

2023年7月11日放送

日本が見習うべき米国における医学教育

東京慈恵会医科大学 小児科
教授 大石 公彦

私は日本の医学部を卒業し、1990年代の日本の臨床研修を終えた後に、小児科の専門医を、当時は認定医でしたが、取得しました。その後、縁があってアメリカのニューヨークの大学病院での小児科研修、いわゆるレジデントとして仕事をする機会を得ました。臨床遺伝医学のフェローシップも修了し、最終的には日本とアメリカ両国での卒後教育を受け、両国の小児科の専門医資格を得ることができました。そのような経歴から、自分なりに日米の小児科の卒後教育の異なる点を見ることができました。今日はそのような視点から、小児科医として日本が取り入れると良いと考えるアメリカの小児科の医学教育についてお話ししたいと思います。

アメリカの医学部教育

まず、スタート地点の違いですが、アメリカの医学部教育は4年制大学を卒業した後の、大学院教育であることが異なります。そのため、医学部での教育は、専門分野に特化した教育が早期から行われます。特に、実践的な臨床教育や問題解決スキルの習得が重視されます。学生が臨床現場での実践的な経験を豊富に積むことが求められます。学生であったとしても、医療チームの一員として患者と接し、診断や治療のプロセスに参加します。チームメンバーとしての相応の責任を負うことで、実際の医療での心構えも養成されます。

アメリカでは、医学部卒業後に専門研修であるレジデンシープログラムが用意されています。このプログラムは米国卒後医学教育認定評議会（Accreditation Council for Graduate Medical Education : ACGME）という医師卒後臨床研修プログラムを評価・認証する非営利団体によって管理されています。レジデントプログラムでは、小児科における専門的な知識とスキルを磨く機会が提供されます。履修しなければならない項目が細かく決められており、たった3年間ではあってもこのレジデントプログラムを卒業すると、小児科専門医資格（American Board of Pediatrics）

と取得できます。私見ではありますが、この時点で独り立ちできる小児科医になれるレベルには十分達しています。

日本との相違点

日本のプログラムと大きく異なる点は、履修事項として小児集中治療室と小児救急室でのローテーションがかなりの時間を割いて組み込まれていること。さらに **Continuity clinic** という形で、最低限週に 1 セッションの一般外来診療のトレーニングを兼ねた業務が平常のローテーションに加えて行われることです。この時間帯はコンサルテーションルームに控えているプリセプターという指導医によって、丁寧な指導を行っています。出生から 21 歳までの子どもの年齢に応じて、健診のような個別相談の受診時に確認すべきポイントや質問例、診察すべき項目などが簡潔にまとめられている『Bright Futures』の実践もこの場で行われています。

また、アメリカでは問題解決能力の育成にも力を入れていました。自ら問題を解決し、主体的に学ぶことが重視されます。ケーススタディや問題解決型の学習法が導入され、学生は現実的な臨床状況に基づいて考え、適切な処置や判断を行うことを学びます。朝の回診の時でも、指導医にやるべきことを言い渡されてやるのではなく、このようなアクティブラーニングの手法が取り入れられ、若い医師の臨床思考力と問題解決能力を向上させています。同僚をはじめ、多職種の人たちとの連携におけるコミュニケーション能力の向上も大切にされています。コミュニケーションスキルの向上は特に重要視されており、シフトの交代などでミスが起こらないようにするためにも、簡潔かつ明瞭な患者プレゼンテーションの練習を数多くさせられます。それだけに若い頃から医師のプレゼンテーション能力はかなり高くなっています。また、患者中心のケアが実現を目指し、総合的な医療チームの概念が育む努力をしています。指導医によるレジデントとの病棟回診も患者さんと家族の前で彼らと一緒にいきます。患者さんの両親の前で、現状報告と治療方針をしっかりとプレゼンができるようにトレーニングを積みます。

アメリカの卒後教育

アメリカの卒後教育では、学術研究活動も重視されます。特にこの面においては、レジデンシー終了後に、小児領域のさらに専門的な領域のトレーニングを行うフェローシップ（専修医教育）プログラムで強化されています。この期間のフェローたちは実際の臨床現場で患者と接しながら、研究プロジェクトに取り組む機会が与えられます。この研究プロジェクトの参加は各プログラムで義務化されています。このような環境により、臨床経験と学術研究の両方を組み合わせてキャリアを発展させることができるようにしています。そのため、このようなフェローシッププログラムは臨床現場と学術研究の連携が可能な大学のようなアカデミックプログラムに集中して存在します。

臨床トレーニングと学術研究活動の両方の面で、メンターシップと個別指導もアメリカの卒後教育では重要視されています。個々の診療や研究の領域でのメンターを選ぶことも義務付けられ

ます。そして、若い医師たちは経験豊かな専門医による指導のもと、知識やスキルを習得し、専門領域における自己成長を促されます。

以上が、アメリカの小児科学における卒後教育の特徴と日本が見習うべき点かと考えています。まとめると、1) 臨床現場での実践的な経験を豊富に積むことが可能なプログラム、2) コミュニケーション能力と問題解決能力の育成、3) 学術研究活動を重視した環境、4) メンターシップ。これらの要素を取り入れることで、日本の小児科学教育はより実践的で高度な教育環境を構築できると思います。

ウェルネスへの対応の必要性

さらに二つ興味深い点を追加させてください。

最近、アメリカの医学生や研修医における燃え尽き症候群、うつ症状、自殺企図の頻度は一般に比べて高いと考えられています。私がいたニューヨーク市内だけでも、残念ながら医学生や研修医の自殺が相次ぎました。そうした背景から、アメリカではこれまで以上に医師のウェルネスへの対応の必要性が高まっています。最近、ACGME は研修プログラム承認の必須条件の項目のひとつである Section VI の改定を行いました。単に勤務時間の制限だけでなく、プロフェッショナルを養成する機関としていかに現場でのストレスを軽減し、教育の機会の質を高め、同時にミスを減らして患者の安全を確保することを重要視した改定です。興味深いことは、単に研修医の勤務時間の負担を減らす方向だけに動いていない点です。2016年に報告された研究において、長めの勤務時間を許容する方が、研修医のウェルネスに関連する満足度も落とすことなく、患者への安全性と教育の機会の確保にかえて良い影響があることが示唆されました。その結果も踏まえ、16時間まで短縮されていた一年目の研修医の連続勤務時間を24時間（プラス3~4時間の勤務交代に必要な時間）まで可能とする制度にACGMEが2017年から振りもどしたことも見逃せません。この勤務時間の制限の変更は研修医、指導医の両方にとって常識的な範囲であると受け取られており、ネガティブなコメントは自分自身もほとんど聞きませんでした。以前から決められていた1週間の勤務時間の上限は80時間であることに変わりはなく、日本の労働基準法で定められた1日8時間、1週間40時間とは大幅に異なっています。

勤務時間だけでなく、研修医の教育方法についても、様々な改善に迫られているのも事実です。アメリカでも旧態の徒弟制度のようなスタイルが存在しましたが、そのようなトレーニング形態は現在ほぼ消失しつつあります。しかし、各施設で実際に調査をしてみると、様々な形でのハラスメントや教育環境を悪化させる人間関係のトラブルが仕事の現場で多々起こっていることが判明しています。社会的に許容できないハラスメントは論外ですが、世代間の考え方や価値観のギャップの相互理解の不足が原因になっているとも言われています。それゆえに指導医に対して、Baby Boomers, Generation X, Millennialsなどのそれぞれの世代のライフスタイルや考え方をよく理解して、教育に当たれということを強調しています。Generation Xにあたる私は、教わる側のMillennials世代の価値観をよく考えなさいということです。自分自身もこのような視点を

学んだことで、目から鱗が落ちるような思いがしました。そして、教える側、教わる側ともにストレスを抱えないようにすることが、教育の質、患者の安全の向上につながるということを実感しました。日米ともに「最近の若い連中は…」という一方的な考え方は通用しない時代になったと最近をよく考えます。

「小児科診療 UP-to-DATE」

<https://www.radionikkei.jp/uptodate/>