

信州大学医学部における地域医療教育

信州大学医学部地域医療推進学講座 中澤 勇一

はじめに

長野県は、長年にわたる保健予防活動により、長寿で医療費支出が少なく地域医療の先進モデル県として知られている。信州大学医学部の長野県の地域医療に果たしてきた役割は大きいと考えられ、実際に、県内で医療を担う医師の60%以上が信州大学と関連のある医師（卒業生及び信州大学で初期研修、専門研修を受けた医師）となっている。

地域包括ケアシステムの構築などの今後の医療供給体制の変化に伴い、地方国立大学医学部の地域医療に果たす役割は人材を供給し結果的にその地域の医療に貢献する、といった受動的なものから、自ら診療科に関わらず地域のニーズを考え診療の場に合った医療を能動的に実践できるような人材の養成へ変革すべきと考えられる。卒前の地域医療教育の最大の目的は、この能動的な人材の育成にあると考えられる。

地域医療とは何か

地域医療教育を紹介する前に、地域医療とは何であるかを述べたい。2004年の新初期臨床研修制度の開始を引き金に、地域の中・小の自治体病院の医師不足が顕在化し医療崩壊という言葉が頻繁に聞かれるようになった。この時期に一致して「地域医療」はメディアを通じて住民の関心事になったと言える。

「地域医療」という用語が、医療関係者、メディア関係者、一般住民などの立場の違いによって、使われる意味が異なっていると指摘もある（日本医事新報 4619：86, 2012）。上原らの報告では、調査した391件の新聞報道において、「地域医療」を都道府県・市町村あるいは受診患者の居住地などの特定地域の医療としたものが211件、続いて、受診しやすい身近な医療としたものが101件、医療を構築するための仕組み23件、総合医（地域住民の要望に応え様々な業務に対応できる医師）の医療21件、その他35件であった。同じ報告で、住民がイメージする「地域医療」は、へき地での医療、自治体病院・診療所の医療、特定地域での医療、などの地域に焦点を当てた医療と、住民・行政・医療機関が一体となって提案する医療、住民のための医療、などの医療システムに基づいて提供される医療が主なものであった。

一方で、1980年には地域医療研究会が「地域医療とは包括医療（保健予防、疾病治療、後療法及び更生医療）を、地域住民に対して社会的に適応し実践すること」と、さらに自治医科大学の梶井英治教授は、その著書で地域医療を『地域住民が抱える様々な健康上の不安や悩みをしっかりと受け止め、適切に対応するとともに、広く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』と定義しており、地域医療が単に特定地域での医療を行うことではない点を強調している（地

域医療テキスト，医学書院，東京，2009）。

また、JA長野厚生連佐久総合病院の若月俊一元院長は「医療はすべからず地域医療であるべきで、地域を抜きにした医療はありえない」と述べている（JIM21：438，2011）。「大病院で働くにせよ、地域の中小病院や診療所で働くにせよ、どんな形の医療であれ地域を診るといふ視点は必要であり、地域医療という枠組みは医療そのものである。」とも言い換えられる。地域医療とは医療を行う上での姿勢であり、どの地域・医療機関においても求められる役割を認識し全うする態度そのものと言えるかもしれない。

医学教育における地域医療

本邦（我が国）では、かつては各大学が独自の基準に基づいて医学教育が行われていた。近年、医学の情報量はその進歩により著しく増加し続け、限られた大学教育課程（6年間）の中で、これらの膨大な知識や技術等を全て完全に習得することは不可能となった。そのため現在では、将来どのような分野に進んだ場合にも共通に必要な医師としての基本的な資質と能力を養成するべきであるとされ、著しく膨大となった医学教育の内容を精選し学生が身に付けておくべき知識・技能・態度の到達目標を分かりやすく提示した医学教育モデル・コア・カリキュラムが定められ、これに基づいて各大学が医学教育カリキュラムを決定し医学教育を実践している。このモデル・コア・カリキュラムは2001年に策定され、これまでに2007年、2011年に改定されている。次回改定は2018年の予定である。

①医学教育における地域医療の位置付け

◇現行（2011年）モデル・コア・カリキュラムにおいて

2011年の医学教育モデル・コア・カリキュラムにおける医師として求められる基本的な資質（表1）の中に地域医療が加えられている。その具体的な資質は、医療を巡る社会経済的動向を把握し、地域医療の向上に貢献するとともに、地域の保健・医療・福祉・介護及び行政等と連携協力することであり、地域の医療を担う意欲・使命感の向上を目的に地域医療に関して、入学時から段階的・有機的に関連付けて実施することに効果的に体験を蓄積していくことが必要であると記載されている。地域医療への意欲を喚起することが盛り込まれ、実習において地域医療を担う関連機関と連携し、学生に多様な現場で患者や地域の人々に接する機会を設けることが求められている。

表1：医師として求められる基本的な資質
(2011年医学教育モデル・コア・カリキュラム)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 医師としての職責：
豊かな人間性と生命の尊厳についての深い認識を有し、人の命と健康を守る医師としての職責を自覚する。2. 患者中心の視点：
患者およびその家族の秘密を守り、医師の義務や医療倫理を遵守するとともに、患者の安全を最優先し、常に患者中心の立場に立つ。3. コミュニケーション能力：
医療内容を分かりやすく説明する等、患者やその家族との対話を通じて、良好な人間関係を築くためのコミュニケーション能力を有する。 |
|---|

4. チーム医療：

医療チームの構成員として、相互の尊重のもとに適切な行動をとるとともに、後輩等に対する指導を行う。

5. 総合的診療能力：

統合された知識、技能、態度に基づき、全身を総合的に診療するための実践的能力を有する。

6. 地域医療：

医療を巡る社会経済的動向を把握し、地域医療の向上に貢献するとともに、地域の保健・医療・福祉・介護および行政等と連携協力する。

7. 医学研究への志向：

医学・医療の進歩と改善に資するために研究を遂行する意欲と基礎的素養を有する。

8. 自己研鑽：

男女を問わずキャリアを継続させて、生涯にわたり自己研鑽を続ける意欲と態度を有する。

圏、基準病床数、地域医療支援病院、病院・診療所・薬局の連携等)、地域医療構想、地域包括ケアシステムにまで及び、地域における、保健(地域保健、母子保健、成人・高齢者保健、精神保健、学校保健)・医療・福祉・介護の分野間及び多職種間(行政を含む)の連携の必要性を学ぶ点についてより強調されている。

表2：医師として求められる基本的な資質と能力(2018年医学教育モデル・コア・カリキュラム改定案)

1. プロフェッショナリズム：

人の命に深く関わり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、患者中心の医療を実践しながら、医師としての道(みち)を極めていく。

2. 医学知識と問題対応能力：

発展し続ける医学の中で必要な知識を身に付け、根拠に基づく医療(EBM)を基盤に、経験も踏まえながら、幅広い症候・病態・疾患に対応する。

3. 診療技能と患者ケア：

臨床技能を磨くとともにそれらを用い、また患者の苦痛や不安感に配慮しながら、診療を実践する。

4. コミュニケーション能力：

患者の心理・社会的背景を踏まえながら、患者及びその家族と良好な関係性を築き、意思決定する。

5. チーム医療の実践：

医療・保健・福祉ならびに患者に関わる全ての人々の役割を理解し、連携する。

6. 医療の質と安全の管理：

患者及び医療者にとって、良質で安全な医療を提供する。

◇2018年予定のモデル・コア・カリキュラム改定案において

国民から求められる倫理観・医療安全、チーム医療、地域包括ケアシステム、健康長寿社会などのニーズに対応できる実践的臨床能力を有する医師を養成することを意識し「多様なニーズに対応できる医師の養成」をめざしている。9つの医師として求められる基本的な資質と能力が記載されており(表2)、7つの社会における医療の実践(医療人に求められる社会的役割を担い、地域社会と国際社会に貢献する)に地域医療が包含されている。

地域医療に関わる記載では、今後の医療政策・医療システムの変化を考慮し、医療計画(医療

7. 社会における医療の実践：

医療人に求められる社会的役割を担い、地域社会と国際社会に貢献する。

8. 科学的探究：

医学・医療の発展のための医学研究の必要性を十分に理解し、批判的思考も身に付けながら、学術・研究活動に関与する。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢：

医療の質の向上のために絶えず省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、生涯にわたって自律的に学び続ける。

②地域医療教育とは

本邦の医学教育は、これまで医学を教え学ぶに終始してきた。医学は医療を裏打ちする学問ではあるものの、臨床医それも良医を育てるためには医療に関わる教育の充実が必要とされる。図1にあるように、2003年のFukuiらの1,000人の住民の1カ月間の受療行動の研究によると（JMAJ48：163，2005）、1,000人中862人が少なくとも何らかの症状を一つ自覚し、そのうち307人が医師を受診し（232人は診療所ないしはクリニック受診）、うち88人が病院の一般外来、10人が救急外来を受診し、7人が入院加療を要した。6人が大学病院の外来を受診したが、大学病院へは0.3人が入院したのみであった。

この研究結果は、医療を学ぶ場について重要な示唆を与えてくれる。すなわち、地域の病院ならびに診療所こそが、医学生にとって医療が果たす役割の全体を俯瞰でき、医療を学ぶことができる場であると言える（月刊地域医療30：827，2016）。

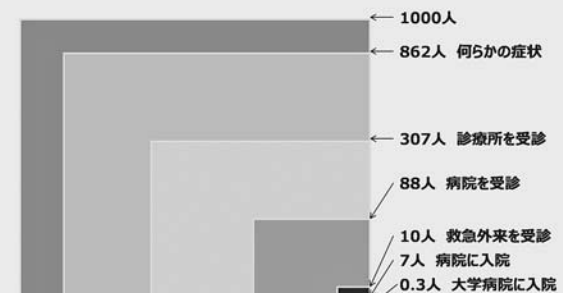
地域医療教育とは、まさに医療の教育そのものである。この点が広く認識されてきたこ

とにより、多くの大学が地域医療教育に力を入れるようになってきている。主なものは、臨床実習開始前（1～4年次）の座学、地域病院や医療・介護施設での早期体験実習、5・6年次の地域病院・医療施設での臨床実習であり、それに加えて各地の地域特性を生かした特徴のあるプログラムも増加している（月刊地域医療30：833，2016）。

これらプログラムは、2009年度以降に地域医療再生基金事業により全国の医学部、医科大学に設けられるようになった、地域医療総合医学講座、地域医療推進学講座、地域医療教育学講座、地域医療システム学講座、総合地域医療講座、地域医療学講座、など地域医療を冠した講座が担当していることが多い。

図1：わが国の成人1000人の健康問題

(Fukui T, et al. JMAJ 48:163-167 2005)



信州大学医学部における地域医療教育

信州大学医学部に、長野県寄附講座としての地域医療推進学講座が医師不足を主たる原因とする長野県の地域医療の崩壊を少しでも阻止すべく「県内病院の特に医師不足が深刻な診療科における医師の養成・確保を図るため、医師が不足する特定診療科の効率的な医師の養成等に関する実践的研究を行い、信州大学医学部を中

心とした即戦力医師等の供給システムの構築を図る。」を目標に、2009年度から2011年度の3年間の予定で設置された。

2012年度からは、長野県寄附講座としての地域医療推進学講座が解消され、新たに信州大学医学部講座としての『地域医療推進学講座』が開設され、高校生、医学生、若手医師を対象とした、主に医師の相対的不足（医師の地域偏在・診療科偏在など）の解消のための事業と活動の他に2011年10月より長野県の医師確保等総合事業の柱として併設された信州医師確保総合支援センター信州大学医学部分室として長野県医学生修学資金貸与者（学生・医師）の進路相談ならびにキャリア形成の支援を行っている。現在は主にこの地域医療推進学講座が、2013年度から以下にあるような地域医療教育を担当している。

①「地域医療」講義

信州大学医学部医学科3年次生の必修の講義であり、地域に根ざした医療を実践している講師の講演を通じて、医療における地域の視点の重要性ならびに地域の医療が抱える問題点とその対策についての認識を深める、ことを目標としている。

4名の学外講師（第1回：伊那市国保美和診療所所長・岡部竜吾先生、第2回：佐久総合病院診療部長・北澤彰浩先生、第3回：諏訪中央病院内科総合診療部部長・佐藤泰吾先生、第4回：市立大町総合病院副院長・高木哲先生）が、それぞれ「地域医療って楽しい?」、「在宅医療の現状と課題」、「地域に根差した医療の実践」、「大町市における地域医療再生の取り組み」と題しての講義を行っている。

◇「地域医療」講義の感想から

- 地域医療は地方における医療全般をさすものだと考えていたが、地方に限るものだけでなく、いわゆる都会でも見られるものと分かった。
- 地域医療は小さな診療所から大学病院まで至るところで見られる。
- 地域医療という言葉聞いて、長野県のへき地のことだと思っていた。しかし、実際はへき地どころか県全体、日本全国どこにでも当てはまる内容であることを理解した。医師に求められるのは完璧さではないけれども、あらゆることを受け入れて人を思いやれる寛容さかもしれない。自分が医師をめざす原点や理想とする医師像について思いをはせられる時間であった。
- 地域医療の対義語が何なのかと考えると、そこに当てはまる言葉はないと思った。以前だったら先端医療とか考えていたかもしれない。
- 4回の講義を終えて、地域医療は将来の日本が抱える少子高齢化などに関わるある意味先進的な医療であると感じた。
- 3年になり医学の勉強が専門的になる中で、医療を学べて良かった。
- 講義で共通していた点は4人の先生方がともに生き生きしておられた所だと思う。それが地域医療の全てを物語っているのかなと感じた。
- 4回の授業を通して長野県内で実践されている地域医療の素晴らしさに非常に驚かされた。このような医療を地域を問わずに実践していくことができれば、日本全体でより良い医療を作り上げていくことができるのではないかと考えた。

- 地域医療にポジティブな気持ちを抱くきっかけになった。
- 地域医療と言えば田舎で医療資源も人材も不足していて大変だという負のイメージがあったが、それが事実でも、裏を返せば地域の方々と医者対患者でなく、人対人の関係を作り個人個人に合った医療ができるというとても遣り甲斐のある仕事であると感じた。
- 地域医療は地域に根付いた経験豊富な医者が担うものというイメージがあったが、4回を通して、地域医療の中心を担うのは我々若い世代であることが一番強く印象に残った。
- 地域において、それぞれ必要とされることは異なるためそれに応じる柔軟さや、地域の人々に関わるうえでの信頼関係を築く人間性が大切であることを学んだ。

②信州大学医学部地域医療推進学講座での「自主研究演習」

3年次生は、解剖学、生理学、薬理学、病理学など基礎医学の学習のほか、基礎ならびに臨床の研究室で個別に指導を受ける自主研究演習が必修となっている。地域医療推進学講座には、2015年度より毎年4名の3年次生が約2カ月配属され、『地域の医療のニーズを知る』を目標に「地域で求められる医療」をテーマとした住民の皆さんとのグループワーク、住民の皆さんの関心があるテーマについてのミニレクチャーからなる地域医療のフィールドワークと、診療所実習・中規模病院実習を行ってきた。

◇住民の皆さんとの「地域で求められる医療」についてのグループワーク（図2、図3）

2014年度には、大町市と千曲市戸倉地区、2015年度には岡谷市と千曲市戸倉地区、2016年度には松本市白板地区と千曲市戸倉地区と、それぞれの年度で2地域に赴いて1時間30分ほどのグループワークを行ってきた。参加の住民を4グループに分け、学生は4つのそれぞれのグループのグループワークの司会ならびにファシリテーターを務め、発表会では発表者の役も務めている。

図2



図3



▶グループワークで出された意見（表3、図4）

医師への要望が最も多く、医師の人間性と態度については、ほとんどのグループで

「電子カルテの入力のためモニター画面を見る時間が長く顔を見て診察してくれない」との意見が聞かれ、他にも診察における説明、挨拶、言葉使いなどのコミュニケーションに関する不満が多かった。

また、医師の臨床能力に関しての要望も多く出された。病院・医療のシステムに関しては、待ち時間が長く診療時間が短い点の指摘が多く、夜間救急診療体制ならびに訪問診療への意見も多かった。

さらに円滑な専門医とかかりつけ医（ホームドクター）の連携、さらにアクセス改善のためのインフラ整備、交通手段確保を含む高齢者ならびに認知症の患者が住みやすい町づくりの意見も出された。

治療については、処方薬が多すぎる、薬の説明が不十分などの意見が聞かれ、薬物療法以外の食事療法・理学療法・予防医療などの選択肢の提示を希望していた。

注目すべきは、「かかりつけの医師を持つ」「患者自身をもっと自立する」「セルフメディケーションの推進」「医療への関わり方」など、患者としての意識・心構えについての意見が多く参加者から出されていたことである。

表3：グループワークで出された主な意見

- 医師への要望
 - ◇ 人間性・態度について
 - ✓ コンピューター画面でなく、顔を見ての診察
 - ✓ 丁寧な言葉使い
 - ✓ 思いやりを持って、優しく笑顔で接する
 - ✓ 話をよく聞いてくれて、相談しやすい

雰囲気

- ✓ わかりやすい説明
- ✓ 地域生活に密着（地域住民としての交流）
- ✓ 人間性と医師としての専門性のバランス
- ✓ 他医への適切なタイミングでの紹介
- ✓ 高齢だから仕方がないと言わない（高齢者に優しく）

◇ 臨床能力

- ✓ 治療法の標準化、医師間の力量差の解消
- ✓ 検査を優先しない
- ✓ 介護、認知症への理解
- ✓ 総合的な臨床能力

● 病院・医療システムに対して

- ✓ 待ち時間を短く、診療時間を長く
- ✓ 救急医療体制、夜間診療での不安
- ✓ 医薬分業の廃止
- ✓ 在宅医療、訪問診療の更なる展開
- ✓ 診療科の細分化による問題
- ✓ 円滑な医療機関連携の必要性
- ✓ アクセスを容易にするためのインフラ整備、交通手段の確保
- ✓ 受診に関するゲートキーパーの必要性
- ✓ 認知症を支える地域づくり

● 治療について

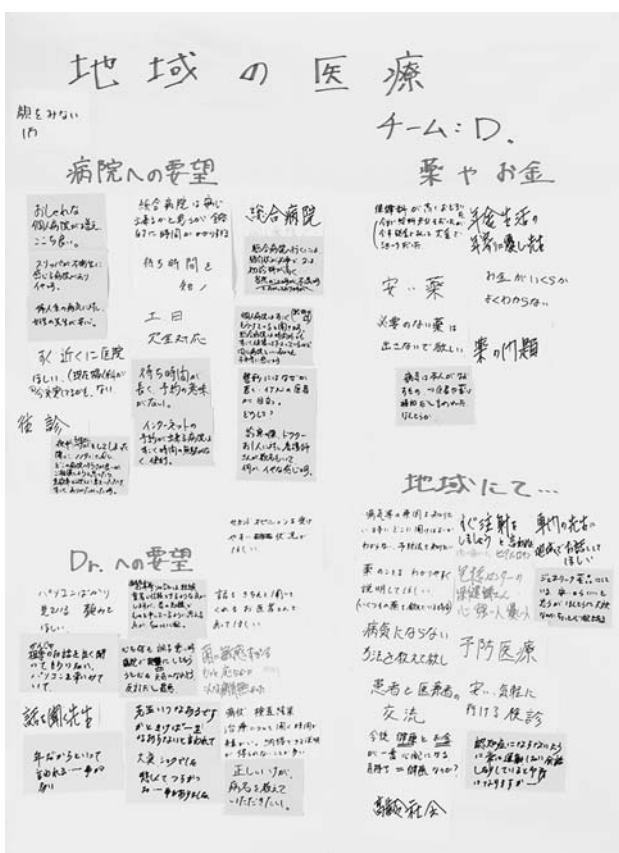
- ✓ 処方薬が多すぎる
- ✓ 丁寧な薬の説明が必要
- ✓ 投薬治療以外の食事療法・理学療法・予防医療などの選択肢の提示

● 医療を受ける側としての心構え

- ✓ かかりつけ医（クリニック、診療所）を必ず持つ

- ✓ 個々の自立とセルフメディケーションの活用
- ✓ 救急医療・医師へのかかり方
- ✓ 薬・医療に関心を持ち、様々な機会学ぶ

図 4



▶ グループワーク後の学生の主な感想

- コミュニケーションの重要性を実感した。
- 医学部学生は社会常識を学ぶ機会がないままに社会人として世に出ることが多い。このため、学生時代に積極的に地域社会・外部と交流することが今後必要ではないか。
- 2地域のグループワークで出た意見に違いがあり、地域や状況により求められている医療や医師像が異なることに気付いた。患

者のニーズにあった医療を提供するためには、まずその患者の話をよく聞くことが極めて重要であることを理解した。

- 住民の皆さんが患者の立場で何ができるかを考えていた点が新鮮な驚きであった。
- 医師としておそらく患者の要望全てを取り入れることができないが、何らかの意見が聞かれた時には、なぜそういう意見があるか謙虚に考える姿勢を持ち続けなければならない。患者が無理難題を言っているという遮断してしまえばそこに大きな溝が生まれるが、対話することで双方の理解がすすむかも知れない。そのようなオープンな姿勢が医療に求められているのではないか

◇ 住民の皆さんへのミニレクチャー

住民の皆さんにとっても身近で関心の高いテーマについて学生が探求し、主にグループワークへ参加した住民の皆さんを対象にミニレクチャーを行った（2016年度には千曲市戸倉地区と松本市白板地区ではグループワークとミニレクチャーを行い、大鹿村ではミニレクチャーのみを行った）。発表の後には活発な質疑応答が行われ、健康問題への関心の高さが窺えた。

これまでのテーマは、「認知症は治るのか?」「人口減少社会とこれからの医療」「ジェネリック医薬品」「混合診療」「ソーシャルキャピタル」「在宅医療」「肺炎球菌ワクチンは本当に効くのか」「認知症を予防する」「薬との上手な付き合い方」「ジェネリック医薬品」「治療可能な認知症」「インフルエンザあれこれ」である。

地域の皆さんの認知症への関心は高く、これまで毎年度認知症に関連したテーマを選んでいる。65歳以上の高齢者のうち認知症を有

する人は2012年で462万人と推計され、この数は65歳以上の7人に1人に相当する。さらに2025年には、65歳以上の5人に1人に当たる700万人前後に増えると予測されている。今後医師として働くに当たり、認知症そのものを対象として医療を行う場合とある疾患に合併した認知症に関わる場合が考えられている。認知症の専門医でなくても、認知症を疑い診断する力、ならびに適切なケアに結び付ける能力とマインドが必要である。この点において、医学生にとっても認知症の理解を深めることは極めて重要と考えられる（認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア，クリエイツかもがわ 2014）。

▶今年度のミニレクチャーの概要（図5）

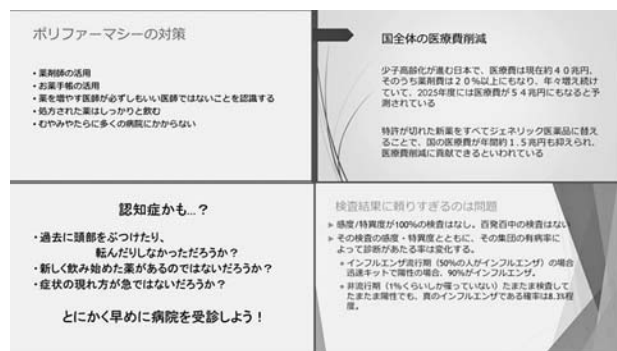
「薬との上手な付き合い方」：ポリファーマシー・薬の副作用・飲み合わせ、またその対策について発表した。質問の中で、最も多かったのは「高血圧の治療薬と〇〇の飲み合わせは大丈夫なのか」といったものだった。

「ジェネリック医薬品」：新薬とジェネリック医薬品の違い、ジェネリック医薬品によって医療費にどのような影響を与えるか、ジェネリック医薬品に関する日本の政策と欧米諸国との政策の違いについて発表した。

「治療可能な認知症」：アルツハイマー型・レビー小体型・前頭側頭型・脳血管性認知症以外の治療可能な認知機能が低下する疾患・病態について症例を提示して説明した。

「インフルエンザあれこれ」：インフルエンザの概要、ハイリスクグループ、症状、感度と特異度、鑑別疾患、治療の基本原則、インフルエンザに対する疑問について発表した。

図5



◇地域医療実習

国保川上村診療所ならびに佐久総合病院付属小海診療所にて2人一組で2泊3日の日程で実習を行った。実習では、外来診療見学、訪問診療・訪問看護同行、介護施設での食事・入浴介助、保健福祉課見学、保育園の健康診断見学などを行い、その地域ならではの医療のあり方や地域の診療所の果たす役割を学んだ。

諏訪中央病院での病院実習では、学生が医師のチームに加わり、回診、病棟処置、救急外来補助、院内勉強会・カンファレンスへ参加した。

▶診療所実習後の学生の主な感想

- 医療・介護・福祉が一体となった住民一人ひとりに対する決め細やかな対応が印象的であった。
- 訪問診療に行く家庭の歴然とした経済的格差と介護する家族の差の存在に無力感とともに問題意識を感じた。
- 在宅医療における訪問看護の重要性を実感した。
- 訪問看護同行で、胃がんのターミナルの患者さんの奥さんの献身的な看病が印象的だった。

- 在宅医療を行うに当たっては、家庭の事情（介護する家族、家族仲、経済状況、ケアマネージャーとの関わり、患者さんの性格、患者さんの希望）を考慮していくことが大切であると感じた。
- 患者さんの過去・現在・未来をつないでいく医療をする主治医としての役割を学んだ。
- 病院よりもさらに人を診る医療が行われていた。
- 毎日のカンファレンスなどで情報が共有され、さまざまな職種が連携し、家族とも協力して、特定の職種や家族に負担が重くのしかかることなくチーム全体で患者さんを支えることができていた。
- 治療だけでなく様々な問題を改善して行くためには、医学の知識以外に医療制度や他の職種の仕事内容など、幅広いことに関心を持っていなくてはならないのだと分かった。
- 診療所には大学病院や一般病院では見ることのできない医療の形があった。この実習には医学生が将来目指す医師像を描く中で大きな材料となる経験が詰まっていた。
- 「疾患ではなく患者さんを診る」ことがどれだけ大切かを実感した。

◇自主研究演習プログラム全体への感想（一部）

- 正確な診断や治療を前提として、患者とのコミュニケーションの大切さ、医療従事者・地域が全て一体となることの大切さを学ぶことができた。また実際に現場で働く医師の姿を見て、臨床を学ぶ前にこのような実習に参加することにより、理想の医師像についても考え直す機会を得ることができた。
- 受験生の時や入学当初に思っていたように、

人の役に立ちたいという純粋な医師をめざした初心に帰れた。

- 地域の方々からは医師に対する厳しい指摘を数多く出された。しかし同時にそれは医療、そして将来の医療を担う私たちに対する期待でもあると思う。
- 実習では医師だけでなく、看護師、ケアマネージャー、介護士、患者や患者の家族など様々な立場の人からの意見を聞くことができ、地域で求められる医療についてそれぞれのニーズの違いや、連携の大切さを学ぶことができた。自分はどのような医師になるのかを考える上で、今回学んだこと、経験したことを活かしていきたい。
- 地域の方が実際に求めている医療の形、病院の大きさ・地域により病院や医師が果たす役割が違うことなどを、実際にいろいろな土地に行ってみることで感じることもできた。
- 大学生活を送る中であまり考える機会がなかった、自分の理想の医師像について見つめ直すことができた。
- 治療だけでなく様々な問題に対応して行くためには、医学の知識以外に医療制度やほかの職種の仕事内容など、幅広いことに関心を持っていなくてはならないことが分かった。

まとめ

信州大学医学部における地域医療教育を、学生の感想に基づいて紹介した。

「地域医療」講義では、「どのような立場、どのような規模の医療機関で働いている医師でも地域医療に貢献できる。」「地域医療は単に地

域での医療ではなく、医療を行う上での姿勢・ベクトルである。」とのメッセージを伝えることができたと考える（<https://aequalis.jp/report/vol02/vol02.pdf>）。

また、この講義は、学生にとって今後どのような医師が求められているのか、患者さんや地域に医療者として人としてどのように関わることか、そして人としてどう生きるのかとまでに及ぶ学びの機会になっていた。

自主研究演習では、参加学生は、様々な医療の場に即し、地域やそれぞれの患者に応じた医療を展開するためには、医師としての十分な医学の知識・技術とともに、基本となる人間性、地域住民とのコミュニケーション、他と職種との関わりづくりが重要であることを学ぶことができた。殆どの学生は、実習でロールモデルを発見しており、自分のこれからめざすべき理想の医師像について深く考えることができたと考えられる。

グループワークで指摘の多かった態度・人間性を医学部卒前でいかに教育するかは医学教育において重要な課題である。このような医学教育における情意教育の本質は、病者への温かい態度を生み出す医師としての基本的な姿勢を伝えることとされる（医学教育26：413，1995）。

参加学生にとって、実習で出会ったこの姿勢を日々実践している医師、医療者スタッフは、何にも代え難い教科書となり、さらに、病者を思いやる心を大切にする姿勢を保ち続けられるように、常に知識と技能を学び続ける医師の姿

が、学生の強い学習の動機付けになった。

近年の医学教育のトレンドは、①大学病院中心から地域中心へ、②知識中心から問題解決中心へ、③学問体系中心から統合型カリキュラムへ、④均一カリキュラム制から選択カリキュラム制へ、⑤場当たりの教育から体系的教育への5つとされる。

高齢化の進行により疾患の慢性化と複雑化が進み、一方で医療ニーズの多様化・高度化が著しい。これに伴って、包括的な医療・ケアを理解して個人の価値を尊重した医療を実践する医療人が求められている。このため、医学教育においてはさらに、地域の保健・医療・福祉・介護に関する教育、多職種連携教育、生活支援・住まい方についての教育、の強化が必要であることが指摘されている（治療96：38，2014）。

これらの充実には、われわれの地域医療教育にあるように、地域住民の方々の協力は欠かすことができないものと考えられる。

謝辞

学生のフィールドワークに協力いただいた、千曲市戸倉公民館、大町市まちなかウォーキングの会、岡谷市介護福祉課、松本市白板公民館、大鹿村保健福祉課の皆様方、ならびに、千曲市・大町市・岡谷市・松本市・大鹿村の住民の皆様と、学生実習に協力いただいた佐久総合病院付属小海診療所、国保川上村診療所、諏訪中央病院の皆様方に深謝します。