペシャリティーに入るという事では、自然な形のシステムになったのではないかと思います。私が大学にいた頃は内科専門医をとるのか、サブスペシャリティーをとるのか、二者択一の状況もありました。そういう意味では二者択一ではなくなってきているのでシステムとしては良いのではないかと思います。

朔 昔は内科認定医から内科専門医をとるのですが、それは一般の人からすると全くわからない。それで、1階に内科専門医を持ってきた。これには、若干の反対もありました。内科専門医が自ら1階に下がるのですから。しかし、私たちはそのようになるよう努力しました。システムとして考えたときにそれは順当だと思います。

フロア 福岡大学で20数年前、司城先生と沖縄におられる名嘉村先生が最初に内科専門医を取られたのではないかと思います。私はその時、研修医で居りました。お二人とも知識が豊富で何でも出来るという感じで、これが内科専門医だと思っていました。その頃は、サブスペシャリティーはそんなにありませんでした。ところが時代が進むとともに、今度の内科専門医制度でも内科専門医があってもその上にサブスペシャリティーの専門医がある。先ほど田村先生が言われたように、私は外科の専門医だから心臓は診れないというのでは困ると。実際に、今から数年前に福岡市の急患センターで実際にこれがありません。胸痛を訴える患者さんで、この方は喘息でしたが、その時の当直の医師が循環器内科でした。私は循環器の専門医だから喘息はわからないというのです。実際にこんな医者がいるのかと思って驚きましたが、今からの専門医はそういったことがないように、それを5年間で全部できるような内科専門医制度を考えていかなければいけないと考えております。



フロー 朔先生がおっしゃったように、内科専門医制度というのは、非常に形作られてしっかりしたものになっていくのではないかと思います。そして、その上に2段階方式ですから、サブスペシャリティーの領域がきますから、内科専門医の人数は増えていくし、底上げという意味ではとても良いやり方と思います。ひとつの問題は、指導医を取るのか、サブスペシャリティーを取るのか、ということも議論する必要があるのではないかと思います。それから、鍋島先生がおっしゃったように、総合診療専門医というのは、例えば鼻血を出して止め切れないとき、僕らの頃はタンポンを入れて止めていました。あるいは耳の中に虫が入って取れない、どうやって取ればいいのか、私も研修の頃看護師さんから習いました。そういうことをきちんとできるのが総合診療専門医ということではないのかなと思います。

朔 ちょうど良い機会ですので、河村先生、今度の福岡大学のマッチングについて、先生方に説明してもらってよいでしょうか。

河村 臨床研修センターの河村です。実は、今年から募集定員が基本プログラムで54人から46人に減らされました。福岡全体の基幹型病院で同様に減らされましたが、その中で、定員46名で福岡大学病院はフルマッチしたので大変喜んでます。実は、マッチングの前に夏に2回面接と論文を提出していただいて、適性検査と面接、それでマッチングの順位を決めるのですが、すでに福岡大学を希望してくる学生は、新しい専門医制度について関心を持っているし、危惧も持っています。「福岡大学ではどうですか？」という質問を受けます。福岡大学病院は新しい専門医制度に向けての準備も万端であるということを内外にアピールしていくことも、これからのマッチングの結果に向けて重要になってくるのではないかと思います。

朔 マッチングはいいのですが、今はどちらかというと内科離れが進んでいるのではないかと思います。内科学会もそのことをとても危惧しています。特に総合診療専門医制

度ができると、内科学会の会員がそちらに取られるのではないかと。11万人の会員を持つ内科学会ですから、会費収入も減りますね。

司城 福岡市は東に九州大学、そして城南区に福岡大学があります。中央区あたりを境にして、それぞれが切磋琢磨しながら発展していく。そして、その中でグループ化も必要になってくると思います。私どもは、福岡大学病院の近所で病院をやってますので、福岡大学が栄えないと私どもも栄えません。とにかくできることは全部やりますので、我々を利用してください。そして、みなさんもそういう資格を取るというのも1つの方法ですし、また、いろいろな患者さんを経験して臨床家としての技量の確立、それから、患者さんに対する話の仕方、説明の仕方ということも習熟してもらいたいと思います。

フロー 本日は、「実地医家のための内科専門医制度を考える」というテーマですけれども、総合診療専門医と内科専門医との住み分け、それがこれから一番大切になるのではないかと思います。私自身の経験からすると、総合診療専門医と内科専門医の住み分けというのは、その地域によっての特異性もあるのではないかと思います。都心部では、内科専門医としての必要性が高くなるのではないかと感じています。特に福岡市の周辺では、患者さんをジェネラルに内科の視点から診る医師のニーズが高いのです。

フロー 今後、プログラムということに関しては、総合診療専門医を作っていくということで、少し内科とは立場が離れていくかもしれません。しかし、お互いのプログラムにはオーバーラップしているところもあります。私も総合診療専門医というのは、今後、開業医、在宅、田舎の小さな病院で働く人、そういう人たちが目指すものになると思っています。

朔 今日のご意見を参考にして、内科をフュージョンさせたシステムを来年から動かさなければいけないということです。今日は、先生方本当にありがとうございました。

Prof. Saku's Commentary

新しい専門医制度の理解のためには、様々な知識を共有し、何度も話し合いをしていかないと1つの目標に達していかないと思う。これからも、何度かこのような機会を持たせていただきたい。鍋島先生に、総合診療部をやめて「総合内科」にしたらと言っていたが、総合診療部を大きくしてよかったかもしれない。専門医制度の改革だが、これが正しかったのかどうか当然数年後アウトカムで判断していくが、その評価法が重要である。