

平成28年9月1日

神経内科専門医課題検討委員会への諮問書

一般社団法人日本神経学会
神経内科専門医課題検討委員会
委員長 吉良 潤一先生

一般社団法人日本神経学会
代表理事 高橋 良輔



神経内科専門医制度は1968年4月、同年10月に発足した内科専門医よりも早く、内科専門医とは独立した神経内科認定医制度としてスタートしました。それ以来4半世紀以上内科とは独立して毎年、神経内科専門医を世に送り出してきました。しかし1997年、学会認定医制協議会（現在の日本専門医機構の母体となった組織）により、専門医制度が第1群である基本領域と第2群のサブスペシャルティー、そして第3群とされるその他に分類されるという方針が打ち出され、神経内科はどの群に属するかが焦点となりました。日本神経学会の中での多くの議論を経て、2002年の日本神経学会総会で学会員の意思を問い、神経内科専門医制度は、基本領域である内科のサブスペシャルティーとなる、第2群の専門医となることが決定しました。この決定により卒後4年目以降に認定内科医を取得したのちに、神経内科専門医を7年目以降に取得するという専門研修の課程が確立しました。これには、卒後3年間を内科研修期間とみなし、卒後3年目からはサブスペシャルティー内科研修を開始してよいとする前提がありました。2004年からの初期研修導入後以降も卒後3年目から神経内科専門研修を開始することが許容されていたので、神経内科専門医制度自体には大きな影響はありませんでした。

ところが2017年開始予定の新内科専門医制度の導入にあたり、初期研修2年間修了後、内科専門医を取得するためにさらに最大3年間内科のローテーションを行うという案が日本内科学会から提案されたことから、神経内科専門研修を始める時期が今までよりも最大3年遅れる可能性があることに大半の神経内科医は懸念を表明し、日本神経学会も大きな問題と受け止めました。結局2016年になり、神経内科研修開始の甚だしい遅延は後述する並行研修の導入によりひとまず回避されました。しかし新内科専門医制度が学会にもたらしたインパクトは、神経内科専門医となるために一般内科研修はどの程度必要か、神

経内科専門医制度はどうあるべきか、という問いを改めて投げかけることになりました。

一方、我が国が超高齢社会を迎えて、神経内科が担わなければならない役割は増大の一途をたどっています。国民病である脳卒中や国民の10%にも達する認知症患者とその予備軍、高齢者に増加しているてんかんなど、神経内科のコモディージェーズへの対応は十数年前には予想できなかつたほど広く深い知識と経験を要するものになってきています。その一方で神経内科医は昔も今も神経難病の研究、医療、ケアにおいて、リーダーの役割を果たすことが強く求められています。時代の要求に応えられる神経内科専門医制度を私たちが現在用意できているかどうかを問い直す時期を迎えたといえるでしょう。

そこで、このような経緯と現状の分析に基づいて神経内科専門医の在り方を包括的に検討することを使命とする神経内科専門医課題検討委員会の設置を、2016年5月18日開催の2016年度第2回日本神経学会理事会に提案して承認され、本委員会が発足する運びとなりました。これを受け、日本神経学会代表理事として、神経内科専門医課題検討委員会に現状の神経内科専門医制度の課題を洗い出し、それらをあらゆる角度から検討していただくことをお願いし、そのうえで神経内科専門医制度のあるべき姿について諮問します。本諮問に対して本委員会には、神経内科専門医制度のあるべき姿について会員が判断できるような答申書をおまとめいただくようお願いします。おおむね一年間で答申書を作成していただきたく存じます。その後、答申書を会員に公開したうえで、何らかの形で神経内科専門医の在り方について神経学会員の意思を問うことを予定しております。

ご案内のように、新内科専門医制度は本学会をはじめとする内科系関連8学会の日本内科学会への働きかけにより2016年に改正され、内科専門研修におけるサブスペシャルティー内科の並行研修が可能になりました。並行研修の期間・時期は定めないことになりましたので、内科専門研修3年間のうち、実際にはおおむね2年間を神経内科研修に充てるのが可能になり、従来と同様、卒後7年目に神経内科専門医を受験する道が開かれました。しかし、内科専門医に必要な経験症例数と疾患の種類は軽減されておらず、新制度下での神経内科専門医は、従来に比べより多くの時間を一般的な内科研修に費やす必要があります。また、新内科専門医制度では、基幹施設と連携施設の2施設以上で研修を行うことが義務づけられました。このため3年間ストレートの神経内科研

修システムを構築し、順調に運営してきた研修病院には不安と不満が高まっております。

このような背景の下、本年6月に施行した代議員を対象とする専門医に関するアンケート調査におきまして、神経内科の基本領域化を求める少なくない声が理事会に寄せられました。また国際比較では、米英独仏といった欧米諸国の専門医制度では神経内科 (neurology) は内科 (internal medicine) とは独立した基本領域の専門医に位置づけられており、我が国でも神経内科は基本領域になってしかるべきであるとの意見も以前から学会内にあります。神経学会にとって基本領域化を含めた神経内科専門医制度のあるべき姿を検討し、学会員に提示することは現在も喫緊の課題です。しかし基本領域化するための条件が整っているかどうかも含めて神経内科専門医制度の在り方について、本学会が内科のサブスペシャルティーに加わることを決定して以来、これまで学会として組織的に検討したことはありません。また神経学会が内科のサブスペシャルティーに加わると決定した経緯に関しても、どういう議論が行われたかをふりかえる必要があります。

仮に基本領域化に舵を切ることになった場合も多くの課題があります。内科学会との関係はどうするのか、3年目からの内科研修は全く行わずに初期研修内での内科研修だけでよしとするのか、内科から独立した場合、初期研修のローテーターが神経内科に配属されなくなる可能性があります。それでもよいのか、など思いつく限りでも様々な問題があります。そもそも基本領域化が、はたして我が国における神経内科の発展につながるかも慎重に検討する必要があります。一方、基本領域化すると、脳卒中専門医やほかの脳疾患関連学会のいわゆる3階の専門医との関係を明確にできるのは明らかなメリットです。忘れてはならない最も重要なことは神経内科の基本領域化が、国民医療の充実に資するかどうかという観点です。

貴委員会が作成される答申書は神経学会の未来を拓くための、さらには我が国の医療を良い方向に向けるための礎になるものです。困難を伴う大変な作業を短い期間にお願いして誠に恐縮ですが、何卒よろしくお願い申し上げます。