

<特集「地域医療を考える」>

京都府北中部の地域医療の現状から、
地域医療に関する卒前教育、
卒後のキャリア形成を考える

横 井 大 祐*

京都府立医科大学附属北部医療センター総合診療科

Education and Career Support of
Community Medicine in Northern and Central Kyoto

Daisuke Yokoi

*Department of General Internal Medicine of North Medical Center
Kyoto Prefectural University of Medicine*

抄 録

日本は世界でも未曾有の超高齢化社会となっており、地域医療崩壊の危機的状況が日々報道されている。京都府北中部は全国に10年先駆けて高齢化が進んだ地域であり、医師、医療スタッフ全体の不足が問題となっている。

しかし、医学生、若手医師は専門医指向が強く、都市部の教育病院へ行く傾向がある。医科大学の定員増加にて全体の医師数は増加しているが、地域偏在は改善していない。地域医療の現場にて研修を行うことによって、まずそういった地域があることを認識し、患者を中心とした医療やプロフェッショナルリズムなど多くを学び、大学病院では得られないロールモデルを得ることができることがある。地域指向の教育やキャリアプランの構築が各地域で行われており、多くの医師が地域医療に関わりながら理想のキャリアを積んでいけるような仕組みができてきている。それらを成功させる為には、地域医療機関や指導医へのバックアップも不可欠であり、行政、大学、民間病院、住民などの連携が必要である。

キーワード：地域医療、教育、ロールモデル、プロフェッショナルリズム、プライマリケア。

Abstract

Japan has become a super-aging society of unprecedented in the world. Crisis situation of regional health care are reported every day. Northern and Central Kyoto is the region that has advanced aging. In this area, the lack of the doctor and the entire medical staff has become a problem.

However, medical students and young doctor has a specialist-oriented, there is a tendency to go to

平成26年10月27日受付

*連絡先 横井大祐 〒629-2261 京都府与謝郡与謝野町字男山481
yokodon@koto.kpu-m.ac.jp

teaching hospitals in urban areas. By that some of the medical college to increase the capacity, the number of physicians has increased, but regional maldistribution of physicians don't improve. Medical students learn patient-centered health care and professionalism by performing the training in the field of community medicine. And they are possible to obtain a role model that they cannot obtain in the university hospital. A region-oriented education and construction of career plans have been carried out in many regions. As a result, more and more doctors have come to able to follow the ideal career while involved in community medicine. In order to succeed them, support to local medical institutions and advising doctor is also essential. Cooperation of government, university, general hospitals, clinics and residents is necessary.

Key Words: Community health care, Education, Role model, Professionalism, Primary care.

はじめに ～京都府北中部での医療の経験から

私は、平成17年に自治医科大学を卒業後、府立与謝の海病院（当時）で2年間臨床研修を行い、その後京丹後市立久美浜病院で5年間内科医師として、国保京丹波町病院に2年間内科医師として勤務してきた。久美浜病院と京丹波町病院はいずれも地域で開業している医療機関が非常に少なく、一般の病院業務の他、地域のプライマリケア全般、健康教育、保健事業、近隣施設の管理などを行っており、医療に関しては入院治療、外来治療、在宅医療をシームレスに行い、地域の信頼を得ていた。そこには、長年地域医療に尽くし現在も活躍を続けておられる先生がおられ、私のロールモデルとなっているが、医師や医療スタッフの不足に苦しんでおり、少ない資源での医療展開を余儀なくされていた。このようなキャリアを経て、現在は京都府立医科大学附属北部医療センターで総合診療科に所属し、総合診療外来、不明熱や感染症、糖尿病の入院治療、院内のNST、ICT、緩和ケアチームなどの業務を行い、また、地域医療連携活動にも参加させて頂いている。医学教育の分野に関しては未だ初学者の段階であり大変恐縮であるが、今回は地域医療に関する教育やキャリア形成に関して述べようと思う。

京都府の特徴

京都府は人口あたりの医師数は全国最多（人口10万人あたり286.2人/全国平均206人）で

あるが、医療圏ごとに医師や医療スタッフの地域偏在が強い（図1）。全国に先駆けて高齢化が進んでいる地域も多く、その受け皿として早急に地域包括ケアの整備、活性化を行うのが急務となっている。

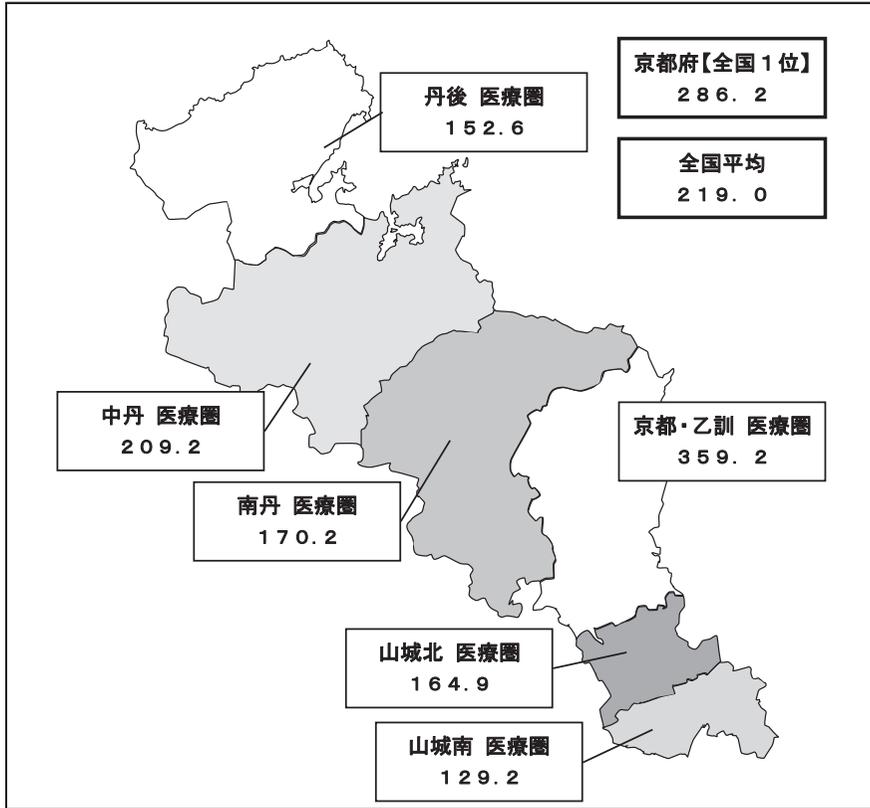
京都府は南北に長い形で、中北部は山間部が多く、鉄道網が整備されているのも一部であり、京阪神エリアから時間がかかる所も多い、実際に不便な地域である。しかし、最近は高速道路網が発達してきており、徐々に京阪神エリアとの距離も縮まりつつある。

地域で働くプライマリケア医に 求められている力

地域医療とは「地域住民が抱えるさまざまな健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応すると共に、地域住民の生活にも心を配り、安心して暮らすことができるよう、見守り、支える医療活動」と定義される。

地域住民、特に高齢者は健康に関する実に多くの問題を抱えている。最も common なところで、高血圧や糖尿病といった慢性疾患、腰や膝、肩などの慢性的な疼痛、脳卒中・骨折などによる身体の障害や老齢によるADLの低下、それに伴う要介護の問題、認知症の進行に伴う生活の変化などが多く見られている。それらが一人に一つずつではなく、年を経るに従って同時に多数存在してくる上に、患者自身の移動が困難になってくる。それらの問題点は患者、患者を支える家族の中では混沌としており、整理・説明することも難しく、それら問題点を総合的に

2次医療圏ごとの人口10万人あたり医療施設従事医師数
(平成22年12月末)



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」※平成22年12月31日現在)

図1 京都府2次医療圏ごとの人口10万人あたり医師数

診断し、バランスをとった治療計画，生活支援のコーディネートを行うことができる総合医が求められていると思われる。

私が地域医療の現場にいて実際にニーズを感じたのは，高齢者の common disease への対応，健康管理，福祉利用の相談，あらゆる範囲の一次～二次救急，高度医療機関での治療終了後の合併症の管理・退院調整，終末期のケア，在宅医療へのコーディネート，及び在宅医療の実践，さらに予防医学や健康増進運動への啓蒙である。

特に終末期ケア (end of life care) に関しては重要と考えている。がん治療の為に少し離れた

病院に通っていた患者さんが，終末期となり通院も難しくなって地元に戻ってくる。終末期ケアにおいて最も変化が多く，厳しい経過をとっていく段階に立ち向かうために様々な手だてを用意しておく必要がある。非がん疾患でも心不全・腎不全・肝障害・呼吸機能障害などの臓器障害，また老衰，認知症にて在宅介護や施設での生活も難しくなった方の症状を緩和しつつ，納得できる看取りまでのプランを組み立てて，実践していく必要がある。

在宅医療に関しては，加齢に伴う長期的な経過を予測し，在宅でできる範囲のあらゆる問題を解決しながら，終末までケアしていけること

が期待されている。在宅医療は土壌作りが大切だと思っている。他職種と連携して運営するチームを形成し、地域での信頼を得る為には継続的に実績を積み上げ、また不安な時に24時間往診できる体制が望ましい。その為には、より多くの医師に在宅医療に参加して頂きたい。

そしてもうひとつは、「この医師が居て地域に元気がでる」ということ、である。何かあれば何でも気軽にこの先生に相談すればいいという雰囲気があれば、地域の医療、介護、保健関係のスタッフ、ひいては地域住民も大きな安心を持つことができ、地域包括ケアは充実していくと考えられる。それは、地域で多くの経験を積んで信頼を得、初めて獲得できるものであると思われる。

総合医に必要とされる臨床能力は前述のように非常に多岐にわたる。ただ、ニーズオリエンテッドな総合医という点から考えると、その地域地域で求められるものは異なってくる。しかし、どこの地域でどのような医師がどれだけの数必要とされているかは十分に調査されていないと思われる。それぞれの地域のニーズに合わせた医療計画を行政と医師側が協力して立てていくことが望ましい。

地域医療教育に関して

地域医療教育とは「医療過疎地域での活動のみを対象とするものではなく、地域に住む個人または集団に焦点を当て、ニーズの高い健康問題に考慮して教育すること」「地域で実践されている一次または二次医療レベルの様々な保健・医療サービスが教育項目に含まれていること」と述べられている。

私自身もそうであったが、日本において医学生は大学での履修がほとんどの時間を占め、最も身近な医療が大学病院での医療となることが多い。大学病院での医療は医療全体から見ればごく限られたものであり、稀な疾患や、高度の手術・先進医療が必要と選定された事例に偏る。また、受診者層も比較的社会的地位が高く、経済的に豊かである層に偏りやすい。そこでクリニカルクラークシップを経験することで医学生

は、慢性疾患を有する患者をケアする意欲が消極的になり、将来のキャリア選択が専門医指向に偏りやすいといわれている。

逆に、海外の調査では、学生の地域医療教育への評価は概ね高く、卒前の地域医療臨床実習を体験した医師は地域医療現場での勤務指向が高くなるといわれている。本邦の研究において、地域医療実習後は、将来働きたい地域に「農山漁村」を希望する学生や、将来働きたい施設に「地域の病院」が増加したとの結果が得られている。また、「高齢者中心の医療」や「地域のプライマリケア」に関する関心も増加したと報告されている。私自身は自治医科大学のカリキュラムの中で1年次に早期体験実習として青森県下北半島の診療所での滞在実習を行い、5年次に地域医療BSL(2週間)にて卒業生の諸先輩型が活躍する丹後地域の医療機関での実習を行った。また、夏休みの時期にも夏期研修として地域の病院に出向き、そこで勤務することを強くイメージすることができた。

京都府立医科大学では5年次に地域医療教育推進事業(医大GP)が行われている。(図2)医大GPでは府北中部の病院に分かれて医学生、看護学生が1週間の実習を行った(内容の例)。履修した学生からは「退院した後の患者の生活について想像しながら治療していかなければと思った」「診療所、かかりつけ医の果たす役割がわかった」「患者の生活への配慮を忘れない」「地域住民とのコミュニケーションが大切」といった意見が得られている。

日本では地域医療実習の期間は1~2週間であることが多いが、海外ではより長期間の地域基盤型医学教育を行っている施設もあり、LIC(longitudinal integrated clerkship)と呼ばれている。LICの実習を経験した学生は基本的な臨床能力に加え、患者とのコミュニケーションスキル、心理社会的な背景の理解などに優れ、患者中心の医療への熱意や責任感が高く、地域に貢献する意志を持ちやすいといわれている。

日本以上に都市部と過疎地域での医療の格差の大きいオーストラリア、フリンダース大では、1年間の臨床実習を大学病院で行うか、過

平成26年度 医大GPsスケジュール(改訂版)

		9月1日		9月2日		9月3日		9月4日		9月5日	
		月		火		水		木		金	
		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
オリエンテーション	B3(小児科、NICU)	◇須川医院				伊根町実習		◇山根医院	放射線科 (竹内副病院長)		
	小児科(外来)	◇訪問看護ステーションさくら						◇やまぞえこどもクリニック	アンゼオ (竹内副病院長)	発表会 討論会	
	A3(整形・耳鼻科・皮)	◇いとろクリニック						◇宮津与根消防組合			
	C3(循環器科) ※心臓リハ	◇山根医院				1) 研修 ・高本保健所長 ・石野医長 【伊根町ほっと館】		◇宮津訪問看護ステーション			
	C2(外科・産)	◇伊根診療所				2) 健康相談 意見交換会 グループ演習等 【伊根町老人福祉 センター「治泉苑」】		◇訪問看護ステーションさくら			
	手術室	◇今出クリニック						◇いとろクリニック			
	救急科	◇やまぞえこどもクリニック 小児科(外来)						手術室 野口副病院長(産婦人科)・ 落合副病院長(外科)の手術	11:00~病理診断科		
	C5(呼吸器内科)	B3(産婦人科、小児科、神 経内科)	救急科					◇宮津与根消防組合			
	C4(消化器科)	◇宮津訪問看護ステーション						◇今出クリニック ※9班として参加(山崎、緒方)			
	手術室	内視鏡室(検査)	時田副病院長の回診(C4)、 放射線科(Cアーム)					◇伊根診療所			
	B2(集中治療室)	落合副病院長の回診・手術						◇今出クリニック ※9班として参加(山崎、緒方)			
	総合診療科	◇由良診療所						内視鏡(検査) ※11班として参加	救急科 ※11班として参加		
当直: / 産直:			当直: / 産直:			当直: / 産直:	意見交換会				

図2 地域医療実習の例(北部医療センター)

疎地域の小病院+診療所でGP(総合診療医)の下で実習をするか(Parallel Rural Community Curriculum: PRCC)を選択する(大学病院を選択しても最低6週間の過疎地域での診療所実習を履修する)。PRCCの履修者は学業成績も優れ、過疎地域で臨床を行う進路を選ぶ傾向があるとされる。

しかし、このような長期間の地域医療実習を実現するためには、受け容れる側の指導医の教育やインセンティブの付加、学生の定期的なフォローアップの為のシステムなど多くの投資が必要となる。また、地域住民が学生を受け入れることへの理解も必要である。学生もチームの一員として地域医療に対する継続的な役割を担うことは地域住民にとってもプラスになると考える。地域医療の実践者に広く教育のマインドを持って頂くことを考えるとこのような試みも有効と思われる。

プロフェッショナリズム
教育の場としての地域医療

昨今、医学教育の現場にてプロフェッショナル教育の必要性が言われている。医療従事者のプロフェッショナリズムに関しては本誌バックナンバー120号(2011年)に特集があり、そちらも参考にして頂きたい。医師は社会や患者から多面的な期待をもたれており、特に公益性、道徳性、専門性が強く求められる。そのプロフェッショナリズムに関しても、様々な定義があるが、その中で米欧内科3学会組織合同による医師憲章が取り上げられることが多い(表1)。地域医療現場における教育の中では、原則の中からは患者の福利優先、社会正義の原則を、責務の中からは特に、患者との適切な関係を維持する責務、医療へのアクセスを向上させる責務、医療資源の適正配置に関する責務を重点的に認識できると思われる。

プロフェッショナリズムの教育カリキュラム

表1 米欧内科3学会組織合同による医師憲章

3つの原則

- ・ 患者の福利優先の原則
- ・ 患者の自律性の原則
- ・ 社会正義の原則

10の責務

- ・ プロフェッショナルとしての能力に関する責務
- ・ 患者に対して正直である責務
- ・ 患者情報を守秘する責務
- ・ 患者との適切な関係を維持する責務
- ・ 医療の質を向上させる責務
- ・ 医療へのアクセスを向上させる責務
- ・ 医療資源の適正配置に関する責務
- ・ 科学的な知識に対する責務
- ・ 利益相反に対する責務
- ・ プロフェッショナリズムの責任を果たす責務

としては公式カリキュラム（プロフェッショナルリズムを明示し共有する、講義形式が多い）と非公式カリキュラム（ロールモデルとなる先輩の背中を見て学ぶ）、隠れたカリキュラム（正式に教えられたことと異なることが実際の現場では行われていることを知る）があるとされる。地域医療の場では、学習者が新たなロールモデルを得る大きなチャンスであると考えられるが、ロールモデルになりうる人材（教員）の育成も重要であると思われる。また、現場の疲弊などで学習者を幻滅させることにつながらないように、教育する側をバックアップする体制作りもまた重要であると考えられる。

地域医療に携わる医師がどのようなキャリアを積み上げていくか

平成16年に研修医のプライマリケア能力の向上を目的とした、新臨床研修制度がはじまった。平成17年の医師確保総合政策、平成18年の新医師確保総合政策により医学部の定員も増加しているが、医師の地域偏在は依然改善していない。

初期臨床研修を終えた医師にとってその後のキャリア形成は今後の人生を大きく左右する。多くの医師が何らかの専門医を目指している中で、多くの専門医制度が認定機関での研修が必須条件としているため、そのような指導医の豊富な施設に医師が集まりやすい。地域医療へのマインドを持った若手医師が、将来への不安から地域でのプライマリケアに携わる機会を失ってしまわないように、先を見据えたキャリアプランの構築が必要である。

医師がへき地医療機関にて働くことを促進する可能性のある因子としては、医師自身がへき地出身であること、医学部入学時点でのへき地医療への興味、へき地医師養成のための特別プログラム出身者、へき地就労を条件とした奨学金受給者、卒前の地域医療実習、医学部のキャンパスがへき地にあること、総合医であること、卒後早期のへき地医療経験が挙げられる。

後期研修中にへき地での研修を体験すると、将来の進路指向が専門医から総合医に変化する傾向があるという報告がある。キャリアプランの中で早期に地域医療機関での勤務を経験することは、総合医、総合的なマインドを持った専門医の育成に役立ち、キャリアを積んだ後に地域医療にもう一度目を向けてもらうのにも役に立つと思われる。

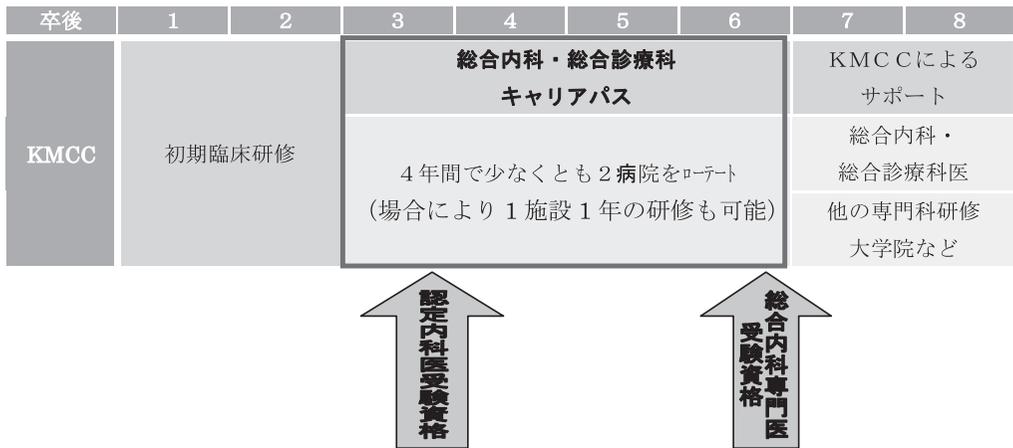
京都府では京都に縁のある医師・医学生へのキャリア支援を行うとともに、府内の地域医療の安定的な確保を図ることを目的とし、京都府内の行政、医療従事者を養成する大学、医療機関や団体などが連携する「オール京都体制」で、「医療の連携・医師の支援・医療の安定」を目指すべく、平成24年度よりKMCC(Kyoto Medical

Career Support Center：京都府地域医療支援センター）キャリアパスの運用を行っている。総合内科，総合診療科コースと救急科コースの2つのコースが用意されており，今回は総合診療科コースの例を挙げる（図3）。

総合診療科コースでは大学病院から総合診療に力を入れている大病院，過疎地域の地域包括ケアの前線を担う地域密着型病院をローテートし，総合診療としての様々な経験を積みながら，総合内科専門医を目指すことができる。こ

のキャリアプランから，現在北部地域で活躍している医師もでてきており，現場は活気づき助かっている。

KMCC キャリアパスは初期研修を終えたいわゆる後期研修の期間を想定して作られているが，地域医療には必ずしもその人のキャリアの始めから携わる必要はなく，別のキャリア（専門色の強い領域，基礎医学，公衆衛生など）を経てから参加するという道もある。しかし，臨床から長期にわたって離れていて臨床の感覚を



<コース例>あくまでも参考であり、研修医療機関の組み合わせは調整の上、決定します。また受験資格の取扱時期はコースにより前後することがあります。

卒後	1	2	3	4	5	6	7	8
コースA	初期臨床研修		①教育	①教育	②教育 関連	②教育 関連	KMCC、 府医師会による 支援・相談体制	
コースB			①教育	①教育	③	③		
コースC			①教育	①教育	②教育 関連	①教育		
コースD			②教育 関連	②教育 関連	①教育	①教育		

- ① 教育病院：京都府立医科大学附属病院、洛和会音羽病院、京都医療センター、武田総合病院
 - ② 教育関連病院：市立福知山市民病院、
京都府立医科大学附属北部医療センター（調整中）
 - ③：①、②以外の無認定病院 京丹後市立弥栄・久美浜病院
- ※弥栄・久美浜病院での研修は、キャリアパスで連携する日本内科学会教育病院からの派遣になるため、内科学会認定医および総合内科専門医受験資格にかかる内科研修期間として認められます。

図3 KMCCの概要

失っていたり、地域で総合診療を行うのに必要な臨床能力が何かはつきりせず、機を逸してしまうケースもあるかもしれない。地域医療機関では直接指導を行う指導医が少ないというイメージがさらにそれを助長する可能性がある。総合診療の再教育プログラムで歴史のあるものとして、地域医療振興協会の再研修プログラムがある。再研修プログラムの特徴は、個人の力量に合わせたテーラーメイドの研修であり、中核病院でのローテート研修や地域密着型医療機関での総合内科研修などを経験するため、より多くのタイプの医療機関の連携が必要である。

上記のようなキャリア支援のためには、地域医療の場における指導医を確保することが重要であり、彼らのモチベーションの維持が必要であるとおもわれる。勤務医師が考えるべき地勤務を継続するにあたって必要なこととして、「診療支援体制の強化」「研修・生涯教育の充実」「地元行政の理解と協力」「地域住民の理解と協力」が上位に挙げられる。サブスペシャリティを研鑽する為の研修日、再研修中に交代する要員の確保や、医師の仕事の効率化、医師が交代していくことに対する地域の理解を得る為に行政と協力して啓蒙することが勧められる。

ま と め

団塊の世代が後期高齢者を迎え、国民の4人

に1人が高齢者となる2025年が近づくと同時に、地域医療の危機的状況が日々報道されている。この世界でも未曾有の事態に、地域の医療システムの再編といった大掛かりな変化で対応するという手もある。しかし、10年足らずで急増する医療需要に対応するには、財政的な問題もあるため、実際は既存の施設や設備を利用し、医療機関毎の役割分担を明確にして連携をし、効率的に医療を行っていくのが現実的であろう。

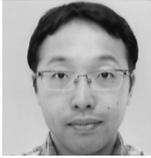
今後、長年地域を支えてきた医師も高齢となってきており、世代交替が行われる時期でもある。様々なキャリアを目指す医師たちが少しずつでも地域での総合診療に従事していくことで、状況を改善させることができると思われる。それとともに、地域に住み、継続性と近接性を維持して、その地域の医療の中心的存在として長く寄与できる医師も切望されている。大学、行政、一般病院、診療所、そして住民も一体となり、それぞれの希望と現実をつきあわせて、よりよい教育やキャリアサポートを作り上げ、ブラッシュアップしていければよいと考えている。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文 献

- 1) 京都に縁のある医師との絆ネット HP <http://www.pref.kyoto.jp/drkyoto/>
- 2) 自治医科大学監修. 地域医療テキスト:医学書院 2009
- 3) 今道英明, 鈴木正之. へき地・離島診療所における本学卒業生の活動と促進因子および阻害因子:自治医大紀 2006; 79-91.
- 4) 岩崎拓也, 竹山宣典, 伊木雅之, 伊藤浩行, 大柳治正, 塩崎 均, 松尾 理. 地域医療実習による学生の意識変化と地域指向性との関連:医教育 2011; 42: 101-112.
- 5) 阿江竜介, 岡山雅信, 関根沙耶花, 竹島太郎, 梶井英治. 後期研修医のプライマリケア医への進路指向に関連する要因:医教育 2010; 41: 403-410.
- 6) 高村昭輝. 豪州フリンダース大学における地域医療教育:JIM21-6. 2011; 491-493.
- 7) 大生定義. プロフェッショナルリズム総論:京府医大誌 2011; 120: 395-402.
- 8) 天野雄一, 端詰勝敬, 坪井康次. 医療におけるプロフェッショナルリズムについて:心身医 2012; 52: 1001-1007.

著者プロフィール



横井 大祐 Daisuke Yokoi

所属・職：京都府立医科大学附属北部医療センター総合診療科・助教

略 歴：2005年3月 自治医科大学医学部卒業

2005年4月 京都府立与謝の海病院臨床研修医

2007年4月 京丹後市立久美浜病院内科

2012年4月 国保京丹波町病院内科医長

2014年4月～現職

専門分野：総合診療，地域包括ケア

興味のあること：高齢患者さんの総合診療，在宅医療，緩和ケア（悪性，非悪性疾患を問わず）