

Ⅲ. 資 料 編

報告「米国医学教育の現状」

2006年2月

長谷川敏彦 国立保健医療科学院 政策科学部長
種田憲一郎 同部 主任研究官

1. 医学教育

1) 卒前

① 定員、学校数

125 医学校 (西洋医学) 17000 人 卒業

※参考 27 医学校 (ホメオパシー) 数千人 臨床教育

カリブ海 (米国人が医学留学) 数千人 (他は国内で)

② コース

6年制コース(combined program)

- ・ 70年代は10%ぐらい、現在数ヶ所
- ・ 7年生コースへの動きも一部ある

③ 実習

- ・ 1～2年生はSPに対する問診、シミュレータを用いての挿管練習等。また、early exposure として、1年生から担当患者を決め、ある一定の頻度で患者と連絡を取り、主要な検査、手技があるときは付き添うというところが多い。
- ・ 3年生は内科、外科、産婦人科、小児科、家庭医学、精神科といくつかのマイナー科を回る。なお、麻酔、神経、耳鼻科はセット (時には眼科も)。家庭医学では、担当する患者を決めて、ずっとその患者をフォロー。最低1回は家庭訪問もする。
- ・ 4年生は内科系、外科系、小児科等から選ぶが、より診察的な要素が増える。いずれにしても基本的にはメジャー科しか回らない。
- ・ 卒前はかなり踏み込んだ手技をさせる学校は、かつては結構あったが、今は患者安全の観点等からほとんどない。せいぜい採血、点滴ぐらい。

④ 変化

入学定員 5%すでに増

厚労省 15%増、医学部協会 30%増を推薦 6校新設予定

2) 卒後専門研修

- ・ 25 レジデンシープログラム、各学会 ABMS (医師会等が構成団体)
- ・ 一般に、外科系は条件が難しく実質的人数制限あり、内科系は易しくサブスペシャリティに人数制限はほとんどなし。但し、人気の高い内科系は人数制限あり。((実質的) 人数制限ありの例) 脳神経外科、小児外科、眼科、皮膚科、循環器内科、消化器内科等。

- ・ サブスペシャルティでのトレーニングは、レジデンシーでなく、フェローシップというが、中にはマッチングを行なうサブスペシャルティもある。
- ・ 総定員数は総医師数を上回っており、実際には選り好みしなければ何かの専門医にはなることができる。
- ・ プライマリ・ケアあるいは総合診療は90年代にHMOが盛んになったときには **Gate Keeper** として人気が高かったが、今は減少。
- ・ 最近では **Hospitalist** も人気が高い。**Hospitalist** とは、病院内で、入院患者を専門に診る医師のことで、ある程度診療科横断的に対応。もともと米国では診療所（オフィス）を持つ医師が病院を借りて入院治療を行ってきたが、病院に通うコスト等の関係から、病院に来るのをあまり好まなくなった。かたや病院側としては入院患者を専門に扱う医師が必要となってきた。
- ・ 外科系はみな最初に一般外科を回る。眼科、麻酔科、放射線診断部は最初に外科系か内科系を回ることを義務づけられているが、実際には楽な内科系を選択するものが多い。
- ・ **Family Medicine**（現在、名称は **Family Practice** から正式に変わっている）は専門医だが、**General Practice** は単に1・2年の研修をすませればできる（専門医ではない）。
- ・ 更新は各専門毎に異なる。

3) 免許制度

- ・ 免許一般：各州の免許更新、2・7年毎、条件ばらばら
- ・ USMLEのステップIは基礎科学、IIは臨床知識、IIIはより治療オリエンテドの知識。
- ・ 医学部卒業と同時に **Training License** が渡されるが、1年以内にIIIに通らないとだめ。通れば、そのまま有効。3年は研修しないと **full license** にならない。
- ・ ある州で免許を取得し、他州でも取得するときは基本的には書類手続きのみ。まれに面接があるが、これは学力というより人物を見るもの。

2. 団体機能

1) 政府

① 文部省

- ・ 憲法により教育は主として州の所管、所轄部署無し
- ・ 国の役割
医学校の予算無、規制はAMA、AAMCに委託

② 厚労省

- ・ 憲法により医療は主として州の所管、主な所管部署 **HRSA**
- ・ 国の役割

最大の資金援助はメデイケアを介した研修医教育支援：約 8500 億円
(\$ 8.2billion)

保険局 (CMS) 卒後教育支援 1 兆円、但し教育内容には関わらず

人材局 (HRSA) 小児医療 300 億円

プライマリケアのカリキュラム開発 (競争的資金) 100 億円

➤ 6 プログラム：①pre-med, ②residency program, ③faculty development, ④dental, ⑤pediatric, ⑥physician assistant

➤ 医学教育全体に占める金額の割合は小さいが、新しい教育カリキュラム開発のために使われ、その影響度は大きい。

➤ 例：患者安全、遺伝

卒後教育審議会(COGME) マンパワー (医師のみ) と教育内容、人材局が事務局、
近々消滅か

③ 州

・ 医学校関係

多くの州に州立大 (学費 1~2000 万、私立に比して 1/2) 即ち州からの援助大

約 2/3 の医学校が何らかの州の支援を受ける

全ての医学校は AAMC によって標準化されている

・ 免許

各州で発行 (20 世紀中頃から開始)、各州共同団体 (連邦政府ではなく私的団体) が
執行

2) 認証団体

① Liaison Committee On Medical Education (LCME) - 卒前 ワシントン DC
連合合体 (AMA、AAMC)

歴史：1940 年代~

機能：カリキュラムの標準化、米国内で M.D. を認定する団体

② Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) - 卒後 シカゴ
連合合体 (AMA、AAMC、AHA)

歴史：1972 年に設立された Liaison Committee for Graduate Medical Education の後
を受け、1981 年にレジデンシー認定団体として設立される

機能：レジデンシープログラムの認定を行う民間団体 (7 年毎に認定を行い、1 年に約 2
0 の医学校が審査を受ける。もしも認定されないときには 1~2 年の猶予期間が与えられ
る)

③ American Board of Medical Specialties (ABMS) - 卒後各専門 シカゴ

主体：各専門学会

歴史：1933 年に 24 の専門学会が集まって設立される

機能：専門学会を取りまとめ、レジデントプログラムを評価

④ Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) –生涯 シカゴ

主体：AMA、AHA 等 5 団体

機能：卒後医師の教育(Continuing Medical Education, CME)の推進

⑤ 参考 (個人)

免許：州、免許試験団体 (米国人と外国人の 2 トラック)

専門：各学会の Board

3. 主要団体

① Association of American Medical Colleges(AAMC)

歴史：1890 年頃 20 の医学校の学長が集まってより良い医学教育を目指して設立 (フレクサナーの前) 活動が盛んになったのは 1940 年代

機能：

- 医学教育への支援 (教育内容、カリキュラム、教育技法)
例：CurrMIT(curriculum management and information tool)、MedEdPORTAL(350 人のうちから二人の専門家によってレビューされた教材が利用できるサービスで、約 3 週間前から開始された。)
- 医学校入学に必要なテスト、MCAT を主催する団体、
- レジデントのマッチング
- 医師免許第 3

② American Medical Association(AMA)

歴史：1847 年、フィラデルフィアで Academy of Natural Sciences によって設立される

機能：全米医師会、教育のセクションあり

4. 医学教育新傾向

1) 4 つ目の改革

1910 – フレクスナー報告、ジョンホプキンス大学、ボルチモア

参考：戦前は現在の日本のようなスーパーローテーションによる 1 年間の研修 (rotating residency) が存在した。

1960 – ミルズ報告、ケースウェスタン大学、クリーブランド

1980 – PBL、マクマスター大学、ハミルトン

2000 – 以下参照

2) 新傾向

① コンピテンシーベースド

- 10～12 年前から開始
- ACGME による研修医教育への導入が始め
- 現在では AAMC/LCME による卒前教育、ABMS/ACCME による専門医や診療

に既に携わっている医師への教育にまで competency-based training が受け入れられている。

- cultural competency がさらに重要：高齢者の増加やマイノリティの患者が増加しているため（例：HRSA の支援によって医療者へのスペイン語教育が実施）

② SP、シミュレーター、CG

最近の医学教育における最大の動き
教育の標準化、医療開発

③ Community based、ambulatory-based

病院制医療(Hospital-based)からの脱却、新しい試み、ハーバード大や南イリノイ大、早期教育（early exposure）の促進の一環として患者を家庭に戻った後もフォロー

④ USMLE part I-III

- 知識だけではなく、臨床技能も評価（USMLE II b）されるシステムが導入
- 臨床技能評価には患者への respect も含まれる、導入に約 10 年を要した
- このシステムに加えて、各研修プログラムの評価によって大きな教育の質の改善が図れる

5. 6 年制か 8 年生か

	利点	欠点
6 年制	経済的負担が少ない	ドロップアウト率高い
	短期間で医師養成	18 歳で将来決める
8 年制	カリキュラムにゆとり	学費・時間が掛かる
	キャリア選択の時間的猶予	医学部入学のための予備校(化)問題