ることが、その第一歩と申せましょう.

- ① 都道府県医師会および郡市区医師会に設置されている生涯教育委員会の委員として参加している勤務医が、現行の日本医師会の生涯教育制度を充分に理解し、その上で、その地域、あるいはその病院にふさわしい勤務医の生涯教育カリキュラムを作成するのがよいと思います。
- ② 病院には、それぞれの特色があります.したがって、すべての病院に対して、一律に同一の生涯教育プログラムを課するのは得策ではありません.できれば各病院に教育・研究委員会を設置することを促し、この委員会に、病院所属の勤務医に対する生涯教育の具体的方策を立案してもらうこともひとつの方法でしょう.
- ③ 病院は、教育機能をもつことが絶対に必要であります. 定期的にカンファレンスを 開催し、 剖検を 励行し、教育・研究年報を定期的かつ継続的に刊行することなどを奨励したいと思います.
- ④ 教育病院の幹部医員を大学医学部教員として併任し、若い医学生のニードを知ってもらい、かつ臨床研究を共にする機会を与えることによって、勤務医が教育に対する使命感を自覚できるようにすることも検討に値する課題といえましょう.

8) 問題点

① 勤務医は、各種の症例を豊富に経験できるとはいえ、毎日、多忙な診療に追われて、自己学習のための時間的余裕のないことが指摘されています。しかし、多忙

なときほどよく勉強できるという事実も見逃すことはできません. 少ない時間をできるかぎり効果的に活用することは、 勤務医 にとって 大事な 能力のひとつであります.

勤務医はまた、自己の人間形成、さらには人間理解のための生涯教育に立ちむかう努力が不足していることも指摘されています。この事実を否定はしませんが、どうすれば学習のための時間的余裕がとれるかを、自ら考えることが必要であります。日本医師会も、この点について積極的に考えるべきでありましょう。

- ② 現在の病院では、指導医がたりないほか、診療施設の整備が十分でないこと、図書費・学会出張費の不足などが問題になっています。これらは病院予算に関係することであり、ひいては医療制度とも関連することであります。大局的見地からみた改革が必要と思われます。
- ③ 勤務医は生涯教育に対する意識が湧かないとよく 言われます。これは「昨日のように、今日もできればよ い」という安易な気持がひとつの大きな原因と思われま す。毎日毎日、診療さえしていればよいという習慣から の脱皮がまず必要でありましょう。
- ④ 病院長が勤務医の診療に対する評価はもちろんのこと、学習そのものに対する奨励をも適正に行う方策を考えるべきであります。 たとえば、学会発表の 実績とか、研修指導内容などについても一定の評価を行うことを望みます。

おわりに(略)

資料10:家庭医機能の生涯教育に関する意見

日本医師会生涯教育推進会議*(平元 2.10)

前文(略)

医師の家庭医機能

生涯教育推進会議では、「家庭医に関する懇談会」が あげた「家庭医機能」の10項目について、まず検討を加 えました。すなわち、地域住民の期待に効果的に応えて いくシステムとしての地域医療の将来像を考慮しなが ち、医師に求められる家庭医機能としての、この10項目 について検討しました。

* 座長 阿部正和 委員:猪 初男,小泉 明, 五島雄一郎,小林 登,坂元正一,高安久雄 「家庭医に関する懇談会」があげた10項目の「家庭医機能」とは、次のとおりであります.

- 1. 初診患者に十分対応できること
- (1) 疾病の初期段階に的確に対応できること
- (2) 日常的にみられる疾患や外傷の治療を行う能力を身につけていること
- (3) 必要に応じた適切な医療機関へ紹介すること
- 2. 健康相談および指導を十分に行うこと
- 3. 医療の継続性を重視すること
- 4. 総合的・包括的医療を重視するとともに、医療福祉関係者チームの総合調整にあたること
- 5. これらの機能を果たすらえでの適切な技術の水準

を維持していること

- 6. 患者を含めた地域住民との信頼関係を重視すること
- 7. 家庭など生活背景を把握し、患者に全人的に対応 すること
- 8. 診療についての説明を十分にすること
- 9. 必要なときいつでも連絡がとれること
- 10. 医療の地域性を重視すること

以上の項目は、多かれ少なかれ、従来、第一線医療に従事している医師の方々がすでに実践しているところであります。また病院勤務医といえどもこれらの機能を果たすべく努力することが必要なことはいうまでもありません。しかし、一人の医師がこれらの10項目のすべてを満たすことが家庭医の理想的な姿であるとはいっても、実際には、これらのすべてを果たすことは必ずしも容易ではありません。考えようによっては、開業医であれ病院勤務医であれ、医師たるものの一つの達成目標であるといってもよいでしょう。さらにこのような家庭医機能は、医療の受け手からも、きわめて高く評価されるものであり、生涯教育推進会議としては、この点を重視いたしました。

以上のように、家庭医機能は、すべての医師に、これを備えることが望まれます。したがって、各専門科を通じて医療の基本になるものといえます。しかし、医療の専門細分化の現状を考えれば、日常の診療活動の中では、専門的な診療機能と家庭医機能の発揮の割合が多様になるのは当然であります。このような多様性は、地域医療システムとしてはむしろ弾力性のあるものとなり、患者への対応性はよいものと考えます。ある医師は、自らの専門領域の学と術を深めながら、医師の基盤としての家庭医機能を体験的に学習していくでありましょうし、ある医師は、日常の診療活動のかなりの部分を家庭医機能の発揮に費やしているといえます。地域の第一線医療では、後者のほうが一般的であるといえましょう。

家庭医機能の生涯教育

家庭医機能は、卒前教育および卒直後の臨床研修を通じて、医学教育の各段階における教育内容としてとりあげるものであります。また、経験を積んだ第一線医療に従事している医師は、すでに日常診療の中で、自然に家庭医機能を身につけている場合が多いといえます。それらのことを十分に考慮に入れながら、医師の生涯教育における家庭医機能研修のプログラムをつくることが必要であります。この場合、卒後2年間の臨床研修期間における家庭医機能の修得と、開業してから後の医師の生涯教育制度の中での履修と、さらに病院勤務医としての修

練の中での家庭医機能の履修という,3つの部分に分けて考えることができましょう。いずれの場合にも共通していえることは、医師は広く一般的な医学常識を豊かにもち、小児から老人にいたるまでの疾病の年齢特性を知ることが重要であるほか、境界領域、あるいは社会・文化一般に関する常識をもつ必要があるということであります。このように、家庭医機能の生涯教育とはいっても、その内容は多様となり、また複雑になるのは当然なことであります。

まず、卒後2年間の臨床研修期間における家庭医機能の修得については、大学付属病院・臨床研修指定病院・ 日本医師会などによって構成されている臨床研修懇談会 において、その総論的な方向づけがなされるよう勧めま す

また,病院勤務医および開業医が生涯教育制度の中で 学ぶ家庭医機能については,日本医学会の各分科会と日 本医師会との共同作業によってカリキュラムの作成をす すめるのがよいと考えます。

いずれにしても、医師たるものは、単に与えられたカリキュラムに従って学ぶだけではなく、自ら積極的に、より良いカリキュラムをつくり、自ら育てていく姿勢をもつことが大切でしょう。そして自らカリキュラムをつくり、これを育てる研究・調査など、たとえば疾病統計の作成などを行い、学会発表をすることも大事です。このことによって、生涯にわたる学習の張り合いや喜びを持つことができるものと考えます。

カリキュラムの基本となる内容

医師は、日常診療の実践の中で、いつも医療の対象である人間を理解する努力が重要であります。このためには、人間の部分を診るのではなく、いつも人間全体を診る視点をもつことが必要であります。医師は、病める人が、人間として今、何を感じ、何を求めているのか、共感をもって理解すること、つまり部分のみならず人間全体という視点をもって全人的に診療をすすめなければなりません。また病める人の背後にある家族、その生活環境、ひいては地域社会のことも含めて診療に従事する態度が望まれます。

家庭医機能の生涯教育では、これらの目的に沿った学習が必要となります。このような意味から、日本医師会が「医師の生涯教育制度化のガイドライン」の中で序唱された「医療的課題」の学習は、とくに重要になってくるのであります。

以下,家庭医機能の学習に必要なカリキュラムの内容 について,その大綱を述べることにします.

1. 初診患者への対応

疾病の初期およびコモン・ディジーズへの対応は、決して容易ではありません。 そのための 十分な 知識と技術、さらに経験が必要です。とくに疾病の初期診断に当たっては、単純な疾病であると考えた場合でも、常にそれ以外の疾病ではないかを「疑う」という姿勢を堅持することが重要であり、その基礎となる知識を持つ必要があります。

初期患者への対応としては、次の3点を重視すべきで しょう.

すなわち,

(1) 初診時での的確な対応

問診・面接技法,基本的臨床検査技術,精密検査 の必要性の判断

- (2) 日常的にみられる疾病や外傷の診断と治療
- (3) 救急医療として、緊急対応を要する病態であるかどうかの判断

などあります。これらの項目は、今後、プライマリ・ケアにあたる第一線医療に従事する医師自らが積極的に 開発し、研究する分野でもあるともいえましょう。

なお、上記の(1)、(2)および(3)は、自己の専門診療科内の問題と、専門診療科外の問題とに分けてカリキュラムを編成する必要があります。換言すれば、各専門診療科ごとに、プライマリ・ケアの対象となる疾病や外傷の範囲を明らかにすること、すべての専門診療科を通じて共通的な、そして救急を含めた患者への初期対応に必要な事柄、またはコモン・ディジーズの範囲を定めておくことを前捉としてカリキュラムを作成することです。

2. 患者の紹介

上記1について、その対応の範囲を超えた場合、または自己の狭い意味での専門的能力で扱うのには適さない場合には、他医への紹介を必要とします.

紹介先である各科専門医との連絡を普段からよくして おくとか、紹介様式を検討のうえ、あらかじめ定めてお くとか、紹介後の連絡をよくする、などの紹介の基本的 ルールが含まれます。さらにまた、患者の病態により、 適切な病院を選んで紹介すること、そのための学習や調 査をも含みます。すなわち、地域医療システムの中での 医師の役割を理解する必要があります。

3. 健康相談と指導

健康に関する相談の技法,健康教育の技法が主体で, カウンセリングも含まれます.

4. 医療の継続性

継続して対応できる診療態勢をとること,慢性疾患の 管理,基本的なリハビリテーションの指導,在宅医療の 基本,ターミナル・ケアなどが含まれます.

5. 総合的・包括医療の実践

全人的対応の基礎になる行動科学や心身医学の知識と 技法,各年齢層に応じた予防医学的活動,病診連携・診 診連携によるグループ診療,看護婦・保健婦・ケースワ ーカーなどのコメディカルの職種とのチーム医療などが 含まれます。また、地域医療の担い手として、地域保健 活動・学校医あるいは産業医としての役割の遂行も必要 となりましょう。

6. 人間関係

医師・患者・家族(地域住民)間の適切な人間関係, ひいては信頼関係の築き方,患者・家族への納得のいく 十分な説明の仕方,そしてその基本としての「医療にお けることば」の学習などを含みます.

7. 医療の社会性

生命倫理, 医療経済, その他があげられます.

以上の基本を参考にして,各都道府県医師会・郡市区 医師会と大学付属病院,あるいは地域の中核病院などの 協力の下に,地域特性にみあったカリキュラムを作成す ることが期待されます.

家庭医機能の履修証明について

現在、日本医学会の分科会である39の学会は、専門診療科についての認定医(専門医)制度を積極的に推進しています。この制度には、なお、多くの問題が残されてはいますが、将来、さらに普遍化して行くものと予想されます。この各分科会の認定医制度と日本医師会生涯教育制度の中での家庭医機能の履修との間にどのような関連性または整合性をもたせるかは、今後の緊要な検討課題として取り上げなければなりません。

生涯教育推進会議としては、現行の医師の生涯教育制度の中に家庭医機能履修についてのカリキュラムを導入し、それを履修した医師に、家庭医機能について履修したことを何らかの方法で証明することが必要であると考え、ここに提案いたましす。

- (1) 日本医師会が設置された臨床研修懇談会では、前述の「カリキュラムの基本となる内容」の項に述べた事項を参考として、家庭医機能についての研修内容の大綱を早急に協議してほしいと思います。
- (2) 日本医師会においては,認定医制度を有する各学会と協議の上,家庭医機能に関する教育カリキュラムの大綱を作成し,各都道府県医師会長に捉示してほしいと思います.

それを受けて各都道府県医師会長は,生涯教育講座の中に,家庭医機能についての教育プログラムを組み入れていただくよう希望します.

このカリキュラムを履修した医師に対して,各都道府 県医師会長が履修証明書を与えることも考えられます. この証明書が臨床医学系各学会の認定医更新の際に評価されるようになれば、誠に好ましいと思います.

おわりに(略)

資料11: 臨床研修懇談会中間報告

日本医師会臨床研修懇談会*(平元.9)

1. まえがき (略)

2. 臨床研修の現状と問題点

現在の医師法では、医師免許取得後少なくとも2年以上、大学病院もしくは厚生大臣が指定する国・公・私立の研修病院において、臨床研修を行うよう努めること、 との規定が設けられている.

その際、卒前教育を終えたばかりの研修医にとっては、より偏りの少ない多様な患者を対象とする、初期研修の場がふさわしい。しかし、問題はまず病床の数から始まる。研修・教育の場となると、病床の不足は否めない(学生100名について、アメリカでは卒後研修を含め3,000床、イギリスでは教育に1,000床が用意されていると聞く)。このような状況を補完する必要性から、臨床研修部会(厚生省)の諮問を得て、病院の規模、内容、指導医の数・資質、症例数、研修プログラムがチェックされて現在、229の病院が研修病院に指定されている。昭和46年以来、年々その数は増してはいるが、質的にもさらに充実を図る必要がある。昭和58年以来、それらの病院を主体とした臨床研修研究会も設けられ、研修病院のあり方につき、検討ないしは改善の努力がはらわれている。

さて、わが国の研修医であるが、医科大学・医学部卒業生の大多数が大学病院でこの臨床研修をうけている。 その理由には、わが国の近代医学が主として大学病院を中心に発展してきた歴史的背景とともに、とくに最近の医学生には専門志向が強い、などの点があげられよう。

[臨床研修研究会] ◎織田敏次, 廣川浩一, [国立大学] ○稲垣義明, 戸部隆吉, [公立大学] 近藤元治, [私立大学] 設築哲也, 坪川孝志, [学会認定医制協議会] 出月康夫,鎮目和夫, [日本医学教育学会] 福間誠之, [日本医学教育振興財団] 西國昌之

研修をうける若手医師にとって大学病院は、研修病院に 比べ指導スタッフが、量的にも格段と充実していること は事実である.

次に内科系,外科系の現状について,それぞれの特徴をあげてみる(文中に用いられるプライマリ・ケアの意味には意見もいろいろあろうが,ここでは基本的診療とはぼ同義に使わせていただく).

1) 大学病院

(1) 内科系の臨床研修

内科系の臨床研修も、卒業生は「臨床研修病院ガイドブック(p.9 参照)」などで研修病院の情報を得ているにもかかわらず、約8割が大学病院で研修をうけている。 それは研修病院における教育体制と研修医自身の将来に不安を感じる、というのが主な理由であろう。

①卒業生の大部分は専門志向であり(国立大学病院では、医員の約9割)、かつ学位取得の希望が強い. さらに、医師として自立できるまでの一貫教育が、大学の場合ある程度保証されている.

②学会認定医の資格をとるには、研修病院での研修がより有利な面もあるが、研修2年終了後の時点からとなると、大学病院の希望教室への採用はむつかしい。大学院もまた同じである。

③研修病院には入るにも、ひき続き残るにも、定員に 限りがあって、2年後の保証に欠ける.

④たとえ研修病院に、レジデントとして採用されたとしても、認定医・専門医の取得はともかく学位は取りにくい。また、レジデント(3年間)終了後、さらに当該病院に在籍できる保証もない。

⑤大学病院には 人材が多く, 指導体制 が 充実している.

⑥地方の大学では、関連の受け皿が少ない、いきおい 大学病院に席をおかざるをえないなどの点があげられよ う

次に,大学を選んだ場合,大学病院で十分な卒後研修 を行えているのか,現状と問題点を探ってみる.

a) 現状

^{*} 任期 昭和63年6月14日~平成2年3月31日 (〇: 座長,〇: 副座長)