

## 総 説

### 大学におけるプライマリ・ケア教育の意義

中 村 秀 喜

徳島大学医学部公衆衛生学教室

(平成10年11月2日受付)

#### *The role of primary care education in The University*

Hideki Nakamura

Department of Public Health, The University of Tokushima School of Medicine, Tokushima

#### はじめに

社会の急激な変化は、ヘルスケアシステムの再構築を促し、21世紀の保健、医療、福祉を担う人材の養成が大きな課題となっている。このような状況の中で、従来の第3次医療での入院治療、短期ケア中心の教育だけでなく、長期ケアを含めプライマリ・ケアを重視した医学教育の変革が求められている<sup>1,2)</sup>。そのため、ヨーロッパを中心に普及しているような地域の医療機関での教育の機会が増え、一般医の教育参加や、医育機関と地域社会との密接な協力体制の必要性が高まるであろう<sup>3)</sup>。

我が国では、1987年の医学教育の改善に関する調査研究協力者会議の最終まとめの公表<sup>4)</sup>と1991年の大学設置基準の改正以降、全国的にカリキュラムの改訂が活発に行われてきた。しかし、個々の大学において教育理念や講座間の教育目標の整合性を含めた抜本的な教育改革にまで及んでいないの現状である。最近、21世紀の医学・医療懇談会の一連の報告が公表され、「臨床教授制」の導入を含めた教育体制の見直し、介護関係人材養成（ここでは医師を含め介護サービスに係わる保健・医療・福祉のすべての人材を意味する）、大学病院として高度医療の提供だけでなく継続的ケアへの支援、人材養成など、高齢少子社会への医療・教育の迅速な対応が求められている<sup>5-7)</sup>。

本稿では、公衆衛生学の教育研究者の立場から日本医学教育学会、日本プライマリ・ケア学会の動向を中心に、プライマリ・ケア教育の現状と改革について紹介しながら、徳島大学での取り組みを含めたプライマリ・ケア教

育改善の方向についての私見を述べてみたい。

#### I 医学教育改革の動向とWHOの活動

##### 1) 医学教育改革の背景

21世紀には福祉を含めた疾病の社会的側面、予防ないし健康増進を指向したヘルスケアおよび在宅・外来医療への関心・ニーズが高まることが予想される。公衆衛生領域においても、これまでの早期発見、早期治療等の第2次予防中心としたハイリスク・ストラテジー (high-risk strategy) から、集団を対象としたヘルスプロモーションを主体とし、第1次予防を目指したポピュレーション・ストラテジー (population strategy) への転換が求められている<sup>8)</sup>。我が国の保健医療の現状をみても、1970年代以降の老人医療の課題に対して、西暦2000年の介護保険法の導入という歴史的転換期にあり、保健対策、福祉施策を含めた保健、医療、福祉サービスの一体化が急務である<sup>9)</sup>。一方で、精神障害、難病、エイズ、さらに最近ようやく法的な解決をみたハンセン病等の患者の人権やQOLの問題がクローズアップされ<sup>10)</sup>、前回の医師国家試験のガイドライン改訂において、プライマリ・ケアの基本事項の中に「ノーマライゼーション」の概念が登場してきた。

このような状況の中で、WHOの支援による医学教育改革の動きが活発になっており<sup>11-13)</sup>、第2回医学教育世界サミットで22項目<sup>11)</sup>の勧告が決議されている(表1)。また、WHOは世界の各地域において医学教育ワークショップを開催するなど医学教育改革に積極的であり、

表1 医学教育世界サミット(1993年)における行動のための勧告の概要

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| A | 実施要領と方策(6項目)             |
|   | 1)ヘルスケアシステムと医学教育の関係の明確化  |
|   | 2)患者への理解と共感を育む教育の実施      |
|   | 3)専門医と一般医のバランスの適正化 他     |
| B | 教育機関側の対応(8項目)            |
|   | 1)医学教育を担う大学の使命,入学者選抜     |
|   | 2)教育改善と教員の質,教育評価と学生の参与   |
|   | 3)有効な教授・学習戦略,カリキュラム過密の改善 |
|   | 4)人文・社会科学の重視と倫理的基盤の確立 他  |
| C | 医学教育の継続(2項目)             |
|   | 1)卒前・卒後教育→自発的な生涯学習 他     |
| D | 学習におけるパートナー(4項目)         |
|   | -医学教育への地域の参与-            |
|   | 1)保健医療チームの一員としての体験学習     |
|   | 2)患者・一般住民とのコミュニケーション 他   |
| E | 学習のための環境(2項目)            |
|   | 1)教育病院以外の社会環境の整備 他       |

前述の第2回医学教育世界サミットの勧告の普及に努めている<sup>14)</sup>。しかし、世界の各地域での取り組みを考えた時、それぞれの地域、国々の社会文化的背景の違いの影響を考慮しなければならない。それぞれに地域の現状を見たとき、ほとんどの医学校でコミュニティ指向のプログラムが取り入れられているアメリカ地域、すでに医学教育ガイドラインが出版され、教育科学に取り組んでいるヨーロッパ地域がある一方で、政治問題、経済問題、言葉の障壁を抱え地域大会の開催自体に困難を伴うアフリカ地域、東アジア地域、東地中海地域など、その進行状況が大きく異なっている。我が国が属する西太平洋地域では2年ごとに地域会議が開催されているが、経済や言葉の問題に加え伝統医学と西洋医学の関係もあり、地域内のコミュニケーションや地域全体の教育水準の調整が課題となっている<sup>13)</sup>。

一方、英国においては、GMC(General Medical Council, 英国医学協議会)による卒前医学教育の改革勧告(Tomorrow's doctors, 明日の医師)が医学教育の現場に大きな影響を与えており、そこで示されたgoalとobjectiveに沿った教育の改善が英国全体で進められている<sup>13,15)</sup>。また、カリキュラム主題や評価法も明記されており、これらの主題に対して学科の別を越えた協力や

地域の中での教育の必要性が指摘されている。

このような国際的な教育改革の方向は、医学教育振興財団を通じた紹介はあるものの我が国ではあまり知られておらず、日本の医学教育の現場に反映されていないのが現状である。

## 2) 地域保健計画と医学教育

1978年にWHOが世界各国における地域の保健を指向した医学教育改革の取り組みの改革例を収集し、検討をおこなった。その中には問題解決能力の開発を目指したカナダのマクマスター大学や当時先進的モデルとして世界的に注目を集めたオーストラリアのニューキャッスル大学を含め10ヶ国11大学の教育改革が収載されている<sup>16)</sup>。1950年代に米国で始まった医学教育改革の動きは、国や地域特性による改革の進展の違いや改革そのものの後退・挫折を経験しながらも世界的な流れとなり、基本的な理念と共通する課題は上記のWHOによる医学教育改革事例報告集に集約されている。

わが国においても、1970年代に入り私立大学や新設の国立医科大学を中心に医学教育の改革・見直しが行われてきた。その多くは先進的な取り組みを行っている海外の大学の改革例を参考にしたものが多く、筑波大学ではその医学教育の原点が1950年初期のケースウエスタンリザーブ大学(米国)の医学教育改革にあることを学生のシラバスの中で明示している。このような意味で、今後プライマリ・ケア教育を中心として少子高齢の時代に対応した教育システム、方略を導入していく上で、この事例報告集はわが国の医学教育担当者にとって示唆に富んだ点が多く、WHOの取りまとめから20年近く経過しているにもかかわらず、依然として現代的な課題への対策を含んでいる。

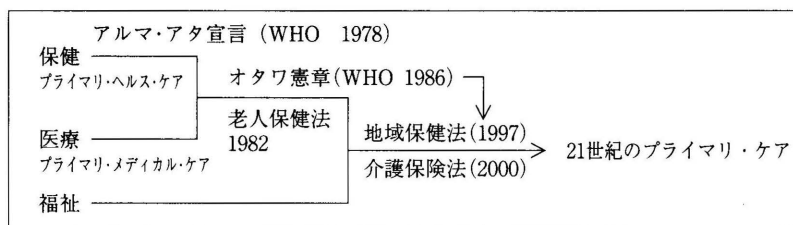
このように、WHOはプライマリ・ヘルス・ケア重視の保健対策に必要な医師養成を目指してきたが、この方向は、前述の第2回医学教育世界サミットの勧告にそのまま受け継がれている<sup>11)</sup>。

## II プライマリ・ケアの概念の変化

### 1) 地域保健の変化とプライマリ・ケアの概念

1978年のアルマ・アタ宣言において、基本的なヘルスサービスが社会正義としての必要であるとするプライマリ・ヘルス・ケア(primary health care)の方向が示された。我が国においては第一次国民健康づくりにこの概

図1 わが国のプライマリ・ケアの概念の推移



注) ここでのプライマリ・ケアは医療における初期診療 (狭義) ではなく、高齢少子社会における包括的な保健・医療・福祉サービスを意味する。

念が反映されている。また、1982年成立の老人保健法は従来の老人医療に、前向きな保健対策が加わったことにより、プライマリ・ケア (primary care) の概念が保健の領域にまで拡大したといえる (図1)。

プライマリ・ヘルス・ケアの考え方は、発展途上国を含め、世界全体の健康水準の向上を目指したものであった。1986年に採択されたオタワ憲章では、生活習慣に関連した慢性疾患の対策を念頭に置き、ヘルスプロモーションを推進するためのセルフ・ケア、コミュニティ・ケアの概念が打ち出され、欧米諸国や我が国の取り組みにも多くの影響を与えている<sup>17)</sup>。WHOは健康都市プロジェクトを通じてオタワ憲章の具体的展開を目指しており、これまでに世界全体で1000以上の都市が何らかの形で係わっており、我が国での取り組みは、「健康文化都市事業」として1993年にスタートしている。また、地域のコミュニティを対象に、オタワ憲章に示されたヘルスプロモーションの活動方法 (表2) を具現化するような調査研究のデザインが報告されている。そこでは、学童あるいは就学前の児童を含めたコミュニティ全体を対象に循環器疾患罹患の低下を最終目標とし、コレステロール低下を目指した介入研究<sup>18)</sup>、糖尿病罹患の低下を長期目標に設定し、小児期からのコミュニティ全体の肥満対策を中心とした介入研究<sup>19)</sup>などが開始されている。我が国でも1997年の地域保健法の成立により、地域保健対策はま

表2 ヘルスプロモーションの活動方法 (オタワ憲章)

- |                 |                                  |
|-----------------|----------------------------------|
| 1) 健康な政策づくり     | (build healthy public policy)    |
| 2) 健康を支援する環境づくり | (create supportive environments) |
| 3) 地域活動の強化      | (strengthen community action)    |
| 4) 個人技術の開発      | (develop personal skills)        |
| 5) ヘルスサービスの方向転換 | (re-orient health services)      |

注: ( ) 内はオタワ憲章の原文の用語

さしく転換期に入っており、市町村主体、住民主体のポピュレーション・ストラテジーの推進が期待される。

このような国際動向の中で、我が国においては、過去に類をみない人口構造の急速な高齢化が進み、高齢者の介護、慢性疾患の在宅ケアといった高齢者ケアの在り方が保健医療、医療経済の重要課題となってきた。この課題の解決には保健医療サービスだけでなく福祉

施策も加えた包括的な対策が必要であり、1986年に導入された「老人保健施設」では高齢者に対し医療と福祉の両方のサービスが提供されている。西暦2000年から導入される介護保険法に基づいた高齢者ケアにおいて、保健、医療、福祉のすべての領域の専門家・従事者、そして人材養成に対する教育の参加がなければ、その円滑な実施は困難といえる。

プライマリ・ケアの概念は、かつて「一次医療」あるいは「初期診療」という医療に限定された概念であったが、21世紀の高齢少子社会において、保健、医療、福祉、そして教育を含めた幅広い対人サービスへと変化していくであろう。

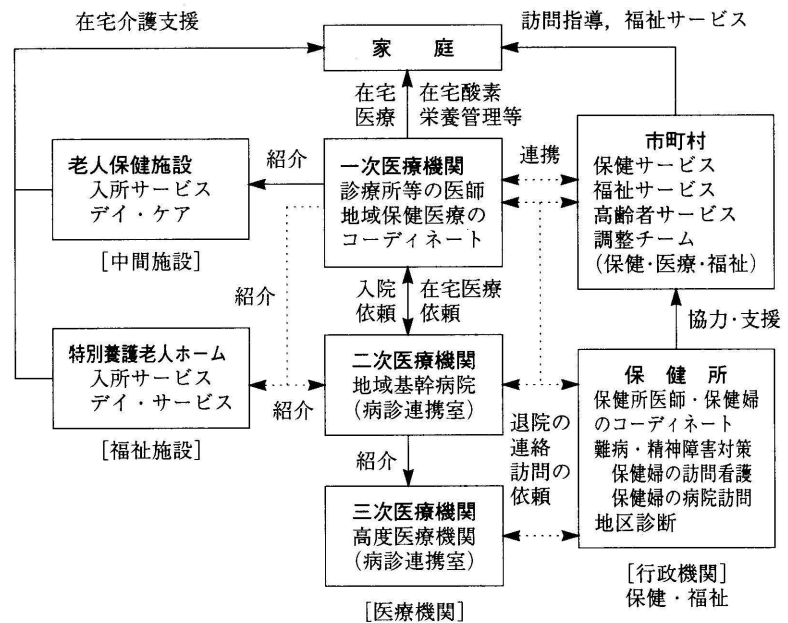
## 2) プライマリ・ケアの定義とその専門性

ここで、プライマリ・ケアの定義について整理してみたい。プライマリ・ケアとは、①自然環境や社会生活に密着し、②個々人の健康状態の変化にきめ細かく対応した保健医療福祉サービス (幅広い対人サービス) と定義できる<sup>20)</sup>。プライマリ・ケア医には、臓器別専門医と異なった、地域や家庭に根ざした包括保健医療の知識、技能といった専門性が求められている<sup>21)</sup>。その役割として、初期患者への対応や、地域の保健・医療・福祉サービスのコーディネーターの役割、生涯学習と研究活動、医学教育者としての役割などがある。

また、プライマリ・ケア研究においては、その方法論に多様性があり、生命科学ではなく、生活者としての患者を観察する生存科学の側面があり、臨床疫学的方法、行動科学的方法、経済学的方法、教育学的方法などが用いられる<sup>22)</sup>。特に、教育研究が重視されており、これは後進や同僚の養成に関心が高いことの現れといえる。また研究成果は教育を通じて普及される必要があり、教育上の連携も求められる。さらに医師

の生涯学習のモチベーションあるいは生涯学習そのものともいえる。

図2 慢性疾患・障害患者のプライマリ・ケアネットワーク



### III プライマリ・ケア教育におけるコミュニティの視点

#### 1) 大学と地域の保健医療現場の連携

前述の第2回医学教育世界サミットの勧告の中で、地域の保健・医療・福祉に関連したものが実に8項目も取り上げられており(表3)、医学教育において“学生が地域社会に目を向け生活者に近い視点で保健・医療・福祉全般を学ぶ場”が求められている<sup>(11)</sup>。我が国の医学教育においても学生が地域医療の現場へ出向き、家族やコミュニティを対象とした保健医療活動を体験する試みは、地域医療学講座を持つ、あるいは医療管理学や社会医学系の教官が担当する一部の大学で行われてきた<sup>23-25)</sup>。

人口構造の高齢化、慢性疾患中心の疾病構造への変化を背景として、ノーマライゼーション等の福祉的視点が求められる中、早期体験実習や地域の保健医療福祉の現場でのプライマリ・ケア教育の必要性は、公衆衛生教育だけでなく医学教育全体の中で認識されており<sup>26,27)</sup>、欧米の医学教育においても同様である<sup>28)</sup>。

このような地域医療現場での教育を実現するためには、大学自体が地域に目を向け、地域の保健・医療・福祉機関とのネットワークを形成する必要がある。その際必要

なものとして、従来の住民への保健医療福祉サービスを目的としたものだけでなく、医学部の卒前医学教育と卒業臨床研修におけるプライマリ・ケア教育実現を目指した「指導者間のネットワーク」も含まれる。

#### 2) 地域の患者、住民、コ・メディカルとの交流

表3に示したが、学生がプライマリ・ケア体験実習を通じて地域の患者や一般住民と交流を持つことは、学生の視野を広げ、将来の医師としての在り方を考えるきっかけになる。また、地域で生活する患者にとって最適なケアの実現のため多くのスタッフが参加して行われる「高齢者サービス調整会議」等への学生の参加は、学生にチームの中での医師以外のスタッフの役割や視点を理解させるために有用である。

また、図2に示したように、慢性疾患の長期ケアにおいては、種々の保健・医療・福祉資源が必要とされ、そこで活動するスタッフの援助が不可欠である。また、多くの施設の間でスタッフのヒューマンネットワークや情報のネットワークが必要となる。プライマリ・ケア体験実習の目的の一つに現場のスタッフ(指導者)とのコミュニケーションがある。第一線で地域の保健・医療・福祉に携わる医師、保健婦、ヘルパーの生の声を聞き、地域住民に求められている保健医療従事者の資質を学生に感じてもらうことである。

地域社会のニーズに適合する医師を育てるには、卒前

表3 医学教育世界サミットの勧告における地域保健・医療・福祉の関連項目

- 1) 医学教育機関と「医療現場」との連携を強化する
- 2) 「ヘルスケアシステム」と医学教育との関係を明確にする
- 3) 学生に対し、「慢性疾患患者への理解と共感」を育む教育を実施する
- 4) 医学教育へ「地域(患者・住民)の参与」を実現する
- 5) 学生が、「患者や一般住民大衆との良好なコミュニケーション」を保つ
- 6) 「一般住民、コ・メディカルの参与による意志決定」を学生が体験する
- 7) 学生に対し、教育病院以外の種々の「現実の社会環境」を体験させる
- 8) 「地域集団の健康問題」への大学の関与と、その中の教育を実施する



の段階から病院を受診する患者だけでなく地域社会で生活している患者、健康な住民と交流し、診断、治療だけでなく予防や健康増進を重視した教育を行っていくことが今後ますます必要となろう。その際、患者、住民とのコミュニケーションを通じた「人間性」に加え、今後は根拠に立脚した適切な保健医療サービスを適切に提供するという「科学的視点<sup>29)</sup>」も教育していかなければならないであろう。

### 3) 学生および指導医において期待される効果

プライマリ・ケア卒前教育において期待される効果を表4に示したが、①現場主義のモチベーションが期待される。これは住民、患者に近い現場に出向き、保健・医療・福祉活動を実体験し、医学部学生としてのプライマリ・ケアに対するモチベーションを高めることである。次に、②将来の医師としての行動・態度の学習が挙げられる。これは現場のスタッフ、住民、患者、家族の生の声を聞き、将来の医師としてとるべき行動・態度を学習するものである。また、長期的には、③社会の求める人材の養成も効果として期待される。最新の知識と技術を身につけ、プライマリ・ケアネットワーク形成のリーダーとなる臨床医および公衆衛生領域の医師・研究者を育成したいというものである。さらに、④卒後教育、指導医を含めた生涯学習へとつながるという効果も考えられ、卒前教育が、卒後臨床研修を通じて深められ、生涯

表4 プライマリ・ケアの卒前教育による効果

<p>1) モチベーション 学生が、住民、患者の生活環境にもっとも近い現場に身を置き(現場主義)、保健・医療・福祉活動を実体験することで、プライマリ・ケアに対する学生の認識が高まる。</p> <p>2) 将来の医師としての行動・態度の学習 地域の保健・医療・福祉関係者、住民、在宅患者及び家族との交流を通じて、将来の医師としてとるべき行動・態度を学習できる。</p> <p>3) 社会の求める人材の養成 将来的に、最新の知識と技術を身につけ、プライマリ・ケアネットワークづくりの先導役を果たし、質の高い地域保健・医療・福祉サービスを提供できる臨床医および公衆衛生領域の医師・研究者の育成が期待できる。</p> <p>4) 卒後教育、生涯教育への継続 上記の目標は卒後臨床研修を通じて深められ、指導医の生涯学習につながる可能性をもつ。</p>
--

学習につながることを期待される。

### 4) コミュニティ基盤の行動科学的研究、政策科学的研究の推進

表3に示した医学教育世界サミットの勧告における地域の保健・医療・福祉の関連項目の一つに、「地域集団の健康問題への大学の関与と、その中での教育を実施する」というものがある。近年、公衆衛生学の領域において、科学的なヘルスケア政策確立に関する研究の必要性が指摘されている<sup>30)</sup>。またいくつかの先駆的な地方都市<sup>31)</sup>、小規模町村<sup>32)</sup>で、保健・医療・福祉の統合的なケアシステムへの取り組みが始まっている。中でも出雲市においては、島根医科大学による科学的なヘルスケア政策の確立を目指した市民参加型行動研究の取り組みに、専門家、教育者、学生も加わり、相互に学び合う学習体系が出来上がっている<sup>31)</sup>。これらのプロセスは、医学生だけでなく保健婦学生にとって社会のニーズに即した総合的な教育の場となり、学生教育と保健医療活動の実践との統合が現実のものとなっている。これは前述の勧告が具体化された例と見ることが出来、今後各県の医科系大学が地域の健康問題の解決に係わり、その中で医学生の教育を行う「コミュニティ基盤の医学教育」を行っていく上でのモデルとなるものである。

表5に、今後の地域保健活動における市町村、県(保健所及び保健福祉担当部局)および大学等の研究機関の役割と連携について示した。各機関の連携、協力に基盤を置いたコミュニティ基盤の包括的な保健医療活動の実践と、政策樹立に結びつくような参加型行動研究の実現が望まれる。また、各機関の様々な立場の専門家、住民、患者・家族の代表からなるヒューマン・ネットワークを形成し、医学教育にも活用していく必要がある。

## IV プライマリ・ケア教育における人間理解の視点

### 1) 医学・医療への動機づけと人間理解の視点

医学・医療への動機づけを目的とした早期体験実習(early exposure)の意義は広く認められており、プライマリ・ケア教育の普及した欧米の大学では、プライマリ・ケア体験を含めた医療現場への早期曝露が通常のカリキュラムに取り入れられている<sup>33-35)</sup>。

我が国においては、医学部入学者の中に、成績の偏差値が高く周囲の勧めで医学部を受験し合格したというような学生が実際に存在する。このような状況の中で1年

表5 地域保健関係機関の役割・機能

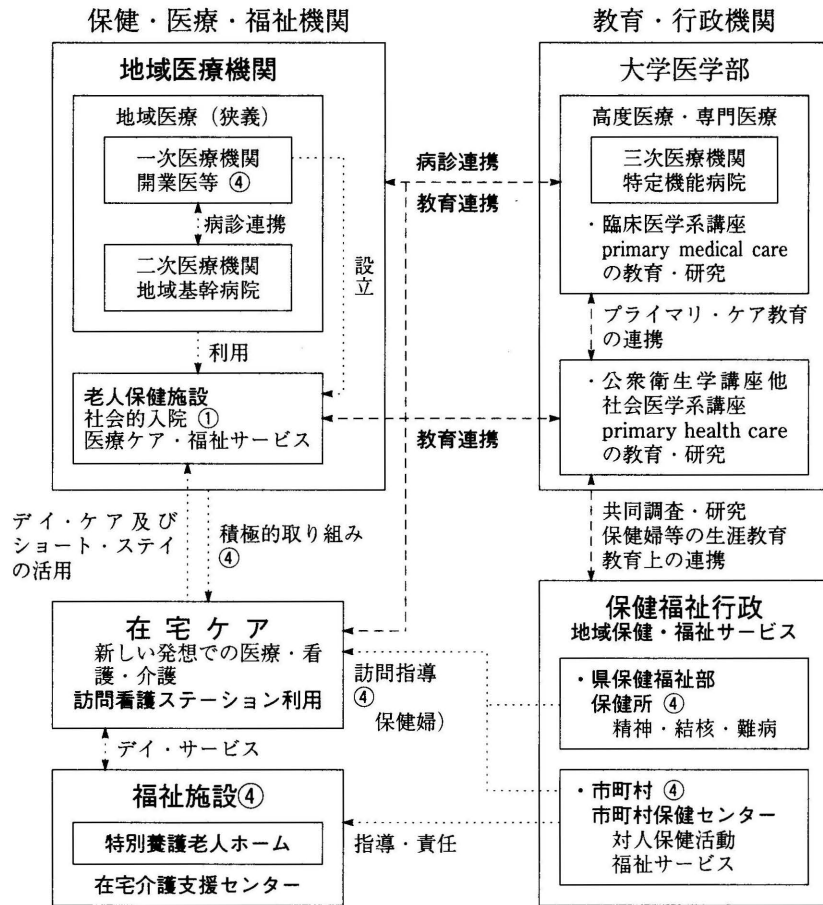
大学等の研究機関	都道府県（保健所・保健福祉部）	市 町 村
①. 方向づけ（目標設定）支援機能 → 総合的な保健計画の策定への参加と専門的助言	1. 方向づけ（目標設定）機能 → ・総合的な保健計画の策定への参加と助言	1. 健康生活の方向づけ機能 ・住民参加，専門職のリーダーシップ，行政によるヘルスプロモーション
②. 地域診断機能 → ・疫学情報のネットワーク機能 ・特定疾患のデータベース作成と政策提言	2. 基本的情報ネットワーク機能 → ・市町村・県・国レベルの情報の収集と管理 ・健康白書等の作成	2. 情報収集・分析・問題把握の機能 ・健康情報の収集・管理 ・問題発見と解決策の提示 ・健康対策についての意見具申
3. 研究機関としての機能 ・市町村職員・保健婦および保健所職員・保健婦の研究指導	3. 調査・研究機関としての機能 ・事業の計画・評価，住民の保健情報の調査・健康問題の把握 ・市町村職員・保健婦等の研究指導 ・評価方法の開発と実践	
④. 評価機能 → ・保健所の調査研究事業への専門的助言と評価 ・市町村事業の内容評価 ・組織づくりの評価 ・地域ケア体制の評価	4. 組織育成機能 → ・ヘルスプロモーションを目指した組織育成とその指導 ・市町村単位の組織づくりへの支援	3. 組織育成機能 ・健康対策の組織的活動に対する支援 コミュニティ基盤のヘルスプロモーション
	5. 地域ケア体制の組織的な推進 → ・高齢者の保健・医療・福祉の実践能力の育成 ・地域ぐるみの母子保健指導の推進	・地域ケアの体制づくりの推進 母子から老人にいたるライフステージ全体
⑤. ケアネットワーク機能 → ・地域に開かれ大学としての保健所および市町村との連携 ・新たな健康問題，新たな疾患への対応 ー調査研究事業に対する情報提供・専門的助言 ・地域住民への啓蒙活動の支援	6. 保健所独自の機能と市町村との連携 ・新たな健康問題，新たな疾患への対応 ー共同調査による現状把握と対策の樹立ー ・保健婦活動の連携ー小規模町村の支援ー	
6. 技術援助機能への専門的助言 → ・保健所への専門的助言 ・特定の市町村への専門的助言	7. 技術援助機能 → ・市町村格差の是正 ・保健事業の精度管理	4. 技術機能 ・専門技術を駆使した健康対策 ・各種団体に対する研修
7. 専門技術指導機関としての機能 → ・新技術（診断・治療）の普及・指導	8. 技術指導機関としての機能 → ・新規事業の開発と定着 ・2次機能	
8. 専門教育機関としての機能 → ・関係専門職の生涯学習の支援	9. 教育機関としての機能 → ・関係専門職の研修活動 ・学生の実習機関	5. 教育機関としての機能 学生の実習機関
9. 健康教育法開発への専門的助言 →	10. 健康教育事业の開発 ・健康教育の教育法開発と実践 ・地域の実情に即した教育内容の開発	

注1) ここでの「ヘルスプロモーション」は単なる「健康増進」ではなく、オタワ憲章にのべられている「健康政策の推進」をいう。  
2) ①②④⑤は将来的に受け皿が必要と考えられる機能

生に自覚を促す意味で、医療・福祉の現場での早期体験実習が多くの大学で取り入れられるようになり、その教育評価についても報告されている<sup>36)</sup>。

一方、オタワ憲章の理念<sup>17)</sup>の中にもあるが、健康観の転換を行い高齢少子社会に対応していくために、核家族化によりライフステージ全体の中での経験が少なくなっ

図3 地域保健医療福祉の関連施設とそれらの連携



注) ①は1年次の老人保健実習のフィールド  
④は4年次のプライマリ・ケア体験学習のフィールド

た「生・病・老・死」を積極的に体験していくことが求められている。

このような経験を積むにあたって、現在の慢性疾患の長期ケアの受け皿の中で医療の側面と福祉の側面を同時に経験できるフィールドとして「老人保健施設」は効果的な教育現場と考えている(図3)。徳島大医学部では平成6年度から入学早々の1年生を対象に「老人保健施設」で4日間の早期体験実習を行い、病気や障害をもった高齢者とのコミュニケーションを経験させている<sup>37)</sup>。

2) 患者・指導スタッフとのコミュニケーションの確保

1年生の早期体験実習の終了後に課題レポートを提出させており、平成9年2月に参加した学生のレポートの課題の内容を表6に示した。多くの学生が高齢社会の課題等を含め驚くほどまとまったレポート・感想を書いている。そんな中に、①高齢者の介護やスタッフとのコミュ

ニケーションを通じて4日間の自らの内面の変化を通じて人間の存在について深く考察したものがある。そのようなレポートは表6の1) 2) に分類されるものである。

一方で、②実習に参加しなくとも関連図書を読んだだけでも書けるキーワードを中心とした表面的な感想がみられる。これらは表6の5) - 8) に分類されるもので、教官のマニュアル通りに課題設定されたものである。②のような感想では4日間の実習で高齢者や施設スタッフとの「人と人とのコミュニケーションの足跡」が全く出てこない場合が多い。そこには「孤独な高齢者の心のケアが重要である」、「施設のスタッフの苦勞には頭が下がる」といった美辞麗句が並びその分脈の中に人間的な側面が全く現れてこない。

施設の実習担当者による学生評価から、①のような具体的な体験やコミュニケーションについて感想を書く学生は現場でもコミュニケーションに積極的でその評価は

表6 老人保健施設での早期体験学習の課題レポートテーマの概要 (1997, 2)

<p>A ユニークな視点のレポート・焦点を絞ったレポート 計16名</p> <p>1) ユニークな視点のレポート 9名</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管疾患患者のADL自立</li> <li>・人間とは何か・人間の幸福とは何か</li> <li>・終末医療(ターミナルケア)</li> <li>・施設ケアと在宅ケア</li> <li>・「真の介護」とは何なのか</li> <li>・医療と生</li> <li>・コミュニケーションの大切さ</li> <li>・老人とのコミュニケーション</li> <li>・老人による老人のためのボランティア活動</li> </ul> <p>2) 老人のQOL等について 4名</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・老人の孤独感をやわらげるには</li> <li>・老人のQOLについて</li> <li>・こころのケアに重点を</li> <li>・老人の生きがいについて</li> </ul> <p>3) 焦点を絞ったレポート 3名</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険</li> <li>・介護保険制度</li> <li>・介護保険制度の是非</li> </ul>	<p>B 体験内容や施設の実態に関連したレポート 計18名</p> <p>4) 老人保健施設全般について 18名</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・老人保健施設の現状と課題(3名)</li> <li>・デイ・ケアについて</li> <li>・老人保健施設でのケア(2名)</li> <li>・施設による在宅サービスについて</li> <li>・老人保健施設の役割</li> <li>・老人保健施設と在宅ケア</li> <li>・老人保健施設で働く人達</li> <li>・老人保健施設と在宅介護について</li> <li>・要介護老人のケアと老人保健施設</li> <li>・高齢社会と老人保健施設</li> <li>・老人保健施設におけるリハビリテーション</li> <li>・高齢社会と老人保健施設の現状</li> <li>・老人保健施設における家庭復帰に向けての機能</li> <li>・老人保健施設と高騰する医療費</li> <li>・老人保健施設での体験とそこから見える現状とこれからの課題</li> </ul> <p>C 教官の例示したテーマに沿ったレポート 計55名</p> <p>5) 要介護老人のケアについて [例示した課題名] 19名</p> <p>6) 痴呆性老人のケアについて [例示した課題名] 11名</p> <p>7) 高齢社会の保健・医療・福祉全般 [例示した課題名] 25名</p> <p>D 感想中心 計7名</p>
---	---

概ね高く、②のような感想を書く学生は実習に消極的でその評価も低いという結果が得られた。

このように、1年次の早期体験実習において、積極性に欠けコミュニケーションが不十分なまま実習を終える学生が存在する。しかし、1年次に消極的であった学生が医学生としての学習、経験を通じ、4年次のプライマリ・ケア体験学習では住民や患者と積極的にコミュニケーションをとろうとする姿勢に変わっていく例もあり、6年間の医学教育の中での早期体験、反復曝露を通じた学生の人間的な成長を見守っていく必要がある。

### V プライマリ・ケアネットワークの形成と医学教育における活用

#### 1) プライマリ・ケア教育の目標、方法とその受け皿

筆者は現在の我が国の医学教育に欠けているものの1つがプライマリ・ケア教育であると考えている。卒前教育については日本医学教育学会より<sup>38)</sup>、卒後臨床研修については日本プライマリ・ケア学会より<sup>39)</sup>、それぞれカ

リキュラム試案が公表されている。最近、基本的臨床能力教育、プライマリ・ケア教育、問題解決能力教育を包含した総合診療教育の必要性が指摘され<sup>40)</sup>、その教育目標、方略、評価についての提案がなされている<sup>41)</sup>。その中で提案されているプライマリ・ケア教育の一般目標(GIO)は、「地域において、保健・医療・福祉の統合を視野に入れながら全人的・包括的医療ができるようになるために、それらに必要な基本的な知識・技能・態度を身につける。」と設定されている。一般目標については、前述の考え方がプライマリ・ケア教育に携わる教官の間ではほぼ一致しており、公衆衛生学の教育目標である「地域を基盤とした保健・医療・福祉活動において、医師として積極的に参加するための基礎的能力を修得する」といった内容とのもかなりオーバーラップしている<sup>42)</sup>。また、行動目標は、プライマリ・ケアの基礎知識の習得に関する項目とプライマリ・ケアの実践経験(体験)に関する項目に大別される。

一方、これからのプライマリ・ケア教育は、基本的臨

床能力の教育を基礎に行う必要があり、コミュニケーション、メディカル・インタビュー、身体診察法、基本的臨床検査、基本的手技、診療録および症例の呈示等の能力だけでなく、Evidence-based Medicineの基礎能力も含まれる<sup>41)</sup>。また、プライマリ・ケア教育および基本的臨床能力の教育のいずれにおいても、一次、二次、三次医療の現場での小グループでの問題解決型の教育の実現が不可欠と考えられる<sup>5,40)</sup>。

このような目標及び教育方法を明確にしたプライマリ・ケア教育が、卒前医学教育、卒後臨床研修を通じて有効に行われるならば、①「地域医療現場でのプライマリ・ケア的アプローチ」の欠如、②「身体・心理・社会的側面への統合的アプローチ」の欠如、③「予防・診断・治療・リハビリの統合」、「保健・医療・福祉の統合」などの視点の欠如、といった現在の課題が将来的には徐々に解決されていくであろう。

医学部におけるプライマリ・ケア教育の受け皿となる講座についてみると、1980年代に入り付属病院に総合診療部が設けられ、そこが担当するケースがある。最近、国立大学を中心に総合診療部が増えつつあり、1997年までに23の医学部付属病院に設置されている<sup>43)</sup>。千葉大では卒後・生涯医学臨床研修部といった目的を明示した名称の診療部がある。また、講座としては筑波大では社会医学系講座の中に地域医療学があり、自治医大では独立した地域医療学講座がある。その他、関連講座として病院管理学、医療管理学などがあり、香川医大では人間環境医学講座という衛生・公衆衛生学講座の中で医療管理学の教官が担当している。

プライマリ・ケアの卒前教育の内容として、①臨床系講座・診療科からのアプローチと②社会医学系講座からのアプローチが見られる<sup>20,23-25)</sup>。全体の傾向としては、(1)臨床系講座・診療科からのアプローチはやはり全科的な臨床に重点があり、(2)社会医学系講座からのアプローチでは地域保健に重点が置かれている。

## 2) プライマリ・ケアネットワーク形成の必要性

前述の21世紀の医学・医療懇談会の第1次報告<sup>5)</sup>には、医療人育成の方向が示されている。第1には制度の見直しで、特に学校制度や入学者の選抜の方向を示しており、学士入学卒の増加など最近そのような方向が具体化されてきているが、medical schoolの導入を含めて多様な環境で学生を育てるには教育全体の抜本的な改革が必要と考えられる。他に、入学後の教育の方向が示されている。

その1つは「患者に学ぶ実習の充実」と表現され、患者中心の問題指向型学習(Problem-oriented learning)の必要性を指摘しており、クリニカル・クラークシップも一例である。もう1つは「地域の中で育つ医療人」と表現されるコミュニティ基盤型学習(community-based learning)であり、地域での在宅医療等の学習が例として挙げられる。このようなProblem-orientedあるいはcommunity-based learningは欧米諸国では教育プログラムとして一般的に導入され、これらの方法を踏まえた教育改革が現在進行中である<sup>13)</sup>。我が国においても地域でプライマリ・ケアを担う医師を教育の受け皿として活用したcommunity-based learningを実現するには「臨床教授制」が形式的なものではなく実際に機能する必要がある、今後この制度が一般化し、医学部と地域の医師会、地域医療機関とのネットワークが形成されていくことを期待したい。

すでに慢性疾患のケアを例にネットワークの意義について述べたが(図2)、プライマリ・ケアネットワークについては、社会システムとして定義されているが、あくまでも行政や大学からのトップダウン方式でなく、草の根の情報やヒューマンネットワークが必要である<sup>29,32,44)</sup>。一方、プライマリ・ケアネットワークは後進の養成を念頭においた教育システムの意味ももっている。また、その意義として、①包括的医療の実現、②継続的管理の実現、③身近なサービスの実現がある。また、その必要条件として、各施設の連携を通じ、質の高い保健医療・福祉サービスを提供するための④責任性、⑤協調性が挙げられ、教育上のネットワークも求められる(表7)。

以上のように、医療の分野だけでなく、保健、福祉、教育の領域をカバーする包括的なプライマリ・ケアネットワークの形成により、適切な保健・医療・福祉サービスが適切に提供されることが期待される。

プライマリ・ケア教育においても、包括性、継続性、協調性、責任性、近接性といった、プライマリ・ケアの実践のための5つの要件が必要である。すなわち、社会医学と臨床医学および関連する特別科目を含めた教育面の「包括性」、卒前教育から卒後研修、そして生涯教育までの「継続性」、それらの教育において図3に示したような大学と地域医療機関の連携や社会医学系講座と臨床系講座の連携、そして6年間の教育の一貫性という意味の「協調性・責任性」および学生と指導教官の「近接性」といった要件である。これらの要件を備えたプライ



表7 プライマリ・ケアネットワークの意味

<p>1) 定義</p> <p>a) 社会システムの役割                  疾病の診断・治療のみならず，人生を幸福に送るための前提である「健康」を支援し，生活を安全に，快適に，安楽にする社会システム</p> <p>b) 教育システムの役割                  医学部卒前教育から医師の生涯学習への教育の継続性を可能とするシステム</p> <hr/> <p>2) 意義</p> <p>a) 包括的医療の実現 →包括性 (Comprehensiveness)</p> <p>b) 継続的管理の実現 →継続性 (Continuity)</p> <p>c) 身近なサービスの実現 →近接性 (Accessibility)                  ・包括的医療の実現において全科に及ぶ疾病の診断・治療 (全科的医療) は必要条件ではあるが十分条件ではない。</p> <hr/> <p>3) 必要条件                  保健・医療・福祉資源 (施設・従事者) の連携を通じて，                  「質の高い地域保健・医療・福祉サービス」の提供 →責任性 (Accountability)                  →協調性 (Co-ordination)</p> <p>a) 情報のネットワーク                  →包括医療，継続的管理の基盤整備                  様々な資源の役割を明確化，お互いの知識，技術，情報の活用・協力                  (1) 教育・研究に関する情報：疫学，地区診断，政策決定                  (2) 患者ケアに関する情報 ①診診連携・病診連携の情報                  ②保健・医療・福祉施設・サービスの情報</p> <p>b) 保健・医療・福祉施設のスタッフ間のネットワーク                  →包括的保健医療の具体化                  個人々の健康状態の様々な段階において，医師を含めた保健・医療・福祉の専門家の役割分担と連携                  ①全科的アプローチ←地域医療機関の連携，専門医の連携 (診診連携)                  ②全人的アプローチ←保健・医療・福祉施設のスタッフ間の連携</p> <p>c) 教育上のネットワーク                  →地域保健・医療および包括的保健医療の教育                  プライマリ・ケア教育の体系化                  ①大学と地域医療機関の教育上の病診連携                  「臨床教授制」による学外教育スタッフの認定                  ②学内教育の連携・一貫性</p>
--

マリ・ケアネットワークの形成が21世紀の高齢少子社会の保健，医療，福祉，医学教育に求められるであろう。

我が国では，医学教育の理念や方略については各医療機関の自主的な判断に委ねられているが，各機関において教育理念や目標が必ずしも明確になっていない場合があり，特に国立大学では，これまで研究者育成に力点が置かれ，臨床医養成の視点に乏しい印象がある。川崎医科大学などの私立の医科大学は後継者養成の目的があり，その教育理念として「よい臨床医」を養成するということを明らかにしている。それに対し，国立大学は，6年間の医学教育と卒後研修・生涯学習において，研究機関としての研究者育成と地域医療の拠点としての臨床医養

成という2つの役割がある。従って，大学においては研究者育成と臨床医養成の2つの視点が求められる。このような視点を，基礎系，社会医学系，臨床系の教官が共有し，教育理念・目標が明確になったとき，人間性と科学性を兼ね備えた医学研究者および臨床医の育成が実現できるであろう。

おわりに

目前に迫った高齢社会を念頭においたプライマリ・ケア教育のあり方，また地域住民への保健医療サービスの質の向上を考えた時，特定機能病院を含めた第三次医療

機関での高度先進医療と地域でのプライマリ・ケアのバランスが求められる。そのためには、将来的な「プライマリ・ケアネットワーク」の形成において地域においてコーディネーターとして中心的な役割を果たす臨床医（プライマリ・ケア医）、また専門医として「プライマリ・ケアネットワーク」を後方支援できる研究医など、多様性を持った医師、医学研究者の養成が今後の医学教育の課題である。

## 文 献

- 1) Jonas, H.S., Etzel, S.I., Barzansky, B.: Educational program in US medical schools, 1993-1994. JAMA, 272: 694-701, 1994
- 2) Rees, L., Wass, J.: Undergraduate medical education. Br. Med. J., 306: 258-261, 1993
- 3) 岡村健二: 英国における卒前、卒後医学教育の調査—とくに家庭医教育を中心に—. 医学教育, 27: 109-113, 1996
- 4) 医学教育の改善に関する調査研究協力者会議: 最終まとめ. 日本医事新報, 3308: 114-115, 1987
- 5) 21世紀医学・医療懇談会: 第1次報告「21世紀の命と健康を守る医療人の育成を目指して」. 文部省高等教育局, 1996
- 6) 21世紀医学・医療懇談会: 第2次報告「21世紀に向けた介護関係人材育成のあり方について」. 文部省高等教育局, 1997
- 7) 21世紀医学・医療懇談会: 第3次報告「21世紀に向けた大学病院の在り方について」. 文部省高等教育局, 1997
- 8) Rose, G.: The strategy of preventive medicine, Oxford University Press, ; 曾田研二, 田中平三 (監訳): 予防医学のストラテジー—生活習慣病対策と健康増進—, 医学書院, 東京, 1998, pp. 31-109
- 9) 岡本祐三: 医療と福祉の新時代. 日本評論社, 東京, 1993
- 10) 藤谷藤郎: 現代のスティグマーハンセン病・精神病・エイズ・難病. 勁草書房, 1996
- 11) World Summit on Medical Education. Proceedings. Edinburgh, 8-12, August, 1993, 28 (Suppl 1): 140-149, 1994
- 12) Boelen, C.: The challenge of changing medical education and medical practice, World Health Forum 1993, 14: 213-216, 1993
- 13) 西園昌久: 世界の医学教育と国際交流. 医学教育白書 (日本医学教育学会 編), 1998年版, 篠原出版, 東京, 1998, pp. 175-178
- 14) 中村健一: 地域指向の医学教育を—WHO 西太平洋地域医学教育ワークショップに出席して—, 日本公衆衛生誌, 41: 1117-1121, 1994
- 15) General Medical Council (U. K.): Tomorrow's doctors, Recommendation on Undergraduate Medical Education, December, 1993
- 16) World Health Organization: Personnel for health care: case study of educational programmes (Katz, F.M., and Fulop, T., eds.), 1978; 中川米造・岩淵勉・堀原一 (監訳): 医学教育と地域保健計画 (WHO; 1978-1980). 篠原出版, 東京, 1984
- 17) 郡司篤晃: WHOの「ヘルスプロモーションに関する憲章」. 公衆衛生, 51: 797-802, 1987
- 18) Macaulay, A.N., Paradis, G., Potvin, L., Cross, E.J., et al.: The Kahnawake school diabetes preventive project: intervention, evaluation, and baseline results of a diabetes primary prevention program with a native community in Canada. Prev. Med., 26: 779-790, 1997
- 19) William, C.L., Squillace, M.M., Bollella, M.C., Brotanek, J., et al.: Healthy start: A comprehensive health education program for preschool children. Prev. Med., 27: 216 - 223, 1998
- 20) 中村秀喜: コミュニティ基盤のプライマリ・ケア学習—地域で体験するプライマリ・ケア—. 徳島大学医学部公衆衛生学教室, 1997, pp. 7-32
- 21) 藤崎和彦: プライマリ・ケアにおける研究の専門性. Jap. J. Prim. Care 16: 9-13, 1993
- 22) 飯島克巳: プライマリ・ケアの歩み, 最近の動向, 専門性の模索, Jap. J. Prim. Care, 16: 171-179, 1993
- 23) 石橋幸滋, 荒川洋一, 江尻 崇, 矢代武雄 他: プライマリ・ケアの臨床実習. Jap. J. Prim. Care, 8: 103-110, 1985
- 24) 大貫 稔, 土屋 滋, 福屋靖子: 筑波大学医学生による難病患者の訪問実習. Jap. J. Prim. Care, 7: 31-34, 1984
- 25) 石川 澄, 松尾裕英, 長束一行, 恩地 裕: 医師養成初期課程におけるプライマリ・ケアの実践的教育. Jap. J. Prim. Care, 12: 141-149, 1989

- 26) 門奈丈之：医学教育の新たな展開。公衆衛生, 57 : 383 - 386, 1993
- 27) 上島弘嗣：公衆衛生教育の課題と展望。公衆衛生, 57 : 390-393, 1993
- 28) 山根洋右：高齢者のヘルスケア「今日の課題, 明日への選択」-老人のヘルスケアに対する医学教育-(カナダ医師会高齢者ヘルスケア委員会報告)。医学教育, 27 : 13-17, 1996
- 29) 久繁哲徳：公衆衛生における情報-根拠に立脚した保健医療への転換-, 公衆衛生, 61 : 709-716, 1997
- 30) 新井宏朋, 藤田雅美：政策科学としての公衆衛生学, 日本公衆衛生誌, 43 : 517-519, 1996
- 31) 塩飽邦憲, 山根洋右, 福島哲仁, 磯邊顕生 他：出雲市におけるヘルスケア政策確立のための参加型行動研究。日本公衆衛生誌, 44 : 464-473, 1997
- 32) 松浦尊磨：健康福祉の町づくりにおける保健婦の活動-兵庫県五色町・1 包括ケア, ヘルスプロモーションの視点から-, 公衆衛生, 60 : 488-493, 1996
- 33) Johnson, A.K., and Scott, C.S. : Relationship between early clinical exposure and first-year students' attitudes toward medical education. Acad. Med., 73 : 430-432, 1998
- 34) Steele, D.J., and Susman, J.L. : Integrated clinical experience : University of Nebraska Medical Center. Acad. Med., 73 : 41-47, 1998
- 35) Tippetts, E., and Westpheling, K. : The Health Promotion-Disease Prevention Project : effect on medical students' attitudes toward practice in medically underserved areas, Fam. Med., 28 : 467-471, 1996
- 36) 塩飽邦憲, 山根洋右, 下山 誠：早期医学体験学習の導入と教育評価, 医学教育27 : 212-218, 1996
- 37) 中村秀喜：老人保健実習まとめ-Early exposureの導入とその実施経過-。徳島大学医学部公衆衛生学教室, 1996, pp. 4 -12
- 38) 尾島昭次, 平野 寛, 徳永力夫：卒前におけるプライマリ・ケア・コースのカルキュラム試案 (第2次試案)。医学教育, 22 : 242-248, 1991
- 39) 日本プライマリ・ケア学会・医学教育委員会：「プライマリ・ケア医のための卒後臨床研修カリキュラム案」について。Jap. J. Prim. Care, 10 : 166-171, 1987
- 40) 日本医学教育総合診療教育ワーキンググループ：大学における卒前総合診療教育に関する提言 (1998年5月)。医学教育, 29 : 200-201, 1998
- 41) 伴信太郎：卒前における総合診療カリキュラム-目標・方略・評価-, 医学教育, 医学教育, 28 : 405-410, 1998
- 42) 華表宏有：卒前医学教育における公衆衛生学の教育目標の課題。日本公衆衛生誌, 43 : 175-181, 1996
- 43) 今中孝信：総合診療教育の現状と改革の動向。医学教育白書 (日本医学教育学会 編), 1998年版, 篠原出版, 東京, 1998, pp. 73-77
- 44) 関 寛之, 桜井保之, 今高國夫, 室生 勝 他：事例検討会から始まった保健・医療・福祉のネットワークづくり。Jap. J. Prim. Care, 15 : 70-75, 1992