

# 生涯教育<sup>\*1</sup>

菊 地 博<sup>\*2</sup>

## はじめに

上田篤次郎先生の後任として日本医学教育学会生涯教育委員長という重要なポストを与えられた。もとより浅学非才な私であるから果たしてその任務に耐えられるかどうか心配はしている。しかし与えられた以上は大方の期待に添えるよう努力してゆく覚悟である。よろしくご指導をお願いしたい。

さて現在のように科学の目まぐるしいほどの進歩する時代では医学として例外ではなく、在学中のいわゆる卒前教育は生涯教育を行う上での基礎学習の過程であることを教え込んでおく必要がある。

しかしながら、一番大切なはずの生涯教育が案外、等閑視されているのは医学教育というと卒前教育を示すといった狭い考え方が大部分を占めている現状では致し方ないかもしれない。ここに大きな問題があるわけである。そうした考え方を打破するために私は生涯教育委員会を日本医学教育学会の附属的存在にするのではなく、あくまでも本流とするために実績を上げながら、日本における医学教育の方向を決めてゆくべく努力したいと思っている。

## 1. 義務化の必要性について

国家試験に合格すると、すっかり安心してしまい、万事終わり式になりがちである。その後は何となくボツボツやればよいといった考え方になりやすいのも人情であろう。私のみている若い人にはそうした傾向がみられるから、どうやら一般的な傾向らしい。医師という職業はつねに新しい医学知識や技術を身につけ、それを応用する責任を持たされている職業であることをまず教育しなくてはならない。

私たちの相手は人間であり、動物でもなければ物体でもない。心を持った人間であるということである。やり

なおしは効かない厳正な職業であるということを銘記すべきである。知らなかったとか、習わなかったといったいわけは通用しない。良い医療を行うべき責任があるということをつねに考えて行動しなければならない。

さて世の中は富士見病院事件を契機として大きく変わってきている。もちろん潜在的にはそれ以前から医療に対する不信の空気は強かったが、ここにきて一気に吹き出したという感じである。私たち医師に対する風当たりの強かったことはいまだかつてなかったことである。

このことは当然であったと思う。医療制度が悪いという前に私たちは良い医療を行うという態度に真剣さがあったかどうか謙虚に反省する必要があるであろう。というのはある者はプロゴルファーのようであったり、ある者は投資家のようであったり、ある者は旅行家であったりはしなかったであろうか。

こうした一連の行為は一般住民には優雅と映ったことであろうし、また遊んでいて裕福な生活ができるものと羨望の目で見られたであろう。しかし多くの医師は医療事故も起こすことなく、何となく過してきたというのは、きわめて幸福であったといわなければならない。これからはそうはゆかない。医療相談110番をはじめ、医療に対する目は厳しくなっている。こうした時代なればこそ、以前にも増して研修する姿勢が必要なのである。

しかしどこをみても研修するモチベーションのないのには驚くばかりである。各地区医師会で行う講演会にしる、同志が行うレントゲンや心電図の勉強会にしる、製薬会社主催の研修会にしる、出席するのは一握りの医師にすぎない。これではどうしても開業医全員のレベルアップには役立たない。そのためにはどうしても研修の義務化が必要になってくる。

どこの医師会でもそうであるが、経済の話とか、税金の話とか、保険の点数の話とかとなると、まずは100%の出席であるのに、こと学問の話となるとせいぜい10%前後の出席である。このことは全国どこでも同じらしい。また時間をかけて勉強してもしなくても健康保険の取り扱いと同じであり、やらなくても何んとかやってゆ

\*1 Continuing Education in Medicine.

\*2 KIKUCHI, Hiroshi 菊地内科クリニック

けるので始末が悪い。

たとえばの話になるが、現在の健康保険制度では降圧剤を投与する場合でもブローパーに聞いて大体の効果とか副作用とか取入などを知っていればそれで何とかやってゆけるのである。心電図も眼底も診なくても済んでしまう。したがって難しくなりそうであれば急いで病院に送り込んでしまい、軽い症例を取り扱っていれば治療が可能なのである。アメリカの Nurse-Practitioner 以下である医師も多いであろうし、日本でも勉強している看護婦にも負けてしまうかもしれない。

ところで私たちは10年前に大和臨床医学談話会という開業医の再教育を目指す研修会を開講したが、私たち開業医は夜間のみ2時間の研修を毎月2～3回行いが、これに出席することは大した苦痛ではないのに、出席者の少ないのを残念に思っているわけである。

このようにして年間50時間の研修は悠々と達成できることを知った。私たちの仲間には月に20時間も勉強している先生方がザラにいたのである（実地医家のための会会員のこと）。医師になった以上年間50時間の研修は義務である。ぜひ、実行してゆくよう生涯教育委員会としても各方面に働きかけて実現するよう努力してゆく決心している。

さて具体的な話になるが「医師会主催で行う研修会」にしる「有志が行う熱心な勉強会」にしる「各地区の医学会が行う研修会」にしる「製薬会社主催の勉強会」にしる、効果を上げている研修会をどのような基準で義務化に伴う研修会として適当であるかを定めることが先決である。

それには日本医師会と日本医学教育学会と厚生省の三者で協議のうえ、まず大綱を決めておくとよい。その内容としては月に5時間を目途に一方的な講演形式のものではなく、Bedside-teaching も取り入れ、知識偏重に陥らぬよう技術の修得に力を入れるべきである。現在の開業医が40歳、50歳、60歳という年齢の人が大部分であることから、記憶力の点でも試験を課すこともできまい。また日本の開業医くらい書類を取り扱うことが多い国もないであろう。

こうしたことを考えると、試験をして落としたり、免許を取り消すというわけにもいかないで、その代わり、研修会出席を厳重にチェックし、たんに証明書をもらうための出席でないよう指導に十分な注意を払う必要がある。また以下に述べることも生涯教育の義務化に伴う条件として考えて欲しいと思う。すなわち自分の診ていた患者が不幸にして死亡するとか、病院に転医させた場合、その経過を大学に問い合わせたり、CPC を行おうか

ら出席して欲しいという連絡があればまずそれに参加し討論することが大切である。これも研修時間に数えるものとする。このことが何よりも身につく研修であり、実践的な生涯教育になると考えている。

自分で経験したものはいつまでも忘れるものではない。医学が経験の学問だといわれる所以は実はそこにあるわけである。できればこのようにして一貫して診てゆく中で珍しいものは共同で発表するくらいの気魄も欲しい。こうして纏めた論文があれば、10時間の研修に相当するとして研修時間を換算するとよい。またこのくらいの価値はあるというものである。この場合は論文の別刷を届けることを原則とする。このように学位請求論文以外でこのように論文を書くことは大変に努力を要することであるが、これが一番よい勉強法であるから、何とか実行させたいものである。またこうした論文の数の多い人には将来各大学に家庭医学教室が設置された暁には、医療学を担当する客員教授として推せんすることを考慮しておくといふ。

このようにいろいろの条件を考えながら研修を義務化してゆくことが何よりも必要なことであり、早急に実施に移すよう強く勧告するものである。

## 2. これからの日本医師会と医学教育との関係

日本医師会の中にも現在、医学教育委員会があり、それ相応の効果を上げているが、これからは従来の委員会とは違い、実地医家とりわけ開業医の生涯教育に目を向けた医学教育委員会に改善してゆこうとするものである。

一昔前までは日本医師会は親睦団体であったが今は違う。学術専門団体に脱皮し、生長しているのである。そうした中で重要なのは医学教育委員会の活動をどうするかということである。そのためには医学教育委員会は地方自治体における教育委員会（定員5名）の組織を模倣することである。すなわち、教育長に当たる委員は大学の名誉教授か前教授で比較的若手を選び、他の4名の委員には開業医2名、病院の院長級を1名、それに日本医学教育学会から1名の計5名の構成とし、それにオブザーバーとして厚生省から1名参加するものとする。こうした構成でまず発足してみることである。

一方、都道府県医師会では学術担当理事と実際に学術活動をしている人を選び、この2名が毎月1回、日本医師会に集まって医学教育委員と定期的に会合し、具体的事項について打ち合わせを行うようにする。どのような方法を探るのがもっとも効果的か、医学映画を通じての研修はどうか、Bedside-teaching ができるかどうか、ま

たワークショップを伴った方法はどうかなど、また各地で行っているグループ研修会にしり、医師会主催の研修会にしり、製薬会社後援の研修会にしり、各地の実状を考慮して実施すべきである。

小さなことには医学教育委員会はタッチせず、もっぱら意見や助言を与えるに止めるのがよい。そして年間50時間を研修の最低限の時間と決め、前述のいずれかの方法を実施するものとする。

さて50時間研修達成者に対してはどうするかということであるが、それには各都道府県医師会が責任をもって証明書を発行するのである。この証明書はきわめて重要なものであるから、できるだけ片付けてしまわないで、堂々と診療所の待合室に掲げ、患者さんの信用を得るように心掛けるのである。そして万一にも医療事故などが発生したときにはこの証明書の持主に対して医師会は全面的にバックアップすることを原則とする。この場合、法律的問題ばかりでなく、経済的問題までも含めて援助を惜しまぬということである。

現在の医療制度上では上記の証明書があるからといって保険点数のうえで優遇することはできないから、せめて万一の医療事故のために備えておくのである。

ところで、日本医師会の医学教育委員の任期は2年間とし、再任を妨げないものの、できるだけメンバーが変わることのほうが望ましい。新鮮な空気でアイデアが湧きやすい。また地方医師会の学術担当理事といってもただ名前だけでは何にもならないので、あくまでも実践の生涯教育を行っている人を選び出すことが大切である。この点は都道府県医師会の裁量に任せるとよい。

米国や西ドイツが州単位で医学教育を重んじた医師会活動を行っていることを考えれば、生涯教育活動の重点はむしろ都道府県医師会に置くべきであると思う。

### 3. 開かれた大学を目指せ

最近、さかんにプライマリ・ケアということが叫ばれているが、これは従来の医学教育が人間を部品として治療してきたことへの反省である。社会生活を営んでいる人間全体の中での病気であるということをおぼわすのを忘れないで、思いやりのある医療を行うとすることである。医学と医療とはもともと区別すべきものであり、医療は医学の社会的適応だといわれているが、その根底をなすものは相手の側に立って考えてあげること、つまり思いやりの心である。大学教育の中心は医学であるが、私たち開業医はよい医療を行うようつとめているわけである。

21世紀の医学教育は実はこうした考えの医療学を中心とした大学教育になっていくのではないかと考えられ

る。したがってよき医療の実践者である開業医が象牙の塔に迎え入れられ、正しいプライマリ・ケアを行うと同時に、また医学教育の実践者である教授たちが象牙の塔を出て、地方医師会の学術的指導を積極的に行い、地域医療に目覚め相互の交流が盛んに行われるようになることがもっとも望ましい。

そのための第一条件は正しいプライマリ・ケアを行う医師を養成するために経験豊富な開業医を各都道府県医師会が大学側と協議して選び、客員教授に任命し、医療学の教室を作り、教授してゆく必要があるということである。とはいっても現在の講座制の中では異色の存在であるから、とりあえず任意ということを出発すべきであろう。こうしたことがどうしてもできないということであれば、臨時講師なり客員講師なりにして、医師会からの出張所的存在として、医療学の講義を臨時に行わせてもよい。できれば5年、6年の学生と研修医を対照としたい。そうすればこそ、大学が地域医療の中核としてその使命を十分に果たすことになるわけである。

ここですこし脇道にそれるが、大学入試の問題に触れておく必要がある。大学入試にさいしてお金があるから医学部にとか、高校の成績がよいから医学部に行かせろということは好ましいことではない。むしろ適性があるかないかを判定し、適性のある者には点数にこだわらずに採用することが大切なのである。岐阜大学医学部、佐賀医大、筑波大学などは面接や小論文を書かせるなどの方法で今までの入試一辺倒から一步前進して医師の適性をみようとしている。まことに結構なことであり、全国の大学が少なくともそうなることを望んでいるわけである。

すでに米国では在學生まで交じて時間をかけ、入試のみならず、適性の有無を十分に観察するよう努めているそうである。それを考えると、大学入試の面接には大学の教授のみでなく、開業医で経験の豊富な先生を参加させたり、高校在学中の生活態度を観察することである。

私の近くで私立T高校という大学入試の成績もきわめてよく、かつて甲子園で夏の高校野球に優勝した高校があるが、その生徒が毎月曜日、駅の周囲を清掃したあと高校に通っているのである。このように高校時代から社会のために働くという損得を度外視した社会奉仕の精神を植え込んでいる高校だってあるのである。すべての高校が学力一辺倒の教育というわけではない。こうした高校を伸ばすよう私たちも積極的に何らかの手を打ってゆく必要があるのではないか。

あれだけ有名な高校の受験秀才が国立大学医学部に入学しても、入学後はほとんど成績が振るわないというこ

とは一体何を意味しているであろうか、おそらく医学部に入学さえすればよく、それが名誉だと考えているからであろう。私にいわせれば卒前の大学教育がどうであってもよいとさえ考えている。将来にわたって研修する基礎を意欲的に研修するプライマリ・ケアのできる医師の養成が基本である。

要はモチベーションの問題である。このことを考えるといったん社会に出て経験を積んだ人の中から選ぶのもよいことだと思う。現にR大学文学部では実行しており、効果を上げているというし、国立O大学医学部でも理学部2年修業者の中からも医学部に編入学させているそうであるが、そうした人の中に実に立派な行動力のある人がみられるそうである。国立G大学医学部では国立O女子大とかK大学文学部とか、T外大とかを卒えて入学した人には1つの目的があって伸びていると聞いたことがある。

また今年新設される豊田工大でも企業に就職した人の中から入試に合格した人を採用するというが、国立長岡、豊橋両技術科大学では教授たちは会社の社員が任命されているとのこと、また実習なども会社へ出向いての実習を取り入れるなど、新しいころみが行われ、いわゆる産学協同の姿勢がみられるということである。このようなことを考えると点数一点張の入試だけで判定するのは誤りである。ただ小論文にしろ、面接にしろどうしても主観が入りやすいので、在学生の参加および開業医の参加が検討されなければならない。それにできれば、一定のワクを設けて、いわゆる勤労青年というか一度、社会の空気を吸った人の中からもよい人を入れてゆくということも考えてよい時期ではなからうか。

大学は開かれた大学として多くのの人々にいろいろの面で利用されなければいけないと思う。

#### 4. 生涯教育のモデル——大和臨床医学談話会

大和臨床医学談話会については大方の先生方はご存知なので、いまさら詳しく申し上げる必要はないと思う。

ここでは概略を記して参考に供したい。

私たちの大和臨床医学談話会は開業医の再教育を目指して昭和46年4月に開講したので、もう満10年になる。新設医大が一斉に開校した頃のことである。この間、1月といえども休むことなく延々と満11年走り続けたわけである。順風満帆というわけではなく、波乱万丈とまではいかなくともいろいろとあった11年といえよう。何といても経済的に苦しいことも多かったが、月に3つの研修会を行うということは時間割、講師依頼、会場確保、実習の準備などやりくりしに苦労したことである。

すなわち、講義式の一方交通の研修方法では一定の限界のあることを知ったので、夜間の実習は大変なのを承知で Bedside-teaching を行ったことである。これには重い患者さんと呼んでくることはできず、軽い患者さんを自動車で医療センターまで来てもらい、実習的診察が終わったあとは自動車で自宅まで送り届けるという方法をとった。カルテ、レントゲン、EKG、UCG、などを持参し、シミュレーターを用いて出席者に雑音を聴取させるなどの方法を講じたのは当然である。

また、毎月行っている Röntgen-besprechung は肺模型を組み立てるといふ肺の解剖を十分頭に入れることを前提として、これを何回にも分けて行い、胸部XPの読影を平行して行ったのである。現在でもときどき行い、忘れないように研修しているが、これは新しい時代の読影法であると思う。たしか、開講2年目に医学映画観賞会ということで、製薬会社の作製による宣伝臭の少ないものを選び、2～3本上映し、目から新しい知識を吸収したらどうかということを実施してみたが、参加者が少なく、5回程度で中止せざるをえなかった。これはおそらく、わざわざ会場に来なくとも各自の自宅でテレビの医学講座や話題の医学、ラジオ短波などを利用すれば十分だと考えているからであろう。

講義式の研修会は明日の診療にすぐに役立つ実際的なものは比較的参加者も多い。しかし私たちが再教育という大それたテーマに取り組んでいるので、そればかりをやっておるわけにもゆかず、ときには純理論的なものも入れ、1つのテーマをシリーズとして半年間とか5カ月間というように連続して実施してきたのである。

こうした講義式は多くの場合、スライドを使用したほうが行いやすいが、私たちは大学生を教えるのと同じ気持ちで、黒板を用いて説明されるよう強く望んだわけである。また話の合間合間にもできるだけ現在使用されている医療器械などを持参してもらい、むりを承知で実際に接する機会をもつように努力した。

心電図の研修は1年間、連続して行ったが、これは講義と実習を併用することを原則とした。したがって各自がテーブルの上に電極をつけるところから始めたのである。また波形の読影にさいしてはそれを示す患者（主として私の診ている患者）に来てもらい、心房細動、右脚ブロック、左脚ブロック、軽い心筋梗塞、房室ブロックの軽い症例など、パラエティに富んだ研修ができた。

また心雑音の聴取では患者（主として会員の診ている患者）を会場にお呼びして病歴を中心に EKG、レントゲン、UCG、心音図を用いて多角的に検討したのもよい研修となったし、記憶がいつまでも残った。前述の胸

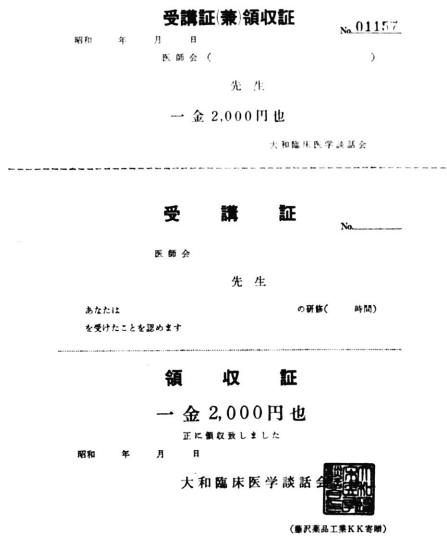


図2 受講証(兼)領収書

部 XP 読影は参加者全員が実力がついているので、これからは自分の診療に生かすだけでなく、地域の肺がんの集団検診にも積極的に貢献してゆきたいと思っている。

私たちはこのように満11年間、走り続けてきたが、その実施記録を将来、日本における開業医の生涯教育資料として残しておくべきだと考え、それを出版している。

すなわち、1年間研修したことは1年ごとに、また各テーマ(心臓と肺がんなど)で研修したことはそのつどまとめることを原則とし、それを忠実に実行してきたのである。おかげで出版した研修図書は現在16冊におよび、肺がん図譜のように再々版まで出版し、日本全国の開業医の先生方に利用されているものもある。また生涯教育の資料として参考にしていただくために各大学医学部、各医大図書館、各都道府県医師会に寄贈している。

私たちはこのように研修を続けているが、1回の研修時間はせいぜい2時間が限度であり、それ以上やっても疲れるだけで記憶に残らないことを知った。そこで1回の研修時間は2時間とし、年間で50時間を達成しようと開講3年目から受講証兼領収書を発行し、それが決してむりでないことを確認した。年間50時間は医師としての最低限の研修時間であり、この程度は義務化しておかないといけないと思っている。

このようにして実践的な生涯教育に取り組んでいる大和臨床医学談話会の活動の模様をお伝えしたわけである。何としても百の議論よりも1つの実行が大切である。しかし私たちの方法が最善だとは思っていない。もっとよい方法があり、改善すべき点、また新しく実施するに当たっての提案などがあつたらぜひ教えて欲しい。

おたがいに生涯教育を充実させるために、手を取り合ってゆきたいと願っている。

## むすび

以上、生涯教育についての考え方を述べたが、それを理論として終わらせてはならない。今すぐにでもやろうと思えばできることである。多少の不備は覚悟で、とにかくひとつひとつやってみることである。いつまでも議論や討論を続けているだけでは進歩はないわけであるから、とにかく1つでもよいから実施すべきなのである。

私たちは大和臨床医学談話会を開講して、道のないところに道を作り、レールを敷いてゆく苦勞がどんなものであったか、モチベーションのない人にやる気を起こさせることの大変さをいやというほど思い知らされた。

今日、米国の行動力には目を見張るものがあるが、これはよいと思ったことはすぐに取り入れ実行してみるという若さといおうか、気力といおうかとにかくそれをもっている。やってみて悪ければ止めればよいのだから。戦後35年、日本人全体が虚脱状態に陥り、そこから抜け出そうと努力していないような気がなしてならない。

このように日本人全体が気力を失っている現在、医師だけにそれを要求するのはむりかもしれない。しかし私たちには人の生命を救うという尊い使命があるはずである。それを考えればその無気力の中から這い出して新しい知識や技術を身につけ、それを悩める人々に応用してゆくのは私たちの使命ではないのか。

## 〔大和臨床医学談話会の発行図書〕

講演抄録集—開業医の研修のために、昭和47年

研修講演抄録集—開業医の再教育を目指して、昭和48年

研修講演抄録集—開業医の再教育を目指して、昭和49年

研修講演抄録集—開業医の再教育を目指して、昭和50年

研修講演抄録集—開業医の再教育を目指して、昭和51年

研修講演抄録集—開業医の再教育を目指して、昭和52年

研修講演抄録集—開業医の再教育を目指して、昭和53年

研修講演抄録集—開業医の再教育を目指して、昭和54年

肺がん講義録—開業医の再教育を目指して(第1巻)

桂 忍：実地医家の為の肺区域解剖より見たX線読影

—早期肺ガン発見の為に、昭和50年

桂 忍：肺区域解剖より見たX線読影—早期肺ガン発見

の為に、昭和56年

柏木政伸：心電図講座—不整脈をみるポイント、波形を

みるポイント、昭和50年

開業医に心要な救急医療の知識「救急医療と蘇生」講座

昭和54年