

地域医療の確保のために

平成 15 年 12 月 15 日
自治医科大学

1 自治医科大学の現状等

(1) 建学の理念

自治医科大学は、医療に恵まれないへき地等における医療の確保及び向上と地域住民の福祉の増進を図るため、昭和 47 年に設立され、地域医療に責任を持つ全国の都道府県が共同して設立した学校法人によって運営されている。医の倫理に徹し、かつ、高度な臨床能力を有する医師並びに保健医療と福祉に貢献できる総合的な看護職を養成することを目的とし、併せて医学及び看護学の進歩と福祉の向上に資することを使命としている。

(2) 沿革

昭和 45 年 7 月 4 日	秋田自治大臣が「医学高等専門学校設立構想」を表明
46 年 1 月 21 日	医科大学設立発起人会発足
5 月 14 日	名称は「自治医科大学」、校地は栃木県南河内町に決定
47 年 2 月 5 日	学校法人自治医科大学設置認可
4 月 13 日	自治医科大学開学式
12 月 21 日	へき地振興財団設立認可
49 年 1 月 17 日	附属病院開設許可
4 月 1 日	附属高等看護学校設置認可
4 月 13 日	附属病院開院式
52 年 3 月 22 日	「附属高等看護学校」を「附属看護学校」に名称変更
53 年 3 月 24 日	大学院医学研究科博士課程設置認可
55 年 4 月 1 日	附属看護学校に 3 年課程の設置認可
59 年 2 月 3 日	附属看護学校助産科設置認可
61 年 12 月 23 日	看護短期大学設置認可
62 年 5 月 23 日	看護短期大学開学式
63 年 1 月 8 日	附属大宮医療センター開設許可
平成 元 年 4 月 1 日	「へき地振興財団」を「地域社会振興財団」に名称変更
11 月 18 日	附属大宮医療センター開院式
2 年 3 月 20 日	看護短期大学専攻科（助産学専攻）設置認可
13 年 12 月 20 日	看護学部設置認可
14 年 4 月 1 日	看護学部開設
14 年 12 月 19 日	大学院医学研究科修士課程設置承認
15 年 4 月 1 日	大学院医学研究科修士課程開設

(3) 入学者選抜方法

100 名の入学定員を 47 都道府県から各 2~3 名ずつ選抜して入学させることから、各都道府県で行う第 1 次試験と自治医科大学で行う第 2 次試験の 2 段階選抜方式をとっている。

まず、各都道府県の第 1 次試験で学力試験（数学、理科、英語）及び面接試験を実施し 6 名~7 名に絞り、次に自治医科大学で行う第 2 次試験で小論文試験及び面接試験を実施し、出願書類も含めた総合的な判断により入学者を選抜している。

(4) 修学資金貸与制度

本学では、入学者全員に対して入学金、授業料等学生納付金を貸与する修学資金貸与制度を採っている。

入学者は本学と貸与契約を締結し、修学資金を借入れて納入することとなっている。この貸与金は、本学を卒業後引続いて出身都道府県知事が指定する公立病院等に勤務し、医師としてその勤務期間が、修学資金の貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間（その勤務期間のうち2分の1は知事が指定するへき地等の指定公立病院等に勤務する。）に達した場合は、返還を免除される。

平成15年度入学予定者の修学資金の額は、以下のとおりとなっている。

項 目	金 額
入 学 金（入学時のみ）	1,000,000 円
授 業 料（年 額）	1,800,000 円
実験実習費（年 額）	500,000 円
施設設備費（年 額）	1,300,000 円

(5) 本学の医学教育の特徴

本学の学生は、卒業後、出身都道府県に戻り、へき地等の公立病院、診療所を中心に地域医療に従事することから、本学の医学教育は、地域住民の要請に応える「総合医」（「プライマリ・ケア医」又は「家庭医」ともいう）の養成に努めている。総合医養成のためには、入学当初から、医療の現場に触れるとともに、地域医療の現場での体験や地域のニーズを直接感じ、学習の動機づけを図ることが重要であるので、地域のためのプライマリ・ケアを志向した体験的な学習をふんだんに取り入れたカリキュラムを構築している。

その教育を中心的に担ってきたのは、昭和56年に開設した地域医療学講座であるが、さらに地域医療の現場を重視した教育を行うために、平成11年より第一線で活躍する卒業生（各都道府県1名）を「臨床講師（地域担当）」として任用し、各都道府県でのへき地医療現場滞在型の臨床実習を大学との緊密な連携のもとに指導する体制を構築した。

これらの体制の下に6年間の医学教育を通して行う高度に体系化されたプライマリ・ケアのカリキュラムは、卒業生の大部分が医療に恵まれない地域に赴任する本学の特殊性に由来するものである。

6年間を通し系統的に、学生が多くの地域医療の現場での体験学習を積み重ねることにより学習の動機づけを高めながら、学内での講義や臨床実習でプライマリ・ケア教育を完成させる、という教育システムを開発し実施している点に本学の医学教育の特色がある。

なお、このような本学の医学教育の取組は、本年9月に文部科学省の「特色ある大学教育支援プログラム」にも採択されたところである。

「自治医科大学におけるプライマリ・ケア教育」概念図

1 学年	2 学年	3 学年	4 学年	5 学年	6 学年	
早期体験実習 (外来患者・入院患者付き添い実習) (地域医療の見学実習) ※	福祉実習 (保健福祉施設の現場で4日間働きながら実習する)	地域医療1 (家庭医療、地域医療の基礎を身に付け、さらに臨床疫学とEBM (Evidence Based Medicine) の基本概念を理解する)	必修BSL 地域医療 I (総合診療部外来実習)	必修BSL 地域医療 II (へき地医療現場滞在型臨床実習) ※	選択必修BSL 地域医療 (地域医療・僻地医療の現場に赴いて実習)	
医学医療入門 (地域医療を実践している医師・首長や患者さんから受療体験や医療従事者への期待を聞く)				診断学実習 (医療面接技法、医療判断樹、他)	地域保健実習 (保健所実習)	地域医療2 (プライマリ・ケアに関する医学知識の総復習)
ケース学習 (プライマリ・ケアに関する問題解決型学習)						
医科学入門	基礎医学	基礎臨床系統講義	各科BSL		総括講義	
基礎医学						
総合教育						総合教育

※ 各都道府県の臨床講師（地域担当）が実習先の確保、実習計画の立案、学生の評価を担当するが、大学の常勤教員も実習先に出向いて、同時に指導にあたるよう工夫している。

この外、全学年を通じて各都道府県主催による夏期実習（夏期休暇期間中の出身県における現地研修）が実施されている。

(6) 全寮制・学生生活指導の特徴

本学では、全寮制を採っている。全寮制としたのは、共同生活の体験を通じて規律の遵守、責任感の涵養、協調・自立の精神の高揚を図ること等本学の教育理念に基づくものである。

全国各地から集まった学生が、卒業後、郷土に誇りと愛情を持ち、地域住民に尊敬され信頼される医師となるよう教員組織による学生寮指導主事会を設け、寮生活の指導に当たっているほか、学生相談、学年担任会、学生委員会等において地域医療に対する学生の士気を高めるべく、きめ細かな生活指導に当たっている。

おおよそ4人に3人が出身都道府県に残っている。また、全国のへき地等で勤務又は開業している者は462名(29.2%)であり、約3割がへき地等で勤務している。

さらに、これら義務年限を終了した卒業生は、地域の中核的病院等の院長・副院長の要職に就く者も増えてきており、各都道府県の地域医療を担うリーダー的役割を果たすようになってきている。

また、義務年限終了者の卒業年次の増加とともに、都道府県立、市町村立の医療機関勤務者が増加し、卒業生の活用が促進されている。

・義務年限終了後の公的医療機関勤務者数(身分)の推移

都道府県立医療機関：昭和62年度24人⇒平成15年度309人

市町村立医療機関：昭和62年度21人⇒平成15年度344人

日赤、済生会等：昭和62年度6人⇒平成15年度68人

3 最近の地域医療の状況

(1) 最近の事例(卒業生のネットワークを通じて聞こえてくる厳しい状況)

青森県の例

一部事務組合が開設するA病院(60床・標準医師定数6名)では、地元大学からの派遣医師4名体制で運営されていたが、平成15年3月に病院長が定年退職したのを契機に、同年7月末までに医師全員が異動となった。

町では、地元大学に再度医師派遣を依頼したが、派遣は困難と申し渡された。青森県は、医師不在を避けるための緊急対応として、同年8月から近隣の町に勤務していた義務年限内の本学卒業生1名を配置換えした。

現在、県内の後方病院や本学卒業生同士のネットワークによる支援要請等により非常勤医師の応援を受け、外来130人、入院35人、在宅患者80人の診療を行っているが、常勤医師1人では当該医師個人の負担は非常に大きく、精神的にも肉体的にも限界にきている。しかし、今年度末までに医師の増員予定はない見込みである。

福島県の例

山間部のB国保診療所(18床)は、昭和57年診療所開設以来、東京都内の大学から医師2名が派遣され、運営されてきた。しかし、同大学は附属病院の医師不足のため、平成15年3月末に1名、同年9月末に残り1名の医師派遣を打ち切った。

一昨年に派遣打ち切りの連絡を受けていた町と診療所は、県や地元大学、関係機関に医師派遣を要請したり、全国公募を行い医師確保に努めた。その結果、昨年11月に全国公募で医師1名が採用されたが、当該医師は3年契約のうち約5ヶ月という短期間で町を去った。

福島県は、平成15年4月から義務年限内の本学卒業生1名を新たに配置したが、同年10月から医師1名体制となり、1人で外来患者130人のほか老人保健施設や在宅介護支援センターも対応しなければならず、11月に過労のため入院となった。

現在診療所は、50km離れた本学卒業生が中心に運営されている病院からの応援により、緊急患者と薬のなくなった患者の診察を行っている。

町では住民署名運動が活発化し、福島県は、医師が不在となった地域に県主導で速やかに後任を派遣するシステムの構築を推し進めることになった。

その後調整の結果、地元大学が平成15年12月16日から平成16年3月末まで常勤医師を、医師派遣を行っていた都内大学が12月中を交代で派遣することになった。なお、平成16年4月以降の医師体制は未定である。

茨城県の例

地域包括ケアを展開しているC国保診療所（無床）は、義務年限終了後も引き続き本学卒業生が定着し、医師1人体制で運営されていた。

県内でも地域医療に熱心な診療所として評価が高いが、勤務医師が業務等のストレスにより平成15年7月から約5ヶ月病気休暇に入った。

茨城県の支援体制が整っていないため、町ではこの間休診も視野に入れて考えていたが、県内で本学卒業生によって運営されている病院と本学からの交代による医師派遣により、11月末まで診療を維持することができた。12月からは当該医師が復帰する予定となっている。

※ これらの事例の他、各地から厳しい状況が伝えられている。各大学の医師の引き上げが行われる中、へき地診療所等に勤務する本学卒業生の負担が相対的に過重になってきているとの訴えが寄せられている。

(2) 「地域医療白書」について

昭和47年に本学が創設されて以来近年まで、わが国の地域医療をとりまく環境が大きく変化していることに鑑み、本学はこれらの現状を踏まえた地域医療・健康施策等についての将来のあるべき姿について資料の提供や提言を行うこととした。

調査にあたっては、全国の市町村（3,252箇所）、へき地の公的医療機関（1,362箇所）、へき地の公的医療機関の勤務医師（4,893名）にそれぞれアンケート調査を実施し、得られたデータ等を基に平成14年3月31日付けで「地域医療白書」を作成した。

同白書においては、地域医療、とりわけへき地医療が抱えている問題点、課題、また、それらに対しての講ずべき対策として、次のとおりの提言を行なった。

①地域包括ケアへ向けての自治体の取組み

すべての市町村において、地域包括ケアの展開は大きな課題となっている。この地域包括ケアを推進して行くためには、従来独立していた保健・医療・福祉各部門の統合が行政の枠組みとして必要となってきた。地域包括ケアへの取組みを円滑に進めていくためには、住民の理解、職域を超えた良好な人間関係、財源の確保が重要な要件となる。財源に関しては、保健・医療・福祉を単独で考えるのではなく、産業の振興、自然環境の保護、教育環境の整備等を含め、各市町村がその特性を踏まえた長期的ビジョンを策定し、総合的企画力をもって推進して行く必要がある。

②へき地における医師確保

へき地医療を担う医師の確保は困難といわれているが、潜在的な希望者は必ずしも少なくないと思われる。へき地勤務、とりわけ診療所勤務における阻害因子としては、職業的孤立感、業務及び精神的負担、日常生活や家族の問題等が挙げられる。これらの阻害因子に対しては、各市町村の取組みのみでは解決には至らない。医学生、研修医の教育・研修システムや各都道府県における支援システムを含め、幅広い視点から検討が必要である。その中で各市町村が取組むべきこととしては、医師の休日や代診医の確保、生涯研修等の保証等の医師が働きやすい環境整備や、へき地勤務のやりがいや楽しさを支援するシステムづくりなどが考えられる。また、診療所の運営についても、市町村の枠を超えた休日急患当番の輪番制、代診医制の導入等により、一人勤務から二人勤務への転換を積極的に検討する時期に至っているものと思われる。

③医師の育成

現在、へき地に勤務している医師の多くは、卒前医学教育においてへき地医療現場での実習を受けていない。そして、卒後の初期研修プログラムが現在の勤務に適切であったと回答したへき地勤務医師は、約5割に留まっている。また、へき地において行政、住民は、医師に患者主体の医療や幅広い医療の提供、住民との協調や対話、保健・医療・福祉の包括ケアの提供を期待している。

これらの現状を踏まえて、卒前医学教育においては、カリキュラムに地域医療、総合医療、家庭医療を加えるとともに、地域医療現場での実習等を通して医学生にわが国の医療の現状を広く伝えることが重要と考えられる。また、卒後研修においても、プライマリケア医養成のための研修プログラムを早急に整備する必要がある。

④都道府県の役割

これまでへき地勤務医師には、医師一人一人の「個の努力」を前提に、バランスのとれた人間性と社会感覚が都市部の医師以上に期待され、また、この期待にへき地で働く多くの医師が応えてきた。しかし、医師個々の努力に期待するのみではなく、各市町村における医師支援体制の確立が強く望まれる。今、市町村には、医師の代診システムの確立、再教育・再研修を含む生涯研修の確保、情報ネットワーク化の推進等、積極的な対応が求められている。

これらの課題への対応について、厚生労働省は、平成13年4月にスタートした第9次へき地保健医療計画の中で、都道府県単位のへき地医療対策の必要性をうたっており、各都道府県と各市町村の連携のもとに、第9次へき地保健医療計画への積極的な取り組みが進められ有効に機能するようになれば、へき地医療が現在抱えている多くの問題は解消へ向け突破口が開かれることになるものと思われる。

(3) 「日本におけるへき地医師の満足度の全国調査」について

「地域医療白書」作成時の調査データを基に、補充的な研究として、へき地の公的医療機関の勤務医師4,893人(有効回答3,072人)を調査対象として、「へき地勤務医師が自分の仕事と生活にどれくらい満足しているか、不満をもっているか」、さらには「へき地勤務を継続する意思があるか」の調査を本学地域医療学教室で行った。現在、結果については取りまとめ中であるが、その結果の概要は概ね次のとおりである。

(結果概要) へき地勤務医師は、「自分の仕事(良好な人間関係、医療の提供、医療機器の充実等)」、「生活(やりがい、趣味、報酬、子どもの教育等)」に関して概ね満足しているが、将来もへき地で勤務を希望する割合は27%であった。また、「行政の理解」「保健行政への参加」等、行政関連の項目が軒並み低い満足度であり、「生涯学習の機会」についても満足度が低かった。

(対策) 医師と自治体行政との円滑な関係や生涯教育に対する改善等が、今後のへき地での医師確保の鍵になると思われる。

(4) 地域医療への先進的な取り組みが見られる都道府県

- ・島根県の状況(省略)
- ・その他の県の状況

主に平成7年頃から、へき地等を抱える地方自治体においては、へき地等の医師の安定的確保と質的向上を図るため、へき地等の医療を総合的に支援する部門として、県立病院等に「地域医療部」「地域医療支援センター」等を設置し、地

域医療のシステム化を図ってきた。

「地域医療部等」の機能は、医師派遣調整、代診、巡回診療、研修医の指導、医療情報の提供、施設医療、検診等を主な業務内容としているが、早くからへき地医療支援に着目して、組織としてシステム化を図ったきた事例としては、茨城県、岐阜県、奈良県、広島県、山口県、高知県、徳島県、沖縄県等である。

4 地域医療確保のための方策について

- へき地等の地域医療に挺身する医師を養成するという使命を持つ大学としての地域医療の現状を踏まえての意見 —

<全体的な施策について>

- ・ 第9次へき地保健医療計画の着実な遂行が基本
- ・ その「目玉」である「へき地医療支援機構」に関わっている卒業生からは、機構を機能させるためには、その中心に十分な知識と意欲と経験を有するキーパーソンの存在が欠かせず、また、必要なマンパワーの確保が肝心との声が寄せられている
- ・ 「支援」の内容としては、現実的には代診や巡回診療が中心であり、へき地等への常勤医師の確保については機構設立だけでなく、別途努力が必要と思料
- ・ そのためにも、まず、地域における医師の充足状況を、各都道府県内における都市部とへき地等に分けてきめ細かく分析する必要
- ・ その際、「病院の医師充足率」という指標だけでなく、無医地区の状況、診療所における医師の充足状況についても把握した上で、総合的に判断する必要
- ・ 本学の「日本におけるへき地医師の満足度の全国調査」からも、医師の側から見て、行政の理解と努力が最も重要との結論
- ・ 町村レベルで見たとき、その経営面も含めて成功している例として岩手県の藤沢町や徳島県の相生町の例が参考になる。本学としても、学内だけでなく、学外者を対象とした研修会等で広く紹介
- ・ しかし、関係者の並々ならぬ熱意と大変な努力による成功例であり、一般的には、個々の町村の努力には限界（ノウハウ、財政面・・・いくらやっても成果が上がらず、あきらめている町村長も多いとの声）
- ・ 地域医療の実情を十分に把握し、総合的な見地から検討することができる都道府県の役割に期待したい（全県を対象とした広域的な取り組みは、第9次へき地保健医療計画の理念でもある）
- ・ その際、先進的に取り組んでいる県から学ぶべき
- ・ 本学の「日本におけるへき地医師の満足度の全国調査」の結果からも、へき地等に勤務する医師は必ずしもいやいやながらやっているのではなく、様々な面

で満足度の高い項目もある。とかく医師の子供の教育の問題が云々されるが、小中学生の子供を持つ医師は、むしろへき地における子供の教育については高い満足度を示している

- ・ 県内全域を対象とした医師のローテーションを前提に、医師のライフサイクルに充分配慮した対応が求められていると思料
- ・ 以上について、充分ご賢察いただき、国としてもへき地の医師確保が進まない原因について分析し、効果的な対策を早期に講じられることを望みたい

<医学部入学定数について>

- ・ 医師数需給調整の観点から、国における医師数抑制政策については理解
- ・ ただし、その前提は、医師と患者との情報の非対称性により供給が過剰な需要を作り出し、延いては国家全体として不必要な医療費の増嵩を招くというコスト論であるが、その理論の正当性については不断の検証必要（例えば、単純に人口当たりの医師数のみの議論でなく、①医学教育の進歩、医療の高度化、専門化、②医学部卒業生の進路の多様化、③女性医師の増加の影響等について検討し、現行の医師数抑制政策が社会の実態に対して妥当であるかどうかの検証を定期的に行っていく必要）
- ・ さらに、へき地等における医師の確保問題は、コスト論だけでは割り切れない国民の健康と生命に直接かかわる問題という性格を持つ
- ・ 地域ごとの医師充足率の格差が大きい状況を踏まえ、有効な対策を総合的にかつ的確に講じる必要があるが、へき地等の地域医療を担う医師の育成に限定して必要な範囲で医学部入学定数規制を緩和することは当面の最も効果的な対策の一つと思料
- ・ 各医科大学においても、この問題について取組んでいただく必要があると考えますが、本学としても検討の必要性を認識
- ・ 具体的にこれまで本学は、入学定数を超えて入学者を採らないという文部科学省の指導に基づく私立医科大学協会の申し合わせを遵守
- ・ しかし、3名入学要望県は多数に上っており、各県の苦しい事情がよく理解できるだけに、これに的確に応じることができず苦慮
- ・ 3名入学は、毎年、6都道府県のみであり、これらの要望に応えるためには、各都道府県の総意が前提であるが、本学の入学定数の増について検討の必要があると思料