

アメリカの医療機構と卒後教育

川崎医科大学 人体病理学教室Ⅱ

真 鍋 俊 明

(昭和55年1月5日受付)

I. アメリカの医療機構

1) アメリカの病院

アメリカの病院は大別すると次の二つに分類することが出来る。つまり、政府所有ないしは政府から援助を受けている病院とそれ以外の病院である。前者は更に連邦政府のものと State (州), County (区) や City (市) 政府によるものとに分けられる。連邦政府所有のものには U. S. Army, Navy, Air Force などの軍の病院や在郷軍人、傷病軍人のための病院である Veterans Administration Hospital (V. A. Hospital) と National Institute of Health (N. I. H.) で代表される Public Health に属する病院があるがその数は少ない。各州政府管轄のものには State Hospital, County で経営しているものは County Hospital, 市営のものは City Hospital ないしは Municipal Hospital といわれるものである。しかしアメリカの病院の約7割は政府と関係のない病院であり、その約8割が Voluntary Hospital つまり宗教団体、各財団、資産家その他の団体が経営するもので、残りの2割位が Proprietary Hospital つまり個人経営の病院である。この分類は病院を経営の面から分類したもので、アメリカの医療体制を知る上ではあまり役に立たない。むしろ病院をそこで働く Attending Physician の状態によって分けた方が解り易い。アメリカの病院はその Attending Physician の状態によって Open System の病院と Closed System の病院とに分けられる。Residency を終って開業する人は、自分で自分の病院を建てるようなことはまずない。General Practitioner (専

門医であるにせよないにせよ、一般開業医として働く人) は街の一角に一部屋ないしは二部屋の Office を借り、秘書を雇い、予約制を建前として患者を診る。この Office で患者を処置できないような場合、入院を要する場合やそこではできない検査を必要とする場合は、自分の Affiliate している病院にその患者を入院させる。彼らはいくつかの病院と関係を持ち、それらの病院の設備を利用できるようにして、患者の経済状態や民族等を考えてそれに見合った病院に入院させていくわけである。入院させた場合でもその患者の管理は彼らが行なう。勿論彼は常時その病院にいるわけではないから、彼のいない間のことはその病院の House Staff に頼むわけである。Resident 教育指定病院では House Staff として四六時中病院にいて患者の世話をしてくれるのは resident である。House Staff である resident はその Attending Physician の指示の下に患者の処置を行ない、その見返りとして Attending から教育を受けるのである。患者が手術を行なう必要がある場合、その Attending が外科医であるなら resident の助けを得て自分で手術を行ない、もし内科医であるなら同じ病院に出入りする外科医に依頼して手術を行なってもらふ。患者管理に専門外の内科的あるいは外科的知識が必要と思われる場合も同様で、関係ある専門医に Consultation を受ける。このように開業医がある病院に関係を持ち、その病院の施設の使用を許され、一貫した患者管理を行なえる制度を Open System といい、これらの開業医を Open Staff という。これら Open System の

病院の患者全てが Attending Physician 個人の患者, つまり Private Patient というのではなく, American Medical Association (AMA) 特に Residency Review Committee や American Hospital Association (AHA) 等の協定により resident 教育指定病院では必ず Service Patient つまり resident 個人が全責任をもって管理する患者を規定数以上持たなければならないようになっていいる。これに反して各政府と関連のある病院では, いわゆる Private Patient はなく, 全ての患者はその病院の House Staff によって直接管理される。

こういった病院が Closed System の病院とよばれるものである。一昔前まではこのような病院にはよい Attending Physician が集まらず, 彼らによる教育も粗雑で resident 志願者も少なかったというが, 現在ではこれらの病院はその地域の医科大学に附属するものが多く, 医科大学で Faculty Member (Professor, Associate Professor, Clinical Professor, Assistant Professor) として働いている人が Attending Physician を兼ねるようになったため, より良い適切な患者管理, resident 教育が得られるようになっていいる。

2) 病院の資格基準

アメリカの医学教育の歴史の項で触れたように, アメリカの病院はその機能・機構に関して一定の水準を超えるように義務づけられている。この任をとるのが The Joint Commission on Accreditation of the Hospitals (JCAH) である。resident 教育指定病院では, 更に Residency Review Committee の規定を満足させるように病院の施設, Staff を充実させなければならない仕組みになっている。この JCAH は 1977 年以来毎年 Hospital Accreditation (病院資格認定) に対しての必要事項をまとめて Accreditation Manual for Hospitals (AMH) として出版している。AMH によると, JCAH の目的を次のように印している。

1. 病院その他の医療機関運営に関する standard (一定基準) を確立する。

2. 調査・資格認定制度を作り, 病院その他の医療機関のメンバーが自発的に次の目的に邁進することを奨励する。

- a 医学が差しのべられる最大の恩恵を患者に与えられるよう, 全ての点で高い水準の患者管理を促進すること。
- b 病院の建物, 設備の安全性を維持し, また機能的かつ効果的な患者管理を行なうこと。
- c 病院その他の医療機関の管理と職員は互いに協調し合い, 充実した活動を維持していくこと。

3. 資格認定の証明書を発行する。

4. 教育, 研究機関を設け, その結果を報告する。

5. 規準決定・調査・資格認定制度運営にかなう機関を設ける。

Table 1 は 1979 年度版の AMH の目次である。これを見ると JCAH による病院資格基準が広範囲, 細部にまでわたっていることが解る。又, 各病院は Constitution, By-laws, Rules and Regulations of Medical Staffs を作成し, JCAH の基準に合うよう病院の設備, 制度を充実させなければならない。

先に述べたように各々に独立した Survey 及び Accreditation の機関を持ち, 検査官が各病院を巡り, 厳しい監査を行なっている。

JCAH の規定した事項のうち Quality of Professional Services については特記すべきであると思うので略述してみよう。各病院では患者管理に関係ある医師その他の医療従事者からなるメンバーで構成された Committee を作り, 患者管理の良否を適当で信頼のおける方法で絶えずチェックし, 常に好ましい状態になるよう気をつけなければならぬように規定されている。先ず信頼性を得るために Chart 整備を要求しており, 評価判定の基準を患者の入退院時の健康状態, 併発症, Mortality, Morbidity, 患者自身の健康状態の把握, 退院後の状態, 診断の正当性, 入院・手術・特殊な薬剤の投与・特殊検査法使用等の妥当性についての評価活動

Table 1.

<h1>Accreditation Manual for Hospitals</h1> <h2>1979 Edition</h2> <p>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</p>		<h1>Contents</h1>	
<p>Introduction ix Rights and Responsibilities of Patients xiii General Administrative Policies and Procedures xvii Standards Anesthesia Services 1 Organization and Direction 1 Staffing 2 Safety 3 Policies 4 Building and Grounds Safety 7 Dietetic Services 11 Organization, Direction, and Staffing 11 Training and Education 12 Policies and Procedures 13 Safety and Sanitation 14 Medical Record 16 Review and Evaluation 16 Emergency Services 19 Emergency Plan 19 Organization, Direction, and Staffing 21 Integration 22 Training and Education 23 Policies and Procedures 24 Facility Design and Equipment 26 Medical Record 28 Review and Evaluation 29 Functional Safety and Sanitation 31 Safety Committee 31</p>		<p>Safety 33 Disaster Planning 42 Sanitation 44 Governing Body and Management 47 Bylaws 47 Hospital Ownership and Control 48 Officers, Committees, and Meetings 48 Chief Executive Officer 49 Institutional Planning 50 Physical Resources and Personnel 50 Compliance with Laws and Regulations 51 Control and Use of Physical and Financial Resources 52 Medical Staff Appointment and Clinical Privileges 53 Communication Between Governing Body and Medical Staff 54 Medical Staff Professional Responsibilities 55 Home Care Services 57 Objectives and Services 57 Direction and Staffing 59 Policies and Procedures 60 Documentation 61 Review and Evaluation 62 Infection Control 63 Infection Control Program 63 Infection Control Committee 65 Policies and Procedures 67 Related Hospital Services: Central Services 68</p>	
<p>Housekeeping 69 Linen and Laundry 69 Medical Record Services 71 Purposes 71 Content 72 Confidentiality, Timeliness, and Completeness 76 Direction, Staffing, and Facilities 78 Staff Role in Evaluation Programs and Committee Functions 79 Medical Staff 81 Requirements for Membership and Privileges 81 Organization 87 Bylaws, Rules, and Regulations 91 Monitoring Medical Practice and Functions 93 Continuing Education 96 Nuclear Medicine Services 99 Organization and Staffing 99 Facilities and Operations 100 Quality Control and Safety 100 Records and Reports 102 Nursing Services 103 Direction and Staffing 103 Organization and Administration 104 Policies and Procedures 105 Nursing Care Plan 106 Training and Education 106 Outpatient Services 109 Organization 109 Staffing 110 Policies and Procedures 110 Review and Evaluation 111 Facilities 112 Clinical Records 113 Pathology and Medical Laboratory Services 115 Direction and Staffing 115 Specs, Equipment, and Supplies 117 Communication 118 Records and Reports 119 Quality Control Systems 120 Additional Specific Requirements: A. Anatomic Pathology 122 B. Blood Transfusion Service 121 C. Clinical Pathology 126 Pharmaceutical Services 129 Organization, Direction, and Staffing 129 Facilities and Operations 130 Scope of Service and Accountability 131 Interhospital Drug Distribution System 134 Administration of Drugs 135</p>		<p>Professional Library Services 139 Organization 139 Policies and Procedures 140 Quality of Professional Services 141 Patient Care Evaluation 141 Utilization Review Program 145 Radiology Services 147 Direction and Staffing 147 Educational Programs 148 Policies and Procedures 149 Facilities and Operations 151 Radiologic Reports 151 Rehabilitation Programs/Services 153 Organization and Resources 153 Physical Therapy Services 157 Occupational Therapy Services 158 Speech Pathology and Audiology Services 159 Rehabilitation Nursing Services 159 Vocational/Educational Services 160 Comprehensive Medical Rehabilitation Centers 161 Respiratory Care Services 163 Organization, Direction, and Staffing 163 Training and Education 165 Policies and Procedures 166 Equipment and Facilities 167 Clinical Reports 167 Review and Evaluation 168 Social Work Services 169 Organization, Direction, and Staffing 169 Training and Education 170 Policies and Procedures 171 Documentation 172 Review and Evaluation 172 Special Care Units 173 Scope and Organization 173 Staffing and Qualifications 174 Training and Education 175 Policies and Procedures 176 Design and Equipment 176 Specific-purpose Units: A. Burn Unit 178 B. Cardiac/Cardiovascular Surgery/Respiratory 179 C. Neonatal 180 D. Renal 181 Appendix A: Accreditation Procedures and Appeal 185 Appendix B: Audit Requirements 195 Glossary 197 Index 203</p>	

を行ない報告する。これらは Medical Staff によるものと、Non-Physician Health Care Professionals によってなされるものの2つがあり、共に Executive Committee-Medical Staff の Chief と理事会に報告する義務がある。これら Evaluation Criteria は毎年改版され、その時点での医療体制、医学レベルに合うものにされている。もうひとつ Utilization Review Committee として適切な患者管理が効率の良い状態でなされているか否かをチェックするシステムを作ることを要求している。入院の必要性、入院の長さ、例えば CCU 等特殊科への入院の必要性とその期間等を Retrospective に review し、病院の運営が円滑になされるように努力される。Albert Einstein College of Medicine の附属病院 Bronx Municipal Hospital Center (BMHC) を例にとると、その Constitution, By-laws, Rules and Regulation of Medical Staff に規定された Committee on Quality of Care には次のような6つの Subcommittee が設けられている。

つまり Subcommittee on Audits, Subcommittee for Case Review, Subcommittee for Patient Relations, Subcommittee on Records, Subcommittee on Tissue/Transfusions と Subcommittee on Utilization である。Subcommittee on Tissue, いわゆる Tissue Committee は外科医側からの要請によって作られたものだそうで、BMHC では次のような Checking System を作り、Committee に報告することになっている。全手術例が手術場の主任から報告され、先ず手術を行ないながら組織を取り出していない症例が pick-up され、その妥当性が検討される。組織が取り出された症例では正常組織が提出されている症例、臨床診断と病理診断が一致しない症例がとりあげられ検討される。手術の必要がないと思われた症例ではその主治医の属する科の主任に報告され、また主治医を呼んでの事情聴取を行なわれることもある。その他各症例における手術、術式その他の妥当性についてはここでは問題にされない。これらは Mortality Conference,

Statistical Conference 等で pick-up され、患者から訴えられた症例と共に Subcommittee for Case Review にかかけられるようになっていく。これらの Committee にしばしば名を出してくる医師はその人の属する科の主任から注意を受け、次第にその信頼を失っていく。Open System の病院では彼の取れるベッド数が制限されるようになり、そのうちその病院との Affiliation (関連) を打ち切られることになる。Closed System の病院では契約更新がなされず、病院を追放されることになる。以上のように、アメリカの病院では JCAH によって病院の設備・運営機構についての最低基準が表示されており、それを満足させることが義務づけられているし、更に病院内部でも患者管理、医療技術の向上を計るための Review Committee や Conference が頻回にもたれ、より良い病院にしていくよう努力している。

3. アメリカの医療行政と保健制度

医療行政、保健制度は医学教育とはあまり関係がないためここでは簡単に記載するととどめる。アメリカでは医師会の力が強く、医療行為その他に対して政府の干渉をあまり受けたくないような制度を作り上げてきた。アメリカ連邦政府には医療財政機関として日本の厚生省に当る Department of Health Education and Welfare があるが、Public Health の仕事に携わるのが主で、医師免許証の発行はおろか医療行為に対する監視、行政指導等も行なえない。医師免許証は先に述べた如く、National Board of Medical Examiners や State Medical Board 等の民間機関によって行なわれた試験によって十分な資格と医学知識を持つと判断された者に対して州の行政機関（例えば州ではないが District of Columbia—Washington D.C.—では Department of Economic Development Office of Licenses and Permits Occupational and Professional Licensing Divisions Commission on Licensure to Practice the Healing Art がある）がその州

内で医療行為を行なって良いという許可を与えるのである。なお免許証は毎年更新されなければならない。

医学技術の発達、諸物価の上昇と共に医療費も増大し、一般の人の医療費支払いが困難になりつつあった 1935 年、世論の非難緩和、医療の国営化防止の目的で医師の側から医療保険制度を作り上げた。これが Blue Cross と呼ばれるもので、医療行為に対してのみ支払われる非営利的な前納方式の保険制度である。次いで 1945 年には Blue Shield の前身である The Associated Medical Care Plan が作られ、入院の際に必要な病院設備使用料を受け持った。その他色々の保険が出来上っていった。1965 年政府直営の Medicare という医療保険も作られたが、これは老人、生活保護を受けている人が医療を受けられるようにとの目的で作られたもので、これを通して政府が医療に対して行政処分・監督等の行為が行なえるといったものではない。医師側では Medicare に対して拒否権を持ち、無理に Medicare を引き受ける義務はないし、引き受けないからといって政府から非難を受けることはないという。医療費そのものも医師の間で決められる形となっており、このため医師の技術料は高く評価され、日本のように薬をどんどん処方しなければ収益が上らないといったことはない。医薬分業であるのも日本との大きな違いである。

4. 専門医制度

医学が進歩し、一人の人が全ての医学分野をマスターすることが困難になるに従って、ひとつの分野に精通した医師の育成が叫ばれ始め、1930 年代を中心に多くの専門分野が独立し、専門医の育成、各分野での医学の進歩を促した。現在アメリカでは臨床医学の卒後教育はその殆んどが病院でなされ、専門臨床医になることを最終目的としている。この専門医育成は後述する Residency Program と密接な関係を持ち、あくまでも良い臨床医を作ることを第一目的としている。勿論臨床医の中にも基礎研究に携わ

る者もいるが、主にこれらの研究は Ph. D. (Doctor of Philosophy) や医学生物分野の研究を目的とした教育, M. D.—Ph. D. を受けた者によってなされることが多く、医学と基礎研

究を分ける傾向が強い。現在 22 の American Specialty Board (専門医認定委員会) があり, Subspecialty を含めて専門医の認定を行なっている。Table 2 は Specialty Board の種類

Table 2.

Approved Examining Boards in Medical Specialties					
Name of Board	Prior to 1974	Certificates Awarded During 1974	Total 12/31/74	Active Certificates as of December 31, 1974†	Year Board Was Activated
American Board of Allergy and Immunology*	662	631	1,293	1,055††	1971
American Board of Anesthesiology	6,402	518	6,920	6,220	1937
American Board of Colon and Rectal Surgery	514	20	534	417	1949
American Board of Dermatology	3,693	197	3,890	3,124	1932
American Board of Family Practice	5,809	1,264	7,073	7,018	1969
American Board of Internal Medicine	30,699	3,046	33,745	30,016	1936
Allergy & Immunology	201	—	201	—	
Cardiovascular Disease	1,718	382	2,100	—	
Endocrinology & Metabolism	445	—	445	—	
Gastroenterology	1,144	—	1,144	—	
Hematology	374	481	855	—	
Infectious Disease	83	171	259	—	
Medical Oncology	351	—	351	—	
Nephrology	212	389	601	—	
Pulmonary Disease	651	365	1,016	—	
Rheumatology	154	240	394	—	
American Board of Neurological Surgery	1,951	66	2,017	1,635	1940
American Board of Nuclear Medicine**	1,353	317	1,670	1,599	1972
American Board of Obstetrics-Gynecology	14,255	738	14,993	12,483	1930
Gynecology	15	—	15	—	
Obstetrics	24	—	24	—	
American Board of Ophthalmology	8,026	426	8,452	7,963	1916
American Board of Orthopedic Surgery	8,368	655	9,023	8,044	1934
American Board of Otolaryngology	7,941	275	8,216	5,011	1924
Endoscopy	4	—	4	—	
American Board of Pathology	11,459	823	12,282	8,536	1936
Anatomic Pathology	4,596	111	4,707	—	
Anatomic Pathology and Medical Microbiology	1	—	1	—	
Anatomic Pathology and Clinical Pathology	4,980	378	5,358	—	
Anatomic Pathology and Forensic Pathology	12	2	14	—	
Anatomic and Neuropathology	60	4	64	—	
Chemical Pathology	38	3	41	—	
Medical Microbiology	35	1	36	—	
Medical Microbiology and Medical Chemistry	1	—	1	—	
Clinical Pathology	1,999	34	2,033	—	
Dermatopathology	—	66	66	—	
Forensic Pathology	256	22	278	—	
Hematology	22	12	34	—	
Radioisotope Pathology	—	143	143	—	
Clinical Pathology/Hematology	2	—	2	—	
Neuropathology	118	14	132	—	
Anatomical, Clinical and Forensic Pathology	8	—	8	—	
Blood Banking	118	49	167	—	
American Board of Pediatrics	16,700	970	17,670	14,976	1933
Pediatric Allergy	363	—	363	—	
Pediatric Cardiology	302	—	302	—	
American Board of Physical Medicine and Rehabilitation	1,032	66	1,098	919	1947
American Board of Plastic Surgery	1,297	144	1,441	1,283	1937
American Board of Preventive Medicine	3,276	115	3,390	2,386	
Aerospace Medicine	678	15	693	—	
Occupational Medicine	241	24	265	—	
Public Health	1,722	30	1,752	—	
General Preventive Medicine	234	46	280	—	
American Board of Psychiatry and Neurology	12,930	721	13,651	11,615	
Psychiatry	10,438	513	10,951	—	
Neurology	1,433	189	1,622	—	
Child Neurology	61	16	77	—	
Psychiatry and Neurology	208	1	209	—	
Child Psychiatry	760	52	812	—	
American Board of Radiology	13,905	1,507	15,412	11,498	1934
Diagnostic Roentgenology	834	—	834	—	
Diagnostic Radiology	1,111	896	2,007	—	
Medical Nuclear Physics	11	2	13	—	
Radiological Physics	135	5	140	—	
Radiology	9,868	344	10,212	—	
Radium Therapy	8	—	8	—	
Roentgen Ray and Gamma Ray Physics	28	3	31	—	
Roentgenology	1,018	—	1,018	—	
Therapeutic Radiology	694	149	843	—	
Therapeutic Roentgenology	5	—	5	—	
Therapeutic Radiological Physics	2	8	10	—	
Therapeutic & Diag. Radiological Physics	1	2	3	—	
American Board of Surgery	21,036	806	21,842	18,493	1937
American Board of Thoracic Surgery	2,851	158	3,009	2,742	
American Board of Urology	4,791	215	5,006	4,087	
Totals	179,959	13,678	193,637	160,509	

*A conjoint board of the American Board of Internal Medicine and the American Board of Pediatrics. The ABA&I will give its first certifying examination in 1974.

**A conjoint board of the American Board of Internal Medicine, the American Board of Pathology, and the American Board of Radiology.

NOTE: In the above table, the total number of primary certificates issued by each Board is shown in bold-face type along with the name of the Board. Under the names of certain Boards are listed in *italics* the number of certificates issued for areas of training under the jurisdiction of that Board. In some instances, the number of certificates issued indicates areas of specialization, and the numbers listed for these areas make up the total certificates issued; in other instances, the areas are those of subspecialization, and diplomates in these disciplines will have received certificates in the subspecialty area in addition to their primary certification by these Boards.

†Totals do not include physicians permanently located outside the United States and Possessions; also excludes certificates issued to physicians currently listed with APO or FPO addresses or whose addresses were unknown. Information on "Active Certificates" taken from data in AMA Center for Health Services Research and Development; totals may differ from data in Board offices because of variations in criteria for listing and in individual reporting of status.

††Certificates issued by ABA&I without examination to physicians previously certified by the Subspecialty Board of Allergy of the American Board of Internal Medicine or the Subspecialty Board of Pediatric Allergy of the American Board of Pediatrics.

と1974年までの専門医資格取得者数を表わしている。これら Specialty Boards は AMA の Council on Medical Education (CME) によって承認されており、専門医としての資格はそれぞれの Board によって与えられるもので、連邦や州政府により法律で規定されるものではない。これはアメリカ医師会 (AMA) 自ら医学レベル向上、専門家による正しい医療の実施を目指す姿勢であると共に、実際には次のような医師同志間での格差づけがなされるために、多くの医師が専門医たらんと努力するものである。

医学部卒業時に National Board Examination の Part II にパスした者は internship を一年行なう。更に終了時に行なわれる Part III に合格した者は、多くの州で申請があれば医師として登録され、医療行為を行なうことができる。本論から少し離れるが、アメリカでの internship 廃止 (1975) は専門医となるために必要な研修期間としては認められていない研修期間つまり free-standing internship の廃止のことで、仕事自体としては internship という training 期間の廃止はない。residency とは専門医となるために American Specialty Board から認定された研修期間のことである。intern つまり現在では一年目の residency を終えてすぐに開業したり、residency 半ばで開業した者、専門医になるための Residency Training を終了したが、専門医試験に合格していない人つまり Board Eligible の医師と専門医試験に合格した Board Certified の医師の間では関連病院をつくる際にそれなりの格差がつけられる。良い病院では当然良い医師を要求するし、この専門医としての資格がその判定資料として用いられるからである。大学で Staff となるに際してもこの資格が重要視される。更に一般医として開業している場合でも、専門医としての資格があればその専門分野での処置に対してより高い技術料を請求できる。又、ある特殊な技術や手術に対しては専門医でないと施行できない相互規約があって、専門医としての資格があればより有利に働けるようになっている。

American Specialty Boards は毎年それぞ

れの専門医資格取得に必要な応募規定を Requirement for Certification と題して AMA から出版される the Directory of Approved Residencies (the Directory of Residency Training Program) という小冊子に載せることになっている。詳しくはこの Directory を見て欲しいが、ここでは簡単に American Board of Internal Medicine の Certification Requirement について述べてみよう。内科の専門医にはいわゆる一般内科専門医資格と、内科の中の一部門 subspecialty に対する専門医資格の2つがある。これらの資格を得るための条件のひとつは、倫理、道徳、人格的に患者管理を円滑に行なっていくことができるという証拠提示すること。第2は AMA によって認められた医科大学を卒業していること。第3は以下述べるような研修期間を終了していること。第4は臨床医学技術つまり患者の Clinical evaluation が十分に出来る能力を持つという証拠を提出することである。①では各機関での人格的な、④では臨床医学的な resident の査定を義務づけているわけである。最終的な医学知識判定として試験が行なわれる。一般内科専門医資格を取得するためには、AMA によって承認された一般内科 resident 教育指定病院で3年間 Table 3 のうちのいずれかの研修コースを終了し (あるいは Plan C とよばれる特定の条件を果たす) American Specialty Board の行なう専門医試験に合格しなければならない。第2の内科専門医資格つまりある特定分野 (Subspecialty) での専門医資格を取得するためには、一般内科専門医の資格取得者で2年以上内科の Residency Review Committee によって承認された、あるいはそれ同等の Subspecialty としての卒後教育を受けた者が American Specialty Board の行なう試験に合格しなければならない。

日本の専門医とアメリカの専門医との間には大きな差がある。それはアメリカの専門医は一般医として訓練を受けた後、更に専門医としての訓練を受けているということである。開業した場合でも、病院で働く場合でもまず一般医と

Table 3.

REQUIREMENTS FOR CERTIFYING EXAMINATION IN
INTERNAL MEDICINE AND RELATED CERTIFICATION
AS DIPLOMATE IN INTERNAL MEDICINE

Plan 1

Education; Under no circumstances will a physician be examined until he is in the final stages of completion of three years of approved postdoctoral education. The three years of postdoctoral education, *which must also provide the required minimum training in the broad field of internal medicine (see Definitions)* are as follows:

Alternative 1 A:

- Year 1 Approved straight medical internship; and
- Year 2 One year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 3 A second year of approved residency in general internal medicine

Alternative 1 B:

- Year 1 An approved internship providing *at least 8 months of internal medicine in a program approved for residency in general internal medicine*; and
- Year 2 One year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 3 A second year of approved residency in general internal medicine

Alternative 1 C (Not available for candidates beginning postgraduate training June 1977 and after):

- Year 1 Approved straight medical internship; and
- Year 2 One year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 3 One year of clinical education in internal medicine or training in a related area (see section on *Requirements for Examination in Sub-specialty Areas, Acceptable programs, and Important note on minimum aspects of requirements*).

Alternative 1 D (Not available for candidates beginning postgraduate training June 1977 and after):

- Year 1 An approved internship providing *at least 8 months of internal medicine in a program approved for residency in general internal medicine*; and
- Year 2 One year of approved residency in general internal medicine; and

- Year 3 One year of clinical education in internal medicine or training in a related area (see section on *Requirements for Examination in Sub-specialty Areas, Acceptable programs, and Important note on minimum aspects of requirements*).

Alternative 1 E:

- Year 1 One year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 2 A second year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 3 A third year of approved residency in general internal medicine

Alternative 1 F (Not available for candidates beginning postgraduate training June 1977 and after):

- Year 1 One year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 2 A second year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 3 One year of clinical education in internal medicine or training in a related area (see section on *Requirements for Examination in Sub-specialty Areas, Acceptable programs, and Important note on minimum aspects of requirements*).

Plan 2

Education: Under no circumstances will a physician be examined until he is in the final stages of completion of four years of approved postdoctoral education. The four years of postdoctoral education, *which must also provide the required minimum training in the broad field of internal medicine (see Definitions)* are as follows:

Alternative 2 A:

- Year 1 Any approved internship *other than* an approved straight medical internship; and
- Year 2 One year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 3 A second year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 4 A third year of approved residency in general internal medicine

Alternative 2 B:

- Year 1 An approved internship providing at least 8 months of internal medicine in a program that is not approved for medical residency; and
- Year 2 One year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 3 A second year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 4 A third year of approved residency in general internal medicine

Alternative 2 C (Not available for candidates beginning postgraduate training June 1977 and after):

- Year 1 Any approved internship other than an approved straight medical internship; and
- Year 2 One year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 3 A second year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 4 One year of clinical education in internal medicine or training in a

related area (see section on *Requirements for Examination in Subspecialty Areas, Acceptable programs, and Important note on minimum aspects of requirements*).

Alternative 2 D (Not available for candidates beginning postgraduate training June 1977 and after):

- Year 1 An approved internship providing at least 8 months of internal medicine in a program that is not approved for medical residency; and
- Year 2 One year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 3 A second year of approved residency in general internal medicine; and
- Year 4 One year of clinical education in internal medicine or training in a related area (see section on *Requirements for Examination in Subspecialty Areas, Acceptable programs, and Important note on minimum aspects of requirements*).

して働かねばならない。しかしこういった専門医制度に対する反省がないわけではない。Family Practiceや Primary Care といった General Physician としての専門化がそれであり、前者に対しては1969年に Am. Board of Family Practice ができている。また病院・医療 System 等の変革新生や、近々 Rotating Internship を復活させるといった動きにもその反省のあらわれが認められる。

II. 卒後教育

i) レジデント制度 (Residency system)

前節で述べた様に Residency とは究極的には American Specialty Board による専門医試験受験をめざすための研修期間である。いわゆる “free-standing internships” は1975年7月1日をもって完全に廃止されたため internship という言葉はもはや公式には用いられなくなった。従ってこの internship に相当する卒後一年目の教育も専門医をめざすための研修期間 (Residency) の一つとして認められる様になり、従来よりも一年早く専門医の資格

を取得出来る様になったわけである。この点が日本の internship 廃止とは根本的に異なる点である。

卒後一年目の教育には次の3つの type が作られている。つまり (1) Categorical First Year, (2) Categorical (*) First Year と (3) Flexible First Year で (1) はある科のみで行なういわゆる straight internship (2) は一科のみならず2・3の specialty を廻るもの、(3) は4カ月の内科の rotation を義務づけられているもので、その他は違った科を修得することが出来るものである。Liaison Committee on Graduate Medical Education によって承認されている Residency の分野は **Table 4** の如くである。Residency の期間は各機関で異なるが、大抵の場合 American Specialty Board の規定に合致するものになっている。Residency を終了した者にはそれぞれの program director から Residency 終了の証書が授与される。

現在各病院機関の Residency training program は AMA の Council on Medical Edu-

Table 4.

1. Allergy and Immunology	Radioisotopic Pathology
2. Anesthesiology	16. Pediatrics
3. Colon and Rectal Surgery	Pediatric Allergy
4. Dermatology	Pediatric Cardiology
Dermatopathology	17. Physical Medicine and
5. Family Practice	Rehabilitation
6. General Surgery	18. Plastic Surgery
Padiatric Surgery	19. Preventive Medicine
7. Internal Medicine	General Preventive
8. Neurological Surgery	Medicine
9. Neurology	Aerospace Medicine
10. Nuclear Medicine	Occupational Medicine
11. Obstetrics and Gynecology	Public Health
12. Ophthalmology	20. Psychiatry and Neurology
13. Orthopedic Surgery	21. Radiology
14. Otolaryngology	Diagnostic Radiology
15. Pathology	Therapeutic Radiology
Blood Banking	Nuclear Radiology
Dermatopathology	Nuclear Radiology
Forensic Pathology	22. Thoracic Surgery
Neuropathology	23. Urology

cation, 各 Specialty Board, 場合により各専門分野の National Professional Association によって任命された代表者により構成される各々の Residency Review Committee の査定に基づく Liaison Committee on Graduate Medical Education (LCGME) の承認を受けなければならない。この LCGME は the American Board of Medical Specialties, the American Hospital Association, AMA, the Association of American Medical Colleges, the Council on Medical Specialty Societies, the Federal Government (連邦政府) と一般市民の代表者より構成されるものである。LCGME により採択された Residency training program を行なうための必要条件の大略は “Essentials of Accredited Residencies” として AMA から出版される “the Directory of Residency Training Programs” に毎年修正されながら掲載されている。各病院機関の Residency program はこの “Essentials of Accredited Residencies” の規定を満足しなければならない。Accreditation (認定) を受ける過程は次の如くである。Residency program を持ちたい病院の program director は

病院の所在地, 大学その他との affiliation の有無, 教育 System の構造, 教育内容, それに他科との関連 —例えば内科では radiology や pathology 等の科との合同カンファレンス—等に関しての状況を Residency Review Committee (RRC) へ知らせる。RRC から検査官がその機関へ派遣され, その病院, staff, 図書館の規模, それぞれの program の内容 (カンファレンスの数, 内容をも含む), チャートの審査, 内科では ICU・CCU の査定を行ない, さらに各学年の residents の代表を集め attending staffs の関与なく面接し教育内容のチェックを行なう。彼は自分の得た情報を RRC へ報告する。RRC では病院からの報告と検査官からの報告を吟味しその program の教育内容が先ほど述べた “Essentials” に記載された教育水準を満足するものか否かを判定する。その判定は Full approval, Approval withheld, Provisional approval, probationary approval, Approval withdrawn の5段階に分けられ LCGME へ報告される。RRC より報告を受けた LCGME では必要条件を満たすものであるか否かを再び判定し, その判定の結果は各機関の program director と RRC へ送ら

れる。LCGME から認定を受けた病院のみが resident 教育指定病院となれる。認定を受けられなかった機関はさらに再審査の訴えを起すことも出来る。この様な査定・認定は数年毎に繰り返され Program の向上を計る様になっている。LCGME から認定を得られなければ residents が集らず病院の運営を円滑に営むことが出来なくなるため、各病院は努力せざるを得ない。

病院機関によってその教育内容 System には多少の差がある。良く知られている様に resident system には Pyramid system つまり1年目の resident を数多く採用し、2年目以降はその中から優秀な者を選び最終学年には1人ないし2人の chief resident のみが残る様になっている System と Horizon system つまり一定数の resident を採用し、成績が悪い場合、人格的に不適当と思われる場合、不詳事を起した場合以外はその residency を最終学年までまっとうすることが出来る system の2つがある。有名病院では pyramid system を取る所が多く、よほど優秀な者でないと最終学年にまで達する事が出来ず、そのストレスも大きい。いずれの場合でも resident は一年契約でその移動は自由である。中には年々良い病院にかわって行く者やある specialty. sub-specialty で有名な病院を渡り歩く者もいる。

いずれの system にも共通していえる residency 教育の特徴は学年の上の者は必ず下の者を指導しなければならないという事である。下学年では下働きが多いが学年が上につれ、teaching, カンファレンスの運営、診療における責任等次第にその取る責任が多く、しかも重くなってゆく。言いかえれば診療・教育・自己の学習が一体となっているわけである。これは residency のみならずアメリカ医学全体についても言える特徴である。又、この residency の間は必ず attending physician によって監視されており、その主だった責任は attending physician にある。しかし、無責任な行動を取る者はほとんどいない。これはアメリカの教育

方針にもよるが、無責任な行動を取れば免職となり、次の職につくためや専門医試験受験の際の良い推薦状が得られず、没落の一途をたどらなければならないといった医師社会機構にもよる。

Intern, Resident の教育内容の詳細については一例として経験談の項を参照して欲しい。

最後に National Resident Matching program (NRMP) について簡単に書いておかなければならない。アメリカでは医学部を卒業した者が卒後一年目の教育を受ける場合、日本の場合の様に本人とある教室の教授との間で自由に決定出来るものではない。必ず NRMP を通さなければならない。種々の病院の状態・Training のやり方は以前の the Director of Approved (Internships and) Residency (The Green Book), 現在の Directory of Residency Training Programs に掲載されていてこれを参考に医学生は卒後 training を受けたい病院・科を数個指定し、学校からの成績・推薦状と共に NRMP に応募する。ここには病院側からも募集事項を提出してあり、機械的に振り分けられる仕組になっている。従って学生や教授の希望が必ずしもかなえられるとは限らないわけである。アメリカの卒後教育の時期は流動の時期と言っても良く、人々も移動することに何んら躊躇しない。土地にあまり執着しない国民性もこの program を円滑に運営させている理由ではないだろうか。

ii) 生涯教育 (Continuing Medical Education)

今まで述べて来た様に、医学部教育、卒後すぐの医学教育つまり intern resident 制度に対しては一定の standard が確立されている。これに対応して resident を終了したり、途中で開業した医師達がその後更に医学教育を受けていくような System, それに対する standard の確立を計ろうとする動きが AMA の Council on Medical Education を通して起ってきた。

この種の教育に対する試みは1937年より始められ、1940年頃には多くの医学教育コース

が医学雑誌に紹介されるようになった。1952年より始められた postgraduate Medical Education に関する研究は1955年にはまとめられ、翌年に作られた *ad hoc* Advisory Committee によって Continuing Medical Education (CME) の目的、基礎原則が作られ CME に関与する各機関の方向づけを行なった。この指針は2~4年おきに改革されていったが、これは Council 内にある

医学教育コース
に関与する各機
関の査定を司る
機構が出来たこ
ともよる。この
機構は1964年に
House of Dele-
gateにより承認さ

れたが実際に公式の認定を行なうようになったのは1967年からである。

この Continuing Medical Education (CME; 生涯教育) と呼ばれるものはあくまでも患者の健康管理向上を終局の目的とするが、参加した医師がある特定の分野で新しい医学知識を絶えず得ることができ、それを各人実際に応用することが出来る様にすることと共に今まで受けてきた医学知識をもう一度整理、よびさますことを実地目標としている。1968年には Council on Medical Education の指示によって The physician's Recognition Award (PRA) program が作られた。これは医学教育に関しては Diploma (卒業証書)、resident 教育には resident 終了の certificate (証明書) があるように医師一般に対するいわば生涯教育の証明書である。現在の所、PRA program は自由参加であって強制的なものではないが、1978年7月現在23の州で医師免許更新の際の必要条件となっており、又、一方では近々行なわれるようになると聞く Subspecialty の Recertification Examination や医師免許更新に関しての Re-examination の準備とも思われるものである。

PRA は3年毎に得なければならないもので、この3年間に CME の 150 credit hours (単位)—そのうち少なくとも60は Category 1 から—を修得しなければならない。Residency training も広い意味で CME の一部であり、PRA category 1 に組み込まれている。この Award に対する CME の categories と最多修得単位数は次の如くである。

Category	Credit hour limit
1. CME Activities with Accredited Sponsorship	No limit
2. CME Activities with Non-accredited Sponsorship	45 hours
3. Medical Teaching	45 hours
4. Articles, Publications, Books and Exhibits	45 hours
5. Non-supervised Individual Continuing Medical Education (22 credit hour limited in each category)	45 hours
6. Other Meritorious Learning Experience	45 hours

さて実際に生涯教育の category 1 がどのように運営されているかということ、AMA の Council on Medical Education にかわって Liaison Committee on Continuing Medical Education (LCCME) という機関が作られ、ここが CME に対する認定の権限を持っている。大学や病院その他の Organization や Institution のみが LCCME によって認定され、医学教育コース、Workshops, その他教育材料は直接認定を受けない。医科大学、諸学会、州医師会、病院その他の医療機関は LCCME に CME 認定の応募を行ない、調査を依頼する。つまり認定を受けたい機関からその機関の紹介、CME Activity についての報告が LCCME の the Accreditation Survey Team に送られ、この Survey Team が調査した結果とともに LCCME の Review Committee にかかけられ査定される。この Review Committee は CME に適当と認められる機関を LCCME 本会に推薦し認定を受けることとなる。Category 1 に値するためには2つの規定がある。一つは LCCME によって認定された機関に後援してもらわなければならないこと、他一つは教育内容、レベルに関するもので (A Planned Program of CME)

ある。後者に含まれるものには次のようなものがある。

Lecture Series, Grand Rounds, Teaching Rounds, Departmental Scientific Meetings, Seminars, Workshops, Clinical Traineeship, Mini-residencies, Multimedical Self-instruction programs, CME courses of Medical and Medical Specialty Societies, including Local, Regional, State, National or International Meetings.

認定を受けた機関では Department of Continuing Education (DCE) を作り, CME に関与したい各 Team の申請によってそれを査定し, Sponsor (後援者) としてその CME 活動を行なわせ, それぞれの category に合うものとして認定を下す。CME program の教育内

容についての全責任は DCE が取らなければならない。これらの内容は勿論 LCCME や Advisory Committee on CME に報告され, その CME Activity での topics が PRA に対しての単位修得に適切であるか否かが決定されるようになっている。これらの機関はいずれも Residency Review Committee とは全く無関係で独立している。しかし Residency Training は先ほど述べたように PRA のための CME category 1 として所定の手続きを取れば認定されうる。例えば LCGME によって認定された Residency や Fellowship を一年間受けると 50 時間の category 1 credit を取得することが出来る。category 2-5 についてはここでは詳述しない。