

小田 康友\*2

## 1. 地域基盤型教育とその役割

本稿では，近年あらためて注目されている地域基盤型教育の動向について概説する。『医学医療教育用語辞典』<sup>1)</sup>を繙けば，地域基盤型学習として，次のように記されている。

「地域のヘルスニードを踏まえ，住民や地域の人的・物質的資源を活用しながら行う実践的な保健医療の学習。生の実社会が教材であり教師となるので，多様なレベルの知識・技能・態度の学習を一体となって自然に行うことができる貴重で効果的な学習方略である。英国におけるプライマリケア・GP教育カリキュラムでの教育，豪州における先住民居住区等での地域医療体験教育，などが先駆的な例として知られる」

その地域の需要に基づいた，その地域のリソースを活用した医療実践とは，医療の原型であるとともに医学教育のゴールでもあり，現実的な対象とのかかわりを通じた学習も，学びの本来の形であるから，地域基盤型教育は，しばしば早期体験学習（Early Exposure）の一環として実践されてきた。新入生に医療実践の像を描かせ，現実との関わりの希薄な知識の習得に終始した受験勉強からの脱却を促すには，高度先進医療の場である大学病院を見学するよりも，はるかに効果的であると期待されるからである。

ところが近年，5～6年次の臨床実習の一環として，診療所や中小規模の地域基幹病院での地域医療実習が盛んに導入されるようになり，卒後臨

床研修でも重視されるに至っている。平成19年度に改訂された「医学教育モデル・コア・カリキュラム」<sup>2)</sup>では，「G. 臨床実習」の一環として「地域医療臨床実習」が挿入され，「地域社会（へき地・離島を含む）で求められる医療・保健・福祉・介護の活動について学ぶ。」という一般目標が掲げられた。また，平成20年度の卒後臨床研修の見直しにおいては，専門分野の研修が重点化される中でも，地域医療は必修診療科として確保され，「患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し，実践する」との到達目標が追記された<sup>3)</sup>。

このような地域医療重視の教育研修の背景には，高度専門診療に偏りがちな大学病院での教育・実習の欠点を補うものとしてのプライマリ・ケア教育という側面とともに，医療崩壊とまで称される著しい医師の不足・偏在（地域差・診療科差）の打開策としての狙いがある。地域医療実習によって，地域医療の実態や必要な臨床能力を習得させるとともに，地域の期待を感じることによって，研修医が都市部に集中するのを抑え，過疎地域での地域医療の貢献へと動機づけようということである。そのため，地域を指定した入学者選抜（いわゆる地域枠）の定員の急速な拡大傾向とともに，今後の卒前・卒後教育の改革を推し進める大きな柱の一つとなっていくと思われる。

## 2. 地域基盤型教育の現状

### (1) 卒前教育

現時点で地域基盤型教育の実情を，その全国的な傾向や課題に立ち入って把握するのは容易ではない。『医学教育カリキュラムの現状』（2007年）<sup>4)</sup>によれば，Early Exposure（医学教育の早い時期に医学・医療の場に接し動機づけを試みる教育）は80大学（100%）で平均9.6日間実施されているが，地域医療現場への暴露の程度について

\*1 Community Based Learning

\*2 Yasutomo ODA 佐賀大学医学部地域医療科学教育研究センター・医療教育

表1 プライマリ・ケアに関わる教育の現状

	プライマリ・ケア医の 役割の系統的な講義	地域包括ケアを見学， 体験できる実習	保健福祉現場での実習
講義・実習はある*	42 (53%)	62 (78%)	65 (81%)
講義・実習の開始年度			
1980～1986年度**	2 (5%)	3 (5%)	7 (11%)
1987～1991年度	2 (5%)	5 (8%)	5 (8%)
1992～1996年度	3 (7%)	12 (19%)	14 (22%)
1997～2001年度	15 (36%)	16 (26%)	15 (23%)
2002～2006年度	18 (43%)	24 (38%)	18 (28%)
無回答	2 (5%)	2 (3%)	5 (9%)
導入した学年			
1 学年	4 (10%)	4 (8%)	32 (48%)
2 学年	3 (7%)	2 (3%)	8 (9%)
3 学年	3 (7%)	1 (3%)	6 (9%)
4 学年	23 (55%)	6 (10%)	7 (11%)
5 学年	5 (12%)	27 (44%)	6 (9%)
6 学年	2 (5%)	20 (32%)	4 (9%)
無回答	2 (5%)	2 (5%)	2 (2%)

\* n = 80, \*\*保健福祉現場での実習のみ 1965～1986 年度

自治医科大学地域医療白書編集委員会編. 地域医療白書 第2号. 自治医科大学, 下野, 2007

は把握できない。一方，大学の附属病院以外の施設（国・公・私立病院や保健所・老健施設などでの実習，国内外を問わない）での臨床実習が，74 大学（93%）で平均 8.8 週間実施されているが，その内実是不明である。講義については，「在宅ケア・介護」「プライマリ・ケア」「家庭医学」を独立した科目として授業を行っているのは，それぞれ 31 大学（38%），40 大学（50%），15 大学（19%）であり，半数以下にとどまっている。

表1にプライマリ・ケアに関わる教育の現状を示した<sup>5)</sup>。2006 年時点で，「地域包括ケアを見学，体験できる実習」「保健福祉現場での実習」「プライマリ・ケア医の役割の包括的な講義」を実施している大学は，それぞれ 62 大学（78%），65 大学（81%），42 大学（53%）であり，「保健福祉現場での実習」は比較的早くから導入されていたが，「地域包括ケアを見学，体験できる実習」は 1992 年以降の導入が 9 割を占め，「プライマリ・ケア医の役割の包括的な講義」は 8 割が 1997 年以降の開講である。「保健福祉現場での実習」は

1 年時の実施が多く，「プライマリ・ケア医の役割の包括的な講義」が 4～5 年時，「地域包括ケアを見学，体験できる実習」が 5～6 年次に実施されている例が多い。それは「保健福祉現場での実習」が早期体験学習，「地域包括ケアを見学，体験できる実習」が臨床実習の一環として実施されている現状を示している。全体として，講義よりも体験学習，実習優位で教育がおこなわれてきたことが見て取れる。

## (2) 卒後研修

医師臨床研修制度では，「地域医療」は，平成 21 年度まで「地域保健・医療」という形で必修であったが，新制度では「地域医療」「地域保健」の独立した項目となり，「へき地・離島診療所，中小病院・診療所等の地域医療の現場を経験すること」が必修項目として挙げられている。保健所，介護老人保健施設，社会福祉施設，赤十字社血液センター，各種検診・健診の実施施設等の地域保健の現場において，1) 保健所の役割（地域保健・健康増進への理解を含む）について理解し，実践

表2 病院群毎の研修協力施設の概況 (2008年4月1日現在)

種 別	左の施設を含む病院群数	割合 (%)
診療所	658	59.0
中小病院	487	43.6
保健所	767	68.7
介護老人保健施設	409	36.6
社会福祉施設	193	17.3
赤十字社血液センター	173	15.5
検診・健診施設	90	8.1
その他	196	17.6
全病院群数	1,116	100.0

※臨床研修病院又は大学病院と重複するものは除く

※「その他」は、訪問看護ステーション、在宅看護支援センター等

田原克志. 医師臨床研修制度の動向. (社)全日本病院協会・(社)日本医療法人協会 臨床研修指導医講習会. 2009年11月14日を引用・改変

する。2) 社会福祉施設等の役割について理解し、実践する、という到達目標も必修項目ではないが、残されている。

表2<sup>6)</sup>には病院群毎の研修協力施設が示されている。これは平成15年9月時点では全病院群数697のうち、診療所を含むものが277、中小病院260、保健所393だったことと比較して、軒並み倍増しており、これは、各研修プログラムが、地域を基盤にした臨床研修をより充実したものにするために努力していることを反映していると思われる。

### (3) 地域枠の動向

入試選抜の地域枠とは、大学のある地域（都道府県）内の高校出身者、あるいは扶養者がその地域に住んでいることなどの条件を設けて、その条件に合致した受験者の中から募集定員のうちの一定数を確保するものである。

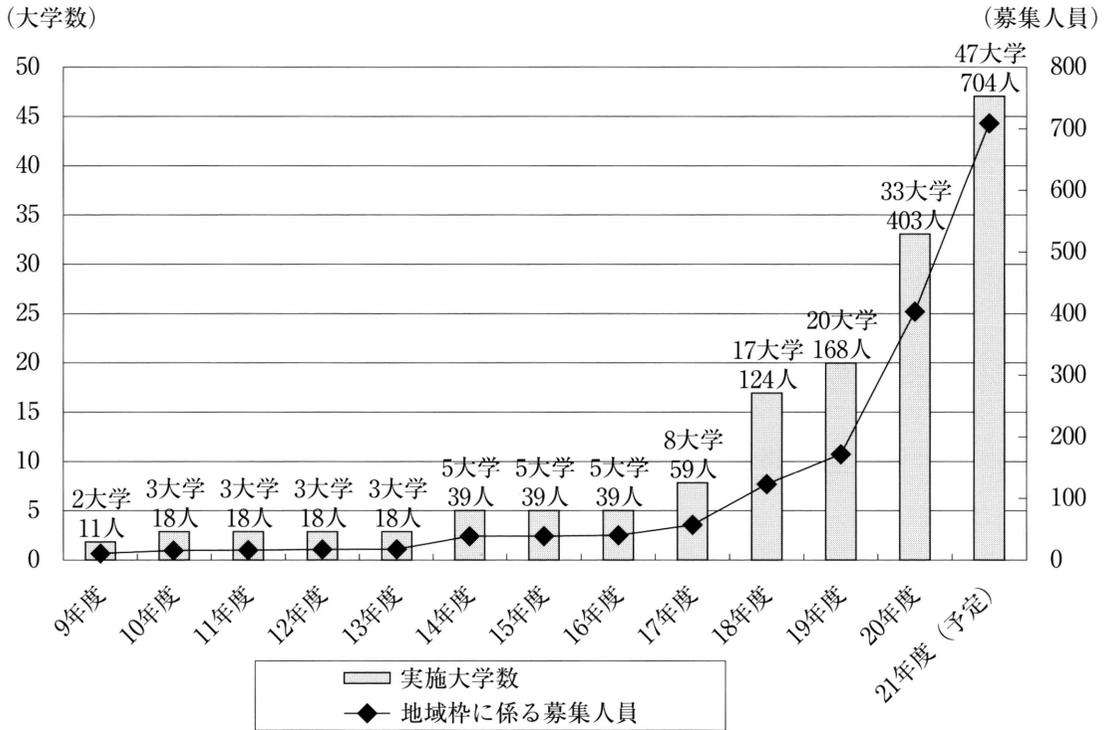
1997年に札幌医科大学が導入したのを嚆矢とし、その後、医師不足が深刻な地域の医学部において実施されてきた。その定員が増加の傾向に転じたのは2005年ごろからであり、それまで5大学40名程度で推移してきたものが、2006年度には17大学・124名へと3倍となり、2009年度には47大学・704名、2010年度には55大学・740名前後となると見込まれるなど、医学生定員増（2007年度・7,625名から2010年度予定・8,846

名）とあいまって、急速に拡大している（図1<sup>7)</sup>。

地域枠の選抜方法については、それが推薦入試の一部に位置付けられていることから、学力試験よりも推薦状、面接や小論文によって、卒業後に地元に残り、地域医療に貢献する意思があるかが重視される。加えて、奨学金制度や卒業後の県内公的医療機関での一定期間の勤務による返済免除などの制度を組み合わせ、卒業後の地元定着を強化する方策がとられている。これらの努力により、医学部入学者の県内高校出身率は2003年度の30.1%から2008年度の35.2%へと上昇している。しかし医学部卒業者の卒後翌年度の県内定着率は、2004年の、57.8%に対し、2007年度は49.1%と低下しており、今後の動向が注目される<sup>7)</sup>。

## 3. 佐賀大学の6年次「地域医療実習」実践例

佐賀大学医学部では地域医療・保健施設での早期体験学習（8日間）に加え、1998年より、診療所、中小病院での2週間の臨床実習を6年次の必修として実施してきた。実習協力施設は大学近隣の16施設で、可能な限り参加型の実習となるよう配慮されている。実習前後を用いて行った自己評価では、いずれの項目においても有意な改善がみられている（表3）。自由記載では、「限られた



文部科学省医学教育カリキュラム検討会（第1回）. 医学教育に関する基礎資料. 2009年2月21日.

図1 地域を指定した入学者選抜（地域枠）の導入状況

表3 佐賀大学医学部・地域医療実習自己評価（2009年度，n = 96）

	実習前評価		実習後評価	
	できる*	できない	できる	できない
1. 家庭医の役割を述べることができる.	53	42	4	88
2. クリニックと大学病院では患者の疾患や問題がどのように異なるかを述べることができる.	33	63	2	91
3. 疾患のみならず，生活者である患者に目を向けて問題リストを作成することの重要性を述べることができる.	61	35	6	87
4. 患者とその家族の要望や意向を尊重しつつ問題解決を図ることの必要性を説明できる.	41	55	3	90
5. 地域の特性が患者の罹患する疾患，受療行動，診療経過などにどのように影響するかを述べることができる.	71	25	6	86
6. クリニックと大学病院の連携について述べることができる.	32	53	5	83

\* 評価は「十分できる，まあまあできる，あまりできない，まったくできない」の4段階で，「十分できる，まあまあできる」との評価を「できる」群に，「あまりできない，まったくできない」を「できない」群とした。

● 1～6の，いずれの項目も実習前後の評価に有意差を認めた（ $\chi^2$ 検定  $p < 0.0001$ ）。

リソースを最大限に利用」「幅広い知識と技能」「継続的な診療の重要性」「患者の背景を知る重要性」「リーダーシップ」「経営の難しさ」などのキーワードに付随する学びが多く見られた。

一方、地域医療に興味を抱かない学生や、大学以外の医療に接する機会をあまりにも持たなかった学生は、地域で目にする大学とは異なる医療（代替療法や、患者の心理社会背景や価値観・生活習慣を重視した意思決定）に対して、疑問や誤解を抱くこともある。学生の気づきや疑問、そして受け入れ施設の負担やインセンティブにも十分配慮した、きめ細やかな運営が求められる。

#### 4. 課題と展望

以上のように、卒前・卒後ともに、地域のニーズとリソースを用い、地域住民の健康問題への貢献を重視した教育は、非常に重視されるようになってきている。その経緯はどうあれ、医学教育のゴールが、現実的な医療需要の大半を担っている地域医療へと向いたことは、貴重な進歩である。しかしながら、地域枠選抜は強制力をもっておらず、早期体験学習や地域医療実習も、さらには地域医療研修でさえも、新鮮な学びの場にはなるだろうが、短期間ではそこで本来求められる幅広い知識・技能・態度を習得することは不可能である。多くの場合、地域医療の現場を知る・経験するというレベルにとどまり、将来の医療過疎地域での医療への従事の動機づけとなりうるかは未知数である。

これらのいくつものハードルを越えて、地域基盤型教育の実質化を果たしていくためには、大学において地域医療の何たるかを教育する責任部署

を明確化し、地域諸施設との緊密なネットワークを形成するとともに、地域への積極的な情報発信を通して、地域ぐるみで医師を育てるという文化をはぐくまねばならない。

#### ■文献

- 1) 日本医学教育学会・医学医療教育用語辞典編集委員会編. 医学医療教育用語辞典. 照林社, 東京, 2003.
- 2) 文部科学省. 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成19年度改訂版). URL: [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/033/toushin/1217987\\_1703.html](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033/toushin/1217987_1703.html) (accessed 28 February 2010)
- 3) 厚生労働省 臨床研修の到達目標. URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/030818/030818b.html> (accessed 28 February 2010)
- 4) 全国医学部長病院長会議. 医学教育カリキュラムの現状 平成19年度. 東京, 2008.
- 5) 田原克志. 医師臨床研修制度の動向. (社)全日本病院協会・(社)日本医療法人協会 臨床研修指導医講習会. 2009年11月14日.
- 6) 文部科学省医学教育カリキュラム検討会 (第1回). 医学教育に関する基礎資料. 2009年2月21日. URL: [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/038/siryu/\\_icsFiles/afieldfile/2009/02/09/1236329\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/038/siryu/_icsFiles/afieldfile/2009/02/09/1236329_1.pdf) (accessed 28 February 2010)
- 7) 自治医科大学地域医療白書編集委員会編. 地域医療白書 第2号. 自治医科大学, 下野, 2007.