

しまね総合診療センター～Teal型組織 Neural GP Network～

島根大学医学部附属病院総合診療医センター長

おきこういきれんごうりつ おきどうぜんびょういんさんよ
隠岐広域連立隠岐島前病院参与

白石 吉彦

(徳島県15期)



はじめに

「専門医の在り方に関する検討会 報告書2013.4.22」(高久史磨座長)^[1]を受けて、総合診療専門医が19番目の専門医として認められ、平成30年(2018)度に1期生が専門研修を開始した。また現在、多くの大学の医学部入試において各都道府県の出身者に対して、卒後地域で医療に従事することを条件に医学部地域枠が設けられている。厚生労働省はこの制度をへき地の医療不足を解消するために強力に推し進めている。実際、地域枠等の募集定員は平成20年(2008)度には33大学で398名だったのに対し、令和2年(2020)度は70大学1,679名(全医学部定員の18.2%)となっている^[2]。では、へき地離島の医師が充足したか?という点では答えは明らかにノーである。自治医科大学が創設され50年となり、日本の地域医療に対して、今何をやるべきなのかを考えたい。

総合診療医

日本の国土は山林、離島が多く都市部以外では人口密度は高くない。日本国憲法第25条で規定されている生存権「すべての国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する」が保障されるために、効率のよい医療提供体制が必要である。また高度専門分化した医学は世界トップクラスの平均寿命にあらわされるように多大な恩恵を生み出している。一方で高い山は、深い谷間も作り出している。その1つは、臓器別に分けたときに関心領域にかからなかった部分、一般的には高度でも専門的でもないと思われる、よくある日常疾患を診る医療である。2つ目は、超高齢化がすすんだ日本で医療需要の大半を占める高齢者は複数の疾患をもつことが通常であり、複数の疾患をまとめてみる医療である。3つ目はキュアだけではなく、ケアに重点をおいた介護を含めた形での医療である。そして、これらの谷間はいかならずしもへき地離島といった地理的な条件だけで存在するわけではない。阪神・淡路大震災を契機に設立されたDMAT(Disaster Medical Assistance Team)は震災直後から現場へ急行し、大きな役割を果たすようになった。一方で発災当初から、住民の日常を支える医療というものも必要とされているが、多くの場合その地域にあるかかりつけ医も被害にあっていることが多く、ここにも医療提供体制の時間的谷間が発生する。

現在、国民に分かりやすく、質の担保された医療が継続して提供されるべく、専門医制度が改革されている。その中でできてきた総合診療専門医の養成に総論として反対する意見はそう多くはないと考える。

現 状

では、現状はどうか。総合診療専攻医は平成30年（2018）184名、平成31年（2019）180名、令和2年（2020）222名、令和3年（2021）206名と全専攻医の2%前後に過ぎない。新専門医制度が始まったばかりで、かつ新しい分野で医学生、研修医からみてわかりにくい、将来のキャリアプランへの不安、などもあると思うが、何かが根本的に足りていない。入学時には目を輝かせながら地域医療や総合診療への想いを語る新入生が、6年たった卒業時点でほとんどが臓器別専門医を選択していく傾向は全国どこの医学部でも同じではないだろうか。もちろん臓器別専門医が正確な診断と適切な治療で高度医療を提供することは、国民の健康を守る意味で必須である。しかし、あまりにもバランスが悪くはないか。地域で、あるいは多疾患を抱える高齢者を、時には震災などの現場で総合診療医が包括的に医療を提供しながら、必要時に臓器別専門医が活躍する形をとる方が、圧倒的に効率が良いと考える。

なぜ、こうなるのか。1つは医学教育が大学中心でおこなわれており、多少の差異はあるにしても、依然として多くの場合臓器別専門医が臓器別医学を教えている。地域医療の現場で行われる実臨床にとって必要なことは、地域での医療的ニーズにこたえる力である。そのためには医学教育の中でも基礎と臨床の融合、そして科を横断して考えられるようになる症候学が必須である。更には実際の地域医療の現場で行われている総合診療をみせることが必要である。この流れは日本だけではなく、地域実習の国際認証の問題にもあらわれている。令和5年（2023）以降、国際認証を受けていない医科大学・医学部卒業生に対して米国医師国家試験の受験を認めないというECFMG（Educational Commission for Foreign Medical Graduates）の宣言に端を発し、日本においても国際標準の医学教育認証評価制度が導入される計画が進められている。国際標準の医学教育で求められていることは以下である。

- ・臨床実習期間が「概ね2年間」へ延長すること（現在：1年4ヵ月）。
- ・真の診療参加型臨床実習であること。
- ・多職種連携を円滑に行い患者との接触機会を十分確保し、プライマリケア診療を含めること。

島根大学医学部附属病院総合診療医センター（通称しまね総合診療センター）

島根県は人口約67万人と鳥取県に次いで人口が少なく、全国トップクラスの高齢化率で、地理的には東西に200kmと長く、隠岐という離島を抱え、南は奥深い中国山地を有する。県庁所在地の松江、出雲以外はすべてへき地といっても過言ではない。そしてそのへ

き地では、中小の自治体病院が中心となって地域医療を支えている。へき地はもちろん松江、出雲ですら開業医の高齢化、継承が問題となっている。島根県で唯一の医学部がある島根大学では、平成16年（2004）から地域枠推薦入試を5名枠で開始し、現在は地域枠を26名、となりの鳥取大学に5名設けている。しかし、依然として現状は厚生労働省による現役医師数に対する必要医師数の倍率は1.28倍と全国で4位であり^[3]、島根県地域医療支援会議（自治医大卒業生の義務年限内派遣調整も実施）では派遣可能医師約10名（1学年2名×5学年）に対して約30名の派遣要請がある。言い換えれば現時点で地域の医療機関から更に20名の総合診療医が必要とされているということである。

この現状に対し島根大学は厚生労働省の「総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業」に応募し、令和2年（2020）度、令和3年（2021）度と採択された。この事業を通じて、島根県全体を見据えて、島根大学医学部附属病院総合診療医センターを立ち上げた。私がセンター長となり、総合診療をキーワードに地域と大学をつなぐということを試みている。

- ・島根県で総合診療を行っている地域の医師が全員で大学での医学教育に携わる
- ・地域医療を行っている複数の現場の総合診療医が週に1～2日大学で勤務をする
- ・既存の島根大学の総合診療・地域医療系の講座、組織と協働する

前述したように島根の地理的な条件で、地域医療の現場で実践している医師が集うということは非常に困難を極める。そこで、オンライン会議としてのZoom[®]、ブレインストーミングやチャットでディスカッションをする場としてのSlack[®]、文章や表などのオンライン保存としてのGoogle Drive[®]、全体の様々なプロジェクトをガントチャートなどで見える化するためのWBS（Work Breakdown Structure）としてのRedmine[®]を駆使して、Virtual Officeを構築した。この成果は明白で、例えば令和3年（2021）1月より開始したSlack[®]は約90名のメンバーがいて5か月で1万件のやり取りが行われており、島根県全体で総合診療医養成に向かう活気が感じられている。

大学での総合診療学、地域医療学、家庭医療学の学びは大切ではあるが、やはり基本的には地域医療の現場での総合診療を軸に教育を行っていくべきであると考えている。島根の総合診療医のメンバーとのディスカッションの中で、様々な取り組みの案が出てきている。一例を下記に示す。

- ・症候学のビデオ作り

初期臨床研修医プログラムの初期研修医が経験すべき症候（29症候）、日本プライマリ・ケア連合学会／日本専門医機構 新・家庭医療専門研修／総合診療専門研修で経験すべき症候（59症候）から、共通性と重複性を考慮して40症候を選定し、島根県の総合診療医でレクチャービデオを作成し、ホームページ上で公開

- ・ECST year（Essential Clinical Skills Training year）

2年間で自分の進む進路を決めきれない初期研修医のために、希望する地域の病院で地域医療に必要な態度、手技、知識を学ぶ1年にする。専門医の取得は遅れるが、実際そ

ういうコースをたどった先輩たちにメリット、デメリットなどを紹介してもらうシンポジウムをひらく。

- ・ランチョンセミナー「総合診療医が語る〇〇〇」

大学勤務の総合診療医を中心に学生に対して定期的にランチョンセミナーを行う。〇〇〇に相当する部分には、学生の要望に応じて、毎回違う演題が入る。

- ・地域枠学生の受験前実習の受け入れ

島根大学では地域枠の受験前に地域の医療機関、高齢者施設での実習が義務付けられている。総合診療医が勤務する医療機関での受け入れ調整や、コロナ禍でのオンライン実習に対応する。

- ・課外授業（高度総合診療力修得コース）

正規の授業外で単位を発行する授業としてGeneral Medicineの講義を行う。

など、公式、非公式を問わず、さまざまなプロジェクト案が挙がっている。それぞれのプロジェクトをトップダウンではなく、担当者を中心に皆がそれぞれにリーダー役を担い、皆が協力するという形をとっている。しまね総合診療センターは地域医療現場と大学を結ぶ組織としてVirtual officeを駆使しながらTeal型組織Neural GP Networkというコミュニティを形成し総合診療医養成を目指している。

現在進行形の具体的な取り組みを挙げたが、これからの日本の地域医療にとって重要なことは50年間地域医療と向き合ってきた自治医科大学、そして自治医大卒業生が各地の医大の地域枠を中心とした医学教育に本気で絡むことである。

広大なへき地を抱え、高齢化については最先端の島根県で総合診療医養成のプロジェクトが成功すれば、島根県の医療が変わり、ひいては日本全体の医療の在り方へのヒントになるのではないかと考えている。

医学教育

私自身は、昭和60年（1985）に自治医科大学14期生として入学した。ちょうどそのころに1－5期生がへき地での義務年限を終了し、その熱い思いを伝えるべく自治医科大学、附属大宮医療センターに帰ってきた時期に重なる。臨床の現場や、プライベート、そして出かけて行った地域医療の現場での先輩たちとの触れ合いは、いい意味での強烈な洗脳であった。その後、中国での医療やアメリカでのFamily Medicineを体験し、卒業後に総合診療に進んだのは、洗脳という教育の賜物であろう。小規模離島での23年間が楽しくてたまらなかったのは、自身の志向性のみではなく、診療にくわえて、仲間づくり地域づくりの視点をもつ総合診療が軸であったからに違いない。

よりよい医師を育てるために、医学教育は進化し続けており、この30年の変化は目覚ましいものがある。ただし、地域医療、総合診療的にみるとまだまだ改革が必要である。繰り返しになるが、地域での実習、プライマリケアのセッティングでの症候学、そして治

療学である。医師の職業をScience&artと考えると、地域医療の現場での臨床研究のための教育などももっとなされる必要があるだろう。医学部6年間、初期研修、専攻医をとおして、教育コンセプトをしっかりとってカリキュラムが立てられる必要があると考える。また喫緊の課題として新しいオンライン時代の教育方法も模索していく必要がある。

医学部入学前

米国では4年生大学卒業後に強い意志と時間とお金をかけて医学部に進む。英国では高等学校卒業から大学の入学までの間にギャップ・イヤーなどを利用して多様な価値観を学ぶことができる。それに引き換え日本では、優秀な成績で高校を卒業し、ストレートで医学部に入学し、卒業後初期研修を経て、専門医を最短期間で取得することが最も正しいとされているように感じる。多くは自分より年長の患者の人生に大きくかかわる職業であること、地域医療としての社会との関係などからすると、医療にたずさわるという覚悟、人間の幅などがもっと重要視されてもいいのではないか。そういう意味では学士入学などは非常によい制度であるし、学生時代の留学などももっと推奨されてもよいのではないかと思う。

現在の日本の入試制度は、そう簡単に変えられないと思うが、医学部受験前にアプローチする方法はどうだろうか。医療に興味のある高校生に医療現場で体験をさせ、自分がほんとに何をやりたいのか、ということを確認させて医学部を受験させることもまた一つの手であると考えます。

令和2年(2020)度には自治医科大学と読売新聞が共催で高校生の早期医療体験を行った。高校生が小論文・スピーチ動画コンテストに応募し、その優秀者に地域医療体験実習を提供するというものである。令和2年(2020)度の課題は「2030年の地域医療 何を守り、何を創るか」であった。500名強の応募者の中から4名の高校生が選抜され、隠岐島前病院と八戸市民病院で実習することとなった。残念ながらコロナ禍でリアル体験実習はかなわなかったが、計3日のオンラインの体験実習を行った。接続テストを兼ねたプレミーティングでは「隠岐について」という課題で医療にかかわらず隠岐について各自事前学習したことを発表してもらい、体験者同士の交流を図った。実際のオンライン体験では、地域医療についての講義だけでなく、外来や往診を医師がGoPro[®]をつけて行い、かなりリアル体験に近い形で見学してもらった。また、当院のコメディカルや地域住民との懇談などを交えて、いろいろな形で実際に地域医療を味わってもらった。参加した高校生からは、今回の体験を通して、多くの発見と自分自身の意識や認識の変化を感じ、地域医療にかかわりたいという強い思いが目覚めたとの感想が出されている。

各大学で様々な工夫はされていると思うが、ただ地域で働くのが義務、というだけの地域枠ではなく、入学前、入学時にもそれなりに実体験をしたうえで、より適性のある学生を入学させられるような工夫は有用であると考えます。

おわりに

日本社会はコロナ禍で一気に進んだテレワーク、オンライン学会やオンデマンドコンテンツによる教育などは、もはや戻ることはない。これは多くの人が、地方から上京し、東京近郊に住み、満員電車で揺られながら都心に通うという生活を目指すというビフォアコロナからの日本人の人生、生活に関する価値観の大きな変革を意味している。医療の世界でも、多くの医師が臓器別専門医となり高度専門化という細分化を目指すことから、人を診る、家族を診る、地域を診るという総合診療に目をむける時期がきているのではないか。都市部の大きな病院を目指すばかりではなく、地域の病院、ときにはへき地離島で総合診療医として社会的役割をはたす、やりがいや面白さをわかりやすく伝え、生活も含めて楽しめるような制度を創っていくことが、自治医科大学創設50年目からの役割だと考える。

- [1] 厚生労働省, “専門医の在り方に関する検討会 報告書,” [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>.
- [2] 厚生労働省, “今後の地域枠のあり方について,” [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000607931.pdf>.
- [3] 厚生労働省, “必要医師数実態調査詳細結果,” [オンライン]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/other/dl/14.pdf>.