

第8回 専門医の在り方に関する検討会

『日本の国情・2次医療圏の実情』と

『初期研修制度で生じた教育の連鎖』を活かして
これからの理想的医師育成教育～専門医制度改革のシームレスな展開を考える

<65歳以上人口7.1%(1970年)から40%(2060年)へ向かう

高齢化率世界一社会を先導する日本の医学教育体制、専門医制度について>

ー①これまでの経緯のみならず、②教育・研修的観点、③国民全体のための視点を熟考しながら、
④グローバル化にも順応する将来に向けてー

1. 最近の医学教育改革のエッセンスと課題

2. 『総合力・教育力の連鎖』が必要な 日本の国情・2次医療圏の実情
ーすべての医師に総合力を:総合力のある専門医と総合医ー3. 大学と地域医療機関による1年生からの卒前・卒後シームレスな医師育成体制構築
ー理想的医師育成と医学教育のグローバル化に向けてー

秋田大学医学部
総合地域医療推進学講座
医学教育部
長谷川 仁志

総合内科専門医
循環器専門医
米国内科学会fellow

hasegawa@doc.med.akita-u.ac.jp



『日本の国情・2次医療圏の実情』と

『初期研修制度で生じた教育の連鎖』を活かして これからの理想的医師育成教育～専門医制度改革のシームレスな展開を考える

＜65歳以上人口7.1%（1970年）から40%（2060年）へ向かう

高齢化率世界一社会を先導する日本の医学教育体制、専門医制度について＞

- －①これまでの経緯のみならず、②教育・研修的観点、③国民全体のための視点を熟考しながら、
④グローバル化にも順応する将来に向けて－

1. 最近の医学教育改革のエッセンスと課題

2. 『総合力・教育力の連鎖』が必要な 日本の国情・2次医療圏の実情
－すべての医師に総合力を：総合力のある専門医と総合医－

3. 大学と地域医療機関による1年生からの卒前・卒後シームレスな医師育成体制構築
－理想的医師育成と医学教育のグローバル化に向けて－

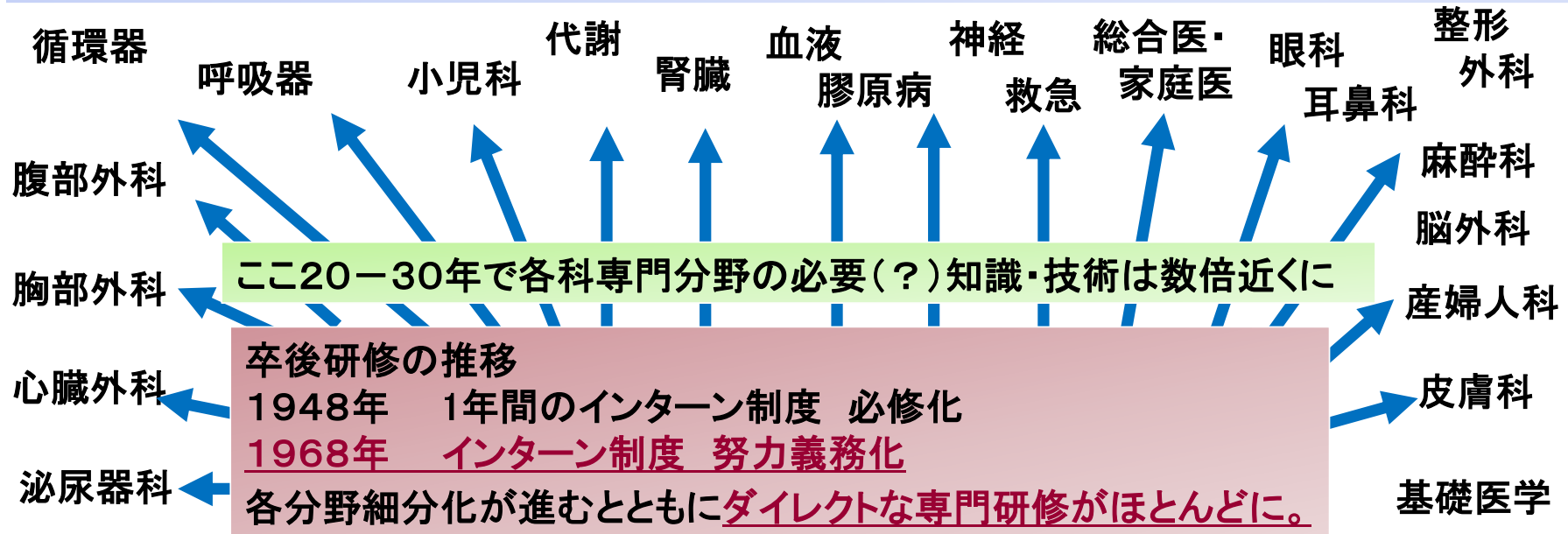
秋田大学医学部
総合地域医療推進学講座
医学教育部
長谷川 仁志

総合内科専門医
循環器専門医
米国内科学会fellow

hasegawa@doc.med.akita-u.ac.jp



総合力・教育力の連鎖が必要な **医療の国情** 1) 医学教育・研修の課題
各科横断的な卒業時の医師育成像が明確ではなかった。



基礎～臨床 医学生が学ぶ事項 = 各分野数倍に！

患者さんの入室から 観察



医療面接・症状 病歴の十分な把握
臨床推論 コミュニケーション



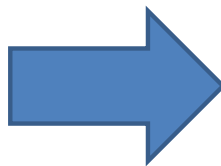
各科基本身体診察
バイタル、全身状態、頭頸部、
胸部、腹部、四肢、神経系



必要な 基本検査



臨床推論
鑑別すべき疾患群、(仮)診断
EBMの正確な考え方
今後の診療、検査・
治療方針決定
説明 コミュニケーション



各科疾患 専門診療
各科専門診察・特殊検査・治療



各科疾患 一般診療
各科一般診察・検査・治療



各科疾患 初期判断・診療
応急処置

基礎～臨床 医学生が学ぶ事項＝各分野数倍に！6年間という期間は限られる。
各科の教育内容バランスの再考し、国民が期待する医師免許像を、再確認する必要性高い。

患者さんの入室から 観察

医療面接・症状 病歴の十分な把握
臨床推論 コミュニケーション

各科基本身体診察
バイタル、全身状態、頭頸部、
胸部、腹部、四肢、神経系

必要な 基本検査

臨床推論
鑑別すべき疾患群、(仮)診断
EBMの正確な考え方
今後の診療、検査・
治療方針決定
説明 コミュニケーション

各科疾患 専門診療
各科専門診察・特殊検査・治療

各科疾患 一般診療
各科一般診察・検査・治療

各科疾患 初期判断・診療
応急処置

各科専門に偏りすぎていないか。各科の教育内容バランスを再考要。

患者さんの入室から 観察



医療面接・症状 病歴の十分な把握
臨床推論 コミュニケーション



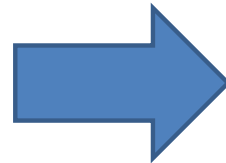
各科基本身体診察
バイタル、全身状態、頭頸部、
胸部、腹部、四肢、神経系



必要な 基本検査



臨床推論
鑑別すべき疾患群、(仮)
診断
EBMの正確な考え方
今後の診療、検査・
治療方針決定
説明 コミュニケーション



各科疾患 専門診療
各科専門診察・特殊検査・治療



各科疾患 一般診療
各科一般診察・検査・治療

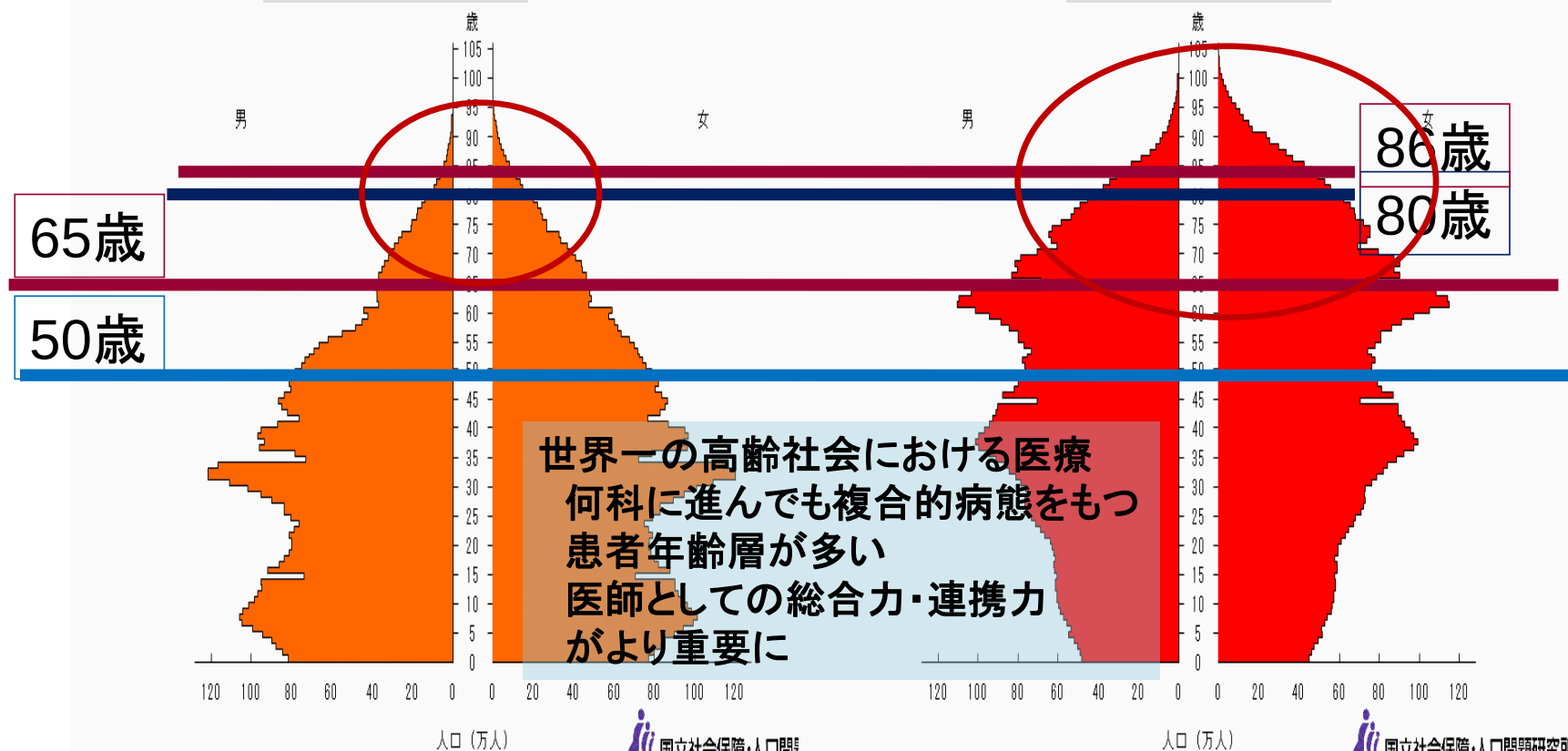


各科疾患 初期判断診療
応急処置

—65歳以上人口7.1%(1970年)から40%(2060年)へ向かう

高齢化率世界一社会を先導する日本の医学教育体制、専門医制度はどうあるべきか—

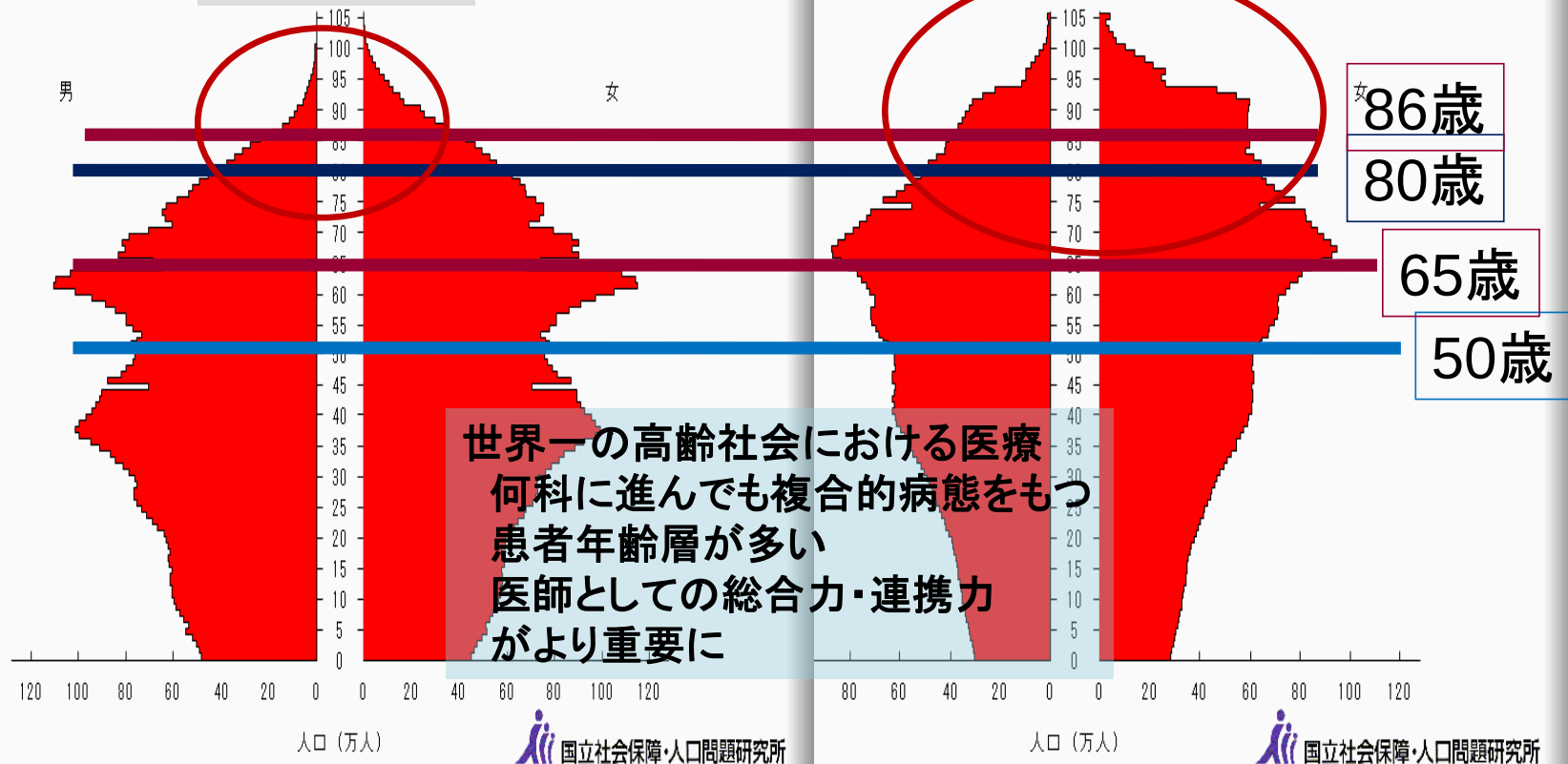
1980年 日本の人口ピラミッド 2010年



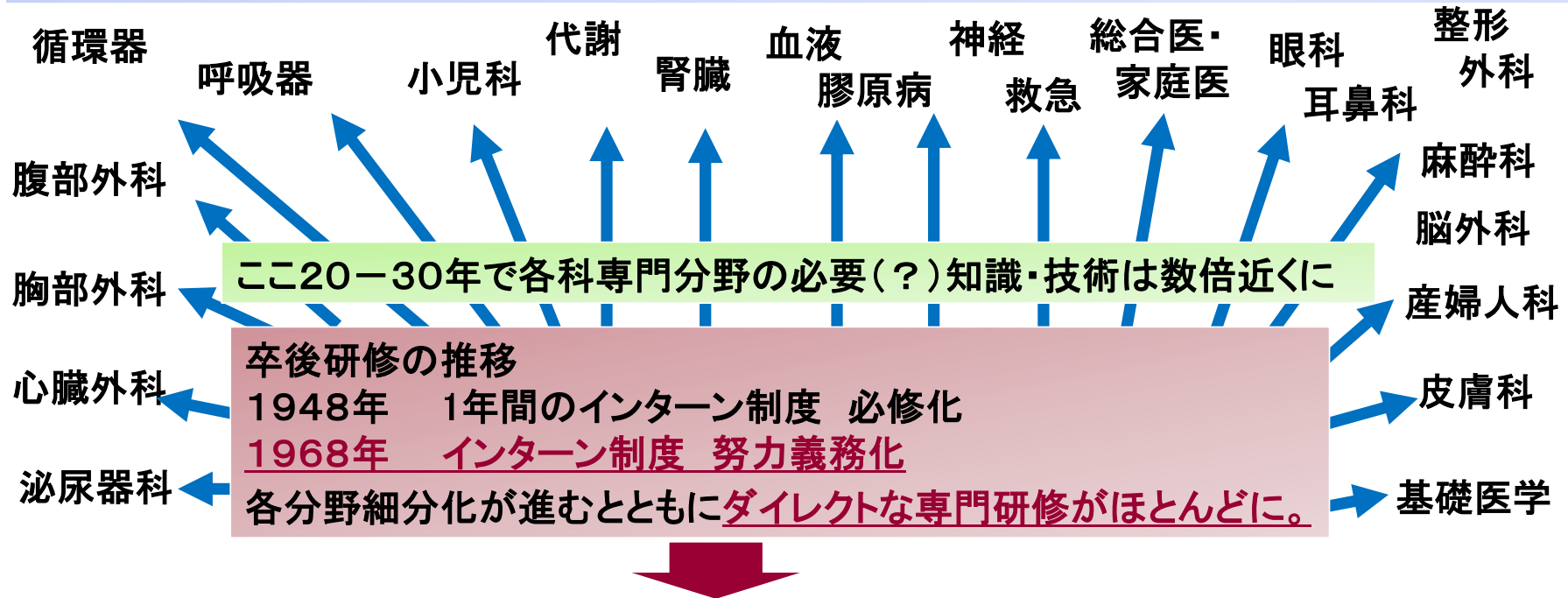
ー65歳以上人口7.1%(1970年)から40%(2060年)へ向かう

高齢化率世界一社会を先導する日本の医学教育体制、専門医制度はどうあるべきかー

2010年 日本の人口ピラミッド 2040年



総合力・教育力の連鎖が必要な**医療の国情** 1) 医学教育・研修の課題
各科横断的な卒業時の医師育成像が明確ではなかった。



1. 医学生・研修医・生涯教育において専門性に主眼が置かれすぎてきた? 理想的医師育成像は?
2. 国民が期待するすべての科の医師として当然の自己決定学習、問題解決能力

個々の総合力・実践力・コミュニケーション力を育成する

医学教育・研修体制が不十分であった。

医療連携の障害

医療体制悪化

これらの是正が
卒後臨床研修制度の目的

医学教育の目指すべき目標 平成13年

まさに 総合力
(教育力)

II

何科にすすんでも大切な
国民が期待する
医師として当然の能力

II

医師免許

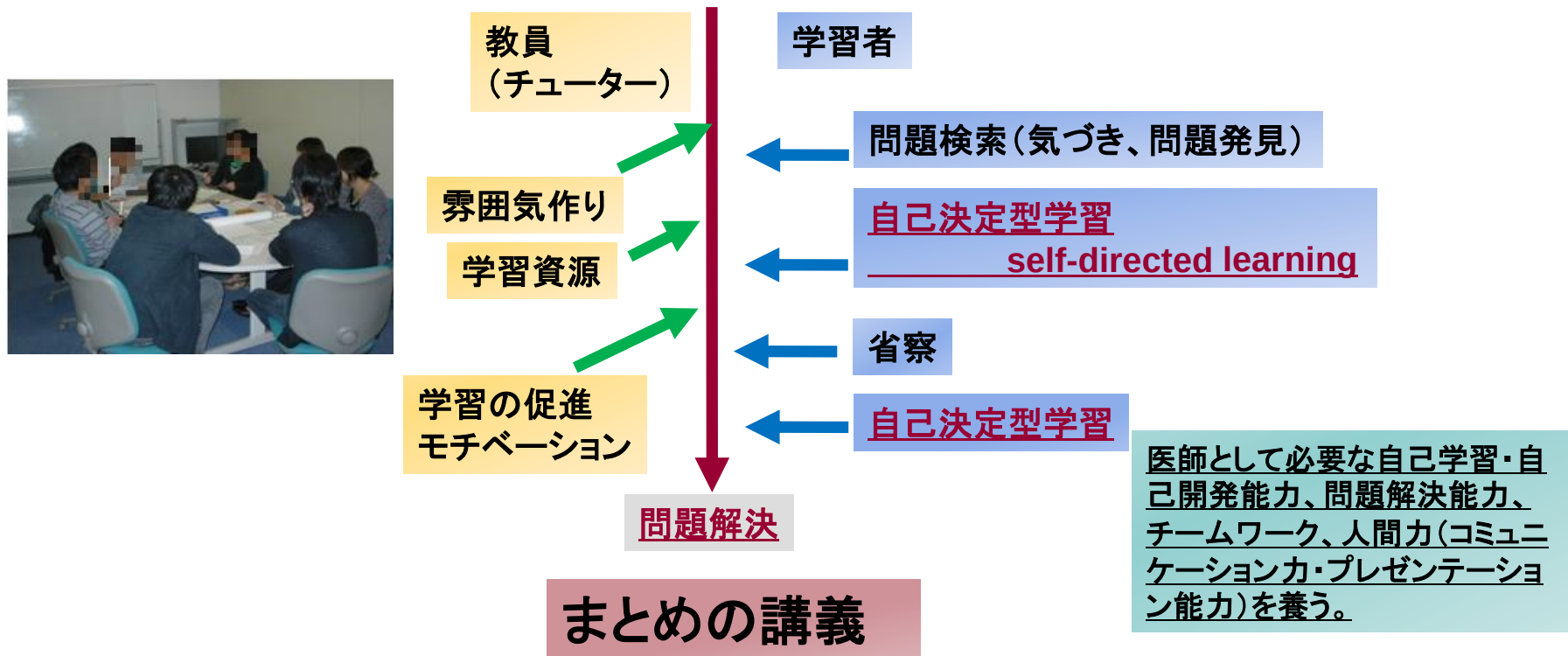
1. **患者中心**の医療を実践できる医療人の育成
2. **コミュニケーション能力**の優れた医療人の育成
3. **倫理的**問題を真摯に受け止め、適切に対処できる医療人の育成
4. **幅広く質の高い臨床能力**を身につけた医療人の育成
5. **問題発見・解決型の人材**の育成
6. 生涯にわたって**学ぶ習慣**を身につけ、根拠に立脚した医療を実践できる医療を実践できる医療人の育成。
7. 世界をリードする生命科学研究者となりうる人材の育成
8. 個人と地域・国際社会の健康の増進と疾病の予防・根絶に寄与し、国際的な活動ができる人材の育成

平成13年3月27日

医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議 報告より

**PBL/Tutorial (PBL: problem based learning)導入による
自己決定型学習 (self-directed learning)能力の開発。**
(討論、プレゼンテーション能力、リーダーシップ能力、問題抽出、解決能力の向上。)

症例・事例・実践ベース(資料、画像)の課題 問題提供
(これから学ぶこと 学習者にとって未知)



診療参加型臨床実習ガイド より

Team Based Learning : TBL チーム基盤型 学習

1. 教室内を、チームに分ける。効果的チーム編成。
2. しっかりした課題予習。
3. 個人テスト、チームでの討論、
4. チームテスト、チームアピール、チーム間での討論、
5. 教員によるフィードバック、授業、応用重視の演習課題。
チームの評価、個々のチーム内評価。
—教員1名でも展開できる。

個々の教員の工夫で授業を効果的にできる ! —

日本の大学の問題(教員・指導医不足、多忙)
チューターに人出がかかるPBLからの変革

1. 予習＋症例・事例ベース 個人テスト



2. チームでの討論 チームアピール チーム間での討論



低学年からのPBL・TBLの意義＝総合力育成の重要要素

日々の臨床では、すべてが未知の患者さん(課題)。
毎日が、未知の問題・課題との遭遇の連続、
問題解決の連続。

臨床では、実は、毎日が PBL！TBL！



低学年からの症例・事例ベースのPBL,TBLで、

- 1) 課題ベースでの症例を多く経験することができる のみならず
- 2) 自己学習・自己開発能力、問題解決能力、コミュニケーション力、チームワーク力をトレーニングできる

5, 6年生の 診療参加型実習

(クリニカルクラークシップ) 充実へ。

－ 学生時代に十分な総合力育成のための重要要素！ －

医学生全員が学習・実習する必修科目の目的は？



1. 『将来、何科に進んでも国民が期待する医師として大切な各科(分野)の基本診療・総合力、実践力をつけるべき教育』
(各科は、各 専門分野の教育に偏りすぎているか？)

2. 必修科目は、各科・各施設の臨床医、基礎医学者、医学教育者の共同責任において策定し、
なるべく医療現場の症例・事例・実践ベースで、
統合した教育(トレーニング)を同じ理念で行う必要性が高い。



学生時代に総合力 自己決定学習

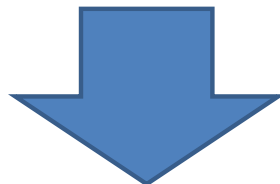


生涯教育への意識改革 充実化

各科が、学習者が将来何科にすすんでも大切な国民が期待する
医師として当然の能力を育成

各科実習期間の短い日本では、
各グループBy chanceで診療した症例しか経験できない。

1. 低学年からの基礎から臨床まで統合した
症例・事例ベースのPBL,TBL教育を展開。
2. 各科の外来教育、シミュレーション教育、ロールプレイ、SP教育、映像教育、eラーニング等自己学習機材、評価としてのOSCEの充実が必須！



1年生からの効果的なトレーニングが重要

『日本の国情・2次医療圏の実情』と

『初期研修制度で生じた教育の連鎖』を活かして これからの理想的医師育成教育～専門医制度改革のシームレスな展開を考える

＜65歳以上人口7.1%（1970年）から40%（2060年）へ向かう

高齢化率世界一社会を先導する日本の医学教育体制、専門医制度について＞

－①これまでの経緯のみならず、②教育・研修的観点、③国民全体のための視点を熟考しながら、
④グローバル化にも順応する将来に向けて－

1. 最近の医学教育改革のエッセンスと課題

2. 『総合力・教育力の連鎖』が必要な 日本の国情・2次医療圏の実情 －すべての医師に総合力を：総合力のある専門医と総合医－

3. 大学と地域医療機関による1年生からの卒前・卒後シームレスな医師育成体制構築 －理想的医師育成と医学教育のグローバル化に向けて－

秋田大学医学部
総合地域医療推進学講座
医学教育部
長谷川 仁志

総合内科専門医
循環器専門医
米国内科学会fellow

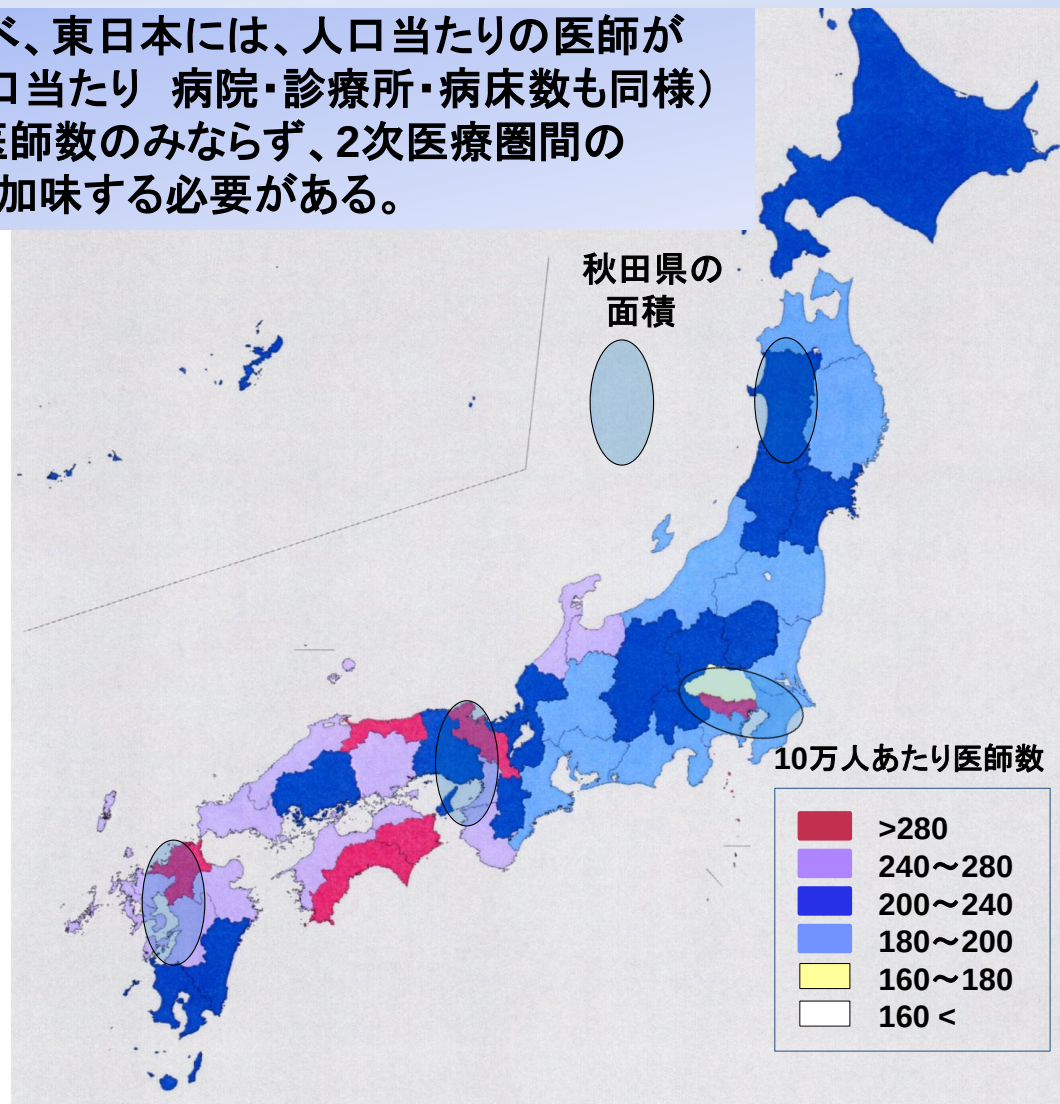
hasegawa@doc.med.akita-u.ac.jp



総合力・教育力の連鎖が必要な医療の国情 2) 医師の偏在 都道府県単位 2008

1. 西日本に比べ、東日本には、人口当たりの医師が少ない。(人口当たり 病院・診療所・病床数も同様)
2. 人口当たり医師数のみならず、2次医療圏間の距離・面積を加味する必要がある。

京	都	7,756
大	阪	22,650
兵	庫	12,313
奈	良	3,018
和	歌	2,720
鳥	取	1,711
島	根	1,911
岡	山	5,317
広	山	6,864
山	口	3,630
徳	島	2,377
香	川	2,590
愛	媛	3,519
高	知	2,184
福	岡	14,310
佐	賀	2,154
長	崎	4,007
熊	本	4,706
大	分	2,975
宮	崎	2,602
鹿	児	4,058
児	島	3,115
沖	縄	3,115



全	国	286,699
北	海	12,447
青	森	2,563
岩	手	2,594
宮	城	5,106
秋	田	2,307
山	形	2,499
福	島	3,905
茨	城	4,805
栃	木	4,246
群	馬	4,187
埼	玉	10,393
千	葉	10,228
東	京	38,079
神	奈	16,792
新	潟	4,482
富	山	2,642
石	川	3,028
福	井	1,851
山	梨	1,845
長	野	4,451
岐	阜	3,869
静	岡	6,993
愛	知	14,420
三	重	3,580
滋	賀	2,900

総合力・教育力の連鎖が必要な**医療の国情 2)医師の偏在 2次医療圏単位 2008**

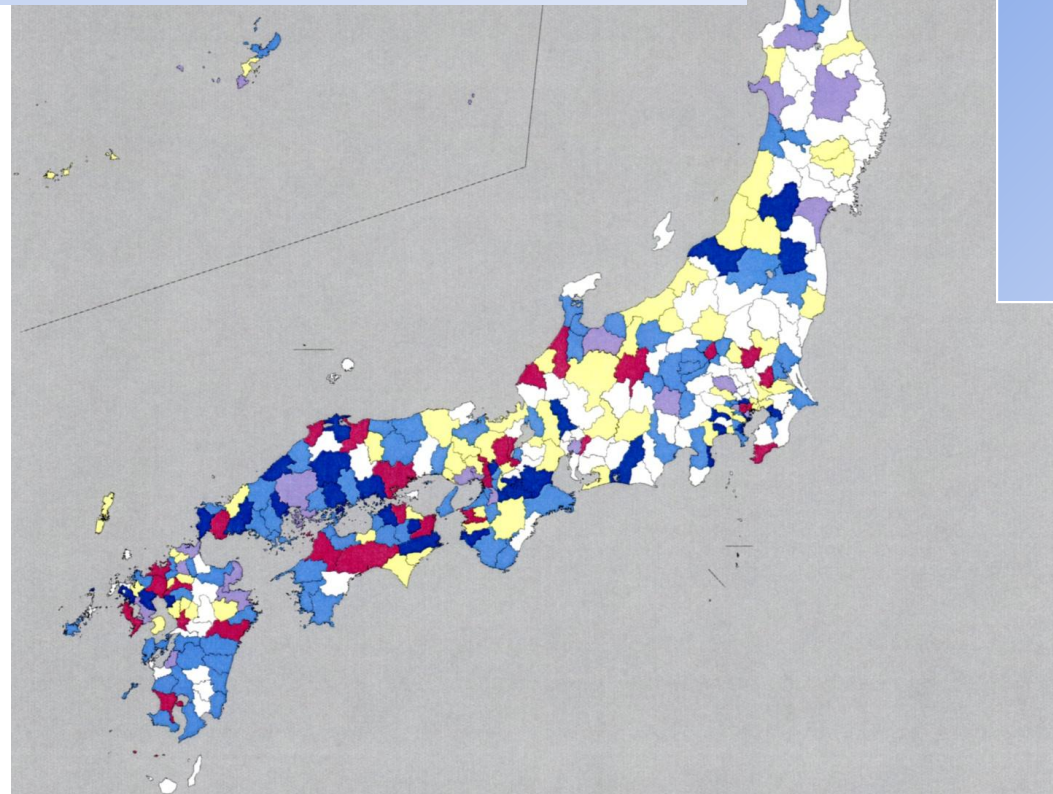
① ■ ■ 『主に県庁、大学医学部所在地がある2次医療圏』

② ■ ■ ■ 『①以外の2次医療圏』 に2極化。

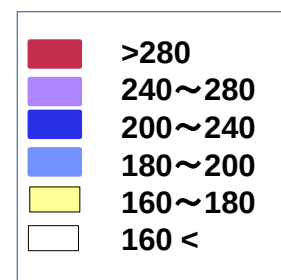
(後者②の多くの地区では、5－15万人医療圏人口規模以上の2次医療圏を集約する中核病院の主要診療科(専門医)の維持が困難となり、2次医療圏全体の崩壊が進行する危険性がある。

(多くの地区の緊急課題が、総合医とともに

2次医療圏を支える中核病院の勤務医(専門医)充足も優先)

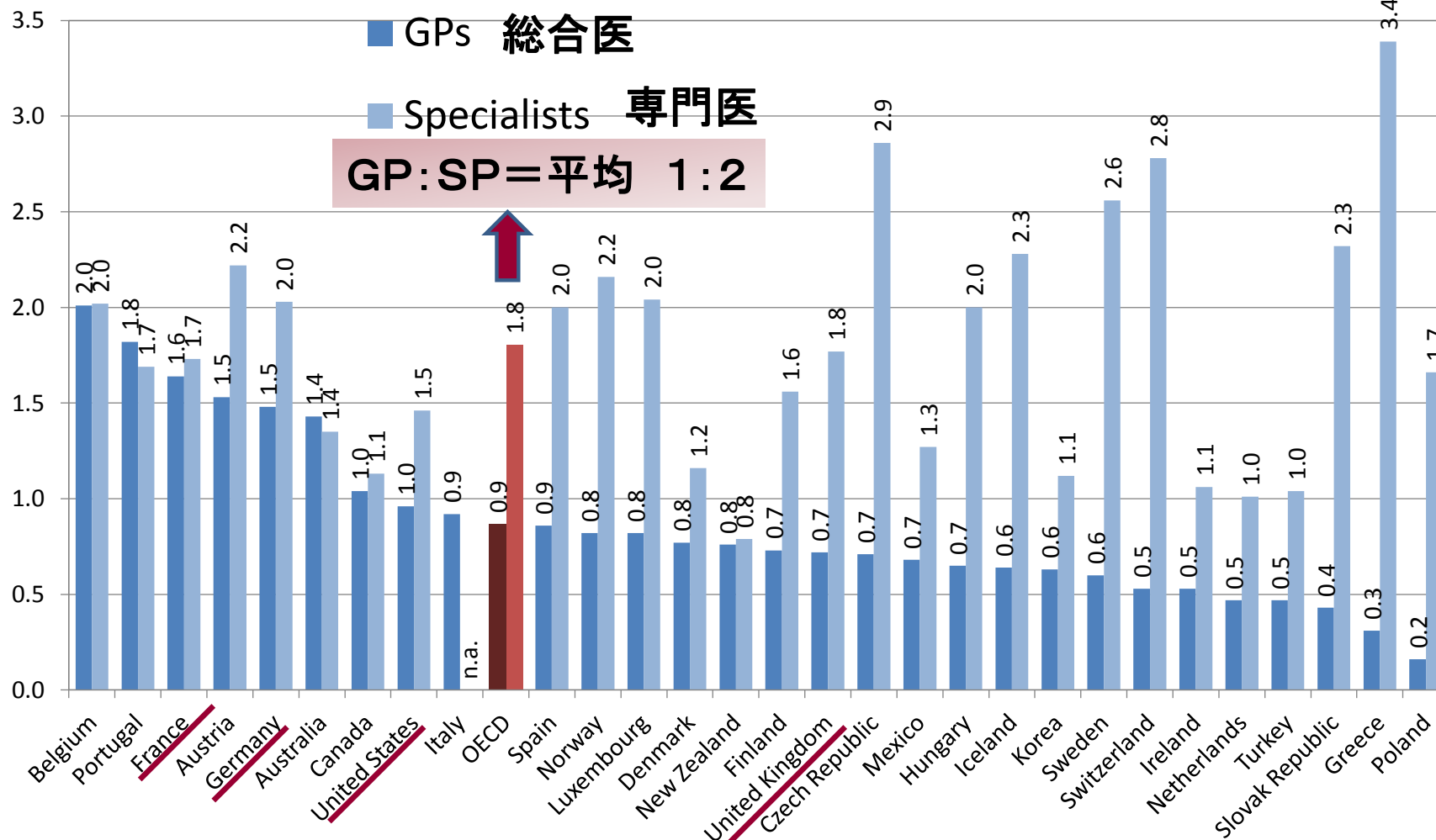


10万人あたり医師数



OECD諸国におけるGPと専門医の割合 2007

Per 1 000 population

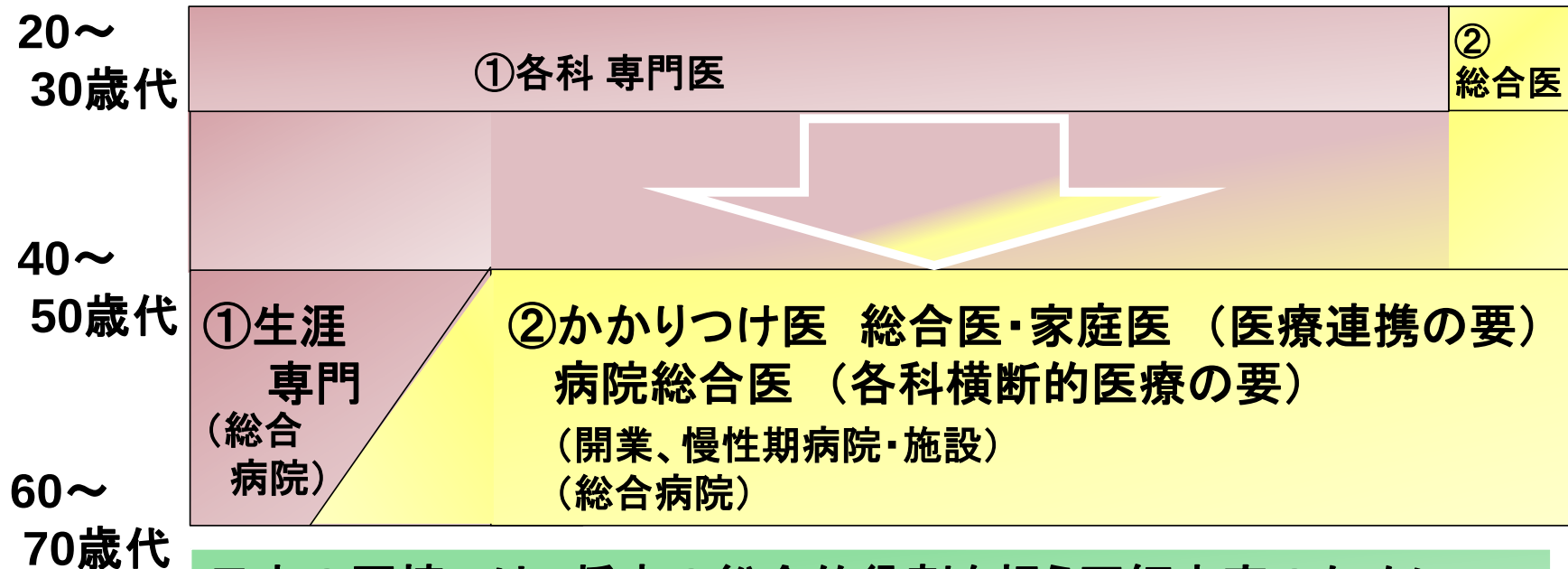


Note: Some countries are unable to report all their practising doctors in these two categories of GPs and specialists.

Source: OECD Health Data 2009, June 2009.

総合力・教育力の連鎖が必要な医療の国情 3) 医師の役割の変化

日本では、ほとんどが当初、専門医となり、
その後、多くが50歳前後までに総合的役割に転じている。



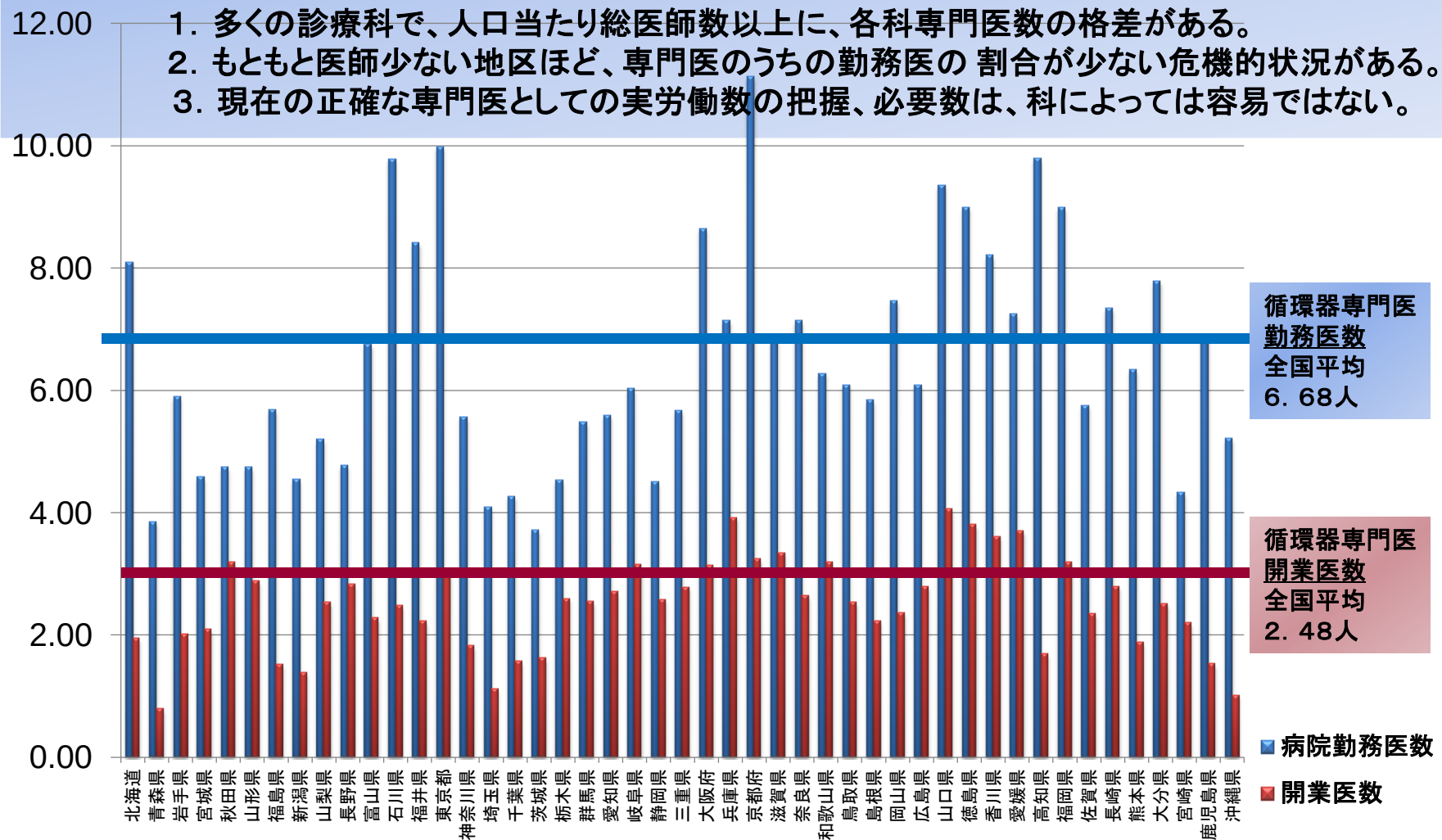
日本の国情では、将来の総合的役割を担う医師充実のために
『**総合力のある専門医**』育成も必要(教育体制からも)

①②の育成バランス重要。

すべての医学生～生涯教育 医師として当然の総合力重視必須。

総合力・教育力の連鎖が必要な医療の国情 3) 医師の役割の変化

人口10万人あたり循環器専門医 病院勤務医数と開業医数 2010



① 人口 数百万人以上の都道府県が隣接している地区と
その周囲の領域

例：毎年増える初期～専門医研修医数 年200名前後以上の都道府県とそれらが隣接する都道府県

- ①複数の大学医学部がある、
あるいは大学医学部間・主要都市間の距離が短い。
- ②もともと歴史的に医師数が多く(1～4万人)、
面積当たりの医師の密度が高い。
- ③研修病院・中核病院が2次医療圏内に多数ある
- ④勤務し専門性を発揮している各科専門医数が多い。
- ⑤必ずしも大学医学部との連携なくても
県内の医療体制を整えることができる可能性がある。

②人口100万～200万人前後未満で、大都市に隣接していない県。 (例：国土の多くを占める地方都市圏)

例：初期～専門医研修医数 年30－100名前後の都道府県。

20診療科としても、全県で、1年で平均各科1－3名しか増えない。

このような県では、年間の医師の純粋な増加数 ＝

(若い研修医数－転出する中堅医師、引退する医師)が、0～数十名程度が多い。

①1県に1大学、大学医学部間・主要都市間の距離が長い。

②歴史的に医師数が少なく(2千人前後～)、医師の面積当たりの密度が低い。

③研修病院・中核病院が2次医療圏内に一つあるいは少ない。

④勤務している各科専門医数が少ない(特に県庁所在地や大学所在地以外の2次医療圏で)。各科専門医(勤務医)が負のスパイラルに陥っており、

『5－10万人以上の人口圏の中核病院の維持(勤務している専門医充足)も優先されるため各科専門医の必要性も高い。(総合力ある専門医)』

②人口100万～200万人前後未満で、大都市に隣接していない県。
(例：国土の多くを占める地方都市圏)

例：初期～専門医研修医数 年30－100名前後の都道府県。

20診療科としても、全県で、1年で平均各科1－3名しか増えない。

このような県では、年間の医師の純粋な増加数 ＝
(若い研修医数－転出する中堅医師、引退する医師)が、
0～数十名程度が多い。

⑤各科専門医が、専門医以外の総合的な役割を相当部分行っている。

⑥総合医・家庭医、病院総合医が少ない。

＝この教育システムが整備された医療施設が少ない。

⑦地域枠学生の増員分県内出身者が純増しているわけではない。

⑧現状では各病院の自立のみで各医療圏の中核病院を維持するのは困難であり、大学医学部と連携とした体制が必要なのが実情である。

これまでの日本の国情・2次医療圏の実情を活かして、
これからの理想的医師育成教育～専門医制度改革のシームレスな展開を考える

日本の国情・2次医療圏の実情を考慮した体制が必要

1. 個々の医師の経年的勤務状況や役割の変化、
2. 若手医師への十分な医学教育体制

まずは当分の間

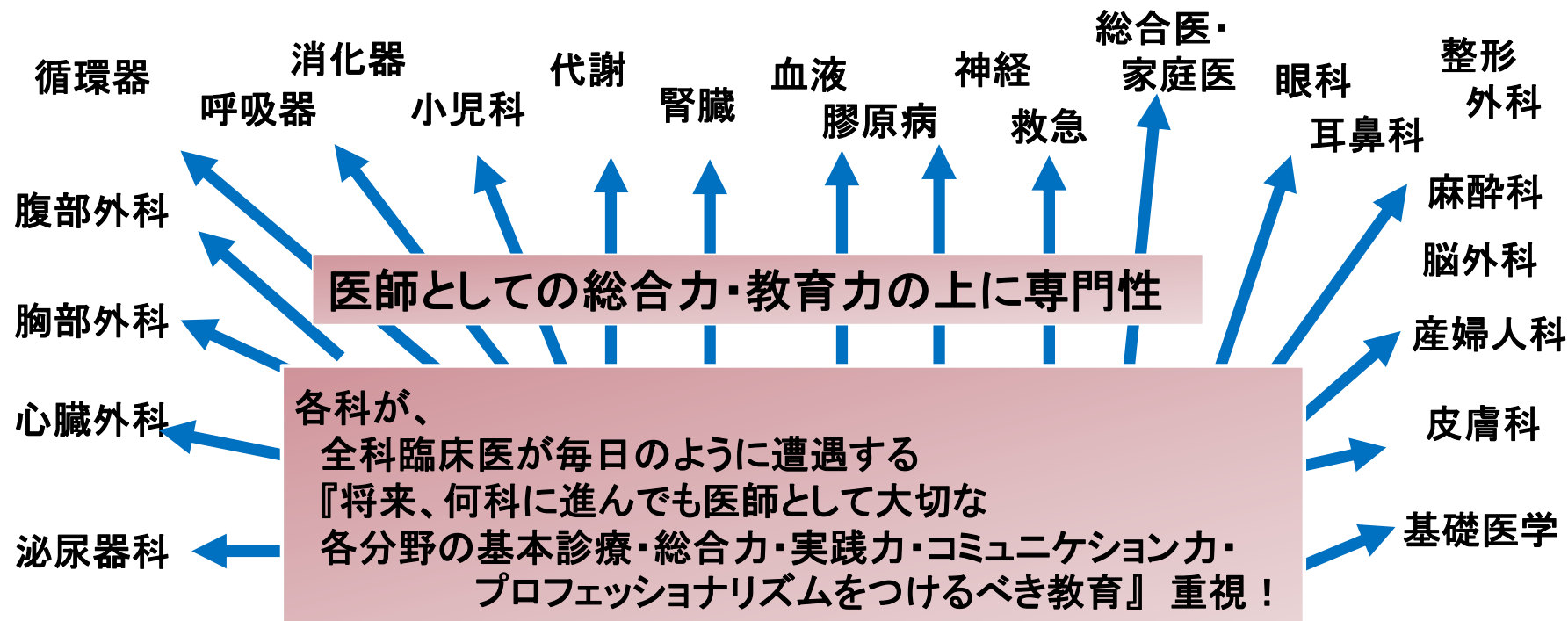
これまでの体制、日本の良さを活用して、強力に推進する必要性大

医師としての総合力・教育力の上に専門性

（日本の教育体制では、一つ専門を持ちながら総合的に診るトレーニングしていくことが現実的）

総合力ある専門医と、総合医・家庭医の育成バランス重要

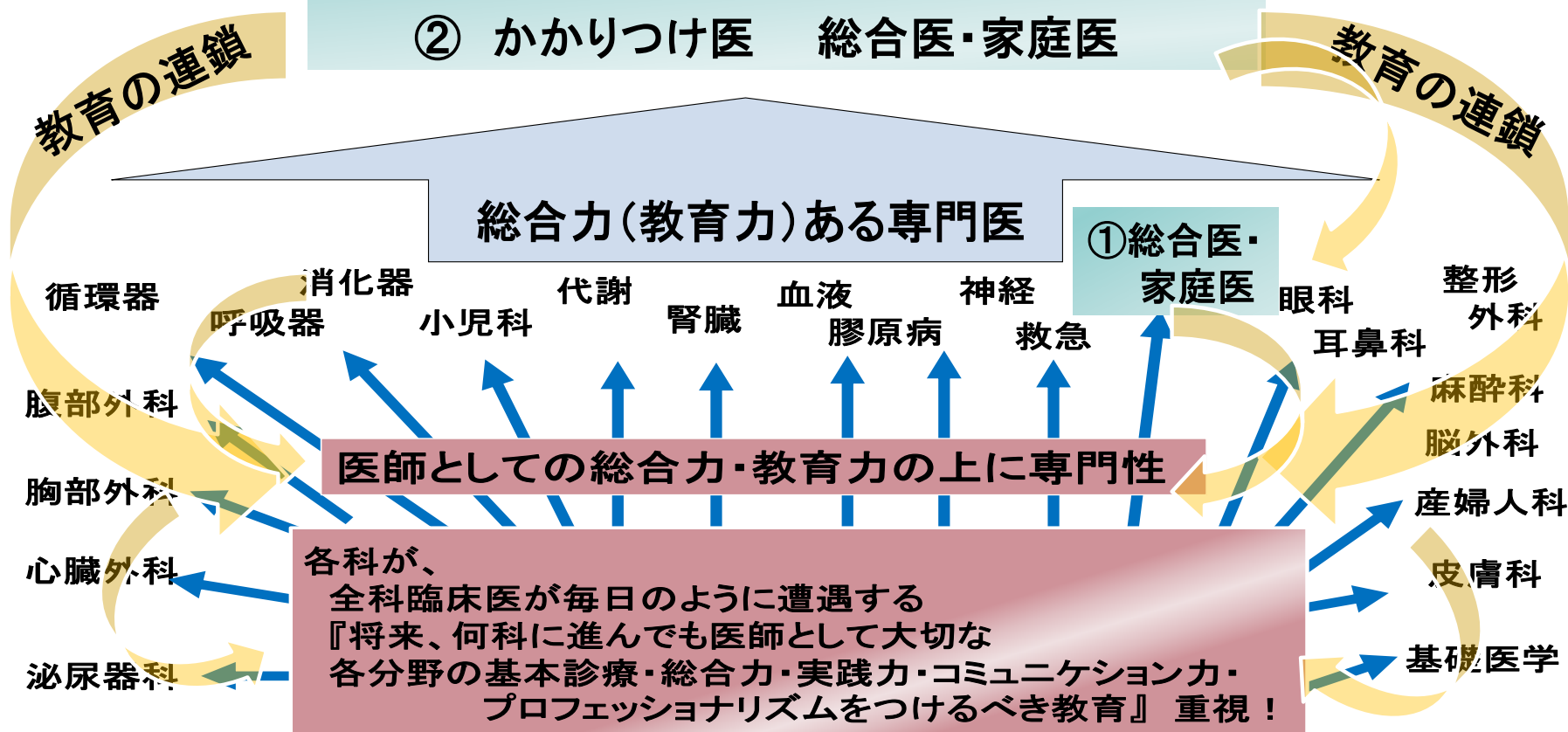
初期研修制度で生じた大学各講座と県内医療機関による
『教育の連鎖』を活かした卒前・卒後シームレスな医師育成教育体制



医学部 1年生～6年生～初期研修医の 8年間～生涯キャリア形成
大学基礎～臨床講座・県内の医療機関が同じ方向性で
症例・事例ベース、コミュニケーションベースの
ステップアップ統合教育・キャリア形成

地域医療の維持には ①②の2本立てが必要な日本の国情

② かかりつけ医 総合医・家庭医



医学部 1年生～6年生～初期研修医の 8年間～生涯キャリア形成
大学基礎～臨床講座・県内の医療機関が同じ方向性で
症例・事例ベース、コミュニケーションベースの
ステップアップ統合教育・キャリア形成

『日本の国情・2次医療圏の実情』と

『初期研修制度で生じた教育の連鎖』を活かして これからの理想的医師育成教育～専門医制度改革のシームレスな展開を考える

＜65歳以上人口7.1%（1970年）から40%（2060年）へ向かう

高齢化率世界一社会を先導する日本の医学教育体制、専門医制度について＞

- －①これまでの経緯のみならず、②教育・研修的観点、③国民全体のための視点を熟考しながら、
④グローバル化にも順応する将来に向けて－

1. 最近の医学教育改革のエッセンスと課題

2. 『総合力・教育力の連鎖』が必要な 日本の国情・2次医療圏の実情 －すべての医師に総合力を：総合力のある専門医と総合医－

3. 大学と地域医療機関による1年生からの卒前・卒後シームレスな医師育成体制構築 －理想的医師育成と医学教育のグローバル化に向けて－

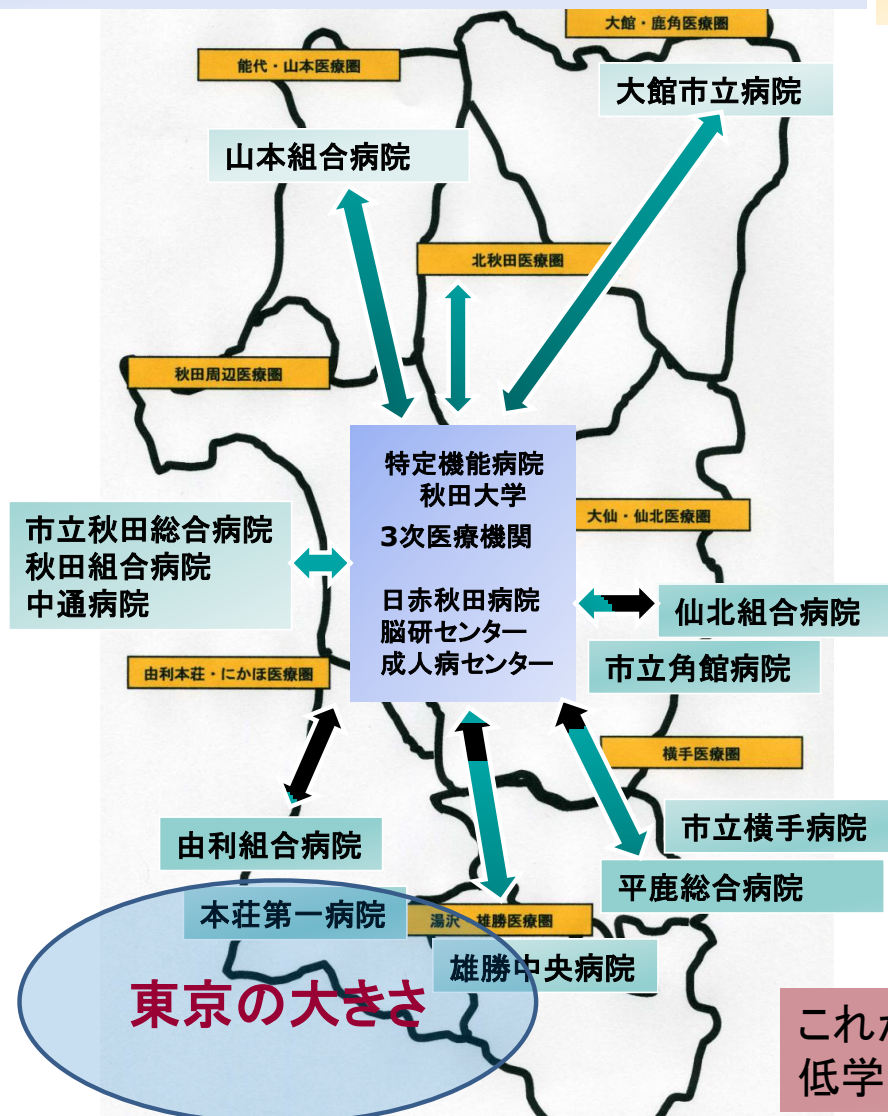
秋田大学医学部
総合地域医療推進学講座
医学教育部
長谷川 仁志

総合内科専門医
循環器専門医
米国内科学会fellow

hasegawa@doc.med.akita-u.ac.jp



医学教育における各医療機関の役割



これまで

5年生

大学などの高次医療機関

- 多くの専門医がいる。
- 少数の患者に細やかな指導
- 指導者が多いので様々な考えを学習できる。

地域中核病院

- 多くの症例を経験できる。
- Common diseaseの対応や、コミュニケーションプライマリケア、基本手技が経験しやすい。
- 1次から3次まで、外来から入院までの連続した患者対応が学べる。

地域診療所・施設

- コミュニケーション、Common diseaseの対応、初期対応・プライマリケア、が学びやすい。
- 地域医療連携の重要性と実際が学べる。
- これから重要な在宅医療・緩和ケアの重要性が身近で学べる。

1年生

これから

研修医

これからの理想的な医師育成には
低学年からバランス良く各機関で教育する必要あり。

初期研修制度で生じた大学各講座と県内医療機関による『教育の連鎖』を活かした 卒前・卒後シームレスな医師育成体制構築

大学・県内医療機関・医師会・行政
— 研修教育改革から学生教育へ —

1. 各種指導医講習会(県および県医師会主催)



2. 各種レジデントセミナー

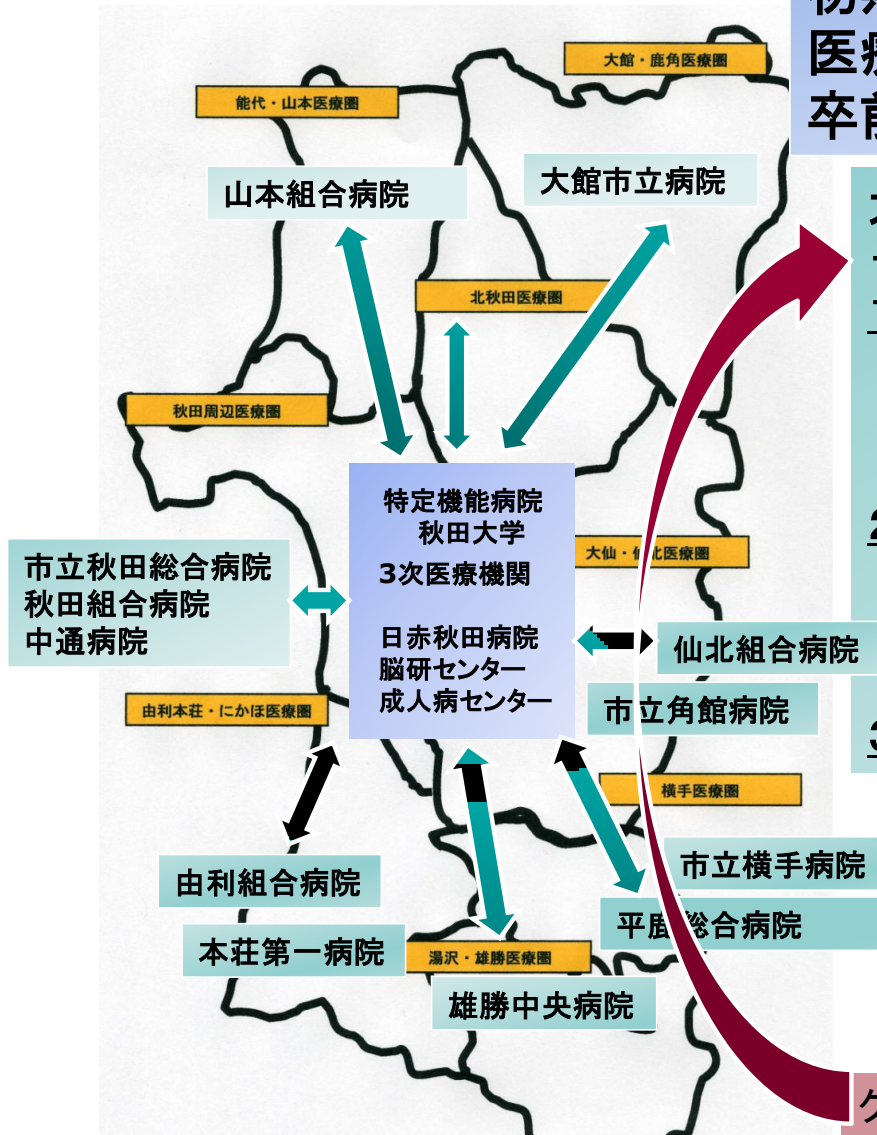


3. 各種医学生セミナー

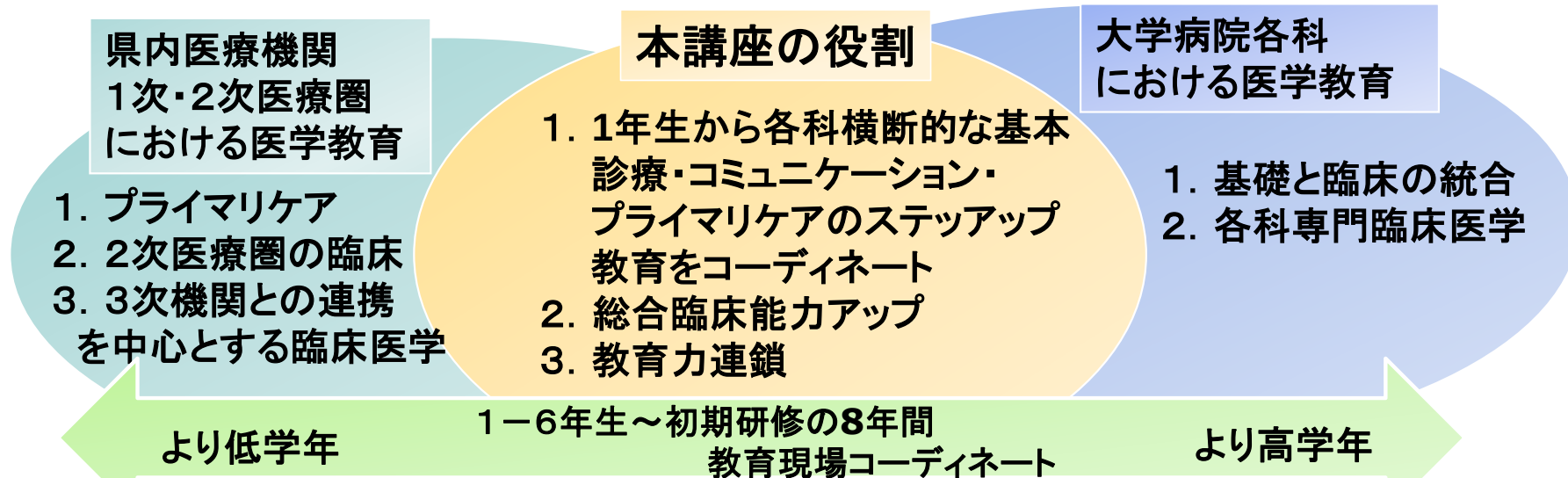
県内研修センター指導医間における
医学生教育の連鎖充実

1年生からの卒前教育への連携充実

クリニカルクラークシップの充実(グローバル化:72週)

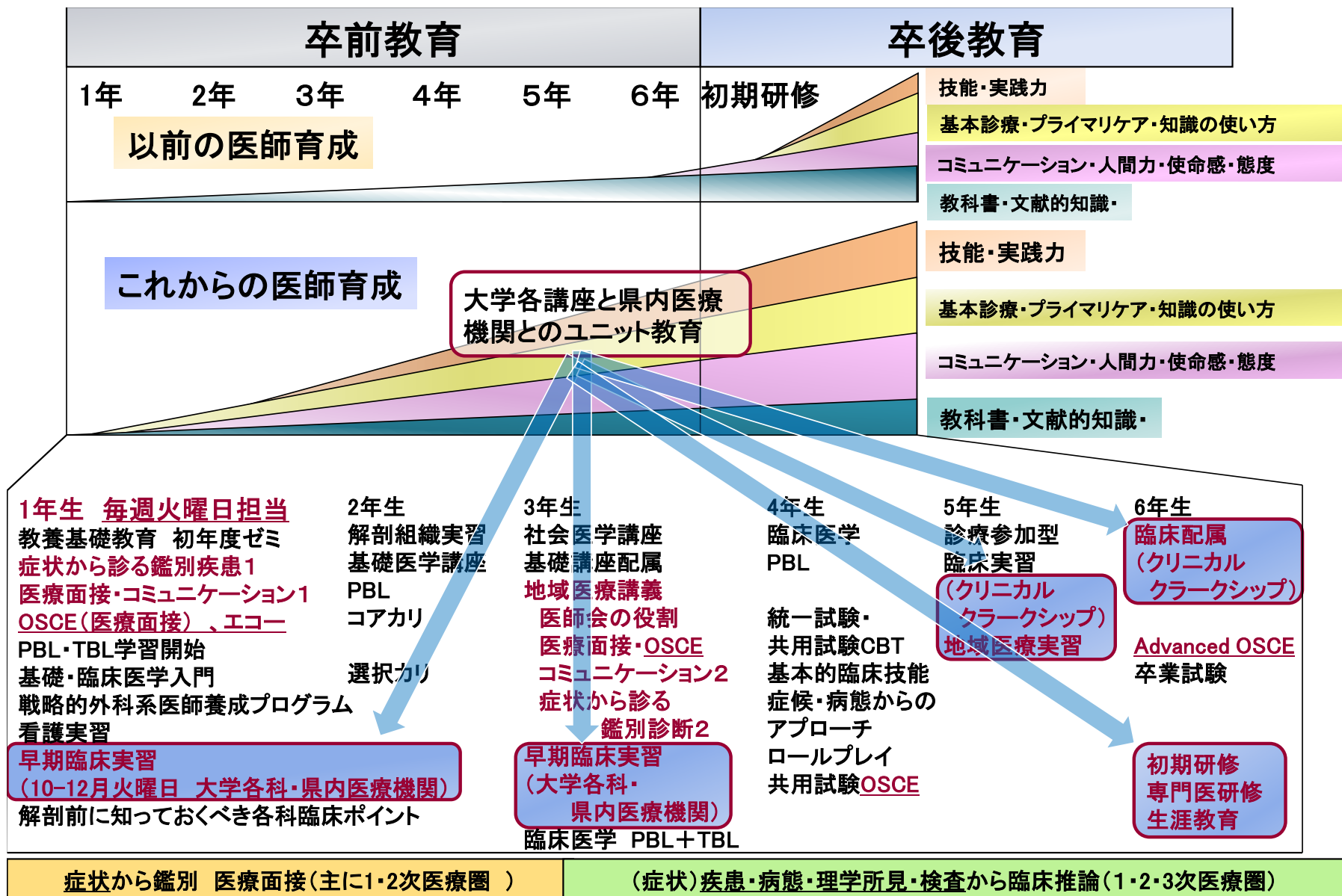


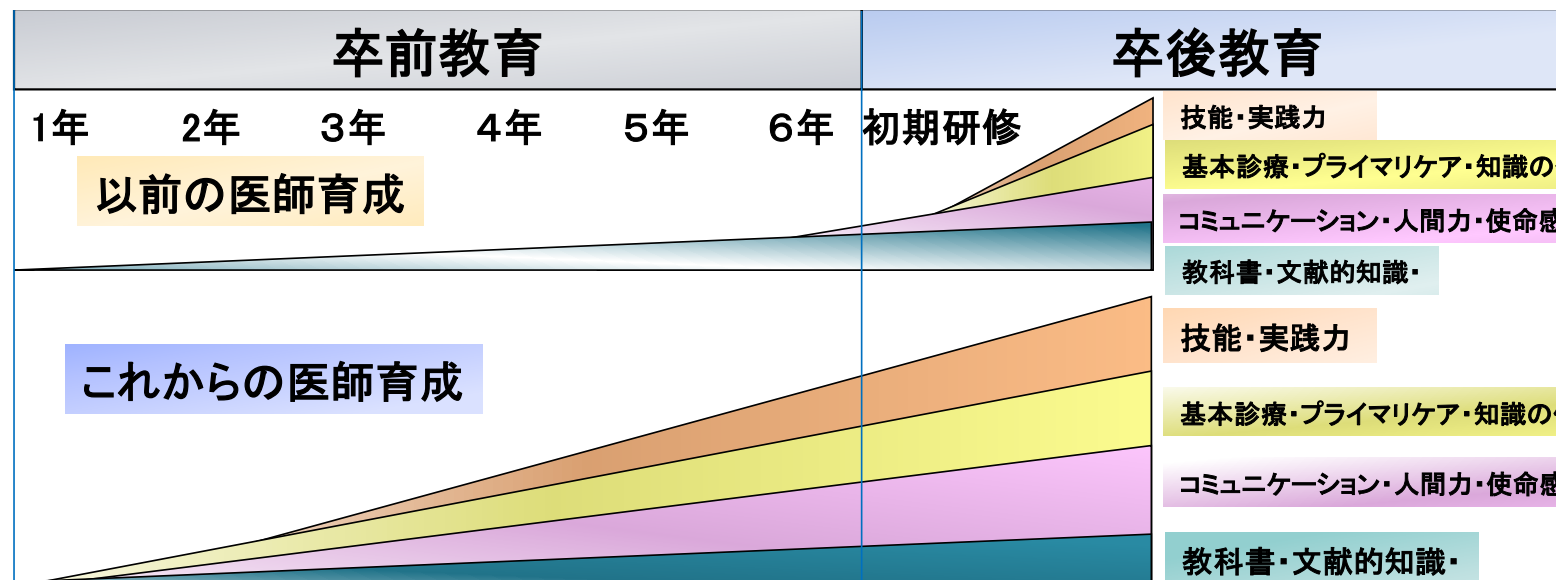
日本の国情にあった卒前・卒後シームレスな医師育成・キャリア形成体制構築



卒後のキャリア形成へ継続し医師としての総合力・教育力の上に専門性

20～ 30歳代	①『 総合力を持った各科専門医 』育成 －2次医療圏中核病院の勤務医充足(多くの県の緊急課題)－	②『 総合医 』育成
40～ 50歳代	日本における生涯教育の重要性	
60～ 70歳代	①生涯 『 各科専門医 』	②医療連携の要となる『 かかりつけ医・総合医・家庭医、病院総合医 』 (日本では専門医の多くが、50歳前後までに総合的役割に転じる。)





1年生 毎週火曜日担当
教養基礎教育 初年度ゼミ

症状から診る鑑別疾患1
医療面接・コミュニケーション1
OSCE(医療面接)、エコー

PBL・TBL学習開始
基礎・臨床医学入門
戦略的外科系医師養成プログラム
看護実習

早期臨床実習
(10-12月火曜日 大学各科・県内医療機関)
解剖前に知っておくべき各科臨床ポイント

2年生
解剖組織実習
基礎医学講座
PBL
コアカリ

選択カリ

3年生
社会医学講座
基礎講座配属
地域医療講義
医師会の役割
医療面接・OSCE
コミュニケーション2
症状から診る
鑑別診断2
早期臨床実習
(大学各科・
県内医療機関)
臨床医学 PBL+TBL

4年生
臨床医学
PBL

統一試験・
共用試験CBT
基本的臨床技能
症候・病態からの
アプローチ
ロールプレイ
共用試験OSCE

5年生
診療参加型
臨床実習
(クリニカル
クラークシップ)
地域医療実習

6年生
臨床配属
(クリニカル
クラークシップ)
Advanced OSCE

卒業試験

初期研修
専門医研修
生涯教育

症状から鑑別 医療面接(主に1・2次医療圏)

(症状)疾患・病態・理学所見・検査から臨床推論(1・2・3次医療圏)

医師の総合力・教育力＝学生から初期研修で修得させるべき事項＝生涯教育の重点事項

患者さんの入室から 観察



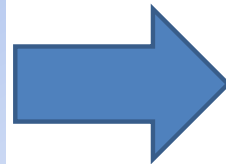
医療面接・症状 病歴の十分な把握
臨床推論 コミュニケーション

各科基

低学年
から
トレーニング可能

全身状態、頭頸部、
四肢、神経系

臨床
鑑別す (仮)診断
EBMの正 方
今後の診療、検査・
治療方針決定
説明 コミュニケーション



各科講義・実習が、どうしても
この30年で飛躍した、専門部分が重視されすぎて
しまっている日本の国情・問題

~~各科疾患 専門診療~~

~~各科専門診察・特殊検査・治療~~

各科疾患 一般診療

各科一般診察・検査・治療

各科疾患 初期判断・診療

応急処置

1年生 通年 毎週火曜日 午後2-3コマ

全臨床医が毎日のように遭遇する主要症状からみた 医療面接における鑑別ポイント・ピットホール

- | | | |
|--------|----------|-----------|
| 1. 頭痛 | 6. 失神 | 11. 体重減少 |
| 2. 胸痛 | 7. 全身倦怠感 | 12. 体重増加 |
| 3. 腹痛 | 8. 浮腫 | 13. 呼吸困難 |
| 4. 腰痛 | 9. 筋力低下 | 14. 悪心・嘔吐 |
| 5. めまい | 10. 記憶障害 | 15. 動悸 |
| | | 16. 発熱 |

1年次医療面接 指定教科書



PBL
グループ学習



プレゼンテーション
討論、TBL



ロールプレイ
討論、TBL



1年次毎週火曜日 医療面接における鑑別ポイント・ピットホール 各学生 担当疾患表

1. 頭痛を来す疾患			2. 胸痛を来す疾患			13. 呼吸困難を来す疾患		
緊張性頭痛		11-515	労作性狭心症		11-568	慢性閉塞性肺疾患		11-533
片頭痛		11-516	不安定狭心症		11-569	無気肺		11-534
群発頭痛		11-517	安静時狭心症		11-570	喘息		11-535
クモ膜下出血		11-518	異型狭心症		11-571	アナフィラキシー		11-536
脳炎		11-519	心筋梗塞		11-572	肺血栓塞栓		11-537
髄膜炎		11-520	急性冠症候群		11-573	原発性肺高血圧症、		11-538
緑内障		11-521	大動脈瘤		11-574	心不全		11-539
脳腫瘍		11-522	大動脈解離		11-575	心膜疾患		11-540
薬剤性(血管拡張剤)		11-523	大動脈弁狭窄症		11-576	心タンポナーゼ		11-541
慢性硬膜下血腫		11-542	僧帽弁逸脱症 他 弁膜症		11-595	気胸、緊張性気胸		11-559
高血圧		11-543	肥大型心筋症、		11-596	胸水貯留		11-560
褐色細胞腫		11-544	他 心筋症		11-597	神経筋疾患(重症筋無力症)		11-561
副鼻腔炎		11-545	肺血栓塞栓症(ロングフライト症候群)		11-598	クループ症		11-562
側頭動脈炎		11-546	肺高血圧		11-599	候群		11-563
三叉神経痛・後頭神経痛		11-547	肋間神経痛		11-600	神経筋疾患(ギランバレー症候群)		11-564
一酸化炭素中毒		11-548	悪性腫瘍の肋骨転位		11-601	神経筋疾患(筋萎縮性側索硬化症)		11-565
脳静脈洞血栓症		11-549	心外膜炎、		11-602	パニック発作、過換気症候群		11-566
			縦隔炎		11-603	貧血		11-567
						誤嚥		
			胸膜炎		11-612			
			胆のう炎、総胆管結石症		11-613			
			気胸、緊張性気胸		11-614			
			貧血		11-615			
			肋骨骨折、ろく軟骨炎		11-616			
			逆流性食道炎 食道スパズム		11-617			
			肺炎		11-618			
			带状疱疹		11-619			
			不安障害(過換気、パニック発作)		11-620			

PBL
グループワーク



プレゼンテーション
討論、TBL



ロールプレイ
討論、TBL



1年生への医療面接OSCE（模擬患者（SP）さんとの医療面接）

7月 2回（頭痛、胸痛）
12月 2回（腹痛、めまい）（計 1年次 全員 4回 受験）



1年生への医療面接OSCE

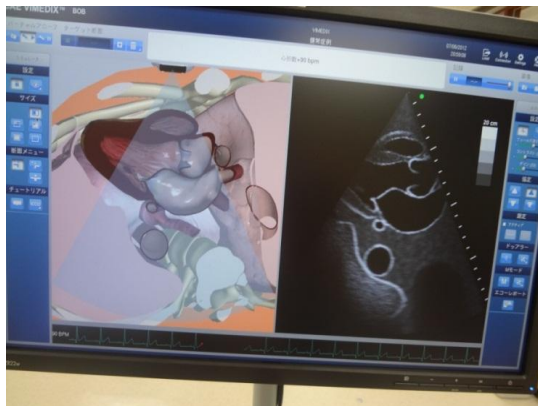
(模擬患者(SP)さんとの医療面接)
ービデオ振り返り グループ学習ー



1年生からのプライマリケア 心エコー 腹部エコー シュミレーション トレーニング開始 ー臨床から見た解剖ポイント:2年次の解剖学への連携ー



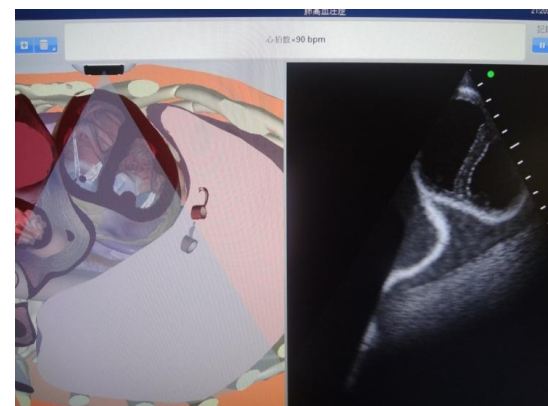
急性心筋梗塞



心タンポナーゼ



肺血栓塞栓:
右心負荷所見

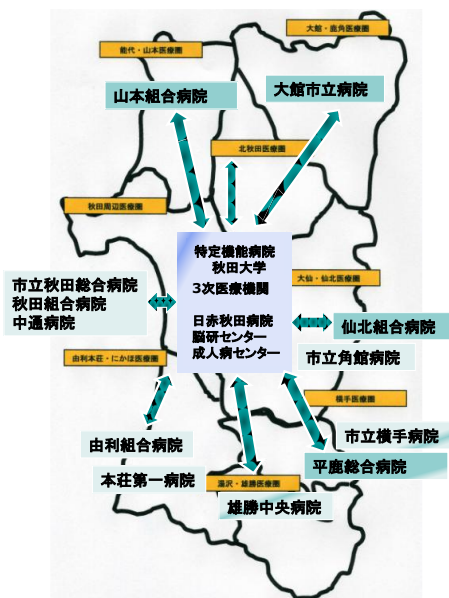


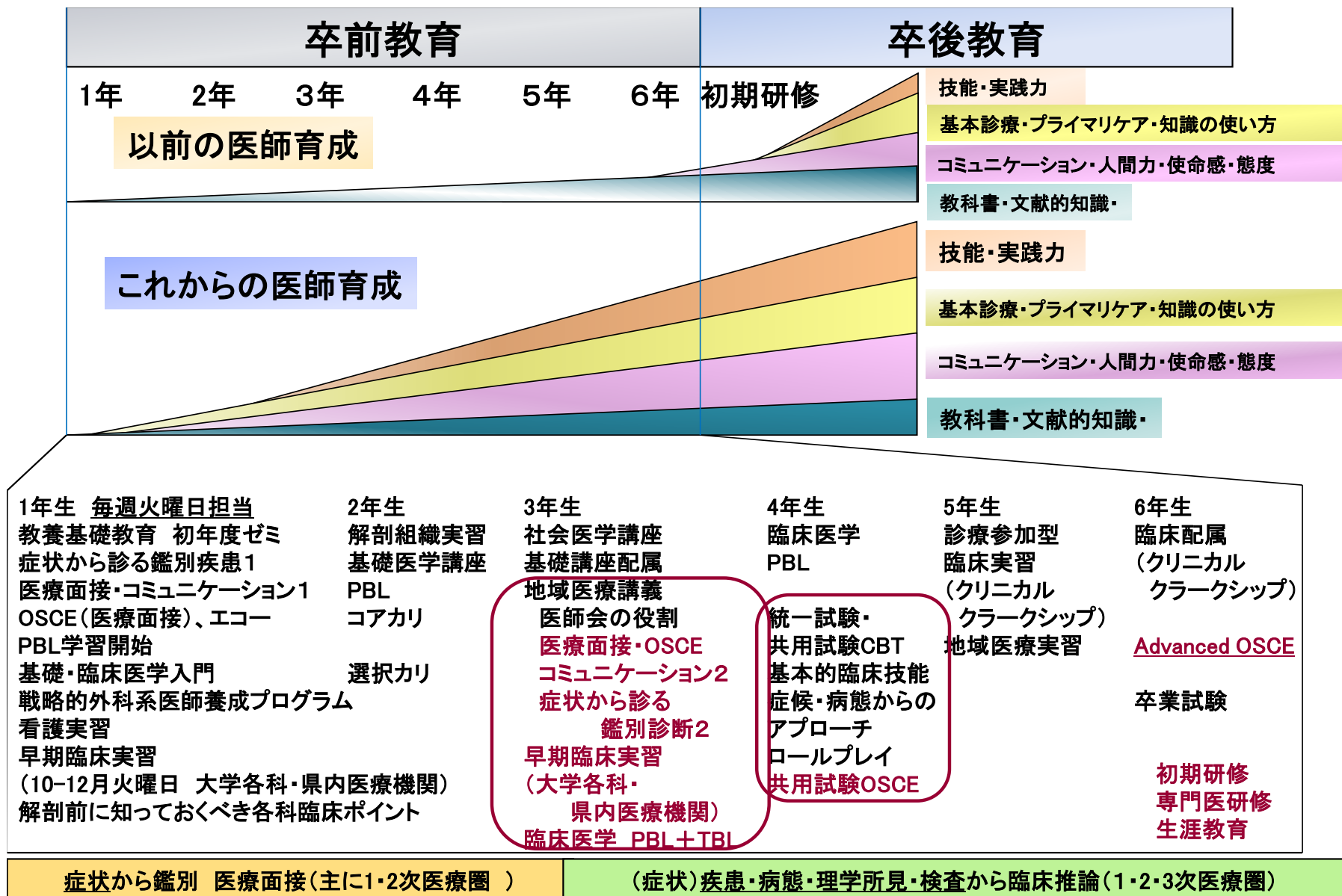
医学科1年生 早期臨床実習における学習目標

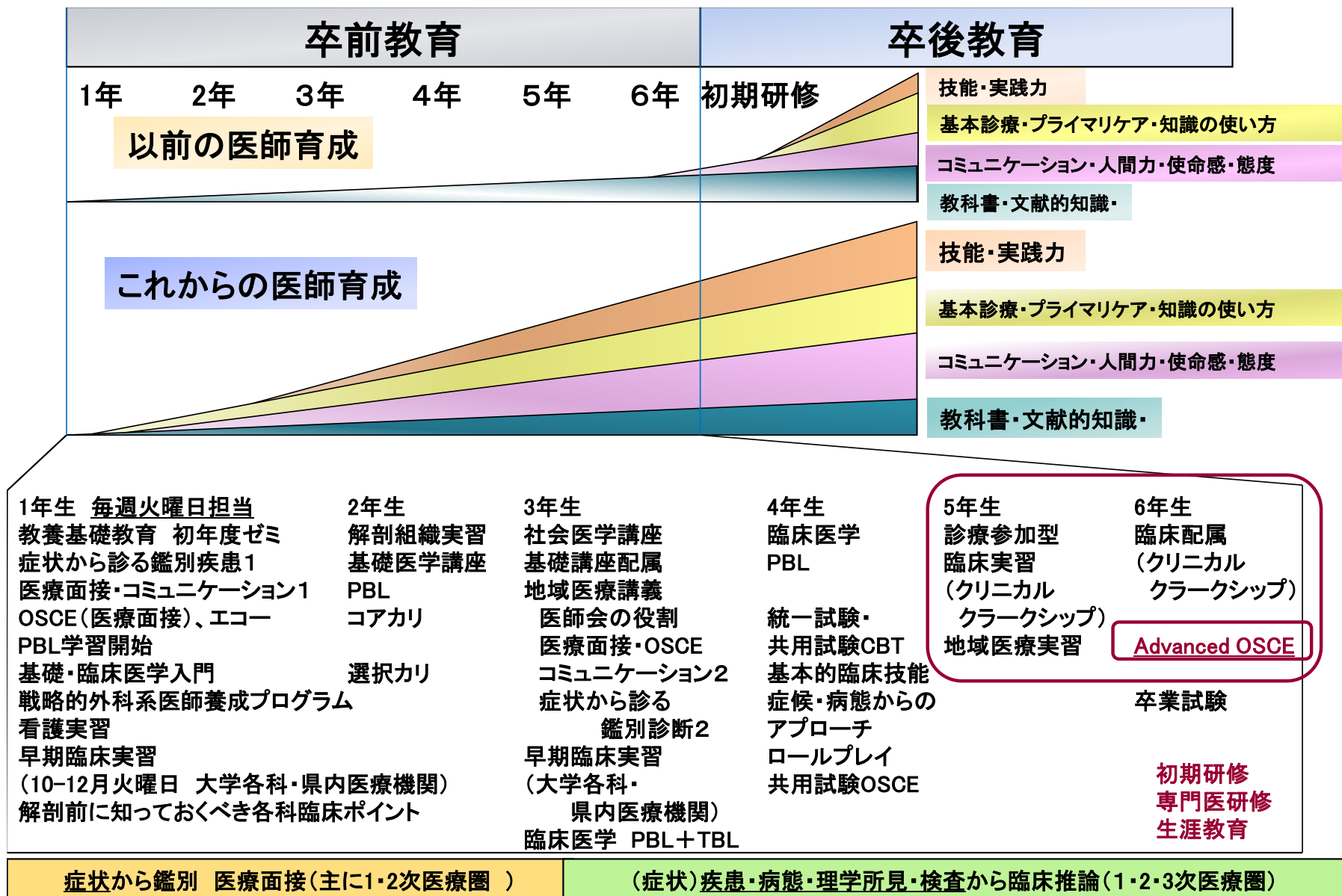
(10-12月火曜日 大学各科・県内医療機関)

【SBOs】

- 1) 医療現場で望まれる医師像について理解できる。
- 2) コミュニケーション力は医師の中心的臨床能力の一つであることを理解できる。
- 3) 医療従事者の任務とチーム医療の重要性を理解できる。
- 4) 何科にすすんでも大切な各科の基本診療・プライマリケアの重要性を理解できる。
- 5) 基礎医学・臨床医学知識の必要性和その応用力の重要性を理解できる。
- 6) これからの医療連携＝地域医療の重要性を理解できる。
- 7) 患者中心の医療のリーダーとしての、医師の役割・使命・人間力・プロフェッショナリズムの重要性を理解できる。







卒業試験Advanced OSCE (Objective Structured Clinical Examination) (6年生 7月)

1. 医療面接＋診察 3ステーション (神経・胸部・腹部:各10分)

医療面接 1ステーション (一般・精神:5分)

2. 各科の基本診療・プライマリケア課題12ブース(各5分) 全16ステーション

医療面接 神経



将来何科に進んでも大切な
各科の基本診療力・総合力確認

脳外科



小児科



整形外科



秋田大OSCEの総数

【医療面接】

1年生 4ステーション

【医療面接＋手技】

4年生 8ステーション

(機構)

6年生16ステーション

計 6年間で

28ステーション

耳鼻科

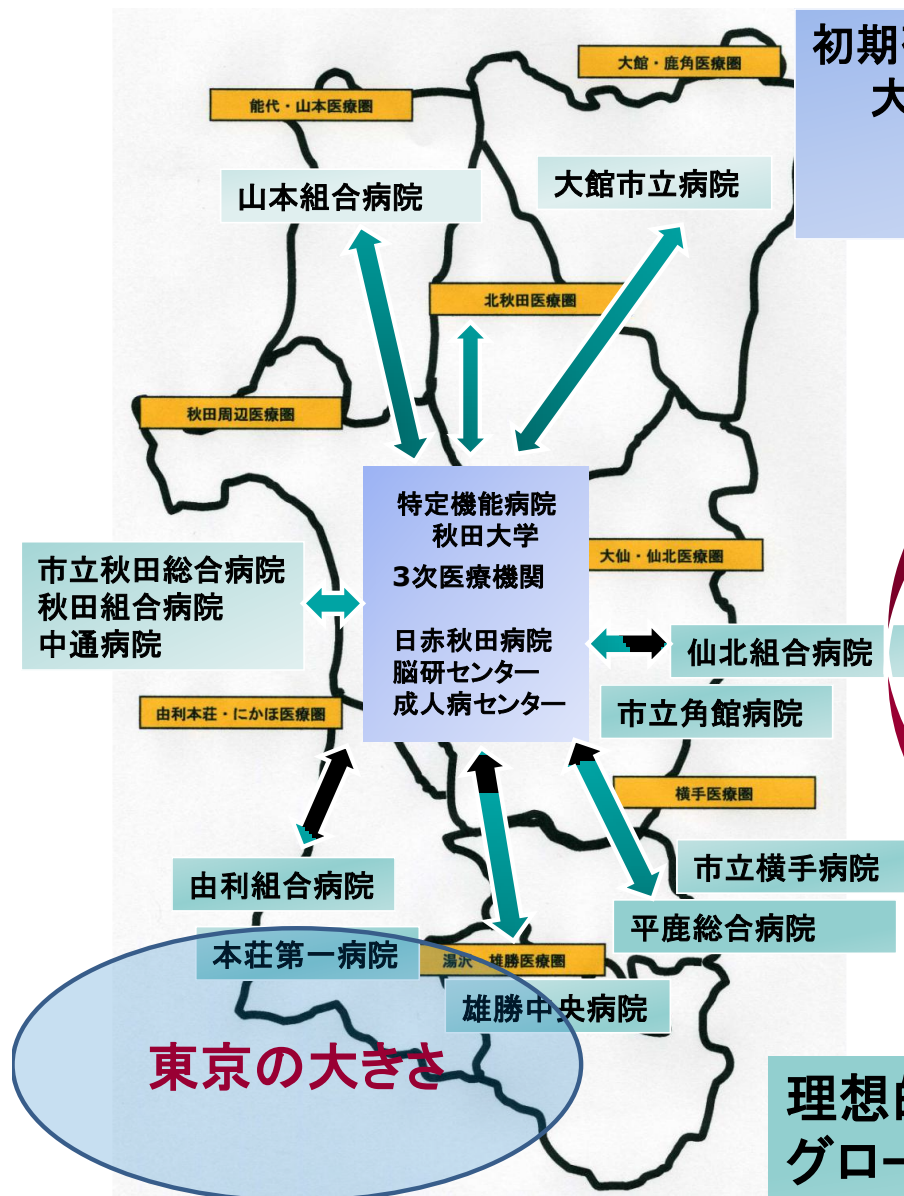


泌尿器科

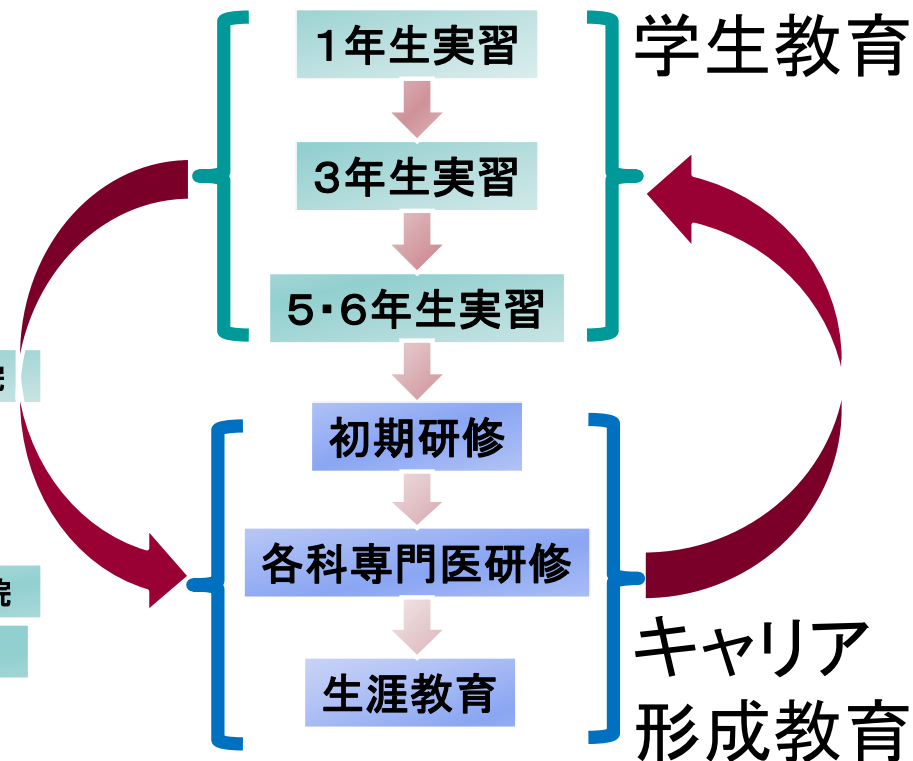


静脈注射





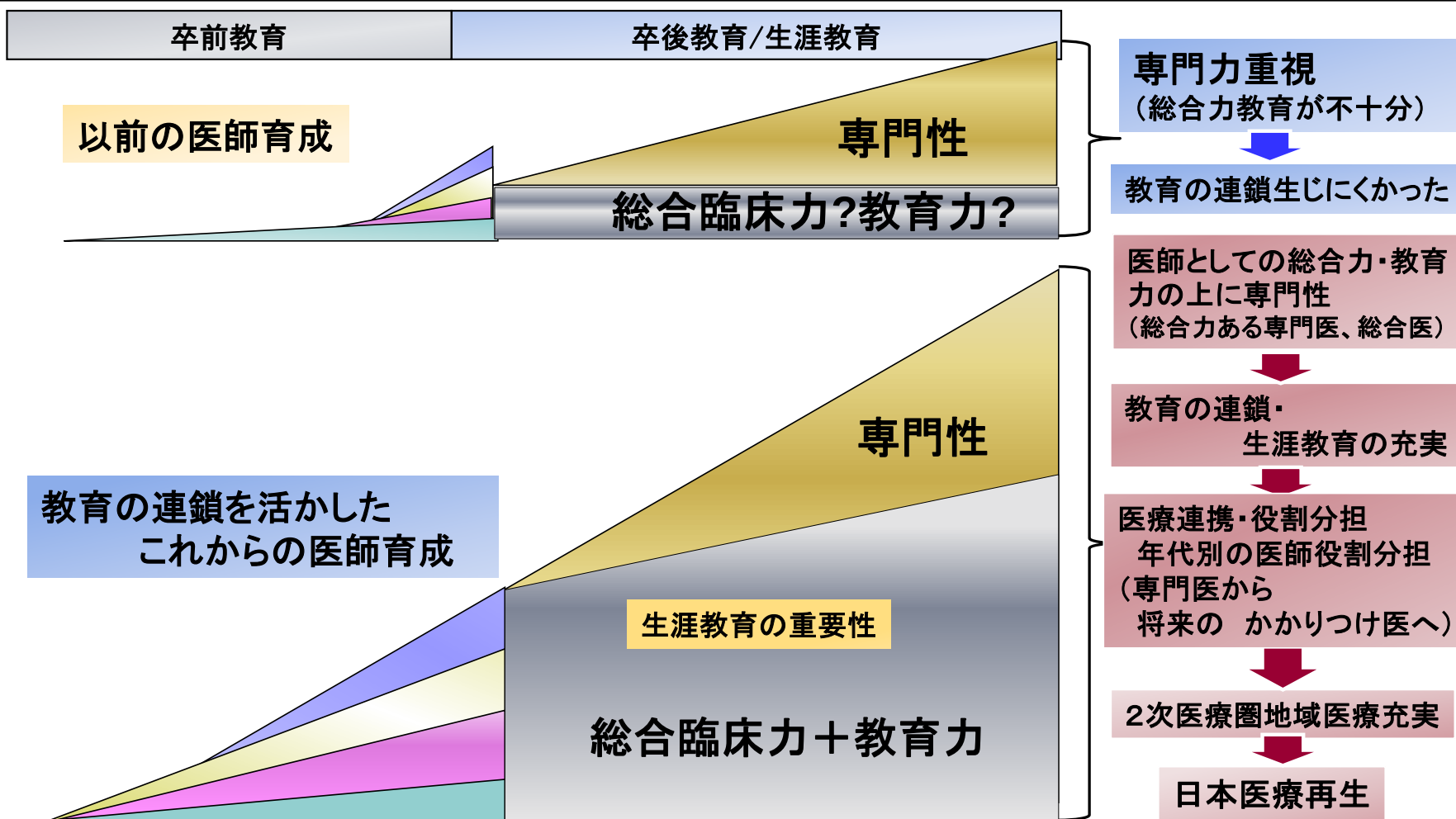
初期研修制度で生じた
大学各講座と県内医療機関との
『教育の連鎖』を活かした卒前・卒後
シームレスな医師育成体制構築



理想的医師育成と医学教育の
グローバル化(国際認証)に向けて有意義

『日本の国情・2次医療圏の実情』と

『初期研修制度で生じた教育の連鎖』を活かして
これからの理想的医師育成教育～専門医制度改革のシームレスな展開を考える



本日の論点からみた、これからの専門医制度について

－国土の多くを占める地方都市の視点からの考察－

1. 専門医制度の充実とともに、それぞれの専門分野の講義・実習教育内容について再考し、各科が協力して、学習者が将来、何科にすすんでも大切な医師として当然のその分野に関する総合力育成をより重視していく必要がある。
2. 現在の正確な専門医としての実労働数の把握は容易ではない。
3. 多くがダイレクトに専門医となってきた日本の経緯と教育体制の現状を考えると、総合医とともに総合力のある専門医を育成していくことが現実的であり、専門医制度改革を十分達成するには相当の時間が必要である。
4. 専門医制度改革は、多くの都道府県の難しい局面を好転させる可能性がある。この際、地方都市2次医療圏中核病院では、多くの専門医が不足しており、倍率のない初期研修マッチングのような状態が、各専門科分、何重にも重なってしまわないような国情を加味した専門医制度改革が望まれる。
5. 専門性が追及され続けてきた時代の中、各科横断的な総合診療、プライマリケアの推進とともに、地域医療の充実が理念となって進んできた総合医・家庭医（プライマリケア）領域は、むしろこれからの世界一高齢社会を先導する日本にとって必要な専門領域の一つと考えられる。人数等の関係もあり、今のところ教育システムが必ずしも十分ではないため、プライマリケアにかかわる多くの分野と協調して、それぞれの専門的観点から、ともに発展していくことが、国民全体の立場から見ても将来にわたって有意義と思われる。