

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

大学－地域連携型の地域医療／総合診療部門の構築

前野哲博¹ 横谷省治¹

要旨

筑波大学総合診療科では、地域における最適な教育のフィールドに大学の持つ教育機能を展開することを目的として、地域医療教育センター・ステーション制度の構築に取り組んできた。これは、自治体等からの委託費や寄附金で、大学が総合診療医を指導医として雇用して、地域医療に精力的に取り組んでいる医療機関に派遣して教育を行うシステムである。例として複数の指導医と専攻医を派遣している北茨城市では、病院総合診療と家庭医療の2つの拠点をもち、診療、地域ヘルスプロモーション、総合診療医の養成、学生の地域医療教育、地域をフィールドにした研究などで大きな成果を上げている。この取り組みにより、本学のエデュケーション体制は飛躍的に充実し、これまで33名が家庭医療専門医を取得するなど、研修施設として全国的に有数の規模を有するようになった。このモデルの実現には、大学、自治体、住民、地域医療機関が一体となって、「地域で活躍する医師は地域で育てる」という理念を共有して、主体的に教育に関わる体制を構築することが重要である。

1. 事例の概要

①取り組みの背景

大学における臨床教育の中心となっているのは大学病院である。大学病院は豊富な教育資源やコーディネート機能を有する反面、医療の内容としてはおもに高次医療を提供する特定機能病院であり、「日常よく遭遇する健康問題や慢性疾患で気軽に受診できる医療機関」ではないため、総合診療医養成のフィールドとしては不向きである。一方、地域の医療機関は、フィールドとしては適しているが、大学に比べて指導体制や教育設備は十分とは言えない。

そこで我々は、この教育資源と教育フィールドをマッチさせることを目標として、大学の持つ教育機能を、最適な教育フィールドである地域に展開することに取り組んできた。その代表的な仕組みが、地域医療教育センター／ステーション制度（配置教員数5名以上：センター、5名未満：ステーションと称する）である。（図1）

②導入の経緯

地域医療の第一線を担う診療所・小病院は、教育のフィールドとしては最適であるが、スタッフは診療で手いっぱいであり、教育は見学中心にならざるを得ない。また、十分な準備教育や振り返りを行う機会もないため、どうしても表層的な教育になりがちである。そのため、学生や研修医は地域の現場で本領を発揮する総合診療についての理解が浅くなり、短期間の実習・研修の中でロールモデルから多くを学ぶことが難しかったのが現状であった。また、総合診療専門研修の立場から見ると、急性期病院や診療所、他の診療科をローテーションしながら研修する専攻医にとって、診療所研修は、専門研修としての中核をなす研修機関であるにもかかわらず、診療所長にいわば「預けっぱなし」となり、研修プログラムの目標に沿った教育やポートフォリオの作成、家庭医療学の体系的な教育、継続的なキャリアサポートなどが途切れがちであった。

そこで本学では、茨城県の委託事業として2006年に地域医療教育ステーション制度を導入した。これは、在宅医療を含む地域医療に精力的に取り組んでいる県内4カ所の診療所・小病院をステーション

1. 筑波大学 医学医療系 地域医療教育学分野／筑波大学附属病院 総合診療科

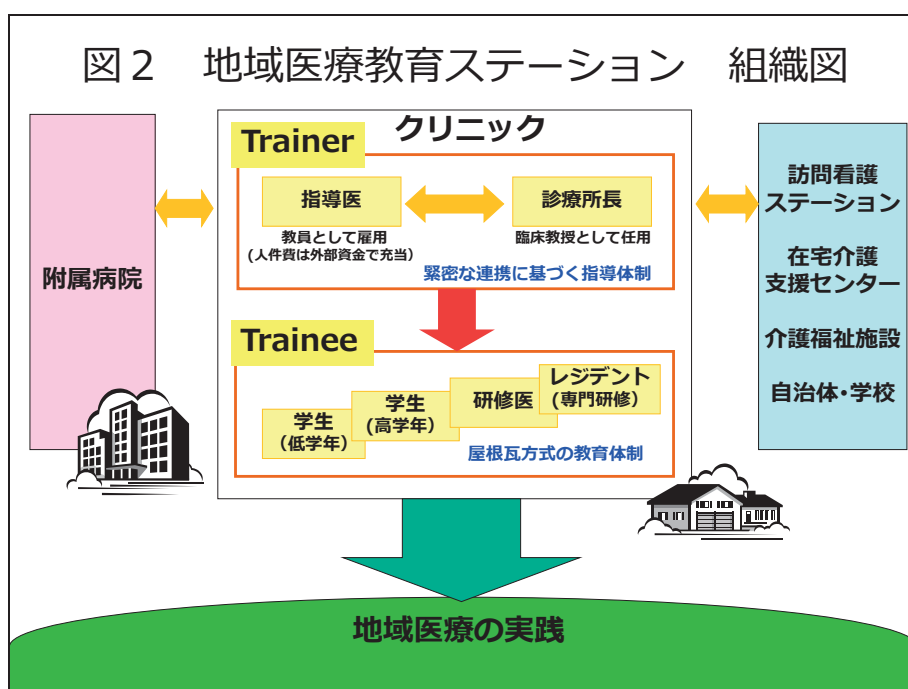
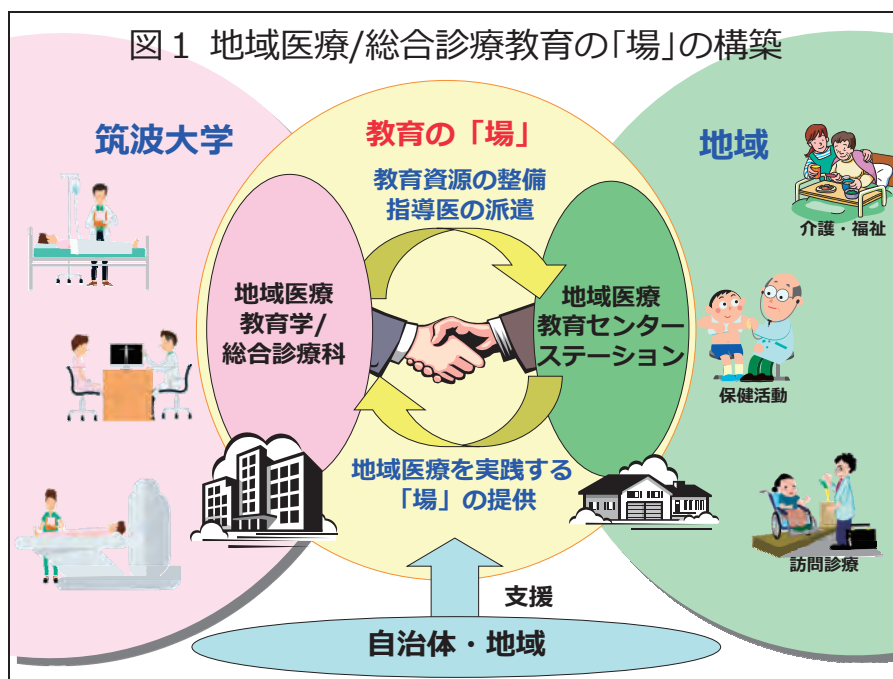
として指定して、茨城県からの委託費で筑波大学が総合診療医を指導医として雇用して、週2日程度ステーションに派遣して教育を行う制度である。(図2)

本事業の導入により、以下のようなメリットが得られた。

■医療機関：ステーションに指定された医療機関では、人件費を負担することなく、指導医レベルの総合診療医に勤務してもらえるため、業務に余裕が生まれ、それを教育業務に振り向けることが可能となる。さらに、指導医が在籍している特長を

前面に出すことで、安定的に専攻医の雇用を確保でき、診療を充実させることができる。

■教育プログラム：派遣された指導医は、自らも第一線で活躍する総合診療医として外来や訪問診療などの業務をこなす一方で、教育に専念する時間を確保して、学習者の学びを深めたり、専攻医のキャリアサポートに充てたりすることができるため、指導体制・支援体制が格段に充実する。また、派遣された指導医を通して大学と地域医療機関の意思疎通を図ることができ、プログラム全体で一貫性をもって教育を実践できる。



■指導医：一般に、総合診療医はその専門性を発揮しづらい大学病院での勤務を敬遠する傾向がある。本事業では、継続的に地域のフィールドに触れ続けることができるため、自らの専門性を生かした診療を実践する機会が担保される。一方、週の約半分は大学でも勤務するため、FD（Faculty Development）や大学での教育活動への参加を通して、自らの教育能力の維持向上を図ることができる。とともに、研究機関でもある大学という環境を生かした研究活動もできる。

各ステーションでは、これらのメリットを生かして、各施設に所属する医師と派遣された指導医が緊密に連携し医師以外の多くの職種の協力もいただいて指導体制を構築しており、現在は、医学部低学年・高学年・初期研修医・専攻医すべての段階における地域医療/総合診療の教育研修拠点となっている。

地域医療教育センター/ステーション制度は、自治体や地域医療機関等の協力を得て、さらに県内で広がりを見せることになる。2009年には、茨城県地域医療教育学寄附講座の開設に伴い、神栖地域医療教育ステーション（のちにセンター）に2名の教員が配置された。同年より、県内有数の医師不足地域である神栖市に学生が1週間滞在して、訪問看護、住民体験実習、地域健康教育、乳児検診等を幅広く経験する地域滞在型実習を実施している。

同じ2009年には、茨城厚生連の協力の下、水戸協同病院に筑波大学附属病院水戸地域医療教育セン

ターが設置された。これは、診療科を超えて市中病院に大学病院の教育機能を展開することをコンセプトとしており、現在、各診療科の教員21名（うち総合診療科2名）が在籍している。総合診療科を中心とした診療教育体制を整え、カンファレンスや教育回診の充実、外国人指導医の招聘など、教育環境の整備を行った結果、学生・若手医師の人气が急速に高まり、研修医マッチングでは毎年フルマッチを達成するとともに、専攻医獲得でも大きな実績を上げている。また、全国医学部長病院長会議でも紹介されるなど、全国的にも大きく注目される病院となっている。

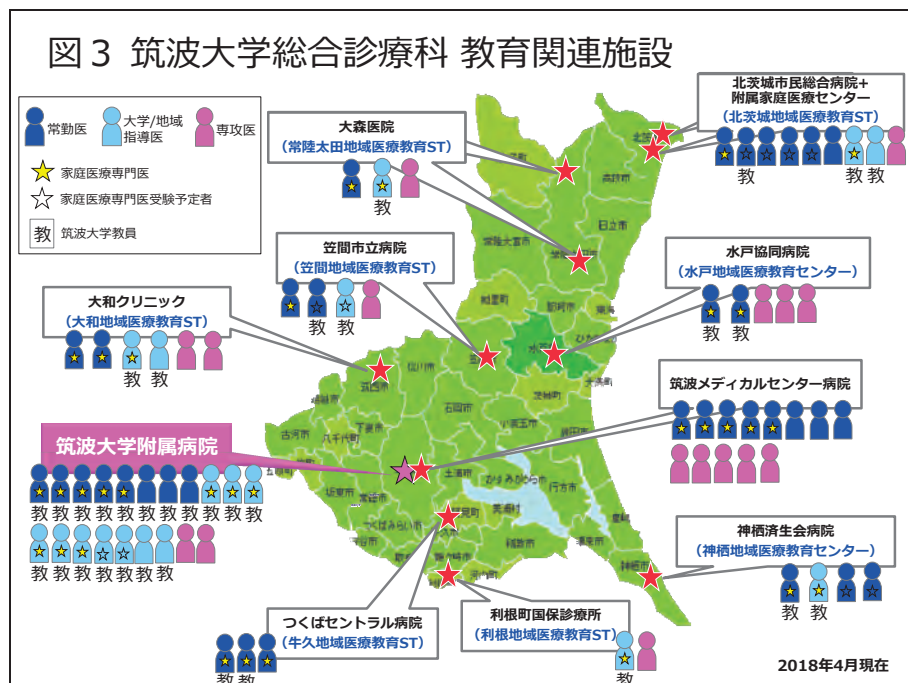
2015年には、北茨城地域医療教育ステーションを設置している北茨城市民病院に、家庭医療センターが開設された。これは、同市の支援の下、家庭医療の実践と教育に特化した施設を、当科が建物の設計段階から関わって開設されたもので、運営母体である市民病院や市と一体となって、教育のモデルクリニックとして活動している。

現在、筑波大学総合診療科における教育活動は、大学に隣接する研修施設である筑波メディカルセンター病院総合診療科と、7施設に設置された地域医療教育センター/ステーションを拠点として展開されている。さらに2018年からは新たにつくばセントラル病院にも指導医を派遣して、研修施設としての体制整備を開始している。（図3）

③事例の詳細

地域医療教育センター/ステーションを活用した

図3 筑波大学総合診療科 教育関連施設



卒前の地域医療教育プログラムの全体像については、別項で詳述する（P. 463 参照）。ここでは、ステーションの一例として、北茨城地域医療教育ステーションでの活動を提示する。

北茨城市は、茨城県最北部に位置し、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数数が全国の約 3 分の 1（80.1 人）という顕著な医師不足地域である¹⁾。北茨城地域医療教育ステーションは 2012 年 4 月に北茨城市立総合病院（2014 年 11 月に移転し北茨城市民病院と改称）に設置された。これは北茨城市から筑波大学への委託事業で、質の高い地域医療の実践、地域医療に従事する医師の養成、市民の健康向上に向けた事業の展開を目的とした。初年度は教員 1 名を非常勤医師として、加えて翌 2013 年度は教員 1 名を常勤医師として派遣し、内科（総合診療）の診療に従事するとともに筑波大学の医学生の地域クリニカルクラークシップのコーディネートと指導、市民を対象とした健康教室等を担当した。

これと平行して家庭医療の実践と教育の拠点となる診療所の開設について市と協議を重ね、2015 年 6 月に北茨城市民病院附属家庭医療センターとしてオープンした。同時に北茨城地域医療教育ステーションは家庭医療センターに移設した。家庭医療センターは市の南部に位置し、北部にある市民病院から自動車で 20 分弱の距離である。家庭医療センターの開設により、病院総合診療と家庭医療という総合診療の 2 本柱を市内に持つことになった。

家庭医療センターは、センター長である常勤指導医 1 名と大学教員である非常勤指導医 2 名により診療を始めた。外来診療は年齢、性別、疾患の種類を問わず全ての健康問題を対象とした。これまでの北茨城市は、訪問診療がニーズを満たすほどには提供されておらず、家庭医療センターでは緩和ケアを含

む人生の最終段階にある患者の在宅医療を積極的に引き受けている。また市内無医地区への僻地巡回診療や市民病院の夜間・休日救急当直の一部も担い、医師不足の改善に広く貢献した。

2 施設への指導医と専攻医の派遣状況を表 1 に示す。2015 年度から後期研修 3、4 年目（卒後 5、6 年目）の専攻医が市民病院で総合診療研修を始めた。2016 年度には家庭医療センターの患者数が増え（図 4）、十分専門研修ができる体制になったため、専攻医は半年交替で市民病院と家庭医療センターの両方で研修することになった。市民病院は医療資源の少ない病院での入院、外来、救急を含めた病院総合診療研修、家庭医療センターは全年齢を対象とする外来、訪問診療と地域ヘルスプロモーションを含めた家庭医療研修と位置づけた。なお、家庭医療センターの診療実績としては、開設年である 2015 年度の 1 日平均患者数は 44.4 名であったが、2017 年度には 80.8 名と大きく増えて更に増加傾向である。受診者のうち 23% 前後が 15 歳以下の小児である。2018 年 4 月末現在の在宅受け持ち患者は 85 名で月間の訪問診療・往診数は約 170 件であった。

地域ヘルスプロモーションの取り組みとしては、住民対象の健康教室、市役所職員へのメンタルヘルス講習、市内の全小中学校 16 校でのがん予防教育出前授業等を実施している。2017 年には家庭医療センターの隣に北茨城市コミュニティケア総合センター（通称：元気ステーション）が開設された。これは子どもから高齢者まで、全ての健康・福祉・介護に関する相談窓口、市内の多職種協働の拠点、市民の自主的な助け合い活動のサポートなどの機能をもつ施設で、地域包括支援センター（市高齢福祉課）、社会福祉協議会、北茨城地域自立支援センター（茨城県理学療法士会への委託事業）の三者が

表1. 北茨城地域医療教育ステーション事業により北茨城市民病院および同附属家庭医療センターに派遣した指導医、専攻医数の推移

年度		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
北茨城市民病院内科（総合診療）	常勤 ^a 指導医（内、教員）		1 (1)	1 (1)				3 (0.5)
	非常勤 ^a 指導医（内、教員）	1 (1)	1 (1)	1 (1)				1
	専攻医（卒後5年目以降）				2	1	2	0.5 ^b
	小計（常勤換算）	0.4	1.4	1.4	2	1	2	4.3
北茨城市民病院附属家庭医療センター	常勤 ^a 指導医（内、教員）				1	1	1	2 (0.5)
	非常勤 ^a 指導医（内、教員）				2 (2)	2 (2)	2 (2)	2 (2)
	専攻医（卒後5年目以降）					1	1	0.5 ^b
	小計（常勤換算）				2.1	3.1	3.1	3.6
合計（常勤換算）		0.4	1.4	1.4	4.1	4.1	5.1	7.9
a 常勤、非常勤の別は雇用形態ではなく実質的な勤務状況による								
b これに他の家庭医療後期研修プログラムの委託による専攻医が0.5人ずつ加わる								

合同して運営している。家庭医療センターの指導医はこの施設の構想段階から準備委員会の委員として関わり、オープン後は施設の運営や実際の業務の連携で密に関わっている。

医学生の地域医療実習は家庭医療センターに拠点を移し、家庭医療センター内の学生宿泊施設に3-4名のグループが1または2週間滞在して行っている。診療のみならず介護関連施設、保健センターや社会福祉協議会の事業での実習、自らの足で地域を歩き、住民とふれあう中で地域の特性を知り、地域医療について考えることを目的とした地域視診などを取り入れ、地域包括ケアを学ぶものとした。2017年度は1週間コース26名、2週間コース24名を指導した。これは、筑波大学医学群医学類の学年の約半数に相当する人数である。また2年生の早期体験実習で9名が訪れた。滞在型実習の学生の感想からは、「地域全体を一つの有機体として捉えて問題解決に取り組む姿勢を学べた」、「様々な職種が協力して医療、介護が成り立つことを心に留めて、積極的に情報共有をしていきたい」、「治療の選択では生活背景、家庭の環境、本人の気持ち等多くのことを考慮しなければならない、患者さんにとって一番の選択をするのは本当に難しいこと」など、診察室に留まらない実習だからこその学びが得られていることが読み取れる。

現在は研究職の教員（理学療法士）2名も所属し、大学と北茨城市を行き来しながら、北茨城市における多職種協働や市民の互助活動のサポートに携わっている。たとえば、2016年度から2017年度にかけて元気ステーションと共同で、市内の看護師、薬剤

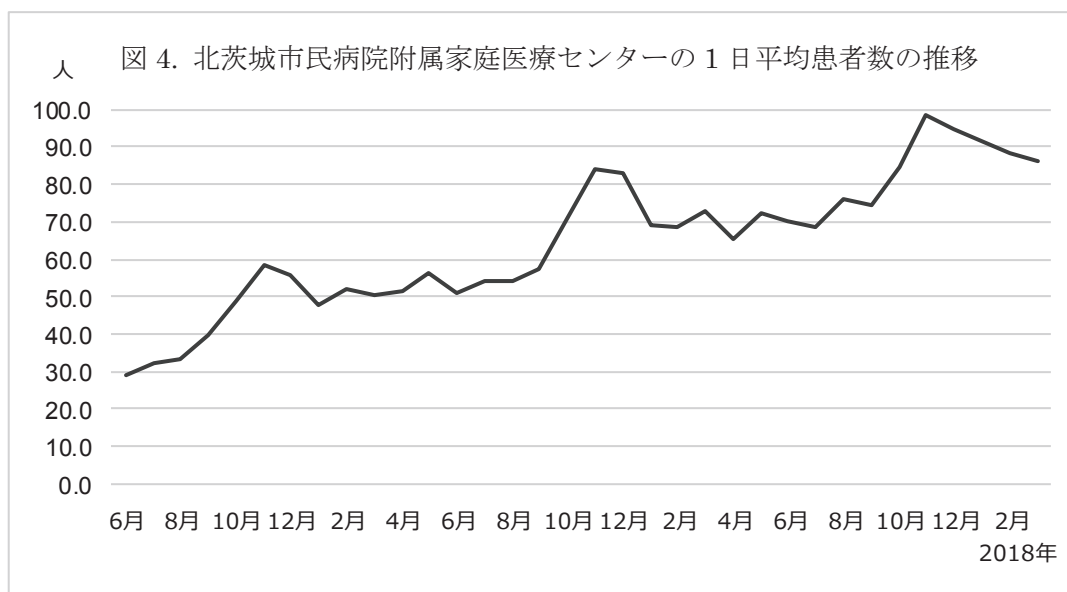
師、リハビリテーション専門職、介護士、介護支援専門員、ソーシャルワーカー、救命救急士、行政職などに対して多職種連携に関するフォーカスグループインタビューを計16回おこない、その結果に基づき、多職種連携ワークショップを2回開催した。また、人間性を重視した効果的な認知症介護の技法である「ユマニチュード®」の専門職向け講習会や市民向け講習会を、東京医療センターの本田美和子氏らの協力を得て実施している。

大学と連携をしていることから、北茨城市をフィールドにした研究も活発に行われている。多職種連携の課題抽出、小中学校がん予防教育の効果、がん検診受診の動機、アルコール過剰摂取スクリーニング、問診ツールを利用した病歴聴取、その他未発表のものも含め多数の研究がこれまでにも行われた。

④成果

総合診療領域において、「教育フィールドと教育機能をマッチさせる」ことを目指した本制度は、全国的にもモデルケースとして注目を集めており、教育、診療、研究それぞれの分野で大きな成果を上げている。

教育領域について、卒前教育については別項（P.463 参照）に譲るが、卒後研修については、日本専門医機構の総合診療専門医および日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医研修プログラム ver2 の認定を受けて、専攻医の研修を行っている。研修期間は4年間で、最初の2年間は病院・診療所をバランス良く研修してジェネralistとしての基礎を身につけ、後半の2年間は、病院総合医、診療



所家庭医など、自らが希望するフィールドにウエイトを置いた研修を行っている。(図5)

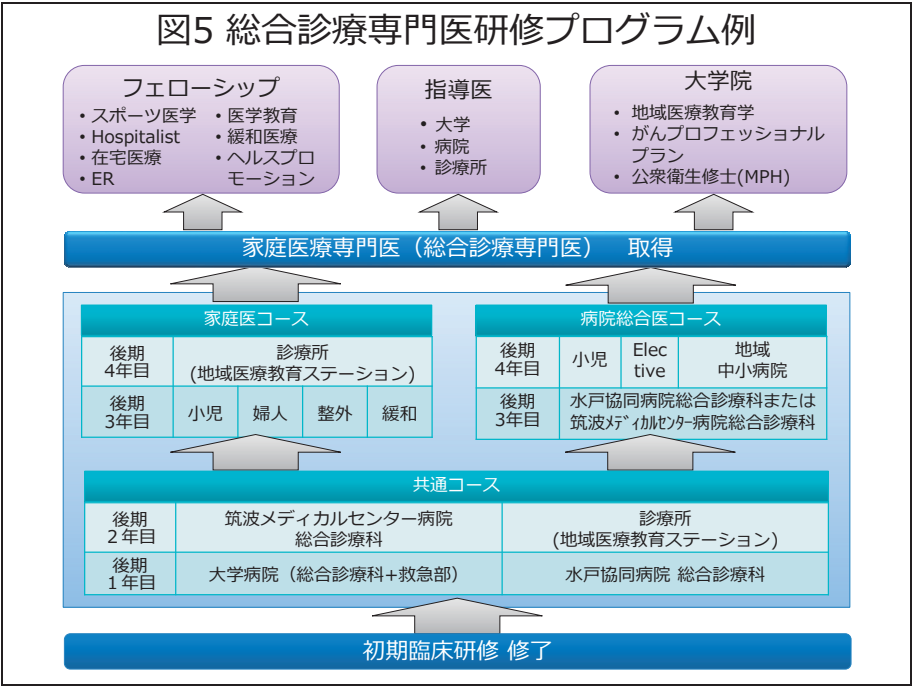
この教育プログラムの実践には、地域における教育指導環境の充実が大きく貢献している。本学のプログラムにおける研修の特徴は、「大学であり、大学でない」ことである。「大学である」ことのメリットは、電子ジャーナル、シミュレータ、テレビ会議システムなどの教育資源、教育のスキルとマインドを持つ専任の教員がコーディネートに当たるなど、大学ならではの教育体制の充実があげられる。また、専門医取得と並行して大学院に進学してリサーチを学び、学位を目指すことができるのも、大きな特徴である。

その一方で、大学が基幹型施設になり、多様なセッティングでの研修を体系的にコーディネートすることで、より効果的に地域での研修ができる。これが「大学でない」メリットである。筑波大学の研修プログラムは、大学が基幹施設であるにもかかわらず、研修期間の8割以上の研修を、大病院からへき地診療所まで、様々な地域医療機関で実施しており、その多くを教員が在籍する地域医療教育センター/ステーションおよび大学に隣接する筑波メディカルセンター病院で実施している。専攻医は、どの施設を回っても同じグループに所属する指導医の指導の下で、安心して研修を受けることができる。これが我々が提供する「大学による、大学でない充実した研修」であり、プログラムの運用に欠かせないシステムになっている。

このような取り組みで研修プログラムの魅力を高めたことで、専攻医も集まるようになり、現在、全学年を合わせて21名の専攻医が在籍している。これまでの実績では、51名が後期研修を修了し、33名が日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医を取得した。この実績は、いずれも研修施設として全国トップクラスであり、特に、大学ベースでは過去3年間の採用者数、専門医取得者数ともに全国1位である。

また、教育プログラムの魅力が高まると、地域で活躍する医師の確保にも好影響をもたらす。筑波大学総合診療科及び関連施設で勤務する医師数は年々増加し、現在はスタッフとレジデント合わせて78名が在籍している。都道府県別では、人口当たりの医師数は茨城県は全国ワースト2位であるが、家庭医療専門医数(総数673名)の都道府県別人数(実数)では全国4位(37名)であり、このうち34名が当科に所属する医師である。

研究分野では、2009年より地域医療教育学分野として独自の大学院を持ち、地域医療、総合診療、家庭医療、ヘルスプロモーション、医学教育などの分野で研究指導を行っている。これまで、当教室において博士16名、修士5名が学位を取得し、現在13名の大学院生が在籍している。研究活動もこれらの施設をフィールドとして活用して活発に行われており、2017年度には、1年間で原著論文44本(うち英文35本)を発表した。



⑤今後の展開

2006年に開始された地域医療教育センター/ステーション制度は、大学と地域の教育連携の先進的モデルとして、大きな成果を上げてきた。その中核となる指導医の件数等の教育経費の多くは、これまで文部科学省の補助金事業である未来医療GP「リサーチマインドを持った総合診療医の養成」や、県や自治体の寄附講座および委託事業として実施してきたが、いずれも年度単位、ステーション単位での運用にとどまっていた。そこで、未来医療GPが2017年度で終了することを機に、地域において、維持可能性のある自立した枠組みの確立を図ることになった。

具体的には、2018年度より、複数の自治体や医療機関が共同で出資して、地域における総合診療・家庭医療・多職種連携等の充実に関する教育・研究・診療を行う寄附講座が筑波大学に設置されることになった。寄附講座に参加するのは、これまで地域医療教育ステーションとして実績を残してきた北茨城市民病院および同院附属家庭医療センター、笠間市（笠間市立病院）、利根町（利根町国保診療所）、大森医院に加えて、新たに本寄附講座の趣旨に賛同する自治体（大子町）・施設（つくばセントラル病院）を加えた6者である。事業年度は2018年度～2020年度の3年間で、寄附金額は3億5300万円（3年総額）、配置される教員は11名である。すべての拠点に日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医の資格を持つ指導医を派遣して、総合診

療専門医制度における専門研修でも中心的な役割を担う。また、地域における多職種連携やヘルスプロモーション、住民活動支援などの活動と、これらの領域における研究を行っていく予定である。（図6）

2. 考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

いわゆる臓器別専門医にとって、専門性を発揮できるのは、当該領域の症例が十分確保でき、専門性の高い検査・治療手技を行うための医療機器の揃った施設、すなわち都市部の大病院である。一方で、総合診療医は全年齢にわたる未分化な健康問題を幅広く取り扱い、家族やコミュニティを含めて包括的に診ることを主たる業務にしているため、町村部・へき地の方が、医療が専門分化しておらず、住民との距離が近く、慢性期を含めて継続的なケアを提供しやすいため、より専門性を発揮できる場面が多い。

この傾向は、専攻医を含む医師の勤務希望にも直結する大きな要因である。臓器別専門医を医師不足地域である町村部・へき地に配置するのは、医師のニーズから見れば、船が流れに逆らって川を遡るような困難を伴う。一方、総合診療医を町村部・へき地に配置するのは、船が流れに沿って川を下るようなもので、ごく自然で抵抗も少ない。

ただし、その流れをせき止める障害があれば話は別である。この障害の大きなものは、教育体制と医師の個人的事情（例：子供の教育、生活の利便性）



である。つまり、これを取り除けば、臓器専門医を地方に向かわせるよりもずっと自然に、かつ少ない労力で、医師不足地域に向かう医師の流れを生み出すことができる。さらに、総合診療医はあらゆる健康問題に対応することを専門とする医師なので、診療科偏在も同時に解消する存在となる。すなわち、地域における医師不足問題の改善には、総合診療領域にフォーカスすること、そして人の流れの障害となる要因を取り除く、というのが最も効率的・効果的かつ持続可能性のある基本戦略となり得る。

この障害のうち、個人的事情については、交通アクセスや子供の通う学校の配置など複合的な要因が関係するので、医療界だけで根本的に解決することは難しい。実際には、育児などの医師個人のライフサイクルを考慮したうえで、勤務可能なタイミングで、半年あるいは1年の単位で、都市部と地域を循環させるのが最も現実的である。実際、本学の医学生に対する意識調査でも、6年生の半数以上が1年以内の短期間であればへき地に勤務してもよいと回答しており²⁾、実現可能性も十分にある。ただし、この方法を実行に移すには、循環させるキャリアをトータルでマネジメントし、確実なキャリアパスを提供することが条件となる。その意味において、本学の地域医療教育センター/ステーション制度は、切れ目のない大学-地域循環型キャリアパスを提供する非常に有用なシステムである。

もう一つの障害である教育については、地方の規模の小さな医療機関では、教育に時間を割ける体制を確保することも、必要な教育経費を確保することも難しく、また教育ノウハウも十分とは言えないところが多い。このような環境下では、いくら総合診療に最適なフィールドであっても、指導も支援も十分に得られないまま、現地に一人で飛び込めと言われても、専攻医がそこで働くのは難しい。本学の地域医療教育センター/ステーション制度は、地域からの支援により、大学の教育資源を地域に展開する取り組みであり、現地で教育体制の充実に大きく貢献しており、専攻医も安心して勤務することができる。

たとえば、本稿で例示した北茨城市に派遣される医師は年々増加し、現在は筑波大学総合診療科から9名（常勤6名、非常勤3名）の総合診療医（専攻医を含む）が現地で診療に従事している。ステーション設置前に北茨城市で診療に従事する常勤医師が35名¹⁾だったことを考慮すると、このシステムは、同市にとって非常に大きなインパクトを与えて

いる。この9名の内訳は、筑波大学以外の出身者が5名、茨城県出身者、地域卒卒業生はいずれもゼロである。このことは、総合診療にフォーカスし、教育の充実と大学-地域循環型キャリアパスを提供すれば、地元出身者でなくても、また奨学金による義務がなくても、地域に向かう医師の流れを生み出していることを示している。

②タスクシフティングの可能性（臓器別専門医の負担軽減、多職種連携など）

本学が導入した大学-地域循環型キャリアパスで派遣された総合診療医は、地域において臓器別専門医の負担軽減に貢献している。北茨城市の例をあげると、市民病院の小児科診療は平日午前の非常勤医師のみであるが、家庭医療センターの総合診療医が小児医療を担うことで、市民病院への過度の集中を緩和できている。

他職種との連携について、医師不足が顕著な地域においては、医師の業務の一部について、各職種が既存の役割分担を超えて担当することが求められる。各職種が、新たな業務を担当できるようにするには、それを目的とした教育と新たな関係構築が必須である。教育機関である大学が地域にコミットして、自らのノウハウを生かして効果的な教育プログラムを提供することで、タスクシフティングの促進に貢献している。また、寄附講座がコーディネートして新たなネットワークを構築することで、多職種連携の強化を図っている。北茨城市では調剤薬局の薬剤師を対象に臨床推論の講習会を定期開催している。これによって臨床判断能力を高めた薬剤師が育ち、医療機関よりはるかに多く分布している調剤薬局が、適切な受診勧奨やセルフメディケーションを含む、地域住民の健康サポート窓口になることを目指している。また、市内の在宅ケアに関わる多職種の情報共有を、クラウドを用いて迅速に行う仕組み作りを進めている。

③医療や社会に与えるインパクト

急速に進行する少子高齢化を背景に、我が国の医療は大きな変換点を迎えようとしている。医療に投下できる資源に制約がある中で、住民が安心して健康に暮らすことのできる地域医療を維持するためには、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」へのパラダイムシフトが必須である。それを実践するためには、多様な健康問題に幅広く対応できる診療能力と、地域包括ケアシステムを全体的にコーディネートできるマネジメント能力が必要であり、その能力を備えた存在として、総合診療専門医への期待

が高まっている。現在社会的に問題になっている医師の偏在に関しても、総合診療医は地域医療との親和性が高く、診療範囲も広いいため、地域偏在も診療科偏在も解決に貢献できる存在である。

たとえば北茨城市では、市民病院に総合診療医がいることで、二次医療圏の他市にある中核病院に頼らねばならないケースが減ったり、適切なタイミングで依頼ができたといった効果が実際に得られている。また総合診療医が家庭医療センターの診療を担うことで、幅広い年齢、疾患の患者を外来や在宅で受け入れることができ、市民病院や中核病院からの早期退院や、最期を自宅で過ごしたい希望への対応が従来よりも実現しやすくなっている。これらの事例は臓器別専門医の負担軽減と同時に、市民にとっても救急や一般診療の市内応需率が高くなったり、在宅医療などの期待する医療が受けやすくなったりする効果を生み出している。北茨城市は介護保険の在宅サービス受給率が10.7%で全国平均の12.3%より低く、施設サービス受給率は3.4%で全国平均の2.9%より高い³⁾。すなわち在宅で療養できない要介護者が施設に入所している割合が高いということである。茨城県が策定した地域医療構想によると、北茨城市が属する日立二次医療圏では2025年の訪問診療需要が2013年の1.4倍になることが予想されており、この受け皿を用意することで、希望する人は最期まで自宅で過ごすことが可能となる。

人々が健やかにその地域で生活することを支えるために、総合診療医は地域活動でも貢献できる。北茨城市における小中学校ががん予防教育や認知症介護の技法「ユマニチュード®」の普及活動は、住民の意識、知識、技能を高める効果がある。「元気ステーション」との協働で行う多職種連携推進活動や市民の互助ネットワーク作りの支援活動などは、「地域完結型医療」や「地域包括ケア」の実現のために、各事業や関係者を繋ぐ役割がある。これらの地域活動も、それぞれの専門家がばらばらに行うのではなく、全体を俯瞰する眼を持ち能力もある総合診療医が関わることで、統合的に行える。

④他の地域での応用可能性とその実現のために必要な事項

これまで述べてきたように、筑波大学総合診療科における教育システム構築のコンセプトは、「地域医療との親和性が強い総合診療領域にフォーカスすること、そして大学と地域が連携して、地域への派遣の障害となるキャリア形成の担保と教育の充実の

問題をクリアすること」にある。地域の支援で教育を充実させる→多くの医師が集まる→その医師を本人のキャリアアップにつながる形で地域に派遣する→医師不足問題が改善される→地域から教育へのさらなる支援が得られる、という好循環が生まれる。

この枠組みは茨城県に特有の問題ではなく、医師不足に悩む全国各地で応用可能なモデルであると考えられる。実際、文部科学省の未来医療GP「リサーチマインドを持った総合診療医の養成」においては、全国のモデル事業として、本学は全採択大学のうち唯一、最高評価のS評価を受けている。

このモデルを構築するにあたり、特に注意が必要なのは、教育への投資と、地域医療への還元の間には、ある程度の時間差がある、ということである。短期的な効果を求めるなら、医師派遣会社に依頼する方が早いかもしれないが、地域医療に関するマインドと能力がある医師が確実に来てくれるとは限らず、定着してくれる保証もなく、費用対効果も悪い。返還義務免除の条件のついた奨学金の貸与も一つの方法であるが、「奨学金のために」地域で働くことを求めるスタイルは、本人にとっても地域にとっても不本意な形に終わる可能性がある。それに対して、教育の充実は明日から働く医師が増えるわけではなく、直接的な効果は見えにくいものの、地域医療に対するモチベーションと向上心のある医師にとっては非常に魅力的な要因であり、職場選択の大きな理由になりうる。また、すでに完成された医師を集める方式は不確定要素が大きい。確実に次の世代が育つ教育システムを構築すれば、質の担保された医師が、世代の断絶なく安定して輩出されるので、地域医療の持続可能性に大きく貢献できる。このように、教育への投資は、時間はかかるものの、中長期的には医療の質の向上と医師の安定確保につながる、きわめて費用対効果の高い方法であると考えている。

2018年度から総合診療専門医の養成がスタートするが、地域包括ケアシステムの構築、地域医療構想の導入も相まって、総合診療に対する注目が高まっている。この追い風をしっかりと受け止めて、地域で活躍する総合診療医を養成していくために、大学の総合診療部門に期待される役割は非常に大きい。この期待に応えていくためには、大学における総合診療部門の機能強化はもちろんのこと、「地域で活躍する医師は地域で育てる」というコンセプトを地域全体で共有し、地域からの十分な支援体制のもとで、大学、住民、行政、医療機関が一体となっ

て教育体制の構築に取り組むことが求められている。

文献

- 1) 平成 28 年茨城県医師・歯科医師・薬剤師調査の概況 http://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/koso/iji/koso/stachischics/doctor-dental-drug/documents/h28_allfiles.pdf (2018 年 5 月 17 日確認)
- 2) 速水恵子, 高屋敷明由美, 前野貴美, 鈴木英雄, 内藤貴宏, 前野哲博, 田中誠, 榊正幸. 医学生のへき地勤務希望に関するコホート調査. 医学教育 48 suppl 170
- 3) 北茨城市高齢者福祉計画・介護保険事業計画(平成 27 年度～平成 29 年度) <http://www.city.kitaibaraki.lg.jp/docs/2015022300166/files/dai6ki.pdf> (2018 年 5 月 17 日確認)