1

# 日本神経学会
# 神経内科専門医課題検討委員会

# 答申書概要

平成29年7月15日

# 関係者説明用抜粋

平成30年3月9日

2

## 我が国の各学会による専門医・認定医制定の経緯

| 開始年 | 学会名 | 資格 | 現在の状況 |
|---|---|---|---|
| 昭和37年 | 日本麻酔学会 | 指導医 | 基本領域 |
| 昭和41年 | 日本皮膚科学会 | 専門医 | 基本領域 |
| 昭和41年 | 日本脳神経外科学会 | 専門医 | 基本領域 |
| 昭和41年 | 日本医学放射線学会 | 専門医 | 基本領域 |
| 昭和43年 | 日本神経学会 | 専門医 | 内科サブスペシャルティー |
| 昭和43年 | 日本内科学会 | 認定医 | 基本領域 |
| 昭和53年 | 日本外科学会 | 認定医 | 基本領域 |
| 昭和53年 | 日本病理学会 | 専門医 | 基本領域 |
| 昭和53年 | 日本形成外科学会 | 専門医 | 基本領域 |
| ⋮ | ⋮ | | |
| 昭和62年～平成2年 | 他の主な内科サブスペシャルティー学会 | 専門医 | 内科サブスペシャルティー |

2002年（平成14年）：神経学会は神経内科専門医を基本領域である**内科のサブスペシャリティー**である第2群の専門医とすることを決定

3

## 2002年と2017年の社会情勢の違いと機関決定

| 状況 | 2002年 | 2018年 |
|---|---|---|
| 機関決定 | 内科のサブスペ | 基本領域化 |
| 神経疾患診療のニーズ | 神経内科診療の重要性の認識が低かった | 認知症患者の激増<br>高齢てんかん患者の増加<br>神経難病患者の増加 |
| 神経疾患治療法の進歩 | 治療法が限られていた | 脳卒中：t-PA、DOAC、脳血管内治療<br>神経免疫疾患：分子標的療法<br>ジストニア・痙縮：ボトックス治療<br>パーキンソン病：薬物療法の進歩 |
| 神経内科専門医数 | 3,331名 | 5,826名に増加 |
| 大学神経内科教授 | 64大学 | 75大学に増加 |
| 神経内科の認知度 | 認知されていないと大部分の会員が感じていた | 会員の約半数は神経内科が認知されてきたと感じている |
| 診療における課題 | 内科のサブスペでないと、開業時に内科を標榜できない、Hospital (doctor) feeがとれない | 基本領域である脳神経外科と内科のサブスペである神経内科のねじれが顕在化 |
| 専門医認定制協議会/専門医機構 | 15基本診療科を承認し、当該間の診療科の重複を認めない | 基本領域間のdouble boardを容認 |

4

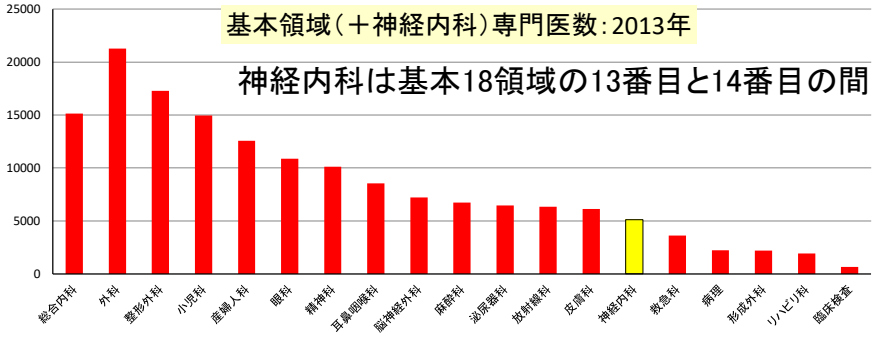
## 神経内科Neurologyの諸外国での位置づけ

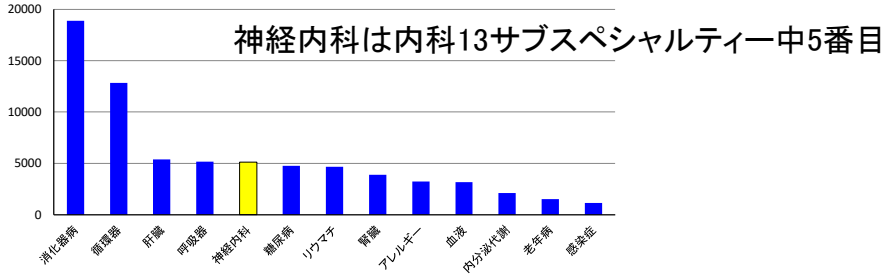
| | 脳神経外科 | 神経内科 | 消化器内科<br>循環器内科 |
|---|---|---|---|
| • 日 | 基本領域 | 内科のsubsp. | 内科のsubsp. |
| • 米 | 基本領域 | 基本領域<br>(Neurology & Psychiatry) | 内科のsubsp. |
| • 独 | 基本領域 | 基本領域 | 内科のsubsp. |
| • 英 | 基本領域 | 基本領域 | 基本領域 |
| • 仏 | 基本領域 | 基本領域 | 基本領域 |

神経内科が基本領域でないのは先進国で日本だけ

## 日本における神経内科専門医数のポジション

5




6

## 神経内科医は大幅に**不足している**

➡ 現在の2倍の人数が必要！

神経内科医数（人口10万人当たり）

日本：2014年
米国：2008年

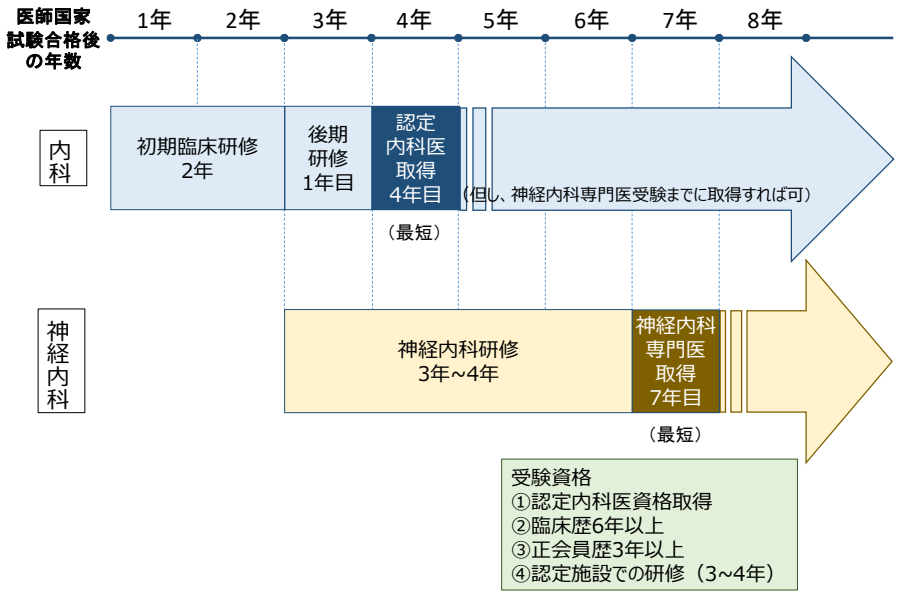
**日本 3.3 人 vs. 米国 5.4 人**

神経内科医数が日本より多い米国でも
神経内科医が非常に不足と認識されている

（Busis NA et al: Burnout, career satisfaction, and well-being among US neurologists in 2016.Neurology 88:797-808,2017）

7

## 神経内科専門医資格取得までの流れ（現行制度）




8

## 神経内科医育成の現状

（園生雅弘ら、臨床神経2017）

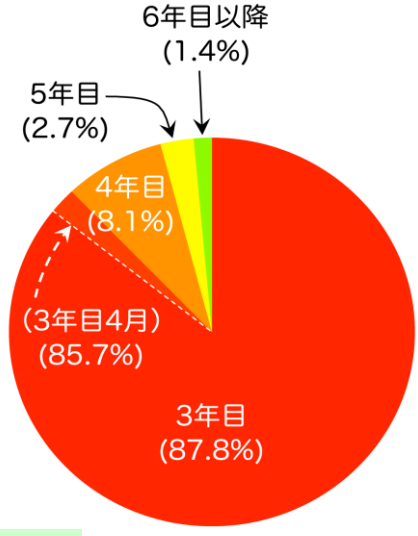
日本神経学会の教育施設、准教育施設の施設責任者にアンケート調査（2017年3月）

調査事項：2009年～2013年の5年間に初期研修を開始し、当該施設で後期研修を行ったすべての専攻医に、

①神経内科専門研修の開始時期
②初期研修開始後3～5年次の研修施設
③市中病院の場合、大学派遣か否か

回答率：46.2% (324/702)
905名の専攻医（対象の約8割）を捕捉

神経内科専門研修開始年次




全専攻医の90%弱が初期研修修了直後の医師3年目から神経内科研修に専念 → 内科ローテート研修で大きな影響を受ける

9

# 最短（～7年目）での専門医取得者の割合

（男女別3年間の合計：2010～2012）

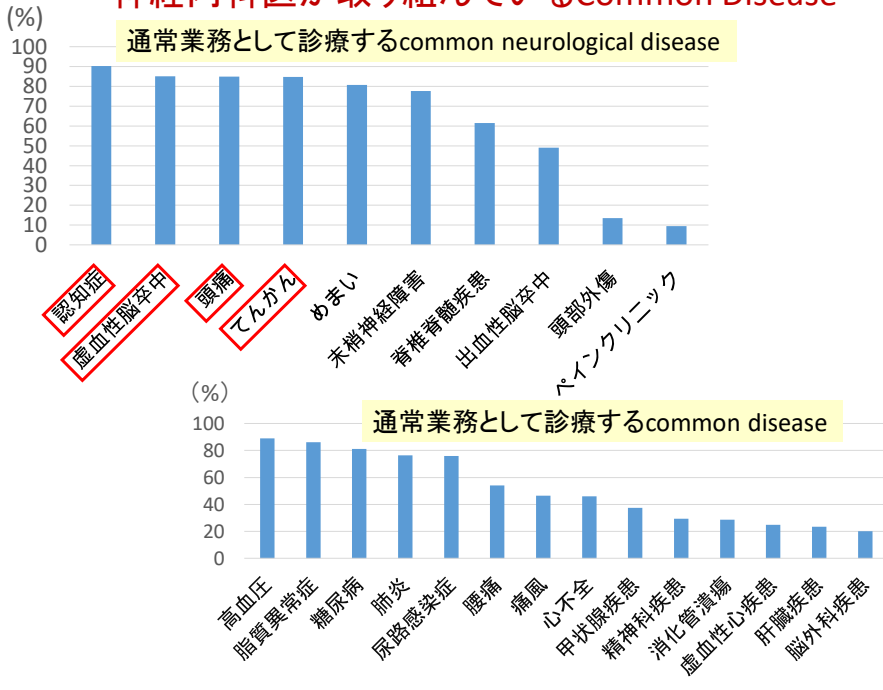
消化器【男17.3%(267/1541) 女25.4% (89/350)】
肝臓　【男10.6%(110/1038) 女18.9% (28/148)】
呼吸器【男14.5%(85/587)　女23.9% (42/176)】
糖尿病【男18.1%(86/475)　女21.4% (60/280)】
腎臓　【男8.2%(38/463)　女9.2%　(21/228)】
神経　【男38.2%(168/439)　女46.2%(75/162)】
血液　【男20.2%(73/361)　女26.5% (39/147)】
内分泌/代謝【男14.4%(20/139)女24.2%(16/66)】

（横山彰仁：新しい内科専門医制度について. 2016）

最短での専門医取得者は神経内科では40～50%に上るが、
他の内科スブスペシャルティーでは10%～20%に過ぎない

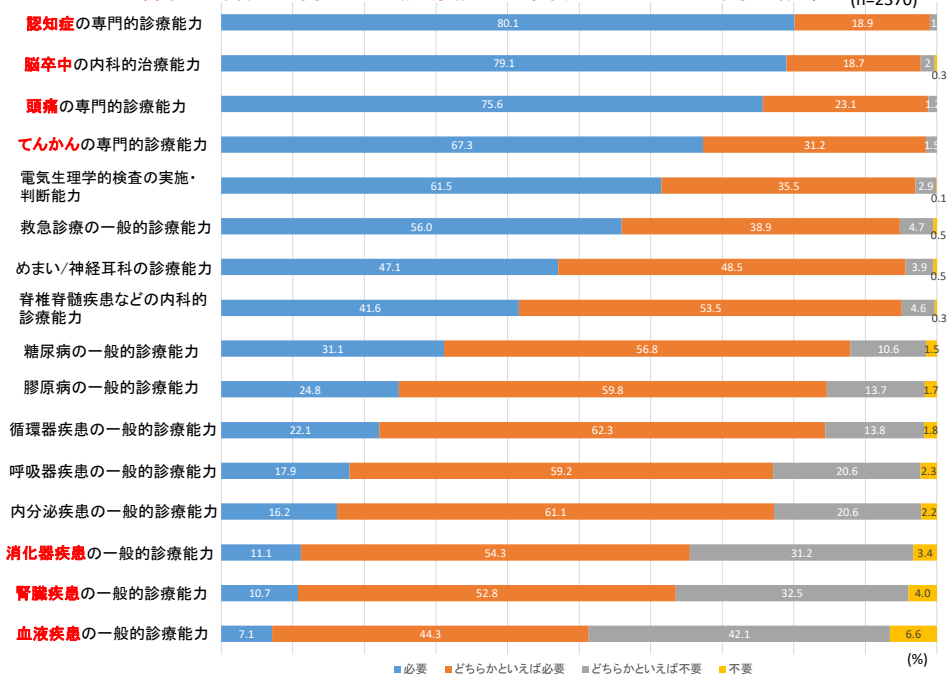
10

# 神経内科医が取り組んでいるCommon Disease



11

## 神経内科医が持つべき診療能力に関するアンケート調査結果




12

## 神経内科の専門医研修はいかにあるべきか

**神経内科**

- 神経学的診察の基礎トレーニング
- 頭痛、めまい、しびれなどコモンな訴えの診療
- 脳卒中、認知症、てんかん、変性疾患、神経免疫疾患、脊椎脊髄疾患、末梢神経疾患、筋疾患、小児神経疾患の経験を積む

**その他の素養**

- 一般内科（高血圧、糖尿病、心疾患など）
- 精神科（うつ病、心因反応、問題行動など）
- 脳神経外科（脳腫瘍、頭部外傷など）
- 整形外科（脊椎疾患、神経絞扼、末梢神経外傷など）
- リハビリテーション（運動障害、高次脳機能障害など）

13

## 新専門医制度における神経内科研修上の問題点

①新専門医研修制度の内科全領域の中には、神経内科専門医にとっては必要性が低いものも多い

②神経内科の専門研修では、主治医として日常診療で様々な内科疾患の解決を要求されるので、内科の臨床力は、初期研修の内科に加えて現行の神経内科専門研修で十分担保される

③神経内科専門医には、精神科、脳神経外科、小児神経科、放射線科など神経系の診療科での研修が望まれるが、新内科専門医研修では内科サブスペシャルティーのローテート研修に限定される

④新内科専門医資格の更新のために、神経内科専門医に不要な内科領域の履修に時間を多く奪われる

↓

コモンな神経疾患に関心のある研修医は、内科サブスペシャルティーとしてのコモンな個別疾患の専門医や脳神経外科を選択

↓

神経疾患全般のファーストタッチを担う神経内科医の減少

↓

国民の不利益につながる

14

## 国民医療の視点からの問題点

他臓器と異なり、神経系のみ、脳神経外科が基本領域、神経内科がサブスペシャルティーというアンバランスがある

コモンな脳神経疾患の個別専門医が内科の基本領域のサブスペシャルティーに位置づけられようとしている

↓

**国民医療におけるデメリット**

神経形全般の診療の素養が必ずしも十分でない個別疾患の専門医が神経疾患のファーストタッチで診療するようになる

**医療行政におけるデメリット**

脳神経疾患全般の学識と経験を有する神経内科専門医が、行政や医療機関から責任ある学会の専門医として相談を受けることがない

15

# 神経内科基本領域化の根拠

①脳という人体で最も複雑で特別な臓器を扱っている
②脳・神経系を侵す極めて数が多い疾患を診療している
③神経診察と神経生理・神経画像・神経筋病理検査を組み合わせた独自の診療スタイルをもち、内科とは異なる体系を有する
④他科とは異なる長期の専従的な専門研修が不可欠
⑤欧米では100年前から基本領域となっており、日本でも50年前に内科より早く厳格な専門医制度をスタート
⑥日本の超高齢社会で激増する脳卒中、認知症、てんかん等のcommonな脳神経疾患を対象としてファーストタッチから終末期までの診療を担うことができる
⑦神経内科専門医の大半はキャリアの最初から最後まで神経内科医として働いている

16

# 基本領域化した場合の国民医療へのメリット

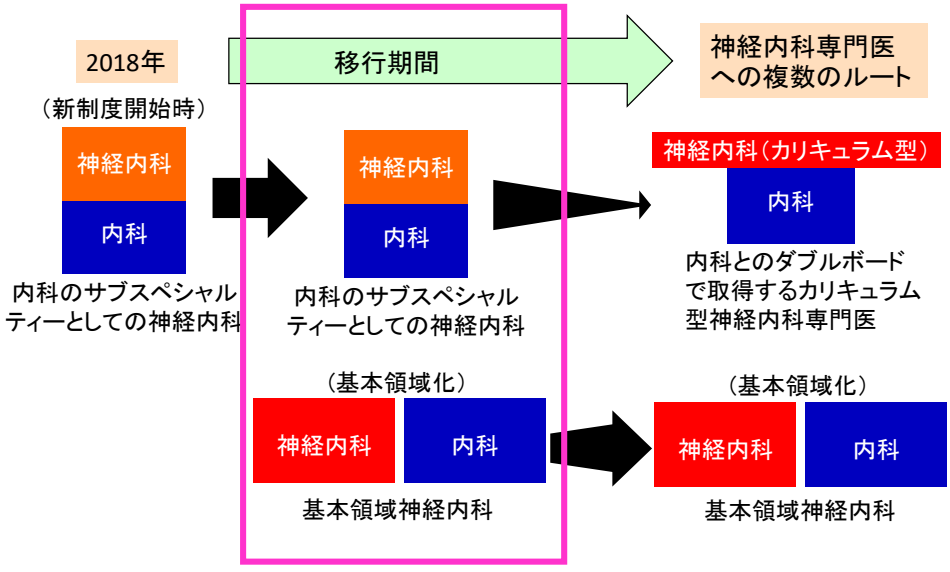
① 神経系全般の素養を持ち、かつ内科のプライマリケアの素養も有する神経内科専門医が、脳卒中、認知症、てんかん、頭痛などのコモンな神経疾患の診療にあたることで、これらの疾患の適切な診療と継続的ケアができる。
② 神経内科が広まれば、神経診察という神経疾患診断に不可欠で、検査で代替のできない技能を持った神経内科専門医が、頭痛、めまい、しびれなどの神経系のコモンな主訴に対応することで、過剰な検査を減らすことができる。

↓

脳神経疾患全般を修練した神経内科専門医が、脳神経外科医と並んで内科的な立場から脳神経系疾患のファーストタッチを担うことで、過剰な医療を減らし、国民医療を充実させることが期待できる

17

# 現実的な基本領域化を目指すプロセス




※日本内科学会及び専門医機構と誠心誠意話し合いを重ねる

18

# 内科学会との関係

- あくまで専門医制度の中での基本領域化を求めるもので、内科でなくなることではない。神経内科専門医は内科学会員であり続ける。
- 内科と対立でなく、連携しながら、より良い医療が提供できるように協力していく。基本領域化も内科学会との話合いの中で実現を目指す。
- 内科医にも脳卒中や認知症、頭痛などの神経系についてのプライマリケア能力は必要であり、内科研修の中での神経系の研修には引続き協力する。

19

# まとめ

1) 神経内科は将来的に専門医制度における基本領域化をめざす。

2) 専門医制度で基本領域となっても、内科との診療・教育面での連携を維持し、内科専門医研修プログラムの神経領域に引き続き協力する。

3) 神経内科専門医が基本領域となっても、内科専門医とのダブルボードやそれに準じた方式で神経内科専門医と内科専門医の両方の資格を得る道を残したい。

参考資料1

## 神経学会が内科のサブスペシャルティーを決定した背景

厚生労働省

2001年

国民に開かれた医療体制の構築をはかる観点からhospital feeとdoctor feeを近い将来設定する方針を示す

2002年

一定の条件を満たす学会専門医の広告を認める通達

専門医認定制協議会 ← 評議員 ← 神経学会

2001年

I群：基本診療科（内科、外科、小児科、産婦人科など）

II群：内科系または外科系専門診療科

III群：それらに属さない、またはまだ分類が確定していない学会や領域横断的な診療科

独立性を主張しI群入りを希望する意見もあったが、学会全体としての意見の集約がなされておらず、従って、まだ分類を決められない学会という位置づけのIII群であった

政府審議会

2001年末

III群は解消される方針 → I群かII群かを選択する必要に迫られる。

参考資料2

## 内科サブスペシャルティーを決定した経緯と理由

2001年1月
理事会で「神経内科専門医の取り扱いに関するワーキング委員会」が設置

2001年末
理事長から、II群に入る方針が示された
委員会・理事会との共同協議で激論の末、II群に入ることを決定

2002年5月
理事会・評議員会・総会で内科系専門診療科（II群）に入る方針が決定
（評議員アンケート調査で68%、5月28日の評議員会で90%がII群入りを支持）

理由

①II群入りしないとhospital feeやdoctor feeが得られない可能性が強調された
②当時の社会一般における神経内科の認知度が低く神経内科医の存在意義が他科医師に十分に認識されていなかった
③神経内科教授が内科教授を兼任する例が多く、また、内科学会理事長が神経学会理事を兼務していた

参考資料3

## 新専門医制度設計と神経内科へのインパクト

新専門医制度で打ち出されたこと
・基本領域 ― サブスペシャルティーの枠組みの明確化
・基本領域研修内容の標準化

↓

・内科より当初内科専門研修3年後にサブスペシャルティー研修を開始する案が呈示される
・3階の専門医は認めない方針が示される。

↓

2014年末から2015年
・神経内科専門医研修開始が最大3年遅れるとして問題視する声が挙がる
・脳卒中学会が内科の二階建ても含めた幅広い領域のサブスペシャルティーを目指す委員会を発足

参考資料4

## 神経内科専門医課題検討委員会発足の経緯

2014年末から2015年

・神経内科専門医研修開始が最大3年遅れる可能性が浮上
・脳卒中学会が内科の二階建てを目指す動き

2016年5月18日

・2016年度第2回理事会において**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委員会**の設置を決定

2016年6月

・代議員を対象とする専門医に関するアンケート調査で**神経内科の基本領域化を求める意見**が理事会に多く寄せられた

2016年7月16日

・2016年度第3回理事会で**神経内科専門医課題検討委員会**の委員長に吉良潤一・九州大学神経内科教授が決定

2016年9月1日

・高橋良輔代表理事の**神経内科専門医課題検討委員会への諮問書**

参考資料5

## 諮問書による神経内科専門医課題検討委員会の使命

内科学会に関連した課題

①2016年7月には、神経学会を含む内科系関連学会の働きかけにより、内科専門研修におけるサブスペシャルティーの並行研修が可能となり、神経内科研修の遅れはかなり軽減されたが、依然として**神経内科専門医の要件は、内科専門医制度に左右される**

②内科専門医に必要な症例数と疾患の種類は軽減されておらず、一般内科研修に多くの時間を費やさざるを得ない

基本領域化をめざす背景

③アンケート調査で神経内科の基本領域化を求める代議員の多くの声

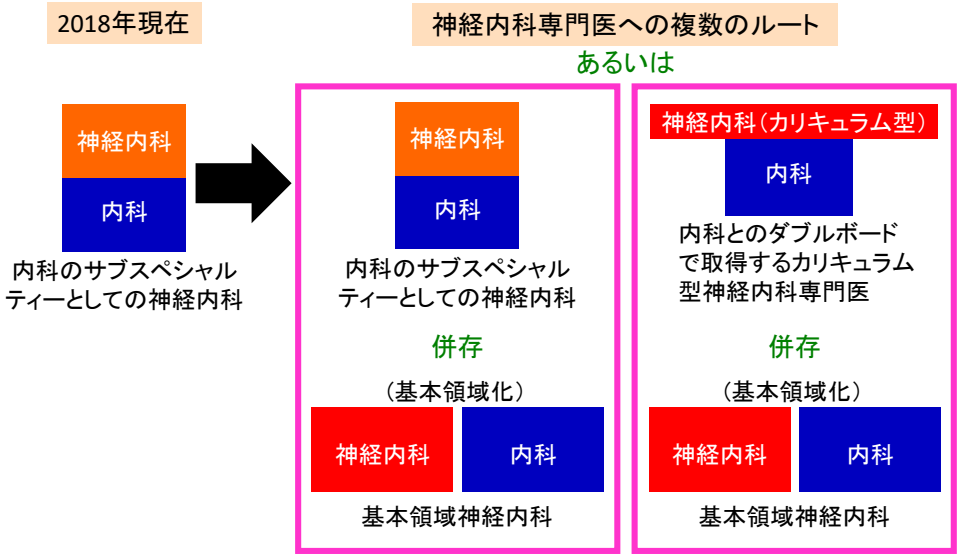
④欧米諸国では、神経内科は内科とは別の基本領域に位置づけられている

**使命**

**現状の神経内科専門医制度の課題をあらゆる角度から検討し、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1年間でまとめる**

参考資料6

# 現実を踏まえての多様な制度の在り方の可能性




※日本内科学会及び専門医機構と誠心誠意話し合いを重ねる