

アメリカの卒後臨床研修から 日本が学ぶべきこと

津田 武

IRYO Vol. 63 No. 12 (775-783) 2009

要旨

アメリカでの医学教育，とくに卒後臨床研修プログラム Residency Program の成立背景，存在意義，到達目標などについて，日米の両方の臨床研修を自ら直接経験した立場に立って概説した．アメリカでの教育病院では，指導医，レジデント（研修医），医学生，そしてその他のコメディカルスタッフが一つのチームとなって病棟での患者管理に従事し，その中でさまざまなレベルでの「教育活動」の存在が医療チームの団結の強さを支える柱となっている．アメリカでの Residency Program ではどの臨床分野においても，標準的な到達目標として，診療に必要な医師としての知識や手技の習得のほかに，臨床チームのリーダーとしての指導力・問題解決能力・危機管理能力，そして医学生・研修医・コメディカルスタッフを教育しその成長を適正に評価しフィードバックする能力などが挙げられている．そのためには，具体的に(1)経験よりも論理性・科学性に基づいた問題解決アプローチの修練，(2)物事の正邪を判断できる倫理観 Medical Ethics の育成，(3)医師（リーダー）としての Communication Skills の養成，そして(4)Professionalism（リーダーシップを含めた医師としての人格形成）の確立などが必要とされる．医師は「医療」におけるリーダーでなければならない．日本の臨床教育現場でも，これらの到達目標がもっと盛んに議論されることが望ましいと考えられる．そのためにはまず医学教育の重大性を認識し，明日の医学教育を担える人材養成に投資することが急務であろう．

キーワード レジデント研修，ベッドサイド教育，根拠に基づいた医療，指導医教育

はじめに

著者は昭和59年度に信州大学医学部を卒業後，母校の小児科学教室に属し大学病院とその関連病院にて小児科医として5年間卒後臨床研修を受けた．当時，大学病院でも関連病院でも，卒後臨床研修には明確な到達目標・指導指針というものは存在せず，

基本的には各個人の努力による自学自習の上に成り立つものであった．私が受けた「臨床研修」とは，実際の経験を重ねることにより「知識」や「手技」を習得することが主眼とされ，本質的な生命現象に関する疑問を発することはあまり歓迎されなかった．しかしながら自学自習は，常に「自己流」の危険性をはらんでおり，その点常に少なからず危機感

アルフレッド・デュポン小児病院循環器科およびトーマス・ジェファーソン大学医学部小児科

別刷請求先: Takeshi Tsuda, MD, FAAP, FACC. Nemours Cardiac Center, Alfred I. duPont Hospital for Children, 1600 Rockland Rd., Wilmington, DE 19803, U.S.A.

(平成21年9月17日受付，平成21年12月11日受理)

What We Can Learn from Graduate Medical Education in the United States

Takeshi Tsuda, Nemours Cardiac Center, Alfred I. duPont Hospital for Children.

Key Words: residency training, bedside teaching, evidence-based medicine (EBM), faculty development

を抱いていた。アメリカの医学教育で最も重要視される問題解決のための病態生理に基づく論理的なアプローチ・議論などは、当時の私が経験した卒後臨床研修にはほとんど存在しなかった。臨床研修のため渡米した最大の理由は、この危機感ゆえであったが、同時に日本の「小児科学」には、Pediatricsの本質であるはずの「成長」と「発達」の立場から健康と疾病を解析するという科学 Science が存在しなかったこともある。当時の日本の小児科学に私が感じた懸念は、残念ながら20年経った今でもあまり改善されていないような気がする。今でも Pediatrics の総論の重要性を正しく教えている施設は日本ではあまり多くないと思われる。アメリカでの卒後教育は、American Board of Pediatrics (米国小児科専門医評議会) により研修の到達目標が明確に確立されており、「診療できる医師」を育てるだけでなく「患者とその家族の持つ問題を解決できる医師」「後進を教育・指導できる医師」「医療の現場でリーダーシップをとれる医師」を育てることを目標としている (<http://www.abp.org/abpwebsite/abpinfo/overview.pdf>)。日本とアメリカの両方の臨床研修を直接経験した立場から、アメリカにおける医学教育、臨床研修プログラム〈レジデント制度〉を紹介しながら、日本の制度との比較、日本の医学教育の問題点、改善策そして今後の展望につき言及したい。

アメリカの医学部・医科大学

アメリカでの大学医学部・医科大学（以下「医学部」と総称する）は、一般的には Medical School と呼ばれ、4年生大学 (undergraduate) 修了後に引き続き4年間の大学院レベルと位置づけられている。医学部進学のためには、Undergraduate (学士期間) の学業成績ばかりではなく、医師として相応しい人格・適性が厳しく問われることが大きな特徴といえる (<http://www.medschoolready.com/app/requirements.asp>; <http://bestpremed.com/index.php>)。成績に関しては、大学での成績の平均点 (Grade Point Average, GPA) や医科大学入学共通試験 (Medical College Admission Test, MCAT) の成績により判断される。優秀な成績は、医学部入学のための最低必要条件ではあるが、アメリカでは受験者の人格面での評価を非常に重視する。すなわち社会への奉仕精神、医療への commitment,

責任感、人間的な温かみ compassion, 性格の明るさ、チーム活動とリーダーシップなどが評価される。これらの資質の評価は、間接的には推薦状（多くは医師や所属する大学の教官によるもの）が、そして直接的には面接での印象が重視される (<http://www.worldvolunteerweb.org/news-views/news/doc/volunteering-a-must-for.html>)。医学部入学選抜において、医師としての適性を何をもって評価するかは常に最重要課題であり、面接での直接評価は最も重要な要素と考えられている。アメリカでの医学部が医学界にとって将来必要とされる人材を選定するために費やす時間と労力の膨大さは想像を絶するものがあるが、それだけ人材の選定が大切だという事実の裏返しでもある。この点は、日本の医学界も大いに学ばなくてはならない点であろう。

Medical School での医学教育

前述したように、アメリカでの医学部は、4年間の学士卒業後の「博士課程」として位置づけられており、多くの場合1年次に医学に必要な基礎医学（解剖学、生理学、病理学、細菌学、薬理学、生化学など）や診療に必要な Communication skills や Ethics の導入、2年次からは診断学、臨床医学の授業が始まり、3年、4年ではほとんど病院での Clerkship と呼ばれる実地研修に充てられる。基礎医学に関しても、必ず臨床と関連した形で議論され、最近では問題解決を中心にした小グループでの討論 Problem Based Learning (PBL) が主体となってきている。3年度は、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急などの必修科目とその他の必修のマイナーなローテーションがあり、4年度には将来自分が希望する専門科を重点的に回ることになる。各医学部にはそれぞれの特徴があり、個性のある医学教育がなされている。ただし教育の到達目標やガイドラインの基本は、Liaison Committee on Medical Education (LCME) が認定するものであり、全米での医学教育の標準化を施行している (<http://www.lcme.org>)。

後半の2年間はほとんど病院での実習に充てられる。3年生は、病棟実習の際は病棟診療チームの一員になり、レジデントの監督の下で担当する入院患者を診察し、日々の容態を報告し、診断や治療に関する decision making の討論に参加する。この実習

の中で具体的に入院時所見、鑑別診断、検査計画、治療をチャートに記入し、当日のラウンドで決まった検査や治療のオーダーをレジデントの監督の下に出す。また日々の患者の状態を Progress Note としてチャートに記入する。日々の病棟でのラウンド、週に数回ある講義・カンファランスなどに参加して医学・医療への理解を深める。診療チーム・リーダーであるシニア・レジデントは、学生が自分の担当患者の入院所見 History & Physical を大学に提出する前にそれを添削・指導する責任が与えられる。レジデントは研修で学ぶだけでなく、学生を教える教育者としての役割も担っている¹⁾。この医学部の3年目のローテーションが日本での卒後のスーパー・ローテーションに相当すると考えられる。4年目の実習は、主に選択科目が中心になる。学生にさらに多くの責任が期待され、3年目の病院実習と区別する目的でエクスターンシップ Externship と呼ばれる。エクスターンは、日々の患者の診察・病歴の記載だけではなく入院オーダーも記入し、患者との接触に関してもかなりの自主性が求められる。最近の卒前医学教育の傾向として、従来の病棟での入院患者の管理センターの実習から、地域に根ざした外来患者の診療経験、長期にわたる患者管理 Continuity of care, プライマリーケアの実践、公衆衛生の理解などが重視されるようになってきた²⁾。

この医学部の後半2年間で卒業後の自分の専門科を決めることになる。一般的に日本でいうプライマリー・ケアはこの地点で修了していることになり、さらにプライマリー・ケアに進みたい者は、Family Medicine などの専門科がある。その他の者はすべて専門医（内科、外科、小児科、産科婦人科、精神科、麻酔科、放射線科など）などのレジデント研修 Residency Program に進むことになる。4年生は、秋から冬にかけて実習の合間に卒後レジデント研修参加のための面接旅行に出かける。その中で自分の希望する研修先をランクするわけだが、ここでも面接は選考の大きな要素になっている。プログラムが募集できるレジデントの数は、指導医の数、入院・外来患者数、病院・病棟の規模などにより外部団体の審査の上で規定されるものであり、プログラムが勝手に決めてよいものではない。最終的な決定は、National Residency Matching Program (NRMP) のコンピューター・マッチングの末3月の中旬に発表される (<http://www.nrmp.org/>)。

アメリカの学生が必死に勉強・努力するには訳がある。アメリカのマッチングは、日本の初期研修のマッチングと違い、自らの一生の専門科が決まる重大な意味を持つ。したがって専門科を頻繁に変えることは、こちらではあまり「よい」こととはみなされない。卒後のマッチングで決まった研修の科が、自分の専門となる（自分のなりたい専門科に自由になれる日本と異なる）。しかも各専門科には全米で人数枠が決まっている。そこで、自分のなりたい専門科、とくに競争の激しい科に入るためには、学生時代の成績と評価が重要であり、よりよい評価を得るために皆必死なのである。

日米の卒前医学教育の比較と それぞれの問題点

アメリカでの医学部・大学病院がその存在意義を新しい医師の養成と基礎医学研究の推進と臨床診療の三本柱に置いている一方、日本の大学医学部は予算や制度・社会的背景などの関係もあるだろうが、その優先順位が明らかに「医学研究」に偏っており「医学教育」に関する充実度はアメリカに比べかなり貧弱だといえよう³⁾。アメリカの医学部は、医学という学問を追究するアカデミアであると同時に、能力のある臨床医を育てる職業学校的な要素も持っており、卒業生は医学部を卒業した地点ですべてのプライマリー・ケアはひととおりに修了してこれから先の専門医研修に臨むというレベルに到達するとされる（また、そのように教育しないと医学部の存続にかかわることになる）。このような制度以外にも日本の卒前医学教育には重大な問題が指摘されてきた⁴⁾。すなわち日本の多くの医学部では、(1)臨床手技に関する基本的な教育の欠如（学生が病歴・身体所見が正しくとれない）、(2)Bedside teaching の欠如（臨床的観察から医学的知識を学び問題解決を科学的に導くという考え方が欠如している。講義がほとんど疾病中心で患者は二の次になっている）、(3)臨床教育に対する教官の姿勢の問題（個人の教育能力と環境の問題。教育に熱心な教官を特別に高く評価することがない）、そして(4)アメリカでの医学教育の主流である PBL がほとんど行われていない、あるいは正しく行われていない（問題解決の際に科学的・論理的思考よりも上級医の「経験」が優先される）、といった点である。ただし日本の医学生の一ひとりひとり質は高いと評価されている。せっかく

の高い資質をもった学生がまともな医学教育を受けていないために伸びるべき能力がその犠牲になっているといえよう。

アメリカにおける医学教育での最大の問題点は、医学部に入学するのが非常に競争率が高いばかりでなく、学費も非常に高価であるという点である (http://services.aamc.org/tsfreports/select.cfm?year_of_study=2009)。アメリカでの医科大学の約半分は私立大学であり、多くの私立大学が優れた個性のある教育を医学生に提供している。しかしその授業料・寮費・実習費はきわめて高価であり、これがよくも悪くもアメリカ人医学生の大きな経済的プレッシャーになっている(医学部卒業時点での一人の学生の負債は15万-20万ドルといわれている)。優秀ならば学費に心配をせず国公立大学医学部にいける日本の学生は、とても幸せだと感じるべきである。アメリカでの研修医の経済的負担は、彼らの進路(アカデミックかプライベートか)の選択に大きな影響を与えている。この点で日本の研修医は、自分の将来に対してより自由な選択肢があるといえよう。アメリカ医学界では基礎医学を専攻する医師が少ないことが現在大きな問題となっており、National Institutes of Health (NIH) では、臨床医が基礎研究の世界に入れるように特別な研究補助金 Grant が用意されている¹⁾。基礎医学を専攻する医師が少ないのは、アメリカでも大きな問題となっている。

Residency Program 専門医への道

医学部卒業後はほとんどすべての卒業生が専門医修了課程のレジデントプログラムで研修する。研修期間はその科により異なるが、内科、小児科、家庭医学は3年、産婦人科4年、一般外科5年という具合で、さらに超専門家 Subspecialty になるとさらにそれから2年から3年の研修を必要とされ、これらの研修年限はそれぞれの専門医評議会 Board が規定している。医学部を卒業した研修医は、卒業直前に行われる全米のマッチングプログラムにより研修先が決められる。これらの研修プログラムを無事に修了することが、研修医が専門医試験を受けるための必要条件となっている。これらの研修プログラムはすべて ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) という独立した第三

者機関によりコントロールされ、2006-2007年現在、全米には126の専門科(内科、外科、小児科など)および超専門科(Subspecialty:内科の中での循環器科とか消化器科など)にわたり8,355のACGME認定のプログラムがある(http://acgme.org/acWebsite/newsRoom/newsRm_acGlance.asp)。この中には28の審査委員会があり、これらの委員会がレジデントプログラムを審査し、教育機関としての存在の妥当性を評価し報告する。審査内容としては、臨床教官の数と質、教育環境(患者の数、症例の分布、Morning Report 毎朝の入院患者症例報告、Attending Round 指導医による教育セッションや Grand Round 招待演者による教育講演などの研修・教育の充実度)、研修施設の整備(図書館、インターネットなどのアクセス)そして教育の具体的な結果(専門医試験の合格率等)を審査し、その研修プログラムの存続の是非を評価する。条件を満たさないプログラムは、大学病院のプログラムであろうと、一定の観察期間(probation)の後廃止されることもある。また、ACGMEの管理下に各専門科のレジデントの定員数は全米で決まっており、自分のなりたい専門医になるには、当然マッチング時に競争となるわけである。これによって、各専門科の医師数は全米を通じると確保されることになる。

ACGMEは、卒後研修の到達目標として表1に示すような6つの項目を挙げており、これらの項目がレジデントの研修到達の評価の対象になる(http://www.acgme.org/outcome/e-learn/e_powerpoint.asp)。Patient Care に関しては、レジデントは患者の健康問題の解決や健康推進のために思いやりのある(compassionate)、妥当な(appropriate)、そして有効な(effective)治療を実践できなければならない。Medical Knowledge とは、基礎医学、臨床医学、疫学、社会・行動学に関するものも含めて患者診療に必要な知識の修得を指す。Practice-based learning and improvement とは、自分が患者に対して行った医療行為を自ら批判・評価しそこから何かを学びさらに今後の診療の改善に還元できる能力をいう。ことに生涯を通じて自己学習・自己改善できる能力、さらに他を教育する能力を身につけるためである。Professionalism とは、医師としての責任・義務の遂行、物事の判断の根拠となる倫理観の堅持、多様な患者層への社会的・文化的・経済的・人種的面などへの配慮等が含まれる。Com-

表1 ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) による
卒後臨床研修 (レジデント研修) の6つの主要到達目標¹³⁾

1. Patient Care 患者診療の実践
2. Medical Knowledge 患者診療に必要な医学的知識の獲得
3. Practice Based Learning and Improvement 常に診療から学びそこから反省し進歩できる姿勢
4. Interpersonal Skills 患者, 患者の家族, 医療スタッフとの確かな意思疎通ができる能力
5. System Based Practice 医療全体 (他科とのかかわり合い, 医療資源の適切な運用, 医療制度・保険制度) からみた患者診療
6. Professionalism 医師として必須な資質の修練

munication skills に関しては, 医師は患者や患者の家族そして一緒に働く医療スタッフと適確に意思疎通ができる能力が求められる。この能力は健全な医師・患者関係を保つのに必要であるばかりか, 医療チームのリーダーとして周りのスタッフと協調しその関係をますます発展させていくのに不可欠である。System-based practice とは, 患者診療を自らの専門科から離れた全般的な視点, たとえば病院などの組織・地域医療・医療や社会全体からみて自己評価・改善し, 医療資源・医療の質や安全性・費用対効果などを含めた診療ができる能力を指す。レジデントはこれらの6つの項目の到達度という観点からその成績を評価され, 一定の到達レベルに達しない者は再履修を求められたり病院を解雇されることもある。解雇された場合は, 新たな研修先をみつけないければならず, その専門科の最終到達レベルに達したと認められた者のみが専門医試験の受験資格が与えられる (Board eligible)。

レジデントプログラムの特徴

レジデント研修の大きな特徴としては, (1)On call 制度などを通しての多くの症例の経験, (2)Standard of Care の遵守, (3)Team 医療, そして(4)Evaluation and Feedback の存在, の4点が挙げられる⁵⁾。一般的に1年を通して3日から4日に一度の当直がある肉体的にも精神的にもかなり厳しいトレーニングである。この自分の受け持ち患者は普段は5人から7人くらいであるが当直の時は20人程度入院患者を一手に引き受けることになり, さらにその晩に入院してくる平均3人-5人の新患の入院患者の面倒をみなくてはならない。具体的な仕事と

しては, 入院時病歴・身体所見から鑑別診断・検査計画・治療方針などを考え, シニア・レジデントや Attending (臨床指導医・主治医) と検討した後, 具体的な指示出しをチャートに記載し, 翌朝の Morning Report での発表に備えなければならない。また当直の夜は他の研修医の患者も管理するわけだから, 治療方針の標準化は必須の条件であり, この基になるのが Evidence-based medicine (EBM) である。これにより, 自己流の考え方・治療法が厳しく排除される。著者にとって日本での5年間の臨床経験はある面で「言葉 (英語)」のハンディを助けたが, 一方で知らず知らずのうちに出来上がってしまった「我流」には最後まで苦労させられた。

もうひとつ著者が学んだ重要なものは, 病棟のリーダーとしての危機管理能力である。自分の当直中患者が容態が予期せず急変することもあり, その時自分だけで対応できるのか, Backup (指導医クラス) を呼ぶ必要があるのかの判断を要求される。この時, レジデントは電話で指導医とその是非を討議するが, この電話でのコミュニケーションも教育課程の一つと考えられている。まずは患者の安全が最優先される。この偶発的な出来事に上手に対応するためには, 患者の重症度の優先順位の理解, 迅速な病態の把握, コメディカルスタッフへの上手なもの頼み方などが必要である。ものを上手に頼むためには, いかにか「明解 Clear に (相手がわかる言葉で)」, 「論理的 logical に (説得力のある方法で)」そして「丁寧 with courtesy」, 自分の考え方を表現できなければならない。これも医師が獲得すべき Communication skills の一部である。この Troubleshooting 能力は, 誰もが最初から上手に発揮され

日本の卒後臨床研修プログラムが アメリカから学ぶべき点

るものではなく、ほとんどのレジデントは多くの失敗から精神的苦痛とともに貴重な教訓を得るのである。研修医時代（レジデント・フェロー）は、医師として失敗・ミス許される唯一の期間だと認められている（もちろんそのミスによる患者の予後への影響を最小限に食い止めるシステム、指導医の24時間のバックアップは完備されている）。また辛く重苦しい研修期間に医師は医療チームのリーダーとして、責任感・使命感、倫理観、そして「明るさ」を保つことが期待される。このような長期にわたる過大なストレスを生き延びて専門医試験に合格して、初めて一人前の医師として社会的に認められるのである。多くのアメリカの医師たちは、レジデント研修を自分の自信と誇りの源泉となるきわめて貴重な体験であると認識していると思われる（事実レジデント終了時にはどんな救急でも対処できる、どんな疾患でも応じられる自信がつくものである）が、おそらく誰ももう一度繰り返したいとは思わないであろう。

研修医の仕事の「よし悪し」を数値的に評価しフィードバックするのは指導医の大切な責任の一つである。評価の対象は、医学知識や臨床手技に関してだけでなく、医師としての人格面の成長も含まれる。レジデントの成績は、プログラムに所属するすべての Attending により、表1の各項目により毎月9段階評価を受ける。また精神的にも肉体的にも疲れきっているレジデントを力づけ励ますのも指導医の大切な仕事である（後述）。一方レジデントにも毎月担当の Attending の評価（教育の質、表現の明瞭さ、熱意、親切・丁寧さ、アクセスの取りやすさ、公正さ、自分の role model として相応しいかどうか、等）が要求される。医師教育者として不適切もしくは教育の熱意のない Attending はプログラムを去らなければならないこともある。アメリカの臨床教育現場は、お互い「甘え」のない環境であるともいえる。アメリカのレジデントプログラムは、医学生、レジデント、指導医がお互いに積極的に交流することによりお互いを高めてゆくシステムである。教育とは、常に双方向の交流が不可欠で一方方向なものではない。

日本の臨床教育の中でとくに今後積極的に学ばなければならない項目を挙げるならば、以下の4点が挙げられる。すなわち(1)臨床における論理性・科学性の修得・練磨、(2)倫理観 Medical Ethics の確立、(3)Communication and Interpersonal Skills の修練、そして(4)Professionalism（リーダーシップを含めた医師としての人格形成）の養成であろう⁶⁾。

まずは臨床現場における科学性・論理性をもっと尊重する必要がある⁷⁾⁸⁾。問題解決に必要なものは、基礎医学・生命医学の理論に基づく論理的な解決法がまず優先されるべきであり、これが Evidence Based Medicine の基礎である。知識や情報を正しく評価し適用できる「知性」の練磨の基礎となるのが科学性・論理性である⁹⁾。これを患者の病態の理解のために毎日繰り返すことが Bedside Teaching の本質である。アメリカの教育病院では、これがモーニング・レポートという形で毎日繰り返される。モーニング・レポートにはその科に属するすべての指導医、レジデント、医学生が参加し、チーフ・レジデントの司会のもとに新患の病歴と身体所見から最も重要な病態を認識し、その鑑別診断をあげ、正しい診断・治療に導いていくという「医学的なものの考え方・論理性」を構築し吟味するという訓練をする。過去の経験の蓄積による「経験的（empiric）」なアプローチには無駄を省いているという点で有利な点もあるが、医学を学び始めた初心者はまず問題解決の基本を学んだ上で然るべきレベルに達した後に「経験」を適宜利用すべきである¹⁰⁾。判断の根拠になるものは、論理性・科学性、安全性、そして Cost-Benefit Performance の評価であろう。日本の医学部では、指導医の経験が臨床研修の主体となっているが、これには教官による個別差が大きく、標準 Standard の修得という意味では問題が残る。アメリカでは Standard を教育しない研修プログラムは ACGME の認定を受けられない。日本でもこのような外部監査・認定機関による研修プログラムの標準化が求められる。

次に重要なのは医学教育の中での倫理観 Medical Ethics の確立であろう。Medical Ethics には人間の生死にかかわる生命倫理 Bioethics も含まれ、医師

がさまざまな判断をする際にその健全さが保たれていることが必須の条件である。肉体的にも精神的にもストレスの多いレジデント生活の中で、研修医の倫理観の不安定は、医療チーム全体の士気にも影響する。このような学生やレジデントの危機を予防し助けることができるのは、仲間と指導教官たちである。指導教官の大きな役割として期待されるのは、(1)研修生のよい Role model になることと、(2)彼らに評価を正しく（よい）フィードバックすること、(3)逆に研修医や学生からの評価を素直に受け止め教官としての自己改善に努めることである¹⁰⁾。指導医がさまざまな困難にどのように対処しそれを克服し、引き続き熱意と喜びをもって臨床と教育に専念する姿を示すことは、研修生たちにとって最も力強い励ましになる¹¹⁻¹³⁾。このためには臨床教育者としての Role model となれる指導教官を育てるの必要があり、そのための特別なトレーニングが研修生を育てるアカデミック・センターあって然るべきである。これが Faculty Development の意義のひとつである¹⁴⁾。医師とは、あらゆる職業の中で人間の生死に直接かわりそれを科学的な根拠を持って判断することが要求される唯一の職業である。これは、さまざまな臨床の状況下で問題に対する正解が必ずしも存在しない、患者・家族・医療者皆が賛同する答えが得られない場合も多いなど、比較的難しい課題であるが、今後、救急医療、集中医療 Critical Care、終末期医療や、移植医療、生殖医療、遺伝子医療などの新しい医学の導入に際し医師として妥当な正しい見解を出すことを期待される。

Communication Skills とは医師が患者と信頼に足る意思疎通が確立できる能力（相手の話を上手に聞くことと自分の話したいことを相手が理解できることばで表現できること）である。一方、Interpersonal Skills とは相互のコミュニケーションを促進するためのものであるが、相手に対する敬意、聞き上手であること、話を聞かせることができる患者に会って話を聞くことや相手の話を興味をもって聞くことなどがその構成要素とされる¹⁵⁾。このトレーニングは、学生のうちから病棟研修を始める前に修得しておくことが望ましい¹⁶⁾。Interpersonal Skills には患者・家族ばかりでなく、診療をスムーズに実施するためのコメディカルや他の専門職、広くは一般社会とのかかわり合いも含める。Professionalism とは、Communication Skills や Interpersonal Skills

とかなり重なり合う部分であるが、要は患者に常に敬意をもって接し、誇りを誠実さを持って医師としての責務を果たし、卓越した優秀さを維持できると定義されている (<http://www.abim.org/pubs/p2/definitn.htm>)。ここでも指導医の Role Modeling とそれを奨励するための Faculty Development の重要性が指摘されている¹⁷⁾。

教育は一方通行であってはならない。両方向の交流があってはじめてこの教育は「生きた」ものとなる。指導医の重要な役割のひとつは Role Modeling であることは前述したが、もうひとつの大切で難しい役割は Feedback of Evaluation である。指導医による適切な Feedback は、研修生にとって大きな励みになる。研修生の進級の是非に関して指導医による評価は必須のものであるが、仲間の他のレジデントからの評価 (Peer review) も同様に的確で信頼できると報告されている¹⁸⁾¹⁹⁾。さらに指導医や同僚のみならず看護師やその他のコメディカルスタッフや患者など第三者評価と自己評価を加えた評価 (360-degree Feedback) は、リーダーシップや Communication Skills や Interpersonal Skills 等の量的評価が難しい分野での活用の可能性が示唆されている²⁰⁾。

日本の医学教育・卒後臨床研修への提言

2004年に始まった新しい卒後臨床研修制度にともない医学部の卒業生はよりよい卒後研修を求めて人気のある研修病院に殺到するようになり、その反面旧態依然の卒後臨床研修制度しか持たない大学附属病院は敬遠されるようになった。学生はそれだけ正直になったということであり、歴然とした事実として受け止めることが大切である。これからは魅力のない教育現場には研修医はやって来ないであろうし、研修医が集まらない大学病院はやがて淘汰されるであろう。このような厳しい状況の中で医学部・大学附属病院の存続を切実に望むならば、まず現実を直視し教育改革のための行動をおこさなければならない。学生たちは常に活気のある魅力的な医学教育を求めているが、一番の問題は教育指導教官の問題であろう。これは個人の教育能力というよりもむしろ「医学教育」に価値を認めない現在の大学医学部の「制度」「環境」「文化」の問題であろうが²¹⁾、最大の問題は卒後教育の意義・価値を正しく認めていな

い行政・官僚機構に致命的な問題があると思われてならない。立派な医師を育てるという仕事は、重大な責任があり、忙しい日常臨床の片手間にできるものではない。また財政的な問題以外にも、現在の日本の臨床研修教育には、Evaluation & Feedbackの機構が存在せず、これが日米の最大の違いとなっている。他人を評価するという仕事は、勇気と心意気を要する難しい仕事である。日本の医学界の将来のためにまず投資すべきことは、熱意のある有能な臨床教育者を育てることである。そのためには大学・教育病院では臨床教育を専攻するものにも具体的なCreditやAcknowledgement (Incentive)を用意すべきであろう²¹⁾。具体的には、教育時間を十分与える(その分研究や臨床、その他の雑用のDutyを減らす)、教育能力も教官採用・昇進・解雇の指標に加える、教育への貢献を給与に反映させる、教育環境・設備・人材を整備するなどであろう。そして早急に意味のあるFaculty Developmentのコースを設立させて、臨床教育のプロフェッショナルの養成を始めるべきである¹⁴⁾。日本の医学教育の改善に関しては具体的な提言としてRaoが秀逸な分析と提言をしているので興味のある読者は是非とも参照して欲しい²²⁾⁻²⁵⁾。一人の教官が臨床教育と基礎医学の両方に従事する必要はない。医師である以上患者診療は義務であるが、教育に専念するものと研究に従事するものの二つのコースを作り、これからの医学部は臨床教育も医学研究も同じ重要さで発展させていく必要がある。

おわりに

日本にはきわめて繊細で独自の心遣い・優しさを尊ぶ医療文化をもっている²⁶⁾。しかしながら大学医学部を中心とした「医局講座制」は、その時代遅れの制度からくる矛盾や実際の社会との乖離に気づきながらも長い間その修正を怠ってきたため現在の混乱に至ったのであり、私たち医学界の人間は、この現象が引き起こされた時代的背景を冷静に分析して問題点に対しては積極的に対応していく必要がある。魅力ある医学教育現場の再生が急務であり、これには財政的な基盤も必要であるが、まずは大学医学部に所属する人間の意識改革が第一歩である。現代の医学は、かくも高度化し同時に文化的・社会的な面でも複雑化してきた。これを従来のように、研修医の自学自習に任せるのは無理であり、それどころか患者にとっても研修医にとっても危険である。また

教師として卒後臨床教育に積極的に参加することは、指導医クラスにとっても^{かっこう}恰好の教育機会となるはずである。今の私たち「おとな」たちが責任と気概をもって若い人たちを育てていく必要がある。そして若い医師たちを明日の医学教育者となるべく積極的に育てていくという長期的な展望が必要であろう。複雑化した現代社会の要請に応えるためには、新しい医学教育制度を導入する必要がある、そのためには多大な資金と大学医学部の意識改革が必要である。上記にも述べたように、Faculty Developmentの導入は、この改革の大きな鍵になっていると信じている。「教育」の真の成果が得られるには時間がかかる。今日、今から「教育改革」を開始しないと、すでに崩壊しはじめた日本の医療・医学教育に対処手遅れになるのではないであろうか。

謝 辞

著者のアメリカ臨床留学への挑戦を援助してくださった米国財団野口医学研究所 (<http://www.noguchi-net.com/program/index.html>) に深謝致します。

[文献]

- 1) Bensinger LD MY, Smith LG. Resident as teacher: The Mount Sinai experience and a review of the literature. Mt Sinai J Med 2005; 72: 307-11.
- 2) Hunt CE, Kallenberg GA, Whitcomb ME. Trends in clinical education of medical students: implications for pediatrics. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153: 297-302.
- 3) Rao RH. Perspectives in medical education—1. Reflections on the state of medical education in Japan. Keio J Med 2006; 55: 41-51.
- 4) Revision of NIH career development grant mechanisms 24; 1995.
- 5) 津田 武. 米国における卒後医学教育: フィラデルフィア小児病院における体験を中心に. 医学教育. 1994; 25: 108-11.
- 6) 津田 武. 日本の医学・医療界が抱える3つの問題点. In: 町 淳二 宮城 征四郎編. 日米比較に学ぶ「国民主役」医療への道: 東京; 日本医療企画; 2006: p40-8.

- 7) Norman GR. Problem-solving skills, solving problems and problem-based learning. *Med Educ* 1988 ; 22 : 279-86.
- 8) Elstein AS, Schwartz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ* 2002 ; 324 : 729-32.
- 9) Norman G, Young M, Brooks L. Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Med Educ* 2007 ; 41 : 1140-5.
- 10) Branch WT, Jr. Supporting the moral development of medical students. *J Gen Intern Med* 2000 ; 15 : 503-8.
- 11) Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. *J Gen Intern Med* 1997 ; 12 : 53-6.
- 12) Reuler JB, Nardone DA. Role modeling in medical education. *West J Med* 1994 ; 160 : 335-7.
- 13) Nandi PL. Ethical aspects of clinical practice. *Arch Surg* 2000 ; 135 : 22-5.
- 14) Skeff KM, Stratos GA, Mygdal W et al. Faculty development. A resource for clinical teachers. *J Gen Intern Med* 1997 ; 12 Suppl 2 : S56-63.
- 15) Duffy FD, Gordon GH, Whelan G et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004 ; 79 : 495-507.
- 16) Egnew TR, Mauksch LB, Greer T, Farber SJ. Integrating communication training into a required family medicine clerkship. *Acad Med* 2004 ; 79 : 737-43.
- 17) Shrank WH RV, Jernstedt C. Fostering professionalism in medical education. *J Gen Intern Med* 2004 ; 19 : 887-92.
- 18) Thomas PA, Gebo KA, Hellmann DB. A pilot study of peer review in residency training. *J Gen Intern Med* 1999 ; 14 : 551-4.
- 19) Wendling A, Hoekstra L. Interactive peer review: an innovative resident evaluation tool. *Fam Med* 2002 ; 34 : 738-43.
- 20) Rodgers KG, Manifold C. 360-degree feedback: possibilities for assessment of the ACGME core competencies for emergency medicine residents. *Acad Emerg Med* 2002 ; 9 : 1300-4.
- 21) Rao RH. Perspectives in medical education-2. A blueprint for reform of medical education in Japan. *Keio J Med* 2006 ; 55 : 81-95.
- 22) Rao KH, Rao RH. Perspectives in medical education 5. Implementing a more integrated, interactive and interesting curriculum to improve Japanese medical education. *Keio J Med* 2007 ; 56 : 75-84.
- 23) Rao RH. Perspectives in medical education. 3. Reforming medical education to change health-care practice in Japan. *Keio J Med* 2006 ; 55 : 141-8.
- 24) Rao RH. Perspectives in medical education : 6 reflections on the state of clinical training for residents in Japan. *Keio J Med* 2007 ; 56 : 111-23.
- 25) Rao RH. Perspectives in medical education-4. A "global" dimension to reform at Keio University. *Keio J Med*. 2007 ; 56 : 1-13.
- 26) 津田武. 「日本の医療の美しさ：日本人の心遣い, 優しさ, 美意識」. In: 町, 津田, 浅野, ed. 美しい日本の医療：グローバルな視点からの再生：金原出版；2008：p34-46.