

日本医師会の生涯教育活動*1

小 池 麒一郎*2

はじめに

医師にとって生涯教育の必要性というまでもない。生涯教育はもとより医師個人の内発的動機に基づいて実践されるものであるが、刻一刻と進歩する医療社会にあってその重要性は一層加重されつつある。他方、社会的にも医師は医療に従事する限り研鑽に努め、自らの能力の維持と向上をはかり、質の高い医療を国民に提供することが強く求められている。

日本医師会の定款にも医師の生涯教育が目的および事業の章に明記されており、以前から会員に対し、教育課題とその研修機会を提供し、生涯教育に取り組んできた。以下、日本医師会の生涯教育活動の状況と問題点について述べる。

1. 日本医師会生涯教育体制

日本医師会が本格的に生涯教育を制度化したのは昭和62年である。制度発足当初は生涯教育の本質ともいべき内発的動機を重視する理念に基づいて、すべて自己申告による報告という制度を採用していたが、平成4年度からそのうちの10時間以上は日本医師会生涯教育講座を主体とする講習会などへの出席を義務づけることとした。これによって評価の客観性を高め、社会的評価が得られることを目指したためである。この間、日本医師会生涯教育講座のカリキュラムを編成し、臨時増刊はもとより日本医師会雑誌の編集にも改善を重ね、教育環境の整備に努力してきた。

2. 都道府県医師会へのアンケート調査

平成4年、各都道府県医師会に対し、生涯教育制度の実態ならびに改善の要望などに関しアンケート調査を実施した。その集約した結果からみると、制度自体の全般的評価に関しては大多数の医師会が是認しており、この制度が全国的に広く浸透し、定着したことが明らかとなった。しかし、制度発足後の年月も浅く、整備された教育環境という状況にはまだ遠いものがあり、いろいろな問題が浮上しつつあった。その詳細については著者がすでに報告¹⁾したところである。要点を列記すれば平成4年度からの生涯教育制度の一部改定に対して、ほぼ80%の医師会が是とする評価を寄せている。また、85%の医師会から、この制度が会員によく浸透しているとの回答を得ている。さらに、7医師会では現行制度が安易に過ぎるとの印象を明らかにしており、講座内容の質的向上とともに、制度自体の整備と向上が必要との感触を得た。勤務医の生涯教育制度に対する認識については「やや悪い」とする医師会が18、さらに「悪い」と答えた15医師会を合計すると、70%を越す医師会で、勤務医の理解や協力が不十分であるとの実態が明示された。また、半数以上の会員が日本医師会生涯教育講座以外の学習機会を利用していることが明らかとなった。今後、学会研究会などの学習領域についても十分な配慮をはかる必要性が示唆された。

3. 生涯教育申告率の推移

日本医師会の生涯教育申告率の推移を報告し、理解を得ておきたい。図1に示されるように、制度発足当初の昭和62年は全体で64.2%と高い申告率であったが、初期の熱気が沈静するに従って

*1 The Continuing Medical Education Activities of Japan Medical Association

キーワード：生涯教育制度、申告率、日医会員構成、学会認定医制度

*2 Kiichiro KOIKE 日本医師会

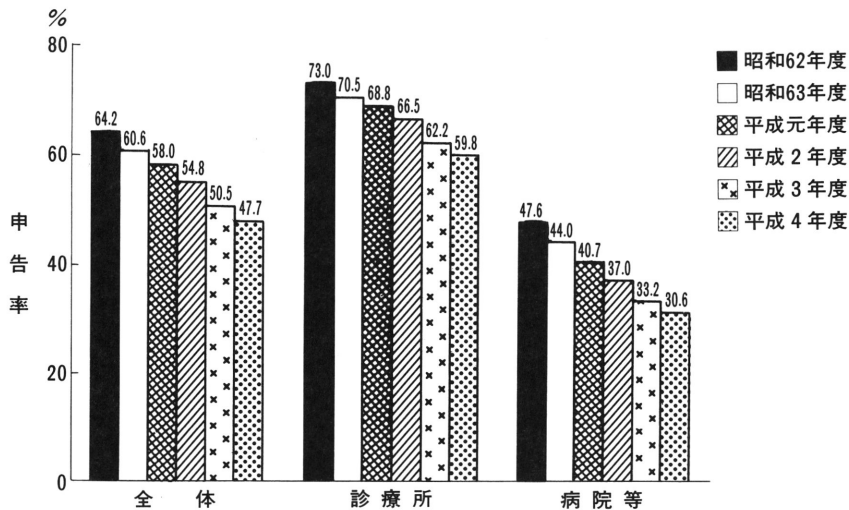


図1. 年度別申告率の推移

継続して低下し、平成4年度は50%を割る事態となった。診療所医師に限ってみても、はじめ73%の高率を示したが、平成4年度には60%に達しない状況であった。病院などの勤務医では47.6%から30.6%への落ち込みで、憂うべき状態となった。年間を通じ、医学書や学術雑誌を1度も手にせず、学会や講演会に1回も出席しないという医師は皆無であり、何らかの方法で自己研修を実践しているにもかかわらず、申告を怠っている医師が少なくない。その根底には申告事態が義務ではなく、申告のメリットも見当らず、面倒くさい。しかも、生涯教育は医師個人の問題であり、申告の必要性を認めないという意識が働いている。

しかしながら、視点を転じ、そういう人も帰属する医師の集団としての日本医師会の立場からみると、生涯教育の申告率の低下は社会的に大きな影響を与えることに注意しなければならない。事実、平成5年の日刊紙²⁾や医療誌³⁾に、医師の申告率の低下を論拠として、厚生省が「医療関係職種 of 生涯教育の在り方などに関する検討会」を発足させるために予算措置を講じるとの報道がなされ、平成6年度予算要求に盛り込まれている。申告率の低下が社会で一人歩きを始め、行政介入の口実を招く結果となったことを銘記すべきである。

4. 日本医師会生涯教育制度の諸問題

日本医師会会員数と職域構成の年次経過を図2に示す。制度発足後1年を経過した昭和63年には会員数114,716名が平成5年には133,928名に増加している。図中A1は診療所医師、A2・Bは、勤務医で、A2は、医師賠償責任保険加入者、Cは臨床研修医である。診療所医師と勤務医の構成比は昭和63年、A1比率は63.5%であったが平成5年には56.9%と占有比率が低下しており、この間の会員増加は勤務医の増加が優位に経過したことが明らかである。平成5年の勤務医比率は43%を越したことは注目すべきであろう。

次に、会員の年齢構成をみると図3のようである。第1のピークは66~67歳代にあり、極めて高い構成比を示している。続く47~64歳の年齢層が多少の変動を伴いつつも比較的低いレベルにあるが、診療所医師の占める比較は大きい。また、第2のピーク以降の年齢層は数は減少しているが、逆にその領域では勤務医比率が高いことが明らかである。全体として、日本医師会の年齢構成はかなりの偏りがあり、調和を欠く特異なパターンを示している。

これをわが国の社会経済の変遷に伴う医学教育の環境上の変動という切り口からみてみたい。第1ピークの年齢層およびそれ以前の年齢層を仮に第1世代とすれば、この世代は戦中戦後の社会的

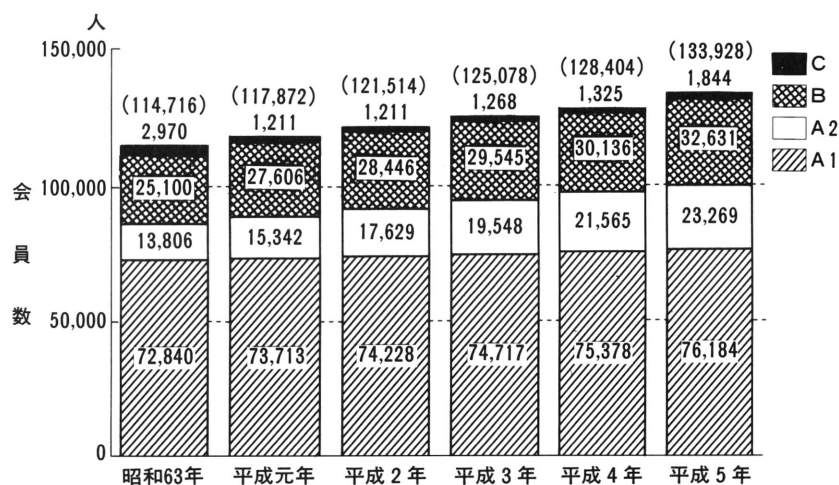
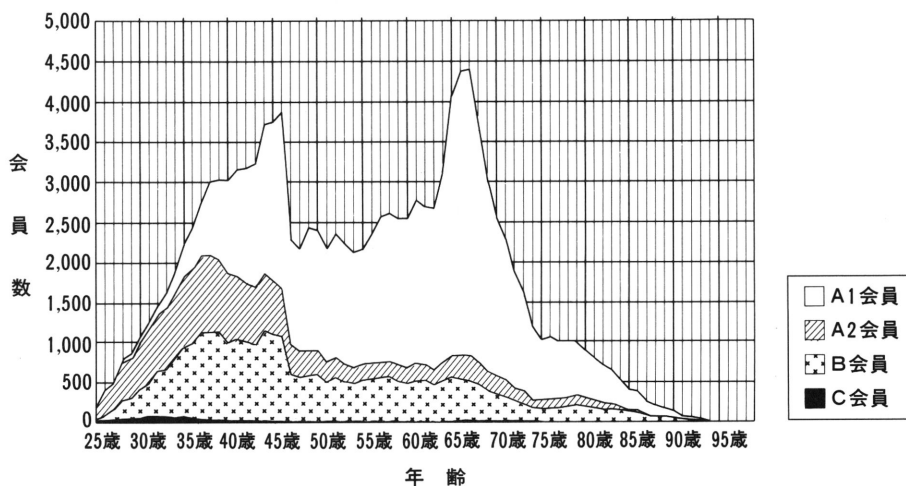


図2. 日本医師会会員数の推移



平成6年4月1日現在

図3. 日本医師会 年齢別会員構成

混乱と経済破綻の状況にあり、戦時中の医師養成の増加政策によって大きな団塊を形成し、図の上でもそれを反映するパターンとなっている。このような時代にあっては卒後臨床研修もままならなかった不遇な世代である。第1ピークと第2ピークの中間領域を占める年齢群を第2世代とすると、この時代は朝鮮動乱以降、ようやくわが国が経済復興期に入り、インターン制度も定着し、卒後教育も医局中心の診療科別専門性の高まった時期に相当する。医学部入学定員も大きく削減されてきた時代であり、図の上からも医師数の減少を

窺い知ることができる。第2ピーク以降を第3世代とすれば、インターン制廃止に至る若干の混乱があったが、臨床研修制度となり、入局教室の主導のもとに専門分化した高い研鑽を深めることができた世代といえよう。また、この世代は医科大学の新設に伴い、医師数が飛躍的に増加した状況を反映し、第2世代よりも高い構成比が認められている。

総体的にみると一般社会と趣を異にしており、政治、法律、文芸、芸術、経営などの分野と同じく定年制がない。したがって、年齢構成の幅が広

表 1. 生涯教育単位表

I. 参加証明を必要とする学習

学習方法の種類	単 位
1. 講演会・講習会等への参加：参加証・シール等で証明	
(1) 医師会主催の講演会等 日本医師会主催の講習会等 都道府県医師会主催の生涯教育講座等 郡市区医師会主催の生涯教育講座等	5 単位
(2) 日本医学会総会および日本医学会シンポジウム	5 単位
(3) 各医学会・医会主催の学会，講演会等	3 単位
(4) その他各種団体主催の講演会，講習会等	3 単位
2. 体験学習（病診連携の中での学習）：原則として出席した施設の長，開催者等の印で証明	
病診連携による共同診療，病理解剖見学，手術見学， 病棟回診見学，症例検討会，CPC 等 グループ学習：小人数による心電図・X線フィルム・エコー 等の勉強会，抄読会，症例検討会等	5 単位
3. 各種業績：学会抄録，論文・著書の表紙，講演案内等のコピーを添付	
(1) 学会の一般演題 発表者	5 単位
(2) 学会の一般演題 共同発表者	3 単位
(3) 学会の特別講演演者，シンポジスト，パネリスト	10単位
(4) 医学学術論文 筆頭著者	5 単位
(5) 医学学術論文 共著者	3 単位
(6) 医学著書 単著執筆	10単位
(7) 医学著書 分担執筆	5 単位
(8) 各種講習会および地域住民に対する医学講演の演者	5 単位

II. 参加証明を得られない学習

1. 自宅学習（1年間の合計学習単位）：1時間を1単位とする。
2. その他（参加証明を得られない講習会，講演会，体験学習等の1年間の合計単位）：1時間を1単位とする。

く，高齢化傾向がつよい。また，医師を志し，医師となって研修を積んだ時代の社会経済的影響を強く受けており，教育環境の大きな変動により年次別医師数にも影響が表われている。このように現在の日本医師会会員の構成は多様性に富んでおり，画一的に教育効果をあげ得ない要因の1つとなっている。

職域に関しても，開業，勤務，教育，研究，研修，保健，行政等多岐にわたっており，生涯教育の目的や方向性もそれぞれ多様であることが求められている。

診療科目も欧米のように，GP と specialist と

いった単純な分類ができない。会員の一人一人がそれぞれの専門性を有し，職域の必要性に応じて近縁診療科目も研修しているという現状からみて複合性が強いといえよう。

日本医師会の生涯教育はこのような状況に適合する課題が求められており，学会分科会の研修のように焦点を絞ることがむずかしい。

さらに，生涯教育の申告制度はアメリカのように資格更新の賦役が課されているわけではなく，誘導性に乏しく，強制力に欠けている。

また，学会認定医制の資格取得と更新は専門科別職域にある医師にとって至極魅力に富む仕組み

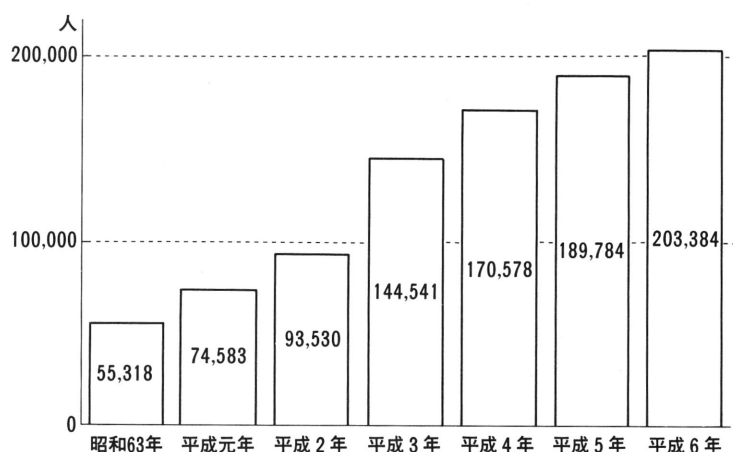


図4. 学会認定医制協議会加盟学会—認定医・専門医数

となっており、その方向に関心が集中していることも事実である。

総括すれば上述のように、日本医師会の生涯教育の効率を上げるのには種々の難しい問題を抱えているといえよう。

5. 生涯教育制度の改革

かねてから日本医師会生涯教育委員会において、制度改善に向けて検討を重ねてきた。この間、前述のアンケート調査や都道府県医師会生涯教育担当理事連絡協議会での討論を踏まえ討議した結果、平成6年4月より大幅な改定を実施することとなった。その骨子は以下の通りである。

従来、日本医師会の生涯教育講座を聴講するという受け身の学習に評価の重点を置いていたが、今回、表1に示すように、症例検討会、CPC、学会発表、講演、シンポジウム、論文、著作などという自らが研鑽する能動的学習に対しても評価対象とした。この改革によって勤務医が日常実践している院内研修がそのまま日本医師会の生涯教育体制のなかで評価対象となり、申告への親和性をたかめることができるようになった。

また、学習方式が多様化した状況に対応し、従来の時間制評価方式では不統一を招くので単位制を採用することとした。

さらに、平成4年度より3年間継続して申告書を提出し、生涯教育修了証を取得した会員に対し、患者さんの目に研修継続の姿勢が写るような形の

認定証を贈呈することとした。

6. 学会認定医制との関連

認定医制については医師免許証というオールマイティーの免許があるのに、限局した資格にこだわるのは問題があり、そのあるなしによって地域医療の場で無用の格差を生み、混乱を引き起こすのではないかと反論される向きもある。認定医や専門医は昭和37年4月、麻酔指導医制度に始まり、その後多くの学会が相次いで採用した。これを受けて昭和56年11月、学会認定医制協議会が発足し、日本医学会加盟の学会で認定医制が発足しないし実施を計画している学会を加盟資格とした。昭和63年、厚生省に「医療の専門分化と診療科名表示に関する検討委員会」の報告書が提出され、診療科名の表示と認定医資格とが関連するかのような印象を与えたことがきっかけとなって、認定医制の普及が促進された。現在46学会が学会認定医制協議会に加盟している。図4に示すように、平成5年で189,784名、平成6年で203,384名に達している。これは累積総数であるとしても、日本医師会会員数を凌駕する状況にあり、しかも、年々増加しつつある。いうならば認定医制度がわが国の医療界において定着したといえよう。日本医師会会員にも認定医は増加しており、とくに前述の第3世代以降ではその浸透度は極めて高く、将来ますます認定医比率が高まる状況にある。こうした事態に対応して7年前から、

学会認定医制協議会、日本医学会と日本医師会は三者懇談会を開催し、すでに15回にわたって協議を続けてきたが、昨年末に至ってようやく三者の合意に達した。すなわち、基本的診療科の認定に関し、この三者が承認し、承認作業は平成6年4月より開始することになった。認定医制と三者懇談会に関しての詳細な経過については日本医師会坂上副会長の日医活動報告⁴⁾に述べられている。わが国の医療界を秩序あるシステムに構築する責務を負う日本医師会としては、その組織体の中に日本医学会があり、日本医学会の傘下に各分科会があるのであるから、認定医問題の解決に大きな責任があり、今回、承認に踏み切ったのである。三者による承認によって今後認定医の社会的評価を確かにすることができると思われる。

7. 今後の課題

日本医師会は、わが国医師の生涯教育制度の構築という大きな責務がある。その立場から、今後の課題について検討し、解決をはからなければならない。

第一に、認定医制との関連があげられる。現在、日本医師会会員のほぼ半数近くが勤務医であり、勤務医志向が続くなかで今後も増加するものと推測される。病院勤務医にとってはそれぞれの専門領域の認定医の取得や更新は必要性が高く、相対的に日本医師会生涯教育制度への関心は希薄となる。図1に示されるように、勤務医と診療所医師との申告率の乖離は明らかである。しかし、臓器中心の専門家であっても、それだけでは患者の信頼を得ることは困難であり、全人的医療を行う素地も要求されるのである。日本医師会の生涯教育講座には医学的課題と並んで医療的課題を含んでいる。倫理問題、患者心理、インフォームド・コンセント、医療事故、社会保障、社会保険、健診、予防接種などの公衆衛生に至るまで、広範囲な課題が含まれている。専門分化の医療を担当する医師にとっても必須の研修課題といえよう。

他方、診療所の医師にとって、専門とする標榜科目の学会や地方会への参加は最新の医学情報を吸収するよい機会であり、同時に、自らの認定資格の更新もできる。

日本医師会の生涯教育制度は前述のように改定

され、勤務医の参加を容易にしている。したがって、日本医師会と学会分科会の教育研修システムがそれぞれの特性を生かしながら、希薄な領域を相互に補完し、履修単位のある程度の互換性を確立することがわが国医師の生涯教育制度を一体化し、整然とした体系に築き上げるため、是非とも必要なことと思う。現在までに互換性が認められているのは、内科学会、小児科学会、眼科学会、外科学会などでの4学会に過ぎず、今後、協議を重ねその拡大を図りたい。双方の教育体制の有機的整合が是非とも必要であると思っている。

8. その他

日本医師会は月に2回日本医師会雑誌を発行し、また、生涯教育シリーズとしてテーマを選び臨時増刊や特集を刊行している。加えて、テレビ、短波放送、ビデオなど種々のメディアを通じ、会員の研修材料を提供している。先般、NTT回線利用による遠隔2会場の直結放映なども実験的に試みたところである。今後は衛星放送、CATVなど新しい伝達メディアを利用する生涯教育方法なども、それら機能の成熟するのを待って実践していきたいと考えている。

おわりに

日本医師会生涯教育の活動について、とくに現状と抱えている課題に絞って述べた。現在、日本医師会は患者から信頼される医師を目指し、かかりつけ医の機能の強化を提唱し、その概念は社会にかなり浸透しつつある。しかし、最も強化しなければならない問題は生涯教育による絶えざる自己研鑽であり、その成果を医療の場に還元していくことであろう。患者の立場に立てば、自分のかかりつけの医師が常に新しい医学知識と医療技術を学習し、日常診療のなかで実践している姿勢を身近に知ることによって、深い信頼を寄せることができよう。日本医師会の生涯教育活動は1人でも多くの会員が参加し、成果が得られるよう教育環境を整備していくことにある。したがって、医学会各分科会の学術活動とも協調し、互いに補完しつつわが国医師の生涯教育体制をより成熟度の高いものにしていきたいと願っている。

文 献

- 1) 小池麒一郎：日本医師会生涯教育制度の現況。日本医師会雑誌平成5年7月15日 **110**：245-251
- 2) 日本経済新聞：朝刊。平成5年9月19日
- 3) 日本医事新報平成5年9月25日 **3622**：100
- 4) 坂上正道：認定医公認制度について。日本医師会雑誌平成6年4月15日，**111**：1349-1353

*

*

*