

MILLIS 委員会報告書 *

監訳 家庭医療学研究会**

翻訳 尾島 茂 (株式会社 カイ書林)

MILLIS 委員会報告書の掲載について

前沢政次

自治医科大学地域医療学

市井の人の大変な努力によって世の中が変わるということは、いつの時代にもありえることである。

医学書院編集長室に勤務される尾島茂氏から厚い封筒が私のもとに届いたのは、昨年(1986年)3月中旬のことである。「Millis 報告」を訳してみました。毎日少しずつ日本語にしていくのはたいへん楽しく、また高揚も覚えました・・・」と同封の手紙にしたためられていた。400字詰め原稿用紙192枚に及ぶその訳業手にして私は深い感動を覚え、そして頭を垂れた。大学でのらりくり過ごしているわれわれはいったい何者なのだろう。学問探究とは名ばかりで、日々雑用とやらに追いまくられ、変革の核が何であるかを完全に見失って生きているのではなかろうか。そうした自責の念が胸に去来したのも事実である。

Millis 報告は、家庭医に関心を持たれている方には改めて説明する必要はなかろうが、米国家庭医療、いやそればかりでなく医学教育全体に対しても、大いなる影響を与えた報告書である。1966年に出されたこの報告書は、同年に出された Willard 報告、Folsom 報告と並んで、米国における家庭医療学**確立のための礎となった。詳しくは本誌第1巻第1号に掲載されている木村隆徳市の論文「家庭医学の基礎概念とその発展」を参照されたい。

今回、尾島氏によって日本語に訳され、ときあたかも厚生省の「家庭医に関する懇談会」(小泉明座長)による報告書が出されようとしている時期に、雑誌「家庭医」

編集委員の方々の賛同を得て、ここに第1回の掲載ができることは誠に時宜にかなったことである。

氏はおそらく、深夜仕事に疲れた身体を鞭打ちひとり机に向かい、こつこつとしかもときには深い共感を覚えながら、熱い想いで翻訳されたに違いないのである。家庭医療の探求を通して、このような友人にめぐり会えたことを、私はいかなる言葉をもって神に感謝すべきであろうか。

日本における明日のよりよい医療をめざす同志たちに、熟読を厳命したい。

なお、米国と日本は制度などの違いがあり、不適切な訳語もままあるかもしれない。遠慮なくご指摘いただければ、訳者も私も勉強になりありがたい。

* The Graduate Education of physicians : The Report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education

** The Japanese Academy of Family Medicine (編集部注) : 本報報告書は、米国医師会

(AMA) の諮問により John S. Millis を長として構成された市民委員会によるもので、訳出に当たっては GP 誌3回にわたって連載(1966年12月~1967年6月まで)されたものに依拠した。なお著作権は AAGP (現在は改組されて AAFP) にあるが、そのご厚意により今回を含めて3回に分けて掲載の予定である。

雑誌「家庭医」第3巻第1~3号(1987年1月~1988年3月)に掲載



緒言 John S.Millis (卒後医学教育に関する市民委員会議長) …… 2

第1章 序 …… 3

第2章 医学教育の組織と統御 …… 5

- ◆ 医学校 …… 5
- ◆ インターン制度 …… 5

第3章 医学教育と医療の方向性 …… 6

- ◆ 増加する知識 …… 7
- ◆ 増大する期待と需要 …… 7
- ◆ 都市化と人口の流動性 …… 8
- ◆ 組織化された医療 …… 8
- ◆ 患者は適応しなければならない …… 9

第4章 発展する目標 …… 9

- ◆ いま、強調されなければならない一般目標 …… 9
- ◆ 教育目標 …… 10
- ◆ 組織の目的 …… 10

第5章 包括的ヘルスケア …… 10

- ◆ 階層制における包括医療の地位 …… 12
- ◆ 包括的医療ケアのための教育 …… 13
- ◆ プライマリ医師のための卒後計画 …… 14
- ◆ 包括的ヘルスケアの実際 …… 16
- ◆ ともに行う行動 …… 17

第6章 レジデント教育の改善 …… 17

- ◆ 団体の責任 …… 18
- ◆ 卒後医学教育の継続性 …… 18
- ◆ 医学教育の一般のおよび専門的段階 …… 19
- ◆ 基本的レジデント研修 …… 20
- ◆ レジデント研修の期間 …… 21

第7章 教育病院 …… 21

- ◆ 計画案の規模 …… 22
- ◆ 患者人口 …… 22
- ◆ 教育する医師 …… 23

第8章 大学の役割 …… 23

- ◆ 医療における変貌 …… 23
- ◆ 開拓者および教師としての大学 …… 24
- ◆ 病院のネットワーク …… 25
- ◆ ヘルスケア …… 25
- ◆ 他領域へのかかわり …… 25
- ◆ 国家の目的 …… 26
- ◆ 大学医療センターと卒後医学教育 …… 26

第9章 卒後医学教育の監督 …… 27

- ◆ 継続的な再審査の必要性 …… 28
- ◆ 卒後医学教育委員会の責務 …… 30
- ◆ レジデント制度審査委員会 …… 30
- ◆ 期待される利点 …… 31

Notes …… 31

緒言 John S.Millis (卒後医学教育に関する市民委員会議長)

米国医師会 (AMA) 創設の主な契機は、医学教育の質および基準をどうするか、したがって将来医師となる者の質をどうするのかという関心にあった。医師会は 20 世紀に入って二度にわたり医学教育の現状に対する外部からの調査を要請し、さらなる向上を維持するには医学教育はどう改められるべきかについて勧告を求めたのであった。教育奨励カーネギー財団会長 Henry Pritchett 氏は、知的職業の教育に関心をもっておられたが、医師会はこれを活用して 1910 年までにわが国の医学部に関する研究を行った。この研究の報告書は Flexner 報告書として広く知られているが、米国医師会は誠意をもってこれを実行に移した。これは米国医学教育の発展、ひいてはわれわれ市民の医療に深甚なる影響を与えたのである。

1960 年代に至り、医師会は再び卒後医学教育の基礎であるインターン制度とレジデント制度について外部からの調査を求め、その年来の懸念について表明した。Flexner 報告書後 50 年余を経て、卒後医学教育は確立し、いまやそれ以前の教育を受けた医師をはるかに超える数の医師が生まれている。この発展のさ中で、専門化とその結果としての断片化が生じたために、責任は拡散し権威は分裂してしまった。ここに至り、再度米国医師会は外部からの調査を求め、卒後医学教育に関する市民委員会の結成を要請して、医学教育におけるこの局面の改善策を諮問したのである。米国医師会はこの研究を要請するに当たり、Flexner 研究を援助したときと同じように、単に自分たちの職業に対してだけでなく、公共の利益に対する並々ならぬ関心を表明したのであった。

いかなる知的職業においても、その実際と教育の基準

を確立するにはただ二つの道しかない。責任が全体として社会によって引き受けられ、政府によって管理されるか、または、自発的に受け入れられた自己訓練に基づく、組織された専門職によって責任が引き受けられるかである。それ以外の道はないのである。というのも、もしその専門職が責任をもたなければ、社会が空隙を埋めるよう要求し、政府が責任をとることになるのは必定だからである。本委員会は、医学の専門家が教育の基準について責任を引き受けるべきであり、さまざまな責任を十全に履行するにふさわしい機構を持つべきであると確信する。以下に述べる本委員会の勧告は、そのような機構をつくることを意図している。われわれは、この機構が明確にまた効果的に必要な責任を果たし、かつ特殊な利害から自由であって、医師の職業と公共の福祉の双方の利益に資することを可能にすると信じている。

卒後医学教育に関する市民委員会は全体会議として運営され、職員は雇わなかった。データや意見そして適切な証言などは、直接全体会議に提出するよう運営されてきた。ということは、これから述べる報告書は各委員によってまとめられた結論であることを表している。つまり、委員会で意見の一致をみた事柄を職員が書いた報告書ではないということである。医学教育の場で起きたさまざまな変化を理解しようとして、本委員会は、現在影響を及ぼしている要因を描写し、かつ近い将来影響を及ぼすであろう要因を考慮することに努めた。本勧告によって、予測を超えて芽吹く科学や発展する社会が要請する変化に、卒後医学教育が整然と適応しえるようになるものと信じる。

この報告書の起草者となった本会委員 Dael Wolfe 博士に格別の謝意を表さねばならない。本報告書が明快な

表現となりえていたとすれば、その名誉は博士に帰せられる。また、助言者となられた Walter S Wiggins 博士の絶えざるご配慮と温いご助言に感謝したい。さらに、本委員会は知識と体験をわれわれに分ち与えてくださり、医学教育と医療のあらゆる場面を提示して下さった多くの方々に感謝の意を捧げる。

John S Millis、議長

1966年8月1日

「卒後医学教育に関する市民委員会委員」

John S. Millis (議長) [オハイオ州クリーブランド、ウエスタン・リザーブ大学学長]

Francis Boyer [ペンシルバニア州フィラデルフィア、スミス・クライン & フレンチ研究所所長]

Warren H. Cole [イリノイ州シカゴ、イリノイ大学医学部外科部長教授]

Everett C Hughes [マサチューセッツ州ウォルサム、ブランデース大学社会学教授]

Leonard W Larson [米国医師会前会長]

Edward H Levi [イリノイ州シカゴ、シカゴ大学事務総長]

Charles E Odegaard [ワシントン州シアトル、ワシントン大学学長]

Joseph T Wearn [ウエスタン・リザーブ大学医学部教授]

Charles E. Whittaker [ミズーリ州カンサス、前米国最高裁判官]

Deal Wolfe [ワシントン DC、米国科学振興協会事務局長]

George B. Young [イリノイ州シカゴ、フィールド・エンタプライズ株式会社社長]

第1章 序

これから整備されるべき医学教育および医療は、Abraham Flexner が半世紀前に考えたものと比べて直面する問題は異なっているとはいえ、質としては同じように深刻である。報告した当時、医学教育と医療は科学的で堅固な基盤が欠如していた。いまや科学的な基盤は急激に成長して、医療の実際面をはるかに追い超してしまった。そうして、現在の医学教育は効果をあげ得る基準がないという問題をかかえている。今日の問題は、卒後医学教育の基準があまりに複雑であり、断片的でありかつ柔軟ではないということである。Flexner が医学教育を検討したとき人々はほとんど関心をもたなかったが、今や大衆が真剣に考えているのである。知識のある大衆は、医学上の知見が革命的に進歩したこと、手術手技が目覚ましく向上したこと、さらに新しいワクチンや“奇跡的な”薬のを知っている。これらのすべてを知って、社会は医療サービスにより多くを費やしたり、さらに大きな医学上の達成に結び付くと確信をもつて期

待できるような実りある有益な研究を行っていることに、満腔の謝意を表明している。

しかしながら、知識のある大衆はまた、医学が提供する最良のものと、多くの患者が現実に入手可能な最悪のサービスの間には、大きなギャップがあることも知っている。医療の実際は非常に変化した。しかしその変化は、医学上の知見の進歩や社会の期待や需要の興隆に歩調を合わせるほど十分はなかったことが、医学の内外から、広範に認められているのである。現今の医学の諸問題は、その大半が医学そのものの成功によって作られた問題なのである。

医学の知識がもっとゆっくり成長していた初期の時代には、医学の実際が知識の進歩に遅れないことは容易だった。若い医師が医学校やインターン制度で習得した技術—もつと昔は徒弟制度の中で習得した技術—は彼の職業生活のかなりの期間有用だったし、変化も遅々としたものだったから、本を読み、生涯教育課程で勉強すれば、自分の専門領域の進歩に遅れずに済んだ。実際が知識と並行していたわけである。技術としての医学が科学としての医学とともに成長していたのである。

近年に至り、私的な財団の生物医学的な研究や、より大きな部分は連邦政府の援助によって科学的知識はすさまじい勢いで根本的進歩を遂げ、今度は広範な大衆の利益を目指す医学の発達という事態を迎えたのである。けれどもこれらの変化はまた、個々の医師が医学の知識や関連技術の特殊な領域に専心しなければならないという複雑な様相をもたらしたのである。同時に、医学の装備は広げられ、強化された結果、病院は、家族や会社以上に選ばれた、そしてしばしば唯一の診療の実際的な場となってしまったのである。

研究はもちろん続けられなければならない。われわれが医学教育を重視するからといって、研究をないがしろにしてよいということではない。けれどもわれわれの任務は教育に関することである。われわれが望む仕事は、技術としての医学に新しい加速された成長をもたらすことで、実際面が再び知識面の進歩に遅れないようにするような医学教育の改革を鼓舞することである。

医学の実際は、最良の場合これらの進歩に合致したこともあつたが、平均的な実際が最良の場合と等しくないということはあまりにしばしば見られることである。この平均は二つの医師群にその基盤をもっていた。一つは第二次世界大戦以前の医師たちで、彼らの小数部分は今日われわれが知っている卒後教育を受けた人々であり、もう一つは第二次世界大戦後の医師群で、彼らの大多数は現在の医学教育制度の特典を受けた人々である。現在の制度から優れた医師が育ったし、部分としてみれば、これ以上洗練されたものはないにしろ、制度も成果も本来あるべき姿から比べると優れてはいない。

何人かの年配の医師は医学の科学的発達の遅れずに済んだが、多くの人々はそうではなかった。これはとりわ

けノースカロライナ州で行われた周知の研究が明らかにした一般医においては真実であつた。この研究は、ロックフェラー財団とノースカロライナ大学の共同研究であつたが、それによると、約15%の一般医は実際行っている医療の質において一様に劣悪であり、25%はやや良、30%はほぼ満足できる、20%は良好、そして10%は非常に優秀という結果であつた。不適切な検査や病歴聴取のような、そこで見出された欠点の多くは初歩的な性格をもつていた。数人の医師たちは、この例は典型的でない主張する医師もいたが、「私の場合も恐らく似たりよったりだ」という意見もあつた。とまれこのノースカロライナでの研究が示しているのは、市民が当然受ける権利のある医療の質を享受していないということであり、この領域で医療の質を引き上げなければならないことを切実に訴えているのである。

知られていることと成されていること、また期待されていることと成し得ることの間の隔たりはさまざまな形で表れる。医師は長い苦しい時間を仕事に費やしており、先輩が夢みたより多くの助手をもち、いっそう多機能的な器機をもつに至っている。薬学の発展は、日々入手可能な薬品一覧の数を増やしている。しかし多くの患者は、自分の臓器や疾患にではなく人間としての自分に関心をもってくれるような、あるいはすすんで包括的、継続的な医療サービスを提供しようとするような医師がいないと訴えているのだ。

医学の知識は非常に急速に発達してきたので、どのような第一線医師でも、学生時代に学んだことを安心して信用したり、自分のもつ資源は患者ケアにとって最適なものだと考えたりすることはできないだろう。今日広く認められているところでは、十分に有能たらしとする医師にとって教育とは、形式的なレジデント制度を終了することで終わりとなるのではなく、第一線活動が続く限り継続するのである。ところが、医師同士が日常的に触れ合うことで得られる継続的教育から自らを疎外している者がたくさんおり、そしてそれにもまして多くの者が、いくらでも参加できる再教育といった適切な特典すら放棄しているのだ。

実際の診療を始あるまでに必要だと考えられる型どおりの医学教育および訓練の期間は、延長されてきて平均が3年を超えるようになった。けれども、全期間を通して全体として連携のとれたものとしては計画されなかったし、計画や評価がなされる各段階の課程が非常に断片化されたために、改善するにはあまり大きな桎梏を形成してしまつたのである。

これらの欠陥、そして関連する諸問題は、医学思想の指導者の協議事項の中でも上位に掲げられてきた。米国医師会代議員会の要請による研究—筆頭著者の名前がよく知られたBane報告書³⁾やBayne-Jones報告書⁴⁾といった研究—、また最近では米国医学校協会の求めでCoggeshall博士によってまとめられた研究⁵⁾、さらに心

臓病、癌、脳卒中に関する大統領諮問委員会の報告書⁶⁾など、これらすべてのものが、医学の将来にわたる広範な関心を物語っている。

医学の将来について考察するにはそのことごとくが医学教育の現行の計画および改善策の分析に基づいていなければならない。ここにこそ年後医学教育に関する市民委員会の関心があるのである。医学教育部会の勧告に基づいて、米国医師会評議委員会は本委員会の設立を認め、これを“市民”委員会と名づけた。というのも—Flexnerの時代と同じく一問題が究明されるには、公共の利益へと客観的に導く“外部からの”調査が何よりも大切であるとの合意が得られたからである。したがつて、委員会のメンバーの大半は医学以外の領域から選ばれた。

本委員会の研究の一般目標は以下の言葉で表すことができる。

1. 医学の膨大な知識体系の中で、真に必要な知識が十分に生かされた医療サービスを社会に提供するためにはどのような種類の医療専門職が必要かを決定すること。これには、できうるかぎり、医療職全体に個々の医療専門職をどう量的に配分するかの評価も含まさるべきである。
2. これらの専門職に必要な能力を備えた医学校卒業生を最も効果的に育成・供給するために、卒後教育のプログラムの一般的かつ個別的な性格づけを行うことこれには、医学における理想的な卒後教育プログラムの雛形が示されなければならない。
3. できるだけ速やかに“理想”へ接近または到達するために、現行のプログラムを修正または改変することを提案すること。

本委員会設立にこぎつけた以下に引用する内部メモには、上記の目的が述べられる背景となった広範な言及がみられる。

「ローテート型インターン制度は果たして職業経験にとって不必要な重複ではないか否かに関して重大な疑問が生じてきた。同様に、ストレート型インターン制度はレジデント訓練の別名のもとでの不必要な1年間ではないかとの疑問も起きている。」

「レジデント訓練をするために医療施設に入る卒業生の数は、ほとんど一様に増大する傾向にあつたので、現在は若い医師の大半が専門医になってしまい、家庭医はますます減少している。…それなのに、個々の医療の現場において優れた医療サービスの提供にふさわしいような医師配置を決定しようとする真の努力は、一般的にはなされてこなかった。」

「教育、訓練、サービスという3つの構成要素間の適切な関係について、納得のいく確認がなされていない。

そのため、インターン制度やレジデント・プログラムの中で、これらの構成要素が強調される際に、この確認の欠如が鮮明に映し出されることになる。これが、イン

ターン制度とレジデント制度の双方の場で認定された教育計画のうち最も優れたものと最も劣ったもの間に好ましからざる大きな距離を生んだ最大の原因であろう。」「卒後教育のあり方に影響を及ぼす諸決定においては、狭い領域の専門医の見解が優位に働いているが、恐らくこのことは、最も深刻に懸念される事柄にも結びついているのだ。』

「現在の卒後医学教育の一般的な性格は大半が30年以上も前に初めて考えられたのと同じ基本的理念に基づいて、それが卒後訓練計画の本質的な性格を決定しているのだ。』

本委員会の訓令のもうひとつの項目は、やはり明らかにされるべきであろう。本報告書は評議委員会をとおして米国医師会へ提出されるが、同時に同じ様式で「大学、医学校そして病院」へ、さらにまた「現在わかる範囲内の良質な医療を一般市民に保証する水準を医学教育に保ち続けさせる責任を医療職従事者と共有する他の多くの組織や個人」へも向けられており利用されるであろう。

つまり、この報告書はひとり医療職だけでなく、病院評議員、立法府議員その他の非医療職向けなのである。

これらが本委員会の責務であった。われわれはそれらすべてを満たすことはできなかったが、卒後医学教育の基本的意義の問題を集中審議することにした。医療サービスの提供と専門職の中への医師の量的配分の問題は慎重な検討を必要とするが、本委員会はその研究にふさわしい母体であるとはいえない。

事後医学教育について、われわれは以下の章で多くの個別の勧告を述べるが、それらは本委員会設立の原因となった諸問題がかかえる厳しさを緩和することができるであろうと確信する。

第2章 医学教育の組織と統御

医学生としての最初の4年間は、初期目標としての教育の場である医学校で過ごされる。首尾よく終了するとM.D.の資格が与えられる。この称号はかつては形式的な医学教育の終了を意味していたが、今では道のりの半ばしか意味しない。資格取得後、普通の若い医師はインターンとして1年、レジデントとして3年か4年もしくはそれ以上を過ごし、さらに1年か2年間、同僚の専門医らの後ろ楯で完全と認められるまで、実地診療の教育を受ける。

卒業後の年月は、初期目標としての患者のケアの場所である認定教育病院で過ごされ、この期間はインターン制度とレジデント制度の2つに分けられている。

もし、多かれ少なかれ8年間が医学教育にふさわしい期間だとすれば、この8年間は少しずつ前進し、うまく結びついたひとつの連続体を構成するであろう。しかし、事実は異なっている。つまり、上記3つの段階はばらばらに計測され、別個に組織され統御されているのである。しばしば内容が重複し、ときには不幸な溝を残すことも

ある。欠陥の多くは、責任が分散してしまったのと統御が拡散してしまったためにもたらされている。

かつて、医学校は卒後医学教育に責任を負う機会をもっていた。すなわちインターン制度が資格として要求されていた時分には、その責任を負う医学校もいくつかあったのである。もし、それらの医学校がレジデント訓練が必要と認められてからも引き続いて責任を負っていたら、われわれはもつと緊密に結びついた医学教育の連続体を得ていたであろう。けれども、医学校はこの責任を引き受ける道を選ばなかったし、集中された統御に代わるどんな方法も確立はされなかったのである。その結果が卒後教育の現在の組織—ある人はこれを非組織と呼ぶが一なのだ。多くの改良や調整にもかかわらず、この制度では、医療の実際に影響を及ぼし健康のケアに対する需要を形づくる勢力や、傾向について行くことはできなかったのである。

この3つの段階—医学校、インターン制度およびレジデント制度—は、それぞれが固有の歴史の産物なるがゆえに別個の道をどんどん歩んでいる。制度全体は、それらの歴史がばらばらであったという事実の犠牲なのである。多くある細かな点や例外事項は、簡単な説明で言いつくろうことになろうが、端的に言ってこの3つの段階は次のような組織としての特徴をもっている。

◆ 医学校

卒前医学教育は、85の医学校と3つの基礎医学のみを教育する学校で4年間の計画のうちの初めの半分の間に行われる。各々の医学校は、組織も、強調する点も、形態や質も異なっている。しかしこれら、これらの違いを無視すれば、本質的には計画や日常的組織として一致をみるのである。というのは、すべては多かれ少なかれ継続的な調査、批判、変化を受けなければならないのだから。半世紀前のFlexner報告書以来、すべての医学校は医学の基礎的教育を重視するあまり、卒後の実際の病院経験のほとんどをないがしろにするに至った。良から優までの幅の質をもつ学生を抱えて(入学試験の可もなく不可もない程度の志願者は排除される)、すべての医学校は、医学のあらゆる分野で専門的な訓練を受けるのに必要とされる基本的な教育を受けた卒業生をつくり出そうとしている。

ほとんどの医学校は総合大学の一部である。すべての医学校では、主として知的な価値と学術的な基準、教育・研究の重視、そしてその大学を特徴づける共同責任についての確立された様式を分かちもっている。これらの基本的特徴の類似性と一致は、米国医学校協会および米国医学協会の医学教育委員会が共同で調整にあたることで保たれている。

◆ インターン制度

比較的統一のとれた医学校と多彩なインターン制度計

画との間には、若い医師にとっても、また組織や統御の見地からも大きな隔りがある。卒前教育が100以下の医学校で集中して行われるのに対して、インターン制度は約800の認定教育病院で行われている。医学校の教育課程は学部で共同責任であるが、インターン制度の計画は施設または個人がつくる。

インターン制度が医学教育の一部として確立された当初は、その目的は率直かつ均一なものであった。即ち、それは1年間の病院内訓練であり、内科、外科、産婦人科をほぼ等しい期間当てられて、最初の臨床経験と実際の患者のために監督を受けながら責任を負うという最初の体験をもたせるものであった。この経験は、若い医師が1人で診療を行うための準備として必要であり、常に十分であった。

インターン制度の目的はもはや明確でなく、均一性の点でも問題が多くなってしまった。インターン制度の中で診断と治療の諸問題を学生が初めて実際に経験することは、今やなくなった。この機能は、今は卒前の臨床実習が果たしている。またインターン制度が独立して診療を行う前の最後の教育経験を提供するという点でも、今は不十分になった。レジデント制度での追加の訓練がこの目的を満たすのに必要だと広く認められている。

現在ほとんど全部の学生がインターン制度からレジデント制度へと進むのでインターン制度の性格は変化してきた。もともとのローテート形式は、12か月から24か月間に内科、外科、小児科、産婦人科で経験を積むことであった。最近になってほかに2つの形式が用いられるようになった。ひとつは混合型インターン制度で、これは2、3の科で訓練する点ではローテート型のインターン制度に似ているが、6～8か月間は1科で過ごさなければならないという点で異なっている。もう一つはストレート型インターン制度で、これは全期間内科、外科、小児科のうちただひとつの科で過ごすというものである。

医学校からインターンへ進むことで、学生は教育を主目的とした機関を去って、医療のケアを主目的とした機関に入ることになる。病院経験は不可欠であるがインターン制度が真に教育的でないとその根本的な目的は果たせない。「認定インターン制度要綱」(認定インターン制度レジデント制度指導局より毎年刊行)によれば、教育病院の責任あるスタッフが、独自に教育の手順と基準を決め、インターンの時間と責任が教育とサービスにいかん配分されるかを決めている。

インターン制度の計画が受容しうる最小限の基準に合致しているかどうかを明らかにする審査は、米国医師会の医学教育部会が責任をもって行ってきた。個々のインターン制度を認可するか否かを定める際、同部会はインターン制度審査委員会の意見に大きく依存するが、この審査会は同部会、米国医学校協会、米国病院協会、州医学委員会連合や一般部門の代表者から構成されている。

インターン制度が行われる病院は、またいくつかの団

体によって審査され認可される。米国病院協会はベッド数やサービスの種類といった指標で病院を認定するが、これらのサービスの能率や有効性は審査しない。州厚生局は衛生設備、安全性などを指標に病院を認定する。病院認定合同委員会は医療サービスの質の見地から認定するが、教育的な指標からではない。こうして、インターンの訓練をするひとつの病院は、さまざまな異なった審査団体によって継続的審査を受けるのである。これらの団体のうちで唯一インターン制度審査委員会だけが、教育の質に基づいて結論を出している。

制度をさらに複雑にしているのはストレート型インターン制度の教育の質に責任を負うのが、いつも病院全体とは限らず、外科、内科、病理その他の個別科またはその長が負う場合があることである。ローテート型と混合型のインターン制度では、いつもいくつかの個別科において継続的で相互に無関係な責任制がとられている。学部か教育計画に共同責任をとる医学部教育委員会もほかのあらゆる組織もレジデント審査委員会に同意や一貫性を持っていない。

本報告書で強調してきたことは、卒後医学教育の計画を提供し、評価し、そして賛成することに責任を持つという姿勢を普及させることであった。そして、インターン制度とレジデント制度が互いに分離されており、卒前医学教育からも分離されているという実態を強調することだった。

法律家、牧師、技術者、歴史家、そして他の専門家は、卒前・卒後の全教育過程で継続した責任あるシステムで教育を受ける。そこでは各部門は、組織の標準や政策が適用される大学の、一つの全体としてだけでなく不可欠の部分として機能する。さらにそのシステムは、外部の標準的な審査や認証を受けなければならない。

医学教育は他の専門家の教育と異なっているため、若い医師は様々な苦痛に悩む生きた患者を観察したり働きかけたりするという機会に遭遇する。この違いはたいへん大きいので、他の領域で行うような仕方です卒後教育を組織化したり構造化することは、不可能か、または適切でさえないのかもしれない。たとえそうであっても卒後医学教育は、その主たる機能が教育というよりもサービスである施設における、責任ある卒後、専門教育の分野で特色あるものであるということは、強調されなければならない。異常なことには、その責任が、いくつかの大学や医学校にではなく、1000以上の病院に分断されているのである。驚くべきことに、責任が学部でなく個人に委ねられているのだ。

このような卒後医学教育の特色が多くの問題を提起しているが、それらを後の章で検討したい。

第3章 医学教育と医療の方向性

医学は社会に奉仕するためにある。社会に役立つ他の職業と同様、医学は奉仕する社会の必要性に応えなければ

ばならない。米国弁護士会会長 Edward Kuhn は、弁護士たちに向けて次のように語っているが、それは医師に向けて語ったのと同じであった。「諸君がもし、社会がかくあれと望むところのものに答えるように奉仕しないならば、市民は諸君の職業に何らかの改変を望むであろう。」

医学は社会の需要に応えなければならないが、医師は、医学の実際において限界や可能性や期待される変化の方向を最もよく知っている者であるがゆえに、健康に関する社会の必要性にどうすれば最もよく対処できるか決めなければならないという義務を負うのである。

国民の健康や医学への熱い願いは、他の国家的目標と同様、大半は医学の外で決定されるが、その達成方法を作り出すことは医学部内部の問題である。これらすべてに何ら新しいことはないし、医学に特別なことは何もない。同じことは啓発的で、社会志向の職業には言えるだろう。医学が変わらなかつたとは言えない。たしかに、医学は変わったのである。

のみならず医学は変わりつつあり、奉仕の対象である社会も変わりつつある。医学の実際面の詳細はわれわれの領分の外にある。しかし医学の実際の中に影響を及ぼしている大きな傾向に注意することは必要である。なぜならこれらの傾向は、若い医師の教育上の必要性を決定するうえで考慮に入れなければならないからである。これらの傾向についての完全な論考としては、Coggeshall 博士が米国医科大学協会に提出した最近の報告書「教育を通しての医学の進歩を図る計画」¹⁾があるが、そのおかげでわれわれの考察は一層簡潔にすることができる。すなわち、次の4つの見出しがあげられる。

1. 知識が増大しており、その結果として専門化が促進されている。
2. 医学上また健康上のケアに対する期待と需要が増大している。
3. 人口の地理的分布が変わりつつある。
4. 医療の制度化が進んでいる。

◆ 増加する知識

生物医学上の知識が劇的進歩を遂げ、手術手技の方法が増加し、新しい技術・材料が開発されて、医学は発展を続け、かつて不可能であったことを今日では日常化してしまった。抗生物質、副腎皮質ステロイド、ラジオアイソトープ、免疫計画の広範な応用、プラスチックや金属による移植、人工臓器、血液や臓器バンク、そして心臓その他の手術の成功を考えてみていただきたい。

これらは、死亡率の低下、余命の延長、平均入院期間の大幅減少、そして以前なら不治の病とされてその犠牲となったであろう人たちにもより正常な生活を保証しようようになったことなどといった、諸々の発達の長い一覧表のほんのわずかの例にすぎないのである。

今後著しい改善が続くであろうと期待しう理由はそろっている。新しい材料や電子工学、生化学の発達に

支えられて、外科医は弱った臓器を修復したり代替する新しい技術を習得するであろう。医療費用委員会は、「新製品の導入が極めて活発に行われているため、現在市場に出まわっている10のうち7つの製品は10年前には手に入らなかったものだ」と報告している。かかる進展が突然に止むは考えにくい。また、これらの基礎にある科学の進歩についても同様であろう。分子生物学の研究により細胞成長過程が解明されてきており、われわれは現在、発生学および組織成長、成長不良を解明するうえで黄金時代として銘記されるような時代の入り口にいるのである。生物学の知識と臨床の技術が飛躍し続けるか否かを議論するのは、時間の無駄というものであろう。というのは、あまりにも確かな証拠がたくさんあるからである。

昔は、知識の進歩に対して医学はその2倍も対応した。医療は一層の専門化をたどり、形式的な訓練期間は延長されてきた。学ぶべきことが少なかった時代は、いまに比べて無知であったとしても、知識は少なくとも周知されていた。いまや学ぶべき内容はあまりに多く、専門化は不可欠である。なぜなら現在基準となっている8年間もしくはそれ以上にわたる医学教育や訓練をもってしても、いかなる医師も全体を理解するのは不可能だから。

知識の増加に適応するためにどう対応するかについての方法は緒に就いたばかりである。現在最も大きな需要は、多くの専門家に対するものではなく、本章で述べてきた傾向に医学教育や医療を合致させていく方法に対するものである。そして、形式的な訓練期間は既に耐えうる限界にまで延長されている。事実、とうに延長されすぎていて、すすんで長期の訓練を積もうとする学生の数が減少するほどになっているのではないかとの疑問が公然と投げかけられている。

知識はふえ続けるであろう。医学教育計画の基礎としては、ほかに代わりうる前提は存在しない。増加する知識に対して将来調和を保っていくには、形式的な訓練にいまより長い期間を費やすべきではなく、卒前・卒後の医学教育をもっと有効に活用して実地医家を継続的に教育するための効果的な方法を発展させなければならない。

◆ 増大する期待と需要

良質な医療サービスと劣悪なそれとを明確に見分けられるほどの知識をもちあわせた市民は比較的少数であるが、「最良」と言われるものへの需要は増加しており、またそのための支払い能力も高まっている。一般雑誌、テレビ番組、日刊新聞は、市民に医学の新たな勝利を伝え、医学が達成しうものへの期待を高め続けている。

国民総生産の6%は医療サービスに費やされ、その割合は上昇し続けている。さらに、より手軽に最良の医療サービスを求めることができるようになり、前払いといってもたいして腹も痛めずに済むこともあって、保険計画の人気は上がる一方である。現在全国民の3/4以上

は、入院費用に備えた何らかの保険に加入している。手術費用を賄うための保険加入率がこれにぴったり違脱し、他の医療費を賄うための保険もじりじりと上昇している。けれども、ここには大きなギャップがある。たとえば、入院費用の支払いを強調することは、より軽い状態や初期症状が重大になるまで無視されがちになるということの意味している。にもかかわらず、自発的な保険、会社や組合の保険、グループ診療保険、そして政府保険は急速にふえてきている。現在医学部に在籍中の学生が診療を始める前に、多くの患者は医療支出保険の多額のお金を享受することであろう。

人口構成の変化につれて、ヘルスケアの必要性が増大するとともにその性格もある種の変化を受ける。65歳以上の人々、これは現在全人口の10%に達し将来ますますふえるであろうが、彼らは若い人々よりも一層の医療を必要とするであろう。

1957～60年の期間に5～24歳代の人々が1年平均4.0回医師に受診したのに対して、高齢者は平均6.8回受診しており、青壮年層の平均入院日が5～6日なのに比し、高齢者のそれは平均15日であった。

老人にとっては継続的で包括的な医療がますます重要になりつつあるし、患者の病歴や状態一般の初期診断と適切な知識もますます重要になりつつある。

期待が大きくなり、医療サービスの活用も増大しているというのに、その必要性は認められておらず、したがって満たされていない。予防的ケアは本来あるべき姿には及んでおらず、その気運もみられない。田舎の住民、低所得者層、特定人種の人々そして一部の入院患者は、より恵まれた市民に比べて劣悪な医療に甘んじている。

医学の指導者は他の国家指導者とともに、疾患の治療のみならず、より大きな未来の可能性、より幅広くより効果のある防的ケアについてのヴィジョンを分かちもっている。医学および社会は、根絶しうる疾患は根絶し、予防しうる疾患は予防し、手に負えない疾患には可能な限り効果的な治療と適切なケアを提供するという高度な目標をもっている。期待と需要が絶え間なく増大しているという事実は、必ずや来るべき医学教育の必要性に影響を及ぼすに違いないのである。

◆都市化と人口の流動性

農地、田舎の村、馬、馬車などは、医師と患者を結びつけるものとして、町、都市複合体、網の目のような広大な舗装道路、自動車、さらにはヘリコプターにとってかわられた。農村人口は全人口の6%に低下し、整備された高速道路に容易に近づけないのは人口の小さな割合でしかないのだから、過疎地で働かなければならないとか働くだらうという仮定のもとに医師を教育するのはもはや適切ではない。未来の医師の教育を培うには、医師の多くが他の医師と密接に診療したり、輸送が便利になってすぐに患者が病院や専門的な診療センターを利用

できることを期待する必要がある。

◆組織化された医療

完全に独立した医療業務はもはや不可能であり、病院や診療所やグループ診療で利益を得る医師が次第にふえているので、個人病院を維持する者も確実に減少している。若い医師の多くが先輩たちよりもグループの組合をつくって診療を行い、2～3人、ときには数人の医師が共通の設備やサービスを分かち合い、お互いの知識や技術を補い合い、単独診療では与えられないような良質の医療を提供している。この傾向は確実に続くであろう。医学知識の急激な増加があまりにも激しかったため、いかなる医師も全体を習得することは不可能である。もしも、1人の患者を助けるために知識と技術全体の関連するつながりが結びつけられなければならないとしたら、労働の分業は不可欠である。異なつた領域の専門家が精神的にも空間的にも近くにいて一緒に働いておれば最も効果的に協働することができるのである。最近の報告によると、この事実が認められ、3人に2人の医学生はグループもしくは組合の中での診療を望んでいるという³⁾。

病院、診療所、何らかの形でのグループ診療といった組織化された診療はどちらかという独立した医師が提供しうるより高度な質の全体的サービスをもたらすのである。個人診療ではなかなか得られない多彩な技術、さまざまな領域の専門的知識、コ・メディカルのより行きとどいた協力、高価な設備などのすべてが、病院やグループ診療に基づいた医師への健康問題を持ち込んでくる患者の利益のために与えられる。

医師にとって得るところはまだまだある。グループや診療所組織はさまざまな臨床的能力をより効果的に使えるようにし、また専門家である同僚と絶えず議論できるおかげで、継続的教育や知的啓発を得られるという医師側の必要性にも役立つのである。他の医師と親しく接することで、診断の確認をしたり、最も効果的な手技を選ぶことが一層容易になる。グループのひとりひとりがコ・メディカルの人材や診察室や検査室の設備をより効果的かつ経済的に使えるのである。つまり、管理費、秘書の費用など関連費用も分割される。ほかに熟練の医師がいて、自分の患者の当座の責任を引き受けてくれるだろうという信頼関係があるので、グループ診療や病院診療のメンバーは臨床カンファレンスや卒後教育講座へ出席したり、必要に応じて休養やレクリエーションに時間を割いたり、家庭生活や文化生活を楽しくできるようになるのである。

診療様式が患者にも医師にも利益があるのなら、それは必ず多数の支持を得るに違いない。将来の医師は他の医師との緊密な提携のもとに診療を行うのであって、決して単独で行うのではないという前提のもとに教育されなければならない。

◆患者は適応しなければならない

患者もまたこのような傾向を認め、それに適応しなければならない。ますますふえる知識、その結果としての専門化の進行、増大する医療業務の組織化、さらにその都市の医療センターへの集中化、および診断における検査や設備や熟練した技術への信頼の増大、これらすべては多くの患者により高度な医療サービスを提供することを可能にしている。患者は、これらの変化による恩恵が、一世代前にあったもっと広範な個人への配慮や頻回の往診、もっとゆったりした診療といったものを失うより、はるかに優れたものであるということをも認めるべきであろう。

第4章 発展する目標

医学教育の一般目標10年前もしくは1世紀前と同じである。すなわち、患者に優れたヘルスケアを提供する意欲と能力を持った医師を養成することである。良いトレーニングシステムの性格を決定づけるさらに詳細な目標は、時間を超越したものではなく、定期的な見直しを必要とする。社会の需要や期待、資源は変化するものだし、医学の可能性や優れたヘルスケアを構成する概念もまた変わりゆくものだからである。詳細なレベルでは、医学教育の目標の定期的な改訂は、各医学部の教授や教育病院のスタッフに責任がある。これまで、この責任を負うための多くの努力には明快さと決断、そして独特さが欠けていた。医学教育に関する議論をみると、何度も次のような記述に出会う。「段階づけられた患者責任」、「臨床能力の向上」、「基本知識の統合」、「情報の丹念な収集とデータの批判的分析」、また「人生の残りの期間、自己教育を続けたいと思わせるような経験」。このような記述を読んで困惑するのはそれが間違っているからではない。それが明確でないこと、単なる一般的な決まり文句だからなのである。同じ言葉は臨床実習やインターン制度、レジデント制度の目標を述べる際にも使われているが、期待される能力の基準を明示することもなく、かつて何がなされ、今後何がどうなるのかということの関係も何ら示されていないのである。あらゆる医師にとって、正確で詳細な病歴を取る能力は不可欠であるという記述におそらく異論はないだろう。では、この技術を伸ばすことを、学生はいつ組織的に開始すべきなのであろうか？それを習得するのに、どのような種類の監督下の経験が最も役立つのであろうか？学生時代のそれぞれの段階で、どのようなレベルの完成度と正確度が必要とされるのだろうか？必要なレベルに達したあとは、勝手にやっていけば良いのか、それとも訓練中を通して能力についての定期的な試験等のチェックを受けるべきなのであろうか？卒前研修—インターン制度—レジデント制度という流れが真に深さと幅の増大の過程であることを明らかにするためには、そしてどんな段階で個々の目標の完成が必要かを決定するために堅固な基盤をわがものとするまでは、病歴聴取のみならずさまざまな他の技

術において個々の水準に到達する必要がある。自信を持って教育計画を作成するために、また、指導医なしで自由に個別の診療を行う前にどの程度監督下での能力があればよいかを決定するために、そして、何が教育上の経験で何が診療所の医師としてのサービスなのかという難しい問題に答えるために、この個々の水準に到達する必要がある。卒後医学教育の改善を押し進めるうえで臨床実習、卒後医学教育の最初の1年間、およびその後の期間の目標をよりはっきり区別することは大いに役立つに違いない。適切に診療をすることを学ぶことは非常に複雑な過程であって、安易な答を求めて希望を持つたりしても学習過程を知るには不十分である。医学は科学に立脚しているが、そこには学ぶべき多くの科学がある。この科学を特定の健康問題に適用するためには、その上手な、賢明な、そして倫理的な応用をたくさん学習しなければならない。また、科学の基盤は完全ではないので、多くの経験的な知識をも学習する必要がある。自信をもつことと人間関係の技術、判断力(自分自身の限界についてさえ判断できること)、これらもまた発達させなければならない。また、学生は自由に決定しなければならない。それは、学習というものはこうした自由を必要とするからである。しかし、学生はまた適切な案内と監督を必要とする。そうして初めて、誤りをなくし、危険を最小とし、患者を守るための速やかな修正が行われるのである。学生は、技術を発達させるのに十分な監督下の臨床を必要とするのである。医学生や診療所職員は、自己学習についての大きな責任を自分で引き受けるべき成熟した人間である。われわれが学習の目標をはつきり述べようとして強調するのは、学生が学習の全行程を誰かに手を引いてもらうべきだとか、その道程がいつも同じであるべきだなどと言いたいからではない。そうではなくて、定期的に—そして今まさに—、道は再点検され、もっとはっきりと区分される必要がある。

「教育計画が施設ごとに異なるため、本委員会は、各医学部および教育病院のスタッフが、一個の法人団体として振舞いながら、それぞれの教育目標と課程を明確に形式化し、定期的に改訂するように勧告する。そうすることが医学教育者の健全な行為であり、多くの教育問題の解決に向けての基本的な一歩である。」

◆いま、強調されなければならない一般目標

良質な医師に育てるという時間を越えた目標と、特定の教育計画の立案に導く詳細な目標の間には、中間のレベルが存在する。このレベルでは、変化はするだろうがどんな特別な時期でも広く受けられるような多くの医学教育の目標を述べることができる。歴史的に有名な例はAbraham Flexnerによって述べられた目標で、医学教育をより強固な生物学的・生化学的知識の上に基礎づけようとしたものであった。

現在では、そして前章で述べた傾向に照らし合わせると、増大する知識と技術によって不可避となった専門に対し、医学教育と臨床業務をどううまく適合させるかに主要な目標がおかれるべきである。専門化は、それがどんなに利点があるとしても断片化を生み、包括的かつ継続的なケアを提供するのに適わしく、またその意欲もある医師の不足を惹起し、専門科間の協力の難しさをもたらしたと同時に、これらの欠点を克服すべき卒後医学教育の変化に深刻な障害をも残してしまった。現在では、大学、医学部、病院、医療組織の理事会対し、われわれは次にあげる改革を勧告する。

◆ 教育目標

1. 医学部や教育病院は、現在存在する以上に次のような医師をたくさん育成しなければならない。すなわち、急性・慢性の病期の診断と治療のみならず、予防、早期診断、リハビリテーションや支持療法を含んだ、包括的かつ継続的健康サービスを行う意欲と質を持つ医師である。
2. いかなる医師も、一人では、すべての患者に最良のヘルスケアを提供するのに必要な知識と技術のすべてを持つことはできない。専門化は責任の分割を意味する。しかし患者は分割できないのである。だから、卒後医学教育の計画においては、それぞれの患者に対してその特殊なニーズによく合った技術と知識の組み合わせが提供されるよう、専門医や他の専門職との協力について医師は、訓練されなければならないということが一層強調されるべきである。

◆ 組織の目的

医学教育はカリキュラムや教育計画の見地からだけでなく、これらの計画を構想し遂行する管理構造、また基準を確立し、かつ卒業生の質を評価する管理構造の見地から考察されなければならない。卒後医学教育の管理構造に関しては、次の2つの強調されるべき目標がある。

3. 卒後医学教育を組織的かつ継続的に監査し改善するために、現在あるものより一層強力で、より集中化された、さらにより協調的な手順と仲介が必要である。
4. 教育方針を決定し、計画および基準を確立する際には、統合された科学、および職業全体としての医学の必要性に与えられる配慮はますます大きくなるべきである。

第5、6、7章では、教育上の目標を達成するための方法を提案する。第9章では、組織上の目標を遂行するための改革が勧告されるだろう。

第5章 包括的ヘルスケア

尊敬を持って思い起こされる一般医 (General

Practitioner) は患者をよく知っていた。患者のさまざまな病気に対しできるかぎりの治療と慰めを与え、いくつかの疾患と大部分の応急処置に対応することで、継続的なケアを提供していたのである。彼は欠陥を少なからずもっていたにせよ、彼が患者を親しく知っていること、彼が患者に与える援助、彼のサービスがもたらす信用と信頼によって、それらの欠陥は部分的に取り除かれていたといえる。今やこのような医師は存在しない。時とともに医師も患者も変わってしまった。患者達は、今では豊富な種類の医療サービスに近づき、多くの人が病院や専門医のサービスのための支払いに役立つ保険に加入している。医学においては、生物医学の主な進歩、主な勝利は、人間全体に関わるのではなく、身体の個々の組織や臓器に関わっている。個々の臓器や組織を理解し治療することを目指す医学のサイエンスやアートが、全体としての人間を理解し治療する医学のサイエンスやアートを追い越してしまったため、専門医の業務が一層必要となり、また魅力的になったといえる。

一般医療に携わる医師の数について満足できる統計はない。一般医としてスタートした医師のうちには、丸ごと部分的にか専門医に診療を限定した者もいるし、専門医としての訓練を受けた者で一般医になった者もいる。しかし、明らかに一般医の数と比率は低下している。1931年には、個人診療を行うすべての医師のうちの84%が自分は一般医であると報告していた。1960年にその割合は45%となり、1965年には37%であった。この比率がさらに低くなることは確実である。というのも、1965年における個人診療を行うすべての一般医のうちの18%は65歳以上であり、この高齢者比率は他のいかなる業務よりはるかに大きく、最近の医学部卒業生のわずか15%が一般医になろうと考えているにすぎないからである。組織化された医学がいかにして埋めるか決めかねる空白を、一般医は残したままにしまったのである。

この空自のひとつの結果は患者が自分の診断家になることであり、どんな種類の専門医に近づくべきかを決めるということであった。もしくは患者が薬剤師や友人の忠告を求めたり、適当な治療が何かを自分の考えで決めるということである。他の患者は一数は増えつつあるが一問題があれば病院の救急室に持ち込んでいる。これはいつも開いているし、誰でも受け入れるし、良い医療ケアと設備が、少なくとも救急の際には利用できる。けれどもこの解決の仕方ではほとんど継続的にはならないし、人間関係としては患者にも病院職員にも満足のものではない。しばらくは、「一般医」、「家庭医」また「個人医」の議論が続くだろう。一般医を改善し永続化する手段として2~3年の卒後計画を勤める医師もいる。専門医は、これとは対照的に、一般医を次のように思いがちなのである。すなわち“重大な医学的問題は一般医の手に余るから、紹介サービスや障害物の除去として”

主に役立つのだと。少数の医学部や教育病院は家庭医療の計画を提供してきたが、これらの計画の多くは、その半分の成功もおぼつかないと思われる中途半端なものであった。

もちろんすばらしい一般医はいるし、質の高い継続的かつ包括的なケアを行う専門医もいる。しかし多くの患者、医師、立法府議員が同意するほどの十分な数の医師も、また十分なサービスも存在しない。患者が病院の救急室に並んで待っているのがその証拠である。米国医師会の代議員会は家庭医療からかけ離れた傾向を逆転しようと試みた。こうして第89回議会で採択された医療法は、医学研究を奨励し改善するためにつくられた以前の連邦法令と異なり、医療の改善ということに大きな力点が置かれている。

医学思想の指導者の多くは、過去の典型的な一般医が与えたものよりはるかに高度な包括的な医療を与える能力と意欲を持つ医師を訓練することが望ましいと告げてきた。彼らが思い描く医師は一他の医師と同様、臓器や組織についての技術・知識のある医師だが、個々の臓器や組織ではなく、複雑な社会的状況に生きる全体としての人間に的を絞る医師であり、部分的な診断や治療は往々にして主な病因や治療の絆を見逃すことを知っている医師なのである。

このような医師の資格の1つは、地域の医療サービスについてその完璧な知識と全体的な融通性である。だからこそ彼は自分の患者を助ける場合、特殊な技能に頼ることが可能なのである。もし医療教育のすべての領域が効果的かつ能率的に身につけられるならば、このような包括的な仕事に奉仕する意欲もあり、そのために訓練を受けた医師の供給を増やす手段が見いだされるべきことは必定と言える。

求められていることは包括的で継続的なヘルスケアであり、そこには病気の診断や治療のみならず、病気の予防とか支持的なケア、かつリハビリテーションであって、それによって人々は手に入れる限りの最高水準の身体的・精神的健康や良い暮らしを保持したり、もしくはそこに帰ることができるのである。病院も現在の専門医も包括的・継続的医療ケアが自分の責任だとか自分の能力の範囲内であるとかはほとんど考えていない。さらに現今の一般医でこの役割を満たす資格がある医師は多くはない。つまり、現在の医師たちと異なった種類の医師が求められているのである。この種類の医師について語る場合、やっかいな語義の問題がある。これをどう呼ぶべきであろうか？一般医 (general practitioner) という称号は既に名誉ある地位を失った。Russell Lee 博士は「われわれは彼らのために記念碑を築こう、…そうして新しい個人医の概念を今や出発させよう」と述べている。しかし、この個人医 (personal physician) という言葉はまた困難な問題を持っている。医師・患者関係は決して非個人的であってはならない。外科医、精神科

医、内科医、皮膚科医は自分の患者に対して、その関係が一時的であれ持続的であれ、みな個人医である。初診医 (first contact physician) という言葉も使われるが、これにも難しい問題がある。内科医、産婦人科医、精神科医、また外科医も当然、初診医であり得る。この称号は単に一時的な関係、ときに一時的な事件や特定の医療サービスを意味していない。家庭医 (family physician) はよく使われる呼び名で、家族全員に役立つ同一の医師という意味では利点を持っている。しかし家族関係は必ずしも必要ではない。それにこの言葉は、打ち解けた個人的な使い方、「ジョーンズ先生はうちの家庭医です」というようなときはふさわしいのだが、それが意味すべき性質を述べてはいない。包括的ケア (comprehensive care) という言葉は、たぶんここに含まれる医療と健康サービスの性格を最もよく指し示している。しかし、包括的ケア医というのも変な言葉である。

そこで私たちは、このような医師をプライマリ医師 (primary physician) と呼ぼうと提案する。彼は初回診察という意味でいつも第一次的であるべきである。彼は第一次的医療資源、そして個人や家族の相談者として役立つ。一人の患者が入院とか、他の専門医や他のメディカル、パラメディカルの援助サービスを必要とする場合、このプライマリ医師は、責任を適切に他者に与えたり、自分の継続的かつ包括的な責任を保つように調整がなされるまで見届ける。

おそらくはもっと良い名前が、この機能—それはほんとうに重要な要素なのだ—がもっと一般的に認められ、もっと広くゆきわたれば生まれることであろう。しばらくは、そして本報告書の目的のためには、私たちはこのプライマリ医師という言葉を使おうと思う。

医学の文献には、よく訓練されたプライマリ医師の実体を発展させるのに失敗した例を嘆くものがあふれている。では、なぜそうなったのであろうか？

われわれは3つの主な原因を見出す。

1. 一般医は、かつては医学の主座を占めていたが、専門医が名誉と興隆を示すに従い次第に優位性を失った。自分の職業の決定の際、若い医師は、包括的かつ継続的ケアや高度な質や優位性を持つプライマリ医師に優れた手本を見たりはしないだろう。そうではなく、さまざまな専門医に手本を見つけ、専門医が一般医よりも常により高い特典を得、病院で大きな恩恵を受け、より好ましい労働条件を得ていることを見るのは確かなことである。
2. 家庭医療に学生が興味を覚えて、それに相応しい訓練をインターンやレジデントに与える教育の機会は、専門医に比べて数において少なく、質においても劣っている。
3. 一般医や家庭医療に関心のある医師の診療の実際の条件は、専門医が享受している条件や特典よりも魅力がないと思われる。

以上の3つの困難はすべて克服されうるのだが、英雄的な仕事が要求されるだろう。今や革命のときである。弥縫的な改良のときではないのだ。

◆ 階層制における包括医療の地位

第一に必要なことは、医学の体系のなかで、包括的なヘルスケアは高度な職業であり、胸部外科や血液学や、その他の学問とは異なるが、医学の領域では訓練や報酬の面で劣るものではないということ、単にありきたりの形ではなく真摯に認識することである。日常口先だけで、包括的で継続的なヘルスケアが大切であるといつても、専門化の強力な誘因を相殺することはできない。家庭医、または個人医は重要だと言われている。米国医師会の代議員会は何度もその数を増やさなければならぬと言ってきた。しかし他の医師との機能や関係を定義していくと、家庭医、個人医は往々にして次のように謙虚な表現をされるのである。すなわち、「彼は、自分の能力の限界内で医療を提供する」、「彼は、自分の能力を超える問題を抱える患者を他の医師に照会する」、あるいは「彼の診療は、日常よく見られる病気に重点が置かれる」というように。このように表現されたのでは、有能で意気に燃える医学生には、魅力より反発をおぼえてしまうだろう。専門化した医学には一種の傲慢さがあり、他の領域より蔓延している。しかし会社の社長は、財政問題は会計監査官に、法律上の問題は法律顧問に従う。社長は、「自分の能力を超える問題を照会する」などとは誰にも言わず、彼らの専門知識を活用する。それどころか、社長は全能者の縮図である。また別のたとえをすれば、フットボールのクォーターバックは、プレスキックをする専門家のためにボールを持ったり、フルバックに最後の1ヤードを進めさせるとき、チームの様々なメンバーの個々の才能を効果的に活用することが望まれている。「彼の能力を超える」問題についても誰も侮蔑的な物言いはしない。法律の実務は、医療の実務と同様、いまでは専門分化を必要としている。しかし現在の法律事務所では、主導的な役割を果たし、少なくとも同じ特典を得ているのは、狭い専門家ではなく一般的な人である。

以上のたとえが当たっているのは、能力が十分にあり、全体の状況に責任をもつて適切な判断が下せる人、自分の持つ問題の解決のために役立つ医療資源の調整者になれる人を、患者は欲しており、持つべきであるからである。患者は、会社の専門化した社員の技術や知識を適切に利用する社長を求めている。患者は、絶えず変化する状況を診断し、チーム全体を調整し、チームの努力のためになしうる最善の寄与を個々のメンバーに要請するクォーターバックを求めている。

対照的に、医療の議論の場では、家庭医はチームの重要なメンバーというよりも日常の業務担当者という低い位置を与えられているように思われる。このような考え

方で、医学は科学専門化の価値を取り入れてきたし、おそらく誇張してもきた。学界においては、より広い領域を覆う包括的な知識よりも、1つの専門領域の深い知識により大きな報償を与えるのがつねである。そのギルド社会の中で、最も尊敬される数学者、物理学者、経済学者は専門化され限定された分野に深く到達した人たちである。たぶんこのような態度は科学者や大学特有のもので、そこで最も名誉ある人というのは知識の先端を押し進めた人のことである。しかし、医学は科学に大きく依拠しているが、科学そのものではない。それは科学の応用なのである。患者に起こる事実こそが医療の成否を決める尺度である。患者は医師に1つの問題、それも混み入った問題を持ってくる。その問題を形づくる要因は生理学的・解剖学的・心理学的・社会的・経済的・遺伝学的、その他さまざまな言葉で言い表わされている。ときには患者はたくさんの種類の援助を必要とする。また、ときには適切な治療が薬局からのわずか1本の薬びんの中身で済むような場合もある。どちらの場合も、状況を診断し、いくつかの要因を考慮し、行動の道すじを決定するのに諸々の見解を要するように入りくんだ問題である。1人目の潰瘍の患者は外科に送られるのが適当な場合もあり、2番目の同じ病気の患者は精神科、3番目の患者は内科的治療を受けるのが相応しいことも。3人とも、自分はただ1つのことしか知らない医師ではなく、いくつかの選択肢があることを知っている医師に最初の注意を与えてもらったことに満足できるように遇せられるべきである。ハーバード大学の工学・応用物理学部長のHarvey Brooks氏は、次第に科学に強固に基礎づけられたとき生じたときに工学と医学の似たようなジレンマについて、次のように述べた。

「…医学と工学の双方で基礎になる科学の重要性が非常に拡大し、医学部や工学部には科学を研究したり教育したりする基礎科学者がふえたのだが、その科学は関連はしているものの医学や工学の実際そのものではない。最初に実務を行いながら医師や技師を教育するという古い形式は少なくなってきた。というのも、実務上の知識は新しい科学の進歩によりあまりにも急速にすたれてしまうからで、いかな熟達の実際家といえどもそれを完全に吸収したり評価したりすることはできないからである。そして、その過程で熟練の実際家の精神や態度というものが失われたのであり、とりわけ問題を取り扱うのに個々にはなく全体として訓練して貢献させようとする意欲そのものが失われたのである。」

Flexner 報告書は、医学教育を生物学的および生化学的方向に進めるのに時宜を得た健全な力を与えた。増大する科学の知識がこの傾向を押し進めた。さらに、生物医学的研究のための莫大な基金が使えたために拍車がかかった。これらの支援によって医学は大きく発展した。

これらは支持され継続されるべきである。問題は、医学においてこれらの面があまりに急速に発展した点にあ

るのではない。現今の問題は、医療の実際に新しい次元を加えるべくこれらの発展を活用し、高い可能性を獲得させることにある。求められる新次元とは、高度な質を持つ包括的かつ継続的なケアであり、医学教育はこのケアを提供できる有能で幅広い訓練を受けた医師を生み出さなければならない。

われわれは既に着手し始めた。米国医師会代議員会、一般医師会、医師協会、そして多くの医学思想の指導者たちは一たとえ個々の改善策や勧告方法は異なっても一より多くの、そしてより広範な包括医療サービスの提供が焦眉の課題であるという点では一致している。もちろん困難はあるが、患者の幸福、そして職業としての将来の地位および尊敬—これには自尊心も含まれる—のためにも変革は必要である。自分の職業上の経験を高度な内容の包括的・継続的医療サービスの提供に捧げる医師を大幅にふやすために、今や決断を下し、行動を起こすべきときである。もし既存の医学がこの問題に相応しい指導性を持たないならば、他がこれにとってかわるであろう。

◆ 包括的医療ケアのための教育

医学部や黎育病院は、一般に訓練上および専門上の系列に従って組織されている。解剖学や生理学その他の学科があり、小児科や外科その他のサービスがある。包括医療サービスや臨床講義はほとんどない。もし学生に最善の包括医療の実際を学ばせようとするなら、教育課程の大幅な変更および教育設備の大規模な追加が医学部の最初の段階からなされなければならない。医学生が、最初にさまざまな種類の医療職を現実的に比較し始めるのは医学部であるし、自分の職業についての抱負を持ち始める最初の見本を見出すのもそこにおいてである。今日医学部は科学者、研究者や病院勤務の専門医の優れた見本を提供しはするが、包括医療サービスを提供することに成功し、なるほどと思わせるような包括的なヘルスケアおよび医師の見本を提供することはめったにない。なお悪いことに、医学部教授会の中には医師のそのような役割を軽視する人がいる。

例外はあるが、典型的な医学部付属病院では、学生はごく普通の患者たちを診るのではなく、極端に選択された特別な例を診ているに過ぎない。実際は、患者は単に不快である状態から、不具者さらには致命的な状態までの幅広い病気によって助けを求めているのである。典型的な医学部付属病院では、多くは24時間持続的な特別な注意を必要とする急性期の症例が取り扱われている。実際は、医師と患者との接触は何年も続くかもしれないし、そのことを通して長期間に及ぶ健康問題を十分に管理することの経験が得られるはずである。しかし、病院での接触は数日に制限されがちとなる。

大学病院型の医療サービスは不可欠で、すべての学生はそれに精通すべきである。しかし、これが学生の眼にする唯一の型であり、病院に基づく、急性の、疾患中心

の診療だけが見本として学年の前にあるならば、学生が医学部入学時に持っている包括医療への関心は、インターン制度やレジデント制度の準備をするうちに鈍化し、忘れ去られてしまうのは少しも不思議ではない。

なるほど、教育者養成計画のおかげで少数の学生は家庭医療の実際を知る機会があり、現にすべての医学部は1年の大半(それは上級学年であるのが普通である)を外来患者の臨床教育に割いているが、この教育計画は他の計画に比べて重視されてはいない。外来診療に与えられる低い地位のために、学生は外来診療を相対的に重要でないと考えてしまう。

若い医師に包括医療の実際に参入しようという気を起こさせ、それに相応しく教育するためには、医学部の設備や態度を大きく変革することが要請される。単に包括医療サービスをつけ加えるだけでは不十分である、というのも他のすべての人たちはそれで安心してしまっていて、現在の外来診療の改善にはほとんど役立たないからである。

さらに徹底した変革が必要である。継続的で包括的ケアは医学部の組織、計画、臨床教育の中核であるべきである。学生が臨床医学を学び始める最初に、病気は常に、身体の局所に孤立して起こる出来事ではなく、生物—心理—社会的歴史を有する、特殊な社会的・家族的状况の中で生き働いている、複雑かつ統合的な人間のうちに起こる一つの変化であるということ認識し始め、教師も力説すべきである。このような複雑な歴史の中に患者の病気の性質を決定する相互作用因子が見出され、また彼の将来において病気の影響は引続き出現しがちになる。もちろん学生はそこに含まれるすべての細かい点までは理解しないだろう—それは誰も理解しない—、けれども初めの段階でこの種の強調をしておくことで継続性と包括性という考えが患者のケアにいかにか大切にということが示される。

この考えを早いうちに強調することは、患者の長期にわたる幸福のための専門的なサービスと個々の病気の関係を正しい見通しの中に置くことに役立つ。クリニック (clinic) という言葉は、われわれが思い描く計画には不適切である。なぜなら、クリニックとは時々単に外来患者に奉仕する医学的設備を示すものとして使われるからである。同様に、サービス (service) という言葉も誤解されている。というのも、この言葉は入院患者に与えられる医療サービスに限定されるからである。われわれは次の両方を意図している。われわれがプライマリ医師の教育の中核として勧める計画は、外来患者に奉仕する—したがってクリニックであり—、また必要に応じて同じ患者を病院へ入れる—したがってサービスである。以下の議論では、われわれはそれをプログラムと呼んだりサービスと呼んだりする。どちらも今述べたクリニックとサービスの結合の意味で使う。

新しいサービスは、予算、職員、宿舎、外来患者の設備、それに病院のベッドなどを持たなければならない。その

筆頭に、主たる関心が包括医療である医師がいなければならないし、職員の上には同様の関心を持つ臨床の教授や医師がいるべきである。皆が集まって計画、管理、患者ケアや教育の責任の大半を引き受けるのである。

しかし、責任はすべて新しいサービスに帰せられるべきではない。その中心となる教育上の重要性は、医学部や職員の共同責任、保証、そして教育計画の発展や他の病院サービスの効果的統合を維持することの支えを必要とする。他のサービスの専門家は包括的計画において相談者や参加者にならなければならない。包括的サービスに使用される病院のベッドは、他のサービスに使われるベッドから隔離または区別されるべきではない。包括的サービスの職員は、自分の患者が入院する際の問題を完全に処理することができる。その他の場合は、外科医、小児科医、精神科医およびその他の専門医のサービスが必要となる。どちらの場合でも、たとえ一時的に主たる責任が他の専門医に移るにせよ、プライマリ医師や関連レジデントは、患者の全入院期間を通してフォローすることができなければならない。入院の前・中・後の継続性はプライマリ医師の責任の一部であり、レジデントの教育の主要部分である。このような状態を達成するためには、教育病院のいくつかの習慣を変えなければならないし、包括的サービスのためのかなりの責任を引き受けるために、病院職員が一丸となって協体制をとらなければならないだろう。

多様な患者が必要となるだろう。患者は紹介患者に限られるべきでなく、自由意思で訪れる患者も含めるべきである。なぜなら、この教育計画は全年齢層および幅広い社会・経済的また教育的水準の患者層を要するからである。やがてこのような患者達は、一般的で簡単なものからきわめてまれで複雑なものまで、広範な問題をかかえてくるであろう。

このようなサービスは、医学部の学生が医学の実際を学び始めるのに最適の環境を提供するであろう。この状況で行われる実習制度は、多様な問題を抱える患者に出会ったり、かなり長期にわたり患者をフォローしたり、卓越した水準で行われる包括医療を体験したり、さまざまな専門医の仕事のみたり、いかにして専門医の能力が患者の幸福に寄与するために用いられるのかを眼のあたりする機会を与えてくれる。

卒業時にプライマリ医師としての職業に大望を抱く学生は、これらの教育計画の中でのレジデンシー・トレーニングの位置づけを知る絶好の機会を見出すだろう。さらに、これらの教育計画を確立した病院は他のサービスの職員と定期的に、継続的に、また共同して働く職員の見本を示してくれるだろう。この見本は、教育計画に多大な相談業務や共同責任の考えを導入する突破口となるべきである。

現在、われわれが勧告するのと同様の高度な包括的ケアを提供したり、教育計画の中心的で重要な一部として

包括的ケアを盛り込んでいる医学部や病院が1つもないことを、われわれは承知している。このサービスは可及的速やかに確立されなければならない。教育目的のためにこのサービスの見本となる典型的な医療サービスをつくるべきであることは、当初からよく考えておかなければならない。規模としては、例示と教育機能を満たすのに必要なものでよく、それ以上に大きいものは必要としない。

われわれが注意を受けたことの中には、地方の医師や医療団体は医療センターが直接開業医と競合するので包括的ケア・サービスを確立することに反対するだろうということがあった。ある程度はそのとおりであるし、また反対するようではなければならない。しかし、このサービスがプライマリ医師の教育を改善するのだということに注意深く計画し宣伝すれば、困難なことではないと思われる。のみならず、教育効果を上げるためには、教育に自分の時間を割く意欲があり能力もある地方の医師の協力は常に必要である。医学部や職員間の調整も必要となるだろう、というのも、大学の医療センターと他の教育病院の双方で、個々の患者の多くは教育のためには取り扱われないからである。この点について、われわれは調整されるべきだと考えるので、第7章でさらに詳しく論じることにする。

考えなければならない問題や経済的な疑問も明らかにある。これらは先んじて手が打たれなければならないし、可能な程度まであらかじめ解決されなければならない。なぜなら、多様な患者層に対して包括的ケアを提供し、かつ教育目的に必要な規模に限定されたモデルとなる計画を確立することは、この種の仕事に興味を持つ学生が、その問題を経験し満足したり、そうした機会を与えるために不可欠の階梯なのである。質の高いモデルを学生に示せば、われわれはこの種の仕事に進路を定める学生数を正当に想定することができる。この教育上の焦眉の必要性は、開業医を少し侵害することがあっても、避けるわけにはいかないほど重要なことなのである。

このモデルとなる計画は、おそらくさまざまな形態をとるであろう。初めはすべて教育上の実験である。あらゆる優れた実験と同様、それらは精確に観察され注意深く報告されなければならない。そうして初めて、医学部や教育病院にとってはこれらの組織形態や最も有効な教育方法を採用するうえでの助けとなるのである。

◆ プライマリ医師のための卒後計画

包括的ケアの卒後計画の基本的内容は、内科、精神科、小児科、婦人科そして予防医学から成り立つべきである。本委員会は次の5つを勧告する。

第一に、古典的なローテートするインターン制度—たとえさらに長い期間に延長するにしても—に従った単純な各サービス間の知識や技術は不可欠であるが、教育で

は各領域での急性期の一時的取り扱いよりは、継続的かつ包括的に患者の責任を負うことに重点が置かれるべきである。

この目的を遂行するためには、各サービスの代表による共同計画や、個々のサービスというよりは全体の領域に責任と権限を持つ上級職の監督、卒後医学教育の全期間を通しての包括的計画が必要となる。

組織化の方法や教育計画における各部分の時間的順序などの詳細は確かに様々だろうが、いくつかの基本原則は認められるだろう。

卒後教育期間の一部は、他の専門サービス、とりわけ内科で過ごすべきである。ここでの経験で医学の諸領域の考え方や技術に関する基本的教育が得られ、プライマリ医師としての責任を全うしたり、他の専門医から尊敬されたりするための基本教育を十分受けることができなければならない。のみならず、専門サービスでの経験によって、レジデントはこれらの専門医との協調精神が育まれるのである。

卒後教育期間の一部は上述の包括的・継続的ケア・専門サービスにおいて過ごされるべきである。このサービスを体験することで、レジデントは長い期間さまざまな患者を取り扱う中で、病気である短い期間というより、健康についての患者の全体の知識を得たり、同じ患者を病院の内外でフォローしたり、専門的な医療サービスで過した卒後教育期間に学んだ知識や考えを統合し応用したり、または自分の患者の医学上の問題のために次第に増大する責任を引き受けたりすることができるようになる。

従来の教育による経験は不十分であったにしろ、卒後教育期間の一定部分を良き監督下のグループ診療で過ごすことは、ある場合、調整すれば可能だし実際的であろうと思われる。しかし、この調整で若い医師に現実的で貴重な経験を与えることができるのは、そのグループが真面目に教育上の責任を引き受ける用意と能力がある場合に限られる。このような調整はめったにはなされないかもしれない、というのも私的なグループは普通、教育目的のために組織されてはいないからである。にもかかわらず、効果的に医学部や教育病院と協調することができるようにつくられたいくつかのグループは喜んでプライマリ医師の教育に参加するであろう。このような良い機会は得られるべきであり、さまざまな実験的な計画が試みられるべきである。もしレジデントが一時期を専門的な医療サービスや包括ケアサービス、またおそらく指導医つきのグループ診療で過ごすにしても、計画を共同で立案し監督することは不可欠である。レジデントが患者の外來ばかりでなく入院期間中も継続的に責任を持つこと、専門的サービス、レジデント制度部門を最大限効果的にしてレジデント教育に寄与すること、さまざまな領域にレジデント計画が適当に分化することを確かめ

るためには共同責任は必須となる。繰り返すと、これは施設が責任を持たなければならないということを意味している。新しいサービスが現在の組織に加えられたために失敗したのであれば、その責任は新しいサービスのほうにあると考えるべきなのである。

第二に、救急例の取り扱いに関する経験、または外科手術前後に必要な専門的ケアの知識が含まれるべきである。

外科に関しての経験量および性質はおそらくプライマリ医師の訓練において最も議論の多い問題であろう。包括的医療のもっと高度な形に自分の領域や伝統を発展させたいと望む一般医の何人かは、少なくとも現実の外科的救急の管理ができるのに十分な外科の訓練が含まれることを願っている。救急例では、どのような医師も必要と考えることをするだろうし、もしそれが、外科医であれば、彼は自分のできる最善を尽くすだろう。しかし普通の状況では、あるグループの一員として働くプライマリ医師としては、外科医として振る舞う必要はないだろう。学生としてまた卒後何年間に手術室や外科患者の適切な経験を積み、術前・術後のケアや外傷の救急処置について多くのことが学べるだろう。外科医との相談や外科的治療に関する状況の洗練された知識も得られるだろう。しかし外科医としての訓練は受けないし、外科医として振る舞うことを望むべきでない。

第三に、教育計画の大半をなす医学の専門的事項につけ加えて、新しい知識体系が教えられるべきである。

この新しい知識体系を定義することは難しい。なぜなら、それはまだ適切な発達を遂げてはいないからである。生物学に照らし合わせてみると、それは分子生物学やウイルス学、または個々の臓器の生理学よりも生態学、進化論、そして基本的理論に似ているだろう。

継続的・包括的ケアを提供しようとする若い医師は、組織や臓器と同時に人間を、個人の病気の状態と同時に病歴や親族関係を、症候学と同時に医学的生態学を知らなければならない。精神科で仕事をする中でいくばくかこの背景を知り、社会学や公衆衛生からは何らかの素材—例えば、家族と病気の相互関連の知識など—を得るであろう。けれども、その中味や仕組みや強調の程度について一本化することはできない。なぜなら、これらの話題を医学に応用する教育の場は不十分であったし、すべての包含されるべきことをどの程度関連させるか意見の一致をみていないからである。

患者と一定期間、さまざまな問題をともにすることで多くを学ぶことができる。現在診察に携わっている良きプライマリ医師は、経験や直観、技術と知識を獲得している。必要なことは—そして医学部や教育病院が発達

させなければならないことは、全体としての人間および社会の中の人間に関する情報と一般原則の体系化であり、それによって実際の経験による教訓が当てはまる知的枠組みが与えられる。この背景は、一部分は生物学的であるが、一部分は社会的・人間的でもある。というのも、そこで人間は全体として複雑な、統合された社会的な存在として扱われるからである。

この学問的背景は現在十分に発達していない。最も満足すべき内容や教育法に到達するために、医学部や教育病院の側にかかなりの量の実験的試みがなければならないことは明らかである。重要な焦眉のことは、この新しい知識体系を伝えるための明確で決定的な解決策を持つことである。他の問題はあとからついてくるものである。

さらに、包括医療に興味を持ち十分やっつけている学生と、他の専門領域を好みそれに卓越している学生を比較するような機会があるであろう。包括医療はより人間性に富む学生や行動科学を好む学生に訴えかけるが、一方卒前教育で物理・科学や生物学に興味を覚える学生は伝統的な専門領域に進みたいと考えるのは大いにあり得ることである。もしもそれらの違いのいくつかが重要であるならば、入学方針に密接な関係が出てくるのは明らかである。

第四に、卒後教育プログラムには個人によって差があってもよいと考えられるべきである。

包括的・継続的ケアの概念は、興味と特殊能力に従ってさまざまな余地を残している。この教育に入る卒業生は、お互い画一的に複製されるべきではない。すべてのプライマリ医師は継続的・包括的ケアを提供することができなければならないが、ある医師が患者やその問題に対し完全な責任を持ち続けるか、同僚に紹介するかを分ける線は、実質的にはさまざまに変化するであろう。あるプライマリ医師は心身医学と社会問題にかかなりの興味を持ち、他の医師は腎臓の生理と病理に興味を持っているとしたら、これらの興味を発展させることはこれらの医師が協力しあうグループ診療や外来の財産となる。

包括的ケアに関心のある医学教育者は、この種の診療の教育方法や、包括医療が最もよく組織されて供給される方法についての実験について多くの機会を見出すであろう。他の専門領域と同様、包括医療には研究の機会、また研究を通して患者、学生、教員が利益を得る機会もあるのである。

第五に訓練の水準は他の専門医と同等であるべきである。2年間の卒後教育プログラムでは不十分である。

さらに、包括的ケアに高度の能力を持つ医師として専門医委員会が作られ、資格試験、そして身分が与えられるべきである。責任、訓練の長さ、医学の階層制の中で

の地位に関しては、試験や特典や専門化の考えが必要となる。

プライマリ医師を認定するために、新しい委員会が確立されることであろう。現在の委員会の一つがこの責務を引き受けるかもしれない。もしくはどれか一つの可能性よりもさまざまに調整したほうがよいかかもしれない。

プライマリ医師は、ある内容や技術の専門家というよりは機能としての専門家となるであろう。それゆえ彼はいくつかの現在の委員会の共同、もしくは系統的な委員会とは別の機関によって認定されるのが望ましいかもしれない。この問題を今解決するかわりに、私たちは第9章で述べる卒後医学教育委員会に問題を委ねる。

このような教育改革の結果、外科その他の専門を選ぶ級友たちと質的には同等である医師たちがふえてくるはずである。違いは診療の水準や責任よりも形態であるだろう。一層幅広い医学上の関心を持って、彼らはいつも新患者には最初の専門家としての接触を行い、旧患者には継続的な接触を行うであろう。狭い専門化した同僚よりも広い範囲で、彼らは診断家であり、医学上の調整者なのであり、そのような彼らの発する最初の問いは、「どうしたら、私は一人でこの患者に一番役立てるだろうか?」ではなく、「私がどうしたら、そして誰をどうやって手配したら、この患者に役立てるだろうか?」なのである。

実際の医師数で診療が間に合わなくなる前に、3億人になろうとする人口に対して包括的・継続的なケアを提供するのに必要な質と数のプライマリ医師を教育するために、大がかりな、金のかかる、国家的な努力が必要だということははっきり認識しなければならない。医学上の態度の変革や医学部や教育病院の変革には、過去の伝統に対する根本的決別が必要となる。急激にこの決別を行うことは大変だから、多くの病院や医学部に期待するわけにはいかないが、関心を示したところもある。われわれはいくつかの医学部や教育病院を開拓者となるよう勇気づけたいと思う。他のところはあとに続くだろう。医学部と職員が必要とされる教育プログラムを思慮深く発展させ支える点において協力すれば、そしてその教育プログラムをなし遂げるうえで最も有能な医療実践家の協力をかち得るならば、成功は間違いないであろう。

◆ 包括的ヘルスケアの実際

もしも包括医療に従事しようとする医師の数が著しくふえるならば、診療において十分な尊敬と報酬を受ける機会がなければならない。しかしこの問題は、前節で考えられた変革がなし得るならば重大ではない。というのも、このような医師の需要は大きいからである。

プライマリ医師の理想の場はグループ診療である。一つのグループの中で働くことで、診療の助けとして専門的な同僚を活用する勇気が得られるであろう。グループ診療のおかげで、患者は自分と自分の病歴を知っている

医師との継続的な接触が得られるという利点と、必要なきいつでも豊富な技術と設備に接近できるという利点が与えられることになる。

すべてのプライマリ医師が同じ訓練と関心を持つだろうと考える理由は何もない。そうしたいと思う医師は自分の患者に包括的なケアを提供できるし、他の患者にはもっと専門的なサービスを与えることもできる。こうして、一人の医師は消化管の問題についてのグループ内の専門家であり、もう一人はウイルス学の専門家であり得るのである。グループの規模と構成員の興味によって、包括的ケアを与える医師の間に変動の幅はあってしかるべきであろう。

グループ診療はまたプライマリ医師自身にも思恵を与える。彼は日々、他の医師と働くことで、自分自身の知識と興味を補う知的な励ましを受けることができる。仲間と同様、彼は有能な同僚によって行われる品質管理の恩恵を受けるであろう。さらに彼は、休暇を取ったり、専門的あるいは再教育研修により頻繁に行く機会を持つことができ、その間、彼の患者はグループの他の構成員に診てもらえるのである。

プライマリ医師は病院の医療サービスへ入れる資格があるだろうし、現在の専門医が行っているのと同じような特典を持つべきである。のみならず、病院寄査委員会(組織委員会、医療監査委員会または病院活用委員会のような)の構成員として、病院の内科、外科間のより良い協力関係をもたらすといった、とくに有益な影響を与えるであろう。

この種の人々はグループ診療で非常に価値ある存在なので、プライマリ医師の仕事に就こうと望むすべての人に有益な機会が待ち受けていることについて、学生に確信を抱かせるのには困難はないはずである。

◆ ともに行う行動

包括医療をより広く実践する際に横たわっていた3つの難問—低い地位、適切な教育概念の欠如、したがって教育の機会や診療条件の欠如—はお互いに補強されてきた。

これらはなるほど包括医療サービスの仕事へ入る際の障壁であったが、必ず乗り越えることができる。これらの大半は、飛躍的に増大した知見と新しい技術や手技の熟達によってもたらされた診療の専門化・細分化によるものである。今や、医学の高められた診断・治療の力を十分に社会のために還元するよう、医学を再び統合することのできる多くの医師を養成すること必要なのである。

第6章 レジデント教育の改善

レジデント制度が健全に運営されると、非常に多くの人々から信頼されるようになるであろう。教育病院が責任を持ち、監督者をつけて多様な経験を積ませるように

するならば、レジデントは次第に責任を持てるようになり、熟練した先輩と一緒に働くことができるようになる。

優秀なレジデント制度があれば、技術の習得がたやすくなり、医師の職業訓練が受けやすく、またその訓練を科学的理論と結びつけて受けることができやすくなる。レジデント制度が最高の状態に運営されると、きわめて高い柔軟性を持つことになり、さまざまなレジデントの関心や技能に合わせ、さまざまな病院の設備、問題、診療形態に合わせるができるようになる。

基本的にはどんなに健全な制度でも問題を抱えているものであり、この制度もその例にもれない。レジデント制度を提供する病院は質、規模、機会や責任の与え方が異なっており、教育目標への係わり方も大きく異なっている。ある教育病院では指導医のほとんどが教育に興味を持っておらず、他の病院では常勤の医師がほとんどいない。またある病院では、レジデントの教育経験や診療行為はほとんど監督されず、調整もされていない。また、病院のスタッフがあまりに研究に没頭しすぎていて、患者の診療やレジデント教育に十分な時間を費やしていないところもある。他の問題として、多くの病院でレジデントに責任を持たせることのできる患者数が減り、その病気の種類も減少してきている。

根本的な問題は、病院の教育目標と患者へのサービス目標との間の混乱にあり、ときには両者の目標が一致しないことにある。病院とは—どんな病院であれ—医療を求め人々を収容し、医療を提供するという基本的目的のもとに存在するものである。病院はこの目的のために組織され、整備され、職員も集められるのであり、常にその医療サービスの質によって評価されなければならない。

病院が若い医師を訓練するという付加的機能を引き受けるようになって、レジデント教育が多くの病院で行われるようになってきたが、その理由の一つは、患者のケアを引き受けるのに役立つ医師を確保したいという願望があったように思われる。このように、サービス目標と教育目標の不一致は不可避的に招来したのであり、この対立はサービスと教育が同じだと主張することでは解決できない。なぜなら両者は同じではないからである。常勤医が与えるサービスは病院と患者には役立つかもしれないが、その内容が真に教育的でないかぎり常勤医自身には最高に有益であるとは言えないであろうし、そのサービスが首尾一貫して計画され、自分の卒後医学教育の一環として考えられるのでないかぎり、常勤医にはあまり役立たないであろう。このような理由で、インターンやレジデントに対する責任を引き受けている病院は、すべて理事会や職員も高度な卒後教育を与えなければならないのである。

常勤医は時間を有効に使っているかどうかを常に公平に判断しているとは限らないが、自身の学んだことと提供したサービスの量とを比較してみることは重要で

ある。コロンビア大学の応用社会研究委員会の研究によれば、インターンやレジデントの少数のみが教育に満足しているにすぎず、さらにその1/4が学んだことは病院サービスのために費やした時間以上に価値をもっていると考えているにすぎない¹⁾。

病院間および病院が提供する研修計画の間には、いつも質的な差異がある。個々の計画の欠点は無くしてしまうことはできないけれども、それよりもっと一般的な落とし穴について考える必要がある。その一つは、レジデント研修計画の立案と統轄に責任をもつスタッフがどのような考えを持っているかに関係している問題である。典型的な場合は、ある一人のスタッフによってそれが立案され、監視・評価されている。つまり、病院全体ではなく、個々の部門の責任として取り扱われている場合である。そして、ときには責任はある部門の責任者である個人に集中しているような場合である。

医学の知識体系がこれまで小規模だった時代や、若い徒弟が師匠からすべて学べた時代もあったが、しかし今や、一人の教育者が十分な教育を持っているわけではなくなっている。知的内容はあまりに膨大となっているので、年季奉公ではもはや不十分である。スタッフは、他の熟達した医師、同僚、患者、図書館、検査室、抄読会、訪問講演者などの人々や資源を利用して多くを学んでいるのである。

半世紀前には有益であった独占的職業訓練のための徒弟制度では、もはやどうにもならなくなつたと広く認識されるに至った。急速に医学部の入学条件が厳しくなり、生物学の実質的な教育課程が発達し、医学教育の立案・実行の責任は個人または少人数のグループ、実地医家にかわって医学部の教員によって引き受けられるようになった。

今や卒後教育にふさわしい改革をすべき時代が到来したのである。医学部を卒業した若い医師は、その後多くのことを学ばねばならない、それらはアートや技能とともに、多くの理論、原理および科学的知識を含む。どんな指導医も、個人では若い医師に対してすべてのことを教えることはできない。それはいくら実践を積んでも不可能であろう。若い医師に必要なのは、さまざまな能力を持った理想的な医学者や臨床家が指導する教育計画案である。もちろんその計画案は十分検討されていて、進歩的かつ統合的でなければならない。以上述べた理由で、後半の部分では改定すべきことについて勧告したいと考えている。

◆ 団体の責任

強調すべき最初の原則は、すべての教育病院は卒後医学教育を提供する機関としての義務と責任を理解し、かつその責任と義務を果たしてきたことを明らかにすべき点である。病院評議委員会、管理者や上級スタッフは、患者ケアに要する費用以上に重大でも金

銭のかかる義務を引き受けていることを認識しなければならない。この義務を果たすためには、病院の資源の一部を割く覚悟をする必要がある。本当に教育的な計画を用意できないならば、その病院はインターンやレジデントにとってよい場所とはならない。

各教育病院は、教育委員会を通じて、卒後教育委員会ないし類似のものをつくり、卒後医学教育計画に対して、内科、外科または各科の長の個人的責任ではなく団体責任を負うようにすべきことを勧告する。

◆ 卒後医学教育の継続性

確立すべき第2の原則は、いかなる卒後医学教育計画も統合的で段階的な経過を持つものとして立案すべき点である。現在そうなるのはおらず、2つの別々の段階—インターン制度とレジデント制度—に分かれていて、両者の結びつきが余りに緩すぎる。専門医になるには、認定インターン制度と認定レジデント制度の経験者という資格が必要である。しかし、二の例外を除いてはインターンの研修内容に関する記入は義務づけられていない。十分な月数さえあれば、どんなインターン研修でも条件を満たすのである。脳神経外科専門医には外科のインターン研修が必要であり、また二、三の専門医にはストレート型またはローテート型のインターン研修が好まれる。しかし、これらの例外を除いて、ストレート型、ローテート型または混合型であれ、インターン研修でありさえすれば条件にかなうのである。専門医委員会ではインターン研修は病院での経験を積むのに役立つと見なしており、その経験の内容は重要ではないと考えているようである。逆に、レジデント研修は個々の専門医の特殊条件に合致しなければならないのである。

インターン制度は、初め、医学部卒業生に対し学校で学んだ知識や理論を監督者の下で応用しながら働く機会を与えるために考案されたのである。この制度は、制限はあるものの卒業生に現実の医療問題を抱える実際の患者を与えて、個人的責任を徐々に経験させる機会を提供してくれたのである。この経験を通して、学生が医師へ変貌するのを期待したのである。以前は、今より短い年月で十分だと見なされたが、現在はそうではなくなっている。現在は、学部の臨床実習のときから病院での経験を始めるが、これは医学部のカリキュラムの一部に組み込まれている。インターン研修の後にさらに患者ケアの経験を積んで熟練した能力を身につけるために、レジデント訓練が必要となるのである。したがってインターン制度はある部分では臨床実習に、他の部分ではレジデント制度の初年度に重なる中間的な位置を占めるようになってしまった。

その結果、インターン研修の使い方に大きな変化が起こった。古典的なローテート型のインターン制度は、混

合型もしくはストレート型のインターン制度、とりわけ後者に地歩を譲つた。これは事実上専門科のレジデント制度の初年度に相当する。

そこで次のような疑問が生じてくる。インターン制度を医学教育の中で分離・独立した部分として存続させることは必要なのか、また望ましいのかという点である。

医学教育上分離・独立したインターン制度は廃止し、インターン制度とレジデント制度は一つの卒後医学教育の期間に統合し、レジデント制度として改称し統合されたものとして立案するよう勧告する。

州の医師免許法では通常インターン研修の経験が必要であり、その内容を明記している場合もある。また認可にもインターン研修の経験が条件となっているので「インターン制度」という言葉が残る過渡期が必要だと思われる。この過渡期においても、卒後医学教育の全期間にわたる新しいレジデント制度に統合することを急速に押し進めることが必要である。

医師免許法と認定の条件からインターン研修の条項を削除し、代わりに卒後教育期間の適切な記述を盛り込むよう修正することを勧告する。

◆ 医学教育の一般的小および専門的段階

独立したインターン制度を廃止することによって、医学教育の一般的小段階と専門的小段階との責任を明瞭に配分することができるようになると考えられる。

医学部は、卒業生がローテート型、ストレート型および混合型のいずれのインターン研修に入れるようにすることを念頭において運営されている。また医学部での経験は学生が望むどんな卒後研修計画にも進めるように幅広く、基本的でかつ専門化されないように運営されている。

医学教育者の中には、専門分化されない教育を卒後教育の中にまで延長しようと唱えた人もいた。たとえば、ある人たちは、後でどんな専門医になろうと若い医師は全員ローテート型のインターン研修、または内科のインターン研修を受けるべきだと主張している。

逆の傾向として、医学部間や同じ学校の学生間に教育の特殊化が見出される。いくつかの医学部では、莫大な研究資金援助の影響で、研究と専門化に非常に力を入れるようになり、そのために学生は一般医学や家庭医療学に興味を失い、専門医指向が次第に高まるに至った。このように、専門化は学生時代から始まっており、学生の中には進むべき方向を既に決めている者もいる。そして、学生は選択科目や臨床実習や個別研究の課題を選ぶときにはやばやと専門医になる準備を始めるのである。

このように、一般医学教育と専門医学教育との間にははっきりした移行点があるわけではない。多くの医学部

卒業生は、卒業後直ちにストレート型もしくは混合型のインターン研修の中で専門的な研修を開始し、他の者よりもっと早く専門的な研修の準備に入る。あるいはローテート型のインターン研修をとる者は、卒業後1年またはそれ以上、専門的な研修を延期することになる。

以上の一般的な問題に密接に関係するのは全課程の長さである。医師養成の教育期間を長くすることはもはや限界にきている。幼稚園からレジデント研修終了までのまでの教育は25年に及んでいる。これは十分な長さであり、あまりにも長過ぎるとも言えるであろう。将来知識が発達するのに合わせたり、一層高度な標準を確立しようと努力するにしても、公式な教育期間をさらに長くしてはならないと考える。むしろ以下に述べる2つの手段を用いるべきである。1つは、実地医家の生涯教育をもっと組織的に普及させ、効果を上げられるように改善することである。もし実地医家の再教育のためにより広範な機会が与えられるならば、公式な教育機関を延長する必要はないと思われる。

もう一つの改善案は、医学部終了時まで、多くの知識と高度な能力を獲得できるようにすることである。医学教育には、トピックスをより早く教えようとする傾向がみられる。この傾向は初等・中等および大学教育を改善しようとする強い努力に支えられており、医学部に入る学生は昔の学生よりも十分な教育を受けていることが期待されている。このように十分教育されたうえにさらに教育することにより、また教育法を改善することにより、そして、さらに自己学習の機会や励ます機会を多くすることにより、医学部での専門化に先立つ一般医学の教育は4年以内に終了すべきである。この一般医学の教育期間には、基本的な医学知識の教育だけでなく、主として臨床実習を通してその医学知識を監督者の下で実際の医療へ応用することが導入されるべきである。

医学部の卒業は一般医学教育の終了時点として認識されるべきであり、専門的な訓練は卒後医学教育の開始とともに始めるべきであると勧告する。

この責任を分けることで意見が一致すれば、卒前と卒後医学教育の双方の将来計画を立てることが一層たやすくなると考えられる。医学部は4年間で一般医学教育まで終了すべきであると上述したし、また医学部の卒業は一般医学もしくは専門分化しない時期の終了として認識されるべきであると勧告したが、われわれは“4”という数字に何か魔法の力を与えたり、継続した教育課程を2つの独立した段階に分けるべきだと考えたりしているわけではない。いくつかの医学部では、学生がカレッジや医学部での勉強を従来の8年間よりも短い期間で終了することができるような課程を実験的に組んでいる。また医学教育者の中には、医学教育課程の短縮や様々な興味や計画を持つ学生のニーズに合わせて柔軟に

対応する方策を導入するように提案する人もいる。われわれが“4年間”とか“一般的もしくは専門分化しない期間”という言葉を使うのは、卒後医学教育の効果的でより能率的な計画案をつくらうとするのを批判するのではない。われわれは医学部を現在の鑄型にはめようとしているのではなく、むしろ新しい試みを支援したいと考えている。

◆ 基本的レジデント研修

インターン制度を独立した訓練期間として切り離し、その年限を段階的に計画されたレジデント制度に組み込むことによって、レジデント教育計画に柔軟さと協調性が一層盛り込まれることになるであろう。ほとんどのレジデント研修案は、必要条件として関連専門領域の知識の重要性を記載している。小児アレルギーや小児心臓病学の認定医志願者は、前もって米国内科学会や米國小児科学会の認定医になっておく必要がある。小児精神科のレジデントは米国精神科学会によって認定されていなければならない。胸部外科レジデントは米国外科学会の認定資格を得ていなければならない。これらの専門科はより広い専門科目の延長、またはサブスペシャリティーを構成するものとして認識されている。密接な関連を持たない場合でも、レジデント研修の必要条件として関連領域の勉強が大切であると述べられている。例えば、一般外科のレジデントは専門外科領域のうちいくつかを経験することが期待されている。また、内科のレジデントは精神科、神経科、皮膚科または小児科で時間を費やす。精神科のレジデントは“患者の医学的検査や治療に責任が持てる”ように期待されている。整形外科のレジデントは、1年間、一般外科で過ごすように推奨される。耳鼻咽喉科のレジデントは一般外科研修を求められている。つまり、いかなる専門家もそれ自体は孤島のように孤立したのではなく、他の専門科と無関係ではあり得ない。各医療サービス部門が、自分のところのレジデントに隣接専門科の中から最も大切だと思われる部分を教えることは可能である。また、一つの専門科のレジデントたちがその関連科で時間を過ごすことも可能である。これら両方の教育法が広く用いられるが、両方とも欠点を持っている。前者のやり方の危険性は表面的だということであり、後者のやり方は相互の関連性がよく重複しやすいという欠点を持っている。両方の危険性を少なくするためには、いくつかの関連専門科のレジデントに共通した研修内容を各専門科共通の基本計画として組織すればよいと考えられる。

婦人科のレジデントは、救急、ショック、出血、輸血、水・電解質バランス、蛋白質と窒素のバランス、麻酔薬の選択、化学療法、アシドーシスとアルカローシス、創傷治療などを理解し訓練されなければならない²⁾。他の外科系専門科もこれらを理解し訓練されなければならない。

これらの理解と訓練の一部は、卒前教育の中で習得されなければならない。他の部分は、それぞれの専門科に固有な訓練や経験として残されるべきである。この中間に、いくつかの関連専門科のレジデント教育としての実質的な領域がある。たとえば、専門的な外科領域へ入る前に一般外科で基礎的な修練を2～4年間受けることが望ましいし、内科の専門領域へ入る前に2年間内科一般の基礎訓練を受けることは有益である。ただ2つだけのレジデント研修計画が考えられる必要はなく、2つ以上に分けたり、また他の方法でグループを組むことは教育上の大きな利益をもたらすであろう。

このような勧告は今までに何度もなされてきた。1945年までに5つの外科専門医認定委員会の代表は、基本的な外科訓練はすべての外科専門医に不可欠の基礎的訓練であるという点で一致していた。この原則的一致にもかかわらず、各委員会はこの原則を実行に移す計画の段階で意見が一致しなかった。多くのレジデント研修の必要条件は、特定の内容、教育方法、経験の多様性、計画の構成に関して大変柔軟性を持っている。この見地からすれば、病院が基本的なレジデント訓練計画をつくり、より専門的な訓練へ橋渡しをすることを阻むものは何もないようである。しかし、記載された条件には他の点でいくつかの制限が設定されている。一般的にレジデント研修計画は、ある専門分野で卓越した能力を持つと認定され、あるいはそれに相当する能力を持つ指導医によって監督されない限り、認められないようになっている。この必要条件を修正することは、後に特殊な専門科に進もうと考えているレジデントすべてが、それらの専門科に共通な差本的修練を前もって受けることを可能にするために必要である。この提案の細目は個々の病院のスタッフによって決定されなければならないし、細目は病院毎に堅苦しすぎたり、型どおりでありすぎたりしないほうがよい。また、一つのグループの中のすべての専門科が、同時に共通の幹から枝分かれしなければならないというわけでもない。一つの病院で4つの専門科のレジデントのための基本計画を組み、これらのうち2つの専門科のレジデントには2年経った時点で専門科の集中的な訓練を始めさせ、他の2つの専門科のレジデントには専門に入る前にもう1年基本計画を続行させるというふうにすれば有益であろうと思われる。

このような基本的レジデント制度から、次に述べる3つの利点が生じる。一つは合同計画の利点である。例えば、婦人科、整形外科やその他の専門外科医は、一般外科医と同様に基本的な外科レジデント研修計画を協同して立案するであろう。全体として、専門科の関連グループの指導医は、否応なくレジデント研修に何を含めたいか、また意見の一致した教育内容をいかにしたらもっともよく組織し、教えることができるかについて足並みのそろった考えを持つにいたるであろう。これはいつも健康的な経験なのである。

2つめの利点は、ギャップや冗長さが明らかになるという点である。レジデントを一つの科から他科へ送ることによって、細かな点で同じ水準にある同じ物質を繰り返し用いているのと同じことをしているのに気づくであろう。上手に組織すると学生が時間を節約し、より深い理解に到達することができる。3つめの利点は、教育目的のために患者数を効率的に利用する点にある。ある特定の病気の患者を多く学んだりしないようにし、患者の利用法を柔軟にすれ初期レジデントにより広い多様な経験をさせる機会を与えることができるであろう。現在の困難を物語る例として、あるコンサルタントは本委員会に次のように報告した。「研修計画や外科スタッフが分割されるために、一般外科のレジデントは骨盤外科の経験を積むことは許されていない。各科は自分の領分を固守し、領分を侵されないように注意している。」領分を侵すことは必要なのである。後期の専門分化に先立つ基本的な外科レジデント研修は、領分を侵すことを可能にすると考えられる。

専門医認定委員会とレジデント制度監視委員会が、現在教育上の障害となっているレジデント研修要項の条文を自由に解釈することによって、病院が基本的レジデント研修をいくつかの形態に分けて実験できるように援助するよう勧告する。

基本的レジデント研修計画が望ましいことは明らかと思われる。事実、内科や一般外科で適切な基本研修を受けることで、研修医は自分のサブスペシャルティーを早く、しかも効率的に学ぶことができるようになることは明白である。しかし、現在のところ、基本的レジデント研修計画の理想的な期間や数や組織について自信を持って予言できる人は誰もいない。しかし、実験は準備されており、われわれは教育病院が多彩な実験を試みってくれることを期待しているのである。

◆ レジデント研修の期間

ほとんどの若い医師は、現在インターンやレジデント研修に4年またはそれ以上の期間を費やしている。その年限は、今まで次の3つの要因によって長くされてきた。つまり、学習すべき量が増大したこと、病院がレジデントを必要としたこと、そして、「私の領域は君のより難しいからレジデント研修はもっと長くあるべきだ。とにかく長いレジデント研修はよく見えるし、威信の増大にもつながる」という態度の3つである。これらの理由のうち最初のものだけが正当性を持っている。病院サービスは重要な問題であるが別の問題である。専門医間の一定の競争意識は立派なことであるが、レジデントはそのつけを払う必要はない。レジデント研修の期間を決定する際には、ただ教育的価値のみが考えられるべきである。

もしも卒後医学教育からインターン制度が廃止され、

医学部卒業後直ちにレジデント制度が始まるとしたら、卒後医学教育の期間を短縮する機会となるであろう。すべての専門科で丸1年省略できるかどうかは明らかでないが、インターン制度を廃止することは上述の基本的レジデント研修を発足させることとともに、期間の短縮に大いに役立つであろう。正規の平均的な期間にどのような変化を加えることが可能であり、また望ましいかを確信を持って述べることは、現在のところ時期尚早であると思われる。決定はしばらく延期してもよい。というのも、それなりに長所を持った代替策があるからである。

専門医認定委員会が資格試験の適格性に関する制約を修正するにあたり、インターン制度を廃止する埋め合わせとしてレジデント制度の期間を延長しないように勧告する。これはレジデントの研修期間についての現在の表現を保持すること、またインターン研修についての記載を削除することで達成しようとする。

この勧告は、すべてのレジデントが1年早く研修を終了することを提案するのではない。単にインターン研修とレジデント研修の形式的な必要条件が1年間短縮されることを提案しているのである。レジデントは能力も学習速度も、研究や自分の専門科固有の領域の勉強のために費やす時間の量も異なる。レジデントや指導医はレジデント研修の期間についての判断を下すことができる。公式の必要条件を縮小することが、急にすべてのレジデントの研修期間を短縮することにつながるのではない。より少ない時間で首尾よく計画を終了できるレジデントに対しては、期間の短縮を認めてもよいであろう。現在のところ、まれな例外を除いて、最も優秀な者も不出来な者もすべて同じ期間を使っているのである。米国脳神経外科学会はユニークな方法である実験を行ってきた。医師国家試験委員会の援助で、将来の脳神経外科医のための記述試験がレジデント研修の期間中に与えられている。この試験は後の資格申請時には重きを置かれない。つまり、これは進行過程での試験であり、その成績は個人と研修計画の長にのみ知らされる。この試験はレジデントの残り期間をどうすれば最も有意義に使えるか、または期間をもっと延長すべきかの指針を与えるためのものである。このような試験をさらに幅広く用いること、インターン制度を削除すること、基本的レジデント研修のための機会をうまく利用すること、そして一すべての中で最も基本的なことであるが—その中に含まれる教育的価値を一貫して強調することによって、卒後医学教育に必要な時間は短縮可能となるのである。そして卒後医学教育の指標として、期間の代わりに完成度を使うことさえ可能となるであろう。

第7章 教育病院

卒後医学教育を提供する病院は、米国医師会が毎年発

行する「認定インターン・レジデント制度目録」に記載された必要条件を満たしていなければならない。もし本報告書の勧告が採用された場合に、変更されたり、さらに強調されなければならない主な必要条件について以下に論じたい。

◆ 計画案の規模

もしも卒業後1年目の医学教育が、明確に区分されたインターン制度として今後行われないとすれば、当然の結果として、現在インターン教育のみを提供し、レジデント教育を行っていない約70の病院は教育病院から除かれることになる。

卒後医学教育の初年度からレジデント教育の完了までの全期間にわたって、卒後医学教育計画案が提供される場合のみレジデント制度審査委員会がその計画案を承認するように勧告する。(これは各教育病院が全科にわたる研修を提供しなければならないということではない。)

インターンやレジデントは、患者や上級のスタッフから学ぶのと同様に、お互い同士またはより経験を積んだレジデントから学ぶものである。一緒に働くインターンやレジデントの数がある最低限の数を越えれば学習の機会が増加する。さらに、ある一つの専門科での学習の機会、その専門科のスタッフの数や質だけでなく、病院内の関連医学科や検査室、または他の医学教育のための設備に依存する。

卒後医学教育の計画案は、教育スタッフ、関連科や他の設備の規模やその質が適切だと判断されない限り認定されないこと、そしてこれらの条件に合致した場合は、正式な認定は最も直接に関連する個別の科にではなく、その施設に与えられるように勧告する。

この勧告は、レジデント教育計画案がそれ自体によって評価されたり認定されたりすべきではないということの意味する。もちろん、各計画に直接責任を持つ個々の科の質や設備は考慮されなければならないが、関連科や検査室にも、病院が計画し実行する教育活動に、そして特定の教育計画案が病院全体の教育計画に合致するかどうかにも、考慮がなされなければならない。このことは、個別科よりも病院がレジデント教育計画の質に対して責任を持つことを意味している。したがって、認定は病院の個々のレジデント教育計画にではなく、専門科のレジデント教育を行う病院に与えられるべきである。これらの勧告を受け入れるならば、現在インターンやレジデントの教育を行っている比較的小さな病院は、今後それを続けないということの意味する。いくつか小病院でのレジデント教育計画には非常に少数の学生しか参加していないので、そこで学ぶ実地医家は多数の学生のいる病院

より学習効果が上がらないということになりがちである。今後教育を少数の学生にしか与えない病院は、平凡な教育を与えるか、高価な犠牲を払って教育病院として質を保つか、の選択をしなければならないということになりがちである。もし、すべての費用を考慮するならば、多くの小病院はレジデント教育を直ちに止め、スタッフとしては学生でない者を雇うほうが財政的に有利であろう。しかしながら、小病院の中にはレジデント教育計画の一部として貴重な訓練を提供できる場合もある。その場合には、小病院は完全なレジデント教育を行う力のある近くのより大きな病院のレジデント教育計画の一部を担うことができるであろう。

◆ 患者人口

教育病院は、教育計画を支えるのに適当な種類の病気を持ったある一定以上の患者数を持たなければならないことはいうまでもない。しかし、この基本的な必要条件の他に、スタッフに対してどのくらいの数やどんな症例を割り当てるかという問題がある。

無料医療基金による患者や入院患者数が減少してきているために、卒後医学教育が難しくなっているということは周知の事実である。保険や前払い制度を利用して入院する患者は、指導医や上級スタッフの個人的な患者であることが多い。もし患者がレジデントに当てがわれないならば、教育計画は支障をきたすことになる。病院はこの問題に対処するためにさまざまな調整を試みている。例えば、個々の職員ではなくあるサービス全体として割り当てられた患者を利用すること、病院や大学職員の家族の成員を利用すること、医療サービスを特定の地域住民すべてに提供すること、個人的な患者に「私の助手のジョーンズ先生が責任を持ちますよ……」というふうに説明すること、あるいは、無料医療基金基金による患者や入院患者の不足を埋め合わせる他の方法などを試みている。われわれは教育病院がこの問題に率直に直面し、将来の患者にレジデント教育について知らせるように働きかけたいと考えている。教育病院で提供される医療サービスが他のところで得られるサービスより悪くないこと、それどころか、むしろレジデントは医療の質の向上に積極的に寄与していることを患者は理解すべきである。レジデントは有能である。彼らは高度な能力を持つ指導医にいつも接触している。指導医は若い医師に責任を持たせることに熱心であり、必要なときにはいつでも若い医師の問題解決に力を貸す。病院の教育目標の達成には、教育スタッフが教育目的のために利用される患者に対し最良の医療とサービスを提供することを必要とする。

患者数が適切な場合でも、症例を個々のレジデントに受け持たせるときに問題が生じてくる。レジデント教育をシステム化し、レジデントを特別の科へ割り当てることによって、1人のレジデントは十分な数の症例を診

ることができるが、適切な種類の患者を診ることができないといった不満が起きてくることがある。もし、すべての婦人科の症例が一つの科に行き、大腸や直腸の症例は他の科へ行き、そしてそれらの症例が一般外科へは行かないとしたら、外科レジデントはより幅広い症例に恵まれた場合に比べて十分な訓練は受けられないことになる。

これらの問題の解決のためには、教育病院に入院するすべての患者が教育目的のために利用できることが必要となる。

有料患者と無料基金による患者の伝統的な違いは、一方は料金を支払い、他方は支払わないということであった。現在は、保険や前払い制や政府保険の下に来院する患者が増えてきたので、この区別はなくなりつつある。医学的には、料金を全額支払う患者も、増えつつある保険患者も、減少しつつある慈善患者も区別できないし、医学教育の見地からも区別があってはならない。患者の支払い手段が何であろうとも、教育病院で治療の特典を得たいと願う患者は、医師は訓練されなければならないこと、また医師の訓練のための機会を提供することに社会は責任があることを知っている。実地医家もまた、無料基金による患者がいなくなることに適応しなければならぬし、将来の医師の教育には有料患者を利用することが今や必要であることを認識しなければならない。

◆教育する医師

現在の制度に対する批判として、すべての医学教育—卒前も卒後も—は大学またはその監督の下におかれた教育的環境下で行われるべきだという主張がなされてきた。この議論は広まるとは思えないが、すべての教育病院は大学との関係のいかにかわらず、この主張に対してある程度耳を傾けるべきであろう。インターン制度とレジデント制度は単に年季奉公の期間ではなく、また、下級段階の医療実践の場でもない。それは、複雑で難しい職業に就くための卒後教育の期間なのである。この卒後教育に責任を持つ医師を選ぶ目安は、本質的には他の領域における教授陣を選ぶ目安と同じであるべきである。つまり、学問的に完成していること、十分な経験を持っていること、教育能力があること、その領域への創造的な貢献をしていること、そして教育のために時間と労力を喜んでつぎ込めるほど十分な関心を持っていることが必要である。これらの特性のすべてが容易に評価できるわけではないし、これらの相対的重要性については多くの議論がある。どんな教育でも、優れた教授陣を選ぶのに適した簡単なやり方などはない。けれども上述の目安—われわれとしては最良の目安—は用いられるべきであり、かつ、教員としての医師を選ぶ際には、教育目標をはっきりと肝に銘じておく必要がある。技術上の能力は、当然医師に高い評価と忙しい診療を与えることになる。しかし、それだけでは勤務医を教育するのにふ

さわしい人だということにはならない。実際の診療と教育とは同じではないのである。

第8章 大学の役割

誤解を避けるために、卒後教育を現在も近い将来もすべて大学の責任にすることはできないし、するべきでないことをはじめに言う必要がある。大学病院はすべての卒後教育を提供するのにふさわしいところではない。大学病院はレジデント教育に必要な広さも設備も持っていないし、また必要とされる患者数も、往々にしてその多様性も持っていない。多くの大学病院のスタッフは、次世代の実地医家の教師として持つべき興味と経験が不足している。大学に属さない教育病院が常に必要であることを認識しておくことが必要である。しかし、本章では一本報告書の他の部分とは異なり—卒後教育に対する大学および大学医療センターの特殊な役割を取り上げる。

◆医療における変貌

医学知識の進歩には、個々の特異的な問題の解決に役立つ利点がある。それらを蓄積していくことにより、医学の知識水準をより高め、診療の新しいモデルをつくり上げるといったより大きな利点が生じてくる。

診療は主に症候学的であった。したがって、医学教育は第一に経験的であり、大半が対症療法を学ぶことから成り立っていたのである。いまや、いくつかの病気の機序は、解明されている。体の失調状態を望ましい方向にコントロールしたり変更したりすることも可能である。症候の知識から機序の知識へと発達したことで、直接、医療は大変換とげだし、医学教育においても生物学や生化学、臓器や組織の正常機能や病理的機能に大きな力点が置かれるようになった。機序の理解から原因の理解という、次の大きな進歩はまだ途上にあり、完成からほど遠い状態である。われわれはしばしば機序を原因であるかのように語ってきた。また、単純で唯一の原因によって起こる病気、たとえば同定可能な病因が体内に侵入するような病気については、本来の原因は究明されコントロール可能となっている。しかし、未知の、そして恐らくは多くの要因が原因となっている病気がある。細胞レベルの成長や分化における多くの障害、リウマチ性疾患、また精神医学的疾患がその例である。症候を述べることはできても、症候学的治療は不十分である。過程でのいくつかの障害はわかっている、その原因がわからないためコントロールできないのである。コントロールと治療と予防のために、基礎にある原因、その相互作用およびそのさまざまな症状の理解が待たれている。

上述のような複雑で根本的な病因のすべてが、ある学問領域の研究で見出されるとは限らない。要因のいくつかは基本的に生物学的なので、その研究には生物学の非常に多くの領域を含めなければならない。化学や物

理学も必要である。しかしまた、人間の性格、習慣、感情、家族や社会や他人との相互関係を探究するような心理学、社会学やその他の領域のものも含まなければならない。さらにまた、地理学、気象学や人間が成長し生活する場の環境の側面を扱う研究領域もなければならない。このような複雑な状況の中で、多くの病気は単一の原因で起こっているのではない。化学的・生物学的・心理学的・社会的・環境的变化、あるいは発育上の変化の一つの現われとして、または、これらの複合されたものとして起こってくるのである。そのような多くの変動する問題を十分に探究するには、医学は大学の他の学部と力を合わせなければならない。というのは、どんな病院や医学部でも関連するすべてを研究するのに必要な経験や関心や能力を持ち合わせていないからである。大学の他の学部と協力すれば、病気の相互に関連する多くの原因を十分に理解することが可能となり、また、予防・治療や回復の技術を発達させることができるようになるであろう。病院は、研究面でも患者ケアの面でも、コンピュータを利用したり、基礎に数学、論理学、また電子工学を利用し始めており、そのお陰で発達をとげている。医学研究や診療をするためには、かつては医学部や病院の領域でなかつた学問に依存しなくならなくなった。もし、十分な人材がいて予算にも余裕があれば、他の領域からの研究者や技師に病院を援助させることができるであろう。しかしこのような状況はないし、よしんばあっても、その解決法は対等に協力し合うやりかた以上に効果は上がらないであろう。なぜなら、大学では一病院における縦の関係以上に一研究のリーダーとして新しいアイデアを常に出し、最高の学生を教育しなければならないからである。

◆ 開拓者および教師としての大学

大学医療センターは、学問上の標準と知的環境を提供してきた。これにより医学および医学教育に格段の進歩をもたらした。大規模な研究センターとなりつつある大学と教育病院は、リーダーとして医学教育と医療の改善に努め続けるであろう。これらの病院が他の教育病院を援助するには3つの主要な方法がある。

一つの確立した方法は、新しい教師たちへの教育である。大学医療センターのレジデントや研究員の仕事は魅力的なので、有能な若い医師を引きつけ、それらの若い医師は後に他の病院に移っても教育と研究に多くの時間を費やすようになる。

二番目の確立した方法は、大学医療センターからの新しい知識の流出である。研究業績は普通出版されるが、医療センターでは研究の出版ばかりでなく、その研究により医療技術がより一層発展し、有能な医師ならそれを臨床でテストし、また、技術を完成させることができるところまでもっていかなければならない。大学医療センターには、医学知識とアートや技術を活用し結びつける

人がいなければならない。それは、理論外科医、生化学の教授にもなれるほどの臨床教授、PhDの称号をもつ医師、研究員、あるいは、基礎科学者としての見識をもつ医師である。大学医療センター内には、豊かな臨床経験や知的資源を利用して医学のアートと科学を結びつけ、新しい知識を新しい技術に変えることができる人間もいるので、それを試した後に他の教育病院や臨床医にも容易に伝授できるのである。

他の教育病院に対して大学医療センターが三番目に寄与する点は、最初の2つとは違って確立したものというより、主として未来に可能性を与えることである。

教育上の最近の発展の中で最も価値あるものの一つは、他の教師が広く利用できるように、学者や教育者が集団で努力して、改善された新教材を提供しようとしたことである。この運動は、数学の初等教育から大学までの教育課程が、半世紀の間ほとんど変わらなかったことに対して数人の数学者が起こした反乱として始まった。

それまで数学は変化してきたし、技師、科学者、社会科学者やその他の人々による数学の必要性も変化してきた。しかし、相変わらず古い課程が教えられていたし、新刊の教科書でも既刊の教科書との区別が難しいくらいである。私的財団や国立科学財団の補助金を受けて、数学者や数学教師のグループが高校レベルでの数学教育を徹底的に刷新することに着手した。その結果、名前と同様に新しい考えと内容をもつ教科書ができたり、また、教師や学生用の副読本、映画やその他の教材ができて、多くの学校で利用されたのである。新しい数学課程の開発者たちは、普通の教師が、よく訓練されていないし、数学の新たな進歩に精通していないことを嘆くかわりに、これらの教師たちしか利用できないこと、また、彼らが国家の若者たちに数学を教えていることを十分に認識したうえで、教師たちを向上させる最も確実な方法は可能な限り優れた教育教材を彼らに与えることだと考えるに至った。こうして新数学が生まれた。

この考えは、明らかに良いものであり、数学者がことを運ぶ前に、物理学に広がり、それから化学、生物学に、また後には地学、地理学、英語学やその他の領域にまで広がった。この考えは下は初等教育から上は大学教育まで、また諸外国にまで広がったのである。同じ考えを卒業後医学教育に応用すればどうだろうか。今までに新しい水準や新しい領域に拡大するときには、ゼロから実際の教材を生み出すことが必要であった。ある主題に関する専門家と教材に関する専門家とが緊密に協力し合うことのみが基本的に同じであった。材料を選択し、組織化してそれを表現する方法、そして他の細かい部分までのすべてが、それぞれの新しい主題や関係する世代グループに合わせてあつらえなければならなかった。同じことが卒業教育にもいえるのである。多くの仕事が必要になり、費用も数百万ドルに上るであろう。しかし、この考えは試みる価値があるのである。大学の医療センターが、

他の領域で新しい教材のいくつかをつくり上げた経験をもつ教員の支援を受けるようにすれば、医学教育法や教材の改善をし始める中心的存在となり得る。それらの仕事が成功すれば、その成果は卒後の医学教育プログラムを改善したいと望む病院に提供することができる。

個々の病院によって状況やレジデントが異なり、また、現行の同じ分野で行われている多くの努力は高価で時間のかかるものなので、新しい考えや教材を発展させ、試行し、修正するためには、大学医療センターと他の教育病院が協力することが理に適っていると考えられる。

大学医療センターと他の教育病院のスタッフが協力して卒後医学教育の諸問題を研究するための組織づくりを行えるかどうかを検討し、もしそれが可能ならば、卒後医学教育に広く活用できるような教材や教育技術を改良し発展させるために協力するように勧告する。

◆ 病院のネットワーク

一部には議会活動の結果として、または、医療に対する考え方や慣習の変化によって、病院はネットワークとして統合され緊密に組織されていくであろう。大学医療センターは、そのようなネットワークの核となるものである。他には、大学医療センターの関連病院(定義として医学生が臨床実習を行ったり一定の教育を受ける病院である)や教育病院、あるいはそれ以外の病院が含まれるであろう。このようなネットワークによって病院は患者の治療や医学教育の改善をめざして協力し交流していくであろう。

これらのネットワークの規模や性質、およびそのネットワークを構成する病院間の関係はさまざまに変化するであろう。個々の調整がどのようなものであれ、病院サービスのため、コンサルテーションのため、一つの病院で買うには高すぎる設備、例えば、膨大な量の詳細な情報を蓄えていて、その情報をいつでもどこでも必要ときに提供できるような大容量高速コンピュータを共同購入するため、またさまざまなレジデント教育のために、大学医療センターと他の教育病院および非教育病院は緊密に結びついていなければならないという論理が成り立つのである。このようなグループ診療に似た病院のグループ化は、病院と患者に利益をもたらすのである。

◆ ヘルスケア

病気を治すだけのサービスに飽きたら多い多くの医師は、より内容があり、もっと長い道程の健康サービスへの夢を抱いている。彼らの目標は、病気を予防すること、患者を到達しうる最高の健康水準に維持することである。衛生、予防接種、公衆衛生活動、栄養指導、健康増進計画などがすべてこの方向への試みなのである。しかし、その他のステップも踏まなければならない。症状の治療からいくつかの病気の機序の理解や病気のコント

ロールまで進んでいく過程のなかで、医学は生物学や化学と結びつくことではかりしれない利益を得た。実際、医学は“われわれを助けるのに何ができるか”という問いをこれらの学問に発して、非常に効果的な答を得たのである。

ヘルスケアの満足のいく組織が発展するためには、医学は他の学問に向かって“われわれを助けるために何ができるか”と問わなければならないだろう。人々を可能なかぎり健康に維持するためには、農業、栄養学、工学、建築学、環境化学、社会学、心理学、教育、そして、おそらくはその他の学問とも協調が必要になってくるであろう。何が必要かを正確に予言することは誰にもできない。なぜなら、いくつかの問題がまだ公式化されていないからである。しかし、人々の健康を維持するためには、彼らを病気にさせるすべての要素について考慮しなければならない。

学際的な性格をもった研究が今後なされるようになるであろう。健康上、医学上の問題に対して、他の学問からのみ解答が出されることもあるであろう。単純だがしばしば見逃される例として、患者が医師の指示を全く違った意味に解釈することがある。医師は、自分と患者が習慣、性質、価値観、そして普段使っているような言葉の意味さえも、どのように異なっているかよくわかっていないことがある。ラベルの解釈についての最近の研究で、対象の人々のうちのかかなりの数が、“解毒剤”という表示を使用前に調剤と混ぜるものだと取り違えていたという驚くべき事実が明らかになっている。この場合には、医学と英語学の協力が実りあるものになるであろう。

大学は、ヘルスケアの幅広い計画の概念化やその技術をつくり上げていくうえで、必要となるあらゆる知識人を見出すことのできる唯一の機関である。

やがては、今は医学とは関係が少なくな分野のものが医学教育の標準的なものとしてかかわってくるであろう。医学が他の領域から有効に学ぶものは何かを見出したり、“われわれのために何ができるか”という問いに対して有効な答を見出したりしている間に、大学はその地理的な近さと伝統によって、協力し合い、有効なヘルスケア・プログラムをつくり出す機会を得るだろう。

◆ 他領域へのかかわり

科学およびアートとしての医学は大学の他の部門との密接な協力により恩恵を受けるが、その利益は一方向だけではない。現実の問題に触れることによつて、教育と基礎研究に生気が生まれ、その意義が明らかとなってくる。純粹の生物学は、医学や農業のために行われた仕事から利益を得てきた。物理学は工学から恩恵を得てきた。言語学の研究は、言語教育法の改良をするという軍事上の必要性のお陰で進歩してきた。

医学と他の学問の相互作用は、知識や技術の特殊なか

かわりあいの交流にとどまらない。もの見かたや分析、思考の方法も交流されるし、ときにはその過程で枠も広げられ改善される。コミュニケーション理論、ホメオスターシスの概念、ジークムント・フロイトの思想、厳密な実験計画の方法という4つの全く異なつた例を引用してみても、一つの領域の考え方が他の領域にいかにか深く浸透し、またそれを刺激しているかがわかる。人間がつくってきたすべての施設の中で、大学は知的な交流を継続的に促進させる場所である。ペンシルバニア大学の事務総長である DavidGoddard は第6回医学教育年次総会で、“大学はその一部に立派な医学部を有する場合、一層活気のある知的な場所となる”と述べている。医学部が大きな大学の中に含まれるときに、一層活気のある知的な場所になることもまた真実である。

◆ 国家の目的

科学、技術、産業組織、管理技術が進歩し、裕福になったので、米国が主な国家目標を設定し、それに向かって努力を集中すれば、成功することが期待できるようなところまで来た。平和なときの最も大きく最も高価な例は、人間を月に送り安全に地球に帰還させるという日標である。癌の化学療法プログラムと、ボストンからワシントンまでの人口密集地域の高速地上輸送計画は、また別な莫大の金のかかる国家計画の例である。これらの計画の構想についてときおり論争が起こった。擁護する人もいれば批判する人もいる。将来の国家計画も論議されるであろう。しかし、人間はいつも探究する生物である。人間は自分が可能と思うものなら何でも試みる。そして、豊かで、工業化して、技術的にも科学的にも能力を持つ米国に生きる人間は、世界を自分の望むように変えることができると考え始めている。つまり、海洋や海底の資源を開発したり、天候に実質的な変化を加えたり、より生産的な世界食糧組織を計画したり、人口増加をコントロールしたり、ヘルスケアの改良された制度を發展させたり、人間の機能不全となった臓器を日常的に治療し、置換し、さらに人工のものを提供したり、空気、水、土地の汚染をコントロールしたり、大都会から害虫を除去したり、さらに、おそらくは生化学的手段をもって遺伝子を修正し、知的能力を改良したりといったことを考えている。これらの期待のいくつかはあまりに楽観的すぎるかもしれないし、望ましくないものもあるであろう。そして、すべてお金のかかるものである。いずれを着手するにせよ、その前に費用はどのくらいか、他の方法がないかどうか、予想される結果、相互作用、そして危険性や副作用についても検討することが必要である。その後、これらの点について経済的・工学的・社会的、そして政治的側面から詳細に検討しなければならない。

これらの大問題のいずれもそれだけでは医学上の問題ではないが、多くは医学的側面をもっている。医学的思考は寄与し得るし、これらの問題に関する決定は医学的

思考やその診療にかかわりをもっている。これらの問題のいずれも、単に工学的問題であったり、医学的・経済的問題であったりはしない。すべて多くの学問からのかかわりあいを必要とする。研究、システム解析、可能性の研究、さらに社会的・経済的・法律的、そして倫理的側面からの結果を予測するためには学際的な仕事が必要であり、それらは行政機関においてなされる。おそらくこの仕事は、その目的のために特別に設けられた機関で行われるだろう。また、多分、大学がその責任を負わされるであろう。主な責任がどこにあるとも、大学や産業や政府が大きく関与することになる。

このように広範で学際的性格をもつた計画的研究は、伝統的な大学にとってはなじみのないものである。ある意味では、これらの研究は、自分で選んだ目標に向かって、自分で選んだ問題に取り組んでいる学者集団の考えとは直接対立するものである。しかし、それらが将来の大学にとってなじみのないものとしてすませるわけにはいかない。なぜなら、大学はそれに必要な知的資源をもち、大学は次世代の学者たちがそのような大問題に対して効果的な仕事ができるように教育するところだからである。大学がそのような大問題に取り組み、その能力の一部を傾けることになれば、電子工学の専門家とともに働く医師たち、経済学者とともに働く工学者たち、法律家とともに働く社会学者たち、といった具合に、これまでの学問領域を2つ以上合わせたグループをつくることによつて共同して働く人々が多くなるであろう。また、さまざまな組織上の工夫が用いられるであろう。つまり、学問領域ではなく一つの問題に対して研究所を組織したり、各学部間のセミナーや委員会を開いたり、2つもしくはそれ以上の学部と同時に研究者を関係させたり、そして他のまだ考えられていない工夫をすることなどである。大学内なので距離が近いし、知的協力をするという慣習をつくれれば、すべての関連学科や関連した専門職と医学とが有効に結びつき發展することになるであろう。密接な結びつきができると、有効な協力関係ができあがり、金のかかる不幸な過ちを防ぐことにもなると考えられる。

◆ 大学医療センターと卒後医学教育

大学の医学教育に対するかかわりを、本章および前の章で議論してきた。大学医療センターは、第5章で述べたように包括的で継続的な医療を教える施設をつくったり、また、第6章で述べたようにレジデント研修に対する責任体制を整え、基本的な研修の新しいプログラムを始めたりするパイオニアでなければならぬ。そうすれば、大学病院は他の病院のモデルとなり得るのである。本章の前半で示したように、研修プログラムや教育の概念、あるいは開発された技術や教材を伝授することで、他の病院を援助することが可能である。

混沌とした将来を考えるにつけても、他の領域との緊

密な結びつきは必要であり、急を要するものである。医学でも他の領域でも知識は増え続けていくであろう。知識がさらに増えればより一層専門分化することになり、それが一層の細分化につながり、専門家への依存度を大きくする結果になる。細分化と相互の依存性が増大すると、さまざまな専門家間の協力と交流のための新たな手段を確立することが必要になってくる。そのためには、適切な医学部教職員、病院職員、物理学部、また大学教職員の必要な最低限の定員数を増やさなければならなくなる。

優れた設備が増えるにつれて費用が増し、そして、ケア向上を目指せばそれにつれてより大きなグループ化をもたらすことになる。小数で使うには高価すぎるような設備でも、多数の人々には経済的になり得る。小さな病院にとっては不適切なコンピュータ情報システムが、より大きな病院では多大の効果を生じ得るのである。高度に専門化した設備は非常に高価なものであり、また、めったに必要とはされないの、地域単位で利用するようになったほうがよい。

このような傾向は、将来さらに強まりより顕著となるであろう。つまり、地域において病院のグループ化が進み、医療センターと大学の他の部門とが協力し、さらに大学医療センターがネットワークの中心となって、多くの学問領域の資源、多くの専門家、多様な情報や多くの専門的なサービスなどを提供し、センター内の患者やネットワークの他の病院の患者に利益をもたらすといった具合になるであろう。この傾向は今後も続くであろう。というのは、知識が増えるにつれて、その専門化と細分化がもたらされるが、それに伴って、より高いレベルで組織化が進み、その組織の中で多領域にわたる専門家が協同で仕事をするといつたことができやすくなるからである。今後課せられる問題は幅の広いものであり、大学と卒業後医学教育の間の関係は現在よりも一層緊密になることが不可欠である。病気の経過とその性状を左右する多様な原因とその相互関係は、現在のところ理解が不十分であるが、将来においては、知識がさらに進歩してより深く理解されるようになるであろう。医療ケアと実践がますます洗練され、医療ケアの最良の形態に向けての進歩がなされ、研究と学問の進化した結びつきの異なる領域の間の知的な結びつきが深まり、大きな計画を遂行するために基本的に協力し合うようになれば、医学教育と大学との密接な結びつきが例外なく必要となる。そしてこのように密接に結びつくためには大学は変化し適応しなければならず、そうすることによって大学はヘルスケアの改善に十分に寄与することができるのである。

第9章 卒業後医学教育の監督

歴史学や物理学などの学会に加入する際には、それぞれの学会で独自に定めた、研究業績の学術性などが問わ

れる資格審査に合格しなければならない。こうした審査には、部外者の意見や法的規制が介入することは不要とされている。しかし、実際の職業に従事する場合には事情は全く異なる。特に人々の健康や財産や福祉に直接影響を及ぼすような、法律や医療などの職種では、その業務内容に対して一定の規準を設定し制限を加えることが必要となる。

この規準は、通常は各職種の専門家によって設定され、これにより受益者側が保護されると同時に、その職種に従事している人達自身もいろいろな意味で保護されるという利点がある。また各職種に対する制限としては、基本的にはその職種に就く際に政府機関がその人の適否を審査し、認可や免許を与える形でなされている。

なかでも医学の分野では、多種多様な規準の設定と制限が種々の機関によってなされている。

第一に医学部への入学は、医学部の管理下におかれている。

医師として就業することへの認可は各州によって個人になされている。国家試験を州の試験と同等とみなすことも広く認められてはいるが、州単位の試験も依然として強い権威を持っている。

また、インターン制度の認可に関しては、米国医師会の医学教育部会がインターン制度審査委員会の協力のもとにその責任を負っている。

さらに、レジデント制度の認可は各専門分野毎のレジデント制度審査委員会によってなされているが、この委員会は、医学教育部会やそれぞれの専門医委員会、ときには当該専門領域に応じた大学や学会によって設置されている。

そして、各インターン制度やレジデント制度での研修採用の決定は、個々の病院の当該部門や担当者の自由裁量に委ねられている。

専門医としての認定は、個々の専門分野の試験委員会による専門医試験によつてなされる。

個々の病院で、医師が医療行為をしたり病院設備を使用したりする際の許可は、おのおのの病院の経営者らによって決定されている。この決定に際しては、その医師の専門医認定試験の成績が考慮されることがしばしばある。

このように、種々の認可や採用に際しての責任の所在は、医学部、病院、州、米国医師会、専門医委員会、関連学会と、一定していない。個々の制度は、おのおのが設定された時期のそれぞれ特殊な事情に応じて創られたもので、当時はそれぞれ理にかなったものだったが、これほど込み入った状況になるとは誰も予測できなかったようである。

それぞれの制度が、それなりに発展してきたために、逆に変化に対応しきれなくなってきたのである。

医療の現状に対する批判が強まっているのも、このように、制度がいたずらに複雑で改革しにくくなって

いるためと思われる。こうした状況で、すべての制度をまったく新しいものに改革してしまうことは不可能であるが、しかし、いくつかの大幅な改革を行うことは可能と思われる。ところが、各専門領域でのインターン制度やレジデント制度の研修内容や認定規準の決定は、いずれも各専門領域での高名な、ほんの一握りの医師たちによってなされているので、このような状況ではそれらの内容は指導者自身が訓練を受けた時代と、方法や規準も、良いところも悪いところも同じになりがちで、改革を実行するどころか、ときにはそれを思いつくことさえ困難である。制度の複雑さに加えて、このような縦割りの状況が進むと、改革は一層困難となる。最新の知見が絶え間なく流入してくるような分野でありながら、それに応じた改革がなされなくなってしまうのである。全体の構造がこれほど豪雑なのに、実際にはなんとか成り立っているのは、医学教育部会と多くの医学教育者が努力しているためであり、また、担当者の個々の役割が重複していたり兼務があるために、形式上の見た目よりも実際はずっとうまく協調がとれているのである。例えば、医科大学の教員がしばしばインターン制度およびレジデント制度審査委員であったり、専門医認定委員であったりするし、教員の中の何人かはインターン制度やレジデント制度がおかれている関連病院の医師であったりするのである。教育や専門医の認定に熱心な部門では、特にこうした非公式のネットワークが大きな協調効果をもたらしているようである。

◆ 継続的な再審査の必要性

医学の発達速度が増してきたために、事業後にも継続的な再審査を行ったり、年後教育の向上に努めねばならない時代となった。

継続的な再審査がなされるためには、それに関する指導力を持ち、責任を負う資質と権威を兼ね備えた機関がなければならない。医学教育部会はこの機関にかなり近い性格のものだが、現在は他の多くの機関にも責任が分散しているので、それぞれが部分的にしか責任を負っていない状況である。これらの諸機関は卒後医学教育の改善に多大な努力をはらってきたし、その一部は成果を上げてはいるが、十分な効果を上げるには全体があまりに細分化しすぎている。だから、医学教育部会よりももつと強大な権威をもち、卒後教育全般に深い関心を持ち、今よりも高い次元での統合を行う能力のある中央組織が必要なのである。

このような中央組織が必要であることを主張すると、現在の卒後医学教育に関与している機関や組織の自主性を脅かすものと受け取られるであろうが、事実、より効果的で柔軟な組織にするためには、現在ある数多くの機関の自主性を弱めなければならないのである。

合衆国ではこのような組織をつくる際には、当事者が率先してその設立の任にあたるのが通例となつている

が、この中央組織も、当事者である医療職者の自主的な行動によってつくられるべきであろう。この組織を通して、審査機能を発揮し、関連各方面との関係調整を行い、教育計画の改革などを行うのは、政府ではなく専門家である医療職者であるべきである。

しかし、医学界は非常に形式主義的な世界なので、新しい組織をつくるには医療職者の自主的な行動だけではなく、高度な政治力や社会的合意も必要となることも事実である。この新しい組織は特殊な部門や専門領域にとられることなく、医学全体に関与するものでなければならぬわけであるから、この組織が自由に活動できるようにするためには、確固とした独立性が必要であり、またその改革が効果を上げるためには、この組織に強大な権威が必要となるであろう。米国医師会の医学教育部会は、既存の他の機関に比べてこうした条件をかなり満たしているのだが、医学教育部会の現在行っている業務をさらに拡充させることにはかなり問題が多いと思われる。

かと言って、病院自体に教育の内容を決定する独自性の権限を与えることは、病院が教育を主目的とする機関ではないことから、不適当と思われる。

大学や医学部は、以前とは異なり、現在ではこのような責任を負うことを避けており、改革に備える様子もなく、こうした新たな制度に大学が権威を持たせようとする動きもほとんどみられないままである。

Coggeshall 報告書によれば、この目的に適う機関として米国医学校協会が上げられている。米国医学校協会が卒後医学教育にまで関与してくることは多くの利点があるであろうが、しかしこの協会だけに単独で責任を負わせても他の諸団体がそれを受け入れるかどうか、逆にこれらの団体の関心を損なうのではないかという懸念もある。

また、専門医委員会や医学会は会員や活動の内容を限定しているので、卒後医学教育全体に関与する機関としては不適切である。

要するに、現在のいかなる機関も十分にふさわしいものとは思えないのである。

したがって、卒後医学教育の規準と卒後医学教育機関の審査・設定方法を立案、調整し、定期的に審理する目的で、新たに卒後医学教育委員会を創設するように提案する。

この卒後医学教育委員会をつくるにあたり、委員会の構成、委員の資格、委員の選出方法の3点がまず問題となる。

この委員会を有効に機能させるには、委員の人数を10人、任期を5年間とし、毎年2人が入れ替わる程度の規模にするのが適切と思われる。また、委員の新旧交代を円滑に行い、新鮮な発想を導入するためには、5年

間の任期の終了後2年間は再選されないのが望ましいと思われる。最初に任命された委員のうち数人は、あらかじめ短い任期で任命されることになるが、もし他の委員が途中で死亡したり、引退したために補充が必要になった場合は、短い任期だった委員が直ちに再選されても構わない。

委員を選出するに際しては、医学教育や医療での経験が豊富な人が選ばれるべきであろう。また、おそらく委員の大半を医師が占めることになると思われるが、医学の基礎となる種々の科学分野からの参加も必要であろうし、また、何人かの委員は医学とは無関係な分野から選ばれるべきであろう。考えてみると、医学とは公共的性質を有する職種であり、高等教育を必要とし、また、慈善活動や公的基金にも依存しているなど、さまざまな形で一般社会と連携しているわけであるから、卒後医学教育の諸問題を、医学のみにとらわれない、より高い視点から考えることのできる、医学以外の分野からの委員を何人か採用することは、非常に有益かつ必要であると思われる。

この委員会がその英知と指導性を自由に発揮するためには、医学教育や関連諸科学や高等教育や行政などに優れた能力と業績を有する人材を、他の利害にとらわれずに、その人の実績のみに基づいて、委員に選出する必要がある。そして、委員のうち2人以上は、医学やそれに直接関連した基礎科学以外の分野から選ばれるべきである。

そこで、委員をどのようにして選出するかが問題となる。各専門医委員会、種の病院団体などの各種の医学団体はその数が多すぎて、それぞれから代表を選ぶことは、この委員会の規模では不可能である。また、こうした人数枠の問題がなかったとしても、選出の際に数多くの団体に責任を分割することは基本的に誤っている。委員会とは個々の利害の連合であってはならず、委員は利害団体の代弁者であるとみなされたり、あるいは自らをそのように考えてはならないのである。ここで提案しているのは、各団体の連合としての委員会ではなく、卒後医学教育の改革に全力を注ぐことのできる、機能的かつ公正な、いかなる特殊利害からも独立した委員会なのである。

この委員会の委員の選出を行うのは、医学教育部会が最適であると思われる。

その理由としては、医学教育部会が他のいかなる医療組織よりも卒後医学教育問題に精通しており、また今までにも医学教育の改革に貢献してきた多くの実績を有していることなどがあげられる。

ただし、医学教育部会は、委員を選出する機関となるべきではあるが、実際の委員の任命に際しては、広く人材を募り、また会の構成を均衡のとれたものとするために、他の組織の援助が必要であると思われる。

その組織として米国医学校協会を推薦する。米国医学校協会は数多くの医学団体の中でも特色ある役割を果た

しており、特に医学教育に強い関心をもっている団体である。この協会は今までも卒後医学教育ではなく卒後教育に関心を注いできたが、医学教育においては卒前と卒後は一連のものであり、互いにもつと密接な関連をもたせねばならないと思われる。これらを考え合せた結果、米国医学校協会にあらかじめ6人以上の推薦名簿を提出してもらい、その中から3人を医学教育部会が選出し、任命する方式を提案したい。

さて、医学界以外の分野からの委員の選出については、医学界以外の社会を代表する組織となると連邦政府以外には少ないが、しかし政府が委員を推薦するのはもちろん適当ではない。

そんななかで、国立科学協会は公共の福祉に大きく寄与しており、またこの組織が行ってきた科学研究とその応用には非常に優れた伝統があり、委員を推薦するにふさわしい組織であると思われる。具体的には、国立科学協会が提出した4人以上の名簿の中から、医学教育部会が2人を任命するのが適当であろう。

これら医学教育部会、米国医学校協会、国立科学協会の3団体以外の団体にも、委員の選出に参与する機会が与えられるべきであり、この3団体は他の団体からも委員の推薦を受け、それについて十分検討すること、また医学教育部会と米国医学校協会は卒後医学教育の諸問題について、関連する諸団体と積極的に相談することが望まれる。

どの団体が推薦するにせよ、委員には卒後医学教育に大きく寄与すると思われるような人を指名することが絶対条件であり、単なる代表としての推薦であってはならない。委員となった者には、ある団体から指名されたということを告げないか、あるいはそれを無視できるようにすることが望ましいであろう。

医学以外の分野から委員を選ぶ際には、どの団体でも候補者を推薦して良いが、前に述べたように、このような作業は特に国立科学協会が中心となって行うべきであろう。

一方、医学の特定の分野の関係者や、特定の地域の人、あるいはあまりに似た考えをもつ人たちなど、委員に何らかの偏りができることのないように、特に医学教育部会が調整役を努めねばならないであろう。

結論として、以下のことを提案する。委員会は10人の委員から成り、すべて医学教育部会によって任命される。それらのうち3人は米国医学校協会によって推薦された6人以上の中から、また2人は国立科学協会から推薦された4人以上の中から推薦され、また他の5人は、医学教育部会により推薦母体の制約なしに選出される。卒後医学教育に関連する他の諸団体は、推薦名簿の作成の際に意見を述べる機会を与えられる。後任が選ばれるにあたっては、最初の委員が選ばれたときと同じ方法で推薦名簿の中から選出される。また、常に委員の2人以上は医学以外の分野から選ばれねばならない。そして、

すべての委員はその人自身の実績のみに基づいて選出され、各自の出身団体の代表としてではなく、医学教育に対する独自の理念に基づいて行動することが求められる。

◆ 卒後医学教育委員会の責務

新しい委員会の責務のうちのいくつかは、元来、医学教育部会が担当していた多くの責務の一部を引き継ぐ形になるであろう。全く新しい責務も当然含まれるし、またいくつかの責務は医学教育部会が他の団体と共同で行っている責務を強化する形になるであろう。

まず、委員会は毎年レジデント教育規準を設定し、公表せねばならない。しかし、この規準に合致するのがどのレジデント研修計画なのかを決定するといった具体的な作業を、本委員会自体が直接行う必要はない。各レジデント制度審査委員会の任命や、各病院の教育計画の審査をするよりも、全体の規準や方針の改善を進めるほうがより効率的であると思われるからである。こうした観点から、レジデント制度審査委員会の任命や、教育病院の審査、レジデント制度のある機関のリストの作成などの業務は医学教育部会が行うべきであると思われる。

卒後医学教育委員会は、各レジデント制度審査委員会に、毎年、活動内容と問題点に関する報告書を提出させ、審理し、意見を加えるとともに、同委員会が定めた規準や手続きに対する各レジデント制度審査委員会の意見を受理し、検討を加える作業を行う。また、必要に応じてレジデント制度審査委員会の共同会議を招集したり、共通の問題について検討するための特別組織を設置することも行う。

また、この委員会は各専門医委員会にも、卒後医学戦青の問題に関する報告書を毎年提出させ、意見を加えて、各専門医委員会との協力体制をとり、やはり必要に応じて専門医委員会の共同会議を招集したり、特別組織を設置して相互に関心のある問題について検討を加えるなどの作業も行う。

さらに、必要があれば委員会はいつでも自由に臨時のコンサルタントを任命できるし、また、諸機関が関心をもっている問題点に関する検討会の開催を呼びかけたり、あるいはその開催の求めに応じたりすることも自由にできることになる。

この委員会は、卒後医学教育のための基本方針の決定機関として機能するのであるから、単に各レジデント制度審査委員会などの業務や活動を監視するだけでなく、それらの組織同士の相互関係、卒後と卒前の医学教育の関連、時代の変化への卒後医学教育の対応などにも注意を払う必要がある。そしてときには、卒後医学教育の改革に役立つような、知見や方法論に関する研究－財団の援助を受ける場合も合わせて一の助成も行うことになるであろう。また同時に、卒後医学教育の現状や問題点、行われている改革について、公に定期的に報告する義務も

生じるであろう。

さて、ここで提案した制度と現行制度との主な違いをまとめると以下ようになる。

卒後医学教育の全体にわたる監督が、現在はなされていないが、卒後医学教育委員会という新しい組織がこの業務を担当する。

この新しい委員会は、専門医諮問委員会と専門医連絡委員会が教育面で行っている業務を担当し、また医学教育部会が行っている業務の一部も担当する。

インターン制度審議会は廃止される。

レジデント制度審査委員会は一示された規準の中で2年目以降と同様に卒後1年目の医学教育計画についても検討する。

卒後医学教育委員会は、卒後医学教育全体を改革するための審理や検討を行い、この理想を追求するうえで医学教育部会よりも一層明確な指揮権を持つ。

卒後医学教育委員会がつくられると、現在の専門医諮問委員会の機能は変わってくるであろう。

専門医諮問委員会には19の各専門医委員会からの2人ずつの代表と、米国医学校協会、州専門医連合、米国病院協会、国立医学試験委員会のそれぞれからの2人ずつの代表が参加している。その主な業務は新しい専門医委員会がつくられるべきか否かを決定することであるが、現行の専門医委員会やレジデント制度審査委員会の施策には、ほとんど何の影響も与えていないような状態である。

この委員会は、率後医学教育委員会が関与しないような問題点について、各専門医委員会が集って検討するような場合などには有用とも思われ、その存続の是非や改革の必要性については、今後将来的な見地から決定せねばならないであろう。

◆ レジデント制度審査委員会

レジデント制度の計画を審査し認定する際には、以下の2つの異なった観点に特に留意すべきである。第一に、各専門分野の教育者や経験者の、経験や知識や規範などを十分尊重する必要がある。一方、医学全般を見わたす観点も必要不可欠である。なぜなら、例えば外科的な訓練について熟知しているのは外科医ではあるが、しかし外科等の専門科は、おのおの医学の一分野にしか過ぎず、全体について熟知しているわけではないからである。

したがって、各レジデント制度審査委員会に、その専門分野以外からも数名の委員を加えることを勧告する。

特に、他の医学分野でのレジデント制度の運営にあたっている人をこの審査委員に選ぶのが望ましい。もちろんこの委員は、人数のうえでは少数派なので、その委員会で指揮をとることは無理であろうが、各レジデント制

度審査委員会が、一層幅広い経験と判断力を備えるためには、こうした部外からの参加が必要不可欠と思われる。

また一方で、この委員たち自身も、この職務により、レジデントがその病院の職員や業務に溶け込んでゆくさまを知ることができるという利点があるわけである。いうまでもなく、彼らには、特定の専門科の伝統を擁護するのではなく、医学教育全体にわたる、より広い視野に立って、そのレジデント制度を監督することが望まれる。

◆ 期待される利点

卒後医学教育委員会ができることによつて何がかわるか、あらかじめすべて予測することは不可能だし、また改善がすべて直ちに成果を上げるとも思えない。それ以前に、本委員会の勧告が承認されるまでにはなお多くの議論が必要であろうし、よしんばこの委員会ができたとしても、それが十分に機能するまでにはもっと永い時間を要するものと思われる。

しかし、もしこの委員会が発展すれば、その業務のみならず、その優れた指導力が大きな利点をもたらすものと考えられる。

事後医学教育の諸問題—これまで各章で論じられた問題も含めて—の解決のためにはさまざまな実験的な試みを行う必要がある、また一方ではその成果を詳細に報告し公表しなければならないが、こうした業務の面でもこの新委員会は期待できよう。

しかし、こうした実験的な試みをするには、関係者の種々の協力体制や合意が必要である。

例えば、各専門医委員会の認定条件の格差の問題で、中でもよく引き合いに出されるのが、産婦人科や泌尿器科に比べて一般外科ではその認定に要する外科的訓練の規準が著しく高いことである。これら三者の専門医は一般に手術の能力に関しては同程度と思われるが、実際の外科的な訓練期間は産婦人科が18か月に対して、一般外科は4年間となっているのである。

こうした場合に、卒後医学教育委員会は、該当する各委員会を招集して、このような格差をできる限り是正するよう検討させることになるであろう。

同様の問題が、各専門の間での医師の配分に関してもみられる。

医学の専門分化が進むにつれて、どの専門分野に進む医師が多いか、という構成比も変化してきている。

新卒の医師たちがどのような割合で各専門分野に進んでいくかをみれば、将来この構成比がどのように変わるかを予測できるわけだが、現在、一般医は減少傾向にあり、一方ではとんとすべての分野の専門医が増加してきている。もっとも、種々の要因によってその増加の実態はさまざまなものとなっており、例えばこのままでは将来には外科医、精神科医、病理医は現在の2倍の数となるのだが、果たしてこれだけの人数が必要なのであるか。また、小児科医や内科医の数は比較的わずかな数の

増加に留まっているが、これで十分なのであるか。もしも現在の専門分野間の配分が適切なものであるなら、いま予想されている方向に配分が変化していったら、どんな結果を招くのであろうか。あるいは逆に、この配分が現在よりさらに適切なものとなっていくのであろうか。

専門分野間の配分の変化を知り、その均衡を保つには、定期的な調整が必要となるであろう。卒後医学教育委員会は、こうした調整を行うことに対する合意を得るために、医師の適正配分に関する研究を進め、病院や各専門医委員会の代表と協議することになる。

ここでさらに他の特殊な問題にも言及することはできるが、結局のところ新委員会の再重要課題はそうした特殊な問題を解決することにあるのではなく、卒後医学教育に現在より高度な指導性と強調関係をもたらすことにあるのである。強い指導力を発揮すれば、現在ある多種多様な組織や機関も、一体となってより建設的な適応力をもつことができるようになるものと思われる。

この卒後医学教育委員会が、勇気と信念と寛容と協調の精神を十分に発揮して、幾多の難題に取り組むことを期待したい。前に述べたような、種々の改革を実行する指導的役割をこの会は果せうと信じるし、またそうでなくてはならない。そして、この会が機能することにより、医療職者は、種々の状況の変化に今までより一層速やかに対応できるようになるであろう。

卒後医学教育には、陽のあたらない部分に光を当て、重要な問題について真摯な態度で検討を加え、必要な改革を強力な指導性により押し進めるような組織が必要である。卒後医学教育委員会が、卒後医学教育全体の責任ある方針決定機関として、効果的にその機能を発揮し、今回のような外部からの提言を今後必要としなくなることを切に望むものである。

Notes

Chapter I

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada, Bulletin No. 4, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, 1910.
2. Peterson O.L., Andrews L.P., Spain R.S., and Greenberg B.G. Analytical Study of North Carolina General Practice, 1953-1954, Journal of Medical Education, 195631(12):1-165, part 2.
3. Surgeon General's Consultant Group on Medical Education, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Physicians for Growing America, U.S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1919.
4. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, The Advancement of Medical Research and Education, U.S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1958.
5. Coggeshall L.T. Planning for Medical Progress

through Education, Association of American Medical Colleges, Evanston, Illinois, 1965.

6. The President's Commission on Heart Disease, Cancer and Stroke, Report to the President: A National program To Conquer Heart Disease, Cancer and Stroke, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1964.

Chapter 3

1. Lowell T. Coggeshall, Planning for Medical Progress through Education, Association of American Medical Colleges, Evanston, Illinois, 1965.
2. Report of the Commission on the Cost of Medical Care, American Medical Association, Chicago, 1964, Vol. 1, page 17.
3. Quoted from Selig Greenberg, The Troubled Calling, Macmillan, 1965, page 184.

Chapter 5

1. Quarterly Tables of Distribution of Physicians by Type of Practice, American Medical Association, Chicago, Vol. 17, Supp. No. 21, July 5, 1965.

2. From the report of a study of attitudes toward medical practice conducted by the Opinion Research Corporation of Princeton, New Jersey, and quoted from Mac F. Cahal, The Image, JAMA, Vol. 185, July 20, 1963, page 187.

3. Harvey Brooks, The Deans Report, 1963-64, Harvard Engineers and Scientists Bulletin, No. 45, 1964.

Chapter 6

1. Unpublished report to the Commission by Patricia Kendall, Bureau of Applied Social Research, Columbia University, New York.
2. From the statement of requirements for residency training in obstetrics and gynecology, Directory of Approved Internships and Residencies, 1965, American Medical Association, Page 292.

Chapter 8

1. This description of medical Progress from symptoms to mechanisms to causes is adapted from Anthony M.-M. Payne, Innovation out of Unity, Milbank Memorial Fund Quarterly, Oct. 1965, Vol. XLIII, No. 4, Part 1.