

	<p>なぜこのようなことを申し上げるかといいますと、結局、いいお医者さんになるためにはいろいろな体験をすることが必要だと思います。それは大学卒業前でも卒業後でも多分そんなに変わりはないのではないかと思います。そして、そのためにはさまざまな先生方の協力が不可欠です。</p> <p>そして、このような活動をすることによって、いろいろ講義では得られないものが手に入るんですね。これはおそらくお医者さんになった上でも役に立たないことは絶対ないと思います。</p> <p>そして、提言ですけれど、講義を今までは教育としてとらえていたのですが、学生が自主的にやる勉強会とか研究室に向くとか、部活もそうですけれど、そのようなことを教育としてとらえてもいいのではないかと考えます。</p>	
	<p>そこで、卒後について少し述べさせていただきたいと思います。</p> <p>実際、医学生にとって卒業後といいますと、なかなか実感を伴わない。理解が不十分なんです。ネットとかで情報は手に入るのでですけど、なかなか実感が伴わない。したがって、専門医制度について何か言うとなりますと、実感を伴ったことは言いにくいものがあります。</p> <p>しかし、ここで若手のお医者さんにヒアリングを行ったところ、後期研修なんていうものはないのだと、ただ働くだけなのだ。その先生がおっしゃるには、お医者さんの人生において、ある程度自分で手が動いたり、一人前に近づいていくとジレンマを抱えるようになります。そのジレンマとは何かといいますと、例えば論文を書くとかのアカデミックな道とか、そのまま臨床経験を積むとか、こういう2つのバランスでお医者さんは生きているのだと、その先生はおっしゃっていました。</p> <p>このような現場の意見から、結局、その先生はジレンマを抱えて生きているということでしたが、そのジレンマの中で専門医制度をどうとらえていくかということが非常に重要だと考えております。</p>	<p>卒後研修、専門医制度における臨床経験と研究のジレンマ</p>
	<p>今回は卒前をメインにした感じもありますが、お医者さんというのは、入学前からお医者さんとして育つ教育を受けていると考えるのは、少し言い過ぎになりませんか。</p> <p>そして、この僕たちにとってあいまいな卒後というものを、人生を一つの流れとした上で、学部教育、卒前・卒後教育というような分け方はあえてせずに、1人のお医者さんを育てるという観点で卒後教育を考え、そのシステムを構築していく必要があると我々は考えます。</p> <p>ご清聴、ありがとうございました。今回の模様は YouTube にもアップしたいと思いますし、MRIC などのメールマガジンにも配信したいと思っております。どうもありがとうございました。</p>	<p>1人の医師を育てる観点での卒後教育のとりえ方</p>
<p>○土屋</p>	<p>時間内で、ご苦労さまでした。</p> <p>それでは、質問は後でまとめてということで、次の発表をお願いします。</p>	
<p>○大西(慶應義塾大学)</p> <p>・挨拶と米国の家庭医の要点</p> <p>・予防を含めた包括的な視点とグループ診療</p> <p>・米国におけるプライマリケア医の役割とプライマリケアの定義</p> <p>・プライマリケアを担う専門医</p> <p>・家庭医と総合内科医</p>	<p>それでは、これから慶應の発表を始めさせていただきます。慶應は、3班に分けて発表させていただきます。</p> <p>まず、アメリカ班として私が代表で研究したことについて発表させていただきます。私は、慶應大学医学部4年の大西です。よろしくお願います。</p> <p>Take Home Message です。これは今回たくさん情報がある中で、しっかり家に持って帰ってほしいという情報を1枚のスライドにまとめてみました。</p> <p>家庭医は専門家であるということですが、ここはアメリカの家庭医ですけど、家庭医はしっかりと、男女を問わず、年齢を問わず、臓器を問わず診るという教育を受けた専門家であるということ、これをしっかり覚えて帰ってください。</p> <p>また、1つのポイントとして、アメリカの家庭医療から学べること、私が調査した上で大きく2つ学べることがあると思いました。</p> <p>1つ目は、健康診断から、予防・治療という流れを家庭医がすべて診ているとい</p>	<p>挨拶と米国の家庭医の要点</p>
	<p>また、1つのポイントとして、アメリカの家庭医療から学べること、私が調査した上で大きく2つ学べることがあると思いました。</p> <p>1つ目は、健康診断から、予防・治療という流れを家庭医がすべて診ているとい</p>	<p>予防を含めた包括的な視点とグループ診療</p>

<p>の違い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家庭医の現状 ・健康診断と医療の連続性 ・家庭医による診療の利点 ・家庭医によるグループ診療の利点 ・米国家庭医療学会の研修ガイドラインと日本の家庭医への提言 	<p>う、この流れを切り離されない。家庭医が包括的に診ているということ、これが1つのキーポイントです。2つ目は、グループ診療を行っているということです。グループ診療を行うことで効率的に医療が行われている。この2つの点を皆さんにしっかり覚えていただきたく思って、1枚のスライドにしました。</p>	
	<p>それでは、話を始めていきます。</p> <p>まず、アメリカにはたくさん医療保険があるのですが、最初にかかりつけのプライマリケア医にかかります。それはなぜかというと、そちらのほうが患者の健康増進につながるからです。そして、結果的にそれは費用対効果にすぐれているとも言えます。</p> <p>それでは、プライマリケアとは何か。プライマリケアの定義は、原文では長文だったのですが、私が重要なところだけピックアップさせていただきました。簡単に説明しますと、男女を問わず、年齢を問わず、臓器を問わず、さまざまな環境で、健康増進から予防、そして治療まで、医療のニーズの大部分を担う、それがプライマリケアですという定義です。そして、それはかかりつけ医によって行われます。ただ、ときにかかりつけ医が自分の医療の範囲を超えるとき、そのときはほかの専門家と協力して、相談して行っていく。これがプライマリケアです。</p>	<p>米国におけるプライマリケア医の役割とプライマリケアの定義</p>
	<p>さて、アメリカでは、プライマリケアと呼ばれる3つの専門家がいます。家庭医、総合内科医、総合小児科医です。割合はこちらのようになっています。ただ、この中で、家庭医療が最も理想のプライマリケアに近いとされています。なぜならば、年齢、性、臓器、疾患、症状を問わずに診れるところ、そしてもう一つ、患者の生物医学的背景だけでなく、社会心理学的背景も組み入れて診ることができるからです。</p>	<p>プライマリケアを担う専門家</p>
	<p>具体的に、総合内科医と家庭医は何が違うのかをピックアップしてみました。例えば診療対象ですが、内科は成人患者しか診れませんが、家庭医は成人患者だけでなく、小児も診ることができます。また、産婦人科領域において家庭医は出産を扱うことができます、内科ではもちろん扱いません。</p> <p>それでは、家庭医の仕事を、抽象的になってしまいますけれど挙げてみました。予防、治療、そして老若男女に対して、何でもありなんですね。例えば、看取り医療もやれば、小児の健康と発達のケアもやる、マタニティケアもやる、何でもありなんです。これをちゃんと専門の教育として、3年間を用いてしっかり勉強します。</p>	<p>家庭医と総合内科医の違い</p>
	<p>では、具体的なデータを交えて家庭医の現状について説明していきます。</p> <p>アメリカでは、現在医師数は約72万人いますが、その中で、アクティブに家庭医として働いているのは6万8100人います。男女の内訳はこちらの表のとおりとなっております。収入ですが、家庭医の収入は年平均16万ドルとなっております。</p>	<p>家庭医の現状</p>
	<p>患者が家庭医にかかる理由のトップ10です。一般健診と小児健診をあわせて、健康診断が大きなウエート(比重)を占めているというのがおわかりになると思います。それはなぜか。健康診断と医療行為が家庭医によってしっかり連続して行われているからです。</p> <p>わかりやすい例として、私の兄の例を挙げさせていただきます。私の兄は会社員ですが、会社で1年に1回健康診断を受けるんです。そして、早期診断結果が1枚の紙で家に送られてきます。そうすると、兄の健康診断ではペプシノーゲンの値がちょっと悪くて、「胃の萎縮(いしゅく)が見られる可能性があります。だから、1年以内にどこかの機関で精密な検査を受けてくださいね」ということが書いてあるだけなんです。これがまず1つ目の問題点だと思うのですが、もう投げっぱなしなんですね。健診を受けて、何か悪いところがある。1年以内にどこかで診てほしいねと。どこで診るかもわからないですし、1年間、いつ診るのかもわからないまま、結局、兄は忙しかつたりしたら、来年の健康診断まで何</p>	<p>健康診断と医療の連続性</p>

	<p>も受けないということもあるわけです。</p> <p>それで、うちの兄はどうしたかといいますと、じゃあ、弟が慶應大学で勉強しているから、慶應病院に行こうと。ただ胃の萎縮が見られるかもしれないだけに、慶應大学医学部の消化器内科で胃カメラをしたんです。これも現在、日本の医療の問題になっていると思うのですが、大学病院の専門家がただの胃の萎縮をチェックするために時間を使って診ると。これはもちろん日本のフリーアクセスのいいところなんですけれど、では、アメリカではどうなるか。</p> <p>アメリカでは、そういうちょっとした健診からフィードバックまで家庭医が行うので、「あなたは胃の萎縮が見られる可能性がありますね。じゃあ、胃カメラをしましょうか」というのを全部家庭医が言います。そして、もしその家庭医が胃カメラをできない、そういうちょっと小さなクリニックだったとしても、「じゃあ、そういうオーダーを入れておきます」ということで、しっかりそのオーダーを入れるのも全部家庭医がやってくれます。</p>	
	<p>また、ずっと家庭医にかかる利点というのは、1年健診を受けて、その後、次の1年まで、自分はちょこちょこ風邪をひいても家庭医にかかりますし、何でも家庭医にかかるので、データが蓄積していくんです。そして、次に健診を受けるときまでには、この健診項目は必要だ、この健診項目は必要ではないと、そのように健診項目をカスタマイズ(最適化)してもらえるんです。これは自分なりにカスタマイズされます。それが行われると、受診者のほうも、自分なりにカスタマイズされると、「これは自分のためにある健康診断なのだ」ということで、健康診断を受けようという気になるんですね。</p> <p>また、健康診断の受診率を上げるために、アメリカではリマインダーというのをやっています。このリマインダーというのは、健康診断を受ける月が近づいてきたりすると、「あなたは何月何日に予約が入っていますよ」と手紙やメールやらで連絡が来ます。そして、その前日などにも連絡が来て、もしその日に受けなかったとしたら、「あなたは受けていないので、受けてください」というリマインダーが来るんです。これをリマインドさせてくれる。そういうふうにしっかり健診をする仕組みができて上がっています。</p>	<p>家庭医による診療の利点</p>
	<p>次に、家庭医の診療についての話をします。</p> <p>個人診療は16.8%しかいません。ほとんどが2人組以上のグループを組んで診療を行っています。それはなぜかといいますと、グループで診療をすることに利点があるから、そちらのほうがより効果的な医療行為が行われるからなんです。では、グループ診療の利点とは何なのか。1人の医師にかかる負担を軽減することができます。日本では1人で開業するのが基本なので、これでもし夜間の電話相談や、あるいは休日の自分の診ていた高齢者の方が突然悪化したときに対応するとしたら、1人で全部やるのは体がもちません。しかし、グループにすれば、夜間の電話相談をグループでローテーションを組んでする。休日の医療もローテーションを組んでする。そうすることによって、医療の質の向上が図れるのではないかと。また、グループで医療を行えば、お互いの知識を高め合うこともできるのではないかと。それも1つの利点なのではないかということが言えます。</p>	<p>家庭医によるグループ診療の利点</p>
	<p>さて、Take Home Message にあることも言ったので、まとめに入っていきますが、こちらはアメリカの家庭医療学会の研修ガイドラインですけれど、健康診断によってどのようにフィードバックをするか、そういうこともちゃんと教育に含まれています。例えば、18 番のヘルスプロモーションと疾病予防、32 番の診療所での検査——患者の健康診断を受けてどのようにフィードバックするかという教育ですね。または、29 番の診療所の業務管理——どのようにグループ診療を行うか。こういうこともちゃんと教育で学びます。</p> <p>最後のスライドです。もう一度同じ Take Home Message のスライドですけれど、家庭医は専門家として、先ほどこちらに出したような、男女を問わず、性別を問わず、臓器を問わず、そのような疾患をしっかり診れるような教育と、それだけではなく、連携もとれるように、健康管理もしっかりフィードバックできるような専</p>	<p>米国家庭医療学会の研修ガイドラインと日本の家庭医への提言</p>

	<p>門家としての教育を受けています。</p> <p>そして、アメリカの家庭医療からぜひとも日本の家庭医に取り入れてほしいことは、健康診断から予防・治療のほうへ連続して、そして効率的なグループ診療まで。ここをぜひ取り入れてほしいと私は思いました。</p> <p>以上です。</p>	
<p>○川崎(慶應義塾大学)</p> <p>・挨拶とイギリスの医療制度の概観</p> <p>・NHSによる皆保険制度</p> <p>・プライマリケア重視</p> <p>・医療システムへの第三者機関の参画</p> <p>・GP(英国における家庭医)による医療の実際</p> <p>・イギリスの医療制度の問題点</p> <p>・イギリス医療から学ぶこと</p>	<p>皆さん、こんにちは。慶應大学医学部4年生の川崎健太と申します。アメリカ班に続いて、欧州班の発表をさせていただきます。</p> <p>欧州とアメリカですけれど、完全に制度が異なっていて、頭の中がぐちゃぐちゃになってくると思うのですが、イギリスに関して知っている方は少ないのではないかと思います。アメリカのほうがよりメジャーだと思うのですが、アメリカのほうは保険会社等が絡んでいて、イギリスのほうがむしろ日本とスタイルが似ていて、皆保険制度をとっております。今日の10分間のお話の中でのオーバービュー(概観)ですけれど、まずイギリス独自の医療制度に関してお話して、その後、GP、そしてそれらの問題点と、イギリスから学べることは何か、ということを順に説明いたします。</p>	挨拶とイギリスの医療制度の概観
	<p>まず、イギリス独自の医療制度に関してですが、イギリスは NHS (National Health Service) という皆保険制度を持っております。これは1948年、第二次世界大戦後に設立されて、世界初と言われておりました。そして、初めてのころはうまくいって、イギリスに住むすべての人々が平等に医療サービスを受ける権利があるということで提供する形となりました。</p> <p>病院にかかる人たちは、診察時には無料で受けることができ、それはすべて税金で賄われていました。</p> <p>NHS のサービスは2つからなっておりまして、1つはプライマリケア、もう1つはセカンダリケアで、これにはアクセス制限がありまして、まず、患者さんは何かおかしいと思った場合には、自分のかかりつけ医、家庭医(GP)にアクセスをして、その後、GPが必要と判断すれば、専門医のほうに、市中病院や大学病院に送られるという形になっております。</p> <p>NHSについて今日初めてお聞きになった方は、どういうところに位置づけられているのかということがあまりご理解いただけないかもしれませんが、これは日本の厚労省の下にあるようなものでして、いわゆるサービスをする機関ですけれど、その財政状況に関してはすべて税金で賄われておりまして、現在の予算は、日本円に換算するとおおよそ12兆円、11兆1,600億円の予算を抱えております。</p> <p>そのNHSの予算というものを国民1人当たりで割るとおおよそ1,500ポンド、1人当たり1年間に約20万円支払えば、自分が医療サービスを受けることにお金を支払う必要はないということになっております。20万円払うことによって、1年分の医療サービスがすべて賄われているのだと考えたときに、それが果たして安いのか、それとも高いのかということになりますけれど。</p>	NHSによる皆保険制度
	<p>もう一つ特徴として、イギリスは現場を重視しておりまして、プライマリケア、つまり一番初めに患者さんたちに接触する現場に対して非常に重きを置いておりまして、そこに対して予算の80%を費やしております。</p> <p>NHSの組織図に関してですが、形としては、Department of Health(保健省)という最初にあるところが日本の厚労省に当たるところでして、その下に直属でNHSがあつてすべて医療サービスを管理しております。</p>	プライマリケア重視
	<p>もう一つ特徴的なものとして、イギリスは第三者機関(The Healthcare Commission: 保健医療委員会)というものがあつて、そちらがこの医療のシステムを監視する形になっております。これは完全に独立した機関でありまして、イギリスにおける継続的なヘルスケアサービスの向上を目指すもので、これは完全に政府とも切り離されたものであります。</p> <p>組織の成り立ちとして、Executive teamとCommissionというものがあつて、そのCommissionのメンバーは全部で15名います。その15名のうちの半数は必ず民間人であることで、その人たちは医療関係者やNHSの関係者ではない</p>	医療システムへの第三者機関の参画

<p>となっています。つまり、完全に外部の第三者という立場から評価ができるようになっていきます。そして、その会合は定期的に行われておりまして、そこには民間の方も傍聴人として参加することができます。</p> <p>これが2009年4月1日から変わりまして、3つの関係している団体が、ヘルスケアとソーシャルケアを統括して1カ所で行うこととなります。従業員はおよそ2,500人でして、このThe Healthcare Commissionが誕生したのが2004年で、2004年に外部機関から自分たちの医療制度をしっかり監視しようというシステムが立ち上がりまして、実際に医療事故などもここが監査をしているようです。</p>	
<p>次に、GP(General Practitioner)に関してのお話をさせていただきます。</p> <p>GPは、患者さんとNHSの間で医療提供する側の第一線の現場で働く人間でして、まず患者さんが自分のかかりつけのGPにかかるということになっていきます。</p> <p>GPの人数は、Royal College of GPというものがございまして、そちらで登録管理しております。GPへの登録に関しては、まず、住民自身が自分の住んでいるところにおいてGPは誰がいるのか、ということ自分で調べて、それで登録をする形になっています。基本的には、終生にわたって同じGPがその人を診るということになっておりますが、もし変更がある場合に、例えば自分が引っ越しをするという場合には、それを次のGPに対して、自分はどこから来てどのGPに診てもらっていたということを教えて、継続性を保つようになっています。GPによるサービスは、このように多岐にわたっております。</p> <p>診療費用に関しては、基本的にはかかる費用というのはゼロですが、処方箋(せん)の費用が2008年では7ポンド、およそ880円かかるようになっております。税金に関しては17.5%となっております。</p>	<p>GP(英国における家庭医)による医療の実際</p>
<p>最後に、イギリスの医療制度の問題点と、そこから学べることにに関して述べたいと思います。</p> <p>イギリス医療の問題点は、主に3点が挙げられると思います。</p> <p>1つは、アクセス制限で、自分が何か不調を訴えたときに、必ず自分の登録している家庭医に行かなければいけないということです。</p> <p>2つ目は、二度払いといひまして、プライベート(私費負担)とパブリック(公的負担)の2つの制度がございまして、プライベートでは私費で診てもらう形になりますので、その場合は税金も払いながらそのプライベートで診てもらう病院にもお金を支払わなければいけないので、2回払ったことになるということです。</p> <p>3つ目は、ウェイティングリスト(診療待ちリスト)の存在がございまして、受診までの流れですが、かかりつけのGPから専門医までつなぐところの間にウェイティングリストというもの存在します。もちろん医療資源は限られておりまして、その資源の分配には優先順位が必要です。例えば、アメリカなどですと、資金をどれだけ持っているか、その経済力によって差がつくれますが、イギリスにおいては無料ということによって一律しておりますので、その場合には優先順位として緊急性を置く必要があり、緊急性の低い人は長く待たなければいけないということが1つの欠点のようです。</p>	<p>イギリスの医療制度の問題点</p>
<p>そして、これらのイギリス医療から3つ申し上げたいと思います。</p> <p>1つ目は、第三者機関を設立して、医療がうまくいっているかどうかをしっかりと監視する。医療問題などの対策にそれに取り組むということです。</p> <p>2つ目は、患者さんの情報に継続性を持つこと。例えば、いわゆるドクターショッピングと言われる、いろいろな病院に行つてそれぞれレントゲンやCTを撮ったりというのは、コストもかかりますし、時間も無駄になってしまいますので、そういうところでしっかりと引き継いでいけたら、そういうものも節約できるのではないかと。</p> <p>また、アメリカ班も言ったGPの育成というところを3つ目に挙げさせていただきます。</p> <p>ありがとうございました。</p>	<p>イギリス医療から学ぶこと</p>

<p>○吉野(慶應義塾大学)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本版総合医の考察 	<p>よろしくお願ひいたします。慶應義塾大学医学部4年の吉野雄大と申します。最後になりましたけれど、我々からは、日本版総合医ということで、今まで述べましたように、アメリカやイギリスのことを踏まえて、どのような制度を日本版として導入していったらいいのか、ということについて考察したいと思います。</p>	<p>日本版総合医の考察</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・総合医が求められる背景 ・日本における総合医の役割 ・高齢者の疾病構造 	<p>突然、総合医という話になりましたけれど、なぜ今、総合医が必要なのかということでございます。まず、日本というのは、皆さんご存じのように、ものすごい高齢化社会を迎えております。世界でナンバーワンでございます。これはほかの国々ではどこも経験していないことなんです。そこでまず1つ挙げられるのが超高齢化社会を迎えているということです。</p>	<p>総合医が求められる背景</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・総合医の専門医制度の必要性 ・総合医の研修プログラム ・海外から学ぶ総合医の活用 ・予防医学の重視 ・グループ医療の推進 ・第三者機関の必要性 	<p>2つ目は、これもご存じだと思いますけれど、今、神経内科ですか呼吸器内科、循環器内科といったように、それぞれ内科といっても臓器別の専門医がいるという時代になっております。そのような中、幅広く診れるお医者さんがあまりいないというか、それは大学の話だと思いますけれど、そういうことに関して行き過ぎた臓器別の専門医療があるのではないのでしょうか。最後にもう1つ、地域医療が崩壊しつつあるという現状があります。これに関しては、医師不足ですとか、地域間の医師の数の格差ですとか、診療科の偏在ということが、ちまたではよく叫ばれております。</p>	<p>日本における総合医の役割</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・総合医の専門性の確立 ・全人医療を超える医療を担う総合医 	<p>ここで日本版総合医というのは何かということを考えてみます。1つは、Common disease(一般的な疾患)を診るということで、一般的には風邪ですとか、お年寄りがよくなるような腰痛ですとかひざが痛いですとか、そういう症状を診ることができるようにしたいということです。このような一般的な病気というのは約8割に上ると言われております。本当に専門家が診なければいけない専門的な病気というのは約2割だとされています。</p>	<p>日本における総合医の役割</p>
	<p>何よりも前提になりますのは、内科全般を診ることができる総合内科的な役割も求められるのですが、その内科以外の分野、例えば小児科ですとか産婦人科というのは、本当にお医者さんの数も足りなくて困っている科です。あるいは整形外科ですとか、救急なども診れるといいかなと思っています。さらには、地域“密着型”医療への貢献ということで、地域医療に積極的に貢献できる、それも幅広い分野を診れる総合医だからこそその役割だと思います。</p>	<p>日本における総合医の役割</p>
	<p>こちらに示しましたデータですけれど、こちらは宮城県のある町のデータです。疾患別にどのくらいあるのかをランキングをしてみたところ、1つは、高血圧の疾患が多い。これは高齢者のデータですから、高血圧になる方が非常に多いということです。ただし、第2位のところを見ますと、「症状、兆候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」——要は何かよくわからない、という病気ですが、これが非常に多い。ということは、高齢者にとって大変つらい現状ではないかなと思います。このように、高齢者というのは、なかなか治りにくい疾患ですとか、1人の方が複数の疾患を抱えるような状態というのがよくあります。さらに、このようにわからない病態があるということで、このような場合には漢方薬などもかなり有効なのではないかなと考えております。今の医療システムというのは、かなり昔、高度経済成長期という時代にできたようなものですが、そのころは臓器別専門医が最も活躍できた時代だと考えられます。つまりは、感染症中心で、治りやすい病気が中心であった。しかし、今、超高齢化社会を迎えるに当たって、治りにくい病気ですとか複数の疾患を持つ高齢者の病気が多いということで、ケア(身体の治療)よりもケア(介護や看護)が求められる時代になってきているということです。そこで、今の社会のニーズとしては、お医者さんには長く継続的に診てほしいということです。</p>	<p>高齢者の疾病構造</p>
	<p>それでは、総合医の専門医制度がなぜ必要なのかを考えてみたいと思います。実際には、今、系統だったトレーニングの機会がないというのが実情です。実際に現場で総合医的な役割を担っているのは、町中の開業医さんですとか、一部の病院のジェネラリストと呼ばれる方々です。ただし、そのような方々もあ</p>	<p>総合医の専門医制度の必要性</p>

<p>る一定のプログラムにのっつてトレーニングを受けたわけではありません。あるいは、内科学会が認める総合内科というお医者さんがいますけれど、その場合は内科だけに限られてしまいます。学会ごとに偏らないプログラムをぜひ小児科や産科、救急、整形外科で、そして漢方もぜひ取り入れていただきたいと思います。さらには、透明性の確保を重視すべきであり、国民の皆さんに広く知らなければいけないということだと思います。そういう意味では、信用性もありますし、そのために総合医という領域を確保しなければいけない。さらには、どこにそういう広く診てくれるような総合医というお医者さんがいるのかということを確認して提示しなければいけません。この後お話ししますが、健診とか予防医学の充実のためにも、総合医というのは必要になってきます。</p>	
<p>さて、総合医の研修プログラムですが、前提となるのは内科的領域で、これは内科を全般的にやるのが前提だと思います。さらには、小児科や産科や婦人科、整形外科、心療内科、漢方といった、内科以外の領域も同時に学んでいただきたい。研修をする場所ですけれど、これはいろいろな勤務形態が考えられます。1つは家庭医的なクリニックでの研修、もう1つは今言われているジェネラリストとしての病院での勤務ということが考えられますので、クリニックと病院の両方で研修を積んでいただいて、どちらの役割も学ぶということが必要です。</p> <p>さらに、これは1つ問題ですけれど、疫学的研究手法とここに書きましたが、今、ジェネラリストの先生方が非常に心配されているのはアカデミックな実績です。今、アカデミックな実績はなかなか出せないということで苦労されているジェネラリストのお医者さんたちはいっぱいいます。今、このような疫学的な研究をするためには、公衆衛生の大学へ行って研究をしなければいけません。その場合に、自分のキャリアというものが出てきてしまいますので、それは好ましくないと考えられます。そこで総合医の後期研修のプログラムにはぜひ取り入れていただきたいと思います。</p>	<p>総合医の研修プログラム</p>
<p>さて、先ほどありましたように、イギリスですとかアメリカからのメッセージをとらえてみました。</p> <p>イギリスからは、データの共有化、第三者機関を設立する、ジェネラルプラクティショナーを養成する。アメリカからは、予防医学を重視せよ、患者さんの継続性を重視せよ、医療のグループ化を推進せよということが挙げられると思います。</p> <p>どちらかといいますと、イギリスから上がってきましたメッセージとしては、割とマクロな視点、大きな視点から、制度やシステムの問題を指摘している。アメリカの場合ですと、割と患者さん個人個人に対するミクロな視点なのかなと感じております。</p>	<p>海外から学ぶ総合医の活用</p>
<p>海外から学ぶ目指すべき総合医活用法です。</p> <p>1つ目は、予防医学の重視です。予防医学を行う総合医ということを書きましたけれど、総合医が今後とも予防ということを重視していただきたいと思っております。まさに、「予防にまさる医療なし」ということで、今、医療費がどんどん上がって大変だという時代になってはいますが、もちろんここで予防して病気にならないければ医療費も莫大(ばくだい)な量には上がらないわけで、非常に大事だと思います。</p> <p>さらに、先ほどアメリカ班からの報告もありましたけれど、国民の関心を一番高めるためには、やはり予防というものが大事です。まさに自分の健康に直結してくる予防というものは非常に大事で、ぜひそこを考えていきたいなと思います。</p>	<p>予防医学の重視</p>
<p>さらに、その予防という観点では、患者さんとの継続性が非常に重要になってきます。今は情報というものが非常に不連続で、医療機関同士ですとか、病院内でもなかなか共有されないという状況です。それに関しましては、情報システ</p>	<p>診療情報の一元管理の必要性</p>

	<p>ムを大きな枠で全国的に一元化するですか、電子カルテを病院間で連携していつでも見られるようにするといったことが重要になってきます。</p> <p>1つ目の大きなメッセージとしては、日本を医療情報大国にするということがありまして、今の情報システムの一元化ですか、電子カルテの整合性といったことが当てはまるのですが、生まれてから亡くなるまで、母子手帳に始まり、学童健診、会社での健診などを通じて、その情報を一貫して一元化してデータベース化しておくということで、これは何につながるかといいますと、地域医療のニーズを把握することができます。例えば、心筋梗塞(こうそく)がどこで何人脳梗塞がどこで何人といったように、どういってお医者さんがどこでどのくらい必要なかということがこれでわかるようになってきます。ということで、これによって医療計画を立てやすくなるということです。さらには、先ほども申しましたけれど、地域で患者さんと何年も関わっていったり、いざ他の病院を紹介するときにデータを共有することも継続性を担保することができるということが非常に大事になってきます。</p>	
	<p>次に、医療のグループ化です。医療のグループ化におきましては、医療者間でネットワークを形成することが非常に重要と考えています。地域で孤立しないためには、労働環境のネットワークも必要ですけど、医学知識としてつながっておく必要があります。最新の情報をメーリングリストなどでやり取りしたり、自分が今まさに受け持っている患者さんの状態でわからないことを1人で抱え込んでしまうのではなく、仲間内で助け合うということが医師の疲弊の解消にもつながると考えています。</p> <p>また、基幹病院と地域診療所の往復と書きましたが、自分の希望しない勤務地に行ってしまう可能性もあります。ただ、そこで必ず希望する勤務地に戻ってこれるようなシステムづくりも考えています。</p> <p>それから、先ほどの地域に行く総合医になるメリットとして、地域医療博士の創設ということも考えています。こちらはアカデミックな内容です。</p>	グループ診療の推進
	<p>最後に、第三者機関です。第三者機関というのは、先ほどイギリス班から報告がありましたように、医療の質を担保するですか、実際にちゃんとお金が使われているのか予算を監査する、あるいは、今、医療事故が非常に注目を浴びていますので、そういうものをしっかり調査して事後処理を行う。そういう機関が第三者機関です。ここには医療関係者以外から半数以上が選出されたほうがよいと私も考えます。これはまさに医療版の裁判員制度であると考えていただければわかりやすいかと思います。</p>	第三者機関の必要性
	<p>Take Home Message です。2つあります。</p> <p>1つは、日本版総合医は専門家として確立すべきである。アメリカ班からの報告にありましたけれど、総合医といったように専門家を確立すべきです。今は、内科ですか、外科ですか、小児科、産科といった領域が基本的に独立していると思いますが、それと同じように、総合医として1つの領域として確立すべきです。</p> <p>予防ですか治療ですか、いろいろなシステムづくりという話をしましたけれど、最終的には患者になっていない健康な市民とともに地域に合った医療文化を創造することが大事です。何か1つシステムをつくって、どの地域にも当てはめようとするのは無理な話です。ですから、地域、地域にはそれぞれ特性や個性がありますから、その地域ごとにやっていかなければいけない。そこに医療者と市民が協力して町をつくっていくという考え方です。</p>	総合医の専門性の確立
	<p>最後に、全人医療というものが各地で行われていると思いますが、この総合医が担うのは超全人医療だと思うのです。今行われている全人医療を超える医療だと考えてください。この超全人医療というのは、揺りかごから墓場まで診れるというのがありますが、先ほども申しましたように、予防を重視する、健診を重視する、疫学的なデータを出してどのようにすればいいとか、そういったものをやっていて、今の全人医療のさらに上に行くような超全人医療を担えるよう</p>	全人医療を超える医療を担う総合医

	<p>な総合医というものをぜひつくっていただきたいと考えております。</p> <p>以上で、慶應義塾大学から、日本版総合医について学生の意見を述べさせていただきます。どうもありがとうございました。</p>	
○土屋 ・医学生の発表の第一印象	<p>どうもありがとうございました。最初にご紹介を一切しなかったのは、学生さんの内容を言うと先入観を持ってお聞きになるといけないと思ったのですが、彼らは医師のキャリアパスを考える医学生の会というのをつくられて、去年の10月でしたか、私も女子医大のこういう講堂に呼ばれて、80人ぐらいのメンバーの前で2時間ほど質問の矢面に立たされましたが、今日の方たちが医学生の標準ではないということですから、標準曲線の真ん中からかなりどちらかへずれたと思ってよろしい集団ではないかと。したがって、森田君が最初に示した3人の医師の像も、この標準値からかなり外れたほうで、できればもう3人、厚生労働省推薦の「よきお医者さん」というのを対比に置いていただくと、ちょうどバランスがとれるのではないかとというのが、私は今日聞いた印象であります。</p> <p>したがって、ふだんからこういうことに関心を持って、よく考えてくださっている学生さんであるということは、今、おちよりましたので、あらためて弁護をしたいと思えます。ただ、私の個人的な印象を最初に言わせていただければ、今日示された自信というか、怖いもの知らずというのは、私どもが卒後の後期研修を考えていくときに大胆な提言をするのに大変必要な要素だというのが、私の今日の第一印象であります。</p> <p>前置きはこのくらいにしまして、この発表に当たっては、前半の東大グループの、私ども国立がんセンターに今いらっしゃる、前に東大の消化器内科にいらした渡邊先生が少しお目通しをいただいて、慶應のほうについては、慶應の渡辺先生にお目通しをいただきましたので、最初にお二方から何か追加なりコメントがありましたらお聞きしたいと思います。</p>	医学生の発表の第一印象
○渡邊(事務局)	<p>私のほうからは特にございません。学生さんらしい視点で、多少現実離れているかもしれませんが、やはり自由な発想で、これからどういうキャリアパスを歩みたいか、どのようにつくっていくかという視点で行きたいと。もう一つは、いろいろな診療をさせてほしいとか、免許を早く取りたいとか、いろいろな患者さんを診たいとか、そういう要望は確かに送ってくださるのですが、ただ、それが国民の方、患者さんのためになる、そして医療者のためになるという視点でまとめていただくのがいいのではないかとということで、お話をさせていただきました。</p>	
○土屋	<p>どうもありがとうございました。慶應の渡辺先生、いかがですか。</p>	
○渡辺	<p>学生さんたちが考えてくれたので、特に追加することはございませんけれど、言い訳だけしておく、最後の漢方というのは、私が言わせてわけではなくて、吉野君は東洋医学研究会の部長なので、そういうこともあって、必要だということで入れていただいた次第でございます。</p>	
○土屋	<p>ありがとうございます。それでは、フリーな討論に移りたいと思います。</p>	
○大西(慶應)	<p>ちょっといいですか。土屋先生の話のまま受け取ると、東大と慶應と一緒にやってみたいな感じになってしまうのですが、私たちは別の団体として、残念ですけど、僕は東大側の意見にはちょっと反対なので、このまま一緒に考えられてしまうとちょっと不利なので、別の質問としていただければと思います。学生全体に質問ということですけどいいのですけれど、とりあえず僕は東大側に反対なので(笑)、よろしく願います。</p>	
○土屋	<p>わかりました。葛西先生、お願いします。</p>	
○葛西 ・医学生の熱意	<p>質問というよりは、コメントですけど、2つのグループの人たちが非常に一生懸命やってくれて、一言で言うと、非常に勇気づけられます。私自身は、総合医</p>	医学生の熱意

<p>・家庭医としての後期研修プログラム ・家庭医療学の研究キャリア</p>	<p>あるいは家庭医というものが専門医として育ててもらシステムをつくるという仕事をやっている、みんなのような世代の人たちが本当に真剣にいろいろ情報を集めてみんなの意見を入れた結果として、「専門医としての家庭医が必要である」という結論を出してくれたことは非常に勇気づけられます。</p> <p>ですから、みんながこれから医師として、そしてトレーニングを積んで家庭医にちゃんとなれるようにしたいし、みんながその熱意で家庭医になってくれれば、私がリタイアした後も日本は非常にいい状態になるのではないかなと思っています。</p>	
	<p>まず、慶應の人たちの最後のまとめで、トレーニングへの不安ということがありますが、これは前に3学会の代表が来てお話をしましたが、その中で、日本家庭医療学会がいろいろな科をローテーションしながら、病理学的な診断・治療だけでなく、心理社会的な、そして家族も含めた視点からのケアができる家庭医としてのトレーニングを標準的な後期研修プログラムとして認定しています。今、その後期研修プログラムをやるところが全国に80ぐらいできてきています。それらが指導医の質も整って本格的に移るにはまだ時間がかかりますが、3学会が合同した後も、この日本家庭医療学会の後期研修プログラムがベースになっていいプログラムに発展していってもらえれば、みんなのトレーニングへの不安ということは解消されていくのではないかと思います。</p>	<p>家庭医としての後期研修プログラム</p>
	<p>それから、アカデミックな面の不安ですが、これは家庭医療の専門研修、日本でいえば後期研修をしながら、医学博士、Ph.D を目指す大学院生として研究もしていく、そういうプログラムが世界にはいくつかあって、その代表的なものはオランダの大学(Radboud 大学 Nijmegen Medical Centre)のプログラムで、Ph.D 家庭医療専門医プログラムです。主任教授の Chris van Weel 教授はよく知っているので、そのプログラムを修了した人たちを今年私のほうで招いて、いろいろなフォーラムを開催して学んでいきたいと思っています。</p> <p>幸い、福島医大では、家庭医療後期研修医と大学院の家庭医療学の博士課程を兼ねることができまので、そういった意味で、発表の中に「地域医療博士」というのがありましたけれど、地域の現場でいろいろな研究をしてほしい。もちろん公衆衛生的な、あるいは疫学統計、そういったことも加味した研究でもいいですし、あるいは疾患に特化した研究でもいいですし、いろいろなままでない新しい切り口で研究をしてほしい。オランダの大学教授などは、例えばランセットや BMJ (British Medical Journal, 英国医学雑誌) の編集委員ですから、彼らから学ぶ大学院生というのは、そういうランセットや BMJ に地域医療、家庭医療の研究を出して博士になっていきます。そういうことを目標に日本でも頑張っていきたいと思っています。</p> <p>ですから、決して研究と家庭医をやるのが両立しないわけではなくて、まさに地域で家庭医療をやりながら研究ができるような、そういう環境を構築していきたいと思っています。</p> <p>そのほか、みんなが調べてくれたキーワードで、予防とか、情報のシステムとか、継続性とか、いろいろなことを言ってくれました。これもぜひ今後の研修プログラムに加味していきたいと思っています。</p> <p>それから、特に英国のことに限っては、今回の班会議で英国の家庭医学会の前会長のロジャー・ネイパー先生をお呼びしていますので、またいろいろな面で親しくみんなも個人的にも話してもらえよう機会をつくっていききたいと思っています。</p> <p>今日はどうもありがとうございました。</p>	<p>家庭医療学の研究キャリア</p>
<p>○土屋</p>	<p>どうもありがとうございました。</p> <p>それでは、ほかの先生方からご質問を受けたいと思いますが、最初に、森田君が代表で話してくれた東大グループの内容について、ご質問なりコメントがありましたら。</p>	
<p>○岡井</p>	<p>東大のグループの話は、端的に言ってしまうと医師養成における課外活動の</p>	<p>医学部における臨床</p>

<p>・医学部における臨床実習の意義 ・基礎医学と臨床医学の連携</p>	<p>重要性に尽きると思うのですが、本当に聞きたかったのは、ちょっと出ましたね、何年のときにどういうことを学んで、その後、実習にいつから入ってと、あそこ今の組み合わせに関してどう考えているかということですね。 特に学部うちの臨床実習の意義とか有用性に関して、今の学生はどれぐらいそれを感じているか。というのは、私たちが学生のころは、あまり勉強にもならないし、のぞいただけで、なくてもいいなという感じは持っていたんです。ですから、今来ている学生にはできるだけ実体験をさせたりとかしていますが、それでも、その後に卒後の初期研修というのがある、それを考えたときに、今の学部の臨床実習はどれくらい意義を感じているかということ。</p>	<p>実習の意義</p>
	<p>もう一つは、そこで基礎医学の後、臨床医学というのがあるでしょう。基礎医学をある程度までいって、済ませてから臨床医学に入るのですが、そのときに、基礎医学というのは、最初からものすごく好きな人もいますけれど、多くの学生はあまりおもしろくない、ただ勉強しなくちゃというので覚えたりするわけです。臨床のほうの知識とか問題が先に出てきて、その臨床の解決のために、それをよく理解するために、基礎としてこういうことが必要だよという形で組み合わせさせて入ってくると、勉強のモチベーションも上がるし、よりよく基礎の医学の知識を吸収することができます。 そんなことも考えていたことがあるので、その2つのことについて、学生さんのほうから答えていただきたいと思います。今、どう考えているか。</p>	<p>基礎医学と臨床医学の連携</p>
<p>○森田(東大) ・医師を育てるまでの過程、自分なりの選択の可能性</p>	<p>卒前の臨床実習と卒後の初期研修ということですけど、僕自身は、初期研修が終わった段階で1人の学生を一人前のお医者さんに育てるまでというのを一くりにしてとらえているので、卒前の臨床実習と卒後の初期研修というのはあまり区別しては考えていません。だから、制度というよりも、1人のお医者さんに育てるまでという観点なので。 また、先生がおっしゃっていたように、臨床と基礎を同時並行でやっていくということについては、このカリキュラムはあくまで極端にチェンジした場合の例であって、実際にはこれを選択性にしていくという例なので、例えば、臓器別みたいな感じで自分なりにプログラムを組んでいくということも可能にはなるんですね。そのように、学生が自分で学びたいときに学びたいものを学べるという、そのような環境が一番いいのではないかと僕は考えています。</p>	<p>医師を育てるまでの過程、自分なりの選択の可能性</p>
<p>○土屋 ・カリキュラムの工夫</p>	<p>私の40年近く前の記憶なので定かではないんですけど、確かに私が受けたころは、学部へ行って基礎の科目をやって、それから臨床の科目をやると、その臨床の中に、臨床解剖学とか、臨床生態学なんていうのを、当時の教師連中が工夫したのだと思いますけれど、臨床科と基礎の科目をペアで講義をやってくれたのを覚えていますけれど、今、そういう工夫はあるのですか。</p>	<p>カリキュラムの工夫</p>
<p>○森田(東大)</p>	<p>5年生の方から少し説明してもらいます。</p>	
<p>○尾崎(東大) ・臨床の視点からの実習</p>	<p>東京大学の5年の尾崎章彦といいます。よろしくお願ひします。今の臨床の話ですけど、今の臨床実習では、先ほど先生は昔は意味がないと自分で思われていたというお話があったのですが、今の臨床実習でも、どちらかという見学であったりとか、見ることが主体の実習になっていて、僕らとしては、臨床の思考をどのように考えればいいのか、患者さんと向き合ったときに、例えば1人の患者さんがいらしたときに、どういうふうに通患者さんを診ていくのか、そういうところをどちらかという知りた、学びたいということを考えています。いってみれば、魚をもらうのではなくて、どうやって釣るかということを知りたいと思っています。</p>	<p>臨床の視点からの実習</p>
<p>○土屋</p>	<p>今でも、ここでいう臨床実習というのは、4~5人のグループで1人の先生から教わるというのが臨床実習なのです。</p>	
<p>○尾崎(東大)</p>	<p>そうですね。ローテートして行って、僕らが。</p>	

○土屋 ・アメリカにおける学生 の臨床実習	村重先生、先生はアメリカの臨床の経験があるでしょうけれど、私が垣間見たのでは、アメリカでは4年制のうちの3年目、4年目で病棟へ出されると、1人患者を与えられて、それを朝、回診に報告するのをレジデントがチェックしてというように、かなり任せられますよね。そういう認識でアメリカの場合の学生の臨床実習というのはいいですか。	アメリカにおける学生 の臨床実習
○村重(厚生労働省)	個人的な意見にはなりますけれど、私の時代の日本の大学の教育というのは、やはり見学ですとか、今、先生がおっしゃったような5~6人で訪ねて行って、少しは病棟にも行きますけれど、ほとんどは5~6人で行ったけれどもやはり講義というタイプのものが、今は大分変わっていると思いますけれど、当時はそういうことが多かったのですが、アメリカは、医学生の立場で、ローテートしてきた人に1人患者さんをもたせると。 もちろん学生さんは常にずっと一緒に病棟にいられるわけではなくて、ほかの講義だったり試験だったりという、ほかのものもいっぱいあるので、そちらはそちらとして、「試験を受けに行きます」とかという形で、一緒に病棟にいない時間も多いのですけれど、それでも、一緒に当直をすると、当直の間に何十人という入院をとるわけですけど、その間に1人入院をとってもらおうと。そして、その分を全部ヒストリーテイキング(病歴の聴取)から、鑑別診断から、入院のサマリー、カルテを書くところまで、もちろんそれは人によって能力のレベルに応じて、1年目研修医、2年目研修医がすべて責任を持って診ていますので、そこが日本と大きく違って、何でもかんでもオーブン(指導医)、中ベンの上の先生に聞いてではなくて、1年目、2年目の研修医チームがすべてを持っていますので、その段階、そのレベルで学生さんがヒストリーテイキングしたような内容をすべて1年目、2年目の研修医にプレゼンテーション(発表)してもらって、入院オーダーもすべて書く。私の経験ではそういうものがありました。	
○土屋	突然指名して、ありがとうございます。となると、私のほうからまたもう一つ確かめたいのは、新臨床研修経験の方で、そこでのローテーションのときに、今、村重先生が言われたような、1人の患者を任されて、かなりやっているような研修が多いのか、あるいは、サブで、むしろ上がメインでやっているのを見学とまではいかないけれど、そういうことに近いのか。今、新臨床研修を受けられて経験された方は、この中にいますか。 いないですか。そこがぼっかり抜けているんですかね。	
○松村 ・日本の研修の実情	指導医の経験になりますけれど、今、2カ月ごとに6人ぐらい入ってきますので、病棟の仕組みを教えるだけでも1カ月終わってしまうんです。なので、自分でさせるというのはかなり難しいと。手技に関しても、1回目はついて指導しますよね。そして、その人ができると判断してから少しずつやらせていく。その過程が2カ月の期間では組めませんので、ほとんど見学、あるいはお客さんということになってしまっているのが実情だと思っております。	日本の研修の実情
○土屋	私ばかりしゃべって申しわけないんですけど、アメリカは、メディカルスクールはたった4年間しかなくて、しかも、後半のところを実習といっても、午後からはグラウンドがあるので教室へ行ってしまおうとか。そして、午前中と夜中の時間だけ使っても、しかも教えるほうのレジデントも3カ月ごとに場所がかわってしまう。そういう中で、どうして短期間で任せられるようになるのでしょうか。その辺、コツというか、何が日本と違うかというのがおわかりだったら、教えてほしいのですけれど。	
○竹内(東大)	それに関しては、私たちのほうでは、卒前と卒後はあまり分けなくて考えておまして、卒前の時点で、臨床の考え方を身につけるということが非常に大事なんじゃないかなと考えています。 臨床の考え方というのは、患者さんを診て最初に診断をつけるときに問診をして、鑑別診断を上げて、最初に判断をして、こういう検査をしようとか、こういう	

	<p>薬を出そうとか、そういうことを決めるという頭の考え方、それを卒業前に身につけてしまえば、卒後に臨床研修でまた見学とかすることなく、スムーズに医者として育っていきけるのではないかなと考えております。</p>	
<p>○土屋 ・学生の臨床実習</p>	<p>ありがとうございます。ですから、日本でも、教えるほうの体制が、学生の数が少なくて、マンツーマンで面倒を見られればできるわけですよね。そうすると、大学病院の1,000ベッド足らずでは、学生が多過ぎるのですかね。100人がその病棟の中、あるいは外来に散らばっていると。その辺は卒前教育ですので、また別の場でディスカッションしたほうがいいのかもかもしれませんが。</p> <p>岡井先生に私は逆らうようで申しわけないのですが、私も大半は、私の時代の臨床実習というのは見学で、あまり役に立たなかったという印象があるのですが、ごく一部、いわゆるポリクリと称して内科の先生で、慶應で長谷川“野人”というみんなから嫌われ者の血液内科の大先生がいたのですが、その人のポリクリを私が気に入ったのは、外来に初診で来る患者を1人に1人ずつ割り当てて、1時間以上じっくり話を聞いて、アナムネ(問診)をとる。その後、みんなまとまったところで1人ずつ発表させて、その“野人”さんが教えてくれる。これは後で医者になってから大変役に立った実習でした。</p> <p>ですから、やりようによってはできるんじゃないかなというのが私は印象に残ったんです。ですから、当時は全部が全部悪かったわけではないと、弁護をおきたいと思います。</p>	<p>学生の臨床実習</p>
<p>○岡井 ・卒前教育と卒後教育制度の課題</p>	<p>今、学生さんのほうからも話が出ましたが、卒前教育と卒後教育——初期臨床研修ですが、そのつながりが悪いというのは、現在、日本の医師養成教育の抱えている1つの大きな問題だと思います。法律が悪いんですね。ですから、一緒に考えているというのはいいことだと思うのですが、そういう意味で、先生が受けられた総合教育はものすごくいいかもしれませんが、今、実際に一般になされている卒前の学生の実習というのは、その後、1回、卒業試験、国家試験とやりますけれど、そのためにせっかくだらいろいろ習ったことを、インプレッション(印象的)なことだけは少し残っているかもしれませんが、真っ白にしてしまって、知識を詰め込むのをやって、そしてもう1回、医師になってから研修に入りますね。そこに無駄があるんじゃないかと思うのです。実際にあるレベルまで到達した診療能力を持った医師を養成するのに、この6年間プラス、初期のいろいろな研修を考えたときに、今の日本の制度は無駄があるような気がしています。</p>	<p>卒前教育と卒後教育制度の課題</p>
<p>○土屋</p>	<p>卒前教育が主になりましたけれど、卒後のところで、森田君のグループの発表で、質問なりコメントはありますか。よろしいですか。</p> <p>それでは、慶應のほうへ移りましょうか。3部作でしたけれど、これはまとめた質問でいいでしょうかね。慶應のグループがやってくれた米国版、英国版、日本版という中で、ご質問なりコメントはありますでしょうか。</p>	
<p>○阪井 ・医師同士の協力関係の重要性 ・アメリカの家庭医の診療</p>	<p>成育医療センターの阪井と申します。コメントを1つと、質問を2つさせていただきます。コメントは、3人ともものすごくよくまとめて、わかりやすい発表で感心しました。特に最後のスライドはいずれもすごく説得力があって、まさにそのとおりでと思いましたけれど、その中の3つ目に書いてあった医師同士でのコミュニケーション、協力関係の教育が大事だと、それは現場にいてすごく感じます。こういうことまで学生さんがわかっているのはすごいと思ったのですが、私は特にこのところが1つのキーポイントだなと思いました。多くの人がおっしゃらないので特に強調しておきたいと思いますが、これが大事なことだと思います。</p>	<p>医師同士の協力関係の重要性</p>
	<p>それから、質問は全く各論的なことですが、アメリカのほうに1つと、イギリスのほうに1つお聞きしたいと思います。</p> <p>最初の太西さんの話はすごくわかりやすく、自分のお兄さまを出されたところなんかはさすがだなと思いましたけれど、ただ、最後のところがちょっとひっか</p>	<p>アメリカの家庭医の診療</p>

	<p>かったんです。つまり、胃カメラをするときに、もしその家庭医の先生ができるのだったらやるし、できないのだったら専門医に回すというようなことをおっしゃったと思いますが、ということは、アメリカの家庭医は内視鏡をやっても、胃カメラができる人とできない人がいるということだと理解しましたが、そういうことですね。</p>	
○大西(慶應)	<p>いえ、ちゃんと教育は受けると思うのですけれど、そのクリニックの規模によりますね。</p>	
○阪井	<p>ああ、なるほど。そうすると、本来やれるのだけれど、その規模によってやれない環境にいる家庭医もいるということですね。</p>	
○大西(慶應)	<p>はい。</p>	
○阪井 ・イギリスの GP とアメリカの家庭医の違い	<p>わかりました。 それから、イギリスのほうの川崎さんにお聞きしたいのは、イギリスの GP というのをおっしゃっていたのが、アメリカの家庭医とどう違うのか、あるいは同じなのか。違うところももしあるなら、教えていただきたいと思います。</p>	イギリスの GP とアメリカの家庭医の違い
○川崎(慶應)	<p>ゲートキーパーとしての役割を持っていて、まず、その GP に登録するんです。自分がある住所に住んでいたら、その近くで自分に近い GP は誰ということを探して、その人に登録をして、必ずその人に診てもらう形になっているんです。ですから、その人にしか診てもらえないということで、その GP を変更するときには届けを出して、必ず1対1の対応をするということが1つ大きな特徴なんです。</p>	
○阪井	<p>そういうことよりも、むしろアメリカの家庭医は内視鏡をやると。</p>	
○川崎(慶應)	<p>その手技などの内容に関してですか。</p>	
○阪井 ・イギリスの GP の診療内容	<p>そう、やれる仕事の範囲です。アメリカは内視鏡をやるという話でしたね。規模によってはできないかもしれないけれど、イギリスはいかがですか。診療内容の違いに関しては。</p>	イギリスの GP の診療内容
○川崎(慶應)	<p>イギリスのサービスの内容に関しては、配布資料の5ページに書いてあります、GP のサービス内容ということで。こちらを参照いただければ。</p>	
○土屋	<p>5ページの「GP によるサービス内容」というところですね。</p>	
○川崎(慶應)	<p>はい。右上の GP の登録の隣のところに。</p>	
○土屋	<p>大西君、これを見て、アメリカの家庭医との違いというのは何かわかりますか。</p>	
○大西(慶應)	<p>手技についてはきっとほぼ同じだと思います。</p>	
○阪井	<p>よくわかりました。ありがとうございました。</p>	
○土屋	<p>会場でどなたか、米国、英国の事情に明るい方で、その辺のことをおわかりの方はいますか。</p>	
○葛西 ・社会の医療制度に応じた家庭医のあり方	<p>ちょっと補足しますと、家庭医の場合には、扱う対象にしている疾患とか、あるいは行う手技とか、そういうもので定義するというのがなかなか難しいんですよ。それは家庭医がそれぞれの社会の医療制度の中で役割を持っていくので、その社会の医療制度が違えば、そこでの適用は変わってくると思います。ですから、私の答えは、アメリカの家庭医も、イギリスの GP(家庭医)も、基本的な医療の考え方とおおよそそのアプローチに関しては同じものを共有している。け</p>	社会の医療制度に応じた家庭医のあり方

	<p>れど、アメリカの社会の医療システムに適応するために、今のアメリカの家庭医療はああいう表現形になっている。そして、イギリスの家庭医療はイギリスの医療制度にあわせてこういう表現形になっている。</p> <p>ですから、その2つを比べたときに、内視鏡をできるのが家庭医であるとかないとか、あるいはお産をするのが家庭医であるとかないとかという、個々の診療対象や診療技術のアイテムで区別するということは不適當というのが私の考えですし、インターナショナルな認識だと思います。</p>	
○土屋	<p>社会に応じた家庭医ということで、日本でも北海道の東部のほうと東京の家庭医では多分違って来るでしょうから、そういう要素が大きいのでしょうかね。村重先生、何か追加でございませうか。</p>	
○村重 ・日米の専門分化の考え方の違い	<p>葛西先生のほうがご専門ですから、追加というか、あくまで私の経験からですけど、私が見たアメリカのファミリープラクティスのトレーニングというのは、そういう内視鏡などの手技は一切やりません。そこは家庭医に限らず、すべての診療科が非常に専門分化が進んでいて、訴訟リスクを常に考えながらプラクティス(診療)するのがアメリカ医療ですから、訴訟リスクがあるのに違う分野の手技に手を出して訴えられたらどうするんだということで、絶対に自分の分野以外のところには手を出しませんし、トレーニングの段階でも手を出させてはもらえません。</p> <p>ということは、消化器の内視鏡というのは、内科の中でも消化器内科医の専門トレーニングのみにおいて行うものであって、そのほかの、例えば呼吸器内科医が消化器の内視鏡をするということはないわけです。ですから、もちろん家庭医がすることもないです。</p> <p>そこが日本と違うと私が思っているのは、例えば、日本であれば、血液内科医であったり循環器内科医であったりという専門の診療をしながらでも、必要に応じて消化器の内視鏡もできる、気管支の内視鏡もできるということを日本の血液内科医ができるという場合もたくさんありまして、その辺は日本のほうがよほど、専門医と称しつつ、実はジェネラルにすべて何でもできるお医者さんは非常に多いと私は思っています。ありがとうございます。</p>	日米の専門分化の考え方の違い
○土屋	<p>ありがとうございます。大西君、どうぞ。</p>	
○大西(慶應) ・アメリカの家庭医養成プログラム	<p>実際はどうかは、私は行っていませんのでわからないのですが、私がアメリカの家庭医学会のホームページを調べた限りでは、生検とか、外科的手技も行える医師を養成するのが家庭医の目標であると書いてありました。ただ、アメリカの大学によってはプログラムが違うのは確かなことなので、実際がどうなっているかは本当に異なってくると思います。</p> <p>ただ、アメリカのものをどう導入するか、実際に導入するのではなくて、日本に導入する上で考えるのは理想であっていいと思いますので、それはアメリカ家庭医学会に書いてあったとおりに考えてもいいと思います。</p>	アメリカの家庭医養成プログラム
○土屋 ・地域による医師の役割の違い	<p>確かにグリーンブックのカリキュラムの中には入っていますね。</p> <p>それから、所が違えばやはり様子が違うのは、私はサンパウロに行ったときに、内視鏡医という方に会ったら、ポックスカーに気管支鏡も胃カメラも大腸ファイバーも全部積み込んで、1週間、7~8カ所の病院や診療所を渡り歩くんですね。内視鏡はその方がサンパウロのある地区は全部引き受けていると。それで成り立つという世界がありましたので、場所によって随分違うなという気がいたします。</p> <p>私は慶應のほうに入る前に忘れてしまったのですが、大西君は東大の発表に賛成できないと言っていたところの議論を東大のときに忘れてしまったので、前に戻って、どうぞ。</p>	地域による医師の役割の違い
○大西(慶應) ・医学部における講義	<p>あらを探そうと悪いのですが、講義がとても無駄なような感じの表現をしているような気がしたのですが、森田君たちはどのように講義を受けているか</p>	医学部における講義のおもしろさ

<p>のおもしろさ</p>	<p>私は知らないのですけれど、東大の講義も受けたことがないので。ただ、慶應の講義を受けていて、1時間半の授業、1日平均4コマあるのですが、1コマずつ先生が違うので4人先生がいて、その先生たちが自分の経験談などを交えて話してくれると、1時間半、一人一人違った、この先生はこれをやっているときにこういうふうと思ったんだとか、そういうちょっとした先生の一言一言が、私は教科書で学ぶより、それを聞くのが大好きで講義に出るようにしているのですけれど。</p> <p>例えば、医学生の会でそれをやるのはとてもいいことだと思うのですが、そのときに、すばらしい先生方が集まってきて、その人たちの話を聞くだけではなくて、現在やっている普通の先生方——若い先生もいれば、ベテランの先生もいる、その人たちがどのように思って治療をやっているかを聞けるというのは、私は講義を受けていて、1時間半で勉強もしながらそういう話を少しずつ聞ける。同じ場所を共有して、私は講義は大好きなので、そう思っている次第であります。そこが反対だと言ったまでです。</p>	
<p>○土屋</p>	<p>森田君、講義の価値を軽視しているのではという意見には、どうですか。</p>	
<p>○森田(東大) ・経験に触れることの意義</p>	<p>決して講義を否定しているわけではなくて、ほかの講義以外のことでも重要なことはあるのではないかということです。例えば、慶應大学にはすばらしい先生がそろっているとのことなので、講義で先生方のすばらしい体験談を聞けると。でも、人によって、先生の経験談によって受ける刺激の度合いというのは違うと思うのです。例えば、この先生の体験談は自分にとってあまりおもしろくないと思った場合に、別の道といいますか、そうするとそこで自主的に、例えばどこかに見学に行くとか、そのようなことをやるというのも、例えば東大のある教授はあまりおもしろくないと、慶應の別の教授はすばらしいとなった場合は、例えば慶應大学に潜り込んで授業を受けてテストを受けたら、それで単位が認められるというような柔軟なシステムがあったらいいのではないかと思っています。</p> <p>だから、講義を決して軽視はしていません。まさに講義で大事なものは、先生の体験談とか、他者の体験に触れることだと思うのです。ただ、触れることであれば、講義だけでなくでもできるだろうというのが僕の考えではあります。</p>	<p>経験に触れることの意義</p>
<p>○川崎(慶應) ・講義の重要性</p>	<p>慶應大学の川崎と申します。今の西大君のコメントに賛成する側に立つのですけれど、というのは、僕たちは4年生で、4年生の前期まで2人そろって一番前の席でずっと授業を休まずに聞いていたのですけれど、それだけの積み重ねがあることによって、西大君の言ってくれたような感覚というものがついてきていて、医療を学ぶ上で、言葉にできない部分もありまして、先生が伝えてくださるところであるとか、参加する前から、この授業、この先生の講義はおもしろくない、おもしろいというのは、聞いてみないとわからないので、今までにいろいろな講義を4年間受けてきたので、結果的にこの先生の授業はあまりおもしろくなかったとか、こっちの先生のほうがわかりやすかったというのはわかるのですが、それはやはり当日出てみないとわからないものでして、講義に出る価値というのは高いなということを感じましたので、それをつけ加えたいと思いました。</p>	<p>講義の重要性</p>
<p>○吉野(慶應)</p>	<p>慶應大学4年の吉野と申します。まず、講義というものの重要性というのは何かと考えると、医学を学ぶ医学生というのは、医学を学ぶ上では小学生と一緒にいます。初めて医学を学ぶわけですから、まず何を勉強したらいいかわからないというのがあってと思います。ですから、最低限の医学的な情報、受けるべき情報というのは提供される必要があると思います。ただ、それを延々とダラダラ、1コマ90分やられていては、学生としてはおもしろくないわけです。なので、そういうのは手短かにしていただいて、もっと魅力ある話を、先生方はいろいろ持っていらっしゃるわけですから、そういう話を学生にさせていただくというように、もっと建設的な、医学教育を変わるようなことをやっていったほうがいいのかなと思います。全国的な流れになると、それはそれでおもしろいなと考えております。</p>	

○土屋	森田君、何か追加はありますか。	
○森田(東大) ・体験で得られることの重要性	<p>今、吉野さんがおっしゃった最低限の知識を入れる必要があるというのは、僕自身は、それはテキストベースのデータなので、授業で学ぶものではないと思っているんです。むしろ授業で、先生方というのは個々人で体験を持っていらっしゃる、そしておもしろいストーリーを持っていらっしゃる先生方なので、そのストーリーを話す、まさにおっしゃっていたように先生方の体験談を話すことに授業の意味があると思っているので、テキストベースの情報をそこで教えるというのは、ちょっともったいない気がするんです。</p> <p>講義に出ないとおもしろみがわからないというのはまさにそのとおりですけど、講義に出てもしおもしろくないとわかったら、具体例を言うのはあまりよくないのかもしれないですが、例えば放射線医学見学ツアーに行ったんですけど、1泊2日のツアーだったのですが、あれは何学とは申し上げないですけど、何とか学の授業よりも数倍勉強になりましたし、1回見学に行くだけでも全然違いますし、現場の先生方での実地も見られますし、講義以外のもので勉強になるというのは、僕はそのように考えております。</p>	体験で得られることの重要性
○玉井(慶應) ・考えた過程を伝えることの必要性	慶應大学医学部の3年の玉井です。東大と慶應がまず医学校の学生を代表しているとは思わないのですが、僕が個人的に学校に求めるものは、何を目標にしている、それを教えるためにどういう努力をされていて、というのをもっと学生にアピールしてほしいというか、学生のために何を教えるのかというのは一生懸命考えていらっしゃる先生は多いと思いますが、その考えた過程をどう伝えるかということまで踏み込んで学生に伝えていただければと思います。	考えた過程を伝えることの必要性
○尾崎(東大)	先ほど慶應の方がおっしゃったように、最低限の医学的な情報というのは大変貴重だと思うのですが、授業で学べないことの1つとしては、医者になったときに自分で考える力というのはあまり学べないのではないかと思います。そういうものは、森田君が先ほどからおっしゃっているように、実習だとさまざまな活動を通してのほうが、学べる可能性が高いのではないかと僕は考えました。	
○川井(東京女子医大) ・チュートリアルによる少人数教育の紹介	<p>東京女子医大4年の川井未知子と申します。今、東大の方と慶應の方がずっと発言されたので、ちょっと違う視点から話したいなと思ったので。女子医大は慶應と東大とはちょっと違うカリキュラムを入れていまして、1年次からチュートリアルというのを週に2回やっております。そして、講義ももちろんあるのですが、そのチュートリアルというのがすごく大きな時間を占めていて、そのおかげでかなり講義の時間が少なくなっているというのが現状です。</p> <p>週に2回あるというのは、そのチュートリアルの時間自体は2時間なのですが、チュートリアルがある日の午後というのは基本的に自習なんです。なので、今、森田君が提案してくれたような、例えば自分で勝手に読書がしたいとか、ほかのところへ行って勉強がしたいということができたりするところがいいなと思っているのと、チュートリアルというのは少人数で5~6人で班になって、臨床や臨床検討のようなものをして勉強するというものなのですが、そこと授業と並行した内容をやるのが多くて、先にチュートリアルの課題をやると、全く知らない状態でどういこうところを勉強していけばいいのかということにもなりますし、また、授業でやった後にチュートリアルをやるということもあるので、講義でやった内容を自分で考えるということもできますし、講義でやっていないことを自分で考えて、その後、講義で復習するということもできるので、これは自分が受けていて楽しいなと思っております。</p> <p>それはもう取り入れられているところもあると思いますけれど、チュートリアルというのかなり勉強になるし、そして楽しいと思いますので、体験談を述べさせていただきます。</p>	チュートリアルによる少人数教育の紹介
○土屋	チュートリアルの時間が多くなると、教えるほうは教育に割く時間が多くなるとい	

	うことですね。	
○川井(東京女子医大)	講義の時間自体は少なくなりますね。	
○土屋	1人で大勢を相手にしてしまうので、1時間で何十人分済んでしまいますけれど、5人を相手だと10回やらないとならないんですね。	
○川井(東京女子医大)	いえ、チューターというのがたくさんうちの大学にはいまして、同じ時間に一気にやってしまうということです。	
○土屋	だから、たくさん教える人がいて、たくさん時間を使わないとなかなか小まめにできないと。	
○川井(東京女子医大)	そうですね。	
○吉野(慶應)	川井さんの話の後で申しわけないんですけど、さっきの話に少し戻ってしまいますが、最低限の知識というんですけど、確かに森田君の話もすごい理解できるんですね。そして、非常にいい案だと思うのです。ただ、その最低限の知識をどのようにテキストベースで入れるのか。例えばハリソンの内科学などを見てみますと、ものすごく分量で、あれを全部読めるのかとか。よく医学部の先生は英語で読めとか言うんですけど、とても英語では読み切れないというのが医学生の本音だと思うのです。 なので、本当にわかりやすい定着するような、覚えやすいような、本当に最低限これだけは絶対知っていないとまずいというような教科書というのをつくれればいいなと。もしそういうのを学校サイドで選定していただいて、それを使うでもいいですし、学校サイドで協力してつくるのもいいと思います。	
○土屋	講義の内容、あるいはそのよしあしについてはまだまだ聞きたいのですが、時間がなくなってしまいますので、この辺にしまして。 では、渡辺先生、最後に。	
○渡辺 ・医学教育の主役は学生であるという意識のもと、「医学教育を考える学生の会」が医学部長まで物と言える仕組み	1つだけ。慶應で医学教育をやっています渡辺です。森田君のさっきのメッセージを聞いて、この班のミッションは卒前ではないので手短かに言いますけれど、お金を払っているご両親に申しわけないと思わないかなと(笑)。要するに、医学教育というのは学生が主役なんですよ。教員が主役ではなくて、お金を払っているペイヤーがもっとも声を大にすべきだということで、慶應などでは、「医学教育を考える学生の会」というのをつくって、それを私の委員会(FD委員会: Faculty Development)から医学教育統轄センター、医学部運営会議を介して医学部長につなげています。今日もそのメンバーが何人かいるのですが、カリキュラム委員会などでも教員相手に学生の意見を堂々と述べています。東大の場合も学生が、提案があるのだったら北村(聖)先生(東京大学医学教育国際協力センター教授)に言って、学部長につなぐような仕組みをつくるべきではないかなというのが私の印象です。	医学教育の主役は学生であるという意識のもと、「医学教育を考える学生の会」が医学部長まで物と言える仕組み
○土屋 ・米国での教科書を用いた教育	東大の学部教育の改革にぜひ頑張ってください。 ちょっとだけ印象を言いますと、先ほど、一番前で講義を聞いていると。私の学部にも慶應に5人ほど、全講義を一番前で聞いて、その人たちはハリソンかセシルを通読しておられましたね。私は ECFMG(米国の医師資格試験: 当時)は受けなかったけれど、あれには問題の各所にハリソンの何ページに書いてあるとか、みんな書いてありますね。 もう1つの印象は、メイヨークリニックへ行って、メイヨーが小さい医学校をつくった直後に行ったのですが、図書館に行ったら、内科のハリソンとセシル、そして外科のクリストファーと、生徒の人数分、ずらっと同じ本が並んでいて、日本のような系統講義があまりなくて、オリエンテーションだけつけて、「第何章から何章まで読んでこい」というような形で、そのために学生用に人数分用意してある	米国での教科書を用いた教育

	<p>というような話を、30年前に聞いたのを思い出しましたので、コメントとして言わせていただきます。</p> <p>それでは、もとに戻って、慶應の先生方から、学生さんの発表について質問をさらに受けたいと思います。</p> <p>江口先生、海野先生、何かありますか。</p>	
<p>○江口</p> <p>・さまざまな医学生教育のモデルと指導医の体制</p> <p>・卒前教育、初期研修と後期研修の位置づけの議論</p>	<p>学生さんの大変素晴らしい活発なお話を聞きましたけれど、今のディスカッションにいくつか出ていたように、東大と慶應だけが医科大学ではないので、実際にはいろいろな大学のアベレージ(平均的)のところも考えなければいけないと思います。それでいきますと、1つは、国試対策が学生にとっては大きな壁になっているということは確かだろうと思います。</p> <p>最近ではいくつかの、女子医大の方が言われていたように、チュートリアルとか、そういうものがかなり早い段階から入れられていますし、実際に内容的にも、1人の患者さんを初診から持たせて、その考え方のアプローチ、診断のアプローチなどを指導していくというような、あるいは学生が調べて筋書きをつくって、それをコメントーターがいろいろ評価する、そういうこともやられています。</p> <p>そういう意味では、教育のモデルはかなり変わってきていると思うのですが、その場合に、指導医のほうのマンパワー、あるいは時間的な余裕が全く欠けていることが多いので、いくら5人を相手にチューターが面倒見るといっても、診療のことで手いっぱいのところに入ってくるということで、指導医の先生方の立場から見ると、教えたことはあるのだけれど決して十分ではない状況になっていて、その辺を変えていかないと、卒前の教育というのはなかなか先へ進まないだろうということがあります。</p> <p>それから、さっき言われていた初期研修の制度と医学生の卒前の教育とのつながりというのは、確かに境目がよくわからないようなプログラムになっているところが結構多くて、逆に言うと、初期研修がまだ学生さんの続きのようになっているところもありますので、そういう意味での初期研修のあり方、あるいは後期研修のプログラムというのは、ますます重要になってくるのではないかなと思います。コメントです。</p>	<p>さまざまな医学生教育のモデルと指導医の体制</p> <p>卒前教育、初期研修と後期研修の位置づけの議論</p>
<p>○土屋</p> <p>・研修過程における教育実習体制</p>	<p>帝京大学もあるぞということかと思いますが、先生、今言われた卒前と卒後の連続性がない、あるいは教育者の数が大変だと。そうすると、私どものところはかなり専門病院ですけど、がんしかなくても、学生さんを預けていただいて、うちのレジデントに預けさせて、午前中だけつき合わせさせる。そのレジデントはチーフレジデントから開始すると。そういう形でいくと、階層別になると、学生の教育、レジデントの教育、チーフレジデントの教育というのは、小さなグループだけれど、階層が逆にはっきりするんじゃないでしょうか。それをスタッフがチェックして回るというような形であれば、同じ実習でもかなり内容は違ってくるのではないかなという気がします、その点はいかがでしょうか。大学病院以外の病院ももうちょっと使ったらどうかと。</p>	<p>研修過程における教育実習体制</p>
<p>○江口</p> <p>・教育病院の質評価の必要性</p>	<p>現実にはそういうところはありますよね。つまり、学生を一定期間そういう病院にカリキュラムの中で派遣したりとかということではありますが、その際も、指導する人たちの診療時間以外の時間を十分教育に割けるかどうかということと、そういう人たちが教育のメソッド(方法論)をカバーして熟練したところで教えられるかどうかと、そこが気になる場所ですね。ですから、教育病院のほうの質というものもある程度評価しなければいけないと思います。</p>	<p>教育病院の質評価の必要性</p>
<p>○海野</p> <p>・現状の医療現場を踏まえた教育体制の議論の必要性</p>	<p>それに追加しますけれど、今の現場の若い医師たちがどういう状態にあるかということを考えられたら、今の土屋先生の発言は不可能です。ですから、そういう状況にある医療現場に彼らは入っていかないわけですけど、それをも含めて医療教育体制を考えないといけないということになると思います。</p> <p>今の市中病院は、医者があまりに大変でとんとんやめてしまっているのが現実</p>	<p>現状の医療現場を踏まえた教育体制の議論の必要性</p>

	<p>ですので、そこに学生たちが行ったって、学生を指導してくれる人はいないんです。それが今の医療の現場だと。がんセンターのレジデントたちだって、労働基準法に準拠したような働き方は全くしていないわけですよ。それを前提として、じゃあ、新しい制度はそれでいいのかということになってしまいますので、さらにそれは労働を付加することになるということをお考えいただきたいと思います。</p>	
○土屋	うちのチーフレジデントの経験者の村重先生、どうですか。	
○村重 ・医療提供体制と教育体制の議論の課題	<p>労働環境については海野先生に賛成いたしますが、理想論としては、先生おっしゃるような屋根瓦にして、1年目、2年目がすべて現場を仕切って学生を教える。そして、たまに上の先生の回診なりチェックなりプレゼンテーションを聞いてもらうという程度で十分できればいいというのは理想論です。</p> <p>現実問題は、海野先生がおっしゃるように、今の若手の先生たちはもうかなり疲弊しておられますし、人数はどんどん足りないというところで、屋根瓦が組めない人数のところまでさらに減っていくという状態が多分あるのだと思いますので、そこを今の医療提供そのものを維持しつつ——つまり、患者さんに迷惑をかけずに教育体制を組むということが、その制度の転換をもしるとすれば、そこをどのようにつないでいくのかというのは非常に大きな課題だと思っています。</p>	医療提供体制と教育体制の議論の課題
○土屋	ほかにいかがでしょうか。	
○松村(事務局、東大医科学研究所) ・制度や援助の仕組みを整え、自発的に学ぶ方法	<p>私は虎の門病院に2年ぐらいおりまして、東大医科研の松村と申しますが、確かに学生の面倒を見るというのは非常に手間がかかるんですけど、ただ、医学部の学生はやる気もあって優秀なんです。東大の学生たちはちょっと遊んでいるようなプレゼンテーションかもしれませんが、彼らは真剣に1週間、どういう医者になりたいか非常に自問自答して、人から言われた医師像ではなく、自分が考えることを一生懸命考えました。ということで、ついて1週間もするとかなりできるようになります。ですから、ずっと1年間手がかかり続けるということではなくて、1週間もすれば、彼らは自分でできることをどんどん手伝ってくれます。なので、制度を整える、あるいは援助していただけるような環境であれば、屋根瓦式というのは一番いい方法ではないかと思っています。</p>	制度や援助の仕組みを整え、自発的に学ぶ方法
○土屋	<p>今の話題でなくても結構ですが、ほかによろしいですか。</p> <p>よろしければ、今日は海野先生が、総合診療医には2種類あるのではないかといいことでお話を用意してくださっていますので。では、先生、お願いできますか。</p>	
○海野 ・報告書の前提についての考え ・医療現場の医療従事者による意見を集約した現場重視の提言の必要性 ・医療提供体制の再構築 ・アクセスと経済性の確保の必要性 ・質と量の確保の意味合い ・専門医と総合医のバランス	<p>学生さんたちがとても練りに練ったプレゼンをしてくれましたので、恥ずかしいのですが、私は今朝 15 分ほどでつくったプレゼンですので。それから外来を5時間ほどやってまいりましたので。</p> <p>今日、お話の機会を与えていただければと思ったのは、今までの議論はいろいろブロード(広く)になっていて、今後、報告書をまとめていく中で、いくつか前提を考えていったほうがいいんじゃないかというふうなことです。</p> <p>まず、安心と希望の医療確保ビジョンが今年の6月に出たときの1ページ目に何が書いてあったかというのを思い出していただきたいのですが、厚生労働省の文書にこういうことが書いてあるというのは、一体どういことなのかよくわからないのですが、政府、厚生労働省の権限を拡大せず、現場・地域のイニシアティブを大事にしよう。それで、医療現場の医師・看護師等の医療従事者からおのずから上がってきた多様な意見を集約して政策とするという現場重視の方針を貫くということと、改革努力を怠らないということが書いてあります。ここに書いてあるからではないのですが、私はこれはいい考えだと思っております。</p>	報告書の前提についての考え
		医療現場の医療従事者による意見を集約した現場重視の提言の必要性