

1. 医学教育モデル・コア・カリキュラムからみた地域基盤型教育

2017年3月、医学生卒業時の到達目標を示した「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）」が公表された¹⁾。医学教育モデル・コア・カリキュラムは2001年に策定された後、2007年、2011年に改訂され、2007年に地域医療臨床実習が初めて追加された（表1）。今回の改訂では、「多様なニーズに対応できる医師の養成」を目指して取りまとめられ、I総論に「地域医療や地域包括ケアシステムの教育」が掲げられた。

社会における医療の実践（A-7）として、「医療人として求められる社会的役割を担い、地域・国際社会に貢献する」ことが記載されており、その学修目標の1つに、「地域包括ケアシステムの概念を理解し、地域における保健（母子保健、学校保健、成人・高齢者保健、地域保健、精神保健）・医療・福祉・介護の分野間及び多職種間（行政を含む）の連携の必要性を説明できる」ことが求められている（表2）。

また、地域医療実習（G-43）に関しては、「ねらい」の記載が「地域社会で求められる保健・医療・福祉・介護等の活動を通して地域医療と地域包括ケアシステムを一体的に構築することの必要性・重要性を学ぶ」に修正され、教育方略に「衛生学・公衆衛生学実習等と連携し、社会医学的（主に量的）な視点から地域を診る学習機会を作る」や、「人類学・社会学・心理学・哲学・教育学等と連携し、行動科学・社会科学的（主に質的）な視点から地域における生活の

表1 G臨床実習 5地域医療臨床実習
（2007年度改訂版より）

一般目標

地域社会（へき地・離島を含む）で求められる保健・医療・福祉・介護等の活動を通して、各々の実態や連携の必要性を学ぶ。

到達目標

- 1) 地域のプライマリ・ケアを体験する。
- 2) 病診連携・病病連携を体験する。
- 3) 地域の救急医療、在宅医療を体験する。
- 4) 多職種連携のチーム医療を体験する。
- 5) 地域における疾病予防・健康維持増進の活動を体験する。

学外の地域病院（臨床研修病院を含む）、保健所、社会福祉施設等の協力を得て、入学後早期から「早期体験学習」、「衛生学・公衆衛生学実習」等も含めて、段階的・体系的に各種取組を推進する。なお、必要に応じて、臨床教授制度等を利用することも望まれる。

中での医療を知り体験する学習機会を作る」が新たに盛り込まれた（表3）。

2. 地域枠の位置付け^{2, 3, 4)}

ごく最近、地域枠制度の効果を定量的・客観的に評価する研究結果が報告されたので、紹介する⁴⁾。このコホート研究では、2014年から2019年の6年間に新規に医師免許を取得した医師を対象に、「全国の奨学金付き地域枠出身医師」「全国の奨学金なし地域枠出身医師」「都道府県奨学金受給医師（地域枠ではない）」「自治医科大学出身医師」の学業成果、卒後の就業、専門とする診療科などのアウトカムを、同世代の一般入学をした医学部卒業生と比較した。医師国家試験の合格率は、どの年も自治医科大学出身医師が最も高く、奨学金付き地域枠出身医師が2番目に高い結果となった。これら2群の合格率は、6年間にわたって一般卒業生の合格率よりも有意に高かった。義務勤務順守率も自治医科大学出身医師が最も高く（卒後5年目時

*1 Community-Based Learning

*2 Hitoaki Okazaki 自治医科大学医学部医学教育センター

表2 2016年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラムの抜粋¹⁾

A-7-1) 地域医療への貢献

B-1-7) 地域医療・地域保健

ねらい:

地域医療・地域保健の在り方と現状及び課題を理解し、地域医療に貢献するための能力を獲得する。

学修目標:

- ①地域社会（離島・へき地を含む）における医療の状況、医師の偏在（地域、診療科及び臨床・非臨床）の現状を概説できる。
- ②医療計画（医療圏、基準病床数、地域医療支援病院、病診連携、病病連携、病院・診療所・薬局の連携等）及び地域医療構想について説明できる。
- ③地域包括ケアシステムの概念を理解し、地域における保健（母子保健、学校保健、成人・高齢者保健、地域保健、精神保健）・医療・福祉・介護の分野間及び多職種間（行政を含む）の連携の必要性を説明できる。
- ④かかりつけ医等の役割や地域医療の基盤となるプライマリ・ケアの必要性を理解し、実践に必要な能力を獲得する。
- ⑤地域における救急医療、在宅医療及び離島・へき地医療の体制を説明できる。
- ⑥災害医療（災害時保健医療、医療救護班、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team〈DMAT〉）、災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team〈DPAT〉）、日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team〈JMAT〉）、災害拠点病院、トリアージ等）を説明できる。
- ⑦地域医療に積極的に参加・貢献する。

表3 G-4 診療科臨床実習 G-4-3) 地域医療実習
(2016年度改訂版より)

ねらい

地域社会で求められる保健・医療・福祉・介護等の活動を通して地域医療と地域包括ケアシステムを一体的に構築することの必要性・重要性を学ぶ。

教育方略

- ①学外の臨床研修病院等の地域病院や診療所、さらに保健所や社会福祉施設等の協力を得る。
- ②必要に応じて臨床教授制度等を利用する。
- ③早期臨床体験実習を拡充し、低学年から継続的に地域医療の現場に接する機会を設ける。
- ④衛生学・公衆衛生学実習等と連携し、社会医学的（主に量的）な視点から地域を診る学習機会を作る。
- ⑤人類学・社会学・心理学・哲学・教育学等と連携し、行動科学・社会科学的（主に質的）な視点から地域における生活の中での医療を知り体験する学習機会を作る。

点で98%), 次いで奨学金付き地域枠出身医師(90%)だった。これらは、都道府県奨学金受給医師の順守率(81%)よりも有意に高かった。全国の市区町村を人口密度で5グループに分け、卒後5年目時点で人口密度が最も低い地域で就業する医師の割合は、一般卒業生と比較して、自治医科大学出身医師は4.0倍、奨学金付き地域枠出身医師は3.1倍、都道府県奨学金受給医師は2.5倍、奨学金なし地域枠出身医師は2.5倍で、高かった。これらの結果から、全国の奨学金付き地域枠および自治医科大学は、それぞれの制度の目的である地方やへき地での医師確保に関して一定の効果を上げていたと言える。各制度のミッションの明確さ、地域医療教育の充実度、制度内の学生や卒業生同士のつながりの強さ、制度運営に投じられている公費の規模、義務のしばりの強さなどに、かなり大きな制度間格差があり、それらが有効度の差として現れている可能性がある。近年、政府は医学部定員を削減しながら、同時に医師の地域・診療科偏在対策を強化する方針を打ち出している。その実現には、地域枠や自治医科大学を含めた偏在是正制度を適正な規模で維持し、有効度を高めていく必要がある。

3. 自治医科大学における地域基盤型教育

(1) 全学年にわたる地域医療学系科目

自治医大のカリキュラムにおける地域医療学系科目は、地域医療に貢献する医療人の育成という観点での科目と、地域に特化した医療保健を学ぶ専門的な科目とが含まれ、一般的な基礎・臨床・社会医学科目と連動して段階的・多面的に学ぶ構成となっている。前者には、入学直後に患者に同伴して患者の目線から医療現場を体験する「早期体験学習」や、人文的・科学的思考技術を実践的に学ぶ「思考のプロセス」、コミュニケーション能力を涵養する「対人援助の知識と実践」などが含まれる。後者においては1年の「地域医療学総論」、2, 3, 5, 6年の「地域医療学各論1~4」で段階的かつ体系的に知識を学び、2年の「地域保健福祉実習」にて介護福祉施設に4日間、5学年の「地域医療Ⅱ

(院外BSL)」にて卒業生が勤務する地域中核病院やへき地診療所に2週間、同年の「地域保健実習」にて保健所に1週間実習し、6学年の「選択必修BSL IV (院外)」にて卒後に勤務する都道府県の指定病院で4週間の総括的な研修を受け、地域ケアを実践的に理解することを目指している。

(2) 学外実習の充実化

前述の学外実習のほか、地域ケアとの関わりが強い在宅医療や地域中核病院での外来実習を、4, 5学年の全日制BSLのなかで取り入れている。言うまでもなく、大学病院の診療対象となる疾患や患者像は地域ケアのものとは大きく異なるため、学外に実習の場を設けることは必須といえる。これは症例の経験という観点だけでなく、地域で働く医師としてのアイデンティティを学生に芽生えさせ、地域ケアの中での医師の役割に求められる資質や能力を実感させるためでもある。

学外実習を全国の多施設で展開するうえで重要な点は実習機関や指導医の間での教育の認識と理解の共有である。このため「地域医療Ⅱ(院外BSL)」, 「選択必修BSL IV (院外)」については地域の機関において、指導医を大学から臨床教員(臨床教授・准教授など)として任命し、年1回の全体研修会に参加してもらい、情報共

有や内容改善のためのグループワークを行っている。表4に自治医大CBL標準プログラムを示す。

(3) 質的・量的視点を兼ね備えたリーダーシップの涵養

低学年から「医学医療情報学」, 「疫学」, 「地域医療学各論2」などで反復かつ多段階的にEBMや公衆衛生に代表される量的な視点を学べるようにしている。一方、「医学概論」, 「臨床と哲学」, 「対人援助の知識と実践」などで行動科学・社会科学に代表される質的視点も学べるようにしている。地域ケアを質的にも量的にも多面的にとらえられる視点を備えられることに、加えて長いBSLの中で主体的に問題解決が行えるよう工夫している。6学年の「地域医療学各論4」では、改めて看護学生とともに多職種連携実習を実施し、チームでの問題解決能力を身に付け、さらに地域ケアで求められるリーダーシップについての理解を目指している。

モデル・コア・カリキュラムの改訂に伴い、大学医学部での地域基盤型教育の方向性がより明確化し具体化した。自治医大の経験から、地域ケアに従事する医師を真に養成するならば、①多学年にわたる地域ケア科目の配置、②学外実習の充実、③質的・量的視点を涵養する科目の両立、とかなり本腰を入れた取り組みが必要と伺われる。これは全学生が卒業後に地域医療に従事する自治医大だからこそ可能とも言える。例えば他大学の地域枠で実施できるかというと1つの大学で複数のカリキュラムを走らせることは現実的に難しい。しかし地方人口の減少や超高齢社会を考えると、いくつかの地方国公立大学は地域基盤型教育を主軸に全体のカリキュラムの再編成を図ることも必要かもしれない。

4. COVID-19時代の地域医療教育

COVID-19対策として、地域の病院や診療所での実習は、全国的に縮小、もしくは中止する事態に及んだ。本稿では地域医療教育に関する問題点を列挙する⁵⁾。

表4 自治医大CBL標準プログラム

実習施設：出来る限り、病院と診療所の複数医療機関で実習を行う。

実習内容：外来診療および病棟実習に加え、以下の地域医療活動を出来る限り多く取り入れる。

- (1) 在宅診療または往診
- (2) デイサービスまたはデイケア
- (3) リハビリテーション
- (4) 健診活動
- (5) 予防接種
- (6) 健康教育または患者教育
- (7) 巡回診療または出張診療
- (8) 時間外診療
- (9) 老人保健施設または特別養護老人ホーム

備考：実習内容は、外来診療あるいは病棟実習のみとはしない。

健康教育または患者教育を積極的に実習させる。

- ・実習のできない期間はメディア講義を実施するが、メディア講義で学修の可能な項目と、限界のある項目とに分けて、地域実習を再考する必要がある。
- ・地域実習の現場では学修可能な項目として、地域で求められる総合的な診療能力、立地環境や文化のような地域特性に関連すること、介護福祉系のケアや多職種協働などがある。
- ・感染症診療における連携体制や、総合診療医の役割など、地域での感染制御についても地域医療教育にとり入れる必要がある。
- ・今後の役割が期待されるオンライン診療についても学ぶ必要があるだろう。
- ・COVID-19 感染状況に配慮して、地域実習の早期の再開を検討する必要がある。

5. 課題と展望

卒前の臨床実習には積極的に地域基盤型教育を取り入れ、大学病院、地域の病院、診療所、保健・福祉・介護施設、在宅での地域包括ケアに関する実習を組合せて、プライマリ・ケアから高度専門医療、一次から三次救急医療、終末期医療、医療と福祉・介護との関係、多様な疾患・病態や医療、保健・福祉・介護の仕組みなどについて、体験的に学ぶ機会を提供する必要がある。

地域基盤型教育においては、地域での初診外来、救急処置、継続外来、生活支援などを学習する機会を設ける必要がある。そのためには、医学生が地域の多様な医療、福祉・介護現場に出向いて体験的に学ぶことが重要であ

る。一方、臨床教授など、実際の地域医療を担う医師が学生指導を行う必要がある。地域基盤型教育の質保証には、地域医療に携わっている医師などの教育・指導・評価能力の開発が不可欠である。各大学は地域の医療人を貴重な教育の人的資源として、そのためのFD (Faculty Development) を実施する必要がある。また、教育・指導・評価においてはICT (Information and Communication Technology) を活用すべきである。

その際、大学は、地域を学びの場として、指導医の教育・指導力を高め、さらに教育支援において中心的な役割を担うことが望ましい。

■文 献

- 1) 文部科学省高等教育局医学教育課. 平成 28 年度改訂版医学教育モデル・コア・カリキュラム, 2017.
- 2) 全国医学部長病院長会議. 令和年度 (2020 年) わが国の大学医学部・医科大学 白書 2020. 東京. 2021.
- 3) 全国医学部長病院長会議. 平成 27 年度 地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告. 東京. 2016.
- 4) Matsumoto M, Matsuyama Y, Kashima S, Koike S, Okazaki Y, Kotani K, Owaki T, Ishikawa S, Iguchi S, Okazaki H, Maeda T. Education policies to increase rural physicians in Japan : a nationwide cohort study. *Hum Resour Health* 2021 ; **19** (1) : 102. doi : 10.1186/s12960-021-00644-6.
- 5) 小谷和彦, 松村正巳. COVID-19 時代の地域医療学教育. 日本医師会 COVID-19 有識者会議. 2020. <https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/3471> (最終閲覧日 : 2020.7.10)