

新しい卒前医学教育 2：総合診療とプライマリ・ケア教育^{*1}

小泉 俊三^{*2}

はじめに

現在、日本の医療は大きな転換点を迎えている。生命科学と IT 技術の飛躍的な進歩に裏付けられて、昨今では ES 細胞の利用をはじめとする再生医学や、免疫学を応用したがん治療の新しい展開が熱く語られている。その一方で、少子高齢化とともに社会全体としては医療の力点が急性期医療から慢性疾患を中心とした地域における患者参加型の医療（プライマリ・ケア）へ、さらには生活習慣病の予防へと移っている。社会規範のグローバル化も急速に進み、インフォームドコンセントや患者の自己決定権の考え方はすでに診療現場に定着している。また、「患者中心の医療」という標語も「患者安全」や「EBM（根拠に基づく医療）」とともに医療マネジメントについての公的な議論の基本的枠組みとなっている。その一方で、一連の医療事故を契機に明らかになった医療への国民の関心の高さは、医療情報の公開を求める動きを加速し、医療の提供に当たっての透明性と説明責任が鋭く問われている。

このような時代において卒前医学教育の領域でも、学習者中心の成人教育理論に基づくカリキュラム改革の波が押し寄せている。卒前教育においては、コア・カリキュラムの導入、PBL、OSCE、クラークシップ（診療参加型実習）などが取り入れられつつあるが、中でもプライマリ・ケア教育とその中での総合診療部（科）の役割が注目されている。

1. プライマリ・ケア改革と医学教育：総合診療の源流

わが国における医学教育改革の源流は第二次世界大戦後の高度成長期に始まるプライマリ・ケア改革の運動である。国民皆保険の成立に伴い、医療へのアクセスがよくなると、当時の技術信仰の風潮とあいまって、病院外来は「3時間待って3分間診療」という事態になった。このような風潮に警鐘を鳴らすとともに、ヒューマンズムに根ざした医師患者関係を基盤とするプライマリ・ケアの理想像についての議論が展開され、これに共感する若い医師もあらわれた。また、インターン制度をめぐる混乱を極めていたこの時期、新たに設立された日本医学教育学会を中心に行動科学に基づく新しい教育技法が導入され、厚生省・文部省（当時）主催の「医学教育者のためのワークショップ」（いわゆる富士研）が今日の医学教育改革の原動力となって入ることは周知の事実である。

2. 総合診療の発展

プライマリ・ケアおよびプライマリ・ケア教育の必要性に関しては、自治医大の開学、プライマリ・ケア学会の設立などを通じて着実にその認識は広がっていった。1980年代の後半になると、米国式の家庭医制度の導入が目指されたが、当時は日本の現状にそぐわないなどの意見の前に制度としては受け入れられなかった経緯がある。その後、患者志向の全人的医療が求められるのはプライマリ・ケアの場だけではないこと、大学病院をはじめとする大病院でも行き過ぎた専門診療の弊害が常々指摘されていたことなどから、大規模病院における診療体制改革の担い手として期待されて登場したのが総合診療部（科）である。総合診療という名称は1976年、天理よろづ相談所病院

^{*1} General Medicine and Primary Care Education
キーワード：総合診療、プライマリ・ケア教育、
医学教育、地域医療、学外実習

^{*2} Shunzo KOIZUMI 佐賀医科大学総合診療部

に総合外来と総合診療方式による臨床研修のための総合病棟ができたのがその最初で（同病院では1984年に正式に総合診療教育部が発足した）、次いで川崎医科大学に総合診療部が、さらに1986年、国立の医科大学として最初の総合診療部が佐賀医科大学に設置され、現在では全国で30余の大学附属病院に設置されている。

3. 日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループ報告：総合診療教育への提言

1980年代以降、医療の新しい流れに対応して各大学では、早期体験学習や学外実習の企画を次々と取り入れた。このような中で、新たに設置された総合診療部は付属病院に属する診療部門でありながら、医師の態度教育、プライマリ・ケア教育に深く係わるが多くなった。総合診療関係者の間からはあまりにも教育の負担が重く、本来の診療機能、さらには臨床疫学、医療制度論などの領域での役割を果たせないでいる、との声も聞かれる。このような経緯から前回（1998年）の『医学教育白書』においても「総合診療教育の現状と改革の動向」で上記の問題が取り上げられている。

2001年には「大学における卒前総合診療教育カリキュラム」が日本医学教育学会総合診療教育ワーキンググループの手によってまとめられ、総合診療の立場からする、プライマリ・ケア教育への包括的な提言が行われた。この報告では、総合診療の3要素として、基本的臨床能力の教育、地域包括・家庭医療、総合内科学が取り上げられ、地域包括・家庭医療（プライマリ・ケア）の教育に関しては以下の4つの方略が取り上げられている。

- 1) early clinical exposure (1週間)
- 2) 継続的学外実習 (学期に1日、年3日程度)
- 3) プライマリ・ケアの講義 (5コマ)
- 4) プライマリ・ケアの実習 (1週間)

4. 学外実習の意義

地域包括医療の卒前教育で問題になるのが、大学教員の多くが専門診療の担い手であり、研究志向の強い医師であるという事実である。また、総

合診療部とともに多くの大病院で開設された総合外来は、比較的プライマリ・ケア医と類似した環境にあり、急性軽症患者、生活習慣病を中心とする日常病患者、多臓器にまたがる問題を抱えた患者、心理・社会的問題を背景に持つ患者、検診異常を指摘された受診者に対応しているのでプライマリ・ケア教育の場となっているが、本来、プライマリ・ケア教育はプライマリ・ケア実践の場である地域医療機関で行うべきであるという認識は最近ますます広まりつつある。

5. 地域医療機関などにおけるプライマリ・ケア教育の実践

最近、医学生を対象とした学外での地域プライマリ・ケア実習の試みが広がっている。公衆衛生学教室がカリキュラム企画に当たっている場合も多く、地域保健活動を知るための実習の一環として高齢者施設の訪問やその延長上に地域プライマリ・ケア・クリニックが組み込まれることが多い。徳島大学医学部公衆衛生学教室では「コミュニティ基盤のプライマリ・ケア学習」として早期体験の機会を学生に与えている。福岡大学ではテュートリアル教育「参加的に学ぶ公衆衛生学」で地域の健康管理、医師の社会的役割、チーム医療などを課題として地域医療機関での実習を活発に行っている。その他、多くの大学で開講されている医学概論、医療科学、医療入門などで、地域保健、僻地医療、在宅医療などが重点的に取り上げられるようになってきた。また、障害者施設、高齢者施設への早期体験学習や療養型医療施設、老人保健施設、グループホームなどでの実習も全国各地の医科大学で活発に行われている。

平成14（2002）年3月には、琉球大学地域医療部が中心となって外来診療刷新のための調査研究委員会による「外来診療教育に関するアンケート調査報告書」がまとめられ、プライマリ・ケア的な内科外来教育についての詳細な調査結果が示された。この調査によると、回答の得られた65大学のうち51大学がプライマリ・ケア領域の内科外来診療教育を行っていると回答し、一般論としてはその重要性を認識しているものの、講義、実習時間には大学間で大きなばらつきがあり、多

くの大学で必ずしも大学全体の理解や協力が得られていない現状が明らかとなった。特に外来教育の到達目標を示しているところは約3分の1に過ぎず、今後の課題である。

6. 注目すべきプライマリ・ケア教育の試み

1999年以降、いくつかの注目すべきプライマリ・ケア教育の試みが医学教育学会に発表されている。学外実習の試みとともに在宅医療実習の必要性が提起され、川崎医科大学、自治医科大学、杏林大学などから地域立脚型プライマリ・ケア実習についてのアンケート調査結果が報告された。2000年に入って地域医療教育への関心はさらに高まり、医学生からも在宅患者訪問実習の意義についての報告がなされるようになり、三重大学からはクラークシップとして行われた地域医療実習が報告された。臨床教授制を活用した学外実習（大阪大学総合診療部など）、小児科領域における大学関連施設での一次外来実習の試み（久留米大学）などについての報告が続いたが、中でも全国の外来小児科学会会員有志の呼びかけで実施されている医学生を対象とした小児科クリニック実習が特筆に価する。人間性教育の一環として行われた開業医見学実習の経験をもとに、教育熱心な有志会員56名が指導医となり、学生が自主参加するプライマリ・ケア実習である。実習期間は12日と比較的短い、大学の小児科とは異なる小児科の実際の臨床を体験できる。2000年には参加指導医の数は32県81名に増加したと報告されている。同様のプライマリ・ケア実地教育の試みは家庭医療学研究会員有志のネットワークとしても広がりつつある。

2001年には4年生が継続的に家庭訪問を行う保健・医療・福祉の統合教育実習（島根医科大学環境保健医学）、僻地診療所医師による医学生のためのコミュニケーショントレーニング（佐賀医科大学）など特色ある試みが紹介されている。自治医科大学地域医療学教室からは医学部5年生の多くが地域医療実習の意義を十分感じているという調査結果が報告され、東京女子医科大学神経内科と地域看護学教室などからは在宅ケアを卒前教育に生かしてゆくことの重要性が強調された。

老健施設での医学教育プログラムについても具体的な提案がなされている。

7. 日本のプライマリ・ケア教育が抱える問題と総合診療

以上、俯瞰したようにわが国のプライマリ・ケア教育の基盤は着実に広がりつつあるが、いくつかの解決すべき問題点を抱えていることも事実である。

第二次世界大戦後の高度成長期に成立した、日本医師会を中心とする開業医制と国民皆保険制度がわが国におけるプライマリ・ケアの原型であるが、このとき医学生の教育は大学および大学病院の役割とされ、地域プライマリ・ケアの担い手である開業医が医学生教育に携わるという発想はほとんど顧みられなかった。

地域の医療機関で活躍する有能な臨床医が学生教育に関わることは、私的・公的、診療所・病院の違いにかかわらず、将来プライマリ・ケア医になることを目指す医学生に身近なロールモデルを提供することにもなり、大変重要なことである。そのためにも、専門医療との比較においてプライマリ・ケアを取りあえぬ初歩的な医療とする誤った見方を払拭し、各国のプライマリ・ケアのシステムを参考にして、これからの時代にふさわしい実践的な制度設計を行わない限り、わが国のプライマリ・ケアおよびプライマリ・ケア教育の健全な発展はありえない。

1例として、近年カナダでは卒業した医学生には専門診療に進む道と家庭医療に進む道を選択させ、それぞれの研修プログラム修了時に医師資格を与える方式となったとのことである。この制度では専門医コースを選んだ者が、適性がないなどの理由で安易にプライマリ・ケア領域に横滑りすることができなくなる。

また、近く卒後研修が必修化されるが、その中でも地域医療の研修をどのように位置付けるのかについて甲論乙駁の状態が続いている。

特に必要なことは、プライマリ・ケア医が、学生実習の指導者として、積極的に卒前医学教育に参画し、地域の医療機関が学生実習の場としてうまく機能するような環境を整えることである。学

生の指導も行う篤志家のプライマリ・ケア医には、臨床教授制度による称号の授与など何らかの褒賞を設けることを考慮する必要があるだろう。

また、プライマリ・ケアの現場を学生実習の場とするためには、プライマリ・ケアそのものの質向上を目指す必要がある。IT (information technology) の普及に伴って、患者自らがインターネットから情報を得るなど、医師患者間の情報ギャップは急速に縮小しつつある。したがって、これからの時代のプライマリ・ケア医には信頼の置ける臨床情報 (エビデンス) をもとに患者個人の価値観、選好も含め、患者が納得できるような情報提供を行い、患者の良き相談相手として信頼に基づく shared decision making を実現する能力が一層求められる。プライマリ・ケア医が忙しい外来で1人ひとりの患者の問題に向き合う余裕を確保するだけでなく、質の高いプライマリ・ケア教育を行うためには、医師患者間のコミュニケーションや患者満足度を重視するとともに、疫学的に検証された診療指針 (ガイドライン) を普及させることが、ぜひ必要である。さらにわが国特有の疾病構造や医療環境、健康リスク要因を考慮して、わが国の臨床現場で利用可能な自前のエビデンスを作り出すためのプライマリ・ケア医の全国

的なネットワーク構築もこれからの課題である。

またプライマリ・ケア教育の発展のためには、患者の QOL と価値観を重視するプライマリ・ケア医の姿勢を基本とし、患者の QOL 研究や患者満足度調査など医療の質改善のための臨床研究、さらには、保健・医療におけるコミュニケーションや倫理的な問題に対しては、患者の価値観の深奥に分け入り、医療現場の人間関係の壁を解き明かそうとする質的研究の手法も重要になってくると思われる。

おわりに

プライマリ・ケアは本来、primary health care であり、狭義の医療にとどまらず、保健・医療・福祉の連携を基本とした地域住民の相互扶助のシステム作りなどに代表される地域の活性化を含む概念である。したがってプライマリ・ケア教育の発展のためには、診療の場における患者中心の考えかたや shared decision making だけでなく、健康問題や環境問題をきっかけとした住民主体のボランティア活動など、地域の人々が生活者としての潜在能力を存分に発揮できるようなネットワーク造りを視野に入れたカリキュラムの開発が求められる。