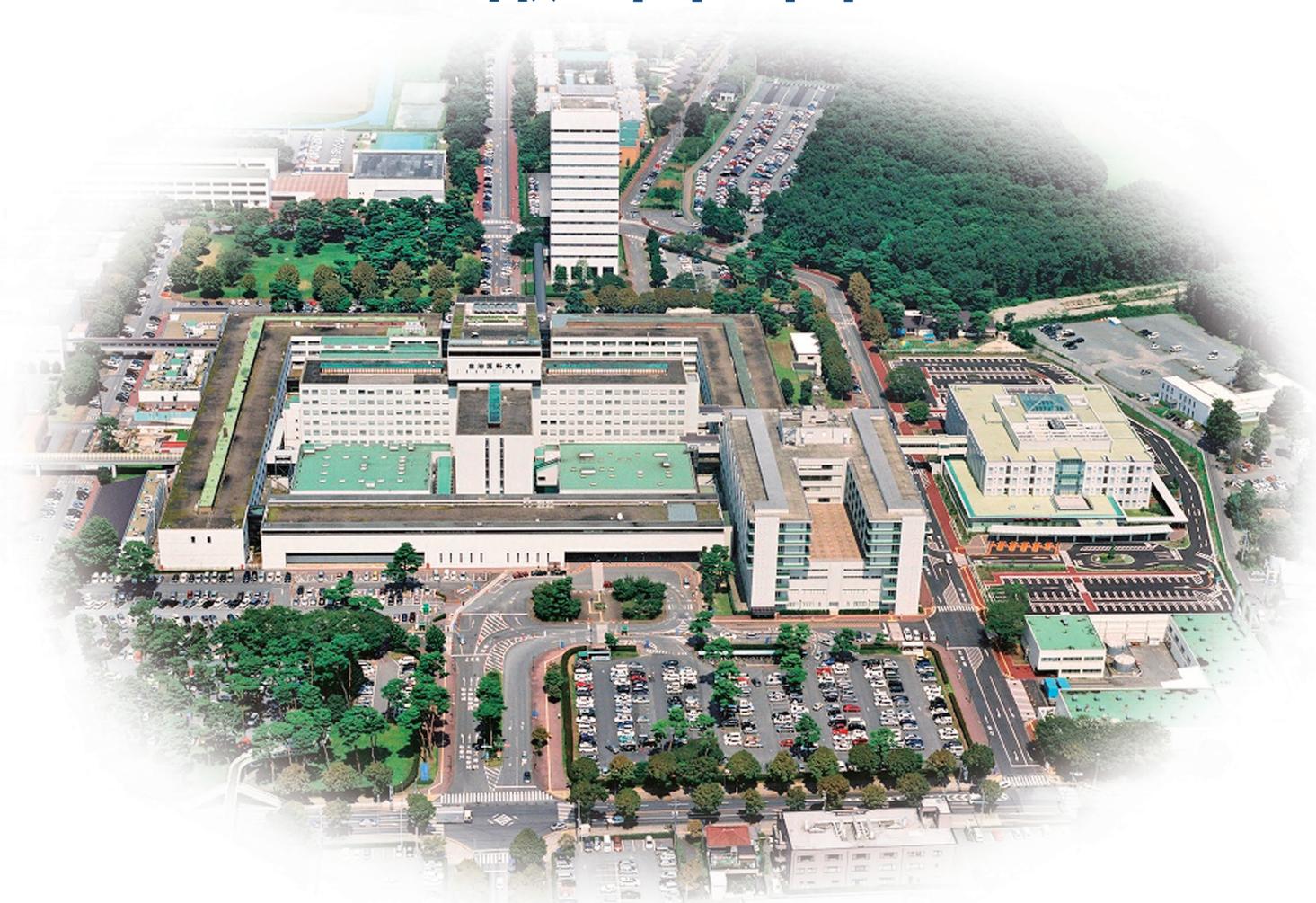


自治医大 地域医療フォーラム 2008

報告書



<開催日> 平成20年9月13日(土)

<開催地> 東京都千代田区

<会場> 秋葉原コンベンションホール

主催：自治医科大学・自治医科大学医学部同窓会 後援：財団法人 地域社会振興財団

自治医大 地域医療フォーラム 2008

目次

CONTENTS

第1部 開催報告	3
開催挨拶	5
自治医科大学理事長 香山 充弘	5
自治医科大学学長 高久 史磨	6
講演Ⅰ 『自治医大の地域医療教育の展開』	10
講演Ⅱ 『地域医療と卒業生の実績』	19
第2部 開催報告	27
第1分科会 「自治医大の将来」 ～自治医大卒業生は地域枠学生とどのように関わるべきか～	29
第2分科会 「後期研修のあり方」	53
第3分科会 「へき地勤務と子育て」	88
第4分科会 「私が開業した理由」～これからの開業医とは～	112
第3部 開催報告	141
分科会報告	143
閉会挨拶	154
卒後指導委員長 安田 是和	154
医学部同窓会長 関口 忠司	155

第1部
開催報告

開会挨拶



香山 充弘 自治医科大学理事長

理事長の香山でございます。本日の自治医科大学地域医療フォーラム2008に卒業生多くの皆様のご参加をいただきまして、大変嬉しく、また頼もしく思っております。我が自治医科大学は、大変名誉なことに昨年12月天皇皇后両陛下に行幸啓を賜り、また今年7月には舩添厚生労働大臣にもご視察いただきました。これも皆様方卒業生の地域医療における貢献が社会的に高く評価されている結果であり、また、その様な皆様を送り出している本学に対して大きな期待が寄せられているからだと思っております。

皆様方は、北は北海道から南は沖縄まで全国津々浦々地域医療の最前線にあって大奮闘され、地域の人々から厚く信頼を勝ち取っておられますが、皆様方は皆様方で多くの悩み・苦しみを抱えておられることと思います。地域の人々といかに向き合うか、あるいはスタッフや設備も限られた中で、責任ある医療をどのように提供していくか、後方の支援病院をどう確保していくか、一方では最新の医療や技術・情報に取り残されるような事はないだろうか。そういったことだろうと思います。

そのような皆様と大学とがこれまで以上に連携を深め、自治医科大学が皆様方にとって終生の拠り所として十分に機能していく必要があると思っております。また、卒業生の皆様は皆様同士で交流を深め、知識や経験を共有していく事が大切だと思っております。

本日のフォーラムは、そのような大学と皆様、そして皆様相互間の強い絆を形成する為に医学部同窓会との共催によって企画したものです。趣旨を十分ご理解の上、存分に意見や知識の交換を行い、また互いの交流を深めていただきたいと思います。それは我が国の地域医療問題の克服にも資する事になると確信を致します。

フォーラムの開催にあたりましてご尽力をいただきました高久学長、安田卒後指導委員長、関口同窓会長、ご講演いただく梶井先生、塚原先生、分科会で座長や発表を努めて下さる先生方、お世話になります多くの方々に厚く御礼を申し上げ、私のご挨拶と致します。ありがとうございました。

開会挨拶



高久 史磨 自治医科大学学長

自治医科大学の地域医療フォーラム2008に、全国からお集まりいただきましてありがとうございます。ご案内のように、地域医療、地域における医師の偏在ということが我が国で非常に大きな話題となっております。それもありまして、自治医科大学の存在そのものが大きくクローズアップされてきたと思います。私共の大学は、以前から「総合医」ということを提唱し、それに対してあまり関心が示されませんでした。最近になってようやく厚生医療関係者の方も総合科と言い出したり、また関連する医師会、あるいはまた関連する学会が「総合医」の認定制度を設けようとし始めておりまして、ようやくという感じがいたしますが、「総合医」というものが世の中に資する重要性・必要性、さらにそれを資格化しようとするものが始まってきていると思います。その意味では、いわゆる地域の医療が新しい時代を迎えつつあるのだと思います。

先程理事長の話にもありましたように、卒業生が各地で頑張っておられます。それは国保中央会の方にはお話ししましたが、理想的なかかりつけ医としての仕事を行っているということでもあります。国保中央会では理想的な開業医を選ぶという事をしておりませんが、今日の分科会でも開業の話が出てきますけども、最終的に委員会が絞った17人程理想的な開業医の中に卒業生が3人入っており、さらに本学の地域医療学に習った志村先生、今岐阜県の揖斐郡のところにおられますけれども、関係者を合わせて4人というまさに非常に効率のいい、自治医大の卒業生が開業医という現場でも地域に密接した医療活動をやっているということは、私も委員として偶然知りまして、改めて卒業生の諸君の活動に目を見張った訳であります。

また、先日医学教育振興財団の用務で滋賀医科大学に行っていました。そこでは学生を2、3年前から診療所の、あるいは地域の開業医の所に学生を送っているのですが、一人の学生が、`ちょうど琵琶湖の北端の方の診療所で自治医大の先生がおられた所で自分は実習をして、その先生が住民に非常に高い信頼を得ている`ということで感銘を受けたと言っておりました。

ただ、ご案内のように今日も議題にあると思いますが、地域枠というのを各県が始めております。滋賀医科大学でも、ここは歴史が古くて、もう10年、毎年7名程度ですけども平成10年から地域枠をやっております。そうすると地域枠においては、卒業生の70%が滋賀県に残るとの事でありまして、これからいろんな大学で地域枠を設けますと、滋賀医科大学の場合には奨学金を出しておりませんが、奨学金を出した地域枠が始まりますと、自治医大の卒業生がそういう地域枠の卒業生とどう協調して地域の医療を展開していくかということがこれからの課題になってくると思いますし、またそれを上手くこなして、先輩として自治医科大学がリードしていく必要があるのではないかと思います。

今日はその他いろいろな興味あるテーマが、この後の分科会で話されると思いますが、この会が第1回ということであり、大学と卒業生を結ぶ非常に有意義な会になる事を強く期待しております。また、夕方には皆さんとの懇談会に出席させていただこうと思います。ありがとうございました。

<p>【自治医大地域医療フォーラム 2008】</p> <p>主催：自治医科大学・医学部同窓会 後援：財団法人 地域社会振興財団</p>	<p>【開会挨拶】</p> <p>自治医科大学理事長 香山 充弘</p>				
<p>【開会挨拶】</p> <p>自治医科大学学長 高久 史麿</p>	<p>【各分科会 座長の先生方】</p> <ul style="list-style-type: none">■ 第1分科会 青沼 孝徳 先生■ 第2分科会 上沢 修 先生■ 第3分科会 小林 英司 先生■ 第4分科会 石橋 幸滋 先生				
<p>【講演Ⅰ 自治医大の地域医療教育の展開】</p> <p>自治医科大学地域医療学センター長 梶井 英治</p>	<p>【講演Ⅱ 地域医療と卒業生の実績】</p> <p>自治医科大学卒後指導部長 塚原 太郎</p>				
<p>【各分科会会場のご案内】</p> <table border="1"><tr><td data-bbox="245 1713 491 1839"><p>第1分科会 会場 2F 自治医大の将来 ～自治医大卒業生は地域枠学生と どのように関わるべきか～</p></td><td data-bbox="496 1713 742 1839"><p>第2分科会 会場 5F(5A) 後期研修のあり方</p></td></tr><tr><td data-bbox="245 1845 491 1971"><p>第3分科会 会場 5F(5B) へき地勤務と子育て</p></td><td data-bbox="496 1845 742 1971"><p>第4分科会 会場 5F(5C) 私が開業した理由 ～これからの開業医とは～</p></td></tr></table>	<p>第1分科会 会場 2F 自治医大の将来 ～自治医大卒業生は地域枠学生と どのように関わるべきか～</p>	<p>第2分科会 会場 5F(5A) 後期研修のあり方</p>	<p>第3分科会 会場 5F(5B) へき地勤務と子育て</p>	<p>第4分科会 会場 5F(5C) 私が開業した理由 ～これからの開業医とは～</p>	<p>【分科会報告 第3分科会】</p> <p>へき地勤務と子育て</p>
<p>第1分科会 会場 2F 自治医大の将来 ～自治医大卒業生は地域枠学生と どのように関わるべきか～</p>	<p>第2分科会 会場 5F(5A) 後期研修のあり方</p>				
<p>第3分科会 会場 5F(5B) へき地勤務と子育て</p>	<p>第4分科会 会場 5F(5C) 私が開業した理由 ～これからの開業医とは～</p>				

【分科会報告 第1分科会】

自治医大の将来

~自治医大卒業生は地域枠学生と
どのように関わるべきか~

【分科会報告 第2分科会】

後期研修のあり方

【分科会報告 第4分科会】

私が開業した理由

~これからの開業医とは~

【閉会挨拶】

自治医科大学卒業指導委員長
安田 是和

【閉会挨拶】

自治医科大学医学部同窓会会長
関口 忠司

【参加者交流会】

東京・お茶の水 ホテル聚楽

千代田区神田淡路町2-9

講演 I

『自治医大の地域医療教育の展開』

講 師 梶井 英治 自治医科大学教授 地域医療学センター長

皆様こんにちは。私に与えられたテーマは、「自治医大の地域医療教育の展開」です。36年を振り返るといふことになります。36年間のアルバムをめくるような形でお話を聞いていただければ幸いです。

それでは第1ページ目をめくることに致します。これは私達第1期生が、昭和47年に自治医大に入学したその年の夏季実習の際の写真です。真ん中には中尾先生、そして高久先生、その周りを私達の仲間が囲んでいます。教育ということを考える場合には、やはり目標は何か、どこへ向かっているのか。まさにこの写真を1枚見るだけで、自治医大の理念が全て盛り込まれているのではないかという風に思います。そして、教わる側にどのように動機づけをするか、ということになろうかと思ひます。ビデオを用意しました。

「医師というのは、その時点の社会の要求だけに留まっていたのでは発展性がないということ、我々日頃から考へていることで、いろいろと考へた末に、へき地とか離島の医療をやるための医師の持つべき素養というものは、すべて都会であつてもどこでも通用しうる素養でなくてはならない。そうでなければ、島に住む人と都会に住む人、人間の差別をすることにつながるのではないか、という考へで、私はそこで総合医と言ひましようか、どこへ行つても全人的な医療を施せる、広い意味での医学というものを社会にフィードバックできるような立場の医師を教育すべきではないかと。」(中尾喜久初代学長のお言葉。)

まさにこういう薫陶を受けながら6年間育つた訳です。その中で当時の学生達は、「大学に対して3項目の要求をしている。その中の一つに卒後の研修を最低2年間、厚生省の臨床研修指定病院程度の場所で行うようにという要求を出している。それがほぼ受け入れられる状況にある。しかし、その2年間ですら、ちゃんとした研修ができるのだろうか。それから2年以後の、特にへき地に行つた場合にちゃんとした研修ができるのであろうか。その点に非常に不安を覚えているわけです。特に4年半のへき地勤務、それを終えたときに僕らがどういふふうな医者になつてゐるだろうか。このことを考へると、単に9年間の義務年限だけの問題ではなくて、卒業してから一生涯の医師としてやつていく、その上での問題点として考へなければならぬ。それから、大学自身の持つ問題。へき地用の医者を作り上げるということだけで、本当にへき地の問題が解決するのだろうか。こういう点まで広く考へた上で、我々の卒業後の問題、卒後問題を解決していく方針を立てていかなければならぬわけです。」(4期生の塚田次郎先生－当時の学生自治会卒後対策委員長の発言。)

まだまだ先が見えない中でも、みんなこういうような議論をしながら自分達の方向性を模索していたという時期でもあります。

「昭和53年3月、自治医科大学第1期生は、それぞれの出身県へ帰つていきました。そして、

地元の病院で2年間の研修を受けたあと、へき地医療という全く未知の世界へ入っていったのです。」(1期生の卒業式。)

私達が卒業した時期でもまだ、地域医療というものを体系的にどう伝えていくかということとは、自治医科大学の中で未だできていなかった訳です。そして私達が卒業しました3年後、1981年に地域医療学講座が始まります。この目的は、地域医療に関わる教育研究の支援であるということに謳っています。そのあとに大宮医療センター総合診療部が開設され、さらに今から4年前に地域医療学センター、9つの部門からなるセンターが設置されることになった訳です。現在までの卒業生は3,187名までに至っております。

自治医科大学の卒業生は、まず地域に出て何をすればいいかというところから始まります。そして地域の中で学びながら、コツコツと自己学習をしながら、自分のやるべきことを学んでいくことになります。その中で、実は多くの達人が生まれているのですね。皆様ご承知の通りです。そして従来にはない学びの方向性が創られていった訳であります。

こういった卒業生の活動はここに示しました。今私ここに本を持っていますけれども、下野新聞社が「Dr. 自治」ということで、残念ながら栃木県内ですけれども、卒業生のメッセージをまとめてくれました。47都道府県2周していますので、94名のエッセイがここに盛り込まれています。地域で学んだこと、地域の住民の方々と触れ合ったこと、そしてそこには医療の原点とはここなんだ、ということがたくさん載っております。こういう本であります。

「プライマリ・ケア」という言葉があります。私達地域医療って何だろうと思いつつ、いろいろあちらにぶつかりこちらにぶつかりしながらやってきました。このスライドに示したのは、プライマリ・ケアについて米国国立科学アカデミーが纏めたものであります。皆さんこれはすでに実践しておられると思いますけれども、「問題の大部分に対して対処でき、それから継続的なパートナーシップを結ぶ。家庭だけじゃなくて、地域、非常に幅広く、個人だけじゃなくて幅広い枠組みの中で住民の人と患者さんを見守っていくんだ。」ということでありまして、まさに私達はこれを実感しております。さらに私達は地域医療、もっと地域という枠組みを明確にして、患者という立場からさらに地域・住民という所にフォーカスをあてて、地域医療ということを実践してきた訳です。そしてもう一つ大切なことは、ただ病気を見守っていくということだけじゃなくて、生活にも心を配る。という所を、みんなで大事にしてきたというふうに思います。

こういう中で、ではどういう意識を育んでいくんだということになります。それは、私達が学生の頃から「総合医」という言葉を当てておりましたけれども、よりわかりやすく住民の方々に私達の立ち点を明確にしてお伝えするために、私は「何でも相談できる医師」という言い方をしています。実際は「総合医」という風に言い換えておりますけれども。一般的な病気の診断・治療、あるいは初期救急、それから慢性疾患の長期管理、ときに適切に紹介をします。医療チームのリーダーシップと書いていますけれども、どちらかと言うとコーディネーターとしての役割を担っています。こうやって、全人的な医療をやっていくことを目指しています。これが、みんなが30年かかって纏め上げた「総合医」の像であるというふうに思います。

そして、へき地に出たときにどのような医療以外の保健福祉活動をやっているかと言いますと、非常に幅広い活動をしています。こういうことを学生達にどのように伝えていくかということもまた必要であろう、という議論もありました。

そして、地域に出たときに、「いろんな医療の質を高めたい。」あるいは、「自分が疑問に思ったことを解決していきたい。」そういうときの学問的な背景・手法というのでも纏め上げられてきました。例えば、医療面接であるとか、臨床判断学。これは、みなさんがよく実践しておられると思いますけれども EBM。最近では Narrative based medicine, NBM。行動科学とか、ここにありましたような医療科学。こういうような手法を駆使しながら地域で一人一人が今頑張っています。そういう状況が起きている訳であります。

こういうようなことを踏まえて、自治医科大学の現在のカリキュラム、教育については目標、そして動機付けが大事だと言います。その次には何をどうしたいのか、何をどう伝えていくかという部分だと思えます。ですから、卒業生がコツコツと積み上げてきたもの、それを学生達にどういうふうを受け止めてもらうか。そのためのカリキュラムでございます。1年生から6年生まで地域医療のカリキュラムが組まれております。

この特徴を纏め上げたものがこれです。1年生から早期体験実習があります。多くの卒業生の皆さんにお世話になりながらやらせていただいています。それから、1年生から始まるこういう取り組みを6年生まで継続的に段階的に積み上げていく、ということであります。地域での各種実習も、制度的に全国の大学に先駆けて導入しております。

それから、非常に大切なことは、大学がある栃木県内の中だけのネットワークではないということです。全国にこういう地域医療の教育環境を作ってきた、みんなで作ってきたということが大事だと思えます。それが地域担当臨床講師の制度であります。院外必修 BSL があり、全国で行われますけれども、それには学内の教員も参加させていただいております。今年は22名の教員が参加致しました。

このスライドは昨年の臨床講師の会の様子でありますけれども、毎年こうやってみんなが集まって、より良い地域医療、地域の中での教育を行っていかうということで意見を出し合っております。

昨年のテーマです。今日のテーマにも関係ありますけれども、とにかく自分達がやってきたことを自分達の大学、後輩だけじゃなくて、それを全国に広めていこうという趣旨がこの中には含まれております。

一番下の E の所の臨床講師の制度。今年は教授の制度までこれが拡大されました。

さて、この臨床講師のワークショップの中で一つ特記すべき事は、この標準プログラムです。全国の共通プログラムを作ったということでもあります。どの県にいてもこのプログラムがベースになった BSL を展開できるという具合になっています。従来は病院と診療所という位置づけでありましたけれども、ここにありますような各種の地域医療活動を盛り込んでいただくということです。これが2000年に決まりました。2000年からスタートしたんですけれども、ここをご覧下さい。もうすでに2001年からは標準プログラムに盛り込まれた地域医療活動9項目中6項目が入っております。今では8項目近くを全国で入れて下さっております。

全国47都道府県に、こういうような教育システムが広まったというのは大変な実績であろうと思えます。そして、標準プログラムが導入されて学生達の教育効果はどうなったかを見ますと、これはビジュアルアナライジング・スケールということで、10センチの直線を引きます。そして、左側に「楽しくなかった」、右側に「非常に楽しかった」ということで、どこかにポイント

を学生に付けてもらうんですけども、左端から測定した長さがこの数値になっています。「実習は意義があった」、「実習を続ける必要があった」という点が、非常にこの標準プログラムの導入によって効果があったことを表しております。

それから、実習前後の変化として、学生の思いを聞いてみますと、「地域医療は夢がある」「地域医療はやり甲斐がある」「地域医療を担う自信がある」「将来へき地で働きたい」、こういうようなことに、非常にこの実習は効果を上げているという学生のアンケート結果が出ております。

さて、私達は、このようにプライマリ・ケア、地域医療の教育をずっと続けてきたのですが、他の大学はどうかということで見ると、2006年、80医学部中、プライマリ・ケアの役割に関して系統的な講義をしているところは42大学、53%でした。それから、実際に包括ケアの体験をやっているところは62大学、78%でした。

各大学で最低限教えなければならないこと、全ての大学で教えなければならないこと、これが盛り込まれたものが医学教育モデル・コア・カリキュラムになります。その中に地域医療が入っていました。私達が今やっていることは、今後、各大学が取り組んでいくということになります。

さらに、今日の分科会でもありますけれども、地域枠の制度です。すでに先程高久学長の方からお話がありました。大学独自の地域枠というのがあります。本年度は定員が319名でありました。来年度からは、各都道府県が持つ地域枠の制度が始まります。

いずれにしても、こういうような制度が始まって、地域医療をどうやって学生達に伝えていくかということをお問われております。地域医療関連の講座、ここにあげております。現在までに19の講座があります。2007年からはご覧のように、県からの寄附講座が増えております。これからも増えます。増える予定です。こうなると、こういう講座が連携を持ちながら、地域に携わる医師をどうやって養成していくか、非常に今それが問われて、求められていると思います。

さて、こうやってこの30数年間を紐解いて見てみますと、コツコツと、そして卒業生がやってきたことを後輩に伝えるべくいろいろなシステムが導入されてきました。まだまだ不十分です。ですけども、「これをさらに体系化して発展させていく。そして、もっともっと広めていく。」それが、自治医科大学のこれからの大きな役割りの一つであろうというふうに思います。

私達が卒業した時に同窓会ができました。そして、その同窓会は、今、地域医療振興協会という大きな発展をしております。そこでも、医学教育、地域医療を担う医師の育成プログラムが展開されております。そのベースになったのは同窓会でありますけれども、「同窓会報」というのがあります。それを紐解いてみました。

これは1970年、第1期生の卒業した翌年ですね。笹井先生がこう書いております。「自治医大卒業生の中から、その県全体の医療をどうするのかという問題を専門的に考える人材を養成する必要がある。」

これを「地域医療専門医」と彼は呼んでいます。皆さんはどうでしょうか。間違いなく、こういう地域医療専門医がいろいろな県で育っていると思います。

第2回目の同窓会報にこういうふうに載っています。箕輪先生の文章であります。「卒業医師は日本の医療を変革する原動力、マンパワーとして住民の要求に応じて、断片的で切り売りの医療ではなく、包括的で連続性のある医療を提供することにより、日本の医療を底上げ

すること、それが医療過疎をなくし、地域医療の中で我々がサーバイブしていく道である。」

今振り返ってみると、素晴らしい文章です。そして30年経ってみますと、まさにこの意味づけ、意義づけがより明確になってきています。そして私達がこれから進む道も、ここに示された原点に戻ってみると、明らかになっていくような気が致します。

さて、皆様、こうやってアルバムをめくって参りましたけれども、皆様の心の中に色々な想いが去来していると思います。混迷極める日本の医療と言われますけれども、私は決してそうではないだろうと思います。自治医科大学、全国の卒業生を含むオール自治医大が今までいろいろなことをやってきました。そして後輩をみんなで育てています。そこには混迷する日本の医療の、これからの方向性をきちんと導く光が当てられているように思います。

自治医大の卒業生は3,178名。全医師の1%です。ですけども、この1%に日本の医療を変えていく力が私は今宿っているように思います。以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

2008年9月13日
自治医大地域医療フォーラム2008

自治医大の地域医療教育の展開

自治医科大学 地域医療学センター
総合診療部
梶井 英治



長野県秋山郷で実施された第1回学生夏期実習（昭和47年8月）



きょうのメインテーマ
～辺地での門出～



自治医科大学の沿革

- 1972年 地域医療の確保・発展を目的として全国の都道府県が設立
- 1978年 第1期生卒業
大学院医学研究科博士課程開設
- 1981年 地域医療学講座開設
地域医療に関わる教育・研究・支援
- 1989年 大宮医療センター設置
- 2000年 総合診療部設置
- 2004年 地域医療学センター設置



全国に展開する本学医学部卒業生
(現在3,187名) H20.4現在



自治医科大学卒業生

地域医療実践の中から問題意識の醸成
→ 自己学習として解決
背景には
… 興味、努力、洞察力、生きがい
地域医療の楽しさ、充実感
そして多くの達人が誕生
(新しい学びの方向付け)



Dr. ジチ
医療の谷間に灯をともし人々
医療の谷間に灯をともし

医療、は困難、へで物に人取として其の物分りあり、自然は困難を乗り越えたい心願も、志は北風から海は津波まで、地域医療を支える人々の志願が学術領域に広がる地域医療を志す人達の志願。

下部写真に撮影された「Dr. ジチ 医療の谷間に灯をともし」の原稿の一部

プライマリ・ケアとは

患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家庭および地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである

(米国立科学アカデミー)

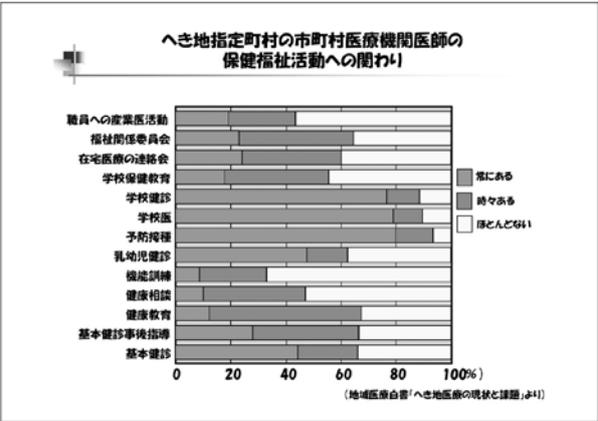
地域医療とは

地域住民が抱える様々な健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動

「何でも相談できる医師」の役割

(総合医、家庭医、プライマリ・ケア医)

- 一般的な病気の診断と治療
- 初期救急
- 適切な紹介
- 慢性疾患の長期管理
- 健康増進と疾病予防
- 医療チームにおけるリーダーシップ
- 全人的、包括的医療



地域医療を支える学問的手法

1. 診断、診療
 - 医療面接、身体診察、臨床判断学、診療計画・評価
2. 臨床疫学、EBM(Evidence-based Medicine)
3. NBM(Narrative-based Medicine)
4. 行動科学
5. 医療科学
 - 医療情報学、医療評価、医療管理学、健康管理学、医療経済学、医療計画、健康政策

自治医科大学のカリキュラム

1学年	2学年	3学年	4学年	5学年	6学年
総合医療(Ⅰ) 早期体験実習 医学医学生入門 ケース学習	総合医療(Ⅱ) 福祉実習	総合医療(Ⅲ) 地域医療Ⅰ	院内BSL	院外BSL 地域保健所実習	総合医療(Ⅳ) 地域医療Ⅱ
医科学入門	基礎医学	基礎臨床システム講義	BSL 全日制、二週間ローテート		総括講義
総合教育			社会医学等		

自治医科大学における地域医療教育の特色

(2003年度 文部科学省「特色ある大学教育支援プログラム」に採択)

- 1学年から6学年までの一貫した地域医療教育
- 1学年からの早期体験実習(外来、病棟、地域)
- 地域医療現場における各種実習
 - 介護福祉実習(2学年)
 - 保健所実習(5学年)
 - 院外BSL(5学年、希望者、4・6学年)
- 全国を結ぶ地域医療教育ネットワーク
 - 各都道府県に地域担当臨床講師
 - 年に一度の教育ワークショップ
 - 地域医療実習の標準プログラム・評価法
- 学内教員の地域医療現場におけるBSL参加

- A: 事前アンケートの使い勝手と今後の課題
- B: コアカリキュラムとフィードバック
- C: 他大学の学生をどう取り込むか
- D: 消極的な学生をどうするか
- E: 臨床講師(地域担当)制度の将来展望

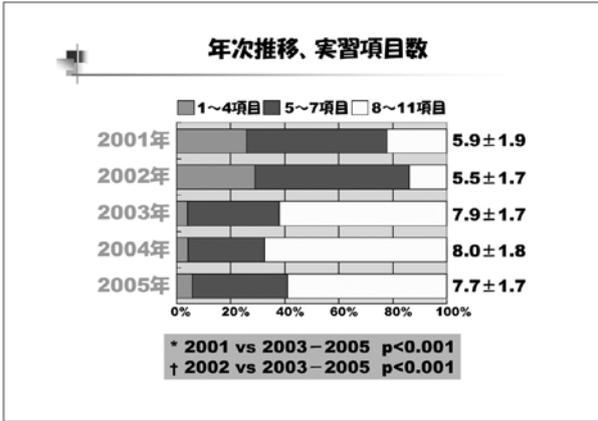
第9回 臨床講師(地域担当)医学教育研修会

臨床講師作成の地域医療実習標準プログラム

実習施設
病院と診療所の複数医療機関

実習内容
外来・病棟実習に加え、複数の地域医療活動

- (1) 在宅診療 (2) テイサービス
- (3) リハビリテーション (4) 健診活動
- (5) 予防接種 (6) 健康教育
- (7) 出張診療 (8) 時間外診療
- (9) 老人保健施設または特別養護老人ホーム



標準プログラム導入評価: 実習の感想

	導入前*(n=101)	導入後(n=198)
実習は楽しかった	75.9 ± 24.2	80.9 ± 20.8
教員の熱意を感じた	84.8 ± 17.5	87.8 ± 16.4
教員と接する時間は多かった	83.7 ± 17.6	87.3 ± 15.8
実習は意義があった†	77.4 ± 23.9	86.3 ± 16.9
実習を続ける必要がある†	76.7 ± 22.5	84.3 ± 21.6

* 実習は楽しかったは、n=99、実習は続ける必要があるは、n=100。
† p<0.01 (un-paired t検定)

(医学教育 2004, 35:197-202)

実習前後の変化: 地域医療・将来への思い

n=198

	実習前 平均±SD	実習後 平均±SD	実習前後の差 後-前(95%CI)
地域医療は夢がある*	62.2 ± 20.7	70.1 ± 19.7	7.8 (5.0-10.6)
地域医療はやりがいがある*	70.1 ± 19.6	76.8 ± 18.4	6.7 (4.0-9.4)
地域医療を担う自信がある†	47.7 ± 22.7	57.4 ± 22.5	9.8 (6.7-12.8)
将来、総合医になりたい	70.2 ± 22.5	73.0 ± 22.6	2.8 (-0.3-5.9)
将来、専門医になりたい	61.0 ± 22.9	58.8 ± 22.8	-2.2 (-5.2-0.7)
将来、へこ地で働きたい*	57.5 ± 22.8	65.8 ± 19.3	8.3 (5.6-11)
将来、診療所で働きたい†	52.7 ± 22.7	56.0 ± 25.7	3.3 (-0.2-6.8)
将来、小規模医療機関で働きたい†	56.2 ± 22.4	59.1 ± 22.3	2.9 (-0.7-6.5)
将来、中規模医療機関で働きたい*	60.2 ± 20.1	64.9 ± 20.9	4.7 (1.5-7.9)
将来、大規模医療機関で働きたい*	57.7 ± 23.1	51.5 ± 25.3	-6.2 (-9.2--3.1)

SD:標準偏差, CI:信頼区間
* p<0.05 (paired t-test), † n=195, ‡ n=197

(医学教育 2003, 34:171-6)

卒前医学教育におけるプライマリ・ケア教育の実施

(2006年 80医学部中)

プライマリ・ケア医の役割の系統的講義 42(53%)
地域包括ケアの見学・体験実習 62(78%)
保健福祉現場での実習 64(80%)

医学教育モデル・コア・カリキュラムに
「地域医療」が導入!!

「地域枠」の制度
・ 大学独自(2008年度定員319人)
・ 各都道府県(2009年度から5名ずつ 北海道は15名)

地域医療関連(寄附)講座

設置年度	寄附者(委託)	設置者	講座名
1974年		琉球大学	地域医療部
1981年		自治医科大学	地域医療学講座(現地域医療学センター)
1999年		札幌医科大学	地域医療総合医学
2004年	長崎県・5郡市5市5町	長崎大学	臨床・へこ地医療学
2005年	宮城県	東北大学	地域医療システム学
2006年	兵庫県	神戸大学	へこ地医療学
2007年	岐阜県	岐阜大学	地域医療学センター
*	三重県	三重大学	地域医療学
*	高知県	高知大学	家庭医療学
*	兵庫県	鳥取大学	地域医療学
*	滋賀県	滋賀医科大学	地域医療システム学
*	石川県	金沢大学	地域医療学
*		島根大学	地域医療教育学
*	(徳島県)	徳島大学	地域医療学分野
*	兵庫県	兵庫医科大学	地域医療学
2008年	山口県	山口大学	地域医療学
*	千葉県	千葉大学	循環型地域医療システム学
*	秋田県	秋田大学	総合地域医療推進学
*		鹿児島大学	臨床へこ地医療人育成センター

自治医大卒業生の中からその県全体の医療をどうするのかという問題を専門的に考える人材を養成する必要がある。臨床、公衆衛生という区別にとられない地域医療専門医という概念を具体化すべきである。我々がサーバイフしてゆくこと、自治医大が独自のアイデンティティを確立することは、日本の医療を改善してゆくためには欠かせないものと思われる。

1979.4 笹井康典

卒業医師は日本の医療を変革する原動力。マンパワーとして住民の要求にこたえて、断片的で切り売りの医療でなく、包括的で連続性のある医療を提供することにより、日本の医療を底上げすること。それが医療過疎をなくし、地域医療の中で我々がサーバイフしていく道である。

1979.12 箕輪良行



講演II

『地域医療と卒業生の実績』

講師 塚原 太郎 自治医科大学教授 卒後指導部長

皆さんこんにちは。ご紹介いただきました7期・栃木出身の塚原でございます。会場を拝見しますと、1期生はじめ、そうそうたる先輩方がおられる中で大変僣越でございますけれども、卒業生の実績ということで卒後指導部長という職をおおせつかっている関係で、発表させていただく機会をいただきました。お許しをいただきまして、若干お話をさせていただきたいと存じます。

梶井先生の方から、今までのお取り組み、経過、経緯、いろんな経緯を盛り込んだご発表がございました。その結果、31年経って、卒業生が出て31年経って、どうなっているかというようなことを中心にお話させていただきたいと思います。

まず、先程、梶井先生の方から3,187名卒業したというお話がございましたけれども、地域医療推進課のほうで把握しておりますのが昨年の7月の段階であります。私のお話は、昨年の7月の段階ということで、30期生、3,084名の勤務状況についてのご報告ということになります。

ざっと見ていただければわかりますが、義務内の先生が31%、943名です。義務外、義務が終了した先生方は65%です。それから返還とあるわけで、お亡くなりになった先生方も含めて4%。これがアウトラインでございます。

まず、義務外の先生と義務内の先生の勤務状況についてです。まず、義務内の先生ですけれども、943名おられまして、約半分の方が病院で勤務をされております。診療所で勤務されている方が6人に1人。臨床研修、後期研修という形で3人に1人の方が研修されている。この橙色の部分のごく少数ですが、公衆衛生、あるいは大学といったところで勤務をされておられる方です。

この10年間、義務内の卒業生の勤務状況がどう推移してきたかというのをまとめてみました。これは先程申しました研修医です。病院で勤務されている方が白。これが診療所です。ざっと見ていただいておりますけれども、一言で言いますと、病院で勤務している先生が増えてきていて、診療所で勤務している義務内の卒業生が減っていて、後期研修あるいは臨床研修を受ける先生方が少なくなっているという傾向があります。

やはりここ数年来の医師不足であったり臨床研修制度の見直しといったような流れの中で、義務内の卒業生の配置先が変わってきているということがおわかりいただけるかもしれません。

病院の中で、どういう設立主体の病院で働いているかというのをまとめたのがこのグラフです。5年間どう変わったかと言いますと、市町村立病院で働く義務内の卒業生が減っています。その代わりに、都道府県立病院、あるいは日赤済生会という病院で働く先生方が増えてきています。これもやはり、従来は田舎の市町村立病院に医師が不足していたという状況が、もうちょっと大都市の病院まで広まってきているというような結果なのかな、というふうに考えております。

以上が、義務内の卒業生のお話です。先程ちょっと研修医の数が増えていると言いましたけれ

ども、特に後期研修が受けられるかどうかというのが、私どもの課題だと思っております、今日分科会でも後期研修の議論を一つの分科会でしていただく予定となっております。

次に、義務外の、義務が終了された先生方の概況ですけれども、現在終了されておられる方が1,995名というふうになっております。半分強の方が病院で働いておられまして、診療所、行政、大学、開業医ということになっております。やはり、全国の医師の動向から見ますと、病院で働く先生の割合が多くて、開業している先生が少なくて、そういう傾向にグラフでは示しておりませんが、そんな傾向になっております。

義務後の卒業生の勤務地をこの10年間の推移で見ましたけれども、数は全ての分野で増えておりますが、割合で見ますと、病院で働いている先生方は減っております。特徴的なのは、開業している先生方が増えている。大学勤務の先生方の割合はむしろ減っていきまして、増えているのは診療所勤務の先生方。こんな状況になっております。

まず、概観してきたまとめをさせていただきますと、3,084名の卒業生が出ておられまして、義務内の卒業生については病院が増えています。診療所は減っています。病院でも特にこういったようなところは増えておられまして、市町村立の割合は減っている。数は増えていますが、割合は減っているという傾向です。義務終了の先生方ですと、診療所、開業医の割合は増えていきまして、病院、医育機関の割合は減ってきているというようなこととなります。

それで、今日は比較的若い年次の先生方もお見えですし、学生さんも一部見えておられますので、特にある程度仕事の中身が固定化しつつある1期生から10期生くらいの先生が、どんな所で働いておられるかということ、もうちょっと細かくに分析をして参りましたので、ご紹介をしたいと思います。

これが1期生から10期生までの状況です。まず、下から病院、診療所、行政機関、大学、開業、その他、返還等ということになりますけれども、非常に特徴があるように私は感じておられまして、1期生は開業されている方が非常に多いです。2期生は病院勤務の先生が多くて、3期生は黒いところのコメントは控えます。4期生については、非常に行政機関で働いている先生が多くて、保健所だけでも10人以上の方が勤務しておられます。5期生は大学で働いている先生が多いような傾向がございます。自治医大の教授が一番多いのが5期生の先生ということになっております。6期生以降になりますと、大体似たような状況になってきていると思っておりますけれども、こんな状況になっております。

それで、ちょっと柔らかくなるような話をさせていただきたいと思っておりますけれども、1期生から10期生の現況というようなことで、病院勤務の先生が一番多いのは9期生なんですけれども、平均的な10期生だと1.25倍であるというようなことで、開業は1期生が一番多くて、1.5倍。こんなふうになっております。

それで、病院勤務をされている先生がどのくらい偉くなられたかということのを調べてきたんですけども、赤が管理者、ピンクが院長先生、水色が副院長先生、という管理的な立場に立っておられる方々です。2期生が非常に多いです。2期生の先生で、副院長以上の方が3人に1人は副院長さん以上になっています。そのせいか、3期生・4期生が少なくなっております。

日本の病院は約9,000ありまして、病院で働いている人、医者は先程お話にありましたように、27万人位ですから、だいたい院長先生になれるのは30人に1人位です。年次の違いはあります。

若い人は少なく、年のいかれた方ほど院長先生になっていると思いますけれども、それにしても3人に1人が副院長先生以上であるというのは、非常にご努力されたのかなという気が致します。後輩諸君も、自治医大の中からでは院長になれないのではないかなという様なことはありませんので、是非精進していただきたいなと思って、このスライドはお示しをしました。

次に、へき地にどれ位の先生方がいるかというのをお示ししたいと思います。全体で見ますと27%の先生方がへき地で、勤務をしています。へき地医療拠点病院9%、その他こうなっております。これは義務内の卒業生ですけれども、へき地拠点病院も含めると、55%の人がへき地に関わっている。その他に、医療研修。それから研修的な色彩の強い教育、働いているというようなことです。

9年のうちの4年半が義務年限中でのへき地義務ですので、キチンと皆さんおられるという格好になります。これは義務後の卒業生ですけれども、21%、拠点病院も入れますと3人に1人の先生方が、義務が終わった後でもへき地に何らかの関わりを持っておられるということが分かると思います。実は、ここがやはり素晴らしいことなんじゃないかなというふうに私は思います。

これは、へき地に勤務するドクターが、第1期生が卒業した1979年からどう増えてきたかというものをグラフ化しましたけれども、当然9年以降は、義務内の先生方は増えませんので、白い所は増えておりませんが、その後へき地で勤務する先生方が増えているのは、これは義務が終わった先生方が引き続き残られて頑張っておられるから、ということがグラフからはっきり分かります。

その結果、へき地あるいは地域の医療機関にどのくらい自治医大卒業生がシェアを持っているかと、どのくらい貢献しているかということを示しました。

まず、市町村立診療所。国保の診療所も含めてですけれども、全国で1,080箇所あるんですけども、このうち国保診療所で見ますと、20%を自治医大の卒業生がカバーをしています。全体で20%です。国保で言いますともうちょっと割合が高くて、直営ですとこうなんですけれども、概ね20%の施設を卒業生が各地でカバーをしているという格好になります。先程、梶井先生から全国で1%のグループだという話がありましたけれども、1%のグループが20%の診療所をカバーしています。

それから、これは国保病院。大きな所も中にはありますけれども、概ね小さな50床、100床くらいで田舎にある病院が多いと思いますけれども、この赤が自治医大の卒業生です。これが、病床数ごとに集計したグラフです。赤い部分が、卒業生がシェアしているという所でもありますけれども、このような状況になっていまして、割合で見ますと20~50床未満の病院ですと、40%のドクターが自治医大の卒業生です。50床から99床の病院でも20%以上が卒業生ですので、1%のグループが40%、20%をシェアしてるということですので、やはり卒業生がキチンと役割を全うされているので、こういうようなことになっています。私も同窓生の一人として感激をしたいと思いますか、こういう話を報告させていただくの誇りに思います。

以上がスライドの全部でありますけれども、まとめますと、へき地医療勤務の割合、こんな割合になっております。それから、へき地・離島における医療施設に勤務する医師のシェアですけれども、こんな数字になっています。

スライドは以上ですが、いずれにしても、お話をしてしまいますと20分ということになっ

てしまうのですが、この31年間に渡って、1期生から31期生の先生方が日々努力をしてこられた結果が積み上がるとこういう数字になったということになりますので、お集まりになった先生はごく一部ですけれども、全国で今日も診療に携わっておられる3千余名の先生方のこれまでのご努力に敬意を表しつつ、発表を終わらせていただきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

質問：先程の先生の卒業生の動向の中で、「開業医」とあるのは診療所という意味で宜しいですか？

塚原：ほとんど診療所ですが、一部病院の経営者の先生も若干おられます。

質問：そうしますと、私のような卒業生同士で病院を作る場合は開業の方に入ってますか？

塚原：入っています。「開業医」に入っています。

質問：自治医科大学2期生新潟県出身外山と申します。今防衛省で衛生監というのをやっております。梶井先生、塚原先生のご講演をお聞きして、だいぶ進んできたなとびっくりしておりますけれども、後の地域枠との関係の話でもあるのですが、私は2期生で卒業して30年経ちますけれども、一つだけ腑に落ちないことがありまして、私は新潟県出身なんですけど、卒業して県に戻ったときに新潟大学で研修をする際に、県職だと、県の身分だと給料が高いということで、県職になれずに新潟大学で研修を始めたのです。当時は年金とかそういうこともあんまり考えずにやっておったんですけれども、ずっとそのことは気になっておりました。色々年金の記録の問題もありますけれども、そういったクビになる時期に近づいてくるとそういうことも考えますが、卒後、現在自治医科大学の卒業生というのは、全員直ちに県の職員になっているのかどうか。要するに、県の都合によって、歪な雇用形態になっているなんてところはないかどうかを教えてくださいと思います。

塚原：ご質問ありがとうございました。結論から言いますと、都道府県によって取り扱いがバラバラと言いますか、幾つかのパターンがあります。多くの都道府県では、県職で採用して、常勤職員に採用してくれるというケースが多いんですけども、中には、現時点でも臨床研修中は非常勤とか嘱託職員という形で、正規雇用はされていないケースがあります。詳細な数値が手元ありませんので、そこまではちょっと答えは今できませんけれども、やはり一部非正規雇用になっているというような状況は、やはり将来安心してへき地で勤務をするというためには、必ずしも望ましくはないかなというふうに私どもも思いますけれども、一方では全国的な臨床研修制度の見直しの中で、他の臨床研修とのバランスというようなことも考える傾向はあるようです。その辺は、大学としてはやはりキチンとした形で雇用して欲しいということを都道府県の方にはお願いしておりますけれども、現実には一部非常勤あるいは嘱託というような形で雇用されている、臨床研修医中は雇用されているというケースがあります。

質問：今問題提起だけしておきます。別に今日突き上げる場ではありませんから、ありがとうございました。

質問：高知県5期の井上と申します。両先生のお話を聞いていて、要望に近い形なんですけれども、私このすぐ近くの東京大学で教員をしております。東京大学の先週の教授会で、地域枠の地域医療に深く貢献する増員のための定員増ということが話題になりました。それで、この30年間、他の大学も全部そうだと思うのですが、30年間の自治医大の経験で、どういう要素が今の自治医大の地位や業績に繋がったかということ解析とか、分析をしていただいて、他の大学にとって資するような情報を提供していただきたいと思うのですが、それを是非お願いします。現状でもし塚原先生ご存知であれば、例えばそういったものを分析された経験があれば、かいつまんだもので結構ですので、お話ししていただきたいのですが。

塚原：はい。どういうファクターがあるとへき地に残るのかと。引き続き残るのか、というような分析は梶井先生のところでされていて、梶井先生のところで研究されている所があったと思いますので、梶井先生の方から何かコメントがあればお願いしたいと思うんですけれども。ここではなくて、システムとしてどうかというお話について私見を述べさせていただきたいと思います。これはエビデンスというまでにはなっていないと思いますが、今までのへき地が行政を中心にやって来た経験ですけれども、やはり一人が努力をして、歯を食いしばって田舎の診療所をカバーするというようなシステムは、やはり長続きしないんじゃないかなという気が致します。自治医大のように、一定期間人事異動があって、人が変わるんですけれども、グループがその診療所なり、小さな病院を繋いでいくというような形があったから、今のような形になったのかなという気がしますし、もう一つは県によって相当ばらつきがあると思いますけれども、やはり卒業生が頑張っていこうというような、その地域で頑張っていこうというようなモチベーションを持たせてくれるような仕組みですね。具体的に言うと、例えば例を申し上げますと、県立中央病院とか、それなりの規模・機能を持った病院が盾になっていて、そこで臨床研修をし、後期研修をし、卒後もいろんな形で関わっていくというような仕組みが作られている県は、比較的卒業生も安心して、そういうような形で地域一体しているのではないかという気がするんです。ですから、吉野先生がお見えですけれども、最近協会が管理委託を受けている病院でも大きな病院が増えてきていますし、そういうような連携をしながら卒業生と大学と協会とが連携しながら、卒業生が地域医療をやっていくために必要な拠点をやはり確保していくというような取り組みが、一つ大きなキーになるのではないかというふうに私自身は最近感じています。その他にもいろいろな要素があると思いますけれども、時間もありますので、懇親会でも梶井先生の方にお尋ねいただいたり、あるいは私の方にいただければと思います。

質問：どうもありがとうございました。引き続き、自治の経験を他大学に資するようなかたちで継続的に発信していただければと思います。

地域医療と卒業生の実績

平成20年9月13日
 卒後指導部長
 塚原 太郎(栃木7期)

自治医大卒業生の概況

卒業生総数 3,084名(H19年7月現在)
 義務内:943名 義務終了:2,030名 返還等:111名

区分	人数	割合
義務終了	2,030	65%
義務内	943	31%
返還等	111	4%

義務内卒業生の概況

義務内卒業生 943名(平成19年7月現在)
 研修:319名 病院:443名 診療所:160名 その他:21名

勤務先	人数	割合
病院	443	47%
研修	319	34%
診療所	160	17%
その他	21	2%

義務内卒業生の勤務先の動向

年度	研修	病院	診療所	その他
平成19年	319	443	160	21
平成14年	327	432	181	41
平成9年	346	375	184	55

義務内卒業生の勤務地(病院)

年度	都道府県	市町村	国・公的	民間
平成19年	125	257	52	11
平成14年	109	264	24	15

(注)義務年限内で病院に勤務する者443名について

義務終了卒業生の概況

義務終了卒業生 2,030名(就労者1,995名)
 病院:1,075名 診療所:179名 行政:84名 大学:289名 開業:305名

勤務先	人数	割合
病院	1,075	55%
開業	305	15%
大学	289	14%
診療所	179	9%
行政	84	4%
その他	71	3%

義務後卒業生の勤務地の推移

年度	病院	診療所	行政	大学	開業	その他
平成19年	1,075	179	84	289	305	63
平成14年	811	144	75	229	193	42
平成9年	587	84	83	172	102	23

(注)義務を終了し就労している卒業生1,995名

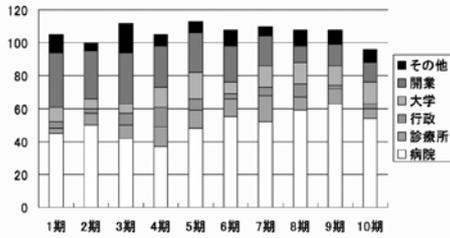
まとめ(卒業生の勤務状況)

[全体]
 ・義務遂行率は96%(総数3,084名中2,973名)

[義務内卒業生]
 ・943名、研修中34%、病院47%、診療所17%
 ・病院が増加、診療所・行政機関は減少
 ・病院で、公的、県立が増加、市町村立は減少

[義務終了者]
 ・2,030名、病院55%、開業15%、医育機関14%、
 ・診療所、開業の割合が増加、病院、医育機関は減少

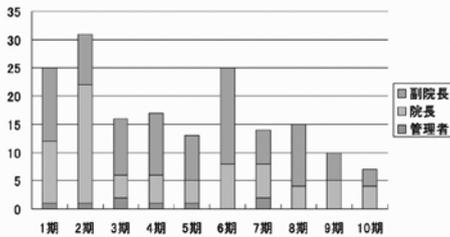
自治医大1-10期卒業生の現況



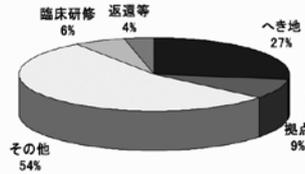
自治医大1～10期卒業生のトリビア

- 病院勤務最多期 ⇒ 9期(63名;1.25倍)
- 診療所勤務最多期 ⇒ 7期(16名;1.76倍)
- 行政勤務最多期 ⇒ 4期(12名;2.22倍)
- 大学勤務最多期 ⇒ 5期(16名;1.50倍)
- 開業者最多期 ⇒ 1期(33名;1.52倍)

病院勤務者の状況(1-10期)

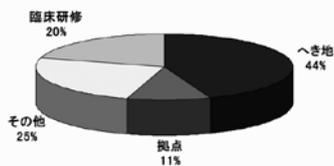


へき地医療と自治医大卒業生(H19)



(注1)全卒業生3,084名(臨床研修193名、返還等111名を含む)
 (注2)「へき地」とは、「過疎地域自立支援特別措置法」、「山村振興法」、「離島振興法」、「豪雪地帯対策特別措置法」の指定地域をいう。
 (注3)「拠点」とは国が定める「へき地医療拠点病院」

義務内卒業生のへき地勤務状況



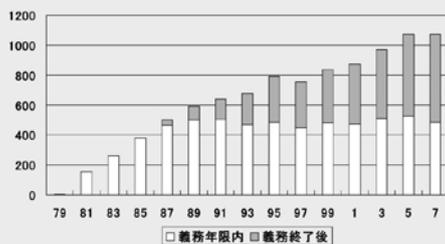
(注1)義務内卒業生943名(後期研修者はへき地区区分で分類した)
 (注2)へき地とは、「過疎地域自立支援特別措置法」、「山村振興法」、「離島振興法」、「豪雪地帯対策特別措置法」の指定地域をいう。
 (注3)「拠点」とは国が定める「へき地医療拠点病院」

義務後卒業生のへき地勤務状況



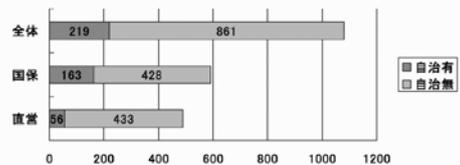
(注1)義務後卒業生2030名から義務終了後死亡の35名を除く1995名
 (注2)へき地とは、「過疎地域自立支援特別措置法」、「山村振興法」、「離島振興法」、「豪雪地帯対策特別措置法」の指定地域をいう。
 (注3)「拠点」とは国が定める「へき地医療拠点病院」

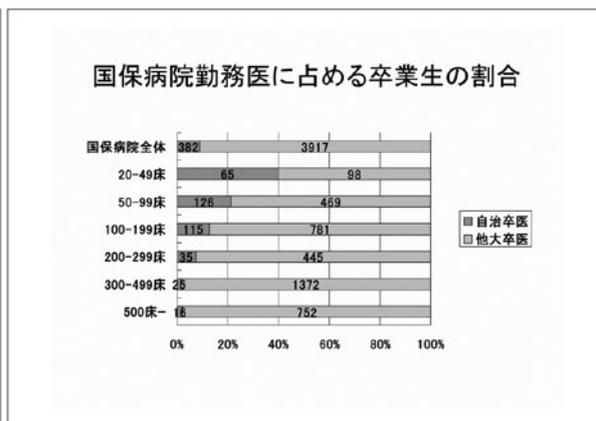
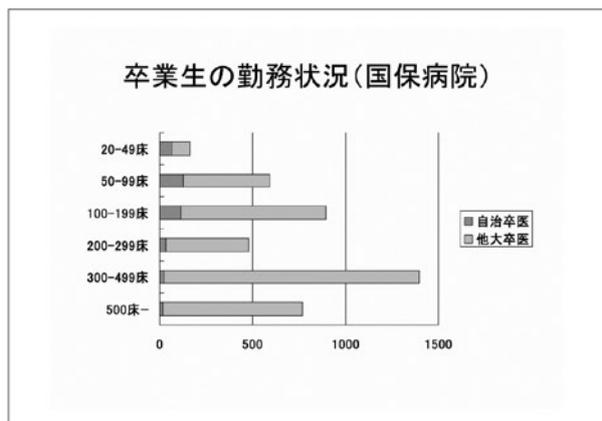
へき地等に勤務する卒業生



卒業生の勤務状況(市町村立診療所)

- 市町村診療所数 1,080ヶ所
- うち国保診療所 591ヶ所
- うち直営診療所 489ヶ所 (厚生労働省資料:H18.3現在)





まとめ(地域医療への貢献度)

[へき地勤務割合]

- 全卒業生 27% (36%)
- 義務内卒業生 44% (55%)
- 義務外卒業生 21% (29%)

(注) ()内はへき地医療拠点病院勤務を含めた場合の割合

[地域医療に対する貢献度]

- へき地診療所のシェア 20%
- 国保病院(20-49床)勤務医師のシェア 40%
- 国保病院(50-99床)勤務医師のシェア 21%

第2部
開催報告

第1分科会

「自治医大の将来」

～自治医大卒業生は地域卒学生とどのように関わるべきか～

座長 青沼 孝徳
発表者 赤木 重典
小野 剛
中村 伸一
特別発言 石川 雄一

青沼 孝徳 ・座長

分科会としまして、「自治医大の将来「自治医大卒業生は地域卒学生とどのように関わるべきか。」というテーマを頂きましたがこれに捉われず、アットホームに、自治医大の将来と言うんですか、自治医大をどうすればいいんだということで、皆でお話し合いできればと思います。

私、本日座長を勤めさせていただきます青沼と申します。昨今、医療の崩壊とか地域医療の崩壊とかあまりいい言葉ではありませんが、とにかく医療はいろんな意味で大きな問題があるのだと思います。突き詰めていくと医師の偏在だとか、医師不足、医療費の問題など地域での医者不足ということだけではなく、国民全体が医療に対して非常に不満なのではないかとそんな印象を受ける訳です。今、国は一生懸命医者を増やそうとしており、確かに医者の数は足りないという事実はあろうかと思えます。ただ、私は今、本当に医者の数を増やただけでこの問題を解決できるんだろうかと感じているところなのです。

そこで、そういう問題を含めまして、自治医大の卒業生はこの日本の医療の中で、医師の1%を占めるということですが、どういう役割を果たせるのかということ、今日3人の演者の方々に話していただきたいと思えます。自分達のやってきたことをまず少しお話した上で、自治医大の出身者、並びに自治医大と同じような志を持った人達とどのような形で日本の医療に貢献していけばいいのか、ということ提言を含めてご発表いただければと思っております。

本日は、京都の久美浜病院から赤木先生、秋田の大森病院から小野先生、そして福井の名田庄診療所から中村先生に来ていただいております。最後に、その3人のご発表を受けて、今後自治医大の進むべき道について、また後進達とどのように私達が関わっていけばいいのかも含めまして、石川先生から特別発言という形でご助言をいただければと思えます。

まず最初に、赤木先生の方から、ご発表の方宜しく申し上げます。

赤木 重典 ・発表者

皆さんこんにちは。

簡単に自己紹介をさせていただきます。昭和53年に自治医大を卒業しまして、53年、54年と2

年間京都府立医科大学第二外科教室で外科のストレート研修をいたしました。3年目から7年間の義務年限を弥栄町国保病院で外科をやってきました。義務年限が終了して、今の久美浜町国保久美浜病院ですと外科をやっております。ですから、合併後の京丹後市で28年経過して、29年目というところです。先ほどの塚原先生の講演で副院長がどうの、院長がどうのというお話がありましたが、昭和62年に副院長になりまして、21年数ヶ月、ずっと副院長を今までやっております。

今日この会で「自治医科大学卒業生と地域卒学生はどのように関わるべきか」という命題が与えられた訳ですけれども、卒業生というものを、とりあえず我々卒業した先輩がどのように地域卒の学生と関わっていくかという捉え方で、話していければと思っております。

もう一点、自治医科大学が地域卒の創設拡充をどのように今捉えているか、ということにも大きな問題があるかと思えます。地元、京都府立医科大学の様子を見て、恐らく京都府で地域卒ができたときには、府立医科大学の陣容が、ある診療科では極めて深刻な側面がありますから、大学の立て直しに地域卒が使われてしまうのではないかという危惧も持っております。

本題に入ります。日本の医療を考える上で、地域特性がある、というのを押さえておかないといけないと思えます。マスコミも含めて、医療の崩壊、地域医療の崩壊、日本の医療はもう駄目なのではないか、というような話をしますけれども、都市部の医療とへき地の医療を混同して話をしているように思えてなりません。都市部の医療崩壊というのは、専門性が高く、かつ守備範囲が狭く、代替医療機関がたくさんある中で、救急のたらい回しが起こっている、という事実もあるかと思えます。へき地の医療に関しては、絶対的な医師不足が現実にあります。しかし、ほとんどの疾患に対して、地域で頑張っている医師は対応している訳です。ですから、地域において、たらい回しというのはほとんど聞かないですし、逆に言うと、医療に対しての苦情というものも、田舎に行けば行くほど、減っているのではないかと思えます。

小児救急医療においては、例えば、東京都内では小児科医が診ずに他の科の医師が診れば訴えられるというような状況にまできているように思います。東京北社会保険病院では小児科医13人の医療体制を組まなければ、年間12,000人の救急患者に対応できない状況にある訳です。でも、田舎に行けば、諸島に行けば、小児科医がいる訳ではないですから、多くの医師が小児医療に携わっているという現実があります。

私がいます京丹後市は京都府北西部に位置しています。すぐ近傍の兵庫県の北部においても医療の崩壊が始まっています。都市部で行われる医師と診療科の集約化というのを間違えた感覚で、医師不足の兵庫県北部で行ってしまいました。公立豊岡病院組合が歴史を持って頑張ってやってきましたけれども、医師不足への対応のために、615床あった病院を500床に減らして新築移転し、関連の中小の病院から医師を集めて集約化をしました。50~150床で地域の二次救急であるとか、ジェネラルな手術であるとか、そういったものを全て支えていた病院のパワーの低下が起こった訳です。そこで頑張ってきて、夢を持ってやっていた医師達のモチベーションが下がりますし、魅力も低下して医師達が離散していく訳ですね。そうなってくると、集約化された豊岡病院に二次の救急だけでなく、一次から三次の救急が全部集まる環境になりました。という中で、今本当に兵庫北部に関しては、何とか周りからも手を差し延べないと崩壊しそうな状況です。脳外科に関しては、兵庫の北部はその豊岡病院一施設だけですから、姫路、三田の辺

りまで走らなければ脳外科医はいない、というような状況になってしまっています。

現在勤務する久美浜病院に関して、簡単に説明します。昭和56年、1981年に50床の病院として開設されています。先ほどお話しました公立豊岡病院から、ほんの10キロしか離れていないので、府県境をまたいで行っても、15分位で行けるような環境でした。ですから、存在意義が開設当時から、ある意味では疑問視されていました。私が行く頃には町財政のお荷物との問題意識も起こっていたのが現実です。赴任しました昭和62年秋に、丹後広域消防が開設されました。当時50床の病院に医師5名、歯科医師1名、合計6名ですね。そのうちの4名が自治医大の卒業生でした。

ここでなんとか存在意義というより、自分達がやっている医療をやりがいのあるものにしようと、みんなで集まり、決めたのが2点です。1点は、始まる救急搬送患者を、全例、みんなで助け合って受け入れようと、もう1点は、診察依頼を断らないということ、この2点を決めました。信頼が徐々に獲得されていきまして、平成6年、14年前には一次増改築で、一般病床が110床になりました。平成12年の介護保険のスタート時に、療養病床を60床新設して、現在170床の病院になっています。現在の医師数ですが、12名で自治医大卒が7名います。歯科医師が2名、歯科の後期研修医が3名、1年目の研修医が1名、研修医が4名ですね。医師と名のつく者は18名の状況です。

小児救急医療に関しては年間で、夜間、土日、時間外、合わせて4,000件を診ています。小児科医は今2人になりましたけれど17年までは1人でした。1人の小児科医しかいない地域の病院で小児救急を、それでも4,000件を今も診続けています。というのは、全科当直をしていますから、なんでも各科の医師同士が相談しやすい、呼び出しやすい、という環境を作りました。自分が当直してるときにも、他の科の応援がいつでも頼めるということで、精神的負担が軽減され、相互の協力体制が、ある意味では構築されていったのだと思います。ですから、縫合処置でも、ある程度のものは全科の医師ができるようにもなっています。小児科医は「本当に楽させてもらって、大きな仕事ができている」と言っております。

うちの医師達はどんな集団かということ、かなりの専門性と、守備範囲の広さを兼ねた医師集団という表現ができると思っています。こういった医師が集まっている中で、私の病院では、医師の定住と地域医療の参画者がどんどん増えてきています。それは、ある意味では、医師としての充実感とか楽しさ、というものがあるのかなと思います。自治医大の卒業生で、義務年限後も継続して2名が勤務してくれています。平成4年と平成8年卒です。府立医科大学の小児科の医師が、本来は1年の予定でしたが12年継続勤務してくれています。府立医科大学卒の泌尿器科医が、8年目を迎えています。富山医科薬科大卒の内科医が、一緒に地域医療をと、4年目になっています。口腔外科の専門医で、豊岡病院に11年勤務して、福井県立病院、1,300床の病院に転勤して行った医師と転勤前にいろいろと話した中で、地域医療に共感したということで、一昨年4月に帰ってきました。現在3年目を迎えています。新たに内科医、うまくいけば麻酔科医が、今年度中に着任してくれると思っています。

地域医療に求められる医師像としては、繰り返し言いますが、専門性と守備範囲の広さを兼ね備えた医師が求められていると思います。患者を中心に据えた医療が展開できる。全人的に、患者に接することができる。連携というものを意識し理解できる、チームで地域ぐるみでサポート

できる医師像かと思います。多くの引き出し、全国にいろいろな手立てを講じられるような引き出しを持っている医師というのも重要なかなと思います。何より、お年寄りを敬う心であるとか、謙虚さというのも大事な要素であると思っています。

地域枠に関してですが、今年、京都府立医科大学現代GP研修が久美浜病院でも行われました。文部科学省から2,000万ほどの補助金が出たらしいんですが、医学科の5回生と看護学科の4回生各々2名が、1週間の期間で久美浜に来ました。教員も、限られた予算の中で何人もの先生方に来ていただきました。本当に、教員がびっくりしたんですね。地域医療って、こんなことをやられてるんだってことで、びっくりした側面が大きかったと思います。でも、臨床の教授はお忙しくて、なかなか現場を見ていただけませんでした。基礎の教授がほとんどであったというのが現実ですね。その中で、医学生も看護学生も、本当にこんな世界があるのかというので、感動というか、ものすごい刺激を受けて帰ってくれたように思います。ある奈良出身の看護学生は、来年の春、府立医科大学を卒業するんですけど「絶対私は久美浜に永住する」と、うちの総看護師長と約束して帰りました。どこまで信用できるかはわかりませんが、そういう言葉を引き出せただけでも、成果があったのかなと思います。

今、先ほどからも言われてますけれども、自治医科大学の存在意義というのが、改めてアピールできる、最大のチャンスを迎えているのかなと思います。我々、1期生が50歳の半ばですね。あと、今後10年、かなり頑張れる期間が残ってます。成熟してきたこの時期に、地域医療のあり方であるとかノウハウを、我々が全国から発信しますし、自治医科大学内部も、ある意味ではこれだけ経った訳ですから、変革し工夫もして行って欲しいと思います。

今年で5年目になりますが、新入生の医療人間論という講義を、5年間持たせてもらっています。学生達に接しますと、1年目の学生ですが本当にモチベーションが高く、やる気を持って地域医療というものを意識して自治医科大学に入ってきているということが伝わってきます。レポートから、それが伝わってくるのを感じています。ある学生がレポートの中で、「高学年の先輩のモチベーションの低さがっかりしています」と書いていました。「大学は学生に何を教えているのでしょうか」とレポートの中で書いている新入生もいました。こういった側面もやっぱりあるのかなというように思います。ですからもう一度、原点に戻って、地域医療を担っている卒業生と入ってきた学生の距離をもっともっと近づける機会というか、工夫を大学としてはやっていただきたいと思っています。

30数年前に戻って、先ほどの中尾初代学長の言葉が全てを物語っていると思うんですけども、原点に立ち返って自治医大創立の理念の再確認をみんなですて、卒業生と自治医科大学が一緒になって、受け皿作りをしていけば自治医大は日本一の、世界一の大学になれるんじゃないかという提言をさせていただきまして私の発言とさせていただきます。

ありがとうございました。

青沼 孝徳 ・座長

どうもありがとうございます。

それぞれの専門性も持ちながらも、すべての医師が幅広く対応することによって広い領域を診れること、またそうすることによって一人の医者に負担が掛からないこと、そしてそういうこと

をやっていると割と医師もちゃんと定着するんだという発表だったと思います。先生は自治医科大学の存在意義が今、最大のチャンスを迎えているという自治医大の展望が明るいというお話をいただいて私も嬉しいのですが、具体的な最大のチャンスということをおっしゃいましたので、それをあとで伺いたいと思います。

次、小野先生の方から宜しくお願い致します。

小野 剛 ・発表者

秋田県6期の小野と申します。

名簿を見ましたら、秋田県から出席してるのは私一人で、6期も一人で、大変寂しい限りではありませんけれども今日は3人でお話をするので、先発の赤木先生と、強力な抑えの中村先生もおられますので、私は中継ぎということで、お話をさせていただきます。

地域枠を中心にお話をさせていただきます。今、皆さんのお手元に資料として配っていただいておりますので、それに基づいてお話ししますが、最初に私の自己紹介をさせていただきたいと思っています。

6期生で昭和58年に卒業しましてから、秋田大学で2年間初期研修を行いました。ストレート研修でした。消化器内科で研修をしております。その後7年間、県内の町立羽後病院というところにずっと勤務をしまして、1人内科で6年間やってきました。その義務年限の6年間で、大変貴重な時間だったと今振り返って思っています。というのは、一人内科で小児科もなくて、結局小児科から全て診ることになりました。外科の先生が2人いたんですが、外科以外は整形もいませんでしたし、そういう中で全部いろいろ診させられて、当直から訪問診療から、全てやったということが今となっては大変いい経験で、貴重な経験になったなというふうに思っております。平成8年から今の大森病院というところに「院長として行ってくれ」と言われて、行きました。秋田大学の人事で行ったんですが、実は僕が行くとき医者が私を含めて3人しかいなかったんですね。そのときの教授が、「あと5年すれば医者が余ってくるから大丈夫だ」と言われて、「5年辛抱しろ」と言ったんですが、5年経っても10年経っても、なかなかそういう訳にもいかず、大変な思いをしております。

実は、平成3年から5年の頃に、秋田県の知事が自治医大の附属病院を東北地方の拠点として、大森地域に建てようという話が出て、それが県の医師会とか秋田大学とすったもんだした挙句に、結果的に構想が頓挫してしまったという状況です。そういう中で、私が大森病院に行くときは、秋田大学の他の教授からですね、「君は自治医大として行くのか、それとも秋田大学から行くのか」と言われまして、なんとも答えようがなかった記憶があります。ただ、実をいうと、医師不足の今、「あのとき自治医大の附属病院ができていたらこの地域はもっと医者が確保できたんだろうな」と、いうふうに医師会の先生達が、今更ながら言ってるような状況です。

そういう大森病院で、12年間子供から高齢者、超高齢者まで。それから後は、保健の部分から、医療、福祉、介護まで、いろいろな、幅広く診療をさせていただいております。去年、医師数が7人位まで減って、ちょっと厳しかったんですが、今年の春に医師を2人、それから研修医を1人確保できまして、今10人の医者で、少し余裕を持ってやっているところです。

我々秋田県の県人会としても、いろいろ活動をしているのですが、そういう中に地域枠の学生

さん達と一緒にあって、秋田県の地域医療の将来を考えようということで、いろいろ進めようとなりました。いろいろな壁もあったのですが、今回その地域枠の学生さん達にアンケート調査をすることができましたので、その結果についてそこに書かせていただきました。秋田県の地域枠の学生さんが、18年度から、今3年生が5名、2年生が5名、それから1年生が13名います。来年はさらに5名増えるという予定のようです。それで、こういう方々に2番にありますアンケートをお願いしました。実はアンケートをお願いしたのが8月だったものですから、夏休み期間で、特に1年生は9月10日位まで夏休みだということで、結局返事が間に合わなくて、返ってきたのが5人からの返事でした。3年生からと2年生から返事がきました。後で見ていただければいいんですが、「卒後一定期間以降の勤務について」ということで、「大学病院で勤務したい」という方、「大きな病院で勤務したい」、あるいは「中小病院に勤務したい」というのが1人ですね。「わからない」という方が1人、今これが3年生までの間ではなかなかわからないというのが現状なのかなと思います。それから、4番の質問で、「どのような医師を目指したいですか」というところに、「専門医」と答えた方が5名中4名であったということですね。それから、自治医大の秋田県支部が主催するいろいろな勉強会とか実習とか、学生実習も含めて一緒に参加しませんか、という話には全ての方が「参加したい」というようなことでした。

地域枠の学生さんとコンタクトを取るのが大変難しいということが今回わかりました。実は、県に聞いても県の方ではプライバシーの問題なのでそれを教える訳にはいかないということなんですね。それから、大学に聞いても、秋田大学の方では地域枠の学生さんを区別している訳ではないので、色をつける訳にはいかないし、それを公表する訳にはいかないという話でした。ということで、医学部の学部長にお願いをしてアンケートの内容も見ただいて、一部添削をしていただいて、支障のない範囲で、ということで学生課の係の方から封筒に入れて、それを全部学生さん達に手渡しをしていただいて、返事は返信用の封筒を入れてもらいました。次のページにあるように、「宜しければ氏名・連絡先をお書き下さい」と書きましたところ、全ての学生さんが名前と連絡先、メールアドレスやら電話番号やら書いてきていただいたので、今後その方達にこのアンケートの集計をフィードバックするとともに、是非この連絡をして、自治医大の秋田県支部の会議とか、学生さんと一緒に実習とか、そういうときに連絡をして参加できる人は参加してもらおうかなと思っています。

それから、もう一つの問題が、県の方をお願いしたところ、夏の学生実習について、自治医大の学生については、実は県の方で日当やら交通費やら払ってるんだけど、地域枠の学生さんには予算化してないから、今年は無理だと言われたんですね。まず、なんとか来年度は予算化し欲しいということで、県の医務課の方をお願いしております。

こういう結果を見ても、今のところ3年生までですので、その後わかりませんが、専門医思考であると思います。秋田大学が基本的には専門医を志向してるところが多いので、そういうことになってるんだと思います。ただ、先ほど梶井教授のスライドにもありました通り、今年度寄付講座で、秋田大学にも「総合地域医療学講座」を作るということで、できればそういうところの教授が自治医大の関係者であればそこを拠点にして、こういうものを広げていきたいと考えています。秋田県の地域医療は、本当に医者が少なく倒れそうな病院も多々あるんですね。自治体病院でも厳しい病院がかなりあります。そういう中で、医師の確保の面では、自治医大卒業生

だけで、秋田県の地域医療を全部担っていくのはなかなか難しいだろうなと思っております。

そういう意味では、こういう学生さんが卒業して、一定期間の義務の年限の中で、少なくともそういう方々が一緒に秋田県の地域医療を担っていただければいいかなと思っています。そのために、今、専門医志向ではありますけれども、いろんな、集まりを通して、我々がやっているような総合的に診察をして、いろんな地域の現場で、地域の皆さんと密着して、いろんな医療を展開するというのが大変面白いことなんだよ、ということをしつづつでも教えるといいますか、一緒にそういうのを共有の認識を持ってやっていければ、少しは今後県内の医療情勢も良くなるのかなと、思います。

それから、総合医のことについてですが、最近総合医、総合医とよく言っているんですが、やはりただ総合医と言っても、どうしても我々地域にいますと、そういう患者さんも、小児科の患者さんから高齢者まで、あるいは介護の部分、在宅医療の部分、全てやっぱり診ないといけないとか、そういう状況にありますので、実際やっていくんですが、そうしてる中で、少しずつ面白みを持ってやってきたのが自分なんですけれども、是非そういうところにまず入っていただければと思います。そういう中で、単なる総合医といっても、ゲートキーパー的な役割だったり、患者さんをただ振り分け係りの役割の総合医であれば、それはちょっと問題があるかなあと。できれば、ある程度のスキルといいますか、修練を積んで、そういう中で総合的に診療できるような、医師としてやっていければいいのかなあと思います。もちろんスキルもそうですし、やはり地域の医療の中では、いろいろなコミュニケーションの方法ですね。それからいろいろなコーディネート、いろんな各部署とのコーディネートをする。そういうコミュニケーションとか、コーディネートする力も大変重要なんじゃないかなと思います。

最後は、自分がいつも思っていることですが、患者さんのために、地域のために、と思って医療ができるような卒業生を是非今後自治医大で教育していただきたいというふうに思います。以上です。

ご清聴ありがとうございました。

青沼 孝徳 ・座長

どうもありがとうございました。

秋田大学も含め、いろんな大学で今、地域枠というのを作ってるんですが、その人達とどういう連携をとっていくかというのは、大変大きな問題で、僕も今小野君に話を聞いて分かったんですけど、地域枠というのは、各大学の中でも大変な立場なんだなあと感じました。入った人達が、どういうことを期待され、また、地域枠としてその人達にどういう役割を担ってもらうのかということがまだ必ずしもでき上がっていない。国民はうんと医者が欲しい、欲しいと言う訳ですけども、その中で、どう地域枠の人達が自分達の目的を果たしていくかというのは、今後、今から皆さんともそういう話ができればと思うのですが、小野先生から、そういう問題提起をしていただきました。

次、中村先生をお願いします。

中村 伸一 ・発表者

12期生の中村です。

最初の高久学長のお話にあった、国保中央会の研究事業で選ばれた17名のかかりつけ医のうちに、実は私入っていました、忘れてたことを思い出しました。いや、大したことないです。ちょっとした自慢ですけど。あの報告書は、私はともかく、結構読み物としても面白いので、インターネットでダウンロードできますから、是非お暇なとき読んで下さい。

私の方からは、自治医大卒業生と他大学の地域卒学生が地域医療を担う仲間になるにはどうすべきか、ということを少し考えてみました。地域卒に限らず、地域医療志向の地元大学医大生、としてもいいかもしれませんね。

自己紹介がてら、私の地域医療歴15年分を3分間で話しますと、私がいるおおい町名田庄地区は、人口3,000人弱で、高齢化率30%という環境です。卒後スーパーローテイト研修を受けて、3年目に名田庄診療所に赴任し、5年連続で勤めた後、福井県立病院の外科医として2年間勤め、義務年限明けに再び名田庄診療所に戻ってきました。卒後3年目に最初に赴任した頃の診療所は、さまざまな経緯を経て、その後、この後特別発言される石川雄一先生のご協力もあって、平成11年にオープンしたのが保健医療福祉総合施設あつとほーむいきいき館です。私が総責任者をやっております。

私の仕事の一つに、看取りというものがあります。うちの地域は在宅死が多くて、平成3年からの15年間で42%です。死因では老衰が最も多く、悪性疾患も15%あまりあります。

当然ですが、看取りだけでなく、診断治療にも力を入れておりますので、例えば癌の早期発見に力を入れておりますし、15年間で150例、年間10例程度の癌を発見しております。治療もできる限り参加するようにしています。過去15年間で、私が手術で執刀したのは14例ですね。助手として入ったのが19例で、内視鏡治療の術者として12例ですね。このうち、病院に紹介しないうちの診療所の外来で治しちゃった癌というのが3例ありまして。こんなタイプの胃癌。こんなタイプの結腸癌・直腸癌は、診療所の外来で治療させています。在宅での化学療法も行っています。このケースは、初診の段階で、住民検診のエコーで見つかったのですが、大腸癌の多発癌転移、癌性腹水ありという状態でしたが、このようなインフォーマーレポートを用いて、初診から40日目には在宅の化学療法を行って、途中化学療法の変更をして、11ヶ月目に自宅で永眠されました。

こういうことをやっているうちに、医療費の面でも効果が現われて、これは市町村合併が進む前の福井県内35市町村の国保の医療費地域差指数、つまり年齢別人口構成のバイアスを除いた各市町村の一人当たりの医療費ということになりますが、この医療費も相対的に下がってきました。一人あたりの老人医療費も県内で最も安いランクに位置しています。

健康作りに関しても、平成15年度から、現在の特定保健指導に繋がる元となった国保ヘルスアップモデル事業という、厚労省のモデル事業を受けまして、特に成人期のIT加入という介入群は国からも注目されました。このIT介入群では、携帯電話を用いた健康作りを行って、ご覧の通りIT介入群は、体重と収縮血圧で、他の群に対して有意な減少を認めました。このことは、これもインターネットでダウンロードできるんですが、平成19年度の厚生労働白書に載っておりますので、またお暇な方ご覧になって下さい。

地域において、健康作りから看取りまで、住民のライフサイクル全てに関わって、地域社会全体の健康をどう高めるか、というのが私も含めた、「へき地離島型総合医」と言うことができると思いますし、こういったタイプの総合医は、自治医大から多く配置されています。私は自治医大の1年生に講義を毎年1コマ持っているのですが、講義の一番最後に使っているスライドです。私にとっての地域医療というのは、「単に医療で地域で行うこと」ではなく、「医療を通じて地域社会に貢献すること」だと考えています。地域と医療にどちらに重点を置くかということ、地域に重点を置いた地域医療こそが自治医大のアイデンティティだと、私は勝手に思っております。

ところで、自治医大生と他の大学の地域枠学生を比較しますと、まず、卒後の地域勤務の義務に関しては、自治医大生は当然全員義務が課されていますが、他大学ではこの地域枠のみです。自治医大ですら地域医療への情熱が学生時代に消えていくことがあるのに、同じ大学の中でもマイノリティである地域枠の学生が6年間地域医療に対するモチベーションを維持できるのかどうかというのは、果たして疑問です。それと、自治医大のいいところは、全寮制というところがあります。これが非常にいいですね。なんて言いますか、人口の動きがあんまりないところで、プライバシーのかけらもないようなこの寮生活ってというのは、将来へき地で暮らす上で、実は村社会を疑似体験している、という素晴らしい環境なんですね。誰も気がついていないかもしれませんが。これで田舎に行っても、あるいは田舎の役場の人と折衝しても、我慢できると、すんなり入り込めるということなんです。

ところで、カリキュラムですが、自治医大には当然のごとく地域医療のカリキュラムがありますが、他の大学ではどの分野の医師が地域医療の教育を担うのか？例えば、総合診療部なのか、それとも家庭医療学講座とか、どこがやるんだろうと思います。おそらく、総合診療ということに携わっていると思われる医者には、以下の4つのタイプに分かれると思うんです。

1番目は、福井大学の救急部がよくやっているようなあらゆる疾患の救急初期診療を行う北米型のER医。2番目に、臓器に関わらず内科全般を診る総合内科医。3番目に、家族に重点を置き、プライマリーケアを提供するクリニック型家庭医。そして、4番目に先ほど言いました、私達のへき地離島型の総合医。この4つに分かれると思います。扱う疾患が急性期か慢性期かという軸、それと地域性があるかないかという軸、というその2つの軸で考えますと、北米型のER医には、おそらくこの辺り。総合内科がこの辺り。クリニック型の家庭医は多分この辺りになると思うんですよね。じゃあ、へき地離島型総合医はどうかって言いますと、慢性期で地域性がある方向にシフトはしているものの、地域医療という点では、最も総合性があると考えております。北米型ER医は慢性疾患は診ません。それと、総合内科医は内科は総合的に診ますが、外傷や整形疾患を診ません。最近、若い人の間で人気があると言われているクリニック型家庭医というのは、検査や治療のテクニカルなことが弱いんですよね。ですから、「紹介屋に徹した白衣を着たカウンセラー」と表現する人もいますよね。そういう人が増えているので、家庭医が増えたから地域医療が良くなるかっていうと、必ずしもそうはいかないような気がします。自治医大から多く生まれているへき地離島型総合医こそ、本当の総合医であると思うんですが、おそらく他の大学の学内にはそのような人材は少ないと思います。

ところで、当施設での医学教育なんですけど、自治医大5年生の地域医療実習。それから、新臨床研修制度における地域保健医療の中の研修の場を提供しています。昨年、今年と8名、10名。

来年はおそらく10名か11名になると思います。

余談ですが、この写真では、先ほど紹介した大腸癌末期の患者の方がいらっしゃったときに、ちょうど学生実習で来た学生ですね。彼らが実習から帰り際に、患者さんが中日ファンだと知って、どこからゲットしたのか、中日の立浪選手の直筆サイン入り色紙をプレゼントして帰りました。いい触れ合いができたと思っています。

何故地域の現場で教育する必要があるのかということ、日本の地域医療教育を大学や大病院に任せておけないという思いが私の中に強くあるんですね。任せていたら絶対駄目。これは、大学や大病院に任せていたら、初期研修でのプライマリーケアとか、地域医療の卒後研修などできるはずがないということが既に証明済みですね。新しい臨床研修というのは、プライマリーケアの臨床能力を全研修医に身に付けさせる目的でしたけど、結局大病院とか大学病院のローテートでは全くそうになってないんですね。当たり前といえば当たり前です。これ、海外の報告なんですけど、対象人口1,000人の集団が1ヶ月にとった医療行動を見ますと、大学病院に行くのは1人程度。臨床研修クラスの大病院でも、この辺りの症例を経験するんです。ですから、各科を回ってもプライマリーケアとか地域医療を学べるはずがないんです。スーパーローテートした私の経験からも言えることなんですけど、各科を短期間回ってもプライマリーケアの臨床能力は身に付かない。それと、専門医療の継ぎ足しが総合医療ではない。各専門分野の知識・技術を集めても、それは集合医であって、総合医ではないということです。

ですから、真のプライマリーケア研修、地域医療研修は、地域医療の現場でしか有り得ない、ということです。地域医療の現場で教育することの重要性は、臨床研修のような卒後教育だけじゃなくて、卒前教育においても当然同様です。ですから、地域枠の各地元の大学の地域枠の学生は、私は入学の早い段階で将来仲間となるであろう自治医大大学生と交流すべきだと思いますし、あと我々卒業生としては早い段階からの地域医療の現場での教育というのを提供して、彼らにとってのロールモデルとなれたらいいし、また反面教師になるのもいいかもしれません。

さっきなかなか大学側の壁が厚いというふうに小野先生がおっしゃいましたが、実はうちの地元は壁厚くなくてですね。地域枠に限らず、地域医療思考の高い医学生、研修生に対して、何をすべきかということ、現在水面下で福井大学医学部の救急部、総合診療部の方と話し合っております。

お互いの実力を認めつつ、なんて言いますかね、弱い部分を補完し協力し合いながら、福井の地域医療を盛り上げていこうという雰囲気は今なりつつあります。もう少しかかるかもしれませんが、少し長い目でやっていこうかなと思っています。以上です。

青沼 孝徳 ・座長

どうも中村先生から、大変示唆に富むご発表をいただきました。

幅広く取り組むことによって、総合医の優位性と言いますか、そういうものが生じるという内容で発表いただいたような気がします。結局国民が、場所によってそれぞれ求める医療が違うのだと思いますが、そういう中で、中村先生が勤務している名田庄では、専門医というか臓器別の医師よりも、総合的に関わることが、経済的にも人と人との繋がりにおいても、優位性があるということだと思います。そして、地域医療を目ざす若い医師達にそういう教育をするために、こ

ここには大学の人達もいますけれども、どのようにすればよいのかという点をふまえていろいろご意見をいただければと思うんですが。

今のご三方の発表について、もしご意見があれば。

吉新：どうも面白い発表、ありがとうございました。

ところで、自治医大が地域枠の学生を面倒をみるのにいいチャンスじゃないかっていう話がありますが、実は地域枠の人達が出るってことは、自治医大にとっては将来危なくなっただけじゃないかと。自治医大はいくつかの点で最悪のリスクを背負ったんじゃないかなと思うんですけどね。

例えば、ある県の受験生は、国立一期校を目指しているんだけど、駄目だったら旧二期校と。さらに駄目だったら地元医大、それでも駄目だったら自治医大という序列になっている訳ですね。カーストの4層目、もしくは5層目が自治医大なんです。地域枠ができると、ただでさえ学内で他の100人の人達の5人はちょっと低いレベルで入る訳ですね。そういう人達がもし自治医大に受かった場合に、自治医大行かないで地元に残ろうと。地域枠で苦しいけども、ということで、質のいい学生は全部地元医大に入っちゃうんじゃないかな、というのが一つですね。そういう意味では、地元医大の次の、セカンドチョイスが自治医大になるってということで、いい学生が自治医大に入らなくなるんじゃないかなという心配がある。自治医大生は県に帰ったときにも、その連中よりはまたワンランク下だということになって、そういう意味では、自治医大の独自性が薄まるんじゃないかなってというのがもう一つの心配ですね。

もう一つは、自治医大って、47都道府県の一部事務組合ですよ。各県が共同で設立なんですけれども、今度地方の交付税どんどん減らして、税収は直接地元で使おうという方向ですよ。自治医大も時々神奈川だとか大阪とか脱落しようということがあって、自治医大の特別に交付税が1億2600万だったかちょっと忘れちゃったけど。そういう意味では、それが本当にいつまで維持できるのかということですね。そういう意味で、自治医大が、卒業生が頑張っただけで地元医大の人達と地域医療の安定システムを作っちゃうと、自治医大いらんないんじゃないかと。地元医大にそのまま残せばいいじゃないかと、いうことに繋がるんじゃないかなと。だから、その地域枠の人達が一緒にやらない、うまく機能しないということが自治医大にとっては案外ベストシナリオかもしれないな、と思っているんですけども。これちょっとアンチテーゼなんですけどね。

そういう意味では、我々が今後どういうチョイスをするかということが非常に大事で、この47都道府県がバラバラに独自に地域医療を展開するような仕組みを作る。多分地元医大の優位性っていうのは強いと思うんですよ、今後ともね。だから、僕達の特長性っていうことをどういうふうに活かしながら地域枠の人達と、あと、いい学生が自治医大選んでくれるというその部分をどう確保、担保していくかっていう作戦を考えることがこれから我々、実は最大のチャンスというのではなくて、最大のリスクを乗り越えるノウハウなんじゃないかな。

それを今日、実は議論するべきなんじゃないかなと思いますけれども。

青沼 孝徳 ・座長

今、吉新先生から非常に悲観的な、これは多分アンチテーゼっていうか、反語的な意味を含め

ての発言だと思うんですけど、もし演者の方からご意見があれば。

赤木 重典 ・発表者

捉え方だと思うんですね。地域によって求められてる医療は、それぞれかなり違うんじゃないかと。もう一つ、確実に地域社会において医療は崩壊しつつ、もう仕掛かっているところがありますね。でも、そこで、本当にその地域の医療が完全に崩壊したときには、その地域社会っていうのは構築というよりも、維持できない状況っていうのになってしまいます。そこまでは絶対できないということを、我々は信じていないといけなし、そこには何らかの良心がこれから働いてくるであろうっていうことだと思うんですね。

もう一つ、となりの小野先生からも医者が7名から10名まで増えたと。うちも、医師がある意味では集まりかかっている。そういったことが、自治医大の卒業生が頑張ったところで始まっていて、見直しがかかってくるのかなと思っています。地域において、ああいうことをやっていたら、地域医療っていうのは維持できて発展させることが可能なんだっていうものを、全国各地から発信できる時期が今、逆にこういう時期だから来てるのかなっていう意味も含めて、チャンスなのではないかと思います。それを乗り越えたときには、自治医大の卒業生が全国にネットを張って、横の繋がりの中で物作りをしてきてたのだからっていうことをアピールできるんじゃないかな、という意味で話しました。

青沼 孝徳 ・座長

今、吉新先生から、学生の選抜のあり方についても提案されたと思います。今、選抜の基準は、どちらかというところある限られた能力、すなわち国語とか算数とか英語というような人間の持つ能力の極く極く一部の能力を評価してる可能性が高い訳ですね。そういう中で、私はもちろん国語や算数英語の優秀な学生さんに来てもらいたいですが、その後の教育っていうものも非常に大事だと思うんですが、その辺も含めて何か、大学関係の皆さんから入学時の成績と卒後そして将来のその人間の成長っていうか、そういうことも含めて何か御意見はありませんか。

井上さん、もしご意見あれば。

井上：私、先ほど発言したのは、そういうテーマ、非常に興味を持って前からやってたことなんです。その結論から言うと、自治医大のシステムというのは、やっぱり非常に世界的に見てもユニークだし、価値があると思うんですよ。一つは先生方言われておりましたけど、地域医療が主流ですよ。100人全員悩みながら、最初のスライドにありましたけど。ああでもない、こうでもない、と言いながら、一生懸命悩んでいて、みんなが同じ気持ちです。地域枠の場合はさっき言いましたけど、5人とか10人。ごく一部で、これまでも結局、1年生ではプライマリーケアに興味を持つけども、だんだん減っていくというのがあって。それは世界的な話で、言葉ではアカデミックミリュウというんですね。ミリュウというのは雰囲気なんです。大学の中には専門医がいて、ロールモデルになっていて、他が全くないと。だからミリュウと関係して、ロールモデルがない。大学の中に。そうしますと、いるのは専門医がロールモデルになると、そっちに引張られていくそういったことが今まで言われてる訳ですから、地域枠をするのであれば、そこを

打破しなきゃいけないと思います。大学の中で。

自治医大の特徴は、もう一つが全寮制だと思います。自治医大の場合は、大学自体が、理念が地域医療であったと同時に、全寮制とかで、先輩方、入学したら一生懸命酒飲まされたりとか、先輩の悪行なんかを見た普通の人達が、普通っていうかごく身近な人が卒業して行って、地域医療をやっている訳です。人材の連続性がある訳ですよ。そういったものもすごく大きいと思うので、そういう要素を私は研究をして、自治医大が発信してもらいたいなと思ってのですね。そこを地域枠の施策に、ポリシーに活かしていただきたいと思っていて。6年間の中が、地域枠は非常に勝負かなと。もちろん卒後もあるでしょうけれども、そこを興味があって、いろいろ知恵を皆さんに発信していただきたいと思います。

外山：防衛医科大学校とか自衛隊病院、責任者として所管しております。同じような経験をやってるので、ちょっとご参考のためにお話しします。

私昨年8月に防衛省に2回目の着任だったんですけども、防衛医大が非公務員型の独法になることが、私が着任したとき、事務的には方向性が決まっております。それは総人件費改革の観点から、それはそれでいいんですけども、要は非公務員型独法になる訳です。そうしますと、別に防衛医科大学じゃなくたって、埼玉医大で医者を養成してもらって、例えば夏休みとか冬休みに自衛官の教育をすれば足りるんじゃないかと。市場化競争の中で、そういう提案も出てくる。実際に各国見ますと、だんだん軍事大学っていうのはやめて、その各大学から授用するようになる。ロシアとか中国とか、ああいうところはまだ軍の医科大学持ってますが、このままでは防衛医科大学校そのものが市場化テストでなくなるんじゃないか、というふうに思っています。

この1年間、そういうことが起きないように、より緊密な仕掛けを、ブランド化と言いますか、やって行って、来年の通常国会にそういった形で法案を出す予定なんです。どういうことかという、普通、独法ですと、自衛官っていうか、公務員は役員になれない。あるいは職員になれないんですけども、それを特別な法律でもって、自衛隊との関係を強くなれるようにするとか、それから今の防衛医科大学校の先生は逆に教官なんで訓練に参加できないんですけど、今自治医大で言えばへき地医療にあんまり参加しないんですけども、これを個別法の中で教官であっても訓練に参加できる、逆に今よりもっとそういうことを強くする。あるいは国際医療の派遣ですね。そういったものに、もっと今よりも強くするというブランド化をして、他の大学では絶対できないように仕組みを詰め込んでおります。(その後、防衛医大の独法化については仕切り直しになった)。

今日の話を知ると、チャンスでもあり、やっぱりピンチでもあり、ということなので、どう言いますか、地域枠という中で2つあって、大学の地域枠はあんまり大したことないんですけども、私が心配してるのは都道府県の地域枠といいますか。こうなりますと、日本人というのは形に弱いので、やり方が下手くそでも、あたかもそれを巡って、だんだん良くなる習性がある民族ですから。そういった意味で、そこのところはもう少し、大学、学長先生もいらしておりますけれども、いろいろ仕組みを、自治医大がもう少し他大学にできない、真似できない、ブランド化と言いますか、今日の話の中に家庭医の資格っていうのがありましたけれども、いろいろあの手この手でやって、ガチガチにしてやった方がいいと思っています。

これからまず道州制とか、いろいろな地域に根ざしたって話になっていって、だいぶ動向としてはさっき交付税の話もありましたけれども、切り離そうというふうな動きがでてくると思います。今、高久先生というスーパースターがいらっしゃいますので、天皇陛下の行幸があったり、あるいは舛添大臣が行ったりしますけれども、やはり制度論としてですね、もうちょっとみんなで仕組みが必要があるんじゃないかなというふうに感じておりました。以上です。

青沼 孝徳 ・座長

今、大変重要な発言をしていただいたように思うんですね。大変チャンスでもあるけど、危機でもある。おっしゃる通りで、差別化といいますか、ブランド性といいますか、自治医大の優位性っていうのを発信していかないと、結局大きな流れの中で、別に自治医大に代わるころがいっぱい出てくるんじゃないかと。代わりの人達でできるんじゃないかと。そんなような発言だったと思うんですが。

岡山さん、何か。

岡山：自治医大地域医療学の岡山と申します。兵庫県10期なんですけども。

吉新先生が、本当にまさに言われたのが最近の僕の、実は個人的に言いますと、3、4年前から悩みですね。自治医大が、現在30数年間ですね、中尾先生がまさに30、40年近く前に言われたことを、諸先輩方が蓄積してきて、そのノウハウをまとめて、アウトプットするという作業は絶対不可欠だと思うんですね。それは当然やっていけると思うんですけど。では、今の学生に、10年後、20年後、完全に勝ちうる、要するに、残りうる種をどのように医学教育の中で植え込んでいくのか。ほんの僅かでもいいんですけど、植え込んでいくのかと。我々が、諸先輩方から生き抜く、私が定年するまで十分生き抜ける財産を得た訳ですね。それをどうやって伝えていくのかというか、今から創造していかなきゃいけないと思うんですね。それが最も悩みで。

完全に地域枠ができて、我々の財産を切り売りする形でしばらくは生きていけると思うんですね。それはインマチュアだからですね、相手が。マチュアしちゃうと、もう我々は手がないんですね。そのときに、今植えつけないと、今の学生達に、またそれをやっていかないと、おそらく10年後、20年後、花が咲かないと思うんですね。それをどのように創造するのかっていうのが、今の、実を言うと、僕の一番の悩みで。どうしていくのかっていうのが、混沌としてるのが本音なんですね。それを少しここで、答えは出なくてもいいんですけども、何か話題に載せていただきましたら。

防衛省のような、ガチガチに固めるものではないと思うんですね。恐れ入りますけど、地域医療っていうのは。やはり普遍的に、全ての人々に享受されるべきものだとすると、なかなかアイデアとして出てこないんですけども。何か諸先輩方の知恵でですね、今の学生に種を植えつけるものを、何かご議論いただけたらなあ、というのが思いです。

河野：鹿児島7期の河野と申します。今、国試対策室長をやっております。

今年7月から8月にかけて秋田県に大学説明会に行きまして、島根県では4校、高校を回ったんですが、どこに行っても出る質問が、まず都会の医者は優秀な医者で、田舎の医者はアホな医

者と。それから、専門医はレベルが高くって、一般医はレベルが低いと。そういうふうには、これ高校3年生の質問ですよ。どこでも出るんですね。ですから、そうじゃないよっていう話を一生懸命するんですけども、やっぱり実際に受験する高校3年生がそういう思いでいるのです。大学説明会に来る人間っていうのは非常にモチベーションがあって、意識が高いのかもしれないと思うんですよ。それでも、その有様だということになると、自治医大紹介のDVDの中でも総合医、総合医って30回位出てきますけれども、いくらそれを言ったって、やっぱりさっき吉新先生がおっしゃったように、低いレベルの学生しか入ってこないんじゃないかと。

低いレベルの学生が入って来るとどうなるかっていうと、あとは推して知るべしで、ボロボロ留年したりとか、消えて行ったりとか、そういうことになっちゃう、なり兼ねないと思うんですね。

ですから、やはりさっきから出てますけれども、総合医っていうのが、やっぱりこれね、現世のご利益だと思うんですよ、お金。だから、総合医の判子貰ったら、そしたら他の人が50人診てやっとなんか飯が食えるところを30人で飯が食えるとかですね。そんなことをしないと、やっぱり駄目なんじゃないかなあと思うんですね。やっぱり、そうやって認められると、自治医大に希望する高校生も、あそこに行くところこんな診療所だけ高い給料貰って、みんなからちやほやされて、良さそうだなと思う受験生が増えてくるんじゃないかなあ、と思います。やはりボランティア精神と特攻精神だけじゃなかなか今の高校生は動いてくれないと思いますね。以上です。

青沼 孝徳 ・座長

ありがとうございます。

いろいろ現状分析をして、いろいろご意見はあるようなんですが。是非岡山さんから出たように、自治医大の優位性って言いますか、自治医科大学が世の中から絶対必要なんだと、そういうような方向に進むために、何か彼は今アイデアが欲しいと。まさにそれを狙って、大学も、関口先生が会長をしておられる、医学部同窓会もこういうことをやろうとしたと思うんですが、もう時間も限られてますので、そんなことで。

外山：さっき総合医の話も出ましたけれども、総合医の話はもう何十年前から出てるんですよ。それで、ちょっと突飛かもしれませんが、勝てば官軍で、理屈なんて後から出てくるっていう感じで。僕はこれから行政制度どうなるかわかりませんが、この同窓会で国会議員を出した方がいいと思うんです。

参議院議員か何かになってもらって、舛添さんレベルですら、と言ったら問題発言ですけどね。ああいうふうな見識でものを言える訳ですよ。例えば、吉新さんかなんかなれば、もう日本を引っ張っていけると思います。そういうふうな形で、議員立法なり、超党派で、何かこういうふうな制度を作るというのが一番いいんじゃないか、というふうに思います。

青沼 孝徳 ・座長

ありがとうございます。大変貴重なご意見もいただきました。

是非そういう前向きなご提言をいただければと思うんですが。吉新先生、そういうことで。

吉新：あたってるかどうかわかりませんが、岡山先生の質問に答えるとすると、やっぱり内部留保。要するに、我々がヒト・カネ・モノを蓄えて、次に展開して、困難があっても簡単に打ちのめすと。そういう組織でないといけないと思いますね。医療っていうのは、基本的には資源の分取り合戦っていう部分がある訳ですから、我々が他の分捕り合戦の先兵になって動くのか、それとも自分らで上がった上がり方を内部留保で次なる展開に使えるかっていうことは、非常に大事だと思うんですよね。

やはり自治医大と卒業生が頑張らないと。自治医大は研究で日本一になって欲しいし、それにはもう惜しまないと。教員で残った連中は、若い医者をどんどん教育して欲しいと思うし。総合力として、我々なりの、資源のチェックと分配のバランススコアカードを作って。お金はうまくいってるか、人の養成はうまくいってるか、各支部はうまくいってるか、行政とうまくいってるか。あと国会議員はちゃんと出てるかと。というような、幾つかのスコアを作って、検討する。それで確認しながら、我々の方向を修正していく位なつもりがないと。本当に中尾先生と高久先生いらっしやったので、僕達ものすごく助けてもらったと思うんですよね。

これはずっと続かない訳ですし、中尾先生は昔から、僕が同窓会長をやっているときから各都道府県には一つ必ず教育病院レベルの研修病院をとらないと駄目だと。そんなことをおっしゃったこともありましたが、今まさにそれを少しずつやっているんですけど、力を合わせて、一つの目標を確認しながら、いろんな人を巻き込んでやっていく、という作業が必要だと思うんですよね。その辺が岡山先生に対する答えになるんじゃないかな。

要するに、実績を自分のものにしないと駄目ですよ。みんなの頑張りを次の展開に使わないといけない。そして、実際の事業に使う、そして次の展開に利用する必要があるんじゃないかなと思うんですけれども。

青沼 孝徳 ・座長

今、お金の問題やら、システム、制度の問題、それから政治的な動きなど発言がありました。いろいろな提案をいただきましたけど根本的に大事なものは、どういう医者であれば評価されるのかということだと思います。残念なことにどういう医者が必要とされるのかという、議論が少なかつたようなんですが。時間が限られておりますので、あと石川先生に最後までまとめてもらいますが、その辺についてもしご意見があれば。

医師の質の問題というか、こういう医師が必要なんだというようなこと、誰かご意見ないですか。

中村君からは、今そういう提言をいただいたような気がしたんですけれども。

特にございませんか。

河野：僕が内科医だから言う訳じゃないですけど、日本内科学会の総合内科専門医っていう制度が、名称は変わったんですが、あるんですね。僕はその人間を3人から5人位チームにして、困っているところに送り込めばいいと思うんですよ。1チーム3億円か2億円でできますから、30チーム作っても200億円位でできると思うんですね。

と言うのは、田舎を回ってみると、ある中核病院から内科医が2人抜けました。救急制限しま

した。さらに止めました。救急の外来の受付をストップしました。それで地元が動揺して、ガタガタになっていくというパターンが、なんか多いように思うんですね。その中で、中村先生のおっしゃったお医者さんもそうですけれども、一応今、明治時代から続いている学会における専門医で、総合って名がついてるのは内科学会の総合内科専門医師しかないので、その人間を数人集めて、チームでお助けマンで、D マットってあります。災害救助援助隊。そうじゃなくて、C マットですよ。コミュニティ・メディカル・アシスタント・チームというのを作って、送り込めばいいと思います。以上です。

青沼 孝徳 ・座長

時間がもう、残り時間10分になりましたので、最後にまとめも含めて、石川先生からどのような形で人を求めて、そしてどういう形で育てていくか。そういうことまで含めて助言を頂きたいと思います。

石川 雄一 ・特別発言

今みなさん、経済的なことも大事だし、システムもいるし、人材をどう育てるか。そして、例えば議員をどう作っていくかとか、あるいはそれを育成する教育者をどうするんだ、なんていう結論が、何回かやっても出るもんじゃない。でも素晴らしいのは、僕は、こういうことをディスカッションしにわざわざここまで集まった意欲があると、まずそこまでは事実あると思うんです。

この会をやる趣旨は何なんですかっていうことをお尋ねしたら、その大学のスタッフとそして卒業生が触れ合って、交流を持ち、これから継続的にそれを持つことが大事です。皆さんね、今話聞いてて、私は、例えばここに癌患者がいるから、私は何ができるか、患者のために、患者のためにという。これ専門医なんですよ。しかし我々地域の方は、ためについていうんじゃなくて、地域の立場、住民の立場に立ったら何ができるだろうかっていう。この医療主導型のためにじゃなく、地域主導、人間主導の立場でものを考える。これが総合医という方向性での素晴らしいものだというふうに思います。

今の若い人達が、総合医に向け、どうしたら我々自身が、若い学生達を育成できるかっていうのを、今皆さんがいろいろ発言された中で、自分が今できそうなことっていうのを、すみません。向かいの人と向き合ってください。

はい、ありがとうございます。

野球するときも、最初は野球いろいろしたいなあって思うけど、始めると、俺やっぱりピッチャーとして、ショートとしてって。あるポジションにこだわるようになって、それでまたしばらくやってると、監督とかになったりキャプテンになると、チームをどうまとめるかっていう。だんだんそういう部分のことを、やってることではなく、もっと全体やりたいという。別にこれは、総合専門なんていうのは、野球なんかでも全部同じです。

あなたがどんな医療をしたいかと。どういう医者になりたいかって言うから、旧来の枠の中から選ぶから、内科になりたい、皮膚科になりたいと。だから学生にも、君はどんな広がりのある医療をしたいのかっていう、こういう尋ね方をしていったら、私はこんな広がりを持ちたいって

いうことを言うけど、我々自身が、わざわざ専門医になるように追い詰めている面もあると思うんですね。どんな医者になりたいかっていうと、やっぱり旧来の枠の何かを言って、その中に総合っていうのは入ってこないと思うんですよ。だから、これからは、どういう医者になりたいかじゃなくて、どんな広がりを持つ医者になりたいんだ。つまり ability を聴き出すと同時に capacity を引き出すのです。こういうことを言い続ける。すなわち、さり気ない立ち話のことも含めて、我々が学生をどう育てるか、既に地域医療実習で関わっていらっしゃる先生方も何名かいらっしゃると思います。大学の方も一生懸命やられている。これから私達自身がこういう場に来て、学生をどう育てようかと考えること、そういう行動を起こされて皆さんは素晴らしいと思うし、そして地域の中で学生と個人的に話をしようとか、あるいはカリキュラム作りがあったら何か提案するぞとか、自分ができることっていうのをこれから考えましょう。

今回は一回目で、第二回目は今度自治医科大学であるみたいです。でも、それ一年待つ訳にいかないから、そんなようなことを高久先生、これからはしばしばこういう会はやっていくんですか。

急に言われても、国会答弁ではございませんので、先生、気楽にお答えいただければと思います。

高久 史磨 自治医科大学学長

やった方がいいとは思いますが、予算の問題もあるし、時間の問題もあるし。だけど、今回非常に良かったと思います。

石川 雄一 ・特別発言

場が持てたということはですね。

高久 史磨 自治医科大学学長

はい。それは非常に良かったと思います。

石川 雄一 ・特別発言

そういう意味でですね、我々自身が、こういうことに興味を持って、地域の現場で頑張る自分、あるいは大学の中でシステムを作っていくという自分、多面的チャレンジをしていく人生って面白いじゃないですか。そのためには、さっき吉新先生もおっしゃってた、経済的なものも、ものすごく重要な要件ですよ。教育のシステムもいるし、そんなことがだんだんだんだん何回かやっているうちに見えてきて、10年経ったときには4割位形になったなあと。20年位経ったら全体像が見えてきます。みんなで少しずつ作って行って、少し息の長いようなものでないと、3年位でぷっとでき上がるようなものは、また3年で廃れていくようなものだと思う。だから、こういう場が持てたということは素晴らしいし、それに向けて今度は我々だけでなく、仲間を引き込んで、学生教育をどのようにするか、まずは語り合う場を作っていく、それを面白い会にしましょうよ。だから、あんまり悩みとか、大変だ大変だ、と言ったら、人は引いていきます。来るんじゃないかっていうんじゃないで、こうやったら面白いね、俺はやってみるぞっていう、こういったような機運を一緒に作っていったらと思いますけれども、先生どうでしょうか。

青沼 孝徳 ・座長

どうもありがとうございました。

石川先生、最後に私の解釈あたっているかどうかわかりませんが、何かを作ろうとするときには、担当だからあの人に任せておけばよいということではなくて、いろいろな立場の人が、参画して、そしてそこでみんなで作り上げる、ということが大事なんだ、それが組織の発展に繋がるんだというような、意味だったと思います。

ちょっとまとめになるかどうかわかりませんが、そんな形でまとめたいと思います。さて今後のフォーラムのあり方を考えると総論ばかり話している訳にはいかないので今後は、何かテーマを決めて、きちんと、しかも特殊な人ばかりが集まるのではなくて、色々な立場、職種の人が集まって、一つの結論に導いていけるようなフォーラムに今後発展してもらえればと願いつつ私のこの分科会を締めさせていただきたいと思います。

どうもいろいろ皆さん、積極的にご発言いただきましてありがとうございました。

<p style="text-align: center;">自治医大地域医療フォーラム 2008</p> <p>第1分科会 「自治医大の将来」 ～自治医大卒業生は地域枠学生とどのように関わるべきか～ 秋田県 6期 小野 剛</p> <p>1. 秋田大学地域枠学生</p> <p>① 現時点での地域枠学生数 1年生（平成20年度入学）13名 2年生（平成19年度入学）5名 3年生（平成18年度入学）5名</p> <p>② 来年度（平成21年度）からは更に5名増員の予定</p> <p>2. アンケート調査</p> <p>地域枠学生に対して8月末に以下のようなアンケート調査を施行した。1年生～3年生合計23名にアンケートを配布。現時点で5名から返事が来た。アンケートの内容は以下のとおりで、（ ）内はその人数です。</p> <p style="text-align: center;">アンケート（該当する番号に○をつけてください）</p> <p>(1) あなたの学年は？ ① 1年生 ② 2年生 (2) ③ 3年生 (3)</p> <p>(2) あなたの性別は？ ① 男性 (4) ② 女性 (1)</p> <p>(3) 卒業後一定期間以降の勤務について ① 秋田大学医学部附属病院に勤務したい (1) ② 秋田県内の大きな病院に勤務したい (2) ③ 秋田県内の中小病院に勤務したい (1) ④ 秋田県内のへき地診療所に勤務したい (0) ⑤ 秋田県内で開業したい (0) ⑥ 秋田県外の病院や診療所に勤務したい (0) ⑦ わからない (1)</p> <p>(4) 卒業後どのような医師を目指したいですか？ ① 専門医 (4) ② 総合医・家庭医 (1) ③ 基礎医学分野</p> <p>(5) 自治医大秋田県支部が主催する勉強会や情報交換会について ① 参加したい (5) ② 参加したくない (0) ③ どちらでもない (0)</p> <p>(6) 自治医大生が参加する実習について ① 参加したい (5) ② 参加したくない (0) ③ どちらでもない (0)</p>	<p>(7) 自治医大卒業生や学生とのメーリングリストについて ① 参加したい (5) ② 参加したくない (0) ③ どちらでもない (0)</p> <p>(8) 秋田県の地域医療に関して思うことや疑問な点を自由に記載してください。 ・ 卒後研修を大学病院でやるべきか県内中核病院でやるべきか悩んでいます。 ・ 秋田県の地域医療の現状について情報がないので情報交換できることは貴重と思います。 ・ 自治医大の学生や卒業生の考え方を知る機会ができそうでありがたいです。 ・ お誘いありがとうございました。</p> <p>○ お答えありがとうございました。 ○ 同封の封筒に入れて郵送していただくようお願いいたします。私宛のメール (onot@netomori.gr.jp) での回答でも結構です ○ 支障のない方はお名前、連絡先（メールアドレス等）をお書きください。今後必要に応じて情報を提供させていただきます。</p> <p>氏名 _____ 連絡先 _____</p> <p>● なお、個人情報については決して外部に漏らすようなことはありませんのでご安心下さい。</p> <p>3. 地域枠学生、県採用医師との関わり</p> <p>アンケート調査の返信はまだ少ないが、ほとんどの地域枠の学生が自治医大卒業生の集まりに参加したという意見を持っているようだ。また、平成20年度採用になった秋田県採用医師（大館市立扇田病院配置、卒後6年目）とはすでにコンタクトを取り自治医大秋田県支部の研究会等に参加していただいた。今後、地域枠の学生と積極的に連絡を取り、これからの秋田県の地域医療を共に考えて行きたい。</p>
---	--

自治医大卒業生と地域枠学生

～将来、地域医療を担う仲間として～

おい町国保名田庄診療所 所長
あっとほーむいきいき館 ジェネラルマネジャー
中村 伸一

おい町名田庄地区 (旧名田庄村)の概況



- ★福井県最南端
- ★人口 2909人
- ★高齢率 30%
- ★医療機関
名田庄診療所のみ
(無床診療所)
- ★最寄りの総合病院
まで車で25分

略歴の略

- ★平成元年 自治医科大学卒業
- ★平成元年 福井県立病院 診療部 (2年間)
- ★平成3年 国保名田庄診療所 (5年間)
- ★平成8年 福井県立病院 外科 (2年間)
- ★平成10年 国保名田庄診療所
- ★平成11年 あっとほーむいきいき館 ジェネラルマネジャー

スーパーローテイト研修
内科・小児科・産婦人科・外科
麻酔科・救急外来・脳外科
整形外科・泌尿器科→外科

3年目で
へき地診療所
勤務

研修病院以外は名田庄診療所しか知らない

平成3年当時の名田庄診療所



- 平均患者数 65人/日
- 医療機器
X線テレビ装置
超音波診断装置
上部消化管内視鏡
下部消化管内視鏡

卒後3年目で医師1人の
へき地診療所に赴任

医療保健福祉総合施設

あっとほーむいきいき館

- ★国保名田庄診療所
- ★工藤デンタルクリニック
- ★生活支援ハウス
- ★国保総合保健施設
- ★名田庄村社会福祉協議会

役場保健福祉課

高齢者用
居住スペース

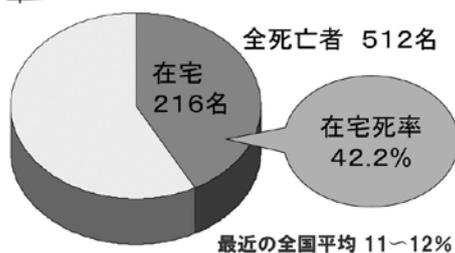
デイサービス
ホームヘルプ

平成11年
オープン

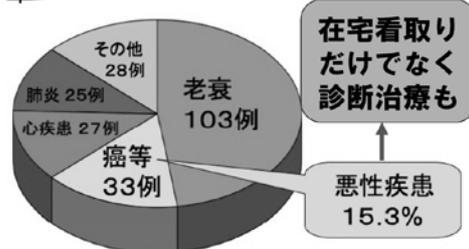
看 取 り

在 宅 死

在宅死の割合 平成3～17年度



在宅死 216例の死因 平成3～17年度



早期発見

二次予防

早期発見に努める！
当施設発見の悪性腫瘍 150例
平成3～17年度:15年間

胃 癌	46例	腎 癌	4例
大腸癌	30例	食道癌	3例
肺 癌	25例	膀胱癌	3例
前立腺癌	13例	卵巣癌	3例
肝 癌	8例	甲状腺癌	1例
膵 癌	8例	脳腫瘍	2例
胆道癌	6例	乳腺肉腫	1例
悪性リンパ腫	5例 (MALToma 1例, BALTOma 1例)	白血病	1例

治 療

手術 内視鏡治療 化学療法

私自身の癌治療参加 45例
平成3～17年度:15年間

- ★ 手術(執刀) 14例 胃10 大腸3 胆嚢1
- ★ 手術(助手) 19例 胃9 大腸4 膵2 腎2 甲状腺1 卵巣1
- ★ 内視鏡治療 12例 胃2 大腸10 (当診療所外来 胃1 大腸2)

診療所外来での内視鏡治療で
 治療した早期癌 3例

胃 癌 **S状結腸癌** **直腸癌**

当診療所における 平成3～17年度:15年間
 化学療法・ホルモン療法

- ★ 5FU/MTX 進行胃癌 1例
- ★ 5FU/CDDP 進行胃癌 2例
- ★ 5FU/LV(持続動注) 大腸癌肝転移 1例
- ★ 5FU(持続静注)/CDDP 大腸癌肝転移 1例 → CPT-11/5FU/LV
- ★ LH-RHアゴニスト 前立腺癌 4例

経口剤を除く

自宅にこだわり延命目的の
 入院を拒んだK氏(61歳男性)

- ★ 住民健診エコーで多発肝腫瘍
- ★ 胃カメラ → 異常なし
- ★ CEA 5600 CA19-9 37700
- ★ 「2ヶ月の延命目的で1ヶ月の入院はしたくない」

自宅にこだわり延命目的の
 入院を拒んだK氏(61歳男性)

- ★ 12日目 上腕部留置式埋没型中心静脈カテーテル
- ★ 18日目 化学療法:LFP療法(5FU持続+CDDP)
- ★ 40日目 在宅化学療法に

5FU 250mg(持続静注) 第1～6日
 CDDP 10mg(点滴静注) 第1,4日
 * 月曜開始 → 日曜朝に針抜きフリーに

自宅にこだわり延命目的の入院を拒んだK氏(61歳男性)

- ★12日目 上腕部留置式埋没型中心静脈カテーテル
- ★18日目 化学療法:LFP療法(5FU持続+CDDP)
- ★40日目 在宅化学療法に移行:1週1クール
- ★160日目発熱 → カテーテル抜去 → 解熱
- ★190日目 在宅化学療法の変更

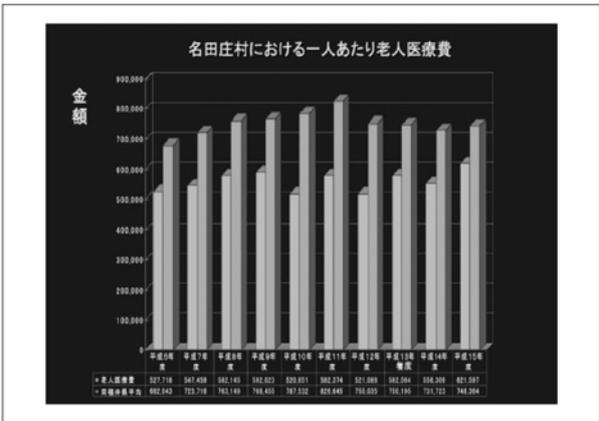
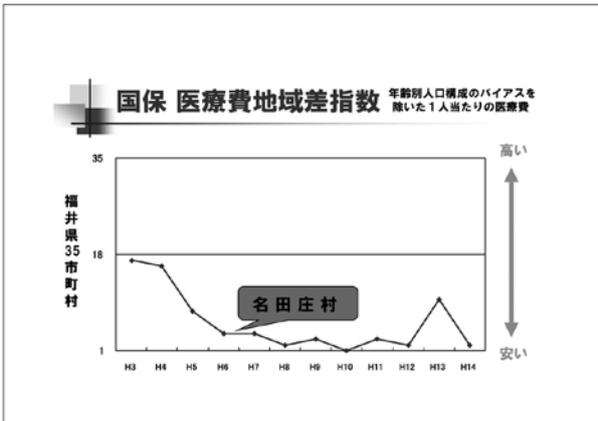
CPT-11/5FU/LV併用療法(2~3週毎)×6回

- ★327日目 自宅で永眠

CPT-11 200mg
5FU 750mg
LV 350mg

医療費

良質な医療で低い医療費に



健康づくり

一次予防

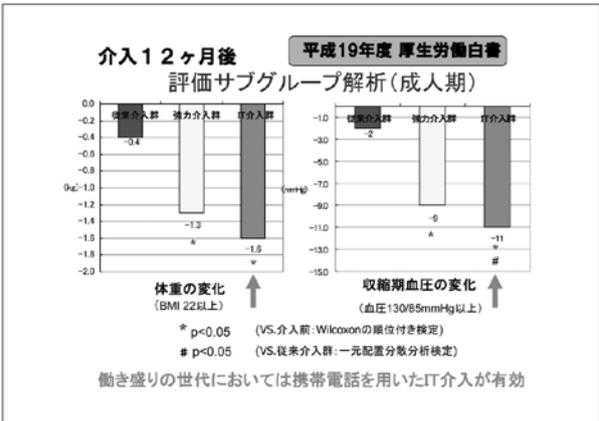
国保ヘルスアップモデル事業 平成15年度ー
全国で33自治体が指定 → 特定保健指導

成人期 [30~65歳]	高齢期 [60~75歳]
個別介入 90名 年齢・性をマッチさせ無作為化	地域介入 165名 村内11地区のうち6地区に介入
★ 従来介入群 31名	★ 従来介入群 50名
★ IT介入群 30名	★ 生きがい支援群 53名
★ 強力介入群 29名	★ 強力介入群 62名

成人期 IT介入群 (地元の管理栄養士と外部のITスタッフ) 管理栄養士・健康運動指導士

★ 携帯電話を利用

- * メルマガによる健康情報提供
- * メールングリストでの励ましあい仲間づくり・週1回の状況報告
- * 画像送信による個別栄養相談



地域において 健康づくりから看取りまで

地域住民のライフサイクル全てに関わり
地域社会全体の健康度を上げる

へき地離島型総合医

地域医療とは。。。

単に地域で医療を行うことではなく
医療を通じて地域社会に貢献すること

地域医療ではなく **地域医療!**

これこそが自治医大のアイデンティティー

自治医大生と他大学地域枠学生

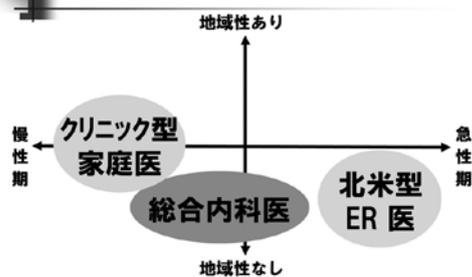
モチベーション維持?

ムラ社会疑似体験	自治医大	他大学
地域勤務	全員	地域枠のみ
学生生活	全寮制	自由な居住
カリキュラム	地域医療	総合診療部? 家庭医療学?

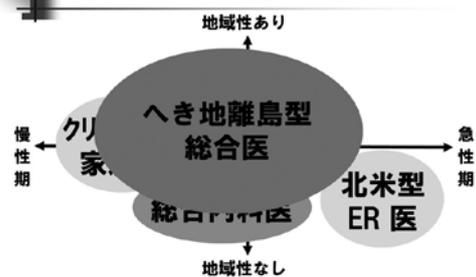
他大学ではどの分野の医師が 地域医療の教育を担うのか?

- (1) 北米型ER医
- (2) 総合内科医 (GIM)
- (3) クリニック型家庭医 (FM)
- (4) へき地離島型総合医

総合診療を担う医師のイメージ



総合診療を担う医師のイメージ



他大学ではどの分野の医師が 地域医療の教育を担うのか?

- (1) 北米型ER医 ×慢性疾患
- (2) 総合内科医 ×外傷・整形疾患
- (3) クリニック型家庭医 ×検査手技
×治療手技
- (4) へき地離島型総合医

当施設での医学教育

★ 医学生実習(2週間コース)
平成12年度～
自治医大5年生の地域実習

★ 研修医教育(4週間コース)

福井県済生会病院	
福井県立病院	
平成17年度	3名
平成18年度	8名
平成19年度	10名
平成20年度	8名



大腫瘍末期の方に中日ドラゴンズ
立浪選手のサインをプレゼント

なぜ、地域の現場で 教育する必要があるのか

**大学病院や大病院に
任せておけない！**

新医師臨床研修制度と プライマリケア

大学病院での
スーパーローテイト研修で
プライマリケア診療能力は
身につくはずがない

対象人口1000人が 1ヶ月にとった医療行動

医療行動	1961年 White	2001年 Green
1回以上疾病や傷害に罹患する人	750人	800人
医療機関を受診する患者	250人	217人
入院を要する患者	9人	8人
大学病院に紹介される患者	1人	0.7人

大病院での研修の対象 いずれも N Engl J Med より

大学病院スーパーローテイト研修と 総合的プライマリケア診療能力

各科の短期間ローテイト ≠ プライマリケア診療
専門医療の継足し ≠ 総合診療
集合医 ≠ 総合医

**真のプライマリケア研修は
地域医療の「現場」でしかあり得ない！**

地域医療の現場で 教育することの重要性は 卒前教育においても同様

地域枠学生：入学後の早い段階で
* 自治医大学生との交流・交遊
* 地域医療の教育現場を提供
(ロールモデルとなれたらいい)

福井大学医学部救急部・総合診療部 との非公式な相談による相互補完体制

	福井大	自治医卒
北米型ER医	◎	○
総合内科医	○	×
クリニック型家庭医	○	○
へき地離島型総合医	×	◎

第2分科会

「後期研修のあり方」

座長 上沢 修
 発表者 三瀬 順一 自治医科大学
 鎌村 好孝
 木畑 穰
 宮道 亮輔

上沢 修 ・座長

皆さんこんにちは。第2分科会の座長と言いますか、司会進行を勤めます上沢と申します。宜しくお願いします。

「後期研修のあり方」ということで、4人の方に来ていただいております。まずは後期研修という言葉ですけれども、後期研修という言葉自体は自治医大が先に使っていた言葉でありまして、臨床研修2年間の後、地域に出て、地域の実情を見ながら自分達が自省していくために、後期研修をするという形のものが出た最初の言葉でございます。現在新臨床研修制度で2年間臨床研修をやって、その後3年目以降、後期研修という言葉と基本的な意味付けが違うものですから、それをしっかり理解した上で言葉をお願いしたいと思います。

発表者の人にはまずプレゼンしていただきまして、その後それについて多少質問を受けさせていただきますが、基本的には最後に、人数が比較的少ないのでフリーディスカッションという形をとらせていただきますので、宜しくお願い致します。

では、第一番目に自治医科大学の地域医療学センターで実際に地域医療の後期研修を、プログラムを担当されております三瀬先生に自治医大卒業生の後期研修という形で、まずお話をさせていただきます。

三瀬 順一 ・発表者

自治医大の三瀬です。宜しくお願いします。卒業生の後期研修ということで、最近大学に行かれた方、行かれていない方いらっしゃると思いますが、新病棟は今このような感じですが。総合診療部は新館8階になっております。

あとで大学の公的見解というのを出しますけれども、後期研修の位置付けは、こんなところかなと思ってお話をいたします。1つは、個々の卒業生のキャリアアップのためのパス、そういう位置付け。

それから、都道府県（以下単に「県」と言います）の地域の医療の向上に資するために研修させるという考え。ところによっては、その県で不足する分野のことを研修しなさい、ということもあるかもしれません。

3つめは、「総合医」の再生産。研究者の確保。もしかしたら先ほど義務年限後の話がありましたが、後期研修がうまくいくとそこに残る人も増えるかもしれないという繋ぎ止めみたいな感じの意味合いがあるかもしれません。

先ほど塚原先生からお話がありましたが、後期研修中の身分について調べてみました。都道府県の県職身分のまま後期研修ができる所が41県。市町村身分が1県。これは高知県です。それから、研修先によっていろいろだったり、その他だったり。こんな感じで、ほとんどの県は、県職身分のまま後期研修ができるということが今保証されている訳です。

この期間を義務年限に含む県は47分の37で、含まない県もあったり、県内だったら含むのだったりします。また、最初の若い時の後期研修1年は含みますが、終わりに近い後期研修は含まない、という県が2県あります。全く含まない県が6県ということで、県内は含むとか含まないとかいうところは、先ほどの意味付けからみると、それは1つめの個々のキャリア向上で、県の役に立ってる訳ではないので義務には入れないよと。そういう意味なのかなと想像できる訳です。

その間、給与はどうなっているかという、大体先ほどの身分と同じなんですけど、多少違うのが県内県外で異なるということです。県内にいけば、47分の31県は県の職員のまま、県の職員として給与をもらっていますが、調査によって空欄になっている右下の13というところは、状況によっていろいろです。県外に行ってしまった場合は、「状況によっていろいろ」というところが多くて、真ん中の赤い字で示したところのように、県からの給料がほとんど出ないか、わずかしか出ないというところもあります。

当直料とかいろんな手当て等を考えると、本給の5割か7割、さらに低い水準になるかと思えます。というのはやはり個人のキャリア向上として都道府県が見ているのかな、という感じがします。

どこで後期研修ができるかということ調べてみますと、特に指定がないところはありません。何らかの指定が必ずあって、いろんな区分があるかと思いますが、地元の医学部で可能なところが22県。大学とかいろいろありますが、県内に限るところが18県。大学病院ではそもそもできないところが16県、大学病院でできるところは31県、自治医大で可能な県は24県あります。

県内に限るとか大学病院ではさせないというところは、先ほどの位置付けでいうと、2つめの都道府県の医療の向上とにかく尽力して欲しい。また、不足する分野の研修をして欲しいと、内容を限定してきてる感じのことかなと思えます。

これが、4つめとして挙げたように将来「この県で非常に良いキャリアを積めたので、その後もこの都道府県で仕事をしよう。」と思うことに役に立っているかどうか考える必要があると思います。また、個人のキャリア向上と地域の医療水準の向上とか不足する分野に確保、貢献していく立場、両立するかどうかということも関係してくると思いますが、願わくは、これ全体がうまく調和して、都道府県の水準が向上して、その県でできない医療もできるようになり、キャリアを積んだ人がそこに帰って行くということで円満に解決するといいな、という風に考えています。

ただもう一つ、今は、ほとんど専門研修のことを念頭において話しましたが、自治医大の存在そのものとか、教育のことを考えますと、3つめの意義として申し上げた、「総合医」という分野、「総合医」の再生産とか、研究者、もっと言うと教育に携わるスタッフの確保ということに

も取り組んでいかないと、長い目で見ると先細りになる可能性があるんじゃないかなと考えております。

今回、後期研修について書かれた自治医大の公式見解、というのを探したら、昭和57年(1982年) 県知事宛に知事会と大学の議論を経た上で出されている文章が、公式見解の依頼の文章で、今も生きております。参考までにちょっと出してみます。

タイトルは「自治医科大学卒業生の後期研修及び教員の後継者確保についての依頼」という文章です。

「後期研修については、生涯の研修が必要であるにも関わらず、卒業生は身近な指導員に恵まれないという現状がある。」ということで、最も指導や訓練を要する時期に、「地域住民のニーズに即した専門かつ地域医療を含む分野」、両方ちゃんと書いてありますが、これを早期な研修を行うことが「必須である」と。そのことが「地域医療に挺身する気概と意欲を高揚させ、ひいては地域住民のために高度な医療をもたらす近道であると確信する。」

という、文章になっております。

教員の後継者確保については、「開学後10年、卒業生がまだ出て僅かな年限ですが、開学後10年で教授陣は高齢化の兆しがある」と書いてあります。今の状況はわかりませんが、そういうことで、地域医療の現場を身を持って経験した者が教員になるということが重要だ、という指摘をしています。

柔軟な頭で地域医療に取り組む。そして、自治医大の本旨、設置趣旨を踏まえた教員に育て上げるということが、長い目を見た場合に地域医療の向上になるのではないか。これが文章が今の公式見解です。

見ますと、最初に考えたのとそんなには変わらないのかなと思うんですけど、「総合医」の再生産、研究者の確保、教員の確保については、比較的、あまり議論されることが少ないのかなという感想を持ちました。

以上です。

上沢 修 ・座長

ありがとうございました。只今の大学の公式見解の文章、皆さんご覧になった方いらっしゃいますか。

私は知ってますけど、知ってる方いらっしゃいますか。基本的に、大学から都道府県に出した文章はこれしかないんです。あとはいろんな会議で議論はされてますが、文章化されたものはこれです。

只今の発表について、どなたか、今聞きたいことございますか。

ありがとうございました。

では、二番目のプレゼンテーションは、徳島県9期卒の鎌村先生です。現在、県の衛生行政と総合地域医療課ですかね。県の立場と、卒業生を研修させる立場と、自分の経験を踏まえて、「徳島県における自治医科大学卒業生の卒後研修の実際」ということで、お話をお願い致します。

鎌村 好孝 ・発表者

徳島県9期の鎌村です。宜しくお願いします。

徳島と言いますと阿波踊りでして、今年も8月12～15日で、学生も乱舞しました。自治医大の方からも看護学生を含めて何人か参加がありました。こういう風に「自治医大連」ということで学生も浴衣を着て踊ります。昔はこの提灯にもありますように、昭和女子大と踊っていたんですけども、最近は自治医大だけで、女子学生も増えましたので、単独で踊っております。

本題ですが、徳島県におきましての自治医科大学卒業医師の卒後研修、後期研修ということについて、9年間通しての中で見てみました。これまでの研修、そして県にとって望む地域研修とは、ということでこれはあくまで私見なんですけれども、今後県としての考え方にだんだんしていきたいと考えております。

これは、単に県にとって都合がいいだけではなくて、卒業生本人にとってちゃんとしたキャリアになるか、ということが前提と考えております。お互いに満足できるような卒後研修をきちんとしていきたいと。徳島県内でやるより県外、例えば自治医大やさいたま医療センターの方でより良い研修をしたら、という風なこともあります。そうしますと、やはりどうしても専門医指向というのがさらに強くなるとともに、地元徳島県を離れてしまうということが加速しないか、というような不安や、心配があるのも事実でもあります。

ただ、専門医でも、最近特にこういった診療科が足りないというような状況ですので、歓迎すべきではないかという部分もありますし、その専門医として県の地域医療を支えて欲しい。できれば、総合診療医として熟成し、専門医達とともに県の地域医療を支えて欲しいという願いもあります。

これまでの状況を見ますと、徳島県の基本ローテーションですが、2年間臨床研修、県立中央病院であります。へき地医療拠点病院を2年、そこから5・6年目に初めてこういうへき地診療所等へ出まして、7年目に後期研修を行います。そして、また最後の2年間をへき地診療所等へ行く、ということで義務年限が終了します。

この間の卒後の研修ですが、1・2年目は臨床研修です。3・4年目の2年間が、100床規模、200床規模の県立病院ですが、へき地を支援する病院。ここで各診療科専門医として研修もしますし、勤務もしますし、近くの診療所へも週1回程度支援するというようになっております。

5・6年目と8・9年目の計4年間のへき地診療所の間は、週に1日程度の研修日を確保しております。後期研修は7年目で、これは後ほど述べます。

へき地診療所に勤務します4年間ですが、原則として週に1日研修日を確保します、ということを、県から市町村派遣の際に約束をしております。研修期間と内容ですが、基本的には本人の希望を優先しまして、これは可能な範囲なんですけど、昔は入局しておりました関係で、徳島大学で基礎研究実験をやられたり、途中からは県立病院で臨床研修をやったりということをしてますが、陸続きですので、車で走れば1、2時間以上運転、2時間以上のところもありますが、こういうところへ自分で行って研修して帰って来る。当然技術習得による地域住民への還元ということもありますし、やはりモチベーション維持のためにも、今後維持できたら、と考えております。

後期研修ですが、原則として、卒後7年目に1年間。これは義務年限内としてカウントをしております。場合によって、どうしてもへき地への派遣医師数が足りないという時には8年目、9

年目にずれ込むということがあります。昔は先ほど言いましたように、徳島大学の医局に全員入局しておりましたので、先ほどのような研修、博士号取得のための研究も可能でした。初期の頃は、徳島大学と自治医科大学のみが可能な状況でした。

振り返ってみますと、1期生から初期の頃ですけれども、徳島大学の各医局で基礎研究や臨床、博士号取得者もおられます。2期生の1年目は自治医大で外科臨床の研修をされました。

その後、やはり多くは徳島大学の方でやりまして、一部7期生が1人初めて県立病院で臨床の研修を行いました。ここしばらくは続いております。自治医大で大学院入学という人が1名おりました。

18期生以降、最近になってきますと、自治医大さいたま医療センターでの後期研修実施者が増加しております。県の立場から言いますと、できることなら医師不足の折、県内で研修して欲しい。しかしながら、一度は県外での研修機会があった方が将来プラスになるのではないかと。これはあくまで本人次第ですが、さらに高度先進医療専門医療も研修することは可能ですし、母校での研修というのは、さらにモチベーションもアップするのではないかと考えました。

確認ですが、この辺一緒ですが、最近はこの基礎研究よりも臨床研修を重視する傾向にあると。やはり、他の人と同じで、専門医取得志向強いと。これまでの研修期間としては、結構多彩で、徳島大学、自治医大さいたま医療センター、県立中央病院、県立三好病院、徳島赤十字病院ということで、割りと本人の交渉次第というところまでできております。

特にこの8年間で8人が自治医科大学、又はさいたま医療センターでやっており、本人が意欲的で、県の方も理解を示して、このような傾向になっております。

徳島大学関係で28人、県立病院は2人、徳島赤十字病院で1人、自治医科大学6人、さいたま医療センター3人、その他であります。

卒業期別で見ると、こういう傾向が出ました。ほとんど10期生までは徳島大学病院。20期までで10期を見ても、徳島大学病院がやはり多いんですけども、いろいろなところに行くようになりました。県立病院が増えて来ました。最近では先ほどお話ししたように、一人の徳島大学を除いて自治医大関係で後期研修をさせてもらっております。

まとめますと、初期は徳島大学、これは入局していただきましたので、ごく自然の流れでした。途中は県立病院を含めて研修先の多様化が出てきました。最近では、本人の希望があればこういったところで増加しております。

その後どうなったか見てみますと、義務年限終了者の現在の勤務地ですが、こちらが後期研修先です。これから最近の義務内の卒業生が自治医大さいたま医療センターでさせていただいておりますので、彼らがどのような方向に行くかというのを、非常に期待と不安を持って、これから見守っていくところであります。県の立場から見ると、県内の公立医療機関に残って欲しい。県内の医師不足解消のために、そのためには本人の希望する研修をしてもらいたい。モチベーション維持、技術習得などと。

先輩の立場としましては、県内の医療機関から医者が足りないから来て欲しいというのではなくて、本心から来て欲しいと言われる知識・技術を身につけて欲しい。そのための研修もして来て欲しい。義務内で遅れた分を取り戻して、追い越す位のことをやって来て欲しいという風な、非常に悩ましいところでもあります。

最初に言って下さいましたが、私の方はこのような状況で、週に1回へき地に支援に行っていますが、週4日は県庁の方で仕事をしております。また、「とくしま医師バンク」というのをやっておりますので、また一度ホームページを見ていただけたらと思います。

ちょっとだけ紹介なんですけど、私もこのような形で繋がりをしていると県として学生寮などへも年に1回行っています。この冊子も30周年のときに作りました。県人会で作りました。県人会の祝賀会もやりました。学長先生にもお越しいただき、卒業生がお世話になっている市町村の首長さん、県医師会長など呼びました。このような感じですよ。次は40周年記念に向けてやっという状況です。

ですから、自治医大本学、徳島県在校生卒業生、県人会、一緒に信頼関係を構築しながら、今後もこういう後期研修も含めてやっていきたいと考えております。

以上です。ありがとうございました。

上沢 修 ・座長

ありがとうございました。卒業生、行政含めて、非常にチームワーク良く取り組んでいるなというのを理解させていただきました。何か、今お聞きになりたいようなことはございますでしょうか。

河田教授：私、卒後指導委員をしております、先日の茨城県の県人会議にも出席させていただきました。そこでも後期研修ということで非常に話題になっておりまして、どのようにして欲しいかという、かなり強い希望も出ておりました。その中で先生が今お話されましたように、県外を希望される方がやっぱり多くなって来ているようです。その時に一つ問題になったのは、自治医大の卒業生の間だけで、どうしても人数が足りなくなるとその間を何とか今までは埋めて来た訳ですけども、県の方で人数を足りないところを他大学の卒業生を使っても埋めてもらえないかというような希望が出てくるんですね。実際には、今、先生がご発表になりましたように、徳島県の場合にも県外に出て研修を希望される方が増えているような状況だというふうには拝聴しましたが、そういうときに人員的な補充と言いますか、実際の面での補充というようなことは徳島県ではどのようになされているのでしょうか。

鎌村 好孝 ・発表者

補充はありません。ですから、できる範囲以内で、というか、最初から4年間がへき地ですので、4×2の8人が動かせるへき地派遣と考えています。多少結婚協定等で出入りがありましたら、留年等もありますので凹凸ができるんですが、そのときにどうしても足りない場合には、先ほどスライドにも出しましたが、1年ずらしていただくという形でその凹凸を少し埋めるということをやっております。

河田教授：その間への調整ということになりますね。

鎌村 好孝 ・発表者

はい。

上沢 修 ・座長

大学に自治医大へ出られる場合は、身分はどうなっているのでしょうか。

鎌村 好孝 ・発表者

県職員です。

上沢 修 ・座長

県職員のまま義務年限内ということですね。

鎌村 好孝 ・発表者

全く一緒です。ですから市町村派遣ではなくて、県に戻り、私のところの保健福祉部医療政策課の職員として、研修という形になります。

上沢 修 ・座長

ありがとうございます。

上沢 修 ・座長

では、次のプレゼンテーションの方にいきたいと思います。

愛知県25期の宮道先生ですね。「自治医大生と後期研修」という形で、現在後期研修をしている立場から、総合 ER を中心に勉強されておりますけど、その立場からプレゼンテーションをしていただきます。

宜しくお願い致します。

宮道 亮輔 ・発表者

皆さんこんにちは。愛知県25期生の宮道と申します。座ったままで失礼致します。

「自治医大生と後期研修」といった形でお話をさせていただきます。

まず宮道とは、ということで、宮道が今どういう後期研修をやっているか。そして、自治医大の卒業生及び家庭医療学会の若手医師に対してどうやって志望を決めたか、不安があるか、そういうアンケートをとってみましたので、その結果、そして、その考察と結語という形で進めさせていただきます。

宮道は、2002年の3月に自治医大を卒業しました。日光研修所に行ったりして、何とか卒業したという感じなんですけど、2002年の4月から愛知県の岡崎市民病院というところで初期研修をやりました。愛知県では伝統的に名古屋の第一・第二赤十字病院か岡崎市民病院で初期研修を行うということになっています。もともと名古屋大学は大学で研修はしないという大学で、愛知県内の他の大学も、大学に残る人は他の病院へ出れない人、というような伝統でやっていますので、

他の大学の卒業生と同じ形で研修するという形でやっています。数十年前からずっとスーパーローテイトをやっている地域ですので、もちろんスーパーローテイト研修をやりました。

2004年の4月、3年目からは額田町の国保宮崎診療所というところで診療所長を3年間やりました。週に1日研修日をいただいて、岡崎市民病院でERを回ったり、あとはちょうど患者さんを送る直近の病院が岡崎市民病院でしたので、送った患者さんがどうなったかなとか、そういったことを研修していました。2007年の4月からは、また岡崎市民病院に戻ってきて、後期研修というかたちで、総合内科とER業務をやっています。身分は県から市に出向していて、市からお金を貰っているという形です。義務年限内でやっています。

後期研修の内容というよりは、現在の業務という感じなのですが、週に2日は総合内科の外来をやっています。院長と内科系の副院長と医局次長の先生達と、皆で分担してやっておりますが、「いろいろなまとめの業務」は私が担当しています。各科の外来に振り分けられなかった患者さん達を診て行って、振り分けしたり、入院させたり、そういう形でやっています。

週に3日はERをやっています。岡崎市民病院は650床で、岡崎地区が大体人口40万。西三河地区は愛知県の4分の1で、大体人口が150万人位です。150万人の中の救命救急センターですが、1次から3次まで全部受け入れてトリアージと初期治療を行っています。ERで手術とかはやっていません。ERの受診患者数は大体年間3万8,000件で、救急車8,400台という全国で有数のERを運営しています。

あとは、外来だけじゃなくて、科も決まらない人を入院させるというのも何故か救急科でやっています。救急科の他の医者3人と分担していて、蘇生後だったり中毒はいいんですけど、不明熱とか原因不明の貧血とか、原因不明の何とかというのは担当が宮道となっています。「先生なんでもやるね」と言われながらやっている、といった形です。

臨床業務以外にも、研修医教育のメンター役とか、各種勉強会の管理・運営っていうのを担当しています。病院に戻る前から「先生はこの役だからね」と言われながら病院に戻ったという感じですが、まだ若手なんですけど、委員会業務もいっぱい押し寄せて来てまして、6つ、7つ位委員会に入っております。それプラス、ICLSとかBLS、ICLS等の、いろいろなシミュレーション教育プログラムにも関わっています。救急初療コースとか蘇生のセミナーを企画したり、運営したり、立ち上げたりしています。あとは、そういう成人教育を踏まえたシミュレーション・トレーニングのインストラクター教育で全国を飛び回って、全国のインストラクターの教育を仲間達とやっています。

あとは、基本的に講演とか執筆依頼は断らない方針でやっています。しかし、実は今日、名古屋でICLSのシンポジウムがあって、そこでインストラクター教育について喋ってくれて言われたんですが、それは断りました。執筆といいましても、大して来なくて、年間に3・4本依頼が来るのを細々と書いています。将来の印税生活のために何とかならんかなあと思いながらやっています。あとは、ERマガジンっていう雑誌の編集人をやったり、そんなこともちょっとやっています。

最近のマイブームは研究であり、去年名古屋大学の救急医学の社会人大学院に入りました。名古屋大学は自主性を重んじる大学であり、基礎の先生も自分でレジメを開いて、ここの先生にアポをとって行ってみようという感じでやっています。また、それと別に、医療人GPのプログ

ラムで慈恵医大がやっているプライマリー・ケア現場の臨床研究者の育成コースというのを、実は今、中野でやっているんですけども、そのコースにも参加しています。文科省からお金を貰いながらリサーチクエッションをどうやって作ろうか。そんな事を勉強しながらリサーチを今いくつか立ち上げているというのが現在の業務です。

今、個人的にはいろいろやっているんですが、他の人はどうなんだろうかと、ということで、若手医師の後期研修状況や今後の不安を探るために、自治医大の卒業生と家庭医療学会の若手医師にWEBアンケートを用いた、調査をしました。回収率11.9%とかなり低いんですけど、自治医大の卒業生の24期生から26期生の各メーリングリストに登録している人や、家庭医療学会の若手メーリングリストでいくつかの質問をしました。

その質問の結果の一つなんですけど、現在の専門領域を聞いてみると、自治医大の卒業生は、「ジュネラルやってるよ」という人が、大体卒後6年目から8年目の人で41.3%位いました。ただ、複数回答可ですので、純粋にジュネラルだけをやってるっていう人の割合はもっと少なく、内科と一緒にやってるとか、救急も一緒にやってる、整形も一緒にやってる、そんな人が多かったです。家庭医療学会の若手は当たり前と言えれば当たり前ですが、ジュネラルやってる人が95.8%。一人を除いて、みんなジュネラルという結果でした。

次に、現在の仕事にどれ位満足してるのかを見てみました。自治医大の卒業生全体と、自治卒で「ジュネラルやってるよ」という人、そして家庭医療学の若手家庭医の3群を比較しました。自治医大の卒業生では結構不満という人が多いです。ただ、ジュネラルやってる人の方がまだ不満は少なく、満足が多いかな、という傾向があります。

将来への不安についてです。若手の家庭医はたいして不安と思ってないんですが、自治医大の卒業生は「かなり不安」という人が結構多かったです。ここでも、ジュネラルをやっている人の方が不安は少ない傾向が見られました。

志望科をいつ決定しているのかを聞いてみると、自治医大の卒業生は大体初期研修時に決めていることが多いようです。若手家庭医に聞いてみると、学生時に決めている人が多いです。たぶん初期研修先でジュネラルをやっているところが少ないから、学生時代にジュネラル、家庭医やりたいなと思った他大学の学生は、ジュネラル研修をやっている初期研修病院に行くのでしょうか。そういうところをわざわざ選んでいる。逆に初期研修をやりながらジュネラルをやりたいなと思った人はそんなたいしてないんじゃないかなと思いました。

専門教育を受けているか、について聞いてみると、自治医大の卒業生は半分位が専門教育を受けている。これは後期研修プログラムなどのプログラムと関係なしに、自分の意識として「私は専門医としての研修を受けてる」と感じた人の割合という形で聞いたんですが、自治医大の卒業生は大体半分位。自治卒のジュネラル医も52.6%がジュネラルの専門教育を受けてると読み取れます。しかし、具体的な内容を聞いてみると、内科などの専門教育は受けているんだけど、ジュネラル医としての専門教育を受けていると感じた自治医大卒業生はほとんどいないんです。

若手家庭医では当たり前ですが、後期研修というか、ジュネラル医としての専門教育を受けてるという人が100%でした。1人だけ、岐阜県の卒業生の方で、「吉村先生に1ヶ月だけ教えてもらったのが僕のジュネラル医としての専門教育です」という人がいたんですが、それ以外の方で、ジュネラル医としての専門教育を受けたっていう自治医大の卒業生はいない、という状況でした。

では自分がどうやってジュネラル医の勉強をしたかということ、診療所時代に研修医が今来るようになりましたので、研修医の学習資料を作り、自分の県の卒業生の先生方とディスカッションをしながら勉強したっていう感じですね。これは、行動科学的なアプローチというか、LEARNのアプローチについて勉強したときの資料です。

考察です。本人と都道府県が二人ともハッピーな関係になるには、ジュネラル思考の方がお互いの満足度が高いのかな、という気がします。ただ、個人的な印象としては、結構最近いろんな県の、研修医教育に呼ばれることが多いんですけど、「自治医大の卒業生の先生は整形行っても肺も診察できて凄いありがたいよね。」とありがたがられていることが多いという印象があります。実は何科に進んでも実は病院からは暖かく受け入れられてるのかなと思うのです。

自治医大卒業生は、初期研修時代に科を決めたりすることが多いようなので、初期研修でしっかりジュネラルに興味を持たせるのがいいと思いました。外科などの既存の教育体制が利用できる専門科と比べて、ジュネラル科っていうのは、なかなかまだ教育体制が整っていないので、県とか卒業生で教育し、興味をもたせる体制を整えることができたならお互いにハッピーになると思います。地域の現場だけが卒業生の働き場というわけではなく、研修医を教育したりだとか、そういったところで卒業生がうまいことできれば、もうちょっとジュネラル思考の人が増えるのかなという風に思います。まとめです。宮道はやりたいことをやっています。現場の教育的、心理的負担を減らすためにも、後期研修はやっぱり必要だと思います。その中でもジュネラル科の研修を充実させる必要があるので、初期研修、後期研修でジュネラル科をしっかり研修してもらおう。そして、ロールモデルとして、「ジュネラルやってる卒業生っていうのはカッコイイな」と思わせる存在を県の中で作っていく必要があるんじゃないかなと思いました。

以上です。

上沢 修 ・座長

ありがとうございます。非常にスーパーマン的な活動にびっくりしておりますけれども、いわゆる自治医大の本来の目的といたしますが、ジュネラルを頑張っているというような立場での発表でしたが、どなたか、ただいまの質問がありますでしょうか。

発言：研修プログラムはあるのですか？

宮道 亮輔 ・発表者

プログラムっていうのは？

発言：先生のプログラムっていう？

宮道 亮輔 ・発表者

全くないです。ないというか、一応はあって、「自分で好きなように組んでいいよ」っていうプログラムがあるという感じですよ。

百村：さいたま医療センターの副センター長の百村ですが、先生は後期研修と言えどもいろんなデューティーがあって、委員会も出て、スーパーマン的な活躍をされてますけれども、例えば後期研修をある程度デューティー・オフで、自治医大、あるいはさいたま医療センターでスキルアップをメインにやりたいと。そういう希望はあるのですか。

宮道 亮輔 ・発表者

自治医大とさいたま医療センターで何のスキルアップをするかがいまいよくわかりません。僕の今の興味は、へき地で頑張ったりだとか、患者さんをジュネラルで見たりだとか、1次から3次までの全ての救急患者さんの初期診療だったりなのです。これはちょっと言い忘れたんですけど、僕実は愛知県の中の災害対策の部会のメンバーもやっています。愛知県で災害が起きたらどういう対応を取ろうかとか、災害教育をどうやろうかとか、県全体をどうやってマネジメントしていこうかについてもやらせていただいています。愛知県は人口7百数十万人ですけれども、そのマネジメントすることの満足感をそれなりに得ています。逆に大学にあまり興味がないというか、大学の良い点は何でしょうか。

百村：いろんなデューティーから離れて、臨床研修に、ある程度1年間打ち込める。例えば、僕は循環器だけど、循環器であれば外来の業務とかいろんな委員会なども免除されて、急患を診たり、カテーテルなど臨床に専念できる。もちろん、さいたま医療センターは総合診療病院ですので、総合診療科的な研修というトーンで。それは先生の意見なのか、それとも愛知県の自治医大の卒業生の皆さんが思っているとか。

宮道 亮輔 ・発表者

今のは僕の私見です。でも愛知県の自治医大の卒業生はほとんど県内で研修をやっています。

百村：それは愛知県が県外での後期研修をもともと認めてないからです。

宮道 亮輔 ・発表者

大学で研修された先生もみえますけど、愛知県の卒業生自体が、例えば名古屋大学にも行こうとしていません。市中病院で研修をする人がほとんどですね。愛知県は、後期研修については、自分で後期研修先を選びなさいっていうスタンスだという風に僕は理解しています。それが実際なのかどうかちょっとよくわからないですけど。なので、研修先を選ぶハードルが高いと言えば高いのかもしれませんが。日赤で研修する人が多いのも、自分の古巣だからということなんだと思います。愛知県は名古屋大学があまり教育が熱心ではない大学なので大学で研修をしないのかもしれませんが。むしろ最先端の医療は日赤だったり、岡崎市民病院で得られるんじゃないかなと思ってるというところですかね。岡崎市民病院自体も、もちろん循環器にいたら循環器で外来もやりますけど、PCIも年間450件位行っています。他大学の卒業生もその環境でやっているので、そこでいいんじゃないのという風にみんなが思ってるってことじゃないかなと思います。

上沢 修 ・座長

後期研修に求めるものが個人によって非常に違うってということがわかったプレゼンテーションだったと思います。ありがとうございました。

では4人目の発表ですが、長野県の木畑先生で。長野県は義務年限外で、というか身分のまま後期研修を認めております。現在、昭和大学の方で専門的な研修をしている立場にありますので、木畑先生の方からプレゼンテーションしていただきます。お願い致します。

木畑 穰 ・発表者

ご紹介いただきました長野23期の木畑穰と申します。長野県衛生部医療政策課に所属したまま、有給での派遣という形で、昭和大学横浜市北部病院消化器センター・工藤進英教授の下で大腸内視鏡の研修をさせてもらっております。

まず、長野県でのルールについてご説明させていただきます。今上沢先生からもありますが、後期研修は今のところ、連続する2年間で、国内でかつ臨床に関することをやる限りは県から給料が出て、どこでやっても好きなようにやって良いという、全国の中でも非常に恵まれた環境の中で後期研修をさせていただいております。その代わり、義務年限には算入しないので、長野県では義務明けまで11年あるというのが原則になっています。

国外での研修、留学や、基礎医学、試験管を振るう研修も許されておりますが、無給になります。まだやった人がいないのでどうなっているかわからないんですが、明文化されていますので、希望すればできることになっています。

後期研修先については、県は一切タッチしなくて、自分でメールをするなり、電話をするなり、会いに行くなりして、「行ってもいいですか」と聞いて、先方が「いいよ」と言ったら、県庁に言って、「『いいよ』と言っているのでここで研修をさせて欲しいんですけど」と言うと、あと手続きをしてもらえるとこの感じになっています。

卒業生の勤務のモデルケースを説明します。1・2年目は初期研修です。昔は自治医大病院や信州大学病院で初期研修をしていたのですが、現在は県立病院で初期研修をしています。3・4・5年目は希望する科で研修のできる病院で勤務できるように配慮していただいて、6年目からへき地に出ます。8年目、9年目を後期研修に充てるのが原則で、最後に、それを活かす10年目、11年目にもう一度へき地に行つて義務年限が終わるという風になっていますが、地域の医師不足や他県卒業生との結婚などで人数に凸凹が起きたりすることなどもあり、この通りにもいかないのですが、原則はこのようにやろうとしているところです。

これは県の衛生部長がよく言われているんですが、とにかく9プラス2年で、ある程度完成した医者を作る。その上で完成した医者として長野県に残ってもらわなきゃ困るので、へき地は医師不足だけれど、へき地に行かせっぱなしじゃなくて、なんとかちゃんと育てようということで、今のシステムが妥協点として行われているということです。

ここから私の話をします。私は、自治医大で初期研修させてもらって、思うところがあって、途中で信州大学附属病院に移籍させてもらって、初期研修が終わって、200床の県立病院。これは田舎にあるんですけども、それで100床ちょっとの町立病院に移りまして、1人診療所。人口700人の山村の1人診療所ですね、を経て、現職である後期研修をさせてもらっています。後

期研修の2年が経ったら、11年目、あと1年残った義務年限として、県内公的医療機関、診療所か病院に戻る予定になっています。

後期研修については、最初は信州大学でとるつもりでした。というのは、私が卒業したころは、いわゆる医局支配がまだ機能していて、長野県内では信州大学が非常につよく、主要な公的病院で仕事をするには、医局に所属する必要があると考えたからです。初期研修を途中で動いたのもそういう意味あいがあります。しかし、ここ数年で、皆様御承知のように地方の医局制度が崩壊して、長野県でも医局に関係なく仕事をするのが容易になってきました。公立病院の医師不足も深刻ですので医局にいらなくても県内で働けると言うようになりました。

ならば、顔つなぎのためだけに後期研修使うのはもったいないからやりたいことをやろうと考えました。やりたいことって何だろうって改めて考えたとき、「何でも見れる内科医になる」ことを目標として、その中で特に内視鏡をちゃんとやりたいと思いました。

派遣先一箇所でドックで内視鏡を持たせてもらったんですけど、もう早期胃癌とか見つけなくていいからと言われました。早期胃癌をちゃんと見ようとして苦しませて来年来ないよりも、さっさと終わらせて来年来てもらった方がその患者さんのためにもなるし、病院のためにもなるからとのこと。そんな内視鏡、誰のためにもならないので、苦しくないように、きれいにちゃんと見れる内視鏡医にならないといけないと思いました。

それだけじゃないですけど、内視鏡はどこでも必要であるのでやりたいと思っていました。

「総合医」としての研修をするか、内視鏡の研修をするか考えたんですが、ジュネラルとしての研修は、なかなか難しく、どこ行っていいやらわかりませんでした。そこで、市中病院で普通の診療を後期研修としてやろうか？と思っていました。そんなときにたまたま昭和大学横浜市北部病院消化器センター長の工藤先生にお会いする機会があり「大腸癌に興味があるのか」と聞かれて、「じゃあ、うちに明日から来い」と言われました。そのときは「後期研修というのがあるので、行けるかどうかちょっと調べてみますね。」なんていう話になり、調べてみたら意外と行けそうだということで縁あってこちらで後期研修をすることになりました。

ここから現在の勤務地の説明をします。今は、この教室で言えば早期大腸癌の話をしていたり、あと有名な2分位でCFをするという神業を見たりしつつ研修をしているところです。

これが今の勤務地で、横浜市の北部にありまして、7年前にできた昭和大学の新しい大学病院になります。こちらが工藤教授で、これは確か大腸癌撲滅キャンペーンのときの記念写真で、杏里さんと平原綾香さんと写って、ご機嫌な写真です。当院の内視鏡室は非常に設備が良くて、このように充実したりカバリールームなどがあるところです。

研修を始めてみてからの感想なんですが、大学病院の医局としては非常に特殊で、多くの大学から人が来ていて、30だか40だかの大学の出身者が集まっています。いろんな経歴の人がいて、いろんな思いがある人がいて、「CFがちょっと上手になればいいや」という人から、「大腸の研究をずっとやりたい」という人まで、すごく沢山います。とにかく頑張る人は一生懸命公平に扱ってくれている印象です。設備は、僕なんかにNBIや拡大が付いた内視鏡を全例で持たせてもらって、検査しています。学会発表の機会は好むと好まざるとに関わらず、いっぱいあります。

ここで一番感じたのは、いろんな環境の先生と仕事することが良かったなあと思いました。自治医大のローテートで、県内で仕事をしたり、こうやって卒業生の集まりや何かであっても、と

にかくジュネラリストになりましようっていう話ばかりなのでそれが普通なのかなとつい思ってしまうがちなんですけれど、今いるところにはジュネラリストになりたい人が僕しかいません。消化器内科を全部診るっていう人が少しいるぐらいで、肝臓も見ない位の考えの先生も多くて、そういう考えもあるんだなというか。どちらかと言うと、そちらの方が医者全体からすると、ひょっとしたら多いのかもしれないかなと感じます。

県外で研修するのはどうでしょうかね、なんて話を今日医局の人達としたんですけれど、県外で研修するのは、全国から人が集まって来ているし、知り合いじゃない人、知り合いのつてもないような人達が集まって来ているんで、それが普通じゃないの、と言われるだけでした。多くの場合は知り合いがいるか、つてがある病院に行くものかもしれませんが、その条件を外してやりたいことはどこでできるかということを探していくといいんじゃないかな、ということかもしれません。

ここに来て思ったのは、意外とどこでも受け入れてもらえるのかもしれないから、行きたいなと思ったら当たってみればいいのかということ。大学の偉い先生に、「どこでも行けば受け入れてもらえるもんですか」と聞いたところ、どうも国立癌センター中央病院とか虎ノ門病院とかは断ることがあるようです。断るというか、入るのに難しい試験があったり、競争があったりするので、実力があれば行けるかもとのことでした。オール・ウェルカムではないけれど、なかなか医局によっては行けば、いいよって言ってくれるかもしれないから聞いてみたらいいんじゃないの、という位の話で、実際はケースバイケースでやってみなければわからないと。

つてのないところに行くデメリットとしては、とにかく自分で全部やらないといけないので、向こうの大学とか医局長とかと話をして、「こんな研修をこんな感じでやりたいんですけどいいですか」という話をして、伝えていかなきゃいけないことと、あと行って見たはいいけど思うような研修にならないかもしれないというリスクも受け入れていかなければいけないことがあるのかなと思っています。

理想の後期研修って何かなと思ってみるんですけれど、長野県のように後期研修が義務外であれば、いずれにせよ9年間は長野県のために働く訳ですから、その2年間は自分の考えでやればいいのかから、そのためには選択肢が広ければ広いほどいいんじゃないかなと思っています。義務にカウントされる場合は、その間も県の地域医療のために貢献するということになりますから、県外に出られないという考え方もあっていいかなと思いますので、制限の中でより良い研修ができればいいんじゃないかなと思います。

一番大事なものは、規定が明文化されることだと思います。そうでないと不公平感が出たり、やりたいなと思うことができなかつたりします。不文律で何となくやってた方がよい場合もあるんですけれど、やっちゃ駄目なら駄目って書いてもらわないと、誰かだけできて自分はできないとかいう話になると困ります。長野県でも留学できた人がいたり、許されない人がいたりという話があったりして、同じ県の卒業生同士の不公平感すごく大きな問題だから、公平に出来ればいいんじゃないかなと思います。

取り留めのない話でしたが、長野県の後期研修ルールと私の経歴と現勤務先など紹介させてもらいました。まとめると、後期研修のシステムというのは、広い選択肢があることが重要で、自分で何を研修すべきかということ考えた上で、そこから選んでやっていくということがいいの

ではないかというのが私の意見です。

ありがとうございました。

上沢 修 ・座長

ありがとうございました。どなたか、ご質問とかございますか。

坂東：先生どうもありがとうございました。自治医大呼吸器内科の坂東です。先生の将来設計の中で、時代の流れをきっちりに見据えて、進路を選択されていることが伝わってきました。上沢先生が満足そうに成長する後輩の姿を見ているのが印象的でした。一つお伺いしたいのは、私は徳島県出身ですが、先ほど発表された鎌村先輩たちが後輩の卒業生を県外でも後期研修が可能な選択肢を確立されましたが、私は後期研修と義務後の仕事をどう結びつけるかが一番大事だと思っています。長野の場合、へき地を含めた県全体の地域医療対策を考える上で、徳島で言えば鎌村先生のような存在が上沢先生だろうと思いますが、義務年限内の卒業生の中で後期研修の位置づけについてある程度のコンセンサスについて継続的に話し合われているのでしょうか。

木畑 穰 ・発表者

後期研修のあり方や卒後の勤務全体については、上沢先生中心に、県の衛生部と卒業生の意見を集約して、上沢先生中心に検討・交渉してもらってやっているようなところで、後期研修についても、現状に即してコンセンサスが得られているというのが現状です。県外に出ることに関しましては、そもそも長野県の卒業生は自治医大で初期研修をすることが多くて、そうすると後期研修も自治医大に必然的になりがちのように、そうすると義務のうち4年が県外になるので、最初から義務の外にするとということで、今のようになったという経緯を聞いています。今のところコンセンサスが得られていて、今後も必要に応じて変わっていくんじゃないかなと思っています。

上沢 修 ・座長

ちょっと追加しますけどね。こういう研修制度の影響を及ぼすもの、いわゆる行政のトップでして。過去の一時期の県政時代は非常に我々は虐げられまして、診療所派遣を強要されました。なかなか研修に行けなかったという時代なんですけど。2年前に、知事が変わりました。衛生部長が変わった瞬間に、やはりちょっとこの後研修制度がまずいと。9年間終わって、終わった段階である程度医学部卒業と同じような研修をできるシステムを作りなさい、という衛生部長の考え方が変わったんですね。それで、こういうような形でケアできるんですけども、実際はなかなか数がいまないので、外に出ますと先ほどお話がありましたように、人がいないという事実ですけども、やはり研修をさせましょうという形に多少、ボスが変わると流れは変わってくるということはございます。

ありがとうございました。では、全体のディスカッションに参りますけれども、基本的には個人の立場から、行政の立場から、大学で後期研修をする立場から、お話がありましたけど、自治

医大生が9年、あるいは義務年限に入りませんとちょっと延びますけども、義務年限が終わったときにどういう立場にいるのか、どれだけのキャリアを持って一般の先生方と同じようにやれるか、というような問題になってくるかと思います。

本来、どういう研修が望ましいか、これはやっぱりジュネラルかスペシャリストか非常に難しいと思いますし、今日発表された先生方の中にも、立場が変わってる方がいらっしゃいましたけど、やはり望ましい研修というのはどういうものかという、皆さんも自治医大卒業生、あるいはまた大学の先生方いらっしゃいますけれども。まず個人としてのキャリアパスを作るためにどういう研修の方法がいいか、というご意見がありましたら、お話していただければと思うんですけども。

どなたかございますか。

三瀬 順一 ・発表者

他の医学部卒業生も含めて、卒後10年位の間のキャリアパスみたいなことを考えてみますと、やはり自己実現っていうか、やりたいことをやりたいと思ってる熱意がある時期を逃すと、選択が非常にしにくいというか、周りに流されてしまうということがあると思うんですよね。それを長野県の場合はできるんだけど義務の中には入れないから、県は支援しているような、してないようなことだと思うんですよね。他の県では支援するときは制限がある、というようなトレードオフの関係にあると思うんですけど。できれば、支援した方が、長い目で見て県内に定着するような気配を卒業生の方々のお付き合いの中で感じています。そんな感じが、非常にしています。長野県がいけないっていう訳ではないんですけど。あんまり自由で、自分で探してっていいんですけど、キャリア・カウンセリングみたいな立場から言うと、あんまり突撃隊みたいなのも…。今回木畑先生の場合、非常に運のいいところに行って、非常に恵まれた研修だし、環境もいいし、平等に扱われてると思うんですけど、行ってみるとそうでもなかったみたいな選択もあるかもしれないですね。後期研修で自治医大に帰って来てる人の中にも、自治医大の後期研修で良かったかなと言ってる人も実際知ってます。ということもあって、少し研修先の情報提供をしたり、相談に乗ったりして、自由の中にもそれがやりたいんだったら自治医大に行かなくても岡崎市の病院でいいんじゃないか。と言ってあげるようなことをもう少ししてあげてもいいんじゃないかな、という感じで思って聞きましたけども、どうでしょうか。

木畑 穰 ・発表者

どこに行こうか、どこに行ったら何ができるかっていうのは、実は地域にいると全然わかりません。今になって大学にいて他の大学の先生達と話をしたり、他の大学ではこんな研究をしていて、何ていう話がいっぱい入ってくるので。横浜もいいし工藤先生ももちろんいいんですけど、ここがベストだったかどうかはわからないなと感じています。

今非常にいい研修ができていますけれども、もっと沢山あたってみたらもっと面白かったかもしれないなと思います。ただ聞く相手とか、誰に聞いたらいいいとかよくわからなかったですね。

長野県内に関しては、県内の市中病院で研修するんだらっていうのであればそれなりに情

報というか、はあって卒業生の先生方のほか、医師会などで会った先生などからも情報は得られますが、県外のこととなると、実際よその医局のことは行ってみなければわからない部分もあるので、わからないのかもしれないんですけど、情報が一元化されているようなところがあればよいと思います。自由な選択肢があるという前提で、さらに情報があればより良い研修につながるのではと思います。

発言：どういう情報がいいんですか。

木畑 穰 ・発表者

一番ほしいのは外から来た人を暖かく向かえてくれるかどうかっていうところだと思います。本当に、それがすごく大事で、閉鎖的で、ずっとお客様扱いで2年経ってしまったら、何もできないままかなと思います。どんなに忙しくても、大変でも、頑張れば報われるという状況であればいいと思いますし、研究内容といっても医学ですから、そんなに狭いものでもないかもしれません。結局そういう雰囲気というのが大事なと思うんですが。そのためには、先輩のいるところというのが一番安全ですから、そこを選ぶのも本当は良かったのかもしれないと思います。

発言：宮道先生はジュネラルという事を非常に強調されましたけど、その道はあってもいいはずですよ。

宮道 亮輔 ・発表者

僕あんまりアピールすることはないで、どこに行っても自分のやりたいことをやろうと思っていました。たまたまそれが病院の方向性とマッチしたっていう事です。ジュネラルの方向性がマッチすることをおある程度承知で行ったっていう事はありますけど。もともとジュネラルな部分があり立ち上がってなかった病院に、後期研修で僕は2年しかいないのに立ち上げていいのかなと思いつつも、病院がどんどんやりなさいって言うので、どんどん自分のやりたいように立ち上げていってっていうような段階です。それに協調した2年目とか3年目の後期研修医に入る人達を引き込んで、うちの科をもうちょっと盛り上げていって、僕は盛り上がったところで去って行くことにしようかなと思っています。僕は卒業する時に「どこに行っても、自分のやりたいことはやる気さえあればできるよ」っていう風に山本和利先生に言われました。だから麻生飯塚病院とか、僕が卒業したところはまだ舞鶴市民があつたりだとかしましたが、そういった有名ところで研修しなくても、自分のやりたいことを情熱を持ってやればいいんじゃないのかなと思っていたので、結構やりたいことやれてるのかなという風には思っています。

愛知県はさっきの繰り返しになっちゃいますけど、名古屋大学の卒業生はずっと昔からローテートをやっていて、大学に全然戻らない。8年目、9年目位になってやっと大学院や大学に戻るんです。それまでは市中の大病院で研修していることが多いので、そう考えると、他大学の卒業生と、その7・8年目で市中病院にいることで変わりがあるとは全然思えません。また、愛知県だから恵まれているというところはあるかもしれないですけど、他の県からもどんどん医者が

入って来る県なので、県内でそれなりに有力なところを探せば、全国的に優秀な施設はそこらじゅうにゴロゴロしているからやりやすいのではないかと考えています。それはちょっと愛知県を買い被り過ぎて、愛知県がめっちゃくちゃ遅れてるところもあると思いますけれども。

あと、愛知県はジュネラルに関しては名古屋大学の伴先生が結構力を入れてみえるので、伴先生達と一緒にタイアップして研修会としてはやっていこうという方向性を出しています。ただ、そうはいつでも自治医大卒業生は東海家庭医療ネットワークというのには僕しか出て行かなかつたりだとかして、いろいろその辺は微妙ですけど、他大学の卒業生ともタイアップしながら勉強できる体勢を作ればいいなあという風に、今考えています。

上沢 修 ・座長

非常に発表者が、比較的自分が受理できるという立場におられる方の発表なんですけど、そうじゃないところもあるかと思うんですけど。出席の先生方でそういう点で困ったとか、そういうことはございませんでしょうか。

俵藤：13期・栃木の俵藤です。昨年まで自治医大の外科で、いわゆる後期研修の受け入れの方を積極的にやるような仕事をしてました。今回、木畑先生にしても宮道先生にしても、後期研修が取れて非常に苦労したけども、非常にいいお話なんですけど、実際、未だに10県位の県が後期研修すら取れないと。また、栃木県のように、あっても地域の病院の医師不足で、取れてないというところがまだ10県もあるんですね。それで、大学に来たくても義務明けまで来れないと言っている先生が、やはり何人も相談を受けたことがあります。

それで、やっぱり一番問題は、先ほど出た明文化。後期研修の明文化を、誰がどのように今後やっていけば研修が取れるのか。それと、今キーマンがやっぱり必要かなという感じがしたんですが、長野でいえば上沢先生でしょうし、徳島でいえば鎌村先生、そして愛知県でいえば県の雰囲気のような形にしてるんでしょうけれども、そういった後期研修を取らせるための環境っていうのは、どういう風にして作っていったらいいのかなっていうのが一番疑問に思っているんですが。その辺、特に取れてない県の先生方からご意見をいただければなっていう風に思うんですけども。

上沢 修 ・座長

実態で取れてない県ありましたら教えて下さい。

三瀬 順一 ・発表者

取れてないことの数え方として、さっき出したんですけど、義務年限に含まない県が10県あるんですね。それから、県外に行けない県が同じ位あります。県内に限る県は18県あって、実質的には後期研修はできないというのと同じだということが10何県あるわけです。ただ、お役人的見解でいうと、後期研修は9年めまでに県外に出させる制度はあるって言うことになるってことになってる訳です。その実態を見て、義務年限の最後のところに何とかくっつけてやったり、後期研修をしたことになったりしてるのが現状ですよ。今ないところで、他の県の例を出して話すのが後押

しになるのか、もっと権利として主張するのがいいのか、ちゃんとしてるところはこんないいことがある、というメリットをもっと訴えていくのがいいのかわかりませんが、その実態があることは確かで、書類だけを見ていくと、実際はそういう現状があるっていうのは知ってるどころなんですが。どうしたらいいのかってことですが。

上沢 修 ・座長

医療政策の立場から。

鎌村 好孝 ・発表者

逆に、ちょっと質問だったんですがうちの県、まだうまくいっている訳ではなくて、現在進行形という感じなんですけど大学の方、心強いのは、おそらくほとんどの県でやられてると思います。社団の支部会と大学の地域医療推進課が各県にこられて、県人会と県行政が集まってする会があると思います。それと卒後指導の、うちでいうと、今日お見えの篠田先生がお見えになって、その場でちゃんと協議されたり、大学の後押しがきちんとなされて協議がなされます。そして、いろんな形でやっていただいているので、そういう場の活用で、必要であれば明文化、他県との比較。このようなことを、おそらく大学がやって下さっていると思うので、その辺が上手くいっていないのかどうかということ、大学の方は把握はされておられるでしょうか。

上沢 修 ・座長

梶井先生、いかがですか。

梶井 英治 自治医科大学教授 地域医療学センター長

非常にうまくいっている県と、それから今話に出てますように、実際なされていない県、さまざまなんです。それから大学としても、先ほどの文書のように、是非お願いしたいと。それから、毎年2回各都道府県の担当者が集まれる会があります。その会に同じ事ですけども、5年目、6年目に、1年または2年の後期研修をお願いしたいということはずっと言い続けてるんですね。それは、言い続ければそれが具現化されるかっていうと、決してそうじゃないと思います。

もう一つはですね、別の提示の仕方、例えば、これは義務の明けた人達がどんどん残っていけば、1人の後期研修、あるいは2人の後期研修の人達のゆとりが出てくる訳ですよ。結局、悪循環になってるんですよ。ですから、90%以上義務が明けて県に残る県もあります。半分に達しない県もある訳ですよ。そうすると、本当に地域の医療を良くしていくためには、医師が残ってくれるような環境を作っていかなければならないと思います。今多分、ちょっとそういう意味では後手に回っている県も、いろいろ考え始めているところではないかなという風に思います。逆に、そういうことをチャンスとしてですね、大学としてはいろいろな県の事例を示しながら、もっと強くお願いしていくということかなと思います。

上沢 修 ・座長

富永先生、いかがでしょう。

富永 眞一 自治医科大学医学部長

富永です。今梶井先生がおっしゃった通りだと思うんですけども。ちょっとピントがずれるかもしれないけど、僕物事を明るく考えるのが好きなので、後期研修の考え方なんですけど、例えばサバティカルみたいに、本当に自分の好きなことができる。理想を言えば、義務年限内に入って、給料も貰えてできるっていうのが理想だと思うんですけど、それは実情じゃなかなかうまくいかないでしょうから、長野県の例をお聞きして、つまり、必ずしも将来に、将来やらないかもしれない、必要ないかもしれないけど、今やってみたいと思うことができる環境っていうのはあってもいいんじゃないかな。ただ、それは長野県の場合もそうですけど、義務内に入らないし、義務にカウントしないし、それから給料も出ないと。でも、それでもやりたいっていう人はいるかもしれないですね。そういう自由度があってもいいかもしれないと思います。これ、大学として公式にそう言っちゃうとまずいかもしれない。私見なんですけど、私の個人的な意見ですけど、やっぱりそれ位明るいことがないと、結局将来残ってくれなくなるかな。若い、やりたいことがあるときに、必ずしも将来役に立たないかもしれないけど好きなことができるっていう環境があった方が、結局はプラスかなっていうような気がしております。

河田：ちょっとまた話が変わるかもしれませんが、今いろいろお話を伺っていて、やはり一つは明文化されるというようなことが非常に重要なことであるとよくわかります。それから、長野県でも知事が変わって担当が変わると方向が大きく変わると。そういう恣意的な部分があると、かなり現場にいる人達は困るといってもその通りだと思うんですね。今日、梶井先生が講演で最初にお話されましたように、行政職についておられる方が約4%おられる。行政職4%と言われても、その中のかなりは保健所関係であったりとかいう部分が多いと思うんですけども、自治医大できてもう30数年経たれてですね、実際の社会の中でも中枢に関わる人達が増えてこられたのも現実だと思うんですね。そういった中で、先ほど今徳島県では県の医療行政の中心に踏み込んでおられてる先生もいらっしゃる訳ですけども、そういった方がもっと増えてくることが一つは望ましいんじゃないかなというのが、今日だけではなくていろんな会に参加させていただいて、いろんな意見を伺ってる時に感じる事なんです。医療政策、自治医大の卒業生、それから地域医療というものを、かなり広い範囲で、かなり深く見ておられる方が、そういう実際の医療政策の立案ですとか、そういう長期的な展望を持った方向に何か意見を言っていたく方を増やすということがすごく大事なんじゃないかという気がします。それは、こういう後期研修をどういう風に位置付けるかだとか、それをどういう風に評価するかというようなことも含めてですね。やはり短期的な見方しかしておられない方が実際には非常に多いので、やはりそこでコロコロ変わっていくようだと安心して研修はできないし、そういう人は逆に残らないし、というような多分悪循環になっていくんだと思うんですね。

ですから、そういったところにもう少し働きかけるだとか、それから私は全く部外の、自治医大の卒業生ではありませんので、なかなか難しい部分もありますけれども、自治医大を卒業された先生方で、キャリアを積まれていかれた途中からでも、そういった医療行政といった方向にもう少し組み込んでいかれる方が増えたら、もう少し展開が変わるのではないかなという感じがして、お話を伺っていますけれども。

宮道 亮輔 ・発表者

そのために、どのような風に働きかけをしていくかが重要だと思うのです。例えばへき地に行く人が増えたらいいよねとか、行政に行く人が増えたほうがいいよね、というのは多分そうだと思うんです。そのために、じゃあ具体的にそれは大学がしなきゃいけないのか、県がそういう方向性を出していくのか、卒業生の中でお前行けよっていう風に雰囲気を出すのかよくわかりませんし、個人の資質に任せるのがいいのかどうかもよくわかりません。でも、個人の資質に任せて30年きてそういう方もいれば、そうじゃない県もあるってところで、今後はどういう風な働きかけをしていくのが良いのでしょうか？

河田：一つは、ですから私が感じているのは、今まではあまりそういうことが重視されてなかったと思うんですね。いかに実際の医療をやっていく現場の中で、医療政策がどれ位重要かというようなことを、もっとやっぱり知らしめるべきだと僕は思います。そういうことをすれば、自分達がやりたいこと、自分達の後輩がやりやすいことを、より実現するためにはどういうことをすればいいとか、だんだん形作られてくると思うんですね。今まで、あまりにも知らなかった問題があって、自分達の目の前のことに一生懸命ってというのは当然ある訳ですけども、それだけじゃないという部分が、ある程度年齢が上になってこられたりだとか、社会的な、今日も病院の管理職をなさってらっしゃる先生方が3分の1になるような卒業期もあるというお話もありましたけれども、やはりそういうことの中でだんだん見えてくる部分もあるんじゃないかと思うんですね。

ですから、ある面では、そういったことを発信するというか、こういうことが重要なんだ。自分達の地域医療を充実させるためにはこういうことが重要なんだ、ということは、どこかで声を上げることがまず最初なんじゃないかなという風に思います。お前やれとか、誰それやれ、それはまだ難しいと思うんですね。

島：データがないとね、大学から県にプレッシャーをかけにくいので、例えば後期研修をちゃんとしてないところは応募者がどんどん減ってるとか、もしくは返還してる人が多いんだ、というような因果関係があるのかどうかというのは、大学にデータはあるんですか。そうすれば、そういう県では不足してるから土地に根付かないんだと。もしくは、返還してしまうんだと、いうようなことを言えば、後期研修医をもっと入れようとなると思うんですね。それが一つ、言葉の点ではあると思います。

もう一点は、さっき木畑先生もやられたんで僕は感心しましたが、後期研修って名前はついてるけど、実は実務だけで何も研修になってないというのもあるし、本人が思って研修になっているかどうかというのは、本人しかわからない満足度っていうのはあるんですけども、それでどんなデータがあれば後期研修っていう風にみんな思うのかな、と僕は思ったんですけど。

例えば、先ほどがんセンターの話が出ましたけれども、がんセンターは2年終わった研修をする3年目の方から7年目の方は受け入れはできるんですけど。ところが、1年とか2年で来るという方は向こうでは嫌がるんですね。戦力にならないからということ。だから、3年目、4年目、5年目、6年目、7年目までを続けて、もしくは3年以降来れる方を望んでいらっしゃる。そ

れ以上の方、8年目、9年目以降は、研修医としてのポジションはなくて、10年越えた人っていうのはスタッフしかいないんですよ。だから、実力がある人しか採らないとなっちゃうから、要するに、7年目までしか外からの研修っていうのをまとめて1年とか2年とかしか受け入れてないですね。

ただ、今、癌治療医に関するいろんなカリキュラムが全部変わってきてるので、3ヶ月とか6ヶ月とか不定期でも受け入れるようには、だんだんやわらかくなってきています。と言いますのは、大学の方で引き上げちゃったんで、がんセンターもがんセンター東も実はレジデントに欠員が生じてるんです、すでに。ですから、それはまたちょっと別の問題ですけども、いい研修ができるかどうかはわからないですけど、そういう情報が必要だということであれば、僕ら一応都内でそういう話し合いをしてるので、そういうことをお知らせすることはできると。ただそれを、どういう風に、どんな人にお知らせすればうまく伝わるのかと。先程、木畑先生が大腸ファイバーを研修したいと言ったけど、確かに昭和北部が一番だということにはわからないですよ。もっと違うところもあったのかもしれないし。ただ、たまたま成功だったんで良かったと思うんですけど、それを後輩達が行くときに何か情報を言ってあげて。先生が行ったから今度は先生の話を聞いて、先生が行ったところへ行かしてあげればそれでいいと思うんですけど。それは、底上げのためには大学にそういったデータがないと、県にはプレッシャーをかけられないから、まずはそれをやらないとしょうがないかなと。今度は後期研修で時間をもらえるのであれば、やっぱりレベルの内容をきちっとしていかないと、症例数がどうなのかとか、検査やらせてもらえるのかとか、給料貰えるのかどうかとか、ローテーションがちゃんと希望通りできるのかとか、専門資格をくれるのかとか、そんな類のことですよ。そういったことを具体的に何か指定してもらえると、こちらもしやすいなあという風に思うんですけど。

梶井 英治 自治医科大学教授 地域医療学センター長

梶先生の話で、データということがありましたけども、これはもう各47都道府県わかってると思います。なぜならば、やっぱりうまくいっているところはうまくいっているというの認知してますので。ですからそれを自分達のところでうまくできるかどうかという、今そういうレベルだと思います。

だから、例えば高知県とかはですね、全く発想の転換をしてる訳ですよ。県が研修をさせるとかじゃなくて、それは県と卒業生を中心とした地域医療になってる医師の集まりと、それからへき地を抱えてる市町村。そこがうまく話し合いをしてるんですね。そして、後期研修の費用もそこから市町村が積み立ててるんです。だから、高知県はどこ行ってもいいですよ、という中に、海外がありますよね。

ですから、そういう発想の転換っていうのがあって、高知県の人が残る人が増えてきたというようなことで、私自身はこれは一つのモデルだということで、いろんな県にもお伝えしてますし、そういうようなことをですね、これからそれぞれの県の特性に合わせて検討していくということだと思います。

それから、宮道先生が素晴らしい活動をしておりますけども、それを個人の活動じゃなくて、県全体としての財産にしていく必要があると思うんですよ。そういう意味では、個人ではなく

て、みんなで力を合わせてやっていくという、今そういう時代だと思いますし、県が何かトップダウンで物事を進めていくと、結果どうなるか、ということはもうわかっている時代ですから、それは卒業生がきちっとやっぱり言うていくということもですね、大事ななという風に思うんですけど。もちろん。

発言：そうすると、さっき彼が言った10とか17のできない理由っていうのは、もう原因わかってるんですか。

梶井 英治 自治医科大学教授 地域医療学センター長

わかっていますね。ですから、何でっていうのはわかりません。ですから、県の立場としてですね、そのスイッチが切り替えられるかどうかだと思うんです。従来型の何でもトップダウンで決めていくんだということでは、今は多分医療そのものがそういう風な時代ではなくなってきていると思うんですよね。やっぱり限られた資源を有効に使うためにどうしたらいいかっていうことで、皆さんの知恵を集めたり、意識を変えたりしていくっていう時代ですから、そういうことをきちっとお伝えしていかなければ私達もいけないなと思います。

上沢 修 ・座長

先ほど河田先生からありまして、県の職員っていうのは大体2年で代わってますから、そこに3年いるともう生き字引です。ほとんどその担当者に聞いてきますから、いわゆるそういう人はもう、3年いてくれたらその人は勇退になります。そういう人は、何らかの形で歓迎するような形のものをどこの県にも広まっていただければなあと思いますけど、トップが変わればどうなるかわからないというのが現実にあります。

上沢 修 ・座長

時間がおして参りましたが、活発なディスカッションいただきましてありがとうございました。

結論は出ないんですけども、基本的には義務年限終了後もですね、県に必要とされる人材になるためには、やはり後期研修の、選択科目は基本的には個人の選択に任せますけども、そういうためには後期研修のシステムをもう少ししっかりして、各都道府県ごとの私見はあるけども、それを改善する方向に努めていきたいということですね。

それから、そのためには、各県の中で医療政策に携わるような人を、何とか入ってもらって、後期研修含めて、前提の医療政策について嘆願できるような形を作っていただきたいと。大学はそういう後期研修が十分に整っていないような県に対しては、またそういうような体制が取れるような何らかの働きかけをもう少し強くしていただきたいというかたちで、まとめさせていただきますと思います。

どうもありがとうございました。



●●● 「後期研修」の位置づけ 私見

- 個々のキャリア向上
- 地域(都道府県)の医療の向上
- 同 不足する医療分野の確保
- 総合医の再生産
- 研究者の確保
- (地域(都道府県)へのつなぎとめ)



●●● 「後期研修」の現状 身分

○(都道府)県職 *1	41
○市町村職 *2	1
○研修先による *3	4
○その他 *4	2

*1 佐賀 唐津赤十字病院の場合
 *2 高知
 *3 佐賀 大学病院の場合
 *4 広島 県職と併任 長崎 離島医療権限合職員

●●● 「後期研修」と義務年限

後期研修期間を義務年限に

○含む	37
○県内は含む	2(福島、群馬)
○年次による	2(広島、長崎)
○含まない	6

●●● 「後期研修」と義務年限

後期研修期間を義務年限に

○含む	37
○県内は含む	2(福島、群馬)
○年次による	2(広島、長崎)
○含まない	6

●●● 「後期研修」と義務年限

後期研修期間を義務年限に

○含む	37
○県内は含む	2(福島、群馬)
○年次による	2(広島、長崎)
○含まない	6

●●● 「後期研修」の位置づけ 私見

- 個々のキャリア向上
- 地域(都道府県)の医療の向上
- 同 不足する医療分野の確保
- 総合医の再生産
- 研究者の確保
- (地域(都道府県)へのつなぎとめ)



●●● 「後期研修」の現状 給与

	県内	県外
県職	31	14
出張	2	4
休職 無給	1	2
休職 5~7割支給	2	4
休職 その他	4	1
その他(研修先による)	7	9
空欄	0	13
合計	47	47

●●● 「後期研修」の現状 給与

	県内	県外
県職	31	14
出張	2	4
休職 無給	1	2
休職 5~7割支給	2	4
休職 その他	4	1
その他(研修先による)	7	9
空欄	0	13
合計	47	47

●●● 「後期研修」の位置づけ 私見

- 個々のキャリア向上
- 地域(都道府県)の医療の向上
- 同 不足する医療分野の確保
- 総合医の再生産
- 研究者の確保
- (地域(都道府県)へのつなぎとめ)



●●● 「後期研修」の実施機関

指定なし	0
地元医大・医学部でも可能	22
県内に限る	18
大学病院では不可能	16
大学病院で可能	31
自治医大でも可能	24



●●● 「後期研修」の実施機関

指定なし	0
地元医大・医学部でも可能	22
県内に限る	18
大学病院では不可能	16
大学病院で可能	31
自治医大でも可能	24



●●● 「後期研修」の位置づけ 私見

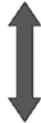
- 個々のキャリア向上
- 地域(都道府県)の医療の向上
- 同 不足する医療分野の確保
- 総合医の再生産
- 研究者の確保
- (地域(都道府県)へのつなぎとめ)

●●● 「後期研修」の位置づけ 提言

- 個々のキャリア向上
- 地域(都道府県)の医療の向上
- 同 不足する医療分野の確保
- 総合医の再生産
- 研究者の確保
- (地域(都道府県)へのつなぎとめ)

●●● 「後期研修」の位置づけ 提言

- 個々のキャリア向上
- 地域(都道府県)の医療の向上
- 同 不足する医療分野の確保
- 総合医の再生産
- 研究者の確保
- (地域(都道府県)へのつなぎとめ)



●●● 「後期研修」の位置づけ 提言

- 個々のキャリア向上
- 地域(都道府県)の医療の向上
- 同 不足する医療分野の確保
- 総合医の再生産
- 研究者の確保
- (地域(都道府県)へのつなぎとめ)



<p>●●● 「後期研修」の位置づけ 提言</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個々のキャリア向上 ○ 地域(都道府県)の医療の向上 ○ 同 不足する医療分野の確保 ○ 総合医の再生産 ○ 研究者の確保 ○ (地域(都道府県)での活躍、発展) 	<p>●●● 「後期研修」の位置づけ 提言</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個々のキャリア向上 ○ 地域(都道府県)の医療の向上 ○ 同 不足する医療分野の確保 ○ 総合医の再生産 ○ 研究者の確保 ○ (地域(都道府県)へのつなぎとめ)
<p>●●● 自治医科大学の公式見解</p> <p>自医大第154号 昭和57年12月23日 宛て先 県知事 殿 差出人 理事長 林忠雄 学長 中尾 喜久 タイトル 自治医科大学卒業生の後期研修 及び 教員の後継者確保について(依頼)</p>	<p>●●● 後期研修及び教員の後継者確保について(趣意書)前半</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 生涯教育の必要性 ○ 卒業生の現状 身近な指導者に恵まれない ○ 後期研修の意義 卒後5-6年目という最も指導と訓練を要する時期に、地域住民のニーズに即した専門診療科と地域医療を含む分野の長期研修を1年以上行うことが必須 ○ そのことが地域医療に挺身する気概と意欲を高揚させ、ひいては地域住民のための質的に高度な医療をもたらす近道であると確信する
<p>●●● 後期研修及び教員の後継者確保について(趣意書)後半</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 教員の後継者確保について ○ 本学の教授陣は、開学後10年を経て高齢化の兆し ○ 地域医療の現場を身をもって経験した本学卒業生を確保し、彼らが実践的に体験した地域医療の実情を踏まえながら後輩の指導教育と地域医療の発展に寄与していくことが極めて必要である 	<p>●●● つづき</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 卒業後5-6年を経過した時期は、医学研究や診療のみならず地域医療学に対する取組みも意欲的であり頭脳も柔軟であります。 ○ この時期に後継者教育に取り組まない限り、都道府県が地域医療を充実しようとして設立した自治医科大学を支えるにふさわしい教員を育てることは困難 ○ 本学の教員の一部に本学の卒業生を加えて本学の教育指導体制を揺るぎないものにすることが、長い目で見た場合、真の地域医療の向上に連なることになる

徳島県における 自治医科大学卒業医師の 卒後研修の実際

徳島県 9期卒
鎌村好孝
徳島県 保健福祉部医療政策課医療環境整備室
徳島県立中央病院 地域医療科



徳島県における 自治医科大学卒業医師の 卒後研修の実際

これまでの研修
そして県にとって望ましい研修とは
〈あくまで私見として〉

卒業生本人にとって
ちゃんとした
キャリアになるか！？

これまでの研修
そして県にとって望ましい研修とは

単に県にとって
都合がいいだけでなく

お互いに
満足できるような
卒後研修を！

県内(地元)でやるより
県外で、より良い研修をしたら・・・。

専門医志向がさらに強くなるとともに
地域のみならず県を離れてしまうことが
加速しないか？

という不安はある！
のは事実。

専門医でも
産科・小児科・外科・麻酔科・救急
なら歓迎？！

専門医としても県の地域医療を！
できれば、総合診療医として熟成し
専門医達とともに
県の地域医療を支えてほしい。

徳島県における卒後研修
～これまで～

徳島県における卒業後の
基本ローテーション

臨床研修	へき地医療拠点病院	へき地診療所等	後期研修	へき地診療所等	
県立中央病院					義務年限終了
卒業	2年	2年	1年	2年	

- 徳島県における卒後の研修**
- 1) 臨床研修(1～2年目): 県立中央病院
 - 2) へき地医療拠点病院(3～4年目)
: 県立三好・海部病院
(いずれかで各診療科専門医として研修・勤務)
 - 3) へき地医療機関(5～6年目): 週に1日研修日
(希望する研修可能: 県立病院や大学等)
 - 4) 後期研修(7年目): 後記
 - 5) へき地医療機関(8～9年目): 週に1日研修日
(希望する研修可能: 県立病院や大学等)

徳島県における卒後の研修
へき地医療機関勤務時期

- ・卒後5～6年目、8～9年目
- ・原則として、週に1日研修日確保
(県から市町村派遣の際、約束)
- ・研修機関と内容
基本的には本人の希望優先(可能な範囲で)
例: 昔は、徳島大学で基礎研究・実験等。
途中からは、県立病院等で臨床研修
(内視鏡検査やエコー検査等)増加。
(毎週、車で片道1～2時間以上運転)
- ・技術修得による地域住民への還元と、モチベーション維持のためにも、今後も維持。

徳島県における後期研修
～これまで～

原則として、卒後7年目に1年間。

- * 義務年限内としてカウント。
- * 場合によって、後年にずれることあり。
- * 卒業後すぐ、徳島大学の医局に全員入局
(臨床研修制度始まるまで)
(現在は、入局しない)。
- * 徳島大学で、博士号取得のための研究も可能。
- * 初期の頃、後期研修機関としては、徳島大学と自治医大のみ可能。

徳島県における後期研修
～これまで～

1期生～(多くは)
徳島大学の各医局で基礎研究・臨床。
初期は、徳島大学にて博士号取得者複数あり。

一部(2期生1名)
自治医大にて外科臨床の研修。

徳島県における後期研修
～これまで～

その後も～(多くは)
徳島大学の各医局で基礎研究・臨床。
博士号取得者も複数あり。

一部(7期生1名)
はじめて県立病院で臨床の研修。
その後数名。しばらく希望者続く。

一部(12期生1名)
義務途中で、自治医大の大学院入学。

**徳島県における後期研修
～これまで～**

18期生～(最近になって)
自治医大・さいたま医療センターでの
後期研修実施者増加(内科・外科)。

* できることなら、医師不足の折、
県内で研修してほしい。
しかし、一度は県外での研修機会があった方が
将来にプラス！？(本人次第ではあるが)
さらに高度先進医療・専門医療を研修可能。
母校での研修は、さらにモチベーションアップ！

**徳島県における後期研修
～これまで、確認～**

原則として、卒後7年目に1年間。

- * 義務年限内としてカウント。
- * 場合によって、後年にずれることあり。
- * 過去、卒業後すぐ、徳島大学の医局に全員入局。
- * 徳島大学で、博士号取得のための研究も可能。
- * 最近は、基礎研究よりも臨床研修を重視傾向。
(専門医取得志向か)
- * これまでの研修機関としては、徳島大学、
自治医大、さいたま医療センター、
県立中央病院、県立三好病院、
徳島赤十字病院。

**徳島県出身者の後期研修
(卒後7年目)**

本人の
意欲も

自治医科大学
&
さいたま医療センター
での
研修者の増加！
～この8年間で8人～
(従来は ほとんどが県内で。
過去に少数のみ自治医大)

県の理解
のもと



自治医科大学 **さいたま医療センター**

徳島県における後期研修

徳島大学・病院: 28人
臨床研修+基礎研究: 26人
 主に臨床: 1人
 主に基礎研究: 1人
 県立病院: 4人
 日赤病院: 1人
 自治医科大学: 6人
 さいたま医療センター: 3人
 その他: 4人
 取得せず・途中退職・不明: 3人

徳島県における後期研修

	1~10期	~20期	~25期
徳島大学・病院	16人	11人	1人
県立病院	1人	3人	
日赤病院		1人	
自治医科大学	1人	1人	4人
さいたま医療センター		1人	2人
その他: 4人			
取得せず・途中退職: 3人			

**徳島県における後期研修
～歴史～**

初期: 徳島大学での研修が、ごく自然の流れ

↓

中期: 県立病院含めて研修先の多様化容認

↓

最近: 本人の希望により自治医大・
さいたま医療センターの増加

**徳島県における後期研修
～義務年限修了者～
現在の勤務地**

	県内(県職員・へき地)	県外
徳島大学・病院	20人(9人・1人(+1人))	7人
県立病院	3人(1人・0人)	1人
日赤病院	1人(0人・0人)	
自治医科大学	1人(1人・0人)	2人
さいたま医療センター	1人(0人・0人)	

今後、自治医大関係で研修した県人は
果たして、どうするのか？ 期待と不安。

私が徳島県出身の自治医大卒業医師に
望む後期研修

(* 将来的には、新たな別の道に進むかもしれない)

県として

- ・県内の公立医療機関に残ってほしい。
県内の医師不足解消のために！
- ・そのためにも、本人の希望する研修を！
モチベーション維持。技術修得。

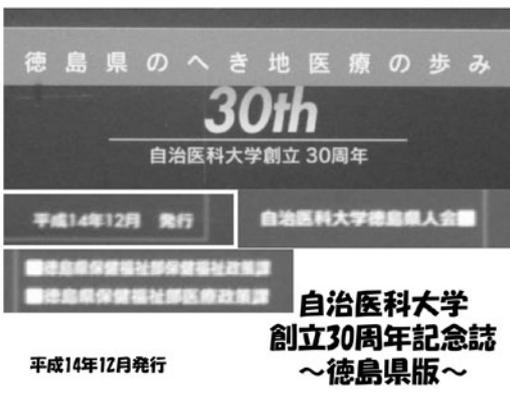
先輩として

- ・県内の医療機関から(本心から)、
来てほしいといわれる資質を身につけてほしい！
- ・そのための研修をしてほしい。
義務内で遅れた分を取り戻し、追い越すくらい。

ちなみに
私は、以下を併任

徳島県保健福祉部医療健康政策課
医療健康政策課長

徳島県の
ホームページを
ご覧ください。
「とくしま医師バンク」HPに
て
メールマガジン配信
登録お待ちしております！
専任担当者
へき地医療支援・代診・出張診療等



自治医科大学創立30周年記念
徳島県祝賀会

平成14年1月19日
徳島プリンスホテル

学長記念講演
高久史磨 学長先生

祝賀会
祝辞
自治医科大学 高久 史磨 学長
木沢村 中東 利延 村長
徳島県医師会 鈴江 襄治 会長
徳島県保健福祉部 神野 俊 部長

乾杯
徳島立中央病院 仁木 敏晴 院長
万歳三唱
木頭村診療所 伊藤 薫 事務長



<p>自治医大地域医療フォーラム2008 第二分科会</p> <h2>「後期研修のあり方」 ～県外で研修中の立場から～</h2> <p>長野県衛生部医療政策課 昭和大学横浜市北部病院消化器センター 木畑 穰(長野23期)</p>	<h2>後期研修とは</h2> <p>義務年限内の自治医大卒業生がへき地等で勤務する中で、地域医療のための技術、知識を、blush upする機会として義務年限内に行う研修のことを示す。</p> <p>現行の臨床研修制度における、3年目以降の研修(一般的には3年目から5年目まで)とは、全く異なる概念である。</p>
<h2>長野県でのルール</h2> <ul style="list-style-type: none"> ・後期研修は連続する2年間を原則 ・「国内で」、かつ、「臨床に関すること」が原則 ・研修中の給与は、県から支給される(初任給調整手当てを含む) ・義務年限には算入しない ・「国外での研修」and/or「基礎医学の研修」も許されるが、その場合は無給とする。 	<h2>長野県でのモデルケース</h2> <p>1,2年目 県立須坂病院でローテート研修 3,4,5年目 希望する科で、研修のできる病院(症例数、指導医など)で勤務 6,7年目 へき地小病院、診療所など 8,9年目 後期研修(義務年限外) 10,11年目 へき地小病院、診療所など</p>
<h2>長野モデルの狙い</h2> <ul style="list-style-type: none"> ・医師不足が深刻なので、卒業生の定着が必要。 ・そのためには9(+2)年で、ある程度成長した医師が完成しなければならない。 ・しかし、現在の医師不足も深刻であり、へき地への派遣も重要。 ・義務内の医師が行うべきへき地医療と、医師の研修の妥協点がこのモデルなのではなかろうか。 	<h2>私の経歴</h2> <p>1年目～ 自治医科大学付属病院 2年目途中 信州大学付属病院(第二内科) 3、4年目 県立木曽病院(医師20名、200床) 5、6年目 町立千曲病院(医師4名、116床) 7、8年目 阿智村浪合診療所(人口700人) 9年目～ 後期研修(現職) 11年目 長野県内公的医療機関(予定)</p>
<h2>私の後期研修(1)</h2> <p>当初の考え</p> <ul style="list-style-type: none"> ・義務明けは県内の公立病院勤務を希望。 ・しかし、長野県でも「医局支配」は強力。 ・信州大学とかかわり無ければ、主要な病院での勤務は困難だろう。 ・ならば、「顔つなぎ」の意味もこめて、信州大学で研修する以外の選択はないだろう。 	<h2>私の後期研修(2)</h2> <ul style="list-style-type: none"> ・新臨床研修制度などで、医局制度が脆弱化。 ・現場で見ていると、大学からの派遣医師の引き上げは激しかった。 ・主要な病院でも、医師不足が発生。 <p>→医局関係なく働けるような気がした。</p>

私の後期研修(3)

私の目標

「何でも(一応)診れる内科医になる」
「特に内視鏡はきちんとできるようになりたい。」

総合医としての研修をするか？
内視鏡の研修をするか？

昭和大学横浜市北部病院 消化器センターでの研修

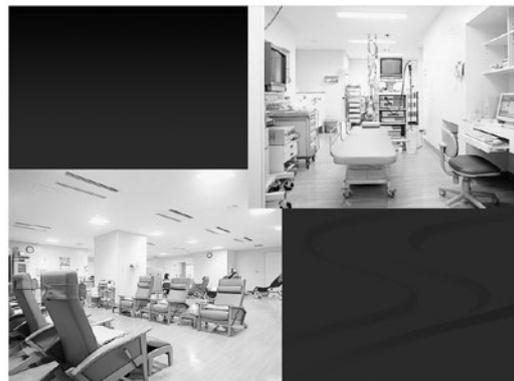
・センター長 工藤進英教授

主な研究内容

早期大腸癌の診断と治療
特殊光観察、拡大内視鏡の研究
(軸保持短縮法の指導)



Monitoring room



研修を始めてからの感想

- ・出身大学、経歴、卒業年度などにかかわらず、公平に扱われる印象が強い。
- ・上部、下部の全例を、NBI、拡大つきの内視鏡で行うなど、好環境で検査ができる。
- ・学会発表の機会も多い。……
- ・いろいろな環境の先生と仕事をする事の刺激が得られる。

県外(?)で研修することは

メリット:「知り合いがいる」または「つてがある」という条件をはずすことで、自分にとって最高の環境を探すことができる。主体的に研修にあたる。

デメリット:自分で全ての交渉をしなければならない。場合によっては、受け入れてもらえなかったり、思うような研修ができない可能性がある。

理想の後期研修とは

▼義務外になる場合

自分のキャリアパスを考えて、最良の環境を考えるのが良いのではないか。そのためには選択肢は広いほうが良いと考える。

▼義務に参入される場合

その間も、「県の地域医療」のために仕事をしないといけないので、県外には出れない。制限のなかで、より良い研修を目指したい。

▼いずれの場合も規定を明確化して不公平感が生じないようにすることが重要。

結語

長野県の後期研修のルールを説明した。

私の経歴と、現研修先などを紹介した。

私見だが、後期研修のシステムは、広い選択肢があることが良いのではないか。

自治医大生と後期研修

宮道 亮輔 (愛知県25期)

岡崎市民病院 救命救急センター (総合内科/救命救急科)

自治医大地域医療フォーラム2008

今日の内容

- ・ 宮道とは
- ・ 自治卒業生と若手家庭医アンケート
- ・ 考察と結語

自治医大地域医療フォーラム2008

宮道とは

- ・ 2002年3月 自治医科大学卒業 (愛知県25期生)
 - 日光研修に行きました (; ' ヽ')
- ・ 2002年4月~ 岡崎市民病院で初期研修
 - 愛知県では伝統的に名古屋第一/第二赤十字病院か岡崎市民病院で初期研修を行う
 - いずれもスーパーローテーション研修
- ・ 2004年4月~ 額田町国保宮崎診療所所長
 - 週に1日岡崎市民病院でER等の研修
- ・ 2007年4月~ 岡崎市民病院で後期研修中
 - 総合内科/ER業務に従事している

自治医大地域医療フォーラム2008

後期研修の内容? (現在の業務-1)

- ・ 週2日の総合内科外来
 - 院長/内科系副院長/医局長次のおちさん達と分担
 - 統括はなぜか宮道
- ・ 週3日のER業務
 - 1次~3次まで受け入れ、トリアージ/初期治療を行う
 - ER受診患者数は、約3,8000件/年(うち救急車約8,400台)
- ・ 科の決まらない人の入院
 - 他の救急科医師3人と分担
 - 蘇生後、中重や不明熱、原因不明の〇〇等

自治医大地域医療フォーラム2008

後期研修の内容? (現在の業務-2)

- ・ 研修医教育
 - メンター役、各種勉強会の管理/運営など
- ・ 各種委員会業務
 - 研修指導委員会、救命センター運営委員会、災害対策委員会、蘇生標準化委員会、文化活動委員会、感染対策委員会、など
- ・ その他趣味
 - ICLS,BLS,ACLS,ITLS,JPTEC,ISLS,T&Aなどシミュレーションコースの企画/運営/立ち上げ、インストラクター教育
 - 講演/執筆依頼は断らない(将来の印税生活のため)
 - 大学院(名古屋大学)、医療人GP(慈恵医大)などで研究

自治医大地域医療フォーラム2008

他の人にも聞いてみた

【目的】
若手医師の後期研修状況や今後の不安を探る

【対象】
自治医大卒業生+家庭医療学会の若手医師

【方法】
ウェブアンケートを用いた質問紙(?)調査

自治医大地域医療フォーラム2008

アンケート結果-1

- ・ 回答率: 11.9% (回答数: 70人)
 - 自治医大24期-26期生: 46人/約300人
 - 家庭医療学会若手(ML登録者): 24人/288人
 - 重複した人は自治医大生として扱った
- ・ 現在の専門領域 (複数回答可)
 - 自治医大卒業生: ジェネラル 19人 (41.3%)
 - ・ その他、内科系 16人、外科系 10人、小児科 5人、救急 3人、整形外科 3人、など
 - 家庭医療学会若手 - ジェネラル 23人 (95.8%)
 - ・ その他、外科系 1人

自治医大地域医療フォーラム2008

アンケート結果-2

●現在の仕事の満足度について

	満足	やや満足	やや不満	不満
自治卒業生	26.1%	43.5%	21.7%	8.7%
うちジェネラル医	31.6%	42.1%	21.1%	5.3%
若手家庭医	50.0%	45.8%	4.2%	0.0%

●将来への不安について

	ない	気にならない	気になる	かなりある
自治卒業生	8.7%	37.0%	30.4%	23.9%
うちジェネラル医	10.5%	52.6%	21.1%	15.8%
若手家庭医	16.7%	75.0%	0.0%	8.3%

自治医大地域医療フォーラム2008

アンケート結果-2

●現在の仕事の満足度について

	満足	やや満足	やや不満足	不満足
自治卒業生	26.1%	43.5%	21.7%	8.7%
うちジェネラル医	31.0%	42.1%	21.1%	5.9%
若手家庭医	50.0%	45.8%	4.2%	0.0%

●将来への不安について

	ない	気にならない	気になる	かなりある
自治卒業生	8.7%	37.0%	30.4%	23.9%
うちジェネラル医	10.5%	52.6%	21.1%	15.8%
若手家庭医	16.7%	75.0%	0.0%	8.3%

Copyright © 2008 Ryoosuke Miyazaki. All Rights Reserved.

自治医大地域医療フォーラム2008

アンケート結果-3

●志望科を決定した時期

	学生時	初期研修時	3-5年目	それ以降	無回答
自治卒業生	34.8%	52.2%	6.5%	4.3%	2.2%
うちジェネラル医	21.1%	57.9%	10.5%	10.5%	0.0%
若手家庭医	54.2%	25.0%	16.7%	4.2%	0.0%

●専門教育の有無

	あり	なし
自治卒業生	54.3%	45.7%
うちジェネラル医	52.6%	47.4%
若手家庭医	100.0%	0.0%

Copyright © 2008 Ryoosuke Miyazaki. All Rights Reserved.

自治医大地域医療フォーラム2008

アンケート結果-3

●志望科を決定した時期

	学生時	初期研修時	3-5年目	それ以降	無回答
自治卒業生	34.8%	52.2%	6.5%	4.3%	2.2%
うちジェネラル医	21.1%	57.9%	10.5%	10.5%	0.0%
若手家庭医	54.2%	25.0%	16.7%	4.2%	0.0%

●専門教育の有無

	あり	なし
自治卒業生	54.3%	45.7%
うちジェネラル医	52.6%	47.4%
若手家庭医	100.0%	0.0%

Copyright © 2008 Ryoosuke Miyazaki. All Rights Reserved.

自治医大地域医療フォーラム2008

アンケート結果-3

●志望科を決定した時期

	学生時	初期研修時	3-5年目	それ以降	無回答
自治卒業生	34.8%	52.2%	6.5%	4.3%	2.2%
うちジェネラル医	21.1%	57.9%	10.5%	10.5%	0.0%
若手家庭医	54.2%	25.0%	16.7%	4.2%	0.0%

●専門教育の有無

	あり	なし
自治卒業生	54.3%	45.7%
うちジェネラル医	52.6%	47.4%
若手家庭医	100.0%	0.0%

ジェネラルの専門教育を受けた自治卒業生はほとんどいない

Copyright © 2008 Ryoosuke Miyazaki. All Rights Reserved.

自治医大地域医療フォーラム2008

ちなみに…

- 診療所時代に研修医学習資料を作成
 - 地域医療/家庭医療とは
 - 医療面接
 - 行動科学
 - 臨床倫理
 - 臨床疫学など

患者に接する際のアプローチ手法

●基本姿勢

●基本アプローチ手法

●基本姿勢

●基本アプローチ手法

Copyright © 2008 Ryoosuke Miyazaki. All Rights Reserved.

自治医大地域医療フォーラム2008

考察

- 本人-都道府県がWIN-WINの関係になるには、ジェネラル志向の方が良さそう
 - 実は何科に進んでも重宝されているのだが…
- 初期研修時代に興味を持たせるのが良さそう
- 既存の教育体制が利用できる専門科と比べて、ジェネラル科は教育体制が整っていない
 - 県や卒業生で整える事ができればHappy
 - 地域の現場だけが卒業生の働き場所ではない

Copyright © 2008 Ryoosuke Miyazaki. All Rights Reserved.

自治医大地域医療フォーラム2008

結語

- 宮道はやりたい事をやっている
- 現場での負担を減らすためにも後期研修は必要である
- ジェネラル科の研修を充実させる必要がある
 - 初期研修の充実
 - 後期研修の充実
 - ロールモデルとしての卒業生の存在も重要

Copyright © 2008 Ryoosuke Miyazaki. All Rights Reserved.

自治医大地域医療フォーラム2008

何か質問はありませんか？



Copyright © 2008 Ryoosuke Miyazaki. All Rights Reserved.

第3分科会

「へき地勤務と子育て」

座長 小林 英司
発表者 湯村 和子
米野 利江
豊田 典子
上田 真寿
新井 由季

小林 英司 ・座長

最初に自己紹介させていただきたいと思いますが、私は自治医大5期卒（昭和57年卒）の新潟出身の小林と申します。分子病態治療研究センターという、舌を嚙そうな長い名前の研究センターで臓器置換研究部という部署の教授をやっています。自治医大の現状説明の中に、出てこなかったことですが、高久先生が第2代学長として赴任なさったのを機に旧血液学研究所を統廃合しました。5つの血液に関する講座を1つのセンター化しトランスレーショナルリサーチを展開するところにして、ちょうど10年になります。

何で私が第3分科会の座長をおおせつかったかなんですが、私が卒業生同士で結婚しているからだと思います。それから卒後指導委員会という組織がありまして、13年間卒後指導委員やってきたからだと思います。実はその委員会の中で5年ほど前から卒業生の中で女性の数が増えるとともに応じて離脱者が多くなってるんじゃないか、という懸念がありました。個人的には、それは違うということを証明しようとした経緯があります。

そこで具体的な活動として、一昨年から卒後指導委員会の下にワーキンググループを立ち上げて、私が座長を務めさせていただきました。折しも塚原先生が大学の卒後指導部長になられたので加わっていただきました。自治医大の意思決定諮問機関に、企画委員会というのがあるんですが、その問題を討議して、企画委員会に方針を出させてもらいました。その基礎情報になったのが大木先生が、2006年に医事新報に出された卒業生の動向の調査報告です。

地域医療に従事しながらお子さんを育てている現状を、自治医大は2002年に既に他の大学が把握してない部分まで把握していたんです。今後この資料を見てどういうことが必要かということ、論議する場が必要だということで、この地域フォーラムの第3分科会で論議しようということになりました。

もう一つ女性医師支援に関わることは、昨年オープンしたんですが、文科省医療人GPの自治医科大学女性医師支援機構です。自治医大卒業生の女性医師だけの問題ではなくて、自治医大自身が男女ともに子育てをしながら働く環境を良くして、大学病院の中でも女性が明るく仕事ができるような場にするべきだと提案させていただきました。自治医大でのロールモデルを全国の卒

業生に展開できればと企画いたしました。医療人GPという国の助成金がありまして、その企画を申し込みましたら見事合格、私立医科大学では唯一自治医科大学が受かりました。

話は長くなりましたが、今、自治医科大学でそのプログラムを展開しています。種々の観点から「自治医科大学女性サポートシステム」というので動いています。その現状をまずご講演願いたいと思います。コーディネーター役を引き受けていただいた湯村和子教授にその話をしていた後で、へき地における子育てとへき地勤務の問題について論議したいと思います。論議が活発化するようフローチャートを作っておりますので、皆様方に活発に発言していただきたいと思っています。

それでは自治医科大学の女性支援の取り組みについて、湯村教授にご発表願いたいと思います。皆さんに活発に討議していただきたいので、すぐに討議に入ろうかと思っています。どうぞ宜しくお願いします。

湯村 和子 ・発表者

では、文科省医療人GPで女性医師支援を受けている現状をお話します。

まず、このプランがどういう風にして立ち上がったかという経緯です。去年の7月に文科省医療人GPで採択され、その後10月から自治医大に女性医師支援センターが開設されました。もともとは、自治医大の卒業生が女性が341人に達し、仕事と育児で大変苦勞していることや、自治医大の中の若い女性勤務医が増えてきており、研修医にいたっては50%が女性です。結婚・出産・育児などのいろいろな悩みを抱えながら医師としての仕事をしているという状況がある訳です。

女性医師支援センターの体制は、学長の支援の下トップは病院長ということで、センター長は小児科の桃井先生にやっています。私は専任コーディネーターということで、育児支援はNPOの方に協力していただいています。病院側としては、人事課、経営管理課、地域医療推進課のサポートを得ながらやっております。

この支援は、「就業継続支援」「育児支援」「復職支援」というのが大きい3本柱ですが、それぞれどういう風に進んでるかということをお話していきます。

1つは短時間勤務での支援ということで、労働時間は労働基準法で1週間40時間ということなので、とりあえず事務方の方もキリがいいので20時間にしようということで、短時間勤務が始まっています。これは昨今の深刻な医師不足の中で、ということも文言にも盛り込まれておりまして、女性医師が育児休暇の後、辞めたりしないで短時間勤務に入れる。女性医師のみならず男性医師の適用もあります。規約をお示しします。勤務時間が半分なので、給料も半分ということになっております。今9名の先生方が短時間勤務をしています。科はいろいろな科にまたがってまして、ここで気付くのは、比較的年齢が高い方がいらっしゃるなという感じなのです。短時間勤務では「就学前のお子さんをもっている」ということになってますが、厚生労働省の方も育児支援に関しましては大体10歳位までということになりつつありますので、小学校低学年までのお子さんを育てている先生がいらしたらこういう勤務に入れるように規約を改正していきたいと思っています。

今20時間という勤務時間になっていますが、先々はその方の希望に応じて、30時間とか25時間

というような短時間勤務にしていこうと考えてます。

それぞれの先生方の勤務は、科の特性、個人の希望を反映して、例えば血液科の先生は各曜日4時間毎日勤務している、というような勤務状況でやっていただいています。

広報を支援していただいています塚原先生です。ニュースレターを今年の4月から発行するところまで行き着きました。1号のニュースレターは去年の11月に初めて育児短時間勤務の先生が出たということで、その先生のいろいろなお話を聞いたりしております。

あと、ワークショップの開催もしております。今まで科（医局）の実情はよくわからないとことがあったんですが、その科は女性医師支援をどういう風にやっていこうとしているのか、今までやってきたか、ということワークショップで話してもらっています。3ヶ月に1回位やっております。5月は、総合診療部、精神科、整形外科ということで、各科の事情、比較的医局とかそういうところはどういう風になってるかというのは、その中の人でしかわからないという状況が、外に向けてオープンになります。こういうワークショップ的なものは、最近では旭川医大ですと、入局説明会にも女性医師支援を取り入れているという試みも行われてます。医局の実情をオープンにするということで、自分達のところに子育て中の女性医師なり、短時間勤務をしなければいけない人が来た場合、当直はどういう風にしたいと思っているのか、教育も含めてどういう風にやっていくという姿勢を示していただいております。邪魔者扱いにしないできちっと仕事していただくということにも役に立っているんじゃないかなと思います。

この様なワークショップも、まだまだ出席が多くはないですが地道にやっております。

今年の7月には「5大学サミットシンポジウム」を医療人GPを受けている8校のうちの5校が自治医科大学に集まりまして、講演会とシンポジウムを開催しました。そのときには、文科省の方から「大学病院における女性医師の支援の現状と課題」ということでお話もいただきました。各大学の専任コーディネーターの先生、若い女性医師の先生方のご発言をいただきました。

やはりシュミレーションセンターの河野先生から「医療安全から見た復職」というテーマで、継続をしながら、医療を細々でもいいからやっていく、育児をしている間でも仕事を継続しての方が医療安全の面からも良いということや、過剰労働は医療安全の面からも良くないというようなこともおっしゃっていただきました。この様なワークショップ、シンポジウムを通じて、意識を改革し女性医師支援をサポートしていこうとしております。

次に、育児と仕事ということで、保育の面はNPOの方にサポートしていただいています。育児サポーターを下野市周辺の方、地域の方の支援を受けまして、自治医大の勤務している方の子供さんを預かっていただくという取り組みも始まっております。

これは、厚労省の「緊急支援サポートネットワーク」というのもございまして、これは各県にございます。皆さん知らない方も多いですけれど、これは病児保育をカリキュラムをうけたボランティアのサポーターの方は病児を自分の家、あるいは病児の方の家で預かってもいいというシステムを厚労省が進めております。その一環として、自治医科大学の中でもそういう方を養成していくということを今やっております。かなり人数が集まっています。これは少し幅広くして、塾の送り迎えとか、そういうことも含めてやっていただいています。

今、ようやく一時預かりルームというのができました。病院の方からもお金をいただきまして、2号館2階、つまりラボの上になりました。

それから大切なこととして、短時間勤務で育児休暇後すぐ辞めてしまわないで、もう少し余裕を持ちながら仕事をやっていただくのですが、そのときに業績も出していただくように私ども指導しております。また数年の間に通常の勤務になれるような方を1人2人出さなければいけないと思っています。

復職支援の方は、小林先生にもサポートしていただきながら、技術の習得等のカリキュラムを今徐々につけていただいております。ワークショップなどは、やはり意識改革のためにも大切です。職場の意識が変わらないと子持ちの女性医師のサポートだけに終わってしまいます。意識改革するということで、勤務医全体の問題になります。常勤勤務になるということは、医師全体が大体週に70~80時間働いているということの是正がなければ、女性医師は常勤勤務にはなれない訳です。まずそういう問題、女性医師のみならず、男性医師の勤務状況も変えていって、労働環境が良くなると女性医師も十分に力を発揮することはできないと考えております。

2日前に島田病院長と桃井センター長との対談を「仕事をしながら子育てをどうやってきたか」というタイトルで開催しました。また、これから自治医科大学としては、こういう女性医師の問題、医師の勤務の仕方等に関して、どう考えていくか、というようなことについてざっくばらんにお話していただきました。

保育ルームは、とても綺麗で、子供にやさしい部屋になりましたので、大学にお越しの際には一度寄ってみていただければと思います。

とにかく、女性医師支援は医師全体の問題ですので、女性医師のみに特化することではございません。医療改革をしなければ、女性医師が十分に業務を発揮できないというのは皆様方よくご存知だと思いますので、その一つの切り口として、女性医師をサポートということから始まっていると思います。

今年5月末に厚労省が「安心と希望の医療確保ビジョン」を提案しました。既に自治医大におきましては女性医師、「女医」という呼び方は良くないと桃井先生も言われましたけれども、私もそう思います。「女性医師の積極的活用」と、それから「短時間労働制の推進」とか、「業務に特化した仕事をしていこう」というような方向性を打ち出しております。これは中身がないんですが、骨組みとしては各病院でおこなって、もっともっと推進していって、働きやすい病院を目指さなければいけないと思います。

医師は育児休暇をなかなか取れません。私はずっと前から自治医大では取れていたのかなと思いましたが、女性医師支援が始まって正々堂々と取れるようになったということです。一方、短時間勤務は各医局の定員枠外であります。定員枠外ということが非常に画期的なことであろうと思います。

これは枠外ということで、定員を気にしないで、短時間勤務をして、常勤勤務になっていくというシステムを今構築しております。

最後に女性医師支援は「単に雨漏りの修理」ですので、医療改革をしなければ本物にならないということです。

それと、結局始めの背景のところ、小林先生もおっしゃってましたけれど、自治医科大学の女性医師支援というのは、大学での改革を行いましたら、関連病院、地域におきましては自治医科大学の卒業生が勤務する病院の勤務医のサポートになると思います。先ほど塚原先生も心強い

ことをおっしゃってましたけど、地方の病院長の数で自治医大卒業生が多いということは、トップがそういう風にやろうとしたらできる可能性がある、ということで、非常に明るい未来があるような感じが致しました。

以上です。

小林 英司 ・座長

どうもありがとうございました。

それでは、会の進め方の繰り返しになりますが、皆様方ぜひ、御自分の名前・所属を名乗って発言していただきたいと思います。また発表者の先生方には、事前にスライド等の用意をお頼み申しておきませんでした。湯村先生はじめみなさんお子様をお持ちでいわゆる「子育てママ」の経験者であります。

湯村先生のご発表は、大学病院としてどうするかということなのですが、今日のメインは地域医療を行っている皆さん方なんです。どこの大学も真似できてない仕組みの中に、自治医科大学卒業指導委員会というのがあります。安田教授がその委員長をされており、卒業指導部長に塚原教授がおられます。このような仕組みは同窓会とは異なりますし、どこの大学もないと思います。変な言い方ですがアフターフォローのきく大学は自治医科大学だけなんです。私は最近6年プラス9年関係と言っています。学生のときの6年間と卒後の9年間です。今日の焦点は、その9年間での地域における子育てのお話をぜひ皆さん方とやりたいと思ってるんです。

資料としてスライドを用意してあります。ここからは自治医大卒業後の義務及び義務明けたのを想定して、現場にいる卒業生のメッセージのつもりでご発言願えたら大変有難いです。

大学病院のように人がいっぱいいるところでどうやって産休育休を取るかみたいな話に焦点を当てるではありません。資料をご覧ください。最近女性が非常に増えてきました。割合は大体19%~24%前後推移しています(資料1)。次の資料をご覧ください。これは、全卒業生の現在のご結婚なさっている、ご結婚なさっていないという数が集計されています。事務局の菅谷さんがちゃんとまとめて下さいました。全部で321人います(資料2)。結婚してる、結婚してないは、姓が変わったかどうかで調べてありますので、若干のデータのずれはあるかも知れません。

さらに基盤になったのは、2002年の2月の調査です。私生活に立ち入ったことを聞かなければいけないようなことがありましたが、卒業生200人近くの卒業生女性にアンケートが行なわれました。義務内の方が75.5%で、回収率79.1%ですから相当高い数値です。結婚してるか結婚してないかは、約半々。そのうち、70%以上がお子さんがいて、しかも臨床医でフルタイムで働いている状況でした。このデータは大木先生がまとめてパブリッシュしてくれましたが、子育てに関連することが非常に多いということも分かってきました。

困りごとは将来の進路についてが51.6%と半数以上で(資料4)、その相談相手は、夫に相談するのは当たり前ですが、県人会卒業生で、夫と同じ51.6%と県人会の強固な連携がうかがわれます(資料5及び6)。卒業生同志の結束は、全寮制にあると思われ自治医大がいかに優れた大学であるということの証明です。

さて、今日のレジメですが、今、湯村先生に自治医大の支援機構について話していただいたんですが、こんな風なフローチャートを作ってみました(資料7)。地域との関わりの中で子育て

をどうするかという風なことをしたとき、321人の卒業生が、結婚なさってるか結婚なさってないかでフローチャートの左右にしました。何故かということ、ご結婚なさってなければ男性と一緒にということが自治医科大学の女性支援機構を作ったときに一番論議されたことです。結婚してた場合に、お子さんがいる場合といない場合にわけてフローチャートを作っております。

発表者をお願いした先生方は、全員お子さんがおありで、へき地勤務の経歴もあります。そういう方にコメントをいただこうかと思っています。お子さんがおられる場合には、お子様が小さいかもしくは受験等を意識しなければならない年齢かで分けてみました。中学・高校の非常に教育が問題になる時期に、田舎に勤務しているという状況が想定される場合はどうかという風なので、1・2・3で話を進めたいと思います。約1時間位なんですけど、最初は発表者の先生、お願いしている先生方に質問をするような形式です。どうぞ皆さん方、ざっくばらんに短い時間ですが、活発に討議していただこうと思います。

それでは、1※でどういうことが想定されているかといいますと、自治医大の場合は県同士の契約です。先の資料では既婚者153名の内、自治医大卒の男性と結婚している方が86名（56.2%）です。県が異なる場合一方の県に行きます。そうすると、県は広いですから、お二人が必ずしも同居できない場合が想定される。その場合に、別居を強いることがある。そういうことを討議して欲しいというのが、お昼のランチの会のときに参加者に募ったこともありました。発表者の先生方に質問したいと思います。

結婚したけれど同居できない、子供はいない、という状況について、何か不利なことがあるかどうかです。

小林 英司 ・座長

先生はご結婚なさって、同居をずっと続けているんでしょうか。

湯村 和子 ・発表者

今は別居ですけど、子供を育てている時は同居でした。

小林 英司 ・座長

ご結婚したときは、お子さんがいないときは、別居はあり？なし？でしょうか？

湯村 和子 ・発表者

ありました。結婚して医局からの派遣で山梨県の病院に勤務してました。子供のいない時は全く独身と変わりません。

小林 英司 ・座長

ご主人は、文句は言われなかったでしょうか？

湯村 和子 ・発表者

文句は言わないです。

小林 英司 ・座長

はい。わかりました。他の方、お願いします。

米野 利江 ・発表者

愛媛の米野です。別居は6ヶ月位でしたのでよくわかりません。

小林 英司 ・座長

ご主人に「ご不自由でしたか」という会話はあったでしょうか？

米野 利江 ・発表者

忙しいので。

小林 英司 ・座長

お互いにですね。はい。わかりました。

豊田 典子 ・発表者

千葉13期の豊田です。結婚式が終わってから、「じゃあね」という感じで、お互いのアパートに帰りました。そのまま子供が産まれて、二番目の子供が産まれるまで別居しました。自由に働いて、実は楽しかったです。

小林 英司 ・座長

はい。わかりました。子供がいなければ別居でも楽しいんだそうです。

上田 真寿 ・発表者

香川14期の旧姓中川です。私も結婚してから、産休と育休1ヶ月をもらったとき以外、ずっと今まで別居です。それなりに、ですね。お互い「元気？」みたいな感じでやっています。

小林 英司 ・座長

半分冗談ですが、後悔はないですね？

上田 真寿 ・発表者

はい。

新井 由季 ・発表者

栃木25期の新井です。私の夫は医師ではないので、勤務地が離れたこともあるんですが、1時間かけて通ってもらうことができたので、特に別居はしていません。ただ、別居が必要な可能性も今後はあるとは思いますが、できるだけ頑張って夫に通ってもらおうと思っています。

小林 英司 ・座長

これはいい手ですね。「主人に通わせるという手がある」ということでした。今の点はあんまり論議にはならないんで、学生さんもおられるんで、何かありますか？結婚したんだから、一緒絶対に住むべきだとか。だから、県に交渉してくれとかありますか？塚原先生にお願いしてその県に行ってどうか二人が同じ病院に勤められるようお願いして欲しい、というような意見があったら今がチャンスですよ。何かありますか。

三枝：静岡の10期の三枝と申します。院長やってるものですから、女性医師に別居の問題は時々相談を受けるんですけども、私どもは、やはり当直の時間帯というか、期間というか、それをやりくりしまして、できるだけ遠距離にいらっしゃるご主人と一緒に過ごせる時間を作るようにという形でやってるんですけども。そこら辺はスピーカーの方々、求められるんでしょうか、実際のところ。それとも、結構楽しかったとかあったので、そこら辺はやってもやらなくてもいいのか、やった方がいいのか。

米野 利江 ・発表者

10期の米野です。女性であっても医師ですから、個人としてどうしたいですかっていう感じで聞いてもらえれば、配慮はその程度でいいのではないかと、私は思います。

三枝：ありがとうございました。

豊田 典子 ・発表者

13期の豊田です。子供がいないうちは、結構自由に働けて、男性と同じように働いているというのが、逆に自分の自信みたいなのところがありました。大学の医局の人事も似たようなものではないかと考えてました。

上田 真寿 ・発表者

香川14期の上田ですけれども、子供がいないうちは香川県、かなり狭い県ですので、端と端でも1時間30分位で行き来ができたので、週2回位何とか会えている状況で、お互い何とかやりくりしてって感じで、そんなに困ってではなくて。子供ができれば逆に育児で忙しくて、それどころではなくなったっていうようなところはあるんですけども。やはり個別でケースバイケースだと思うので、その方の希望によるんじゃないかと思います。

新井 由季 ・発表者

栃木の新井ですが、病院長の先生がそういう風に考えて下さるっていうのは、凄く有難いことだと思いますし、県の派遣先を決める担当の方に考えてはいただいていると思うんですけど、そういうことも含めて考えていただきたいと思います。

小林 英司 ・座長

これも半分冗談になりますが、別居でお子さんを持ってなかった方は発表者におられないようです。

それでは、次の議題に参ろうかと思いますが、ここからが勝負どころです。今回の成果は、おそらくよその大学が絶対に真似できないところに入ろうかと思います。

さて、今度は、子供ありの状況です。地域との関わりの中で、診療面での問題についてお聞きしたいと思います。診療面での問題というのはどういうことかという、仮に診療所に行っていて、小さい子供さんがおられる場合です。前の先生は男の先生で、奥さんが専業主婦だったので、夜泣きをしても子供を置いて、患者に呼ばれたら見に行ける。ところが、小さいお子さんがおられる女性医師の場合大変ではないかということです。診療面で、地域医療をしながら診療をやることについて、不利かどうかについて、ご質問したいと思います。

新井 由季 ・発表者

新井ですが、私は、実はへき地診療所には勤務してなくて病院勤務なんです、当直制なので、夜はあまり呼ばれなくて、そういう面では助かっています。診療所で、もし夜呼ばれなくて昼間だけの仕事ならば、子育てっていう意味では診療所はすごくいいところなんだと思うんですけど、夜の対応が必要ならば凄く困ったことが出てくるんじゃないかと思います。だから、ご自身の、女性の医師の先生の親御さんとか、ご主人とかの援助が必要になってくると思います。

小林 英司 ・座長

ありがとうございました。具体的な援助があった方がいいという一つのヒントがありました。上田先生お願いします。

上田 真寿 ・発表者

私もへき地勤務中に一人勤務の診療所はなかったので、数人のところのへき地で、当直は週1回以上ありました。ただ、宅直で、病院の横に自宅がありまして、呼ばれると行くという形だったので、やはりいつ呼ばれるかわかりませんでした。私の場合は幸い恵まれておりまして、主人の両親に同居していただいて、主人がくる週末は、両親が実家に帰って、主人が来たときは主人に見てもらってという感じでやっていたので、たまたまその入れ違いの数時間とか、そういうときに呼ばれたりすることも実際はありました。そういうときは田舎であった利点で、看護師さんをお願いしたり、その辺の方にちょっと見てもらったり、場合によっては担いで行って病院に置いて、その辺で見てもらったりしながらっていう感じで、人の暖かさを感じながら仕事をさせていただけたかなと思います。

小林 英司 ・座長

さすが豪傑な先生。それではもっと突っ込んだ話を豊田先生にうかがいます。朝、子供が熱を上げちゃった。病児保育はない。一人で診療所は外来でやってる。そういう想定の場合もあるので、ちょっとそんなことも交えてお話しいただけると有難いですけれども。

豊田 典子 ・発表者

千葉の豊田です。実は、千葉県のへき地勤務には診療所がありませんので、子供が産まれてから166床の病院でずっと勤めているんですが、やはり朝急に熱が出たというのが一番困る事態で、そのときは勝手に内科医の私が判断するんですが、まずレッドタグとして、これは検査が必要、点滴が必要、車に乗せて長距離はいけないというようなときには、「申し訳ありませんが、」ということでお電話をして休ませていただきます。残念ながら、年に2、3回あります。次のタグがイエロータグ。熱はあるけれど、回復にもう少し必要で、保育所には行けないというようなときには、実家の父を頼っております。実家の父に預けに行きます。それからもう一つが、グリーンタグで、何とかなるだろうというときは保育所に頭を下げます。

小林 英司 ・座長

ありがとうございました。赤黄緑のシグナルのサポートですね。グリーンとイエローとレッドまで。サポートの体制が3段階位あったら嬉しいなという話でした。

診療面で不利な点があるかどうか。もし子供さんが状況が悪かったり、夜中呼び出されるときにどんなことが地域で起こり得たし、経験があるかというような話ですね。

米野 利江 ・発表者

愛媛の10期の米野です。診療面に関しては、大分では同居でして、すぐ子供が産まれて、主人が代わりに当直を全部した形になってますので、一人でみたということはないんです。複数の体制でしたので、休みもありました。そこはあまり問題はなかったです。次に、愛媛の方に移って、私が病院で、主人が診療所だった場合に、診療所の方の官舎に住み病院へ通った形になったのですが、時間外の対応に、病院へ連れて行くのではなくて、主人がみてくれるんですけど、長い目で見たときに、子供との関係があまり良くなかったと思います。時間外に1回1時間。それが頻繁になると、やっぱり影響が出てくるという感じで、そういう長い目で問題はあったと思います。1回インフルエンザで熱を出したときは、どうしても駄目だったので、実家の父に来てもらったんですけど、今だったら病院に連れて行きます。年に何回かあるかないかですし、一人医師ですので、病院においては、そのくらいは大目に見て欲しいなという気持ちです。実際、病院の当直に連れて行くと、そういうこともありました。

小林 英司 ・座長

周りが理解を得て欲しいということでした。卒業生の先生方、または学生さんおられますけど、何か学生さんあります？私が子供を持ったらどうしようとか、育てられていけるだろうかとか、心配なされていませんか？

ちなみに、約200人の卒業生の女性にアンケートをしたときには、約80%近くは自治医大卒業生と結婚してます。これも冗談ですが「院内感染」が起こって、結婚してるケースが多いので、大体はパートナーが自治医大卒業生ということになります。もちろん20%以上の方は他の方と結婚しています。

いろんな経験があると思うんですが、八幡先生もお子さん、お持ちでしたよね？

横谷：奈良の21期の横谷と申します。旧姓は八幡です。一人診療所の勤務が、子供ができてから2年ありましたが、そのときは、夜中は大体連れて行っていましたが、患者さんのご家族や、看護師さんが見てくれて、自分は患者さんの診療にあたるという形でしたので、あまり問題はなかったように思います。昼間に病気だった場合は、保育園に入れてなかったもので、実家の母か、嫁ぎ先の母が見てくれてましたので、見てもらってました。点滴が必要だったら自分で持って帰って、昼にちょっと帰ってしたりとかして、あんまり問題ありませんでした。その後大学病院勤務になりまして、そのときは大学病院に子供を連れて行くという訳にはいきませんので夜に呼び出しがあった場合や、病気のときは困りました。行き当たりばったりで、両親にお願いしたり、夫がいれば夫に頼んだりとかして、とっても大変な思いをしています。

小林 英司 ・座長

十枝先生は、どうですか。

十枝：香川県の13期の十枝です。今は二人診療所になったんですけど、これまでずっと一人診療所で、子供を育てながらやってきています。一人目の子供のときは主人が大きな病院に勤めていて、その官舎から診療所のほうに通ってたんですが、主人は大きな病院なのでほとんど帰ってこないというような状況のときに、夜間とか休日とか呼ばれると、赤ん坊をキャリアに乗せた状態で往診に行って、往診先のご家族の人にみていただくというような形でした。上の娘は全く人見知りもしないですし、地域の人に育てていただいたというようなところもあるので、今も地域のアイドルをしているようなところがあって、かえって良かったのかなあと思っています。

二人目ができたときには、実家の近くに家を借りてそこから通ってましたので、呼ばれたら実家に頼んでいくというような形で、今は診療所の前に官舎があってそこに住んでるんですが、子供が大きくなってきたので、夜中とかに呼ばれると「また母ちゃん呼ばれたの？」って言われるんですけど、「留守番しといてね」という感じで、子供だけ置いて行くこともあります。

さっきも話をしてたんですけど、確かに子供だけ置いて行くのは危険なところもあって、火の元だったり水だったりというところも、本当は気を付けなければいけなかったのかもしれませんが、私そこまで考えもせず、「それなら母ちゃん行ってくるわね」という感じで、平気で往診とかに行き、子供には寂しい思いをさせてきたのかなとは思いますが、すっかり自立してしまった子供になっています。

幸いなことに、うちは子供があまり病気をしないので、朝熱が出てどうしようということはあんまりなかったんですけど、どうしても熱が年に1回かそれくらい出たときは実家の親に頼るという形で、ただ、今は近くに病児保育の施設ができましたので、もし今だったら、病児保育の方をお願いできるのではないかなとは思っています。

一回だけ、一番上の子供がアレルギー性血管性紫斑病になって、朝「お腹が痛い」と言って下血したりしたときは、仕方がないので診療時間を遅らせて、私が車に乗せて走ってということがありました。あと真ん中の子が高いところから落ちて骨折したときも、私が車に乗せて病院に走って、その間診療がストップというようなところはありましたが、それは患者さんもしょうがないなという感じで待っていて下さるので、これが田舎の大らかなところで有難いところかなと

いう風には思います。

実際一人目の子供のときとかは、患者さんもあまり多くなかったので、授乳時間も取っていただいて、「ちょっと子供が泣いてるから、お乳やるから待っててね」というような感じで、診療もできましたので、診療所で私は仕事をしていて、子供も診療所のスタッフや地域の人に育てていただけるっていうところもあるかなと思っています。

小林 英司 ・座長

どうもありがとうございました。実は、そういう地域の中で育てられてる子供さんが出てくれることを凄く期待していました。

香川の十枝先生からは、とってもいい言葉が、「地域の中で育ててアイドルだった」という風な話と、先ほど信号機のようなシグナル支援の話が出ました。レッドが出たときは地域の人がかかって欲しい、地域の理解が必要ということで整理できると思います。地域医療を考える女性医師フォーラムは沢山あるんですが、今回のようにみなさんが一言でも参加していろんな経験談をどんどん言うんですが、それを体系化して対策を取るというのが凄く重要な話だと思います。そういう技法をきちっと取ることが、単に自分達の意見を述べていだけじゃなくて、討議の中で物事を形成するのに大事だと思います。

男性には絶対マイクがいかないと思って、のんびり構えてる本人に渡しましょう。

安藤：福島で21期の安藤です。うちの妻が同じ21期で、鳥根県で義務が終わったところです。大学に戻ろうかな、どうしようかなと考えているところです。今まで出た例が、うちもほとんど同じような例がありまして、最初の2年は別々の病院で働いて、その次の2年は子供がいない状態で同じ病院で働いて、その次の1年は子供がいる状態で大学病院で働いて、鳥根県に行くときに、県庁の人に「うちは子供がいて、片方が診療所じゃなかったら絶対嫌だ」と要請しましたところ、鳥根県は医師確保の先進地ですので快く引き受けてくれました。うまい具合に片方が診療所、僕が病院という状態になったので、当直が無かったということが幸いしました。最後の2年間はへき地の救急指定病院に、子供が二人目がいる状態で2人とも勤務したんですけども、当直を最初僕が妻の分も含めて全部行なったところ月に8回当直がありまして、ちょっと家庭内が崩壊しつつあった状態でした。

それでも続けられたのは、実家のお母さんとか、片道150キロとか200キロ運転してサポートに来てくれたっていうのが一番でしたが、途中事故を起こしたり、危ない面もあったので、やっぱり限界なのかなというところはあります。最後の病院なんですけども、昔の事務長の奥さんがベビーシッターをかって出てくれたので、急な熱のときとかは朝電話すると、「わかりました」ということで、大抵は病院に連れて行ってきて、病院っていてもうちの病院なんですけれども、連れて行ってきてくれた。そういう意味では、地域のサポートがあったと思います。家族のサポートと地域のサポート。この間、妻の方の義務が明けたので、県庁と病院の事務長に「早く帰らせてくれ」という話で、「早く帰らせてくれなかったら辞めますから」という話をしたら、それも通りました。

とにかく、言ってみることが一番かなと思います。

小林 英司 ・座長

脅しの使い方まで披露していただきましたが、どうもありがとうございました。

濱館：青森25期濱館です。私は今二人子供がいるのですが、今年から無床診療所で働くことになりました。去年までは病院で働いていて、そのときは子供が一人で、主人が単身赴任中でしたので、一人で病院の当直をしながら育てていました。幸い私の実家がすぐ近くにありましたので、当直のときは実家の親にみてもらってました。子供が熱を出したときも実家の親にみてもらうという生活をしていました。子供が二人になって家族で同居するために、今は片道35km、大体1時間位かけて診療所に通っています。私は比較的何か急用なことがあったら自分の実家に頼っているような状態です。普段は主人の方が忙しいのですが、大体帰ってからは半々でやっているのです、それほど問題にはなっていないです。

小林 英司 ・座長

ありがとうございました。こういうデータもあるんですが、自治医大の卒業生同士で結婚した場合に、最終的に女性側に引っ張られるんです。当然なんですが、女性側のご両親に世話になると、そっち側に子供が引っ張られていくので、義務が明けてもそっち側に傾く、という方程式ができてるんです。そういうことについてどうですか、学生さん。知らないことばかりでした？

学生：私は出身が北海道なので、やはりへき地勤務になったときに、実家がかなり遠くなってしまっているので、朝出ても当日には着かないってところに勤務する可能性もあるので、やはり先生方のお話を聞いて、無床診療所の方が、田舎の方が融通がきくというのは凄く参考になるご意見でした。私は今香川の同級生と付き合っているんですけども。

先生方のお話を聞いていると、やっぱり狭い県の方が、将来的には楽なのかなという印象を受けました。

小林 英司 ・座長

話がとってもうまいので座布団3枚位あげます。それはちゃんと制度があります。今、塚原先生がその役をやっていますが、県と県との調停役が必要です。是非お決まりの際は卒後指導員会にお越し下さい。最近の学生さんは自分達で何でもできるかと思って、最終的に話が焦げ付いてから持ってくるんです。この問題を何とかしようということで、卒業生と在校生の女性のお昼のランチオンミーティングをやっていただきました。先輩の先生方が、県の制度とかいろいろ苦労してるから、焦げ付く前に教えてくれるんです。県と思いつ切り揉めた挙句に、鎮火できない状態になってから卒後に話を持ってきてももう調停役できない状況なんです。

湯村 和子 ・発表者

自治医大卒業生ではないので、今話を聞きまして、目からウロコっていうか、逆に地域医療は女性医師にとって非常にいいなという風に感じました。何故かというと、私は核家族で、大病院勤務で過ごしてきました。今のを聞いてると、自治医大は女性医師を50%にしなければいけない

かもしれない位に思います。本当に子育てに適している。地域の人の温かいサポートや親御様の支援を受けれたり。本当に地域が子供と一緒に育ててくれるっていうのを聞いて、涙が出そうです。都会に住んでましたから、逆にそういうことなく綱渡りの状態での子育てですね。いつ落ちるかわからない状況で子育てして来たものですから、非常に羨ましく思いました。

小林 英司 ・座長

個人的にはそういう向いてる面ばかりでもないんですが。

どれほどの意欲があるかどうか重要な点ですが、卒後指導委員会は担当の先生がいます。最終的には卒後指導部長の塚原先生が説得してくれますから大丈夫です。

何かご経験ある方います？

川村：香川の12期の川村といいます。私が義務後に高知の同窓生と結婚したので高知県に行きましたが、そのとき割と田舎の小さい病院で、行くときに子供が二人いたのですが、その当時探したのはまず子守ですね。一番下がまだ0歳だったので、田舎ですから0歳児保育はありませんので、どうしても子守さんがいるということで、行く前に地元の人である婦長さんと事務長さんに電話をして、「誰かいないか」というのを探しました。幸い、事務長さんと婦長さんが心当たりを探してくれて、凄くいい人が見つかって、その後9年間ずっと育ててもらったような感じの人が見つかったので、まずは病院で地元に近いような人をあたるのも一つの手かなとは思っています。

小林 英司 ・座長

ありがとうございました。自治医科大学の女性医師支援制度では保育ママ・保育パパ制度とあって、地域の中で子育てをするという案を立てました。近所のおじさん、おばさんが丁寧にみてくれたら顔もよく知ってるし、なついてくれるだろうなっていう作戦を立てました。その保育ママ・保育パパを探してもらうために、女性支援センターを作ったんです。センター事務から一言お願いします。

横松：NPO 法人で子育て支援を実施しています横松と申します。子育て支援に関しては、各市町村で取り組みをなさいっということ国から指導がありますので、その場合は、とりあえず地域に相談してみるというのも一つの手だとは思いますが。あと NPO 等で全県対応でやっているところがあるんですね。栃木県は、私どもの NPO 法人仕事と子育て両立支援センターが、病児保育とそれからお迎えに関しても、保育サポーターを使って全県を対応しなさいっという風に命令を受けてます。そういったところがありますので、直接お願いすると角が立つ場合があると思うので、第三者の方に「困ってるから助けて欲しい」という形で頼んでもらうと、「サポート団体に相談したらその方になったんですよ」という言い逃れができますので、直接頼まれるよりはトラブルが少ないかなと思います。

小林 英司 ・座長

どうもありがとうございました。地域の中でパートナーを見つけるというのも、簡単なことで

はないと思います。

論議は尽きないですが、こういう状況でも前に進めることが大事なんだと思います。

女性医師は当然ですが、女性であり医師でもあります。モチベーションが高く、学問的な興味を非常に持っていて、能力も高いでしょう。しかし、それを維持するときの困難が生じると考えられていることが子育てだと思います。自治医大の女性医師の中でもキャリアを積んで、教授になっておられる先生がおられます。3名おられますが、湯村先生、桃井先生、飯野先生です。

飯野先生、キャリアのことについて、どうやって頑張ってるかはやってきたかということコメントいただけると有難いです。

飯野：男性医師と同じ仕事に対するモチベーションだけじゃないでしょうか。と言うのは、私耳鼻科なんですけど、私の同期4人で入局したときに全く差別がない。まず、教授が差別がなく、最初に助手にさせていただいたのが私だったんです。たまたまあいうえお順だったかどうかは分からないんですけども、私「飯野」ですので。「じゃあ、飯野さん」という感じで、同期で最初に私が助手をやらせていただき、「女も同じなんだ」ということで、まずそこで非常に感動したんですね。それで、なんとか続けていかなきゃいけないと思いました。その後子供も産まれましたが。はっきり言って、その頃は育児休暇もありませんでしたから、産前産後の休暇だけで、あとは仕事をずっと続けてきました。

ただ、辞めようと思ったこと一度もありませんでしたし、主人が辞めろと言ったことも1回もないんです。だから、その点、非常に恵まれていました。ただ、側には私の両親も主人の両親もいなかったの、学会とか何とかいうと実家から母が子供を見に来てくれたってこともあります。

今日皆様のお話を聞きまして、凄く皆さんモチベーション高いなあと思いました。というのは、今休職や離職のことがすごく話題になっていて、女性医師は卒業10年で半分以上が離職してしまうんですね。その中で一旦、離職すると、戻ってくる人がまた半分以下になってしまうんです。ですから、一回離職してしまうと、なかなか常勤に戻れなくてパート勤務になるとか、そのまま開業するとか、尻つぼみの方達が多いっていうのが実態です。最近、東京医大病理の泉美貴先生がいろいろデータをお出しになったんですけども、女性医師の中で一番離職率が多いのが小児科医。次いで、皮膚科、精神科、耳鼻科の順でした。「耳鼻科4番目ですよ、なんとかして下さい」って言われました。それで、耳鼻科医もどんどんどんどん減ってるものですから、日本耳鼻咽喉科学会の方で、私にアドホック委員会作るから、委員長になって女性医師支援をやるようにといった命令がきました。それでなんとかしなければいけない、どうしたらいいのかなと思っていましたら、今、先生達のお話を聞いて、非常に嬉しいというか、やはりモチベーションなんだなあって思いました。女性医師皆がモチベーション持っていれば、きっと続けていくことでしょう。

凄く最近読んで面白かったのが、ヒラリーさんの陣営というのはみんな若い女性達が、子供連れてワイワイガヤガヤやってたらしいですね。ペイリンさん、あの方だって5月に5番目の子供さんを出産したばかりなのに、もう副大統領候補でやっていらっしゃる。だから、さっきおっしゃった、地域の中で育ててもらった、そういう風な気持ちで子供も育てながら、でもモチベー

ションを捨てずに研究もやって、論文も書くっていうような、皆さんが普段やっているようなことをずっと続けていただければ、自然にキャリアもどんどんできてくるんじゃないかと思います。

小林 英司 ・座長

ありがとうございました。変ないい方ですが、自治医大卒業生はもともと人が行きたがらないようなへき地でも堂々と勤める志を持っています。本質的にはモチベーション高いところなんです。地域医療を行いながら、皆さんがいい方向にずっといくような雰囲気があります。しかし一方で、「これはちょっと話しておきたい、そんな生易しいもんじゃないぜ」っていうようなことがあったら、是非発言しておいて欲しいんです。「全員大丈夫です、バリバリ子供産んで全員教授になります」のような「エイエイオー」的なことも必要でしょうが、現実はどうでしょう。せめて子育て中ぐらいいはゆっくり人生を休んでも、長く医者をやりたいな話をしていただけると有難いです。

三枝：そういう意味での支援は、是非私達も男性としてしていかなきゃいけないという風には思っています。ちょっと、話を揺り戻してしまっても宜しいですか。地域との関わりの中でという話ですね、地域で育てていただけると、非常にお子さんにとってもハッピーで、という話を伺った訳ですけれども。実は私、まだへき地勤務続けておまして、子供も3人おまして、3番目の子が知的障害で生まれました。養護学校は当然ありませんので、養護学級という形で一般の子供達と一緒に学校通って、今中学2年生なんですけれども。やはり非常に地域の方、地域の方って言ったら失礼ですけど、ご近所の方とか、学校の先生とか、非常に良くして下さいまして。もともと、今町内で大体年間で産まれる子供の20人位のところですので、子供がいればみんな可愛がって下さるんです。そういう意味では、非常に有難くって。逆に今度その子供が、もし私が定年なり転勤なり、他の地域に行ったら、多分その子は地域で生活していけないのかな、という気はちょっとしています。

一方、その前の2人、お姉ちゃん2人いるんですけども、その2人は一応順調に育ってくれてまして。今高校生と大学生なんですけれども、やはり同じような状況ですので、地域の方非常に良くして下さいました。学校でも非常に友達とも仲良くて、地域の中でも関係が良かった。今も良いです。が、高校の入試を受けるにあたって、「やっぱりこの高校には行かない」とそんなこと言いました。別に成績が良かったという訳でもなかったんですけども。子供達にとっては、医者の子供であるということは結構プレッシャーになってたらしいです。大きな事件があった訳ではないにしても、ジャブのように利いてきたということです。小学校の頃から、うちの子供達は「絶対に医者にはならない」と言っていましたし、そういう意味では、ちょっと傷つけた面もあるのかなあとと思います。

私は医者の子供ではないので、医者の子供の宿命というのは分からないですけども、田舎の医者の子供っていうのは、そういう宿命持ってるのかな、という気がちょっとしてしまって。申し訳ないことをしたのかな、とちょっと思ってるんですけど。実は、先ほど米野先生が「長い目でみると、」とおっしゃってたのがちょっと気にかかっているんですけど。そこら辺、なんかある

んでしょうか。

米野 利江 ・発表者

愛媛10期の米野です。長い目でっていうのは、子供との信頼関係が、仕事が忙し過ぎてできなかったことが、凄くリカバリーに時間がかかりました。自分のキャリアについては長い目で考えるべきと思います。今回ここで、さっきの話もあるんですけど、うまくいっている人の話を聞いてうまくいっていると。こうやってうまくいったといういろんなバリエーションをきくのもいいと思うんですけど、うまくいかなかったケースについても拾い上げないと、なんか片手落ちにみえます。全部が全部、うまくいく訳じゃないし、田舎に適應できる人ばかりでもないと思います。そこら辺どうなのかなあ、と私はちょっと思いました。

三枝：ありがとうございます。という訳で、ちょっとやっぱり子供が本当はどうなのか。実際、子供に聞けば、私は佐久間っていうところにいるんですけど、「佐久間で育って良かったか？」と聞けば、100点満点良かったって絶対言うと思うんですが、いろんな子供の生活のステップで、高校の時代、大学の時代、大人になって就職した時代、結婚した時代。いろいろあるでしょうけれども、そういうところにへき地で最初のうち皆に育てられた。だんだん成長していった段階で、いい影響があればいいし、悪い影響というか、あんまり良くなかったっていうのがもしかしたらあるのかなと懸念するところでしたので、一言言わせていただきました。

小林 英司 ・座長

ありがとうございます。今後は是非このような問題点を明確にしましょう。フローチャート3※ではそういう困難さを期待していた訳です。小学校前、小学校、中学校、高校になって、子供さんの教育の面で、本当に地域において有利かどうかです。進学的な面だと不利な点が沢山ある訳ですし、それが嫌で都会に出て行く先生方も沢山おられるということも現実にあります。このことについて十分討議するための資料を私も揃えておりません。特にうまくいかなかった例は、情報の収集が物凄く難しいです。だけど、卒後指導委員会の中では、結果的に義務を離脱してしまいうまくいかなかった例も情報収集しております。このように医師になってからの困難さなどの情報も蓄積されてるのは、世界で、日本で唯一の大学が自治医科大学です。私はこれは大学の財産だと思うんです。成功集ばかり、「私はこんなに偉くなりました」なんて、山ほど本が出てますけれど、うまくいかなかった例を解析することによって、どういう風なことがさらに改善できるかっていうのは、自治医科大学だけでなく、今後多くの大学に設置される地域枠の方々にもあてはまります。

時間の関係もあるので、一旦これで終わろうかと思えます。不完全燃焼で大変申し訳ないんですが、最後の困難さは、次回、次々回と続けていってほしいテーマです。

自治医大 地域医療フォーラム2008
秋葉原コンベンションホール2008.9.13



自治医科大学における 女性医師支援の取り組み



自治医科大学 腎臓内科
湯村和子
(専任コーディネーター)

女性医師の支援に関するワーキンググループの発 足から女性医師支援センターの設立へ

第一回(平成18年12月27日)
メンバー:小林、塚原、大木、牧野 オブザーバー:梶井
基本方針「子育て医師支援」自助努力の上、援言」

第二回(平成19年2月16日)
メンバー:小林、塚原、大木、牧野、倉澤
オブザーバー:梶井、橋井、経営管理課、わかさ保育園
自治医大での女性医師支援の現状

第三回(平成19年3月20日)
メンバー:小林、(塚原)、大木、牧野
オブザーバー:梶井、橋井、島田
「相談支援」「育児支援」「復職支援」プログラム
「平成19年度医療人GP(女性医師)申請」

平成19年10月女性医師支援センター設置開設
所長:梶井
3-F 2-3-1 湯村

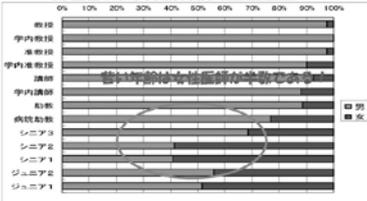
自治医科大学附属病院における 女性支援センターの流れ

□ 文部科学省の実施する平成19年度「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」で選定された

□ 「自治医科大学女性医師支援プログラム」が採択され、地域医療に従事する女性医師ならびに病院勤務する女性医師に対して次の取り組みを行う。

背景 1. 女性卒業生(341名)、自治医大勤務女性医師(常勤161、非常勤63名)
2. 卒業生:結婚・育児と義務履行の両立支援策が必要
3. 大学:女性医師の占める割合;レジデント(約50%) ⇒ 助教(約10%)

自治医科大学附属病院医師構成

2019年度は女性医師が半数である

女性医師支援体制

学長の支援とトップは病院長である!



平成19年10月開設

自治医科大学における女性医師支援策

就業継続支援 ☆就業と育児を両立させるための短時間勤務制度を導入する
○ 原則、1日4~8時間、週20時間

育児支援 ☆NPO法人との連携による多様な育児支援システムを構築する
○ 仕事と子育て両立支援センター(宇都宮市)
○ ボランティアによる育児一時預かり、ベビーシッターの派遣など

復職支援 ☆復職支援のための短期研修プログラムを開発・提供する
○ シミュレーションセンター(H19年4月設置)の研修プログラム
○ 医療技術トレーニング部門(H19年4月設置)小林教授・新潟5期)マイクロサージャリーコース(小林教授)
産後下研修コース(レフォー教授)
外科研修コース(菅原教授)、眼科マイクロコース(安木教授)

小学校就学の始期に達するまでの子を養育する医師の勤務の特例措置に関する規程(目的)

第1条 この規程は、自治医科大学(以下「本学」という。))において、深刻な医師不足の中で必要な人員の確保を図り、教育、研究及び診療を円滑に運営することを目的として、医師の勤務時間の特例措置を定めるため、必要な事項を定めるものとする。

(特例措置の対象者)

第2条 勤務時間の特例措置を受けることができる者は、本学に勤務する医師又は歯科医師の免許を有するすべての教員、病院助教及びレジデントのうち、小学校就学の始期に達するまでの子(実子又は養子に限るものとする。)を養育する者(以下「特例対象者」という。)とする。

(特例措置の承認)

第3条 特例を受けようとする者は、予め所属長に申請を願い出て承認を受けたのち、理事長の承認を得なければならない。

(特例措置における勤務時間)

第4条 特例対象者は、自治医科大学職員就業規則第18条第1項及び自治医科大学附属病院等レジデント研修規程第5条の規程にかかわらず、教員及び病院助教にあっては1週間の勤務時間を、レジデントにあっては1週間の研修時間数を、20時間(以下「短時間勤務」という。)とすることができる。

2 短時間勤務における1日の勤務時間は、8時間又は4時間とする。
(短時間勤務中の給与)

第5条 短時間勤務中の給与の取扱いは、国家公務員の例に準じ、理事長が別に定める。

以下省略
平成19年9月1日

自治医科大学附属病院における 短時間勤務の実態

育児短時間勤務取得者(週20時間勤務) (平成20年5月現在)

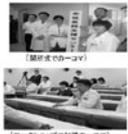
No	所属	職名	氏名	年齢	養育対象児	短時間勤務承認月	勤務日(時間)
1	内分産代謝学	助教	A	41歳	1歳	H19.10	月(4)火(8)水(8)
2	眼科学	学内講師	B	39歳	1歳	H20.2	月(8)木(8)金(4)
3	総合医学第1	助教	C	36歳	1歳	H20.3	火(4)水(8)金(8)
4	地域医療センター	助教	D	40歳	4歳	H20.4	月(8)火(4)水(8)
5	皮膚科学	助教	E	36歳	5歳	H20.4	火(8)水(8)金(4)
6	血液科	病院助教	F	34歳	0歳	H20.5	各曜日4時間勤務
7	輸血・細胞移植部	病院助教	G	42歳	3歳	H20.5	月(8)火(8)金(4)

自治医科大学女性医師支援センター

News Letter (女性医師支援センター) Vol.1 2008. 4. 17

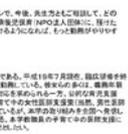
◆ 学長 高久史郎先生よりコメントを頂きました。

皆さまの活躍が、自治医科大学の発展に大きく貢献されています。女性の活躍は、学部の発展に大きく貢献されています。女性の活躍は、学部の発展に大きく貢献されています。女性の活躍は、学部の発展に大きく貢献されています。



◆ 育児短時間勤務取得第1号！岸農先生コメント

12月15日より育児短時間勤務を開始しています。岸農先生は、育児短時間勤務の導入により、育児と仕事を両立することができ、学業の進捗も保たれていると報告されています。



◆ 編集後記

本号の発行に大変お疲れ様です。本号の発行に大変お疲れ様です。本号の発行に大変お疲れ様です。

ワークショップ ワークショップ開催

子育て中の女性医師を支援しよう 各臨床科の女性医師に短時間勤務をご案内します。

日時 平成20年5月15日(木)16:00~17:30
場所 臨床教室 2
講師 岸農典子 女性医師支援センター長

◆ **ワークショップ内容**

- 短時間勤務の申請方法
- 短時間勤務のメリット
- 短時間勤務のデメリット
- 短時間勤務の申請書類の作成

◆ **参加費** 無料
◆ **申し込み** 女性医師支援センター 029-275-1111

自治医科大学・女性医師支援・ワークショップの開催



本ワークショップは、女性医師の短時間勤務に関する情報を提供し、申請書の作成方法を指導する内容です。参加者は、短時間勤務のメリットとデメリットを理解し、申請書の作成方法を学ぶことができます。

自治医科大学の各診療科での短時間勤務の導入取り組み ワークショップで発表

勤務医師の意識改革

診療科	発表者	発表内容
産科	岸農典子	短時間勤務の導入状況
産科	岸農典子	短時間勤務の導入状況
産科	岸農典子	短時間勤務の導入状況

「女性医師支援」を考える5大学サミット

日時：平成20年7月4日(金)15:30 ~ 18:30
場所：自治医科大学地域医療情報研修センター 中講堂

(1) 特別講演 司会 岸農典子
「大学病院における女性医師支援の現状と課題」 文部科学省高等教育院医学教育課長 三井公嗣

(2) 5大学の取り組み概要 (南から北へ) 司会 岸農典子
① 九州大学 岸農典子
② 岡山大学 岸農典子
③ 和歌山県立医科大学 岸農典子
④ 自治医科大学 岸農典子
⑤ 加川医科大学 岸農典子

(3) 当事者から見た現状 (北から南へ) 司会 小林英司
① 九州大学 岸農典子
② 自治医科大学 岸農典子
③ 和歌山県立医科大学 岸農典子
④ 岡山大学 岸農典子
⑤ 加川医科大学 岸農典子

(4) 特別講演 司会 岸農典子
「医療安全から見た医療」 自治医科大学教授 河野龍太郎

意識の改革

News Letter (女性医師支援センター) Vol.2 2008. 7. 4

◆ 育児と仕事を語る 女性医師支援センター長 岸農典子

岸農典子先生は、育児と仕事を両立しながら活躍されています。本記事では、岸農先生がどのように育児と仕事を両立しているのか、そして短時間勤務の導入がどのように役立ったのかについてお話を伺いました。

◆ 「短時間勤務制度」は私の救世主 産科講師 岸農典子

短時間勤務の導入により、育児と仕事を両立することができ、学業の進捗も保たれていると報告されています。

第1回 育児サポータースキルアップ研修を終えて

育児サポーターとしてのスキルを向上させるための研修が、自治医科大学で開催されました。参加者は、育児支援のノウハウを学び、今後の活動に役立てています。



緊急支援サポートネットワーク

こんなサポートを実施しています

- 保育園からの呼び出しに対し、サポーターが迎えに行き、病院で診察、診察後預かりの場合

このネットワークは、緊急事態発生時に迅速に対応するための仕組みです。参加者は、互いに助け合い、安心して働ける環境を作っています。

**自治医科大学病院で今やっていること
これからやろうとしていること**

- 子育て支援：一時預かり、病児保育→病院内での部屋を確保→改善予算OK
- 就学前から就学後へも拡大
- 継続就業支援：育児休暇後の短時間勤務→業績を出す
- 復職支援：開始 今後は新しい技術の習得
- ワークショップなどの開催→意識改革

重要な方針
病院全体が実施していくこと
(単一の診療科だけでなく)
勤務医全体の問題であるという意識
(女性医師だけの問題でない)

女性医師が出産・子育てを前提に医師として歩む場合→現在いえること

大学病院以外	大学病院
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 勤務地に変更がない <input type="checkbox"/> 保育所を持っている施設もある <input type="checkbox"/> 産休中のカバーはぎりぎりでの困難 <p>↓</p> <p>出産・育児には向いていない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 勤務地の変更がある <input type="checkbox"/> 保育所をもっているところは少ないが、ふえてきた <input type="checkbox"/> 産休中にカバーしてくれる人員が多い <input type="checkbox"/> 診療以外のdutyが多い(研究・学生の指導など) <input type="checkbox"/> 学位取得ができる可能性

いま、自治医科大学病院で女性医師支援を実施し、将来は地域医療に拡大発展させる!

島田和幸病院長と椎井眞里子センター長を囲んで

保育ルーム開設記念懇談会
みんなで考えよう仕事と家庭のバランスを!
子育てをしながら仕事をこなし、良き家庭人であることは大変なことですが、男女ともに働きやすい家庭と職場環境を一緒に考えてみましょう。

日時：平成24年9月11日(水) 13:00~15:00
場所：地域医療情報研習センター 研修室2-3
※講師(司会) 椎井眞里子 専任コーディネーター
※出席者：子育て中の女性医師 2名
※子育て中女性の代表者 島田和幸センター長
※男性から見た仕事と子育て等 島田和幸センター長
学生、職員の方、どなたでも是非どうぞ!

〈主催〉
女性医師支援センター
島田病院長、椎井教授、中村教授、遠行教授、塩原教授。

連絡先：女性医師支援センター
電話：028-3261-2228 Email: jiss@ischi.ac.jp
担当：島田 和幸先生、担当研修室へのご連絡ください。



News Letter
(自治医科大学女性医師支援センター)

Vol.4 48062

保育ルーム開設を記念して
島田和幸病院の保育ルームが9月11日に正式に開設されました。その日の様子や、働くママの悩みや希望、子育てしながらの働き方などについて、島田院長や椎井センター長と話をしました。当日は、子育てしながらの働き方について、島田院長や椎井センター長と話をしました。当日は、子育てしながらの働き方について、島田院長や椎井センター長と話をしました。

遊びに来てください!
島田和幸病院の保育ルームが9月11日に正式に開設されました。その日の様子や、働くママの悩みや希望、子育てしながらの働き方などについて、島田院長や椎井センター長と話をしました。当日は、子育てしながらの働き方について、島田院長や椎井センター長と話をしました。



女性医師の就業・継続のために

- 医師の過剰労働 (特に、臨床系)
- 当直開け勤務、勤務時間の延長
- ハードルが高い!
- ロールプレーモデルがない!

(女性医師のリーダーがない)

勤務医の勤務時間が業務の見直しなどで時間が決められるとか、長時間拘束されないようにしていく!→医療環境の整備がなされないといつまでの短時間勤務→そういうわけにはいかない!

女性医師の「いま」「これから」
—仕事も子育ても楽しめる時代をめざして—

- 諸外国も女性医師は増加しているのは、同様
- 女性医師の入学者・医師と教授などの地位につく女性の割合の不均衡・・・女性が学問的キャリアを追求していくための妨げに・・・
Nonnemaker L N Eng J Med 342;399,2000
- 日本流メンター(良き助言者、導き手、サポートしてくれる人)システムの導入 情報
多くの人に共通の問題、個人的な問題(一緒に考える)

木村内子：日本医事新報 4186:8-12,2004
東大産科女医会の世話人
日本臨床眼科学会：シンポジウム「日本の眼科と女性医師」2003年 アンケートも含めて

**女性医師の支援は
勤務医師の支援へとつながる!**

- 病院医療は女性医師支援は必須という前提で
- 病院の改革を始める
- 主治医制ではなく、チームで入院患者をみる方向
医師の知識・技術などの標準化**
- 夜間勤務、チーム医療の体制を整える
- 女性医師にとって、現在の就労環境のハードルは高い
- 過剰な勤務時間の改善

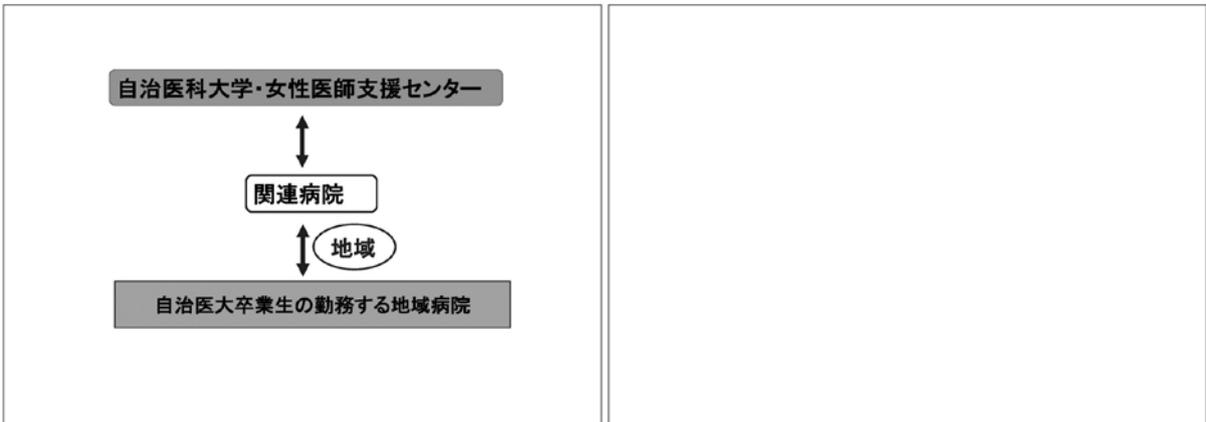
**厚労省「安心と希望の医療確保ビジョン」会議
医師不足への対応策の提言**

- 産婦人科と小児科などの医師数増員に向け数値目標
自治医大・女性医師支援ですですに文科省の支援を受け取り組んでいる事項!
- 女医の積極活用(女性医師とすべき)
- 短時間労働制の推奨
- 総合医の育成
- 看護師や助産師の扱える業務範囲の拡大

日本経済新聞 2008.5.14 5月末提言は正式発表

<p>自治医科大学・病院での現状と方向性</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 女性医師スタッフが少ない→女性医師の指導者・相談できる人がいない→ □ 子供を出産した女性医師はやめていく→産休・副手の女性医師への呼びかけ □ 育児休暇がとれるようになった（評価すべき点） →短時間勤務の推進（各医局等の定員枠外である） □ 今後、女性医師支援は短時間勤務の導入で継続したトレーニング（専門医などの常勤勤務資格の修得が出来る） □ カンファランスなどにも出席できて、時間を決めた勤務体制の確立→大学・病院全体として実行していく □ 病育保育は一時子供あづかりも含め、病院・地域全体の問題として、行政とも話し合っていく 	<p>まとめ メッセージ</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 女性医師支援は、女性医師の継続就業や復職などを目的に実施が開始されたばかりである→雨漏りの修理 □ 終局的には、医療体制・システムの見直し、医師全体の就業に関わる問題へと発展しなければならないと考える→医療改革
--	--

<p>現在の医師不足の構図</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 勤務がきつい→2交代制 □ 患者とのトラブル→医師の初期研修での教育（医学と医療とは異なる） □ 医師業務以外の仕事→本当の意味での医師の活用 □ 女性医師の存在（約30%） 医師業務の中断も関係しているか ↓ 女性医師が継続できる医療体制 女性医師指導者の育成・一定期間、短時間勤務の導入 	<p>女性医師支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 就業継続支援 子育て中の医師（男女を問わず）が、育児の状況に合わせた勤務条件の柔軟な運用として、週20時間の短時間勤務制度の導入 NPO法人との連携による「保育ママ・パパ制度」の導入→ボランティアを登録し、保育ルームなどで保育する→病児保育 ③ 勤務継続支援 本学が独自に設置した医療技術トレーニング部門を利用し、多様な技術研修プログラムを開発し、附属病院や全国の地域医療に従事する女性医師の短期研修の受け入れをおこなう
---	--



<p>どうしたら勤務医として継続が出来るか</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 開業医師では出来ないことをやっている □ 当直勤務、救急搬送、入院患者の急変 □ 勤務医の人数の確保→医師免許がなければいけないことの業務の見直し 魅力ある病院への改革 ↓ □ 開業の先生の夜間診療の協力、勤務2交代制など 	<p>医師としてのトレーニング</p> <p>勤務医 大学病院 公立病院...私立病院 開業 診療（学生の教育、研究）→大学病院 医師としてもステップアップ 自己教育 症例発表、学会発表 ↓ 論文にまとめる ↓ 医長一部長（院長など）・教授など 後輩の医師の指導する立場 リーダーシップ 医師として継続して仕事していく！</p>
---	---

どうしたら勤務医として継続が出来るか

- 開業医師では出来ないことをやっている
- 当直勤務、救急搬送、入院患者の急変
- 勤務医の人数の確保→医師免許がなければいけないことの業務の見直し

魅力ある病院への改革

↓

- 開業の先生の夜間診療の協力、勤務2交代制など

女性医師支援WG

2007.11.30

あなたも腫瘍学をやりませんか

- がん医療における役割と支援体制 -

自治医科大学
臨床腫瘍科
藤井 博文

自治医科大学の各診療科での短時間勤務の導入取り組み ワークショップで発表

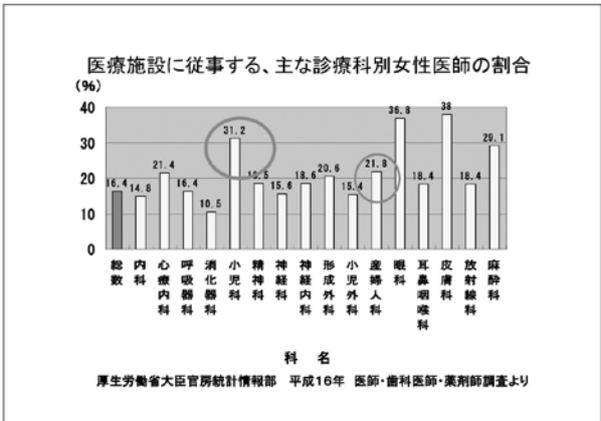
第1回 平成19年9月20日(木)
「消化器科におけるプログラム導入」
「産婦人科での女性医師採用の実例」
「産後の現状について」
「今後、自治医科大学が率先システムを使うには」

第2回 平成19年11月30日(金)
「血液科における女性医師支援の取り組み」
「あなたも腫瘍学をやりませんか」
「がん医療における役割と支援体制」
「がん医療における役割と支援体制」

第3回 平成19年12月18日(火)
「女性医師支援推進委員会事務局の現状と取り組み」
「産科における女性医師支援の取組と課題」
「内分科制における女性医師の就業状況」

第4回 平成20年2月7日(木)
「女性医師支援に向けて」
「小児科における女性医師の現状」
「女性医師支援について」
「産科科における女性医師支援」
「産科科における女性医師支援」
「産科科における女性医師支援」
「産科科における女性医師支援」

勤務医師の意識改革



「女性医師の継続的就労支援のための委員会」 日本産科婦人科学会の調査

- 全国の大学(57施設) 臨床研修指導施設(785施設)
- 経験年数
 - 2~5年: 83%
 - 6~10年: 61%
 - 11~15年: 52%

男性医師は11~15年で80%

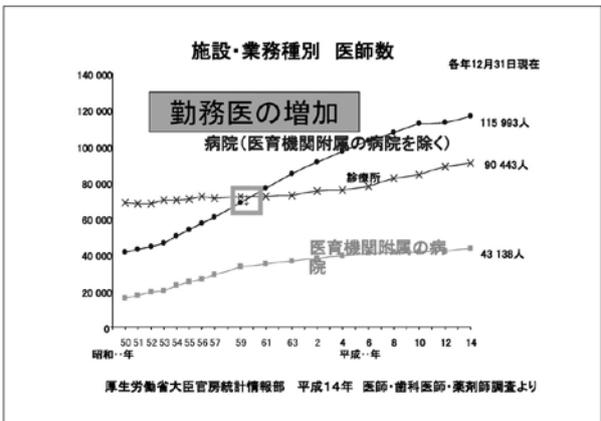
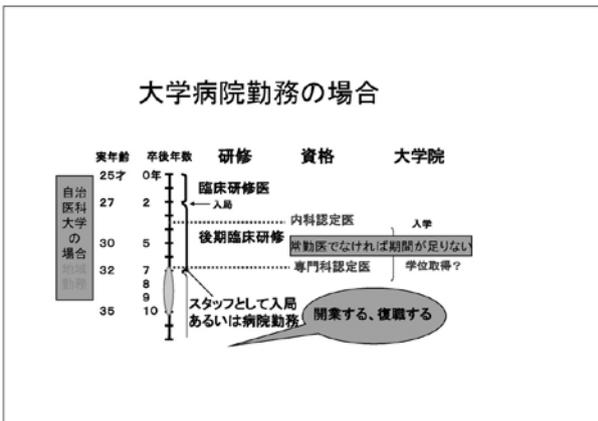
院内保育所
あり 64.2%
なし 28.9%

①多様な勤務体系・給与体制の早期確立
②院内保育所などの緊急整備

これから女性医師は

- 増え続ける
- いつの間にか、仕事が続けなくなる 何故か
- 医師の仕事自体の見直し

発言していく！
学んでいく、医師として判断力
人間としての思いやり→社会に貢献する人間、社会を良くしていくという意識
仕事に対しては、正しい評価ができる人間になること
やはり、権力志向でないリーダーになる。

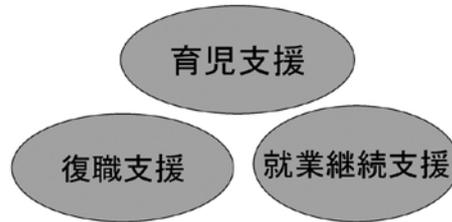


復職・就業継続に関わるワークショップの開催

- 「みんなで考えよう子育て中の女性医師支援」
 - 本学における女性医師支援の取組みについては、(1)NPO法人との連携による病棟をあげた育児支援、(2)短時間勤務制度を導入し、女性医師としての知的活動を継続できるような就業継続支援、(3)医療技術トレーニング部門やシミュレーションセンター等の大学の機能を利用した復職支援、の3支援を柱に、本年10月から実施しております。
- 女性医師支援の取組みに積極的に参加していただくよう、下記のとおりワークショップを開催することになりました。
- つきましては、貴所属職員の皆様には、大変お忙しいことと思いますが、是非ともワークショップに参加くださるようご案内申し上げます。
- 記
- 1 日 時 平成19年11月30日(木)16:00～17:30
 - 2 場 所 臨床教室2
 - 3 発表者 臨床腫瘍センター ○○准教授
血液科 ○○助教

すでに、第1回を開催、順次各診療科で現在やっている、これからやろうとしているカリキュラムや教育体制を紹介、議論する。

「自治医科大学女性医師支援」



文部科学省の平成19年度「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」で選定

ワークショップを発表した診療科の女性医師人数

ワークショップ発表医男女構成 (人)					2018.5月現在	
科目	発表	総数	女	男性	発表医総数	総医総数
20071030	消化器センター内科 腫瘍センター内科 泌尿器センター 公衆衛生学部門	39 36 51	2 2 7			
20071130	血液科 臨床腫瘍科	42 4	11 1			1
20071218	産科婦人科 皮膚科 内分科	64 19 20	22 12 4	1		1 1
20080207	腫瘍科 小児科 放射線科 脳神経センター内科	46 68 29 30	12 31 9 3	1		1
20080315	総合診療部 腫瘍科 整形外科	37 54 48	6 7 4			

自治医科大学全体での
育児・産休取得者数 7名
短時間勤務取得者数 7名

子育てをしながら臨床キャリアの向上を目指す

- 対象：0～(3)歳のお子さんを持つ女性医師 (継続支援)
- 子育てが(ほぼ)終了した女性医師 (復帰支援)
- 身分：自治医科大学医療人GP(女性) 助教(助手)または講師
- 処遇：有給(自治医大パート規定に準ず)、研究歴あり(毎日)

・「ゆとり外来制度」
開始時間、患者数に余裕のある外来
(Work Sharingによる他の医師への支援)

「ゆとり研修制度」
医療技術トレーニング部門の利用による「侵襲的処置」や「手術」のゆとりある研修
(シミュレーションやウェットラボによる時間的余裕)

どうしたら勤務医として継続が出来るか

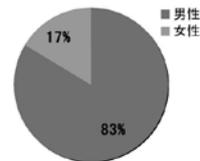
- 開業医師では出来ないことをやっている
- 当直勤務、救急搬送、入院患者の急変
- 勤務医の人数の確保→医師免許がなければいけないことの業務の見直し

魅力ある病院への改革

- 開業の先生の夜間診療の協力、勤務2交代制など

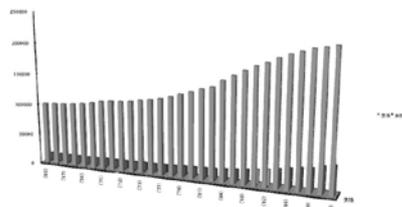
現在の医師数

- 医師総数 270371人
- 男性医師 225743人(83.5%)
- 女性医師 44628人(16.5%)

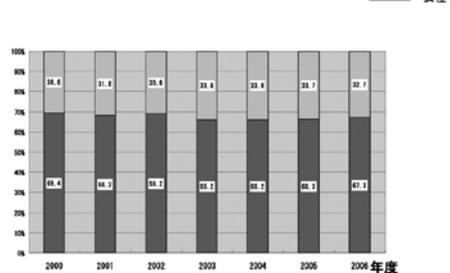


平成16年12月現在

医師数の年次推移

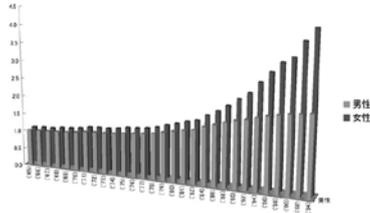


医師国家試験合格者男女比

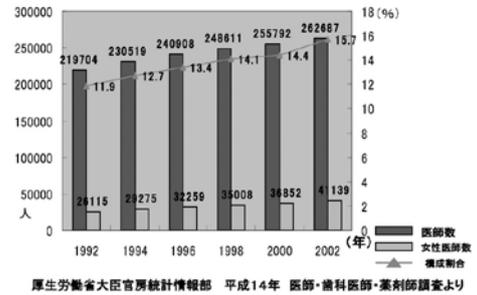


厚生労働省ホームページより

男女別医師数の伸び率

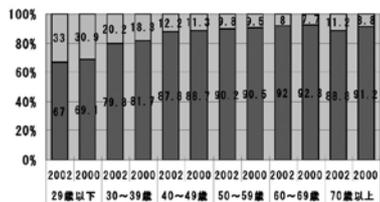


女性医師数の推移



厚生労働省大臣官房統計情報部 平成14年 医師・歯科医師・薬剤師調査より

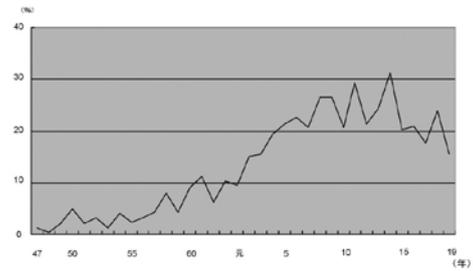
医師年齢階級別男女比



20歳代、30歳代の女性医師の割合が30%を超える状況になった!

厚生労働省大臣官房統計情報部 平成14年 医師・歯科医師・薬剤師調査より

自治医科大学医学部女子学生入学数年次推移



医学生の半数は女性?!

自治医科大学

「女性医師支援」を考える5大学サミット
自治医科大学研修センター中講堂 2008.7.4



自治医科大学における女性医師支援の取り組み



自治医科大学 腎臓内科
湯村和子
(専任コーディネーター)

第4分科会

「私が開業した理由」

～これからの開業医とは～

座長 石橋 幸滋
発表者 中野 康伸
伊藤 英章
雨森 正記
清水 正之

石橋 幸滋 ・座長

本日司会を担当させていただきます神奈川3期生の石橋と申します。宜しくお願ひ致します。
今日皆様のお手元に資料があると思いますが、私の自己紹介はそこに書いてありますので、お読みいただければと思います。

本日ここの第4分科会というのは、開業医の先生方が発表する場所ということになっておりまして。今日いろいろ話を聞いてみると、開業医は300名を越えているというデータがありました。昨年度のデータですので、本年度はもう少し増えているのかもしれませんが。また、義務年限後の卒業生に限れば、15%が開業している。こういう現状を今日聞かせていただいて、そんなにいるんだなあと改めて実感を感じました。それぞれの事情があつて開業されたと思いますし、いろいろな形で開業をされているかと思いますが、皆様自治医大で学んだことを活かしながら開業されていると思います。

そこで、今回は4名の先生方に開業に至った理由、そして現状をご発表いただきながら、今後我々開業した医師がどういうことをしていけばいいのか、また新たに後輩が開業医になって我々の仲間になっていただくためにどうすればいいのかを考えるとともに、自治医大生の卒後のあり方の一つの形態である開業医を、より良いものにしていくにはどうすればいいかを皆さんで考えていきたいと思っていますので、宜しくお願ひ致します。

それでは、早速でございますが、自己紹介を兼ねて発表していただきたいと思います。

第1番目の発表者ですが、神奈川2期生の中野先生から宜しくお願ひします。

中野 康伸 ・発表者

皆さん、こんにちは。2期生の中野でございます。石橋先生は先週か、先々週、NHK に出演されておりましたね。皆さんご覧になりましたか？先生、持ち時間は何分ですか？

石橋 幸滋 ・座長

1人10分です。

中野 康伸 ・発表者

そうですか。じゃあちょっと急ぎますが、そのNHKを見ていて、涙ながらに感激しました。開業するとき実は石橋先生のクリニックを見に行っただけですね。当時、いろんなことを教えてもらいました。

多分これから開業する先生もいらっしゃる、あるいは開業医の先生も参加されていると思いますので、もう一度現状と過去を振り返ってみたいと思います。お手元に、2002年、6年前月刊地域医学に書いた資料を持ってきました。

プロローグから簡単に説明させてもらおうと、僕は現役のときに神奈川県から自治医大受けましたが、一応2次選考・面接と最後まで残りました。しかし、何故か物理が全然、解けなくて、1年間浪人しちゃったんですね。現役で入学していれば、輝かしい自治医大1期生になっていたはずなんですけど…。

それはそれとして、「地域医療」という言葉は当時あまり聞きなれない単語でした。昭和53年に1期生が卒業間近になって、県庁から全員公衆衛生に行けって言われちゃったんですね。神奈川県の場合、「地域医療」＝「公衆衛生」の選択しかなかったのです。そこで、1期生の先生方が頑張っって、臨床医の道を何とか開きました。2期生で良かったと思った瞬間でした。

当時研修指定病院が県にはなかったのので、川崎の市立病院に出向しました。ここで、自分の人生の扉が開いたなあという感じでした。100万都市の夜の救急をレジデントだけでやるような病院で、何でもありで、何でもやらせてもらえました。石橋先生も後からいらっしやいましたが、2人でとっても楽しい時間を過ごしました。川崎という場所柄もなかなか良かったですけどね。

このスライドが、今の私のクリニックビルです。これに辿り着くまでがどうかと申しますと、結局川崎市立病院で研修した後、へき地に赴きました。石橋先生懐かしいでしょう？これは藤野駅というところで、中央線の藤野駅というところあるんですね。山梨県境です。中央道を通りますと、藤野インターというのがあります。その近くの診療所でございます。県立の診療所です。ずっと山に囲まれて、往診に行くと、ガンの末期の方で点滴を天井の上からやったりして、苦労したのを覚えています。

その後小児科に興味が生時代からあったので、神奈川県立こども医療センターに行きました。当時の院長は、こんなことをつぶやいたそうです。「へき地で働いているような医者には、高度医療機関の仕事が勤まるはずがない」。ところが、ラッキーなことに、この院長が大学の教授に栄転しちゃったんですね。その後の院長が外科系の非常に素晴らしい方で、勉強させて下さいと言ったら、いいよって言うてくれました。このこども医療センターの経験は、非常に、僕の今の開業の役に立っています。というのは、当時は、試験を受けて、全国から今のスーパーローテーションみたいに、優秀な学生さん達が入ってきた病院なんですね。だから、僕みたいに途中から入ってくるポストがありません。結局、シニアレジデントが空いている枠が毎年2つあったんですね。そこに配属になり、2年間一生懸命勉強しました。そのまま、義務年限後も「こども医療センターに残ってよい」って言われたんですけど、NICUに4年ほど居まして、さすがに、体力的に、7泊8日当直とか、超未熟児3人入ってきたら全部主治医にならざるを得なかったりで、家庭がもちませんでした。家には当然帰れない。買い物してても、ポケットベルがピピピと鳴って、「戻れ」と言われるんですね。ちょっとこれは、とっていたときに、学生時代世話になっ

ていた、中野昌康教授から「来ないか」って言われて、留学させてくれるという条件もあったので、大学に戻ったのが卒後10年目でした。

留学先はヤンキースの松井がキャンプを張るタンパっていうところでした。免疫微生物の勉強をしてきました。石橋先生はワシントンという素晴らしいところでしたね。私は田舎の大学だったんですが、この2年間の経験も僕の人生に役立っています。というのは、横浜は港の町なんで、外人が多いんですね。一応英語の喋れる医者っていうので登録しているのですが、一時フィリピンパブ化したことがあるんです。フィリピンのコロニーの子どもがおしかけて、大変なことになりました。まあそれはいいんですけど、そういういろんな国の人が今来てくれて嬉しいです。

そして、平成6年家庭の事情もあって開業したのですが、開業してすぐ声が掛かったのは、地元港北区の医師会から、小児科の専門医はそうはいないから、「小児救急担当の理事になってくれ」って言われました。

開業してからいろいろな人との出会いの毎日ですが、人生という言葉は、「自分が生きる」というよりも「他人と生きる」ということではないかと最近感じてます。やはり他人との関わり、患者さんとの関わり、あるいは石橋先生との関わり、先輩後輩との関わり、そして今日みんなに出会った関わり。それが楽しくて、毎日やっています。

横浜市の人口は、360万人位ですね。僕のいる港北区だけで、実は宇都宮市と同じ人口です。新幹線が走っていて、新横浜が近くにあります。まわりの大きな病院の小児科の部長達が、ちょうど僕と同じ年か、前後の学年の人達です。従って、何かあればすぐに連絡とれるというメリットがあります。当時川崎の市立病院で苦勞した仲間、こども医療センターで苦勞した仲間もたくさんいます。開業されている先生は御存知だと思いますが、バックの病院がしっかりしてないと、なかなか難しいという点があります。長年培った人脈というのは、とても大事だと思います。そういう意味で、やはり医師会の仲間を沢山作ることも大切です。ずっと14年間「総務」という役をやっているのですが、自分を立ててくれる先生も増えました。

それから、「親達の会」というのは大事にしています。「子育て会」というのがあったら、積極的に行って、患者さんの家族とのコミュニケーションを深くしています。

それから、開業するとやっぱり健康が大事でございます。私もいくつ病気をやりました。「リタイアの目標」も立てないと、しんどいかなというのも本音です。基本的には開業医は一人ですよね。この辺もちょっと、この年になると考えてます。

ということで、長くなりました。我がクリニックのスタッフなんですが、一番可愛いのが迷犬プリンと言いまして、うちのアイドルです。アニマルタッチ、アニマルセラピーに大活躍です。予防注射をやったあと、この子を抱っこさせると、こども達大喜びです。

ちょっと長くなってすみません。またディスカッションで本音は言いますが、一応私の履歴と現状をお話させていただきました。

ありがとうございました。

石橋 幸滋 ・座長

中野先生、ありがとうございました。

続きまして伊藤先生、宜しくお願いします。

伊藤 英章 ・発表者

石川県3期の伊藤と申します。3期生は人材的には裏年みたいな感じですが、先程の塚原教授のスライドでも卒後指導課の方のご苦勞が一番多かったということで、少々ショックを受けています。

簡単な自己紹介をさせていただきます。(表1) 石川県立中央病院で初期研修をして、診療所勤務を経験し、輪島病院の内科医として働き、そのまま輪島に居着いてしまっただけで開業しました。現在は医師会活動なども少しやっております。

まず始めに私が開業した理由をお話しします。それは勤務医を辞めた訳でもあるのですが、人間関係です。(表2) 丁度内科にあまり好きではない上司がいて、どこか他の病院勤務に替わりたいと思っていました。しかし、なかなかその願いが叶わないものから、開業を考えた訳です。始めはどこか違う所での開業を模索していたのですが、多くの先輩からそれは止めておけと言われ、輪島で開業しました。

もう少し詳しく説明します。(表3) 市立輪島病院で勤務医として働いていて、内科医師は院長を含め4人いますが、私は3番目の医師で、下には自治医大出身卒後3年目の医師がいました。医長Bは医長Aの3から5倍の仕事をしている訳ですが、給料は年功序列です。この関係が未来永劫続くのかと思うとやりきれません。

当時は多めに悩みました。(表4) 卒業後10年目、内科の認定医とか、学位は取得してました。私は金沢の大学に入局してましたので、医局の先輩や後輩、その他色々の方と相談しまして「開業するのであれば田舎でしなさい。あなたの大学の趣旨にも合うでしょう」ということになりました。という事で纏めますと、勤務医を辞める手段として開業を選びました。消極的な理由ですが、今でもそれが正解であったと思っています。

さて、この場をお借りしまして能登半島で働く自治医大卒業生の配置を示します。(地図5) 輪島には市立病院に若い内科医2名と、保健センターの所長、開業医の私、合計4名がおります。珠洲市に2名、能登町に1名、穴水町に1名、能登島診療所、舩倉島診療所各1名、七尾市に1期生の山本さんが開業しています。初期研修を終えた自治の卒業生62名のうち11名が能登地区で働いていることになります。その内、義務年限終了後の医師は3名であります。もう少しでもいいのにと個人的に思っています。

話は変わりますが、1年半前に起きた能登半島地震時の材木屋さんの倉庫の写真です。(写真6) 私の医院から100m くらいしか離れていない場所です。この建物は柱と柱の間隔が長いので地震に弱かったのでしょうか。

輪島市の人口についてお話しします。(表7) 総人口はこの1年間で656人減少しています。33,000人の人口しかないのに、毎年600人減っている訳です。また、高齢化の割合も石川県全体の21%に比べると36%と高い。さらに一人暮らしの老人が多くこれもまた大変な問題であります。

輪島市の市立病院、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設の病床数を示します。(表8) 私の診療所から一番多く患者さんを紹介している医療機関は市立病院ですが、近年の最大の問題は医師数の減少でありまして、10年前の約半分です。入院も外来の仕事も厳しいのですが、当直業務が1番大変です。

ちょっと余談を致します。18年前、私は周囲の方から「若い開業医がない。周りはお爺さんばかりだから、お前は輪島で開業しろ」と言われてきました。しかし、今も23年前も開業医の平均年齢に大きな違いはなく（61.6才 vs 61.8才）、40才より若い勤務医からみれば60才の開業医は非常に年配に見えた、言い換えると当時の私の気が若かったということなのでしょう。

ここで現状を踏まえた医療経済的な話をします。(表9) 私の医院のここ数年の変化として、レセプトの枚数（受診患者さんの実数）は横ばい～微減です。一人当たりの医療費は上がっております。本来診療報酬は減額されてきていますので、一人当たりの医療費は下がって当然なのですが、明らかに上がっているのです。その理由は、処方日数の増加で、長期処方が一般的になって来ています。尚且つ人件費の増加、医療器械の高騰など経営的には厳しい時代です。従って後輩の先生に開業を勧めるかと問われると、以前程肯定的に言う事はできないと思っています。地域医療に対するしっかりとしたヴィジョンを持った上で開業を考える時代なのでしょう。

最後に「私の考えるこれからの開業医」についてお話をします。(表10) これからの地域の開業医に求められるものは、common disease を上手に診る事の他に、積極的に介護（認知症がありふれた疾病となっており、根本的な治療法が確立されていないことに関係する）や特定検診に取り組む必要があるということです。また、学校医としての業務、教育委員会関連の委嘱委員、国民健康保険の委員など地域の医療と接する部分での役割も果たして行かなければならないと思います。それらを遂行していく action program を纏めると表のようになりましょうか。(表11) とかく一人で考え医業を行う訳ですが、地域の先生方と意見を交換し、情報を共有しながら生涯学習を継続しなくてはなりません。また、自分の診療所のスタッフのみならず、多くのコメディカルの人々と円滑にコミュニケーションを取るために、褥瘡、胃瘻、在宅酸素療法などの色々な研修会に出かける必要もあろうかと思えます。後はフットワークの良さでしょうか。行政（市役所の関連の課）、地域包括支援センターなどにどんどん出向いて行く姿勢が必要であると思えます。早口でお話し致しました。どうもご清聴ありがとうございました。

(表1)

○簡単な自己紹介

1955年 金沢市生まれ

1980年 卒業後、石川県立中央病院研修、鳥屋診療所、舩倉島診療所を経て
輪島病院、鶴来病院、石川県立中央病院勤務

1987年 輪島病院内科医長

1994年 輪島市水守町開業、現在に至る。15年目

現在、能登北部医師会副会長、石川県医師会理事、中部医師連盟介護保険委員、
認知症サポート医

(表2)

私が開業した理由 = 私が勤務医を辞めた訳

上司に困ったから → 転職したい → 転職できない → 開業しようか → いつ、どこで

(表3)

内科医は院長、医長 A、医長 B、3年目医師の4名

	医長 A	医長 B
外来の仕事量 (患者数)	15人	80~100人
入院の受持ち患者数	6人	30人
週当たりの検査比率	1	3

Bの仕事量はAの3倍~5倍である

しかし、給料はA>B、今後もこれが続くのか

理不尽ではないか、我慢できない

(表4)

若き内科医長Bは悩んだ

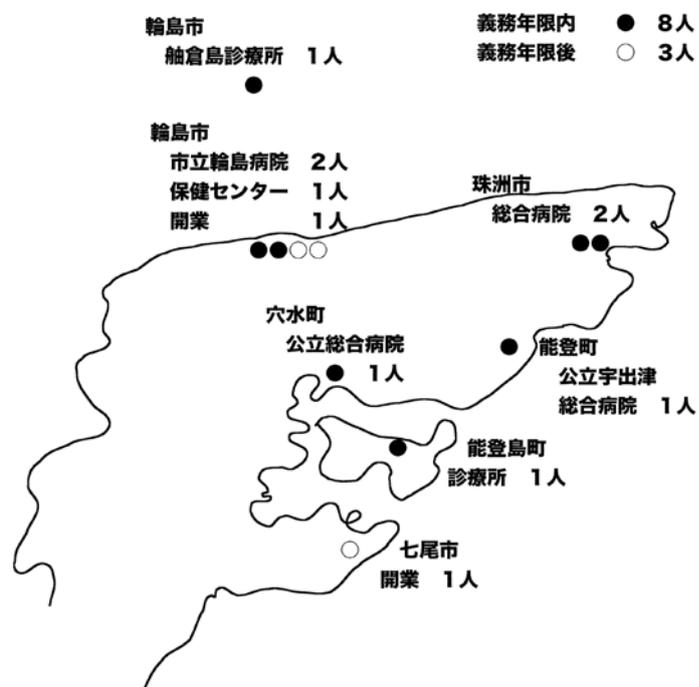
(卒業後10年目、34才、認定医、学位取得済み)

相談相手 医局の先輩医師
自治医大の仲間
業界の人々

結 論 自分が切り開くことで一步前に進もう

(地図5)

能登医療圏で働く自治医大卒業生



(写真6)



(表7)

	(平成19年4月)	(平成20年4月)	
輪島市人口	33,822人	33,166人	656人減
老人(65才以上)	11,916人	11,914人	
高齢化率	35.2%	36.0%	
独居老人数	2,064人	2,076人	
石川県人口	1,168,748人		
老人(65才以上)	254,204人		
高齢化率	21.8%		
独居老人数	45,659人		

(表8)

輪島市立病院

198床 常勤医師12名(10年前、最大23人)

特別養護老人ホーム 1カ所 104床 デイケア30床

介護老人保健施設 4カ所 390床 ショート65床

(表9)

1) 医院の月別患者数の推移 横ばい～微減

2) 1人当たりの1ヶ月の医療費

診療報酬の減額にも関わらず、増加している(これは処方日数の増加が原因である)

3) 人件費の増加、医療器械の高騰

これらは全て減益に繋がる。また、財政主導の医療政策が続く中での勤務医対策は、開業医の経営に影響を及ぼす。つまり、開業すれば豊かになれるという経済的理由が後退したとの認識を持つべきである。

(表10)

これからの「地域の開業医」とは

かかりつけ医(common dis.を診る)他に認知症、介護保険、特定健診などに取り組み、さらに学校医(健康診断、予防接種)産業医(健診後指導、過重労働対策)警察医(死体検案)などの地域に密着した業務にも協力し、その他行政サイドから委嘱される役割を担うこともある

(表11)

これからの「地域の開業医」とは

(1) かかりつけ医としての技能を向上させる

(2) 医療スタッフとのコミュニケーションを図る

(a) 他の開業医、中核病院医師

(b) 中核病院スタッフ

(c) 行政、包括支援センター、保健センター

具体的な対応として

(1)、(2)(a) → 郡市医師会の生涯教育研修会

(1)、(2)(a)(b) → 病診連携のカンファランス

(2)(c) → 開業医が積極的に出向く

石橋 幸滋 ・座長

伊藤先生、どうもありがとうございました。
続きまして雨森先生、宜しく申し上げます。

雨森 正記 ・発表者

8期生の滋賀県の雨森です。

このような機会を与えていただきまして、石橋先生どうもありがとうございます。私は今日の発表してる先生方とちょっと違うのは、義務年限より勤務しておりました国保診療所を、そのままそこを買い取る形で開業したということになります。

簡単に自己紹介しますと、85年に自治医科大学を卒業致しまして、4年間の研修の後に、89年（平成元年）から竜王町の国保診療所というところに参りまして、それ以後ずっと竜王町というところにおります。今年で20年ということになります。そのうち、最初の10年間は国保診療所におりまして、その後の10年間は開業しています。

これ、うちの医院なんですけれども。手元の資料をお配りしたんですけれども、「2階は使っていません」と書いてあるんですけど、今全部使っております。後ほどお話しますけれども、2階は現在会議室と研修生の宿泊施設に改装しており、全部使っています。通常の医院さんと比べると、非常に大きいです。以前は、産婦人科で開業されてた先生のところが、その先生が亡くなったということで、新しくできたところなんです。89年（平成元年）に私が参りましたときに、竜王町の中で医療機関3軒あったんですけども、その後の数年の間に他の2軒の先生がいなくなりまして、私が町で一人だけでやってたということもありました。

竜王町は、ここです。県庁所在地の大津市と新幹線が止まる米原とのちょうど真ん中位です。最寄りの駅で言いますと、近江八幡というところですね。現在、医療圏としましては、大体これ位で、竜王町の人口がだいたい13,000人ということです。

実は10年経ったんですけれども、なんで開業したのかと、国保診療所を買い取る形で開業したのかと申しますと、国保診療所におります勤務医をしているよりも、自分で開業した方が地域の住民の皆さん方にいいことが多いんだろうなということが一番でした。

開業してから変わったということは、職員の増、複数医師体制です。先ほども申しましたけれども、13,000人の町で1軒の診療所になりましたので、一人で校医2,000人位とかです。そんなことやってたんですけど、いつまで経っても複数医師にはならなかった。診療時間の拡大。夜間診療とか土曜診療とか、国保診療所でなかなかできなかった。結局、時間外の診療は私一人でやってたんです。年間時間外の国保診療所の診察が1,000人位来ます。そうなりますと、他の職員いないので、自分一人で1,000人を診なきゃならないということがずっと続いておりまして。これは実際開業致しまして、診療時間拡大することによって、それ以外の時間外の診療というのは、当然ながら激減しました。おまけに、それだけ長い間仕事してるんだから、ということで、夜にわざわざ無理矢理訪ねてくる人も非常に減ったと言えます。

それと、在宅医療の充実ということで、訪問看護、リハビリ、在宅介護支援、訪問介護というようなことも始めることができました。これ、うちの医院の中なんですけれども、診察室が1、2、3、5、6と4部屋です。それに処置室、検査室というところもありますので、同時に6人から

7人の診察ができるというような体制をとっています。

実際、開業する前の国保診療所時代と今とでどう変わっているかと言いますと、国保診療所するとき職員は5名でした。今は職員37人。非常に非常識な開業医となっておりますけれども。常勤が4人で非常勤4人、看護師7人、糖尿病療養指導士が2人。あとは、介護支援専門員が5人。外来患者数は、平均で大体150人。ただ、ちょっと今、農繁期になってますとちょっとこれより少ないです。在宅患者は、常時50人位で、グループホームの嘱託、それから産業医ということをやっています。当然のことながら、それだけ診察も増やしましたので、患者数も増えました。患者さんにも喜ばれているというふうに私は思っております。

それ以外に、自分がやりたかったことというのは、診療所での教育ということなんです。手元の資料にお配りしてるんですけど、私途中で、実は後期研修というのを取りたいなと思っていて、後期研修でアメリカの家庭医療のレジデントになりたいななどと、無謀なことを思って、向こうの面接を受けてきたことがあるんです。そのときに、非常に向こうの環境がよろしいと思えました。どういう環境かという、サテライトのクリニックがあって、そこで研修生が研修をするんですね。そういうような診療施設というのを、自分でつくりたいというふうに非常に思った訳です。

幸い、うちの医院は非常に大きくて患者さんの数も揃ってるので、この10年間でいろいろ診療所の教育ってということで取り組んで参りました。大体、年間30名位の研修生。医学生であり、研修医であり、海外からの研修医であり、その他いろいろ受け入れをしております。簡単に紹介致しますけれども、医学生の実習ということでやっておりますが、これは志願していただいた旭川医大から琉球大学まで来ていただいています。大体2日から1ヶ月間の研修を行っています。医学生は1年から6年までで、国試浪人の人もいます。

実は、開業してから自治医大というのと、非常に疎遠になってしまったと思います。開業したら、なかなか自治医大の学生さん来てくれなくなってしまいました。3年位前から4年生の実習ということで来てくれるようになりまして非常に喜んでます。私は、他の大学でも全然関係なく受け入れるということをやっています。

実際、1ヶ月位でどういう経験ができるかと言いますと、滋賀医大の学生さんで、1ヶ月の研修なんですけれども外来の診察を45名。これは外来の診察を横で見ているのではなくて、自分で問診、診察して、指導医にプレゼンテーションをして、一緒にディスカッションして、もう一度一緒に戻って診察して、アセスメントを行なった上でプランを立てる。その後に、実際に学生さんにカルテ書いてもらって、チェックするというのを45名。45人やってもらえると、学生さんでも非常に戦力になります。

前期研修医は2週間コースというのと1ヶ月コースというのと、2病院から受け入れております。滋賀医大病院からと、近江八幡市立医療センターというところから来ておまして、基本的には同じような実習を行っています。先月、1ヶ月来てくれた先生は、外来の診察も同じように自分で診察してもらったのが88名。年齢は10ヶ月から101歳まで、疾患もいろいろ経験してもらいました。

あと、後期研修医も来てもらってまして、以前から北海道家庭医療学センターの3年目、4年目の後期研修医に来てもらっています。大体6ヶ月交代で来てもらって、特別変わったこととし

ては、毎日診療後にレビューというのをやってもらってます。これ、レビューの風景なんですね。うち1人が後期研修医で、この彼はアメリカの大学からきた医学生です。毎日こうやって、コテコテに面白い話をしながら、レビューするというようなことをやっています。

実際に、6ヶ月の後期研修でどれ位やってくれるかと言いますと、診察が3,500人。これ見せると、本当にこき使ってるなあと思われそうですけど、これ位やってもらうとどこでもやってくれるかなというふうに思って、私は送り出しております。

これからの開業医の先生に、ということなんですけれども、やはり生涯学習、reflective learnerとしての自分を振り返りながらの生涯学習っていうのは非常に大事じゃないかと。それと、後進の指導をすることは非常に自分のためにもいいことですので、できるだけこういうような指導、できれば自治医大を卒業した皆さん方にやっていただければ有難いかなと思います。それと、地域医療連携は当たり前ということですね。できるだけ消去法で開業するのはやめましょうというふうに思います。

付け加えてお願いなんですけれども、今度11月の8日と9日に、大阪の天満研修センターというところで、日本家庭医療学会主催、「第16回家庭員の生涯教育のためのワークショップ」というのが開かれます。昨年から私が責任者をしておりまして、今年も9期生の林先生、救急で有名なんですけれども、林先生はじめ、豪華な講師陣に来ていただきます。非常に勉強になりますので、来ていただければ有難いと。2日間で15,000円なんですけれども、もうめっちゃめっちゃ安いと思います。9月18日より申し込み開始になっております。

最後に、プライマリ・ケア関連学会連合学術会議というのが、平成21年の5月30日、31日に国立京都国際会館で行われます。これは、日本プライマリ・ケア学会と日本家庭医療学会と日本総合診療医学会のインタレストグループというのが合同でやる学会でございまして、何故か私が家庭医療学会の総会長ということをおおせつかっております、黒子で仕事をしております。是非とも皆様のご参加をお待ちしておりますので、何卒宜しくお願い申し上げます。

石橋 幸滋 ・座長

雨森先生、本当にありがとうございました。

続きますは清水先生、お願いします。

清水 正之 ・発表者

18期長野県卒業、清水と申します。開業してちょうど丸2年になります。

先輩方に比べると、まだまだ日が浅いんですが、私のこれまでの勤務についてご紹介致します。

私は平成7年に自治医大卒業しまして、その後2年間自治医大大宮医療センターで地域医療教室に所属しながらローテーション研修をしまして、その後長野県のへき地病院に2年。その後、後期研修で自治医大の放射線科の方で2年間勉強しました。一応、その後また長野県に戻りまして、病院勤務とへき地診療所に最後2年勤務をしまして。それは2人体制の診療所だったんですけど、そこを義務年限後と同時に平成18年7月に開業致しました。宇都宮市の東部です。宇都宮より少し駅より東部のところで開業しております。

開業への経緯ですけど、これまで実は学生の時代から大変石橋先生にはお世話になりまして、

地域医療教室というところにちょっと顔出したりして、総合医とか家庭医に非常に興味がありました。一時、放射線医学というものにもはまってはいたんですが、最終的に、義務年限明けたあとどうしようかと考えているときにやはり、家庭医、総合医というものを目指していきたいなという気持ちがありまして。最後2年間、伊那市の美和診療所というところに岡部竜吾先生という先輩がおりまして、そちらの方で2年間診療所の立会いをやって、ちょうど開業のシュミレーションのようなものを2年間やりました。その後、宇都宮の方に来た訳です。あと、今後総合内科専門医という立場で、開業医として何かできないかなという気持ちがあります。それと、田舎でできたことが、もしかして都市部でも似たようなことができるのではないかと。逆に、田舎でできたことよりも、むしろへき地は都市部の中にへき地があるのではないかとというような気持ちもあって、宇都宮市内の方で開業をしております。

あと、なんで宇都宮かという、実は私の家内の出身が宇都宮だったということ、大学、自治医大の方とは比較的近いということで、今後は大学の方でも後期研修を含めて、大学の方とも連携をしていきたいなという気持ちもあり、今の場所に、たまたま土地があったので開業しました。

あと、将来的にはやはり、先ほどの皆さんの先生方と同様で、教育のようなものを少しはできたらなと思っています。大学の方へ行くのも良し、自分の診療所で学生受け入れるのも良し、そういうことができれば理想だなというふうに考えております。

開業形態なんですが、医院と住居の一体型です。1階が医院になって2階が住居になってますが、ほとんど住居といっても2LDKのマンションのような住居で、非常に狭いです。私のスタンスとしては、お孫さんからお年寄りまで、一家家族ぐるみで診れる「ホームドクター」、「かかりつけ医」というスタンスでやっております。実は、私のクリニックの目の前が比較的小規模のショッピングセンターになってまして、前に駐車場が300台位あります。ですので、うちの自前では駐車場をあまり用意しなくても、そちらのショッピングセンターに来た方々やお子さん連れのお母さんとかがショッピングついでにということも可能で、比較的小さいお子さんが結構多いです。それと、私の今内科の専門としてはどちらかというと、生活習慣病であり、糖尿病、高血圧、脂質代謝異常、脂肪肝、メタボリックシンドローム。その辺に力を入れまして、予防医学をやっていきたいと思います。病気にならないうちに病気を治療しよう、そういうスタンスでやっています。実は、私の家内が栄養士でして、栄養指導が必要な人には栄養指導を大体1時間から長い人だと2時間かけてみっちり行っています。

開業の面白さとしては、自分がやりたい医療ができる。やはり、どうしても勤務医だった頃はやらされてるような仕事が増えてくると仕事やらされてるという気持ちになります。自分からやる、自分で決めたことを自分で責任を持ってやる。あとは、やっぱり最近をよく言われるんですけども、仕事と自分のバランスを取りたい。唯一の良かったのは、やっぱり当直がないということが少し楽な面もあります。それが実際、仕事内容は忙しい面もあるんですけど経済的安定っていう部分です。今後はどうかかわからないんですが、比較的きちっと医療をして、地域住民の信頼が得られれば、やはり患者さんが来て、それなりの経済的な安定も見えてくるのではないかと思います。あと子供の成長が見れる。小児科をされている先生方もご存知だと思うんですけど、子供が産まれたときからの成長を見るというのは非常に楽しい、というか面白い。自分自身も勉

強になるんです。そういったものが見れるっていうのは楽しいですね。あと、家族ぐるみで信頼してもらえます。自分の人生を、やはり自分自身でコントロールしていくという、自己効用力感と言いますけど、自分自身何かやらされたり、周りに流されてしまってるのではなくて、自分の決めた人生を歩めるという充実感はあるのではないかなと思います。

デメリット面としては、経営的なマネジメント。これも本当に一番辛いあとと思ったのが、経営者としての視点を持たなければいけない。どんなにそれが患者さんにいいことだったとしても、やはり赤字が出てはクリニック自体の運営ができないので、やはりマネジメントっていう面は非常に辛いところです。一番大変なのは、やっぱり人を使う。これが一番、私開業して辛かったですけど、看護師さんと事務の方。特に女性。これをどう扱うかっていうのは、非常に最初戸惑いまして、大変な思いをしたんですけど、だいぶ今は落ち着いてきたんですけど、これがすごい大変だと思います。もし開業した場合、これが今回一番苦勞されるんじゃないかなあとと思います。

それから、やはり開業医はサービス業。これは对患者さんとしてですね。サービス業であると思います。勤務医だった頃は結構うるさい患者さんに対して、ちょっと冷たくしたような部分もあったのかもしれないんですけど、そういうことは絶対許されない。もし開業したのであれば、これはサービス業であるという気持ちで、どんな患者さんでも優しく、常に笑顔で接しなければいけないと、そういう部分です。それと、訴訟やトラブル。開業医っていうのは、大きい病院と比較して常に下に見られていますので、何かちょっと一回行って治らなければ、すぐ他の病院に患者さんは行きます。もし治らなければ、それは全部開業医のせい、そういうスタンスなので、そこら辺の自覚を変えないと非常に辛い。

あと、医師会との関係。いい面と悪い面があるんですけど、まだ私は未熟なので、そういう医師会に入っている意味がまだよく理解できない部分があり、また石橋先生に是非いろいろ教えていただければと思います。

あと、長期休暇がなかなか取れませんので、例えば長期で海外の学会に行くとか、そういうことはまずできないという部分があります。

今開業して2年になりますが、これまでの自分が地域の中でやってきた活動として、コミュニティーセンター、公民館みたいなものなんですけど。そちらで講演会をしたり、私、一件校医をやってるんですけど、その学校で子供向けの食育の講演会をしたり、歯科衛生士専門学校の講師として、内科の講義を受け持ったりしました。あと、子育ての相談とか、栄養相談とか、地域の何か健康作りの会のような、自治会の活動などのプロジェクトがあり、そういったもののメンバーに入れてもらったり。こんなような、地域に根ざした活動が非常に僕としては好きだったので、こういったものが逆に開業してからのやりがいというものに繋がっています。

今後の展望としましては、一番やりたいことは、予防医学の普及、患者さんへの教育、子供への食育です。自分の健康は自分で守りなさいという、そういう教育をしたいと思います。それから、地域で今NPOとかそういったものも出てきてますので、そういったものの中で何か関わりが持てないかなというように考えています。それと、教育。学生教育を含めて、小学生を含めて、地域に対する教育。そういういろんな教育機関としての機能を持ちたい。今後は医療設備をさらに充実させて、より質の高い医療を目指していきたいというような今後の展望としては

挙げております。

ちょっと駆け足になりましたが、以上です。

ありがとうございました。

石橋 幸滋 ・座長

清水先生、どうもありがとうございました。

以上4名の先生方に、ご自分のご経験、そして開業に至るまで、また現状についてお話をいただき、それから、今後の展望もお話をいただきました。それぞれ皆さんいろいろな経緯で開業されておられますし、もう10年以上開業している先生から2年目の若々しい先生までいらっしゃいました。

この話を元に、皆さんとディスカッションしていきたいと思います。この中で、開業をされていない先生？（挙手）結構いらっしゃいますね。これから開業したいという希望もあるということでしょうか。その辺は追い追いお聞きしたいと思いますが、まずこの4名の先生方のお話を聞かれて、何か質問はございますか？

2年目でちゃんと経営はちゃんと成り立ってるのか。収入はいくらとか、年収はいくらとか。税務署に捕まられない程度に聞きたいことをどうぞ。

発言：雨森先生に質問ですけど、常勤医師が4名いるということですけど、卒後何年目の先生がいるのですか、役割分担はどうされているのですか。

雨森 正記 ・発表者

私は、卒後24年です。それと、北海道家庭医療学センターの卒後3年目の後期研修医が1人。あと2人なんですけれども、1人は以前にうちで研修した北海道家庭医療学センターを終了した卒後6年目の先生が、うちで終わってからまた一緒にやりたいということで来てくれる。もう1人の先生は、亀田総合病院という千葉の亀田ファミリークリニック館山というのがありまして、そちらの家庭医療の後期研修を3年終了した滋賀県出身の卒後6年目の女性の先生が今年から来てくれてまして。だから、24年の私と、6年目2人と、後期研修卒の3年目ということですね。

役割分担なんですけれども、基本的に私がしゃしゃり出ていかないというのを基本にしています。「何でもやってよね」ということでやってもらってます。ですから、月曜日は午前中は4診。午後も4診。午後4時30分から6時30分です。その間の時間を、彼らに訪問診察、グループホームの訪問とかに行ってもらっているという形ですね。それ以外に、予防接種の時間というのが金曜の3時から4時までにあるので、それは女性の先生に担当でやってもらってる。うちに来てもらっている2人の常勤の先生は、水曜日が休みと木曜日が休みという形です。私は当然一番働かないと示しがつかないので、毎日診察をやってるという形なんです。ですから、複数の医師なんです、実は今日私だけこの中でリハーサルの12時30分から来たということなんです。午前中の診察も午後の診察もあるんですけど、彼らに「よろしく」という形で任せて、来れる身分になったということなんです。

以上です。

発言：給料はどうされているんですか？

雨森 正記 ・発表者

私が当然払ってます。

発言：どの位お支払いされてるんですか。

雨森 正記 ・発表者

年間1本位。

発言：わかりました。ありがとうございます。

石橋 幸滋 ・座長

よろしいですか、それで。

発言：ありがとうございました。

雨森 正記 ・発表者

今日は、勤務医の方の先生が多い訳ですね。少しお金の話が出たので、こちらからあえてお尋ねしたいんですけども。例えば、自治医大卒業して20年位経って、勤務医をやって、どの位収入があって、その職場の人間関係とかうまくいったと仮定しまして、収入源がどれだけあれば満足できますか。そこら辺は、どういう聞き方がいいでしょうかね。例えば、卒後20年目という仮定で、いろいろと部長とか責任あるポジションについて後進の指導もやっているということ。土曜日は今お休みですから。それで、1500万は絶対必要。あるいは2000万は絶対必要だという条件でお聞きします。

石橋 幸滋 ・座長

手を挙げてもらえますか。

それでは、Aは2000万は必要、Bは1750万は必要、Cは1500万は必要、Dはそれ以下でもいいということで挙手願います。まずAの方？Bの方？Cの方？ああ、ありがとうございました。

石橋 幸滋 ・座長

それは先生、今リクルートしたいということですか？

発言：いやいや。そんなことはないです。

石橋 幸滋 ・座長

収入は患者さんの数に見合うということになると思いますし、自分がどれだけ取るかですね。ある程度収入が上がると、その分はどうせ家族にいくものですから、あんまり関係ないですよ。うちで、大体外来が平均100人。医者が2人なんですけども、1人の先生には約2,000払ってました。その先生は独立をして開業しました。その前の先生も2,000位払ってましたけど、独立して開業して、今はその倍以上稼いでます。

ですから、患者さんがある程度来れば、開業医はそれなりに儲かるということです。中野先生なんかとんでもない数を診てますから、言いませんけれども、桁が多分1個上だと思いますけど、その位稼いでます。先生、今平均患者数は200？400？300？

中野 康伸 ・発表者

そんなにいかないです。本当に、小児科医というのは季節労働者なんです。この夏はのんびりやっています。開業医して来てもらうのはいいのですが、信頼のおける医者でないと困る。ごちゃごちゃになった例はいくつも聞いていますね。特に都会ですから。私のエリアで、東横線の駅4つで、小児科の専門医が20人位います。はっきり言って、バトルです。そういうところで、ごちゃごちゃにされると、あっという間に患者さんいなくなってしまう。そういう懸念もありますね。いずれにしても、数じゃなくて自分がやってる満足感っていうのが、清水先生もおっしゃったように大切です。やはり、勤務医のときと開業医の時の気持ちが一番違うのは、親御さん達、子供達をずっと診てるっていう自負心と、満足感ではないでしょうか。

石橋 幸滋 ・座長

はい、ありがとうございます。

はい、ご質問。

岩下：2期生の岩下と言います。

僕は開業というか、病院を始めてもうすぐ20年になる訳ですが、先ほどの石橋先生の2,000でしたっけ。もちろん税込みですよ？ちなみに、うちの病院の給料表では、10年目で税込み1,500ということで、うちに来てくれている先生には出しています。ただ、今うちの病院には5人常勤がいるんですが、1期生の先生とか3期生の先生とか、割と年齢層は高いので、それよりはだいぶ上の方にいってますかね。

僕は院長ということで、もうちょっといただいているんですが。ただ、開業した場合に、開業というか、診療所ですね。診療所をやった場合に、仕事量はどうなのかとか、勤務医のときより、仕事量はどうなのかとか、収入がそれと比例してくれるのか、反比例してるのかとか、反比例というか、仕事は楽だけど収入は増えるとか、そういうこともあり得るのか。その辺はやってみてないんでわからないということを診療所を開業された先生に、ちょっとお聞きしたいなという気がします。

中野 康伸 ・発表者

僕は小児科なので、数をこなすというのがありますね。包括点数でやっています。そうするとある程度、人数を診れば掛け算で分かるので目安が立つ。一日これ位診れば、大体これ位の収入だっということが…。

ですから、さっき言ったように波があるけども、トータルにしたら当然患者さんの数と収入は比例するわけで、固定患者さんが増えれば安定してくるはずですよ。開業した最初の1年が一番、自分の実力と収入がどれ位かというのが推測できる時期だそうです。今日ここに、開業などのノウハウ本をもってきましたが、「流行らない駄目医院」というのは、立地条件などいろいろあるらしい。やはり、初日に何人来るか。あるいは、1週間で何人来るかで、反応がわかるみたい。患者さん達のレスポンスも。

小児科やっていると、「ママ達の掲示板」がネットにあって、色々な書き込みがありますね。ミシュランガイドの様な点数になったりするんですね。横浜なんか、すごいですよ。本当に、三ツ星とかついたりして。クチコミネットです。ある意味では恐ろしいですね。

発言：田舎の事情を言いますと、その地域で1個しかない公立病院でずっと勤務医やってまして。100人位診てたんですよ。1日1割位来るとして、毎日10人位来るだろうと。そうすると、とてもじゃないけどやっていけないんで、お爺ちゃんお婆ちゃんが来ているから、孫もいれば孫も1人も2人も来るかな、みたいな感じでした。実際、蓋をまくってみるまではわからなかったんですけども、うちは初めは30名位から始まって、100まではいかないですけども、その近くになりましたが、今また60、70位ですね。さっきも書きましたように、公立病院が、午後処方伸ばすんですね。だから、内科の場合ですと血圧だけとったり、甲状腺だけ診たりとかそういう暇そうにしてるお年寄りの方も、前は2週間後とかだったんですけども、「先生、私にも2月にして」とか言うもんで、うちは「最大1ヶ月です」という対応にしているんですけど。1ヶ月が一番多いです。そういう流れがありまして、どんどん一日あたりの医療費の額は高いですけど、数×Nの数は減りました。ですから、本当はもうちょっとこまめにお話を聞いたり、診察をしたりする環境の方が、開業医的にはいいだろうと思います。

下世話な話かもしれませんが、もしそんなめっちゃくちゃ成功しなくてもいいという考えであれば、勤務医をやって、それで自分の納得のいく仕事のできる範囲で勤務医をやるっていうのも一つの手だと思いますね。多くのリスクを背負う訳ですから、人生は先に何かあるかわかりませんし、ですから、本当に勤務医の先生は大変で、どこのお話を聞いても開業したあとの勤務医の先生は本当に大変だという話をよく聞きます。だけど、これからの時代っていうのは、どんどん勤務医を大事にするような医療行政と言いますか、そういったふうな誘導がどんどん起こると思うんです。それは開業医から見るとアゲインストの風ですから、今までは比較的政治的な配慮がありました、開業医の先生のところを熱い注目を持っていたのが、今度はどんどん勤務医の先生の方にシフトする。あるいは、小児科は非常に成長力が高いですよ、そういう点でも。ですから、そういったところに小児科、産婦人科そういったようなところ、特に勤務医の先生なんかのほうにもどんどん待遇が良くなるような流れになると思うんです。ですから、どこの政党が政権をとってもそういう政策が出てくるでしょうから、開業医からするとちょっとアゲインストだと思います。

す。

石橋 幸滋 ・座長

ありがとうございます。

岩下：最初平成元年に3人で始めました。実は、大宮医療センターと同じ日に始まったんですが、そのとき最初の患者数は30人でした。最初に3人でやったうちの1人の3期生の先生が、割と早いうちに開業するために辞めて、6年で借金は全部返しました。もう1人の先生も最近退職しましたけれど、途中から訪問診療専門のクリニックを片手間でやって、かなり収益がありました。結局、僕一人開業もできずに残らざる得なくなって、早く開業すれば良かったのかなって後悔してるようなところもあるんですが、まだ開業していないので。今更もう開業はできないんですけれども。その辺が全然、開業した先生の側から見たことがないのでわからなかったということと、それとは別に、相変わらず保険点数で初診料は一緒になったけど、再診料が診療所のほうが高いですね。それは病院の側から見ると、どうしても腑に落ちないんですが、診療所の先生はどうお考えかというところもお聞きしたいなと思います。

石橋 幸滋 ・座長

雨森先生、何かありますか？再診料は高いのか、安いのか。

雨森 正記 ・発表者

再診料については、私はそれだけのことやってると思ってますので、全然格差があるとは思わないんです。ちょっと、さっきの話に戻らせていただいて、複数医師体制なんですけど、絶対に卒業年度が近いのは好ましくありません。10年かそれ以上離れている方が、絶対にいいと思います。ですから、僕も今4人なんですけど、年離れてるんで。僕は今47なんですけれども、彼は35で、もう1人は30で、一番若いのが28位なんです。それなりにばらけてるという感じで、それでまあいいかなと思っております。

再診料に関しては、僕は遠慮なしに1ヶ月、2ヶ月、長期にしています。自分に全部降りかかってきて、毎回診るのは非常に大変になってきてるんで、むしろ長期にして1人あたりの患者さんの診る時間が増えると、逆にまた新しい人が増えてしまって、その分の収入が増えているので、うちはここ開業して10年なんですけれども、まだ右肩上がりという状態です。1人若い先生が増えると、逆にそういう先生が新しい患者さん呼んでくれるという形になっているので、何とかうまくいけてるかなと思います。そのうち、うまくいかなくなったらどうしようかな、ずっと怖いなとは思っています。

石橋 幸滋 ・座長

4時に終わらなくてはいけないので、ディスカッションの時間があまりなくて申し訳ないんですが、再診料に関しては、基本的には病院も診療所も安すぎると思います。我々がしっかり診療するという値段の方が、薬を出したりとか、検査をするよりも高くないとおかしいと思いま

す。「目くそ耳くそを笑う」じゃないですけど、その辺のところで仲間うちが喧嘩しちゃいけないと思います。もうちょっと開業医下げろとか、病院は上げろとか、パイは決まってるんだからそこで分け方考えろとか、そういう考え方は捨てた方がいいと思います。

開業している先生の中でグループでやっているのが2人、お一人でやっってる方が3人ですが、やっぱり一人でやるとキツイですよ。病気もできないし、なかなか休めないし、長期休養ももちろん取れないです。私自身はグループでやっけていてもなかなか長期の休みが取れる訳ではないのですが、やっぱり長期を取りたい。そのためにグループで開業することが必要です。6年仕事して1年休むというアメリカの開業医の例もあり、これを見習うためにグループでやっています。

また、複数でやることによって、いろんな仕事が別にできます。伊藤先生もおっしゃってましたし、清水先生もこれからやりたいことの中で健康教育や地域の活動をやっていきたいとおっしゃっていましたが、そういう活動がどんどんできるのもやはり開業の利点ですね。病院勤務だとなかなかできません。もちろん、岩下先生のように、院長くらいなるとできるかもしれませんが、なかなか難しいと思います。開業医になって良かったと思うのは、医師会も含めていろいろ外に出て行く活動ができるということですね。それがやりがいに繋がっていきます。実際今、私自身で役職が60位ありますが、なんとかこなしています。

もう終わりなので、折角皆さんに来ていただいたんで、一つ紹介をさせて下さい。

実は、武田薬品と一緒に生活習慣指導のための指導用資料を作っております。これが一番新しいバージョンで、まだ皆さんのところには届きませんが、生活指導のためのCDです。名前は「しっとく算Q」というものです。バージョン1は、武田薬品のMRが持っています。

内容は、疾患別生活指導と特定健診・特定保健指導用の患者指導用CD-ROMです。(内容略、詳細は武田薬品MRに問い合わせてください)

開業するとアカデミックなことができないと思っておられる方もいらっしゃるかと思いますが、大体10年もすると診療に飽きてきて、何か他のことやりたくなると思います。それでゴルフに夢中になったり、別の方向に走る方もいらっしゃるかと思いますが、医療医学の中でいろいろなものを楽しむことが大切です。そして、もう一つは教育です。雨森先生のところのように若い者を育てて、若い者に任せる。こうしていくと、自分も楽になり、いろんなことができます。

やはり、開業するという事は、自分自身の将来をより明るいものにしていく一つの手法ではないかなと思います。経済的云々ではなくて、やりがいに繋がるものだと、強く思っています。

開業している卒業生が300名もいらっしゃる聞いて、心強いとともに、この力をなんとかしなくてはいけないと思いました。そこで、何らかの形で、開業されている卒業生や開業したい卒業生と情報交換ができるようなものを作っていければと考えています。

複数での開業も一つ視野に入れてこれからを考えてみてください。自治医大の卒業生は、絶対開業に向いています。これは、自信を持って言えます。地域医療をやっていた経験が必ず開業医をやる上で役に立ちますので、是非将来の選択肢として開業も考えていただきたいと思います。また、今開業をされている先生方はますます発展をしていただきたい。そして、1人2人3人とグループで余裕を持って診療していくことによって、地域に貢献ができると思います。是非頑張ってください。

簡単でございますが、これでまとめにさせていただいて、本日の分科会、終わりにさせていただきます。

だきます。
どうもありがとうございました。

連載対談

プライマリケア開業術

その1 専門技術としてのプライマリケア



関き手
矢吹清人氏



石橋幸温氏

頼まれ、嫌と言えず開業
矢吹 ます、先生の開業の経緯をお話いただけますか
石橋 12年前です。娘さんの実家が眼科で、手術をやりたいので一緒にやってみようというので、当時、大学にいたのですが、身内に頼まれると嫌と言えず、
矢吹 先生は自治医大のご出身ですが、卒業後、最初はどこに行かれたのですか。
石橋 自治医大では自分の出身県に戻るので、国家試験に合格するまで神奈川県で2ヶ月事務職をやりました。その後、川崎市立川崎病院で2年研修（1年目は各科ローテーション、2年目は小児科）、神奈川県立厚木病院で4ヶ月、神奈川県立厚木病院で4ヶ月、2年4ヶ月後、へき地といっても神奈川県ですら大きなことはないので、小児科もローテーションも、小児科もか

プライマリケアの新しい理念や技術を持つて開業する医師たちが全国で増えている。本誌では今年度、数回にわたり、ベテラン開業医が若手開業医にその事情について聞く対談を企画した（不定期連載）。

関き手は実地医家のための会の世話人代表の矢吹清人氏。第1回目は、東京都東久留米市で開業されている石橋幸温氏。石橋氏はプライマリケアを専門に修得し、それを地域で展開し続けている。その活動は、開業を志す多くの若い医師たちにとって一つのロールモデルになると思われる。

矢吹清人（やぶききよひと）氏。1937年山形市生まれ。63年筑波大卒。74年東京都立に矢吹クリニック開業（診療科：内科、整形外科、胃腸科、内科）。日本プライマリケア学会常務理事、実地医家のための世話人代表。エッセイストとしても活躍（日本エッセイストクラブ会員）。

●石橋幸温（いしばし ゆきしげ）氏
東久留米市・石橋クリニック院長
日本プライマリケア学会常務理事
実地医家のための会世話人副代表

1955年 神奈川県生まれ。80年 自治医大卒業。神奈川県衛生部保健予防課勤務。川崎市立川崎病院研修医。82年 神奈川県立厚木病院小児科勤務。神奈川県立千木良診療所勤務。84年 自治医大 地域医療学助手。86年 米国ワシントン大学 Family medicine 講座留学。87年 神奈川県立保健所勤務。90年 自治医大 地域医療学助手。91年 同講師。93年 石橋クリニック院長および自治医大 地域医療学 非常勤講師。

【開業】1993年
【診療科目】内科、小児科
【患者さん】1日平均120人
【スタッフ】10人

【地域の特徴】
東久留米市は東京の北西部、埼玉県に隣接。池袋までは約30分、住民の多くは東京。都心に集きに出る地域。約11万4,000の人口を有し、住民の年齢構成は数年前までは高齢者も多かったようだが、急激に高齢化率が増えている。
二次医療圏である北多摩北部医療圏の中で、東久留米市には大病院がない空白の地域。約60の診療所以外の大きな病院がなく、隣の清瀬市には大きな病院がいくつか、また小平市、西東京市にも病院がある。

なり経験しており、普通の大学にいたよりも相手を診ていましたから、最初は何かと考える必要がなかった。何となく自分ではかと思いついて、へき地に行つたわけです。

矢吹 先生は、診療所に突然ポンと置かれ、小児は診られない。救急や重症のやり方はわかるのですが、慢性疾患の患者さんを見るのができない。高血圧、糖尿病、高脂血症など生活習慣病の管理がわからなかったのです。そこで、前の先生の治療を引き継ぎ、その中で少しずつ覚えていき、勉強しながら積み重ねていくという感じでした。2年の診療所を終え、自治医大

この地域医療学教室に戻りました。この教室の卒業生が戻って学生たちが公衆衛生をやりたいというので、義務年間は残っていたので、本行県に戻らなければならず、本行義務でした。これが保健所で公衆衛生をやりました。実は、これがとても勉強になったのです。

その後、シアトルのワシントン大のファミリーメディスン講座に8ヶ月ほど、自己教育でどう行っていたかを見て来ようというつもりでしたが、教育に関しては日本より進んでいて、びっくりと20年近く通っていることを感じられた。大きな経験でした。

矢吹 それから開業までの間は、どうされましたか。
石橋 米国の条件のようなものが公衆衛生をやりたいという義務年間は残っていたので、本行県に戻らなければならず、本行義務でした。これが保健所で公衆衛生をやりました。実は、これがとても勉強になったのです。

役立った保健所での経験
石橋 当時は今の保健所と少し違っていました。地域へ出る活動もかなりやっていた時期です。役所なので当然然然然ですが、そこに3年いたことで行政との付き合い方を学ぶことができました。彼らの考え方がよくわかるようになりました。

矢吹 そういふところが開業医の苦しいところでしょうか。
石橋 立場によつて考え方が、やり方が違うわけです。それを理解できたということがあります。今、開業医の役割として生活習慣病の改善や予防が重要となつていますが、予防医学を進めていく上で、保健所の3年間では足りませんでした。

矢吹 普通に開業する先生方との違いは、米国内で家庭医の教育プログラムを勉強されたり、保健所勤務での異業種の人とつき合つて幅広い人脈ができたことで、視野が広がったことでしょうか。
石橋 いろいろな立場の人たちとの連携、協働を行つていく上で、自分が経験している時、特に保健所での経験は役立っています。



私の履歴書

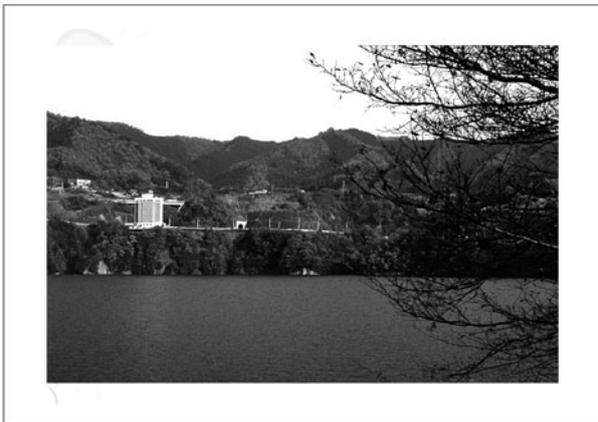
《 職 歴 》
 昭和54年自治医科大学卒業
 昭和54年川崎市立川崎病院レジデント
 昭和56年厚木病院小児科、東京慈恵医科大学入局(アレルギー班所属)
 昭和58年神奈川県立こども医療センター小児科医長
 昭和63年自治医科大学助手
 平成2年アメリカ 南フロリダ大学免疫学教室留学
 平成4年自治医科大学 講師
 平成6年横浜市港北区妙蓮寺で中野こどもクリニック開設

《所属学会》
 日本小児科学会専門医、日本アレルギー学会専門医、日本東洋医学会専門医

《 役 職 》
 神奈川小児科医会常任幹事、横浜市小児科医会常任幹事
 横浜市港北区医師会理事

《主な著書》
 小児科のお医者さんからママたちへ (主婦と生活社)
 キッズメディカ (小学館)等

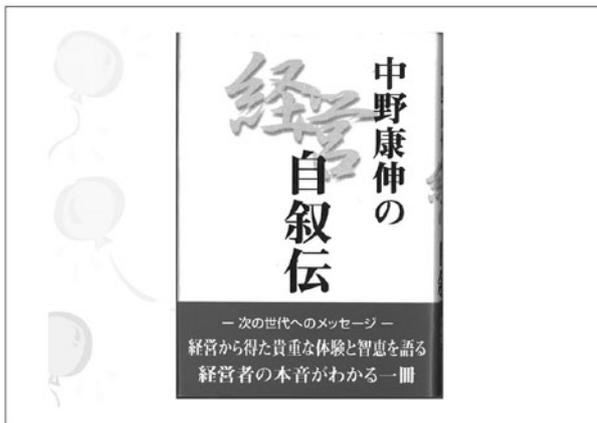
《その他》
 ケアネットテレビ、DVDビデオ、Dr中野のこどものみかた



人生は他人と生きる。



- 1) 医師会の仲間をたくさん作る。(役職で顔が売れる)
- 2) 講演会・集会(特に親達の)には積極的に参加する。
- 3) 経理・人事管理などは身内に任せる。
(院長はアドバイザーに徹する、特に女子職員対応)
- 4) 健康に気をつける。リタイアの目標を立てる。
- 5) 税務は大切、必要経費や宣伝活動は業者にスキを見せない。



開業医は日々是決戦、
百戦練磨。



ご清聴、有難うございました

開業してます



中野こどもクリニック

神奈川 中野 康伸

はじめに

かつて月刊地域医学の編集委員をやっていた内情を知る者にとって、依頼原稿が手を通り過ぎてくるとも届かない編集部のイライラは手に取る様におぼろげに感じます。伏してお祈り申し上げます。実は昨年6月に右眼網膜剥離、8月に左側の青色玻璃の大手前と開業医として、とてもつらい体験をしてきました。この原稿を書くにあたり、過去の「開業してます」を15編ほど読み返しました。ほとんどの皆さんが編集部の企画書どうり忠実に書かれていたの、今回は「開業8年目にもいなり、過去を振り返りながら、今後開業を予定している人達を参考にしてみよう」という本コーナーの目的を果たしたいと思っております。

1) プロローグ

生まれはともかく横浜の伊勢木町近くで、自治医大生はとんがそうであるように医学とは全く無縁の環境で育ちました。医師を目指したのは高校生になってからで、こどもの頃劇団に火ヶがをして(陽が落ちてキャット歩いた、まっ正面に有利鉄線がひいてひかかった)、その時ものすごく寂しく感じていたのを覚えています。昭和47年、札幌オリンピックの年、スケートやスキーばかりテレビで見ていたせい、物見の事に受けた医学部志望で受けてしまいました。そのひとつに自治医大もありました。二次試験の面接の時は一週間の皆さんと顔を合わせたのを今でもしっかり覚えています。当時は東京広尾の自治医大で受験しました。一流校、どうせだめだから願書は出さないつもりでしたが

が、卒業高校の恩師の「夢のある大学だからもう一回行ってこい」の一言で再受験する事になりました。単での面接、大学での面接も2度目だったので緊張はわかっていました。そこには「へき地」や「地域医療」という言葉はあっても「開業」という二文字は当然無縁にはなく、勿論口に出してはならないまでも思っていました。18才の純粋無垢な青年の心の中にはへき地医療に身を尽くす医師を養成する大学で、義務年を終了後開業しますっ!と誓ったら受かるはずがないと計算していたのでした。しかし、今こうして横浜の月曜日まで開業医として生計を立てているのですから、人生わかんないものです。

2) 目指せ一般小児科医

一週間の面接の、ものとも小児科を選択する医者は心が優しいといわれています。事実、こどもはしゃべりませんが相手の顔色を見て、しぐさを見て、心を汲み取るには自らの心も純粋にしておかななくてはできません。根が真面目(?)で老人があまり好きでない私は小児科以外選択の余地はないと自らに言い聞かせていました。当時の橋下教授の教室にもお邪魔虫のように出入りさせて頂き、柳津助教他スタッフの皆さんと静いつぶれながら日光を浴びるのんびりとした生活の様に。昭和53年一期生が卒業間近となり、「神奈川県卒業生は公衆衛生医」との厚待からのお達しは、臨床医を夢見ていた若者達にはあまりにも簡便でした。罪人會管なんて言いました。しかし、人間やればできるもの、何回も粘り強く根回しと交渉に交渉を重ね、勿論大学当局からの申し入れも大きかったので選に初期研修は厚生省

(当時)臨床研修指定病院で可という約束を管ん大でとりつけたのです。ところが、慣れないかな単立病院でその資格をもつ所が神奈川県にはひとつもなく、派遣という形で行政の枠を飛び越えて川崎市立川崎病院で研修を始める事になりました。実は、個人的には当時難関であった神奈川県立こども医療センターのレジデント試験を受けて、一流小児科医の道を目指したかったのですが、時代がまだそれを許してくれませんでした。しかし、今思えばこの川崎市立病院での2年間の研修こそが、後の医師としてのエネルギーの原点にもなっていると思います。一年目は希望科以外の全科ローテーション、二年目は小児科で研修という形式でした。今でこそ、こうしたローテーション研修は当たり前のように言われていますが、専門医志向の強かった20年前は「結局G、P、にしかたない自治医大生」などと大学から派遣の若手医師から除口をたかれたながらの忍の一字の研修でした。直属の上司は武内尚高先生(現院長)でした。すっかり今はインフルエンザで有名ですが、当時は慶応小児科から着任したばかりの院内最年少部長で、「学で発表した事はペーパーにしろ」「副科の無名は主治医の熱意の表われ」「若いうちの苦勞は二度とでない」等々ハッパをかけたけれども、でもその熱意に応えようとして連日遅夜がながりました。100万都市の川崎市には夜間救急センターはなく、小児救急患者のほぼ全てがこの市立病院に集中してきます。今でも覚えています、冬場の夜間救急一晩で120人近く一人で診た記憶があります。救急外来の時、同時にNICU、一般病棟の処置も一人でやっていたので、労働基準法には当然違反していたので。でも若さというものは恐ろしいもので、この卒業直後わずか2年の研修で妙な自信が湧き、開業医となった今でも当時を思い出して事がないと自分に言い聞かせています。読者の皆さんも最初の初期研修に熱い思い出があるのではないのでしょうか。

3) 診療所→こども病院→大学→そして開業へ

さて初期研修の後、約束通り相模原近くの診

療所へ赴任し、あまり好きでない(失礼)老人相手に悪戦苦闘の毎日が続きました。この時は一期生の先生方に随分助けられました。そしてこの時期、一浪して二期生でいい良かったと本音に思ったものでした。診療所の経験は今振り返ると小児科医といえども、老若男女を問わず診ているのですから、大変な経験でした。ここで思うのは、どんな経験でもつまらないで、金力投球がなければ、必ずいつか自分の為になるといふ事です。二年の診療所勤務の後、後期研修のチャンスが与えられます。もともと小児科志望でしたから、今度こそは「単立こども医療センター」へと意を決して見ました。何と当時の院長が「へき地で働いている様な医者に三大高度医療機関の仕事が勤まるはずがない」と公の場で発言したのです。流石にこれにはカチンときました。ところが何と運が良いのでしょうか。この先生が某大学の教授に依頼され、次に着任した院長が大変理解のある方で、週一日の保健所勤務に条件で受け入れOKしてインフルエンザで有名ですが、当時慶応小児科から着任したばかりの院内最年少部長で、「学で発表した事はペーパーにしろ」「副科の無名は主治医の熱意の表われ」「若いうちの苦勞は二度とでない」等々ハッパをかけたけれども、でもその熱意に応えようとして連日遅夜がながりました。100万都市の川崎市には夜間救急センターはなく、小児救急患者のほぼ全てがこの市立病院に集中してきます。今でも覚えています、冬場の夜間救急一晩で120人近く一人で診た記憶があります。救急外来の時、同時にNICU、一般病棟の処置も一人でやっていたので、労働基準法には当然違反していたので。でも若さというものは恐ろしいもので、この卒業直後わずか2年の研修で妙な自信が湧き、開業医となった今でも当時を思い出して事がないと自分に言い聞かせています。読者の皆さんも最初の初期研修に熱い思い出があるのではないのでしょうか。

切られた時は、あわてました。彼女のお腹の時も重症患者がいて行ってやらなかったの、こりゃまずいなと思ったところ、立派な婦人科になって感傷科病棟に入院しました。今でもその時の事は言われます。そんななか(?)が幹部の方々の手に止まったのでしようか。結局後期研修終了後も新生児科の正規職員として残留する事を許して下さり、義務年を終了してNICUを中心とした小児医療に携わりました。この間、診療所時代、検査室の片隅でやっていた免疫関係の卒業論文が学位審査に通り、意匠大から学位も順風満帆のように見えたのですが、NICU当直が身に染みた事と興味をもってしまった実験医学の面白さ及び海外留学の夢から、ずーと以前から語っていた母校の生物学生物学→義務年を終了した後決断をしたのです。年取は34才。無謀な選択だったのかもしれない。家族には当然反対されましたが、当時の中野康伸教授の暖かい人柄に懐いていながら、また再び帰るつもりです。

無理だった事もあり、たまたま実家近くのテナントビルで小児科を捜しているという情報が入り、連日遅夜騒いだ事、開業を決心したのでした。その時は歴史は動いた。40才の夏でした。

4) 開業事始め

さて、開業と決断すると次は資金です。弟が銀行マンなので色々アドバイスをもらい、結局8年前の当時のとしては利息の安かった国民金融公庫から1000万借りました。テナントの契約料、保証料、内装、レセコン、運転資金までこの中で使いました。始のころ「借金の為に働くのだけはやめよう」と心に決めました。レントゲンやエコーも迷いましたが、小児科の場合、やって迷うよりも病院へ転送した方が早いし、前診連携、人間関係さえしっかりしていれば結果もすぐ教えてくれるのであって薄入りませんでした。事務員は新聞広告で集め、ナースはお金がかかるので雇いませんでした。受付1人、レセコン係1人、看護補助1人の3人体制でスタートしました。今ではナース、事務員合わせて14人になりました。開業直前まで家内を同級生の寺岡先生のおへ事に出しました。事務全般にかなり随分勉強させてもらい今でも感謝しています。駐車場は確保も大問題でしたが、当地区では1ヶ月1台2万円前後からのものでそうも



メディカルビルの看板



ビル診の3階、フロア面積20坪

借りられず結局今でも1台のみでやりくりしています。

前診連携はこれからの医療のキーワードなので、周辺の小児科のある病院は全て挨拶回りしました。落下床のように突然ビル診でオープンする場合、開業医が成功していくには後方病院の精力的支援は当たり前です。今では、入院患者の状況を主治医とメールでやりとりしています。冒頭にも書きましたが、自分自身10日間入院しました。医者が患者になると病院の機能の良し悪しがよくわかります。貴重な体験だったと思います。

いくつか先輩開業医の見学もさせてもらいました。三期生の石橋先生も専心、色々アドバイスをもらいました。又、当時の地域医療学教室の五十嵐先生には外小児科の手ほどきを教えて頂き、その道のプロ級の腕前の一歩先の奥野先生には、ロゴマーク(表題にある)を作ってもらいました。

5) 開業医はストレスの塊?

何しろ連日「ワイワイ、ガヤガヤ」の小児科をやっているとストレスも相当たまります。特に冬のインフルエンザや嘔吐下痢症の季節はでんやわんやです。こどもはまず1人で来るので、親の顔も入れると全面わずか20坪の診療所は相当な人口密度になります。受付での順番トラブルも耐えませんでした。開業1年目のある展示会で自動電話予約システムを見てこれだと思いました。今では全国に随分普及しましたが、小児科では多

分はしりだつたと思います。このシステムが結構好評で、今ではどんなに混んでいても待ち時間は30分程度です。たくさん先生の先生方のシステムを見学しにいらっしました。興味のある方はいつでも連絡下さい。このお返しとしてヤンママ達の順番待ちクレームの精神的ストレスからは逃げたけれど、肉体的ストレスもかなり。朝9時から昼1時までで働いては体力がたまる体は大抵30-40分、2時から夕方6時30分まで。医者が患者になると病院の機能の良し悪しがよくわかります。貴重な体験だったと思います。またこれがストレスになり、どうしようと思えます。所詮我が儘なものでしょう。そんなストレスをわのける為に週一、ワールドカップ決勝戦が開催される横浜国際競技場の付属プールでウォータエアロビクスを始め、今年で4年目になりました。夕方7時30分から1時間、水で武士道のコマース(全国放送してますか?)のギャルの様に一般OLの友達に混じって体を動かすのです。中年のいやらしおじさんの様に見えるのが、真面目にやっています。小児科医は真面目と言ったので、年末のあるレッスンは欠席者がほとんどで、何と私とインストラクターの2人だけで回りました。プールサイドの見物人からは拍手喝采でした。

研修会や研究会も時間の許す限り出席するよう心掛けています。最近ヤンママ向けの講演や執筆の機会が増えてきたので、ネタ探しに行くのが本音です。昨春秋に仲間2人と一緒に出版した「小児科のお医者さんからママ達へ」(主婦と生活社刊 1300円)が大好評で発売6ヶ月で4刷目に入っています。今年になってハリウッドの次に売れているという情報が入りびっくりしましたが、地元の高層街の小さな本屋さんの店売りの話でした。

さて大きなトラブルもなくここまでやって来たというのが実感です。健康であるこの仕事、代診もままならない現状では日々を単純に、精進し一度しかない人生を悔い残さない様にがんばろうと思っています。横浜で学んでもあればぜひお立ち寄り下さい。2年後にはバシバシ横浜国際会議場の前から我がクリニックのある



昼休みのひととき、出番のスタッフと

東急東横線妙道駅まで、みなみらいを通過して10分ちょっとでつなげます。ハマの夜を御案内

します。(自治医科大学1979年卒業、神奈川県出身)

<p style="text-align: center;">私が開業した理由 (私が勤務医を辞めた訳) ～これからの開業医～</p> <p style="text-align: center;">石川県輪島市水守町 伊藤医院 伊藤英章</p>	<p style="text-align: right;">表1</p> <p>簡単な自己紹介 1955年 金沢市生まれ 1980年卒業後、石川県立中央病院研修 鳥屋診療所、船倉島診療所(1983年)を経て 輪島病院、鶴来病院、石川県立中央病院勤務 1987年 輪島病院内科医長 1994年 輪島市水守町開業、現在に至る(15年目)</p> <p>現在、 能登北部医師会副会長 石川県医師会理事 (産業医部、警察協力医など) 中部医師連盟介護保険委員 認知症サポート医</p>																
<p style="text-align: right;">表2</p> <p>私が開業した理由 (私が勤務医を辞めた訳)</p> <p>上司に困ったから→転職したい →転職できない →開業しようか →いつ、どこで</p>	<p style="text-align: right;">表3-1</p> <p>転職できない →常に上司がいて内科医の仕事をする 当時、内科医は4人 院長、医長A、医長B、3年目医師</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">医長A</td> <td style="text-align: center;">医長B</td> </tr> <tr> <td>外来の仕事</td> <td>患者数</td> <td style="text-align: center;">15人</td> <td style="text-align: center;">80人</td> </tr> <tr> <td>入院の仕事</td> <td>患者数</td> <td style="text-align: center;">6人</td> <td style="text-align: center;">30人</td> </tr> <tr> <td>検査(内視鏡、透析)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>			医長A	医長B	外来の仕事	患者数	15人	80人	入院の仕事	患者数	6人	30人	検査(内視鏡、透析)		1	3
		医長A	医長B														
外来の仕事	患者数	15人	80人														
入院の仕事	患者数	6人	30人														
検査(内視鏡、透析)		1	3														
<p style="text-align: right;">表3-2</p> <p>転職できない →常に上司がいて内科医の仕事をする</p> <p>Bの仕事量はAの3倍から5倍である しかし、給料はA>B、これが未来も続くのか!</p> <p>なんと理不尽なことか、我慢できない!!</p>	<p style="text-align: right;">表4-1</p> <p>若き内科医長Bは悩んだ → 相談してみよう 卒業後10年目、34才、認定医、学位取得済み 子供3人(6、5、3才)</p> <p>相談相手 医局の先輩医師 自治医大の仲間 業界の人々</p> <p>→ 自分が切り開くことで、一歩前に進もう</p>																
<p style="text-align: right;">表4-2</p> <p>私が開業した理由というのは 私が勤務医を辞める手段、つまり、 消極的な理由であった</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>しかし、今は正解であったと思っている 開業医としての姿勢は変わらないが、 やっていることは、変化している</p>	<p style="text-align: right;">表4-3</p> <p>これからの開業医とは、、、その前に</p> <p>後輩の先生に開業を勧めるか? 現状で肯定的に言うことは出来ない</p> <p>理由：財政主導の医療政策が続く中で 一層の勤務医対策をすれば 開業医にとって経営は厳しくなる</p>																

写真6



地図5



表7

	(平成19年4月)	(平成20年4月)
輪島市総人口	33,822人	33,166人 656減
老人(65才以上)	11,916人	11,941人
高齢化率	35.2%	36.0%
独居老人数	2064人	2076人
石川県総人口	1,168,748人	
老人(65才以上)	254,204人	
高齢化率	21.8%	
独居老人数	45,659人	

表8

輪島市立病院
198床 常勤医師12名(10年前、最大22名)

特別養護老人ホーム 1カ所 104床 デイケア30
介護老人保健施設 4カ所 390床 ショート65

輪島市開業医の年齢比較

1985年	2008年
61.6才(23人)	61.8才(21人) A+B
	63.7才(16人) A

A+B A会員+B会員
A A会員

表9

医院の月別患者数の推移 → 横ばい〜微減

1人当たりの医療費の推移
(診療報酬の改訂にも拘らず)



処方日数の増加

これは減益に繋がる
人件費の増加
医療器械の高騰

表10

これからの地域の開業医とは

かかりつけ医(common dis.を診る)他に
認知症、介護保険、身障者などの知識を有し
特定健診 : 実施、保健指導
住民対策 : 住民福祉の向上
医療スタッフとのコミュニケーション
学校医 : 健康診断、予防接種
産業医 : 健診後指導、過重労働対策
警察医 : 死体検案
なおかつ、負債の返済が可能である など
求められる側面は多い

表11

- (1) かかりつけ医としての技能を向上させる
 - (2) 医療スタッフとのコミュニケーションを図る
 - (a)中核病院医師、他の開業医、
 - (b)中核病院や訪問看護師、リハビリ、検査
 - (c)行政、包括支援センター、保健センター
- (1)(2)(a) → 郡市医師会等の生涯教育
(1)(2) → 病診連携のカンファレンス
(2)(c) → 開業医が出向いて行く



私が開業した理由 —これからの開業医とは—

医療法人社団 弓削メディカルクリニック 雨森正記

平成20年9月13日 自治医大地域医療フォーラム
秋葉原コンベンションホール

Yuge Medical Clinic 1

自己紹介(雨森正記)

- ◇ 滋賀県出身
- ◇ 1985年 自治医科大学卒業
- ◇ 滋賀医科大学附属病院・公立湖北総合病院で計4年間の研修
- ◇ 1989年 竜王町国民健康保険診療所所長
- ◇ 1995年 竜王町国民健康保険診療所弓削出張所長
- ◇ 1999年 同診療所を買い取り医療法人社団弓削メディカルクリニックを開業

竜王町の診療所で20年目 開業10年目



Yuge Medical Clinic 2

竜王町ってどこ？



3

医療圏

半径3~4キロ



4

開業してから変わったこと 国保診療所ではできなかったこと

- ◇ 職員の増員
 - ◇ 複数医師体制
- ◇ 診療時間の拡大
 - ◇ 夜間診療
 - ◇ 土曜診療
- ◇ 在宅医療の充実
 - ◇ 訪問看護
 - ◇ 訪問リハビリテーション
 - ◇ 居宅介護支援
 - ◇ 訪問介護
- ◇ 医療機器の購入
- ◇ リフォーム
- ◇ 患者送迎
- ◇ 産業医(役場以外)



Yuge Medical Clinic 5

開業前と現在の比較

国保診療所	現在
◇ 職員 5名	◇ 職員 37名
◇ 医師 常勤1名	◇ 医師 常勤4名 非常勤4名
◇ 看護師 2名	◇ 看護師 7名 (CDE2名)
◇ 事務員 2名	◇ 事務員 9名
	◇ 介護支援専門員5名
	◇ OT2名、PT1名(非常勤)
	◇ 訪問介護員 3名
◇ 外来患者 70名	◇ 外来患者 150名
◇ 在宅患者 30名	◇ 在宅患者 50名
	◇ グループホーム嘱託30名
	◇ 産業医 2件



Yuge Medical Clinic 6

特に自分がやりたかったこと 診療所での教育

- ◇ 年間 約30名の研修生の受け入れ
- ◇ 医学生実習
- ◇ 前期研修医
- ◇ 後期研修医
- ◇ 海外よりの研修生
 - ◇ 医学生
 - ◇ 研修医
 - ◇ 東医医
- ◇ 作業療法士、理学療法士、学生
- ◇ 看護師、看護学生
- ◇ 介護支援専門員、訪問看護師



Yuge Medical Clinic 7

当院での医学生実習

- ◇ 対象
 - ◇ 医学生:1-6年 国試浪人
 - ◇ 正規、個人希望
 - ◇ 旭川医大から琉球大学まで
- ◇ 期間
 - ◇ 2日から1ヶ月
- ◇ 内容
 - ◇ 見学 外来 在宅 予防接種 学校医 産業医 など
 - ◇ 参加型 実際に外来診療に参加する



Yuge Medical Clinic 8

K君の当院1ヶ月の経験



- ◇ 外来診察 45名
- ◇ 年齢 5ヶ月-85歳
- ◇ 疾患
 - ◇ 上気道炎、高血圧、糖尿病、便秘、貧血、GERD、尿路感染、胃腸炎、気管支喘息、湿疹、帯状疱疹、褥瘡、認知症、うつ 等
- ◇ 在宅訪問診察 15名、グループホーム診察
- ◇ 訪問リハビリテーション、調剤薬局見学
- ◇ 10ヶ月検診、予防接種
- ◇ 救急健診
- ◇ 地域医師会例会参加

Yuge Medical Clinic 9

当院での前期研修医の経験



- ◇ 対象
 - ◇ 滋賀医科大学病院、近江八幡市立総合医療センターの2年目前期研修医の地域保健・医療実習
- ◇ 期間
 - ◇ 保健所経由2週間コース: 滋賀医大、近江八幡市立
 - ◇ 当院のみ1ヶ月コース: 滋賀医大
- ◇ 内容
 - ◇ 外来実習(主に初診患者の問診、身体診察後に指導医にプレゼンテーションを行い診断、検査、治療に関してdiscussionを行う)
 - ◇ 毎日診察終了後にレビュー
 - ◇ 週間フィードバック
 - ◇ 在宅実習

Yuge Medical Clinic 10

S先生の当院1ヶ月の経験



- ◇ 外来診察 88名
- ◇ 年齢 10ヶ月-101歳
- ◇ 疾患
 - ◇ 上気道炎、mumps、急性癩頭炎、高血圧、糖尿病、便秘、貧血、GERD、腎盂腎炎、胃腸炎、気管支喘息、皮膚欠乏性皮膚炎、湿疹、内痔核、切創、顔部外傷、うつ 等
- ◇ 在宅訪問診察 30名、グループホーム診察
- ◇ 訪問リハビリテーション、調剤薬局見学
- ◇ 4ヶ月検診、予防接種
- ◇ 介護認定審査会見学
- ◇ 地域医師会例会参加

Yuge Medical Clinic 11

当院での後期研修医の経験



- ◇ 北海道家庭学センターの3、4年目後期研修医
- ◇ 6ヶ月交替
- ◇ 外来診察
- ◇ 火: 検査(腹部超音波、上部内視鏡)
- ◇ 2週間毎のフィードバック
- ◇ 毎日診察後にレビュー

Yuge Medical Clinic 12

K先生の当院6ヶ月の経験



- ◇ 診療数 3528人(128日)
- ◇ 専門医への紹介状 71名
- ◇ 腹部超音波検査 52名
- ◇ 往診、訪問診察
- ◇ 海外渡航の診断書、予防接種証明書、死体検案書、介護保険意見書の記載
- ◇ 乳幼児健診、予防接種、学校検診
- ◇ 地域での講演
- ◇ サービス担当者会議、介護保険認定審査会、地域医師会の出席
- ◇ WONCAはじめ学会、研修会への参加
- ◇ 医学生、初期研修医の教育

Yuge Medical Clinic 13

これからの開業医に

- ◇ 釈迦に説法ですが・・・
- ◇ 生涯学習→reflective learner
- ◇ 後進の指導→自分のため
- ◇ 地域連携→当たり前
- ◇ 消去法で開業→やめましょう

Yuge Medical Clinic 14

お願い

- ◇ 第16回家庭医の生涯教育のためのワークショップ
- ◇ 平成20年11月8日(土)9日(日)
- ◇ 大阪市 天満研修センター
- ◇ 今年も9期生林寛之先生(福井)はじめ豪華講師陣に講演していただきます
- ◇ 9月18日より申し込み開始

Yuge Medical Clinic 15

お願い2

- ◇ プライマリ・ケア関連学会連合学術会議
 - ◇ 第32回日本プライマリ・ケア学会総会 総会長 前沢政次
 - ◇ 第24回日本家庭医療学会総会 総会長 雨森正記
 - ◇ 日本総合診療医学会インタレストグループ
 - ◇ 日時: 平成21年5月30日(土)、31日(日)
 - ◇ 場所: 国立京都国際会館
- ◇ 皆様のご参加をお待ちしております

Yuge Medical Clinic 16

私のめざす開業医像



しみずファミリークリニック
清水正之

開業への経緯

- 家庭医としての実践
- 総合内科専門医の役割の追求
- 包括医療の実践
- 大学との連携
- 僻地医療での実践が都市部に適応できるか？
- 将来的にはプライマリケア教育に携わりたい

開業形態

- 住居医院一体型
- 孫から老人まで家族のホームドクター
- 市街地の小型ショッピングセンター併設
- 予防医学を中心に据える
- 生活習慣病、循環器疾患の予防
- 栄養、運動療法、薬物療法の組み合わせ

開業の楽しさ

- 自分の医療の追求
- Life-work balanceの改善
- 地域住民との対話
- 経済的安定
- 子供の成長
- 家族ぐるみの信頼感
- 自分の人生を自分でコントロールしているという自己効用力感

開業のデメリット

- 経営的マネジメントのストレス
- 労務マネジメントのストレス
- サービス業としてのストレス
- 訴訟、トラブルのリスク
- 個人事業者としてのリスクと責任
- 医師会との関係
- 長期休暇がとれない

これまでの活動

- 各地域コミュニティセンターでの講演会
- 担当小学校での食育講演会
- 歯科衛生士専門学校講師
- 子育て支援相談
- 小児の栄養相談
- 地域健康増進倶楽部のプロジェクトメンバー

今後の展望

- 予防医学の普及
- セルフメディケーション教育
- 地域のNPOとのかかわり
- 地域コミュニティセンターとの連携
- 教育機関としての機能
- 健康教育としての地域活動
- 医療設備の充実

第3部
開催報告

分科会報告

第3分科会

小林 英司

第1分科会

青沼 孝徳

第2分科会

上沢 修

第4分科会

石橋 幸滋

第3分科会座長報告

小林 英司

それでは第3分科会の報告をいたします。

究極の地域医療、「へき地勤務と子育て」という大変難しい問題にチャレンジ致しました。参加者26名、学生をまじえて全員に発言をいただき検討致しました（写真1）。

自治医科大学は、他の医科大学にない素晴らしいシステムを持っております。大学卒業後の9年の義務年限の間、「卒後指導委員会」という組織が地域医療継続上の悩みに大学として対応する組織です。卒業生が各出身県で診療に当たれるようにということで31年前に組織されました。9年の義務年限遂行中には勤務がうまくいかない、義務を離脱したくなるような、非常に切羽詰ったいろんな状況もあります。昨今、自治医科大学も他の医科大学同様に女生徒の数が非常に増えてきて、最近では19%～24%前後を、推移しております（資料1）。15年前よりこの女性生徒の増加が、卒業生の地域医療継続とどう関与するかが論議となっております。

現在、義務を離脱した人を含めて、321名女子学生が卒業しております（資料2）。そのうちの既婚者が153名、未婚者が168名となっております。今回の「へき地勤務と子育て」の論議の元になったのが2002年のサポート調査です。これは卒業生女性が約200人出た段階の自治医大の班研究アンケートの資料です（資料3）。回収率79.1%。約半数が結婚なさって、お子さん持つ方が70%以上。臨床医でフルタイムで働いてる方が、88.2%というある意味過酷な状況が既に報告されておりました。

卒後指導委員会で、この問題に対応するように、ワーキンググループが組織され、私が座長を勤めたところから、このような壇上で女性医師のサポートのお話をするということになっております。

そのような状況の中では、やはり子育てに起因する問題が22.6%と多いことが指摘されておりました（資料4）。同アンケートは2006年の医事新報にまとめられましたが、困りごとの相談は

当たり前ですが、51.6%が夫ですが、同様の数の方が県人会の組織を使って相談して、その問題に対応しているということも既に分かっておりました（資料5）。当時から多くの卒業生が保育ママやベビーシッターを利用しておりました（資料6）。

繰り返しになりますが、このような医師となってからの卒業生の困りごとなどのデータを管理しているのは自治医科大学が唯一でありまして、他の医科大学ではこのようなデータはございません。これが地域医療を継続してきた自治医科大学の実力であり、卒後指導委員会の歴史であると思います。

へき地勤務と子育てということで、どのような問題があるのかということが論議されてた訳ですが、第3分科会に先立って、第2回自治医科大学「女性卒業生と在学生との交流会」がランチオンセミナーと称して催されました。自治医科大学関連で、学生13人を含む30名に参加していただきました（写真2）。昼食をとりながらの懇談会のテーマは「タイミング」ということでした。タイミングとは、いつ結婚していつ子供を作るか、という風なことで、大変楽しそうに歓談しておりました。結論は、「あなた任せで」「授かりものだから仕方がないじゃない」ということで、笑い話で終わっておりました。

多くの方が引き続き第3分科会に参加下さり「へき地勤務と子育て」について論議させていただきました。論議をすすめるレジメでは321人を既婚と未婚に分けすすめました（資料7）。もしお子さんがいなかったら、それは独身であったら、男性と同じであるというスタンス確認から始まりました。

ただ自治医科大学は卒業生同士が結婚する場合があります。以前は80%が卒業生同士で結婚しているといわれておりましたが、お子さんがいない場合でも、一方の県に勤務した場合に遠距離恋愛になってしまうことがあります。同居できない場合をまず論議してもらいました。それから、子供さんありの場合は、小学校前にしぼってみました。さらに継続して地域医療を続ける場合、その土地で子供が育てられるか、というような非常に難しい問題に分けて進めました。

最初に、自治医科大学の女性医師サポートの現状を湯村教授からご説明願いました（写真3）。この自治医科大学サポートは島田病院長を旗頭に、自治医科大学自らが女性が働きやすい環境を作り、全国の卒業生の女性にその成功ノウハウを送ろうという壮大な計画であります。初年度が終わりまして、あと1年半ほどしかございませんが、これまでの活動集が全国の卒業生の女性に300通ほど配られたところでもあります。

さて、ゲストスピーカーの皆さんです（写真4）。先生方にゲストスピーチを願いました（資料8）。また、参加者全員が発表できる様に活発に討議いたしました（写真5）。

さて、結論であります（資料9）で箇条書きにまとめました。同一県内で夫と同居できない場合、子供さんがいなければ4名の卒業生女性はこぞって「問題ない」。ちょっと冗談っぽくなりますが、それは週末婚であろうが、私どもがちゃんと子供さん作っている訳ですから、決して離婚の原因になるような問題はないと。すなわち、自治医科大学卒業生同士の結婚で、他県に行って、別居生活が強いられたとしてもなんの問題もない、という結論であり、参加者の多くもそのとおりでした。

子育て中での診療面でのデメリットがあるか、というふうなことで、大変話題が集中しました。参加者26名中20名に発言願って、大変活発な討議が行われました。「地域の中でみてもらう」と

いう非常に良いキーワードが出ました。すなわち、子供が熱を上げて「誰に預けたらいいの?」。夜中に病院に行くとき、隣のおばちゃんに声掛けて、ちょっと患者さんが来たんだけど診に行かなきゃいけないのと、地域の中に溶け込むというようなことが話題になりました。

また、「病気のときはどうするの?」ということで、いろいろな経験談が語られました。緑、黄色、赤の段階的サポート案です。すなわち黄色は夫に頼む、例えば赤になったら、それはもう本当に病院に行けないということで勘弁してもらおう。そのことを地域の人にわかってもらう等の、生々しくもあり建設的な意見が出ました。

最後に、育休後の復帰で重要な点で論議していただきました。自治医科大学の女性教授である湯村先生と飯野先生のお二人参加していただきました。自治医大卒業生の女性は非常にモチベーションが高いというお話がありました。

しかし、一番重要なことは、本当に不利な点はないのか、継続して地域医療をやっていく中で、子育てやりながら本当にいいものだろうか、ということが最後の大きな論点でありました。

結論は出ませんでした。一つ印象に残った発言を紹介したいと思います。田舎の人は皆さんお医者さんの家族をみますし、子供さんをみます。子供は、「医者の子供」であるということ非常にプレッシャーに感じて地域で生活しなければいけない。これが良かったのか悪かったのか、これから子供に問うてみたいと思う卒業女性医師の先生がコメントして下さいました。

今回は、私どもの分科会はこのような形でまとめさせていただきましたが、まだまだ討議すべきことを残しました。また参加していただいた先生方のアクティビティを十分お伝えできないことをここでお詫びして、私の発表を終わりたいと思います。

どうもありがとうございました。

第1分科会座長報告

青沼 孝徳

それでは、第1分科会の報告をさせていただきます。

数は数えませんでしたけど、40数名の方々が参加していただいたものと思っております。自治医大の将来をどう考えるかということで、3人のスピーカーにお願いしました。京都の1期生の赤木先生、それから秋田の大森病院の小野先生、そして3人目は福井の名田庄の中村先生にお話をいただきました。

その中で、赤木先生は、地域での医療で大事なことはスペシャリティを持ちながらも幅広く医療に関わると、そういう技量を持った医師の集団が、その地域の医療を一番サポートできる、そんなような発言だったと思います。

それから、小野先生には、秋田大学が地域枠というものを設けているので、その地域枠の学生さん達がどういうふう考えているかということアンケートをし、その貴重な資料に基づき説明をいただきました。その中でなかなかこの地域枠の人達にアプローチするのが難しかったこと。プライバシーの問題があって、地域枠だということを大学の中で、ある意味秘密にしているとか、公にしない現実があること。そういう人達が、各大学の中で特別な形で地域枠として存在しているということが、ある意味では大変大きな問題を抱えているということに言及されました。自治医大の場合は全員が大体同じ方向に向かっている訳ですけれども、地域枠のごく一部の人達

にデューティを課しているということが、今後どういう形に繋がっていくのかということをお大変心配していました。その中で、彼も少ない人数の中で病院を運営していくためには、医師は是非とも総合的で幅広い診療に関わらなければいかんと、というような発言だったかと思います。

最後に、名田庄の中村先生は、自分が実際に展開している医療の中で、総合的に、医療はもちろん健康作りからターミナル・ケアまで関わることによって、地域の安全性も増し、経済的にも、総合的に関わることによって、医療費が安くなる。そういうものを、数値をもって示してくれました。地域で医療を展開するときに、総合医の優位性といいますか、そういうものをデータで示していただけただけではないかと思っております。

3人の発表を基に皆で議論をしますと、これから地域枠の人達が出てきて、自治医大はどうなるんだろう。自治医大の存在が危なくなるのではないかというようなご意見もありました。ただそういう中で、自治医大というのはその存在の特殊性、地域医療という意味での優位性、特殊性を出していくべきだという発言が多数ありました。そして、それを実現するためにはどういう施策があるんだろう、というような話の中で、極端な意見では、「国会議員を出すべきだ」とか「制度を変えるべきだ」という意見がありましたが、最後に、石川先生の特別発言の中で、やはりこの新しいもの、こういうものに向かっていくときに、職域を越えて、そして担当者だけではなくて、職域を越えて皆で議論をすることが大事だということ。こういう場を持つことが大事なんだというようなことを最後にまとめていただきました。

今回のこの討論は、非常に幅広い形で議論をしましたが、焦点を絞って、来年度にあたっては是非テーマに沿って、医師とか看護師とか、そういう職種に限るのではなくて、事務職、メディカルなどいろんな職種の人達、極端なことで言えば、自治医大に関係した皆さんすべてと知恵を出し合う、というようなことが大事だというような結論に達しました。

以上で、第1分科会の報告を終わります。

第2分科会座長報告

上沢 修

長野県の2期生の上沢と申します。

第2分科会を25名ほどの出席の元で、4人の方にプレゼンテーションをしていただいております。

まず大学で、地域医療もあって、後期研修生を迎えるという立場から、諸先生の方で、現状の後期研修の各県別の現状と、いわゆる大学で考える後期研修の役割ということについて説明させていただきましたけれども、まだまだそれについては非常に惨憺というようなことが、具体的な数字を持って説明されました。

二番目には、徳島県9期生の鎌村先生に、行政と臨床の両方をやっておられますけれども、行政の立場からみて、自治医大の卒業生にどうして欲しいかということの話からいきまして、いわゆる義務年限終了時点におきましても、いわゆる地域に残っていただきたい。そのためには、十分なキャリアパスとしての後期研修を送るような立場でそういうふうな状況を作ってあげたいというような、我々を元気付けて下さるような発言をいただいております。

三番目には、愛知県で実際の後期研修、ジェネラルとしてやっております宮道先生

の発表がありまして、非常にスーパーマン的で、カリキュラムがない中、自分でいろいろな立場に立って、ジェネラルとして非常に頑張っておられる姿を見させていただいた次第です。

四番目には、長野県で現在後期研修をされておられます木畑先生に発表していただきましたけれども、長野県はいわゆる後期研修を義務年限外で、ある程度県職の身分のまま、比較的フリーに活かしております。そういう中で、ある程度自分が選んだ道を、こういうようにやってるといような立場で話していただきましたけど、利点及びいろんなことから論議がありました。

そういう中で、あと30分ほどディスカッションがありましたけれども、その中で我々自治医大生の9年間、義務終わって、それで地域医療おさらばという訳ではありませんから、その後20年30年の医者としてのキャリアがありますが、後期研修というものは、その先生のキャリアパスとして、やはり十分なものを身に着けられるようなシステムを作っていただきたいという強い要望がございました。

自治医大生が立場上、総合医という立場で教育をされておりますけれども、いわゆる臨床を実際にやってみますと、「総合医」という選択もあるだろうし、「スペシャリスト」という選択もある。本人のモチベーションを低下させないような道をできるだけ選べるような方向を持って検討していただきたいというようなことがございました。

それから、出席をされた大学の先生の中からいろいろな意見がありましたけれども、いろんな研修システムを作っていくというのは、いわゆる医者が県（行政当局）へ要求しても非常に難しいものがある。非常に県によっても差があるし、身分等の、30年経っても差があることは事実である。いわゆる医療行政の中にどなたか入っていただきますと、研修を含めて、広い意味での自治医大生の立場をバックアップするようなシステムを今後要求していったらいかがか、という発言がありました。

それから、この「後期研修」という言葉自体、今「後期研修」と言いますと、初期の臨床研修があって、その3年目以降の「後期研修」という言葉を、一般の方は考える訳ですけれども、自治医大における後期研修というものは、昭和57年12月に中尾学長の名前で、地域へ出てその中で必要な技術を身につけるために、卒後6ないし7年目に、もう一度専門的な道、あるいはジェネラルの道を求めるような研修を希望するというような文が出ておりますけど、その後、各県に一切そういうような要求の文章が出ていない。現在、いろんな県別の差がある中では、このような、大学からまた、いろんな都道府県当局に働きかけるようなシステムを、より強く作っていただきたい、というような意見がございました。

以上、報告を致します。

河野：鹿児島7期の河野と申します。後期研修が、臨床医としてのキャリアアップの研修で、それが、自分が将来どうなるかと見据えた要だっているのは非常によくわかっているんですけども、もし議論が出ていたら教えていただきたいんですが、やはり世の中の他の大学のお医者さんがやることとして、大学院に行ったとか、あるいは研究生になって研究して学位を取ったとか、というところが一つあると思うんですね。そうすると、やはり我々も希望する人はその義務年限外の話なんですけれども、その研究とか学位とか、そういうものに対して、なんらかのサポートがないと、自治医大の場合は非常に難しいんじゃないかと思えます。よその場合と比べて思うん

ですが、その辺りのディスカッションはあったのでしょうか。

上沢 修

ある県、例えば長野県では義務年限外の研修取得をカットしております。そういう県も事実にあります。そのような中で、大学の先生の方からも、やはりそういう道は当然開くべきだ、という発言はありました。やはり、そういう意味で、今義務年限外、内という、非常に問題がありますけれども、いわゆるやりたいということをやらせる意識というものは、やはり求めてもいいと思っております。

河野：やはりその意味では、社会人大学院制度っていうものは、かなり強力に自治医大の方からも宣伝していただきたいなと思います。

上沢 修

それは宜しくお願い致します。ありがとうございます。

外山：質問と言うよりも、提案してはいけないのかも知れないけど、後期研修というものが各県と知事とのその中でやられてますよね。それを、これだけ時代が変わったんだから、やはり卒業生というのは、医学生というのは、自治医科大学と契約を結ぶ訳ですから、自治医科大学との契約の中に9年というものの延長であるとか、そういった新しい契約の方法を模索すべき時期にきているんじゃないかと思います。そうしないと各県によって理解がある県とか、状況に応じて、いい意味でテオセなんですけれども、ばらつきが非常に大き過ぎるような気がしております。

上沢 修

その通りでありまして、それについて、先ほど言いましたように、後期研修についての文章は、昭和57年12月から一切出ておりませんので、今後は統一基準をもう一度作るのがどうかっていうのは、大学の方に再検討いただきたいっていうような議論がありました。これも事実です。

第4分科会座長報告

石橋 幸滋

第4分科会の発表をさせていただきます。

第4分科会は開業医の立場からということで、「私が開業した理由～これからの開業医とは～」ということで、議論を致しました。最初私が挨拶を致しまして、その後4名の卒業生の先生からお話をいただきました。

最初は神奈川の2期生の中野先生に発表していただきました。中野先生が開業された理由は自治医大の卒業生として、地域医療という言葉がとても魅力的であって、それをずっと心に秘めたまま研修時代等々を過ごしてきて、それから卒後のいろいろな経験が活きて開業したとのことでした。そして、開業してからも、医師会の役員になったことなどがとても自分の役に立っているとのことでした。また、人との関わりというものが自分の人生を高めているという確信を持って

るというお話でした。また、今開業医としてやっていると、以前勤めていた病院の同僚や、上司、後輩等が後方支援病院の部長をやっていたりして、非常に紹介しやすいので助かっている。その他、親の会を立ち上げたり、お金を身内に預けられると安心できるとか、健康に気を付けることが大切であるというお話がありました。

それから、お二人目は石川県の3期生の伊藤先生ですが、先生が開業された理由は、上司と合わなかった。自分の将来があんまり明るくないので、「しょうがない、開業でもしようかな」ということだったようです。開業した理由はこのような消極的な理由だったけれども、開業したことは正解であったとのこと。石川県の卒業生が輪島地区になかなか定着していない状況の中で、開業医でもいいから、輪島地域に戻ってきて欲しいとのこと。今は開業医の経営は若干厳しくなってきたので、収入は少なくなってきたはいるが、とりあえず生活していくにはそんな困難はないとのこと。これからの開業医は認知症対応、検診、産業医、学校医などの仕事をやっていかなければならない。今非常に厳しい時代になっている開業医の底上げを図るためにも、自分の能力の向上、周りの人と上手く付き合っていくことが大切であるというお話でした。

その次は、滋賀県8期生の弓削メディカルクリニックの雨森先生ですが、雨森先生は、勤めていた国保診療所を買い取って開業したとのこと。現在は研修医等も受け入れて、複数、常勤4名の複数体制でやっているとのこと。国保診療所でできなかったことで、複数医師体制、診療時間の拡大、在宅医療の充実、医療機器の購入、自由なりフォームなどができるようになった。国保時代、職員5名が今37名。外来患者70名が150名。在宅患者さんも増えているとのこと。また診療所で今やっている、後輩の育成が自分にとってとても有意義であるし、今後自分がやっていきたい柱でもあるというお話でした。若い人を育てることが、また若い人が自分達の戦力になってくれるので、自分も勉強しながら後進の指導をしていただきたい。地域医療連携が重要であって、付け足しの開業でもしようか、というのはやめていただきたい、というお話でございました。

また、長野県の18期の2年目の清水先生からは、今までいろいろな経験をしてきたけれども、やっぱり家庭医として自分のキャリアを活かしていきたいという思いで開業したそうです。都市部でやる医療。今までは若干田舎でやってきたものを、都市部でやるにはどうするかを考えながら宇都宮で開業されています。住居一体型で、ホームドクターとして子供から大人まで診る「予防医学」を重視していきたいとのこと。

開業医の楽しさというのは、自分でやりたいこと自分で決めたことができる。自分の人生を自分でコントロールしているという充実感がある。ここがポイントであるとのことでした。また開業医には、仕事と生活のバランスをとることができる、経済的安定が図れる、子供の成長を見ることができるなどの利点がある。しかし、人を使う苦勞、経営労務サービス、サービス業としてのストレス、訴訟トラブル、個人事業者としてのリスク、長期休暇が取れない等々の悩みもあるとのことでした。今後は今までの自分の経験を活かしながら、健康教育、地域組織との関わりなどをやっていきたいと思われていて、非常に充実された日々を送っているようです。

そして、発表に続き、会場とディスカッションを行い、「雨森先生のところは一体常勤は何年目の方がいらっしゃるか？」という質問に対して、3年目が1人、6年目が2人、20年目が1人

の計4人、常勤でやっているということで、あまり年代が近いところと一緒にやらない方が良く、ある程度離れている方がうまくいくという回答がありました。また、「仕事量と収入が比例してるのか」という質問に対して、1本、2本という話が出ておりましたが、その辺は後で、懇親会でゆっくり聞いて下さい。今までは比例しているが、これからはわからない。開業医も厳しくなって、診療報酬全体が上がらない中で、病院の方に報酬を回すために、開業医はどうかかわからないというお話もありました。しかし開業は、自分の生活設計ができるので、開業も一つの選択として自治医大の卒業生にも考えていただきたいと思います。

自治医大の卒業生は、開業医に向いていると思います。いろんなことを対応できる能力を持ち、そして住民に近い存在である、またコミュニケーションスキルに富んでるとい自治医大生の特徴と卒後に苦労した経験が地域で生きてくる。それが開業にも向いていると思います。

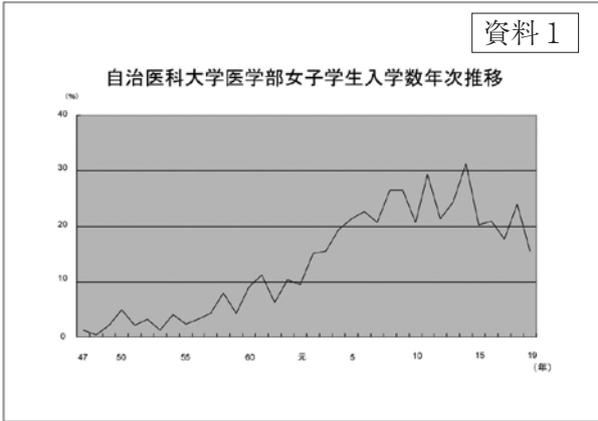
そして開業は、一人でやると非常に苦しいので、グループでやるのが成功の秘訣だと思います。また、現在している卒業生がもう300人もいるという現状を考えると今後、開業医の情報交換の場を作るべきだという意見がありました。

以上です。

鎌村：徳島県9期の鎌村です。ちょっとずれてたら申し訳ないんですが、プライマリ・ケア、家庭医療、地域医療に、地域に根ざした地域医療を自ら意欲的にされている先生方ばかりだと思うんですけども、どうしてもこういう事情、状況ですので、先生方の中で、今日話題に出なかったか分からないんですが、勤務医離れについて意見は出なかったのでしょうか。どうしても意欲的にされてる場合、そして実際に地域医療されている先生方、こういう開業医に向いていて開業医をされてる先生方と、勤務医が嫌になって、今離れていってるといことがあるかと思うのですが、私見でも結構ですので先生その辺はいかがでしょう？

石橋 幸滋

ここの部会では、基本的には勤務医が嫌になって開業はしないようにしようという意見です。勤務医に関しては、いろいろ見直しをしている最中で、学長先生はじめ多くの方々が検討されています。やはり医療自体をもたせていくためには、勤務医がより働きやすい環境を作っていないといけないと思います。勤務医が嫌で開業をした先生も中にはいらっしゃいましたが、できれば開業をしたい、自分の生活設計も含めた上で、将来を見通した上で、自分自身の生活の中で「開業もいいな」と思われたときに開業されてはどうかと思います。



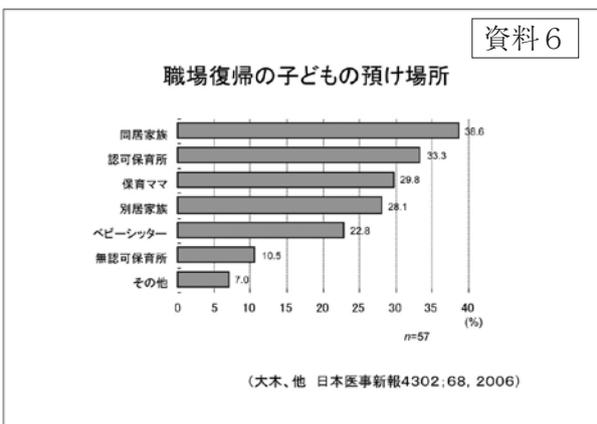
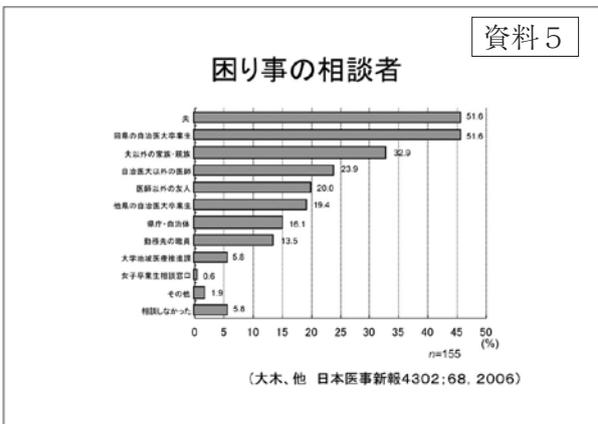
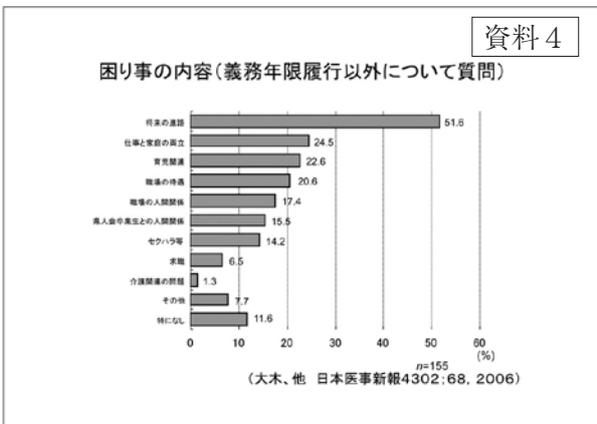
資料2

自治医科大学 女性卒業生の現状

配偶者	未婚	既婚		合計	
		卒業生	他の大学等		
義務内	136	43	29	72	208
義務終了	28	40	29	69	97
その他	4	3	9	12	16
合計	168	86	67	153	321

(平成18年7月1日現在)
*大学調（姓が変更になったもの、卒業生同士の結婚のみカウント。死亡者含む）

- 資料3
- 「サポート」調査
- 1978年から2001年までに自治医大を卒業した全女性医師(196人)を対象
(義務年限内 75.5%)
 - 155人から回答（回収率:79.1%）
 - 婚姻状況
未婚 75人
既婚 78人
70%以上がお子さんあり
 - 仕事
臨床医 81.3%
フルタイム 88.2% (2002年2月調査)



資料7

第3分科会 「へき地勤務と子育て」(レジメ)

時間	テーマ(演題)	演者(司会)
14:40	「自治医大女性医師支援機構」	湯村
14:50	「地域とのかかわりの中で」	小林
15:20	(1)同一県内で同居できない場合…1* (2)診療面での問題…2* 例:子供がいて夜等対応できない	
15:50	(3)子供の問題 病気時等…2* 教育上…3*	
16:00	まとめ	

```

    graph TD
      A[321] --> B[既婚 153]
      A --> C[未婚 168]
      B --> D[子供あり 2]
      B --> E[子供なし 1]
      D --> F[小学校入学前 2]
      D --> G[中・高校生 3]
    
```



資料8

発表者背景

お子さんの年齢は？

名前	出身 卒業	お子さんが生まれた年;平成(第何子)
湯村和子教授	鳥取	昭和50年(1)、57年(2)
米野利江先生	愛媛 10期	4年(1)、7年(2)、10年(3)、13年(4)
豊田典子先生	千葉 13期	10年(1)、15年(2)
上田真寿先生	香川 14期	8年(1)、12年(2)
新井由季先生	栃木 25期	19年(1)
小林英司 葉子	新潟 5期 和歌山 5期	7年(2)、8年(3)



資料9

第3分科会 「へき地勤務と子育て」 まとめ
—地域とのかかわりの中で—

- (1)同一県内で同居できない場合
 - ・問題ない！！
- (2)診療面での問題
 - ・地域の中でみてもらう
- (3)子供の問題
 - 病気時等
 - 教育上
 - ・緑、黄色、赤サポート
 - ・田舎の医者の子！
- (4)自分自身の生涯教育
 - 例:復婚、専門医、など
 - ・モチベーションが高い

事前資料 1

毎日新聞 2008年(平成20年)8月31日(日) 紙12版 特集

⑩「育休取得率10%」行動指針 臨時短支援、雇用差別の禁止

育児にかかる時間の国際比較 (単位:分)

	日本 (2001)	アメリカ (1996)	ドイツ (1990)	フランス (1992)	スウェーデン (1991)
男性	25	33	90	50	70
女性(フルタイム)	112	62	—	124	130
女性(パートタイム)	93	193	142	115	—
女性(専業主婦)	218	106	202	175	251

・約80%の自治医大卒業女性医師は自治医大卒業医師と結婚している。

第4分科会

「私が開業した理由」～これからの開業医とは～

1. 挨拶

自治医大の卒業生として開業として思うこと、これまでの経験、将来の展望を各発表者の先生からいただき、それをもとにこれからの開業医進むべき方向をディスカッションしていきたい。

2. 発表

1) 中野康伸先生（神奈川2期生 中野こどもクリニック）

- ・地域医療という言葉がとて魅力的であった。
- ・研修医時代が自分の出発点でこども医療センターの経験が小児科開業に生きている。
- ・医師会役員になったことがとても役にっている
- ・人とかかわりが自分の人生を高めている
- ・普働していた病院の同僚が、後方病院の部長をやっているの、紹介しやすい。
- ・親の金を大切にしている。
- ・お金は身内に任せると安心できる
- ・健康に気をつけることが大切である

2) 伊藤英章先生（石川3期生 伊藤医院）

- ・開業した理由は上司と合わなかったため、そして自分の将来があまり明るくなかったためだった。
- ・開業した理由は消極的理由だが、開業したことは正解だった。
- ・石川県の卒業生が輪島地域には定着していない。
- ・経営的には、徐々に減益の方向になっている。
- ・これからの開業医は、認知症や健診、産業医、学校医などの仕事をやっていかなければならない。
- ・医師の能力向上、周りの人と上手に付き合っていくことが大切である。

3) 雨森正記先生（滋賀県8期生 弓削クリニック）

- ・勤めていた国保診療所を買い取って開業した。
- ・現在研修医を受け入れてやっている。
- ・国保診療所ではできなかったことで、複数医師体制、診療時間拡大、在宅医療の充実、医療機器の購入、自由なリフォーム、などができるようになった。

た。

- ・国保時代職員5名が今職員37人いる。外来患者が70人が150人、在宅患者も増えた。
- ・診療所で医学生や研修医教育をやりたかった。日本全国からの医学生が来ている。2日から1ヶ月実習していく
- ・初期研修医、後期研修医が来ている。大きな戦力になっている。
- ・生涯学習が大事、後進の指導をしていただきたい。地域医療連携が重要、つけたしの開業、開業でもしようかとは止めましよう。

4) 清水正之先生（長野県18期生 しみずファミリークリニック）

- ・家庭医として自分のキャリアを生かして行きたい
- ・都市部でやる医療と田舎でやる医療は違わないのではないかと
- ・住居医院一体型でホームドクターとしてこどもから大人まで診る
- ・予防医学を重視していきたい
- ・開業医の楽しさは、自分でやりたいこと、自分で決めたことができる。自分の人生を自分がコントロールしているという充実感がある。
- ・仕事と生活のバランスをとることができる
- ・経済的安定が図れるのではないかと
- ・子供の成長を見ることが出来る
- ・人を使うのが大変である。
- ・経営、労務、サービス業としてのストレスがある。
- ・訴訟、トラブル、個人技業者としてのリスクがある。
- ・長期休暇が取れない。
- ・地域での様々な活動をしているが、これがやりがいにつながっている。
- ・健康教育、地域組織とかかわり、教育などをやって行きたい。

3. ディスカッション

- ・弓削クリニックの常勤医は卒後何年目か
3年目1人、6年目2人、20年目1人
- ・仕事量と収入が比例しているのか
今までは比例していたがこれからはわからない。

4. 第4分科会からの提言

- ・自分の生活設計が出来るのが開業医なので、開業も一つの選択として考えましよう。
- ・卒業年度が10年以上違った人と組んでグループ診療をましよう。
- ・自治医大の卒業生は開業に向いている。
- ・現在300人以上いる卒業生の開業医の情報交換の場を作るべきであろう

閉会挨拶



安田 是和 卒後指導委員長

卒後指導委員会を担当しております安田でございます。

今回は「自治医大地域フォーラム2008」ということなのですが、この地域医療フォーラムは、先ほど会の前にご挨拶ありましたように、卒業生の同窓会と大学との交流の場があまり乏しいのではないかとということで、今回の交流の場を作ろうということで、梶井教授などが発案されまして、この地域医療フォーラムを開催することになりました。今回のこの分科会、4つございましたけれども、各々のテーマ、非常に重い大きなテーマを自治医大らしくしっかりと討議していただきまして、私も拝聴させていただきましたが、非常に熱心に討論が行われまして、卒業生の先生方、それから大学から参加して下さいました先生方に非常に有益な会だったというふうに思います。

今回は東京で開催するというので、多々先生方にはご不便をおかけしたと思うんですが、今回アンケートを取らせていただきますので、来年も是非このフォーラム2009というのを開催したいと思っておりますが、さらに今回の経験を元に来年もさらに盛り上げていただきたいというふうに思います。

また来年も是非、ご参加いただきますようお願い致します。

本日はどうもありがとうございました。

閉会挨拶



関口 忠司 医学部同窓会長

医学部同窓会長をさせていただきます関口です。

本日は、大学と同窓会共催、そして地域社会振興財団に後援をいただきまして、フォーラムを開きましたところ多くの卒業生、そして教職員の方々に参加していただき、ありがとうございました。

最初に梶井教授から貴重な映像も見せていただき、懐かしく拝見しました。その後、塚原先生から3,000人余という人数でありながら、いかにこの集団が地域医療に貢献しているかというデー

タを見せていただきました。

引き続いての分科会で、実のある討論がなされたところを今、代表の方からご発表いただいたわけです。

大学、卒業生が一体となり、これまでの30年間の実績という貴重な財産を発信する。ともすれば、マスコミの報道は地域医療元気がない、崩壊する、という流れ一辺倒ですけれども、非常に元気があるグループがいる。そして、これからの新しい方向性を示してるかもしれない。そういう発信を、私達自身がやっていかなければいけない。こういう交流会にも、いろんな取材の方に来ていただいて、それを伝えていただく。あるいは、またそれぞれが戻ってから、それぞれに発信するというのが、地域卒の学生さん、どこへ行くということに関しても、地域医療の老舗、本家である自治医大というものを強くアピールすることに繋がるのではないかというふうに考えております。

引き続きまして交流会がございますので、またそこで盛り上がっていただきたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

「自治医大地域医療フォーラム2008」

開催日 平成20年9月13日（土） 13：30～18：30

会場 秋葉原コンベンションホール
（千代田区外神田1-18-13 秋葉原ダイビル2F・5F）

交流会場 東京・お茶の水 ホテル聚楽（千代田区神田淡路町2-9）

プログラム

時刻	所要時間	内 容	摘 要	会場
13：30	20分	開会挨拶	香山 充弘 理事長 高久 史磨 学 長	2F
13：50	20分	講演 I 「自治医大の地域医療教育の展開」	梶井 英治 教授 （地域医療学センター長）	
14：10	20分	講演 II 「地域医療と卒業生の実績」	塚原 太郎 教授 （卒後指導部長）	
14：30	10分	（休憩）		移動
14：40	80分	分科会		
		第1分科会 「自治医大の将来」 ～自治医大卒業生は地域枠学生と どのように関わるべきか～	座 長 青沼 孝徳 医師 発表者 赤木 重典 医師 小野 剛 医師 中村 伸一 医師 特別発言 石川 雄一 医師	2F
		第2分科会 「後期研修のあり方」	座 長 上沢 修 医師 発表者 三瀬 順一 医師 鎌村 好孝 医師 木畑 穰 医師 宮道 亮輔 医師	5F (5A)
		第3分科会 「へき地勤務と子育て」	座 長 小林 英司 医師 発表者 湯村 和子 医師 米野 利江 医師 豊田 典子 医師 上田 真寿 医師 新井 由季 医師	5F (5B)
		第4分科会 「私が開業した理由」 ～これからの開業医とは～	座 長 石橋 幸滋 医師 発表者 中野 康伸 医師 伊藤 英章 医師 雨森 正記 医師 清水 正之 医師	5F (5C)
16：00	10分	（休憩）		移動
16：10	30分	分科会報告	各分科会5分	2F
16：40	20分	閉会挨拶	安田 是和 教授 （卒後指導委員長） 関口 忠司 医師 （医学部同窓会長）	
17：30	60分	参加者交流会（於：ホテル聚楽）		移動

自治医大地域医療フォーラム 2008

発行日／平成21年 3月31日 発行／自治医科大学・自治医科大学医学部同窓会