

巻 頭 言

— 日本の医療を左右する二つの会議 —

保健管理センター長 古川 侃

これまで本誌の表紙タイトルは「保健管理センター報告書」でした。会議資料でも「保健管理センター年報・紀要」となっていますが、「金沢大学」をつけた方がよいということで、「金沢大学保健管理センター年報・紀要」として、今回から表紙タイトルを変えることにしました。そのため、今回は通巻としてではなく創刊号としての再スタートのための巻頭言ということになります。

本年度、保健管理センターは組織上の健康科学部門とスポーツ教育部門との実質的二分化を果たし、前者では学生、教職員のフィジカルヘルスやメンタルヘルスの立場から健康管理をサポートし、後者では共通教育機構の運営や同科目の講義、授業等に係る業務の遂行にそれぞれが専念する体制になりました。また、2年目を迎えた、「新たな社会的ニーズに対応した学生支援プログラム」の本格的活動が始まりました。また、本年度は、空席であったスポーツ教育部門の教員人事が無事終了し、金沢大学保健管理センターのミッション達成のために人的拡充が行われました。しかしながら、教育・安全衛生に係る通常業務は増加の一步をたどる一方であり、健康診断、健康管理に必要な機器購入予算や管理に必要な予算の確保が近年益々難しくなっています。特に心身のサポートが必要な学生・職員が増加していることは、人的資源の早期投入が待たれます。この事はスポーツ教育部門でも同様であり、通常業務である、共通教育科目の身体スポーツ演習、実技及び講義の授業担当の他、金沢大学における学生・職員の心身の健康増進を目的としたスポーツ教育や健康教育のためのマンパワーはまだまだ必要とされています。老朽化や破損により、利用者に傷害をもたらす危険性の高いスポーツ施設に付いては早急に修繕する必要があります。

このように、当センターとしては、健康科学部門とスポーツ教育部門が両翼として十分に機能することによって、学生、教職員にとって学びやすい、働きやすい環境づくりに貢献できるものと考えています。それぞれの抱える課題は多く、未解決のところが少なくありませんが、これらを整理し今後の活動方針としたいと思います。日頃から当センターの運営にご尽力頂きました関係各位に厚く御礼申し上げると同時に、これからもご理解とご協力を宜しくお願いします。

ところで、今年は医療を巡る話題には尽きなかったように思います。現在、来年度予算編成で社会保障費の抑制に関して与野党の激しい攻防が展開されていますが、そのことに関連して、現在私が特に注目している二つの委員会の動向について紹介したいと思います。一つは、医療崩壊を招いたと元凶とされる医師初期臨床研究制度の見直しの委員会です。厚生労働省と文部科学省の両省が主催する、「臨床研修制度のあり方等に関する検討会」（座長 高久史麿自治医科大学学長）がこれまで3回開催されました。「期間」「内容」「定員」の3つが見直しの焦点です。これまでのヒアリングでは、スーパーローテーション方式の臨床研修の見直しのほか、卒前教育から初期・後期研修まで一貫して行う重要性などが指摘されたほか、卒前教育について医学生に「医行為」を認め臨床実習の充実を求める声が出るなど、議論は多岐にわたっています。本学の富田勝郎病院長も第2回会議で招かれ現制度のもつ欠陥を行政関係者に強く訴えています。まず、「期間」に

については、研修期間全体を2年から1年にするという話ではなく、各診療科の研修期間の問題として取り上げられています。「内容」と連動し、現在7分野ある必須科目を減らす一方で、各科について「1カ月以上」（内科は6カ月以上）となっている研修期間を、例えば「3カ月以上」とするほか、将来専攻予定の診療科を重点的に研修するプログラムを導入する案が考えられています。また救急医療や麻酔科は必須でいいが、小児科、産婦人科、精神科などの研修の必要性を疑問視する声もあります。後者については、既に来年度から大学病院でモデル事業の形で実施されるようです。また「定員」の見直しでは、都道府県など地域別に募集定員の上限を設定するという考えが提案されています。現在、初期研修医の募集定員の総数は、医学生（6年生）の総数を約3割上回っています。これが都市部への研修医の集中を招き、医師の地域偏在を生んだとの非難になっているものです。当初予定されていた年内の意見集約は微妙な段階ですが、年明け早々には結論が得られるものと期待しています。

もう一つは、土屋了介・国立がんセンター中央病院長を班長とする「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）のあり方に関する研究班」の成り行きに注目しているところです。第5回班会議で「総合医」は全医師の4-5割必要とする認識を学会側の代表が示しました。日本プライマリ・ケア学会の前沢政次会長、日本家庭医療学会の山田隆司代表理事、日本総合診療医学会の小泉俊三運営委員長がヒアリングで、かかりつけ機能を有する、いわゆる「総合医」と、細分化された医療を担う、いわゆる「専門医」の医師数のバランスについては、3人ともに「『総合医』は4-5割程度、必要ではないか」との認識を示しました。また前沢氏は「専門医療の細切れ的な知識で、総合医をやろうというのはおかしい」と述べ、「地域総合医を目指した研修の義務化」を提言。総合医認定の私案として「医学部を卒業して2年間の臨床研修を受けた医師と、専門医からの転向者は、総合医研修を3年間受け、総合医としての認定を受けた後、在宅医療や老年医学など横断型の専門をいくつか身につける形が望ましい」と述べています。

山田氏は、1次医療で必要とされる総合医について「身近な家庭医として継続的かつ全身を包括的にケアできる。また他職種の調整役も担い、患者の個別性、尊厳を重視したケアも必要だ」と指摘しました。小泉氏は「『専門医』は技が決め手だが、『総合医』は通い合う心がカギ」と説明。医療の不確実性に対し、「専門医」は診療行為を通じてともに1つの可能性にかけける一方、「総合医」は病状の推移を見守りサポートする立場だとしています。

いずれにしても、この二つの委員会は、今後の日本の医療を巡る大変重要な課題であり、国民の関心も高く、すべてが公開されている点も特色があります。今後の成り行きに興味津々といった気持ちで見守っているところです。

(2008年12月18日記)