地域医療と人文学をつなぐ教育の実際





孫大輔先生
鳥取大学医学部地域医療学講座 准教授

北村聖先生
公益社団法人地域医療振興協会 顧問

孫大輔(そん だいすけ)先生　プロフィール
2000年東京大学医学部卒業. 腎臓内科, 総合診療・家庭医療を専門として勤務した後, 2012年より東京大学医学教育国際研究センター講師. 2020年４月より鳥取大学医学部地域医療学講座所属. 2024年１月, 同 地域医療学講座 准教授に就任. 現在, 地域医療に従事しながら学生・専攻医の教育にも携わる.

北村聖(きたむら きよし)先生　プロフィール
1978年東京大学医学部卒業, 第三内科入局. 検査部を経て、2002年東京大学医学教育国際協力研究センター教授. 2017年国際医療福祉大学医学部長, 2019年地域医療振興協会シニアアドバイザー. 現在, 同協会顧問.

自ら学んでもらう教育

北村聖　今日は「月刊地域医学」の対談ということで, 鳥取大学病院に孫大輔先生を訪問しました. 孫先生と私は東京大学医学教育センターで10年近く一緒に仕事をしたのですが, その中で, 総合診療や地域医療について, 孫先生からいろいろなことを教えていただきました. 特に感激したのは, 孫先生が東大の学生を連れて, 銚子で「地域診断」を実践し, それを発表されたことです. 私はそこで,「地域診断とはこういうものなのか」と, 目から鱗が落ちる思いをしました. それからカフェで市民と医療者が自由に対話する「みんくるカフェ」という取り組みをされていて, 本当に行動力のある方だと思っていました.

今日は「理想の卒前地域医療教育」というところに的を絞ってお話を伺いたいと思います. よろしくお願いします.

孫大輔　今日は，遠いところまでお越しいただき，ありがとうございました. よろしくお願いします.

北村　まず，先生は今，鳥取大学で卒前の地域医療教育として，どのようなことをされているのか教えてください.

孫　４年生までの臨床実習前教育として，各学年に「基礎地域医療学」「臨床地域医療学」「症候学」などの必修授業があります．それに加えて，４年生には「地域医療体験実習」があります．これは文化人類学のエスノグラフィーを応用した参与観察を行うものです．さらに，５・６年生の臨床実習では「地域医療実習」があります．現在は「地域医療実習Ⅰ」と「地域医療実習Ⅱ」があり，Ⅰは全員が１週間，Ⅱは希望者を中心に一部の学生が４週間参加します．私はその指導を担当しています.

北村　６年間全体を通した地域医療教育の目標，あるいは到達コンピテンシーのようなものは決めてあるのですか.

孫　地域医療教育に特化したコンピテンシーは設定していませんが，数年前に「地域枠学生独自のコンピテンシーを作ろう」ということになり，講座内で話し合って「７つのコンピテンシー」を設定しました. 患者中心性, 地域志向性, 人間性, 多様性，越境性，架橋性，グローカル性の７つです.

地域枠学生は，制度上の制約が多く，ある意味で縛られているとも言えます．だからこそ，その制限の中でも自分の興味や自発性を引き出し，自ら学んでいく方向性が必要ではないかと考えたのですね. そこで，７つのコンピテンシーを軸にして，フィールドワークなどの課外カリキュラムを行い，レポートで振り返ってもらう取り組みを始めました．６年間のうちに７つすべてを達成した学生には賞を贈っています.

北村　地域枠以外の学生にもそうしたコンピテンシーはあった方がいいですね.

孫　全学生については，モデル・コア・カリキュラムの中で一定のコンピテンシーが定められているため，地域医療教育としては，その中の該当部分に対応させて教えていく形になります．今ちょうど各科目とモデル・コアのコンピテンシーとの紐付けを進めているところです.

例えば，私たちが担当している「基礎地域医療学」や「臨床地域医療学」は，地域医療そのもののコンピテンシーに対応するだけでなく，プロフェッショナリズムの領域，例えば全人的な教養や，不確実な状況において答えが出なくても考え続ける力などにもつながると考えており，私はそのあたりがとても大事だと思っています.

北村　先ほどのお話に出た文化人類学の手法を使う実習というのは，学生たちを地域に住まわせるようなイメージですか？

孫　地域に住まわせるわけではないのですが，まだ臨床実習が始まっていない４年生を病院へ送り出して「１日実習してきてください」と言うと，先生が言ったこと，やったことを記録するだけになりがちなのですね．そこで，文化人類学の「なぜ」と問う視点，つまり「当たり前を疑う」視点を持って現場に入ってもらって，フィールドノーツをつけてもらっています．そうすることで，自分自身の常識を一歩引いて見る「相対化」の視点や，医療の現場で当たり前とされていることをあえて疑う視点を持ってもらいたいと考えています.

北村　それはすごいですね.

孫　単に「先生の患者さんへの接し方が勉強になりました」という感想にとどまる学生もいます

が，一方で，疑問を深めていく学生は，「看取りの際の医師の態度はこれでいいのだろうか？」といった大きな問いを持つことがあります．あるいは，「血圧の薬はこれから一生飲み続けることになるかもしれないが，患者さんはそれをどう受け止めているのだろうか？」といった，医療者としての価値観に染まってしまった私たちにはなかなか出てこない疑問を持ってくれることがあります．そういう視点を持ち続けてくれること自体が，一つの成功だと思っています．

北村　それは評価もするのですか？

孫　ポートフォリオを書いてもらってルーブリックで評価しつつ，コメントを返して形成的評価を行います．最終的には総括評価もします．

北村　地域医療振興協会が毎年開催している「へき地・地域医療学会」で，昨年，文化人類学のセッションがあったのですが，文化人類学の手法というのは，現場に入り込んで，そこで関わりながら見ていかないと，本当の意味では評価できないのだということを学びました．学生がそのように地域をクリティカルに見ていくのは，とてもいいことですね．

孫　特に地域枠の学生には，「なぜ自分はこの地域で何年間も働くのか」ということを深く考えてほしいと思うのですね．そして，自分なりの動機を固めて，高い志を持ってほしいと思っています．

地域医療実習で学んでほしいこと

北村　通常の地域医療実習ではどのようなことをするのですか．

孫　日野病院や大山診療所といった，中山間地域の小規模病院・診療所で実習してもらいます．そこでは，できるだけ患者さんに接してもらい，実際に外来患者さんを診たり，カルテを書いたり，入院患者さんを受け持ったりします．最後には，家庭医療学のフレームワークを使って振り返りを行います．例えばBPS（Bio-Psycho-Social）モデルや，全人的に患者さんを見る視点，患者中心の医療の方法，家族志向性アプローチなどです．

地域医療実習に行った学生が，単に「田舎に行って，生活しているおじいちゃん，おばあちゃんの病気を見て勉強になりました」で終わるのではなく，総合診療や家庭医療ならではの専門性，つまり「どう見るか」という視点をきちんと学んでほしいと思っています．

北村　地域実習では，保険診療だけではなく，予防医学や健康増進，あるいは福祉，介護，看取りといったものも見てきなさい，というアウトカムを用意しているところが多い印象があります．そのあたりはいかがですか．

孫　臨床実習Ⅰの地域実習では，半日ほど地域を回り，ケアマネージャーさんや地域包括ケアの職員の方と一緒に住民の暮らしぶりを見たり，住民の方と話したりする機会を入れています．看取りについては，すべての学生が経験できるわけではありませんが．

北村　学生はそこに違和感を持たないですか．「これは医療ではないのではないか？」と．

孫　逆にほとんどの学生が楽しんでやっているように思います．鳥取大学の学生は，実は都会出身者が多いのですね．今，米子に住んではいても，山間部に行ったことがない学生も少なくありません．患者さんと接し，さらに地域に出て「こういう暮らしをしているのだな」と分かることが，学生にとって新鮮なのだと思います．楽

しみながら学んでいる印象があります.

北村　実習先によって偶発性のようなものはありますか. たまたま行った日に面白いことが起きて, SEA(Significant Event Analysis)を書きたくなるような経験がある一方で, 別の日に行くと「今日は誰も来ませんね」ということもあるのではないでしょうか?

孫　それはありますね. 多くの施設を回る実習にはしていないのですが, 日野病院では外来実習と入院患者さんの受け持ちがありますので, その中で学生はかなり驚きの体験をしています. 入院患者さんの多くは認知症があるし, 90代以上の超高齢者も多いので, 最初, 学生はコミュニケーションに苦労しますが, だんだん「こういうふうにすればコミュニケーションが取れる」というコツをつかんで, それが自信につながることもあります.

北村　アウトカムはどう設定していますか? どういう経験をさせ, 何を評価すれば「地域医療を学んだ」と言えるのか, そこが気になります.

孫　不確実性が高く, 複雑性の高い患者さん, つまり多疾患併存や, 心理社会的要因が複雑に絡んでいて簡単には解決しないケースに, 地域医療教育の本質があると私は思っています. そうしたケースに対して, 総合診療や地域医療ではどのようにアプローチしているのか. そこを教育することが非常に重要になると考えています. モデル・コア・カリキュラムでいえば, プロフェッショナリズムの中にある「答えのない状況でも考え続ける力」, いわゆるネガティブ・ケイパビリティは, 地域でこそ学びやすいのではないかと思います. 私たち医療者でさえ, どうしたらよいのか分からない状況がたくさんありますから.

北村　最近は「医療ジレンマ」という言葉も流行っていますが, ある意味ではその話とも重なりますね.

孫　はい. 全国的に見ても, ネガティブ・ケイパビリティそのものを正面から教育している例はまだ多くないと思います. ただ, Tolerance of Uncertainty, 不確実性への耐性の重要性は徐々に注目されてきています. しかもこれは, 単に複雑性を分類して対処するだけではなく, 複雑さや曖昧さ, 答えのなさをそのまま抱えながら待つ力, 宙づりの状態にとどまる力のようなものが大事なのです. すぐに答えを出さない力, あえて答えを出さない力ですね. AIに聞けば0.5秒で答えが返ってくる時代ですが, だからこそ, すぐに答えを出さないこと自体が大事だという教育が必要だと思います. 地域では, 少し待って, 数週間診ているうちに解決に向かうこともありますし, 多職種と一緒に関わる中で状況が良くなっていくこともあります. そういう教育は, これからの地域医療教育の中でますます大きくなるのではないでしょうか.

北村　大学病院ではそれは難しいですよね. 待てませんからね. CTでだめならMRI, それでもだめならPET-CTと, 次々に進んでしまいます.

孫　私は総合診療外来を担当しているのですが, めまいや慢性疼痛などのMUS(Medically Unexplained Symptoms), 医学的に十分な説明がつかない症状の患者さんが多く来られます. 機能性疾患や身体表現性障害に近い方も多いですね. そういう場合, まさに不確実性に耐える力が求められます. すぐに診断をつけなくても, 少しフォローしながら徐々に改善を待つという関わり方が必要になります.

最近は試験的に「オープンダイアローグ」を応

用したアプローチを総合診療外来で２例ほど行っています．１人目は機能性腹痛の女性で，オープンダイアローグで関わっていくうちに，３～４ヵ月ほどで症状がすっと消えていきました．問題は心理･社会的な状況にあったのですね．もう１人は家族内の問題，特に親からの抑圧のようなものが身体症状として表れていたケースです．そうした方の身体症状は，薬だけでは治りませんので，オープンダイアローグで少しずつほぐしながら状況の改善を目指しています．

北村　かつては心療内科の先生がそういう治療をしていたと思いますが，最近は薬をどんどん足していく方向になっている気がします．ただ，薬を使わないと今度は診療報酬がつかないという問題もありますね．

孫　　診療報酬やコストエフェクティブネスを考えると，時間がかかる割に点数が低いのは確かですが，総合診療の多くは薬や検査などを使わない方向に収斂していくので，オープンダイアローグは非常に相性がいいと思います．

北村　多職種連携教育，IPEの場としての地域医療教育についてはいかがでしょうか．何か取り組んでいますか．

孫　　臨床実習の中では，日野病院などで退院前カンファレンスや患者さん，ご家族を交えて多職種で話し合う場に参加します．具体的な生活支援の検討のために，多職種と一緒に退院前自宅訪問に同行することもあります．多職種カンファレンスでは，リハビリ職やソーシャルワーカーが主導することも多いので，医師は一つのハブであって，トップダウンで全体を動かす存在ではない，ということを学ぶことができます．

北村　医師はリーダーシップを取らなければならない，司会をしなければならない，と思っている人もいますからね．ピラミッド型ではなく，ネットワーク型だということを学ぶよい場ですね．

孫　　はい．訪問診療の場面などは，まさに地域医療ならではですね．

地域枠学生のマインド形成

北村　さて，もう一つ，伺いたかった本丸ですが，地域枠の学生のモチベーションを下げない，むしろ高めるためにはどんな試みをしていますか．

孫　　私は東京大学出身で，前職も東京大学だったので，地域枠のことをほとんど知らずにこちらに赴任しました．なので，とても難しいです．しかし，この講座は県の寄附講座でもあるので，大きなミッションとして地域枠学生のマインド形成があります．

学生は本当にさまざまで，私は５・６年生の全員と個別面談をするのですが，そこで一人ひとりの考えやモチベーション，不満のようなものがだんだん見えてきます．鳥取出身の学生は「県外に出るつもりもないし，奨学金ももらえてありがたい制度だ」と感じていることが多く，比較的ハッピーなケースが多い．一方で，県外出身の学生は，高校生の時点ではよく分からないままで，入学してから「こんな制度だったのか」と感じるケースが多いです．それでも，徐々に地域医療に前向きになる学生もいますが，一部には地域医療にネガティブな印象を持つ学生もいます．そういう学生に対して，「地域医療は楽しい，ただ縛られるだけではない」，ということをどう伝えるかが難しいところです．

また，これは診療科選択とも関係していて，総合診療や総合内科志望なら比較的受け止めや

すいのですが，専門診療科を目指す学生は研修が遅れると感じて，否定的になりがちです．さらに低学年の時と4・5・6年生では考え方も変わります．希望診療科も変わります．内科系と言っていたのに，1年後には外科系になっている，ということも珍しくありません．

北村　周囲に影響されますからね．

孫　そうなのです．地域枠についての気持ちも揺れます．少し否定的になってくると，面談の日程調整へのレスポンスが遅いといったところにも表れるのですね．

北村　先生に会いたくないわけですね．

孫　そうなのですよね．レスポンスの良し悪しで，「この学生は今モチベーションが下がっているのかもしれない」と感じることがあります．だからこそ，コミュニケーションを密に取ることが大事だと思っています．

情報がないまま，イメージだけで制度や地域医療をネガティブに捉えてしまっている学生もいます．そういう学生には丁寧に話をして，「そういうことばかりではないんだよ」「地域医療には楽しいこともあるよ」と情報を渡しながら，少しずつ前向きに捉えてもらうようにしています．

北村　自治医科大学の学生と，一般大学の地域枠学生との違いは大きいですよね．自治医大は全員がへき地に行くので，「お前も田舎で頑張れよ」「俺は海のほうへ行くよ」といったグループダイナミクスが生まれる．でも一般大学では，40人が地域枠で残っても，残りの60人は「頑張ってね，私は大阪に帰るから」「東京に出るから」となる．そうすると，40人のモチベーションが下がったり，不安になったりするのではないか，と自治医大出身の先生が話していました．どう思われますか．

孫　それはあると思います．一般枠の学生と地域枠の学生は，当然ながら情報交換をしていますので，影響はあります．さらに，鳥取大学の場合は，地域枠の中にもいくつかカテゴリーがあり，30数人の中に6人ほど「特別養成枠」の人がいます．特別養成枠は自治医大生に近い扱いで，特別養成枠と自治医大卒業生の8人程度が，毎年県の人事でへき地に派遣されます．ですから，特別養成枠の学生が離脱すると本当に大変なので，1年生の頃からスタッフが綿密に関わり，年に何回も面談し，交流会を開き，セミナーも行い，一人ひとりのキャラクターを把握しながら6年間育てていきます．ここには相当力を入れています．

北村　先ほど出た専門医の話ですが，内科専門医や総合診療専門医はまだ工夫しやすいですよね．でも他の専門診療科はなかなか難しいのではないでしょうか．

孫　そうですね．総合診療や内科系であれば，初期研修が終わった3年目からそのまま専門研修に入れます．一方，外科系などは，へき地派遣がある程度終わった後，5～6年目から本格的に研修を始める形になります．その分「内科的なことも含めて総合的に見られる外科医になってほしい」という考え方で進めています．

地域医療と人間探求

北村　別の視点ですが，哲学的に深く自分の人生を考えたときに，「一度きりの人生を鳥取の地域だけで過ごしていいのだろうか」と不安になる学生はいませんか．

孫　そこまで深い悩みとして出会ったことはあり

ませんが，私は哲学が好きなので，１・２年生向けの教養ゼミナールで，昨年から「医学・医療に役立つ哲学」というゼミを始めました．ハイデガーやメルロ＝ポンティなどを少し扱っています．教養としては面白いのですが，高学年になるとどうしても意識が臨床に向いていきます．それでも，先ほどのネガティブ・ケイパビリティのようなテーマを考える上では，哲学や人文学は非常に重要です．ですから，高学年にどうやって哲学的・人文学的要素を入れ込むかは，今の私の課題でもあります．

また，昨年からは卒後の比較的若手の総合診療医向けに，「医療人文学フェロー」というプログラムも始めました．月１回ほど，哲学の専門家から授業を受けたり，鳥取ならではの民藝や美術に触れ，それを医療にどう生かすかを考えるコースです．卒後になると，特に総合診療の先生方は，哲学やアートの重要性を非常によく理解して，深く学んでくれています．

北村　地域医療と宗教との関係については，何かありますか．

孫　宗教学やスピリチュアリティは，やはり関係があると思います．今のプログラムに直接組み込んでいるわけではありませんが，地域文化と宗教性は無関係ではありません．このあたりだと，霊峰・大山がありますよね．お寺もありますし，浄土真宗のお寺もたくさんあります．以前，学生を連れて大山のお寺で座禅体験をしたことがあります．みんなで座禅をして，僧侶の方から悟りなどについてお話を伺いました．

北村　いわゆるシャーマンのような方はいないのでしょうか．

孫　実際にそういう方がいるわけではありませんが，そういう暮らしを求めて移住してくる人はいます．私は今，大山のふもとの大山町に住んでいるのですが，そうしたライフスタイルの方は比較的多いですね．

北村　病気になったときはどちらの方向に行くのでしょう？

孫　文明の利器にあまり頼りたくない，という暮らしをしている方が結構います．子どもにワクチンを打っていないという方も実際にいます．

北村　これだけサイエンスが行き届いている時代なのに…と思いますね．

孫　やはり少し危ういなと思うこともあります．病気になったときの受療行動も，すぐに医者へ行くのではなく，「まずは様子を見よう」という考え方が反映されることがあります．そういう意味で，受療行動にはその人の価値観や生活思想が表れますね．

北村　興味深いですね．医療はCT，MRI，遺伝子検査など，すべて科学でグローバル化していくことが前提のようになっています．その一方で，そうした地域独自の価値観や行動様式があって，総合診療医が文化人類学的，社会的な意味でそれを学んでいるというのは，とても面白いと思います．

孫　せっかく鳥取に来たので，鳥取の文化を学ぼうと思って，民藝に興味を持ちました．柳宗悦の民藝運動というと東京の日本民藝館のイメージが強いですが，実は鳥取や島根も民藝の聖地と言われています．鳥取市には民藝美術館もあります．そこには吉田璋也という耳鼻科の医師が関わっていて，民藝の大きな支援者だったのです．ご自身でも家具をデザインされていて，本当にすごい方なのですが，全国的にはあまり知られていません．旧吉田医院も今は記念館になっていますが，そこも民藝デザインで，木の

温かみがあり，角張らず，患者さんが安心できる空間になっています．そういう鳥取ならではの文化やアートは，とても面白いと感じていますので，そうしたものも少し織り交ぜながら，学びのプログラムを作っています．

AIをどう考えるか

北村　もう一つ，地域医療とAIについて伺いたいです．

文科省の助成金で，「山・里・海」といった枠組みの後に，「個別最適医療」という言葉がついていましたよね．地域医療こそ，まさに個別最適の医療だと思うのですが，AIが入ってくると何か変わるのでしょうか．

孫　AIは，もはやインフラに近いものになると思います．ただ，それに頼りすぎると，人間としての基本的な能力が怠けてしまう危険があります．ですから，うまく使いながら，あえてAIに頼らない部分も残していく必要があると思います．特に心配しているのは，医療そのものというより教育・学びの面です．今の学生は，レポートをAIで書いてきます．そうすると，考える力と書く力が落ちてしまうのです．

北村　漢字が書けなくなったのと同じことですね．AIが入ってくると，今度は考えられなくなる．

孫　長い文章を自分で書いたことがない若い人が増えるのではないかと危惧しています．

北村　私も看護学校で授業をいくつか担当していますが，AIの使用を完全に止めるのは無理だと思っています．なので，AIの文章にはアンダーラインを引き，しかも２つ以上のAIを使い，その上で「自分の考え」を書くことを条件にしています．同じ意見でも，違う意見でもよいから，AIに対して自分の立場を述べなさい，と．ただ，それでも難しいですね．

孫　そうなのです．どうしても頼ってしまいます．私はよく，宇宙飛行士が宇宙ステーションに行くと筋力が衰えるので，毎日筋トレをしないと維持できない，という話を引き合いに出します．それと同じで，あえて「AI断ち」をして，必死で自分で考え，文章を書くという筋トレのようなことをしないと，本当に衰えていくと思います．

北村　ただ，もしかしたら，衰えてもよい社会になるのかもしれません．「生身の人間は下手に考えるな．情報も十分持っていないのだから」と言われる時代になる可能性もあります．

孫　もし教育が「解決思考」「最適解を出すこと」だけを目指すなら，絶対にAIの方が強いです．だからこそ，そうではなくて，先ほどのネガティブ・ケイパビリティのように，あえて答えを出さない，あえて迷う，あえて待つ，といった姿勢を育てる教育を入れていかないといけない．最適解を最短で出すことばかり目指すと，みんなAIに頼ってしまいますから．

北村　地域医療は，まさに最適解のない世界ですからね．

地域の面白さ

北村　では最後に，夢のある地域医療とはどのようなもので，それを学生にどう伝えたいですか．

孫　地域医療の面白さは，やはり偶発性や予測不能性にあると思っています．都会ではまず出会わないような，非常に個性的で魅力的な人に出会えることがあります．また，地域で何かを目指している人たちは，人間としての生きる力やバイタリティにあふれていて，そういう人に会

うだけでこちらまで元気になることがあります．そういう人に出会えるのが地域なのです．だからこそ，その本当の面白さを知ってほしいと思います．

北村　それは，一生をかける価値がありますか．

孫　あると思います．地域医療を避ける人の中には，都会的でスマートで，少し楽な暮らしをしたいから，その対極にあるものを避けたい，という気持ちがあるのかもしれません．ただ，これからの地域は，人口減少，過疎化，インフラ不足で確かに厳しくなっていきます．しかし，その中でどうやって都会とつながりながらインフラを保ち，地域の暮らしを維持していくかを考えることは，大きな挑戦でもあります．むしろ，地域はイノベーションを起こしたり，自分たちで暮らしを成り立たせる方法を考えたり，さまざまな実験ができる場だと捉えてほしいと思います．「地域にいることは，都会から取り残されることではない．むしろ挑戦できる場所なのだ」と思ってもらえれば嬉しいです．

北村　孫先生，今日はお時間をいただきありがとうございました．



孫大輔先生からのメッセージを見る
https://www.youtube.com/watch?v=IAB0XKaP0nQ