

OPINION

オピニオン

ACGME 指導者と日本の卒前・卒後 医学教育専門家との会談報告

吉村仁志* 町 淳二**

KeyWord

医学教育
生涯教育
米国卒後医学教育認証協議会 (ACGME)
質の認証 (QA)

はじめに

2010年12月9日、野口英世記念米国財団法人野口医学研究所主催、公益社団法人地域医療振興協会共催で、米国の高名な卒後医学教育指導者のジョセフ・S・ゴネラ氏(トーマス・ジェファーソン大学名誉医学部長)、トーマス・J・ナスカ氏(米国卒後医学教育認証協議会 [Accreditation Council for Graduate Medical Education; ACGME] 最高運営責任者)の2名と、日本の医学教育専門家33名(医学部・医科大学長、医学教育学教授、公的病院卒後臨床研修プログラム責任者、邦人米国大学医学部教授)を招聘し、卒後医学教育改善に関する会議がメルパルク東京にて行われた。本稿では米国の2人の指導者の基調講演と質疑応答を報告し、考察を加える。

会談内容

1. ゴネラ医師の基調講演

現在の医学教育の世界的課題が概観された。

■卒前教育

①臨床現場重視の教育、②多職種での教育、③形成的評価とフィードバックの機会の確保、④科学的評価法の確立による総括評価と必要に応じた卒業延期による補習制度の導入—の4点が急務である。

■生涯教育

どう自分を改善させるかを絶えず考えて実践する生涯学習者の能力を、科学的評価法を用いた定期的な専門医資格の認定更新制度で維持すべきである。

■卒後教育

①独立した医師としての臨床能力涵養のため、卒前にも増した恒常的なフィードバックの機会の保証、②教育施設全体・国全体の標準化された教育能力の確立と維持、③個人の学ぶ速度に応じた柔軟な研修期間の設定、④研修医教育が患者ケアに不可欠なことへの患者と社会全体の理解—の4点が重要である。

2. ナスカ医師の基調講演

ACGMEの理念と認定の実際が示された。

*沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児腎臓科

**ハワイ大学医学部外科、野口英世記念米国財団法人野口医学研究所

■ ACGMEの理念

30年前、それまで混沌としていた米国の卒業医学教育は、「できあがってくる医師の能力と資質が一定水準であってほしい」という社会のニーズから必修となった。さらに10年前、あらゆる専門科・サブスペシャルティに共通の、研修医が達成すべき以下の6つの能力と資質(アウトカム)が設定された。

- 1) Patient care and procedural skills
(患者ケア、診断・治療手技)
- 2) Medical knowledge
(医学知識)
- 3) Practice-based learning and improvement
(診療実践をもとにした自己改善)
- 4) Professionalism
(プロフェッショナリズム)
- 5) Interpersonal and communication skills
(対人関係とコミュニケーション・スキル)
- 6) System-based practice
(組織・地域・社会全体を考えた医療)

現在、この卒業教育のアウトカムは、卒前教育、生涯教育を巻き込んで国の医師のアウトカムとして統一されている。「知識は自分の興味のためでなく、患者ケアの向上のためにある」「個人や大学の名声のためではなく、患者ケアの質を最良に保つために切磋琢磨する」というプロ意識を研修医に伝えるために、指導医は「患者ケアの質は日々の指導・教育の質そのもの」と自覚し、言行一致を遵守して襟を正し、教育施設はそのための環境維持に努めるべきである。ACGMEの理念は、これらのアウトカム達成のために、教育施設の教育能力の認証を通して患者ケアに貢献することである。

■ 教育施設認証の実際

米国では専門科の専門医個人の認定(certifi-

cation)と教育施設の教育能力の認証(accreditation)をはっきり区別している。ACGMEは後者を担当し、設定した明確・達成可能・測定可能な評価基準により各教育施設の教育能力を認定し、その維持能力を再認定にて監視する。そして、各学会や専門医認定機関の利権などに左右されてその評価基準を下げることはなく、基準を満たさない場合、その施設のカリキュラムの改善がみられるまで研修医の採用を許可しない。こうして教育施設に「真に社会に役立つよい医師に育てている」という説明責任を社会に対して果たしてもらおう。

▶ 質疑応答

基調講演に引き続き、質疑応答が行われた。

伴信太郎(名古屋大総合診療科教授、日本医学教育学会長) 日本では学会が個人の認定も教育施設の認証も行っているが、米国でこれを区別した理由は?

ナスカ 2つ理由がある。1つは、両認定を同一機関が実施することが独占禁止法違反に問われたこと、もう1つは、専門科主導で教育基準を設けたところ、教育施設としての統制がとれなくなったことである。

ACGMEはアレクシス・ド・トクヴィル、ベンジャミン・フランクリンの「民間の組織が公の善に帰する」という哲学を踏襲する完全に独立した第三者機関で、米国医師会、米国専門医認定理事会(各専門科学会の専門医認定委員の集まり)、専門医協議会、米国病院協会、米国医科大学協議会、政府・研修医・一般市民の各代表者から構成されている。

田中雄二郎(東京医科歯科大学教授・臨床研修センター長) ACGMEは各専門科の専門医の数を規定しているのか?

ナスカ 直接には違う。ACGMEは以下の4つの点を評価することにより、教育施設

の教育能力を評価する。

- 1) 指導医の数と臨床能力は十分か
- 2) 症例数と症例の種類は十分か
- 3) 専門科と施設の構造基盤は十分か (例えばベッド数、コメディカル・スタッフ数、救急室・集中治療室の機能)
- 4) 指導医の教育能力は十分か

上記4つの視点で、その施設の教育能力に応じた数の研修医の採用を指示するので、結果として米国全体の各専門科の専門医の需要と供給のバランスを保っている。

佐藤隆美 (トーマス・ジェファーソン大腫瘍内科教授) 日本の初期臨床研修では、施設によって卒業生の到達度にかなり差があると指摘されているがどう思うか?

ゴネラ 「すべての医師はまずジェネラリストたれ」という本制度の理念は評価するが、前提の卒前教育で①卒業延期や補習による卒業生の質の担保、②研修医の総括評価の科学性、③強制力を持った教育施設認証一の3点の吟味が必要である。

ナスカ ①到達目標の研修医と指導医双方での明確化と共有、②研修終了時の筆記試験や現場評価と補習の存在、③患者や社会の本研修の患者ケア向上における必要性の理解の3点の確認が必要である。

藤谷茂樹 (聖マリアンナ医大救命救急科准教授)、**真栄城優夫** (沖縄県立中部病院、ハワイ大学医学部卒後臨床研修事業団長) 米国では研修医の労働時間の上限が週80時間と決められた。医療安全確保の必要性がある一方、教育の機会削減につながるという懸念も出ていると聞く。

ナスカ 1984年のニューヨークの教育病院での医療過誤による患者死亡事件がきっかけで勤務時間の週80時間上限のルールができたが、他国の55~72時間上限より長い。2000年から本ルールを一斉実施しているが、それ以前と比べ患者ケアの質、研修医の臨床

能力、専門医試験の合格率に影響はない。

2011年から16時間以上連続で働くと35%も医療過誤が増加することが証明されたため、卒後1年目の研修医のそれ以上の連続勤務の禁止(2年目以降は24時間連続勤務可)、平均週80時間以内の労働時間を月単位で調整などの修正がなされた。この新ルールにて、原則は仕事を同僚に引き継いで交代で休むという時間と健康の自己管理を促す一方、「重症診療や手術を時間のみで簡単に区切ることはできない」というプロ意識も育む。

ゴネラ チームは24時間卓越した機能を発揮する必要があるが、そのためにこそ個人は交代で休むべきである。さらに、学年が上がるにつれ自立性が増し、夜間など指導医が直接監視しない時間が自然に増えるにせよ、原則は、研修医は昼間に指導医の直接観察にて指導されるべきである。

中島正治 (社会保険診療報酬支払基金特別医療顧問、元厚生労働省健康局長) 日本では法的に研修医は労働者であるとされ、労働基準法で1週間の労働時間は40時間と決められている。米国の80時間ルールは法律を改正したのか?

ナスカ 週40時間勤務は一般の労働者の基準である。研修医は「学んでいる者=Student, Physician in training」と考えられ、一般の労働者とはみなされない。週80時間勤務の上限設定で、教育の質を堅持し、患者の安全確保と研修医の労働力としての酷使の防止も達成する。

津田武 (トーマス・ジェファーソン大小児循環器科准教授) 指導医の臨床能力・教育能力の監査をどのように行っているか。

ナスカ ACGMEは、教育施設の指導医が専門医の資格を更新・維持しているか、個々の専門科の患者診療成績、研修医の研修環境について全国アンケート調査を実施するほか、現場に向いて研修医・指導医に対して、指

導医の診療能力、講義や臨床現場での教育能力、所属教育施設からの教育に関する支援体制について聞き取り調査を行う。

津田 ACGMEの資金源はどうしているのか？

ナスカ 認定対象の教育施設が認定料を払う。2010年12月現在、全米で認定されたカリキュラムが約8900、それを行っている教育施設が3300以上あり、そこに11万1000名の研修医がいる。認定には年間約3400万ドルかかるので、研修医1人あたり1年間に3400万ドル÷11万1000名≒280ドルの費用がかかる。

この費用は、現場調査のための旅費、データの中央管理などの実費のみで、認定作業そのものは350人以上のボランティア医師で行われる。教育施設には研修医1人あたり年間9万5000ドルの教育費がメディケア（国の保険機構）から支払われるので、わずか280ドル÷9万5000ドル≒0.3%が認定料となる。

町淳二（ハワイ大外科教授、司会進行）
社会・国民への責任として、育成する医師の質の保証のために教育機関の教育能力の質の保証は必須である。ACGMEは卒前教育の質の担保とも連動し一貫性を持たせる一方、シンガポール、中近東など海外の教育施設の要請を受け、ACGME-I（インターナショナル）として国際認定を展開し始めている。今後、卒後医学教育の質の担保もグローバル化が進むと思われ、我が国もその点でACGMEから学ぶことは多い。

考察

ACGMEが行っている米国の卒後医学教育の質の認証（Quality Assurance：QA）の特徴をまとめると、以下の3点となる。

1) 診療現場・教育現場の代表からなる民主
導の強い権限を持った第三者外部組織による
監査・認定と更新性

2) 特定の組織（学会、大学、医療団体など）
の利権を超えた「患者中心」「研修医主役」
をゴールとした全国統一の研修・教育の標準化

3) そのような評価認定組織活動のための人的・財政的サポートと継続性の確保

その根底にあるのは「教育の卓越性を通じた患者ケア向上」であり、最終ゴールは患者ケアの質と安全の確保である。日本では教育の質の担保を個々人の用意周到性（国民性）、卒後医学教育の現場での努力で賄って、それでよしとしてきた傾向は否めない。今回の会談は、今やその可視化と説明責任を社会、国、そして世界レベルで果たすことが要求される時代となっていることを、日本の医学教育専門家があらためて認識する機会となったと思われる。

日本でもすでにQA活動が卒後臨床研修評価機構や日本専門医制評価・認定機構にて開始されてはいるが、やっと駆け出したという状況である。これらのQA組織は、世界に先駆けて卒後教育の質の担保を組織的に国ぐるみで行ってきたACGMEの高邁かつ明快な理念と実践哲学に学び、協力体制を築いて、QAの質を一步踏み込んで高めるべく具体的に行動を起こすべきであり、現場も国もその体制作りに協力していくべきである。

〔謝辞〕

本会談の企画に多大な援助をいただいた岩崎榮 卒後臨床研修評価機構専務理事、日野原重明聖路加国際病院理事長、加我君孝東京医療センター名誉センター長、吉新通康地域医療振興協会理事長、浅野嘉久野口医学研究所名誉理事、同研究所事務局の皆様、また本会談にご出席いただいた医学教育専門家の皆様に深謝申し上げます。

●参考

<http://www.acgme.org/acWebsite/home/home.asp>