

＜特別企画 2＞

明日の神経内科専門医を育てるために

西澤 正豊

(臨床神経, 49 : 765—768, 2009)

Key words : 専門性, 専門性教育, 専門医綱領, 神経内科専門医, 日本専門医制評価・認定機構

「専門性 professionalism とは？」

扶氏医戒之略

ある人をその分野の専門家たらしめる専門性 professionalism とは具体的に何を指すのだろうか。「プロ professional としての自覚を持て！」と医学生・研修医に指導する時、「プロ」とは何を意味しているのだろうか。

一般論として考えれば、「プロ」であるための要件として第一に挙げられるのは専門的知識である。専門的な知識を持たない者を誰も専門家とは呼ばない。知識が第一であれば、第二の要件としては専門的技術ないしは技量が挙げられる。しかし、専門的知識と技量を備えているだけではやはり専門家とは呼ばれない。専門的知識と技量を裏付ける第三の要件として、その道の専門家であれば代々継承してきた伝統的な価値観、使命感、倫理観、あるいは矜持などを受け継いでいることが求められる。では医療に従事する者にとっての第三の条件とは何だろうか。

専門性を医学教育でどう扱うか？

欧米でも医学・医療の分野における専門性に関しては、1970年代後半までは医学教育カリキュラムに取り上げられることはなく、医療倫理やヒューマニズムについて体系的に教育されることもなかった。しかしその後、医療における専門性、医療倫理、モラル、ヒューマニズムなどの原則を医学生に身につけさせるためのカリキュラムが開発されてきた。

David T Stern は 2006 年に New England Journal of Medicine に発表した「The Developing Physician—Becoming a Professional」の中で、専門性教育においては、生涯にわたる医学の実践を通じて次の 3 点の重要性を強調している。すなわち第一は、期待される目標を設定すること (setting expectations)、第二は経験を積ませること (providing experiences)、第三は成果を評価すること (evaluating outcomes) である。プロであるための要件が研究対象となっていること自体興味深い。欧米の価値観においては、ここにいう第三の要件が何であるかはいわば自明の内容であるためか、具体的には述べられていない。

医師のパートナーである看護職にとっての第三の要件としては、「Florence Nightingale の誓詞」が現在も生きている。看護学校での戴帽式において、ナースキャップを身につけてこの誓詞を唱和することは、自らも Nightingale の精神を受け継ぎ、これから看護の道を歩む決意を表明するという重要な意義がある。

医師にとっても、かつては Hippocrates の誓いがあった。Beauchamp & Childress による臨床倫理学の 4 大原則の一つに挙げられる non-maleficence (無危害原則) は Hippocrates にある「do no harm」そのものであり、現在も欧米における倫理観の中に生きている。しかし、さすがに時代にそぐわなくなり、今 Hippocrates の誓いを唱和する医学校はない。

一方かつてのわが国で、19 世紀に西洋医学を志した者には、緒方洪庵による「扶氏医戒之略」があった。Berlin 大学の Christoph Wilhelm Hufeland 教授が 1836 年に編纂した「Enchiridion Medicum (医学必携)」のオランダ語訳が日本に伝わり、緒方洪庵が完訳した「扶氏経験遺訓」の巻末で生命倫理にあてられた章の内容を、洪庵が要約して 12 カ条にまとめたものである。適塾に掲げられた「医戒之略」は 19 世紀前半の欧州における価値観の集大成であるが、当時の塾生にとって第三の要件となっていたことはうたがいない。

戦後のわれわれの世代はこの第三の要件を見失った。医学部に入るための要件は偏差値となり、卒業生は在学中にどのような価値観、使命感、倫理観を身につけて医療の現場に立つかを問われることなく、各自の裁量に任されている。しかし、専門性は各自の努力のみによって自ずと身につくものではない。専門職集団が自らを律して、次の世代に引き継ぐべきものである。欧米の医学部では現在、医学生に「white coat ceremony」をおこなうところもある。「白衣」を身につけることの意味を考えさせ、自覚をうながすという意味は戴帽式と同様であるが、問題はその場で医学生に何を伝えるかにある。

さらに、「神経内科医としての」専門性を支える第三の要件はどうあるべきか。神経学の専門的知識と技術に加えて、どのような第三の要件を身につけるべきかについては、神経内科専門医を養成する過程で当然深く議論されて然るべきであ

る。またその結果は神経学会として共有されている必要がある。

神経内科専門医にとっての第三の要件とは？

神経内科専門医に必要な第三の要件など、各自の裁量の範囲内であるという主張もあろうが、筆者はこれをリハビリテーションの理念を持つことであって欲しいと考えて教育と指導にあたっている。神経内科医が向き合う患者さんは、認知症、脳血管障害、てんかんなどのいわゆる common diseases から、進行性の神経変性疾患、免疫性神経疾患など多岐にわたる。その当事者は疾患を管理しながら、地域における生活の主体者としての役割を保ちながら生きていかねばならない。そのためには専門的な生活支援が必要であり、神経内科専門医もその支援チームの一員として参加し、当事者と家族の全人的復権という目的のために、専門性を発揮することを求められている。その際もっとも必要とされるのは、地域リハビリテーションの理念、すなわちノーマライゼーションの理念を理解していることであると筆者は自らの経験から確信している。それゆえに、神経内科専門医の必要条件として、「リハビリテーションの理念を理解して患者さんと家族に向き合える」ことを挙げる。

障害者基本法

医学生に、「医師となってから拘束される法律は？」と質問すると、医師法や医療法をあげる。わが国の法体系の根本に置かれる法律が憲法であることは知っているが、それぞれの分野における基本的理念を定める「基本法」が、保健・医療・福祉の分野ではどのように定められているかについては、驚くべきことに誰も知らない。現在、「医療基本法」を議員立法で成立させようという動きがあるように、わが国には医療の分野における基本理念を定めた「医療基本法」は存在しない。しかし、保健・医療・福祉の分野で、より包括的な基本理念を定めたものとして、平成5年12月に施行され、平成16年に介護保険法改正に併せて大改正された「障害者基本法」がある。このような基本理念が法律によって定められていることを理解している医学生はまずいない。医学教育においてこうした内容が取り上げられることがほとんどない現状では当然の結果といえようが、わが国の医学生がこのような基本理念をほとんど理解していないこと、医学教育カリキュラムの中でこうした内容がほとんど教育されていないことは、きわめて憂うべき事態である。

平成5年に障害者基本法が定められた時、わが国でこの分野の基本理念はどうあるべきかが深く議論されたかはそのわがわしい。むしろ、「国連障害者の10年」の基本理念として採用されていたことを根拠に、ノーマライゼーションの考え方がそのまま採用されたと考えられる。この基本法の成立後は、障害者白書を始めとする行政文書は基本法の理念を当然の前提として作成されているが、医学教育カリキュラムでこの基本

理念に触れられることはほとんどない。しかし、神経内科医は対象とする疾患の特性から、この理念を理解した上で当事者に向き合うことが求められていると筆者は確信している。

Code of Professional Conduct

米国のさまざまな学会のホームページ HP を開くと、学会はそれぞれに「倫理綱領」を定めて公開していることがわかる。専門学会はそれぞれ professional であることの意義を明確にし、社会に対する説明責任を果たそうとする姿勢が読み取れる。学会により多少の差違はあるが、共通する内容も多く、American Academy of Neurology (AAN) の「Code of Professional Conduct」にも、professional に関する記載がたくさんある。また、AAN もふくめて多くの学会の「Code of Conduct」には、後述する Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) の HP、世界医師連合による Helsinki 宣言、Belmont Report、Nürnberg Code、他学会の綱領などにリンクがはられている。こうした構成から、専門性を裏付ける理念として、どのような内容が想定されているかを推定することができるが、神経内科医にとっての professionalism とは何であるかはとくに明示されていない。

日本神経学会も早急に、AAN に倣って「Code of Professional Conduct」を定め、社会に対して専門家集団としての役割を明示する責務があると筆者は考える。同時に、「神経内科専門医にとっての第三の要件」についても、議論を深めていかねばならない。

専門医制度に関する日本学術会議の要望

わが国の医療が崩壊の危機に瀕しているという認識から、日本学術会議は医療のイノベーション検討委員会が中心となって、「信頼に支えられた医療の実現～医療を崩壊させないために～」と題する要望を昨年6月に公表した。この要望は、日本の医療が持つ構造的な問題として、戦後復興の時代に由来する「量とアクセスのよさ」を重視する医療から、先進国にふさわしい「質」の高い医療を提供できる体制に転換できていないことをあげ、必要な対策を講じるように求めている。そのためのもっとも重要な方策の一つとして、専門医制度の根本的な見直しを提唱した。要望には「医療の質」を保証する専門医制度を強化することが、地域の医療体制の再生をうながし、医療に対する国民の信頼の回復につながるものと信じます」という金澤一郎会長のコメントが付されている。

要望はまず、個々の専門医制度に対して、専門医の質を保証しつつ、必要な専門医の数を分野ごと地域ごとに決定し、持続的に一定の臨床経験を持った専門医を養成すること、次に、専門医の認定においては、専門医を育てるための教育制度や教育病院を評価し、適切な外部評価も受けるよう求めている。

さらに個別の専門医制度の上に、専門医制度全体の質の保障をおこなう上位認証組織を設ける必要があり、この組織は医療を遂行する側が厳格な自己管理の下に自浄機能を発揮し

て運営にあたり、必要に応じて懲戒権を行使できるよう、法律に根拠を有する公的な組織とするように提言している。このような上位認証組織として、世界的に評価が高い米国の Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) が想定されていることは明らかである。ACGME については後述する。

日本専門医制評価・認定機構

わが国における専門医制度は昭和 37 年の麻酔指導医制度に始まり、各学会が独自に立ち上げてきた。昭和 56 年に組織された学会認定医制協議会には 22 学会が参加し、専門医認定基準の統一化、明確化を図るとして、協議会は日本医師会、日本医学会とともに、基本的領域診療科の学会群 (第 I 群) の専門医に対して三者承認を開始した。本協議会は日本専門医認定機構を経て、平成 20 年 3 月に公益法人日本専門医制評価・認定機構 (以下「機構」として改組されたが、現在 71 学会が加盟している。

「機構」は、国民の視点に立った専門医制度確立のための中心的役割を担うに相応しい組織として新たな活動方針を立てたいとして、専門医育成のための適切な教育プログラム、認定施設の選定基準、適正な専門医数、専門医のインセンティブなどの諸課題への取り組みを始めている。

一方、厚生労働省は平成 21 年度から、各学会が認定する専門医について、その質とレベルの確保という観点から各学会で統一基準を設け、第三者的で公正な立場での認定の仕組みを構築し、医療の質の向上と医療安全の更なる推進を図ることを目的として、「専門医制度推進支援事業」をスタートさせた。この事業の実施主体として指定されたのが「機構」である。

これを受けて「機構」はすでに、受験資格を会員歴で決めない、学会参加だけで専門医資格を更新しない、倫理、医療安全、医療経済等についてのカリキュラムを作成する、指導医制度を設置することなど、専門医制度の整備指針を示している。神経学会に今回新たに「指導医」制度が設けられたのも、こうした「機構」からの求めによるものである。

さらに「機構」は、ヒアリングを経て基本領域 18 学会に対してすでに認定証を交付した。しかし、これは基本領域に属する学会に改めてお墨付きを与えたことを意味し、神経学を基本領域と考える現在の神経学会のスタンスとは相容れない。

各学会が参加して専門医制度の認定と評価をおこなう「機構」の現状は、各学会の利益が反映される、いわば利益相反にあたり、この意味において「機構」は公平に運営されている組織とはいえない。公平な組織として認知される前から、具体的な手続きが進行している現状は受け入れがたく、「機構」は以下に紹介する米国の ACGME のように、個別学会の利害を離れた第三者組織として、医師が自律的に運用する組織であるべきである。

専門医の適正数は？

わが国では財政上の理由から専門医制度を運用している学会もあるとされるが、各学会は独自の基準で専門医制度を運用し、専門医の質をコントロールしてきた。日本神経学会が実施してきた専門医試験は難易度が高く、併せて実技試験も実施していることから、専門医としての質は高いと評価されている。専門医試験を厳しくすれば、結果として数のコントロールに繋がるという考え方もあるが、各学会は専門医の適正数を具体的には定めていない。

平成 20 年 3 月末時点における神経学会の会員数は 8,571 名で、このうち専門医は 4,336 名、50.6% である。基本領域 18 学会における専門医比率は 14.3~80.9% であり、内科系の subspecialty における専門医比率は 8.6~49.7% である。神経学会の専門医比率は内科系でもっとも高い消化器系よりもやや高いことには留意しておく必要がある。

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)

ACGME は米国における臨床研修プログラムを管理する民間組織であり、基本的に医師により運営され、それぞれの地域における医療への要求に応じて、適切に医療がおこなわれることを保証する役割を担っている。ACGME が課している条件に合格した臨床チームのみが臨床研修プログラムの実施を許可される。各プログラムが採用できる研修医数は、その地域における専門医の必要性に応じて決定、認可され、これによって全国のどのプログラムに参加しても、効果的な専門医研修が受けられることを担保するという機能も果たしている。研修医数は、具体的にはそのチームが持つ症例数と指導教員数に応じて決められる。そこで症例数が不足する大学病院は、必要数を確保するために一般病院とチームを組むことになる。こうした関連病院 affiliated hospitals の指導教員は、大学病院の研修責任者 program director が任命することができる仕組みである。

また ACGME には「泣く子も黙る」と形容される Residency Review Committee (RRC) がある。RRC は抜き打ち的に現地調査をおこない、その評価結果によって不適切なプログラムは直ちに許可を取り消されることにより、研修プログラムの質が厳しく管理されている。

各学会のホームページには ACGME の詳しい紹介があり、この制度が米国で定着していることがわかる。わが国における認証組織に相当する日本専門医制評価・認定機構も、これに倣って組織され、運用されて然るべきである。

今後に向けての提言

日本神経学会の専門医制度も ACGME の仕組みに倣って、研修カリキュラムは施設の外形基準ではなく、研修内容によ

り認定されるようにすべきである。採用可能な研修医数は、症例数と指導医の数によって決められるべきである。神経学会だけが先行して厳しい制度を作るのは現実的でないが、他学会の動向を勘案しつつも、神経学会として自浄作用を発揮することも必要である。

最近の新たな傾向は、神経学に関連する学会において、てんかん専門医、脳卒中専門医、頭痛専門医、認知症専門医、臨床遺伝専門医などの資格が別個に定められていることである。資格の有無を、特定の診療行為を実施できるか否かに直結させようとする動きがあったことから、実際にこれらの資格を取得する神経内科専門医は数多い。しかし、神経内科の専門医はそもそも、これらすべてに対応できることを前提として認定されていることを忘れてはならない。神経学会専門医は、その上にさらに新たな資格を持つ必要などないと筆者は考える。

こうした現状に対してはまず、基本領域とは何かを冷静に議論することが重要である。神経学会としては外部に向けて、今まで以上に明確に神経学会の専門性を主張し、理解をえる努力が必要である。神経学会の内部でも、神経学会専門医の位置付けを明確にすることが求められる。

最後に、このような機会を与えて下さった糸山泰人学会長に深謝し、筆者が三十有余年在籍させていただいた神経学会に対するいわば遺言として、これまでの議論をまとめ、神経学会に提言する。

(1) 神経学会として「Code of Professional Conduct」を社会に対して明示し、神経内科専門医とは何かを明確にすることが求められている。

(2) 卒前から卒後(学部学生、前期臨床、後期臨床、生涯教

育)まで、神経学の研修プログラムをシームレスに作成し、到達目標を明示することが求められている。

(3) 医療職としての専門性、さらには神経内科医としての専門性を裏付ける理念を明確にし、これを次世代に引き継ぐ努力が求められる。筆者はこれを「地域リハビリテーションの理念を理解すること」と考えている。

(4) 神経内科専門医の必要数と地域配置を公開し、ACGMEに相当する組織が整備されるまでは、神経学会としてその実現に努めることが求められる。

文 献

- 1) Stern DT, Papadakis M: The developing physician—becoming a professional. *N Engl J Med* 2006; 355: 1794—1799
- 2) 「障害者基本法」 <http://www.law.e-gov.go.jp/htmldata/S45/S45HO084.html>
- 3) American Academy of Neurology, Professional Association, Code of Professional Conduct <http://www.aan.com/globals/axon/assets/3968.pdf>
- 4) 日本学術会議 (Science Council of Japan), 要望 (2008-06-26)「信頼に支えられた医療の実現—医療を崩壊させないために—」 <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-y3.pdf>
- 5) 「日本専門医制評価・認定機構」 <http://www.japan-senmon-ijp>
- 6) Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). <http://www.acgme.org/acWebsite/home/home.asp>