

豪雪へき地医療福祉機関の機能維持に関する調査  
特に医師・看護師の確保に重点をおいて

研究者 吉山直樹<sup>1)</sup>

共同研究者 佐々木美佐子<sup>2)</sup>

1) 新潟県立看護大学 病態学, 2) 同 地域看護学

Pass of Life in Health-Care Professionals residing at Niigata Prefecture

Naoki Yoshiyama<sup>1)</sup>, Misako Sasaki<sup>2)</sup>

1) Niigata College of Nursing, Division of Clinical Pathology

2) Niigata College of Nursing, Division of Community Health Nursing

キー・ワード：医療人類学(medical anthropology), コンピテンシー(competency),  
キャリア・パス(carrier pass), プライマリ・ケア(primary-care)

## 目的

豪雪へき地医療福祉機関の機能維持のためには、これらの機関の機能を担う職種が確保されていることが必要条件である。なかんずく医師および看護師の員数上の確保とその職能に応じた能力を発揮できる環境の整備が求められる。

研究の初年度は、医師の人材確保に重点を置いた検討をおこなう。医師においては、その人生の節目において進路上の選択を誤らないことが自己実現には欠かせないポイントと推定されるが、医師の場合はこの選択において多くの問題が内包されていると考えられる。本研究では、この節目の選択について、総合的な文献資料等の検討と各世代の医師の聞き取り調査の結果を報告したい。

## 研究方法

### 1. 医師の人生コース選択における医療人類学的検討

医師がその人生コースの節目節目において職業的な選択を行う際の決定因子を分析し、社会の医師に対する需要上の期待との齟齬を明らかにし、医師本人や医局のような人材供給団体の認識を改めるための情報を整理しフィードバックする。

- 1) 医局講座制の現状
- 2) 医学部入学時のモチベーション
- 3) 医学部教育におけるコンピテンシーマネジメント
- 4) コア・カリキュラム
- 5) 臨床研修必修化
- 6) 日本の専門医制度
- 7) キャリア・パスの設定

### 2. 各世代の医師に対する聞き取り調査

30歳～70歳代までの医師。(1)卒業後の各教室所属選択時、(2)研修期間終了時、(3)専門医訓練期間終了時、(4)アカデミズムの限界自覚時、(5)専門医としての限界自覚時、(6)医療機関での管理職登用時、(7)感性・気力・体力の減退自覚時、につき主に(3)～(7)についてアンケートないし聞き取りによる調査をおこなった。

## 研究結果

### 1. 医師の人生コース選択における医療人類学的検討

#### 1) 医局講座制の現状

平成12年から連続的に関連病院への医師派遣に伴っての現金授受などの不祥事にて奈良県立医科大学の内科教授等数人が逮捕されている。その後のこの大学の機構改革方向性は定かたではない。いっぽう、度重なる不祥事発生のため弘前大学医学部では平成12年5月、「医局講座制度の外部評価委員会」を設置した。

内容が内容であるだけに画期的な試みであるが、委員には人的交流が多い近くの大学の医学部教官を充てており（5名中3名）、評価の客観性に疑問が残る。本年（平成15年）4月東海大学医学部は、大学付属病院の診療科である「医局」と医学部の教育組織である「講座」を一体化させていた「医局講座制」を全廃し、二つを分離する制度を全国に先駆けて導入に踏み切った。教授を頂点とする「医局講座制」の権力構造は患者サービスの点からも前世紀の遺物であり、急速に崩壊の道をたどる（べき）と予想される。今後、医師が将来の職場選択に際して「医局」への依存が軽くなる可能性がある。

## 2) 医学部入学時のモチベーション

大学評価・学位授与機構は、平成12年度の「学生受け入れ方針」の項目で、京都大医学部は4段階の最低ランクの「大幅な改善の必要がある」に位置付けた。「入学動機が不明確な学生が相当数存在する」「9割の入学者が学業成績のみで選抜され人間性の育成に必ずしもそぐわない学生も受け入れられており、面接の導入が望まれる」と厳しく指摘した。京大は例外的であり、医学部受験ではほぼ100%面接を実施しており、しかも面接に際しては医師志望の動機確認がなされている、と推定される。しかし受験指導では医学部面接には完璧な「マニュアル」があり、解答はパターン化されていて、モチベーション形成に役だっているかは疑問のようである。小論文についても同様の指摘がなされ、「マニュアル」化が進行している。

## 3) 医学部教育におけるコンピテンシーマネジメント

6年間の医学部教育課程で、コンピテンシーマネジメント（優れた成績の学生の行動特性を明らかにし系統的な学習指導に役立てること）をおこなっている医学部はほとんどないようである。日本医学教育学会の過去5年間の報告集や学会誌の発表を確認したが、これに相当する学習指導や情報提供をカリキュラムに明示して実施している医学部は存在していないようである。各世代の医師の聞き取りでも、個別の教員に学習指導のスキルアップが計られている程度が限界であり、今後の学習効率向上にはコンピテンシーマネジメントの必要性が痛感される。改めてアンケートなどの方法で各医科大学・医学部の悉皆調査が望まれる。

## 4) コア・カリキュラム

庶民のレベルからみれば、医師が最低限学習すべきGIOとSBOsをまとめた「コア・カリキュラム」がこれまで共通の資産として医学部に存在していなかったこと、やっと平成13年3月に「医学における教育プログラム研究・開発事業委員会」（委員長佐藤達夫）がワーキンググループで「コア・カリキュラム」を纏め画期的な事業として賞賛されていること、は驚くべき事実であろう。この「コア・カリキュラム」をみると、惜しむらくは、どのような医師を育てるか、のセッティングを決めて作られたものではないので、専門医に要求されるような詳細な臓器別示（リステイング）がある一方で、医療需要にそぐわないほど簡略化されている項もある。日本の第1線で臨床を担当しているプライマリ・ケア医の意見を入れ問題指向型のカリキュラムに近づけるべきであろう。

## 5) 臨床研修必修化

平成16年度より、2年間の医師の卒後臨床研修必修化が始まる。この研修には、従来の大病院中心の研修と異なり、患者や地域住民に近い位置から医療の包括性と継続性を極めて高く保持するプライマリ・ケアの特質を学ぶ学習内容が含まれるべきである。研修プログラムに地域の診療所において実施することを義務づけることにより、臨床研修制度における高度医療を中核とした管理型病の内部の研修では不完全な人間としての患者のニーズに応えた社会的かつ倫理的な包括的対応を学ばせることが可能である。また、研修医が地域の診療所における外来と在宅医療・在宅ケアを中心としたプライマリ・ケア研修を受けることにより、全人的な主治医として国民の付託に応える臨床医となる、と期待できる。

この研修で診療所医師の素晴らしいロールモデルと出会いがあり、将来の離島・僻地での医療貢献への参画意欲を持った人材が期待できるようになる。

## 6) 日本の専門医制度

昭和56年、我が国では欧米に著しく遅れて内科、外科、小児科などの基本的な診療領域の22学会を中心に「学会認定医制協議会」が発足し、その後「専門医認定制協議会」という名称に変わり、昭和61年に日本医学会、日本医師会と協議会で「三者懇談会」が発足し本格的な認定医制度が定着した。これまでの「専門医認定制協議会」という名称は、本年（平成15年）より法人格を取得し、名称が有限責任中間法人「日本専門医認定機構」となった。現在は、1人の医師が内科も外科もと、複数の基本的領域の専門医ではなく、「1医師・1診療科・1認定（専門）医」という考えに基づいて承認している。

平成9年に旧厚生省と政府与党から、「21世紀初頭における医療保険制度と医療提供体制についての抜本的改革案」が提示され、この中で医師の専門分野を明示できるように広告規制を緩和する方向が示唆され、同時に専門医の認定基準の統一化と明確化を図ることが求められた。さらに、平成16年4月から、医業または病院に関して広告できる事項が緩和され、これまで認められなかった専門医資格の広告が可能となる。

表1 専門医認定制協議会の加盟学会

I. 基本領域の学会（日本医師会・日本医学会・学会認定医制協議会による三者承認対象の認定制の学会）

日本内科学会	日本整形外科学会	日本脳神経外科学会
日本小児科学会	日本産科婦人科学会	日本医学放射線学会
日本皮膚科学会	日本眼科学会	日本麻酔科学会
日本精神神経学会	日本耳鼻咽喉科学会	日本病理学会
日本外科学会	日本泌尿器科学会	日本臨床検査医学会
日本リハビリテーション医学会	日本救急医学会	日本形成外科学会

II. Subspecialty の学会（内科・外科・またはそれに相当する学会に上積み研修方式の認定制の学会）

日本消化器病学会	日本腎臓学会	日本消化器外科学会
日本循環器学会	日本肝臓学会	日本胸部外科学会
日本呼吸器学会	日本アレルギー学会	日本呼吸器外科学会
日本血液学会	日本感染症学会	日本心臓血管外科学会
日本内分泌学会	日本老年医学会	日本小児外科学会
日本糖尿病学会	日本神経学会	

III. I・II 以外の学会（区分が協議されているもの）

日本小児神経学会	日本輸血学会	日本温泉気候物理医学会
日本心身医学会	日本超音波医学会	日本人類遺伝学会
日本気管食道科学会	日本核医学会	日本新生児学会
日本大腸肛門病学会	日本消化器内視鏡学会	日本臨床薬理学会
日本東洋医学会	日本リウマチ学会	日本産業衛生学会

医療機関が「専門医資格」を広告できるのは、その専門医資格を認定している学会等の団体が、

- (1)次に示す表2の基準を満たしていること。
- (2)厚生労働大臣に専門医資格認定団体としての届出を行なう。
- (3)その届出が厚生労働省の審査を経て受理された場合に限られる。

同年に発足する新臨床研修制度と相まって、国民への医療サービス情報公開と医療技能への客観的尺度として定着するものとみなされ、次項でふれるキャリア・パスの明確化にも連結し、ある意味では医局と離れた研修システムが確立されてゆく。また、より地域に密着した医師の人材供給が可能となるものと予測される。そのためにも「基本領域の学会」の分類に包括医療＝総合診療を提供する専門医を養成するプライマリ・ケア学会が含まれるべきである。

表2 専門医資格を認定する団体の基準（厚生労働省告示第159号より）

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学術団体として法人格を有していること</li> <li>・ 会員数が1000人以上で、かつ、その8割が医師または歯科医師であること</li> <li>・ 最近5年間相当の活動実績を有し、かつその内容を公表していること</li> <li>・ 外部からの問合せに対応できる体制が整備されていること</li> <li>・ 専門性に関する資格の取得条件を公表していること</li> <li>・ 資格の認定に際して5年以上の研修の受講を条件としていること</li> <li>・ 資格の認定に際して適正な試験を実施していること</li> <li>・ 資格を定期的に更新する制度を設けていること</li> <li>・ 会員および資格を認定した医師または歯科医師の名簿が公表されていること</li> </ul>
--

7) キャリア・パスの設定

医師の臨床能力を正当に評価するシステムはない上に、臨床実績を重視したキャリアパスが不明瞭で、大多数の勤務医は不満を鬱積している。大学における研究業績のみが明確な指標となって、個人のキャリアパ

スに大きく影響しており、その典型が医学部教授の選考基準である。

一方で、現在の病院勤務医の人事権が大学医局に実質的にあり、これが医師の労働市場を限定しポストと人材との不適合を生じ、勤務医における閉塞感の原因となっている。今後は、個人の臨床の場での実績、臨床能力の評価を共通の基準にて記録したうえで、全国的に公開し、病院管理者がこれを基に採用、昇格などを行うキャリアパスシステムを構築することが重要と考えられている。

臨床能力の評価は、同業の指導的医師のほかに評価を行える者はいないので、今後は医師同士が評価し合う「ピア・レビュー」の習慣を醸成する必要がある。

## 2. 各世代の医師に対する聞き取り調査

開業医は(4)(5)が多かったが個人的理由として肉親の死(親)や継承が散見された。通常、大学→病院勤務医→開業のコースであるが、少数は開業→勤務医の例もあり、今後の増加が予想された。(3)以降でも勤務医→大学のコースは珍しくはないがアカデミックステータスをめざすコースである。小規模病院・診療所勤務医→大学のコースは極めて稀であり、開業医→大学は最近の某大学の例外的人事が話題となった。結論として二つの問題点がある。a) アカデミズムの限界を反省しないまま多くの人材を抱え込む大学、b) 専門医としての要件を充足できない(大)病院勤務医、である。a)は古くから批判にさらされているが、b)の医師人事は医療過誤問題と共に病院管理の大問題でもある。各専門学会においても過剰な専門医について需要を考えて必要な養成数を設定するべきである。また、これら医師は本来プライマリ・ケア現場で吸収すべき人材が含まれていたと推定される。(1)(2)の時点での初期選択に不自然さがあったことは紛れもなく、来年度より実施される臨床研修制度において考慮すべきポイントと考える。

## 考察

医師の人生コース選択における医療人類学的検討においては、医局講座制の現状は制度疲労的なインモータルな事件を多発させており、抜本的な改革ぬきでは立ちゆかない。医学部教育においては、入学時のモチベーションを維持させ、かつ、プライマリ・ケアの重要性を自覚させるには、等の教育手法が援用されるべきである。また、学生からの講義評価が「難しい」ないし「つまらない」とのマイナス評価の比率は医学部に高いので、医学部教員のFD活動、自己点検とともに、学生に対してもコンピテンシーマネジメントが行われるべきである。学生時代からこれへ慣れれば、将来専門医として厳しい「ピア・レビュー」を受け入れ、自己を客観化できる素地ともなる。専門医コースのみに依存する傾向を修正する可能性が生まれる。

現在のコア・カリキュラムは、あくまでファースト・バージョンであり、これは優れた日本の臨床医の視点から改修を進めるべきである。その際は、高度専門医ばかりでなく実地医家・プライマリ・ケア医・総合診療医といった範疇の日常病や生活習慣病を数多く経験した委員の手によって行われるべきであり、また、各大学独自のバージョンの作成の際にも、努めて大学なかんずく自校の出身者を排除すべきであろう。

来年から開始される臨床研修必修化については、プライマリ・ケアの特質を学ぶ学習内容が含まれるべきであり、研修場所として地域の診療所が可能であれば理想的である。

日本の専門医制度は、やっと医療機関が広告できるようになったが、一方では専門医の認定に一定の厳密さがないと、徒に患者に不信感を持たれる事になりかねない。また、医療過疎の離島・僻地の医療機関に勤務する医師のキャリア維持や、施設の医療機能を考えると「基本領域の学会」には、プライマリ・ケア診療能力を保証する専門医制度が確立され、また、それも標榜されるべきである。いずれにせよ、医師の臨床能力を正確に評価した正当なキャリア・パスの設定が早急に望まれる。

## 結論

医師のライフコースの選択の誤りは自己実現が困難となるばかりか、社会性の欠陥を呈するに至る。今回の調査結果より、医師自身が高度の専門家集団として適切な診療科や地域分布についてのバランスを考えると、医学部教育からのプライマリ・ケア重視の必要があることが痛感された。

## 参考ホームページ：

1) 酒井 紀, 日本の専門医制度を再考する,

[http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2003dir/n2517dir/n2517\\_04.htm](http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2003dir/n2517dir/n2517_04.htm)(アクセス日:平成15年6月4日)

2) 医学における教育プログラム研究・開発事業委員会(委員長佐藤達夫), 医学教育モデル・コア・カリキュラム, <http://www.med.fukuoka-u.ac.jp/kyoiku/koakari.htm>(アクセス日:平成15年6月4日)