

## 委員会報告

## 神経内科専門医基本領域化に何が必要か： 揺れる専門医制度と基本領域専門医の使命 (第60回日本神経学会学術大会 緊急シンポジウム抄録集)

園生 雅弘<sup>1)\*</sup> 迫井 正深<sup>2)</sup> 渡辺 憲<sup>3)4)</sup> 富本 秀和<sup>5)</sup>  
安藤 哲朗<sup>6)</sup> 西山 和利<sup>7)</sup> 高橋 良輔<sup>8)</sup> 戸田 達史<sup>9)</sup>  
日本神経学会神経内科専門医基本領域化推進対策本部

要旨：日本神経学会は2018年1月臨時社員総会において、神経内科専門医の基本領域化を目指すことを機関決定した。新専門医制度が大きく揺れる中、神経内科専門医基本領域化推進対策本部では、第60回学術大会において、専門医制度に関する緊急シンポジウムを開催した。本論文はその各演者の抄録を委員会報告としてまとめたものである。厚生労働省、日本医師会に所属する演者、及び、学会内の演者によって、基本領域化が必要な理由、特に地域医療との関係、実現するための手続き、克服すべき課題などが論じられた。これらを踏まえつつ、社員総会決定に従って、神経学会は今後も基本領域化を目指して関係各所との折衝を続ける。

(臨床神経 2020;60:515-519)

Key words：日本神経学会，神経内科専門医，専門医制度，基本領域化，地域医療

## はじめに

日本神経学会では、2018年1月8日の社員総会において、神経内科専門医の基本領域化を目指すことを機関決定した。それに基づいて各方面との折衝を続けている。一方、2019年3月にサブスペシャリティ領域の新専門医制度の連動研修にストップがかけられるなど新専門医制度自体まだ大きく揺れている。この情勢を受けて、神経内科専門医基本領域化推進対策本部では、2019年5月の第60回学術大会期間中に「神経内科専門医基本領域化に何が必要か—揺れる専門医制度と基本領域専門医の使命」と題した緊急シンポジウムを企画した。専門医制度設計に重要な役割を担っている厚生労働省や日本医師会からも講師を招いて、基本領域化を実現するための課題について本学会会員と議論する機会を持った。

本論文は、その各演者の抄録を神経内科専門医基本領域化推進対策本部からの委員会報告としてまとめたものである(本シンポジウムは楠進大会長のご好意で緊急に企画されたものであったため、抄録は学会誌に掲載されなかった。従って神経内科専門医基本領域化推進対策本部からの委員会報告の形で記録に残すことを意図した)。掲載順は、実際の発表順は演者の都合もあって前後したので、外部演者を先にし、内部演者については発表順とした。本稿が今後神経内科専門医の基本領域化を目指す上での資料の一つとして役立てば幸いである。

\*Corresponding author: 帝京大学脳神経内科 [〒173-8605 板橋区加賀2丁目11番1号]

<sup>1)</sup> 帝京大学脳神経内科

<sup>2)</sup> 厚生労働省大臣官房審議官

<sup>3)</sup> 公益社団法人鳥取県医師会会長

<sup>4)</sup> 社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院理事長

<sup>5)</sup> 三重大学脳神経内科

<sup>6)</sup> 安城更生病院脳神経内科

<sup>7)</sup> 北里大学脳神経内科

<sup>8)</sup> 京都大学脳神経内科

<sup>9)</sup> 東京大学脳神経内科

(Received May 10, 2020; Accepted May 14, 2020; Published online in J-STAGE on July 7, 2020)

doi: 10.5692/clinicalneuro.60.cn-001476

## 1. 新たな専門医制度と神経内科領域

迫井正深 (厚生労働省大臣官房審議官)

医学部を卒業後、2年間の臨床研修を終了した医師は、その多くが卒後3年目以降、日本専門医機構が認定する新たな専門医制度による研修で専門医を取得する。新たな専門医制度における専門医の領域は19の基本領域と、基本領域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という二段階制を基本としており、2018年度から日本専門医機構を中心に議論し合意を得た19基本領域で開始されている。

神経内科は現行では、このサブスペシャリティ領域とされている。これは日本神経学会が内科学会を通じて日本専門医機構に対して認定申請し、2016年9月に認定されたという経緯に基づくものである。医学の専門性について、それが、基本領域がふさわしいのか、あるいはサブスペシャリティ領域がふさわしいのか、といった整理は日本専門医機構や関係学会の中でまずは議論されるべき事項である。神経内科の基本領域への移行の要望については、神経内科が内科学会の下にあるサブスペシャリティ領域であることから、まずは内科学会との協議が行われるべきものであり、今後、内科学会内において神経内科が基本領域であるべき、とまとめられた場合は、日本専門医機構で神経内科が基本領域であるべきか議論され得るものである。

なお、専門医のあり方については、専門医として有すべき能力について医師と国民との間に捉え方のギャップがあるなど国民にとっての分かり難さとともに、医師の地域偏在・診療科偏在への配慮の必要性、が従来から指摘されていることについても留意する必要がある。

## 2. 医師会及び地域医療の立場から期待するもの

渡辺 憲 (公益社団法人鳥取県医師会会長, 社会医療法人明和会医療福祉センター 渡辺病院 理事長/院長)

一般住民から見た神経内科の分かりにくさと他科の医師からみた神経内科への誤解:

診療科の名称は重要である。Neurology (神経学) の臨床診療科としては神経科となろうが、神経症を扱う精神神経科と混同されやすい。脳神経外科のカウンターパートとしての『脳神経内科』は一般に向けても分かりやすく、定着しやすくと考える。また、神経内科は、神経難病等の比較的可能な診断、治療の難しい疾患を専門とし、コンサルテーションを主体とする診療科という誤ったイメージが一般の医師の中にみられる。今後、神経内科を専門医制度における基本領域に方向づける取り組みを進めることが、以上の誤解を解消することにつながると考えられる。

これからの神経内科に期待される専門性・専門領域:

まず、有病率の高い神経疾患、ことに認知症、脳血管障害への積極的な取り組みを通して、地域医療に貢献することが重要である。さらに、急性・亜急性の進行を示し、適切な診

断、治療が得られなければ重症化する神経系の感染症、免疫介在性神経疾患 (多発性硬化症、視神経脊髄炎、重症筋無力症、ギランバレー症候群、自己免疫性辺縁系脳炎等) も、神経難病、神経変性疾患と並んで、専門医としてしっかり対応が求められる疾患であり、他科との緊密な連携がきわめて重要である。

地域医療における神経内科の明確な専門性の展開 ~基本領域化のために必要なこと:

住民に対してわかりやすい専門性・専門領域を提示する中で、有病率が高く罹患患者の多い認知症、脳血管障害等の疾患について、初期治療から回復期、維持期を通して、他科、地域のかかりつけ医とも緊密に連携し、積極的に治療者として関与していくことが重要である。また、脳神経系は他の臓器に比して特異性、独立性をもっており、疾患の診断・治療にあたっては、独自の専門性が求められ、診療の質を担保するためには、早い時期に専門研修を開始することが望まれる。さらに、関連診療科 (内科全般、精神神経科、脳神経外科、整形外科、リハビリテーション科など) との連携、積極的診療協力体制が求められる。

以上の役割を担う専門医が、各地域において、数の上でも、診療水準の上でも確保できること、医学生および研修医等の若い医師に、病院医療のみならず地域医療全般に明確なキャリア形成のプロセスを提示できることが重要である。

神経内科専門医の地域医療における充足状況、地域偏在と基本領域化:

鳥取県の場合、平成30年3月31日時点の日本神経学会認定専門医は50名にて、人口百万対専門医数87名 (全国平均45名) は全国1位で、最少の沖縄県22名の4倍である。しかし、当県においてさえ、県内病院における医師充足率82.5%に対して、神経内科医充足率は69.6%にとどまっている (平成31年1月1日現在:鳥取県地域医療支援センター調査)。

神経内科医の不足は地域医療における喫緊の課題であり、とりわけ脳卒中センターなど脳血管障害の超急性期医療の現場、認知症の早期診断にかかる医療部門等をはじめ、医療ニーズの高い分野で神経内科医の充足が望まれる状況は、全国共通と推察される。地域偏在なく専門医が早期に充足されるためにも、神経内科の基本領域化は地域医療の充実・発展に向けて重要な鍵になると考えられる。

## 3. 基本領域化機関決定までとその後の経緯・概要説明

園生雅弘 (帝京大学脳神経内科主任教授)

日本神経学会では、2018年1月8日の社員総会において、神経内科専門医の基本領域化を目指すことを機関決定した。まず背景として、世界の主要国でNeurologyが基本領域でないのは日本だけである (Fig. 1)。日本神経学会は昭和43年に認定医 (現在の専門医) 制度を定めた。これは種々診療科の

	脳神経外科	脳神経内科	消化器内科 循環器内科
日	基本領域	内科のsubsp.	内科のsubsp.
米	基本領域	基本領域	内科のsubsp.
独	基本領域	基本領域	内科のsubsp.
英	基本領域	基本領域	基本領域
仏	基本領域	基本領域	基本領域
伊	基本領域	基本領域	基本領域

神経内科が基本領域でないのは主要国で日本だけ

Fig. 1 脳神経内科 (Neurology) の諸外国での位置づけ。

中で5番目に早く、内科認定医よりわずかに早い。他の内科サブスペシャリティで専門医制度が作られたのはおよそ20年後である。しかし、2002年に専門医制度の新たな枠組みでの選択に迫られ、激論の末に内科のサブスペシャリティとなることを選択した。

2014年末になり、新専門医制度において神経内科専門研修開始が最大3年遅れる可能性が浮上し、神経内科の基本領域化を求める会員の声が大きく湧き起こった。その直接の動機は、神経内科後期研修医の9割近くが初期研修終了直後の医師3年目から専門研修を開始している（その比率は他の内科サブスペシャリティより高い）ことであった。これを受けて神経学会では2016年7月に神経内科専門医課題検討委員会を発足させて検討を重ね、1年後に基本領域化を目指すべきという答申書を提出、2018年1月の社員総会承認（賛成88%）に至ったものである。

脳神経内科（同会で標榜科名変更も決定）が基本領域であるべき理由は、1) 神経症候学を核とする独自の診療スタイルを有し、その技能なくして神経疾患の正しい診療はできず、脳神経内科医の適正配置が国民医療に貢献し医療費削減に役立つ。2) 脳神経内科の主たる診療対象は、超高齢社会で激増する脳卒中・認知症などのcommon diseaseであり、在宅診療患者の過半が神経疾患であるなど、内科的素養をbaseに持つ神経系の総合医である脳神経内科医の需要は今後益々高まる。3) 他の神経系診療科である脳神経外科、精神神経科は基本領域なのに、脳神経内科だけがサブスペシャリティであることが、脳卒中・認知症専門医問題を筆頭にねじれ現象を生じている。さらに、神経学会では基本領域を志す以上地域医療に責任を持つことが必須と認識し、神経内科専門医基本領域化推進対策本部内に地域医療ワーキングを設置して活動を開始した。例えば、脳神経内科指導医のいない施設での研修を支援し、研修歴としても評価する「特別連携施設制度（仮称）」の創設を決定した。

最後に神経学会では関係者、とりわけ日本内科学会と十分に話し合っただけでそのご理解を得て基本領域化を実現したいと考えていることを強調したい。

#### 4. 脳神経内科の地域医療への取り組み～三重県の事例を通して考える～

富本秀和（三重大学脳神経内科主任教授）

脳神経内科は地域医療で必要度の高い診療科の最右翼である。意外に思われるかもしれないが、以下にその背景となる社会状況の変化について述べる。脳神経内科は精神神経学会から分派して成立した歴史的経緯があり、1963年の日本神経学会発足当時はすでに脳神経外科学会が地域の脳卒中患者を診療していたため、必然的に脳神経内科の診療フィールドの主体は他診療科が診ることのない神経難病となった。

しかしその後、脳神経内科の発展に伴って、脳卒中、認知症、頭痛、てんかんといったcommon diseaseが脳神経内科の重要な分野となってきた。このような変化は脳卒中診療の在り方を考えると重要な意味がある。再発傾向が高く後遺障害を残しやすい脳卒中のような疾患では、急性期診療だけでなく予防、回復・生活期を通し時間軸で患者を診る内科的視点が不可欠である。また、脳卒中は発症すると3割の患者が認知症を併発するが、そのすべてが血管性認知症ではなく凡そ半数がアルツハイマー病とされている。このため、認知症予防の観点からも脳卒中の予防は重要である。さらに、急性期治療でも平成30年12月の脳卒中・循環器病対策基本法の成立にともなって、脳卒中センターの地域での普及と均霑化が求められている。急性期脳卒中患者の二人に一人は脳神経内科医が診ているが、血栓回収まで行う血管内治療専門医は偏在が著しく、診断能力が高く血栓回収もできる脳神経内科医の育成は喫緊の課題となっている。一方、高齢化に伴って激増する認知症については、脳神経内科、精神神経科が主にその診療を担っている。ただし、それらの診療科を基盤とする認知症専門医は2,500名余に留まっており、最低必要数の5,000名を大きく下回っている。地域では受診抵抗の少ない内科系認知症専門医が不足して早期診断、早期治療に支障をきたしている。また、認知症患者が身体合併症のため県下の総合病院に入院する機会が増えており、認知症・せん妄対策チームの医師が不足している。

最後に、地域での生活の維持に重要となる訪問診療においては、その対象疾患の上位三つを循環器疾患、脳卒中、認知症が占めている。また、訪問診療の15%は医療保険により訪問看護が可能な疾病として厚生労働省が別表7に規定する疾患が占めており、この別表7の20疾患のうち16疾患が神経難病であることは意外に知られていない。以上から明らかのように、高齢化に伴う疾病構造の変化は地域での神経内科診療の必要度を押し上げる要因となっている。脳神経内科が国民生活にとって不可欠な基本領域として広く認知され、全国各地の地域医療のメジャー診療科として活躍する日々がくることを期待している。

5. 新専門医制度の困惑—愛知県の市中病院の立場から—  
安藤哲朗 (安城厚生病院副院長/脳神経内科部長)

市中病院は、新専門医制度により困惑している。その事情は地域により異なっている。ここでは愛知県の市中病院がどのような問題に直面しているかを解説する。

名古屋大学では、ほぼすべての初期研修医が大学病院以外の市中病院で研修し、内科や外科などのメジャー診療科は5、6年目までそのまま初期研修の病院で働き、おおむね専門医の資格を取る前後に大学に帰局する体制であった。主な教育研修病院では、2年目医師が1年目を教え、3年目医師が2年目を教えるという屋根瓦式教育システムが卒業6年目頃まで形成されてきた。若い医師は、プログラムやプロセスで教えられるのではなく、医療の第一線で初期から医療チームの一員として働く経験により学んできた。実践的な能力は、現場において実体験を積み重ねることによってこそ身につくので、極めて効果的な教育システムであった。屋根瓦方式を実践できている病院では、初期研修医年代から救急医療の戦力になっており、極めて教育効果が高いので、卒業3年目になると相当の救急対応能力を身につけることができる。専攻医の世代は内科ならば subspecialty に進み、その診療科の救急の主戦力であり、主治医として責任を負う立場として働いてきた。そして専門の経験を積むと同時に、全人的な診療をする能力も涵養してきた。たとえば神経内科で診療する脳卒中患者でも心臓の病気や消化器の病気などを併せ持つ場合が多いが、それを他の専門科にも相談しつつ主治医として全人的な診療をしていた。お客様のような短期間のローテートではできない責任を持つ診療をすることにより、専攻医は motivation を高めてきた。

しかし新専門医制度では、施設移動を伴う循環型プログラム制となり、原則1年間は他の施設に移動しなくてはならな

くなった。40年の歴史のある愛知の屋根瓦方式が崩れ、病院は大幅に戦力ダウンを余儀なくされた。専攻医にとっては生活が安定せず、診療・研修に専念できなくなった。新専門医制度開始後には、愛知県の病院医療をこれまでの水準に維持することが困難となり、研修の質も低下している。

全国的にも、内科、外科を専攻する医師の比率が減少しており、また東京への医師偏在が加速している。新専門医制度は日本の医療全体にマイナスの影響を及ぼしている。よい医師を育てるという理念に立ち返って、制度を見直す必要があると同時に、地域の多様性に応じた柔軟な対応が必要である。

6. 一般内科診療も重視する私立大学の立場から  
西山和利 (北里大学脳神経内科主任教授)

第60回日本神経学会学術集会で開催された緊急シンポジウムにおいて、著者は基本領域化推進対策本部副本部長として指定発言の機会をいただいた。本項では指定発言の内容を概説させていただく。

指定発言の要旨は、基本領域化を進める上では日本神経学会の構成員の多様性への配慮は必須である、という一文に尽きる。この指定発言のために会員の属性に関する調査を実施した。調査時点では、日本神経学会には9,033名の会員が所属し、そのうち5,907名が専門医であった。神経内科専門医の勤務先を調べると、大学/研究施設勤務が23.6%、病院勤務が60.3%、開業が16.1%であった。しかし代議員について所属を調べると、大学/研究施設勤務が54.4%、病院勤務が44.2%、開業が1.4%であった。そして、調査時点での理事については、大学/研究施設勤務が85.7%、病院勤務が14.3%、開業は0%であった (Fig. 2)。当学会は民主的な代議員/理事制度を導入しているが、基本領域化を目指すとは決定した理事会や社員総会の構成は、少なくとも数の上では、会員全体の

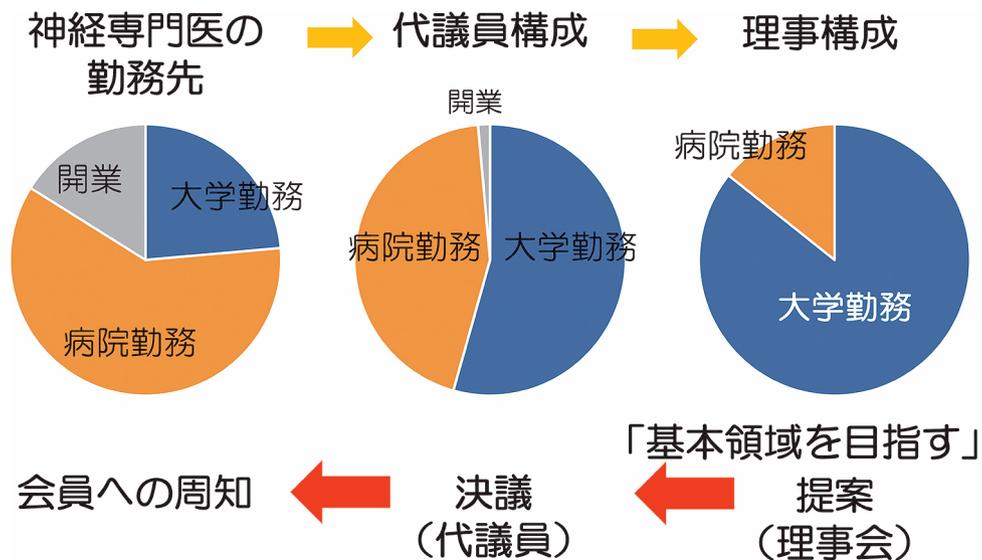


Fig. 2 神経学会の構成と役員構成の解離.

属性を反映しているとは言い難いことが明確である。基本領域化推進の議論の中では、脳神経内科医にとっての一般内科診療を等閑視する発言も少なからず仄聞する。しかし上記のような背景もあり、当学会には神経のみならず一般内科全般を診療している会員は少なからずいることは明確である。むしろ一般内科診療を重要視している脳神経内科の講座や施設も多く、そうした施設においては、学会の基本領域化にあたって、神経しか診ない医者への需要は限定的ではないかとの懸念の声があがっている。

著者の施設では、脳の総合診療を、そして内科系の広範な総合診療を担っているのが脳神経内科であり、その貢献度は他の基本領域学会を凌駕している。脳神経内科は、専門性を謳うだけでなく、総合診療の中核になりえるのだという矜持を持ってもらいたい。脳神経内科の専門性を重視すること

は当然であるが、同時に一般内科診療での総合力をも重視している施設は私立大学病院や市中病院を中心にかかなりの数に上ると考えられ、著者はそうした立場から指定発言の機会をいただいた。指定発言の中では、日本神経学会の特徴の一つは多様性であることを解説し、そして神経への高い専門性を有し他領域を診ない医者も必要であろうが、それだけが当学会ではないことも忘れてはならない、と警鐘を鳴らさせていただいた。あらためて多様な学会員への配慮をお願いしたい。

注：抄録文中で脳神経内科と神経内科の表記が混在している。日本神経学会では2017年9月の理事会において標榜科名を神経内科から脳神経内科に変更することを決定したが、各演者の抄録内での表記はそのままとした。なお専門医の正式名称はまだ「神経内科専門医」である（近く変更の予定）。

※著者全員に本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれも有りません。

## Abstract

### What is necessary to make neurology a basic specialty?: Changing medical specialty system in Japan and the mission of a basic specialty

Masahiro Sonoo, M.D.<sup>1)</sup>, Masami Sakoi, M.D.<sup>2)</sup>, Ken Watanabe, M.D.<sup>3)4)</sup>, Hidekazu Tomimoto, M.D.<sup>5)</sup>, Tetsuo Ando, M.D.<sup>6)</sup>, Kazutoshi Nishiyama, M.D.<sup>7)</sup>, Ryosuke Takahashi, M.D.<sup>8)</sup>, Tatsushi Toda, M.D.<sup>9)</sup>  
and the committee for future neurology specialty system of Japanese Society of Neurology

<sup>1)</sup> Department of Neurology, Teikyo University School of Medicine

<sup>2)</sup> Ministry of Health, Labour and Welfare

<sup>3)</sup> Tottori Medical Association

<sup>4)</sup> Meiwa-kai Medical and Welfare Center, Watanabe Hospital

<sup>5)</sup> Department of Neurology, Mie University School of Medicine

<sup>6)</sup> Department of Neurology, Anjo Kosei Hospital

<sup>7)</sup> Department of Neurology, Kitasato University School of Medicine

<sup>8)</sup> Department of Neurology, Graduate School of Medicine, Kyoto University

<sup>9)</sup> Department of Neurology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

The Japanese Society of Neurology decided to aim to convert neurology, which is currently a subspecialty of internal medicine, to a basic specialty in the Japanese medical specialty system at the special general meeting of corporate members in January 2018. Because the details of new specialty system in Japan remain unstable, the committee to promote achievement of neurology as a basic specialty planned to hold a special symposium regarding the specialty system at the 60th annual meeting of the Japanese Society of Neurology in May 2019. This article compiles the abstracts of speakers in this symposium. Speakers were from Ministry of Health, Labour and Welfare, the Japan Medical Association, and our society members. We discussed the reason why neurology should be a basic specialty, the consideration indispensable for the regional health care as a basic specialty, how to reach our goal, and problems to overcome. Based on the decision at the special general meeting of corporate members mentioned above and such discussion, we will continue making best efforts to achieve neurology as a basic specialty through negotiation with relevant players including the Japanese Society of Internal Medicine.

(Rinsho Shinkeigaku (Clin Neurol) 2020;60:515-519)

**Key words:** the Japanese Society of Neurology, board-certified neurologist, medical specialty system, basic specialty, regional health care