

卒後臨床教育

—もう一つの波—

昭和大学藤が丘病院 外科 真田 裕



2年間の初期臨床研修終了を控えたA君から、外科に行きたいのですが後期研修になるのですか？ それとも入局なのですか？ と聞かれ、即答できずに口ごもってしまった。「入局」には、学位という餌を鼻先にぶら下げられて教授や医局長の無理な要求を飲まなければならない、何時一人前になれるのかわからず自分の将来像が見えにくい、などのマイナスのイメージがあるのだろう。一方、「後期研修」という言葉の響きには、研修内容が自分の目的に合わない場合は自由に研修場所を変更できる、という幻想もあるようだ。平成16年度に始まった初期臨床研修制度は36年前にインターン制度を廃止した際に付託した約束事項である。従来大学病院を中心に行われていた「医局」の中での専門志向の強い研修から脱皮し、大学病院以外の研修病院を含めて希望者を公募し、病院ごとに定員を定めて応募者と病院間でマッチングさせるという米国型研修に似た方法である。しかし、厚生労働省が企画したのはここまでで、初期臨床研修2年を終了した後の「後期研修制度」は未だ形が見えない。卒後3年生は専門医資格を重視した研修を期待しつつ、A君のように波間に

漂わざるを得ないのだろう。受け入れ側の私たちの態度も頼りなく、専門医研修ができる施設はそんなに多くはないのだからいつかは大学の医局に戻ってくる、という見方と、一度蝦蟇口を持ったらもう大学には戻らない、という見方の間を揺れ動いている。後期研修制度をしっかりと考え、魅力あるものにしなければならない、という掛け声ばかりで、研修医の心を覗き見て右顧左眄しているようにも思える。

マッチングという競争制度の導入を経てきた3年生の進路が不透明な時代に、世界で最も優れている制度で研修する米国の研修医がいかなる専門医教育を受けているのかを知りたいと思った。卒後臨床研修はその国特有の医療経済と切り離しては成立しえず、米国のレジデンシー制度が素晴らしいからといってそれをそのまま日本に持ち込むことは出来ない。しかし、その美点を理解し、日本の制度の参考にすることは可能であろう。

米国では、卒後臨床研修の使命は国民のhealth careの向上にある、と謳っており、その目的のために各々 national level、regional level (病院)、local level (臨床 department のレジデンシープログラム) で何を行うかが明

確に示されている。日本の初期臨床研修は米国では学部教育に含まれている。すなわち、医学部3、4年生には病棟でのクラークシップを通じて外科、内科、産婦人科、小児科、精神科と希望科をスーパーローテートする。したがって卒後は直ちに一般内科や一般外科といった専門医プログラムのマッチングに直接応募することになり、スーパーローテート研修の場である病院を対象にマッチングする日本とは本質的に異なる。

米国の専門医制度は1916年眼科からスタートし、すでに90年の歴史がある。外科領域では、修練の基礎は1889年 Johns Hopkins Medical School の 'Halsted Residency' にまで遡る。これは米国で初めての計画的修練で、一定期間内に臨床経験と basic science の修得を義務付け、学年が上がるにしたがって人員数を絞り、チーフレジデントには限られた人しか残れないピラミッド型の競争的色彩の強いプログラムであった。このレジデンシーを経験した若い外科医が19世紀後半から20世紀初頭にかけて燎原の火の如く全米に広がり、Halsted の精神を伝えたといわれている。1913年には教育と実地臨床の標準化を目的として American College of Surgeons (ACS) が創設され、national level の教育活動が萌芽した。1937年になって American Board of Surgery (ABS) が組織化され、初めて卒後研修に必要な条件 (MD の称号、インターンシップと少なくとも4年間のレジデンシー、試験の合格) が決められた。そして試験をパスすると病院のスタッフとして外科診療を行う privilege が与えられることを規定した。その後、ABS の基準は徐々に厳しくなり、1956年にはチーフレジデント経験者であることを条件にしている。一方、病院の教育環境を標準化するため

に ACS、ABS、American Hospital Association (AHA)、American Medical Association (AMA) の4団体が教育病院を認定することになった。

現在、全領域のレジデンシー制度を統括する national level の活動は1981年に設立された The Accreditation Council for Graduate Medical Education 卒後医学教育認定協議会 (ACGME: American Board of Medical Specialties ABMS、AHA、AMA、Association of American Medical Colleges、Council of Medical Specialty Societies の5団体から編成) と Residency Review Committee 研修監査委員会 (RRC: medical specialty boards から選ばれた6~15名の医師で編成) が担っている。ACGME はレジデンシープログラムと教育施設を認定するが、実務を担当するのは RRC である。RRC は、施設が ACGME にレジデンシーを申請した場合、書類審査と病院の実地調査 (site visit) をし、その評価結果を ACGME に報告する。ACGME はその結果に基づいてレジデンシーの可否を決定する。実地調査ではプログラム責任者 (department チェアマン)、レジデント、看護師、事務職員、病院長に個別に面接して AMA が定める一般要件と専門学会が定める特定要件が満たされているかを判定する。5年ごとの書類審査と実地調査で、およそ8%のプログラムに何らかの問題がある。これに対して ACGME-RRC は probation、formal warning を経て認定取り消しという伝家の宝刀を抜くこともあるようだ。過去5年間に複数の超一流大学病院の外科、内科のプログラムがレジデントの週80時間 work hours rules に抵触して取り消しの危機に陥ったという。

2004-5年に ACGME が認可したのは基

本的な専門医 (specialty) プログラム26と subspecialty (フェローシップ) 84プログラムで、全米で計8,037のプログラムに101,810人のレジデントやフェローが enroll している。外科関係の基本的専門医領域 (specialty) は Surgery、Thoracic surgery、Neurological surgery、Plastic surgery、Urology、Colon and Rectal surgery などが入っている。Vascular surgery や Pediatric surgery は subspecialty のフェローシップに分類されている。基本的専門領域が26領域に制限されているのは、専門医制度が臨床トレーニングシステムに立脚しており、厳密に運営するには専門領域の増加は好ましくないとの判断からである。医療の進歩に伴う専門分化に対しては subspecialty の qualification を認定してこれに certificate を与えることで対応している。これは基本診療領域の専門修練終了後に2階部分の subspecialty の専門医を取得するという日本の方法に相当する。しかし、単独の学会が主導して認定する日本とは異なり、米国では special qualification に対しても ACGME と専門分野の RRC が直接関与し、認定試験は ABMS のそれぞれの専門分野の Board が実施している。Board にはその領域に関する多くの学会が参加していることが特徴である。例えば ABS には ACS のほかに主要な外科系総合学会 (Society of University Surgeons など)、各地域の外科学会 (Southern Surgical Association など)、臓器別・領域別の主要学会 (American Pediatric Surgical Association など) の17学会と AMA が加わっている。

また、米国と日本の違いで目立つのはレジデントの定員制である。ACGME のプログラム評価には募集定員も含まれており、レジデンシーの入り口で将来の専門医数が規制され

ている。レジデンシーの目的は専門医資格を得ることである。専門医資格は医師免許とは異なり、医師がその専門科の医療行為をするための法的必須資格ではない。しかし、専門医資格がないと保険会社は専門科の診療を行う医師として登録しないため、病院での専門診療の privilege を得ることが出来ず、おのずからそこで行える手技や入院させることが出来る患者が制限される。このように、専門医資格は実際の診療業務に携わる際には必須の資格である。レジデンシーの定員が決まっている米国では専門医認定は選抜選考ではなく資格選考である。翻って日本では、国全体や地域の需要に基づく専門医必要数が示されておらず、専門医認定試験の合格率が高い場合には専門医のオーバプロダクションを招きかねない。専門医制度がレジデンシー制度と直結している米国ではこのような矛盾はなく、試験の合格率はむしろ100%が好ましいといわれている。専門医の医療事故が相次いだことから、日本医師会は質の高い医療が求められている診療科については認定医数を限定すること、などを内容とした専門医制度の改革案を公表した。定員制の早期導入は無理としても、専門学会が専門医の必要数を開示するだけでも進路を決めようとする若い医師にとって有用な情報になるであろうし、専門医の地位を確立する道筋として正しいのではないか。今後の改革に期待したい。

米国のレジデンシー制度の最大の美点は、公的資金がこれを支えて良質の臨床医を育成することで国民の健康を守る、という principle である。公的資金の導入は Medicare / Medicaid によって1966年に始まっている。それ以降、レジデンシー制度は急速に拡大した。現在、中西部のある大学病院を例にあげると、

Medicare / Medicaid からの資金はおよそ45億円で、このうちレジデントの給料に25億3千万円が、レジデントの生命保険、健康保険、院内の食事、などの扶助金として13億5千万円が使われている。残りは regional level (病院の Graduate Medical Education office) の教育費用で、8億3千万円の支出がある。ACGME の要求で設置されている病院 GME office では7人の専任スタッフが働いており、病院の62プログラムの全てが適正に運営されているかを細かくチェックするほか、教育に関わる資金運用も担当している。研修医の教育に関連して大学にも資金が流れ、そこからレジデント指導医に応分の教育費が支払われる仕組みに

なっている。

米国のレジデンシー、専門医制度の上面に少しだけ触れてみた。日本での national level の改革は日本専門医制認定機構と各専門学会の指導者のご努力に期待したい。しかしそれだけではダメで、私たちに決定的に欠けていたのは後期研修に対する施設全体の対応、すなわち regional level の整備ではなかろうか。専門医教育は各専門診療科で行えばよい、という考えではこの先が心配である。大学は従来の給与体系を抜本的に見直し、新しい波に乗って行かなければならないであろう。近い将来に私たちの世代を継いでくれる良質の医療人を丁寧に育てたい。

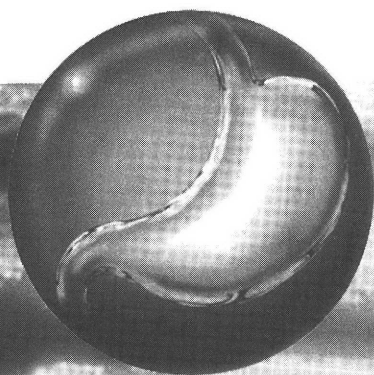
逆流性食道炎に

薬価基準収載

アロイドG アロイドG-ドライ

〈アルギン酸ナトリウム製剤〉

効能・効果、用法・用量、使用上の注意等
につきましては添付文書をご参照ください。



Kaigen 株式会社 **カイゲン**

【資料請求先】株式会社カイゲン 新薬本部 大阪市中央区道修町2丁目5番14号