

小西 靖彦^{*2}

はじめに

医師の育成は、医学部に始まり臨床研修制度がそれに続く。多くの医師は、臨床研修においてプライマリ・ケアの診療能力を身につけたうえで、専門研修へと進んで行く。専門研修の段階をシステム面から裏打ちしているのが専門医制度で、2016年度以降新たな制度へと移行しつつある。この章では、専門医制度のあゆみ、新たな専門医制度の骨格、専門医（専攻医）育成における医学教育的側面、今後の展望の順に概要を述べる。

1. 専門医制度のあゆみ

(1) 歴史的経緯

わが国の専門医は1962年に日本麻酔科学会が「指導医」を創設したのがその嚆矢である。1966年には日本泌尿器科学会、日本脳神経外科学会、日本医学放射線学会が「専門医」を置き、その後日本内科学会や日本外科学会が「認定医」として続いた。

1981年にはこのような制度を持つ22学会が「学会認定制協議会」（学認協）を設置し、2001年に「専門医認定制協議会」（専認協）に発展した。専認協の時代には、50の学会が参加して第三者的な協議会を目指していたが、翌2002年に厚生労働省が一定の外形基準を満たせば専門医の広告が可能であるとしたこともあり、乱立が危惧されることとなった。このため、専認協は2002年に日本専門医認定制機構として組織を変え、さらに2008年に日本専門医制評価・認定機構（この章では「旧機構」と呼称する）の設立につながった。そこでは、次の4つの大きな方針のもとに専門医制度の

再構築を図った。

- 専門医の育成と認定は各学会が行う。
- 各学会の制度を（旧）機構が評価・認定する。
- 「整備指針」を作成して標準化を図る。
- 経費は各学会が負担する。

なお、これらの経過については旧機構のホームページに記載があるので参考にされたい¹⁾。

(2) 新専門医制度への流れ

旧機構による専門医制度は一定の成熟度を示していたが、構造上説明がつきにくい点がいくつか存在した。

- 各学会の専門医認定基準がバラバラで標準化がなされていないこと
- 各学会が専門医を育成・認定すると同時に機構をも運営しており透明性が保証されておらず利益相反が生じること
- 専門医の種類が増加しすぎて国民にわかりにくいこと

これらの課題に対する対応が必要であるとして、厚生労働省が主体となり「専門医の在り方に関する検討会」が開始された。

2. 新たな専門医制度の骨格

(1) 「専門医の在り方に関する検討会」

2011年10月から約1年半の期間をかけて厚生労働省のなかで行われた検討会である。その審議結果は2013年4月22日に「専門医の在り方に関する検討会報告書²⁾」としてまとめられた。その骨子は次のとおりである。

- 専門医制度は、プロフェッショナルオートノ

^{*1} New Medical Specialty System and Medical Education

^{*2} Yasuhiko Konishi 京都大学医学教育・国際化推進センター

ミーを基盤として設計する（新たに中立的第三者機関を設置する）。

- 中立的第三者機関が認定した専門医のみを広告可能とする。
- 個別学会単位ではなく、診療領域単位で制度を構築する。
- 基本領域とサブスペシャルティの二段階制とする。
- 専門医育成のための研修プログラムと、研修施設の評価・認定のシステム構築が必須である。
- 新たな専門医制度の実施に際しては、地域医療にも十分な配慮が必要である。

(2) 新たな専門医機構の発足

上記の報告書をもとに、旧機構は解散し、2014年5月をもって中立的第三者機関としての日本専門医機構（以下、機構）が発足した。新たな機構は、2014年7月に新「専門医制度整備指針³⁾」を策定し、それにもとづいて19の基本領域と協議を重ねて各領域の「プログラム整備基準」を作り上げた。

この機構には専門医認定・更新部門と専門研修プログラム研修施設評価認定部門の二つの部門が存在した。前者が専門医という「人の認定」(certification)を行い、後者が「プログラムと施設の認定（認証）」(accreditation)を行うこととされていた。二つの認定（認証）を同一機関が行うのは世界的にはむしろ珍しく、米国では前者はABMS（American Board of Medical Specialties）が、後者はACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education）が担当している。

基本領域には、内科・外科など18の既存の領域（旧機構時代から基本診療領域とされていた）とともに新たに19番目の総合診療領域が加えられた。またサブスペシャルティとしては当初呼吸器内科・消化器外科など29の領域が想定されていた。

なお、専門医制度整備指針は後述の組織改編に伴い「専門医制度整備指針（第二版）⁴⁾」となっている。

(3) その後の経緯

検討会の趣旨にそった専門医制度を確立するために創設された日本専門医機構は、それぞれの領域（学会）と協働してプログラム整備基準を策定し、プログラムの認定を2016年から、専攻医*の専門研修開始を2017年春から開始するところまで来ていた。プログラムには「診療実績」を保障することが必要とされ、そのためには専攻医と指導医の比も一定以内であることが求められた。

これらのことは専門医とその育成の質を保証するために重要であったが、一方で指導医不足の地方で応募者が減少することが危惧されるようになった。また制度変更に伴って、専門医を目指す若い医師が都会に集まるのではないかという危惧もあったため、2016年6月に新専門医制度は一旦立ち止まることになった。同時に日本専門医機構の執行部も交替している。その後は、人の認定(certification)のほばすべてを学会に戻すとともに、プログラムの認定(accreditation)に関しても学会が中心となり機構はこれを検証、承認する⁴⁾ことが原則とされるようになった。

3. 専門医（専攻医）育成における医学教育的側面

(1) 医学教育のゴールからみたアウトカム基盤型教育

医学教育という言葉は学部（卒前）教育と同義と思われることが多かったが、2004年から開始された臨床研修制度とともに卒後教育にも使われる言葉となった。そもそも、医学教育のゴールは卒業ではなく、研修修了でもなく、医師として十分な能力を発揮して患者の利益に沿うことである。医師が最終的に身につけるべき能力を規定し、それから逆算してどのような時期にどのような教育と評価をすべきかを考える方法が「アウトカム基盤型教育」⁵⁾と呼ばれている。

国際的には、国としての医師のアウトカムが定められているところが多く、例として米国では

* 専攻医とは専門医取得を目指す医師として機構から示された名称である。

ACGMEのOutcome project⁶⁾、カナダではCanMEDS framework⁷⁾として示されている。わが国では専門医教育や生涯教育までを包含したアウトカムを定めて医師の教育全体を俯瞰する流れは道半ばではあるが、初めの一步として医学部教育と卒後研修とが一つのアウトカムフレームのなかで考えられようとしている。まず、「医学教育モデル・コア・カリキュラム平成28年度改訂版」⁸⁾が公表され、臨床研修の到達目標（2018年1月現在では案の段階）とはほぼ同一のものとされている。詳しくは別章（第Ⅰ部 20章など）に譲るが、その中で「医師として求められる基本的な資質・能力」として次の9つが記載された。

- プロフェッショナリズム
- 医学知識と問題対応能力
- 診療技能と患者ケア
- コミュニケーション能力
- チーム医療の実践
- 医療の質と安全の管理
- 社会における医療の実践
- 科学的探究
- 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

(2) アウトカム基盤型教育からみた専門医教育

わが国の診療の中心にある専門医は高い社会的責務を負っている。前項にあげた9つのアウトカムは、学部教育、卒後臨床研修のみならず、それに続く専門医教育や生涯教育を想定している。医学部、臨床（研修）病院、学会、医師会などそれぞれの場でパーツとして行われていた従来からの医師育成を、最終像の観点で共有しながらそれぞれの時期に何を達成するかという思考への転換を図ったのがアウトカム基盤型教育の視点である。行政的にも施設的にも教育的にも別々の制度として行われてきた卒前教育と臨床研修、さらにそれに続く専門医研修が一貫したアウトカムのもとで運営されることは最終的に国民と社会の望むところと一致する。

アウトカム基盤型教育は、従来の積み上げ型の教育ではつい見逃されがちであった「プロフェッ

シヨナリズム」「コミュニケーション能力」「チーム医療」「社会（制度）に根ざした医療」などに焦点をあて、その学習方略や評価法が進められることに最大の利点がある。

(3) 専門医教育の質と医学教育の役割

専門医教育の最大の目的は、①患者・国民が標準的で安全な治療を受けることを保証すること、②専攻医（専門医を目指す医師）が自信を持って医療を行える一人前の医師になれることの二点である（図1）。すなわち主役は国民と専攻医にある。①は専門医の「医療の質」と読み替えることができ、②は「専門医教育の質」と表現できる。①を保証するのが②であり、専門医教育の重要性は明白である。

Donabedianは医療の質を三つの側面（構造、プロセス、アウトカム）から評価される⁹⁾とした。専門医教育の質も同様に考えると図3、4のようになる。構造の質は医師免許取得や診療科標榜などで、プロセスの質は手術数の保証や専門医試験の合格などとなろう。これまでの学会主導の専門医制度の多くが行ってきた質保証のほとんどは「プロセスの側面」からであった。もちろんそれは学習機会（学習方略）の保証という面では重要である。外科専門医を例に挙げると、症例数（手術経験数）は外科医育成のために最大の要因となる。ただし、多くの症例数を経験すれば誰もが信頼すべき外科医になるとは限らないことは自明である。国民は、どのような車かに最も関心があり、その車がどのように工場で作られているかには興味が低い。外科医の真の質とは、どれほど手術ができるか、患者や家族とのコミュニケーションが良好か、医療スタッフと良好な関係を構築できるかなど、総括すると「患者のための医療を行えるか」である。

カリキュラム開発でよく使用される目標・方略・評価において、これまでの専門医教育では目標と方略は比較的配慮されてきた。しかし、決定的に不足していたのは評価である。わが国の専門医教育は、妥当で信頼性のある評価への取り組みが不足していた。

図2に、医学教育では著名なMillerのピラミッ

医療の質は 3つの側面から評価される

- 構造 (Structure)
 - ・ 組織、機器、職員の数・専門性など
- プロセス (Process: 過程)
 - ・ 実際の診療・看護内容、職員の行動など
- アウトカム (Outcome: 結果)
 - ・ 治癒、生存、QOL、満足、コストなど

図3 医療の質

Donabedian A. *Evaluating the quality of medical care.*
Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966, 44: 166-206.

専門医とその教育の質：3つの側面

- 構造 (Structure)
 - ・ 医師免許所持、診療科の標榜など
- プロセス (Process: 過程)
 - ・ 手術数、専門医試験の合格など
- アウトカム (Outcome: 結果)
 - ・ 知識・技能・適性等を評価(妥当性で信頼性をもって)
 - ・ しっかりした診断と治療が保証される

図4 国民が求める専門医と専門医教育の質

試験などで行われてきたが、これでは明らかに不十分である。また、一部の領域（学会）では技能試験が行われているが、その実施可能性は全学会で共有することが困難である。

(4) 臨床現場での評価: Workplace-based Assessment (WPBA) と Entrustable Professional Activities (EPA)
 国際的にみても、専門医およびその教育の評価に

「臨床現場での評価 (Workplace-based Assessment)」が重要視されている。WPBAの主なものには次のようなものがある。

- ・ Mini-CEX: Mini-Clinical Evaluation Exercise (診察能力評価)
- ・ DOPS: Direct Observation of Procedural Skills (技能評価)
- ・ TAB: Team Assessment of Behavior (他職種

評価, 360° 評価)

- SEA: Significant Event Analysis (重大イベントの振り返り)
- CbD: Case based Discussion (症例ディスカッション評価)
- Portfolio (学習プロセス評価と振り返り)
- その他

これらは、これまでわが国の専門医教育においてほとんど用いられてこなかった評価法であるが、DOESを評価するためには必須と考えられる。日本専門医機構が2014年7月に策定した新「専門医制度整備指針(第1版)」³⁾にはこのWPBAが「今後採り入れていくべき」ものとして示されていた。第二版でこの記載がなくなったことは残念と言わざるをえない。

専攻医における、能力(問題解決能力, コミュニケーション能力, 医療安全管理能力…)に沿った評価の重要性は既に述べた。これらはある面で包括的・総論的で、現場での評価は漠然としたものになりやすい傾向がある。専門医を目指す専攻医は医療現場で責任をもった業務を行っており、具体的に観察可能な業務をEntrustable Professional Activities (EPA) と呼んでいる。EPAには実践での観察評価が可能であることが求められている。「この医師に、この仕事を任せられるか」がざっくりとした業務(行為)の定義であり、外科に例を挙げれば、「手術前の説明と同意」「術前のプレゼンテーション」「胃がん腹腔鏡手術での第一助手」等々具体的職務(Activity)を想定し、専攻医がどのレベルまで任せられるかを判断するものである。

EPAは能力(Competencies)を総合的に判断し、経糸と緯糸の関係にあり互いに補完する。EPAは経時的な成長を観察しやすい専門医教育での評価に適した軸であるが、業務(行為)をうまく設定すれば研修医や学生にも適用が可能となる。

なお、これらの評価法の詳細は別章(第Ⅱ部7章など)に譲る。

4. 今後の展望

(1) 卒前教育, 臨床研修, 生涯教育との関連

既に述べたとおり、医師の教育は生涯にわたっている。社会に対する説明責任を果たすためにアウトカム基盤型の考えに立脚した教育システムを連続的に構築することが望まれる。

世界医学教育連盟(World Federation of Medical Education: WFME)は医師教育システムの質評価について基準を定め、卒前教育においては2023年までに医学教育の質をそれぞれの国で保証することを求めてきている。わが国では日本医学教育評価機構(JACME)が発足し、わが国の基準¹⁰⁾のもとに全国医学部・医科大学の認証を開始した。日本医学教育学会は、WFMEの「卒後医学教育(PGME)の質的向上のためのグローバルスタンダード¹¹⁾」と「CPD(Continuing Professional Development)の質的向上のためのWFMEグローバルスタンダード¹²⁾」を和訳して示している。

大学を卒業した後の医学教育においては、上述の国際的な基準を参考にしつつ、わが国の文脈に沿った基準を決めて俯瞰的に進めることが重要である。

(2) 日本医学教育学会が専門医教育に貢献すべき点

医学教育はすべての医療現場で恒常的に行われている。それだけに意識されないまま「学ぶ」「教える」が繰り返されている。国民と専攻医のためには、日本医学教育学会が貢献すべき点は多い。特に、専門医教育の「現場での評価」は日本医学教育学会が主導すべき領域である。

専門医教育が抱えるもう一つの問題は、現機構が大きく改編される中で教育プログラムの認証(accreditation)機能が機構から学会へと戻されていったことである。一時的には仕方ないとしても、医療と専門医教育の質を保証する目的のためには、本来第三者機関がもつべきであるプログラム認証機能を再構築しなくてはならない。そこには日本医学教育評価機構をはじめとする関係諸機関の医学教育者の貢献が期待される。

■文 献

- 1) Webpage 日本専門医制評価・認定機構 機構のあゆみ. URL: <http://www.japan-senmon-i.jp/hyouka-nintei/about/history.html> (最終閲覧日: 2018.1.1)
- 2) Webpage 「専門医の在り方に関する検討会」報告書 (厚生労働省) 機構のあゆみ. URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000078754.html> (最終閲覧日: 2018.1.1)
- 3) Webpage 専門医制度整備指針 (第1版) 2014年7月. URL: <http://www.japan-senmon-i.jp/news/doc/140807.pdf> (最終閲覧日: 2018.1.1)
- 4) Webpage 専門医制度整備指針 (第2版) 2017年6月. URL: http://www.japan-senmon-i.jp/news/doc/170602sinseibisisin_ver2.pdf (最終閲覧日: 2018.1.1)
- 5) Ronald M. Harden, Jennifer M. Laidlaw, 大西弘高 (翻訳). 医学教育を学び始める人のために, 篠原出版新社, 東京, 2013, p. 45-73
- 6) Webpage USMLE Outcome Project URL: <http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschoo/departments/pediatrics/meded/fellowships/Documents/ACGME%20Outcome%20Project.pdf> (最終閲覧日: 2018.1.1)
- 7) Webpage CanMEDS: Better standards, better physicians, better care URL: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e> (最終閲覧日: 2018.1.1)
- 8) Webpage 文部科学省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム 平成28年度改訂版. 平成29年3月31日 http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf (最終閲覧日: 2018.1.1)
- 9) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966, 44: 166-206
- 10) Webpage 日本医学教育評価機構. 医学教育分野別評価基準 日本版 <https://www.jacme.or.jp/accreditation/wfmf.php> (最終閲覧日: 2018.1.1)
- 11) Webpage 日本医学教育学会. 卒後医学教育 (PGME)の質的向上のためのWFMEグローバルスタンダード(2015年改訂版) http://jsme.umin.ac.jp/com/pge/WFME_GS_PGME2015_JP.pdf (最終閲覧日: 2018.1.1)
- 12) Webpage 日本医学教育学会. CPDの質的向上のためのWFMEグローバルスタンダード (2015年改訂版) http://jsme.umin.ac.jp/com/pge/WFME_GS_CPD2015_JP.pdf (最終閲覧日: 2018.1.1)