教育講演

14. 総合内科専門医の育成について

生坂 政臣

Key words : 内科専門医, 国際比較, 研修カリキュラム, 専門医制度改革

はじめに

地域医療の崩壊は地域中核病院での勤務医不足から始まったとされ、特に全領域の専門医を揃えることが現実的でない中小病院では、救急から入院患者まで幅広い疾患に対処できる内科医のニーズが高まっている。この医療崩壊に拍車をかけているのが、ナンバー内科から臓器別診療科への再編が進み、専門外診療を不得手とする内科医の増加とも言われている。事実、初期臨床研修必修化以降、内科研修が不十分なまま認定医となり、そのままサブスペシャリティ研修に進む内科医が増えており、本学会でもジェネラルな内科研修を強化すべく制度改革に着手した。本稿提出時点での案として内科認定医を廃止し、初期研修後1～3年間で内科を幅広く研鑽して内科専門医を取得する制度や、教育や臨床研究の実績を加えた内科専門医を、従来の総合内科専門医に代えて内科指導医とする意見などが出されている。

この一階建て部分の研修強化によって育成す

る内科専門医が、非サブスペシャリストとして活躍する場所は大きく3つに分けられ、それぞれ必要とされるスキルも異なる。すなわち大学病院では稀な疾患や複雑な病態の診断と臨床教育の比重が高くなり、地域の一般病院では臓器専門医の肩代わりとして侵襲的な手技や専門治療まで要求される。さらに診療所では内科だけでなく整形外科、皮膚科、精神科、婦人科などを含めた広範囲の成人プライマリ・ケア診療能力が必須となり、これらすべてのキャリアパスの礎を築くためプログラムを考案しなくてはならない。内科専門医としての最低限のスキルは、医療面接に始まり、身体診察、一般検査、(侵襲性のある)特殊検査、そして治療と進む診療の流れの中で、特殊検査と専門治療を除いたすべてを全内科領域で過不足なく実行し、必要に応じてサブスペシャリストへ適切なコンサルトを遂行する能力であろう。本稿では新しい制度に期待を込め、また諸外国とも比較しやすい(新)内科専門医に的を絞り、その育成について考察したい。

千葉大学附属病院総合診療部

110th Scientific Meeting of the Japanese Society of Internal Medicine : Educational lecture : 14. Training reform for general internal medicine in Japan.

Masatomi Ikusaka : Department of General Medicine, Chiba University Hospital, Japan.

本講演は、平成25年4月13日(土)東京都・東京国際フォーラムにて行われた。

1. 米国の内科専門医

米国では卒後3年間の一般内科研修の後に、米国内科医認定機構 (American Board of Internal Medicine) が実施する試験を受けて内科専門医となり、10年ごとの再認定試験を受ける (図1)。研修プログラムでは入院症例に加え、全体の3分の1以上の外来研修を要求している¹⁾。例としてアイオワ大学の内科研修プログラムを示す (図2)。1990年代初頭の内科研修の中心は病棟であったが、米国経済の陰りが医療界に波及し、医療費高騰抑制策として在院日数が短縮され、病棟は重症患者が中心となったために、それまで一般的であった外来と入院の両方を管理する内科専門医の診療形態を維持することが困難になった。その結果、入院診療を縮小・放棄して外来診療主体となり、そのトレンドを受けて内科研修も外来の比率を急速に拡大している。

そのような流れの中で、1996年に病棟のマネージメントを行うホスピタリストが提唱され²⁾、近年、全米で急速に普及しつつある。これは上述のごとく、入院が重症患者に限られるようになったため、以前のように内科医が外来の合間に入院患者を診察するというスタイルを維持しにくくなったことと、医療安全の観点から研修医の労働時間が制限されるようになり、研修医不在となる時間帯の病棟をカバーする専任医のニーズが生まれたことなどがその発展の背景にある。

サブスペシャリティの研修期間は代謝内分泌や呼吸器内科などが2年、最も長い循環器内科で3年となっているが、米国ではサブスペシャリスト数が制限されているために、内科専門医を取得してもサブスペシャリティのフェローシップに進めるのは約6割である。ただこの制限によりサブスペシャリティを持たない内科専門医がプライマリ・ケアや医学教育に携わり、大きな勢力になっていることがわが国との大きな違いである。急速にその数を伸ばしているホスピ

図1. 米国の内科研修

ABIM : American Board of Internal Medicine

タリストも、このサブスペシャリティを持たない内科専門医という大きなプールがなければ発展することはなかったであろう。

2. 英国の内科専門医

英国で内科専門医になるには、全ての医学部卒業生に義務づけられる2年間の基礎研修であるFoundation Programを終了後に、2年間の内科共通研修であるCore Medical Trainingに入り、Royal College of Physiciansが実施する専門医試験Membership of the Royal College of Physicians (MRCP) に合格しなければならない。その後3~5年間の領域別内科専門研修プログラムを開始し、例えば循環器内科専門医取得には卒後9年 (2+2+5年)、内分泌代謝内科専門医は卒後8年 (2+2+4年) を要する。この専門研修の中に総合内科 (General Internal Medicine) も含まれており、総合内科専門医 (Certificate of completion of training in General Internal Medicine) 取得までに卒後7年 (2+2+3年) の研修が必要となるが (図3)、多くの総合内科研修医は期間を延長して他の専門医資格と併せて取得できるDual certificate of completion of trainingコースを選択する³⁾。ちなみにgeneral practitioner (GP) の研修期間は、2年間の基礎研修の後の3年間の専門研修のみであり、総合内科を含む内科系専門医よりも短い¹⁾。

図 2. アイオワ大学病院の内科研修プログラム

VA：退役軍人病院

図 3. 英国の内科研修

MRCP：Membership of the Royal College of Physicians

研修制度の改革によって臨床教育が充実していく一方で、研究者 (clinician scientist) の減少が深刻な問題として浮上している。この対策として臨床と研究を統合したコース (Academic integrated pathways) を用意し、臨床と PhD の両立に配慮している。例えば循環器内科での academic integrated pathway では基礎研修 Foundation Program の 2 年目から研究への曝露 (Academic foundation year) が始まり、2 年間の内科共通研修 Core Medical Training 終了後 (専門研修 3 年目) に 3 年間の本格的なリサーチを選択し PhD を取得する“迂回路”が設けられている⁴⁾。ちなみに米国でも研修期間を延長して内科・小児科や内科・救急科などの二つの専門医を取得できる combined training の他、研究を組み込んだ research pathway も設定されている。

3. 内科専門医が修得すべき手技

わが国では研修医レベルで気管内挿管や中心静脈ラインの確保はもちろんのこと、スワンガンツカテーテル検査や上部消化管内視鏡までかなり高度な手技を経験する。このため日本で内科研修を終えた後に米国で臨床研修に入り、これらの侵襲的な手技を披露すると、その鮮やかな手さばきに驚かれることになる。米英で内科研修医が経験すべき手技はきわめて限られたものになっているからである。

米国内科学会 (American College of Physicians) が一般内科医に施行できるように求める手技は、腰椎穿刺、尿道カテーテル、胸腔・腹腔穿刺、グラム染色、中心静脈穿刺、動脈穿刺、S 字結腸ファイバー検査である⁵⁾。英国の基礎研修 Foundation Program で単独で施行できることを求められる手技は、尿道カテーテル、動脈・静脈穿刺、血管カニューレ留置、ピークフロー検査、心電図検査であり、内科共通研修である Core Medical Training では、これらに加えて腰椎穿刺、胸・腹水穿刺、経鼻チューブ留置、体表ペーシングを含めた心肺蘇生術の単独遂行を必須とし、超音波を用いた中心静脈穿刺、DC カルディオバージョン、胸腔ドレナージの単独遂行は“望ましい”レベルに留められている⁶⁾。米英では侵襲的な手技の研修は生涯に渡ってそ

れを行う医師に集約させることにより、未熟者による合併症を最小限にする狙いがあると思われる。わが国の内科医はサブスペシャリスト不在の病院で、これらの手技の遂行を期待される場面が多いのは事実であるが、医療安全や熟練という観点から、内科研修で必須とする手技の選定には慎重を要する。

他方で、わが国のプライマリ・ケアを担っている開業医が苦慮している領域に整形外科や精神科が上げられている⁷⁾。これらの領域は内科疾患の鑑別を行う上できわめて重要なものでは是非研修に加えたいところである。米国の内科学会でも、これらの領域の研修不足が指摘されており、21世紀の内科専門医のアイデンティティとして病棟の重症管理と内科領域を越えた幅広い成人外来診療を遂行できる医師像を提案している⁵⁾。高度な手技もできるに越したことはないが、このような内科周辺領域の臨床経験も大切であり、短い研修期間を効率的に使うためには、将来にわたって利用するスキルを優先したミニマムリクアイアメントを策定する必要がある。

4. 欧米諸国のプライマリ・ケア分業制度

米英では内科系サブスペシャリティに進む前にそれぞれ3年、4年の内科を中心としたジェネラルな研修を行っているが、誤解してはならないのは、これらの研修が将来プライマリ・ケアを行うためではなく、専門医療を行う上で必要となる基本研修として捉えられていることである。アメリカ、カナダ、イギリス、ドイツなどの先進諸国では、プライマリケア医とサブスペシャリストが厳然とした分業体制を敷いており、サブスペシャリストがプライマリ・ケアを提供することはない。

ドイツでは1968年に卒後研修規定が改革され、一般医学の専門医として家庭医療科が発足した。その後、家庭医が専門医であるという認識は徐々に浸透し、1994年以降家庭医の業務を行うため

には、一般医学の専門医の資格を取得せねばならなくなった。これに伴い、これまで内科専門医として開業していた医師は、内科専門医に止まるか、家庭医になるかの二者択一を義務づけられた。また専門科の標榜は1科のみが原則で、家庭医とサブスペシャリストの癒着は職業倫理を損なうとの観点から、その兼務は法律で禁じられている⁸⁾。

1965年以前のイギリスでは、臓器別専門医になれなかった医師が、家庭医に相当する一般医(GP)になっており、その地位も医療レベルもきわめて低いものであった。危機感をもった学会が、一般医の地位向上の改革に取り組んだ結果、1979年より一般医の卒後研修が法律により義務づけられ、1986年には三分の二の大学で一般医学の講座が設けられるようになった。このようなプライマリ・ケア独自の研修システムの制度化により、臓器別専門医の称号を得られなかった医師が一般医になって開業することが不可能となっている。また国民保険サービス(NHS)のもとでは、一般医の紹介なしに二次以上の医療機関へ受診できないようになっており、行政面でもプライマリ・ケア医と臓器別専門医の分業体制が確立している⁹⁾。

米国の医療制度の基本は自由診療であり、患者はどの医者にもでもかかることができるが、一連の改革により家庭医を初めとするプライマリ・ケアの質の高さが国民に浸透していることと、サブスペシャリストの高額な診療費により、プライマリ・ケアと専門医療の分業体制が自ずと確立していった。しかし90年代中盤以降、HMO(Health Maintenance Organization)などの営利保険会社は、その組織が独自に契約したプライマリ・ケア医からの紹介状を、サブスペシャリスト受診費の保険払いの条件とし、分業体制は保険制度面からも強化された。アメリカではドイツのような複数の専門科標榜の規制はないが、各専門医に認定されるまで研修と認定維持に多大な労力を要するため、上述のcombined training

によるダブルボードを除く領域の兼務はきわめて困難である。

5. サブスペシャリストがプライマリ・ケア医を兼ねる制度

一方、自由標榜制であるわが国では、医師であれば誰でもプライマリ・ケアを提供できるが、それゆえにプライマリ・ケア医の定義が曖昧となり、OECD加盟国の中でプライマリ・ケア医数を算定できない唯一の国となっている。ところが、そのような先進国ではきわめてまれな医療制度であるにもかかわらず、わが国は患者のフリーアクセスを保証したまま欧米並みの先進医療を提供し、それに要するGDPあたりの医療費はOECD加盟国中でも驚くほど低い。お金をかけずに良いものを提供し続けるという魔法のような仕組みは、良くも悪くも専門医による総合医の“兼業”が大きく関与していると考えられる。病院の専門医がかかりつけ医となり、風邪などのコモンディジーズの診療に当たることはまれではなく、開業した皮膚科医や外科医が高血圧患者を管理し、内科医が小児の診療にあたるのも日常的な風景である。医師の意識調査でも、専門、内科系、外科系によらず開業医の約9割が総合診療を提供していると回答しており¹⁰⁾、上述の如くOECDの医療統計でgeneral practitioner（一般医）やfamily physician（家庭医）の医師数が空欄なのは日本だけであるが、その資格を問わなければ、わが国にもそれらに相当する医師は充分存在していることになる。兼業は専門に比べてそれぞれの領域の質を劣化させる危険性を孕み、過重労働の温床にもなるが、不足したマンパワーを補う巧みな仕組みでもある。分業制度導入による慢性的なプライマリ・ケア不足に悩む欧米先進国を尻目に、わが国ではサブスペシャリストとプライマリ・ケア医が一体化し、一人二役をこなして安価なフリーアクセスを堅持しつつ、WHOお墨付きの世界トップクラ

スの健康指標を獲得してきたとも言える。

しかし近年、患者の医療の質や安全に対する要求の高まりから臓器別研修が強化され、患者の専門医志向や訴訟リスクも相俟って、サブスペシャリストは他領域の診療に消極的になっていった。これが地域医療崩壊の一因とされ、専門によらずすべての医師がプライマリ・ケアを行うことができるように、卒後臨床研修必修化へと大きく舵を切ったのは周知の通りである。しかし、この領域の指導医不足も相俟ってプライマリ・ケア医養成に成功したとは言えず、さらに今年に入り、総合診療を専門領域として認定する施策を打ち出したが、量産体制に入るのは相当先になることを覚悟しなければならない。

このような中、専門医制度改革の一環として、内科専門医の在り方が問われている。日本内科学会はわが国最大のサブスペシャリスト集団であるが、同時に1万4千人を超える総合内科専門医を有しており、わが国最大のジェネラリスト集団でもある。そのような学会だからこそ、成人を対象とした質の高いプライマリ・ケア医を量産する難事業にも取り組めるのではないだろうか。内科のジェネラルな研修を充実させることによって、国民が納得するプライマリ・ケア医を数多く育成できれば、分業先進国にみられるサブスペシャリストとプライマリ・ケア医の格差や、それに起因するプライマリ・ケア医不足にも悩まされずにすむかもしれない。

おわりに

米英の内科専門医は、将来プライマリ・ケア診療に携わることをしないサブスペシャリストまでが、3～4年間のジェネラルな研修を自らのサブスペシャルティの基盤として重視していることを考えると、内科系サブスペシャリストがプライマリ・ケア医として活動する可能性の高いわが国では、少なくとも米英と同レベルのジェネラルな研修環境は必要と思われる。研修内容

は施設の特徴を活かしたものでよいが、ジェネラルな研修はサブスペシャリティの研修とは診療の視点も到達目標も大きく異なるので、米英のように研修の大半を総合内科や一般内科などのジェネラルな部門で行いたい。しかし、わが国のジェネラル部門はスタッフなどが十分整備されていないため、実際にはサブスペシャリティ科のローテーションで補うことになる。但しその場合でも各サブスペシャリティでミニマムリクアイアメントを設定し、他領域に進む内科専攻医にも有用な学びの場となる工夫が必要である。

また、内科専門医取得後に教育や研究の実績などを積み重ねて得られる内科指導医（従来の総合内科専門医に相当）は、ジェネラルな部門にあってはそのまま次の目標となり、またサブスペシャリティ部門でも内科専攻医全般の教育担当者として重要な役割を担うことになるであろう。初期臨床研修必修化以降、研修医の大学離れが定着しつつあるが、これらの専門医制度改革を機に充実したジェネラルな研修ができることをアピールできれば、大学に若手を呼び戻し、ひいては内科医全体のパイを増やすことに繋がるのではないかと期待している。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に

関連して特に申告なし

文 献

- 1) 大西弘高, 錦織 宏: 内科専門医の国際比較: 日本, 米国, 英国の状況. 日内会誌 97: 3088-3092, 2008.
- 2) Wachter RM, Goldman L: The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. N Engl J Med 335: 514-517, 1996.
- 3) SPECIALTY TRAINING CURRICULUM FOR GENERAL INTERNAL MEDICINE AUGUST 2009. Joint Royal Colleges of Physicians Training Board. http://www.gmc-uk.org/2009_GIM_curriculum_revised_Aug_2012pdf.pdf_51545072.pdf
- 4) SPECIALTY TRAINING CURRICULUM FOR CARDIOLOGY AUGUST 2010. Joint Royal Colleges of Physicians Training Board. http://www.gmc-uk.org/Cardiology_curriculum_2010.pdf_32485140.pdf_43227498.pdf
- 5) Report of the Federated Council for Internal Medicine Task Force on the Internal Medicine Residency Curriculum, American College of Physician/American Society of Internal Medicine, 2002.
- 6) SPECIALTY TRAINING CURRICULUM FOR CORE MEDICAL TRAINING August 2009 (WITH AMENDMENTS AUGUST 2011). Joint Royal Colleges of Physicians Training Board. http://www.gmc-uk.org/2009_CMT_Curriculum__AMENDMENTS_Aug_2012_.pdf_51547514.pdf
- 7) 高橋知子, 他: 総合外来紹介患者における最終診断の検討, プライマリ・ケア関連学会連合学術会議. 京都, 2009-08.
- 8) 岡島道夫: ドイツの医療制度について. <http://www.hi-ho.ne.jp/okajimamic/m401.htm>
- 9) 池上直己: 成熟社会の医療政策—イギリスの「選択」と日本—. 保健同人社, 東京, 1990.
- 10) 清田礼乃, 他: 家庭医療 9: 13-21, 2002.