

インタビュー interview

地域医療と医育大学

北海道は全国的に医師不足が深刻な地域といわれています。絶対数では他府県にひけを取らないものの、医師の多くが札幌や旭川などに偏在しているためです。道内に三つの医科系大学がありますが、卒業生の多くが大学に残り、地域医療に従事する医師がしっかり根付いていないのです。その背景には、これまでの医科系大学では専門医養成が重点で、地域医療を担う総合医の育成には目が向けられていなかったという事実があります。

そこで、今回は地域医療への貢献を目指して'99年に札幌医科大学に設置された地域医療総合医学講座の初代教授である山本和利氏に、地域医療の現状や求められる人材、医育大学の役割などについてお話をお聞きしました。

(インタビュー日 2005年7月1日)



札幌医科大学医学部 地域医療総合医学講座 教授
Wari Yamamoto

山本 和利 氏

都市部における医師偏在の要因

——医療の充実は住民にとって切実な要求ですが、2002年の厚生労働省の調査では、北海道における^{※1}医師標準数を満たす病院は52%と、全国平均の75%を大きく下回っています。しかし、人口10万人当たりの医師数は全国平均を上回っており、全道の医師の半数が札幌に偏在しているという状況になっています。このような状況をどのように見ておられますか。

山本：医師という職業は、もともと都市部に集まりやすい傾向があります。高度な知識と技術を伴う難しい仕事で、大学でも最新の技術と知識を集めて指導に当たります。そうした教育を受けると、その知識や技術を十二分に発揮したいと思うものですし、高度で先進的な機器があり、そういった医師を求めてくる患者が集まってくるところで仕事をしたいと考えるようになるでしょう。これは、北海道に限ったことではないと思います。

それに加えて、北海道は面積が広く、他府県よりも大きいという北海道ならではの特徴があります。特に、地方部では隣町との距離が遠いなど、ハンディがあります。

言語学者のG.K. ジップがある小説と新聞記事に使われた英単語を洗い出して、その出現頻度を調べた結果、2番目に使われていた英単語の出現確率は1番目の2分の1、3番目に使われていた英単語の出現確率は1番目の3分の1となり、結局、頻度がN番目の単語は頻度が1番目の単語のN分の1で現れるという「ジップの法則」があります。これは都市システムが安定状態にあるときの都市人口と順位の規則性でも見られていることで、同じようなことが医師の多くが都市部に偏っているという現象につながっているのではないかと感じています。

二つ目の要因として、地域側の問題もあります。例えば、首長の息子さんが医師になっても、

地元に戻らないというまちもあるのではないのでしょうか。厳しいことをいえば、そのような夢のないまちに全く関係のない人間が、医師として行ってみたいと思うのでしょうか。

三つ目の要因には、やはり大学が地域医療の魅力を教えてこなかったという問題があります。これまでの医学は、病を持った人たちに対して、機械的なアプローチしかしてこなかったように思います。しかし、地域医療では、地域おこし、まちづくり、人間的なふれあいなど、そういったことも含めて取り組んでいく必要があります。教科書には書かれていないことを患者さんから学ぶことができ、地域医療は非常に奥の深いものです。それが今まで教育されてきていませんでした。

また、大学に医師が集まってしまうシステムの問題もあります。学位をとらないと、それなりに地位の高い医師として就職できないとか、ハンディがあるようなイメージがあって、大学で専門医の勉強をして、その後、医局の指示で地域にお礼奉公に出ていくような流れでしたから、地域医療の面白みが何も分からない、大学だけに目が向くようなシステムでした。

考えてみると、地域づくりそのものに医療が積極的にかかわった地域は、あまり見られなかったと思います。首長も「医者さえまちに呼んでくればいい」「次の選挙に勝つため」と、そんな感じではなかったのでしょうか。真剣に地域医療に取り組んでいきたいと思っている医師がいても、なかなかそういう流れにならなかったというのがこれまでの実情でしょう。

地域医療を支えるプライマリ・ケア医が必要

山本：今まで地域医療は医局が支えてきました。でも、やはり医局はスペシャリストの集団で、地域医療を担うジェネラリストではありません。

スペシャリストの医療は、生物医学的・還元

※1
医師標準数

医療法に基づいて、各医療機関に必要とされる医師数のこと。外来患者数と入院患者数をもとに全国一律の基準で算定していた。標準数の6割を切ると診療報酬が減額され、介護保険の指定申請の許可を受けられなくなるため、大学の医局に所属する医師が名義を貸し、6割に達したようにみせかけて診療報酬を増やし請求する事件が'03年に相次いで発覚した。昨年から一部算定方法が緩和されたが、抜本的な見直しはなっていない。医師の名義貸し問題を受けて、北海道では、大学から地域への医師派遣について、透明で実効性のある医師派遣（紹介）システムを確立するため、「北海道医療対策協議会」で検討が進められ、今年度から実施されている。一方、大学側でも、札幌医科大学では付属病院長が代表者となる「医師派遣調整部会」が派遣要請の窓口となっており、各診療科に設けた委員会が医局に代わって人事を担当、北海道大学ではこれまで医局が担ってきた医師派遣の窓口を一本化するなど、医師派遣システムの透明化に努めている。

主義・疾患立脚型で、対象は一個人です。眼前の症状や問題への対応だけで、医師中心の医療でした。一方、ジェネラリストの医療は、生物心理社会的で全人的、病立脚型です。対象には集団も含まれ、予見的な対応もする患者中心の医療です。地域医療では、後者のジェネラリストの医療が求められています。

地域医療を支えるのは、プライマリ・ケアです。プライマリ・ケア医とは、日常的な健康問題に関する意思決定の専門家であり、切れ目のない継続的な医療の提供者であり、そこで求められるのは身近で協調性が保たれた統合的・包括的な医療と限られた資源を適切に活用する医療です。

これまでは専門医がプライマリ・ケア医の肩代わりをしてきました。北海道でプライマリ・ケアを目指す医師がいないわけではありません。でも、真剣に地域医療に取り組もうと考えている医師がいても、そこに経済学というレモン市場の法則が働いてしまうのです。レモンとはアメリカの俗語で質の悪い中古車を意味しているのですが、買い手が欠点のある商品とそうでない商品を区別しづらい中古車市場では、良質の商品であっても他の商品と同じように低い価値を付けられてしまう傾向があるという話です。何か、腕の悪い医師じゃないかとか、都市にいられなくなって田舎で医師をしているのではないかとか、そんなふうに白い目で見られてしまう傾向がありました。そうすると、本気で地域医療にかかわっていきたくとも、地域医療は敗残者の医療で、惨めな青春を過ごすようなイメージができてしまって、地域で医療に携わろうと思わなくなってしまうのです。

これからの地域医療を支えていくには、もっと広く地域の魅力を伝えていかなければなりません。

——しかし、プライマリ・ケアを目指すために、

医科系大学の中に総合診療部や総合診療科などが設置されるようになって、すでに20年以上が経っていると思います。今では医科系大学の6割以上に総合診療の部や科ができていると聞きます。

山本：確かに、総合診療部や総合診療科などが設置されてきていますが、それは現場の要請ではなく、当時の文部省などの後押しで、上から降ってわいたような形で設置された感が強いと思います。プライマリ・ケアは、人間の身体全体を総合的に診ていく医療ですが、大学内では今でも全体の1パートのような感じで、何か隙間の科のようなイメージでとらえられています。総合診療は総合的に人間の身体全体を診るという位置付けで、大学内でもコーディネートすべきです。しかし、それ以前にそういうことをできる人材が少ないという問題があるのです。

また、プライマリ・ケアとは、患者のあらゆることに対応していくものですが、総合診療部門がある大学付属病院や特定機能病院^{※2}などは、患者が負担する費用も高いので、敷居を高くしている実態もあります。結局、専門医の力が発揮できるような仕組みで機能分化されているのです。そのような中ではジェネラリストである総合医は力を発揮できません。結局、大学内ではプライマリ・ケア医の力が発揮できないような仕組みになっているのです。

ネットワークでプライマリ・ケア医を育成

——札幌医科大学に地域医療総合医学講座ができたのは'99年ですが、開設の背景はどのようなものだったのでしょうか。

山本：当時の堀知事の公約だったと聞いています。「地域医療への貢献」をより積極的に果たすため、系統的・総合的な卒前及び卒後教育

※2
特定機能病院

高度の医療を提供する能力があること、高度の医療技術の開発及び評価を行う能力があること、高度の医療に関する研修を行わせる能力があることなどを基本に、そのほか厚生労働省令で定める要件に適合するものであって、厚生労働大臣の承認を得てから称することができる病院。

を通じて地域医療のできる医師または研究者の育成と、地域医療、総合医療、包括医療等に関する研究の推進を目的に設置されました。「地域医療への貢献」を具現化するために、医師派遣及びマルチメディア通信ネットワークによる遠隔医療支援等の可能な「地域医療支援室」の設置が将来構想として含まれています。私は'99年2月に初代の教授として赴任しました。

講座名が地域医療総合医学講座と、非常に長いので、当初は覚えにくく、あまり好きな名称ではなかったのですが、今は全国でも珍しく「医療」と「医学」の二つの言葉が入った講座なので、気に入っています。

特に、私は最近、医療と医学という言葉を使い分けるようにしています。

大阪大学名誉教授であられた澤潟久敬先生は医学と医療を区別しておられました。医学には科学だけで人間性はいらぬ。でも、医療には科学と人間性の両面が必要だからです。医療は人間や家族や地域、文化、そしてまちづくりやまちおこしの要素も入ったものでなければならないと思っています。

開設から4年くらいは、研修は付属病院の総合診療科で、学内中心に進めてきました。ところが、地域医療という面で考えていくと、患者の普段の生活はどんな様子か、往診する場合の問題はないのか、地域とどのようにかかわっているのかなど、もっと患者の生活に密着した情報が必要になってきます。でも、それは大学で教えられることではありません。それに総合診療という言葉を使うと、隙間の医療のようなマイナスイメージが学生にあって、誤解されてしまうのです。

先の光がなかなか見えてこないの、発想を変えていこうと、2年前から体制を変えることにしました。それまで大学の付属病院で行っていた学生実習を今ではすべて外部の施設で行っています。地域の病院や診療所など、遠

方では利尻や松前、厚岸など、現場の医師に教えてもらえるようなネットワークを組んだのです。今では、学生を受け入れてくれる病院や診療所が25~30カ所ほどあります。

最近、学生に講義をしても「先生、地域を見なければ駄目ですよ」といわれるようになりました。学生がそんなことをいいはじめると、教官たちにも刺激になります。

今まで大学内で細々とやっていた実習が学外に出るようになって、今度は大学に残る人材が少なくなってきました。'04年度から新しく新医師臨床研修制度が導入されていますが、道内の病院から総合診療科に医師を送ってほしいと要請されても、お断りせざるを得ないような状況が出てきたわけです。

そんな状況では今後の展望がありませんから、札医大だけで地域医療を担う総合医を育てるという視点ではなく、道内の医科大学、病院などと連携して、育てていこうと考えるようになりました。そこで、この6月中旬に道内の3医科大学の総合診療部門と公立芽室病院や札幌東徳洲会病院などの六つの病院で「北海道プライマリ・ケアネットワーク」を設立し、民間病院、公立病院で新医師臨床研修を終えた医師を対象にした独自の後期研修プログラムを創設することにしました。新医師臨床研修制度では、内科や外科、産婦人科など、一通りの各診療科を経験するのが精一杯なので、その後、3年間の任意の研修プログラムとして、最初の臨床研修が終わる'06年から毎年10人ずつ受け入れるという仕組みです。最初の2年間は半年程度各病院で研修し、希望があれば大学病院でも受け入れるようにします。3年目は地方の小規模病院や診療所で総合医としての診断や診療の技術や能力を高めていこうというものです。

道内のプライマリ・ケア医で開催してきた勉強会があり、プライマリ・ケアを希望する新人医師も増えてきたのですが、大きな問題はその

※3 新医師臨床研修制度

医師法が'00年に改正（'04年施行）され、これまで努力義務とされてきた2年間の卒業研修が2年以上の臨床研修を受けなければならないこととなった（卒業研修終了が、診療所の開設者及び病院等の管理者の要件とされた）。併せて、専門医育成のための高度専門医療が中心であった研修内容を改め、「プライマリ・ケアを中心として、幅広く医師として必要な診療能力（態度、技能、知識）を身につけることを目的とした研修内容としなければならない」とされた。このことから、24カ月の研修プログラムの中に内科、外科等の基本研修科目、小児科、産婦人科、精神科などの必修科目、さらに「地域保健・医療研修」を3カ月程度（最低1カ月）組み込むことが目安として示された。

研修プログラムがないことでした。そこで、北海道プライマリ・ケアネットワークでプログラムをつくることにしたわけです。

アイヌ語で「幸せを呼ぶ守り神」という意味の言葉を使って、「ニポポ・プログラム」と愛称をつけました。当初は、民間・公立を合わせて6病院だけでしたが、いろいろなところから問い合わせがあるので、今後はクローズにせず、身近なところから賛同してくれる施設とネットワークを組んでいきたいと思っています。

——学生のプライマリ・ケアへの関心は高まっているのですか？

山本：これまではプライマリ・ケアとか総合医とかいわれても、その実態が正しく伝わっていませんでした。最近では日本家庭医療学会などでもやる気のある若手が増えてきています。ようやくその実態、面白みが分かるような状況になってきたのでしょうか。学生にアンケートをとると、だいたい2割くらいの割合で興味があって、卒業の頃には1割くらいに減っているという状況でしたが、それはやはり教育内容や制度の問題だったと思います。

そこで、2003年度から1年生を対象に正規の授業として医学史を導入しています。その年の学生のレポートや発表を、『医学生からみる医学史』という本にまとめて昨年発刊しました。医療技術や診療姿勢の変遷や医学の発展を教養の一環として学ぶことで、いろいろな側面から地域医療を考えることができるのではないかと思ったからです。

夢を語る首長と医師の存在が不可欠

——ところで、北海道の地域医療政策、総合医育成のための取り組みについては、どのように見ておられますか。

山本：北海道では今年度から総合医育成のため、総合医養成支援事業として、若手医師が幅広い診療能力を習得できる研修を行う病院に研修経費を助成することを決めましたが、この事業では、総合医の養成だけでなく、医療過疎地の支援が義務付けられています。研修病院は1年間につき最短で3カ月、過疎地の医療機関での実習のほか、研修終了後は過疎地に1年間医師を派遣しなければならないのです。新医師臨床研修を終えた医師が受ける任意の後期研修を対象にしているので、ニポポ・プログラムがこれを活用できるだろうかと考えているのですが、研修病院側が補助金をもらうためには、各地域ですぐに地域医療に従事できるというような前提があるような感じがしています。

例えば、自治医科大学^{※4}では、卒業後は9年間の義務年限があって、出身都道府県で知事の指定するべき地等の公的医療機関で勤務しなければなりません。また、卒業生がべき地医療や地域医療に^{ていしん}挺身することができるように、連絡・調整・調査・交渉、地域医療の推進などを目的に地域医療推進課が設置されています。

地域医療を支える総合医を育成するには、短期的なものではなく、もっと長期的な視点で取り組んでいかなければならないと思います。北海道はその点をよく考えてほしいという気がします。

今までは専門医がプライマリ・ケアを肩代わりしていたので、専門医もプライマリ・ケア医も中途半端な形になっていたと思います。本来であれば、専門医は地域でも専門医として従事すべきなのです。でも、あまりにもプライマリ・ケア医の比率が少なすぎたのです。専門医の勉強をしてきて地域に派遣される医師も、医師を派遣してもらう地域側も、互いの意思疎通がなく、どんな医師が求められているのか、どんな医師がやってくるのかということを了解してい

※4
自治医科大学

都市や地方を問わず、住民が等しく医療を受けられるよう、地域の医療確保に直接結び付いた医師を養成することを目的に、全国の都道府県が資金を出し合って、'72年2月に栃木県に設立された大学。各都道府県に2~3人の入学枠がある。昨年4月8日付けの北海道新聞によると、北海道から修学した卒業生は69人になっているが、9年間の義務年限を終えて、道職員として道内にとどまらなければならない医師は、わずか1人しかいないという。

ないから、現場で初めて「話が違う」ということになってしまっていたのではないのでしょうか。

プライマリ・ケア医と専門医の比率が、フィフティー・フィフティーになってくれば、状況は大きく変わってくると思います。

——諸外国との比較ではどうでしょうか。地域がプライマリ・ケア医、総合医を望んでいる場合は？

山本：政策として、地域にプライマリ・ケア医が勤務しやすいように誘導していると思います。プライマリ・ケア医が必要ときには政策的なサポートがあります。

人間の行動はどんなに倫理的な部分に訴えても、それだけでは実行に移せないと思います。最終的には経済的な側面から変えていかなければそう簡単には変わりません。行き着くところはトップダウンでやるべきなのです。

しかし、あまり分析しすぎても駄目です。現状からスタートしても、何も生まれません。大きな夢、ビジョンがなければ目標は見えてきません。夢に向けて、何ができるのかを考えて、そこからトップダウンで具体的な策を講じていくべきでしょう。

今回、取材されるという岩手県藤沢町や道内の瀬棚町などは、参考になる地域医療を進めている地域だと思います。互いに夢を語る首長と医師が会おうと、本当に素晴らしい地域医療ができるのです。

——当面の取り組みの目標は何でしょうか？

山本：まずはニポポ・プログラムをうまく運用させて、地域医療に従事するプライマリ・ケア医をもっと増やしていくことが第一です。専門医の医師派遣は医局が担ってきたような、これまでの流れを踏襲した形になっていくでしょうが、プライマリ・ケア医については、行政側の

市町村も一緒になって、みんなで一定の基準を作っていかなければならないと思っています。

そして、第二の瀬棚町を作り上げて、パラダイム・シフト、社会の価値観が変わっていけばいいと考えています。きっと、そこでまたフィードバックできるものがあるはずです。

——大学、行政、地域が一体となった地域医療システムが展開されていくことを期待しています。本日はお忙しいところ、ありがとうございました。

聞き手 釧路公立大学教授地域経済研究センター長 小磯修二(こいそ しゅうじ)



山本教授のデスクがある地域医療総合医学講座の研究室の扉には、「入局者を求む」と題したメッセージが。「至難の修練、わずかな報酬、研修の長い月日、耐えざる異端視、成功の保証なし。修練成功の暁には患者のための技能と患者からの賞賛を得る」とある。

PROFILE

山本 和利 (やまもと わり)

自治医科大学1期生。'78年に同大学を卒業後、出身地の静岡県で地域医療に7年間従事し、'87年に自治医科大学地域医療学教室助手、栃木県日光古河病院内科医長、新潟県ゆきぐに大和総合病院内科医長を経て、'91年に自治医科大学総合医学第一講座講師。'94年に京都大学医学部総合診療科講師、カナダ McMaster大学で EBM (Evidence Based Medicine、根拠に基づく医療) の教育法について学ぶ。'99年に札幌医科大学地域医療総合医学講座の初代教授として就任、現在に至る。日本内科認定専門医、日本糖尿病学会研修指導医、プライマリ・ケア研修指導医。著書に『医療における人間学の探求』『医学生からみる医学史』(編)など。