

医療の変化と医学教育*1

藤崎 和彦*2

この間の医学教育を取り巻く医療環境の変化は、おおむね以下の9点にまとめられるだろう。

1. 厳しさを極める医療費問題

医療技術の高度化や人口の高齢化と共に医療費問題が先進国共通の課題となり、また医療環境が厳しくなる中でコストや負担について無関心では医療を担い得なくなっている。

2000年度の国民総医療費は30兆円で一般会計82兆円の4割近くになっており、「痛みを伴う構造改革」の旗印の下に、公共事業費が減少すると同時に医療や社会保障国庫負担も強く抑制されてきている。各医療機関は経営効率を上げるために種々の無駄を省く努力はしているものの、入院期間が短期化するに伴って入院中の医療密度が激増するなどスタッフにかかる負担も限界に来ており、OECD加盟30国中19位の国民医療費（対GDP比）に過ぎないわが国の現状では、緊縮財政路線の見直しを求める声も強くなってきている。こういった状況の中で、大学病院や研修病院では診療と教育の両立がますます厳しくなっており、2004年4月からスタートした新医師臨床研修制度においては画期的な財政処置が行われたものの、2006年4月からの保険診療報酬の改定で多くの研修病院では研修資源の捻出がより困難になるのではと危惧されている。

2. 人権意識の向上と個人情報保護

患者の権利やインフォームド・コンセント等、医療をめぐる人権意識の向上が進み、カルテ開示などの制度化もほぼ定着してきた。また、2003

年5月30日から施行された「個人情報の保護に関する法律」が2005年4月1日から完全実施になったことに伴い、個人情報取扱事業者となった医療機関や教育機関では、種々の個人情報保護のための対策作りには奔走することとなった。しかし、一方でIT技術の進歩に伴って種々の個人情報の流出はあとを絶たず、個人情報保護と医学教育とのすりあわせが大きな課題になってきている。特にクリニカル・クラークシップで診療参加型臨床実習を進めるうえで、学生の診療録記載をどのように扱うかは電子カルテ化が進むなかで各教育施設の頭を悩ます問題になってきている。

3. 医療安全と医療事故・紛争対策

医療における安全管理や医療事故対策に関する日本の医学教育は卒前・卒後ともに欧米と比較しても最も遅れている部分であったが、コア・カリキュラムや新医師臨床研修制度に大きくとり入れられるようになり徐々に改善が進みつつある。しかし、医療訴訟に対する過剰防衛として医療安全対策を極端に推し進めることが、学生や研修医の診療参加や医療行為の体験・実施の場を奪うことになりかねず、ここでも医療安全対策と医学教育とのすりあわせが大きな課題になってきている。

また、ひとたび医療紛争が起きてしまうと、当事者間の長期にわたる裁判での争いが避けられず、結果的にはタイムリーな被害の救済や調停が遂げられないまま多くのエネルギーを失ってしまう現状に対する反省から、裁判外紛争解決手続（ADR：alternative dispute resolution）によって、公正な第三者機関が関与することで訴訟手続によらない紛争解決のあり方が模索されるようになり、茨城県医師会では2006年2月に医事紛争の解決のために第三者的立場で患者と医師の双方を支援する県医療問題中立処理委員会を設立することを全国の医師会で初めて決めている。

*1 Changes in Medicine and Medical Education

キーワード：医療制度，医学教育，卒後研修

*2 Kazuhiko FUJISAKI 岐阜大学医学部医学教育開発研究センター

4. 市町村合併と地域医療

2000年12月に閣議決定された行政改革大綱で、地方分権の推進や少子・高齢化あるいは財政の悪化など市町村を取り巻く状況の変化のなかで、基礎的地方自治体である市町村の行政サービスを維持し向上していくという観点から市町村合併を推進し、合併後の自治体数の目標を1,000とするいわゆる「平成の大合併」がスタートした。合併特例法が定める2005年3月末までの合併を超過した以降も、2005年4月からの5年間の時限法として作られた新合併特例法によって「平成の大合併」が引き継がれる中で、合併論議が本格化した1999年4月に3,232あった市町村が2006年4月1日現在は1,820と約40%減少した。

こういった状況に伴い、従来から地域医療を担っていた自治体立の医療機関にも統廃合の波が押し寄せ、医療過疎にさらに拍車がかかったり、進んだ保健医療福祉政策に取り組んできた自治体の施策が合併により途絶し、サービスの低い自治体のレベルに合わせるといった望ましくない事態が起きてきている。

5. 国公立大学・医療機関の独立行政法人化の進行

独立行政法人化は1996年に総理大臣の直属機関として設置された行政改革会議において、「独立行政法人」が提案されたのが始まりである。その目的は、アウトソーシングによる行政機能の減量、効率化等、さらには公務員数の削減ということが後に関わってくることとなる。1998年の中央省庁等改革基本法により、その導入の方針が正式に決定され、1999年、独立行政法人制度の骨格および89の事業・事務の独立行政法人化の方針を定めた「中央省庁等改革の推進に関する方針」の決定、独立行政法人の運営の基本と共通的な事項を規定した独立行政法人通則法の成立等によって、独立行政法人制度の大枠が定められている。2004年4月に全国146の国立病院・療養所は独立行政法人国立病院機構として発足し、全国の国立大学も国立大学法人として法人化がスタートし

ている。現在はこの流れを公立大学、公立医療機関が後から追いかけている状況である。

独立行政法人化の医学教育への影響を結論づけるのはまだ時期尚早ではあるが、いずれにしろ、日本の卒前・卒後の医学教育に対して短期的にも長期的にも大きな影響を与えていることには間違いがないだろう。

6. 研修医の過労とストレス問題と労働時間制限

欧米では研修医の過労とストレス問題が1970年代より問題になっており、1980年代の「タイム」誌では「最も疲れ果てた医師が、最も死にそうな患者を診療している」といった特集が組まれていたりもしていた。近年では、国際的には研修医の労働時間を制限する方向での改革が進んできており、2003年6月より米国のACGME（卒後医学教育認可評議会）は研修医の労働時間を週80時間以内に制限するようになってきている。

一方、わが国で研修医の過労とストレス問題が大きな問題になってきたのは20世紀の終盤から21世紀になってからである。1998年に研修途中で亡くなった研修医の父親が、その死を過労死として認めるよう裁判に訴えるなかで研修医の労働者性が問題になってからである。2002年に地裁と労働基準監督署があいついで労働者性を認める決定を行い、ちょうど準備されていた新医師臨床研修制度においても研修施設による労働関係法規の遵守、ならびにアルバイトせずに研修に専念できる環境の整備が重要な柱の1つとなった。おかげで各研修プログラムでも法定労働時間内での研修をめざすようになり、研修医の労働時間はわが国でも減少していくこととなったが、その分のしわ寄せが指導医や中堅医師の肩にかかってきているという指摘もされている。

7. 医師不足、偏在問題

2004年の新医師臨床研修制度の導入前後から、この新しい研修制度の導入準備を口実にした市中病院から大学病院への医師引き揚げが社会問題化するようになり、あたかも研修必修化が諸悪の根源であるかのような議論も一部ではなされる

こともあった。実際には、医師不足問題には研修必修化以外の背景問題が複雑に絡んでおり、社会問題化した医療機関の名義貸し問題の是正や、国立大学の独法化の影響、医専世代を中心とした高齢医師の退職、女性医師の増加、新期開業医の増加なども絡んで現況の医師不足問題が生じていると言われている。2005年10月28日に行われた厚生労働省第9回医師の需給に関する検討会の資料では、医師数が需要に対して不足しているとの証拠がないとしながらも病院医師の負担は増加していると「不足感」は増大しているとまとめている。

また、診療科ごとの医師不足や偏在を背景にした事件も少なくない。小児科医不足に絡んだ1999年の東京の小児科医師の自殺事件、1人産婦人科医の体制のなかでつい先日（2006年）起きた産婦人科医師の医療事故に関連した逮捕事件など、少子化や医療訴訟の増加、過重な労働負担や経営効率の悪さ等を背景とした診療科ごとの医師不足や偏在も社会問題化してきている。こういった問題に医学教育がどう対応していくかも現代的課題になっている。

8. 求められる全人性

世界的な低成長時代に突入したなかでの社会的な閉塞感の拡大を背景としたストレス性疾患の増加、また高齢化時代を背景とした臨死医療に対するニーズの上昇、さらには介護保険の導入などにより医療が福祉と関係する必要性の増加等、従来の身体医学中心の医療だけでは不十分なことがますます明らかになり、身体・心理・社会面すべてに総合的に対処できる全人的な能力の開発が医学教育にも求められている。さらに近年では、いわゆる bio-psycho-social の後ろに cultural-spiritual といったキーワードも付け加えられてきている。増え続ける外国人労働者に対する医療や海外医療援助の際に文化に対する医療人類学的センスがなければ異文化間ギャップが乗り越えられないケースも増えてきており、また臨死医療に対するニーズの増加は心理面のみならず魂の面に対するケアまで期待の幅を拡げてきていると言われている。欧米の医学教育において心理社会的側面の教育を

担当している「行動科学」の教育が圧倒的に弱いのが国において、この領域での教育の充実が急務であるが、2005年12月からの共用試験の正式実施に伴い初歩的な医療面接技能の教育は全大学で行われるようになったものの、医学校入学から卒業まで継続的に一貫しての教育が実施されている欧米と比較してもまだまだ課題が多い。

9. 疾病構造の変化と超高齢化社会の到来

医学教育をめぐる医療環境の変化の中で最も大きな変化であり、なおかつその基調をなすものが疾病構造の変化によるものである。近代医学が18世紀後半に生まれてから20世紀前半までの間、医学の主要な標的は肺炎や腸炎といった急性感染症であった。これらの病気は症状が出てから病院にかかっても十分に間に合うものであったし、また治療により治癒すれば元の状態に完全復帰できるような病気であった。ところが20世紀後半になって慢性疾患やがん、成人病が医学の主要な標的に変わってくると、病院で待っていて治療する医療だけでは対処できなくなり、地域や職場での予防やヘルスプロモーションの取り組みの方がより重要になってきた。さらには高血圧、糖尿病といった生活習慣病などの慢性疾患は、治療により治癒するというよりは、病気を抱えた状態で仕事や生活をしながらコントロールしていくことが課題になるため、治療そのものも病院の中で終わることなく地域や職場を視野にいれざるを得なくなってきている。そのうえ高齢社会の到来の中で在宅医療やリハビリテーションが重視されるようになるなど、従来の大学病院を中心とした治療（3次予防）中心の教育では対応できない事態となり、教育の場そのものも外来や、地域、在宅へと拡大が必要になってきている。

英国のスコットランド・ダンディー大学の R. Harden が有名な「SPICES モデル」を提唱したのは1984年のことであったが、community based ということが problem-based learning などと並んで新しい教育の方向性として掲げられているにもかかわらず、わが国の医学教育において“community based medical education”ということが必ずしも明確に意識して取り組まれてきたと

は残念ながら言えない。病院の一般病床の平均在院日数が1985年前後の約40日から2002年では約22日と半減してくるなかで、従来の病棟中心

の卒前臨床実習や卒後研修だけでは限界が来ている。医学教育の場を地域の中にも広げていくことが急務であると言えよう。