

地域医療教育の課題

はじめに

近年医師の名義貸し問題に端を発して医師の地理的偏在に関する議論が盛んになった。地域医療が話題にのぼることも少なくない。わが国では「地域医療」という言葉が使われ始めて50年の歳月が流れている。しかし、その教育に関しては一部の大学を除いてほとんどなされていない現状にある。

一方、山口昇先生はじめ長年地域医療に携わってこられた方々のご尽力によって新医師臨床研修制度の中に2年目1～3ヶ月の地域保健医療研修が義務づけられた。この研修は将来地域医療に従事する医師が育つかどうかを左右する重要な問題である。筆者は自治医科大学には14年勤務し、後半7年は地域医療の教育に従事した。その後8年国保病院に勤務し、再び大学での教育に携わった経験を踏まえ、わが国の地域医療教育の現状と課題について報告する。

1. 日本における地域医療の歴史と意義

わが国では地域医療という言葉が汎用されてきた。しかし、万人が認める明確な定義があるわけではない。医療全般を指す場合、大学病院以外の医療を意味する場合、システム化やネットワーク化された医療を指す場合、へき地医療、地域包括医療、プライマリ・ケアを示す場合などがある。今回は地域包括医療、および地域医療とプライマリ・ケアを組み合わせた地域志向型プライマリ・ケアを取り上げる¹⁾。わが国では1950年代から医療の対象としての地域を意識した診療が行われるようになった。来院した患者個人のみを対象にした診療から、集団としての地域への働きかけを意図したわけである。おそらく、病気が進行した際の手遅れ状態を憂慮し、早期発見（二次予防）を地域住民に訴えようとしたものであろう。当時岩手県沢内村の取

り組みに代表される国保医学会は「治療と予防の一体化」をめざした²⁾。農村医学会を起こした若月俊一先生は長野県佐久総合病院を中核に「入院診療に5、外来に3、予防活動に2の力を注ぐ」ことを提言し実践された³⁾。農村地域での予防活動では、病院職員が劇団を組み、住民に演劇を見せた。宮沢賢治の「小作人たれ、農村劇をやれ」を忠実に実践した⁴⁾。健診活動も熱心に実施し成果をあげた。黒岩卓夫、権平達二郎、斎藤芳雄先生らは新潟県旧大和町において住民参加、保健医療福祉の連携を提言、山口昇先生は広島県旧御調町において保健医療福祉の統合を実現し、その成果は介護保険制度の創設に大きく寄与した。また、地域包括ケアを提言し、全国の国保診療施設がそれに倣って今日に至っている。山口昇先生の地域包括医療の定義は次の通りである。

「地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOL向上を目指すものであり、包括ケアとは治療のみならず、保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護のサービスをすべて包含するもので、施設ケアと在宅ケアの連携、および住民参加のもとに生活ノーマライゼーションを視野に入れた全人的ケアである。地域は単なるareaではなく、communityを指す。」⁵⁾

一方、1973年に「プライマリ・ケア」に関しては日野原重明先生が初めて公的な文書でこの言葉を用いた。臨床研修の建議書においてであった⁶⁾。1978年には実地医家のための会有志によって日本プライマリ・ケア学会が設立された。

2. 地域医療教育を重視した医科大学の創設

1972年へき地医療の改善をめざして全都道府県が共同で自治医科大学を設立した。47都道府県から学生を選抜し、6年間の教育後、原則として出身都道府県にもどり9年間の義務年限を設け、そのうち5年間は実際にへき地医療に従事する仕組みとした。学費は免除される。自治医科大学の卒業生のほとんどは義務年限を忠実に果している。その他、一県一医大構想により、地域医療の実践者育成を建学の精神とする医科大学が多数設置された。しかし、教員の資質や教育内容が地域医療教育に適していたかどうかは疑問もないわけではない。そうした大学の多くは学生が卒業後に出身大学、および同一都道府県内に留まることが少なく、地域医療従事者の確保が困難な状況が続いている。そのため、入学時に「地域枠」を設ける大学も増加している。その成果は10年後に問われることとなろう。文部科学省も「特色ある大学教育支援プログラム」では15年度2校、16年度3校が地域と連携した教育プログラムを採択してきた。また同省は17年度から3カ年にわたって「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム」を補助することになった。66件の応募で20件が採択され、本年度7.5億円が予算化されており、卒前卒後の地域医療教育が進展することが期待される。

3. 地域医療教育の実際とその課題

近年わが国においても「社会の求める医師像」が議論され、また過疎地を含めた地方における医師不足、すなわち医師の地域偏在が社会問題になっている。これらは同一視できる問題ではないが、共通点はある。そのひとつは患者や地域住民とのコミュニケーション能力（積極的傾聴と分かりやすい説明）の不足である。もう一点は医師としての自分の適性や好みでなく地域社会のニーズを把握してそれに対応できる医師が少ない点である。これらの能力を修得するには大学および大学病院での実習のみでは不十分で、

早期臨床演習、社会医学実習、臨床実習で学外施設の指導医を通して地域住民と直接に接する機会を持つことや入院外来診療ばかりでなく、在宅医療や健康教室など保健福祉活動に参加することが必要である。大学病院は教員が多い、医療レベルが高いなど利点があるが、common diseases（日常病）患者が少ない、長期療養患者をみる機会がない、在宅医療がない、社会の医療ニーズが見えにくいなどの問題もある⁷⁾。

高屋敷らの調査によると保健医療福祉現場の実習は80%の大学が実施しているが、一般病院・診療所における地域包括医療実習を必修化しているのは13%の大学のみであった⁸⁾。なぜこのような教育状況になっているのか。その要因を考えてみると、第一に地域医療に対する大学教員の誤解がある。大学教員、特に教授は研究エリートである。臨床系の教員も最近ようやく研究業績ばかりでなく、教育や臨床の実績が評価されるようになった。しかし、あからさまに口にするのは少ないが、多くの教員は地域医療を蔑視している。第二に受け入れ側の問題もある。地域医療に従事する医師の多くは、自分自身が学生や研修医の教育を担当する機会はないと考えている。医師不足の地域では診療以外の業務を増やしたくないと考えている医師が多いであろう。これらの解決策のひとつとして大学病院に総合診療部が設置された。総合診療部のスタッフには医学教育において大きな役割を果たすことが期待されてきた。特に学生が基本的臨床能力を修得することに力を注いできた。一部の大学では地域診療所へ学生を送り出している。しかし、米国、英国に比べ地域診療所へ学生を送ることが少ないとすれば、そこには大学教員の地域医療に対する誤解が存在するかもしれない。それ以前に大学教員の選び方が問題で、地域医療のような幅広い分野での医療の経験がなく、狭い専門医療分野での研究志向の強い教員を選んでいる傾向が強いかもしれない。米国では家庭医学新興の時期には大学の専門領域の教員から選ぶのではなく、general practitionerとして開業していた医師を教員に採用した。

日本ではこうした例は稀である。我々はこれらの解決策として地域基盤型プライマリ・ケア実習を普及させるために、6つの学会、すなわち日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会などで組織されるプライマリ・ケア教育連絡協議会を立ち上げた。その卒前教育ワーキンググループを組織し、報告書『医学生を地域で育てるー地域基盤型プライマリ・ケア実習の手引きー』を作成した。全国の医学部に地域医療実習を採用するように呼びかけ、また診療所医師に学生の受け入れをお願いしている。なぜ、このような実習が必要なのか。大学病院ではどうしてできないのか。それをプライマリ・ケアの5つの要素から考えてみたい。大学病院と地域診療所で特に異なるのはAccessibility（近接性）、Comprehensiveness（総合性）、そしてContinuity（継続性）と思われる。

Coordination（協調性）は大学病院も地域医療連携部などを設置してかなり意識するようになってきた。

Accessibility、Comprehensiveness、そしてContinuityを合わせたアプローチとして全人的医療、EngelのBio-psycho-social Modelがある⁹⁾。これを教えるのは大学病院よりも地域の診療所がふさわしい。地域の保健医療福祉資源、およびそれらのネットワーク構築について学ぶのも地域の診療所がよい。大学病院の専門医療は自己完結型で進められることが多いからである。

地域診療所の医師は教育方法についての訓練を受けている医師が少ないことも事実である。しかし、新医師臨床研修制度に「地域保健・医療研修」が導入されたことにより、指導者のためのワークショップが各地で開催され、教育に関する基本的原理を学んだ医師が増加しつつある。これは大学病院での外来教育でも言えることで、大学の教員がよき指導者であるとは限らない。2005年4月1日から個人情報保護法が施行され、外来での学生教育ができなくなったという声もよく聞く。最近家庭医育成に熱心な医師たちは米国で開発されたNeherらの5段階マイクロスキル

を用いている¹⁰⁾。この方法の普及をめざした指導者研修ワークショップも日本プライマリ・ケア学会などが実施している。

地域診療所で学生を受入れることに問題はないのか。プライマリ・ケア教育連絡協議会卒前教育ワーキンググループでは8人の診療所医師にインタビューを試みた。その結果、医師自身が勉強になる、元気が出る、職員により刺激を与える、学生が診療に貢献する（患者さんの話をじっくり聴いてくれるなど）などのメリットがあげられた¹¹⁾。無論、デメリットもないわけではない。患者数の多い外来では学生への説明が入ると患者の待ち時間が延長する。患者は初対面の学生がそばにいとプライベートなことが話しにくくなるなどがあるが、今後診療所医師の創意工夫、患者側の理解の深まりにより克服可能な問題であると思われる。さらに地域医療実践施設における学習課題としては、在宅医療とそれと協力体制をとる地域福祉活動^{12,13)}や健康づくり¹⁴⁾も含まれる。したがって地域包括医療の実践を学生が学習できる創意工夫が一層求められる分野である。

おわりに

以上、地域医療教育に関するわが国の状況を報告した。すべてを網羅することはできなかったが、英国、米国に比べて遅れているこの分野が、全国医学部教育担当者の理解、地域で働く医師の協力を得て進展していくことを念願し報告を終わりたい。今回は新医師臨床研修制度の地域保健・医療研修については述べることはできなかった。それは研修評価の問題も含め次の機会に譲りたい。

謝辞

報告の機会を与えていただいた倉敷市立みつぎ総合病院管理者山口昇先生に深甚の意を表する。

文献

- 1) Kark SL : The Practice of Community Oriented Primary Health Care, Appleton-Century-Crofts, 1981
- 2) 全国国保診療施設協議会編：創立30周年記念誌、全国国保診療施設協議会、1991
- 3) 若月俊一：農村医療にかけた30年、家の光協会、1976
- 4) 若月俊一監修：佐久病院史、勁草書房、1999
- 5) 公立みつぎ総合病院編：地域包括システムの概要、公立みつぎ総合病院、2005
- 6) 医師研修審議会（会長：塚本恵甫）：意見書、1973
- 7) 中村忍：卒前医学教育の場としての大学附属病院、医学教育、34(3):147-152, 2003
- 8) 高屋敷明由美ら：プライマリ・ケアに関する卒前医学教育カリキュラムの現状、医学教育、34(4):215-222, 2003
- 9) Engel G : The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 137:535-544, 1980
- 10) Neher JO et al. : A five-step "microskills" model of clinical teaching. J Am Board Fam Pract 5:419-424, 1992
- 11) プライマリ・ケア教育連絡協議会卒前教育ワーキンググループ編：医学生を地域で育てるー地域基盤型プライマリ・ケア実習の手引きー、プライマリ・ケア教育連絡協議会、2005
- 12) 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 35(5):327-330, 2004
- 13) 前沢政次：プライマリケア教育と在宅医療、日在医会誌、5(2):138-140,2004
- 14) 山根洋右ら：卒前医学教育の場としての健康福祉のまちづくり、医学教育、34(3):177-183, 2003
(前沢政次、地域医療教育の現状と課題（保健福祉総合施設誌別冊）、1-4、公立みつぎ総合病院、2005、掲載)