



三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座家庭医療学分野
医学部附属病院総合診療科教授

竹村洋典

卒前・卒後の家庭医療教育実施は 地域医療問題解決の打開策となるだろう

医療を取り巻く問題として必ず上位に掲げられるのは、地域医療である。診療科偏在・地域偏在で、医療は脆弱化が始まっている。今回は、そうした閉塞感をいかに打開するかについて、家庭医療、プライマリ・ケアの視点から竹村氏に語ってもらった。氏は、卒前卒後を通じた家庭医療の人材育成事業の必要性を強調する。



竹村洋典
(たけむら・ようすけ)

●82年早大理工学部卒後、防衛医大入学。88年同大病院等で総合臨床医学研修、91年米国テネシー大家庭医療レジデント、98年防衛医大病院総合臨床部・助手。01年三重大学医学部附属病院総合診療科・准教授、09年同病院教授、10年より現職。アメリカ家庭医療学会家庭医療専門医・フェロー、日本内科学会総合内科専門医・指導医、日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医・指導医、同学会理事。アメリカ家庭医療学会・研究優秀賞、日本プライマリ・ケア学会・学会誌優秀論文賞受賞。Journal of Medical Case ReportsやAsia Pacific Family Medicineの編集委員を務める。【教室のホームページ】<http://www.medic.mie-u.ac.jp/soshin/index.htm>

診療科・地域の偏在が 問題となる 日本の医療の現状

日本の医療の問題点は、医師の診療科偏在と地域偏在といわれる。若い医師たちは、内科、外科、小児科、産婦人科といった比較的きつく思える診療科を自分の診療科とすることを敬遠しがちである。また、多くの医師たちは、地方を避け、便利でプライバシーの保てる大都會での職場を希望しているようにも思える。

そもそも、大都市の人口が多いので、地方の医学部・医科大にも大都市から学生がやってきて、

を加える方向性があると思われる。

しかし、実際には、プライマリ・ケアの充実がたやすい仕事ではない。プライマリ・ケア機能を持った人材の養成は、日本においてはまだまだ発展途上である。日本プライマリ・ケア連合学会が「家庭医療専門医（家庭医）」や「プライマリ・ケア認定医」を認定しているが、まだまだ十分な数とはなっていない。日本内科学会が認定している「総合内科専門医」についても、その数は頭打ちの状態であるし、プライマリ・ケアを行う機能としては、十分でないかもしれない。

また、一時期、プライマリ・ケアを担当すると考えられる「総合（診療）医」育成に積極的であった日本医師会は、質の良いプライマリ・ケア系医師が量産されることに危機感を持っているかもしれない。

地域医療を支える 人材の認定に重要となる 家庭医療専門医や 総合内科専門医制度

日本で地域医療を支える人材には、例えば、前述したような日本プライマリ・ケア連合学会認定の家庭医療専門医や日本内科学会認定の総合内科専門医などがある。さらに、認定を受けずとも、地域住民に十分なケアを提供できる「かかりつけ医」が非常にたくさんいる。ただ、しっかりした研修プログラムを経ずにこのような医師になるには、10年以上のかかりの時間がかかったと考えられる。その点、効率的に数年の短期間で育成のできる家庭医療専門医や総合内科専門医等の制度は

重要といえよう。

家庭医療専門医は、卒後2年間の初期研修の後に3年間の後期研修を受けると受験できる。この3年間の後期研修は、そのプログラムが日本プライマリ・ケア連合学会によって認定されている必要がある。プログラムにおいては、家庭医療専門研修が6ヵ月以上、内科研修（総合（一般）内科、総合診療科）が6ヵ月以上、小児科研修が3ヵ月以上、必修となっている。指導医についても、その施設で同時に家庭医療専門研修中の後期研修医3名に対して1名以上が必要となっている。

家庭医療専門医の認定審査においても、単に多肢選択式問題ではなく、後期研修中に作成したポートフォリオ、ならびに臨床能力評価試験（Clinical Skills Assessment）、および論述試験（Modified Essay Question）によって行っている。

一方、日本内科学会認定内科医になるためには、ある一定の基準で認定される教育病院や教育関連病院で3～5年の内科研修を受けた後、認定内科医資格認定試験に合格する必要がある。また、総合内科専門医になるためには、認定内科医資格取得後、さらに3～5年の内科研修を受け、総合内科専門医資格認定試験に合格すれば、総合内科専門医資格を得ることができる。

内科研修においては、教育病院では5名以上、教育関連病院では3名以上の指導医がいる必要がある。各資格認定試験においては、病歴要約などの研修記録を提出し、この評価と、マークシート方式の試験をともに合格する必要がある。

現在、日本プライマリ・ケア連合学会では、家庭医療専門医、または総合内科専門医などの資格を取得した医師を対象に、1年以上の病院総合医

これから日本で望まれる医療を プライマリ・ケアの 必要性から考える

前述のような、現在の医療を取り巻く問題に対処する方策として、医師の選択できる勤務地や診療科を制限、調整するのは困難であろう。一方、プライマリ・ケア機能を健全化するのには、その実現の可能性は高いと考えられる。しかも現在では、2次医療、3次医療機関にも、初診患者があふれ、そこにプライマリ・ケア機能が必要となっているので、しばらくの間は、診療所、中小規模病院、そして大きな病院にも、プライマリ・ケアが必要かもしれない。そして、そのプライマリ・ケア機能には、医療のみならず、保健や福祉の機能も追加する必要があるだろう。

プライマリ・ケアを 取り巻く日本の現状 — 追い風が吹きつつも、発展途上

プライマリ・ケアの重要性は前記のように明らかであり、プライマリ・ケアの充実に向けて追い風は吹いている。地域医療の充実の声は地域の人々から上がっているし、医療費削減などの医療経済的利点から、行政もこれを促進している。

実際、厚生労働省ですら、標榜科として「総合科」を加える構想を持っており、いまだ形の上では諦めていないように思える。専門医認定制度評価機構も、専門医として後述する家庭医療専門医



育成プログラムの認定を行う予定である。

どのようにして効果的な プライマリ・ケア機能を持った 人材を養成すべきか

筆者は、前記の枠組みの中で、地域でケアを行える医師を養成するためには、よい施設とある程度の患者数、そしてよい指導医の存在は重要と考

心の医療や医師のプロフェッショナルリズム、そして地域医療を強調して報告を行ってもらっている。1年生ではさらに、地域基盤型保健地域医療教育を行っている。これは、地域に出て行って地域の地誌、歴史、人々、文化などを調査する実習である。いわゆる地域診断を全ての1年生の学生にさせている。

「医療と社会」の最後の報告会で、医学部に入った際にははっきりしなかった医学部に入った理由が、この実習を通して明確になった、という学生もいる。地域での経験を通してこのように考えてくれることは、非常にうれしい。

その学生たちは、5年生になると1ヵ月弱の家庭医療学のクリニカル・クラークシップ（臨床実習）を受ける。これは、全5年生に必修のローテーションである。1年生の「医療と社会」の授業で行ったのと同じ施設に行く学生も多い。そこで語られることの中には、1年生で行った時の自分と5年生で行った時の違いに気が付いたという学生もいる。この家庭医療の実習に対する学生の評価はかなり高い。

家庭医療学では、次に紹介する県立一志病院、亀山市立医療センター、名張市立病院、高茶屋診療所のみならず、三重県内の地域にある様々な医療施設にて家庭医療のクリニカルクラークシップ（臨床実習）を受けている。三重大学では6年生の前半で学生の希望に合わせて選択実習をしている。ここでも、家庭医療の実習を受ける学生は多い。12年度から、看護学生もここで看護実習を受ける予定となっている。

県立一志病院、亀山市立医療センター、名張市立病院などには、三重県の地域医療再生事業の一環として12年度から医学生や看護学生の実習用の

まず、施設は、大学のような、たくさんの診療科がある大規模病院である必要はない。ローテーションとして大学病院で短期間研修するのはよいが、ここだけで地域医療の全てを研修するのは無理がある。将来、研修医が実際に活動するような地域の医療施設等が是非とも必要である。できれば、規模や立地など、いくつかのパラメータがある複数の地域の施設があるとよりよい。そしてその施設に、プライマリ・ケア機能が必要としている患者が、ある程度の数、ケアされている必要がある。

指導医についても、各専門診療科の指導医をそろえる必要はない。専門診療科指導医としては、いたとしても、総合的な内科ができる医師と小児科医師ぐらいで十分かもしれない。産婦人科や整形外科、皮膚科医師がいってもよいが必須ではない。

一方で、地域住民のニーズのほとんどもにこたえることができる家庭医療専門医などは、指導医として必須であろう。将来、自分がなるであろう、そして将来、そのようになりたい医師が指導医として身近にいることは、家庭医を養成するのに非常に重要である。自分のゴールが見えていると教育効果が非常に上がる。また、このような指導医不在で研修の場を与えただけでは、経験しているはずの地域医療が研修医には見えず、研修医の視点は変わりにくい。

また、多くの専門診療科をローテートすることのみであると、各指導医は研修医が到達すべきと考えるゴールを各診療科のみのゴールと混同して設定しやすく、研修医の不安が大きくなる可能性がある。地域医療を熟知した指導医が研修医の数に見合ったある程度の数、必要である。そして、全ての研修にとって同じであるが、研

宿泊施設が設備され、家庭医療の教育がさらにやりやすくなってきた。

ジェネラリスト養成施設を さまざまな形式で要し、 優れた指導医が存在する 三重大学家庭医療学 後期研修プログラム

三重大学家庭医療学プログラムは、前述の日本プライマリ・ケア連合学会の後期研修プログラム認定の基準に準拠している。このプログラムの特徴は、さまざまな形式のジェネラリスト養成施設を要していること、また、非常に優れた指導医が豊富に存在していることであろう。

津市の山間部にある県立一志病院は、地域志向型の研修を重視しており、外来、病棟、救急などの研修のほか、在宅診療や月1回の地域住民向けの健康教室などを行っている。病床数40余りの病院であるが、そこで働いているのは3名の家庭医療の指導医と3名の後期研修医である。他の診療科の常勤医師は存在していない。また、三重県内、県外の医療施設の初期研修医も受け入れている。さらに、前述したように、月3名の学生が研修を受けており、屋根瓦式の研修を受けている。

次に郊外に立地する亀山市立医療センターの特徴は、消化管内視鏡、透析、小外科手術、整形外科手術、皮膚科手術など、家庭医に必要と思われる手技を研修する施設となっている。三重県にありながら大阪のベッドタウン化している名張市にある名張市立病院においては、より病棟診療に重きを置いて、病院総合医の研修施設を目指してい

修医のワーク・ライフ・バランスにも配慮が必要である。地域医療を担当するジェネラリストを必要とする医療施設には、自治体病院も多い。そのような場所にあるから、自治体病院がそこに建てられたのかもしれない。そのような病院では、自治体の理論で病院運営されやすいが、研修医や指導医の立場にも立った配慮もなされるべきであろう。医師が犠牲にならないと地域のケアができる、といった条件では、長続きしないであろう。

また、研修医の研修のみならず、卒業前の医学部での教育も重要である。多くの医学部・医科大学では、医学教育を主に大学病院で行っている。専門診療科の教育としては良いことと思われるが、地域医療の教育が地域で行われることを考えると、地域で役立つ医師を育成するには適当な教育環境ではないと思われる。卒前から、学外での教育、実習が必要である。

三重大学大学院医学系研究科 臨床医学講座家庭医療学・ 医学部家庭医療学での教育

三重大学大学院医学系研究科臨床医学講座家庭医療学・医学部家庭医療学では、1年生から学生を地域に出して教育している。1年生の必修科目である「医療と社会」では、1年間、月2回午後半日、地域の病院や診療所、大学病院、介護関連施設などで学生が実習を受けている。ここでは、「医療」を診るのではなく、医療の現場で「患者」の立場で「患者」を観察するように指示している。また、医師のプロフェッショナルリズムについても考えてもらっている。毎月の報告会でも患者中

る。この病院には内科医や小児科医が比較的多いため、家庭医が、年齢を感じさせない小児から成人、高齢者に至る患者の外来診療、病棟診療、そして救急診療を行い得る環境を構築しつつある。

一方、津市の市街地にある高茶屋診療所は、将来のプライマリ・ケアが果たすべき機能を備えた医療機関を目指している。ここでは全ての臓器の疾患に対応するのみならず、新生児から高齢者に至るまでの年齢の患者、更には婦人科検診など、性別にとられない診療を行っている。また、在宅医療や住民への健康教室、そして、チーム医療の研修の場としても機能している。三重大学医学部附属病院総合診療科は、比較的、新規の患者が多いため問題解決をする機会が多く、また患者の症状に対する考えや医療に対する患者の期待を認識しないと効果的な診療とならない施設なので、このような診療の研修を提供する場となっている。これら全ての研修施設がある程度の期間、研修することとなる。

各施設には、研修医と同数か、それ以上の指導医が配置されている。そして、これらの指導医による指導は、各研修施設を結んでいるテレビ会議システムで、全ての研修医に共有されている。また、各施設の外来には、研修医の診療を録画するビデオが装備されていて、患者中心の医療など、家庭医に必須の教育・研修ができるようになって

いる。また、家庭医がよく使用する耳鏡や眼底鏡なども、各施設に配備されている。家庭医療の教育や研修に必要なさまざまな書籍やインターネットによる情報検索ソフトも豊富に用意されている。これらの施設設備は、三重県の地域医療再生事業の一環として設置された。



竹村洋典

さらに、これらの施設が単に診療のために存在するのではなく、このような人材育成や地域医療に必要な研究を行う場とするために、各地方自治体が出資して、地域医療学講座が設置されている。すなわち、亀山市立病院には、亀山市による亀山地域医療学講座が設置され、名張市立病院には、名張市や伊賀市による伊賀地域医療学講座の名張市分が設置された。また、県立一志病院には、12年に、津市による津地域医療学講座が設立される予定となっている。ますます、地域医療の教育や研修がやりやすくなってきている。

さらに、小児科診療や救急医療研修も必修研修となっており、整形外科や皮膚科なども選択必修に含まれている。そしてまた、研修医のニーズに合った研修を行うため、内視鏡研修、外科研修、海外家庭医療研修、離島研修などの選択研修も履修させている。

長期的には、現状のプライマリ・ケア全体の底上げが必要となる。このことは、2次、3次医療機関における専門診療科の疲弊を減少するためにも重要である。しかし、生涯教育によるプライマリ・ケア機能のさらなる向上にも限界はある。したがって、差し当たりプライマリ・ケア機能を十分に発揮できる人材を短期間に多く養成する必要がある。そのためには、そのような人材育成のためのよい研修プログラムが数多く必要である。しかし、同じくらいに重要なのは、卒前教育において、地域で活躍できる医師になるための基盤

地域医療問題の解決のあり方 — 地域で活躍できる医師になるには、 卒前教育での基盤作りが必要

作りである。三重大学に入学した時には、多くの学生が地域の人々が健康で豊かな生活ができるために医師として寄与したい、と思っている。これは、三重大学に限ったことではなからう。このような思いを6年間の卒前医学教育でさらに維持できるよう、医学生を導くことも大切である。

三重県は、決して医療に恵まれた件ではない。人口当たりの医師数ではワーストから数えたほうがかなり早い。その状況の打開策の1つとして、三重県には家庭医療があり、それを、県も、地方自治体も、大学も、医学部、大病院も見守ってくれている。非常にありがたいことであり、この状況には心から感謝している。

地域の医療が安心とはいえない昨今、このような卒前卒後を通じた家庭医療の人材育成事業が、三重県のみならず全国で行われることを心から願っている。

1/3AD