

## 医師の生涯教育概説\*<sup>1</sup>

平 野 寛\*<sup>2</sup>

### はじめに

医師にとって生涯教育がなぜに不可欠であり、いかに重要であるかについては、現在ではすでに論じつくされた観があり、何人も異論を唱える余地はないであろう。問題は、その目標をいかに設定し、方略とそれに要する資源をどのように工夫し、そしていかなる方法で評価するか、といった具体的な戦略を模索しながら、実施可能なことから一歩ずつ実践していくことにある。

そのような観点から本稿では、前回の白書の出版以降にみられた生涯教育に関する主要な動向をたどり、あわせてそれらを踏まえて今後の課題を探ることにする。本来こうした白書の類は、しかるべき会で討議したうえで公表されるべきものであるが、一個人の執筆なるがゆえの誤解や偏見も少なからず混じりうるであろうことをあらかじめお断わりしておきたい。

### 1. 日本医師会生涯教育制度の改定

日本医師会の動向については別稿で詳細に述べられることになっているので、ここでは生涯教育制度の改定に限って略述するにとどめる。

1987年4月に本制度として発足した日本医師会の生涯教育制度が満5年を経過した時点で、1992年度から生涯教育の質的向上と制度の充実を図ることを目的として、生涯教育制度の改定が行われた。その要点は、①新たに「日本医師会生涯教育カリキュラム」を作成して、都道府県医師会などが生涯教育のプログラムを策定する際の参

考に供するとともに、各医師個人の利用にも役立てるようにしたこと、および②都道府県医師会がこのカリキュラムに基づいて設定した日本医師会生涯教育講座などへの一定時間（年間10時間以上）の出席を必要とすることにしたこと、の2点にある。

この「日本医師会生涯教育カリキュラム」<sup>1)</sup>は、生涯教育推進会議によって先に報告された「家庭医機能の生涯教育に関する意見」（1989年2月）での、カリキュラム作成についての提言に基づいて生涯教育委員会が作成したもので、1992年2月に公表された。生涯教育のカリキュラムユニットとしての全課題（テーマ）を医学的課題と医療的課題とに2分類したうえで、それぞれの主要項目ごとに一般目標と個別目標とを示し、さらに中項目、小項目を記載し、各項目ごとに講習会のテーマ例と学習に利用できるテキスト（主として日本医師会雑誌の特集記事とその臨時増刊）を配し、さらにチェック欄が設けられている。生涯教育委員会委員長として本カリキュラムの作成に尽力された小林建一氏も述べておられるように<sup>2)</sup>、正確にはカリキュラムのなかのテキストというべきであろうが、目標に加えて方略や資源の例示、さらには自己評価への配慮など、生涯教育を推進するにあたっての有力な指針となる点で評価されるべきものと考えられる。

次いで1994年度の制度改定では、新しく単位制が導入された。その目的は、①体験学習などの積極的学習により高い評価を与えるとともに、②勤務医が本制度に参加することへの便宜を考慮することにより、生涯教育制度そのものの更なる向上を図ることにあると理解される。発足当初からの学習時間のみの無条件の自己申告制については、従来とかくの批判がないわけではなかったこ

\*<sup>1</sup> Continuing Medical Education, General Statement  
キーワード：生涯教育、日本医師会、日本医学教育学会、日本プライマリ・ケア学会、学会認定医制度

\*<sup>2</sup> Yutaka HIRANO 川崎医療福祉大学

とを考えると、前回改定時の学習内容についての一定の条件付けとあわせて、大きな前進といえよう。

## 2. 日本医学教育学会の活動

今期間中に開催された日本医学教育学会大会においても、生涯教育に関するいくつかの企画が取り上げられた。すなわち、第22回大会(1990年7月、東京)での指定演題「卒後ならびに生涯教育の問題点(認定・専門医制度を含む)」<sup>3)</sup>、第24回大会(1992年7月、東京)での一般演題「卒後教育」<sup>4)</sup>、第25回大会(1993年7月、滋賀)での要望演題「生涯学習の問題点」<sup>5)</sup>、第26回大会(1994年7月、川越)での要望演題「生涯教育」などである。それ以外に、第23回大会(1991年7月、大阪)では柳田邦男氏による特別講演「職業人としての医師」<sup>6)</sup>が行われ、生涯教育にとってもきわめて重要な示唆が与えられた(後述)。

生涯教育委員会の活動としては、前期(第9期、1988～1990年)委員会によって行われた大学病院ならびに臨床研修病院における生涯教育の現状についてのアンケート結果のまとめと発表、および開業医師の生涯教育の目標設定とそのチェックリストの作成とがあげられる。

大学病院を対象としたアンケート調査は第8期(1985～1987年)委員会による作業に続く2回目のもので、ほぼ同様のアンケート項目について前回以降5年間での大学病院の生涯教育に対する意識の変化が検討された。その結果、大学における生涯教育のための諸活動は前回を上回る比率で実施されており、数字のうえからは大学の生涯教育についての意識は着実に浸透しているものの、具体的なあり方については、教育を受ける側も教育に当たる側も、納得のいく形には至っていないことがうかがわれた<sup>7)</sup>。一方、臨床研修病院に関しても、全体として生涯教育の必要性の理解はもちろん、実施に向けて努力されている姿は浮き彫りにされたが、体験学習の重要性についての認識とそれへのさらなる積極的な姿勢が、場を受ける側にも提供する側にも望まれるとの厳しい自由意見もみられた<sup>8)</sup>。なお、これら両アンケート調査自体は1989年3月に行われたものであることを付言しておく。

医師の生涯教育の目標に関しては、すでに第8期委員会によって「医師の生涯教育の目標」と題して公表されており、その目標設定にあたっては、専門医学領域の生涯教育はそれぞれの専門学会の検討にゆだね、医学全般にわたる広い生涯教育を対象としている。今回もこの方針を踏襲したうえで、とくに、ますますニーズの増加しつつあるプライマリ・ケア機能を担う開業医師としての生涯教育に焦点を絞って、数回にわたる討議の結果に基づいて若干の加筆を行って発表することにした<sup>9)</sup>。この作業の過程で、方略や資源についても具体的に示すことが試みられたが、今回は結論に至らなかった。一方、評価に関しては、一定の評価項目を明示することは生涯教育の実践にきわめて有益であるとの判断から、各行動目標ごとのチェックリストを作成して公表することにした<sup>10)</sup>。

## 3. 日本プライマリ・ケア学会の動向

日本プライマリ・ケア学会では医学教育委員会が中心となり、1985年8月に「医師生涯教育のための研修プログラム」を試作・公表し、ついで1984年11月から1985年1月にかけて行った会員医師を対象にした診療に関する実態調査の結果に基づいて「プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修カリキュラム案」を1987年6月に作成した。その後、このカリキュラム案に準拠して「プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル」を13回のシリーズとして公表し<sup>11～23)</sup>、それと平行してさきの「医師生涯教育のための研修プログラム」を見直してその改定案を作成し、発表した。

この「医師生涯教育のための研修プログラム(改訂案)」<sup>24)</sup>は、卒後臨床研修との連続性を重視して作成したもので、理想を掲げながらも現実に即して実現可能なようにとくに意を注いだ。したがって、研修目標は卒後臨床研修目標を基本としてそれをさらに発展させることとし、とくに具体的学習方略の提示に重点を置いた。すなわち、研修目標全体を必須項目と選択項目との2群に分け、研修期間は1シリーズを3年としてその間に必須項目39単位、選択項目36単位、計75単位を取得することが課せられている。方略としては、必須項目および選択項目ともにカンファレンスやパリント・グループ・ワークへの参加など、積極的な体

験学習を重視するとともに、診療実績の報告や地域における保健・医療・福祉にかかわる実践の記録も評価対象とされている。

日本プライマリ・ケア学会では上記の医学教育委員会の実績をも踏まえて、1994年4月から認定医制度を正式に発足させた。制度そのものには将来改善されるべき事項が少なからず残されているが、本制度がわが国における保健・医療・福祉の向上に大いに貢献するであろうことを強く期待している。それにつけても、プライマリ・ケア医としての生涯教育には、今後とも検討されなければならない多くの問題がある<sup>25)</sup>。

なお、日本プライマリ・ケア学会には現在全国に17の支部や研究会が設置され、県あるいは市レベルでも毎年活発な生涯教育が行われており、その内容は会報などの形で記録に残されている。

#### 4. 学会認定医制度と生涯教育

今日多くの専門学会が認定（専門）医制度を発足させているが、それらのうちで認定（専門）医数のもっとも多い日本内科学会について、生涯教育の観点から現状を略述する。

学会認定医制度のなかで生涯教育と直接関係があるのはその更新制度であろう。日本内科学会では1968年10月1日、日本内科学会認定内科専門医制度を発足させ、1985年度から認定内科医と内科専門医との2段階の認定方式を実施、さらに1987年度から1991年度末までの5年間にわたって経過処置による認定内科医を認定した（経過処置による認定内科医総数25,454名）。これら認定医のうちで1994年3月1日付で行われた第1回認定更新の対象者は9,429名で、2月28日現在の更新申請者は7,798名(82.7%)、保留者のうち所定の50単位を未取得のものが1,239名(13.1%)にみられ、単位未取得や高齢などの理由による辞退者は90名(1.0%)であった。

以上の事象についてのコメントは差し控えるが、日本内科学会では日本医師会生涯教育制度との整合性に関しては以前から配慮しており、日本医学会総会の出席には10単位、日本医師会の生涯教育企画には2単位が与えられることになっている（認定更新に必要な総単位数は5年間で50単位以上）。日本医師会から提示された日本医師会生涯

教育講座については、一定の基準に基づく認定更新委員会での審査を経て、認められたものは単位取得の対象企画として日本内科学会雑誌に掲載して広報されている。1994年4月から7月までの日本医師会から提示のあった約70件の企画のうち、不採用になったのは筆者の知るかぎりではわずか3件で、かなり寛大な判断がなされているとの印象を受ける。

学会認定医制協議会、日本医学会および日本医師会からなる三者懇談会で認定医の公認に関する合意が得られ、1994年4月から施行されることになったのは特筆すべきことのひとつであるが、詳細は別稿で述べられると思われるので、ここでは割愛する。

#### 5. 大学その他の対応

日本医学教育学会生涯教育委員会が行った、アンケートによる大学における生涯教育に関する現状分析の結果については、すでに別項でその概略を述べた。『医学教育』誌の特集「病診連携と生涯教育」<sup>26)</sup>にもみられるように、病診連携を中心に全国の多くの大学病院や基幹病院で生涯教育への対応の気運が高まっており、なかには優れた試みもなされている。

しかし反面、1991年7月1日を期して行われた大学設置基準の改正に関連して企画された『医学教育』誌の特集「医学教育における自己点検・評価」<sup>27,28)</sup>でみる限り、生涯教育について触れられた記載は期待に反してそれほど多くない。生涯教育へのかかわりが大学の果たすべき役割にどれ程の比重を占めるべきかについては論議も多いと思われるが、一般論として、重要な役割のひとつであるとの認識のもとにより積極的な対応が期待されてよいのではなかろうか。

従来の白書にも紹介されている地域医療研修センターの活動を中心とする国立病院の門戸開放や、実地医家のための会、大和臨床医学談話会など有志による生涯教育への取り組みについても、今期も活発な活動が展開されている。国立病院に関しては、第24回日本医学教育学会大会で国立長崎中央病院<sup>29)</sup>や国立岩国病院<sup>30)</sup>での実状が報告された。

## 6. 今後の課題

### 1) 生涯教育の目標

かつて、日本医師会生涯教育推進会議は「家庭医機能の生涯教育に関する意見」(1989年2月)のなかで、家庭医機能(日本医師会ではこの言葉のもつ影響を配慮して、その概念は尊重することを確認しつつも、言葉自体は使用しないことになっている)について家庭医に関する懇談会がその報告書(1987年4月)のなかで掲げた10項目について検討を加え、きわめて高く評価されるべきものであるとしたうえで、これらの家庭医機能はすべての医師に備えることの望まれる医療の基本であること、しかし、日常の診療活動では専門的な診療機能と家庭医機能との発揮の割合が医師個人ごとに多様になるのは当然であること、を指摘している。

医師の生涯教育の目標は、社会の広義の医療に対するニーズに応えるものでなければならず、そのニーズは近年著しく広大・多様化していることを考えれば、生涯教育の目標も決して固定化されるべきものではないといえる。そのことを踏まえて、上述の推進会議の意見にみられるように各自の日常診療活動の実態に合わせて適切な目標を設定するには、かなり意識的な努力が必要である。

一方、前述のように日本医師会、日本医学教育学会、日本プライマリ・ケア学会などからそれぞれの立場からの目標が示されており、あわせて各専門学会の認定(専門)医制度においても何らかの形で目標が明示されている。学会認定医制協議会では、各専門学会の認定(専門)医制度間の縦の調整と横の調整とに努力が払われてきた<sup>31)</sup>が、これら各専門学会の掲げる目標とレベルの全体の横図のなかに、上記のそれぞれの組織が個々の立場から設定した目標をどのように組み込むのが妥当か、全体像の再構築を図ることが緊急の課題の1つのように思われる。

### 2) 生涯教育の方略、資源、評価

一般に、新しい知識や情報の収集には自宅学習や講演会出席など一方的、受身的な学習でも努力次第でかなりの効果をあげることができるが、技術習得には体験的な学習が欠かせない。まして問

題解決能力をはじめとする受療者中心の医療を提供するのに必要な技能や態度を身につけ増進させるためには、自身の診療している患者から学ぶことがもっとも効果的であり不可欠である。そのためには日々の診療に関する科学的な記録が欠かせないし、病診連携が強力に推進される必要がある。

その意味で、1992年7月の医療法の一部改正に伴う特定機能病院構想は、教育病院における初期診療をはじめとするプライマリ・ケアにかかわる教育の問題など、一部に戸惑いや危惧がないわけではないが、病診連携の確立には強大な推進力になると積極的にとらえて、生涯教育のさらなる活性化に活用したいものである。

評価は生涯教育にあっても不可欠である反面、客観的で科学的な評価法を確立するには今後とも多大の努力が必要であろう。生涯教育における客観的評価方法の開発もまた、最重要課題の1つといえる<sup>25)</sup>。

### 3) 医学教育の一貫性

医師の生涯教育は、それ以前の卒後臨床研修までの教育を抜きにしては論ずることはできない。本白書では各段階での教育についてそれぞれの項目別に詳述されているので、ここでは主として生涯教育の立場から簡単に触れるにとどめる。

卒後臨床研修のあり方についてはすでに多数の意見書や勧告が公表されているが、最近、研修の義務化を含む改善意見が日本学術会議地域医学研究連絡委員会から報告書として発表された<sup>32)</sup>。その趣旨は、患者を全人的にみる基本的臨床能力を身につけるための研修を義務化すべきであるとの提言にある。

卒後臨床研修の義務化はともかく、全人的、包括的ケアを指向した教育に関しては、すでに日本医学教育学会や日本プライマリ・ケア学会でも多大の精力を注いできたところであり、今後とも卒前教育から生涯教育までの生涯にわたる医学教育の一貫性について、生涯教育の立場からも検討が繰り返されなければならないことが痛感される。

### 4) 医師の特性と生涯教育—入学者選抜への期待

医師が独立して診療を行うようになってからの生涯にわたる学習には、少なくとも現時点では他

からの強制はない。したがって、よく指摘されるように、生涯教育は基本的に医師個人の内発的動機に支えられたものである。その意味から、生涯教育の成否を左右する条件の1つは、この内発的動機を生涯を通じて維持し続けうる特性を有しているか否かにあるといえるし、入学者選抜にあたって将来医師となる者の適性を評価する際の判定項目の1つとして重要であるといって過言ではなからう。

柳田邦男氏は第23回日本医学教育学会大会での特別講演「職業人としての医師」<sup>9)</sup>のなかで、職業人としての医師にとっての“気づき”の重要性を指摘し、“気づき”の要素として外からの刺激と、それを受け入れるレセプターとをあげ、このレセプターの形成は医学校入学以前になされるもので、逆にいえば医学校入学後の教育にそれを期待することに疑問を投げかけ、入学者選抜でこの適性を評価することの重要性を示唆された。

日本医師会生涯教育制度での申告率が毎年減少傾向にあり、1992年度は50%を割って47.7%にまで低下したことが憂慮され、それに対する対応策が種々論議されている。もちろん、対策を講ずることは重要であるが、根本的には医師個人の医師としての特性にかかわる問題ではなからうか。そうだとすれば、生涯教育の改善は元をたどれば医学校入学以前にさかのぼり、したがって、医学教育全体のなかでの最初の段階での課題は入学者選抜をいかにすべきかということになる。

## おわりに

医師の生涯教育の究極の目標はケアの質の改善にあり、さらに拡大すれば人びとの健康問題全般に的確に対応し、幸福を願って奉仕することにある。広義の医療に対するニーズの拡大・多様化に伴い、単なる病者への治療のみならず保健・医療・福祉全般にわたる役割をよく遂行しうることが目標として掲げられなければならない。生涯教育に携わる者には、まずこの自覚と責任感とが求められる。専門指向にますます拍車がかけられているようにみえる現在なればこそ、保健・医療・福祉の基本にある全人性、包括性、さらには継続性や地域性をも重視した生涯教育が展開されることを強く期待したい。

白書にしては個人的見解があまりにも色濃いことを恐れるが、今後の改善を願ってのことである点をお汲みとりいただき、お許し願えれば幸いである。

なお、文献の記載は原則として1990年以降に限定したことをお断りしておく。

## 文 献

- 1) 日本医師会：日本医師会生涯教育カリキュラム。日本医師会雑誌 1992, **107**(3)〔付録〕
- 2) 小林建一：日本医師会生涯教育制度について。日本医師会雑誌 1993, **109**：465-468
- 3) 特集/第22回日本医学教育学会大会記録指定演題Ⅲ—卒後ならびに生涯教育の問題点(認定・専門医制度を含む)。医学教育 1990, **21**：357-362
- 4) 特集/第24回日本医学教育学会大会記録一般演題VI—ポスター—卒後教育。医学教育 1992, **23**：332-333
- 5) 特集/第25回日本医学教育学会大会記録要望演題—生涯学習の問題点。医学教育 1993, **24**：347-350
- 6) 柳田邦男：特別講演：職業人としての医師。医学教育 1991, **22**：258-260
- 7) 小林建一、岩淵 勉、菊池 博・他(日本医学教育学会生涯教育委員会)：大学における生涯教育—アンケートによる現状分析(第2報)一。医学教育 1992, **23**：50-54
- 8) 西崎 統、岩淵 勉、鳥居有人・他(日本医学教育学会生涯教育委員会)：臨床研修病院における生涯教育の現状—アンケートによる分析—(抄)。医学教育 1990, **21**：335
- 9) 平野 寛、菊池 博、小林建一・他(日本医学教育学会生涯教育委員会)：開業医師の生涯教育の目標。医学教育 1994, **25**：365-367
- 10) 平野 寛、菊池 博、小林建一・他(日本医学教育学会生涯教育委員会)：開業医師の生涯教育のためのチェックリスト。医学教育 1995, **26**：51-61
- 11) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会(委員長：平野 寛)：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その1。日本プライマリ・ケア学会誌 1989, **12**：385-395
- 12) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会(委員長：平野 寛)：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その2。日本プライマリ・ケア学会誌 1990, **13**：58-62
- 13) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会(委員長：平野 寛)：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その3—診断、問題解決のプロセス—。日本プライマリ・ケア学会誌 1990, **13**：153-159

- 14) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その4—基本的な処置および治療手技。日本プライマリ・ケア学会誌 1990, **13**：293-305
- 15) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その5—診療の管理・運営（I）。日本プライマリ・ケア学会誌 1991, **14**：81-90
- 16) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その6—診療の管理・運営（II）。日本プライマリ・ケア学会誌 1991, **14**：195-200
- 17) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その7—診断書・公文書，その他。日本プライマリ・ケア学会誌 1991, **14**：203-207
- 18) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その8—医療の諸形態ごとの個別事項（救急医療）。日本プライマリ・ケア学会誌 1991, **14**：289-296
- 19) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その9—初期診療。日本プライマリ・ケア学会誌 1992, **15**：67-68
- 20) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その10—日常病の診療。日本プライマリ・ケア学会誌 1992, **15**：79-84
- 21) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その11—医療の諸形態ごとの個別的事項（小児の診療）。日本プライマリ・ケア学会誌 1993, **16**：64-67
- 22) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その12—ターミナルケア。日本プライマリ・ケア学会誌 1993, **16**：140-144
- 23) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修マニュアル その13—在宅ケア。日本プライマリ・ケア学会誌 1993, **16**：239-244
- 24) 日本プライマリ・ケア学会医学教育委員会（委員長：平野 寛）：医師生涯教育のための研修プログラム（改訂案）。日本プライマリ・ケア学会誌 1992, **15**：83-88
- 25) 平野 寛：プライマリ・ケア医の生涯教育。日本プライマリ・ケア学会誌 1994, **17**：182-185
- 26) 特集/病診連携と生涯教育。医学教育 1990, **21**：2-55
- 27) 特集/医学教育における自己点検・評価。医学教育 1993, **24**：408-458
- 28) 特集/医学教育における自己点検・評価（続）。医学教育 1994, **25**：3-34
- 29) 馬場尚道，一瀬 允，寺本成美：卒後初期並びに生涯教育における国立病院の役割（抄）。医学教育 1992, **23**：311
- 30) 毛利昌雄，小長英二，河野 宏：国立岩国病院地域医療研修センターの10年間における医師生涯教育研修について（抄）。医学教育 1992, **23**：333
- 31) 出月康夫：わが国における認定（専門）医制度の現状—学会認定医制協議会の歩みと展望—。日本医事新報 1992, No. **3582**：43-53
- 32) 日本学術会議地域医学研究連絡委員会（委員長：西本 詮）：地域医学研究連絡委員会報告—医師卒後臨床研修の改善について—。1994年2月25日

\* \* \*