新しい内科専門医制度における 研修カリキュラムとプログラム

近畿大学循環器内科

宮崎 俊一

Shunichi Miyazaki: Division of Cardiology, Faculty of Medicine, Kinki University, Japan.

Key words 研修カリキュラム, 研修プログラム, 研修手帳, 技術・技能評価手帳

1. これまでの経緯

我が国における内科専門医制度は1968年に発足し, 1973年に日本内科学会が認定試験を実施して専門医認定が行われた。その後, 1981年には専門医認定医制協議会(日本医学会加盟学会の合同会議)が発足し, 多くの学会による専門医制度について横のつながりを持つ組織ができたが, 実際には各学会の専門医制度は個々に運営されており, 他の専門医制度との連携はなかった。一方, 内科系サブスペシャリティの各学会にも次々と専門医制度が誕生し, 2001年に

は専門医制度認定協議会における内科関連委員会において, これら内科系サブスペシャリティ学会の専門医制度は, 内科の認定医制度における二階部分と位置づけられることとなった。これ以降, 「認定内科医」は卒後3年間の研修で取得可能な一階部分の資格となり, 「内科専門医」は卒後6年間の研修が必要な内科領域におけるgeneralityの専門医として位置づけられた。また, その呼称は2007年から「総合内科専門医」と改められて現在に至っている。

2. 新しい専門医制度

2013年4月に専門医の在り方に関する検討会(厚生労働省)から最終答申が報告されて, 我が国の専門医制度は大きく変革されることになり, 専門医は学会ではなく, 中立的第三者機関によって認定される方針が固まった。この答申では全ての専門医制度は統一的に標準化することが求められており, 基本(基盤)領域の研修期間は5年以上, サブスペシャリティ領域は3

年以上と報告されている。

これを受けて内科学会は認定医制度の見直しをすることとなり, カリキュラムの改訂と研修プログラムの策定を行うこととなった。以下に, その骨子を記載する。

- 1) 新規の「認定内科医」試験は廃止し, 「内科専門医」試験へと統一する。
- 2) 新しい「内科専門医」の到達レベルは現

表 カリキュラムにおける到達レベル

1) 知識に関する到達レベル
A: 病態の理解と合わせて十分に深く知っている.
B: 概念を理解し, 意味を説明できる.
2) 技術・技能に関する到達レベル
A: 複数回の経験を経て, 安全に実施できる, または判定できる.
B: 経験は少数例だが, 指導者の立ち会いのもとで安全に実施できる, または判定できる.
C: 経験はないが, 自己学習で内容と判断根拠を理解できる.
3) 症例に関する到達レベル
A: 主治医 (主たる担当医) として自ら経験した.
B: 間接的に経験している (実症例をチームとして経験した, または症例検討会を通して経験した).
C: レクチャー, セミナー, 学会が公認するセルフスタディやコンピューターシミュレーションで学習した.

行の認定内科医より高く設定し, 認定内科医と総合内科専門医との中間的レベルとする.

現在の総合内科専門医は内科指導医という位置づけとする.

- 3) カリキュラムは2011年に改訂された内容を基本として改訂する.
- 4) 重要な症例経験はカテゴリーに区分した疾患群の中から少なくとも1疾患を経験

することで担保する.

- 5) 症例経験には一定数の外来症例を認めることとする.
- 6) 研修状況を把握するためにWeb上で運営する研修手帳 (専攻医登録・評価システム) を開発する. 研修手帳は症例経験と技術技能の修得状況の2つに分けて運用し, 他職種評価なども導入する.

3. 新しい内科専門医研修カリキュラム

前項で述べたように新カリキュラムの検討を始めたのは2013年であり, カリキュラム2011の改訂 (http://www.naika.or.jp/nintei/curriculum/cur_top/) からまもなくであったことから, 各領域の学術的な変更点はほとんどない状況であった. したがって, 総合内科, 消化器, 循環器, 内分泌, 代謝, 腎臓, 呼吸器, 血液, 神経, アレルギー, 膠原病および類縁疾患, 感染症, 救急の13領域区分はそのまま維持されており, 内容もほとんど同様である. ただし, これまでの懸案事項であった横断的領域として

の腫瘍内科と老年医学に関しては, 総合内科に組み入れて総合内科I (一般), II (腫瘍), III (高齢者) とした. なお, カリキュラムの項目と到達レベルを抜き出した表を内科学会のホームページに掲載しているので参照していただきたい (<http://www.naika.or.jp/info/rireki/info141224-2/>).

一方, 到達レベルに関しては認定内科医と総合内科専門医との中間的レベルを意図して見直したため, 従来とは大きく異なっている. なお, A, B, Cレベルの説明は表のように記述した.

循環器		疾患グレード
1	1) 急性冠症候群 (1) 不安定狭心症	A
呼吸器		疾患グレード
2	1) 感染性呼吸器疾患 (1) 急性上気道感染症 / 感冒 (かぜ症候群)	A
神経		疾患グレード
1	脳梗塞・ TIA 1) 脳梗塞 (アテローム血栓性脳梗塞, 心原性脳塞栓症, ラクナ梗塞, その他の脳梗塞) 2) 一過性脳虚血発作<TIA>	A
	脳出血・ の血管障害 1) 脳出血 2) くも膜下出血 3) 慢性硬膜下血腫 4) 脳動脈解離 5) 静脈洞血栓症 6) 高血圧性脳症	B B B B B B
	2 感染症・ 炎症性疾患 1) 髄膜炎・脳炎・脳膿瘍 2) プリオン病 3) 带状疱疹 4) 感染性心内膜炎 5) 神経サルコイドーシス・神経 Behçet 病 6) 肥厚性硬膜炎 7) AIDS および免疫不全関連の神経障害および HAM 8) 破傷風	A C A B B C C C
4	中枢性 1) 多発性硬化症・視神経脊髄炎	A

カテゴリー

この中から1症例以上の経験を要する。

図1 経験症例のカテゴリー

4. 新しい内科専門医試験の受験までに修得すべきこと

上記のように、新しい「内科専門医」が修得すべき知識、技能技術、症例経験を見直して新しいカリキュラムを策定したが、広大な内科学領域を考慮すると、この全てを履修することは現実的には無理と思われる。そこで、どの程度の履修であれば「内科専門医」として認定できるレベルなのかという観点から、以下のように設定した。

1) 知識に関してはAレベルの項目は確実に理解すべきであり、履修の評価は筆記試験により確認する。

2) 技術技能に関しては、多くは診断に関する技術や判断能力が問われることから、外科系専門医における手術実績を求めるという考え方は適応困難である。このため、指導医による技術技能の指導と修得認定を行うこととし、その評価を技術・技能評価手帳を用いてWeb上で運

用することとした。なお、Aレベルの技術技能は必須項目となっている。

3) 症例経験は目標として200症例の経験を求める、その中でカリキュラム記載の疾患群を全部で70（総合内科領域は3カテゴリー）のカテゴリーに分類し、そのうちの1つ以上の疾患を全てのカテゴリーにわたって経験することを目標とした（図1）。つまり、200症例の受け持ち経験と70疾患群の受け持ち経験を目標として設定した。ただし、内科専門研修の修了要件は、その8割にあたる160症例以上の受け持ち経験と56疾患群以上の受け持ち経験となっている。経験症例は「内科専門医」研修として相応しい症例でなければならず、当該疾患の標準的診断法、治療法などを主治医として経験したことが求められる。なお、各カテゴリーには少なくとも1つのAレベル疾患が含まれているの

図2 新・内科専門医制度の受験資格 (2015年以降の医師国家試験合格者を対象)

で、この疾患を優先することが望ましい。今回の改訂では、入院症例のみならず、10%の症例は外来症例の経験でもよいこととした。これは、過去には入院を要した疾患でも、現在では外来診療が主たる場となっている疾患が増えていること、地域との連携に関する能力も「内科専門医」には必要であることを考慮した結果である。症例経験も技術・技能評価手帳と同様に研修手帳としてWeb上で運用する。

上記以外に研修で修得すべき項目として以下の項目の履修が必要である。

- ① 初診を含む外来 (1回/週以上) を目安として通算で6カ月以上行う。
- ② 当直を経験する。
- ③ JMECCを受講する。
- ④ 安全研修、倫理研修を受講する。
- ⑤ CPCを受講する。

以上の要件を修了した専攻医は、内科専門医制度委員会へ病歴要約を提出し、査読を受けて合格すれば筆記試験の受験資格ありと認定される (図1)。

5. 研修プログラム

前項までで、内科専門医資格を取得するために必要な事項を説明した。研修プログラムとは、これらの事項をどの時点で、どの施設で、どのような方法で修得するかを記載した計画書のことである。今回の新専門医制度の改訂は、“プログラムによって専門医を育成する”ことがスローガンとなっており、全ての専攻医が研修プログラムに従って研修すると、一定期間後には専門医に相応しい能力を獲得できるようにすることが目的である。このため、日本専門医機構から各領域におけるプログラム整備基準が

出されており、内科専門医研修プログラムもこの整備基準に準拠しなければならない。

ここで重要な点は、研修プログラムは研修施設や指導医の要件を踏まえたうえで作成しなければならないために、専攻医の動向だけでなく指導医も異動する可能性があるということである。かつて初期研修制度が導入された際に生じた地域医療の混乱が再発しないようにしなければならないことは当然なので、プログラム作成に際しては連携施設を適切に取り入れ、地域医療をこれ以上疲弊させないように最大の配慮を

しなければならない。

おわりに

新しい内科専門医制度のカリキュラムとプログラムについて概説した。内科専門医が修得すべきカリキュラムはサブスペシャリティ領域の専門医カリキュラムと重複する部分がある。そして、大部分の専攻医は内科系サブスペシャリティの専門医資格取得まで視野に入れて研修をすることが想定される。このため、図2に示すように青と赤のグラデーション期間は内科系サブスペシャリティの研修を兼ねた内科専門医研修として活用することは妥当なことと考えている。

ただし、日本専門医機構では現時点においてサブスペシャリティ領域の研修プログラム検討には着手していないために確定的なことは言えないが、内科専門医研修プログラムはサブスペシャリティ領域とのシームレスな研修ができることが効率的であるということである。

本稿で中心的に取り上げた新しい研修カリキュラムや研修手帳については、上記で紹介したように、日本内科学会のホームページ(<http://www.naika.or.jp/info/info141224-2/>)に掲載されているので、ご覧いただきたい。

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