

地域医療を^{いだ}抱く大学

自治医科大学名誉教授
池本 卯典



自治医科大学創立50周年を心よりお慶びいたします。

沖縄県の出身で親しかった学生が、卒業式が終わって6年間を^{ねぎら}労うと、北大東島診療所に単独勤務が心配だと^{うなず}呟いた。私は^{うなず}頷くだけだった。また、島根県出身の9期生山本隆医師は、初期研修を終えると、県庁に勤務し医療行政の専門職を志向した。厚生労働省にも出向するなど、将来を嘱目されていたが、惜しまれながら病気で早世した。故山本医師は地域診療所の施設整備、特に診療所常勤医複数説がテーマのようだった。会う度に訴えられた。私は常に同調していた。現代医療は、まさにコペルニクスの転回、スマホで救急を要請し、ヘリコプターが対応する時代、医療階級性は無い。医薬品、医療器材の発達は、高度医療を応援している。一方、日本全国に無医村は637、国民医療費33兆円（国民衛生の動向2018～2019）常に問題視されながら改善の道は遠い。

その時代でも、診療所勤務医複数、赤字経営を改善した医師がいる。鳥取県の琴浦町赤碕診療所の所長青木哲哉医師（自治医科大学18期）と、その実弟青木智宏医師（自治医科大学20期）の活躍である。

青木哲哉医師は、平成12年（2000）に県職員として国保赤碕診療所に赴任した。設置者の町長は診療所の累積赤字2億2,000万円を告げその改善を要望した。赴任前の平成11年（1999）度における診療収入は1億1,000万円、年間患者数15,194名、レセプト件数6,546件。医師1名でその改善は至難。青木医師は、医師である青木敦美夫人の診療所勤務を町長に要望し、認められて医師2名が実現し、平成12・13年（2000・2001）を兄青木哲哉医師が、平成14・15年（2002・2003）は、診療所勤務医師のローテーションにより実弟の青木智宏医師と交替した。同時に本学21期生で、青木智宏医師の夫人青木美由紀医師（愛媛県出身）を診療所医員としての就任が認められ、常勤医2名体制は維持できた。その4年間に累積赤字は消失し、累積黒字6,000万円を計上した。琴浦町の町民は声を挙げて称賛したと伝えられている。同時に診療所の施設整備も進行し、高度医療も可能となり町民に還元されている。平成16年（2004）4月青木哲哉医師が再度診療所長に就任した。

平成16年（2004）9月、旧赤碕町と旧東伯町は合併し、現在の人口約2万人の琴浦町

は誕生した。赤碕町で開設された診療所は、その名称を残し今後の発展を期待し、診療所の法人化を計画した。

平成18年（2006）には指定管理者制度により、医療法人社団 赤碕診療所を設立し、公設民営の診療所として衣更えを行った。

初代理事長には、青木哲哉医師が就任して、着実な運営が続いている。

診療所の構成は、医師3名、看護師を含め職員10名、鳥取大学医学部附属病院との交流があり、堅実に運営されている。

診療科目としては、内科、小児科、整形外科、小外科を標榜し、近年の診療患者数は22,898人、レセプト数は9,298件、診療報酬は2億円を超え経営は安定している。

因みに、琴浦町の民間診療施設は、医院12施設、歯科医院6施設であり、協力しながら町民に対する医療に^{いそ}勤しんでいる。

^{なお}尚、兼任業務も多く、小学校2校、中学校1校の校医を担当し、琴浦町役場、その他4事業所の産業医にも就任している。さらに大山警察署の警察医として検死に携わることも少なくない。

全国の82医科大学(医学部)は、全て地域医療を実践している。自治医科大学はまさに、その旗手ともいえよう。

昭和・平成・令和、5,000人の『切磋琢磨』に地域医療の未来は明るい。

自治医科大学創立50年を迎えて～創意と工夫で益々の発展を

自治医科大学名誉教授
東京大学名誉教授
森岡 恭彦



自治医科大学は世界に類をみないユニークな医科大学である。ところで創設されて間もない頃、旧知のフランス人の医師が見学にやって来た。案内していると「自治医科大学の自治とはどういう意味か」と言う。「autonomy」と答えると、彼はにっこりして突然両手を挙げて「オー」といって飛び上がるばかりであった。autonomyはフランス人好みの言葉のようだが、英語に直訳すると本学はAutonomy Medical Schoolというわけである。しかし本学は名前のように近代の大学の最大の関心事である「大学の自治の尊重」ということとは関係がない。たまたま当時の自治省が主体になって創ったというだけのことで、大学の自治を謳ったわけではない。ともかく英語でもユニークな名前の大学である。

名前はともかくとして医科大学としては特異な存在で創設以来本学特有な難問を抱えていた。一般の医科大学では立派な医師や研究者を養成すること、さらに高度の医療の提供、医学の研究を通じ社会に貢献するといったことが医科大学の使命と言えよう。本学でもその基本は不変だが、さらにへき地に働く医師を供給することも目的で、当初から些かの不安もあった。この大学設立の事業を引き受けられた初代学長の中尾喜久先生は先ずはへき地で働く医師の養成というのでレベルの低い医師でよいのではないかという俗な考えに対して警戒感を持たれ、むしろより見識のある立派な医師の養成が必要であることを力説されていた。そのためには他の医科大学に劣らぬ立派な施設、病院、研究所の建設が重要であるとし、また学生教育については全寮制を決めそれにふさわしい学生寮の建設などが行われた。また当時は医学部、医科大学新設ブームで大学のこれはという人物は新設の大学に赴任していたこともあって、教授の候補として40歳そこそこの若い先生が選ばれ私もその一人であった。当時の自治省の意気込みもあって施設もほぼ立派なものが建設され、特に赴任された多くの若い教授やスタッフたちは学生と良く交流し教育にも熱心で大学の創設、運営に尽くしたといえよう。また血気盛りの若い教員を信頼し、仕事を任せて下さった学長の中尾先生のお人柄の賜物でもあった。

しかし本学の特徴である卒業生のへき地勤務には不安もあった。しかし卒業生の活躍は予想以上のものがあって、今日では数多くの卒業生が日本全国各地で働いており、社会的にも高く評価されているといえよう。これには特にへき地に勤務する医師の支援体制とし

て都道府県単位の同窓会の運営、研修・研究助成、彼らの活動を支援する拠点病院、診療所の設立、運営など他大学には見られない特有の対応もなされてきた。そのためには行政の援助もあろうが多くの卒業生の自主的活動の成果であることは特筆される。中でも数多くの病院、診療所の運営は特有で、卒業一期生の吉新通康先生らの活躍、行動力によるものでその一例と言える。

ともあれわが国では生活環境の格差、へき地がなくなるわけではなく、今後も自治医科大学の存在は国としても重要であることに変わりないであろうが、大学として学生、教員の人材確保も重要な課題で、またへき地勤務に関わる難問もありこれには大学、卒業生、また行政が共同して創意と工夫で問題解決に努めることが大切であろう。本学の益々の発展を祈っている。

自治医科大学のあるべき姿

自治医科大学名誉教授
細田 瑳一



私は附属病院開院時、昭和49年（1974）から内科学教授として循環器、腎臓病、集中治療（CCU、ICU及び透析センター）、電気生理・血行動態を含む生理機能、超音波検査、心臓血管造影及びカテーテル治療、ペースング治療、自律神経、臨床薬理学、地域医療学の臨床教育を担当し、また教務委員、卒後指導委員等に関連して平成2年（1990）まで自治医科大学に勤務した。中尾喜久学長の指導の下で、「医療に恵まれない地域の医療を確保し、地域住民の保健・福祉の増進を図るため、医の倫理に徹し、かつ高度な臨床的実力を有し、更に進んで地域の医療・福祉に貢献する気概ある医師を養成するとともに、併せて、医学の進歩を図りひろく人類の福祉にも貢献すること」という建学の精神を体現すべく、教職員と学生、卒業生とがそれぞれの立場から一体となって懸命に努力した。

卒業生はほぼ全員、卒業直後に医師免許を取得した。この状況は現在も続いている。9年間の義務年限を自治体の決めた方針通りに終了した後も、卒業生の7割が出身県で勤務又は開業している。また、全国のへき地等で勤務又は開業している者は卒業生4,495名中の1,355名（36.4%）、国や都道府県庁、保健所等で衛生行政に従事する者は112名、都道府県、或いは市町村の職員として医療機関に勤務している者は945名であり、これだけでも自治医科大学を支援して下さった方々の期待に応えて、自治医科大学はもっとも重要な目標を達成した。「現代の奇跡とも言える」と認められ、誇らしく感じている。

大槻マミ太郎副学長に伺った話では、COVID-19の対応に当たり、自治医科大学では一旦学生を帰省させて新しい臨床教育等のカリキュラムを実施し、コロナ対策をし乍ら順次リモートワーク等を組み、令和3年（2021）3月の卒業生は感染者を出すこともなく全員医師免許を取得したとの事である。状況に応じた柔軟な対応は同慶の至りである。

開学当時、卒後の義務年限についての考え方は各自治体での方針が詳細には決まっていなかった。一般に、医師は卒後10年間程度、自分が選んだ領域の指導者、或いはグループ（大学院・病院等）に所属して研修、或いは勤務しながら指導を受けて一人前になるが、創設期の自治医大卒業生については各都道府県での初期研修や勤務について考え方がまちまちであった。卒後指導委員を担当して卒業生の希望や進路の不安を聴き、相談を受けて

いた頃は、各自治体の方針を聞いたり、卒後研修の選択肢を考えて準備をしたり、更には自治体や医師会、自治体病院協議会の会議に参加したり、地元の病院の環境を調べたり、地元の大学の意向を尋ねたりした。

私はそれ以来、卒業生の研修とその先にある進路について、大学及び大学院が個人の希望と地域の状況に応じた生涯研修に責任を持つことが当然と考えるようになった。後にWHOの医科大学・大学医学部の国際的な教育内容の標準的項目基準の作成委員会に出席した際にも、教育項目とは別に生涯教育を支援する事の重要性を主張して認められ、国際的基準として現在も使われている。自治医科大学でも責任を持ってくれる地元の病院や指導委員会を持つことが重要と考え、先方の県立中央病院や地元大学の教職員に外部卒後指導委員となる事や自治体との交渉をお願いした。同時に高久史磨教授（現名誉学長）と共に、学内で教職員の研修ワークショップ(Faculty Development Workshop)を毎年開催し、国内外から医学教育専門家等をタスクフォースに依頼した。また、毎年夏休みを利用して年に2、3ヶ所を卒業生の勤務地から選び、地域医療や倫理等を主題として、該当の卒業生・在校生を集め、担当する卒後指導委員や外部卒後指導委員、医師会員、保健師、栄養士等と共に、ワークショップや検診会を開催した。このようなワークショップは意見の異なる人々や、なかなか話し合いの出来難い人との話し合いに有用で、その機会に卒業生の希望が受け入れられる事も少なくなかった。これが地元の大学との交流の契機となる事も多く、卒業生の海外留学の交渉や、県庁の方針との調整にも役立った。

週末を利用して、県庁や任地のへき地で困難な問題を抱える自治医大卒業生を訪問し、首長や医師会と話し合うこともしばしばあった。県境を超える結婚などでの義務年限内の任地の交換もあった。これらの時々生ずる問題に対する考え方を討論して解決する問題解決型ワークショップも開催し、一般的な解決法を探る事もあり、関心のある者を10人前後募って数回の討論から解決法を導いた。残念ながら入学して3年目迄に欠格条項にかかり、ご両親にも理解して頂いて他学部へ方向転換した学生も2人あったと記憶している。また最も望ましくない例としては修学資金返還等があり、何度もの電話での説得には苦勞したが、漸く思い留まってくれた者もあった。

人間関係という事では、平成2年（1990）以降の携帯電話やスマホ、インターネットの急速な普及、それに伴うソーシャルメディアの登場は、生活やコミュニケーション様式に高等教育でも大きな変化をもたらしている。また、平成12年（2000）を過ぎて、個人情報保護が叫ばれると共に、却って個人情報の流出事故がしばしば報道される事態も生まれている。個人が容易に他人とコミュニケーションを取り合うことができるようになった反面、人間関係上の新たなトラブルが生じる可能性も指摘されている。大都会の生活様式が定着して人間関係が希薄になり、医師患者間で必須の信頼関係の作り難い環境になっているように見受けられる。加えて、昨年来のCOVID-19の蔓延による外出抑制と会合制限は社会の分断を一層深めたようである。

自治医科大学では開学以来、日本全国から参集した学生が全寮制の下で生活しているが、多様な学生が共同生活を送り、互いに良い影響を与えながら研鑽を重ねることは、学生の人間としての成長に大きな役割を果たしていると考えられる。また、教職員の宿舎もキャンパス内に多く、学生と教職員の親しい関係も日常的に自然に醸成されている。良い人間関係が臨床教育にも研究的・科学的・文化的な人格養成にも良好な環境となっている。それらはまた、医療者として患者を理解し、最適な医療を提供するための大きな力になっていると思われる。

他方、医療者と患者との人間関係をめぐるトラブルも生まれている。わが国では医師数は平成7年（1995）から再び地域枠などの定員が増加し、全国の病床数も増したが、教職員の増員はニーズよりも少ない。狭い専門を標榜する診療科が増加し、一般に患者側も大学や院内で表示される専門医に診察してもらう事を期待する風潮が増している。その結果、慢性疾患をいくつも診断されて、専門医を求めて医師通いをする人が増加し、一般慢性疾患に対しても、必ずしも適切と思われない医療が漫然と行われるように感じられる事がある。少子高齢化の社会になり、ホームページ等の情報を頼りに専門医を探して大都会の狭い範囲の専門を標榜する医療機関に受診する人が多くなり、診察券をたくさん持っていくつもの医療機関で診察を受ける人も多い。以前から問題となっていた医療保険の予算も着実に増加し、ポリファーマシーの問題やドクターショッピングも指摘されている。手術や処置の専門的技術が進歩した半面、電子技術を多用した検査機器やダビンチ等の高価な手術ロボットも一般的になり、稀な疾患のみに用いられる高価な薬の問題も指摘されている。

私はこの30年間の自治医科大学の具体的な発展の詳細を把握していなかったが、送って頂いた職員録から伺うと、卒前教育の為に大学に総合医学部門（救急医学、総合医学1、総合医学2）ができ、病院診療部門にも教育に当たる総合診療科が拡充されている。新設されたとちぎ子ども医療センター、総合周産期母子医療センターでは病床が増床され、附属さいたま医療センターを加えると臨床教育に十分な病床数に達している。病院の臨床腫瘍科、麻酔科、中央施設として救命・救急・集中治療部や地域医療学センターでも教育専従者が増員されている。永井良三学長の方針で臨床教育と初期研修の基本となる総合診療の教育が一層充実した形で実現されており、更に、医療情報部、メディカルシミュレーションセンターが教育専任職を加えて増設され、各専門科に関しても学習し易い環境が実験室や動物手術室に加わっている。教職員や自治医大卒業生の研修或いは研究支援にも新しい部門や施設が増設されたり、或いはさらに充実したりしている。

研究については、臨床研究センター、分子病態研究センター、先端医療技術開発センター等、教職にある臨床研究者がこれらの施設を利用して研究できる環境も著しく拡充されている。また卒業生の卒後研修、研究或いは適切な診療を指導するチームとして卒業生の有志を中心に地域医療研究支援チーム（CRST）があり、研究デザイン、企画から論文

作成までの支援体制ができている。臨床薬理学部門では薬物投与、設計や情報支援を行っており、臨床研究支援センター、データサイエンスセンターが設置されて、へき地で最近の複雑な試薬や悪性腫瘍の特殊な薬物療法の判断についても相談をできるようになった。

附属さいたま医療センターは後期研修で総合診療と救急を中心に、卒業生の一部が勤務研修する附属病院として創設されたが、医療のニーズは開院時とは変化し、その構成は一般的専門科の医師を集めて、高度救急中核病院として発展しており、現在までに179名が後期研修を受けた。

自治医科大学及び附属病院では当初、自治医大卒業生は栃木県及び長野県出身者のみが2年間初期研修を受けていた。卒後指導委員会では自治医大卒業生を研究生或いは大学院学生として採用して、近い将来に自治医科大学教職員の20%程度は自治医大卒業生から採用して後継者を教育する必要があると考えていた。自治医大卒業生の大学院入学は昭和60年（1985）から認められ、平成2年（1990）迄に20名に達したが、現在、自治医大卒業生で自治医科大学に勤務している者は152名で、まだ当時計画した人数には達してはいないが、他大学に勤務している者は261名と、後期研修を出身地で受けた者が多い事を反映している。その中でも救急部、麻酔科、総合診療部や公衆衛生の教授が多い。

自治医大卒業生を支援する組織としては、公益財団法人地域社会振興財団、地域社会健康科学研究所、自治医科大学医学部同窓会、医学部卒業生都道府県人会があり、それぞれ活発に活動している。自治医科大学が法人会員となって支援を行うなど、多面的な支援が行われている。また、関連団体として自治医科大学卒業の1期生 吉新通康理事長を中心に5期生迄の有志が集まって設立された公益社団法人地域医療振興協会（会長は高久史磨 名誉学長）は、地域医療の振興とへき地等の医師の代診事業等を進めながら、同窓生、他大学出身の目的を共有する医師や医療従事者、支援する管理者を加えて、70施設を超える総勢1,000名に達する職員を擁する団体となっている。そして、へき地等の病院診療所の運営と自治医大卒業生の生涯研修及び医師不足に悩む地域の施設の管理委託を受けて活発に活動しており、自治医大卒業生の進路の選択肢の一つとなっている。

この様に自治医科大学では総合診療から最先端の研究、保健行政まで幅広い社会のニーズに応えられる医療人を養成して、生涯教育のニーズに応じた支援も行っている。自治医大卒業生は地域医療行政にも国内外で活躍しているが、東日本大震災の際にも、被災地で住民、自治体の再建支援に活躍した。

以上のように現在の自治医科大学は、自治医大卒業生の多岐に亘る真摯な活躍によって、建学の精神の最も重要な部分について既に40年間実現している。

わが国では、医療と健康に関する情報システムの統合が進まず、辛うじてレセプトの電子化ができている程度である。Bioinformaticsの分野は立ち遅れ、診断名や手術、検査、特に画像検査の解析の表現や精度も学会や病院毎に異なる。若し可能であれば、総合診療で使える標準的な機器、手術、処置を用いた群と専門的技術や精度の高い機器を用いた群

とを比較して、予後改善、健康回復・増進（主要臓器の機能回復改善など）、健全な社会生活の延伸率や死亡率を指標として、検査治療の適応や効果(効率)を比較して頂きたい。費用対効果で有用性を比較すれば無駄な施術や薬物の処方を判断する事も可能となるであろう。自治医科大学関連の全国の病院或いは診療所から夫々の診療録や地域の疾病、健康に関する状況等を言語・登録情報詳細に規定したうえで自治医科大学の情報システムに匿名化して登録し、疾病統計や処方手術処置による経過を正確に追跡整理して望ましい生活習慣、検査、治療処置手術等多数の長期追跡の経過、集計結果をまとめて仮想コホート（matching症例群）を用いて情報を効率的に集積して開示して頂ければ幸いである。このような情報が正しく集積されると自治医大卒業生のみならずBig dataとして広くその結論を医療関係者に開示する事で、地域医療に役立ち、医療費の削減にもつながる。Dr Dale Dredesenらの認知症改善の治療或いは予防などは、着実な住民と医師集団からの情報集積と追跡によってのみ確認できる事である。自治医科大学のような堅実な総合診療医の地域医療集団の情報の集積があれば、このような面でも益々の発展が期待される。

自治医科大学のあるべき姿—第4次産業革命と地域医療

自治医科大学機能生化学客員教授
女子栄養大学副学長
香川 靖雄



はじめに

広大な地球の大部分は医療に恵まれない辺地である。国際線の飛行機の窓から霞んで見える大地にも離島にも診療施設は稀である。言うまでもなく医師養成は医療を受ける住民が目的であるが、大都市出身者や高所得者が入試に合格し、本来医療に馴染まない市場原理で運営される私立病院が都市に集中して、辺地は医師不足に悩まされて来た。これに対して「医療の谷間に灯をともし」という理念の下に自治医科大学が創立された。創立50周年を迎え、地域医療の重要性が認識されたため令和2年（2020）には自治医科大学定員の8倍に及ぶ70医科大学の地域枠が設けられた。しかし、いまだに辺地の自治体病院の80.2%は医師不足である。高齢化による医療需要は増加しているが、財政と医療資源から医師数増加は困難であり、その解決には社会を変革しつつある第4次産業革命の導入による革新を提言したい。昨年からの新型コロナウイルスのパンデミックを機に遠隔医療・公衆衛生を含む様々な改善が加速している。この視点から全国に基盤を持つ本学の総合的な地域医療の改善の中核としての重要性は増している。

建学当初の批判と実績

創立当時から本学に対して様々な提案や批判があったが、いかなる理念も現実社会の中での実績で評価すべきである。その主な批判は次の3点であった。①修学貸与金を返還して辺地医療義務を果たさない、②県別の入試選抜で偏差値の低い学生は国家試験に合格できない、③医療技術中心で科学研究を無視した大学である。これに対して、中尾学長の下に行われた自己点検・自己評価⁽¹⁾、評価報告書⁽²⁾から実績は次のように要約される。①卒業生の義務履行率は40年間で実に96.3%であり⁽³⁾ ②医師国家試験合格率は1期生の99%、2期生の100%を始めとして最近9年間は平均99%で連続全国1位を続けている。辺地出身の学生の大半の成績が向上し、全員が国家試験に合格して、医学生選抜の偏差値信仰に重大な衝撃を与えた⁽⁴⁾。さらに全国自治体病院協議会の医師としての評価も本学卒業生が最高である⁽²⁾。③自治医科大学は生命科学において、昭和56年—平成3年（1981-1991）の論文被引用数は自治医科大学が国内大学中3位の9.97で東京大学の9.87を

上回った^(5,6)。これらの実績⁽²⁾を開学時の評論家の方々にお送りし「特別の感慨を持って読ませて頂きました。」等のお返事を頂いた。

地域医療に必要な総合的知識とCBT

地域医療の教育で最も重視されるのは包括的医療を実践する総合診療医である^(7,8)。初期医療には各診療分野共通の基礎的事項と偏りのない知識技能が不可欠である。高度の特殊技能を持つ臓器別専門医は大病院の診療科に必要であるが、診断・治療の機器に乏しい第一線の地域診療所では活動できない。この高度技術の欠点は後述の第4次産業革命の新技术で補充できよう。本学建学当時の全国80医大の教育体制は科目ごとの偏りの大きい単位制であった。しかし、難易度の高い科目だけ履修できず、単位習得済みの科目は留年中に忘却し、再履修の数科目に学生の知見に偏りができる。この欠点を克服するために、筆者はCornell大学での教職とBiochemical Education誌の副編集長等として、米国の基礎・臨床医学大学間共通試験（Step 1・2）に倣った総合判定試験を自治医科大学の一期生から導入することを提案し、実行された⁽⁴⁾。重要必修科目を網羅し、電算機採点による識別指数、信頼係数等による成績不良者、不良科目の重点的補習によって、医師国家試験合格の全国1位の実績を挙げた⁽⁴⁾。その後、総合判定試験の必要性は全医大が認め、臨床実習前に医療系大学間共用試験実施評価機構の共通テストが平成18年（2006）から実施されComputer Based Testing（CBT）と客観的臨床能力試験（OSCE）合格者にはステューデント・ドクター証が交付されるようになった。

地域住民に慕われる家庭医の人間性涵養

医師にとって人間性が重要であるが無意識の患者に手術等を行う専門医と異なり、辺地、離島の診療所に勤務する場合は、初診時の対面を含め住民の信頼が欠かせない。自治医科大学は6年間全寮制で人格の切磋琢磨を目指し、入試の人物考査を重視する。学科試験のような客観的採点は困難であるが、面接には精神科医が参加し、心理テストを併用した⁽⁹⁾。入学後の寮務主事の人物評価と面接評価の一致度は初期には52.3%と低かったが改善により83.5%まで向上した⁽⁹⁾。また、心理テストの入試時と入学後の比較では5点の者は5－3点が大半を占め妥当性が認められた⁽⁹⁾。一方、他大学の地域枠の卒業生9,707人中離脱者は450名に上り問題となっている。とくに重要なのは医師5,001人に「同じ大学出身者に親近感を覚えるか？」という質問に対して自治医大卒業生の実に95.33%が肯定し、全国医大で第一位を占めたことである（Youth 2021年2月5日号）。離島での地域住民との自治医大卒業生との親しい交流は三宅島噴火や舩倉島医療を始め多数報道されている。

辺地医学の貴重な研究拠点

全国の80大学中で東京大学等、研究の拠点大学には地域枠は無く、地域医学を全国的に研究しているのは自治医科大学のみである。公衆衛生分野で多数の疾患の全国データ

ベースは貴重な成果であり、新型コロナウイルス感染症対策を始め国内外で活躍している尾身茂教授はその象徴である。辺地の医学研究に端を発したノーベル医学生理学賞研究は多数に上っている。人体試験には倫理的制約が多く、特定条件下の長期間の観察が必要なため、辺地の特異な環境、特定伝染病、生活習慣、狭い通婚圏による特定遺伝子多型の集積が貴重な対象となるからである。黄熱病のタイラー、食人種のクールー病のガイジュセック、入墨とB型肝炎のブランバーク、プリオンのプルシナー等々が挙げられる。筆者は病棟勤務の義務のない生化学教員として1週間程度は学生達と共に辺地、離島の老人保健法による健康診査等に協力しながら、検診結果、栄養調査、採血の分与等を通して辺地医学研究を進める事が出来た。写真は西表島の祖納診療所で、このEPAの研究⁽¹⁰⁾は被引用数431に上った。なぜならEPAの心疾患予防効果はグリーンランドの研究からダイエルベルグが報告したが、エスキモーの平均余命は約60歳と短いので、当時世界最長寿の沖縄離島の魚介類多量摂取の効果が世界に大きな衝撃を与えたからである。本学では肝炎亜型や血液凝固遺伝子の辺地分布でも優れた業績がある。

第4次産業革命による辺地医療の向上

A. 第4次産業革命の概要

建学当時はスマホなど情報機器の日常化は想定されていなかった。既にGAFAと略称される情報産業が世界を覆っている。第4次産業革命の社会の到来は不可避であるが、これを自治医科大学の医療と教育に積極的に導入することを提案したい。第4次産業革命とは①大容量資料を蓄積して、②人工知能（AI）で複雑な課題を解析して判断し、③物のインターネット化（IoT）で機器に高度の情報を接続して制御し、④ロボットで人の働きを自動化することである。そして①②③④の融合によって社会が革新される。高度に複雑な人体や医療の諸情報はペタバイト（2の50乗）を越える。大量の医療データをAIで活用し、病気の早期発見や最適治療が実現される。従来の医療は集団のデータを平均したEBMを一律に治療に応用して来たが、個人対応医療では、各個人の遺伝子等の多数の情報と、患者の病態の情報を解析し医療を行う。医師は経験から学習するが、この過程をAIで実現する花形技術が機械学習である。数値や文献、画像などのデータから、規則性や知識などを発見し、現症の把握や最適治療をAIが自動的に選択するのが機械学習である。さらにIoT（Internet of Things）医薬や設備等の物理的な「モノ」にインターネットが接続される事を指す。患者や機器の状態を知るためにIoTで無線の感知器を付け、特定の電波で送受信して予兆を知り治療や作動を遠隔で行う。

B. 辺地勤務医の慢性的不足の合理的解決

自治医大卒業生の最初の活躍の場が自治体病院であるが、本学卒業生に加えて70医科大学の地域卒の卒業生（令和2年（2020）に840人）があっても、医師補充状況実態調査では医師不足の343病院中の立地条件が離島・辺地に該当する病院が275病院（80.2%）もある⁽¹¹⁾。日本病院会の調査で標榜診療科すべてに常勤医を配置できている病院は413病

院中100病院の24%に過ぎず、全体の75%の病院では、常勤医を配置できていない⁽¹²⁾。その原因として地域偏在と診療科偏在と答えた病院は413病院中176病院の43%もある反面、医師の絶対数の不足と答えたのは病院の10%に過ぎなかった。2次医療圏の医師偏在指数の下位県は岩手県以下16県もある。しかし病床数は千人当たり13.7床と世界一多くCT、MRI等の導入数も欧米より多い。これらの利点を辺地医療に生かし負担を軽減するには新技術が必要である。人口千人当たり医師数は日本が2.4人でOECDの平均3.5人より少ないが、将来は3人を越え、財政の制約を考えると厚生労働省でも医学部定員と地域枠を抑制する方向である⁽¹³⁾。その限られた医師数で効率良く地域住民を守る世界の辺地を視察した。一つはアクセスの改善で32万離島住民も対象である。昭和57年（1982）オーストラリアの国際学会の折に故曾我部博文教授とFlying Doctorを学び、その後のUS-2飛行艇による小笠原等の医療の参考とした。第4次産業革命ではヘリコプターの航続距離と速度を改善するためドローンが期待されている。離島間の無人物流をAI搭載ドローンによって長崎県五島市と民間4社が試行している。辺地医療改善3項目は1. 辺地の生活向上、2. 辺地での臨床および教育経験、3. 辺地対象の実習であると報告されている⁽¹⁴⁾。これらの実現にはAIとIoTが優れている。

C. 第4次産業革命の医療への普及

政府は平成30年（2018）に従来の「遠隔診療」を「オンライン診療」と改めその実施指針を発出した。令和2年（2020）に発生した新型コロナウイルスのパンデミックは令和3年（2021）8月時点で死者は世界で約420万人、日本で約1万5千人の惨禍となり、患者との直接接しないオンライン診療が加速された。例えば発熱などの79症状を選択するとAIが判定して5段階で受診の必要性や緊急度が判定できる。ロボットも採血ロボットや外科手術のダヴィンチ等が実用化した。ロボット化の成功例が筆者の遺伝子検査全自動化で⁽¹⁵⁾、その改善型の全自動PCR解析機geneLEADVIIIは全世界の新型コロナPCR検査で活躍しフランス政府の感謝状や十大製品賞を頂いた。また筆者の授業にはロボットNAOを使用し、展示等の繰返し説明はロボットソータを使用している。

高齢化で医療費に年金や福祉を合わせた社会保障給付費が年々増加し国民所得の約3割を占める。厚生労働省は令和7年（2025）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とし、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。第4次産業革命の応用がこれらの実現に不可欠である。

D. 第4次産業革命の未来と自治医科大学の進路

第4次産業革命は共通基盤技術なので、自治医科大学に応用するには基盤技術に立って医学教育と医療の核心技術に医学関連データを総合しなければならない⁽¹⁶⁾。教育を受ける学生にも令和2年（2020）から小学校のプログラミング教育が必修化されている。情報は1年で倍増するので10年で1,024倍となり、これに対するハードウェアの性能も指数関数的に増大する。したがって第4次産業革命の医学教育では理解度に合わせた学習（ア

ダブルブローニング)を行い、卒後再研修を充実する⁽¹⁶⁾。総合医が遭遇する眼科、皮膚科等の特定診療科疾患の困難はスマホ画像の専門医転送とAIの診断支援システムが解決しつつある。ゲノム編集にバイオインフォマティクスを統合し遺伝子細胞治療による難病の解決も進める。現在の702の職種は今後20年程度で、総雇用者の約47%の仕事が消失すると予測されている⁽¹⁷⁾。その中で最も残る職業の1位は運動指導者で、緊急事態の対応者に続き、栄養士は11位、内科医・外科医が15位であった⁽¹⁷⁾。健康産業が上位である理由は、第4次産業革命による利便性の反面、人体への有害面も増えるからである⁽¹⁸⁾。生活の便利な米国では極度の運動不足に加え、加工食品の消費が増し、BMIが30以上の高度肥満が人口の約40%を占め人口当たり糖尿病患者数も世界一である。その非感染性疾患が感染症に脆弱なため医学水準最高の米国で今回の新型コロナでは最も犠牲者が多かった。グローバル化により今後もパンデミックが予想され、健康データ活用と遠隔病態監視により生活習慣病の予防が改善される。高齢化に伴って疾病構造が激変し、癌、心疾患に続いて最近では老衰が死因の第3位に上った。老衰は臨床医学よりは介護の対象であるため老衰死の多い県の医療費が少ないのである。このような未来の医療を考えると、全国を網羅した統合的医療への第4次産業革命の導入が可能で、地域臨床医学と社会医学への人材を最も輩出している自治医科大学の未来は明るい。

- 1) 中尾喜久、香川靖雄：自治医大の学内・学内からの点検・評価。医学教育24: 247-249 (1993)
- 2) 自治医科大学自己点検・評価委員会：自治医科大学—現状と課題 自己点検・評価報告書 pp.1-244 (1997)
- 3) 自治医科大学記念誌編集委員会：自治医科大学創立40周年記念誌 pp.1-534 (2012)
- 4) 香川靖雄、青野修、横山英明、中野康平、高久史磨：自治医科大学における入学試験より国家試験にいたる学業成績の追跡調査。医学教育13: 55-63 (1982)
- 5) American Association for the Advancement of Science: The most productive and most cited institutes, 1981-1991. Science 258: 565 (1992)
- 6) Kagawa, Y.: Evaluation of Japanese universities by their contribution to life science. Biochemical Education 21: 135-137 (1993)
- 7) 香川靖雄：米国における辺地勤務医師養成制度。医学教育9: 48-51 (1988)
- 8) Morris CG, Johnson B, Kim S, Chen F.: Training Family Physicians in Community Health Centers: A Health Workforce Solution. Fam Med 40 (4): 271-276 (2008)
- 9) 藤本博、吉野啓子、池本卯典、佐藤直史、阿部徳之助、青野修、手塚統夫：医科大学入学試験における人物考査に関する研究。II.面接および心理テストについて。医学教育16: 109-113 (1985)
- 10) Kagawa Y, Nishizawa M, Suzuki M, Miyatake T, Hamamoto T, Goto T, Motonaga E, Izumikawa H, Hirata H, Ebihara A: Eicosapolyenoic acids of the serum lipids of

- Japanese islanders with low incidence of cardiovascular diseases. J Nutr Sci Vitaminol. 28: 441-453 (1982)
- 11) 自治体病院協議会：自治体病院における医師補充状況実態調査結果報告書（2020）
- 12) 日本病院会：2019年度 勤務医不足と医師の働き方に関するアンケート調査（2020）
- 13) 厚生労働省第1回地域医療アドバイザー会議：令和4年度以降の医学部定員と地域枠について（2020）
- 14) Strasser R.: Learning in context: education for remote rural health care. Rural Remote Health 16 (2): 4033 (2016)
- 15) Kagawa Y, Hiraoka M, Miyashita-Hatano Y, Shishido-Oki M, Yoshida M, Kondou S, Sugiura M, Sawakami-Kobayashi K, Takahashi M, Tajima H, Yohda M.: Automated single nucleotide polymorphism typing using bead array in capillary tube. J Biosci Bioeng 110 (4) 505-508 (2010)
- 16) Webster CS.: Artificial intelligence and the adoption of new technology in medical education. Med Educ. 55: 6-7 (2021).
- 17) Frey CB, Osborne MA.: The future of employment: How susceptible are jobs to computerization?
http://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf.
- 18) Coldwell D.A.L.: Negative Influences of the 4th Industrial Revolution on the Workplace: Towards a Theoretical Model of Entropic Citizen Behavior in Toxic Organizations. Int J Environ Res Public Health. 16 (15): 2670 (2019)



西表島祖納の西表西部診療所にて昭和56年（1981）11月17日。中央幼児を抱いているのが沖縄県最初の卒業生田港朝丈診療所長、その下が筆者、左端上は池本卯典人類遺伝学教授、左端下は後の浜本敏郎生化学教授。この地域検診データによるEPAの論文⁽¹⁰⁾が世界に貢献した。

自治医科大学のあるべき姿

自治医科大学名誉教授
阿部 徳之助



はじめに

光陰矢の如しとは古風な表現であるが、昭和47年（1972）の開学から半世紀が過ぎたことに、時の流れの早さを今更ながら驚愕している。道なき道を切り開き、新たな医療のあり方を求め、地域医療に邁進して50年を迎えることができたことは喜びに堪えない。自治医科大学の一般教養系教員として奉職してからは、新設の医科大学を軌道に乗せるべく無我夢中で奮闘し、まさに駆け抜けた歳月であった。へき地医療を担う気概にあふれた医師を育成するという理念の下に教職員がそれぞれの役割を担い、懸命に活動し、これまでに全都道府県の地域医療や福祉に貢献してきたことは異論のないところであろう。だが、創立から半世紀を迎える今日、社会情勢は大きく変貌しており、これから自治医科大学が進んでいく方向やあるべき姿を真摯に考えなければならない時期にあるものと思われる。そこで、自治医科大学創立の時から学生教育に関わってきた者として、僭越ながら拙意を申し述べたい。

全人教育と学生寮

自治医科大学のキャンパスは、創立時から大学、病院、学生寮、教職員住宅など、他の大学では類のない施設を擁している。また、自治医科大学は六年間を前期課程と後期課程に分けた斬新的な教育方針を導入し、一般教養、基礎医科学、基礎医学、臨床医学、社会医学を一貫して教育する六年一貫教育が実施された。学生生活の面では、ラウンジという考え方を取り入れた教育寮としての学生寮が画期的なものであり、学生の人間性を一面的な知識や技能にのみ偏らせることなく、全面的かつ調和的に発展させるという、まさに全人教育がここにあったのだと思われる。

開学当時、学生寮には教職員住宅が隣接して建てられており、学生が地域の暮らしと隔絶することのないような配慮がされていた。このような環境に学生がどのように馴染んでいけばよいのかと、初代学長中尾喜久先生はとても懸念されておられた。ある日、中尾学長から呼び出され、学生たちが構内住宅に住んでいる教職員の人たちとトラブルを起こさないための方法を考えるようにとご指示をいただいた。当時の教職員住宅には、大勢の子

供たちの姿があった。そこで思いついたのが、子供たちとの「スポーツ交流」であった。当時、指導していたハンドボール部員が中心となり、昭和49年（1974）4月にクラブ員は30名から40名で活動を開始した。名称は「子供スポーツクラブ」とし、毎週日曜日午前8時から9時までの1時間、自治医科大学の運動施設においてミニサッカー、バレーボール等を行った。夏には水泳、秋には奥日光で紅葉を見ながら遊歩道を歩き、冬には磐梯スキー場でスキーを楽しんだ。これらは平成30年（2018）まで44年間続いた。このことは、学生たちにとって貴重な経験となり、人格形成の過程で得るものがたくさんあったものと思っている。

現在、開学時の学生寮は建て替えられ、新たな学生寮となっている。新学生寮は、時代の流れに即して各部屋は個室となり、セキュリティも強化され、学生にとって快適な住環境へと変貌している。旧学生寮は鉄筋コンクリート造3階建て、居室数は660室を備えていた。自治医科大学の学生寮は独自のスタイルをとっており、各部屋の入口のドアを開けると、そこには小さなラウンジ（共有のスペース）があり、そこに面して6室ほどの個室を設け、意図的に異なる学年の学生を入居させていた。そこには、先輩が後輩の面倒を見ることにより、学年を隔てた連帯意識を高めるための配慮がなされていた。だが、このような熟慮を重ねて建設された学生寮も、使用開始するうちに改善しなければならない問題点が見えてきた。それは、1）個室が狭いこと、2）小ラウンジが荷物置き場になってしまったこと、3）地震や火災などの災害が発生したとき、スムーズに避難できないこと等であった。私が学生寮指導主事の命を受け、前学生指導監の鈴木伝次先生から学生寮の管理を引き継いだときの大きな課題であったが、直ちに学生自治会学生寮委員長と相談し、「クリーンアップ大作戦」と名付けて大掃除を実行して早期解決をすることができた。それは荒療治ともいえるようなやり方であったが、当時はそれが功を奏したのだった。

カリキュラム変遷の中での保健体育

昭和47年（1972）から平成4年（1992）までの旧カリキュラムと、平成5年（1993）に導入された新カリキュラムを通して、保健体育が担ってきた役割を述べたい。旧カリキュラムでは、学年単位で講義・実習の授業を行った。一学年次のときは水泳実習を学内プールで2日と半日の日程で実施した。実習は初級、中級、上級の3班に分けて行い、まったく泳ぎができなかった学生が最終日には休憩無しで一時間ほど泳げるようになっていた。2学年次には2泊3日の日程でキャンプ実習を取り入れた。3期生までは群馬県の赤城国立青年の家で実施し、2日目には6時間の予定で鍋割山（1272m）登山を行った。4期生からは使用施設を栃木県的那須青年の家の野外キャンプ場に変更し、茶臼岳（1896m）はじめ5コースに分けて登山を実施した。大自然の中での身体活動は、共に助け支え合うという精神を養い、学生たちの横の繋がりを助長できたものと考えている。他方、新カリキュラムでは、一般教養系の授業時間は大幅に減少され、それまでの学年単位の授業とは異なり、少人数教育へと変化した。体育実技では運動項目を選択制としたた

め、多人数で行うボール競技等ができなくなってしまう、全学生を俯瞰して心身の健康状態を把握することが困難になってしまった。基礎医学や臨床医学、社会医学の充実強化は重要な課題であり、限りある時間の中での一般教養の授業時間削減はやむを得ないものであっただろうが、開学後半世紀を迎えた今日、きちんと検証する必要があるだろうと考えている。

自治医科大学のあるべき姿

近年、自治医科大学の存在が薄れてきているのではないかということを仄聞する。確かに50年前と現在では医療環境が大きく変化し、自治医科大学に求められるものも時代の推移を反映して変わりつつあるのだらうと思われる。これから書き上げるものは永年抱いていた夢物語のようなものであるが、それが実現できるものかと問われれば、それは「為せば成る」ということであろう。自治医科大学を運営する方々並びに関係各位の英知を結集すれば、一見不可能と思えるものであっても実現可能になるものと信じている。

1 英語による教育の推進

これからの学生教育は、国際的な感覚や知識を涵養させることが重要であると考えます。自治医大卒業生は、国際的にも活躍できるように英語力を身につけるべきである。そのためには、一年生から全授業を英語で行うようにし、試験も英語で実施するくらいの思い切った改革が必要である。医師としても、社会人としても、国際的な幅広い人物となるような教育改革を望んでいる。

2 予防医学の中核を担う講座の新設

自治医科大学は、今日まで各地で地域医療を推進するため、たゆまずに努力してきた。だが、現在、設立当時は未整備であった交通インフラ等が驚異的に改善され、現在では「へき地」といわれるような環境は減少している。一方、当時と比較すると人口の高齢化は著しく進展し、限界集落といわれるような過疎地域も増加傾向にある。国民の寿命が延びて、今や世界でも類例の無いスピードで高齢社会となったが、これを支えている生産年齢人口の人たちに多大な負担をかけている。世界に誇れる国民皆保険制度を健全に維持していくには、年々増加している医療費を抑制する方策が必要である。そこで、自治医科大学に医療費抑制等の専門的な調査研究をする特別講座を設置してはどうか。その新たな講座が中心となり、全国各地の卒業生と連携して、わが国の予防医学に関する研究機関の拠点となってほしいと考えている。

3 遠隔医療の推進

今や、世界中の情報がインターネットを用いて、瞬時に見聞できるようになった。動画配信は当たり前となり、物心が着いたばかりの幼児さえスマートフォンでYouTubeをい

も簡単に操作する世の中になっている。医療界においても、すでに遠隔医療が実施されていることは周知のことであるが、これは自治医科大学にとっても更なる飛躍のための大きなチャンスであろう。臨床医学系講座の中に遠隔医療を推進するための専門講座を設置し、全都道府県の自治医大卒業生とネット回線を結び、医療相談から高度な外科手術の支援まで行い、自治医科大学が遠隔医療の拠点大学となるような施策を推進する。そのためには、専属の専門医を配置するとともに、その施策に対応できる高度な設備を整備する必要がある。これには経済的な裏付けや各方面との交渉が重要な課題となるが、幾多の困難な問題を解決して実現してくれるものと確信している。

4 国際医療への展開

自治医科大学は、これまでも大学院に外国人留学生を受け入れて国際貢献をしてきたところであるが、今後更に充実発展させ、開発途上国の医療を担う医師を支援するための組織を整備してはどうか。例えば、大学院に外国人留学生のための「国際医療系課程」を新設し、気概ある若手の外国人医師を受け入れて国際医療に貢献する日本最高峰の大学院になるべく展開してはどうか。言うは易く行うは難しと言われるが、この方策には難解な問題が待ち受け、外務省をはじめ多くの行政機関を巻き込み、経済的な問題解決など、膨大な作業が必要であろう。だが、自治医科大学を創設した頃の情熱と揺るぎない信念があれば、必ず成し遂げるであろうと考えている。

5 卒業生の教員登用

自治医科大学は、設置されたときから大きな宿命を背負っていた。それは、卒業生が母校に残ることができないということだ。他大学では多くの卒業生が母校において臨床研修を受け、附属病院の医療を支え、そして志のある者が医学部の教員となり後輩の学生教育に当たっている。かつて、国公立医科大学教員の自校卒業生と他校卒業生の比率を調査した資料を目にしたことがあったが、多くの大学では全体に占める自校卒業生の割合が多かったことを記憶している。是非、卒業生の中から後輩の指導に志ある方々を招聘し、できることならば全教員の過半数を自校卒業生とし、地域医療の殿堂である自治医科大学を更に充実発展させていただきたいと願っている。

6 メンター制度の充実

自治医科大学は、開学当初から卒業生を支援するための部署や専門委員会を設置し、各都道府県と卒業生との調整に努めてきた。だが、創立50周年を迎える今日、これらの組織を一考する必要があるのではないかと。諸問題の早期解決や諸施策の円滑な決定を図るためには、この組織を理事長または学長（常務理事）直属とすべきではないか。この部署には専門教員（メンター）を配置し、卒業生個々の相談等に対して早期に解決を図るための推進機関とするべきである。各地域で医療に挺身している卒業生のため、母校に拠り所が

設置されることを期待している。

結び

われわれが生き抜いてきた時代には、まだ「守・破・離」ということが教えの中にあった。物事を始めるときは優れた師に10年ほど教えを請うて唯ひたすらそれを実践し、次の10年間では師の教えに対して更に自分の考えを加えて完成させ、その後は新たに自分の道を歩んで後輩を育てていく。自治医科大学は、この世に生を受けてからすでに半世紀を生き抜いてきている。自治医科大学を創設するに当たり各方面の方々が筆舌に尽くせないほどご苦勞されて蒔いた種が、幾多の風雪にも負けず、しっかりと大地に根を張って堅固な大樹に育った。自治医科大学が未来永劫に、日本国内だけではなく、国際社会の人々に尊敬され、愛され、そして感謝される巨木に成長することを祈っている。

自治医科大学のあるべき姿－自治医科大学での29年間の経験から－

自治医科大学名誉教授
柏井 昭良



はじめに

自治医科大学の建学の精神は「全国の都道府県が共同で設立した自治医科大学は、医療に恵まれない地域の医療を確保し、地域住民の保健・福祉の増進を図るため、医の倫理に徹し、かつ高度な臨床的实力を有し、更に進んで地域の医療・福祉に貢献する気概ある医師を養成するとともに、併せて、医学の進歩をはかりひろく人類の福祉にも貢献すること」である。自治医科大学に赴任した附属病院開院時、私はそれまで医学部学生への教育経験がなく、地域医療については何も知らない自分には何ができるかが課題であった。まずはできるだけ地域医療の現状を知ることと、教育目標の中の「教職員との全人格的接触による教育の重視」が大切と考え、その実践に努めた。そのうえに文部省・厚生省共催の医学教育者へのワークショップ（通称富士研）で医学教育の基礎を学んだ。

それから29年間、消化器外科助教授・教授、総合医学2主任教授、看護短期大学学長、附属さいたま医療センター長などの本務の他に、学生ゼミ（4年生・5年生）担当、教務委員・教務委員長、奨学委員、大学説明会（大分県2回、和歌山県3回）への参加、夏期実習（石川県、和歌山県、奈良県、広島県）への参加、林忠雄理事長視察の同行（岡山県、広島県）、中尾喜久学長視察の同行（和歌山県）などを務めた。また学生クラブ活動のバスケット部顧問、美術部顧問を担当した。

さらに附属さいたま医療センターに移ってからは荃崎病院へ派遣（院長3ヶ月）、診療所派遣（伊豆大島北部診療所所長1ヶ月）、東京都島嶼地方への見学・診療・講演、阪神大震災医療派遣への参加など地域での医療活動を経験した。

看護短期大学の学長の時代には3年生をグループ分けして昼食会、附属さいたま医療センター時は選択全日制病棟実習の学生と昼食会を開き、学生生活の問題点、教育についての感想、将来への夢を聞き出した。

自治医科大学在職中及び退職後も卒業生の結婚式への参加、卒業生の他大学教授就任記念会への出席、卒業生の各種受賞パーティへの出席。入学式、卒業式、卒業生・保護者による謝恩会への出席、和歌山県出身学生の入学歓迎コンパ・追い出しコンパ、バスケット部OB会総会、1・2・3期卒業生クラス会への出席を続けている。これらで卒業生の活

躍と悩みを知ることができた。

以上のように自治医科大学で多くの体験をさせてもらったことに感謝し、その時々を感じたことを参考に自治医科大学のあるべき姿を述べたい。

自治医科大学の成果

医師国家試験合格率は最近9年連続全国一を続けており、100%のことも多い。また入学後6年間で医師になる率も高い。修学資金返還者は2.7%と極めて低い。これらは各都道府県のへき地への医師派遣計画に迷惑をかけることが少ない。また卒業生は義務年限を終えても出身の都道府県に留まる率は7割に達し、また全国各地で活躍して建学の精神を具現している。和歌山県の卒業生の中には義務年限終了後も永く診療所に勤務しているもの、またへき地で開業している例もあり、正に医療の谷間に灯を灯し続けている。最近では卒業生が本学の教授となり、へき地などでの経験を生かして学生を教育している。他に他大学の学長、副学長、教授に就任している者も多く見られ、また世界的に活躍している卒業生もいる。

自治医科大学の宿命的な問題点は、卒業生が一部の県の初期研修及び後期研修を除き卒業後出身県に戻り、医師としての研修は各都道府県で行われ、義務年限内は自治医科大学は関与できないことである。これは卒業生に対する初期研修並びに専門医としての研修を自治医科大学教員としては行えないことでもある。また卒業生は大学・病院のスタッフとしては義務年限終了後によりやく採用できることになる。卒業直ぐの若い人材は他大学の出身者に頼らなければならないことであり、果たして人が集まるであろうかと最初の頃は心配した。初代の教授の方々のお人柄を慕ってのことと思われるが、幸いに教室・病院の運営には他大学出身の多様性のある活動的な若者が集まり活気のある講座が生まれた。現在までに附属病院の医局員は消化器一般乳腺外科では35の大学からまた病院全体では49の大学から集まっている。

自治医科大学の優れた点の一つは、大学本館で学生が教職員の働く姿と患者さん・家族を間近にみられること、また医学部・看護学部学生寮のみならず、看護師寮、レジデントハウス、教職員住宅が附属病院の近くにあり、開学時は学生寮に住み着いていた教員もいた。また教職員の子女を学生が教えたり、ハンドボール部の学生が子供スポーツ教室を開き、学生・教員・職員から構成される学友会活動が盛んで一体感が強かった。

私は附属大宮医療センター（現附属さいたま医療センター）の開設に当初から関与したが、長期にわたる地元医師会の反対運動の後ようやく開院にこぎつけた。病院に対する地元のニーズは循環器を中心とする高度の医療、一方義務年限終了後の卒業生からはさらに高度の能力を持つ総合医の養成を強く期待された。この時もまた総合医の研修を自身が受けたことのない指導層が、すでに総合医として経験豊富な卒業生の希望に沿った研修を行えるかどうかの問題であった。

細田瑳一教授と中村達先生が中心となって総合医に必要な知識・技能・経験の項目を列

記し、研修前にそれまで修得しているグレードと研修後に到達したグレードの自己評価と指導者による評価で到達度を判定する仕組み（オーディット）を考えた。また総合医と専門医の連携、外来担当者が全員担当する総合外来、病室では総合回診、院内全体での総合カンファレンスを行った。

総合医学1と2の大講座制を取り、専門医は内科・外科系で別れていたが、研修医は当初はそれまでの経歴にとらわれずに二つの講座に配置された。また副センター長二人による外来診療録での担当医の診療内容のチェックを行った。これは私の能力を超えた非常に厳しい仕事で疲れ果てる毎日であったが、素晴らしい診療録を目にしたときには、その診断・治療に至る思考過程が手に取るように記載されており、チェックするというより模範解答を教えてもらったと感ずることが多かった。この間の経験は私にとってその後赴任する中小病院での運営・診療に、診療所での業務の遂行に非常に役立った。特に病院では共に働いた少数精鋭の卒業生の獅子奮迅の活躍で、無事に任を果たすことができ、総合医が実力を発揮できる場であることを身をもって感じた。総合カンファレンスの内容は高度で参加者全員に役立つものであった（柳沼淑夫教授、川上正舒教授編纂の「総合医の歩み第1、2巻」）。優秀な総合医の研修には優秀な専門医の存在が必要との考えで、初めは専門医も一般外来患者の初診を担当したり、院内全体のカンファレンスに出席し、多方面からの症例検討が行われたが、専門の仕事が多忙になるにつれ参加できなくなるなど卒業生が求める研修が次第にできなくなり、総合診療部も総合診療科となってしまった。しかし総合医の養成活動で今まで残っている成果としては医局・教授室を一か所に纏めたことで、各科の壁が低く連帯感が高い要因の一つとなっており、新しく管理・研究棟が建設された時にもその考えが引き継がれている。最近でも自治医科大学に新しく赴任してきた先生が「学閥はなく自由な雰囲気での診療ができ、他科との連携もしやすい環境である」との感想を述べている。

地域で働く卒業生を現場で見えて感じたことは、単に地域の人々の健康を守るだけではなく、自然環境を守り、人々の生活と土地土地の文化にも関与していることである。

伊豆大島で診療所に勤務しているときに、私は週に一回大宮での外来診療を続けていた。その穴埋めに代診医が来てくれて助かった。私自身も開業している卒業生が病気になったとき代診に行ったことがある。自治医科大学では同窓会医燈会、地域医療振興協会、地域社会振興財団と協力して代診や研究支援などの支援事業が整備されている。これは地域で働く卒業生にとって何よりも心強い援助である。

阪神大震災医療派遣の際には國井修先生の活動から、リーダーシップ、コーディネート、マネジメントの大切さを学んだ。

3年間学長を勤めた看護短期大学では、学生、卒業生の中で優秀なしかも熱意のある人材が将来母校で教鞭を取ってほしいと思っても、学歴で採用に不利なことを就任後に知り、大学院入学への可能性を確保しようと文部省・学位審査機構に足を運び、助産婦専攻課程を認定課程としてもらった。この努力が更に実を結び看護学部創設へと繋がった。現

在大学院博士前期課程、博士後期課程も設置され構想は完成された。これからも医学部と協力して自治医科大学看護学部ならではの教育、研究、看護実践を行って欲しい。

自治医科大学のあるべき姿

持続可能な開発を続け、その時代のニーズに応え建学の精神を具現できる存在を続けていくことへの絶え間ない取り組みと、優秀な人材を集める、引き寄せることのできる自治医科大学の魅力の形成・保持が最も重要である。平成30年（2018）新専門医制度が発足し、今年初めて資格審査が行われる。長年の悲願であった総合診療医を専門として加えることに努力され、詳細な基本的プログラムを提示して下さった関係者各位に御礼を述べたい。しかし総合診療専門研修公式テキストブックに目を通したところ、見落としのないように細部まで記載されているため、かえって総合診療専門医になりたいとの意欲を削ぐようにも思われる。若い医師世代での医師の地域と診療科の偏在の解消に努めなければならない。その点、平成21年（2009）に発行された自治医科大学監修「地域医療テキスト」は総合医の生き甲斐が若い人の心を掴むように書かれている。自治医科大学が育成したい総合医は的確な総合診療ができる上に医の心と研究心に富む医師と定義したい。附属さいたま医療センター開院時に達成できなかった総合医（総合診療医を含む）の養成が現時点では最大の課題であると考え。総合医を目指すなら自治医科大学での研修が一番と評価されるようになって欲しい。また他の診療科の専門医とのダブルボードの取得も考慮されている。これについては30年前に総合医の確立について自治医科大学内で議論が行われたが、私の主張（月刊地域医療Vol. 5 No. 10 1991）と、学生時代から「地域医療の申し子」と言われていた鳥取県25期の渡邊浄司先生（父は1期生の渡邊賢司先生）の第120回日本外科学会の特別企画「地域を守り、地域で生きる外科医たちの思い」での発表（日本外科学会雑誌Vol. 122 No. 2 2021）を参考にして欲しい。ともに外科系総合診療医の養成が必要であると強調している。総合診療専門研修テキストブックを通覧したところ、附属さいたま医療センターへ研修を希望した卒業生はその時点ですでに総合診療専門医の資格が充分にあったと考えられ、また私自身も現在では総合診療専門医と言えるまでによく成長したと感じている。

大学附属病院での総合診療専門医の望ましい育成方法について大学全体で知恵を絞ってほしい。優れた総合診療医の養成には従来からの各科専門医の協力が必須である。各科一人でもよいから専門医の地域医療学及び総合医学1への兼任の発令をして欲しい。最近自治医科大学から卒業生に向けて「義務年限内に専門医を取得できるよう各都道府県にお願いしているから心配のないように」とのニュースとまた「外科医を志す卒業生の皆様へ」がホームページに出た。これは卒業生の漠然とした不安を解消できるタイミングのよいコメントと思われる。

自治医科大学に必要と思われるが今まで設置されていない講座・診療科に老年医学・老年病科、心療内科がある。実は私も自分自身が後期高齢者になって初めて気づいた。大学

開設時スタッフが若く、年寄りのことは思いつかなかったからであろうか。卒業生が働く医療に恵まれないへき地は老化率が高く、有病者はもとより健康な老人を含めてその対応に大学として留意すべきあった。現在の日本の問題点として平均寿命と健康寿命との差が大きいことであり、その解消にむかって研究すべきことは多い。心療内科は附属さいたま医療センターで一時専門家が勤務したが、他病院に引き抜かれてしまった。心療内科医の存在は患者のみならず病院の医療従事者に心の安定をもたらすものであり、企業での産業医の仕事の大部分は、メンタルヘルスマネジメントに関するもので心療内科の研修は総合医に必須と思われる。ぜひその設置を考慮して欲しい。

最後に、これからの世に渴望されているのは女性の各方面での一層の活躍である。女性教職員が働きやすい環境を従来以上に整備して欲しい。

終わりに

附属さいたま医療センター開院時に卒業生から望まれたより有能な総合医の研修で、卒業生の期待に応えられず残念な気持ちを持ち続けている過去の世代の教員に代わって、現在のスタッフが総合医の養成に、さらに総合医の指導医の育成に素晴らしい成果を上げることが心待ちにしている。

自治医科大学のあるべき姿－医学科の入学者選抜に関する提言－

自治医科大学名誉教授
星野 雄一



1 はじめに

令和4年（2022）5月に自治医科大学が創立50周年を迎えるとのこと、心からおめでとうと申し上げたい。このおめでとうには、自治医科大学の存在理由に関わる2つの危機に対する思いが込められている。一つ目は自治医科大学創立から10数年経った頃に国会等で取り上げられ始めた「自治医科大学不要論」で、新設医大ラッシュが一段落し全ての県に医科大学が配置された事により「これで僻地は無くなった」という誤解から生じた幾分現場感覚を欠いた批判であった。2つ目はより深刻かつ現在も進行中である危機で、平成20年（2008）度から医学部医学科の入学定員が地域枠（学費優遇、奨学金支給等）を中心に積極的に増員され、平成29年（2017）の時点で71大学1676名に拡大している事である。志願者から見ればこの71大学1676名の地域枠は、自治医科大学とほぼ同等の低廉な費用で修学できることから、自治医科大学を選択する優秀な志願者の多くがそちらに流れて行ってしまうのではないかという危惧である。

1つ目に挙げた危機に関しては次のような経験がある。25年近く前のことであるが、筆者が自治医科大学の整形外科学教室を預かっていた頃、整形外科関連の学会で自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学校の特殊目的3医科大学の責任者が情報交換をしたことがある。産業医科大学は労働災害関連医療機関に勤務しない卒業生が多数存在する事、防衛医科大学校は卒後の任官拒否者の存在、などが国会等で指摘されていた頃の事である。産業医科大学、防衛医科大学校はいずれも対応に苦慮していたが、一方我が自治医科大学は無用論に対抗しうる高い僻地定着率等の実績を既に有しており、羨ましがられた記憶がある。不要論に対抗した当時の自治医科大学スタッフおよび地域医療に邁進頂いた多くの卒業生には、この場を借りて感謝したいと思う。

2つ目にあげた地域枠拡大の脅威は現在もなお継続しているが、現時点では例えば国家試験合格率において自治医科大学は従前以上の好成績を安定して挙げており、教育機関としての地盤沈下は目に見える形としては顕現していない。ただし、その裏には現在の自治医科大学の学生教育スタッフの想像を絶する努力があるはず、と推察している。

筆者は平成8年（1996）から同25年（2013）までの17年間、自治医科大学の整形外科

学講座の責任者を務めたが、この間、国家試験対策部会長、教務委員長、広報委員長、入試検討委員長など主に学生の選抜および教育に関する役割を分担する機会が多かった。この経験から「自治医科大学のあるべき姿」に関する提言として、医学科の入学者選抜に関する私考を述べることにする。

2 医学科入学者選抜の現況

筆者が教務委員長を拝命していた頃、入学者全員が留年することなく6年間で卒業し、しかも国家試験を1回で全員合格することを学生教育の重要な目標の一つとしていた。しかしながら、臨床医師への進路に違和感を持ってしまう者、人と対面する臨床医師にはどう見ても適性がない者、勉学を継続する意思を徐々に失って行く者などにほぼ毎年遭遇し、その度に進路変更や留年という残念な措置を余儀なくされた。入学試験の段階で進路変更や留年とならない優秀な者を選抜してくれないと学生教育に関わる者への負担は過大なものになってしまう、というのが当時の偽らざる心境であった。教務委員の任期終了後に引き続いて入試検討委員を拝命したのは、入学者選抜の改革に意見を述べ得る好機と感じたことを思い出す。

まずは自治医科大学医学科への入学志願者の状況について述べる。筆者が入試検討委員を拝命した平成17年（2005）からの8年間では、毎年の志願者総数は全国合計でほぼ2000～2500名程度、当時の入学定員は100名前後であったので、倍率換算で20～25倍程度であった。この志願者総数は令和に入ってからほぼ2500名程度であり、入学定員の123名への増加により幾分倍率が下がってはいるが、落ち込み傾向はないと判断できる。ちなみに、自治医科大学創設初期には入学定員の40倍程度の志願者を集めていたこと、前述した自治医科大学不要論が話題に上っていた頃には1000名台にまで志願者が減少したことなどを除けば、その後の30年間は志願者の総数としては安定している。各都道府県の募集努力に感謝したいと思う。

次に志願者の学力について、受験産業が公表している合格に必要な学力偏差値を検討してみる。「医学部受験マニュアル、www.med-pass.net/」によると自治医科大学医学科の偏差値は令和2年（2020）67.8で、全82校中30位であり、同程度として産業医大68.3、北大68.3、防衛医大68.2、新潟大67.7が列記されている。同じ出典に自治医科大学の最近5年間の偏差値の推移が記載されており、平成28年（2016）71.5、同29年（2017）69.2、同30年（2018）令和元年（2019）はいずれも68.5とある。偏差値に低下傾向が見られるのが気にかかる。勿論、自治医科大学の入学試験は各都道府県別の選抜であるので、この一律67.8という偏差値には実際の意味は乏しく、あるとすれば自治医科大学入試に合格するのに必要な偏差値の全国平均、という程度の意味合いであろう。ただし、筆者が入学試験を担当していた今から15年前頃は地域枠入学定員が僅かであった時代であり、当時は地方の国公立大（一般入試）の多くよりは自治医科大学の偏差値の方が高く、70を優に超えていたと記憶している。やはり、自治医科大学の偏差値は近年低下傾向にあり、恐らく

は全国的に拡大している地域枠の影響と考えて良いのではないかと思う。生まれ育った地から遠く、しかも都道府県魅力度が最下位近くの栃木県を好んで選択する者は少なく、学費優遇や奨学金制度等が整備された地元の国公立大医学科を優先するのは、むしろ当然のことと思えてくる。

以上をまとめると、自治医科大学の入学試験において志願者総数は2500名程度で安定しているが、学力の指標としての偏差値には若干の低下傾向が見られ、これは全国的に拡大している地域枠の影響と考えることができる。

なお「厚労省医師需給分科会2020」によると、令和11年（2029）が全国の医師数が過不足ゼロとなる特異点であり、令和12年（2030）以降はこのままの入学定員では医師過剰になるので臨時定員増の縮小へ向かう、と記載されている。注目すべきは地域枠の一部を恒久定員へ組み込むという提案であり、入学者総数は減らしても地域枠は相当数維持して行くという計画である。自治医科大学と競合する全国の国公立大医学科の地域枠は、今後とも相当な規模で維持されていくと考えられる。

3 自治医科大学における入学者選抜法改革の試み

平成20年（2008）頃であったと記憶しているが、筆者が委員長を拝命していた入試験討委員会、入学者選抜法の根本的な改革を1年以上かけて検討した経緯がある。最終的には各都道府県の一致した了解を得ることが出来ずこの改革は実現しなかったが、検討過程において様々な知見を得たので、参考までに紹介する。

まず入試改革を目指した理由について整理しておく、以下の2つがその契機であったといえる。理由の1つ目は、本稿の冒頭に挙げた全国での医学科地域枠入学定員の拡大であり、この施策は自治医科大学入学志願者の総数の減少を、ひいては学力の大きな低下を招くと危惧されるので、従来通り優秀な学生を選抜していくための方策を早急に案出することが望まれたのであった。2つ目は、臨床医師としての適性を欠いている事が入学後に顕現し進路変更や修学困難等に陥る者が少なからず存在していた事である。入学者選抜の段階において学力以外の能力を評価する新しい方法の開発・導入の必要性を多くの教職員が感じていたことが、入試改革を後押しする大きな契機となったのである。

当時調査した入学者選抜法の中から、参考となり得ると考えた方式をいくつか挙げてみる。アメリカ合衆国のある医科大学では、まずは書類選考（プレメディカルコース修了成績、医学科入学共通テストの成績など）で入学定員の数倍まで志願者を絞り込むが、この段階で学力の評価が厳格に行われている。選考された志願者には半年近くの間複数回面談等を実施し、医師としての適性を評価する。この方式では膨大な量の業務が発生するが、担当する専属組織（入試担当学部）が設けられており、学部長を筆頭に医師を含めて相当数の職員が専属していた。学力と適性の両者を徹底して評価する優れた選抜方法と思われたが、この方法を我が国で導入するには次のような難点が考えられた。アメリカ流の入試学部を設置する場合、志願者との長期間に渡る複数回接触等の作業量の膨大さからみ

て、専属組織の規模は相当に大きなものとなる。とくに自治医科大学では都道府県単位での入学者選抜であるので、たとえ大学側で相当な規模の組織を作ったとしても、都道府県にも大きな負担を強いることになるので、この方式の導入は現実的ではないと考えられた。

一方我が国では、今から10数年以上前頃から、学力一辺倒の入試改革の一環としてAO入試が政府から推奨され始めていた。AOはadmission officeの略であり本来は入試を担当する組織の名称であるが、我が国では意味が変貌し、進路への適性評価を重視した新しい選抜方式として提唱されていた。高校3年生の夏休みから志願者との接触が開始され、その後の数カ月間をかけて複数回の接触による態度等を含む多面的な評価を行い、志願者の高校での成績や自己アピールも勘案し、一般入試よりも前に選抜を終えるという方式である。手間はかかるが、入学後の進路への適性評価としてこれまでになかった良い方法と考えられ、いくつかの大学では入学定員の一部を選抜する方法として導入が開始されていた。

最初の訪問先に、医学科以外の分野であるがAO入試を開始していた九州大学のアドミッションセンターを選び、組織の規模、事務業務量等を調査した。当該組織は4名の専属大学教員と数名の事務員からなり、自治医科大学では即座には設置困難と思われる規模と業務量であった。次に医学部でAO入試をすでに実施していた高知医科大学を訪れ、同様の調査を行なった。AO入試（定員10名）志願者を夏までに募り、高校時代の成績や行動歴等を参考に書類審査により定員の2倍程度に絞り込み、この20名を9月以降に呼び出して面接をする。面接とは別の日に、大学付属病院外来においての課題を志願者に与え、すなわち模擬患者に付き添って検査等への移動を支援させ、この際の態度等を複数の医療関係者がさりげなく評価する、というものであった。20名の志願者の評価には、4～5名の評価者と複数の模擬患者の協力が4～5日必要とのことである。高知医大からはその後、AO入試で入学した学生の修学状況は良好であるとの連絡を頂いた。平成29年(2017)には、高知大学医学部医学科のAO入試枠は30名に拡大されている。

自治医科大学の入学試験では、個人面接の他に課題を討論させる集団面接を従来から取り入れており、学力以外の能力すなわちコミュニケーション、共感、気遣い、など、臨床医師としての適性のある程度評価することの出来る優れた方法と自負して来た。しかしながら、先達が確立したこの面接法にも一定の限界を感じていた我々には、上記の高知医大AO入試における診療現場を用いての態度評価は、面接では評価し得ない領域をカバーする優れた適性評価法と思えた。以上から、診療現場での模擬患者に対する援助課題等による態度評価を自治医科大学入学者選抜1次試験に組み込み、これを臨床医師適性の指標とする改革案を入試検討委員会としてまとめた。都道府県行政側の負担増を抑えるため、自治医科大学から各自治体に数名の評価者を派遣し、現地在住の自治医大卒業生にも協力を要請し、新しい1次試験を共同で実施するというのが骨子であった。臨床医師としての適性の評価にはこれまでとは違うやり方が必要との説明を付加し、各都道府県の意向を打診

したところ、新しいやり方を評価する返答もいくつかあったが、相当数の自治体からは作業量の増大から実施は困難との返答が寄せられ、残念ながら10年前に試みたこの入試改革は頓挫したのである。

4 入学者選抜に関する提言

提言1：新たな適性評価法を開発し導入してはどうか

10年前の入試改革案の提示に際し、いくつかの都道府県の自治医大卒業生からは、臨床医師としての適性評価の導入に対する賛同および協力いただけるとの手応えがあった。この卒業生からの協力の可能性は素晴らしい財産であるので、自治医科大学・都道府県の行政・卒業生の3者が協働するような、新しい適性評価法の開発・導入に取り組んで頂きたい。

近年、EQ (emotional intelligence quotient：心の知能指数) という「自己や他者の感情を知覚し、また自分の感情をコントロールする知能」の重要性が理解され始まっている。学力で代表される認知的能力 (IQ：intelligent quotient) と並んで、いやそれ以上にこのEQは臨床医師にはとくに望まれる能力と考えられることから、このEQを適性評価の一環として入学者選抜に取り入れることなども、検討してみる価値があると思う。

提言2：自治医科大学における入試センター設置と専属教員配置

筆者が入試検討委員長を拝命していた頃、入試検討委員会の主務は入学者選抜の実務担当であり、「検討」業務は主に前年の問題点への対処であった。したがって問題点が少ない場合には、例年通りの業務を滞りなく完遂することを目的とする組織であった。もちろん、学長や医学部長からは将来を見据えた改革等の検討も指示されていたが、改革を常時考えているには組織の専属形態や規模が不十分であったと、今になって振り返っている。つまり、入学者選抜をその改革も含めて専任業務として常時考えている組織が必要と思われ、その設置により今後も継続して優れた学生を選抜できる体制を構築して頂きたいと願う次第である。

自治医科大学のあるべき姿

社会医療法人関愛会 江別訪問診療所院長

日下 勝博

(北海道25期)



私は北海道出身で、現在は札幌市の隣の江別市（人口約12万人）で在宅医療専門診療所を営んでいる。日常診療と並行して、地域医療振興協会の北海道支部長として北海道内のへき地支援活動を行っている（北海道へき地医療支援センター）。また臨床講師として学生教育にも携わっており、卒後も様々な形で自治医科大学との関りを持たせて頂いている。

私は平成14年（2002）に自治医科大学に入学した（25期）。在学時はお世辞にも熱心な生徒とは言えなかった。地域医療とは何か、総合医とは何か、正直よく分からないまま卒業したが、札幌医大の地域医療総合医学講座に入局し、当時の山本和利教授（自治医科大学静岡県1期卒）に師事できたのは幸いだった。そこで総合医とは何かという基本を指導して頂いた。その後阿部昌彦先生（北海道6期）の指導の下で臨床家として研鑽を積み、臨床講師という形で後輩の学生と関わる中で、いつしか地域医療の質を高めるために地域の病院をどう健全に運営するかということが、自分の医師としてのテーマとなっていった。

今回、ご縁あって自治医科大学のあるべき姿というテーマで寄稿させて頂くことになった。非常に遠大なテーマで恐縮だが、私は大学での勤務経験は無く、全体の姿についてものが言える程大学についてよく知らない。よって、私がこれまで地域で経験したことを踏まえて一つだけ、学生・卒業生に学ぶ機会を作ってくると良いな、という話をさせて頂ければと思う。

【提言：地域医療のリーダー教育に力を注いでほしい】

自治医科大学は地域医療（特にへき地医療）の充実の為に作られた大学であることは言うまでもないが、建学当時と現在では、地域の情勢は大きく変わっている。そのため、求められる医師のあり方も建学当時（昭和47年（1972））と変わる必要がある。建学当時は、すでに高度成長を背景として田舎から都会への人口の流出は指摘されていたものの（いわゆる三ちゃん農業など）、まだまだへき地にも人口のボリュームがあった。この頃の平均寿命は70歳に満たず、高齢化率（65歳以上）も昭和45年（1970）度は6%であり、令和2年（2020）度の28.7%と比較してかなり地域全体が若かった。また、今より医療が専門

分化・細分化されておらず、急性期と慢性期の区別も曖昧だった。そうした前提のもとに、どうしたらへき地でも都会に負けない医療水準を維持できるか、いかに資源の乏しい現場で優秀なパフォーマンスを示すか、というコンセプトで医師を育てていた。少なくとも私が在学当時（平成12年（2000）前後）には学内にそうした気風が色濃く残っていた。しかしその後医療はどんどん高度・専門分化し、臨床医として仕事するには臓器専門医としてのキャリアパスが重要になり、へき地で働く＝専門性を身に着けられないということのマイナス面が若い医師から見て目立つようになっていった。私は総合医の道を選んだが、奇異の目で見られたとまでは言わなくても、明らかに少数派であった。そうした医師側の都合の一方で、地域社会は人口減少と高齢化が進み、高度急性期医療への期待と同じくらい地域包括ケアへの需要が高くなっていった。近年ではそうした地域のニーズを受けて、総合診療医や家庭医の役割がクローズアップされ、その道を選ぶ若い医師も増えてきているが、まだ十分に需要を満たしているわけではない。いわゆる団塊の世代が後期高齢者となって「終活」を始める近い将来、地域には高齢化を超えて「多死」という問題と、それによってもたらされる縮小再編の波が押し寄せることになる。地域社会のダイナミックな動きをとらえつつ、地域医療の枠組みを整え、新たな方向性を示すことができる人材が必要となってくるであろう。今地域が求めているのは、既存の問題を処理するだけでなく、新たなビジョンを示すリーダーである。そうした人材の育成を、自治医科大学に求めている。私は現在の職場の前に、郊外の小さな病院で院長を勤めたことで、そういう考えに至った。個人的な体験になるが、その時の話を次項でさせて顶きたい。

【町立病院の院長職を経験して気づいたこと】

私が赴任した南幌町は、札幌市近郊に位置する人口8千人弱の農村であり、高齢化率30%で年々100人程度人口が減少している。町立南幌病院は当時一般26床、療養54床、合計80床の小規模ケアミックス病院であり、私ともう1名の内科医が常勤医として勤めていた。赴任前年まで病床稼働率は50%に満たず、大きな赤字を抱えており、存続の是非について町から厳しい視線が注がれていた。少し詳しく説明すると、私が就任する前年（平成28年（2016）度）は、全体で約5.5億円の費用に対し医業収益が約3億円。他会計繰入金（殆ど税金。公立病院は不採算部門を担うという建前で、国や町から資金が補填されている）が1.8億円であった。一般的に医業収益＋繰入金で収支が合えば、自治体病院の経営としては合格点と言えるだろう。しかし同院では二つを足しても4.8億円で、なお7千万円不足である。この赤字を補うため、町から追加で現金が補填され、帳簿上の収支を合わせていた。他会計繰入金の多くは国からの交付金であり、実は町にとって直接の痛手ではない。しかしこの7千万円は完全に町の持ち出しである。赴任の数年前からそのような状況が続いており、議会の争点にもなっていた。経営改善のため病床削減を検討されたこともあったが、1病床につき約160万円という形で繰入金を支給されているため、病床を削減すると人件費を削る以上に収入が減り、かえって赤字が増えてしまうというどう

にも手詰まりの状況であった。赴任当初にそうした現状を聞き、患者の前に病院が病んでいる。そう思った。

私はそれまでずっと自治体病院で働いてきたため、赤字であることが常であり、その事実に対して特に危機感を覚えたことはなかった。今考えれば恥ずかしい限りだが、赤字だろうが自分の給料は下がらないし、「医は仁術」で、お金のことをあれこれ言うのは医師としてふさわしくない、程度の感覚で物を考えていた。しかし実際に責任ある立場に着くと、赤字を放置する、すなわち経営上の失敗を放置することで起きる様々な弊害が、否が応でも目に付くようになった。

端的に言えば、赤字では自己投資ができず、組織としての成長が著しく阻害されるということである。成長できなければ組織は劣化・陳腐化する（とかく田舎の病院は現状維持を目標としがちだが、現状維持は相対的な劣化である）。劣化すれば職場としての魅力は損なわれる。職員の士気は低くなり、新たな人材は来ないし有能な人材から去っていく。質・量ともに人手不足に陥って業績が下がり、さらに赤字を招く。負のスパイラルに陥ってしまう。

これまで臨床医として人間個人の病気を相手にしてきた私だったが、人間の集合体である組織もまた、不健全な状態、すなわち病気になるのだということに気が付いた。そしてこうした「組織の病気」を解決するには、臨床医学とはまた別のスキルが必要になる。つまり経営を学ぶことが必要だと考えた私は、その具体的な手段としてMBA（Master of Business Administration：経営学修士）を取得することにした。国内のいくつかの大学院を比較して、医療経営に特化した内容であることや、仕事を続けながらの通学が可能であることから、最終的に国際医療福祉大学のMBAコースを選択した。経営の勉強と実践を並行して行うことは、結果として非常に実りの多い作業となった。

大学院には毎週金曜の午後から土曜日の夜まで、飛行機で東京に通っていた。2年間の課程で、前後の学年合わせて約60人程の仲間と共に学んだ。ほとんどが社会人、看護師や薬剤師など医療関係者が大半で、他は製薬会社の社員などであった。医師も私の他に5人在籍していた。当然ながら大半が東京近郊の在住であり、北海道からわざわざやってくる私は珍しがられたが、おかげで広い人脈も出来た。授業内容に関して簡単に述べると、経営戦略論、マーケティング、簿記会計や税法など経営学の基礎各論の他、ケーススタディを通じてのディスカッションに多くの時間が充てられており、徹底して自分が経営者ならどう考えるか、どのように問題を捉え、どう分析し、どう解決策を示すか、それをどのようにプレゼンテーションするかというアウトプットの訓練が重視されていた。何かをしたい、変えたいと思ってMBAに入ったものの、具体的にどうするか悩んでいる同級生が多く見られた。知識やテクニックも大事だが、それよりまず自分が何をしたいのか、徹底して自問し明らかにすることが経営の大前提なのだと学んだ。

経営学は単にお金の事だけでなく、本質的には組織のあり方・運営の仕方を探求する学問である。簡単に言えば、人の使い方（使われ方）を学ぶ学問である。院長など管理職に

限らず、医師は現場においても医療チームのリーダーとしてふるまうことが多く、経営学の視点はチーム医療を推進するうえで大いに有益であろう。学生仲間の中にはそうした観点から経営を学びに来る者も存在した。

また、地域医療の現場では、対象となる患者は多くが高齢者である。高齢者は複数の疾患を持っており、根治しないことが多く、そして時間やお金など医療に費やす資源について、常に注意を払う必要がある。つまり、そもそもあと何年生きられそうか、治療にどれだけ時間を使うことが可能か（希望か）という時間的な制限や、治療に耐える体力があるか、お金をどれだけかけられるか（かけたいか）、という医療以外の要素の影響が大きい。ため、若年者よりシビアに判断する必要がある。そのうえで個人の希望や価値観を含めて総合的に判断し、患者とネゴシエーションを重ね、方策を決定する必要がある。複雑な現実の問題を客観的事実と主観的価値観にそれぞれ重みをつけてロジカルに整理し、バランスの良い決断をする。そうした行為を我々医師は従来「人間を診る」とざっくりした言葉で表現しているが、これは会社の運営、プロジェクトの推進といった行為とほぼ共通している。一臨床医としての観点からも、経営的な思考のエッセンスは役に立つように思えた。

このように経営を学びながら、同時にそれを生かして病院の経営改善に取り組む日々が続いた。まず自院のおかれている環境を分析し、周囲にサブアキュート・ポストアキュートを受け入れる施設が少ないことに気づいた私は、入院患者を増やす方策として、ビジネス流に言えば一般患者=カスタマーではなくB to B（Business to Business：対企業間取引）を重視した。

つまり周りの急性期病院に働きかけ、退院調整が難航している患者を積極的に受け入れることにした。こうした患者の多くは高齢で認知症を抱え、家族の介護力が乏しいなどの理由から在宅復帰が難航していたが、時間をかけて問題を解決し、自宅復帰ないしは施設調整を進めていった。やる気のある職員を抜擢して業務改善を進めるうちに、当初は士気が低く患者増に良い顔をしなかった職員達も積極的に働くようになった。若い職員も入職してくるようになった。その結果、半年で病床利用率は46%→73%に上昇した。平成29年（2017）度の医業収益は前年比3千万円増加し、最終的に単年度黒字を達成した。

とはいえ、いまだ多額の繰入金に頼っている状態に変わりはない。私はさらなる改革案として地域包括ケア病棟の導入を軸とした病棟再編を計画したが、病院のあり方を大きく変えるには、病院の所有者である町民自身が病院の現状を理解することが前提だと考えた。あたかも患者に対して病状を説明し、治療案を提示、選択してもらうように、住民に病院の現状を詳しく伝え、将来についてともに考える事が自治体病院の院長として最も大切な仕事だと認識し、住民との定期的な座談会、意見交換を開始した。逆に、説明不足とそれによる住民の無関心こそが、自治体病院の「病」の本質ではないかと考えるようになった。単に収支を改善させるだけでなく、明確な地域医療のビジョンに基づき、持続可能な組織運営のプランを提示することが、地域の病院経営の基本である。というのが院長業務を通じて得た私の結論であった。

以上、院長として病院経営に直接携わり、同時に専門的な教育を受けたことは、総合医としての自身のキャリアの上で非常に意義深いことであったと考えている。

【自治医科大学のあるべき姿】

こうした自身の経験を踏まえ、自治医科大学には、今後の地域医療のリーダーを育てるための大学になってほしい。また、そのために卒前・卒後を通じて（医療）経営を学ぶ機会を設けてほしいと考えている。

今までは、補助金漬けのおらが町の病院で、経営のことなど気にせず、のんびりおとなしく町医者をやればよかった。むしろそういう人材が求められていた。しかしこれからの地域医療は違う。広大な土地に人口が点在し、医療不足に悩む北海道でへき地医療に携わる私は、医療機関どころか地域社会そのものが維持困難になっていく姿を目の当たりにしている。地域全体が縮小均衡に向かう中、税金によって支えられたまやかしのユートピアを成立させる余裕はなくなりつつある。現状維持を是とし、将来のビジョンがない職場に若い優秀な人材が集まるはずがない。

確固たるビジョンを持ち、職場に将来性や成長をもたらす力。それが地域医療のリーダーに必須の能力なのである。そしてその力は、人間社会に対する広い知見や哲学的思考によって育まれるものである。

若い時は、臨床医としてサブスペシャリティをどうするかに悩みがちである。もちろんそれも大事だが、総合医を目指すなら、より大きな視点で、地域医療における自身の課題、テーマについて考える機会があると良いと思う。いくら技術を高めても、自分が本当にやりたいことと、社会が求め、必要としていること、それらがうまく合致しなければ成功はおぼつかない。経営を学ぶとはそういうことである。

自治医科大学の素晴らしいところは、全国各地に卒業生が散らばり、地域医療の第一線を担い続けていることである。地域の病院の管理者となり、厳しい経営上の問題に直面している卒業生も数多くいると思われる。先に述べたように、仕事と勉強を同時に行うことは、非常に学習効果が高く役に立った。医療経営に関して何らかの卒後研修、卒後教育の機会を設けても良いのではと思う。

単に義務で働く兵隊を育てるのと、主体的な意識をもったリーダーを長期計画で育てるのでは、その後の展開に天と地の開きがある。今後の自治医科大学には、地域医療のリーダーを育てるというビジョンを高く掲げ、教育を充実させてほしい。それが他大学の地域枠という、いわば同業の競合相手との差別化につながり、自治医科大学の存在価値を高めることにも繋がると思われる。

目的そして未来のニーズに適う大学とは？

グローバルファンド（世界エイズ・結核・マラリア対策基金）
戦略・投資・効果局長
国井 修
（栃木県11期）



私はこれまで外務省や国連児童基金（ユニセフ）、また現在勤務している国際機関で戦略作りや組織改革に関わってきたが、組織の「あるべき姿」を議論する際にすべき重要な問いかけがあると感じている。それは「今ある姿が組織の目的に適っているか（Fit for purpose）」、そして「未来のニーズに適っているか（Fit for future）」というものである。

一言で「医療の谷間に灯をともし」といわれる自治医科大学の「建学の精神」「目的」は、とても明確で簡潔だ。目的や夢というのはクリアでシンプルなのがいい。これを義務年限内だけでなく、生涯の目的として地域で貢献している自治医大卒業生も多く、これほどまでに「建学の精神」が息づき、卒業生に染み渡っている大学は他にはないだろう。私もその端くれとして、出身県栃木とは違う地だが、医療の谷間に灯をともし努力をしてきた、つもりだ。

「自治医科大学の今ある姿」がこの建学の目的に適っているかについて、大学の3つの役割である教育、研究、実践について考えてみたい。ただし「今ある姿」を私は正確に把握していないので、その答えは自治医科大学の将来を決める方々に託すが、私なりの私見と期待をここでは述べたい。

まず教育はどうだろうか。医師国家試験の結果からみれば申し分はない。というより、驚くべき成績だ。学生の努力もさることながら、教職員のご尽力に心より敬意を表したい。

一方で、「医療の谷間に灯をともし」人材を創出できているのだろうか。それに必要な能力・資質には、医学の知識や技術だけでなく、地域住民や保健・医療・福祉関係者と一緒に働く際のコミュニケーション力、コーディネーション能力、リーダーシップ、そして最近ではGRIT（やり抜く力）と呼ばれるものなど、国家試験では測れないもの（近年ではコンピテンシーとも呼ばれる）が多い。

かなり前の話だが、米国ボストンにある公衆衛生大学院に留学した際、その教育方法に大きな衝撃を受けた。講義は知識の伝達、学生にとってのインプットではなく、テキストや資料は事前にしっかり読ませ、講義ではそれを基に議論を戦わせるアウトプットにとっても重きを置いていた。国際社会ではコミュニケーション、それも自分の考えをきちんと言

語化し、感情抜きでロジカルに議論し、相手を説得するスキルがとても重要である。日本でも社会に出るとその重要性は次第にわかってくるが、学校教育の中ではなかなかそれを習得できない。

社会や時代のニーズに応じて、教育はさらに進化している。欧米では医学と共に、予防医学や人口集団のリスク管理、疫学・統計、また組織管理・運営などをより高いレベルで学ぶために、医学（MD）と公衆衛生学（MPH）また経営学（MBA）の2つの修士号がとれるダブル・マスターコースや、医師になったあとにリーダーシップやマネジメントのスキルを磨く特別コースなども増えている。それもオンラインで世界のどこにいても学べる機会が増えている。

一方、古典的な学問だが、日本では近年軽視され、欧米では依然重視されているものがある。リベラルアーツである。グローバル企業のトップにはリベラルアーツ専攻が多く、国際機関の幹部にもそれらをしっかり学んだものが多い。

日本ではリベラルアーツを単に「教養」と考え、「幅広い教養を得る」程度に考えている傾向にあるが、それは知覚力を磨き、見えないものを観る力を養い、論理的思考と共に洞察力や直観力などを培う学問であり実践的なものである。人間力を磨き、仕事の質も変えていく。私も国際社会で揉まれる中で、その重要性を再確認し、リベラルアーツの本を読み漁ることが多くなった。

日本でも教育改革が叫ばれ、自治医科大学は最も「革新的な」教育をしている医大のひとつだろう。教育以外にも、学生寮での生活、活発な県人会やクラブ活動、地域医療実習などを通じて多くのことを学ばせている。それでも、単科大学のカリキュラムと学生寮での同質の医学生との共同生活にはともすると「井の中の蛙」になる危険性が孕んでいることを意識する必要がある。「医療の谷間に灯をともし」ために必要な資質・能力とは何か、その獲得に向けて大学はカリキュラムやその外でどのように支援できるのかをしっかりと検討する必要がある。学生時代にすべてを得ることは不可能であり、最終的には個人の学びにもなる。卒業後も生涯学習として大学がいかなる支援ができるのか、考えてみるのもよいと思う。

次に研究。自治医科大学では高いレベルの基礎・臨床・社会医学の研究がなされていると聞く。しかし「医療の谷間に灯をともし」という観点からの研究はどれだけ進んでいるのだろう。

私が卒業した頃の頃は、へき地医療や地域医療は実践であり学問ではない、まともな研究の対象にはなりえないといった風潮があったように思う。発展途上国のへき地・地域医療、保健医療問題を扱う国際保健という分野も似たようなものだった。1990年代初めに私が米国留学した際に、国際保健を学問として学べる大学（院）は日本にはゼロ、世界に10もなかった。それが次第にニーズは高まり、関心をもつ若者も増え、現在ではアメリカだけでも教育・研究機関は100を超え、日本にも国際保健やグローバルヘルスの修士や博士課程は10くらいあり、多くの医学部でもそれらを教えるようになった。世界屈指の

医学雑誌Lancetでは、姉妹ジャーナルとしてLancet Global Healthを平成25年（2013）から毎月発行している。

地域医療学も学問として、研究領域として、家庭医学や総合医学などと共に発展しているようである。これには自治医科大学地域医療学センターの貢献も大きいと聞く。

地域には研究・追求すべき課題が溢れている。記述や分析が十分になされていない、概念整理ができていない、問題解決のアプローチ手法が確立していない問題・課題など様々である。各地の卒業生がそれらの問題を分析したい、他の地域と比較検討したい、解決法を追求したいと思った時に、大学はそれを助言・指導・支援できる存在だろうか。

例えば、入学時に同期だった苅尾七臣君（本学循環器内科学教授）は、卒業生の現場の実践と研究を大学から支援するという意味でモデル的な存在だ。彼は義務年限内に、阪神淡路大震災で震源地となった北淡町で自ら被災しながらも診療を続け、さらに災害ストレスによる循環器疾患の発症リスクの研究を行ったツワモノである。現場にこそ研究テーマがあり、どんなに診療で忙しくても、毎晩、学びや研究、論文執筆に時間を割いていた彼の姿勢に私も刺激されたものである。東日本大震災では一足先に現場に入っていた私の呼びかけに応じて、南三陸町に支援に駆け付けてくれた。そこで現場の災害医療コーディネーターとして活躍していた後輩の西澤匡史先生を支援し、震災の1カ月半後にICT（Information and Communication Technology）を利用して遠隔血圧モニタリング・リスク管理を行う「災害時循環器予防ネットワーク」システムを導入した。被災住民の健康管理・疾病予防と共に、西澤先生の研究支援であり、将来の日本の地域医療や災害医療におけるイノベーションも模索した。

地域医療の課題は多岐に渡るので、地域医療学センターのみならず、卒業生の研究面でのサポートを積極的に行う講座が増えることを望んでいる。

大学の3つ目の目的として、実務・実践を通じた社会貢献があると思う。

欧米には、研究・教育・附属病院での診療のみならず、地域や世界への社会貢献を行っている大学が少なくない。留学した大学院では、ボストンにある低所得者層の人々や難民、マイノリティへの保健医療支援を積極的に行い、学生と教員が一緒になって途上国への支援も行っていた。

現在、私が勤務する国際機関は「2030（令和12）までに世界の三大感染症（エイズ・結核・マラリア）を終息させる」という大きな野望を持っているが、ハーバード、ジョンズ・ホプキンス、インペリアル・カレッジ・ロンドン、オスロなどの世界の多くの大学が、それぞれの専門性、得意分野を活かして協力してくれている。

自治医科大学も、阪神淡路大震災、東日本大震災において、積極的に医療チームを派遣して社会貢献を行った。特に、東日本大震災では、自分が被災しながらも緊急・復興支援の先頭に立っていた前出の西澤先生や、齋藤充先生、菅野武先生らを含む被災地の卒業生を支援するために、大学のみならず、全国の卒業生が支援に駆け付けた。私も3か月弱、ユニセフの災害フィールドマネジャー、また宮城県の災害保健医療アドバイザーとして支

援に参加させてもらったが、大学の同窓会かと思うほどに現場で卒業生に会った。へき地・地域の一大事なら任せてくれ、と言わんばかりの自治医科大学パワーに感激した。

このような大災害だけでなく、現在、日本の地域には様々な医療・保健・福祉問題が横たわり、難解な問題と闘っている卒業生も少なくない。これらに対して、大学は直接的な支援でなくとも、技術支援やネットワーキング、ナレッジマネジメントなど様々な方法で支援はできると思う。地域が抱える社会課題に対して、大学はどのような貢献ができるのか、卒業生からの生の声を聞きながら再検討してみてほしい。

さて、ここで未来のニーズを考えたい。建学の精神や大学の目的は未来も必要とされるものなのか、建学時と未来とで自治医科大学に求められるものに違いはあるのか。

厚生労働省が定義する「へき地」は減少傾向にあるものの、すぐにはなくなるといわれている。ただし、へき地医療に力を入れる他大学も増え、絶対数としてのニーズは減るかもしれない。

「地域」の中には将来もニーズがあるだろう。団塊の世代が75歳以上となる令和7年(2025)に向け、また各都道府県の「地域医療構想」実現に向け、卒業生のさらなる活躍が期待される。単なる「働き手」ではなく、地域医療構想の「作り手」、医療と保健と福祉との間の「つなぎ手」、地域での「引っ張り手」としてリーダーシップを発揮して欲しい。

「医療の谷間」に関連して、少し参考になるかもしれないので私が携わっている国際保健の話をしたい。国際保健の一大目標は、世界の健康格差、保健医療サービスの格差を減らすことであり、まさに「谷間」をなくすことだ。

令和2年(2020)のベストセラー、ハンス・ロスリングらが著した「FACTFULNESS」にあるように、世界全体では格差が是正されているように見えるが、国内や地域内格差をみると拡大しているところも多い。国連が主導して世界共通の開発目標として作られた「持続可能な開発目標(SDGs)」のスローガンは「誰も取り残さない」だが、世界には基礎的な保健医療サービスさえ十分に享受できない「取り残された人々」が10億人もいるのが現状である。

人々を取り残さず、広がる格差を狭め、谷間を埋めるには、単に医師を増やして配置するだけでは足りない。どこに格差があり、何が問題で、谷間を埋めるためにどうすべきか、状況分析やニーズ分析、それに基づく戦略やアプローチが必要だ。「医療の谷間」は「へき地」という場所だけに存在するわけではない。都会の中にも、人種、ジェンダー、年齢、教育歴、収入、職業などによっても健康格差があり、保健・医療・福祉サービスが届かない人はいる。谷間でもがいている人は見えにくく、取り残された人はもはや視野に入らないことも多い。「誰が取り残されているのか」を積極的に探し出し、そこにフォーカスをあてたサービスを提供することが重要である。格差社会は平等なサービスでは是正できない。公正なサービスの分配が必要である。

近年、日本でも社会・経済格差が広がり、少子高齢化、独居老人、2025年問題、自殺、貧困問題、社会保障費の増大、消滅可能性都市、ジェンダー不平等、シングルマザー、

ワーキングプア、無縁社会など様々な社会課題が横たわっていると聞く。そんな中、自治医大卒業生は、地域に横たわる保健・医療・福祉に関わる様々な格差や谷間を無視することはできず、そこに灯をともしことを求められるかもしれない。

そんなニーズに対し、従来のやり方だけでなく、新たな方法を導入する必要もあるだろう。未来にはイノベーション、新たなアプローチや解決法も生まれてくる。人工知能やロボットなどの革新的技術が普及する「Society5.0」の到来も決して遠いものではない。私が働くアフリカでも、既にマサイ族がスマートフォンを使い、ソマリア難民が電子マネーを使う時代になっている。日本でもへき地に住む住民に対して、ウェアラブルを使ってリモートで健康管理をする、ドローンを使って薬を提供するといった時代になるかもしれない。未来の地域医療ニーズに応えるためのイノベーション、新たなアプローチや解決法の研究・開発やその普及に自治医科大学は何ができるだろうか。

ほどなく訪れるであろう「人生100年時代」に求められるニーズは、治療や延命だけではない。予防医学が発達し、疾病予防や健康寿命の延伸が可能となった時代、病院や診療所で「患者さんを待つ医療」だけでなく、地域の中で「患者さんを作らない疾病予防・健康増進活動」への貢献も求められる。

一方で、人間の死亡率は100%であり、これからの時代「よりよい死の迎え方」を支援することも医療の重要な使命となるかもしれない。緩和ケアや尊厳死などの研究・教育も重要となり、地域の中で「尊厳のある、よりよい死を迎えられるケア」の推進が求められるかもしれない。

最後に、学生や大学に向けて一言。

自治医科大学の生みの親でもある秋田大助自治大臣（当時）がご存命の頃、学生の方で、彼の事務所にお伺いし、自治医科大学設立の経緯について直接お話を伺ったことがある。実は日本だけでなく、日本を含むアジアのへき地勤務医師養成のための「医学高等専門学校」をフィリピンに建設する構想があったこと、その設立・運営をめぐる日本政府とアジア各国政府との交渉がうまくいかず、結局断念したこと、その後、日本国内の関東と関西に2か所建設するとの構想に変わったが、最終的にはひとつとなり、いくつかの候補の中から栃木県の現在の場所に決まったこと、などを昔を懐かしみながら、嬉しそうに話してくれた。

自治医科大学には尾身茂先生や山元香代子先生など、グローバルに活躍した卒業生もいるが、義務年限内には制度上、国境を越えた活動は難しい。実は世界で活動したい学生や卒業生は結構いるものの、その夢を途中で断念してしまう人は決して少なくない。私は幸運な（ずるい？）ことに、アフリカで医療に従事したいとの学生時代からの夢を8年目の義務年限途中で実現できた。学生時代にインド留学やソマリア難民キャンプでのボランティアなどで1年休学し、義務年限内に1年米国留学したため、実質12年間の義務年限があった。それでいながら、へき地にいても年に1度はNGOで途上国に医療支援などに行っていた私を見て、「そんなにやりたいのなら仕方がない」「栃木のへき地も世界のへき

地も同じ」と広い心で、栃木県から国立国際医療センター（当時）への出向という形で国際協力に従事させてくれた。当時の栃木県環境衛生部長や担当者には心から感謝している。

貸与金をもらっている以上、各出身県に尽くすことは義務だが、義務年限内でも、例えば後期研修や1－2年の休職や出向などを利用して国際保健医療に従事する、日本や海外の大学（院）でグローバルヘルスを学ぶといった柔軟なオプションも検討してもらえるとありがたい。

ただし、国際協力は義務年限後でも遅くはない。国境なき医師団のようなNGOを通じて医療支援するのも、JICAなどを通じて母子保健や地域保健のプロジェクトに参加するのも、ユニセフやWHOなどの国際機関で働くのも、それぞれにやりがい、醍醐味があって楽しいものだ。国際協力には地域医療の経験はとても役立つし、将来世界に羽ばたこうと考えながら地域医療に従事していると、より幅広い視野で見えること、学べることがある。

国際保健に限らず、地域医療とは違った夢や情熱をもつ学生には、義務年限があるからといって諦めず、地域医療を楽しみながらその夢を追い求めてほしい。回り道のように見えるが、人生で得られる経験・楽しみは倍増する。ふたつの違う夢でも「二兎を追うものは一兎も得ず」ではなく、「二兎を追うものだけが二兎を得る」ことができる。学生はどんな夢でも諦めず、むしろ大志を抱いて、新たな未来を果敢に切り開いて欲しい。

大学や都道府県担当者には、そのような学生をつぶさず、多様性を受け入れながら、柔軟に見守り、対応して欲しい。そんな多様性、また「変わり者」が地域医療を活性化し、未来を切り拓くかもしれないからである。

新たな未来のニーズに応え、未来を創造する自治医科大学の進化に期待している。

大学は遠くにありて思うもの—役割を果たさないという役割

武蔵国分寺公園クリニック院長

名郷 直樹

(愛知県9期)



自治医科大学の輝かしい成果

創立50周年と聞いて、それだけでもう十分ではないかという気がする。設立当初は、みんな卒業したら金を返して、へき地には行かないのではないかという意見が多かったとも聞く。そんな予想に反して、卒業生の90%以上が出身県のへき地医療に取り組み義務を果たし、義務年限終了後も70%以上が出身県にとどまって地域医療に貢献しているという現実を聞けば、それ以上に何を望むことがあるだろうか。

そんな輝かしい成果を達成した自治医科大学に対し、出身県にとどまらず、へき地どころか、東京都内で開業している自分に、大学教職員へ向けて何か提言できる資格があるとも思えない。しかし地域にとどまることができなかった失敗の体験が、その後ろめたさが、多少はお役に立てる提言につながるかもしれない。そんな気持ちで筆を執っている。

へき地を離れ、大学への提言という原稿の依頼に申し訳ない気持ちを感じながらも、やはり母校自治医科大学には、何か特別な思い入れがある。別の大学へ行ったのであれば、どこの大学を卒業しても大して違いのない人生を送っていたような気がするが、現実の私の医師としてのキャリアは、自治医科大学を卒業していなければ決してそうならなかったものだと思える。自治医大卒業生であることは、自分自身にとって他に代えがたいものだ。意識の中では、今も自治医科大学は常に私の中にある。

自治医科大学と卒業生の距離

そんな意識とは裏腹に、現実の自治医科大学と私自身の距離はずいぶん遠くなってしまった。それでも私自身は3年間の後期研修を母校で送ったこともあり、まだまだその距離が近いほうなのかもしれない。多くの卒業生は、卒後一度も自治医科大学では働くことがないだろう。それを考えても、大学との距離が遠いというのは大多数の卒業生にとって共通の思いではないかと思う。特に義務年限内は、都道府県人会の枠組みが中心で、そこに大学の介在する余地は少なく、都道府県職員という身分でもあり、「大学は遠くにありて思うもの」というのが現実ではないか。

ただその「大学は遠くにありて」というように、各都道府県が卒業生医師の人事権を握

り、大学がそこに口出しをしなかったことは、自治医科大学の成功の最も大きな要因の一つだ。この仕組みがどのようにして考えられたものか、とても興味がある。大学の役割は国家試験に合格させるまで、その後は各自治体が責任を持つ。そして、それは見事に実現され、先の大きな成果を生んでいる。自治医科大学は創立以来、医師国家試験合格率の上位を常にキープし、最近では9年連続1位というではないか。この役割は今後も達成し続けてもらいたい。これは今回の提言の一つだ。

しかし、ここで話題にしたいことはこちらではない。国家試験合格後は、卒業生を都道府県に任せるほうの役割だ。この結果が、これまでの高い義務年限の完遂率につながっている。卒業生を手放して自治体に任せたとすることが、自治医科大学が卒業生に対して果たした最大の役割であったのではないかという逆説である。

「大学は遠きにありて思うもの」、卒業生と大学の距離が遠いことが重要、言い換えれば、大学が卒業生に対して何も役割を果たさないことが成功につながったということだ。50年を経て、この事実は改めて確認されるべきことだと思う。大学教職員への提言は、このスタート視点を明らかにすることなしに始めることはできない。

役割を果たさないという役割

「役割を果たさないことが役割」というのは、私自身がへき地医療の現場で学んだことに他ならない。「壊すくらいなら直すな」と言えばわかりやすいか。卒後2年間の不十分としか言いようのない研修の後、3年目で村内唯一の医療機関に診療所長として赴任した自分自身を振り返るに、余計なことをして迷惑ばかりをかけたというのが現実だ。ただ当時はそういうことさえわからないくらい何もわかってはいなかった。初期研修で学んだ最新の医療をへき地でも提供するのだ、そんな思い上がりのほうがはるかに強かった。

へき地医療が何かも知らず、へき地に赴任して、そこでの医療に色々口を出す、みたいなことは益少なく、むしろ害が多かった。多くの患者に迷惑をかけ、診療所職員にあたり、役場職員ともめ、振り返れば本当に恥ずかしいことばかりである。

へき地診療所勤務中に村長から言われた一言を今になって思い出す。

「先生は診療所で患者を診てくれていればいいんだよ」

この一言に腹を立てていた自分が恥ずかしい。村は医者としてあらゆる意味で未熟な私に対して、診療以外のことを気にしないでいいように配慮してくれていたのである。「診療以外の役割は、私たちに任せていただいて、診療に集中してください」というのは、村民にとっても、私にとってもきわめて合理的な判断であったと、今になってようやくその意味が分かる。

へき地医療という大きな仕事の中の小さい仕事を続けるというとてもつらいこと

へき地医療に貢献する、というのはとてもつらい大きな仕事である。とても一医師が担うことができるような仕事ではない。ただ反面、多くの人の協力により、医師一人の役割

が小さくても実現できるということでもある。しかし、大きな役割を果たすということに比べて、小さな役割をきちんと果たすというのはかえってむづかしい。そのことのほうが、一人のスーパーマン医師が大きな仕事をするのより、とてつもないことかもしれない。

そのとてつもない仕事を、大学から遠く離れて、出身県に長くとどまってやり続けている、先輩、同級生、後輩の皆さんは、とてつもない人たちである。小さな役割を果たしつつ、多くの人の協力を得て、全体として大きな仕事を成し遂げている。

ここでの仕事を支える原理の一つが「できるだけ役割を果たさない中で果たす役割」ということだ。地域において、そもそも医療の役割は大きくなかったりする。へき地ではなおさらだ。50%以上が高齢者という地域で、一人の医師が頑張って、80歳、90歳になってもなお早期発見・早期治療なんてことを、地域を挙げて一所懸命やりだすと大変なことになる。それでもそこに小さな問題として健康のことは残る。その小さな問題に関する小さな役割を果たすというむづかしい大きな課題を、目立たず、あまり褒められもせず、ひたすらやり続けるにはどうすればいいのか。そういうことができずに、都市部で開業してしまったのがこの私自身である。

そこで大学がどんな役割を果たしてくれたら、私がさらにへき地で仕事を続けられたか。そんな風に考えてみる。私がへき地の診療所で行き詰って、次の仕事を探していた時、大学からは全く声がかからなかった。しかし、これも今から思えば幸いであった。別にこれは皮肉ではない。ただ、「もう少しへき地で頑張ってみてはどうか。応援するから」みたいな一言があれば、もっと長くへき地の現場にとどまって、今とは全く違った医師としての人生があったかもしれないと思う。とどまるだけではなく、もう少しまともなへき地医療が実現できていたかもしれない。

その後、大学から声がかからなかったことが幸いし、地域医療振興協会から誘っていただき、自治医大卒業生とは別の「へき地医療専門医育成」という仕事に就くことができた。しかし、そこでもうまくいかず、今の自分があるわけで、大学が何もししてくれないからうまくいくことばかりでないのもまた明らかだ。話が振出しに戻る。何もしない中で何をするか、である。

学生に対する大学の役割

大学が何もしない中で何をするか、という問題について、学生、義務年限内卒業生、義務年限後卒業生の3つに分けて、具体的に考えたい。まず学生に対してである。

学生に対しては前述したように、へき地医療はさておき、まず医師国家試験合格である。ここにはもはや外から言うべきことは何もない。本当に素晴らしい取り組みに頭が下がる。

ただ一つだけ言いたいことがある。提言とは違うかもしれないが、自治医科大学のホームページについてである。アクセスすると、真っ先に目につくフレーズが「医師国家試験

9年連続第一位」である。ここはやはり「建学の精神」ではないか。国家試験合格率一位を前面に出す母校というのは、卒業生として、ちょっと恥ずかしい。目的よりも手段を重視しているというのはそもそも変だ。手段は後ろにしまっておくか、当たり前のこととして前面に出さないのがいいと思う。

それはさておき、役割を果たさない中での役割に戻ろう。ここでの提言は、大学にいる人はへき地医療について語らない。語らないことこそが重要な役割である。へき地医療について語るのはへき地の現場にいる人たちだけにしようということだ。

あるいは以下のように言ってほしい。

「へき地医療とは容易なものではない。今現場にいない私が安易に語るようなことではない。現場にいる人たちの話を聞き、現場に行って研修するほかない。大学にいる私にできることは、へき地医療以外のことだ」

ただ「容易なものではない」というのでは学生は不安になるだけだろう。そこでその容易ならざるものに、卒業生がどう立ち向かっているか、その現実を学生に伝える「へき地医療学」という科目が整備されるべきだと思う。地域医療学の中に、しっかりと「へき地医療学」を位置付けたい。そこでの担当教員は、当然へき地医療の現場にいる人である。

これはそう不思議なことでもない。例えば循環器内科の講義に循環器医療の現場にいない人が出てくることのほうがおかしいと言えは当然のことだ。「へき地医療」というと誰でも語れるという空気が大学の中にはあるかもしれないが、そうした空気を一掃してほしい。へき地医療の現場にいない人がへき地医療について語るより、いる人が語ったほうがいい。自治医大卒業生にはそうした人材がたくさんいる。その人たちを差し置いてへき地医療を語るなんて、大学の教員たちにそう思わせる人たちである。そんな卒業生の講義を、大学の教職員にも聞いてもらうというのはいいことかもしれない。

義務年限内の卒業生に対する大学の役割

義務年限内の卒業生も一度目のへき地赴任のあと、後期研修をする。現実に行われているのは、卒業生自身の希望に沿った専門研修であることが多い。もちろんそれはそれで重要だ。しかし、自治医大卒業生の後期研修はあくまで2回目のへき地赴任のための研修だというのが大前提である。

私の出身の愛知県では、初期研修中に地元医大の医局に入局し、後期研修はその医局の方針で研修するというシステムになっている。これは1期生2期生が卒業した時点では愛知県にへき地の赴任先が少なく、義務年限内の卒業生のみでへき地のポストが充足される状況であった。そのため後期のへき地赴任ですら、大学医局の人事の中で調整している部分もあり、さらには義務年限後の自治医大卒業生に地域に残ってもらうためには、地元医局に属することが最も合理的な方法で、それは県から指示された方法でもあった。事実これはこれで愛知県の地域医療に貢献するための仕組みとしてこれまでそれなりに機能してきた。しかし、そうはいっても後期研修が個人個人の卒業生のための研修になりがちで、

少なくともへき地医療のための研修にはなっていない。医局人事に基づく以上、県内でへき地医療のための後期研修を行うことは極めて困難な状況だ。

単に自分自身になりたい専門医のための研修ということであれば、それぞれの都道府県で行ったほうが、義務後の定着率にもつながり、いい面が多い。しかし、ことへき地医療のための研修となると、そういう研修ができる都道府県は少ない。これは愛知県に限らず、すべての都道府県に共通する問題である。ここに自治医科大学の大きな役割があると思う。2度目のへき地赴任のためのへき地医療専門研修である。

2度目のへき地赴任のための研修を提供するのは、地元の大学や病院では困難で、現状では自治医科大学が提供するほかないと思う。具体的にどんな研修を提供するかは簡単な問題ではないが、これまでの自治医大卒業生の仕事を集積、整理し、学問的に体系づけ、研修プログラムとして整備するのは、それほど困難なことではないと思う。将来的には地域枠学生の卒後の研修のひな型になるものを自治医科大学が最初に提供できるかもしれない。

私自身の義務年限内の後期研修は、まさに2度目のへき地赴任のための研修として機能した。それは意図していたわけではないが、既存の専門科の研修をしなかったからこそ、結果として2度目のへき地赴任のための研修ができた。ここでも大学から提供されなかったがゆえにできた研修である。内科の研修でもなく、外科の研修でもなく、内視鏡の研修でもなく、エコーの研修でもなく、という中で残された研修が、へき地診療所に戻ることを前提とした研修だったのである。そのうち最も大きなものがEBMというわけだが、これは別に大学で研修しようと思っていたわけではない。誰も提供してくれない中に、へき地医療にとって重要な研修がたまたまあったというだけだ。へき地医療という未分化な領域では、こうした偶然も重要だ。このような偶然が取り込めるプログラムの構築というのは、自治医科大学が取り組むべき、へき地医療教育の大きな課題の一つだと思う。

義務年限後の卒業生に対する大学の役割

へき地勤務を終えた卒業生に対する対応としてよくあるのが、義務年限が終わったら大学に戻ってこい、というものだ。もちろんこれも重要な役割だ。へき地勤務を経験した卒業生が母校に戻って後輩たちを教育する役割を担うことができる。しかし、ここでも「役割を果たさない役割」について考えてみる。

ここでの大学の役割も、大学へ戻ってそのまま栃木に居つくのではなく、再び出身県に戻り、さらにはへき地に長くともどまることができるように、大学は一体何ができるのか、そんな風に考えてみてはどうか、という提案である。できれば自治医科大学には戻らないほうがいい。戻らずに済むために大学は何ができるかを考えてほしい。大学に戻るとしても、もう一度へき地の現場に戻るために、一時的に母校に戻ってはどうか、そんな提案ができるというのではないかと思うのである。

研修の内容については、各臨床科が考えればよい。ただそれに一つ付け加えて、この研

修は再び地元に戻って医療を提供するためのものであることを明確化するだけである。大学の教員になって残ってもらうのは二の次、というより、残ってもらわないための研修である。

そうなると自治医科大学の教員を誰が担うのか、という問題が生じる。しかしそれはほんの一部の自治医大卒業生と他大学卒業生が担えばいいのではないだろうか。大部分の自治医大卒業生は、義務年限後であっても、また地元に戻るために自治医科大学に来るのが王道というのがいい仕組みだと思う。

これは学生に対するへき地医療の教育をだれが担うのかという問題と重なっている。大学の教員はへき地医療についての教育を担当する必要はない。それは現場に任せればいい。大学の教員にへき地勤務の経験は必要ないとしたほうがうまくいく面があると思う。

中途半端なへき地勤務をして、へき地医療に対してネガティブな意見を吐く自治医大卒業生の教員がもっとも有害である。そうした卒業生の発言を聞くたびに、いっそのこと全くへき地の経験がない教員のほうがいいのではないかという気もする。

最後に

母校自治医科大学について、書き始めたらいろいろ止まらなくなってきた。ここには十分書けなかったが、へき地での研究というもう一つの大きな領域がある。また何かの機会があれば、それについてもまとめてみたいが、次が創立100年での提言だとすると、残念だがとても生きてはいられない。でもその創立100年は楽しい気がする。自治医科大学の役割は今後ますます重要になっていくと思う。それはへき地の現場が少なくなるとしても、多くなるとしても変わらないだろう。さらにはへき地医療の問題がなくなり、自治医科大学がその役割を終え、普通の医科大学になっていれば、それが最高の結末なのかもしれない。そんな様子を天国から眺めることができたらと、さらに50年後を夢想している。

へき地にロマンは埋まっている

医療法人社団弓削メディカルクリニック
滋賀家庭医療学センター理事長
雨森 正記
(滋賀県8期)



I. はじめに

へき地にロマンは埋まっている。

外からは見えない。

掘ってみたら宝物かもしれないし

人によっては地雷かもしれない。

地雷も人によっては宝物に変えられるかもしれない。

私は自治医科大学を昭和60年（1985）に卒業した8期生であり、卒後5年目の平成元年（1989）に滋賀県竜王町に赴任し、現在まで32年間同町の診療所の医師を続けている。最初の10年間は同町の国民健康保険診療所に勤務し、その後勤務していた診療所を買い取る形で医療法人社団弓削メディカルクリニック（以下当院と略す）を開業し22年余りになる。赴任した当初は人口12000人余りの町に診療所が3件あったが、数年で他の2件の医師が相次いで亡くなり、医師は私一人しかいなかった時期もあった。しかし、その後継続して診療するうちに、当院は常勤の医師が11名という西日本最大の診療所になった。それは、当院が、単なる診療にとどまらず「総合診療・家庭医療」の教育施設として活動して来たからに他ならない。その様な施設を運営し、行政とも連携し県内での総合診療医の養成を主導している立場から、自治医科大学には以下の4項目について提言しお願いしたいと考えている。

1. 卒前から卒後にかけて総合診療医の養成を行う
2. へき地勤務がステータスになるようにする
3. へき地でも働きやすく学びやすい環境を作る
4. 全ての都道府県に総合診療・家庭医療の統括施設を構築する

順を追って説明する。

II. 提言1：卒前から卒後にかけて総合診療医の養成を行う

これまでから、自治医科大学だけでなく他の大学の医学生の実習の受け入れも行ってきた

た。その中で感じることは、自治医科大学の医学生の地域医療に対する意識の高さが他と比べて際立っているということである。これは医学生が各自自分の将来について入学時から真摯に受け止め、長期休暇中も出身県などで実習を行うことで各都道府県の自治医大卒業生と触れ合う機会を持ち、場合によっては先輩をロールモデルとして考えていることに加え、自治医科大学が適切な教育を行っていただいているものと感謝している。

日本プライマリ・ケア連合学会では、家庭医療・総合診療に興味を持っている全国の医学生を集めて、毎年8月に「学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー」を開催している。私はその会に20年来参加してきたが、20年ほど前までは自治医科大学の医学生の参加は皆無であった。しかし、最近、自治医科大学の医学生の参加が急増しており、その中からセミナーの中心的な役割を担う方も次々出現して来ている。これは在校生の中に自分たちの将来像として家庭医療・総合診療を学びたいという意欲のある方が増えて来ていることの現れであり大変心強く思っている。

しかし、卒業後に希望しても総合診療専門研修プログラムに加入することができる都道府県は限られており、へき地義務が専門研修に認められないことも少なくない。それは36年前に卒業した私たちの頃と何ら変わりがないと言わざるを得ない。自治医科大学は、卒業してしまったらもう知りませんということではなく、卒業生が希望する場合には各都道府県で総合診療専門研修を義務年限内に受けられるように行政や専門研修を行っている施設と連携を取れる様な仕組みを考えていただきたい。

なお、滋賀県では当院が行政と連携することで、自治医大卒業生も義務年限内に総合診療専門研修を受けることができるように考慮されており、本年3月に1期生として2名の自治医大卒業生が研修を無事に終了し、また2名が現在も研修中である。全国のモデルとなる取り組みであると考えているが、これまで自治医科大学からは当院へはその取り組みについての連絡や問い合わせは一度も受けたことがない。

Ⅲ. 提言2：へき地勤務がステータスになるようにする

平成30年（2018）から総合診療専門医が基本領域の専門医として認められ専門研修が始まった。その中で、総合診療専門研修Ⅰ、Ⅱという診療所、小病院研修、病院総合診療部門での研修が18ヶ月必修となった。これまで、へき地病院、診療所の勤務は専門医のプログラムからは外れ、全くの義務のみで勤務する期間で、私が赴任した頃は「捨て石」とまで言われるような状態だった。それが専門研修と認められ、「総合診療専門医」というステータスを得るために必要な期間にカウントされるようになったというのはまさに画期的な変化である。自治医科大学は是非とも全ての都道府県で卒業生が望めば「総合診療専門医」となれるような環境とコースづくりの後押しをしていただき、へき地診療の経験が単なる捨て石となるのではなく、重要な研修を積んだというひとつのステータスとなるように尽力していただきたい。

私が学生だった1980年代前半に、我が国でも「家庭医」を専門医として認めるべく研

修プログラムを構築しようという機運があった。卒後5年で僻地診療所に赴任することがあらかじめ決まっていた私にとって、卒業後にそのような研修を受け、診療所での医療を経験することで「家庭医」という専門医のお墨付きがいただけるということに大いに期待していた。しかしながら、そうはならなかった。28歳で一人診療所長として赴任した時、何らかの自分の気持ちの後ろ盾となる「お墨付き」が欲しかった。そのような苦い経験をしているからこそ、自治医科大学を卒業した後輩たちが誇りを持って僻地医療に従事していただけるような「総合診療専門医」となれる環境を構築するように私は尽力してきたつもりであり、今後も尽力を続けたい。

また、昨今、日本専門医機構の中で総合診療専門医を安易に増やそうとする動きがあると伺っている。自治医科大学の関係の各位におかれましては、卒業生が誇りを持って活動していただけるレベルの高い専門医としての「総合診療専門医」の構築にご尽力賜り、決してレベルを下げるようなことのないように監視していただきたいと強く思う次第である。

IV. 提言3：へき地でも働きやすく学びやすい環境を作る

働きやすく学びやすい環境を作るためにはグループ診療は不可欠である。もともとへき地義務で赴任した町であり、医師が私1名になった時もあったが、最近では毎年当院には複数名の総合診療専攻医、指導医若くは若い医師が集まって来ている。それは経済的な誘導ではなく、若い医師が働きやすく学びやすい環境を当院が作ってきたからに他ならない。現在、当院ではグループ診療を行っており、「医師の働き方改革」に沿った勤務体制をとるとともに、医学生、初期研修医、専攻医、他科転向・開業前研修医の教育体制を整え、指導医とともに学べる体制を構築してきた。余裕を持った働き方を実践しながら満足のいく学びを提供するということが必要と考える。

これまでへき地診療は、多分に赴任した医師の自己犠牲により成り立ってきた。またそれを美化し改善するための体制を確保することを怠ってきた。長年奉仕を続けていた医師が辞職する際に次の医師が確保できないリスクは大きい。そのため医師1名でのソロ診療ではなく複数医師によるグループ診療を進めなければいけない。当院では、グループ診療を行いながら、滋賀県内3ヶ所の医療資源に乏しい地域の診療所の支援を行なっている。今後は複数の医師で複数の診療所の運営を行うようにして経営のリスクを下げるようにすべきである。自治医科大学は、医学生の臨床能力やへき地医療の親和性を高めるのはもちろんであるが、赴任先で困らないような環境の構築に意見するようにお願いしたい。

V. 提言4：全ての都道府県に総合診療・家庭医療の統括施設を構築する

当院は、総合診療・家庭医療研修プログラムの基幹施設として総合診療専攻医の教育を行って来た。連携研修施設として適切な指導医（自治医大卒業生）が勤務している診療所・小病院（総合診療専門研修Ⅰ）、総合内科、総合診療科（総合診療専門研修Ⅱ）に専攻医を派遣することで、連携施設のグループ診療の構築とへき地診療の支援を行っている。滋賀

県庁の担当者には大変理解していただいております、総合診療専門研修を希望する自治医大卒業生は、当院が私的医療機関であるため当院には勤務することはできないが、勤務先の病院、滋賀県庁、当院との三者が連携することで総合診療専門研修を履行することができるようにしている。その中で当院もビジネスとして成立する様に経営的な努力を続けている。

今年度から全国の六大学に「総合診療医センター」が設けられている。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」として、総合診療医を養成する拠点として大学に設けられたものである。この中のいくつかの大学のセンター長には自治医大卒業生が任命されており、大いに期待しているものである。この機関は、私の提言を具体化するものと期待しており、今後は他の県でも同様の総合診療医センターが設立されて自治医大卒業生が中心となって活躍をする場所となっていただくために後押しをしていただきたい。

VI. 終わりに：へき地にロマンは埋まっている

今から40年前の昭和56年（1981）11月に少女雑誌「りぼん」に清原なつの氏作の「私の保健室へおいで・・・」という漫画が掲載された¹⁾。詳しくは現在でも手に入る本を購入して読んでいただきたいが、作品中に「へき地へいくんだったらやっぱり自治医大がいいのかなあ」というフレーズがあり、在校生の中では大変話題になった記憶がある。その作品の中で自治医科大学は「僻地に向かう医師を養成するというふれこみで発足した法人運営医大」と注釈されている。当時、私たち8期生は大学3年、1期生が卒後5年目でへき地に赴かれたばかりの頃であり、自治医科大学を卒業しても実際にへき地勤務する前に義務を返上してしまう卒業生が多く出るのではないかと世間は懐疑的だったのである。

また同時期に発表された映画「ヒポクラテスたち」の中では、「そのうちに医者なんてダブダブに余っちゃってしょうがなくなる へき地行ったらだめだよ 今ちゃんと自治医大からへき地に医者が来ることになるとるんだから」というフレーズがあった²⁾。自治医大卒業生が送り出されて何年か先にはへき地にも医師は充足されてしまい、自治医科大学も消滅するということがまことしやかにささやかれていたのである。40年前のそのような事実を現在の在校生や若い卒業生は誰も知らない。

へき地にロマンは埋まっている。

外からは見えない。

掘ってみたら宝物かもしれないし

人によっては地雷かもしれない。

地雷も人によっては宝物に変えられるかもしれない。

令和元年になった月である2019年5月17-19日に国立京都国際会館において、第10回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会、WONCA APR（世界家庭医学会 アジア太平洋州会議）が開催された。そのメインシンポジウムで学術大会長だった私は「へき地医療に

ロマンはあるか？ 自治医大卒業生の40年」という企画を行った。1期生がへき地医療の現場に出てから40年になることから、後に続いた同窓生とともにこの40年を振り返り、今後のへき地医療に赴く方へのエールとして企画したものだった。座長は私と古屋聡先生（山梨市立牧丘病院 山梨県10期）が行い、シンポジストとして奥野正孝先生



（三重県1期）、吉嶺文俊先生（新潟県立十日町病院 新潟県8期）、中村伸一先生（おおい町国民健康保険名田庄診療所 福井県12期）、白石吉彦先生（隠岐広域連合立隠岐島前病院 徳島県15期）という50歳以上の自治医科大学同窓生にお願いした。そのシンポジウムでの結論がこれだった。

これから先、40年、50年後、日本のへき地を取り巻く状況も予想できないし、自治医科大学が存在し続けているかどうかともわからない。しかし、これからも自治医大卒業生がへき地に埋まっているロマンを求めて後に続いていただけるような環境づくりを自治医科大学、行政、地域の人々で行っていきたいと思っている。

参考文献

- 1) 清原なつの 私の保健室へおいで・・・、私の保健室へおいで・・・ハヤカワ文庫 333-374 早川書房 2002
- 2) ヒポクラテスたち 大森一樹監督 キングレコード株式会社 1980

総合診療、プライマリ・ケアの専門性の確立を

高知大学医学部家庭医療学講座教授
阿波谷 敏英
(高知県13期)



自治医科大学開学50周年に際し、心より祝意を申し上げます。

母校への提言をとのご指名をいただいた。現在、地方国立大学に身を置き、14年間、地域医療教育に携わっているが、これは自治医大卒業生であったからこそ与えられた環境であり、感謝の念に堪えない。そのような自身の人生に大きな影響を与えてくれた母校に対し、提言とは甚だ僭越ではあるが、自身の医師人生を振り返りながら、日々、感じていることを綴らせていただくこととする。

●自治医科大学で受けた教育

筆者が自治医科大学に入学したのは、国鉄（当時）の自治医大駅が開業して1年にも満たない昭和59年（1984）であった。へき地医療に対する想いがあり志願したことは間違いないが、18歳の筆者には現実的なイメージがあったかは疑問がある。「過疎地に行けば趣味の天体観測に好条件」という不埒な考えもあったことは正直に吐露しておく。

大学で受けた教育は、医師になるために必要なことを多く教えていただいた。教育熱心な先生方のご尊顔は今でも思い出す。自身が大学教員という立場になり、教育がいかに大変なことを痛感している。しかし、将来、へき地医療に挺身するために特別な教育は、決して十分とは思わなかった。当時は地域医療学の講義で卒業生の体験談を聞いたりすることはあったが、地域医療に関する体系的な講義は少なかったと記憶している。それを批判しているのではない。昭和60年（1985）に第一次医療法改正があり、医療計画の策定が都道府県知事に義務付けられたばかりであり、医療の構造は現在よりもずっとシンプルであった。まだ医療は、高度化、専門分化も今と比較しても進んでおらず、地域医療連携という言葉もなかった。また、人口10万人あたり医師数は厚生省（当時）が目標としていた150人を突破し、医師過剰時代と言われ、医学部入学定員は抑制に向かっていた。『自治医大はどこへ行く』という本が出版されたのもその当時であった。また、過疎地域では人口減少は進んでいるものの、高齢者人口の増加にともない医療需要も増加している時代であった。そのような状況では、地域医療の課題は、へき地の医師不足という問題に単純化できてい

たし、へき地勤務というキャリアモデルを強調した授業が行われるのは当然と言える。

しかし、当時、へき地医療に関しては、大学外で学ぶことの方が大きかったと記憶している。県人会や同級生との交流が良くも悪くも隠れたカリキュラム（Hidden Curriculum）として機能していたし、学生寮という環境がそれを強化していた。夏期休暇中の出身都道府県に戻っての実習で、地域で活躍する先輩医師の姿を通して将来の自分を考えることができた。実習先に大学から教員が訪問してくれたことも、大学の真剣な様子がうかがえた。昭和59年（1984）に高知県幡多郡大月町まで消化器内科木村健教授（当時）が来られ、一緒に民宿に泊まったのは今でも印象に残っている。

●自治医科大学の義務年限から学んだもの

平成2年（1990）に自治医科大学を卒業し、高知県立中央病院で初期臨床研修を開始した。研修医生活は辛いことも多かったが、それ以上に医師として多くのことを得た。今のように研修医が保護されている時代ではなく、病院に泊まり込み何日も自宅に帰らないこともあった。当時は、初期臨床研修必修化以前でストレート研修が当然の時代であった。スーパーローテートをしている自治医科大学卒業医師は、奇異な医師と見られ、ときに憐みの目で見られたりもした。しかし、一方で自治医科大学卒業の研修医には高い評価があり、全日制BSTで受けた診療参加型実習の質の高さに感謝した。

へき地での勤務は驚きの連続であった。経験したことのない傷病はもちろん、福祉との連携、心理・社会的な問題を抱えた方、治療を拒否する方の対応など学ぶことだらけであった。県立中央病院にいたままでは決してわからないことがあった、と今でも学生に話をすることがある。県立中央病院にいたときには選択バイアスのかかった患者さんを診ていたことに気づかなかったこと、誰も答えを教えてくれない環境は自分の力不足を痛感させられ勉強への意欲にもなったこと、の2つをよく学生に話をしている。

地域住民には、家族とともに温かく受け入れられた。もちろん、まだまだ若造の自分が十分なことができていないのは明白であったが、多くの住民から感謝の言葉もいただき、医師として存在することの意味も実感できた。

しかし、悩みがなかったわけではない。今では、へき地での勤務の意味を肯定的に言語化できるが、当時は「ただのお人好しの田舎医師ではないか」との陰性感情があったのも否めない。ともに研修医生活を送った他大学出身の同期の医師にコンプレックスを抱いてもいた。同期の外科医が次第に術者を任されたり、新しい手術手技を身に着けたりしているのに、自分は同じところで足踏みをしているような感覚だった。これは自治医大卒業生に限ったことではない。総合診療医・家庭医の道に進んだ若い医師はしばしばアイデンティティクライシスに陥ると言われている。悶々としながら、筆者は医師7年目に県立中央病院に戻り、放射線科の医師として1年間お世話になった。IVRを学び、学会発表や論文執筆もさせていただき、大いに自信にもなった。へき地勤務に戻る頃にはコンプレックスも霧消していた。むしろ、へき地に戻りたいという気持ちになり、義務年限を終えても

へき地勤務を続けることになった。

へき地勤務を通して、いろいろな勉強をさせていただいたと感じる。診療所・病院の運営、地域住民、行政との関係など、すべてが順調なことはなく、苦々しい経験もあった。しかし、地域のための努力は、時間がかかっても理解を得られることも実感した。

●大学教員として根底にあるもの

縁があり、卒後16年目に高知医療センター総合診療部で勤務することとなった。折しも初期臨床研修必修化の直後であり、地域医療崩壊が叫ばれるようになった時期である。そのような時勢を受け、高知大学に高知県の寄附講座を設置することになった。2年で高知医療センターを退職することに迷いはあったが、県担当者や大学病院の病院長に声をかけていただき、家庭医療学講座の教授として赴任することとなった。5年間の予定であったが、気が付けば15年目になった。平成20年（2008）からは高知市から土佐山へき地診療所の指定管理を受けることになり、現在も管理者を続けている。へき地医療を細々でも続けていることにより、学生に語りかける言葉の力を得たり、実際に学生実習をおこなうことで教育の質の向上に繋がったりしていると感じている。やはり、自身の診療のフィールドを大学外に有していることは大切だと感じている。

学部教育では、EME初期臨床医学体験（1年生）、地域医療学（3年生）、プライマリ・ケア／地域医療学実習（5年生）、家庭医道場（全学年、課外）といった地域医療教育をおこなっている。また、約180名の地域枠／奨学金受給学生の面談、キャリア支援、学生実習の企画なども担当している。3年前からは、高知地域医療支援センターの副センター長も兼務し、地域枠制度の改善、卒業医師のキャリア支援もおこなう立場となった。地域枠／奨学金受給学生の悩みは、自身の経験と重ねるものもある。私自身、卒前・卒後に多くの方から恩を受けてきたわけであるが、それを「恩返し」できてはいない。せめて、今の学生たちに「恩送り」ができればと思い、彼らの声に日々、耳を傾けている。

へき地勤務では、住民の顔と名前を覚えることを心掛けていた。それが、住民から信頼を受け、相談してもらいやすくする術であることは、多くの自治医大卒業生が異口同音に語っている。これは学生教育にも通じるもので、私は加齢に伴う記憶力低下に抗いながら、学生の顔、名前、出身地、部活動、交友関係などを覚えるよう努力している。学生の間で「阿波谷は学生全員を覚えている」という都市伝説が囁かれるのも大変、光栄なことである。

あるとき、後輩医師から「こんなに教育に労力をかけてもらって、今の学生は幸せですね。私たちの頃は…」と言われた。私は間髪を入れず、「いえ、私たちを熱心に教育してくださった先生方は沢山いたんだよ。でも、学生である私たちは当たり前のように捉え、先生方の苦勞を想像する力がなかっただけだと思うよ。」と答えた。古い学生寮の南口、寮務課の小窓から毎朝、顔を出して、授業に出かける学生に声をかけてくれた寮務主事の藤本博教授（当時）の姿を思い出し、自身もかくあるべしと考えている。

●自治医科大学はどこへ行く

10年あまり前に、自治医科大学の教授（卒業生）とお話しする機会があった。曰く「全国の医学部の定員が増え、地域枠ができ、優秀な受験生が奪われる。このままでは、自治医科大学の存続の危機さえある。」とのこと。私は、「各大学の努力で地域医療の問題が解決するのは歓迎すべきことで、その結果、自治医科大学が不要になるのであれば、素晴らしいことではないですか。」と申し上げた。当然のように「裏切者！」とお叱りを受けた。もちろん、私は裏切っているつもりは毛頭ない。むしろ、自治医科大学の精神をもって、地域医療の問題解決のために奮闘していると自負している。私に限らず、多くの大学に同門の教員が在籍し、地域医療教育の任にあたっている。それは自治医科大学の裾野が広がっていることを意味しており、他大学と競合して存在意義が薄れるなどと懸念することの方が、よほど違和感がある。私は、現在の地域医療の問題に他大学が積極的に取り組むべきであると考えているが、一方で改善はできても解決は難しいと感じている。その意味において、自治医科大学は不要になるとは思っていない。しかし、他大学との競合を懸念しないといけなような程度の大学であれば、存続の危機は杞憂とは言い切れなくなるのかもしれない。

●自治医科大学への懸念

自治医科大学の卒業医師の一人として、やや懸念することがある。地域医療の問題解決のためにはもちろんのこと、先述したような存続の危機が現実とならないためにも、正直な気持ちを吐露させていただく。

私が義務年限内に迷いを感じたのは、へき地勤務について「医療の谷間に灯をともし」という高邁な精神を求められる一方、医師としての自身のキャリアへの不安についての答えが見つからないからであった。「医療の谷間」には負のイメージが伴う。誰もやりたがらない仕事を、自らを犠牲にしてやっているようにすら見え、周囲から、憐みの言葉をかけられることもある。同門の中には、自身のキャリアへの不安から、違う道に進んだ者もいた。もちろん、地域で活躍されてきた多くの卒業生が、へき地医療の意義、やりがいを読んでいるし、ロールモデルとなっている。しかし、それ以上に医療業界、一般の方々を含め負のイメージの力が強いように感じている。

自治医科大学の黎明期には、諸先輩方はまさに開拓者として過疎地域に入り、ご苦労を重ね信頼を積み重ねてきた。へき地勤務ののちに各専門分野の第一人者になっている卒業生も枚挙に暇がない。それはそれで素晴らしいことである。へき地勤務しながらも自己研鑽に努め、また義務年限内の限られた研修機会を与える周囲の理解も含め大きな成果であることは間違いない。自治医科大学が、このような義務年限後にへき地勤務を続ける卒業生、各専門分野の第一人者になった卒業生をロールモデルとして紹介するのを見聞きする。学生、若手医師にキャリアの多様性を示すのは意味のあることである。しかし、私が懸念するのは、へき地勤務についての世間の負のイメージを打破するに至っていないということなのである。

負のイメージは後輩たちの意識にも存在するようだ。とくに平成30年（2018）から新しい専門医制度が開始され、義務年限内の医師の大きな関心事になった。へき地勤務義務により専門研修を後回しにすることの不満も耳にする。今のような専門医制度の無い時代の先輩たちの武勇伝を強調しても、若い医師たちの心には十分に響かないようだ。

●提言「総合診療、プライマリ・ケアの専門性の確立を」

平成16年（2004）に必修化された初期臨床研修制度では地域医療研修をおこなうこととなり現在も続いている。多くの卒業生が指導医あるいは研修医として地域医療研修に関わったことだろう。また、新しい専門医制度で、総合診療専門医が創設された。総合診療は都市部においても過疎地域においても必要であるが、過疎地域においては臓器別専門医療が期待できない分、総合診療の役割が大きいことに異論はないだろう。自治医大卒業生が総合診療の専攻医、指導医として、発展に寄与する好機であったはずだ。

しかし、現実はどうだろう。自治医大卒業生が勤務する過疎地域の医療機関が教育施設として十分に機能しているだろうか？私は卒業生が研修医、専攻医の指導のノウハウを十分に有しているとは言えないと感じている。地域で診療する能力は十分に有しているが、それを後進に教育するという点で十分と言いきれない。実践の中でもがきながら実力をつけていく卒業生は、あたかも太平洋のど真ん中に投げ込まれて死に物狂いで泳法を覚えたようなものである。中には泳ぐのを諦めた者もいるだろう。体系的な教育を受けずに我流を貫いてきた指導医は、自身の経験から「やればわかる」という指導になりやすく、研修プログラムが有効に機能していないケースも少なくないだろう。

自治医大卒業生すべてが総合診療専門医にならなければならないと思っているわけではない。しかし、少なくとも卒業医師は、総合診療、プライマリ・ケアが期待される場所で勤務することが多いにも関わらず、臓器別専門医を志向する医師が少なくない。総合診療、プライマリ・ケアの現場で勤務する義務を果たすことが重視され、その意義が十分に伝わっているかどうか疑問がある。「忘己利他」という言葉は、「必要とされる場所で己を忘れるほど懸命に尽くす」という意図で強調されてきたはずであるが、昨今の風潮は「自分の望まない場所で、自身の希望は我慢して、他者のために働く」ようにも見えなくもない。地域で勤務することが自己実現であって欲しいと切に願っている。

1期生が過疎地域に出てから40年の歴史を重ね、現在も多くの卒業医師が地域で勤務している自治医科大学には、総合診療専門医の育成に大きな役割を果たすよう期待したい。自治医科大学には、卒業生をへき地に送り込むだけでなく、卒業生と強固に連携してわが国の総合診療、プライマリ・ケアの専門性の確立を目指して欲しい。それは、へき地に対する負のイメージの払拭にも繋がるはずだ。さらに言えば、総合診療は決して過疎地域だけのものではない。今後、後期高齢者の増加の中心は都市部であり、地域包括ケアシステムの構築が急がれ、その中で総合診療専門医のニーズも明らかに増加する。我が国の医療の将来像を描くという大きな視点で、自治医科大学の存在感を期待したい。

自治医科大学のあるべき姿

公益社団法人地域医療振興協会 日光市民病院管理者
杉田 義博
(熊本県14期)



I. 初めに

筆者は自治医科大学に14期で入学、平成3年(1991)に卒業し、熊本での義務年限終了後は自治医大卒業生が中心となり設立運営している公益社団法人地域医療振興協会(以下、JADECOCOM: Japan Association for Development of Community Medicine)に所属し、現在は栃木県山間部の小規模病院で地域包括ケアとへき地医療に従事している。栃木県在住で常に近くにいるため国試合格率日本一の母校自治医科大学と日常からお世話になっている附属病院に対する思いはひとしおだと自覚している私にとって「自治医科大学のあるべき姿」として寄稿を許されたことは幸甚の至りである。入学後、卒業後の義務内とJADECOCOMでのへき地医療経験を通して、自治医科大学について考えてきたことを踏まえ、母校のあるべき姿について述べたい。

自治医科大学が果たしてきた役割を考えるにあたり、まず、日本の地域医療・へき地医療への提言書として平成14年(2002)から5年おきに出版されてきた地域医療白書1号~4号を読み直してみた。第1号ではへき地指定を受けている自治体と国保の医療施設1,300か所余りに対してアンケート調査が行われ、へき地医療の現場が感じる問題点を明らかにし、特に医師確保が大きな問題であるとされた。平成19年(2007)の第2号では都市部とへき地の医療施設の比較によってへき地医療が抱える問題点を浮き彫りにし、発足した各都道府県へき地医療支援機構によるへき地医療支援の仕組みと地域医療を担う人材育成および総合医育成に対する自治医科大学の教育が解説された。平成24年(2012)の第3号ではへき地医療支援機構の実績を検証するとともに、当時全国で大きな問題となった医師不足によるいわゆる医療崩壊を受けて、安心して暮らせる医療づくりをテーマに地域医療の諸問題を論じた。平成29年(2017)第4号では「新しい地域医療のかたち」としてビッグデータをもとに日本の医療全体の課題について検討し、特に産科、小児科、がん領域、地域包括ケアシステムと看取りといったテーマを通して医療提供体制の問題を論じ、地域医療に関する研究のあり方やへき地における看護職の育成といったテーマについても取り上げられた。

自治医科大学が20年にわたり日本の地域医療・へき地医療について分析と提言を続

け、地域医療の諸問題、特にへき地医療に対して医療政策の決定に大きな影響を与えてきたことは、目的別医科大学として自治医科大学と自治医大卒業生が高く評価されてきた証であり、今後も継続されるべきである。地域医療白書第5号が刊行されるとすれば、令和の時代にふさわしい、新しい地域医療のあり方を明らかにしていただきたい。永井学長は自治医科大学ホームページでこう述べられている。「自治医科大学の使命は地域で働く医師や看護師の養成だけではなく、時代の要請に従い本来の医学の回復、医療者としての本来の在り方の追及と医学研究である。」地域医療白書の内容がへき地医療の実態調査からへき地医療のあり方へ、そして日本の医療の未来への提言に変化していることはこれに沿ったものだろう。

しかしながら、時代が昭和から平成、令和へと移り、全国に先駆け過疎地で少子高齢化が急速に進み、へき地医療のあり方と社会における重要性が変化しつつある中で、筆者としては自治医科大学にはこれまで以上にへき地医療への関与を強めていただきたいと考える。建学の精神である「医療に恵まれない地域の医療を確保し、地域住民の保健・福祉の増進を図る(抜粹)」を実現してきたことは誰もが認めるであろう大きな社会貢献である。その記録、軌跡を、1期生をはじめとする自治医大卒業生のレジェンドたちが定年退職を迎える今、自治医科大学として残していく必要がある。記録を残すだけでなく、50周年を迎える自治医科大学がへき地医療についてどう考え、へき地医療とは何か、へき地医療の望ましい姿とは何か、という問いに答えを出す時期である。

その一部を示す例として、筆者がJADECOMと自治医科大学医学部同窓会医燈会の共編として自治医大卒業生等が勤務するへき地診療所についての調査を行い「令和元年度版へき地診療所総覧」としてまとめた調査事業を紹介したい。「へき地診療所総覧」は昭和61年(1986)から平成5年(1993)にわたり(当時)自治医科大学地域医療学教室とJADECOMにより、奥野正孝先生(三重県1期)が中心となり刊行された、自治医大卒業生が勤務するへき地診療所のデータベースである。筆者は学生時代に刊行に関わる機会を得、休止期間を経て令和元年(2019)に再刊行するにあたり、これまでとほぼ同じ項目のデータを約150施設から収集し分析した。初年度版には刊行の目的として「自治医大卒業生の勤務する診療所の様々なデータを集約することにより我国のへき地診療所の実態を明らかにし、それをもとにしてへき地の診療所とはこうあるべきだといったことを示し、さらにそれぞれの診療所の実態を把握しつながりを密にすることにより、互いのレベルアップをはかり、診療所活動がより活発でやりがいのあるものとなることを目的としてへき地診療所調査を行い、その結果の一部をまとめて本書を刊行する」とある。その時卒業生が抱いた問題を明らかにするために、今後も調査を継続し経年変化を見ていく予定である。自治医大卒業生が勤務しているへき地診療所という限られた対象ではあるが、その変遷を追うことで過疎地域の現状と医療提供、へき地医療対策の変化などを明らかにすることができると考えている。

自治医大卒業生が地域に出て40年余り、多くの自治医大卒業生がへき地医療に関わ

り、へき地医療支援機構が設置され代診制度が整い、へき地勤務医師のキャリア形成に取り組む都道府県もある。一方、へき地診療所の数は減少しており、日光地区をみても人口減少とIT、交通網の発達の中でへき地診療所をいつまで維持できるのかという問題に直面している。さらに医科大学地域枠の存在も相まって、このままでは自治医科大学と自治医大卒業生の存在価値は低下しかねないと危惧する。今のうちにこれまでの実践を形に残し、現在のへき地医療の実態を明らかにし、将来において持続可能な新たなへき地医療の形を示すことが必要である。

この問題に自治医科大学、附属さいたま医療センター、卒業生組織としての自治医科大学同窓会そしてJADECOMが、自治医科大学関連団体（自治医科大学ファミリー）としてともに取り組み、研究と支援を通して答えを出していくことが、自治医科大学のあるべき姿であると考えます。以下その具体的な内容を含めて提言する。

II. へき地医療に関する研究

1. 研究の目的

へき地医療に関する研究の目的は日本のへき地医療の過去・現在・未来を明らかにし、「へき地医療とは何か」「へき地医療を担う医師のあるべき姿」「へき地医療の望ましい実践と支援」に対して答えを出すことである。

2. 研究の主体

へき地医療に関する専門の研究組織として、自治医科大学内にへき地医療研究センターを設置し、附属さいたま医療センターに分所を置くことを提案したい。運営は学内の研究員とともに自治医大卒業生が主体となり、マネジメントについては卒業生が設立しへき地医療の実践を目的とした公益社団法人であるJADECOMが協力できるだろう。

3. 研究の対象

研究の対象は日本国内のへき地であり、当初は行政的なへき地、無医地区、準無医地区の定義に従いながら、将来的にアメリカのHPSA（The Health Professional Shortage Area）を参考にして、日本独自にへき地医療の対象を定義づける必要がある。へき地における医療提供不足の状況を明らかにして、地理的要因で医療提供不足となるへき地医療のみならず、さまざまな要因で医療提供不足となる分野に対する対応として、へき地医療で培われたシステムや卒業生のネットワークが応用できる可能性がある。

並行して自治医大卒業生のへき地診療所や地域の中小病院での医療活動を研究対象とし、詳細かつ継続的なデータ収集を行うことが重要である。さらに診療所や病院を取り巻く地域包括ケアシステムを構成する介護サービス提供者、行政や住民といった対象も、エリアが閉鎖的であるへき地の特徴を生かして良質なデータ収集ができるものと思われる。

4. 研究内容

1) ヘき地医療の過去：ヘき地医療アーカイブ（国、県、市町村レベルでのヘき地医療白書、卒業生へのインタビュー、映像記録）を作成

これまでヘき地医療を提供してきた施設について、都道府県単位で概要、沿革、実績、勤務者等を調査しまとめる。廃止された施設もあり、記録が散逸する前に収集する必要がある。可能な限り映像記録、音声記録を残し、適切な方法で公開する。対象は自治医大卒業生が勤務した診療所とするが、当該ヘき地において重要な役割を果たしている民間診療所も対象とする。調査フォーマットとしてヘき地診療所調査のデータを活用していただきたい。

2) ヘき地医療の現在：ハードとしてのヘき地医療施設データベース、ソフト面でのヘき地版診療データベース、実際のヘき地医療を支えているヘき地医療マネジメントデータベースの3点から検討する。

a) ヘき地医療施設データベース

現時点でのヘき地医療の姿を調査する。対象はヘき地指定（過疎4法適用）を受けている市町村該当地区の公立、民間診療所。これをまとめて日本版HPSAを構築し、診療所、ヘき地拠点病院を対象としたヘき地度スコアを開発する。

b) ヘき地版診療データベース

ヘき地診療所においてもIT化は進んでおり、前述の令和元年度ヘき地診療所調査では対象診療所の2/3が電子カルテを導入している。NDCやMID-NETを参考にして、卒業生が勤務するヘき地診療所で行われている医療行為等の記録を網羅したデータベースを作成するために、無料で使用できるクラウド型電子カルテの共同利用を促進し、データセンターに匿名化して集約することでヘき地版の医療ビッグデータを作成してはどうか。データは自治医大卒業生等に公開され、ヘき地医療研究センターによる支援で様々なテーマの研究活動が行われ、その発表の場としてJADECOMが開催しているヘき地・地域医療学会等を活用する。平成18年（2006）に発行され、ヘき地・離島に赴任する際に身に着けておくべき診療能力等を明らかにした「ヘき地・離島医療マニュアル」の改訂も必要だろう。

c) ヘき地医療マネジメントデータベース

ヘき地医療施設や地域包括ケアシステムの運営は、スーパードクターの個人技から自治体と医療人、住民が一体となり組織として支えるノウハウへと発展し、これが卒業生やJADECOM、民間医療法人等によって蓄積されている。これらをまとめ住民の視点と併せて一般化する。

3) ヘき地医療の未来：ヘき地医療に関する政策提言 ヘき地医療の未来像を構築

ヘき地医療対策への提言は自治医科大学の責務である。ヘき地医療対策が医療計画に含まれたことでヘき地医療の問題が埋没化し都道府県格差が拡大する懸念があり、都道府県さらに二次医療圏ごとに適切なヘき地医療対策が取られるよう、状況に応じた提言ができ

る必要がある。それによって自治医大卒業生、学生、各医科大学の地域枠関係者や将来へき地医療に携わりたいと考えるすべての職種が、へき地医療に夢を抱くことができるような将来像を構築したい。

4) へき地医療の諸問題を一般化する

へき地医療研究センターの研究については、海外の大学等と広く連携することが望ましい。へき地医療の問題は狭い国土と少子高齢化、IT化が進む日本においては縮小均衡に向かう可能性が高い。へき地医療の知見、人材育成をはじめとするマネジメント手法は、アジアなど広大なへき地を有する地域において有用と思われる。日本から世界のへき地医療への提言を行うべきである。

III. へき地医療従事者への支援

へき地医療の実践には前線を支えるロジスティクスが重要である。人的支援、診療支援、運営支援の3部門が必要となる。これを自治医科大学ファミリーが共同して行う。

1) 人材支援：育成と派遣システム、短期・長期代診

医師不足は昔も今もへき地医療の最大のテーマである。自治医科大学は人材育成を通して、附属病院・附属さいたま医療センターは臨床医やコメディカル、事務といった総合的にへき地医療に対応できる人材を育成・プールし、特に中長期的な人材不足等に即応できる体制を作る必要がある。

臨床研修制度、専門医制度の中で、地域医療施設、特にへき地において良質の教育を行うことで研修医が勉強しながら戦力になっているケースが多くみられる。附属病院、附属さいたま医療センターと卒業生勤務施設との上手なマッチングが必要である。同窓会は卒業生のあっせん業務を強力に進め、地域医療・へき地医療の経験を持つシニア卒業生やキャリアチェンジを考える卒業生の意に沿う勤務地・研修先に巡り合えるようJADECOMの職業紹介事業を活用する。JADECOMは短期的・即応的な代診支援と卒業生関連以外の全国のへき地に対して支援を行う。これまで女性医師支援として産休・育休対応を行っていたが、今後は性別にかかわらず産休・育休、さらに介護休暇等をへき地勤務者だからこそ取得できる体制を構築する必要がある。

2) 診療支援

へき地のIT化は進んでおり、前述のとおり令和元年度へき地診療所調査の対象診療所では2/3が電子カルテを導入済み、さらに3/4が診察室でインターネットを利用、1/3の施設が遠隔画像伝送システムや地域の医療情報共有システムを利用していた。附属病院・附属さいたま医療センターがインターネットを活用した24時間診療相談窓口を開設し、協力体制が評価されれば大変助かるだろう。

動画等による生涯教育教材の作成、中でもへき地等で有用な専門的医療行為や診断技術等の教材を自治医科大学、附属病院、附属さいたま医療センターのへき地等の診療経験が

ある自治医大卒業生が専門領域を生かして作成していく。作成にはJADECOMの生涯教育センターのノウハウを活用していただきたい。

3) 運営支援

前述したへき地医療マネジメントデータベースを生かして、へき地医療機関やへき地の自治体等に対してコンサルタント的な運営支援が可能だろう。JADECOMによる公設民営方式や卒業生の医療法人による経営支援など、自治医大卒業生組織によるへき地医療運営支援が必要となる地域が増加すると、将来的な勤務場所・ポストの確保、研修場所の確保につながり、若い自治医大卒業生や学生に対してへき地医療に関与し続けるキャリアプランを提供できるものとする。

以上、多くの私見を交えて自治医科大学のあるべき姿、というより筆者があってほしい姿について述べた。自治医科大学の存在価値は卒業生の活動によって支えられている。これが評価されなくなった時点で自治医科大学の存在価値は大きく揺らぐであろうことは、容易に想像がつく。卒業生の活動を通してへき地医療をアカデミズムと実践の両方向から定義し、「へき地医療とは何か」「へき地医療を担う医師のあるべき姿」「へき地医療の望ましい実践と支援」を明らかにすることで、自治医科大学と卒業生が目指す方向性、育成すべき人材を明確に示していくことこそ、自治医科大学のあるべき姿である。

謝辞 この論稿に当たり多くのご教示をいただいた、公益社団法人地域医療振興協会理事長の吉新通康先生、副理事長の山田隆司先生、顧問の富永眞一先生に深謝いたします。