

大学教育再生戦略推進費
ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業

地域医療への高い情熱と好奇心を涵養して
総合力・適応力・教育力を醸成する地域志向型
医療人材養成プログラム

令和6年度
外部評価委員会報告書

令和7年5月



千葉大学
CHIBA UNIVERSITY



東邦大学

目次

1. 出席者 p3
2. 講評結果 p5
3. 会議発言文字起こし p10

1. 出席者

出席者

氏名	所属・役職
◎山本 修一	独立行政法人 地域医療機能推進機構（JCHO）理事長
亀田 信介	社会福祉法人 太陽会 安房地域医療センター 理事長 （オンライン出席）
篠原 靖志	地方独立行政法人 さんむ医療センター 院長
松岡 かおり	公益社団法人 日本医師会 常任理事
雨宮 有子	千葉県立保健医療大学 健康科学部看護学科 准教授
山口 育子	認定 NPO 法人 ささえあい医療人権センターCOML 理事長

陪席者

氏名	所属・役職
◎中谷 晴昭	千葉大学理事（教員人事・危機管理）／事業責任者
金田 篤志	千葉大学大学院医学研究院・教授
伊藤 彰一	千葉大学大学院医学研究院・教授
端詰 勝敬	東邦大学医学部・教授（オンライン出席）
佐藤 二美	東邦大学医学部・特任教授
井上 崇	千葉県医療整備課・医師確保・地域医療推進室・室長 （代理、オンライン出席）
鋪野 紀好	千葉大学大学院医学研究院・特任准教授
荒木 信之	千葉大学大学院医学研究院・特任講師
嶋田 将也	東邦大学大森学事部 学部長企画調整室

日時：2025年3月27日（木） 10:00～12:00

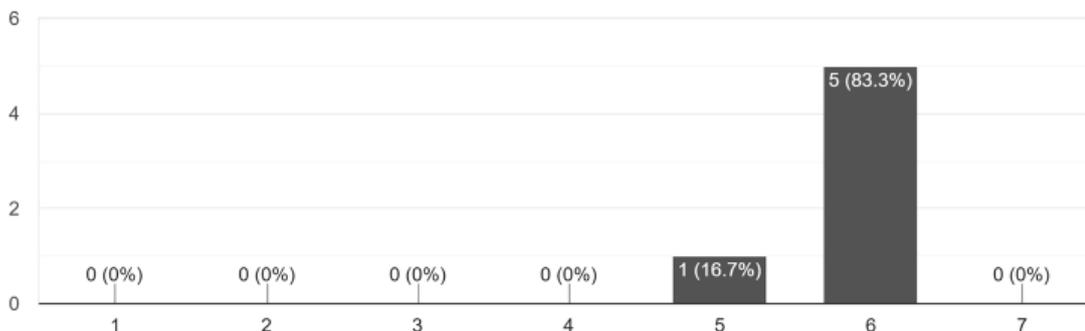
場所：千葉大学大学院医学研究院 医学系総合研究棟 会議室 1

2. 講評結果

評価の観点：教育プログラム（千葉大学・東邦大学）、オンデマンド・コンテンツ等
 評価資料：令和6年度事業成果報告書4-1、4-2、4-3、4-5等
 評価尺度：7段階リッカート（1：非常に不十分である 7：非常に良好である）

1. 教育方略について

6件の回答

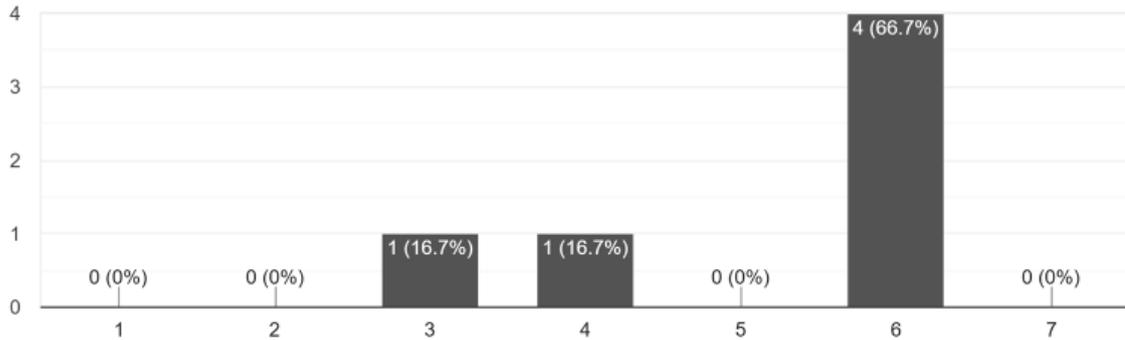


コメント	数値
本事業にかかわった皆様のご努力の成果がよく理解できました。コンテンツのさらなる充実を期待しています。	6
<ul style="list-style-type: none"> *異なる経験をしている千葉大学と東邦大学の医学生がもう少し途中の段階で交流し、意見交換したり互いの視点を学び合える場の提供があるとより良いと感じた。 *東邦大学のチーム医療遠州屋全人的医療人教育において、地域医療の視点がもう少し色濃く出せるとこのプログラムの特性が強調できるのではないかと感じた。 *学修コンテンツは公開されている動画が135本もあり充実しているし、今後も更に充実がはかられると思う。そうであれば、千葉大学と東邦大学の医学生はある程度視聴を必修にし、どの動画を視聴したのか進捗状況はわかるような工夫をしたり、ミニテストのようなものをおこなわれると、より学修効果が上がるのではないかと感じた。 	5
<ul style="list-style-type: none"> ・特に「早期地域医療体験」において、「千葉県内医師少数区域での実習」が組まれていることは、本事業目的に向けて重要・有効と思います。 ・既存の学修コンテンツは、多様なテーマで展開され貴重な教材と思います。地域志向の医療人材育成として、すそ野を広げるために効果的であり、広く全国へ展開できることを期待します。 ・動画教材やシミュレーション学習は効果的と思います。地域医療・地域志向という点から、現在から将来に向けて課題となること（小児医療、災害医療、社会資源の偏在、財政難等）に関する内容の追加を期待します。その中で、地域の課題のリアリティをどれだけ出せるかが、「地域医療への高い情熱と好奇心の涵養」に影響するのではないかと思います。 ・多くの教材を効果的に学習できるための仕組みとして、例えば、優先順位の提示当、工夫を期待します。 	6
学修コンテンツの豊富さには目を見張るものがありますが、内容の評価まで踏み込めなかったのは残念です。またこのコンテンツが外部の人間も活用できると素晴らしいと思います。訪問診療のシミュレーション学修もとても興味深い試みと思います。一方で、学外機関での実習が単なる見学に終わっていないか、検証が必要でしょう。	6
コンテンツに関してはクオリティ、種類、共よくできていると思います。	6
<p>千葉大学では医学部での全学年を通し、きめ細やかにプログラムが作られています。また、実習時間がかかり長く、地域医療を理解し、興味を継続させる工夫が見えます。</p> <p>東邦大学では衛生研究所や県庁の実習があり医療政策や感染症対策の視点を取り入れていますが、もう少し地域医療機関での実習時間を増やしてもよいのではないかと思います。</p> <p>オンデマンド・コンテンツは約10分の時間に、多数の題材がきれいな画像で見やすく作られていて、とても興味を引きます。一般公開されており、双方の学生だけでなく、現役医師の勉強ツールにも利用できることは素晴らしいです。視聴数はカウントできているとのことですが、その内訳が評価できるとよいと思います。またコンテンツの整理（テーマごとに分類）、視聴者ごとの履歴、動画を見た後のフィードバックなどの活用も考えられます。</p>	6

評価の観点：指導者養成（地域病院）、セミナー（国際連携、地域医療）等
 評価資料：令和6年度事業成果報告書4-4、4-5等
 評価尺度：7段階リッカート（1：非常に不十分である 7：非常に良好である）

2. 指導者・教育環境について

6件の回答

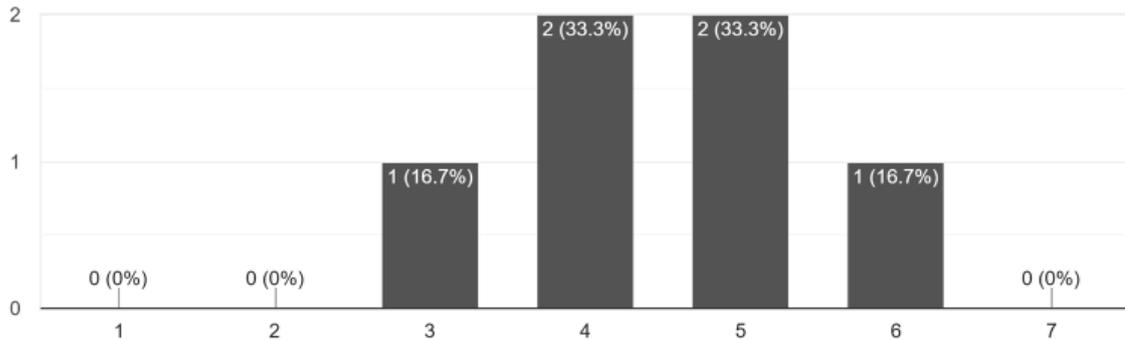


コメント	数値
指導者養成会のご発展、地域医療コンソーシアムの拡大を期待します。	6
*必ずしも指導医の認定を受ける必要のない医療機関の医師に対して指導医養成がおこなわれているのは意義深い。 *現在はこの事業の一環でおこなわれているので参加者に費用負担はないが、事業が終了すると無料で講習を受けることは難しいとのことだった。地域医療の実習など、地域の医療機関で実施する以上、そこに携わる医師には指導技法や知識の習得は不可欠だと思うので、事業終了後も継続して講習会が実施できるように、千葉県を挙げての取り組みが必要だと思った。	6
特に「地域のための指導医講習会」は重要で有効なプログラムと思います。継続的、安定的な実施とともに全国展開を期待します。	6
地域の医師は概して教育には不慣れであり、それゆえに初期臨床研修での地域医療研修は必ずしも有効に機能していません。学生を対象とする本プロジェクトでは、FDの重要性はさらに増していると考えます。FDのアウトカム評価や参加者の感想なども知りたいところです。	4
地域における医療機関は、経済的にも人的にも極めて厳しい状況にあり、教育のための人的経済的サポートが不可欠です。	3
指導者養成、特に地域医療研修先の医師への教育については、両校ともに行われており、またスチューデントドクターとしての医行為に関する研修も含まれていると聞き、適正だと思います。今回、講習内容の詳細が示されていませんでした。両校ですりあわせができるとよいのではないのでしょうか。	6

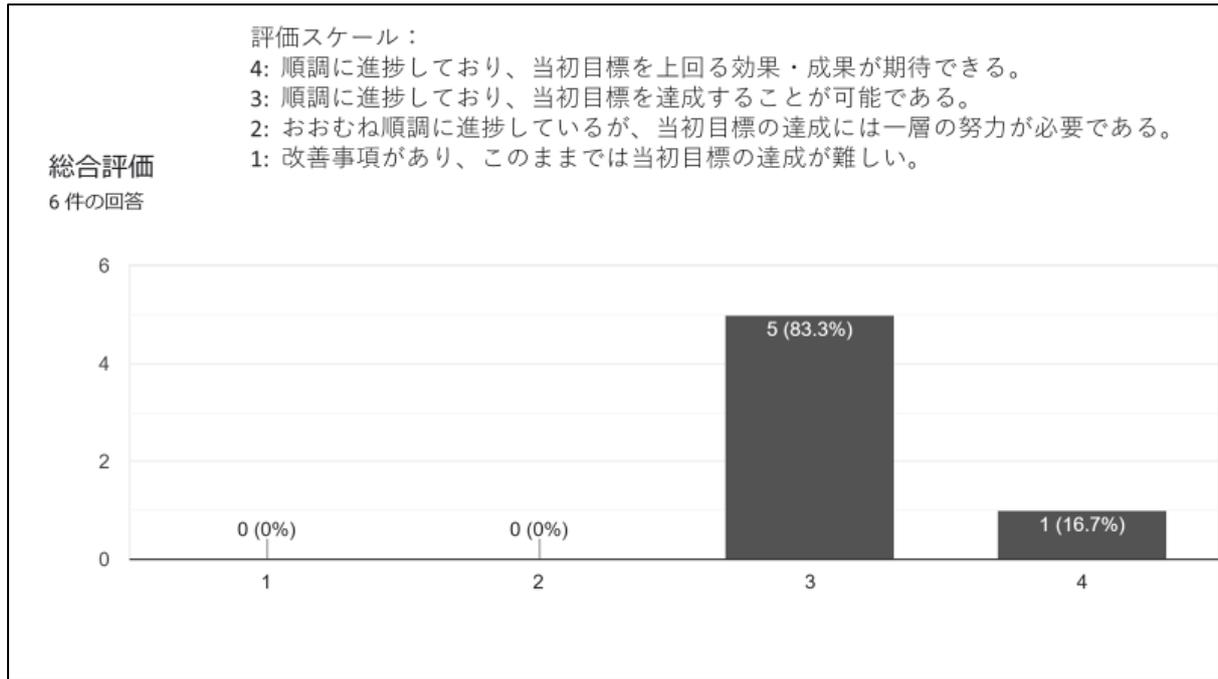
評価の観点：大学、地域、自治体の連携等
 評価資料：令和6年度事業成果報告書4-4、4-5等
 評価尺度：7段階リッカート（1：非常に不十分である 7：非常に良好である）

3. 組織連携・拠点形成について

6件の回答



コメント	数値
県内各地域や自治体の現況に基づいた連携体制の構築は今後の課題と思います。	4
今後のコンソーシアムに期待したい。	5
・現状、病院内に重点が置かれている印象です。地域医療・地域志向の観点からは、病院の退院支援部門、地域包括支援センター、児童相談所、県庁、保健所、市役所等、地域の関係機関及び地域で活動する専門職等との協働の経験（相互理解）を推進できる場が必要と思います。これは、上記1の学生教育と2の指導者養成において追加されることを期待します。	5
地域医療の現場は高齢者医療そのものであり、従来の専門性の高い医学教育を縦系とすれば、本プロジェクトはそれを統合する横系と言えます。横系をどのように張って、実効性のある地域医療教育を展開するのか大変興味のあるところです。また千葉県を担当者が委員会には参加しているものの、実態としての県の参画が見えません。保健所や県立病院などのリソースを最大限に活用することを期待します。	4
情報システムの共有化による診療情報の共有や人材の共有といった抜本的な医療提供体制の改革が必要である。	3
千葉大学では医師少数区域の医療機関を実習先とすることで、地域の医療課題を学生、地域の医療機関、大学が共有することが可能となっており、単なる教育の枠だけでは収まらない内容だと思えます。	6



コメント	数値
地域医療の指導者や自治体の関係者等と、地域の問題点を共有し将来目標を立て、達成できるような共同体を形成してほしい。	3
医師法の改正により診療参加型臨床実習で医学生は医行為が可能になったが、それを理解している国民は少ない。また、大学病院で教育をおこなっていることへの理解はあっても、地域医療の現場で医学生の実習を受け入れていることを知っている県民も少ないと思う。医学生の実習を受け入れている医療機関では患者に医学生の実習について説明をしていると思うが、県民全体に千葉県地域医療の実情、医学生の地域医療の実習、どのような医行為をどのような指導体制のもとでおこなっているかをさまざまな媒体や機会をつかってアピールするようなことを千葉県や千葉県医師会など共におこなってほしい。更に、多職種協働の必要性と実施についてもアピールすることが必要だと思う。	3
・本事業は、Community-orientedの意味を採用しているとのことでした。その観点からは、本事業計画やコンテンツはとても有効で成果があがるものと思います。 ・一方で、「地域の中で」ではないとのことでした。その場合、配布資料p7「事業コンセプト」の最後にある「医師遍在・地域遍在の解決」へ向かうのか、向かわないのか、方針がブレるような気がします。加えて、「総合力：地域医療の現場で総合的に、、、」とあります。この「地域医療の現場」として、具体的にどこを想定するかにより、ゴールやビジョンが異なるのではないのでしょうか。「医師遍在・地域遍在の解決」という観点から、本事業がどれだけの効果が得られるのか、現状では測りきれない印象を持ちました。 ・「持続可能性のある人材循環システムの構築」(p7)に向けて、本事業による、地域や地域医療自体への価値観や、地域医療を担う医療人として使命感の醸成(学生、現任ともに)が重要ではないかと思います。	3
評価委員会でも申し上げましたが、「地域志向＝千葉県に医師を増やす」と「地域医療＝高齢者医療の実践者を増やす」とはベクトルが異なっていると考えます。アカデミア目線に固執することなく、現場が真に必要としている人材育成に資するような展開に期待します。	3
最終的には社会保障システム全体の問題であり、国の抜本的な制度改革や行政改革が不可欠です。トータルとして大きなビジョンとコンセプトが必要だと思います。	3
千葉大学、東邦大学がお互いの情報を共有し、切磋琢磨していただくことでよりよい事業展開が期待されます。総合診療医・救急医の育成だけでなく、地域医療のマインドを持った専門医の育成にも寄与することを期待いたします。また、地域実習の実習先の医療機関にも好影響を与えるのではないのでしょうか。アンケートなどの実施を検討してください。	4

3. 会議発言文字起こし

伊藤：それでは定刻になりましたので、まずこの委員会の進行ではなく、全体の進行として、千葉大学の伊藤から全体の流れを説明させていただきます。まずこの外部評価委員会の開催に先立ち、山本修一先生に委員長を事前をお願いしてご内諾いただいていますので、ここからの司会進行は山本修一先生をお願いしたいと思います。それではどうぞよろしく申し上げます。

山本：独立行政法人地域医療機能推進機構JCHO理事長の山本です。この委員会の委員長を務めさせていただきます。ただ今より令和6年度千葉地域医療教育外部評価委員会を開催させていただきます。

今日は本事業を推進いただいている千葉大学、東邦大学、それから千葉県の関係の皆さまにご陪席いただいています。議事は既に事前配付がされていると伺っていますので、そちらをご参照いただきたいと思います。

議事に先立ちまして、この委員会の委員の皆さまにご挨拶をいただきたいと思います。

松岡：日本医師会常任理事の松岡と申します。千葉県の方で12年間、千葉県医師会理事をやって、昨年6月から日本医師会常任理事に就任しています。今日はどうぞよろしく申し上げます。

篠原：さんむ医療センター病院長の篠原と申します。私は生まれ故郷が東金市で、さんむ医療センター前身の旧国保成東病院から通年で28年勤務して、郡部の医療の変化をずっと見守ってきた立場でご参加させていただいています。よろしく申し上げます。

亀田：社会福祉法人太陽会、理事長の亀田と申します。以前は亀田総合病院の病院長を30年余り勤めていましたが、現在は安房地域を中心に、中規模の地域急性期病院や、介護、福祉、子育て支援、医療・介護の人材養成などを行っています。つまり現物給付型社会保障の提供を幅広く行っていますが、超長寿、貧困、少子人口減少地域で、公定価格や多くの規制に縛られた私共のサービスを、どうすれば維持できるのか極めて難しい状況です。本日はどうぞよろしくお願いたします。

山口：ささえあい医療人権センターCOMLという認定NPO法人で現在理事長を務めている山口と申します。私たちは1990年から患者の立場で活動しているグループです。千葉大学病院には有識者会議や病院長選考委員などに関わらせていただいている関係で、今日はこちらの委員を仰せつかったと思っています。どうぞよろしく申し上げます。

雨宮：千葉県立保健医療大学から参りました雨宮と申します。私は保健師の立場もありますし、地域看護で訪問看護師さん等々と一緒に活動してきていますので、そういった立場から今日は参加させていただいています。どうぞよろしく申し上げます。

山本：この間まで千葉大にいたので、本当に外部かという気もしないでもないのですが、私の職業の中心が地域医療ですので、本当に現場に即したポジションとしてお役に立てればと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それではご陪席の本事業の各委員より、ご挨拶をいただきたいと思います。

中谷：千葉県地域医療統括会議の議長と事業責任者を務めている中谷です。このたびは山本委員長をはじめ評価委員会の皆さまには、年度末の大変お忙しい中、評価委員の業務をお引き受けいただき、心より御礼を申し上げます。本事業は「ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業」というもので、令和4年度に採択になりましたので、3年経過し、これから4年目に入るというタイミングです。このプログラムでは、千葉大学と東邦大学が緊密に連携して、地域医療を志向する学生の6年一貫教育あるいは多職種連携、後から詳細についてご報告させていただきますが、オンデマンド教材を多数作り、それらの利用等を促して、千葉県における地域医療を志向する高い志を持った医療人を養成しよう、という目標で実施しています。

本日の会議ではプログラムの進捗状況について、いろいろな観点から忌憚のないご意見をいただき、それらを生かして、本事業をより充実したものにしていきたいと思っていますので、よろしくご指導のほどお願い申し上げます。

伊藤：では本事業の各委員は私から紹介させていただきます。まず自己紹介をさせていただきます。千葉大学大学院医学研究院の医学教育学および地域医療教育学、それから医学部附属病院の総合医療教育研修センターで医療者教育に携わっている、伊藤彰一といます。本事業においては推進委員会の委員長を務めさせていただき、地域医療教育全般の推進を図りたいと頑張っています。私どもの取り組みをこれから紹介させていただきますが、ぜひ大所高所よりさまざまなご意見を頂戴できますよう、よろしくお願いいたします。

金田：千葉大学医学研究院の金田と申します。大学医学部と大学院医学研究院で自己点検評価委員長を担当しており、本事業で評価委員会の委員長を務めさせていただいております。さまざまなアドバイスをよろしくお願いいたします。

端詰：東邦大学の端詰と申します。私は東邦大学では全人的医療人教育や医学教育センターとして教育に関わっています。今日はよろしくお願いいたします。

佐藤：東邦大学の特任教授をしている佐藤と申します。私も医学教育センターで地域医療や、その他の医学教育のことを担当しています。どうぞよろしくお願いいたします。

鋪野：千葉大学の地域医療教育学の鋪野と申します。地域医療教育学で、こちらの推進委員会のほうに関わらせていただいています。本日は何卒よろしくお願いいたします。

荒木：同じく地域医療教育学の荒木と申します。同じく推進委員会に携わらせていただいています。よろしくお願いいたします。

井上：医療整備課の井上と申します。本来、課長の菊地が出席すべきところですが、業務が重なってしまい大変申し訳ありません。県のほうでは医療提供体制、特に医療人材確保を図る観点から本事業に参画させていただいています。どうぞよろしくお願いいたします。

伊藤：それでは紹介させていただきます。本日はまず資料を用いて説明する時間が結構長いのですが、そちらの詳細を聞いていただき、途中でも結構ですので、適宜ご質問いただきながら理解を深めていきたいと思っています。

こちらは文部科学省の事業の枠内で行っている事業ではありますが、文部科学省の事業趣旨に沿っているかということのみならず、文部科学省の事業が終わった後も、千葉県に限らず全国の地域医療にどのような影響を与えるのかという観点で、ぜひ色々なご意見を頂戴したいと思っています。

次第にもありますけれども、最後に講評をいただくことになっています。この講評と同時に評価票にご入力いただくことになっています。

こちらは現地でご出席の委員の方々には、既に眼前にある PC に評価票が提示されていると思います。最終的にこの評価票にご入力をお願いしたいと思っています。最終的にと言いますのは、本日の外部評価委員会が終了するまでに一定の時間を取りますので、ご入力いただきたいと思っています。

ご入力いただきたい内容として、「教育方略について」は、この後説明する評価資料の事業報告書の 4-1、4-2、4-3、4-5 等からご評価いただければと思います。評価スケールは 1 から 7 の 7 段階です。大変恐縮ですが、短くても結構ですので、なぜそのように評価されたかという評価コメントをご入力いただければと思います。2 番目の評価の観点が「指導者・教育環境について」です。3 番目が「組織連携・拠点形成について」です。そして最後に「総合評価」として、4 段階で評価していただきたいと思っています。4 は「順調に進捗しており、当初目標を上回る効果・成果が期待できる」。3 は「順調に進捗しており、当初目標を達成することが可能である」等となっています。また最後に、来年度から令和 10 年度まで、まだ 4 年間この事業は続きます。今後の事業実施・改善に向けてのご提言も入力していただけると、ありがたいと思っています。なお、この入力していただいたデータについては、最終的に当校で外部評価報告書としておまとめし、ホームページ上で公表する形にしたいと思っています。もちろん公表に先立ってご確認いただきますので、ご了承のほど、よろしくお願いいたします。以上でこれからの進行についての説明を終わります。

山本：それでは審議に入ってよろしいですか。それでは最初の議題1、事業実施状況について、伊藤委員からお願いします。

伊藤：今日は本当に私どもの取り組みをチェックいただき、いろいろとご意見を頂戴したいので、長い時間になってしまいますが、じっくりと説明させていただきたいと思っています。まずプログラム名です。「地域医療への高い情熱と好奇心を涵養して総合力・適応力・教育力を醸成する地域志向型医療人材養成プログラム」としています。

どういうことかといいますと「高い情熱と好奇心を涵養して」と書いてありますが、イメージとしては、高校を卒業して大学に入ってくる人は地域医療をあまり知らないけれども、ネガティブなイメージはきっと持っていない、という前提になっています。ところが卒業に向けて進むに当たって、地域医療で働き続けることの難しさを感じることで、情熱が薄れてくるのではないかなと思います。ですから、まずその情熱を薄れさせない、さらには高めたいという思いが、このタイトルに入っています。

続いて7ページ目に移ります。こちらは事業のコンセプトを端的にまとめたものですが、中断に「総合力」「適応力」「教育力」と書かれています。私どもはこの事業に応募する際に、地域で活躍できる、特に教育に関わる人材としては、この3つの力が必要だと考えました。

総合力とは、地域の医療の現場で総合的に患者・生活者をみることができる。適応力とは、医療や社会の状況に応じて、自らの能力を最適化し発揮できる。そして教育力は、地域医療人材を育成し、地域の課題を踏まえた教育研究を実践できる。このような特性を備えた者が、地域志向型リーダーとして地域医療を活性化する重要な人材になってくるのではないかと考えました。

では次の8ページ目に移ります。こちらのポンチ絵で一番ご覧いただきたいのは、左上の部分です。先ほど申し上げたように、入学時点である情熱を減衰させない、そして高めるためには、やはり6年一貫地域医療学修という観点が必要だろうと。ある学年になったら地域について学ぶのではなく、ずっと学び続ける形にしたいと捉えています。そのため、さまざまなプログラムを構築しています。

実施体制の説明に移ります。こちらは10ページ目になります。先ほど紹介いただきましたが、この事業全体を統括する統括会議があり、こちらは千葉大学ならびに東邦大学のメンバーで構成され、さらに千葉県医療整備課からもお入りいただいています。また、この事業そのものを計画し実施する推進委員会、そしてこの推進委員会が行っている行動を事業趣旨に照らし合わせて内部評価を行う評価委員会という構成で行っています。そして今日は、こちら11ページ目になりますけれども、外部評価委員会では、事業年度の中間および最終盤に当たって、本当に大所高所から取り組みが効果的なのか、もっと良いことができないのか、ということについてご意見をいただきたいと考えています。

では実際の事業成果についての説明に移ります。15ページ目からです。まず前半の千葉大学部分については、私、伊藤から説明し、東邦大学部分については佐藤委員に説明を譲りたいと思います。では、まず千葉大学部分の説明です。

6年一貫地域医療学修プログラムですが、1)として「地域医療学」というものを始めました。前提として、千葉大医学部は地域医療教育をほぼやっていなかったということをまずお話ししたほうが良いと思います。もちろん無視していたわけではないのですが、臨床実習において各診療科の差配によって地域の現場に出るチャンスはありました。ただそれは体系化されたもの

ではなく、1年生の時には地域医療についての講義もありませんでした。かなりプランニューで作り上げていったのが、この6年一貫の地域医療学でして、このうち地域医療学講義というものを始めたわけです。

この特徴ですが、最初は、地域枠入試を始め、地域枠入試の学生を対象に、具体的には20名ですが、地域医療学の授業を始めました。画面の中盤に書いてありますが、今年度からは地域枠学生だけではなく、一般枠の学生も全員必修として地域医療学の講義を1年生の時に受けられるようにしています。

この講義の流れです。講義は全部で5回あります。その後、早期地域体験学習、実習というものがありますが、この実習はリソースの問題等から地域枠学生だけです。ただ講義部分については一般枠学生も参加します。なお今年度は東邦大学の地域枠学生ともオンラインでつながって、連携を取った地域医療学教育を実践しています。

続いて1-2「地域志向型PBL」です。PBLはProblem based

Learningと呼ばれるものです。これは少人数でディスカッションしながら行う授業です。問題意識を持ち、それを解決する過程で理解を深めていくという学習スタイルです。16ページの図2「地域志向型PBLの流れ」に書いてありますが、事前学修の他、コアタイム1、コアタイム2といった数時間程度の小グループでのディスカッションパートがあり、地域の現場についていろいろと学ぶことができます。この授業においては、コアタイムで用いる地域の医療現場のリアルな動画を複数撮影・作成し、それを学生に見せて議論を行っています。

実際に動画教材が図3にあります。今この画面に出ている図3は、勝浦の塩田病院の様子です。ここに通っている患者さん、および在宅診療を受けている方の様子を、地域志向型PBLではいろいろと学ぶことができます。今の地域志向型PBLを受ける学年は4年生となっています。4年生が臨床実習を開始する直前に地域志向性をさらに高める、という目的で行っています。

続いて16ページ目、1-3「地域志向型シミュレーション教育」です。一部資料を訂正します。4年生のほうが地域志向型PBLで、シミュレーション教育が2年生です。

では18ページの説明に移ります。こちらは「早期地域医療体験」です。6年一貫地域医療学修プログラム、地域医療教育学の中でやっているものですが、千葉の医師不足地域とされているところで行うような実習に加え、私どもは学生のモチベーションを高めるため、夏季フィールドワークと称したものを提供しています。

夏季フィールドワークというのは要するに、地域医療の問題は医療の問題である以上に地域の問題であるという言い方をよくされます。医療ばかり考えていて地域を知らなければしょうがない。だから地域をまず知ってもらうために、夏季のフィールドワークというもので、任意の学生が地域での医療体験に加えて、サービス・ラーニングや地域活動など、多様な経験をすることができます。

それこそ、さんむ医療センターや、さんぶの森診療所では、患者の疑似体験として、さんぶの森診療所を受診した人が地域の公共交通機関を用いて、さんむ医療センターを受診している。受け付けをして受診するまでの流れを経験してみる。そのようなことなど、さまざまな試みをやっています。

この中段に書いてある、なお書きから図5の上ですけれども、どのような教育効果があったかと

いうと、夏季フィールドワークを通して人とのつながり、全人的医療、地域への貢献、地域包括ケア、地域の健康増進、高齢者医療などを学べたと学生は言っています。申し遅れましたが、全ての学年を対象に実施していて、千葉大学および東邦大学が対象となっていますが、実際には低学年の学生が参加することが多いようです。低学年でありながら、このような学びを得ているのは大変うれしいと思っています。

図5にフィールドワークの流れが書いてありますが、夏季フィールドワークの経験は、亥鼻祭と呼ばれる11月ごろに実施される大学の学園祭で、ブースをつくって学生に発表してもらっています。来場者は250人ぐらいで、千葉大学の受験を志す人が受験情報を得るために来るようなところですが、そこで地域医療を重視していることを示す。このブースを千葉大学、東邦大学、そして職員と学生ならびに千葉県と一緒に運営することで、千葉県は一体となって地域医療を推進している、というイメージを与えられているのではないかと期待しています。

山口：東邦大学とご一緒にされている理由がよく分かりませんでした。

伊藤：この事業を開始するに当たり、事業コンセプトが拠点形成事業ということで、1つの大学ではなく、複数の大学でやりなさいという縛りがありました。そういった中で千葉県を見渡した時に、いろいろと病院をお持ちの大学がありますが、その中で特に千葉大学、千葉県と関係が深いのが東邦大学であり、一緒に歩み始めたということです。

山口：東邦大学と組むことにより、地域医療で期待されるメリットはどういうことですか。

伊藤：まずそれぞれ既にあるカリキュラムが違い、何に重点を置いているかが違うので、お互い相手が力を入れている素晴らしい取り組みを知ることで参考にできる。そして相互取り入れができる。もっと言いますと、現状では地域の医療機関は、千葉大学との関連病院あるいは東邦大学との関連病院といったように大学別に分かれていて、あまりそれが混ざることはいくつかありますが、混ぜることが実習レベルででき始めていて、一丸となれるのではないかと思います。

伊藤：続きまして19ページ目、2-2「医師見習い体験学修ユニット」というものがあります。これにつきましては元々千葉大学の3年生を対象に医師見習いとして、いわゆるシャドウイングと言われるものですが、医師たちの現実を1~2日見るといふものがありました。それを今後、地域医療機関にその場を広げて拡充していきたいということで取り組んでいるところです。こちらについては、現状はまだこれぐらいの説明になってきます。

20ページ目をご覧ください。「地域 IPE」というものがあります。IPEは、釈迦に説法かもしれませんが、Interprofessional Education、千葉大学では専門職連携教育と訳しています。長い間、医学、看護学、薬学、そして最近は工学部も一緒になって IPE を発展させていますが、元々3-1から3-4まで、IPEは Step1、Step2、Step3、Step4 というものがあります。これは元々、地域の視点を持ち合わせているものですが、さらに地域の視点を加えて拡充し、最終的には3-5、地

域 IPE として発展させたいと思っています。

IPEは、授業でとある場をつくり、医、薬、看の人がみんな一緒になって話すというのはもちろん結構なことです。医療の現場では、もっと自然に交流していると思います。IPEだからやるのではなくて、自然にやるのが普通だと思います。今、自然にできるような状況に持っていこうと思っています。

少し話がそれますが、大学病院の中で亥鼻IPEというプロジェクトを始めています。日々そこに実習で来ている医学生、薬学生、看護学生が、自然に自分たちの患者について情報共有することをうまくやっていきたいと思っています。それをやがて地域の現場に広げていきたい。地域の現場で医学生は実習してもらおうとして、そこに看護学生や薬学生が実習するチャンスがあったならば、その現場と一緒にIPEをやっていくと、より患者中心の視点を強めたIPEができるのではないかと考えています。3-5の地域IPEはまだ実装できている段階ではありませんが、事業終了時点までには何とか実装していきたいと思っている取り組みです。

続きまして21ページ目は「ジェネラリスト入門」となります。これについてはジェネラリスト入門という授業を新しく設定したわけではありません。実際にジェネラリストとして総合診療、救急・災害医療、感染症等を学ぶ機会がありますが、そのためのコンテンツを作っているというのが現状です。

これについて35ページ目をご覧ください。学修コンテンツとしてオンデマンドコンテンツを作っています。私どもの特徴として、動画自体は1本当たり10分程度とコンパクトであるとともに、ホームページ上で完全公開にしています。これが非常に特徴的かなと思っています。現在までに何本作ったかといいますと、基本的に1年60本を作るという目標でやっています。36ページ目から教材内容がありますが、見ていきますと、公開しているものは40ページ目まで135本あります。限定公開しているものが40ページ目にありますが、23本です。

どのようなコンテンツかを少しご覧いただきたいと思っています。例えば36ページ目にある2023年9月29日公開のNo.5「患者中心の医療の方法Part1」です。これは全部ハイパーリンクになっていて、資料を見るとオンラインにつながるようになっていきます。こちらはこういう形です。

<映像開始>

<映像終了>

伊藤：このようなコンテンツがたくさんあり、いつでも誰でも見られて非常に良いのではないかと思いますし、私も見て勉強しています。学生もたくさん見えています。

では、また共有を変えて戻りますが、こちらは実際にどれぐらいの閲覧数があるかをお示ししたいと思います。

45ページ目に飛びます。結構な数のホームページへのアクセスおよび動画の再生をいただいでいて、動画再生数は2023年度が1万815で、2024年度は3万1,090でした。授業と紐づけて見られているところもあり、再生が伸びやすいのかもしれませんが、かなり再生は伸びていっているかと思いますし、非常に好評を得ているものかと思っています。

山口：閲覧されている学内と学外の数は分かりますか。

鋪野：どちらからアクセスしているかは分かりません。

山口：では外部の方がたくさんなのか、内部がたくさんなのかは、今のところは解析できていないということですか。

鋪野：そうです。

山口：東邦大学と一緒にやっている話だと思いますが、東邦大学の授業などで取り入れることはありますか。

佐藤：東邦大学でも授業等で使用しております。

山口：一緒になっているということですか。ありがとうございます。

松岡：コンテンツのテーマ設定や方向性は、どこで検討されましたか。

鋪野：テーマ設定ですが、令和4年度に改訂された医学教育モデルコアカリキュラムがあります。医師育成のミニマムリクワイアメントになっているものですが、そこに総合的に患者・生活者をみる姿勢というものがあり、その学習目標にひもづく内容として、多くはそのコンテンツのテーマを設定しています。

松岡：総合的に患者をみる視点ということと、今回のテーマである、高い情熱、好奇心、もしくは地域に貢献するという点については、どのように関連しますか。

鋪野：総合的に患者・生活者をみる姿勢の中にも、地域医療での患者をみる姿勢などは非常に注目されていて、その2つがリンクするものと把握しています。

松岡：それがモチベーションにも影響するだろうという判断ですか。

鋪野：おっしゃるとおりです。

松岡：テーマの内容に関してですが、おそらくそれぞれ講師がいらっしゃると思いますが、講師が思った内容にするのでしょうか。こういった内容を整理するのはすごく大変だと思うのですが、その辺はどのように行うのですか。

鋪野：まず大学の推進委員会のほうで、こういった方向性にしたいということは、もちろん明示させていただきますが、それを理解していただいた上で作成者側も学習目標に沿った内容にさせていただくということで、すり合わせをするようにはしています。

山口：出来上がった動画に対して、検証のようなことをする場はありますか。

鋪野：少なくとも私は全部確実に確認して、ファクトチェックも行いますし、引用が正しいかといったところまで確認しています。

篠原：コンテンツは結構総合的に網羅されていると思いますが、やはりコミュニティーの中で若年層の地域住民といいますか、少子化対策というのもすごく大事な要素だと思います。周産期医療や小児医療などのコンテンツは今のところは作られていないようですが、今後予定はありますか。

鋪野：実は令和7年度のコンテンツ計画の中に、小児、周産期医療も入れていて、まさにこれから収録する段階です。まだ令和6年の段階ではありませんでした。申し訳ありません。

松岡：もし分かれば教えていただきたいのですが、災害に関してはいかがですか。

鋪野：資料41ページに新興感染症対応というのがあります。災害医療関連ということで、最初に行くことは新興感染症が発生した時の対応をどうするか。その入り口のところから病院の中に入ってどう対応するかというところまでシミュレーションした動画を作成させていただきました。これがまず一つあります。他にも災害関連について令和7年度に向けて、今、救急科にお力添えをいただいて作成を進めている段階です。

松岡：今病院が拠点になって体制整備が進んでいるところですので、その辺りが反映されるといいかなと思います。

山口：千葉大学と東邦大学の学生さんは、これを全て見るのが義務になっていますか。また見たかどうかの確認はできるようになっていますか。

鋪野：動画を見ることは必須ではありませんが、授業にひもづくものがあり、例えばこの授業は動画を視聴してから参加してくださいというものについては、ある種の義務にはなっていると思います。ただ全てのものに対してデューティーという形にはしていません。

山口：自分はこれを見たかチェックする方法はありますか。

鋪野：その機能について今回はホームページ上では実装していないので、例えば何分視聴したか、あるいは視聴したかどうかの確認はできません。

山口：これだけのコンテンツがあつて、自分はこれとこれを見たということが分かるようになっていて、「この部分はあまり学習できていないな」「もう少しこちらを見たほうがいいのではないか」と学生さん自身が分かるようになるのではないかと思います。

鋪野：ご指摘ありがとうございます。

松岡：費用対効果を聞いてもいいですか。たくさんの動画を作成されていますが、例えば1本幾らぐらいか、その辺の状況を少し知りたいのですが。

鋪野：基本的に学内の教員が作成していますので、それに対する謝金というのはありません。あくまで業務内でやっていただいています。ただ動画につきましては特に字幕も含めて編集の必要がありますので、そこに関しては業者に委託し、本事業費を使わせていただいています。

伊藤：費用対効果で言いますと、まず初期投資で大学にスタジオをつくりました。静粛性の高い部屋にクロマキーのグリーンカーテン、ビデオカメラ、プロンプターを整えるなどの初期投資があります。それから人件費については鋪野先生の説明のとおりです。業者と契約して1本整えてもらうのに約4万円かかるので、年間60本だと編集代に240万円払うことになります。

松岡：1本4万円とはそれほど高くないですね。

鋪野：お互いにどのようにすれば時間の短縮になるかをすり合わせして、それで現在の金額になっています。

山本：これは1本10分ぐらいと書いてあります。例えばレベル3だと対象の範囲が非常に広いかと思いますが、10分でどれぐらいの学習効果を期待しますか。しかも必須ではないとなると、どれぐらいの学習効果が期待できるのでしょうか。1本4万だから高くないというのはそうかもしれませんが、これだけの数をばらまかれて、対象は学生だとすると、実際に現場にいる人間が対象ではない時に、10分ぐらいの中身でどれぐらいの効果が期待できると考えていらっしゃるでしょうか。検証はまだ無理でしょうが、その辺はいかがですか。

伊藤：正直、今のご指摘は、結構厳しいご指摘だと思います。もし多くの人が見たとしたら、かなりの効果があるけれども、現状、授業と紐づけない限り任意の学生しか見ていない。任意ということは、元々関心があつて学ぶ意欲が高い人が見ていて、本来、学習意欲は高くないけれども学ぶべき人にリーチできているかということ、なかなかできていません。ですから、10分

なので、2～3個なら実習の前に見ることを義務付けられるかなど、上手にカリキュラムの中に組み入れることは今後考えなければいけないと思います。

伊藤：資料1の23ページにお戻りください。こちらは「統合型クリニカル・クラークシップ」ということで、ここから先は臨床実習の話になります。臨床実習については千葉大学では臨床実習Iと臨床実習IIというものがあり、こちらを引き続き推進していくわけですが、今度は25ページ目をご覧ください。こちらにも新しい取り組みです。地域枠の入試を千葉大学医学部が開始したのが2020年度入学生からですが、その学生が臨床実習を始めるタイミングで地域臨床実習というものを正式導入しました。これは地域枠学生の方々が実習を始めるタイミングではあるものの、一般枠学生も対象に地域臨床実習を行います。

目的と方略というところに書いてありますが、千葉県内の8つの二次医療圏にある38の医療機関のうち1個の施設に行き、3週間連続して実習を行う地域臨床実習を5年次全員に行いました。これは基本的に1施設、あるいは少し規模の大きい病院では1診療科当たり同時に1名の学生が行くということで、責任感を持って実習に取り組むようなものになっています。また千葉大学医学部生は東邦大学の佐倉病院に行ったことがない人が多いため、佐倉病院も実習の場所として設定させていただき、大変お世話になっています。

さらに今後の取り組みですが、3週間×3で、9週間連続で滞在することによって、さらに地域への理解が深まり、より多くの医療行為が実践できる学生が育つのではないかと思います、このような取り組みを始めています。実際、来年度に1名、9週間を希望する人が現れまして、非常に面白いことが起きるのではないかと期待しているところです。では、よろしいでしょうか。

松岡：基本的なことでは恐縮です。地域枠に入るための条件と、実態として出身地等があれば教えていただけますか

伊藤：地域枠入試では出身地は問うていません。千葉県と関わりがなくてもいいということです。ただ条件として、千葉県が設定する修学資金を受給すること、となっています。その修学資金は毎月15万円の支給を千葉県から受けられます。その返還義務が基本的に免除される要件として、千葉県内で資金の受給期間の1.5倍、医師として勤務すること、そのうち領域にもよるのですが、基本的には2年間、千葉県知事が指定する医療機関——実際には医師不足地域の公的病院が多いですが——そこで勤務すること、となっています。それを約束した者が地域枠の入試で入ってきます。

雨宮：9年間は千葉県内にいるということですか。

伊藤：そうです。

雨宮：実際返還等すれば免除されるという制度ですか。

伊藤：そのとおりなのですが、昔、千葉大学は入学した後に手挙げて修学資金受給をやっている、その時代には返還することによって義務履行免除という方も確かに数名いました。ところが今回は、入試のお約束として修学資金受給が決まっているので、「やっぱりやめた」というのはなかなか成り立たないかなと思います。

雨宮：実際には千葉県内の学生さんは何%ぐらいいらっしゃいますか。

鋪野：多分7割ぐらいでしょうか。

伊藤：千葉県医療整備課の井上室長、千葉大学の地域枠で、どれぐらいの人が千葉県出身か分かりますか。

井上：うちは出身地要件を外していますので、あまりそこに着目していません。確認すれば分かりますが、直ちには出ません。申し訳ありません。

伊藤：多分7割ぐらいです。一般枠だと千葉県出身者は3割ぐらいで、感覚的に増えますが、いわゆる東京圏、一都三県の中から来る人は、まあまあいます。

雨宮：質問した意図は、先行文献で愛着形成という、元々千葉に育って、そこに愛着があり戻ってこられるという文献がありましたので。ありがとうございます。

山口：少し戻りますが、地域臨床実習は38医療機関に3週間行くということですが、今、医学生は医行為ができるように変わったと思います。38医療機関でどこまでのことをさせるかという話し合いやレベル合わせは、どのようになっていますか。

荒木：事前にWeb説明会を行い、大学病院でどこまでの医行為を実際に学生にやらせてよいかとあったところのコンセンサスをまず決めて、なおかつ患者さんにどのように同意を取るかといったことを細かく解説します。その上で、もちろん学生を見て、さらに患者さんも見て、この学生にこの患者さんをやらせられるかというところは、現場の判断でやっていただくといったことを、事前の説明会でしっかりと浸透させてから各施設でやっていただくということです。

松岡：今回3週間がベースで最長9週間ということですが、実習期間として地域臨床実習に行く期間が1年次として考えると、かなり長い時間だと感じます。病院内の他の科を回る時のバランスといたしますか、コンセンサス等何かあれば教えてください。

伊藤：松岡先生のご質問を確認させてください。地域臨床実習以外の他科の実習との兼ね合いをどう考えるかということですか。

松岡：そうです。そしてその先の診療科が皆さん納得していただいて「これだったらやれます」という、そういう状況があるのでしょうか。

伊藤：地域臨床実習では、とにかく地域の医療現場に行くことを一番の目的としていて、診療科は基本的に制限していません。ただ診療所に行く人は、一般的に内科、総合診療あるいは小児が多いです。ただ、いわゆる病院に行く場合には、どの診療科に配属されるかによってだいぶ違いますが、それはご自分の関心の中でやっていただくということです。極端な話、外科を好む人で東邦大学の佐倉病院の外科に行った人は、佐倉病院としての外科診療の在り方を見て「千葉大の大学病院とは違うな」と思いながら、さらに外科の興味を持って帰ってくる形になります。

松岡：全部が総合的な診療能力を養うものではなく、地域医療の中の専門性のあるところというイメージをお考えでしょうか。

伊藤：おっしゃるとおりです。地域臨床実習と他に各診療科で、例えば総合診療科をローテーションしているときも、1週間ぐらい総合診療としてのまた外部との実習期間というのがあります。

山本：先ほどの医行為の実践をどこまでやらせるかということに関連しますが、具体的に地域での実習に際して、実習内容についてどこまで千葉大学や東邦大学が関与しているのか。これは後で出てくるFDとも当然絡むと思いますが、実際の現場ではドクターは後輩の医者へのOJTはできるけれども、いわゆる医学教育、素人の学生を教えることに関してはまさに素人です。ですからFDをどれぐらいやるかで変わるとは思います。その辺がどうしても現場によって、ばらつきがものすごく出るとは思います。実際、現場のドクターに聞くと「そんな面倒くさいこと、やってられるか」ということも本音のところではあるはずなので、その辺をどのようにコントロールしているのか、あるいは、されようとしているのか、についてはいかがでしょうか。

伊藤：これについて、おっしゃるとおりFDについては後に細かく説明します。FDの機会を設けるのですが、それとは別に実習を引き受けてくださる担当の医師全員にお願いして、オンラインに参加しているものがありますので、それを荒木から説明します。

荒木：オンライン説明会を2回に分けて実習前に行っています。全員が参加できるように第1回のものも同じ内容で3回行いまして、2回目の対応も同じ内容を5回行いました。

1回目に関しましては、どのようなスケジュールで実習をするのがよいか、実際に学生をどのように受け入れるか、といった基本的なところ。2回目の説明会では、より実践的な、どのような方略で学生を指導し、どのように評価するかといったところを、医学教育の基本的な部分も含めてしっかり時間を取って対応しています。

山本：現場でどのように実際行われているかというフィードバックはどうですか。

荒木：それに関しては、リフレクションシートというものを学生に毎日つけてもらいます。どのような経験をしたかを一言の日誌のようなものと、どのような医行為を経験できたか、どのような疾患を経験できたか、かなり細かく記載してもらっています。それを後でわれわれが見ることができる。さらに指導医の先生にもフィードバックを行う。そういった形で、どのような教育が行われたかを振り返っております。

山本：ただ1日見学していたというのはいけないということですか。

伊藤：基本ないですし、あとマッチングに工夫しています。実習先のプロフィール一覧を作り、どのような実習ができるか、どういう特性があるかという一覧を学生に見せた上で希望を取り、なるべくその希望に沿ったところに行かせる。しかも1人で行かせるということで、行かされている感じではなく、自ら行っている感覚の中で実習ができるかなと思います。

荒木：このリフレクションシートというものと、さらには学生のポートフォリオを指導医の先生方にフィードバックして、カリキュラムのフィードバックという形で出させていただいています。

伊藤：それでは今度は27ページ目からの説明に移ります。東邦大学の部分について佐藤先生からご説明いただきます。

佐藤：東邦大学の1です。「地域医療学1」、こちらは先ほど伊藤先生からご説明がありました。最初の5時間のところは千葉大学と一緒に講義を行っていただきました。その後の残りの時間に関しては、千葉県地域医療機関と書いてありますが、東邦大学医療センター佐倉病院での実習を行っています。1年生ですので、まだ何も知らない段階ですけれども、夏休みを利用して、医師としてのキャリアはどういうものか、あるいは看護のエスコート実習などを通じて、どういう実習を行っていくかということをも自分たちで考えたうえで、地域の医療機関で行っている医療とはどういうものかを体験してもらおうのが1年生のプログラムになっています。その次の「地域医療学2」に関しては、こちらは2年生ですので、2年生になって少し上の立場から医療というものを見ようということで、リーダーシップという形で時間を取っています。これは何かというと、実際に医療行政の立場から医療の現場を考えるという実習になっています。次の28ページに写真がありますが、現場の実習を行うのは、例えば千葉県衛生研究所や千葉県庁での実習ということで、行政の立場からどういう医療を行うべきかを学び、地域医療について学んでいく実習になっています。

「地域医療学3」は2年生と3年生を対象にしています。こちらは地域の中でも体験実習を重視しています。29ページに写真がありますが、訪問診療シミュレーションという形で、近くのマンションを「いえラボ」という形で借り受け、その家に訪問看護として訪ねていく。訪問して診療を行うというような実習を行っています。SPさんがそこにおいて、いろいろ話を聞く。それか

らそこにはポータブルでエコーを持ち込んで実習を行うなど、より現場に近い形の訪問診療という形をとっています。これが地域医療1、2、3の実習になっています。

地域医療3に関しては訪問診療が中心でしたが、さらにそれに加えて来年度は災害医療と地域医療を少し充実させて、魅力的な実習になるように少しカリキュラム改変を考えているところです。今のところが地域医療1、2、3の説明になります。

山口：東邦大学の地域枠は何名ですか。

嶋田：東邦大学事務の嶋田と申します。各学年、入学段階で千葉県と新潟県で5名ずつ、地域枠を設定しています。

篠原：千葉プラス新潟と書いてあるのは、新潟県の地域枠のことですね。

伊藤：そうです。

松岡：地域枠の学生だけが体験できるのですか。

嶋田：設定しているものとしては、地域枠の学生は実習を推奨という形にしている、一般枠の学生についても実習をすることは可能となっています。

松岡：希望という感じですか。

嶋田：そうですね。希望制にしている、希望者が多数の場合は抽選という形をとっています。

山口：実際にはどれぐらいの方が参加されるのですか。

嶋田：千葉枠については10名、新潟枠10名、各学年20名を上限として現在は運用しています。

伊藤：私がコメントしていいのかわかりませんが、少しくらやましいです。違う県のことを知ることによって違いもわかり、普遍的な部分も分かるので、新潟枠と千葉枠があるというのは、とてもいいことだと思って見えています。

佐藤：新潟枠の学生に関しては、新潟で実習を行う形です。

松岡：向こうで実習するのですか。

佐藤：はい。

松岡：交流はないのですか。

佐藤：交流は最後の合同ディスカッションという形で、それぞれどういう体験をしてきたかをお互いに出し合っただけで共有する形です。

篠原：空きがあれば一般枠の方でも新潟で実習できるのですか。

佐藤：そうですね。空きがあれば実習できます。

松岡：千葉の方も新潟に行けるのですか。

佐藤：いえ、千葉の方は千葉に限られます。

松岡：千葉と新潟は県庁関係の関与や、やっていることが少し違うと思うので、いいと思います。

山口：例えば一般枠の方が1年生の時は新潟に行き、2年生では千葉に行くということもできますか。

嶋田：そちらも可能です。

山口：でも地域枠の学生は動けないのですか。

嶋田：そうですね。千葉の地域枠は千葉のみです。

雨宮：いえラボとおっしゃっていましたが、場所はどちらですか。

佐藤：太田区の東邦大学の近くで、住宅街の中にあるマンションです。

雨宮：住宅をお持ちでしたよね。

佐藤：はい。

雨宮：千葉の地域枠ですが大田区で行う。それはシミュレーションだからということでしょうか。

佐藤：そうですね。家に実際に訪問してというところをシミュレーションしています。

雨宮：それともう一点関連して、あくまでもシミュレーションをしている理由は何ですか。実際リアルな同行も方法としてはあるかなと思います。

佐藤：3年生ですので、実際にどの程度のことができるかというところもありますし。ただ訪問介護でどういうことが実際可能なのかというところ。実際訪問だと検査する医師の制限がありますが、ポータブルのエコーを使えばそこでできるということもありますので、そういうことを実際に体験してもらおう。こういうような訪問介護でもできるということも少し経験してもらおうことで、シミュレーションという形で行っております。

雨宮：「訪問介護」というのは、どういう意味ですか。

佐藤：「訪問介護」ではなく「訪問医療」です。

雨宮：あくまでも医療としての立場ですか。

佐藤：はい、その通りです。

山口：患者さんは模擬患者さんですか。

佐藤：模擬患者さんです。

山口：では生活感などはあまり分からないということですか。

佐藤：ただかなり本当の家という感じのところ。いえラボと言っていますが、本当に普通のマンションの一部屋なので、最初訪ねていく時から家に連れていくようなイメージで行けるものになっています。

山口：普通は家族がいたりするので、臨場感というのが違うのではないかなと思います。

佐藤：そういう意味ではその通りです。

雨宮：何をシミュレーションしているのかを聞いたかったところです。つまり図の8の説明では「医学生と看護学生における多職種連携をシミュレーション」と書かれているので、異職種がその場に行き、協働することが趣旨なのかなと拝見しました。一方で医療、訪問診療ということもシミュレーションということであれば、医師として何をするのか、そこで医師がどのように判断するのか、もしくは医師の立場で他の職種とどのように連携をするのか、ということが必要なことなのではないかと考えてご質問させていただきました。

佐藤：ご指摘のことは少し検討していきたいと思います。

松岡：衛生研究所での実習の内容が少し分かりづらかったのですが、どのような形でやっていますか。

嶋田：私はこの時に帯同しましたので、回答させていただきたいと思います。千葉県衛生研究所のほうに帯同させていただき、感染症やインフルエンザの流行などのチェックをしているところを医学生が実際に研究所に行って、どういう仕事をしているかを見学実習している形です。

佐藤：続きましては臨床実習になります。臨床実習、31ページの「基本臨床実習」は、4年生が行う実習です。3日間の地域医療実習は千葉県の地域医療機関施設ということで、東邦大学関連病院あるいは佐倉の地域病院で行っています。看護薬剤部実習も佐倉を中心に行っています。それから医療の質実習に関しては、医療安全管理部、感染治療部、感染部などを中心に行っているものです。この基本臨床実習は、多職種がどういうことをやっているのかを学んでいく実習です。

その次の必修診療参加型臨床実習は、各4週間がコアとなっていますので、そこで4週間の総合診療・救急医療の実習を行います。千葉県卒の学生に関しては千葉県内の医療実習で診療参加型実習を行っている形になります。

さらに興味のある学生は選択制診療参加型臨床実習で、これは4週間から8週間の地域の実習を選ぶことができますので、特に働きたいと思う千葉県内の医療実習、あるいはその他の医療実習で診療参加型実習を行っています。佐倉で実習を行っている学生は、この時に、6年生が実習を行っているの、そのところに来た5年生の学生に対して屋根瓦式で実習を充実させています。

人間性教育は、最初に全人的医療人教育ですが、こちらは1年生から6年生までスパイラル方式で医療倫理・プロフェッショナリズム、それからコミュニケーションを学ぶ科目になっています。そのうち「全人的医療人教育1」は、1年生で学ぶ教育です。1年生ではアーリーエクスポージャーとしての早期医療体験実習という形で介護体験を行います。千葉県卒の学生に関しては、千葉県の介護施設において介護体験実習を行うことを義務付けています。この他に多職種連携ということで、健康科学部の看護学科がありますので、ここと1つの問題点——今回は感染症でしたが——こちらに関する問題抽出をして、問題解決に向けた討論と発表会を行うという形で、3時間を使って行いました。

「チーム医療演習」に関しては、選択制のもので、夏休みに2日間かけて行います。希望する医学生、あるいはその他の5学部、看護学部、健康科学部、医学部、薬学部の学生が集まって、1つの患者の事例に基づく問題シートを用いて、その患者の事例に関して討論をしながら、それぞれの立場から予防策、解決策、対応策などを考えていく演習です。2日間集中的に夏休みに行っている実習です。

それから3-3の「全人的医療人教育4」は、先ほどの全人的医療人教育の中で、まず5学部の合

同多職種専門職連携演習ですが、これは全員必修で、5つの学部が全員で最初に大きな問題について講義を受けた後、その講演に関してそれぞれ5学部からなる小さいグループでディスカッションを行い、課題抽出や問題解決に向けて討論や発表を行っているものです。このような形で人間性教育は主に多職種連携を中心に東邦大学で行っている実習になっています。

山口：3-2の「チーム医療演習」ですが、2日間集中的に1人の患者さんのことについてとおっしゃったのですが、中身をもう少し詳しく教えてください。

佐藤：症例を1つ選びます。例えば、ある患者さんがこういう症状で救急搬送されたというところから始まり、こういう薬を出したけれども効きません、あるいは医者がこういう判断をしました。そういうことをどんどん発展させていったシートがあり、それぞれに対して5つの学部のグループでディスカッションしながら進めていく形です。

山口：実際にあった患者さんの例ではなく、架空の例ですか。

佐藤：そうです。ペーパーペイシエントです。

山口：それをいろいろな学部の学生さんたちと一緒にディスカッションするということですか。2日間というのはどれぐらいの時間ですか。

佐藤：そうです。丸1日2日間です。

山口：段階があるということですか。

佐藤：そうですね。大体丸1日かけて生活環境の問題や医療の現場での問題などの問題シートを作成します。それからこういう問題に対してこういう解決があるというのを、それぞれグループで作って発表し合う形です。

山口：かなり細かい設定がないと2日間話し合うのは難しいと思いますが、それはあらかじめ準備されているのか、学生さんたちがこういうことに気付いたら出てくるという感じなのでしょうか。

佐藤：あらかじめ想定しております。

端詰：端詰ですが、補足させていただいてもよろしいですか。共通教育でチーム医療に関わっている東邦大学の端詰です。ケースはその時によって違います。3例の時もあるし、模擬ケースが1例の時もあります。どのようなケースかといいますと、例えば脳梗塞でこういう薬が必要だけれども、ワーファリンを飲んでいて血中濃度を測らなければいけない、あるいは薬物相互作用

用があって薬の選択が限られているといった、薬学部の学生が参加しやすいシナリオ、さらにリハビリが必要で医学部の学生も意見を述べるようなケースが想定されています。全学部の学生が少なくとも1人入るグループで、ディスカッションする。そのケースについて、どのようにチーム医療として組み立てればいいのかということを討論し、最後はロールプレイで、自分の学部ではない役割を含めて、みんなで患者役、医療者役という形で発表するところまで進めています。もちろんチーム医療に関する講義なども含めて丸1日行っていますが、結構あっという間に進んでいくプログラムです。

山口：いろいろな立場の視点を生かしながら意見を出し合って、かつロールプレイで違う職種の体験もしてみる、そういう理解でよろしいですか。

端詰：はい。そうです。

山口：ありがとうございます。

松岡：確認ですが、地域医療実習について、地域医療機関施設で臨床実習を行うとありますが、臨床実習先は千葉大学と共通するところですか。それとも東邦大学で違う臨床実習先があるのですか。

嶋田：事務局から回答させていただきます。現在のところ東邦大学で手配している医療施設になります。

松岡：幾つぐらいですか。

嶋田：具体的な数字は、その年によって前後しますが、千葉県内の医療施設ですと10から20程度です。

松岡：千葉県以外にも行かれるのですか。

嶋田：医学部のキャンパスがあるのが東京都の大田区ですので、近くにある医療施設や、東京都内にも複数あります。

松岡：ありがとうございます。

山本：一つ少し厳しいことを申し上げるかもしれませんが、33ページでご紹介されている部分で、3)、IPE、全人的医療人教育ですが、ここはこのプログラムと関係なしに、本来、今の医学部教育ではなされるべき課題ではないのでしょうか。このようなことを申し上げて申し訳ありません。

伊藤：おっしゃるとおりだと思います。東邦大学は、このプログラムが始まる前から実際になさっていました。そしてお恥ずかしながら、類似の授業は千葉大学ではまだありませんが、千葉大学でもプロフェッショナルイズム教育という言い方ではやっています。

山本：IPEとしてはやっているということですか。

伊藤：やっています。ですので、ここにこれを掲げている趣旨としては、地域の視点を踏まえて、より深めていきたいということだと、僕は理解しています。佐藤先生あるいは端詰先生、よろしいでしょうか。

端詰：今、伊藤先生がおっしゃったとおり、地域医療にかかわらず医学部として学生が求められているものというご指摘は全くそのとおりだと思います。例えば地域で今後活躍するに当たって、やはりIPE、チーム医療、チームの中で十分な役割を果たす医師というのが、より地域医療に関わる学生には必要だということで強調したプログラムになっているとご理解いただければと思います。

山本：このプロジェクトに入れる意味、今、端詰先生からご説明があったことがもう少し分かるような形がいいのかなと思いました。

伊藤：分かりました。

松岡：地域でこういう多職種ネットワークで勉強会をよくやっているのですが、やはり一番は退院時のカンファレンスという形でやっていただく、つまり入院していた人が家に帰る時を設定してやることが多いと思うので、少し意識していただけると地域につながるのではないかと思います。

伊藤：資料の46ページよろしいですか。コンテンツについてはご意見を頂戴済みですので、指導者養成についてお話しします。

1) 「第3回地域のための指導医講習会in千葉」です。第1行目に書いてありますが、医師臨床研修が2004年にスタートしてから、指導医講習会も併せて行うということですのでずっと運営されていますが、基本的に基幹型としてのプログラムを有しているような病院に所属している医師が、指導医を取らなければいけない。少なくとも研修医が5名いるならば、指導医は1名いなければいけないという制度設計になっています。ところが地域医療研修というものがあり、地域の診療機関に派遣される期間が研修医にはありますが、派遣される先の医師は指導医になる義務がありません。これは問題だという意識がずっとありましたので、私たちは基幹型プログラムを持っていない病院の地域医療研修の医師だけを対象にした「地域のための指導医講習会in千葉」というものをやりたいと思って、やり始めました。

こちらは千葉大学および東邦大学の関連の方々にも声を掛けてやっています。第3回まで来ました。皆さん平日は忙しいので、2週連続の日曜日に実施しています。狙いどおりとまでは、まだわからないかもしれませんが、地域の診療所の方が来たり、小規模の医療機関の方が来たり、ある一定の効果は上がりつつあるかなと思っています。

続いて、2)「千葉大学地域医療教育学FD」について説明します。大変恐縮ですが、手元の資料にない部分は、画面を共有しますので、現地にお越しの先生方も画面をご覧くださいけるとよろしいかと思えます。共有しました。

千葉県のご寄付により、千葉県寄付講座、地域医療教育学講座というものが開設されています。こちらの活動と本事業をリンクさせたものになります。地域医療教育学講座ですが、まず地域医療教育を推進するために、千葉大学に基本的に週4日以上いる常勤あるいはパートタイムの医師、特任教授、准教授、講師、助教というものを配置するとともに、基本的に日々地域病院で働いている医師に、地域病院アテンディングと称して週に半日千葉大学の教育として活動してもらっています。ただ、その活動というのは給与が発生する雇用ではありますが、実際には教育者としての能力開発をしたいということで、私たちのFDを受けてもらう。受けてもらったものを、自らの病院で学生や研修医を受ける時に実践で発揮していただくということをやっています。

基本的には医師不足地域と呼ばれるところを中心に参加してもらっていますが、これは経営母体も沿革も、またその機能も若干違う病院・診療所の人たちが、教育ということでネットワーキングを行うのにも有効なのではないかと思っています。

続いて2)です。ここに書いてあるFDというのが、今の地域病院アテンディングに対してのFDです。こちらでさまざまな能力の開発を行っています。

また3)および4)ですが、こちらは東邦大学において実施されている指導医講習会、それから地域医療学実習講習会について記載しているものですが、佐藤先生、東邦大学の指導医講習会について何か補足はありますか。

佐藤：こちらに関しては書いてあるとおりです。研修会、臨床実習を指導する指導医に対して指導医講習会を行っているということなので、特に追加はありません。

篠原：地域医療の指導医講習会のテキストやレジュメなどは存在しますか。

伊藤：参加者にはテキストをお持ち帰りいただいておりますが、皆さんに見える形では、まだ提供していません。しかし公表できるものがあると確かにいいかもしれません。

篠原：千葉大学、東邦大学だけでやっていくのであればいいかもしれませんが、何か全国的にそういったニーズがあり、地域の中小病院では確かに上手に教えられない。臨床実践はしているけれども、上手に教える先生はいらっしゃらないので、そういうコンテンツで学べるようになればいいのかなと思いました。

伊藤：次年度以降取り組みます。

松岡：今、伊藤先生がこれまでおっしゃった部分と他の部分が、中身としてももう少し分かるように書いていただけると、うれしいかなと思いました。確認ですがけれども、基幹型の場合は、所定講習を多分1泊2日で行かなければいけない講習会があると思います。あれは私もずっと行きたいと思っていたのです。そうでないと引き受けられないと思っていたので。ただいつも予定が合わず、全く行けなかったのです。その指定講習を受けなければいけない指導者は、どういう人であり、どういう場合に受けなければいけないのか。地域の実習の基幹型でないところだったら、このぐらいでいいのかというような、そのすみ分けは実際問題、決まっているものですか。

伊藤：私が知っているルールとしては、研修医5名に対して1名以上の指導医がいなくてはいけないということです。

松岡：そうすると研修医が1名や2名であれば、指導医でなくてもいいということになりますか。

伊藤：基幹型の臨床研修病院においては指導医を必ず配置しなければいけません。地域医療研修で行く診療所や小規模病院においては、配置されていなくてもいいとされています。

松岡：でも、そこのレベルをアップしたいという意識でしょうか。

伊藤：はい。

松岡：場合によっては、これは全国的な話になるなど、聞きながら思いました。

伊藤：本当にそう思います。特にこの研修制度を始める前から、地域で活躍されている現場の先生はたくさんいらっしゃるので、ああいう方々も研修医を受けてもらう時に、ご自分の負担もなく、効率的で効果的な教育が提供できると一番いいなと思います。

松岡：これは1日ですか。1日あるいは何時間のプログラムで予定されているのでしょうか。

伊藤：16時間以上と定められていますが、そのうち数時間は事前のオンデマンドなので、十数時間の講習です。2日間は来ていただくことになります。

松岡：元々決められていた指導医の2日間の簡易版のような形ですか。

伊藤：内容は少し変えた形です。

松岡：16時間以上というのは、その2日間のものの中の部分を取っているということですか。

伊藤：一緒です。16時間以上やらなければいけないというのは、従来ある先生がおっしゃる1泊2日のものと建付けは一緒で、同じく申請して、同じく医政局に認められた講習会としてやっています。

松岡：なるほど。分かりました。

伊藤：日本医師会の生涯教育単位も少し申請できるようになっていたりします。

山口：医政局に申請しているということは、その講習を受けた方というのは指導医の認定は下りるのですか。

伊藤：はい、地域にいながらも指導医の認定は下ります。

山口：医政局長名義のものですか。

伊藤：はい、医政局長の名義です。

山本：実際この指導医講習会は、人数的にどれぐらいの人が毎年受けているのですか。

荒木：令和4年度は12名、令和5年度は24名、昨年令和6年度は31名です。

山本：各先生方の手挙げですか。それとも病院から参加を要請されるのでしょうか。また講習を受ける費用その他の負担などは、どのようになっていますか。

荒木：手挙げと病院からの要請の両方があるかと思いますが、費用負担はゼロです。

伊藤：この事業で実施するものでは講習料を徴収してはいけないので、ゼロになっています。

山口：事業が終わってしまった後はいかがですか。

伊藤：私としては有料でも続けたいです。

山本：今は事業の中でやっているから無料ですか。

伊藤：そうです。事業期間終了後も趣旨や必要性は変わらないので、ぜひ続けたいと思っています。全国的に広がっていったらいいなという気持ちも持っています。

山本：本当に先ほども申し上げましたが、何よりFDが重要だと思いますし、ぜひここを充実させていただきたいと思います。

伊藤：評価委員会委員長として年4回この事業を見守ってくださっている金田先生にコメントいただきたいと思います。

金田：評価委員長の金田です。今回のような1時間半から2時間ぐらいの会議での検討を年4回やっており、大体3カ月ごとに、進捗のグラフや図表をもって毎回議論させていただいています。その際はどうしても学内での内部評価のため、本日はまた視点が違い、同じ視点でも違う角度で違う深掘りをしていただき大変有難く存じます。本日いただいたさまざまな評価は推進委員だけではなく、われわれ内部評価を担当する委員にも大変参考になりましたし、次年度からの評価委員会におきましてもぜひ役立てさせていただきたいと思います。

地域実習におけるFDの重要性はご指摘のとおりです。内部評価の時に聞いたこととして、FDを行ったところからアンケートで様々な質問や要望などを聞き取っているとのことで、そうしたFDの実施は重要かと思います。またそのアンケートはかなり細やかにとっていて、例えば学内の実習では体験は少ないのですが、地域実習では体験がより多い、体験の内容も単なる見学ではなく、医行為を実施している、などそうした具体的な数も集計しています。まだnが少ないので、数年続けていくことで、評価委員会でも集計データを詳しく評価ながら、よりよいプログラムになるよう指摘していきたいと思います。

オンデマンドの動画についてもご指摘をありがとうございます。素晴らしい数と中身だと思っていますが、今後の活用については評価委員会や統括会議でも議論されました。例えば地域で参加していただく病院の医師やスタッフの学び直しにも使えるでしょうし、参加していない医療関係者にとっても素晴らしいリソースになると思います。

最後にこういった地域医療学を行うことと本来の全体の医療教育と、どうシナジーをつけていくか。地域実習をしているけれども、内部でやっている高度専門の実習とどうリンクさせるかが重要です。普段の評価委員会では千葉県の医療整備課に入らせていただいていますので、実際に千葉県で医療を志望する者が増えるか、臨床研修医が増えるか、その後専門医が増えていくか、本当に千葉県の医療につながっていくのか、将来も踏まえて議論しています。その結論はもちろんまだ1年2年で出るわけではないので、長年見守らなければいけないのですが、そこへ向けて推進委員会でアンケートを取ってフィードバックを行い、評価委員会や統括会議でもアンケート結果を評価してフィードバックを続けています。本日、外部評価の先生方から大所高所から多くのアドバイスを賜りましたが、必ず5年後10年後に千葉県全体でしっかりと地域医療を進めていきたいと思っています。今後ともぜひご指導をよろしくお願いいたします。

伊藤：このように金田先生には内部評価という形でいつもチェックしていただき、われわれも客観性を保ったまま事業を推進できているのかなと、日々感謝しています。

よろしければ、もう一つ説明した後に、いよいよ講評のパートに移りたいと思います。

審議事項の2番目ですが、お手元の資料2で概要を説明させてください。

私がお伝えしたいのは、「定量的なもの」と書かれている、令和6年度から一番下に出てくる「ちば地域医療コンソーシアムの開催」というところです。後半はこれを頑張っていきたいと思っています。われわれは今年度に企画した段階でまだ開催には至らなかったのですが、来年度「ちば地域医療教育コンソーシアム」として東邦大学と千葉大学が拠点となって、千葉県内の他の大学、医療機関、行政、関連する保健組織等をつなげる教育上のネットワーキングをしたいと思っています。

どういうことかといいますと、医師、看護師もそうですが、強力な派遣機能を有して配置するという考え方もあるかもしれませんが、なかなかそれだけでは地域の医療現場の困難の解決にはつながりません。若い人は自分がそこで育つことができる、活躍できると思うと、地域であっても行くと思います。ですから、そのためには地域の医療現場の教育力を上げるために、コンソーシアムは何ができるかということを考えてします。来年度は、まずリソースがどうあるか、何を求めているのかというニーズアセスメント、現状評価をきちんとした上で、情報を共有していく集団としてコンソーシアムを立ち上げ、それをやがて人的交流につなげていくことを考えている次第です。

簡潔で申し訳ありませんが、これが今後やっていきたいと思っている事業の計画の考えです。

山口：最初のほうで千葉大学と東邦大学の経験をどのように分かち合っているのかとお聞きしましたが、これからそれがこのコンソーシアムの記録になってくるのですか。

伊藤：ホームページで公表しているだけで、他の千葉大学のいろいろな医療機関や大学にはまだリーチできていないと思いますので、より積極的に集団を作っていきたいと考えています。

山口：千葉大学の学生さんと東邦大学の学生さんが、それぞれ自分たちはこういう経験をしている、こういう良さがあったということをお話し合う場合は、まだこれから先であると受け止めていいですか。今現在もありますか。

伊藤：今はまだありません。ただこのコンソーシアムは、もう少し学生を超えたいと思います。実際の現場の医療者同士や後輩を育成するのは既に教育だと思っていますので、教育しない医療者はいないというのが僕の信念です。ですから、そういった観点でみんながつながっていく。例えば医師が看護師教育を自分の病院でやることもあると思います。その取り組みには素晴らしいものがたくさんありますが、隣の病院のことは知らない。本当は一緒にやれば効率的にできるかもしれないけれども、一緒にやれていない現状があるので、うまくつないでいきたいと思っています。そこに地域医療教育コンソーシアムの目的があります。

松岡：自分たちのところだけでなく、他を見ることによって、結局、教育の質の向上ができて、標準化ができていくということだと考えました。それで一つお願いなのですが、今、医師だけが例えば医師偏在のところに对应して先に行くとしても、多職種連携において他の職種がついていかないと医療はできません。将来的になるかもしれませんが、看護師や他のコメディカルをどのように同じような形でやっていくのかというところまで、本当は波及できればいいかなと思います。

伊藤：余談ですが、私は厚労省の事業で看護師特定行為研修の地域版を推進するというものがあり、昨今、千葉県看護師特定行為研修推進委員会というもの立ち上げて、その委員長を拝命しました。特定行為に限らず、看護師に限らずいろいろな医療職をつなげる試みは本当に重要だと将来的に考えていきたいと思っています。

篠原：コンソーシアムという言葉は、共通の目的を持った共同体をつくるということですが、共通の目標とは何だろうと思うと、それぞれの地域に住む生活者の地域内での生活が分断されないで、生活し続けられるような医療を提供できるような体制を構築することだと思います。千葉県全体で地域と言っても都市部もありますし、われわれのように比較的郡部もありますし、かなり個性が高い問題も結構あります。当方からは勝山医師、曾我井医師が助教として参加させていただいており、いろいろと情報提供いただいています。

そういった中で、地域特性を生かしたようなコンソーシアムの部会のようなもので少し違う視点でやっていかないと、なかなか1つでは難しいと思います。総論や大きな目標をつくることはできると思いますが、地域診断といいますか、それぞれの地域がどのような状況に置かれていて、今後どのようになっていくかを想定し、どのような医療資源が必要かということはそれぞれの地域ですごく違いますので、そういったことを学生さんたちと勉強して、将来やはりここに来たいけれども、こういうことだったら僕はできるなど。そのようにお考えになっていただけるように育てていただけたらいいかなと思います。

伊藤：ありがとうございます。完全に同意します。他によろしいでしょうか。

山本：では全体を通してご意見をいただきたいと思っています。

亀田：本日は、地域の医療を支えるための人材養成について、様々な取り組みや、ご意見をお聞かせいただきました。日本は若者の大都市集中、特に東京への一極集中が止まらず、又急激な少子化により、地域は高齢化と人口減少、労働力不足が深刻です。実際安房地域では、今年（2025年）には、85歳以上の人口が15歳未満の人口を抜くと予想されています。当然、医療においても高齢者医療のニーズが高く、介護との連携も重要です。ご指摘のように、日本における医学教育は、かつて大学病院の医局制度が中心となり、細分化された専門教育が行われてまいりました。しかし急激な高齢化の進展に伴い、国の方針も変化し、総合診療医の養成や、介護との連携を進めようとしています。しかし現実的には、総合診療や老年医学は、日本の保険

制度では極端に評価が低く、経営的に成り立ちません。千葉大学病院においても総合診療科の口座を作ったものの、経営的に厳しく、一般外来は休止し、自費診療であるセカンドオピニオン外来に変更したと伺っています。私も亀田総合病院の院長時代、米国より老年医学の専門医を招聘し、チームを作って開始致しましたが、あまりにもコストと収入が乖離しており諦めた経験があります。高齢者は様々な疾患や問題を抱えているため、多職種による評価が重要です。私共は医師、看護師、リハビリ、栄養士、MSWなどでチームを作り評価、議論を行いましたが、最低でも一症例に1時間以上を要しましたが、これらの評価には、診療報酬は殆どつきませんでした。高齢化が進む中、医療費の削減を目的とした総合医の養成ではなく、質の高い高齢者医療や、人口減少地域における持続可能な医療提供を目指すための、人材養成と制度改革が不可欠だと思います。

又、地域におけるもう一つの大きな問題は、高齢者の独居化と貧困化です。私共の病院は貧困世帯に対する無料定額診療や、地域における生活困窮者支援事業などを行っておりますが、状況は悪化の一途をたどっています。そもそも田舎の高齢者の多くは基礎年金しか入っておらず、満額支給されていても、医療や介護が必要になると、生活困窮に陥る方がたくさんいらっしゃいます。自治体に相談しても、規模が小さく、財政的にも極めて脆弱なため、お金がないからできないと言われることがほとんどです。救急で運ばれてきた貧困の患者さまも、結局病院が財政的負担をかぶることがほとんどです。このような地域においては、医師は、医療だけでなく社会福祉制度や医療保険制度などをより詳しく知っておく必要があると思います。絵にかいた餅ではなく、実効性のある地域包括ケアシステムの構築は、地域の医師がリーダーシップを発揮し、地域の資源を最大限に有効利用したり、人材を育成することにより可能となるのではないのでしょうか。

山口：途中で申し上げたことは省きますが、せっかく千葉大学と東邦大学の地域学の学生さんということなので、もう少し途中でその人たちが交流したり、意見交換したりできるような機会があると、さらにいいのかなと感じました。

また、これは千葉県も関係していらっしゃるので申し上げたいのですが、地域医療にも2つの大学を通して今こういう取り組みをしていることを、県が千葉県の現状として県民にきちんと伝えていただきたいと思います。医療機関に行った時に学生さんが実習に来ている可能性があるわけですから、そういったことを病院に行ってから知るのではなく「取り組みとしてこういうことをやっているの、育てる一員になってください」というようなアピールを県から県民の方にさせていただくことも、県を挙げてという形になっていくのではないかと思います。行政や医療機関でされている取り組みを一般の方が知る機会がないので、そういったアピールをしていただけたらいいかなと思いました。

山本：ぜひ医師会もアピールしていただくとよろしいかと思います。

松岡：頑張ります。

松岡：まず全体を通して思ったのは、この事業全体が単に地域医療のためだけではなく、はじめは総合診療専門医を増やすイメージなのかなと思っていました。そうではなく、地域医療のマインドを持った医師を作りたい。今、専門医と総合診療領域の分断といいますか、お互い専門化しすぎて分かれてしまっています。でも実際は、こういう地域医療があるから今専門医がここに必要だというようなところの育成という形で、すごく大きな意味を持つと聞きながら思いました。

あと今回は学生さんたちの人材養成ではありますが、これをやることで地域側、病院側も育てている感じがします。地域で医師を育てる視点、私たちの地域で医師と医学部の学生たちもあわせて育てるといった視点があると、地域の一体感が出てくるのかなというのが全体の感じでした。ですから、ぜひ病院側のこの事業の評価も、病院側がこの評価をしたことによって病院がどのようになって、どういうことが良かったのかというフィードバックもあつたらいいかなと思いました。以上です。

雨宮：今日はいろいろ拝見して、ありがとうございました。できているものや教材は素晴らしいもので、あらゆる関係者が地域を考えるということで、裾野を広げる上ではすごく大きなインパクトになるものだと思います。地域枠以外の学生さんも参加されるということで、将来10年後ぐらいから千葉県は変わるのではないかなと思いました。

一方で、資料7ページが一番下で、医師偏在や地域偏在の解決に貢献していくというところに関してですが、本当にリアルに現場、地域で何が起きているのかといったところにまで踏み込んだ教材や体験が、もう少し入ってもいいのかなという印象を受けました。それがあつて、先ほど伊藤先生もおっしゃられましたが、やりがいや自分の自己実現、存在価値が認められるような体験が想像できるならば、そこに踏み込んでいくのではないかと私も思います。そういった課題や、医療人としての使命感のようなものにつながるような好事例や成功事例、リアルな体験が早期にあると、モチベーションに火がつくのではないかと思います。以上です。

篠原：やはり地域医療のよりよい指導者を養成していただくことは、すごく大事かなと思います。クリニカル・クラークシップですか。これはほとんど推進してもらいたいと思いますが、やはり医学生の方々に着火点といいますか、志を醸成するような着火点を教えてあげたり、少し誘導してあげたりするのが、指導医の先生たちの責務かもしれないと思って聞いていました。先生たちのご尽力に本当に協力したいと思います。私たちは本当に地域で医療をやっている、さまざまな場面で地域医療の初期臨床研修の先生や、よそから来る他の後期研修の先生もそうですが、若い先生たちに地域と病院を見ていただく機会を増やしていただけるのが本当にありがたいと思います。そういうチャンスをものにしていかなければいけないなと思っていますので、皆さんのお力をいただいて、地域医療を充実させていただきたいと思いました。ありがとうございます。

山本：最後に私からですが、実はずっとこの2時間、違和感を持っていることが一つあります。プログラムのタイトルからそうですが、「地域医療」と「地域志向」という言葉が並列でずつ

と使われていますが、これはベクトルが違うのではないかと思います。違うベクトルのものを並べているので、この言葉の使い分けをそもそもどのように考えていらっしゃるのだろうかと感じました。

要するに「地域医療」というのは、先ほど亀田先生も言われましたが、今、高齢者の医療を急性期から在宅までどのようにみるかということを言われていて、今回の新しい地域医療構想では、包括期医療というよく分からない言葉でくられようとしている考え方です。

一方で「地域志向」という場合は、地域枠の問題も絡んでいて、千葉県にどれだけ医師を残すか。初期研修医をどれだけ取って、専門医をどれだけ千葉県に残すかということらだと思えます。ベクトルが違うのではないかと、すごく感じています。その辺はどのように整理されていますか。

伊藤：今のお答えとして、私たちが地域医療教育学講座をつくる時に、それをどう英訳するかという時に出た議論に近いのですが、まず地域は「rural」か「community」というと、communityを選びました。決して田舎という意味ではない、人が生きて生活しているところを地域と呼ぶと。次に「community-based」なのか「community-oriented」なのかとなった時に「community-oriented」を選びました。なぜかと言いますと、地域にしながら地域の医療をするというのもあるだろうけれども、地域にいない中で地域との連携を意識しながらというのは地域志向というのもあっていいかなと思ひ、community-oriented medical education、地域医療教育と訳しています。

今はっと気付いたのですが、山本先生がおっしゃるとおり、地域志向と言われた時に、今言った思いが表現できていない部分がきっとあるだろうなと思ひました。

山本：「千葉県に残ればいいんでしょ」「大学病院でもいい、千葉大でもいいんでしょ」という話になりかねません。

これは次の教育とも絡みますが、やはり今問題なのは松岡先生が言われたように、専門性の非常に高い教育と高齢者の医療は本当にマッチングがうまくいっていない。ニーズに対して供給がうまくいっていないところが一番の問題点だと思いますし、われわれの病院が直面しているのは、まさにそこなのです。それをどうやって医学教育の中で解決していくのかが今一番世の中で求められているところです。多分、今までの医学部では絶対できないだろうと思ひて、われわれで何とかしようと思ひているくらいです。

しかし、せっかくそういう突破口を開こうと文科省も国も大学も考えているのであれば、その辺をもう少し明確にしていかないと、社会に本当に必要なもの、ニーズとの乖離が生じるのではないかと少し危惧して、それでモヤモヤしているのです。

伊藤：今すぐそれに対するお答えができるわけではないので、折に触れて考えながら咀嚼していきたいと思ひます。

山本：地域医療で一番問題なのは、「専門に逃げる」という言葉をわれわれの中ではよく使うのですが、専門に逃げる医師が多いため本当に必要な現場に必要なドクターがいない。きちんとそういうマインドを持った人たちが、ものすごく大変になってしまっている。一方で専門に逃げてしまっている人たちもいる。ここをどのようにするか。

やはり医学部の教育自身は、今まで重厚長大な各科の専門教育がいまだに王道をなしている中で、新たな風穴が開き、横串が刺さったと思います。しかし、あの重厚長大な教育体制の中でこれがどうやって生き延び、しかも社会に還元していくのかというところは、すごく難しいと思いますが、ぜひ頑張っていたいただきたいなと思います。

中谷：最後に一言お礼を申し上げます。只今、山本委員長から地域医療を考える上で非常に議論のある部分をご指摘いただきました。また、松岡先生からも専門医と総合医の分断という点もご指摘いただきましたし、亀田先生からは、実際千葉県の実地医療ではこういう状況で、医師だけを教育していいのかとのご指摘も頂きました。私たちはこれまで本事業において様々なオンデマンド教材を作成してきましたので、本事業の全国フォーラムなどにおいて宣伝し、他大学でも地域医療に携わる医師養成に使えるようにしていきたいと思っています。

しかしながら、これからの日本の社会において地域医療はどうあるべきかということを考えますと、本当に本事業が地域医療の改善につながるかを私たちは考えなければならないと思います。千葉県では、介護も外国人の手を借りなければ成り立たないという状況もあり、トータルでどういう医療人材が本当に必要なのかも考えなければなりません。医師の養成ばかりではなく、看護師、理学療法士、介護士まで、広く医療・介護にかかわる人材の教育をも視野に入れ、考えていかなければいけないと思っています。

もちろんその解決には医学部における教育だけでは不可能と思われまます。幸いにも私たちはIPEという教育を昔から継続して実施しておりますので、本事業がそういうものを広げるといいですか、幅広い分野において高い志を持った様々な医療職を、育てる一つのきっかけになればと思っています。

本日は非常に重要なお指摘をたくさんいただきました。事業責任者として厚く御礼を申し上げます、本日の外部評価委員会を終えることに致したいと思います。本当に長時間ありがとうございました。