

本日の話題は、Ⅰ．医師の生涯教育、Ⅱ．専門医制、Ⅲ．今後の課題である。

医師の生涯教育

生涯教育の源流は、1965年ユネスコ・第3回成人教育推進国際会議で提唱された。人間は生まれてから死ぬまで（時間的）、生活のあらゆる場所（空間的）で勉強するべきとされ、多くの人の賛成を得るようになった。生涯教育という概念は、教育界の新しい思潮となったが、当時その意義、用語は各国、各人さまざまで、必ずしも統一されて用いられていなかった。

生涯教育（学習）の分類は、1．生活充足型（カルチュアセンター型、市民公開講座型）、2．資格取得型、3．専門職継続型continuing professional education (CME) に分類され、医師、弁護士、教員などの生涯教育は3に属し、上記二つとは全く異なるものである。

医師の生涯教育の基本理念として、医師というプロフェッショナル（専門職）は、パブリックミッション（公的使命）を背負っているが故に、自分の専門領域の学問を絶えず学び続けることが必要である。すなわち医師は国民に質の高い医療を提供するために、最新の医学知識・医療技術を医学部卒業後も継続的に学ばなければならない。それは医師の責務である。最近、医療事故（医事紛争）の報道が相次ぎ、医師に対する不信、医療に対する不安が社会問題となっているが、もし医療事故（医事紛争）の原因が、医師の医学知識の欠如（知識）、医療技術の拙劣さ（技能）、患者への対応の不適切（態度）によるものなら、これは医師の生涯教育の不足に一因があると考えられ、生涯教育の徹底化を図ることによって、改善が期待できる。

1987年、世界医師会のマドリッド宣言で、プロフェッショナルオートノミーという概念が提唱された。プロフェッショナルとしての医師は、医師としての職業的責任を果たすため、姿勢を正し、自らを律していくことが課せられている。これがプロフェッショナルオートノミーである。医師の生涯教育も他人に言われて行うのではなく、患者に対して安全で質の高い医療を提供するために、自らの意思で行うのである。医師は如何にあるべきか、新たなプロフェッショナル像と教育が問われている中、医学教育も変化しているが、これまでの受身の講義だけでは、社会の変化に応できなくなっている。患者は医師にプロフェッショナルとしての能力を求めているので、従来のような講習会形式の受動的学習では医学の進歩

に追いつけなく、生涯教育もそれに対応した改善が必要であるとして、近年、欧米では医師の生涯教育を従来のCME からCPD (continuing professional development) という言葉に変えている。CPDの定義は、すべての医療従事者が専門職としての能力を向上させるための生涯教育であり、それは患者のニーズに合致したものであり、国民に健康と質の高い医療を提供するために行われる。CPDは個々の医師だけが行うのではなく、医療チームとしての視点に立って学習することが要求される。CPDは従来の教育方法を含めて、医療施設の組織開発までも視野に入れたものである。CPDの特徴の一つとしてWork-Based Learning がある。すべての医療スタッフが、診療という仕事を通して学び合う職場教育の形式であり、患者の抱えている問題点、すなわち医学的、社会的、心理的問題を診療の中で検討し、学んでいく。チーム医療を行うのであるから、チームで学習を行う事も必要である。

医師の生涯教育のもう一つの課題として、利益相反の話を提示、プロフェッショナルとしての医師の責任・義務と個人の利益の間の相反関係を指すが、生涯教育や学会に対する企業からの支援が多額になったことを反省し、学会における利益相反指針が各学会より発表されている。

専門医制

わが国における専門医（学会認定）の沿革を述べ、昭和37年 日本麻酔科学会による麻酔指導医制度が最初で、その後、多くの学会が専門医（認定医）制を設置したが、学会間の整合なく乱立したことを紹介した。現在の専門医制の問題点として、（1）専門医制度が混乱しており、医師の6割が、何らかの専門医・認定医をもっているが、その質は担保されていないし、マスメディアからも批判が続出している。（2）専門医の意味を正しく認識していない。（3）会員数に対する専門医数の比率が学会によって差が大きい、（4）専門診療科の区分が不適切、（5）真に必要な診療科別専門医数が検証されていない。学会は専門医を無制限に増やし、定員制の議論がなく、疾患別の患者数に応じた専門医の必要数の検討がない。（6）「専門医資格」の広告規制緩和が混乱に拍車をかけた。（7）第三者機構がないため、学会間紛争の調整ができない。（8）卒後臨床研修と専門医制との関係が曖昧である。

こういった点の解決するために、22年5月に専認機構が発表した専門医制度の基本案を以下のように紹介、（1）各学会が独自に認定する専門医制度を診療領域の専門医制度に改める。（2）基本領域の医師を「基盤専門医」として認定し、その基本領域と密接に連携する専門領域の医師を「診療領域専門医」として認定する2段階制とする。（3）専門医の認定は新たに組織する第三者機関が行う。（4）専門医育成のプ

プログラムを確立し、当該診療領域の専門性、地域性、後進育成を考慮して、専門医の適正数を明示する。

(5) 専門医はその専門診療領域を標榜できる。

今後の課題

今後の課題として、1. 日医生涯教育制度と専門医制度の関係、2. 生涯教育の教育方略（CME から CPD ）、3. 生涯教育の評価（資格認定の問題）、4. 診療所医師（開業医師）の専門医制のあり方。基本領域の診療科？ 基盤診療科？ 患者が先ず掛かる診療科、基本領域と *sub specialty* の 2段階制か？ 5. 総合医をあげた。

総合医は、名称からして混乱しており、日医は 総合医・総合診療医（仮称）、内科学会は 総合内科専門医、プライマリケア関連3学会は 総合医あるいは家庭医、また、国保中央会も 総合医を提唱しているが内容も不透明である。

専門医と「かかりつけ医」の理解も混乱している。かかりつけ医は 臨床医の機能を意味する名称で、専門医は ある診療科に属する医師の専門的能力を認定する名称であり、従って「かかりつけ医」に専門医制ということはなじまない。「専門医」とは、ある診療分野が専門である、という資格である。「かかりつけ医」は診療科の種類を問わない。勤務形態も問わない。患者が自分の健康問題について、いつでも相談できる医師のことである。「専門医」は、学会（あるいは関連する第三者機関）が決めることである。日医は学会ではなく、いろいろな診療科医師の職能団体である。「総合診療」という診療科の専門性を認定するのは、学会が行うことである。日医がプライマリケア関連3学会と一緒に専門医の認定を行うことに妥当性はないと批判した。

日医会員は日医生涯教育に励み、特にかつてのカリキュラムにあった、どの診療科の医師でも身につけておくべき「医療的課題」を研鑽すべきであり、また患者が最初に受診する診療科の医師には、幅広い臨床能力が求められるので、一定の日医生涯教育カリキュラムを履修した時点で日医生涯教育認定証を取得し、それが社会的にステータスの高いものとして認知させる努力が必要である。その意味で日医第Ⅲ次学術推進会議が提言したように、患者が最初に掛かる診療科を基本的診療科と位置づけ、その上に細分化した診療科の専門医制を設ける2段階制が現実的である。よって日医生涯教育カリキュラムは、基本的診療科認定医の必修の研修とするよう、専認機構と調停するべきである。