

## 第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

### 地域に必要な人材は地域で育てる ～宮崎県串間市で実践してきた総合診療医による 地域医療基盤型総合診療教育について～

松田俊太郎<sup>1</sup> 吉村 学<sup>1</sup>

#### 要旨

医師不足に悩む宮崎県串間市で、診療および教育能力を有する総合診療医1名が地域中核病院に着任して地域医療基盤型総合診療教育の場をつくり，“地域をまるごと診る”ことを通じて、医学生、初期研修医、総合診療専攻医を同時に育成する卒前卒後教育を実践した。“地域に必要な人材は地域で育てる”ことを目標にしながら、総合診療を実践することで、医学生・初期研修医の地域医療教育の大幅な増加、そして外来・入院医療のみならず在宅医療の充実、在宅看取り数の増加などのアウトカム改善をもたらした。総合診療医をキャリアとして選択した専攻医も徐々に増えてきており、地域の一病院の活性化に寄与することができた。

#### 事例の概要

##### 取組の背景

医学部の医学生定数の増加など様々な対策もあり、全医師数は徐々に増加しているが、依然として都市部への偏在、診療科の偏在は解消できず、地域によっては地域医療を実践する医師は変わらず不足している。しかし、どこにでも都市部と同様の医師の配置を望むことは、疾病分布や医療経済の面からも不可能で、それぞれの地域のニーズにあわせた医師の配置および養成が必要である。一般的に、大病院を中心としたこれまでの医学教育で、“病気を診る”医師は養成できるが、“病気を診る”だけでなく、その地域の地域包括医療・ケアを理解して実践し、病気だけでなく“地域をまるごと診る”医師の養成は、どの地域においても地域医療の充実のためには急務である。新しい専門医制度で一つの専門医として制度化された総合診療医には、地域包括医療・ケアにおいてその指導的、実践的な立場としての役割が求められているし、特に医師不足に悩む離島やへき地、またはそれに準ずる地域では、地域包括医療・ケアを理解した総合診療医が働くことは、

地域住民の要望や地域の医療経済的な立場からもとても効率的で重要な役割があると考えられる。しかし、これまでの病気をターゲットとした臨床医学を中心とした医学教育に加えて、社会医学的な要素のつよい地域包括医療・ケアについて、医学生、初期研修医および総合診療を志す総合診療専攻医が短期間で学ぶことは時間的にも難しいうえに、地域包括ケアを座学のみで興味を持ち、理解していくことはかなり困難である。

日本専門医機構から求められている総合診療医の理想像として、7つのコアコンピテンシー（包括的統合アプローチ、一般的な健康問題に対する診療能力、患者中心の医療・ケア、連携重視のマネジメント、地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、公益に資する職業規範、多様な診療の場に対応する能力）を中心に学ぶべき項目は定められているが、これまでの日本の医療体制の背景から、外来診療を主に行う“家庭医”と病院で入院治療を行う“病院総合医”の両方の実力が求められていることは事実で、特に離島やへき地など、医療資源の少ない地域では、その傾向がより顕著になり、やるべき仕事量も増えていくことが予想され、“地域医療崩壊”というキーワードとも重なり、医学生、初期研修医を地

1. 宮崎大学 医学部 地域医療・総合診療医学講座

域医療から遠ざける一因にもなっている。しかし、総合診療医と地域医療は密接に関係していて、どうしても切り離すことはできない。一方で、医療資源の少ない地域医療を実践している我々のような立場からみると、地域医療にネガティブなイメージはなく非常にやりがいのある仕事であることも間違いないことである。総合診療医が主に担うプライマリ・ケアは、実臨床の大半を占め、その充実が住民の保健に大きく貢献することは周知の事実であり<sup>1)</sup>、さらに総合診療医には、地域医療に対する貢献だけでなく、行政、住民および他職種との連携や調整能力も含めた医療経済への貢献、さらに地域の活性化への寄与も求められていて、それは実際に実践してみないと理解できないことである。そこで、地域で活躍する総合診療医を育成するためには、“地域に必要な人材は地域で育てる”ことを合言葉に、医学生、初期研修医にはそれを見せる場が、総合診療医を目標とする専攻医にはそれを実践する場が必要であると考へて、今回の事業を行った。

### 導入の経緯

平成16年度から始まった「新臨床研修制度」で初期研修医に地域医療研修が導入され、平成19年度から医学生において、医学教育のコアカリキュラムに地域臨床実習の項目が追加され、さらに1か月以上地域医療教育が求められるようになり、各研修施設でその充実が図られている。さらに一つの専門医として、総合診療が認められた。一方で、医学生および初期研修医の教育で地域医療が必修化されても、せいぜい1-2か月と短期間であり、平成26年6月に制定された「医療介護総合確保推進法」が求めている、医療と介護の連携や、地域包括ケアシステムの構築および実践などを理解するには、十分な期間とはいえない。

初期研修医および医学生の教育には、総合診療能力に加えて、当然ながら専門性の教育もとても大事である。「病気を治す」という医学の根本は、医師としてのアイデンティティを満たす最も大きな要因であるし、当然ながら病気を理解せずしてよい医師になることはできない。一方、地域医療研修は大病院の専門診療科とは異なり、“病気を診る”ことに加えて、“地域をまるごと診る”、地域包括ケアを体験できる貴重な機会であり、短期間であってもその概念を実際に体験することではじめて理解できると考へている。少子化と超高齢社会で、2025年には700万人以上といわれる日本経済を支えてきた団塊世代

が75歳以上の後期高齢者となり、日本人の4人に1人の2200万人が給付を受ける側になる超高齢社会が到来する。これからは、“病気を診る”ことだけでなく、その患者の生活、家族、そして地域を理解して“患者に寄り添う”ことも医師には求められていることを感じ取る場も地域医療である。

今回当講座では、地域医療に求められる総合診療医を育成するために、医療資源の少ない地域において地域医療基盤型総合診療教育の場をつくり、医学生、初期研修医、総合診療専攻医を同時に育成する卒前卒後教育を実践するために、そのモデルとなる事業を展開した。

### 事例の詳細

地域医療を研修するには、大学近辺の都市部よりも距離的、時間的に離れた遠隔地の方が、実習の場として適していると考へて、宮崎大学から約80km離れた遠隔地にある宮崎県串間市で今回の事業を開始した。医学教育の中心である大学および大学病院から離れることは、“地域医療および総合診療の勉強にいく！”という心の切り替えにもなるし、医療資源が少ないために、行政、医療、介護などが、密接に関わり合っている地域では、比較的理解しやすい地域包括ケアが展開されていて、短期間でも地域医療全体のイメージが作りやすいと考へたからである。当講座では、人口約18000人、65歳以上の人口が38%を超える、20年後、30年後の日本の将来の人口分布の縮図である、いわゆる“最先端”をいく宮崎県串間市にある串間市民病院に実際に医療貢献をしながら、地域医療基盤型総合診療教育の場として、卒前卒後教育を一貫して行う取り組みを実践してきた。

串間市民病院はこの地域になくてはならない中核的な中規模病院である。ベッド数は120床で、診療科には、内科、外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科がある。しかしどの診療科も、それぞれの診療科は1-2名の常勤医数で慢性的な医師不足状態である。近くの2次病院からは1時間程度離れていて、さらに宮崎大学から自家用車で1時間30分の移動時間を必要とする地理的な条件があり、できるかぎり地域完結型医療を実践していくことを求められている。慢性的な医師不足に悩む串間市民病院に、先に述べた卒前卒後教育を行うことを前提に、平成26年より計画を開始し、平成27年度から常勤医(総合診療医松田医師)を1名派遣して本事業を開始した。平成28年度には、串間市の要望に応じて総

合診療科を立ち上げて、さらに在宅医療がほとんど展開されていない地域の需要に答えて訪問診療も開始した。

研修の原則は、“Work Based Learning in the community”<sup>2)</sup>であり、地域において卒前卒後の身分を問わずチーム医療の一員として活動すること、すべての研修はそれぞれの立場で許される限りで、まず最初に自ら取り組むこと、とした。いずれの立場においても地域医療の現場の矢面に立つことで、はじめて大きな教育効果をあげることができるし、チーム医療の一員として一緒に働くことができることこそが、言葉だけでは表現しにくい地域医療における総合診療をイメージできる最も有効な手段であろうと考えたからである。

次に事例を医学生教育、初期臨床研修医教育、総合診療における専攻医教育をそれぞれわけて提示する。

## 医学生教育について

医学生の教育目標は、地域医療の全てを体験して考えてみることにあり、である。平成27年より宮崎大学医学部4、5年生を対象とした1週間の必修の臨床実習、6年生の選択実習としての2~4週間の地域医療実習をおこなった。これまで4、5年生は、平成27年40名、平成28年度40名、平成29年度43名、6年生は、平成27年1名、平成28年度3名、平成29年度7名が実習をうけた(図1に示す：平成30年度は予定)。チーム医療の一員であることを認識してもらって責任をもたせるために、はじめに医学生全員に職員と同じように個人個人に電子カルテの個人ID、パスワードを割り振った。実習内容は、予防、医療、介護を総合的に理解してもらうために、初診外来実習、病棟実習(高齢者包括評価)、かかりつけ医実習、在宅医療実習、保健師実習を基本的な枠組みとして組み立てていて、それは必ず一つもかけることなく、必ず体験できるように工夫した。具体的には、初診外来実習は、ほとんど大病院で診ることのないありふれた主訴、症状を解釈し、生活背景などを考慮しながら、実際に診断してもらう。多くの学生にとって初めての初診外来であるにも関わらず、患者と十分な時間をとって実際に医療面接をしてみると、患者のことを指導医も驚くほど深く考えるようになった。患者にとっても十分話を聞いてもらえることは満足度も高く、むしろ待ち時間の短縮にもなり、ほとんどの患者が医学生の初診外来を拒むことはなかった。入院患者を対象と

した高齢者包括評価(単に疾患の評価だけでなく日常生活動作と道具的日常生活動作、認知機能評価、各種サービス利用状況などを総合的に評価して分析する方法のこと)を行うことは、病気が治っても、簡単には退院できない状況が多いことを理解できるようになり、医学生にとって地域で生活してきた担当患者の人生を振り返り、患者の将来を考えることのできるいい機会となっていて、学生が作成した高齢者包括評価は、カルテ上に残して、担当医もよりよい退院後の生活を考える材料にしている。かかりつけ医実習では、近くの開業医を訪問し、地域医療のロールモデルを体験する機会としている。在宅医療にも同行してもらっていて、特に実習中に退院する患者に在宅医療が導入される際には、必ず自宅まで同伴してもらうことにしている。医学生が患者の入院中と退院後の変化を直接感じる機会は、かなり医学生の印象に残るようである。さらに地域医療にとっての予防の大切さを理解してもらうために、串間市の保健師と連携して、特定健診の結果説明会を開催すること、保健師に同行した保健活動にも参加してもらった。具体的には、住民に対して医学生による健診の重要性を理解してもらうための寸劇を実施すること、その後の健診結果の個別相談にも医学生に対応してもらった。さらに、特定健診結果で動機づけ健診の介入対象となる健診者の保健師による自宅訪問も同行してもらって、自宅に訪問しなければわからない生活背景なども考慮した地域医療における保健活動の理解も深めてもらっている。

もちろん、毎朝担当患者の診察をすること、カルテ記載をすることは義務であり、毎日の入院カンファランスではプレゼンテーションもしなければいけない。毎日の実習後は、その日の実習内容を振り返りながら、医学生全員で経験の共有を図り、意見を出し合うことで、「地域包括ケアとは何か?」について、具体的に考えてもらう機会としている。4、5年生で当院において実習を行った医学生の多くが、6年生でも再度選択実習を希望する割合が高いこと(定数の関係から全員を受け入れることはできない)からも、効果的な教育内容であることが示唆された。

## 初期研修医教育について

初期研修医の教育目標は、これまで初期研修で学んできたことを自分で実践してみること、である。宮崎大学附属病院をはじめとした基幹型臨床研修施設からの2年目の初期臨床研修医を平成26年度は



12名、27年度19名、28年度8名、29年度7名、と多数受け入れてきた（図1に示す：平成30年度（予定））。初期研修医は、総合診療科の専攻医と一緒に、地域のニーズに沿った多彩な疾患を診ていくことになることになる。串間市民病院は、この地域の唯一の救急告示病院であり、様々な急病、外傷への初期対応も試されるし、予防、医療、福祉にすべてに関わる必要があり、健診業務や在宅医療まで実践しなければならず、多くの初期研修医にとって、これまでの研修の成果を試される初めての場となる。退院前ケアカンファランスやサービス者担当会議での責任ある意見も求められる。年に4回地域で開催される健康教室や栄養教室の講師も務めてもらっている。医学生への指導を依頼することもあり、地域医療基盤型総合診療教育の一員として活躍してもらっている。

### 総合診療専攻医教育について

本講座が運営している総合診療専攻医プログラムの教育目標は、まず“患者をまるごと診る”，次に“病院をまるごと診る”，さらに“地域をまるごと診る”こと、としている。これは、地域に根付いた総合診療を実践しなければ決して体験することのできない、地域医療を基盤とした総合診療の醍醐味である。総合診療科に所属する専攻医は平成28年1名、平成29年度には3名に増加した（図1に示す：平成30年度は予定）。総合診療専攻医の役割は多岐にわたり、一般的な内科疾患はすべて受け持ち、臓器別の専門性だけでは片づけることのできない疾患、皮膚科、耳鼻科など非常勤医師からの入院依頼の対応、小児科の対応、あらゆる救急疾患の初期対応、悪性疾患だけでなく非悪性疾患患者の終末期の対応、在宅医療の実践、さらには医学生および初期研修医の指導も同時に求められる。当科では、先に述べた、外来診療を主に行う“家庭医”と病院で入院

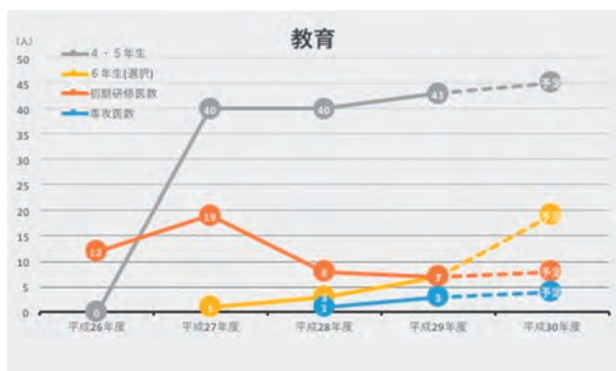


図1

治療を行う“病院総合医”の日本の総合診療医に必要な両方の実力が求められていて、そして同時に実践しなければいけない。専攻医の担当する平均入院患者数は10名を超えていて、消化管内視鏡検査や健診業務などもこなさないといけないので、はじめは、総合診療専攻医にとって過重労働になってしまう可能性を心配したが、“家庭医”もしくは“病院総合医”のどちらかに偏ると、むしろ総合診療の魅力が半減するようで、“地域をまるごと診る”ことのできるこの研修体制が総合診療専攻医数の増加につながっている。平成30年度も1名の専攻医が勤務することになっている。今年度からは、専攻医には研究面にも力をいれていく予定である。

### 成果

正式に総合診療科を立ち上げてからの診療実績を図2に示す（平成30年度は予測値）。外来数は、平成28年度の1日平均25.8人であったが、平成29年度は37.4人と増加した。当院を受診する初診患者の大半は総合診療科を希望するようになった。外来で担当する病気は多岐にわたり、入院患者数は、平成28年度は1日平均18.7人、平成29年度は23.3人と増加していて、最近では、外来数も1日平均50名近くなり、入院患者数は30名を超えるようになってきた。それは、従来の臓器別専門医だけでは対応しきれない分野や専門医がいないから診ることができなかった分野の患者数の増加、住民の総合診療科の認知度の上昇によるものである。在宅医療も導入された患者は100名近くなり、週に10件前後の訪問診療や延べ50件前後の訪問看護があり、

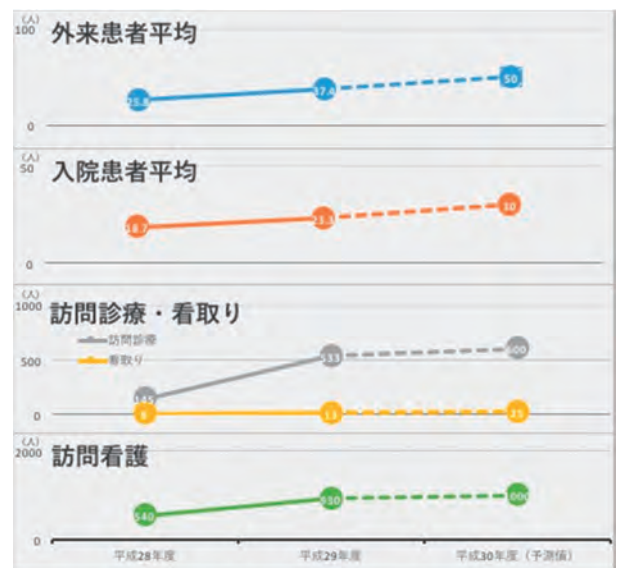


図2

需要は徐々に高まり、在宅看取りも24時間体制で実践できるようになった。詳細は省くが、今回の事業は、串間市民病院を活性化化して、明らかに経営面にも好影響をもたらしている。

## 今後の展開

宮崎県には、串間市のような地域が多く存在しているため、このようなモデルケースを、宮崎県の実地に広げていくことが目標である。

## 考察

今回の事例は、診療および教育能力を有する総合診療医1名が地域医療機関に着任して地域医療基盤型総合診療教育をつくることで、医学生、初期研修医、総合診療専攻医と一緒に教育することができた事例である。そこでさらに今回の項目に沿って考察してみたい。

- 1) 事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか？：臓器別専門医が少なく、臓器別専門医を目指すものにとっては、症例数が限られてしまい敬遠されてしまう医療資源のすくない地域において、総合診療医に着任することでこれまでの医療体制で受け入れ困難であった症例も、総合診療科の開設後はかなりの割合で入院治療の受け入れができるようになり、理想とする地域完結型医療が実現できるようになってきた。また在宅医療の件数も格段に増加している。
- 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）：当該地域での在宅医療件数の増加により、院外の開業医が担当していたあるいはしてこなかった在宅医療のタスクをカバーすることで地域に貢献できた可能性はある。

今回は当院以外のタスクについては検証できておらず、今後掘り下げて検証していきたい。

- 3) 医療や社会に与えるインパクト：一つは医師確保につながっている点である。総合診療医が着任して教育を提供することで約3年経過すると専攻医が増加し始めている。この点はインパクトが大きい。また患者にとって在宅医療、看取りの選択肢が広がることで安心感を提供できている可能性はある。これも客観的なエビデンスとしては検証していないので今後の課題である。
- 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：宮崎県内の他地域へ展開していく上で必要なことは、総合診療医の指導医を確保することである。今回の例でも総合診療医であり指導ができる人材一人が地域に着任することで展開が可能になった。また院長の深い理解が得られたことも大きい。この2点は欠かせない。

今後は、宮崎県のみならず全国の同様の地域でも応用していく必要があると考えられるが、その成功のためには、今回の事業のように、“地域に必要な人材は地域で育てる”ことを合言葉に、総合診療に理解を示す行政支援および住民の協力が不可欠である。

## 文献

- 1) Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502
- 2) 吉村学 総論：地域医療現場での学びのかたち -Work Based Learning in the community-. 1 月刊地域医学, 2014: 28 (8) 637-640