

第Ⅸ次生涯教育推進委員会答申

『卒前・卒後教育の一貫性から見た

日医生涯教育制度のあり方』

平成30年6月

日本医師会生涯教育推進委員会

平成30年6月19日

日本医師会長
横倉 義武 殿

生涯教育推進委員会
委員長 長谷川 仁志

第IX次生涯教育推進委員会答申

生涯教育推進委員会は、平成28年12月7日に貴職より「卒前・卒後教育の一貫性から見た日医生涯教育制度のあり方」について検討するよう諮問を受けました。今日までに7回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねました結果、ここにその結果をとりまとめましたので報告いたします。

生涯教育推進委員会(IX)名簿

委員長	長谷川仁志	秋田県医師会理事
副委員長	尾崎 治夫	東京都医師会会長
委員	牛村 繁	石川県医師会理事
	小野 晋司	京都府医師会理事
	河野 文夫	熊本県医師会理事
	櫻井 晃洋	北海道医師会常任理事
	高見 武志	クリニック神宮前院長
	橋本 省	宮城県医師会常任理事
	福田 寛二	大阪府医師会理事
	福田 健	栃木県医師会副会長
	前野 哲博	筑波大学地域医療教育学教授
	松山 正春	岡山県医師会会長
	毛利 博	静岡県医師会理事

目 次

はじめに	P1
第1章 日医生涯教育制度の役割と世界の動向	P2
1. 日医生涯教育制度の役割	
2. 海外の生涯教育の動向	
第2章 卒前・卒後教育の課題と改革ポイント	P4
1. 卒前教育の課題と改革	
1) 情報爆発時代の卒前教育の改革動向	
2) 医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改定版）の エッセンス	
3) 分野別評価のインパクト	
4) 卒前教育改革のポイント	
2. 卒後臨床研修制度における目標の見直し	
3. 新専門医制度との連携	
第3章 卒前・卒後教育の一貫性から見た日医生涯教育制度のあり方を考える -受講率を上げ、質を保証するための方向性-	P13
1. 受講率向上と教育の質保証	
1) 受講率・単位取得方法の現状	
2) 質保証と幅広い年代に対応した改革を実現するための課題	
2. 新しい世代に主眼を置いた学習方法と重点症候 CC 群の提言	
1) 新たな学習方法のねらい	
2) 新たな学習方法における方略	
(1) アクティブラーニングの推進	
(2) e-ラーニングの積極的な活用	
3) 新たな学習方法における評価方法	
4) 重点症候 CC 群の設定	
3. 日医生涯教育制度のその他の課題について	
1) 取得単位数と CC 数の合計の課題	
2) 取得目標単位と取得目標 CC の委員会案	
3) 新専門医制度との連携強化の必要性	
4) より多くの学習機会を提供するために	
5) 生涯教育カリキュラムの継続的なブラッシュアップ	
おわりに（本答申の要点）	P21
参考文献	
第IX次生涯教育推進委員会 審議経過	

はじめに

日本医師会生涯教育制度（以下、日医生涯教育制度）は昭和 62 年に発足し、日本医師会生涯教育カリキュラム（以下、生涯教育カリキュラム）が平成 4 年に設置された。その後、改定が重ねられて現在は生涯教育カリキュラム 2016 としてまとめられている。教育目標や内容は充実してきている一方で、達成度の評価が不十分であり、実際にどのくらい質が保証されているものなのか、社会への説明責任は果たされているのか、について長年の課題とされてきた。

卒前教育にも、各分野の医療情報が爆発的に増加していく中で、どのように教育を進め、卒業時の質を保証するかについて課題があった。近年、医学教育のモデル・コア・カリキュラム（現在は平成 28 年度改訂版）の改定が繰り返されて浸透してきたことに加え、日本医学教育評価機構（JACME）による分野別評価がはじまったことが大きく影響して改革が急速に進んできている。さらに卒後教育では、平成 32 年度に向けた卒後臨床研修の目標の見直しや、平成 30 年度からの新専門医制度開始などもタイミングを同じく展開してきている。

本来、各段階における医学教育は、医学・医療の進歩と将来の医療体制を見越して、むしろ一歩も二歩も先を進んでいなければ、社会への責任を果たしているとは言えない。特に日本では医学・医療の進歩に理想的な教育が追い付けない状況が続いてきた。しかし、この数年は各段階の医学教育改革のスピードが加速してきている激動の時期となっており、一気に先を見越した教育改革を日本から実現して社会の期待に応えるチャンスが来ている。

このような背景で、今回の諮問『卒前・卒後教育の一貫性から見た日医生涯教育制度のあり方』は、社会の期待に応えるべく卒前教育から生涯教育までシームレスにつなげる教育改革を検討することにより、日医生涯教育制度の課題のみならず、日本の医療全体を将来に向かって、よりよい方向に導く可能性がある絶好の内容とタイミングであると委員一同直感した。そして本委員会は、第 1 回目から熱意ある議論が始まり、理想的な改革を実現するために幅広い年代に対する工夫も含めた発展的な検討を繰り返し、本答申にまとめた。すべては患者さんの健康と安全のために、日医生涯教育制度と日本の医療の充実に役立てていただくことができれば幸いである。

第1章 日医生涯教育制度の役割と世界の動向

1. 日医生涯教育制度の役割

日本の医師を対象とする生涯教育は、その役割のほとんどを日本医師会と各専門学会が役割分担して進めてきた。各分野横断的に、医師免許取得者としての基本的な診療の質を保証する部分の生涯教育は日医生涯教育制度が担い、その基盤の上に、各分野専門医としての生涯教育は専門医制度が担ってきた歴史的な経緯がある。すなわち日医生涯教育制度は、卒前・卒後教育の目標である基本的な診療能力（知識・技術・態度）を生涯維持する役割を担っている。

日医生涯教育制度は昭和62年に発足した。その後、初めての生涯教育カリキュラムは平成4年に設置され、平成7年、平成11年、平成13年、平成21年、平成28年とこれまでの委員会できざまな議論が重ねられて改定されてきた。平成21年からは一般目標として、「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技術を身につける。」という、どの分野の医師であっても基本的な診療能力の質保証のために研鑽してゆくべきとした内容が定められた。

その後、現在の生涯教育カリキュラム2016では、総論(15)、主な症候論(57)、継続的なケア(11)、その他(1)の分類で、計84のカリキュラムコード(以下、CC)が行動目標と共にまとめられ、特に総論については「ねらい」「目標」「方略」「評価」が記載された日本独特の内容になっている。このように長年の取り組みによってCCとその教育目標は整っており、既に専門医制度の共通講習や日医かかりつけ医機能研修制度との連携が行われてきている。

2. 海外の生涯教育の動向

世界的には、これまで医師生涯教育(Continuing Medical Education:CME)と言われていたものが、継続的専門職能開発(Continuing Professional Development:CPD)とされてきており、知識の向上とともに診療能力に重点をおいた実践的な内容が論じられる方向にある¹⁾。

OECDの調査²⁾では、調査に参加した37か国のうち、2016年の時点で医師の生涯教育が行われている国は30か国であった。この調査では、生涯教育が義務化されかつ医師免許等の更新の条件となっているとされている国は、米国をはじめとする12か国、義務化されているが医師免許更新の条件となっていないとされている国は12か国、自主性に任されているとされている国は日本、スウェーデン、デンマーク、ギリシャ、イスラエル、コスタリカの6か国であった。また、取得単位数や期間は、150単位・3年間、29~400単位・5年間など様々であった³⁾。

米国では、医師の生涯教育の質保証を担う機関として生涯教育認定協議会（Accreditation Council for Continuing Medical Education：ACCME）が1981年に設立された⁴⁾。これは米国医師会や米国専門医制度協議会をはじめとする7つの団体から構成され、各学会や企業による講演、セミナー、eラーニングといった複数の学習教材による単位取得を認定し、個々の医師の生涯教育を評価している。そして隔年の医師免許更新には、生涯教育・研修活動への参加が義務付けられている。

このような世界的な動きに対し、日本では、日医生涯教育制度の達成度の評価が不十分ではないか、実際にどのくらい実践的な質が保証されているものなのか、医師免許の質保証の観点で社会への説明責任は果たされているのかなどについて、長年にわたり議論されてきた。その背景には、①個人の自主性に任されており、全体の目標や各企画の意義が曖昧になっていること、②忙しい医師が効果的かつ効率的に学習できる eラーニングなどの手法の充実・周知が不十分であること、③専門性の質保証を担う専門医制度との連携が十分ではないこと、④達成度の評価が十分ではないこと、⑤対象が、各専門分野の若手からベテランまで幅広い世代であり統一性が出にくいことなど、様々な要因があることが本委員会における討議の過程でわかってきた。

第2章 卒前・卒後教育の課題と改革ポイント

1. 卒前教育の課題と改革

1) 情報爆発時代の卒前教育の改革動向

この50年間の医学の進歩は著しく、専門化・細分化された各分野の医療情報は爆発的に増加してきた。このような時代でも医学生は以前と同じ6年間で学び、卒業後ほとんどが医師免許を取得し、人間の生命と健康を左右する判断や治療を担うことが生涯許可される。したがって、卒前教育の責任は非常に重く、卒業時の目標の設定と、全卒業生への質保証に関して教育改革すべき課題が山積してきた。そこでは、各分野の専門知識や情報が増加している現在、限られた6年間に各分野ばらばらに専門性に偏った知識を詰め込むのではなく、卒業生全員に、将来、どの診療科の医師になっても必須となる基本的な診療の質を保証する卒業時の到達目標を定め、それに向かって基礎医学～臨床医学各分野、医育機関、各種医療機関が協力して統合教育することが求められている。

歴史的に各専門講座間の壁が高く、統合した教育がなかなか進まなかった日本においても、医学教育のモデル・コア・カリキュラムが繰り返し改定されて浸透してきたことに加え、日本医学教育評価機構（JACME）による分野別評価が開始されたことにより、近年、急速に改革が進んできた（図1）。さらに平成32年度に向けた卒後臨床研修の目標の見直しや、平成30年度からの新専門医制度のいずれにおいても卒前教育から生涯教育までのシームレスな医学教育の展開が期待されており、様々な目標のすり合わせが行われてきている。

図1 卒前・卒後教育の動向

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 近年、卒前教育改革が急速に進んできた要因<ol style="list-style-type: none">1) 繰り返し改定されてきた医学教育のモデル・コア・カリキュラム（現在は平成28年度改訂版）が浸透してきた2) 日本医学教育評価機構(JACME)による分野別評価が開始2. 卒前教育改革とリンクして生涯教育を展開するためのポイントとなる制度<ol style="list-style-type: none">1) 平成30年度からの新専門医制度2) 平成32年度に向けた卒後臨床研修の目標の改定 |
|---|

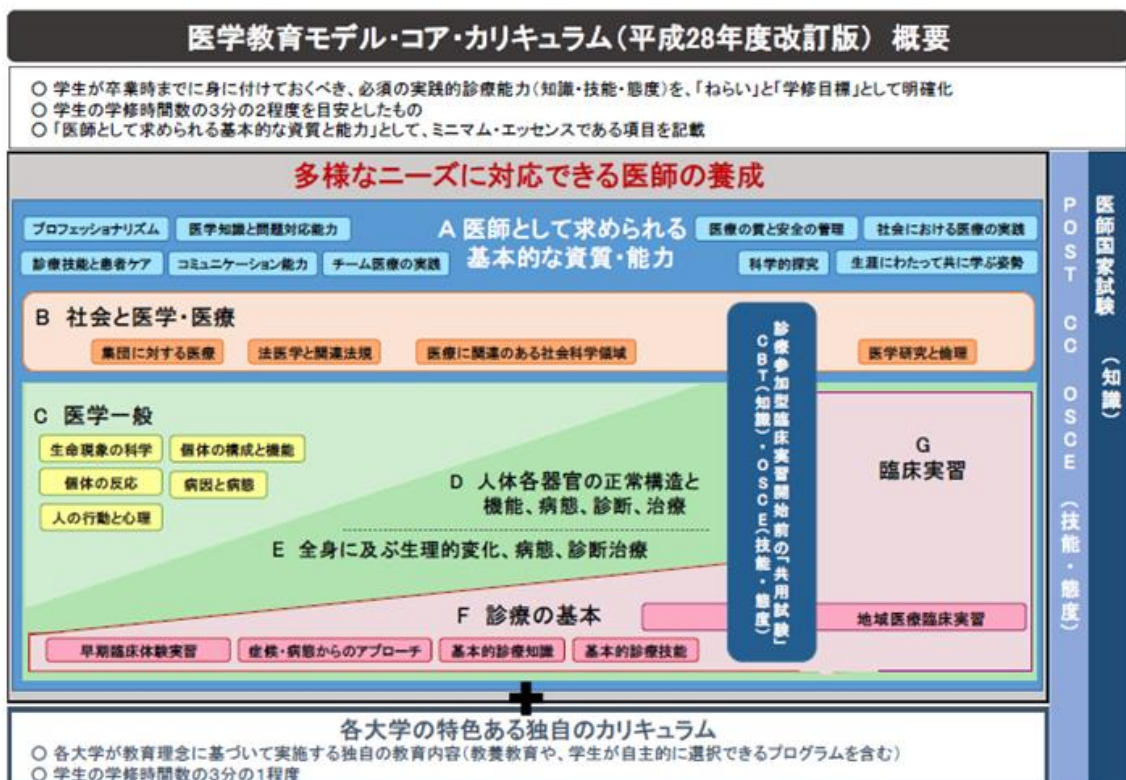
2) 医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改定版）のエッセンス

このような改革時代の中、平成29年3月に新しい医学教育のモデル・コア・カリキュラムが改定された。医師として求められる基本的な資質・能力（図2）とその概要（図3）を示す。

図2 医師として求められる基本的な資質・能力⁵⁾

1. プロフェッショナリズム
人の命に深く関わり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、患者中心の医療を実践しながら、医師としての道(みち)を究めていく。
2. 医学知識と問題対応能力
発展し続ける医学の中で必要な知識を身に付け、根拠に基づいた医療(evidence-based medicine <EBM>)を基盤に、経験も踏まえながら、幅広い症候・病態・疾患に対応する。
3. 診療技能と患者ケア
臨床技能を磨くとともにそれらを用い、また患者の苦痛や不安感に配慮しながら、診療を実践する。
4. コミュニケーション能力
患者の心理・社会的背景を踏まえながら患者及びその家族と良好な関係性を築き、意思決定を支援する。
5. チーム医療の実践
保健・医療・福祉・介護及び患者に関わる全ての人々の役割を理解し、連携する。
6. 医療の質と安全の管理
患者及び医療者にとって、良質で安全な医療を提供する。
7. 社会における医療の実践
医療人として求められる社会的役割を担い、地域・国際社会に貢献する。
8. 科学的探究
医学・医療の発展のための医学研究の必要性を十分に理解し、批判的思考も身に付けながら、学術・研究活動に関与する。
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢
医療の質の向上のために絶えず省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、生涯にわたって自律的に学び続ける。

図3 医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度版)概要⁵⁾



卒業生全員がその目標(図2)を達成することが卒前教育の責務である。そのために、専門各分野がそれぞれ座学と見学中心に知識を詰め込む古い教育ではなく、図3に示すようにカリキュラムを構成して質保証するために、1年次から

基礎と臨床が重要な症例・症候ベースで統合してアクティブラーニング（図4）を進め、図5の評価を駆使して知識・技能・態度教育の質を保証することが重要視されている。

図4 医学教育におけるアクティブラーニングの方法一覧

<ul style="list-style-type: none"> ・双方向性授業 質問、レポート、クリッカー、課題授業 (反転授業)、ペアワーク・グループワーク他) ・多職種連携(職種・年代横断的) ・討論・ディベート・ディスカッション ・学生によるプレゼンテーション ・ケース・メソッド: 症例ベースの展開 ・課題学習 ・PBL(Problem/Project-Based Learning) ・TBL(Team-Based Learning) ・実験 研究配属 	<ul style="list-style-type: none"> ・e-ラーニング 資料提示(スライド、画像、動画など) 一方向性の講義的な内容はe-ラーニングで 自学、その分講義時間をアクティブラーニングに) 試験(事前・事後) ・ロールプレイ 医師役・患者役・評価者役 ・各種シミュレーション教育、 手技、各科基本診療、チーム医療、医療安全 ・実習 体験実習・早期臨床実習 診療参加型臨床実習
--	---

・医師として求められる基本的な資質・能力を卒業生全員に修得させる医学教育の目的を達成するには、入学直後から継続的に症例・事例ベースで各分野統合したアクティブラーニングを工夫して進めていき、将来に向けた学習者の自己学習姿勢・問題解決力育成と実践能力開発を重視すべきとされる。
 ・生涯教育においてもそれを向上させるために、アクティブラーニングを継続的に進める必要性が高い。

図5 医学教育における3領域評価方法

評価方法 Taxonomy	論述試験		客観試験	Simulation Test				実地試験	観察記録	レポート
	口頭試験	筆記型		模擬患者	モデル	コンピュータ				
知識領域 想起 解釈 問題解決	▲	▲	▼	▲	▲		▼	▲	▲	▲
技能領域					▲	■	▼	▲	■	
態度領域					▲		▼	▲	■	■
測定範囲	狭	狭	広	狭	狭	狭	中	狭	中	狭

・様々な手法を適宜用いて学習者の知識(想起レベル、解釈レベル、問題解決レベル)、技能、態度を評価することが求められる。
 ・e-ラーニング(コンピュータ)を用いて客観試験を工夫すると、問題解決レベルや臨床推論スキル(技能)なども評価できる(図中の太枠)。

(文献6) から改変して引用

その後の診療参加型臨床実習においても、段階的な各種パフォーマンス評価（図6）をさらに充実させて実践レベルの能力を保証することが求められている。

図6 実践力（パフォーマンス）評価の例

<p>1. 模擬的条件下での評価 (simulation-based assessment)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各種シミュレーションテスト ・OSCE: 客観的臨床能力試験 <p>2. 実習現場、臨床現場等で評価 (Workplace-based Assessment)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習中の観察評価: 指導医からの評価 ・ポートフォリオ: 学習への取り組みとその成果に関する文書、その他の記録の集積を評価する。 ・Mini-CEX (mini-clinical evaluation exercise): 実際の患者さんから病歴聴取や身体診察を行う場面で指導医が評価する。 ・DOPS (direct observation of procedural skills) 静脈採血などの実際の診療手技を学生が行うときに指導医がチェックリストをもとに評価する。 ・CbD (case-based discussion) 担当患者さんの報告を指導医に行い、指導医間との間で討論する内容を評価する。 ・Mini-PAT (mini-peer assessment tool) 多職種が臨床実習中の学生評価を行い、実習責任者がデータを収集する。(360度評価) <p>ペーパー試験のみならず実践力や態度をみる実践力(パフォーマンス)評価も重視される。 可能なものは低学年から段階的に行うことが重要である。</p>

特に、卒前教育の集大成とされる各科の診療参加型臨床実習においては、必ず実習すべき診療科が初めて指定されたほか、どの診療科に進んでも医師として当然持つべき主要症候・病態の37項目（図7）が精選され、それに対する臨床推論と初期対応能力を保証するための教育とパフォーマンス（実践力）評価法の充実が重要視されている。

図7 卒前教育における37症候⁵⁾

<p>1. 発熱</p> <p>2. 全身倦怠感</p> <p>3. 食思(欲)不振</p> <p>4. 体重減少・体重増加</p> <p>5. ショック</p> <p>6. 心停止</p> <p>7. 意識障害・失神</p> <p>8. けいれん</p> <p>9. めまい</p> <p>10. 脱水</p> <p>11. 浮腫</p> <p>12. 発疹</p> <p>13. 咳・痰</p> <p>14. 血痰・喀血</p> <p>15. 呼吸困難</p> <p>16. 胸痛</p> <p>17. 動悸</p> <p>18. 胸水</p> <p>19. 嚥下困難・障害</p>	<p>20. 腹痛</p> <p>21. 悪心・嘔吐</p> <p>22. 吐血・下血</p> <p>23. 便秘・下痢</p> <p>24. 黄疸</p> <p>25. 腹部膨隆(腹水を含む)・腫瘍</p> <p>26. 貧血</p> <p>27. リンパ節腫脹</p> <p>28. 尿量・排尿の異常</p> <p>29. 血尿・タンパク尿</p> <p>30. 月経異常</p> <p>31. 不安・抑うつ</p> <p>32. もの忘れ</p> <p>33. 頭痛</p> <p>34. 運動麻痺・筋力低下</p> <p>35. 腰背部痛</p> <p>36. 関節痛・関節腫脹</p> <p>37. 外傷・熱傷</p>	<p>・将来、どの診療科に進んでも医師として臨床推論と初期対応能力を修得しておくべき主要症候・病態(37項目)が精選され、その能力を保証するための教育と実践力(パフォーマンス)評価法の充実が求められている。</p> <p>・各科実習においては、『将来、当該診療科にならない場合にも必要なその領域の診療能力について学ぶ。』ことが推奨されている。すなわち、卒前教育では、その科の専門的診療に偏りすぎることなく、まずは、何科の医師でも持つべきその科の基本的な診療能力(知識・技術・態度)を身につけることが重要であるというメッセージである。</p>
---	--	--

さらに各科実習においては『将来、当該診療科にならない場合にも必要なその

領域の診療能力について学ぶ』ことが推奨されている⁵⁾。すなわち、卒前教育の各科の教育では、その科の専門的診療に偏りすぎることなく、まずは、何科の医師でも持つべきその科の基本的な診療能力（知識・技術・態度）を身につけることを重視すべきであるというメッセージであり、まさに日医生涯教育制度の目標と一致するものである。

3) 分野別評価のインパクト

近年、日本医学教育評価機構（JACME）により世界医学教育連盟（WFME）が定めた国際基準を遵守した日本での分野別評価が始まった。JACMEでは、日本の全医学部を対象に、9つの評価領域（①使命と学修成果、②教育プログラム、③学生の評価、④学生、⑤教員、⑥教育資源、⑦プログラム評価、⑧統轄および管理運営、⑨継続的改良）を制定した。現在、各大学ごとに数名の評価委員が約5日間かけてこの9領域に沿った現地評価が行われている。特に知識・技術・態度が総合された卒業時の学修成果/コンピテンシーに向かって、1年生から各種アクティブラーニングを展開するとともに、経時的な達成度を学年横断的に計画するマイルストーン（ロードマップ）を作成し、段階的にパフォーマンス評価も取り入れてその目標をクリアしていく教育体制と、学生と教員が一丸となって継続的に改良を進めていく学部全体の体制づくりの重要性が強調されている。

今後、各大学は約7年に一度程度のペースで繰り返しこの評価を受けることになる。このように定期的な受審が必要となる分野別認証評価のインパクトは大きく、これまでにない速度で各大学医学部の教育改革が進んできている。

4) 卒前教育改革のポイント

以上、1)～3)の内容から日医生涯教育制度につながる卒前教育改革のポイントを図8に示す。

図8 卒前教育改革のポイント

1. 卒業生全員に、将来、どの診療科の医師になっても必須となる基本的な診療の質を保証する卒業時の実践的な到達目標(図2)を定める。それには患者、家族、医療従事者との円滑なコミュニケーション・チーム医療充実のために必要とされる豊かな人間性やプロフェッショナルリズム育成も含まれる。
2. それに向かって学年および分野横断的に基礎医学～臨床医学各分野が、専門性に偏ることなく協力して進める。
3. 重要な内容を精選(主要37症候(図7))し、症例ベース・シミュレーションベースなどで統合した各種のアクティブラーニング(図4)とその評価を入学直後から継続的に展開する。
4. 達成度評価は重要とされており、様々な観点から行われている(図5)。特に技能や態度の実践力(パフォーマンス)評価(図6)は重要視され、継続的に実施されるべきである。
5. 客観試験等でも、e-ラーニングで(コンピューターの)画像や動画を使うことなどの工夫により解釈レベル、問題解決レベルの知識に加えて、臨床推論・初期対応などの評価も可能となることから、今後の活用が期待される。
6. 他の医師・医療者と共に研鑽しながら、生涯にわたって実践力を向上させるために、自律的に学び続ける能力・姿勢を修得する。

本来、日医生涯教育制度においても、大学、学会、都道府県医師会等と連携して、シミュレーション教育をはじめとする各種パフォーマンス評価(図6)まで実施していくことが理想である。しかし、卒前・卒後教育と違って受講人数が膨大であり、現在のところすぐに多くの人数に平等に実施することは難しい。現実的には、客観試験でも、e-ラーニングで画像や動画を使うことなどの工夫により様々な展開がシミュレーションでき、解釈レベル、問題解決レベルの知識、基本的診療における臨床推論や初期対応などの評価も可能となる。e-ラーニングによる評価も積極的に活用していくべきである。

2. 卒後臨床研修制度における目標の見直し

臨床研修の基本理念は、『医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。』とされ、その基本理念は卒前教育および生涯教育と一致している。卒前教育に引き続き、どの診療科の医師でも持つべき基本的な診療能力を身につけるために、卒後臨床研修が実施されるようになり、さらに生涯教育でその能力を維持しさらに向上するシームレスな展開が期待されている。

しかし、ここでも研修先によっては、ローテーション先のそれぞれの専門診療に偏りがちになっており、2年間で必ずしも総合的な診療能力やコミュニケーション力が保証されていないことなどが課題となってきた。こうしたことから、平成32年度に向けた卒後臨床研修の質向上のための目標の見直しも検討されてきている。具体的には、経験すべき症候として29症候(図9)が厳選⁷⁾されるなど、卒前教育と同じように重点項目の絞り込みと、思いやり・共感力をはじめとするコミュニケーション能力(態度)評価や臨床推論などの実践力評価の充実が強調されている。

図9 卒後臨床研修目標の見直し案

経験すべき症候 (29 症候)	
ショック	下血・血便
体重減少・るい瘦	嘔気・嘔吐
発疹	腹痛
黄疸	便通異常(下痢・便秘)
発熱	熱傷・外傷
もの忘れ	腰・背部痛
頭痛	関節痛
めまい	運動麻痺・筋力低下
意識障害・失神	排尿障害(尿失禁・排尿困難)
けいれん発作	興奮・せん妄
視力障害	抑うつ
胸痛	妊娠・出産
心停止	成長・発達の障害
呼吸困難	終末期の症候
吐血・喀血	

実際に図9に示す29症候は、ほとんどが卒前教育および日医生涯教育制度のCCに包括されており、生涯にわたる質保証にはその後の日医生涯教育制度とのつながりが重要となってくる。また、ここでは、これまでの臨床研修の到達目標

は、行動目標と経験目標から構成されているが、経験目標の一部については、単に当該項目を「経験する」のではなく、診療能力の評価をさらに重視すべきであるとの指摘や、評価方法の標準化が必要である等の指摘を踏まえ、新たな臨床研修の到達目標については、「目標」とそれを達成するための「方略」、及びその「評価」に分けて整理された⁷⁾。すなわち、卒後臨床研修においても、これまで以上に実践力の評価が重要視されてきている。

3. 新専門医制度との連携

平成30年4月から、卒後3年目以降の新しい専門医制度（基本19領域）が始まっている。卒前・卒後教育の改革期にある日本の医学界においては、図10に示すように、医師としての基本的な質が保証された上に、専門性を持って理想的な各分野の医師を育成し、医療を充実していく体制を確立することが理想的と考えられる。そのために卒前・卒後教育から生涯教育までが、継続的に同じ方針で一貫した改革をすすめることが重要と考えられる。

現在、各専門医の申請・更新の際に、共通講習（倫理、医療安全など）の部分、日医生涯教育制度の学習単位の利用が可能となっている（図11）。日本の医

図10 卒前・卒後教育の一貫性からみた日医生涯教育制度と新専門医制度

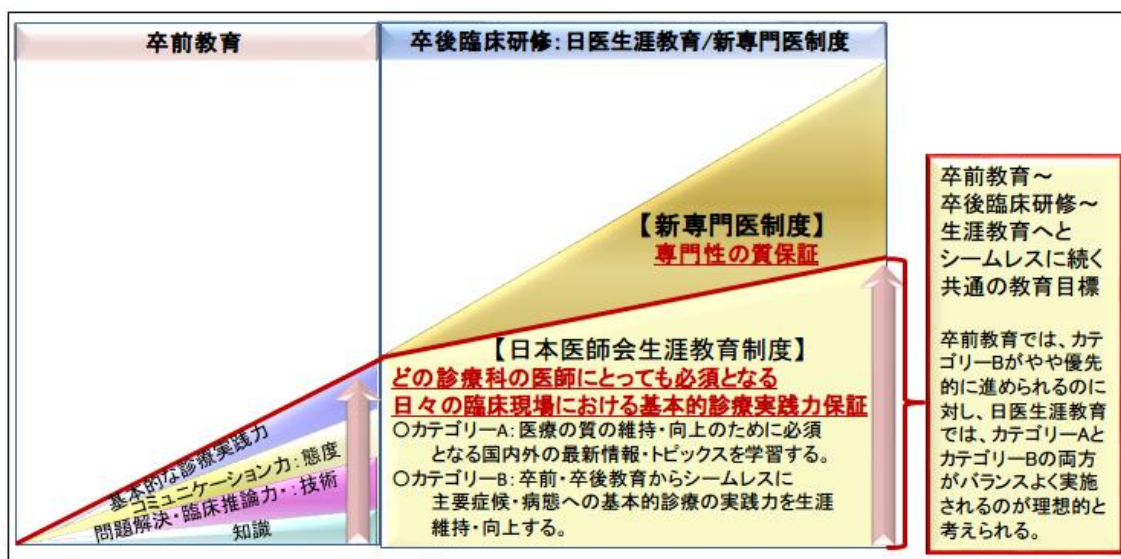


図11 新専門医制度における共通講習と日医生涯教育制度 CC との対応

【必修科目】	
○医療倫理	⇒ CC 2 (医療倫理：臨床倫理) CC 3 (医療倫理：研究倫理と生命倫理)
○感染対策	⇒ CC 8 (感染対策)
○医療安全	⇒ CC 7 (医療の質と安全)

師の生涯教育の成り立ちを考えると、その質保証のためには、日医生涯教育制度（基盤となる医師としてのライセンスの質保証）と新専門医制度（専門性の質保証）との連携強化が必須となってくる。

第3章 卒前・卒後教育の一貫性から見た日医生涯教育制度のあり方を考える—受講率をあげ、質を保証するための方向性—

1. 受講率向上と教育の質保証

1) 受講率・単位取得方法の現状

日医生涯教育制度の受講率は、平成28年度の単位取得者総数：118,154人（うち日医会員102,094人）、日医会員単位取得者率は、60.2%であるが、平均取得単位は14.6単位、平均取得CC数は12.9⁸⁾であった。今後、新専門医制度における共通講習や日医かかりつけ医機能研修制度の講習会との連携が始まってからの状況の解析が待たれる。

また、平成28年度の単位取得者の単位取得方法は図12の通りである。平均取得単位（14.6単位）のうち、講習会・学会などが全国平均12.72単位であり、以下体験学習1.10単位、日医雑誌の問題解答0.42単位、日医e-ラーニング0.25単位と続いている。このように、単位取得のほとんどが講演会や学会の出席となっている点、体験学習は受講機会が多い大都市部に限られている点、e-ラーニングがほとんど活用されていない点が課題と考えられた。

図12 平成28年度単位取得方法別平均単位数

①講習会・学会など（全国平均12.72単位）

1時間の講演につき、主催者が指定した1CCを1単位付与。日本医学会分科会が主催した講習会に限っては、1時間の講演につき、内容に応じた1CC（自己申告）を1単位付与。1日・年間の上限なし。

②体験学習（全国平均1.10単位）

「共同診療、病理解剖見学、症例検討、手術見学等の病診・診診連携の中での学習」1時間につき、内容に応じた1CC（自己申告）を1単位付与。1回の上限は5単位。施設長、所属長等が発行する証明が必要。それにより報酬を得るものについては対象外。

③日医雑誌問題解答（全国平均0.42単位）

1題につき60%以上の正答率の場合、日医が指定した1CCを0.5単位付与。※各号に2題ずつ掲載

④日医e-ラーニング（全国平均0.25単位）

日医が制作して「生涯教育 online」にて配信している1コンテンツにつき、「セルフアセスメント問題」で80%以上の正答率の場合、日医が指定した1CCを1単位付与。※平成28年度は113コンテンツを配信

⑤臨床実習などでの指導（全国平均0.07単位）

臨床実習・臨床研修制度において、研修者1人を1日指導することにつき、「CC1:医師のプロフェッショナルリズム」を1単位付与。年間上限5単位。研修病院、郡市区医師会等が発行する証明が必要。

⑥論文等執筆（全国平均0.02単位）

論文執筆（共同執筆も含む）1回につき、内容に応じた1CC（自己申告）を1単位付与。年間上限は5単位。

⑦医師国試問題作成（全国平均0.00単位）

1題作成につき、「CC0:その他」を1単位付与。年間上限5単位。

①～⑦全体の平均取得単位：14.6単位

2) 質保証と幅広い年代に対応した改革を実現するための課題

これまでの単位取得の主流である講習会・学会（医師会主催の各種講習会や各都道府県医師会が認定した企業主催の研究会や講演会、各学会におけるセミナーなど）は、その年度前後の重要な国内外の最新情報やタイムリーなトピックスとしての要素が強く、生涯教育として重要な要素である。しかし、各種講演会出席で該当する CC を取得しても、その内容が図 4 に示すアクティブラーニングの要素が充実していない場合や評価が行われていない状況では、生涯教育カリキュラム 2016 の行動目標であるその症候に対する目標（病歴聴取、身体診察、臨床検査、鑑別診断、専門医への紹介、自ら管理、EBM に基づいたマネジメントができる）が達成されているわけではない。すなわち、学習の達成度の評価が不十分であり、必ずしも単位取得と質保証が一致していないことが課題とされた。

このような課題に対して、日医生涯教育制度を積極的に改革していくには工夫が必要である。それは、卒前・卒後教育改革は、医学生と卒後数年という比較的狭い年代の初学者に対する改革であるのに対し、日医生涯教育制度の対象は、様々な時代の教育や研修を受け、その後各科専門的にキャリアを積んできた 24 歳から 80 歳以上の幅広い年代であり、改革を実現するには、将来の目標をしっかりと見極めた各年代への対応が重要になってくるからである。

本委員会では、『卒前・卒後教育改革が急速に進むこの時期に、日医生涯教育制度の改革を進めることが必須である。まずは、新たな世代への改革を積極的に始めつつ、しばらくの間は両者が共存して取得可能な方法で進めるのがよいのではないか。そうでないといつまでも社会への説明責任が果たせないのではないか。』という意見が多かった。この貴重なタイミングを大切にして、卒前・卒後教育との一貫性の観点から将来に向けた改革を進めるために、まずは、近年の卒前教育や卒後臨床研修で育成され、その後、新専門医制度で研鑽する世代の医師や、積極的に学習を希望する医師を対象とする改革案の検討を進めると同時に、これまでの学習方法を希望する医師向けには、これまでの内容も維持することにより、改革を軌道に乗せていくという方向で進めていくべきではないかとされた。

こうした意見を反映し、本委員会では現行の日医生涯教育制度の中に、特に新しい世代、すなわち改革が進んできている卒前教育や研修医制度を経た若手の医師に主眼を置いた行動目標と評価方法を規定した新たな学習方法の設定と、そこで優先的に扱うべき症候「重点症候 CC 群」の絞り込みを提言するに至った。

2. 新しい世代に主眼を置いた学習方法と重点症候 CC 群の提言

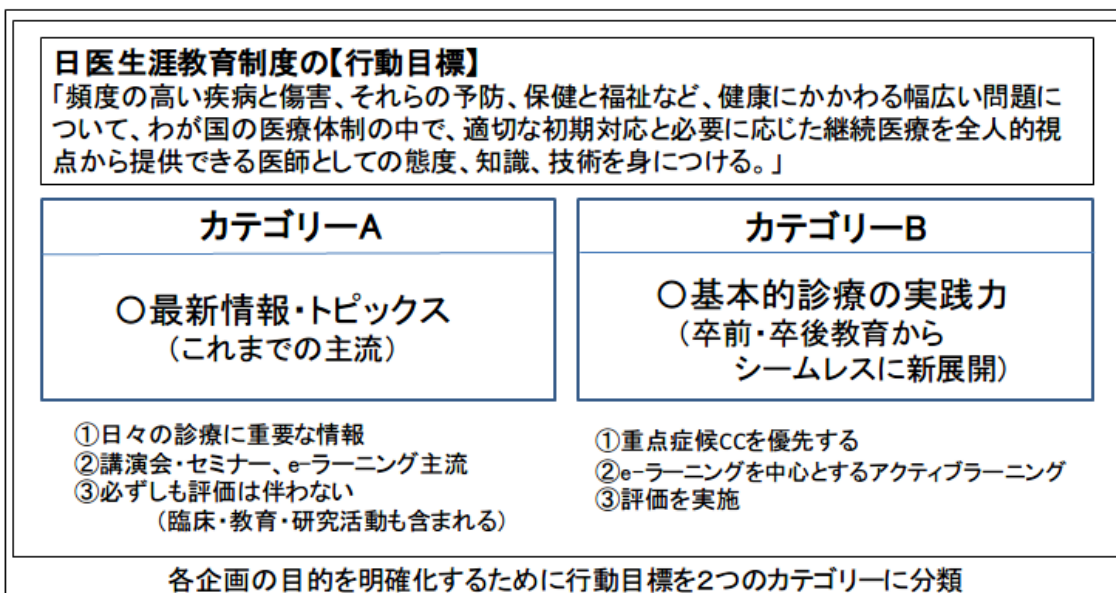
1) 新たな学習方法のねらい

日医生涯教育制度の行動目標は、「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉など、健康にかかわる幅広い問題について、わが国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供できる医師としての態度、知識、技術を身につける。」である。新しい世代に主眼を置いた学習方法を検討するにあたって、まず議論されたのは、これまでの講習企画の目的と、新たな卒前・卒後教育との一貫性を踏まえた講習企画の目的をそれぞれ明確にすることであった。

その結果、本委員会では、現行の日医生涯教育制度における単位取得のほとんどを占める講演会形式を中心とした学習を『医療の質の維持・向上のために必須となる国内外の最新の医学医療情報やタイムリーなトピックスについての学習（カテゴリーA）』と位置付けた。そして、新たな学習方法については、『卒前・卒後教育から引き続いて、すべての分野の医師が習得しておくべき主要症候・病態への基本的診療（知識・技術・態度）の実践力を質保証して生涯維持・向上するための学習（カテゴリーB）』とすることを提案したい。

新たな学習方法であるカテゴリーBは、カテゴリーAがこれまでと同様に治療の概要や最新情報を知ることが重要となっているのに対して、卒前教育と一貫した実践力の質保証をより重視した学習としている（図13）。

図13 行動目標サブテーマおよびカテゴリーA、B案



主な対象としては、改革が進む卒前教育や研修医制度を経た若手の医師を想定しているが、無論、すでに地域医療の現場で活躍され、積極的に学習を希望する医師も受講できるものである。卒前教育では、基本的事項の学習を飛び越えて最新のトピックスを次々と無制限に学習させることは必ずしも推奨されてい

い。従ってカテゴリBの内容が優先的に進められていると言える。これに対して、日医生涯教育制度では、カテゴリAとカテゴリBの両方がバランスよく実施されるのが理想的であると考え（図10）。

2) 新たな学習方法における方略

新たな学習方法であるカテゴリBは、主に改革が進んできている近年の卒前教育や卒後臨床研修制度を経た若手の医師たちに主眼を置いた学習方法であり、現行の生涯教育制度の学習方法と比べ、方略と評価の方法を質保証のために強化することが特徴的である。

(1) アクティブラーニングの推進

社会への説明責任を果たすためには、講演会、セミナーなどの企画において、実践力の修得ができるようなアクティブラーニング手法を充実させていくことが重要と考える。実際、近年の医師向けの講演会・各種セミナーでは、症例・事例ベース、シミュレーションベースで様々なアクティブラーニングの手法（図4）を取り入れ、実践力を高める内容のものが増えつつあり、自ら積極的に学んで実践力を修得していく能力を維持していくことの重要性が高まっている。

(2) e-ラーニングの積極的な活用

e-ラーニングは各企画の充実や評価の際にも大きな威力を発揮できる。全国各地の様々な地理的な条件における多忙な医師が、専門性に関わらず効果的効率的に学習して単位を取得でき、生涯教育目標を達成するためには、e-ラーニング教材の活用、講演会の録画・配信などインターネットを活用する必要性が高いと考えられた。図4でもわかる通り、e-ラーニングもアクティブラーニングの一つとして考えられている。日医生涯教育制度にはすでにe-ラーニングコンテンツがあることから、これらをより発展させ、e-ラーニングの活用を中心としたアクティブラーニングと評価の充実化を推進することが望まれる。

3) 新たな学習方法における評価方法

評価は質保証のために重要であり、カテゴリBは、原則として学習に対する評価を必要とする。改革が進む卒前・卒後教育では、知識（想起レベル、解釈レベル、問題解決レベル）、技能、態度について、図5に示す手法を駆使して評価する。特に図6に示す実践的なパフォーマンス評価は、今後、日医生涯教育制度でも取り入れることが理想である。

しかし、現時点で日医生涯教育制度全体にこれらを急速に普及させるのは、難しい面もある。したがって、当面の間は、e-ラーニングによる客観試験を工夫して、解釈レベル、問題解決レベルの評価中心に行っていき、将来的には、大学、学会、都道府県医師会等が連携して、できるだけ多くのパフォーマンス評価を取り入れていくことが理想的と考えられた。

現行の日医生涯教育制度において評価を行って単位を認定しているのは、日本医師会雑誌問題解答と日医 e-ラーニングのみであり、多肢択一式の客観試験問題においてそれぞれ 60%、80%以上の正答率であった場合に単位が認定されるようになっている。しかし、残念ながら図 12 にあるように、日医雑誌問題解答（全国平均 0.42 単位）、日医 e-ラーニング（全国平均 0.25 単位）とその利用率は低い。また、それぞれの評価に使われる客観試験の内容を検討してみると、疾患ベースで知識を問う旧タイプのものが多く、基本的診療の実践力に結びつくような学習効果が判定できていないことがわかった。

したがって、今後は想起レベルの知識だけではなく、症例ベースで解釈レベルや問題解決レベルの知識を確認する客観試験を多く導入することが必要であると考えられた。特に e-ラーニングは、教材としてだけではなく、それらの幅広い内容の評価も可能となる。各種企画の後に、e-ラーニングによる評価を行うなど効果的な学習を推進していくことも望まれる。

4) 重点症候 CC 群の設定

カテゴリー B においては、特にどの診療科の医師であっても習得しておくべき主要症候・病態への基本的な診療の実践力の維持向上が求められる。現在の生涯教育カリキュラム 2016 は、2009 年度版を基盤に総論の 15 コード、症候論の 57 コード、継続的なケアの 11 コード、その他 1 コードの 84 コードで構成され、特に総論部分に行動目標としてのねらい、目標、方略、評価が追記された。総論の CC1~15 は日医生涯教育制度の学習の多くを占めており、今後とも重要な意義を持つ。一方、症候論の CC16~72 は、コードによって学習機会の偏りが大きく、また必ずしも十分に取得されていない現状がある。卒前・卒後教育との一貫性の観点からすると、重要な症候への対応は、生命を預かる医師の役割の根幹となる部分であり、基本的な診療能力の質が保証されるように重視するべきであると考えられた。

そこで本委員会では、症候についてコアな部分に絞って質を保証する方向で改革が進む卒前教育（37 症候）、卒後臨床研修（29 症候）との一貫性の観点から、主にカテゴリー B で優先的に実施されることを念頭に、現在の生涯教育カリキュラムにおける 57 症候から重要なものを絞ることが提案された。注意点として、日医生涯教育制度の対象は経験の豊富な幅広い分野の医師であることから、生涯教育カリキュラムから症候を削除するのではなく、重要な症候に絞り込み、そこから優先的に企画や教材作成の重点化を行っていくのがよいのではと考えられた。

重点症候の選択に関しては、『頭痛、胸痛、腹痛、腰痛、しびれ、めまい、全身倦怠感、発熱など、どの診療科の医師であっても日常的に患者が訴える基本的な症候であるが、軽症から重症、ピットフォールや救急対応を要することもあるなど、医師の基本的な医療面接や身体診察による臨床推論力に大きく予後が左

右されてしまう症候』を精選する方法が採られた。本委員会案では症候について28項目まで絞り込み、これらを「重点症候CC群」と名付けた(図14)。これらは今後、カテゴリーBにおいて優先的に実施すべきものであり、こうした重みづけの考え方はむしろ卒前・卒後教育へのメッセージになるのではないかと考えられた。

図14 カリキュラムコードの重みづけ

重点症候CC群の項目案

『どの診療科の医師であっても日常的に患者が訴える基本的な症候であるが、軽症から重症、ピットフォールや救急対応を要することもあるなど、医師の基本的な医療面接や身体診察による臨床推論力に大きく予後が左右されてしまう症候』

16 ショック、17 急性中毒、18 全身倦怠感、24 浮腫、28 発熱、29 認知能の障害、30 頭痛、31 めまい、32 意識障害、33 失神、34 言語障害、35 けいれん発作、36 視力障害・視野狭窄、42 胸痛、43 動悸、44 心肺停止、45 呼吸困難、46 咳・痰、51 嘔気・嘔吐、52 胸やけ、53 胸痛、59 背部痛、60 腰痛、61 関節痛、62 歩行障害、63 四肢のしびれ、68 精神科領域の救急、70 気分の障害(うつ)

3. 日医生涯教育制度のその他の課題について

本委員会では現行の制度全般にかかる改善点についても鋭意検討を行った。

1) 取得単位数とCC数の合計の課題

日医生涯教育制度では、3年間の取得単位数とCC数の合計が60以上となった場合に日本医師会長より「日医生涯教育認定証」が交付される。平成26～28年の3年間で60以上をクリアし、新たに「日医生涯教育認定証」が発行された人数は、9,497人⁷⁾であった。

本委員会では、学習した時間数によって得られた単位と、学習した領域数によって得られた取得CC数とを合算して評価する意義に論理性がなく、そのために生涯教育の目標が曖昧になっている点が課題とされた。この合算方式となった理由として、これまでは、単位取得のほとんどが該当する専門分野の講演会になっており、その際のCCは限られてくるため、幅広いCCの学習を行って認定基準を満たすのは難しくなることが背景にある。この状況は、単位取得のほとんどが講習会の参加によるものであり、多忙な医師が他の分野の講演会を受講する余裕がなかったことが原因となっている。

その解決策としては、これまで述べてきたように講演会のインターネット配信などeラーニングによる効果的効率的手法を活用することにより、すべての分野の医師が容易に様々なCCについて学習できる方法を検討することが必要である。それによって、これまでの合算方式ではなくCCと学習時間のそれぞれを認定要件化する方向に修正すべきであるとされた。

2) 取得目標単位と取得目標 CC の委員会案

目標単位や目標 CC、またカテゴリー A とカテゴリー B のバランスについては、今後、専門医制度の単位取得との連携が出てくる場合などもあり、次のステップでしっかり検討する必要がある。

本委員会では、専門医制度の更新が原則 5 年間であることから、それとの連携を考慮すれば、現行の 3 年間よりも 5 年間のほうがよいのではないかと考えられた。また、目標単位数については、諸外国では 5 年間で 250 単位（1 年間で 50 単位）前後という事例が多いが、講演会出席による単位取得がほとんどで 3 年間で単位・CC 数と合算して 60 以上としている日本では、急な増加となると実現性が厳しくなる可能性もある。今後、e-ラーニングの促進などで、効率的に単位取得できる環境整備を進めることで目標をクリアしながら、将来に向けて単位数と考慮していく必要があると考えられた。

以下、今後の参考のために、目標単位、認定基準に関する委員会案を述べる。

・現行の学習方法による学習（カテゴリー A）の目標

最新情報やトピックスについて、講演会・セミナー等で学習したものを学習単位として認定する。最新情報や臨床・教育・研究活動などの学習は評価が難しい場合も多い。テストなどの評価のない場合は、教育内容にできるだけ症例・事例ベースのアクティブラーニングを取り入れて効果的なものを推奨する。データベースや Minds などの文献検索などが将来的に単位化される場合もこのカテゴリーで対応できる。

カテゴリー A 目標案：専門医更新と同じく期間は 5 年間

30～50 単位以上かつ CC 数 20 以上（合算はしない）等

・新たな学習方法による学習（カテゴリー B）の目標

重点症候 CC 群を中心として、e-ラーニング中心とするアクティブラーニングを活用した学習方法で、かつ評価が実施されたものを学習単位として認定する。

カテゴリー B 目標案：専門医更新と同じく期間は 5 年間

30～50 単位以上

かつ重点症候 CC 群優先 20 以上（合算はしない）等

・認定基準

上記のカテゴリー A の基準とカテゴリー B の基準をそれぞれ満たし、5 年間で 60～100 単位以上、CC は 40 以上の種類などとする意見があった。これらに専門医制度の単位も加わることで社会への説明責任を果たしていくことになるであろう。

なお、カテゴリー A とカテゴリー B のバランスは、あらゆる年代を対象としている日医生涯教育の改革を進めるために、新たな教育を受けてきた

世代はカテゴリーBを重視し、そうでない世代はカテゴリーAを重視するなど、年代別にカテゴリーAとカテゴリーBの取得バランスを検討することも重要となるだろう。

3) 新専門医制度との連携強化の必要性

日医生涯教育制度自体の改革を進めると同時に、生涯教育の目標や社会への説明責任からみても受講率向上は必須事項である。これまでの対策としては、診療報酬体系との連携で地域包括診療加算の要件となったり、日本専門医機構との連携で日医生涯教育制度認定講習会の中で一定要件を満たしたものは、日本専門医機構による専門医の認定・更新に必要な共通講習認定講習会として専門医の認定・更新に必要な単位も取得が可能となるなどの対策が講じられてきている。本委員会では、受講率の向上を実現するためには、述べてきた取り組みに加えて、各分野の新専門医制度とも連携して日医生涯教育制度の単位が専門医申請や更新のための単位になるなどの連携が必須であると考えられた。

始めに述べた医師の生涯教育の成り立ちからみても、社会の期待に応えるためには、日医生涯教育制度と専門医制度の連携強化は最重要事項であり、この点に関して、日本医師会、専門医機構、各学会との議論が本格化することを委員一同強く望んでいる。

4) より多くの学習機会を提供するために

日本医師会自体が教材の開発や、企画のアクティブラーニング化を推進するとともに、各機関等の一定の基準を満たした講演・セミナー企画やe-ラーニング教材を幅広く内容を審査して認定する体制を構築することにより、効果的で効率的な学習機会を増やすことが重要である。

特にe-ラーニングの普及は重要であり、そのためには外部のe-ラーニングコンテンツを審査する機関の設置、e-ラーニングコンテンツの個人や団体利用を容易にしたり、さらには作成されたコンテンツを共有できるようなプラットフォーム構築といったインフラ整備の必要性も議論となった。

5) 生涯教育カリキュラムの継続的なブラッシュアップ

これまでの討議を踏まえ、卒前・卒後教育改革との一貫性を持ち、それを医療現場から先導する意識で日医生涯教育カリキュラムの継続的なブラッシュアップを今後とも検討していく必要がある。

おわりに（本答申の要点）

本委員会では、これまでの生涯教育の歴史的な経緯と、これから卒前・卒後教育と一貫して教育の質を保証していく観点から様々な論点で検討してきた。

本答申の概要として、受講率を上げ、質を保証するために重要なポイント事項を次の7項目にまとめる。

- 1) 医師の生涯教育において『各分野横断的に医師免許取得者としての基本的な診療の質（知識・技術・態度）を保証する役割を担う日医生涯教育制度』と『専門性の質保証を担う専門医制度』との役割を再認識する(図10)。
- 2) 近年、改革が進む卒前・卒後教育では、将来、どの診療科の医師になっても必須となる基本的な診療の実践力を保証することが求められていること、それには、患者・家族・医療従事者との円滑なコミュニケーションのために必要とされる豊かな人間性やプロフェッショナリズム育成も含まれること、目標を実現するために内容を精選し、各分野統合したアクティブラーニングと実践力評価による質保証が重視されていること(図8)、日医生涯教育制度にはその能力を維持し向上する役割があることを理解する。
- 3) 新しい世代に主眼を置いた学習方法を新たに設定し、現行の生涯教育制度の学習と目的を分類することで、あらゆる年代に対応しながら改革を実現する。
 - (1) カテゴリーA：医療の質の維持・向上のために必須となる国内外の最新の医学医療情報やタイムリーなトピックスについての学習（これまでの主流）
 - (2) カテゴリーB：卒前・卒後教育から引き続いて、すべての分野の医師が修得しておくべき主要症候・病態への基本的な診療の実践力を生涯維持し向上するための学習（これからの新しい展開）
- 4) アクティブラーニング手法(図4、図6)の導入を推進することで各企画の内容を充実させる。
- 5) e-ラーニングの活用(講演やセミナーおよび資料、動画の配信、評価の工夫など)を積極的に推進して効果的効率的な学習機会を増やす。
- 6) 一定の基準を満たした講演・各種セミナー企画やe-ラーニングコンテンツを幅広く日医が審査して認定することにより容易に学習できる機会を増やす。
- 7) 最終的な質保証のための目標単位数とCCの範囲、認定期間の設定は、
 - 1)の観点から、これまでの合算方式を止めて、今後、各科専門医の申請や更新時の単位との連携を強化して検討していくことが必要である。

以上、本答申に7回の委員会とメール討議による本委員一同の意見をまとめ

た。

卒前・卒後教育の改革が進んできている意義深い時期に、『卒前・卒後教育の一貫性から見た日医生涯教育制度のあり方』を検討する貴重な機会をいただき、委員一同、毎回熱心に議論することができた。今後、日医生涯教育制度を充実させ受講率を上げ、質を保証して社会への責任を果たしていくために、卒前・卒後教育改革の動向を認識すること、各企画の目的を明確化すること、e-ラーニング等を活用して効果的かつ効率的に学習する機会を増やしていくこと、専門医制度との連携を強化することが必要である。

始めに述べたように、本来、各段階における医学教育は、社会的な責任を果たすために、医学・医療の進歩と将来の医療体制を見越して、むしろ一步も二歩も先を進んでいる必要がある。日医生涯教育制度から、その理想を実現して、日本の医療全体をより良い方向に導くために、将来に向けて本答申を役立てていただくことができれば幸いである。

参考文献

- 1) 清水貴子他, シリーズ: 初期臨床研修と医学教育(第4回), 卒後臨床研修制度の見直しに
みる医師の生涯学習, 医学教育; 49: 135-142, 2018
- 2) <http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm>
- 3) 木下牧子, 生涯教育制度-世界の潮流とわが国のこれから, 医学教育白書 2014年版: 81-
84, 2014
- 4) <http://www.accme.org/about-us/our-history>
- 5) 文部科学省, 医学教育のモデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改訂版)
[http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/
06/28/1383961_01.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf)
- 6) 畑尾正彦, 新臨床研修制度における指導ガイドライン, 第3章評価方法, I 評価の理論と
方法
http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~p_health/kenshu-gl/pdf/3/3syou.pdf
- 7) 医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書-医師臨床研修制度の見直しについて
-平成 30 年 3 月 30 日
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000200863.pdf>
- 8) 平成 28 年度日本医師会生涯教育制度集計結果報告書 (平成 30 年 4 月)

第Ⅸ次生涯教育推進委員会 審議経過

- 第1回 平成 28 年 12 月 7 日(水)
- 第2回 平成 29 年 3 月 9 日(木)
- 第3回 平成 29 年 6 月 14 日(水)
- 第4回 平成 29 年 9 月 8 日(金)
- 第5回 平成 29 年 12 月 6 日(水)
- 第6回 平成 30 年 3 月 14 日(水)
- 第7回 平成 30 年 6 月 1 日(金)