

巻 頭 言

日本内科学会認定医制度審議会前会長，研修カリキュラム 2011 作成委員長
福井大学名誉教授，脳神経センター大田記念病院院長

栗山 勝

研修カリキュラムの変遷

認定内科医および総合内科専門医の臨床研修には、一定の規模と教育体制を有する施設が必要であるため、日本内科学会は教育環境を備えている施設を認定医制度教育病院および教育関連病院として認定し、内科臨床研修医の指導をお願いしている。現在、全国で教育病院は 441 施設、教育関連病院は 607 施設、および 80 大学病院である。認定医制度では資格認定試験を年に 1 回行っており、その受験資格として教育病院をはじめ認定施設での一定期間での研修、および研修に関する記録として既定の領域の経験症例一覧と病歴要約の提出、救急蘇生講習会の受講修了などを受験資格とし、試験合格者を認定内科医および総合内科専門医として認定している。現在、日本内科学会会員数は 101,878 名であり、そのうち認定内科医は 71,150 名、総合内科専門医は 14,438 名である。

認定医制度が変遷するなかで、研修カリキュラムも改訂を重ねてきた（表 1）。昭和 45 年に外国の内科研修レベルを念頭において、認定内科専門医制度研修カリキュラム案が立案された。その後、医学および医療技術の進歩とともに、知識のレベル、検査や診療の手技と経験についてのレベルを示すことにより、数年ごとに研修カリキュラム案が改訂された。初期のカリキュラムは認定内科専門医を目標とした 5 年間の研修を対象に作成されていたが、その後、認定内科医と認定内科専門医との二段階制が発足され、さらに内科関連 13 学会との二階建制が締結され、一階部分が初期研修後の認定内科医であり、その上に内科の認定内科専門医が存在し、また内科関連 13 学会の各 subspecialty の専門医も、認定内科医に上積みされる形で専門医制度が敷かれることになった。当然ながら、認定内科医と認定内科専門医の研修カリキュラム到達目標レベルは異なるし、内科関連学会の各 subspecialty の専門医の研修カリキュラム到達目標レベルもまた異なる。こうした中で、我が国全体の専門医制度の在り方を整備する学会認定医制協議会の中の内科関連専門委員会で、これら研修カリキュラムの整備に関する協議が行われ、専門医のレベルの統一および基盤領域と subspecialty との間で研修内容の関係を明確にすることが必須であることが示された。そのため、日本内科学会では、従来の研修カリキュラムを検討し、このカリキュラムが内科関連の subspecialty の基盤との関連、認定内科医の到達目標、各専門領域との間で項目の重複、また到達目標の不統一などが問題点であることを明らかにした。そこで平成 11 年に従来の研修カリキュラムを検討し、大幅な項目の削除や表示形式の統一性を配慮した改訂がなされ、認定内科医と認定内科専門医の両方の研修到達目標を併記したものが作成された。そして、その研修カリキュラムを subspecialty 学会に提示し、それぞれの領域の専門医としての研修項目とその到達目標の再検討がなされ、それによって認定内科医、認定内科専門医、各領域の専門医の研修間の整合性が図られることとなった。ちなみに、平成 20 年に認定内科専門医は総合内科専門医と名称変更された。

研修カリキュラム 2011 に向けての背景

平成 11 年の研修カリキュラム改訂の際は、研修カリキュラムの内容を検討し、1) 教科書的な項目の羅列ではなく、実際の臨床で経験可能なものに絞る、2) 基本的検査実技で修得すべきものは専門分野との重複を省く、3) 認定内科医と認定内科専門医の実際的な到達目標を別個に設定する、4) 明快な研修カリキュラムの記載にしてチェックリストを兼ねることなどを基本として改訂がなされた。しかしながら、その後の医学の知識と医療技術はすさまじく年ごとに大きく進歩し、研修カリキュラム内容も大幅な改訂の必要性が指摘された。また前回の研修カリキュラムはその到達目標の項目は示されたものの、資格認定試験の受験のための出題範囲を示す役割が主であり、その活用も限られたもので、研修の履行そのものにはあまり利用されていないのが実情であったように思われた。そこで今回は、従来の研修カリキュラムとは異なり、具体的な内容を提示した研修カリキュラムの大幅な改訂版を作成することを計画した。まず、認定医制度審議会の専門委員会を中心にカリキュラム作成委員会を構成した。次にカリキュラムを施行する側である研修医あるいは認定内科医試験の受験生の各専門領域での内科疾患の研修状況あるいは習熟度を確認し、研修レベルを検討、

また研修カリキュラム全体の統一を図るための基本事項を定めた。

研修カリキュラムの履行の対象者は、医師免許取得後まず初期研修医として、医師国家試験合格後の2年間のスーパーローテイトを行う。この間は、全国統一のカリキュラム研修内容のもとに、経験すべき疾患はすでに提示されており、指導要領も存在する。初期研修医としての2年間の終了後、後期研修として専門領域の内科を最低1年間経過した後、認定内科医資格認定試験を受験することになる。この1年間には専門領域に関しては広汎に深く研修を行うことになるが、一方他の内科領域に関しては初期研修医時代に経験した症例に加えて、担当の症例が併発した疾患を経験する状況で、初期研修医よりやや広汎に内科の経験ができる程度であろうと想像される。

総合内科専門医資格認定試験受験者は、認定内科医取得後、さらに最低3年間の内科研修修了者であることが受験の資格条件である。専門領域に関してはかなり深く研修しているが、他の内科領域に関してはやはり担当の症例に併発した副病名の疾患を経験できる状況で、認定内科医よりは広汎に症例を経験できると思われるが、しかしそれほど深くは経験できる状況ではないと想像される。当然ながら、もちろん個人によっては後期研修においても専門性は執らず、広い分野で内科研修を継続している医師も多く存在する。以上が研修カリキュラムの対象者の平均的な研修状況と思われるが、所属する病院、各診療科の状況でかなり異なることは言うまでもないことである。また、平成15年（2003年）以前、すなわち新臨床研修制度開始以前の医師国家試験合格者の資格認定受験者に関しては、研修状況はまったく異なる。しかしながら、今回の研修カリキュラム作成において、研修カリキュラム履行の対象者のレベルの設定に関しては、新臨床制度での研修医の状況に合わせる事が妥当であると、カリキュラム作成委員会での議論の中で確認され、研修カリキュラム作成に入った。

研修カリキュラム 2011 作成における基本事項

作成にあたっては、全体の統一を図るための基本事項が必要であるので、作成の際に確認すべき必須資料として以下の資料を参考にした。①21世紀における医学・歯学教育の改善方策について(改訂版)。これは、医学生の卒前のカリキュラムであり、いわゆる「コアカリ」と言われているものである。この到達目標は当然ながら必須の内容であり、遺漏のないように念のために確認した。②新医師臨床研修制度における指導ガイドライン。このガイドラインの研修内容を取り込むことを必須とし、最も参考にした資料である。さらに内容のレベルや経験すべき疾患が十分かを領域担当の先生方で検討していただくことにした。③日本医師会生涯教育カリキュラム。この内容も参考的に確認することにした。以上3つの研修カリキュラム内容を確認し、各専門領域で研修カリキュラムレベルが検討された。研修カリキュラムの記載は、総合内科専門医のカリキュラム研修レベルに統一して作成された。そして、目次の替わりに認定内科医と総合内科専門医資格試験の受験者に対する試験問題出題基準の対照表を作成し、研修レベルないし資格試験出題レベルとして、両者に対してA：十分理解しておくことが望ましい、B：概略理解しておくことが望ましい、C：知っておくことが望ましい、というランクを対照表に明記し一定の基準を示した。また今回の研修カリキュラムでは、以前から示されている各専門領域分野以外に、総合内科の項目を加え充実を図った。また漢方に関するカリキュラムも付録として加え、巻末には医療倫理と医療安全に関する記載も加えた。

具体的な記載の項目は、1) 知識、a) 解剖・病態生理、b) 主要症候、2) 専門的身体診察、3) 専門的検査、4) 治療、5) 疾患の項目別に、全体の統一を図り作成された。確認事項として、(1)到達目標の記載は、主語を研修医ないし受験生の目線にして、何々ができるという記載にした。(2)各論部分の到達レベルは、各専門医への引渡しが的確になされることが肝要であるので、一定程度とした。(3)主要症候、身体診察は総合内科分野で充実させた。(4)主要疾患・症候群は各分野で充実させ、各疾患は①面接・診察②検査・診断③治療④患者への説明および支援の項目別に記載した。(5)内容、特に主要症候などが各分野で重複する場合、必ず各分野担当相互間で連絡し、内容の確認を行った。(6)各分野で取り扱う疾患や症状で他の専門領域への紹介すべき内容があれば記載することにした。

これらの基本的事項を踏まえ、平成21年4月に研修カリキュラム作成の作業に入った。認定医制度審議会開催日、認定内科医資格試験受験日などを利用して、委員全体の作業連絡会を開き、あるいはメールを利用しながら相互の連絡を取り合って、作業を進めていった。各分野間の内容のレベルや記載量の差異は、カリキュラム作成委員会の委員長が責任者として全体を見渡し、調整を行った。多忙な臨床の先生方に各分野のカリキュラム作成をお願いしたので、作業が必ずしも問題なく円滑に進められたというわけではなく、作成作業が開始されて、完成までに約2年間を経過してしまった。今回の研修カリキュラムの最大の特徴は、

(1) 研修項目の列挙ではなく内容を織り込み、到達目標をきめ細やかに示したことにある。また、(2) 研修のポイントを随所に入れて、研修を行う上での指針として利用可能にした。(3) 新しく取り入れた総合内科の分野で、主要症候からの鑑別診断の記載を充実し、またできるだけその病態生理も記載したことなどがあげられる。

認定内科医と総合内科専門医の医師像

昭和 59 年に認定内科医と認定内科専門医との二段階制が発足され、さらに平成 16 年には内科関連 13 学会との二階建制が締結されたことはすでに述べた。二階建制により内科関連の 13 学会の各 subspecialty の専門医を取得する場合には、認定内科医であることが必須条件となった。言い換えるならば、認定内科医の医師像とは、いかなる領域の内科で診療するにしろ内科医であるならば、診療のための minimal essential の知識と技能を備えた医師であるということである。特に社会的にも問題になった救急医療に対しての基本的な基礎知識と技能を備えた内科医である事はもちろん、さらには卒業後の 2 年間の新臨床制度で研修が義務づけられている領域に関しては、医師としての診療活動の基本であり、認定内科医とはこれらの技能と知識を身に付けた内科医であるということである。そして、その上に上積みされる形で専門領域の経験を積み、臨床研修を重ね各学会の専門医を取得することになる。両者の関係は明確である。ところが、振り返って、では内科の総合内科専門医とは、一体何なのかという素朴な疑問が問われる。日本内科学会は、歴史的に最も早く昭和 40 年に他学会に先駆けて専門医制度を設け、内科医としての診療レベルの向上に大いに貢献した制度を作り上げたと自負している。その後、各分野の学会が専門医制度を制定し、数多くの種類の専門医が存在することになり、一般社会に対してある意味で混乱を引き起こすことにもなった。そして、最近になり各領域の専門医が医療事故を引き起こした事が、マスコミに注目されることになり、日本医師会も交えて、その資格のハードルを見直す方策が練られて、社団法人「日本専門医制評価・認定機構」でその改革が進められることになった。改めて、総合内科専門医とは何なのか、望まれる総合内科専門医の医師像を考えなければならない。

日本内科学会は、平成 20 年に「総合内科専門医」の医師像と適正な医師数というパンフレットを作成し、学会ホームページにも掲載している。現在の医療情勢を考えると、今後の高齢化のなか、subspecialty の高度な医療も重要であるが、各内科医が連携しながら総合的なネットワークを構築し医療を行っていくことは、日本の医療レベルの向上、医療費の効率化の上で重要である。総合内科専門医の存在意義の一つはこの医療ネットワークの中で中心的指導医的立場となるべく、実力がさらに向上するための目標であると考えられる。全ての内科系医師は、subspecialty の専門医と同時に、基本的には総合内科専門医を取得することを目標とすべきと思われる。理想とする総合内科専門医の医師像は、高度なレベルの横断的能力を有した総合内科的視野をもち、卒前教育、研修、生涯教育の担い手としての一般内科の専門医・指導医であり、臨床医学の横断的な内科学を総合的に捉えることのできる研究者でもあると考えている。

認定医制度審議会は、平成 18 年、19 年に総合内科専門医の受験資格緩和措置を実施したが、その後総合内科専門医を目指す受験者数が減少したことを憂慮している。そこで減少した原因を検討すべく、各教育病院、教育関連病院へ総合内科専門医認定試験に関するアンケート調査を行った。また認定医制度審議会の中に総合内科専門医の医師像に関するワーキンググループを立ち上げて、現在討議を重ねている。日本内科学会認定医制度審議会はアンケート結果の分析も踏まえ、理想とすべく総合内科専門医の医師育成に今後とも尽力したいと考えている。

今後の問題点と展望

日本内科学会認定医制度は時代とともに変遷を繰り返し、内科関連 13 学会の協力を得ながら、現在の形に整えられた。また今回内容を充実させ研修カリキュラムの改訂を行った。今後この研修カリキュラム 2011 を利用して、大いに内科医としての診療のレベルアップに励んでいただきたい。今後の問題点としては、この研修カリキュラムと各 subspecialty の研修カリキュラムとの整合性を検証していく作業が重要であると考えられる。特に、各 subspecialty の研修カリキュラムは認定内科医の研修レベルの上に積みあげることが必須であるので、その整合性に齟齬がないようにすべきであり、連携を取り合う必要がある。

2002 年から厚生労働省は、会員数が 1,000 人以上で、医師数が 8 割以上の学会、5 年以上の専門研修、適正な試験を行い、定期的な資格の更新、名簿の公表などを満たす専門医制度に限り、広告を解禁している。しかしながら、日本の専門医制度は諸外国と比較して厳格さに欠けることが、マスコミなどから指摘されて

いる。今後、日本専門医制評価・認定機構が主導をとりながら、現在の学会主導の専門医認定から、理想的には第三者機関での認定あるいは一般社会の意見を十分に取入れた認定を考慮することも考えられる。そのためにも、今回のこの研修カリキュラムが認定医および専門医のレベルの向上の一助になりうると考える。

更に、現行の日本内科学会認定医制度における受験資格はさらに再検討していく必要がある。研修カリキュラムが実のあるものとして実行され、その結果を評価し資格を与えるためには、本来は筆記試験のみでなく実技試験を実施することが理想である。しかし現在は、物理的、人的な制約から、実技試験の施行は困難である。それに代わる方法として、研修期間中の経験症例を提出していただいているが、この内容の評価に関して多くの解決すべき問題があり、現在これも認定医制度審議会の中にワーキンググループを立ち上げ議論を始めたところである。

現行の新臨床研修制度が提案された理由の1つは、医師の救急医療に対する能力不足があげられた。新臨床研修制度が開始され、日本内科学会の認定医制度においては、ただちに認定内科医の受験資格として救急医療講習を受講することを受験資格項目として取り上げた。更に日本内科学会は内科の救急に主軸を置いた特有の救急医療の講習を構築し、名称を正式名「日本内科学会認定 内科救急・ICLS 講習会（JMECC = Japanese Medical Emergency Care Course）」と命名し、現在全国で順調に講習を展開し、本邦の救急医療のレベルの向上に貢献している。しかし、現在のところこの講習会のインストラクターの人数が充分ではなく、早急に養成しているところである。

現在、日本内科学会認定医制度における認定内科医および総合内科専門医の受験資格として、教育環境を備えている認定された教育病院および教育関連病院での一定期間での研修が必要である。しかし、昨今の地方における医師不足は深刻で、各大学は地域枠を設けた医学部入学生を受け入れている。地域枠の医学部卒業生の研修場所として、地方の小規模の病院での医療業務を義務化しているところが出てきており、問題点の一つとして浮上している。認定医制度では、研修カリキュラムを参考にして、充実した教育病院で研修を行っていただきたいことは言うまでもないことであるが、一方では受験資格としては時代に適応した改訂も必要であると認識している。

病理解剖例が年ごとに減少していることも、大きな問題点である。認定医制度における教育病院および教育関連病院の施設認定に、一定数の病理解剖数が義務づけられている。また認定内科医および総合内科専門医の受験資格にも経験症例として病理解剖症例が挙げられている。しかしながら、剖検率が急速に減少しており、教育病院を例に挙げると、1971年には56.2%あった剖検率が2009年には5.5%まで低下した。認定医制度では、教育病院としての剖検基準未達成病院数が増加したため、その基準を段階的に緩和してきた。教育病院の基準剖検数は2002年までは、20検体以上であったが、2003年に16検体、さらに2007年には10検体にまで基準を下げた。しかし、それでも2009年度は教育病院431病院のうち未達成病院が64病院(14.8%)である。病理解剖率が非常に低下した現在、Autopsy imaging (Ai)を促進する動きがある。Aiは決して病理解剖に対立するものではなく、互いに欠点を補う相補的な検索方法であり、Aiの正しい普及に伴って病理解剖率があがる可能性もある。内科医にとって病理解剖は極めて重要であり、研修医の研修カリキュラムでは必要不可欠であるが、いずれにしろ、今後時代の情勢を照らし合わせながら、病理解剖に代わる認定条件あるいは受験資格なども考える時期であると考えている。

おわりに

日本内科学会は、認定医制度審議会が中心になって、日本の内科診療の向上を目的として、認定内科医と総合内科専門医とからなる二段階制を制定し、また内科関連13学会との協力を得て各学会専門医制度との二階建制を構築し、質の高い臨床医の育成に努力している。さらに、関連する内科研修教育病院や教育関連病院の促進、試験委員および専門委員を中心とした認定試験の問題策定と認定に関する諸事業、内科救急医療診療の充実に向けての事業などを精力的に実行し展開している。今回これらの事業の一環として研修カリキュラムの大改訂を行った。今回の研修カリキュラム改訂には、各専門領域の委員の先生の全面的な協力を得て、平成21年4月から作業を開始したが、日常の多忙な診療・研究に従事している合間を利用した作業のため、完成までには約2年の歳月を要してしまった。しかしながら、内容的にはかなり利用度の高いものになったものと思われる。日本内科学会は、この研修カリキュラムを利用しながら内科医として国民の期待に応えるべく診療のレベルをさらに向上してもらいたいと切に願うものである。

表1 日本内科学会認定医制度と研修カリキュラムの歴史的変遷

昭和 31 年 (1956 年)	専門医制度委員会発足
昭和 40 年 (1965 年)	内科専門医制度準備委員会発足
昭和 41 年 (1966 年)	内科専門医制度の原案が作成される。
昭和 42 年 (1967 年)	分科会 (29 分科会) との懇親会もたれる。
昭和 42 年 (1967 年)	内科専門医審議会発足, 内科専門医制度準備委員会は解散。
昭和 43 年 (1968 年)	内科専門医制度の正式な発足, 112 教育病院を認定した。
昭和 44 年 (1969 年)	教育病院の年報を作成し, 教育病院連絡会議を行った。
昭和 45 年 (1970 年)	内科専門医制度研修カリキュラム案の立案
昭和 48 年 (1973 年)	第 1 回内科専門医資格認定試験実施
昭和 53 年 (1978 年)	内科専門医制度審議会発足, 同時に内科専門医会発足。
昭和 56 年 (1981 年)	学会認定医制協議会 (現専門医認定制協議会) を発足させた。 (2011 年現在 75 の専門学会が参加している)
昭和 59 年 (1984 年)	認定内科医と認定内科専門医との二段階制を発足。 (従来内科を 5 年間経験した後, 認定内科専門医試験を受験していたが, 第一次, 二次とあった専門医試験が改定され, 内科臨床研修 3 年以上修了者が受験し認定内科医を取得, さらに 2 年以上の研修終了者が受験できる認定内科専門医試験を取得する制度)
昭和 63 年～平成 3 年 (1988～1991 年)	認定内科医の経過措置を行った。
平成 6 年 (1994 年)	認定医制度に名称変更。
平成 11 年 (1999 年)	認定医制度審議会による, 認定内科医および認定内科専門医の到達レベルを定めた認定医制度研修カリキュラムの改訂を行った。
平成 16 年 (2004 年)	内科関連 13 学会との二階建制を締結した。
平成 16 年～18 年 (2004～2006 年)	二階建制の発足により, 認定内科医の特別付与を行う。
平成 17 年～18 年 (2005～2006 年)	認定内科専門医が広告可能となり, 認定内科医資格を 1 回以上更新した会員を対象に, 総合内科専門医の受験資格緩和措置による試験を実施した。
平成 20 年 (2008 年)	認定内科専門医を総合内科専門医と名称変更。
平成 23 年 (2011 年)	研修カリキュラム 2011 作成

参考文献および資料

1. 日本内科学会認定内科専門医制度 研修カリキュラム案 社団法人日本内科学会, 1970.
2. 内科臨床研修指導マニュアル 社団法人 日本内科学会 (認定内科専門医会 編) 2001.
3. 日本内科学会 100 年史 日本内科学会認定医制度 日本内科学会雑誌 91: 233-260, 2002.
4. 内科関連専門医研修カリキュラム 専門医認定制協議会 内科関連専門医委員会 (編)
5. 日本専門医制度概報 平成 22 年 (2010 年) 度版 社団法人 日本専門医制評価・認定機構 2010
6. 「総合内科専門医」の医師像と適正な医師数 社団法人日本内科学会 2008.
7. 21 世紀における医学・歯学教育の改善方策について (改訂版) (http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033/toushin/1217987_1703.html).
8. 新医師臨床研修制度における「指導ガイドライン」(<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/kenshu-gl/index.html>).
9. 日本医師会生涯教育カリキュラム (http://www.med.or.jp/cme/syogai/syogai_wide.pdf).
10. 厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業). 剖検率に影響を与える諸因子に関する研究. 研究代表者 黒田 誠. 平成 21～22 年度報告書. 平成 23 年.