

総合診療部と救急部

伴 信太郎

名古屋大学医学部附属病院総合診療部

今回は総合診療部と救急部のあり方について考えてみたい、というのも、総合診療部門と救急部門を一体化して運営するのが効率的かつ効果的であるかのような誤った考え方を散見するようになったからである。

救急外来では多くが1次または2次レベルの患者である(とくに小児にこの傾向が著しい)。そのために、そこにマネージング・ドクターとして救急専門医がいてくれさえすれば、救急専門医でなくとも、普通の内科医、小児科医でも十分救急外来で診療できる(もともと、多くの救急外来では、この救急専門のマネージング・ドクターなしに運営されているのだが)。総合診療専門医(ここでは、家庭医と病院総合医を含める。以下、総合診療医と略記)も、救急専門医と協力して救急外来の重要なマンパワーとして活動できる。

しかし、そのことと総合診療部門と救急部門の一体化運営とを一緒にしてはいけない(ここでは大学ないし大型病院の総合診療部門と救急部門を念頭に置いている)。周産期医療で、産婦人科医と小児科医が一緒に働いているからといって、小児科と産婦人科を一体化して運営しようとは誰も考えないと思う。両者が一緒に活動できる現場が存在するというのはごく一部のことであって、そのことと、同じ部門で両者を養成することを混同してはいけない。それらは、全く別次元の話と考えるべきである。総合診療

部門と救急部門の運営を一体化して行おうとするのは、非常に無理のあるやり方である。

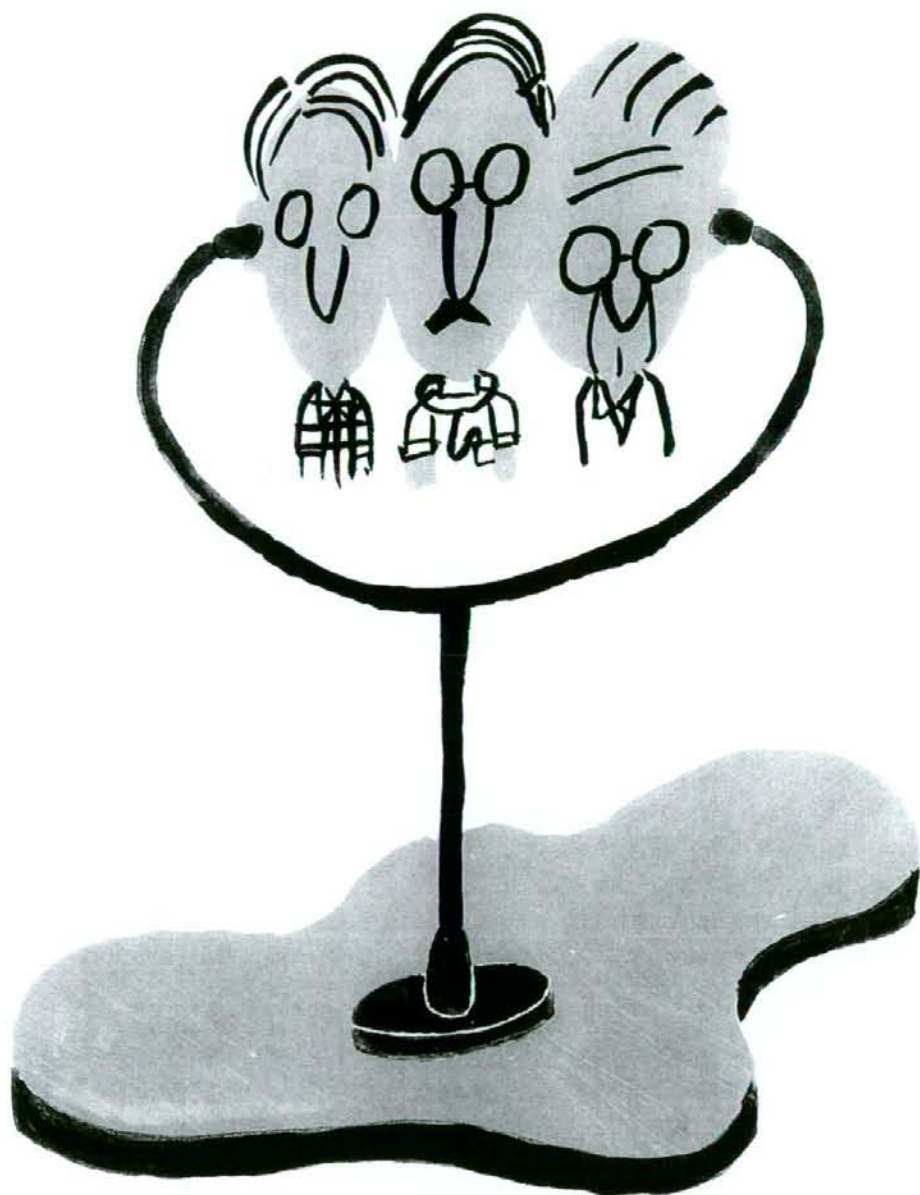
総合診療部門の重要な役割は、継続的な診療を通じて、地域の診療所や病院において、健康問題の種類を問わず主治医となることができるような幅広い臨床能力を持った医師(総合診療医)を育て、またそのような総合診療医のための研究をすることである。

総合診療医は目の前の個人だけではなく、家族、あるいは地域にまで目を配り、健康問題の原因として身体のみならず、精神・心理的、社会的側面にも配慮することを重要視する。そして、予防から診断、治療、リハビリテーション、および福祉との連携まで、継続性という時間軸を活用して実践するのである。急性期の対応(この点で救急医療と重なる)は、その活動のごく一部でしかない。

総合診療部門と救急部門の運営を一体化して行っている、あるいは行おうとしているところがあるが、そのようなやり方では、いずれかの専門医(多くの場合は総合診療医)の養成が不十分となり、最悪の場合は、二兎追うものは一兎をも得ずとなるだろう。

総合診療部門と救急部門はそれぞれジェネラルな診療を担当する点では似ているようにみえるが、その診療・教育・研究・社会的貢献で目指すところは大きく異なっていることを認識しておくべきである。

イラスト・コラム



イラスト・コラム

イラスト・コラム

地域立脚型の医学教育

日本でも医師が不足していることが政府の公式見解となり、医学部の定員を増加させる方向に政策転換がなされた。

ところで、医師不足は世界の多くの国で共通した問題であり、米国、英国、オーストラリアでも医学部の定員増加を図っている。オーストラリアは極端で、10年前には医学部を持つ大学は9大学であったのが、今では18大学に増加し、卒業生の数は、2007年には1,586人だったのが2012年には2,945人になるということである。

日本で医学部定員増が図られるに至った最も大きな理由は「いわゆる地域医療の崩壊」である。地域医療の維持のためには、現状の医師養成システムのままで、ただ定員を増やすだけでは焼け石に水であることは明らかで、1) 地域に出て医療をすることを志向する医師（必ずしもジェネラリストでなくてもよい）、2) 予防や初期診療に長じ、家族や医療関係職種と連携して、地域で利用可能な人的・物的資源を最大限に活用しつつ、介護・福祉に関して患者・家族を支えることができる臨床能力を有する医師（ジェネラリストであることが必須）を増やさなければならない。定員増のかなりの割合をいわゆる地域枠（地域枠の学生は「大都市の大病院ではなく、地域の中小病院ないし診療所で働く」ことを期待されている）が占めているのは正しい方向性であろう。

このような地域枠の学生の教育は当然のことながら、これまでの医学教育とは異なるカリキュラムが求められる。その際参考となる先例がオーストラリアのFlinders大学にある。昨年の岩手の医学教育学会でPrideaux教授がその概要を紹介されたので知っている人も少ないだろう。Flinders大学（1996年に4年制のメディカルスクールに転換）では1997年の

まだ6年制の段階の5年生の医学生を対象に、1年間の臨床実習を地域の総合診療医（general practitioner）の診療所ないし中小病院で行うパイロットプログラムを開始した（Parallel Rural Community Curriculum, PRCCと呼んでいる）。そして、PRCCの医学生8人と、従来通りの大学病院での臨床実習をした医学生64人とを比較した所、知識や技能の試験で有意差が無いどころか、むしろPRCCの学生の方が成績が良かった¹⁾。パイロットプログラム以降の経過も同様で、現在ではこのPRCC（キャパシティが限られている）は人気が高く定員を上回る応募であるという。同様な臨床能力の獲得が期待されるなら、情報技術が発達して情報ギャップはほとんど無い今日、親しみやすい人間関係のもとで、日々の実践に参加しながらの臨床実習を学生が目指すのは当然であろう。また、学生時代から地域に親しんでいる学生の地域医療貢献率が高いというのは、米国や英国でつとに知られているところである。さらには、地域で教育に携わる側のメリットも、1. 教える立場に立つことによって自己の学習になる（“Teaching is learning twice”）、2. 学生から学ぶ（最近のエビデンスなど）、3. 職場の他職種の人にとっても新鮮な刺激となる、などが知られており、学生・教える立場の医療者・地域の3者にとって価値のある「一粒で三度美味しい」学習方略である。

幸い地域枠の学生は未だ数が少ない。日本でもこのような学習方略のパイロット的導入を是非試みてもらいたい。（伴 信太郎）

参考文献

- 1) Parry J, Mathers J, Al Fares A, Mohammad M, Nandakumar M, Tsivos D. Hostile teaching hospitals and friendly district hospitals: final year students views on clinical attachment locations. *Med Educ* 2000; 36:1131-41.

イラスト・コラム