

第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

総合診療医が大学と地域をつないで企画実施する 「筑波大学における体系的な卒前地域医療教育プログラム」の事例

高屋敷明由美¹

要旨

筑波大学では、総合診療医が地域の医療機関と連携して低学年からの体系的な総合診療・地域医療の教育プログラムを実施している。2年次在宅ケアのケース討論・地域医療実習（1週）、3年次の地域ヘルスプロモーションコース（1週）、5-6年次の総合診療科クリニカル・クラークシップ（4週）と選択実習（4週）を実施し、6年間を通じて繰り返し学ぶことで、地域背景にあわせた医療者の患者を捉える総合的な視点や地域の現場で求められる総合診療医の役割と、保健・医療・介護などの職種間連携の必要性を真に理解した医師を養成してきた。全ての学生に関わることのできる大学における卒前教育に総合診療医がコミットできる意義は大きく、今後の社会ニーズに対応するために各大学における教育へ関わられる総合診療医の配置が望まれる。

取り組みの概要

①取り組みの背景

総合診療医は地域の医療機関を主な活躍の場とすることが多いが、大学に所属することで卒前教育において、様々な診療科に進むいわば「将来を担う医師」全員の育成に関わることのできる意義は大きい。本事例では、筑波大学における低学年から繰り返し総合診療・地域医療の教育プログラムを紹介し、その成果について主に総合診療の理解と職種間連携教育の観点から紹介する。

②導入の経緯

筑波大学では開学当初より大学病院以外の施設で行う学外実習を積極的に行ってきた。平成16年に5年次の臨床実習の中で総合診療科実習（選択）を導入し、町村部における1週間の地域医療実習を行っていた。あわせて、同じ年に卒前教育カリキュラムの抜本的な改革があり、総合診療医が医学教育部門と連携して、2～5年次の必修科目「医療概論」として、低学年から繰り返し地域医療について学ぶ体系的なカリキュラムを開発・導入し、随時改善を

行ってきた。

③事例の詳細

平成29年度のカリキュラムの全体像を図1に記す。

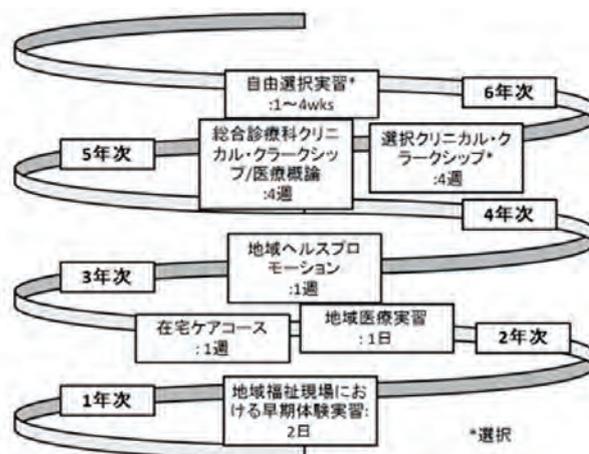


図1 筑波大学における地域医療教育

1年次の早期体験実習を社会医学系の講座が担当している他は、総合診療科の教員がコーディネートをやっている。本稿では、2、3、5年次の4つのプログラムを取り上げて紹介する。

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

1) 2年次医療概論Ⅱ：在宅ケアコースと地域医療実習（必修）

在宅ケアコースは、臨床医学の学習が始まる直前（2年次の6月末）に実施するプログラムで、将来医療者として患者を支援する上で重要となる「在宅ケア：生活の場における医療」の実際を学ぶ1週間のコースである。教室で地域医療についての講義、PBL（Problem Based Learning）テュートリアル方式でのケース討論を行った後に、茨城県内の施設において地域医療実習（1日）に参加し、地域医療現場の実際を体験する。在宅ケアコースのケース・教材の開発、講義は診療所で働く総合診療医と総合診療科の教員が協働して開発・実施している。カリキュラムの詳細を表1、2（P.470-471）に記す。

2) 3年次医療概論Ⅲ：地域ヘルスプロモーションコース（必修）

臨床系の各コースの学習に平行して3年次7月に実施する、地域住民の健康教育の意義と実践を学ぶためのコースで、行動変容・ライフサイクルなどの健康教育を実施する上の行動科学の基礎知識修得のための講義と県内の住民に対する地域ヘルスプロモーションの企画・準備の演習を1週間かけて実施する。その後の半年の間に1日、実際に地域にでかけ、学生自ら健康教室を実施する（図2）。テーマは、中高年者を対象とする生活習慣病予防、中学生・高校生の喫煙予防など7テーマ（表3参照、P.472）を設定し、各テーマについて、地域のヘルスプロモーションの現場で活躍する医師、歯科医師、管理栄養士他の現任者が地域コーディネーターとして健康教育の準備から実施の一連のプロセスを指導・サポートする。詳細を表3に記す。

3) 5-6年次医療概論Ⅴ/総合診療科クリニカル・クラークシップ（必修）

1年半のクリニカル・クラークシップの後半（5

年次10月～6年次5月）に実施する4週間の実習で、1)場による医療の違いを踏まえた総合診療医の専門性の理解、2)地域のヘルスケアシステム全体からみた住民・患者・家族の健康問題の把握3)臨床推論能力の修得をねらいとして、筑波大学付属病院総合診療科1週間（必修）と、茨城県内の診療所（2～3週）、中核病院総合診療科（0～1週）、希望者には緩和ケア（1週）を組み入れている。外来における医療面接（大学総診、診療所）や中核病院では主治医チームの一員となって診療に参加する実習を行う他、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ同行などの在宅ケアや多職種業務の同行、地域を歩き住民にインタビューを行い、地域ニーズを探る地域診断実習も行っている。4週の初日と最終日には大学に全員集まり、オリエンテーションと振り返りを実施している。詳細を表4（P.473）に記す。

4) 5-6年次選択クリニカル・クラークシップ（選択）

前述の医療概論Ⅴ/総合診療科実習と同じ時期（5年次10月～6年次5月）に平行して行われる4週間の選択実習で、総合診療を更に重点的に学びたいと希望する学生を受け入れている。総合診療・地域医療に関する分野で興味をもつテーマやフィールド（離島医療、都市部の在宅ケア、病院総合医、緩和ケアなど）について個々の学生のニーズにあわせた実習を北海道から沖縄まで全国の様々な地域で総合診療を提供する医療機関のご協力をいただき、コーディネートしている。この実習で学んだことについて、6年次7月に学年全体で学会のポスター発表形式の報告会を行っており、例年10人前後の学生が地域医療の現場での学びを発表している。本コースの詳細を表5（P.474）に示す。

④成果

本取り組みの成果として、アンケート調査や振り



図2 3年次地域ヘルスプロモーションにおける学生の健康教育の様子

返り・学生レポートでみられた記載を紹介する。

1) 医療概論Ⅱ（在宅ケアコースと地域医療実習）について

2年次在宅ケアコースのレポート111名分をSCAT変法^{1,2)}を用いた質的解析から導き出されたストーリーラインは以下の通りであった。

『学生は本コースを通して、患者の【健康と疾患、病いの経験を明らかに】して【患者を全人的に捉え】、患者と【共通基盤を形成】しようとしていた。その中で【医師患者関係を強化する】という【患者中心の医療】の流れに基づくとらえ方をしており、同時に【患者中心の医療】を実践するためには【チーム基盤型アプローチ】が必要であり、【ヘルスケアシステム】が基盤になっていることに気づいた。学生は個々の【学習におけるコーピングパターン】で【経験に基づいた学習】を行っており、【感情の動きを伴う学習】となっている者もいた。これら一連のプロセスは、学生に【将来医師になるものとしての責任感の自覚】を促した。』³⁾

この結果から、学生は「健康と疾患、病いの経験を明らかにする」、「患者を全人的に捉える」などといった患者中心の医療の方法の枠組みに沿い、経験に基づき、感情の動きを伴う学習を行っており、これらのプロセスが医師としての責任感の自覚につながったことが明らかになった。

地域医療実習については、実習の前後に、地域医療への興味と地域における医師の役割の理解の程度をそれぞれ5段階Likert scaleを用いたアンケートを実施した。101名から回答が得られ（有効回答率98%）、地域医療への興味があった（5段階で4または5と回答）学生は実習前39%に対し実習後61%、地域における医師の役割を理解できた学生（5段階で4または5と回答）学生は、それぞれ53%、73%と増加しており地域医療実習のねらいがある程度は達成できていた。尚、これらの傾向は将来都市部勤務志向の学生においてより顕著に観察された⁴⁾。

2) 医療概論Ⅲ（地域ヘルスプロモーションコース）について

3年次地域ヘルスプロモーションの実習後レポートにおいて例年みられる記述を一部紹介する。地域における住民に対する健康教育の重要性を将来医師になる者として自覚していることが確認できている。

- ・食事は患者さんのQOLに直接かかわってくる。例えば生活習慣病の患者さんに対しても、ただ単

に食事制限してしまえば、それだけで患者さんのQOLは低下してしまうため、食材の組み合わせを綿密に考え、さほど見劣りしないほどの献立を提供するのはとても意味のあることであると思われる。患者さんの「食事の楽しみ」はできるだけ失わせたくないからである。このような献立を提供することも医療側の役割の1つであると思う。（中略）今回のコースは、普段の臨床系の講義とはまた違った内容の知識が得られて、非常に有意義だった。しかも、これらのことは、臨床系の講義と同じくらい重要であると思うので、この知識を今後とも活用していきたいと思った。

- ・今回の実習では、普段の講義中心の日々とは違い、市民の方々と直接接することができた。これは大きな経験だったと思う。そして、まだまだ我々は市民の皆さんに対するコミュニケーション能力は低いと言わざるを得ない。こういった能力は、来年から始まる病院実習などでも、日々試行錯誤して、磨いていかなければならないと思う。そうでなければ、信頼される医師になることは程遠いことであるからである。市民の方に言われたとおり、説明のうまく、そして患者さんの話をよく聞く医師になりたいと思う。これはインフォームドコンセントの根幹でもある
- ・地域健康教育に本気で取り組んでいる先生方や人々を知ることができ、医療の一側面に触れることができた。医療は病院で始まるものではなく、人々が健康を維持できるように、知識を持つ者がアクションを起こすことで始まるものなのだろう。自分も将来、そういった行動を起こせるようにしていきたい

3) 5-6年医療概論V/総合診療科について

同コースの実習後に、地域で働く上で必要な医療者の視点とその役割をテーマにしたレポートの作成を課している。そこでは、ほとんどの学生から、患者の生活をみる視点、多職種連携の必要性、時間軸空間軸をもって関わることの重要性などについての記述がなされている。一部レポートを抜粋して紹介する。

- ・プライマリ・ケアの特徴としてACCCCが掲げられているが、これは医師に限らず地域の医療者それぞれが意識すべき課題である。気軽に大病院にかかれない地域の方に対してはどの医療者も患者の身近な存在であるべきであり、患者のみならず家族とも関わり、患者の健康問題に応じた医療を提供し、医療者間で問題を共有し協力して話し合

い、患者一人一人の立場・背景を尊重する必要がある。

- ・地域で働く上で、患者の生活まで考えなければならない。地域で働く医療者は、患者になんらかの不調があるときに最初に何でも相談でき、信頼できる存在であるべきと考える。(中略)普段から患者の身体のこと、生活環境、家族の健康状態についても医療者が積極的に気にかける姿勢を持ちたい。地域では特に多職種連携が大切なので、他の医療スタッフとのコミュニケーションをよく取り、チームで患者さんをみている意識を持つことも重要である。

- ・地域で医師として働くにあたり、まずその地域がどのようなところ(地形、住民の様子、人間関係、医療環境、交通環境など)を知った上で、提供すべきケアを考えることが大切だと思う。患者一人一人へのアプローチだけでなく、利根町の中澤先生が特養に訪れて看取りを行うことへの相談を受けていたように、「住民のためになること」を積極的に探って行っていくことで、町全体の環境をよりよいものにする視点が大切だ。その実現のためには他の医療職、時に行政などの非医療職を尊重し連携しようとする姿勢も重要である。

4) 5-6年選択クリニカル・クラークシップについて

実習後に学生が作成したポスターのタイトルおよびポスターを一部紹介する。総合診療の様々な視点から実習体験と事後学習により学びを深めた上でわかりやすいプレゼンテーションにまでつなげており、同学年の学生に対して学びを共有している。

ポスタータイトル例

- ・家庭医療の原理原則とイギリスと比較した日本の家庭医療の特徴
- ・緩和医療を受容できず怒りを見せた患者への対応
- ・離島医療を通して感じた総合診療医の重要性

・沖縄におけるSDH (Social Determinants of Health) についての考察

- ・高齢者の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現にむけた提言
- ・在宅医療を推進するために必要なこと ~医療者教育の観点から~

資料として、図3-1、3-2 (P. 475-476) に5-6年次総合診療科選択クリニカル・クラークシップの学生ポスター例を提示する。

5) 本学学生の町村部へき地における勤務希望について

一連の教育成果のまとめとして、1, 3, 6年次学生に実施している本学の学生のへき地、町村部など医師不足地域における将来の勤務希望のコホート調査結果を記す⁵⁾。2008年度~2010年度に筑波大学医学類に入学した一般枠(卒業後の医師不足地域の勤務を課せられている地域枠学生を除いた)医学生を対象として、1, 3, 6年次で経時的に将来の町村部・へき地での勤務希望(へき地は1年以内の短期勤務の希望についても)を明らかにすることを目的とした自記式アンケート調査を実施した。各地域における将来の勤務希望を5非常に(希望する)~1全く(希望しない)の5段階のLikert Scaleで尋ねた。全ての調査に回答した3学年合計190名を有効回答として集計した(有効回答率62.5%)

学年ごとの希望の分布を図4に記す。町村部の希望は3学年とも希望あり(4または5)の学生が4割程度であった。へき地勤務希望者は、長期では学年が上がるごとに漸減したが、短期でのへき地勤務の希望者の割合は1年次から3年次に減少したものの6年次では再度増加した。

地域別の将来の勤務希望の変遷を解析した結果を、図5-1, 2, 3に示した。

町村部における勤務希望(図5-1)は1年次から3年次、さらに6年次にかけて6割ほどが希望を維持

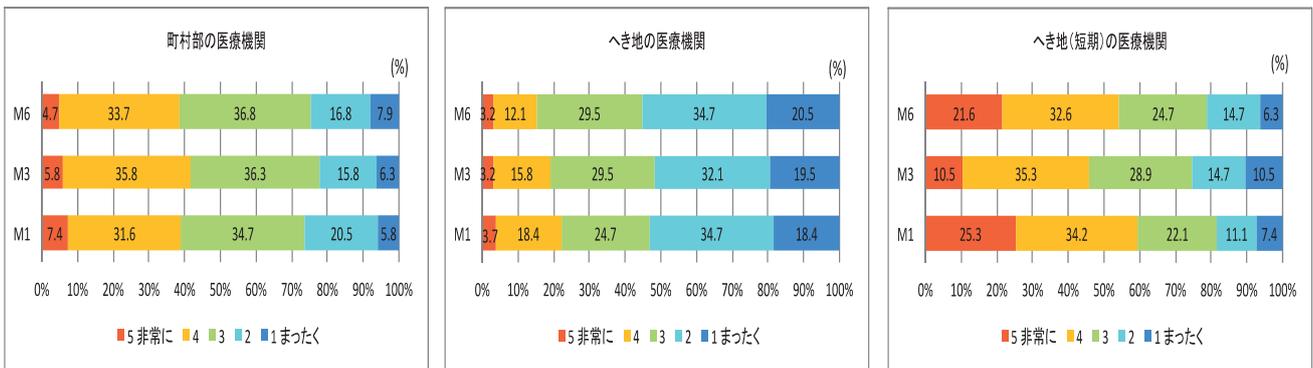


図4 働きたい地域に関する回答分布 (n = 190)

できていた。低学年で希望ありだったものの4割前後が、順次希望なしに変わった一方で、希望なしから希望ありに変わったものも一定数観察された。

へき地における勤務希望（図5-2）は1年次から3年次、さらに6年次にかけても十数名が希望を維持できており、希望ありからなしへ変わった者が過半数であったのと同時に、途中から希望ありになったものも1割前後みられた。

1年以内の短期のへき地勤務希望（図5-3）は1年次から3年次、さらに6年次にかけても約7割ずつが希望を維持できており、希望ありからなしへ変わった者が3割程度であったのと同時に、3年次から6年次は41%（42名）が希望なしから希望ありに変わっており、卒業時点では過半数が希望していた。

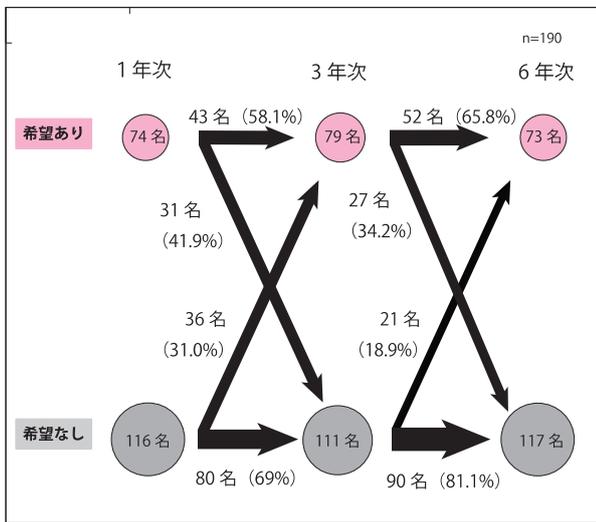


図 5-1 将来の勤務希望の在学中の変遷（町村部）
※図の面積，線の太さは，人数を示す

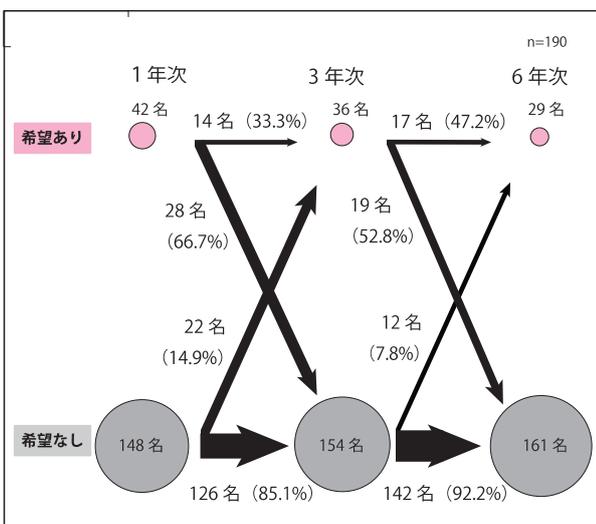


図 5-2 将来の勤務希望の在学中の変遷（へき地）
※図の面積，線の太さは，人数を示す

今後の展開

大学のあるつくば市から遠く離れた茨城県内の地域における実習プログラムの運営において、質の高い総合診療を提供する実習施設と宿泊施設の確保が不可欠である。実習は、本学が教員を定期的に派遣して地域医療教育を行う「地域医療教育ステーション」制度を活用しており（P. 453 参照）、ステーションのうち北茨城市民病院附属家庭医療センター、大森医院、大和クリニック、笠間市立病院は、建設の時点から教育業務を念頭に置いて設計されており、学生の宿泊施設が確保されている。そのほかの施設では、近隣の介護施設等を活用して宿泊できるよう配慮していただいている。このように、地域医療教育へのご理解・ご厚意のもとで宿泊を手配や資金援助をくださる自治体・施設の存在は、週単位の5-6年次の地域医療現場での実習の運営の要となっており大変有り難いものである。しかしながら、地域枠入学導入などに伴い一学年の学生数が平成31年度の5年生は140~150名と従来の1.5倍に増加しつつあり、更なる施設の確保が課題になっている。引き続き地域医療教育のねらいを理解いただき、教育環境の整った施設との協力関係を築いていく必要がある。平成30年度は新たに北浦診療所（行方市）が医療概論V/総合診療科実習に加わるようになっていく。

別な側面としては、前述のように地域医療教育は実習の受け入れ施設には多大な協力があって実習が成り立っているが、地域実習において学生が一方向的に学ばせていただくだけではなく、地域の方にとって医学生との関わりがなんらかのプラスになる形を

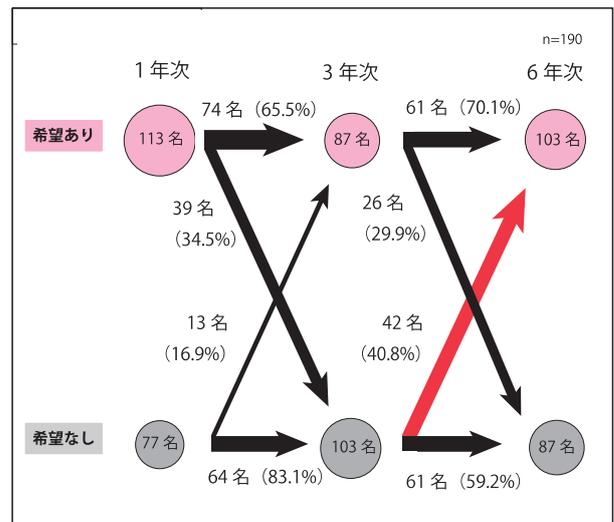


図 5-3 将来の勤務希望の在学中の変遷（短期間のへき地勤務）
※図の面積，線の太さは，人数を示す

目指すことが大切である⁶⁾。学生が患者・地域住民の方々が生活において何を喜びとして何に困っているのかに関心を持ち、その思いを傾聴することなどから何らかの役にたてる可能性がある。将来医師になる者としての責任の自覚を涵養するプロフェッショナル教育の面からの有用性も期待でき、このような患者、地域と医学生、医学部の双方にプラスになるために、低学年からの体系的な総合診療/地域医療の螺旋型プログラムの特性を生かして、座学と実践の有機的なつながりを強化していきたい。

考察

①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

本学では全ての学生が総合診療医の専門性と役割を現場の活躍を目の当たりにして学べる螺旋型の地域医療実習教育を行っている。しかし国内の地域医療実習の事例をみると、低学年における短期の保健福祉現場での実習を必修として実習する大学は少ないが、高学年における週単位の診療参加型実習を必修として学年全員のプログラム実施している大学は自治医科大学などごく僅かに留まっており、ほとんどが地域医療に興味をもつ一部の学生を対象とする選択実習として行われているのが現状である。地域医療教育の実践にあたり、一学年百数十人という学生を受け入れ、地域の医療機関との連携を図るためには、地域医療や地域における職種間連携を真に理解している教員が、カリキュラムを組み、大学および地域の関係者双方とが連携して細やかな調整を行う必要がある。このような地域医療教育プログラムの実施に当たっては、これらの一連のプロセスを担う大学教員が、地域医療教育ステーション制度により（P.453 参照）本務の一環として地域の現場において現役の総合診療医として活躍している、またはその経験を有する総合診療/家庭医療専門医であることが非常に重要である。総合診療マインドと確かな総合診療の医学的スキルをもち地域現場スタッフと関係性を築きながらそのリアリティを自ら語る教員こそが、ねらいに沿った実習を計画でき、学生の地域における実習へのモチベーションを引き出し、学びをサポートするのに不可欠からである。

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）

前述の通り、本学の体系的な地域医療プログラムのねらいの一つが多職種の役割および職種間連携の理解にある。特に在宅ケアの教育においては、学生

が現場における多職種連携の重要性について実感をもって理解できていることが、低学年および高学年のコースの学生レポートからも推察される。本学の全ての卒業生が地域における総合診療と多職種連携の実際とその必要性を正しく理解して将来医師として働くことができることは、これから我が国の各地域で求められている在宅医療の推進の基盤になる病診連携、多職種連携の円滑化にもつながり非常に重要なものである。

③医療や社会に与えるインパクト

②の多職種連携の意義と実際を理解した卒業生を社会へ輩出できるインパクトに加え、本学の取り組みが医師不足地域の医師確保にも貢献できる可能性が示唆されている。へき地勤務医師イコール総合診療医ではないが、人口当たり医師数全国ワースト2位の茨城県は医師不足が深刻化しており、町村部・へき地で総合的に対応できる総合診療医が求められていることは事実である。

「高学年になるにつれて rural area の勤務希望者が減少する傾向」は国内外でも地域医療の担い手の確保における課題として指摘されている。平成22年～27年に行われた全国の地域枠学生を対象にしたコホート調査⁷⁾では、地域枠入学に伴う卒業後の就労義務を終えた後の「医師不足地域での就労意思」の入学時と卒業時の変化について報告されている。入学時に医師不足地域の就労について高い意思を持っていた者のうち、卒業時に高い意思が保たれていた者は32%に留まり、また入学時に意思の低かった者で卒業時に向上したものはほとんどいなかった。設問や回答肢が異なるためデータの直接的な比較はできないが、地域枠入学の学生であっても、医学部在学中に医師不足地域における従事についてのモチベーションを維持することが難しいことを考えると、成果の項の(5)に記したように、本学では一般枠であっても「学年が上がるにつれて rural area の勤務希望者が減少する」傾向をくい止められ、短期であればむしろ高学年で増加していることは、注目に値する。

この背景には、高学年の地域の現場の実習を通して、特に地域における短期間の勤務については医師のスキルアップにもつながりうるというキャリアにおける意義やその魅力を学生が目目の当たりにして、rural area で働くことを positive に捉えられるようになったことが影響していると考えられる。

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

このように地域における総合診療医の役割、職種間連携について、低学年で学んだことが5年次になって地域の現場でじっくり体験できる体系的なプログラムにより、これらの理解を深めることができている。低学年から繰り返し地域医療について学ぶプログラムを卒前教育カリキュラムに組み込んだ背景として、総合診療科の教員が大学病院の診療部門だけでなく、医学部教育全体の方針を検討するカリキュラム委員会のような組織にコミットできたことが大きい。

我が国の医学教育は、医学教育モデル・コア・カリキュラムの導入と改訂、国際基準に基づいた医学教育の分野別認証、地域枠入学制度の導入など刻々と変化している。医学教育モデル・コア・カリキュラムの平成28年度の改定では「臨床実習は今後、今まで以上に地域医療（地域完結型医療や地域循環型医療）や地域包括ケアシステムを意識した内容になるため、地域の医療機関等には各大学の実習への協力が必要、更に、チーム医療や多職種連携の観点から、医療系に限らず、また資格系職種に限らず、多くの職種との協働が卒後において求められることから、卒前段階から様々な形で、そのための教育への協力が必要」と冒頭に記載されている⁸⁾。医学教育分野別評価基準日本語版VER2.2⁹⁾では、臨床医学と技能(2.5)として「重要な診療科で学習する時間を定めなくてはならない」と記しており、重要な診療科に内科、外科などと並び総合診療科/家庭医学を明記している。このような背景から各大学におけるカリキュラムが見直されつつあり、総合診療の教育を実践するための環境調整の必要性に迫られている。この課題に対応するためには、総合診療科の教員を医学部教員として配置が不可欠と考えられる。更には、各学年百数十人もの学生を対象とする実習において教育の質を担保して着実に教育成果をあげるためには、直接教員が学生を教えることに加え、県内に広がる地域施設との密な連携を図る必要がある。多大な教育へのマンパワーが必要である。そのため医学部に教員一人を配置するだけでは不十分であり、相当数の教員が必要である。筑波大学総合診療科には、18名の教員が在籍しており、そのうち12名が日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医の資格を有している。このうち13名が寄附講座等(P.453参照)に所属して地域の現場と大学両方で勤務しており、4名が医学群医学教育企画

評価室に専任または兼任で所属して、医学教育の業務に携わっている。このように総合診療医を複数診療・教育・研究を担う立場で配置できている大学は非常に限られており、国際基準に基づく医学教育を行うためにも、今後我が国の医学部として、人材配置の方向性について検討する必要があると思われる。

文献

- 1) 大谷尚. 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案—着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き—. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 教育科学.
- 2) 2008; 54 (2): 27-44. 福士元春, 名郷直樹. 指導医は医師臨床研修制度と帰属意識のない研修医を受け入れられていない指導医講習会における指導医のニーズ調査から. 医学教育. [原著論文]. 2011; 42 (2): 65-73.
- 3) 石丸直人, 高屋敷明由美, 前野貴美, 河村由吏可, 小曾根早知子, 前野哲博. シナリオを用いた在宅ケアコースから医学部2年生が学んだこと—学生レポートの質的分析より—日本PC 連合学会誌 2017; 40 (2): 91-8.
- 4) Ishimaru N, Takayashiki A, Maeno T, Kawamura Y, Kurihara H, Maeno T. The impact of an early_exposure program on medical students' interest in and knowledge of rural medical practices: a questionnaire survey. Asia Pac Fam Med 2015;14(1):3
- 5) 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, 榎正幸. 医学生へのき地勤務希望に関するコホート調査. 医学教育 48 suppl 170
- 6) Worley PS, Couper ID. Chapter 15 In the Community. A Practical Guide for Medical Teacher. Third edition. Churchill Livingstone, London, 2009, p113-20.
- 7) 片岡義裕, 高屋敷明由美, 佐藤幹也, 前野哲博. 地域枠学生が医師不足地域に定着しようとする意思の変化についての記述的研究. 医学教育 47 suppl 161
- 8) 医学部モデル・コア・カリキュラム平成28年度版(平成28年11月16日): http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/siryou/_icsFiles/afieldfile/2016/12/15/1380355_001.pdf 2018年4月30日アクセス
- 9) 医学教育分野別評価基準日本語版VER2.2 世界医学教育連盟(WFME)グローバルスタンダード2015年版準拠(平成29年6月26日): https://www.jacme.or.jp/pdf/wfme-jp_ver2.2.pdf 2018年4月30日アクセス

表1 2年次医療概論Ⅱ在宅ケアコースの概要

ねらい：地域における生活者としての患者、家族の姿のイメージすることおよび在宅ケア現場におけるチーム医療の意義と医師の役割を学ぶこと					
時間割	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
1時限					講義：高齢者の在宅ケア
2時限		講義：地域医療の現状と課題			発表会
3時限	オリエンテーション、症例提示*	講義：職種間連携	グループ別質問タイム**	講義：地域医療の将来	
4時限	講義：家庭医療とは	グループ別質問項目検討			グループ学習（発表準備）
5時限	コアタイム1	自習	コアタイム2		レポート作成
<p>*症例提示：ケースについて地域、患者と屋内外の様子について、写真と口頭説明で紹介。</p> <p>**質問タイム：シナリオ作成者が各グループをまわり、学生がケースの問題解決、ケアプランの提案に必要なケースに関する質問をする。</p>					
<p>シナリオの概要：</p> <p>（前半）茨城県山間部の桜川市（旧大和村）在住の82歳の女性Aさん、認知症が進行し夫と二人で、近くのBクリニックでの訪問診療を受けて暮らしていた。夫が急死してしまい、一人残され、夫の妹のCさんからケアマネジャーに相談があった。連絡を受けたBクリニックの医師とともに実習中の医学生がAさん宅を訪ねる。</p> <p>（後半）Aさんは認知症で独居は困難、近所のコンビニで無銭飲食をしてしまうなどの問題もある中、Aさんの家にいたい希望をどのように叶えることができるか、キーパーソンのCさんと医療・福祉関係者でミーティングをすることになった。</p> <p>（総括で提示した後日談）介護保険認定を再申請、介護支援サービスの回数を増やすなど調整を行い、Cさんと各職種スタッフで連携して支援を行った。半年間自宅での生活を送った後に、新しく設立されたグループホームに入所した。</p>					
<p>教育リソース：担当者、教室など</p> <p>オリエンテーション、症例提示、講義：総合診療科教員が担当、講義室で実施</p> <p>コアタイム：チューター（ファシリテーショントレーニングを受けた、専門内外の医学系の一般教員）が学生の討論をサポート、小部屋で実施（8人×19グループ）</p> <p>質問タイム：Bクリニック医師*、小部屋で実施</p> <p>発表会と総括：Bクリニック医師*と総合診療科スタッフが進行、講義室で実施</p> <p>備考：教材は総合診療科スタッフ・Bクリニック医師*が合同で作成</p> <p>Bクリニック医師*：元総合診療科スタッフ、本学の非常勤講師として任用</p>					
<p>評価：1)各グループ担当のチューターによるコアタイムの参加状況に関する観察評価（積極性、論理性、プレゼンテーション能力など）2)レポート 3)出席状況をあわせて判定。</p>					

表2 2年次医療概論Ⅱ 地域医療実習施設とプランの一例

<p>ねらい：</p> <p>1) 地域で医療・介護・リハビリ等を受けている人たちとのふれあいを通して、その人たちの特徴を述べる事ができる、2) 医療・福祉にかかわる人達（医療スタッフ、介護スタッフなど）とのコミュニケーションを通して、社会における医療の位置づけについて理解する、3) 在宅で医療を受けている患者さんやその家族とのふれあいを通して、日常生活の中での医療・介護の関わりを知る、4) 医療・福祉・行政の枠組みと連携について述べる事ができる</p>
<p>教育リソース：担当者、教室など</p> <p>オリエンテーション：総合診療科教員が担当、講義室で実施</p> <p>実習指導：各施設指導医</p> <p>実習施設：地域医療教育ステーション：北茨城市民病院附属家庭医療センター(北茨城市)、笠間市立病院(笠間市)、利根町国保診療所(利根町)、大和クリニック(桜川市・旧大和村) 神栖済生会病院(神栖市)</p> <p>その他の施設：宮田医院(筑西市)、生きいき診療所(結城市)、ひたち太田家庭医療診療所（常陸太田市）、小豆畑病院（ひたちなか市）、小田内科クリニック（つくば市）、市川ファミリークリニック（阿見町）、佐藤内科脳神経外科（守谷市）</p>
<p>実習内容（笠間市立病院の例）</p> <p>午前：病院の各部署や訪問の現場を見学(①～⑤から2つを選択)</p> <p>① 訪問リハビリ実習②病棟業務実習③栄養科実習④薬剤師実習⑤ケアマネージャー実習</p> <p>午前実習後に振り返り</p> <p>午後：訪問診療実習（希望者）</p>
<p>評価：1)実習態度 2)レポートをあわせて成績判定。</p>

表3 3年次医療概論Ⅲ地域ヘルスプロモーションコースの概要

ねらい：地域の現場で「ひとびとの健康を守る」役割を効果的に学ぶため、地域・学校で開催される健康教室を自ら実際に企画・実施し、地域の特性を十分に考慮した予防医学・健康教育の重要性を知り、それを地域で効果的に実践するための技能を身につける。

オリエンテーション
(5月下旬)

概要説明、テーマ希望調査

↓

健康教育企画実習
(7月、1週間)

講義・テーマ別演習。地域現場での健康教育実習にむけて、指導者のもとで健康教育の企画準備を行う。

テーマ一覧：1. 禁煙教育(小学生)、2. 禁煙教育(中学生)、3. 食生活(減塩)指導(中高年者)、4. アルコール指導(大学生)、5. 離乳食指導(母親)、6. 幼児の口腔機能育成(幼児と保護者)、7. 食事・運動指導(中高年者)

↓

地域現場での実習
(9-2月)

地域の現場にでて、健康教育を行う。

健康教育企画実習 時間割例 (テーマ：中高年者の食事運動指導、指導者：総合健康企画ヴィヴァン 小室秀子氏：管理栄養士・健康運動指導士)

時間割	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
1時限		演習：チューブ体操		全体演習：セルフケア支援	全体講義：ライフサイクルにおけるセルフケア支援
2時限	オリエンテーション、 全体講義	運動療法：理論と実技1	運動療法：理論と実技2	自習：発表会準備	発表会
3時限		食事療法：交換表の使い方	食事療法：生活習慣病3	食事療法・運動療法まとめ	
4時限		食事療法：生活習慣病1	グループ作業：発表会課題準備	発表会準備演習	
5時限		食事療法：生活習慣病2			
6時限	運動療法1実技	自習：チューブ体操について	自習	自習	

教育リソース：担当者、教室など

オリエンテーション：総合診療科教員が担当、講義室で実施

講義・テーマ別演習：各テーマの地域コーディネーター(茨城県内の地域でヘルスプロモーション活動を実施する医師、歯科医師、管理栄養士他の現任者、本学の非常勤講師として任用)が担当、大学内ゼミ室・地域施設などで実施

発表会：総合診療科スタッフが担当、5教室(各6~7グループ)で実施

評価：健康教室企画演習の態度・1行日記、地域における健康教育実習の成果物と実習後レポートで総的に評価する。

表4 5-6年次医療概論Ⅴ / 総合診療科クリニカル・クラークシップの概要

ねらい：1) 場による医療の違いを踏まえた総合診療医の専門性の理解、2) 地域のヘルスケアシステム全体からみた住民・患者・家族の健康問題の把握 3) 臨床推論能力の修得					
スケジュールと内容					
4週初日：全体オリエンテーション、4週最終日：全体総括、振り返り					
ローテーションパターン例：第1～4週ローテーションの組み合わせ：大学総合診療科(必修) 1週間、茨城県内の診療所(2～3週)、中核病院総合診療科(0～1週)					
学生 No	第1週	第2週	第3週	第4週	
1	大学総診	神栖	笠間	笠間	
2	大学総診	神栖	笠間	笠間	
3	水戸協同	神栖	大森	大学総診	
4	大学総診	神栖	大森	生きいき	
5	宮田	大学総診	神栖	緩和ケア	
6	利根町	大学総診	神栖	北茨城	
7	大学総診	TMC	神栖	北茨城	
8	TMC	大学総診	利根町	神栖	
9	大森	利根町	大学総診	神栖	
10	大森	水戸協同	大学総診	神栖	
11	大和	大和	大学総診	神栖	
12	大和	大和	神栖	大学総診	
13	北茨城	北茨城	TMC	大学総診	
14	北茨城	北茨城	大学総診	TMC	
15	北茨城	北茨城	宮田	大学総診	
<p>大学総診：筑波大学附属病院総合診療科、TMC：筑波メディカルセンター病院（つくば市）、水戸協同：筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター/水戸協同病院（水戸市）</p> <p>地域医療教育ステーション：北茨城（北茨城市民病院附属家庭医療センター/北茨城市）、笠間（笠間市立病院/笠間市）、利根町（利根町国保診療所/利根町）、大和（大和クリニック/桜川市・旧大和村）、大森（大森医院/常陸太田市・旧里美村）、神栖（神栖済生会病院/神栖市）</p> <p>その他の施設：宮田（宮田医院/筑西市）、生きいき（生きいき診療所/結城市）</p> <p>緩和ケア：筑波大学附属病院緩和ケア科他</p>					
<p>教育リソース：担当者、教室など</p> <p>オリエンテーション・総括：総合診療科教員が担当，講義室で実施</p> <p>各施設における指導：地域医療教育ステーションおよび近隣施設のスタッフ・職員、総合診療科教員、行政職員</p>					
評価：各施設におけるパフォーマンス、レポートから総合的に評価。					

表5 5-6年次総合診療科選択クリニカル・クラークシップの概要

<p>ねらい：1) 医学生として責任をもって行動し、各施設のスタッフ、患者、住民に常に敬意をもって接することができる。2) 地域医療に求められているものと、それぞれの医療機関における総合診療医の役割を説明できる。3) 実習中に生じた疑問について、関連する書籍や文献を活用して自己学習を行い理路整然とレポートを記し、自分の言葉でわかりやすく発表できる。4) 指導者のもとで振り返りを行い、将来自分が医師としてのキャリアにつなげるための課題を明確にすることができる。</p>					
<p>スケジュールと内容：はじめの3週間は学外施設で実習し、最終週は学内で実習のふりかえりやまとめの学習を行う。</p>					
オリエンテーション～	プラン決定後～ 出発前	実習1～3週目	実習4週目	実習後	平成30年7月
実習施設プランニング	挨拶メール、移動・宿泊の手配、担任との面談、評価表受け取り	全国の施設にて実習、担任へ進捗報告メール	大学にて振り返り、課題、報告会、ポスター*作成準備	ポスター仕上げ	ポスター発表（予行演習会と本番）
<p>*ポスター：選択クリニカル・クラークシップについて、全学生がいずれかの診療科における実習の学びや経験症例をもとに学会形式でポスターを作成し発表する。</p>					
<p>実習協力施設一覧（平成29年度）</p> <p>上川医療センター、更別村国保診療所（北海道）、石巻市立病院（宮城県）、石岡第一病院、国立霞ヶ浦医療センター総合診療科、筑波メディカルセンター病院緩和ケア科（茨城県）、東京ほくと生活協同組合 王子生協病院・浮間診療所・鹿浜診療所・汐入診療所・北足立診療所・荒川生協診療所、東京城東病院（以上東京都23区内）、あおぞら診療所、わぎクリニック、花の谷クリニック（千葉県）、川崎セツルメント診療所、あさお診療所（神奈川県）、シティ・タワー診療所（岐阜県）、諏訪中央病院総合診療科（長野県）、明日香村診療所（奈良県）、上五島病院（長崎県）、沖縄県立八重山病院附属小浜診療所、与那国町診療所、ファミリークリニック北中城、沖縄県立宮古病院（沖縄県）</p>					
<p>教育リソース：担当者、教室など</p> <p>オリエンテーション：本プログラム担当の総合診療科教員2名がコーディネート</p> <p>個別の実習支援：総合診療科教員1名が担任となってサポート、振り返り、レポート・ポスター作成指導、各施設における指導：各施設の医師、多職種スタッフ</p>					
<p>評価：各施設におけるパフォーマンス、実習発表会のプレゼンテーション、レポート、担任による態度評価から総合的に評価する。</p>					

「え！？ こんな状態でも入院しないの？」 ～在宅医療で問われる懐の広さ～

学生氏名 ○○

診療科:総合診療科 指導教員:吉本尚先生

背景・目的

地域包括ケアの中で在宅医療は大きな役割を占めることが示唆され、今後も需要が高まることが期待される。在宅医療で経験する救急症例の中で、今回意思決定が困難な患者において患者の最善の利益を考えた家族の代理同意が尊重された症例を経験したので、「臨床倫理の4分割法」に沿って考察した。

背景

この症例で適切な治療方針を決定するために重要なことは何であったかを「臨床倫理の4分割法」を用いて明確にした。左下に「臨床倫理の4分割法」を示す。

症例

【患者】96歳 男性
【主訴】発熱、嘔吐、意識障害
【現病歴】2016年1月29日より咳嗽など感冒症状が出現した。その後も咳嗽は続いていたが、発熱はなかった。2月8日朝入浴後より、発熱、嘔吐を認めた。
【既往歴】
 大動脈解離(DeBakey分類Ⅲ)、胃癌術後、高血圧症、異型狭心症、前立腺肥大症、うつ病、睡眠障害、不安障害、認知症
【ADL】有料老人ホーム住まい。歩行困難で介助下で車いす移動。認知力低下している。週一回の訪問診療を利用している。
【受診時現症】
 意識レベルⅡ-20、体温38.6℃、血圧90/64mmHg、脈拍110/分・整、呼吸数24回、SpO2 92%(room air)
 呼吸音:rhonchi(+)、CVA叩打痛(-)
【検査所見】
 WBC16000、CRP11.8
【経過】
 肺炎が疑われた。入院適応であり、病院での治療を勧めたが、家族は診療所での治療を希望した。血液培養を1セット採取して、セフトリアキソン2g/日を3日間点滴静注したところ改善が見られ、5日目には車いす座位保持可能であり、食事も少量摂取可能な状態にまで回復した。

臨床倫理の4分割法

医学的適応(恩恵・無害性) 1.診断と予後 2.治療目標の確認 3.医学的効用とリスク 4.無益性(futility)	患者の意向(自律性尊重) 1.患者さんの判断能力 2.インフォームドコンセント(コミュニケーションと信頼関係) 3.治療の拒否 4.事前の意思表示(リビング・ウィル) 5.代理決定
QOL(幸福追求) 1.QOLの定義と評価(身体、心理、社会的側面から) 2.誰がどのような基準で決めるか ・偏見の危険 ・何が患者にとって最善か 3.QOLに影響を及ぼす因子	周囲の状況(効用と公正) 1.家族など他者の利益 2.守秘義務 3.経済的側面、公共の利益 4.施設の方針、診療形態、研究教育 5.法律、慣習 6.宗教 7.その他

・医学的適応
 痰が多く、身体所見から肺炎を最も疑った。本人の状態は不良で体動困難であり、胸部レントゲンの撮像は不可能であった。VitalはqSOFAの三項目を満たしており、肺炎と合わせてsepsisの診断であった。診療所にはオグメンチン(内服)とロセフィン(点滴)しかなく、治療しても奏功するかは不確実であり、最悪の場合命を落とす危険性もあった。肺炎のA-DROPは重症で入院適応であり、その点も合わせて近くの病院へ入院加療した方がよいという判断であった。

・患者の意向
 認知機能の低下を認め、普段はしっかりと会話を理解できる状態であったが、現在は意識レベル低下しており、会話はできず本人の意向は確認できなかった。また事前の本人の意向も蘇生処置をしないという以外には確認していなかった。しかし以前入院した時には食欲も落ち、不安障害もあることから入院中は落ち着かず、気が滅入ってしまったという経緯があったと家族から情報があった。今回入院するかどうかの判断については親族で一番近い存在である息子和娘であると判断し、入院の必要性について相談した。

・QOL
 元のADLは車いすでも座位保持は可能な状態であった。認知機能低下はあるが、会話はできる状態であった。現在は意識レベル低下し体動で嘔吐が誘発される状態であった。適切な治療が行われなければ最悪の場合死にいたる状態であったが、入院した場合は状況が変わったことによる精神的苦痛やせん妄のリスク、衰弱によるさらなるADL低下が考えられた。

・周囲の状況
 家族や社員から慕われており、よく会いに来ている。本人は現在意思表示ができる状態ではなく、息子や娘の意向を重んじた治療決定の必要があった。家族は本人が以前入院した時、精神的な苦痛が大きかったことを踏まえ、入院するよりこちらで治療することを希望した。入院した方が医学的に集学的な治療を受けられる可能性があり、治る可能性が高くなることも説明したが、本人の思いをくみ取った家族の意思は、結果はどうであれ診療所で治療をしてほしいということであった。

考察

「臨床倫理の4分割法」を利用すると、今回の症例では本人の思いをくみ取った家族の意思が重要視され治療方針に大きな影響を与えたため、結果として患者のQOLを損なうことなく方向性を決定することができ、結果として治療が奏功したことに気が付いた。

結論

臨床現場では実際、治療方針決定において医学的側面を重視しがちであるが、実際には多くの問題が混在しており非常に複雑である。「臨床倫理の4分割法」を利用することで、社会的・心理的問題点や、顕在化していない問題点を明らかにし、包括的に対応できると考えられる。また優先順位をつけて問題にどこからアプローチしていく必要があるかをある程度明確にすることができる。
 重症度の高い患者を扱い、また患者・家族背景を考慮した幅広い視野をもって対応する必要があるという点で家庭医には懐の広さが求められるが、病院等で働く医者はこうした家庭医の役割を知り、連携をとることで患者にとってより満足度の高い医療を提供できると考える。

参考文献
 白浜雅司「白浜雅司のホームページ」
<http://square.umin.ac.jp/masashi/> 2016/2/15アクセス
 白浜雅司「臨床倫理の考え方」
<http://square.umin.ac.jp/masashi/20084box.pdf> 2016/2/15アクセス

図 3-1 5-6 年次総合診療科選択クリニカル・クラークシップの学生ポスター①

実習経験と学びの言語化から明らかになった総合診療医の医師像

学生氏名〇〇

総合診療科 指導教員: 中澤一弘 先生 春田淳志 先生

背景

総合診療医とは・・・？

選択CC実習を行う以前の私の総合診療医のイメージ像

- ・ドクターCのような医師
- ・幅広い知識を持ち合わせ、様々な鑑別を挙げることで診断に特化した医師
- ・専門の臓器を持たず、人全体から病気をみていく医師

総合診療医という言葉が最近よく聞かれるようになったが、「総合診療医って、どのようなことをしているの？」と聞かれた時に明確に答えることができなかった。私は総合診療医について漠然と上記のような医師像しか持っていなかった。総合診療科の実習で数日の小さな病院、田舎の診療所、中・大規模病院のそれぞれの総合診療医の役割を見ることができ、総合診療医とはなにか、どのような能力が必要でどのような点に置き置いているのかというところを考えると考える機会を得ることができた。選択実習を経た現時点で自らの学びを踏まえて、総合診療医の医師像について明らかにした。

経験

利尻島の病院での経験

離島医療における総合診療医の仕事がみることができた。
 ・ 離島という地において、緊急性を要する病気は島外の大きい病院へ搬送する必要がある、判断力に振っていた。
 ・ 島内には腫瘍病が多いなど、地域における疾患の傾向を把握しており、地域固有の問題を把握していた。
 ・ 健診や、定期外来の外来を通じて患者の健康意識について確認し、予防医学や健康増進の知識を提供していた。
 ・ 島民ということもあり、患者の家庭環境をコメディカルが把握しており、退院後どのように生活していくかという話を入院の段階で介入していた。



更別診療所での経験

1次医療圏における総合診療医の仕事がみることができた。
 ・ 患者との何気ない世間話を通して、生活習慣、社会生活、家庭環境などの情報を聞き出していた。
 ・ 病気を治すだけでなく、病気になるまいよう、あるいは病気が進行せず、できるだけ長く現状の生活を維持できるように、地域の人々へ情報を提供していた。
 ・ 医師が地域の一員として存在している、地域の人々と医療の面以外でも積極的に関わっているようにみえた。
 ・ 社会福祉に関する知識、理解があり、医師がリーダーとなって地域と連携して患者の希望に沿った医療や福祉資源を提供していた。
 ・ 外来で訪れる患者は、大学病院とは違い、定期処方外来で薬だけをもらいついてきたり、家族に連れてこられたり、不定愁訴を訴えていたり多種多様な医療ニーズを抱えた患者がいた。



印象的な出来事

更別診療所の懇話会で、片親で子供を育てながら医師をしている先生が「自分の辛かった経験や嫌しかった経験が、自分を成長させて、成長した分だけ患者の気持ちもより理解することができるようになった。自分の成長の分だけ、患者へ還元することができる。」と教えて下さった。

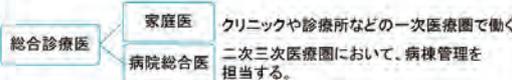
水戸協同病院での経験

中・大規模病院における総合診療医の仕事がみることができた。
 ・ 外来、救急外来、救急搬送してきた患者を様々な鑑別をあげ、適切な診断と、治療を行っていた。
 ・ 専門性の高い疾患に関しては、専門医と併診したり、あるいは治療を任せたり。
 ・ 患者が退院後の地域での生活を、入院時から意識していた。
 ・ 教育への意識が高く、レジデントがどのようにしたら多くのことを吸収できるのかを考えているように思えた。

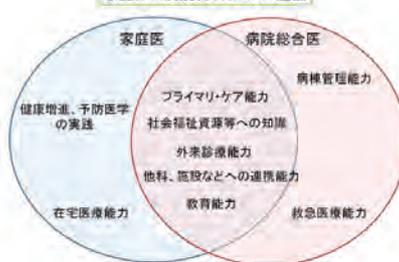
学習したこと

総合診療医の定義 (日本専門医機構HPより引用)

「主に地域を支える診療所や病院において、他の領域別専門医、一般の医師、歯科医師、医療や健康に関わるその他の職種などと連携し、地域の医療、介護、保健など様々な分野でリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する医師」
 働く場所によって、家庭医、病棟総合医とどちらとも働く能力をもっている。



家庭医と病院総合医の共通点



家庭医の特徴

- ・ 緊急性の高い患者を二次三次医療圏へ搬送し、戻ってきた患者を地域で診ていく。
- ・ 社会福祉資源を用いて、地域で過ごしていけるような調整を多職種と連携して行っていく。
- ・ 地域医療の実践者として、地域の人々の健康増進に携わる。

病院総合診療医の特徴

- ・ 内科学一般の高い知識 ⇒ commonな病気を診断治療まで行うことができる。
- ・ 複雑に絡み合った疾患をもった患者を診療し、問題抽出する。
- ・ 一次医療圏の病院や診療所、クリニックと連携し、患者の退院後の地域での生活をサポートする。

結果

一次医療圏での実習と二次三次医療圏での実習で、総合診療医がどのように働いているかを観察した。一次医療圏では、治療が唯一の目的ではなく多種多様なニーズを持つ人々がいる。家庭医は、普段の診察や外来を通して、地域の人々と密接に関わりながら適切に医療福祉資源を用いたり、健康増進、予防医学の知識の提供実践を行うなどして、多種多様なニーズを持つ人々に対して患者中心の医療を提供していた。また、地域全体を診る家庭医は、日々の外来や健康診断などから地域固有の問題を把握していた。その一方で、地域住民の一員としても活躍していた。病院総合医は病院で入院患者を診察から治療まで行っていた。専門性の高い患者が来た時は、その科の専門医と併診して治療を行い、専門医がより専門性の高いことに集中できるように働いていた。また、入院の段階から退院後の生活を考え、他職種や施設と連携していた。総合診療医の定義と照らし合わせても、場所の違いはあるものの、総合診療医として基礎とする能力があり、どちらの場においてもプライマリ・ケアを実践する能力、社会福祉資源を適切に用いる能力、他職種との連携能力、そして教育に対する高い意識がみられた。

考察

一次医療圏において、総合診療医は患者の背景を想像する能力が必要である。クリニック、診療所などの一次医療圏においては、様々な医療ニーズを抱えた患者がやってくる。例えば、医学的に積極的な治療を提供したほうが良い患者が治療を希望していなかったり、医学的に治療を必要としない患者が治療を求めて病院を転々としていたり、多種多様な医療ニーズを抱えている。治療が唯一の目的でないのに、医師が適切なと考えられる医療を提供するだけではうまくいかないことが起る。従って、総合診療医は患者一人一人を診察の中で患者にどのような背景がありどのような問題を抱えているかを想像し、患者が抱えている医療や患者にとって必要な医療を、医師の考える適切な医療とすり合わせながら提供していかなければならない。それが患者中心の医療であり、一次医療圏の総合診療医が提供している医療である。従って、総合診療医は患者の背景や問題点を想像する力が重要であり、その力は人としての成長とともに養われると考える。更別の医師が述べていたように、自身の様々な経験を踏まえて、患者の抱える悩みや喜びを想像していく力がついていく。
 また、科を超えたプライマリ・ケアの実践を行うだけでなく、医療を超えて保健福祉サービスを提供する姿はこれまでの大学病院の実習では観察できなかった。専門の治療を必要としている患者の明確なニーズと専門性が高い医療を提供することをもめられる大学病院と、一次医療圏との違いを知り、場によって求められる医師像が異なることを実感した。其々の場で専門医・総合診療医に出会えたことで、総合診療科の医師像がより明確になった。

結論

今回の選択実習を通して、総合診療科という医師像をはっきりとさせることができた。私が現時点で考える総合診療医とは、「地域を診ることを専門とし、科を超え、医療保健福祉サービスを提供する医師として、そして人生経験から得た人間性を通して、患者が地域で過ごしていくために患者やその背景が具体的に想像でき、それぞれにとっての最適な医療を受けられるように医療に携わることを目指す医師」と考える。

参考文献

- 1) 一般社団法人 日本専門医機構 HP <http://www.jpstn.or.jp/contents/02/020101.html>
- 2) 日本プライマリ・ケア学会HP http://www.jpma.or.jp/01/01_01_01.html

図 3-2 5-6 年次総合診療科選択クリニカル・クラークシップの学生ポスター②