INTERVIEW

自治医科大学地域医療学センター センター長
梶井英治 先生

【プロフィール】梶井英治先生　鳥取県出身. 1978年自治医科大学卒業. 鳥取県立中央病院にて初期, 後期研修. 国保日南病院, 国保知頭病院へ派遣. 85年自治医科大学血液科非常勤職員. 88年自治医科大学人間生物学助手. 92年自治医科大学法医学・人類遺伝学助教授. 95年同講座教授. 98年自治医科大学地域医療学教授, 2001年から総合診療部長を兼務し, 現在に至る.

地域医療の先達として, 今, 自治医大の枠を超えて踏み出すとき.

聞き手：山田隆司　公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

医師不足をどう考えるか

山田隆司（聞き手）　今日は自治医大に梶井英治先生を訪ねました. 先生にこのインタビューに登場していただくのは2回目になります. 今回は自治医大地域医療学センターの現状や各地でできてきた地域医療関連講座についての先生のご意見を伺いたいと思います.

梶井英治　各県に地域枠や修学資金奨学制度ができ, 自治医科大学も定員が100名から113名になり, ここ数年, 予期しなかった展開が起こっています. しかしそれで果たして医師不足が解消したかというと, やはり医師は不足しています. 1つはよくいわれている偏在, そしてもう1つは需要と供給のアンバランスが原因です. 欧米に比べて病床数も多く, 外来患者数も多いことを考えると, 少ない医師で多くの仕事に対応しているというのが現状だと思うのです. では私たちが卒業した30年前に比べてどうかというと, 当時も医師不足には変わりなかったのですね.

山田　そうですね, もっと深刻だったと思います.

梶井　ではどこが違うかというと, この30年間で, 医学・科学の大進歩に後押しされて医療が進歩しました. 例えば内科の中で消化器内科といっても食道, 胃, 肝臓, 胆・膵, 大腸と非常に細分化しています. 内科医は徐々に増えてはいても, 細分化に対応できるほどの増え方かというとそうではないですよね. そう考えてみると, 細分化がよけいに医師不足感を助長していると思います.

一方で, 専門診療科のトレーニングを受けた医師たちが地域の病院に赴任する. そうすると日中はその専門医を目当てに患者さんが来院する. しかし夜間や休日など救急体制において診療科専門医は求められる幅広い領域に対応ができない. また自分の専門はここなのでここに限定しますという人も増えています. しかし, 求められるものは違う. そうすると, そういうことが求められない病院に行きたいということになるわけです. その結果どこに行くかというと, 民間の病院だったり, 開業だったり, あるいは自分の考えでできる公的な診療所のようなところです. ですからやはり全体像を見て, どういうところに問題点があるので, どんな医療提供体制を作っていくべきであるというブループリントを明確に示していかなければだめだと思うのです.

先日, こういう話をしました. 従来の枠組みをいったん消しましょうと. そのうえで日本にどういう医療提供体制が必要なのかを考えて, 皆さんが納得できる線を見つけていく. そして必要なら再編, 再構築もしなければいけない. そうしていく必要がありますと.

山田　私もそう思います. 現状は地域枠などの方法で過渡的に医師数を増やす措置がとられていますが, 増員した人たちにどういう医師になってもらうのか, その教育や研修をどのようにするのかという議論がされていないので, 結局は学生数だけ増やして大学内の各専門科で取り合うということになりかねません.

梶井　全体像を見るときに, 机上で議論をするだけでなく客観的なデータを揃えていく必要があると思います. データをうまく利用して, そこから何が読み取れてくるかを考えていかなければいけません.

山田　正しい分析がなされてないのですね. ベッド数に対して医者が不足しているのはベッド数が多いためであったり, 外来患者が多いのは1人が頻回に通院したり, 多科にわたってかかっているためだったりします. あるいは1人のお年寄りが10種類も20種類も薬を飲んでいて, 果たしてそれが各診療科の専門医が外来診療として直接管理しなければいけない類のものなのかという検証がなされていません.

梶井　ある保健師さんに言われたことがあります. 「今日, ある患者さん宅に行ったのですが, この患者さんが1ヵ月に何日間病院通いをされたかわかりますか?」「実は23日です」と.

山田　何だか笑い話のようですが, 本当の話なのですね.

梶井　「その方の病気や日ごろの生活の様子などをよくご存知のあなたなら何日でよいと思いますか?」と私が聞いたところ,「2日だと思います」というのです.「1人の, 何でも相談にのってくれる先生がついていてくれれば, 2日で大丈夫だと思います」と. それは1つの真実だと思います. いろいろな地域で話をするときに私はいくつかの同じ質問をするのですが, その1つは「かかりつけ医はいますか?」という質問です. これに対して「はい」という答えは6割です.

聞き手：地域医療研究所所長・「月刊地域医学」編集長　山田隆司

山田　そうですか. 割と多いですね.

梶井　もう1つの質問は「何でも相談できる医師がいますか?」と. これに対してはどのくらいだと先生は思われますか?

山田　1割程度ですか…?

梶井　先生, さすがですね. そうです. 平均値を出すと1割です. 結局, かかりつけ医6割, 何でも相談できる医師1割というこのギャップが日本の医療の現状なのですね. ここを埋めていくことが日本の医療提供体制を充実させていくことにつながるのではないかなと思うのです. ちなみに, 例えば小さな地域, ある村では「なんでも相談できる医師がいますか」という問いに8割の人が手をあげられました.

山田　卒業生がいるところでしょうか.

梶井　そのとおりです. ですから, 私はそういうことが特別ではなくて, 日本全国でごくあたりまえになっていけば, 今の医師数でも医療費でも, かなりのことができるのではないかと思うのです. そういうことを前提にして, ではこれから増えていくであろう医師をどのように育てるかということがとても大事なことです. 私自身はそれを「総合医」といっていますが, 地域へ行く人は全員が総合医になりなさいということでなくてもいい. 専門医でも幅広いベースをもった, 地域のニーズに応える, あるいは「自分はこまでしかできない」ではなく, 住民の方々のニーズに応えてどんどん自分自身を増殖させていけるような, そういうマインドをもった医師を育てていければいいのだと思います.

これまで**地域**を**支**えてきた**医師**たちの**力**を**借**りる

山田　私も総合医というのは1つのキーワードであることは間違いないと思っています. ただ, 1つ問題だと思うのは, 今, 実際に地域医療に従事している人たち, 開業している専門医, あるいは従来の枠組みの方々が改革・改善に向けて抵抗する形になってしまわないようにする必要があります. ですから総合医を育てていくのと同時に, これまで長い間地域医療に従事されてきた先生方がジェネラルな方向に支援協力をしてくれるような, グランドデザイン, 戦略が現実的な問題としてとても重要だと思います.

梶井　私が考えているストーリーを展開していくためには, まさに先生がおっしゃった部分が不可欠です. 今, 一所懸命, コツコツと幅広い診療をしている方がたくさんいらっしゃいます. そういう方々を「そういうことができる医師です」と住民に対して客観的に情報を伝えていかなければいけません. 住民の方は「誰が何でも相談にのってくれる先生かわからない」といいます. そういう意味では, 私は地域の中で行政や住民が膝をつき合わせて話をすることが必要だと思います. そしてまずは「開業医の先生のところへ行きましょう. 下駄ばきで行けますよ. 開業医の先生のところで8割, 9割の健康問題が解決しますよ. 開業医の先生方も努力していらっしゃるのです」と, その姿が伝わるように発信していけばいいと思うのですね.

山田　われわれはわずか2年の初期研修を終えた後, 場合によっては3年目, 4年目から地域に出て, そこから実動部隊として地域医療を担ってきたわけです. それと比べたら, 循環器であれ, 整形外科であれ, 皮膚科であれ, 皆さん, 地域の現場で10年, 20年やってこられた経験というのは, 非常に大きな力です. そういう人たちが, 往診もする, 風邪の患者も診る, 血圧の相談ぐらいなら受ける, 自分は胃カメラはやらないけれど胃の調子が悪ければ相談を受けるという方向, 総合医, 総合診療に向けた方向に進んでくださることが, 今, 一番必要なことだと思います.

梶井　そうです. 対立の構図ではなく, 一緒に仲間としてやりましょう. そして一番の中心はやはり住民の方々です. そういう姿勢, 取り組みが, 必ず住民の方に伝わっていくと思うのですね. そうなれば先ほどの通院日数の23日が「山田先生にかかると2日でいい」というふうになっていくと思うのです.

私は, 先ほどデータ云々と言いましたが, 一方ではこういう感情的な部分が重要で, やはり医療の本質は人と人との関係性だと思うのです. 講演で私はよく次のような話をします.「自分は, 今日は医師として話をしていますが, 間違いなく近い将来自分も患者になって, 死を迎えます. 医師も行政担当者も住民であり, あるときは患者にもなります. 住民としてみんなで話し合って, そこに専門性が必要なときに意見を求めればいいのではないでしょうか」と.

知恵を**出**し**合**って**問題**に**対応**し**次**に**生**かす

山田　私も医療崩壊の現場で話を聞く機会がありますが, 医師が不足していて本当に困っている地域では, 開業の先生たちも病院の時間外の診療を受けもったり, 健診などの事業に積極的に取り組んだり, あるいは災害時の訓練を一緒にしたりなど, むしろみんなが一歩足を踏み出して連携するといったところがあります.

梶井　本当にそうです. ある地域で, 公立病院が2つあったのが1つなくなりました. そうしたら, 開業医の先生方がワッと立ち上がったのです. 住民の人たちも, 今, 自分たちが何を考えて, どう歩んでいかなければいけないかという方向の話し合いを始めたのです. ですから, 私は, 今の状況は崩壊ではなくて, このままでは大変なことになりますよと一石が投じられた状況だと思うのです. その波紋をどういうふうに広げていくかということが問われているのだと思います.

山田　限られた資源を, どのようにみんなで有効に活用していくか. 医師不足のときに単に人を連れてくればすむという問題ではなく, そういう状況になることはどこでもいつでもあり得るわけなので, 患者側も辛抱することを学んだり, あるいは医者側も自分の診療範囲や診療時間を超えて地域医療にかかわる誠意をみせないといけない. 今すべきことは, 責務を負う特定の医師を生み出すことではなく, これを題材に医師全体が, あるいは地域住民が考える

など，みんなが知恵をつかうことです．医者が1割増えました，でも，その人たちは専門診療科に進み，また10年後に医者が不足した．それではこの事象からは何も学べず，時限立法で1割数を増やしたというだけのことで，イタチごっこになりかねません．

梶井　大賛成です．実はそういうことで，地域の中で自然発生的に市民活動が起こっています．糾弾する市民活動ではなく，自分たちの地域の医療をどう捉えて，そして守り育てていくかという認識で，いろいろな市民活動が起こっているのです．昨年から住民活動の全国シンポジウムを開いているのですが，皆さん，熱いですよ．間違いなく輪が広がっていっています．その中でよく交わされる言葉が「感謝」「お互いさま」「ありがとう」「どういたしまして」なのです．日本人らしさです．隣組とか，青年団，あるいは消防団，自治会の組織など，いろいろありますよね．それは，日本人の関係性の強さです．その人間関係性の強い部分が今，粗になってしまったのだと思います．地域医療の崩壊という前に地域社会の崩壊です．地域社会が力を失ってきたから医療を守る力も失っている．そしてお互いさまというところが希薄になってきている状況が今の日本の全体ではないでしょうか．ですから，お互いがお互いを大切にする．その中でこの地域をどのようにみんなで守っていくか，育てていくか，作っていくか，知恵を出し合い活動していく．そしてそのウエーブの中で地域の医療をみんなで守り育てていく必要があると思っています．

山田　地域の人たちがそういう活動を始めたというのは素晴らしいことだと思います．モンスターペイシェントと呼ばれるような人たちがいたり，患者サイドが単に医療の消費者という立場に立つと，医者の側も萎縮医療になってしまって，自分の専門を超えて何かをしようとか，相談を聞こうという態度をとりにくくなる．しかしそれもお互いさまで，医者側のほうも歩み寄る必要がある．かかりつけ医と呼ばれようと思うなら「私は腎臓のかかりつけ医です」といった臓器別のかかりつけ医は本来あり得ないはずです．実際に治療はできなくても，話を聞いて適切なところを紹介してあげることができれば，それが立派なかかりつけ医です．

梶井　全く同感です．若い人たちをどう育てていくかというときに，たとえ将来，専門医になるのだとしても，そういったマインドをもって日々の診療にあたってほしいと思います．それが積み上げられれば，先生がおっしゃるようなかかりつけ医になれますよね．病院でもそういう意識は不可欠です．それが実現すれば日本の医療はガラッと変わっていくと思っています．

地域の中で教育する

山田　医療者側として，大学や，学会など教育や学術に関係している団体がどう取り組んでいくか，これからますます重要ですよね．

梶井　私もそう思います．大学もどんどん外に出ていく．今，そういう時期にさしかかっている．若い彼らの心にグサッと突き刺さるような取り組みが必要だと思います．そのためには大学の中だけでは限界がある．学内の教育ももちろん必要ですが，地域に出て，地域の中で，地域から学んでいくということも必要だと思うのです．地域には教え手は大勢います．医師だけではなく，例えば看護師さん，保健師さん，いろいろな医療・保健職種の人たち，事務の方から学ぶこともあるし，薬剤師さんから学ぶこともある．ケアマネの人から学ぶこともあります．医療というのは非常に幅広いですから，逆に医師だけで教えられるものではありません．そういう意味では，最近は，Interprofessional Education（IPE），いろいろな職種の人たちが一緒に学ぼうという方法もありますし，私自身は，大学教育のあり方というのが，今，曲がり角ではなく，大きくジャンプする時期にきているのではないかと思います．

山田　そういった意味で，例えば自治医大の地域医療学センターが，生涯研修，生涯学習をサポートしていくというようなお考えについてはいかがですか．

梶井　それは必要だと思います．生涯学習といってもニーズがありますから，画一的なものではなく，多様なニーズに応えられるような生涯学習のコースを準備していかなければいけない．それを地域医療振興協会とも手を携えて，全国に広めていく必要があると思います．

なぜかというと，地域で開業している先生，診療所に勤務している先生，あるいは小さな病院で日々休む間もなく，がんばっている先生方が，日々独学でやっているけれど，その到達点がこれでいいのか？とふと疑問に思うときがあると思うのです．そういったときに「これでよかったのだ」と確認できれば，今までのやり方でまた日々精進しようという自信になります．そういう先生方がまた他の先生方や学生たちに伝えるメッセージというのは大きいと思うのです．ですからみんなが学んでいけるような環境を，自治医大の中だけではなく，同時に全国に作っていく必要があると思っています．

そういう意味では，全国各地にできた地域医療関連講座ともネットワークを構築していく必要があります．自治医大はどちらかというと，そういうときのコーディネーター，縁の下の力持ちだと思うのですね．皆さんと一丸となって積極的に進めていくべきだと思います．

山田　卒業生が各県で研修をサポートする，あるいは学生の地域医療実習にかかわるというのはとても素晴らしいことだし，今もそれは非常に大きな力になっていると思うのですが，一歩踏み出して，今地域医療に従事している開業医の先生とネットワークを組む．あるいは地域医療を志そうとしている人たちと交流する．場合によっては各地区の医師会の先生たちに学外講師としてかかわってもらう．そういうふうにネットワークを広げる力になればいいと思っています．

梶井　自治医大の地域医療の臨床実習をわれわれは，Community-based Learning（CBL）と呼んでいます．CBLは，栃木県内でやるのではなくて，各々の出身都道府県に帰って受けています．したがって47都道府県でお世話になっています．12年前にこの教育ネットワークを作りました．各都道府県に1人ずつの地域担当臨床講師が委嘱されています．2009年度から臨床准教授，臨床教授も誕生しました．地域担当の臨床教員が一堂に会して，その年のCBLを振り返り，よりよい方向へと導くための議論をするというワークショップを毎年開いています．その中で先生が言われたように，自治医大卒業生に限らず，地域の開業医の先生方にもお世話になったらどうか，その先生方にも臨床教員になってもらったらどうかという話が出ています．その必要性を日々の診療，あるいは学生を受け入れる立場でひしひしと感じているのだと思うのです．

山田　それはいいことですね．

梶井　そういう意味では，まだまだ不十分ではありますが，47都道府県に地域医療の教育ネットワークができてきたと思います．

山田　今の地域医療のネットワーク，関連講座のネットワークというのは，地域の医師会の先生方にはアプローチしやすいと思います．学生を1週間でもい

いから預かってくださいとしていくことで，みんなが前向きに取り組めると思います.

梶井　今日は先生と意見一致ですね. 個を越えていくということだと思います. 開業医の先生も，地域の先生方も，日々自分たちがやっていることが本当にどういうレベルにあるか. そしてそれを伝えることによってまた自分たちのあとに続く人たちが来てくれるのだと感じる. そういう思いというのは，実はとても大事で，その思いをもって臨んでいただければ，若い人たちに伝わると思うのです. 教える側になると，やはり準備が必要ですよね. 準備して教える. そうすると返ってくる. そしてまた自分が勉強する. それによって非常によい循環が起こる. そういう中で，例えば住民もいろいろな職種の人もその様子を目にし，一緒にかかわっていく. そうすると地域をあげてこの学生さんたちを育てようというふうになる. 地域自体もそれが地域医療づくりにつながっていくのですよね. 学生教育を地域でやることによって地域の活性化，地域の活力がそこに生まれて，地域医療づくりにもつながっていくと思いますし，同時に学生たちにとってはそれが大変魅力的に映ると思うのです.

山田　私も本当にそう思います. 医師の生涯学習は何時間，何単位自己学習をしたというよりも，研修医や医学生の実習を直接指導するといったことの方が真の診療の質を担保する学習につながると思うのです.

梶井　医師だけではなくて，そこのスタッフ全体のモチベーションにつながりますよね.

山田　病院でもそうですが，研修医がいるということ自体が，施設職員全体のテンションを上げて，診療の質をよくします. 昨日も私の病院で研修医の最後の報告会を行ったのですが，本来は介護スタッフが知っていなければいけないような情報を研修医が聞き出したりしているのですよね. それに刺激されて，みんなのケアの質が格段に上がったりします. それは病院の中だけでなく，地域においても同じはずです. 研修医や若い学生たちがかかわることでみんなが力を得ていく. あるいは自信をもっていく. それで地域がよくなっていきます.

梶井　本当にそうです. でもそういったことは，例えば教育理論・手法にはないのですね. 知識や技術はわかりやすいし，そこをシステム化することは難しくないのですが，今のようなお話は，教科書にも書いてない. でもそういうことが大事だというのは間違いないのです. そこのところをどういうふうに教育に盛り込んでいくかということも，同時に検討していく必要があると思います.

自治医大の次なるステージを目指して

山田　いろいろな地域で自治医大卒業生の貢献した役割というのは大きかったと思うのですが，今それで満足していてはいけない. 先生がおっしゃったように，これまでの知恵を生かして外に向かってネットワークを広げていきたいですね.

梶井　私自身もそう思います. 現在，自治医大の中にいるわれわれ，全国の卒業生，みんなで従来の自治医大という枠を超えて踏み出すべき責務だと思います. 責務とあえていったのは，自治医大はそもそも論で考えると，国民の皆さんが作った大学，県民の皆さんが作った大学なのですね. ですから，こうやって自治医大はいろいろなプロダクトを出してきたのですが，それらは自治医大のみの所有物ではなく，各都道府県，日本に帰属させるべき財産だと思うのです.

山田　本当にそうですね.

梶井　自治医大という枠に捉われるのではなく，先生が言われるように，ネットワークを広げていって，地域枠の学生も一緒に育てていきましょうと. これが，今，求められている次のステージに向かっての自治医大の責務かなと思います.

山田　各大学の地域医療関連講座を見ても，生い立ちが違う，ミッションが違うなど，いろいろな意見もあると思いますが，そんなことに拘泥している場合ではなく，それを乗り越えて，共通課題は，目の前の困った状況に誠意をもって応えていける医師を育成するということに尽きるのですよね.

梶井　そのとおりです. 本来，医療というのは地域医療であり，それを担う医師は総合医だったのです. それがどこかの時点で忘れられてきてしまった. だから，もう一度原点に帰り，自分たちが何を成すべきかというところに視座を変えていく必要があると思います. われわれ医師は個の前に公があるべきだと思うのです. そう考えると専門医だ，総合医だ，云々ではなく，みんな1人の医師として自分が何を成すべきかを考えていこうということです.

山田　まったくそのとおりだと思います. 医師というプロフェッションは公に資するものであって，人のためになることをするという部分が医師という職業のプロフェッショナリズムの基本だと思います.

梶井　大賛成. 今日は大賛成が多いですね.

山田　ありがとうございます. 私としても非常にうれしいです.

梶井　年をとったせいか，自分自身，原点回帰の思いが強いという感じがします. 今，地域医療崩壊といわれているなかで，医師として考えなければならないのは自分の立ち点はどこかです. つまり自分たちはプロフェッショナルで，そのプロフェッショナリズムの大もとは何かということを自問自答していく時期なのかなと思います.

地域医療を面に

山田　最後に，現場で頑張っている卒業生たちにエールをいただけますか.

梶井　私たちはこれまで，診療所で，またあるときは50床，100床，200床の病院で，どこでも仕事をしてきました. 求められればその求めに応じて努力して研修を積んできました. そしてそれが1日1日1つずつ積み重なって幅広い診療が可能になっているのだと思います. ですからこれから地域医療を担う医師を育成していくためには，その姿勢・マインドを伝えられるようなプログラムにしていく必要があり，その大きなモデルは自治医大の卒業生だと思います.

先日ある学会で「自分たちは一所懸命やってきて，たしかに幅広い診療ができるようになった. でも本当にそれでよかったかということを日々自問自答していました」という自治医大の卒業生から，「地域の中でこつこつと努力し素晴らしいレベルの医療を提供しています」という私の話を聞いて「これでいいんだ」と自信がもてました，と言ってくれたのです. そのときに，私自身，とても反省しました. もっとそれを強く発信していかなければいけないのだと. 自治医大の卒業生のため，また日本の医療のためにも，そういう医師をみんなで育てようということを発信していかなければいけないと反省するとともに，全国各地には自治医大の卒業生に限らずそ

いう医師が育って，小さな地域ながらも，医療のモデルをつくっている．ぜひそれを点と点ではなくて，線にして，面にして，みんなでがんばって日本の医療をよくしていきましょう，というエールを送りたいと思います．

山田　ありがとうございます．先生には大学の活動だけではなくて，プライマリ・ケア連合学会や地域医療振興協会にも力を貸していただけると心強いです．

今日はお忙しいなかありがとうございました．