

自治医大 地域医療フォーラム 2009

報告書



<開催日> 平成21年9月20日(日)

<開催地> 自治医科大学

<会場> 地域医療情報研修センター大講堂 他

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 社団法人 地域医療振興協会

自治医大 地域医療フォーラム2009

目 次

CONTENTS

第1部 開催報告	.....	3
開催挨拶	自治医科大学理事長 香山 充弘	5
	自治医科大学学長 高久 史麿	6
趣旨説明	『フォーラムの目的及び分科会での議論の説明』	7
第2部 開催報告	.....	13
第1分科会	「専門医と総合医の連携強化は、いかに医療の質・効率の向上に寄与できるか?」 ~国内の成功例は?それをどう全国的に展開できるか?~	15
第2分科会	「地域で働く卒業生と本学の研究者との連携をどう深めるか?」	54
第3分科会	「各都道府県における地域枠とどう連携するか?」	99
第4分科会	「地域医療の展開、特に拠点病院をどう確保するか?」	139
第3部 開催報告	.....	171
看護フォーラム座長報告	.....	173
女性医師支援フォーラム座長報告	.....	176
各分科会座長報告	.....	178
総括	医学部長 富永 真一	193
閉会挨拶	卒後指導委員長 安田 是和	195
	医学部同窓会会长 青沼 孝徳	196

第1部
開 催 報 告

開会挨拶



香山 充弘 自治医科大学理事長

「自治医大地域医療フォーラム2009」に卒業生の皆さん、大勢ご参加いただきまして大変うれしく、また心強く思っております。ご多忙の中、各府県の担当課の皆さんにも多数ご参加をいただきまして、ありがとうございます御礼申し上げたいと存じます。また、平素から自治医大が大変お世話になっておりますことを、この場をお借りしまして、厚く御礼を申し上げます。

昨今、医師不足、医療崩壊がセンセーショナルに取り上げられるようになりました。とりわけ地域間の医師の偏在の問題というのは、われわれ自治医科大学とも深く関係する問題であります。本学といたしましても、今後ともその対応に一段の努力をしてまいる必要があります。

本学は創立以来38年、3,200余名の優秀なる総合医を世に送り出しました。北は北海道から、南は沖縄まで全国津々浦々、医療の最前線で活躍をしていただいております。社会的にも極めて高い評価をいただいているものと思っておりますが、卒業生の皆さんは皆さんで多くの苦労、いろんな悩みを抱えておられると思います。

このフォーラムは、そのような地域医療の問題、総合医と専門医との連携の問題、あるいは本学卒業生が抱えている幾つかの問題につきまして、大学として積極的に対応を考えていこうという企てでございます。いわば「オール自治医大」精神で課題に取り組みをしていきたいというものであります。参加の皆様方の熱心なご討議によりまして、地域医療問題に、そして自治医大卒業生の皆さんにとって実りの多い解決策が見つけられることを心より期待いたしております。

フォーラムの後は、近々閉鎖予定の旧学生寮の食堂において交流会を予定いたしております。各府県からご出席をいただいた皆さん方も、ぜひともご参加いただきまして、親睦を深めていただきたいと思いますし、また、卒業生の皆さんには往時を懐かしみ、あらためて互いの強いきずなを確認し合っていただけたらと思います。

最後になりますが、このフォーラム開催には地域医療振興協会から多大なご支援をいただきました。厚く御礼を申し上げます。

また、高久学長、安田卒後指導委員長、尾身卒後指導部長、青沼同窓会長、また各分科会で座長あるいは発表を務めてくださいます、多くの先生方に厚く御礼申し上げまして、わたしのご挨拶といたします。よろしくお願ひいたします。

開会挨拶



高久 史麿 自治医科大学学長

皆さん、こんにちは。地域医療フォーラム2009ということでたくさんの方々にお集まりいただき、ありがとうございます。

このフォーラムは今年が2年目で、昨年は東京秋葉原で卒後指導委員会が中心となって開催いたしまして規模もあまり大きくななく、それでもご案内のように各地域枠の学生がこれから出てくる、そういう学生とどういうふうに自治医大の卒業生が対応していくのかとか、あるいは各大学で寄付講座のかたちで地域医療講座ができるのはどういう、それに対して自治医大の地域医療学講座あるいは地域医療学センターがどのようなリーダーシップを發揮していくかということなどが議題になりました。

今年は、先ほど理事長からもありましたように、大学、医学部同窓会、地域医療振興協会の協力のもとに、学生と、大学と、卒業生の人たちとが一体となって地域医療フォーラム、日本の地域医療をどうするかということを議論するという、非常に立派な会合になったことを非常に喜んでおります。

先ほども申しましたように、現在、各都道府県で地域枠の学生はどんどん増えており、来年もまた今年の5名に加えて7名増えるということありますから、合計12名が自治医大と同様な奨学金をもらった学生が増えてくることになります。

それから、ここにも何人かお見えですけれども、自治医大の卒業生の中で県の寄付講座によってできた地域医療学講座の教授になっている方がいらっしゃいますし、また、卒業生でなくても県の大学の地域医療学に関係した講座の先生方にもご出席していただいております。

自治医科大学ではご案内のように1981年に地域医療講座ができまして、2004年にそれを拡大して地域医療学センターとなりました。そういう意味では日本の地域医療学をリードしてきたと自負しているわけでありますけれども、各大学にできる地域医療学講座とどのように連携して、日本の地域医療学の発展のためにみんなで発展をさせていくかということが、これから大きな課題になるのではないかと考えており、今日はそのような問題も考える非常にいい機会ではないかと思っております。

幸い好天に恵まれておりますし、また、卒業生の方々は久しぶりに大学に来られた方も多いと思いますけれども、各分科会において、討論に参加していただけると思います。

終わりましてからは、理事長からもありましたように旧学生寮内食堂において交流会が予定されておりますので、またそのときに皆さん方といろいろなお話ができるることを楽しみにしております。ありがとうございました。

趣旨説明

『フォーラムの目的及び分科会での議論の説明』



尾身 茂 卒後指導部長

皆さん、こんにちは。ただ今ご紹介いただきました、卒後指導部長の尾身でございます。本日は大連休の第2日目ということですが、このようにたくさんの方々に参加していただきまして、心よりお礼を申し上げます。今ここで多くの懐かしい方々のお顔を拝見して、何やら胸がワクワクしております。

きょうの私の宿題は、「フォーラムの目的および分科会での議論の説明」ということありますが、きょう最も大事なのは、実はこの後の分科会でのディスカッションですので、私のこの話はなるべく簡単にやらせていただきたいと思います。

今回のフォーラムの問題意識を簡単に言えば、開学以来自治医大の関係者、これはもう教職員、OBの方、卒業生などの、さまざまな人の献身的な努力、それから各都道府県のサポートおよび自治医科大学以外の地元大学のご支援があったために、自治医科大学というのはわが国の医学あるいは医療界において確固たる地位を占めてきたと思います。

自治医大においても教育、基礎研究、臨床研究、専門診療、地域医療の各領域で着実な成果を上げてきた、そういう意味では開学から今日までの期間は「成功の40年」であったと私は思います。

しかし、新たな課題に直面していることも事実であります。大きく医療界全体を見ますと、もうこれは「釈迦に説法」ですけれども、医療財政の逼迫、それから医師の地理的あるいは診療科の偏在については皆さんご承知のとおりであります。

それから自治医科大学についても、先ほど学長先生からご指摘がありましたけれども、各都道府県に地域枠の設置があって、しかも多くの大学がいわゆるこの地域医療に対して大いなる関心を示してまいりました。

のこと自体は自治医科大学の精神が全国に波及したという意味で、大変誇るべきことだと思いますが、実は優秀で気概のある学生の、やや乱暴な言葉を使いますと、一部取り合い、奪い合いというようなこともまだ一部ではありますけれども、こういう現象が出てきて、これが一つの懸念材料になっているわけであります。

従って、いろいろありますけれども、今回の最重要テーマといいますのは受験生、若い研究者にとって本学が今までと同様魅力的な大学であり続けるために、ここにおられる皆さん、われわれが一体になってどういうことができるのかと、何を為すべきかということが今回の一番大きなテーマであります。

この議論を通して期待されることは、自治医大のさらなる発展。ただ、自治医大だけではなくて、もう日本全国の地域医療をいかに再生させるかということ、このことが期待されると思いま

す。

4つのテーマについては、もう先ほど先生方の紹介があり、この先生方にお願いしてございます。

今日は、参加者の皆さんには基本的にはこの4つのテーマの1つを選んでいただき分科会に参加していただきます。具体的な会の進め方については、座長の先生方から後で詳しくお話をあると思いますが、この4つのテーマは一見独立しているように見えますが、実は深いところでお互い関係していますので、私が各4つのテーマのいわば肝について簡単に紹介して、皆さんの議論に役立てばと思います。

第1分科会の重要なポイント、もうこれはたくさんありますけれど、本当に重要なポイントだけですが、欧米ではこの専門医と総合医の連携によると医療の質がよくなる、これだけじゃなくて、いわゆるヘルスのアウトカムがよくなっているという、このスタディーがものすごくあります。

しかも、ヘルスのステータス、アウトカムがよくなるだけじゃなくて、医療経済的にも効率的であるということが、このような研究が欧米では多くされています。残念ながら、日本では散発的な研究はあるが、まだ大規模な研究にはなっていない。

それから、もう一つのバックグラウンドのインフォメーションとしては、最近になってこのプライマリ・ケア学会、家庭医療医学会、総合診療医学会というのが合同することが決定になった。

そういう文脈の中で今回一番議論していただきたいのは、わが国の医療において、この高度な専門医療、これはますますこれから必要ですが、と同時に幅広い地域での総合医療がいかに連携して、より良質かつ効率的な展開を日本全国にできるかということが大きなポイントだと思います。

第2分科会ですけれども、これは地域というのはもう基礎研究・臨床研究・公衆衛生学的研究の、言ってみればテーマ、材料の宝庫なんです。従って今回議論していただきたいのは、基礎研究・臨床研究・公衆衛生学的研究で本学がいかにして今までどおり、あるいは今まで以上にリーダーになれるかということが一つのテーマです。

それから本学の研究者、卒業生は今まであまり接点がなかったかもしれないけれど、何かいい方法を考えて、研究者にとっても、それから地域で働く卒業生にとっても共に、いわば win-win の状況をつくっていくにはどういう具体的な方法があるかということについて議論していただければと思います。

第3分科会ですが、これはもう先ほど学長先生のほうからありましたけれども、地域枠で優秀で気概のある学生が一部、地元大学に行っているという事実がある。同時に、地域枠採用の地方の大学では既に卒後、総合医育成のシステムが構築に向けてスタートしていますが、まだまだ課題が残っているという、そういう状況の中で本学が優秀で気概のある学生をいかに集められるかと同時に、地域医療を目指すほかの大学、もう自治医大だけという、そういうケチなことを言わないで、日本全国で一体どうしたらこういう他大学の地域医療に志のある人たちと一緒に連携ができるかということを、ぜひ議論していただきたいと思います。

それから第4分科会です。これはもう卒業生がいろんなところで活躍して、一昨年は天皇陛下

が来られた。それから地域医療振興協会も素晴らしい活躍をしている。大学も各医局、それから地域医療学センターも非常によい成績を、それぞれの部署がわが国の地域医療再生に向けて語るべき材料があって、語るべき時期にきたと思います。

地域医療推進課が最近調査をしまして、いわゆる自治医科大学の義務年限修了後に県によっては定着率が高いところと、低いところとがありますが、県の定着率の高いところに共通な要素があります。いっぱいありましたけれども、最も大事なのはこの2点であります。卒業生が県や他大学、卒業生がまとまって県あるいは地元の大学と緊密な連携を取っているということが一つの重要なファクターになっています。

もう一つは卒業生の拠点となる病院が形成されている、こういう要素を持ったところは比較的定着率がいいということが、今までの調査で分かっております。

従って、今回のフォーラムではいかにして地域医療を志す自治医大の人、卒業生、地域医療振興協会、各都道府県、その他地域医療に関心のある他大学の人すべてを含んだ、そうした人が連携して、いかに拠点病院を確保し、地域医療の再生に向けてやるかというのが今回の重要なポイントになると思います。

今回はたった100分しかありませんので、ぜひ皆さんにご協力をお願いしたいことがあります。効率的で有意義な議論のために3つお願いしたいと思います。

一つは、できるだけ避けていただきたいこと。これは、みんながもう既に共通に知っていること。例えば医師の偏在うんぬん、これがいわゆる臨床研修がトリガーになってやったなんていうことは、ここに来る人はみんなもうご存じだから、そのようなことは時間の関係で、なるべくもう分かっているから言わないでほしいと。

それからもう一つ、各県の状況やご自分の経験について、どうしてもわたしなんかもそういう傾向はありますが、細部にわたって説明されたいということ。普段ならやっていただきたいんですけど、今回はもう時間が100分というところでありますので、なるべく本当に大事なところだけをやっていただきたい。

そして一番集中していただきたいことは、各テーマにいわば総花的じゃなくて、一般論じゃなくて本当に具体的な提言あるいは戦略について述べてほしい。その中で必要であれば、この戦略あるいは提言を提案するための理由である、あるいは根拠についても簡単に述べていただきたいと思います。

さらに、勇気をもって発言していただきたいということは、ものによっては実現が今までは困難だけれども、自治医大あるいは日本の地域医療のさらなる発展につながると思われる点については、少し勇気をもってマイノリティーかもしれないけれどもガツンとやってほしいというのがお願いです。

今回の100分の分科会での議論が終わった後にどういうことが期待される、期待されるアウトカムということですけれども、すべての分科会に必須としては、先ほど申し上げた具体的な提案、戦略なんかをあまり長い文章じゃなくて、個条書きにドンドンドンと書いていただきたいと思います。部会によってはそれに根拠というもの、あるいは背景というものを書かれ、それはもう各座長さんにお任せをいたします。

そういうことで結語になりますが、医療の問題は今もう国民的な課題になっておりまして、今

回の新しい政権も医療については大変関心が、最優先課題の一つになると思います。参加者の皆さんにはもう既に語るべき実績と経験を積んでおりますので、将来を見据える絶好の機会だと思います。

最後に、皆さんの活発な議論および具体的な提言をお願いいたします。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2009

フォーラムの目的及び 分科会での議論の説明

平成21年9月20日

本フォーラムの問題意識

開学以来の自治医大関係者(教職員、卒業生等)の
献身的な努力、各都道府県および地元大学の
サポート



- 自治医科大学: 我が国の医学、医療界に於いて確固たる地位
- 教育、基礎研究、臨床研究、専門診療、
地域医療の各領域で着実な成果
- 開学から今日までの期間: 成功の40年

私たちが直面している新たな課題(例)

医療界全体

- 医療財政の逼迫
- 医師の偏在(地理的、診療科)

自治医大

- 各都道府県に地域枠の設置
- 他大学も地域医療に関心



- 自治医大の精神が、全国に波及 ⇒ 誇るべき
- 優秀で気概のある学生の“取り合い” ⇒ 懸念材料

従って、今回のフォーラムの 最重要課題

受験生、若い医師・研究者等にとって、本学が
魅力的な大学であり続ける為に、一体我々は
何をなすべきか?

この議論を通じ期待されること

- 自治医大の更なる発展
- 我が国地域医療の再生

4つのテーマ

第一分科会: 専門医と総合医の連携強化

座長 草野 英二 教授(腎臓内科学・地域医療連携部長)

黒木 茂広 准教授(総合診療部門長)

発表者 神田 善伸 教授(さいたま総合医学1)

菅原 齊 准教授(さいたま総合医学1)

本村 和久 氏(沖縄県立中部病院総合内科医長)

4つのテーマ

第二分科会: 地域で働く卒業生と本学の研究者の連携強化

座長 矢田 俊彦 教授(生理学統合生理学部門)

苅尾 七臣 教授(循環器内科学)

発表者 亀崎 豊実 准教授(地域医療学センター)

間中 一至 氏(常陸大宮済生会病院内科医長)

矢野 裕一朗氏(美郷町国保西郷病院副院長)

4つのテーマ

第三分科会: 各都道府県における地域枠とどう連携するか

座長 阿波谷 敏英 氏(高知大学医学部家庭医療学講座教授)

石川 鎮清 准教授(地域医療学センター)

発表者 藤田 純次 氏(長崎県医療政策課長)

4つのテーマ

第四分科会: 地域医療の展開、特に拠点病院を どう確保するか?

座長 吉新 通康 氏(社団法人地域医療振興協会理事長)

堀井 淳一 氏(新潟県勤務医等確保対策室参事)

発表者 遠藤 秀彦 氏(岩手県立釜石病院長)

第一分科会の重要なポイント
(専門医と総合医の連携強化)

- 欧米の調査: 専門医と総合医の連携
↓
医療が良質かつ効率的になる
(日本では未だ散発的な研究)
- 三学会合同決定
(日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会)
- 我が国の医療において“高度な専門医療”と
“幅広い地域での総合医療”がいかに連携し、
より良質かつ効率的な医療を展開できるか?

第二分科会の重要なポイント
(地域で働く卒業生と本学の研究者の連携強化)

- 地域は基礎研究、臨床研究、公衆衛生学的研究
テーマの宝庫
- 基礎研究、臨床研究、公衆衛生学的研究で本学が
如何にしてリーダーであり続けるか?
- 本学研究者、卒業生双方にとって如何に“WIN-WIN”
の状況をつくるか?

第三分科会の重要なポイント
(各都道府県における地域枠とどう連携するか)

- 地域枠—優秀で気概のある学生が地元大学へ
- 地域枠採用大学では総合医育成のシステム構築に向け
スタートした
- 本学が優秀で気概のある学生を如何に集められるか?
- 地域医療を志す他大学の人と如何に連携するか?

第四分科会の重要なポイント
(地域医療の展開、特に拠点病院をどう確保するか?)

- 卒業生、地域医療振興協会、大学がそれぞれ実績
↓
我が国地域医療再生に向けて語るべき時
(地域医療推進課の調査結果)
義務年限終了後の県内定着率上位県に共通する特徴
(1)卒業生が、県などと緊密な連携をとっている
(2)卒業生の拠点となる病院が形成されている

如何にして地域医療を志す人々(自治医大、卒業生、
地域医療振興協会、各都道府県、その他地域医療に関心の
ある全ての人々)が連携して拠点病院を確保するか?

**効率的で、有意義な議論のため
皆さんへのお願い**

- できれば避けていただきたいこと
- みんなすでに共通に理解すること
 - 各県の状況、ご自分の経験に関する細部に至る説明
- 是非focusしていただきたい点
- 各テーマへの具体的提言、戦略およびその理由
- 勇気を持って発言していただきたいこと
- 実現が困難でも、自治医大、地域医療の更なる発展につながると思われる考え方、意見

本日各分科会で期待される“OUTCOME”

第X分科会

A.背景あるいは根拠(任意)

B.具体的な提案(必須)

-
-
-
-
-

結語

- 医療の問題: 国民的課題
- 新たな政権: 医療は優先課題
- 参加者の皆さん: 語るべき実績と経験
- 将来を見据える絶好の機会

**皆さんの活発な議論及び具体的な提言を
お願いしま～～す**

第2部
開 催 報 告

第1分科会

「専門医と総合医の連携強化は、いかに医療の質・効率の向上に寄与できるか？」 ～国内の成功例は？それをどう全国的に展開できるか？～

座長 草野 英二 教授（腎臓内科学・地域医療連携部長）
黒木 茂広 准教授（総合診療部門長）
発表者 神田 善伸 教授（さいたま総合医学1）
菅原 齊 准教授（さいたま総合医学1）
本村 和久 氏（沖縄県立中部病院総合内科医長）

黒木 茂広・座長

皆さまおそろいですので、定刻も過ぎましたので、第1分科会を開催したいと思います。よろしくお願ひいたします。この会の司会を担当いたします、総合診療部の部門長の黒木と申します。自治医大4期鹿児島卒です。

お隣が草野先生。専門医の立場から、あるいは医療連携の立場からということで。

草野 英二・座長

皆さん、どうもこんにちは。

先ほども尾身先生のほうから紹介ありましたように、この第1分科会では総合医と専門医の医療連携をどうしていくのかというようなことでございますので、私は地域医療連携部長もやっている関係上、きょうは座長になったんだというふうに理解しております。ぜひとも、活発なご討論をよろしくお願いしたいと思います。

黒木 茂広・座長

それでは早速ですが、プレアンケートというのを皆さんお手元にお持ちだと思いますので、ちょっとそれを見ていただきます。全部で12枚ほどありますけれども、それは今後必要な、特に関連あるところだけを見てご説明して、あとは皆さん各自で見ていただきたいと思います。

まず1-1です、1ページ目。ご自身の役割は総合医か、専門医か？ということでお伺いしますと、内側の円が自治医大卒業生で、外側の円が大学教員であります。当然のようですが、自治医大の卒業生でも、ほぼ3分の1ずつ総合医と思っていらっしゃる方、サブスペシャリティーのある総合医と思っている方と専門医と、ちょうど3等分、そういう配置になっているということです。

次のページの1-2の医療機関ということに関しましても、大学の職員ですから外側は大学の大学病院になるんですが、これも比較的3等分といいますか、診療所に勤務していらっしゃる方、

中・小規模、大規模病院というのが大体3分の1ずつの方々で占めているということです。

飛ばしまして1-6をご覧ください。1-6は大規模病院に総合医は必要か否か？ ということですけれども、これは大学の教員も、卒業生もすべてではありません。70%、卒業生は80%近くが総合医が必要であると考えておられます。

1-7です。次のプリント。特に役割分担があるか？ というのが1-7ですけれども、これも役割分担があるというのが、平均しても70%ぐらいあると。卒業生も、大学教員もある。

今回一番討議の問題になると思うんですけれども、専門医と総合医の連携を強化していく上で阻害していることがあるか否かということですけれども、これは、この会がそのためにあるといいますか、阻害因子はあるというほうが多いということになっておりますが、大学のほうはちょっと少なめであるというところであります。

以上が、今回のディスカッションにかかる主に大事なところだと思いますので、あとは隨時、見ていただいて、またご意見をいただきたいと思います。

それでは、今から討議を開始いたしますけれども、ご質問のある場合、発言をされる先生は、まずご所属と、お名前を言っていただきたいと発言願いたいと思います。これは2回目の場合も同じように、またご自身を紹介していただきたいと思います。よろしくお願ひいたします。これだけたくさんの方がいらっしゃいますので、同時に挙手された場合は、こちらのほうで指名させていただきますのでご了解ください。

この会の流れですけれども、まずは3人の先生に登壇していただきまして、それぞれの立場から、神田先生、菅原先生、本村先生とやっていただきまして、その話と先ほどのアンケートのサマリー等を検討していただき、発言していただいてディスカッションに入るというかたちにしたいと思います。何とぞ建設的かつ具体的な方策が見つかりますようにお願い申し上げます。

それでは一番最初に神田先生、お願ひいたします。その前にご略歴を申し上げますので、ちょっとお待ちください。

神田先生、どうもありがとうございます。神田先生は平成3年東京大学医学部医学科をご卒業になりました、研修を経て東京大学の血液・腫瘍内科講師をされて、平成19年からさいたま医療センターの血液科の教授として活躍されておられます。今回は専門医から見た総合医との関係ということでお話を聞いていただきますので、よろしくお願ひいたします。

神田 善伸 ・発表者

よろしくお願ひします。さいたま医療センター血液科の神田と申します。今はさいたま医療センターに来て3年目で、血液疾患や造血幹細胞移植を主に診療しております。

自分自身も卒業してすぐのころは、やはり何でも診られる医者になりたいという気持ちは強くありましたし、今でもその気持ちは持っているんですけども、年々と専門以外の領域の知識が時代遅れになってきていることは否めない状況であります。ついにきょうに至っては“専門バカ”、じゃなくて、専門医の代表として呼ばれるようになってしまいました。でも、専門医と総合医というテーマでじっくりと考え直させていただくことは、自分にとってもいい機会になると思っています。

きょうはリンパ腫という疾患、これはおそらくどこの施設でも、どこの地域でもしばしば診る

疾患だと思いますので、それを代表に取って考えさせていただきたいと思います。スライド操作がありますので、前で失礼します。

リンパ腫の疾患の診断の入り口というのは、さまざまな科で出てくると思います。総合内科、一般内科というのが一番多いと思いますけれども、それ以外にも例えば頸部リンパ節腫脹で耳鼻科で診断される場合、縦隔リンパ節腫脹で胸部外科で診断される場合、胃粘膜下腫瘍があって内視鏡で診断される場合、不明熱で入院して内科でいろいろと診ていながら、ようやく骨髓穿刺でリンパ腫と分かる場合など、さまざまな状況があって、そこから血液内科に紹介されてくるという状況です。

これも、じゃあ血液内科の状況がどうかというと、地域によってかなり差があるんですけれども、一番恵まれた都心部でもかなりの渋滞になっていまして、なかなかタイムリーな治療が行われていないのが現状であります。

これがさらに都心部以外になりますと、さらに厳しい状況になっています。幾つかの都道府県では、血液内科は白血病は診るけれども、リンパ腫は診ない。だからリンパ腫の化学療法は、診断したところは自分たちでやってくれと、そういうところもあります。

例えば最近では、数年前から沖縄県の血液内科、琉球大学はリンパ腫はそれぞれ診断したところで治療をしてくれという状況だったんですけども、それでも血液内科医の過重労働が問題になりました、ついにことしの春過ぎに血液内科医は琉球大学を全員辞めてしまいました。こうなると、もう手遅れですので、その前にいかにうまく連携していくか、これは一つ大きな課題だと思っています。

すなわち診断、治療方針の決定など、重要なポイントで連携をしながら、お互いにインタラクティブに情報を共有して、専門医が常に診ていなくとも同じレベルの治療をやっていくということは、おそらく可能なんじゃないかと思っています。

少し流れに沿って考えていきますと、まず診断時点です。これは、病理診断は非常に重要です。普通、悪性腫瘍の病理診断というと生検をしてポチャーンとホルマリンに漬けるわけですけれども、リンパ腫の場合にはそれではいけません。採ったリンパ節の一部分はホルマリンに漬けていいんですけども、染色体検査、細胞表面マーカーなど細かい病理組織型の決定に必要な部分というのは、ホルマリン固定してしまうとできないものなんです。ですから、この最初の生検の段階で、やはり専門医がかかわるほうがいいと思います。

なぜ、組織型にこだわるかというと、これは詳細は省略しますけれども、今WHO分類でもリンパ腫の病理組織型というのはかなりいっぱいあって、それぞれ治療方針が異なります。ですから最初の入り口を間違うと、その後すべて間違ってしまうわけです。

それからもう一つ重要なところは、やはり化学療法だけでいいのか、それとも造血幹細胞移植をしなくてはならないのか、これも途中で一つ大きな決断になってきます。ここではやはり専門医の協力というのは必須だと思います。

それから、検査ではPETが治療に大きく影響してくるようになってきています。例えば、化学療法を終えてCTでまだ塊が見えたとしても、それでPETが陰性であれば、それはもう完全寛解と見なして治療をやめていいというようなデータも出ておりますので、PETが行えるかどうかというのは、今や大きな治療方針に影響する時代になってきています。

ですから一つのサンプルとして、総合医と専門医でどういう連携が必要かというと、まず初診を総合医にかかったとします。リンパ節生検をする段階でちょっと専門医に電話1本で相談して、どういう検査をやりましょうかという相談があったほうがいいかなと思います。

PET をしたり、治療方針を決定する段階では、これも電話連絡でもいいと思いますが、やはり専門医がかかわったほうがよいかなと思っています。

初回化学療法、これも地域によりますけれども、できれば最初のところの部分は専門医でやったほうがいい。その後外来化学療法に移行すれば、これはおそらく総合医で十分できると思います。効果判定の PET のところで、これは施設がある程度限られてくるかもしれません。

その後の経過観察は、総合医の先生で大丈夫。しかし、再発したところで救援療法や造血幹細胞移植に移るのであれば、やはりこれは専門医の関与が必要です。状況からして緩和医療に移っていくのであれば、総合医の先生方でやっていくことが可能かというふうに思っています。

つまりリンパ節腫脹の鑑別診断、化学療法の有害事象のマネージメント、こういったところが総合医にとっても求められてくるところになるんじゃないかなと思います。

こういう連携が円滑に進むためにどういうことが必要かといいますと、おそらく総合医の役割が都心部と地域で必ずしも同じでない、施設の大きさによっても必ずしも同じでないところはあると思います。埼玉は都心部に入るんでしょうけれども、そういったところでは教育機関としての役割が非常に大きいのではないかと思います。それから患者さんの、この専門医志向ということも、もしかしたらこの総合医という方向性に、少し障害になっている部分もあるかもしれません。

今申し上げたようなリンパ節の診療に関しては、おそらくがん薬物療法学会などでは、腫瘍内科医が持つべき役割ではないかというふうに思われるわけですけれども、現実的に考えますと腫瘍内科専門医は、今はまだ日本に500人しかいませんし、地方で腫瘍内科医といったようなポジションが今後広がってくるには、まだまだ時間がかかると思いますので、おそらく腫瘍内科医が今申し上げた役割を担うのは、まだまだ難しいかなと思っています。

しかし、総合医が診療することで患者さんの不利益にならないようにするためには、重要なポイントでの連携が必須である。そういうことで、わたしが何かいいアイディアを出せるわけではないんですけれども、アメリカの制度を単に導入するのではだめで日本独自の連携システムが必要です。アメリカのように遠くに行かないと専門医療が受けられない状況と、日本の場合はサッとアクセスできるような状況とはかなり違います。日米国土の広さも違う、入院費も違う、医療スタッフ数も違うし、文化も違います。

そういう中で日本人に適した専門医と総合医の連携システム、そして特に国内の都心部と地方でどういうふうに変わっていくべきなのか、そういったところもきょう皆さまと一緒に考えていけたらと思って提示させていただきました。以上です。

黒木 茂広・座長

神田先生、どうもありがとうございました。リンパ腫を例に取って総合医と専門医との関連、関係という具体的なところが入ってお話をさせていただきました。

討議のほうは3人の先生方が終わってからというかたちにしたいと思いますので、続けて、次

は卒業生であります菅原先生、よろしくお願いします。さいたま医療センターで、北海道出身の8期の先生です。

菅原 齊・発表者

時間が迫っているので、早めにいきます（スライド①）。

わたしはきょう、この4つの内容でお話したいと思います（スライド②）。総合医ですけれども（スライド③）、総合医というのは自治医大は提唱されているんですけど、定義についてはわたしたちはこのように考えています（スライド④）。

患者さんに最適の、最良のマネージメントを提供できるような、適切な判断ができる医師。このサブスペシャリティーをもつていろんな訴えに対応していくわけですけれども、自分ができるものはできるし、やりますし、専門医の先生に相談するものはしますし、直接行っていただきたい場合には行っていただく。かつ、このできない部分をできるだけできるように努力していくという、生涯教育ということも大事だと思います。岡崎先生はこのことについて、患者さんが自分たちのところに来てくれるなら、自分たちが逃げずに診ると言われています（スライド⑤）。

「総合医」の到達目標ですけれども、いろんなキャリアを積んでいくわけですが、最終的には患者さんの総合的マネージメントができるようになるということだと思います（スライド⑥）。患者さんの総合的マネージメントというのは、思考力・判断力・医療情報・医療技術を駆使して患者さんのアウトカムを少しでもよくする。山田先生は病人の理解、病人の生活の質の向上というふうに言われています（スライド⑦）。

「総合診療科」なんですけれども（スライド⑧）、わたしたちのさいたま医療センターは大きな内科学講座の中の一つの科ということで、わたしたちが縦糸、救急部は横糸というような、スタイルの目地とか、のりのようなかたちで診療しております（スライド⑨）。この総合診療科がなくなってしまうと、なかなか各科の連携がうまくいかないんじゃないかなというふうには考えています（スライド⑩）。

このような患者さんはよく入院してきます（スライド⑪）。誤嚥性肺炎の入院で、わたしたちが診療しているわけですけれども、病院総合医がないということになりますと、こういうかたちになって（スライド⑫）、一人暮らしのことについてはあまりケアされないということになるので、病院総合医というのも必要であります。

2008年までは17床で運営しておりましたが、大体右肩上がりで300人ぐらい年間診ております。7割が救急部、外来からが2割、残りがその他からの入院でした（スライド⑬）。主病名から見た入院患者の4大疾患は、脳卒中・感染症・臓器不全・未診断例で、この比率でした（スライド⑭）。

「病院総合医が果たす役割」なんですが（スライド⑮）、これは佐賀大学の小泉先生のスライドですけれども、総合医というのはこのように働く場によって、いろんな役割を果たしているわけです。わたしたちはここだと考えております（スライド⑯）。岡崎先生は「ニーズ主義」ということを言わせていて、ニーズのあるところに合わせて働けるのが総合医の最も重要な要素だというふうに言われています（スライド⑰）。

診療科と総合医の守備範囲というのを見ますと、こんなにたくさんの診療科というのはあるわ

けですが（スライド⑯）、総合病院や大学病院の総合医は、一般内科の急性期診療、入院診療、教育の他に、リエゾン・コンサルテーションなどの役割も担っていると思います（スライド⑰）。

一方、診療所では一般内科の慢性外来中心ですが、その他にもたくさんの役割を担っていて、これも「ニーズ主義」の一つの表れだと思います（スライド⑲）。

わたしたちの総合医を育てる取り組みについて述べます（スライド⑳）。さいたま医療センターの「総合医を育てる取り組み」としましては（スライド㉑）、まずセンター長とか主任教授が総合診療を推奨しております。例えば、「医師を呼べという医者になるな。」「自分の専門以外の患者さんを診ないから、その科の専門医であるということはない。」ということを事有るごとに言われています。こういうメッセージは非常に重要じゃないかと思います。また、主任教授が一般初診外来でも診療をしております。

それから大講座制ですのでコンサルテーションが容易で、同じ釜の飯を食う仲間ですので、医師同士が互いに顔見知りですし、週1回このような回診で顔を合わせます。

それから総合医のサブスペシャリティー研修をサポートしております。その際も診療科を変更する必要はありませんし、また院外研修も許可しております。それからUWMCでの見学実習などをっています。

また、院外のファカルティを招聘しまして、Fujimoto教授、Lefor教授が定期的に見えてクリニックリーズニングや診療基本ユニットについての確認と応用を教えてもらっています。

（スライド㉒）総合診療科としては他大学からの見学、長期BSLも受け入れていて、年間4、50名見えるんですけども、長期は2名前後ですが、こういったことは「刷り込み」として大事なんじゃないかと思います。

モットーは、「『何々科的に異常がない。』とは絶対言わない。」こと。なので、他科からのコンサルテーション、診療要請を断らないようにしています。

また、外来診療にも力を入れていて、伝統的にも単なる振り分け外来をしない。この振り分け外来というのは、総合医の精神に反するのでやらない。コンサルテーションを通じて、やはりこの場合も専門医のサポートが必要です。

BSLでは外来研修をしますが、その後PBLをやります。初期臨床研修医は年間を通じて週1回の救急部当直を通じて外来研修をします。後期研修は週1回外来研修をしまして、その後レビューします。

入院は診療チームでしていまして屋根瓦方式で、これも専門医のサポートが必要なんですが、一応うまくいっております。それから内科系病棟の合同カンファレンスをしております。

入院診療体制なんですけども（スライド㉓）、総合診療科は20床ですが、3つの診療科の混合病棟なんですが、こういう曜日ごとのチームをつくっておりまして、曜日ごとに救急部からの転入、外来からの緊急入院に対応しています。土日は当番制にしています。診療方針はカンファレンスで相談しますし、診療の責任は科長にありますが、チームが主体となってやっております。

さて、「今後の課題」ですが（スライド㉔）（スライド㉕）、先ほどもいろいろ述べられていましたが、クリニックエスチョンの解決のための研究を奨励・支援、これをもっとしたほうがいいと思います。井上先生が「Pracitce-Based Research」と言っておりますが、自治医大にもこういうサポートする体制が整っていますので、こういったクリニックエスチョンを解決してい

くことによって、日本の総合医からの情報を世界へ発信できるチャンスが増えますし、総合医の認知度も上がります。それより何よりも、このような取り組みによって患者さんのアウトカムの向上に寄与できるんじゃないかと思います。

(スライド②⑦) もう一つはこの4月から保険診療で認められたんですけれども、医師事務作業補助者の活用のための研修体制を確立したらしいと思います。この職種をうまく活用することによって、総合医にも時間的な余裕が生まれるのではないかと思います。

3番目として、各都道府県の教育病院と自治医大との「たすき掛け初期臨床研修プログラム」を開発したらしいんじゃないかと思います。なぜかといいますと、総合医教育には地域医療や家庭医療との連携が必要ですし、こういうプログラムをつくることによって卒業生との連携強化になりますし、地域枠研修医との連携もできます。また、この教育というプログラムを通じて、専門医と総合医の連携強化になるのではないかと考えています。以上です(スライド②⑧)。

黒木 茂広 ・座長

先生、どうもありがとうございました。

大規模病院の例として、大学病院での総合診療科の役割ということと、どういうふうに具体的に、第一歩を踏み出すためにはどうしたらいいかというのを最後に提示していただきました。

今度は大学病院ではなくて成功例といいますか、もう全国でも研修病院として非常に評価の高い、沖縄県立中部病院の本村先生にお話を聞いていただきます。

本村先生は山口大学ご出身で、それからずっと沖縄に行かれたとお聞きしております。沖縄を非常に愛しているというか、そういう先生ですので、自己紹介を含めてお願ひしたいと思います。

本村 和久 ・発表者

よろしくお願ひします。沖縄県で腫瘍内科医のいない大学病院があるというところから来ました、本村と申します。よろしくお願ひします。県立病院の腫瘍内科の先生と、民間の病院の先生は非常に頑張って、何とか支えているのが実情です。

簡単に自己紹介です。97年に沖縄県立中部病院で研修をして、離島診療所を2カ所、あとは離島の中核病院を1カ所回って転々としています。普通に内科医として仕事をしているんですけども、できるだけ研修医や病院に離島のよさを伝えたいなというふうに日々思っています。

職場を転々とする「ジプシー医者」と自分で言っているんですけども、自治医科大学とのつながりは非常に深くて、91年に自治医大不合格ということになっております。

本村 和久 ・発表者

内容ですけれども、簡単に沖縄県立中部病院の現状をお話して、総合診療について簡単にお話したいと思います。単なる病院紹介にならないよう、尾身先生のご注意は十分に守りたいと思います。

沖縄の医療なんですけれども、皆さんご存じのとおり、戦後非常に沖縄戦で壊滅的な状態ということで、人口10万人当たり医師数が20人というところから戦後スタートしたというところです。このような非常に劣悪な環境をどうにかしようということで、米軍主導でいろいろ医療が進んで

きたという現状があります。

具体的にどういうふうに進んできたかというと、まず沖縄県出身の優秀な高校生を医学部に送り込むというような、国費留学制度というのをやったんですが、残念ながらなかなか沖縄には戻つてこないという現状がありました。

その後、米国から沖縄の医療に関して何とかしないといけないということで視察が入ったんですけども、医療水準を上げるには教育が必要だということで、米国の援助の必要性というのが強くありました。

医師が定着しない理由としては、医療施設の整備も必要ということで、1966年に当時のお金で15万ドルという巨額の資金を投入して、医療をどうにかしようということで沖縄県中部病院がスタートしています。

沖縄の歴史ですが、非常にはないもの尽くしの中で何とかやっていこうとしたことがあります。いろんな問題点があるんですが、一点だけ取り上げるとたくさんの離島があつたり、少ない住民に対してどうやって医療をサポートするかということで、ここをどうにか無視せずにやっていこうということです。

結局、沖縄県に住む、沖縄県で医療を行う医師に必要なものということは、プライマリ・ケア重視ということだったと思います。ジェネラリストとしての仕事が非常に重視されないといけなかった歴史があるということです。

その中で、沖縄県中部病院の内科はどういうふうに動いてきたかを簡単にお話しますと、病院ができてからしばらくはすべて内科、一般内科、総合内科というかたちできました。だんだん病院が大きくなって、550床の規模になってきましたけれども、時代の流れとともに各専門家の治療が必要ということで、かなり大きな議論になったんですが、専門家ごとの医療に分かれました。

ただ、その中でもやはり総合診療は必要ということで、いろんな専門家の中の一つとして単独グループの総合内科が成立しました。

どこの病院でもよく言われることかもしれません、総合内科医に、診るには非常に大変というふうにいわれている病気が集中するなど、いろんな事情で2年間総合内科がなくなったという事情があります。こういう Dementia とか Delirium をわたしが診たくないというわけではなくて、実際いろんな理由で総合内科は消滅しました。

ただ、このままでは内科の体制がうまくいかないということで、病棟を持たない外来教育部門として総合内科が成立します。たまたま昨年から4人のスタッフを確保して動いています。全般的なこととしては内科の教育体制、ひいては病院の教育体制の立て直し強化を行っているところです。

簡単ですが、沖縄の状況です。離島診療所を勤めて帰るときの写真です。ちょっとわたしがお話しするには手に余る内容なんですけれども、総合診療に関して簡単にお話をしたいと思います。来年4月ですけれども、プライマリ・ケア連合学会というのが設立します。皆さんご存じのとおり3学会、プライマリ・ケア学会、家庭医療学会、総合診療医学会、3つが合わさるということです。それぞれ、いろんな特色があります。

先ほどお話しもいただきましたが、どういうふうな総合診療、ジェネラリストの住み分けがある

かというと地域ベース、病院ベースで分けられるんじゃないかと。あとは入院診療、外来ベースで分けられるということがあると思います。「家庭医」「総合内科」「救急」「プライマリ・ケア」といった、いろんな用語がありますが、それぞれの立ち位置で少しずつやっていることが違うということが現状だと思います。

今回のテーマであります専門医との関係については、あくまで対立関係ではなくて、連携し合うことでいい方向にいかないかなというふうに常々考えています。

こういった総合診療に必要なものをいろんな場所、場所で、あと医師の診療能力とか、いろんな個性があると思います。その中でいろいろ調和を考えながら、連携していく必要性があると思っています。

その具体的な方策は、「先ず隗より始めよ」と書かせていただきましたけれど、まず目の前の問題に取り組むことです。沖縄で言えば医師が足りないというところから、どのような解決方法があるかということです。

医療崩壊が呼ばれていますけれども、今医療崩壊が呼ばれている中で、このピンチをどういうふうに解決するかという具体的な方法を一つ、一つ積み上げることが、医療を大きく変えるんじゃないかというふうに考えています。

あとは教育の重要性です。医師が足りないところで一本釣りをしてくるということも非常に重要なですが、それよりも地道に種をまいて耕すといったところで、病院の中にうまく屋根瓦をつくっていって研修医を育っていく、それが地域で役に立つ医師を育てる大きな方法論になるのではないかと考えています。

いわゆる総合診療にかかる医師の中でもいろんな立場の違いがあって、この3学会合同に関してもいろんな議論があったんですけども、あとは専門医とのかかわりも非常にいろいろありますが、立場の違いはありますけれども、地域を守るとか、患者さんを助けるといったところでは同じ目標を持っていると思います。違う窓から同じ景色を見ているだけというところで、共通認識をいかに持てるかというところが今後の課題と思っています。

簡単ですが、わたしからの発表は以上です。ありがとうございました。

黒木 茂広・座長

本村先生、どうもありがとうございました。先ほどの菅原先生と同じように、やはり柔軟性といいますか、しなやかな連携の必要性を最後にまとめていただきました。

ここでお三方のお話が、具体的には神田先生からリンパ腫に焦点を当てて、どういうふうに専門医と総合医が連携していって、本当にいい意味での役割分担をどうしたらいいかと。すべて専門医というかたちにしてしまうと、専門医がいなくなってしまうような状況も起こり得るというようなお話で、これは専門医にとっても非常に重大な問題。もちろん一番大事な、患者不在の医療になってしまふというようなお話でした。

菅原先生のほうは大学病院として学生もいるし、レジデントもいる病院として、どういうふうに教育していったらいいだろうと。そこにおいても柔軟性というものが非常に、「ニーズ主義」というお話もありましたけれど、そういうお話でした。また、新たにいろんな制度ですね、職員の制度の具体的な提案もございました。

沖縄の本村先生のほうからは、先ほどありましたようにご自身のご経験に基づいた地域医療、あとは後輩をどうやって育てていくか、そういうことでお話をさせていただきました。

最初に申し上げましたアンケート調査といいますか、それを含めてお三方のお話を基に、まず、せっかくご発表していただきましたので、それに基づいてしばらく討議していただきたいと思います。これからは草野先生にも司会をしていただくようにお願いしたいと思います。

草野 英二・座長

今黒木先生のほうから、お三方の先生方の発表に対して総括があったかと思いますけれども、それぞれの先生方の発表に対しまして自分たちはどうだと、自分たちの経験からどうだというようなことがございましたら、いかがでしょうか。

まず神田先生はリンフォーマを中心に血液内科の専門医と、あとは総合医といいますか、そういった先生方の連携に関してお話があったわけですけれども、どなたかご意見はございませんでしょうか。何でも結構でございますので、いかがでしょうか。

例えば、神田先生の場合は血液内科という比較的特殊といいますか、リンパ節腫脹をきたした症例をまず診たときに、総合医が診て、それを血液の先生に相談してというようなことで、役割分担を比較的明確にしていただいたかと思いますけれども、そのほかの先生方は自分の経験も踏まえてで結構でございますので、いかがですか。

奥田：自治医科大学の奥田と申します。私は9期生で義務年限を終わって、こっちへ帰ってきてるんですが、先ほどの神田先生の場合はたぶん同じ院内でリンパ節腫脹があって、血液内科の先生を紹介する場合と、わたしもそうだったんですけども、例えば診療所にいて、大きな施設に紹介する場合とは随分また、ちょっとそのあれが違っていて。

あと、話が変なほうにいくかもしれません、例えば心筋梗塞でPTCAしなきゃいけないから送りましょうというケースと、そうじゃなくて例えば脾臓に何か影があるから、ちょっと精密検査のために専門医に相談しましょうという場合がありますし、同じ内科の中でもエマージェンシーと、治療の本当に何とかしなきゃいけないと。血液もおそらくそちらの領域に入ってくるんだと思うんですが、そこでかなり境目が割と待てるやつとエマージェンシーのやつというのはかなりあると思いますので、特に大学病院と診療所で関係する場合というのは、そこをどこに、各内科の今ディビジョンしていますけれども、そこでどういうふうに例えばやっていくのかと。もちろんそれは外科のほうでもそうだと思うんですけども。

それと実際送らせていただいて、例えば化学療法だったら診療所のほうで維持のほうだけやりましょうとか、定期検査をして、例えば白血球が下がってきたら、また大学病院に相談しましょうというような、何かその辺のところがうまくいっていけばいいと思います。

あとは最後ちょっと触れられていましたけど、例えばいわゆるどうしようもなくなられた患者さんについて、じゃあ、そのときは地域で、地方で例えば往診なりしながらでも診ましょうか、というようなことが何かできれば非常にいいと思いますし。

前々から自分がやっていたときは各病気によって随分違いがあったなど、今ちょっと思い出しながら聞かせていただいたんですけども。ちょっとあまり、とりとめのない話になってしまい

まして、あれなんですけど。

草野 英二 ・座長

ありがとうございます。やはり病気によっては若干連携の仕方が違うというお話であったかと思いますけれども、本村先生は何かございましたでしょうか。

本村 和久 ・発表者

沖縄県中部病院の本村です。

本当にわたしの小さな経験ですけれども、家族の事情で2年間だけ東京の病院に勤めることがあったんですが、そこで血液、リンパ腫を見つけてどこかに紹介しようと思っても、一月とか二月とか転院待ちをずっとしていて、結局化学療法を受けることなく亡くなったという事例を経験して、都市部は非常に厳しいなと思ったこと。

あとは、逆に地方のほうが断るという文化がないので、とにかく受け付けていただいて、治療までは受け付ける。

ただ、沖縄の現状は非常に厳しくて、数少ない腫瘍内科医の先生の負担は非常に大きなものになって、いつ崩壊するか分からない綱渡りをされているといったところは大きな問題かなというふうに感じています。

草野 英二 ・座長

ありがとうございます。三澤先生、どうぞ。

三澤：自治医大心臓血管外科の三澤です。僕は1期生で、11年目から母校で心臓血管外科をやっています。先ほど神田先生から、赴任間もないのに、あのような悪性リンパ腫について地域での連携を構築されようとしていることに、非常に感激いたしました。

実は私どもは心臓、特に田舎に10年もいたときのことを考えてみると、なかなか up to date の知識を、専門的なものを得るのは非常に難しい。自分の怠け者のこともあるんでしょうけど、非常に難しい。

それで専門的なことを必要とするときに、なかなか専門医の先生に電話をしづらい、聞きづらいということもありましたので、私は去年秋から「弁膜症フォーラム」という名前で、この1年間で3回やらせていただきましたけれども、地域の開業医の先生に、「今の弁膜症はこういうふうになって、以前とは違ってもうすごく早く手術をするような方向できているんです。ですから皆さん、ご理解ください。」というようなお話を宇都宮、小山、この間は古河でやらせていただきまして、今後もそういうふうに顔をつないで、向こうが話しやすくするようなかたちをつくらせていただきたいというふうに思ってやっております。経験をちょっと話をさせていただきました。

草野 英二 ・座長

ありがとうございました。今の三澤先生のお話は、弁膜症についていろいろとフォーラムを開

いて、経験ですかを共有するというようなお話をしたけれども、そのほかご意見はいかがでしょうか。

白石：島根県の隠岐島前病院からやってきました白石といいます。今地域の病院、島根県でも例えば血液内科の医者は全然いなくなっちゃって、残された医師が忙しすぎて「白血病だったら診るから、まずマルクして、その標本を送って」といって、そういう感じになってきて、「確かにこれは白血病だ。じゃあ受け取るわ」というようななかたちになっています。

逆に言うと、専門医の方からこちらの技量を信頼してくれてまかせてくれる。あるいは「胆石だったら手術はするけど、ERCPまでやっておいて」とか、そういう要するに専門医の方からここまでやつていいよというようなことを言ってくださると、すごく振る舞いやすいところがあると思います。

例えば、僕はプライマリ・ケア学会の会員ではないんですけど、今認定制度が、どういうかたちでいろんなところで仕事をする家庭医、総合医的なもののミニマムリクワイアメントになるのかは分からぬ。難しいと思うんですが、その中にこういう病気だったら、いわゆる家庭医を名乗っている人だったらここまでやりなさいと、先ほどの神田先生が言られたようなことが、全部は無理かもしれないんですけど、よくある病気に関してはそういうことをしていただけると、すごく現場の医者もやりやすいし、どちらかというとやりたい人も結構いっぱいいるんじゃないかなと思うので、そういう方向に動いていくといいなと思いながら聞かせていただきました。以上です。

草野 英二・座長

ありがとうございます。白石先生のお話は、今隠岐の島の方で、具体的に専門医からこういうふうにしたらいいというようなサジェスチョンがあれば非常に動きやすいという、そういうお話をでした。

専門医と総合医の連携というのは、そういったかたちも十分あり得るのではないかと思いますけれども、そのほかのご意見はございませんでしょうか。

和又：兵庫6期の和又といいます。今へき地中核病院に四半世紀ほどいるんですけども、うちの病院は幸いに、これまで血液内科の専門の先生はおられて今開業されているんです。その先生がおられたときは幹細胞移植とかをバンバンしていて、相談も何でもできました。

開業されてからも、先ほどのリンパ腫とか、あるいは白血病、あるいは私は外科なので血小板が1万ない人の手術をどうしたらいいかとか、そういう相談に乗っていただけているんです。先ほど、皆さんのお話を聞いてびっくりした。都会でも結構困っているんだと。

へき地でもそうやって専門の先生さえおられたら何とかなる。でも、たまたまラッキーでそうなっているだけなので、さっき三澤先生も言われたように、こういう病気のときに誰に紹介したらいいのか、誰に相談したらいいのかというシステムをやっぱり自治医大を中心に、あるいは地元の大学とも連携して構築すべきです。

顔の見える関係でないと、この先生にどんな紹介をしたら、どういう返事が返ってくるかなと

か、あるいは本気で考えてくれてはるんやろかとか、そういうこともやっぱり関係します。うちにはそういう専門の先生、開業をされていますけど血液の専門の先生に紹介した上で病院の内科の総合医なり、あるいは外科の総合医的なことをやっている外科医が化学療法をしたり治療をしているので、たまたまですけど血液に関してはうまくいっています。

ただ、ほかの分野では、もうガタガタなところが多いので、本当に地域におけるべき地中核病院における総合専門医として、さっき言われた病院の総合医的な立場としては、それぞれの特殊な病気をどの先生にいつ、どのタイミングで紹介、相談できればいいかということをこれから構築していただけたらと思っています。以上です。

草野 英二・座長

ありがとうございます。

できるだけフェース・ツー・フェースでというような格好で、あとはどの先生がどういう専門で、どこまで、どういう時期に送るのかとか、非常に難しい問題をはらんでおりますけれども、そういうことを自治医大が提言したり、構築していただきたいというようなご意見だったかと思います。

われわれ腎臓の領域も、学会が中心になってやっているんですけども、一般の専門以外の先生方と専門医が連携するということを推奨しています。

ちなみに、糸球体ろ過値が5割を切る患者さんは、日本では大体400万人ぐらいいるといわれているんです。おそらく先生方はそんなにいるかなというふうに思っているかもしれませんけれども。腎臓の専門医が全国に3,000人なんです。ですから、3,000人で400万人の患者は、とても扱えないんです。

ですから、やはり必然的にこちらに寺門先生なんかも出てきていますけれども、実際に専門医と開業されている先生の連携が必要なんです。専門家だけが診れるという状況ではありませんので。

そういったときに学会が主導して、例えば尿たんぱくが 0.5g/g クレアチニン以上ないしは血尿が $1+$ 、たんぱく尿が $1+$ 以上の患者さん、それから糸球体ろ過池が 50ml/min 以下、このいずれかを満足するような患者がいたら、専門医にコンサルトしてほしいということを最近は学会レベルで提唱しておりますので、おそらく総合医の先生方と専門医というのは、そういうしっかりしたクライテリアがないと、これは専門医に送つていいのかどうかとか迷うのではないかと思います。

シリアスな病気は分かると思うんです。マリグナンシーだとか、そういったものは送らないとしようがないという部分はあるかと思いますけれども、われわれの腎臓病は1年、2年放ったらかしても死にはしませんので、そういう意味ではクライテリアをしっかりしておかないと、なかなか連携が取りにくいという側面があろうかと思います。

時間の関係で、次の菅原先生の話題を中心にまたディスカッションを進めていきたいと思います。黒木先生にバトンタッチいたします。

黒木 茂広 ・座長

菅原先生のほうの話題といいますか、これは大学病院とのある面教育に関してというか、どういう世代を、どういう後輩たちになってほしいかというところにもつながると思うんですけれども。これは連携という意味ではちょっと違いますけれども、将来そういう専門医と連携を、専門医になる人ももちろんいるんですけども、そういう連携に関してどういうふうな学生というか、研修医を育てたらいいかということでちょっとお話し、議論をしたいと思います。

最初に菅原先生ご自身は今どういうふうな方針というか、後輩たちを育てたいという意見をもう一度お話ししていただけますか。

菅原 齊 ・発表者

一番は、目の前に患者さんがいたときに、「何々科的に異常ないから」といって立ち去っていかれてしまうと、何々科的な病気はないけれども、病人の患者さんはいるということになってしまいまして、そういう患者さんたちもわたしたちは拝見するんですが、そういうある意味、医師としての寛大さが。総合診療科的に何ともないよと言ってしまうと、もう患者さんは行き場がなくなってしまいますので、岡崎先生も言われているように、自分のところに来てくれるなら何とかしてあげようという、そういう気持ちの総合医。具体的な内容ではないけれども、そういうような医師を育てていきたいとは思います。かつ、自分がかかりたい医師を育てたいと思います。

黒木 茂広 ・座長

菅原先生のお人柄がにじみ出るようなお話なんですけれども、具体的に先生方のところに研修医が来たり、あるいは非常に若い専門医が来たりすると思うんですけど、その辺での、ある面大学はどうしてこんな研修医を育てたんだとか、こういうふうにしてほしいとか、そういうご意見はどなたか、ありますでしょうか。

片山：すみません。兵庫県14期で、現在地域医療振興協会の東京北社会保険病院の総合診療科におります片山といいます。

われわれも幸いにも毎年研修医が何名かやっぱり受講してくれて、総合診療科のほうも回っていただけるんですが、われわれは大体300床クラスの病院で、やはり専門科と総合診療が比較的うまくミックスできて、うまく回っている部類の病院ではないかなと自負はしておりますんですが、どうしても傾向として菅原先生がスライドで使われたような心房細動があって、誤嚥性肺炎で、脳梗塞があって、どうもマルチプルコンプライアントがあって家に帰れない。

あるいは、先ほど沖縄中部の本村先生がお使いになった3Dの症例とか、そういう症例がやはり総合診療科に集まってくる傾向があるようで、そのときには研修医も段々そういうのを診るのも地域で必要だと思うし、そういうのがマネージメントできるのが、これは専門家にはできないだろうと、ある意味総合診療の醍醐味だと言いながら、やっぱり自分の心の中でも、これはつらいなと思いながら、へこたれるということがよっしうなんですけれども（笑）。

やはりどうなんですか、先生、その辺のマネージメントというか、本当に若い先生方というの

はある意味、やはりクリティカルな病気というのを希望されるし、今の研修医は特に口を開けて、おいしいところをどうしても必要と、望んでいる傾向にもあるとは思うんですけども、その辺のご意見をちょっとお聞きできたらと思うんですけども。

黒木 茂広 ・座長

ありがとうございます。

これは菅原先生を責める会ではありませんので、当然私どもの、自治医科大学の総合診療部もいろいろやっていかないといけないと思っているんですけども。私の意見からするとやっぱり患者を全人的にといいますか、先生が言われます3D (Dementia Delirium Depression)、いろいろな問題があっても全的に診ることができるというプライドを持てるかどうかですね。これはやはり、なかなか難しいので。難しいというか、やっている人間が実際、指導医たる人間が「またこんな患者が来ちゃったよ」というような感じでやっているようではいけないですね。研修医は「先生たちも大変ですね。僕はやっぱり専門診療科がいいです」とか言いかねないですね。そういうふうにならないようにしないといけない。

黒木 茂広 ・座長

ちょっとこれは、この話をするとなかなか建設的な意見が出にくくなる可能性もあるので、ほかの先生は何か、大学に希望するとか、研修医がどうなっているかとか。でも、一方でとてもこういう非常にいいやつもいるんだとか、そういうお話をしていただける方はいらっしゃいますでしょうか。

雨森：滋賀県の8期生の雨森と申します。

先ほど本村先生のお話の中にありました、日本プライマリ・ケア学会と、日本家庭医療学会の理事をしております。3学会合併とともに、家庭医療専門医というコースが既にできておりまして、自治医大では「総合医」と言っておりますけれども、家庭医療の専門医というのの養成が、もう始まっています。

私はもう20年以上診療所におり、診療所での教育をやっていまして、うちに来る学生は、先ほどの先生方の言っているようなやつは全然来ないです。そんなやつは来ない。逆に、来ても「変えたるぞ」という気でやっています。そういう気概を持ってやってはおります。

ですから、自治医大を卒業した人は、やっぱりないものを欲しがるやつがおると。だから総合医じゃなくて、専門医のほうが何かいいんじゃないかということで行きたがる人はおると思うんです。

けれど、逆に自治医大に対してほかの大学の学生は、地域医療を頑張ってやっている大学というふうに非常に思っておるんです。「自治医大で専門医を目指している人がそんなにいるの?」というような感覚なんです。

ですから、そういうほかの大学を卒業して地域医療をやろうと思って、家庭医療専門医コースに進んでいる人というのは非常にモチベーションが高くて、短期に優秀になります。

ですから、ここで「総合医」ということが話題になっておりますけれども、自治医大はいつも

でたっても総合医、専門医というのを全く無視してやってはいけないというふうに思つておるわけです。

菅原先生の言っている総合医というのは、総合内科専門医なんです。「病院総合医」と出ていますけれども、詳しく言うとちょっと違うんです。

ですから、そのあたりは非常にもうまじめに考えないと、ちょっと路線を誤ると、地域医療と言っていても、優秀な総合医はほかのプログラムなり、ほかの大学から出てきた人がいっぱい出てくる可能性は十分あるので、大学でそういうやつがいるというのを笑い事にしたら絶対駄目です。そういうのも引き込むようにする努力していただきたいと思っております。

黒木 茂広・座長

ありがとうございました。

次の話題が本村先生のところにいきますけれども、非常に気概のある、意識のある卒業生というか、6年間過ごした卒業生で、そういう地域医療を目指すとか、家庭医療を目指すという人々は、これはもちろんそれで頑張ってもらつていい、活躍してくれると思うんです。

ただ、大学というところは自治医科大学ももちろんそうですけれども、100人とか120人がいて、その数人とか、十数名がそういう高い意識を自然に持つと。ただ、ほかの学生はそうでもないということになると困るわけです。

ある面、大学教育というのは全員がやっぱりある程度のレベルというか、非常に高いレベルは個々人で違いますけれども、最低のレベル、例えば「当科的には問題がありません」というようなことは言わないという意識ぐらいは、もう全員学生が持つというような教育をしていかないと、いけないんじゃないかなと思うんです。教育のレベルを下げるということではなくて、最低ラインをやはり常に意識、ボトムというか、そこを意識してやるべきだと思っております。

また後で申し上げますが、今1個、1個別々にディスカッションをしておりますけれども、本村先生のお話が終わったら、また全体を通してのディスカッションにしていきたいと思いますので、ちょっとこの話題はいったんここで止めておいて、次に病院の連携とともに含めて成功している、離島も含めてやっておられる本村先生の話題にいきたいと思います。医療、連携といいますと、これはもう草野先生にお任せしたほうがいいと思いますので、よろしくお願ひします。

草野 英二・座長

ということで、黒木先生から振られてしまいましたけれども。

成功例として、本村先生が沖縄県の中部病院のお話をしていただいたわけですけれども、歴史的なことも踏まえまして、必然的にそうなったという部分もあるかと思いますし、あとはまた努力してそうなったという部分もお見受けしましたけれども、そういううまくいった事例といいますか、そういうことに関して、うちではこうしているよというような先生がおりましたら、ご意見をいただきたいんですけども、いかがでしょうか。寺門先生、どうぞ。

寺門：自治医大は2期生で小山市でトータルクリニック寺門医院というのを、何がトータルか分からんんですけども、そういう町医者をやっています。こうやつたらうまくいく例ということ

でしたので、わたしはこうやつたら、このためにうまくいっていないんじゃないかという形で発言をさせてもらいます。

「病診連携」といいますけれども、なぜうまくいっていないと思うのかは、まず病院の外来が込み過ぎると。何で、手術した後、また内科の治療が安定している患者さんを、いつまでも「3分待ちの3時間診療」でやりながら抱え込んでしまうのか。もう、忙しいと言いながら、それはあなた方が患者さんを地域の医者に帰さないからだろうと、私は思うんです。

それはたぶん理由がありますし、1つは専門医がわれわれ開業医を信用していない、レベルが低いから帰しても駄目だろう、まずそれが1つ可能性がある。2点は、たぶん外来診療費が病院の経営にやっぱり重要なので、病診連携と言いながら、実は外来の診療を上げろよという、そういう指示が病院の中であるのではないかと、それは私の推測なんですけれども、やっぱり外来患者もたくさん診て収益を上げろというようなことを言っているんじゃないかと思うんです。

それから3つ目は、これは私が市民病院に昼間に行ったときに、早朝から来ているんだけど、12時にやっと診察の番だなんていうおばあちゃんがいたので、自分が開業医だということをかくして、「何であなたはこんな3時間も待って診療を受けるの?」と言ったら、地元の開業医にかかると、悪くなるまで手放してくれないからこっちへ来るんだというふうな、正直な声を聞いたんです。

寺門：「わたしは実は町医者だけど、どんどん紹介して、紹介した後はこうして患者を見にいくんだよ」と言ったら、「あんたはどこの医者だね?」と言うんで、そこでそれを言ったら自己宣伝になるので言わなかったですけれども、医者にはこういうのもいるんだよと言って。

ですから、専門の先生が開業医のレベルを見下しているのは変な言い方ですけど、十分なレベルでないと考えている可能性がある。それから、外来の収入というのを取りっこしちゃっているという可能性がある。それから、患者さんが病院志向だということがあって、それで病診連携がうまくいかないという、その3つのファクターがあるんじゃないかと思っています。

わたしの開業医としての立場から言うと、もっと、もっと紹介してほしいし、患者さんを帰すときには具体的に、例えばこのガイドラインに乗って、これを越えたら戻してくださいとか、例えば腎臓疾患だったら今このぐらいですけれども、じゃあクレアチニンがここまでいったら戻してくださいとか。自分で勉強しろよと言われちゃうと返す言葉もないんですけども、学会レベルはこういうことでやっているんで、勉強してこのレベルでやばかったら返すように、というような、具体的な指示付きの紹介状が欲しいんです。「診ました。よろしくお願ひします」だけの紹介状が多くて、われわれの専門医としてはこういうレベルでやっているから、これにのっとって町医者も診ろよと。それを外れそうになつたら返せよという具体的な指示があった病診連携をやっていただきたいと思うんです。

もう1点だけしゃべらせてもらいたいことは、医師不足は小児科と、産婦人科と、外科が一番と思うんです。あとは病院全体としてがありますけれども、小児科医が足りないという問題に関して言うと、これは切実な問題に近いんですけども、わたしは内科小児科医として一生懸命子供もたくさん來ていた、人気のある内科小児科医をやっていたんですけども、わたしの後輩の小児科専門医があの小山市民病院から開業しましたら、今の若い人们はみんな小児科専門医を

志向するんです。そうすると内科・小児科医でやっているところはバッと減っちゃって、そこがやたら込んでいる。

たまに来ると、後輩のところがたまたま予約が取れなかつたから来たとか、そういうことを言われちゃって。

寺門：まあ笑い話なんですけれども、非常に専門志向が高くて、小児科の専門医が開業して専門としてやって、それは総合医から見ると何かよく分からぬなど。ライバルなのか、何なんだろうかと、そんなところがあつて、小児科に関してはちょっと、それは別の問題ですけれども、そういう面もあるということで、ちょっと2点だけ。だいぶしゃべらせていただきました。

草野 英二 ・座長

寺門先生、どうもありがとうございます。非常に具体的で、ちょっと耳も痛かったんですけども。

確かに、大学病院は基本的には、あまり外来診療を熱心にやる必要はないということになっているんです。先生のご指摘のように、収入面ですとか、そういうものがないとなかなか夢があつても動かせないという部分があるんでしょうから、そういったことで外来診療にうつつを抜かしているというふうに今寺門先生からご指摘がありました。3時間待ちの3分間診療。今5分診療ぐらいでしょうか。

大学病院も、本当に先生方と同じように5分間診療ぐらいでやっていますので、僕自身も個人的には、大学に来たんだからポリクリの学生さんを4、5人脇に付いてもらって、30分ぐらい診るのが非常にいいことだと思います。

僕もその昔メイヨークリニックに行っていまして、メイヨークリニックの医者というのは午前中5人ぐらいしか診ないんです。1人に3、40分かけるんです。ですから、いやあ、いい国だなというふうに、僕はそのとき思いました。わたしの家内がちょうど血尿が出たというんで、僕は自分の専門は腎臓なものですから、腎炎じゃないかと言ったら笑われました。「これは膀胱炎だよ」という。本当に、そうでした。

そういう患者に対しましても、アメリカの外来というのはものすごく長くて、よく最後まで患者さんを納得するまで診療するという姿勢があるんですが、日本は先生がご指摘のように、開業されている先生も、大学病院の医者も基本的に同じぐらいの時間でこなしているというから、これはやっぱり問題だなと思います。今後、病院長にお願いしまして、改善していただくように考えております。

専門医が一般の先生方を信用していないというのは、その専門の名において自分たちが一般の先生より落ちちゃいけないという、単なるそんなものだらうと僕は思っていますけれども。

あとは患者さんが専門病院志向だというのは、やっぱり安心を買うという部分があるのかもしれませんね。その点に関しては情報がこれだけ行き渡っていますので、患者さん自身もこういったところに行きたいとか、専門科が多いほうがいいというふうに思うのは、ごく自然の流れかなと思っております。

腎臓に関しまして具体的な指示がないよということなんですが、確かにそのとおりで、先ほど

神田先生ですか、どなたかの先生が言いましたけれども、具体的にこの時期になったら専門家に、自分たちのところに来てほしいという、そういう指示があるべきだと思うんです。

ただ、言わせていただきますと『CKD 診療ガイド』というのがありますし、それにはまだ出でていませんが、専門医と非専門医の先生方の連携は、僕は2人主治医制と、腎臓に関しては聖隸浜松病院の磯崎先生が専門家のところには3ヶ月、半年に一遍でいいと。あとは基本的に1月に一遍ないしは2週に一遍、近くの先生で処方を受けたり、検査を受けたり、あとは例えば腎臓ですと栄養指導ですか、そういうものも受けて、専門家のところに半年に一遍来ればいいというような、そういう連携が一番理想じゃないかと考えております。

いずれにしましても、連携の仕方はいろいろ疾患によって若干違うかもしれませんし、先ほど来いろいろご意見をいただいているので、これからは地域医療連携パスなんかもできますし、そういうものに則って、お互いリーズナブルに患者さんを管理していくというのが、やはりよろしいのではないかというふうに考えております。

そのほか、ご意見はございませんでしょうか。どうぞ。

藤森：新潟の8期の藤森と申します。新潟県立柿崎病院という地域医療病院に勤務しております。

専門医と総合医の連携強化というのは、もちろんアウトカムをよくしますので、連携をしていくことは、大切であると私も思います。

当病院のある地域でも今、連携パスは色々出てきておりまして、当院も各種連携パスに参加しております。わたしのサブスペシャリティーは呼吸器内科です。そのため COPD の連携パスとか、ぜんそくの連携パスとか、あるいは在宅酸素療法のパスとか、睡眠時無呼吸診断のパスとかに関わっております。

加えて、地域では脳卒中の連携パス、大腿骨骨折の連携パスとかもあります。それから CKD についても連携パスを地域で作っています。どういう人たちが連携パスに関わってやってくれるかということを認識できれば、病院の方からも地域の開業医の先生に紹介しやすいし、また地域の開業医の先生も病院に紹介しやすいので連携パスを強化することは、患者さんのためになっています。

そもそも大病院というところは入院患者さん対応を中心として、外来を少なくするべきだというふうに思いますので、連携パスを強化して、連携を強化すれば、病院では外来患者数を減らせます。賛同意見・事例を述べさせていただきました。

草野 英二 ・座長

ありがとうございます。

ただ今のご意見は、いろんな連携パスができているので、それにのっとってやれば非常にいい連携ができるのではないかというようなご意見だったかと思います。

ここで東京北社会保険病院の総合医の役割、これも本村先生のところと同じように、うまくいっているという意味で、滋賀県22期卒業の北川先生はいらっしゃっていますでしょうか。

北川先生がいらっしゃらないようなので、同じ東京北社会保険病院の片山先生に北社会病院での連携について、こういった点がうまくいっているんだというようなことについてお教えいただ

ければと思います。

片山：14期の東京北社会病院の片山と申します。北川とまったく打ち合わせができていないもので、きょういきなり振られてびっくりしておるんですが。

当院の総合診療はちょうど病院が280床ということもありまして、これが本当に皆さん、自治医大の卒業生もご経験があると思うんですけど、500床、600床クラスになってくると、ほとんど専門家縦割りというか、総合診療科の必要な症例というのがだんだん少なくなってきて、外来中心ないし、それこそマルチプルコンプライアントで、どこの科も取りたがらなくなるような科のエージェントが総合診療科というふうに回ってくると思うんですが。

ちょうど300床というところで、専門家が各科2、3名。循環器は当院のほうは5名ほどおるんですが、やはり患者さんがその科の中でもあぶれてくる、あるいは、それこそ呼吸器疾患を持った心不全とか、そういう他科にまたがる症例がちょうど総合診療科に振られてくるというか、われわれが振っているんですけども、われわれがイニシアチブを取って各科専門家とやれているという意味で、うまくいっているかと思います。

一番必要なことは、ちょっと総合診療科のほうがしんどそうだなというぐらいを各専門家に診ていただくと、うまく回るかなと。それが非常に、われわれのバランスとしていいのかなと。「ああ、総合診は大変だな」という感じを専門家の先生が非常に持ってくれて、やっぱりうまく診てくれているので、非常にうまくいっているかと思います。

ただ、マインドとして、われわれはうちの総合診療科というのは、全スタッフはほぼ自治医大卒業生です。その中でやはり地域でわれわれは9年義務年限でやってきたいろんなことというのが、本当に無駄ではなかった。東京の一番大きい病院で、ある意味300床ぐらいの大きな病院で、「先生は何科の専門家なんですか？」と言われることもなく、患者さんのマネジメントがすべてうまくできているというのが、やはりわれわれの誇りであり、これが自治医大卒業生みんなが誇りと思っていいと思うんです。

一番本当に残念なのは、逆に各県なんかで卒業した後、本当に各大学の医局に入られて専門性を見出して、一生懸命その各大学病院の医局の指示に従ってやっている自治医大卒業生の先輩が、僕たちは自治医大卒業生なんだから、ほかよりも頑張ってやらなきゃいけないんだというようなことを言って、ある意味ほかの地元大学の表現は悪いんですけど駒にされていると。

そういうのはある意味、本当に口惜しいなというか。われわれはこうやって9年義務年限を一生懸命やってきて、それをうまく発揮できるシステムというのは、やっぱり総合診療のシステムではないかなというふうには思っています。

そういうマインドを持った人が、なんとかちょっと集まりつつあるので、われわれとしても非常に今後、なんとかうまくやっていけないかなというふうに思ってやっているところです。以上です。

草野 英二 ・座長

ありがとうございます。片山先生の今のご意見は私も、自治医大の学生さんとよく僕も話をします。皆さんの9年間は、おそらく全然無駄にならないだろうと。これから日本の医療を考

えていく上でも、経験をしない人間は、僕はなかなか分からぬと思うんです。

ことに自分が田舎に行ったことのない人間は。僕は診療所で働いた経験は東京の大島で、北診療所というのがあって、そこに2週間ぐらい行ったことがあるんですけれども、それ以外はありませんし、中核病院では北茨城市立病院というところに2年間たっぷり出させていただきまして、お魚をたらふく食べたという記憶があるんですけども、それ以外は大学に残っていたもんですから、そういう意味では先ほどどなたかの先生が言っておられましたけれども、ほかの大学の先生方は自治医大の先生方の経験を非常にうらやましく思うといいますか、そういうジェネラルのトレーニングを途中いろいろ積んだということに関して、うらやましく思っています。

逆に、自治医大の卒業生というのは早く専門を身に付けたいみたいな、ないものねだりだと思います。そういう意味で、僕は先生方の9年間の義務というのはものすごく大きいインパクトがあるんだと思います。経験がものの理解のすべてだろうと思います。本村先生、どうぞ。

本村 和久 ・発表者

沖縄県中部病院の本村です。王子生協病院という東京北区の病院で勤めさせていただきまして、先生の病院とすぐ近くですね。大変お世話になりました。

何でこんな話をするかというと、沖縄の田舎から東京の病院に働くようになって、さぞかし専門医志向で、わたしなんかは、もうできないものばかりで苦労するんじゃないかと思ったんですが、総合診療的なものが求められていました。東京都内の診療所に出ることもあったんですが、ここは沖縄の離島かと思うようなこともたくさんありました。骨折したからちょっと来たとか、子供のけいれん後が来るとか、これだけいろんな専門医の先生がいらっしゃる中で、わざわざそこの診療所に来るんだといったことを幾つも経験して、どこでも地域医療だなというふうに思いました。だから都市部であれ、へき地であれ、求められているところはそれほど実は変わらないかもしれないというふうに考えることもありました。

あと、先ほどの血液内科のことと重なりますけれども、結局田舎だからアクセスが悪いかというとそうでもなくて、例えば東京北区で、わたしの勤めていた病院で心筋梗塞の方が運ばれて、目の前でSTが上がっている状況で、一生懸命専門医を探すのに2時間電話をずっと取りっぱなし。やっとかかるって、送ると。沖縄の離島で勤めていて、ヘリコプター搬送で運ぶのが1時間半と、どっちが早いんだろうといったようなケースも経験して、いろんな意味で、どんな場所でもジェネラリストの重要性というのはあるんじゃないかなというふうに考えます。

草野 英二 ・座長

本村先生、ありがとうございました。

きょうは川上先生がこちらにおいでですので、ご意見を頂きたいと思います。さいたま医療センター長の川上先生はいかがでしょうか。

川上：答えがあればここにいないんですけども。

先ほど来お話を伺っていますと少し地域の問題、都市部の問題、また大学病院としての問題、幾つか少し問題がミックスしております、われわれが抱えておりますのは大学病院としての総

合医療ということで、先ほど片山先生のご指摘がありましたように、どちらかというと内科専門、総合内科の専門医をつくろうというようなところに定義は入るのかと思います。

今たまたま本村先生がおっしゃいましたように、例えば自分が病気になったときにどうしようかということを考えますと、わたしも東京で生まれて、東京で育ちましたけれど、家族のケアというのは非常に困ります。いわゆる老人になりますと、ほとんど診てくれる人が逆におりませんので、そういう意味では東京の専門医療がいいというわけではないということも実感しております。

ですから、今お話の中でシステムとして医療連携をどういうふうに考えるのかということと、それから大学病院の中でどうするかということ。今はわたしも一つ、一つ、それについてお答えするだけの整理ができております。

例えば、寺門先生のおっしゃったような問題というのは、わたしは少し違った面で見ていて、わたしの病院では少なくとも現在のところ、外来の診療は非常に減らしたいということを大学としては非常に努力しているわけです。ですけれども、患者さんが帰らない。

その一番の大きな理由の一つは、何か起きたときにすぐ入院させてくれるのに、ここにコネクションを持ちたいという人が非常に多いんです。ですから、そういうものを各開業の先生方あるいは地域の先生方にお願いして、必要に応じて大学と積極的に自由に連絡が取れるようにということでお願いしております。

例えば、わたしのところでは病院の中でも徹底しておりませんけれども、大宮という地域にあります大宮医師会の先生方の中で内科医会というのがございまして、そこには私のEメールのカードが全部ありますし、何か相談があった場合に、わたしのところに全部Eメールで相談をしてくると。それで各病院の中の専門の先生方に聞いて、わたしからお答えしますということをしております。

いわゆる医師会の勉強会とか何とかというのは、薬屋さんのサポートの研究会は先生方もたくさんあると思いますけれども、私が関与しているのは基本的に飲み会にしようということにしておりまして、要するにその趣旨は、細かい勉強をするということよりも、われわれ大学にいる人間と開業の先生たちが、オイ、オイで知り合いになって自由に話ができるということは非常に大事だというふうに考えております。

ですから、こんなことを相談したら恥ずかしいとか、こういうことだと誰に話していいか分からないというようなことのできるだけないようにしたいというのが、一つの大宮での取り組みなんんですけど、実際には、そこにおられる先生方があんまりうまくいっているとは思えないというふうに思うかもしれません、そういう努力はしているというところでございます。

それから大学の中で外来の診療を、それじゃあ、もうやめてもいいんじゃないかというご意見もあるかと思いますけれども、今度は教育に困るんです。ですから専門外来というものだけにして全部紹介。

大宮医療センターの場合は現在のところ、正直に申しますと608床と言いましたけど、580床で現在運用しておりますけれども、現在入院待ちの患者さんが600人、手術待ちの患者さんが月によって違いますが、大体350人から400人手術待ちで待っておられるということで、大変に困っております。そういう意味で、われわれとしては外来および入院を減らしたいんです。

それで、現在のところ外来の紹介率が85%ぐらいなんですけれども、これを100%にして、一切お断りしたいということを各診療科から要望が出ているんですけれども、そうしますと一般診療というのは、何かわけの分からぬ患者さんは来なくなっちゃうんです。

そうしますと今度は、先ほど菅原先生がおっしゃっていた後期研修の一般外来の教育ができなくなってしまうという、そういう矛盾がありまして、ちょっと答えがないんですけれども、そういう意味でいろんな角度から検討はしておりますので、今後とも先生方からご意見がありましたら、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

それから病院の中では、先ほど菅原先生も申しましたとおり、先生はお気づきかどうかは分かりませんが、各専門家がやはり総合診療科ということに対して非常に重きを置かないと、総合診療は成り立ちません。

ですから、必ず各総合診療科のアクティビティにはデューディーとして各専門家、神田先生なんかも毎週大変だと思うんですけど、総合診療科の回診というのは必ず出席してくれるということになっておりまして、そういう意味で総合診療科としてのアクティビティに、各専門家が全部協力するということを制度としておかないと、総合診療科というのはやはり、どちらかというと「何をやっているんだ、あいつは」という科になりかねないということを常に思っておりまして、これは制度化しないと無理だと私は思っております。

草野 英二 ・座長

川上先生、どうもありがとうございました。大変包括的なご意見をいただきまして、非常にさいたま医療センターの状況がよく理解できました。ありがとうございました。

藤本先生、どうぞ。

藤本：3期生で、自治医大で神経内科をしております藤本と申します。今、大学病院の外来診療の話がちょっと出たので、わたしの意見なんですけれども、総合医というのは、どちらかというと外来診療で患者さんを診るというウェートが高いと思うんです。

ところが、現在の大学での学生教育あるいはレジデントの教育も含めて、ほとんどが病棟で行われています。

従って、いきなり総合医だということで田舎に行ったときに、わたしもそうでしたけれど、たとえば筋萎縮性側索硬化症のレスピレーターは診たことはあるし、脊髄小脳変性症は分かるけれど、じゃあ、片頭痛の治療ってどうするの？ ということになる、そこで慌てて『今日の治療指針』を開くという、そういう状況になっています。

総合医をしっかり育てていこうと思ったときに、大学病院の中での、あるいは教育病院の中での教育を、病棟中心にからもっと一般的な病気を診ることのできる外来中心にしたほうがいいのではないかと思います。

草野 英二 ・座長

ありがとうございます。藤本先生は、総合医の育成のためには外来診療が大切だということですけれども、また、大学病院の一方での使命を考えますと、急性期病院ということもあります

で若干ジレンマはあるんですけれども、教育ということに関してそういうお考えもあるということで、ありがとうございました。

ここで、岡崎先生のほうからちょっとご意見をいただきたいんですけども、ほかの大学などで総合診療部が閉鎖されているような大学もあるということで、社会的な認知度が低いとか、専門医との壁があるとか、いろんなことが言われております。そのあたりについて岡崎先生のほうから説明をいただきたいと思います。

岡崎：医学教育センターの岡崎と申します。私は宮城の卒業生で7期生です。同窓会報でもお知らせしたとおり、ことしの1月から医学教育センターとして正式に運営が始まりまして、主に学生の教育が中心になります。

私はセンター長を拝命しまして、まず第一に挙げたことが、あくまでもゴールは優れた臨床医、特に総合医の育成を目指すということです。もちろん医師国家試験に合格しないと話にはならないんですけども、ゴールはとにかく卒前だけではなく卒後も含めて優れた総合医育成を目指すことです。

が、今こちらの座長をなさっている総合診療部の黒木先生、それと卒後臨床研修センター長である坂東先生、今後3人と連携を取って学生の教育に当たっていきたいと考えています。

先ほど藤本先生からお話をあったように、私もその外来教育には非常に賛成です。地域の診療所での外来実習と大学附属病院でもそういった外来の実習をぜひ充実させたいということです。この点に関しては黒木先生と今いろいろ連携を取って、来年にはたぶん方向性が出せると思います。

先ほどから議論の中心になっているのは教育、卒前と卒後の生涯教育です。教育はやはり大事で、例えばいろんな病院間の病診連携に関しても、生涯教育が大事であると思っています。

あとは、総合医と認定医ということに関して言いますと、ちょうど先ほど8期の雨森先生から総合医の認定制度のお話をありました。尾身先生からもお話をあったように、プライマリ・ケアの3学会では家庭医専門医を目指していると聞いています。

学会では家庭医療学会の立場、総合診療学会の立場、いろいろあったようですねけれども、総合診療学会ですか、小泉先生から学会のときに提起がありました。総合医は学会によっていろいろご意見はあるんでしょうけれども、やはり日本で幅広く認知されるためには、多くの人に参加していただくのが一番だと思います。

やはりプライマリ・ケアの3学会だけでは人数が十分ではなくて、例えば外科学会とか、あとは日本で一番大きい学会、日本内科学会は9万人以上いるんです。その中で、内科学会の中には総合内科専門医という制度があります。これは今2万人ぐらいおるんですけども、そういった総合内科専門医と連携を取って、病院の総合診療専門医をつくったらどうかという話が出ているようです。

自治医大の卒業生でも、雨森先生は今年家庭医療学会の学会長をなさっているとか、私も日本内科学会では総合内科専門医の、専門医部会の教育担当を拝命しており、プライマリ・ケア学会との連携を今模索しているところです。ぜひ、そういうたきちつとした制度をつくることが重要です。

あと、何よりも大事なのは、その後の生涯教育であり、更新制度も含めて検討していくかと思っています。学会の現況についても追加して意見を述べさせていただきました。

草野 英二・座長

岡崎先生、どうもありがとうございました。そういう状況でございますので、やはり数多くの方に参加していただくのが基本だろうというお話だったわけです。

ここで、またちょっとご意見を伺いたい先生がいらっしゃいます。新潟8期の藤森先生はいらっしゃっていますでしょうか。

藤森先生、総合医と専門医のこの連携に関して、例えば具体的に県に要請するとか、あとは病院関係者ですか大学病院、医師会関係の先生ですか、そういったことに関しては何か先生はこういうふうな組織をつくったらよろしいんじゃないかということがございましたら、ぜひともお願いしたいんですけれども。

藤森：新潟県の8期の藤森です。

新潟県の場合はご存じの方も多いと思いますけれども、卒業生が地元の一つの医大である新潟大学に入って研修できるというのが、他の都道府県と少し違うところだと思います。ほぼ全員の卒業生がこういうかたちで研修しています。ですから、大学と関係しやすいという特徴があります。

次に、新潟県は広いので、勤務する県立病院も15あります、卒業生が公務員としてそこで働きやすいという環境もあります。加えて新潟大学の教授の中で非常に認定内科専門医、今は総合内科専門医といっていますが、この専門医に育て上げるのに一生懸命な教授がおられたんです。その方はのちに学長になられたのですが、内科系卒業生が影響を受けサブスペシャリティーを持ちながら、内科全般、何でも診る医者を志すようになっています。そして、このような人たちが、15の県立病院に配置されていくと。医師数が2、3人しかいない60床規模の県立病院が県内には4つありますけれども、そういったところに配置されて、活躍しています。

また、その4つの小県立病院のある地域で300～500床規模の臨床研修病院にも卒業生が配置されています。

これにより病院間の連携が取りやすくなっています。困ったら紹介しやすいし、大病院で診て、また小病院に返すというような連携システムをとりやすくなっています。

このように新潟県は特殊な事情だと思うんですけども県立病院間で、連携しやすくなっていると思います。もちろん先ほどもお話ししましたように専門医と総合医の連携システムをつくるということは、患者さんのアウトカムに役立って大切ですので、その連携システムをつくるときに、地域内で卒業生が小病院にもいるし、大病院にも配置されているのであれば、その地域で連携しやすいシステムが作りやすいと思います。

大病院側の立場では、これまでいろんな話が出ておりましたけれども、講演会活動や連携パスづくりを通して、地域の興味を持っている先生方は誰かというのは分かりますので、そういったところに積極的に紹介していく。

また、小病院側の立場では、もしそういう連携パスがあったらすぐ参加して、顔見知りとなり

紹介してもらいやすくする。あるいは、もしそういう機会がなければ積極的に大病院に出向いて顔を合わせて、あなたのところからの患者さんは受けやすいねとか、あるいはあなたのところに患者さんを返すねというような、そういう連携システムづくりをやっていけばいいんじゃないかなと思います。

あと、せっかくの機会をいただいたので、ちょっと趣旨は違いますけれども、発言します。わたしは自治医大の学生さんを受け入れたり、新潟大学から地域医療研修ということで学生を受け入れておりますけれども、学生さん、研修医には専門医も非常に重要であるが、何でも診る総合医、地域医療医も重要であると話しています。

個々の疾患に対して、経験症例数などでは、もちろん総合医というのは専門医と同等、あるいはちょっとかなわないところもあるかもしれないけれど、総合医や地域医療医というのは、専門医と大きく違う役割がある。それは地域をよくする活動をするのが総合医、地域医療医だということです。

どういうことかというと、例えば予防接種活動とか、健診活動あるいは地域に積極的に情報を発信していく活動など、その地域の健康問題に積極的にかかわっていく、そういうことをするのが地域医療医や総合医だ、だから役割が違うんだよと教えてています。

大病院の専門医の先生方は、個々の患者さんの対応に四苦八苦している。予防活動などしている時間が不足している。でも、地域で働く総合医というのはもちろん患者さん、プライマリ・ケアに接するけれども、それ以外に地域に情報を発信する活動をするのです。予防、健診、情報発信などの役割をはたす医者も大切なんだよというふうなことを教えるようにしております。発言させていただきありがとうございました。

草野 英二・座長

藤森先生、どうもありがとうございました。

残り時間も若干押してきましたので、また司会をバトンタッチさせていただきたいと思います。坂東先生、どうぞ。

坂東：呼吸器内科で専門医をしていますが、ことしの4月から自治医大附属病院の卒後臨床研修センター長も兼務しており、本日は大勢の卒業生の先生方がいらっしゃっていますので、自治医大附属病院における研修の現状を少しお話しさせていただきます。先生方はたぶん在学中のBSLで、研修医（レジデント）の先生から教授や助教授とは違ったいろんな直接的な現場での対応を教えていただいたと思いますが、自治医大では開学当時から研修医は卒業生以外で、全国各地から来ていただいております。しかし、去年から欠員が出る状況で、ことしはさらに減っております。

この状況にはいろいろなファクターがあって、ほかの大学病院あるいは研修病院が努力されていて、自治医大と研修は他でもできるようになってきているのも一因です。

研修医が不足するとどういうことになるかというと、学生のBSL教育のレベルがかなり低下する可能性も考えられますが、既にその対策を学長先生、病院長先生とともに始めております。実際母校はそういう状況であります。これは当然ですが卒業生が残らないということも関係して

います。

ただ、マイナス面ばかり言っても仕方ないので、どうチャンスに変えるかということですが、自治医大附属病院、自治医大が本当に総合医を育てる気があるのかどうかというのを、本当に再認識し真剣に考えないといけない時期だろうと思います。

そのためにはいろいろな先生がおっしゃったように、総合医を育成するためのシステムをつくりたいといけませんが、そのためには専門医だけの集団で総合医を育てるのは非常に限界を感じております。

いろいろ見ていますと、総合医を希望される先生というのはすごく後輩の面倒をよく見て、教育熱心な人が多いと思います。卒業生の先輩を見ていても大体そうだと思うんですけれども。

すでに総合診療部では、黒木先生のところに入局されるシニアレジテントが中心となりJジュニアレジテントや医学部生の方を屋根瓦方式で教え始めているわけです。専門医のみの集団では、まだそこまでできていません。

ですから、総合診療部が中心となり自治医大が総合医育成のメッカになるべきなのに、まだメッカになれないといふところが大きな問題だろうと思います。今後このような点で先輩あるいは後輩の先生方のいろんな意見をお聞きしながら卒後臨床研修センターの運営を進めたいと思いますので、ご意見・ご指導をよろしくお願ひいたします。

黒木 茂広・座長

どうもありがとうございました。究極的、最終的には自治医大がどういう研修、どういう医師を育てるか、総合医というのを本当に育てようとしているのかどうかというご指摘があったと思うんですけども、卒業生だけではなくて、きょう参加されている方で、自治医大はどういう医者を育てるんだということで、ご意見をおっしゃりたい方はいっぱいいると思うんですけども、どなたかご発言いただけますでしょうか。どうぞ。

では高久先生、よろしくお願ひいたします。

高久学長：自治医大は地域に、へき地に働く医師を養成するということが最大の目的で造られましたから、当然プライマリ・ケアの医師を育てるということが目的のはずなんです。

だけども、開学のときにはプライマリ・ケアの教育ができる先生は、わたしも含めて誰もいなかったことは事実なんです。しかしながら、みんな夏季実習に付き合ったりとか、いろんなことでそれなりの勉強はしてきたと思います。

それから自治医大ができたとき、卒業生が出てからいろんな卒業生の会には総合医学会とか、そういう名前を付けて、いろんな会を開くようになりました。だから頭の中には常に「総合医」ということがあったと思うんです。

そのころは家庭医とかプライマリ・ケアとか、あるいはジェネラル・プラクティショナーという言葉を使ったけれど、「総合医」という言葉を使ったのはおそらく自治医大が最初じゃないかと思っています。

教育の中では、これは地域医療学センターの梶井教授を中心になられて、Early Exposureから地域医療実習とか、いろんなことをやってますから、それなりの努力はしていると思うんで

すけれども、しかしながらご案内のように国家試験というのがありますから、それを取らなきゃ医者になれないよ。

だから本当の意味のプライマリ・ケアの教育というのは、わたしの個人的な感想といいますが、2年間の初期研修を終わって、それから地域のへき地とか離島、それから地域に行って、そこで本当に皆さん勉強されたんだと思うんです。

ですから、わたしはよく申し上げるんですけど、9年間とか7年間の義務年限というけれども、本当は9年間のプライマリ・ケアを勉強する期間。それは能率が悪い点もあるかもしれないけど、しかし第一線で勉強した。それがまた、先輩が勉強したことを学んできたということで、そこが自治医大の卒業生が今世の中、日本の社会の中でかなり高く評価されるようになってきた一番の大きな理由ではないかと思うんです。

ちょっと長くなつて申し訳ないんですけども、ある研究会で「理想的なかかりつけ医像」というので全国のいろんな団体から募集して、270人ぐらい推薦されて、最終的に17人が選ばれたんですけど、その開業医の人です。その17人のうちの3人が自治医大の卒業生で、1人が地域医療にずっといた人だったんです。

ですから自治医大の卒業生の中で開業している人といったら、300人ぐらいしかいない。その中で17で、それは非常に高いパーセンテージで選ばれている。そういう人たちが第一線で自分たちで、また先輩を見ながら勉強したということが、自治医大がプライマリ・ケアで育ってきたという一番大きな実績じゃないかと。

それはちょっと極端な言い方かもしれませんけれども、いろんななかたちでプライマリ・ケアを強調はしているけれども、実際のプライマリ・ケアの教育というのは現場でしかあり得ないということを強調したいと思います。

黒木 茂広・座長

ありがとうございました。最後のまとめというかたちになつてしまいそうですが、時間がまだありますので続けさせていただきますと、高久先生が最後に言われましたように、やはり経験、実際現場に行くということが大事だということでありまして、これは専門医の立場からもそういう意識を大学も持たないといけないのではないかと思っておりますが、草野先生、一言。

草野 英二・座長

今高久先生のほうから、9年間の義務年限は要するに義務ではなくて、プライマリ・ケアを実践する、そういった時間ではなかったのかというようなご指摘があったかと思います。

私もそういった意味では自治医大の教官、僕も地域医療連携部をさせていただきまして、各郡市医師会の先生方とよく話をするんですけども、教官もやはり1ヶ月でも3ヶ月でも、短期間でもいいから、卒業生の先生方がどういったところで仕事をして、どういう苦労をして、どういう問題点を抱えているのかということを共感したり、共有したりという意味では、自らも行くつもりもありますし、ぜひともそういうことがあればいいなと考えております。

アンケートの中にも、そんなご意見を書いておられた先生方も多数おられましたので、いいのではないかと私自身は考えております。以上です。

黒木 茂広 ・座長

草野先生が先ほど始まる前にもおっしゃっていたんです、この会の前にも言われていたんですけど、数ヶ月という単位でもいいからやはり教職に就く、卒業生問わずというか、外から招聘される先生方にも実際地域に出ていただく、そういう義務というか、そういう体制をつくればいいんじゃないかなというお話をしました。

そういうことができれば、先ほど川上センター長が言われた、総合診療部を組織体として支える体制を組むということの具体的な方法、方策ですね、方略としては、一つにはそういう現職の新規の教授とか、准教授は3ヶ月間はへき地に行くというようなものをつくると。

川上：私は1ヶ月ぐらい。

黒木 茂広 ・座長

1ヶ月でいいですか。失礼しました。1ヶ月から3ヶ月。そうしないと先進医療が進まないとこともありますけれども、そういうことをオブリゲーションにしてもいいのではないかという意見も出ました。

司会をしながらなんですけれども、自治医科大学の総合診療部門というのが、4月から地域医学部門と並列化してといいますか、大学部門として立ち上がったわけですけれども、これは教育を中心として行うということで、今そういう志のある方にいろいろお願いしているところがありますが、やはり総合診療部の役割は総合医をつくるということ。

3つあります、どんな総合医がいいかというと、とにかく、まず診る姿勢を持つ医者を育てると。言葉としては「何をおいても、まずベッドサイドへ」という心意気のある人間にするという。

そこでは、先ほど本村先生が始め出ておりました、菅原先生も言われていましたけれども、どんな環境でも、状況でも対応できる柔軟性が必要であるということと、現場で生かせる知識と技能を、やはりこれはきっと習得するということあります。

もう一つは、これはもちろん専門医の先生でもやっていらっしゃる方はいるんですけど、患者を全人的に丸ごとといいますか、全人的に診ることができますというプライド。これがプライドにつながればいいんですけども、診させられているということではなくて、診れるんだというプライドを持てるような医師に育てるということ。

これは今まで出ていなかったんですけども、やはり人を教える、技術を教える、姿勢を教えるというと非常に上からものを授けるというようななかたちになりますて、じゃあ、やっている本人たち、教職に就いている人間たちは常に同じ、要するに進化せずに一定の場所からものを言う。

例えば、欧米のこういう新しい考え方、PBLとか診療参加型の実習とかいうものを取ってくる、受け取ることは必要なんですけど、それを実際に現場で、大学でやっていくという工夫が必要であるとともに、やはりこれはいつまでたっても欧米に追い付け、追い越せというようななかたちにしかとどまらないと思うんです。

じゃあ、何かというと、専門診療科の一つの魅力というのはやはり新しいことが探せる、新しい知識、ノイエスというか、新しいものを体感できるという、それで新しい何かを見つけられるという、一つの専門診療科としての進む魅力というのは、そういうことだと思うんです。

じゃあ、総合診療部に魅力があるかということなんです。それは総合医を育てる、患者をちゃんと全人的に診る、そういう患者さんに信頼されるということはいいんですけど、では同僚、各専門診療科から評価されるかというと、やはりそれは実績というか、出さないといけない。

出すためには何かというと、知的好奇心を持ち続けるかどうかということだと思うんです。そこには新しい教育法とか、新しい欧米にない、自分たちでつくり上げる何かというのをつくっていかないと、そういうことで。

そういうふうにしたいと思っておりましたら、若手のレジデントが今回入ることになりますて、彼らはやっぱりそういう、自分自身の手で何かやってみたいということを言っておりまして、これは研究ではないんですけど、自分たちだけで考えたケースカンファレンスを彼ら主導で学生と研修でやっていくと、そういうのを月2回ほど、ずっと立ち上げて続けております。

一方、僕自身はやはり日常臨床の中で新規の診断法とか、診療、診断機器の開発というか、そういうものが大学病院の、大学での総合診療部の在り方の一つだと思うんです。要するに一つの何か新しいものをつくり出していく、生み出していく、そういうものがないと、「何でも診るんですね、何でもいろんな患者を診るんですね」それだけではやはりこれはモチベーションが上がらないと思うんです。

ですから、そういう研究をやりたいと思う、やったほうがいいと思っています。例えば今現在やっていることは、一つはポータブルででき、ベッドサイドで取れる心音計とか、もう一つは回診でもやっていますけど、ワイヤレスヘッドフォンを使って同時に20人でも、30人でもいい音をその場で共有できる。

部長回診とか教授回診になると、ややもするとその教授のための回診とか、その回診している人の、部長のための回診になっておりますけれども、そういうところではなくて、みんなで共有する回診にする。

だから音を聴くんだったら、全員一緒に同時にその場で聴く、そしてそれをディスカッションしていく、それはもうほぼ完成しておりますし、そういうものを発信していく場に自治医科大学はならないといけないと思うし、やはり夢といいますか、何か新しいことができるということがないと、総合診療部のいく先はやっぱり途中で疲れてしまうということになるんじゃないかなと思っております。

残りがもう数分になりましたけれども、ここで何かご意見のある方は、どうぞ。

坂口：一つ提案があるんですが、わたしは自治医大の2期生で、小山で在宅医療支援診療所をやっています坂口と申します。

総合医と専門医の連携強化ということでの提案なのですが、先日、90歳の方でがんのある方を紹介したら、「これはもうちょっとリスクが高くて、とても手術にはならないよ」ということで、自治医大まで来て診てもらったけれども、そのまま帰ってきたということがありまして、自治医大までつれて行くのがかなり大変な方だったので、治療ができるのか、できないのかみたいなところを電話等で相談できるといいのですが。

そのほかにも、この症例だったらこういった治療法がいいんじゃないかとかというようなことについても、連絡がとれるといいと思います。

一つ提案というのは、今インターネットもだいぶ普及してきてまして、メーリングリストが自治医大の中にもあるんですけども、そんな中で例えば、各医局の誰か1人の専門家がそれぞれ血液内科だ、神経内科だと入ってもらって、その中で地域の総合医がそのメーリングリストに発信すれば適確な指導なり、情報なりが得られるようなことを自治医大を中心にやっていただけたとたすかります。先ほど言ったような、紹介したけれどこれはリスクが高くて駄目だなんていふような場合も、わざわざ自治医大まで苦労して行って、駄目だといって戻されるよりは、そのメーリングリストの中で、その辺のやり取りができればいいのかなというようなことも考えました。

そういうかたちのものが今後できていくと、非常にわれわれ総合医もやりやすくなるのかなと思うので、一つ提案させていただきました。

黒木 茂広・座長

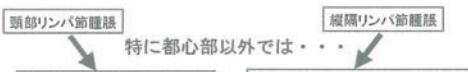
ありがとうございました。やはり連携強化という一つの具体的な手段としてメーリングリスト等の提案をいただきまして、ありがとうございました。

もう時間がまいりましたので、あとはまた最後に全体の会でのサマリーがあります。いろいろまだご意見はあると思うんですけど、この会はこれで終了したいと思います。どうも皆さん、ありがとうございました。

専門医と総合医の連携

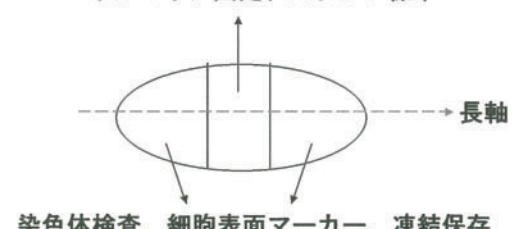
～悪性リンパ腫診療を例にとって～

自治医科大学附属さいたま医療センター血液科
神田善伸



リンパ腫診療における 総合医と専門医の連携ポイント

ホルマリン固定、スタンプ標本



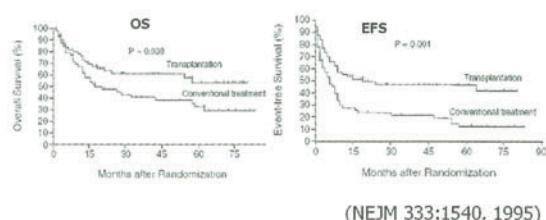
病理組織型分類が重要!!

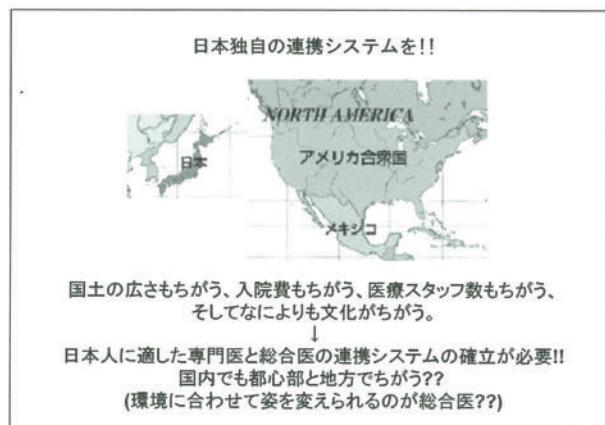
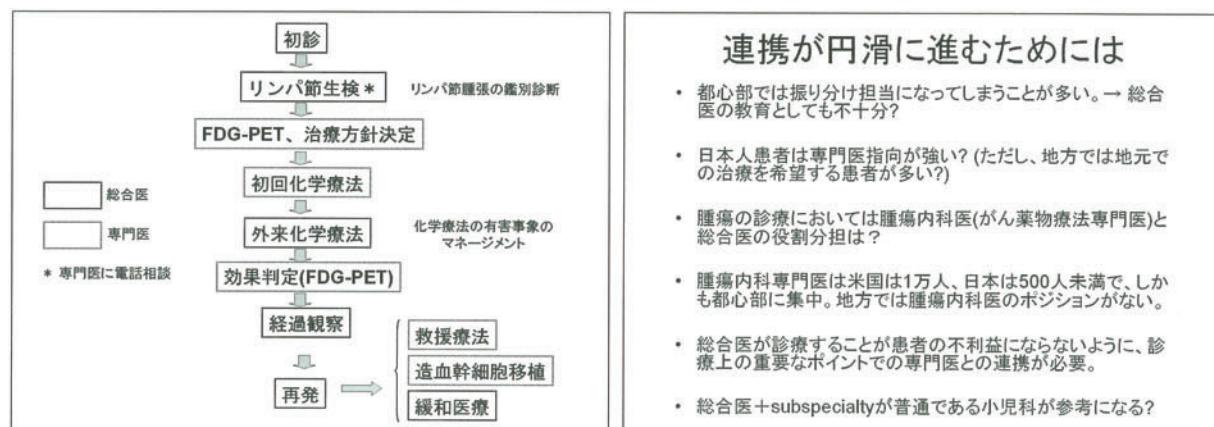
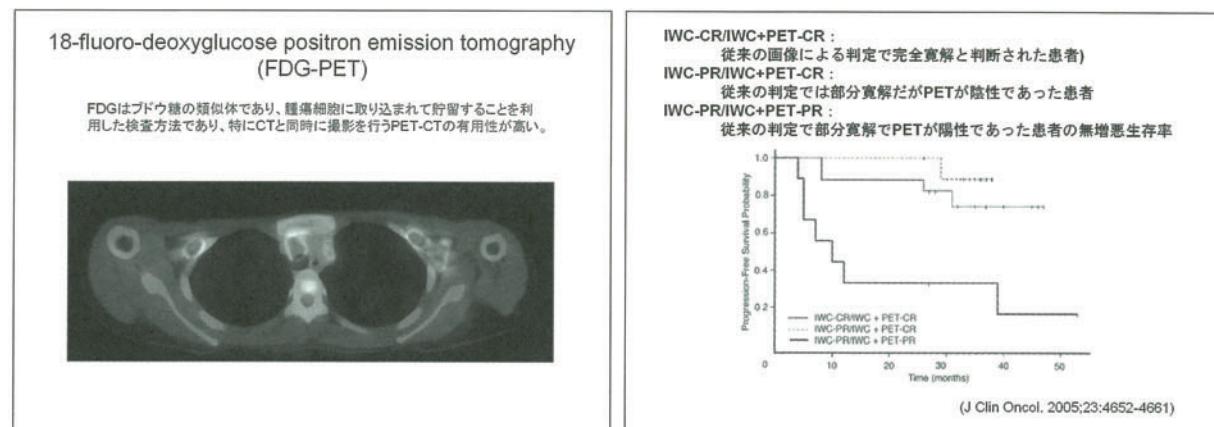
び慢性大細胞型B細胞性リンパ腫	R-CHOP (限局期では短縮R-CHOP+IFも可)
る胞性リンパ腫(FL)	R-CHOP、R-CVP、R単独、経過観察など (限局期はIF単独)
脾辺縁帯B細胞性リンパ腫 粘膜関連漿胞辺縁帯リンパ腫	FLに準じるが、C型肝炎を伴う場合はIFN 眼窩などの節外性は切除がIFN 胃のI期はH.Pylori除菌、進行期はFLに準じる
マントル細胞リンパ腫	R-Hyper-CVAD/MAなど
バーキットリンパ腫	R-CODOX-M/VAC変法など
リンパ芽球性リンパ腫	急性リンパ性白血病の治療
筋外性NK/T細胞リンパ腫	限局期は高線量IF + DeVICなど 進行期はDeVICなど
末梢性T細胞性リンパ腫	CHOP
中枢神経原発リンパ腫	R-MVPなど
成人T細胞性白血病/リンパ腫	LSG15変法など
ホジキンリンパ腫	ABVD (限局期は短縮ABVD+IF)

日本国内:	び慢性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL) 33%
る胞性リンパ腫(FL)	7%
ホジキンリンパ腫(HL)	5%

化学療法感受性再発に対する 大量化学療法・自家造血幹細胞移植

•Parma study
アグレッシブリンパ腫、再発例
DHAP vs DHAP + 自家移植





①

自治医地域医療フォーラム2009
第1分科会

総合医を育てたい

自治医科大学附属さいたま医療センター
総合医学1 総合診療科
菅原 齊

②

本日の内容

1. 総合医
2. 総合診療科
 - ✓ 病院総合医が果たす役割
3. 総合医を育てる取り組み
4. 今後の課題

③

本日の内容

1. 総合医
2. 総合診療科
 - ✓ 病院総合医が果たす役割
3. 総合医を育てる取り組み
4. 今後の課題

④

総合医

患者さんに最良のマネジメントを提供できるように、
適切な判断ができる医師

総合医のイメージ

Hitoshi Sugawara

⑤

総合医

患者さんに最良のマネジメントを提供できるように、
適切な判断ができる医師

患者さんが自分たちのところに来てくれるなら、
専門医のケアの方が優れている場合以外には、
自分たちが逃げずに診る

自治医大教育センター長 岡崎仁昭

Hitoshi Sugawara

⑥

総合医の到達目標

到達目標

患者さんの総合的マネジメント

専門医、学位

認定医

後期臨床研修修了

初期臨床研修修了

医師国家試験合格

医学部合格

キャリア

⑦

患者さんの総合的マネジメント

思考力、判断力、医療情報、
医療技術を駆使して、
患者さんのアウトカムを
少しでも良くする

病人の理解、病人の生活の質の向上

(社)地域医療振興協会地域医療研究所 山田隆司

⑧

本日の内容

1. 総合医
2. 総合診療科
 - ✓ 病院総合医が果たす役割
3. 総合医を育てる取り組み
4. 今後の課題

(9)

総合医学第一講座: 内科系診療部

救急部	循環	呼吸	消化	大講座制の 中のひとつの 診療科		
	腎	血液	内分泌代謝			
	神経	リウマチ	放射線			
総合診療科						

(10)

総合診療科の役割

救急部	循環	呼吸	消化	循環	呼吸	消化
	腎	血液	内分泌代謝	腎	血液	内分泌代謝
	神経	リウマチ	放射線	神経	リウマチ	放射線
総合診療科						

(11)

このような患者さんは…

78歳、男性。

1. 誤嚥性肺炎で入院
2. 心房細動
3. 高血圧症
4. 2型糖尿病
5. 肺気腫症
6. 骨髄異形成症候群
7. 一人暮らし

⇒病院総合医

(12)

このような患者さんは…

78歳、男性。

1. 誤嚥性肺炎で入院 ⇒呼吸器内科医
2. 心房細動 ⇒循環器内科医
3. 高血圧症 ⇒循環器内科医
4. 2型糖尿病 ⇒内分泌代謝科医
5. 肺気腫症 ⇒呼吸器内科医
6. 骨髄異形成症候群 ⇒血液内科医
7. 一人暮らし ⇒?

(13)

総合診療科(17床)の入院患者

年	救急部	外来	他科から転科	他病院から転院	合計
2004年	120	100	20	0	240
2005年	150	120	30	0	280
2006年	180	140	40	0	320
2007年	200	160	50	0	350
2008年	220	180	60	0	380

(14)

総合診療科の4大疾患(主病名)

1. 神経内科疾患: 脳卒中 3割
2. 感染症: 肺炎 3割
敗血症
ウイルス感染症
3. 臓器不全: 腎不全 3割
心不全
4. 未診断症例 1割

(15)

本日の内容

1. 総合医
2. 総合診療科
 - ✓ 病院総合医が果たす役割
3. 総合医を育てる取り組み
4. 今後の課題

(16)

総合医の活躍の“場”

離島の診療所

僻地の診療所

郊外の診療所

都市の診療所

地域密着型
中小民間病院
内科系勤務医

地域密着型
中小公的病院
内科系勤務医

総合病院
病院総合医
総合診療部

総合病院
病院総合医
総合診療部

家庭医

**病院勤務の
地域総合医**

病院総合医

(17)

総合医の活躍の“場”

地域密着型

ニーズ主義:
ニーズのあるところに合わせて
自分の働き方を変えられるのが
総合医の最も重要な素養である

自治医大教育センター長 岡崎仁昭
松島謙郎

家庭医 **病院勤務の
地域総合医** **病院総合医**

プライマリ・ケア連合学会 小川俊三 佐賀大学医学部附属病院総合診療部

(18)

診療科と総合医の守備範囲?

内科 <ul style="list-style-type: none"> 消化器科 胃腸科 循環器内科 救急 小児科 整形外科 一般外科 腎臓内科 血液科 呼吸器科 皮膚科 婦人科 産科 消化器外科 心療内科 神経科 神經内科 眼科 耳鼻科 性病科 心臓血管外科 腫瘍内科 代謝科 内分泌科 咽喉科 臨外科 呼吸器外科 アレルギー科 リウマチ科 腫瘍内科 泌尿器科 形成外科 放射線科 理学療法科 精神科 気管食道科 小児外科 肝門科 美容外科 	外科 <ul style="list-style-type: none"> 消化器科 胃腸科 循環器内科 救急 小児科 整形外科 一般外科 腎臓内科 血液科 呼吸器科 皮膚科 婦人科 産科 消化器外科 心療内科 神経科 神經内科 眼科 耳鼻科 性病科 心臓血管外科 腫瘍内科 代謝科 内分泌科 咽喉科 臨外科 呼吸器外科 アレルギー科 リウマチ科 腫瘍内科 泌尿器科 形成外科 放射線科 理学療法科 精神科 気管食道科 小児外科 肝門科 美容外科
--	--

(19)

総合医(総合病院、大学病院)

(20)

総合医(診療所)

(21)

本日の内容

1. 総合医
2. 総合診療科
 - ✓ 病院総合医が果たす役割
3. 総合医を育てる取り組み
4. 今後の課題

(22)

センターとしての総合医を育てる取り組み

1. センター長、主任教授が総合診療を推奨
 - ✓ 「医者を呼べ!」という医者になるな!
 - ✓ 「自分の専門以外の患者さんを診ないから、その科の専門医である。」ということはない。
 - ✓ 主任教授が、一般初診外来でも診療
2. 大講座制を堅持: コンサルテーションが容易
 - 同じ釜の飯、医師が互いに顔見知り
 - 総合回診(総合医学1):週1回、1回2症例: 専門医のサポート
3. 総合医のサブスペシャリティー研修をサポート
 - 所属科の変更不要: 専門医のサポート
 - 院外研修も許可: UWMCでの見学実習(年2名、2週間)
4. 院外のファカルティーを招聘
 - W. Fujimoto教授(UWMC): 年4回、1回2週間
 - A. Lefor教授(JMU): 週1回
 - Clinical Reasoning、診療基本ユニットの確認と応用

(23)

診療科としての総合医を育てる取り組み

1. 他大学からの見学、長期BSLの学生も受け入れ
 - ✓ 見学者数: 40-50名/年、他大学長期BSL: 2-4名/年
 - ✓ 「刷り込み」
2. 「○○科的に異常がない。」とは言わない
 - ✓ 他科からのコンサルテーション、診療要請を断らない
3. 伝統的に単なる「振り分け外来」は行わない
 - ✓ 振り分け外来: 総合医の精神に反する
 - ✓ コンサルテーションを通じて、専門医のサポートが必要
4. BSL: 初診外来見学(2回/週)後、PBL
5. 初期研修医: 年間を通じて、週1回の救急部当直
6. 後期研修医: 初診外来診療(1回/週)後、レビュー
7. 屋根瓦式の入院診療チーム体制: 専門医のサポート
8. 3階東西病棟合同カンファレンス: 専門医のサポート

(24)

入院診療体制

・3階東病棟(20床/45床): 呼内、内泌、総診の3診療科混合病棟

・研修医の数に応じたチーム構成、担当患者構成比を調整

・曜日ごとに、救急部からの転入、外来からの緊急入院に対応

・診療方針: カンファレンス、診療責任: 科長

チーム 構成	月曜日					土・日
	スタッフ (総合)	スタッフ (呼吸)	スタッフ (総合)	スタッフ (内分泌)	スタッフ (呼吸)	
患者 構成	シニア (総合)	ローディング シニア	ローディング シニア	シニア (呼吸)	シニア (呼吸)	当番制
	ジュニア	ジュニア	ジュニア	ジュニア	ジュニア	
	医学生					
合計	7	2	7	2	2	20
呼吸器科	2	6	1	2	6	17
内泌科	1	1	1	4	1	8
合計	10	9	9	8	9	45

(25)

本日の内容

1. 総合医
2. 総合診療科
 - ✓ 病院総合医が果たす役割
3. 総合医を育てる取り組み
4. 今後の課題

(26)

今後の課題(1)

1. Clinical Question (CQ) 解決の研究を奨励、支援
 - ✓ Practice-Based Research (井上和男先生)
 - ✓ 総合診療で想起され、まだ解決されていないCQは多い
 - ✓ これらのCQは、臨床に直結している
 - ✓ 総合医もCQ解決に対するモチベーションは高い
 - ✓ 自治医大のサポート体制を活用できる
 - 地域医療オープン・ラボ(岩花弘之先生)
 - 遠隔教育システム(e-learning)
 - 臨床試験センター(地域治験ネットワーク)
 - JMS臨床ネットワークグループ
 - 疫学研究・臨床研究セミナー(短期集中型)
 - ✓ 日本の総合医から、情報を世界へ発信するチャンスが増す
 - ✓ 総合医の認知度も高まる
 - ✓ CQの解決によって、患者のアウトカム改善に寄与できる

(27)

今後の課題(2)

2. 「医師事務作業補助者」活用のための研修体制確立
 - ✓ 2009年4月の診療報酬改訂で新設
 - ✓ 急性期病院の勤務医をサポート
 - ✓ 最低6か月の研修が必要
 - ✓ 「医療の質の向上に資する事務作業」も可能
 - ✓ 結果的に総合医にも時間的な余裕が生まれるはず
3. 各都道府県の教育病院と自治医大との「たすき掛け初期臨床研修プログラム」の開発
 - ✓ 総合医育成のために、地域医療や家庭医療とも連携
 - ✓ 卒業生との連携強化
 - ✓ 地域枠研修医との連携
 - ✓ 専門医と総合医との連携強化によって、より良い総合医を育てられるのではないか

(28)

御清聴ありがとうございました



自治医科大学附属さいたま医療センター

総合診療の 過去・現在・未来

沖縄県立中部病院 プライマリケア・総合内科
本村 和久

略歴

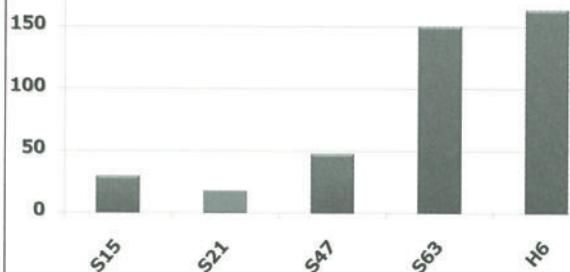
職場を転々とするジプシー医者
1997年 県立中部病院プライマリ・ケア医コース
1999年 伊平屋診療所勤務
2000年 県立中部病院内科後期研修医
2002年 県立宮古病院内科医
2003年 県立中部病院勤務
(総合内科、救急、離島医療支援:津堅診療所勤務)
2006年 王子生協病院勤務(地域総合内科)
2008年5月より
沖縄県立中部病院(プライマリケア、総合内科)

離島のよさを伝えたい!

内容

- ・沖縄県立中部病院の
過去・現在・未来
- ・総合診療の
過去・現在・未来

1945年5月15日 沖縄戦終結 戦後の医療事情 医師数 対10万人



米軍払い下げのトタンぶき兵舎を病室とした



1950年米軍の援助で造られた沖縄中央病院
(沖縄県立中部病院の前身)



医学教育・人材育成の必要性 臨床研修開始までの経緯

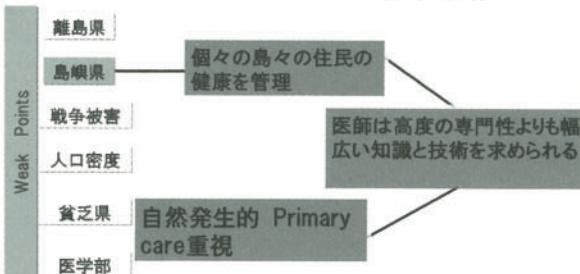
- ・国費沖縄出身国内医学生の沖縄帰還率
90%→40%
 - ・1964年 Drヤマウチ 視察→報告
 - 医療水準↑= 卒後研修・生涯研修・医学部
 - 米国の援助の必要性
 - ・日本政府 厚生省派遣医制度→ 医師不足を補う
 - 国費学生を戻すには医療施設を整備すること
- 1966年 米国政府 5年計画 15万ドル 計上
臨床研修をスターさせ、中部病院を研修病院とする

沖縄のWeak Pointsと臨床研修

Weak Points	離島県	陸続きで
島嶼県	――	少ない住民を無視でき
戦争被害	――	人も物も壊され足り
人口密度	――	広い土地が
貧乏県	――	お金が
医学部	――	医師を輩出でき

ないないづくし!

沖縄のWeak Pointsと臨床研修



沖縄県立中部病院 内科の病棟体制
 1968~82年:すべて総合内科(2→7グループ)
 ひとつのグループ:受け持ち患者40人前後
 研修医が病棟主治医 屋根瓦:メディカルチーム制
 1982~年:各科臓器別専門科に分れる

- 1996~2005年 単独グループの総合内科成立 (3D's Dementia, Delirium & Depressionばかり)
- 2006年~2007年諸事情で消滅 (スタッフの留学、転任、燃え尽き?)
- 2008年~ 病棟を持たない外来教育部門:総合内科成立(4名)
 内科教育体制の立て直し・強化



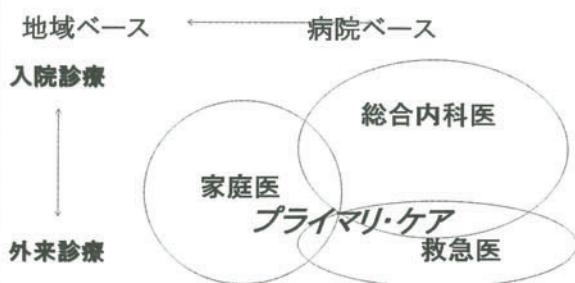
来年4月「プライマリ・ケア連合学会」設立
 「3学会」とは?

プライマリ・ケア学会(会員数4600人)
 専門医認定 支部組織、地方会、多職種参加

日本家庭医療学会(会員数2000人)
 後期研修プログラム・専門医認定 学生部会あり

日本総合診療医学会(会員数1000人)
 大学総合診療部・内科系の医師が多い

総合内科医と家庭医



総合内科医・専門医・家庭医の関係



総合診療に必要なもの 個性と調和 しなやかな連携の必要性

- 「先ず院より始めよ」
目の前の問題認識・解決・連携から
- 「一本釣りより農耕」
研修医教育の重要性
- 「違う窓から同じ景色を見ている」
立場の違いはあるが目標は同じ

第2分科会

「地域で働く卒業生と本学の研究者との連携をどう深めるか？」

座長 矢田俊彦 教授（生理学統合生理学部門）
 苅尾七臣 教授（循環器内科学）
発表者 亀崎豊実 准教授（地域医療学センター）
 間中一至 氏（常陸大宮済生会病院内科医長）
 矢野裕一朗 氏（美郷町国保西郷病院副院長）

苅尾七臣・座長

皆さん、こんにちは。自治医科大学循環器内科の苅尾です。きょうは遠いところをお集まりいただき、ありがとうございます。これは初めて自治医大の卒業生と大学が行う今後の発展のために、母校とまた、その地域で活動している先生方の今までの活動を集約し、発展させるために、ぜひきょうは活発なご意見、ご討論をお願いできたらというふうに思います。

特に、きょうは地域で働く卒業生と、本学の研究者の連携をどう進めるかという話題なんですが、これを通じて、わたし自身は研究を通じて、そこの9年間で、その人の医師の個人をより楽しいものにして、プラス研究を通じて本学および地域医療をさらに活性化させ、生き生きと頑張り、さらには自治医大が出す研究というのは非常に地域に根差した、オリジナリティーの高いものであって、日常診療に生かせるような、日本のガイドラインの策定基盤につながるような、非常に質の高い研究であるという。それで、ほかの研究をしている人たちからも非常にリスペクトされ、この母校が発展していくという、そういうふうな流れが皆さんと一緒にできたらなというふうに思います。

その中では、やはり今まで幾つかの問題を挙げていただいて、うまくわれわれの考え方と、皆さんの希望、それをきちっとミートさせる。合わない“unmet needs”をミートさせる、そういう組織づくりを具体的にどうするかという、そういうことを、ぜひ自分たちの今の困っている点とか、今後こういうふうにしていったらそれは解決されるというのを、ディスカッションをお願いできたらと思います。

これはわたしも思いますけれども、今までこういうのを一生懸命やっていて、自分が人から、先輩からやってもらったと。そして、それを次の世代へ10年、20年とつなげていくということが非常に大事なことだと思うんです。

ぜひ、自分のためを思わずには次の世代、10年後、20年後、自治医大をどういうふうにして活性化させるかと、それを研究を通じて、また地域医療を通じて、そこをうまく両立させながら発展させていくかと、それをぜひ届託のない意見をお願いしたいというふうに思います。

最初にちょっとわたしのほうから説明させていただいて、きょうの司会はわたしと、こういう精神を一番よく分かっていただいている基礎の研究者の、統合生理の矢田俊彦教授と、2人で司

会をさせていただきたいというふうに思います。

これは今から12年前ぐらいに、ちょうど地域でわたしが臨床研究を始めたころに、やはりこの三位一体があつてこそ初めて大事であるというふうに考えていました。すなわち自治医大のバックアップ、そして個人の興味と発展、キャリアのアップと、それと地域医療の現場です。また地域医療というのは現場の行政もありますし、また一緒に働いている co-worker の人たちを指します。

その人たちがお互いに一つ一つ、どれを発展させても大きな輪につながることはなく、やはり個別のいろんな、自治医大は個人、そしてまた地域医療。地域は医師の個人のキャリア、ここで働いているこういう後輩たちを、さらにちょっとこういうのに興味を持ったらうまくバックアップさせてあげながらキャリアを伸ばしていったらうまいという気持ちです。

そういうふうなお互いの思いやりと相互連携があつて、初めてこういう大きな輪になる。どれがいびつになつても片手落ちになると。研究だけをやっておっても地域医療のことを考えなかつたら、そういう研究は基本的にはやるべきではないという、そういう精神の下、みんなそれで初めて後輩たちが続していく、大きな自治医大として残す研究になるというふうに思います。そういうことから、きょうは届託のない意見をいただけたらというふうに思います。

まず、今回のこの分科会に先立つてアンケートを行っております。そのアンケート結果を卒業生、また院内の人にも配つて行っておりますけれども、その結果のほうを矢田先生からご提示をお願いしたいと思います。

矢田 俊彦・座長

皆さん、こんにちは。生理学統合生理学部門の矢田でございます。私は基礎医学という立場から地域医療との連携は非常に重要と思っております。それは、自治医科大学、地域医療に従事する卒業生の先生方、地域医療、の3つの連携は極めて重要で、今後は一層重要なになってくるだろうと思います。

地域医療、これは患者さんと医師との関係を基本にいたしまして、また地域のいろんな住民組織、行政との関係もある、極めて社会的また人文科学的な営みを持っております。

同時に、医学というものは生命科学の一つであります、その発展の下に医学・医療があります。また、テクノロジーもどんどん発達しております。それにきっちりフォローしていくことが、地域医療の質を向上するばかりではなく、卒業生が豊かになり、充実して過ごすということにおいても大変重要なことであると思います。

わたしは2年生に授業をしますが、研究もやってみたいという学生たちはたくさんおりますけれども、自分たちは自治医科大学でそれは無理だろうというふうに思っている学生も、二十歳にして既に多いわけであります。

決してそうじゃなく、この医学というどんどん発展しているものの中で、常に学び進んでいくという、そういう姿の卒業生を育てていきたいと思いますし、既に活躍されている先生についても同様であります。

その意味で、大学がいかにして卒業生をサポートしていくか、そして卒業生が参画することによって自治医科大学の研究を前進させ、大学としての優れたものを維持し発信していくことが、

創設期を終えて地域医療がグローバル化しつつある中で第2期を迎えている自治医科大学の存在理由を高めるものになると思います。

そのような中で、今この統計をちょっと見ていきたいと思いますけれども。皆さんにもあらかじめお答えいただいたアンケートの「どんな研究を行っていますか」ということで、以下の結果が出ております。

自治医大の卒業生に相当する内部円のほうを見ていただきますと、「どんな研究を行っていますか」、「ご自身の研究を通じて地域医療に貢献したいと思いますか」、「地域医療従事者と連携して、地域医療や患者に関する研究を行ったことがありますか」その問い合わせに対して「はい」と答えている方は大体10%あるいはそれ未満で、そんなに多くはありません。

一方、「これまで基礎あるいは臨床、疫学研究はどんな研究でも結構ですが、研究をしたことありますか」に対しては33%。また「地域の現場において研究をしたことがある」という方も20%おられます。これらはどちらかの研究に対して興味を持ち、参画しようとしているということの意思の表示とも見ることができます。

さらに、「基礎実験、動物実験を含む地域での保健活動、診療活動と関連があると思われますか」について「はい」の答えが3分の1あることは、医学・医療が生命科学の発展の上に立脚しているという、わたしが先ほど述べたことを、共有されている方が大変多いということでもありますかと思います。わたしにとってはインプレッシブなパーセンテージです。

しかし、こういう高いパーセンテージがあるけれども、実際に研究を行っている方、あるいは研究を行ったことがある方、あるいはテーマを既に持っている、これをやってみたいという具体的なものがあるという方は10%かそれ以下であったわけで、そこに大きなギャップがあります。

ですから研究に対する意欲はあるんだけれども、実際に手が付けられていない、対象がはっきりと定まらないという現実がはっきりと見て取れます。

このような背景を基に、さらに詳細なアンケートが配られまして、わたしが手元で集計いたしますと、「やり方、アプローチの仕方が分からない」と考えられている方は五十数人のうち、22名にも上ります。また、「研究手法や解析方法が分からない」と答えている方も10名ぐらい、「指導者がいない、あるいは指導者へのアクセスができにくい」ということから研究がスタートできない」も13名おられます。逆に言いますと、このような方法を解決すれば研究がスタートできるのだということを意味しているわけです。

そのような状況の中におましても、研究を進めておられる卒業生がかなりの数がいらっしゃいます。きょうはその中から宮崎県の矢野先生と、茨城県の間中先生、このお2人がいかにして研究を進めておられるかということにつきまして、実際のところを報告いただきたいと思います。

苅尾 七臣・座長

まず、きょうは3つのトピックがあります。「自治医大の特徴を生かした臨床研究」ということで矢野先生、「臨床の場から発展した大学での基礎研究」ということで間中先生、そして「地域医療オープンラボによる研究支援システム」を大学がどう整えているかということに関して亀崎先生のほうからお話をいただくことになっております。

まず、この矢野先生なんですかけれども、ちょうどわれわれ循環器のほうは、こういうネットワーク研究というのを行っております。これは大規模な観察研究ということを一つの柱としながら、大きな幹の下に各地域で問題となったり、また研究者個人が地域で話題となって、興味を持っていること、問題となっている、そういう個別研究に対して、大きな幹の研究と個別研究というのを並行させながら、うまくネットワークを形成し、そしてその地域で明らかになったことを、ほかの地域でももう少し全体研究として明らかにしようという、そういう柱のネットワークをつくってやっております。

これは日本時間高血圧ネットワーク研究（NICE 9）というふうに名付けておりますけれども、山口県のほうからは具体的には松井先生、きょう来ています柴崎先生、志水先生、福富先生。また、埼玉では甲谷先生、高知では石川先生。そして、その一番先輩であります佐賀県からは江口先生というのが指導をしながらネットワークを形成していると。

こういうふうにいろいろネットワークに参加したりして、臨床研究というのを義務年限のうちから大学と接触しながら地域でも頑張り、さらには希望者には、また大学へ帰ってきて、こういう各地域にいる人たちの指導に当たっていく。

そして大学へ帰ってきてから、またその人たちが地域へ帰ったとしても、そこで根差して、その周辺にある後身たちの指導に当たるという、そういう人の流れをうまく集約し、大きな研究の下でそういう個別の花を開いていくという、そういうのが非常に一つのモデルとしていいのではないかというふうに考えて、今やっているところです。

その中できょう来てもらった矢野先生というのは、その地域のほうで問題、一つ彼の見つけましたテーマです。海と山、この2つの診療所に赴任したという状況がありましたから、そこで彼が大事というふうに考えたことを発表していただいたらなというふうに思います。矢野先生、お願いします。

矢野裕一朗 ・発表者

宮崎県25期の矢野裕一朗といいます。本日はこのような貴重な場をお与えいただき、誠にありがとうございます。

本日私はこのような演題で、少し前半は臨床データといいましょうか、得られたデータを説明させていただき、後半は地域で臨床研究するにあたり私のきっかけと、その背景というものについて少しお話をさせていただければというふうに思っております。

宮崎県というのは、これが義務内の派遣先でございますけれども、ご覧のように山が非常に多くございます。その中で唯一この北浦診療所というところは海の近くに面しております、ここは後で述べさせていただくEPAとか、DHAというのが非常に一番魚の中で多いといわれるアジとサバ、これの水揚げ量が県内一でございます。

私は現在この西郷病院に勤めておりますが、2年前にこの北浦診療所に1年、そしてこの南郷診療所という、今の西郷からちょっと奥に入ったところです。ここは「百済の里」といって百済の王様が落ち延びた場所というところで、そのフレームからしても非常に山奥であるということが想像していただけるんじゃないかなと思います。

いずれにせよ、その2つの地域に赴任したときに、私は苅尾先生、島田先生のご指導の下、24

時間血圧というものをひたすら測ってまいりました。

地域でもこの高血圧の臓器障害が超音波さえあればできるということで、高血圧の臓器障害としては、この首の動脈硬化の指標でありますIMTというやつです。もう一つはこの心臓超音波で、心臓肥大の程度というのを測ってまいりました。

そうしますと、2つの地域に勤務しているときに薄々と、何かこうちょっと臓器障害の程度が違うなということに薄々気づいていたわけですけれども、今回このような貴重な場を与えていただき、発表する機会があったので、少しデータをまとめさせていただきました。

デザインは横断研究でございます。対象は40歳以上の高齢者618例、うち解析に使ったのはフルデータがあるものは596例でございました。評価項目といたしましては24時間血圧、心臓肥大、首の血管のIMTといったものでございます。

そうしますと、この両地域の差をご覧いただくとお分かりだと思いますけれども、海のほうがウエスト系が大きい、すなわち内臓脂肪が多い。それを反映してか、この2型糖尿病が多い。スタチンの使用が多いという患者さんの背景の違いがございました。

次に両地域の「24時間血圧および生化学データの違い」でございますけれども、拡張期血圧が海のほうが少し高い。先ほど内臓脂肪が海のほうが多いというふうに私が申し上げさせていただきましたけれども、それを反映してかインスリン濃度が高い、HDLが低い、いわゆる糖脂質代謝の異常というものが認められたわけでございます。

一方、この酸化ストレスの指標でありますADMAという指標は山のほうが高く、そして案の定といいますか、予想通り「脂肪酸分画」といいまして、いわゆる魚の摂取を反映します血中のEPA濃度、DHAというものは海のほうが有意に高いという結果でございました。

結果でございますけれども、まずその高血圧性臓器障害の指標の一つとして、この心臓肥大というものを測りましたけれども、ご覧のようにこの海と山では年齢性BMI、24時間血圧で補正してもなお、山のほうが心臓肥大が進んでいるというふうな結果に終わりました。

次に首のIMTでございますけれども、やはりこれも同じように山間部のほうが同じ血圧レベルであっても、このようなかたちで首の動脈硬化は進展していると、そういう結果が得られたわけでございます。

さらに、この血圧の全体を3群に分けて、その3群の中で両地域のこの臓器障害の差というのを見てみました。そうしますと驚くべきことに、この臓器障害の差というのは血圧が上がるにつれて、その差が顕著になるというふうなことが分かったわけでございます。

逆に言いますと、血圧を126まで下げておけば有意な違いはないということから、やはり血圧はある程度きっちり押さえておければ、そういう臓器障害の地域差というのはなくなるのだろうというふうに思いました。

まとめでございます。海のほうが内臓脂肪、糖脂質代謝が多く認められたにもかかわらず、こういった臓器障害は海のほうが低く、山のほうが高いという結果に終わりました。その違いとしては、この血中の脂肪酸分画、EPA、DHAあるいはこの酸化ストレスの違いというのが機序として考えられましたけれども、これらを補正してもなお、その差は有意に残ったことから、やっぱりまだまだ検討の余地があるというふうに思われました。

結論でございますけれども、「今後、同じ日本という国の中で心血管リスクに地域差が存在す

るかどうかを検証し、その機序および対応策について検討し、より元気で健康な長寿国日本を目指していく必要がある」と。それは全国に散らばっております自治医大であればこそできる研究ではないかというふうに思っております。

もう少しお時間をいただきたいと思いますが、次に私がそういった地域で、医者になって3年目で地域に出て、それで今に至るまで臨床研究というのをさせていただいているわけでございますけれども、そのきっかけ、あるいはその背景というのを少しお話させていただければと、そのように思っております。

私は今にして思うと、この地域で研究ができる一番大事だったのは、大学の先生、大学時代のやっぱり先生との接点が、これが僕は一番大きいというふうに今思っている次第でございます。

その大学の先生の接点というのは、これは授業という場ではなく、私にとってはセミナーという場所でございました。今でもあるかどうかはちょっと分からぬのですけれども、私が学生だった7年前当時はセミナーというのがあって、これは各教室の先生あるいは教授自らが2つ、3つのテーマを掲げて、そのテーマに興味があれば学生が自由に入り出して勉強をしてよいと、そういうシステムがあったわけでございます。

当時私は循環器で、島田先生が心電図勉強会というのをしていただいておりましたので、私の学生、20人か、10人か、ちょっと忘れましたけど、やっぱり何人か毎週、毎週、島田先生と一緒に心電図を読ませていただいたわけでございます。

私がちょうど5年生のころに苅尾先生が留学から帰国され、途中で加わっていただいたわけですけれども、私は今考えてみると、このときに心電図と勉強するということはもちろんそうなのですが、やっぱり地域医療で研究すると、アカデミックで地域医療でもできるんだと、君たちは何をすべきかと、そういうことを漠然としたものではありますけれども、少し教育を受けたような気がします。

やはりこの学生さんにとって魅力のあるものというのは心電図を読んだり、レントゲンを読んだり、そういう画像診断など、つまり医者になってから実践的に使えるものがやはり受けがいいということになりますけれども、私はこの学生時代にいかにこの煙たがられる英語の論文を少しでも読んでもらい、そして臨床研究をすることの面白み、あるいは大切さ、そういうことを学生のうちからある程度、私は教育されるべきではないかというふうに思っております。

その研究内容というのは、どうしてもやっぱり私どもは地域に出ますと、目の前にいる患者さんというのは生活習慣病あるいは高齢者というものが多いでので、各診療科において、この2つのキーワードを基にしながら、今どういったところが分かっていて、どういったことが分かっていないと。そして君たちは田舎に出たときに、意外とこういうのをするにはいい環境にあるんだよということを大学の先生が教えていただけると、非常にありがたいのではないかというふうに思っています。

私自身こういった3年目からずっと今に至るまで臨床研究をさせていただいておりますけれども、いずれの段階も大学の先生のご指導、ご協力なくしてはできなかつたんだろうというふうに私は思っております。

もう一つ、これは私自身の中の研究に対する思いというものなんですけれども、これを見ていただくと分かるように非常に変化しております。私は若い人、研修医とか学生さんに臨床研究と

いうのの魅力を見つけるときに、魅力を与えるときに、あんまり社会貢献とか、そういう言葉を使ってもやっぱりピンとこないわけです。ですから最初は知的好奇心をあおるような、あるいは競争心をあおるような言い方で私はいいと思います。

ただ、ある程度軌道に乗れば、私自身常に島田先生、苅尾先生から教育を受けたように、この臨床研究というのは最も目指すところ、原点はやっぱり患者さんにきちっと恩返しをすることであると、そういうことを後々にきちっと指導していけばいいのではないかというふうに思っておりま

これは私が考える地域医療のメリットでございますけれども、私は何といつても、何をテーマにするかにもよりますけれども、やはり患者さんの協力が非常に得られやすいということが一番のメリットじゃないかというふうに思っております。これは普段私ども医療従事者と住民がきちっと信頼関係ができていればこそ、こちらが何かをお願いするときには非常にことがスムーズに運ぶということでございます。

その信頼関係というのは、これはなにも特別なことではなく、われわれが風邪で来た患者さんをきちっと診るとか、あるいは血圧のお薬をきちっと出すとか、そういった当たり前のことをしていれば、当たり前に築ける信頼関係なわけでございます。

ですから、そういったものが地域医療のメリットではないかと思いますけれども、私はやはりここで患者さんのメリットも大事じゃないかと思います。すなわち、この研究のテーマというのが、ある程度患者さんにとってメリットがないと長続きはしないし、規模も大きくならないということだと思います。

手前みそでは恐縮ですけれども、高血圧、苅尾先生の研究というのは全国のみんなが何であんなに集まるかといいますと、やっぱりこの血圧を下げるここと自体患者さんにとってはメリットがありますし、何を隠そう患者さんがきちっとそういうことを望んでいる、だからみんなに規模が拡大するというふうに思っております。

ですから私個人、今後自治医大で全国で研究を展開するにあたり、目の前の患者さんはどうしても生活習慣病とか高齢者が多いものですから、そのあたりがテーマになるのではないかと思いますけれども、そこで私が一つ提言させていただきたいのは、ぜひ全国で研究をやるときには、研究代表者に各診療科の先生のお名前をお1人挙げていただければというふうに思っております。

といいますのも、例えばこの研究代表者は苅尾先生のお1人の名前だけだと、どうしてもわれわれ卒業生としては循環器の研究とか、高血圧の研究とか、そういうイメージになっちゃうわけです。

ところが、われわれ地域医療にいる卒業生というのはいろんな科を目指す人がいますので、やはりどの科の先生にも興味を持ってもらい、そして研究の扉というのを幅広くする、そういう意味では、やはりそういった研究代表者にできれば整形外科・呼吸器・内分泌、そういった先生の名前も頂戴できるとありがたいというふうに思っております。

逆に、その欠点でございますけれども、欠点はここに書いてあります「お金がない、人手がない」「何かやりたいけれど、何をしていいか分からない」「何かをやろうとしても、そこにいる上司の許可が下りない」「採血しても回収しに来てくれない」そういういろんな悩みがありま

す。根性一つで片付けられる問題もあれば、なかなかこれは根性で片付けられない問題もあります。

ですから、私は大学がサポートしていただけるとすると、まず何がこの壁になっているのかという問題をきっちり把握するところから始まるのではないかというふうに思っています。

そのためにはある程度大学に気軽に相談できる場というのがあればいいですし、私は繰り返しますけれども、この場にもできれば各診療科の先生お1人はそういう担当の方がいて、どんな科の先生も、どんな悩みもある程度把握できる、そういう体制があると助かるかなというふうに思っています。

以上をまとめますと、私の大学への要望といたしましては、この3つでございます。ある程度学生のうちからこういった臨床研究をしやすいような、するような、強制ではないんすけれども、学生時代からそういったシステムを構築していただけるとありがたい。

そして、やっぱり全国で試行する研究、あるいはこういった問題を解決する部署というのは、できれば各診療科の先生がお1人いると、非常にわれわれ卒業生としては気軽に相談を、どんな人でも相談しやすいということでございます。ご清聴ありがとうございました。

苅尾 七臣・座長

矢野先生、ありがとうございます。個々の問題については、また一つ、一つ順を追ってテーマ、またはどういうものを構築していくかということに関しては、後で皆合わせて、すべての発表が終わってから討論していただこうというふうに思います。非常にもう頑張っています。

さあ、次は間中先生、よろしくお願いします。

間中 一至・発表者

よろしくお願いします。茨城県の24期卒業の間中といいます。現在社会人大学院に入学して、地域で臨床をしながら大学で基礎研究をしています。わたしからは基礎研究の立場から、現在の状況や問題点などをお示ししようと思います。

まず略歴なんですが、わたしは2001年に大学を卒業して、2年間初期研修を行った後は、地域の中核病院でずっと内科勤務を続けていました。もともと精神科を希望していたため、内科で勤務しながら研究や、精神科で研修を行っていました。今回のテーマである研究や、社会人大学院というのを始めたのは、7年目の2007年から行っています。

どうして研究を始めようと思ったかというと、ささいなことなんですけど自分の疑問に思ったことが出発点でした。日ごろ内科で患者さんを診ても、身体疾患の多くに精神疾患の合併があることに気がつきました。

例えば、糖尿病や心疾患などもうつ病が非常に合併しやすい。これはメタアナリシスの結果なんんですけど、DMがあると大体うつ病が2倍程度に増えます。また、その逆もありますし、うつがあるとDMの発症は大体1.4倍ぐらいになるというものが報告されています。

このような精神病と生活習慣病の関連に興味がありました。病態も治療法もまだ明らかになってることはなく、知りたいと思ってもやはり地域では、アカデミックなことは指導者がいないとなかなか難しいということで、そう思っていました。

そこで、たまたま「社会人大学院制度」というのがあるのを知り、積極的に活用しようと思い、わたしは2007年に入学しました。

入学に関して重要なのはわがままを言わない、周囲との理解、協力体制というのが大切だと思います。まず職場で入学の許可をもらい、県と交渉しました。勤務は続けるので、通常の業務に支障をきたさないのではあれば問題はないお返事をいただきまして、次に当該教育、わたしの場合精神科教授と相談をし研究計画を立て、入学試験を受けます。

研究計画については社会人大学院のコーディネーターの今村先生と相談しました。直接大学に通学できることや、ある程度計画的に進みそうなことから基礎研究を選び、抗精神薬と糖尿病ということをテーマに、統合生理学教室に現在お世話になっております。抗精神薬のうち代謝性疾患を引き起こす副作用はさまざまになりますが、現在はバルプロ酸に注目して研究を行っています。

研究の内容を紹介します。バルプロ酸はてんかん治療薬、双極性障害治療薬としてよく使われる薬剤です。薬理作用としてはGABA増強が従来いわれていました。しかし、最近ヒストンデアセチラーゼ阻害作用、HDAC阻害作用があることが分かり、注目される薬剤となっています。

HDACを抑制することで、ヒストンのアセチル化が進みますと転写が促進されて、これによってアポトーシスの誘導や、増殖関連遺伝子を抑制したり、分化を誘導したりすることが分かり、抗がん剤などとしても注目されています。

バルプロ酸の副作用として体重増加、インスリン分泌增加があることが知られていました。膵臓のインスリン分泌は亢進すると報告されていましたが機序は不明で、わたしはこれをテーマに研究を始めました。

インスリン分泌のメカニズムです。膵臓の β 細胞に取り込まれたグルコースは、ミトコンドリアで代謝を受けてATPが产生されます。これによりATP感受性のカリウムチャネルが閉じまして、脱分極が誘発されます。電位依存性のカルシウムチャネルが開くとカルシウム濃度が上昇し、最終的にインスリン分泌が起こります。

後に書きますが、カリウムチャネルにはSURとKirというサブユニットで構成されており、SURというのはスルホニルウレア剤、SU剤の受容体で、非常に重要な分子となっています。

実験はマウスを用いて膵臓を採取して、酵素処理後に β 細胞に単離します。それをバルプロ酸を加えて培養して実験を行っています。蛍光顕微鏡を用いることで、細胞内のカルシウム濃度をリアルタイムで測定することができます。バルプロ酸で培養した細胞を用いて測定しますと、薬剤なしのコントロールの分に比べて、バルプロ酸を加えた分ではグルコースおよびSU剤であるトルブタマイド(tolbutamide)での反応が低下していることが分かりました。

これらの結果からカリウムチャネルに変化がある可能性が考えられました。そのため、「Real-time RT-PCR」を用いてmRNAの発現量を調べたところ、カリウムチャネルのサブユニットであるSURとKirが変化していることが分かりました。

細胞のアセチル化の状態を確認するために、ウェスタンプロットを行ってヒストンを行ったところ、ヒストンのH3のアセチル化が増加していることが分かりました。

これらの結果から、現在インスリンの分泌に非常に重要なグルコースやSU剤による膵 β 細胞の活性化をバルプロ酸が抑制することが分かりました。臨床へのバルプロ酸の薬理作用の解明

や、アセチル化などのヒストン修飾による β 細胞の変化について解明できれば、糖尿病の病態解明につながると考えています。現在の研究を続けて、来年大学院4年生での学位取得を目指して研究を続ける予定です。

次に、わたしの体験から考えた大学院ということについてお話をします。まず大学院のメリットは何なのかということになりますが、特に基礎の分野は臨床とは異なることが多いので、入ってよかったというものがたくさんあります。

まず、基礎研究でやることに対して知識をたくさん付けることになるので、通常の臨床が違った側面から見直すことができる、そして診療が変わるということがあります。

例えば、糖尿病についても血糖値やインスリン抵抗性だけではなくて、その人の食行動や脂肪のバランスや運動、それに中枢神経の活性化や生理活性物質などが多様に絡まっている病態があって、本当に病気の多様性には驚かされます。

これと関連して、やはり勉強することでどんどん疑問に思う点が増えてくる。まだまだ分からぬことがたくさんあるということを知ることができ、これがまた次の臨床や研究をすることのモチベーションを上げると思います。

また最後に、社会人大学院の最大のメリットは、やはり仕事をしながら学位が取得できるということだと思います。義務年限を消化しながら進学できるということは非常にメリットだと思います。

次に、大学院に入るにあたって不安になる点を挙げてみました。1つ目はやはり臨床と研究を並行すると時間の余裕がないのではないかということです。病棟のデューディーと研究というと、やはり時間は必要です。まずは研究の方向によって大きな差がつくので、第一に研究課題の選択が重要だと思います。研究課題についてはよく教員の方やコーディネーターと相談して、どのような4年間を送るかある程度想像することが大切になります。

現在研究をするにあたり、わたしもいろいろな方の協力をいただいています。実験の一部は教室のスタッフの方にお願いして、週に1日から2日でも可能なプロトコルでの実験を組んでいます。

また、勤務先にも、週に一度は不在となっても診療に支障が出ないように、チーム体制を組んでいます。これらの工夫は状況によってさまざまだとは思いますが、やはり周囲の方々の協力が必要なのは言うまでもありません。

次の問題点としては地域医療、臨床をしていると基礎研究は続かないのではという疑問があります。二足のわらじでは興味が続かないのではないかというところが心配です。

しかし臨床をやりながら、臨床でさまざまな体験をしながらの研究になるので、臨床的な視点を多く取り入れることができるので、むしろメリットではないかと思っています。やはり興味のないことは続かないと思いますので、興味のある研究内容でモチベーションを高めていくことが非常に重要であると思います。

最後に、興味のある分野を追求し、知識をつくっていくということは苦労も非常に多いですが、非常にやりがいのあることだと思っています。卒業生だから研究ができないということはないので、興味のある方にはぜひやってもらいたいと思っております。以上です。

苅尾 七臣 ・座長

ありがとうございます。

ぜひ今の2人のような人を一人でも多くサポートし、将来発展させて個人のキャリア、そして後輩たちへの一つのモデルになってほしいということで、今大学のほうはオープンラボというのをつくって、その相談の窓口というのを亀崎先生のほうが中心となってやってくださっています。亀崎先生、どうぞ。

亀崎 豊実 ・発表者

地域医療オープンラボの亀崎と申します。本日のテーマは今座長と、演者の方がおっしゃっておられましたように、地域医療の、現場で働く卒業生と本学の研究者の連携ということあります。地域医療オープンラボはその窓口として位置付けられているとわたくしどもは考えております。

地域医療オープンラボといいますのは、自治医科大学の中の地域医療学センター、その中に地域医療支援部門というのがございまして、そこに地域医療オープンラボという組織がございます。運営は大学院の委員会での管理ということになっております。そのオープンラボの中には研究コーディネーターとして3名のスタッフがおります。

地域医療オープンラボは平成17年に「魅力ある大学院教育イニシアチブ」という文科省の支援で開設されました。平成20年に地域医療支援部門に所属することになっております。

活動内容といたしましては、地域現場で働いている卒業生の研究支援体制づくりと、地域医療に従事している医師に対する社会人大学院入学への支援、大学院の社会人入学生に対する支援ということになっております。研究コーディネーターといたしましては岩花・亀崎・熊田の3人が担当しております。

現在、大学院が社会人枠を採用し始めて4年目で、4年生が1期生であります。5名・5名・5名・6名と、現在21名。うち2人は休学中であり、卒業生は14名であります。4年目となりますと、かなり全国各地からの卒業生の入学が増えておりますけれども、初期1・2・3年生のときには栃木県周辺が多かったようです。

社会人大学院生を受け入れる側の大学院教員に、来年度の社会人大学院生の受け入れ状況をアンケート調査をいたしましたところ、240名中111人回答があり、社会人大学院を受け入れ可能な教員が59名いらっしゃいました。受け入れ可能人数といたしましては1学年1名が33件。2名が23件で、4名でも結構ですという方もいらっしゃいました。

スクリーニング、来学の必要回数につきましては、応相談が27件、年1回以上が2件、月1から3回が9件、週1回が12件で、週2回以上というのが6件ございました。

現在、研究テーマ、受け入れ条件等につきましては各講座ごとに調整を進めております。早期に大学のホームページもしくはパンフレット等で公開させていただこうと考えております。

研究支援につきましては、先ほどから座長の先生方がおっしゃっておりますように臨床研究ネットワークを形成するというのが大きな目標の一つと考えております。全国レベルの研究などの臨床研究の支援ということです。

また、社会人大学院の支援、卒業生からの学会、論文作成、学位取得のお世話をしておりま

す。研究をご希望される方に、学内の研究室を紹介させていただいております。また、大学院関係の委員会と連携して、社会人大学院生の支援をさせていただいております。

地域医療学センターといたしまして、臨床疫学セミナー、コホート研究、ゲノム事業等で卒業生の先生方と研究のネットワークを構成しつつあります。地域担当の学外教員ネットワークと協力して、臨床研究の支援ができるかと考えております。また、各科の専門の先生方に入っていただくアドバイザリーボードを構築いたしまして、全国の卒業生の研究ニーズに対応できればと考えております。

以上を簡単にまとめますと全国からの卒業生、地域医療従事者の方から疑問を感じて研究をやりたいというご希望と、自治医大の研究者の間をオープンラボが窓口となりまして取り持つことにより、研究ネットワークが構築できるというのが目標でありまして、現在努力しているところであります。以上です。

苅尾 七臣・座長

ありがとうございました。以上ですけれども、今から約70分間余すところお時間があります。これはちょうど4時で終了になりますけれども、そこまでの間、今から矢田先生のご司会の下、この5つのテーマに関してディスカッションをそれぞれお願いできたらと思います。矢田先生、お願いします。

矢田 俊彦・座長

それでは、今お2人の地域の先生方から、実際に研究を進めている現状のお話をいただきました。そしてこのような研究をサポートするために、最近できました地域医療オープンラボがどのような活動をして、これに応えていこうとしているのかということを亀崎先生のほうからお話しただきました。

そういうことで、新しい動きがお分かりいただけたかと思いますけれども、これは始まったばかりであります。社会人大学院の制度も、これはここにいらっしゃいます伊東紘一名誉教授の大変なご尽力の下にスタートした制度でございますけれども、幸い毎年数名の方が入学されて、徐々にしっかりと組織になってきておりますけれども、まだまだ5歳児ぐらいのところであります。

これらをいかにして充実させていくか、そして苅尾先生がお示しくださいましたように自治医大と、医師と、地域医療の3つが連携を取りながら大きく発展していくことをいかに実現するかについて、これからディスカッションしようと思います。

抽象的なディスカッションではなくて、きょうのこのシンポジウムが終われば直ちに具体的な提案をし、そして新しい一歩を始めていく。しかも具体的なところで始めていくという、そういう会にしたいと思っております。

5つの具体的な話題についてこれからディスカッションをしていきたいと思います。すなわち一番上はどのような研究テーマあるいは手法がよいのかということで、その研究の実現のための問題点は何か、これを挙げて、ディスカッションしていただく。

そして、そのことを基にして大学や地域連携研究への提言を、この部会として出していきたい

と思います。さらには具体的な要望を大学、地域医療のオープンラボに出していきたいと。

それから大きな方向性として、この営みがどのような方向に向かうのか、何を目指すのか。そして大学としても、地域で働くそれぞれの個人の方にとっても大きなやりがいのあるような、そういう方向性をディスカッションできたらというふうに思います。

それでは、まず一番のこのような研究テーマと、それから手法はどんなものがよろしいかということで、フリーなディスカッションを活発にいきたいと思います。どうぞ。

為本：生化学の為本といいます。

まず、矢野先生のお仕事ですけれども、心臓肥大について多数をまとめていただいたのは大変いいと思うんですけれども、いわばあのサロゲートマーカー的なもので、やっぱり患者さん個人で大事なのは、それが高じて脳卒中になっちゃうとか、心筋梗塞とか狭心症になるとか、あるいは心不全で入院するとか、あるいはもうエンドステージレナルディジーズ（ESRD）（末期腎不全のこと）透析になっちゃうとか、そういったことが重大な問題で、600人ぐらい数が集まると患者さんにとって重大なイベントの数も解析できるんじゃないかなと思うんですけど、それに関してはもう手を付けられているのでしょうか。

矢野裕一朗 ・発表者

先生、非常に重要なご指摘でございます。

それは、実は私のやっている研究は苅尾先生が今全国で展開されていますJAMP研究と連動しますので。JAMPでは5年間予後を追うことになっていますので、おそらく何年か後には答えが出ると思います。そこが非常に先生、大事なところなので、私も肝に銘じてそこはきっと解析させていただきます。ありがとうございます。

為本：もう一点なんですけど、ちょっと生化学の宣伝なんですが、生化学の教室でST2という血中たんぱくを測る仕事をしていまして、ST2はもう心不全と相関するということはいわれていて、心不全は両方マーカーを見ているように考えられているんですけども、その生化学教室だけだと件数が集まらないので、ちょっとしんどいなというところがありまして、もし……。

矢野裕一朗 ・発表者

ST2は何のマーカーか。

為本：ST2というのは一種のサイトカインの受容体の、可溶性受容体なんですけれども、心不全で入院した患者さんの予後の予想因子になるという報告がありまして、それにも関心があるんですけれども、基礎教室なのであまり患者さんの数、外勤先でかき集めるのも限度がありますので、そういうところでコラボができたらうれしいなと。

矢野裕一朗 ・発表者

いや、先生。そういうのはすごく在学生は喜びますので、ぜひそういう先生方の思いと、われ

われ卒業生の思いが一致できる場があると非常にありがとうございます。ありがとうございます。

江口：自治医科大学16期、佐賀県卒の江口と申します。今自治医科大学循環器内科に所属しております。

一つ、1番のことについて具体的なことということなので、お話をさせていただきますけど、わたしも佐賀県の卒業なのでへき地・離島に行ったんですが、一番研究したいと思っている3年目、4年目ぐらいでどうやってやっていけばいいのかということを非常に思いました。

基礎研究は、まず初めから無理だと思いました。離島にいるし、地元の佐賀医大とのコネクションもないし、自治医大も遠過ぎるということで、やはり一番うらやましく思ったのは近県の卒業生です。栃木・茨城・群馬・埼玉の出身の方々は、結構遠くまで通っても基礎研究ができたんです。そこで非常にデメリットというか、地域の自治医大から遠いところにいるデメリットというものを感じました。

ですから、先ほど社会人大学院のお話もされて非常に面白いと思ったんですけども、そういう地域格差というものをどのように埋めていかれるように考えていらっしゃるんですか。

矢田 俊彦・座長

この地域格差というのは非常に重要な、しかも容易でない問題だと思います。社会人大学院生は最近1学年に5名ぐらい入っておられますけれども、その中で実験研究を間中先生のようにやっていらっしゃる方も何人かいりますが、やはり関東・福島などの栃木近県で通うことができる方に限られています。

それをいかに克服するか、皆さんからぜひアイディアも出していただきたいと思っています。例えば一つの可能性としてですけれども、私が考えているのは、それぞれの地域の大学と自治医科大学とが話し合いをして、二重の指導体制みたいなものを。

もちろん、そのときは自治医大の誰かの先生と、例えば佐賀医大の先生が互いによく知り合っていて、共通のテーマ、共通の方向性を持っているという中で、その両者でもってうまくやる。そしてご本人は自治医大も地域の大学も利用しながら、毎日遠心器を回すのは地域でやるけれども、自治医大に来ていろんディスカッションができるとか、われわれが地域に行ってやるとか、そういうようなことも一つの方法ではないかと考えております。

あとはもう一つ、隣の県だけじゃなくて、もう少し先まで伸ばすような方法がないかというようなことも一つはあるかと思いますけれども。先生は何かご希望とか、リクエストはありますか？

江口：結局具体的にできるというと、先ほど生化学の先生がおっしゃったような、何かマーカーを測るので一緒に測って、それを中央でまとめて測定して、そこにデータを作るというのが非常に現実的な案だと思います。

実際そうやってわたしも多少研究させていただいて、苅尾先生のご指導の下でさせていただいたんですが、最近COEとか、いろんな大きな研究が自治医大としても立ち上げられていまして非常にいいことだと思うんですけども、その場合は非常にたくさんの人たちが参加して、その

人たちが一人ひとり論文は書けないですよね。

そこで、じゃあどのように書きたい人を今度は書かせていくか、指導していくかというのも非常に重要なことだと思うんです。

確かに、へき地にいても何か測って、それが非常に最新のマーカーであって、すごくいい結果が出れば論文を書けると思いますけれども、そこでどのような配分とか、どのような基準でその人たちに論文を書かせていくか。書きたいという人がたくさんいれば、いるほど難しくなると思うんです。そのあたりはどのようにお考えですか？

矢田 俊彦・座長

これは実際にチームを編成しながら、個人指導されている苅尾先生に。

苅尾 七臣・座長

これはもう本当の一つの指導者の裁量というか、力量によると思うんです。難しいです。やっぱりみんなできると思っていても、なかなか難しいというのもあって。

実際に必ず僕たちが大規模な臨床試験をやるときに、一つはその個人の興味と、また地域で問題があつたりすることに関しての個別研究を必ず、10人の研究者がいたら、10人に各テーマを与えて、そのテーマはどっちがこれをやれというのではなくて、こんなのがあるけれどもというふうに。

そこで、例えば地域の研究者の人たちがまったく、こういう大きな一つの今の時代の流れのフォーカスが当たっている、解決しなければいけないという医学的なサイエンスの問題で、医学の大変なところから反れたのも、実はしかし、それもあるけども、もっとこっちは大事な大きいテーマと重要なことがあるから、それをやってみいへんかと言って、そこでうまくその気にさせて、すると、その大きい研究の中でも自分はここの部分を担当し、そしてこれをここまで伸ばすんだという、そういう意欲、モチベーションが生まれるかどうかです。そして生まれたら、そこにある、その人が「よし、これをやってみよう」という個別研究に対して、そこへこっちは投資をするという感じです。

例えば内皮の機能だったらそれしか測れないものを、興味を持った人には、そこに機械をうちに購入して貸してあげるとか、あとは特殊な物質を測るんだったら測ってあげるとか、生化学の先生が言わされたように、そういうかたちで。

そこでは個別研究をやりながら、それが本当に大事かなというものやったら、次の段階で、全体研究でパッと広げができると思うんです。それが非常に重要な生まれたネットワーク機能で、ongoingのレイアウトを含めて、それで10年間ずっと伝わっていませんよという、そういうのではなくて、絶えず研究がongoingで1つ先のことを個別研究でやっていくと。

それがこちらのほうと、その地域で頑張る人たちと、もうそこの興味と、また実際に臨床現場で問題になっていることなのかなと。また、学術的にもこうつながっていくところであると。

そこら辺のところをこっちは財政、また向こうの興味、また対象集団、そういうことをあれながら考えていくという、それが非常に大事なところです。なかなかそれはシステムとしてでは難しくて、個々の人があって話し、それで初めて展開するものかなというふうに思います。

先生方はいかがでしょうか。今の問題は非常に大事なところだと思うんですけれども、なかなか彼が今提案したような問題の解決法に関して、ちょっとどういうふうに解決したらいいかなという、何かおありでしょうか。

藤井：自治医科大学臨床腫瘍科の藤井と申します。がんをやっているという者なんですけれども、今がんの研究というのはどういうふうになっているかといいますと、幾つか研究班があります。研究班、まあグループがあるんですけども。

その辺のところもして自分で構想しているのは、例えば卒業生を対象にして、まずこういうグループを立ち上げる。こういうリサーチをするというふうなグループをつくっておいて、例えば循環器の領域のあるプロトコルが走ったというふうにしたら、それに参加する人というふうに手を挙げさせて、その人たちがどんどん、どんどん症例を入れていく、ただデータを入れていくというふうな感じにして、それを例えれば大学のデータセンターのところにどんどん入れていく。データにしても、今はインターネットでポンポン入れていくやつがあるんです。ああいうやつでどんどん入れてもらって集積していく。

じゃあ、誰がその論文を作るとか、発表するかというところになると、大体やりたいと言って手を挙げた人とか、その計画書を書いた人とかです。それから、やっぱりその書いた人は事務局になって、中心になってその研究をまとめるわけです。

そういうことをやればみんなの、卒業生からのデータをまとめて、それを論文にして発表していいよというふうな感じにしていくと、大学全体で盛り上がり上げていけるようなイメージは持っているんです。ただ、なかなかその組織立てが、じゃあできるかというと、ちょっとわたしもよく分からないので、まだ構想の段階なんですが。

今回、がんの関係でちょっと前になる、つい先日だと思うんですけども、卒業生の皆さんにアンケートのお願いをしたんですけども。それは、まずどういうふうなことかといいますと、現在がんの治療は専門医を養成しようという部分があるんですけど、なかなか専門医が出てこない。そんなに専門性が必要かというと、確かにそういうところもあるんですけども、それよりも総合医の中でやはりがんをやっていただく状況があると思うんです。これから高齢化社会を迎えてがんが増えて、先生方もがんの患者さんがどんどん増えてくる。

じゃあ、今のデータってどういうふうになっているかといいますと、国立がんセンターですか、そういう拠点病院系のデータはあるんですが、地域のがんの状態というのはまったく分かっていないんです。

ですので、われわれの戦略としては地域の先生方、へき地でがんの医療ってどうなっているの？というところからまずアプローチをしてみて、そこから出てきたデータを基にして先生方と、また次のステップにいったらどうかなと。

われわれのところも人がいないものですから、院内の卒業生の先生たちに対しちょっとお願ひをして解析のほうにとか、次の領域なんかを考えてはいるんですけども、そういう展開もあるのかなという気はするんです。

なので、さっきの先生のところに関しては、自分としてはそういうふうに考える。以上です。

松原：東京2期の松原と申します。自治医大で産婦人科を担当しています。

ここに書いてある、1・2・3・4の全部にかかわることなんですけれど。僕の息子も今自治医大を卒業して5年目、栗山村で働いていますけれども、そういう者がいきなり大規模コホート研究に入っていくとか、RCTに入していくというのはあまり考えにくいんです。

自分は30年医者をやっていますが、まず初めはケースレポートから入って、次にケースシリーズというんでしょうか、自分の病院で、産婦人科ならば分娩大出血を5例経験して、その特徴をイラストレートすると。そういうことをうまく書けば英語の論文になるわけです。うまく書かなければ英語の論文にはならないわけです。

その書き方にはこつがあるわけです。そういうこつを、要するに英語のペーパーに自分の名前が登場する、そのような経験を自治の卒業生が2回、3回、4回と重ねて、わあ、すごいな、論文に「松原」と名前が出るということはすごいことなんだなというのを、ひしひしと感じていきますよね。これがやりがいだと思うんです。

いきなり江口先生や、藤井先生や、苅尾先生のやっているような大規模研究に、「さあ手を挙げろ、どうするか」と言われても、うちの息子も迷っていました。当然だと思うんです。まず論文で何からかって知らないわけですから。

ですから、わたしはこの大学のオープンラボは非常によい試みですけれども、このシステムはやっぱりどちらかというと大学院、社会人入学を手伝うとか、自治医大のへき地に散っている仲間のそのハンデを逆手に取って、いろんな地域からのマテリアルを取ってくるとか、そういう研究テーマがメインになるでしょう。

しかし、地域に散っている仲間が研究をしていく時に、もっと大きな問題があります。貴重な症例にめぐり合った時に、その significance（臨床的価値）が分からない。例えば佐賀県の卒業生だとして、地元佐賀医大の論文名手が仲良しならば、その指導が受けられて論文が出来、一方、そのような指導者がいなければ論文にならない、そういうことが非常に多いと思うんです。

あるいは、もっと端的な例は何とか英語にしても、リビジョンが掛かってきますよね。レビュー アーからここは駄目だと。リビジョンが掛かってきたときにどうやってそれに対抗するかという、ごく基本的なテクニックを知らないために、引き出しの中に英文論文がしまわれてしま陽の目を見ないと、こういうのが非常に多いんです。そういう人にいきなり「亀崎先生、助けてくれ」と言われたって、これは無理だと思うんです。目的がちょっと違うわけですから。

苅尾先生たちがしておられる自治医科大学がへき地にいっぱいいる、それを逆手に取って大きな研究を世界的にしていこうという、大規模研究がまず1番、ナンバーワンプライオリティーであることは間違いないんです。

だけれども、若い先生にケースレポートや、ケースシリーズで自分の名前がドンと出る、その喜びを感じるために、そういうテクニックを持った人を大学に配置する。

ちょっと言うと「論文困りごと係」「発表ちょっと相談係」と、そういったようなものをつくっていく。専門科が違っても論文作成の手伝いはできる。例えば産婦人科、わたしですけれども、わたしは息子たちの論文も見ます。息子たちは小児科と脳神経外科ですけれども見ます。大それたことじゃなければ、科が違ってもアドバイスできます。ケースレポートだって、その基本は変わらないんです。

ごく身近でいきますけど、例えば序論は必ず3段論法で書くとか、こういうばかみたいなことをきちんと押さえていないとレビューアーは必ず、一発で落としますから、そういう基本的なところをちょっとこう花を添えてやると、そういう係を設けてやると、ガンと伸びると思うんです。これは1から4まで、すべてについてかかわる一つの提案です。

苅尾 七臣・座長

ありがとうございます。それはもう本当に先生、卒業生だけではなくて、われわれの臨床教室でも、最初はもう一番モチベーションが上がるのとは症例を報告すると、そこが一番大事な最初の一歩だと思います。やはりそういう部門というのはあったら非常にいいと思います。

ほかに、先生、どうぞ。

宮道：愛知県の25期生の宮道と申します。

先ほど距離の問題という話が出ていたんですけど、距離に関しては、実は今僕は慈恵医大がやっている医療人GPの企画で「プライマリ・ケア現場の臨床研究者の養成」というのに参加しています。今は試行段階なので無料で受講させていただいているんですけど、eラーニングでnet上で講義が受けられるんです。

そこで疫学の講義や、家庭医療学の講義、これは家庭医療の現場、地域の現場で専門の研究をどうするかという視点ではなくて、地域の現場で地域の問題や、医師自身の問題、患者の家族の問題、患者自身の問題とか、そういったヘルスサイエンスだけではない問題に対してどういうふうにアプローチするか、そういったことも含めた講義をやってくださっていて、かなり有効だと思います。

研究をどう立てるかということすら、まだよく分からない状態です。「何か参加しますか？」で、取りあえず手足となって働きますというレベルがやっぱり必要なのか、それとも最初に自分で研究を立ち上げるということから始めたほうがいいのか、そういったところも検討が必要だと思います。本当はどんなテーマでも、どんな手法でもいいと思うんですけど。どうしても医学論文を読むのでも、大学で読むと専門の論文しか読まない事が問題だと思います。

高血圧はもちろん非常にプライマリな問題だと思います。でももうちょっと患者さんの家庭とか、家族とか、医師自身にフォーカスした総合医としての研究ってどんな研究なんだろうかということを、たぶん卒業生はほとんど知らない状態で地域に出ていると思います。そこを何とかフォローしていただけるとありがたいということと、eラーニングとか、そういう手段は結構有りかなというふうに個人的には思いましたので、一つの提案をさせていただけると今後の提言につながってくるのかなというふうに思いました。

あと、尾身先生が最初「win-win」の関係とおっしゃっていたところでちょっと気になったのは、卒業生の、例えば、わたしの研究は大学でちょっとサポートしてもらって、大学にどんなメリットがあるかが僕はさっぱり分かりません。

卒業生を大学院生として採ろうと思っていて、そうしたらあいつは学費を払ってくれるから、大学はもうかるよとか、そういうレベルの話なのか、セカンドオーサーで大学の人の名前が載ると、それは大学の功績になるから大学にとってもプラスなのか、もっと広い目で自治医大が今後

生き残っていくためにはやっぱり地域に名だたる自治医大ということをやることが大学にとってもメリットになるのか、そのどのあたりを大学が狙っているのかというのがちょっと見えづらかったです。最終的には手足になるだけも、それもありなのかもしれないけど、その辺も含めて大学側からの意見がちょっと聞けるとありがたいなと思います。

矢田 俊彦 ・座長

最初に、今の先生のご質問に対してのお答えします。これはある程度大学の全体を代表した答えにもなると思います。もちろん個人としてもこの場ではお答えすることになりますけれども。

例えばお金、授業料が入るというようなことは、まったくそれは念頭にありません。それから、セカンドオーラーに入るというようなところを目指しているものでもないです。

わたしは自治医科大学が、尾身先生のお話にありましたように、これまで37年、8年の成功の歴史を歩むことができた理由の一つは、もちろんしっかりと目的の下に地域医療に進んできたことでありますけれども、もう一方で優れた人材を引きつけることができる魅力ある大学であったということであり、大学はやはり優れた研究教育機関であることが重要であります。

ですから、それを維持していくために、大学は皆さん卒業生の力を必要としています。自治医科大学は卒業生がすべて地域に卒業後散らばっていくという、大学に残るという人はほとんどいないわけであります。そのような中で、やはり自治医科大学が特色を生かしつつ、かつ日本の、世界の中できらりと光るような、そういう研究教育のアクティビティーを持つために。

それからもう一つ、それとまったく表裏でありますけれども、非常に優れた能力がある卒業生たちが、その能力を生かし切っているかどうかという疑問も私は常に思っています。これは僕の個人の意見かもしれませんけれども。

ですから、優れた興味と能力をもっと發揮することによって、そして自治医科大学と地域が連携する研究の中に参入していただくことによって、大学のアクティビティーが優れたものになり、また卒業生の一人ひとりが充実して医学の前進に寄与し、またさらには自分が診療の中で疑問に思ったことに答えていくことができるような、そういうようなものにしていきたいと。

大学にとっても発展し、それから地域に働く一人ひとりにとって成長、発展する、そういうものがこの連携であり、あるいはそれを支える社会人大学院というシステムであるというふうに私は思っております。

亀崎 豊実 ・発表者

逆に質問ですけれども、eラーニングのシステムというのは双方向的なビデオカメラで聞きながら質問しながらというようななかたちですか？

宮道：今慈恵医大がやっているシステムは講義を配信して、それで課題をあれば出していくというスタイルで。あとは年に2、3回集まって、そこで発表の場をつくったりとか、そういうシステムを慈恵ではやっています。

亀崎 豊実 ・発表者

皆さんご存じだと思いますが、自治医大も図書館のビデオライブラリーで疫学の講義を配信しております、各講義も配信しています。

ただ、双方向的な、スクーリングとしてやっていないので、先生がおっしゃるように、そこは考えていいかと思いました。

宮道：ありがとうございます。

矢野裕一朗 ・発表者

ちょっとよろしいですか。

苅尾 七臣 ・座長

どうぞ。

矢野裕一朗 ・発表者

先ほど松原先生と為本先生のお話にもちょっと通じると思うんですけど、亀崎先生にご質問なんんですけど、私は地域オープンラボというのは非常にすごいなと思ったんですけど、これ一つ思うのは、これはちょっと、こういうことを言ったら怒られるかもしれないんですけど、これに入っちゃうと4年間という大学院の制度で研究しないといけないという。ちょっと4年というと長いなど、少しこう尻込みそうにも。

意外と、僕も最初に論文を書いたのは松原先生のおっしゃるように、僕は実は薬の介入だったんです。そのときに非常に話題になる薬があって、これは本当かいなということで、それをただ単にやって、たまたまかもしれないんですけどいい結果が出たので、それを英語の論文にしたんですけども。

ただ、松原先生のおっしゃるように、それが僕のきっかけでもあったんです。ですから例えば地域に出る卒業生の中で、ちょっと研究した、こういうことを言うと研究の先生に怒られるかもしれないんですけど、ちょっと研究したいなと思う少し好奇心みたいなものがあって。ただ、それを例えれば為本先生のところのST2という論文をたまたま目にして、あ、これは面白そうだなと思って、これをちょっと目の前の患者さんに測ってみようと思ったときに、相談できる場所としてオープンラボを使ってもいいんですね？

亀崎 豊実 ・発表者

はい。先生のおっしゃるように、先ほど最後から2番目のスライドに出しましたが、卒業生の学会発表、論文作成、も支援していこうとしています。

矢野裕一朗 ・発表者

大学に入らなくてもいいんですね。

亀崎 豊実 ・発表者

はい。大学院だけということではなく、卒業生全般を支援します。広報不足で申し訳ありません。ぜひ相談していただければと思います。

矢田 俊彦 ・座長

今の矢野先生の質問は、いろんな疑問を思ったときに相談の窓口が欲しいということですね。それについて、地域医療オープンラボについては、それに答えてくださると。

矢野裕一朗 ・発表者

それは100%じゃないにしろ、例えば金銭的な面でもいいですか？ 金銭的な面でもいいというのは、いわゆる研究費用という。もちろん100%ではないにしろですね。

亀崎 豊実 ・発表者

研究費用は独自には持っていないものですから、その取り方をご案内することにしています。ST2であれば、例えば為本先生のところにお願いすれば、共同研究のかたちで、臨床のサンプルを為本先生のところで測っていただくなどの何かしらの方法があるはずです。まずは相談していただかないといけないと思います。キットを買ってどうぞというわけにはまいりませんけれども、そういう窓口になってお互いにいいところでご紹介させていただけるのではないかと考えています。

矢田 俊彦 ・座長

一つ、今もうもうの質問あるいはリクエストに対する窓口としてオープンラボが機能するということになります。

あと実際に必要なら、例えばファイナンシャルなものをサポートしていただける方という話が出ましたので、もうこの1・2・3・4・5の、1から始めましたけれども、これはお互いに関連しますので、すべてディスカッションの対象に今からいたします。

具体的に例えば大学への要望とか、大学地域連携研究の提言というところに関して今矢野先生のおっしゃった必要な物品の購入とか、旅費とか、そういうものの財政的なものということ考えてよろしいですか？

矢野裕一朗 ・発表者

はい。

矢田 俊彦 ・座長

ほかにもありますか。どうぞ、輿水先生。

輿水：分子薬理の輿水です。今お金という現実的なことも出ましたし、マッチングということも出ましたので、やはり研究者となってお金を自分で取ってきて、それを基に研究できるということ

とを味わうのも、先ほど論文に名前が載ると言ったのと同じぐらい重要なことだと思います。

提案ですが、学内にも各研究室でいろんな研究をやっている、こういうのが進んでいるというのでテーマがあると思います。それと全国の卒業生がこんなことをやりたいというのがある。それをマッチングさせるような機会を、オープンラボのほうで持っていただけたらと思います。

もう一歩進んで、学内で非常にいいなと思っているのは、若い研究者の研究テーマに研究費を学内から出して研究できるような、賞があるんですけども、学外の若手研究者からのアプリケーションを研究費のかたちで返してあげるような、そういうかたちで学内もマッチングしたテーマが育っていくようなことがあってもいいんじゃないかなと今思いました。

矢田 俊彦 ・座長

今、輿水先生から具体的な提案がありました。すなわち地域の卒業生、それから大学、それぞれやりたいこと、できることということがあるわけですけれども、そのマッチングを取るような機能を大学、オープンラボを中心として持ってもらいたいと。

さらには、それが実際に研究として立ち上がったときには、優れた研究に対して、研究費をサポートするようなシステムということでおろしいですか。

皆さん、こういうことがあるといいとお考えでしょうか。これについて、ほかの先生方は。

為本：生化学の為本ですけれども。

地域で臨床をやっている方がいろいろ、これが面白いというか、これに興味があるというふうに思っても、その研究の枠組みというか、実際にどのようなタイプの患者さんの件数を何件ぐらい集めて、集めるデータとしては何と、何と、何のデータを集めるとか、あるいは検体としてはどういう検体を、どういう条件で集めておくかとか、そういう具体的な計画とか、戦略みたいなものはやっぱり忙しい臨床をやっている中ではなかなか出てこない。

そうすると取りあえず何かを始めても、後で振り返ってみると、あ、この検体がないとか、このデータがないということが結構ネックになってしまいかと思うので、こういうのが面白いんじゃないかなというアイディアのオーダーを思いついたときに、そうやって研究をされている先生が、じゃあこういう計画でデータはこれと、これと、これを取って、検体はこういう条件で、こういう検体を集めておきましょうみたいなことの、計画のお膳立てをしてあげるようなシステムがあると、より有効に機能するのではないかと思うんです。

研究のネタを外から、ちょっと地域でこういう研究をやりたいんですけど、大学はサポートしてもらえないですか？ みたいな、研究の枠をしっかりと持ち出して、ドーンと持ってくるような人が地域にいてくれるかというと、そういうわけでもないので、オーダーといいますか、こういうアイディアでこういうのをやりたいんだけど、具体的にどういうふうに詰めましょうかという、そういうアイディアをもう既にその段階からサポートするというか、相談できるようなシステムがいいと思います。

苅尾 七臣 ・座長

なるほど。それは非常に重要なところですね。

例えば、地域からこういうのをやりたいという大きな漠然としたテーマがあって、そして先生がこういうところの強い部分を非常に、ST2とかのこういう強い部分を持っていると。

しかし、それを全体の枠の中でどう臨床的なユニットを作つて生かすべきかと、その生かす方法をきっちり専門家同士が、大学における人の科の臨床的な教室も含めて複数の人で、例えばこれをどういうふうなかたちで研究としてやればいいかという、そういうコーディネーションというか、企画というか、ピアレビューも含めて、それをどこまでやる、そういうシステムができたらいいかなというふうに思います。

それはどういうことかといいますと雑木を、細い花をたくさん挿すよりも、複数の人できちつとしっかりとしたものを持つて、大きな花を咲かせていくという、そういうことにもつながるかなというふうにも思うので、やはり1対1の研究者同士を合わせるということに加えて、さらにもう少しそういう研究をして何とか2つの興味が合ったと。そこに、さらにもう少しそれを膨らませるような、そういうシステムを大学につくるべきだという、そういうご提案というふうに、それも一つの解決法かなというふうに思います。

為本：もう一点だけちょっと発言させていただきますと、例えばバルプロ酸がHDAC阻害作用があるという、その間中先生のお話ですか、それも興味があるんですけど、例えばバルプロ酸をてんかんの対策で飲んでいる患者さんは非常に多いと思うんですけど、その中で、じゃあ全員が糖尿病を起こすかというと、そういうわけじゃないので。

そうすると、例えばバルプロ酸を飲み始める前と後にGTTをやって、インスリンの初期分泌はどうかというのをデータを取つておけば、初期のGTTの結果で、この人は将来バルプロ酸を飲み続けることによって糖尿病を起こしてくるのかどうか予測ができるかどうかというのが検討ができるかと思うんです。

それにはやっぱり、例えば精神科とか神経内科でてんかんの患者さんがたくさん来ているところで、そういう医師をもっと集中して集めないと、これはできないかと思うので、やっぱりこういうアイディアの取りまとめ方というのも必要かと思います。

苅尾 七臣・座長

アイディアと、またもう一つは展開の仕方ですね。ここまでで、これで絶対出るような条件下でこれをやって出なかつたら、ちょっとそれはやめておこうかということでも一ついいかなと思うんです。

そこである程度の結果が出たときに、さあ、次の展開としてどういうふうに発展、どういう枠組みで臨床研究を展開したらいいかということも含めて、長期的な一歩、一歩という、時間軸も合わせたような、そういうことをディスカッションしていくような、それはなかなか複数の人でないとできないと思うんです。そういうことを一つのシステムとしてつくつたらいいかなというふうに思いました。

矢田 俊彦・座長

今為本先生からご指摘があつてバルプロ酸、例えば糖尿病が本当に悪化するかどうか、臨床の

ところでテストするようなことにつなげていってはどうかと、苅尾先生からもそういうシステムということをお話がありましたけれども、間中先生、どうですか。具体的にそういうようなことに。

間中 一至 ・発表者

個人的にも非常にバルプロ酸のことで言ってしまうと、バルプロ酸自体はもともと長期投与を前提にしていまして、大学院4年だけで臨床研究というのはちょっと難しいかなというのは思っています。

あと、本当にてんかんの症例とか、それは少數、それも例数がそんなに多くないので、ここでやっていくにはちょっと難しいのかなというのは思っています。

矢田 俊彦 ・座長

それについて、今先生がご自身で残りの年限でやるのは難しいかなという正直なところですけれども、もう少しこのシンポジウムでの長期的なシステムという観点からその点については何かありますか。

例えば、苅尾先生から一つのチームとしてというお話もありましたけど。

間中 一至 ・発表者

わたし1人で終わるのではなくて、例えば精神科に戻った後にもどなたかにつなげていく、つながりのある研究ということが充実していると本当はいいかなとは思っていますが、ただ、それの手掛けりというのをどのようにしていくのか、ほかの人をどう取り込んでいくかと、そこら辺のやり方がちょっと分からないので、難しいんじゃないかなと思います。

苅尾 七臣 ・座長

そういう後輩や、自分なりに面白いと思ったことは、みんな例えはあると思うんです。それを人に伝えていくとか、そこはやはりなかなか難しいところですよね。

こういうふうな方法でシステムを伝えていったら後輩が、ちょっとしんどいことはなかなかやるのは難しい、今の時代になってきておりますけれども、何かこういうふうなことで伝えていったらいいんじゃないかなとか、そういうふうなことは何かありますか。

松田：いいですか。

苅尾 七臣 ・座長

どうぞ。

松田：宮崎19期卒業の松田といいます。

幾つかあるんですけど、先ほどの為本先生のご意見とかも、今のご意見なんかも含めて、オープンラボのホームページなどがあるんだったら、例えば生化学教室とか、いろんな新しいペプチ

ドを見つけたとか、こういうのを測ったら面白いかもしれないよという、パスワード付きでもいいから、いろんな情報がパッと見られるようになっていれば、取っつきやすいかなと思いました。

それと今のご意見を僕も言おうと思ったんですけど、1つで終わるのではなくて、こういう結果が出たから、次はこういう研究課題が、こういうことをやったら面白いかもしれないよという提言とか、そういうのが見えたなら。見えるような情報の発信の場が、もうこれだけインターネットが発達しているので、あればいいかなと思います。

それと僕は宮崎出身ですけど、義務年限中は、ずっと外科医をやっていたんですが、何を思ったか病理にいって、そのまま外科で病理をやっていたら何げなく、いつの間にか血栓症に入って、今は病理と血栓症の研究をずっとやっているんですが。

と思ったら、そのまま自治医大卒業ということで地域、それこそ今全国的に立ち上がっている地域医療学講座を宮崎に立ち上げることになって、今頑張っているんですけれども。

まず、これだけ自治医大が大きくなつて、その中で自治医大卒業生が全国の地域医療学講座でスタッフとして配置されていく中で、そういう全国の地域医療学講座などともうまく連携できれば、さらにまた発展できるんじゃないかな。

例えば距離の問題がありますけれども、あるバイオマーカーを測りたいとしても地域ではパッとは測れない。しかし、自治医科大学が主導となって全国の地域医療学講座を利用して近隣の卒業生をフォローすればいいと考えます。

だから全国にちらばった人材を有効利用した「オール自治医大」体制などを考えていくべきではないでしょうか？

矢田 俊彦・座長

先生から2つお話があった、まず第1の方は、先ほど地域からこういうことをやりたいという希望を大学に持っていくという提案がありましたけど、それと逆方向の、大学のほうで例えばこんな遺伝子、ST2がありますよとか、こんなペプチドが見つかりましたよ、こんなことをやっていますよとか、そういうものをどんどん発信して、地域から簡単にアクセスできるようにしてほしいということかと思います。それは皆さんもそういうことをお考えであれば、ぜひそれを提案していくみたいというふうに思います。両方からのニーズとかリクエストを双方向から見て、そこから新しいプロジェクトをスタートできれば大変素晴らしいかなと思います。

それから第2点目ですけれども、自治医大の出身者でいろんな大学で教官になっている方などを含め、いろんなところで活躍しているので、そういうものを含めた「オール自治医大」ということで協力体制を組むというご提案ですよね。

そうすることによって、自治医科大学と遠方の宮崎、鹿児島、北海道とかそういう考え方じゃなくて、もっといろんな研究協力体制が組めるんではないかということかと思いますけれども、それは大変非常に貴重な提案だと思います。

この点に関して、皆さんは何かございますか。どうぞ。

松永：22期生の鹿児島県卒業生の松永と申します。

つい先日の9月1日から臨床検査医学講座の病院助教として帰ってまいりました。実は昨日22

期生の同窓会がありまして、いろんな人たちと飲んできたんですけども、そういう中で義務年限を明けてすぐの人たちが非常に多く今自治医大のほうに帰ってきております。

そういう人たちを話をしていると、わたしは研究者の一端っこの、末席で今回入らせていただいたんですけども、同級生のなかでまだ研究をしようというマインドの方があまりいないと。実は15人の同級生が自治医大のほうに入ってきてるんですが、そのような状況であるときのうの時点で考えました。

苅尾先生のところの循環器のレジデントや、消化器のレジデントで入っている人たちも多いんですけども、やはり大学に帰ってくるからには臨床でピカーになることを目指すのはもちろんなんですが、研究をやらないといけないんじゃないかというふうに考えます。

そういう、まだ研究のマインドがない卒業生も帰ってきます。そういう人たちもやっぱり巻き込んでいかないといけないんじゃないかなと。今言っていましたけれども、「オール自治医大」と、オールジャパンという考え方で動くというのは非常にいいことだと思います。

為本先生のほうから非常にいいお話があったんですけども、地域でその研究の種を何でもいいからポンと出してもらって、それを取りまとめて研究のデザインをある程度つくった上で、こういうふうにやったらどうかというふうに返すというのは、非常にいお話しだなと思ったんです。

われわれのような、今義務年限を終わったばかりで帰ってきた連中をうまく使っていただけないかなと。そういう種が大学のほうに挙がってきた時点で、それぞれの部門の教授に振りわけられると思うんですけども、その時点で卒業生に、こういうふうに地域で考えている人がいるんだけれども、マンツーマンでちょっと研究をデザインしないか? というような「振り」をしていただけると、もっといかたちで研究ができるんじゃないかなというふうに、今聞いていて思いました。

江口：それともすごく関連する話なんですけど、その2番の問題点ですよね。研究実現のための問題点というのは、実は皆さん大学を卒業して地域に行って、医者になるのに精一杯研修するわけなんですけど、もうそのときにはほとんど、たぶん研究ということは頭から抜けてしまっているんです。

実際に研究員だとか、そういう実地の臨床をやれる病院というのは、そういうことをやっている指導者の先生というのはほとんどいないと思うんです。実際いる場所にはいるかもしれませんけど、わたしのいた県立病院ではそういう臨床研究をやるような人はほとんどいなかったです。実際そういうのはおそらく全国的なことだと思いますので、そういう人材を育てるという、次の世代につなぐというのも含めて、やはりまずしっかりすべきは大学ですよね。

大学で矢野先生がその成功例であるように、セミナーを開くなり、研究の魅力というか、これで研究すればこんなに面白いんだよ、地域医療がこんなに楽しくできるんだよというものをもつとしっかりと大学が伝えていかないといけないし、その後、その研修をやっている間でも、あんなことをわたしは大学から発信したよと。

例えば地域でこんな人がいて、こんな研究をして、アメリカの学会で英語で発表したよとか、そういうことを、成功例を定期的に出したりしてモチベーションを保たないことには、地域にいくら種があっても、それは誰もやらないわけです。

そうするといつの間にか義務年限が終わっていて、義務年限が終わって帰ってきても、なかなかやり方が分からぬということも生じます。さっき松原先生がおっしゃいましたけど、やっぱりケースレポートとか、小さい臨床研究を練習しておかないと、いきなりはできないんです。

わたしも非常に小さい、50例ぐらいの研究で1つ目の論文を書いたんですけども、そういう小さな研究でまず基礎を積んでおく。それで大学院とか、義務年限を終わった後とかでもそういう研究、ある程度基礎ができている人はパッといけるし、できていない人は基礎からやり直すということになりますので、やはり地域医療というのは結構時間もあるものなので、そこでしっかり練習して、その練習で一つ一つ研究の方法や論文の書き方の基本を積み重ねていくというのが非常に大事なんじゃないかなと思います。

苅尾 七臣・座長

そうですね。一つはそういうシステムと、もう一つはチューター性みたいなものですよね。さっき先生が言われたように、帰ってきた人は僕たちも直接全員に教えるというのはなかなか難しいので、その直接の人を指導しながら、さらにその人が教えてもらったことを次に伝えていくということ。

それは1人が5人教えれば、その人がまた5人教えてという、それをケースレポートの段階、または本当に小さい段階からちょっとずつ、こう種を植えたら水をやりながら育てていくように、その段階から既に学生のときからその興味を覚えさせて、そして義務年限期間中からも絶えずインタラクションしながらという、そういう師弟関係というか、チューター関係をつくるようなことをもうやっておくべきだろうという、そういうふうなことですね。どうぞ。

佐々木：愛媛1期の佐々木です。

自分は診療所を中心とするへき地勤務をずっとやってきましたけれども、あんまり研究らしいことはできませんでした。当時地域医療学教室でやっていた小児の高血圧のトラッキング現象とか、地域のデータを基にまとめ上げるというような研究に参加協力してきたという程度にとどまっています。

今どんな卒業生にも通じるテーマという話があったので発言します。僕は、卒後8年目に、65歳の女性患者が、GTT（糖負荷試験）の結果、糖尿病型であったことをお伝えした、翌日自殺をしてしまったという苦い経験を持っています。

それ以来、僕は医者・患者関係とか、患者さんに対する病名のフィードバックの仕方、患者さんの心理社会的な背景をどのようにとらえていくかということがとっても大事であることを痛感しています。そして自分のテーマとして医者・患者関係とか、コミュニケーションにこだわるようになり大学に帰ってきてからも学生にそういうことを伝えてきました。

地域での仕事というのは生物医学的な問題だけじゃなくて、地域の公衆衛生的な問題も非常に重要になってきます。

例えば目の前の患者さんの喫煙行動を例にとると、たばこをどうやってやめさせるかというようなことから始まって、学校医の仕事として児童に将来たばこを吸わせないようにするための、子供たちへの介入をどうするかというような仕事が見えてきます。

それから地域の健康増進も大事な診療所の仕事として、入ってきます。ですから、そういうた教育的な介入の効果がどうなのか、教育の在り方はどうなのかというテーマも、すごく立派な研究テーマになり得るというふうに思っています。

このような公衆衛生学的な研究は、実際臨床の各教室にいらっしゃって臓器別の研究課題を解明している先生方にはなかなか難しいと思います。したがって地域医療学センターの先生方とか、精神科の先生方へのお願いということになるかもしれないけど、もっと学際的な、心理社会的な研究テーマも開発していただきたいと考えています。

それともう一つ、さっき矢野先生もおっしゃったように、3年目からいきなりへき地の診療所に出ていく先生も多いと思います。愛媛県もそうですけれども、そういうたときにはどういったまなざしを持って地域での仕事をしていったらいいかということを自覚していることが大切だと思います。各臨床研修病院の指導医の先生は、そんなことは指導してくれないと思う。どういうケース、症例がケースレポートとして面白いかという視点は、何とかの一例みたいなただ症例自体が珍しいというまなざしだけではないでしょう。ありふれた病気であっても発症の仕方がとても面白かったとか、臨床経過がとても面白かったとか、いろんな切り口があると思うんです。

ですから診療所に出たときにまず自分のパフォーマンスレビューといいますか、診療内容の記録（モニター）を残しておくことが重要です。自分が診ている患者さんはどういう患者さんであって、例えば時間外にどういう患者さんを診たかという記録です。

松原先生が初期の『月刊地域医学』に離島での時間外の患者さんを詳細にまとめた結果を報告しておられました。とにかくすべての時間外の患者さん、救急の患者さんについての記録を取って、それを並べられたと思うんです。

そういうたパフォーマンスレビューといいますか、自分が診療所でやっている仕事をきちんと記録してみる、そのことがまずとても大事で、そこから展望が始まると思うんです。

まずモニタリングから始まって観察研究にいき、そしてケースコントロールとか、コホート研究に、というふうになっていくと思うんですけども、その手始めとなる観察研究の場としてへき地の診療所の仕事というのはとても面白い。

「Practice-Based Research」ということばがありますけれども、自分のプラクティスをまずちゃんと振り返る習慣を付ける。そのためのまなざし、モニタリングのフォーマットについて3年目に診療所に出る前に、財団の研修会等で扱ってもらいたい。そうするとへき地の診療経験は、研究テーマを見つける上でも無駄なものとは決してならないと思います。

苅尾 七臣・座長

なるほど。テーマ設定においては、先生の言われたことは各大学だったらその臓器、臓器とか、その物質、物質だけにかかわらず、やはりもう少し広い視点で社会、精神心理因子を含めてそういうテーマというのをしっかりと目の前、今後地域に行ったときには大事なことであるから、そこも忘れずにという、そこも大事なテーマであるという、そういうご指摘ですね。

でも、まさしく本当にそれは非常に大事で、今臨床は臓器の連関というふうに。腎心連関であるとか、そういうのも大事ですけど、やはり脳そしてまた精神、それがどう臓器を連関として状態を悪化させるかということは非常にやっぱり大事ですので、これからもう自治医大が大学を挙

げて取り組んでいくテーマとして、脳、臓器連関というのは矢田先生も非常にそれは重要というふうにお考えになられるので、大事なことだなというふうに思います。先生、どうぞ。

半田：山形13期の半田と申します。

私は今は医院を開業しておりますが、いろんな状況の中で、興味深い患者さんに会ったときに、それを果たして発表しようか、研究に持っていくべきかといったときに一番問題になるのが、やっぱり文献検索だったりするんです。

では、本当に今発表するに値するかを判断するには、まず文献検索をしなくてはいけないんですが、インターネットで検索しても、フルペーパーにするには費用が掛かるとか、それから『医学中央雑誌』を読むには月々の使用料が要るというようなことで、“もの”になるかどうかかも分からぬのに、費用が掛かるので、結局文献検索をしないことがあります。

以前ですと、私は山形大学に所属していたので、文献検索をして山形大学の秘書さんを通し、フルペーパーを取り寄せることができたんですけども、大学から一歩離れ、なかなかそういうこともできにくくなってきた状況です。

今の自治医科大学で、卒業生に対し、義務年限内は無料で、義務明け後はいくらかの費用を払い、大学を通して文献検索が出来、フルペーパーが引き出せる権利が与えられれば良いと思います。

また、『医学中央雑誌』も大学を通して使用できるシステムがあると、地域にいてもなお今、自分のやっていることが本当に意味があるか、報告する価値があるものかどうかということが判断しやすくなるんじゃないかなと思います。

非常に卑近なことではありますが、実際文献検索からすべてが始まるのに、いざ大学から離れてみるとなかなかできなくて、非常にとまどっているような現状があるものですから、文献検索や、コピーサービス、フルペーパーをダウンロード出来る権利が、自治医大を通して得られれば良いと思います。

ちなみに、ある企業では、社員が文献を調達するときに、会社のコンピュータを通し、いろんな雑誌のフルペーパーがすべてダウンロードできるというんです。

ですから大学を通して、そういう文献をダウンロードできるような権限が与えられれば、地方にいる卒業者は大変助かると思います。

矢野裕一朗 ・発表者

先生、よろしいですか。

実は図書館に入れば、僕も今しているんですけど、年間に4,000円ぐらい払えば大体の文献はダウンロードできるんです。これは先生、私が先生の話を聞いていて思ったのは、これは僕がきょう地域ラボの活動についてすごく驚いたのと一緒に、やっぱりわれわれは情報を結構知らなさ過ぎるんです。

なぜかというと正直、こういうことをまた言ったら怒られるかもしれないんですけど、僕らは自治医大のホームページにアクセスして見るという動作が、果たして卒業生は何人やっているのかなと思うんです。

ですから、私はメールが「jichi.ac.jp」なので自治医大のメール、例えば誰先生がテレビに出ますよとか全部入るんですけど、僕はもちろんプライベートの問題はあるんですけど、ただ勤務先を全部把握しているぐらいですから、やっぱり田舎に行った地域で、「jichi.ac.jp」じゃない人たちに知らせるような、そのマーリングのシステムができれば、例えばそれで地域オープンラボからこういう、例えば生化学の誰々先生がこういうたんぱくの面白いのを見つけました、こういうのもいかがでしょうかという、もちろん倫理委員会を通してからですけれども、そういう情報発信を。文献でお困りの人はここに入れば年間4,000円でできますよとか、そういう情報の発信があるといいんじゃないかなと。意外と僕も含めて情報を知らないんです。

ですから能動的に情報を知る、それが一番いいんですけども、受動的にやっぱり情報を知る、そういう手段があれば、なおベターかなというふうに私は思っています。

半田：知らなくて、失礼しました。

矢田 俊彦・座長

今ディスカッションにありました点は地域において、例えば文献を始めとしていろんなこと、思い付いて急に思ったことを始めようとしても、いろんなプロセスを経ないとできないわけですが、それがなかなか得にくい状況があるということ。これは一例として文献のことをお話くださいましたけれども、そういうものに対して大学として特に卒業生に対してはそういう情報を有効に安く提供できることも考えていくことの提案と受け止めさせていただきたいと思います。

それから、その前に愛媛県の佐々木先生からお話がありましたように、例えば循環系の大規模臨床研究とか、がんの研究とかいうメジャーなもの以外にも、特に地域でのソーシャルなサイコロジカルなことを含めたことが重要であるということも考えて、そのような研究の準備態勢のサポートシステムも考えてほしいということだと思います。

ですからメジャーなものを、一つ打ち出すということの重要性は先ほどから何人の先生方からもありましたけれども、同時に、より小規模ないろんな研究課題についても提案をいただいて、それに卒業生が応えるシステムということがきめの細かい、そして多くの卒業生が参画できるものかと思います。

ディスカッションは本当に尽き……。そうしたら、先生に最後にお願いします。

中村：3期生の大坂の中村です。わたしは予防とか公衆衛生の分野で仕事をしております。国の研究班の主任研究者などもしておりますけれども。

きょうお話を聞かせていただいている、確かに今までの議論は卒業生が全国に散らばっていて、一定の研究者としてのトレーニングをしていく、また研究者として論文を書いたり、またそれを発表していくことの支援として、大学がどういう支援をしていったらいいかということで、それは意味があると思うんですけど、ただ、それだけではほかの大学とほとんど変わらないです。

全国ネットのデータが集められるというのは、ほかの大学よりは有利かもしれないけれども、ただ、自治医大の10年後、20年後を見据えたときに、さすが自治医大やなとか、自治医大ら

しいなということにはならないかなというのが、残念です。次のステップとしての課題なのかもしれないんですけど。

きょうは、もうちょっと夢のあるような話が聞けるかなと思っていたんです。きょうはどちらかというとスタッフというか、関係しておられる方が臨床研究、また基礎研究なので、そちらの視点での話になっていたんですけども。

やっぱり自治医大というのは地域医療をやっていて、佐々木先生もおっしゃっていたように、その中には健康増進とか予防のこともあり、また介護の問題もあり、そういうのをトータルに地域医療としてやっている大学なので、それらの範囲の中での研究をしていくのが自治医大らしいし、そのデータは地域に根付いているという、そういうものがまず大きな方針というか、理念としてやっぱり確認しておかなくちゃいけないんじゃないかなと思うんです。

例えば、こんなことはできるかどうか分からんんですけど、大学をあげての研究として、各道府県、のどこか1市町村を設定して、モデル的な保健医療福祉サービスを大学と卒業生を中心になって取り組みながら、その住民はきちんとずっと追っていって、その中でこういうネットワークの研究なんかもやっていくということにしたほうが、時々刻々変化する保健・医療・福祉の問題に応えられるんじゃないかなと思います。

もちろん病院とかクリニックで、患者さんの登録というようなことも考えていくべきだと思いますけど、これから10年、20年たったときに、その臨床研究、また基礎研究も含めてできるよう、そういうプラットフォームをもう一度つくっていくことをこの機会に考えたらいいかなと思います。

そうすることでネットワークの基盤が構築できると思いますし、個別のテーマの研究もそのためにわざわざネットワークを構築しなくても済むようになると思います。そういうことで、きょうはもう少し夢のある研究の今後の在り方が議論できればいいかなと思っていたんですけど、きょうは時間がないので、次の機会にテーマとして設定していただいたらありがとうございます。以上です。

中村：関連していることで、ちょっと発言させてください。静岡の21期の中村と申します。

自治医大、地域医療のフォーラムということだったので、この地域医療、特にさっきの5番の「成果をどこに還元するか」という点に対して、より社会に還元するようなことを大学に提言していきたい。

つまり、社会に還元すること。例えば一つ地域医療の抱える問題の中で、医師格差、医師の偏在、地域偏在なんていうようなのは最初にお話も出ました。そこに対して政策としては医師を増やす、1.5倍に増やすとかとなっているけれども、これまでの研究でへき地、過疎地には医者は増えていなくて、医者が増えているのは都市部だけなんていうことが実際、今までのところであるんじゃないかというような研究が幾つか出ているようだから、じゃあへき地で医者を増やすにはどうしたらいいだろうか。例えば総合医であるとか、へき地中心であるとかというようなことが幾つか研究が出ていましたが、これも政策に訴えるとか、社会にこういう結果ですよというようなことを訴えるようなことも自治医大としてやっていくということを提言の一つとして最後に発言させてもらいました。ありがとうございました。

矢田 俊彦 ・座長

議論と、そしていろんなご意見、非常に貴重な提案がたくさんあります。まだ議論のさなかというところなんですかけれども、残念ながら時間が16時までということになっております。

それで、ここでこの部会としての一つの方向性をまとめて、全体会議に提出することになっております。今までの、皆さんからのご意見、ディスカッションを基にわれわれである程度まとめ、コンセンサスというところをスライドのかたちでまとめてみました。では、先生。

苅尾 七臣 ・座長

研究テーマとしては地域で重要なことを行うと。多い疾患として扱って、それは生活習慣病、そして心血管疾患、そしてがん。やはり解決していない問題としては高齢で、特にその中で総合医的な視点に立つ精神、社会的な因子というのも扱っていくというのが大きな、今後の日本で重要なテーマではないかなというふうに考えると、ここに関してはいかがでしょうか。一応最後までいきますかね。

あとは手法としては観察研究、介入研究と、また、それと並行した個別研究というのがあると思うんですけれども、個別研究に関しては医師個人の持つ独自の視点と、大学のコア研究との連携を生かすということが重要だろうと。

そして疫学観察、介入研究としては自治医大の総合的なプログラム研究というのでJMS2研究というのを今大学のほうでは考えております。これはポスト COE、またゲノムバンクで構築した、またJMSコホートの発展、そして観察研究、介入研究に発展させる研究です。

そしてまた、われわれが行っております循環器の研究というのも生かしながら観察、介入研究というのを、これを一つのみんなが共有するようなものとしながら展開し、そしてその個別研究としてはオープンラボを相談窓口として個別のテーマと、各科の指導者、これは科にかかわらず有志で見ていただいて、それを調整し、困難な問題というのを一つ、一つサポートしてもらえるような、そういうのをオープンラボとしてつくれば、設けてもらったらというふうに、提案したらどうだというふうに思います。

矢田 俊彦 ・座長

ここで先ほど提案があった、マッチングの機能ということを、当面はオープンラボで検討いただくという。

苅尾 七臣 ・座長

あとは情報の発信というのを絶えず地域および、学内へ最新テーマというのを発信するということが必要だろうと思います。

あとはネットワークと育成として、やはり研究指導を行うような学内、地域指導者の育成ということの観点から、地域から大学、また大学から地域への人の流れができ、そして地域医療が活性化して、それを通じて医師不足も解消につながっていくのではないかというふうに考えて、こういうのを提案してみたらどうかなというふうに考えております。

具体的にはこういう有志、これはもう全員にやってくれと言ったって、なかなか難しい面があ

るかもしれませんので、まずボランティア。有志の受け皿となるような地域連携の研究課題の指導者を出していただいて、そしてオープンラボにそれを登録してもらって、そこから情報を発信してもらうと。また、地域からオープンラボではそういう地域からの要望を受け付けるシステムをつくると。

もう一つは、この共同研究というのは個人のマッチングだけではなくて、その企画そのものをきちんとピアレビューで評価し、そしてより重厚なものにするような企画を行うようなグループ。そして、またそれを評価するようなシステムの設立というのが大事なのではないかというふうに考えられます。また、大学の事務にも地域連携の窓口という、そういう開設なんかもしてもらって大学からのサポートも得ると。

あとは5番目としては出張や、その指導に対する大学からのサポートシステムとか、そういう場所が離れているところへも支援できるというのを、双方向への支援というのが大事なのではないかというふうに、こういったことを提言できたらというふうに思います。

大学への要望としましては、事務職員をちょっと増やしていただいて、あとは学内宿泊施設の充実、そして交通費、滞在費の支給。成果を上げている研究への研究費の配分ということも含めて、考えていただいたらというふうに考えます。以上が今ちょっと聞きながらまとめたり、また加えたしたものです。

矢田 俊彦・座長

この具体的な提言そして大学への要望ということで5項目、4項目挙げましたけれども、きょうの議論の中で抜け落ちているもの、ぜひこういうものを挙げていきたいというものがございましたら、どうぞお願いします。どうぞ。

尾仲：私は神経脳生理学部門に属して基礎医学の教育研究を行っています。皆様方からサイエンスの大しさをいろいろと指摘して頂きました。このサイエンスの基本的な枠組みを学ぶ機会があるといいのではないかと思います。サイエンスを学ぶには、具体的に実地で行うのが一番です。これには通常長い時間がかかります。ただ、基礎医学の研究の場合、短期間でも集中して行う時間があれば、テーマによっては、研究計画を立案し実験しデータをまとめて発表するところまで可能です。こういう成功体験を行うことでサイエンスの枠組みを学ぶことができます。

これを行う時間が卒業してからあれば、もちろんそれでいいのですが、なかなか現実には困難だと思います。ですので、比較的時間の余裕のある学生時代に、意欲ある学生さんに対して基礎的な医学研究を行う機会を提供できればと思います。学生時代に研究を行うことにより、知識の詰め込みだけでなく、サイエンスの基本が身につき、卒業してから役に立つのではないかと思います。

これは私が基礎医学者であるから提案しているわけではありません。例え、将来どういう医者になるにしても、サイエンスの見方というものを少しでも体験していると、臨床的な研究を行う上でもあるいは医療を実践していく上でも役立つのではと思います。臨床的研究は長期間かかり学生の間でまとめることは通常困難だと思います。現在でも学生カリキュラムはかなり過密になってしまっており、時間的側面から言って基礎医学研究の方が教育に取り入れやすいのではと思います。

現在の教育はかなり臨床を重要視したカリキュラムになっています。学生教育、特に基礎医学教育にサイエンス、研究という側面を取り入れることを提案させていただきました。

矢田 俊彦 ・座長

先生、どうもありがとうございました。今の関連で？

松原：もう30秒で終わります。公式文書ですので。

6番は賛成です。僕も言おうと思っていることなんですが。5番なんですが、「双方向出張指導・論文作成指導等に対する」というのを入れていただけませんでしょうか。

僕は論文作成指導、ケースレポートなどの作成指導は今でも大事だと信じていますので、その点を公式の文書に盛り込んでいただきたいと要望いたします。

矢田 俊彦 ・座長

今の松原先生、尾仲先生の点、よろしいでしょうか。では、拍手をいただけますか。

矢田 俊彦 ・座長

ほかにありますでしょうか。残りはあと1分ですけれども。先生。

宮道：先ほどの意見の追加なんですが。

愛知の宮道ですが、自治医大ならではの研究課題について、「何とかグリカン」についてはもうどうでもいいと思います。それはちょっと言い過ぎですけど、「地域ならではの研究の支援」というところを提言として入れておいていただけると、今後につながってくると思います。それから「地域の視点を盛り込んだ研究テーマの開発」という言い過ぎかもしれません、そういうニュアンスを提言のほうにも入れていただいて、どうしても大学目線で「何とかペプチド」じゃなくて、地域目線からの研究テーマの設立や、地域ベースの研究の策定、そういったことも提言に入れていただけると今後につながってきていいかなと思いました。

矢田 俊彦 ・座長

今の点は先ほど大阪の先生がおっしゃっていたこととも共通だと思うんですけども。

宮道：それは、まったく一緒です。

矢田 俊彦 ・座長

地域に根差した、地域目線の研究テーマの長期的な発掘、検討ということでよろしいでしょうか。

宮道：そうです。

中村（大阪3期）：最終的には地域医療の今後の充実のための行政施策への提言に役に立つような研究をやっていかなくちゃいけないと思います。それが僕は自治医大だと思うし、自治医大は地域が患者さんだという、その視点を忘れて目の前の患者さんの研究だけをやっていても、それはほかの大学と変わらないということなんです。

もちろん、基礎研究や臨床研究をやることも重要ですが、地域医療の今後の在り方に提言できるような、地域を対象とした研究を自治医大の研究の柱としてやっていかなくちゃいけないんじゃないかなと思っていますので、あえて言わせていただきました。

矢田 俊彦 ・座長

今お2人の先生からきちっとまとめていただいたとおりですけれども、地域に根差し、かつ行政提言につながっていくような、自治医大ならではの、そういう研究の方向性ということを入れたいと思います。

それでは、まだ尽きないんですけれども、これで時間がまいりました。大変貴重な、しかも熱心なご提案、ご意見をいただきまして、誠にありがとうございました。それではこれで一応終わりにさせていただきます。

矢田 俊彦 ・座長

これから全体会議のほうで、またよろしくお願ひします。

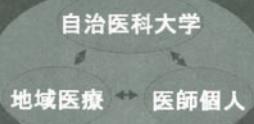
**自治医科大学地域医療
フォーラム2009**

**地域で働く卒業生と
本学の研究者との
連携をどう進めるか?**

**自治医科大学
循環器内科学
生理学統合生理学** 荻尾七臣 矢田俊彦

荻尾七臣、自治医科大学における地域研究の支援体制の在り方についての意見 月刊地域医療 1997; 11: 508-509.

自治医大における研究の発展



自治医大における研究の発展

荻尾七臣、自治医科大学における地域研究の支援体制の在り方についての意見 月刊地域医療 1997; 11: 508-509.

第2分科会

II-1. どんな研究を行っていますか

研究分類	割合
基礎研究	37%
臨床・疫学研究	44%
無記入	19%

内円 571人
自治医大卒業生
外円 128人
卒業生以外の大学教員

■基礎研究 ■臨床・疫学研究 □無記入

II-2. ご自身の研究を通じて地域医療に貢献したいと思いますか

回答	割合
はい	47%
いいえ	42%
無記入	11%

内円 571人
自治医大卒業生
外円 128人
卒業生以外の大学教員

■はい ■いいえ □無記入

II-3. 地域医療従事者と連携し、地域住民や患者に関する研究を行ったことがありますか

回答	割合
はい	40%
いいえ	34%
やってみたいがやったことがない	20%
無記入	6%

内円 571人
自治医大卒業生
外円 128人
卒業生以外の大学教員

■はい ■いいえ □やってみたいがやったことがない □無記入

II-5. 地域医療従事者と連携して行う地域住民や患者に関する研究について、何かやってみたい、もしくは興味のあるテーマはありますか

回答	割合
はい	52%
いいえ	27%
やってみたいがやったことがない	19%
無記入	2%

内円 571人
自治医大卒業生
外円 128人
卒業生以外の大学教員

■はい ■いいえ □やってみたいがやったことがない □無記入

II-7.これまで基礎・臨床・疫学研究などどんな研究でも結構ですが、研究をしたことありますか

Response	Percentage
ある	24%
ない	20%
やってみたいがやったことがない	28%
無記入	28%

■ある ■ない □やってみたいがやったことがない □無記入

II-8. 地域の現場において研究をしたことがありますか

Response	Percentage
ある	20%
ない	28%
やってみたいがやったことがない	28%
無記入	24%

■ある ■ない □やってみたいがやったことがない □無記入

II-10. 基礎実験(動物実験を含む)と地域での保健活動、診療活動とに関連があると思われますか

Response	Percentage
はい	12%
いいえ	32%
無記入	56%

■はい ■いいえ □無記入

II-11. 大学の基礎研究室との連携で地域住民、患者に関する研究を行ったことがありますか

Response	Percentage
ある	15%
ない	23%
やってみたいがやったことがない	28%
無記入	34%

■ある ■ない □やってみたいがやったことがない □無記入

II-13. 大学の研究室との連携で行う研究について、やってみたい興味のあるテーマはありますか

Response	Percentage
はい	10%
いいえ	50%
無記入	39%

■はい ■いいえ □無記入

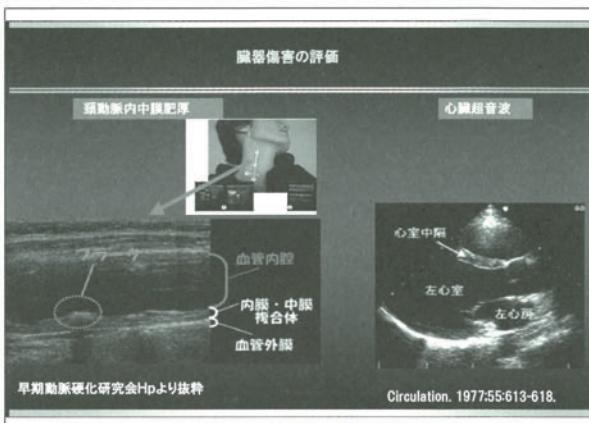
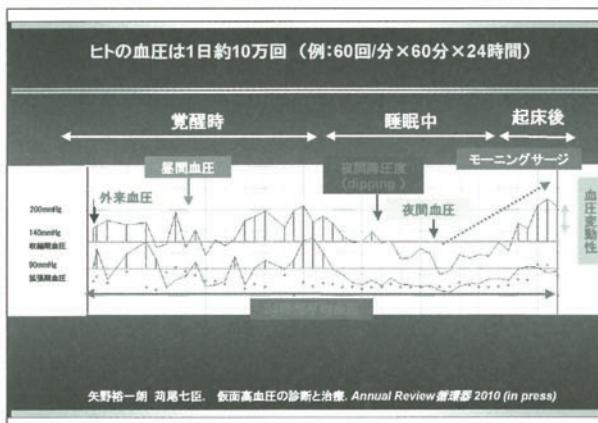
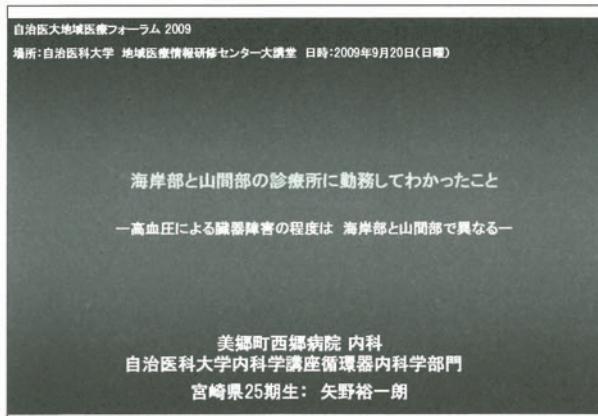
事前アンケート結果 研究をやってみたいがやったことがない: なぜか?

- 1. やり方、アプローチの仕方がわからない
- 2. 研究手法、解析方法がわからない
- 3. 指導者がいない・アクセスしづらい

自治医科大学地域医療フォーラム2009
地域で働く卒業生と本学の研究者との連携をどう進めるか?

1. 自治医大の特徴を活かした臨床研究
2. 臨床の場から発展した大学での基礎研究
3. 地域医療オープンラボによる研究支援システム

日本時間高血圧ネットワーク研究 (NICE9)
苅尾七臣 星出 聰 江口和男 石川鎮清 島田和幸
山口県: 松井 芳夫 (23期卒) JMS-1研究 J-CORE研究, JHOP研究
: 柴崎 誠一 (24期卒) JMS-1研究
: 志水 元洋 (26期卒) J-TOP研究
: 福富 基城 (27期卒) Preminent研究
広島県: 永井 道明 (26期卒)
JMS-1研究
: 宮崎県: 江口和男 (16期卒) JMS-1研究 J-TOP研究 Preminent研究
高知県: 石川 謙治 (17期卒) JMS-1研究
埼玉県: 甲谷 友幸 (20期卒) JMS-1研究
矢野 裕一郎 (25期卒) JAMP研究 J-META研究 J-TOP研究
佐賀県:



研究デザイン:
横断研究

対象:
40歳以上の高血圧患者連続618例
(2007年7月~2009年3月)

評価項目:
24時間血圧
採血、採尿
心臓肥大
頸動脈内中膜肥厚

統計手法:
SPSS version 16

倫理的配慮:
自治医大倫理委員会承認
同意書取得

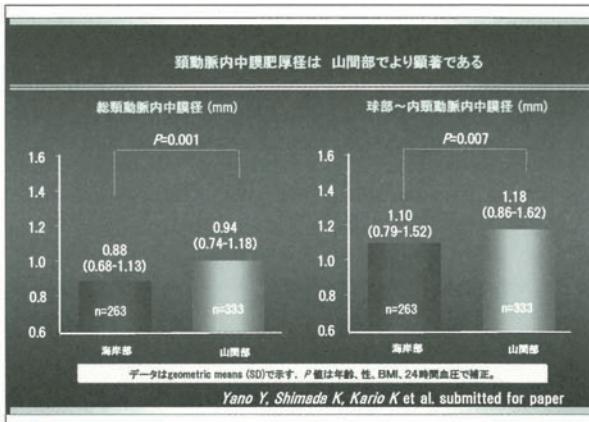
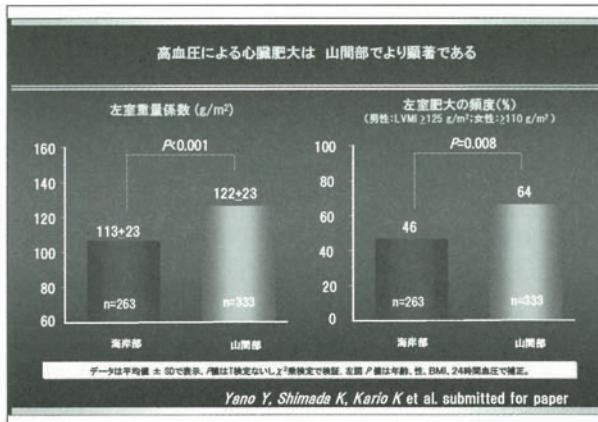
	海岸部 (n=263)	山間部 (n=333)	P値
年齢、歳	72.6±8.4	73.0±8.2	0.554
女性、n (%)	98 (37)	119 (35)	0.045
Body mass index, kg/m ²	24.4±3.5	24.7±3.5	0.390
ウエスト径, cm	86.0±9.6	84.0±9.0	0.009
喫煙の既往, n (%)	89 (34)	125 (38)	0.390
充血性心不全の有無, n (%)	68 (26)	94 (29)	0.460
高血圧治療歴, 年	9.1±9.7	9.4±9.0	0.739
高血圧治療の有無, n (%)	214 (81)	257 (77)	0.225
高血圧の種類, %	1.4±1.0	1.5±1.1	0.262
GFR値, mL/min	158 (80)	187 (56)	0.359
ACE 抗血漿, n (%)	28 (11)	44 (13)	0.377
ARB, n (%)	106 (40)	181 (44)	0.056
利尿薬, n (%)	50 (19)	64 (19)	1.000
α 遮断薬, n (%)	10 (4)	6 (2)	0.201
B 進断薬, n (%)	12 (5)	26 (8)	0.129
2型糖尿病, n (%)	54 (21)	47 (14)	0.047
スタチンの使用, n (%)	62 (24)	50 (15)	0.028
冠動脈疾患の既往, n (%)	16 (6)	11 (3)	0.116
脛血管障害の既往, n (%)	25 (10)	17 (5)	0.052

データは平均値 ± SDで表示。P値はT検定で算出。星印がついたものは独立t検定で算出。
Yano Y, Shimada K, Karlo K et al. submitted for paper

24時間血圧および生化学データの違い (海岸部 vs 山間部)

	海岸部 (n=263)	山間部 (n=333)	P 値
血圧測定			
24時間平均収縮期血圧, mmHg	135±15	133±14	0.080
24時間平均拡張期血圧, mmHg	76±8	76±8	0.010
24時間心拍数, bpm	67±8	66±7	0.068
生化学的検査			
空腹時血糖, mg/dl	103.6 (85.5-125.5)	102.0 (86.8-120.6)	0.357
インスリリン, μ U/ml	5.9 (3.2-10.8)	5.1 (2.8-9.4)	0.006
中性脂肪, mg/dl	99.8 (82.2-160.0)	97.4 (83.5-149.4)	0.521
Low-density lipoprotein, mg/dl	112.4±30.6	113.2±27.2	0.721
High-density lipoprotein, mg/dl	51.8 (40.4-65.5)	58.6 (43.7-73.3)	<0.001
高感度CRP, mg/L	0.58 (0.19-1.79)	0.54 (0.16-1.83)	0.430
ALMA, nmol/L	0.47 (0.41-0.54)	0.49 (0.41-0.57)	0.010
排泄24時間尿量, mEa/day	155.4±43.5	150.3±34.3	0.120
排泄尿量分取量, g per day	9.1±2.5	8.6±2.0	0.120
血清脂質			
Eicosapentaenoic acid, μ mol/L	70.9 (41.5-122.0)	83.2 (36.9-108.1)	0.010
Docosahexaenoic acid, μ mol/L	157.8 (112.9-220.5)	137.2 (100.7-186.9)	<0.001
Dihomo-gamma-linolenic acid, μ mol/L	25.6 (18.2-36.1)	27.5 (20.2-37.3)	0.009
Araachidic acid, μ mol/L	192.9 (118.5-195.7)	145.5 (116.8-181.2)	<0.010

データは平均値 ± SDで表示。P値はT検定で算出。星印がついたものは独立t検定で算出。
Yano Y, Shimada K, Karlo K et al. submitted for paper



心臓肥大の地域差は 血圧が高くなるにつれ より顕著になる

血圧レベル (mmHg)	n	平均値 ± SD
1st tertile (97-126mmHg)	86	103.6±20.7
2nd tertile (127-138mmHg)	80	113.6±25.2
3rd tertile (139-207mmHg)	102	135.8±19.7

Yano Y, Shimada K, Karlo K et al. submitted for paper

まとめ

海岸部のほうが内臓肥満、糖・脂質代謝異常が多く認められたにも関わらず
高血圧性臟器障害(心臓肥大、頸動脈内中膜肥厚症)の程度は
山間部に比べ軽度であった

血中脂肪酸分画の違い(海が血中EPA, DHAレベル高い)
酸化ストレスの違い(山がADMA高い)が機序として考えられたが
臟器障害の地域差を完全に説明しうるものではなかった

結論

今後、同じ日本の中での心血管リスクに地域差が存在するかを検証し
その機序および対応策について検討し
より元気で健康な長寿国:ニッポンを目指していく必要がある

自治医大地域医療フォーラム 2009
場所:自治医科大学 地域医療情報研修センター大講堂 日時:2009年9月20日(日曜)

地域で働く卒業生と本学の研究者との連携をどう深めるか?
地域医療勤務 義務内医師の立場から

美郷町西郷病院 内科
自治医科大学内科学講座循環器内科学部門
宮崎県25期生: 矢野裕一朗

私が地域で研究をはじめた動機

学生	研修医 (1-2年目)	地域へ (3-4年目)	後期研修 (5年目)	再び地域へ (6-8年目)
セミナー 大学教員との接点	Case reportの相談 臨床研究の開始 (全国の同級生と) 既存のデータベース 自治医大COEプログラム	臨床研究の開始 (全国の同級生と) 既存のデータベース 自治医大COEプログラム	他科との共同研究 全国全体の医学データの収集 自治医大COEプログラム	他医師・患者と 感じられる快感 社会的貢献、地域住民への 還元できる喜び

地域医療で研究する際の利点

医学研究の違い	
大学・都市部病院	地域医療
研究費・機材	>>>
スタッフ	>>>
動物実験	>>>
遺伝子・再生医療など	>>>
最先端研究	=
臨床研究	=
患者さんの協力度	<<
エンドトーキー	<<
生活習慣病に関する 研究	<
学術的価値	=

地域医療で研究する際の欠点

- お金、人手がない
- 何かやりたいけど、何をやればいいかわからない(相談するヒトがない)
- 何かやろうとしても、そこに常勤している上司の許可がおりない(自分の態度が悪い場合は別ですが。。)
- 採血してもこんな田舎では、回収しに来てくれない
- 誰か他の県で一緒にやってくれる自治卒業生はないのか?
(今ひとつ自信がない、寂しい)

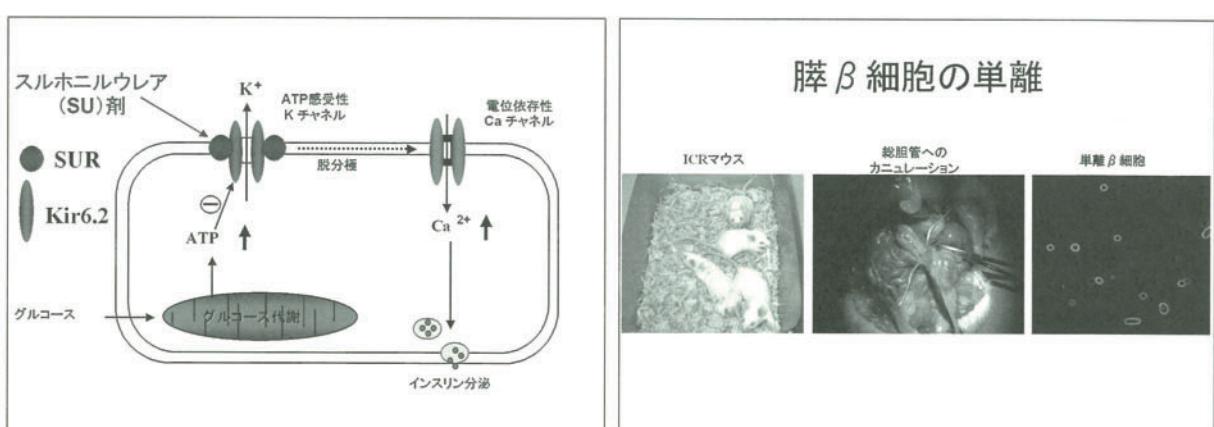
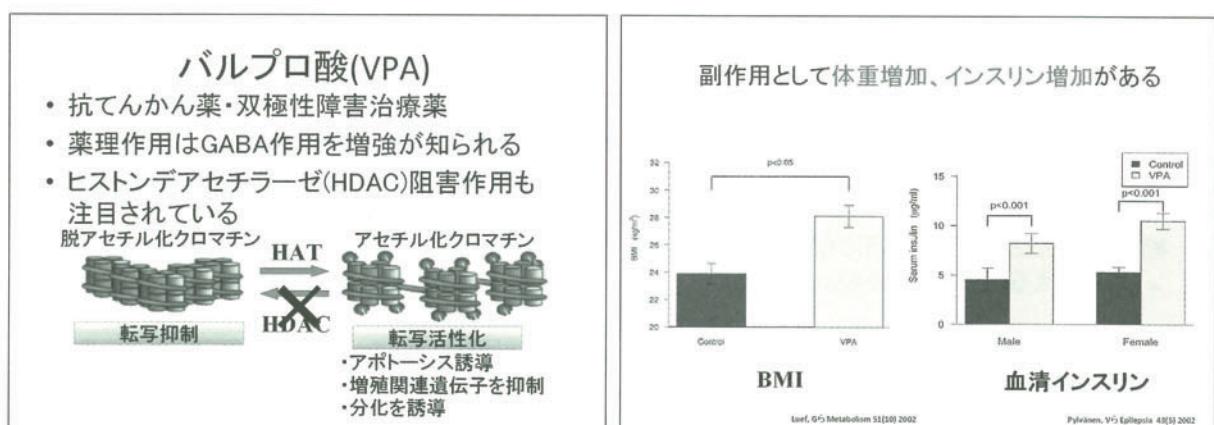
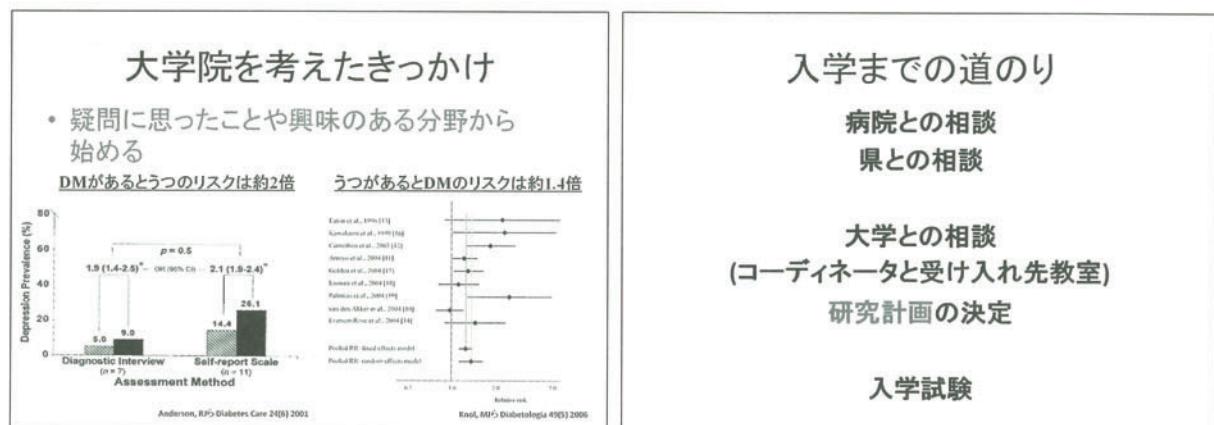
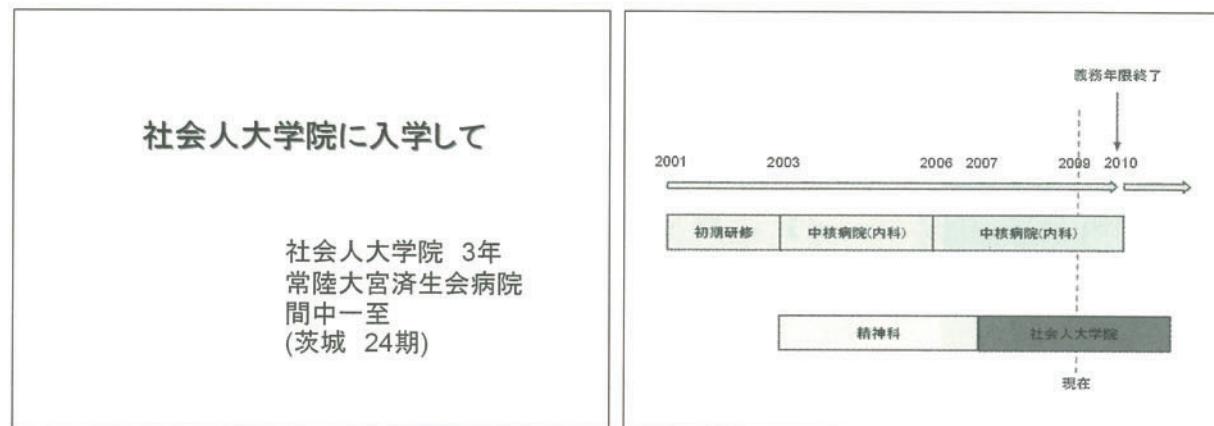
研究するにあたり、何が 壁になっているのか?
気軽に相談できる場が必要

大学への要望

地域医療に出たら研究をするような(しやすい)教育・システムを、学生時代から構築する

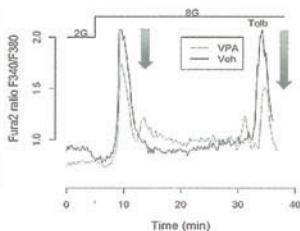
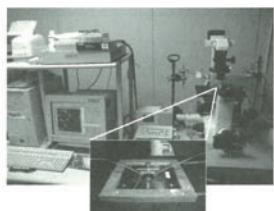
全国で展開する研究を施行するにあたり、各診療科が関わる内容の研究の
考案、および各診療科のスタッフ1名が研究代表者に選定される

研究をするにあたり、些細な問題点でも気軽に相談できる場を大学内につくる
(各診療科スタッフ1名が存在することが望ましい)



細胞内カルシウム濃度測定

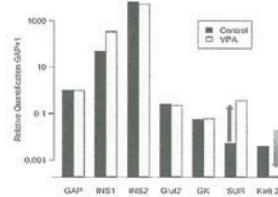
Fura2を用いた蛍光画像解析により $[Ca^{2+}]$ を測定する



mRNAの測定

Real-time RT-PCR法

mRNA から逆転写を行い、cDNA に対しPCR をリアルタイムで解析する方法



SUR, Kir6.2が特異的に変化した

特定タンパク質の検出

ウェスタンプロット法

電気泳動によってタンパク質を膜に転写し、特異抗体でその存在を検出する手法



- これまでの結果

- グルコースやSU剤による膵 β 細胞活性化をバルプロ酸が抑制する傾向がある

- 臨床への展開

- バルプロ酸の薬理作用の解明につながる
- 膵 β 細胞のアセチル化による変化について明らかになれば糖尿病の病態解明につながる

大学院に入るメリット

- 基礎から臨床へのフィードバックができる
 - 基礎研究の知識から病態を多面的に捉えられる
- 疑問に思うことが増えるようになる
 - 知識が増えるごとに逆にわからない点が見える
- 学位取得ができる

問題点と解決法①

時間の余裕がないのでは？

研究課題の選択が重要

受け入れ先の協力

β 細胞の採取などを事前にやってもらうなど工夫をし、プロトコルも調整してもらった

勤務先の協力

主治医制からチーム制にし、研究日以外の日に定期的に回診するようにした これにより休日なども利用できるようになった

問題点と解決法②

基礎研究を継続するには

臨床の視点から研究を始めること

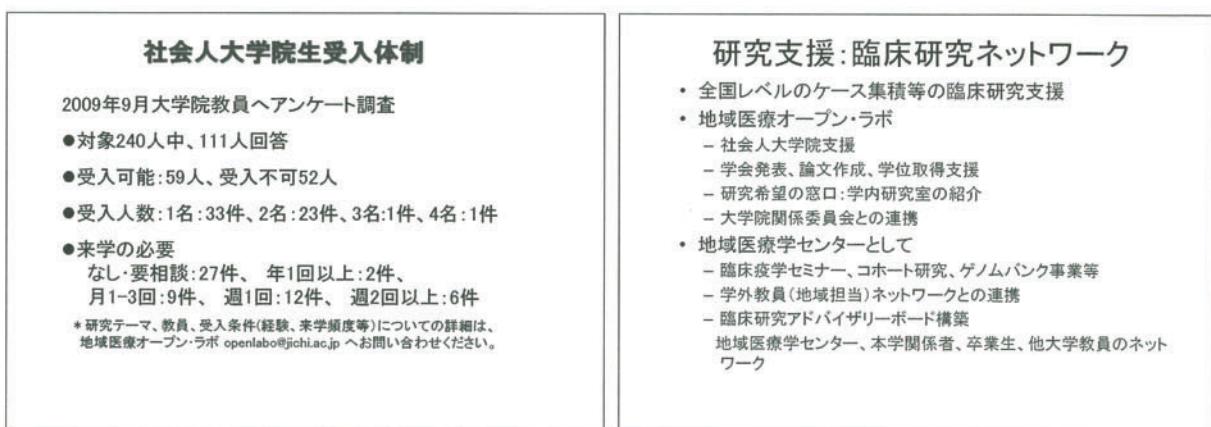
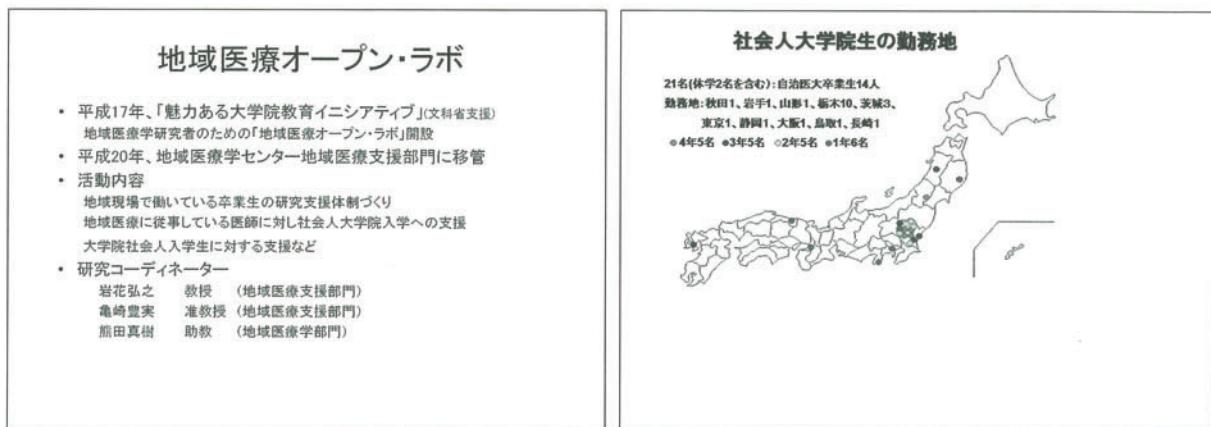
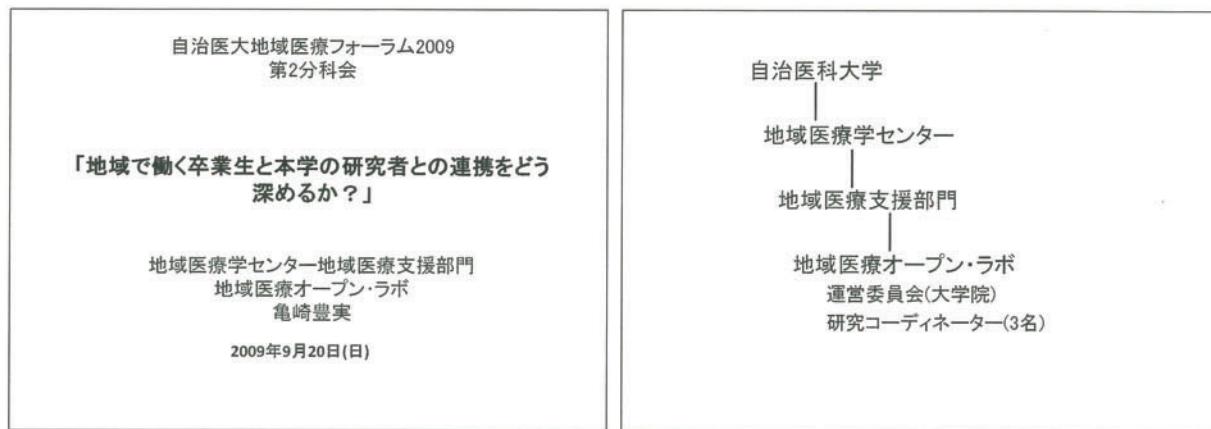
臨床をすることはデメリットではない

大切なことはモチベーション

興味のある研究課題を選ぶこと

卒業生へのメッセージ

- 興味のある分野を追求し、知識を創ることは非常にやりがいのあることだと思います
- 卒業生だから研究が出来ないということはないので、興味のある方は是非やってもらいたいと思います



自治医科大学地域医療フォーラム2009
地域で働く卒業生と本学の研究者との
連携をどう進めるか？

1. どのような研究テーマと手法が良いか？
2. 研究実現のための問題点は？
3. 大学・地域連携研究への提言
4. 大学への要望
5. 成果をどこに還元し、どのように活かすか？

地域で働く卒業生と本学の研究者との連携を
どう進めるか？

1. どのような研究テーマと手法が良いか？
 - 1) 研究テーマは？
自分の興味あること-----
地域で重要と考えること-----
 - 2) 手法は？
疫学・介入研究 → 病態研究（経過を見る）
実験研究 → 成因・病態研究

自治医科大学地域医療フォーラム2009
地域で働く卒業生と本学の研究者との
連携をどう進めるか？

3. その実現のための問題点は？
研究のやり方がわからない
指導者が見つからない
テーマが設定できない
研究手法がわからない
研究の場と身分：社会人大学院制度 vs 論文博士

自治医科大学地域医療フォーラム2009
地域で働く卒業生と本学の研究者との
連携をどう進めるか？

1. どのような研究テーマと手法が良いか？
2. 研究実現のための問題点は？
3. 大学・地域連携研究への提言？

自治医科大学地域医療フォーラム2009
地域で働く卒業生と本学の研究者との
連携をどう進めるか？

1. どのような研究テーマと手法が良いか？
2. 研究実現のための問題点は？
3. 大学・地域連携研究への提言
4. 大学への要望

自治医科大学地域医療フォーラム2009
地域で働く卒業生と本学の研究者との
連携をどう進めるか？

1. どのような研究テーマと手法が良いか？
2. 研究実現のための問題点は？
3. 大学・地域連携研究への提言
4. 大学への要望
5. 成果をどこに（個人～国）還元し、どう活かすか？

理想的な組織は？
“unmet needs”をmeetさせ、大学・地域連携研究を発展させる組織の構築のために

提言

1. オープンラボ(OP)に総合窓口設定：ホームページ刷新
2. 有志講座に受け皿となる地域連携研究課題と指導者を提案
3. 大学事務に地域連携窓口開設
4. 双方向出張指導に対する大学のサポートシステム整備

**自治医科大学地域医療フォーラム2009
地域で働く卒業生と本学の研究者との連携をどう進めるか？**

4. 成果をどこに還元し、どのように活かすか？

個人レベル：希望者には、義務年限中の学位取得。大学・地域の指導者の養成。

地域レベル：多施設研究より地域特性を抽出し、予防・診療活動に活かす。

学術レベル：診療ガイドラインの基盤となるエビデンスの構築

政策レベル：地域特性（環境・気候）を生かした県および国レベルの医療政策への提言

ここから最後のまとめ、提言

全てのDiscussion のあと

まとめ5分

地域で働く卒業生と本学の研究者との連携をどう進めるか？

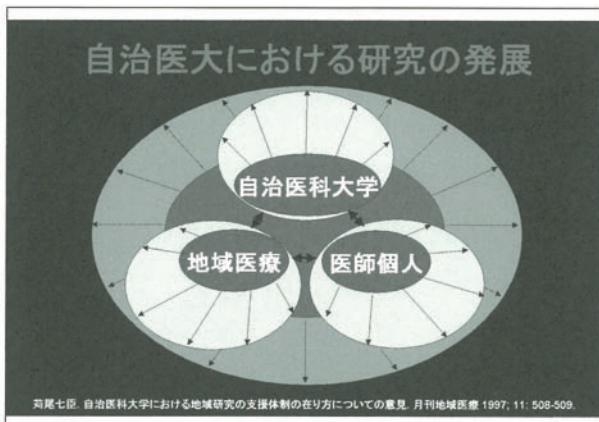
自治医大における研究の発展

荒尾七田. 自治医科大学における地域研究の支援体制の在り方についての意見. 月刊地域医療 1997; 11: 508-509.

研究の立ち上げ

自治医大における研究の発展

自治医大における研究の発展



第3分科会

「各都道府県における地域枠とどう連携するか？」

座長 阿波谷敏英 氏（高知大学医学部家庭医療学講座教授）

石川 鎮清 准教授（地域医療学センター）

発表者 藤田 純次 氏（長崎県医療政策課長）

阿波谷敏英・座長

皆さん、こんにちは。高知大学医学部家庭医療学講座の阿波谷と申します。私は自治医大13期卒業でございます。本日はこの分科会の座長を仰せつかりました。よろしくお願いします。

石川 鎮清・座長

同じく座長をさせていただきます、自治医科大学の地域医療学の石川です。福岡県12期の卒業になります。きょうは阿波谷先生と2人で座長をさせていただきます。

あと、きょうこの分科会はもうおひとかた、話題提供というかたちで発表をしていただきます長崎県の福祉保健部医療政策課の藤田純次課長をご紹介いたします。

藤田純次課長はもともと長崎は離島医療圏組合で自治医大の卒業生と、長崎大学の卒業生が一緒にになって地域の医療に携わってきたという経緯があって、この4月に長崎県の離島医療圏組合という名前から、病院企業団という名前に変わったということですので、ちょっと自己紹介をしていただきます。

藤田 純次・発表者

ただ今ご紹介をいただきました、長崎県福祉保健部医療政策課の課長をしております藤田でございます。きょうはこのような機会をつくっていただきまして、誠にありがとうございます。

私のほうからは、長崎県が40年かけて培ってまいりました県の養成医の制度、それから自治医科大学の学生を長崎県の医師として育ててきたかというような経過も含めて、お話をさせていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

阿波谷敏英・座長

早速、議事に入りたいと思います。なるべく皆さん方のディスカッションの時間が多く取りたいと思いますが、最初にこの分科会のテーマであります、各都道府県における地域枠とどう連携するかということなんですが、その地域枠の総論的な話、それから自治医大の地域医療教育の現状について石川先生にお話をいただきます。

その後に長崎の実例として、藤田課長さんに長崎の取り組んでこられた歴史的な経過をお話いただいて、それから新設医大の立場で私のほうから高知大学の現状をお話させていただいてから

議事に入りたいと思います。

石川先生、よろしくお願ひします。

石川 鎮清・座長

では早速、今までの内容の確認というか地域枠、先ほど来話題に上っていますけれども。ちょっとじゃまになりそうで座らせていただきます。

タイトルは「地域枠と自治医大の地域医療教育」ということで、もともとここに入ってくるときに、もうハンドアウトをお取りになった方も多いかと思います。

昨今の医師不足についてはこういう経過がありましたので確認ですけれども、84年、85年ぐらいから医学部の全国的な定数が減少になって、98年、99年あるいは2002年、2003年ぐらいが底になって、そこで新医師臨床研修が引き金になったということはご存じのとおりで、そこで新医師確保対策等の決定で増員になったと。

さらに骨太の方針により増員になっておりまして、ここ2、3年の間に7,625人が8,855人と、1,000人以上も定員が増員になっております。この中に地域枠の方の増員も含まれているということになります。

確認なんですけれども、いわゆる地域枠というのは地域医療を従事することを前提とする入試制度の特別枠のことでありまして、奨学金制度により地域医療に従事する方を採用すると、定員増が可能というもので、その前は各県別に10人、10件というかたちだったんですが、プラスアルファで各都道府県で定員増のものとして昨年度から開始になって、今年度末はさらに拡充になっております。

また、それ以外にも定員そのものは定員増にはなっていないんですが、入試方法については各大学でさまざまな工夫をされて、AO入試であるとか、編入学であるとか、そういったことも行われている大学も増えてきております。

地域枠の導入状況としましては大学数、人数等と一緒にグラフに載せていますが、始めの左端のほうは長崎大学とか、そのあたりだけだと思いますが、21年度に至ってはもう47都道府県全部で何らかのかたちで導入されています。定員枠が増加になっているかどうかは別にして、何らかのかたちで奨学金などで、将来地域医療を従事するという枠を持っているということになっております。

一般入試とは別に編入学についても見てみると、自治医大は今のところそういう対応を取っていないんですが、ほかの大学を見てみると1年次、2年次、あるいは1年の後期、2年の後期のあたりで編入学を実施して、一番多いところで国立大学で5名のところが既に20近くあります、10名のところもあります。私立大学では最大40名の編入学を募集している大学もあります。

そういう一般入学とは別に、ほかの学部を出た方が、地域医療に従事したい場合、あるいはほかの理由も含めて、医学部の学生として採用したいということで、一番右下のほうは、その地域枠の縛りがあるところは6大学ほどあります。逆に、研究者養成コースというふうに特化しているところも3つほどありました。

さて、地域医療というのは、今や医学教育の中ではなくてはならない項目になってきておりまして、最近医学教育のモデルカリキュラムというものの中で「地域医療」という言葉が平成

19年度の改訂版に入りました。

平成19年度の改訂で実際に実習等に出るのは、ここから早いところで4年、多くの大学で5年ということになろうかと思いますので、ほちほち地域枠の学生を採用したり、あるいはそういう方が実習をするということが、もう始まっています。

自治医大としてはどういう取り組みをしているかというの確認なんですけれども、院内教育は、国試というものがありますので、ほかの大学とあまり変わらないと思うんです。院外教育で特徴的なのは、1年生で早期体験実習があります。病棟、外来と、あとは出身都道府県に戻っていただいて先輩の医師の話を聞くものとで、この夏休みを利用して、今ちょうど終わったところです。

あと2年生では、各都道府県というわけではないんですが、院外での、福祉実習として老健であるとか、特養であるとか、そういったところに行って実習をしております。また、5年生では保健所実習が1週間、これも都道府県別ではなくて、公衆衛生に主に自治医大の先輩の先生がいらっしゃるところに実習に行くと。

5年生では院外必修BSLで2週間、これも夏休みの最後のところで、ちょうど先日まで各出身都道府県に戻って実習したところです。4年生は必修ではないんですが、希望で1週間同じような枠組みで院外実習ができます。

それ以外に選択で5年から6年、いわゆる選択BSLという枠で地域医療実習を選択して、出身県以外のところも見てみたいという方はここを利用してあります。

また、自治医大は各都道府県から学生が集まっているということで、各都道府県に戻ることもありますので、臨床講師制度というのがあって、そこで受け入れのコーディネートをする仕組みをつくっています。5年生の院外BSLも大学でやるわけではなく、各都道府県にお願いするということで、標準プログラムを作ったほうがいいだろうということになり、その臨床講師（地域担当）という肩書の方の研修会で集まっています。こういう9個の、例えば在宅・デイサービス・リハビリ・健診・予防接種など、これらのこととなるべく盛り込んで実習しましょうという事が決まり、それを通じて地域医療について触れていただくという標準プログラムを提案しております。

あとは、99年から始まっている臨床講師の制度なんですが、都道府県に各1人ずつが臨床講師として枠があります。ほぼ全都道府県決まっておりますが、その中で院外実習、学生教育の実績のある方を中心に、学生教育に実績のある方は臨床講師ではなく臨床教授として、今年度より臨床教授、臨床准教授（地域担当）が各都道府県別で誕生してきております。今年度は既に今の段階で臨床教授のほうが11名、准教授のほうが8名できております。

一応足早に見ていきましたが、自治医大が地域枠あるいは自治医大の地域医療教育というがどうなっているかということについて確認をさせてもらいました。以上です。

阿波谷敏英　・座長

ありがとうございました。

次に、長崎県の藤田課長さんに、長崎の現状をお話いただけますでしょうか。よろしくお願いします。

藤田 純次 ・発表者

私のほうから「長崎県の離島・へき地医療と医師の養成制度」ということでお話をさせていただきます。長崎県の紹介でございますが、このように離島は、壱岐、対馬、五島というような配置でございまして、昭和40年代から医師確保ということでやってまいりました。

ご承知と思いますが、長崎県は全国一の離島県でございまして、有人離島54を含めて長崎県の面積の40パーセント（%）、人口の11%は離島にあるということでございます。

長崎県内の医師の状況です。人口10万対、18年の医療統計で申し上げますと、そこにございましょうように県都であります長崎市でございますと404と、全国的にも医師過密状態のところでございます。

ただ、もうご覧になつていただくとお分かりのように、全国的に比較して医師の数は多いんでございますけれども、実際、離島それから佐世保市より北部の地域、北松地域ですね、これはもう離島よりも医師がいない状況です。

これははっきり言って大学から派遣していた医師が引き揚げがあつてるので、やっぱりそういう、これまで大学の派遣にずっとお世話になつてきたところは、引き揚げによる医師不在の地域が出てきている。

島原の圏域も132と離島並みの医師数ということになります。

そういうことでわたしども離島、それから周辺地域について引き続き医師確保、地域偏在の解消ということに向けてやつていかなくちゃいけないんだろうというふうに思っています。

これは長崎県の医師確保の歴史でございますけれども、昭和35年から「医療圈構想」ということで、先ほどご紹介いただきました「長崎県離島医療圏組合」、離島の病院を県と地元市町で運営していくこうということで創りました。その2年後に「長崎県医学修学資金制度」、これは全国に先駆けて作ったと思います。それから47年、自治医科大学の大学設立ということあります。

昭和53年からは県の養成医師、45年に作りました制度で育った医師の離島派遣を開始しております。平成16年には、離島・へき地医療支援センターを設置し、離島の公立診療所の医師を確保するということで、県の職員として採用し、それから地元の市町の診療所に派遣をするというようなことを行なっております。

それから、16年には同じく長崎大学大学院に「離島・へき地医療学講座」という寄附講座を設置していただいております。これも、県と地元の市町で寄附を出して、講座を開設している。また、19年には長崎県の自治医科大学修学資金制度を創設し、自治の学生に生活費の貸与することとしました。6年間借りていただくと、その1／2、3年間の義務が発生します。そうすると県の修学生同様義務12年とちょうど一致するわけで、実際そういうことで仲良く離島で勤務してちょうだいというようなこともやつております。

小児科・産科については、これは大学とか、県内の公立病院の基幹的な病院の研修医に貸与しています。今まで学生ばかりを相手にしてきましたけれども、研修医に対しても研修資金貸与制度を作つてやろうということで、20年から始めました。

それから本年は、昭和43年につくった「長崎県離島医療圏組合」ですが、これを一応解散いたしまして、実は後ほどゆっくりお話をさせていただきますが、病院企業団ということで、離島医療圏組合病院と県立2病院を含めたかたちでの再スタートをいたしております。

離島医療圏組合、先ほど言いました、昭和45年の修学資金貸与制度を作ったときは、島の病院の医師の数が、20人～30人という時代でございましたけれども、今この18年までいきますと100名を超える約5倍の医師の数。これも途中で辞められたり、義務明けで辞めるとか、いろいろありましたけれども、これはやっぱり40年かけてこれまで培ってきた歴史だというふうに思っております。

それから長崎大学に平成16年から20年まで、5年の寄附講座を開設していただいているわけですが、この中で長崎大学の今医学部5年生全員に離島医療・保健実習ということでやっています。

また医学部の6年生に希望者として高次臨床実習というようなことをやり始めまして、実際、この高次臨床実習を経験した人が、離島で臨床研修をやりたいということで育ってきています。

この寄附講座は5年の予定でございましたけれども、さらに5年間延長することといたしました。

先ほど病院企業団というお話をしましたけれども、赤字のところが従来の離島医療圏9病院でございます。それと右にございます島原病院、それから精神医療センター、これは県立病院でございましたけれども、この県立2病院とこの離島医療圏病院を、病院企業団という特別地方公共団体として医師確保を含めて一緒にやっていこうということで、ことしの4月からスタートしたところでございます。

企業団ということでネーミングが誤解を招くようなんですが、特別地方公共団体ですので、これもわれわれとしてはきちんとPRしていきたいというふうに思っています。

それから長崎県の医学修学資金制度を若干ご説明しておきます。6年間総額930万。お返しになるときは、これは高利貸しじゃないかというぐらい貸与年率14.5%でございます。あくどいことをやっているように見えますが、実はこれが実際よく生きておりまして、なかなか返還に結び付かないこともあります。

これは養成医の人たちからのご意見でこういう形になって、県はご意見を参考に決めたということです。誤解のないようにお願ひいたします。

医学修学生の勤務パターンは、システムティックにできておりまして1、2年目を本土の病院で研修をして、3年目に離島、へき地に行くと。それからまた4年、それから1年が再研修で、5年、9年定着勤務と。10年、12年と定着勤務。離島に6年間行っていただければというような制度になっております。これはあくまでも一つの勤務例でございます。

それから先ほどご紹介させてもらいました小児科・産科、これも月額20万で、思ったよりは希望者が多くて、県内の公的医療機関に貸与期間の1.5倍だけ働いてくださいと言ったら、小児科・産科で昨年が9人です。これは21年度と書いていますが、20年度の間違いです。20年度が9名で、21年度が8名というような申込をいただいて。先ほどの自治の学生についても生活費を貸与してということで、6年間借りた分の半分、3年間をさらに義務に追加をさせてくださいというような制度も作っております。

長崎県はご覧のとおりへき地の診療所も数多くあります。企業団病院を含めて、常勤医のいる公立診療所23についても、医師の確保について対応しております。

公立診療所の常勤医を確保するということで、県職員として採用して、それから地元の市町に派遣していますが、ここに書いているのは代診医のことです。離島診療所に派遣した医師が、安

心して診療が行えるように「しますけっと団」として、代診医を確実に送っています。

4のところに書いていますが、いろんな離島で働くための支援、こういったことを確実にやらないとなかなか定着していただけないということでございますので、こちら辺については自信を持って今、行っているというところでございます。

「長崎県ドクターバンク」というのは2年を単位として県職員として採用して、1年半の離島勤務後、有給の自主研修を保証するということで、離島診療所の医師の確保ということもやっております。

それからドクターへり。本土の救急はもちろん、離島の救急を支えているのもこのドクターへり。これまで海上自衛隊のへり、それから県の防災へりとございましたけれども、平成18年12月からドクターへりを長崎県の救命救急センターである国立長崎医療センターに配置をしております。

ここの救急医で頑張っているのが県の養成医や、自治の卒業生なんです。そういった先生たちが今長崎県の救命救急というか、ドクターへりについても頑張っています。そういった意味で非常に、われわれが育ててきた養成医が、きちんとその中で位置付けをされ、やっているということをご紹介しておきたいと思います。

それから、これが一番われわれの自慢したいところで、実はこれは大学の在学中に県の修学生も自治の学生も、1年生から5年生まで毎年、夏に離島でのワークショップというのをやっております。実は先月、8月には2泊3日で対馬でやってまいりました。このようにワークショップを毎年やり、それから3年生、4年生になったら離島の病院見学をやっていただくこととしています。

それから先ほど言いました、病院企業団が開催する長崎の地域医療研修会等にも学生の時から参加していただくとか、冬季はウィンターミーティングということで養成した先輩医師の講演会や意見交換をやって、こういった中で仲間意識、それと同じ目的に向かっていろんな意見交換を学生のときからさせて、定着に向けての努力をしています。スライドは21年8月にワークショップをやりました対馬の事例です。

これは結語になると思いますが、長崎県では、原則として診療所には養成医師を派遣をしません。もともと病院企業団で一括採用して研修後、企業団病院に配置をします。それから先ほど言いましたワークショップなどの実施。

また、長崎県には離島医療医師の会、「もくせい会」というのがございまして、自ら離島・へき地医療を支える気運の醸成ということで、自治の先生とか修学生が入った独自の会がございます。それから大きいのは国立病院機構長崎医療センターの離島親元病院としての支援です。こういったことを継続してつくり上げながら、結論的には、いわば「昭和40年代からの歴史の蓄積」、これが長崎県の医師の確保につながっているということでございます。

どうもありがとうございました。

阿波谷敏英・座長

そうしましたら私のほうから、新設医大であります高知大学での地域枠での現状というテーマでお話をします。座って失礼します。

これは高知大学医学部、旧高知医科大学ですけど、開学以来の県内出身者の割合を示しているんですが、当初は高かったんですけど段々こう下がっていきますと、6年たってその後、残る率も段々パラレルに下がってきてまして、これはいかんということで、このあたりからちょっと大学のほうも焦り始めて、県内出身者を意図的に多くしているという傾向があります。

これは特に県内だからといって出身地で不合格、合格をしているわけではないんですが、AO入試制度の導入によって県内出身者が自然と多くなるかたちになりました。

入試選抜方式なんですけど、当初は一般入試だけだったんですけど、推薦入試の導入、それからこれがAO入試に移行しまして、同時に学士入学も始めまして、平成20年から地域枠制度の導入で、今もお話しましたけど骨太の方針で地域枠が5増えまして、地域枠は15になりました。

ただ、枠は15なんですけど、そのとおり入学をしておりません。実際のところは平成20年の枠は10あったんですけど、2名しか入学しませんでした。というのは受験生が11人しかいなかったんです。高知県出身だけの者に限ったら11人で、優秀な子はみんな既にAO入試なんかで入つてしまっていたので、そうじゃないのが来ちゃったと。センター試験の成績を加味すると、どうもセンター試験が悪くても地域枠なら入学させてくれるんだろうという人がいっぱい来て、一般入試並みのセンター試験の成績となると、2名しか合格させられなかったというのが事実なんです。

同じような現象が起こりまして、今回の平成21年度では、高知県出身に限るから少ないんだろうというので四国、瀬戸内と無理やり広げてみたら、15名の定数のところを今回は60名ぐらい来たのかな。入学は9名でした。やはり成績の面で、15名フルに入学させることができなかつたというのが現実であります。さらにその上に、来年20名に増やそうとしていますが、これはどうなることやらと、ちょっと心配をしております。

高知県の医師養成奨学資金というのが、もう既に地域枠導入が始まる前から制度が始まっていますし、医学部途中からでも、6年間すべてでも受けられる。最大6年間受けられるということで、6年間受けければ1.5倍の9年間、その後知事の指定医療機関で、医師として貸与を受けた期間の1.5倍に相当する期間を勤務すれば償還を免除しますということになっています。

ただ、自治医大とちょっと違うのは、自治医大は初期臨床研修も9年に含んでいますが、この制度では含んでおりません。つまり11年目にならないと終わらないという制度です。月15万円で、特定診療科目として、こういう医師不足といわれている診療科については、これをさらにやりますよというふうに表明すれば、月額8万上乗せされるという制度です。

今現在高知大学に在学している学生が、全学年で591人います。そのうちAO学生は156。このAOも高知県の地域医療に貢献することを入試の要件にしてあるんですけど、実際は卒業してもあまり残らないという。一応入学のときには口々に皆「貢献します」と言うんですけど、卒業すると知らん顔をして出していくという制度です。今、地域枠は2年やって11人、それから学士編入で26人。

先ほどの高知県の医師養成奨学資金というのは、地域枠の学生についてはこの4月に入学した者からはデューティーとなったわけですが、それ以外の学生も実は受けることができます。今のところ地域枠学生11人のうち、10人。昨年は必須ではなかったので、1人受けない学生がいました。10人。それ以外にAO・学士編入・一般入試ということで、今現在28人の学生が、義務を背

負っているという者がいます。

これが、今の入試制度がそのまま続くとすると、6年後にはこういうふうになります、AOが180、地域枠が120で、これだけで全学生の半分ぐらいになるという状況が予想されます。

これが全員奨学資金の貸与を受けているということになると思われますので、それ以外の学生を含めると150人ぐらいが義務を背負うんじゃないかなと「取らぬ狸の皮算用」ですが、思っております。

ただ、大学のほうも県の言われるままに枠を増やして、定数を増やしているんですが、ただ増やせばいいのかということについて、ちょっと一石を投じておきたいと思います。

医師数は増えていますが、地域偏在というのは、この日本全体を見ても一向に解決していないじゃないかと。ただでさえ教員の負担感があるのに、学生が増えると、さらに教育の質が落ちるんじゃないかということを危惧しております。

それから地域枠学生も、どうも地域医療に燃えて地域枠に来たというよりは、入試の制度として地域枠を選んだと。一般入試はどこを受けるつもりだったとかということを平気で言いますので、AOが駄目だったから来ましたとか、入学してから皆正直に教えてくれます。入学試験の面接のときには「地域医療をやります、燃えています」と言うんですけど、どうもそうではないと。

それが、じゃあ彼らも卒業後はどうなるんだろうというのは入ってから気がつくんです。入ってから1年、2年ではあまり気がつかないんですけど、4年、5年ぐらいになったときに「敵は本能寺にあり」じゃないんですけど、クリニカルクラークシップで回っていくと、「おまえたち地域枠？ かわいそうだな」と言われるんです。同じ同級生同士からも「おまえたち、かわいそうだよな」と言われるんです。なんか、そうなると戸惑ってくるんです。そういうことをさせてはいけないと思います。

それから、きょうのテーマにも関連しますが、自治医大と地域枠の違ひって何だろうということは、どういうふうに住み分けをするのか、あるいは一緒にいるのかということについては、やっぱり議論されていないという現実があります。

高知大学としては、あまりこういうことを考えてくれる教員がないもんですから、わたしの言ったことが高知大学の方針になります。地域医療教育の充実はすべての学生に行うべきだと申し上げると、みんな、「そうだ、そうだ」と言ってくれますので、そのとおりです。

それから、地域枠学生のモチベーションを下げないようにするようなキャリア形成支援とか、メンタリングがまだまだできていない。長崎県の今のお話を伺っていると、さすがに40年の歴史があって、そういうことをしっかりされているんだなということを感じました。このあたりがわれわれ新設の大学としては、まだまだ取り組まなきゃいけない部分があるだろうと思っています。

わたしもない知恵を絞りまして、地域枠用の仕組みを何とか作っていかなきゃいけない。教育は全部の学生に同じように地域医療教育をしますが、地域枠用の学生、地域枠あるいは奨学資金を受けている学生については何らかの仕組みが必要だろうというふうに思っております。

わたしが座長になりまして、「地域枠学生等アドバイザーWG」というのを医学部長につくってもらいまして、僕らが君たちを支援するんだということで、半ば無理やり連れてきて話をした

り、一緒にお酒を飲む機会をつくったりというようなことを考えています。

最近の学生さんはメールで連絡が付きやすいもんですから、メーリングリストを作つて情報提供を。研修制度とか、あるいは奨学金制度についても議論をしていくというのを、なるべく地下に埋もれさせずにみんなで情報を共有して、仲間意識を持つてもらおうと思っております。

これは札幌医科大学でそうやっているという話を聞き付けて、学部長にお願いしまして、入学式後に学部長室に地域枠の学生を呼んでほしいということで、「君たちが地域医療のリーダーになってくれ、君たちが高知県を助けるんだ」ということを熱く語ってもらうということなんですが、語られても学生たちはポカンとしていたらしいんですけど、それぐらい認識が甘いということなんです。

あとは高知県知事の訓示。これはまだやっていないんですけど、11月にやる予定にはしていますが、高知県知事もなかなか熱い人ですので、こういう奨学金をもらっている学生に話がしたいと。まだ若い知事として、自治医大15期生と高校の同級生という状態ですので、割とフットワーク軽く動いてくれます。こういうことを地域枠の学生、地域枠に限らず奨学金を課されている学生たちには今、仕組みとして準備をしております。

どうも自治医大と地域枠の学生との住み分けということも、きれいに住み分けるべきでないのかもしれないんですが、学生たちも混乱していますので、わたしは学生たちにこういう説明をしています。医療を1次医療圏から3次医療圏まで分けて、1次医療、2次医療、3次医療、これのすべてがうまくバランスよく機能することが高知県の地域医療なんだと。

それにおいて、どうも大学で学ぶことというのは、この附属病院を中心なものですから、それだけでは高知県の地域医療を学ぶとは言えないから、ぜひこういう1次医療機関、2次医療機関で見に行こうということを話しています。

この夏にやった高知県夏季へき地医療実習、それから幡多地域医療道場、このことをお話をします。高知県へき地医療夏季実習というのは、これは高知県へき地医療協議会という自治医大のOBを中心としたグループの主催です。これは本来、自治医大の学生の夏季実習として行われている実習です。

それと、私のほうで準備しました2次医療圏の中核病院での、むしろ医学的な医療技術のほうに重きを置いた道場ということで学生を集めました。これは高知大学の掲示板に張り出したものですけど、高知大学の学生はどちらも選ぶことができます。説明会は合同でやります、申込はわたしのところでやってくださいということで、県と連携して取り組んでいるよということをきちんと学生にメッセージとして伝えました。

こちらが高知大学が準備したもの、こちら側が県の準備したもので、自治医大の学生はこちらと。高知大学の学生はなんと両方に行けるというメリットがあるわけです。自治医大の学生はこっちへ来てもらっちゃ困るというような、何となく高知大の学生は恵まれているな的なイメージでやってみたんですが。

さらに国保連合会が奨学金を出している学生がいまして、他大学あるいは高知大学にもいまして、それは本来国保直診で働くということを目的としていますので、むしろへき地医療に近いのかなということでこっちへ、一応今のところで入ってもらっています。そうするとこちらに21名、こちらに33名ですか、学生が実習に来てくれました。

ちょっと整理しますが、こちらが高知県自治医大の準備している実習で、こちらが高知大学の準備している実習。自治医大の学生はこちらへ文句なしで行く、国保修学生は文句なしにこっちへ行くと。高知大学の学生はどちらに行ってもいいよと。

ほかの大学で、高知県の医師養成奨学金をもらっている学生も一緒で、どちらに行ってもいいですよと。それから、高知大学で奨学金をもらってもいないのに行けるという学生もいます。希望者がいましたので、これもどちらに行ってもいいよと、こういうふうに整理をしています。

今後、地域枠が増えていけば、この高知大学一般というのが受け入れられなくなる可能性はあるかなと思っております。そうすると、地域枠の人たちのほうがいい経験をしているということで、「いいな、おまえたち」というふうに何かこう優越感に浸ってもらうということを考えております。

地域医療実習はこの2次医療圏の中心である幡多けんみん病院で、これで高知大学の準備した幡多地域医療道場というのをやりました。これ以外に高知県のへき地医療協議会の関与する、主に国保直診、直営診療施設ですけど、こういうところでそれぞれ3名とか4名に分かれて実習を受けてもらっています。この多くに自治医大の卒業生がいます。直接学生を彼らが指導するという体制を取っております。

これは高知大学のやった幡多地域医療道場ですけど、これも実は自治医大の卒業生、わたしを含めて、そこの病院にいる14期の川村先生なんかは関与してもらって大学の説明、病院の説明とか、1年生、2年生ですけど手術に入ったり、夜は一緒に酒を飲むと、こういうようなセットで、非常に学生たちからは好評でした。

ことしはこっちの2次医療圏の幡多地域医療道場をやっても、来年はこっちがまたやってねということで、どちらかを受けてくださいというふうにお願いしています。そして高知県全体のトータルの医療システムを見ることで、高知県全体を知ってくださいと。

それから課外活動としてわたしもやっている「家庭医道場」というものがありまして、既に5回、来月6回目を準備していますけど、あちこちで、高知県内の中山間地、離島で家庭医道場と、地域の人との接点を非常に密接にする課外活動というのを行っております。

村長さんの話があったり、離島で働いている自治医大卒業医師の話を聞いたり、あるいは診察とか、これは模擬患者さんと一緒に医療面接のトレーニングをしたり、フィールドワークでフォトボイスをしてもらったり、健康教室をやったり、こういうようなことをいろんなメニューを作って、大体酒を飲むと。お酒を飲んでばかりですけど。修了証書を渡すとか、島唄と一緒に踊るとか、おいしいものを食べるとか、こういうようなことをやって地域を知ってもらおうということをやっております。

今のは地域枠に限らず、一般の学生が最近、非常によく来てくれまして、大体30人から40人毎回参加してくれます。一般の学生たちもいっぱい来て、断らなければいけないぐらいたくさん学生が来てくれます。

それから土佐山へき地診療所という、へき地診療所の指定管理を高知大学としてやっておりまして、場所は高知市の山の中なのですが、大学と30分の距離にあります。

すみません。時間がないものですから、詳しいことを知りたい方は、わたしDVDを作りましたので、わたしに声を掛けただければDVDを差し上げます。

今のような話で1次医療、2次医療についてもきちんと全体を見渡してほしいということをお願いしていまして、特にこの黄色のところは、これは実はすべて自治医大の卒業生が関与しています。それを大学の中で、わたしはいながらコーディネートをしているという状況です。

地域枠について感じることなんですが、意識の低さ、今ポツポツ言いましたけど学生、大学教員も、こういうものを変えていかないといけない。高知県については幸い自治医大の卒業生の組織だとか、大学の寄附講座という仕組みがうまく機能して連携を取っています。でも、結局は自治医大頼みかなというのも恥ずかしい話であります。

学生たちには「井の中の蛙」にならないでほしいというのは、高知県生まれで、高知大学に行って、高知県の地域医療、わたし自身もそういう嫌いがありますが、そうじゃなくともっと広く社会を見てほしいなという思いもありながら、でも高知県にもいてほしいなと悩んでおるところであります。

結論としては、本気でやりますという話です。以上です。ありがとうございました。

時間が圧迫していまして、すみません。

そうしたら、事前に皆さま方にお願いしたアンケートの結果をお見せして、これを基に議論に進めていきたいと思います。

石川 鎮清・座長

プレアンケートは自治医大の卒業生と、学内の教員と、あとは都道府県の方に答えていただいて、第3分科会にかかわるところは卒業生がほとんど答えていただいた内容なので、それをざつとこういう認識だということで、確認だけさせていただきたいと思います。

全部ではなくて抜粋だけですが、「地域枠とそれに関連する地域医療関連講座（先ほどどの寄附講座みたいなのです）と、自治医大においての役割が異なると思いますか」という質問に対して、「役割が異なる」と思っているのが25%。「そうではない」というのが46%。何らかの役割は異なるのではないか、先ほど阿波谷先生が言っていたことが裏付けられるというようななかたです。

連携をする。「自治医大と、例えば阿波谷先生の講座とが連携をする必要があるか」。自治医大の場合には各県に地域医療担当の臨床教授等がいますので、そういった方との連携の必要性を感じるかという。「必要性を感じる」と答えたのが3分の2、65%あります。

その1つ前、これに載せ忘れましたが、何らかの接点はありますかという、スライドを入れ忘れましたが「何らかの接点はありますか」というのに、「いいえ」と答えたのが過半数なので、現状では連携する必要性を感じつつも、まだあまり具体的には進んでいないという現状がありました。

「自治医大の学生の入試で地域枠ができたために、そちらに行っていると思いますか」ということについては、今のところはまだ「いいえ」が53%。でも「はい」と答えている方が20%ぐらいは既に感じているという結果になっております。

「さらなる入試改革」。来年度の入試から「ふるさと受験」、自治医大の出身、高校のある県だけではなくて、親を含めて「ふるさと受験」ができるようになりましたが、それ以上にさらなる改革が必要と考えているというのが3分の1以上いらっしゃったと。幾つかの選択肢を用意しま

したけれども、現状では、どれも選択としては載り得るという結果になったかなと思っております。

同じような質問を都道府県の事務担当の方にお聞きしたところ、やはり役割は異なるがというふうな感じを、感じている県が約半数いらっしゃって、同じ地域医療を目指す、あるいは同じ義務があるという中では、自治医大と地元医大とでは若干求められるものが違うのではないかということが、これでも認識としても出ておりました。

先ほどと同じ質問で、「優秀な学生がそちらに行っているかと思っているか」ですが、これは、現在3分の2はまだ「いいえ」で、同じように約20%はやはり自治医大から地域枠のほうに行っている可能性があるというふうに感じているという結果が出ています。

こういう現状認識であるということが卒業生、県ともに似たようなところで、総論としては自治医大の関連の組織と、各地元医大の地域医療、家庭医療の講座あるいは地域枠の学生を含めて、連携の必要性は感じているが、まだ取っ掛かりが十分に取れていないというところが多いのではないかと感じます。

ただ、今前に座っていらっしゃるお二方、長崎県であるとか高知県というのは、歴史がある、あるいは最近の取り組みの中でも、非常に連携が既に進んでいる県であるとは思いますが、今後どうやって進んでいくか、あるいは自治医大がその中でどういう役割を担っていくかということについて、この残った時間で議論していきたいと思っております。

阿波谷敏英・座長

ありがとうございます。

前提として自治医大の各県の卒業生と、その地元大学の地域枠学生あるいは大学の講座というものが連携したほうがいいという前提で、皆さん方はどう連携していくかという話をすると思うんですが、その前提にご不満のある方、ご意見のある方はいらっしゃいませんか。

アンケートの結果でも、連携が実際にできていないんだけど、連携したほうがいいというふうに出ているものですから、そういう前提で話を進めたいと思うのですけど、ご意見はございませんか。よろしいですか。

そうしたら、まずその連携をどう取っていくかということを少しグループでお話し合いをいただけたらなと思います。連携がうまくいかない理由であるとか、卒業生の役割とか、大学が考えること、県の考えることというようなことについて少し皆さん方で自由に、3分ほどご議論いただいた上で発表いただけたらと思います。同じ顔を付き合わせている方々で、少しお話をいただけたらと思います。数分以内、3分ぐらいでと思いますが、よろしくお願いします。

杉原：地域枠の定員の中で、どのくらいの人が地域枠で入っているかというのは、全国がどのくらいなんですか。先ほどあったように、地域枠を受験しても結局入れないというのが結構あるでしょう。だから、どのくらい地域枠というのが各大学で満たしているかというデータはありますか？

石川 鎮清 ・座長

あと定員、定数の外に地域枠をつくっているのと、定数内で別途奨学金で地域枠と称して同じようにしている所と、各県にいろんなパターンがあるんです。それはさまざまありますが、いわゆる地域枠として定数の外、中かかわらず地域枠として議論していただきたいと思います。

阿波谷敏英 ・座長

課題の確認ですが、連携を進めていくのにどうしたらいいかということをご議論いただきたいんです。それについては自治医大の卒業生と地域枠の学生、卒業生との違いがあるのかどうかとか、あるいは現時点で連携を阻害するような要因が何かあるのかどうかとか、なるべく個別の県の話ではなくて全体的な、一般的な話をしていただければ助かります。

(グループごとに討議)

阿波谷敏英 ・座長

そろそろ話を閉めていただきて、発表をしていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。すみません。お願いします。盛り上がっていると思いますが、いったん話を。

石川 鎮清 ・座長

じゃあ、ちょっと途中だと思いますけれども、いったん切って、皆さんが話し合った内容を聞いてみたいと思います。いろんな話が出たと思うんですけども、ちょっとこんな話が出たよというところを、まず手挙げでいきましょうか、どなたか、難しいですか。せっかく話した内容を紹介していただければと思いますけれども。

目が合わないけど、合ったような。

阿波谷敏英 ・座長

所属とお名前を。

後藤：岐阜県の郡上市地域医療センターの後藤でございます。

われわれの班では、今の皆さんの現状を少しお話いただいたんですけども、先ほどの卒業生へのアンケートでは連携を取ると大事だなみたいな声ありましたが、実際地元の地域枠を持っていらっしゃる大学側が連携は大事だなどれぐらい思っていただけているのかどうかは、ちょっとよく分からないなという意見がありました。

例えば、全国の医学部長会の医学部長さんで、どれぐらい大事だと思っている人がいるかなかなか分からないなと。それ分かる、分からないの中で卒業生がどのように振る舞えばいいかということになると、どういうかたちがいいのかというのは難しいなというご意見がありました。

ただ、一方で先ほどの長崎の例とかで、やっぱりうまい環境づくりをすることが、そういう流れになるということがあるんじゃないかな、ということも出ておりました。このようなところでございます。

阿波谷敏英 ・座長

今の大学側が連携をしたいのか、したくないのかという話なんですが、わたしも自治医大卒業生なのでなかなか言いにくいところなんですけど、自治医大卒業生でなく大学にいらっしゃる、新潟大学の井口先生にちょっとコメントをもらったらと思います。先生、代表者ではないんですけど。

井口：17期の井口です。17期といいますのは、私は17期相当として、実は新潟大学の卒業になつております。

新潟県がことし6月から、ようやく新潟大学に地域医療の寄附講座をつくってくださいまして、その寄附講座の担当ということで、この6月から担当させていただいております。今まで長崎県の取り組み、あるいは高知県の取り組みを伺いながら、非常に先進的なことをされているなということを考えながら、感慨深く聞いておりました。

今ご質問にありました大学側が、自治医科大学と連携をしていきたいのかどうか、この質問にお答えすると、新潟に関して言うと、「連携していきたい」ということだと思います。

新潟県は、皆さんにはご存じかどうかちょっと分かりませんが、実は自治医科大学の卒業生の義務年限明け後の定着率はおそらく全国で一番高い、でよろしかったでしょうか。確か、吉嶺先生、いいんですね。

全国で一番新潟県は定着率の高い県です。それはひとえに私の親分で、荒川先生という方がおりますが、その方がそういったことを前もって考え、システムを上手につくったことにあります。自治医科大学の卒業生をまず大学に置いて研修をさせて、各科に入局をした上で義務年限を回していくというようなシステムをつくった中で、われわれ実は、自治医科大学の先生をたくさん存じ上げておりますけれども、同じ医者であるということ以上に、やはりわれわれは同じ釜の飯を食った仲間だという思いを非常に強く持っております。

私は今回、こういう立場になって地域医療の仕事を多くさせてもらっておりますけれども、その中で自治医科大学の先生方に負うところは非常に大きいですし、自治医科大学の先生なくしては、新潟の地域医療実習は成り立たないと言っても過言ではないというように思っています。

教育モデルコアカリキュラムの中に、平成19年の改訂から地域医療実習をやるということは既に盛り込まれておりますし、各県においても、もうこれは必須事項であろうというように思います。この実習を実施していくためには、やはり地域医療を実際に実践してきた自治医科大学の先生方の協力なしには、少なくとも新潟県においては、実習を行うことは不可能だろうというふうに思っています。

そういう意味において、自治医科大学とぜひ自治医科大学の先生方と連携をしながら、地域医療の何たるかというところを教えてもらうのは非常に大事なんじゃないかというふうに思っています。

あと、実は地域医療実習ということで、これもちょっと話をして、もうちょっと時間をいただいてよろしいんでしょうか。あんまり話さないほうがよければあれなんですが。あ、手短に。

ことしの夏、自治医科大学の学生と、あとは新潟大学の地域枠の学生、県費修学生との3つを集めて30人ぐらいで、地域医療の実習を県の主催でやらせてもらいましたけれども、自治医科大

学の学生から地域枠の学生たち、あるいは県費修学生が非常に得るところが大きかったという印象があります。

この辺についてはちょっと、また別にあらためてお話をしたいんですが、そういう意味で非常に自治医科大学の学生と、地域枠の学生は違うのかという設問が先ほどありましたけれども、大きな違いがやはり僕の中にはあって、自治の学生にはぜひそういうものを強く、これは僕は「自治マインド」というものがあると思うんですが、そういうものをぜひ地域枠の学生あるいは県費修学生、なかなか数の入り切らない学生たちに強くアピールをしてもらえばなというふうに思っています。以上です。

石川 鎮清 ・座長

ありがとうございました。「自治医大マインド」という言葉が出ましたけれども、役割の違いもあるのではないかという意見と、ぜひ地元医大としても、自治医大と一緒に連携をしたいということまで出ましたけれども、ほかに役割の違いについてとか、何か出ましたでしょうか？

三浦：大分県の三浦と申しますが、うちのグループには埼玉県の先生、青森県の先生と、高知県の自治医大の学生さん2人がいたんですけども、高知県の学生さん2人に言わせると、阿波谷先生は頑張っているわけですけれども、今の段階で高知大学は選択には入っていなかったということを聞いて、まだやっぱり自治医大のほうが地域医療に対する実績があるということで、今だったらまだ頑張れるかな。これから阿波谷先生のところがどんどん頑張ってくると、「地域医療をするなら高知医大」ということになってしまふのかなという気もします。

もう一つが、やっぱりその学生たちが地域枠で入ると「かわいそう」と言われるというところがあって、それはやっぱり大学のスタッフの価値観というのが僕らとはちょっとずれているんじゃないかなと。そこら辺のをちゃんと修正してあげないと、地域枠で入った学生さんが非常にかわいそうな、自分の中での心持ちになってしまふんじゃないかなと思うので、そこら辺を修正できるのはやっぱり自治医大卒業生じゃないかというふうな話が出ました。

石川 鎮清 ・座長

ほかにはどうでしょう。

河野：地域枠はかわいそうだな。わたしも鹿児島大学を昭和59年に研修を始めまして言われました。「好きなこともできなくてかわいそうだね」。

今は状況は逆転したでしょう。鹿児島大学が田舎に、島に医者をやらなきゃ駄目だ、昔は地域医療って、まずい定食だったんですよ。それが今や松竹梅の極上のフルコースとまで言わないけれども、近くなってきてるわけです。だから世の中はみんなこぞって地域医療、地域医療といってやってきているわけですから、地域医療はかわいそうだなという人は、もう前世紀の遺物ですから、そういうのはやっぱり無視してあげて、そしてお引き取りいただきたいと。あと10年したらみんな消えますので、そこら辺は心配ないんじゃないかなと思います。

あとはやっぱり、どんなに差があるのかというよりは、これからどんどん増えていく、やはり

多勢に無勢というところがあります。自治医科大学は1校しかない、県ごとだともう2、3人。それと10人、20人と来る。いかに均一な、その県の地域医療に資するようなお互い学生時代からの交流とか、研修プログラムとか、そういうのが一緒にできるかという方向に持っていくと非常に発展的になるかなと、そのように思います。以上です。

石川 鎮清 ・座長

まだ過渡期で、そこまで松竹梅かどうかは分かりませんけれども、はい。

武田：今日は札幌医大の方はどうなたか来られているでしょうか？

石川 鎮清 ・座長

所属と名前もお願いします。

武田：すみません。奈良の8期生で近畿地域医療支援センターの武田です。

先日札幌医大の地域医療総合医学講座の宮田先生の講演で地域枠の学生さんも面倒をみられているという話を聞きました。そこでは、地域枠の学生も含めてFLAT：Frontier Local Activity Team というプログラムの中で「地域医療はかっこいいぞ」という雰囲気を作つておられるそうです。それを見て、地域枠以外の学生も加わり一つのステータスができつつあるのが素晴らしいと感じました。先ほど出てきました「地域枠はかわいそう」から地域枠って面白そうだな、うらやましいなっていう雰囲気を醸し出していかなければいけないかなと思います。

逆に私が心配なのは自治医大の卒業生の方が、卒後のメンターが不在の状態で地元でしっかりサポートもなく、ドロップアウトする例もあることです。各都道府県の地域医療現場が頑張っているなとか、楽しいとか、やりがいがあるぞという雰囲気を作つて行かないと、地域医療を担う人材が育つていかないのではないかと危惧します。

ですから地域枠の学生さんたちと一緒にやって行くことに異論ないのはもちろん、この機会に地元の自治医大卒業生の地元でのサポート体制を見直しておく必要があると思います。地域枠の学生さんには、必ずへき地に行くという義務はなく、別に産婦人科や小児科になってもいいわけで、やはり地域医療は自治医大卒業生が引っ張っていく必要があります。

ただ、地域枠の学生さん達が、地域医療に興味を持って一緒に地域医療やへき地医療に貢献していただけるにこしたことはなく、そのためには自分たちのやっていることがやりがいがあるよということを伝えていかないといけません。そのためにも札幌医大のような、メンター的なサポートシステムも必要なんじゃないかと思っています。

三重県の奥野先生もそのような人材を育てるメンター的な役割を期待されているんじゃないかと思います。ご指名で申し訳ありませんが、奥野先生のご意見も是非この機会にお聞きしたいと思いますが…。

石川 鎮清 ・座長

では、奥野先生。

奥野：1つだけ。地域枠で地域医療って、地域医療って枠が広すぎてなんか分からんんですけども、要するにわれわれの周りからした場合、へき地医療に従事してもらうための枠と考えると。今研修しているんですけども、研修を教えておりますけど、わたしは一生へき地で過ごしてほしいとか、若いときに長い間へき地にいてもらいたくない。

ただ、若いときに一時期、3ヶ月でも、1ヶ月でも、2年でもいいから、それを過ごせばあなたは将来きっと、専門医になろうが何になろうが、いいことがあるよというふうな意味で、そのへき地での研修を確信を持って勧めています。

そういう意味から考えると、実はその地域枠に来た人全員にへき地医療に来てもらわなくとも全然いいんです。各県何人で済むかというと、たぶん総人数で10人とか、15人いれば、もう各県のへき地医療って賄えるんです。そうすると地域枠は毎年5人出たら、3年で終わってしまうぐらい。そういうふうに。

何を言いたいかといいますと、それほど人は要らないんじゃないかな。つまり全部が全部をきちんとフォローしていくというふうにあんまり考えると、みんな毎年の5人をやっていかないといけないと考えるとすごく大変ですけれども、言葉は悪いんですけどいいやつだけ見つけるとか、そういうふうなぐらいいのつもりでやっていくのがいいんじゃないかなと。

それから枠に関して、さっきの議論に関して言えば、地域枠は大学、それから今各県、奨学金は県です。自治医大は県です。ですから大学と県とか、卒業生というのは、県と大学がもうタイアップをせざるを得ない、卒業してもタイアップをせざるを得ないというのが、これはもう現状だと思いますので、その「する」という前提でもって話ををしていかないと、逆に言えば連携しなくて済むようなところはあり得ないわけです。というふうなのが、今の途中の意見です。

阿波谷敏英・座長

皆さん方の地域医療が有意義だという思いはよく分かりますし、たぶんそこに反論する方は、ここにはいらっしゃらないだろうと思うんです。

ただ、じゃあ具体的にどういうアクションを起こせば、今の連携が十分できていないとかいうことを打破できるのか。あるいは、こうやったらうまくいくんじゃないかというような、そういう具体的なサジェスチョンがもある方がいらっしゃいましたら提案をいただきたいと思います。いかがでしょう。

石丸：山口県で行政をやっております15期、平成4年卒の石丸と申します。個人的に思う提案を2つ話します。

一つは、自治医科大学本学の独自カラーについてです。全国各地でいろいろな事情があり各地の取り組みも様々ですが、「集合体」としての本学、大学が、もう少しカラーを、具体的に見える形で打ち出してほしいと思います。「地域枠」に対する自治医科大学、本学の戦略が見てこないと思っています。

私は、自治医大の山口県入試事務の関係に少し携わっていたのですが、地元大学を受けようとする者にも、自治医科大学を受けようとする者にも、「自治医大ならではの特色」というのがまったく伝わっていないような気がしました。その分、大学がもう少し独自カラーを出す戦略を1、2年かけて、立ててほしいなと思っています。

もう一つの提案はイベント開催についてです。例えば地域医療に関心のある医学生の学生会議など、自治医大が音頭を取り、全国横断的な情報交換会みたいなイベントをやってみることにより、「リーダーシップたる自治医大」というのを外に向けて示し、盛り上げることができるのでないかと考えます。具体的な企画として、提案します。以上です。

阿波谷敏英・座長

ありがとうございます。

石丸先生からは、自治医科大学に地域医療のトップランナーとしてのカラーを、もっとしっかり出してほしいというご意見、あるいは地域枠学生の学生会議のようなものをやつたらどうだというようなご意見もいただきました。

より日本全国の大きな視野でご意見をいただいたというふうに思うんですが、こういった視点で、こういうのもいいんじゃないとか、あるいは自治医大はこうなってほしいというようなご意見をさらにいただけたと助かりますが、いかがでしょう。

それから今、石丸先生が入試制度の話をちらっとお話をいただきましたが、選抜を受験生のカラーですか、大学のカラーが分かりにくいということですか。地域枠との差別化というか、地元大学との地域枠と、自治医大とのカラーの違いがあまりはっきりしないので、受験生……。

石丸：個人的意見ですが、「自治医大がこれまで総合医の育成でトップランナーである」というイメージは、学生さんもみんな分かっているようです。

ただ、今後について、「自治医大は5年後に何を目指しているのか」というあたりが、具体的に見えてこない。それよりは地元大学のほうが、より具体的なビジョンを学生に向けて発信し見えるようにしているような気がします。何か具体的な、例えば「5年後に自治医大は何をする」というあたりを、“総合医”というキーワード、プラスアルファで分かりやすく示されるといいなと思っています。

阿波谷敏英・座長

多くの卒業生の方はここにいらっしゃると思うんですが、大学への思い、こうあってほしいというようなことなどを、どうぞ。

木下：徳島13期の木下といいます。各都道府県の事情がいろいろ違うかなとは思うんですけれども、徳島県では卒後すぐ徳島県に戻って、医師になつたら徳島県で初期研修から始めることになるんですけども、実は徳島の卒業生は自治医大で初期研修したいなという思いがあるんですけども、それが都道府県によって受け入れられないというところはほかにもあると思うんですけれども、自治医大に行ったメリットとしてと言つたらおかしいですけれども、初期研修は希望すれば、どこの出身県でも自治医大で受けられるというような、各都道府県への働き掛けみたいなものを大学として、していただけたらというふうな希望が少しありますが、いかがでしょうか。

ちょっと、これは本筋とは全然外れているかとは思うんですけども、自治医大と……。今のままだと徳島県の場合は徳島大学の地域枠と、自治医大に進んだ人間は、卒業してから全然差が

ないというか。実は、徳島大学の地域枠はへき地へ行くデューティーはなくて、県立病院とか町立病院までのデューティーしかないです。

ですから、そっちのほうが断然メリットが大きいんじゃないかな。返還義務が生じた場合でも、安く返せばそれで済む、デューティーはフリーになる、そういうところもあって、自治医大に進んだら何かメリットはあるのかといえば、せめて初期研修を2年間、最高の医療機関である自治医大で研修を受けられる、そういうようなことがあれば自治医大に行こうという優秀な人材がちょっとは増えるのかなというふうに、個人的に思ったんですけども。

岡山：自治医大地域医療学の岡山と申します。さまざまな自治医大へのご要望はあると思うんですけども、テーマは基本的に「連携」というのだと思うんです。

その連携に対して意見なんですけれども、地域枠も自治医大の卒業生も、何を目指して医師を養成しているかということに、まず立ち返るといいのではないかと思うんです。

われわれはへき地の医師確保というのが、もう大学の建学の精神に明確に書かれています。それだけではなくて地域医療の向上も書かれています。地域医療の向上は地域枠にも必ず書かれています。ですけど、へき地で働くうんぬんは書かれていません。ですから、そのあたりは差別化があると思います。

では、連携はこれはもう連携したほうがいいに決まっています。何を連携するのかといったときに、まだ具体的に案はないにしても、今連携できるものは何があるのかというところからスタートすれば、そこを積み上げていけば最終的に5年後、10年後出来上がるんだと思います。

だから現在、各県の卒業生が学生に対して行っている項目、夏季実習なら夏季実習、さまざまな項目をまず投げ掛けて「一緒にしませんか？」からスタートするが一つ、手っ取り早い方法ではないかというふうに考えます。その中でお互いの考え方を把握しながら先へ勧めていくと。

次は組織です。組織として奥野先生が提示された、県と大学が話し合う。今は学生を通じての話ですけど、そういう今まさにやっている活動の中に「一緒にやりませんか？」というふうに持っていくのが、手っ取り早い連携の方策ではないかというふうに感じているんですけど、一応提言させていただきました。

川本：愛媛県8期の川本です。

僕の場合はずっと臨床講師をやっていました、地域におけるコメディカルを巻き込んだ医学教育ということで、学生実習を行ってきました。これは、自治医大の地域医療学講座のほうで主催されて、われわれも教えていただいたことです。それを今度のコアカリキュラムの改訂があったときに、地元の大学にもこういった教育をしたらどうかというお話をしました。

そういう中で今回地域医療学講座を県が設けたときに導入したわけです。やはりわれわれが地域で、どうやっていろんな職種を巻き込んで教育ができるかということは一番よく知っていて、実践できる立場ですので、ぜひ、それぞれの県でも学生実習に対して積極的に大学に働き掛けていただきたいと思います。

一方、大学のほうも、まだ多くの県ではどういったことを地域医療現場で教育したらいいか分かっていないところも多いと思います。実際僕のほうにも広島大学とか、あるいは川崎医科大学

のほうで講演してほしいというような依頼もありますから、おそらく教育のノウハウについては自治医大の卒業生に求めているところがありますので、ぜひ多くの県でそういった現場での実習を、地域枠の学生を巻き込んで、あるいは一般学生を巻き込んでやるようなシステムづくりをやっていったらいいかなと思います。

木村：ご指名ですので、4期生の木村と申します。私は臨床医ですが、今は医療行政をやっています。

河野先生がわたしに求めているのは島根県の地域医療実習のことですけれども、自治医大の学生はずっと以前から夏季実習としてやっていますが、数年前から島根大学の学生、希望者もいっしょにやっています。その中には地域枠の学生も入ってきますし、地域枠とは別個に奨学金の学生など、いろいろな学生が、自治医大の学生も含めまして一緒にこの数年やっております。

その中で、やり方としましては県内の大体7地区でやっていまして、できるだけ最終日に、大学のある出雲に来ていただいて一緒に反省会をし、その後また飲み会もやっております。自治の学生と島根大学、島根大学以外も若干来るんですけれども、学生同士が毎年、毎年顔を合わせますので、そういった中でコミュニケーションも取れてきてますし、いい方向に向かっていることは間違いないです。

わたしが今聞いていまして、もう一点だけ言いたいことは、あくまでも今はどこでも地域に医師が足りないということで、ある程度期限を切っての地域枠であったり、場合によっては寄附講座であると思うんです。

それは、ある程度は長く続かなきゃいけないけれど、やはり自治医科大学はもう30年、40年の歴史を持っていますし、ノウハウもあります。これからも不滅なはずですので、自治医科大学がいろいろなところでリーダーシップを発揮しながら、やっていくべきだと思っております。

地域枠の学生さんは、やっぱりずっと地域でやろうという気持ちは、自治の卒業生も段々薄れていますけれど、少ないので、専門医であっても、地域の医師としてのマインドが分かるよう育ててあげることが一番なのかなとわたしは思っています。

河野先生、ちょっとご期待に外れたかもしれません、以上でございます。

阿波谷敏英・座長

じゃあ、奥野先生。

奥野：せっかく全国から集まっているので。われわれが一番強いのは全国組織ということですね。

ですから例えば学生実習、ずっと僕は今まで解せなかったんですけども、自分の県でやることは仕方がないんですけど、何で将来行くところに、学生の間に5回も6回も見に行かなきゃいかんの、どうせ将来進めるじゃないですか。そこに学生の時代に行っても何も面白くないと僕は思う。

僕らは全国組織であるわけだから、例えばことしの学生実習は、ちょっと僕は沖縄に行こう、今度は岐阜へ行こう、青森へ行こう。皆さんと同じような実習をするのであれば、例えばタイ

アップして地域枠の皆さんと、自治医大の卒業生たちが日本全国どこの研修でも行けるんやと。一生行かないようなところへ行って見てくるとか。

だから、学生実習というのは決して職業体験とか、将来その地域医療をこういう医療だというより、むしろ僕は地域で働いている先生方とか、働いている人を見せてあげるのが一番だと思います。あまり医療とか、仕事とか、そういうことはどっちでもいいのであって、行ったことのない場所へ行くとか。

そんなところで、例えばマインドにしても、あれ、自分の県でしゃべっていた先生と、北海道の先生が何か同じようなことを言っているよ。そうしたら、それは地域医療というのはすごいよというふうなことでありますので、提案としては地域医療の実習とかというのを自治医大というチャンネルを使って全国組織で展開して、例えばいろんなところへ行けるとか、あるいは年に1回ぐらいどこかで集まってきて、全国の地域枠の卒業生たちが何か集まってワイワイするとか、そういうふうなものをぜひお願いしたいと思います。

石川 鎮清・座長

かなり建設的な提案で、もともと5年生の院外実習と早期体験は県外でやることが多かったんですけども、10年ほど前から出身県でやろうというふうに変わった経緯がありまして、枠をどうしたらいいのかというのは今後の課題として、でも提案としては非常に建設的だと思いますので。

学生のほうから。

菅谷：栃木県の自治医科大学医学部2年の菅谷と申します。

先ほどあった、大学の医学部の地域枠と自治医大でカラーをつくるという意見、話について、ちょっと個人的に一学生として参考にしていただきたいなと思うところがあるんですけど、結構受験生から見ると、高知大学の問題でもありましたけど、受験生というのは偏差値しかやっぱり見えないんです。

なので、地域枠と一般の入試とどう違うかといったら、偏差値が地域枠のほうが低いから入りやすいというところしか見えないので、それが結局地域枠を、自分は頭が悪いから地域枠なら入れるかもしれないという学生が集まるのと、僕は頭がいいから一般で受けたいというのに分かれてしまって。

でも、本当は地域医療というのは専門医と違って、総合医を育成というかたちでありますけど、総合医というのは何でも診れなきゃいけないので、むしろ普通の医師というのは言い方は悪いかもしれないんですけど、普通よりももっとたくさんの知識が必要な、むしろ頭がよくないとできないような仕事なので、そういう意味で地域枠という学生でしかできない体験を、もっとカリキュラムに組み込んでいくという、地域枠の成績優秀な人たちを優先的に留学してあげる制度とか、あとは最新医療に触れられる制度ですか、先ほどおっしゃられたような、全国的な取り組みということを利用して、いろんなところに旅行しながら、こういうフォーラムに参加できるとか、そういうものをもっと地域枠のカリキュラムの中に取り込んで、地域枠が何でこんなレベルが高いかといったら、カリキュラムがこれだけ充実しているんだから当たり前か、と思え

るようなカリキュラムを作っていくべきだと。

その中でも、自治医大がそんな地域枠の各大学がやっているようなカリキュラムに負けないように、もっと充実したものを作っていて、何で地域枠と自治医大があって、自治医大のほうがこんな入りにくいんだろうといったら、それは自治医大はもっと、もっと充実しているからだというふうに胸を張って、カリキュラムを自慢できるような大学にしていきたいなと、していけたらいいんじゃないかなと思いました。

石川 鎮清・座長

ありがとうございました。ほかに、もっと。

今道：神奈川9期の今道と申します。現在、へき地医療や地域医療の勉強をしています。昨年、全国の医学部を対象として地域枠の調査を行いました。全国の8割くらいの大学から回答がありました。

実際、地域枠というのはかなり導入されています。新設ばかりでなく、旧設の国立、旧設の私学でも行われています。

ただ、結構の数の大学で導入されているのですが、では地域枠の学生に対して特別なカリキュラムはありますか。と質問すると、ほとんどのところで行われていません。

だから、今、学生さんがおっしゃっていただいたように、講座や募集定員は国から言われて作り、県が負担してくれるので奨学金も出すことにしたけれども、カリキュラムは一般の学生と一緒にになってしまっています。

大学の先生ともお話する機会があって、地域枠の学生だけ別なカリキュラムを作ったら不公平だとおっしゃる先生もおられて、特別な教育はされていないところも多いようです。そこはやっぱり選ばれた地域枠の学生なのだから、選ばれたカリキュラムを作って、地域枠学生のための教育を提供することが大切だと思います。

ですから、夏休みの実習も良いですけれども、普通の正課の授業でやっぱり違うというカリキュラムを、例えば他の学生よりも授業時間を長くすることが必要かも知れませんが、行うことも必要だと考えます。

ただ、それには地域医療の教育のノウハウが必要で、他の大学はみんな知りませんので、阿波谷先生が高知大学で行なわれているように、自治医大が持っている今までの経験を、それぞれの大学に導入していくことも1つの方法なのではないかと思います。

石川先生が発表されたように、地域枠はずいぶんできていますが、卒業までに他の学生と同じような教育を受けていれば、皆奨学金を返して地域医療には携らないのではないかと思います。長崎でもお話しopportunitàましたが、国公立大学では学費そのものが私学である自治医大ほど高くないので、学費を貸与されても、ちょっと働けば返せるお金ということになると思います。奨学金を返還して地域医療に従事しないということでは困りますし、地域枠の学生も趣旨を理解して入学したわけですから、十分に教育を受けられるのはかわいそうですので、しっかりとした教育を受けられるように進めていくべきだと思います。以上です。

石川 鎮清 ・座長

ありがとうございました。じゃあ、手短に。

山川：沖縄県21期の山川といいます。今お話があったんですけども、僕の同級生にさっき声を掛けられまして、宮崎県の寄附講座を任せられることになったんだと、でもどうしたらいいから分からないから教えてくれと言われたんです。

僕もどうしたらいいか分からないので、琉球大学の医学部の地域医療学講座の先生にさっき電話をして聞いたら、寄附講座の全国のマーリングリストがあるというふうに聞きました、そういうものを要するにもう僕の同級生は、僕は19期で入学だったんですけども、そういう若い人たちがどんどん地域に採用されるようになってきている人たちを支えるというアプローチもあるのかなと思いました。阿波谷先生のようなノウハウをシェアして支えていくというのも、地域枠へのアプローチかなと。

地域枠のアプローチというのに僕が考えたのは、システムとしての連携と学生同士の連携と、その人たちが医師になってからどうするかというところまで見たほうがいいんじゃないかなと思っていて、システムについては大学同士でもあるし、政策行政もあると思います。学生についてはさっき奥野先生がおっしゃっていたように、交流道場みたいな感じのブロック制でもいいですで、いろんなところを見に行く。

僕はもう奥野先生のところに、神島に2回行ってずっとモチベーションを保っていたりもしているんですけども、そういう経験が必要なのかなと思ったら。

あとは、ちょっと沖縄県の愚痴みたいに言って申し訳ないんですけども、僕は沖縄県立中部病院の出身なんですけど、中部病院には病院としての地域枠がありました。今もプライマリケアコースというのがあります。

ただ、国の政策で地域枠ということができたので、そこの予算をカットして琉球大学に持つていったんですけど、どうやって育てていいか分からなくて、その人たちが今路頭に迷っていて、来月僕のところに1年生が来るんですけど、何かシッチャカメッチャカなことになっていて沖縄については、そういうへき地医療政策が後退しているんです。

そこについて大学が口を出せるか分からないんですけど、そんな変なことをしているような動きをキャッチして、それはちょっとおかしいんじゃないの？ と言うところまで力があつたらうれしいなと。何でこんな後ろ向きな政策をしているんだと、僕はもう大変悲しくなりました。愚痴みたいになって、すみません。ありがとうございます。

石川 鎮清 ・座長

ありがとうございました。大体連携をしたほうがいいということについては、皆さんどなたも賛成であると。あと全国組織もつくってシステムとか学生あるいは大学教員、そういったことも情報の共有の必要性があるということまで、これはどなたも異口同音に言っていたことかと思いますが。

あと、ちょっと先ほどに戻って、やはりわたしは座長をしていまして引っ掛けた発言は、先ほど大学のカラーというのをどう伝えるかということを石丸先生と、あと学生のほうと出ました

けれども、それがどうやって伝えるかということと、今後自治医大がリーダーシップを取っていくべきだという話も途中幾つか出ましたけれども、そちらについて大学側がやること、あるいはリーダーシップを取り続けるために、いい人が地域枠あるいは自治医大、どうやって住み分けしていくことを少し具体的に話して、自治医大が今後どうやっていわゆる生き残っていくかみたいなところも、この場でぜひ話を詰めていっていただきたいと考えておりますけれども、何かそういった視点での追加の発言がございますでしょうか。

伊東：高知県の11期の伊東です。

地域枠との連携という話からちょっとずれるんですけど、僕は高知県の地元で10年ほど自治医大入試の面接をしております。今からお話しすることは大学の事情とか、よく分からないんですけども、入試というのは試験の素点が非常に重要で、点が高い人ほど大学としては採りたいだろうし、当然だと思いますし、国家試験のことを考えると、そういう人に入つてもらいたいという思いは強いと思います。けれども、面接をしているほうからすると、面接していてこの人は駄目だなというのは、きょうは高知の出身の学生さんはいっぱいいるんですけども、面接の時点で実は落とそうと思ったら落とせるんです。今までにそういうこともあったかもしれませんけれども。

伊東：ただ、いいなという人を、よりアピールする方法が地元で面接していくてもなかなかできないんです。採点基準がいろいろあるんですけど、そんなに差が付かないことがあります。

本学では、地元の面接の結果がどのように採用されて、評価されているのかが全然僕らのほうは分かりません。最近は地域枠との関係もあって、そちらのほうへ優秀な学生さんが流れるということもあるって、ここ数年なんですけれど、これは僕の主観なんですけど、高知から自治医大に入った人はみんな優秀なんですけれども、ただ単純に、試験の素点のいいほうから順番に採っているような印象があって、面接でいいなと思った人が入れていないという感じです。これはあくまでも僕の主観なんですけど、感じております。

かつ、その面接をするほうとしても1日かけて面接をするのはすごくしんどいんですけども、実際どんなふうにして面接していいのかが、実は面接しているながら失礼なんんですけど、よく分からないことがあります。重み付けだと、そういうのが全然。機械的ではなく、真剣にやっているんですけど、どんなふうに面接評価をしていいのか、最近自分でも分からなくなっています。

だから具体的に言うのもおかしいんですけど、例えば面接でも筆記試験と同じように、配点を決めてしまうとか、または筆記試験である程度の点数以上を取れた人の中で、面接の順番で採用、入学を決めてしまうとか、そういういろんなことが考えられると思いますけど、もう今の制度ができて30年、40年たっていると思いますので、そろそろ大学と県とか、卒業生の中で、地域枠との関連もありますけれども、非常にこれは大変で難しい話んですけど、入試方法を一度話し合う時期にきてるんじゃないかなというふうに思います。

具体的にどんなふうなことというのは、非常にこれは難しい話なんですけれども、そういう時期にきてるんじゃないかなという。ちょっと地域枠との連携とは違うんですけど、入試に関

して思っていることがあるので話させてもらいました。

石川 鎮清 ・座長

ちょっと入試の改革の必要があるんじゃないかという意見でしたけれども、アンケートでも先ほど示したように、3分の1ぐらいは必要性があるというふうに。はい。

木山：よろしいですか。ちょっと先ほどの話に戻らせていただきたいんですけれども、兵庫県の2期の木山といいます。

自治医大とか、自治医大の卒業医師が地域枠の人たちとどうかかわっていくか、連携していくかというのがこの会の主たる問題だと思うんですけども、先ほど長崎県が離島組合をつくってから、ずっと右肩上がりで医者が増えていったというのを見させていただいて、実は兵庫県も自治医大ができると同時に、兵庫医大というところに県の派遣医師、養成医師というのを5名ずつ養成していたんです。今にいう地域枠と同じようなことをやっていたんですけども、実は兵庫県の場合はまったく医師が増えていないどころか、ここしばらくはもう減る一方になっているんです。非常に、長崎県と兵庫県とどこが違うのかということをずっと考えていたんですけれども。

先ほど話題になっていたのは、ずっと学生の教育がどうのこうのということを非常に話題にされていたんですけども、兵庫県の場合でも年に1回は2泊3日ぐらいで研修会を、そういう人たちも合わせてみんなでやっていまして、結構頑張ってやっているほうだと思うんですけども、実際には医者は残らない、誰も残っていないと。

それはなぜかと考えたときに、先ほど長崎県の場合は「もくせい会」というのをつくって、医者になった者同士の交流会を盛んにやっているという話をされたんですけども、兵庫県の場合はそれが今まったくないんです。一時やっていた時期もあるんですけども、もう20年ほど前は。今は全然やっていません。そのために医師同士が皆さん孤立されているというか、それぞれの地域で孤立していまして、連携が取れていなくて、そういうことでもう次々に義務年限を過ぎていくと、歯が抜けたようにいなくなってしまうという現状があります。

それを解決するために何がいいのかと、ずっと私は考えているんですけど、なかなかいい策がないで、今ここ数年前から自治医大が同窓会を各県の支部に補助金をいただいているので、各都道府県の同窓会組織がかなり充実してきていると思うんです。

その同窓会組織と社団も含めてですけれども、そういうところがある程度中心になって地域枠の卒業医師を巻き込んだ何か新しい会ができたらいいなど、長崎県の「もくせい会」のような、そういう会をつくって兵庫県のほうでもやっていきたいなと今思っています。そういうのを全国でもやれば、地域枠の先生方とも交流が取れますし、いろんなことがやっていけるのかなというふうに思いました。

阿波谷敏英 ・座長

では、杉原先生。

杉原：すみません。佐賀の11期の杉原です。

僕は地域枠というのがどうやる、何をやっているのかというのをさっきからずっとお話ししていましたんですけど、よく分かっていないんです。自治というのは、自治も地域枠も始めからスタートしたところはある程度似たようなところと思うんですけど、自治はもうみんな一括して柱ができるけど、地域枠というのはその場所、場所で全然何をやっているか分からないというのが現状で、全国レベルの組織というのが自治について出ましたけど、例えばこういうふうな臨床講師の研修会とか、そういうときに、その地域枠を持っているところの大学の先生たちにも案内を出して、こういうことをやっていますから、もしそういうのを見たいと思われるんだったら参加してくださいというふうに、もっとオープンにこうして皆さんと会話する場を増やすというのは非常に役立つんじゃないかなと思っています。

木村：1つ戻りまして、木山先生のお話に関連する話をさせてもらいますが、実は島根県では自治の卒業生を中心として「しまね地域医療の会」、これは自治医大だけの組織じゃないんですけど、県が主導となってそれをやっています。

今実は島根県では92名の奨学生の学生がいます。学生と言いましたけれども、平成14年から始めていますので、既に8名が医師となっておりまして、実際に地域勤務している人もいます。

一応会の規則上は、その人たちは入ってもらうことになっていますが、今の時代、あなたは入ってもらうことになっていますと言うと反発しますので、こちらがお願いするようななかたちで実際にその会に入ってもらっています。

今のところその8名は、やっぱり大学の医局に入っていますので、わたしは医局の教授に一人ひとり話をしていますが、医局人事のような中で地域に行っています。そういうやり方をこれからもやっていくと、今はたまたま数名ですからうまくいっていますけれど、おそらく今後は難しいというのは大学も思っていますし、県も思っています。

今、地域医療再生計画を立てる中で、92名中実は82名が島根大学の学生、卒業生になるわけでですので、大学の中にそういった人たちを束ねるような寄附講座のようなものを今考えております。

できれば自治の卒業生ないし、島根県のほうから大学の中に人を送って、そういった人達をまとめるながら、これが地域枠のキャリアデザインだというのは、なかなか1つにはできないと思うので、それぞれのオーダーメードのようなものを提示していく、それぞれの希望を聞きながらやっていくのかなというふうに今思っておるところでございます。すみません、長くなりましたが。

尾身：どうも、東京都1期の尾身ですけれども、今の2つの話をわたしはずっとほかの分科会に出ていたので、ちょっと全部を聞いていませんでしたけど、来て大変面白く思ったのは、奥野さんが一つ非常に具体的な例を挙げて、どうせ研修するなら自治医大は全国のネットワークを持っているから、それをうまく利用すればいいじゃないかと。

これはまったく一つの例だけど、私はかなり本質を突いていることだと思います。自治医大の最大の強みは、中にいる人が優秀だということはあるんだけれども、それよりも一番のこの自治医大の特徴は、全国にネットワークがあるという、しかも地域で行政をやっている人もいる、県

立病院の院長をやっている人もいる、開業もやって、こんな組織はないんです。

だから、その後島根の木村先生ですか、それから兵庫の木山先生、高知の伊東先生、みんな同じようなことを、たぶんそういう一つの取っ掛かりがあれば、もう地域の最初の問題、これについては非常にいい示唆があるんだと。

それから2つ目の、これは伊東さんか、高知の入学試験のことをいろいろ考えるけど、どういう面接の方法がいいか分からないという。方法で、これは皆さんへの一つの情報提供で、ちょっとこれが参考になるかどうか分かりませんけど、まったくこれは情報提供で私はそれをやつたらいいかどうかという価値判断はしていませんけれども。

実は、私はこのヤクザな商売を20年もしていましたから、世界のいろんな医科大学、総合大学でどういう入試方法が取られているかというのは大体知っています。

その中でこれは大した、最近ほかの大学も優秀になっているから、いわゆる「ミーちゃんハーチャン」的な意味で言えば、ハーバード大学というのが世界で最も素晴らしい研究、しかも教育機関、あるいは病院といわれています。

そこで私はたまたまほかのことで、まだ自治医大に戻る前にその医学部長というのと会う機会があって聞いてみたんです。一体何であんたのところは長い歴史で、ずっといわゆる世界の医学会、研究、臨床その他、その他でトップの地位を走れているのかと聞いたら答えは簡単、「いい人を探っている」と言うんだ。いい人を探っている。

じゃあ、どうやって探っているのかといったら、特に向こうはご承知のようにメディカルスクールの前に4年生のカレッジがあって、その後医学部に行くという点で、日本とは違います。ハーバードではこのカレッジに入る学生を選ぶ際に、卒業生が重要な役割を果たしています。

各県の卒業生が、例えばことし鹿児島県は河野さん。河野さん、ことしほは悪いけど面倒を見てくれと。鹿児島県のしかるべき自治医大に受験するような高校生、高校というのはある程度限られているでしょう。すると河野さんはそこに行って、入試担当の先生に会ってやる気があって優秀な学生を教えてくれと、依頼する。同時に自治医大のことを宣伝するわけじゃないけど、いろいろなことを知ってもらう。

たった10分の面接では、人は判断できません。だけど1年間やるんです。河野さんは1年間時々向こうとこちらの都合のいい時間に飯でも食わせて、高校生だから酒は無理だけど、いろんなことをやっているうちに、当然その子たちのいわゆる、地頭がわかります。

それプラス、その人の行い。その人が河野先生がちょっとふざけた悪い質問をするときにはどう反応するかなんていうことを1カ月に一遍でもいいんです、それを1年間やると大体本性が出ますね。人間は10分間は隠せますよ。だからわたしも受かってきたんだけど、しかしそれ以上は隠せません。

そういう意味ではわたしは一つの、これはやれと言っているんじゃないけれども、せっかく自治医大の人は全国にいるんだから、こういう方法をやってみるという考えはあると思います。

そういうことで河野先生が自治医大に対してこいつは絶対にいいと、探ってくださいよと。逆の場合もあるかもしれないけど、これだけはというのもあるかもしれないけれども、そういうことを実はハーバードなんていうのはやっているんです。

これは、もし自治医大の皆さんがその気になってやろうと思ったら、1年だけちょっとがまん

してほしいんだ。一番いい時期をちょっと選んでもらって、その人の責任でいいやつを、ともかくこれは頭もいいし、やる気もあるし、人間性もいいというのは五重丸。五重丸してきいたら、こっちの自治医大のほうは基本的には採ると、こういう方法もあり得ると思います。

そうするともう本当の生の姿が出てきて、頭だけじゃなくて、地域医療の気概だとか、その人の心根だとか、やる気だとかというのもあるので、ちょっとこれは皆さんに少し考えていただければと思って参考までに申し上げました。ありがとうございます。

梶井：自治医大の梶井です。鳥取県の1期で今は地域医療学センターになります。きょうは発言しないで皆さまのご意見を伺いながら、次にどういう方向に向かってわれわれは進んでいったらいいかという示唆をいただきこうと思っていたんですけど、いろいろな意見が出ましたので、少しわたしたちがどう考えているかというのも紹介申し上げたいと思います。

地域枠の話がでていますけれども、先ほど出ました地域枠はいろいろなんですね。もう小児科になることを希望する人、産婦人科になることを希望する人。地域枠といつても自治医大とは全然違うんです。ですから、そのところを考えないといけないと思います。

それからもう一つは、地域枠に関する学生間の差別が起こっているということです。そういう中で地域枠に特化した教育をしようということじゃなくて、今こそ本当にこれから必要な医師を育てる教育をみんなで考えようと、そういう時期だと思います。

地域枠は各県にあるわけです、各大学にあるわけです。これはチャンスなんですよ。そして医学教育モデルコアカリキュラムの中に地域医療が入ってきました。わたしはそこのワーキンググループに出たときに、「いや、そんなことはできません」と言う委員が最初はいました。ですけれども議論を重ねていくうちに、それはやろうと、授業だけじゃなくて、地域の中に送り出していこうということになったんです。これこそチャンスと言わずして何と言うかというふうに思うんです。

どういうことかというと、今まであまりにも医学に特化した、医学教育が行われていたということです。医師になるということはどういうことかというのを大学の中だけで教えていこう、伝えようというのは、これは無理だと思うんです。

地域に出て自分で感じて、そして育っていく、育ててもらう、そういうような状況の中にはあって、じゃあ各大学が地域医療の教育をどうしようか、そこがしっかりしてくれれば地域枠の教育も当然伴ってくると思います。実はわたしたちのところにはいろいろな大学から教育要綱を送ってくれという要望がきます。そのときにお願いするのは、地域枠に特化した教育じゃなくて、全学生に地域医療をしっかりと教えてくださいというふうにお願いしています。

ですから、そういう意味ではぜひ連携を取っていきたいと思いますし、来年の1月には各大学と連携を図る、ことを目的としたシンポジウムを予定しています。その中には臨床講師の先生方もぜひ参加していただいて、みんなで考えていきたいと思っています。自治医科大学が教えてあげるじゃなくて、わたしたちがやってきたことを一緒に共有していただきながら、われわれも学びながらやっていくと、たぶんそういうスタンスにいかないと、各大学はなかなか、じゃあ同じ輪の中に入っていきましょうというわけにはならないと思うんです。

ここで、いろいろわたしたち自身が、40年近いこの歴史を振り返る時期に今きていると思いま

す。なぜかというと、もっと一人ひとりが自信を持っていい時期なんじゃないかと思います。今までの医療の中で自分たちの存在を考えると小さな存在ですよね、27万人の医師のうちの1%しかいない。でも、尾身先生を始め、皆さんが言われたようにいろいろなことをやってきた、そのプロダクトを今こそ示すときがきたんじゃないかなというふうに思うわけです。

例えば、地域医療の中で教育をするって、みんな分からなかつたんです。そういう教育環境もみんなで全国につくってきました。そもそも地域医療が今崩壊だといわれていますけど、そんなことはないというモデルをたくさん全国につくってきていますよね。そういうことを考えると、わたしたちが今本当に、わたしたちのネットワークだけじゃなくて、いろんな人との関係をもっと密に大きくしていく、そういう時期なんじゃないかというふうに思います。

ですから、これは非常に分かりやすいと思うんです。地域枠を通して各大学と連携を図っていく、これは大きな第一歩になると思いますので、ぜひいろんなご意見を寄せていただきたい、われわれが皆さんと一緒にできることを、わたしたちも考えていきたいと思います。

どうぞよろしくお願いします。

阿波谷敏英・座長

時間になりましたので、そろそろ閉めたいと思います。司会の不手際でちょっと議論があっちへいったり、こっちへいったりで申し訳ございません。

今の梶井先生のお話にもありましたように、地域枠というのは自治医大にとってみても一つのチャンスであると、連携を取っていく必要がある。というのは自治医大の卒業生あるいは大学と、各大学の地域枠と連携を取っていく必要性があると。そういうことによって自治医大が地域医療のリーダーで、トップランナーで走っていただきたいという思いを皆さん方に語っていただいたと思います。

その中で優秀な人材を確保していくということも大学として、自治医大として大いに期待をするところでありますて、それについては入試の制度の見直しなども視野に入れてほしいと、こういったお話じゃないかと思いますが、こういったことでよろしいでしょうか。ご異議がなければ。すみません、どうぞ。

奥野：自治医科大学にお願いなんですけれども、自治医科大学の教員の皆さんはどうも外に出でていないです。現場を知ることが一番大事なんです。自治医科大学が地域医療としてリーダーシップを取っていくんであれば、教員がやっぱり自ら現場に出掛けて、そこで感じてこないといけない。

過去においては、夏季実習においても大学の先生は来ていました。田舎の診療所にも来てくれていました。最近はとんと姿を見ません。現場に行かなくて、何が理解しているんだと。

ですから、提案としては「自治医大の教員は外に出よ」というのを、具体的な提案としてぜひ出していただきたいと思います。

阿波谷敏英・座長

「自治医大の教員は外に出よ」ということを盛り込みたいと思います。よろしいでしょうか。

ほかに、これだけはどうしても言っておきたいというご意見がありましたらお伺いしておきますけど。すみません、手短にお願いできますか。

中俣：すみません。地域枠の担当をしている鹿児島の8期の中俣といいます。わたしはここに来る前に、いかにして自治医大の優秀な人材を確保するかということで、自治医大担当の人と話をしてきました。

その中で3つあります。1つは自治医大の制度には無償の生活貸与金が今はないんですが、地域枠には生活貸与金があります。ということは学生、高校生の親からするとどちらが魅力があるか。

2つ目は、多くの地域枠には学校推薦があります。なので、学校推薦がある地域枠と自治医大と通ったら、どちらを優先することになるのか。

3つ目ですけれども、今年ですと、自治医大の2次試験の学科を受けて、最終便で鹿児島に帰り、次の日地域枠の試験を受けられるんです。要するに試験のスケジュールです。青田買いをするんだったら、防衛医大みたいに11月、12月に入試をすべきだと思います。

あと2つちょっと余計な話がありますけれども、センター試験で失敗したのが自治医大で頑張る。だから決してセンター試験の成績と自治医大合格者の成績はパラレルじゃない。

それと、多くの地域枠は現役、1浪までですが、自治医大は多浪生も取るので、そういう意味では門戸が広いのかなというのは、どちらがメリットかデメリットか分かりません。

最初の3点はぜひ自治医大で考えていただきたいと思います。以上です。

阿波谷敏英・座長

よろしいでしょうか。

そうしたら、ご協力ありがとうございました。これで分科会を閉めたいと思います。どうもありがとうございました。

長崎県の離島・へき地医療と医師の養成制度

平成21年9月21日
自治医地域フォーラム2009

長崎県の紹介

対馬
壱岐
五島
ハウステンボス
長崎空港
長崎

全国一の離島県

県下全島 596島
うち有人島 73島
うち法指定有人離島 54島
長崎県の面積の40%
人口の11%

全国	215.3
長崎県	269.8
離島	148.0

(医療及び保健衛生関係の従事者)

長崎県内の医師数 (人口10万対)

[長崎県医療統計、H18.12.31]

長崎県の医師確保対策

昭和35年～「医療圏構想」
(各圏域の基幹病院の整備と医療の充実)
昭和43年 離島医療圏組合設立
昭和45年 長崎県医学修学資金貸与制度創設
昭和47年 自治医科大学設立
昭和53年 県養成医師の離島派遣開始
平成16年 長崎県離島・へき地医療支援センター設立
平成16年 長崎大学離島・へき地医療学講座開講
平成19年 長崎県自治医科大学修学資金制度創設
平成20年 小児科・産科医師確保緊急対策資金貸与制度創設
平成21年 長崎県病院企業団設立

離島医療圏組合病院常勤医師数の推移

年	病院数	医師数
S43	7	31
45	8	31
47	10	32
50	12	32
55	9	44
60	10	45
H1	11	55
5	12	60
10	13	72
15	14	72
18	15	90

だいぶ
増えてきました

長崎大学大学院離島・へき地医療学講座

H16からH20まで
①離島医療・保健実習(医学部5年生全員)
②高次臨床実習(医学部6年生希望者)
③家庭医療集中セミナーIN GOTO(全国の学生・医師)

効果
+離島医療に対する関心の高まり
★離島病院の研修医採用 9名 (H17~21)
★離島医療専門家教育基盤の構築

5年内で整備された教育基盤が以下
の取組によりさらに発展

①医学カリキュラムに「地域医療監督プログラム」を編成
②大学・附属施設的な医療を推進
③国内外の先進的な地域医療教育体制
地域で学ぶチーム医療教育を確立
地域医療教育に関する次世代の指導者の養成
質の高い地域医療人の育成

離島・へき地医療の確保

長崎県病院企業団とは?

長崎県と島原、五島、対馬地域の市町が一体となって病院を経営することで、県民の健康な生活を確保することが目的です

長崎県と島原、五島、対馬地域の市町が一体となって病院を経営することで、県民の健康な生活を確保することが目的です

長崎県病院企業団
(9病院)
長崎県立病院
(2病院)
県立病院
(2病院)
病院企業団
長崎県と5市1町で構成する一部事務組合(特別地方公共団体)

(平成21年4月1日設立)

長崎県医学修学資金制度

- 貸与対象者 医学部医学科大学生
- 貸与内容 入学金・授業料(国立大学相当金額)
図書費:20万円以内／年(専門課程より)
生活費:7万円以内／月
※6年間総額 約934万円
- 貸与年率:14.5%
- 返還免除:卒業後に貸与期間の2倍(専門課程から貸与の場合は1.5倍)以上(うち離島・へき地に1/2以上)知事の指定する医療機関に勤務すると返還免除 ➡ 卒業後12年までに離島勤務を6年間

医学修学生の勤務例

【勤務先】長崎県病院企業団、長崎大学病院、市町立病院、県の保健所等

勤務年次	1~2	3	4	5~9	10~12
勤務形態	臨床研修	診療派遣	再研修	定着勤務	定着勤務
勤務地	本土	離島	本土	離島	本土

※1年生から6年間貸与を受けた場合
※臨床研修期間の2年は義務年限に含む

長崎県小児科・産科医師確保緊急対策資金

- 貸与対象者:県内の初期・後期臨床研修医
- 貸与内容: 月額20万円以内
- 貸与年率: 14.5%
- 返還免除: 貸与を受けた期間の1.5倍に相当する期間、県内の公的医療機関等に小児科又は産婦人科医として勤務すること。

※H21年度 新規採用数 9人
H22 // 8人

長崎県自治医科大学修学資金(H19~)

- 貸与対象者:長崎県出身自治医科大学生
- 貸与内容: 月額7万円以内
- 貸与年率: 14.5%
- 返還免除: 貸与を受けた期間の1/2倍に相当する期間、自治医科大学の義務年限終了後に引き続き知事の指定する離島・へき地の公立医療機関等に勤務すること。

勤務年次	1~2	3	4	5~9	10~12
勤務形態	臨床研修	診療派遣	再研修	定着勤務	定着勤務
勤務地	本土	離島	本土	離島・本土	離島

自治医科大学の義務期間9年、資金貸与による義務期間6年×1/2=3年

離島・へき地医療関係機関MAP

※養成医は企業団の病院(赤地)に勤務

県養成医の現状

(平成21年9月1日現在)

医療機関	在籍医師数	医師候補者数	計
自治医大	35	35	(計94人)
県養成医	32	33	(計147人)

※学生:(自治医大 16人、修学生 23人)

※修学資金貸与者のうち
長崎大学.....43%

※返還者のうち
長崎大学.....24.3%

返還者66人の返還時期

長崎県離島・へき地医療支援センター(H16設置)

主な業務

- 常勤医師派遣・斡旋(長崎県ドクターバンク)
 - 派遣要請のあった離島の市町立診療所へ、医師を派遣員として採用し派遣する。原則的には、年2回市町に対し要望調査する。
 - 応募医師が県職員としての派遣を希望せず、受け入れ市町との直接交渉を希望する場合には、斡旋として紹介を行う。
- 代診医派遣
 - 派遣要請のあった市町立診療所へ、代診医として出張診療する。
 - 代診:常勤医師が、不在、急病、学会出席等で、不在となる時に出張診療。
- 医療支援
 - 電話、FAX等活用し、診療所からの診療相談に応じる(医療センターの専門医の協力を得る)。
 - 診療応援(常勤医師よりの、診療応援要請による)にも応じる。
- しますけっと団斡旋紹介
 - 本県離島・へき地診療所の代診や診療応援、短期の常勤医としての診療等に協力する医師又は医療機関を支援センターに登録してもらい、市町立診療所の要請ある場合、紹介斡旋する。
- へき地医療支援機構業務
 - へき地医療拠点病院に指導・助言を行い、へき地診療所等を支援する他、離島・へき地医療支援計画を策定する等、離島・へき地医療の支援を行つ。

長崎県ドクターバンク

- 1. 県職員として採用**
 - 給与: 市町の給与規定により、市町が支給
 - 診療所勤務期間: 1,600万円程度／年(免歴10年)
【企業団病院医師と同水準】
 - 自主研修期間: 1,200万円程度／年(同上)
【長崎県の医療職と同水準】
 - 退職手当: 県の規定により、県が支給
- 2. 有給の自主研修を保証**
 - 原則として、2年間を単位として、1年半の離島勤務後、半年間の有給の自主研修を保証。
 - これを繰返す。
3年間離島勤務し、1年間自主研修でも可。
- 3. IT等を活用した医療支援**
 - 専任医師及び長崎医療センターの医師等から医療支援が受けられる。



本土救急搬送

ヘリコプターによる
救急患者搬送



大学在学中の研修

●夏期研修(サマーワークショップ)

毎年8月に2泊3日の行程で、設定したテーマについて小グループでの討論及び意見発表

●離島病院見学

夏休み期間中に、離島の病院で実際の診療などを見学

●長崎県地域医療研究会への参加

長崎県病院企業団が開催する長崎県地域医療研究会等に参加(長崎ブリックホール)

●冬季研修(ウィンターミーティング)

県が養成した医師の講演や意見交換



離島ワークショップ in 対馬
H21. 8

長崎県の医師養成システム(長崎方式) の特徴

●長崎県病院企業団(50~300床規模病院)への一括採用及び配置→原則として離島診療所へ配置しない

●自治医大生、修学生を在学中から交流させ、一体感を醸成(離島ワークショップなど)

●任意組織「離島医療医師の会(もくせい会)」

→自ら離島・へき地医療を支える気運の醸成

●国立病院機構長崎医療センターの支援

→離島医療の親元病院(助言・指導、専門研修)

ヘリ搬送の受入(離島地域の三次医療を担う)

→ 昭和40年代からの歴史の蓄積



ご静聴ありがとうございました

高知大学医学部での地域枠の現状

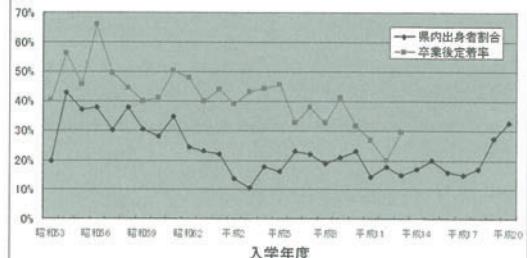


高知大学医学部家庭医療学講座
阿波谷敏英（自治医大13期卒）

2009/9/20

自治医大地域医療フォーラム

入学者に占める県内出身者割合と卒業後定着率



2009/9/20 自治医大地域医療フォーラム

選抜方式の変遷

昭和54年～	一般100	推薦20	定数 100
昭和62年～	一般80	推薦20	
平成2年～	一般75	推薦20	
平成11年～	一般70	推薦20	
平成13年～	一般70	推薦20 学士5	
平成15年～	一般70	AO20 学士5	
平成18年～	一般60	AO 30 学士5	
平成20年～	一般50	AO 30 学士5	
平成21年～	一般55	AO 30 地域枠15 学士10 105	
平成22年～	一般55	AO 30 地域枠20 学士5 110	

2009/9/20

自治医大地域医療フォーラム

地域枠選抜試験

	定数	入学	出身地
平成20年度	10名	2名	高知県
平成21年度	15名	9名	四国瀬戸内
平成22年度	20名？	一	四国瀬戸内



2009/9/20

自治医大地域医療フォーラム

高知県医師養成奨学貸与金

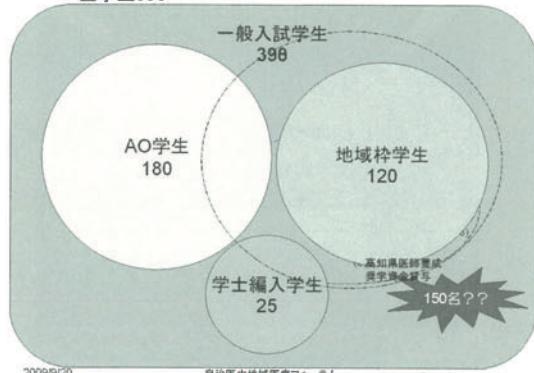


- 対象
 - 医学部1年生から6年生まで
- 金額
 - 月15万円
 - 特定診療科目+加算：月額8万円
 - *産婦人科、小児科、麻酔科、精神科
- 償還免除
 - 卒業後、高知県内の臨床研修病院で初期臨床研修
 - その後に知事の指定医療機関で医師として貢献を受けた期間の1.5倍に相当する期間勤務

2009/9/20

自治医大地域医療フォーラム

全学生695



2009/9/20 自治医大地域医療フォーラム 平成27年5月現在

入学定員を増やせばいい?

- 医師数は増えても地域偏在は解決していない。
- 教員の負担感
- 地域枠学生の戸惑い？
- 自治医大と地域枠の違い？



地域医療教育の充実（すべての学生に）
地域枠学生のモチベーションを下げる
ようなキャリア形成支援、メンタリング

2009/9/20

自治医大地域医療フォーラム

地域枠用の仕組みなど

- 地域枠学生等アドバイザーWG
- 地域枠学生等マーリングリスト
- 入学式後の医学部長訓示
- 高知県知事訓示

2009/9/20 自治医大地域医療フォーラム

高知県の地域医療を知るために

三次医療機関
高知大学医学部附属病院：クリニカルクラークシップ

二次医療機関
県内臨床研修病院：クリニカルクラークシップ

一次医療機関
土佐山へき地診療所：診療施設体験、地域医療実習
その他のへき地医療機関：地域医療実習
市中クリニック、在宅：フライマリ・ケア実習、EME
家庭医道場、高知県夏期へき地医療実習
自治医大地域医療フォーラム

2009/9/20

高知県内 夏期地域医療実習のご案内

★☆ 夏休みに高知県の地域医療を体験してみませんか? ★☆

※この実習は高知県医師会認定医療実習会員が対象となります。一般学生の参加も可能です。
卒業後、高知県内で地域医療に携わることを考えている学生であればお申込み下さい。

※実習内容は色々なメニューを用意しておりますので各自で選択可能です。

※提出入り1割割引される場合は、請願書をさせていただく場合があります。

幡多地域医療道場

実習主体 高知大学医学部附属病院、四国地方学生サポートWG
実習日 平成21年8月1日(水)～27日(木)
実習場所 佩立母ヶ森ふるさと病院
対象者 医学生20名程度
参加費 1,000円(懇親会料込)
実習内容 総務担当の医師の紹介の会、病院見学会
横多地域の医療の現状の説明会、医師会議会
マントツマンの医療体験、意見交換会

<特徴> 横多地域の医療を体験し、地域医療について理解を深めましょう。大学から貸切バスで往復。
大学生の熱意が評判のサポートです。

・**請負申込**
132001@open.kochi-u.ac.jp
・**申込み料**
ゼミ会員登録用URL: zemei.kochi-u.ac.jp
QRコード

高知県へき地医療実習会
実習主体 高知県、高知へき地医療協議会
実習日 平成21年8月20日(木)～22日(土)
実習場所 县内医療機関、4市町の診療所(予定)
対象者 専門小児科(大川村小児科連携)、高知東部、方原地区、高北両地区
高野地区、仁淀川地区(高野川連携)、津和野町、八幡町、
四万十町、土佐市、高岡郡(高岡連携)
実習内容 医学生10名程度(年に目標生徒が替わります)
参加費 1,000円(宿泊料込)
(費用:宿泊費・交通費など)

<特徴> 横多地域の医療の実習にて、実習にてみる貴重な機会です。
バスにて、実習地を巡回して、各診療所を回ります。
ヨコタ・ヨーディ・カルヌラップ、行政担当から熱く語り合ってみませんか?

詳細は 実習合同説明会
平成21年7月2日(木) 午前6時30分
講義棟 第3講義室 www.kochi-u.ac.jp

平成21年度 夏期地域医療実習

	幡多地域医療道場	高知県夏期へき地医療実習
実施主体	高知大学医学部 家庭医療学講座 地域枠学生アドバイザーWG	高知県 高知県へき地医療協議会
対象者		自治医科大学高知県出身学生 国保修学生(高知大学、他大学) 医師養成奨学金受給者(高知大学、他大学) 高知大学医学部一般学生
参加者	高知大学: 19名 他大学: 2名	自治医科大学: 11名 高知大学: 20名 他大学: 2名

2009/9/20
自治医大地域医療フォーラム

夏期地域医療実習

高知県夏期へき地医療実習

幡多地域医療道場

```

graph TD
    A[他大学] --> B[自治医大学生]
    A --> C[国保修学生  
(他大学・高知大学)]
    A --> D[高知大学(地域枠・奨学金)]
    B --> E[高知大学]
    C --> E
    D --> E
    E[高知大学] --> F[他大学]
    E --> G[他大学(奨学金)]
    F --> G
    
```

2009/9/20
自治医大地域医療フォーラム

平成21年度 夏期地域医療実習

大川村小児科連携
高北中央
馬路診療所
土佐山へき地診療所
高南
大正診療所
幡多けんみん病院
幡多島へき地診療所
沖の島へき地診療所

2009/9/20

幡多地域医療道場

2009/9/20
自治医大地域医療フォーラム

高知県の地域医療を知るために

三次医療機関
高知大学医学部附属病院：クリニカルクラークシップ

二次医療機関
県内臨床研修病院：クリニカルクラークシップ

一次医療機関
土佐山へき地診療所：診療施設体験、地域医療実習
その他のへき地医療機関：地域医療実習
市中クリニック、在宅：フライマリ・ケア実習、EME
家庭医道場、高知県夏期へき地医療実習
自治医大地域医療フォーラム

2009/9/20

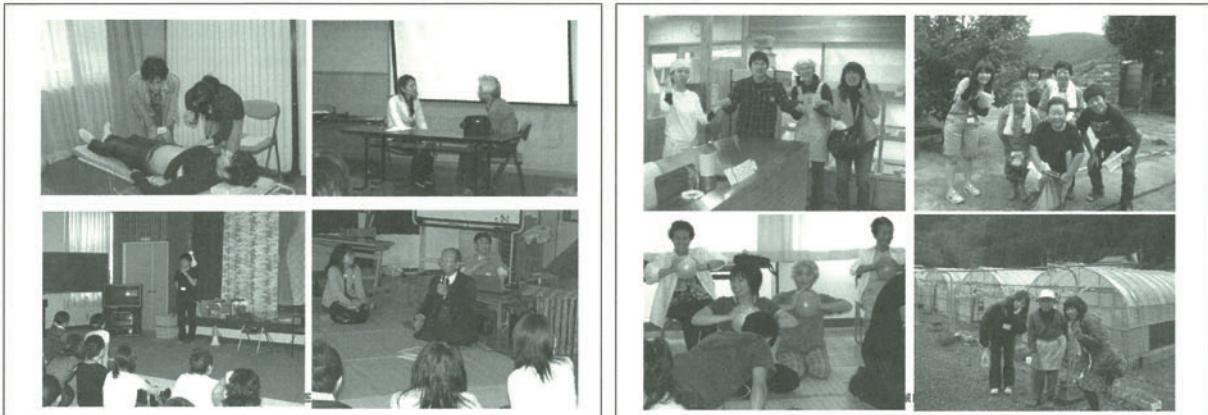
家庭医道場

第6回(高岡郡橋原町)
平成21年10月31日、11月1日
第4回(高岡郡橋原町)
平成20年12月13日
第1回(高岡郡橋原町)
平成19年12月12日
第5回(安芸郡馬路村)
平成21年4月25,26日
第2回(安芸郡馬路村)
平成20年3月29,30日
第3回(豪毛市沖の島町)
平成20年5月8-10日

家庭医道場とは...
地域に赴き、地域の人々と接し、
地域を知る課外活動
(主催:家庭医療学講座)

2009/9/20
自治医大地域医療フォーラム

— 133 —



高知県の地域医療を知るために

三次医療機関
高知大学医学部附属病院：クリニカルクラークシップ

二次医療機関
県内臨床研修病院：クリニカルクラークシップ
県立幡多けんみん病院：幡多地域医療道場

一次医療機関
土佐山へき地診療所：診療施設体験、地域医療実習
その他のへき地医療機関：地域医療実習
市中クリニック、在宅：プライマリ・ケア実習、EME
家庭医道場、高知県夏期へき地医療実習
自治医大地域医療フォーラム

2009/9/20



高知県の地域医療を知るために

三次医療機関
高知大学医学部附属病院：クリニカルクラークシップ

二次医療機関
県内臨床研修病院：クリニカルクラークシップ
県立幡多けんみん病院：幡多地域医療道場

一次医療機関
土佐山へき地診療所：診療施設体験、地域医療実習
その他のへき地医療機関：地域医療実習
市中クリニック、在宅：プライマリ・ケア実習、EME
家庭医道場、高知県夏期へき地医療実習
自治医大地域医療フォーラム

2009/9/20

地域枠について感じること

- ・意識の低さ（学生、大学教員）を変えていかないと…
- ・高知県へき地医療協議会、家庭医療学講座という仕組みがうまく機能している。（結局は自治医大卒業医師のネットワーク）
- ・学生には「医の中の蛙」にならないで欲しい…

2009/9/20

自治医大地域医療フォーラム

結論

高知大学は**本気**です。

2009/9/20

自治医大地域医療フォーラム

ご清聴ありがとうございました。

おわり

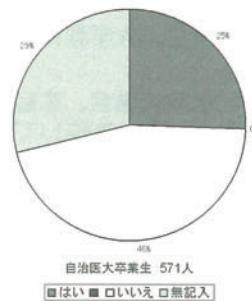


2009/9/20

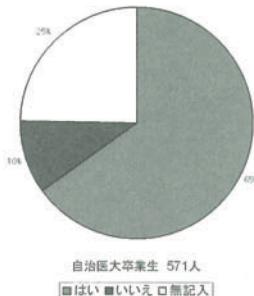
自治医大地域医療フォーラム

プレアンケート結果 (抜粋)

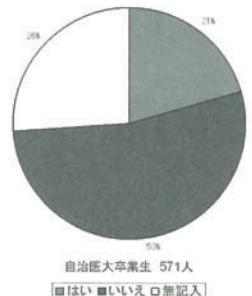
III-2. 「地域枠」とそれに関連する地域医療関連講座と自治医大において役割が異なると思いますか



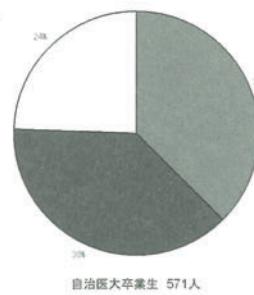
III-4. 地域医療関連講座と自治医科大学(地域担当臨床教授等)が連携する必要性を感じますか



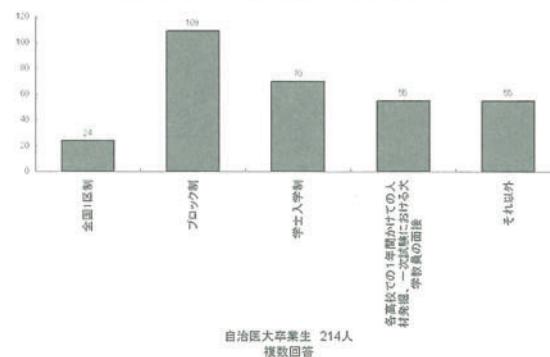
III-6. 地域枠が出来たために本来なら自治医大に来る優秀な学生がそちらに行っていると思いますか



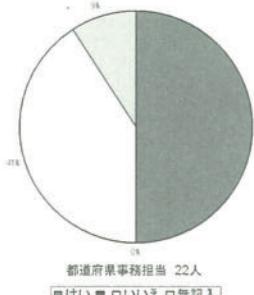
III-8. 入試のさらなる改革が必要とお考えですか



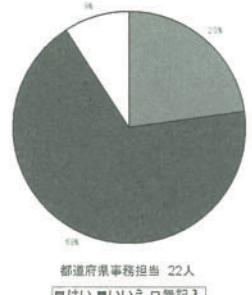
III-9. 入試改革で適当と思われるものすべてに○をつけてください

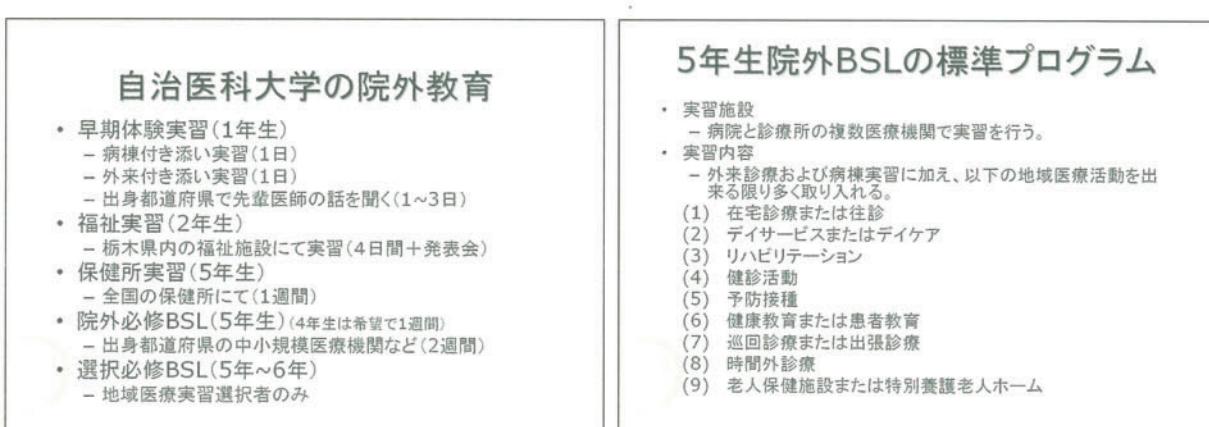
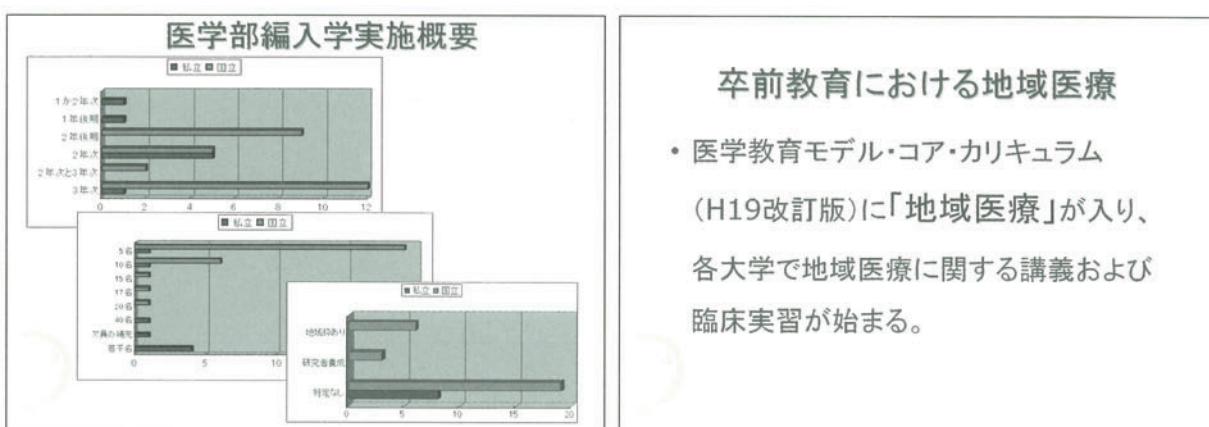
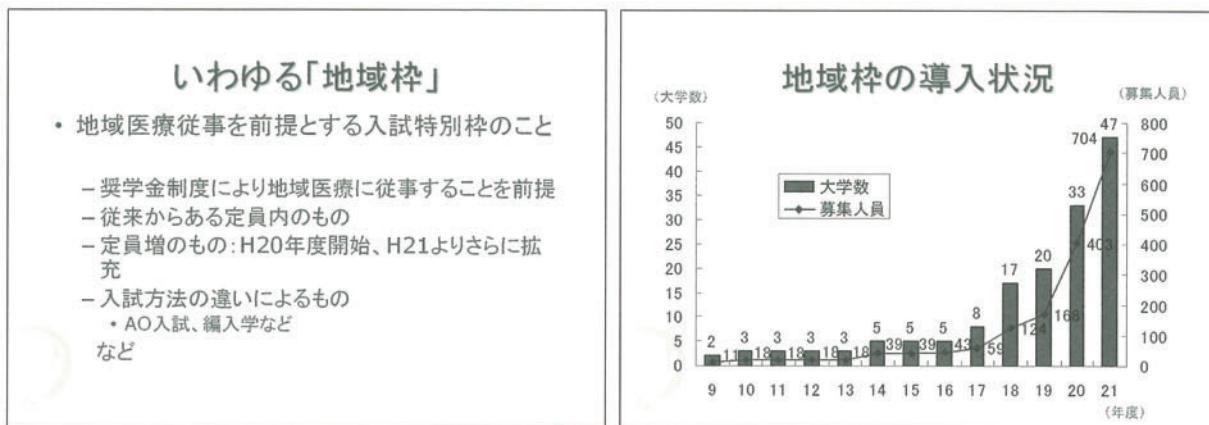
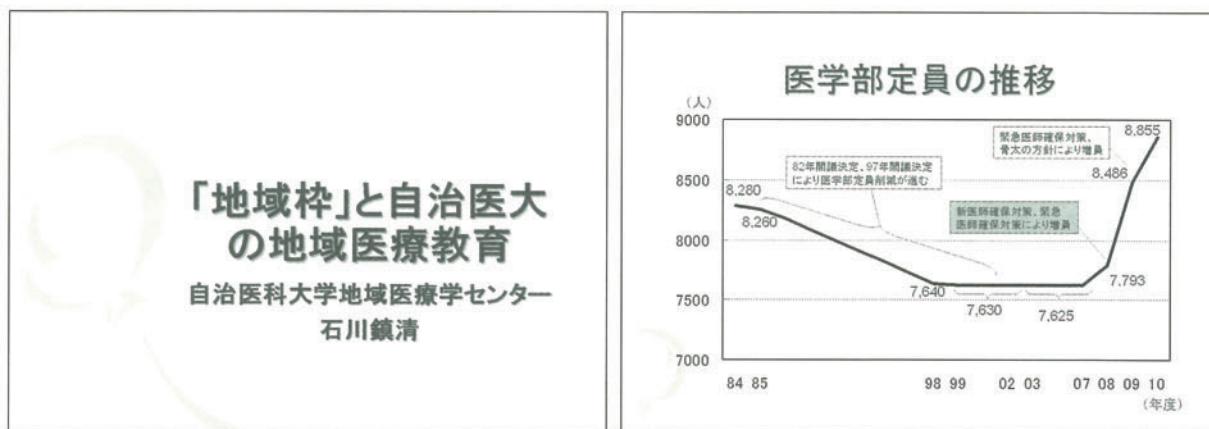


III-10. 地域医療関連講座・地域枠と自治医大・自治医大卒業生において役割が異なると思いますか



III-12. 地域枠が出来たために、本来なら自治医大に来る優秀な学生がそちらに行っていると思いますか





臨床教授(地域担当)制度

- 1999年より臨床講師(地域担当)(各都道府県より選任)を任用。
- 出身都道府県で行う早期体験実習・院外BSLにおける教育および実習をコーディネート
- 年1回研修会を開催
- 2009年より臨床教授・准教授(地域担当)が誕生。

第4分科会

「地域医療の展開、特に拠点病院をどう確保するか？」

座長 吉新 通康 氏（社団法人地域医療振興協会理事長）

堀井 淳一 氏（新潟県勤務医等確保対策室参事）

発表者 遠藤 秀彦 氏（岩手県立釜石病院長）

吉新 通康 ・座長

皆さん、ご苦労さまでございます。

石川：こんにちは。

吉新 通康 ・座長

テーブルは8名ずつのテーブルにしたんですけど、3名のところがあったり、オーバーしていたり調整しましょう。

——：少ない。

吉新 通康 ・座長

少なくとも各テーブル5人ぐらいにはしていただきたいなと思います。

本来この会は14時20分からなんですけれども、幸い集合写真が早く撮れましたので、14時からの会にしていきたいと思います。レジュメを用意いたしましたけれども、これを繰り上げます。開会は14時10分から、座長は私と新潟県の堀井さまです。よろしくお願いします。

吉新 通康 ・座長

2人でやらせていただきます。あと今私ども以外に、ここでは今から拠点病院の確保に向けてのいろんな作業をするわけであり、作業をこれから拠点病院の意義のかたちをつくって、それをどのようにわれわれは実行していくかということの基本的なディスカッションをしたいと思います。お手伝いのスタッフがあそこにいらっしゃいます。お手伝いの方はどうぞ名前と、所属を言っていただいて。

阿江：自治医科大学地域医療学センターの阿江と申します。よろしくお願いします。

阿江：わたしはタイムキーパーを中心にさせていただきますけれども、各それぞれのグループは2分で発表していただきます。非常に貴重な時間なので、皆さんができるようにということ

で2分です。1分40秒の段階でピピといいますので、20秒でまとめていただいて、合計2分の発表でよろしくお願ひします。発表の前には必ずお名前をよろしくお願ひします。

吉新 通康 ・座長

よろしくお願ひします。どうぞ。

竹島：地域医療学センターの23期生の竹島です。よろしくお願ひします。

吉新 通康 ・座長

よろしくお願ひします。

杉田：熊本14期の杉田です。総合雑用係をやらせていただきます。よろしくお願ひします。

坂本：自治医大本院の坂本です。吉新さんにバシッと目線を合わされて、お手伝いをすることになりました。よろしくお願ひいたします。

吉新 通康 ・座長

合計この6名がタスクフォースであり、皆さまの作業のお手伝いをさせていただきますので、何とぞよろしくお願ひいたします。

石川：はい。いきましょう。

吉新 通康 ・座長

レジュメがあると思うんですけども、それはちょっと時間が訂正になりましたので、よろしく。これで、みんな各テーブルが各発表する時間ができたと思いますので、お願ひいたします。

さて、拠点病院ですけども、昔、中尾先生、初代学長が自治医大の卒業生が出るときに、こうおっしゃいました。「卒業生は青い小さなリンゴだ。リンゴを47都道府県に置いておくと、酸っぱくて味も何にも、食べる時期じゃないのに、みんな食べてボロボロにしちまう。やがてリンゴの木は枯れて、自治医大はなくなってしまう」。

ところが、自治医大の卒業生は栄養はとてもいいですし、食べても、食べても何とか小さい実を付けてリンゴの木が育ちつつある。最近では、各都道府県に80人近い卒業生が集まろうとしています。これで少しずつ地域にも溶け込んで、いろんなネットワークができてきている。きょうは八坂先生がいらっしゃいますけども、長崎県では医療圏組合をつくって大きくなりんごの大木ができて、それこそ自治医大の卒業生、修学生の方々、県が一生懸命食べてもしっかり根付いて立派な果樹園ができたというところです。

僕はもうそういう意味では、長崎県のいづはらですか、上五島の拠点病院をちゃんと手に入れないと駄目です。これを展開、まだまだ難しい面もあるでしょうけれども、そういった自分たちの代診を出してもらう、研修のときに応援をもらう、そういういろいろな機能を持った病院の

実現、長崎県はしっかりと大地に根を張ったかなというふうに考えています。

あれだけ県の4割が離島にあって、人口の1割が離島にあると、そういうところでもそのような計画と、みんなの仲間との助け合い、合意があればできるんです。そういう意味では47都道府県いろんな、さまざまなところがあるんだと思いますけれども、先ほど尾身先生は「みんなの拠点病院、卒業生の拠点病院」という言い方をしましたけれども、実は、ある人はへき地医療の支援病院という考え方もありますし、救急病院とかいろんな考え方がある。

自治医大だけの拠点病院なんていうことでは地域には根付かないでしょうし、あんまり小さくても研修機能もないとかというかたちで、いろんな環境に対応していくためには、なかなか難しいなど。ある程度の規模も必要でしょうし、拠点病院のドクタープール機能とか。

そういう意味では、まず拠点病院の定義について考えていただきたいなと思います。定義と目標、どういうところをしていくのが拠点病院なんだということを、この2009年度版を皆さんで考えていきたいと思っています。

第2のワークショップでは拠点病院を確保するための、尾身委員長は先ほど「戦略」と書いたんですけど、戦略というのはちょっと言葉が強いので、きょうは「方策」という、言っていることは同じなんですけれども。その方策をぜひ、われわれの資源、持てる資源を最大限に活用し、今までのいろんな問題もあると思う。それを背景に、より良いプランを作っていただきたいと思います。

それでは私と一緒にこれから。そういったことで総合、全体の。私は座長をさせていただきます。

吉新 通康 ・座長

今度はもう一人の座長の堀井さんに進行をお願いいたしたいと思います。堀井さんの考える、考え方を少し聞かせていただければと思うんです。

堀井 淳一 ・座長

新潟県の福祉保健部にあります、勤務医等確保対策室の参事をしております堀井と申します。今ちょっと兼務で佐渡の保健所長も務めさせていただいております。

わたしは自治医科大学の卒業ではございませんで、新潟大学の平成2年卒ということになります。今回縁がありまして、こういうかたちでお呼びいただきまして、本当にありがとうございます。

わたしは今自治医科大学の担当となって2年目なんですけれども、まだ2年目でしかなくて、ただ、いろいろと新潟県というのは歴史がありまして、先ほど尾身先生からはあまり各都道府県の話はするなという話だったんですけども、簡単にちょっとご紹介しておきますと定着率が非常に高い、卒業されて義務年限を明けられても新潟県に残っておられる方は非常に多いということが多いわれています。

その理由は何なのだろうと考えてみると、はっきりしたものはありませんけれども、一つは新潟大学との関係というのが卒後すぐ、今の臨床研修制度ができる前から9年間のうち、最初の2年間を前期研修として新潟大学で研修を行って、その後県立病院を中心に回っていただいている

るというのがあります。その県の職員として基本的には9年間回ってもらっているということ、そのシステムが一つあると思います。

それから、拠点病院というかたちはきょう、これから皆さま方はいろいろご意見が出てくるんだと思いますけれども、仮に自治医科大学の卒業生の先生が院長を務められているという部分も一つの定義になるんだとしたら、新潟県の場合は15県立病院がありますけれども、5つの病院で院長を務めていただいております。先ほど言いました義務年限の9年間の間は、必ず上に自治医科大学の先輩がいる病院を回ってもらっています。

そういう意味で、新潟県の地域医療というのを、また先輩のほうからいろいろ勉強してもらうというようななかたちでやっているということがあります。

あまり長くなつてもなんですので、一つこれは新潟県で今やっているかたちということで、ちょっとだけご紹介させていただきました。

先ほど吉新先生のほうからもお話がありましたけれども、拠点病院の定義というのはすごくバラバラだと思います。アンケートを見させていただきましたけれど、ものすごくいろいろなことが書いてありました。

ただ、先ほど尾身先生のほうからもスライドでありましたように、卒業生の拠点病院なんだというふうな意見もございましたので、そちらのほうが中心になるかと思いますけれども、逆に行政の立場としては、皆さま方のきょう出されるご意見というのを、座長ではありますけれどもいろいろ吸収させていただいて、どういったものが求められているのかというのを、今後生かしていきたいと思っています。きょうはよろしくお願ひいたします。

吉新 通康 ・座長

拠点病院が、地元医大とリンクしているということがいいということもありますけれども、ある県では大学に入れたらもう帰つてこないということで、大学とは無関係にしてないと自治医大はうまくいかないという話もありますけれども。

さて、百人百様の拠点病院だと思いますけれども、遠藤先生が皆さんを代表して、これから10分間プレゼンテーションしていただきます。それでは遠藤先生の考える拠点病院の展開、地域医療の展開、よろしくお願ひします。

石川：はい、いきましょう。

吉新 通康 ・座長

ちょっと静かにしてね。

遠藤 秀彦 ・発表者

こんにちは。1期生の岩手の遠藤です。今県立釜石病院の院長をやっています。当院は272床の地域最前線の急性期の病院です。

これから皆さんのが議論する上で言葉や定義の整理をしなきゃいけないと思うので、わたしなりに考えたことをサッと10分で話したいと思います。

われわれは昭和53年に卒業して各都道府県に戻ったわけですけれども、義務終了後にそのまま地域医療を継続してやっている者、各種資格を取るために普通一般の大学の卒業生と同じように研修、再研修をするため大学に残っている者、それから開業する者、石川先生（広島一期）のようにはなし家になっている人など、いろんな道に歩んでいるわけです。

でも、多くは根本的に総合医的な思想、これを持ってるわけです。これをこれから生かしていかなきゃいけないというふうに思っています。

1期生は卒業のときに中尾先生から頂いた色紙に「忍」という1字をもらって、わたしは今でも院長室に飾っていますけれども、泣きたくなつたときはそれを見ながら我慢して、ここまでやってきたわけです。

40年前に地域医療は大変だということで自治医大ができましたが、考えてみると、そのときよりも今はもっとひどい状態になっているのかもしれないということで、地域の医師不足は相変わらず進んでいます。

卒業生はわれわれ1期生が出てから、3,000人以上が出ているわけですけれども、本当に献身的に地域医療に貢献してきたにもかかわらず、こういう地域医療の崩壊を招いているわけです。

こういう状況というのは危機ではあるけれども、さっきのオープニングでもそういう話が出ていましたが、自治医大の卒業生、自治医大にとってはもう最大のチャンスだと思います。じゃあ、今までの卒業生に対する各県の地元の評価というのはどうかと。これは大体、おおむね良好だというふうに思っています。

それは、あまり文句も言わずに黙々とよく働くという意味での評価もありますし、臨床能力が高いという評価もあります。これは学生のときの教育がよかつたんだと思いますけれども、非常に評判が良く評価が高い、そういう医者が多かったというふうにわたしも思っています。

ただ、地元に帰るとしょせん外様的扱いを受けるわけですね。実力があっても、頑張ってやつてもなかなかいいポストに就けないという、こういう現状もあるわけです。

さて、拠点病院の「拠」というのは拠り所の「拠り」ですから、わたしは卒業生にとって、心の拠り所になる病院が拠点病院かなというふうに基本的には考えています。

これまで他大学のシステムの中に埋もれながら細々とやってきたわけですけれども、これからは自治医大の卒業医師が運営を中心になって行い、それからスタッフも卒業生がたくさん集まつてくる、心の拠り所となる病院を「いわゆる拠点病院」と考えます。この「拠点病院」の定義はこれから皆さんに考えてもらうわけですが、わたしは大体こうのように考えています。

「拠点」というのは『広辞苑』で調べると「活動の拠り所になる」ということで、自治医大卒業生の活動の拠り所となる病院を、拠点病院というふうに呼んでもいいのかなというふうに思います。

さっき吉新先生が話した、国で定めた「へき地医療拠点病院」というシステムがあつて、へき地診療所等へ診療派遣をする病院ですけれども、今回はそれとはちょっと違った意味の拠点病院というふうな定義にしてほしいなというふうに考えています。繰り返しになるんですけれども、要するに卒業生が中心になって働ける病院と定義していただきたい。

2つ目は重要なポイントなんですけれども、自治医大と地域医療振興協会、この2つがバックアップ体制をきちんと取ってもらえる、総合医を育てる上でバックアップを取ってもらえること

が大切です。その拠点病院はべき地医療、診療の応援、その地域の応援機能を有さなければいけない。臨床研修教育体制、やはり教育というものは大切ですので、しっかりと教育できるような拠点病院をつくってほしい。

その中で総合診療科という、今時代は総合医、総合医とさけばれていますけれども、これをきちっとつくれるノウハウを持っているのは自治医大しかないというふうに考えておりますので、こここのところに力を入れてほしい。やはり専門家、専門診療科もなければ、きちんとした研修ができるないというのも皆さんご存じのとおりだと思いますので、ある程度診療科も充実しているような病院でなければいけないのかなと思っています。ほかの大学の卒業生も拒まずに一緒にやりましょうと、これは地域枠とか、そういうことも想定しているわけです。

じゃあ、何でその拠点病院が必要なのかということになるわけです。地域医療、地域医療って簡単に言うけれども、そんなに簡単なものではない。例えばわたしは岩手県ですけど、岩手医大卒業の先生たちと同じことをやっているように見えるけれども、自治医大卒業医師は根本的に考えていることが、ベースが何か違うような気がする。

入学時と卒業するとき義務が終了する時点と気持ちが変わっているかもしれないけれども、ある程度地域医療に対する理想を持って入ったわけですから、それを実践するチャンスを与えてほしいということです。当然、医者・住民・行政が一体となってやっていかなければ、これは成功しないわけで、この辺も強調していきたいなと思います。

これも繰り返しですけど、大学と地域医療振興協会、実は最初吉新先生と尾身先生にこのスライドを事前に見せたときに「自治医大または協会」と書いたら、尾身先生が「または」じゃなくて点にしろという指示があって、ここが点に変わった。かなり大きいファクターだと思います。その辺もご検討していただきたいなと思います。

今は総合医養成が急務であります。地域医療はこのまま放っておけば、本当にもう崩壊しますけれども、これを救うのは総合医しかないというふうに思っています。この要求に応えるには、やっぱり自治医大が、この拠点病院をきちんとつくって全国展開していくのが一番いいのではないかと考えます。

何で地域医療崩壊が進んだかということをここに書きましたけど、この辺は皆さんもうご存じのことと/orこれは飛ばします。

地域偏在、専門医、診療科の偏在がありますけれども、その専門医が偏在したために医療の谷間がどんどん、どんどん大きくなつたわけです。この医療の谷間に灯をともすというのは、診療科の谷間に灯をともすということになってきたんだと思います。今が自治医大にとって絶対的なチャンスです。このチャンスを逃すと、またしばらくチャンスは回ってこないんだと思うので、本当に頑張ってほしいと思います。

わたしが自分の病院でよく言るのは、自分の診療科以外の患者でも当直のときは特にそうですけれども、断らない、何でも診れるようにしろと。ただ、総合医という概念ではなくて、地域にいるんだから、ことわれないからもう診るんだというかたちでやっていますけれども、これをきちんと総合医、総合診療として教育していただけると、地域ではもっと、もっと充実した病院になるんじゃないかなと思っています。

自治医大はこれまでの三十数年間培ってきた地域医療、総合医療のノウハウを駆使して、総合

医教育をより広く展開する、今その時だというふうに思います。これまでマイナーだった総合医療をメジャーにする最大のチャンスでもありますので、みんなが力を合わせてやっていかなきやいけないと感じています。

「多くの卒業生が望んでいること？」といって、わたしが多くの卒業生から意見を聞いたわけじゃないんですけども。要するに各県に地域医療を支援するための病院を確保して、そこに卒業生が集まって、同じ理念を持った仲間が集まって仕事をしたいなという気持ちは根本に持っているんだと思うんです。中には地元の医局にもう入っているので、そんなことをやらないでほしいと思っている人もいるはずで拠点病院をつくっても、全員が同じ方向に向くとは考えていませんが、できるだけ多くの仲間を集めてやっていければいいなというふうに思います。

それから「各県で総合医を養成できる環境」を、これまで実績を積んできた卒業生の手でつくっていきたいというようなことを卒業生は望んでいるんだと思います。

この辺は繰り返しになりますが、自治医大が今まで拠点病院として医師派遣をしてきたルールがありまして、皆さんはたぶんご存じないと思うんですけども、基準がきちっと決まっています。それが自治医大の卒業医師・自治医大職員経験者が院長であること、勤務医に卒業生がたくさんいること、地域医療に貢献していることなどを基準に派遣順位を決めています。

こういう規定があって、大学としていろんなところに医師派遣をしています。ABCランクがあるんですけども、今AはなくてBには南那須、関口先生のところとか、日光市民・共立湊・常陸大宮・芳賀日赤・宇都宮社会・小山市民、こういったところが、今まで大学がやっていたいわゆる派遣先の拠点、それが拠点病院と言うかどうかは分からないですけれども、派遣先病院です。

次に、拠点病院構想を「阻害する因子」を考えてみると地元医大ですか、医師会が挙げられます。

あとは卒業生が、いかに同じ気持ちになれるかどうかも問題で、個々に開業したり、別の教室のスタッフになったりとかで、そう簡単には集まれないということも阻害因子です。もう一つの「阻害因子」、本当は「促進因子」なんですけれども、自治医大、地域医療振興協会からのバックアップが本当に期待できるのかというようなところも突き詰めていかなきやならないところだと思います。

最後の「阻害因子」は経営母体の問題です。県立ていいのか、市町村立ていいのか、私立でいいのか、地域医療振興協会がいいのかその辺も検討課題になると思います。「促進因子」は先ほど来話したとおり、総合医、自治医大のニーズが高まっているということあります。

「卒業生の多くが拠点病院構想に賛成してくれること」というんですけど、それが何%なのか、何人なのかというのはわたしにも分かりませんけれども、必要最低限複数名が集まって、同じ方向を向いてやる病院ということが必要になってくると思います。

「地元医大との関係」というのも、これも複雑。今まで培ってきた関係というのは微妙なものがあって、今度新しく拠点病院になったのでと言うと、今まで派遣していた医者を全部引き揚げられるという可能性もあるので、この辺は慎重にやっていかないといけないというふうに思っています。

実はこの後岩手県の展開とか、釜石病院の話もあったんですけども、時間の関係で具体的な

ところは抜きにします。ちょっと長くなりましたが、以上でプレゼンテーションを終わりたいと思います。

吉新 通康 ・座長

遠藤先生、ありがとうございました。

それでは早速ワークショップの1にまいりまして、「拠点病院の定義と目標」ということにしたいと思います。時間の変更をお知らせします。現在25分ですので、14時25分から15時10分までがワークショップの1になっております。皆さんに、まずグループ討議をしていただきます。14時20分から、14時45分をグループ討議にしていただきます。発表は14時45分から15時10分ということで、1チーム3分ぐらい。先ほど言いましたけど、阿江さんがおっしゃっていたように、2分の発表と1分の質疑をしたいと思っています。

それで、必ずプロダクトは皆さんとのところに模造紙があります。あとはOHPのシート。発表はここでOHPでやってもらいます。あとレポート用紙、コピー用紙がありますけれども、そこにグループ討議の内容を書いてください。必ず上に「ワークショップ1」、チームの名前、そして司会とレポーターと、レコーダーの名前を右上に書いて、グループの討議を進めていただきたいと思います。よろしいですか。

今からやるのは「拠点病院の定義と目標」というテーマです。それにつきましてこれから司会と、ここに出てきて発表するレポーター、そしてレコーダー。そこにコピー用紙があります、それを。プロダクトは3つあります。OHPのシートとコピー用紙と、あとはそこにタスクフォースの方々、アシスタントの方々が張ってくれる模造紙がありますので、模造紙を張り付けて討議の内容をそこに書いて出してください。いいですか。時間は14時45分ですから、14時40分ぐらいになったらそこに張れるようにしていただければなというふうに思います。

吉新 通康 ・座長

作業を50分までにしてください。じゃないと、もう無理ですね。

先ほど尾身先生が言ったように個人的な話をしたり、分かっていることはやらないということでお、遠藤さんのプレゼンテーションを基にお願いいたします。グループ作業は非常に時間が短いので、効率的にお願いいたします。

竹島：すみません。ご議論中申し訳ありませんが、模造紙のほうは時間があまりないということで、OHPシートとレポート用紙の完成をお願いしたいと思います。模造紙も使われるところはぜひご活用ください。

吉新 通康 ・座長

レポート用紙とOHPシートだけでいいです。レポート用紙とOHPシートだけでいいです。模造紙は要らない。時間がない。

皆さん、時間まで10分です。

吉新 通康 ・座長

さあ、皆さん。あと7、8分です。発表の準備をそろそろお願いいたします。

吉新 通康 ・座長

あと5分です。

竹島：発表5分前になりましたので、そろそろOHPのほうの作成をお願いします。左上に「ワークショップ1」と、右上に司会者、発表者、記録者のお名前も併せてお書きください。よろしくお願いします。

吉新 通康 ・座長

右上に司会者、レポーター、レコーダー。チーム名。

竹島：チーム名も入れてください。分かりました。

今から順番にチームを言います。前の左側から1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12チームでお願いします。

吉新 通康 ・座長

皆さん、拠点病院の定義と目標。あと5分です。

竹島：残り2分になりました。OHPの準備をよろしくお願いします。

吉新 通康 ・座長

あと2分です。

吉新 通康 ・座長

さあ皆さん、残り1分です。残り1分で「自治医大の望ましい拠点病院の定義と目標」、大体できましたか。

さあ、もう1分はありません。さあ、あと30秒。番号を呼ばれたチームは前に来てください。発表になります。

皆さん、作業は終わりです、ご苦労さんです。じゃあ、ここからは堀井さんに司会をしていただいて、発表していただきます。それでは発表するチームもお願いいたします。

堀井 淳一 ・座長

それでは時間の関係もありますので、大変申し訳ないですけれども、こちらのほうからまず指名させていただきます。5班・8班・10班・3班という順番にお願いしたいと思います。まだ話したい方は、また質問とかでお願いいたします。

では、5班の方からお願いします。

吉新 通康 ・座長

各班の方はここに座ってください。発表者、レポーターの方はここに座ってください。時間がないもんですから。

堀井 淳一 ・座長

すみません。発表される方はグループ名と、発表者のお名前だけお願ひいたします。それから発表してください。

佐々木：私は秋田の入学1期生、卒業2期という佐々木と申します。

私のグループは1期生が、4人もおりまして、2人の後輩たちがやりにくそうです。定義と目標は、あえて分けませんでした。目標のないところに定義はないということで。「地域のニーズに応えられる総合医中心の病院で、住民・行政・地元大学・開業医にとって有意義な活動ができる病院。2次医療までカバーできる、サブスペシャリティーを持った集団」ということです。狭義の意味では「自治医大の卒業生が集まる」というような案も出ましたけれども、このように総花的な結論にまとまりました。以上です。

堀井 淳一 ・座長

ありがとうございました。この発表について質問等はございますでしょうか。1つについて、全部で3分ぐらいしか時間がありません。発表2分の質問1分なんんですけど、どなたかありましたら。ベテランの先生がそろっているグループかと思いまして、割とオーソドックスなと言ったらあれんですけど、求められているニーズという部分で出てきたのかなという感じで見させていただきましたけれども。

——：それは自治医大の希望者は何人いるの？

佐々木：大体5割以上ということで（笑）。

吉新 通康 ・座長

すみません。へき地の診療所の支援、どこに書いてありますか？

佐々木：この「2次医療までカバーできる」というところに入っています。

吉新 通康 ・座長

どうぞ。

——：「開業医にとって有意義な活動」というのは、具体的に先生は、どのようなものを？

佐々木：たぶんきょうみたいな会議に出てくるときに、ちょっと応援してもらえるとか。

——：すみません。総合医中心って、具体的には総合医の割合という意味ですか。それとも発想自体が総合医中心に？

佐々木：総合医ばかりでも、ちょっと同じようななかたちになってしまいますので、「サブスペシャリティ」というところなんです。脳外科をやりながらお産、お産までは診ないか。そういうかたちで、専門性もあってという話です。

吉新 通康 ・座長

3分たった。

佐々木：ですね。どうもご苦労さまでした（笑）。

堀井 淳一 ・座長

ありがとうございました。これを。一応置いておいていただけるとありがたいんですが、すみません。

続きまして8班の方、お願いします。

斎藤：グループ8です。千葉県14期の斎藤といいます。お騒がせの銚子市立病院の近くからまいりました。

わたしたちのグループは千葉県のように地続きのグループと、あとは沖縄と鹿児島の方がいらっしゃって、離島支援等をやっている、やろうとされている先生と、少し環境が違う中での有意義な話し合いをしました。

わたしたちが考えた定義としましては、まず院長は自治医大卒業生あるいは他大学卒業生でも、医局を辞めて地域医療にもう骨をうずめるという覚悟のある人、そういう方が継続的に院長としてやっぱりいないと駄目だろうと。

あとは当然ですが、へき地支援・診療所支援・地域医療支援・ドクターポールの機能を持ち、また研修病院としての機能もやはり持つべきだろうと。ですから、ある程度規模のある病院じゃないと難しいのではないかという話が出ました。

あとは総合医で固めるかどうかですが、必ずしも総合医だけじゃないと集まれないとということではなくて、中には卒業生の中でかなり専門性を持った人もそこに入って、ちょっと割合までは出なかったですけれども、専門医も卒業生で固めるという意見が出ました。

拠点病院をつくる目標としては、卒業生が集まって皆がハッピーになると、幸せな人生を送れると、それがやっぱり最大の目標で、毎日楽しく仕事ができるということが目標だというふうにまとめました。以上です。

堀井 淳一 ・座長

ありがとうございました。それでは今の発表についてご意見、ご質問等はございますでしょうか。

吉新 通康 ・座長

卒業生が集まると幸せになれるんですか？

斎藤：なりたいと思います。

ただ、軒先を借りてやるよりは幸せになれるんじゃないのかなというふうに思います。

吉新 通康 ・座長

私もそう思います。

堀井 淳一 ・座長

そのほかはどうでしょうか、フロアのほうからは、皆さま。はい。

——：「幸せ」って何ですか？

斎藤：非常に難しい質問ですね。人それぞれ幸せの定義はやっぱり異なると思うんですけど、その人が幸せだなと思えればいいんじゃないでしょうか（笑）。

ほかには、どうぞ。

——：何百床ぐらいの規模ですか。

吉新 通康 ・座長

ベッド数？

——：ベッド数です。

斎藤：少なくとも300とか、そのぐらいの規模のある病院じゃないと難しいんじゃないのかなとは思います。

吉新 通康 ・座長

自治医大との関係は？

斎藤：当然、そのお墨付きはやっぱりいただきたいと思います。自治医大がやっているんだと、バックアップを、全面的にもう自治医大公認なんですよというのがないと、やはり地元の大学とか各病院の方々、既存の人たちが納得しないかなというふうに思います。

堀井 淳一 ・座長

ありがとうございました。ちょうど3分ですね。じゃあ、終了をさせていただきます。ありがとうございました。

斎藤：どうもありがとうございました。

堀井 淳一 ・座長

続きまして10班の方、お願ひいたします。

松野：岐阜の5期の松野です。よろしくお願ひします。

うちのほうでは、まずサイズ的にどれぐらいのものであるかということなんんですけど、病床数はもちろん専門医とか、いろんなことを含めるとたくさん、大きなところがいいと思うんですけど、取りあえず大きい、小さいは別として全県的に、やはり県に1つぐらいいてほしいと、地域医療の拠点病院も兼ねてあってほしいということで議論しました。大規模か、小規模かは別であると思います。

基本的にはちょっと2番目でお話したのは、人的もしくは精神的な支えとなれるような病院であってほしいということです。あとは、やはり研修ができる。最低でも総合医の研修を中心に、卒業生を中心として数人以上はいていただきて、研修もしくは指導ができるというふうな病院を一応拠点病院として考えたいということでした。

ほかには外からの協力で人的確保とか、地元医大との関係その他、そういったところが良好に取れるような病院を志していかないと、なかなかうまく運営していくのではないかということを議論してみました。

なかなかちょっと十分にできなかつたんですけど、一応そのようなところを検討して発表させていただきました。

堀井 淳一 ・座長

目標という部分も込みということで、よろしいですよね。

松野：はい。

堀井 淳一 ・座長

それでは今の発表に対しましてご意見、ご質問はございますか。

こちらでは一応、県に1つぐらいの規模でということで考えておられるということですね。

松野：そうですね。やはり県に1つはないと、卒業生というのが今は県単位でどうしてもありますから、その県で必ずその県に行くということじゃないんですけど、そのぐらいの地域にあるといいかなという感じで。

堀井 淳一 ・座長

そうですね。ほかのグループの発表のときにも、数というのはあまり出てこなかつたんですけど、大体卒業生が集まるとなると、やっぱり1カ所中心ということになるんでしょうかね。そういうことに関して皆さんはどうでしょうか、特にご意見とかは。あと、ほかの部分でもいかがで

しょうか。

——：拠点病院の部分で総合医というのは必須なので、総合医がいないと。

松野：いや。卒業生が支援するという意味では、やはり必要なのではないかということで。専門医の研修も全部それをやるといいんですけど、管理型とか、協力型にかかわらず、最低でもそういういた指導ができるような研修ができることが、やっぱり望ましいのではないかということで議論しました。

堀井 淳一・座長

ありがとうございました。

堀井 淳一・座長

それでは続きまして3班、お願ひいたします。

石川：今からいい話をします。

堀井 淳一・座長

すみません。

石川：いえ、要らないです。

まず、拠点病院というのは誰にとっての拠点病院かということで、こちらからいきましょう。大体最初は主語がどこかということで、医師にとっての拠点病院なのか、住民にとってなのか、病人にとってなのか、コメディカル、家族にとってなのかという、どうしてもわれわれ医師が集まりやすい、医療の提供者側の人にとっての拠点病院というのも、最初はそちらで始めるべきだと思います。

しかし、拠点病院というのは住民がここに集まってきて、実は住民同士が情報を発信するようなところを拠点だと。教育って、これは住民の教育・育成であったり、あるいは医療従事者の育成であったり、医療全体のところであったり、この赤で丸をしたところは、機能としてのものをどんなものを持たせていくか。

つまり目標として包括医療をこれから地域でやっていく中で、この一番左が「元気」、一番右の「体力」ということ、ABCDのこれまでの右のところを拠点病院で、大病院で診ていこうというようなことだったけれども、もっとこのグニャグニヤ、グニャグニヤとこう輪っかを書いたのは、これからはもっとABCDの全部を診ていけるようなかたちにしていくのが、からの拠点病院ということではないか。

そうすると、まず病床数は例えば50床、右上です。600床、50床でも十分拠点病院になる。いや、時に診療所でも拠点病院になる、600床でもなる。それは基本的なそういうマインドというようなものが、そういうことできちつとしておれば、どういうふうなサイズでもできるだろうと。

とりわけ初期研修をするときというのは少し病床数は多いけど、3年目、5年目、10年目になったときというのは、もっとそれにふさわしいようなサイズのものがあって、逆に大き過ぎないほうが、よりいいんじゃないかと。

しかし、リーダーとして、このベースとしてきちっと総合医的な、総合医がリーダーとしてこれから活躍していくマインドとしてのものは、総合医という姿勢のものを持った、方向性を持った人が持つていいかないとうまくいかないんじゃないんじゃないかということで3分でございます。

堀井 淳一・座長

ありがとうございました。ただ今の発表も含めて3分ちょうど、熱弁を振るっていただきました。

まだ時間がきょう若干余裕ができたので、今の発表に対してご質問がある方がおられましたら、どうぞ手を挙げてお願ひいたします。

石川：どんどんきてください。

吉新 通康・座長

それはチームの意見なのか、それとも石川先生の意見なのか？

石川：まず石川がでかい声を出しましたけど、それに対して。

吉新 通康・座長

これが、拠点病院の定義と目標？それに対しての議論はまったくなかったですね。

石川：ただ、多機能とか、こういうふうなことが出てきて、そういう最初は医師中心型のものであるべきだと思うし、5年後、10年後、将来を見据えるという。基本的にはこのマインドの部分で総合医というようなもので、基本的にリーダーとなるような人というのはかなりの割合でいるし。

だから、これはさっき50から600でも、どこでもあるように、都市部であれば都市部における拠点病院という、それぞれにふさわしいもの。それは600床であれば、600床にふさわしい拠点病院というふうなものが、それぞれあるだろうと。だからわれわれの中で、それはかなり柔軟性をもって考えていいんじやないかというふうに思います。

堀井 淳一・座長

ありがとうございました。すみません。順調に発表が進みましたので、あと2つほど発表できそうなので、急ぎよで申し訳ないんですけども、わたしは発表したいというグループはございますでしょうか。

じゃあ、第2グループ、お願いします。

堀井 淳一 ・座長

もう1チームはどうでしょう。じゃあ、第4チームですね。次にお願いいたします。

吉田：埼玉14期の吉田といいます。石川先生の後で声が小さくて申し訳ありません。

おそらく理念的なものは石川先生のところでよろしいかと思うんですけれども、われわれのチームではやはり具体的に何が必要かということをちょっと考えまして、おそらく定義イコール、それに向かっての目標ということで、一つがちょっと4番とリンクするかもしれませんけど、やはり教育研修ができる病院であることが必要であろうと。

具体的にはおそらく卒業したての先生とか、あるいは他大学から出てきた先生たちが望んでいるのは、例えば内科学会とか、外科学会とか、少なくともそういうような専門医、具体的にそういうものが、少なくとも採れる病院がいいんじゃないかというのが一つの意見でした。

それから、2番と3番はもしかしたらリンクするかもしれませんけれども、院長でも何でもいいんですけども、運営部門に発言力のある自治医大生の卒業生が必要であろうと。これは「地域医療に理解のある」という意味です。専門医であっても構わないですし、地域医療を展開していく上で、理解のある人が運営部門に必要であろうということです。それが3番にリンクしてきて、少なくとも地域医療の支援を展開していく病院ということです。

おそらくそういうのがそろってきますと、最終目標には義務内の卒業生が派遣できる病院にならなくてはいけないだろうということです。これは今自治医大の卒業生が国公立、公的な病院じゃないとというのであるんですけども、それをなくともいい状態に何とか行政のほうからお願いできないかというのがわれわれの意見でした。以上です。

堀井 淳一 ・座長

ありがとうございました。質問等はどうでしょうか。

——：専門性の高いというのはどこから採るんですか？

吉田：それは自治医大の卒業生でも結構ですし、他大学の方でも結構なんですけれども。

なかなか難しいんですけども、われわれの展開しようとしている理念が必ずしも浸透している人じゃない場合もあるかもしれませんけれども、それを束ねられる人がいればと思います。

堀井 淳一 ・座長

ありがとうございました。それではもう1チームだけ、お願いいいたします。

佐々木：宮城県17期の、診療所をやっています佐々木と申します。第4グループのほうでは何が求められるかということで、定義と目標を一緒にお話をさせていただきました。

まず一つは卒業生も含めて、そこの地域医療にかかる人間が困ったときに相談できる、最初に遠藤先生の話で出ました、心の拠り所としての機能が欲しいと。そこに行ったときに肩身の狭い思いをしなくて済むような機能がほしいと。

それからもう一つは、先ほどから出ておりますように、サブスペシャリティーの研修ができる、スキルアップができるということです。なかなか難しい現状もありますので、これはそこの病院でできなくても、他病院と連携して研修させるシステムを持っていればいいではないかというふうな話も出ました。

また、昨今いわれますように救急車を断るというふうなのが見受けられますので、地元の地域からの信頼を得るために、やっぱり地元の急患、救急車、それから開業医の先生からの急患を断らないということが、最低限地域から信頼されるための条件ではないかというふうなことがありました。

さらに、各科の定数がなかなか大きくなってくるとフレキシブルに展開できない、付け替えができないという話が出ました。各科の定数を持っているところは、現場の権限があんまり上のほうにあり過ぎると、現場の意見が反映されづらくなります。実状に応じて各科の定数を見直すことができ、現場の意見がうまく通るようなシステム。そのためにはやっぱり行政との良好な関係が必要だろうというふうな話が出ました。

特に若いドクターの意見としては自治医大、自治医大というふうな話がちょっと強過ぎるんじゃないかという意見が出ました。そこは先ほどから話が出ていて、他大学出身者が自由に入ってこれる、また出て行ける、自治医大の卒業生には限らないというふうにすべきではないか。当然自治医大生あるいは総合医マインドは必要なんですが、それが前面に出過ぎると、それ以外の人たちがなかなか入ってこられないという話も出ました。以上でございます。

堀井 淳一・座長

ありがとうございました。第4班の発表でした。ほかに質問等、どうしてもという方はおられたら手を挙げてください。

時間がちょっと限られてきたので、そろそろまとめに入りたいんですけど、その前に総合的な部分でまだ言い足りないとか、ちょっと今まで出ていたのと意見が違うんだけどとか、どうしてもこれだけは聞いておきたいという質問がありましたら手を挙げていただきたいと思います。お1人、2人ぐらいなら何とかなるかと思いますけれども、よろしいでしょうか。じゃあ、簡単に総括しておきたいと思います。

今までの意見を簡単になぐり書きですけどまとめましたが、まず基本的には地域医療、地域のニーズに応えられるという、それができるのがベースであるというのは、もちろん皆さん一緒だと思います。

卒業生のかかわり方という意味では、院長には卒業生もしくはちゃんとした理解者、理解ができてあって、それから持続してやれる方じゃないといけないという意見もありました。

それから、ドクターがプールできて地域支援ができるようなものが望ましいというのも、ちょっと丸が付いていませんけど一つありましたし、規模的には200床から300床は必要だろうという意見と、サイズは問わない、小さい病院から大きい病院までというご意見もありました。

一つ大事なのというのは、やっぱり県に1つぐらいは中核となる病院があるべきだという意見が出ています。特に、その際には外との協力。外というのは地元の大学を指していたり、行政を指していたりするかと思いますけれども、そういうご意見がありました。

あとは教育機能、研修がしっかりと積める、後輩が育っていけるための下地ができているということが重要だということが挙がっています。

あとは、ちょっと下のほうになりますけれども、これは最後のほうの意見でございましたけれども、義務内の卒業生が派遣できたらいいとか、あとは相談機能が、要するに卒業生の相談できる場所ということ、こういったものが挙がっています。それから最後は、やはり地域から信頼される病院でなければならないというものもありました。

定義と目標というのは非常にあいまいで、一緒になっていたところがあったと思うんですけれども、目標として挙げていただいたところでは、卒業生が集まってハッピーにやっていける、ハッピーになれるところ、楽しく仕事ができるというところ、それからやっぱり卒業生の支えとなるべきだということ、こういったものが挙がっています。

それから包括医療は展開できるという、あの地域医療の部分と、最初のところと重なるかもしれません、このようなことが挙げられていました。

すみません。雑駁ですけれども、時間もちょっと押してきましたので、これでワークショップの1のほうは終わらせていただきます。ありがとうございました。

吉新 通康 ・座長

どうもありがとうございました。

吉新 通康 ・座長

早速次の作業に移りたいと思います。

ワークショップの2は今、塚原先生から「拠点病院の確保の方策」と書きましたけど、われわれがどのように、いつまでに何をしていくかということについて、きょうは議論したいと思います。ですから何かのプロダクトがここで出るということを、僕は非常に期待しています。

短いんですけど10時15分から10時35分までやりまして、発表は10時35分から10時55分まで、今のように3分で大変ですが、やりたいと思います。OHPとレポートを出していただきたいと思います。

先ほどのOHPとレポート用紙は、先ほどのタスクフォースのほうに渡していただければというふうに思います。皆さんのが帰るまでにはコピーをして、ぜひ全員にお配りしたいなというふうに思っています。

それでは、先ほどと同じように司会、レポーター、レコーダーを用意いたしまして、早速開始していただきたいと思います。

阿江：OHPシートは何かあったら呼んでください。あります。

堀井 淳一 ・座長

発表者は名前をお願いします。ご自分のお名前を。

亀田：じゃあ発表を始めます。

亀田：ありがとうございます。広島23期の亀田といいます。よろしくお願ひします。

具体的戦略ということに絞って、幾つか話を考えました。期限としては、10年以内という話が出ました。何で10年かというと、今の1期の先生方が引退されるまで、これを目標に、ぜひ1期の先生方にその辺を見届けて、辞めていただきたいというのが目標です。規模に関しては、300床ぐらいで研修機能を持った病院がという話がさっきも多かったので、それぐらいに絞って話を考えました。

ただ、300床ぐらいの病院が今からどんどんできるということはあり得ませんし、どうしたものかという話は出ましたけど、結構協会の方からは、それぐらいの規模でもSOSが出て、何とかしてくれという話が出ることは多いということで、そういうすきを逃さず、そこでスッと何とか取ろうというのが案として出来ました。

その際に、例えばそこで人材を送り込むのが一番の問題になってくるんだけど、そこで地元だけではなかなか何とかならないことも、そのときには大学だと協会とも協力してもらって、大学からも協会からも何人かずつ送ってもらうというような方策でいければいいのではないかと。

リーダーの確保に関しては、これはなかなかリーダーを一朝一夕に育てることはできないので、普段からみんな頑張ってやっていきましょう、いざというときはリーダーになれるように頑張りましょうというようなところでしょうか。

あとはほかの人材の確保ですが、総合医を養成していくことで、教育研修機能を持っていく。その際には、地域枠の人間をこれから取り込んでいくのが大きな人材の確保にもつながるし、病院として回していく機能を持っていくことにもなるんじゃないかというふうに思います。

地域枠の人間にに関しては人事もはつきりしません。地元の大学が結構持っているところもあるでしょうし、県庁、地元自治体がそういうふうに持っているところもあると思います。

そのためにも、もちろんジェネラリストじゃなく、スペシャリストを派遣してもらうという意味で、地元の大学の医学部と良好な関係をつないでいく、県庁とも良好な関係をつないでいくということが重要になってくるのではないかというふうに思います。以上です。

阿江：それでは質疑応答に移らせていただきます。どなたかご意見はありますか。

——：リーダーの確保というのは、それは確保というのは、なかなかそれは難しいので、やはり僕らはリーダーを育てなくちゃいけない。

前田：福井県立病院の前田と申します。18期、福井です。

今のリーダーの確保ということで、リーダーの養成ということなんんですけど、こここのグループ1で出た意見の中で、卒前からそういうリーダーとなるような人のコース、大学の講座をつくってもらって、それで養成してもらうといいと思います。

ある意見としては、例えばそういうふうな立ち回り方、あるいは医局との付き合い方、全部含めて吉新理事長に半年入門するとか、あるいは白崎先生の秘書を半年やるとか、そういうふうな具体的な方針もどうかなというのは、案として出ています。

阿江：ありがとうございました。

続きましてグループ12の方、よろしくお願ひします。

渡邊：今紹介にあずかりました学生、4年の渡邊と申します。12班チームは、まず「誰が、who」ということで、特にトップはやはり自治医大卒業生であるべきだという意見がありました。みんなが同じ方向を向いていることが必要であり、もう拠点病院があるところでは前の班がおっしゃられた、トップが下の教育を行うべきだという意見がありました。

また、専門性のある医師がやはりいるべきだということで、今上の方が経営の安定ということがありますし、学生サイドからはやっぱり県人会の結束力を固め、いつでも行動を起こせるようにしておくということが挙がりました。

次に「いつまで」ということですが、早ければ早いほどいい。具体的には3、5年以内。また、今は政権が変わりましたので、社会保険病院の移譲時期ということもありますし、狙い目ではないかと思います。

渡邊：また、「where」ですが、今言いましたとおり開設者が代わったときの病院を狙う、政権の交代で病院が空く、こここの近くで言えば宇都宮にありますけれども、見放された病院をわれわれの手で再生する。国から、または地元の大学からということなんですかけれども、これをわれわれ総合医の手で再生するということが一つあります。

次に方法論ですが、核になる人間が具体的には3年前から準備をして、タイミングを逃さないと。また、これは各県から挙がった具体的なことなんですけれども、割と自治医大でない方が食わず嫌いのところもあり、へき地医療に行かせれば割と納得して帰ってくれていることもありますし、自治医大生だけでなく、ほかの大学の方も行かせることが重要であるというのも挙がりました。

ほかに寄附講座・地域枠・人材の確保など、また、他県の情報網が必要ということもありますし、結局は今いる、また働いている方、また学生が将来像を持って取り組んでいくということが一番になります。以上、終わります。

阿江：非常に具体的な案を出していただいたと思います。どなたかご意見を。

——：学生はどういうふうにして情報を集めるのか。

渡邊：具体的にはやっぱり学生のころから頻繁に県人会を行いというのが。ただ、これは飲み会にとどまらず情報交換とか、または夏に1回先輩方にお会いする、集まるときがありますので、そこで具体的な情報交換をしたり、先ほど言った狙い目のところとか、所々に行けるようにしておくとか、そういう情報交換をしていくのが大切だと思っております。

——：学生もそういう意味では、卒業生ともう少し交流を深めたいとは思っているんだ。

渡邊：ええ。いろんな意味でですけど。夏1回と、あと大学のカリキュラムにある、5年生のと

きに地域研修として1回行くだけでは、正直少ないと感じております。

——：自治医大が今地域枠になかなか入っていきづらいんです。ですから自治医科大って、何で自治医大の卒業生にこだわっているんですか？

渡邊：こだわるわけではないんですけども、現実問題やっぱりトップが自治医大卒業生でないという県はたくさんありますので、先輩がいてくださったほうが後輩も呼びやすいだろうし、べつに自治医大卒業生でなければ、われわれ自治医大生に理解がある方であれば、べつに問題はないと思っております。

堀井 淳一・座長

すみません。ほかにご質問とかはどうでしょうか。ないようであれば、ありがとうございました。

佐竹：グループ7の福島10期の佐竹といいます。よろしくお願いします。

われわれのグループの討議ですけれども、「なぜ」というのは、もちろん安定した地域医療の提供ということで、これは異論のないところだと思いますが。

「いつ」というところですが、これはわれわれのグループではワークショップ1のところで、拠点病院は自治医大の卒業生で限らなくともいいだろうというお話がありましたけれども、地域医療をやりたい、やっていこうという気概のある人であつたら誰でもいいだろうということです。

これから各都道府県で地域医療の卒業生がたくさん出てきますので、そういう学生さんがこれから5、6年後にはちまたにあふれ出てきます。その人たちが路頭に迷わないように、それまでにきちんと拠点病院は整備しておく必要があるんじゃないかということで、具体的に言うと大体5、6年後かなということで話し合いがありました。

「誰が設置するのか、誰がリーダーシップを取るのか」ということですけれども、地域医療に情熱のある人、または団体であれば任せていいいんじゃないかと。

ただし、都道府県のいろいろな事情があるでしょうから、それをきちんと今まで地域で実績を残してきた自治医大の卒業生と、あと、これはもう間違いなく行政の力がないと、こういう話は進まないと思いますので、その卒業生と行政とが各地域で話し合って、その方向性、リーダーシップを取る必要があるんだと。

実際にその施設のトップとなる方は、これも自治医大の卒業生と限らずに、地域医療に情熱のある方だったら誰でもいいと思うんですが、ただ、やはり地元の医大と、あとは都道府県の行政と良好な関係を築いていける人じゃないと、話がややこしくなってうまくいかないんだろうということを考えています。

次に、「どこに」ということですけれども、これは先ほどから出ていますように、診療の派遣機能ですか、ある程度認定施設でなきゃいけないとか、教育機能を持たなきゃいけないということになると、ある程度の規模の病院じゃないと、300床、400床は少なくともないといけないんじゃないかというふうに考えていますので、その病院が成り立つためにはある程度の人口規模のところで、特に派遣機能ということを考えた場合には、やはり派遣を受ける病院からのアクセス

というのも考えて、場所を決める必要があるんじゃないかと思います。

あとは、「どのように」ということですが、今はいろいろ病院の経営が厳しいので、やっぱり既存の病院を活用するんですね。先ほどから何回もお話が出てきていますように、公設民営等の手法を用いて既存の病院を活用してやったらいいんじやないかというような結論が出ました。以上でございます。

堀井 淳一 ・座長

ありがとうございました。ただ今の発表に対してご質問はございますでしょうか。

ちょっとわたしからお聞きしたいんですが、各地域において行政と話し合うというのはどういった、都道府県レベルということですか、それとも？

佐竹：そうです。都道府県レベルということです。

堀井 淳一 ・座長

都道府県レベルということですね。

先ほども「良好な関係」と発表されたところがあるんですけど、どんなことが一番、どういう手段が求められていると思いますか。

佐竹：特にわれわれが地域で働いていて感じるのは、やはり行政の方々が2年、3年で代わられることが多い。そのときに基本方針がきちんと守られればいいんですけども、それがぶれてしまうことも多々見受けられるので、そのあたりをきっと県として地域医療で果たさなきゃいけない役割を見出していただいたら、それはある程度継続してやっていただけるように話し合いを、われわれとしてアクションを掛けていかなきゃいけないんじゃないかなと。

堀井 淳一 ・座長

話し合う機会というのを設けていって、継続性が大事だということですね。

吉新 通康 ・座長

どうも、佐竹先生、ありがとうございました。

皆さん、このワークショップは、実はこれはほとんど拠点病院の定義の話なんですね。どのような病院に、いつごろまでにという感じで戦略を考えなくちゃいけないので、例えば全国ランキングを付けて、そこに医師を出すのをみんなで決めるんだとか、少々、県人会は少し義務明けが減っても、隣に出せば3年後はうちに帰ってくるとか、そういうような戦略、戦術を話してほしいんです。

あと10分しかないんですけども、いいですか。どうしたら3年後、5年以内に拠点病院を各県に1個ずつ持てるかということで…

とにかく、われわれは拠点を手に入れたいということはみんなの合意事項だと思うので、どうすればそれが3年後、5年後以内に可能かということを5分間、またOHPのシートに書いても

らっていいですか。すみません。そのアイディアをぜひ欲しいと考えています。

やはり今議論したことは、どちらかというと定義と目標だと思うんです。だからこの半年、1年、2年以内にわれわれは何をすればいいかという具体的な案を、話してほしいと思います。

吉新 通康 ・座長

さあ、5分しかないんですけども。来年、再来年われわれは何をすればいいのでしょうか。

吉新 通康 ・座長

具体的にお願いします。具体的に我々は拠点病院確保に何をすればいいか。

吉新 通康 ・座長

それじゃあ、来年拠点病院のために何をすればいいかというところを発表してください。それじゃあ、第1班からお願いします。

前田：グループ1ですけど、拠点病院を確保するにあたって、やっぱり決まったときに行くパッと行ける医者がいないといけないということで、ドクターパール制のようにいつでも出せるような状態をつくっておくことが大切です。それは協会であったり、都道府県の病院であったり、そういうところに確保しておくというのが大事だという意見です。

吉新 通康 ・座長

大学は？

前田：はい。大学も含めて

吉新 通康 ・座長

要するに、医者を育て出す仕組みが必要だということで。

前田：そうです。

吉新 通康 ・座長

岡田先生。

岡田：第2班です。具体的な方策として、先ほどの発表にもありましたように、各県の行政の担当者は交代するということで、2年以内に自治医大と都道府県、卒業生とで共同で各都道府県の拠点病院作成の計画書を作成する。これを作つておけば担当者が代わってもぶれないだろう。5年以内には実際の病院を確保するというところまでは話し合ったんですが。

吉新 通康 ・座長

なるほど。非常にいいと思います。

岡田：あとは個人的な意見、話し合っていないことですけど、やっぱり今の地域医療再生基金、この新しい場を民主党につくってもらって、それを財源にしてやる。いかがでしょうか。以上です。

吉新 通康 ・座長

どうぞ。第4はまだやっていないですね。

——：第3グループです。直近の2年です。これは本当のチャンスが訪れているけれど、各都道府県においては袖が振れないと。ですから全国見渡すのはやっぱり自治医科大学と社団がアンテナを張って、全国レベル、全国規模で取りに行けるというんですか、落下傘でという動きを取らないと難しいんだろうというように思います。それができればチャンスは広がると。

もう一つ、ちょっと話は飛ぶのかもしれませんけど、嫁さん対策をどうするかということだと思います。地域医療にものすごく魅力を持っていても、なんか義務年限が済むと「ねえ、お父ちゃん都会に帰ろうよ」という、この流れで地域医療が阻害されている部分は非常に大きいのかなというように思います。これって、本当に永遠の課題であろうかなというように思います。以上です。

吉新 通康 ・座長

では、まだ発表していない9グループ。

寺原：すみません。9班です。宮崎県25期卒の寺原と申します。

現実的に拠点化の進行を考えたときに、一つは公設民営の形式でということなんですねけれども、200床、300床のいわゆる中核的な病院で、なかなか経営が厳しくなっているところは多いですでの、県と地域医療振興協会の協力を得て、そういったところを自治医大とほかの地域医療を担っている先生が集まるというのが一番進みやすいのかなというふうに考えました。

それから2点目ですが、そういった下地というか、そういった場所がないところに関してはやはり統廃合・再編化を考えるべきだろうと。

実際、県によって違うと思うんですけども、20床から50床クラス、医師が2人から5人クラスの病院が近隣にあって、各場所に自治医大生が派遣されているところも多いと思います。そういったところを統廃合・再編化するということで、拠点化を進めていくと。

ただ、この場合は問題がいろいろあると思うんですが、なかなか各自治体長、議員さんなどの意見が、理解が得づらいと。その中でやはり県が率先してやっていただかないといけないと思うんですが、なかなか県も難しい面があるかと思いますが、こういったことをしないと医療圏として地域全体が崩壊してしまうので、統廃合・再編化も考えざるを得ないんじゃないかなというふうに考えます。

両方ともに通じることですが、このためには卒業生、県人会の一致した方向性が必要ということと、どうしても県人会というと義務内の医師と、県の義務後の先生でも地域医療を担っている先生しか参加しないことが多いです、県外に出た先生なり、実際地域医療に携わっていない先生も含めて、しっかりみんなが集まって総意を得て、誰がそういったところにキーパーソンとしてやるのかという一致した意見も必要だと。

また、自治医大以外の大学の先生も集まって、そういった場所を行政と一緒に話し合っていく必要があるだろうというふうに考えました。以上です。

吉新 通康 ・座長

どうもありがとうございました。それではあと2分で終了でございます。今2分。

遠藤 秀彦 ・発表者

吉新さん、ちょっといい？

吉新 通康 ・座長

どうぞ、15秒。

遠藤 秀彦 ・発表者

要するに即効性があることをやらなきゃいけないと思うので、足並みそろってから全国で始めたら10年先になってもできないかもしれない。今議論したようなことが、もう整ったところから順番にやっていくというのが一番戦略としていいような気がするんですけど、その辺も一応議論になったということにしておいてほしいんですが。

結構、岩手はちょっと進んじゃっているんです。予算も付いているので、ひょっとすると年度内にできる可能性。バックアップさえよければできる状態にはなっているので。

吉新 通康 ・座長

できることから始めると。

遠藤 秀彦 ・発表者

ということを入れてほしい。

吉新 通康 ・座長

分かりました。そうすると、やっぱり資料をそろえなくちゃいけないですね。人のリスト、ターゲット。

とにかく、まとめますとワークショップⅡでは、医者をドッと出す仕組みが必要だ。これは本当に夢のような仕組みだけど、これを2年以内にやらないと地域枠とかそういうものが出てくるので、拠点病院を取るのなら、この2年以内だと。岡田先生は、再生基金をうまく民主党につくってもらえないかなというふうにお願いしてはどうかと。とにかく大学と社団がアンテナを立

てて、全国の卒業生と連携しながら拠点病院を確保しに行くような仕組みをつくってほしいと。

赤木先生は嫁さんが大問題だというふうに言って、最大の阻害因子だと言ったけど、まあそうかもしれないですね。半分ぐらいそうだと思います。

あと統廃合も大事で、卒業生がもう30床の病院4つに、15分に行けるところに散らかってもう4人ずついるなんていうところがあるんで、そういうことはまとめたほうがいいと思いますね。

あとはやっぱりキーパーソンが各県に1名いて、バックアップのといいますか、いろいろ応援してくれる行政の方がいると非常にうまくいくということは、よくいわれていることだと思います。

それでは4時になりました。終了させていただきます。どうも皆さん、ありがとうございました。

地域医療フォーラム2009

地域医療の展開 拠点病院をどう確保するか？

2009年9月20日

岩手県立釜石病院
院長 遠藤秀彦
自治医大1期生

自治医大卒業生のこれまで

昭和53年自治医大1期生卒業

- 各都道府県に戻り義務終了後そのまま地域医療を継続する者・各種資格を取得するために再研修する者・研究者として大学に戻る者・行政の道に進む者・開業する者等々 多種多様

- 多くは総合医的基本姿勢で医療を続けている

- 1期生は中尾学長から頂戴した「忍」の一文字を胸に踏ん張った

自治医大卒業医師の活躍

- 40年前も今もへき地医療を担う医師は不足している
- 1978年1期生を輩出して31年3000人以上の医師が地域医療に貢献してきたにもかかわらず地域医療崩壊の危機
- この状況は地域医療の危機ではあるが自治医大医師にとってはチャンス

卒業生に対する評価

- 卒業生の地元での評価は概ね良好
- あまり文句も言わずもくもくとよく働いた
- 臨床能力も高く患者さんからの評判も良い
- 医師が多くたった・・・・と思う
- 地元大学側から見れば所詮外様であり、なかなか良いポストにはつけない・・・現状

心の拠り所

- これまで他大学卒の医師に育てられ、地元の医局に所属しそのシステムの中で勤務することが多かった
- これからは自治医大卒業医師が中心になって運営する、心の拠り所となる「いわゆる拠点病院」が必要と考える

拠点病院とは？

・拠点とは？

・・・活動のよりどころとなる所。
(広辞苑)

従って、自治医大卒業生の活動の拠り所となる病院である

ここでいう「拠点病院」は「へき地医療拠点病院」とは異なる・・・卒業生が集約し活動拠点となる病院を指す

いわゆる拠点病院とは？

- へき地医療拠点病院ではなくがん診療連携拠点病院でもなく自治医大卒業生が中心になって運営しつづけ、総合医が中心になって動く拠点病院？
- 自治医大・地域医療振興協会のバックアップ体制がとれている
- へき地診療応援機能を有する
- 臨床研修教育体制を取れる
- 総合診療科を備え総合医の育成に力を入れる
- 個々の専門診療科もある程度充実している
- 他大学卒業医師も拒まない

なぜ拠点病院が必要か？

- これまで地元医大または自治体の支配のもとに、自分たちの理想とする地域医療の展開ができなかった（医療・住民・行政が一体となった包括医療）
- 自治医大・地域医療振興協会がバックアップする形で拠点病院ができれば、卒業生が集い幅広い地域医療への貢献が期待できる
- 今、総合医養成が急務である中、自治医大がその要求にこたえるためには、拠点病院は必要

地域医療崩壊の危機

- ・ 医療費抑制政策
 - ・ 公的医療機関の疲弊・経営破綻
 - ・ 医師数抑制政策（市場原理主義）
 - ・ 医師の絶対的不足・医師の地域偏在
 - ・ 医師のモラルの低下
 - ・ 立ち去り型サボタージュ・開業ブーム・診療科の偏在（3Kを回避）・低リスクを選択
 - ・ 患者住民の専門医志向・医療不信
 - ・ 医師が何人いても足りない
 - ・ 訴訟の恐怖
- 絶対数不足に専門医不足
この医療の谷間に火を灯すのは？

今がチャンス

- ・ 地域医療が疲弊・崩壊している
 - ・ 医師は減ってはいない。
 - ・ 専門性が強くなつて診療範囲を狭めている
- 断らずに何でも診れる医師（総合医）がこの危機を救う
自治医大はこれまで30数年間培ってきた地域医療・総合医療のノウハウを駆使して総合医教育をより広く展開する時
- これまでマイナーだった総合医療をメジャーにする最大のチャンス

多くの卒業生が望んでいること？

- ・ 各県で地域医療を支援するための病院（拠点病院）を確保し、そこに卒業生を集中させ同じ理念を持った仲間で働きたい
- ・ これまで地元の教室にお世話になって外様医師としてやってきたが、これから脱却し心の拠り所となる病院（拠点病院）がほしい
- ・ 各県で総合医を養成できる環境（拠点病院）をこれまで実績を積んできた卒業生の手で作りたい

拠点病院ができると何が変わる？

- ・ 地域医療の中で今不足している専門医療の谷間を埋める総合医を育てることにより医療崩壊を阻止できる
- ・ 卒業生の入学の精神を具現できる場が提供される
- ・ 診療所・小病院等に長年勤務する医師のリフレッシュ研修が可能になる

自治医大が拠点病院として医師派遣を行っている基準

- ・ 自治医大卒業医師・自治医大職員経験者が院長であること
 - ・ 勤務医に卒業医師が多数いること
 - ・ 地域医療に貢献していること
 - ・ などを基準に派遣順位を決めている規定がある
- B大学拠点病院は以下
那須南病院・日光市民・共立湊・常陸大宮済生会
・芳賀赤十字・宇都宮社会保険・小山市民・古河赤十字

拠点病院構想での阻害因子

- ・ 地元医大の反発
- ・ 地元医師会の理解
- ・ 卒業生の協力体制の脆弱性
　どれだけの人数が集結するか？
　診療科によっては地元医局人事主導？
- ・ 自治医大・地域医療振興協会からのバックアップを期待できるか？
- ・ 現在の経営母体との継続性は？

拠点病院構想の促進因子

- ・ 地域での医師不足（医師偏在・診療科偏在）
 - ・ 総合医の重要性が認知されてきている
 - ・ 総合医の教育が必要とされている
 - ・ 自治体も病院をできれば手放したい
- 時代の大きな流れ（住民もマスコミも行政も少し分かってきた）
・ 卒業生の結束力は不可欠

拠点病院に必要な条件は？

- ・ その県の卒業生の多くが拠点病院構想に賛成すること
- ・ 地元医大と友好な関係を維持すること
- ・ 自治医大・振興協会のバックアップが必須
- ・ 臨床研修システムがとれる体制であること
- ・ 総合診療科があり研修可能であること

地元医大との関係は？

- これまで築きあげてきた良好な（？）関係を壊したくないと思っている卒業生も多い
- 卒業生中心の拠点病院ができたとしても地元医局からの診療応援なしに総合病院は運営できない
- 地元医局も医師不足に苦しんでおり、卒業生中心の病院運営となると、ここぞとばかりに引き上げる可能性大

岩手では

- 藤沢町民病院・まごころ病院など地域包括ケア・医療体制の先進的な活動地域もあるが全県的には展開しきれていない
- 全県的に展開するには県立病院と地域医療の成功例と言われている地域とのコラボレーションが必要→拠点病院が必要
- 行政も総合医育成に積極的

第4分科会

地域医療の展開、特に拠点病院をどう確保するか？

座長 吉新通康
堀井淳一

拠点病院確保の方策

- 阻害要因
 - 自治医大と県との連携が足りない
 - 国家試験合格率を意識した教育
- 具体的計画
 - 医師を出す仕組み
 - 2年以内に卒業生と県で計画書作成
 - 再生基金と民主党に
 - 大学、社団：全国規模で病院を取りに行く
 - 公設民営の活用
 - 病院統廃合のチャンスを生かす
 - キーパーソンの育成（行政も）

WS 1

望ましい拠点病院の定義と目標

- 地域のニーズにこたえられる
 - 地域からの信頼
 - 地域支援
 - ドクタープール
- 具体的には
 - 規模
 - 200～300 or 規模問わない
 - 連携・風通し
 - 他病院との協力
 - 災急、難産医との連携
 - 他大学卒業生
 - 診療
 - 総合医中心
 - 研究・教育
 - 心の憩い所
 - 地域医療に携わる医師・総合医にとっての
 - 卒業生の集まり、幸せ、楽しく
 - 卒業生の支え
 - 送患者者が何でも相談できる

地域病院確保 方策

- いつ：10年以内、3～5年
- 人材：地元
- リーダー：重要（育てる）
- 大学（地元）：県との良好な関係
- どこで：300床（結構多）、再生（社保）
- どのように：結束力（飲み会）、公設民営（確保）
- どのような：派遣、研修

WS 2

望ましい拠点病院確保実現への方策

方策（2、3年内）

- ドクタープール
- 協会、都道府県、大学
- 各都道府県の計画書を作成
- 全国を見渡すのは、自治医大と協会

- 7グループ
 - いつ
 - 地域枠学生が出てくる前に、5、6年後
 - 誰が
 - 自治医大卒業生にこだわらない
 - 地域医療に情熱のある方、団体
 - 都道府県の事情に合わせて

WS 1 望ましい拠点病院の定義と目標

<ul style="list-style-type: none"> • 2グループ <ul style="list-style-type: none"> - 教育、研修 - 認定医・専門医が取得できる - 運営部門に発言権のある人(例:自治医大卒業生) - 義務内の卒業生の派遣先 - 地域医療を展開している病院 • 3グループ <ul style="list-style-type: none"> - 誰にとっての拠点病院か? <ul style="list-style-type: none"> • 医師、住民、病人、コメディカル、家族 • 住民が負担できる - 教育、育成 <ul style="list-style-type: none"> - 50床～600床 - ベース:マインド・方向性 • 4グループ <ul style="list-style-type: none"> - 心のよりどころ - 困った時に相談できる - スキルアップができる(サブスペシャリティー) - 他病院と連携して研修できるシステムがあればよい(その病院でできなくても) - 救急・開業医からの依頼を断らない - 他大学出身者が自由に入り出しができる - 行政との良好な関係 <ul style="list-style-type: none"> • 現場の意見が反映される 	<ul style="list-style-type: none"> • 5グループ <ul style="list-style-type: none"> - 定義なし - 目標 <ul style="list-style-type: none"> • 地域のニーズに応える • 地域の行・機能 • 開業医にとっても育む能 • 治療ができる病院 • 二・三次医療でカバーできる • 地域支援 • 6グループ <ul style="list-style-type: none"> - 定義: 総合診療と専門的な部分ができる - 役割1 医師のライフサイクルに応じた派遣機能 - 役割2 教育・研修機能を持つ - 役割3 地域医療支援 • 7グループ <ul style="list-style-type: none"> - 地域医療を志す医師の拠点 <ul style="list-style-type: none"> • 特徴 <ul style="list-style-type: none"> • 培育的 • 人生 - それなりの規模 <ul style="list-style-type: none"> • 400～500床 • 専門医、総合医の育成 - 経営者 <ul style="list-style-type: none"> • 地域医療に同心 - 目標: 10年以内に全道府県
<ul style="list-style-type: none"> • 8グループ <ul style="list-style-type: none"> - 定義 <ul style="list-style-type: none"> • 院長=卒業生、地域医療を理解(骨をうずめる覚悟のある人) • 研修病院 • 専門医も卒業生 • 地域医療支援ドクターフール - 300床 - 自治医大との関係: 自治医大のバックアップ お世付き - 目標 <ul style="list-style-type: none"> • 卒業生の集まれ、皆が幸せに、楽しい仕事 • 9グループ <ul style="list-style-type: none"> - 200～300床程度 - 研修・派遣機能 - 院長・嘱託員の多数派が自治医大卒 - 地域医療・総合医療をする者にとって、心・技術の拠り所 • 10グループ <ul style="list-style-type: none"> - 定義 <ul style="list-style-type: none"> - 県の機能をカバーできる - 全県的地域医療の拠点 	<ul style="list-style-type: none"> • 11グループ <ul style="list-style-type: none"> - 臨床研修病院もしくは教育拠点 - 地域枠の人を含める - 料数 - 代診機能がある - 自治医大の先生がトップであることが望ましい - 課題: 地元医大との関係 • 12グループ <ul style="list-style-type: none"> - 定義 <ul style="list-style-type: none"> - 心の拠り所 <ul style="list-style-type: none"> • 人材育成後方支援 • 二次救急 • 病院構造 • べき地支援 - べき地支援を行うことのでき、かつ育成のできる医師の心の拠り所となる病院 - 目標 <ul style="list-style-type: none"> - 200～300床(100床)からのスタート - 医師数50人(専門職別1人) - 人の集まるるキャバシティーがある
<p style="text-align: center;">WS 2</p> <h3 style="text-align: center;">望ましい拠点病院確保実現への方策</h3>	<ul style="list-style-type: none"> • 2グループ <ul style="list-style-type: none"> - 期限 <ul style="list-style-type: none"> • 10年以内 - 規模 <ul style="list-style-type: none"> • 200床 - リーダーの確保やリーダーを育てる - 人材確保: 大学、協会の協力 - 総合医の養成、教育研修機能 - 地域枠との連携 - 自治医大の培ってきたノウハウ - 県庁との良好な関係 • 12グループ <ul style="list-style-type: none"> - 誰が <ul style="list-style-type: none"> • 自治医大卒業生(上づけ) <ul style="list-style-type: none"> • 地域の方柄に向いている - いつ <ul style="list-style-type: none"> • 3～5年以内 • 既存医療病院の移設時期 • 開設者が変わったとき • 診療年代 • 見附された病院 - 方法論 <ul style="list-style-type: none"> • 3年前から準備 • 行政改革 • の医師も貢献すべき

第3部
開 催 報 告

分科会報告



看護フォーラム座長報告 春山 早苗

看護フォーラムの報告をさせていただきます。事前に申し込みがありましたのは33名でしたが、実際には37名の参加がございました。

4人の方に話題提供者になっていただきました。看護職の場合には保健師・助産師・看護師、3職種おりますので、それぞれの立場から地域医療について関連のある話題提供をいただきました。

この4つの話題提供を通したディスカッションの焦点は次の3点です。1点目は医療依存度の高い人を地域に帰すために、大学病院等の特定機能病院の看護職が何ができるのかということ、特定機能病院の看護職と地域の訪問看護師、市町村保健師がどのように連携していったらいいのかということと、そして本学の附属病院では地域病院看護師の派遣をされていますが、そのようなことを通じて地域病院にどのような支援ができるのかということです。

2点目は、大学院看護学研究科では専門看護師（CNS）の育成もしていますが、専門看護師が地域病院の実践にどのように寄与できるのかということを、母性看護学の院生による自身の経験も踏まえた発表に基づき、ディスカッションしました。

3点目は離島、山間へき地等においてマンパワーや職種が少ない中で、看護職がどのように地域医療・地域保健に貢献できるのかということについて話し合いました。結論としましては、看護業務以外の多様な業務を担いながら看護職は働いている現状がありますが、それを強みにして看護に活かしながら活動していくこと、また、マンパワーや職種が少ない中では、連携というものがより重要になり、特に行政、町村の保健師と診療所の連携が非常に重要になるということです。

1時間半という短い時間だったために、十分なディスカッションができたとは言えませんが、地域医療に看護がどのように寄与していくのかということについて、考えることができたと思います。以上で終わります。

看護フォーラム －地域医療について看護の立場から考える－ 参加者の概要

参加数	内 訳						
	県内	県外	保健師	助産師	看護師	他	
卒業生	16	8	8	7		7	2
大学院生	5	5		3	1	1	
大学教職員 (附属病院含)	12	12		3	1	5	3
計	33	25	8	13	2	13	5

1

2009/11/10

看護フォーラム －地域医療について看護の立場から考える－

1. 医療依存度の高い児の在宅療養支援体制づくり

－特定機能病院における実践事例から－

本学大学院看護学研究科1年 横山 定実

2. 母性看護専門看護師教育課程における

地域支援病院での実践 と課題

本学大学院看護学研究科2年 沼尾 美津穂

3. 離島における保健師活動－離島における7年間の実践から－

本学大学院看護学研究科1年 青木 さぎ里

4. 地域医療における大学病院看護部の役割

本学附属病院看護部長 菊池 瞳子

2

2009/11/10

看護フォーラム（まとめ）

今回、初めて、看護学部と看護学部同窓会の主催により、『地域医療について看護の立場から考える』をテーマに特別フォーラムとして看護フォーラムを開催した。テーマと併せて、卒業生が集まって、それぞれが実践している看護や、看護について考えていることを語り合い、情報交換の機会とすることや、同窓会活動のさらなる活性化の機会とすることも目的とした。参加申込者は33名であったが、実際には県内から27名、県外から10名、計37名の卒業生、大学院生、大学教職員の参加があった。

フォーラムでは看護学研究科の大学院生3名と附属病院の看護部長に話題提供をいただいた。「医療依存度の高い児の在宅療養支援体制づくり－特定機能病院の実践事例から－（看護学研究科1年 横山定美）」では、特定機能病院で専門医療を受けた人々の退院支援における病院、地域それぞれの役割と連携のあり方について発表があった。特定機能病院の所在地域における地域資源状況を把握し、それぞれの特定機能病院がどのような役割を果たす必要があるかを考えること、地域資源があっても病院看護職に経験がないと退院支援に尻込みしてしまう傾向もあるため、1ケース1ケースへの支援経過を共有し力量を高めあう必要性について確認した。

「母性看護専門看護師教育課程における地域支援病院での実践と課題（看護学研究科2年 沼尾美津穂）」では、専門看護師とは何であるか、また母性看護専門看護師教育課程の実習としての地域支援病院での実践活動について発表があった。地域支援病院における課題には、少ないマンパワーで助産師はどのように質の高い看護を実践していくかということや、助産師は研鑽の機会をどのようにして得ていけばよいかということがあり、地域支援病院における専門看護師の役割發揮の可能性について確認した。

「離島における保健師活動（看護学研究科1年 青木さぎ里）」では、東京都青ヶ島村における発表者自身の7年あまりの経験に基づいて、離島における保健師活動の展開方法の実際について発表があった。へき地における保健と医療の連携、具体的にはへき地診療所看護職と町村保健師の連携の必要性について確認した。

「地域医療における大学病院看護部の役割（附属病院看護部長 菊池睦子）」では、附属病院看護部のへき地等地域病院への看護師・助産師派遣の経緯と目的、派遣者の看護実践能力の向上等附属病院側の看護にもたらされた成果と、マンパワー不足を補うということ以外に地域病院側の看護にもたらした成果について発表があった。へき地等地域病院への支援として、マンパワー不足を補うということのみならずキャリア開発・支援も目的とした派遣制度が一定の成果をもたらす可能性や、大学病院看護部の役割について考えることができた。

以上、1時間半では短く、十分議論できなかったことが大きな反省点である。しかし、実施後のアンケートでは「各発表者の立場から地域医療の重要性を考えることができよかったです」「地域医療を様々な視点から捉えることができ、参考になった」「各発表者の立場での活動の実際を聞いて、看護職の役割を考えさせられ、前向きな姿勢になった」「各看護職や専門看護師等の仕事や可能性について知ることができた」「へき地の活動の実際や退院支援の具体例などとても参考になった」等の感想が得られた。

分科会報告



女性医師支援フォーラム座長報告 湯村 和子

女性医師支援センター、副センター長をやらせていただいている湯村です。

きょうの11時30分から12時50分まで西洋堂で、お昼を食べながら女性医師支援フォーラムをやらせていただきました。50人程度のご参加をいただきまして、かなり活発なご意見が出てきました。わたしも自治医科大学でやっています女性医師支援センターでの試みをご紹介しまして、それがロールモデルになるかどうかということに関しましてもご討議いただきました。

地域における女性医師支援に何が必要かということで、今女性医師支援というふうに言っておりますけれども、これは単に切り口であります、勤務医支援であるというコンセンサスの皆さんとの同意を得たところであります。

代診とか、個々の事象に関しましては、これからどういうふうにしていったらいいかということです。保育の環境もまちまちであるとかということで、ここでまとめることは各都道府県において、今自治医大でやっているようなことを参考にしながらやっていければいいのではないかというふうなことになりました。

ですから女性医師支援のシステムの提案をいたしましては、自治医科大学に女性医師支援センターがございますので、それに準拠しまして各都道府県でもワークショップの開催をしたいというふうな意向もございますので、そちらのほうと大学とのコミュニケーションを取りながら、女性医師支援、勤務医師支援をしていくことが重要である。と同時に、学生のうちからこのような支援があることとかを熟知させるということで、ガイダンスを年内にもやっていこうというふうなことになりました。以上です。

地域における女性医師支援に何が必要か

～女性医師支援は勤務医支援である～

1. 代診に対する対策

(医師確保の根本的な問題を解決することが急務)

都道府県への情報の提供、医師確保のお願い

2. 保育環境の整備

自治医大からの情報の発信、都道府県との連携

3. 情報共有・相談窓口

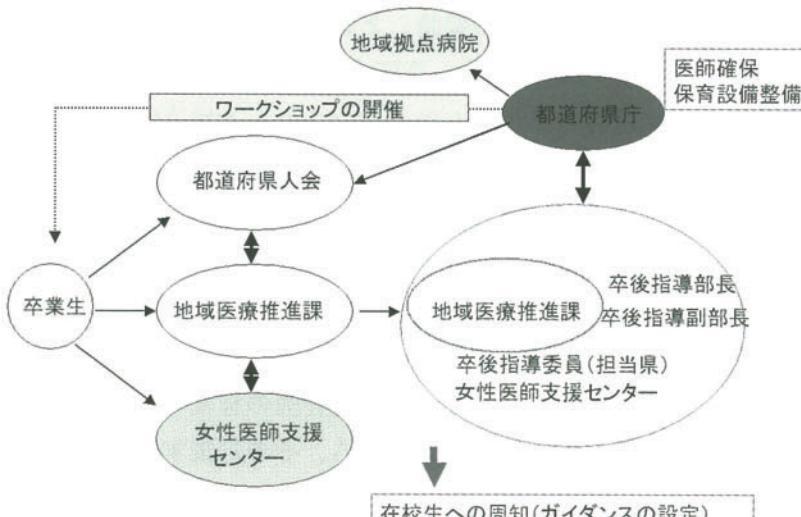
地域医療推進課を狭義の窓口とした

+αの各県の組織づくりの必要性

4. 卒後様々な困難に出会ったときの対応に対する教育

在学時（M6卒業前、M4）ガイダンスの実施

女性医師支援システムの提案



女性医師フォーラムは、桃井眞里子センター長（小児科主任教授）の挨拶の後、自治医科大学での女性医師センターの活動、今後の役割についての説明を湯村が行った。事前のアンケートは牧野専任講師が発表し、現状子育てをしながら医師として就業することが困難な状況が報告された。その後の意見交換会でも、県によっては、子育て支援がうまく行われつつあることの意見もあり、建設的な意見が多くかった。自治医科大学での女性支援センターの活動が軸となり、自治医科大学の拠点病院、各都道府県への女性医師支援、強いては医師支援に繋がる可能性があることが、確認された。在学の時からの医師支援のガイダンスを設定し、さらに地域でのワークショップを開催し、医師支援の意識改革を行うことも重要と考えられた。

分科会報告



第1分科会座長報告 草野 英二

それでは第1分科会の報告をさせていただきたいと思います。第1分科会のほうはタイトルが「専門医と総合医の連携強化はいかに医療の質・効率の向上に寄与できるか？ 国内の成功例は？」というタイトルで、約100名ぐらいの先生方に参加いただきまして、最後は高久先生もおいでいただいて、活発なご討論がございました。4つほどディスカッションの内容を集約いたしまして、提案させていただきたいと思います。

その一つですけれども「成功例の共有」、幾つかの病院で総合医と、専門医の連携が非常にうまくいっていることを踏まえまして、成功事例を集積、分析しまして成功要因を抽出して、最終的には政策を提言していこうという格好で考えております。

それを踏まえまして、2番目は「県への要請」ということで、各都道府県における病院関係者と自治医大卒業医師、他大学関係者、行政、医師会などを含むオープンな協議の場を設定したい。このような自治医大地域医療フォーラムのようなことを各都道府県で展開していきたいというふうに考えております。

3番目は「自治医大の教員の短期間の地域医療への参画」ということで、卒業生の先生方が地域医療で活躍されているわけですけれども、そういった経験を共有、共感するために、もちろんこれは臨床系が主ですけれども、教官が1ヵ月でも3ヵ月でも参画するのがよろしいのではないかということでございます。

4番目です。本院およびさいたま医療センターが総合医の育成のメッカとなり、さらに専門医、総合医の連携の全国モデルとなるための検討を始める、その対策本部の設置が必要ではないかと考えております。以上でございます。

第1分科会(まとめ1)

専門医と総合医の連携強化は、いかに医療の質・効率の向上に寄与できるか？

? 国内の成功例は？それをどう全国的に展開できるか？

～

1. 成功例の共有：散発成功例を集積、分析し、成功要因を抽出、政策提言する。

総合医教育および育成に対する専門医の参加・協力が不可欠

(総合医によるカンファレンスへの専門医の参加や効果的な病診連携構築)

2. 県への要請：1.を踏まえ、各都道府県における病院関係者(病院専門医)と自治医大卒業医師、他大学関係者、行政、医師会などを含むオープン協議の場を設定する。

第1分科会(まとめ1)

専門医と総合医の連携強化は、いかに医療の質・効率の向上に寄与できるか？

? 国内の成功例は？それをどう全国的に展開できるか？

～

3. 自治医大の教員の短期間の地域医療への参画
卒業生の地域医療での経験を共有、共感するため

4. 本院およびさいたま医療センターが総合医育成のメカとなり、さらに専門医・総合医の連携の全国モデルとなるための検討を始める。対策本部の設置が必要。

(総合医としての研鑽をつむには、現場での経験・教育が最も重要であるが…。)

自治医大地域医療フォーラム2009　まとめと提言

第1分科会 専門医と総合医の連携強化は、いかに医療の質・効率の向上に寄与できるか?
～国内の成功例は？それをどう全国的に展開できるか？～

1. 散発成功例を集積、分析し、成功要因を抽出、政策提言する。
総合医教育および育成に対する専門医の参加・協力が不可欠である。
例：総合医によるカンファレンスへの専門医の参加、効果的な病診連携構築
2. 1.を踏まえ、各都道府県における病院関係者（病院専門医）と自治医大卒業医師、他大学
関係者、行政、医師会などを含むオープン協議の場を設定するよう各都道府県へ要請する。
3. 自治医大の教員の短期間の地域医療への参画
卒業生の地域医療での経験を共有、共感するため。
4. 本院およびさいたま医療センターが総合医育成のメッカとなり、さらに専門医・総合医の連
携の全国モデルとなるための検討を始める。対策本部の設置が必要。

分科会報告



第2分科会座長報告 苅尾 七臣

報告させていただきます。第2分科会では地域で働く卒業生と、本学の研究者の連携をどう深めるかという、そういうテーマでもらいました。すなわち unmet な技術を met する、大学および地域の連携研究システムをどう構築していくかということです。まとめました提言としまして、地域医療の今後の政策および臨床的なガイドラインにつながるテーマを選びながら研究を行っていくというのが望ましいだろうということで、提言させていただきます。

まずボランティアで有志の講座に、これは大学の義務としてではなくて、本当に心のつながりのある、そういう人たちでまずボランティアとして受け皿となる地域連携研究課題と、また、その指導者を提案していただく、それがきちんと分かるかたちでオープンラボの総合的な窓口を設定し、そしてホームページのシステムを更新しながら新しく情報を発信していくという、こういうシステムの構築をしていきたいというふうに考えております。

大学の中には、各々行う個々の研究の企画の段階から、地域の研究者と大学の研究者と 1 対 1 をミートさせるだけではなくて、その研究をさらに大学の専門家が入ったりしながら、より学術的にも、また地域にとってもレベルがアップし、そして本当に社会の役に立つような、そういう研究につながるような複数の人での企画および、また、その成果の評価をするシステムを構築したいというふうに考えます。

そして大学の事務にもその連携室には加わっていただきたい、具体的には双方向への出張、大学の教員が地域へ行ったり、また、地域からこちらへ来たりして論文、研究の作成、指導につながるような大学のサポートシステムを整備していただきたいというふうに考えております。

さらに、こういう自治医大の卒業生が研究を、もう既に大学に入ったときからあきらめてしまうのではなくて、自治医大でもきちんと研究手法を選び、その研究を通じて社会貢献をするという、その視点からの若い人への魅力というのを、絶えず学生のうちから興味を持つ機会を設けるという、そういう提言がなされました。

より具体的な大学への要望としましては大学、地域連携の事務職員を増員、学内宿泊施設の充実、交通費・滞在費の支給、そして成果を上げている研究への研究費の配分ということが要望としてここに記したいというふうに思います。

具体的には研究テーマ、地域医療で重要なことを行うと。すなわちテーマとしては生活習慣病、心血管疾患、そしてがん、こういう Common disease、そしてまた、高齢者医学。特にエビデンスのまったくない、80歳以上の超高齢者医学に対して取り組んではどうかというふうに意見が

出ております。

しかし、ここまでではほかの大学でもどこでもできるということで、あんまり夢がないという、そういう厳しい意見も出して、そこに対して2つのことを提言したいというふうに思います。

自治医大の特性として全国、文化の異なる、地域の異なる、気温の異なる、環境の異なる全国津々浦々、北海道から沖縄までの各場所で問題となっていること、すなわち地域の特性、そこには古くからずっと文化があるわけです。そのテーマをきちんと地域差ということを明らかにするのを一つのテーマとして持つというのが、非常に自治医大ならではの研究ということが1点。

もう一つは、やはり総合医の大学として設立されているわけですから、社会および精神的なテーマをその中に織り込んだ、総合医的な視点に立つ研究を行うという、この2点で自治医大の特徴を出したいと、そこには夢があるだろうというふうに考えます。

手法としましては、大きな幹となるような観察、介入研究。それには並行して行う個別研究、これは独自の個人、参加者自身の視点を大切にした研究。それに大学のコアとなるような基礎研究、病態研究をミートさせ、そこで並行して行うというのが望ましいだろうというふうに考えます。

まず、その観察、介入研究としましては、自治医大のほうでは今統合プログラム研究、JMS2研究というのを、大学の方では行おうというふうにしております。これはポスト COE 研究として行おうというふうに考えているわけですけれども、これまでの大規模ゲノムバンク、JMS コホート研究、そして自治医大の時間高血圧プログラム研究、これらを基盤として生かそうと。

個別研究としましてはオープンラボを窓口としまして、どんな相談でもここでは受け付ける。個人のテーマ、各科指導者のテーマの設定とかを調整したり、また、それぞれ地域から出てくるのにこういう問題点があるとか、そういう困難な問題も含めた、すべてサポートしてもらうという、そういうシステムをラボの中につくろうということがいいのではないかというふうに考えられます。

そして、その研究テーマ、地域のテーマ、その大学からのホットなトピック、これらをうまく絶えず up to date しながら情報を発信、相互方向にミートさせるような、そういうラボにして、その進捗状況、これを絶えず地域と学内へ発信するという、こういう窓口と機能のオープンラボを拡張させようということで、提言したいというふうに思います。

最後には、これらの窓口ができても、一番大事なのは「人」であります。研究および指導を行う人を、地域に目を向けた人、また地域から大学へも目を向けた人を育てていこうと。学内、地域の指導者の育成、これを一つの最終的な目標として、次の世代へつながっていくような、そういう研究を通じて地域を活性化する、地域医療を充実させていくと、そういうふうな方向で進めていくのがいいのではないかというふうに提言させていただきたいと思います。以上です。

“unmet needs” を meet る大学・地域連携研究システム

提言

1. 地域医療の今後の政策・ガイドラインにつながるテーマを推進
2. 有志講座に受け皿となる地域連携研究課題と指導者を提案
3. 大学・地域連携研究の企画と成果の評価システムの設立
4. オープンラボ(OP)に総合窓口設定:ホームページ刷新
5. 大学事務に地域連携窓口開設
6. 双方向出張・論文作成指導に対する大学のサポートシステム整備
7. 学生のうちから研究への興味を育み、実際に参加し体験する研究室配属などの機会を設ける。

大学への要望

大学・地域連携の事務職員増員
学内宿泊施設の充実
交通費・滞在費の支給
成果を挙げている研究への研究費配分

地域で働く卒業生と本学の研究者との連携をどう進めるか？

- 1) 研究テーマ： 地域医療で重要なことを行う
Common disease (生活習慣病、心血管疾患、がん)、高齢者医学（特に80歳以上の超高齢者）、地域特性・遺伝、総合医的視点に立つ精神・社会的テーマ
- 2) 手法： ①疫学観察研究・介入研究
②個別研究 — 独自の視点と大学のコア研究との連携を活かす
 - ① 疫学観察研究・介入研究 (自治医大統合プログラム研究JMS2研究)
ポストCOE研究・大規模地域ゲノムバンク、JMSコホート研究の発展(観察・介入)、日本時間高血圧プログラム(NICE)研究を活かす。
 - ② 個別研究
オープンラボを相談窓口
(個別テーマと各科指導者のテーマを調整し、困難な問題をサポートする)
個々の研究テーマとその進捗状況を絶えず地域と学内への発信する
- 3) ネットワークの育成： 研究・教育指導を行う学内・地域指導者の育成
地域から大学へ、大学から地域へのヒトの流れにより、地域医療の活性化し地域の医師不足の解消へつなげる。

第2分科会 地域で働く卒業生と本学の研究者の連携をどう深めるか？

1. 地域医療の今後の政策・ガイドラインにつながるテーマが望ましい
 - ・自治医大統合プログラム研究、JMS2研究などネットワークを用いたプロジェクト研究
 - ・各地の地域特性などを考慮した総合医的視点に立つ精神・社会的テーマ
 - ・公衆衛生に関わる政策提言につながるようなテーマ
2. 地域から大学へ、大学から地域へむけた双方向研究提案を促進する
3. 有志講座に受け皿となる地域連携研究課題と指導者を提案
4. 大学・地域連携研究の企画、成果の評価、それに基づく助成のシステムの設立
5. オープンラボ（OP）に総合窓口設定：ホームページ刷新
6. 大学事務に地域連携窓口開設
7. 双方向出張・論文作成指導に対する大学のサポートシステム整備
8. 学生のうちから研究への興味を育み、実際に参加し体験する研究室配属などの機会を設ける

上記の提言を具体化するための大学への要望：大学・地域連携の事務職員増員、学内宿泊施設の充実、交通費・滞在費の支給、成果を挙げている研究への研究費配分などが必要

分科会報告



第3分科会座長報告 阿波谷敏英

それでは、第3分科会の報告をさせていただきます。第3分科会のテーマは各都道府県における地域枠とどう連携をするかということでございます。今各都道府県に地域枠ができていますが、関連する地域医療関連の寄付講座なんかも各地方大学にできていますが、まだ混沌としている状態で、どう連携をするのかということは非常に問題になるかと思います。

ただ、自治医大としてはこういう地域医療のマインドが全国に広がっていると、多いなるチャンスであるというふうにとらえていただいて、ぜひしっかりと連携をしていく体制を組めたらというような活発な議論がされました。

まず、連携を取っていくことに関して、ぜひ自治医大が今まで培ってきた歴史があるわけに対して、その歴史に基づいて自治医大がノウハウを持っているわけですので、特に自治医大に関しては全国的な組織でありますので、各地方大学の地域枠をリードする立場になってほしいと思います。

具体的には大学同士の連携として、自治医大がリーダーシップを取って横断的な組織を形成する、あるいは自治医大の臨床教授とか、臨床講師の研修会に各大学の地域医療担当だとか、あるいは地域枠の関連の教育に携わる教員を招いて、ぜひそのノウハウをシェアしてもらいたいと思います。

また、学生を通じた連携としましては、自治医大が持っております地域医療に関するカリキュラムのノウハウを提供するであるとか、あるいは各都道府県で行われています夏季研修などを、地域枠の学生と自治医大の学生とで合同で開催をして、学生のときから顔の見える関係を築いてほしいと。

これには、その自治医大の臨床教授、臨床講師などがある程度力を出さなきやいけないだろうと思いますし、そういうふうな素地をつくるためにも、先に申しました臨床教授、講師研修会への各大学の招待というようなこともご検討いただいたらと思います。

また、横断的に全国の地域枠学生を集めて、地域枠の学生の全国会議を開くとか、あるいは全国的なネットワークを持っていることを使いまして、県を越えて、他県で地域医療の実習、研修が受けられるようなシステムづくりというようなことを大学がリードしてもらいたいという意見が出ました。また、卒業後に関しましても、自治医大の卒業生の教育ノウハウだとか実施、あるいは組織づくりなどをシェアしていただければと思います。

特に、自治医大が地域医療のリーダーであってほしいと。そのためには自治医大が優秀な人材を確保して、トップランナーであり続けていただきたいというような観点から、ちょっと厳しい

意見もあったのですが、どうも最近自治医大の大学のカラーが失われてきているんじゃないかなと。より自治医大が短期的にも、こういうふうな大学になるんだというようなことも明確にして、それをアピールしてほしいと。

また、過去には自治医大の教員が地域医療の現場を見に行く、学生の実習の指導に行くというようなことがあったわけなんんですけど、どうも最近はそういうのが少なくなってきたいるんじゃないかなというような声が出ました。ぜひ、地域医療をリードする大学として、地域の現場まで教員が来ていただきたいという意見です。

あるいは優秀な学生を確保していくためには、入試方法についても検討の必要があるのではないかと。面接をもっと重要視したほうがいいんじゃないとか、地元大学との差別化だとか入試日程、そういうことを見直したり、生活貸与金などの検討も必要じゃないかと。あるいは学生にも分かりやすく、そのメリットを提示するというようなことを提案がありました。

新たな試みとしては、自治医大で卒後も研修ができるような場を、研修の自由度をメリットとして出してもらいたいとか、あるいは卒業生は先ほども言いましたように全国組織であることを利用して、ぜひ多様な研修、実習を受けることができるよう整備ということを提案したいと思います。

いずれにしましても皆さん方の、分科会に参加した先生方からは、ぜひ自治医大の地域医療マインドを各都道府県でも生かしたいという思いを持っていますし、自治医大にそのためのバックアップをお願いしたいと。そして自治医大にはトップランナーであり続けていただきたいと、そういうお話を活発にされました。以上です。

寺門：静岡出身の2期生の寺門ですけれども、地域枠で例えば5人とか10人という数で卒業してきますと、自治医大だと2名、3名ですよね。もし、向こうが5人、10人。もし10人と仮定して、5年たつと卒業生が50人になると。はるかに向こうのほうが人数が多いわけで、当然自分たちのフィールドとしても自治医大が今までやっていたところを欲しいなとか、例えば静岡だったら、佐久間病院をうちの大学的で全面的に面倒を見ますから、くれませんか？　というようなことで、これから摩擦が起こると思うので、連携するかという以外に、どう闘うかというような視点の話し合いはなかったのでしょうか。

阿波谷：わたしも地方大学で地域枠の担当をしていますので、ちょっと個人的にそのコメントは、ここでは差し控えたいと思います。意図はよく理解できますが、先生、また後ほどお話ができます。

寺門：わかりました。

第3分科会 各都道府県における地域枠とどう連携するか

- 今後、自治医大に蓄えられてきたノウハウを活かし、地域枠を持つ各大学と自治医大間で、地域枠学生のための地域医療学教育、研修を連携してしていくべきである
 - 大学同士のシステムとしての連携
 - 自治医大がリーダーシップをとった横断的組織の形成
 - 臨床教授、講師研修会への招待
 - 学生を通した連携
 - モデルコアカリキュラムなど地域医療に関する正規カリキュラムのノウハウの提供
 - 夏期研修等の合同実施(臨床教授、講師が主導?)
 - 全国学生地域枠会議などの創設
 - 全国組織であることを利用して他県での研修の導入
 - 卒後研修に関しての連携
 - 自治医大卒業生の持つ、教育ノウハウの提供、実施

第3分科会 各都道府県における地域枠とどう連携するか

- 他の地域枠、地域医療関連講座との差別化、特徴づけ
 - 大学のカラーを出し、るべきビジョンを明確化し、リーダーシップをとる
 - 各地域枠はあくまでもその地域に指向性、自治医大は地域医療全体を捉える
 - すべての教員が地域医療の現場にでる
 - 入試方法の検討
 - 面接の重要視
 - 推薦入試とのかねあい、青田刈りの検討
 - 多年浪人可の維持
 - 貸与金などの検討
 - 学生にも分かりやすいメリットの提示
 - 差別化がない
 - 医療人の育成、地域医療カリキュラムの充実
 - 十分なバックアップ体制、高い国試合格率
 - 地域医療の中心、確立した総合医教育
 - 新たな試み
 - 卒後自治医大で研修が出来るなどの研修の自由度
 - 全国組織であることや卒業生の多様性の活用(他県での実習、様々な職種の研修)

第3分科会 各都道府県における地域枠とどう連携するか？

1. 差別化

各都道府県地域枠はあくまでもその地域に指向性を持っており、自治医大は地域医療全体を捉えている。この認識の下、そのカラーをより鮮明にし、自治医大が果たすべきミッション、目指すべきビジョンを明確にし、地域医療のリーダーとなる

- ・地域医療全体に対する認識を深めるためにすべての教員が地域医療の現場を経験する
- ・自治医大のミッション、目指すべきビジョンを検討する検討会を設置する

2. 連携

全国の地域医療をよりよいものにするために、自治医大は、自治医大に蓄えられてきたノウハウを活かし、地域枠を持つ各大学との間で、地域枠学生のための地域医療教育、研修を連携していく

- ・自治医大と自治医大卒業生が持つ教育ノウハウを提供：臨床教授、講師が主導して夏期学生研修等を合同で実施、地域枠担当教官等を地域担当臨床教授、講師研修会への招待
- ・自治医大がリーダーシップをとって横断的組織の形成：地域枠関連講座同士のシステムとしての連携、全国地域枠学生会議などの創設
- ・全国組織であることを活用した研修システムの構築：出身都道府県以外での学生実習の活用、卒後研修で自治医大で地域医療を学べるようなオプションの提示

3. 自治医大の魅力をわかりやすく提示するための提言

上記、差別化と連携を踏まえ、それらを社会に分かりやすく提示すべきである

- ・入試方法の検討：面接の重要視、（現役及び非現役生）バランスのとれた選考、卒業生のネットワークを利用した優秀な人材の発掘、マインドを重視する入試制度の構築、十分なバックアップ体制による高い国試合格率など学生へのメリットの提示、地域医療のメッカが確立した総合医教育というブランド意識づけ、地域枠の推薦枠とのバランス調整
- ・全国組織であることを活用した研修システムを作る（先述と同）
- ・臨床医だけではない自治医大卒業生を活用した研修システム：行政、保健所長、基礎研究者、臨床研究者など様々な進路に応じた研修の提供

分科会報告



第4分科会座長報告 吉新 通康

拠点病院こそが自治医大を支えるこれから一番の柱ということで、力を入れてやったんですけど、力が入り過ぎて、ちょっと中心がぼけたんじゃないかなと思っていますけれども、まず拠点病院の定義と目標ということで。

ただ、定義と目標が非常に似ちゃったんですけども、まず地域のニーズに応えられるとか、ドクターパール機能を持つこと、あと規模が200～300床ぐらいがいいんじゃないか、まず臨床研修機能を持たなくちゃいけないのではないかとか、そういうことがありました。

あとは、様態として風通しがいいほうがいいんだとかというようなことも出ちゃいましたけれど、他大学の卒業生もいてもいいとか、救急、開業医との連携を、非常にこれを重視するとか、診療は総合医中心でやるんだとか、研究、教育これも重要だと。

心の拠り所こそ拠点病院だという遠藤先生の基調講演がございまして、地域に携わる医師、総合医にとっての心の拠り所だし、自治医大の卒業生のたまり場だし、拠点病院があると幸せになるという話が出まして、「幸せとは何ですか？」という議論も行われましたけれども、こうなるとなかなか難しいですね。

心の拠り所という意味では、卒業生を支える、医療者が何でも相談できるところだというようことで、拠点病院の定義というのは非常に難しいんだなと思いました。機能とか、研修機能、派遣、200～300床とか、臨床研修病院じゃないとまずいというようなことで大まかにまとまつたと思います。

次に、尾身先生から言われた方策といいますか、戦略でございますけれども、医師をドッと出す仕組みを早くつくってほしいと。各都道府県に拠点病院を1つ作るんだという話が前提でありましたけれども、2年以内に卒業生と県で計画書を作成すべきだと。この2年を過ぎちゃうと地域枠の人がどんどん各都道府県に誕生して、ミニ自治医大が47都道府県にできちゃいますので、早くやらないと自治医大にはまずいんじゃないかなと。

地域医療再生基金、これは自民党が3,100億円請求して、今これはちょっと、かなり「風前のともしび」といううわさもありますけれども、これを民主党に頼んでつくってもらうという方法はないかというようなことも出ました。

大学、社団が全国規模で活動しているわけですから、病院を積極的に取りにいく仕組みをつくったらどうか。特に公設民営とか、各地で社会保険病院が今「売却移譲」だという話もありまして、協会も1つやっているんですけども、それを全部もらったらどうかというような、とてもすごい話がありました。

あと、公的病院統廃合のチャンスを生かすということで、特に県によっては車で15分ぐらいのところに30床ぐらいの病院が3つ、4つあって、そこに卒業生が4人ぐらいずつ張り付いているんです。そういうのは、整理して、一つにみんな集まるというような仕組みを早くやったほうがいいという意見もありました。

キーパーソンがこの事業には非常に大事で、キーパーソンを育成すべきだと。特に吉新君に半年ぐらい付けたら教育になるんじゃないかということで、本当かどうか分かりませんが、そういう意見があったのは事実で、一応報告しておきます。

あと、この阻害因子といいますか、嫁さんが拠点病院確保の最大の阻害因子だという話もありましたけれども、自治医大と各都道府県との連携が基本的に足りないんじゃないか、話し合いがないんじゃないかと。自治医大は国家試験の合格率ばかり考えていて、本当に地域医療をやる気があるのかというような、あんまり言いたくないけれど、言っちゃいましたけれども、意見も随分出ていました。

ということでございまして、結論的に言いますと、もう時間がないぞと、早く県と卒業生で拠点の病院を取りにいくという作業に入らなくちゃいけないんじゃないかというようなことで、これを早くやらないと、地域枠の人たちに自治医大の存在価値が薄められちゃうんじゃないかということでございまして、来年、再来年にはこのリストを手に入れて、順番をどうするかで悩みたいと、そういうことでございました。以上でございます。

河野：鹿児島7期の河野と申します。12月まで医師国家試験調査対策室をやっていましたので、国家試験の合格率を意識するのが阻害要因とはとても思えません。国家試験を通らなきゃ医師免許をもらえない、医師免許をもらえなければ地域に行けない、これは現実であります。

それから先生が思われているほど、皆さんも思われているほど自治医大は国家試験のことばかり言っているわけじゃなくて、それはひとえに普通の教育をして、まじめに学生が勉強をしてくれば通るわけですから。

ただ、そういう発言があるという背景には、自治医大はあたかも、その国家試験の合格率がすべてのような印象を受けるというフラストレーションがいろいろあるということは原因としてあるかと思います。それは私たちも心して教育に掛かりたいと思います。以上です。

吉新：僕らは1期生のときは、それ程は国家試験の合格率は、意識していなかったんですけど、最近はそうだと。

僕らも驚いているんです。あんな優秀な自治医大の卒業生、教員が国家試験の合格率のための教育をしているなんていうことは想像もしませんで、そんなことはやってないだろうと思ったら、そうじゃないということを聞いたので、一応書いておきました。やはり地域医療のための大学ですから、総合医、地域医療を原点にということでやってもらいたいなと考えたんです。

河野先生も頑張って下さい。

望ましい拠点病院の定義

- 地域のニーズにこたえられる
 - 地域からの信頼
 - 地域支援
 - ドクタープール
- 具体的には
 - 規模
 - 200～300 or 規模問わない
 - 連携・風通し
 - 他病院との協力
 - 救急、開業医との連携
 - 他大学卒業生
 - 診療
 - 総合医中心
 - 研究・教育
 - 心の拠り所
 - 地域医療に携わる医師・総合医にとっての
 - 卒業生の集まり、幸せ、楽しく
 - 卒業生の支え
 - 医療者が何でも相談できる

拠点病院確保の方策

- 阻害要因
 - 自治医大と県との連携が足りない
 - 国家試験合格率を意識した教育
- 具体的計画
 - 医師を出す仕組み
 - 2年以内に卒業生と県で計画書作成
 - 再生基金と民主党に
 - 大学、社団：全国規模で病院を取りに行く
 - 公設民営の活用
 - 病院統廃合のチャンスを生かす
 - キーパーソンの育成（行政も）

第4分科会 地域医療の展開、特に拠点病院をどう確保するか？

1. 望ましい拠点病院の定義

- ・地域のニーズに応えられ、地域からの信頼される病院で、地域医療に携わる医師にとっての心や医療実践の拠り所としての病院。
- ・具体的には、規模は200～300床程度、診療が中心だが、総合医の養成、生涯教育や研究も行う病院で、救急の機能、開業医や他病院との連携を重視する。各支部内の関連医師の人事ローテーションや施設への診療支援や短期長期の代診を出すドクタープールなどの機能も担う。

2. 拠点病院確保の方策

- ・今後、2年以内に卒業生と各都道府県で計画書作成。
- ・大学・社団を中心として、地域医療に関する各組織（県、市町村、地元医大、医師会）との連携の上で、ネットワークの拠点病院となる病院が必要。
- ・公設民営の活用し身分の自由度を生かしながら地域医療を実践する。
- ・病院統廃合のチャンスを生かす。
- ・キーパーソンの育成（病院医師、行政医師ともに）。

総括



富永 真一 医学部長

皆さん、お疲れさまでした。本日は昨年にも増して自治医科大学全体で地域医療を考えるよい会であったと思います。

しかし、私にとって全体を総括するなどということはとてもできませんので、皆さんの議論を聞きながら、わたしの整理されてきた考え方を述べさせていただきたいと思います。ちょっと違った角度からの話になってしまふかもしれません、尾身先生が最初に思い切って言いたいことを言えというのがありましたので、述べさせていただきます。

自治医科大学は皆さんも当然ご存じですけれど、医療に恵まれない地域の医療を確保して、地域住民の健康と福祉の増進を図るという明確な目的を持って、1972年に発足いたしました。

実は開学準備の期間中には、医師養成専門学校を造るという構想もあったそうなんですけれども、これをあえて6年制の正規の医科大学としたところに大きな意義があったと思っています。

言うまでもなく、大学というのは最高学府として学問を展開するところです。従って大学人に求められ、大学が決して忘れてはいけない基本は、「個性を尊重して、個性を伸ばす場を提供する」ということではないでしょうか。すなわち、あえて言わせていただければ「出る杭は打たない」ということが大学のスケールを大きくして、さらには発展させるキーワードだと私は思っています。

医科大学、医学部、これは「教育・研究・診療」の3本柱からなっていますけれども、自治医科大学にとって総合医を養成する教育が重要であるということは、もう皆さん共通の認識だと思います。しかし、それを支える研究活動、それから診療活動も同じぐらい重要であると考えています。

大学は人によって成り立っていますけれども、それぞれに各個人は特徴、得意分野、不得意分野があります。すべてに一流であるスーパーマンというのはいませんし、ものを発見したり生み出したりするということに関しては、かえってスーパーマンは不利かもしれません。

ですから大学を構成する方々には、大学にいるからこそできること、自分のやりたいことを思い切ってやっていただきたいと思っています。教育に情熱を燃やす方は、もちろんそれを中心にやっていただければいいんですけども、例えばものを発見した、現象を発見したり、あるいは新しいものを生み出したりする才能をお持ちの方は、それを遺憾なく発揮していただければよいと思います。

確かに、診療活動などで多忙を極めて自分の自由な時間がない、余裕がないということはよく聞きます。ですから、われわれが考えていかなくてはいけないのは、古き良き時代に、大学にあつ

た、よい意味での余裕を生み出して、各自が大学にいることの意義を認識できるようにすることではないかと思っています。

では、自治医科大学の目的を達成するためにはどうすればよいかですけれども、一言でまとめればきょうのテーマである連携だと思います。大学が各自に何を提供してくれるかということだけではなくて、各自が大学に対して何ができるかということも重要だと思います。それぞれの大学人が自分の得意分野で実力を遺憾なく発揮して、大学の発展に貢献すると同時に、不得手な領域については可能な限り協力するということが、結果として大学全体のパフォーマンスを上げることにつながります。

そして、この図式は大学内だけではなく、実は大学と地域で活躍する卒業生、各都道府県の行政の方々との関係にも適用できます。お互いの得意分野でそれぞれが貢献することが、結果として「オール自治医大」の発展をもたらして、ひいては地域医療の進展につながると考えます。

この連携に欠くことができないのがコミュニケーションです。普段からお互いの風通しをよくしておくことがどれくらい効果があるか、さまざまな問題解決の過程で学ぶことができました。

実はこの地域医療フォーラムが、「オール自治医大」のレベルでのコミュニケーションに絶好の機会だと思います。今後も年1回のペースで、このように一堂に会することは大きな意義のあることではないでしょうか。皆さんには、ぜひ毎年ご参加いただきたいと思っています。

本日は、遠くから自治医科大学にお集まりいただき、大変ありがとうございました。今後もどうぞ、よろしくお願いいたします。

閉会挨拶



安田 是和 卒後指導委員長

皆さん、本日は大変お忙しい中、この自治医大フォーラム2009にご参加いただきまして、ありがとうございます。

昨年は東京で開催いたしましたが、第1回ということもありまして、やや懇親会的な面もあったわけですが、ことしは尾身卒後指導部長、石川副部長との話し合いで「オール自治医大」というコンセプトの下に、この会を開催することができました。これもひとえに皆さまのご協力の賜物だと思います。

本日ご議論いただいたテーマは非常に一つ、一つ大きなテーマでございまして、また重く、おそらく開学以来ずっと議論をされてきたテーマも少なくなかったのではないかというふうに思います。

本日議論いただいた提言は、今マイルストーンとか、タイムスケジュールということをいわれておりますけれども、来年までにできるようなこともあるかもしれませんし、また、非常に長期にかかるて解決を続けないといけない問題も多々あったと思いますが、本日はわたしも全部伺いたかったのですが、各分科会を少しづつしか議論を拝聴することはできませんでした。

本日の各分科会のテーマは今座長の先生におまとめいただきましたが、近いうちにまとめまして、また卒業生、それからご出席の先生方にもお配りしたいと思います。また来年の計画をしたいというふうに思っておりますが、本日の提言を受けまして、来年はさらに発展したフォーラムにつながるような会を催したいと思いますので、先生方のご出席をぜひお願ひいたします。本日はどうもありがとうございました。

閉会挨拶



青沼 孝徳 医学部同窓会長

今日は名簿によりますと427名の方にご参画戴いたと伺っております。実人数の数の多さもさることながら、私はその熱気たるものはその倍、3倍のエネルギーがあったのではないかと思っております。

フォーラムというのは「meeting place」、「人々が集う場所」という意味であります。その意味からして、全国津々浦々からこれほど多くの方々が集ったということで、まずもって私はこのフォーラムは有意義であり、大成功であったと感じております。

昨年は、秋葉原で自治医大の卒業生だけを対象に会を開きました。一方、今年は「オール自治医大」を掲げて卒業生に限らず、大学で今まで自治医大を支え、そしてつくってきた多くの方々と一緒に、一堂に会し議論をしました。昨年に比べ、より広がりを得たという意味で私は大変意義があったと思って居ります。

来年は、是非この会が自治医大に限らず、日本全国の地域医療を目指す方々が集まるフォーラムになるよう期待したいと思います。自治医科大学をはじめ、関係各位の皆様と一緒にになって、全国的なかたちでのフォーラムを開けるよう努力して参りたいと思います。

私は今日のフォーラムを一つの言葉に総括しますと、「鼎（かなえ）」という字が適切ではないかと思っております。大変難しい字ですね。あの鼎談の「鼎（てい）」という字です。

これはドイツ語で申しますと「Drei Füße」、三本の脚、足と言う意味だと思います。つまり、「鼎」には三つの脚を持った椅子という意味と、また玉座とか玉杯と言うような意味もあると書いてあります。

前回のフォーラムは自治医科大学と同窓会の二つの脚で主催しましたが、今回はそれに大変強力なもう一つの脚、地域医療振興協会が参画して三つの脚でもってこのフォーラムを開催しました。二つの脚で立つことは大変です。やはり椅子は最低三つの脚がなくてはなりません。この三つの脚で地域医療という玉座を確立するようみんなで力を合わせていきましょう。

三つの組織が協働したという意味で私は今回のフォーラムは大変意味のある会であったと思います。引き続き、来年もこのような活発な会を開けることを祈念して閉会の挨拶とさせていただきます。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 2009

発行日／平成22年1月 発行／自治医科大学・自治医科大学医学部同窓会