

岡山県地域医療支援センター 主催

第4回 地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ

～ 医師は専門医資格にどう向き合うか ～

日時 : 2016年7月31日(日) 10:00～15:30

会場 : 岡山県医師会館(岡山市北区駅元町19-2)

主催 : 岡山県地域医療支援センター
<http://chiikiiryuokayama.wixsite.com/centerokayama>

共催 : 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座
岡山大学医療教育統合開発センター
岡山県へき地医療支援機構
認定NPO岡山医師研修支援機構

目 次

I. 岡山県地域医療支援センター長ごあいさつ.....	1
岡山県地域医療支援センター センター長 糸島 達也	
II. プログラム「第4回 地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ」.....	2
III. 参加者名簿／参加人数.....	3
IV. スタッフ名簿.....	5
V. 地域枠卒業医師の勤務病院選定方法の説明.....	6
岡山県地域医療支援センター 岡山大学支部 専任担当医師 岩瀬 敏秀	
VI. 2016 年地域枠卒業医師の配置希望調査と評価.....	8
VII. 基調講演.....	43
1. 専門医育成の仕組みについて；地域医療を担う医師のために.....	43
徳島文理大学 副学長 千田 彰一	
2. 地域とともに内科専門医を育てるプログラムを目指して.....	50
岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科総合内科学 教授 大塚 文男	
3. コメント.....	55
川崎医科大学附属病院 副院長・呼吸器外科 診療部長 中田 昌男	
倉敷中央病院 総合診療科・医師教育研修部 主任部長 福岡 敏雄	
VIII. ワールドカフェ ～ 医師は専門医資格にどう向き合うか ～.....	56
1. 岡山県医師会長ごあいさつ.....	56
岡山県医師会 会長 石川 紘	
2. ワールドカフェの進め方.....	57
岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座 教授 佐藤 勝	
3. 発表とまとめ ～新たな発見や気づきの共有～.....	58
IX. 本日の講評・寸評.....	66
徳島文理大学 副学長 千田 彰一	
岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科総合内科学 教授 大塚 文男	
岡山大学病院 臨床研修医 地域枠卒業医師 山田 裕士	
広島大学医学部医学科 地域枠 6 年生 高見 優男	
X. 閉会のあいさつ.....	69
岡山県保健福祉部医療推進課 課長 則安俊昭	
XI. ワークショップ後のアンケート結果.....	70
1. 午前の部（対象：基調講演聴講者）.....	70
2. 午後の部（対象：ワールドカフェ参加者）.....	73
<資料>	
岡山県の「地域枠」のご案内.....	76
編集後記.....	78



第4回 地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ（ワールドカフェ参加者 60 人，スタッフ 5 人）
2016 年 7 月 31 日（日）（於：岡山県医師会館）

I. 岡山県地域医療支援センター長ごあいさつ

「第4回 地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ」参加のお礼

岡山県地域医療支援センター
センター長 糸島 達也
(認定NPO岡山医師研修支援機構 理事長)



皆様 おはようございます。

本日は第4回の地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ「医師は専門医資格にどう向き合うか」に酷暑の中、御参加いただきありがとうございます。

この岡山県医師会館は今年（2016年）4月から利用を開始している、岡山県医師会自慢の三木記念ホールです。県下一のすばらしい座り心地ですが安眠しないでほしいです。

ところで、今年度は新しい専門医制度が始動する予定でしたが、1年間延期になりました。これはある意味で、より良い専門医制度を作る良いチャンスになるのではないかと期待しています。

午前中の基調講演の第1部は、日本専門医制評価・認定機構（理事：2012-2014）と日本専門医機構（理事 2014.5-2016.6）を通じて5年間理事をしてこられた千田 彰一先生が、今までの経緯を含めてお話ししてください

ます。

第2部の基調講演は大塚文男先生が「地域とともに内科専門医を育てるプログラムを目指すには？」をお話ししていただきますので、きっと、皆様のお役に立つと思います。

午後にはワールドカフェ形式で「医師は専門医資格にどう向き合うか」で皆様に専門医制度の原点を考えていただきたいと思います。

どうか、地域枠を目指す医師も含めて若い医師が専門医制度に対して、前向きに取り組めるように皆様で応援していただきたいと思います。

岡山県地域医療支援センターは、この1年をかけて病院の地域枠卒業医師の配置希望調査と市町村の受入体制の評価をさらにバージョンアップいたしました。

それでは、よろしくお願いいたします。



II. プログラム

「第4回 地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ」

開催日時 : 2016年7月31日(日) 10:00～15:30
開催場所 : 岡山県医師会館(岡山県岡山市北区駅元町19-2)
(午前の部) 三木記念ホール(2・3階)
(午後の部) 第1会議室(4階)
参加者 : 107人(うち午後の部:60人)

———— (午前の部) 10:00～12:00 —————

1. 開会, 主催者あいさつ
岡山県地域医療支援センター センター長 糸島達也
2. 地域枠卒業医師の勤務病院選定方法の説明・質疑
岡山県地域医療支援センター 岡山大学支部 専任担当医師 岩瀬敏秀
3. 基調講演「専門医育成の仕組みについて; 地域医療を担う医師のために」
徳島文理大学 副学長 千田彰一

質疑応答

4. 基調講演「地域とともに内科専門医を育てるプログラムを目指して」
岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科総合内科学 教授 大塚文男

コメント

川崎医科大学附属病院 副院長・呼吸器外科 診療部長 中田昌男
倉敷中央病院 総合診療科・医師教育研修部 主任部長 福岡敏雄

質疑応答

———— (午後の部) 12:00～15:30 —————

5. 岡山県医師会会長あいさつ
岡山県医師会 会長 石川紘
6. ワールドカフェの進め方の説明
岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座 教授 佐藤勝
7. 昼食・自己紹介等
8. カフェトーク・ラウンド1
「住民にとっての理想の医師像とは?」
「医師にとっての理想の医師像とは?」
カフェトーク・ラウンド2
「専門医資格を取得する意義は何か?」
カフェトーク・ラウンド3
「自分は専門医資格にどう向き合うか」
「若い医師をどう支援するか」
「若い医師へのアドバイス」など

発表とまとめ

9. 講評・寸評
徳島文理大学 副学長 千田彰一
岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科総合内科学 教授 大塚文男
岡山大学病院 臨床研修医 地域枠卒業医師 山田裕士
広島大学 医学部医学科 地域枠 6年生 高見優男

10. 閉会あいさつ, 閉会
岡山県保健福祉部医療推進課 課長 則安俊昭

Ⅲ. 参加者名簿／参加人数

◆午後の部（ワールドカフェ）参加者

No.	区 分	所 属	職 名 等	氏 名
1	基調講演講師	徳島文理大学	副学長	千 田 彰 一
2	〃	岡山大学大学院	医歯薬学総合研究科総合内科学 教授	大 塚 文 男
3	病院協会	岡山県病院協会	会長	難 波 義 夫
4	臨床研修病院	岡山医療センター	副院長	津 島 知 靖
5	〃	岡山協立病院	院長	高 橋 淳
6	〃	岡山済生会総合病院	院長代理	塩 出 純 二
7	〃	岡山市立市民病院	内分泌内科 部長	岸 田 雅 之
8	〃	岡山赤十字病院	副院長	岡 崎 守 宏
9	〃	倉敷中央病院	総合診療科・医師教育研修部 主任部長	福 岡 敏 雄
10	〃	心臓病センター榊原病院	循環器内科 医長	吉 岡 亮
11	〃	津山中央病院	循環器内科 主任部長	岡 岳 文
12	〃	水島協同病院	診療部長	山 本 明 広
13	〃	水島中央病院	副院長	田 中 勲
14	県南東部圏域	赤磐医師会病院	院長	佐 藤 敦 彦
15	〃	おおもと病院	院長	磯 崎 博 司
16	〃	岡山県精神科医療センター	院長	来 住 由 樹
17	〃	玉野市立玉野市民病院	院長	木 村 文 昭
18	〃	玉野三井病院	院長	磯 嶋 浩 二
19	〃	備前市国民健康保険市立吉永病院	副院長	山 田 礼 二 郎
20	県南西部圏域	井原市立井原市民病院	院長	合 地 明
21	〃	笠岡第一病院	理事長	宮 島 厚 介
22	〃	玉島協同病院	院長	進 藤 真
23	〃	矢掛町国民健康保険病院	院長	村 上 正 和
24	高梁・新見圏域	高梁市国民健康保険成羽病院	院長	紙 谷 晋 吾
25	〃	高梁中央病院	理事長	戸 田 俊 介
26	〃	仲田医院	院長	仲 田 永 造
27	〃	長谷川記念病院	理事長・院長	長 谷 川 賢 也
28	〃	渡辺病院	理事長・院長	遠 藤 彰
29	真庭圏域	勝山病院	理事長・院長	竹 内 義 明
30	〃	金田病院	理事長	金 田 道 弘
31	〃	真庭市国民健康保険湯原温泉病院	副院長	岡 孝 一
32	津山・英田圏域	中島病院	院長	中 島 弘 文
33	〃	奈義ファミリークリニック	所長	松 下 明
34	行政	赤磐市	市長	友 實 武 則
35	〃	鏡野町	町長	山 崎 親 男
36	〃	高梁市	市長	近 藤 隆 則
37	〃	真庭市	副市長	吉 永 忠 洋
38	〃	備北保健所	所長	川 井 睦 子
39	地域卒業医師	岡山大学病院	臨床研修医	山 田 裕 士
40	地域枠学生	岡山大学 医学部医学科	6 年生	石 田 智 治

Ⅲ. 参加者名簿／参加人数

No.	区 分	所 属	職 名 等	氏 名
41	地域卒学生	岡山大学 医学部医学科	4 年生	今 尾 武 士
42	〃	広島大学 医学部医学科	6 年生	高 見 優 男
43	〃	〃	5 年生	濱 崎 比 果 瑠
44	〃	〃	4 年生	樫 原 隆 之 介
45	大学・大学病院	岡山大学	医学部長	大 塚 愛 二
46	〃	岡山大学病院	救急科 准教授	佐 藤 圭 路
47	〃	〃	血液・腫瘍内科 助教	黒 井 大 雅
48	〃	〃	産婦人科 助教	楠 本 知 行
49	〃	〃	消化管外科 助教	浅 野 博 昭
50	〃	〃	〃 客員研究員	黒 田 新 士
51	〃	〃	消化器内科 助教	加 藤 博 也
52	〃	〃	総合内科 助教	小 川 弘 子
53	〃	〃	〃 助教	小 比 賀 美 香 子
54	〃	〃	放射線科 助教	井 原 弘 貴
55	〃	川崎医科大学附属病院	副院長・呼吸器外科 診療部長	中 田 昌 男
56	〃	〃	血液内科 診療部長	和 田 秀 穂
57	〃	〃	小児科 診療副部長	大 野 直 幹
58	〃	〃	腎臓内科 診療部長	佐 々 木 環
59	〃	〃	整形外科 診療部長	長 谷 川 徹
60	〃	〃	総合診療科 医長	楠 裕 明

◆所属区分ごとの参加人数

所 属 区 分	基調講演のみ	基調講演・ワールドカフェ	合計
基調講演講師	-	2	2
医 師 会 等			
岡山県医師会	1	-	1
岡山県病院協会	-	1	1
岡山県看護協会	1	-	1
医 療 機 関			
病院	4	18	22
臨床研修病院（大学病院を除く）	7	10	17
診療所	3	2	5
病院（県外）	1	-	1
行 政			
市町長・副市長	1	4	5
保健所・市町職員	13	1	14
県・地域医療支援センター職員（県外）	10	-	10
地 域 卒 業 医 師	3	1	4
地 域 卒 業 医 師 ・ 学 生			
地域卒学生（岡山大学）	-	2	2
地域卒学生（広島大学）	-	3	3
大 学			
岡山大学・岡山大学病院	2	10	12
大 学 病 院			
川崎医科大学附属病院	2	6	8
合 計	48	60	108

IV. スタッフ名簿

◆ディレクター

糸 島 達 也 岡山県地域医療支援センター センター長
(認定NPO岡山医師研修支援機構 理事長)

則 安 俊 昭 岡山県保健福祉部医療推進課 課長

◆アシスタントディレクター

佐 藤 勝 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座 教授

伊 野 英 男 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科医療資源開発・学習支援環境デザイン学講座 教授
(認定NPO岡山医師研修支援機構 事務局長)

岩 瀬 敏 秀 岡山県地域医療支援センター 岡山大学支部 専任担当医師

◆事務担当者

清 水 浩 史 岡山県保健福祉部医療推進課 副課長

塩 飽 聡 岡山県保健福祉部医療推進課 総括参事

草 加 忠 彦 岡山県保健福祉部医療推進課 地域医療体制整備班 副参事

平 田 英 俊 //

副参事

塚 原 政 俊 //

主任

難 波 真 人 //

主任

河 本 晃 一 //

主事

藤 井 淳 //

主事

下 山 みどり 岡山県地域医療支援センター 事務職員

秋 田 政 子 //

事務職員

藤 田 淳 子 //

岡山大学支部 事務職員

V. 地域枠卒業医師の勤務病院選定方法の説明

1. 説明

岡山県地域医療支援センター
岡山大学支部
専任担当医師 岩瀬 敏秀



地域枠医師勤務病院の選定方法について

岡山県地域医療支援センター
岡山大学支部
岩瀬 敏秀
2016/07/31

地域枠制度のおさらい

- ・身分・待遇
地域枠医師の身分、処遇は、病院職員とし、病院の水準での給与とする。
→ **県は人事権を持たない。**
- ・マッチング
地域枠医師と地域病院を**マッチング**する。
詳細は後述。

3

地域枠制度のおさらい

- ・地域枠制度の概要
地域枠学生には、**県から奨学金が貸与**される。
一定期間、知事の指定する医療機関で勤務すれば、返還が免除される。
- ・一定期間は何年？
通常は**9年間**（貸与年数の1.5倍の期間）。
初期研修と選択研修の内の2年間を含むため、**実質的には5年間。2箇所以上での勤務を想定。**

1

選定条件の配点（重み付け）

①地域の医師不足	18点
②教育指導体制	17点
③地域で果たしている役割	13点
④地域の受け入れ体制	13点
⑤救急車の受け入れ件数	12点
⑥待遇	11点
⑦認定施設かどうか	9点
⑧経営状況	7点

4

地域枠制度のおさらい

- ・地域枠学生は何名？
現在44名（女性：18名）。
地域配置のピークは、**2024～2030年頃**にかけて、**30名強**（女性：約4割）と予想される。



2

計算方法

A病院	配点	評価/満点	結果
①地域の医師不足	18点	4/4	18点
②教育指導体制	17点	5/5	17点
③地域で果たしている役割	13点	3/5	8点
④地域の受け入れ体制	13点	4/5	10点
⑤救急車の受け入れ件数	12点	4/5	10点
⑥待遇	11点	5/5	11点
⑦認定施設かどうか	9点	3/4	7点
⑧経営状況	7点	4/5	6点
			86点

5

①地域の医師不足の評価

- 人口10万当たり医師数
- 医師の平均年齢
- 病院へのアクセス

を総合的に評価する形式に修正した。

6

マッチング

- 10月末まで
翌年度、地域勤務するか、研修するか、地域枠医師が県に意志を表明する。
- 11月
地域勤務する医師の2倍程度、地域勤務の候補病院をランキング上位から選定し、地域枠医師と候補病院に県が通達する。

9

②～⑧の指標

- 昨年までと同様のやり方で評価した。
- 「⑦専門研修施設かどうか」については、来年度以降、連携施設・特別連携施設が大きく様変わりすると考えられ、順位にも影響すると予想される。

7

マッチング

- 11月～12月上旬
地域枠医師は候補病院を見学し、面接を受ける。
- 12月中旬
候補病院は採用したい医師の順位を、地域枠医師は希望施設の順位を県に提出する。
- 12月下旬
当センターがマッチング結果を通知する。

10

候補病院について

- 今回の候補病院は県北の病院に限るという方針が医療対策協議会にて承認された。
- 候補病院の選定については、今後も毎年度、医療対策協議会で検討することになる。

8

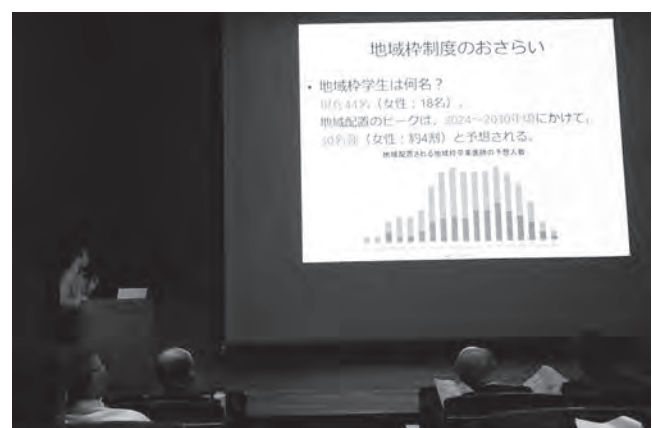
まとめ

- 2024～30年にかけて、約30名強の地域枠医師が地域の医療機関に配置される。
但し、以降は減少する。
- 県は人事権を持っていない。選定方法の上位病院と地域枠医師の希望とをマッチングする予定である。
- 複数名配置を希望する施設の取り扱い、7年目以降の地域枠医師の配置方法等は今後検討する。

11

2. 質疑

なし



VI. 2016 年地域卒卒業医師の配置希望調査と評価

1. 主旨

岡山大学と広島大学の地域卒卒業医師を優先的に配置すべき地域や病院を判断する際の参考とするため、県内全病院（164 施設）を対象に、配置希望の有無・教育指導体制・処遇・病院の概況等について調査を行いました。併せて、県内 27 市町村における医療従事者の充足状況や地域医療のための施策等についても調査を行いました。

2. 調査方法

岡山県地域医療支援センターから依頼文及び調査票を送付するとともに、ホームページに調査票をダウンロードできる方法で掲載し、データ・郵送・FAX のいずれかでの回答をお願いしました。

3. 調査時点及び調査期間

- (1) 調査時点
2016 年 4 月 1 日 現在
- (2) 調査期間
2016 年 4 月 15 日（金）～5 月 9 日（月）

4. 評価項目と評価方法

4.1 評価項目

- (1) 地域の医師不足
- (2) 教育指導体制
- (3) 地域で果たしている役割
- (4) 地域の受入体制
- (6) 待遇
- (5) 救急車の受入状況
- (7) 新専門医制度への取組状況
- (8) 経営状況

以上の 8 項目について「5. 評価項目別質問・配点一覧」のとおり評価を行い点数化しました。

4.2 項目の重み付け

各項目の配点は、次の 80 人に重み付けを依頼し、その平均としました。

- ・大学・大学病院（自治医科大学 1 人、岡山大学 7 人、大学病院 2 人）
- ・関係団体（岡山県医師会等 4 人）
- ・岡山県（医療推進課・地域医療支援センター 7 人）
- ・岡山県内市町（16 市町 16 人）
- ・臨床研修病院（4 施設 4 人）
- ・地域の医療機関（22 施設 22 人）
- ・地域の診療所（2 施設 2 人）
- ・地域卒卒業医師（4 人）
- ・地域卒学生（11 人）

4.3 病院の得点の求め方（例示下表）

- (1) 評価方法に従って、各質問ごとに各病院の「スコア」を出し、各項目で「スコア」を合計したものを「スコア計」とする。
- (2) 各項目の「スコア計」の分布状況により、各項目を 5 又は 6 段階で評価する。（各項目の図表番号参照）
- (3) 各項目の段階評価を配点に換算して各項目の得点とする。
- (4) 各項目の得点の合計をその病院の得点とする。

（例）病院の得点 「10. 地域で果たしている役割」（p. 27, 28）の場合

質問	スコア（満点）	スコア計	評価	配点	得点
10. 1 (p. 27)	3 (5)	8 (満点 10)	3 / 5 段階 評価の対象となる病院の スコア分布により決定 (p. 37)	14 点	$14 \times 3 / 5 = 8.4$ 点
10. 2 (")	1 (1)				
10. 3 (")	1 (1)				
10. 4 (p. 28)	1 (1)				
10. 5 (")	1 (1)				
10. 6 (")	1 (1)				

5. 評価項目別質問・配点一覧

5.1 評価項目別質問・配点一覧

項目	調査票の Q-No.	質問内容／評価方法	スコア			配点 (100点)	得点 分布図
			分布	満点	計 (評価)		
7	地域の 医師不足	医師の高齢化の状況（図 7.3 参照）		6	18 (1-5)	18	図 15.2.1
		人口と医師数の関係（図 7.4 参照）		3			
		総生産と医師数の関係（図 7.5 参照）		3			
		最寄りの病院へのアクセス状況（表 7.6 参照）		3			
		DPC病院へのアクセス状況（表 7.7 参照）		3			
9	教育指導 体制	医師の学会・研究会の年間発表回数（2014・2015 年度，医師1人当たり）	図 9.1.1	5	51 (0-5)	17	図 15.2.2
		医師の論文の年間発表件数（2014・2015 年度，医師1人当たり）	図 9.1.2	5			
		医師以外の職種の学会・研究会の年間発表回数（2014・2015 年度，医師以外の職種 100 人当たり）	図 9.1.3	5			
		医師以外の職種の論文の年間発表件数（2014・2015 年度，医師以外の職種 100 人当たり）	図 9.1.4	5			
		8 地域卒業医師の配置希望科の医師が参加できる症例検討会の年間開催回数（2014・2015 年度，科の常勤換算医師1人当たり）	図 9.2	5			
		9-1 他の医療機関での症例検討会や一般研修への参加状況（2：有，0：無・未回答）	図 9.3	2			
		9-2 他の医療機関からの症例検討会や一般研修への参加受入状況（2：有，0：無・未回答）	図 9.4	2			
		10 院内勉強会・委員会等の年間開催回数（2015 年度，常勤職員1人当たり）	図 9.5.1	5			
		11 医学生の体験実習等の年間受入人数（2014・2015 年度，常勤医師 1 人当たり）	図 9.6	5			
		12 学生・医療人・ボランティア・消防士等の体験学習等の年間受入人数（2014・2015 年度，常勤医師 1 人当たり）	図 9.7	5			
		13 初期臨床研修医の受入状況（2：受入有，0：受入無・未回答）	図 9.8	2			
		14 後期研修医等の受入状況（2：受入有，0：受入無・未回答）	図 9.9	2			
		15 実習後の医師・医学生と派遣元の意見・評価等の把握状況（1：把握している，0：把握していない・未回答）	図 9.10	1			
		16 若手医師を次世代のリーダーとして育成するための取組状況（2：取組あり，0：取組なし・未回答）	図 9.11	2			
10	地域で果たしている役割	17 公的な施設の認定数（5：認定数 4 以上，4：認定数 3，3：認定数 2，2：認定数 1，1：認定無，0：未回答）	図 10.1	5	10 (0-5)	14	図 15.2.3
		20 地域住民との協調体制の構築状況（1：有，0：無・未回答）	図 10.2	1			
		21 近隣病院との協調体制の構築状況（1：有，0：無・未回答）	図 10.3	1			
		22 近隣の高齢者施設などとの協調体制の構築状況（1：有，0：無・未回答）	図 10.4	1			
		23 行政との協調体制の構築状況（1：有，0：無・未回答）	図 10.5	1			
		24 医師会との協調体制の構築状況（1：有，0：無・未回答）	図 10.6	1			
8	受地入 体制の	「5.2 地域の受入体制（市町村の地域医療に関する取組調査）の評価項目別質問・配点一覧」（p.11）の 100 点満点の得点を、さらに 4 段階で評価し、その段階評価を配点 18 点に換算した。			100 (0-4)	13	図 15.2.4

項目	調査票の Q-No.	質問内容／評価方法	スコア			配点 (100点)	得点 分布図
			分布	満点	計 (評価)		
11	待遇	26 雇用形態 (3:常勤正規, 2:常勤非正規, 1:非常勤, 0:未回答)	図 11.1	3	41 (0-5)	13	図 15.2.5
		27 年間総収入 (5:1200 万円～, 4:1000 万円～, 3:800 万円～, 2:600 万円～, 1:400 万円～, 0:未回答)	図 11.2.1	5			
		各種手当の支給状況 (①通勤・②扶養・③引越一時・④出産一時⑤育児) (それぞれにつき, 1:支給有, 0:支給無・未回答)	図 11.3.2	5			
		28 ①雇用保険・②健康保険・③年金・④労災保険・⑤病院賠償責任保険の加入状況 (1:全て加入, 0:一部未加入・未回答) ※①～⑤全てに加入していなければ、待遇の評価は 0 とするが、今回配置を希望した病院は全て①～⑤に加入している。	—	1			
		⑥勤務医師賠償責任保険 (1～3:加入状況により評価, 0:未加入・未回答)	表 11.4	3			
		31 ①産前産後休暇・②子の看護休暇・③育児休業・④介護休暇・⑤介護休業 (1:制度有, 0:制度無・未回答) ※全て制度有でなければ、待遇の評価は 0 とするが、今回配置を希望した病院は全て制度有となっている。	図 11.5	1			
		⑥子を養育するための短時間勤務 (1:制度有, 0:制度無)		1			
		⑦病気休暇 (1:制度有, 0:制度無)		1			
		⑧休職 (1:制度有, 0:制度無)		1			
		32 ⑨住宅制度 (1:有, 0:無)	図 11.6	1			
		33 ⑩転入者受入の取組 (1:有, 0:無)		1			
		34 ⑪院内保育制度 (1:有 (代替制度有), 0:無)		1			
		35 ⑫院内病児保育制度 (2:有 (代替制度有), 0:無)		2			
		36-1 ⑬警備員の配置 (1:有, 0:無)		1			
		⑭監視カメラの設置 (1:有, 0:無)		1			
		⑮夜間救急時における女性への配慮 (1:有, 0:無)		1			
		⑯夜間通勤の危険対策 (1:有, 0:無)		1			
		36-2 ⑰パワハラ対策 (1:有, 0:無)		1			
		⑱セクハラ対策 (1:有, 0:無)		1			
		37 ⑲～㉓福利厚生制度 (1:有, 0:無)		1			
		29 他施設での研修 (3:週 1 日以上, 2:週半日, 1:要相談・検討中, 0:認めない・未回答)	図 11.7.2	3			
		30 出張 (①国内学会・②国内勉強会・③海外学会・④海外勉強会) に関わる条件 (5:制限無, 4:回数・金額いずれかに制限有, 3:回数・金額ともに制限有, 2:不明・要検討, 1:認めない, 0:未回答) 4 項目の平均スコアを 5 段階で評価する。	図 11.8.2	5			
12	受救 急 車 況 の	38 公的救急車の年間受入台数 (2014・2015 年, 病床 1 床当たり)	図 12.2	5	10 (0-5)	11	図 15.2.6
		公的救急車の年間受入台数 (2014・2015 年, 常勤換算医師 1 人当たり)	図 12.3	5			
13	新 専 門 医 生 取 組 医 生 制 度 へ の	19 基本診療領域の基幹施設として申請中である。(1 領域につき, 5:申請中)	表 13.1.1	154	154 (0-5)	9	図 15.2.7
		19 基本診療領域の連携施設として申請中である。(1 領域につき, 3:申請中)					
		内科の特別連携施設として申請中である。(2:申請中)					

項目		調査票の Q-No.	質問内容／評価方法	スコア			配点 (100点)	得点 分布図
				分布	満点	計 (評価)		
14	経営 状況	38	2 年前・1 年前それぞれの医業利益率 (医業収益 - 医業費用) ／医業収益) (5:10%～, 4:5%～, 3:0%～, 2:-10%～, 1:-10%未満, 0:未回答)	☒ 14.1.2 ☒ 14.1.3	10	23 (0-5)	5	☒ 15.2.8
			直近 2 年間の経営状況 (3:2 年とも黒字, 2:1 年は黒字, 1:2 年とも赤字, 0:未回答)	☒ 14.1.4	3			
			2 年前・1 年前それぞれの常勤換算医師 1 人当たりの医業収益 (5:1.8 億円～, 4:1.6 億円～, 3:1.3 億円～, 2:1.0 億円～, 1: 1.0 億円未満, 0:未回答)	☒ 14.1.5 ☒ 14.1.6	10			
合計							100	☒ 15.3

5.2 地域の受入体制（市町村の地域医療に関する取組調査）の評価項目別質問・配点一覧

項目		調査票の Q-No.	質問内容／評価方法	スコア			配点 (100点)	得点 分 布 図
				分 布	満 点	計 (評価)		
8	地域の受入体制 (市町村の取組)	2-1	医療従事者確保対策（施策数で評価）（4:4 件, 3:3 件, 2:2 件, 1:1 件、0:無）	図 8. 2. 1	4	14	39	図 8. 5
		2-2	住民や医療機関が参加する地域医療を検討する会等（2:有, 1:無）	図 8. 2. 4	2			
		2-3	転入者とその家族が地域になじむような取組, 個別の支援等（2:有, 1:無）		2			
		2-4	受療が困難な地域への対策（2:有, 1:無）		2			
		2-5	住民への広報・啓発（2:有, 1:無）		2			
		2-6	その他の取組（2:有, 1:無）		2			
		1	医療従事者の充足状況（4～0:医師・看護師の充足状況を総合的に評価）	図 8. 1. 4	4	4	13	
		4	医療機関と住民と行政の協調体制（2:有, 1:無）	図 8. 2. 4	2	2	13	
		7	地域包括ケアシステムの構築に向けた先駆的な取組(2:有, 1:無)	図 8. 2. 4	2	2	13	
		5	首長等の医療関係委員等への就任状況（就任数で評価）（5:5以上, 4:4, 3:3, 2:2, 1:1, 0:無）	図 8. 3	5	5	11	
		6	地元出身医師・看護師・医学生・看護学生の状況把握（4～0:把握状況を総合的に評価）	図 8. 4. 2	4	4	11	
合計					31	31	100	

6. 県内病院の配置希望調査

6.1 地域卒業医師の配置希望状況について

調査を依頼した施設の内訳は以下のとおり。

表 6.1.1 地域卒業医師の配置希望状況（圏域別，調査対象の多い順）

圏域	配置希望	2016 年提出施設数				未提出	調査対象	回収率 (%)	配置希望率 (%)	2015 年提出施設数			
		希望する	検討中	希望しない	合計					希望する	検討中	希望しない	合計
岡山市		13	1	7	21	34	55	38	24	20	1	6	27
倉敷市		11	1	3	15	21	36	42	31	13	2	11	26
県南東部圏域（岡山市除く）		6	1	4	11	12	23	48	26	11		7	18
津山・英田圏域		5	3	1	9	9	18	50	28	8	1	6	15
県南西部圏域（倉敷市除く）		8			8	9	17	47	47	8	1		9
高梁・新見圏域		5	1		6	2	8	75	63	6		2	8
真庭圏域		5		1	6	1	7	86	71	5	1	1	7
全県		53	7	16	76	88	164	46	32	71	6	33	110

表 6.1.2 地域卒業医師の配置希望状況（開設者別，調査対象の多い順）

開設者		提出施設数				未提出	調査対象	
		希望する	検討中	希望しない	合計			
医療法人	医療法人	12	2	8	22	48	70	97
	特定医療法人	7	3	2	12	4	16	
	社会医療法人	7			7	4	11	
財団法人	一般財団法人	6	1	2	9	5	14	22
	公益財団法人			1	1	7	8	
市町村	市町村	10	1		11	3	14	17
	地方独立行政法人	2		1	3		3	
国	独立行政法人			1	1	3	4	8
	厚生労働省	1			1	2	3	
	国立大学法人					1	1	
その他	医療生協	3			3	2		5
	個人					4		4
	社会福祉法人					3		3
	済生会	1			1	1		2
	学校法人	2			2			2
	日本赤十字社			1	1	1		2
	公益社団法人	1			1			1
	株式会社	1			1			1
合計		53	7	16	76	88		164

<配置を希望する理由>

- ・医師不足の解消，医師の安定確保
- ・医師高齢化の解消
- ・地域医療、経験の継承
- ・地域社会の崩壊防止
- ・救急医療体制の維持・充実
- ・へき地・島しょ部の診療所運営
- ・在宅医療体制の充実
- ・医師の育成（プライマリケア・急性期から在宅医療、訪問診療、医療・介護・福祉の連携）

<配置を検討中の理由>

- ・新築、診療報酬改定などの経過を見て検討
- ・配置の見込みがあれば検討
- ・特定の診療科を主としているため
- ・特定の診療科の補充を希望するため

<配置を希望しない理由>

- ・教育指導体制の不備
- ・医師充足
- ・地域的に医師不足と認められない

(施設数)

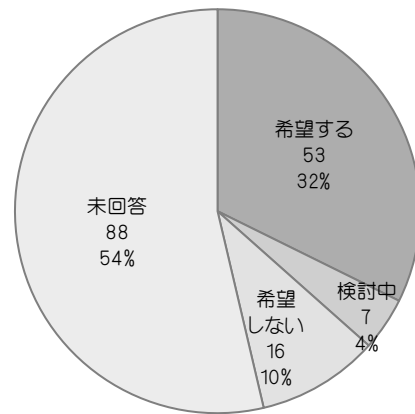


図 6.1.1 地域卒業医師の配置希望状況

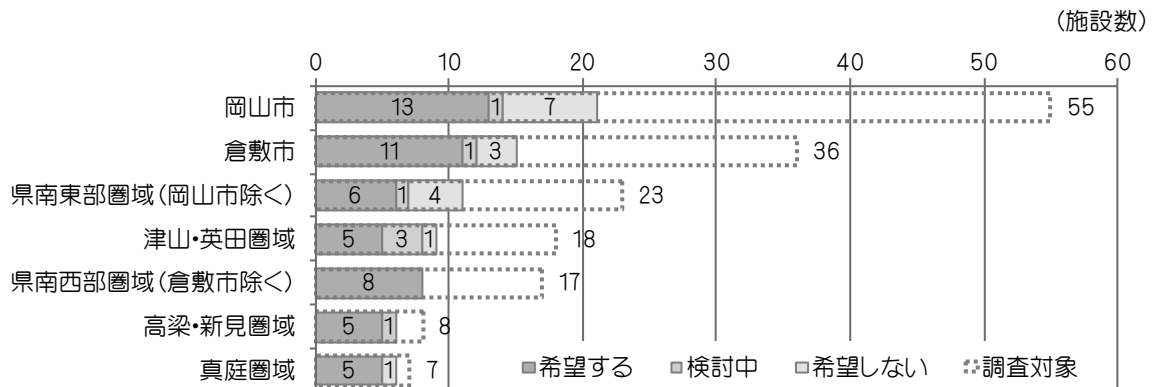
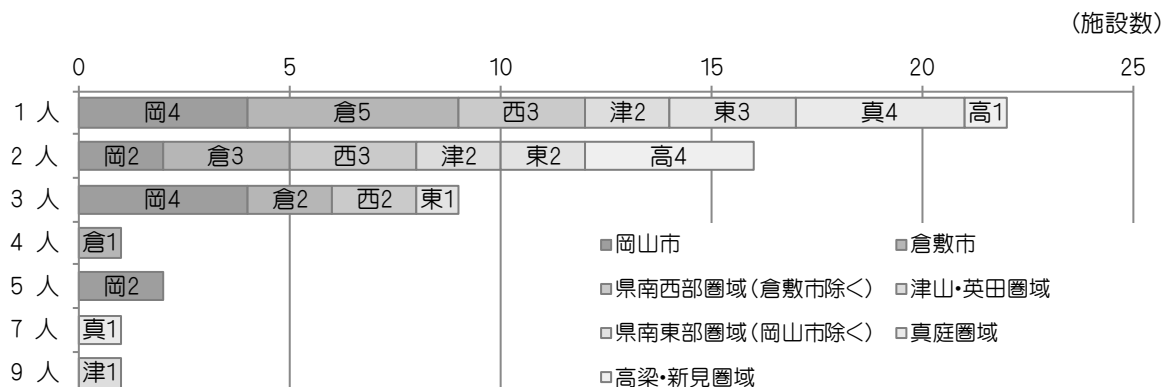


図 6.1.2 地域卒業医師の配置希望状況（圏域別）

6.2 雇用希望人数について（図 6.2）



6.3 配置希望科

2015 年の調査で配置希望の多かった 7 診療科とその他の診療科に分けて集計を行った。診療科ごとの配置希望人数の合計は、雇用希望人数と必ずしも一致しない。

各診療科での配置を希望する理由としては、高齢化に起因するものが多くみられる。内科・総合診療科では複数疾患（呼吸器・循環器・消化器・内分泌等）を有する患者、整形外科では転倒骨折などの患者の多さを挙げている施設が多かった。また、地域医療を担う施設では、かかりつけ医としての機能や初期対応から手術、入院、在宅医療など専門特化ではなく総合診療を担う医師の育成を希望されているようだ。外科では救急・緊急手術への対応ができる医師の育成を求められている。

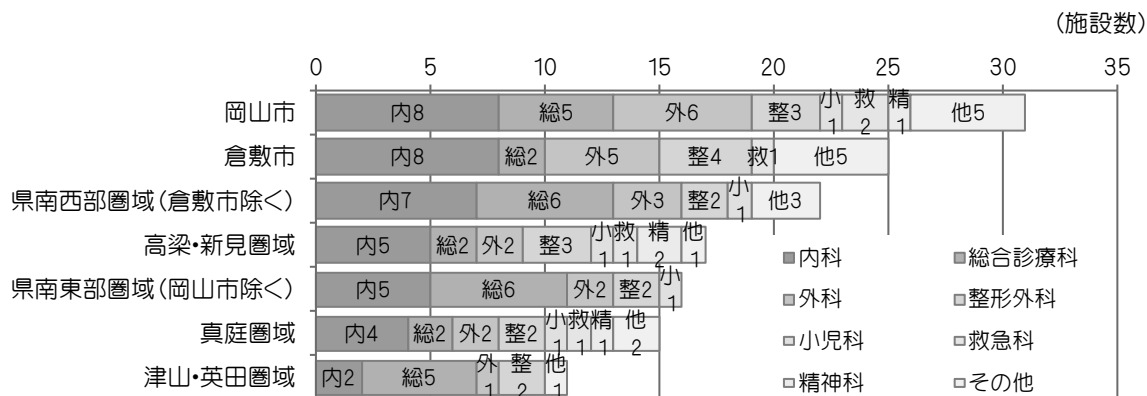


図 6.3.1 配置希望施設数（圏域別診療科別）

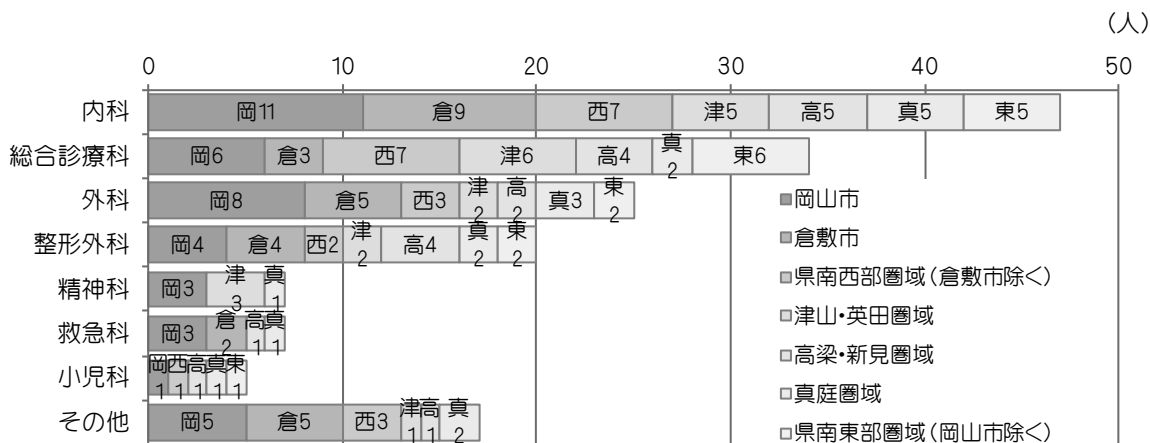


図 6.3.2 配置希望人数（圏域別診療科別）

※その他（人）・・・脳神経外科 5、泌尿器科 3、神経内科 2、産婦人科 2、麻酔科 1、形成外科 1、心臓血管外科 1、リハビリテーション科 1、救急科 1

6.4 育児休業・時短勤務への対応状況について（図 6.4）

<対応可>

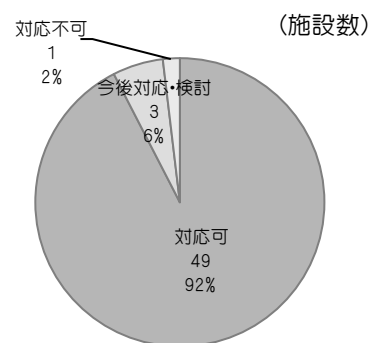
- ・規定の整備も十分進んでおり、育児休業・時短勤務ともに実績のある施設が増えてきた。地域卒卒業医師だけでなく、女性医師が増えてきている現状を受け入れ、対応している旨の回答が多かった。院内保育・病児保育・土日保育・小学校低学年の学童保育に対応する施設もある。厚生労働省のファミリーフレンドリー企業、子育て支援企業「くるみん」の認定を受けた施設もあった。

<今後対応・検討>

- ・医師以外での取得実績はあるが、医師の取得実績がないため、運用についての検討が必要という意見があった。

<対応不可>

- ・制度の対象外となるものとして採用する。
- ・実働できることを想定している。



7. 地域の医師不足

7.1 地域の医師不足を評価する指標

地域の医師不足を評価するに当たって、医師数、医師の高齢化、市町村内総生産、最寄りの病院とDPC病院までのアクセス状況を指標にした。

市町村名	常勤換算 医師数	70歳以上 医師数	医師の 平均年齢	医師の70歳以上 高齢化率(%)	人口(人)	市町村内 総生産(億円)	スコア計	5段階 評価
久米南町	4.4	1	64.7	25.0	4,907	150.8	17	5
高梁市	73.2	18	62.3	26.5	32,075	1,383.5	15	
新見市	51.5	7	60.6	22.6	30,658	986.5	15	
美咲町	12.0	2	55.1	20.0	14,432	407.0	15	
西栗倉村	0.7	0	—	0.0	1,472	45.9	15	
備前市	67.3	8	58.2	16.3	35,179	2,227.4	13	4
赤磐市	59.8	8	58.4	15.1	43,214	1,151.1	13	
美作市	45.0	7	57.4	19.4	27,977	937.0	13	
総社市	74.8	13	57.9	18.1	66,855	1,921.7	12	
里庄町	10.6	1	58.5	14.3	10,929	511.9	12	
新庄村	1.0	0	非公開	0.0	866	22.7	12	
鏡野町	26.0	4	58.8	21.1	12,847	512.4	12	3
玉野市	130.8	18	59.1	16.2	60,736	2,326.0	11	
井原市	56.9	2	55.2	4.5	41,390	1,458.0	11	
真庭市	105.8	12	57.5	16.0	46,124	1,679.4	11	
浅口市	45.9	6	60.0	16.7	34,235	825.8	11	
矢掛町	18.6	3	57.3	16.7	14,201	396.8	11	
瀬戸内市	61.1	5	56.6	8.1	36,975	1,263.5	10	
勝央町	18.5	0	55.7	0.0	11,125	856.3	10	2
奈義町	6.8	0	44.1	0.0	5,906	150.1	9	
津山市	307.8	43	50.9	14.5	103,746	3,507.1	8	
笠岡市	100.6	12	56.2	14.8	50,568	1,563.1	8	
和気町	27.4	5	54.1	15.2	14,412	391.7	8	
吉備中央町	20.9	2	55.1	9.5	11,950	416.1	8	1
倉敷市	1,796.3	137	47.2	8.0	477,118	21,365.7	6	
岡山市	2,908.5	292	48.8	10.2	719,474	25,835.9	7	
早島町	39.8	1	52.0	2.6	12,154	441.0	5	
全 県	6,071.8	607	49.8	10.5	1,921,525	72,734.3		

※西栗倉村の「7.3 医師の高齢化の状況の評価」は隣接する美作市のものを使用した。

※国民健康保険福渡病院の地域の医師不足の5段階評価は、当該病院が岡山市久米南町組合立であることから、久米南町の5から1下げて4とした。

(参考)

・厚生労働省 2014 年医師・歯科医師・薬剤師調査

・厚生労働省 2013 年度 DPC 調査運転時間に基づくカバーエリア
(条件: 有料道路利用あり、急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞)

<https://public.tableau.com/profile/kbshikawa#!/vizhome/H25DPCmhlw6D/sheet0>

・岡山県 2015 年医療機能情報、毎月流動人口調査 (2015 年 10 月 1 日現在)、2013 年度市町村民経済計算

7.2 地域の医師不足の評価（図 7.2.1）

医師の高齢化の状況、人口と医師数の関係、総生産と医師数の関係、最寄りの病院へのアクセス状況、DPC病院へのアクセス状況をそれぞれスコア化し、合計スコアを5段階で評価した。詳細は、「7.3 医師の高齢化の状況の評価」以降を参照のこと。

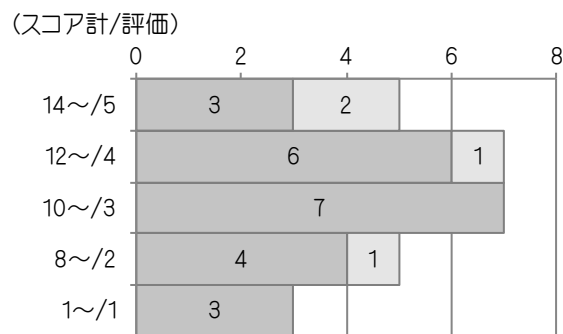
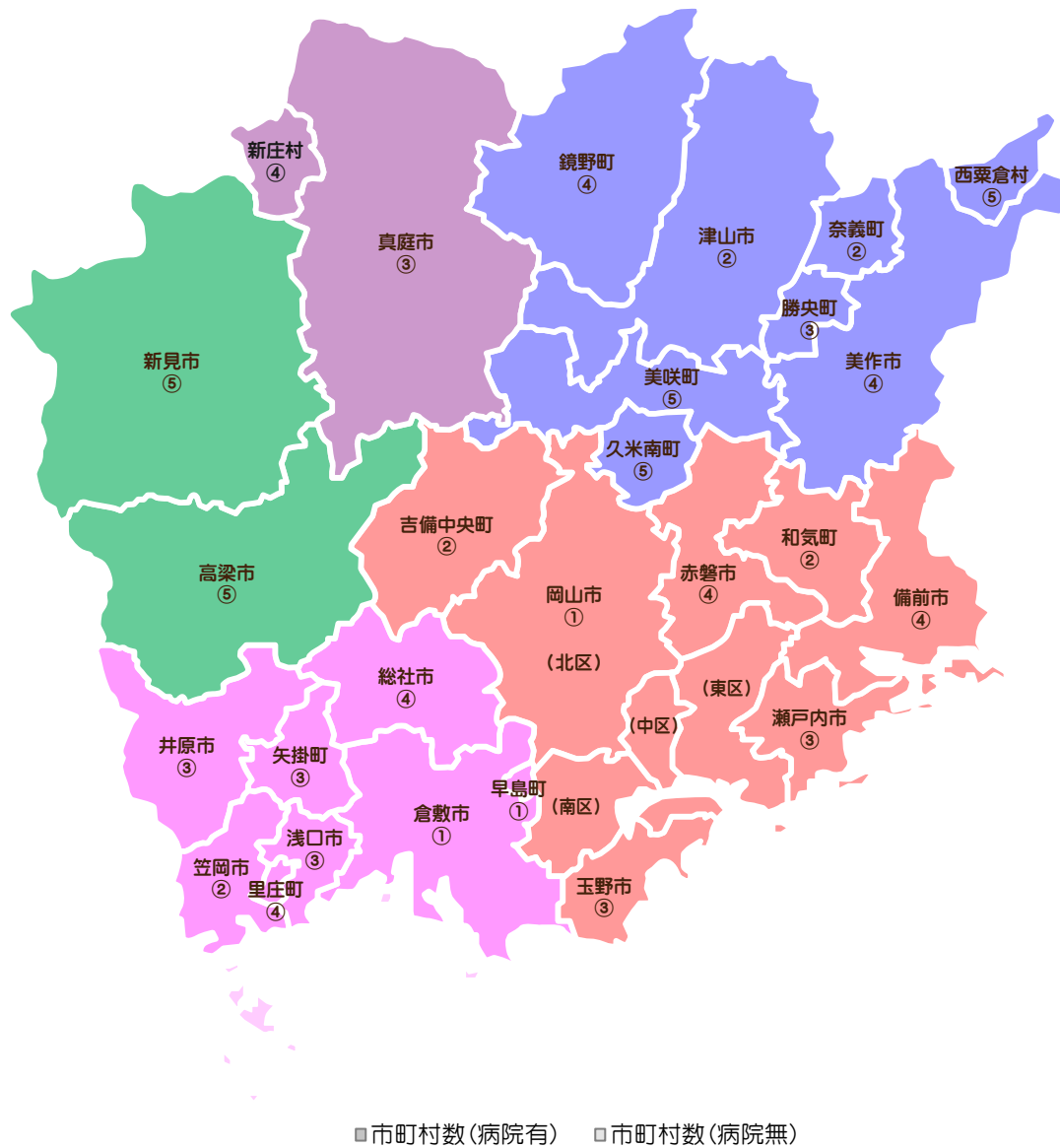
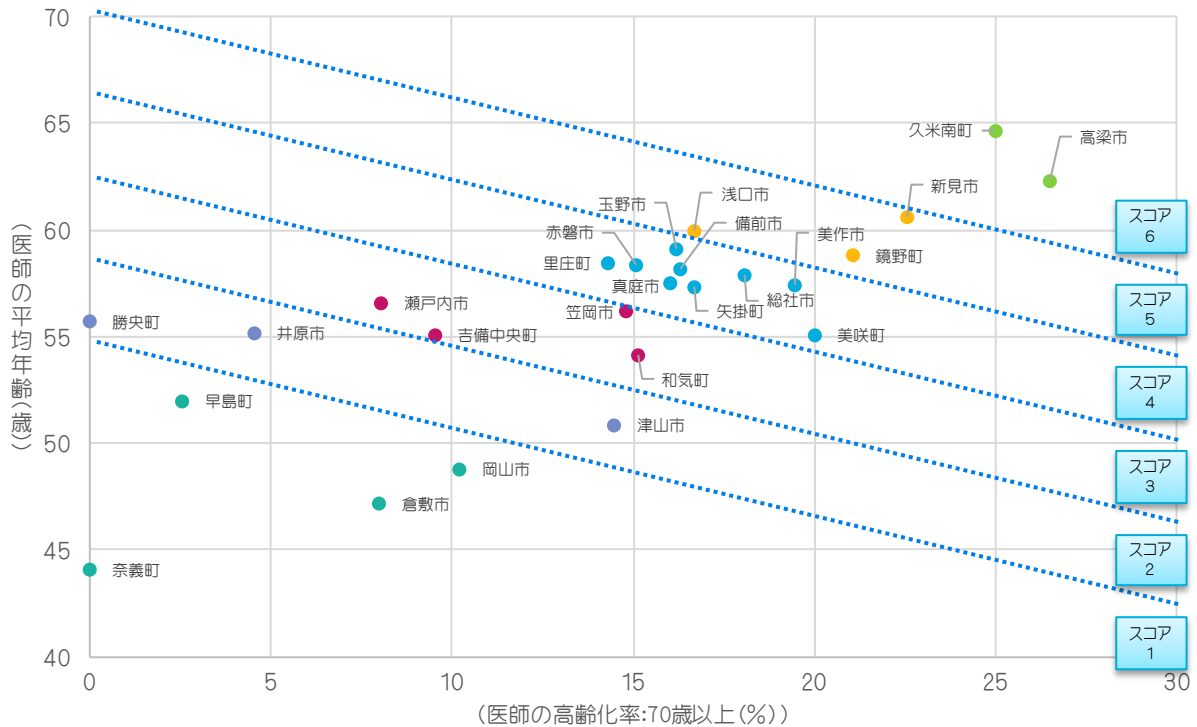


図 7.2.2 地域の医師不足の評価の分布

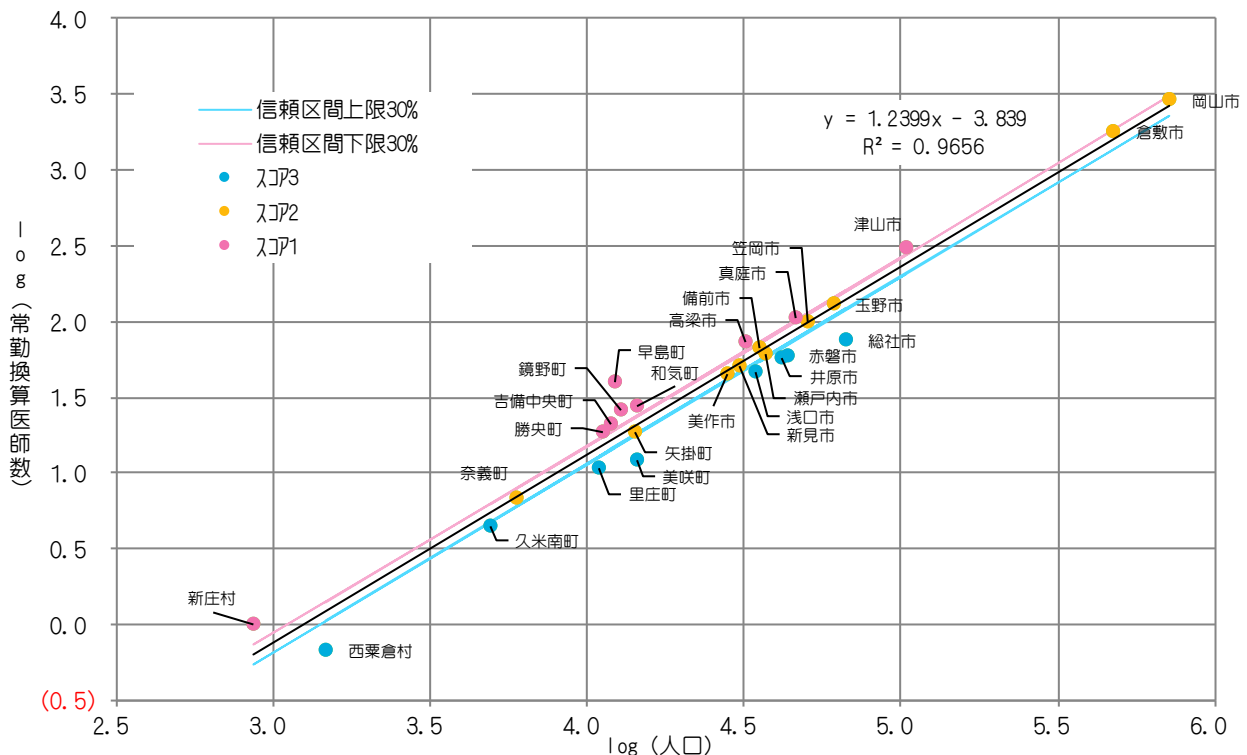
7.3 医師の高齢化の状況の評価 (図 7.3)

厚生労働省の2014年「医師・歯科医師・薬剤師調査」から求めた市町村ごとの医師の高齢化率と平均年齢を基に高齢化の状況を「1」から「6」段階で評価した。



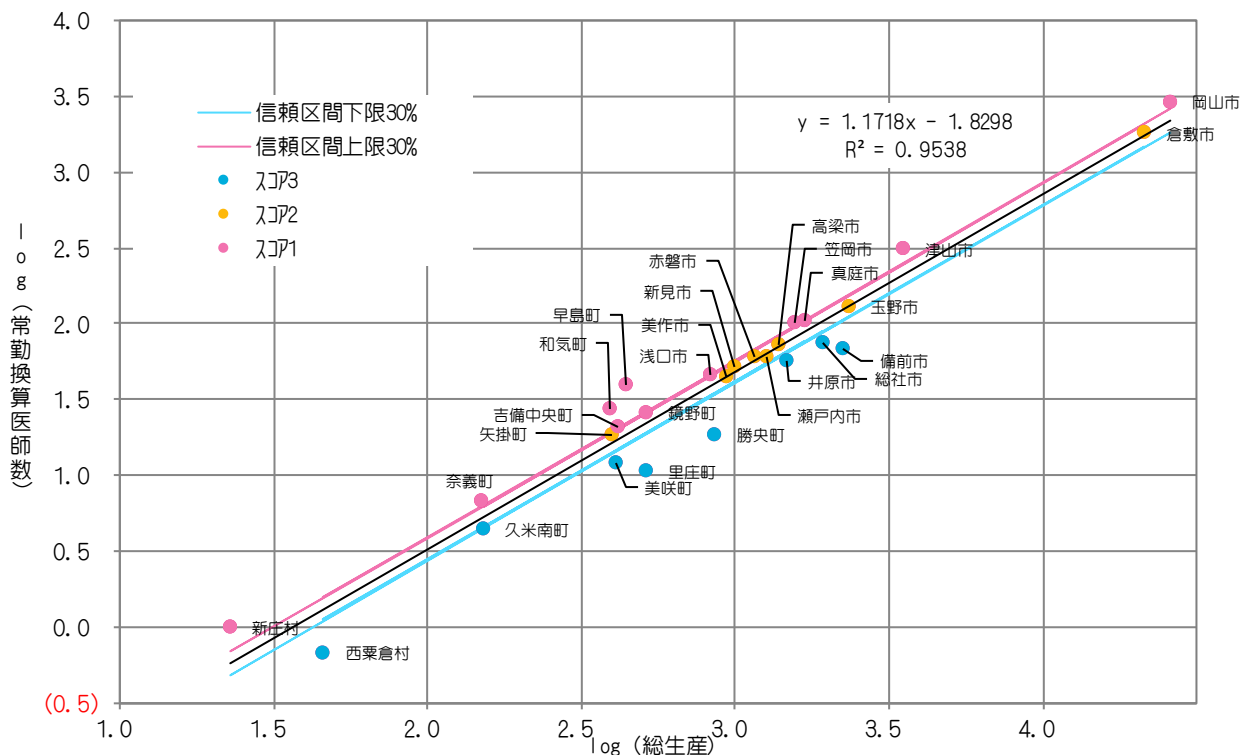
7.4 人口と医師数の関係の評価 (図 7.4)

市町村の人口と常勤換算医師数の関係を基に、人口に見合う医師数を予測した。現状の医師数が回帰直線を中心に信頼区間30%の範囲であれば「2」、上限を超える場合は「1」、下限を下回れば「3」と評価した。なお、人口と常勤換算医師数は対数に変換してグラフにした。



7.5 総生産と医師数の関係の評価（図 7.5）

市町村内総生産と常勤換算医師数の関係を基に、配置可能な医師数を予測した。現状の医師数が回帰直線を中心に信頼区間30%の範囲であれば「2」、上限を超える場合は「1」、下限を下回れば「3」と評価した。なお、総生産と常勤換算医師数は対数に変換してグラフにした。



7.6 最寄りの病院へのアクセス状況の評価（表 7.6）

スコア	ア ク セ ス 状 況	市町村数	備 考
3	最寄りの病院まで 60 分以上かかる地域が少なくない。	12	県北3圏域
2	最寄りの病院まで 30 分以上かかる地域が少なくない。	2	赤磐市・備前市
1	最寄りの病院まで 30 分以上かかる地域が少ない。	13	赤磐市・備前市以外の県南市町
合 計		27	

7.7 急性心筋梗塞を治療できるDPC病院へのアクセス状況の評価（表 7.7）

スコア	ア ク セ ス 状 況	市町村数	備 考
3	人口の50%以上がDPC病院への到着に 60 分以上かかる。	2	高梁市・新見市
2	人口の50%以上がDPC病院に 60 分以内（30 分以内を除く。）に到着できる。	16	玉野市・井原市・備前市・瀬戸内市・赤磐市・真庭市・美作市・和気町・矢掛町・新庄村・鏡野町・奈義町・西栗倉村・久米南町・美咲町・吉備中央町
1	人口の50%以上がDPC病院に 30 分以内に到着できる。	9	岡山市・倉敷市・津山市・笠岡市・総社市・浅口市・早島町・里庄町・勝央町
合 計		27	

8. 地域の受入体制（県内 27 市町村の地域医療に関する取組調査）

県内 27 市町村に対して、2016 年 4 月 1 日現在の地域医療に関する取組の調査を行なった。市町村からの回答を基に点数化を行い、所在地により、病院の評価に反映させた。

8.1 医療従事者の充足状況について

医師・看護師・その他の医療従事者の充足状況について、市町村の把握状況を調査した。

8.1.1 医師の充足状況

＜医師が不足しているとした理由＞

- ・医師の高齢化が進んでいる。
- ・救急、夜間、手術への対応が困難である。
- ・内科、小児科、外科、整形外科の医師が不足している。



図 8.1.1 医師の充足状況

8.1.2 看護師の充足状況

＜看護師が不足しているとした理由＞

- ・看護師の高齢化が進んでいるにもかかわらず、新規採用ができない。
- ・夜間勤務、訪問看護ができる看護師が不足している。

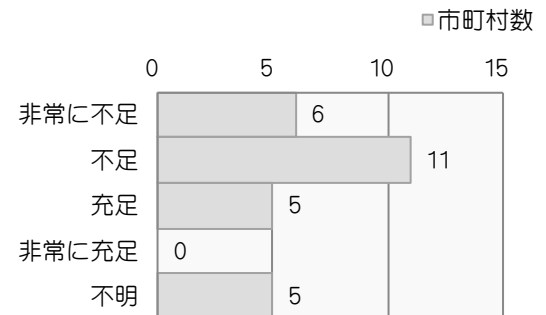


図 8.1.2 看護師の充足状況

8.1.3 その他の医療従事者の充足状況

（ ）内は回答した市町村数

＜非常に不足している職種＞

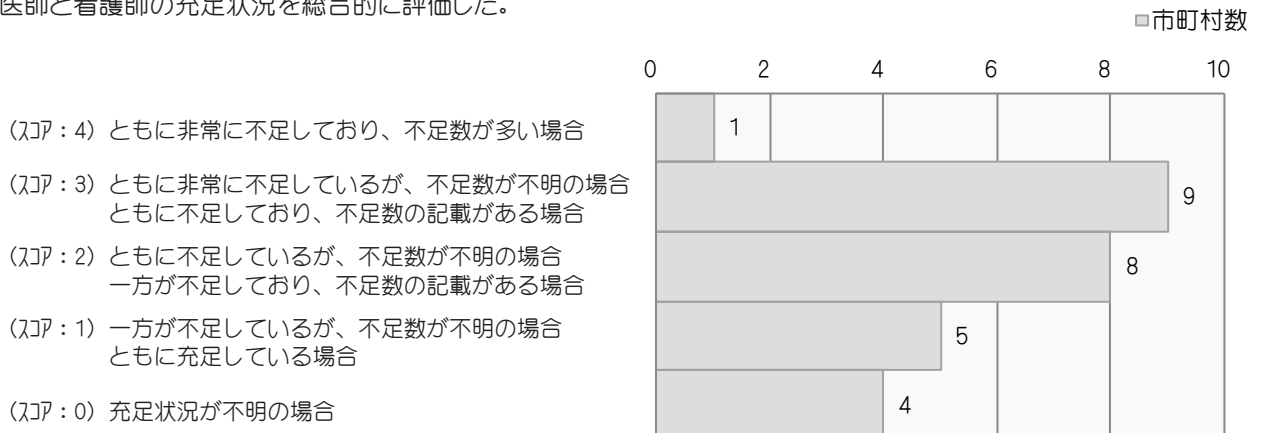
- ・薬剤師（1）

＜不足している職種＞

- ・薬剤師（3）
- ・臨床工学技士（1）
- ・理学療法士（1）
- ・保健師（1）
- ・歯科医師（1）

8.1.4 医療従事者の充足状況の評価（図 8.1.4）

医師と看護師の充足状況を総合的に評価した。



8.2 地域医療の充実につながる取組について

現在、市町村が取り組んでいる地域医療の充実につながる施策や今後実施する予定又は計画をしている取組等について調査し、施策数等で評価した。

8.2.1 医療従事者確保対策（表 8.2.1）

施策（複数回答有）			市町村数	
① 就学資金援助	貸与制度・事業金	看護師	8	9
		医師	6	
		その他の医療従事者	3	
		理学療法士・作業療法士及び介護福祉士	1	
		介護職員初任者研修受講助成	1	
医療従事者確保対策	② 就業環境の整備	医師住宅等の整備	8	16
		院内保育所の設置	2	
	③ 募集活動等	看護フェアへの参加や広報等による求人活動	3	12
		寄付講座・連携大学院	1	
	④ 未来の医療人育成	未来の医療人育成	1	
		看護専門学校誘致	1	
	⑤ 地域医療の充実等	地域総合整備資金貸付	1	
①～⑤のいずれも実施していない				11

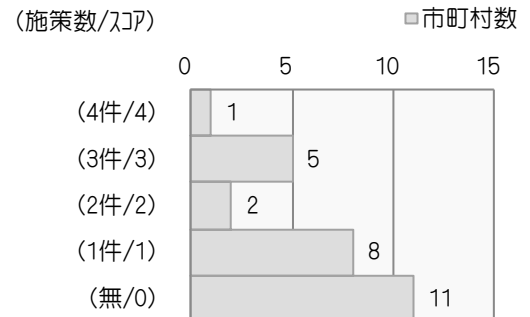


図 8.2.1 医療従事者確保対策の施策数による評価（①～⑤の施策）

8.2.2 その他の地域医療の充実のための施策（表 8.2.2）

施策（複数回答有）			市町村数	
⑥ 住民や医療機関が参加する 地域医療を検討する会等	医療体制確保		15	20
	介護拠点事業、地域包括ケア		10	
	懇談会、フェスティバル、講和等		8	
	救急医療対策		1	
	健康プロジェクトサポーターの養成		1	
	過疎地対策		1	
⑦ 転入者とその家族が地域に なじむような取組、個別の 支援等	行事参加呼びかけ		5	10
	移住・定住支援、暮らし体験		5	
	生涯活躍の町推進		1	
	子育て支援策		1	
⑧ 受療が困難な地域への対策	交通機関確保※		27	20
	診療所開設・運営等		10	
	24時間電話健康相談		1	
⑨ 住民への広報・啓発	講演会・公開講座・座談会等		14	23
	チラシ・広報誌等		13	
	電話・ホームページ等メディアの活用		4	
⑩ その他の取組	地 域 医 療 対 策	地域連携	5	14
		休日医療等支援	4	
		会議・研究会・懇談会・視察等	4	
		医療人スキルアップ研修	2	
		地域総合整備資金貸付	1	
		相乗りタクシーチケット交付事業	1	
	在宅医療の 充 実	在宅医療・地域ケア等	2	
		訪問診療支援事業	2	
⑥～⑩のいずれも実施していない			1	

※交通機関確保・・・バスの定期運行（5）、予約制乗合タクシーの運行（4）、バス乗車券の配布（1）、交通費の助成（1）

8.2.3 医療機関と住民と行政の協調体制について（表 8.2.3）

15 市町村が、住民や医療機関と協働して、高齢化に伴う問題などの解決に取り組んでいることが分かった。

施策（複数回答有）			市町村数
⑪ 医療機関と住民と行政の協調体制	地域医療ミーティング		5
	在宅医療支援	在宅医療支援	8
		在宅医療・介護連携推進事業協議会	2
	地域包括ケア関連事業	井原市地域包括支援センター運営協議会	3
		早島町地域包括ケア懇話会	1
	高齢者支援 及び 健康づくり対策	真庭市食育・健康づくり実行委員会	1
		高齢者支援課にて体制づくり	1
		地域支援サポーター養成講座の開催、サポーター事業	1
	各種運営協議会	井原市民病院運営協議会	1
		井原市国民健康保険運営協議会	1
	エンディングノート	医師と地域の交流会の開催 (奈義町版エンディングノートの必要性和普及について)	1
いずれも実施していない			12

8.2.4 地域包括ケアシステムの構築に向けた先駆的な取組について（表 8.2.4）

施策（複数回答有）			市町村数	
⑫ 地域包括ケアシステムの構築に向けた先駆的な取組	在宅医療・介護関連事業		4	14
	懇談会・講話・研究会		4	
	地域包括推進事業等		3	
	地域医療関連事業		2	
	その他	岡山型持続可能な社会経済モデル構築総合特区事業	1	
		入退院ルール作成事業	1	
		旧赤磐市民病院再利用	1	
		奈義町版生涯活躍のまち推進委員会	1	
		安心生活創造事業	1	
いずれも実施していない		13		

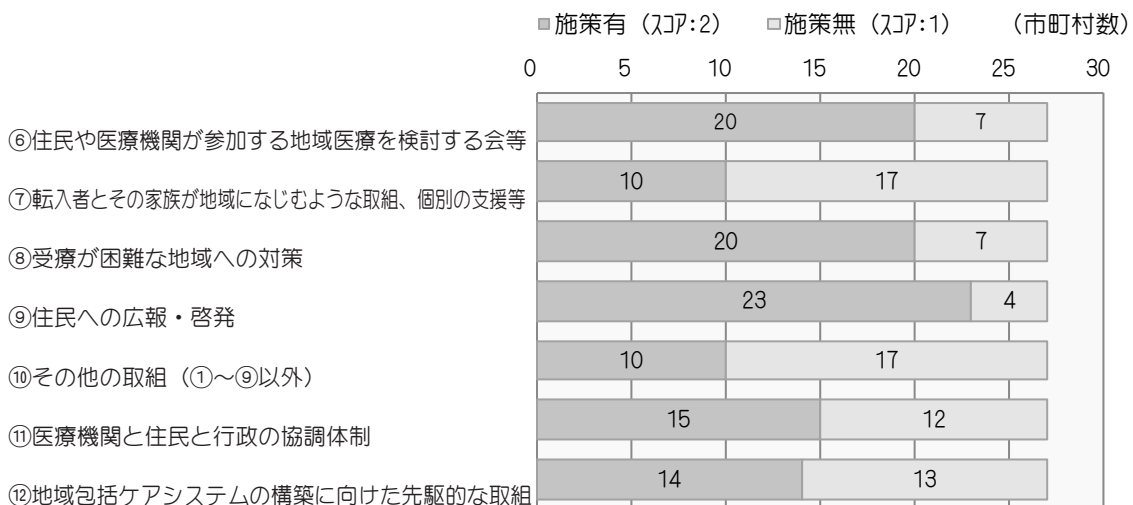
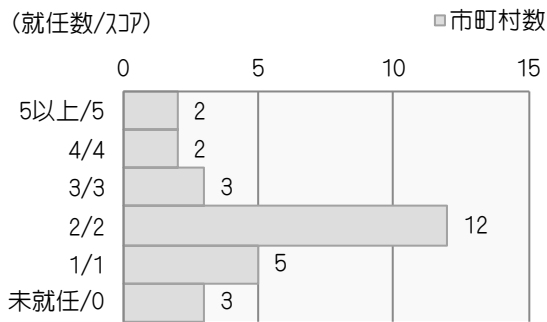


図 8.2.4 地域医療の充実につながる取組の評価
（⑥～⑫の施策）

8.3 首長等の医療関係委員等への就任状況について (図 8.3)



<首長等が委員等に就任している委員会・協議会等>

○全県レベル

岡山県後期高齢者医療広域連合
岡山県国民年金基金
岡山県へき地医療支援会議
岡山県医療体制整備検討委員会
岡山県医療対策協議会
岡山県国民健康保険団体連合会
岡山県在宅医療推進協議会
岡山県地域医療支援センター運営委員会

○保健所レベル

岡山県南西部医療圏域救急医療体制推進協議会
岡山県南西部保健医療圏域保健医療対策協議会
岡山県南西部地域医療構想調整会議
県南東部圏域救急医療体制推進協議会
県南東部地域医療構想調整会議
県南東部保健医療圏保健医療対策協議会
岡山県備前保健所運営協議会
高梁・新見圏域救急医療体制推進協議会
高梁・新見地域医療構想調整会議
真庭圏域救急医療体制推進協議会
真庭圏域保健医療対策協議会
真庭保健所健康危機管理対策地域連絡会議
津山・英田圏域救急医療体制推進協議会
津山・英田圏域保健医療対策協議会
津山・英田圏域地域医療構想調整会議
新型インフルエンザ対策地域連絡協議会
2次救急医療対策委員

○その他のレベル

広島・岡山県境を越えた医療広域連携会議
全国市長会介護保険対策特別委員会
全国町村会政務調査委員会

8.4 地元出身医師・看護師・医学生・看護学生の状況把握について (図 8.4.1)



(スコア: 4) 全ての項目で把握している

(スコア: 3) 医師と医師以外の1項目又は2項目で把握している場合

(スコア: 2) 医師以外の2項目で把握している場合

(スコア: 1) 医師以外の1項目で把握している場合

(スコア: 0) 全ての項目で把握していない場合

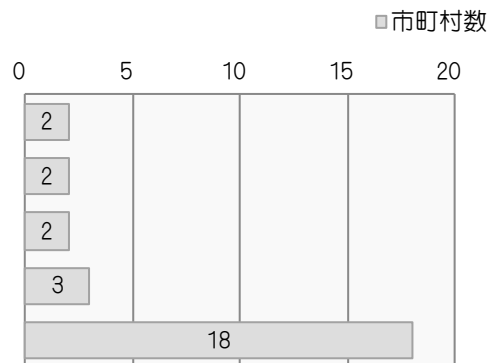


図 8.4.2 地元出身医師・看護師・医学生・看護学生の状況把握の評価

8.5 地域の受入体制（市町村の地域医療に関する取組）の項目ごとの重み付けとの評価について（表 8.5）

地域の受入体制については、各項目のスコアを配点に換算し、各項目で得られた得点を合計して市町村の地域の受入体制の得点（100 点満点）とした。さらに、この得点の分布状況により、各市町村の地域の受入体制を 4 段階で評価することにした。「15.1 評価項目ごとのスコア・評価・配点等（表 15.1）」（p.37）参照のこと。

項 目		①確保とその医療従事者策	医療従事者の充足状況	⑪行政の機関と住民	⑫地域包括ケアシステムの構築に向けた先駆的な取組	首長等の医療関係委員等への就任状況	地元出身医師・看護師・医学生・看護学生の状況把握	総 合 計
スコア	満 点	14	4	2.0	2.0	5.0	4.0	
	平均値	9.2	1.9	1.6	1.5	2.1	0.8	
	最大値	13.0	4.0	2.0	2.0	5.0	4.0	
	最小値	7.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	
	中央値	8.0	3.0	2.0	2.0	2.0	0.0	
配 点		39	13	13	13	11	11	100
得点/スコア		39/13	13/ 4	13/ 2	13/ 2	11/ 5	11/ 4	
		36/12	10/ 3	7/ 1	7/ 1	9/ 4	8/ 3	
		33/11	7/ 2			7/ 3	6/ 2	
		30/10	3/ 1			4/ 2	3/ 1	
		27/ 9	0/ 0			2/ 1	0/ 0	
		24/ 8				0/ 0		
		21/ 7						

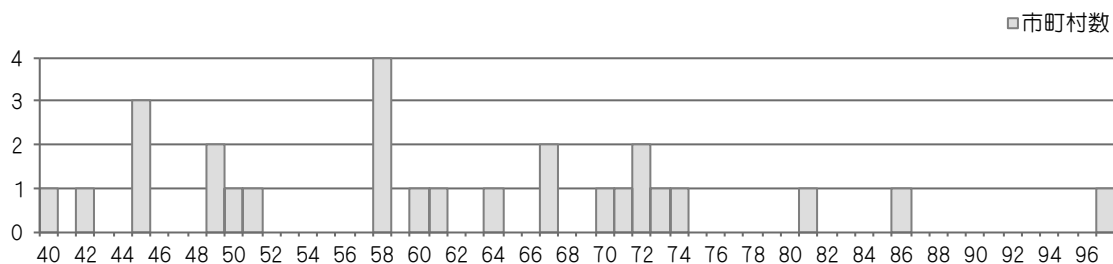


図 8.5 地域の受入体制（100 点満点）の得点分布

9. 教育指導体制

9.1 2014・2015 年度の年間学会・研究会発表回数、年間論文発表件数

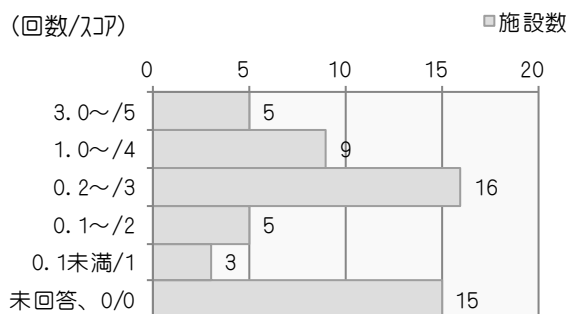
昨年度までの調査では、常勤医師の学会・研究会での発表回数、論文の件数のみを調査したが、今年度は常勤医師と非常勤医師であっても当該施設の医師として発表している者をカウント対象とすることにした。また、医師以外の常勤職員についても、学会・研究会での発表回数、論文の件数をカウントすることにした。

今回の調査で地域卒業医師の配置を希望すると答えた 53 施設における状況は以下のとおり。(1 年平均)

・対象医師数 1,573 人
 学会・研究会発表回数 1,331 回
 論文件数 253 件

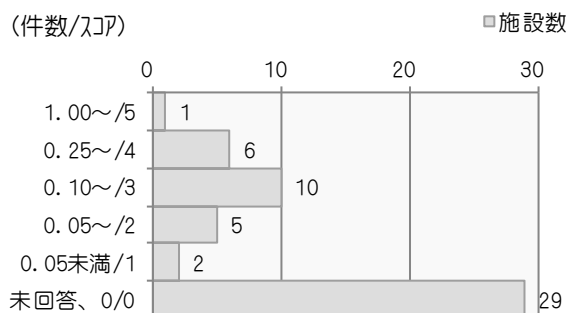
・対象職員数（医師以外） 12,739 人
 学会・研究会発表回数 400 回
 論文件数 29 件

9.1.1 2014・2015 年度の医師*1 人当たりの年間学会・研究会発表回数（図 9.1.1）

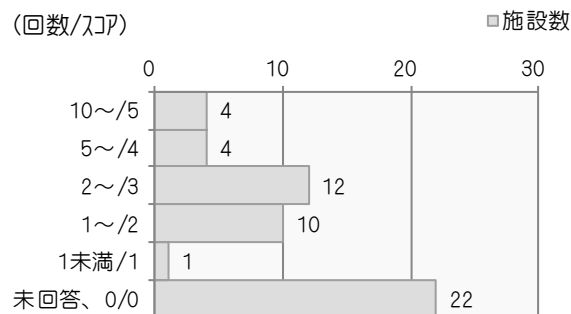


※常勤医師＋非常勤医師（発表した者の実数）。
 以下、9.1.2 において同じ。

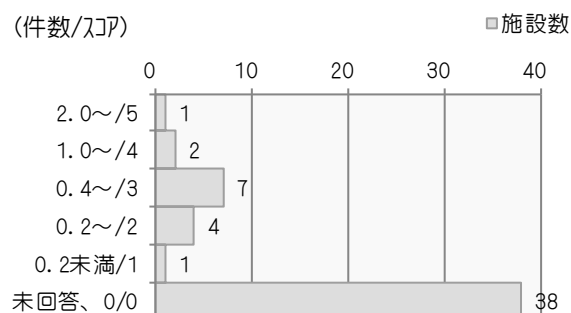
9.1.2 2014・2015 年度の医師*1 人当たりの年間論文発表件数（図 9.1.2）



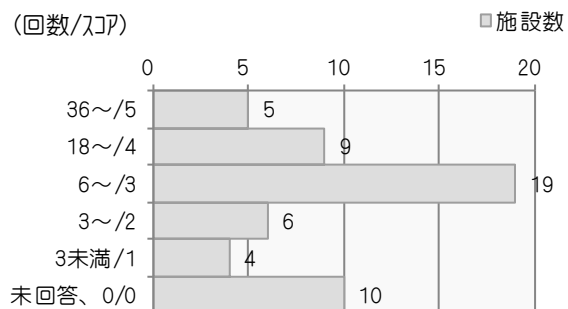
9.1.3 2014・2015 年度の医師以外の常勤職員 100 人当たりの年間学会・研究会発表回数（図 9.1.3）



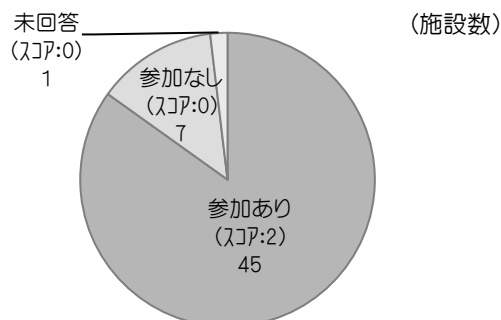
9.1.4 2014・2015 年度の医師以外の常勤職員 100 人当たりの年間論文発表件数（図 9.1.4）



9.2 2015 年度の症例検討会（地域卒業医師の配置を希望する診療科の医師が参加できるもの）の年間開催回数（配置希望診療科の常勤換算医師 1 人当たり）（図 9.2）

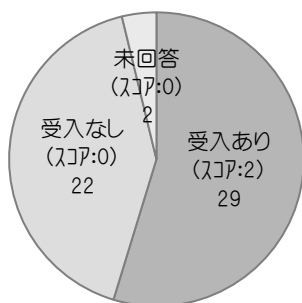


9.3 2015 年度の他の医療機関での症例検討会や一般研修会への参加状況（図 9.3）



9.4 2015 年度の他の医療機関からの症例検討会や一般研修会への参加受入状況 (図 9.4)

(施設数)



9.5 2015 年度の院内勉強会・委員会等 (病院主催・部署主催) の開催状況

2015 年の調査を基に以下のようにテーマを分類し、それぞれに関する院内勉強会・委員会等の開催状況 (開催頻度・参加者数) を調査した。常勤職員 1 人当たりの開催回数を評価した。

(1) 医療の質、チーム医療

①リハビリテーション

理学療法／作業療法／言語療法

②病態・部位別の診療・ケア

褥瘡／皮膚・排泄／排便法／フットケア／身体拘束・身体抑制・転倒・転落・骨折予防・安全な移動・行動制限／緩和ケア／呼吸管理／死後処置／メンタルヘルス／ターミナルケア 等

③疾患別の診療・ケア

糖尿病／熱中症／認知症／整形疾患 等

④薬

医薬品安全／誤薬／医療ガス 等

⑤救急医療

⑥その他

①～⑥以外で「医療の質、チーム医療」に分類されるテーマ

(2) 危機管理、安全・衛生

感染症対策／医療機器管理 (透析機器／AED ほか)／医療安全／安全対策／事故防止／防災・防火／事故防止／輸血／院内感染対策／洗浄・滅菌／医療事故／災害対策 等

(3) 病院経営

診療記録・診療情報管理／診療情報 (DPC)／広報／ICT／医療情勢／経営方針・経営指針／福祉の現状 (介護保険・介護報酬／システム) 等

(4) 患者の満足、医療倫理

給食・NST・栄養管理／接遇・CS／退院支援／個人情報・プライバシー・患者の権利／DV被害・虐待対応／臓器移植／高齢者総合評価／臨床倫理 等

(5) 職員の満足

業務改善／福利厚生／労働安全／健康管理 (精神保健福祉法・メンタルヘルス・パワハラ・セクハラ)／看護教育／5S (整理・整頓・清掃・清潔・しつけ)／新人教育・新人研修／ステップアップ 等

(6) 地域医療

地域連携／在宅医療 (訪問看護)／地域包括ケア 等

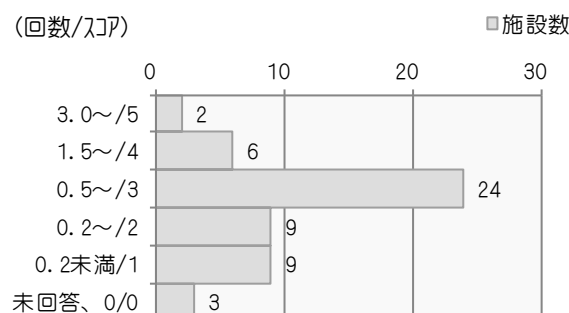
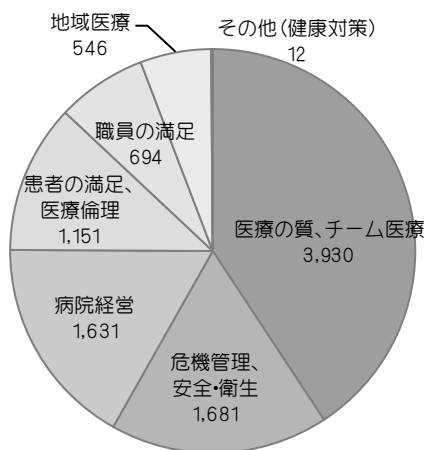
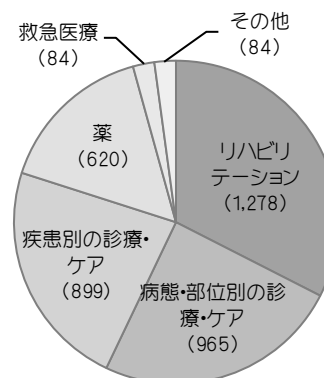


図 9.5.1 2015 年度の院内勉強会・委員会等の年間開催回数の (常勤職員 1 人当たり)



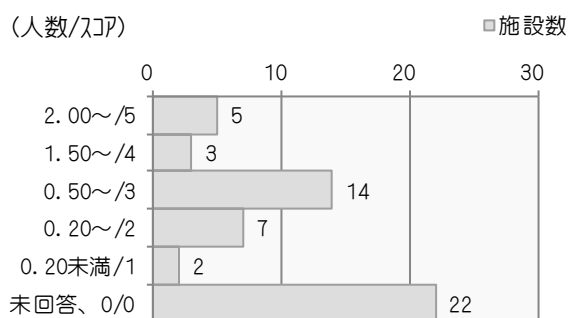
(医療の質、チーム医療の内訳)



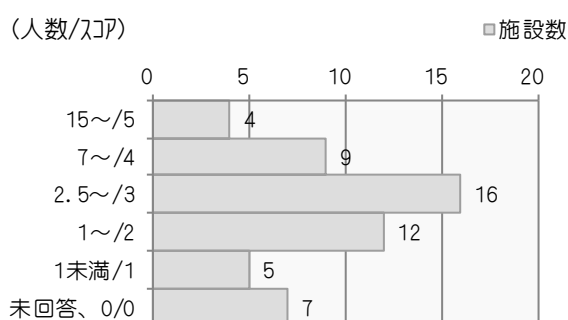
(開催回数)

図 9.5.2 院内勉強会・委員会等のテーマ・開催回数の内訳

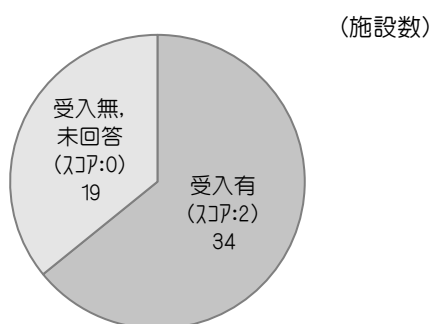
9.6 2014・2015 年度の常勤医師 1 人当たりの医学生の実験実習等の年間受入人数 (図 9.6)



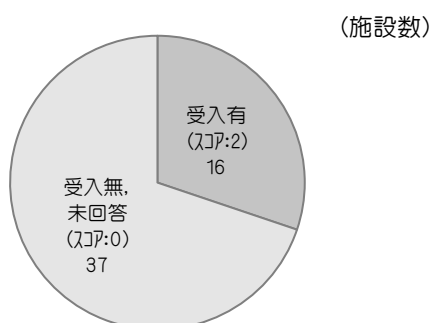
9.7 2014・2015 年度の常勤医師 1 人当たりの学生・医療人・ボランティア・消防士等の実験実習等の年間受入人数 (図 9.7)



9.8 2014・2015 年度の初期臨床研修医の受入状況 (図 9.8)



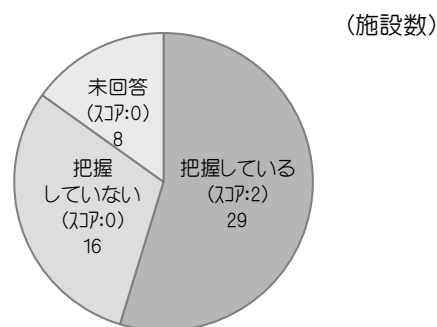
9.9 2014・2015 年度の後期研修医等の受入状況について (図 9.9)



9.10 実習後の医師・医学生と派遣元の意見・評価等の把握状況について (図 9.10)

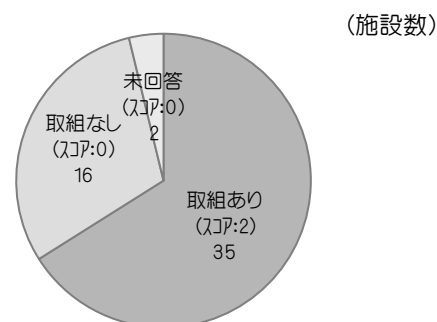
レポート・アンケート・面接・振り返り、e-learning システムの利用、派遣元の会議・交流会への参加、派遣元からの報告書などにより意見・評価を得ている。また、研修に携わった医師等の感想やレポートなどと合わせて、課題の洗い出しやカリキュラムの改善なども行っている。

実習が終わった後も定期的に連絡を取り、状況を把握している施設もある。



9.11 若手医師を次世代のリーダーとして育成するための取組状況について (図 9.11)

若手医師が、院外での学会、研修会へ参加しやすいように勤務の調整や金銭的支援などを積極的に行っている。



<取組内容>

- ・院内での研修会、勉強会、各種委員会への参加 (リーダーシップ、マネジメント、経営 等)
- ・多職種によるカンファレンスへの参加
- ・近隣病院、医師会などの研修会等への参加
- ・リーダーとして職種間のとりまとめの役割を付与
- ・国内外の学会、研修会への参加・発表
- ・専門医資格取得のための教育・支援
- ・初期臨床研修指導医講習会への参加

10. 地域で果たしている役割

10.1 公的な施設認定状況について（表 10.1）

2015 年の調査を基に、評価の対象とする認定を 8 種類に絞り込んだ。なお、「救急告示病院」「二次救急」「三次救急」については、いずれかに該当すれば、1 件としてカウントし、認定数で評価した。

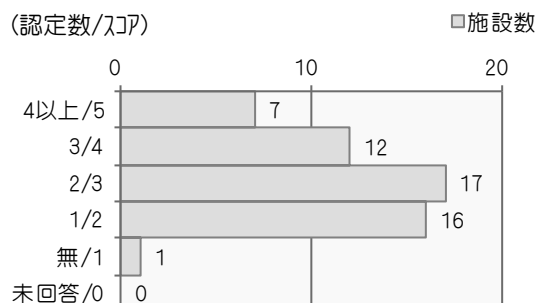
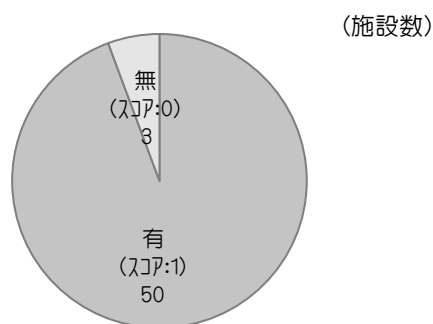


図 10.1 認定数による評価

10.2 地域住民との協調体制の構築状況について（図 10.2）



<取組内容>

- ・市民公開講座、医学講演会、健康講座、出前講座、意見交換、健康教室、サロン、患者会、懇談会、健康祭り、人間ドック、検診、実習、病院体験 等

(テーマ)...

糖尿病／生活習慣病／腎障害／糖質制限／食事／栄養／がん／皮膚がん／乳がん／大腸がん／頭頸部がん／リウマチ／心臓病／脳卒中／認知症／ロコモティブシンドローム／フレイル／リビングウィル／もの忘れ／骨粗鬆症／エイジング／慢性頭痛／呼吸器疾患／漢方薬／救急／BLS／介護／禁煙／笑い／健康体操／火傷／アレルギー／緩和ケア

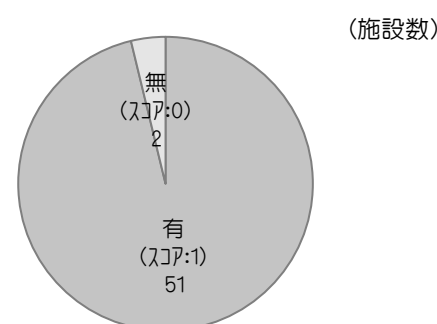
(対象者)...

- 一般市民／町内会／婦人会／老人クラブ／愛育委員／地域ボランティア／小学生／中学生／高校生／大学生／幼稚園／保育園
- ・地域医療ミーティング推進会議
- ・イベントでの救護施設設営
- ・地域の祭りなど各種イベントへの病院としての参加
- ・高校、大学等への講師派遣
- ・大学との連携（低糖質メニュー等の考案）
- ・病院の運営委員会、協議会等への住民参加

(() 内は再掲)

認定の種類	施設数
救急告示病院等	48
（救急告示病院）	(40)
（二次救急）	(41)
（三次救急）	(2)
病院機能評価認定病院・ISO9001 認証取得病院	28
公的病院 又は 社会医療法人	21
へき地医療拠点病院 又は 支援病院	8
地域医療支援病院	7
災害拠点病院	6
上記のいずれにも該当しない	1
未回答	0

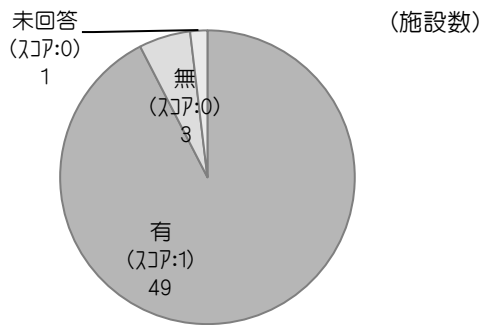
10.3 近隣病院との協調体制の構築状況について（図 10.3）



<取組内容>

- ・病院機能（超急性期、急性期、回復期、慢性期）による連携
- ・地域連携バスなど
脳卒中・大腿骨頸部骨折（岡山もも脳ネット）／がん（岡山県がん診療連携協議会）／糖尿病／難聴／褥瘡／看取り／精神科医療と身体科医療の連携、支援／歯科医療との連携、支援／がん検診／救急医療／内科と外科の連携／腎不全
- ・病診連携
緊急時の外来診療／在宅支援／紹介患者受入
- ・症例検討会／研修会、講習会、勉強会等の開催
感染症予防／医療安全／緩和ケア／プライマリケア／摂食嚥下／認知症／糖尿病／栄養／足／陽子線治療／在宅栄養／呼吸ケア／褥瘡／新生児蘇生法
- ・医師（相互）派遣（精神科・眼科・消化器手術）
- ・研修医教育
- ・晴れやかネットによる医療情報開示

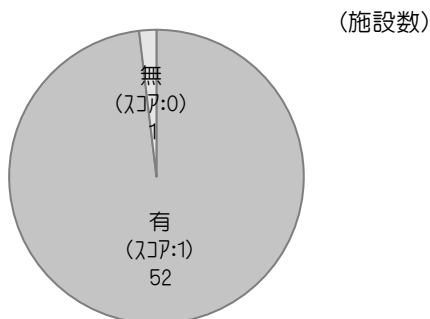
10.4 近隣の高齢者施設などとの協調体制の構築状況について (図 10.4)



<取組内容>

- ・連携施設、協力病院・在宅療養後方支援病院としての対応
(対応例)...
- 休日夜間の緊急対応 (外来・入院) / ケアマネジャーとの連携 / スタッフとの関係の構築 / リハビリ / 通院 / 体調管理 / 健康管理 / 訪問看護 / 看取り / カンファレンス / 情報共有 / 訪問診療 / 予防接種 / 嘱託医の派遣
- ・研修会、講演会、出前講座、意見交換会
(テーマ)...
- 口腔ケア / アルツハイマー病の診断 / 長寿社会 / 認知のケアサポート
- ・地域医療と介護の連携

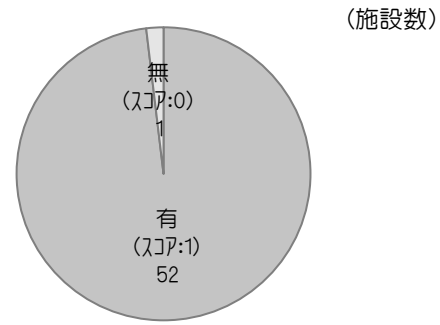
10.5 行政との協調体制の構築状況について (図 10.5)



<取組内容>

- ・学校保健事業
- ・予防接種事業
- ・住民健診事業 (人間ドック / 保健検診 / 特定検診)
- ・市町村主催イベントへの参加
- ・市の産業医として職員の健康管理
- ・精神保健相談、児童相談所、学校の精神科嘱託医
- ・DMAT の派遣
- ・介護認定審査会
- ・地域医療ミーティング
- ・岡山県、市町村主催の各種委員会、協議会への参加

10.6 医師会との協調体制の構築状況について (図 10.6)



<取組内容>

- ・研修会、勉強会、懇談会への参加や講師派遣
- ・理事等への就任、委員会や部会への参加
- ・在宅当番医
- ・在宅当番医やかかりつけ医との連携や情報共有
- ・病院群輪番制病院、協力病院当番制病院
- ・休日夜間診療所の支援、患者受入
- ・医療連携、歯科医師会との連携
- ・医師会報への記事記載
- ・JMATへの登録 (震災支援)

10.7 地域包括ケアシステムにおける担当機能 (表 10.7)

2015 年の調査から、地域包括ケアシステムにおいて、各施設がどのような役割を果たそうとしているかが見えてきた。本年は昨年各施設が担うべき機能として挙がってきたキーワードを基に集計を行った。ただし、これについては、評価の対象とはしていない。

担当機能 (複数回答有)	施設数
高度急性期機能	6
急性期機能	39
亜急性期機能	28
回復期機能	32
慢性期機能	29
かかりつけ医	21
訪問診療・在宅診療	21
その他 (精神・神経科救急、島しょ部派遣)	4
未回答 又は 無	3

10.8 関連施設等の開設状況について

調査対象施設と同一法人が運営していたり、経営的にグループ企業のような関係にある法人が運営したりしている保健福祉施設の開設状況について調査した。岡山県外であっても、近隣の市町村に位置し、県内の利用者が見込めるような施設は含めることとした。

各施設とも関連施設とは会議や交流会を通して連携を図り、患者情報を共有することで、継続的なケアを実施していることが分かった。関連施設がある場合は、10.4において「有」と評価した。

11. 待遇

11.1 雇用形態について（表 11.1）

岡山県地域医療支援センターとしては、正規雇用の常勤職員として採用していただきたいと考えている。なお、複数の雇用形態での採用が可能な施設については、スコアが高い方を使用した。

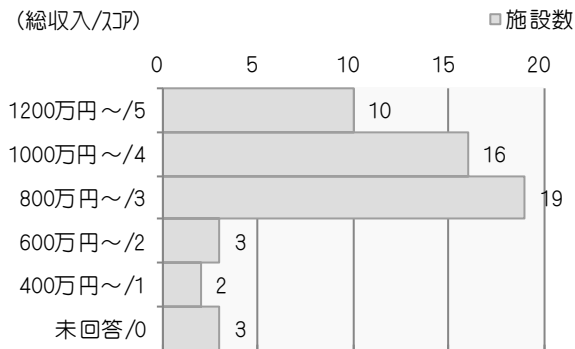
常勤（非正規雇用）のうち、1施設は常勤（正規）としての採用も可能であり、また、非常勤（正規雇用）の2施設は常勤（正規）としての雇用も可能なので、非常勤のみで採用という施設はない。

雇用形態	勤務時間		圏域別施設数（複数回答有）							合計（施設数）	（雇用形態ごと） 分布%
	時間/週	（時間×日数） ※おおよその目安	岡山市	倉敷市	（倉敷市を除く） 県南西部圏域	（岡山市を除く） 県南東部圏域	津山・英田圏域	真庭圏域	高梁・新見圏域		
常勤職員	正規雇用	32.00 ～ (8.00h × 4)	1	1	2	1	1		1	7	13
		35.00 ～ (7.00h × 5)	1		2		1		1	5	9
		37.50 ～ (7.50h × 5)	1	4				2		7	13
		38.75 ～ (7.75h × 5)	4	1	2	4	1	1	2	15	28
		40.00 ～ (8.00h × 5)	5	4	2	1	2	2	1	17	32
		小 計	12	10	8	6	5	5	5	51	96
	非正規雇用	38.75 ～ (7.75h × 5)	2	1						3	6
非常勤職員 / 正規雇用			2	1						3	6
非常勤職員 / 正規雇用			1	1						2	4

11.2 年間総収入（税込）について（図 11.2.1）

給料・賞与・時間外手当・日直手当・当直手当等の合計を年間総収入として評価した。

（総収入/万円）



（施設数）

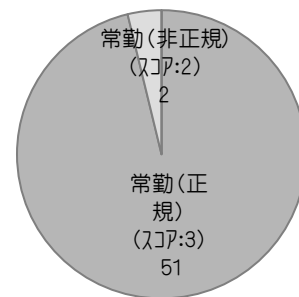


図 11.1 雇用形態

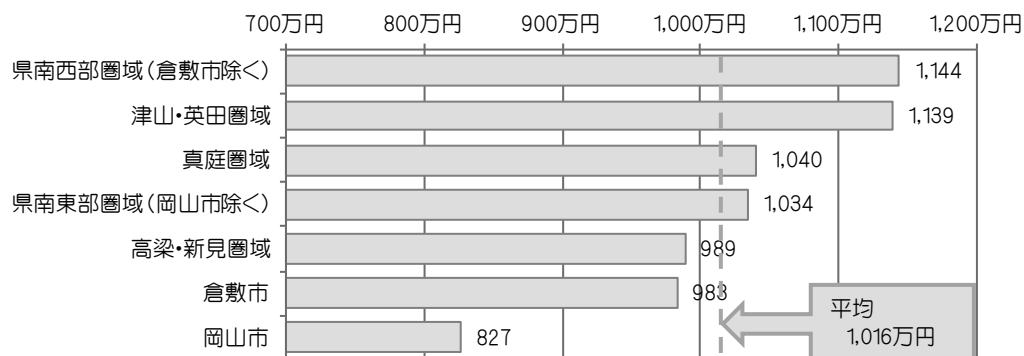


図 11.2.2 圏域別平均年間総収入（税込）

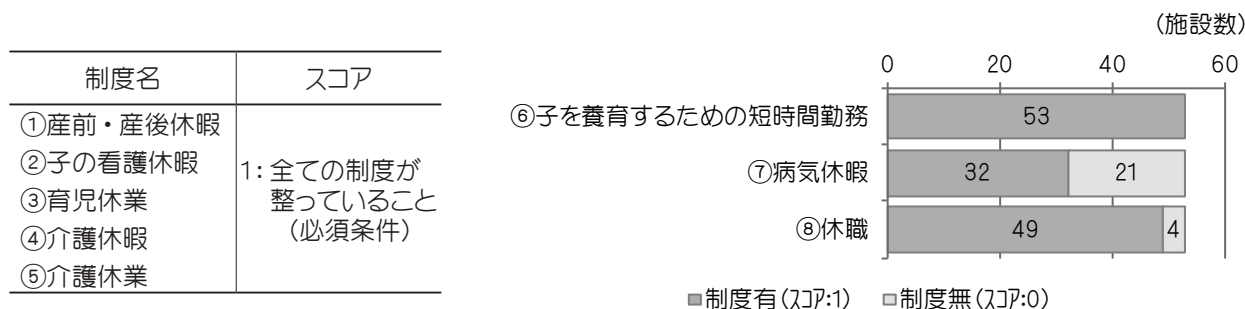


図 11.3.2 各種手当の支給状況による評価

表 11.4 勤務医師賠償責任保険の加入状況

11.5 休暇・休業等制度の整備状況について（図 11.5）

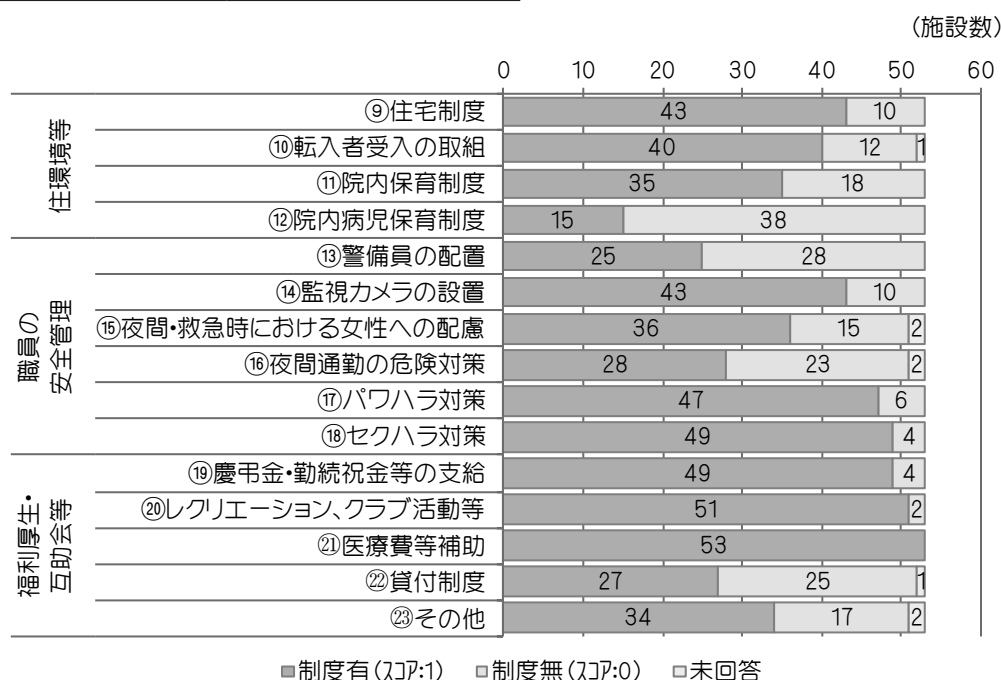
次の制度の整備状況について調査した。①～⑤については、全て制度が整っていることを必須条件とし、この条件を満たさない場合は、待遇の評価をゼロとした。今回の調査で配置を希望する施設は全て①～⑤の制度が整っている。



11.6 住環境・安全管理・福利厚生制度の整備状況について（図 11.6）

次の制度等の整備状況について調査した。

制度		スコア	制度		スコア
住環境等	⑨住宅制度	1: 有、0: 無	互福利厚生等	⑲慶弔金・勤続祝金等の支給	⑲～⑳の1つでも該当すれば 1: 有、0: 無
	⑩転入者受入の取組	1: 有、0: 無		㉑レクリエーション、クラブ活動等	
	⑪院内保育制度	1: 有 (代替制度有)、0: 無		㉒医療費等補助	
	⑫院内病児保育制度	2: 有 (代替制度有)、0: 無		㉓貸付制度	
職員の安全管理	⑬警備員の配置	1: 有、0: 無		㉔その他	
	⑭監視カメラの設置	1: 有、0: 無			
	⑮夜間・救急時における女性への配慮	1: 有、0: 無			
	⑯夜間通勤の危険対策	1: 有、0: 無			
	⑰パワハラ対策	1: 有、0: 無			
	⑱セクハラ対策	1: 有、0: 無			



⑨住宅制度

住宅手当の支給（一部）・住宅手当の支給（全額）・住宅の提供（家賃等負担有）・住宅の提供（家賃等負担無）（医師の負担はないと答えたのは 5 施設）

⑩転入者受入の取組

歓迎会・親睦会・忘年会等、職員旅行、転居費用の補助、住民票移動に伴う手当の支給、予防接種等の医療費の補助、互助会、新人研修、ボーリング大会、花見、音楽会

⑪院内保育制度

保育費用の負担・補助、保育園との業務提携、院内保育検討中

⑫院内病児保育制度

保育費用の負担・補助、看護制度の利用しやすい体制づくり、近隣病院施設の利用、院内病児保育制度検討中

⑬～⑯安全管理

警備員・男性職員の配置、警備会社への委託、夜間勤務者の駐車位置の配慮、外灯、夜間施錠、セキュリティロック、セキュリティカード、タクシー利用、防犯ブザー貸与、緊急時の連絡体制の整備（コードホワイト）、事案発生予防のための面談、院内巡視、救急受入時の安全管理、夜間施錠、警察等との連携・情報共有

⑰・⑱ハラスメント対策

委員会の設置、相談員等のスタッフ配置（男性・女性）、規定の整備、研修の実施、カウンセラーによる個別面談、不調者の状況把握、アンケートの実施、メール・電話・対面・投書箱による相談等受付、管理者研修、患者向け警告掲示

⑲～⑳福利厚生・互助会等

慶弔金等の支給、勤続表彰・手当・休暇・旅行等、運動施設の整備、スポーツクラブとの法人契約、職員旅行、体育大会、各種親睦会、予防接種等の医療費の補助、宿泊・鑑賞補助、クラブ活動支援、食事代補助、保育料補助、地域イベントへの参加、持株会、無料駐車場、医学会参加・資格取得・自己啓発のための費用補助

11.7 他施設での研修について（図 11.7.1）

地域卒業医師が勤務する際に、他施設での研修がどの程度認められるかを調査した。岡山県地域医療支援センターとしては、週 5 日（月～金）のうち、1 日は認めていただきたいと考えている。

また、条件付きで認めるという回答について、条件がない場合との違いを確認したところ、特に評価に差をつけるようなものはなかったため、同等に評価することにした。

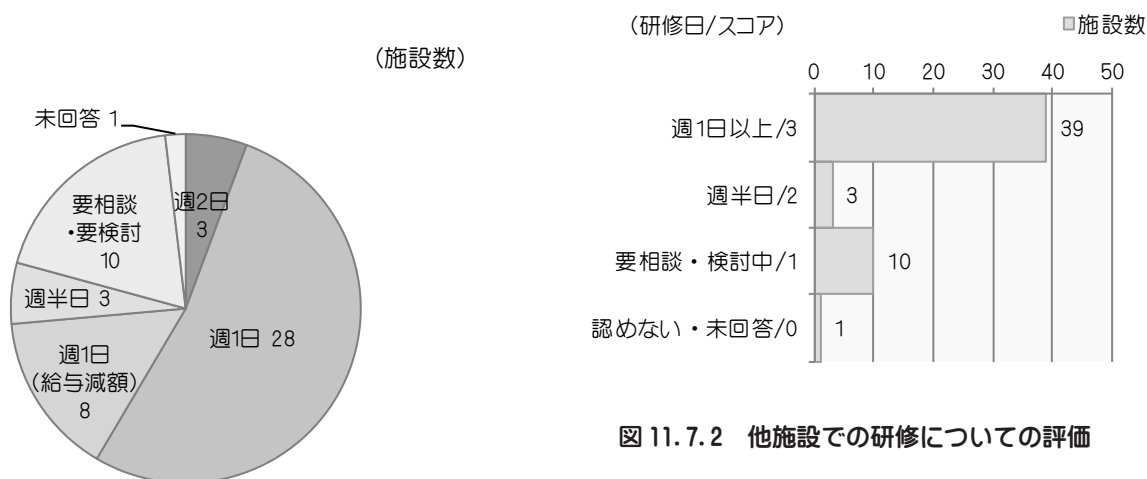


図 11.7.2 他施設での研修についての評価

※（給与減額）の記載がなくても、雇用形態や研修先での条件により給与が減額となる場合がある。

＜条件等についてのコメント＞

- ・前後の職務に影響の出ない範囲で許可
- ・目的が明確で、研修を受ける妥当な理由があること
- ・所定の申請手続き後、審議を経て承認された場合に許可
- ・事前協議により決定
- ・研修先より給与支給がある場合は、給与の減額有
- ・雇用形態によっては、給与の減額有

11.8 学会や勉強会のための出張の条件について（図 11.8.1）

次の出張の条件について調査し、①～④のスコアの平均を5段階で評価した。

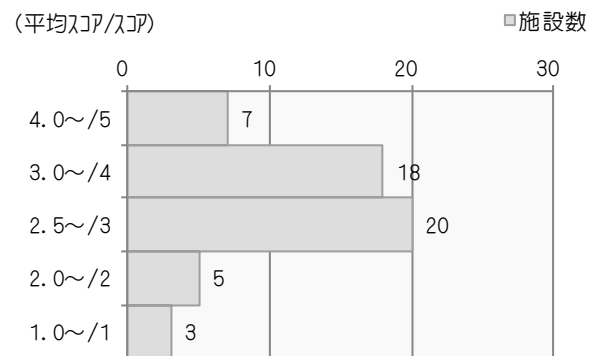
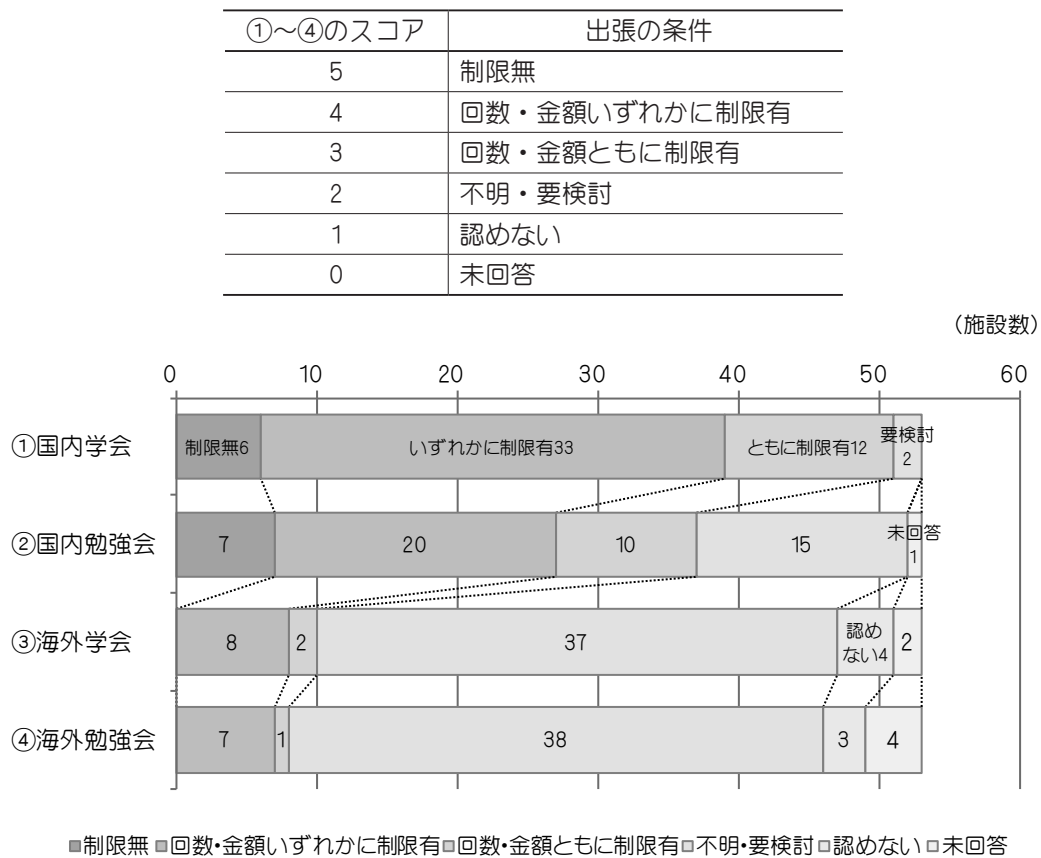
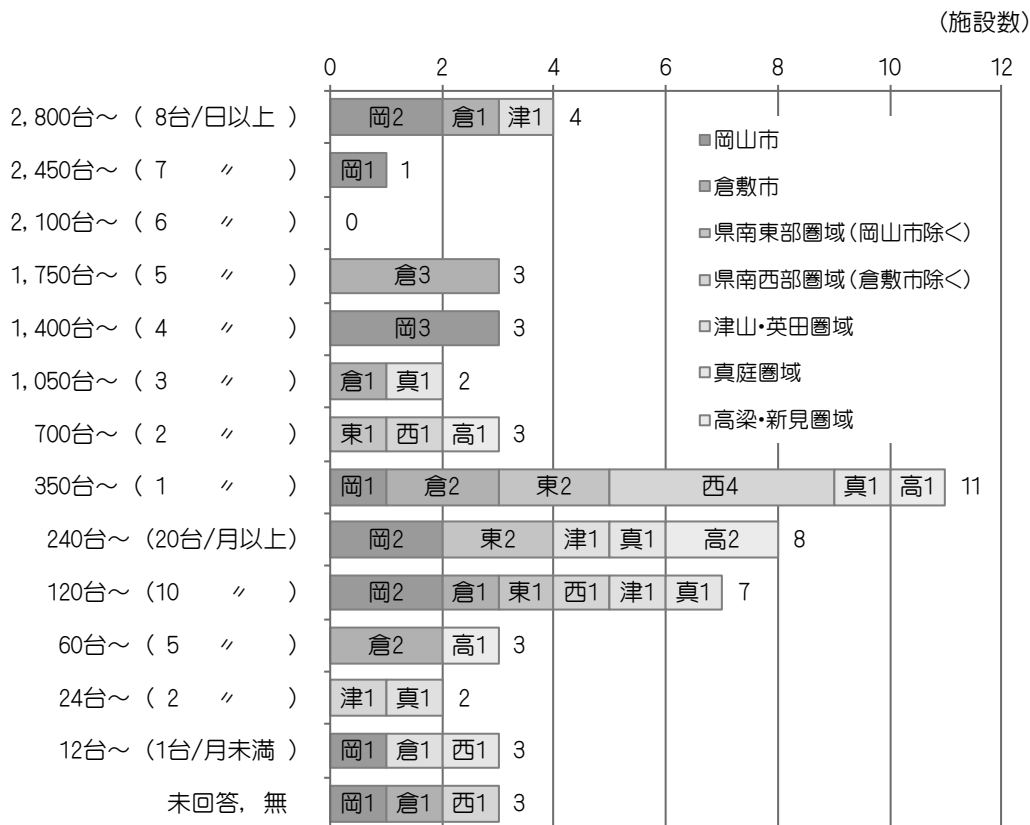


図 11.8.2 学会や勉強会のための出張の条件に対する評価

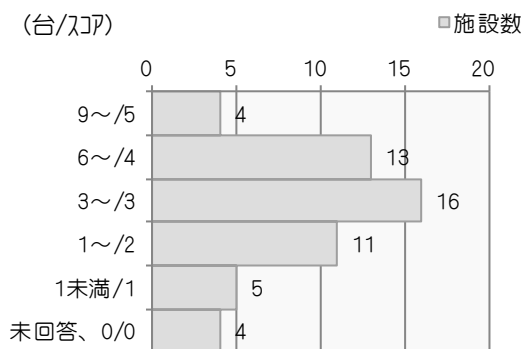
12. 救急車の受入状況

12.1 公的救急車の受入状況について（図 12.1）

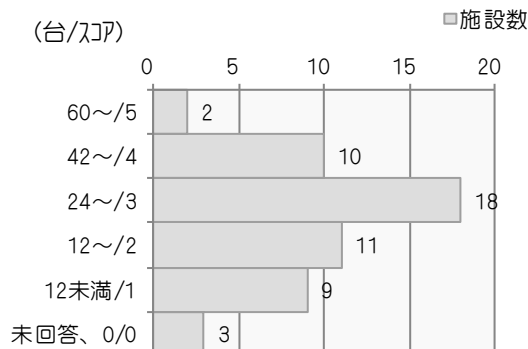
2014・2015 年のデータを基に、公的救急車の一般病床 1 床当たりの年間受け入れ台数、常勤換算医師 1 人当たりの年間受け入れ台数を求めた。なお、精神病院については精神病床、療養病棟のみの病院については療養病床 1 床当たりを評価した。



12.2 2014・2015 年の公的救急車の 1 床当たり年間受入台数（図 12.2）



12.3 2014・2015 年の公的救急車の 常勤換算医師 1 人当たり年間受入台数（図 12.3）



13. 新専門医制度への取組状況

13.1 新専門医制度への取組状況について（表 13.1）

2016 年 5 月末現在、地域卒業医師の配置を希望する施設における新専門医制度への取組状況は以下のとおりであった。新専門医制度の実施そのものが延期されたことで、今後変わってくる可能性はあるが、領域ごとにスコアを基幹施設（5）、連携施設（3）、特別連携施設（2）とし、その合計スコアで評価することにした。

（圏域ごとの合計実施施設数が多い順）

施設 種 別	基本診療領域 圏 域	基本診療領域別施設数（複数選択有）																			実 施 設 数	
		内 科	整 形 外 科	総合診療科	外 科	泌尿器科	救 急 科	精 神 科	脳 神 経 外 科	産 婦 人 科	眼 科	小 児 科	放 射 線 科	麻 酔 科	病 理	形成外科	リハビリテーション科	皮膚科	耳鼻咽喉科	臨床検査		領域合計
基 幹 施 設	岡山市	4		1				1													6	5
	倉敷市	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	2
	津山・英田圏域	1																			1	1
	真庭圏域			1																	1	1
	県南東部圏域（岡山市除く）																					
	高梁・新見圏域																					
	県南西部圏域（倉敷市除く）																					
	合 計	7	1	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	9
連 携 施 設	岡山市	6	5	4	3	4	3	3	4	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	59	9
	倉敷市	4	5	2	4	2	1		2	1	2	1	1	1	1	1	2				30	8
	津山・英田圏域	1	1		1	1	1	2	1	1		1	1	1	1	1		1	1		16	3
	真庭圏域	1	1	2	1		1	1		1											8	4
	県南東部圏域（岡山市除く）	2	2		2	1															7	3
	高梁・新見圏域	1	2	3	1		1														8	4
	県南西部圏域（倉敷市除く）	1	1	1	1	1					1	1				1	1				9	2
	合 計	16	17	12	13	9	7	6	7	6	6	5	5	5	5	5	5	3	3	2	137	33
特 別 連 携 施 設	岡山市	1																			1	1
	倉敷市	2																			2	2
	津山・英田圏域	2																			2	2
	真庭圏域	3																			3	3
	県南東部圏域（岡山市除く）	2																			2	2
	高梁・新見圏域	2																			2	2
	県南西部圏域（倉敷市除く）	3																			3	3
	合 計	15																			15	15
合 計	岡山市	11	5	5	3	4	3	4	4	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	66	13
	倉敷市	8	6	4	5	3	2	1	3	2	3	2	2	2	2	2	3	1	1	1	53	12
	津山・英田圏域	4	1		1	1	1	2	1	1		1	1	1	1	1		1	1		19	6
	真庭圏域	4	1	3	1		1	1		1											12	6
	県南東部圏域（岡山市除く）	4	2		2	1															9	5
	高梁・新見圏域	3	2	3	1		1														10	5
	県南西部圏域（倉敷市除く）	4	1	1	1	1					1	1				1	1				12	4
	合 計	38	18	16	14	10	8	8	8	7	7	6	6	6	6	6	6	4	4	3	181	51

14. 経営状況

14.1 医業収益について

2014 年の厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると全国の医師数（医療施設の従事者）は 296,845 人、同年の国民医療費は 408,071 億円、医師1人あたりに換算すると1.37億円となる。

直近2年間の病院又は法人の医業利益率と医師1人あたりの医業収益から経営状況を評価した。ただし、医師1人あたりの収益が高さが、効率が良いからなのか医師1人にかかる負担が大きいからなのかはここからは見えない。

※医業利益率（％）＝（医業収益－医業費用）／医業収益

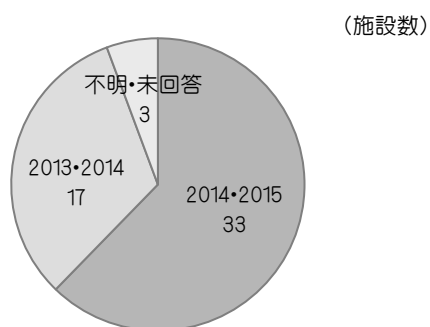


図 14.1.1 集計対象年度

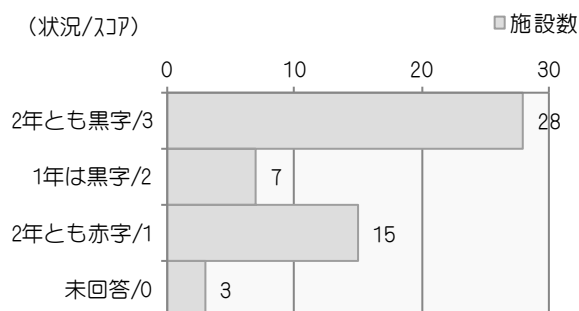


図 14.1.4 直近2年間の経営状況

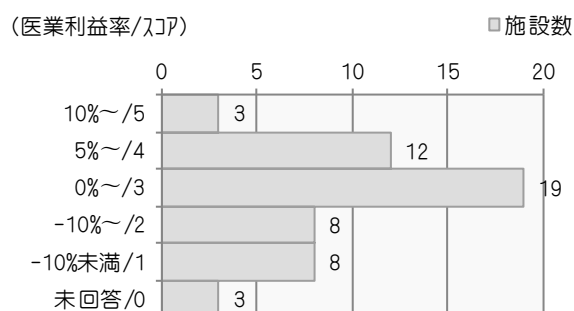


図 14.1.2 2年前（2013 又は 2014 年度）の医業利益率

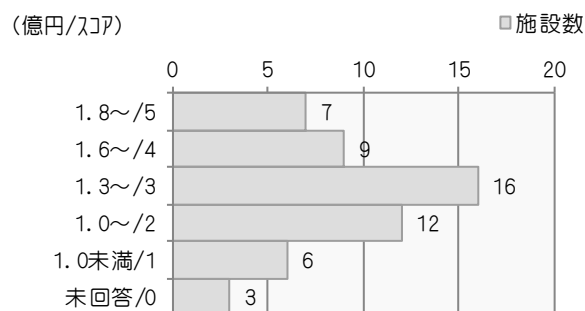


図 14.1.5 2年前（2013 又は 2014 年度）の常勤換算医師1人あたりの医業収益

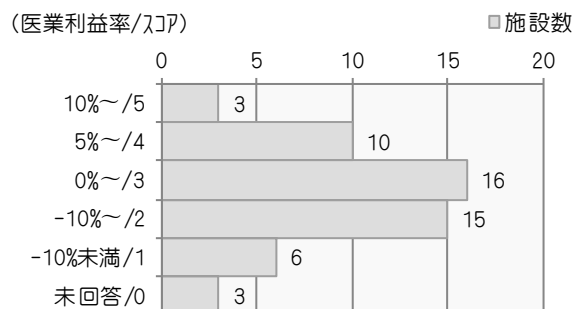


図 14.1.3 1年前（2014 又は 2015 年度）の医業利益率

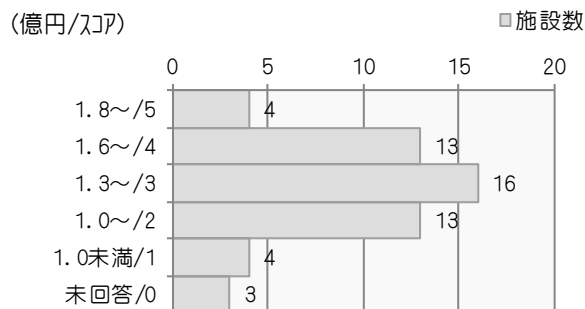


図 14.1.6 1年前（2014 又は 2015 年度）の常勤換算医師1人あたりの医業収益

15. まとめ

15.1 評価項目ごとのスコア・評価・配点等（表 15.1）

地域卒業医師の配置を希望する 53 施設からは、これまで以上に丁寧な回答をいただいた。特に上位の病院の回答からは医師の足りない現状を改善し、若い医師を育てていこうという意欲が十分に感じられた。

自治体からの回答では、医師が足りないと感じている現場との温度差が感じられる地域もみられた。不足状況が不明であるとした地域については、医療関係者や住民の声に耳を傾け、地域の状況を把握し、改善する努力をしていただきたい。

項目	地域の 医師不足	教 育 指導体制	地域で果た している役割	地 域 の 受入体制	待 遇	救急車の 受入状況	新専門医制度 への取組状況	経営状況	合 計
スコア(満点)	18	51	10	100	41	10	154	23	
平均値	11	22.1	7.9	66.0	29.0	5.3	11.1	13.0	
最大値	16	38.0	10.0	97.0	36.0	10.0	95.0	22.0	
最小値	5	5.0	3.0	40.0	21.0	0.0	0.0	0.0	
中央値	11	22.0	8.0	67.0	29.0	6.0	3.0	14.0	
スコア計と 評価	5	14 - 18	33 - 51	10	34 - 41	9 - 10	20 - 154	20 - 23	
	4	12 - 13	27 - 32	9	76 - 100	32 - 33	7 - 8	9 - 19	18 - 19
	3	10 - 11	20 - 26	8	62 - 75	28 - 31	4 - 6	5 - 8	13 - 17
	2	8 - 9	9 - 19	7	52 - 61	24 - 27	1 - 3	1 - 4	8 - 12
	1	1 - 7	1 - 8	1 - 6	1 - 51	1 - 23	0	0	1 - 7
	0		未回答	未回答	未回答	未回答又は 必須項目不備	未回答	未回答	未回答
配 点	18	17	14	13	13	11	9	5	100
平均値	8.3	10.3	8.4	8.5	7.8	7.0	4.9	2.6	57.9
最大値	18.0	17.0	14.0	13.0	13.0	11.0	9.0	5.0	79.4
最小値	3.6	3.4	2.8	3.3	2.6	2.2	1.8	0.0	32.0
中央値	7.2	10.2	8.4	9.8	7.8	6.6	3.6	3.0	57.9

15.2 評価項目ごとの得点の分布

各項目のスコア計をその分布により、5 又は 6 段階の評価に置き換え、各項目ごとの配点に換算した値が得点になる。

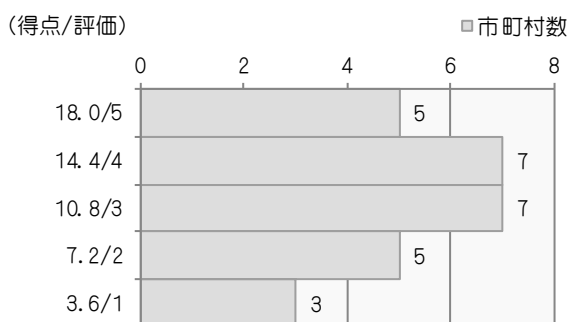


図 15.2.1 地域の医師不足の評価

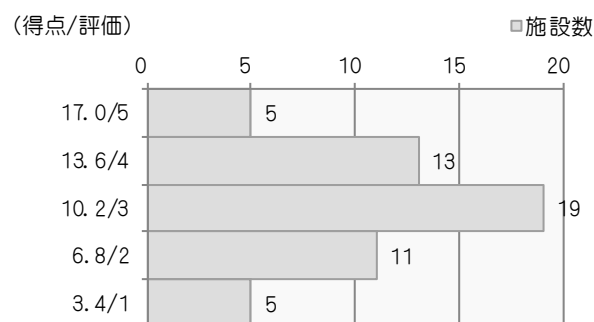


図 15.2.2 教育指導体制の評価

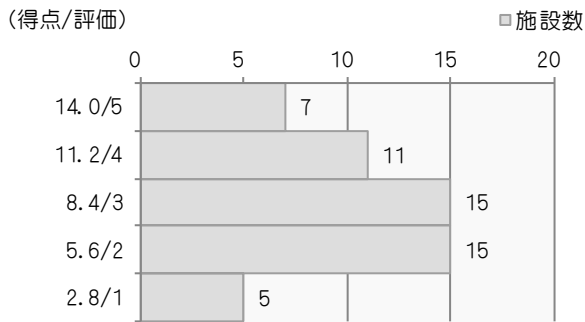


図 15.2.3 地域で果たしている役割の評価

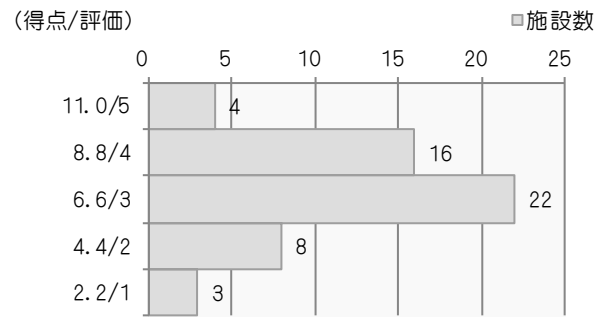


図 15.2.6 救急車の受入状況の評価

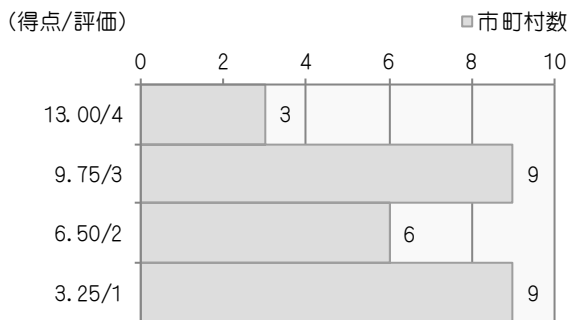


図 15.2.4 地域の受入体制の評価

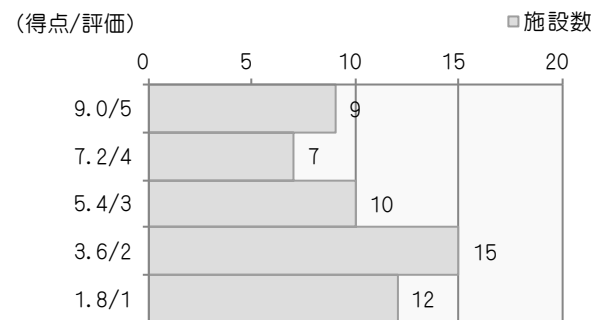


図 15.2.7 新専門医制度への取組状況の評価

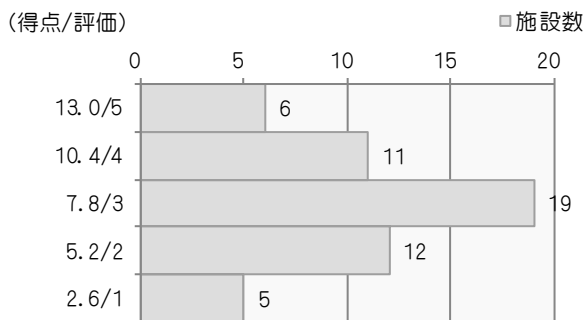


図 15.2.5 待遇の評価

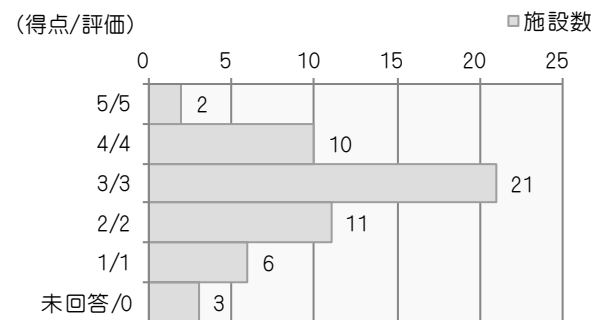
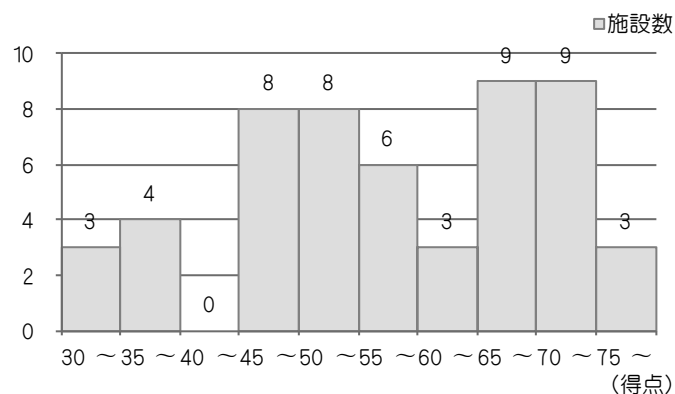


図 15.2.8 経営状況の評価

15.3 総合評価（100点満点）の得点分布（図 15.3）



15.4 総合評価順位表 (表 15.4)

上位 10 位以外の病院の順位は、自院のもののみ情報提供させていただきますので、情報提供を希望される場合は p.40 の問い合わせ先まで連絡してください。

No.	医療機関名	① 地域の 医師不足	② 教育 指導 体制	③ 地 域 で 果 た し て い る 役 割	④ 地 域 の 受 入 体 制	⑤ 待 遇	⑥ 救 急 車 の 受 入 状 況	⑦ 新 専 門 医 制 度 へ の 取 組 状 況	⑧ 経 営 状 況	合 計
1	高梁中央病院	18.0	13.6	11.2	9.75	7.8	8.8	7.2	3	79.35
2	金田病院	10.8	17.0	11.2	13.00	7.8	11.0	5.4	3	79.20
3	真庭市国民健康保険湯原温泉病院	10.8	10.2	14.0	13.00	10.4	8.8	7.2	2	76.40
4	岡山済生会総合病院	3.6	13.6	14.0	9.75	13.0	8.8	9.0	3	74.75
5	赤磐医師会病院	14.4	10.2	14.0	9.75	7.8	8.8	7.2	2	74.15
6	渡辺病院	18.0	13.6	8.4	13.00	5.2	8.8	5.4	1	73.40
7	笠岡第一病院	7.2	17.0	8.4	9.75	10.4	6.6	9.0	4	72.35
8	井原市立井原市民病院	10.8	10.2	11.2	13.00	13.0	8.8	3.6	1	71.60
9	高梁市国民健康保険成羽病院	18.0	13.6	11.2	9.75	7.8	6.6	3.6	1	71.55
10	総合病院落合病院	10.8	10.2	11.2	13.00	10.4	6.6	5.4	3	70.60
11		3.6	13.6	14.0	9.75	7.8	8.8	9.0	4	70.55
12		18.0	13.6	5.6	13.00	7.8	6.6	3.6	2	70.20
13		3.6	17.0	11.2	9.75	10.4	8.8	5.4	3	69.15
14		18.0	6.8	8.4	9.75	10.4	8.8	3.6	3	68.75
15		10.8	13.6	5.6	13.00	10.4	6.6	5.4	3	68.40
16		3.6	13.6	8.4	9.75	13.0	6.6	9.0	3	66.95
17		3.6	13.6	11.2	6.50	10.4	11.0	7.2	3	66.50
18		10.8	17.0	11.2	3.25	7.8	8.8	5.4	2	66.25
19		3.6	13.6	14.0	9.75	7.8	11.0	5.4	1	66.15
20		3.6	13.6	8.4	6.50	13.0	8.8	9.0	3	65.90
21		14.4	6.8	8.4	9.75	10.4	8.8	3.6	3	65.15
22		3.6	17.0	8.4	9.75	5.2	6.6	9.0	1	60.55
23		7.2	6.8	14.0	6.50	5.2	8.8	9.0	3	60.50
24		3.6	10.2	8.4	6.50	10.4	11.0	7.2	3	60.30
25		14.4	6.8	8.4	9.75	5.2	6.6	5.4	3	59.55
26		7.2	10.2	8.4	6.50	13.0	6.6	3.6	4	59.50
27		10.8	10.2	8.4	6.50	7.8	6.6	3.6	4	57.90
28		3.6	10.2	14.0	9.75	7.8	6.6	1.8	4	57.75
29		10.8	10.2	11.2	3.25	5.2	6.6	7.2	1	55.45
30		10.8	6.8	5.6	13.00	7.8	4.4	3.6	3	55.00

No.	医療機関名	① 地域の 医師不足	② 教育指 導体制	③ 地域で 果た している 役割	④ 地域の 受入体制	⑤ 待 遇	⑥ 救急車 の受入 状況	⑦ 新専門 医制度 への取 組状況	⑧ 経営 状況	合 計
31		3.6	10.2	11.2	6.50	5.2	6.6	9.0	2	54.30
32		3.6	10.2	8.4	6.50	13.0	6.6	3.6	2	53.90
33		7.2	10.2	8.4	9.75	7.8	6.6	1.8	2	53.75
34		10.8	10.2	5.6	3.25	10.4	6.6	3.6	3	53.45
35		10.8	10.2	11.2	3.25	5.2	8.8	1.8	2	53.25
36		14.4	3.4	2.8	9.75	7.8	8.8	1.8	4	52.75
37		3.6	6.8	8.4	6.50	7.8	8.8	5.4	4	51.30
38		3.6	13.6	2.8	9.75	7.8	4.4	7.2	2	51.15
39		10.8	3.4	5.6	13.00	5.2	6.6	1.8	3	49.40
40		3.6	10.2	5.6	9.75	7.8	6.6	3.6	2	49.15
41		3.6	13.6	5.6	6.50	7.8	6.6	1.8	3	48.50
42		7.2	10.2	5.6	6.50	7.8	4.4	3.6	3	48.30
43		14.4	6.8	5.6	3.25	7.8	6.6	1.8	2	48.25
44		3.6	10.2	8.4	6.50	5.2	4.4	5.4	4	47.70
45		3.6	10.2	5.6	6.50	10.4	2.2	3.6	5	47.10
46		7.2	10.2	5.6	6.50	2.6	4.4	3.6	5	45.10
47		3.6	6.8	2.8	9.75	5.2	4.4	1.8	4	38.35
48		7.2	6.8	5.6	3.25	5.2	6.6	3.6	0	38.25
49		3.6	6.8	5.6	6.50	5.2	4.4	1.8	4	37.90
50		3.6	6.8	2.8	6.50	2.6	4.4	9.0	0	35.70
51		14.4	3.4	2.8	3.25	2.6	2.2	1.8	3	33.45
52		3.6	3.4	5.6	9.75	2.6	6.6	1.8	0	33.35
53		3.6	3.4	5.6	9.75	2.6	2.2	1.8	3	31.95

【お問い合わせ先】

評価方法等について、ご不明の点は下記までお問い合わせください。

岡山県地域医療支援センター（岡山県保健福祉部医療推進課内）

〒700-8570 岡山県岡山市北区内山下二丁目4番6号

TEL：086-226-7381

FAX：086-224-2313

E-MAIL：chiikiiryou-center@pref.okayama.lg.jp

<http://chiikiiryouokayama.wixsite.com/centerokayama>

（担当：平田，下山，秋田）

16. 岡山県地域医療支援センターへの御意見・御要望

<地域医療をまとめる組織づくりを>

地域医療支援センター、2大学、へき地医療支援機構の4者の連携が弱い気がします。下々の者から見ると、「何処（誰）を頼ればよいのか分からない」「結局、自治医科大学卒業医師や地域卒卒業医師の拠り所となる医局のような組織は作られず、これまでと同様、義務年限明けにはみんなバラバラになるのだろうか」などと不安な気持ちになります。

岡山県全体でもっと一体的な組織に再編して、強いリーダーシップ（執行権限）を発揮してもらいたいと思います。次世代の地域医療のリーダーを育成する事業とか、義務年限終了後の自治医科大学卒業医師や地域卒卒業医師をまとめる組織を立ち上げる事業などにも早めに取り組んでいただきたいと思います。

<配置制度の透明性確保>

派遣先の病院と医師とのマッチングが、どのように行われたのかは、透明性が重要で公開されるべきだと思います。その地域の医療バランスを壊すような、派遣はしてほしくはないです。また、結婚・妊娠・出産などのイベントで恩恵を受けた医師は、将来（子育てが一段落した後など）、助ける側に回るという気持ちを皆が持つような、雰囲気づくりをお願いいたします。

<地域卒卒業医師の配置希望調査と配置>

来年春から派遣される地域卒卒業医師に対して希望する病院の見学予定はありますか。

地域卒卒業医師を募集している病院が地域卒卒業医師に対して自院の説明会等アピールする予定はありますか。

専門医制度が変更になり、地域卒卒業医師の具体的な派遣期間を示していただければと思います。また、派遣期間中専門医資格取得に必要な事項を具体的にお示しただけければと思います。

<県北の地域医療を守るために>

地理的条件もあり、慢性的なマンパワー不足に悩まされています。その最たるものが医師不足です。職員一同、地域の中核病院であることを目指し、地域住民に救急診療から初期診療、専門的診療、そして人生の最期を支える緩和医療に至るまで幅広い医療を提供できるよう、他

の医療機関や福祉施設等と連携しながら日々奮闘していますが、常勤医師の高齢化もあり、一定レベルの医療を安定的かつ継続的に提供し続けるためには新たな医師の確保が欠かせない状況です。

地域がん診療病院、災害拠点病院の指定を受け、地域で質の高い保健医療サービスを提供し続ける重責を担う覚悟を持っています。この地域の医療は自分達が支えたいという強い意欲も持っています。その思いに共感し、この地で助けを必要としている人々の思いにチームの一員として一緒に応えてくれる医師の配置を心より切望いたします。

当院は、県北の小規模病院で、医師確保は最大の課題となっています。

岡山県からの自治医科大学卒業医師と、新たに始まる地域卒卒業医師に依存する状況にあります。

医師数が過大になっても、経営に影響する部分であり、今後の検討が必要となります。

モチベーションが高く優秀な自治医科大学卒業医師の県よりの派遣医師の支えなくしてはへき地の自治体病院のスタッフの充実は図れていないのが現実です。安定して切れ目のない地域卒卒業医師の派遣が切望されるところです。またニーズの高い整形外科や、外科も充実することが望ましく、研修医と指導医がペアで年単位でローテーションできるようなシステムがあればと期待します。さらに義務年限中も大切ですが、義務年限明けの自治医科大学卒業医師の動向から見て、なかなか地域で継続して働くことが難しくなっていると思います。自治医科大学卒業医師のみならず地域卒卒業医師も含めて、義務年限後のキャリアの継続に地域医療へのインセンティブを与えられるような施策を是非考えていただきたいと思います。

中山間地域の中小病院では常勤医師の確保も大変で院内での専門性を持った臨床教育指導には限界があります。県や大学、連携の基幹病院のバックアップがもっと必要だと思います。また、年々調査項目のレベルが高くなっており、一定以上の医療機関に集中するのではと危惧しています。

<県南の医師不足・高齢化解消と医師の養成>

地域住民の要望に基づき、地域医療を守り、住民とともに地域の健康づくりを発展させてきました。しかし、常勤医師の高齢化や医師不足で休診している科も出てきています。岡山・中四国地方の医療を守り続けるためにも地域医療に携わる医師の養成に力を注ぎたいと思います。将来、岡山の地域医療を担う地域卒業医師の配置を強く希望します。

医師不足に耐えながら、地域密着型の中核病院として、奮闘している弱小の自治体病院です。行政・福祉、介護、在宅医療をインテグレートする地域包括ケアの構築に医師会とともに先頭になって尽力しています。投資の意味も含めて、貴重な人材の派遣を1名でもいいので何とぞお願いいたします。

地域卒業医師派遣は非常にありがたい制度であり、地域医療支援センターの日頃の熱心な取り組みに心より感謝申し上げます。それでもなお日本の地方の地域に共通している医師不足と医師を含めた医療人の高齢化の現状は、想像以上に深刻であり、医療の無いところには住めない原則から地域の医療崩壊が地域崩壊に連動している現実を考えると、日本の地方の地域を守るために、大胆かつ迅速な地域の医師不足を解消する手立てを積極的に考えつつ並行して進めることが必要のように思われます。

当院だけの問題でなく、玉野地区全体で医師の高齢化が進んでいます。玉野地区で開業を目指す医師や玉野地区の在宅医療を引き継いでもらえる若手医師を育てたいと考えます。今後、医学生や研修医へアピールしていこうと考えているので、よろしく御協力お願いいたします

岡山県内にも医師の偏在があり、県北とともに、県南西部、県南東部の医療過疎にもスポットを当て、県の医療の充実をお願いします。

地域医療を担う若い先生の教育、トレーニング、実践の場として当院も利用していただきたいと思います。

県南部でありながら医師不足の著しい赤磐市吉井地区などへの医師派遣を可能にするため、地域卒業医師を当院に派遣いただけるよう御配慮をお願いします。

<精神科への配置>

当院は真庭市唯一の精神科病院であります。精神疾患の患者が年々増加するが、医師不足のため患者のニーズに応えられない場合があります。より多くの精神疾患患者を受け入れるために医師を配置していただけるようお願いいたします。

精神科も5疾病へ加わり精神科専門医の養成へ是非とも御協力をお願いいたします。地域医療の分野で精神科が外れないようにしていただきたいです。

<医師教育への取組>

地域卒業医師の多くが県北で診療に従事することが予測されます。その状況で当院は県北の基幹病院として、あらゆる科のプラットフォームの役目を担っていると考えています。短期間でも当院を経験しておくことで、顔と顔の見える関係の中で連携を図ることができるため、当院が地域に派遣される医師のよりどころとなることについて、是非御検討ください。

今後地域でもっとも望まれるであろう総合診療医の育成のために教育指導体制を強化させています。

整形外科専門医が多数おり、若手医師の教育、指導は充分行うことができます。

<地域の診療支援>

医師の少ない東部や北部への診療支援を行っていますので、ひとりでもお越しいただければ幸いです。

VII. 基調講演

1. 専門医育成の仕組みについて；地域医療を担う医師のために

徳島文理大学 副学長
香川大学 名誉教授
千田 彰一



《主な学歴・職歴》

1974年3月 和歌山県立医科大学医学部 卒業
1978年3月 大阪大学大学院医学研究科（内科系）修了
1981年4月 香川医科大学助手医学部
1997年7月 香川医科大学教授医学部附属病院
2011年4月 香川大学医学部附属病院長（2014年3月まで）
2014年4月 徳島文理大学副学長（現在に至る）

《主な社会活動、所属学会》

2012年～2014年 日本専門医制評価・認定機構 理事
2014年5月～2016年6月 日本専門医機構 理事（専門医制度検討委員会委員長）
日本内科学会（認定内科医、功労会員、前代議員）
日本超音波医学会（超音波専門医、名誉会員、元理事長）
日本循環器学会（循環器専門医、元幹事・元代議員）
日本心臓病学会（FJCC、功労会員、前代議員）
日本プライマリ・ケア連合学会（認定医、前代議員）
日本病院総合診療医学会（前理事）
元日本総合診療医学会（副会長）

《講演の概要》

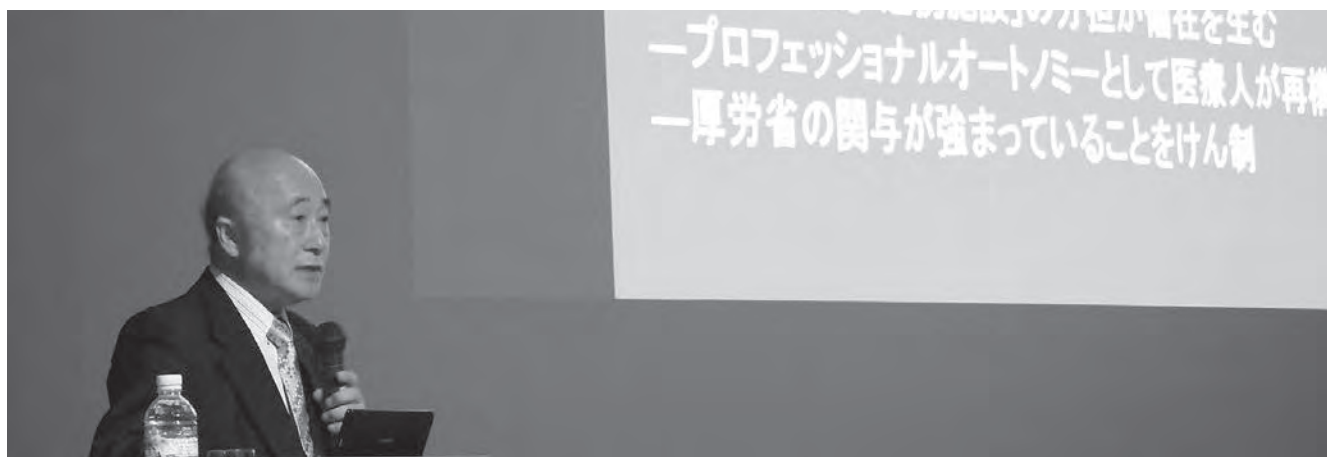
2014年5月に設立された「日本専門医機構」による新たな専門医育成の仕組みの企画を十分に発出できないままに、当初計画による専攻医募集は延期されることとなった。1年間立ち止まって、医師育成と医療提供の仕組みをどう改革推進していくのが我が国に最適なのかを改めて考えてみたい。

これまでの専門医制度は、学会が制度設計し認定・更新を実施・運用してきた。新たな専門医の仕組み構築の基本理念は、患者の視点に立った専門医の質の標準化と一層の向上、専門医の認定・更新プロセスの透明化、公正性の確保による患者にわかりやすい制度設計である。

「日本専門医機構」においては、まず第一にそれぞれの基本診療領域において「安全で標準的な医療を提供でき、科学的思考能力を備えて、患者から信頼される医師」の育成を目標とした。その改革骨子は診療実績を重視した新たな基準設定で専門医の認定・更新を機構が実施、基本領域とサブスペシャルティ領域の二段階制の実行、専門医育成に研修プログラム制の導入、研修プログラムの評価・認定と研修施設のサイトビジットを機構が実施、18 基本診療領域専門医に加えて「総合診療専門医」の新設、地域医療の保持と研修経験必須化などである。診療に従事しようとする医師は、初期臨床研修修了後に基本領域専門医のいずれか一つの研修プログラムにて3年以上の研修・認定を受け、その後基本領域よりも専門性の高いサブスペシャルティ領域専門医の研修に入るという二段階制が引かれている。また医師は、生涯医師と

しての基本的診療能力を身に付けていることを求められ、専門医は5年ごとに再評価され、更新認定を受けねばならない。機構における2年間の作業過程において、2015年春の医学科卒業生を主対象とする新専門研修方式の策定、既取得専門医の更新の新基準の策定、及びサブスペシャルティ専門医制度認定の合意性確立、複数専門医所持・専門医間移動などのルール作りなどが喫緊の課題と認識された。一方で全ての地域において、質の高い医療を享受できる体制づくりと、超高齢社会における地域医療を担うプロフェッショナルとしての医療人を育成することが求められた。

今回の改革は、法的規制で進めるのではなく、機構はいわば小さな政府を想定し医師のプロフェッショナルオートノミーとして、学会との協働の中で種々の課題に対応してきた。地域偏在や診療科偏在は専門医とは別途の議論であるとの認識ながら、地域医療を今以上に絶対悪化させないことを至上命題として、大学病院・大病院中心になり過ぎないように、また東京集中への是正などの仕掛けが用意された。しかし、地域偏在をより増強させかねないとの不安が指摘され、多くの基本領域専門医研修は新たな研修プログラムによる研修を少なくとも1年延期する方向となり、さらに地域に配慮した制度構築が求められることとなった。これまでで専門医制度における大半のプラットフォームは構築できたと思うが、社会的なコンセンサスが得られるよう実際運用面で調整していく必要があるだろう。



第四回 地域医療を担う医師を地味で育てるためのワークショップ 16.07.31

専門医育成の仕組みについて ；地域医療を担う医師のために

千田 彰一

徳島文理大学 副学長
香川大学 名誉教授

（注）本講演は、本講演に際し、御所望の資料を別途提供いたします。
企業・個人間の権利と責任の所在は、本講演の趣旨とは異なります。

なぜ、今、専門医制度改革なのか？

専門医制度改革を行うに至った経緯

日本学術会議 提言 (2008.6.28)
信頼に支えられた医療の実現 一医療を崩壊させないためにー
(現状：専門医制度関係)

医療が信頼に支えられたものになることが極めて重要である。医療に対する信頼を保障するもっとも基本的な基盤として、専門医制度を抜本的に見直し、確立しなければならない

(要望の内容)

医療費抑制政策の転換
病院医療の抜本的な改革
専門医制度認証委員会の設置
10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること

日本専門医制度評価・認定機構 専門医あり方委員会 2008.10.22～2010.4.20.
「基本理念検討部会」の議論を引き継ぎ、あり方を検討し、提言として報告
厚生労働省 専門医の在り方に関する委員会 2011.10.13～2013.4.22.
プロフェッショナルオートノミー、研修プログラム制、中立的第三者による認証

新専門医、予定通り開始できるか？

厚生労働省は、社会保障審議会医療部会「専門医養成の在り方に関する専門委員会」(委員長：永井良三・自治医科大学学長)の5月30日の第3回会議で、新専門医制度は予定通りスタートせず、2017年度は「試行」で実施することを提案した。

専門医養成の研修プログラムは、学会が実質的に認定するほか、本専門委員会が、専攻医数の激変や偏在を防ぐため、診療領域別、都道府県別、プログラム別の専攻医定員を設定する内容だ。いずれにおいても、日本専門医機構の役割は限定的。「試行」を進めつつ、同機構の体制や、2018年度以降の専門医養成の在り方については、本専門委員会でも引き続き議論する

一都市部は過去実績の1.0倍、それ以外は1.2倍
一「基幹施設」「連携施設」の分担が偏在を生む
一プロフェッショナルオートノミーとして医療人が再構築の要
一厚労省の関与が強まっていることをけん制

⇒ 新専門医制度、18年度めどに延期

新しい専門医制度になった理由

《専門医制度における認定の評価法》

従来：主に専門医試験による評価により

専門医の認定を各学会が担ってきた

今回：＜日本専門医機構による新専門医制度＞

研修プログラム制度による研修の過程を重視

(HP:専門医制度整備指針)

《研修プログラム》

領域ごとに研修内容の標準化が行われている

到達目標達成の確認のために形成的及び総括的評価が行われ、研修プログラム修了を認められた専攻医(従来の後期研修医)に対して、専門医試験の受験資格が与えられる

日本専門医機構は、各研修プログラムを評価・認定し、また専門医試験の内容評価と専門医の認定を行う

新専門医制度 1年先送り

批判の骨子・・・

- 一 研修プログラムの基幹施設要件が厳しすぎる
症例数および指導医の基準が高く、都市部の大学病院に集中する！
「医師の都市偏在に拍車がかかる」
 - 一 募集定員が、専攻医予定数に比し多すぎる！
約9000人に対し、当初は各領域合計募集定員が約2倍
 - 一 制度設計が、国民不在で議論されてきた
 - 一 医師のキャリアパスや身分保障に関し、明確さを欠く
多施設を回る際の雇用や社会保険等の手続きが煩雑になる
 - 一 研修プログラム制により、早期に専門を決めねばならなくなるし、境界領域の研修を受けがたい
 - 一 研修プログラム制により、高度な技術的領域の専門主技修得年代が遅れる
- こんなに、良い評価もあるのですが・・・
- 一 内科、外科など基本的診療分野の研修の後に、専門的な分野を研修するというのが国際標準
 - 一 標準化された研修プログラムにより、医師の専門性の質が担保される
 - 一 研修施設群によるプログラム制は、広範で質の高い研修実施を透明化する
 - 一 地域医療の中心となる総合診療医を育成することは、国民の利益に叶う

専門医制度の意義

専門医制度は誰のためにあるのか？

患者・国民

- ・ 標準的で安全な治療を受けたい
- ・ 医療の地域間格差を小さくしてほしい



専攻医

- ・ 自信を持って医療を担当出来る一人前の医師になりたい
- ・ 充実した研修を受けたい

主役は国民と専攻医

専門医の育成と社会からの視点 「質の良い専門医を育成する」ために

専攻医が専門知識や技能等について水準を満たしていることを、自身が(自己)評価し、指導医が形式的・総括的に評価することは、それぞれの領域の「*Quality Control*」である
専門医機構が、専門医の教育・指導体制や専門医の質を認定することは、社会に対する「*Quality Assurance*」といえる

7

地域で高い専門的医療を受けられるように

- ① 質の高い医療の提供 …… 臓器・機能別専門医の確保
→ どの地であっても、最高の医療を受けたいという願いに応える
- ② プロフェッショナルとしての医療人の育成
→ 当たり前の事は当たり前に行い、当たり前で無い事にも前向きに行うのがプロフェッショナル
- ③ 超高齢社会における地域医療を担う若手医師の育成
→ 「地域に行きたくない」ではなく、「地域に行けない」あるいは「行かせられない」医師が増加してはいないか？
→ 専門医としての総合診療医としてのキャリアパス確立
- ④ 顔の見える地域連携体制の構築
→ 統一された地域連携パスの作成と共有
- ⑤ 地域住民との協働
→ 共に支える地域医療の接続
地域コミュニティの一員としての活動

＜資料＞ 患者からの見えに基づいた制度設計への考え方＞

11

専門医とは

(基本的な考え方)

- 新たな専門医の仕組みを、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築。
- 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。
(「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではない。)
- 新たな専門医の仕組みは、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計。

(専門医の在り方に関する検討会 報告書 概要) 2013.4.22.

4

地域医療の経験とは？ またその期間は？

(地域医療: 地域に密着した医療 and/or 過疎地の医療)

基本領域の専門医制度においては地域を実際に研修する機会があることが重要 (専門医制度整備指針)

1. 施設群を組んだ研修プログラム管理委員会が、それぞれの地域で必要な地域医療研修を組み立てる
- 例えば、「プライマリケアを経験し、より専門的医療を必要とする疾患を扱うべき施設ヘトリージすることを学ぶ」という目標をもつ領域では、地域の包括ケア、病・病・病・診療連携等の地域密着型研修
- その研修が可能な施設と指導医を盛り込んだプログラムを作る
- 指導医の在籍がない場合、指導医の定期的な訪問、テレビシステムなどで常にコンサルトへの即応体制があることが必要
2. 期間と内容については、それぞれの領域研修委員会の見識に委ねる

12

医師(専門医)の育成

1. 充実した研修プログラム
 - ・ 多彩な疾患、豊富な症例
 2. 優れた指導医
 - ・ 専攻医のよい目標となる医師
 3. 地域性のバランス
 - ・ 高齢化へ向かう社会を見つめる医師
 4. 臨床と研究のバランス
 - ・ 実践と理論(経験と科学)で未来の医療を担う
- 研修施設群を整備して幅広い医療に馴染む必要性

大学・臨床病院を含め、
多施設で協力して医師の育成を

9

地域医療を悪化させない

◎採用専攻医数激変を避ける

1. 基本的な考え

- ① 領域全体の専攻医数および地域における専攻医数
→ 過去3年間の平均からの激変を避ける
- ② 大都市圏における専攻医数
→ 現状でも人口比率より多く、基本的に現状が上座
- ③ 経年的に専攻医数の是正を行っていく
→ 医療の混乱を避けながら徐々に改善

2. 具体的な手順

- ① 研修プログラムの審査の段階
 - ・ 大きな偏在がないようにPG委員会と研修委員会で協議
→ 2次医療圏にできるだけ研修プログラムが存在するように
 - ・ 地域の専攻医募集数につき協議する
→ 基本は過去3年間の募集数(専攻医が少ない都道府県は登録基準による募集数)
- ② 専攻医採用試験中
 - ・ 研修プログラムに専攻医の欠員(0人)がないように協議

13

基本領域専門研修におけるリサーチマインド涵養

リサーチマインド涵養：

- 社会から信頼される標準的な医療を提供するために
- ・ EBM、ガイドラインに基づいた医療を適切に行うこと
 - ・ 論理的・科学的思考法の修得や、臨床研究・基礎研究に触れる機会を提供出来る体制を持っていることが望ましい(基幹施設)
 - ・ プログラム統括責任者は、少なくともそのような機会を専攻医に提供出来る責任を負う
- 1-1. 基幹施設に臨床研究・基礎研究体制は整っているが
または、連携施設に臨床研究・基礎研究体制が整っている施設が加わっているか
- 1-2. 専攻医の学会発表、論文、研究等の学術活動に配慮されているか

10



研修プログラムの専攻医募集定員の決め方は？

- 定員を決める因子
 - 症例数 必須な受持経験症例数や執刀経験手術数など
 - 指導医数 指導医が受け持つ専攻医は1研修年次1名が基本
 - 給与 安心して研修に専念できる経済的サポート
- 定員の決定
 - 症例数から算出される定員と指導医数から算出される定員を比較し、少ない方が定員となる
 - 最終的に、領域と機構が協議して、領域主体で調整する
- 領域研修委員会とPG部門で協議を行い、最終承認を行う

14



地域枠の医師・研修医の採用

地域枠制度の詳細については、所掌する当道府県等の奨学金等運用主体等にお問い合わせください。なお地域枠の対象である旨を応募、見学等の選考手続きの場において本人から申し出があった場合に、専攻医研修に支障がないかどうかを確認することは、厚生労働省「適正な採用選考にあたって」の範囲内と考えております。

【総合診療専門医に関するQ&A 6-3】

15

総合診療専門医制度の論点と育成

- 総合診療専門医の医師像が不明確
 - 総合内科専門医との違い？
 - 総合診療専門医を育成する研修プログラムの在り方
 - 研修プログラム作成の責任学会は？
 - 医師のキャリアパスにおける総合診療専門医の位置づけ
 - 他の専門医からの移行について？
- 総合診療専門医を特徴づける能力**
- ◆ 地域・コミュニティをケアする能力
 - ◆ 患者中心・家族志向の医療を提供する能力
 - ◆ 身体的ケアと共に精神的ケアが出来る能力
 - ◆ 包括的で継続的、効率的な医療を提供出来る能力

16

中断について、自治医大等の人事による異動などは、「やむを得ない理由」になるのか

自治医科大学、産業医科大学、防衛医科大学校、地域枠の卒業生等で、制限が残っている医師の採用については、事前に、よく規則等の制限について本人を通じて、関係する都道府県等の自治体、卒業大学等に確認した上で、プログラムの修了がなるべく可能となるような配慮をおこない採用してください。事前に確認しても、異動を余儀なくされる場合については、やむを得ない場合に該当します。

<整備基準33> 【総合診療専門医に関するQ&A 8-1】

16

総合診療専門医制度の概要（1）

- 総合診療専門研修
 - 総合診療専門研修Ⅰと研修Ⅱで構成され、それぞれ6ヶ月以上、合計で18ヶ月以上の研修を行う
- 必須領域別研修
 - 内科6か月、小児科3か月、救急科3か月以上の研修を行う
- その他の領域別研修
 - 外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などの各科での研修を行う

プログラムの期間は3年間とするが、3年間を超えるプログラムも認める

17

総合診療専門医の医師像

日常遭遇する疾患や傷害の治療・予防、保健・福祉など幅広い問題について適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供でき、地域のニーズに対応できる「地域を診る医師」

従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴

他の領域別専門医や多職種と連携して、地域の医療、介護、保健等の様々な分野においてリーダーシップを発揮しつつ、多様な医療サービス（在宅医療、緩和ケア、高齢者ケア等）を包括的かつ柔軟に提供する

地域における予防医療・健康増進活動等を行うことにより、地域全体の健康向上に貢献する重要な役割を担う

18

総合診療専門医制度の概要（2）

- 総合診療専門研修Ⅰ
 - 診療所または地域の中小病院を想定
 - 外来診療（小児から高齢者まで全年代層）
 - 訪問診療および地域包括ケア
- 総合診療専門研修Ⅱ
 - 総合診療部門を有する病院を想定
 - 臓器別でない病棟診療（心理・社会・倫理的問題を含む複数の健康問題への包括ケア、緩和ケア等）
 - 臓器別でない外来診療（救急も含む初診、複数の健康問題への包括的ケア等）

19

総合診療専門医制度の概要 (3)

- 内科
 - 内科学会の認定する教育病院・教育関連病院の基準を満たす施設 (50床以上、常勤医5名以上、指導医3名以上)
- 小児科
 - 常勤の小児科指導医がいて、外来・救急・病棟の(日常的によく遭遇する疾患を中心とした)研修が行える施設
- 救急科
 - 救命救急センターもしくは救急科専門医指定施設もしくは救急科専門医等が救急担当として専従する一定の規模の医療機関 (救急搬送 1000件以上/年)

21

総合診療専門医が備えるべき臨床能力の例示
(1人の専門医が、以下のすべての項目を実践できること)

- 地域で
 - 憂たきりで病室を作った患者の訪問診療を行い、痛みの治療を行うとともに、ケアマネージャーや介護職と相談して、ケアプランを見直すことができる
 - COPDで在宅酸素療法を受けている患者の医学的管理を行うとともに、訪問看護師、理学療法士と協力して、ADLの維持に努めることができる
 - 学校医として、小学生の健康管理と学校への適切な助言ができる
 - 地域住民を対象として、禁煙教室を開催できる
 - 地方自治体の担当者と協力して、肺炎球菌ワクチンの導入に関する協議に参画できる

【筑波大学 地域医療教育学：前野 哲博 教授 から譲り受け 2016.6.】

20

【到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー】

1. 人間中心の医療・ケア
 - 1) 患者中心の医療
 - 2) 家族志向型医療・ケア
 - 3) 患者・家族との協力を促すコミュニケーション
2. 包括的統合アプローチ
 - 1) 未分化で多様な複雑な健康問題への対応
 - 2) 効率よく的確な臨床推論
 - 3) 健康増進と疾病予防
 - 4) 継続的な医療・ケア
3. 連携重視のマネジメント
 - 1) 多職種協働のチーム医療
 - 2) 医療機関連携および医療・介護連携
 - 3) 組織運営マネジメント
4. 地域志向アプローチ
 - 1) 保健・医療・介護・福祉事業への参画
 - 2) 地域ニーズの把握とアプローチ
5. 公益に資する職業規範
 - 1) 倫理観と説明責任
 - 2) 自己研鑽とワークライフバランス
 - 3) 研究と教育
6. 診療の場の多様性
 - 1) 外来診療
 - 2) 救急診療
 - 3) 病棟診療
 - 4) 在宅医療

22

総合診療専門医の育成 一指導医一

- 1 指導医について
 - 1) 総合診療領域の特任指導医
- 2 指導医の臨床能力

総合診療専門医専門研修カリキュラム(案)に示される「到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー」についての能力を有する。各々のコアコンピテンシーについて1つ以上の活動記録または症例報告を行う。すなわち、1)、2)で、6つ以上のレポートを提出する。臨床能力の評価については、これらレポートの評価によって行う。

 - 1) 職歴・活動の履歴など

上記コアコンピテンシーを勘案しつつ、自らの地域医療における活動の履歴などを示す。
 - 2) 症例の提示

上記コアコンピテンシーについて実践できた症例を報告する。
- 3 指導医の候補
 - 1) プライマリ・ケア学会による認定医、及び家庭医療専門医
 - 2) 全日本総合診療協会の地域包括医療・ケア認定医
 - 3) 日本病院総合診療学会認定医
 - 4) 大学病院または初期臨床研修病院にて総合診療部門に所属し総合診療を行う医師(卒後の臨床経験7年以上)
 - 5) 4)の病院に協力して地域において総合診療を実践している医師(同上)
 - 6) 都道府県医師会ないし都市医師会から「総合診療専門医専門研修カリキュラム(案)」に示される「到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー」について地域で実践してきた医師として推薦された医師(同上)

20

総合診療専門医が備えるべき臨床能力の例示
(1人の専門医が、以下のすべての項目を実践できること)

- 救急当直で
 - 気管支喘息で発作で受診した小児患者にガイドラインに準拠した治療を行って、翌日の小児科外来受診を指示できる
 - テニスのプレー中に転倒して足首痛を訴える患者について、適切な初期評価・治療、および必要に応じて固定までを行い、整形外科受診を指示できる
 - 胸背部痛で受診した患者について、大動脈解離と診断して循環器外科医に適切にコンサルトできる
 - 鼻出血で受診した患者について、止血処置を含めた適切な初期対応ができる
 - 食欲不振、ADL低下で受診した高齢患者について、肺炎と診断して入院の判断ができる

【筑波大学 地域医療教育学：前野 哲博 教授 から譲り受け 2016.6.】

23

サブスペシャリティ専門医の考え方

- 「基本的な診療領域を専門医制度の基本領域として、この基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得するような二段階制の仕組みを基本とすべきである。【厚労省「専門医の在り方に関する検討会」報告】
- 「サブスペシャリティ領域は基本領域より専門性が高い」ことが特徴で、「サブスペシャリティ専門医は基本領域の研修だけでは到達できないより高度な特化された診療領域の医師」であると認識する。
- そこに求められるべきは、基本領域の整備の根幹であった専門研修プログラム整備基準と臨床実績に基づく更新基準について同等以上に厳格でなければならない。
- 専門分化することによって、少子高齢化もあり症例数が少なくなる領域がでてくるのが懸念される。

21

総合診療専門医が備えるべき臨床能力の例示
(1人の専門医が、以下のすべての項目を実践できること)

- 病棟で
 - 脳梗塞後遺症、認知症、糖尿病があり、誤嚥性肺炎で入院した高齢患者の全体のマネジメントができる
 - 様々な症状緩和や倫理面の配慮を含めた癌・非癌患者の緩和医療ができる
 - 熱中症で入院した独居老人について、脱水の補正を行い、全身状態の改善を図るとともに、退院後のケアプランの調整ができる
 - 不明熱で入院した患者について全身精査を行い、悪性リンパ腫を疑って血液内科専門医にコンサルトできる
 - 外科の依頼を受けて、糖尿病患者の術前術中の血糖コントロールができる

【筑波大学 地域医療教育学：前野 哲博 教授 から譲り受け 2016.6.】

24

基本領域とサブスペシャリティ領域専門医

サブスペシャリティ領域専門医	消化器病、循環器、呼吸器、血液、神経内科、 老年病、腎臓、肝臓、糖尿病、内分泌代謝科、 リウマチ、アレルギー、感染症、 消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、小児外科、 小児循環器、小児神経、小児血液・がん、 周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、脊椎脊髄外科、 手外科、頭頸部がん、放射線診断、放射線治療、 集中治療、
基本領域専門医	内科、外科、小児科、産婦人科、泌尿器科、 脳神経外科、整形外科、形成外科、耳鼻咽喉科、 放射線科、皮膚科、精神科、救急科、麻酔科、 眼科、病理、臨床検査、リハビリテーション科 総合診療

25

サブスペシャルティ研修について

《サブスペシャルティ領域研修》

サブスペシャルティ領域専門医は、現在29が機構から認定されており、サブ専門医の医師像やモデルプログラムのありようを機構で検討中。サブ研修のプログラムは、限られた基本領域研修修了者を対象とするものや、幅広い領域横断的な研修修了者をも対象とするものまで多彩で、機構と調整しつつ各専門医制度が研修プログラムを構築する。現行で基本領域からサブ領域研修のルートが認められているものは概ね継承され、新たな領域がその対象となるか否かは当該サブ専門医が基本領域研修プログラム内容を勘案して対応が検討される見込み。研修を希望する専攻医は基本領域研修修了後にサブ研修プログラムに改めて登録する。一部の診療領域では基本領域研修の進捗度合いにより、基本領域研修期間中に希望サブ領域の研修が可能となっている。この期間中のサブ領域の研修実績は、新たに参加するサブ領域の研修プログラムに引き継がれる。

29

サブスペシャルティ専門医に求められる要件

- 専門医像が確立していること
- 診療領域が実態として単独で存在すること
その領域に相当数の患者がいて、かつ必要な専門医数が打ち出され、日常的に診療現場で十分に確立し得る診療領域単位であること
- 基本領域と同一の一定の関連（研修の道筋）があること
- 独立して研修プログラムを構築できること
- 専門医の認定や更新が、十分な活動実績や適切な研修体制の確保を要件としてなされること
- 数十万人相当の医療圏において、中核病院で確立し得、整備される必要度の高い専門医であること。
- 原則的に保険診療の範囲内の専門医であること。
ただし、保険診療外が主である場合でも、社会的影響が少なくない専門領域については、積極的に議論をすべきとの見解もある
- 当該専門医を認定することにより、周辺領域の診療に排他性の弊害を及ぼさないものであること。
- 原則として、症候や疾病を示す専門医ではないこと。

30

専門医更新基準

1. 勤務実態の自己申告

勤務実態を証明する自己申告書
勤務形態については、直近1年間の実態

2. 診療実績の証明

専門医としての診療実績、診療能力を証明する症例
症例一覧表には5年間に診療した手術施行例
あるいは保存療法施行例

3. 更新単位の取得

専門医資格更新に必要な単位の算定は
右に示すi)~iv)の4項目の合計で行い、
これを資格更新のための基準とする
4項目について5年間で取得すべき
単位数を示す
合計50単位の取得が求められる
(様式3-1-4、参照資料2)

項 目	取得単位
i) 診療実績の証明 (上記2に該当)	最小5単位、最大10単位
ii) 専門医共通 講習	最小5単位、最大10単位(このうち3単位は必修講習)
iii) 診療各科教育 研修講演	最小20単位、最大40単位
iv) 学術業績・診療以外の活動実績	0~10単位

31

専門の更新時期



注：(1) 専門医であり、その資格を一度以上更新していること。(2) 各それぞれの領域で充分な経験を積んでいること。(3) (4) (5) 専門医研修医自身が論文・学会発表などで一定の実績を挙げ、若手の研究指導力があること。(各領域で決定する)

32

《質疑応答》

Q：厚生労働省では、新たな専門医制度によって専攻医の再配置を考えたいとしているが、どこかで大きな問題になると思われる。

A：厚生労働省の社会保障審議会医療部会「専門医養成の在り方に関する専門委員会」では、医師一人を育成するために億単位の税金がかかっており、医師の診療科選択の自由はどこまでも許されるものではないので、専攻医の定員制は必要であるということを経験者が明言された。ドイツでは、州単位の医師会が診療領域ごとの定員制を運用しているが、希望する診療領域の定員がいっぱいで研修が受けられないとなったときにどういう現象が起こったかという、優秀な人材がEUの他の国へ出て行ってしまった。これ自体、非常に危機的な状態であり、少なくとも現時点で定員制を導入することには反対していくべきだと考えている。今回のプロフェッショナルオートノミーでの改革は、専門医の質のより一層の向上を図ることが目的で、元々存在した診療科偏在や地域偏在の解消を目的とするものではない、との考えに立脚するとそうとしか言えない。ただし、日本の医療制度全体の仕組みの改革の中では、診療科や執務地域について何ほどの制限ないし強制力の発動を考慮せざるを得なくなる可能性は否定できないと思う。



Q：総合診療専門医の制度を実施する際には、総合診療科という標榜ができるようにしていただきたい。

A：総合診療の標榜については、日本医師会が強く反対していると聞いている。日本専門医制評価・認定機構（旧機構、専門医あり方委員会報告）では、将来的に診療領域と診療科はリンクさせるべきであると明言しているが、厚生労働省のところで表現が非常にぼやかされている。ただ、現制度の下では、総合診療科を標榜しても構わないはずである。



Q：医師としてキャリアアップするには、総合診療専門医の資格を取得した後に、やはりサブスペシャリティ専門医の資格がほしい。総合診療のサブスペシャリティがまだはっきりしていないということになると、総合診療に若い医師の目がなかなか向かないと思われる。総合診療医を目指す医師のキャリアパスのことにしてもう少し御配慮いただきたい。

A：原則論としては、初めから臓器・機能別のサブスペシャリティ専門医を目指すのであれば、その資格取得を認められた基本領域に進めばよい。一方で、総合診療専門医を取得した後に、循環器の専門医にもなりたいたいと思う人は当然にあると思う。そういう人たちのためのキャリアパスを見せないといけないといっても、まずはサブスペシャリティ学会がどういう専門医像を求めているのかをプログラム制の中で考える必要がある。感染症やアレルギーなどは基本領域を問わないだろうし、総合診療の研修でも循環器のサブスペシャリティの基本領域として認められる部分が出てくると思う。ただ、総合診療の領域から入った方が臓器・機能別のサブスペシャリティ領域に進みやすいといった言い方はやめていただきたい。また、総合診療専門医はやはり地域を診るということが専らの専門医であるので、そこは履き違えた議論にならないようにしていただきたい。総合診療専門医のキャリアパスをどこまで見せられるかという、難しいところであるが、総合診療のサブスペシャリティについては、現在それぞれのサブスペシャリティ学会に検討をお願いしている。

Q：新しい専門医制度では、単年以上の集中的な研修を受けることをかなり強調されているので、自治医科大学の後輩達は義務年限内に専門医資格を取得できないのではないかとかなり危惧している。後輩達が自分の専門医について迷った時に、どこに相談をしたらよいのか。

A：誤解があるようだが、研修期間はミニマムを示しているのであってマストではない。定められた研修カリキュラムの全てが到達点に達した時点で修了となる。地域枠では、できるだけ義務年限の前半で基本領域の専門医のどれかを取れるように変えている都道府県は結構多い。同じように自治医科大学の方も変えようとしているところもある。専門医資格を取得できない人をなくすということは、各学会に対して常にお願ひしてきた。研修はカリキュラムに到達したことをもって修了となるが、内科の場合の研修期間の3年はミニマムである。様々な事情があつて、修了に5年、6年かかっていてもよいではないか。とにかく専門医資格を取っていただこうというものである。外科系の専門医資格は、配置される病院は手術実績が少ないところが多いと思うので、義務年限内で取得するのは難しいかもしれない。そうは言いながら、今まで工夫して整形外科や泌尿器科の専門医資格を取得した方はたくさんいる。研修プログラムの統括責任者に相談窓口になっていただこうというのが今回の制度であり、研修を受けたい診療領域の研修プログラム統括責任者に「自分がこのプログラムに入ったらどうしていただけますか」ということを相談していただくことになると思う。

2. 地域とともに内科専門医を育てるプログラムを目指して

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科総合内科学 教授
岡山大学病院 卒後臨床研修センター 医科研修部門長
岡山大学病院 内科専門医研修プログラム 研修委員長
大塚 文男



《主な学歴・職歴》

1992 年 3 月 岡山大学医学部医学科 卒業
1998 年 3 月 岡山大学大学院医学研究科 修了
1999 年 9 月 米国カリフォルニア大学 UCSD 医学部 研究員
2011 年 4 月 岡山大学病院内分泌センター センター長
2012 年 4 月 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科総合内科学 教授
2013 年 4 月 岡山大学病院卒後臨床研修センター医科部門長 併任
2015 年 4 月 岡山大学病院検査部長 併任
2016 年 4 月 岡山大学学長補佐 併任

《所属学会》

日本内科学会（専門医・指導医・評議員）	日本間脳下垂体腫瘍学会（理事）
日本内分泌学会（専門医・指導医・評議員・教育責任者）	日本ステロイドホルモン学会
日本甲状腺学会（専門医）	日本心血管内分泌代謝学会
日本リウマチ学会（専門医）	日本人類遺伝学会
日本生殖内分泌学会（理事・評議員）	日本東洋医学会
日本神経内分泌学会（評議員）	日本抗加齢医学会
日本病院総合診療医学会（理事・認定医・評議員）	日本臨床検査医学会
日本プライマリケア連合学会（認定医・指導医）	米国内分泌学会 など

《講演の概要》

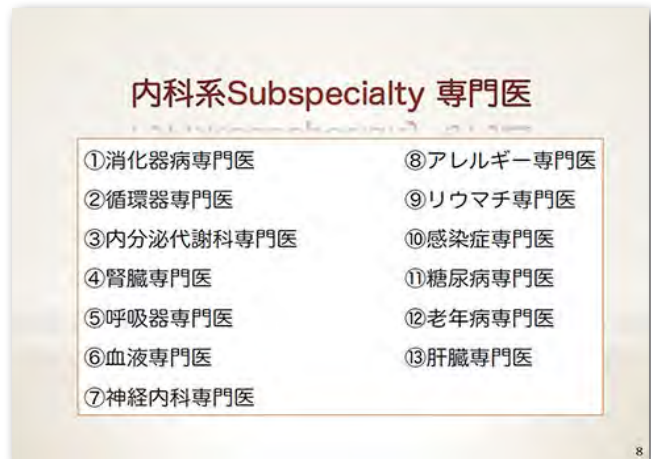
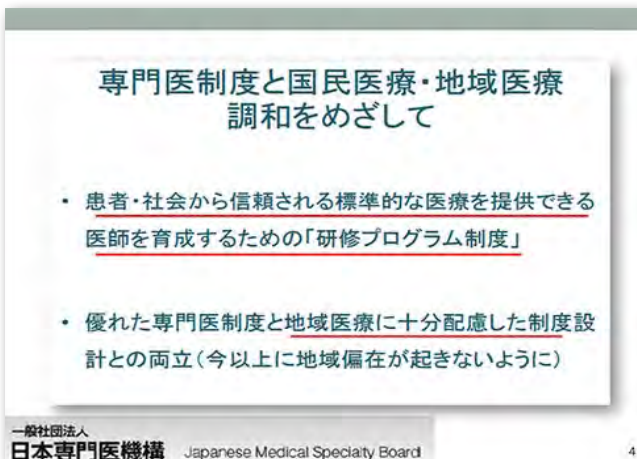
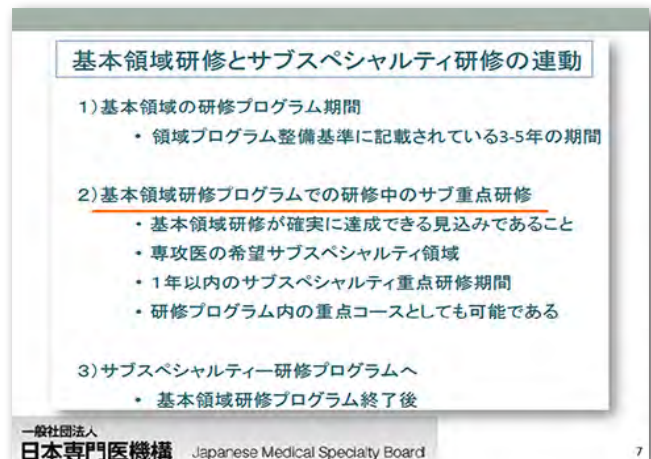
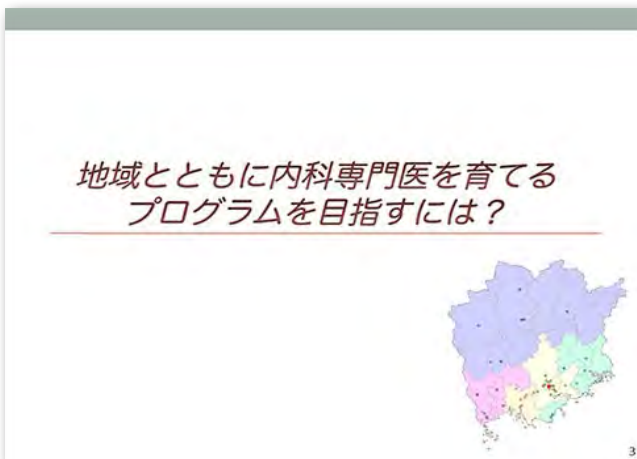
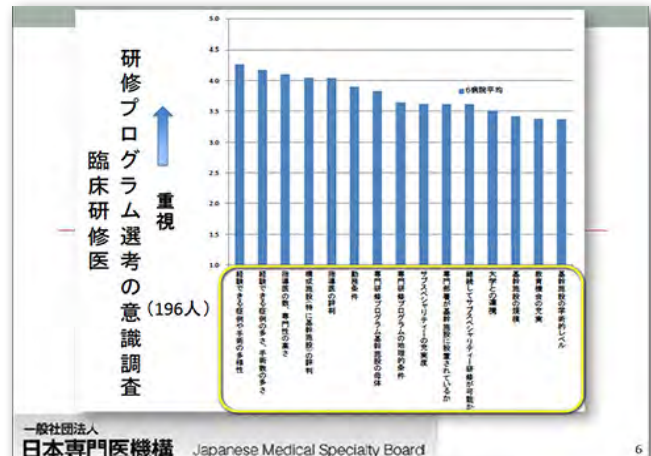
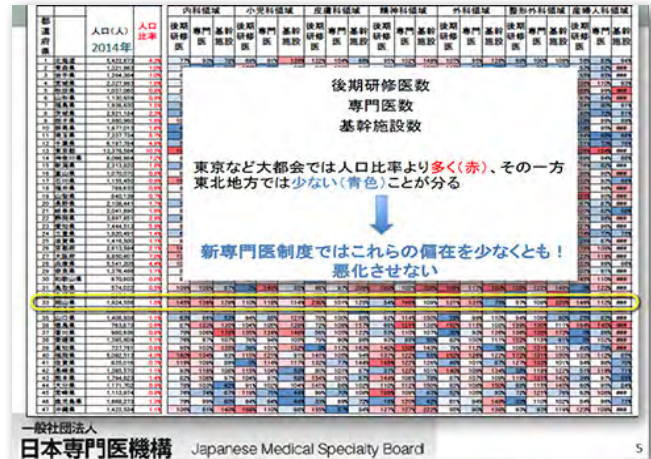
日本専門医機構は、2017 年度からの新専門医制度の実施を全基本診療領域で見送り、2018 年度を目途にスタートすることを決定した。現在、各専門医プログラムに現行又は新プログラムを用いるか、各領域の学会対応や地域医療への影響を確認待ちの段階である。現在、2018 年度を目途とした新制度開始に向けて、サブスペシャリティ領域との連結や複数の専門を保持するダブルボードの可否、専攻医の身分保障や地域枠学生に関する検討、そして人口動態や疾病構造の変化を考慮した専門医のあり方などが議論されつつあるが、日本内科学会では 2017 年度は現在の認定医制度を継続することを決定した。

内科専門医の新制度では内科の基本診療に重点が置かれ、内科医は地域におけるかかりつけ医・初期救急医療を行う医師であり、General な内科医であるとともに内科視点を持った Subspecialist であるという医師像が求められている。岡山県における内科専門医の育成においては、岡山県の地域医療を知り、地域とともに内科医を育てる研修プログラムの形成が鍵となるであろう。専門医制度と地域医療の調和が最も重要であり、患者・社会から信頼される医療を提供できる専門医を地域医療に配慮して育成することがゴールである。

新内科専門医プログラムでは、地域における専攻医の数と偏在の激変を避け、地域全体で育成すること、またリサーチマインドの涵養も重視することが求められている。

新プログラムでは、これまでの教育認定施設のみならず、連携施設や特別連携施設として指導医の有無に関わらず専攻医教育に携わることができる仕組みとなっている。このような観点から、岡山大学病院では、内科専門医プログラムにおける連携施設を広く関連病院に募り、内科医育成に関わる 77 施設（岡山県内 39 施設・県外 38 施設）との連携により、General 重視・Subspecialty 志向・リサーチマインドを考慮した 3 コースを準備した。岡山県内で医師不足といえる県北部・県南西部・県南東部の施設を含めた研修を行い、県南部の専門施設と継続的に循環しながら地域に求められる内科医を育成する。

専門医研修の前に、初期臨床研修の段階から岡山県で若手医師を育成する姿勢を共有することも大切であろう。初期臨床研修をベースに行われる内科研修では各施設における研修の特長・魅力を発揮し、Subspecialty に拘りすぎない研修、どの病院も内科医育成に絡めるような研修体制にすることが重要である。不足した研修分野がある場合には、基幹病院が確実に補完する連携にすることで岡山県が一体となっていく教育体制を構築できれば、素晴らしい研修プログラムになると思われる。医療連携のみならず教育連携の機能を持った OUMC 構想を含めて、地域医療への情熱を持った岡山県の医療行政と各医療機関であるからこそ、その実現は可能であると確信している。

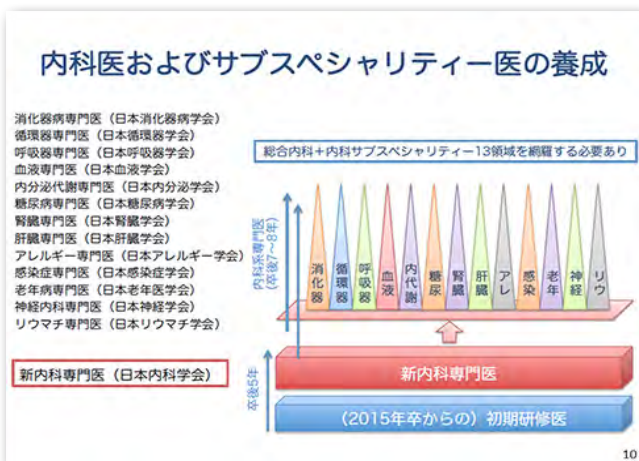




基幹病院ではJMECC・CPCの実施が求められる

岡大病院開催：2014.4.17、2015.2.7、2015.8.29、2016.3.12、2016.8.27予定
ディレクター（1名・学内1名）、インストラクター（14名・学内6名）

日本内科学会認定医制度審議会会長 横山先生(高知大学)スライド33



Q:地域医療の経験は？

専門医制度整備指針：基本領域の専門医制度においては、地域を実際に研修する機会があることが重要

- それぞれの地域に必要な地域医療研修を組み立てる
 - 地域の包括ケア、病・病連携や病・診連携等々の地域密着型研修
 - へき地医療研修
 - 指導医の在籍がない離島などの研修
 - 指導医の定期的な訪問、テレビシステムなどで常にコンサルト
- 期間と内容については、それぞれの領域研修委員会の見識に委ねる

一般社団法人 日本専門医機構 Japanese Medical Specialty Board



地域医療提供体制

1) 各領域において、採用専攻医数激変を避ける

1. 基本的な考え

- ① 領域専攻医数および地域における専攻医数
→ 過去3年間の平均からの激変を避ける
- ② 大都市圏における専攻医数
→ 現状でも人口比率より多く、基本的に現状が上限
- ③ 経年的に専攻医数の是正を行っていく
→ 激変による社会の混乱を避ける

一般社団法人 日本専門医機構 Japanese Medical Specialty Board

新内科専門医制度の骨子

- 認定内科医（卒後3年）→ 内科専門医（卒後5年）
従来の認定内科医資格以上に、内科全般の研修実績を重視する
- 内科を含めて全領域で標準的な研修プログラムを作成する
→ 施設認定ということではなく、プログラム制になる。（施設群を構成する）
→ 各プログラムにおける研修状況は、日本内科学会専攻医登録評価システムにより可視化する
- 総合内科専門医・新・内科指導医という位置付けになる
新制度における指導医は専門医を取得していることが前提となる
そのため、内科学会では総合内科専門医の取得を促進している
※現行の指導医の方は、2025年まで指導医として依頼を継続する。

3年で取っていた認定医から、5年かかる専門医へ

日本内科学会認定医制度審議会会長 横山先生(高知大学)スライド32

日本内科学会

専攻医の募集定員は、昨年度実績の1.2倍・・・とは？

認定内科医の受験者平均数：2014～2016年より算出

地域	専攻医募集定員 (1.2倍)	受験者平均数 (1.8倍)
岡山県	73名	88名
広島県	74名	89名
大阪府	336名	403名
東京都	710名	85名
島根県	21名	25名
鳥取県	26名	31名

実際には129名 (1.8倍)

一般社団法人 日本内科学会 The Japanese Society of Internal Medicine

地域医療提供体制

- 1) 各領域において、採用専攻医数激変を避ける
2. 具体的な手順
(注: 協議には医師以外の外部委員を含む)
- ① 研修プログラムの申請終了時での検証
→ 大きな偏在がないようにPG委員会と研修委員会で協議
- ② 専攻医応募数が判明した時点(2016年秋)
→ 2次医療圏に研修プログラムが存在するように協議
- ③ 専攻医採用試験中
→ 研修プログラムに専攻医の欠員(0人)がないように協議

一般社団法人
日本専門医機構 Japanese Medical Specialty Board

17

市中と地域の「循環型の育成のしくみ」が必要であろう

キャリアアップを目指しながら地域医療に従事



十分な若手医師のリソースが鍵となる

20

地域医療提供体制

2) 地域全体で専攻医を育成するという観点

- ① 申請前: 地域における関係者の協議
・ 行政、病院会、医師会、大学等々で協議の機会を作る
・ 研修基準を満たす病院が取り残されないように
- ② 申請中: 3次医療圏における研修プログラム数について協議
・ 専攻医は研修にとって魅力ある研修プログラムを選択
・ 単独の研修プログラムは専攻医の移動の危険性がある
・ 500人前後の応募が見込める領域では少なくとも複数を作る
- ③ 採用試験中: 研修プログラム定員についての協議
・ 研修プログラムに専攻医の欠員(0人)がないように協議

一般社団法人
日本専門医機構 Japanese Medical Specialty Board

18

内科専門研修施設について

- ✓ 単独施設プログラムはなし
- ✓ 基幹施設自身も他のプログラムの連携施設として可

専門研修施設群	基幹施設	連携施設	特別連携施設
臨床研修指定病院	必須	必須でない	必須でない
研修プログラム管理委員会(と指導委員会)	設置		
研修プログラム責任者	1名(指導医)		
研修委員会(指導委員会)	設置		
研修委員会委員長	1名(指導医)	1名(指導医)	
臨床研究センター(倫理委員会)	設置		
新進医必要人数(と研修医)	3名以上	1名以上	
研修体制(研修医)	7領域以上を研修できる		
研修体制(研修医)	35以上の疾患群を研修できる		
JM-ECC	開催中		
医療倫理講習会	開催	原則として参加	
医療安全講習会	開催	原則として参加	
地域参加型カンファレンス	開催	参加	参加
CPC	開催	参加	参加
内科指導医講習会	開催	参加	参加
学術活動(内科学会総会/地方会)	演題2題以上		
施設実証調査	要対応		
年度毎募集上限	専門研修施設群の内科指導医数(会費)を募集上限とする 内科領域 プログラム整備基準項目(27)を参照		

※原則、基幹施設での開催とするが、連携施設での開催によりプログラム内でJM-ECCが開催できる場合は、これを認める

日本内科学会認定医制度審議会会長 横山先生(高知大学)スライド21

基本領域専門医制度では リサーチマインド涵養も求めている

❖ リサーチマインドの涵養のための要件

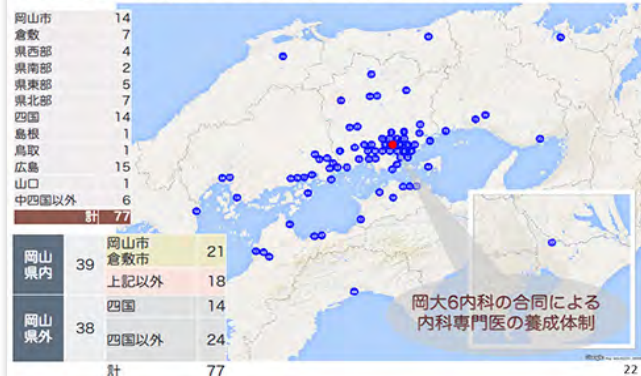
- i. 科学的思考を叩き込まれた**指導医**が必要
- ii. **臨床研究への参加**
- iii. 臨床研究・治療法などの**発表と評価**
- iv. リサーチマインド獲得を当然とする習慣や**講習**

一般社団法人
日本専門医機構 Japanese Medical Specialty Board

19

OKAYAMA UNIV. HOSPITAL

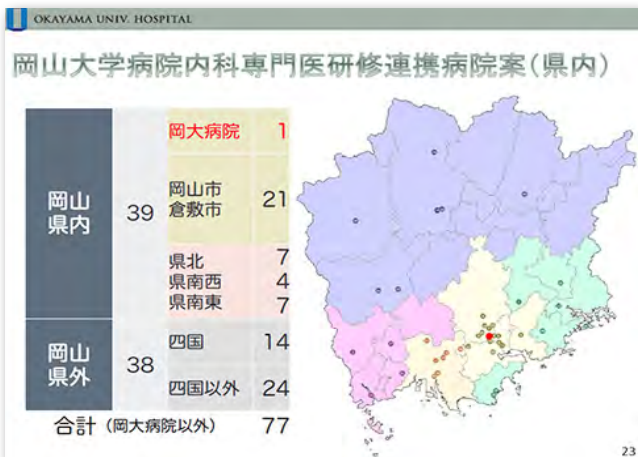
岡山大学病院内科専門医研修連携病院案(総数)



岡大6内科の合同による
内科専門医の養成体制

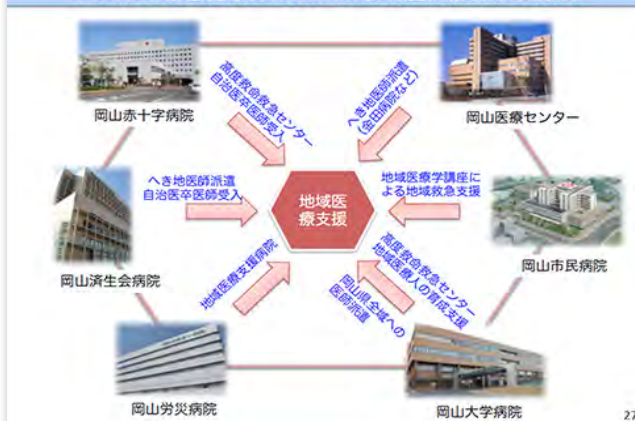
22





23

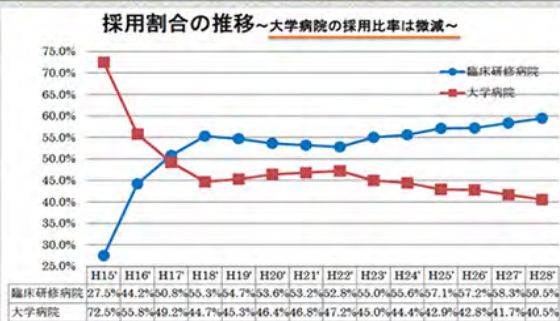
OUMC関連施設における地域医療支援の現状



27

初期研修医からしっかり岡山県で育成したい！

大学病院 vs. 臨床研修病院マッチング結果の推移



平成28年度の臨床研修医の採用実績は、8,622人と過去最多

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室資料

24

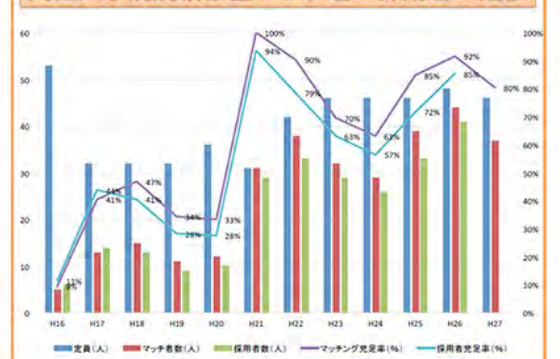
OUMC構想を踏まえた、地域で活躍できる内科医の育成

- GeneralityとSubspecialtyの調和を維持
- 内科13領域をスムーズに総務できる研修
- 地域で活躍できる内科医を少しでも早く育成



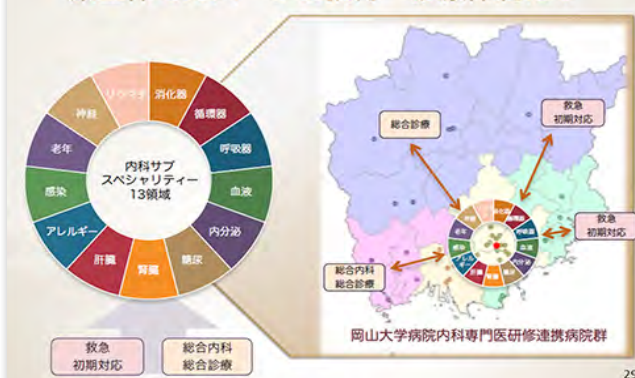
28

岡山大学病院研修医マッパ者・採用者の推移



25

内科の広汎な領域を 県全体でカバーする教育・診療体制に！



29

新内科専門医研修にもマッチした岡山の診療体制を目指して



26

地域とともに内科専門医を育てる プログラムを目指すには？

- まず初期研修医から県内で育成する姿勢！
- プログラムを形成する各施設の特長が必要！
- サブスペシャリティ分野に拘りすぎない研修！
- どの病院でも内科医育成に絡める体制を！
- 不足した分野は基幹病院が補完できる連携に！

30

3. コメント

川崎医科大学附属病院
副院長・呼吸器外科 診療部長
中田 昌男



岡山県は、専門医の教育において非常に研修しやすい環境であろうと常々思っていますが、今日のお話をお聞きして、新しい専門医制度を円滑にかつ有効に運用していくにはまだいくつか課題があると思いました。

基本診療領域の研修プログラムは、標準化された良いものが出来上がっていると思います。ただ、研修期間が領域ごとにばらばらであったり、あるいは内科や外科のように研修すべき症例が広範であり、かつ多くの専攻医がサブスペシャリティを目指すような領域では、基幹施設のマネジメントは非常に重要になってきます。研修プログラムを円滑に運用するためには、事前に基幹施設と連携施設が十分に協議しておく必要があると思います。

また、専攻医の雇用や社会保障についても大きな課題があります。これらは解決されないまま新専門医制度の実施が1年先送りになりましたが、今後、何らかの方向性が提示されることを期待します。

新専門医制度においては、専攻医を立派な専門医に育てなければならないという命題があり、一方で地域医療を崩壊させないという命題もあります。この二つを両立させることは、難解な方程式を解くようなものです。今日お越しの皆様と知恵を出し合って良い制度にしていかなければならないと思います。引き続き御指導いただきますようお願いします。



倉敷中央病院
総合診療科・医師教育研修部 主任部長
福岡 敏雄



今日は千田先生と大塚先生のこれまでの取組をまとめて聞くことができ、大変参考になりました。

私自身、当院の専門研修プログラムの導入に当たっては、目標を持って準備してきたつもりでしたので、今回こういう形で制度の実施が1年延期されたことを非常に残念に思っている一人です。ただ、1年延びましたので、大塚先生もおっしゃったように、その間に、地域の役に立ち、研修医あるいは指導医の先生方が社会に役立っていると実感できるような仕組みを作っていきたいと思います。

また、最近では、研修医が内科の初診外来の研修を希望するなど、ジェネラリズムを求める学生や研修医が増えてきていると思います。学生や研修医の志向も、社会からの要請も変わってきていると常々感じており、それを見失わないようにしながら、皆様の期待に添えるよう準備してまいりたいと思います。



VIII. ワールドカフェ ～ 医師は専門医資格にどう向き合うか ～

1. 岡山県医師会長ごあいさつ

岡山県医師会
会長 石川 紘



本日のワークショップを今年4月に完成したばかりのピカピカの当会館で開催していただき、非常に光栄に存じます。

午前の基調講演で熱心にお話いただいた新たな専門医制度の仕組みについては、今年6月7日にプレスリリースの形で、日本医師会と四病院団体協議会が、地域医療の崩壊が懸念されるとして、日本専門医機構と基本診療領域を担う学会に対して、平成29年度から拙速に行うのではなく、一度立ち止まって地域医療等の代表による検討の場を設けるなどの6項目の実施を求めています。

本日のワークショップの主催である岡山県地域医療支援センターにおかれましては、「地域医療を支える未来

の医療人の育成支援」「地域医療機関への医師配置」「地域卒卒業医師のキャリア形成支援」「地域卒卒業医師の着任環境の整備に関する助言・支援」「連携協力・情報発信」の5項目を挙げて、周到な計画の下、着実に仕事をこなしているということで大変感服しております。本日のワークショップは、その内の「地域卒卒業医師のキャリア形成支援」の取組になりますが、本日お集まりいただいた先生方にはしっかりグループ内で討議していただき、何らかの答えを出して皆さんにお示しいただきたいと期待しております。



2. ワールドカフェの進め方

岡山大学大学院
医歯薬学総合研究科
地域医療人材育成講座
教授 佐藤 勝



第4回 地域医療を担う医師を地域で 育てるためのワークショップ

- 午後の部の開始時刻は**12時15分**です。
- できるだけ、
 - お互いに話したことがない方
 - 自分とタイプがちがうかなという方
 同士で、**1テーブルに4人ずつ**座ってください。

< 4人のうち1人がホストになります。 >

ワークショップの目的

- 「専門医制度」
「地域の医療機関で診療に従事すること」
この2つの折り合いをどうつけるか。
- そのための発想や知識を、自由な話し合い
の中で生み出し、お互いに共有する。

< ホスト以外の3人は、他のテーブルに移動します。 >

ラウンド2：2つ目の問いの探求

【問】 専門医資格を取得する意義は何か？

- この問いについて、自由に話し合いを行い、探求し、発見したこと、気づいたことなどを、自由に模造紙に書き込みます。
- 各テーブルのホストは、ラウンド1の話し合いの内容を、テーブルに来てくれた方と共有します。
- 時間は**14時**までです。



< 元のテーブルに戻ります。 >

本日のテーマ

医師は専門医資格に どう向き合うか

ラウンド3：テーマの探求

- **自分は専門医資格にどう向き合うか**
- **若い医師をどう支援するか**
- **若い医師へのアドバイス など**

- これらについて、自由に話し合いを行い、探求し、発見したこと、気づいたことなどを、自由に模造紙に書き込みます。
- ラウンド2で得られた発見や気づきを共有します。
- 時間は**14時50分**までです。

ラウンド1：1つ目の問いの探求

【問】 住民にとっての理想の医師像とは？ 医師にとっての理想の医師像とは？

- この問いについて、自由に話し合いを行い、探求します。
- 発見したこと、気づいたことなどを、自由に模造紙に書き込みます。書き込みは他の方が見えるように少し大きく書きます。
- 時間は**13時25分**までです。

新たな発見や気づきの共有

- どのような話し合いがあったか、発表をお願いします。
- どのテーブルからでも、どなたからでも結構です。

3. 発表とまとめ ～新たな発見や気づきの共有～

3.1 発表

●岡山市立市民病院

内分泌内科 部長 岸田 雅之

大変有意義で、とても楽しかったです。専門医資格にどう向き合うかについては、我々のような役職者の責務として、医師が専門医資格を取ってジェネralistになろうがなるまいが、その領域の教育を担保しなければならないと思いました。また、若い医師がいろいろなことにチャレンジしたり、若い医師の全人的な医療をバックアップしたりするためにも、医師は専門医資格を保持する必要があるのではないかと考えました。

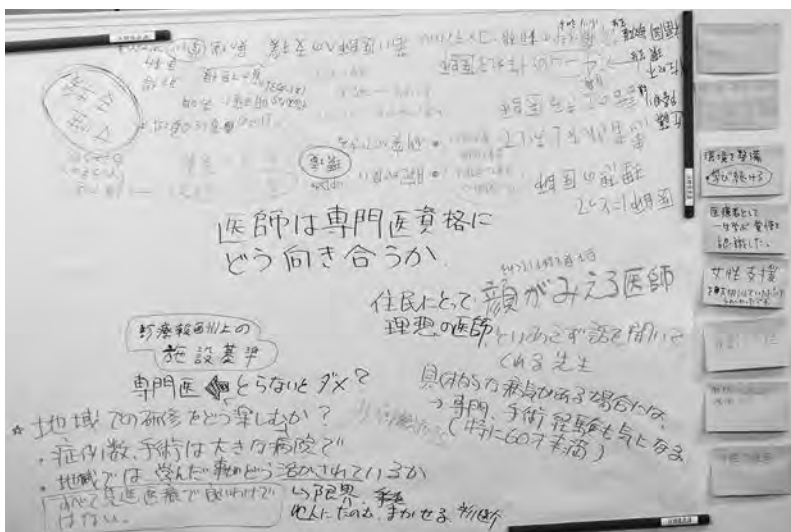
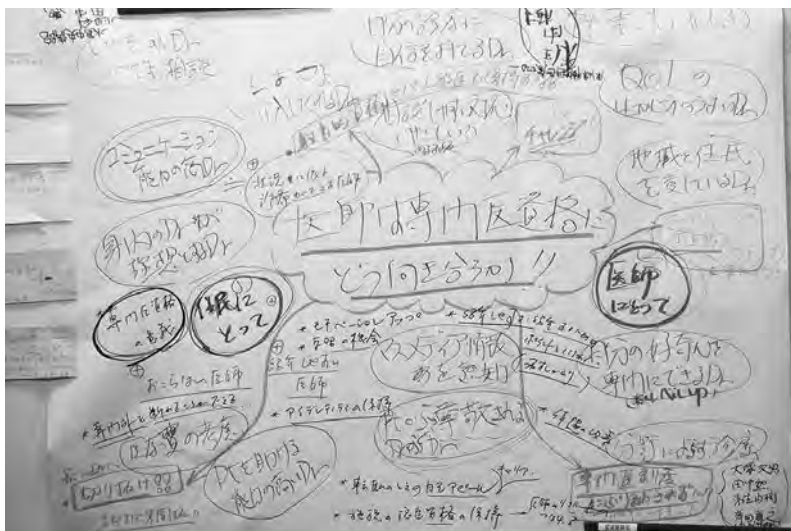


●岡山大学病院

総合内科 助教 小川 弘子

専門医資格というのは、自分の責任領域を明確に表明していろいろな意味で質の担保ができるものであると考えました。また、医療人として学び続けることが一番大切なことであって、専門医資格を取得し更新することで、学び続けるモチベーションや学習者への指導を担保できるのではないかと考えました。

専門医取得も含め、自分が学んだことを、地域の病院でどのように生かしていけるのかということも考えていきたいと思いました。また、学びながら地域での研修をどう楽しむかということも考えていきたいと思いました。



※写真と模造紙のコメントの並びは対応していない場合があります。

●勝山病院

理事長・院長 竹内 義明

医師の地域偏在について、どのようにすれば是正されるのかという意見で、一番多いのが総合診療医をたくさん育成しようというもの、二番目が地域枠の医師を上手に利用させていただこうというもの、三番目は計画的な地域枠の医師配置をしていこうというものです。

地域枠の先生方が専門医資格の取得を含めてその義務年限の中で十分なキャリアパスを安心して受けられるシステムを私たちは構築しなければならないし、医師不足地域へ地域枠の先生方の派遣もしなければなりません。その中であって、県や地域医療支援センターの役割は非常に大きくなってくると思います。地域枠の先生方の配置方法については、ワークショップの回を重ねることによりすばらしい制度になることを期待しています。



●広島大学 医学部医学科 地域枠

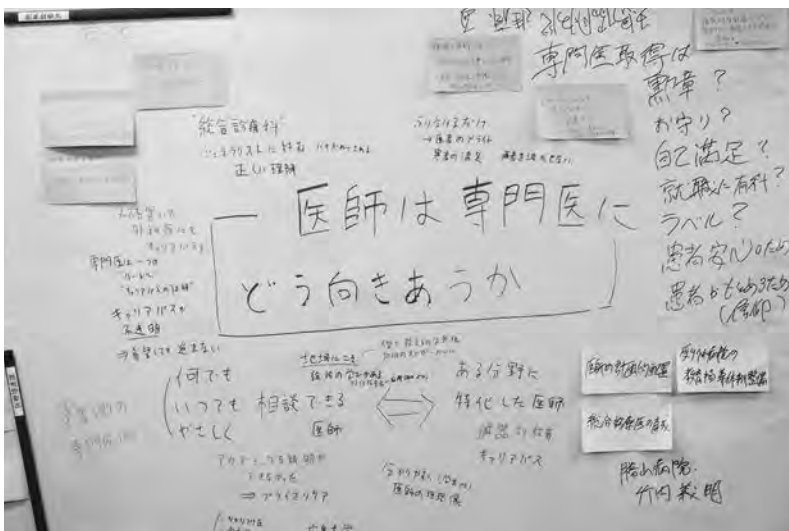
4年生 樋原 隆之介

住民にとっての理想の医師像とは、私たちのテーブルでは、「何でも、いつでも、そして優しく相談できる医師」ではないかと考えました。その一方で、医師にとっての理想は、特定の分野への専門性であり、それはとりもなおさず、専門医こそが理想の医師なのではないかとなりました。

しかし、専門医資格を取るメリットは何かと考えると、例えばキャリアに到達するためのハードルだったり、勲章だったり、あるいは訴訟に対するお守りであったりと、自分と患者さんを安心させるための、ある種の自己満足のようなものになっているのではないかと思います。

また、総合診療に関して言えば、患者さん、あるいは専門医にも、総合診療医よりは専門医の診察の方が当然良いだろうと思われがちであり、よく分からない、あるいは専門外と思われる患者さんを、とりあえず総合診療科に送るという非常に総合診療医にとってはいやな使い方をされるのではないかという話が出ました。このため、まずは総合診療医と専門医というものを医師・患者の双方が正しく認識することが今後の課題になるのではないかと考えます。

最後に、この会には初めて参加させていただきましたが、初対面の先生方と大変濃い話をさせていただいて、非常に新鮮で、非常に満足しています。このような機会を与えていただき、本当にありがとうございました。



●赤磐市長 友實 武則

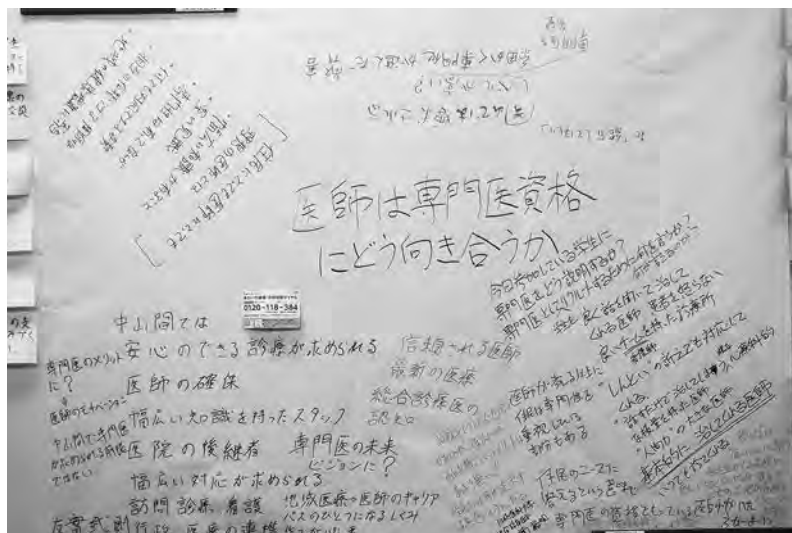
行政の立場、あるいは市民の立場から言わせていただきます。

専門医について、今日のお話を聞くと、医師にとっては高度な医療の世界のライセンスとして必要という面はありますが、特に中山間地域や地域医療の面では専門医制度の特別な必要性が見当たらないというのが大きな課題のように感じられました。

しかし、市民目線では、最近頭が痛いという方がいれば、まず専門の先生に診てもらったらいいます。これはよく聞かれる日常の会話であり、市民は非常に専門性の高い医療を求めているということが言えると思います。この中で大事なことは、専門医のメリットの先に、若い医師たちのモチベーションアップにつながるものが必要になってくるのではないかと思います。そして、中山間地域を抱える地方公共団体にとって大事なのは、地域医療を支える総合診療です。どれも平均点レベルの医師ではなく、市民の信頼に応えられる専門性と総合診療の技術を持ち合わせた医師が必要です。また、本市でも市内の医療機関の医師にやめられたら、次の医師の補充が難しいといった問題があります。総合診療医のキャリアパスとして地域医療が制度化されれば、人が回って地域の安全・安心を確保することができるのではなかろうかという御意見をいただきまして、そのとおりだと思います。

最後に、本市では昨年から「あかいわ健康・急病相談ダイヤル」という事業を始めています。24時間365日、市民の方が困った時に医師や看護師が相談に応じてくれます。場合によっては、相談ダイヤルから119番へ転送されます。この事業は大変人気を博しており、利用件数は毎月増えている状況です。こういったことを実際に行うことができたのも、皆さん方との意見交換の結果であると大変感謝しています。

この会がさらに発展することを祈りまして、私の意見とさせていただきます。



●岡山大学 医学部医学科 地域枠 6年生 石田 智治

患者に信頼される医師とはどのような存在かという問いに対して、コミュニケーションができる医師、しっかり顔の見える医師といった意見が出ました。

専門医の資格はあった方が良いのかという問いに対しては、いろいろな意見が出ました。資格の有無は患者さんには関係ないのではないが、それよりも親身になって話を聞いてくれる医師の方が患者さんに信頼されるのではないかという否定的な意見もありました。一方で、専門医の資格があった方が患者さんもそして共に連携する医師達も安心して患者さんのことを任せられ、また専門医資格を更新する過程で必然的に知識の更新を図ることも重要であるという肯定的意見もありました。さらに、医学の進歩につながる研究と実際の臨床を複合させることは非常に大切であり、地域医療で臨床もしつつ、研究もできる、そのような医師がいてもよいのではないかという意見も出ました。

今回のワールドカフェという形式での話し合いは初めてでしたが、短くも非常に楽しい時間でした。多くの先生方の意見を聞いて、自分の中にはない新たな考え方・違った観点を目の当たりにし、いろいろなことを考えさせられました。とても有意義な時間だったと思います。本当にありがとうございました。



●広島大学 医学部医学科 地域枠 5年生 濱崎 比果瑠

住民にとっての理想の医師像では、Everyday、Every time、Everythingで診ることのできる医師というものが挙げられました。信頼できる一人の医師にそのように診てもらえれば、患者としては安心ですが、実際は無理だと思います。

ジェネラリストはもちろん大事ですし、専門医もいなければなりません。また、研究によって新しい技術や知識を生み出す人も必要であり、全て役割分担とバランスだと感じました。ただ、役割分担といっても、境界を区切って存在しては意味がなく、お互いの知識や情報をオーバーラップして持つことで、相互に連携し易くなるのではないのでしょうか。そのためにも、専門医制度においては、診療科を越えたジェネラルな知識をある程度習得できる場面が必要なのではないかと考えました。

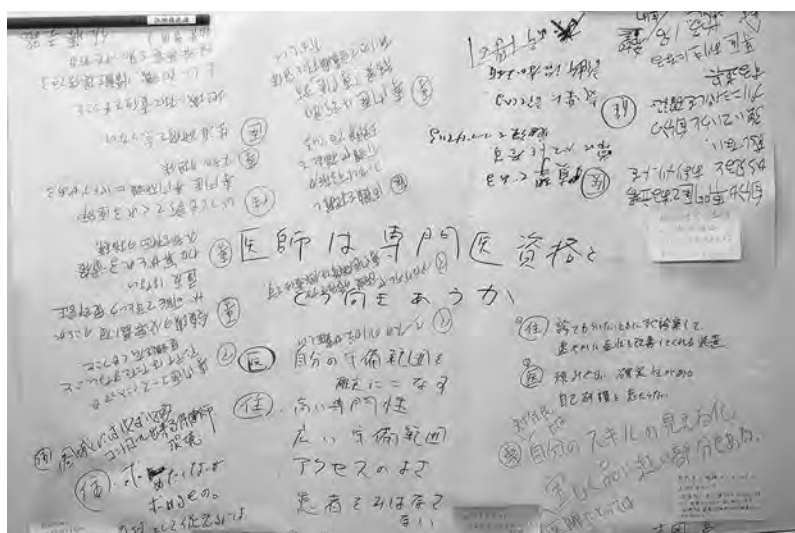
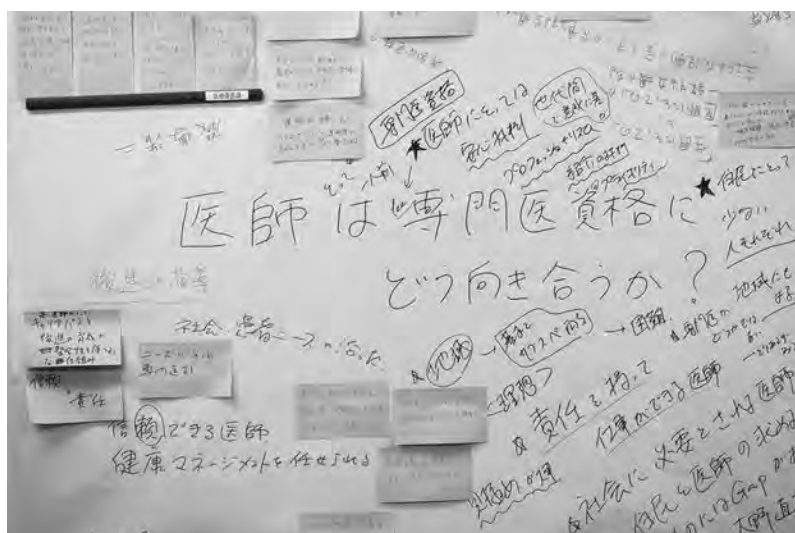
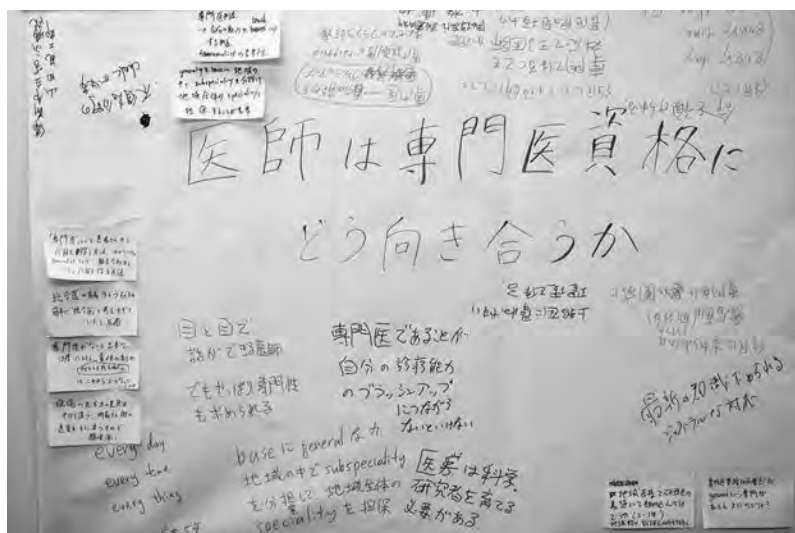
科を越えた様々な先生方や行政の方々と一度にお話をさせてもらえるような機会は初めてで、今回の会はとても新鮮でした。特に、若輩者の意見を一切否定しないで聞いていただいたのを大変うれしく思いました。

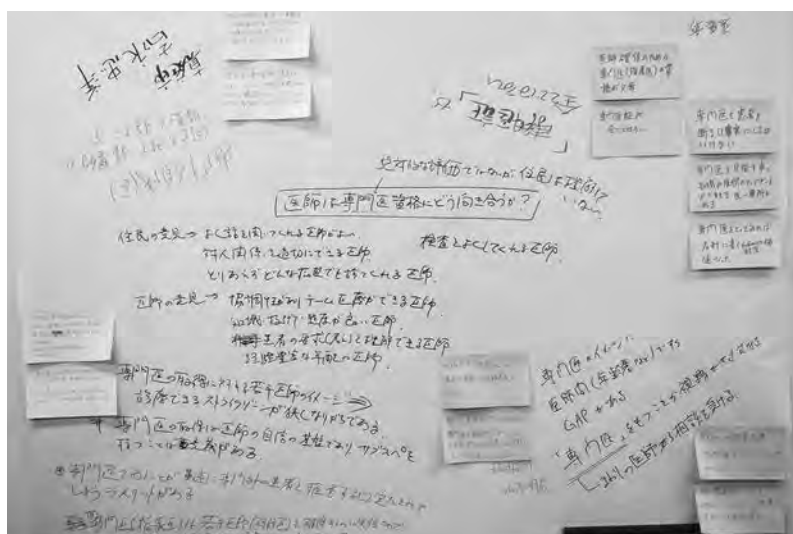
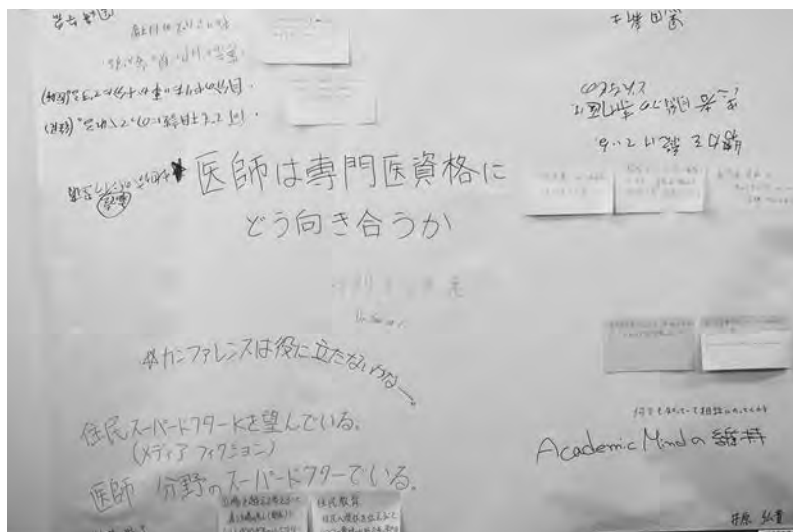
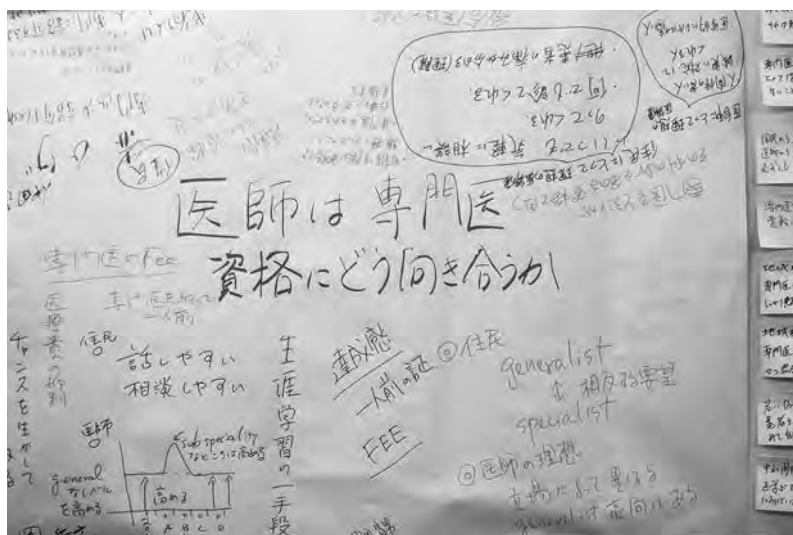


●岡山大学 医学部医学科 地域枠 4年生 今尾 武士

ある専門分野に特化してそれ以外のことは診ないというのは、楽ですし、訴訟リスクも減りますが、それでは医師として物足りないという話になりました。だからと言って、単にジェネラルなだけでは、他の医師から相談されたり紹介されたりすることなくなるので、ジェネラル+サブスペシャリティという、今想定されているものが良いのではないかということになりました。それぞれがジェネラルに診ることができて、それぞれが異なるサブスペシャリティを持った医師が地域に集まれば、地域の中でお互いに相談し合い、補い合うことができるネットワークが形成され、その地域の医療を上手くカバーできるのではないかと考えました。







※写真と模造紙のコメントの並びは対応していない場合があります。

3.2 まとめ

参加者からの意見が書き込まれたカード（付箋紙）167枚をカテゴリーごとにまとめた。

●専門医の在り方

1. 専門医資格の取得にはいろいろな意見があるが、これは理想の医師像（住民にとっての理想の医師像と医師にとっての理想の医師像）に影響されているようだ。また、「医師の地域偏在、診療科偏在」の解消に期待する意見があった。
2. 新専門医制度については医師の成長に繋がるような制度を求める意見が多い。
3. 初期臨床研修中に修得してほしいこととして、医師として果たす役割と心構えなどがあった。
4. 専門医資格を考えることで、総合診療についての意見も認められた。

●若い医師の育成

1. 若い医師を育成することに対する意見も多く、育て上げる意欲がある反面、環境整備などで病院側の抱えている問題点が挙げられた。
2. 地域で働く医師には、医療だけでなく地域のコーディネーターとしての活躍も期待されている。

（カード枚数は特に意見が多かったもののみを記載）



若い医師の育成 (35 枚)

環境整備 (12 枚)

- 31: overwork にならないような体制作り
- 32: 他施設の研修が有給で受講できるなど、学び続けられる環境整備
- 33: 自分が成長できて働きたいと思える環境
- 34: 地域での研修に必要なテレビシステム(遠隔教育、e-ラーニング)の整備
- 35: キャリアパスと後進の育成が整合性を保つような教育指導体制の整備

指導者の確保

- 36: 地域で働いている医師には、専門医や指導医の資格の取得や更新に対するサポートが必要である。
- 37: 研修医を指導するにはとても時間とエネルギーを要する。研修医は、自分がどれくらい貢献できるかを考え、覚悟を持って研修を受けてほしい。
- 38: 総合診療医の育成は、地域と大学のどちらの主導で実施すべきか。

アドバイス

- 39: しっかり患者に向き合うことで、患者から信頼が得られることを学んでほしい。
- 40: まず診て自分なりの判断をしてほしい。
- 41: 他職種との協調やコミュニケーションが大切である。

期待

- 42: 住民のニーズを理解して、それにマッチした医療を提供できる医師が養成されること。
- 43: 専門性を継続的に高めていくことで、教育者や地域医療の分野でリーダーになってほしい。
- 44: 当たり前のことが当たり前に見える。当たり前でないことも前向きに対応してほしい。
- 45: 地域で働く医師は地域のコーディネーターであってほしい。(医療だけではない。)

行政・病院に提案 (12 枚)

問題点

- 46: 地域医療の現実はやはり深刻であり、総合的な知識を持った医師の必要性和地域再配置が重要と思う。
- 47: 総合診療医を育てる。専門医を招く。どちらにしても必要なのは病院側の余裕である。
- 48: 産婦人科医は絶対数が足りない。教育システム以前に臨床の現場が機能していない。

提案

- 49: 医師会・地域・行政が、家族を含めての温かい支援を行う。
- 50: 医師を計画的に配置する。
- 51: キャリアパス、ライフスタイルをもとに、医師の地域偏在に対しては強制的な配置ではなく、自主的に赴任できる環境を整備する。
- 52: 医療者と住民が立場を越えて連携する。
- 53: 各診療科が連携して町全体で総合病院というのかもしれない。
- 54: 他職種や行政を巻き込んで良いチームを組織できるファシリテーターを育成する。

その他感想 (35 枚)

- 55: 専門医を取得する意義は多種多様である。
- 56: 専門医取得の意味合いは、世代間や地域間で大きな格差がある。
- 57: 医療の最前線の方々との意見交換は有意義である。
- 58: 医学生の真摯な態度に感銘を受けた。
- 59: 既に論じられているテーマを違うメンバーで対話することのメリットを感じた。相互理解・譲るべき点・譲るべきではない点が分かりやすくなる。
- 60: 地域のニーズや行政からの意見が聞けた。

IX. 本日の講評・寸評

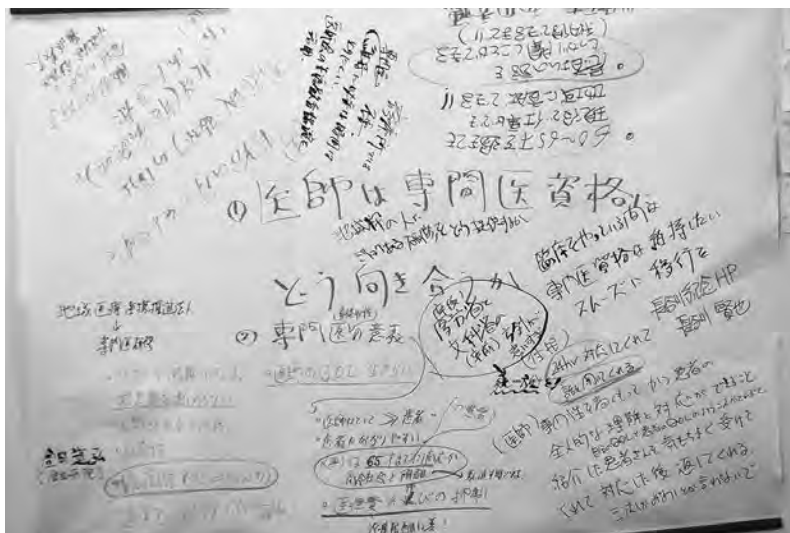
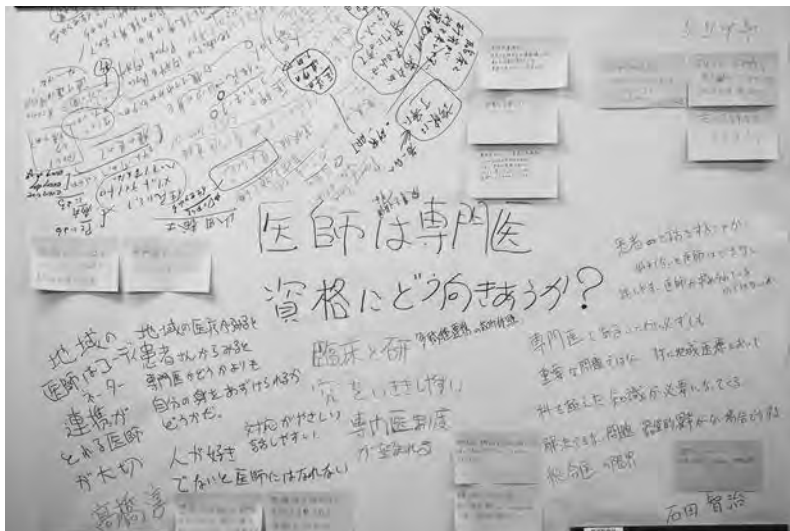
徳島文理大学

副学長 千田 彰一



行政の方や学生も含めた議論の場があるということに、大変新鮮な思いをしました。新たな制度を作っていく上では、そういう視点が必要ということで、私もこの1年ぐらいは、様々なところに行って話をさせていただき、かついろいろな御指摘を頂戴してきた中で、制度に対する考えを整理してきた経緯があります。

今日の議論は、医師をどう育成するかにフォーカシングされているので、最後に皆さんがそれぞれのお立場でおっしゃっていたことを、組織立ってどう運営していくかという視点でまとめていかなければならないと思いますが、全体を見ながら積極的に議論をまとめ上げるある程度の権限と責任を持った人がいないとこれができないということをより痛感しました。



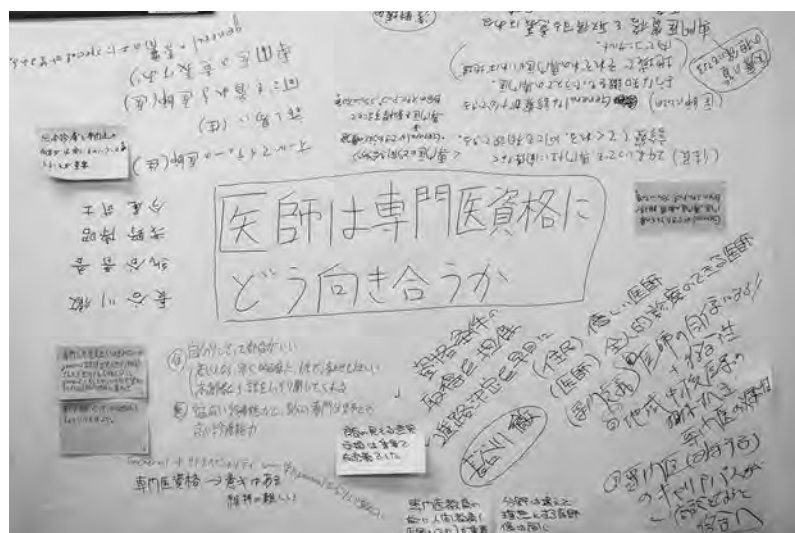
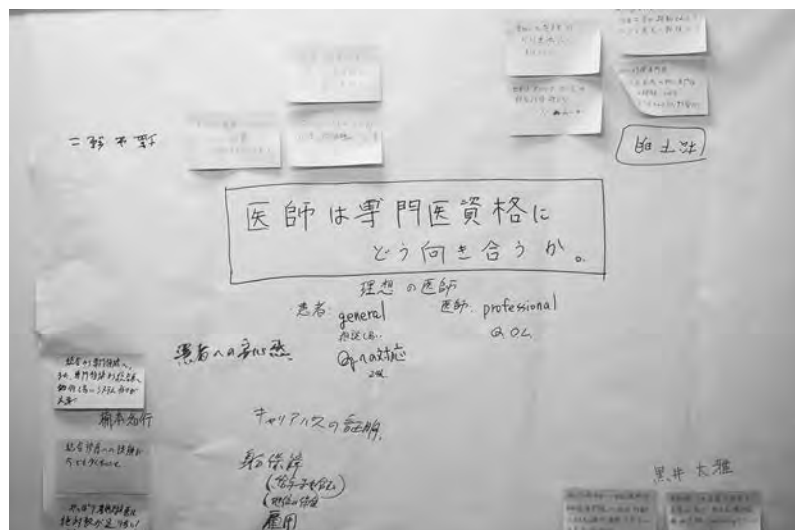
岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科総合内科学
教授 大塚 文男



今日のワールドカフェでは、小児科や精神科の先生たちと診療科を越えて、総合診療や新専門医制度、そして地域医療の話をさせていただきました。

専門医制度と地域医療とは、全く相反するようで、実は共通していると思います。専門医を育成するに当たっては、地域を知った上で、その地域に応じた専門医をどう考えるかという視点が必要です。行政や医療の関係者が集まって建設的な意見を出し合えるのは岡山県の特長であり、岡山県ならではの新しい専門医の在り方を若い医師を中心に切り開いていけるよう、また、若い医師が安心して専門医資格と地域医療を両立できるような、今後も皆様のお力をお貸ししたいと思っています。

千田彰一先生におかれましては、日本専門医制評価・認定機構と日本専門医機構の理事としてこれまでの専門医制度を築いていただいております、これまでの経緯は非常に大事になりますので、今後とも御教授いただきたいと思います。今日は本当にありがとうございました。



岡山大学病院 臨床研修医
地域枠卒業医師 山田 裕士



本日は、このような機会をいただき、ありがとうございました。千田先生と大塚先生におかれましては、貴重な講演をいただき、大変ありがとうございました。

専門医制度が変わることについては、断片的に話を伺っただけ

で、イメージがつかめずに不安だけが募っていましたが、今日は詳しいところまでお話を伺いましたので、持ち帰って同期と共有したいと思います。

午後のワールドカフェでは、とても楽しくディスカッションさせていただきました。私自身は、専門医も学位も取りたいと思っていますが、住民にとっての理想の医師像や医師にとっての理想の医師像を考えたときに、資格の果たす役割を理解した上で、資格を追求していかなければならないと思いました。また、資格を追求することで、理想像に近づくためには何かを犠牲にする必要があるのではないかと考えたことも考えながら、今後勉強を続けていきたいと思いました。

本日は、皆様と本当に気さくにお話させていただいて、若手としては大変ありがたい会でした。また明日から研修に励んでいきたいと思います。本日はありがとうございました。

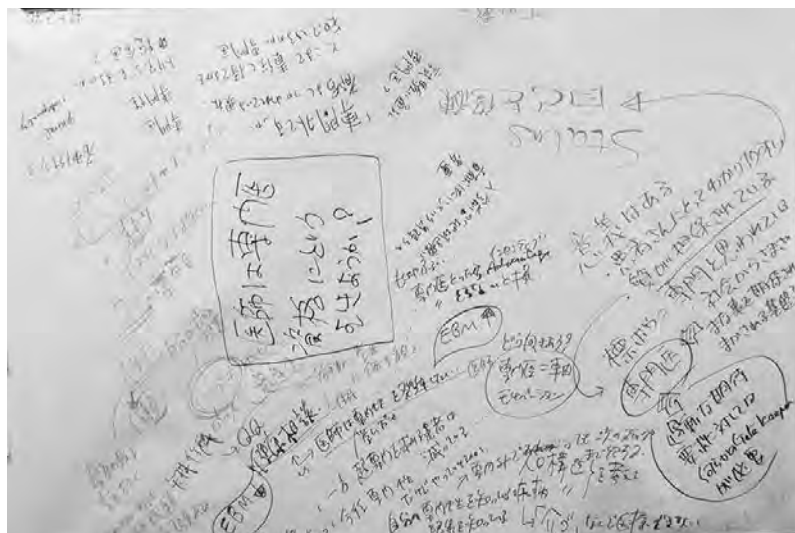
広島大学 医学部医学科 地域枠
6年生 高見 優男



今回大変印象に残ったことは、院長クラスの先生方が世代間の話をしてくださった後に、「自分達ももっと上の先生に新人類と言われた」と笑っていらしたことです。いつの時代も、新しい価値観が生まれ、そのときに応じた仕事や教育があるのだと教えていただき

ました。素晴らしいと思ったのは、そんな価値観の壁を越えてなお日本の医療を支える仲間であることが実感できるという点でした。専門医についても、どうなるかわからないという不安な立場から、医療を良くするという立場として見ることでまた違う考えを持つことができました。

千田先生のおっしゃったとおり、場所も世代も状況も違うのですから、それぞれの立場でそれぞれの意見があると思います。私たちができることは、先生方が作ってきたことを真摯に受け止め、より良い形にして後輩に渡すことだと思います。早速、今回皆さんからいただいたものを後輩に伝えたいと思います。本日は本当にありがとうございました。



X. 閉会のあいさつ

岡山県保健福祉部医療推進課
課長 則安 俊昭

新しい医師会館を会場にお借りして、県内の大学・基幹病院から地域の先生方、市長、町長、研修医、学生、他県の方など多くの幅広い関係の皆様に参加をいただき、実り多いワークショップであったと思います。

午前の基調講演では、千田先生から、専門医制度の目指す方向性について多くの御示唆をいただきました。また、県内の基幹病院で臨床研修プログラムを組み立てる責任者である大塚先生、中田先生、福岡先生のお話からは、地域医療を担う責任を担いつつ若い医師を地域に貢献できる医師に育てることに御尽力くださっていることを、皆が感じられたことと思います。

午後のワールドカフェは、初めての試みでありました。専門医制度と地域医療に従事することの折り合いをどう付けるかについて、制度が不安定な中で、また、地域医療で求められることが何なのかの明確な答えがない中での情報交換・意見交換でありましたが、皆様は多くのことを得られたのではないかと思います。

本日のテーマは専門医制度でありましたが、その前の初期臨床研修でジェネラリストとしての基礎を身に付け、患者の様々なニーズにできる限り幅広く応えることが基本で、その上の専門医制度だと思います。

地域のニーズと一人ひとりの医師が望む進路のバランスを如何にとるのは、まずは各医師の問題かもしれません。しかし、これが叶えられる仕組みについては、大学、医師会、行政などが最良の着地点を求めて制度設計をしていく必要があると思います。

医師の育成については、思いだけで住民に向き合うことは難しいこともありますし、専門分野の追求だけではできないこともあります。研究も医療のレベルアップには必須でありましょう。そうした中でのバランスをどう考え、地域にどう貢献していくのかについて、本日のワールドカフェで皆様が議論し、ベクトルが揃っていったのであれば、我々にとって最高の会であったと思います。

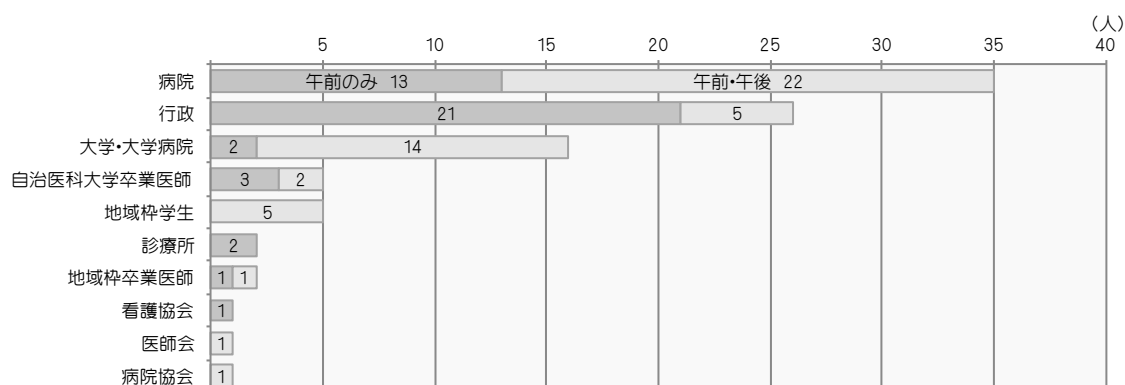
本日得られましたことを明日からの業務や今後の制度設計に生かしてくださればありがたく存じます。今後ともよろしくお願いいたします。



XI. ワークショップ後のアンケート結果

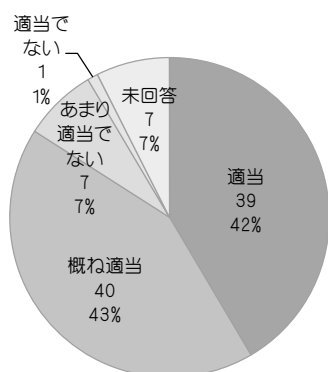
1. 午前の部（対象：基調講演聴講者）

1.1 所属について（参加者：108人、回答者：94人、回答率：87%）



※参加者名簿とは一致しない場合があります。

1.2 地域枠卒業医師の勤務病院選定方法について



＜ 適当と回答した理由 ＞

- (病院)
- ・県北の医師不足より・・・。
- (大学・大学病院)
- ・病院・学生それぞれの意向が反映されるので。
- (自治医科大学卒業医師)
- ・マッチング形式で本人の希望も入るため。
- (地域枠卒業医師)
- ・公平を期すためにはどうしてもこういった方法になると思いました。
- (行政)
- ・医師の配置状況には年齢構成、人数など地域格差があるため、適当と考える。
 - ・地域の医師不足の評価を、医師の平均年齢、病院へのアクセスなども総合的に評価する形に修正された点
 - ・制度としても良く整理されて、公平であり、かつきちんと合意形成のプロセスを踏んでいるので、大きな不満が聞かれていないのは大きいと思います。
 - ・ある程度地域バランスを反映できる。立場が違っているので客観的な感想になる。評価される内容に間違いはないと思うが立場ではない。

＜ 概ね適当と回答した理由 ＞

- (病院)
- ・他に思いつかない。
- (大学・大学病院)
- ・マッチングの時に個人の事情が、どれほど加味されているのかが不明である。
- (行政)
- ・地域の医師の平均年齢とDPC病院までのアクセスを入れたのは良い。医師が足りなくても大病院に近いところは問題ないでしょう。
 - ・地域のニーズ、医師本人のスキルアップ、生活等様々な面から関係者の共通理解を得ながら決めておられる。
 - ・地域の医師不足に関する配点を大きくしていただければと思います。

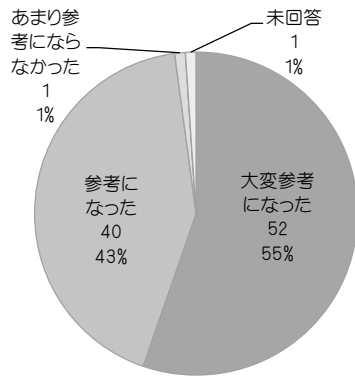
＜ あまり適当でないと回答した理由 ＞

- (病院)
- ・教育指導体制や救急車受入件数の向上は、高齢化したスタッフ医師の数人で回している地域病院では困難である。外部基幹病院とのタイアップで研修レベルを上げることができれば、それも評価してほしい。
 - ・説明にもあったが、指導する余裕がないような常勤医の少ない病院の救済策をどうするか。県北以外にも医師不足に困窮している病院がある。ポイントの加割割合が現状で良いか。
 - ・点数化して病院を評価できているように見えるが、妥当性が検討不十分である。
 - ・県北限定の根拠：医師数は市町村別の評価？経営状況：赤字の要因は医師不足によるものである。正しく評価されているのでしょうか？
- (大学・大学病院)
- ・岡山大学の話でしかなかった。

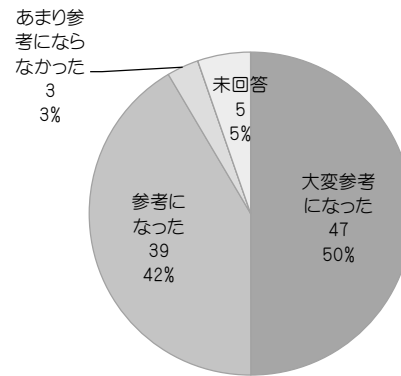
＜ 適当でないと回答した理由 ＞

- (行政)
- ・県の主体性を出すべき。

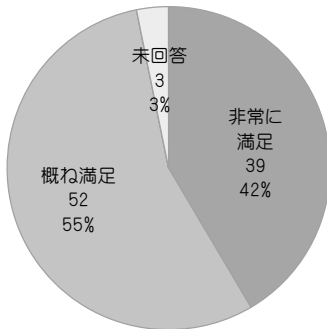
1.3 基調講演「専門医育成の仕組みについて；地域医療を担う医師のために」は参考になりましたか。



1.4 基調講演「地域とともに内科専門医を育てるプログラムを目指して」は参考になりましたか。



1.5 午前の部全般について満足されましたか。



《 非常に満足の理由 》

(病院)

- ・現況がよく理解できた。
- ・千田先生の話には共感しました。日本専門医機構を誤解していました。

(大学・大学病院)

- ・専門医の在り方から新制度まで詳しく理解できました。

(行政)

- ・専門医制度の状況が把握できた。
- ・他では聞くことが難しいお話をいただきました。
- ・部分的な情報が分からなかった。新専門医制度で議論されていてことや制度の全体像が学べた。
- ・千田先生のお話では、今の専門医制度の難しさと、重要性を良く示していただきました。大塚先生のお話も、県全体として generalist を育成しようというしっかりした意識を感じられました。

(地域卒学生)

- ・制度についての理解がほとんどできていなかったのに、理解が進むとともに、将来のキャリアプランについて改めて考える良い機会になりました。

《 概ね満足の理由 》

(病院)

- ・もう少し明快なメッセージを期待していましたが、やや残念です。難しさも理解します。
- ・現状がよく分かった。

(大学・大学病院)

- ・新専門医制度、地域医療について再確認できました。
- ・新日本専門医機構の動向について情報が欲しい。

(行政)

- ・専門医としての地域経験は本当に地域医療体制の改善につながるのでしょうか？専門医の総合診療能力の確保が必要ではないでしょうか？
- ・考察の参考になった。

(地域卒卒業医師)

- ・新しい制度についてはこれまで断片的な情報しか入ってきておらず、今回は解釈も交えて非常に詳しいところまで伺うことができました。また、同期と共有できればと思います。

1.6 地域医療支援センターの活動に関する御意見・御感想を御自由にお書きください。

＜ 意見・提案 ＞

(病院)

- ・研修医が地域の病院に求めるものを情報としてどんどん教えていただきたい。
- ・地域枠制度はそもそも医師不足で困っている所へ医師に半強制的に行ってもらおうという目的で始まった制度である。今は行かされる若い医師をどう育てるか、身分などに重点が置かれている印象である。その医師がどうやって病院、地域に貢献できるか、するべきかということも話し合う必要がある。地域枠卒業医師はそうでない医師と比べて、専門医資格を取るのが遅れるのは仕方がないと思う。

(自治医科大学卒業医師)

- ・現場を知るということは大事だと思います。

(地域枠学生)

- ・具体的な趣旨に関するお話ができて有り難く感じました。地域枠以外の学生にも聞いてもらいたいです。

(行政)

- ・もう少し地方公共団体との連携をお願いします。
- ・今後より密接な連携を取っていきたい。真庭市としても、医師を育てることに留意していきたい。



＜ 感想 ＞

(病院)

- ・地域枠卒業医師の「診療科選択は制限なし」と理解しましたが、正しい理解でしょうか？
- ・難しいが大切な役割を制約の多い中で御苦労様です。
- ・いつもお世話になりありがとうございます。
- ・自治医や地域枠のためにこれからも頑張ってください。お疲れ様です。

(診療所)

- ・精神科医として、地域医療のことが気になっいる者で、少しおじゃま的に学ばせていただきました。

(大学・大学病院)

- ・いつもお世話になっております。新制度は延期になりましたが、今後ともよろしくお願い申し上げます。

(自治医科大学卒業医師)

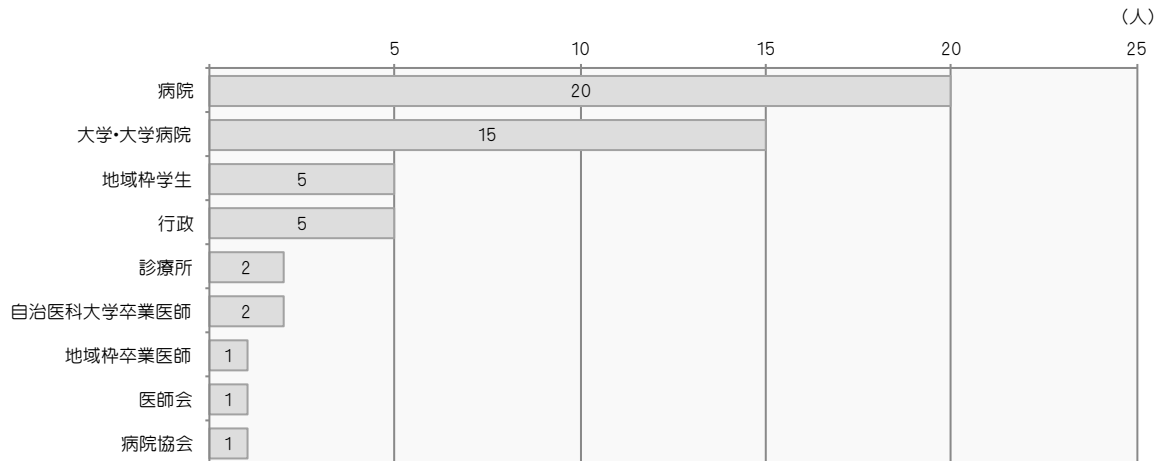
- ・地域枠卒業医師が地域に出てからが楽しみです。自治医大生と協力していきたいと思います。
- ・多くの医療機関の利害調整も大変だったと思いますが、少しずつ議論を重ねて、制度設計として良いものへと合意形成していただき敬意を表します。

(行政)

- ・実際に地域医療を担う医師の育成は多くの困難があることを実感しました。多くの皆様の力により総合診療医がステータスとして高まることを願うばかりです。ゼネラリストとしての視点、納得です。多くの方々の力をいただきながら、大塚先生の姿そのものが地域を診る医師を育てる大きな力になるものと確信いたしました。本日はありがとうございました。
- ・全般的に基本的なところがよくわかっていないことがよくわかった。
- ・他県からの参加でしたが、内容のある講演会を開催していただきありがとうございました。勉強になりました。地域の事情は違っても、参考になる取組は多々ありますので、今後もよろしくお願いします。
- ・途上なので今後に期待する。10年後、20年後、地域枠制度が評価されることを望みたい。

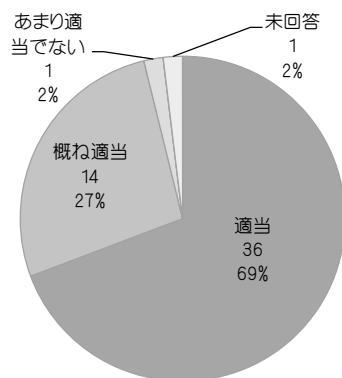
2. 午後の部（対象：ワールドカフェ参加者）

2.1 所属について（参加者：60人、回答者：52人、回答率：87%）



※参加者名簿とは一致しない場合があります。

2.2 「医師は専門医資格にどう向き合うか」はテーマとして適当でしたか。



《 適当と回答した理由 》

（病院）

- ・ 学生、研修医、指導医、管理者それぞれの立場で。
- ・ 色々な意見が聞けてよかった。
- ・ 専門医に対する考えについていろいろな人と共有できた。

（地域枠卒業医師）

- ・ キャリアの面で先生によく相談させていただくテーマだっただけに、とても身が入りました。

（地域枠学生）

- ・ 岡山が今後専門医制度に立ち向かう上での動きがスムーズになるように思う。
- ・ 専門医資格に対する考えについて実際にそれを持っている先輩方から聞くことができ、勉強になりました。

《 概ね適当と回答した理由 》

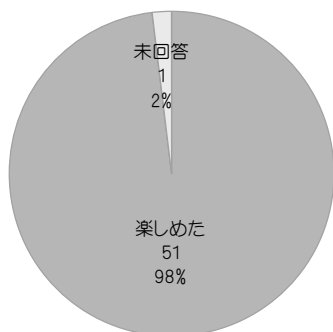
（病院）

- ・ 若い医師の参加が多数あると、このテーマで議論が深まったと思います。
- ・ 少し難しかった。
- ・ 自分のモチベーションの維持のみでなく、教育のためにも必要と感じた。
- ・ 地域医療を担う医師にとっての専門医資格とは？非常に難しい内容でしたが様々な意見があって楽しいひと時でした。

（大学・大学病院）

- ・ トピックであるため。
- ・ 専門医制度は延期になってしまったが、今後の重要な課題である。

2.3 ワールドカフェでは、リラックスしてグループ内の会話を楽しめましたか。



《 非常に満足 》

(病院)

- ・いろいろな立場の人の意見を聞かせていただきました。
- ・ワールドカフェ形式で自由に意見交換ができました。
- ・他施設・他科の先生のお話が聞けて有意義でした。
- ・緊張なく気楽に参加できる雰囲気が良かったです。

(地域卒卒業医師)

- ・先生方がとても気さくに話を聞いてくださるので、とても有意義に過ごせたと思います。

(地域卒学生)

- ・主体的な参加者が多かった。
- ・実際に医師として働いていらっしゃる先生方とお話しさせていただき、どのような医師が望ましいかがよりはっきり見えてきたように思います。
- ・積極的な発言による活発な意見交換ができた。新しい観点、自分とは違った意見を得る機会となった。

《 概ね満足 》

(病院)

- ・学生のコメントが良かった。
- ・いろいろな人と話ができよかった。
- ・もう少しぐるぐる回りたいかったです。

(大学・大学病院)

- ・いろいろな意見を拝聴できた。
- ・他科、他職種（行政の方）と意見交換ができて有意義だった。
- ・総合診療への理解の乏しさがより明確になった。

(行政)

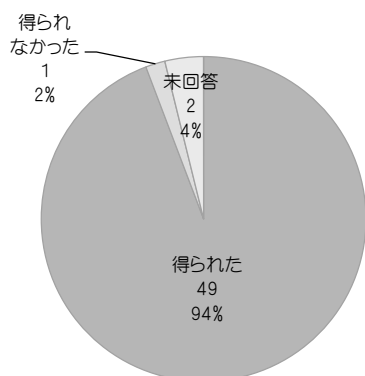
- ・岡山の医療環境の素晴らしさという新しい発見がありました。
- ・臨床医、学生、首長の考えが違ふことが改めて確認できました。

《 やや不満 》

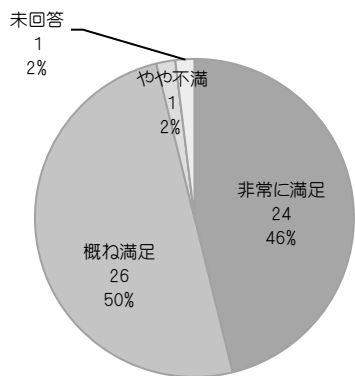
(病院)

- ・うまくまとまらなかった。

2.4 ワールドカフェでは、持ち帰って周りの人と共有したい新たな発見などは得られましたか。



2.5 午後の部、全般について満足されましたか。



2.6 今後の話し合いのテーマなど御意見・御感想をお聞かせください。

＜ 提案・意見 ＞

(病院)

- ・ 県北の地域情勢の現状報告と医療者の役割について
- ・ 医師の偏在是正に対する取組
- ・ ジェネラリストと専門医は相反するのでしょうか？“専門医である前に医師である”ことを皆忘れていないでしょうか？
- ・ 医療は24時間だと思いますが、労基法を守りながらそれを達成するにはどうすればよいのか。
- ・ ①遠隔地における指導＋学習に関するイノベーション（どんな方法がある？）② -1 専門医になる前の医師のプロフェッショナリズムやその価値は何ですか？② -2 卒前教育におけるプロフェッショナリズムの目標・達成状況～どこまで教えているのか、どこまでできるのか～。

(大学・大学病院)

- ・ 地域医療の光と影。
- ・ テーマは“あなたのキャリアパスの一部を地域へ” → 開業だけでないシステムがあれば。他職種をチームにできる専門家の育成が大事である。
- ・ 魅力ある研修体制を構築するために何が必要か。研修提供側、研修を受ける側との合同ワークショップはどうか。
- ・ 今後新専門医制度が発足すると今まで以上に地域に医師が回るようになるので、そこで何を教えるかが非常に重要です。地域で何も得られなければ、将来地域で働く人が減る可能性もあります。地域の指導者も大きな責任を伴うことになると思いますので、指導力のアップが必要と感じます。新専門医制度は地域医療にとってチャンスでもあり、ピンチでもあると思います。
- ・ 地域医療 / 地域での研修をどう「楽しむ」か？

(地域枠学生)

- ・ 研修病院の選定マッチング

(行政)

- ・ キャリアラダーについて、今の議論は最短コースに主眼を置いている気がするのですが、もう少し長い（遅いタイミングでの専門医取得）話をできると良いのかと思いました。

＜ 感想 ＞

(病院)

- ・ 若い医師の成長が楽しみです。

(診療所)

- ・ 楽しかったです。立場の違う相手としゃべるのは大切ですね。

(行政)

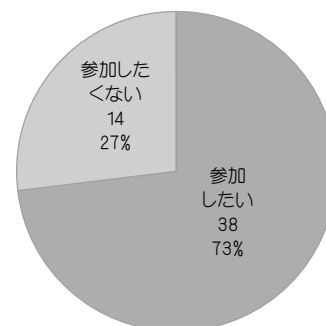
- ・ 行政の立場から参加し、医師の立場からの意見が聞けました。今後も参加させていただき、行政にも反映させたいです。

(地域枠学生)

- ・ 素晴らしいかったです。一般の学生も来たら、きっとまた違ったものになりますね。ありがとうございました。



2.7 次回、案内があった場合、参加されますか。



(資料) (作成) 岡山県保健福祉部医療推進課 (発行) 平成 28 年 7 月 15 日

岡山大学・広島大学の医学部医学科を志望する皆さんへ (平成29年4月入学者用)

岡山県の「地域枠」のご案内

岡山大学と広島大学の医学部医学科では、岡山県の「地域枠」の学生を募集し、岡山県内の医師不足地域の医療を支える医師を養成しています。

岡山県は、「地域枠」入学者全員に返還免除条件付きの奨学資金を貸与します。



<平成29年度入試>

大学	選抜方法 (※1)	地域枠の名称	募集人員	出願資格等
岡山大学	推薦入試Ⅱ	地域枠コース・岡山県	7人	岡山県内の高等学校出身者等(※2)で、岡山県が貸与する奨学資金を受給し、かつ卒業後は岡山県内で医療に従事する強い意志がある者
広島大学	推薦入試	ふるさと枠岡山県コース	2人	

※1 両大学とも、大学入試センター試験が課されます。

※2 次のいずれかを満たす者としてします。

- ① 岡山県内の高等学校(中等教育学校の後期課程を含む。)を平成26年4月から平成29年3月までに卒業又は卒業見込みの者
- ② 岡山県外の都道府県の高等学校(中等教育学校の後期課程を含む。)を平成26年4月から平成29年3月までに卒業又は卒業見込みの者で、出願時において本人又は保護者が岡山県内に居住していること。

<岡山県の奨学金制度>

貸与期間	6年間
貸与額	月額20万円(6年間総額1,440万円) ※貸与を受ける際に、2人以上の保証人が必要です。
返還免除条件	医学部医学科を卒業し医師免許を取得後、義務年限期間(貸与期間の1.5倍の9年間)を、岡山県知事が指定する県内の医療機関における医療業務(以下「指定業務」という。)に従事すれば、奨学資金の返還が全額免除されます。 なお、返還する場合は、貸与額に違約金(年10%)を加えた額の一括返還となります。

地域枠の3つのメリット

1 キャリア形成の支援

岡山大学地域医療人材育成講座、広島大学地域医療システム学講座、岡山県地域医療支援センター、認定特定非営利活動法人岡山医師研修支援機構の医師等が、立場を越えて地域医療の魅力を共有し、学び合い、相談や助言を行うなど、顔の見える関係で支えます。

2 総合評価の高い医療機関での勤務

岡山県内の医師不足地域で診療に従事する医療機関は、岡山県地域医療支援センターで地域の医師不足、教育指導体制、地域で果たしている役割などを総合的に評価し、選定します。

3 奨学資金の返還免除

岡山県が貸与する奨学資金(6年間総額1,440万円)が、9年間の義務年限期間を指定業務に従事することで、全額返還免除されます。

義務年限期間中の指定業務

義務年限期間中に従事する指定業務は次のとおりとなります。身分は指定業務に従事する医療機関の職員とし、労働条件は従事する医療機関が定める規定が適用されます。

また、義務年限期間の中断制度があり、例えば、2年を超えて下表の選択研修を受ける場合は2年以内、育児休業の場合はその期間の中断を認めています。

なお、制度改正等があった場合は、取扱いを変更することがあります。

指定業務	従事期間	指定業務の要件
臨床研修	2年	・岡山県内の大学病院又は岡山県内の基幹型臨床研修病院（※1）が行う研修を受けること。
地域勤務	5年以上	・岡山県知事が指定する県内の医師不足地域の医療機関に勤務し、診療に従事すること。 ・臨床研修修了後、遅くとも2年目には岡山県知事が指定する医療機関での勤務を開始すること。
選択研修	2年以内	次の研修を受けること。 ・岡山県内の専門研修基幹施設（※2）が行う研修 ・岡山県内のその他の施設が行う研修で岡山県知事が認めたもの

（※1）他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、臨床研修の管理を行うもの

（※2）専門医を育成するための専門研修プログラムを管理し、プログラムに参加する専攻医と施設を統轄する医療機関

<参考例>

義務年限開始

義務年限終了

1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	10年目
臨床研修		地域勤務		選択研修		選択研修 【中断】		地域勤務	

<お問い合わせ先>

岡山県保健福祉部医療推進課
地域医療体制整備班 担当：平田 英俊
〒700-8570
岡山市北区内山下 2-4-6
電話：086-226-7084
E-mail：hidetoshi_hirata@pref.okayama.lg.jp

編集後記

本報告書を最後まで御覧いただき、ありがとうございます。

さて、本県では、御承知のとおり、2009 年度から、医師不足地域の医療機関で将来診療に従事する医師を確保するための奨学資金制度を運用しています。奨学資金の貸与者（岡山大学と広島大学の医学部地域枠入学者）は、2016 年度現在で 53 人であり、今後の貸与予定者を含めると 70 人になる予定です。

2017 年 4 月には、初めて岡山大学の地域枠卒業 1 期生 2 人が医師不足地域の医療機関に配置されます。今回 2 人が勤務する病院は、配置希望のあった県北の 16 病院の中から選定条件の評価により候補病院を 4 病院に絞り、4 病院と 1 期生 2 人との間でマッチングを行った結果、2016 年 12 月に高梁市の高梁中央病院と真庭市の金田病院に決定しました。

マッチングの際には、4 病院に労働条件を提示していただきましたが、その内容を見ると「ありがたい」という気持ちと「やはりそうか」という感想を持ちました。「ありがたい」と思ったのは、給与の良さで、「そこまで期待していただき、ありがとうございます」と言いたくなる内容です。「やはりそうか」と思ったのは、病院が求める業務内容は、「外来診療」「病棟業務」「日常診療」等で、地域枠卒業医師には幅広く業務をこなしてほしいということでした。地域枠を卒業した皆さんには、大学や初期臨床研修で培われたプライマリケア能力に磨きをかけて、地域住民から信頼される医師になっていただくとともに、医師不足地域での医療を経験した地域枠卒業医師はひと味違うと言われるような医師になっていただきたいと願っています。

最後に、御多忙にもかかわらず、ワークショップに御参加いただいた方々と、本報告書に御寄稿いただいた基調講演講師の先生方、そして、本報告書の編集に御尽力いただいた地域医療支援センターの皆様にも厚くお礼申し上げます。

岡山県保健福祉部医療推進課

副参事 平田 英俊

一昨年より、地域枠卒業医師の配置希望調査の集計と本書の編集を担当しております。膨大な調査量にもめげず丁寧に回答していただいた皆様には、心より感謝申し上げます。

医事会計やオーダリングといった院内情報管理システムの開発に関わり、20 数年前にはこんなものが実現するのだろうかと思いながら試作したレセ電算システムも、今やあって当たり前のものとなりました。その後も、何かしら医療に御縁のある仕事をさせていただいていますが、配置希望調査については、これが岡山県の地域医療の充実に関わるという事で大変大きな責任を感じています。配置を希望される医療機関、地域勤務を希望する医師双方にとって、公平でクリアな評価になればと、試行錯誤しながら今に至っております。今後とも御協力をお願い申し上げます。

岡山県地域医療支援センター 下山みどり

表紙（奈義町現代美術館から望む那岐山）

「2016 年地域枠学生・自治医科大学学生合同セミナー in 美作」の一環として奈義町を訪問しました。

（2016 年 8 月 20 日）

岡山県内 27 市町村の地域医療に関する取組調査の集計を担当いたしました。

担当された方には忙しいところ真摯に御回答いただき、ありがとうございました。感謝いたします。

また、午後に実施したワールドカフェのまとめとして書いていただいた付箋の取りまとめもいたしました。

医師・研修医・行政の担当者・医学生と立場を越えて話し合いをしたワールドカフェでは、本音が垣間見え、立場の違う意見を聞くことで自らの見方を変えるという場面もあったように思います。

医学生の皆さんも先輩方の中に入り自分の考えを発言し、先輩方の話から現状が伝わってきたのではないのでしょうか。

先輩方からは「若い医師の成長が楽しみです」という感想もいただき、研修医や医学生の成長を期待すると同時に、自らも若い医師の育成に努力するという姿勢が伺えました。

研修医や医学生の皆さんは、このような肥沃な大地に根を張り、岡山県の医療問題の解決に貢献する医師に成長していただきたいと思います。応援しています。

岡山県地域医療支援センター 秋田政子

第4回 地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ ～ 医師は専門医資格にどう向き合うか～

発行 岡山県地域医療支援センター
(岡山県保健福祉部医療推進課内)
〒700-8570 岡山県岡山市北区内山下二丁目4番6号
TEL : 086-226-7381
FAX : 086-224-2313
E-MAIL : chiikiiryou-center@pref.okayama.lg.jp
<http://chiikiiryouokayama.wixsite.com/centerokayama>

