

- プライマリ・ケア研修プログラム案. プライマリ・ケア 26: 219-221, 2003.
- 10) 藤沼康樹, 大滝純司, 藤崎和彦, 松村真司, 斉藤康洋, 高屋敷亜由美, 木戸友幸, 吉村 学, 北西史直, 武田伸二, 津田 司: 外来診療教育ワーキンググループ: プライマリ・ケア外来診療教育カリキュラム作成の手引き. 家庭医療 8: 63-72, 2001.
- 11) 白浜雅司, 今井稔也, 内山富士雄, 大池ひとみ, 大野每子, 武田伸二, 三瀬順一: 在宅診療(研修)ワーキンググループ: 在宅診療研修カリキュラム案. 家庭医療 8: 73-85, 2001.
- 12) 宮田靖志, 松村真司, 大滝純司, 斉藤康洋, 津田順子, 篠塚雅也, 中村明澄, 山下大輔, 山本和利, 伴信太郎: 日本家庭医療学会特別教育ワークショップ: 地域におけるプライマリ・ケアの卒後・生涯教育プログラム作成. 家庭医療 10: 60-67, 2003.

### 3 プライマリ・ケア教育と医師会 (EME および卒後臨床研修)

渡辺 悌三

(財)新潟県成人病予防協会 顧問

#### Role of Medical Association in Primary Care Education

Teizo WATANABE

Consultant of Niigata Health Promotion and Research Foundation

#### Abstract

Since 2000, Niigata Medical Association has participated in the curriculum of early medical exposure (EME) in Niigata University, and excellent results have been obtained. Next year a new system for postgraduate medical training will start. The medical association intends to play an important parts in primary care education and improvement of primary care function in the medical community.

**Key words:** role of medical association, primary care education, early medical exposure, post-graduate medical training

プライマリ・ケアおよびプライマリ・ケア医の概念と役割については人によって考え方の相違がある。発表者の考えを表1に示した。プライマリ・ケアは医療の一つの領域であり、日常の健康問題の大半を責任をもって取り扱うことのできる幅広い臨床能力を有する医師によって提供され

る、包括的な地域の第一線で提供されるヘルスケア・サービスである。また我が国では地域病院の勤務医も診療所の医師も専門医でありながらプライマリ・ケア医の役割を併せ持っている医師が多いという特徴がある。

大きな病院を訪れる患者さんは、通常、問題が

Reprint requests to: Teizo WATANABE  
2-14-10 Aobacho Atsubetu-ku,  
Sapporo 004-0021 Japan

別刷請求先:  
〒004-0021 札幌市厚別区青葉町2丁目14番10号  
渡辺 悌三

表1 プライマリ・ケアの概念とプライマリ・ケア医の役割

- 国民のあらゆる健康、疾病にたいし、総合的・継続的に、そして全人的に対応する地域の政策と機能。そのために訓練された一般医・家庭医(プライマリ・ケア医)がその任にあたる。
- 医師: 専門医—大学の専門医、大病院の専門医、診療所の専門医  
 一般医—地域病院の一般医、診療所の一般医  
 「かかりつけ医」、「家庭医」、「プライマリ・ケア医」、  
 「ホームドクター」、GP、
- プライマリ・ケアの役割:
- common diseaseを診療し、慢性疾患に取り組む。
  - 患者さんの生活に着目する。
  - 心理的、家族的、社会的な視点をもってアプローチする。
  - 地域において在宅ケア・緩和ケアを担う。
  - 地域の医療・福祉・保健をコーディネートする。
  - 「主治医」として患者さんの生命と生活に責任を持ち続ける。

明確にされており、家族や地域的な背後関係などにはあまり注意が向けられず、患者さん自身のみへの対応に焦点が絞られ、しかも、比較的短期間で問題の決着が求められるのに対して、プライマリ・ケアでの診療は、問題が不明確なことも多く、家族や地域の背景も念頭に置き、時間をかけた対応も必要となる。このように両者は極めて様相を異にしているのにも拘わらず、これまで卒前教育も卒後研修も殆どが大学を含めた大きな病院で行われてきたことに問題がある。

近年、高度専門医療の発達の弊害の一つとして、全人的な視点での診療がややもすると疎かにされるようになって来たことが挙げられている。来年度から始まる卒後研修はこの弊害を是正するために、プライマリ・ケア機能を有する医師の養成を目的としたものとされている。それ故に、プライマリ・ケアを実践している多くの医師をもって構成されている医師会の役割は極めて重要であると言わざるを得ない。

欧米においては、すでに多くの大学では家庭医療学部門 (Department of general practice) があり、ジェネラリストを育てるためにプライマリ・ケアの卒前教育に取り組んでいる。わが国でも各大学で総合診療部が出来、新潟大学でも昨年新設されたことは大変喜ばしいことである。また、最近は入学時にオリエンテーションの形で、病院実習を行う大学が出てきているが、その殆どが学内

での実習であり、地域の第一線に出て実習するところは少ないようである。

新潟大学では、平成6年度から、新入生の医学医療に対する動機づけと、学習意欲を高める目的で、学内で早期医学体験実習 (EME: early medical exposure) を実施してきたが、平成12年度からはカリキュラムの改正とともに、医師会との連携で、新たに学外の地域診療所、クリニックでの実習を取り入れるというユニークな試みが始まっている。そして医師会も大学からの要請を受け、この試みに賛同して毎年協力してきた<sup>1)</sup>。

実習には予め医師会で受け入れ医療機関 (現在20前後の医療機関) を選定して学生の受け入れを依頼し、医師会側で作成したガイダンスその他資料を送付した上で、大学側で立てたスケジュールに沿って、9月の2日間、学生が直接診療所に赴いて実習を行っている<sup>2)</sup>。

実習の内容は多岐に亘っており、大学では経験し得ないものも多く、1年生の段階でありながらも、学生の受けたインパクトは大きく、プライマリ・ケアの現場に接して感動的な体験をしている。また、受け入れた医療機関も、若い学生に接して教育することに新鮮さを覚え、自らの診療を見つめ直す機会にもなって、教える側と教えられる側の双方に益するところが多かったようである。この試みは対外的にも高く評価されており、今後も「新潟方式」として是非とも継続して欲し

いものである。ただ、これまでの実習の受け入れは、費用の面も含めて診療所個人の好意によって行われてきた。日常の多忙な診療所活動のなかでの実習の受け入れは大変である。今後継続するのであれば、個人の好意に甘んじていて良いのかという問題がある。これは後に述べる卒後臨床研修にも関連することであるが、診療所医師も後輩の育成に関わることの意義と必要性を認識して、積極的に協力することが大切である。また、今後は個人としてでなく、県医師会の主導のもとに郡市医師会を中心としたグループ単位で受け入れるような体制づくりを考えることも必要であろう。

しかし、このような貴重な経験をした学生も、その後学内において専門医養成を主体とした教育を受けることになり、卒業すると学生の多くは専門領域を目指したいという意識をもつようになってしまう。

欧米では早期体験実習のみでなく、卒業までに何回も家庭医のもとで実習するところも多く<sup>3)</sup>、わが国でもこのようなシステムが導入されれば、医療の原点ともいべき地域医療やへき地医療に興味を示す卒業生も出てくるのではないだろうか。我々医師会も、医師養成の入口での早期医学体験実習のみでなく、連続的に体験実習が行えるような受け皿を作っていくべきであろう。

次ぎに平成16年度から臨床研修制度が施行される。最初の年度は内科、外科、救急部門での研修であるが、次の平成17年度からは小児科、産婦人科、精神科の他に、地域保健・医療の研修が行われることになっている。医師会も学生教育の入口だけでなく、出口においても、特に専攻科目を決定する前段階で卒後研修でのプライマリ・ケア教育を行うことの重要性を認識しており、今後その為の体制作りを行うべきであると考えている。

日本医師会では昭和50年代にすでに行き過ぎた専門医指向に対する危惧を表明し、平成3年には「臨床研修懇談会報告（Ⅰ）」をとりまとめている。そして平成4年に「臨床研修懇談会報告（Ⅱ）」が出され、計画的なカリキュラムや研修の評価の必要性などを提案しており、その具体的内

容は、平成14年4月に取りまとめられた厚生労働省の「医道審議会医師分科会医師臨床研修検討会」の中間取りまとめ（案）の内容と殆ど同じものとなっている。

開業医も自らの診療活動の他に地域での保健や福祉関連での出務も多く、多忙である<sup>4)</sup>。しかも最近の医療費抑制政策のなかで、経済的にも極めて厳しい環境に置かれている。しかし、このような中でこそ国民の信頼が得られるような努力が必要であろう。そして今後導入される卒後臨床研修制度に積極的に関わる為にも自らの質の向上への努力が大切である。

これまでの医学教育ではややもすると第一戦のプライマリ・ケア医療が低く見られてきたのは残念であり、我々開業医もそれに甘んじてきた嫌いもあり、反省しなければならない。またこれまでも看護師や医師以外の職種の養成には積極的に貢献してきてはいるが、残念ながら自分達の次代を担う医師の養成についての努力が不足であったと云わざるを得ない。

医師会としては今後、卒後臨床研修でのプライマリ・ケア教育に備えて臨床指導医の養成を急ぐ必要がある。日本医師会では本年1月に第1回の「指導医のための教育ワークショップ」を開催した。そして日本医師会提唱の研修方式をモデル地区で試行しているが、これにはまだ問題が多いと言わざるを得ない状態である。また日本プライマリ・ケア学会では、吉山先生が中心となって今年で既に5回の「指導者養成ワークショップ」を開催している。新潟県でも今後指導医を養成していく必要があるが、それと同時に研修医を受け入れる各地域でのプライマリ・ケア機能をも向上させていく必要がある（表2）<sup>5)6)</sup>。その為には県医師会の主導のもとに、地域でのプライマリ・ケア機能を担う郡市医師会の役割が重要である。配布資料のようなプライマリ・ケアを評価するチェックリストを活用するのも一つの方法と思われる。

以上、早期医学体験実習と卒後臨床研修の二つの問題に絞って述べてきたが、この二つは意義や目的に違いがあるが（表3）、いずれも学生の教育には極めて大切なものである。医師会は大学、地

表2 プライマリ・ケア機能評価(前沢・方波見による)

機能	プライマリ・ケア	地域アプローチ
対象	外来・在宅患者	地域住民全体
保健ニーズ把握	患者を通して	疫学データ、保健活動家から
計画	診療から	保健活動家や住民組織とともに
資源	診療所スタッフ、専門医	地域活動職、ボランティア
環境変革の手段	患者教育	地域づくり

表3

**早期医学体験実習**: 新入生の医学医療に対するモチベーションと、学習意欲を高めることが目的。Learning outcomes(研修目標)が未だ明示されていない。実習の主体は見学。

### 医師卒後臨床研修:

研修施設(規模、設備、患者数等)単位の認定ではなく、研修プログラム(カリキュラム)単位での認定になったこと。

研修目標(learning outcomes)が明示され、この目標をクリアできるように研修内容を組織化するカリキュラム開発が求められていること。

徒弟的な教育、経験中心の医療でなく、EBMに基づいた教育に。

研修指導医の養成(質の向上)

地域のプライマリ・ケア機能の評価と質の向上

- 医師会は卒後臨床研修の重要性を認識し、自らの質の向上に努め、研修に積極的に関わるための体制づくりを。

域病院との連携を密にしながら、各地域での研修受け入れの為に一貫したプライマリ・ケア教育が行えるような基盤整備と体制作りを急ぐべきであると考えられる。

### 文 献

- 1) 平成12年度, 13年度, 14年度 早期医学体験実習(EME)報告書, 新潟大学医学部医学科。
- 2) 渡辺悌三, 倉品克明, 伊藤雅章, 山本正治: 大学と医師会の連携による早期医学体験実習. 日本医事新報 4092: 24-29, 2002.
- 3) 伴 信太郎: 21世紀のプライマリ・ケア序説, 第1版, プリメド社, 大阪市, pp9-10, 2001.
- 4) 石橋幸滋, 神保勝一, 鈴木荘一, 和座一弘: プライマリ・ケアの機能評価 — 開業医の地域ケアの評価指標 — (第2報). 日PC誌 25: 55-65, 2002.
- 5) 前沢政次, 方波見康雄: プライマリ・ケア機能評価 — 特に地域ケアの評価方法 —. 日PC誌 23: 436-438, 2000.
- 6) 前沢政次, 方波見康雄: プライマリ・ケア機能評価 — 特に地域ケアの評価方法 —. 日PC誌 25: 43-54, 2002.