職業としての医師６ 卒後臨床研修、日米学会の役割の相違、「医療経営情報」（ミクス書籍）、No.145、2003-06、 PP.38-41

職業としての医師６

卒後臨床研修、日米学会の役割の相違

■米国･ニッポンの「学会」比較

「ニッポンでは、いよいよ来年から、２年間のスーパーローテーションが始まります。アメリカにもこのスーパーローテーションのような卒後研修プログラムはありますか？」

医学部卒業を間近にひかえたＡ君は、卒後研修に強い関心をもっている。

「40 年くらい前まではあったけど、いまはないね」

「うちの父が医学部の学生のころにはインターン制度というのがあって、国家試験を受ける前に１年間、各科をローテーションしたのだそうです。これはアメリカの制度を取り入れたものだといっていました」

今の医学生はインターン制度を過去のものとしてしか知らない。

「1960 年代までのアメリカでは、医学部を卒業した後」、専門科のレジデントとして卒後研修に入る前の１年間、各科をまわるローテイティング・インターンシップというのと、外科系または内科系のストレート・インターンシップという二通りのインターン制度があった。そのうちいずれかをすませることが専門科の卒後研修課程に進むためには必須だった時期もあった。制度が変わったいまは、卒業するとストレートに志望専門科の卒後研修プログラムに進むようになったのだ」

「制度が変わったのには、なにか理由があるのですか？」

「少し長くなるが、それを説明するためには卒後研修制度の歴史を紐解いてながめてみる必要がある。アメリカで外科の卒後研修が必修化されたのは、1912 年に米国臨床外科学会の教育委員会が“単独で手術のできる外科医を育てる" ことを目標に、外科研修の経験症例数と研修年数を設定したときにさかのぼる。90 年も前のことだよ。その手段として教育委員会が採った方法は、外科医専門学校を設立し、医学部卒業後の数年間をこの専門学校で学んだ医師のみを外科医と呼ぶと定めたことだ。教育委員会から発展したこの外科医専門学校は American College of Surgeons と呼ばれ、1913 年に設立された。外科より１年遅れたが、内科にも American College of Physicians と呼ぶ内科医専門学校が 1914 年に設立された。医学部卒業後の専門医養成学校なのだから、設立というより開校というべきかもしれないね」

「American College of Surgeons といえば米国外科学会のことではないのですか？」

「その通りだよ。毎年、全世界から１万 2000 人もの外科医が出席する学術会議を開いている米国外科学会は、いまでも外科医専門学校の役割を負うているから College と呼ばれているわけだ。内科学会も、同様に College と呼ばれる内科医専門学校だ。日本で外科学会あるいは内科学会というと君たちは、年に一度、ドクターが集まって研究論文を発表しあうお祭りのようなものと理解しているだろう。学会は研究成果を発表するフォーラムが主たる機能だと思っているだろう。ところが、アメリカの College と呼ばれる学会の学術会議には教育番組が盛沢山に組んであって、卒後教育の場、すなわち専門医養成学校としての性格が強いのだ」

■ fellow と専門医と「学会員」

「アメリカではドクターの肩書きに FACS というのがありますね。あれは学会と関係があるのですか」

「いいところに気づいた。FACS は Fellow of American Colleges of Surgeons の略なのだ。外科医専

門学校の全過程を終了した医師はfellowとよばれる。fellowには米国外科学会の会員になる資格がある。つまりfellowとは学会員という意味なのだ。言い換えるとアメリカでは外科医専門学校を卒業していない者には外科学会に入会する資格はない。もっとも、アメリカは例外のない規則はないという国だから、外科医専門学校で外科の卒後研修プログラムを履修していなくても特別な審査を受け面接試験をパスすると、例外としてfellowになれるような仕組みが存在する。

わたしはアメリカで外科の卒後研修プログラムを終えてはいないので、アイオワ大学の外科教授に就任したときFACSつまり米国外科学会の会員ではなかった。だが、外科学会の会員でないと外科関係のニュースが入ってこない。大変不便を感じていたのだが、この特別審査と面接試験を受け合格して会員にしてもらった。だから、いまはFACSの資格を持つ米国外科学会正会員だ」

「なるほど、そうだったのですか。アメリカの学会と比べるとニッポンの学会は入会が簡単にできるようですね。国が違うだけでなぜこんな違いが生じたのでしょう？」

「ニッポンの学会は研究活動を主体にスタートし、いまもそうであるところが米国の学会と違った性格を持つに至った理由だ。20世紀の初め、日米ともにわれわれの先達はこぞってヨーロッパへ医学の勉強に行った。当時のヨーロッパでは、ミクリッツ、ビルロート、ペアン等錚々たる外科の巨人が活躍していた。彼らに教えを請うたアメリカの外科医たちは帰国後、得てきた知見を後輩たちに伝授し始めたが、ヨーロッパの講座制を支えるヒエラルキーには目もくれず外科専門学校すなわちAmerican College of Surgeonsを開校したのだ。

一方、ニッポンに帰国したわれわれの大先輩たちは、外科医専門学校を開設する代わりに、ヨーロッパで見て来た通りの講座を開いて教授に就任し、研究を主体としたヒエラルキーをうちたてた。これでニッポンの学会が研究成果の知見を交換するフォーラムとしてスタートした理由が理解できるだろう。だから、いま日本○○学会と名のつく学会規約の会員規定のところを紐解くと、“○○学の研究分野に関心をもち、その発展に寄与する同好の志であれば、来たるもの拒まず”という主旨のことが書いてある」

■アメリカ直輸入のインターン制度

「では、次代の臨床医を育てる役目はだれが担ってきたのですか？」

「それは講座の頂点に立つ教授の役目だとみんな信じてきた。教授であるからには、当然そうすべきである、あるいはしてくれるだろうと政府も巷の医療関係の人間も期待したわけだ。ある時期までは、この不文律が機能していたのだが、弟子どもの卒後教育はなおざりにされるようになった。なぜだと思う？」

「なぜですか」

「教授の選び方に問題があるからだよ。ニッポンの医学部の教授選考では、もっぱら研究業績のみが重視されてきた。研究業績は評価しやすいが、臨床医あるいは教育者としての評価は難しいからね。教授が教育者として国から課せられた義務は、卒前の医学生つまり君たちのような学生の教育に限定されていて、卒後の医師たちに対して系統的臨床教育を実施する義務は国の規則のどこにも書いてないのだ。もう随分昔のことになったが、68年ころ、医局解体を叫ぶ医学部紛争が起こった。この騒動は全国の医学部に広がり、無給医局員だったわたしも医局で教授と対時した。そのとき教授がこっそり教えてくれたのが、『教授に医局員を教育する義務があるとは国の規則のどこにも書いてないのだよ』ということだった。そのときは信じられなかったが、あとで調べてみると、教授の言葉どおりだった」

「そんなこととは、知りませんでした」

「当時は、卒前教育の管轄は文部省、卒後、大学病院での臨床活動の管轄は厚生省だった。厚生省は卒後、国家試験を施行し医師免許を発行するところまでは関与したけど、そのあとの医師の教育まで面倒は見

職業としての医師 6 卒後臨床研修、日米学会の役割の相違、「医療経営情報」（ミクス書籍）、No.145、2003-06、 PP.38-41

なかったよ。いまでもそうだろう」

「それでは、ニッポンにはホンモノの専門医を育てる公的な機能は存在しないということですか。それでも自称専門医もいるし、巷で専門医と呼ばれている医師はいるではありませんか。新聞の医療相談の欄などには、専門医に診て貰えという回答が載っているのを読むことがありますが、あれは、本当は適正な回答ではないということになりますね」

「厳密に言うとそうなるね。ハナシをスーパーローテーションにもどそう。これまで解説してきたように、アメリカの学会は 90 年近くも前から、それぞれの定めた研修基準と研修年限をもって専門医を育ててきた。それと別に米国医師会は、いま、ニッポンでいうスーパーローテーションのように全部の科を万遍なくまわって臨床医学全般の知験を身につける方式の研修を重視してきた。これが君の父上の経験したインターンだ。1 年間のローテイティング・インターンを医師国家試験の前に義務づけていたのは米国医師会なのだ。それを済ませたあと学会の定めた専門医研修をするという仕組みだったのだ。

ところが 1950 年ころになって、米国医師会と学会は、互いに別個の考えで卒後研修制度を押し進めることの愚かさを遅まきながら悟った。1952 年はアメリカの卒後研修・医療制度にとってまさに歴史的一大転機の年となった。米国医師会と American Colleges of Surgeons and Physicians が一堂に会して話し合いを持ち、以後、各科の卒後研修プログラムは一本化されたのだ。1970 年代に入って、各科を万遍なく回るローテイティング・インターン制度は廃止になってしまった。

83 年になるとそれまで各学会が主体で進めてきた臨床各科専門医を養成する卒後研修のプログラムは Accreditation Council for Graduate Medical Education(ACGME：卒後医学教育認定評議会) と呼ばれる全米を統一した第三者組織の手にゆだねられることになった。

それ以来、卒後研修では、同じ臨床分野で先輩・後輩の身内同士だからといって研修内容に手加減をすることなどは一切できなくなった。卒後研修にそれだけ厳しい基準をおいた認定をする理由は、医療消費者である国民に良質の医療サービスを保証することが、患者さんにも米国政府にも医師会にも個人としての医師にも、それぞれにインセンティブを生じるからだ。これで一番の恩恵を受けるのは国民だ。厳しい研修を修了したというお墨付きの専門医が増えると、全米で認められている診療の基準が上がってよい医療を受けられるのだから」

■基礎医学 6 科目を 1 年で

「アメリカの歴史を見ると、今度、ニッポンで行われるスーパーローテーションは時代に逆行しているようですね」

「その通り。スーパーローテーションの 2 年間では、いくらがんばってみても “単独で診療のできる医師 " になることはできない。半世紀前に米国医師会があきらめて放棄した制度を、厚生労働省はなぜ今頃になって持ち出してきたのか理解に苦しむ。いまのニッポンに必要なのは、国際基準に合致する専門医養成制度だよ。誰でも病気になったときには、軽い病気なら近所の先生に診てもらうだけですむが、命にかかわる重い病気の場合、正確な診断をつけて適正な治療を受けるためには、きちんと研修を受けた専門医が絶対に要るからね」

「それでは、スーパーローテーションは全く不要だと？」

「そうは言っていない。アメリカでは、ローテイティング・インターンを廃止したとき、各科の基本的臨床教育カリキュラムを圧縮して卒前の医学教育のクラークシップのなかに押し込んでしまった。いままでインターンに教えていたことを医学部高学年で教えることにしたのだ。医学全般の情報量が増え、それでなくても授業時間が不足する医学部 4 年間の最終 2 年間をクラークシップに充てると、初めの 2 年間に基礎医学と臨床系統講義もかなり圧縮しなければならない。それには、講義をスピードアップ

Doctrina
Theses & Articles

して、かなりきついスケジュールを組む必要がある。

いままで２年かけてゆっくり教えていた解剖・生理・生化学・薬理・病理・細菌学を１年で詰め込み教育しようと思うと、まず教官の数を増やす必要があった。表を見たまえ。これはアイオワ大学医学部の基礎医学各部門の教育スタッフ数だ。６科目に、教授だけで 121 名。助教授・講師・助手の全部をあわせると 216 名になる。解剖学だけ見ても教授が 21 人だよ。君の医学部には解剖学の教授が 21 人もいないだろう」

●アイオワ大学基礎医学部門教職員マンパワー（2001）

	教授	助教授	講師	助手	（合計）
解剖学	21	4	10	3	38
生理学	15	8	3	0	26
生化学	20	6	3	0	29
細菌学	23	9	5	1	38
薬理学	13	7	6	0	26
病理学	29	18	9	3	59
（合計）	121	52	36	7	216

「わが大学には２人のみです」

「この層の厚い教育スタッフが、朝７時から夜７時まで、ほとんどマン・ツー・マンで学生に教えると、６科目を１年間で消化できてしまうのだ。学生も大変だよ。授業と試験と宿題に明け暮れるから、ニッポンの医学生のように部活やバイトや旅行にうつつを抜かしてはいられない。医学部に入って初めての２年間は医学漬けになるしかないね」

「アメリカの医学生が基礎医学６科目を１年で終えるとは知りませんでした。２年目は臨床各論ですか？」

「そうだ。こうして２年目が終わると、国家試験の基礎医学都門であるパート１を受けることができる。鉄は熱いうちに打てというわけだ」

「学生は１学年に何人いるのです？」

「150 人だよ」

「150 人に基礎医学の教授が 121 人もいるのですか。ニッポンの医学部だと 10 校分の教授陣ですね。圧倒されました。これでは歯がたちません」

「これだけではないのだよ。免疫学や遺伝学もあれば、生物行動学や医学統計学など、この表に含めていない科目を加えると、教授の数はもっと多いのだ」

「参りました。これほどの差があるとは思いませんでした。ニッポンの医学部は世界のトップレベルにあるものと思い込んでいました」

「ニッポンでも、アメリカで 50 年前に実行されたように、日本医師会・全国医学部長会、それに各学会の理事長などが一堂に会して、ニッポンの医学教育・卒後研修・医療制度問題を議論しつくし、良医をつくる最良の卒後研修プログラム案を作成して厚生労働省につきつけるぐらいの思い切ったことをすれば、きっと活路は見つかるだろう」

木村　健　アイオワ大学名誉教授（小児外科）