

平成16年度  
全国医師会勤務医部会連絡協議会



メインテーマ

『激動の時、新たな勤務医像を求めて』

～新臨床研修制度とともに～

期 日 平成16年  
11月6日(土)  
会 場 ホテル日航熊本  
主 催 日本医師会  
担 当 熊本県医師会



表紙：㊦熊本城 ㊧阿蘇五岳を望む  
裏表紙：加藤清正像

# 目次

---

開 会 .....	7
主催者挨拶 .....	8
担当県挨拶 .....	9
来賓祝辞 .....	10
特別講演(1)「今、医療に求められるもの」 .....	15
日本医師会勤務医委員会報告 .....	27
次期担当県挨拶 .....	35
調査報告「熊本県勤務医アンケート調査報告」 .....	39
特別講演(2)「宇宙と素粒子」 .....	43
特別講演(3)「北里柴三郎と周辺の人びと」 .....	57
シンポジウム「臨床教育・研修制度改革と勤務医の役割」 .....	65
参加者数一覧 .....	113

# 協議会風景





## ■ 開催要項

# 平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

## メインテーマ

---

### 『激動の時、新たな勤務医像を求めて』 ～新臨床研修制度とともに～

1. **開催日時** 平成16年11月 6 日（土）10：00～17：30
2. **会 場** ホテル日航熊本  
熊本市上通町 2 番 1 号
3. **主 催** 日 本 医 師 会  
東京都文京区本駒込 2 - 28 - 16  
TEL 03-3946-2121
4. **担 当** 熊本県医師会  
熊本県熊本市花畑町 1 番13号  
TEL 096-354-3838
5. **参 加 者** 全国医師会勤務医部会関係者及び医師会員とその関係者

## ■ 平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会次第

- ◇期 日 平成16年11月6日(土)  
 ◇場 所 ホテル日航熊本 熊本市上通町2番1号  
 ◇主 催 日本医師会  
 ◇担 当 熊本県医師会

### メインテーマ 『激動の時、新たな勤務医像を求めて』 ～新臨床研修制度とともに～

総司会 熊本県医師会理事 岡 本 喜 雄

受 付	9:00～10:00				
開 会 式	10:00～10:20				[敬称略]
	(1) 開 会	熊本県医師会副会長	地後井 泰 弘		
	(2) 挨 拶	日本医師会会長	植 松 治 雄		
		熊本県医師会会長	北 野 邦 俊		
	(3) 来賓祝辞	熊本県知事	潮 谷 義 子		
		熊本市長	幸 山 政 史		
	(4) 閉 会	熊本県医師会副会長	三 村 孝 一		
特別講演(1)	10:20～11:10				
	『今、医療に求められるもの』				
		日本医師会会長	植 松 治 雄		
		座長 熊本県医師会会長	北 野 邦 俊		
〜〜〜 休 憩 〜〜〜	11:10～11:20				
報 告	11:20～11:45				
	日本医師会勤務医委員会報告				
		日本医師会勤務医委員会委員長	池 田 俊 彦		
次期担当県挨拶	11:45～11:50	香川県医師会会長	森 下 立 昭		
〜〜〜 昼食・休憩 〜〜〜	11:50～13:00				
報 告	13:00～13:20				
	熊本県勤務医アンケート調査報告				
		熊本県医師会理事	坂 本 不出夫		

特別講演（2）	13：20～14：10			
	『宇宙と素粒子』			
		東京大学名誉教授	小柴昌俊	
		座長 熊本大学理事・副学長	小野友道	
~~~~~ 休憩 ~~~~~	14：10～14：20			
特別講演（3）	14：20～15：00			
	『北里柴三郎と周辺の人びと』			
		熊本大学名誉教授	野村茂	
		座長 熊本大学教授	二塚信	
~~~~~ 休憩 ~~~~~	15：00～15：10			
シンポジウム	15：10～17：30			
	テーマ『臨床教育・研修制度改革と勤務医の役割』			
		座長 熊本県医師会勤務医部会部会長	木川和彦	
		日本医師会常任理事	三上裕司	
卒前・卒後・生涯教育：変革の動向と背景				
	田名病院理事長（相模原市）東海大学客員教授		阿部好文	
卒前教育：病院でのクリニカル・クラークシップの試み				
	－クリニカル・クラークシップの本格的導入を通して考える日本の卒前医学教育－			
	沖縄県立中部病院内科副部長		玉城和光	
卒前教育：診療所でのクリニカルクラークシップの試み				
	たけや小児科医院院長		武谷茂	
卒後研修：新研修制度について－現時点での問題点				
	東京大学先端科学技術研究センター特任講師		市村公一	
生涯学習：熊本市医師会における生涯教育の実施状況				
	熊本市医師会理事・齋藤耳鼻咽喉科医院院長		齋藤龍也	
閉 会	17：30	熊本県医師会副会長	藏元昭一	
懇 親 会	17：40～19：10			
	(1) 開 会	司会 熊本県医師会理事	八木剛志	
	(2) 挨拶	日本医師会会長	植松治雄	
		熊本県医師会会長	北野邦俊	
	(3) 乾 杯	次期担当 香川県医師会会長	森下立昭	
	(4) アトラクション			
	(5) 閉 会			

# 開会セレモニー

10:00~10:20

総合司会 熊本県医師会 理事

岡本 喜雄

開 会

熊本県医師会 副会長

地後井 泰弘

主催者挨拶

日本医師会 会長

植松 治雄

担当県挨拶

熊本県医師会 会長

北野 邦俊

来賓祝辞

熊本県知事

潮谷 義子

熊本市収入役

川上 憲司

## ■ 開会セレモニー

### 総合司会

---

熊本県医師会 理事 **岡 本 喜 雄**

おはようございます。ただいまから平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会式を行います。私は熊本県医師会の勤務医を担当しております岡本と申します。本日の司会をさせていただきますのでどうぞよろしくお願いいたします。

それではまず熊本県医師会副会長の地後井泰弘より開会の辞を申し上げます。



### 開 会

---

熊本県医師会 副会長 **地後井 泰 弘**

おはようございます。早朝よりこのように多数の皆様方にご来場いただきまして心より御礼を申し上げます。それではただ今より平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開会いたします。



### 主催者挨拶

日本医師会 会長 植松 治 雄

おはようございます。私ども日本医師会が主催いたします全国勤務医部会連絡協議会は25回目をむかえますが、熊本県医師会北野会長はじめ、皆様方のご協力を得まして、このように盛大に開催をしていただきましたこと厚く御礼を申し上げます。

日本の医療を取り巻く環境は非常に厳しいものがございます。その中でもやはり医療の安全と質というものは非常に大切なものと考えられております。そういう中で勤務医の皆様方に、学術面を中心といたしまして非常に医師会運営にご協力をいただいておりますことを厚く御礼を申し上げます。勤務医の皆様方は、今や医師会の会員数の半数以上というような大勢力でございまして、医師会運営も勤務医の皆様方のご意向等を考えていかなければ運営が出来ない状況でございます。ただ残念なことにまだ未加入の勤務医の先生がたくさんおられるわけでございまして、今後医師会を医師の一番大きな集団といたしまして日本の医療を支えるための行動をいたしますには更に会員の増強をお願いしたいと思っております。勤務医の先生方がお入りいただきます時によく問いかげられます。医師会に入ったらどんなメリットがあるんだというふうなことでございまして、厚生福利の問題、いろいろお話をしながらお入りいただきたいという願いをしたわけでございます。現在のこの厳しい医療情勢の中におきましては、国民の医療を守り、健康を守るために現在本当に崩壊しそうになっております介護保険制度を守っていこうという中におきましては、日々の診療、今後の医療をどのような形で確保していくかということにつきまして、我々医師は開業医といわず勤務医といわず、等しく国民に対して大きな責任を持っていると考えております。そういう意味ではこれから勤務医の先生方にも共に医師会に結集して国民医療を守ろう、それが医師としての大きな使命であるというふうにお話を申し上げたいと考えているわけでございますけれども、なかなかその声も届きにくい点もございます。本日ご参集の先



生方は勤務医の中でも主導的な立場にあられる先生でございまして、十分にこのあたりもご認識をいただきまして各病院、医療施設におきましてこの現在の状況というものを十分にお話をいただきながら、勤務医の皆様方に医師会への参入というものは単にメリット論ではなく、元をただせば国民医療を守るという認識とそれをもって大きな力とするということをご認識をいただけますようお願い申し上げます。

本日は、勤務医の質、あるいは医療の質、研修制度につきましてご議論をいただくことになっております。本日のご議論が将来に向けての新しい力になり、指針となりますことをお願い申し上げますと同時に、本日お集まりの皆様方のご協力を得ましてこの協議会が成功裏に終わりますことができますようお願い申し上げますご挨拶とさせていただきます。重ねて熊本県医師会のご努力に感謝を申し上げます次第でございまして、どうぞよろしくお願い申し上げます。

## 担当県挨拶

熊本県医師会 会長 **北野 邦俊**

皆さんおはようございます。ただ今紹介いただきました熊本県医師会会長の北野でございます。平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催にあたりまして歓迎のご挨拶を申し上げます。

本協議会は昭和56年の第1回大会から数えて25回目、日本医師会主催となりまして14回目の開催となります。さまざまな勤務医問題が提起され、日本医師会や全国の医師会で論議を重ねられてまいりました。勤務医の会員数も年々増加しておりまして、日本医師会の中で勤務医の占める割合が50%に達しています。熊本県医師会では平成2年2月に勤務医部会を設立し、14年が経過したわけでございます。幸いにも歴代の担当者の尽力によりまして、勤務医の数も設立当初639名でありましたが、現在は2倍強の1,468名に達しております。全会員2,874名の中の51.08%を占めるにいたっております。医師会活動において勤務医が果たすべき責任と役割は大変重要となっております、開業医に対する協力は不可欠となっております。

現在、医療を取り巻く環境は経済成長の低迷と政府の医療費抑制政策のあおりを受けまして大変厳しい状況でございます。このような厳しい環境にありまして私ども医療に携わるものの使命といたしまして、開業医、勤務医の別なく医師として地域住民の方々に良質で適正な医療サービスを提供しなければなりません。勤務医は従来医療の現場において現在の医療制度に対し、さまざまな不満・不合理を感じながらも制度的改善を図るべき具体的な提言、行動を行う機会が少なく、それゆえに関心も極めてうすい、うすかったものと思われま。特に勤務医が多にわたり経験し、実感して来られた医療の現状に関する問題点を見据えて医師会活動を通して医療制度改革や診療報酬改定に向けた提言を行っていくべきだと考えております。また21世紀にふさわしい社会保障制度の確立のためにも行政等に対し、提言していかねばなりません。このようなことから本日の協議会、日本



医師会長、植松治雄先生の特別講演が、今医療に求められるものをはじめ、本年度から必修となりました医師会臨床研修制度や医師の卒前、卒後教育にかかわります諸問題等を通して、メインテーマ「激動の時、新たな勤務医像を求めて」について考えてまいりたいと存じます。

最後に本日の協議会が大きな成果を上げることを期待いたしますとともに、本日お集まりいただきました皆様方の今後益々のご活躍、ご健勝を祈念申し上げまして挨拶といたします。有難うございました。

### 来賓祝辞

熊本県知事 潮谷 義子

皆様おはようございます。全国各地からこのようにたくさんお集まりをいただきまして有難うございます。熊本県は緑があふれ、熊本市内100%の人々が地下水で生活を賄い、熊本県全域80%が地下水で賄われている大変水の豊かなところでございます。その一方、歴史文化が豊かに息づいてるところでございますので、勤務医の先生方はどうかお忙しい日々のいやしをこの熊本の地で少しでも得ていただけますならば幸いです。おいでくださいました皆様にまず心から歓迎を申し上げさせていただきます。

この全国医師会勤務医部会連絡協議会の歴史を伺いますと大変古く、私は驚いたところでございます。昭和56年と伺っておりますが、その間医療を取り巻く諸問題について積極的に協議、検討あるいは問題提起を行われておいでになられた組織だと伺っております。今回のメインテーマは「激動の時、新たな勤務医像を求めて」ということでございますけれども、私ども国の状況を見てまいりました時に、介護保険、医療制度、あるいは年金制度など大きな問題で、かつてない時代を経験しております。また21世紀は少子高齢の社会、かつて経験しないと、同じように申し上げてよろしいかと思っておりますけれども、この熊本県も22.8%の高齢率、全国では19%でございますので、いかに高い比率で超高齢社会の中にあるか、皆様ぜひご想像いただきたいと思っております。少子高齢化は私どもを取り巻く生活全般、とりわけ医療全般におきましてもこれまでにないかわりが求められております。

また高度情報化の問題におきましても、勤務医の皆様方にとりましても、これからは過疎地にあられまして医療をなさる方々が、情報を通しながら豊かで先進的な医療を人々のために駆使できるという時代の中にもございます。私どもは経験したことのない時代を今歩んでいます。皆様とともにこの時代に命と健康の問題を県行政の中にありましてもしっかりと考えてまいりたいと考えて



います。特に私どもは3師会、医師会の皆様たち、薬剤師会の皆様たち、歯科医師会の皆様たちこの3師会と県行政は連携深い形の中でお互いにパートナーシップを組んで熊本県は進んでいけますことをこの上ない喜びとしていただいております。時代の中に出てくる医療、保険、福祉の問題に対しまして一緒になって知恵を出し、施策を作り、そして実効性を高めていくということができまことは私にとりましても本当に有難い、この一言につきるところでございます。そういった中で24時間の小児科の医療体制は、勤務医の先生方で成り立ちます地域医療の拠点、ここをベースにいたしまして24時間、小児科の先生たちが対応に当たってくださっています。この経験を基に私も4人の女性知事一緒になりまして、国に対して小児科医の増加と診療報酬のあり方を本当に考え直すべきではないか、こういう提言もさせていただいたところでございます。また一方、今年から熊本県におきましては生活習慣病を若い時から指標を設けて取り組みたいということで、子どもドックを今年の事業の中においております。ここに置きましても医師会の先生方との連携、あるいは大学病院等々との連携、これを深くしていかなければならないと考えております。

ところで今朝、皆様方はテレビをご覧になられたと思いますけれども、あの新潟地震の中で救済されました皆川優太ちゃん、この優太ちゃんが退院する風景がテレビの中に映しだされておりました。一般的な常識を超えて92時間という閉鎖空間の中で生き続けた、その奇跡の生還ということを私どもは目の当たりにいたします時に、本当に私達の命これは人知を超えたところの中にある。この実感を深くするところがございます。その一方、今日お集まりの皆様方はまさに人知の限界とでもいうべき、その目標に向かって日々の生活の中に命と真正面から取り組みをし、人知の限りない発展と技を駆使しながら命と健康を守り続けていただく、そのお一人お一人でござ

います。おいでくださった皆様方に改めて感謝を申し上げます、この会が本当に有意義なうちに終わり、その地域、地域にお戻りになられた時にまた豊かな医療の技がその地域の中でしっかりと根付かれることを心から願いますとともに、皆様方ご自身のご健康で豊かな資性の中で今後とも歩み続けられますことを本当に願いながら、おいでくださった皆様に歓迎とそしてお祝いの言葉とさせていただきます。

本日は実り豊かな会議でありますよう心から願って私の挨拶を終わりにさせていただきます。有難うございます。

### 来賓祝辞

熊本市収入役 川上 憲 司

おはようございます。ただ今ご紹介いただきました収入役の川上でございます。

本日は幸山市長のほうにご案内をいただいておりますが、何分ちょうど今のシーズンといいますのは、公務が多々ございまして、私が市長の代理ということでお伺いした次第でございます。市長の挨拶文を預かってきておりますので代わりに読ませていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催をお喜び申し上げますとともに、本日全国各地からお集まりになりました多数の皆様方のご来熊を67万市民を代表いたしまして心からご歓迎申し上げます。また皆様方におかれましては、国民の生命と健康を守るため日夜医療の最前線で献身的な取り組みをいただいておりますことに心から敬意と感謝の意を表する次第でございます。

さて、本市におきましては市政運営の基本方針として策定いたしました町づくり戦略計画、この重点目標の一つに子どもたちが健やかに成長する町という重点目標を掲げております。母と子の健康の確保と増進等々に関する施策を推進しているところでございます。特に小児救急医療体制の充実が最も重要な課題の一つと考え、昭和58年から開業医の先生方、大学病院を中心とする勤務医の先生方との共同で365日24時間の小児救急医療体制をとっていただいているところでございます。この体制につきましては熊本方式ということで全国的にも注目されておりますが、市民にとって安心できる町づくりの大きな要素となっているものと大変感謝を申し上げるところでございます。そのようなことも含めまして本市におきまして勤務医の先生方が一堂に会され、医療のあるべき姿や臨床研修と直面する課題への対応等について協議されますことは、地域医療にとりましても誠に意義深いことと存じますし、今会議が有意義な実り多いものとなりますようご期待申し上げます次第でございます。

最後にご参加の皆様方のご健勝と全国医師会勤務医部



会連絡協議会の今後益々のご発展を祈念いたしましてお祝いの言葉といたします。平成16年11月6日、熊本市長、幸山政史、代読失礼いたしました。

# 特別講演 (1)

---

10:20~11:10

## 「今、医療に求められるもの」

講 師：日本医師会 会長 植 松 治 雄

座 長：熊本県医師会 会長 北 野 邦 俊

## ■ 特別講演(1)

座長：熊本県医師会 会長 **北 野 邦 俊**

ただ今から特別講演(1)「今、医療に求められるもの」と題しまして日本医師会長の植松先生にお願いしたいと思います。

植松先生は昭和30年に大阪大学医学部をご卒業になっておられます。そして文部教官を経まして昭和40年に開業なさっております。医師会活動といたしましては、昭和44年に大阪市医師会理事、堺市医師会長、大阪府の医師会長を平成2年からなさっておられまして、日本医師会医療政策会の委員や医療保険制度の検討会の議長をなさったり、数々の仕事をなさっております。そして平成16年に日本医師会長になられておられます。それでは植松先生よろしくお願い申し上げます。



## 今、医療に求められるもの

日本医師会 会長 **植 松 治 雄**

植松でございます。本日この機会を得まして先生方にお話を申し上げるわけですが、当初勤務医の先生方はどちらかというと学術的な面、あるいは医療機関連携の問題、そのような問題にご興味があると思いましたので、本日差し上げておりますような筋書きの話を用意させていただいております。昨晚も本日のシンポジウムの先生方、あるいは熊本県の会長さん初め、いろいろな先生方とお話をしておりますと、ご存じのように、ただ今混合診療反対ということで国民介護保険制度を守ろうという運動を展開しているわけですが、勤務医の先生方の中には混合診療いいではないかと、何故反対するんだという声も少なからずあるとも聞いておりますし、今の状況でございますのでどちらかというとこの医療改革といわれておりますものが、どういうものでどういうふうにも私どもが考えているかということをお



## ■ 特別講演(1)

話したほうがいいのではなかろうかというご示唆もいただきましたので、話をまた少々変えましてそちらのほうを重点的にと考えております。

お手元に配っていただいているようでございますが、これは2、3日前ぐらいに出ました「月刊現代」の記事でございます。お読みいただきましたら私の気持ちも少しご理解をいただけるのではと思っております。私は就任以来、新聞では反小泉というふうにはやし立てられておりまして、少々当惑しておりますけれども、決してそういうことではございません。小泉改革という中で、医療改革というものに少々異議があるという立場でございまして、むしろ対話路線でいきたいという気持ちでございますので、そのあたりもご理解を頂戴したいと思っております。

従来から私どもが日本の医療についてお話を申し上げます時に、日本の医療はもうすでにWHOが報告しておりますように健康達成度、あるいは平均寿命、健康寿命これは皆世界一でございますし、乳幼児死亡率は世界一低いという報告がされております。なお、医療費につきましては対GDP比で大体8%ぐらいということでアメリカの約半分だというふうに現実の統計から出ておりまして、日本医師会といたしましても日本は医療につきまして非常に医療費が低いレベルで、効率的に世界一いい効果を上げていると申し上げてきたわけでございます。ただ、そういいながら国民の皆様方は現在の医療について果たして満足をしていただいているだろうかということを考えてみますと、やはり決してそうではないと。この中には誤解に基づくものもあるでしょうし、従来から言われておりますマスコミによってつくられた医療不信という面もないではございませんけれども、やはり謙虚に反省し、そしてこれから行動していかなければならないということも事実でございます。とにかく国民が一番求めておりますのは、医療の安全でございますし、医療の質の確保でございます。残念なことにこの医療の安全につきましては、ほとんど毎日のごとく新聞紙上に医療事故なるものが報じられているということで、国民は医療不信といいますより、医療に対して非常になんとなく心配をしておるということは事実でございますので、とにかく一番にはそれを払拭しなければならないと思っ

ております。特にこの医療事故というものは、先端技術を用います高度な医療、特定機能病院をはじめといたしまして大きな病院というものは、医療事故が多いということにつきましては事の性質上当然という面もございまいけれども、その中身をみますと決してそのようなことではございません。高度医療に伴いましての医療事故というものよりも、うっかりしたようなミス、あるいは当然避けられるようなミス、あるいは某大学で出ましたような内視鏡手術に伴いましての医療事故、これはまさに医の倫理あるいは職業倫理ということから考えて、全くこれは許せないというような事故もあるということございまして、このへんをとにかく何とかしなければならぬということでございます。

日本医師会は従来からインフォームドコンセントを薦めたり、医の倫理、医師の職業倫理あるいは自浄作用の活性化と各方面での取り組みをしておりますし、特に医療の質ということにつきましては生涯教育というものを医師会の一番重要な施策ということで進めてきております。しかし現実は今申し上げたようなことがあるわけでございます。私も就任以来何度かそのようなことを特集で扱うテレビに、市民の方、あるいは医療事故で子どもさんを亡くされた方と一緒に出ました。その時に言われますことは、医師会が今申し上げたいろいろな倫理問題その他について検討をし、文書を作成し、あるいは冊子をつくり、会員に送付してというようなことは分かっているが、そのことを実際にどのように実行し、そしてどのような成果を上げているかということを見せてもらうまではなかなか信用ができないと言われました。これは各方面からそういう声もございまいし、要望もあるわけでございます。私といたしましてはその場で、少なくとも医師会といたしましては常にこのことを行動に移しながら少なくとも1年以内にはこれを実行できるような一つの方策というものをお示しして取り組みたいということをお願いしました。それから7カ月たっておりますので、もうあと半年以内にはそのことを実行しなければならないということで各委員会その他にもお願いをしておりますけれども、先生方にも十分にご理解をいただきながらご協力とご努力をお願い申し上げます。

医療事故というものを考えてみますと原因といたしま

しては、人に起因するもの、物に起因するもの、あるいは組織に起因するものという3つが言われておりますけれども、やはり一番大きいのは人の問題でございます。すなわち医療に従事しております医師をはじめといたします、各職種の方々の資質の向上と倫理観の確立ということなしでは行えないものでございます。物の問題ということでは、これは薬剤の包装の問題、注射の器具の問題、あるいは薬剤の問題その他いろいろな器具につきましてもこれは改良が加えられ、だんだんとよくなってきておりますけれども、これもやはり最後にはそれを持ち寄るのは人でございます。やはり人の問題になるわけでございます。組織の問題につきましては各医療機関、特に病院におきましてはこのことに対しまして委員会を立ち上げたり、あるいはいろんな職種を束ねるような方策をとっていただいておりますけれども、これも究極は医療を行います個々の人に起因するわけでございます。そういうことを考えますと、やはり人の問題というのが一番でございます。そのためにはやはり生涯教育と倫理の高揚ということが避けて通れないわけでございますし、この医療事故というものは高度化いたします医療の技術の中ではどうしても避けえないリスクというものがあるわけでございます。我々はこれを残留リスクと呼んでおりますけれども、この残留リスクというのを恐れるあまり、医療に勇気を持って立ち向かえないという状況があり、医学を医療の中にどのように展開するかという形の中での医療の進歩というものに大きなマイナスが出てくるわけでございます。この残留リスクというものについては避けえない部分が非常に大きいということで、国民の皆様方にもご理解をいただかなければならないわけでございますが、そのためには避けえるような、あるいは非常に安易な医療事故、医療ミスというものは皆無に近い状態にしなければならぬわけでございます。特にリピーターと呼ばれます医療事故を繰り返す人、この人についてどうするかというのが大きな問題でございますけれども、医療事故を起こした本人を罰するというだけでは何らの進展がないわけでございます。何故そのような事故が起こったかという原因を究明し、更には事故を起こした医療担当者、医師をどのように再教育して、いい医師に育てていくかということも重要な問題でございま

す。そういう意味では生涯教育の中に、もう一つリピーターに対しましての生涯教育というものの新たな改革論も必要ではないかと医師会は考えております。厚生労働省におきましても、医療審議会におきまして処分を受けた方についての再教育ということに取り組みましてそのカリキュラムづくりを今手がけております。日本医師会からも担当の橋本常任理事を厚生労働省の委員会に出しまして、医師会の考え方に基きましたものをつくっていただくということでございます。先程申し上げましたリピーター教育というのは行政処分を受けました医療審議会での処分医師とはまた別な意味があるということで、当面は3つの違った形での生涯教育というものを考えなければならないのではないかと考えております。このような形でやはり医療というものの安全を確保いたしますと同時に質の確保ということをしなければならないと思っております。

近頃は各方面から医師免許証の更新制度というものを求める声が出ております。やはりこれも医療の質あるいは医師の質に対しましての不信感というものに基づくものであらうと思っております。私も先程来申し上げております医師会が行う生涯教育というものを充実させる、特に医の倫理、あるいは医療そのものを大きな柱といたしまして医師として当然持つべき資質そして知識というものを基本的医療課題という位置づけをしまして、これを全会員できれば全医師に必修的に受けていただくようにしたいと思っております。専門医の問題とのかかわりにつきましてはまだ学会との詰めを十分にはしておりませんが、専門医の方針につきましてもその時に我々が行います基本的医療課題の生涯教育を修了したものが、その上に専門医としての認定を更新できるという形になったらより良いのではないかと考えております。医療が細分化し、高度化していく中で専門医と称する人々の中には基本的な医療の問題あるいは全人的な医療というものに欠けており、そして専門性だけを追求するというような方が少なからずあるように聞いておりますし、そのことが高度の医療機関でつまらないミスをおかしているということにもつながりかねないと考えておりますので、このあたりは今後の問題でございまして、詰めてまいりたいと思っております。全員がそのような生涯教育

## ■ 特別講演(1)

を受けるといふ形になれば、私どもは胸をはって医師会員の医療に対しましての取り組みと質の担保ができるわけでございます。そのことが理解できれば我々の行う生涯教育を受けたということが免許証の更新の資格になるということございまして、先生方が心配されております免許証の更新に治験があるのではないかと問題はクリアできるのではないかと思います。少なくとも私どもの頭の中には医師免許証の切替えに際しまして治験その他があるということは毛頭ないわけでございますけれども、ただ、国民の皆様方が納得できるような教育をしたということが大切でございますので、これに参加するということが皆様方にやはり求めたいものだと思っております。

過日10月6日から9日まで東京におきまして世界医師会総会を開催させていただきました。その時のテーマは「高度医療と倫理、医療とIT」をテーマにしたわけでございますが、世界各国からおいででございますので、非常に先進的な国もあれば、まだ発展途上の国もある中で、この世界大会で本当に喜んで帰っていただくためにはこのテーマだけでは不十分ではないかということで、私があえてお願い申し上げまして、本日のテーマでございます「今、医療に求められるもの」というような講演をさせていただいたわけでございます。そこで申し上げましたのは国の経済、政治状況いろいろございます。高度先進医療がどんどん進むがゆえに倫理の問題が大きく取り上げられる国もあれば、高度先進医療を行いたくても行えない国も少なからずあるわけでございますけれども、医療というものが人々を幸せにするものと考えれば、どのような経済状態であれ、政治状態であれ、それぞれのその範囲内においてできる医療というものを確実に国民あるいは住民の皆様方に提供するという気持ちを失ってはなりません。そのためには当面どこでもできる形といたしまして、日本医師会が申し上げておりますかかり付け医を中心としたプライマリーケアというものを一番の柱といたしまして、各病院というものは、その程度はいろいろございますけれども、このプライマリーケアを支えるものという位置づけに置くということで、地域で人々が安心して暮らせる社会というものを目指していくことを考えれば、これはどの国でもその程度の差はご

ざいますけれども、行えるのではないかと。そしてそれを有効にするのは医療提供体制ではなからうかと思っております。

日本におきましても病診連携、あるいは病病連携という医療機関の機能分化と連携ということが言われまして10年とはいわず、長い年月を経ておりますけれども、病診連携というものには少々の進歩もございます。各病院におきまして地域医療連絡図その他を設置いたしまして、開業医から病院へのアクセスというものが非常にスムーズにいくようになっておりますけれども、やはり病院の機能分化と連携というところは残っているのではないかと私は考えております。各病院それぞれの歴史もあり、いろんなしがらみもあるわけでございますけれども、この地域におきまして二次医療圏において包括的地域医療体制というものを完結させようということを考えますと、それぞれの病院が今のままで決しているのではないということで各病院とも自分の病院の規模あるいは機能そして2次医療圏におきましての医療資源としての必要度というものを十分にお考えいただきながら、自らが勇気を持った変革に進んでいく必要があるのではなからうかと思っておりますし、そのことが各地域におきましての医療へのアクセスをよくするものだと考えております。言うのは易しくて実行は難しゅうございまして、この面はやはり避けて通れないこれからの道でございますし、そういう状況を勘案しながら対応いたしませんと、厚生労働省は地域医療計画の見直しと医療計画を見直すと同時に医療法の改正というのを視野に入れておるようございまして、すでに準備にかかっていることでございます。今までのような形で現状を維持していこうということでは乗りきれない。この中には後程申し上げます医療費抑制と申しませうか、医療の効率化というところも大きな関係があるかと思っておりますので、このへんは特に勤務医の先生方をお願いを申し上げたい点でございます。

現在進められております医療改革でございますけれども、医療改革ということを考えますと本来は医療の質をどのように高めてそれをどのように平等に住民の皆様方に提供できるかということを考えるのが改革でございますが、今進められております改革と称するものはすべて

が財政主導でございまして医療費の抑制がないものは改革ではないという位置づけでございまして。全く視点が違うわけでございまして我々とこの内閣との議論がかみ合わないのはそこにあるわけでございまして。何故このような状況になったかということでございまして、そもそも2000年の橋本内閣で6大改革が打ち出されたわけでございまして。財政改革、経済改革、教育改革、社会保障改革等々6つの大きな改革をやるという旗印でやられたわけでございまして、その中で日の目を見たのは行政改革と社会保障改革の中にございまして医療改革と称するものの医師部分でございまして。その時に我々の分野につきましては一部負担金の2割増というものがございまして、行政改革のほうは内閣府の創設を含めました総務庁の再編というのがなされたわけでございまして。消費税がアップしましてその後そこで国民の反発を得まして橋本内閣はつぶれたということがあるわけでございまして、その中途半端の中でやられたこの2つのことにございまして。そこで考えられました内閣府といいますのは、従来から自民党内閣でございまして。政策の決定、予算の策定といいますのは、党内の各部会の中に政調会というものがございまして。我々のところでございまして厚生労働部会でございまして、そこにはその方面で非常に経験があり、知識がある議員の方々が参画しましてこれからの方針を決め、予算もそこで決めていこうということで、ここで議論がされましたものが政調会でまとめられます。総務会の議を経てそれが内閣に上がって行って予算となるということでございまして、その方策の中では非常に時間がかかるということと、もう一点言われましたのはこの時間がかかる中でやはり関係団体、医師会もそこに入っておるようでございまして、ここからの圧力が出たということで族議員というような形のものがあってよろしくないということで、これは国の一番重要な予算編成を含めましての大きなものは内閣府でやろうということになったわけでございまして。そこで内閣府に経済財政諮問会議というのがございまして、これは総理大臣が長でございまして、大臣と民間の議員ということで、4人の民間の議員が入られたわけでございまして。ご存じかと思いますが、トヨタの奥田さんと牛尾電気の牛尾さん、阪大の本間教授と東大の吉川教授、この4人の民間議員

からのいろんな提言を受けて諮問会議が最後に決定するということでございまして。ただ残念なことに我々の範囲でございまして医療問題あるいは福祉の問題につきましては、厚生労働大臣は臨時委員ということで必要な時があったら呼ぶというような立場でございまして、それでものを考えとります時に我々の関連したものを述べる議員はいないということでございまして、最近できました社会保障制度を考える懇談会の中にも我々の関係者は入らないという中で社会保障も医療もこれから根本的に考えようというこのいびつな形が日本にできたわけでございまして。その横に経済総合不正改革会議、現在は不正改革民間開放推進会議と称するものがございまして、そこで不正を外そう、官から民へという動きをやろうということが進められてきたわけでございまして、このメンバーがまた私どもにとりましては非常に具合が悪いと申しましょうか、初代の議長はセコムの飯田さんでございまして、2代目が現在もそうでございましてオリックスの宮内さんでございまして。この方々とその他の経済界の方々、そして経済学者と称するような方々がすべてこれを考えていこうということでございまして、そこで出されてまいりましたのが医療の改革ということです。ご存じのように株式会社の医療への参入の問題、混合診療の問題、そして外国からの看護師採用の問題、あるいはコンビニでの薬剤の販売の問題等々が出てきたわけでございまして。この根本に流れておりますのは、新自由主義という努力した人が報われる、それ相当に報われる社会がいいんだということでございまして、世の中を動かす経済を中心とした動きというものは市場経済というもので動かすのが一番効果があつていいと、ただし今見ると医療というものは市場経済の原理が働いていません。だから日本の医療は効率が悪いし、そして進歩もないというのが彼らの言い方でございまして。

市場経済原理といいますのは、市場でございまして売り手と買い手があるということでありまして、市場の経済という原理で動かしてもすべてがうまくいくわけではございませぬ。これは失敗というものが必ず起こると経済学でいわれておりますが、この失敗というのは何かというと、売り手の失敗と買い手の失敗でございまして。売り手の失敗というのはいわゆるメーカーでございまして

## ■ 特別講演(1)

たら品物が悪いとか、あるいはアフターサービスが悪いとか、値段が高いとかいうもので、条件が悪い時には品物が売れないわけでございます。買い手の失敗というのは何かといいますとお金がないから買えないということでございますが、例えばテレビを買いたい人がいて、液晶テレビを買いたいと思ったが、これが60万円した。財布を見ると5万円しかない。60万円のテレビが買えなくても5万円のテレビを買うことができる。これは5万円のテレビを買うとテレビを見るということではできるわけですので、買い手といたしまして少々の失敗はございますけれども、これは全くの失敗ではございません。医療の場合でございますと医療の売り手は医療機関でございますから、これも医療の技術が悪い、サービスが悪い、いろんなことがございますけれども、これが悪いと医療機関はいわゆるはやらない状態になるわけでございます。買い手は患者さんでございます。患者さんが負けるということはお金がないわけでございます。例えば心筋梗塞になった。100万円かかるといたしまして財布を見ると5万円しかなかった。さっきと同じように100万円のバイパスはできないけれども、5万円の薬で治るかということになると治らないわけでございます。ということは医療におきましては買い手の失敗というのは命をおとすか、健康に被害を起すわけでございますので、これは買い手の失敗を起してはならないのが医療の世界でございます。そういうことで市場経済というものは医療にあてはまらないということを私どもは申し上げておりますし、そういうことを防ぐためにできておりますのが、医療保険制度でございます。特に日本の医療保険制度というのは戦後充実してまいりました。社会保障の一番の柱と位置づけられるのは、医療でございます。命の問題を中心にしていうことは当然でございますが、この医療保険というものが先程申し上げました買い手である患者さんに負けをつくらないという方策でございますので、どう考えましてもこれは我々が守らなければならない問題だと思っております。

一方で、先程申し上げましたような政界、学会その他のメンバー、いわゆる経済界というものはどう考えているかといいますと、医療というものはこの経済の動向にかかわらず今後とも常に確実に成長する産業であるとい

う位置づけをしております。それゆえにこの医療というものを介しまして経済の回復と安定、発展、そして雇用の促進をしていきたいというのがそのねらいでございます。日本の医療費は今30兆円余りございますが、倍ぐらいにしてアメリカと同じレベルで当然だという話もございます。これはやはりアメリカのほうからの医療への参入、あるいは薬剤の問題、いろいろありながらの割り当てでございますが、日本の中でもそのようにこれから医療という成長部門を十分に伸ばしたいということを考えております。伸ばしたいのは医療費の中で何かと言いますと医療保険以外の分野であります。現在の医療保険制度の中でこの医療の汎用というものを少々広げましたところでこれは産業界に流れる金はないわけでございます。医療保険外に医療をどのようにしていくかということによって産業界に苦勞が出てくるということでございます。そこが一番のねらいでございます。そこで出てまいりました考え方がいわゆる株式会社の医療への参入であり、そして混合診療の問題でございます。混合診療はご存じのように医療保険の他に自由診療という形で医療のある部分は乗せていこうということでございます。この乗せた部分というのは医療保険とは全く関係がございません。今言われておりますように、もし30兆円、当面5兆円でも医療費は伸びるといたしますと、これが混合診療の部分ということになりますれば、患者さんが自分の懐からそれだけのお金を余分に出さなければならないわけでございます。この部分はおそらくは先端医療その他高度の医療の部分、今医療に入っていないところがおそらくそこに出てくるだろうと思います。そういたしますとその医療費は混合診療の部分でその技術だけあるいは薬だけということで、自費であるといたしましても数百万円ということは当然考えられるわけでございます。数百万円のお金を病気になった時にすぐ払える方というのはめったにいないわけでございます。そういたしますとこれをなんとか掲示するものということを考えますと、現在売られております民間の医療保険と称するものがございます。今謳われております医療保険といえますのは、医療本体は公的保険にまかせながら病気になった時の生活の保障、あるいは所得の保障ということでの金銭での補償をするだけのものがございます。これが大きくなっ

てまいりますと当然皆さん方は民間の医療保険に入り、また高くなりますとこの医療保険の額を増やして自らの危険に備えなければならないということになるわけでございます。そういたしますとこの私的な医療保険の範囲というものはどんどん増えてくるということでございます。5兆円伸びればおそらくそれを防ぐためにそれに相当したような私的医療保険の売上が伸びるであろうと思います。このことが一番のねらいでございますし、特にこの日本で起こっている非常におかしな現象というのは宮内さんをはじめとしまして、そこで指導的な立場をとっておられて改革ということで混合診療を進めようという方々はほとんどが医療に関係し、特に医療保険を扱っている業者だということでございます。そのことを考えると自分たちで苦勞が起るような改革のルートをつくりながら、その川下で自分たちの仕事あるいは収入が増えるような網を張っているということでございまして、私に言わせましたらモラルハザードも甚だしいと思っておりますし、このことはマスコミの皆様方にお話をいたしましても十分に理解がされておるようでございますが、あまりそのことはどこにも出てこないという不思議さがあるわけでございます。そういうことを考えますと混合診療というものが出てきた根底はそこにあると思われまます。特に混合診療の話が出てきましたから財務省の方針といたしましては新聞にも出ておりますように、公的医療費の守備範囲を見直すと言っておりますが、見直すということは小さくするというでございまして、今後とも増やさないということでございます。特に今明らかと言われておりますのはいわゆる景気・医療これは免責といましようか、足きりというか、医療保険の給付をしないということを財務省は考えておりますし、新聞にも出ているようなことでございます。すなわち金額はいくらか分かりませんが、おそらくは1カ月1,000点ぐらいの医療は保険給付をしないということになれば、今医療機関を受診しておられる患者さん方の80%ぐらいはこの中に入るのではなかろうかと思っております。もしそういうことになれば年金以上に大きな問題が出てくるだろうと思われまます。ただ日本の国におきましては国民皆保険制度というのが昭和36年から今まで営々と努力を続けながら、少なくとも充実の道をたどってまいりま

したので、国民の皆さん方にとりましては空気か水のよう存在しております。この皆保険制度がよもやつぶれることはないだろうと思っておりますので、国民の関心はこの医療改革に向いていないということは事実でございますが、そのこと自身は国民を責めるのではなく、むしろそのような状態まで定着した皆保険制度というものの重要性を認識すると同時に我々がこの現実を知り、そして毎日それにあたっております医師といたしましては絶対に皆保険制度を守らなければ国民に対して申し開きがたたないと思うわけでございます。

混合診療につきましては今医療保険で認められている他のものができる。例えば抗がん剤は今認められていないものを使うことができる、あるいは今認められていない手術がやれるということを経験して、勤務医の先生方の中には自分もやってみたいし、そんなことを患者さんにしてあげたいという気持ちもあって混合診療もいいのではないかとこの気持ちがあるのも十分に分かります。しかし、このことにつきましては、薬剤の問題につきましては現在認められていないということについてこれをどうするかということになりますと1カ月、2カ月というわけにはいきませんが、薬事承認を早くし、それをEBMが相当数出たところではこれを医療保険に導入する方策を考えるべきであって、そのことができれば今のような不自由は短期間のうちに改善されます。特に現在、医事主導の治験というのでも進められております。治験は混合診療ではなく特定療養という認めがあるわけでございますので、先生方が必要と思われるそのような抗がん剤の問題につきましてもこれは治験という道もあるということもご認識いただきたいと思ひます。また、今の製薬メーカー主導の治験というものは治験が終わって売り出した時に収入が多い、よく儲かるという薬については治験の申請がございませうけれども、重要であっても今後あまり伸びない、あるいは収入が得られないというものについては治験の要請がないわけでございます。私どもが医事主導の治験、そして医師会がお世話しておりますこの治験を進めるというのは、患者さんの立場にたつて必要なものは治験に取り入れようということでございませうので、このこともご勘案をいただきながら今後ともそういう方策も考えていただきたいと思ひます。

## ■ 特別講演(1)

また医療の手術、技術というものにつきましては現在もごいます特定療養費制度という中で、ここでそこに取り入れていく。そして一定の成果というものが認められた場合おそらく1年か2年でございましょうけれども、これが医療保険に取り入れられるべきでございます。

混合診療と特定療養費制度の違いといいますのは、混合診療というのは医療保険の外でございますので、一たんそこで入れられましたものは医療保険のなかには入らないわけでございます。特定療養費制度というのはその部分は保険外で自費でお払いをいただくわけでございしますが、これは一定の成果が上がった時、効果が認められた時には医療保険に取り入れられるというルールのもとにあるわけでございますので、同じように見えますもこれは健康保険の制度内ということでありますので全く違うわけでございます。例えば今言われておりますように腫瘍マーカーが月に1回しかできないのを2回やったら、2回目は混合診療でという話もあるわけでございしますが、これなんか全く話の外でございまして、そんなものは診療と審査の段階でもあるいはルールブックの中でも当然に対応できる問題でございますので、そんなものために混合診療を入れてはならないと思うわけでございます。その端的な心配を表しておりますのが、株式会社の医療機関の経営の問題でございます。これもいろいろ問題がございましたけれども、株式会社の医療への参入というのが認められまして10月1日から法律が施行されて実行するようになったわけでございしますが、高度な医療で自由診療という形でございましたので今のところどなたも申し込みがないということでございます。株式会社の医療への参入というものは認められたけれども、高度で自由診療というこのハードルが高すぎるのでこれは1年間も参入するものがないとすればこれは見直さなければならぬでしょうし、やはり医療保険を扱わせなければならぬというような話もう出ているわけでございします。私はこれが通りました時に、もうこれで土手に針の穴が開いたと申し上げましたけれども、今これからはそういうことになるか、ならないかのせめぎ合いというのはこれから続くわけでございします。混合診療も同じことで先生方がこれぐらいということで1つだけ、2つだけ混合診療ということを入れますと、これもあれもと

いうことで必ず拡大をするわけでございします。そしてそれが拡大することによりまして先程申し上げましたように医療保険というものの守備範囲がだんだん小さくなっていくということでございます。お金がある人だけが受けられる医療、貧しい人はその医療がありながら受けられない。このような差別というものが出てくるのが非常に心配されるところでございします。そういうことをお考えいただきますと、病院の経営者といたしましても現在の医療保険制度の中で非常に経営が苦しいということも十分にございしますし、お勤めの先生方にはもっと自由度のある医療をしたいというお気持ちもあることも十分に分かっておりますけれども、この流れが今後どのようにいくかということにつきましては十分にご検討いただいて、医療保険制度を国民のために守るという立場をおとりいただきたいと思うわけでございします。

簡単な話でございしますけれども、我々は現に医療費の財源が増えるというものを提案しているこの混合診療に反対しておりますのは実はこうです。医療国民社会保険制度がつぶれるということを心配して我々は得になることも捨てているというお話もしておるわけですが、このへんも十分にご理解をいただきながら国民の皆様方にも聞かれました時にはお願いを申し上げたいということでございます。もう一つは混合診療というものになりました時に、薬剤その他でも安全性の保障が国としてしにくいという面もございします。国が認めましたものでもイレッサのようなことが起こるわけでございします。これがアメリカでいいから、症例があったからというだけでこれを入れるということにつきましてのこの医療への信頼と安全性というものにつきましての理念もあるということでございますので、先生方が新しい薬を使いたいという気持ちは十分に分かりますけれども、安全ということが一番と最初に申し上げました話にも戻りまして、このあたりも少々時間のかかることではございしますけれどもご辛抱いただきたいと思ひますし、我々医師会といたしましてはそのことが早期に医療保険に適用されるような努力はさせていただきたいと思っております。

私どもは医療保険という制度は医療の進歩を下支えしているというようにも申し上げているわけでございします。内視鏡の手術でございしますけれども、これがやられるよ

うになりました最初は胆石の手術でございますが、その当時医療保険に入っていなかったために、大学病院をはじめといたしまして多くの病院でペナルティを科せられたことはご存じのとおりでございます。その後いろいろな努力の結果、比較的早期に医療保険に導入されたわけでございます。そしてその後の発展を見ますと、胆石の手術から始まりましたこの内視鏡の手術というのは各科の領域に非常に広い広がりを見せると同時に、確実性も増してきたわけでございます。医療保険に入れられたということで負担が軽く誰でも受けられる状態になったためにこの内視鏡の手術というものが多く使われるようになり、そして進歩し、器材も進歩したということでございます。もしあの時に医療保険に内視鏡手術が入らなかったということで各種の手術、内視鏡の手術が未だに保険外にあったとすれば今のような状態は決してなかったんじゃないかろうかと思っております。医療保険というもので負担が軽く多くの人々にその技術が提供できるということは医療そのものを進歩させるということもございますので、そういう意味から言いましても混合診療に置くのではなく、適切なものは医療保険に入れる努力をするということでご理解を賜りたいと思っております。ただこの運動は今まで医師会指導でいろいろな憲法闘争と称するものをしてきましたけれども、今の世の中の状態を見ますと医師会が混合診療反対その他を唱えました時に、おそらく抵抗勢力ということではっきりと切り捨てられるのではなかろうかと思っております。そういうことで日本医師会におきましても、今では35団体入っていただいております国民医療推進協議会を組織いたしまして各都道府県郡市区にもお願いいたしまして住民とともに組織をつくっていただいて、その声として国民の声として混合診療を阻止して皆保険制度を守るという運動をお願いしたのはそこでございます。そういうことを考えてやっていきます時に多くの国民と一緒に行動し、歯科もお願いしております署名というものが非常に多く集まれば、内閣といたしましても国民を抵抗勢力というわけにはいきまいと思えます。国民が抵抗勢力ということは自分が国民からの抵抗勢力になるわけでございますので、このあたりで今度の運動はぜひ成果を上げたいと思っておりますし、今回このような推進会をつくりました意

図はこれからもずっと長年にわたりまして憲法と医療に関するものを、各市民団体をはじめといたしまして医療関係団体も含めて一緒に考えて一緒に行動し、いい体制・制度を日本につくっていききたいという気持ちでございますので、これは今回1回限りのものではないというご理解で今後ともその輪を広げていただきますようお願い申し上げます。

本日はここ勤務医部会という中ですぐわなないお話を長くさせていただいたわけでございますけれども、この今の情勢と私どもが考え、これからやろうと思っておりますことについてご理解を得たいという一心でございますので、お許しをいただきたいと思っておりますと同時に、勤務医の先生方にもそれぞれの専門分野でのお仕事というのは当然でございますけれども、医師会という大きな集団の力というもので国民医療を守るということにもお力をいただきたいと思うわけでございます。

今後とも日本医師会に対しまして適切なるご指導とご助言、またご協力をお願い申し上げます。どうも有難うございました。

# 日本医師会勤務医委員会報告

---

11:20~11:45

報告：日本医師会勤務医委員会 委員長 池田俊彦

## 日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会 委員長 池田俊彦

今年もこういう形で報告をさせていただきますことを  
大変感謝いたします。  
〔スライド1〕

勤務医委員会委員		(平成16年10月1日現在、50音順)
		(◎委員長 ○副委員長)
◎池田 俊彦	福岡市民病院名誉院長	福岡県医師会副会長
○渡辺 憲	渡辺病院長	鳥取県医師会常任理事
※阿部 昌洋	新潟県立吉田病院長	新潟県医師会理事
※今山 裕康	宜野湾記念病院理事長	沖縄県医師会理事
岩平 佳子	フレスタージャリクリニック院長	静岡県医師会理事
※武井 秀憲	三島社会保険病院副院長	静岡県医師会理事
※千野 直一	慶應義塾大学リハビリテーション医学教室名誉教授	東京都医師会理事
※東 義人	武田総合病院副院長	京都府医師会理事
樋口 紘	岩手県立中央病院長	岩手県医師会常任理事
藤田敬之助	大阪市立総合医療センター小児内科部長	大阪府医師会理事
※三浦 修	防府消化器病センター防府胃腸病院長	山口県医師会専務理事
※柳内 統	旭川赤十字病院耳鼻咽喉科第一部長	北海道医師会常任理事
※今期からの新委員		担当役員 三上常任理事



〔スライド1〕ここに掲げておりますのは新しい委員会のメンバーでございます。12人のメンバーのうち7人が変わりまして大変フレッシュアップしておるといってでございます。また新しい価値観、新しい意見で委員会が盛り上がることだと思っております。今期の日医の担当役員は三上常任理事でございますけれども、今までと違っておところは、担当副会長の寺岡副会長が必ず終始委員会にご出席されておるところでございます。聞きおよびますと委員の副担当常任理事の青木先生も委員会のご都合がつけば今後はご出席いただくと聞いておりますので、また賑やかな委員会になろうかと思っております。

〔スライド2〕

### 日本医師会勤務医委員会の役割

1. 会長諮問事項についての討議と答申書の作成
2. 日医ニュース「勤務医のページ」の企画編集
3. 全国勤務医部会連絡協議会への意見答申
4. 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画・立案
5. その他の問題の討議
6. 勤務医アンケート調査
7. 勤務医座談会の実施
8. その他

〔スライド2〕日医の勤務医委員会としてはこんなことをやっております。この一番目の会長諮問事項についての討議と答申書の作成ということがメインでございますけれども、あとは実務的な所用とかたくさんございましてので委員会は大変充実しております。

〔スライド3〕

### 諮問

### 「医療環境変革期における勤務医の役割」

〔スライド3〕今期の会長諮問は「医療環境変革期における勤務医の役割」ということでございます。この諮問をどう受け止めてどういうふう議論をしてどういうふう答申書を書くかはこれからの問題でございますけれども、私としては個人的な部分でございますが、この医療環境の非常に厳しい変革期において勤務医がどのよう

## ■ 日本医師会勤務医委員会

な役割を果たせば、あるいはどのように役割を演じていけば日本の医療がよくなるのか、医療制度が改革できるのか、いい医療改革ができるのかというようなことを考えながらこの諮問を考えていきたいと思っております。  
〔スライド4〕

全医師数	262, 687人	
日本医師会会員数	160, 331人	
うち勤務医会員数	74, 991人	46.8% (46.7%)
都道府県医師会会員数	174, 701人	
うち勤務医会員数	87, 588人	50.1% (50.1%)

( )は2003年

(スライド4) 全国で医師の数が26万ということでございますが、日本医師会の会員数は16万でございます。そのうち勤務医数が7万4,000でございます、46.8%の勤務医の比率でございます。これは前年度に比べまして0.1%増えておるといことです。都道府県の単位で見ますと17万人中8万7,000人が勤務医の会員で50.1%と、こちらはもう50%を超えておるといことが勤務医の状況でございます。

〔スライド5〕

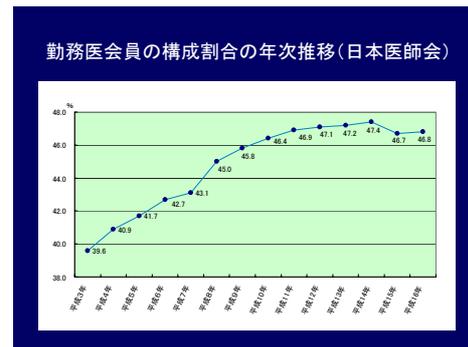
日本医師会会員数の増加	2, 080人 (1, 298人)	1. 3% (0. 8%)
うち勤務医会員数の増加	1, 139人 (-532人)	1. 5% (-0. 7%)

( )は2002→2003

(スライド5) 日本医師会の会員数は2,080人増えております。これは前年度に比べて1.3%増えておるといことでございますが、勤務医の会員数で見ますと1,139人増えておるといことになります。括弧内は前年度のことでございますので前年度に比べますと非常に増えておるといことになります。増えておる大部分は勤務医だといことになるとい

す。勤務医は昨年度がマイナスだったのですが、公的病院の勤務医の会費を病院が払うことが必ずしも望ましくないという意見がありまして、そのことが関与してマイナスになっていると思っております。

〔スライド6〕



(スライド6) これは勤務医会員の構成割合、日医の中の構成割合のものですが、このような数字でございます。50%に到達しないといところが現状でございます。  
〔スライド7〕

	総数	勤務医	%
日本医師会代議員数	342人	21人	6. 1%(5. 6)
都道府県医師会			
役員数	1, 081人	179人	16. 6%(15. 7)
代議員数	3, 718人	549人	14. 8%(14. 7)
委員数	13, 732人	3, 922人	28. 6%(27. 6)

( )は2003年

(スライド7) 勤務医の医師会活動の参加をどういふうにしておるといことですが、日本医師会の代議員として活躍している人は21人、6.1%といことになります。これをもって必ずしも医師会が勤務医に十分な役割を果たさせないといことではなく、勤務医の裏側にもそれなりの事情があるものだと思っております。都道府県の医師会の役員数、代議員数、委員数は例年とあまり変わらなくて大体15%前後が役員の数でございます、委員会の委員数としては27.8%といことので前年とあまり変わっていないと思っております。

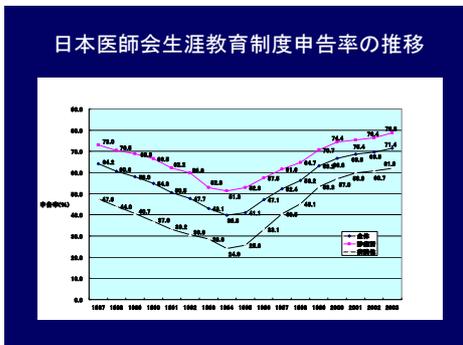
[スライド8]

**日本医師会勤務医代議員数の推移**

年度	代議員総数	勤務医数	構成割合(%)
1992	276	12	4.4
1993	276	13	4.7
1994	293	17	5.8
1995	293	15	5.1
1996	301	14	4.7
1997	301	16	5.3
1998	315	23	7.3
1999	315	20	6.3
2000	328	24	7.3
2001	328	21	6.4
2002	338	15	4.4

(スライド8) これは1992年からの日医の代議員の数を年度別に並べたものでございます。一時7点何パーセントというところまでいったんでございますけれども、またそれから少しずつ減ってきてまた6.1と少し盛り返したということでございます。340人中の代議員のうち21人、なかなか大きな数にならないというところが少し心配なところでもありますし、残念なところでもあると思います。

[スライド9]



(スライド9) これは日本医師会の生涯教育の制度の申告率の推移でございますが、全体としてだんだん伸びてきたということでございます。一番上の赤い線がA会員の数で診療所の先生の数でございます。真ん中が平均で、一番下のカーブが病院の先生ということになりますので勤務医と置きかえてもいいと思いますが、どうしてもこの10%ぐらいの差が埋まらないということでございます。

(スライド10) 非常に高い申告率の県と低いところと前後とりますと、2000年から2003年にかけて高いところは85%前後で今年も85.6%ですからあまり変わっていないということでございますが、低いところが29%から47%

[スライド10]

**勤務医の生涯教育申告率  
都道府県別分布**

	低いところ	高いところ	平均
2000年	29.4%	85.4%	57.0%
2001年	35.9%	86.6%	59.9%
2002年	39.2%	85.1%	60.7%
2003年	41.7%	85.6%	61.9%

と年々増えておることは喜ばしいことだと思います。この低いところももう少し上がりますと全体を押し上げますので平均も上がってくると思います。勤務医の方には日本医師会の生涯教育制度のことについて疑問があったり、不満があったりということもいろいろございますけれども、医師会という組織が決めたことでございます。決めたことは皆で守っていくということは筋ではないかと思っておりますのでたくさんのご申告をいただきたいと思っております。地元でいいますと普通の病院に勤めてる方はかなりの申告がありますけれども、大学病院の先生のご申告が非常に少ないと私は認識しております。よその地域では違うかもしれませんが、そういうところにも少し焦点をあててこのことにも少し取り組んでみたいとも思っております。

[スライド11]

**都道府県医師会の勤務医部会設立状況  
(2004. 8. 1)**

設立済み	28	(26)
設立予定	0	(1)
設立予定無し	19	(20)
		( )は2003年

(スライド11) 勤務医部会がどうなっているかということでございますが、昨年来、岡山県が復活したことと千葉県が増えたことで2つ増えております。設立予定が1つありましたが、設立されましたので今のところ予定のないところが19残っておるということでございます。

# ■ 日本医師会勤務医委員会

[スライド12]

大学医師会の設置状況 (2004. 8. 1)		
設置都道府県数	35	(35)
大学医師会数	59	(59) (80大学中)
( )は2003年		

(スライド12) 大学医師会については変わりはありません。

[スライド13]

委員会での話題	
第1回目	フリートーキング
第2回目	
第3回目	話題設定
	1. ITと医療
	2. 混合診療

(スライド13) 今まで3回委員会を開催しましたが、そのうち2回は全く自由にお話をさせていただきました。3回目は少し話題を決めて「ITと医療」、「混合診療」ということでお話を進めました。

[スライド14]

1. 医師会費問題
・日医会費だけの問題ではない
・地域医師会の会費格差が縮小
・研修医の会費問題も重要

(スライド14) これが話題になってこういう結論になったということではございません。これは生の声なので、委員会で受け止められたということではございません。

会費の問題は日医だけの問題ではなく、都道府県医師会、地域の郡市区医師会の問題でもあるのでなかなか難しいということでございます。何年か前に日本医師会で調査をしまして、その結果を皆さん方にお示したことがございます。その評価で、日医が言うことはできませんが、資料がくるとそれぞれが考えるからということもあって、会費の格差が少し縮小したところもあるようだというご意見もございます。それから、新しく新臨床研修の研修医の会費問題ということも今浮上しておりますので、その件についても少し議論を深めたいということでお話をしました。

[スライド15]

2. 医師の偏在について
・東北では大学からの医師引き揚げはなかった
・過疎地の医療は日医が解決すべきである (ならば勤務医委員会が正面から取り組むべき)
・医療は人口が少なくても必要
・女性医師問題は深刻な問題
・高齢医師の労働力の問題もある
・拠点病院化の動き

(スライド15) 医師の偏在についてのお話ございましたが、その新臨床研修制度に絡んで大学からは多く医師の引き揚げということが話題になりましたけれども、東北では医師の引き揚げは起こらなかった、引き揚げはなかったということです。引き揚げをするほど元々医者がいなかったというような表現でございます。過疎地の医療は日医が解決すべきであろうと、そうであれば日本医師会勤務医委員会が正面から取り組むべきではないかというようなご意見がございました。医療は人口が少なくても必要であると、10万人当たりの人口何人とか、1,000人あたりの医師数が何人とかということが言われますが、「350人しか人口がいなくてもそれなりに医師は必要です」「婦人科医も小児科医もみんな必要です」というご意見がございました。女性医師の問題も出ました。それから高齢医師の労働力の問題もあって全体としての数だけの問題ではない、偏在だけの問題ではなくて全体の医師数の問題もあるのではないかとということでございます。それから東北地方のほうだと思いますが、特に少ない小児

科医や婦人科医は幾つかの病院のところから全部医者を集めて、或る病院にだけ特化して病院を拠点病院化するという動きもあるようですが、これについては拠点病院化されないと、引き揚げられるところが反対をしているということなので、こういう問題については行政とあるいは政治と医師会とが十分に話し合いながらやる必要があるということでございます。

[スライド16]

### 3. 医師会入会のインセンティブ

- ・新医師臨床研修制度発足は医師会に勤務医を集めるよいチャンス
- ・日医生涯教育による評価が見えない
- ・日医医賠償保険のメリットを勤務医は知らない
- ・勤務医は日常診療に手一杯で地域のことに関われない

(スライド16) 何らかの形でやっぱり医師会に入ろうという動機と申しますか、そういうことがなければということでございます。私はひたすら医師会活動をするために、いい医療制度をつくるために、医師会に入ってくるということが元々の筋ではないかと、医師会に何かメリットを求めてくるのではなくて医師会のためにどう自分が働けるかということだと思っておりますが、必ずしも私の私見が皆さんの意見を代表してはいないような感じがいたします。賠償責任の件やいろいろあるんですけども、そういうことすら勤務医はあまりよく知らないということもありますので、医師会のことをもう少し勤務医に知らせるという努力を怠ってはならないと思えます。それから勤務医はまずは日常診療でいっぱい医師会のことまで及ばないということも実情のようでございます。

(スライド17) 病診連携についてでございますが、これは新しい試みとして診療科を超えて行っておるということでございます。例えば腎臓結石の採術をやったあと、その患者さんを地域に返す時に地域の泌尿器科だけに返すのではなくて内科の先生やその他いろんな診療科の方に返す、という試みをしているというご意見でございました。それから病院で治療した患者さんを地域に返す、あるいは専門医が取り扱った患者さんをまた係りつけに

[スライド17]

### 4. 病診連携について

- ・新しい試み
- ・患者の視点はどうか。満足度は。
- ・逆紹介の認識
- ・役割分担が重要

返すという視点での病診連携は最もいい形でございますが、「患者の視点が欠けておるのではないか」、「返す病院も受け取る診療所も全くだけど、患者は納得していないのではないか」というようなご意見がありました。患者の視点に立った病診連携とか、患者の満足の得られる病診連携ということもこれから視野に入れなければならないのではないかというご意見でございます。それから逆紹介の認識というのが、病院に送られた患者さんが診療所に帰ればいいということの逆紹介と、送った先生のところに戻ってくるという逆紹介という、そういう意味もありまして少し認識が違うのかなということでございます。これは私の意見でございますが、役割分担が重要ということでございます。フリーアクセスということもありましようけれども、できるだけやっぱり役割分担に基づいて医療連携が行なわれるという社会がくるべきではないかと思っております。

[スライド18]

### 5. ITと医療

- ・電子カルテ
- ・オーダリング
- ・医療連携(遠隔医療)

(スライド18) ITと医療ということについては、主に電子カルテの話とオーダリングの話と医療連携の中での遠隔医療の問題が出ました。電子カルテについては、カ

ルテが十分に書かれてないところがあるようなお話と、それがメーカーごとによるのでうまくいけばいろいろなことが書けるということ、それから電子カルテの元々の仕組みが病院によって違うということ、なかなか連携が密にいかないということ、今のところでは画像を送ると画像の画質が劣化してなかなか読みにくいというようなことも話の中で出ました。

[スライド19]

### 6. 混合診療について

- ・混合診療が必要と思う場面は多い
- ・トータルとしては混合診療の解禁には反対
- ・混合診療反対の運動をA①会員にだけ指示したのは不本意

(スライド19) 混合診療については各委員からそれぞれ意見をいただきました。結論だけ申し上げますと「混合診療があればいい」という場面は多いということです。それぞれ皆さん方がお考えになっているようでございますけれども、ここに置かれているのは植松先生がご心配なさっているような認識の低い人ばかりじゃなく、多分にたくさんの情報を得ておる人でございますので、混合診療が必要な場面もあるけれどもトータルとして見ると混合診療の解禁には絶対反対である、というようなことが結論でございます。1人ご意見の中に混合診療反対の運動A1会員にだけ支持したのは不本意だということもございましたので、追加して申し上げておきたいと思えます。

(スライド20) これは去年も出した話で、東大の人の言ったことです。「上医は国を医し、中医は人を医し、下医は病を医す」ということですが、病気や病理像だけに向き合っているだけではなかなかいい医療をするということが十分にはできない時代を今生きております。今こそこの国を医すことが必要ではないかと思えますが、なかなか国が十分に機能していないということでございますので、いい医療をするためには、まずはこの国からやっつけなきゃならないと思えます。植松先生の提唱しており

[スライド20]

上医は国を医し

中医は人を医し

下医は病を医す

ます公務員と手を携えてということでこの事件を乗り切っていただきたいと思いますが、今日は特に勤務医の集まりでございますので、日頃は無関心でございますが、なんとかノンポリから脱して、医師会が今進めております医療改革を正しい方向に向けるということでの議論に十分に参画していただきましてこの評価を上げていただきたいと思っております。以上で終わります。有難うございました。

# 次期担当県挨拶

---

11:45~11:50

挨拶：香川県医師会 会長 森 下 立 昭

### 次期担当県挨拶

香川県医師会 会長 **森 下 立 昭**



ただ今紹介をいただきました香川県医師会の森下でございます。来年は頑張ってやりたいと考えております。本日の協議会が非常に盛大に行なわれまして、この会の計画から運営にいたるまで非常に努力されました熊本県医師会役職員の皆様方に敬意を表する次第でございます。

ところで、来年は香川県で全国勤務医連絡協議会をするにあたりまして一言ご挨拶を申し上げたいと思います。現在、県の医師会で勤務医会を中心として準備をしております。開催期日は日本医師会と協議した結果、平成17年10月22日土曜日、会場は香川国際会議場を用意しております。メインテーマはそれぞれの立場で夢を持って働いている多くの勤務医への応援のような意味で「アンビシャス勤務医」といたしました。シンポジウムは「地域医療の未来と勤務医」とし、存立基盤の異なる幾つかの公的病院の現況報告とともに異なった病院環境で働く勤務医の実情を紹介し、香川における医療の現況を報告する予定です。

さて、協議会の会議場に予定しております香川国際会議場はJR高松駅前に本年春にオープンしたばかりでビジネス、商業、文化、情報、コンベンションなど多彩な都市機能を内包し、四国一の高さを誇る香川シンボルタ

ワーの中にあります。このプログラムの裏側に写真があります。港の夜景ですが、この中でひとときわ高いビルがあります。この5階に国際会議場がございます。飛行機で来られると30分ばかりかかりますが、JRで来られますと1分で会場までまいります。高松の美しい夜景、瀬戸内海の風景を楽しんでいただきたいと思います。これらはひとときわ明るい都市的なイメージを発信するに一役かかっておるかと思っております。ぜひとも来年度は香川までお足をお運びいただきまして、この素晴らしい景観を楽しんでいただきたいと思います。

最後に来年の協議会は日本医師会のご指導と熊本県医師会のご助言を受けまして盛大な会にしたいと思っておりますので、皆様方そろっての御来県を心からお待ち申し上げます。次年度の担当県の挨拶とさせていただきます。どうも有難うございました。

# 調査報告

---

13:00~13:20

## 熊本県勤務医アンケート調査報告

報告：熊本県医師会 理事 坂本 不出夫

### 熊本県勤務医アンケート調査報告

熊本県医師会 理事 坂本 不出夫

それでは熊本県の勤務医の現況調査結果についてご報告いたします。

まず熊本県の概況でございますが、熊本県は「火の国」とも呼ばれ、九州の中央に位置し、人口は平成15年10月1日現在で約185万人、そのうち65歳以上の高齢者は22.8%で、県民4.4人に1人が65歳以上という人口比率となっております。熊本県内には15の郡市医師会と、熊本大学医師会とがあり、平成16年10月1日現在、全会員数は2,877名となっております。

平成16年3月末の時点で県内の勤務医の現況を把握し、医師会の事業、施策に繁栄させることを目的としてアンケートを配布し、病院長や事務長に回収をお願いいたしました。結果は県内215病院の常勤医師2,348名のうち1,422名から回答があり、回収率は60.6%で男性1,150名49%、女性180名7.7%、無効回答92名3.9%でありました。

それでは「勤務医現況調査報告書」をご覧ください。年齢構成は30代、40代で58.7%を占め、50代から70代以上が30.9%と他県と比較しましてやや高齢となっております。

2ページから5ページをご覧ください。熊本県では大学病院に勤務する医師の割合が少なく、私的病院そして国公立、公的病院に勤務している医師、また10年以上勤務している医師が多いことが分かります。役職は研修医、医員が多く、ついで部、科、主任以上となっております。

次に8ページから11ページをご覧ください。週休ですが、4週8休の勤務制度をとっている施設が7割を占めております。過去5年と比較しても顕著に休日が増えております。しかし実際に4週8休を実行している施設は3割と半分以下になっており、実働勤務時間が48時間以上の男性医師51%、女性医師46%と勤務制度と実働勤務時間がかけ離れていることが分かります。

次に、18ページから20ページをご覧ください。医師会への入会率が45.6%であり、他県と比較しても少ないことが分かります。開設主体別では私的医療機関に勤務し



ている医師の入会率が高く、公的病院、大学病院の勤務医師の入会率が低くなっており、このことは全国と同じ傾向であります。入会しない理由として「メリットがない」という意見が40%あり、また医師会への意見でも勤務医が「医師会に入るメリットが分からない」、「もっとPRしてほしい」という内容が多数見られました。以前から指摘されていることですが、医師会としましても医師会の存在そして使命を理解してもらい、一緒に活動していけるような積極的な努力と具体策を示していく必要があると考えます。

次に24ページをご覧ください。将来の開業の予定として54.7%の勤務医が開業の意思なしと回答しました。このことは現在の社会経済情勢に関連する医療制度激動の時代を反映していることが伺えるのではないのでしょうか。

次に27ページをご覧ください。「定年まで働きますか」との間であります、「はい」の回答は20.5%しかありません。特に大学病院、国公立、公的病院に勤める医師の比率が非常に低い反面、「分からない」と答えた医師を含めると私的病院を含めた比率とほとんど変わりありません。また31ページのアンケートにありますように「子どもを将来医師にしたいか」との間に前年度の奈良

## ■ 調査報告

県の調査と比較しましても、「できればたくない」「絶対したくない」の比率が若干上回っております。これも、我が国の社会保障制度が大きく変えられようとしている中で医療費の抑制また国公立病院、公的病院の再編問題、医療訴訟の増加、そして医療政策に対する将来の不安、収入の減少など不確定の時代に突入した勤務医の状況心理が反映されていることを伺わせるものと推察されます。具体的な医師会への意見につきましては33ページ以降の資料をご覧ください。やはり勤務医の医師会に対する意識、価値観、認識のギャップを埋める努力の重要性は医師会の今後を考える上でも大きな課題であると考えます。

以上熊本県における勤務医現況調査結果の主な点をご報告申し上げます。終わります。

# 特別講演 (2)

---

13:20~14:10

## 「宇宙と素粒子」

講師：東京大学名誉教授

小柴昌俊

座長：熊本大学理事・副学長

小野友道

座長：熊本大学理事・副学長 **小野友道**



それでは特別講演の(2)を始めさせていただきます。本日は東京大学名誉教授の小柴昌俊先生にご講演を頂戴することができました。先生は基礎科学の全く新しい一分野「ニュートリノ天体物理学」を切り開いたそのご功績で2002年にノーベル賞、物理学賞を受賞されておられます。先生は今いろんなオピニオンリーダーとしてご発言いただいて、義務教育だとかいろんなところでも新聞でお目にかかることがございますが、極めて多数の科学者と技術者を束ねて、それも数十億、数百億円の予算規模の実験に取り組んでおられるという大親分でございます。先生は基礎科学というのを技術と分けて評価しないといけないということも積極的にご発言いただいていますし、基礎科学の発展は日本だけの利益に限らず、人類の知的財産を増やすものであると、そう言っておられる非常にスケールの壮大な科学者の一人で、私たちが上のほうでまさに宇宙、空を眺めるような先生です。もし医者と誰か比べるとしたら、この後講演がございます北里柴三郎、この熊本の小国の出身ですが、血清あるいは免疫学の全く新しい分野を切り開いて日本医師会の創立者、初代の会長としてスケールが大きく小柴先生と同じようにオピニオンリーダーとして活躍されたことを思い出し

ております。それからもう一つどちらの方もものすごい弟子を育てておられるということも共通しているかと思えます。そういう先生に今日は「宇宙と素粒子」、私たちの頭から最もかけ離れた存在を先生が結び付けられたお話をいただけると思えます。私は今大学の管理・運営に携っていますが先生のもう一つの言葉を紹介させていただきますと、先生は「俺たちは国民の血税を使って自分たちの夢を追わせていただいているから業者の言い値で買おうなんてとんでもない。」というものです。これは大学経営の真髄だと思っています。先生よろしく願います。

### 宇宙と素粒子

東京大学 名誉教授 小柴昌俊

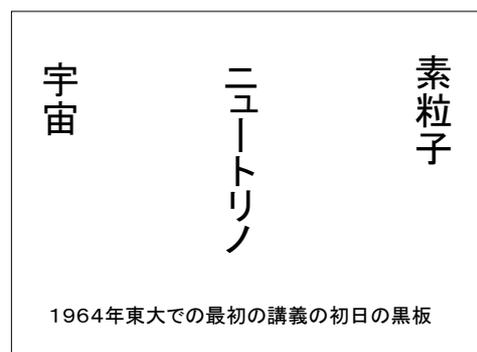
皆さんこんにちは。

今日皆さんにするお話は「素粒子と宇宙」、一つはうんと小さいこと。もう一つはうんと大きいこと。飛び離れているようですが、実はこの両方の物理というのは緊密な関係がありまして結局は同じことを目指しているんだということが最近はっきりとわかってまいりました。

ところで忘れないうちに、皆さんにお礼を言っておかなければならないことがあります。昨年の10月1日、平成基礎科学財団というのを設立しました。先程お話があったように基礎科学というのは、人類共通の知的財産を増やすというだけで、どの業界に利益をもたらすというようなことは一切ありません。例えばトヨタ自動車に何十億円寄付してくれなんていうことは通じるわけがない。ですから私どもの財団は賛助会というものをつくり、キャンペーンとしては日本全国の国民の皆さん、おじいちゃんもおばあちゃんも赤ん坊も含めて皆さん年に1円ずつ我が国の基礎科学の応援をしてくれませんかというキャンペーンを行ったわけです。そうすると有難いことにもうすでに20近い自治体、県とか市とか町とかそういう自治体が住民の数だけの円を毎年納めてくださる賛助会員になってくださいました。その他に私は東京大学のような大学に、大学というのは知的人種の集まりなので、国民、じいちゃん、ばあちゃん、赤ん坊も含めて1人1円とお願いしてるけれども、大学の場合は教官、職員、学生の数に1人あたり10円ずつの賛助会員になってくれないかと交渉しまして東京大学が「引き受けた」と言ってくれました。私は何故こういう話をしたかという皆さんがよく知っている日本医師会に私は数カ月、前会長さんに会いにいきまして趣旨を説明し、どうか医師会の先生方も1人10円の割りで賛助会に入っただけませんかとお願いをしましたら、すぐ間もなく一月ぐらいたってから賛助会の会員に入ってくださいました。有難うございますとここでお礼を申し上げます。



〔スライド2〕



(スライド2) そこでいよいよ話の本題に入ります。私は1964年に東京大学の物理学教室で初めて講義をしました。大学院の学生に講義を頼まれ宇宙船の講義をしました。私は中学の時に小児麻痺という病気がありまして右腕が不自由で上に上げられない。ところが当時は今みたいにパワーポイントみたいな便利なものなんかはないわけです。黒板に字を書くよりしようがない。仕方がないから左手で右手のひじをささえて、できるだけ黒板に書く字が少なくということで、まず左の端に宇宙と書いて、

宇宙に対する理解は最近急速に進んでおると、こんなことこんなことと言って大体20分ぐらい使うんです。それから右の端に今度は素粒子と三文字を書いて素粒子に対する物理学的理解はこういうふうに進歩してきたという話を20分ぐらいして、どうも素粒子に関する物理学的理解と宇宙に関する物理学世界というのは、理解というのは実は一つのものであってという認識が広まりつつあるけれども、具体的に何が両方の仲立ちをしてくれるのか。これは誰にもわかっておらんと。俺の山勘でいえばこれじゃないかと言って書いたのが、ニュートリノです。皆さんの中には、ニュートリノという名前を聞いてもご存じない方が大部分だと思います。現に物理学者と称する人たちにニュートリノって何だって聞いても、俺知らんって人が大部分です。このニュートリノが何かということを知っている人は素粒子の物理をやっている人ぐらいのもんです。

[スライド3]



(スライド3) これは宇宙学者が広く一般講演をする時に使うのを借りてきたのですが、人間というスケール、大体1メートルとか2メートルという長さのスケールで、だんだん大きくして地球とか太陽系とか銀河とかだんだん右のほうへ上がってきますと、しまいには宇宙の果てのほうまで伸びて、そこでへびが大きな口をあけているのが見られると思います。逆に小さいほうにアメンバーこれは皆さん方の領域に近いと思いますが、分子、原子、原子核、それから素粒子、クォーク等々と言ってその小さくなるほうの極限が先程のへびの口の中に飲み込まれつつある。これは私が先程述べた素粒子を追い詰める物理も、宇宙を追い詰める物理も結局は同じ物理なんだということを象徴的に表しているわけです。宇宙を観測で

詳しく調べてみますと、遠くの銀河はその距離に比例した速度で遠ざかっている。これはハッブルの法則といますが、これはごく簡単な法則みたいですけど意味することは実に重大なことを意味してまして、はっきりイメージをつくるためにちょっと例え話をさせてもらいます。皆さんのお孫さんとかお子さんの小学校の運動会に行っただとを考えてみてください。子どもたちが出発点に皆並んでいる。先生が「よーい、どん」と言ってピストルを撃つと、皆ばーっと走り出す。10秒ぐらいたった時に「止まれ」って止めるわけ。子どもたちどこにいるかという一定の時間10秒間たった時にどこにいるかというのはその人の走る速度に比例した距離のところに行ってるわけです。ですからそこにいる子どもたちに「まわれ右」と号令かけてまた「よーい、どん」、それから10秒たったときに「止まれ」、そしたらすぐわかることは距離に比例したスピードでまた戻ってくるわけですから、10秒間たった時は全員がもとの出発点に戻ってるわけです。ですから現在の宇宙全体の遠くにある銀河かなんかに「止まれ」「まわれ右」と言って、「よーい、どん」とやったらずっと戻ってきてどんどんどんどん収縮して計算してみると136億年昔に戻ればすべての銀河が1カ所に寄り集まっちゃったと。そういう結論になるわけなんです。ですから今天文学者、物理学者は、宇宙はビッグバンと名づけられた大爆発から起きて生まれて、それが今どんどん膨張している最中だと解釈してるわけです。そのビッグバンというのは空間のものすごく小さな領域に、ものすごく大きなエネルギーがぱっといっぺんに生じた。そういう状態から、その状態はもちろんものすごく高い温度で、ものすごく高い密度という状態です。そういう状態の時はありとあらゆる素粒子が、粒子と反粒子と対になってぱかぱかぱかぱかつかつられて、それが膨張して温度が下がると同時にそれぞれくっつきあって別の形の粒子になってる。こういうことをくり返してある。まさにそれは素粒子の物理です。それがこの絵の意味です。

(スライド4) 今素粒子の学者が考えている、万物の中で一番基礎的なこれ以上他のものに分解できないという素粒子どんなものがあるかというのを調べてみたら実はこんなにたくさんあった。不思議なことはここにある第1ファミリーと称するグループ、第2ファミリー、第3

## ■ 特別講演(2)

[スライド4]

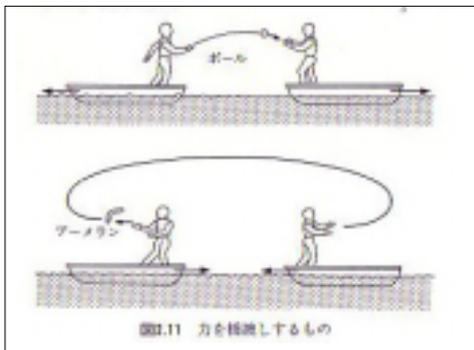
$u^L, u^L, u^L,$	$c^L, c^L, c^L,$	$t^L, t^L, t^L,$	4つの力を媒介する4種類の粒子。
$d^L, d^L, d^L,$	$s^L, s^L, s^L,$	$b^L, b^L, b^L,$	
$e^L,$	$\mu^L,$	$\tau^L,$	クォークの色を源にして放出吸収され強い力を媒介する8色のグルーオン、 $g$
$\nu_e^L,$	$\nu_\mu^L,$	$\nu_\tau^L,$	
$u^R, u^R, u^R,$	$c^R, c^R, c^R,$	$t^R, t^R, t^R,$	電磁力を媒介する光子、 $\gamma$
$d^R, d^R, d^R,$	$s^R, s^R, s^R,$	$b^R, b^R, b^R,$	
$e^R,$	$\mu^R,$	$\tau^R,$	弱い力を媒介する $Z^0, W^\pm$
$\nu_e^R,$	$\nu_\mu^R,$	$\nu_\tau^R,$	
第一ファミリー e-Family	第二ファミリー $\mu$ -Family	第三ファミリー $\tau$ -Family	重力を媒介する重力子

ファミリー、構造が非常によく似てるでしょ。皆同じつくり。ただ1から2、2から3へいくごとにそれぞれの粒子の質量が10倍以上重くなっちゃう。ところが振り返ってみますと自然界のすべてのものはここにあるこれだけでできちゃう。自然というのはいったい何でこんな無駄なことをしているのか。これは誰にもまだ説明がつかないことです。更に注意しておきたいことは、ここに全部で48個素粒子があるんですけども、これらの素粒子全部はこまと同じようにぐるぐるまわってる。回り方には右回りと左回りと2種類あります。左回りのが上の段に書いてあって、右回りは下の段に書いてある。もう一つ不思議なことは自然界で何らかの働きをしているのは皆左回りの微粒子ばかりです。右回りの素粒子というのはなまけもので何にもしてない。何故だ。これもわからないこと。もう一つ頭においといてほしいのは、これらの素粒子ではそれぞれ反粒子というものが伴っています。それは皆さんお使いの電子機器なんかでよくご存じの電子というマイナスの電気を持った素粒子があります。それはここに出てます電子、これの反粒子というものが見つかってましてそれは陽電子と呼ばれています。皆様の中には最近方々の病院にペットという診療機械が導入されているのでご存じかと思いますが、これはPET、ポジトロンエミッショントモグラフィ、頭文字をとってPETと言われているんですが、これはポジトロンという電子電子の反粒子を体内で発生させて、それで体内のがんの位置とか大きさを断層写真として見ようという装置です。どういうふうに通るのかという体内のがんの近くでつくられた陽電子ポジトロン、これはプラスの電気を持ってマイナスの電気を持つ電子とお

互いに反粒子ですから、体内にある電子とそばの電子とすぐくっついてぱっと消えて、全体のエネルギーがガンマー線という形で飛び散る。そのガンマー線を体の外に置いた検出器で調べて断層写真をとるわけです。そういうふうはこの電子だけじゃなくてすべての粒子について反粒子というものがございます。それを勘定に入れますと素粒子の数は96種類、何故こんなにたくさんの素粒子があるのか。これもなぜでわかりません。自然を理解するのに素粒子がどういうものがあるかを理解しただけじゃ駄目で、これらの素粒子の間にどういう力が働いているかを理解しなきゃならない。その面では4種類の力というのが自然界には存在している。一番我々が昔から習ってわかっていると思ってる重力、万有引力ですね、ニュートンの万有引力。実はこれ素粒子の細かい粒子の世界では重力っていうのは4つある力の中で一番弱い力で、一番理解が遅れている力なんです。ニュートンの万有引力はあくまで近似的なもの。だけどすごくいい近似ですから惑星間ロケットの軌道の計算なんかでもニュートン力学を用いて計算してぴたっと合います。そのくらい近似がいいんです。でもこれは一番弱い力、その次強い力というのはラジウムなんかの放射線元素が崩壊する時に出てくる働く力、これは弱い力といわれてまして、この力が働いている時にはニュートリノが飛び出てきます。その次に強い力というのは電磁的な力、これは光を量子化した光子という粒子が媒介すると考えられているんですが、皆さんお医者さんでいろいろな体の仕組み、からくりとかそういうことのご専門ですが、体の中のからくりばかりでなくて日常生活ほとんどありとあらゆることがこの電磁的な力で動かされているというのはびっくりなさと思います。一番強い力が色の付いた素粒子クォークと呼ばれている粒子ですが、その間に働く力です。それらをそれぞれ媒介する粒子を書きおきましたら、今の物理学の理解では、力が相手に及ぶためには必ず媒介する粒子を交換していなければならない。一番最初にそういうことをはっきり言い出したのは日本の湯川先生です。

(スライド5) 例えば静かな湖でボートが2艘向き合っているとします。その2艘の船に乗っている人がキャッチボール始めたとする、ボールを投げた人はその反動

[スライド5]



でちょびっと後ろに下がる。受けとった人は受け取った勢いのせいでちょっと後ろへ下がる。これ繰り返したらだんだん離れていくわけなんです。遠くから見ている人は細かいボールは見えないけれども2つの船がだんだん遠ざかっていくから、あの2つの間には反発力が働いていると理解するわけです。反発力の場合はそういうふうに簡単にモデルがくれたんですけど、引力の場合はちょっとインチキしなきゃいけない。どこがインチキかというのは私は言いませんけど、オーストラリアの原住民が使っているブーメランというのをこの人がこっちにこう投げます。ブーメランというのは不思議な道具でして、遠くにある獲物を狙って投げる。獲物に当たらないとぐっと回って手元に戻ってくる。こういう便利なものです。ですからブーメランを投げて獲物に当たらないでこっちに戻ってくる途中、この人がさっと受け取っちゃった。するとその勢いを受けてこっち側へちょっと動く。投げた人は反動でこっちにちょっと動く。これをこういうふうに繰り返しますと、だんだん近づいて遠くから見てる人は引力が働いているというふうに解釈するわけです。

[スライド6]

### 素粒子をどうやって観測するか

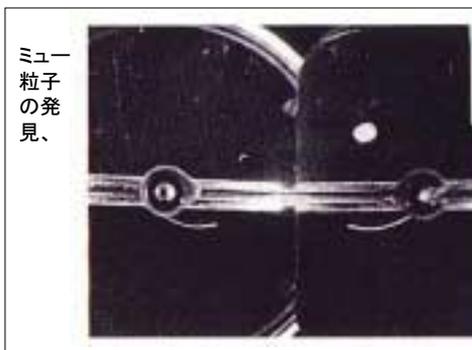
- 電気を持った、荷電粒子、をまず考えよう。
- 物質(固体、液体、気体)の中を走るとクーロン力によって原子をイオン化する。軌道に沿って出来たこれらイオンは小さすぎてまだ見えない。そこで
- なだれ現象を利用して大きく増幅する。
- 飛行機から見た砂漠をはしる自動車、飛行機雲、等。

(スライド6) それじゃ素粒子をどうやって観測するか。何故こんな話をするかという、何でもそうですけどただ話を聞いただけじゃびんとこないんです。素粒子、電子だとか何だとか言ってもそれがどうやって動いているかが目に見えると少し身近に感じます。ではどうしたらそんなに細かい素粒子が目に見えるのか。それは先程お見せした48種類の素粒子、あの大部分は皆電気を持った素粒子です。プラスのこともありますし、マイナスのこともあります。電気を全く持たない素粒子というのはニュートリノ属だけです。ニュートリノは3種類あります。第1ファミリー、第2ファミリー、第3ファミリーそれぞれ1つずつニュートリノがあります。電気を持たないというためにニュートリノは観測が非常に難しくなった。簡単にその説明をします。皆さんが晴れた日に外へ出て上を見上げた。たまたまきれいな白い飛行機雲ができていた。そうすると、ジェット機がこっちから飛んでここへ来るんだなというのはわかるでしょう。ジェット機は小さくて見えなくても、その飛行機雲がどっちの方向にどれだけの速さで伸びてるかというのを観測する。これはすぐできます。それをやればジェット機はどっちの方向にどのくらいの速度で飛んでいるというのはわかっちゃう。それと同じことを素粒子についてやればいい。飛行機雲はできる時とできない時とある。できる時というのは調べてみますと、まず最初にその場所の空気はほこりのないきれいな空気できなきゃいけない。それと同時にその空気はたつぷりと水蒸気を含んでなきゃいけない。そういうところをジェット機が通りますと、エンジンから大量の排気ガスやほこりを吐き出します。そうするとそのほこりの一つ一つが種になって、そこにあり余る水蒸気が凝縮して小さな水滴になる。それが日光に照らされてあの白い飛行機雲になる。それならば素粒子はどうやって観測するか。素粒子が物質の中を走ってもジェット機のエンジンみたいにほこりを大量に出すなんてそんなことできるはずがない。しかし電気を持った素粒子が物質の中を走ると、物質というのは皆さんもご存じの電氣的に中性な原子が集まって物質をつくっている。何故中性かというそれぞれの原子は中心に原子核という重い芯があってそれがプラスの電気を持っている。そのプラスの電気を打ち消すだけの数の電子、マイナスの電気を持っ

## ■ 特別講演(2)

た電子が取り巻いて全体として中性になっている。これが原子。そういうもののそばを、電気を持った素粒子がびゅーっと通り抜けた。その通り道にすぐ近いところにあった電子はその入ってきた粒子がプラスの電気を持ってようがマイナスの電気を持ってようが引っ張られるか、反発されるか。いずれにしろ力を受けて跳ね飛ばされるということが起こり得ます。ですから電気を持った素粒子が物質の中を通るとその経路にそって電子を跳ね飛ばされた残りの電子、つまりプラスのイオンがぼつんぼつんと残るわけです。これがジェット機の場合のほこりの役目をし、あり余る水蒸気があればそのイオンを種にして細かな水滴に凝縮する。あるいは写真乳剤の中でそういうことが起きたとすると、そのイオンのところに銀粒子が集まってきて黒い粒になる。あるいは液体の中でそれが起きればそれを種にして小さな泡粒ができた。泡箱と呼ばれる形式になる。

[スライド7]



ミュー粒子の発見、

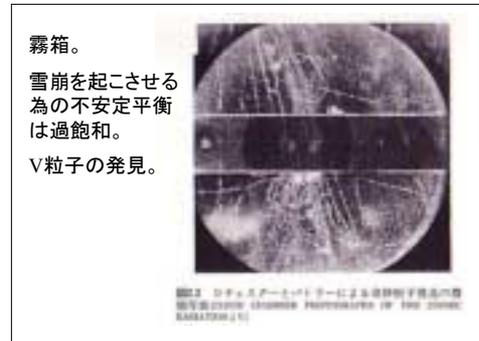
(スライド7) これが霧箱で素粒子であるミュー粒子が宇宙船中で発見された写真です。このぼつんぼつんしてきたのが水滴、イオンを種にしてできた水滴、つまりこれはミュー粒子がつくった飛行機雲です。

(スライド8) 同じように霧箱で、この白い線は全部素粒子がつくった飛行機雲です。

(スライド9、10) 写真乾板の例、泡箱の例、皆同じように理解できるはずです。

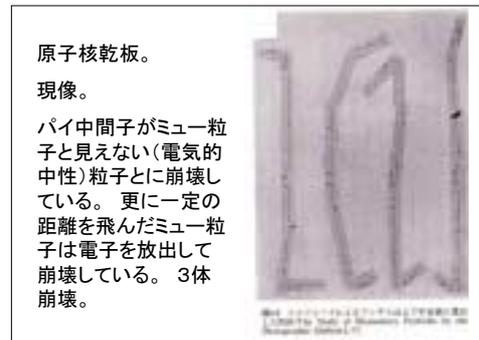
(スライド11) 別の形のイオンの利用、検出法というのは日本の物理学者が発明した検出機ですけども、例えばこの場合鉄板がたくさん並べられている。その鉄板同士の高に電圧かけると普通放電が起きます。でもこの間にはさんであるガスの中にほこりやなんかは一切ない。

[スライド8]



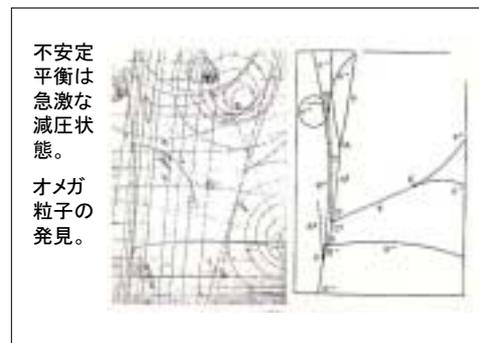
霧箱。  
雪崩を起こさせる為の不安定平衡は過飽和。  
V粒子の発見。

[スライド9]



原子核乾板。  
現像。  
パイ中間子がミュー粒子と見えない(電氣的中性)粒子とに崩壊している。更に一定の距離を飛んだミュー粒子は電子を放出して崩壊している。3体崩壊。

[スライド10]



不安定平衡は急激な減圧状態。  
オメガ粒子の発見。

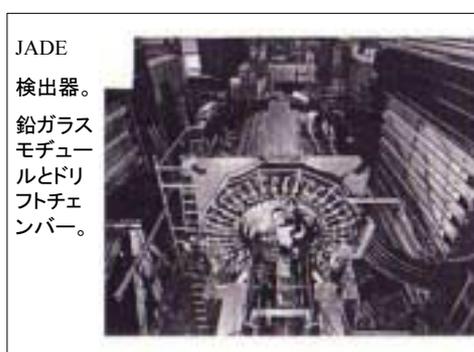
[スライド11]



スパークチェンバー。  
不安定平衡は短時間の高電圧。

非常にきれいなガスにしときますと高電圧かけてもなかなか放電が起きない。放電になるきっかけがなかなかないわけです。だけでも電気を持った素粒子がここを通り抜けますと、その綺麗なガスの中にさっき言ったイオンがぼつんぼつんと並んでできるわけです。そのイオンが並んでできた場所っていうのは他の場所よりも放電が置きやすいわけです。筋道がもうついてますから、そういうふうにして高電圧をかけると素粒子の通った道筋だけが放電を起こして光ってるわけです。

[スライド12]



[スライド13]



(スライド12、13) 別のやり方で電気を持った素粒子を観測する装置も発明されています。これはドリフトチェンバーと呼ばれているものですが、これも電気を持った素粒子が通った跡が飛行機雲のように見えてるわけです。

(スライド14) とところで今日の話の主題であるニュートリノは今までの方法じゃ観測できないわけです。電気を持ってませんから、イオンをつくってくれないわけです。これをどうやって観測するかというのは難しいわけです。皆さんお医者さんですから腕を折った患者さんが来ると

[スライド14]

### 電氣的に中性の粒子は？

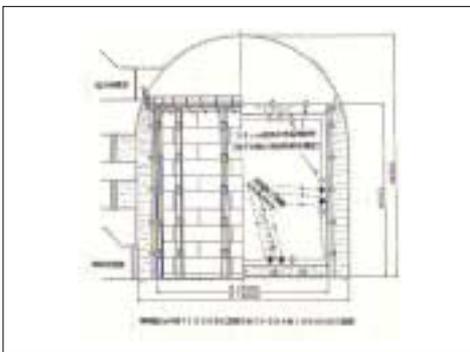
- その粒子が持つ相互作用で荷電粒子の運動に変換する。
- 中性子は強い相互作用で陽子と衝突。弾かれた陽子を観測して元の中性子の運動を推定する。
- ニュートリノは弱い相互作用しか持たないのでこの荷電粒子への変換がなかなか起きない。ベータ崩壊の逆反応や電子との衝突。

X線室行ってX線写真とってもらいなさいと言って、そのX線写真を見て、この骨のここにひび入ってるなど診断下すわけです。皆さんご存じのようにX線は可視光線よりも透過力は強くて、肉の部分がすっと通り抜けて骨のカルシウムなんかのあるところだけ黒くなる。そういうことはご存じですね。それじゃX線を使えばもっと大きなものの中が見えるかというとは実はそうはいかないので、X線の技師はただか1ミリぐらいの厚さの鉛の前かけをつければ安全に作業していただけるものでしょ。それよりエネルギーが高くて透過力の強いとされているガンマー線にしても、鉛を20センチも積めばもうすっきり止められちゃうわけです。だからそれよりも桁違いに透過力の強いニュートリノ、これを観測するのは難しいんです。だけでもそんな物を使って検体を観測するのにいったいどんな意味があるのか。それはまさにその透過力の強いということがものを言うってくれるわけで、先程言ったようにちょっと透過力の強いX線だったら、手の骨が割れたのなんかは見える。星の中でどういうことが起きてるかっていうのを見るためには、星をすいすい通り抜けるような粒子でなければ中身が見えない、そうですね。だからニュートリノを使って天文学、天体物理学がもしやれば星の中身が見える。中がどうなってるかが見える。こういうことです。では、どうやってその電気を持たないニュートリノを観測できるのか。ちょっと例を挙げて言いますと、今現在皆さんの頭の上に太陽からのニュートリノが毎秒どのくらい降り注いでいるかという大体1兆個です。1秒間に1兆個ずつのニュートリノがみなさんの頭を突き抜けている。誰も痛いともかゆいとも感じないのは、それらのニュートリノが何にも

## ■ 特別講演(2)

しないですと通り抜けているから何にも感じない。それでそういうニュートリノを何とかして観測しようと、小さな的じゃなくて、例えば水1,000トン用意してその水の中にあるたくさんの電子を的にしてやろうと思ったわけです。すると的の粒子の数っていうのは桁違いに多くなっています。それでもまだ足りないから待つのを1秒なんてこと言わないで1分待とう。いや1時間待とう。いや1日待とう。いや1週間待とう。待つ時間を増やすごとにその間に降ってきたニュートリノの数はどんどん桁を上げて増えてくでしょう。そうするとものすごい数のニュートリノがものすごい数の電子に向かってわっと降ってくるわけです。そのくらいたくさんのお会いを用意すると1週間に1発か2発ぐらいはちょうど玉突きのように降ってきたニュートリノが水の中の電子をたたき出すということが起きる。なかなか起きないけどもそういうふうにとたくさんのお会いを用意してたくさんのニュートリノを降らせるとそういうことがたまに起きるわけです。それが起きたら、たたき出された電子がいつどこから走り出してどっちの方向へ走ってどれだけのエネルギーだったかをちゃんと観測すれば、それをたたき出したニュートリノがいつどっちの方向からやってきてどういうエネルギー分布を持っていたかということまでが推測できる。これがニュートリノを観測する方法です。

[スライド15]



(スライド15) それをやったのがここにお見せするものです。これは神岡という場所の地下1,000メートルに用意した水3,000トン、それを回りに光を捕まえる光電子増倍管という真空管のばけものみたいなもので取り囲んで、この中で電子がニュートリノにたたき出されて走り出すっていうと、これから先が今までの電気を持った粒

子の観測とは違う方法です。ここでどういうことが起きるかという、この電子が走り出して水の中の光の速度よりも早い速度で走っていると光の衝撃波ともいべきチェレンコフ光という光がこの進路を軸にしてちょうど円錐形にその光が伝搬していきます。

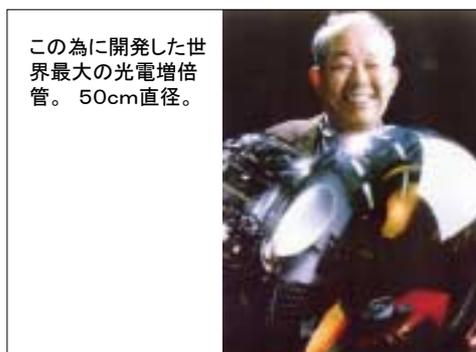
[スライド16]



(スライド16) このへりに置いた、光を捕まえるセンサーでいつ光がどのくらい届いたかっていうことをちゃんと観測しますと、この電子はここから走り出してこっちへ走って、止まるまでにどれだけのエネルギーを費やしたかというのが全部わかるというわけです。実は、「物質は永遠に不滅ではない、水素原子もいずれはぱっと崩壊して光になる」そういうことを言った理論屋がいるんです。本当かなというわけで世界中でそれを確かめるための実験が計画されました。このカミオカンデっていう装置も最初はそのひとつだった。こういう構造で水を蓄えて、まわりを光を捕まえるセンサーで取り巻くというアイデアで実験をやろうと思って、大体2億から3億円ぐらいの予算でできると。そういうふう準備をしているところにアメリカからニュースがきて、アメリカでも同じアイデアで数倍の予算で数倍の水の量の実験がもう進行しつつあると聞いた時は愕然としました。粒子の崩壊をそういうふうにして捕まえるんだったら何も難しいことはない、図体が大きいアメリカの実験がまず見つけて見つかった、5つぐらい見つけたところのうちのカミオカンデでも1つ見つかりましたとなるような、こんな情けない二流の実験するために国民の血税使っているのかと。私はもう考えて考えて考えぬきました。どうやったら予算を増やすことのできない段階でアメリカの大きな実験をたたき伏せることができるか。考えた末

の結論は予算を増やせないんだから、玉の数1,000本というのは増やすわけにはいかん。だから1個1個の玉の感度を桁違いによくしてやると。アメリカが図体でくるっていうならこっちは感度で勝負しよう。

[スライド17]



(スライド17) そうやってつくったのがこのまわりにつけている光電子増倍管。アメリカが使ってる玉の16倍の感光面積を持つ世界最大の光電子増倍管というのを浜松フォトニクスという会社と一緒に開発したもので、それができて喜んでにたにたしてるところでしょうか。このカミオカンデという実験は3億円ぐらいの予算でつくったんですけども、実に運のいい実験で、先程お話しした太陽のニュートリノを天体物理学的に観測するっていうこともちゃんとやり遂げましたし、運がいいのはそればかりじゃなくて南半球に起きた超新星爆発の時のニュートリノのパルスも世界で初めて捕まえ、更には大気中のニュートリノというのはできたままのニュートリノの状態じゃなくて、飛んでるうちに別の種類のニュートリノに移り変わっていくということを世界で初めて発見して、これはニュートリノはゼロでない質量を持っている証拠だとわかりました。信用しない物理学者も世界にはいたけども、

(スライド18) それはその次のこのスーパーカミオカンデが桁違いに数も増やして、もう疑いのない結論として再確認したというわけです。カミオカンデがそういうふういろんな成果を上げたもんだから、文部省は100億円かけてスーパーカミオカンデというのをつくってくれました。スーパーカミオカンデで電気を持った素粒子がどういうふうに見えるかというのはごく簡単で、これは大きな缶詰の空き缶みたいな底を抜いて、上を開けてへ

[スライド18]



りは縦に切れ目を入れてこう広げた。だからカミオカンデの中が内面が全部一目で見えるようになった。ここに1万1,500個の大きい光電子増倍管がべたっと貼り付けられている。これは宇宙船がつくったエネルギーの大きいミュー粒子が地下1,000メートルまでもぐってきて今まさに、スーパーカミオカンデの水の中に飛び込んできたということです。

[スライド19]



(スライド19) この小さいぼつぼつが一つ一つ大きな光電子増倍管です。赤いのはたくさん光を受けた、白いのはそれほど多くない。

(スライド20) それが1億分の5秒、後にはチェレンコフ光はここまで広がってきてます。

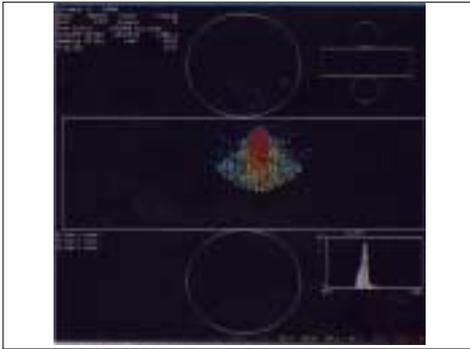
(スライド21) 更に1億分の5秒たつとチェレンコフ光がここまで届いた時にそれより早く走っている親のミュー粒子はもうそこを突き抜けて出口への玉を明るくしていると。

(スライド22) 更に1億分の5秒たちますとここまでチェレンコフ光。

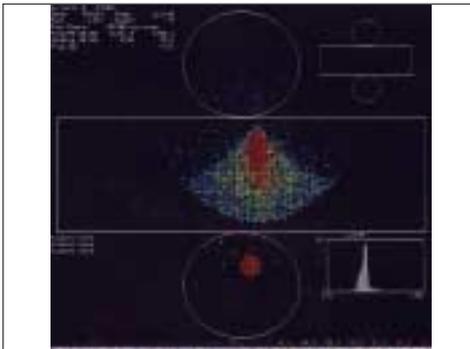
(スライド23) 更に1億分の5秒たつとここに全部満た

## ■ 特別講演(2)

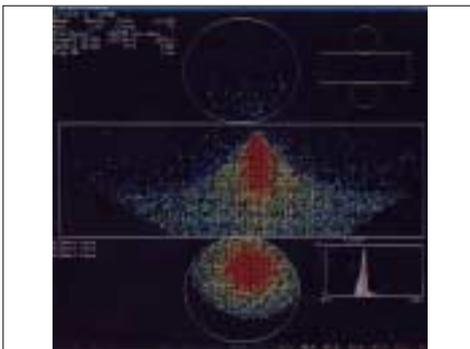
[スライド20]



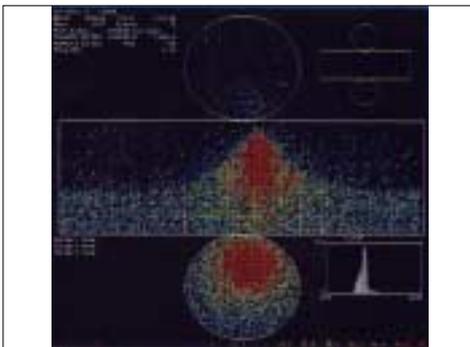
[スライド21]



[スライド22]

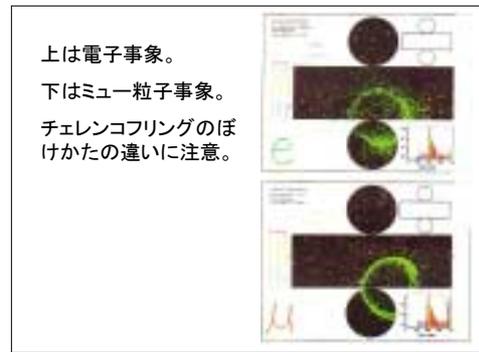


[スライド23]



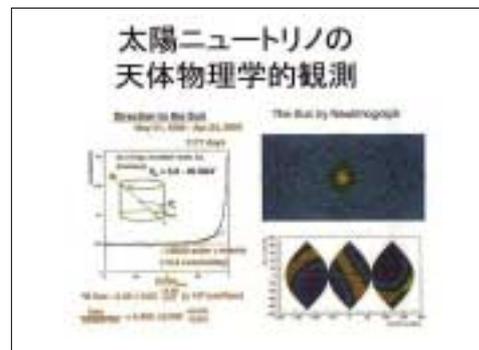
しちゃう。こういうふうには荷電粒子だとまるでスローモーションピクチャーを見るようにきれいに観測できます。

[スライド24]



(スライド24) そればかりじゃなくて質量の軽い原子が走り出して止まるまでにつくるチェレンコフ光のパターンと、質量が200倍の重いミュー粒子が走り出して止まるまでのチェレンコフ光というのは見ただけでにじみ方が全然違うというのは、この違いの見分けができるということが先程言った大気中のミューがおかしいぞということを発見した能力です。

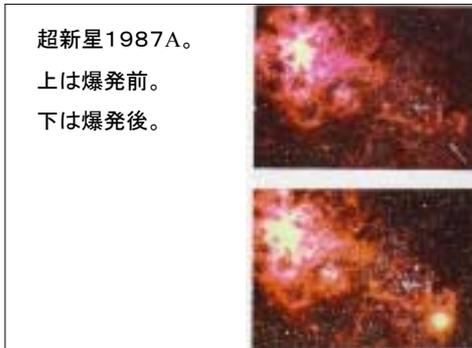
[スライド25]



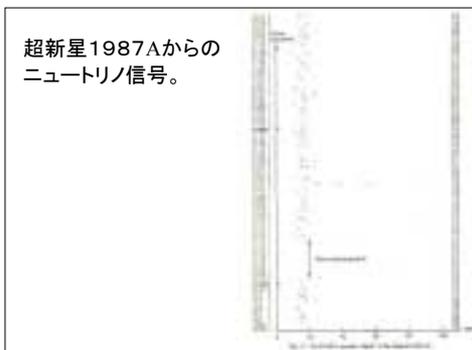
(スライド25) スーパーカミオカンデになりますと、ずっと精度のいい観測が太陽の方向から太陽から地球の方向、これは逆の方向、太陽の方向からだけこういうふうなニュートリノがきてるのが見えてます。せっかくニュートリノをこれだけ観測したんだから、フォトグラフというのは光を使ったイメージなんだけれども、我々は人類最初のニュートリノを使ったイメージ、ニュートリノグラフっていうのをつくってある。

(スライド26、27) これは太陽をニュートリノで見たニュートリノグラフ、下は太陽が銀河座標の上でどう動いてる

[スライド26]



[スライド27]



かという太陽の座標をニュートリノで見たもの。これは世界最初の人類最初のニュートリノグラフを撮ったと威張ってられないのは、ご覧になってすぐわかるように太陽が大きくぼけてる。これはきた方向の観測に誤差がまだうんとあるということです。これは大マゼラン星雲のこの星が大爆発をして超新星爆発ですが、その時に出了たニュートリノが、これがエネルギーの大きいニュートリノで10秒間の間に11個見られます。

(スライド28、29) 今日話せなかったことはたくさんありますけれども時間ですからこのくらいにいたしましう。せっかく日本でニュートリノ天体物理学という一つの基礎科学の部門が生まれたんだから、日本の国の若い学者に更に期待したいと思います。皆さんにお伝えしておきたいもう一つのことは、全部で130億円ぐらいの国費を使った神岡という場所、今3代目の実験が進行してて、それも世界的に注目される結果も出してまして、その神岡の実験に所属して一緒にやりたいと言って参加してるアメリカ人の学者だけでも130人以上いるんです。130人いっぺんにきてるわけじゃないですよ。交代に順

[スライド28]

今日話さなかった事

- 大気ニュートリノ異常とニュートリノ質量
- KamLANDによる反電子ニュートリノ振動
- 加速器ニュートリノによる振動チェック
- 放射化学的ニュートリノ観測
- その他

[スライド29]

それではこれから？

宇宙背景ニュートリノ  
超新星ニュートリノ観測網  
反電子ニュートリノによる地球トモグラフィ  
等

番で神岡にやってきて実験のお守りをやっていますがね。更に2、3年たつとヨーロッパから5、60人の学者の連中がニュートリノの実験のために神岡にきます。神岡は今世界のニュートリノの研究のメッカと言われてるくらいなんです。ですから私どもは130億円のお金を出していただいたけれども、ニュートリノ研究ということで神岡を世界の中心地にできたということできさか言い訳ができるんじゃないかと思っております。

[スライド30]

皆さん聞いてくださって  
有難う御座います

まだまだ理解出来ないことが一杯あるのが判ったことと思います。更に理解を進めるのは今の若い人達です。

(スライド30) どうも失礼いたしました。

# 特別講演 (3)

---

14:20~15:00

## 「北里柴三郎と周辺の人びと」

講 師：熊本大学名誉教授 野 村 茂

座 長：熊本大学教授 二 塚 信



皆さんこんにちは。座長を務めさせていただきます熊本大学の二塚と申します。どうぞよろしくお願いたします。

この特別講演では熊本大学名誉教授の野村茂先生にご講演をいただきます。

北里柴三郎先生は先生方もご存じであると思っておりますけれども、熊本の小国の出身でございます、私ども熊大医学部の前身であります熊本医学校の第1回生でございます。北里先生は、日本医師会の初代医師会長でもいらっしゃいます。実は一昨年北里柴三郎先生の生誕150周年でございまして、熊本でも盛大に記念行事をいたしました。東京でも北里大学、慶応大学などご縁のある大学でも記念事業が行われております。そういうことで本日は医学史に大変造詣の深い野村先生においでいただきまして「北里柴三郎と周辺の人びと」ということでお話をいただきます。

野村先生は、満州医科大学をご卒業になりまして労働科学研究所それから信州大学、名古屋大学を経まして昭和35年に熊本大学の医学部公衆衛生学教室の教授にご赴任になりました。昭和62年に定年でご退官になりまして、古巣であります労働科学研究所の客員研究員として

現在もご活動でございます。野村先生は北里柴三郎に関しましては非常にご造詣が深いわけですが、一昨年の生誕150周年記念事業の一環としまして「北里柴三郎と緒方正規」という本を上梓されております。この緒方正規先生というのは、東大の衛生学教室を開講された方で同じく熊本医学校の同級生でございまして、同級生であり北里柴三郎先生にとってはある意味恩師という立場であるわけですが、生涯のライバルでもあったという関係の方でございます。

それでは野村先生よろしくお願いたします。

### 北里柴三郎と周辺の人びと

熊本大学名誉教授 野村 茂

ただ今ご紹介いただきました野村でございます。

日本医師会の初代の会長を務めました北里柴三郎先生ですけれども、先生を扱った小説、あるいは映画等ではこの先生は非常に気が強くて、そして自分で思ったことはぱっとやるというような気性の強いワンマン的な雷親父というような表現で紹介をされたりしているわけでございます。けれども、一面大変熟慮断行というような性格で大きなことをやります時には非常に信頼をしている先輩とか友人によく相談をして、そして断行をするというようなことで大きな仕事をやってきた方でございます。そういう意味で本日は「北里柴三郎と周辺の人びと」というような題をつけたわけでございますけれども、そのような周辺の方々も含めまして見た先生のことを少しお話したいと思いますので気楽に聞いていただきたいと思います。

私は昭和35年に熊本大学に赴任してきましたけれども、九州は初めてでございましたのでこれから教室を運営していくのにまずこの伝統ある熊本大学の医学部の歴史を知りたいと思い、医学史上にも有名な本ですけれども、山崎正薫先生の「肥後医育史」という本をまず読みました。そして2つの大きなことを知ったわけでございます。それは第1に、徳川時代における最初の医学校というのがこの熊本の細川藩にできました再春館という医学寮でございまして今から250年前、宝暦7年に開講されたということでございます。

それから第2は、明治3年にこの熊本の殿様である細川さんが長崎からオランダの医師のマンズフェルトを呼びまして熊本医学校を開校しました。そして熊本医学校で緒方正規、浜田玄達、北里柴三郎という日本の医学の指導的人物を育てたといえますか、輩出させたといふこの2つのことを知ったわけでございます。それで浜田先生というのはちょうど今年の11月24日だと思いますけれども、生誕150年を迎える臨床医学者でございまして、東大の産婦人科の初代の教授となりまして医科大学に務め



た方であります。緒方正規先生というのは東大の初代の衛生学教授ということで日本で初めて衛生学を開講した先生です。それで北里先生はいうまでもなく伝染病研究所、北里研究所を創設して日本の細菌学を育てた細菌学者であるということでございますので、私はこの緒方先生とか北里先生というような衛生学の育ての親というような方々を生んだ熊本医学校が前身である熊大の医学部に務めるといふことについて、その時にやっぱり何となくやりがいといいますか、誇らしさといいますか、そういうものを感じたわけでございます。そしてこの医学部に27年すなわち私の壮年期を多くの同僚とともに熊本の地で務めてきたという生活を送ったわけでございます。

本日はこの北里先生のお話をするわけでございますけれども、その前に何枚かのスライドをご覧にいれまして、序論といえますか、あるいは予備知識といえますか、そういうことを少しご説明申し上げたいと思います。

一番初めに九州の医学地図を示しましたけれども、各地からおいでになった諸先生方にまず地図を見ていただきたいと思います。西洋文化というのは長崎がただ一つ

の入り口であったわけでございますし、西洋の医学も長崎から入ってきたことは同様で日本全国から長崎に医師たちも勉強に行って、それで九州長崎からだんだんに東漸していったというようなことはご承知のとおりでございます。この長崎から九州全般に今日のお話に関係のあるような方々が勉強をして育ちました。

この日本で一番古く西洋医学を一番最初に伝えたというのはアルメーダでございます、ポルトガルのアルメーダが宣教師、医師として入ってきて、そして大分に診療所を開いた。そういうことがありますから今も大分にアルメーダ病院というような医師会の病院があるわけでございます。西洋の医学はまずポンペとかボードインとかこういうようなオランダの医師が入ってまいりました。マンズフェルトはそのあと来たわけでございますけれども、このマンズフェルトは長與専斉とがこの日本でどういふふうに医学を教えるかと、医学のカリキュラムをここで考えて長崎学校で使い出したわけでございます。その影響は東京医学校にも伝わっているわけで、長與専斉は長崎の出身ですけれども、北里柴三郎が明治16年に東京大学の医学部東京医学校を卒業した頃の東京医学校の校長をやっていた方であります。

このマンズフェルトが長崎から熊本へ呼ばれて、その時にこの北のほうの小国村から北里柴三郎は勉強に行った。歩いて行くわけですから大変な距離だったわけです。緒方正規はこの南のほうの村からやっぱり今で言うと田舎から上京するというような格好で熊本へ行きまして、このマンズフェルトに学んだのです。マンズフェルトは手ほどきはしたがこれからは東京へ行って勉強しろ、あるいは東京で勉強をしてその先はヨーロッパに行って勉強なさいというふうに教えたわけでございます。それでこの2人は東京で勉強したわけですが、北里柴三郎は語学が達者だったためにマンズフェルトの助教をやっていた。それで3年ほど緒方正規よりも遅く上京して卒業もこちらは明治13年、北里は明治16年に卒業する。年は同じでございますけれども、そういう差がついたわけでございます。

日本の医学というのはこの地図にあります相良知安、佐賀県の医者ですけれども、相良知安たちの考えによりましてこれからドイツ医学をとっていきたいというふう

になりましたものですから、イギリスの医学者である東京におりましたウィルスが職を離れまして鹿児島に来たわけでありまして、それで鹿児島でこの宮崎県出身の高木兼寛を教えたり、鹿児島医学を育てました。高木兼寛は海軍に入り後に慈恵医科大学をつくった人物でございます。北里柴三郎はご承知のように北里研究所をつくり、慶応の医学部をつくってすぐれた医師の養成に尽力をいたし、緒方正規は東京大学の医科大学長などをやってたくさんの方を養成した。そういうようなことですが、これはもうやはり長崎から西洋医学が入ってきたので、そこに近い九州の人達はしのぎ合ったというふうにも言ってもよろしいかと思えます。

このスライド(略)がマンズフェルトでございます。オランダのいわゆる軍医でございます、先程申しましたポンペやボードインも軍医でございますので、日本の医学教育のカリキュラムにはヨーロッパの軍医学校のカリキュラムの影響が非常にあるというふうに医学史の学会等では申されております。マンズフェルトは熊本にまいりまして、北里柴三郎とか緒方正規とか教育してそれから関西の方でしばらく教育をやって、オランダに帰っております。

マンズフェルトと一緒に長崎でこのカリキュラムをつくったりしておりましたのは長與専斉ですけれども、その後長與専斉は日本の衛生局長になりまして日本の医政をつくり上げた人で、当時日本の衛生行政は長與専斉に預けるといわれるぐらい長い間やった人です。この長與専斉は医制をつくったということの他に東大の医学校の校長もやりましたし、そして北里柴三郎が卒業したあと衛生局に採用するとか、ドイツ留学させるとか、陰に陽に北里柴三郎を養成して、一番大きなことは仲のいい慶応の福沢諭吉に北里柴三郎を紹介して伝染病研究所をつくらせたということでございます。そういうことで生涯北里の非常にいいパトロンといえますか、後援者になった方でございます。

次のこの写真には上に北里柴三郎が出て下に緒方正規が出てますが、緒方正規のほうが先に明治13年にドイツのミュンヘンに留学をしまして勉強をして17年に帰ってきた。そして16年卒業の北里柴三郎に、衛生局にいて衛生行政の下働きしてでも医学の知識がなくなってしまう

## ■ 特別講演(3)

からそれではもったいないから自分の兼職している東京衛生試験所に来て細菌学の勉強をしろと言って少し細菌学の手ほどきをし、明治18年にベルリンのコッホの研究所に北里を紹介して留学をさせたということでございます。

これも複写をした写真でございますが、ちょうどドイツから帰ってくるころの北里でございましてドイツで自分と一緒に仕事していたベーリングにあげた写真であります。ベーリングとは破傷風などの血清療法の仕事でもっていい仕事をしてきた研究仲間でございます。特に1890年に動物におけるジフテリア免疫及び破傷風免疫の成立についてという歴史的な仕事を2人でやって、そして帰ったわけですが、1901年第1回のノーベル生理学医学賞をベーリング1人が受賞をしたというようなことがあります。この頃には北里は候補者の15人のうちの1人には名前が上げられていたのではありませんけれども、やはりこの第1回の賞の時のいろいろなことがあって東洋人でもあって2人の名前を上げられなかったのではないかなというようなことがあるわけです。

これは緒方正規教授の写真で衛生学の元祖のような先生であります。非常に北里とは対照的な温厚な性格の方で多くの衛生学者、細菌学者を育て上げられた方でございます。この緒方と北里、それから先程申しました浜田玄達先生この3人は同郷同学の友で非常に親しくあったわけですが、一方で北里、緒方は細菌学者としてお弟子さんまで含めまして極めて学問的論争が激しく行なわれて当時の新聞等で社会的にも何年も話題になりました。その論争はともかく、そのために日本の細菌学の発展の力となったわけでございます。新聞雑誌ではこの両博士の争いのことばかり興味本位に取り上げられますけれども、御本人たちは訪ねあたりもしているいろいろ親密な面もあったわけでございます。

この写真は東京で、東京の熊本医師会集会というようなものがしばしば行われておまして、このとき東京大学の熊本県出身の医学生たち、卒業生たちが集まります。ここに北里柴三郎がいて浜田玄達がいてここに緒方正規がいますが、この3人を中心にして学生や卒業生が集まっているところです。新聞等で緒方、北里の大論争というものがあるように取り上げられて犬猿の仲だというよ

うな書き方をしておりますけれども、やはり同郷同学の友としてはこういうふうな面もあるわけでございます。この写真は戦後医師会長になられました小畑惟清先生が、幹事をしていた時の写真でございます。

そういうようなわけで北里先生を囲むいろいろな人がいるわけですが、北里が長年指導を受けた先輩の清浦奎吾という伯爵で総理大臣になった方がいます。この方が言っていることには北里の4大恩人、4人の恩人としてマンスフェルト、長興専齊、それからドイツでのコッホ、それから福沢諭吉とこの4人の名を上げております。この4人の方々のバックアップによりまして北里の仕事が進められたというわけでございますが、私はこれに加えて同年輩では東大の緒方正規、それから青山胤通これは緒方さんの次に医学部長になって長く医学部長をやった内科の青山先生であります、この2人はいわゆる論敵、けんか友達として非常に重要でございましたし、京都大学の荒木寅三郎、政治家の後藤新平この2人はもう本当に生涯のご相談相手としての友でした。このお二人は慶応の医学部創設の時それから日本医師会の発足の時などに影の力となった方でございます。

北里が長年のドイツ留学をして細菌学の仕事をして非常に世界的な名を上げたということは省略をいたしまして、北里の日本での仕事として3つ上げられると思います。第1は伝染病研究所それから北里研究所でたくさんの研究指導をしまして学者を育成したということ。第2は日本医師会をつくったことであり、第3に社会福祉事業を發展したと、この3つだと私は総括できると思うんですが、北里が伝染病研究所時代あるいは北研時代に育てた学者として北島多一、赤痢菌の志賀潔、それから梅毒の606号の秦佐八郎、寄生虫の宮島幹之助、遠くはアメリカに行った野口英世、それからやはりアメリカから帰って国立の栄養研究所をつくった佐伯矩こういうような学者が育っている。必ずしも細菌学者だけではなくて例えば寄生虫の宮島先生の後には小泉丹とか、森下薫とかそういうようなそうそうたる人が育っている。佐伯矩のような栄養学者もこの伝染病研究所で育ったわけで日本の栄養学の発展にも寄与しております。従って佐伯さんの栄養研究所の他に慶応では食糧研究所をつくったというようなこともあるわけでございます。そういうこと

で研究所では非常に多くの学者を育て上げて、そして方々に配置をしたということが1つございます。これは大きな仕事でございます。ところがよく社会的にご承知のように大正3年にこの伝染病研究所の東大への移管のことがございまして、北里先生は伝染病研究所を辞めて即日北里研究所の発足に力を入れることになったわけでございます。それで官立を離れて民間の学者になったということで、あとから考えますとこれによって活動は更に広がったというようなことがございます。大正時代には結核予防会の設立、済生会病院の運営など公衆衛生活動を開始しているわけです。更に大きなことといたしましては慶応大学に医学部を創設し、新しい医学教育を展開したということとございまして、慶応義塾の60周年記念に何か法学部とか医学部とかそういうものをつくろう。これはいわゆる実学の学部をつくろうということの発想が北里先生の医学部創立ということになったわけでありませう。そしてもう一つはこれとほぼ並行しておりますが、大正5年に大日本医師会の会長になりまして大正7年にこれを法定の団体としての医師法に明記された日本医師会として北里は初代会長に赴任をしたということです。これらの仕事がやはり日本へ帰って晩年の大きな仕事といえると思います。

ここで日本医師会の活動の歴史を少し振り返ってみますと、明治の初めに、いわゆる医政を論ずるところの医学会社というものがあったことはありますけれども、その後日本では漢方医が非常に多かったのでこの漢方医の活動に対抗するという意味で西洋医学を学んだものが集まりまして、東京医会というようなものをつくって高木兼寛や長興専齊などがこれをやりました。明治19年のことです。これがどんどん発展していった全国的に大日本医会を結成した。ところがこれに対しまして非常に強力な反対運動といたしまして入沢達吉とか青山胤通とか森林太郎とかこういうような東大出身の人たちを中心とした明治医会という、東京大学出身の人が中心になった活動ができましたので大日本医会は退潮をした。ただ東京医会だけは発展をしていったわけですが、ここに北里先生を会長に迎えるということが34年頃にあった。この時は一応望まれて会長になりましたけれども、あまり北里さんは活躍をしないわけです。一つは官吏だったから、

すなわち役所に勤務をしてる医師であったからというような気持ちがいづつも残ってたわけでありませう。しかし一方では医師会活動というものは将来考えて大事なものだという考え、この両方があったわけで、それでこの39年に医師法が成立いたしまして再び全国的に各地方に医師会ができてきた。この時にまた北里先生に全国的な医師会の会長をとという話が出たんですが、やはりこの時は官吏の職をやっておりますのでどうしても研究所の運営に力を入れなくてはならんということで断ってるわけです。

ところが先程申しましたように大正3年に伝染病研究所を辞職するという事になってもう役所ではない、民間のものになりましたので、今度は大日本医師会の招請がありました時に積極的に活動をするようになったわけでございます。それ以来慶応の運営と医師会の運営、これに非常に力を入れたわけでございますが、その医師会の仕事としておやりになった大きなことというのは3つございます。1つは医師会の法定化の問題、法律上の団体として医師会を確立したということ。それから第2に薬剤師の活動がありまして薬剤師が患者から要求された場合に薬品に処方ができるようにしたい、という法律が通りそうになった。それを阻止したということ。そして第3は健康保険を政府と医師会との間の一定の契約でやっていく日本独自の健康保険政策、保険診療の基本を確立したこと。今日などでありますと原点に帰れといひますか、当時考えた健康保険診療そういうものがだんだんにゆがめられてはいけないと思うわけでございますけれども、この3つが力を入れたことであります。この実現には第1の法定化の時にはいろいろ議論がありましたけれども、北里さんはあまり発言しないで各県の医師会長などの議論を聞いて最後に断を下したというやり方で決めました。その後ろには内務大臣に後藤新平がおりましたので最後に許可をするのは後藤新平でありますから自信を持ってこれを進めたということとございませう。それから健康保険制度につきましては、ご自分の懐刀のような北島多一先生がおりまして非常によく内外の資料を集め、そしてまた政府とのつながりもいろいろ活用いたしました。例えば石黒技師というような有能な人がおりました。そういうようなことで非常に熟慮断行をされた。そして日本医師会は副会長に九州の医師会長、熊本の医師会長であ

## ■ 特別講演(3)

りました行徳さん等もおりましてこれが同郷の士でもありましたのでお互いに非常に意をあるところを察しながらやっていったということでございます。

それで北里先生は昭和6年6月13日に医師会長現職のまま脳溢血で亡くなられたわけでありまして、この後は北島多一先生が2代の会長となって昭和17年まで務めた。そういうことでもありますのでたまたま日本医師会長は慶応の医学部長が20年やったというようなことを言われたりした。そういうふうなことに実際になったわけでもあります。そしてまたこの北里、北島のお弟子さんである慶応の8回の卒業生である武見太郎先生が昭和32年から57年まで25年医師会を統率されたという事実があるのはご承知のとおりでございます。慶応の医学部の60年史これを見ますと「武見の反官僚的思考と政治力並びにその馬力は医学部創設者北里柴三郎に類似を認める。」こういう文章があったりいたします。北里さんは堂々とした容顔で傲岸強情などと常に人から言われますけれども、この激しい気性の裏に非常に優しい細やかな情愛があることが門下生などに語られております。そして多くのすぐれた門下生が生まれたのでありますけれども、論敵の青山胤通先生はしみじみと北里はよい弟子を持っているというふうに晩年言っておられたということでございます。

福沢諭吉の支援は大変大きく、伝染病研究所が発展したわけでありまして、後藤新平と荒木寅三郎の友情は非常に深いものです。特に荒木寅三郎のことはあまり言われませんが、この人は京都大学の総長をやった方でドイツで非常に北里さんにかわいがられたヒトでございます。伝研に秦佐八郎のようなお弟子さんを送りこんだり、佐伯矩も京都の生化学で荒木さんの教えを受けた人です。慶応の医学部のスタートのときに京大からは解剖の岡島敬治先生でありますとか、あるいは加藤元一先生でありますとか、薬理の阿部達馬先生でありますとかそうそうたる人を荒木さんが送り込んでそして慶応のスタートを万全にしたというようなことがあるわけでございます。こういうような多くの人の理解と支持を受けまして壮年期には研究所で多くの医師を育てあげ、晩年には慶応や日本医師会に熱情を注いだということでもあります。

大正13年に貴族の男爵に推薦されたわけですが、その時の推薦の理由は、第1は医学上の重大発見によって国威を宣揚したこと。第2には国内の学術の進歩、医学教育に貢献したこと。第3には公衆衛生の発達と社会医療に尽して国民の福祉を増進したこと。この3つが北里先生の大事な仕事として男爵というような、いわゆる貴族に叙せられたということでございます。

ここにご覧に入れました写真が、一番有名な晩年の北里柴三郎の堂々たる姿でございます。日本医師会の会長をやっておられたその頃の姿でございます。

最後にご覧に入れますのが私も非常に印象深く読んだ文章でございますけれども、北里先生の学問というのは非常に実学的でございます。学問のための学問というものではなくて、とにかく学問の成果というのはなんとか世の役に立たんといかんというのが北里柴三郎の生涯の考えであったようであります。そして実際にそのように活動したというふうに私どもはその生涯を見るわけでございます。以上で終わりますけれども、この医師会の創設者でもある北里柴三郎先生のことを思いおすのに何らか参考になれば、まことに幸いだと思っております。(写真略)

# シンポジウム

15:10~17:30

## 「臨床教育・研修制度改革と勤務医の役割」

座長： 熊本県医師会勤務医部会 部会長 木川和彦

日本医師会 常任理事 三上裕司

シンポジスト： 田名病院 理事長 阿部好文

沖縄県立中部病院 内科副部長 玉城和光

たけや小児科医院 院長 武谷茂

東京大学先端科学技術研究センター 特任講師 市村公一

熊本市医師会 理事 齋藤龍也

### 臨床教育・研修制度改革と勤務医の役割

座長：熊本県医師会勤務医部会 部会長

木川和彦

日本医師会 常任理事

三上裕司



皆さんこんにちは。本日最後のプログラムでございます。シンポジウム臨床教育・研修制度改革と勤務医の役割ということで始めさせていただきます。座長は、日本医師会の三上常任理事と、私、熊本大学医師会の木川で務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

今、医学医療を取り巻く環境というものは大きく変わっていったんですが、その中で結局一番大事なことはやはり臨床教育だろうと思っております。その臨床教育が卒前教育、卒後研修そしてこの生涯教育を含めて大きく変わろうとしておりますし、制度的にも既に動き始めております。卒後研修では今年から必修化ということですし、卒前教育では新しい臨床実習のスタイルといいますか、参加型臨床実習というクリニカルクラークシップが平成18年度に始まるということで、私たちはそういう大きな変革の中で医師会の勤務医がどういうふうに関与していくのか。あるいは研修医、あるいは医学生の臨床教育にどういうふうに関与していくのか。あるいは生涯教育はどういうふうに関与していくのかといういろいろなことが今問われ、あるいは求められている

だろうと思っております。そういうことで今日は臨床教育にご経験が豊かな5人のシンポジストにお話をいただいて、その後シンポジストの間で簡単な討論をし、時間がゆるす限りフロアの先生方と色々な意見の交換ができればと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

### 卒前・卒後・生涯教育：変革の動向と背景

田名病院 理事長 **阿部好文**

よろしく申し上げます。

[スライド2]

**欧米における医療状況の変化**

・ 疾病の治療が中心	→	健康維持と疾病治療
・ 病院に根ざす医療	→	地域社会に根ざす医療
・ 医師による医療	→	チーム医療
・ 専門領域の重視	→	プライマリケアの重視
・ 経験に基づく医療	→	根拠に基づく医療



(スライド2) 多分ここにいらっしゃる先生方がお受けになった頃の医学教育というのと、私が受けた時の医学教育そして現在医学生が受けている、それからまた去年ぐらいから臨床研修医が受けている教育の制度というのはドラスティックに変わっております。それがどのように変わってきたかということと、それからその背景は何だったかということ、マッチングですとかクリニカルクラークシップとか共用試験とかがこれから演者の先生方に多数出てくるとお思いますので、その概要をまずお話しておきたいとお思います。

日本でも英国でもそれからヨーロッパでも医学教育が変わった。理由は医学の状況が変わったからでございます。

(スライド3) 一般的にアメリカで10年ぐらい前に大きく医学教育が変わり、5年ぐらい前にヨーロッパで変化が起こって、そして日本が最近やっとその改革の端緒についたと言われております。かつては疾病中心だった医療は病院で行われて医師が中心であった。そしてスペシャリティを重要視してそれまでの経験が大事だったというものでした。それが健康維持になり、そして地域コミュニティの医学であり、よく言われているようにチーム医療でありますし、プライマリケアそしてエビデンスベースメディスンというふうに変ってまいりました。この

[スライド3]

**欧米における医学教育の変化**

・ 疾患が中心	→	症状・症候が中心
・ 知識を偏重	→	技能・態度も重視
・ 教師主導の講義	→	学生中心の学習
・ 画一的カリキュラム	→	必修+選択制
・ 基礎と臨床が乖離	→	基礎と臨床の統合
・ 卒前・卒後・生涯教育	→	継続的医学教育
・ 各科毎に独立	→	中央での統合的管理
・ 大学のみでの教育	→	多施設を使った教育

ような変化に対応するためには当然医学教育も変わりました。従来我々が受けていました教育は疾患のことを講義で習って知識が中心で、国家試験は教科書を丸暗記しておくで大丈夫で、講義は教師中心で画一的なカリキュラムなので先輩のノートを借りればそのまま試験は通るといようなものでした。基礎は基礎、臨床は臨床その間に全くの関連はありません。そして卒業が目的で、それから卒後のトレーニングがあり、生涯教育は点数がいただければそれでいいといようなものです。それが今ではすべて統合されるような形になりまして症状・症例が大事で態度とか技能が重要視されます。そして学生中

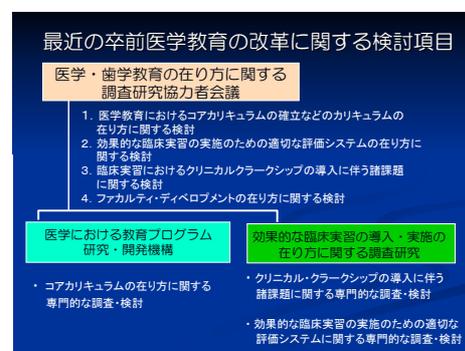
心の教育でまたエレクトティブ、セレクトティブなカリキュラムが準備され、基礎と臨床は常に融合しなさいというようなことが言われます。昔はコンティニグメディカルエデュケーション、最近ではコンティニプロフェッショナルデベロップメントといわれるような生涯を通じての技能を高めていく、また態度を高めていく継続的な教育が大事だとされています。そのためには医局ごとでやっていたのではできないということになりますので、最近各大学で教育計画部とか教育センターというようなものができております。それと同時に医師を派遣するという意味でも医局制度が崩壊しておりまして、いまや教授や医局長が出張をコントロールするという時代ではなくなってしまいました。更にプライマリーケアを重視することになりますと、大学では教育できないということで医師会の先生方とか、市中の病院やクリニックを使った教育になり、早期体験学習で開業の先生のところ医学部の1年生がくるといような教育に変わってまいりました。

[スライド4]

医学教育改革のながれ	
1910年	Flexnerレポート(アメリカ) 160校→86校
1983年	AAMC GPEPレポート(アメリカ)
1985年	医学教育の改善に関する調査研究協力者会議
1991年	臨床実習検討委員会最終報告(前川レポート)
1993年	GMC Tomorrow's Doctors(イギリス)
1996年	21世紀医学・医療懇談会第1次報告
1998年	AAMC MSOPレポート(アメリカ)
1999年	21世紀医学・医療懇談会第4次報告
2001年	21世紀における医学・歯学教育の改善方針について → モデル・コア・カリキュラム発表
2002年	GMC 新Tomorrow's Doctors(イギリス) 共用試験第1回トライアル開始
2004年	新医師臨床研修制度開始(第1回マッチング)
2006年	共用試験正式実施

(スライド4) このような変化というのは実は日本ではここ2、3年で起こったことですが、アメリカでは有名なフレックスナー・レポートというのがございました。これは今からも100年前ぐらいになるのでしょうか。その頃は、アメリカの医学部は入学資格や教育内容に基準がなく、粗悪な教育をしているところもあったので、フレックスナー先生がアメリカの医学校155校をまわって適正な医学教育が行われているかどうかということ報告されました。それは非常に衝撃的な報告でその結果160あった医学校が一時100まで減ってしまいました。その後ジーベップレポートという有名なレポートが

できました。同時期に日本でも前川先生の有名な臨床実習を参加型にして、医学教育の改善をしないというレポートが出ましたけども、日本ではだいたい審議会があって報告書が出てそれが現場には全く反映されないということがよくあることで、これはしばらくほっておかれました。一方、イギリスでは国民の健康を考えるような医療制度ができたときに、トゥモロズドクターという有名なレポートが出てこれは去年書き換えられ、これに従ってイギリスでも医学生の教育が進んでいます。そして日本でも2001年に第4次の報告を受けまして初めて実質的な活動が始まりました。それがモデルコアカリキュラムで全国の医学部のカリキュラムをある程度統一しようという動きでございまして。それをすると同時にこれから申し上げる共用試験というのが連動しました。一方厚生労働省のほうでは、プライマリーケアを全部の医師に臨床的に学ばせるためには卒業後研修2年間を必修化しようというのが時を期せずして同時期に起こったわけです。[スライド5]



(スライド5) まず卒前教育でございまして、第4次答申を受けて、協力者会議で医学教育の調査が行われました。調査内容は、カリキュラムを調べてそしてクリニカルクラークシップといわれる臨床参加型の実習をさせるためには教師をどのようにデベロップ (develop) するかというようなことでした。

(スライド6) その結果コアカリキュラムをつくるということとクリニカルクラークシップを同時にするためにはどうすればいいかということが検討され、具体的な改革の方向として平成13年にモデルコアカリキュラムというのが全国の医学部の協力のもとに出ました。その結果日本の医学教育はドラスティックに変化し、全国の医学

# シンポジウム

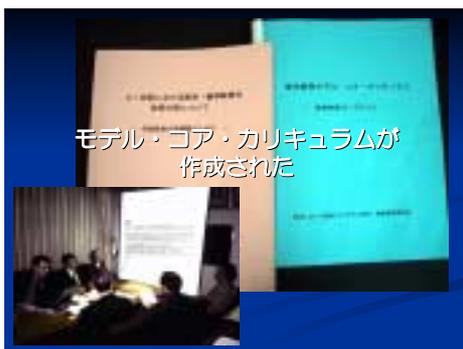
[スライド6]

### 卒前教育の最近の改革

- 平成13年にモデル・コア・カリキュラムが作成され、全国の医学部でカリキュラム改革がはじまり(73%)、ほとんどがこれを組み込んでいる(95%)
- コミュニケーション能力、医療安全、医の倫理などは6年間を通じて教育するカリキュラムとなった
- コアの診療科の臨床実習は単に見学をするのではなく、チームの1員として、実際の診療に学生が参加する診療参加型臨床実習『クリニカル・クラークシップ』にする
- 臨床実習を開始するまえに、知識・技能・態度を評価する全国共通の試験『共用試験』を実施する

部のカリキュラム改革が始まりました。今調査では73%の医学部がカリキュラムを変えており、その95%がこのモデルコアカリキュラムを取り入れております。このカリキュラムの特徴は後で申し上げますけど、コミュニケーションとか医療安全とか医の倫理というような生涯教育に必要なものを最初の6年間できっちり教えよう。そして同時にコアの診療科は診療参加型にして技能・態度の面でもきちっと教育をしよう。そしてチームのメンバーとしても、患者さんの診療に入っていくとすればその前に知識だけではなく技能態度も含めて全国共通の試験が必要となるということでございます。

[スライド7]



(スライド7) モデルコアカリキュラムは決して完全なものではないですが、それぞれ医学部において6年間に教える項目というのを5000項目ぐらい出しまして夜な夜なこれを検討いたしました。それを全国に発信いたしましたそのフィードバックを受けて大体50何回ぐらい会議をいたしましたでしょうか。その内容を一つずつ詰めてまいりました。

(スライド8) このような詳細なカリキュラムが日本で

[スライド8]

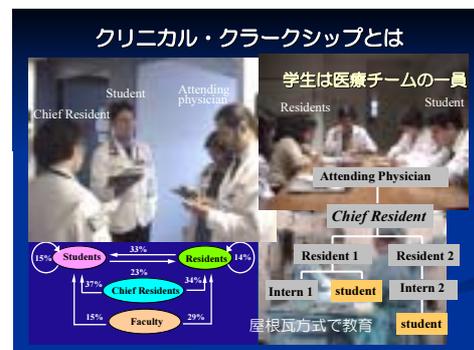
### 医学教育モデル・コア・カリキュラム

21世紀における医学・歯学教育の改善方策について 一学部教育の再構築のために

教育内容	基礎	必修	(A) 豊かな人間性、医の倫理 コミュニケーション能力(言語・医師職務)、チームワーク(医療) 向上への努力、科学する心、情報管理、安全な医療への配慮
	専門	必修	医療への基礎教育 (基礎科学、情報科学、医学など)
	専門	必修	前臨床(統合型)コア・カリキュラム (B,C,D,E,F)
	専門	必修	必修(臨床診療参加)実習 (コア・クラークシップ) (G)
領域	選択	一般教養	
領域	選択	生命科学・前臨床医学・社会医学	
領域	選択	各大学独自の特徴・多様性のある選択性のあるコースの設定	

つくられたのは初めてです。これは従来のカリキュラムを大きく変えておまして、まずオロロジーを廃止する。病理学とか薬理学とかそれぞれの教室が自分のところでカリキュラムをつくるというのではなくて、薬理学であれば臨床薬理と重なるように、病理学であれば症候と重なるようにという形で統合したカリキュラムにしています。そのカリキュラムの教育の仕方はスモールグループ教育やPBLを推奨しています。それ以外にコミュニケーション能力ですとか、新しい診断基準を見つける方法ですとか、科学する心、また他職種の意見を受け入れるような態度というものはすべてこの6年間を通し、この中に大事な医療安全も入っております。チームワーク、コミュニケーション、コミュニケーションスキル等も入っております。同時に臨床実習に関しましてはコアの科に関してはこれから御説明するクリニカルクラークシップで行うようにという勧告をしたわけです。これが全国の医学部に受け入れられました。

[スライド9]



(スライド9) クリニカルクラークシップという言葉自体耳なれないかもしれませんが、臨床的な教育をす

るアメリカの教育法でございます。ただ臨床技能教育というのは実はヨーロッパのほうがアメリカよりもっと優れたものを持っておりますし、クラークシップと呼んでおりませんがその構造は基本的には同じです。学生さんが実際に患者さんに携っていく。ただもちろん1人では見られないわけですのでインターンやレジデントと一緒に働く。そしてそれを統率するチーフレジデントがいて、それをコントロールするアテンディングフィジシャンがいる。従ってこのような多人数のチームで患者さんを見ますから最も大事なものはプレゼンテーションです。学生はプレゼンテーションを上手にしてこの学生が与えた情報を元にみんなで考えます。この情報から新しい問題が発見されますし、治療法も考えられる。まさに学生がやっていることがそのまま患者さんの実際の診療に反映されてゆきます。いままでの教育は、治療方針も決まっています。診断も決まっているものを学生さんが見学する。または模擬的に診療して最後にレポートを書くというようなものでしたけれども、クリニカルクラークシップでは学生がその日の朝見つけたデータの異常がここで議論されて、それが次の日の診療にかかわるといようなことで学生が大事な役割をします。このようなやり方をしますと実際の問題を解決する能力、今後新しい病気を見つけた時にどうすればいいかという能力が身につくと言われています。この場合要になるのはチーフレジデントでございます、このように集まってはチーフレジデントがそのディスカッションをする。それにファカルティが来てコントロールをする。手術に入るにしてもいわゆる第一助手の位置でございますか、そういうところに学生を入れて解剖を教えながら手術をしています。このような形をとりますとこれは2年ぐらい前のデータでございますけど、学生はチーフレジデントよりレジデントから学ぶことのほうが、ファカルティが教えるものよりはずっと多い。そしてこれは講義よりずっと身につくということが分かっております。このような臨床実習ができるようになったら、全く臨床の事を知らない学生がチームに入ってきて足手まといになるだけでございます。

(スライド10) 従ってアメリカの臨床教育の仕方を、例えば泳ぐということに例えますと、最初は本で講義室で

[スライド10]

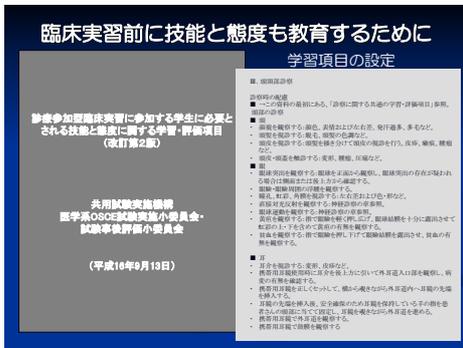
Clerkshipを開始するまでに	
— 水泳を学ぶことに例えると —	
アメリカ	日本
本で水泳の理論を学ぶ	平泳ぎの理論を学ぶ
ビデオで泳ぎ方を見る	クロールの理論を学ぶ
プールサイドで見学	背泳の理論を学ぶ
水に顔をつける練習	バタフライの理論を学ぶ
浮き輪をつけて水に入る	古式泳法の理論を学ぶ
プールで泳いでみる	プールサイドで見学
海にいて泳ぐ	海にいて泳ぐ
うまく泳いでほめられる	溺れそうになって怒られる
臨床実習を開始する前の準備教育 (ICM) がもっとも重要	

教えます。その後実際に泳いでいるところをもうちょっと視覚的に教えて、その後は実際にプールサイドに行つて見学をする。そして洗面器に顔をつけてまず水がこんなもんだということを経験し、浮き輪をつけておぼれないようにして泳ぎ方を覚えて、このへんがベッドサイトティーチングとか最初の1年生から2年生の間に病棟に行つてみる練習になります。その後プールで泳いでいよいよ海に連れていかれて泳ぎます。アメリカの教育ではまず褒める、ヨーロッパでもそうだ、まず褒めてから何か教えなさいと言われますけども、実際にこれだけ練習してれば大体の学生は泳げるわけですから褒められるわけですね。ところが日本で受けている授業というのはひたすら講義室にいて、各科の先生が自分の好きな講義をなさいます。平泳ぎ、クロール、背泳このへんまで将来使うかもしれません。バタフライも苦しいけど泳ぎ方を覚える必要があるでしょう。ところが、ある先生が古式泳法の講義をなさいます、これは将来使うのかなと思いますけども、試験に出るから学生は一応覚えます。その後ベッドサイトティーチングだとか言われて病棟へ連れていかれて、さあ君たちは患者さんの診療法はすべて知っている、今日から診れるだろうと言って泳がされる。当然学生は溺れます。そうすると今まで何を勉強してたんだ、授業サボってたんだろうとか言われてしまうわけです。これは根本的に病棟実習をするまでの教育のシステムができていなかったわけで、イントロダクションウクリニカルメディスン (ICM) と申しますけど、これが十分にできていないと有効なクリニカルクラークシップができません。

(スライド11) そこで我々の委員会ではこの技能と態度

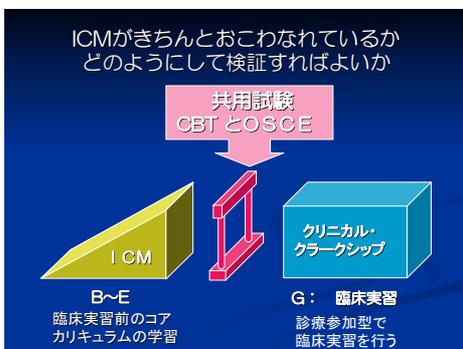
# シンポジウム

[スライド11]



に関してもきちっと教える内容を決めましょうということ  
 でこれらも3回ぐらい改訂をして学習項目を設定しました。  
 これは一番最新版でございますけども、10数ページにわたって医療面接の仕方からプレゼンテーションの仕方、そしてまたフィジカルエグザミネーションのやり方をすべて細かく提示しております。これは全部の医学生が実習で勉強します。全部の医学生が臨床実習をはじめの前までに覚えておくこととして貧血、黄疸を診る等は当然かもしれませんけれども、眼底鏡・耳鏡も全員が使えるようになる。その眼底鏡・耳鏡の使い方の細かいこと、安全のためにはどうやって使うか、また所見の解釈というような学ぶべき項目は詳細に決められています。このようなカリキュラムが現在進行しているわけです。このようなことを臨床実習前に学習しておけば学生は多分診療参加型臨床実習はできるだろうと思います。

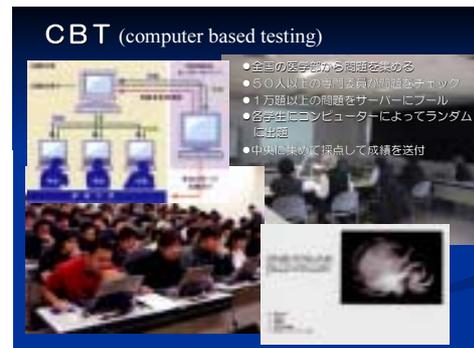
[スライド12]



(スライド12) しかしこれらの実習や授業もサボって  
 いてクラブ活動に頑張っていたという学生がそのまま病棟  
 に行ってもまずいので、新しい試験システムとして共用  
 試験というのが作られました。正式実施は2006年でご

いますけれども、すでにトライアルが4回行われており  
 ます。

[スライド13]



(スライド13) 共用試験はCBTとOSCEという2つの試  
 験からなっていますが、これは決して第2の国家試験で  
 はございません。これは医学部がそれぞれ従来やって  
 いたはずのこと。臨床実習の前には学生の能力を検定し  
 いたはずですがそれぞれ学校で問題をつくるのは大変な  
 のでみんなで共用しようということで行われたもので  
 ですから、その学校のクラークシップのレベルによって非  
 常に難しいことまでさせているのであればハードルは高く  
 する必要があります。それほど難しいことはさせないの  
 であれば低くしてよいということでのこの合否を決める  
 のは各学校でございます。ただ問題はみんなで集めましょ  
 うということ。ただ国家試験のように、何月何日に  
 全国いっせいにやるということは臨床実習に入る時期が  
 違うわけですからできません。そのために考えられたシ  
 ステムとしてコンピューターベースドテスト (CBT)  
 というものが行われております。これはちょうど英語の  
 試験をコンピューターで行っておりますけどそれと同じ  
 です。そのために大事なことは質のいい問題を多数集め  
 ることです。大体1万題ぐらいプールすればこの隣に合  
 わせている学生の問題はコンピューターでランダムに出  
 ますから全く違う問題が出て見ても全然役にたたない。  
 したがって1年じゅういつでもできるということになり  
 ます。6時間で360題をコンピューターにむかって解く  
 ので目が疲れるという欠点ではありますが、この問題を  
 集めるためにも全国の医学部の先生が協力をしており  
 ます。そして全国から各校200題ずつ出しまして、それを全部  
 集め、評価する先生方も全国から50人以上来ていただ

て、そして幕張で3泊4日の合宿をして、すべての問題をこのようにパソコンにうつしながら1題1題検討する。そしてそれをトライアルで学生さんにやってもらう。そして学生の出来を見ながらもう1回その問題を使うか使わないかを決めて、いい問題をプールするということがここ3年行われておりました。いよいよ来年には1万題ぐらいプールできますので正式な試験ということになります。これで知識は身につくはずです。

[スライド14]



(スライド14) ところがCBTは合格して知識はあるのに患者さんのところに行って、お話を聞く時に突然わけのわからない日本語で聞きだす学生がいて、あいつは頭がいいんだけど何でこんななんだということがよくあります。あのまま医者になるのだから先生も言われている学生さんがいままでは病棟実習にいっぱいいたわけです。そういうような学生を見るにつけ態度や技能ができていのかどうかを見るためには別の試験が必要だといわれました。これがOSCEと言われている方法です。客観的臨床技能試験の略です。例えば患者さん、腹痛の患者さんを診るという一連の診察行為をばらばらにします。まずお話を聞く。そして患者さんの血圧を図る。頭頸部を診る。そしてお腹の診察をして神経診察もする。病棟で臨床実習をするのに必要な基本的な技術、先程のOSCEの学習項目に出しましたような項目が本当に学習できたかっていうことを調べます。このように各部屋を並べましてそしてその課題をつくります。学生はそれぞれ前に並びましてベルが鳴ると入る。評価者が評価をしながら5分間そのパフォーマンスをして終わったら出で次の部屋に入る。ぐるぐる回ることによってこれらの細分化された項目に関してスキルができるかどうか見ます。

この2つの試験CBTとOSCEによって臨床実習が開始できるかをチェックするわけです。

[スライド15]



(スライド15) 今の国家試験には実技はありませんが、先生方は多分面接もあってレントゲン見させて、顕微鏡見てとかいうような実技の試験があったと思います。現在国家試験がペーパーだけになっているということはまずいのではないかとということで、Advanced OSCEを国家試験に入れることができないかという検討もなされています。

[スライド16]



(スライド16) このように卒前の教育は大きく変わりましたが卒業教育も従来は卒業研修を自分の学校でやるというような状況から大きく変わりました。厚生労働省のほうでもプライマリーケアをやって、ちゃんとした医者を育てないとまずいということがあって卒業研修の制度が変わりました。それが新臨床研修制度です。

(スライド17) これもいろいろ議論がございまして本当にできるのかなという不安がありました、スタートしたら意外とうまくいっている。多くの問題はありますが、まずまずの形になっていると思います。研修病

# シンポジウム

[スライド17]

### 新臨床研修制度が出来るまで

- 1948年 GHQの指導でインターン制度を導入
- 1966年以後 インターン競争
- 1968年 医師法の改正で「2年間の卒業臨床研修を行うものとする」という努力規定に変わり卒業直後から狭い専門領域に偏ったストリート研修が主体となる
- 1994年 厚生省医療関係者審議会臨床研修部会中間まとめ「研修医は将来の専門性を問わず、患者を全人的に診ることが出来る基本的な臨床能力を身につけるべく、基本的には必修することにも、その内容等の改善を図ることが望ましい」
- 2000年 医師の卒業臨床研修に関する協議会で「意見の概要」がまとまる
- 2000年12月 第150回国会で「医療法等の一部を改正する法律案」が成立
- 2003年 第1回マッチングが実施される
- 2004年 新医師臨床研修スタート

院の決定はマッチングというもので行います。

[スライド18]

### 卒業研修必修化に関する法律の内容

- 診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する過程を置く大学に属する病院あるいは厚生労働大臣の指定する病院において研修をうけるなければならない
- 研修を受ける医師は、臨床研修に専念しその質向上をはかるようにとめなければならない
- 厚生労働大臣は、研修を修了した者について、その申請により、研修を修了した旨を医籍に登録するとともに、研修修了証を交付する
- 研修修了の登録を受けた医師でない者が診療所を開設する場合には、都道府県知事等の許可を得なければならない
- 病院等の開設者は、研修修了の登録を受けた医師にその病院等を管理させなければならない

(スライド18) 基本的には2年以上医学を修得する過程をおく大学又は厚生労働大臣の指定する病院で研修を受ける。そしてその間はアルバイトをしてはいけない。そしてお金が出るということです。研修をした後にはそれが医籍に登録されて研修修了証書が発行される。そういうものを受けているものでないと診療所が開設できないということが決められました。

[スライド19]

### 臨床研修の概要

目標 基本的臨床能力の習得

科目 基本（内科、外科、救急部門）および  
必修（小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療）

期間 基礎（1年次、内科は6ヶ月）および  
必修（2年次、1ヶ月以上）

定員 病床10床に1名（または年間入院患者100名に1名）\*  
指導医 臨床経験7年以上、プライマリ・7指導能力を有し、講習会を受講した医師が5名まで受け持つ\*\*

\* 平成19年3月31日までは 8床に1名  
\*\* 臨床経験5年以上で可

(スライド19) そしてこの2年間の研修というのはまず

基本的な科目として内科、外科、救急、小児科、産婦人科、精神科、地域保険医療というこの部門に限って、少なくとも内科は最初の1年目で6カ月やってください。2年目は小児科、産婦人科、精神科を少なくとも1カ月。そうするとその後選択で選べるものは6カ月ぐらいしか残らないんですけども、そこで診療科を選んで勉強するということによって2年間でプライマリーケアの能力が身につくという仕組みです。

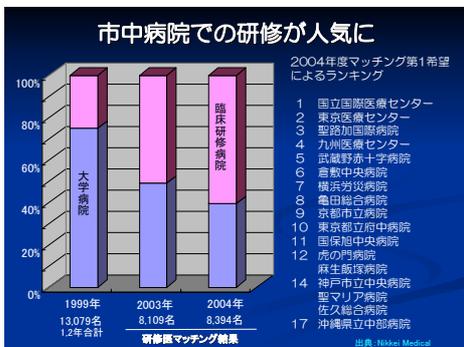
[スライド20]



(スライド20) 従って指導する先生も臨床経験豊富なプライマリーケアの診断能力のある先生が指導するということが決まっています。ところが残念なことに、大学病院ではそういうプライマリーケアをきちっと教えられるか、スペシャリストばかりが集まっているわけですから、あまりいらっしゃらないのではないかとということになると研修を受ける学生も当然大学ではなく、プライマリーケアのケースが多くて、指導者がいる市中病院で研修したいと思うのは人情でございます。その結果として学生は多数がそういう病院に殺到して、夏に面接をうけたり、ペーパーテストをうけたりします。病院のほうもあの学生じゃちょっとなのがあるから順番がつくでしょうということで学生が行きたいプログラムを出し、病院のほうもとりたい学生の名前を出し、それを一定のアルゴリズムに従ってお見合いさせるということできちっと自分の行きたいところに行けるというシステム（マッチング）ができました。これが実際に動くとき非常に不満なく決められるようです。その結果次のようなことが起こりました。

(スライド21) 今からほんのちょっと前は1年目、2年目の学生は研修医合わせて1万3,000人ぐらいいますが、

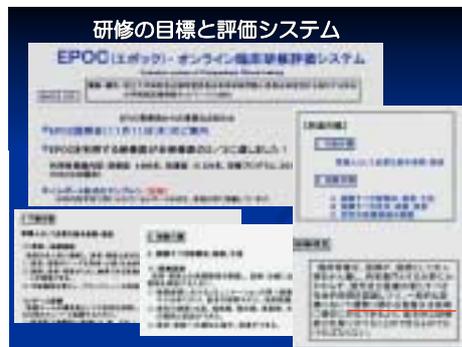
[スライド21]



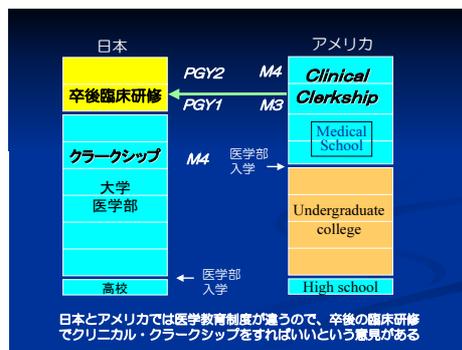
ほとんど大学でストレート研修またはローテーションを  
 してしまっていて、他の病院に行く学生は「あいつ他いくん  
 だってね、変わってるね」なんて言われていたわけです。  
 ところが今は大学に残るといって変わってる、という時  
 代になってしまっていて、去年のマッチングでは大学と  
 研修病院は半々で恐る恐る自分の大学じゃないとまずい  
 のかなと言っていた学生が、先月出ました2回目のマッ  
 チングの結果では6割が研修病院に行くようになりました。  
 人気病院というのを上からざっと並べますとすべて  
 大学ではなくこのようなプライマリーケア総合的な勉強  
 ができる市中病院です。これからお話があります沖縄県  
 立中部病院も17位で人気病院の1つとしてノミネートさ  
 れているわけです。そうしますとここで教育をするとい  
 うことがかなり大きな問題になってくると思います。一  
 番の大きな問題というのは出口がはっきりしていないと  
 いうことです。もう一つはこのような2年間研修をする  
 間では何をなささいということが決まっているんですが、  
 この内容を細かく見ますと、大学のクニリカルクラーク  
 シップを教えることと大差がないんです。これは厚生労  
 働省がコントロールしてつくっているものと文部科学省  
 がつくっているものというのが省庁間のかかわりがな  
 いからだというふうには私は思います。ここらへんは日本  
 医師会にコントロールしていただいて何とか卒前・卒後・  
 生涯教育通したプランのようなものをつくっていただ  
 けないかと思えます。

(スライド22) 研修の評価としてはエポックというシ  
 ステムが電算上でコンピューター上でできるようになっ  
 ていますけども、OSCEをして評価するというところは今  
 のところやっていると非常に少ない様です。

[スライド22]



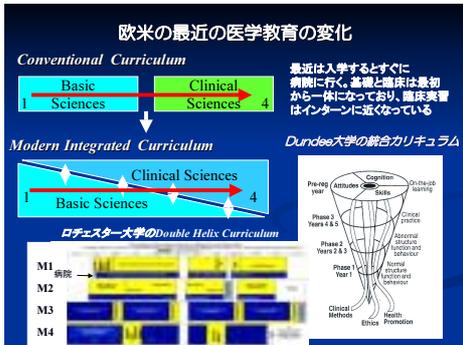
[スライド23]



(スライド23) もう一つ臨床研修が義務なら無理やり大  
 学でクリニカルクラークシップをしなくてもいいという  
 意見があります。日本とアメリカの医学教育を年令でな  
 らべると、アメリカ4年で医学部を出てその後大学院大  
 学で入ってくるのでアメリカでクリニカルクラークシ  
 ュプをやって、それはちょうど日本では卒業臨床研修の年  
 ではないかと。従ってクリニカルクラークシップと同じ  
 ことは卒業臨床研修でできればいいのだという議論がま  
 ことしやかに言われています。しかしこれはまずベーシ  
 ックなことを学び、そしてセパレートしてスペシャリス  
 トに育てるための教育法で今のアメリカではやられなくな  
 っているカリキュラムです。基礎を学んでから臨床にい  
 くというカリキュラムではアダルトラーニングができない  
 ということが教育理論上也分かっています。そのために  
 アメリカのカリキュラムも現在ではベーシックサイエ  
 スとクリニカルサイエンスを行ったり来たりするという  
 スパイラルなカリキュラムに変わっています。従って従  
 来言われているような3年生、4年生がちょうど日本の  
 卒業臨床研修にあたるということではなくて、アメリカの

## ■ シンポジウム

場合でももう1年生から病棟には入っているんですね。  
[スライド24]



(スライド24) これはヨーロッパのカリキュラムですけれども、これもやはりattitude, cognition, skillという要素が1年生のときから入っている。左下はカリキュラムを変えたために入学する希望者が3倍に増えたという、有名なロチェスターのダブルヘイクスカリキュラムですけど、これも1年目コミュニケーションスキルが終わった後にその日にもう病院に行って患者さんと医者とのコミュニケーションを見て観察してくる。そして次の週ぐらいにはアナムネのとる一部に参加するというようなカリキュラムになっています。

[スライド25]



(スライド25) 現在では入学するとすぐに病院に行くというカリキュラムになっていて基礎と臨床を一体化させたカリキュラムにすることが大事ということはおっしゃるので、卒後臨床研修がクラークシップのかわりでいいということはないと思います。そうしますと卒前のクラークシップと卒後臨床研修の教育というのはどうも変わらない。かなり学生もいっぱいのことをするのではないかと思います。まさにそのとおりでございます

てこの写真はブラウン大学の例でございますけど、この人は研修医、この人は学生さん、この人は研修医この人は学生さんということで学生と研修医がやっていることは研修医が5人の患者さんを診るのに対して学生は時間をかけて1人を診ているというぐらいの差しかございません。

[スライド26]

(スライド26) アメリカのレジデンシーのプログラムでこれはブラウン大学のポストグラジュエイトのレジデンシプログラムですけれども書かれていますことはモーニングラウンドをしてヌーンラウンドがあってジャーナルクラブがあって、そして特徴的なのはこの臨床研修の2年目にOSCEをします。先程の身体技能を見る能力をチェックするOSCEをしますということではっきりこのレジデンシープログラムが終わったかどうかというチェックをされた上で卒業していく。そして珍しいケースに関してはケースベースラーニングをしますけども、ここに明確に書かれていることはレジデンス・アンド・スチューデントということで学生さんが教育をしてレジデントを教育するという屋根瓦方式の教育をするという形になります。そしてもらえるお給料も日本よりはちょっと多いということがございます。

(スライド27) 生涯教育に関しても幾つも大きな問題がございます。現在の医療を取り囲む環境というのは患者中心の医療であって全人的な医療がなければいけない。そして非常に強く言われている医療事故防止が大切です。そしてどんどん医療が高度化して新しいものが入ってくる。それに対応するためには医学部を出て、ストレート研修を受け診療所を開いたぞ。あとは大丈夫というわけにはいかないということは皆様よくご存じのとおりでそ

[スライド27]

**日本における医療を取り巻く環境と医師への要請**

- 患者中心の医療への期待
- 全人的医療の展開
- 医療事故の抑止
- 医学・医療の高度化・多様化への対応

↓

- 質の高い生涯教育
- 患者の安全確保
- 医師の職業的自律 (プロフェッショナル・オートノミー)
- リピーター医師の処分と教育 (自浄作用)
- 医師免許更新

のために質の高い生涯教育が必要。そして患者の安全が確保されなければいけない。そして一種のプロフェッショナルオートナミティということを常に自覚していなければいけない。そしてこれらのことがあっても場合によっては問題を起すお医者様っていうのはいらっしゃるわけで、そういう方は医師会の力によって処分するなり、再教育をする必要がある。そういうことがもし医師の世界としてできないのであれば医師免許は更新したほうがいいというようなことが言われるわけです。

[スライド28]



(スライド28) そのような危機感もあつたか日本医師会の教育制度で申告率は最近非常に上がってまいりました。

(スライド29) これを非常にいいことだと思うのですが、そして日本医師会の生涯教育推進委員会の先日出ました答申、私は内容細かく知っているわけではございませんが、「医療の質を向上して」、「患者の安全確保を図る」。この2つが非常に大事であつて、そしてできれば義務化して生涯教育を徹底しよう。私も医師会主催の勉強会で講演させていただくんですけども、出ていらっしゃる先生は基本的には多分こういうことが必要ない非常に熱心

[スライド29]

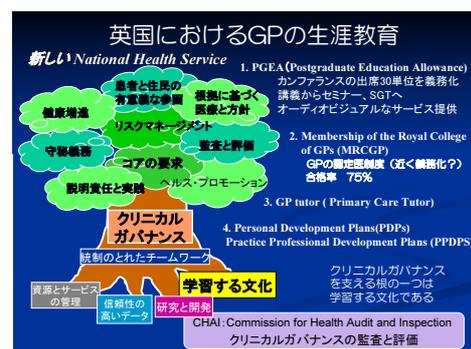
**生涯教育の義務化**

- 医師の生涯教育の究極の目標は「医療の質の向上」「患者の安全確保」にある。
- 義務化して生涯教育の徹底化を図る
- 義務を終了した時に総括的評価をおこない、その結果を判定して「資格」を認定する
- それをもって医師免許更新とすることが出来るのではない

日医・生涯教育推進委員会答申

な先生で、出ていらっしゃる方こそお勉強していただければいけないのではないかと思うことが時々ございますので義務化は必要でしょう。そういうのは義務化して、先程と同じカリキュラムをつくってやったらその後には評価が必要でございます。評価の方法としては形成的、何点とったではなくて最終的な出口として総括的に合否を決める、総括的評価が行われてその結果を判定して資格、係りつけ医というものを与えてはどうかというような答申が出されたのだと理解しております。そういうことがきちっとできていてプロフェッショナルオートナミーが確立されるようになれば医師免許の更新ということは必要ないだろうということでしょう。

[スライド30]



(スライド30) では外国ではどうなってるか。イギリスがちょっと先を進んでいるように私は思います。新しいナショナルサービスをイギリスの制度では提案してまして、そのために計上する医療費はかえって増えてます。日本とは逆ですが、ただきちっとそれをコントロールするためのコーポレーションガバナンスと同じようにクリニカルガバナンスという制度を作っています。その柱の

## ■ シンポジウム

一つは学習する文化、学習する態度ではなくて学習するのは当然というふうにしなればいけないということが強く言われています。一生にわたって学習していこう。それが医者だということで、その大きなルートの一つは「学習する文化」でございます。そのためには幾つか義務化してしまうほうがいいということでpostgraduate education allowanceというものが決まっております。これはカンファランス30単位を義務化しました。そしてそれまでは製薬メーカーの説明会とかいうのも単位になっていたんですけども、非常に厳密に規定しまして役に立つものだけ、スモールグループティーチングにする。そしてビジュアルオーディオなものもサービスを提供してその場で聞くということでも、ちゃんと明日の診療に役立つもので単位に与える。まだこれは検討中のようなんですけども、そういうのが終わった後にmembership of royal college of GPという認定制度をつくって、これは3日間にわたって最後医療面接もある非常に大変な試験ですけども、これを通ったものをGPのドクターにしよう。そのためには卒後にまた教育するためのチューターをつけよう、というようなシステムです。これがうまくいっているかどうかという評価はまだ出ていないんですけども、プロフェッショナルディベロップメントプラン、毎年自分は何をするかということ自分で決めてそして自分のウィークポイントはどこかということを書いてそれを提出して、1年後にそこが達成されたかどうか評価するという形で生涯教育をきちっとやっていこう。それによってイギリスの国民のベーシックな健康を確保しよう。イギリスは、医療費は全部最初のうちは国家負担になっていると思いますけど、それをするのであればそれだけ能力のある医者がいてしなればいけないという制度が強く進められています。ただこれをするによって医療費が本当にうまくコントロール出来るかどうか、いくつも大きな問題があるようですけども、ただ学習する文化をきちっと自覚させようという方法は評価できるのではないかと思います。

(スライド31) とりあえず医学部で勉強して講義に出たか出ないか分からないだけで国家試験を通れば安泰というのではもう国民の期待する医療の質は確保できない。そのためには医学を研究をするというのと臨床で学ぶと

[スライド31]



いう2つの方向性がありますけども、それをきちっと統合させながら卒前教育は基礎と臨床を中心にしたものでゆく。古式泳法を教える先生の授業は聞く必要はないでしょう。その後臨床ができるためにはまずそのチェックをする共用試験があって、そのためにクリニカルクラークシップで新しい問題を見つけて患者さんに最も適当な解決法は何かということを見つける技法を学ぼう。そしてプレゼンテーションは少なくともできるようにしてから、今度は現場の臨床に入れてやりましょう。そこではもうちょっとレベルを上げてプライマリーケア全体を勉強するようなことをしましょう。そのためには国家試験の中に態度や技能をみる試験を入れることも必要になるかもしれません。卒後は学校病院以外の病院どこに行きたいかっていうことでマッチングが有効に働くでしょう。そのような必修の2年の研修が終わった後は、今度は一生続く生涯学習があります。それはやっぱりエビデンスに従った日常診療は続けていくためといえます。

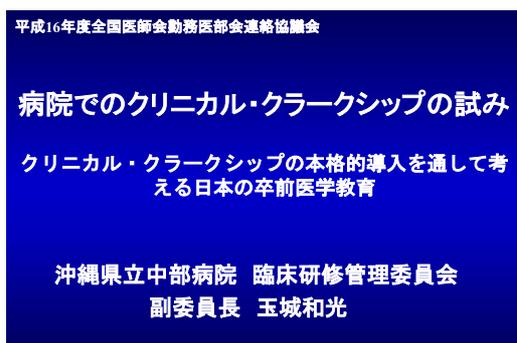
私が学生の頃にやっていたのと20年間変わらないという診療は一つもありません。そのためには生涯教育が必修化される必要があるかもしれませんし、場合によってはそれをチェックするための医師免許の更新というようなことが話題になってくるかもしれないと思います。このように医学教育は現在「医療の質をいかに上げるか」ということをキーワードとして改革が進んでいるのではないかと思います。

以上イントロダクションとしてこれからの話の理解に役立つようにとお話ししました。

## 卒前教育：病院でのクリニカル・クラークシップの試み

沖縄県立中部病院 内科副部長 玉城和光

〔スライド1〕

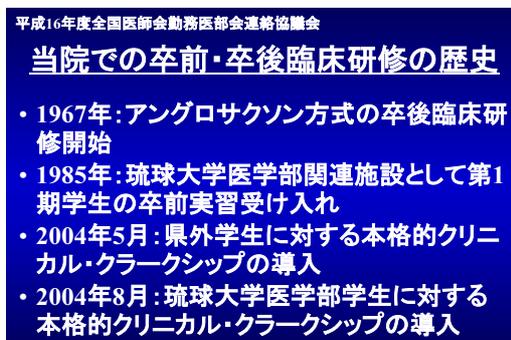


（スライド1）沖縄県立中部病院の臨床研修管理委員会の副委員長をしております玉城です。朝にも日本医師会長から話があったように、医療不信の時代という中にあって、我々勤務医がどのようにこの信頼を回復するか、また、回復できないいい医者を育て世に輩出し役に立ちたいという思いで当院はクリニカルクラークシッププログラムを作成して頑張っているところです。

コロンビア大学のエリック・キャッスルという人がこういう言葉を言っています。「20世紀の医学の問題というのは病める人に焦点を当てなくて病気に焦点を当てるという過ちを犯した。人間の回復が21世紀の医学の課題だ」ということ言っていますがまさに至言だろうと思います。その医師の信頼の回復のためにもやっぱり卒前の臨床教育は非常に大事なものだとして力を入れている次第です。

（スライド2）我々の病院は1967年に設立されました。ちょうど1972年に本土復帰してはすけれども、その頃はかなり医師不足で、すぐ離島や僻地へ行行って、なんでもできる医師を2年で育てないといけないという地域のニーズがあったわけです。それで独自にハワイ大学の力を借りてアングロサクソン方式の臨床研修を始めたのが1967年です。そして琉球大学医学部が開学して1985年にいわゆる関連施設として第1期生の卒前実習を受け入れております。そして今年5月から、いわゆる県外の学生

〔スライド2〕



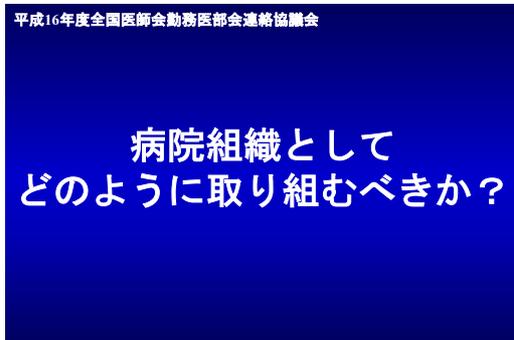
からクラークシップの導入を本格的に始めて、今年の8月から琉球大学の医学生全員に対してクリニカルクラークシップの導入を図っております。

（スライド3）その前にいろいろ病院内で議論したわけです。私と同じような一線の病院でクラークシップをやるかと考えている方もおそらくいると思いますし、開業医の先生方などもそれに参加されているわけですが、病院としてどういうふうに取り組むべきかということで、全体医局会を開いて何度も議論しています。

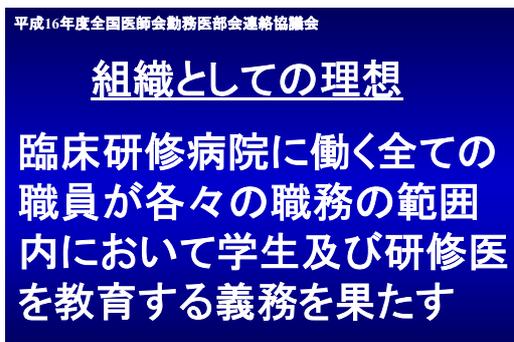
（スライド4）まずは一番確認しておきたかったのが、組織としての目標（理想）をどう置くかです。臨床研修

## ■ シンポジウム

[スライド3]

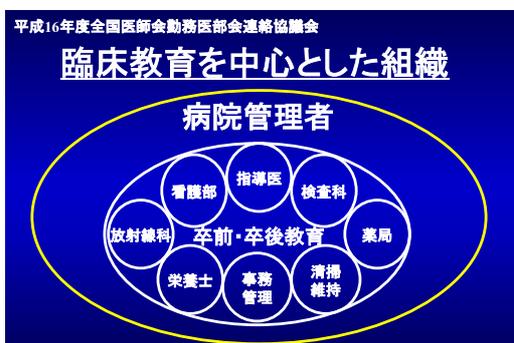


[スライド4]



病院で働くすべての職員は、各々の職務の範囲内において学生及び研修医を教育する義務があるはずですが。それを果たしてはじめて臨床研修病院といえるのだという意識づけが大切だということです。

[スライド5]



(スライド5) ドクターだけが医学教育をしているわけではありません。看護部、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師すべてが、研修医のいわゆる指導医ですね。全職員が指導医として指導するということを認識しなければいけないのではないかと思います。それを図式化する

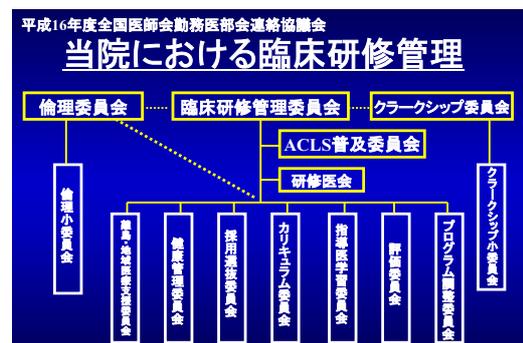
とスライドのようになります。管理者のもとですべての職員が研修医を育て上げる、学生を育て上げるということに従事するという事をみんなで確認しようということでは何度もお話しています。そして研修委員会、皆様のところにもあると思いますが、なかなか実動しなかったわけです。実際に委員会といっても、いっぱい委員会ができますが、実際何も成果があがっていないというところがかかなり多いのです。

[スライド6]



(スライド6) おそらくそういう認識をされている方が多いと思いますが、まずはとにかく実働する委員会をつくらうということで、それですまず何をやったかと言うと、サブコミッティ (committee) という下部組織を充実させたわけです。

[スライド7]



(スライド7) スライドに示しているとおりのすべての委員会の下に下部組織をもうけました。これらは若い人たちが中心となって全部動いているわけです。ほとんど研修医に近い人たちですでのいろんな問題がピックアップできるわけです。毎週のように下部組織 (小委員会) のミーティングを持って問題を全部明らかにするわけです。

そして上の委員会に上申するというをやっているわけですが。ほとんどの問題をここでピックアップしてしまうということです。まずそれが一番大きかったと思います。それでいろんな問題が実際にすぐ上に上げられて、実際に動くという形がかなりとれるようになったわけです。当院の採用試験で百数十人の募集があった中から60人を一次選抜し、1部屋あたり1時間の面接をやって選抜していくというやり方を、実際にやりとげられたのも選抜採用委員会という実際に動く人たちがいるからだったと思います。クリニカルクラークシップももう病院の事業としてやるということで、実際に動いてるのはこのサブコミッティです。

[スライド8]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

## 指導医の意識統一

指導医のあるべき姿を共有する

(スライド8) 指導医によって差があるという問題も私たちは経験しておりますけれども、まずは意識の統一を図ろうということでいろんな試みをやっています。指導医のあるべき姿を共有するとここに書いていますけれども、まずは指導医養成のための組織、サブコミッティの人です。

[スライド9]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

### 当院での試み

- ・**コーチング・セミナーの開催**  
- プロのコーチを招聘
- ・**全員参加型指導医養成コースの開催**  
- 研修医指導に関する問題を全員で話し合い共有する

(スライド9) プロのコーチを招いて、コーチングの考

え方について講習会を開きました。土日の1日を当直以外は全部参加させて、朝から晩までこれをやるという形で行いました。そしてファカルティディベロップメントも同様な形態で行いました。その時、指導医とはどういうものかっていうことを徹底的に議論しました。

[スライド10]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

## 病院職員全員が指導医

(スライド10) 病院の職員全員が指導医であるという意識をもつことは大切なことです。

[スライド11]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

### 当院での取り組み

- ・**看護部による看護業務の指導**
- ・**臨床検査技師による採血の指導**
- ・**上級研修医(3-4年目)による安全管理の指導**
- ・**パラメディカルによる研修医への講義**

(スライド11) 特に看護部、実際にクリニカルクラークシップに来られた第1日目、2日目は実際に看護婦さんと一緒に仕事をさせています。これによって看護師とのコミュニケーションが非常によくなるということで、働きやすくなったと非常に好評です。あとは臨床検査技師の採血の指導です。採血の現場に連れて行って、実際に検査技師さんが安全器具の使い方からすべて指導します。患者さんに紹介して、実際に学生さんが患者さんに挨拶したかどうかとかすべてチェックされております。患者さんからのアンケートでもかなり好評です。実際に挨拶されたということで非常に新鮮な気がしたというのがありますが、学生ですから何回か失敗することもあります。

## ■ シンポジウム

しかし3、4回刺されても、非常によかったですと答える方もいます。それだけ挨拶とかそういうのができるということ自体が、患者さんのほうに医師が近づいたということ非常に喜ばれたというのがアンケートの結果です。そして上級研修医も指導に入っています。自分の身を守ることについての指導は3年目、4年目のレジデントに講義をやらせています。あとはパラメディカルによる研修医への講義にも頻繁に参加させています。当院では離島を多くかかえていますので、テレメディスンにて全島レベルで配信できるようになっています。

[スライド12]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

**卒業する時点でどういう医師  
になってもらいたいのか？**

**研修開始の第一日目に  
出来ていて欲しいことは？**

(スライド12) 卒業する時点でどういう医師になってもらいたいのか。卒業して、研修にきて、第1日目にできてほしいことは何かを問うことは非常に大切です。

[スライド13]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

**医師人生を通して学ぶべきもの**

- ・プロフェッショナルリズムの意識
- ・Problem Solving Oriented(問題解決志向)な診療姿勢
- ・明快なCase Presentation
- ・Self Directed Learningの実践
- ・臨床倫理的アプローチの実践
- ・緩和・終末期ケアの実践

(スライド13) 医師の人生を通して学ぶべきものを示すことも大切です。プロフェッショナルリズム、問題解決思考型の診療姿勢。ケースプレゼンテーションがきれいに見える。これも非常に大切です。あとはセルフディレクティドラーニング、いわゆる一生涯かけて自分で勉強していく方法論、特にEBMのことに関しても意識づけ

すべきこととしてあげています。そして、臨床倫理的なアプローチが実践できるということ。緩和ケアと終末期ケアが実際にできるということ。これらは、一生通して学ぶべきものと考えています。実際に医学部に入った時点からこれらをやってほしいと思う次第です。特にクリニカルクラクシップで重視しているのは、いわゆる医療面接ができ理学所見が取れ、それをプレゼンテーションできるようになることです。

[スライド14]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

**プロフェッショナルリズム**

- ・患者のために全力を尽くし、信頼を得る
- ・自分の関心より患者を優先させる
- ・互いに尊敬し、相手の意思を尊重しあう
- ・必要なときは、いつでも患者のもとに駆けつける

(スライド14) プロフェッショナルリズムの定義についてはいろいろ議論がありますが、スライドにあることがよく知られていると思います。患者のために全力を尽くし信頼を得る。自分の関心よりも患者を優先させる。互いに尊敬し相手の意思を尊重し合う。必要な時はいつでも患者のもとに駆けつける、とそういうプロフェッショナルリズムを意識できるドクターに育てたいという気持ちがあります。

[スライド15]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

**Problem Solving Orientedな診療**

- ・病歴が確実に取れる
- ・理学所見が確実に取れる
- ・問題リストの作成が確実にできる
- ・アセスメントが確実にできる
- ・鑑別診断を的確で十分に挙げる事が出来る
- ・的確なDiagnostic Decision Makingができる
- ・的確なTherapeutic Decision Makingができる
- ・的確なフォローアップ計画が立てられる

(スライド15) これが問題解決思考の過程ですけども、とにかく患者の話がしっかり聞けるということです。それがまず第一です。そして医学所見がとれること。そし

的確なアセスメントの付け方、鑑別のあげ方を指導するように全ドクターへ伝えています。

[スライド16]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会  
**Case Presentationは重要な生涯教育**  
・カンファレンスで教育を意識して行うfull presentation  
・コンサルトで疑問点を的確に表現したfull presentation  
・緊急で行うコンサルトで問題点を押さえたbullet presentation  
・病棟や救急での申し送りで行う問題点を押さえたbullet presentation

(スライド16) ケースプレゼンテーション、簡単なようではなかなか難しいものです。ケースプレゼンテーションは生涯教育のひとつと私たちは認識しています。例えばカンファレンスで、失敗例を議論したい場合、皆でシェアし、次に皆でこういうことを起こさないようにとしたいわけですが、まずいケースプレゼンテーションだと、せっかくいいケースでも皆でシェアができないという状況が起きます。あとは救急などで急ぎのコンサルテーションを行う時の短いプレゼンテーション、ビュレットというものですが、これをできるようにならないといけない。プレゼンテーションは常に教育の中心となるべきものと認識しています。

[スライド17]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会  
**Self Directed LearningとしてのEBM**  
・目の前の患者に関して臨床上の疑問点を抽出する  
・疑問点に関する文献を検索する  
・得られた文献の妥当性を自ら評価する  
・文献の結果を目の前の患者に適用する  
・自らの医療を評価する

(スライド17) セルフディレクティドラーニングとしてのEBM、これはよく言い尽くされているものなんですけども、よく犯す間違いというのが、文献だけ読んで実際に目の前にいる患者さんの問題を解決しないで文献だけの読みに終わってしまったというのがあります。EBM

の実践は本来、患者のためにあるわけであって、そういう中でちゃんと文献を評価して患者に応用し、どうなったかをちゃんと見ておかないといけないわけです。このことをしっかり意識づけしないといけないと考えています。

[スライド18]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会  
**臨床倫理的アプローチの実践**  
患者さんと医療関係者が日常的な個々の診療において発生する倫理的な問題点について、お互いの価値観を尊重しながら、最善の対応を模索する

(スライド18) 臨床倫理的なアプローチですけども、学生のうちから意識づけることはなかなか難しいです。例えば急変時に心肺蘇生を行うかどうか、経管栄養をすべきか否か、そういう問題は結構日常診療の現場で出合います。そういう問題に気づくようになってもらいたいと思いますし、これも医学部に入ってから早いうちに始めるべきものじゃないかと思っています。

[スライド19]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会  
**クリニカル・クラクシップはチーム医療を実体験する最初の機会**  
チーム医療に関する基本的な考え方を育む大事な時期

(スライド19) クラクシップはチーム医療を実体験する最初の機会でもあります。チーム医療に関する基本的な考え方を育むという意味で非常に重要です。

(スライド20) ハイパフォーマンスチームというのがあります。チームとしていわゆる機能するとはどういうものなのかということの条件がここにあげられています。これは診療チームにも十分通じるものと思います。同じ

## ■ シンポジウム

[スライド20]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

### High Performance Teamの条件

- ・同じ目標を共有する
- ・相互に信じ合う
- ・相互に尊敬し合う
- ・ミスはありうるものとして行動する
- ・意思は明確に直接伝える
- ・自己実現に向けて生涯教育の場となる

目標を共有する。相互で信じあう。相互で尊敬しあう。当然ミスはあるものだとすることで行動しておくわけです。いつでも対処できるようにしておく。意思は明確に直接伝える。そのグループが生涯教育の場となりうるということです。ミスが起こっても、何故起こしたか、みんなでそれから何かを学ぶ雰囲気をつくる。つるしあげるんじゃないんです。これはハイパフォーマンスチームとなるための大事な条件と思います。

[スライド21]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

## 我々が望む 卒前医学教育の形

(スライド21) 我々が望む卒前医学教育ですが、先程阿部先生が言っているのとほとんど重なります。自分たちもハワイ大学のほうから学生が時々きます。特に一昨年1年生の学生さんと呼んだときに、私は彼女にケースプレゼンテーションをさせました。カンファレンスを開いて皆の前で実に見事なケースプレゼンテーションをやったのけたのです。何故彼女は見事にやっただけなのかわかりませんか。

(スライド22) 医学部に入ってすぐにコミュニケーションのスキルを徹底的に教えられるからです。もちろん理学所見の取り方も平行して教えられるからです。そして

[スライド22]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

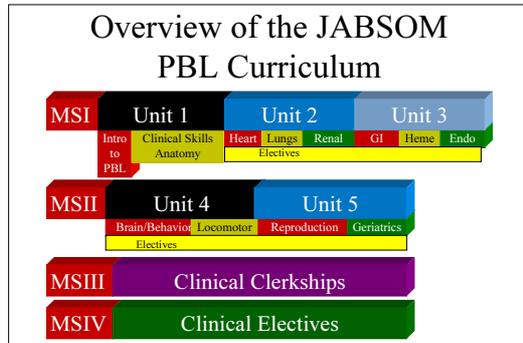
### 医学部3および4年次

#### PBL (Problem Based Learning)を中心としたカリキュラム

- ・Communication Skill (病歴の取り方)
- ・Speech Communication Skill (Case Presentation)
- ・病態生理中心にBasic Scienceを履修

スピーチコミュニケーションスペシャリストにより、ケースプレゼンテーションのやり方もしっかりたたきこまれているからです。その間にPBLをやっているって、基礎医学についてはPBLで出てきた問題に関連するものを履修していく形です。これはハワイ大方式というもので、カリキュラムのひとつの例です。佐賀大学の小泉先生らは、ハイブリッド式でハワイ大方式と自分たちのものを合わせたカリキュラムを提案され、実践されています。

[スライド23]



(スライド23) ハワイ大からスライドを借りてきたんですけども、最初の2年が阿部先生が先程示されたICMにあたるわけです。3年目は1年中クリニカルクラークシップ、4年目はエレクトティブ、来年内科医になりたい者は内科をローテットとする。いわゆる卒業時点で即戦力になる準備がここでなされるわけです。

(スライド24) クリニカルクラークシップ開始時、どういうふうになってもらいたいかというと、先程阿部先生が示したICMのことが全部できてほしいというのが私たち医療現場の正直な気持ちです。それができれば非常に質の高いクラークシップができるかと思っています。特

[スライド24]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

## クラークシップ開始時に 出来ていて欲しいこと

- ・病歴及び理学所見が正しく取れる
- ・Diagnostic Decision Making を含めた Case Presentation ができる

に的確な病歴と理学所見がとれて、それをふまえた診断プランが立てられ、さらにそこまで含めたケースプレゼンテーションがしっかりできるようにしてほしいと思っています。

[スライド25]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

## 医学部5年次

### クリニカル・クラークシップを中心としたカリキュラム

- ・あらゆる科をローテーション
- ・病歴および理学所見が取れる
- ・Diagnostic Decision Making を含めた Case Presentation ができる

(スライド25) 医学部の5年次はずっとクリニカルクラークシップだけで過ごすということです。その間はICMの内容を繰り返し実践し、スライドにあることが確実にできるようにになれば理想です。

[スライド26]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

## 医学部6年次

### 進路別にクリニカル・クラークシップを中心としたカリキュラム

- ・予定進路でのローテーション(サブ・インターン)
- ・Therapeutic Decision Making を含めた Case Presentation ができる
- ・診療チームの一員として働き、卒業時には即戦力となれるようにする

(スライド26) 6年次は、実際将来進む予定の科のグルー

プに入って実践経験を積み、卒業時点では即戦力としてもう働ける態勢に入るといぐらいになれば理想かと思う次第です。

[スライド27]

平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

## まとめ

- ・初期研修開始時の医師像を明確にし、その実現に向けた卒前教育カリキュラム作り
- ・医師人生を通して学ぶべきもの(プロフェッショナリズムなど)を明確にし、それらの早い内からの教育

(スライド27) 以上私の考えてきたクラークシップに関する話のまとめですけれども、初期研修開始時の医師像を明確にした上で、その実現に向けたカリキュラム作りができれば、おのずと質の高いクラークシップになっていくものと思います。知識を教えることは簡単なことです。私は18年目ですけれども、18年前に習った知識というのは現在かなりの部分が変わっております。知識はどんどん変わっていくわけです。よって知識偏重の医学教育は実を結ぶことはほとんどないと考えてよさそうです。しかし先程あげたプロフェッショナリズム、problem solving orientedな診療姿勢、臨床倫理、セルフディレクティブラーニング(例としてEBMの実践)などは医師人生を通して学び続けなければならないものですから、そういうものは早いうちから医学教育に取り入れてほしいと思う次第です。そして5年次クラークシップ開始時にはある程度理解できるようになっていれば、一線病院で働く私たちにとっても指導しやすい状況になるかと思っております。とりとめない話でしたけれども最後に、ハーバード大のドクターラウルの言葉を紹介します。「一人の人間として患者に役立つという喜びを何ものにもかえがたい特権とを感じる医師」、それが患者が求めている医師像なのだ。これはプロフェッショナルリズムの本当の意味を非常にうまく表現していると思います。そういうプロフェッショナルリズムに徹した医師を輩出したいと我々は思っているわけです。そのことを通し、今、医療不信の時代にあって、医療の信頼を回復する一助にな

## ■ シンポジウム

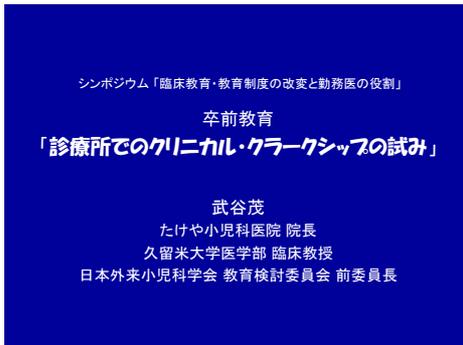
---

ればなと思っている次第です。ご清聴有難うございました。

## 卒前教育：診療所でのクリニカルクラークシップの試み

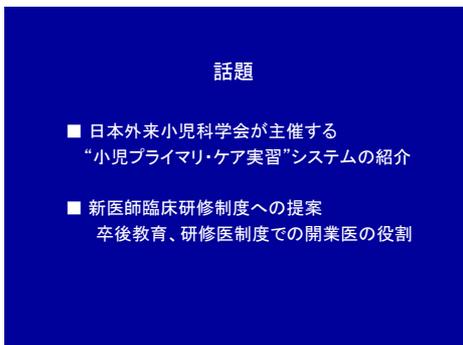
たけや小児科医院 院長 武 谷 茂

[スライド1]



(スライド1) 小児科開業医の武谷です。講演の機会を与えていただいた医師会関係の皆様には感謝いたします。この春より始まった卒後臨床研修の主な目標はプライマリ・ケア（以下PCと略）教育です。そこで今回、私は「診療所でのクリニカルクラークシップの試み」というテーマをいただきました。1994年より日本外来小児科学会の教育活動に携わってきた者の認識のなかに、PCの指導は、大学医よりも開業医の方が現場経験が豊富であり、効率よく指導ができるという考えをもっております。新・研修制度で小児科研修は、平成17年4月より全国一斉に始まりますが、本日はその参考までに少し話をさせていただきます。

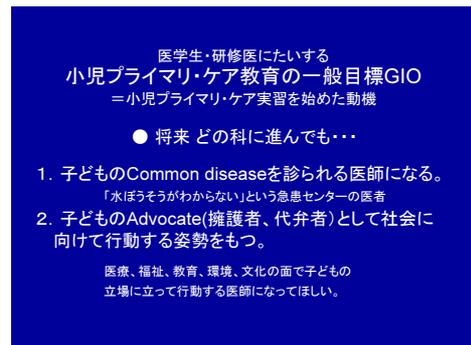
[スライド2]



(スライド2) 今日は2つの話題を用意しました。前半は①日本外来小児科学会が主催するPC教育の小児科ク

リニック実習システムの紹介、後半は②新臨床研修制度への提案で、卒前と卒後の教育連携、研修医制度における開業医の役割、それに勤務医への要望です。

[スライド3]



(スライド3) 医学生や研修医に対する小児プライマリ・ケア教育の主な目標（GIO）の、第一は、研修医が将来どの科に進んでも子どものcommon diseaseを診られる医者になること。第二は、将来子どもの代弁者（advocate）として、子どもの健全育成を妨げる問題の解決のために、社会に向けて共に行動する姿勢を持つこと、この2点です。

(スライド4) ここで、common disease教育の大切さ

## ■ シンポジウム

[スライド4]



を考えさせる事例を紹介します。この写真は「水ぼうそうが分からない」という見出しの新聞記事です。ある夜、母親が水ぼうそうの子どもを急患センターに連れて行った際のできごとで、子どもを診察した医師は首を傾げ、テキストの写真と見比べながら「たぶん水ぼうそうだと思うけど、よくわかりません。明日、かかりつけの小児科に行って診てもらって」と言い、翌日、かかりつけの小児科クリニックで母親は「お医者さんなら水ぼうそうぐらいわかるでしょうに」と苦笑したそうです。同じ医者として臨床医学教育の不備を感じます。このように、ふつうの病気の診療ができない医師の話を目にすると、PC教育も重要なだと叫びたくなります。

[スライド5]



(スライド5) そんなできごとがいくつかあって、私たちはすべての医学生を子どものcommon diseaseが診られる医者に育てなければならないという思いにかられました。それから1999年に日本小児科学会の教育検討委員会のメンバーが中心となって、全国の学会員による小児PC・クリニック実習指導システムをつくり、医学生たちが、学年や所属大学に関係なく自由に希望するクリニッ

クの指導医を選び、いつでも、どこのクリニックでも実習を受けられるようにしました。写真は小児PC実習を始めた頃、この実習の特集を掲載した医学界新聞です。

[スライド6]

### ■ “小児プライマリ・ケア実習システム”の概要 とくに小児科クリニック実習について

歴史: 1999年より日本外来小児科学会が実施  
指導医: 現在、開業小児科医162名(病院勤務医26名)  
資格: 学会員で制限なし、登録制、ボランティア  
教材: マニュアル「指導のてびき」、指導医リスト  
案内ポスターを作成。解説本などを出版

方法: 学生案内は全国医学部で資料配布  
学会HPで指導医リスト、実習項目  
申し込み要領を案内、指導医に委嘱状  
評価: 実習後報告書は医学生と指導医から回収  
改善: 教育検討会20回、指導者研修会8回

(スライド6) 小児プライマリ・ケア実習システムのなかのクリニック実習についてお話しします。この実習は、5年前から日本外来小児科学会が主催する形で開始しました。指導医は、現在162名でその資格は学会の会員であればとくに制限はなく、登録すれば一応名簿に掲載されます。医師一人の開業小児科医がほとんどですが、なかにはグループ開業の小児科医もいます。指導に対する報酬はありません、すべてボランティア活動です。指導用具および教材として、指導内容説明のマニュアル冊子「指導のてびき」、指導医のプロフィールやメッセージを集めた冊子「指導医総合案内」、案内の提示用ポスター、チラシなどを作成し、また、実習用解説本を数冊出版しました。医学生への案内は、全国医学部小児科教室経由で学生課宛にポスターなど資料をセットにして30セットずつ送り、それを学生さんが直接見て申し込んでいただくようにし、また、学会のホームページを介して、指導医のリスト、実習項目、申込方法、実習レポートの提出方法などを掲載しました。指導医に対しては、額に収まるような格好いい指導委嘱状を送りました。実習の評価は、実習終了後に学生さんと指導医の両者から第三者あてに報告書を提出していただき、回収集計しました。この実習の質をよりよくするため、これまでに教育検討会を20回開き、指導者研修会を8回開きました。

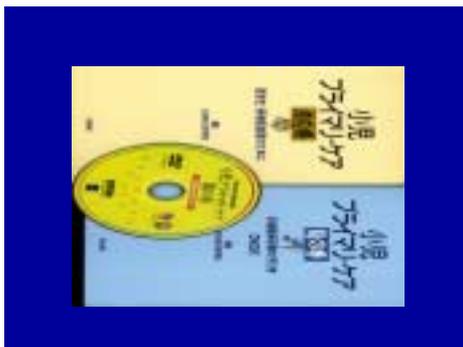
(スライド7) 写真は指導マニュアル冊子「指導の手引き」です。医学生にはどのようなことが学べるのかと申込方法を載せ、指導医には指導内容と方法の参考として

[スライド7]



利用していただくようにしました。詳しいことは省略します。

[スライド8]



(スライド8) これは委員会で編集した実習案内書で「小児プライマリ・ケア 虎の巻」と「龍の巻」の姉妹本です。前者はアート編、後者はサイエンス編です。「龍の巻」にはDVDのオマケがつき、その中に約200枚の症例カラー写真のほか、ムービーで百日咳と麻疹、クループの症例を解説しています。定価は4,300円です。来年の春から始まる小児科研修では、掲載した症例の画像写真を有効に利用できるのではないかと思います。

(スライド9) それからA4版のチラシですが、この1枚の表面に案内文と実習内容、申込先などを載せています。

(スライド10) その裏面には162名の指導医の名前リストを載せており、これ1枚持っていれば実習内容や申し込みができるようにしました。

(スライド11) そうしたお膳立てをしておいて、このような光景の実習をやります。ここは私の診療室ですが、医者も2人の学生も白衣は着ておりません。一通り診療

[スライド9]



[スライド10]



[スライド11]



医学生と子どものコミュニケーション

が終わった後で私が赤ちゃんを抱いておきますと、自然にお母さんと子どもがニコニコ笑顔で学生のほうに目を向け、しかも赤ちゃんは手を差し伸べています。こんな光景が何度も繰り返されるので、実習全体が自然に明るく楽しくなります。指導の重要ポイントとして、こういった明るく良いコミュニケーションの中であれば、子どもを泣かせずに肺の音を聞けるし、心臓の音を聞けて、腹部触診がうまくできる。つまり、良いコミュニケーションがあってこそ診察による正確な客観情報がたくさん得

## ■ シンポジウム

られるということ。さらに、診察が終わった後で病状を説明する際、信頼度が高くよく聞いてくれますから、インフォームドコンセント、インフォームドチョイスの理解が早く、その後のコンプライアンスもよくなる。その結果、治療効果がよくなるという仕掛けです。要するに診断の上でも治療の上でもコミュニケーションがよくなるといけないということを強調しています。

[スライド12]



医学生の診察実習 口腔咽頭の視診

(スライド12) 次に、臨床能力習得の要領を伝授します。その要領は、最近、新潟で地震がありました、あの被災地に行って診療ができるかどうか、レントゲンが撮れない、血液検査ができない。そんな現場で聴診器だけで診療ができるような医者を目指そうではないか、と検査に依存しない診察能力取得の重要性を話します。そういう能力を身につけるための“胸部X線写真を撮らない肺炎の診断”とはどうするのか、それには、掃除できない聴診器は3年たったら音響機能が低下するから捨てて新しいものを買わなければならない、「自分の聴診術を磨こう」と呼びかけたり、ノドを診るにはハルゲンランプが良いとか、そういった臨床能力を身につける方法を具体的に指導します。

(スライド13) そのようにして実習を終えた後で、学生からいろんな評価が出ます。平成12年の1年間に80名の学生による実習後報告書の集計結果です。72名、9割の学生が報告書を提出してくれました。クリニック実習の全体について、質問「指導内容は理解しやすかったですか」72名全員が「はい」と答え、質問「指導医の熱意はどうでしたか」に68名が「強く感じた」で、「感じなかった」はゼロでした。質問「指導医は質問によく答えてくれましたか」は全員「はい」でした。質問「自分の将来

[スライド13]

■ 実習後医学生の評価  
平成12年7月から一年間に参加した80名の調査、回答者72名

その1:アンケート集計

- ・ 指導内容は理解しやすかったか? 「はい」 72名
- ・ 指導医の熱意はどうだったか? 「強く感じた」 68名
- ・ 指導医は質問によく答えてくれたか? 「はい」 72名
- ・ 自分の将来に役立つと思うか? 「おおいに」 67名
- ・ 今後も続けるとよいと思うか? 「はい」 72名

に役立つと思いますか」に67名とやや少な目ですが、なかには将来は他の科に行く決めていている学生さんがいて、「この実習が役に立つ」と言えなかったようです。質問「この実習は今後も続けるといいと思いますか」には全員が「はい」と答えてくれました。指導医の指導の仕方が完璧ではなかったでしょうが、それでもこれだけいい評価を出してくれると、私たちは励まされます。

[スライド14]

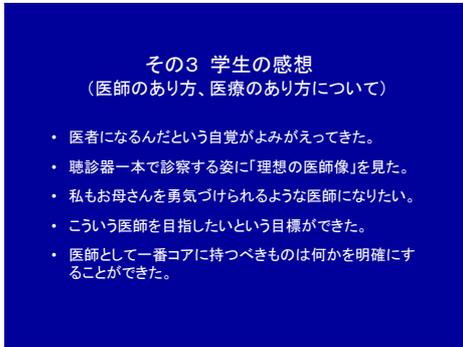
その2 学生の感想  
(小児プライマリ・ケアの概念、重要性について)

- ・ 大学病院での実習とはまったく違う小児医療の現場を見た。
- ・ 地域に根ざした医療とは何かがわかった。
- ・ 大学では見ない感染症を多く見ることで教科書の知識が実践的な知識となった。
- ・ 予防接種や健診の現場をみることで、プライマリ・ケアの重要性を再認識した。
- ・ 将来、何科に進もうが役に立つと思う。

(スライド14) 学生の感想です。「小児プライマリ・ケアの概念、重要性について」は期待どおりの言葉を残してくれました。そのいくつかを紹介しましょう。「大学病院での実習と全く違う小児医療の現場を見た」「地域に根ざした医療とは何かがわかった」「大学では見ない感染症を多く見ることで教科書の知識が実践的な知識となった」「予防接種や健診の現場をみることで、プライマリ・ケアの重要性を再認識した」「将来何科に進もうが役に立つと思う」、これらの言葉は今後の実習目標に置き換えることもできます。

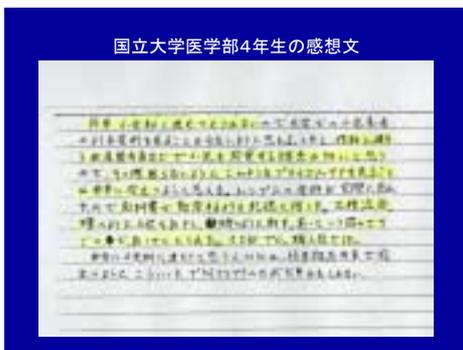
(スライド15) 同じく感想文です。医師のあり方医療のあり方についてですが、「医師になるんだという自覚が

[スライド15]



よみがえってきた」「聴診器一本で診察する医者、姿に理想の医師像を見た」「私もお母さんたちを勇気づけられるような医者になりたい」「こういう医者を目指したいという目標ができた」「医者として一番コアに持つべきものが何かを明確にすることができた」、学生さんたちはうれしい言葉を残してくれました。指導医にとってこれ以上の報酬はないでしょう。こんな成果が小児プライマリ・ケア実習のシステムを広げる原動力になってゆきます。

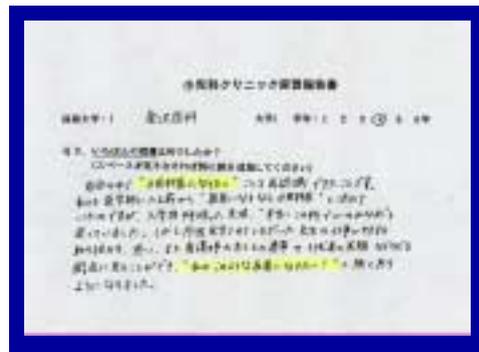
[スライド16]



(スライド16) これは九州大学医学部4年生が、福岡市の松本小児科で受けた実習の感想文です。「将来自分は小児科に進むつもりはない。しかし何科に進んでも夜間当直などで小児科を診ることがあるので、このようなプライマリ・ケアを見ることは非常に役に立つと思う。たまたまこの実習の時にムンプスの患者さんが来て実際にそれを診ることができた。それは教科書で勉強するよりもっと記憶に残った」と言っています。続いて面白い文節があります、3種混合ワクチン注射を見学したのですが、彼は「医者は蝶のように子どもをあやし、蜂のよ

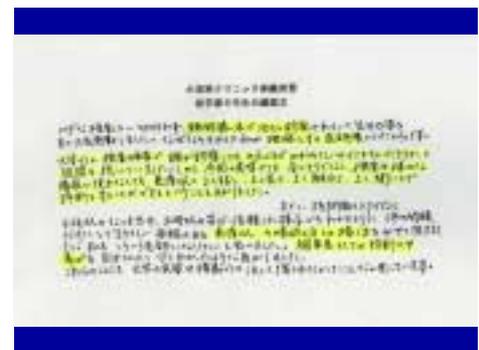
うに刺す。あつという間の出来事であっけにとられた、さすがプロ、職人技でした」と書いてくれました。

[スライド17]



(スライド17) つぎは、金沢医科大学の4年生です。「自分は医学部に入る前から“医者になるなら小児科医だ”と思っていたのに入学後は決心が揺らいだ。しかしクリニック実習を終えて“自分の中で小児科になるんだ”ということを再認識することができた」嬉しいですね。大学で示すことができないものがクリニックにはあったのですね。

[スライド18]



(スライド18) 久留米大学医学部5年生の学生さんは「大学では検査、検査で誰が診察しても診断名はそれほど変わらないのではないだろうか、と疑問をいただきました。しかし今回の実習では全くそうではなくて、検査やさまざまな機械を使わなくても患者さんとよく話し、よく見て、よく触れて、よく聞くことで診断をすることができるということを知りました」と述べ、検査ずくめの診断方法を見直してくれました。

(スライド19) 指導する医者にとって教育は大変だろうと思うのですが、指導医にとってメリットもあります。

## ■ シンポジウム

[スライド19]

■ 指導による開業医のメリット

- ・ 教えることで指導医自身が学ぶ
- ・ 診療内容を再点検する機会となる
- ・ スタッフにより緊張感が生まれる
- ・ クリニック内が整理整頓される
- ・ 若い世代との接点になる
- ・ 教育を介して病診連携が密になる
- ・ 医療教育者として高く評価される

①教えることで指導医自身がもう一度勉強する、②診療内容を再点検するよい機会となる、③スタッフにより緊張感が生まれる、④クリニック内が整理整頓される、⑤若い世代との接点になる、⑥教育を介して病院連携が密になる、⑦教育者として患者さんだけでなく医療仲間からも高く評価される、などです。

全科をとおして小児科クリニックはプライマリ・ケア教育に最適な場です。その理由は、短時間に多くの症例を経験できるからです。すなわち、小児科クリニックは患者さんが多く、短時間に顔ぶれが変わるため「こんにちは」「おはよう」から「お大事に」までを何度も繰り返さなければならないので、患者接遇のトレーニングや診療手技をおぼえるのに効率がとてもいいですね。

そのうえ「小児科外来の魅力」は特別です。明るさ楽しさを実感するできごとが多いし、ひどくきつそうな子が数時間後によくなって笑顔が出るようになっていく様子を、学生が自分の目で確かめることができる。脱水症の子が輸液で回復する様子を見た学生さんは「よかったですね」と言ってくれます。それから、長年みていた子どもの成長を見ることができ、3年前まで歩けずに心配していた子が、成長と共に上手に歩けるようになったとか、大学にない事例を経験するチャンスがたくさんあること。これが小児科クリニックの魅力です。以上がクリニック実習の紹介です。

(スライド20) 新しい研修制度では、プライマリ・ケア教育が重視されています。私たちの学会の会員は外来に携わっている医師ですが、果たしてこの制度による研修医を受けることができるかととても不安でした。そこで、一昨年(2021年)の10月に学会会員1,397名を対象にして、郵送に

[スライド20]

■ 新医師研修制度実施を前にして  
アンケート調査  
「開業小児科医は教育をどう考えているか」

- ・ 「外来小児科学の研修医教育に対する意見」
- ・ 2002年10月に実施
- ・ 対象: 日本外来小児科学会 医師会員1,397名
- ・ 方法: 郵送による質問・回答用紙記入
- ・ 回答者は560名、回答率40%
- ・ 回答者の中に開業小児科医は434名

よる「開業小児科医は教育をどう考えているか」アンケート調査を行いました。560名が回答してきました、その中に開業小児科医は434名でした。

[スライド21]

開業小児科医434名の意見 その1

質問: 外来小児科学の指導役は誰が適任と考えますか?

回答: ①総合病院の小児科勤務医・・・318名(73%)  
②日本外来小児科学会会員・・・253名(58%)  
③救急医療施設の指導医・・・238名(55%)  
④家庭医療学の指導医・・・129名(30%)  
⑤大学小児科の教官・・・98名(23%)  
⑥日本小児科学会の指定医・・・82名(19%)  
⑦僻地や離島の家庭医・・・37名(9%)  
(複数回答)

(スライド21) 開業小児科医434名中、質問「外来小児科医の指導役は誰が適任だと思いますか」という問いに対して、第一位は総合病院の小児科勤務医でしたが、実は、勤務医は診療に忙しく大変なんです。彼らから「教育どころではない」という悲鳴も聞こえてきます。第二位が私たちの外来小児科学会の会員で、これは当然ですね。第三位は救急医療施設の指導医が納得できます。それから第四位は家庭医療学の指導医です。大人と一緒に子どもを診ている家庭医の先生方に教えてもらうのもいいでしょうね。驚いたのは大学小児科の教官、教授、助教授、講師が下位だったことです。およそプライマリ・ケアの教育は大学ではできないということを多くの開業医が認識しているようです。あとは学会が認定した指導医とか僻地、離島の家庭医といった順序になりました。

(スライド22) 次に、研修管理型病院から研修医指導を頼むといわれた時に、指導を引き受けるかどうかの回答

[スライド22]

**開業小児科医434名の意見 その2**

質問: 病院から指導協力を依頼されたらどうしますか?

回答: ①カリキュラム次第では協力する・131名(30%)  
 ②引き受ける……………101名(23%)  
 ③小児科専門医志向なら……………49名(11%)  
 ④医学生実習と同じ要領なら……………41名(9%)  
 ⑤わからない……………93名(21%)  
 ⑥できない……………81名(19%)  
 ⑦無回答……………24名(6%)

(複数回答)

は「カリキュラム次第では協力する」が131名でもっとも多く、現在、作成中のカリキュラムの内容次第ということになりとても緊張しています。それから、現時点で「引き受ける」という回答者が101名もいまして、これは即戦力になるし心強いですね。こういった方々を教育のモデルとして新たに指導医が増えてくると、もっといい指導体制ができると思います。それから、「他科に進む医者に対して指導する気はない」という意見もありますし、実習の内容が難しければ駄目だけど「医学生と同じ程度ならやってもいい」という方もいます。「わからない」とか「できない」という方も5分の1ほどありました。

[スライド23]

**■ 実習指導要領習得のためのステップ**

ステップ1: 低学年には早期体験、総合小児科学概論  
 ステップ2: 高学年生には臨床実習、疾病各論、保健  
 ステップ3: すべての研修医には医療と保健の一般  
 ステップ4: 小児科専門医には総合小児科学各論

指導医を増やし長続きさせるには、初心者には、最初は低学年の見学や体験案内を経験することで要領をつかませ、さらに高学年の臨床指導へとレベルを上げる。未経験のまま直接研修医を指導するのは重荷であり、長続きせず脱落者が出やすい。

(スライド23) 開業医が指導の要領を掴みやすくするには、指導内容の程度による4つの区分が考えられます。表のステップ1では、低学年に対するearly exposureや医学入門などで、ステップ2は中・高学年で臨床実習や疾病各論、保健などの理論、ときにはクリニカルクラークシップ向けの指導内容があるでしょう、医療経済のことも必要ですね。ステップ3はスーパーローテーターを

対象とします、ステップ4は後期研修医いわゆる専門医のための教育の内容になります。このように分けしめすと、最初は低学年のearly exposureとか体験案内のような簡単なことから始めて、経験を積みながら次第に高学年へと内容を濃くしていくことになるので、指導医が長続きしますし脱落者も少ないでしょう。もちろん指導内容を再検討したり、指導者への評価も大切です。

[スライド24]

**■ 新医師研修制度における  
小児プライマリ・ケア教育の行動目標SBO**  
(次のことができるようになる)

- ・Common diseaseの診療
  - 面接・診察能力、小児二次救急
- ・感染症サーベイランス情報の活用
- ・予防接種の理論と手技
- ・乳幼児健診の要領
- ・母子手帳の活用
- ・子どものための社会貢献(Advocate)

(スライド24) どういうことを指導するかと申しますと、common diseaseの診療、感染症サーベイランス情報の活用のしかた、予防接種の理論と手技、乳幼児健診の要領、母子手帳の活用、子どものための社会貢献、などが主な項目として挙げられます。

[スライド25]

**日本小児科学会のプログラム案**  
(2002・9・27 教育委員会作成)

**日本小児科学会「小児科3ヵ月研修実習要綱案**

(スライド25) 一昨年日本小児科学会の教育委員会が作成した研修プログラムでは、小児科研修は3ヶ月間を考えて、プログラムに3タイプの案が示されました、その1つにクリニック実習を組み込んだものがあり、地域のクリニック実習で2週間実習する案です。開業医からみて、実際にできそうなクリニック実習期間と考えられます。

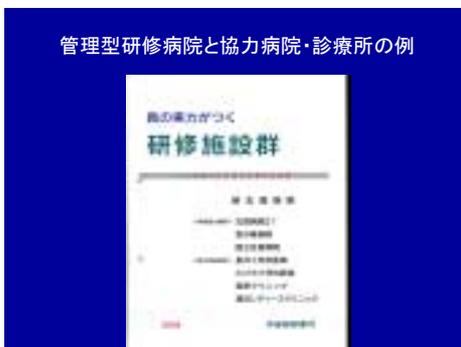
## ■ シンポジウム

[スライド26]

新医師研修制度による総合小児科2か月研修の中での 小児科クリニック実習2週間コース案 (アシストニースはマンツーマン指導)				
第一週				
時間	10--	13:30--	15--	18--21
1日目(月)		総務主任	二診総務	小児科(大学)
2日目(火)	自習/見学	生診指導	二診総務	救急病院 ER
3日目(水)	<.....>	院内実習	>.....>	
4日目(木)	自習/見学	乳児科総務	dissertation	救急病院 ER
5日目(金)	自習/見学	泌尿科総務	二診総務	大学カンファ
6日目(土)	一応お休み			
第二週				
時間	10--	13:30--	15--	18--21
7日目(月)	自習/見学	二診総務	二診総務	救急病院 ER
8日目(火)	自習/見学	泌尿科総務	二診総務	救急病院 ER
9日目(水)	<.....>	院内実習	>.....>	
10日目(木)	自習/見学	泌尿科総務	dissertation	救急病院 ER
11日目(金)	自習/見学	泌尿科総務	一診総務	まじまじ経過
12日目(土)	一応お休み			

(スライド26) 私がつくった2週間プログラムですが、1週目、第2週目とも毎日午前中はクリニック内で実習をしてもらいます。その間、私は大切なかかりつけ患者さんの診療に集中します。研修医のために、実習用の教材として既製のものや自作のものを用意します。「家でこの本を読みなさい」ではなくクリニックの中において、そこで参考書あるいは研修用DVDを見て学習させる。たまたま診せたい教科書的な症例があれば、すぐに研修医を呼んで一緒に診る、そういうことができると思います。午後は全部マンツーマンで指導します。水曜日だけはクリニックの外での実習とし、私の場合、学校医をしている小学校の保健室に行って子どもたちの様子を見るとか、または孤児院、児童相談所に行かせるとか、保健所、消防署の救急指令室に行ってみるとか、そんな工夫もできると思います。

[スライド27]



(スライド27) 次に、私が参加している研修施設群の例を紹介いたします。管理型研修病院は新古賀病院で、それに協力する古賀病院21があり、宮の陣病院は精神科です。国立佐賀病院は、全科があり小児科の病棟研修はこ

こで行い、外来は2軒の小児科クリニックでやります。産科は2軒のクリニックが加わっています。新古賀病院の中にない診療科目はほかの病院やクリニックを組み込んで施設グループとして指導するシステムとなっています。

[スライド28]



(スライド28) ただしその場合、開業医は「ご協力よろしく」と頼まれて、「はいわかりました」と引き受けてもそれだけではダメで、写真のような厚生労働省からの“臨床研修協力施設証”を取得していませんと、そこでの研修は認められません。きちんとした手続きが必要です。

[スライド29]



(スライド29) 写真は皆様にお配りしておりますこの施設群の「研修医ノート」です。研修到達目標とその評価など簡単に整理したものを綴っております。

(スライド30) 小児科のページは研修目標の事項を①日常よく診る疾患、②小児の成育の分野に分け、研修記録に経験例数、自己評価、指導医評価を記入するようになっています。この内容は厚生労働省の基本に近いものですが、実際はもっと多くの事項を指導することになります。



## 卒後研修：新研修制度について－現時点での問題点

東京大学先端科学技術研究センター 特任講師 市村 公一

ご紹介頂きました市村と申します。私は今ご紹介頂いたように医師としましてはまだ卒後3年目で今現在臨床もしてないものですから、このような場でお話させていただくのは大変僥越ではございますが、ついこの間まで学生をしていて、一応臨床研修について多少知っているということでお話をさせていただきたいと思います。

[スライド2]

平成15年度  
「研修医の眼」で研修実態を調査

- \*北海道  
動脈協中央病院、手塚漢仁金病院
- \*関東甲信越  
亀田総合病院、国立国際医療センター、佐久総合病院、聖路加国際病院、  
筑波メディカルセンター病院、東葛病院、虎の門病院、新潟市民病院、  
武蔵野赤十字病院
- \*中部  
大塚市民病院、岡崎市民病院、中部労災病院
- \*関西  
神戸市立中央市民病院、市立堺病院、天理よろづ相談所病院、  
昭和会青羽病院
- \*中国  
土谷総合病院、山口県立中央病院
- \*九州・沖縄  
廣生医療病院、熊本県立熊本市民病院、聖マリア病院、福岡産科会病院、  
沖縄県立中部病院

(スライド2) 私昨年、1年間東海大学で研修をした後の2年目、全国の25の病院を1年研修した研修医の目でどんな研修をしているんだろうかということで調査をいたしました。ここに上げた各病院3日ずつ、大体特定の研修医の方の後を追って回って、指導医の先生とどんな関係でやっているのかということをつぶさに見てまいりました。今ご紹介していただいた本のほうにはそちらの様子を詳しく書いてございます。

[スライド3]

卒後研修の現状

- \*「各科任せ、本人任せ」
  - ・誰でも一定のレベルに育て上げる仕組みが、一部の医師の熱意・努力に依存するのではなく、病院として組織的に構築されているのは、ごく一部の病院だけ
  - ・組織的、体系的な教育は少なく、研修医が「困った時だけPHSで指導医にご相談」が研修の平均的な姿



(スライド3) ただ今阿部先生から卒前のクラークシップのお話をご紹介頂き、非常に充実した内容ですごいなお話かと思っております。卒後研修で私が25の病院を見た感想を一言で申し上げれば「各科まかせ、本人まかせ」ということです。誰でも一定のレベルに育て上げる仕組みというのが一部の医師の熱意、努力に依存するのではなく、病院として組織的に構築されているというのは、ほんのごく一部の病院だけだと思えました。組織的なあるいは体系的な教育がなされている病院は少なく、研修医が困った時だけ院内PHSで指導医の先生にご相談するというのが現在の平均的な研修の姿ではないかと思っております。

(スライド4) 各科まかせ、本人まかせということですが、私は他の業種も経験しておりまして、別に医療の世界に限った話じゃないと思います。私は20年前にコンピューターソフトの会社に入りました時に、上司から言われたのが優秀な先輩を見て盗めということでした。日本の場合アメリカのようにいろんな民族の方が混じっている社会ではないので、非常に同一性が高い国ということで、後ろの姿を見て盗めというような文化がずっと続いてきたというのが一つあると思います。それから昨年取

[スライド4]

「各科任せ、本人任せ」の背景

- ・「先輩を見て盗め」という日本の文化・風土  
～ OJT の歴史浅い
- ・少ないスタッフ(特に中堅医師)  
～ スタッフが外来、検査で手一杯
- ・診療科毎に大学医局と結びつき  
～ スタンダードなし(栄養、輸液、抗生物質等)
- ・従来、実力と自信ある人が市中病院へ  
～ 指導不十分でもそれなりにやってきた

材したような市中病院の場合、非常にスタッフが少ないということで、例えばある診療科5人の先生がいて部長先生、副部長、医長の先生とか5人中4人が外来をしていて1人が検査をしている。病棟は誰もいない。そうするとそこでは教育しようにもしようがないというような状況もあるかと思えます。また、診療科ごとに特定の大学医局と結びついているというのも一つ教育上ではネックになっていると思います。というのは、内科系はA大学、外科系はB大学ですと同じ病態であっても例えば栄養、輸液、抗生物質の使い方、みんな違います。それぞれの流儀でやっているの研修医は一体何がスタンダードなのか分からないという問題もございます。こういった中でも従来なんとか今までやってきたというのは、その必修化以前に市中病院に出ているような研修医は大体それなりの実力があって、非常にやる気がある人が出ていったのでこういった指導の不十分な中でもそれなりにやってこれたのではないかというふうに私は感じました。

[スライド5]

診療・研修体制の問題点

- 屋根瓦式の体制は少ない
- マンツーマン、ないし患者毎の主治医が指導医を兼ねるケース多い

↓

- \* 教育目的の回診、カンファレンスなし
- \* ピア・レビューなし  
(スタンダードが確立しにくい)
- \* 「先輩に教えて自ら育つ」文化が育たない

(スライド5) 研修の体制の問題点を、もう少し詳しく申しますと、屋根瓦式の体制ができているところは非常

に少なく、大抵は指導医と研修医がマンツーマン、あるいは患者さん何人か受け持たせていただいて、その患者さん毎に主治医が指導医。従って指導医の先生が何人もいらっしゃるというようなスタイルのところもかなり多かったです。こういったスタイルの問題点といたしましては、回診とかカンファレンスがあることはあるんですけども、ほとんど患者さんの管理上の問題点について一方的に上の先生がこうしろというお話をするだけの回診で、患者さんの病態について指導医と研修医がディスカッションをして、例えば熱が出た、何だろうね、君何だと思う、じゃどうする、といったようなディスカッションが行われないう点があるかと思えます。それから、ピアレビューがなくA先生、B先生、C先生、先程関連医局ごとに違うといいましたけども、先生ごとによっても出身の医局によって作法が違っている。A先生についている研修医とB先生についている研修医と同じ病態を診てもやるのが違って来るとい問題もあります。もう一つは指導医の先生が10年目の先生だったりしますと、研修医が何がわからないかがわからない。同僚や、すぐ上のドクターから教わるのが非常に多いというお話が出ていましたけども、例えば先程の玉城先生のいらっしゃる沖縄中部病院ですとか聖路加国際病院ですと、一つでも下の者がいれば何かしら教えようという、下の者がいたら教えるのが自分の義務だというような文化ができています。しかし、どうしてもベテランと研修医の先生しかいないとなると、なかなかそういう下がいればすぐに自分も教えなきゃいけないという文化が育ちにくいのではないかというふうに思います。

[スライド6]

診療・研修体制の問題点

- 研修に伴う危機管理の不備

1. 夜間救急外来は研修医の単独診療も当直の上級医は研修医が呼ばなければ外来(処置室)に下りてこない
2. 救急薬品の取り扱い(希釈の仕方など)院内の統一ルールなし

(スライド6) もう一点問題点としましては研修に伴う

## ■ シンポジウム

危機管理の不備ということで、特に私が感じたのは夜間の救急外来。救急外来は多くの病院が研修医を主要な戦力とし、研修医が唯一使えると場というふうに考えて当直をさせています。ところが一緒に当直をしている上の先生は研修医が呼ばないと下におりてこないために、ついつい研修医が呼ばなければ研修医の単独診療で終わってしまう。そうすると今度必修化になる前に研修医の単独診療、バイト先での単独診療が問題だということが言われましたが、別にバイト先に行かなくても自分の研修してる病院で単独診療が行われてしまっているということ。2点目としましては最近またリドカインの誤注とかありましたが、そういった抗不整脈薬ですとか昇圧剤とかそういう救急薬品の取扱いについて院内に統一したルールがないこと。沖縄中部病院に行った時に感心したのですが、すべて救急薬品についてはどの薬が何というふうに全部決まっている、ルールが全部の部屋にはってあるんです。そういうルールも決めておけば単純なミスは防げると思いますが、なかなかそういうルールも決められてないという問題があるかと思いました。

[スライド7]

病院内外の理解・協力体制に疑問

1. 看護師、技師等院内スタッフへの周知不足
  - ・新たに1年目の研修医を迎える、あるいは研修医を増員することが、院内スタッフに伝わっていない
2. 患者・地域住民への周知不足
  - ・研修医も名札は単に「医師」が大半。
  - 患者との信頼関係確立のためには情報開示が必須

(スライド7) 診療、研修とは直接関係ありませんが、もう一つ気になりましたのが、病院内外の理解、協力体制がちゃんとできているだろうかということです。ある病院で看護師さん、婦長さんに聞きましたが、婦長さんさえ来年から研修医が倍になることをご存じない。8月ぐらいに伺いましたけれど、その時期でもそんな話は全然知りません、聞いてませんという答えが帰ってきました。もっぱら先生たちだけでそういうことを決めてしまって、私たちには全然そういう話はおりてこないということでした。看護師とか技師の方、そういった方にどこま

で周知徹底されているのか、というのは非常に疑問に思いました。それからもう1点は、阿部先生の話の中にもありましたが、従来大学病院には研修医はいるけれども市中病院には研修医はいないと一般の市民の方は思っていたわけです。大学病院に行ったら研修医に下手な注射されるのかもしれないかなと思っていても、市中病院に行ったら研修医の診療の対象になるということはあまり認識されていない。にもかかわらず今回必修化になって市中病院にいっぱい出たんですけども、さて市民病院とか県立中央病院とかそういう病院で今度1年目の研修医が大量に来ますということを市民なり県民なりに広報しているのかということをおもいました。もう1点は名札。私は東海大学で研修したんですけども、東海大学では研修医はちゃんと「臨床研修医」という名札でしたが、私が調査した25の病院の中で研修医という名札だったのは2カ所しかありません。皆「医師」というだけでした。それもやはり患者さんとの信頼関係を確立するためにはちゃんと研修医だったら研修医だということを明示するほうがいいのではないかというふうに思います。

[スライド8]

新研修制度の特徴

- 2年間の“必修”規定
- プライマリ・ケア重視(基本的診療能力涵養)
- 全国ほぼ共通のスーパーローテート研修
- 研修医の身分保障
- マッチングの導入

(スライド8) 新研修医制度の特徴は先程阿部先生の方でお話いただきましたので飛ばします。

(スライド9) 疾病構造の変化とか医療に対するニーズが変わってきたというお話をよく聞きますし、私も使っていたんですが、現在私、東大で医療政策人材養成講座というのに携っているんですけども、その中でそういうことなのかと思ったことがございますのでちょっとお話をさせていただきます。要は、昔は急性疾患、生きるか死ぬかという病気が非常に多かった。病院にかかる場合は

[スライド9]

**新研修制度の背景**

- 疾病構造の変化に伴い、医療へのニーズが高度化、かつ多様化（「救命からQOL」へ）
- 専門志向の行き過ぎに対する批判「臓器を診て患者を診ず」
- 相継ぐ医療事故による国民の医療不信増大
- 関西医大研修医過労死事件判決

そういう急性疾患でかかるケースが多かった。そうすると治るか治らないかということなので、例えば医者への態度が悪いとかそういう苦情が出なかった、出にくかった。ところがいまや生活習慣病で、高血圧、糖尿病、動脈硬化いずれにしましても治らない。少なくとも患者さんからしてみたら治らない病気のわけです。ずっと付き合っていかなければならない。付き合うとなると、どの程度の治療を受けてどうするかというのは患者さんが自分の意見を言いたい場面が出てくる。今東大の養成講座でも、患者団体とかジャーナリストの方も講座に入っているんですが、そういう医療に対して口出しをしたい人が増えてくるような状況になっているということが非常に大きな問題かと思えます。医者が良かれと思ってやるのが必ずしも最善の医療ではなくなっているというのが今の大きな問題ではないかと思えます。そういった治らない病気になってしまっているからこそ、臓器専門医で自分は循環器、心臓はわかるけれども、他はわからないというようなドクターではなかなか患者さんの信頼は得られない、得られにくい。心臓も悪いけど肝臓も悪くて腎臓も悪いというような患者さんですと、自分は何とかの専門家だと言っても自分の健康問題は全部先生にお預けしますというわけにはなかなかいかない。心臓以外は全然どこもわからないというようなドクターではやっぱり患者の満足がえられないだろうということが、今回のスーパーローテーションが出てきた背景ではないかと思えます。

（スライド10）さて、新制度による影響ですが、いろいろあると思いますけれどもとりあえず3点だけ上げました。医学生意識変化と医師育成システムそのものの見

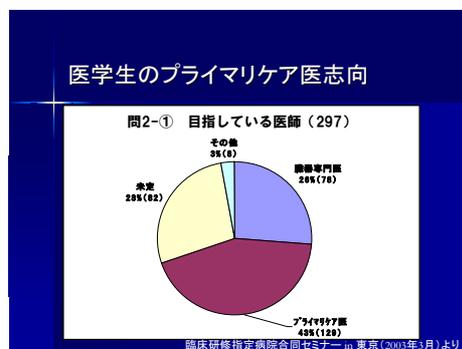
[スライド10]

**新研修制度の影響**

1. 医学生の意識変化
  - ・プライマリケア医志向強まる
2. 医師育成システムそのものの見直し
  - ・実質的な「医学部8年制」か？
3. 医師偏在、医局制度下の問題などの顕在化

直し、そして医師偏在、医局制度下の問題の顕在化ということ。医学生意識変化ということですが、これは私が関係していますメディカルプリンシプルという会社が医学生を対象に就職説明会をしまして、そこでとったアンケートです。出てきている病院がほとんど市中病院です。元々大学病院に残ろうと思っていた人の意見は入っていません。

[スライド11]

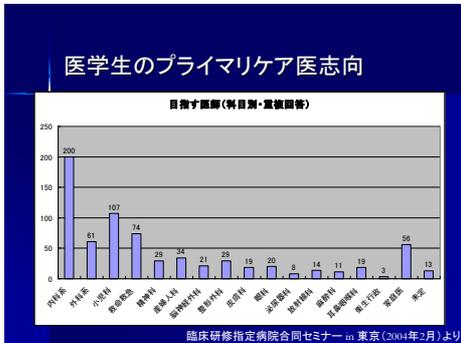


（スライド11）将来なりたい医者としてプライマリケア医が圧倒的に多いというのはちょっと今の時流かなと思います。

（スライド12）これは更に細かく将来の希望の科を聞いたんですが、内科、外科、小児科は結構多いんですけども、注目されるのが右のほうで家庭医というのが非常に多いです。こういったところにもプライマリケア志向というのが伺えるかと思えます。先程阿部先生からも今年のマッチングで更に市中病院に行く人が増えたというお話があって、こうしたプライマリケア志向が強いと申し上げますと大学関係の先生はもう大学にはなかなか若い医者は残らないんじゃないかという危機感を持たれる

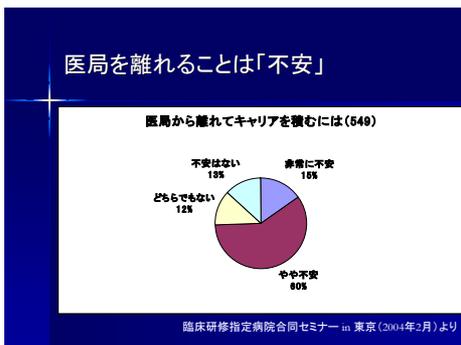
## ■ シンポジウム

[スライド12]



かと思えます。

[スライド13]



(スライド13) しかし「医局を離れてキャリア積むことはどうですか」という質問には、そういった市中病院を当てにきてるような学生でも4人中3人は何らかの不安を覚えているということなので、初期研修は市中病院に出るかもしれませんが、後期研修はまた大学に戻るのではないかとこのように私自身は予想しております。

[スライド14]

### 医師育成システムそのもの見直し

- 実質的な「医学部8年制」?
  - ・ スーパーローテート研修  
～ 本来は卒前教育の中で行われるべき内容?
  - ・ 本格的な医師研修は3年目以降の後期研修?

(スライド14) 医師育成システムの見直しということで

すが、盛岡の臨床外科学会に出席させていただきました際、座長の先生が「医学部が8年制になったということだ」とおっしゃっていましたが、そういうことであるのかもしれませんが。理想的には現在のスーパーローテーション研修は卒前の中で行われるべき内容ではないかと思えます。ですから将来的に10年なりして今回の内容が全部卒前に降りてはじめて臨床教育が前進したと言えるのかなというふうに私自身は思っております。ただ現状ですと、初期の2年間があるために本格的な医師の研修が3年目以降の後期研修になるのではないかとこのように、今後研修が重要だというのが研修に関わる先生方の間で話題になっているのだと思えます。

[スライド15]

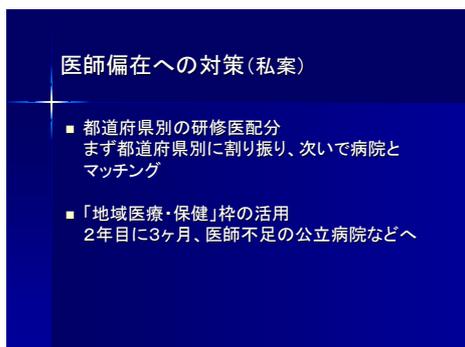
### 医師偏在、医局制度下の問題などの顕在化

1. 医局引き揚げによる医師不足が社会問題化
  - ・ 新制度で研修医の都市集中は若干緩和されたが、都道府県間の格差は依然大きい
2. レジデントや若手医局員と研修医の処遇逆転
  - ・ 研修医は給与、労働時間上の身分保障されたが、指導する上級医の処遇は変わらず

(スライド15) 医師偏在、医局制度下の問題ですが、必修化になって医局引き揚げが相次ぎ、医師不足が大きな社会問題になって新聞紙上をにぎわせたと思えます。新研修制度になりまして研修医の都市集中は若干緩和されていますが、相変わらず都道府県間の格差は非常に大きなものがございます。それから2点目はレジデントとか若手医局員と研修医の処遇逆転ということで、必修化になりまして研修医の身分を保証しましょうというので月給30万円、労働時間はちゃんと労働基準法を守りましょうということになりました。そうすると、3年目とか4年目の先生と研修医の給料が逆転してしまった。どうして自分よりも高い給料をもらっているやつに教えなきゃいけないんだというような声もP-METという掲示板には書かれていたりしまして、元々非常に無理をしていたものがここにきて顕在化してしまったのかなという問題がございます。労働時間のほうも研修医のほうは当直明けは休みとか午前中休みとかなり優遇されてるんです

けども、一緒に当直している上の先生は朝からまた外来とか手術とか。上の先生が何で俺がこれから仕事なのにお前もうこれから寝るとかそういう状況も出ているので、これではちゃんと指導してくださいねというのも難しい問題があるのではないかと思います。

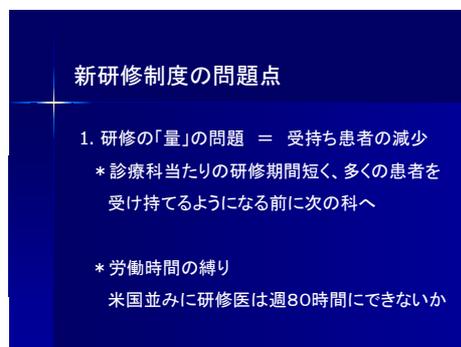
[スライド16]



(スライド16) 医師偏在ということを出しましたけど、今回必修化によって医局の引き揚げがあって問題になって、まるで必修化が悪者にされたような論調もあったものですから、私なりに必修化の中で何か解決策はないかと考えてみました。例えば今いきなり病院とマッチングをしますけど、まず都道府県単位でマッチングをしてみ、あなたどの県で研修しますか。その上で、どの病院でという2段階のマッチングでもすれば医師偏在は解消できるかなと思います。もう一つ現実的なのは、2年目に地域保健医療という枠があるのですが、ここを2週間保健所に行って2週間開業医の先生のところに行って見学してお茶を濁して済ますという病院が非常に多いんですけども、ここを3カ月とか長期間にしてこの期間に本当に医師の不足している病院に行って下働きをするという形にすれば少しはいいのではないかというふうに思います。

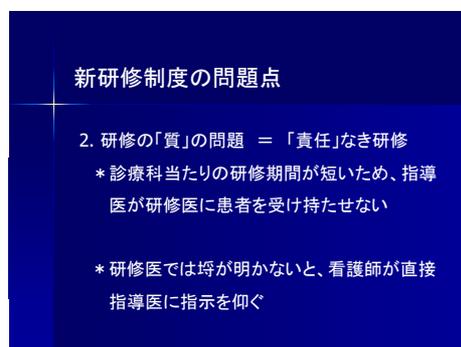
(スライド17) 新制度下の問題点ですが、量の問題と質の問題と2点取り上げました。まず量の問題ですが受け持つ患者が減っているというのが非常に多いです。診療科あたりの研修期間が短く、多くの患者を受け持てる前に次の科に行ってしまう。慣れたところには次の科に行ってしまうということ。それから労働時間の縛り、週40時間労働でやりましょうということなので患者がもてないと。これに関しましては、私はアメリカ並みに医者に限っ

[スライド17]



ては週80時間でもいいんじゃないかと思います。変に40時間なんて言っているので守れなくて、守れないと無制限に底なしで制限がなくなってしまいますので、現実的などころで線を引いて医師に関しては週80時間までOKですというような形に持っていったらどうかと考えておりますが、いかがでしょうか。

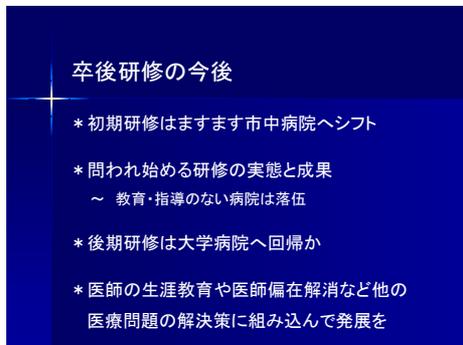
[スライド18]



(スライド18) 研修の質の問題ですが、まず1点目は同じように研修期間が短いために指導医の先生が研修医に患者を受け持たせない。どうせ2~3週間で次の科に行ってしまうのだから、そんなやつに患者さん持たせられないということで、研修医が学生のころと同じように見学してるだけという科が出たり、それから、もっと深刻ですけども看護師、ナースのほうが研修医に聞いても埒が明かないというので研修医を飛ばしていきなり指導医の先生に指示を仰ぐということで、結局研修医が遊んでいる。本当に卒前のクラークシップよりも更に遅れたような形になってしまっているという問題も一部に聞こえてきております。

(スライド19) 以上、問題はいろいろありますが、卒後

[スライド19]



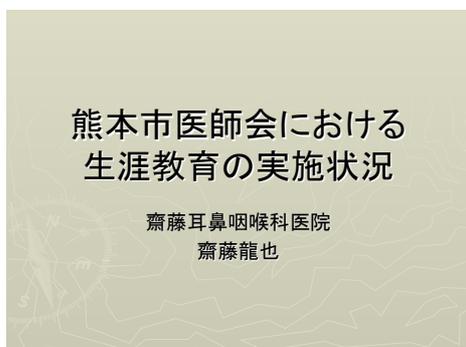
研修の今後ということで少しまとめました。初期研修に関しては今後ますます市中病院にシフトしていきたくらいだと思います。もう研修が始まりまして半年たちましたので、だんだんと情報が特にインターネットなどで洩れてまいりますので、ちゃんと教育してない病院はどんどん淘汰されて落伍していきたくらいだと思います。後期研修は先程申しましたように大学病院にまた戻るのではないかと思いますので、大学の先生もぜひ教育にしっかり力を入れていただきたいなと思います。卒後研修は卒後研修だけの問題として考えるのではなく、教えることで自ら育つというような観点を生かして医師の生涯教育に生かしていただくとか、あるいは医師偏在の解消に先程の私の案のような形で組み込んでいただくような形でぜひ卒後研修を他の医療問題の解決策の一つとして活用していただけないかなと思っております。つたない話でしたが以上で終わらせていただきます。どうも有難うございました。

## 生涯学習：熊本市医師会における生涯教育の実施状況

熊本市医師会 理事 齋藤 龍也

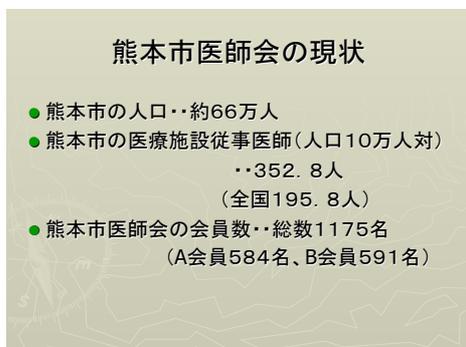
私は熊本市で耳鼻科を開業しております。私が今日ここでお話をさせていただきますのは、熊本市医師会の学術担当理事という立場でお話をさせていただくということです。

[スライド1]



(スライド1) 私はテーマにありますように「熊本市医師会における生涯教育の実施状況」ということでお話ししますが、前に話された先生のように新しいことをやっているというわけではなくて、それをそのままお話しすることで議論の一助にさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

[スライド2]

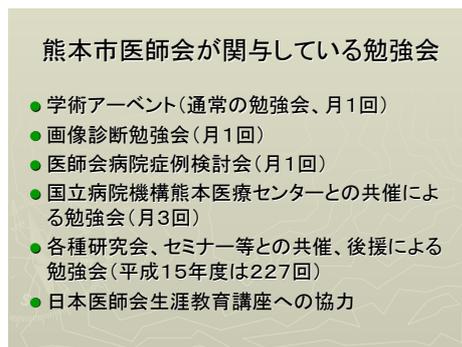


(スライド2) まず熊本市医師会の現状ですけれども、熊本市は66万の地方都市です。熊本市の医療従事医師というのは人口10万に対して352.8人で、これは全国レベルからするとかなり多い数ではあります。その中で熊本



市医師会の会員数は、数日前に調べた数字ですけれども、1,175名、ほぼA会員とB会員が同じ数になっております。

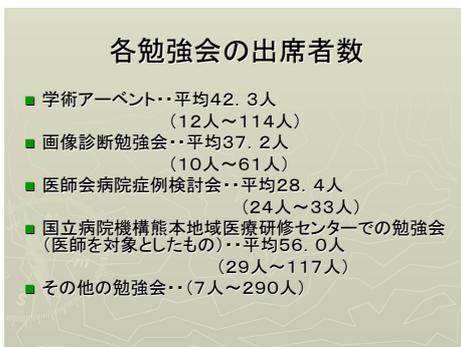
[スライド3]



(スライド3) 現在熊本市医師会が関与している勉強会というのは幾つもありますが、最初からお話しますと学術イベントというのを月に1回やっております。もう一つ画像診断勉強会といひまして、画像診断に特化した勉強会で、この2つが私が企画する勉強会です。その他、医師会として関与している勉強会が幾つかあります。その1つが医師会病院の症例検討会、これは月1回行っております、これは医師会病院の先生が企画されます。

## ■ シンポジウム

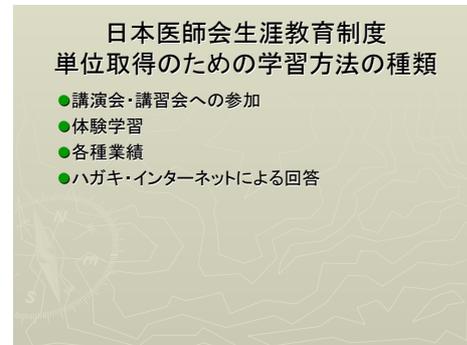
次に国立病院機構熊本医療センターとの共催による勉強会これは共催という形をとっておりますけれども、国立病院機構熊本医療センターの先生が企画をされます。その他に各種研究会セミナーなどの共催、講演による勉強会ということで、これは昨年1年間でいいますと227回、月に20回弱の勉強会がっております。これは企画を各研究会が行って私がそれをチェックするという形で医師会が関与している勉強会です。最後に日本医師会生涯教育講座、これは県への協力という形で行っています。〔スライド4〕



〔スライド4〕各勉強会の出席者数をお話しますが、私どもとしましては、決して出席者数に拘泥しているわけではありません。出席者が少なくても必要な勉強会は行うべきであるという考えです。学術イベントは、平均42.3人でこれは12人から114人、画像診断勉強会は平均37.2人で10人から61人、医師会病院の症例検討会は平均28人で20人から33人、国立病院機構熊本地域医療センターでの勉強会は医師を対象としたものに限り平均が56.0人で29人から117人の出席者がおります。その他の勉強会は数が多いので本当にばらばらなんですけれども7人から約90人の参加者がおります。

〔スライド5〕日本医師会生涯教育制度の単位取得のための学習方法の種類としましてはここに上げておりますように4つの種類があります。まず講演会、講習会への参加ですけれども、これに対してのみ私ども市医師会として関与できます。その他は体験学習、これは共同診療や病理解剖見学、手術見学等があります。次に体験学習、これは論文や図書の執筆、講演会、講習会の講師また指導医のための教育ワークショップの参加そういうものが含まれます。4番目に書いておりますハガキ、インター

〔スライド5〕



ネットによる回答といえますのは、日医雑誌に載った記事に関していくつかの質問に答えて、それをハガキ、インターネットで答えて1回1単位をもらうということです。

〔スライド6〕

### 熊本市平成14年度 生涯教育申告集計結果

		自己申告	一括申告	合計
A会員 (587名)	修了	37	370	407
	特殊事情	6	34	40
	未修了	5	75	80
	計申告数	48	479	527
	対象外			55
	申告拒否			5
合計				587

▶ 特殊事情：高齢・病氣療養中・留学・出産・家族の介護など  
▶ 対象外：申告書の提出が無く、かつ0単位の者

〔スライド6〕それでそういう生涯教育を行いましてどの程度の人が申告し、どの程度の人が修了書を取得しているかというのを見てみますと、これはA会員に限りませんがA会員では587名のうち最終的に修了書を獲得した先生方は407名、特殊事情というのが下に書いてありますけれども、こういう理由で取得できなかった方、また点数が10単位に満たなかった方が80名おられました、申告者は587名のうちの527名です。

〔スライド7〕それを同じB会員で見えますと修了者は302名、申告者は476名ということになっております。〔スライド8、9〕それを申告率数で見えますと、トータルでは87.2%。昨年より1%増えておりました全国平均よりも約20%近くいい数字だということです。

〔スライド10〕次に修了書取得率です。これは申告した先生方のうちでどのくらいの割合の先生方が修了した、

[スライド7]

**熊本市平成14年度  
生涯教育申告集計結果**

		自己申告	一括申告	合計
B会員 (563名)	修了	10	292	302
	特殊事情	11	81	92
	未修了	3	79	92
	計申告数	24	452	476
	対象外			87
	申告拒否			0
合計				563

▶ 特殊事情: 高齢・病気療養中・留学・出産・家族の介護など  
▶ 対象外: 申告書の提出が無く、かつ0単位の者

[スライド8]

**熊本市平成14年度  
生涯教育申告集計結果**

		自己申告	一括申告	合計
全体 (1150名)	修了	47	662	709
	特殊事情	17	115	132
	未修了	8	154	162
	計申告数	72	931	1003
	対象外			142
	申告拒否			5
合計				1150

▶ 特殊事情: 高齢・病気療養中・留学・出産・家族の介護など  
▶ 対象外: 申告書の提出が無く、かつ0単位の者

[スライド9]

**熊本市  
平成14年度生涯教育申告率**

全国平均69.6% ( )内は前年度比

		A会員	B会員	全体
申告率	全体	89.8% (+1.1%)	84.5% (+1.1%)	87.2% (+1.0%)
	自己	9.1% (-3.2%)	5.0% (-4.0%)	7.2% (-3.6%)
	一括	90.9% (+3.2%)	95.0% (+4.0%)	92.8% (+3.6%)

[スライド10]

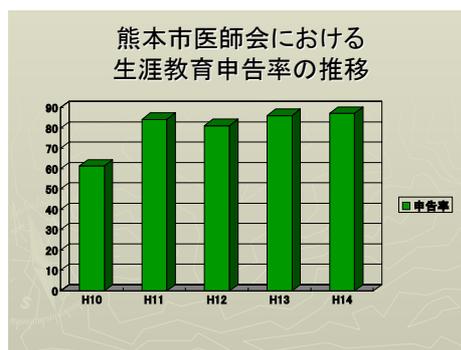
**熊本市平成14年度  
修了証取得率**

全国平均82.2% ( )内は前年度比

		A会員	B会員	全体
修了証 取得率	全体	77.2% (-2.4%)	63.4% (+0.8%)	70.7% (-1.0%)
	自己	77.1% (-1.0%)	41.7% (+4.2%)	65.3% (+2.8%)
	一括	77.2% (-2.6%)	64.6% (-0.4%)	71.1% (-1.7%)

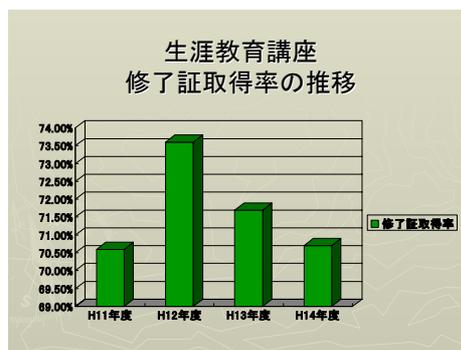
10単位をとって修了書を取得できたかという割合ですけれども、70.7%で昨年より1%減っておりましてこれは全国平均よりも10%以上悪い数字で、これを何とか我々としては上げるべきだと考えております。

[スライド11]



(スライド11) それを年次推移で見ますと、申告率は10年を境にして11年と上がって、ここは自己申告から一括申告になった年ですけれども、その後は80%代をキープしておりますので、これはおおむね合格点ではないかなと思っております。

[スライド12]



(スライド12) ところが修了書の取得率になりますと、10年のデータがなかったのですが、12年を最高にして下がってきておりますので、これがちょっと我々としては問題にしているところです。

(スライド13) そのために我々がどういうことをしているかというのをお話します。ファックスでの案内、これは月に1回会員の先生方に翌月に行われる講演会の内容をお知らせして出席者を増やすということです。私が関与しております学術イベント並びに画像診断勉強会に関しては、その内容をその中に含んで簡単な案内をする

[スライド13]

**出席者を増やすために  
現在行っている取り組み**

- ▶ FAXでの案内
- ▶ 医師会メーリングリストでの案内
- ▶ 月末回覧での案内
- ▶ 月末回覧の中に「勉強会への意見・要望のアンケート」を入れる
- ▶ 医師会報で勉強会の抄録を紹介

ということにしております。医師会メーリングリストでの案内、これは私が直接行っておるわけではなくてメーリングリストの担当の先生のご厚意です。毎日その日に行われる勉強会の案内をメーリングリストで流すということを行っております。月末回覧での案内、これは一つの勉強会につきましてB5版の用紙にもっと詳しい内容をお知らせするという事です。その回覧と一緒に勉強会の意見、要望のアンケートを入れまして会員の先生方の意見を吸い上げるということをご心掛けております。最後に勉強会の抄録を医師会報の中で紹介するという事を行っております。

[スライド14]

**生涯教育における  
熊本市医師会の今後の課題**

- 講義形式ばかりでなく、実習型の勉強会の企画
- 会員から要望の多い基礎的な内容の勉強会の企画
- 日医会員も指導医として医学教育に携わるようになるという事の啓蒙
- 医学的課題にかたよらず、基本的医療課題に関する勉強会の企画

(スライド14) 最後になりますけれども生涯教育における熊本市医師会として今後の課題を幾つか考えております。講義形式ばかりでなく実習型の勉強会の企画、これは先程の先生方の話にもありましたように新しい知識や技術の取得をその実技を含めて行う参加型の体験学習としてのリカレント教育というものを今から取り入れていきたいと考えております。実際、AEDに対しましては、昨年学術イベントの中で医師会病院の先生方の協力を

得ましてちょっと触れさせていただきましたが、今後はまたそういう先生方のご協力を得てACLS、その他に関しても実習型の勉強会を増やしていきたいと思っております。2番目は会員からの要望の基礎的な内容の勉強会の企画。これは昨年も会員からの要望があり、妊婦に対する薬の使い方という内容で勉強会を開いたんですけども、こういう内容は産婦人科の先生方にとっては常識すぎる内容だとは思いますが、他科の医師にとっては基本的ではあるけれども知りたい内容であるということで、基本的な内容の勉強会も今後行っていくつもりであります。3番目に日医会員も指導医として医学教育にかかわることになるという事の啓蒙、これは先程玉城先生の話の冒頭にありましたけれども、病気ではなく病人を見るためには医師会員が指導されるばかりでなく指導する立場としても活躍することが大事だということです。これは最終的には指導医のための教育ワークショップということにつながっていくと思っておりますけれども、その前の段階としましてこれからは指導医としてこういうことに携っていくことが大事だと、勤務医の先生方は研修医や学生がまわってきて指導医であるという認識があると思っておりますが、開業医の先生の中には、そういう認識は多くはないと思っておりますので、今からこういうことを広めて啓蒙していきたいと思っております。

[スライド15]

**基本的医療課題**

患者に「共感する心は」、心ある医療を行うために必要な医師の資質の1つであるといわれるが、それは人間学を通して培われる。患者を病める人として理解し、接するためには、医学以外の学問領域に関心をもつのは勿論のこと、医療、保健、福祉などの制度についても精通しなければならない。これがいわば医療的課題の面である。すなわち、医師の専門性の如何に拘わらず、患者臨床に際して必要最小限な医療的知識を「基本的医療課題」と名づけている。

(スライド15) 最後に医学的課題に偏らず基本的医療問題に関する勉強会の企画、この医学的課題並びに基本的医療課題という言葉は耳慣れない先生方もおられると思っておりますけれども、日医雑誌もしくはその報告書の中ではよく出てきて、「医師の専門性のいかにかわらなく患者臨床に際して必要最小限な医療的知識を基本的医

療課題と名づけている」、これは平成12年度の日本医師会生涯教育委員会報告書からとった文章ですが、各専門学会を初めとして研究会セミナーなどでは主に医学的な課題を取り上げることが多く、こういう基本的な医療課題というのは我々医師会が企画する勉強会だからこそやれることだと考えておりますので、今後とも充実させていきたいと思っております。

以上です。有難うございました。

### ディスカッション

---

■木川 最初に、シンポジストの先生方に他のシンポジストのお話を聞いて、追加あるいはご質問等がございましたらそこから始めたいと思います。

■阿部 アメリカでは自治医科の先生とか開業医の先生のところに学生が行って研修するというのが数年前までは当然のことのように行われていたと言いますが、医療制度がアメリカでも非常に厳しくなって、そのコミュニティリセプターなどの形でお願いしても、むしろ学生の教育や何かは引き受けられないという先生が増えてきたという現状があるようです。玉城先生も非常によくやっていますし、それに対するインセンティブをやると秘書が付くとかお給料が上がるとか、何かそういうことで、モチベーションになるようなものは、善意だけでやっていくのは非常に大変ですが、何か優遇されているというポイントがあるのでしょうか。

■木川 玉城先生お願いします。

■玉城 実際、うちの病院を見て結論的に言いますと、すべて自分がやってるような感じがあります。いわゆる規約づくりから文書づくりからすべて自分がやっていて、委員会の立ち上げ、招集、文書づくり全部自分でやらなくちゃいけない。内科医は17人しかおりませんので、結局クラークシップの委員会を立ち上げたとしたら、いわゆる言いだしっぺが全部やっちゃうというような状況です。どうしても有志の方々に対する負担のみが多くなってきて、もちろん秘書とかもいるわけではございませんし、それが日本の現実かと思います。私もアメリカの研修を終えて戻ってきたんですが、アメリカではクラークシップ担当としたらちゃんとそれなりの役目、秘書は付くし、時間も十分与えられますし、かなり仕事の余裕ができます。特に付いている秘書が優秀ですからほとんどの仕事をやって、あとはちょっと確認程度というぐらいに指導のほうに専念できるという、そういうのがアメリカの現状かなと思います。日本とは比べようもないんですけども、実際は有志だけが頑張っているというの

が現状かなと思います。おそらく他の病院も皆そうかなと感じる次第です。

■木川 有難うございました。玉城先生、卒後研修についてクリニカルクラークシップはもちろんですが、卒後研修の指導医に対して、少し病院のほうとしてはデューティをフリーにするというインセンティブとかそういう配慮はさぐっておられるのでしょうか。

■玉城 これも正直言いますとありません。本当はそうあってほしいですが、実際は診療の合間に無理してでも時間を見つけて付き合っているというのがほとんどです。うちは幸いにして、アメリカで研修を終えている人たちがかなりいますので、教育に対する見目がその点違うのかなというのがありますが、やっぱり無理して時間をとにかくつくっています。だから朝早くからカンファをやっています。

■木川 特にサブコミティで、頻繁にいろんな委員会活動もやっておられるし、そうするとどうも特定の人に全部集中するんじゃないかという気がしないでもないですが。それでは診療所のほうからということで、武谷先生よろしくお願いします。

■武谷 アメリカの事情はよくわからないんですけども、私はやはりインセンティブをちゃんと持たせるという意味では、逆に私たち開業医も自分が大事にしている患者さんを診たいと思います。その掛り付け患者さんに集中する時間と、教育のために使う時間をはっきり分けてそれを待合室に公示しておく。そうするとアポイントをとられる時に、午前中だったら絶対自分がいつも診てもらっている医者に診てもらえる。午後は教育というのがあるからひよっとしたら研修医になるかもしれない。そんなことを前もって伝えておけば、患者さんからもちゃんと評価されて、患者さんが来てくれると思うんです。アメリカの場合も、診てほしい医者に診てもらえないということで患者さんが減っていくということから、敬遠されるようになってきているのではないかと思います。

また、こういった教育をしている医者というのは、標準的な医療をやっていると一応一般から認識される。一般からじゃなく、患者さんとかお母さんたちからじゃなくその医療の仲間から、医師会の仲間からあいつはああいうことをやっていて、ある程度スタンダードなことをやっているんだと認識されます。研修医からも見られて、評価されながらちゃんと自分を律してやってるんだ。そういった評価はもらえますし、その仲間を通じてまたPRがいきます。それから委嘱状というのを私たちの学会から出しておまして、久留米大学の小児科から私に対してその指導医の委嘱状、きちんとした額縁に入れてもらったものがあります。それを待合室に掲げることで、ああこの医者はこんなことをやっているんだなということ一目おいていただけますし、その委嘱状一枚が電柱看板100本分に相当するんじゃないかと思います。そんなことで何とかいけるんじゃないかなという感触を持っております。

■木川 有難うございました。武谷先生のお話の中にも指導あるいは教育への評価というお話がございましたけど、そのことと考えるとよろしいですか。

■武谷 そうですね。委嘱状もありますし、その他いろんな言葉で返ってくるものもありますし、実習にきた学生が大学に帰ってもう一度感想文とか評価表を出しますからそれを見てよかったかな、悪かったかなと判断しています。余りよすぎるものですからちょっと気持ち悪いんですけど。

■木川 診療所でクリニカルクラークシップあるいは卒業研修はまだでしょうか、休み等で受けているということ、フロアの先生から何かご質問ございませんでしょうか。

■吉田 青森県の八戸の吉田と申します。湊病院というところに勤めています。精神科のほうで働いてまして小児科の部分でイメージできるように短期間勉強していくことになりましたが、他の科でもこういうクリニカルクラークシップは診療所等で行われている科かなんかございますでしょうか。

■武谷 久留米大学では、4年生の学生全員を夏休みの間に久留米市内の色々な科のクリニックに出します。的場先生という方が提案なさって、もう10年近く続いてい

るんですけど、全員外科それから内科、整形とか小児科もそうですけどいろんな科に出して、そしてそこで実習させる。そこで実習をした経験でもう1軒回ってみたいなどという学生がいれば、その学生はまた自主的に申し込んで延々まわっていくことができる。そんなシステムができていて、久留米大学の中ではそういったクリニック実習という言葉が一般化されていますから、いろんなところでそういう話を出して理解していただきやすくなっております。

■吉田 どうも有難うございます。そうすると精神科とか他のクリニックなんかでも可能なことと理解してよろしいですか。

■阿部 東海大学の事例を申し上げますと東海大学では6年生また5年生の時、2週間自治医科のところで臨床研修をさせていただくというカリキュラムがございまして、それは地元の医師会にお願いしてあります。医師会の中からそういう学生を引き受けるというところを言っていただきまして、精神科のクリニックも2カ所参加していただいております。ただこれは強制的にこちらからということではなくて、地元医師会を通じてお願いしております。アメリカなんか特にそうですけども、そういう時に協力していただいているということを診療所の中にきれいに額に入れたものを掲示しています。今のところは地元の医師会の先生のお名前を出しているんですけども、こういうのは制度的にできれば医師会長先生のお名前とか、アメリカだと議員の名前でくるんですけど、そういうふうに厚生労働大臣とかそういう名前で、すごいことをやっているんだということが患者さんにも分かるような形でしていただければ更に応募していただく先生が増えるのではないかと思います。

■吉田 有難うございました。参考になりました。

■木川 今のお話は卒業教育のほうでも必要ですが、卒業研修では今度協力施設では厚生労働大臣のほうから認定書が出るようになりました。

それではお二方に質問ですが、学生が出て行く場合にはカリキュラムの一環として出ていっているのでしょうか。それともその希望する学生が出ていっているということでしょうか。

■阿部 東海大学の場合には、2週間はカリキュラムの

## ■ シンポジウム

一部でございます。そのかわり、その時に大学からお願いした規定のフォーマットがございまして、それで評価をしていただいています。私どもが先生方を評価することはいたしておりませんが、マイアミ大学の場合にはそういうことを希望する先生が非常にいっぱいいらっしゃるの、そのファカルティの方を集めて来年度もお願いするかどうかという形で大学側が評価する。そこまでの制度になるとそれをもらっている、学生を引き受けているということがコミッティの中でも非常にステータスになるというようでございます。

■武谷 久留米大学の場合は、実習参加というのと大学の教育カリキュラムの中に含まれたクリニック実習2本立てがございまして。例えばクリニックに行ってみてもう1軒行ってみたい。そういう希望の学生がいますので、そういった学生はまた2本立てのものがきます。確かにカリキュラムの中で来る学生の中にはやる気のない学生がいます。全然目線も合わせませんし、表情もないし、途中で帰りたいと言ったと帰っていきやつがないんですけど、そういう駄目学生をいかに引き止めるか、そういう学生の心を揺さぶるその方法を小道具としていっぱい用意しておかないといけない。そういうためにも、何もテキストとかだけじゃなくて小道具をいっぱい用意しておく。泣き出すお母さんにいろんな話を学生にして聞かせる。そういうのもためになりますし、500グラムで生まれた超未熟児が元気になって、大きくなっている子どもがいます。その子どもと学生と会わせる。学生は泣き出しながらその子の話を聞くとか、そんなのいっぱいありますから学生をとにかく泣かせる、喜ばせる、怒らせる、そういう揺さぶりをかけるというのが大事じゃないかと思えます。

■木川 有難うございました。何故質問したかといいますと、実は私たちも3年次、4年次の学生を熊本市医師会の先生方をお願いして出しているんですけども、3年次といいますと学1ですね。昔の学1学2ですから、なかなかまだそこまでモチベーションがないということいろいろご迷惑をかけたという状況なので、それでカリキュラムの中なのかどうかというのを聞きしました。それでは他に何かフロアの方から質問ございせんか。

■黒田 広島県の福山市医師会に属しているものです。

阿部先生他にお聞きしたいのですが、基本的に今のクラークシップその他、医療の質とか安全とかいう問題というのは、勤務医には臨床の現場でのいわゆる診断とか治療ということになると思います。もっと以前の問題として今臨床医というのは、特に勤務医というのはやっぱり医学的な問題というのは非常に興味あるけれども、医療ということになったらなかなか前へ出ない。だけでも考えるに医療というのは、医療の中に医学があるのであって、だから今の医学教育の中であまりにも細かい、まれに見るような、いわゆる診断が出ないような非常に問題になって否定されているんですけども、新たなカリキュラムの中でやはり医療制度の問題とか、いわゆる医療経済学とかそういった現代医療における政治的・経済的な課題の問題とかそういうものを学生のうちから興味を持たせる方向でやるというのは、卒業してからも医学トレーニングの中において、自分たちが医療政治や経済の中でどういうポジションにあるかということを常に考えるように大事だろうと思うんですけど、そういう点での取組みというのはこれからあるのでしょうか。

■阿部 それがモデルコアカリキュラムの項目Aと言われるもので、そこで医の倫理などもあわせて医療経済とかコミュニティとの関係とか、そういったものを6年間通じて教えるようにということになっております。共用試験の段階でもその医療のA項目に関する試験というものもあまして、それに関しまして出題者は医者だけではなくて法律家とか弁護士で、そういうものも入った問題を作成しております。

■黒田 例えばそういった学生教育の中で、今の医師会の中でもそれぞれ開業の先生とかいろいろなポジションの医師会をリードする先生なんか、いわゆる現在の医療の流れをレクチャーするとかもっといろいろアプローチがたくさんあるんじゃないかという気はするんですけど。

■阿部 そうですね。本当にそのとおりで、カリキュラムの中にもっと日本医師会の先生方がどんどん入っていただければというのは作成している者としても思います。

■齋藤 さっきの話の中でも言いましたように、そういうところこそ医師会の出番だと私は思っております。やっぱりそういうことを教育する人というのは、基本的には

大学にはあまりおられないだろうと思います。医師会としていろんな英知を結集して、そういう人材も医師会として集めて教育していく。卒前教育の段階からある程度係っていくというところが大事なことではないかと考えています。

■寺岡 日本医師会の寺岡でございます。大変いいご指摘をいただきました。有難うございます。そしてまた全般的にちょっと私の感じたことも述べさせていただきたいと思います。

最初に、今一番身近な質問として医療制度の問題とか、医療経済の問題だとか、そういったものに対する教育を若いフレッシュな先生たちに教育といいますか、お話をするというチャンスが地域医療の中に我々が出ていって増えていくということは、その後の勤務医に対する勤務医との融和という意味からいっても、その後の継続性に続いていけば非常にいい取組みだと思います。そういった制度といいますか、取組みについては具体的に考えていく必要があるということをつくづく考えました。ただ卒業後間もない若い先生方にとっては、臨床そのものも初めての経験でありますし、それから制度や医療経済についてもあまりにも自分たちの認識とのかけ離れというのがありますので、そういった積み重ねというものなしに、いきなり医師会の代表という形で教育をするということは果たしてどの程度効果が上がるか。あるいは逆の効果になるという可能性もありますので、そこは十分に地域の医師会の先生方あるいは教育にかかわる関係者の皆さんと慎重に打ち合わせをしながらやっていかなくちやいけません。総論的にはそのような取組みは非常にいい方法だと思いますので真剣に取り組んでみたいと思います。またカリキュラムの内容についても検討してみたいと思います。

今日このシンポジウムにつきまして、現場においても既に卒後教育というのに具体的に取り組んでいらっしゃるという姿を見まして非常に感動を受けました。特に武谷先生の取組みなんかですね、本当にこんなことがあっちでもこっちでも起こるようになると、国の制度あるいは日本医師会の取組みよりもむしろ現場のほうがどんどん進んでいくという現状が起こるのかなと思います。しかし、それはそれとして意義があることだというふう

に思いながら聞いたわけでございます。

日医としてどのように生涯教育に取り組んでいくかということではありますが、阿部先生もご指摘いただき、齋藤先生も触れていただきましたけれども、日医生涯教育そのものの制度については繰り返しになりますから詳しくは申しませんが、その基本的医療課題というものとそれから医学的課題と分けて、その時代に合わせながら相対的に取り組んでいるわけでもあります。しかもその修了に対しても一定の認定書というものを発行しているんですが、しかしこれだけ卒後臨床教育の制度改革がドラスティックに行われ、社会の医療に対する求めるものもすごく変わってきているという時代に、果たして十分対応しているかということになりますと、やはり課題は大きいというように認識せざるを得ないと思うわけです。それに対して十分対応できるような内容にブラッシュアップしていって、また認定に対しての従来の形を更に発展させるような形で、例えば日医認定医制度とか、まだ具体的なものではありませんけれども取り組んでいく。そして一定のレベルを維持していくということが必要だなと思っております。

それから特にプライマリーケア、地域医療については日医としてやはり具体的なプログラムの作成、カリキュラムの作成というのものにもっと具体的に取り組んでいかなくてはいけない、急がなくてはいけないと認識しております。医療事故でございますが、これだけいろいろ努力してもやっぱり事故は起こる。それに対してはリピーターの再教育等々でございます。自浄作用活性化というのもございますが、生涯教育を発展させる形でのアプローチとそれからリピーターに対するリメディカル教育といいますか、再教育を進めて統合型のものを我々として今つくるべく取り組んでいるところでございますので、どうぞ皆様方のご協力をお願いしたいと思います。いずれにいたしましてもやはり医療事故対策あるいは生涯教育全般含めて、やっぱり新しい医療文化というのが国全体としても地域としても生まれてくる。そういった時代にまさに到達しているということを思いながら聞かせていただきました。どうも有難うございました。

■木川 寺岡先生コメント有難うございました。それでは最後にもう1点、市村先生にお伺いしたいのですが、

## ■ シンポジウム

後期研修の必要性を大事だというご指摘があったと同時に2年目に離島あるいは僻地に研修医を派遣したらどうかということなんです、今問題になっている医療の質だとか、安全とかいう面でそのへんの関係といますか、どういうふうに、3年目の研修にむしろシフトさせたほうがいいんじゃないのかなという気がしないでもないのですが、後期研修のかかわりというのはどうでしょう。

■市村 2年目のドクターを派遣するというのは直接2年目の先生に行っていたかということじゃなくて、2年目の先生を地域の中核病院に送って、そこから地域の中核病院のもう少しベテランの先生にそういった無医地区とか、離島とか僻地に行っていたかというような形をとればそういった問題はないと思います。そういう考えで申し上げました。

■木川 分かりました。有難うございました。

■三上 最後にまとめをするということで役をいただいたのですが、寺岡先生にほとんど言っていたいたのですが、もうあまり言うことはございませんが、私は10年間程大学で研修医の指導医の立場におりまして、またこの14年から2年間大阪大学のほうの学生を受けてクリニカルクラークシップを引き受けております。今日のお話を聞きまして私たちがやってきたことが非常に寒い、貧しい指導をしてきたなと反省をいたしました。今日の話で新臨床研修制度というのが始まったわけですが、これは医療の質あるいは患者の安全を担保するためにいい医者を養成してもらいたい。特にプライマリーケアあるいは全人的医療を実践できる医師を養成してもらいたいということで始まったわけがございます。しかし、いい養成というのは卒前教育から卒後教育そして生涯教育という形で連続性のあるものであり、これが十分な検討のないままに真ん中の卒後研修だけが先に制度化されて、スタートしたために少しくまいていない部分があるのかもしれない。クラークシップのお話は非常に素晴らしく夢のあるもので、これが軌道に乗ってくれば非常に卒後研修あるいは生涯研修についても高いレベルで実施できるのではないかと非常に期待しております。初期教育におきましても基礎と臨床教育ということが、自分で振り返ってみても臨床に行ってから基礎を振り返ると非常によくわかったということもございまして、非常

に有効ではないかと思っております。ただクラークシップのあり方が治療技術に偏ったという部分が、聞いていて印象受けましたけれども、先程から寺岡先生あるいは福山市の先生の指摘にもございましたし、また阿部先生のほうでもコアカリキュラムの中にも入っているというように、一応安心はいたしました。先程池田委員長のほうからございました「上医、中医、下医」というのがございまして病を診る医師、それから人を治す医師、国をたず医師というのが順番にあるということで、生涯教育の中ではやはり一部には上医というんでしょうか、国をたず、国の制度あるいは医療経済等を含めた医療的課題に対する研修を重視したものをしたい。日本の医師会の生涯教育の中では基本的医療課題を一番重要な課題としてカリキュラムを組んでいるわけがございます。こういったことが実を結んで徐々に日本の医療の安全が担保され、医療のレベルが上がっていくことを期待したいと思います。ただ勤務医の先生方につきましては、医療の技術については非常に熱心でございますが、先程からありますように基本的医療課題についてもぜひ熱心に研修をしていただきたいと思っております。そうすれば医師会に対する理解も深まり組織率も上がるというようなことで、我々がこれから目指す医療が実現できるのではないかと思っております。まとめになったかどうか分かりませんが、これをまとめとさせていただきます。本当に有難うございました。

# 参加者数一覧

# 平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会参加者数

ブロック	都道府県	医師会	協議会参加者数		宿 泊 者 数			観 光		
			協議会	懇親会	5日	6日	7日	ファミリーコース	阿 蘇	ゴルフ
① 北海道・東北	北海道	北海道医師会	7	7						
		札幌市医師会	6	6					4	
		函館市医師会	1	1	1	1				
		小樽市医師会	1	1						
	青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県	小牧市医師会	3		3	3	3			
		旭川市医師会	1							
		青森県医師会	8	8	8	9		3	2	
		岩手県医師会	4	4	4	5		1		
		宮城県医師会	3	2	3	2				
		仙台市医師会	6	6	5	5				5
② 関東・甲信越	秋田県	秋田県医師会	2	2	3	3		1	2	
		山形県医師会	4	4	4	4				
	茨城県	茨城県医師会	2	2	2	2			2	
		栃木県医師会	3		2	2				
	群馬県	群馬県医師会	3	3		2				
		埼玉県医師会	7	4						
	千葉県	霞地区医師会	1	1						
		千葉県医師会	5	5	5	5				
	東京都	安房医師会	1	1	1	1				
		東京都医師会	8	9	9	7		1	2	
神奈川県	新宿区医師会	1	1	1						
	神奈川県医師会	4	4	4	4					
	横浜市医師会	6	6	5	6			1		
新潟県 山梨県 長野県 富山県	川崎市医師会	1								
	新潟県医師会	2	2	3	3		1	1		
	山梨県医師会	1	1	1	1					
	長野県医師会	2		2						
③ 中部	富山県	富山県医師会	2		1				1	
		石川県医師会	4	4	5	4		1		
	福井県	福井県医師会	1	1						
		岐阜県医師会	2	1	2	1				
	静岡県	静岡県医師会	2	2						
		愛知県医師会	7	7	7	7				
	三重県	三重県医師会	2	2	2	2				
		津地区医師会	1	1	1	1	1			
	④ 近畿	滋賀県	滋賀県医師会	4	4	3	5		1	1
			京都府医師会	4	4					
大阪府		大阪府医師会	6	6	6	6				
		布施医師会	1	1	1	1				
兵庫県		兵庫県医師会	5	6	5	6		1	4	
		姫路市医師会	1	1	1	1	1			
奈良県		奈良県医師会	5	5	5	4		1		
		和歌山県医師会	2	2	2	2				
⑤ 中国・四国		鳥取県	鳥取県医師会	2	2	2	2			
			島根県医師会	5	5	2	4			
	岡山県	岡山県医師会	4	3	2	2				
		広島県医師会	8	8	8	8				
	広島市	広島市医師会	8	8	8	8			1	
		福山市医師会	1	1	1	1				
	尾道市	尾道市医師会	1	1	1	1				
		安佐医師会	1	1	1					
	広島市中区	広島市中区医師会	1	1	1	1				
		山口県医師会	3	3	3	3				
徳島県	徳島県医師会	3	3	3	3					
	香川県医師会	9	9	9	9					
愛媛県	綾歌郡医師会	1	1	1				2		
	愛媛県医師会	2	2		1					
高知県	松山市医師会	3	3							
	高知県医師会	1	1							
⑥ 九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	6	6	3					
		北九州市医師会	3	2	2	1				
	福岡市	福岡市医師会	4	4						
		筑紫医師会	1							
	宗像	宗像医師会	1	1						
		大牟田医師会	2	2						
	八女	八女筑後医師会	1	1						
		佐賀県医師会	2	2						
	長崎県	長崎県医師会	3	2	1					
		長崎市医師会	2	2	3	2				
佐世保	佐世保市医師会	1	1		1					
	熊本県医師会	115	35					12		
大分県	大分県医師会	1	1	1	1					
	大分市医師会	1		1						
宮崎県	宮崎県医師会	4	4	2	4	2				
	鹿児島県医師会	2	2		2					
鹿児島市	鹿児島市医師会	3	3		1					
	鹿兒島市医師会	3	3							
沖縄県	沖縄県医師会	4	4	5	5			4		
	中部地区医師会	2	1		1			1		
日本	医師会	19	16	17	14			4		
	来賓講師関係	18	15							
			393	288	184	182	7	13	34	19

懇親会





---

平成16年度  
全国医師会勤務医部会連絡協議会報告書

発行 熊本県医師会  
〒860-0806 熊本市花畑町1番13号  
TEL (096) 354-3838 (代)

印刷 白木メディア株式会社  
〒862-0976 熊本市九品寺5-9-35  
TEL (096) 362-1255 (代)

---

