

専門医のその先に

プロフェッショナルに 求められるもの

高田 真二

麻酔科医として歩み始めたあなたの当面の目標は「できる麻酔科医」、具体的には「麻酔科専門医」になることが大きな目標になるだろう（専門医にこだわらない生き方もあるが、ここでは脇に置く）。熟練の指導医のもとで症例経験を重ね、毎月LiSAを読み、時には「双六」で気分転換をしながら研修プログラムに沿って研鑽を続け、試験に合格すれば、最短で4年後には麻酔科専門医である。専門医になれば、大概の手術症例の麻酔管理は（上級医からあれこれ言われることもなく）自分一人で行える（はず）。麻酔科医不足がまだ喧伝されるこのご時世、麻酔科専門医の需要は高く、収入面でも安定する。この先の医師人生30年以上、これで安泰…って本当？

専門医≠「神の手」医師

2017年度から始まる（社）日本専門医機構（以下、機構）による新専門医制度の詳細は、別稿に譲る。そもそもこの新制度のもとで認定される「専門医」とはどういう医師なのか。機構のホームページにはこう明記してある（下線は筆者）。

機構が認定する「専門医」とは、それぞれの診療領域における適切な教育を受けて、十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師と定義されます。

つまり専門医とは、マスコミでもはやされる「神の手」をもつ医師ではなく、「当たり前前を当たり前前に実践できる」医師である。そしてこの「当たり前前を当たり前前に」が容易ではないことは、2年間の初期研修ですでに多くの読者が実感していることであろう。まずはこのレベルに到達できるように頑張ってもらいたい。

しかし、医師としての到達点はここではないということも覚えておいてほしい。さらに付け加えれば、独学・我流で修行してそのレベルに達したとしても、専門医とは認められない。「適

切な教育を受けて」修得することが前提である（ブラック・ジャックは機構専門医にはなれない！）。今回の新専門医制度における専門医研修施設と指導医の責任は非常に大きい。

「麻酔科専門医」とは？

上記の「専門医の定義」は、基本19領域に共通である。では「麻酔科専門医」とはいかなる医師か。機構に認証された「麻酔科領域専門研修プログラム整備基準」¹⁾（以下、整備基準）には、麻酔科専門医の使命として以下のように宣言されている（下線は筆者）。

麻酔科専門医は、国民が安心して手術を受けられるように、手術中の麻酔管理のみならず、術前・術中・術後の患者の全身状態を良好に維持・管理するために細心の注意を払って診療を行う、患者の安全の最後の砦となる全身管理のスペシャリストである。

この「使命」をもう少し具体的に述べたものが、整備基準の「2. 専門研修の目標 ①専門研修後の成果 (Outcome)」である（表1）。すなわち、専門的知識・技能と臨機応変の問題解決能力に加え、医の倫理に配慮した適切な態度習慣と生涯研鑽を続ける向上

TAKADA, Shinji
帝京大学医学部
麻酔科学講座・医学教育センター

心を修得した者が「麻酔科専門医」である。

「全身管理のスペシャリスト」には、麻酔科医のアイデンティティとして異論はないであろう。ここでは「国民が安心して手術を受けられるように」「患者の安全の最後の砦となる」に注目してほしい。あなたがこれから麻酔科の高度な知識・技術を身につけてゆくのは何のためか？ 第一義的には、あなたの自己実現のためでも、あなたの社会的・経済的安定のためでもない。あなたが麻酔科専門医を目指す第一の目的は、「患者の安全のため」「国民が安心して手術を受けられるため」である。あなたが努力して修得した専門医としての能力は、患者の福利のために使わなければならない。専門医になるまでの研修では、専門医を取得したその後の医師人生で「患者のために尽くす覚悟」が問われているのである。

専門医 specialist ≠ プロフェッショナル professional

「患者のために尽くす覚悟」は、医師という専門職集団 profession の根源の価値観、すなわち医師のプロフェッショナルリズムの構成要素であり、専門医資格を取得した後もより高いレベルを目指して追求しなければならない目標である、と筆者は考える。

今日、「プロ」や「プロフェッショナル」はさまざまな意味で用いられるが、以下本稿では、言葉の本来の意味である「プロフェッショナル」について論じる(メモ)。「アマチュア」の対義語としての「プロ」ではないことはもちろん、「十分な専門知識と技能」「適切な臨床的判断能力、問題解決能

▼表1 麻酔科専門研修後の成果(Outcome)(文献1より)

国民の健康と福祉の増進に寄与すべく、安全で質の高い周術期医療および麻酔科関連分野である集中治療や緩和医療、ペインクリニック、救急医療の分野の診療を実践できる。

具体的には下記の4つの資質を修得した医師である。

- 1) 十分な麻酔科領域、および麻酔科関連領域の専門知識と技能
- 2) 刻々と変わる臨床現場における、適切な臨床的判断能力、問題解決能力
- 3) 医の倫理に配慮し、診療を行う上での適切な態度、習慣
- 4) 常に進歩する医療・医学に則して、生涯を通じて研鑽を継続する向上心

▼表2 プロフェッションの定義(文献2より、改変)

プロフェッション profession とは以下の条件を満たす職業集団である。

- ・高度な学識に裏付けられた専門的スキルを特殊な教育・訓練によって身につけている
- ・その職務が、社会のすべての人々に開放されたサービスを提供するという、公益的活動である
- ・その職務に全力で貢献する意志を公約 (profess) する
- ・これらの意志と実践の見返りとして、自律性と自己規制の特権が与えられる

力」(表1)を有する者とも必ずしも同一でもない。現代における「プロフェッション(専門職集団)」の標準的定義を表2に掲げる²⁾。

では、医師のプロフェッショナルリズムとは何か、どのように定義できるのか。この問いに対する回答は「普遍的・包括的な定義は存在しない」となる。禅問答ではない。普遍的定義は実際に存在しないのである。医師のプロフェッショナルリズムは、施設・組織・地域や国の文化的・社会的・経済的状況に影響され、変容し得る。医師個人の行動は状況依存的であり、「どうあるべきか」わかっている、そのような行動できないことも多い。「ならばそんなことを学ぶ必要もない」とあなたは考えるだろうか？

医師のプロフェッショナルリズム = 信頼可能性の基盤

「普遍的な定義が存在しない」ということは、さまざまな立場からさまざまな定義づけが可能、という意味でもあ

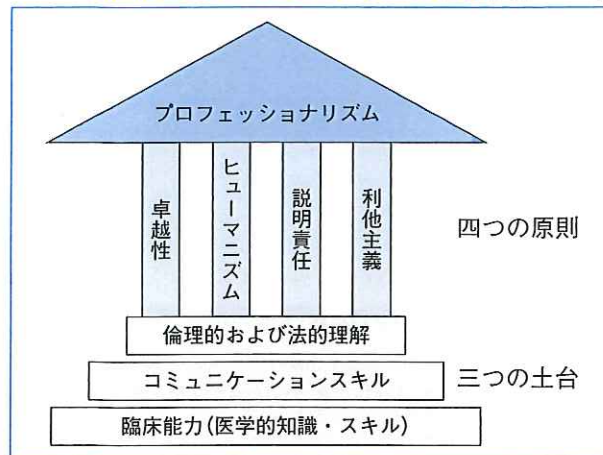
メモ

プロフェッショナルリズムの歴史的背景

プロフェッショナルリズム professionalism の語源である profess は、「神の前で信仰を告白する」という意味の動詞である。キリスト教会が強大な権威を有していた中世ヨーロッパでは、信仰を告白して修道士として認められた者のみが大学入学を許可され、神学・法学・医学を学び、これらの学問を修めた者(聖職者・法曹・医師)の集合体がプロフェッション profession と呼ばれた。

professional という単語には、①集合名詞 profession の形容詞、② profession に属する個人(普通名詞)、の二つの意味がある。したがって professionalism の意味する内容も、①専門職集団 profession としての社会への向き合い方、②専門職集団を構成する個人 professional としての患者および社会への向き合い方、の二つのレベルがある。

▼図1 米国内科専門医会の提言をもとにした、Sternらのプロフェッショナリズムの定義(文献4より)



る。しかし、どう定義するにせよ、根底には共通の理念がある。医師のプロフェッショナリズムとは、「患者・社会からの信頼を維持して医療を実践するための基盤」である³⁾。

患者はあなたという医師を信頼して、あなたの所属する病院の麻酔科を信頼して、あなたの病院であなたの麻酔を受ける。したがってあなたは、そしてあなたの属する麻酔科は、患者が信頼して命を預けるに値する存在であることを示す責任がある。麻酔科領域および麻酔科関連領域の専門的知識と技術を修得すれば、その信頼に応えられるだろうか? 「それだけでは信頼に応えられないかも…」と思う人は、さらに何が必要なのか考えてほしい。それに対する普遍的な答えは存在しないのだが。

「普遍的な答えは存在しない」が、考える手がかりはある。これまで提案されてきた、医師のプロフェッショナリズムに関する代表的な定義のいくつかを例示しておく。米国内科専門医会 American Board of Internal Medicine の提言にもとづく Stern らの定

義⁴⁾(図1)、欧米内科3学会合同組織による「医師憲章」⁵⁾(表3)、最新のものとして日本医学教育学会による「医師の能力としてのプロフェッショナリズム」⁶⁾(表4)である。

プロフェッショナル professional ≠省察的実践家 reflective practitioner

専門医として医療を実践する際、私たちは複数の価値観や原則が対立する複雑かつ曖昧な状況にしばしば遭遇する。誰もが100%納得する正解は存在しない。数年後に専門医となったあなたは、もはや研修医のように上級医に正解を乞うわけにはいかない。結論の出ない問題に対し、それでも自分なりの決断をして患者のために行動しなければならない。どのような決断にせよ、「正解」がないのだから、その後には常にもやもやした不安が残る。ここで重要なことは、そのもやもや感を放っておかないことである。実践の後(ときには実践の過程で)、自分の決断を振り返ろう。納得しきれない問題が存在することを認識する感受性と、その問題を放置せずに十分に振り返り、そこから次につながる気づきを得ようと努める知的誠実さ、これが、神の手も神の頭ももち得ない平凡な人間である私たち多くの専門医が、それでも患者や社会からの信頼を得続けるために必須の資質である。ショーン(Donald A. Schön)はこのような実践の専門家を「省察的実践家 reflective practitioner」と称している⁷⁾。

「振り返り」は抽象的概念ではない。人は誰でも間違える(To err is human.)。安全な医療を提供しようと注意を払っていても、研修医も専攻医も

▼表3 新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章(文献5より)

基本的原則 Fundamental Principles	<ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の福利優先の原則 2. 患者の自律性 (autonomy) に関する原則 3. 社会正義 (social justice, 公正性) の原則
プロフェッショナルとしての一連の責務 A Set of Professional Responsibilities	<ol style="list-style-type: none"> 1. プロフェッショナルとしての能力に関する責務 2. 患者に対して正直である責務 3. 患者情報を守秘する責務 4. 患者との適切な関係を維持する責務 5. 医療の質を向上させる責務 6. 医療へのアクセスを向上させる責務 7. 有限の医療資源の適正配置に関する責務 8. 科学的な知識に関する責務 (科学的根拠にもとづいた医療を行う責務) 9. 利害衝突 (筆者注：利益相反) に適切に対処して信頼を維持する責務 10. プロフェッショナル (専門職) の責任を果たす責務

専門医も誰でも、エラーを犯してしまう。その時、あなたはそのエラーにどう向き合うか。患者に明らかな害が生じなかったから、あるいは指導医に気づかれなかったから、そのエラーを放置してはいないだろうか？

当然、同じ問いは指導医にも向けられる。指導医としてのメンツにこだわり、自分の犯したエラーを曖昧にやり過ごしてはいないか？専攻医に対して自分のエラーを積極的に開示しているか？失敗という経験から省察を経て一般化できる教訓を抽出して次の経験に生かすという「経験から学ぶ」能力は、医療という複雑系のなかで結果を出すことを求められるプロフェッショナルに必須の資質であると筆者は考える⁸⁾。

患者安全学の分野では、従来の「エラーの原因分析を通して再発予防策を立案する」という安全対策 (safety I) から、「臨機応変な現場の対応で大部分はうまくできている日常業務の中から成功のコツを見出して強化する」というレジリエンス resilience 安全学 (safety II) へのシフトが起こりつつある⁹⁾。両者は対立する概念ではなく、

▼表4 「医師の能力としてのプロフェッショナリズム」の最終到達像 (日本医学教育学会 第18期倫理・プロフェッショナリズム委員会案) (文献6より)

1. 患者や生活者との関係における医師
2. 社会的使命への貢献
3. 医師に求められる道徳性
4. 多様な価値観の受容と公正性への配慮
5. 組織やチームのリーダー/メンバーとしての役割
6. 卓越性の追求と生涯学習
7. 自己管理とキャリア形成

*各項目下位概念の詳細は文献6を参照

相補的なものである。失敗であれ成功であれ、振り返りを通して実践経験から学ぶことがその本質である。

プロフェッションの自律性： 後進を育成する責務

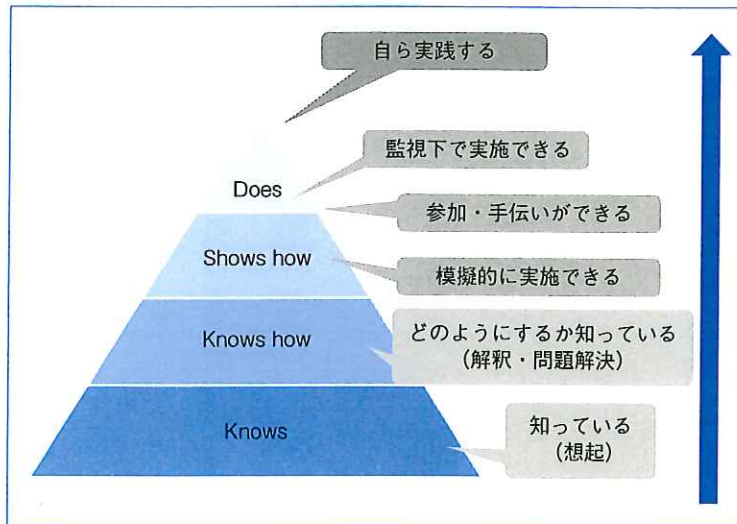
プロフェッションは、その構成員の養成や資格認定に関して自律性の特権を有する (表2)。「整備基準」の「2. 専門研修の目標 ②到達目標 iv 医師としての倫理性、社会性など」には「4) 初期研修医や他の研修中の医師、実習中の学生などに対し、麻酔科診療の教育をする」と明記されている。専攻医は指導医から教育されるとともに、自らも経験のより少ないメンバーを教育

しなければならない。プロフェッションの自律性を維持するために、プロフェッショナルは常に後進を指導・養成する責任がある。他者に教えることは最も効果的な学習法でもある。忙しい専門研修の中でも、積極的に麻酔科臨床実習の学生の教育に関与していただきたい。

プロフェッショナル・アイデンティティの形成： 日常の形成的評価がキモ

第三者機関による専門医認定制度は、構成員の養成や資格認定に関するプロフェッションの自律性を侵し得る危険性があるが、各学会が「社員」として機構に加入し、総括的評価の最終段階

▼図2 Millerのピラミッド
実践的臨床能力(コンピテンス)の修得過程(文献10より)



である専門医認定試験を各学会が委託を受けて実施することにより、実質的には自律性が保証されているといえる。日本麻酔科学会の専門医試験は日本の医学会の中で最古の歴史を有し、麻酔科専門医としての適性をしっかり評価してきたし、新制度に移行後も変わりはない(はずである)。だが…

麻酔科専門医の資格を有しながら、基本的な資質に問題があり外科系医師から不審を抱かれている者が皆無ではない。これは、総括的評価法としての現在の専門医試験の限界である。口頭試験で「医師としての倫理性、社会性(≒医師のプロフェッショナリズム)」を評価する際、模範的な対応を述べることができても、それはMillerのピラミッド(図2)¹⁰⁾の、「Shows how(=模範的に実施できる)」レベルでの評価にすぎない。実践家であるプロフェッショナルに求められるのは、「Does(=実際に行う)」レベルであり、「プロフェッショナリズムに則した行動がとれているか」を評価する方法は、日常診療の継続的な観察記録し

かない¹¹⁾。指導医は、全身麻酔の導入後に研修医・専攻医を放置するのではなく、術中もこまめに指導し、外科医やコメディカルとのコミュニケーションやリーダーシップのとりかたなど、「医師としての倫理性、社会性など」を評価し、必要であれば研修医・専攻医にフィードバック(=形成的評価)を加えなければならない。この形成的評価の繰り返し、研修医や専攻医のプロフェッショナルとしてのアイデンティティの形成を促す原動力となる³⁾。「整備基準」の「4. 専門研修の評価」で詳述されているように、新たな専門医制度は私たち「指導医」に、形成的評価を通してプロフェッショナルを育てる責務を課している。指導医も単なる専門医 specialist で満足するのではなく、プロフェッショナル reflective practitioner としての高みを目指さなければならない。



この春、麻酔科医として歩み始めたあなたが、数年後には晴れて麻酔科専門医となることを心から願っている。私

たちおじさん・おばさん世代の指導医も、あなたがプロフェッショナルとしてのアイデンティティを確立してゆく道程を伴走してゆきます。

文献

1. 麻酔科専門研修プログラム整備基準。(社)日本専門医機構ホームページ《www.japan-senmon-i.jp/program/doc/anesthesiology_n.pdf》。
2. 野村英樹. 医のプロフェッショナリズムの概念. In: 伴信太郎, 藤野昭宏編. 医療倫理教育. シリーズ生命倫理学. 第19巻. 東京: 丸善出版, 2012; 129-35.
3. 宮田靖志. プロフェッショナリズム教育の10の視点. 医教育 2015; 46: 126-32.
4. アーノルド L, スターン DT. 医療プロフェッショナリズムとは何か. In: スリングスピー BT 編著, 天野隆弘監修. 渡辺賢治, 岡野 James 洋尚, 神山圭介ほか監訳. 医療プロフェッショナリズムを測定する—効果的な医学教育をめざして. 東京: 慶應義塾大学出版会, 2011; 17-41.
5. 永山正雄. 日本内科学会認定内科専門医会(現専門医部会)会長諮問委員会(プロフェッショナリズム委員会翻訳班). 新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム. In: 宮崎 仁, 尾藤誠司, 大生定義編. 白衣のポケットの中—医師のプロフェッショナリズムを考える. 東京: 医学書院, 2009; 12-8.
6. 野村英樹. 医師の能力(コンピテンシー)としてのプロフェッショナリズムセッションとその後の経過報告. 医教育 2015; 46: 152-7.
7. ドナルド・A・ショーン著. 柳沢昌一, 三輪建二訳. 省察の実践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考. 東京: 鳳書房, 2007.
8. 高田真二. 医療安全の考え方とM&Mカンファレンスの意義. In: 高田真二編. 麻酔科M&M症例ファイル. 東京: 日本医事新報社, 2014; 2-18.
9. Ball DR, Frerk C. A new view of safety: Safety 2. Br J Anaesth 2015; 115: 645-7.
10. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990; 65: S63-7.
11. Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med 2007; 356: 387-96.