

医師の生涯教育の現状と改革の動向*1

橋 本 信 也*2 齊 藤 晴比古*3 小 池 麒一郎*4

はじめに

急速に進歩する医学に対応し、国民によりよい医療を提供するためには、医師は生涯にわたって自ら医学的知識や技能を習得する責務を負っている。

「良き医師育成」というスローガンのもとに、近年、医学教育の改革が積極的に進められている。入学者選抜に始まり、卒前学部教育カリキュラム、医師国試、臨床研修など医師養成のすべての段階で検討が重ねられているが、その延長線上に存在する生涯教育については、少し趣きの異なったものとして受けとめられているように思われる。

その要因の1つとして、生涯教育は、すでにでき上がった医師の教授学習という点にある。つまり、1人前の医師として日夜専門職に従事している者が、学習を継続するということは、自ら学習するというモチベーションがないと困難なことが多い。自己学習の姿勢をいかに習慣づけるか、それは卒前のカリキュラムにまで戻って検討すべきことなのかもしれない。

日常診療において患者ケアに対する医師の医療水準は日ごろの生涯学習によって裏打ちされていることは論をまたない。良き医師の条件が、共感する心 compassion と臨床能力 clinical competence にあるとするなら、生涯教育とはまさに臨床能力の絶え間ざる研鑽にほかならない。

そのような視点に立って、本項では、生涯教育

の現状と改革の動向について報告する。

1. 日本医学教育学会の生涯教育活動

前版(1994年版)以降に開催された日本医学教育学会大会をみると、第26回(1994年7月、埼玉医大)、要望演題「生涯教育」3題、座長・菊地博、支倉逸人¹⁾、第27回(1995年7月、川崎医大)、要望演題「生涯教育」5題、座長・永山克己²⁾、第28回(1996年7月、女子医大)、生涯教育関係演題なし、第29回(1997年7月、金沢医大)、一般演題「卒後研修・生涯教育」1題、座長・齊藤宣彦³⁾であった。

このように医学教育学会大会における生涯教育関係の演題数は少ないが、その理由は、この学会の会員の多くは大学教員や研修病院指導医であって、その関心は卒前学部教育カリキュラムや臨床研修に向けられるからかもしれない。生涯教育はすべての医師が生涯にわたって行わねばならない課題の1つであるにもかかわらず、現時点では医学教育学会の中においてもこうした状況であることを認識しておく必要がある。

そこで、本学会の今期生涯教育委員会では、勤務医の生涯教育に対する関心度を知るためにアンケート調査を行った。対象は大学附属病院(本院)80、厚生省指定臨床研修病院286、計366施設であり、アンケートの記載は臨床研修の教育責任者(多くは臨床研修委員会委員長)にお願いした。回収率は65.6%(大学病院68.8%,研修病院64.7%)であった。この調査の意図するところは、これらの病院は卒直後の臨床研修のみならず、若い医師の生涯に及ぶ研鑽を促すためのロールモデルを提供する大きな役割を担っていると思われるので、勤務医指導者としての生涯教育に対する意識を知ることにあった。

*1 The Present Situation and the Future of Continuing Medical Education in Japan

キーワード：医師の生涯教育、自己申告制、学会認定(専門)医

*2 Nobuya HASHIMOTO 東京慈恵会医科大学内科学

*3 Haruhiko SAITO 徳島県医師会

*4 Kiichiro KOIKE 日本医師会

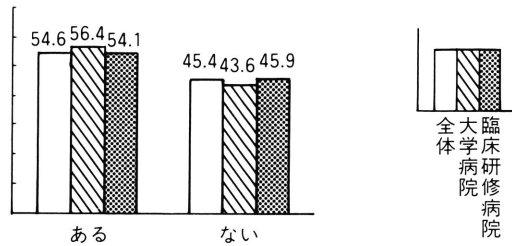


図1. 生涯教育のためのプログラム（カリキュラム）の有無

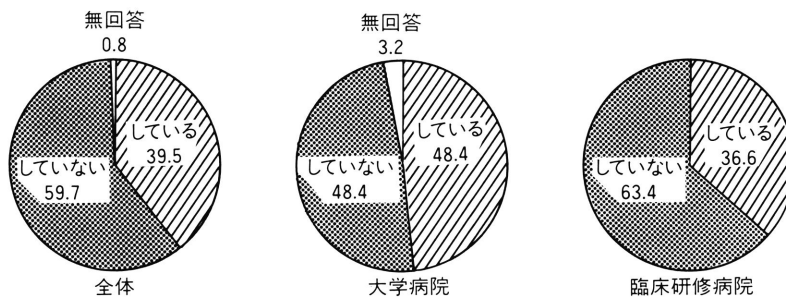


図2. 生涯教育の評価の有無

表1. 所属する学会の生涯教育講座への参加

	全 体	大学病院	臨床研修病院
はい	79.7	92.7	75.6
いいえ	19.8	7.3	23.8
その他	0.4	0	0.6

結果についてはすでに報告しているので⁴⁾ 参照にされたいが、その主な点を紹介すると、医師の生涯教育のためのプログラム（カリキュラム）をもっている施設は全体で約55%であり、大学病院と研修病院の間でそれほど差はない(図1)。臨床研修プログラムはほとんどの病院で設定されているが、生涯教育プログラムとなると約半分の施設ではまだないことがわかった。教育形式はやはりカンファレンス形式がもっとも多く(約83%)、ついでレクチャ形式であった(約71%)。

生涯教育の開催回数は週1回が25.8%、週2回が21%、月1回が21%であった。問題は評価であるが、生涯教育プログラムに基づいて評価をしている施設は全体としてみると4割に過ぎない(図2)。評価方法は出席率が約30%、修了証・認定証交付が約14%であったが、無回答58%であったことは評価の難しさを物語るものと思われる。

る。

所属学会の行う生涯教育講座には79.7%(大学病院92.7%、研修病院75.6%)の人が参加している(表1)。これは最近の学会認定専門医制に伴う認定証更新のために学会参加が義務づけられているためと思われる。

しかし一方、日本医師会の生涯教育制度に参加している人は60.0%(大学病院56.4%、研修病院61.1%)であるが、年1度の自己申告を行っている人は43%(大学病院32.3%、研修病院47.1%)であった(図3)。参加はするが申告しない理由として、「つい忘れる」28%、「面倒だから」15%、「申告しても意味がない」26%という数字は問題となるであろう。後述するように日本医師会では、年1度の申告率をもって生涯教育の評価と位置づけているが、実際に生涯学習に参加していても、かかる理由で申告をしていない実情が浮き彫りにされるのである。

大学病院や臨床研修病院に勤務する医師たちは、診療科や医局単位で症例検討会、剖検例報告、フィルムカンファレンスなど、さまざまなミーティングを開いている。また、学会報告、研究論文作成など、それ自体が生涯学習であるから、どの

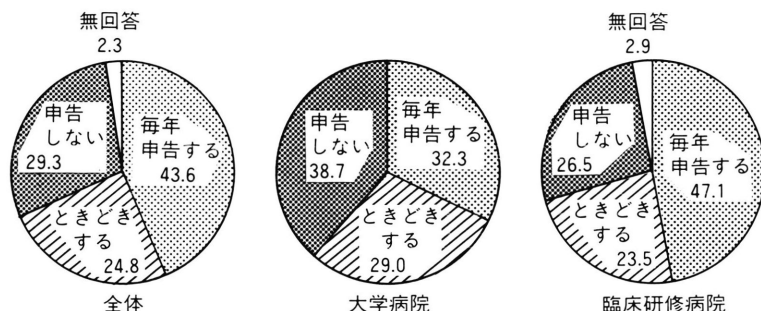


図3. 日本医師会・生涯教育制度の申告の有無

ように生涯教育を行うかをあえて問う必要はないかもしれない。問題はこうした大病院あるいは地域中核病院を離れて、個人で診療する開業医師ないしはそれに類する医師たちの生涯教育についてである。

この点についても近年活発な活動がみられているが、今期、本学会生涯教育委員会では「開業医師の生涯教育の方略」を作成した⁵⁾。すでに前期委員会で「開業医師の生涯教育の目標」、「開業医師の生涯教育のチェックリスト」が発表されているので、今回はカリキュラムの3要素の残りの部分の方略を作った。開業医師がその専門知識や技術に加えて、地域における全人的医療を行っていくためには、どのような学習方法を採用したらよいかを具体的に示した。講演会に出席するだけの受動的学習から一歩進んで、病診連携を体験したり、症例検討会などで自ら発表する学習方法を提示した。

2. 日本医師会の生涯教育活動

日本医師会の生涯教育に対する活動は、昭和59年に始まる。同年7月、生涯教育推進会議が発足し、制度化への取り組みが始まった。昭和60年1月、生涯教育制度化検討委員会（のちに生涯教育委員会）が設置され、昭和62年度より全会員を対象とした日本医師会生涯教育制度がスタートしたのは周知の通りである。

制度の変遷をみると次の4期に大別される。

第Ⅰ期：昭和62年4月～平成4年3月

医師個人の自由意志による自己申告制に基づき、学習形式別に学習時間を申告した。

1年間合計学習時間50時間以上に対し、「生涯

教育修了証」を交付した。

各地域医師会の努力と会員の意識向上もあって、講演会、講習会が活発に行われ、発足当時から平成元年までは申告率は約6割を維持していたが、徐々に低下傾向を示し、平成3年度生涯教育制度申告書集計結果は、当初に比べると14%弱低下した。しかし、診療所医師の申告率は6割を超えていたが、病院医師の落ち込みが著しくなった（図4）。

第Ⅱ期：平成4年4月～平成6年3月

申告率低下に対応するため、生涯学習の質の向上を図った。

(1)年間学習時間50時間のうち、10時間以上は都道府県医師会の認定した「生涯教育講座」へ出席し、その参加証明を得た者に「生涯教育修了証」を交付した。

(2)「日本医師会生涯教育カリキュラム」を制定した（平成4年）。

第Ⅲ期：平成6年4月～平成8年3月

申告率の低下は社会的評価の対象にもなることから、日本医師会生涯教育委員会としても深刻に受けとめ、次の改定を行った。

(1)講習会、講演会ばかりでなく、能動的学習の導入を積極的にとり入れた。

(2)従来の時間数制から単位制に変えた。異なる学習方法を積極的にとり入れたため、学習量の測定は単位制によることが妥当なこと、ほかの学会との単位互換にも可能であることなどがその理由となった。

(3)1年間50単位以上を履修し、そのうち10単位以上の参加証明を得た者に「生涯教育修了証」を交付した。

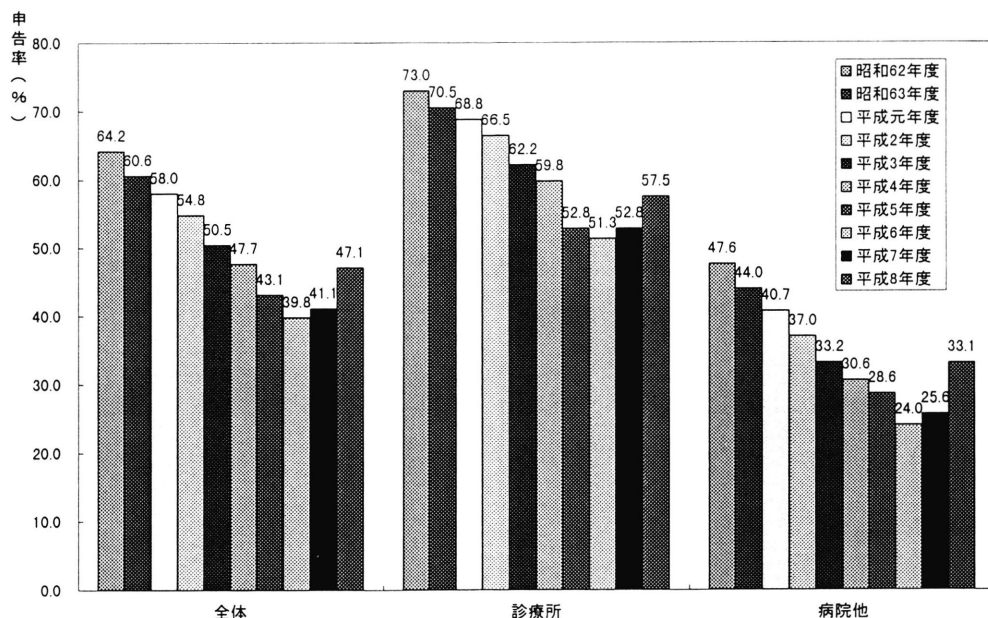


図4. 申告率の推移

(4)生涯教育の学習方法の明確化，単位制の導入に伴い，申告様式を変更した。

(5)3年間継続して修了証を取得した者に対して，「日本医師会生涯教育認定証」（アクリル額入り）を発行した。

(6)「生涯教育カリキュラム」の改訂を行い，とくに医療的課題を充実させた。

(7)生涯教育の重要性を医学部卒業生に認識させるため，日本医師会著書と，生涯教育制度の紹介パンフレットを贈呈した。

第IV期：平成8年4月～

各都道府県単位で熱心な生涯教育活動が行われているにもかかわらず，申告率の低下は平成6年度の39.8%を最低値として，平成7年度も41.1%と良好な結果とはいえなかった。そこで，日本医師会生涯教育委員会として，以下のような制度の簡素化を決定した。

(1)学習方法の種類を，①講習会・講演会の参加，②体験学習，③各種業績，の3種のみとし，このうち参加証明を必要とするものは①のみとした。

(2)制度創設以来存続してきた「自宅学習」は，これまでたびたび議論の対象であったが，今回より申告の対象から除外された。

(3)その結果，年間10単位以上の参加証明を得た

ものに対して「修了証」が交付された。

(4)特筆すべきことは，平成9年度より「一括申告」方式を試験的に導入したことである。すでに，いくつかの都道府県医師会では会員の各種講演会の受講状況をコンピュータで集中管理しており，そのデータを利用して本人の意志を確認した上で，都道府県医師会がまとめて申告するのが一括申告方式である。平成8年度では5県で試行し，平均20%の申告率上昇がみられた(表2)。今後，この方式の採用を押し進め，申告率をまず上昇させた上で，生涯教育のさらなる向上を図る必要がある。

なお，日本医師会生涯教育制度認定医制についても議論された。本来，認定医とは専門性が認定された医師のことであり，認定することにより特定の資格が付与されるものである。学会認定医はその例である。各学会がその専門性を認定するわけである。

一方，日本医師会の生涯教育の真の目的は，本来，会員が自己を研鑽するために行われるものであり，所定の学習単位を取得して修了証，さらに認定証を受けることで達成される。その意味において日本医師会生涯教育認定証を米国医師会のThe Physician's Recognition Award (PRA)と

表 2. 平成 8 年度生涯教育申告書集計結果

□「一括申告」実施県					(H8申告率順) H9, 12, 09現在				
No.	医師会名	H8申告率(全体)	H7申告率(全体)	前年比	No.	医師会名	H8申告率(全体)	H7申告率(全体)	前年比
1	北海道	55.1	39.1	16.0	38	愛媛県	78.8	45.2	33.6
2	青森県	57.6	61.4	-3.8	8	茨城県	75.9	75.8	0.1
3	岩手県	58.0	51.2	6.8	44	大分県	74.2	65.3	8.9
4	宮城県	38.1	31.2	6.9	36	徳島県	73.7	55.4	18.3
5	秋田県	38.4	39.7	-1.3	43	熊本県	69.2	66.0	3.2
6	山形県	34.3	32.9	1.4	14	神奈川県	65.1	59.3	5.8
7	福島県	39.9	39.7	0.2	24	三重県	63.4	50.7	12.7
8	茨城県	75.9	75.8	0.1	41	佐賀県	62.6	61.4	1.2
9	栃木県	43.1	41.5	1.6	20	長野県	62.2	61.3	0.9
10	群馬県	37.8	41.1	-3.3	31	鳥取県	61.9	61.1	0.8
11	埼玉県	36.0	33.1	2.9	33	岡山県	61.7	40.7	21.0
12	千葉県	35.2	31.6	3.6	40	福岡県	61.4	55.7	5.7
13	東京都	31.3	26.5	4.8	42	長崎県	61.2	57.5	3.7
14	神奈川県	65.1	59.3	5.8	45	宮崎県	60.4	47.0	13.4
15	新潟県	33.9	43.9	-10.0	3	岩手県	58.0	51.2	6.8
16	富山県	45.0	45.2	-0.2	2	青森県	57.6	61.4	-3.8
17	石川県	41.4	40.6	0.8	32	島根県	55.6	58.5	-2.9
18	福井県	40.4	38.5	1.9	1	北海道	55.1	39.1	16.0
19	山梨県	37.6	30.1	7.5	35	山口県	50.6	53.3	-2.7
20	長野県	62.2	61.3	0.9	27	大阪府	50.5	30.8	19.7
21	岐阜県	34.4	28.8	5.6	16	富山県	45.0	45.2	-0.2
22	静岡県	37.7	39.8	-2.1	25	滋賀県	43.7	33.6	10.1
23	愛知県	39.5	40.4	-0.9	28	兵庫県	43.7	42.7	1.0
24	三重県	63.4	50.7	12.7	9	栃木県	43.1	41.5	1.6
25	滋賀県	43.7	33.6	10.1	29	奈良県	41.6	35.5	6.1
26	京都府	41.3	43.2	-1.9	17	石川県	41.4	40.6	0.8
27	大阪府	50.5	30.8	19.7	26	京都府	41.3	43.2	-1.9
28	兵庫県	43.7	42.7	1.0	18	福井県	40.4	38.5	1.9
29	奈良県	41.6	35.5	6.1	7	福島県	39.9	39.7	0.2
30	和歌山県	32.8	33.2	-0.4	37	香川県	39.6	33.1	6.5
31	鳥取県	61.9	61.1	0.8	23	愛知県	39.5	40.4	-0.9
32	島根県	55.6	58.5	-2.9	47	沖縄県	39.3	24.6	14.7
33	岡山県	61.7	40.7	21.0	46	鹿児島県	38.6	35.1	3.5
34	広島県	38.3	37.1	1.2	5	秋田県	38.4	39.7	-1.3
35	山口県	50.6	53.3	-2.7	34	広島県	38.3	37.1	1.2
36	徳島県	73.7	55.4	18.3	4	宮城県	38.1	31.2	6.9
37	香川県	39.6	33.1	6.5	10	群馬県	37.8	41.1	-3.3
38	愛媛県	78.8	45.2	33.6	22	静岡県	37.7	39.8	-2.1
39	高知県	33.8	32.5	1.3	19	山梨県	37.6	30.1	7.5
40	福岡県	61.4	55.7	5.7	11	埼玉県	36.0	33.1	2.9
41	佐賀県	62.6	61.4	1.2	12	千葉県	35.2	31.6	3.6
42	長崎県	61.2	57.5	3.7	21	岐阜県	34.4	28.8	5.6
43	熊本県	69.2	66.0	3.2	6	山形県	34.3	32.9	1.4
44	大分県	74.2	65.3	8.9	15	新潟県	33.9	43.9	-10.0
45	宮崎県	60.4	47.0	13.4	39	高知県	33.8	32.5	1.3
46	鹿児島県	38.6	35.1	3.5	30	和歌山県	32.8	33.2	-0.4
47	沖縄県	39.3	24.6	14.7	13	東京都	31.3	26.5	4.8
	全国	47.1	41.1	6.0		全国	47.1	41.1	6.0

※「一括申告」実施 5 県の平均申告率は 56.3%、他の 42 県の平均申告率は 45.1%

表 3. 生涯教育単位記入表

生涯教育単位記入表

平成 8 年度中に行った学習について、該当する下記項目に取得単位を記入してください。

- ・「1. 講演会・講習会等への参加」については、参加証明が必要です。
- ・「2. 体験学習」, 「3. 各種業績」については、日付、名称（内容）の記録を添付してください。証明は必要ありません。

学 習 方 法 の 種 類	単 位	取得単位
1. 講演会・講習会等への参加→参加証, シール等の証明が必要です。		
(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	
(2) 日本医学会総会および日本医学会シンポジウム	5	
(3) 各医学会・医会主催の学会, 講演会等	3	
(4) その他各種団体主催の講演会, 講習会等	3	
2. 体験学習（病診・診診連携の中での学習）→日付, 名称等の記録を添付して下さい。施設長等の証明は必要ありません。		
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: 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	
3. 各種業績→演題, 著者名等の記録を添付して下さい。		
(1) 学会の一般演題 発表者	5	
学会の一般演題 共同発表者	3	
学会の特別講演演者, シンポジスト, パネリスト	10	
(2) 医学学術論文 筆頭著者	5	
医学学術論文 共著者	3	
(3) 医学著書 単著執筆	10	
医学著書 分担執筆	5	
(4) 各種講習会, 講演会等の演者	5	
合 計		

学習単位の記入ができない方は、該当する下記の理由に○をつけてください。

1. 高齢 2. 病気療養中 3. その他 ()

生涯教育のために行った**自宅学習**について○印を付けてください。

1. 医学書・医学雑誌等
2. 視聴覚機器等の利用
 - 1 ラジオ・テレビ 2 ビデオ 3 CD-ROM
 - 4 パソコン通信（インターネット） 5 その他 ()
3. 図書館等の利用
4. その他 ()

表 4. 学会認定医制協議会加盟学会

日本病理学会	日本心身医学会
日本温泉気候物理医学会	日本救急医学会
日本内科学会	日本アレルギー学会
日本小児科学会	日本リウマチ学会
日本消化器病学会	日本消化器内視鏡学会
日本循環器学会	日本血液学会
日本外科学会	日本泌尿器科学会
日本整形外科学会	日本糖尿病学会
日本産科婦人科学会	日本気管食道科学会
日本眼科学会	日本内分泌学会
日本耳鼻咽喉科学会	日本老年医学会
日本皮膚科学会	日本精神神経学会
日本医学放射線学会	日本肝臓学会
日本麻酔学会	日本腎臓学会
日本胸部外科学会	日本大腸肛門病学会
日本脳神経外科学会	日本輸血学会
日本神経学会	日本超音波医学会
日本リハビリテーション医学会	日本核医学会
日本形成外科学会	日本産業衛生学会
日本小児外科学会	日本人類遺伝学会
日本消化器外科学会	日本呼吸器外科学会
日本臨床病理学会	日本小児神経学会
日本胸部疾患学会	日本東洋医学会

(平成 9 年 3 月 20 日現在の会員は 46 学会)

同じような位置づけにすることが今後の課題であると考えている。

生涯教育制度発足以来の申告率の推移（図 4）、平成 8 年度都道府県別申告率（表 2）、および生涯教育の学習方法別単位数（表 3）を示す。

3. 各学会認定医制による生涯教育

医師の生涯教育を担うもう 1 つの活動は、各専門学会による認定医制である。自己の専門領域の学問をつねに研鑽することは、医師として当然の責務であるが、その専門領域の知識、技能を修得しているか否かについてその資格を学会が認定するのが認定医制である。

そもそも、わが国において専門性をもつ各医学領域の医師の資格認定制は、昭和 37 年 4 月 11 日に発足した日本麻酔指導医制度をその嚆矢とする。その後、多くの専門学会が認定（専門）医制を発足させるに至り、さらに昭和 56 年 11 月に加盟 22 学会の認定医制度関係者による学会認定医制協議会が発足したのは周知の通りである。平成

9 年 3 月現在、学会認定医制協議会に加盟する学会は 46 学会である（表 4）。

学会認定医制協議会に加盟している学会は、すべて日本医学会の分科会であり、さらに、学会認定（専門）医の問題は日本の将来の医療制度にとっても重要であるという観点から、日本医師会、日本医学会、学会認定医制協議会の三者による「認定医制についての三者懇談会」が昭和 61 年 8 月に結成された。

かくして、日本医師会長、日本医学会長、学会認定医制協議会議長の三者により、平成 5 年 11 月、基本的診療領域担当の 14 学会の認定医制度を承認し、平成 6 年 4 月 1 日付で実施した。この承認の対象となった認定医制度は、以下の 4 条件を満たすことであった。

(1) 現行の医療法で規定されている診療科名およびその領域を担当する学会の認定医

(2) 本来（通常）の認定は試験制によるもの

(3) すでに本来（通常）の認定を行っているもの

(4) 認定更新制度を実施している

表 5. 三者懇談会によって承認の対象となった学会認定医

1) 日本内科学会認定内科医
2) 日本皮膚科学会認定皮膚科専門医
3) 日本外科学会認定医
4) 日本整形外科学会認定医
5) 日本産科婦人科学会認定医
6) 日本泌尿器科学会専門医
7) 日本眼科学会専門医
8) 日本耳鼻咽喉科学会認定専門医
9) 日本医学放射線学会放射線科専門医
10) 日本麻酔学会麻酔指導医
11) 日本病理学会認定病理医
12) 日本臨床病理学会認定臨床検査医

注：14学会のうち、日本小児科学会は平成6年に試験による認定を行う予定、その後に承認対象となる。日本精神神経学会は認定医制度を実施していないので対象にならない。

(平成9年3月現在)

基本的領域の診療科とは次の14科である。

内科系：内科，小児科，皮膚科，精神神経科

外科系：外科，整形外科，産科婦人科，耳鼻咽喉科，眼科，泌尿器科

その他：麻酔科，医学放射線科，病理，臨床病理

先の4条件を満たした基本的診療領域担当学会の認定医は、表5に示す通りである。日本精神神経学会は認定医制度を実施していないので対象とならず、現在13学会が認定医制度として三者懇談会によって承認されている。

表5にみるように名称が学会認定医，学会専門医とさまざまに紛らわしい。この点について，学会認定医制協議会でも大分以前に(昭和57年5月24日)議論されているようであり，「専門」(専門医または専門医制)という語句は，臨床的に幅広い医師の育成・認定に際し適正でないという意見があり，この用語については時期をみて協議する必要があるとされている。その後，この議論がふたたび行われたかどうか定かでない。学会認定専門医という名称で差し支えないように思う。なお，日本内科学会のように2段階方式を採用している学会では，認定内科医，認定内科専門医と2種類の資格認定を行っている。

かくして学会認定医制協議会加盟46学会の認

定(専門)医数は，約222,500名を数える(平成9年1月現在)。高度な知識と技能を要求される医師という専門職にある者が，学会の認定する専門領域の資格を取得し，さらに5年に1度の更新を得るために絶えず研鑽に励むこと自体大いに結構なことである。しかし，専門医，専門医と喧騒する中には，診療科標榜，広告表示，医療保険などが視野にあって，ただ学会に出席するだけの人もいるかもしれない。それでは真の生涯学習ではない。

それだけでなく，大学病院特定機能化が進む中，卒前教育も臨床研修も専門医志向教育に陥っていく傾向にある。とくに専門分化した学問領域を卒直後から志向する者の多い現在，generalist，総合医としての力量に欠ける医師が誕生するおそれがでてきている。

generalist と specialist の数の比率をどうするか，学会認定(専門医)制との関連において，今後，検討すべきことである。

おわりに

医師の世界に限らず，近年，生涯教育，生涯学習の声は盛んである。教育改革という視点から，文部省は臨時教育審議会の答申に「生涯学習体系への移行」という方針をうち出し，昭和63年に生

涯学習局を設置した。文部省のいう生涯学習は、社会構造の変化に対応するため、よりよい人生を送るために、学校中心の教育から一生を通じて学び続けることのできる社会を作ろうとするのが狙いのである。

そうした意味から、リカレント教育という言葉も登場している。一度学校を卒業し社会に出た者が、学校に戻ることができるように組織された教育システムのことを意味している。たとえば生徒指導担当教諭や障害児教育教員などでリカレント教育が行われているという。このように、専門職に従事する人が学校卒業後も絶え間なく学習を継続することは、医師以外でも当然行われている。しかし、とくに医師は国民の健康と生命を守るという責務を担っており、国民に質の高い医療を提供するためには、進歩する医学知識や医療技術に精通していなければならない。10年前の知識がすでに役立たないことは、こと医学の世界では自明

の理である。新しい知識・技術をどのように習得していくか、その戦略が重要なのである。

日本医師会の生涯教育活動について資料を提供して下さった日本医師会生涯教育課山本秀夫課長に感謝する。

文 献

- 1) 第26回日本医学教育学会大会記録：生涯教育、医学教育 1994, **25**：318-320
- 2) 第27回日本医学教育学会大会記録：生涯教育、医学教育 1995, **26**：325-328
- 3) 第29回日本医学教育学会大会記録：卒後研修・生涯教育、医学教育 1997, **28**：328-331
- 4) 日本医学教育学会生涯教育委員会：勤務医の生涯教育に関するアンケート調査報告、医学教育 1997, **28**：67-76
- 5) 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方略、医学教育 1997, **28**：5-8

* * *