

# OPINION

オピニオン

## 自治医大からの地域医療に対する提言 —自治医大の実績から見えてくる地域医療に求められる医師像

神田健史\*      梶井英治\*  
桃井眞里子\*\*

「自治医大からの地域医療への提言」ワーキンググループ\*\*\*

KeyWord

自治医科大学  
地域医療  
総合医  
家庭医  
病院総合医

### ▶ はじめに

昨今、全国的に医師不足が深刻化し、地域医療崩壊が懸念されている。「地域医療」とは、地域住民の健康問題を扱う「各医師の医療活動」を指すと同時に、診療所と病院の連携によりその地域住民の健康問題を広くカバーする「体制としての医療活動」も指している。特に後者の意味での地域医療の崩壊については、勤務医不足による中小規模病院の破綻が原因として指摘されている。

この課題に対する対策の一つとして、各方面から、性別・年齢・疾患を問わず幅広く診断と治療を行う「総合医」「家庭医」「かかりつけ医」等と呼ばれる医師像が提唱され、議論されてきた。最近では、国民健康保険中央会の「総合医体制整備に関する研究会」で、総合医の育成・認定等に関する調査・提言がなされ、日本プライマリ・ケア連合学会では家庭医療専門医の認定制度が作られた。

しかし、提唱されている医師像の多くは、

欧米の「家庭医」「General Practitioner」等を模倣していたり、または、認定方法が一義的に検討されたりしており、その実態が掴みにくく、そのことが普及に際しての問題となっているように思われる。

そこで、「自治医大からの地域医療への提言」ワーキンググループ(\*)では、30年以上にわたり地域医療の現場に医師を輩出し続けてきた自治医科大学の振り返りを目的として、地域医療に従事する医師を対象とした調査を行った。本稿では、それを基に我が国の地域医療に求められる医師像について提言をしたい。

### ▶ 調査の概要

調査対象は「『自治医科大学卒業医師が中心的役割を果たして、地域医療を担っている全国30の病院』の常勤医」とし、自治医科大学卒業医師のキャリアの特殊性を鑑み、自治医科大学卒業医師だけでなく、全常勤医を含めた。また、専門医との比較のために自治医科大学附属病院の全診療科の全スタッフも対

\*自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門      \*\*自治医科大学医学部長      \*\*\*梶井英治(座長)、市村恵一、川上正舒、神田健史、草野英二、佐藤 勝、島田和幸、鈴川正之、永井秀雄、桃井眞里子、三宅義彦

図1 診療レベルごとの回答数の比較①

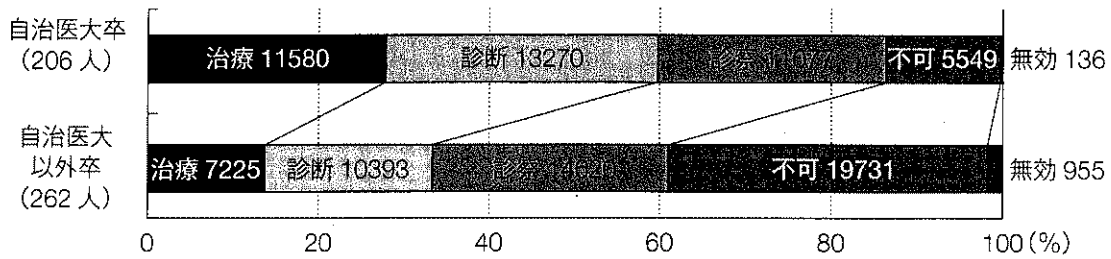
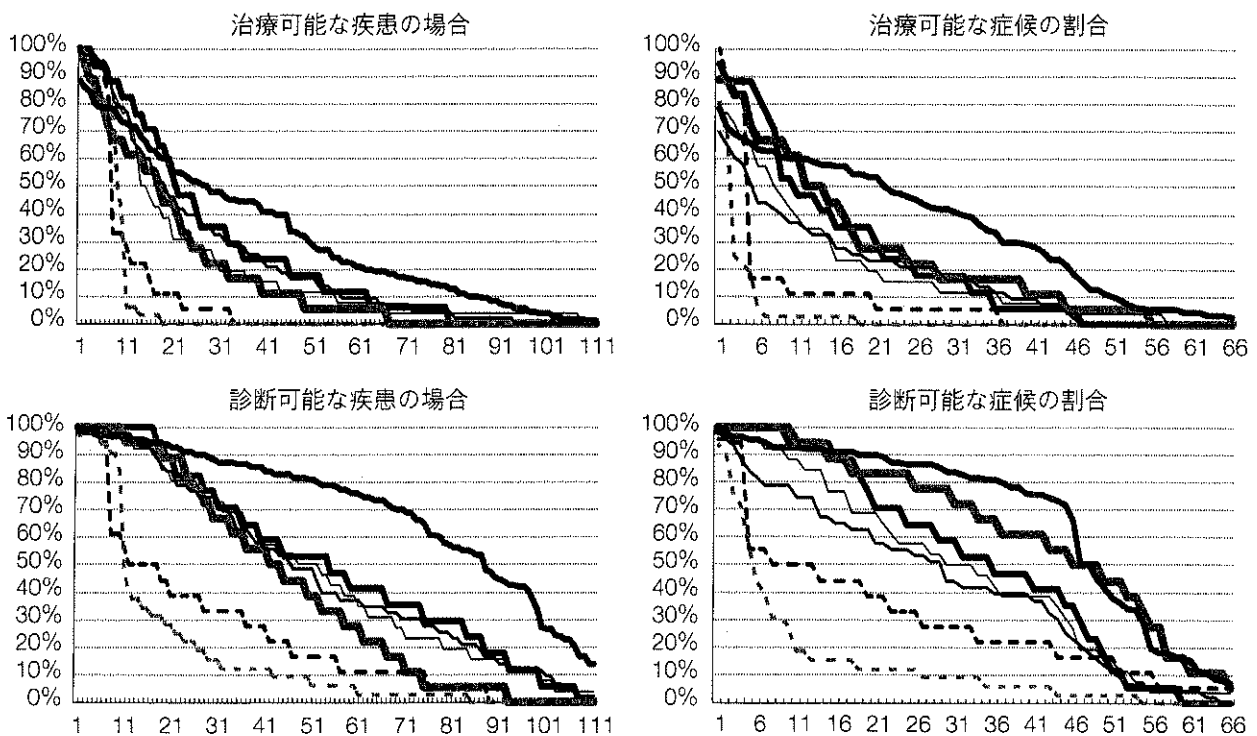
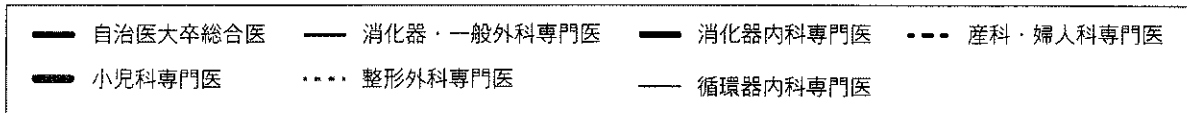


図2 各群の比較 (横軸は項目を割合の高い順に並び替えたもの)



象とし、合計で737人を対象とした。

調査は臨床の場で遭遇する多様な疾患、症状について、自分自身が可能な診療のレベルを以下の4段階から選択してもらった。

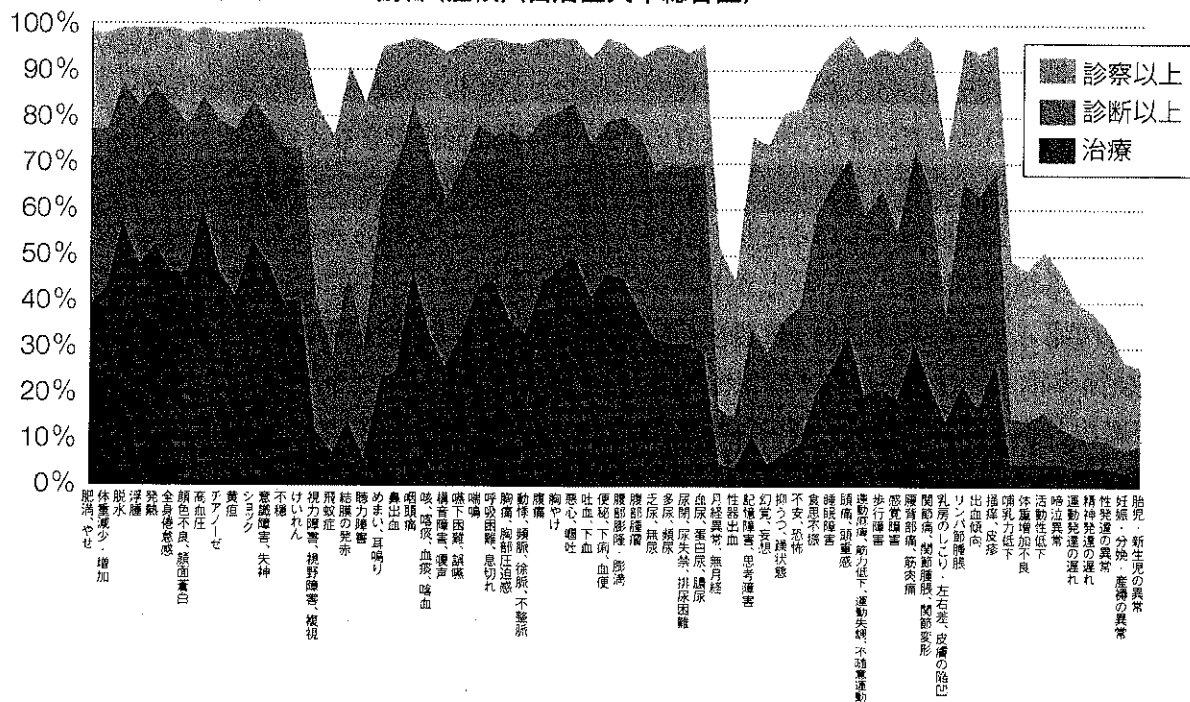
- ・「不可」：診察も行っていない
- ・「診察」：診察を行うことは出来る
- ・「診断」：確かな診断を下すことが出来る
- ・「治療」：確かな診断に基づいた適切な治療が出来る

調査項目は網羅性と妥当性を保つことを目的として、医師国家試験出題基準に必修項目として記載されている疾患・症候・救急対応

の全202項目とした。

結果、472人(64.0%)から回答が得られた。卒業大学は自治医科大学が約44%を占めたが、他は計64大学が各5%以下ずつ続いた。主たる標榜科は「一般内科」が約19%と最も多く、「消化器・一般外科」「循環器内科」「消化器内科」「整形外科」「小児科」がそれに続き、その後は計22科が各5%以下ずつ続いた。総合医/専門医の別については、約65%が「専門医」もしくは「どちらかという専門医」と、約34%が「総合医」もしくは「どちらかという専門医」と回答していた。

図3 項目ごとの診療レベルの割合(症候)(自治医大卒総合医)



幅広い症状に対して診療ができる  
地域医療に求められる医師像①

診療レベルごとの回答の合計を比較すると、自治医科大学卒業医師は自治医科大学以外の大学の卒業医師に比し、明らかにより多くの項目に対し治療もしくは診断可能と回答しており(図1)、より幅の広い診療を行っていることが伺えた。これは総合医と専門医の比較と同様の傾向であった。

具体的に自治医科大学卒業総合医が共通して診断可能(診断もしくは治療を選択)とした項目を見ると、一般的ではあるが、多様な領域の疾患・症候が並んでおり、これらの診断能力は地域医療の現場で求められる医師像の最低条件ではないかと考えられた。

さらに、その診療の幅を、専門医と比較して分かりやすくしたのが、図2である。診断もしくは治療可能と回答した医師数の多い順に項目を左から右に並べ直し、その割合の値をプロットしたものである。このグラフの横の広がり、その群の診療の幅の広さを示すことになる。一見して分かるように自治医科

大学卒業総合医では専門医と比較して明らかに診療の幅が広く、その傾向は特に治療より診断で、疾患より症候で顕著だった。

これらの結果から、「幅広い症状に対し診断が出来る」医師像が導かれ、それは「家庭医」や「General Practitioner」と同じ医師像のようにも思われる。しかし、一部ではそれらとは異なる興味深い特徴もあった。図3は、症候の各項目について、自治医科大学卒業総合医が回答した診療レベルの割合を示したものである。横軸が各項目であり、高い山から順に診察、診断、治療が出来ると回答した医師の割合を示している。確かに全体としては非常に高い割合を示しているが、いくつかの項目は他に比較して低い割合を示し、「谷」となっている。これは、自治医科大学卒業総合医群の診療レベルが低い項目を示しており、疾患・救急対応の各項目でも同様の結果が見られた。

具体的にこれらの項目を抜き出してみると、いずれも産婦人科、小児科、眼科、精神科、乳腺外科の5領域の疾患・症候であることが分かる。これらの領域は、地域医療の現場で

も医療需要が決して少なくないことを考えると、専門医が診療しているという現状が推測される。その原因としては、高度な専門性や患者・患者家族のニーズ、また、女性特有の問題に対して医師、患者とも繊細になる日本人の行動様式などが関係していると思われるが、いずれも憶測の域を出ない。しかし、いずれにしても、この結果からは、女性の内診さえも行う欧米の「General Practitioner」や「家庭医」と、日本の地域医療の現場の医師像とは一致しないと考えられ、非常に重要な視点であると思われる。

### ▶ 初期救急には必ず対応できる 地域医療に求められる医師像②

救急対応の項目では、全項目のうち、実に64%以上を、自治医科大学卒業総合医の8割以上が共通して診断可能と回答した。対して、各科専門医の8割以上が共通して診断可能とした項目は、多くても全救急対応項目の30%前後であり、これらの救急に対する診断と初期治療能力も地域医療の現場で求められている医師像の最低条件だと考えられた。

どのような患者が来るか分からない救急対応には、様々な疾患に対応できる「総合医」のような医師像が適しているとも言えるかも知れない。しかし、自治医科大学卒業総合医でも対応していない専門的な救急対応項目もあり、必要なのは初期救急と、専門的な二次救急の役割分担であると思われる。すべての専門領域について専門医と同等に対応することは困難であろうが、各科横断的な診療の出来る医師がまず初期対応を行うというのは専門医にとっても有益であると思われる。

実際、自治医科大学卒業総合医の多くが診断可能とした救急対応の項目には各科横断的な項目が多い。しかし、その中でも特筆すべきは心肺停止、ショック、意識障害など、重篤・致命的なものが多く含まれていた点であ

る。これらの初期救急対応を敬遠する医師もいるが、地域医療を担う医師がこれらを敬遠しては二次救急を担う専門医が、十分にその力を発揮できなくなる。今回の結果では、自治医科大学卒業総合医がこれらにも対応していることが明らかとなり、「重篤な病態を含め初期救急対応には必ず対応できる医師」という医師像が地域医療に求められる医師像として特に重要であると思われる。

### ▶ 地域のニーズに応じて自らを 柔軟に変化させることができる 地域医療に求められる医師像③

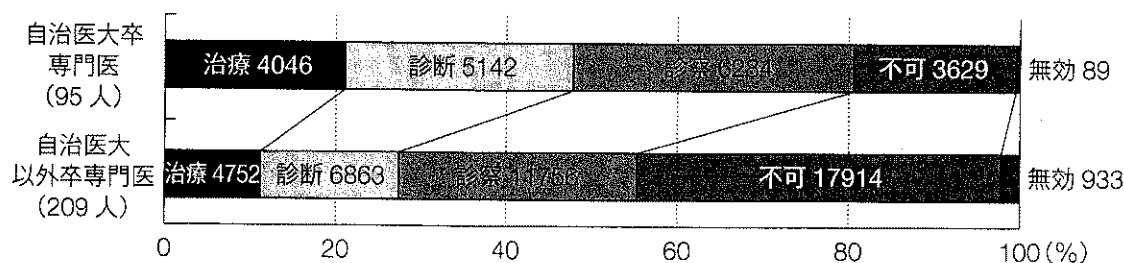
図2の縦軸はその集団内の診断、治療できる医師の割合を示している。均一な集団では100%の医師が共通して診断、治療できる疾患、症候があり、図上、山の頂点が高くなる。実際、専門医では頂点が100%近くにあるが、対して自治医科大学卒業総合医では、どの図でも比較的頂点が低い。これは、この群が均一な集団ではないことを示している。

先に述べたようにこの群では診療の幅の広さは共通している。しかし、均一な集団ではないということは、その幅が各個人で異なる領域を含んでいることを示していると思われる。不均一な集団は、集団としての成熟度が低いとも言える。なぜ自治医科大学卒業総合医群は均一な集団ではないのか。おそらくその理由は、そのキャリア形成過程が関係していると思われる。

自治医科大学卒業医師にも専門医は存在し、その数は決して少なくない。図4は、自治医科大学卒業専門医と、他大学を卒業した専門医の診療レベルごとの回答数の比較だが、一見して分かるように、専門医といえども自治医科大学卒業医師は他大学卒業医師と比べて診療の幅が広い。

おそらく、彼ら専門医も地域の需要に応える中で診療の幅が広がったのではないだろう

図4 診療レベルごとの回答数の比較②



か。自治医科大学卒業医師は皆、義務を有し、自らの能力に合った勤務地を自由に選択できない。そのため、疾病頻度、近隣医療資源、地域の要望など勤務地の環境要因によって自らの診療の幅を変化させてきたのではないだろうか。また、自治医科大学卒業医師は、大病院での研修の他、診療所、中小規模病院など様々な施設を経験しており、これらのキャリア形成過程が、「総合医」についての固定観念を持たせず、今回の結果に結びついたのでないだろうか。

「地域のニーズに応える」というフレーズはよく聞くが、今回の結果からは持っている能力でニーズに応えるのではなく、地域のニーズに応じて実際に自らの診療の幅を変化させることが重要であると言え、地域医療に求められる医師像を考える際に非常に重要な視点であると思われた。また、先の専門医に関する結果からは、専門医もこれらの姿勢があれば、地域医療を担う医師となりうると考えられ、その育成、普及の点からも重要な知見と考えられた。

## ▶ おわりに

これら現に地域医療を支えている自治医科大学卒業医師等の調査から「地域のニーズに応じて自らを柔軟に変化させ、一部の特定領域を除く幅広い診療能力（特に症状からの診断能力）を有し、救急にも十分に対応する医師像」が抽出された。さらにこの医師像は専門医と相対するものではなく、むしろ、役割分担や育成の観点で密接に関連している。こ

の医師像は現在議論されている「総合医」や「家庭医」、「かかりつけ医」などの医師像とは似て非なるものである。

地域医療の崩壊の背景には、疾病構造の変化・複雑化やフリーアクセスなどの制度的な側面もあるが、その課題解決には患者・住民側の視点に立つことが重要であり、実態に基づいた医師像を描くべきである。これらの医師像についての議論は約25年前の厚生省（当時）の「家庭医に関する懇談会」に始まったと言われる。しかし、自治医科大学は40年も前から総合医を育成してきた。当時の医師は、総合医が中心だったと思われ、自治医科大学の総合医の概念は、現在議論されている総合医の概念と違ったものなのかも知れない。今回のように、地域医療の現場にいる自治医科大学卒業医師の実態を詳細に見た例はなく、これからの地域医療提供体制を考える上で重要な医師像が抽出されたと考える。この医師像はこれまでの枠組みにとらわれないものであり、「自治医大からの提言」ワーキンググループでは、今後、その育成方法についての検討や、実際の医療需要との突き合わせ等を行い、これらの医師像を組み込んだ地域医療提供体制を構築するべきと提言したい。

### ● 文献

- 1) 国民健康保険中央会：総合医体制整備に関する研究会報告書，2010。
- 2) 山田隆司：総合医が地域医療の崩壊を救う！，月刊地域医学22：590，2008。
- 3) 川城麻里：家庭医が病院総合医として勤務する際のメリット，JIM 21：656，2011。