

因と考えた。また、へき地出身の学生、またはへき地の実習をうけた学生がへき地医療を選択する可能性が高くなることがわかっていたので、へき地から学生を選抜して医学教育を行っている⁹⁾。

さらに、へき地医療に関心のある学生に報奨金が与えられる場合があり、このような学生を入学させる医大に対して助成金が支払われている。その他には、政府主導のへき地臨床をする大学の設立、という動きがあるが、ここでは、他の医療関連職種を希望する学生の教育も行う予定とのことであった。

また、へき地医療の教育、トレーニングの支援機関として、1996年ACRRM(Australian College of Rural and Remote Medicine)(<http://www.acrrm.org.au>)を設立し、今日に至っている。

卒後教育としては、継続教育の実例として、大学院における地域医療、地域ケア教育、ならびに、各種合同研究会による施設間のコミュニケーションと臨床検討、そして、FDやワークショップによるグループワークを通じた活動が知られており、地域医療現場における地道な活動が、卒後比較的浅い医師たちの、地域医療への継続教育となり、意識変革をすることにより今後のPCへの興味増進効果が期待できる。

引用文献

- 1) 石川雅彦、前沢政次：卒前医学教育におけるプライマリ・ケア実習．医学教育 2004,35：327～330.
- 2) S.ヴォーン、J.S.シューム、J.シグナム(井下 理監訳)：グループ・インタビューの技法．慶応義塾大学出版会、東京、1999,134-146
- 3) 石川雅彦、久保良彦、阿部昌彦・他：利尻島における甲状腺集団検診の検討．北外会誌 1989,34:23-27.
- 4) 松村 理司：卒前医学教育の場としての地域病院．医学教育 2003, 34: 153-157
- 5) 前沢政次、方波見康雄：プライマリ・ケアの機能評価—特に地域ケアの評価方法—．日本プライマリ・ケア学会誌 2002、25：42-54.
- 6) 白浜雅司：卒前医学教育の場としての診療所実習について．医学教育 2003, 34:159-163
- 7) Coleman K, Murray E: Patients' views and feeling on the community-based teaching of undergraduate medical students: a qualitative study. Family Practice 2002, 19:183-185
- 8) 的場恒孝、石竹達也、武谷 茂：人間性教育の一環としての開業医見学実習の5年間の評価．医学教育 1999,30:453-456
- 9) 「薬の知識」編集委員会編：動き出した医学教育改革、ライフサイエンス出版、東京、2001,P134-137

3. メディカルスクール構想と医師需給

はじめに

近年、モチベーションの高い医学生を数多く入学させたいとの立場から、米国の制度等を参考に、4年制大学卒業者を入学させるいわゆるメディカル・スクール構想が注目を浴びている。ここでは、このメディカルスクール構想がわが国の医師需給に与える影響について考察を試みた。

(1) わが国の医学生選抜方法

現在、我が国の医科大学（大学医学部を含む）は高校卒業者を受け入れることを基本としており、4年制大学（他学部）を卒業した後、医科大学や医学部に入学する学生やいったん社会人となってから入学する学生は比較的少ない。従って、大多数の医学生は高校在学中に将来の進路を決定しているが、18歳前後のこの時期に専門職としての医師または医学者の職能の実態、医師や医学者に要請される社会的役割や責任等について十分自覚的に認識することには困難が伴うのではないかとの指摘が以前からなされてきた。

また、上記の指摘と軌を一にする指摘として、高校在学中に、大学受験に直結する教科の成績が優れているという理由だけで医学部を志望し、または周囲が医学部進学を勧めることが少なくないとも言われている。そして、医学教育の現場において、学業成績は良好でも、医師になりたいとの動機が弱く、コミュニケーション能力に欠ける学生が毎年何人か在籍し、成績不振で教員を悩ませているのも事実である。そして、このようなコミュニケーション能力に欠ける学生が、将来、患者と接する臨床医となったとしても、本人も、このような医師と接することになる患者も共に満足感は得られないであろうことは想像に難くない。

(2) 北米の医学教育制度

一方、戦後、我が国の医療に大きな影響を与えてきた北米の医学教育制度では、高校（ハイスクール）を卒業した後、カレッジ（4年制大学）に進学し、所定の単位を履修して卒業し、医科大学進学のための共通試験を受験した後、医科大学（メディカルスクール）に進学するのが通例となっている。

北米方式のメディカルスクールの長所については、4年間の大学生活を経て、時には社会人としての経験も積んだ上で明確な目標を持った学生が選抜されて入学してくるので、医学生に意欲・積極性があり、密度の高いカリキュラムにも耐えて勉学に集中する、従って、結果として質の高い医師・医学者を生み出している、と理解されている。

(3) わが国の学士入学者の実態とメディカルスクール構想

彼我の社会規範や国民の意識、教育制度全般の違いを勘案する必要はあるものの、我が国においても、従来から、大学を卒業後、あるいは社会人を経験した後に医科大学に入学してくる学生は以前から若干名は存在し、特に二次試験で理系教科の比重が少ない医科大学では大学既卒者の入学が比較的多い傾向があった。

また、一部の医科大学では、以前から研究者養成を目標に、大学既卒者の編入制度を導入してきたが、近年、米国をはじめとする外国の事例を参考に、少しでも人間的に成熟し、目的意識の明確な医学生を受け入ることによって臨床医育成の視点からも教育効果を挙げべく、数%から10数%の学生を編入学生として2年次や3年次に受け入れる医科大学も増えつつある。このような近年の傾向を背景に、現在、大学既卒者を受け入れることを前提としたメディカルスクール構想がさまざまなレベルで検討されているところである。

(4) メディカルスクール構想と医師需給

以下、上記メディカルスクール構想が将来の医師需給に与える影響について、いくつかの論点を列挙する。

- ・ 医師として就業する年齢が少なくとも2年上昇するので、現行の医学校が入学定員を変更せずにメディカルスクールに移行した場合、医師の供給という点で若干の医師数減少要因となりうる。また、過渡期には全国の医科大学が一斉にメディカルスクールに移行し、且つ、同数の医学生を毎年卒業させるとすると、従来の6年制の最後の入学者を受け入れてから2年間待ってメディカルスクール（4年制）の入学者を受け入れることになり、受験生にとっては学年によって医学部の募集定員が大幅に変わるという不都合が生じる。
- ・ また、高校卒業後8年間、学生として本来は無収入の時期を過ごさせることについては何らかの対応策が必要であろう。そうでなければ、我が国の現状では、裕福な家庭の子弟しか医科大学に入学できない傾向が助長されかねず、医師の資質に影響を与えることが危惧される（ちなみに米国のメディカルスクールでは、多くの医学生が将来の医師としての収入を前提に多額の負債を抱えている、という実態もある）。
- ・ 一方、他学部での研鑽、社会人としての経験等により、臨床志向を明確にした医学生を入学させ、将来、地域医療の現場で臨床医として活動することを担保する方策を取れば、地域のニーズに対応できる医師を供給する新たな方策と位置づけることも可能である。特に臨床志向の学生を多く入学させれば、地域での研修を始め、地域の医療機関で臨床医として働くことが大いに期待される。

まとめ

以上、メディカルスクール制度導入に付随して予想される医師需給への影響について考察したが、特に4年制大学既卒者を募集するに当たっては、大学としての理念を明確に打ち出すことが、それぞれの大学病院が人で不足に陥らないための最善の方法であるといえよう。

- ・ そのためには；
 - (1) 入学者募集に際してメディカルスクールとしての理念・方針を明確に示すこと
 - (2) 在学中に地域医療に従事することを奨学金等の形で誘導する方策を用いることなどが考えられる。

- ・ 一方で、従来の大学既卒者の一部には、単に医師資格を取得し、医業に就くことのみを目的として医科大学に入学し、医師に求められる高い職業意識や探究心が十分でない場合があることも指摘されている。このような傾向が増幅されれば、供給される医師の資質に問題が生じないとも限らない。このような事態を防ぐにも、入学希望者の資質・意欲をうまく推し量ることが出来るよう、面接者としてのトレーニングが必要になってくると思われる。

4. 医師需給と地域医療システム ～医学教育のあり方について～

はじめに

我が国の医師需給の問題は、大学に所属する医師が医師不足に悩む地域医療機関に実体のない勤務をする、いわゆる「名義貸し」問題やその他様々の形で行われてきた所謂「大学医局」と地域医療機関との不適切な関係が社会問題としても取り上げられたことによって急速に多くの関係者の知るところとなった。また、多くの過疎地を抱える北海道や東北地方における深刻な医師不足の実態は医療関係者の間でも長年に亘って看過されてきた観があるが、とりわけ新医師臨床研修制度の実施に伴い、診療・教育スタッフの不足を懸念した一部の大学病院が、地域に「派遣」していた医師を大学に戻す動きを見せたことなどにより、地域医療の現場における医師不足の問題はますます多くの人々が注目するところとなっている。

医師需給問題に関しては、厚生労働省、文部科学省、総務省の3省による連絡協議の場がいち早く設けられる等、さまざまな対応策が検討されているが、ここでは、これまでに提出されてきたいくつかの論点を整理すると共に、整合性のある問題解決がなされるよう、我が国の医師需給問題の根本原因にも敢えて言及し、いくつかの意見表明を行いたい。

特に筆者は国立大学の附属病院総合診療部を主宰しつつ、日本総合診療医学会運営委員長、プライマリ・ケア教育連絡協議会（*）代表世話人として我が国のプライマリ・ケアの動向に当事者として関わってきた経緯から、今回の医師需給問題を、たんなる医師の適正配置問題として小手先の対応に終わらせず、我が国の医療環境にふさわしい地域医療提供システムを新たに構築する機会と捉えて積極的な制度改革に一步踏み出すべきであることを強調したい。

以下、これまでに表明されてきたいくつかの論点を、制度論と教育論に大別して列挙し、論点を整理したうえで、いくつかの提言を行いたい。

*プライマリ・ケア教育連絡協議会：我が国のプライマリ・ケア領域に深くコミットしている日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会の3学会の代表者が中心となって我が国のプライマリ・ケア教育のあり方について共通の立場で検討する連絡組織

医師需給をめぐるいくつかの論点

論点1：医師不足についての現状認識と地域医療の位置づけに関する論点

1. 地域医療現場での医師不足のみならず医師数の絶対的不足が問われている。
 2. 大学医局(医局講座制度)を中心とした医師供給体制では、地域の第一線医療を担う医療機関は周辺に位置付けられていた。
 3. 歴史的には地域の第一線医療機関で提供されてきた医療の質にはより多くの問題があった(医療水準)。
2. と 3. の悪循環。

論点2：制度論

論点2の1：医師不足の直接的解決策に関する論点

医師を地域医療に向かわせるためのインセンティブを検討する必要がある

都市域への医師供給の制限

技術的専門診療の過剰な普及を抑制

医師不足地域に勤務する医師、または医療機関へのインセンティブ

補助金、奨学金、特別手当、将来の昇進への条件とする、など

論点2の2：我が国地域医療全般の質向上を目指す論点

地域医療現場への医師供給のためには地域医療の質向上を目指すさまざまな方策が伴わなければならない。

医療界全体、特に医療行政の立場から地域医療の理念を明確にする必要がある

日本型地域医療システムの構築：

「かかりつけ医」、「家庭医療専門医」等の議論を整理して、大胆な制度設計を行う必要がある(日医・行政・内科学会・PC関係諸団体)

注記：地域(家庭)医療専門医制度(案)

初期研修(2年)の後、3年間の研修で認定

条件(診療所研修、予防医学、小児科、整形等の基本研修)を満たせば(*)、内科系研修の一環として研修することも可能

*条件を満たすには1年間余分の研修が必要か？

研修を修了すれば、「標榜」可とする

論点3：教育論

論点3の1：地域プライマリ・ケア教育の充実を目指す論点

地域医療重視の医学教育改革を通じて、医学生、若手医師の意識改革が必要

卒前教育：地域医療機関での実習

卒後研修：地域医療機関での研修

地域医療機関での医療実践に関連した学問領域を教育カリキュラムの中で重視

日常病の管理(Disease Management)

予防医学(含：学校/産業保健、健康増進)

医療の心理・社会的側面

論点3の2：地域医療を担う医師の役割と満足度に関する論点

疾病予防・健康増進における地域の現場で働く医師の役割は魅力的か？

1. 健康教育とライフスタイル改善
2. 日常病の疾病管理と療養指導
3. 疾患の早期治療と重症化の予防
4. 日常的傷病に対する応急対応
5. 重篤な疾患の早期発見と移送

論点1：医師不足についての現状認識と地域医療の位置づけに関する論点

1. 地域医療現場での医師不足のみならず医師数の絶対的不足が問われている。
 2. 大学医局(医局講座制度)を中心とした医師供給体制では、地域の第一線医療を担う医療機関は周辺に位置付けられていた。
 3. 歴史的には地域の第一線医療機関で提供されてきた医療の質にはより多くの問題があった(医療水準)。
2. と3. の悪循環。

現時点で焦眉の課題とされているのは、地方の中小都市や過疎地(いわゆるへき地)での医師不足である。しかし、このことをきっかけに、医師の絶対数についての問題意識も顕在化し、各国間の比較(OECD諸国間の統計データなど)によっても我が国は医師数の少ない国のひとつであることが明らかとなっている。医師の絶対数が不足しているとすれば、地域医療現場での医師不足の解消は到底望むべくもないことになり、適正な医師数については保健医療行政の根幹に関わる重要事項として早急に多角的な検討を必要とする。

現在、医師不足が特に深刻なのは地方の中小都市やその周辺の小規模病院であり、担当医師不在のため診療科を閉鎖せざるを得ないという事例は枚挙に暇がない。従来、このような病院は大学同窓会などの交友関係や特定の大学医局との「人脈」を通じた個別の人間関係を維持することによって医師の供給を確保してきた。医療の質が問われることの比較的少なかった時代には、とにかく医師を確保することが最優先し、それぞれの病院で提供される医療の内容(医療の質)は派遣された医師の個人的資質に大きく依存していた。

また、医師を「派遣」する側の大学医局にとって技術レベルの高い大規模病院と比較して派遣先としての優先順位が低いのもその医療観からすれば自然の成り行きであった。その結果、小規模病院で提供される医療は、技術レベル、安全管理いずれの面においても劣っていると一般通念が医療者側にも国民側にも広がっていった。

近年では、このことに加え「派遣」される立場にある大学の若手・中堅医師も、教授に絶対服従するという行動規範から急速に自由になりつつあり、医師個人にとって魅力的でない職場への医師派遣はますます困難になっている。

このような悪循環によって地方の中小病院は元々不利な立場に置かれていたのであるが、そこへ医療安全をはじめとする医療の質や医療の透明性が要求される医療変革の波が押し寄せ、医療管理体制や医療経営手法の面でも基準を満たすことができなければ退場を余儀なくされるという困難な状況に直面している。

このような地方の小規模病院の窮状について考えるとき、医療提供に当たって機能分化を促進させる方向で推進されてきたこれまでの医療行政のグランドデザインのなかで、小規模病院には積極的な役割が与えられてこなかったことについても考慮する必要がある。

技術集積性を問われる専門診療の領域では医療機関の機能分化は必然の流れであったが、

医療サービスの提供に当たって住民(患者)本位の総合性が求められる地域プライマリ・ケアなど総合診療の領域では、近隣の医療機関でプライマリ・ケアのみならず、一定レベルの二次医療も受けたいとする住民の現実的なニーズを一方向的に無視することはできない。従って、地域医療提供システムの制度化を推進しつつ、地域のニーズを客観的に評価した上で地域医療の拠点を積極的に構築・支援してゆくきめの細かい医療政策が求められる。

一方、地域医療の近未来像としては、生活医療圏を基本単位とする疾病ごとの疾患管理(ディジーズ・マネジメント)システムの整備が構想されているが、地域医療の拠点を有機的に整備すると共に、ITを活用して、住民が安心して利用できる地域医療の連携ネットワーク作りを優先すべきであろう。

付記：

必要医師数に関する議論に関連して、地域医療現場で医師が果たしている役割のかなりの部分は生活習慣病についての療養指導(生活指導)および脳血管障害、虚血性心疾患、糖尿病の合併症、がんなどの重篤な疾患に関連するリスク要因の軽減を目的とした予防的管理であり、このような医師の役割のかなりの部分が、米国で行われているように、ナース・プラクティショナー(直訳すれば開業看護師)や保健師に移譲可能ではないかとの議論がある。但し、我が国ではこの領域の議論は著しく立ち遅れており、一般住民側からも医師の役割への期待(依存)も強いので、当面は医師が地域医療の現場で上記の役割を果たすことを前提に議論を進めるべきであろう。

論点2の1：医師不足の直接的解決策に関する論点

医師を地域医療に向かわせるためのインセンティブを検討する必要がある

都市域への医師供給の制限

技術的専門診療の過剰な普及を抑制

医師不足地域に勤務する医師、または医療機関へのインセンティブ

補助金、奨学金、特別手当、将来の昇進への条件とする、など

地域医療現場の医師不足に対する解決策として、様々なインセンティブが検討・提言され、或いは実行に移されている。

最も明解なのは医師過剰の都市域における新たな保険医登録の制限であろうが、保険医登録枠を設定することにはさまざまな問題が伴う。もし、実施するとすれば英国のG P制度のように一般開業医(G P)がゲートキーパーとして地域ごとに登録患者を受け持つ制度が視野に入ってくるが、このような方向での医療制度改革にコンセンサスが得られるか否か疑問も多い。

一方、自治医科大学卒業生に対するへき地勤務を含む9年間の義務年限の設定、いくつかの医科大学で試みられている入学試験に際しての「地域枠」の設定やいくつかの県が試みている奨学金付の臨床研修枠の設定など、さまざまなインセンティブが実施に移され、一定の成果を挙げている。

しかし、これらの個別の対策も、地域医療を担うことになる医師一人ひとりが地域医療の意義を理解し、明確な動機付けを持たない限り、その効果は部分的なものとならざるを得ない。個別のインセンティブは、それ自体としてはあくまでも補助的な意義しかもち得ないと考えられる。

論点2の2：我が国地域医療全般の質向上を目指す論点

地域医療現場への医師供給のためには地域医療の質向上を目指すさまざまな方策が伴わなければならない。

医療界全体、特に医療行政の立場から地域医療の理念を明確にする必要がある

日本型地域医療システムの構築：

「かかりつけ医」、「家庭医療専門医」等の議論を整理して、大胆な制度設計を行う必要がある（日医・行政・内科学会・PC 関係諸団体）

地域医療現場での医師不足問題への本質的な解答は、教育論的観点からは、地域医療の実践モデルを示しつつ、不断にその質の向上を図ることを通じて、その理念と現実の姿を若手医師・医学生にわかりやすく示しつつ、たんに「地域医療の必要性」や「地域医療の意義」について理解させるだけでなく、彼ら自身が、その担い手となることを自らのキャリア・プランの中に位置づけるに至るだけの強い動機付けをもたらすことであろう。

そのことの前提として、地域医療の担い手が地域医療の現場で果たすべき役割について制度的に明瞭な枠組みを提供する必要がある。“臓器”や“手技”の特殊性によって定義される従来の専門診療科とは異なり、診療の“場”によって規定される地域医療には過度の多様性が付きまとい、プライマリ・ケアや地域医療、更には総合診療、家庭医療等を目指す医学生や若い医師に不必要な戸惑いを与えてきた。彼らの地域医療や総合診療についての理解は今なお総論的段階に留まり、結局のところ、従来の技術志向の医師モデルに従って専門診療領域の診療科を選択する者が多いのが現状である。

地域医療ないしはプライマリ・ケア領域は、上述のごとく固有の医療技術で定義されるのではなく、医療提供の「制度」としての側面を持っている。従って、その提供体制を明確にするに当たっては、単に専門の学会が固有の論理に則って制度設計するのではなく、行政も含めた多様な関連諸団体(ステークホルダー)の間での合意形成が必要である。

地域医療の現場では、現在、日本医師会が近年提唱してきた「かかりつけ医」という表現が一定の「わかりやすさ」と「あいまいさ」を伴って比較的広く人口に膾炙している。また、昨年発足した新医師臨床研修制度での2年間の初期研修も地域医療の担い手養成に資するものと解釈されている。また、我が国では伝統的に「内科学」の修練を積んだ医師の多くが地域医療の現場でプライマリ・ケア医として第一線で活躍している。これらの諸条件を考慮して、地域医療の担い手の資格認定を明確にすることが地域医療を担う医師像を明確にする上でも必要である。また、このことは同時に我が国独自の医療提供システムの基本的骨格部分を策定することにもなるので行政の主導的なかわりも期待されることである。

注記：地域(家庭)医療専門医制度(案)

初期研修(2年)の後、3年間の研修で認定

条件(診療所研修、予防医学、小児科、整形等の基本研修)を満たせば(＊)、内科系研修の一環として研修することも可能

＊条件を満たすには1年間余分の研修が必要か？

研修を修了すれば、「標榜」可とする

家庭医療専門医制の創設について：

現在、日本プライマリ・ケア学会と日本家庭医療学会が先導して新たなプライマリ・ケア領域の専門医制度を立ち上げる準備が進んでいる。但しここで検討されている専門医制度は日本医師会主導の「かかりつけ医」とその性格が大いに異なり、両者間の整合を図ることは現時点では困難であると思われる。

日本プライマリ・ケア学会は従来から同学会独自のプライマリ・ケア専門医制度を公表しているが、今回、標榜可能な専門医制への移行と、この領域で世界標準とされている家庭医療(Family Medicine) 専門医という名称を導入することを念頭に、独立した専門医認定機構を立ち上げる計画について両学会の協議が続いている。日本総合診療医学会もこれに参加する意向を表明しているが、大学病院や研修病院の総合診療部の役割は家庭医療領域に留まらないため独自のアプローチを模索中である。

私見では、現在検討中の家庭医療専門医制は家庭医療領域の指導的立場に立つ指導医を念頭に置いた資格と位置づけ、現実には地域医療の第一線に立っている多くのプライマリ・ケア医の資格は、卒直後から数えて全体で3年(ないしは4年)の研修で取得できることとするのが現実的かと思われる。

付記1：総合診療と内科専門医制度

総合診療領域の専門医資格としては上記の家庭医療専門医と並行して内科専門医資格認定を目指す内科専門医コースを設け、研修医には両者のうちどちらかを目指すよう指導するのが適切ではないかと考えている。いずれにしても後期研修の内容としては、外来診療重視(家庭医療専門医)か入院診療重視(内科専門医)の違いはあっても基本部分に大きな違いはないと考えている。また、入院診療重視の内科専門医資格は米国で最近急速に発展しつつある「ホスピタリスト」の定義にかなり近い。

付記2：総合診療指導医について：

また、標榜とは別に、上記のどちらかの専門医資格取得後、臨床疫学(EBM)、医学教育、医療マネジメント等の領域での1年間の追加研修を修了した場合に「総合診療指導医」という称号を付与する案も日本総合診療医学会内部で検討中である。

論点3の1：地域プライマリ・ケア教育の充実を目指す論点

地域医療重視の医学教育改革を通じて、医学生、若手医師の意識改革が必要

卒前教育：地域医療機関での実習

卒後研修：地域医療機関での研修

地域医療機関での医療実践に関連した学問領域を教育カリキュラムの中で重視

日常病の管理(Disease Management)

予防医学(含：学校/産業保健、健康増進)

医療の心理・社会的側面

地域医療現場での医師不足への本質的解答は、地域医療重視の医学教育改革を通じて、医学生、若手医師の意識改革を図ることに尽きる。

卒前教育に関しては臨床重視の医学教育改革の中で地域医療機関での実習時間が大幅に増えるなどの改善が見られている。但し、患者や患者家族との対話を通じての療養指導や健康教育、コメディカルスタッフとの連携などのマネジメント的業務が多いことだけを見て、大学病院での高度先進医療中心の医療との落差に戸惑いを覚えるだけの学生が一部にいても事実であり、単に現場を体験させるだけでは動機付けとしても不十分である。

これに関して、最近、NEJMに掲載された米国プライマリ・ケア教育の現状についての論考がそのいくつかの批判的論点も含めて示唆に富む。その要点は、近年、家庭医療を目指す若い医師が減少傾向にあることを数値で示したうえで、プライマリ・ケア領域での不十分な予防活動が疾患の発症に結びつく事例を見たり、プライマリ・ケア領域の抱える様々の問題の大きさに圧倒されて、せっきくプライマリ・ケアを知る機会を持った医学生が必ずしもプライマリ・ケア医を目指さないのではないかと指摘にある(資料別掲)。

卒後研修に関しては、臨床研修の必修化に伴い、本年4月から研修医が地域医療機関や保健所等での地域保健・地域医療の短期研修を開始している。ここでも受け入れ機関の熱意が研修医の満足度に如実に反映しているが、ローテート期間が短く(*)、必ずしも十分ではない。

実習の機会は確かに増えたが、より本質的には医科大学の教育カリキュラムの中で、地域医療機関での医療実践に関連した学問領域を、より一層洗練された形で医学生に提示する必要がある。たとえば、①日常病の管理(Disease Management)、②予防医学(含：学校/産業保健、健康増進)、③医療の心理・社会的側面、などの課題に割かれている時間は全体のバランスから言ってあまりにも少なく、また、教科の内容が、医学生にとって興味の湧く内容とはなっていないことが挙げられる。

医学生の中に医療の管理的側面への関心が育ちにくいことの原因はいくつかある。

その最大のものは、次項で取り上げる地域医療の担い手にとっての満足度にも関連するが、

ヒポクラテスの誓いが職人組合の職業倫理の色彩を強く帯びていることからわかるように、ギルド的性格を持つ医師の世界を律している価値観が、基本的に、「手に技を持つ」職人集団のそれに近いことに由来する。患者の示す様々の症状から患者の問題点を見抜き、侵襲的な処置を先輩の手ほどきを受けながら習得してゆくさまは、詳細な文化人類学的観察によってもまさにアルチザン（Artisan：職人）の世界とみなされている。

また、古くから力説されている医師の呪術師としての側面に加え、近代の生命科学の進歩は、科学者としての医師像を付加したが、近年医療の現場でその重要性がとくに指摘されている医療のマネジメントとしての側面や、医師のカウンセラーとしての役割についてはまだ十分にこれからの時代の医師像や医学教育の中に根付いているとはいえない。

患者の安全をはじめとする医療の質改善のためのシステムアプローチやコンピテンシー概念に基づく医療人教育の重要性、上述の、

- ①日常病の疾患管理(Disease Management)の方法論、
- ②予防医学(含：学校/産業保健、健康増進)、
- ③医療の心理・社会的側面へのアプローチ

が、患者の福利・健康に不可欠であることを医学生に実感を持って伝えるには、現在の医学教育カリキュラムは応用生物科学の知識伝達に偏りすぎているというべきであろう。

地域医療の人材不足を解決するには長期的には医学教育カリキュラムの改編を通じた新しい医療観の定着が欠かせないが、これらの新しい領域は、いまだ教科としてカリキュラムの中に定着しているとはいいがたく、また、その内容を医学生に伝えるための工夫もいまだ未熟であるといわざるを得ない。

(*) 厚生労働省の例示では、1～3ヶ月の期間を地域保健・地域医療の研修に充てる、となっているが、2年目で履修すべき診療科が、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・地域医療と多く、これに全て3ヶ月を配分すると選択コースを設定する余地がなくなるため、地域保健・地域医療のローテーションが2ヶ月以内となっている研修プログラムが多い。また、地域診療所などの医療機関での研修よりも保健所での研修を主体としているプログラムも多く、地域医療の現場をじっくり体験するには不十分である。

論点3の2：地域医療を担う医師の役割と満足度に関する論点

疾病予防・健康増進における地域の現場で働く医師の役割は魅力的か？

1. 健康教育とライフスタイル改善
2. 日常病の疾病管理と療養指導
3. 疾患の早期治療と重症化の予防
4. 日常的傷病に対する応急対応
5. 重篤な疾患の早期発見と移送

前項とも関連するが、当面の対策として地域医療の現場で働く医師の満足度および満足感の由来についての実態調査を行い、身近なことからでも、地域医療をより魅力的なものにする工夫が必要である。当面実施可能な方策を2, 3列挙する。

その1：地域医療の担い手の孤立を防ぐこと

地域医療の現場から聞こえてくる声のひとつに、一時的であっても地域から離れ辛いことがある。特にへき地の小規模医療機関では勤務する医師は1名のことが多く、住民は医師が地域に常駐していることに安心感を覚えるので、私生活との境目がわかりにくくなり易く、生涯教育につながる学会出張等もままならない。これらの事実は一見些細なことのように見えて地域で働く医師には時に大きな圧迫感として作用することがある。

このような状況を改善し、地域医療を魅力的にするための方策として直ちに実行できることのひとつに、必要に応じて、交替の医師(代医)を確保できる体制を確立することがある。これは本格的な制度改革以前にでも実施可能な対策である。

その2：地域医療の担い手が教育者としての役割も担えるよう配慮すること

上述の「代医」の問題が解決すれば、有能な地域医療の担い手がさまざまな形で卒前・卒後の医学教育にかかわることが出来、地域医療教育の裾野が広がる。これと関連して地域の第一線で臨床教育にかかわることのできる医師を「臨床教授」等の称号付与も含めて教育カリキュラムの中でも積極的に位置づける工夫も必要である。

その3：地域医療の現場でエビデンスに基づく予防医学を実践できること

地域医療の現場では、住民のライフスタイル改善などの健康教育、疾患の早期発見のための検診業務、日常病の疾病管理と療養指導など、予防医学的アプローチの占める割合が大きいが、このようなときに地域の疫学情報がリアルタイムに入手出来、且つ各地のデータへのアクセスが可能であれば、エビデンスに基づく地域医療が実践でき、担当医の満足度も向上する。このような情報ネットワークの充実も重要な課題のひとつである。

5. プライマリ・ケア

はじめに

近年日本においても、プライマリ・ケアについての議論が盛んになりつつある。医学教育にも深く関わる大学病院総合診療部の活動、ナラティブ(とりわけ患者の語り)へ関心の高まりなどからは、専門的知識とその行使にとどまらない、医療のあり方が模索されている現状が見て取れる。それは「患者中心の医療」という考え方に集約されるかもしれない。

しかしその一方で、「患者中心の医療」自体、医療者特有のものの見方を前提としている側面もあり、生活者の感覚とは微妙にずれがある。とりわけ生活の現場に近いプライマリ・ケアや在宅ケアにおいては、より生活の現場に即した別のモデルを導入する必要があると考える。本稿は、生活者の視点からプライマリ・ケアの位置づけを確認し、日本における今後のプライマリ・ケアのあり方を検討する上での一つのモデルを提案することを目的とする。

(1) 患者中心の医療

生活の現場において、誰かが病気になった自分自身や家族のことを、「患者」という言葉・概念で認識することはほとんどない。「一病患者の会」といった特殊なケースを除くと、病者は、医療者と向き合っているときのみ患者となる。つまり「患者」という用語は、医療従事者および医療関連問題を議論する人たちにとっての専門用語の一つとも言える。

西洋近代医療の特徴の一つに、普遍的・標準的なモデルおよび知識に基づきつつ、臨床場面では個人に対してアプローチするという点が挙げられる。それは科学的研究(生物学、疫学)と症例(個別性、心理・背景因子も含む)という二つの語り口を使い分ける点にも認められる。すなわちいったん普遍・標準化・匿名化した後に、個別性を見いだす。あるいは普遍と個別を行き来する。そのようなモードの切り替えの軸となるのが「患者」というカテゴリーである。対象を「患者」として捉えるモードおよびその切り替え技術を身につける過程こそが医学教育と言えるかもしれない。

「患者中心の医療」も、医療の対象となった個人に焦点をあてる点で、基本的にはこのモデルの中に位置づけられる。患者個人の心理面やインフォームド・コンセントに象徴されるコミュニケーション面への対応が強調される一方で、生活者であり社会的存在である病者やその家族についての理解は乏しい現状がある。そこで患者である以前に生活者がどのように病いをとらえ、判断し、行動しているかについて、手短かに整理してみよう。

(2) 生活者にとっての病い

1) サファリング

生活者のヘルス・ケアに関わる行動の直接的な動機は、病気ではなくサファリング(人がつらい、

苦しいと感じている主観的状态・プロセス)である。同じ症状であっても、つらいと感じるか否かで行動するかどうか、どのような行動をするかは大きく違ってくる。病気に関わるサファリングは、心身の苦痛のみならず、生活、人生、人間関係との関連におけるつらさをも意味する。また「家内がうるさく言うから来た」という具合に、当人にサファリングが生じていなくても、周囲の誰かによって対処行動が展開するという社会的側面にも注意が必要である。

2) 病いは LIFE との関係で捉えられ、生活の言語で説明・了解される

生活者のリアリティにおいて、病いはサファリングを軸に、Life(命、生活、人生)、さらには人間関係や環境との関連で意味づけられ定義され、その際には、生活の言語を用いられる。それはたとえば、仕事を休まなければならない状態、兄弟を別に寝かせた方がいい状態、晩ご飯はおかゆの状態、ファンヒーターからオイルヒーターに変えた方がいい状態、遺言状を書いた方がいい状態などである。こうした生活者の「病いの語り」は、自問自答、家族や知人とのやりとり、世間話といったプロセスを通して言葉化されるし、明確には言語化されない場合も多い。もちろん医学的な用語も生活者は用いる(とりわけ慢性病者やその家族)が、それらは life との関連で意味が見いだせるものについてのみ再配置され生活の言語の一部となっていく。ゆえにコンプライアンス、行動変容、障害受容といった医療者の期待がうまく作用しない場合も出てくるのである。

(3) 翻訳と交渉

さて医療者の顧客となったときに、病者は患者となる。臨床において医療者が対象を患者と扱うことに対して、病者も患者としてのモードでこれに応える。しかしその一方で、患者やその家族は、医療者から得られる情報を、常に生活の言語に置き換えようとつとめる。患者やその家族が聞きたいのは医学的な丁寧な説明以上に、病状や治療が、当人たちの生活や人生にどのような影響を及ぼすかということである。また医療者とのやりとりで組み立てられた病いの語りは、生活の現場に持ち帰って、生活者同士のやりとりの中で吟味され修正される。逆に医療者も、クライアントの生活や人生と不可分に結びついた情報から、医学的な情報を選択・抽出しようとする。つまり臨床は医療専門職のリアリティと生活者のリアリティが出会う、交渉と翻訳の場なのである(図1)。

(4) 生活者中心のヘルス・ケアにおけるプライマリ・ケアの位置づけ

ここで注意を要するのは、救急、入院、診療所、在宅などの医療のタイプによって生活の現場との距離が異なるという点である。患者は救急や入院の場合、専門職のアプローチに身をまかせるのに対して、より生活の現場に近いプライマリ・ケアや在宅ケアについては、生活者のリアリティの方に足場をおいて判断や評価を行っているとは推察されるのである(図2)。つまり病院の専門医は、患者の心理的サポートやコミュニケーション上の配慮のレベルで上手く対応できれば、それなりに評価されるのに対して、プライマリ・ケア医は、医学の言語と生活の言語の双方向の翻訳スキルが求められるのである。言い換えれば、専門医に求められるのが「患者中心の医療」であるならば、プライマリ・ケア医に求められているのは、「生活者中心のヘルス・ケア」なのである。

図1:臨床における交渉と翻訳

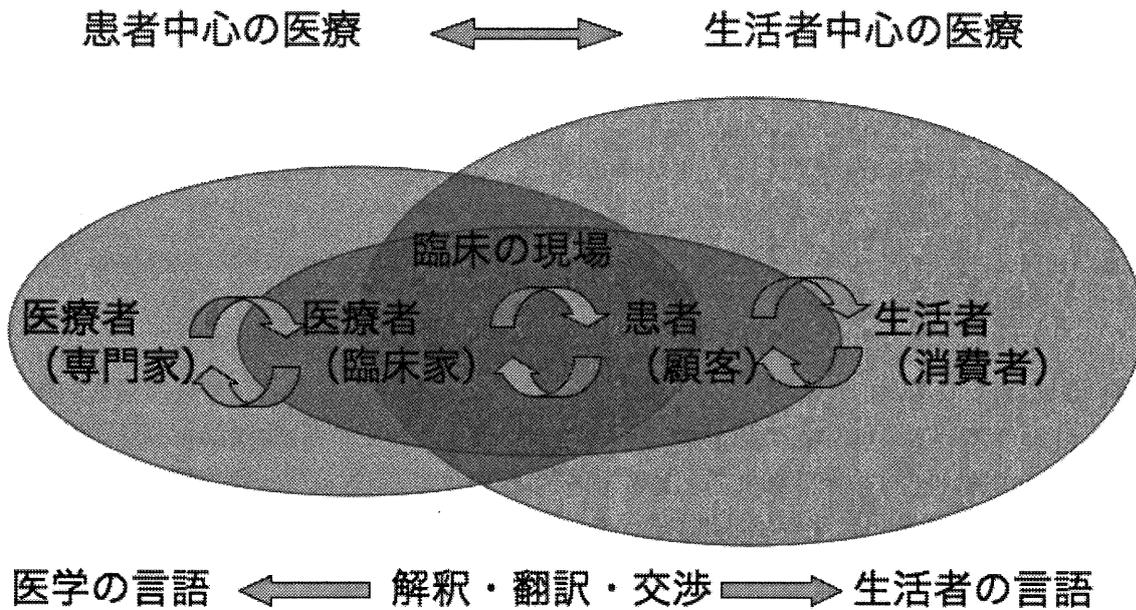
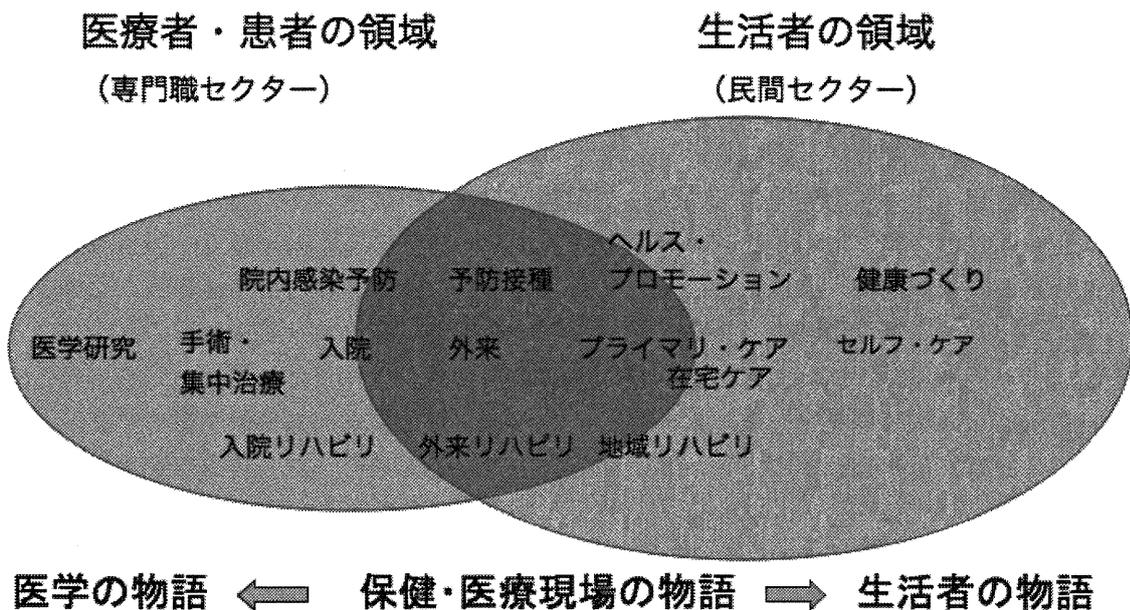


図2:医療専門職、患者、生活者をめぐる多様な現場



(5) プライマリ・ケアの再編に向けて

1) 生活者の立場からプライマリ・ケアを再定義する

これまで述べたことを念頭に、ここで改めて生活者の視点からプライマリ・ケアを定義すると、以下ようになる。プライマリ・ケアとは、生活者が生活の現場において、病気や健康にかかわる自分たちの生活、人生、社会関係のあり方を確認、維持、再編する上で、医療専門職による初期的

もしくは継続的な医療サービスを通して、必要な情報を手に入れる地域の拠点である。また医療との接点を保持するための窓口であり、これに対しては必要に応じて専門的治療への橋渡しが期待される。つまり一言でいうならば、「生活者中心のヘルス・ケアの拠点」こそがプライマリ・ケアであるべきなのである。

さて生活者の立場からのこのプライマリ・ケアへのニーズに医療がこれまで以上に応えるとするならば、医療専門領域と生活世界との仲介・翻訳者としての「かかりつけ医」の位置づけ、そして病気・健康に関わるライフスタイルのアドバイザー、コーディネーターとしての役割をより鮮明化し、地域の社会システムの中に組み込みなおす必要があるかもしれない。またそのためのプライマリ・ケア医の特別な研修制度も求められると考えられる

2) まちづくりとプライマリ・ケア

今後日本のプライマリ・ケアを再編するならば、地域社会において保健(健康日本 21)、地域リハビリ、高齢者福祉などの領域の変革と連動しながら計画策定・実施していく必要があるだろう。これらの各分野は現状では別個に計画が進められているが、地域社会における「ネットワークづくり」「まちづくり」という共通の到達点に向かいうる。そしてプライマリ・ケアの進むべき道は、その一部としての位置づけを見いだしていくことである。なぜならば、生活者にとって、保健、医療、福祉は、ライフスタイルの維持、再編、創造という意味においては、同じ地平に存在するテーマだからである。とすれば、プライマリ・ケアには、利用者が医療にとどまらない行政・保健・福祉その他、地域社会のさまざまな社会資源(人脈・制度・情報)と結びついていく窓口あるいは拠点となることも求められるかもしれない。

6. Skill Mix (スキルミックス)

(1) Skill Mix (スキルミックス) とは

Skill Mix (以下：スキルミックス) とは、一般に、専門領域に属する職員の役割分担や活動内容を混合させることを意味する。保健医療の分野におけるスキルミックスとは、複数の異なる医療従事者間の役割や、ケア内容・技能 (スキル) を混合 (ミックス) させることで、医療提供の効率化を図る方法のことを指す。

(2) スキルミックスの背景

保健医療分野でスキルミックスという場合、すぐに考えつく関係は、医師と看護師の役割の代替性や分担である。諸外国では Advanced Practice Nurse、Specialist Nurses、Nurse Practitioners といった従来の役割より進んだ職務内容をこなす看護師、Physician Assistant のような専門職種があり、彼らの役割と一般医などとの役割の重なり等から スキルミックスの検討が始められるようになった。

OECD は従来の役割から進んだ看護師の役割として、処方箋を書くことができる各国の看護師の有無を比較した¹⁾。この調査によると、処方可能な医薬品に制限を付けて看護師に処方権限を認めているのが、英国とスウェーデンである。処方の権限を認めるものの、州によって状況が異なるのが豪州、加国、米国であった。アイルランドでは現在処方箋を書く権限を持つ看護師についてパイロット研究が行われている。いずれの国でも共通しているのは、処方箋を書けるのは全ての看護師ではないことである。処方箋を書く権限があるのは、高等研修を受けた看護師に限られており、一般の看護師は禁じられている。

このように、従来の役割から進んだ看護師らの存在によって、同じ技能を持った医師より低い賃金で働く代替的医療従事者へのスキルミックスが医療費抑制のため、また患者満足のために考え出された。現在では、各国で問題になっている看護師不足も議論に拍車をかけている。

スキルミックス導入が考えられた各国の動機について、Buchan らは7つの主要動機を指摘している²⁾。7つの動機とは、スキル (技能) 不足、コスト抑制、質の向上、技術革新・新医療技術の導入、新しい保健プログラムの導入、医療分野の改革 (ヘルスセクターリフォーム)、法律や規制の変化、である。表1にその詳細を記す。