

■分科会『地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム（地域医療）』



○司会：まず初めに、文部科学省の高等教育医学教育課長から、挨拶があります。

○三浦：医学教育課長の三浦でございます。

今日は、日曜日の午後、最終セッションでございますが、あまりお集まりいただけないかなと思ったのですが、たくさんおいでいただきまして、本当にありがとうございます。

実はこの前に薬学関係のG Pのセッションがございまして、その中で私が申し上げたことと多少重複することがあるかもしれませんが、お許しいただいて、もう一度、この医学教育、特に医療人G Pでの取り組みについて、ご説明申し上げたいと思います。

今回、地域医療の問題は大変社会的にも大きな課題として指摘されていますが、そういう中で、大学としてどのような役割を担っていくかということが重要であることは言うまでもありません。大学教育、そして大学での研究という観点から言うならば、まず科学の重要な分野である医学を前に進めなければいけない、つまり、研究を重点的に進めていく必要があるということについては、言うまでもありません。

しかし、それだけで済むということではなくて、むしろ今求められているのは、地域との関連性、特に臨床医を地域にどのように提供していくのか、そして、そのサービスをどのように確保していくのかという観点が、非常に重要になってきています。それはただ単に数の上で医師を確保するというだけの問題ではなく、むしろ、利用者、つまり、患者さんの意向、あるいはその家族の方の気持ちをくみ取った上で医療が提供で

きるかどうかということが、重要な課題ではないかと考えます。

先ほども申し上げたような、科学としての医学の進歩という観点から言うならば、医療の成果の評価としては、例えばアウトカム評価として、治癒率や5年生存率も、非常に大きな視点であることは間違いないわけですが、ただそれだけではなくて、地域医療という観点から言うならば、特に強調されるべきは、住民や患者さんとその家族から見て、その医療に満足できたかどうかという満足感も、非常に重要な視点ではないかと思えます。

その際に考えていかなければいけないことは、当たり前のこととはいえ、患者さんという存在を、モノとして見るのではなくて、1人の多様な価値観を持つ人間としてどのように対応していくのか。そして自分自身も、人間としてそれぞれの患者さんが抱えている問題に、どうやって正面から向き合うかということが、また求められるということです。

そのためには、人間性あるいは人格というものが、6年間の教育においてしっかりと身につけていることが重要になります。しばしば言われることですが、偏差値がいいだけで医学部に入った、そういうことで本当にいいのかという質問をされることがありますが、あえていえば、たとえ勉強が得意で医学部に入った人間があったとしても、それを6年間の教育によって、そのような人間性や人格を涵養していけるかどうか。ここがまさに、医学部の教育の肝要な部分だと思います。この点については、強調して強調し過ぎることはないと考えます。

当たり前ですが、患者さんやその家族の方本位の医療が提供されることは重要ではありますが、合わせて、これからの医療の提供形態を考える場合、さまざまな医療サービスがチームとして提供されるようになるならば、そのチーム医療に参加できるかどうかということも医療従事者として求められる資質であると考えます。つまり、自分は自分、ほかの職種の人たちはほかの職種の人たちで動けばいいのだというようなことがないように、いわばチームの一員として参加できるような人間性を醸成していくことが重要になるのではないかと思います。これは私が申し上げるまでもなく、現場で医療に携わっておられる先生方であれば、深くご理解いただいているものだと思います。

そういうことを踏まえるならば、これからの医学教

育において、どのようにサービスの質を担保していくのかということが重要になります。

そのためには、まず、教育そのものについて、PDCAサイクルに乗せること、要はマネジメントがしっかり行われることが重要になりますし、また、医学教育の中で、医療におけるマネジメントはどのように行われるかということ徹底することは、医療サービスにおけるリーダーとしての医師を育てていくという観点から、抜くことができない極めて重要な問題ではないかと思えます。むしろ、このマネジメント能力が、多職種協働やチーム医療の推進という観点から、医師のスキルとしてますます求められていることは間違いありません。

それが最も強調され、必要とされるのは、専門医療もさることながら、地域医療そのものではないかと思えます。つまり、資源が大学病院のように先進的な、先端的な医療を行っている場ほどないという地域医療の第一線においては、いかに効率的、かつ効果的にさまざまな資源を配分、活用していくかという観点が必要になります。そういう点で、マネジメント能力こそ、地域医療において求められる一番大きな資質の一つではないかということです。

また、言うまでもなく、医師国家試験ということを経目に、それまでは文部科学省、国家試験以降は厚生労働省が所掌することによる縦割りの体制になっていますが、そういう所掌に関わらず、一貫した生涯教育の体制を組んでいくということが重要になると思えます。

1県1医大という制度では、ある県において、1つの大学医学部しかない。しかしその地域で働いておられる方は、隣の県や、あるいは遠くの県の大学の卒業生という方もおられる。そういうときに、卒業生を対象として閉じた系として大学が生涯教育を行うということになれば、大学が地域に貢献しているとしても、その貢献の程度が落ちてしまうということになりかねません。そういう点で、地域に貢献する大学というような姿を具体的に表していくためには、大学が持っている教育、研究、臨床の機能をどのように地域に還元していくかというような姿勢が、重要なのではないかと思えます。

このように考えると、これからの医療は、どうすれば地域の中で、住民の方々が自立して生きていけるかどうかという視点から提供されることが求められると

いうことがご理解いただけると考えます。患者の生活を支える医療を提供していく必要があるのではないかということです。地域医療は、その地域に住んでおられる住民に中心を置いて、その住民を、医師・看護師をはじめとする医療関係者、さらには医療に直接の関係がない人たちも含めて、支えていくことが必要になります。そのときの心構えとして、病気は治ったとしても、その人が地域で生活できないというような状況を来してしまうことでは、地域医療の本来の目的とは違ったものになってしまうのではないかということです。

「多職種協働」、つまり、多くの職種の方々が協力しながら働いていくことが重要です。一方、チーム医療の重要性も指摘されますが、例えば感染症のチーム、褥瘡（じょくそう）のチーム、栄養のチームなど、いくつものチームが勝手に動いているということでは、本来のチーム医療の役割を果たせないということになりかねません。地域医療においては、そもそも別々のチームを組むような余裕はないと言えそうかもしれませんが、そのようなセクションごとのチーム医療ということではなくて、全人的な医療を提供するためのチームを組んでいく姿勢が必要になります。すなわち、1人1人の患者さんに対するチームが必要なのであって、目的が異なるチームが地域や病院内を回るということでは、本来のチーム医療とはいえないのではないかという指摘もあります。

平成17年5月に「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」、略して「協力者会議」が置かれました。会議では、医学教育の改善、地域医療を担う医師の養成のあり方、大学病院のあり方、教育・研究等のあり方をご議論いただいているところです。

先般、「協力者会議」から、「第1次報告案」が示されております。パブリックコメントも終了しております。間もなく「案」が消えると思いますが、報告書の大きなテーマは、「地域医療を担う医師の養成」ということです。

例えば入学定員の問題、あるいは入学者における地域枠の問題、学部教育でどのように地域医療を担う医師を育てていくか等について提言されています。卒業してから地域医療について関心を持っていただくということではなくて、できれば、高校に在学している方の中から、地域医療に関心を持っている人たちを入学させ、地域医療に関心を持つ医学生として育てていく

というような取組も必要ではないかということも、一次報告案の中では指摘されております。

また、卒後教育の中では、大学や大学病院にはいろいろな役割があります。新医師臨床研修が始まって、大学病院の役割が問われている中で、大学病院が新医師臨床研修をしっかりと実施できるような体制を組んでいくことも重要な課題でありますし、また、専門的な能力を持つ「総合診療医」を、臨床研修を終わった後の人たちの中からどのように育てていくのか、また、その仕組みを大学の中でどのように構築していくのか、ということも大きな課題です。

そして、先ほど申し上げましたように、大学あるいは大学病院は、地域において、ほとんど唯一で最大の医療資源、教育・研究資源だということを考えれば、生涯教育というものを大学自身が担っていくことは地域から最も求められている役割の一つではないかということなのです。

さらに、従前は、大学の医局制度という中で地域医療を担う医師を派遣する仕組みがありましたが、これからの新しい仕組みとして、地域全体でコーディネーションをしていくという方向性が示されております。その中で、地域の中におられる医師のかなり多くの部分が、実は地域最大の資源である大学病院とつながりを持っている方ですので、地域医療を支える大学病院の役割が、これからなくなるとか、弱くなるということではなくて、むしろ、今まで大学が地域の中での医療の確保について努力してきた実績を踏まえ、地域医療を担う医師の確保を地域全体で考えていくという仕組みができてくるということなのです。

さらに、これ以外の課題としては、例えば「共用試験」、つまり、OSCEやCBTという仕組みを、これからどうやって制度化していくのかということも、今後予定される「最終報告」に盛り込むべき内容として示されております。

さて、今日のテーマである「医療人GP」については、国公私立を問わず、競争的にそれぞれの大学に取り組んでいただくこととされています。提案の中から特に優れている取組に対して、財政的な支援をしていくものですが、特に地域医療に関しては、選ばれた大学だけが取り組むということでは決してありません。むしろ、各大学で取り組んでいただいておりますその中で、リーダー的、あるいは先駆的な取組をさらに進めることによって、それ以外の大学に、そのノウハウ

を提供していく仕組みですので、これからは、今日の会も含めて、それぞれの大学の取組を、全国的な取組に広げていくのかということが、大きな課題になります。

このように「医療人GP」は、社会的なニーズに着目しながら、特色ある優れた取組を応援する事業ですが、17年度に取り組んだ内容としては、へき地を含む地域医療を担う医療人養成、全人的医療を実現する医師・歯科医師の養成が、テーマとして取りあげられました。具体的には、前者については51件の応募がありまして、15の大学が選定され、また、後者については、15件の応募のうち5件が選定されたという結果になっております。

18年度は、分野別偏在、例えば小児科、産科など、確保が難しい医師の養成がテーマの一つになりました。その結果、55件の応募があり、11の大学に、その推進をお願いいたしました。

19年度は、地域医療に貢献する人材の養成が引き続き必要です。治験、臨床研修の活性化や、新型インフルエンザなど、感染症への対応も必要だということで、概算要求においては、地域医療への貢献を志す医師の養成、女性医師・看護師の臨床現場定着及び復帰支援、臨床研究・研究支援人材の養成、新興・再興感染症に対応する質の高い医療人の養成についての経費を要求しているところです。

「医療人GP」のテーマは、単なる社会的ニーズだけを反映したものではなくて、非常に緊急性の高いものです。3年間を一クールとしていますが、3年終わってから結論が出るということではなくて、むしろ日々の進歩をご披露いただくことが重要であると思っています。

今日お願いしている先生方の取組は、現時点ではまだ完成型には至っていないところがほとんどですが、しかしそれにしても、既にかなり精力的に取り組んでいただいている大学ですので、必ず皆様方の参考になると思います。

これを機会に、今日おいでの皆様方の大学でさらに精力的に取り組んでいただくことをお願い申し上げます。ごあいさつとさせていただきます。よろしくお願いたします。(拍手)

○司会：本日は、医療人GP選定委員会地域医療部会から、2名の委員に出席いただいております。本日の座長をお務めいただく山口県立大学長、江里先生です。

○江里：ただいまご紹介にあずかりました、山口県立大学学長の江里と申します。

私は 37 年間、大学におりまして、それから地域の病院に出まして、5 年間、携わりました。そういう意味で、医師を派遣する側、医師を派遣される側の両方にいたこととなります。派遣する立場と派遣される立場がいかに大変かということ、両面からいろいろ悩んできた医療人の 1 人でございます。

地域医療が現在非常にホットな問題になっているということで、文部科学省がいろいろな施策をやっておりますが、平成 17 年度、18 年度には社会的ニーズに対応した医療人養成のためのプログラムが設定され、優れた大学の取組には補助金が交付される仕組みができました。本日は、その進捗状況等について、フォーラムを持たれることになりました。

今日のこのフォーラムで、すべての問題がここで解決するということはないと思いますが、今、三浦課長さんが出されたようなテーマについて、問題点が浮き彫りになれば、このフォーラムはそれなりの大きな結果が出たのではないかと考えております。

そういうことで、皆さん方の積極的な発言をいただきまして、有意義なフォーラムにしたいと考えておりますので、どうかよろしく願いいたします。

簡単でございますが、ごあいさつに代えさせていただきます。(拍手)

○司会：ありがとうございました。

続きまして、岩手医科大学医学部長、小川先生です。

○小川：私自身は、医療過疎地にある医育機関、大学の代表ということでお話をさせていただくわけですが、どんな都会にあっても、医療は、その地域と密接な関連を持ってでなければ、成り立ち得ないわけです。人と人との関係であり、どんな都会でも地域医療に立脚しなければ医療は成り立たない訳です。そういう意味で現在問題になっているのは、どちらかというと、狭義の地域医療、いわゆる地方医療であり、過疎地医療ではないかなと思っております。

現在、一部の地方におきましては本当に医師不足が顕在化しておりまして、恐らく来年には、地方の病院医療は崩壊しさまざまなところで社会問題化してくることが予想されております。その一つは医師不足でございますし、地域偏在でありますし、診療科間の偏在もあるでしょう。そしてまた、病院の中堅医師がどんどん不足していく。そして開業医指向という内容があ

ると思います。

そういう意味では、このような医育機関である大学が取り組む本プログラムは極めて重要であります。全国どこにいても、国民が均質に安全かつ安心、そして質の高い医療を受けることができる権利を有しているわけですので、国民の医療と福祉を守る、そして確保するという意味でも、本プログラムは極めて重要ではないかと考えております。

今日のこの分科会での議論が、将来の地域医療、地方医療、過疎地医療の充実に少しでもプラスになっていただくことをお願いいたしまして、ごあいさつとさせていただきます。どうもありがとうございました。

(拍手)

○司会：ありがとうございました。

それでは、座長、進行をお願いします。

○江里：それでは、早速始めたいと思います。

本日は、平成 17 年、18 年度に選定しました大学の中から、3 大学をお招きしております。ご紹介申し上げます。平成 17 年度選定であります、島根大学医学部附属病院長の小林先生です。次に、岩手医科大学教授、遠藤先生です。それから、平成 18 年度選定の、横浜市立大学附属病院臨床研修センター長、後藤先生です。3 先生方、よろしく申し上げます。

これから、それぞれの大学における問題意識や選定取組の概要、それから実施状況、今後の展開、ねらいなどについてお話しさせていただきたいと思いますので、よろしく申し上げます。

なお、質問は、3 大学の事例紹介が終わった後に、一括して質疑を含めたディスカッションを行いたいと思います。ご質問はそのときにお伺いしますので、どうかよろしく願いいたします。

それではまず第 1 に、島根大学の小林先生、お願いいたします。

○小林：島根大学の小林祥泰でございます。早速、始めさせていただきます。

地域医療教育の問題点は、先ほどもお話があったように、非常に危機的な状況でございます。特に島根県の地域医療は、医師不足で大変な状況でございます。この新臨床研修システム、16 年に始まったマッチングによるものは、地方の大学病院にとっては、ベルリンの壁崩壊にも匹敵する大改革でございました。この崩壊した壁の向こうに、このように都会が見える。そして、隣の芝生は青いということで、みんながここから

ぞろぞろと抜け出てしまったというような感じです。

島根県は、中山間地だけでなく、約2万人も住んでいる隠岐島がごぞいます。後醍醐天皇が流されたという有名な島で、産婦人科医不在でよく新聞誌上を賑わせたところ。そういったところの地域医療、へき地医療を充実していくということは、我々にとって永遠の重要課題です。したがって、短期的なものではなく、中長期的な対策が必要です。

本学のプログラムのコンセプトは、地域医療へ夢と使命感を持たせる教育ということと、指導医の意識改革です。へき地医療というと、何となく「飛ばされた」とか……。昔、『白い巨塔』で、「山陰大学に飛ばされた」とか失礼極まりないことを言っておりますけれども。そういうイメージです。

そこで、後期試験に代えて、地域枠推薦入学特別選抜を入れました。そして、卒前卒後の一貫教育に、地域医療教育を実践的に入れることにしました。その中で遠隔医療システムを構築したり、指導医の意識改革を目的としたWWAMIプログラムというものを、このGPの予算で実施したわけです。

この独自の地域枠推薦と申しますのは、今回のGPより前から始めておりまして、5名ということで始めましたが、実際は今年、6名入学させました。全国でうちだけがユニークだという点を一言で言いますと、まず、へき地の出身者に限定している。島根県は全部へき地じゃないかと思われるかもしれませんが、3分の2しかございません。そして、地域医療機関で体験実習を1週間する。福祉施設で3日間させる。今年からは両方で1週間にしましたが。その上に、さらに市町村長の面接をしてもらうことにしました。本来は、この案は「村長さん推薦」と名付けて文部科学省に持っていったのですが、「村長に推薦させるわけにいかん。選挙で反対しているやつを落とすかもしれない」と言われまして、このようになりましたが、これは地域医療に意欲を持っている学生を選ぶのに非常に有効です。

入学後は、へき地医療に夢を持って頑張っている地域医療人によるシリーズ講義とか、夏休みの地域医療体験の実習に毎年参加させる。それから、サテライト診療所における地域外来診療体験実習。これは2002年から出雲市の支援を受けて実施しているものです。附属病院から20分位の中山間地にあるサテライト診療所で、地域医療実習を、5年、6年生を、毎日、1人か2人派遣しております。

さらに、クリニカルクラークシップを、これはまた別に連携融合等の特別研究教育予算をいただきまして、臨床ラボを活用したりする実践的なものにして、ウェブによる独自の評価システムを開発し使用しています。これは、地域医療実習にも使えるように、インターネットで入力できるようにしております。

また、今年から6年生全員を対象に、3週間の地域医療機関における実習を開始いたしました。さらに、医療情報部が産学協同で開発した非常に高精細な画像を使った遠隔診療教育システムを高速回線を介して地域の3つの病院に配備してカンファレンスや皮膚科の診療教育に使っています。

この最後にありますWWAMIプログラムが、今回のGPの目玉です。

WWAMIプログラムといっても、ご存じないと思いますが、これは、ワシントン州立大学が、その周辺の医学部のない4つの州の地域医療人育成を請け負って30年前からやっているプログラムです。米国で医学部がない州はこの4つだけです。日本は同じころに自治医大を作りまして、膨大な金が掛かっていますが、ここは医学部の定員を倍にして、そこに、各州からの、例えばアラスカから20人とか、全部で約70名を、委託を受けて、地域医療人育成プログラムをやっております。それがWWAMIプログラム。これは州の名前の頭文字を取ったものです。

これを30年間やって、通算で、地元へ帰っていくのが60%。自治医大みたいな、そういった義務年限はないのですが、全米でも非常にうまくいっているプログラムです。これを見ていきたいということで、この見学体験研修をやったわけです。

普通の教育のほかに、このWWAMIプログラムの学生は、また違ったプログラム、すなわち、自分の出身地に戻るように、ちゃんとその中に、2カ月から6カ月地元に戻って、その病院で実習をやるようなシステムを組み込んであります。

これはワシントン大学のホームページです。ここは、病院評価も全米ベスト9ですが、プライマリーケアで全米1位という称号をもらっています。私どもも、これを目指したいなと思っております。でも、ここにノーベル賞受賞者が5人もいるというのが、すごいなと思うところです。

私どもは、「日本版WWAMIプログラム」と名付けたGPを、昨年度取得することができました。昨年度

といっても、実際に予算が使用可能になったのは12月ぐらいからですが、10月から病院の予算で視察について、交渉してまいりました。合計120名を派遣する予定ですが、ワシントン大学だけでは全部の人数行けませんので、コロラド大学とセントルイス、それからもう1つの病院と交渉しまして、10名とか、20名とか派遣しました。私も2週間前にコロラド大学に行ってきました。現在までに約80名以上が、この体験研修に行っております。

特にこのWWAMIプログラムで興味がありましたのは、こういったへき地です。これをWWAMIサイトと言っておりますが、いわゆる地域医療を実践的に学習する場所は、その地域に出ないといけないわけです。そういう場所が数十カ所ありまして、その中の、この〇がついているところに我々も分散して行ってまいりました。私はミゾーラに行きました。これは飛行機で行くのですが、それから車で3時間かかります。もう1カ所はさらにそれから3時間ぐらい、雪の中をロッキーマウンテンのあたりを行了きました。ちょうど2月でしたので、エルクとかもおりましたが人は殆どいませんでした。

これは私が行ったところではないのですが、人口は、日本ぐらいの広さのところには100万人もいない。牛とかエルクばかりです。これはアイダホ州です。

これは、私の行ったモンタナ州です。この小さな診療所に行きました。この人がWWAMIプログラムの内科のディレクターの教授で、彼と一緒にいってくれました。ここにいるのが学生です。もう1つの病院で研修をしている2人の学生を呼んで、一緒に食事をして、コースディレクターの人と話をしているところです。非常に感心したのは、彼はこのたった2人のために、このへき地に行って、私を連れていくという目的もあったのですが、1時間、講義をしていました。私も隣で聞いておりましたけれども、つつい居眠りが出てしまいました。

これは、ワシントン大学病院で、レジデントと回診とか、朝7時ぐらいから毎日やっていたのですが、そういうところにも参加させてもらいました。

これはコロラド大学です。先程の大学は内科でしたが、ここは家庭医学です。デンバーから車で約2時間行ったところの地域の診療所で、こちらは私も先週行ってまいりました。そこに見学に行ったり、そして、コロラド大学の家庭医学センターの中での、レジデン

トや学生の教育を実際に現場で見させていただきました。また、システムについて、あるいは問題点について、いろいろ話を聞いてまいりました。

これはデンバーのもう1つの病院です。我々もここに行きましたが、非常に朝早くから一生懸命やってくれて、朝7時から、ずっとみんなに付き合っていました。向こうは非常に朝が早いという印象を受けました。コロラド大学のこの人は大物の医学部長ですが、島根大学に対しても、ちゃんと交流協定の調印をしていただきました。

これはセントルイスで、この方が、家庭医学の教授ですが、こういったカンファレンスとか、これは模擬患者さんの問診をやったりしています。

これは帰ってきて3月にやったうちのFDですが、臨床大講堂がいっぱいになるぐらいたくさん参加があり、非常に熱のこもった内容でした。参加者が打ち合わせもしないのに、非常に盛り上がり、1時間もオーバーしました。ワシントン大学からも、2名講師で来ていただいたのですが、彼等もわずか2ヵ月で盛り上がった熱気に驚いていました。

これは、その後、6月に行ったときですが、今度は、WWAMIのFD大会に参加しました。へき地の病院等からも、教えている人が200人以上集まってきて、年に1回やる、いわゆるWWAMIサイトのFDです。その中に参加させていただきました。

いろいろな細かいセッション、セミナーで、遠隔医療とか、いろいろなテーマがありました。また別に、わざわざ学生を呼んできて、患者さんの模擬的なロールプレイとか、いろいろなものを、実際の臨床教育を見せてもらって、非常に参考になりました。

参加者の報告書のまとめでは、非常にポジティブな意見が多くみられました。臨床教育に関しては、アメリカは確実に日本より進んでおります。医療レベルがどうかとか、そういう問題は別といたしまして、教育に関してはすごいなと私は思います。そしてまた、地域医療に関する対策も、やはりアメリカの場合は、へき地がものすごく広いのです。そういうことに対応して、昔からやっていた。

そして一番感じたのは、へき地医療を担当している医療関係者がエンジョイしていることです。日本ですと、何となくへき地に飛ばされたというような感じも強いわけですが、米国の地域医療の現場で会った人たちは、エンジョイしているし夢がある。日本人の犠牲

的精神とか悲壯感はよくないなと思いました。そうしないと、燃え尽きてしまう訳です。

帰ってきましたら、早速に中堅の連中が「アメリカみたいに朝早くからやりましょう」ということで、早朝セミナーを開始しました。今まで夕方やっていて、評判が悪かったのですが早朝にして、米国のようにレジデントに Common Disease の症例呈示を担当させたら、出席率が劇的に向上しました。早朝なので、米国のように朝飯をつけました。病院長がどこかから予算をひねり出して、つけたところ、非常によかった。それから、遠隔ネットワークを使って、地域の病院も症例検討に参加しております。

今現在、WWAMI サイトと同じように、島根県で、40カ所、病院だけではなくて医院も参加していただいております。こういったところで、6年生の学生を全員、3週間派遣しまして、実習をやりました。最初はすごく心配だったのですがけれども、学生も、そしてやった方も、なかなか好評でした。この緑のところは、私が回ってご挨拶に行き、学生に会ってきたところなんです。まだ3分の1しか行っておりませんが、来年には全部回りたいと思っています。

これは地域医療の感想文です。この中の一部をご紹介しますと、これは療養型の病院ですが、奥さんも一生懸命おいしいものを出して大サービスをしていただきました。この地元出身の学生は、医者になってから、この地で医療に携わりたいと書いています。また、へき地枠で6人入学した学生は、早速、夏休みに、この地域実習をやって貰っています。これは地域枠推薦入学の学生には毎年みんな必ず参加するよう言っております。

現在、この3つの病院と、こういう高精細の遠隔診療教育システムを使っています。これは非常に高精細です。これは皮膚科の教授ですが、皮膚科の専門医は、島根県西部にはいません。ここで、まず皮疹を見て診断をして、教育もできる。ブラウン管で古そうだと思うかもしれませんが、液晶ではそれだけの高精細のものは非常に難しいということで、このブラウン管を使っています。これは、この機械自体も、医療情報部助教授が出雲の会社と一緒に開発したものです。

これは大田市という、島根県の真ん中あたりの、やはりへき地を抱えるところの市長さんです。地域枠推薦に毎年一生懸命推薦してくれています。その面接の後NHKのインタビューに答えておられるところです。

大田市からは初年度に2人も入っております。こういうことで、市町村長の一緒に医師を育てるという認識を高める。これが、地域での医療人育成に対して大事です。市町村長さんの中には、地域実習の際に学生と共に食事をして励ましてくれる人もいます。

では、実際にアウトカムはどうかというと、あまりいい成績ではありませんが、前は島根県に残る研修医が四十数名いましたが、大学がほとんどでした。そのほかの病院には、ほんの数名。しかし、新臨床研修制度になりましてから大学と県内の病院が半々になって、合計するとこれより多いですけれども、ここでドンと減りました。2006年から、これではいけないというので色々頑張らして、このときには倍増して非常に伸びたわけですが、残念ながら、来年の分は28名と少し減りました。しかし、県内全体では50名以上残っています。

ところが面白いことに、学士入学の学生は、今まで0から2人だったのが、来年度は5名、そして、そのほかに県内に1人ということで、一気に6名に増えました。これはどうしてかということ、一緒にアメリカに行った学士入学生が2人おりましたが、彼らが、学生のための学生によるWWAMIプログラム報告会を、学生にやってくれました。それでやはり増えたのではないかと、多少は効果があったのではないかと考えております。

そういった効果を持続させるためには、教員の意識改革です。意識改革というのは、1人や2人を意識改革しても、役に立ちません。我々は合計120名の中堅スタッフを、指導医及び研修医、このほかに学生も入れています。そういうオピニオンリーダーをたくさん作って、そして彼らに、こういう改革をさせていきたいと思っております。

もう1つは、この地域枠推薦などをやることによって、へき地を抱える市町村長の医師派遣陳情一辺倒から、医師養成に参加して貰うよう意識改革を行うことにより、いい人を推薦してもらうことです。今までのように、偏差値だけで入るのではなくて、地域医療へのモチベーションを持った学生を出してほしい。そのためには、地域医療教育学講座を作って、持続性を保たなければいけない。ということで、2007年から設置しようということで、現在、準備しているところです。

そのほか、これからeラーニングも含めた活用をして、継続性を保ちながら、地域医療に夢と使命感を持

った医療人を育てたいと考えているところです。

以上でございます。どうもご清聴ありがとうございました。(拍手)

○江里：先生、どうもありがとうございました。地域医療に対して学生に夢と希望を持たせるにはどうしたらいいかというノウハウの、プレゼンテーションだったと思います。

それでは、2番目の演者の方で、岩手医科大学の遠藤先生、よろしくお願いします。

○遠藤：岩手医大の遠藤でございます。

岩手医科大学は、平成17年度に医療人GPの選定を受けました。選定されました取組は、「卒前卒後地域医療研修システムの構築」です。本プログラムは、卒前教育部門と卒後教育部門に分かれております。最終的には、これらが1つの大きなプログラムとして機能するようになっていきます。

本学の取組を説明する前に、ここで本学の成り立ちを紹介させていただきます。本学は、創立者三田俊次郎が、岩手県における医療の不均衡を憂い、廃止されました県立病院を明治30年に収得いたしまして、私立岩手病院を創設し、明治34年に、その岩手病院を実習の場として、東北北海道初の私立岩手医学校を設立したのが始まりです。その後の教育制度の改革によりまして、一旦、閉校しておりますが、昭和22年に学校法人を設立いたしまして、新制岩手医科大学が発足して、現在に至っています。このように本学の設立目的は、岩手県の地域医療の充実に、まさにあります。

さて、地域医療の問題としては、何がありますでしょうか。まず、地域の人々が必要とするときに、十分な医療を受けられるかどうかという問題があります。つまり、必要な数の医師がいて、それが地域に適切に分布しているかどうかという問題となります。これはまさに量の問題です。このような量の問題が、なぜ生じるのでしょうか。厳しい地域医療の現実を知っている医療過疎地の生徒が、医学部に入る機会が少ない。また一方で、都市部で育った学生は、地域の実態を知りません。ですから、地域医療に対するニーズを知らないことが、原因の一つとも考えられます。学生に地域医療の実態を知ってもらう機会を設けなければなりません。

地域医療のもう1つの問題は、その医療が本当に適切なものかどうかということです。質の問題です。地域では少ない人数で担当しなければなりませんから、

しっかりと知識や技術を身につけなければなりません。また、どこまで自分にできることで、どこから専門医に任せるか。その判断が重要となってまいります。

残念ながら、地域医療の現場では、質と量の両面にわたって、地域格差が拡大しております。

ここで、本学の6年生に今年行ったアンケートがあります。34名から回答がありましたが、地域医療に従事しようと思っている学生は19名。残り15名は、その気はないと言っております。ちょっとがっかりするような結果ですが、その理由を聞いてみますと、自分の技能に自信がないために、地域医療をためらっているというのがわかります。自分の技術に自信があれば、これらの学生も、地域医療に従事する気はあるわけです。これは学生に限らず、既に医師として働いている者にも言えることかもしれません。

今どきの学生、若い医師でも、地域医療を考えている人は多いわけです。一方、彼らの感じている地域医療に対する不安を解消しなければいけません。つまり、しっかりと教育をして、自信を持たせれば、地域医療に従事しようという医師が増え、質の問題だけではなく、結果的に量の問題も解決するものとなります。そして、地域医療の実情を伝え、本気で地域医療をしようとする学生や勤務医を増やし、教育・指導するのが、本学の役割です。

では、どのような教育をすればいいのでしょうか。まず、地域医療をやるぞというやる気を持たせることです。次に、基本的な技術の徹底指導です。初期治療、一、二次救急を確実に行う知識・技術を身につけさせなければなりません。トリアージも大事となってまいります。これらが1つになって、地域医療を担うことができると考えています。

卒前教育において大きな比重を占めるのが、地域に対する意欲を多くし、それを維持させることです。そのために本学では、1年生から6年生まで各段階で、実際に地域医療の現場に出て、見て、聞いて、体験して、地域医療とはどういうものかを理解させるようにしています。研修の内容は、ご覧のように段階的に高度になります。まず1年生では、地域医療現場の見学・研修と、看護及び施設介護の体験実習を行います。地域医療の見学実習は、農漁村部と都市部の医療を比較するもので、医療人GPにより、可能になったものです。看護・施設体験実習は、始めてからもう14年目

になっております。

3年生になりますと、地域医療研修を行います。県内各地の地域の医療機関、診療所から県立病院まで規模はさまざまですが、そこで1週間の研修を行います。また、3年生では、救急センターでの当直、消防署の協力のもとに救急車の同乗体験、それから心肺蘇生法の研修も行います。

6年生になりますと、地域の医療機関で、再び研修を行います。ただし、今度はスチューデント・ドクターとしての臨床研修です。

地域医療見学研修は、医学部に入ったばかりの1年生に、地域医療を知り、ショックを与えるために企画したものです。学生は小グループに分かれ、農漁村部、都市部、行政等の調査テーマを与えられます。学生は、事前に問題点について自らアポイントを取って、医療機関や保健所や役場を訪ねて、インタビューをします。そして、その結果をプレゼンテーションいたします。今年は、7月に3日間にわたって行いました。学生は、地域格差、診療科間格差の現実に驚いたようです。自分たちなりに、問題の解決策を話し合いました。

その効果ですが、非常に顕著な効果がありました。まず、学生の目の輝きや態度が、例年よりもすばらしくよくなってきております。発表会では、医療行政と現場の改良を指摘したグループもあり、さらには、他大学もこれを行うべきだ。出身地の都会へ戻るような学生は入学させるべきじゃないというような極端な意見を述べる学生も出てまいりました。彼らはまさに、都会出身の学生です。「鉄は熱いうちに打て」といいますが、まさに意欲の発掘という当初の目標は、十分達したと言えましょう。

看護施設・介護体験実習では、実際に患者さんや入所者のケアを行い、医療や福祉の大切さを学び、医学生としての自覚を促します。看護体験の風景です。

これは施設介護の風景です。初め学生は高齢者とのコミュニケーションに戸惑いますけれども、数日しますと、スムーズに交流ができるようになります。医師としてのコミュニケーション技法の勉強にもなっております。

3年生では、地域医療研修を行います。学生は、医師の行為を見学するだけでなく、看護の手伝いから、ボイラー室、調理室の見学まで行います。この研修では、地域医療は医師だけで成り立っているのではないということ学びます。

救急医療体験実習では、高度救命救急センターでの当直、消防署の協力による消防車の同乗体験を行います。学生は、実際の救急の現場に立ち合い、救急診断学の重要性を認識し、医療の現場は24時間体制であること、救急医学の大切さを学びます。

6年生になりますと、地域の医療機関にもう一度出て行って、研修を行います。これも、医療人GPにより今年から始めました。地域の医療機関からは非常に好評です。

このように、本学では繰り返し学生を外に出し、地域医療への意欲を維持させるようにしております。残念ながら、地方の病院では、学生の面倒を見ることができないほど忙しさが増していることが多いこともあります。

次に、肝心の知識・技術の習得です。基本技能を確実に身につけるために、医療人GPによるDVDを作成し、学生に配布いたしました。また、これもGPで可能になったのですが、「ミニブタ」使いまして、手術実習、腹腔鏡実習を本年から始めました。まだ「ミニブタ」実習は試行段階ですが、当初予定していた5年生だけでなく、他の学生からも希望者がございます。

臨床実習は、教科書だけで身につくものではありませんで、自宅で、実習先で学習できるように、DVDを作成いたしました。合わせて、インターネット配信も始めました。

これは、ブタを使った実習風景です。

以上、これらのプログラムを現在発しております。この中で、地域に出たの実習・研修は、アンケート調査により、学生、医療機関、双方に好評です。地域医療に対する意欲の向上という当初の目的は、果たしていると考えられます。「ミニブタ」実習は試行段階であり、技術習得にDVDがどれだけ役立つかは、今後の判断を待たなければなりません。

地域医療の即戦力となり得るのは、初期研修医への救急医学の徹底研修と、若手医師、中堅医師へのディプロマコースです。卒業教育では、3つのコースを設けました。初めが初期研修医のコースです。卒業臨床研修では、救急医学の研修を徹底的に行います。もう1つのコースとして、本学外の臨床研修医、若手勤務医を対象に、プライマリーケアや救急医療に関する研修を計画いたしました。実際に若手の医師からの応募が少なく、次に述べますディプロマコースと一緒に運用しております。3つ目のコースが、県内外の

中堅医師を対象といたしました高度救命救急センターでのディプロマコースです。

これは、初期研修の様子です。本学は、一次、二次、三次救急の患者さんが、年間約5万人、来ています。一次救急では、年間約4万数千ということになっております。初期研修医は、救急における初期治療に参加するとともに、医療人G Pで購入いたしました超音波シミュレーター、並びに高度救命トレーニングユニットを使用した実践型研修を行っております。

次に、ディプロマコースについて説明いたします。これは、県内外の中堅医師で地域医療を志す者を対象に、地域医療に必要な救急の基本的処置の再確認から、最新の知識の習得まで行うものです。研修期間は、それぞれの勤務の事情もございまして、1週間程度から2カ月を超える方まで、いろいろです。この間、研修者は、本学が用意いたしました宿泊施設を利用してもらいますので、研修者は、生活面での心配はせずに研修に集中できます。

ディプロマコースの実際の実績ですが、平成17年度は3名、平成18年度は、現在10名になっております。今年、北海道、宮城県、愛知県、京都からも来ております。課題は、まだPR不足ということになっておりますが、また、研修したくても代わりがないという事情もあります。代わりの医師を我々のところからなるべく出せるようにと、今、若い医師を育成しているところです。

本学の地域医療教育は、臨床系だけでなく、基礎系も一緒になってやっております。また、最終的なゴールは、医療技能の向上、そして、医師偏在化の抑制です。それにつきましても、大学と県諸機関が一体となった教育体制を行っております。

以上でございます。どうもご清聴ありがとうございます。(拍手)

○江里：先生、どうもありがとうございました。

それでは最後の演者でございます。横浜市立大学の後藤先生、お願いいたします。

○後藤：横浜市立大学の後藤でございます。よろしくお願いたします。今までのお話で、新臨床研修制度の導入に伴い、地域の医師の偏在というものが大きな問題になっております。そういう中で、横浜とか東京は、むしろ人がたくさん集まってくるということで、医療人G Pの正式の名称は「地域医療等」というところから始まっておりますので、今回申請するときには、

これは地域医療のためのG Pだろうということで、まず出しても通らないだろうという雰囲気の中で申請ワーキング委員会を立ち上げました。

委員が集まって考えておりましたところ、この小児科、産科、麻酔科、救急科を不足診療分野で女性医師が非常に多いということがわかってまいりまして、このテーマで申請してみてもどうかということで、まとめさせていただきます。

来年の医療人G Pのテーマの一つは女性医師支援というお話ですので、総論的な話も含めて、僭越でございますけれども、発表させていただきたいと思っております。

まず最初に、皆さんご存じかと思いますが、女性医師の国家試験合格率が、年々増えております。最近、少し頭打ちのところがありますが、2005年は約34%に達しているということです。このことありまして、女性医師自体が次第に増えて、昔の9.3%から16.5%にまで増えているということです。

長谷川先生等によれば、このまま女性医師割合の上昇が続くとは限らないとのことですが、今後も続く可能性があります。これは実際の図で、平成7年度からずっと女性医師の比率を表してみますと、最近では国家試験合格者の33%以上という状態が続いています。

このため、女性医師の数が、先ほども申しましたように次第に増えて、2004年には16.5%に達しています。そして、これは猪口大臣の資料ですが、特に若い女性の、29歳以下の女性が比率として非常に大きくなっているという状況です。

ところが、女性が医学部を卒業して、初期研修を行って、専門医研修を行おうとしますと、妊娠して、出産、子育てをする時期と、キャリア形成の時期がちょうど一致いたします。これが一つの大きな問題でございまして、男性といえども似たような問題も若干ありますが、女性は特に深刻だということで、実際、女性医師の常勤率が、卒後5年以降になりますと減っていくという状況が知られております。女子医大の調査では、卒後3年は9割が常勤ですが、5年以降は4割から5割に減ってしまうというようなことが、報告されております。こういうような状況で、常勤でいるのが非常に難しいということは事実です。

継続が難しい理由ですが、東京都医師会の2002年の調べによりますと、まず、託児所や保育所が非常に使いにくいということです。例えば医師の異動が、必ずしも4月に異動しない。ところが、保育所は4月か

らでなければ困るということで、入所が困難だという事情。また、収入の面で優先されないということで、なかなか利用できない状況があるということです。また、実際にこういうふうに住んでしまうと、その後、復職するのが非常に難しいといったことも問題だということになります。

さらに、私も少し考えさせられますが、夫の家事・育児への参加が不足しているということで、女性医師の夫がどんな職業かは明らかではありませんが、医師の場合もありまして、夫婦が共に働いているということで、お互いに忙しいということで、なかなか手伝わないのだと思います。理由として、この3つがあげられているようです。

実際のデータをちょっとお借りしましたが、「職場に保育所がありますか。保育園がありますか」ということですが、大部分は「ない」と。「あるけれども、看護師優先である」というような状況があるということです。なかなか使いにくいという状況になっています。

それでは、子供が病気のときに一体どうするのかということですが、大部分はご両親に預けるということで、それ以外の例はほとんどなくて、つまり、ご両親がいないと、子供はしょっちゅう病気になりますので、實際上、なかなか仕事を続けるのは難しいと考えられます。

どういうことを改善してもらいたいかということになりますと、やはり1番が、保育所の整備・拡充してもらいたい。それから、夫も子育てに参加してほしいというようなこと。それから、後で職場に復帰できるように支援してほしいというような希望が多いと報告されています。非常に貴重な報告だと思います。

日本医師会でもこういった問題の対策を立てて、様々な取組が立ち上がっておりますけれども、女性医師のキャリア継続支援モデル事業の実施ということで、女性の学生とか研修医の人たちに、女性医師のキャリアを紹介するという取組があります。いろいろな事例で成功している例もあるんだということ、紹介するわけです。

また、「女性医師バンク」と言われていますが、現在の仕事に満足していない医師を登録しておくといった取組も計画されております。

また、大学によりましては、東京女子医大では、「女性医師再教育センター」というものを設けて、担当医がついて、それぞれに最新の知識や技術を指導すると

いう試みもなされ、職場復帰への支援をするとのこと

です。また、信州大学でも、これは復職支援で、それには片井先生という方がコーディネーターとして支援するということです。長崎大学でも、復職支援のプログラムも立てているというお話です。各地で、こういう取り組みがなされています。

国でも、新医師確保総合対策の中で、こういう女性バンクで復職支援等もやっておりますし、子育ての院内保育所の規制緩和などを提案している状況です。

さて、この様な状況で、私どもは、先ほど申しましたように、この4つの科の人間が集まりましていろいろ考えたのですが、話しているうちに、女性医師が皮膚科、眼科、小児科、麻酔科、産婦人科で増えており、一番多いのは皮膚科、眼科ですが、実は、小児科、麻酔科、産婦人科も非常に多いということに気がつきました。小児科は31.2%がもう既に女性医師です。産婦人科は21.8%、麻酔科は29.0%で、ほかの科に比べて非常に多く今後さらに増えるのではないかと予測されます。

そうしますと、この様な診療科の女性医師の活動支援をしないと、こういう科の医師不足という問題を解決できないということになります。そこで、実際、本学ではどういう状況になっているのかと調べてみました。産婦人科の入局者を調べてみますと、実に73%が女性だということで、私もちょっとびっくりしたのですが、こんなに多いのかということ。そのうち、子育て等の経験のある人が12名いるのですが、そのうち6人が退職しています。パートが2名だということです。かなりの方が、専門医コースからある意味では外れてしまっているということです。この問題もかなり大きいのではないかとということになり、みんなで対策を考えたわけです。

また、小児科を見ましても、やはり53%が女性だということで、結婚される方もちょっと少ないようですが、子育ての経験のある方の13名中、退職5名、パート2名ということで、かなりの方が、専門研修といえますか、医師としての活動を続けられない状況にあるということです。

そこで本学では、こういう科の女性医師を対象にしまして、子育てで専門医研修などが中断されないようなシステムを作ろうということを考えました。やはり完全に中断してしまいますと、車の運転でもそうです

が、なかなか戻るのが難しいということで、細々でも、ある程度練習して続けられれば復職しやすいというようなことから、週1、2回は来ていただいて研修し、少し長い期間、研修を続けたらどうだろうと考えたわけです。

ただ、研修日に、ちょうど子供が病気だったり、その日だけ預けるというような状況があり得ますので、そういうときに預けられるように、保育所の機能を拡充しようということで、専任の看護師、それから保育士を配置して、病児保育や一時保育などに対応できるようにしたいということを考えました。

それから、女性医師は研修中にさまざまな悩みが生じますので、研修センターのほうで対応しようということでした。

問題はやはり、こういうふうに週1-2日の研修を続けておきますと、救急等の対応能力が大分落ちるといふ指摘があります。そういうことを防ぐために、救急能力に関しましては、シミュレーションを駆使した教育を行ったり、救命救急センターの医師たちの協力のもとに、こういった救急対応能力を養成したりしてみようということでした。それから、最近のさまざまな医療事故に関する知識といったものは、特に強化しようというようなことを考えました。

イメージとしては、子育てをしながら、ある程度ゆとりを持って研修しようというような形になるわけです。通常、我々は初期研修が終わった後に、3年間の後期研修システムを導入していますが、そこを少し長くしまして、子育て期間中は週1から2日間の研修にするということでした。最初から子供を産むとわかっていない方もいますので、途中でお子さんが生まれたときにはこちらに入るというようなシステムを考えています。

研修センターの中に子育て支援室等を作りまして、そこに看護師に常駐してもらいまして、院内の保育所と緊密な関係を保ってもらおうということで、病児が来たときには相談等によって、小児科等に入院させる場合もあるというようなことです。

このスライドは本学の教育全体のシステムですが、卒前では、特色GPにも採択されておりますが、医療安全教育を重点的に教えています。特に実践的な教育ということで、ともすれば医療安全教育と申しますと、医療安全管理学ということで、理論に偏ってしまう傾向がありますが、私どもは、例えば医療機器、例えば

点滴や注入のポンプを引っ繰り返して、全部分解したり、あるいはレスピレーターや構造や仕組みを自分で触れて学び、あるいは、シミュレーションや病棟で実際に危険予知能を訓練するなどの、そういう実践的な内容で教育をしております。

その甲斐もあったのかもしれませんが、愛知万博で、AEDで倒れた人を救うというような、非常に良いニュースも昨年入ってまいりました。

もう1つこちらの現代GPのほうでは、学生が大学にともすれば大学にこもりがちですので、地域に学生を出そう。かつ、医学科だけではなくて、看護学科と一緒にしようということで、地域に学生たちを出しまして、そこで、地域の小学生を対象に、救急の知識だとか、応急手当といったことを教える。つまり、ここで小児医学へのモチベーション、それから救急医学へのモチベーション等も養成するというような教育を行っております。

こういう教育を受けた学生たち、あるいはオリエンテーションでもそういう教育を受けた人たちが初期研修を行い、さらにこういう専門医研修に入っていく。そこで女性が子育て等にあつたときに、こういう支援体制を取るといふことで、このコースからなるべく外れないようにするということを考えております。

(地域医療等社会的ニーズに対応した) 質の高い医療人養成推進プログラムということが、この医療人GPの正式なタイトルですので、こういった「専門医」を養成しまして、これが将来増えてくれることを期待しております。マスコミの方の中には専門医制度に不信感を持っている方もいて、専門医を育てるよりもまず普通の医師を養成して欲しいとおっしゃる方もいます。それはそれで正しい指摘ではありますが、現在小児科や産科が抱える問題は専門医でないと解決できないではないでしょうか。専門医は誰でもが必ずしも優れていないかもしれないが、専門医でない医師はもっと危ないので、高いレベルの医療はできず、事故を嫌って難しい患者は診ないようになりつつあります。ある程度訓練を受けた専門医が増えれば、後輩の指導もしてくれるのではないかと、期待しております。また、中核病院で問題になっております小児科の問題とか産科不足の問題も解決するのではないかと、期待しております。例えば、スケジュールとしては週2回、こういう診療を続けまして、あと、休みがある。それからセミナー等に出るといふようなことです。

こういうふうに保育所に子供を預けながら、例えば下の初期研修医を教えるといったようなことが可能ではないかと考えております。

本学の院内保育所は、こういったかたちになっておりまして、これはこいのぼりですが、1階の部分がずっと保育所で、建物が307平米ぐらいあります。庭がかなり広いということで、この庭に、病児専用の部屋を今、作っておりまして、病気の子供が来たときには、そこに預けるということで、今、準備しております。

現在の状況では定員36名ですが、機能を少し拡充しまして、保育士も、今全部で5名プラスパート3名。それから、兄弟児保育でスタッフ4名いるのですが、これも少し増やす。それから専任の看護師をつけるというようなことで、工夫をしたいということです。

利用時間は、最近、新聞記者の方が来まして、話をしているときに、「9時で終わりです」と言ったら、「24時間じゃないんですか?」とびっくりされました。24時間はなかなか難しいので、7時50分から9時までということにしております。これはだんだん広げていければと思います。ベビーシッターの活用も考えています。

今後の問題といたしましては、子育て支援対策、院内保育所の体制をもう少し整える。それからもちろん専門医研修だけではなくて、専門医研修を終わった後の女性医師、あるいは初期研修中の女性医師にも、こういう施設が利用できるようにすることも大切です。

その他、働いているときの手当の問題があります。それから、週2日だと社会保険加入がなかなか難しいという問題等もありますので、そういった問題の解決。それから、できれば宿舎も近いほうが良いというようなことで、そういった問題も考えていきたいと思えます。さらに、こういう女性医師の中で研究者等も養成できるようなシステムがあればと考えておりまして、今後の我々が取り組んでいくプログラムの他にも、来年は、かなりたくさん取組が出てくると思います。そういう中で我々も、そういう取組に負けずに頑張って、子育てなどの問題を抱える女性医師の期待に応えられるようなシステムを作っていきたいと考えております。

ご清聴、どうもありがとうございました。(拍手)

○江里：後藤先生、どうもありがとうございました。

これで予定された3先生方のプレゼンテーションを終わりましたので、ディスカッションに入りたいと思

います。先生方、申しわけありませんが、壇上に上がっていただけますでしょうか。

それでは、あまり時間がありませんので、少し延長する時間をいただきました。ディスカッションをしたいと思います。島根大学の小林先生、岩手医大の遠藤先生、横浜市大の後藤先生、それぞれの立場よりご発言いただきましたが、ご質問等がございましたら、どうぞ。

○宮田：札幌医大地域医療総合医学講座の宮田です。

小林先生に質問させていただきたいと思います。日本版WWAMIプログラムのすばらしい内容を紹介していただきまして、ありがとうございました。

2点お聞きしたいのですが、地域枠で入った学生ですが、私は詳しくないのですが、入学した後は、例えばプライマリーケア・トラックの教育という特別なカリキュラムをすることはまだ難しいのではないかと考えているのですが、本当はそういう方向でいかないと、6年間の間にどうしてもスポイルされてしまうことが多いかと思えます。その点、今後何か計画があるのかということと、取組の概要に、将来的には地域医療の後期研修コースを大学病院に作るということが書かれています。専門教育を行っている大学病院でこういうコースを作るのは難しいと思うのですが、病院外のクリニックをベースに、アメリカなどのファミリーメイソンではそういうことをやっているとありますが、先生のお考えはどういう方向に行っていられるのかという、その2点をお聞きしたいと思えます。

○小林：先生のおっしゃるとおりで、6年間モチベーションを持続させるというのは非常に難しいので、まず、いろいろな講義の中にも、今までの医療倫理とかちょっと難しい話に代えて、地域医療の実際に現場で頑張っている診療所の所長とか、その中でも話のうまい、しかも割とエンジョイしている連中を集めまして、そのシリーズ講義をやっています。講義のアンケートを取りますと、そこでかなり地域医療に対する興味とモチベーションが出て来ます。

それから、1年目から毎年、夏休みなどにその地域の医療体験実習、例えば隠岐とかのへき地の病院で県がやってくれるのですが、単位もつけてそこに参加するようなシステムにしました。特に地域枠推薦で入った人は、1年から毎年、全員そこに参加させております。そういったことで、モチベーションを維持する。3年、4年、チュートリアルにも地域医療のことを少

し入っていますが、5年、6年は、先ほど申し上げましたように、近くに市のやっております診療所がありまして、これは委託されていますので、私どもはサテライト診療所と位置づけて実習を行っています。アメリカの大学の家庭医学クリニックのように大きくないですが、将来的に、そういうかたちに持っていきたいと思っています。

そのために、地域医療教育学講座というのを来年作ります。そこがそういう教育を担当する予定です。今も既に実施してはいますが、それをもっと本格的なものにしたい。やはり大学の中の外来でやっていたのは、通常の **common disease** などの家庭医学的な教育は難しいのでこのようなサテライト診療所が必要です。それから、後期研修におきましても、地域医療機関と大学病院で交互に研修させる地域医療研修コースを作りたいと思っています。

○宮田：通常入学卒の学生と地域医療卒の学生とではカリキュラムを少し変えるということは、将来的に可能なのでしょうか。

○小林：定員を今度は10人にしたのですが、カリキュラムを分けるのは難しいです。夏休みとか、あるいは卒後臨床研修の中に組み込みたいと思っています。

○江里：6年間の地域医療に対するモチベーションを維持するということは、非常に難しいことだろうと思います。それをいかにするかということが、島根大のプランニングが完成するかどうかということにかかってくるだろうと私は思いますが。

次のご質問をお願いします。3人の演者の方に、ございませんか。

では、今日最初のプレゼンテーションの三浦課長さんが、いろいろなテーマを出されました。要するに、大学の附属病院が地域医療についてどういう位置づけにしているということだと思いますが、特にその中で、課長さん、強調するようなことがございましたら。

○三浦：今の話とも関係するのですが、実は、入学される方の多くが、最後には地域医療に従事しているという実態もあると思います。

そういう観点から言うと、地域卒で入った人たちだけに地域医療関係の重点的な教育を行うのではなくて、もっと基本的な教育として、地域医療に関わる内容を取り入れていく必要があるだろうと思います。それが地域に密着した大学や大学病院の役割を明確にしているのではないのでしょうか。もちろん、研究をしなくて

もいいのか、専門的な教育はしなくてもいいということも申し上げているのではなく、むしろ、専門分野に入ったとしても、地域医療をよく知っている専門医と、地域医療を知らない専門医とでは、おのずとその専門医の持っている腕のふるい方が違ってくるのではないかと思います。

そこで、3人の先生に伺いたいのですが、救急医療の話題も出ましたので、それも含めた地域医療について、限られたカリキュラムないしは授業の時間の中で、必要な教育の時間をどのように確保していくかということは、大きな課題ではないかと推察いたしますが、それを乗り越える秘訣をご披露いただければと思います。

○江里：では、小林先生から、お願いします。

○小林：大学の中で組み込んでいくと、カリキュラムの授業数とかいろいろなところで、いろいろと抵抗もあります。地域医療は大学だけではできないということもみんなに認識させて理解して貰うように話をしております。そういう意味で、GPで、米国へ中堅教員を連れて行って現場を見せたことは、意識改革をさせる上で大きかったのではないかと思います。教員のムードが非常に盛り上がり、今は、否定的なことを言う人が非常に少なくなってまいりました。

要するに、教えるというか、講義というよりも、現場を見る。すなわち、アメリカへ行って何を見せたかといったら、その地域でどういうふう医療をしているか、そこでどういう教育をしているかというのを見る。そしてまた学生も、その地域の現場に行って、その現場を見る。何も難しいことを教わる必要は何もなくて、やっている姿を見る。これが一番のモチベーションになるし、あとは、それによって自分が勉強することだろうと思います。幸いにして、今のところは、うまく乗り越えてきているのではないかと思います。

○江里：小林先生の大学で、附属病院の教授会などで、地域医療というような議題を出したときに、多くの教授の先生は目を見張られますか、目をつぶりますか。そこは、教授の先生方がどういうふうにお考えになるかということが非常に重要なポイントだと思うのですが、いかがですか。

○小林：今は結構目を開いていますね。いろいろな面で文部科学省のご協力をいただいたということで、このGPをいただいたということが、目をつぶっていた

のを開かせたという意味で、非常に効果があったと思っています。

○江里：島根大学の地域的な背景があるのだと思います。従って、GPを受けたということが、非常にモチベーションを持ち上げたということだろうと思います。

次に、遠藤先生、いかがですか。

○遠藤：岩手は、人口 140 万のところですが、そこに県立病院が 27 ございます。そこへの医者の供給と申しますか、大学が 7 割弱しております。ですから、大学の医学教育そのものが、まさに地域医療を担っていると言っても過言じゃないと思います。また、我々のところの大学全体で、救急が年間 5 万弱、1 日百数十人。ですから、学生のときから我々と一緒に患者さんを診て、育ててという教育をしております。

ただ、今ちょっと残念なのは、臨床研修医が、3 カ月、救急に参りますが、彼らはぴったりついてやりたい。ところが時間的な制約で、今日は必ず帰れ、当直も 4 回か 5 回以上しては駄目だという制約がございまして、彼らの希望どおりの救急を通しての地域医療の教育ができていないというのが、悩みでございます。

○江里：ありがとうございます。

次に、後藤先生のところは横浜市で、大都会の大学で、その点、島根と岩手と若干環境が違いますが、課長さんの質問で、先生の大学で、地域医療云々という言葉が議題に上がるのでしょうか、上がらないのですか、どうなのでしょう。

○後藤：地域医療の問題は、本学でもしばしば取り上げられます。しかしながら、それは教育の問題というよりも、むしろ医師の派遣ということで話題に上がることが多いといえます。人材派遣のことになると非常に皆真剣になるのですが、地域医療の教育のこととなりますと、あまり危機意識がないためか、真剣にならない傾向があります。横浜市、あるいは東京では、一部の大学ではかなり積極的にやっていますが、まだ遅れているところが多いのではないかと思います。

○江里：会場の先生方のところで、我々は地域医療の教育を非常に重点的にやっているということで自信のある先生、もしありましたら挙手をお願いしたいのですが、いかがでしょうか。

○井上：金沢大学の産婦人科を担当している井上です。

今、地域医療ということですが、地域医療という医療学はございませんね。我々がやっていることが、その地域に行けば地域医療学になるし、都会であれば都

会医療学というのがあるのかということ、我々の日常診療の中で、医療レベルを上げながら、その地域、あるいは都会で仕事をしているということで。その中で、特に産婦人科などの医師の配置が非常に少ないということは、昔は、教育というのは結局、人と人との教育、医局を中心にして、教育が行われてきたわけですね。

その中で、教育の本質論というか、いろいろな教育論があると思うんですけども、今、教員と学生の接する時間が非常に少なくなってきている。それは 1 つは、いわゆる診療科が増えたということで、1 人の教授が担当する学生に対する講義時間が減った。それから、チュートリアル・システムで、学部教育にアメリカの制度をそのまま導入しているということで、この制度は必ずしもうまくいっているようには思えませんし、それからさらに初期研修と申しますか、そういうので 2 年間、見学レベルの医療を行っているところがほとんどなんですけれども。そういうことで、教員と学生とがもう少し親密に、今、現場はどうなっているんだということが見られるような制度、あるいはそういう取り組みをやっているところにもう少し文部科学省も力を入れて、支援していただきたいなと私は思うんですけども。

○江里：ありがとうございます。それは後で三浦課長にお聞きしたいと思います。

小川先生はこの選考委員をされておられて、どうでしょうか、今のようなことを含めて。

○小川：まず 1 つは、先ほどごあいさつの中でも申し上げたんですけども、言葉の定義が混乱しているところにあると思います。

地域医療というのは、どんな大都会だって地域医療なんです。東京の真ただ中だって、医者と患者の関係であるとするれば、地域医療でなければならないわけです。そういう意味で、今先生がおっしゃったように、地域医療学というものがあるわけではないと思います。

もう 1 つの問題は、地域偏在の中で一つ問題になっているのは、地方医療であり、過疎地医療です。ですから、地域医療と地方医療と過疎地医療が非常に混在となって、ちゃんと定義されていなくて使われていることが、一つ問題ではないかと思います。

もう 1 つ問題なのは、では、地域医療を担う人材を育成するときに、どういう医者を育成するんだという、国民が求める地域医療における医師像というものがある

と思うのですが、その中で非常によく言われているのが、プライマリーケアです。プライマリーケアと言うと、すごく心地よい響きのように聞こえるんですけども、何が本当のプライマリーケアなのかというのが、一つあると思います。

それはなぜかと申しますと、皆さんよくご存じだと思いますが、黒沢明の『赤ひげ』というのがあったと思います。要するに、内科医でありながら盲腸ぐらいの手術はできて、お産も診れて、そういうお医者さんが地域で地域医療を守っていたというのがあると思うのですが、では、今の国民が、そういう医師を求めているのかという問題があります。例えば、いくら田舎にしようとも、その人の奥さんがお産をするときに、正常分娩だとは言っても、経験があると言っても、内科の先生に診てもらうんですかということだろうと思います。

もう1つは、そういう中で、プライマリーケアは何か。そういう意味では、国民が求める地域の医師像ということに関しまして、先ほど三浦課長もお話ししましたように、専門性を持って、かつ初期救急ができて、そして臨床判断ができて、トリアージができるのが、地域で求められている現代の地域医療の医師像ではないかなと思います。

例えば、おじいちゃんが、手をちょっとけがして、縫わなければいけない。これを内科の先生が縫って、そして少しカッコ悪くなくても全然問題ない訳です。しかし若い女性が顔を切ってきたのに、内科の先生、あるいは地域の外科の先生が、成形外科にも見せないで、縫ってそれでよしという訳にはいかないです。

やはりそういう意味では、プライマリーケアは何かということと、国民が求める地域の医師というものはどういうものかという到達目標をはっきりさせないと、このディスカッションは成り立たないのではないかなと思います。

○江里：ありがとうございます。ちょっと話が大きくなりましたので、限られた時間ではなかなか無理だと思いますが、三浦課長さん、金沢の先生の質問に対して、いかがでしょうか。

○三浦：大学、あるいは病院だけではなく、世界的にあらゆる分野で、みんな忙しくなっている。だれも暇な人はいない。それだけ世の中は効率的な社会になっているのかもしれませんが、みんな忙しい。

その中で、確かに、どのようにして学生さんと教員

のコンタクトする時間やその内容を高めていくかというのは大きな課題だと思います。これだという解決策があれば逆に先生にお伺いしたいところでもあります。私が初めに申し上げたとおり、医療というものが、ものづくりとは違う。つまり、相手が生きている人間だということから、臨床医であるならばなおさら、教員が、たとえ短い時間の中でも学生さんの心をグッとつかむことをしていただきたいと思います。

それから学生も、漫然と時を過ごすことがないように、はっきりと目標を明示されれば、今の学生さんたちはそれに向かってまっしぐらに進んでいくという素直なところも私はあるのではないかなと思います。

先生方が言われたように、質的な向上、内容の充実を、明示的に大学の大きなテーマとして掲げ、それをすべての教員が共有しながら全学で、医学部全体で取り組んでいただくことが重要であると考えます。

私自身が医学教育を受けたときも、みんなは忙しくしていました。教授とお話するような機会はほとんどなかったし、あったとしても、怖くてなかなかしゃべれなかったように覚えております。短い接触でも先生方からの一言というのは忘れないということ、自分の体験では思います。

○江里：ありがとうございます。

最後に1つだけですが、私の現役の時代は、大体平等になるようにバランスを取りながら、医師を地域に派遣してやってまいりましたので、どうにか地域の医療を確保できたと思います。それが臨床研修医制度の義務化でかなり崩れてきたということでしょう。最後に3人の先生方にお聞きしたいことは、へき地医療や分野別偏在解消のために、今大学ができることといったら何だと思われませんか。小林先生から、一言ずつでよろしゅうございますので。

○小林：非常に難しいですが、やはり今まであまりに専門医指向に偏っていた教育を、裾野の広いものに変えていく必要があります。いわゆる地域医療というのは、へき地で医療をやるという意味ではなくて、患者さんに最も近い医療、すなわち今までのように病気を診るのではなくて、人を診ることを意味しています。そういう意味の教育を、いろいろな患者さんに早めから会って、体験の中で教える。そういう土台を持って、さらにその上の専門医になってほしい。そういう人がいれば、地域医療に貢献してくれる。そのモチベーションをどのように持たせるか。それをやるためには、

それに同感してくれる仲間を増やすことが大事です。そういう意味で、WWAMIの仲間、120名というのができれば、大きな力になるのではないかと考えております。

○江里：ありがとうございました。全人的医療人の養成ということですね。

それでは、遠藤先生、お願いします。

○遠藤：非常に難しい質問ですが、簡単に言ってしまうと、我々の後ろ姿を見てもらう。その後ろ姿を見てもらうために、我々がしっかり頑張っていく。それしかないと思います。

○江里：しっかり頑張っていくというのは、難しいですよ。どういうふうにしかり頑張っていくか。

○遠藤：普段の診療態度、診療内容を見てもらうということでございます。

○江里：わかりました。どうも遠藤先生、ありがとうございました。

それでは最後に、後藤先生、いかがでしょうか。

○後藤：今、小林先生がおっしゃったように、大学がプライマリーケアと申しますか、そういう初期対応的なものもきちんと教育できるようなシステムをひとつ作らなければいけないと思います。そういう基本的な治療は、ある程度学生時代にできればいいと考えています。

それから、横浜等で、あるいは東京等では、総合的にいろいろなことができる医師と共に、ある程度専門化された医師も求められることが多いようです。と申しますのは、例えば1つの駅の周りに内科の医師が何人も開業していて、患者さんのほうも、何々科の先生、何々科の先生と、いわゆる専門医指向がかなり強いですね。ですから、そういう意味では、ある程度専門の教育もしなければいけないということで、地方の大学とはちょっと違うかもしれません。やはりプライマリーケア教育プラス、ある程度専門性を持った医師を増やさなければならぬ。つまり専門医も少し増やさなければならぬと考えています。もちろんプライマリーケアの専門医も必要になるでしょうが、地域の中でプライマリーケアと専門診療をうまく連携させるほうが都市型地域医療としては望ましいのではないかと考えています。

○江里：ありがとうございました。そういった先生方の一つのお考えでございますが、会場の方、何かござ

いますか。

○河野：広島大学の河野です。内科をしております。皆さんいいことをおっしゃったと思うのですが、ちょうど三浦課長もおられるのでお話しします。

小川先生が先ほど言われたことというのは、結局、医療レベルの標準化ですね。それと、どういうふうにして医師の標準化をするか。その両方をやらないと、例えば呼び方は同じであっても、後藤先生が言われたのと、小林先生が言われたのは違うかもわからないですよ。専門医というのも、僕は悪いと思うんですね。専門医というのは、昔は非常によくできる人みたいな感じがあったのですが、今は、これしか診ない人。要するに出来が悪くても、専門なんですよ。おれは八百屋で、魚屋じゃないというような感じに、なり切っているわけです。そここのところを改めないと、僕は堂々巡りするような気がします。

○調：長崎大学の調といいます。私どもは離島へき地で、学生教育と臨床教育をやっておるのですけれども、それをやって感じるのは、これまで大学はスペシャリストを作ろうと思って教えてきたのに、どうもスペシャリスト崩れをたくさん作り過ぎているのではないかと。ですから、これから大学は、地域に役立つ医者はどうやって作るかということに関しては、大学が、ゼネラリストをスペシャルに作るというか。それをちゃんとやれば、僕は一つは行くのかなと思っています。

それから、小林先生に1つお伺いしたいんですが、へき地枠の話ですけれども、例えば長崎ですと、県が、自治医大生と別に、長崎大学にいる学生に奨学金を出して、将来へき地に行くということをやるわけですが、例えば長崎大学にへき地枠を作ったとしたときに、奨学金を取りなさいと強制してしまうと、従来の人たちとほとんど一緒になっちゃうわけですね。ただ、モチベーションの話もありましたけれども、やはり取れるものは取らせておいたほうがいいのかというふうにも思いますし、先生はその辺のお考えはいかがでしょう。

○小林：県も非常に積極的で、最初の5名のときは全部出しました。県が出すタイミングがちょっと遅れて、全員は受けなかったですね。後から頼んで受けてもらったりしています。今年は10名入学予定で、全員に県が出すことになっています。かなり条件も緩和して、卒後10年近くたってから戻ってもいいようなかたちにしております。

そこの交渉は、大学でやるのではなくて、県が、これは市町村長の面接がありますので、そこに保健所長もいる。その辺で何かするような話をしておりました。それでできるだけ受けてもらおうということです。

それから、条件は、卒後すぐ、割と早くではなくて、専門医を取った後でそこに戻ってもよい。私はそちらのほうがよいと思っています。自治医が9年の義務年限ですが、9年たったなら県外へ出る人が半分ぐらいいる。そこで専門医や博士になった後でも、卒後10年後に戻って、30年故郷のために働いてほしい。私はそれをねらっております。

○江里：小川先生、どうぞ。

○小川：いろんな科がありますが、やはり一番問題なのは内科です。内科は二重構造になっています。例えば消化器内科、あるいは循環器内科、あるいは神経内科などの内科での専門性があります。しかし、地方病院にそれらの専門医を全部セットで用意することは不可能であり効率の点からの無理があります。要するに、専門性を持っていても内科としてすべての内科患者を診る総合内科として患者を診ていただきたいということです。すなわち、例えば専門は消化器内科でもよろしいから高血圧や脳卒中も診ていただきたいということです。やはりそういう意味では、内科の二重性をどう改善するかというのが、今一番緊急な問題だと私は思っています。

○小林：先生の二重性というのは、いわゆる専門分化が進みすぎていることを指しておられると思います。本来なら、アメリカの形式でいけば、まず一般内科3年のレジデンスを終わってから、フェローで上に行くのですが、日本の場合は一直線に専門医になっていたということがあります。

私は以前、内科学会認定制度審議会長もやっていたんですが、今は、専門医認定制機構のほうで、そこのところはもめておまして、最初から基本領域に、例えば心臓外科とかを持ってくるべきというような極端なことを言われる方もおられる。

今言われたように、地域で一番大事なものは、家庭医すなわちゼネラリストです。とにかく最初の3年程度を、きっちりと内科全般をできる医師にする臨床教育を行うべきであると思います。私は、それが地域医療をできる医師を育てることになると思います。その上に専門医を持ってくるシステムを作っておかないと、当然、みんなが専門医のほうを望んで、狭い域に行きますの

で。心臓カテーテルしかできない専門医とか、そういうふうになってきますと、これは地域医療にとってはマイナスだと思います。

専門医のシステムに関しても、今、小川先生が言われたような二重の面を是非なくして行く必要があります。そういう意味では、厚労省の2年間の初期臨床研修というのは確かにいいのですが、ちょっと中途半端だと思います。私はできればアメリカ式に1年目は学生実習の中に入れてしまって、1年目からはレジデンスの中に組み込んで3年で内科ゼネラルが出来るようなシステムに、将来的には変えていただきたいと思っております。

○江里：ありがとうございます。

では、三浦課長、最後に一言。

○三浦：時間もございませんので、最後に一言だけ申し上げます。

今日お集まりいただいている方は、地域医療に大変関心を持っていただいている方であることを前提にお話しいたしますと、入学定員の中で地域枠をしっかりと確保していただくことが非常に有効な手段であることは間違いありません。奨学金制度があったほうがいいことは事実ですが、奨学金の如何に関わらず、やはり地元の地域で育った高校生を地域に返すという仕組みは、最終的に腰の強い地域医療を作っていくという点で、非常に有効だと思います。

そういう点で、19年度の学生募集の方法はもう決まっていますが、20年度以降、さらに地域枠が少しでも増えるように、先生方にご協力をいただきたいと思います。ありがとうございます。

○江里：ありがとうございます。

あつという間に終わりましたが、まだ、横浜市大の言われた女性医師云々のこともありますが、時間がありませんで、あまりこのことは討議できませんでしたが、来年度、次年度等に、また文部科学省も考えていらっしゃると思います。

私は、大学を辞めまして6年になりますが、皆さん多分、全員現役の方だと思うので、辞めた後の心境がおわかりにならないと思います。先ほど本音が出ましたが、専門医がいい医者で、地域医療をやる医者はそうでない部類に入るという認識が、大学の先生方に、厳然としてありますね。このところを意識の改革なしに地域医療云々ときれいなことを言ってもできないと、現場を辞めた人間として非常に思います。私も現役の

ときはよくわからなかったのですが、そういうところを今からいかに構築していくかということが、文部科学省が直面しておられる大きな問題だと思います。

これからは地域医療のスペシャリストを養成すればいいと思います。地域医療を専攻しても教授になれるということになれば、専攻する人がどんどん出ます。どうでしょうか、皆さん。そういうことを大きな宿題として、このシンポジウムを終わりたいと思います。

何かひとこと言いたい人がございましたら、最後にお願いしたいのですが、よろしいでしょうか。多分これは、三浦課長が来年度もされるので、次の新しいかたちになると思います。

では、一言よろしく申し上げます。

○谷口：旭川医大の谷口です。ものすごくへき地の大学なんですけれども。課長さんが来ておられるということで、地域卒の話を宣伝されているんだと思うんですけども、もっとどうせだったら、進めてしまって、学部ごと、単科の医大だったら大学ごとに、一つの診療科の医師養成専用にしてしまい、例えば旭川医大だったら産婦人科しかなれませんというかたちで。そうすると、入学定員を調節することで、各診療科の医師数の調節が割と容易にやれるようになると思うんですが。どうでしょうか。

○三浦：これは私が言うよりも、先生方も身に沁みて感じられると思いますが、今入学する人たちが現役の医師として活躍するのは、10年後、20年後です。そのとき地域医療の姿としては、医師はますます偏在している可能性が高いということで、今日のような議論をしているのですが、先生のような提案が成果をあげるためには、そのときの診療科ごとの医師需給の状況がどうなっているかということも、考えていかなければなりません。ご提案いただきありがとうございます。

○江里：ありがとうございました。

今日ご出席の先生方の大学は、非常にこういう方面に興味があるから、出席していらっしゃるので、問題は、ここに出ておられない大学が問題であると思いますので、文部科学省の方も、しっかりそここのところは見つめていただいて、この問題を新しい方向に導いていただければいいと思います。

今日は先生方、お忙しいところ最後までお付き合いくださいまして、ありがとうございました。これで終わりたいと思います。本当にありがとうございました。

(拍手)

○司会：先生方、ありがとうございました。これで分科会を終了したいと思います。今日はアンケートがございましたので、アンケートは回収ボックスか、もしくは係員にお渡しくださるようお願いいたします。

本日は、お忙しいところ、ありがとうございました。

(了)