

岡山県地域医療支援センター 主催

第7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

地域医療を守り、持続させるためには

日 時 : 2019年7月28日（日）10:00～15:30

会 場 : 岡山コンベンションセンター

（岡山市北区駅元町14-1）



主催 : 岡山県地域医療支援センター
<http://chiikiiryouokayama.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
岡山県へき地医療支援機構
認定NPO法人岡山医師研修支援機構

◆◆◆ 目 次 ◆◆◆

I. プログラム「第7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」.....	1
II. スタッフ名簿	2
III. 参加人数／参加者名簿	3
1. 参加人数	3
2. グループワーク（午後の部）参加者名簿	3
IV. 開会あいさつ	5
岡山県地域医療支援センター センター長 糸島 達也	
V. 地域枠卒業医師の勤務病院選定方法	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. 基調講演「地域医療と働き方改革」.....	11
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 片岡 仁美	
VII. パネルディスカッション「地域医療と働き方改革」.....	23
司 会：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	
パネラー：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 片岡 仁美	
岡山県病院協会 会長 難波 義夫	
岡山県愛育委員連合会 会長 岡崎 文代	
岡山県保健福祉部 参与 則安 俊昭	
VIII. 午後の部 開会あいさつ	30
岡山県 保健福祉部 医療推進課 課長 下野間 豊	
IX. グループワーク「地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準について」..	31
進 行：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	
1. 参加者・グループ発表	31
2. まとめ	38
X. 寸評	41
落合病院 地域枠卒業医師 脇地 一生	
落合病院 院長 井口 大助	
X I. 閉会あいさつ	42
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 片岡仁美	
X II. ワークショップ後のアンケート結果	43
1. 午前の部（対象：基調講演聴講者）.....	43
2. 午後の部（対象：グループワーク参加者）.....	48
＜資料＞岡山県の地域枠制度について	51



I. プログラム 「第7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 : 2019年7月28日(日) 10:00 ~ 15:30

開催場所 : 岡山コンベンションセンター (岡山県岡山市北区駅元町 14-1)

(午前の部) レセプションホール (2階)

(午後の部) 展示ホール (2階)

参加者 : 90人 (うち午後の部: 44人)

<午前の部 10:00 ~ 11:50 >

1. 開会あいさつ

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

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「地域医療と働き方改革」

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 片岡 仁美

4. パネルディスカッション「地域医療と働き方改革」

司 会: 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

パネラー: 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 片岡 仁美

岡山県病院協会 会長 難波 義夫

岡山県愛育委員連合会 会長 岡崎 文代

岡山県保健福祉部 参与 則安 俊昭

<昼食・懇談 11:50 ~ 13:00 >

<午後の部 13:00 ~ 15:30 >

5. 開会あいさつ

岡山県 保健福祉部 医療推進課 課長 下野間 豊

6. グループワークの進め方について

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

7. グループワーク「地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準」

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

8. グループ発表

7. まとめ・寸評

落合病院 地域枠卒業医師 脇地 一生

落合病院 院長 井口 大助

8. 閉会あいさつ

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 片岡仁美

<記念撮影>



II. 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

下野間 豊 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

片岡 仁美 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 " 教授

小川 弘子 " 岡山県南西部（笠岡）総合診療医学講座 准教授

忠田 正樹 認定NPO法人 岡山医師研修支援機構 理事

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

斎藤 雅史 岡山県保健福祉部医療推進課 地域医療体制整備班 総括参事

藤原 隆昭 " 副参事

立石 元太 " 主任

佐藤 元宣 " 主任

海原 喜彦 " 主事

吉武 佑理 " 主事

中西 勇人 " 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

矢部 彰子 " 岡山大学支部 事務職員

倉橋 陽子 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 事務職員



III. 参加人数／参加者名簿

1. 参加人数 (午前の部: 基調講演講師・パネリスト計4人を含む)

所	属	等	<午前の部>	<午後の部>	合計
			基調講演等	グループワーク	
医師会等	岡山県医師会		1	1	1
	岡山県病院協会		1	1	1
	岡山県へき地医療支援機構		1	-	1
	医療ネットワーク岡山協議会		1	-	1
医療機関	岡山県愛育委員連合会		1	-	1
	初期臨床研修病院(大学病院を除く)		10	5	10
	地域枠配置病院		5	5	5
	自治医師配置病院		3	3	3
大学・大学病院	病院		31	11	31
	診療所		2	2	2
	岡山大学・岡山大学病院等		6	1	6
行政	市町村長・副市町村長		3	2	2
	岡山県・市町・保健所等		13	4	14
	(県外)市町・地域医療支援センター		2	1	2
地域枠	地域枠卒業医師		6	7	8
卒業医師・学生	地域枠学生(岡山大学・広島大学)		2	1	2
合	計		88 (午前のみ) 46	44 (午前のみ) 2	90 (終日) 42

2. グループワーク(午後の部) 参加者名簿

所	属	職名等	氏名
司会進行	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
ファシリテーター	〃	教授	片岡 仁美
〃	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 岡山県南西部(笠岡)総合診療医学講座	准教授	小川 弘子
〃	岡山県保健福祉部	参与	則安俊昭
〃	岡山県地域医療支援センター	センター長	糸島達也
〃	〃	センター長補佐	忠田正樹
〃	岡山県地域医療支援センター 岡山大学支部	専任医師	岩瀬敏秀

No.	区分	医療圏域	所属	職名等	氏名	グループ
1	医師会		岡山県医師会(井原市立井原市民病院)	常任理事(院長)	合地明	B
2	病院協会		岡山県病院協会会长(金光病院)	会長(理事長・院長)	難波義夫	D
3	初期臨床研修病院	岡山市	岡山市立市民病院	地域医療部長	堀内武志	A
4	〃	〃	岡山赤十字病院	第一血液内科部長	竹内誠	C
5	〃	〃	岡山医療センター	診療部長	太田康介	D
6	〃	〃	岡山協立病院	院長	高橋淳	E
7	〃	津山・英田	津山中央病院	院長補佐	岡岳文	F



III. 参加人数／参加者名簿

No.	区分	医療圏域	所属	職名等	氏名	グループ
8	大学病院	岡山市	岡山大学病院 消化器外科	医局長	吉田 龍一	G
9	地域卒業医師勤務病院	県南東部	赤磐医師会病院	副院長	片山 信昭	E
10	〃	県南西部	笠岡第一病院	院長	橋詰 博行	C
11	〃	高梁・新見	高梁中央病院	副理事長	戸田 佳介	G
12	〃	〃	成羽病院	院長	紙谷 晋吾	B
13	〃	眞庭	落合病院	院長	井口 大助	F
14	自治医師勤務病院	高梁・新見	渡辺病院	理事長	遠藤 彰	D
15	〃	〃	〃	医局長	溝尾 妙子	A
16	〃	津山・英田	鏡野町国民健康保険病院	院長	寒竹 一郎	C
17	診療所	高梁・新見	哲西町診療所	理事長	深井 正	B
18	〃	〃	〃	医長	岡正登詩	E
19	病院	岡山市	岡村一心堂病院	理事長	岡村 暢大	E
20	〃	〃	岡山県精神科医療センター	院長	来住 由樹	F
21	〃	〃	藤田病院	院長	渡邊 剛正	A
22	〃	県南東部	吉永病院	病院事業管理者	荻野 健次	B
23	〃	倉敷市	重井医学研究所附属病院	院長	眞鍋 康二	B
24	〃	〃	水島中央病院	院長	松尾 龍一	F
25	〃	県南西部	笠岡市立市民病院	院長	稻垣 登穏	E
26	〃	高梁・新見	長谷川紀念病院	理事長・院長	長谷川 賢也	C
27	〃	眞庭	勝山病院	理事長・院長	竹内 義明	G
28	〃	津山・英田	田尻病院	参与	河本 幸三	A
29	〃	〃	中島病院	院長	中島 弘文	D
30	行政等	県南東部	赤磐市役所	副市長	前田 正之	D
31	〃	高梁・新見	新見市役所 健康増進課	部長	林 裕司	F
32	〃	眞庭	眞庭市役所 健康推進課	部長	上島 芳広	A
33	〃	〃	眞庭保健所	所長	西田 典数	C
34	〃	〃	新庄村役場	副村長	大野 厚吉	E
35	〃	津山・英田	美作保健所	所長	川井 瞳子	A
36	〃	県外	愛媛県 医療対策課	担当係長	和氣 吉宏	G
37	地域卒業医師	岡山市	岡山市立市民病院 総合内科	初期臨床研修医	高見 優男	B
38	〃	県南東部	赤磐医師会病院	医師	尾下 遼	D
39	〃	県南西部	笠岡第一病院	〃	内藤 修子	G
40	〃	高梁・新見	成羽病院	〃	梶谷 聰	E
41	〃	眞庭	金田病院	〃	石田 智治	F
42	〃	眞庭	落合病院	〃	脇地 一生	A
43		津山・英田	積善病院	〃	山田 裕士	C
44	地域卒学生		広島大学	5年	伊木 道子	G



IV. 開会あいさつ

岡山県地域医療支援センター
センター長 糸島 達也



皆様おはようございます。岡山県地域医療支援センター長をしております糸島です。今日は1日よろしくお願ひいたします。猛暑の日曜日ではありますが、お集まりいただきましてありがとうございます。

『地域医療担う医師を地域で育てるためのワークショップ』も第7回になりました。午前の部では、当センターの岩瀬専任担当医師が「地域枠卒業医師の勤務病院選定方法」の説明をし、その後、岡山大学地域医療人材育成講座の片岡仁美教授に「地域医療と働き方改革」をご講演いただきます。続いて同じテーマでパネルディスカッションを予定しております。

地域枠医師も第1期生が卒業して5年目になります。地域への派遣も多いときには38名になると予想しています。また、総数では74名になる予定です。昨年は午後の部のワークショップで、地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準、すなわち後期配置の候補病院をどう選定するかについて検討をお願いしました。今年も同様のテーマでワークショップを行います。選定方法のより具体的な方向性が出てくることを期待しております。

それでは皆様、どうぞよろしくお願ひいたします。ありがとうございました。



第7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：グループワークの参加者とスタッフ

2019年7月28日（日）（於：岡山コンベンションセンター）



V. 地域枠卒業医師の勤務病院の選定方法

岡山県地域医療支援センター 岡山大学支部
専任医師 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
2019/7/28

本日お話すること

- ・地域枠制度のおさらい
- ・医療対策協議会で検討された方針
- ・勤務病院の選定方法
- ・後期配置の考え方と昨年頂いたご意見

2

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。

3

本日は、制度のおさらい、医療対策協議会で検討された方針、実際の勤務病院の選定方法について説明させていただき、後期配置の考え方・ご意見をご紹介します。

一地域枠制度の概要一

まず、地域枠制度の概要です。県から奨学金を貸与された地域枠学生が岡山大学と広島大学にあります。一定期間、知事の指定する医療機関で勤務することによって、奨学金の返還が免除されるという制度です。この一定期間というのは、卒後9年間、貸与年数の1.5倍の期間になります。初期研修と選択研修のそれぞれ2年間を義務期間に含むため、実際に医師不足地域で働く地域勤務期間は5年間になります。また、5年間ずっと同じ場所ではなく、2ヶ所以上で働くことを想定しています。

一地域枠卒業医師の配置予測一

現在、地域枠学生は48名で、そのうちの約半分の23名が女性です。地域枠卒業医師は24名で、そのうち6名が女性です。2023年から10年間は20名以上が地域勤務をすると予想され、そこに占める女性の割合は3割から6割まで変動する見込みです。留年や選択研修などいろいろなイベントによって、配置予想人数のグラフの山が低くなり、すそ野が広がった形です。義務年限中に地域で働く医師は、2019年は合計8名、来年は9名と予想され、次は14名、更に19名と勢い良く伸びていき、しばらく横ばいで続いた後に減っていくという形になる予定です。

次に、初期研修以降の地域枠卒業医師全体の予想人数のグラフをご覧ください。研修や自己研鑽をされる先生方や、2024年からは義務を終了した先生方もおられます。義務を終えた先生方がどのくらい地域に残るかによって、地域枠卒業医師の配置人数が減った時に、地域医療の支え方も変わってくるでしょう。



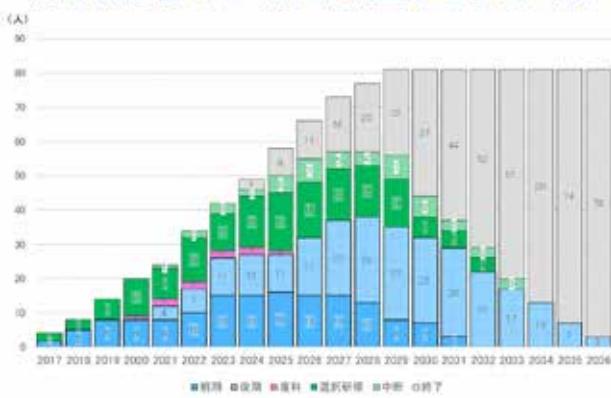
地域枠制度のおさらい

・地域枠学生・医師は何名?

学生48名（女性：23名）、医師24名（女性：6名）。
2023年から10年間、20名以上が配置されるとの予想。
(女性が占める割合は3割～6割で変動)



初期研修後の地域枠卒業医師の予想人数



地域枠制度のおさらい

・身分・待遇

地域枠医師の身分、待遇は、病院職員とし、病院の水準での給与とする。入局は自由。

→ 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とのマッチングで勤務病院は決定される。

6

医療対策協議会での検討

・勤務地域

県北の状況を勘案した上で、県南にも可能な範囲で配置する方針が引き続き承認された。

・診療科偏在対策

産婦人科は、速やかに専門医資格を取得し、当該資格に係る医師不足地域にて働く方針が引き続き承認された。

7

一地域枠卒業医師の身分・待遇

そして、身分と待遇です。自治医科大学卒の先生方と違い、県職員ではなく各病院の職員となるため、各病院の規定に沿った待遇となります。岡山大学の各医局への入局を推奨していますが、強制はしていません。実際には、地域枠卒業医師の多くは入局をしており、医局とも協調しながらキャリア支援をしています。

県は人事権を持たないので、君はここで働きなさいと命令することはできません。あくまでも選択肢を用意して、その中で選んでいただくという格好になります。地域枠卒業医師と候補病院でマッチングを行ない、それぞれの希望に基づいて、勤務病院が決定されます。ただし、産婦人科については診療科偏在対策のため、マッチングという仕組みにそぐわないと考えており、別の対応をとります。

一医療対策協議会での検討（勤務地域）

2020年4月の配置において、県北の状況を勘案した上で、県南にも可能な範囲で配置する方針が、岡山県医療対策協議会で引き続き承認されました。

一医療対策協議会での検討（診療科偏在対策）

産婦人科以外の診療科については、地域勤務の期間については、地域で求められる需要に応えるため、多くの場合は総合医的に働きながら、週に1日の研修日を用いて好きな診療科の研鑽を行うことができるとして説明しています。また、産婦人科については、速やかに専門医資格を取得して産婦人科医として地域貢献する形で診療科偏在対策を行います。現在2名の先生方が産婦人科医としての修練を積んでおり、産婦人科医として地域貢献を行っていく予定です。

一勤務候補病院の選定方法（前期配置）

勤務候補病院の選定方法について説明します。まず、地域勤務を希望する地域枠卒業医師の人数と地域の医師不足の評価を基に、二次医療圏ごとに候補病院の数を決めます。そして、毎年、市町村や病院の先生方に多大なるご協力いただきしております5月のアンケート調査の内容を評価して圏域ごとのランキングを作成し、上位から候補病院が選定されます。ただし、既に地域枠卒業医師が配置されており、翌年も引き続き勤務する病院は評価を減算し、なるべく多くの病院に配置されるような仕組みにしています。地域勤務を希望する医師の1.5倍程度の数を候補病院とすることによって、地域のニーズが高いと考えられる病院に医師が配置されるようになると考えています。

選定方法は、毎年少しづつ訂正を加えています。かつては圏域ごとのランキングではなく、県全域のランキングの上から順に候補病院を選ぶ仕組みでした。しかし、その方法



V. 地域枠卒業医師の勤務病院の選定方法

勤務病院の決め方

- ・**圏域毎の候補病院数**をセンターが設定する。
- ・病院・市町村の回答したアンケート結果に基づいて圏域毎にランキングを作成する。
- ・**引き続いて翌年も地域枠医師が配置される場合**には病院評価を減算する。
- ・地域勤務する医師の**1.5倍程度**を候補病院とし、マッチングにて選定する。

配点（重み付け）

	2018年度	※2019年度
①教育指導体制	21点	23点
②地域で果たしている役割	17点	19点
③地域の受け入れ体制	16点	8点
④待遇	16点	14点
⑤救急車の受け入れ件数	13点	17点
⑥認定施設かどうか	11点	12点
⑦経営状況	6点	7点

※ 本説明を実施後に見直した配点を追記した。

2017年4月からの配置病院



2018年4月からの配置病院



では勤務地域が偏ってしまったため、昨年から圏域ごとに候補病院を決めるという方法に変更しています。

評価は①教育指導体制、②地域で果たしている役割、③待遇、④地域の受入体制、⑤救急車の受入状況、⑥新専門医制度への取組状況、⑦経営状況と色々な視点を加味して行っています。圏域ごとの評価に変わったので、④地域の受入体制（市町村の回答）を病院の評価（スコアの一部）として考えることがあまりふさわしくなってきた印象もあり、これを変更すべきか検討していきます。

（追記）「スライド9」のとおり、配点を見直した。個々の病院の事情をより評価に反映させるため、④地域の受入体制の評価を16点から8点に下げ、8点分をその他の項目の重みで案分した。

—2017年から2019年までの配置病院—

実際にどのように医師が配置されてきたかを二次医療圏ごとに色分けした岡山県の地図上にお示します。緑の星形は自治医の先生方が勤いているべき地医療拠点病院です。2017年の初めての配置では、候補病院が高梁・新見圏域から2病院、真庭圏域から2病院が選定されました。そして、実際にマッチした病院は、高梁中央病院と金田病院でした。2018年の候補病院は、高梁・新見圏域が3病院、真庭圏域が3病院で、津山・英田圏域は0でした。県全域でランキングをすると、津山圏域の病院が候補には上がらなかつたのです。そして、実際にマッチした病院は、成羽病院、湯原温泉病院、落合病院でした。候補病院の選定に偏りがあるのではないかということで、昨年、圏域ごとに候補病院数を設定する仕組みに変更しました。候補病院を県南東部・県南西部圏域がそれぞれ1病院、高梁・新見圏域が3病院、真庭圏域が2病院、津山・英田圏域が2病院としたところ、赤磐医師会病院、笠岡第一病院、高梁中央病院、金田病院、積善病院にそれぞれ1名勤務することとなりました。

—2020年度の配置予測—

現時点では、今年度で赤磐医師会病院、成羽病院と落合病院の先生が勤務を終えられて、研修に入る予定となっていますので、来年も継続して地域枠卒業医師が勤務する病院は、真庭圏域2病院と県南西部・高梁・新見、津山・英田圏域のそれぞれ1病院（計5病院）の見込みです。（※）

面談の中で確認する限り、来年新たに地域勤務を開始する地域枠卒業医師は3名になりそうです。どこの圏域にいくつ候補病院を用意するのが適当かということをこれからセンターの中でも検討するところです。



2019年4月からの配置病院



2020年4月からの配置病院



後期配置の考え方

- ・前期配置では教育指導体制が重視された。
- ・後期配置では**前期配置や選択研修での経験を活かし、地域医療に貢献できる施設に配置されるべきと考えられる。**
- ・どうやって選定すべきか。

14

昨年のWSで頂いたご意見

- ・後期配置でも**教育は重要**である。
- ・**愛**を評価してはどうか。
- ・なるべく**継続性**を担保してほしい。
- ・**定着**してもらいたい。
- ・**診療所**への配置も認めるべきではないか。

15

ここまでが前期配置の考え方ですが、引き続き、午後のワークショップでもご議論いただく後期配置の考え方について説明します。

一後期配置の考え方一

前期配置では、「教育指導体制」を重視してきたところですが、後期配置では、前期配置や選択研修での臨床経験を生かして地域医療に貢献できる施設に配置されるべきだと我々は考えています。

では、実際にどうやって配置先を選定すべきか、昨年の本会で皆様ご議論いただき、ブレインストーミング的に幅広くご意見をいただきました。後期配置でもやっぱり教育は大事だろう、教育が全くなされないとろに行くのは違うのではないかというご意見がたくさん出ました。そして、評価が難しいのですが、「愛」です。いかに地域枠医師を愛しているのか、大事に思っているのか、サポートしようと思っているか、地域で温かく受け入れようとしているのかといった姿勢を評価してはどうだろうかというご意見をいただきました。まだ受け入れてないところをどのように評価するのか非常に難しいところですが、実際に勤務した病院がどのように彼らを扱ったのか事後的な評価としては使えると考えていますし、非常に大事な視点だと考えています。また、「継続性」ですね。ぜひ残ってほしいといった希望を伺いましたし、出来ればそのままずっと残って定着してほしいという意見も多かったです。また、病院だけではなく、診療所の配置も認めるべきではないかというご意見もいただきました。

それらを受けてセンターがどのように考えているかを説明します。前期配置と全く同じ指標で評価すると、同じようなところに配置することになってしまいます。前期配置の候補病院については教育する余裕のある病院が高い評価になっている、もっと困っている病院や支援が必要な病院は違うのではないかというご意見をいただくことがあります。困っている病院だから配置するとはすぐになりませんが、前期配置と全く同じ視点で評価してしまうのは違うだろうと私も考えています。

残念ながら、候補病院に選定されても実際にはマッチしていない地域がありますし、地域枠卒業医師が面接に行かなければ全く病院が彼らにアプローチする機会すらないということも起きているので、今後は候補病院の先生方と地域勤務する地域枠卒業医師とが一堂に集まる合同説明会を開催して、互いにアピールし合う機会を設けることで、よりバランスのとれた地域配置に繋げたいと考えています。また診療所への配置については、確かに診療所で働いて地域貢献することもとても大事だと思うのですが、まずは病院への配置を進め、その病院からの診療所支援という形が望まし



センターでの検討状況

- ・前期配置と後期配置のスケジュールを完全にずらして実施することは難しい。
- ・前期配置とは違った視点で評価すべき。
- ・候補病院と地域枠医師が一堂に集まる合同説明会の開催を検討中。
- ・診療所への配置は病院への配置が進んだ後が望ましいか。

16

まとめ

- ・2023年以降10年間は、**20名以上**の地域枠医師が地域の医療機関に配置される。
但し、**後半は減少する**。定着に期待。
- ・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。
- ・**地域勤務する人数**によって、圏域ごとの候補病院数は変動する予定である。
- ・後期配置の選定方法については関係者の意見を参考にしながら決めていく方針である。

17

いのではないかと考えています。

また、来年度は実際に後期配置のマッチングを行いますが、今のところ、12月半ばに前期配置のマッチングが確定する形になるので、前期配置と後期配置のスケジュールを若干重複した中で動かしていくことになるだろうと考えています。また、午後のワークショップで、皆様のお考えを伺いたいと思います。

まとめ

今までの説明をまとめます。2023年以降10年間は20名以上の地域枠卒業医師が義務として地域の医療機関に配置されることになります。岡山県の持つドクターリソースの一部である地域枠卒業医師による地域の医療機関への支援が最も手厚い期間になります。そして、2029年以降は義務として地域勤務する地域枠卒業医師は減少していきます。義務終了後も定着してもらいたい、また、そのままずっと岡山に居続けなくても一度外に出た先生方にまた帰って来てほしいと思っています。

県は人事権を持っていないので、県の意向だけで配置を決められません。そのため、マッチングという方法で、病院と地域枠卒業医師の希望を聞いて配置を決定していく流れです。

そして、地域勤務を希望する人数によって配置される病院の数は変わるために、常に増えていくわけではありません。来年がおそらく一番少なく、それ以降だんだん増えていく予定です。

そして、来年度以降決めなければならない後期配置の考え方については、当センターと県だけで決めるのではなく、実際に配置される地域枠の先生方、地域の先生方の声も参考にし、決めていきたいと考えています。

説明は以上です。ご清聴ありがとうございました。

(※ 2019年10月現在、2020年も地域枠卒業医師が継続して勤務する病院は、真庭圏域2病院と県南東部、県南西部、高梁・新見、津山・英田圏域のそれぞれ1病院の計6病院の見込み)



VI. 基調講演「地域医療と働き方改革」

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 片岡 仁美



第7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

地域医療と働き方改革

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
片岡 仁美



自己紹介

- 1997年 岡山大学医学部医学科卒業 第三内科（腎免疫内分泌代謝内科）入局
- 1997-1999年 岡山大学病院、中国中央病院（広島県福山市）などで研修医、准特任
- 2000-2003年 大学院で糖尿病性腎症研究
- 2003年 大学病院総合内科へ
- 2005年 総合内科副病棟医長、病棟医長
- 2006年 Thomas Jefferson大学留学
- 2007年 文部科学省プロジェクトに採択され女性医師として
- 2008年 卒後臨床研修センター講師
- 2010年 地域医療人材育成講座教授
- 2017年 厚生労働省医師の働き方改革検討会委員



本日の内容

- なぜ働き方改革か
- 医師の働き方改革の背景と検討会議
- 医師の働き方改革はどうなるか
- 今後の方向性と地域医療



【現職】

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
岡山大学医療人キャリアセンター MUSCAT センター長

【学歴】

1997年 3月 岡山大学 医学部医学科 卒業
2003年 3月 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 修了

【経歴】

1997年 4月 岡山大学病院 第三内科 研修医
9月 公立学校共済組合中国中央病院 内科 研修医
1999年 10月 岡山大学病院 第三内科 病棟医
2003年 9月 岡山大学病院 総合診療内科 医員
2005年 8月 岡山大学 医療教育統合開発センター 助手
2007年 4月 ノルウェー 助教
2008年 8月 岡山大学病院 卒後臨床研修センター 講師
2010年 5月 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
現在に至る

【学会及び社会における活動等】

(学会関係)

日本内科学会 認定医、総合内科専門医、指導医／日本糖尿病学会 専門医、指導医／日本腎臓学会 専門医／日本プライマリ・ケア学会 指導医／日本病院総合診療学会 評議員、認定医／日本内科学会 評議員／日本老年医学会 代議員／日本総合診療医学会 Journal of General and Family Medicine 編集委員／日本内科学会 Internal Medicine 誌 編集委員／日本性差医学・医療学会 評議員／日本医学教育学 代議員

(厚生労働省)

医師の働き方改革の推進に関する検討会 委員／医師の働き方改革に関する検討会 委員／医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ 委員／医道審議会医師分科会医師専門研修部会 委員／女性の健康の包括的支援総合研究事業 中間・事後評価委員会 委員

(文部科学省)

職業実践力育成プログラム（BP）認定審査委員会 委員／大学における医療人養成の在り方に関する調査研究 委員



VI. 基調講演「地域医療と働き方改革」



なぜ働き方改革か



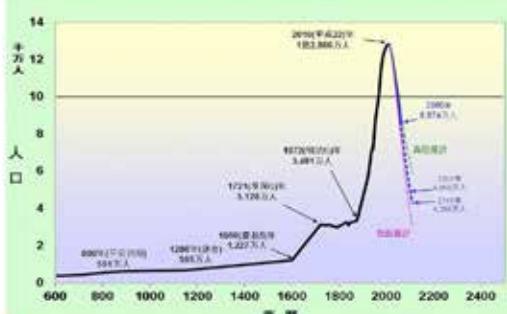
日本の労働制度と働き方にある課題



5



日本人口の歴史的推移



6



働き方改革のスケジュール

2016年6月	「働き方改革実現推進室(仮称)」設置
9月	「働き方改革実現会議」初会合
年内	同一労働同一賃金のガイドライン策定
17年3月	働き方改革の行動計画取りまとめ
18年6月	関連法案成立

9分野で改革の方向性を明示	
1 非正規の待遇改善	同一労働同一賃金を導入
2 賃金引き上げ	賃金水準を年率3%程度上げ、賃給1000円に
3 長時間労働の適正化	罰則付きの残業上限を設定、インゴー化規制も導入
4 転職・再就職支援	転職者受け入れ企業の助成拡大、転職支援を強化
5 優れた働き方	テレワークを拡大、育児・副業を推進
6 女性・若者の活躍	就学率の機会均等、就職氷河期世代の支援
7 高齢者の就業確保	65歳以降の雇用継続や定年延長へ助成拡充
8 子育て・介護・仕事両立	保育士や介護職員の賃金・待遇を改善
9 外国人材受け入れ	改定規制を総合的に検討開始

深刻な働き手不足→働き手の確保：誰もが働く、事情があっても働く

7

今日は「地域医療と働き方改革」ということでお話をさせていただきます。働き方改革については、いろいろと報道されているので、当事者として、経営者として、よくご存じである、あるいはもう実践していらっしゃるという方も多いかもしれません、なぜ働き方改革という流れになっているのか、その背景と検討会がどのように今の結論を出したのかということ、そして、医師の働き方改革が実際にこれからどう進んでいくのか、それが地域医療にどのように影響を及ぼすか、影響を及ぼすことはもう火を見るよりも明らかなのですが、具体的にどういうことが起こりうるか、そのためには、どういう対策を講じていく必要があるかといったことも課題として述べていきたいと思います。

1. なぜ働き方改革か

-日本の労働制度と働き方にある課題-

私は厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」の構成員として、2年間この課題についての議論に参加してきました。

第1回の検討会で「日本の労働制度と働き方にある課題」という資料をいただきました。こういう課題があるので働き方改革を進めなければいけないという説明でした。正規・非正規の不合理な待遇の差、長時間労働、ライフステージに合った仕事の仕方を選択しにくい単線型のキャリアパス等が問題だと言われましたが、本当のところは、深刻な働き手の不足がもう目の前に迫っているということです。働き手の確保が、日本の国、あるいは社会を維持するための喫緊の課題であるということです。そのためには誰もが働く、事情があっても働くということで、働き手を確保せざるを得ない。そこまで差し迫った状況があると言われています。

-日本の人口の歴史的推移-

「日本の人口の歴史的推移」の図については、改めて説明する必要はないかもしれません、このように増え続けてきた我が国の人囗は、もう頂点を超えてここから先、大変な勢いで人口が減る社会というのが見込まれています。そして、ただ単に減るだけではなく、高齢者人口の割合が増えて、高齢者を支える若手、働く人の人口比率が非常に少なくなることが予測されています。色々な課題の根底にある働き手不足が目の前に迫ってくる中で、どうやってそこに対処していくかということです。

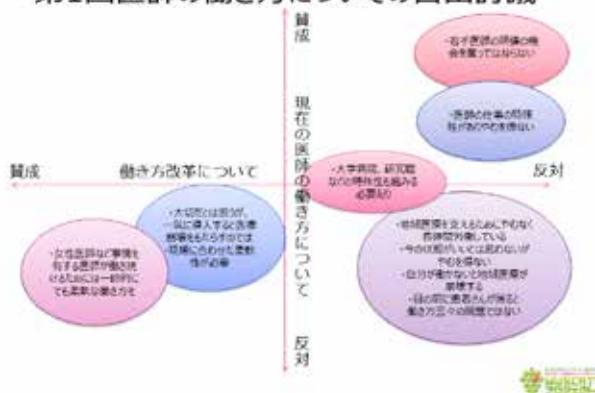
-働き方改革実現会議-

働き方改革については、2016年に「働き方改革実現推進室」が設置されて、2018年6月に関連法案が成立しており

VI. 基調講演「地域医療と働き方改革」



第1回医師の働き方についての自由討議



13



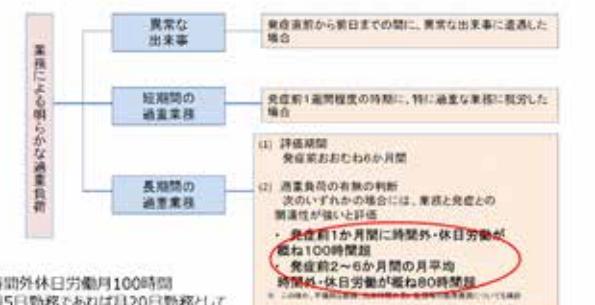
1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合



14



脳・心臓疾患の労災認定基準



15



これまでのキャリアパスと勤務実態



16

一なぜ医師にも働き方改革が必要なのか

なぜ医師に働き方改革が必要なのかということで、出てきた数字的なものをご覧いただきます。総務省のデータによると、過労死ラインにほぼ近い週 60 時間以上労働している者の割合が、医師は 41.8% で、全職種を通じて最も高い数字になっています。また、平成 27 年度の勤務医 1 万人アンケートによると、自殺や死を毎週また毎日考える医師の割合が 3.6%、抑うつ中等度以上の医師が 6.5% です。これは日本医師会のまとめたデータで、私はこの数字を高いと思いますけれども、医師会の報告書には、前回のデータより少なくなっていて喜ばしいと書いてありました。現場でこういうふうに追い込まれた状態の方の割合が多いということです。そして、76.9%、これはヒヤリハット体験がある医師の割合ということになります。結局のところ、長時間労働や非常に負荷が大きい仕事をする中で、医師自身の健康問題というのも考えなければいけないし、また、医療安全という意味でも、これは長時間労働だけが問題ではもちろんありませんが、そういうことも直結するということではないかと思います。

第1回 医師の働き方についての自由討議

第1回の「医師の働き方改革についての自由討議」で出された色々な意見を座標にしてみました。

「現在の医師の働き方には反対だが、働き方改革にも反対」という意見が一番多かったです。地域医療を支えるためにやむなく長時間労働しているんだ、今の状態が良いとは思わないが、しようがない、他に方法があるのか、自分が働かなければ地域医療が崩壊する、目の前に患者さんがいるのに働き方云々とか、そういうのは問題じゃないという意見が多く出ました。医師は労働者ではない、元々、労働と思って働いていないから、働き方改革と言われてもそぐわないという意見もありました。

一方で、「今の働き方に賛成だから、働き方改革に反対」という意見もありました。構成員の若い先生からは、若手の研鑽の機会を奪うことになるのでは、仕事が特殊なのでやむを得ないという意見もありました。また、大学病院などは特殊性があるのではという意見もありました。

働き方改革は必要だろうが、一気に導入すると医療提供体制に問題を起こすのではないか、現場に合わせた柔軟性が必要なのではという意見もたくさん出ました。また、女性医師も含めて事情を有する医師が働き続けるためには、一時的にでも柔軟な働き方をする必要があるのではという意見もありました。こういった中で、やはり無理だという意見も非常に多くを占めておりました。

ただ、現状を見ると、より勤務時間が長いのは若手医師で、20 代の男性医師の勤務時間は平均で 64 時間 59 分、平均



値で過労死ラインを超えていたのです。女性は全般的に男性より少し勤務時間が短いのですが、子供がいる女性と子供がいない女性に分けると、子供がいない女性の勤務時間は、男性と全く一緒で、結局のところ、年齢が上がっていくといふから少なくなるとか、子供がいる女性は少ないとか、多少の差はあるが、いずれにしても、全体として長いということは間違いないとおもいます。

—脳・心臓疾患の労災認定基準—

精神疾患は少し別の基準ですが、脳・心臓疾患では、発症前1ヶ月間に時間外・休日労働が概ね100時間を超えていたことが労災認定基準になります。時間外・休日労働が月100時間というのは、週5日、月20日間の勤務であれば、1日5時間の残業になります。当直や休日労働をしなくても、1日5時間残業をして13時間の勤務、週あたり65時間働けばすぐに超えてしまうような時間です。そのくらい働いている人は結構いらっしゃるのではないかと思います。

—これまでのキャリアパスと勤務実態—

私が厚労省に提出したデータでは、臨床研修病院に勤めていた頃の勤務時間は、週1回当直をして週に80から90時間ぐらいです。労災認定基準から言えば、はるかに超えています。大学病院ではもっと長くて、週1回当直をして

第5回 勤務医の健康確保について

「医師の過労死」

第5回 医師の働き方改革に関する検討会



東京過労死を考える家族の会
中原 のり子



17

—第5回 勤務医の健康確保について—

第5回の検討会で、80年代に小児科医のご主人が病院の屋上から飛び降りて亡くなるという経験をされた中原のり子さんが医師の過労死問題についてお話をされました。私も患者さんが目の前にいるのだから、長時間労働は仕がないとずっと思っていましたが、中原さんに本当にそれで良いのか、もう1人も同じような犠牲者を出して欲しくないと言われて、その言葉を重く受けとめなければいけないと思いました。私の周りでも、当直の後、車で外勤先の病院に行こうとして事故で亡くなつたというような話は結構あって、そういう話を身の回りで聞いたことがないという人を探すのが難しいほどです。

—睡眠不足と健康、連続勤務と診断エラー—

我々は地域医療を守ることと、医療人自身の健康を守ることをどう両立させていくかということを考える時期にあるのではないかと思います。アメリカのレジデントのデータですが、24時間以上連続勤務をした後の交通事故の可能性はオッズ比で2.3倍、ニアミスだと5.9倍というデータがあります。そして、患者さんへのアウトカムに関係するものでは、34時間以上の連続勤務をすると診断のエラーが460%増えるなど、色々な診断エラーが起きると言われています。

今の働き方に支えられて、非常にアクセスの良い医療、全国津々浦々まである程度均霑化したハイクオリティな医療が保たれているのは間違いないのですが、患者の安全という



睡眠不足と健康

Table 1. Risk of Motor Vehicle Crashes and Near-Miss Incidents after Extended Shifts.*		
Variable	Extended Work Shifts (≥24 hr)	Nonextended Work Shifts (<24 hr)
Crashes		
No. reported	58	73
No. of commutes	54,121	180,289
Rate (per 1000 commutes)	1.07	0.40
Odds ratio (95% CI)	2.3 (1.6–3.3)	1.0
Near-miss incidents		
No. reported	1,971	1,156
No. of commutes	54,121	180,289
Rate (per 1000 commutes)	36.42	6.41
Odds ratio (95% CI)	5.9 (5.4–6.3)	1.0

Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns.
N Engl J Med 2005; 352: 125–34

18



連続勤務と診断エラー

- Junior doctors working a 34 h shift will make 460% more diagnostic mistakes than when well rested.
- These same tired physicians will commit 36% more serious medical errors than those working 16 h or less.

A sleep prescription for medicine, Lancet. June 8, 2018

19

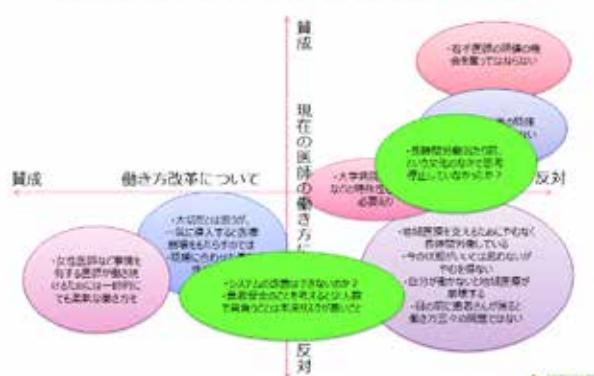
医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組

- 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- 36協定等の自己点検
- 既存の産業保険の仕組みの活用
- タスク・シフティング（業務の移管）の推進
- 女性医師等に対する支援
- 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

23



思考停止せず知恵を絞らなければならない



20

24

応召義務

- 「正当な事由」のある場合とは、医師の不在又は病気等により事实上診療が不可能な場合に限られると解される。

(昭和30年8月12日付医政第755号長野県衛生部長より厚生省医務局医師課長回函)

※ 本通報は、医師不勤の急患につき、被診の医師が休勤不�勤等を理由に往診を断った結果、患者が死亡した医師の急患事案に係る健聴会に対する長野県衛生部長宛ての回函。

- 休日夜間診療所、休日夜間当番医制などの方法により地域における急诊診療が確保され、かつ、地域住民に十分周知徹底されているような休日夜間診療体制が取かれている場合において、医師が実診した患者に対し休日夜間診療所、休日夜間当番院などで鍼度を受けるよう指示することは、医療法第十九条第一項の規定に反しないものと解される。

ただし、症状が重篤である等直ちに必要な応急の措置を施さねば患者の生命、身体に重大な影響が及ぶおそれがある場合においては、医師は診療に応する義務がある。

※ 本通報は、市内において内科・小児科系休日夜間診療体制が整備充実した場合に、休日夜間診療所以外の医療機関に付し患者が詰め診療を始めた場合、医師が在宅しているが、休日夜間診療所の部署を理由に当該診療所に行くよう指示することの是非に係る健聴会に対する名古屋府衛生局事務局での通報。

第10回医師の働き方改革に関する検討会 資料第2回提出資料



重要なことは…

「地域医療の継続性」と「医療人の健康への配慮」の両立



日本医師会「医師の働き方検討委員会」(平成13年2月)「医師の働き方検討会議」(医師の働き方改革に関する意見書) (平成13年2月)

21

25

応召義務

- 応召義務は、医師が国に対して負担する公法上の義務。応召義務違反に対して、刑事罰は規定されていないが、医療法上、医師免許に対する行政処分はあり得るもの。(実例は確認されず)

※ 医師法制定以前(戦前)に開業法令に設けられていた医師の応召義務の規定について、当時は応召義務違反について刑罰の規定があったが、医師法制定時に罰則は削除された。

<参考>昭和30年8月12日付医政第755号長野県衛生部長より厚生省医務局医師課長回函 医師が第十九条の規定違反を行った場合には罰則の適用はないが、医師法第七条に従う。医師としての品位を損するような行為があったときは、あたからて、義務違反を反覆するが如き場合において同条の規定により医師免許の取消又は停止を科する場合もある。

- 私法上は、地裁の裁判例において、病院の不法行為上の過失の認定に当たって、「医師の診療拒否がすべて民事上医師の過失になるとは考えられない」との前置きを置きつつ、「応召義務が患者の保護のために定められた規定であることに鑑み、医師が診療拒否によって患者に損害を与えた場合」に、過失が認定され得るという趣旨の判示をしているものがいくつかみられる。

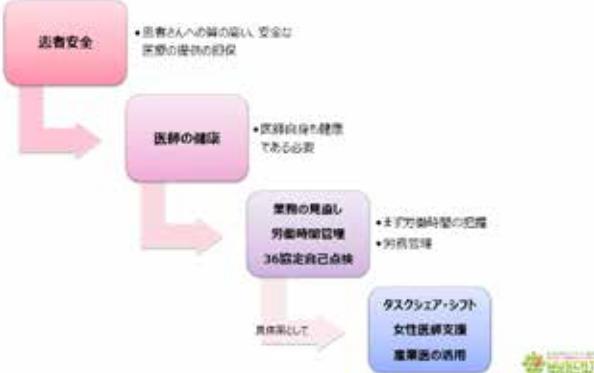
(千葉地裁昭和11年1月21日判決、沖戸地裁平成4年6月30日判決等)

※ 地裁の裁判例は、先例拘束性を有しないことに注意が必要。

第10回医師の働き方改革に関する検討会 資料第2回提出資料



すべきことは何か？



22

26

応召義務の法的性質 (勤務医)



第10回医師の働き方改革に関する検討会 資料第2回提出資料



応召義務の法的性質（開業医）

27



を考えると、少人数で背負うということは、本来リスクが高いのです。仕がないと言わずに、システムをどう改善すべきか、とにかく知恵を絞る時期ではないかと思います。

重要なことは「地域医療の継続性」と「医療人の健康への配慮」の両立ということになります。患者の安全を考えたときに、医師自身も健康でなければいけない。それを実現するためには、業務の見直しも必要ですし、労働時間の管理もいるでしょう。その根本として36協定がどうなっているかということのチェックも必要です。

そして、現実的な具体策としてはタスクをシェアする、シフトする、産業医を活用し、女性医師により活躍してもらうというようなことが必要ではないでしょうか。そこで検討会を始めて約半年後に「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」、6項目が挙げられました。これらは各病院において緊急的に取り組んでほしいということで、厚労省から通達があった内容です。

一応召義務

ただ、これらを考える中で、大きく問題になったのが応召義務と医師の自己研鑽をどう考えるかという2点でした。

応召の義務は、「正当な事由がある場合を除いて、診察をしなければならない」という昭和30年の省令が元になっ

ています。医師が患者に対して、義務があるのではなく、医師が国に対して負担する公法上の義務です。応召義務の違反に対して刑事罰は規定されていませんが、行政処分はあり得るとされています。ただし、実例は確認されていません。また、救急医療に関しては、この応召義務は少し厳しい内容があります。

勤務医も開業医や診療所の開設者も患者に対する義務ではなく、国に対して応召義務を持っているというのが整理された内容です。したがって、厚労省の見解として、応召義務があるからといって長時間労働が容認されるわけではないということが、今回はっきりと示されました。

3. 医師の働き方改革はどうなるのか

検討会は実際に時間外労働をどうするか、目指す方向性の議論にかなりの時間を費やし、規制のラインを決めました。それが、2019年の1月のwebニュースになった「医師の時間外労働 2,000時間上限も 過労死ライン2倍 厚労省案」です。今年の1月に開かれた検討会が5時に終わり、5時10分にはこのニュースが出て、結構な話題になりました。

－医師の時間外労働規制について－

検討会では、時間外労働のABC水準を決めることになりました。A水準は時間外労働を年960時間未満にすること、A水準を満たすことが基本ラインです。ただ、960時間を守ると地域の医療提供体制に影響が出るなど、特例として認められる医療機関においては、B水準が適用されます。そして、C水準は病院ではなく個人、プログラムが対象です。C1が研修医、C2が専攻医ということで、これから専門医資格を取るためにトレーニング中の人ということになります。

非常にセンセーショナルに言われた時間外労働の制限2,000時間というのは、B水準の議論の時に出てきた内容です。最初は1,920時間上限と言われていましたが、その後、1,860時間に落ち着きました。医師の中には1,900時間以上、要するに非常に長時間労働をしている人が約1割、2万人ぐらいいます。このとんでもなく長時間労働している人をとにかく減らして、危険性の少ないレベルにというところで決まったのが1,860時間ということです。ただ、1,860時間以上だと罰則があるというB水準に病院が認定されたとしても、いずれA水準に収束していくことが求められます。

結局、早いか遅いかの違いはあっても、病院としては時間外労働960時間を目指していく必要があります。そして、医師の時間外労働1,860時間については、先ほど紹介した中原さんをはじめとする若手の産婦人科医が中心となって、あまりにも非人間的だと厚労省に反対声明の署名をお出し

医師の働き方改革はどうなるか



MUSCAT
muscat

10

A wide-angle photograph of a large conference room. Numerous people are seated around a long, rectangular table that runs the length of the room. The room is spacious with high ceilings and large windows along the back wall. The people are dressed in professional attire, and the overall atmosphere appears to be a formal meeting or presentation.

医師の時間外労働2000時間上限も過労死 ライン2倍 厚労省案

2020-10-20 17:09:40 | 亂世方略

医師の働き方改革について、厚生労働省は医師が不足している病院などは例外として特例緩和措置を実施する方針を示す一方で、医師会は特に緩和措置を実施する病院へは給付額を

医師の時間外「1860時間」に反対、厚労省に要望書提出「医師の働き方を考える会」署名も5500人超



医師をはじめとする医療関係者らで構成する「医師の働き方を考える会」は3月22日、医師の時間外労働の上限を「1860時間」ではなく、他の職種と同様に、過労死ライン（960時間）を目安にすることなど、48日目から成る要望書を厚生労働省に提出した。

10

医師の時間外労働規制について

医師の時間外労働規制について

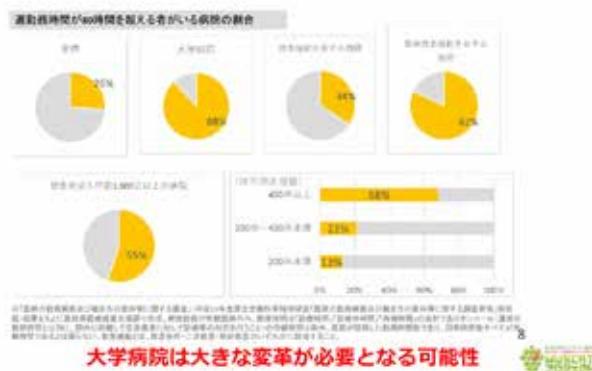
10

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合

区分時間	0~1日目	1~2日目	2~3日目	3~4日目
0~1日目	15.1	29.371.0	23.6	23.7
1~2日目	16.3	18.418.4	11.6	11.1
2~3日目	11.1	11.0	11.1	11.1
3~4日目	2.725	2.725	1.816	1.816



大学病院医師は勤務時間が長い



36

になりましたが、結局、覆ることはありませんでした。

アメリカの研修医には、週 80 時間の労働時間制限があります。これを時間外労働に換算すると大体年 1,900 時間ぐらいになりますから、研修医に関してはアメリカのルールと同じぐらい、そして、B 水準の病院もアメリカの研修医並みの労働時間が上限と考えていただいたらよいかと思います。

B・C 水準は、連続勤務時間制限（28 時間）と勤務間インターバル（9 時間）の確保が義務になりますから、その義務を履行するのは、結構大変だと考えられます。先ほど1割ぐらいの方が非常な長時間労働をしていると言いましたが、そういう方がどこに分布しているのかを見ると、勤務時間が週 80 時間を超える者がいる病院・大学病院の約9割、救急病院の約8割ということになります。これは大学病院や救急病院の人がみんな長時間労働しているということではなく、そういう人がいる割合なので、実際の人数とはまた違うかもしれません。しかし、救急病院、大学病院は、勤務時間の短縮がかなり困難だということだと思います。

そして、勤務時間の短縮が行われたときに次に何が起こるか、地域医療提供体制への影響を考えなければならないと思います。岡山大学の医師による非常勤での診療支援状況ですが、県北については、全体の約3割が、外勤の医師派遣ということになっています。

大学病院に勤務している医師に関しては、時間外労働 960 時間を守るためには、大学病院にいる時間と外勤に行く時間を全部合わせて 960 時間ということが求められるので、外勤に行くことがかなり難しくなる可能性もあると考えています。



岡山大学医師による非常勤での診療支援状況 (常勤換算医師数と人口10万対常勤換算医師数、2013年)



37



今後の方向性と地域医療



38



明確になった点

- 2024年以降の勤務時間の上限について
基本型(A)、
地域医療確保暫定特例水準(B)、
集中的技能習得水準(C)、が決定
- B、C水準の医療機関では、
連続勤務時間制限（28時間）、
勤務間インターバル（9時間）が**義務化**

39

明確になった点

2024 年以降の時間外労働時間の上限については、基本形の A 水準で年間 960 時間、地域医療確保暫定特例水準（B 水準）と集中的技能向上水準（C 水準）で 1,860 時間というのが決定されました。B・C 水準の医療機関では連続勤務時間制限（28 時間）と勤務間インターバル（9 時間）が義務化されるので、長時間かかると予測される手術をする外科医が次の日も勤務する事は難しくなるので、シフトをよく考えなければいけないということになります。

応召義務についての考え方方が明確になりました。また、宿日直の考え方に関しても 7 月 1 日に新たな文書（労働基準局発 0701 第 8 号「医師、看護師等の宿日直許可基準について」）が出されております。更に、労働と自己研鑽を区分けする考え方方が提示されました（労働基準局発 0701 第 9 号「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」）。





VI. 地域医療と働き方改革



やや明確になった点

- 応召義務について公式見解といえる考え方方が明確になった（昭和23年以来）
- 日当直についても現代化に向けて一歩が踏み出された
- 労働と自己研鑽を区分けする考え方が提示された
- 医療勤務環境改善支援センターの役割強化、県の役割強化（B基準施設選定など）が示された

40

44



70年ぶり宿日直許可基準に関する通知

- 厚生労働省労働基準局は、医師の働き方改革に直結する「医師、看護師等の宿日直許可基準について」と「医師の自己研鑽に係る労働時間に関する考え方について」という2つの通知を、7月1日付で発出した。
- 通知の発出は、医師の働き方改革に関する検討会がまとめた報告書を踏まえた対応で、医師らの宿日直許可基準に関するものとしては、1949年以来、70年ぶり。



45



45

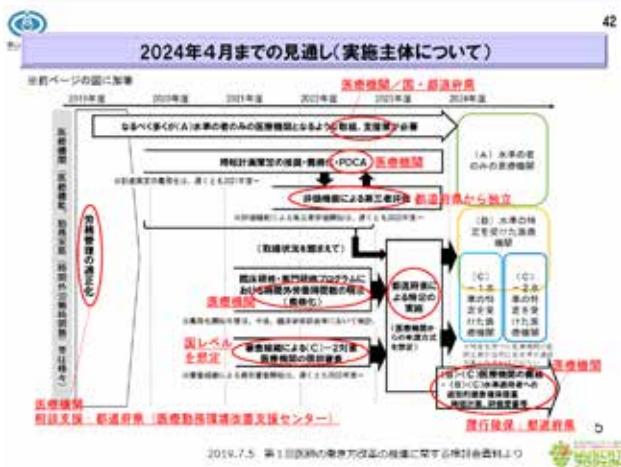
自己研鑽と宿日直基準

○自己研鑽については、マ一般診療の知識・技能修得、マ学位取得の症例研究や論文作成、マ手技向上のための手術見学等という3つの類型に分け、自己研鑽が労働時間に該当するか否かを示した。
→就業時間内は全て労働。就業時間外は自己研鑽と労働の区分けが必要となる。

○医師等の勤務が宿日直として認められる、つまり労働基準法施行規則第23条に基づく許可（以下、宿日直許可）が下りるのは、（1）通常の勤務時間から完全に解放された後のものである。（2）宿日直中に從事する業務は、一般的宿日直業務以外には、特殊な措置を必要としない程度または短時間の業務である。（3）一般的宿日直の許可の条件を満たしている→という3つの条件を全て満たし、かつ「宿直の場合は夜間に十分な睡眠を取り得るもの」である場合。宿日直中に、通常の勤務時間と同様の業務に從事する場合は、「構に」あった場合でも、宿日直許可を取り消すことはないが、これが「宿直」と判断される場合には許可は下りない。
→勤怠対応・救急対応などが多い「当直」は認められず、「夜勤」とすることが必要。割増料金の支払いと翌日の休みが必須。



46



今後に向けて

- 地域医療構想と働き方改革は連動する：個々の医療機関の努力のみでは解決しえない部分がある（集約化・輪番制の議論が必要）
- 医療機関内での勤務時間管理の徹底とともに医療機関同士の連携が一層必要
- 大学病院医師の働き方の変化によって、地域医療提供体制、救急医療提供体制に影響が出る可能性も





今後に向けて

- ・住民・患者さんの理解を得ないと働き方改革を進めることは困難

REPORT

「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」が初会合

2018/10/9

高齢・高機能・高負担の医療

高齢の働き方改革に挑戦する医療、
厚生労働省の「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」が開催された。10月9日に行
なった懇談会では、今後は月1回定期開催のペースで開催し、今後12月ごろから「誰でも利用可能
を「医療のかかり方改革に実践する懇談会」にも
相談する予定。背景は「医師の働き方改革
に関する検討会」の構成員で構成する大企業
厚生労働省医療政策局の役員のほか、アーティスト
のゲーリン閣下がメンバーに名を連ねた。

高齢・高機能・高負担の医療

47



が労働ということにはならず、自己研鑽と区分けするルールを決めていく必要があります。

そして、当直に関しては、急変対応と救急対応などが多い場合は、当直ではなく夜間勤務とすべきだということで、割増料金の支払いや翌日の休みが必須になります。



まとめ

- ・職種を超えた連携・住民の理解が必要
- ・職種を問わず労務管理の徹底が必要
- ・タスクシフトの推進と、より踏み込んだチーム医療が求められる
- ・これらの取り組みは医療安全にも直結する
- ・女性医療人の活躍も鍵

48



御清聴ありがとうございました



そして、医療勤務環境改善支援センターの役割強化、都道府県の役割強化で、おそらくB水準の施設の選定等に都道府県が関わることになると思います。厚労省が9月にもう一度、医師の勤務実態を調査すると言われています。調査を依頼された場合には、ぜひ現場の状況をご報告いただけたらと思います。

先ほど申し上げたとおり、70年ぶりに労働基準局から自己研鑽と宿日直基準について通達が出されました。就業時間は何を置いても全部労働になりますから、自己研鑽か労働かの区分けを考えなければいけないのは、就業時間外ということになります。就業時間外は、病院に居ても全部

—医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の概要—

今後に向けて、地域医療構想と働き方改革は連動せざるを得ないと思います。労働時間が長くなるのは大学病院と大学病院以外では救急医療を担っている施設で、個々の医療機関の独自の努力のみでは解決し得ない部分が多くあります。救急をどのように担っていくのか、集約するのか、輪番制にするのかといった議論も必要になってくると思います。また、医療機関内での勤務時間管理の徹底とともに、医療機関同士の連携も一層必要になってくると考えられます。大学病院の医師の働き方の変化によって地域医療提供体制あるいは救急医療提供体制に影響が出る可能性もあると考えます。

そういう状況を踏まえると、住民や患者さんの理解を得ないと働き方改革を進めることは難しいと思います。この検討会でもいかに患者さんや国民のご理解を得ていくかということはさんざん話が出ました。その結果、「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」が発足し、ゲーリン閣下が構成員になるなどメディアでも取り上げられることになりました。どのようにご理解いただかかということを併せて進めていくことは必要だと思います。

医師の働き方改革には、職種を超えた連携、あるいは住民の方のご理解が必要になると思います。労務管理については、他の職種ではすでにかなり徹底していて、おそらく医師が一番進んでいないと思います。他の職種と同様に医師の労務管理の徹底が必要になります。そして、医師の労働時間を減らすためだけではないですが、より進化したチーム医療をしていくことが必要になります。タスクシフトの推進とより踏み込んだチーム医療が求められると思いますし、こういった取り組みは、医療安全に直結する内容だとも思います。そして、女性医療人の活躍も鍵になると思います。

以上になります。ご清聴いただきましてありがとうございました。



質疑応答

(岡山県医師会 合地常任理事)

本日は岡山県医師会の立場で出席しています。兼業した場合は副業の時間を労働時間から外すという意見が出ていると聞いていますが、この動きはどうなんでしょうか。

(片岡先生)

少なくとも、「医師の働き方改革に関する検討会」が行われた2019年3月までは、メインの就業先が副業も含めて管理をし、全部まとめて労働時間であると結論付けられました。7月から次の段階の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」が始まっております。3月までの検討会では大枠しか決まっていないので、7月から半年をかけて、具体的な面を詰めることになります。まだ1回しか行われてないのですが、おそらく副業に関してどうするかというのはこれから議論になっていくと思いますので、また最新のことがわかりましたらお伝えしたいと思います。

(合地常任理事)

タスクシフトに関して、具体的にどのような領域でどの程度まで可能かというようなことは議論されているのでしょうか。

(片岡先生)

厚労省がどういうタスクシフトをしたら、何時間ぐらい労働時間が減るというようなシミュレーションをして検討しています。ただそれは、今現在ある仕組みの中でこのようにシフトしたらということで、それほど大幅に減ってはいない試算でした。その中では、メディカルクラークに書類業務等の事務作業をシフトすることが、具体的に有効であると言われています。また、医療行為にほぼ近いことに関しては、今までかなり長い講習を受けて少しづつ取得していた看護師の特定行為をパッケージ化してある程度まとめて技能取得を認定しようという案を厚労省は持たれています。

それから、ナースプラクティショナーに関しては、まだまだ数が少ないですし、現実的に全てのところへ取り入れができるのはもっと先かもしれないですが、その果たす役割はかなり大きいということで可能性が期待されている部分だと思います。

(真庭保健所 西田所長)

岡山大学の外勤の先生が地域を支えている割合は出ていたのですが、岡山県には川崎医科大学もあります。全体でどれぐらいといったデータはあるのでしょうか。

(片岡先生)

今回提示したデータは、地域医療人材育成講座を岡山県の寄附講座として作っていただいた時に、地域医療支援センターと協働で、岡山大学の各医局外勤の状況をお聞きして集めたものです。

参考：岡山県医療機能情報 2019年3月末現在、県北3圏域の医師に占める非常勤医師の割合、常勤換算で23%、実数で60%)

(岡山大学病院 消化器外科 吉田医局長)

例えば、4年後に大学病院、救急病院がB水準を取るという段階になったときには、各病院が手挙げをして国が認めるような形になるのか、具体的な手続きの方法が決まっているのでしょうか。また、例えば、B水準になった場合は、時間外が1,860時間であれば、どんな施設も労使協定の時間外の上限を大幅に超えてしまうと思うので、労使協定を結び直すということが求められてくるのでしょうか。現時点でわかっていることがあれば教えていただきたいです。

(片岡先生)

まず、B水準の施設をどのように決めるかは、実はまだ決まっておりません。「第1回 医師の働き方改革の推進に関する検討会」が7月に開かれたばかりですが、どのようにしてB・C水準を認定するかという具体的な計画が出ています。決まっていないことが多いのですが、おそらく第三者が評価をする、実際にB水準を決めるのは都道府県になると言われています。ただ、県の中のどこがどのようなことは決まっていません。各都道府県に設置されている勤務環境改善支援センターの役割は大きいと言われていますが、具体的に構想はあるけれど、まだ決まっていないというのが実情です。

研修医や専攻医はプログラムとして1,860時間が上限になってしまっても、病院がA水準になってしまったら、指導医は早く帰り、若い先生だけが病院に残っているというようなことが起こってしまうので、大学病院や研修病院がB水準を取るのか取らないのかというあたりは、かなり議論になるかと思います。

また、36協定の結び直しは、必要になると思います。大学の場合は、大学全体の36協定から病院だけがかなり逸脱することになりますが、逆に結び直しをしないで、大学の他の教員と同じ36協定だと現場と大きく乖離することになるので、そのあたりも議論が必要ですが、基本的には36協定の範囲内でということです。



VII. パネルディスカッション「地域医療と働き方改革」

パネラー：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 片岡 仁美

岡山県病院協会 会長 難波 義夫

岡山県愛育委員連合会 会長 岡崎 文代

岡山県保健福祉部 参与 則安 俊昭

司 会：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

（岩瀬専任担当医師）

片岡先生の基調講演にもあったとおり、医師の働き方改革では、医師、特に病院勤務医の健康確保と必要な医療の確保の両立を目指しています。医師も労働者であり、適度な睡眠時間を確保しなければ、適切な医療を行うことは難しくなります。こういった総論に反対する人はおられないかと思いますが、今までの日本の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働に支えられてきたというのも事実です。どのようにして医師の健康を守りながら医療の質を保っていくのか、そのために関係者はどう対処すべきなのか、このパネルディスカッションの中でそれぞれの立場の方々からご意見をいただきたいと思います。

規制が始まるのは2024年からですが、それに向けて徐々に体制を整えていく必要があります。いきなり変えることはできませんが、医師の労働時間が短縮されることは目に見えているわけです。できるだけ提供する地域医療の量を減らさない、質を落とさないためには、それぞれの立場の中でどういった対策をしていけばいいのか、何が求められているのかという事について、パネリストの方々からご意見いただければと思います。

まず、則安参与からご意見いただければと思います。

（則安参与）

今、労働者としての医師の適正な勤務環境をいかに整え

ていくかということが大きな課題になっています。国から都道府県には、医療分野での勤務環境改善に取り組むため、法的に位置づけられた医療勤務環境改善支援センターの設置が求められています。岡山県では岡山県医師会に委託して岡山県医療勤務環境改善支援センターを設置し、そこから各医療機関に向けて、勤務環境改善の取り組みをお願いをしているところです。

まず、管理者あるいは開設者が勤務環境を改善していくという誓いをしっかりと立てて、それを現場に伝えます。それぞれの現場では勤務環境改善に向けた計画を立て（P）、それを実施して（D）、評価（C）、改善（A）と取り組みを進化させていくというのが大まかな概要です。

これまでの医療は、医療者が自己犠牲を払い、患者さんのため、地域のために奉仕する、献身することによって支えられてきました。働き方を変えるというのは、現場に大変な負担がかかるので、今、求められてもなかなか難しいというような声もあります。それでも、期限を決めて、今後5年間のうちに大きな変革を実施するというのが、国の目指すところだと思います。

産業界では数年前から働き方改革を進めており、勤務時間を短くしたにもかかわらず業績が上がったという事例もあります。これは国全体で認識されていることで、同じことが医療の中でも求められたということです。勤務環境改善に向けた取り組みは、看護分野ではかなり先行しております





VII. パネルディスカッション「地域医療と働き方改革」

が、今後は医師も含めてしっかりと進めていくことが求められているということだと思います。

(岩瀬専任担当医師)

非常に美しい絵を語っていただきました。そういうふうに動かなければならぬと思うのですが、実際に現場はどういうふうに進めていけばよいのか、ドクターという非常に気難しく誇り高い人たちに言うことを聞いてもらえるのかといったことを含めて経営者の立場から、難波会長のご意見をいただければと思います。

(難波会長)

皆さんもご存じのように、今、働き方改革の時間の問題、数字だけが1人歩きしているような感じがします。

厚労省は、2040年を展望した医療提供体制をどのように持っていくかということで、地域医療構想、働き方改革、地域及び診療科の医師の偏在対策、総合診療専門医の確保等の改革を三位一体で進めようとしているわけです。

医療の特性として、不確実性、公共性、高度の専門性、技術革新と水準向上に関するもの、いわゆる地域医療も大切ですけれども、我々医師は医療・医学の進歩というものにも関わっているわけで、今日は地域医療の方からの切り口のですけれども、そういった医学の進歩等も考えて、こういった医療の特性を担保しながら、働き方改革を進めていくことが非常に大切だと思います。

具体的に申しますと、地域医療を担っている我々のような地域の中小病院は、基調講演で片岡先生がおっしゃられたように、大学病院等の非常勤の先生方の御協力なしにはやっていけません。また、中小病院で常勤医が少ない中、地域の二次救急的なものを担っている病院は救急・夜間・休日の時間外の患者への対応等がかなり厳しく、それを宿す直ではなく勤務だと言われると、やっていけないような気がします。医師が多ければある程度は回るのですが、地域に配置される医師が少ないので、なかなかそういうわけにはいかず、地域医療を守れるかどうかということが非常に問題になってくると思います。

ということで、働き方改革は時間外の数字だけではなく、全体のバランスをもって、例えば、医師の偏在対策などが中心になって、そのあとで時間が付いてくるような議論になつていけば我々としては非常にありがたいという感じがします。

(岩瀬専任担当医師)

現場としての非常に厳しい感覚をお話いただきました。このような病院の経営者の立場からのご意見というのは、医療関係者が聞けばわかるのですが、住民の方々はご存じな

のでしょうか。逆にご存じでなければ、それを知つていただかなければならぬと思うのですが、岡崎会長そのあたりいかがでしょうか。

(岡崎会長)

医療の受け手側、患者にできることは、適正に医療を受けるという意識を持つこと、そして、片岡先生のお話の中にもありましたが、医療現場の現状を正しく理解することが大切だと思いました。

そのためには、自分の体や健康に関心を持ち、病気の症状や家庭での対処方法、また病気の予防などの知識を持つこと、身近なかかりつけ医を持ち、早めの対応ができる状況を作ること、夜間や休日よりもできるだけ日中に受診すること、正しい医療の情報が得られるチャンネルを多く持ち、#8000のような電話相談などを利用してすぐに救急車を呼ばないことなどが挙げられます。

愛育委員会としては、検診の受診勧奨やかかりつけ医を持つことなどの普及啓発、出前講座等による病気の予防や家庭での対処方法などの知識の普及啓発をしています。

(岩瀬専任担当医師)

住民も変わらなければ、利用者として適正な使い方をしなければという意識を持って活動されていることは非常に心強く思います。岡山県では、愛育委員という素晴らしい組織が活動をされているわけですが、住民が自分たちで伝えていくことには限界があるかと思います。これをもっと広く伝えていくためには、行政の力が必要かと思うのですが、則安参与いかがでしょうか。

(則安参与)

非常に難しい課題だと思います。先ほどお話がありました小児の#8000という電話相談事業について、岡山県はかなり重点的に取り組んでいます。他県では高齢者も含めた電話相談事業などに取り組まれているところもありますが、スタートしたら後には引けないので、どこまで有効なのか、慎重にしっかりと効果を確かめた上で判断する必要があると思っております。

例えば、健康相談で住民に対して「〇〇のような症状があれば“専門医”を受診してください」という言い方をすることがあります。また、医療連携体制の構築にあたっては、“専門医”的資格取得者が施設要件であったりします。しかし、今はかかりつけ医の重要性が求められておりますので、「医療機関を受診してください」という言葉にとどめるのか、「“専門医”を受診してください」という言葉を使うのか、そのあたりの働きかけも考えていかなければなりません。

また、病院に入院していれば、患者さんが亡くなるとき



には、医師がベッドサイドにいるというのが、これまでの常識、文化でした。しかし、在宅医療が普及する中、在宅で看取りをすることになると、そこに医師がいるというのは非常に厳しく、ご家族で見送っていただき、朝になってから医師が赴いて、死亡診断をするという話も聞いています。医師がどこまで看取りの瞬間に立ち会うのかということも冷静に考えていく必要があります。

また、医療機関では、患者さんやご家族に対する説明等を勤務時間内にお願いをするというようなことも始められたと聞いています。これまで、患者さんの家族が「夜しか行けません」と言われば、「夜8時に待っています」というような対応されていたところを、患者さんやご家族に良い環境を作りながら、少し効率化していくというのは、行政も含めて、今後、対応の可能性があるかと考えています。

(岩瀬専任担当医師)

今後、新しい文化を作り、医療の適正な受け方を一般に広めていくことが必要なのだろうと感じました。

本拠地は大学病院など都市部にあっても、地方に出向いて支えていくという働き方でなされていた医療提供の文化が、この先、厳しくなっていくというお話が片岡先生からありました。しかし、これが完全ゼロになってしまふと大変なことになります。どのくらい減ってしまうのか、どの程度残していくことができるのかといったあたり、予想でも結構です、片岡先生から何かご意見があるでしょうか。

(片岡教授)

大学病院そのものが働き方改革をどうするか、というところがまだ進んでいないのが現状です。診療だけではなく、研究、学生教育など長時間労働をしている中で、自己研鑽と仕事の切り分けから始めているところなので、まずは大学病院の中での勤務時間ある程度抑え込むというところが難しいと思っています。副業を別扱いにすることになれば、また全然話が違いますが、労働時間に含まれることになった場合の予測は、今の段階ではなんとも言えないというのが正直なところです。

事前の打ち合わせで、大学院生はどうなるのかというご意見がありました。大学院生であれば雇用関係はないという意味では、外勤、地域の病院で働くことが主たる業務になるので認められるのではないかと思います。

まだ、はっきり申し上げる段階にはないと思いますが、大学病院も一つの病院としてどうやってこの課題に取り組んでいくかというところに直面している段階です。

先ほどおっしゃられた患者さんやご家族への説明を勤務時間内にするということは、病院長がかなり早い段階で病院の決定事項としており、貼り紙もしています。実際にそれが

全て守れているかどうかは別として、そういうスタンスであるということを表明したり、あるいは発信したりするということは大事だろうと思っています。

(岩瀬専任担当医師)

ありがとうございます。まさに今進行中の話であってすぐ結論が出せるものではなく、望ましい方向に関係者が努力して進んでいくことが大事だと改めて感じました。

医療の質は費用 (cost)・受診のしやすさ (access)・質 (quality) の三つで評価されますが、全てが同時に成り立つことは難しいと言われています。今までの日本の医療の質は、医師を含めた医療者の長時間労働によって支えられてきましたが、これを改革しようとすると、タスクシフティングが必要になる訳です。メディカルクラークを雇いましょう、インターバルが必要だから代わりの人を雇いましょう、とするとコストはどうしても増えてしまう流れになるのではないかと思うのですが、そのコスト管理に直結する立場であるところの難波会長いかがでしょうか。

(難波会長)

確かに、非常に難しい問題です。私が医者になった50年近く前は、患者1人に対してすることが少なかったんです。今は、1人の患者が中心にいて、その周りに医師や看護師がいて、リハビリ・栄養指導・服薬指導等、多職種によって支える医療ですから、当然、人件費等のコストがかかるわけです。そういう医療を進めながら、国は医療費を削減しようとしているわけです。方針とお金を出すのは別問題だというような感じがします。

メディカルクラークを導入してタスクシフトすると導入前と比べて文書作成が非常に楽になりました。また、文章の質も上がってきましたので、非常に楽になりました。整形外科の交通事故等、色々な診断書をクラークの方々が書いてくださるので、医者は最終チェックをするだけになっています。しかし、医療事務作業補助体制加算は、雇ったクラーク分の経費を十分にペイできるものではありません。

それからもう一つは、医師の代わりをしてくれる認定看護師です。ただ、あまりタスクシフトをすると、今度は看護師の仕事ばかりが増えて、看護部の方からいかがなものかといった声が出てくる事になります。それでも医療に係る色々な仕事や作業が増えています。医師がしなくとも、他の人にその作業はついて回るわけですから、結局、医療費というのは上がっていくわけです。

日本の国民皆保険は良い制度なんでしょうが、この制度の中でこれから上がっていく医療費が全部賄えるかどうかは疑問に思います。いつか根本的に見直したり、改良したりしていく必要性が出てくるのではないかと思います。



VII. パネルディスカッション「地域医療と働き方改革」

わが病院でも、2019年4月から医師を含めた職員の勤務管理をきちんとしています。医師については、紙ベースですが、医師以外はタイムレコーダーで1分単位で時間外を計算するので、コストが非常に増えています。年間で数千万円程度の時間外手当が増えますから、そういう面では経営を圧迫することは事実ですので、戦々恐々としております。

(岩瀬専任担当医師)

現場の改革の状況をお伝えいただき、ありがとうございました。

医療の質を高めようとすると、どうしてもコストがかかってきます。そのコストを保険や税金だけではなく、住民自身も患者負担という形で払っているわけなんですが、そういう意識が患者さんにはおありなのでしょうか。この値段がどういう理由で付いていて、この治療を受けるためにはこの値段は仕方がないんだという意識でいらっしゃるのでしょうか。医療費はとにかく安ければいい、医者は長時間働いて自分に尽くしてくれればいいと思っている方も世の中にはおられるかもしれないですが、その辺りは、病院の中にいてもわかりません。医者同士で話をして、こういった話はこう進めなきゃならないというのではありませんが、ニーズの側、受益者側としていかがなのかといったあたりを岡崎会長にご意見をいただければと思います。

(岡崎会長)

今お話を聞いていても非常に難しい問題なんですけれど、どれほど医師にお金がかかろうが、病院の中の事情がどうであろうが、時間外であろうが、患者にとっては病院に行つたときにきちんと診てくれるというのが一番の基本です。例えば、救急車で行っても、そのときに診られる医師がいいから受け入れられないといって他所に回されるようなことがないのが一番良いです。病院や医師の立場としたら、受け入れられないこともあるかもしれません、受ける側としては、やはりいつでも、行きたい時に、行きたい病院で、希望する先生に診てもらいたいというのが本音だと思います。

(岩瀬専任担当医師)

率直なご意見ありがとうございます。大変なコストがかかるものが、保険のおかげで、安く提供されているんだということを岡崎会長のように知識がある方でも、難しいなと思われるわけです。それを余り知識がない人にどれだけ分かっていただけるか、それを文化として根付かせることが出来るのかというところが気になります。

(岡崎会長)

そういうことを患者側は本当に知らないと思います。ですから、広報や病院からの手紙・掲示物など、色々な方法で患者に伝えるということが大切です。伝えていかないと、何にもわかりません。病院で目にすれば、こういうことで上がっていくんだ、高くなっているんだ、本当は大変なんだということがわかると思います。

(岩瀬専任担当医師)

ありがとうございました。広報することが大事だということが改めてよくわかりました。少々暗い気持ちになりがちなんですけども、それでもこうすればもっと医療を良くできるということを、パネリストの先生方から伺えたらと思います。まず、則安参与にお願いします。

(則安参与)

今、お話を伺った岡崎会長は県民の代表ということでここに座ってくださってますが、最も理解のある県民のお一人で、そういう方が肌で感じていることこそが現実だろうと思っています。おそらく住民の方々は、受けるサービスとそれに対する負担のバランスというものを感じることはないでしょう。しかし、そのバランスを意識していただくような働きかけが必要ではないかと思っています。

また、例えば救急で受診した時に、一般的にはまず総合診療的な見方、トリアージがされて、多くはその場で対応できると思うのですが、患者さんの方が専門医を求める場合があると聞いています。過度の専門医志向で、医療機関も苦しくなるし、患者も専門医に診てもらえるのが当たり前だと思っているのに実現されないことで不満に思ったり、受診しにくくなったりという事があろうかと思います。この辺りで、総合診療や総合診療的な診療能力を身につけるために作られた初期臨床研修制度について、しっかりと普及していく必要があるのではないかと感じています。

岡山大学病院では説明は勤務時間内にすることを明示しているというお話をありました。これはすばらしいことだと思います。他の病院でもそういう姿勢を患者さんに示していただいて、もし不満を抱かれて岡山県の医療安全支援センターに苦情が来たとしても、それは当然のことですよとお答えするというような地道な積み重ねをしながら、文化を変えていく事が大事だと思っています。

(岩瀬専任担当医師)

どうもありがとうございました。岡崎会長、いかがでしようか。



(岡崎会長)

患者さんから、入院していても、先生が見舞ってくれない、症状もあまり説明してくれないという意見を多々聞きました。先生も忙しいから、病状や症状は自分から聞くように伝えたのですが、自分からはなかなか聞けないので、先生から話してほしいということでした。忙しくても1日に1回ぐらいは、顔を見せるというような心遣いも必要かと思います。まずは、患者さんへの対応の仕方も考えながら、働き方改革も考えていただきたいと思いました。

(岩瀬専任担当医師)

ありがとうございました。とても大事な視点だと思います。医療現場は苦しいということだけを訴えて、患者さんと我慢しろと言っても受け入れられないと思います。今、自分のためにこれだけのことをやってくれているということが、患者さんにきちんとわかる形で伝えていくというのは、とても大事なことだと思います。難波会長いかがでしょうか。

(難波会長)

最初に、働き方改革は時間外労働を制限する数字だけが先走ってる感じがするという話をしましたけれども、基本的に医師・看護師等を含めたほとんどの医療従事者というのは、患者さんに寄り添った医療をしたいのです。働き方改革で制限を受けると、経営者や事務方は、余り時間外をするな、罰則に当たるような時間外はなるべく少なくて効率よく働いてくれというようなことを言います。

例えば、朝少し早めに出勤して、電子カルテでその日の患者さんを把握しようとします。しかし、それをするなと言われてしまうために、仕事場全体がちょっとギクシャクしてしまいます。経営する側は労基署が入ってきて罰則などが付けられることを心配して、時間外を必要以上に制限しすぎるのだけれど、それでも分単位で時間外手当は出さなければ

ならないし、もう少しどうにかならないかと思います。

従業員が喜んでいるだけではなくて、ちょっと働きにくい、働き方改革になっているのではないか、中には、悪用する人もいますが、ほとんどの医療従事者は、むしろ窮屈な働き方になっているような気もします。

そのためには、もう少し考えて余裕を持った人員配置ができるいいのだろうと思います。岡山県全体を見ると、かなりの医師偏在がありますので、その辺を県なり、支援センターがうまくコーディネートをして、もう少し余裕を持った医療従事者の働き方ができたらいいと思います。

特に県北の中山間地域では、外来機能も落ちているようです。医師については地域枠制度のように、県北の医師少數地域に配置できるような制度がありますが、看護師や介護士、事務員等は、そういう問題の根本的な解決策がありません。今後、医師以外の人員が足らないために、色々な事業を縮小、あるいは畳んでいかざるを得ないという事が出てくると思うのですが、その地域の医療・介護が、ある程度担保できるように、人員をローテートできるような体制ができればいいなと感じています。

(岩瀬専任担当医師)

望ましい働き方と言いながら、窮屈で本当にやりたい医療やもっと患者さんに尽くしたいということができなくなってしまうのは、本末転倒な気もします。うまくバランスを取るためにには、会長が言われるように余裕がないとできないという事かと思います。その余裕を作るためには集約化という話も進めていかざるを得ないのだろうかと感じました。片岡先生いかがでしょうか。

(片岡教授)

ありがとうございます。働き方改革の検討会は、22回ありました。そのうちのほとんどが実際には時間制限の話ではなくて、医療提供体制をどのように守っていくか、偏





VII. パネルディスカッション「地域医療と働き方改革」

在対策をどうするか、診療のクオリティを下げずにどのように最適な対策がとれるかという話でした。非常に長い時間をかけて話し合いましたが、最終的に、時間的なラインを決めるという大目標がこの検討会に課せられていて、その時間のラインを決めると、1,860 時間という数字が1人歩きして、殺す気か、炎上だというような感じで大騒ぎになりました。

結局、数字がでると、何か罰則で締め付けられるというような受けとめられ方をするのだなという印象をもっています。けれども、本当に大事なのは数字ではなく、患者さんの健康と医療者自身の健康というのは、どちらかが犠牲になって良いものではないので、どちらも満たしていくための方策を考えるということだと思います。幸い、他の職種と比べると、5年間の猶予がありますので、みんなで知恵を絞りましょう。患者さんに全力で尽したい、今できるベストを尽くしたいというのは皆さん思っておられること、医療人の生きがいですし、患者さんのためにならない改革であっては、本気でやろうというモチベーションが湧かないと思います。地域の医療を守るということと医療人の健康を守るということを天秤にかけるのは難しい、両方が大事というふうに言わざるを得ないと思います。

勤務時間が長ければ過労死かというと、そうではないというデータもたくさんあります。やりがいがあって、裁量権がある仕事は過重であっても、健康被害が起こりにくいと言われています。そういう中で時間だけに注目することの問題点はあると思いますが、5年間という長いようで短いこの期間に何ができるか、本気で考えていく必要があると思っています。

岡山県は全国的に見ると、医師不足地域にはなっていません。全国で5番目に医師が多いとされています。そのおかげで、専門医に関しては募集定員にシーリングがかかるという目に遭っています。国のレベルでは、医師が多いという扱いになっていますが、偏在で不足している地域があります。

一つ言えることは岡山県には、今日このような会があると言うこと自体、本当にすばらしいことで、行政と地域の医療機関、医育機関である大学、そして、地域枠というのが非常に上手く機能しているのではないかと思っています。地域枠卒業医師の皆さんや地域医療支援センターをはじめとする色々な当事者やステークホルダーの方々が一堂に会することができるというのは、他県ではあまり例がないことだと思います。

働き方改革は日本全国共通の課題で、5年後にはやらなければいけないということも共通しておりますけれども、実際それで何をやるのかというのは、現場に任せている部分が、実は結構たくさんあります。まだ決まってないところ

がたくさんあるにもかかわらず、実際にやらなくてはならないことはもうわかっているのです。岡山県の医療圈は、それをやらされるのではなく、能動的に現場に合ったより良いものを作っていくことができるのではないか、岡山から発信していくくらいの勢いでやっていけるのではないかと思っています。どうせやらなくてはならないのであれば、やらされるのではなく、能動的に何か新しいことをやっていけたらと思っています。

そして、先ほど岡崎会長から患者さんのご意見として、入院中にあまり医師が来てくれないと、説明が足りないということをお聞きしました。私は研修医2年目の時に、患者さんの入院時にはきちんと説明をしたし、検査結果も紙を渡して、全てひとつひとつ説明した、それにもかかわらず、全然説明してもらっていないと言われて、ショックを受けたことがあります。こんなに説明してるのに、何が足りないんだろうと思いましたが、よく考えてみると、入院のときの説明も検査結果の説明も全てベッドサイドでしていました。本人に別室に来てもらって、腰を据えて説明しなかったので、これだと思いました。それ以降、大事なことは別室に来ていただいて、きちんと腰を据えて説明しています。医師がある程度時間かけてやっているにもかかわらず、伝わらない事があるのだとその時の経験で思いました。患者さんと医師はVSの関係ではないので、より良い関係をお互いに歩み寄って作っていく事が大切です。それは単に時間だけの問題ではなく、考えらるることはたくさんあるのではないかと思いました。

(岩瀬専任担当医師)

ありがとうございます。個人的な見解ではありますけれども、全国津々浦々行ってみて、地域医療がうまくいってる現場というのは、患者さん、住民の皆さんと行政、医療者の三者の関係が良好であることが多いと感じます。

地域医療の課題は、岡山市と県北では大きく違います。地域によって全然課題が別物だったりしますので、共通の課題を持っている人たちが集まってちゃんと同じ方向を向いて頑張っていくということが、こういった難しい問題を解決するための第一歩なんだろうなと思います。

パネリストの皆様ありがとうございます。もう少し時間がありますので、フロアの皆さんからぜひ聞きたいという声があれば対応したいと思います。

(高知県地域医療支援センター 脇口センター長)

厚労省は、原則は決めるけれども、現場に全ての責任を押し付けていると言っても過言ではないと思います。

例えば、先ほど県で、医療勤務環境改善支援センターを作って色々おこなっているという話でしたが、本来は国が



強力な力でマスコミを動かすようなことをしないと、なかなか伝わらないのではないかと思うのです。

それからもう一つ、患者さんの意識を変えるには、もちろん広報が必要ですが、20年、30年でみんなに伝わるかというと、世代が変わるので、広報はずつと続けなければなりません。つまり、これをすべきは学校教育です。行政としては教育委員会を動かして、学校で健康教育、あるいは病院への関わり方、自分の身の守り方をもっと教える時間を作らせるべきです。ある程度のフレキシビリティは文科省も認めていますから、そういうことをやっていって、20年、30年後には県民国民のほとんどが今おっしゃられたようなことを理解している国にしていかないといけないんだと思います。

オレゴンルールというのは皆さんご存知の通り、アクセスの良い医療、レベルの高い医療、それから安い医療費、これを全てを患者さんが期待する通りにするのは不可能だというものです。例えば、アメリカは医療費を上げてしまい、イギリスはアクセスを捨てて、まず家庭医にからなければ専門医にかかれないとになりました。私は厚労省の方に、働き方改革をすすめるために、どれを捨てるのですかと聞きました。答えはなかったのですが、少なくともアクセスは捨てないと言われました。

アクセスを捨てないというのは、遠隔診療を充実して、病院行かなくても医療を受けられるようにするという話でした。つまり、現在の厚労省の動きからいえば、病院の集約化です。一定の地域に一定のサイズの病院を作つて一定数の医師を集めて行かない限りは、働き方改革は実現できないと思います。そのためには、診療報酬を変えなければ、病院経営が成り立ちません。つまり、患者さんの負担を増やさない限り、働き方改革をきっちりやりながら、病院経営者も医師も満足できるようモチベーションを高めて、生きがいを持って医療ができるようなものは非常に難しいんじゃないかと私は考えています。

あと最後に、医師は労働者だと決められたからには労働者でなければいけない訳ですが、私の中で医師は労働者ではないというニュアンスがどんどん出てきます。労働者ならば、民間病院は営利企業ですが、営利企業としてやっていくためには診療報酬が上がらない限り、経営が行き詰まってしまいます。そのために給与を上げない、給料が低くて勤務時間が短くなれば、その病院から医者は逃げていきます。安い給料で医者が頑張っているのは大学だけです。30代で助教と言われない日雇いの医員の給料が年間400～500万円です。そんな給料でみんな必死で頑張っています。そういうことを、国民に理解していただきたいと思います。本当はもっと上げなくてはいけません。研修医だから安い、今は自分の技量を上げている専門医の途中だから安いとい

うのは、これからはおかしいのではないかと考えます。

(岩瀬専任担当医師)

ご意見ありがとうございました。パネリスト方々からご意見があるでしょうか。

(則安参与)

ありがとうございます。これは国全体で文化を変えていくような話なので、教育から国のあり方そのものを考え方直していくことが当然必要です。そのためには、機運を醸成していくこともベースには必要かと思います。

実際、患者さんからは、どんどん要望が上がって来て、先ほど説明をしたのに聞いていないとか、今日は回診にも来なかつたというようなお話がありましたが、いかに効率よく患者さんに満足、納得をしていただける対応するのかというのを現場でも明確にし、それを職員に普及していく必要があるかと思っています。残念ながら、私が受けた昔の医学教育の中では、患者さんとのコミュニケーションなどは全く学んでおりません。例えば、患者さんの看取り、お亡くなりになりましたという宣告の仕方も見よう見まねでやってきたようなところがあります。

病院に行ったのに薬もくれなかつたというような文化がありますが、薬を飲まないのは安全もあるんですよ、生活習慣を改善することが一番ですから、まずそこからというようなことを丁寧に効率よく説明するということも一つの文化だと思っています。

今日、様々な意見が聞けて、我々も現場で生かせる取り組みをしっかりと普及していく方向で努力したいと思っております。ありがとうございます。

(岩瀬専任担当医師)

時間が参りましたのでこれでディスカッションを終了したいと思います。ありがとうございます。



VIII. 午後の部 開会あいさつ

皆さんこんにちは。本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

岡山県保健福祉部医療推進課

課長 下野間 豊



今日は、市町村の行政関係の皆様、地域医療の最前線で活躍されている先生方、そして、地域枠卒業医師・地域枠学生の皆様にもお越しいただいております。先ほどから会場を眺めておりますと、皆様方の地域枠の先生に寄せる何か熱い想いのようなものがひしひしと伝わってきます。制度を運営する側として、私も身の引き締まる思いを感じております。

午前の部では、岩瀬先生から地域枠卒業医師の配置について、どうすべきなのかということで、これまでのルール説明を詳しくしていただきました。私も含めて1年ぶりといふこともあって、頭の体操もできたのではないかと思っております。

また、岡山大学の片岡仁美先生につきましては、医師の働き方改革ということで、お話をしていただきました。今や日本全国津々浦々どこへ行っても働き方改革ということで、遂に医師の働き方改革もやってきたということです。

本当に最適な解がどこにあるのか、非常に注目されておりますので、引き続き我々としても一生懸命取り組んでいきたいと考えております。

そして、その後のパネルディスカッションにおきましても、それぞれのお立場から大変貴重なご意見をいただきました。そういうご意見を今日皆様方と共有できたとともにまた大変意義深いことだと思っております。

さて、いよいよ午後からは、皆様方が主役となってご発言いただくという機会になります。

今日の日を迎えるに当たりまして、例えば地域の病院の先生方につきましては、多分いろいろな作戦を考えて来られたでしょうし、また地域枠の先生方も、これから自分たちの将来がどうなるんだろうかということでいろいろ興味津々だろうと思います。

いずれにしましても、私どもの究極的な狙いは、地域の

医療体制をどうやって確保していくのかということですから、そのためには、地域枠の先生方が、将来的には地域に根付いていただいて地域医療に携わっていただくということが、究極の狙いなんだろうと思っております。

それに向けて、我々に何ができるのかといいますと、今日の会議の副題にも「地域医療を担う医師を地域で育てる」とあるように、地域枠の先生方の将来を見据えた教育のプログラムの中で、やりがいの部分をどうやって守り、そして育んでいくのか、ということを地域全体として取り組んでいくことに尽きるかと思います。

ぜひ、その辺りをお願いしながら、今日も議論が活性化しますことを祈念いたしまして、最初のご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。





IX. グループワーク「地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準について」

(進行) 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



1. 参加者・グループ発表

【Aグループ】

真庭市役所 健康推進課 部長	上島 芳 広
美作保健所 所長	川井 瞳子
岡山市立市民病院 地域医療部長	堀内 武志
藤田病院 院長	渡邊 剛正
田尻病院 参与	河本 幸三
渡辺病院 医局長	溝尾 妙子
落合病院 地域枠卒業医師 脇地 一生	
(F) 岡山県地域医療支援センター センター長	糸島 達也
(F) ファシリテーター	



(発表) 藤田病院 渡邊剛正 院長

1. 教育指導体制…基礎教育ができた医師の配置なので項目を減らす。
2. 地域で果たす役割…地域枠という事の意味としては重要だが、認定数で評価が左右されるので、認定数の重みを下げる。
3. 待遇…変える必要はない。
4. 救急車の受入状況・専門医制度の取組状況・経営状況…変える必要はないが、判断の基準を明らかにする。
5. もう一度そこで働きたいと思えるような指標の評価…若いうちはもっといろんな修練をしたい、都会に出て仕事をしてみたいと思うが、その後、若かりし頃に働いたあの病院でもう1回仕事をしてみたいと思わせるような事が客観的に評価できる基準があればよいのではないか。地域性や少なくともその職場環境が、もう1回そこで仕事をしてみたいと思わせるようなものであることを客観的に判断できる指標があればよい。

(佐藤教授)

地域愛・地域の温かさ・地域力などが、9年後を見越した「戻ってきたい・定着したい」というポイントになるかもしれない。





IX. グループワーク「地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準について」

【Bグループ】

岡山県医師会	常任理事	合 地 明
哲西町診療所	理事長	深 井 正
成羽病院	院長	紙 谷 晋 吾
重井医学研究所附属病院	院長	真 鍋 康 二
吉永病院	病院事業管理者	荻 野 健 次
岡山市立市民病院 総合内科	地域枠卒業医師	高 見 優 男
(F) 保健福祉部	参与	則 安 俊 昭

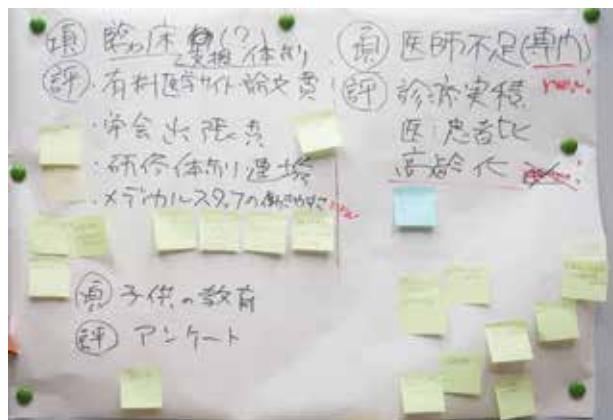


(発表) 岡山市民病院 高見優男 医師

1. 医師不足の評価…専門医の不足状況、医師の高齢化を配慮した医師数、診療実績、医師不足度（患者との比率）の評価
2. 臨床支援体制の評価（臨床力を上げる環境やチーム医療のリーダーとしての役割を果たすための支援体制の評価）…（教育指導体制の評価項目から）有料医学サイト・論文支援・学会出張費・学生受入・研修医受入、（新規項目）大病院との連携が取れているかどうかの評価
3. 待遇…医師だけでなくメディカルスタッフ全体の働きやすさ（時間外の勉強会で、医師は手当が出るが、スタッフは手当が出ないなど）・働き方改革の評価、子供の教育のサポートが得られるか（地域で塾の講師を招くなど）の評価

(佐藤教授)

医師不足度・高齢化、指導する側になるという観点から学生や研修医が来るかどうか（屋根瓦で指導できる環境かどうか）、チームリーダーの役割を醸成するための支援、大病院との連携や、学会出張費の補助等を評価する。





【Cグループ】

真庭保健所	所長	西 田 典 数
岡山赤十字病院 第一血液内科 部長		竹 内 誠
長谷川紀念病院	理事長・院長	長谷川賢也
笠岡第一病院	院長	橋 詰 博 行
鏡野町国民健康保険病院 院長		寒 竹 一 郎
積善病院	地域枠卒業医師	山 田 裕 士
(F) 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	片 岡 仁 美



(発表) 積善病院 山田裕士 医師

1. 前期配置の評価基準はハードルが高い…人が足りないからできないのに、本末転倒ではないか。より地域枠医師の自己効力感が発揮できるところのほうが良いので、前期配置の評価をそのまま使わない方が良い。
2. 教育体制よりも地域のニーズを重視…論文の評価は厳しい。
3. 1度配置された病院は除外…配置されたことによりどれだけ病院が活性化するかを、他の病院にも広く知ってほしい。
4. 病院のニーズ・病院の困っている合戦…医師の平均年齢、1人当たり入院患者数、1人当たり外来患者数、時間外労働、当直回数、オペ件数、医師の有病率等
5. 地域枠卒業医師の自己アピール…経験、できること、苦手なこと
6. 愛のスコアリング…集団見合いのように、評価しにくいこともアピールできるような機会を設ける。(配置されたらどんなことが期待できるか、勉強会の実施、ガイドラインの設定、新薬導入など)

(佐藤教授)

前期配置はハードルが高いが、後期配置では、医師不足の地域へという本来の目的の場所で、自己効力感・達成感・やりがいを感じて義務を終えられるところへ配置をしてあげたい。

(片岡教授)

前期配置は、病院がどんなことを提供できるかが評価されているが、後期配置は、地域枠医師がどんなことが出来るのかという発想になった。後期配置では、足りない所がある中で地域枠医師がどのように活躍できるか、言い換えれば、医師不足の評価もある。

愛のスコアは数値化しにくい。文章でアピールして、今とは違う評価の仕方ができるのではないか。

初めて地域枠卒業医師が配置されたことで病院全体が活性化された(笠岡第一)。次に配置されないと困るかもしれないが、それも含めて、みんなに広く知ってほしいという事だ。

(佐藤教授)

1度配置された病院にはもう行かなくてよいのではという発想は、今まで議論していた継続性がないことと全く逆の発想になる。



IX. グループワーク「地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準について」

【D グループ】

岡山県病院協会	会長	難波 義夫
赤磐市役所	副市長	前田 正之
岡山医療センター	診療部長	太田 康介
中島病院	院長	中島 弘文
渡辺病院	理事長	遠藤 彰
赤磐医師会病院	地域枠卒業医師	尾下 遼
(F) 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 教授 地域医療人材育成講座		佐藤 勝



(発表) 渡辺病院 遠藤彰 理事長

1. 教育指導体制…前期よりも配点を下げたほうが良い。後期配置では前期配置で配置されることのないところでの働きを期待する。
2. 地域で果たす役割…前期よりも配点を重視する。
3. 待遇…子育て支援、就業時間の評価は重要だ。
4. 救急車の受入体制・地域の受入体制…これまで通りで変更しないでよい。
5. 新専門医制度への取組…点数化は難しい。後期配置になると、個々のニーズに対応しているかどうかを提示する必要がある。
6. 経営状況…仕事のしやすさの評価（コメディカルの充足状況等）
7. 地域の医師不足…病院ごとに状況が違うので、地域全体を押しなべての平均値ではない医師不足の評価があつていいのではないか。
8. お互いを知る機会…インターンシップのように地域枠卒業医師に地域の病院を知る機会を設けてほしい。情報をお互いに知ることができる枠組みがあった方が良いのではないか。

(佐藤教授)

配置された医師が病院を評価する、配置された病院が医師を評価するという話も出ていた。ここは良かつたは言いやすいが、ここは良くなかったというのをいにくい。配置される医師にとっては重要な情報なので、これをどのように評価するのが良いか、公表したほうが良いのかという意見が出た。

(太田先生)

指導する能力、切り拓いていく能力、その地域でニーズをこなしていく力、リーダーとしての力など、9年間の集大成を評価してはどうか。

(高見先生)

前期配置のリアルな状況は、配置される医師にとって重要な情報だが、情報がオープンになると、弊害もあると思う。良い方法はないか。

(則安参与)

まだ数が少ないので、オープンにすれば誰の評価であるかが透けて見える。マッチングのプロセスの中で、前任者やその他の経験者にアクセスできるような道を作つておく。聞きたい人は聞く。満足度が高ければ、ア

IX. グループワーク「地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準について」



ドバンテージになるが、そうでない場合もある。当事者同士で情報交換をしていただくのが良い。

(渡辺先生)

配置された医師が配置された病院を評価するというのは、以前ならあり得なかったことだが、時代が変わったと感じる。

(遠藤先生)

地域枠の人たちが情報共有しているなら、そこに参加して聞いてみたい。

(片岡教授)

評価する方にも責任があるので、個人的な意見が総論にならないように、評価を標準化する必要がある。

(渡辺先生)

誰かが発した、たった一言で仕事を失うような時代なので、評価を見てそれを解釈するリテラシーの問題だ。評価はすればよいと思うが、手放しでオープンにすることは危ない面もある。

(片岡教授)

研修医のアンケート結果を見て、指導医が一喜一憂するようなことが起きているが、評価される方が知らない所で評価されているのも危ないので、良い方法を編み出す必要がある。

(遠藤先生)

選定基準には入れず、SNSでの会話だと思って、あまり気にせずに参考にする程度でいいのではないか。

(佐藤教授)

大切なことだが、十分検討する必要がある。

(岩瀬専任担当医師)

配置された病院・配置された医師から情報を集めている。これから配置される医師には、地域医療支援センターを通して、間接的に伝えるような方法で情報共有している。





IX. グループワーク「地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準について」

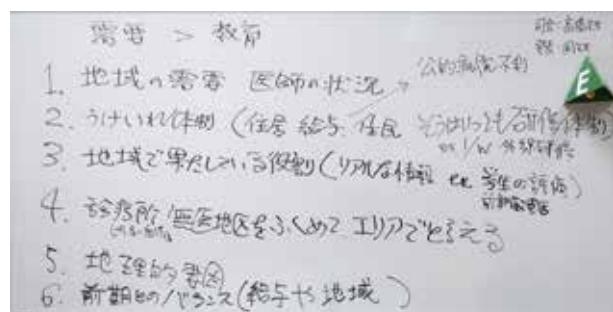
【E グループ】

新庄村役場	副村長	大野 厚吉
哲西町診療所	医長	岡 正登詩
岡山協立病院	院長	高橋 淳
岡村一心堂病院	理事長	岡村 暢大
笠岡市立市民病院	院長	稻垣 登穏
赤磐医師会病院	副院長	片山 信昭
成羽病院	地域枠卒業医師	梶谷 聰
(F) 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 岡山県南西部(笠岡) 総合診療医学講座	准教授	小川 弘子



(発表) 哲西診療所 岡正登詩 医長

1. 地域の需要…教育よりもどれだけその地域が医師を必要としているか。医師の需要、医師の高齢化の状況、1人医長、救急の受入状況の評価
2. 受入体制…住むところ、給与、住民やスタッフが若い医師を温かく受け入れる環境の評価
3. 外部研修…週1回は「外に行きなさい」と言つてもらえるとありがたい。
4. 地域で果たす役割…実習生・研修医の評価でどれだけ必要とされているかを測る。医師不足の診療所や無医地区がある病院、都市部からの距離が遠いところへ優先的に配置する。配置することで、診療所での診療回数が増やせることを評価する。配置を希望する病院は、前期・後期どちらを希望するか、戦力を立てる必要があるかもしれない。





【F グループ】

新見市役所 福祉部	部長	林 裕 司
津山中央病院	院長補佐	岡 岳 文
岡山県精神科医療センター	院長	来 住 由 樹
水島中央病院	院長	松 尾 龍 一
落合病院	院長	井 口 大 助
金田病院	地域枠卒業医師	石 田 智 治
(F)NPO法人岡山医師研修支援機構 理事		忠 田 正 樹



(発表) 金田病院 石田智治 医師

1. 医師不足・需要の評価…医師の絶対数、高齢化、需
要に重みを付ける。
2. 地域のサポート、子育て支援、住宅支援がしっかりとし
ているところを評価する。
3. 元気な病院を評価…多職種のサポート、知り合いの
いない地域での勤務することや仕事外での不安の解
消。若手の採用に積極的である(病院が元気である)
こと。行政のサポートがあること
4. 配置先での自由度・ミッションの評価…地域枠医師が
配置されることで、外来患者が増える、救急車の応
需率が上がる、訪問看護が導入できる、医学生・研
修医を受け入れて指導ができる等、新しいイベントが
自由にできる事を応援してくれる環境であること
5. 教育指導体制の評価…評価を下げる。学会発表・論文・
勉強会の参加は難しい。情報誌の定期購読はなけれ
ば自分で、医学生・研修医を受け入れ、指導できる
ことは大事
6. 地域の受入体制…施設認定が多いところ(=医師数
が多いところ)ではなく、地域包括ケアシステムで
病院間のやり取りがしっかりとしているところ(=働き
やすいところ)の評価を上げてほしい。
7. 待遇…子育て支援
8. 新専門医制度の取組状況…気にしない。それよりも
医師が不足しているかどうかが優先される。
9. 地域の受入体制…需要をしっかりと拾い上げる。

(則安参与)

今の医療は世界水準でのものを見ながら提供する流れ
になっている。若い先生が来られて、病院全体が活性化
するためには、新たな負担が増えても有料情報サイ
トの契約や情報誌の定期購読は、全体のレベルアップに
つながるような取り組みとしてやっていただけたらあり
がたいと思う。

(佐藤教授)

地域・行政のサポート、住環境や子育てのサポートは
大切なことだ。若い人がいて病院が元気なことは日常
のサポートにつながる。ミッションを与え、責任感・リード
ーシップを育てることで、9年間、地域でこんなこと
をやったという自己効力感・達成感が持てれば、この
制度は成功かもしれない。地域の住民や行政も良い、
自分も良いということになる。



IX. グループワーク「地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準について」

【G グループ】

愛媛県 医療対策課	担当係長	和氣 吉宏
岡山大学病院 消化器外科 医局長		吉田 龍一
高梁中央病院	副理事長	戸田 佳介
勝山病院	理事長・院長	竹内 義明
笠岡第一病院	地域枠卒業医師	内藤 修子
広島大学	5年	伊木 道子
(F) 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



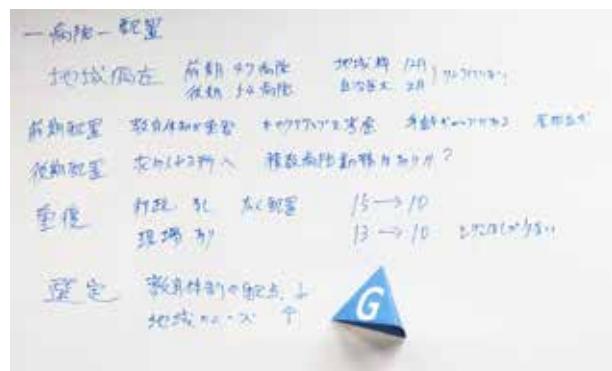
(発表) 勝山病院 竹内義明 理事長

地域勤務においては、50代・60代の指導医のもとに20代の医師が配置されることになるので、かなり年齢のギャップが生じる事になる。前期・後期1人ずつ配置されれば、屋根瓦式になるが、前期配置の希望が47病院、後期配置が54病院あるので、ある程度、地域偏在が解消されるまでは、1病院に1医師配置することを前提に話を進めた。

1. 求められるところへの配置…地域のニーズ、困った度を測る評価の配点を大きくする。
2. 専門医の複数病院勤務…極論でいうと、眼科医として、5病院に1日ずつ勤務するような形も考えられる。
3. 教育指導体制…配点を下げる。

(佐藤教授)

複数病院で勤務するというのは新しい発想だった。





2. まとめ

- 「後期配置」候補病院の選定方法や選定の基準 -

前期配置は、病院が医師にどんなことを提供できるかが評価されているが、後期配置では、医師が地域や病院のためにどんなことが出来るのかに視点が移っている。本来の目的である、より医師不足で困っているところ、そこで働いたことによって医師の自己効力感や達成感が得られるようなところが候補病院になると思われる。

1. 病院の医師不足状況の評価 「困っている合戦」

- ・医師数（高齢化を加味した医師数・医師の高齢化率・専門医数）
- ・診療実績・時間外労働・日当直回数・オペ件数
- ・需要の把握（医師1人当たりの入院患者数、外来患者数）
- ・医師の有病率
- ・都市部からの距離（二次救急、三次救急の医療機関までかかる時間）

（参考）2019年の調査で新たに追加した項目

医師1人当たりのひと月平均日直・当直回数、ひと月最大日直・当直回数（参考のみで、評価はしていない。）

※時間外については、以前、記入欄を設けていたが、記入が少なかった。

（参考）岡山県医療機能情報から集計できる情報

医師数・病床数・外来・在宅・病床種別（一般・療養・精神等）ごとの1日平均患者数、専門医数・特定の手術（約100種類）の実施件数

2. 医師が地域で果たす役割の評価

- ・後期配置によって期待されること
- ・配置された医師が新しいイベントをできる環境（外来患者が増える、救急車の応需率が上がる、訪問看護の導入、医学生・研修医の受入ができる等）

（参考）2019年の調査で新たに追加した項目

地域枠が派遣されたら、できる地域貢献があるか。（参考のみで、評価はしていない。）



3. 教育指導される側としての評価から教育指導する側としてステップアップするための評価へ

- ・配点、評価する項目を減らす。（論文、学会発表などはハードルが高すぎる。）
- ・臨床力、指導力やリーダーシップ力を上げるための評価として、現在使用している項目を使う。
← 研修日数、有料医学サイト、図書・参考文献費用の支援、出張費、医学生・研修医等の受入

4. 病院が地域で果たす役割の評価

- ・施設認定の数の評価の重みを下げる。
- ・地域包括ケアにおける、他の病院との連携状況
- ・診療所や医師不足地域を支援できる病院

（参考）2019年の調査で新たに追加し評価した項目

地域の医療事情を把握しているか。また、把握している場合にどのような対策をしているか（医師派遣・通院手段確保・訪問診療・その他、検討中、対策はしていない）。

（参考）岡山県医療機能情報から集計できる情報

地域医療連携室などの設置有無・地域連携クリティカルパスの有無（診療報酬上／その他）・地域の保険医療又は福祉サービスを提供する者との連携窓口の設置有無

5. 待遇・勤務環境の評価

- ・これまで通りの評価でよい。
- ・スタッフ全員の働きやすさを評価する。医師だけでなく、他のスタッフの待遇も評価する。
(例:時間外の勉強会で、医師は手当が出るが、スタッフは手当が出ないとやりにくい。)
- ・子育て支援（子供の教育環境、塾講師の招へいなど）の評価。
- ・働き方改革（就業時間・時間外勤務）

（参考）2019年の調査で新たに追加した項目

働き方改革を行っているか（具体的に実施している・検討している・実施していない）。



IX. グループワーク「地域枠卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準について」

6. 救急車の受入状況の評価

- これまで通りの評価（応需率の把握状況、医師1人当たり受入台数、1病床当たり受入台数）でよい。

（参考）医療推進課が集計しているデータ

消防機関ごとの病院別救急搬送数（評価には使用していない。）

7. 新専門医制度への取組の評価

- これまで通りの評価でよい。
- 評価ではなく個々のニーズに対応しているかどうかの提示

8. 経営状況の評価

- これまで通りの評価でよい。
- 仕事のしやすさ（コメディカルの充足状況等）
- 積極的な若手採用（医師以外も含む）

9. 愛の評価

（医師の受入体制や勤務した医師等の評価）

- 若手医師を受け入れる病院の職場環境・多職種のサポート、患者・行政などの地域性や温かさ
- 将来、もう一度ここで働きたい、定着したいと思えるような指標
- 配置された医師の自己効力感・達成感
- 受け入れた医学生・研修医の評価で地域がどれだけ必要としているかを測る。

10. 一度配置された病院を除外する。

- 若手医師が配置されることによって、どれだけ病院全体が活性化するかという事を広く知ってもらいたい。

11. 候補病院と地域枠卒業医師がお互いを知る機会を設ける。

- 地域枠卒業医師の自己アピール（経歴、できること、やってみたいこと、苦手なこと）
- 病院のアピール（配置されたらこんなことができる。例：勉強会、新薬導入など）

12. 配置後の評価（病院・配置医師）の情報公開

- 現状としては、個人が特定できる程度の実績しかないので、地域医療支援センターが情報を把握し、必要に応じて個別対応する。

- 「前期配置」と「後期配置」の候補病院の重複について -

今回のワークショップでは、前期配置と後期配置のマッチングの際、同じ病院が同時に前期・後期両方の候補に挙がってもいいのかというセンターの意図がうまく伝わらず、1病院に複数人配置することについての議論になってしまった。

年齢ギャップを埋めることができたり、指導力をアップしたりすることにもつながるので、屋根瓦式の配置は好ましいという意見が多かったが、ある程度、医師不足・地域偏在が解消されるまでは1病院1医師という意見もあった。





X. 寸評

落合病院 地域枠卒業医師
脇地 一生



地域枠1期生、医師5年目の脇地です。今日はお忙しい中、各病院の院長、医長、行政の方々にお集まりいただきて僕たち地域枠のために活発に議論していただいて大変ありがとうございます。

今、卒後5年目なので、再来年には後期配置ということになります。逆算すると、あと1年ちょっとで配置候補を決めて選定が行われているという状況になっているので、もう直近の課題かと思います。

僕個人としては、地域枠はすごく良いシステムだなと思っています。地域枠は、今後終わっていくシステムではありますが、午前中にもお話をありましたように、どれだけ定着していくかというところが一つの課題になってくるかと思います。

自治医科大学の先生方も義務年限後の定着がなかなか難しいような話も聞いておりますので、地域枠卒業医師が定着できるようなシステムが何かできれば、地域枠全体としての成功に繋がるのではないかと考えています。

戻ってきやすいとか定着しやすいというようなところを評価して病院選んでいただけたらしいと思っています。今、落合病院で勤務していますが、真庭市の方々が皆さんとても温かで病院自体も温かい感じなので、非常に過ごしやすく、診療しやすく、働かせてもらっています。

そういうた、病院の例えは、地域枠卒業医師を受け入れていただける温かさのようなところも評価していただけると、それに合う医師がまた、何年後、何十年後かに帰ってくるということになってくれれば、地域枠のシステムとして成功かなと思うので、そういうた意見を述べさせてもらいました。

今日はお忙しい中、皆さん、地域枠卒業医師・地域枠学生のためにお集まりいただきて、大変ありがとうございました。今後もこのワークショップは続くと思うので、よろしくお願ひいたします。ありがとうございました。

落合病院
院長 井口 大助



落合病院の井口です。この場をお借りして、ご挨拶させていただきます。

脇地先生には、昨年から落合病院に来ていただいております。小児科の医局に入りながらも、ほぼ100%内科医として働いてくださっています。患者さんがお年寄りばかりですので、小児科の外来はあるのですが、病棟の方などはもう全くの内科の状態です。彼の希望により、内視鏡をはじめいただきました。本当に上手で、もうほとんど1人前にできるようになられております。消化器内科になるのかと思うくらい上手にやられています。

今日も地域枠の先生がたくさん発表されました。色々お話を伺いましたけれども、本当に地域医療を守るということに対する意識、地域医療マインドが高いなということを感じております。

こういう先生方が今後、後期配置となるとかなり医師として円熟されてくる状況で、地域の病院では中心的な存在になっていくと思います。そういう先生方が安心して働く環境というのがとても大事じゃないかと思っております。

もちろん病院としてはそれになるべく協力していくと思うのですが、地域医療を守るという意味では病院だけの力ではなく、彼らを受け入れる住民の方々ですとか、行政の方ですとか、地域全体でこの先生方を受け入れて、安心して働くような環境を作っていくことがとても大事じゃないかと思っております。偉そうなことを申しますけれども、行政の方とか、保健所の方も来られておりますので、地域の方々、住民を巻き込んで地域枠の先生を大事にしていくような体制が整っていけば良いのではないかと願っております。

スコア化はなかなか大変だろうと思いますけれども、糸島先生、佐藤先生、岩瀬先生が中心になって、できれば、愛の評価をスコアリングをしていただいて良いシステムができるべかと思っております。

ありがとうございました。今後もよろしくお願ひいたします。



X I. 閉会あいさつ

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 片岡 仁美



本日は皆様大変お忙しい中、積極的にご参加いただき、素晴らしいディスカッションをしていただきまして誠にありがとうございました。

まず、午前は働き方改革に関しての話とパネルディスカッションをいたしました。非常に様々な意見がパネリストの先生方から出ました。

働き方改革の検討会では、どう地域医療体制を確保するか、地域医療体制を崩さずに、どう働き方改革を進めるかということの中で、厚労省の方から、地域枠医師の活躍に期待をするというお話をしました。ただ、地域枠医師がスーパーマンのように頑張れば、それで地域医療提供体制は解決かというと、それはやはり違うと思います。検討会でも、ただ困っているところに地域枠を配置するのは違う、彼らには彼らのミッションがあるし、彼ら自身の成長ということもあるので、彼らを支える場があってこそ生きてくるのではないかということを申し上げました。

地域枠の先生、行政の方、あるいは指導医や受け入れる病院の先生方が参加して色々な意見を共有しながら、最適解を探していくというこの場があるからこそ、生きてくる、岡山県の地域枠卒業医師は、彼らを学生の頃から見ていて、それぞれ人格的にも高い志を持っているという意味でも本当に素晴らしいのですが、現場の力があってこそ、その素晴らしい生きが生きてくるのだと思います。

働き方改革は非常に大きな変革ですし、移行期には、おそらく様々な問題が起きると思います。ただ、岡山県にはこういう場があるので、前向きに課題を解決しながら、より良い状態にステップアップしていくための試みができるのではないかということを期待し信じています。

後半のグループディスカッションは、昨年とほぼ同じ後期配置をどうするかというテーマでしたが、2回目ということもあってか、あるいは、それ以外の理由もあるかとは思いますけど、より深い議論が各グループでなされたと思いました。素晴らしい議論だったと思います。

今回、前期配置では教育体制が重要で、どう育てるかということが大事だけれども、後期配置の場合は、ニーズにど

う応えるかとか、あるいは地域枠卒業医師である彼ら自身がどのように自己効力感を持って、現場で自分たちの力を発揮することができるかというのが大事ではないかという意見が非常に多かったと思います。

私は「その人生に何を期待するか」ということが大事なのではなく、自分が人生というものから何を期待されているか、その与えられたフィールドで自分は何ができるかということが大事だ」という言葉をいつも大事にしています。地域枠の先生方から、どういうふうにして欲しいということよりも、それも大事なのですが、自分がどういうふうに貢献できるか、どう自分の力を発揮できるかということを大事にしているという意見がたくさん出て、本当に素晴らしいと思いました。そしてまた、私がファシリテータをしていたCグループでは地域枠の先生が来られて本当に素晴らしい、素晴らしいからこそ、仮に連続性がなくなったとしても、自分のところだけでなく、もっと多くの病院にそのことを波及させていくことが大事なのではないかという意見が出たことに非常に感銘を受けました。

素晴らしい先生方、活躍してくれる先生方だからこそ、より多くの病院で活躍してほしい、そして、ひとつの病院ではなく、地域全体あるいは県全体という面で全体が良くなっていくことを目指していきたい。そういうふうな議論にもつながるんじゃないかなと思いました、非常に色々な意味で感銘を受けました。

これからまだ、後期配置については、テクニカルな部分でどういうふうにやっていくかを考えなければいけないと思いますが、その中に当事者である地域枠卒業医師や行政の皆さん、現場の先生方の意見をしっかりと組み込んだ形を作り上げていきながら、皆さんで進んでいくことができたら素晴らしいのではないかとに思います。

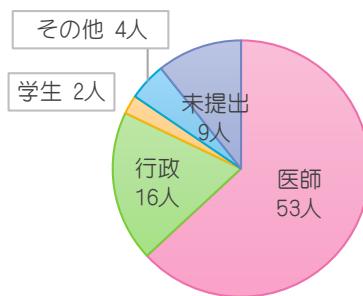
本日は本当に長時間に渡りました、どうもありがとうございました。



X II. ワークショップ後のアンケート結果

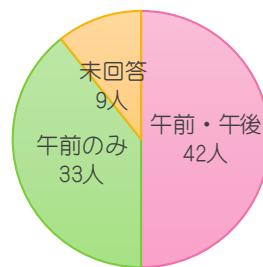
1. 午前の部（基調講演・パネルディスカッション聴講者：84人、回答者：75人、回答率：89%）

1.1 参加者の所属について（図1.1）



1.2 午後の部への参加状況（図1.2）

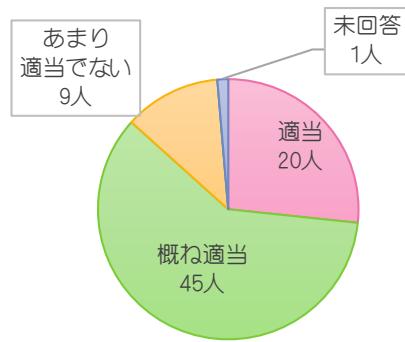
約半数の方が、午前・午後通して参加している。





X II. ワークショップ後のアンケート結果

1.3 候補病院の選定方法について（図1.3）



◇◇適当と回答した方から◇◇

- ・県下全体ではなく、医療圏ごとのニーズに応じた配置が最善と考えます。年によって卒業医師の供給と地域のニーズが変動することはあると思いますので、ある程度、年によって、try and error のようになることもいたしかたないと感じる。（医師）
- ・本当に困っている病院を優先していることが分かった。（医師）
- ・明確な基準を持って決定されている。（医師）
- ・自分の率直な意見が反映された。（医師）
- ・あらためて理解できた。（医師）

◇◇概ね適当と回答した方から◇◇

- ・概要が分かりやすく、選定方法も偏在を防ぐために妥当だと感じた。詳細をどうするかを当人同士も含めて詰めていくのが難しいとは思うが、頑張っていただきたい。（医師）
- ・お聞きする限り、まず前期配置では地域でも必要な指導体制が整えられており、先生自身も満足されていたため。（医師）
- ・選択のために細かくポイントをつけ、見える化している点はとても良いが、提出する側には負担がある。又、ある程度の余力がないと良いポイントになりにくいのが残念。（医師）
- ・需要に対して供給が圧倒的に少ない現状では、おおむね適当と考える。（医師）
- ・現状としては、問題はあまりないと考えている。さらに改善していく必要性はあると思う。（医師）
- ・地域枠の医師のキャリアパスの面を考えると適当なのだろうと思う、それで十分とも思えない。（医師）
- ・前期（初期）と後期は異なる基準で選定する方針に賛同する。定着していただけるかどうかは、後期のほうが影響が大きいと思うので、大切にしていただきたい。（行政）
- ・もう少し具体的な選定過程について、説明があつたらよかったです。（医師）

- ・継続性に難があり、地域の医療計画を立てにくい。（医師）
- ・今後小規模病院への配置も考慮が必要と考えている。（医師）
- ・自己申告方式ですべて評価が正しいかどうか。（医師）
- ・診療所についても検討してほしいと思う。（行政）
- ・県北が満たされてから県南も。（医師）
- ・マッチング制により、医師の希望がある程度かなえられる。（その他）
- ・地域枠医師の現状と今後の方向性について、ある程度の理解ができた。（その他）

◇◇あまり適当でないと回答した方から◇◇

- ・医師が不足している所は、現実的には教育指導体制が整っていない病院、新専門医制度の取組ができない所、経営状況の悪い所ではないか。医師が不足している所という点に重みを付けて配点してほしい。この重み付けでは、比較的医師が充足している病院の配点が高くなるような気がする。でも、若い医師を育てるという観点では、これでないといけないんでしょうか。医師の偏在解決は、やはり難しい。（医師）
- ・そもそも県北の過疎地域においては、教育指導体制が確立できている（指導者が充実している）病院が少ないので、教育指導体制の配点を21点としているのはどうかと思う。一方で若手医師の教育を求めていため、県北への指導医確保が喫緊の課題、都市部偏在の是正を優先すべき。（医師）
- ・1回も行かれていないところがあるのに、複数回行っている地域が多い。（医師）
- ・圏域単位は偏在を正しく反映しているとは考えらない。（医師）
- ・北部への偏在。今後は、都市近郊の高齢者医師が問題になる。（医師）
- ・診療所への配置も早く実現させてもらいたい。（行政）
- ・特定の病院が上位に固定される選定方法になっている現状がある。（その他）



1.4 基調講演『地域医療と働き方改革』について（図1.4）

医師の働き方改革は、医療提供体制を確保しながらも、医師、特に病院勤務医の労働時間短縮・健康確保を目指すもので、この度公的病院に限らず、全ての病院が目指すべき方向性の概要が示されました。これまでの国の取り組みの流れが良く分かったというご感想をたくさんいただきましたが、一方で、もっと細かいことを聞きたかったというご意見もありました。



◇◇大変参考になったと回答した方から◇◇

- ・短時間で概要、現状、課題をまとめていただき、整理に大変役立った。個人的には病院内における大胆なタスクシフトが必要と考える。薬剤師、管理栄養士、リハセラピスト、NSTなどのチーム（医師）
- ・医師の働き方改革について、理解が深まった。（医師）
- ・決定されていない部分もあったが、今後の見通しを含め詳しく講演いただいた。（医師）
- ・中央での会議にも参加されている先生でしたので、具体的なことを教えていただいた。（医師）
- ・働き方改革の現状が分かった。（医師）
- ・もう少し詳細に話を伺いたいと感じた。（医師）
- ・わかりやすかったが、どうしようもない課題も多い。5年先にうやむやになつていいことを祈る。（医師）
- ・医師の働き方改革を進める大変さ、論点の多さを知ることができた。（医師）
- ・現時点での厚労省のディスカッション内容が明確化されていて良かった。（医師）
- ・現状と問題点が良くわかった。（医師）
- ・国としての取組状況、最近の情報が良く分かった。今後の課題の大きさも改めて認識できた。（医師）
- ・最新の情報をお話ししていただき、参考になった。（医師）
- ・政策についてまとめなおす、そして見つめなおす良い機会になった。（医師）
- ・大きな改革が必要となっている現実を感じた。（その他）
- ・医師は万能ではないという意識を一般住民も意識すべきであると思う。（行政）

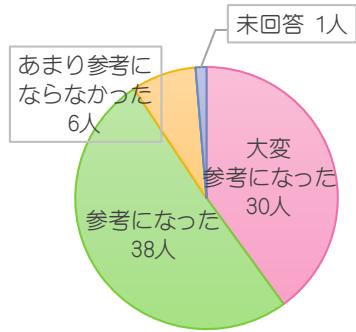
◇◇参考になったと回答した方から◇◇

- ・医療側、社会全体共に変化が求められているのだと改めて認識しました。課題の多さも感じることができた。（医師）
- ・片岡先生の話を聞くのは久しぶりです。いろいろ気になる情報をいただきましたが、細かいことを質問できないままで終わってしまいました。（医師）
- ・医師の自己犠牲によって成り立つ制度では継続性は乏しいと思う。（行政）
- ・医師の働き方の課題（問題点）について理解が進んだ。（その他）
- ・医師の労働状況が少しですが理解できた。（行政）
- ・今後の課題がまだまだ多いことが良く分かった。（医師）
- ・2024年からの義務化が明瞭となった。（医師）
- ・現状が分かった。（その他）



X II. ワークショップ後のアンケート結果

1.5 パネルディスカッションについて（図 1.5）



◇◇大変参考になったと回答した方から◇◇

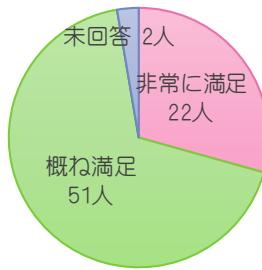
- ・医療体制は偏在の問題をいかに守りながら働き方を変えていくかが焦点になるという点には全く同意する。そこを整理することができたように思う。（医師）
- ・住民の方への現状の伝え方、働き方改革と経営の兼ね合い、住民・受益者側の望むもの…。課題が山積みで考えさせられる。（医師）
- ・医療従事者、住民、行政の立場から、医療についてもつと考える場面を作るべきと考える。（行政）
- ・いろんな立場のご意見が聞けて参考になった。（その他）
- ・現場と行政、住民の立場、それぞれの意見が聞けて良かった。（医師）
- ・互いの立場での話が聞けて良かった。（医師）
- ・非常に勉強になった。（医師）

◇◇参考になったと回答した方から◇◇

- ・医療側、患者側の双方のコンセンサスを得ていくことがより一層大切なかなと思った。（医師）
- ・医療の受け手側は、やはりいつでも診てほしいし、そうであるべきだと思っていることが良く分かった。意識改革は難しいと思った。（医師）
- ・司会が大変うまかったと思う。50 分のテーマの中で、ポイントを①②③のようにまとめていけば良かったと感じた。（医師）
- ・岡山県内偏在化の是正が一番の課題。明らかに県南への偏在が過剰。（医師）
- ・受益者負担の考え方について、参考となつた。
(その他)
- ・各論のような具体策がやや不足？（医師）
- ・本日の話はほとんど取り入れてきた。後は外来時間の短縮に取り組めるか。（医師）
- ・だいたい予想通りの内容。愛育員会会長の見識が高く驚いた。（医師）
- ・おひとりおひとりのパネリストの発言は、共感できるものだったが、超高齢社会を迎える、医療福祉介護のコストが高まっていくのはやむを得ないことと思う。国の有り様全体を考え、どこにどれだけの費用をかけるのかという国民的議論が必要だと思う。（医師）
- ・一般住民に対するものでは良いと思ったが、医療従事者が対象のものとしては、物足りない印象があった。
(行政)
- ・パネラーの言っていることは、すでに知っている事ばかり。フロアからの声がないのは残念。（医師）



1.6 午前の部の満足度について（図 1.6）



◇◇非常に満足と回答した方から◇◇

- ・基調講演が大変わかり良かった。働き方改革で時間が示されたり、地域医療を守る事や医師の健康を守る事が基本になっているという事もありがたかった。
(医師)
- ・説明、講演、パネルディスカッションの流れが良かつたと思う。(その他)
- ・初めて参加したが、大変勉強になった。(医師)
- ・非常に勉強になった。(医師)

◇◇満足と回答した方から◇◇

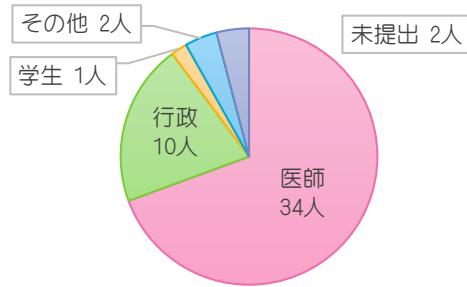
- ・働く時間を減らすなら、コストが増えるのが当たり前。診療報酬を減らすのに、改革なんかムリ。保険給付を減らすしかないだろう。(医師)
- ・地域医療、医師、患者、行政などみんなで考えていく必要があると思う。(行政)
- ・新たな取り組みを行政、病院、住民、皆で進める必要あり。
(医師)
- ・現在の色々な問題点が理解できた。(医師)
- ・地域医療の課題を再度確認できた。(医師)
- ・問題点や課題を整理するのに大変役に立った。(医師)
- ・医師の健康を最優先に考えながら、地域医療を守る必要がある中で、私としては、岡山県内の医師の偏在が最大の問題点であり、不足地域への常勤医（指導能力のある医師）の確保・配置が絶対的に必要である。そのためには、若手医師が都市部へ流出する理由をしっかりと把握する必要がある。実際、自分は都市部へ行ったが、都市部のほうが「格別に便利である」、「勉強会などが多い」、「医師数が多ければ情報が入りやすい」、「学会に参加しやすい」や「off 時間を過ごせる娯楽が多い」、「東京を中心とした都市部で生活してみたい」といった理由が挙げられる。(つまり、崇高な理由は少ない。) 実際、岡山などの地方が地元である同僚の医師の意見も同様だった。(医師)



X II. ワークショップ後のアンケート結果

2. 午後の部（グループワーク参加者：49人（うち見学者5人）、回答者：47人、回答率：96%）

2.1 参加者の所属について（図2.1）



2.2 午後の部の満足度について（図2.2）



◇◇非常に満足と回答した方から◇◇

- ・地域医療の課題がとてもよくわかった。地域枠で働いている先生方は皆さん謙虚で、ある意味自己犠牲的な面もありながら、自己効力感にあふれてもいらっしゃつた。要望ははつきりといつていただき、働き甲斐のある仕事場を作るのが大切だと思う。（医師）
- ・グループ内の先生方の素直なご意見がとても刺激的で楽しいディスカッションだった。他グループの発表も共通点や相違点を基に新たな視点を見出すことができた。（医師）
- ・色々な立場の方々の、生の意見を聞くことができ、話し合いができ、貴重な体験だった。進行もスムーズでとてもよかったです。（医師）
- ・地域枠医師を受け入れる立場として、たくさんの意見を聞くことができ、多くのヒントをいただいた。（医師）
- ・当事者（地域枠の医師・受け入れる病院）の声が聞けて良かった。（医師）
- ・地域枠の先生の率直な気持ちや受け入れる病院・自治体の方の事情を聞くことができた。（医師）
- ・地域枠医師の意見を聞くことができたことは、とてもよかったです。（行政）
- ・地域枠若手医師と直接話ができたこと（医師）本音の討議ができた。（医師）
- ・率直な意見が交換できた（医師）

- ・多方面の意見を聞くことができた。（行政）
- ・活発な意見（医師）
- ・行政として整えるべき体制について、参考になった。（行政）
- ・参考になった。（その他）

◇◇概ね満足と回答した方から◇◇

- ・勝手なことを色々 output できた。また、他の意見を知り、新たな気付きを得た。（医師）
- ・他病院の方々の意見が聞けて参考になった。（医師）
- ・色々な意見が聞けて良かった。（医師）
- ・地域枠医師の熱い想いが伝わった。（医師）
- ・将来働く場所の話や先生の熱心さを知ることができて良かった。（学生）
- ・病院選定に、教育重視から、少し風向きが変わるかなと期待を持った。（医師）
- ・行政には関係あるようないような感じ？でも面白かった。（行政）
- ・今までにない考え方、とらえ方を吸収できた。（医師）
- ・真剣な討議ができた。（その他）



2.3 「後期配置する病院の選定基準」についてのご意見・ご感想

◇医療需要の評価（医師不足地域で勤務するというミッションを果たせるかどうかの評価）

- ・教育・研修の点数を下げて、地域のニーズ・医師不足に関わる点数を上げるのが妥当だと思う。ただ、医師不足は単に数ではなく、高齢化、地域での役割、患者数などの要素を合わせて、考えるべきだと思う。（医師）
 - ・公表されている偏在状況でなく、より具体的な現状分析に基づいた配置を考えて欲しい。配置医師の希望を取り入れた選定や、地域医療構想の波をかぶる自治体病院への配置も積極的に考慮していただきたい。（医師）
 - ・病院の医師不足はどこも同じ。医師高齢化の問題、救急での地域への貢献等、みなが納得できる結果が望ましい。重複は十分充足した時点では、自然に可能になると思う。（医師）
 - ・病院の需要に応えてほしいと思う。また、地域枠医師が一定の研修ができるルールは必要だと思う。（行政）
 - ・医師不足で過酷な環境⇒医師として働きやすい環境相反する病院の内情の balance を取らなければならぬため、評価方法は難しいと思う。（どちらを優先していくのか？）（医師）
 - ・教育という視点の重み付けを下げ、地域や病院のニーズ、卒業医師が果たせる役割の重み付けを上げることが大筋で重要なことと感じた。（医師）
 - ・広く医師不足病院の需要が拾えていれば、今日話のあつた内容で問題ないと思った。（医師）
 - ・第一にはその地域の医療需要。特に後期では科別の医師数や年齢も考慮すべきと考える。（医師）
 - ・病院のニーズ↑、医師不足↑、教育指導体制↓評価項目の配点を変える必要（医師）
 - ・病院の困っている程度を評価していただければありがたい。（医師）
 - ・より困ってる施設（病院・診療所）に配置してほしい。（医師）
 - ・地域ごとの需要の明確化（医師）
 - ・地域に必要な医療が提供できること。（医師）
 - ・地域医療の状況、病院の受入体制（医師）
 - ・医師が不足している地域への配置（行政）
 - ・医師不足、医師の高齢化（行政）
 - ・医師の不足感の指標（行政）
 - ・医師不足地域で活躍していただけるものと期待している。（行政）
 - ・地域のニーズ、待遇、どのように能力を発揮できるのか。（医師）
 - ・mission を果たせる病院を選ぶ。（医師）
-

◇愛の評価（病院・地域・行政の受入体制）

- ・配置される先生方が、安心して能力を発揮できる事が、とても大事。地域ぐるみでの受け入れ体制が必要となると思う。（医師）
- ・前期で成長した医師が、地域に定着していただけるような体制、評価が必要だと感じている。（行政）
- ・病院（医師・コメディカルを含め）に歓迎していただけるか（医師）
- ・地域に医師を根付かせる取り組み、文化などを評価（医師）
- ・地域の総合力（医師）
- ・自治体の施策（医師）
- ・生活をサポートできるか（行政）
- ・地域愛を育成する研修（勤務）とは何か？（行政）

◇臨床力やリーダー力を向上させる環境の評価

- ・「後期配置では、本人の達成感・自己効力感・リーダーシップを高めるような支援が大切」という意見にとても感銘を受けた。（医師）
- ・地域枠卒業医師の長いキャリアの中で「成長」できるような病院、例えば、リーダーの役割を与える（感染委員・褥瘡委員・救急委員など各種チーム）、学生・研修医・多職種への指導、住民への教育などのチャンスを与える。（医師）
- ・派遣される医師が地域で活躍できること。リーダーシップ・ミッション・自由度（医師）
- ・リーダー研修ができる環境（その他）
- ・週1研修（医師）
- ・スキル up を継続できるか。（行政）
- ・リーダー的な力をつけ発揮できる。（行政）

◇待遇の評価

- ・住居（医師）



X II. ワークショップ後のアンケート結果

◇その他のご意見・ご感想

- ・グループワークであった1人医師の複数病院勤務は良い考えだと思った。（行政）
- ・スコア表に数字で表れない事、マッチング時にでも対応ができるべきと考える。（その他）
- ・各グループともいい意見だったので参考にしてください。研修医の病院評価は時代の流れから仕方ないですが、経営者としては、出来の悪い医師を我慢して使う時代が早くなくなればよいと思う。（医師）
- ・候補病院の中で、1回も行っていない病院があるのに、複数回行っているところがあるのは不公平。すべて1回は行っている状況になった後、2回目以降行くようにしないと。同じような条件のところなら、Dr数の少ないところへ。（医師）
- ・高齢化、自己アピール等様々な意見が聞かれてよかったです。（行政）
- ・制度上医師が不足している地域への配置であるのだろうか。「地域」でなく「病院」への評価が主となっているのは改善できないか。また、受入側と「地域枠医師」側の考えが必ずしも一致していないのが分かった。（行政）
- ・選定の重み付けの変更は必要（医師）
- ・地域・病院・若手医師のいずれにとっても happy な制度（医師）
- ・地域枠医師は、6年間で得た収入の対価を払わなければならず、本当の（本来の）理念から離れていくてしまうように思う。（医師）
- ・多くの評価項目が数値化しにくいと感じた。課題山積み。（医師）
- ・定着が大切（医師）
- ・すでに議論されているので、運用の力で見直しを...。（行政）
- ・地域枠医師の off 会を覗きたい気持ち...。何が良かつたのか、何が悪かったのか、地域から何を求められていると感じたのか、住民に理解してほしいと思ったことは何なのか、教えてほしい。（行政）
- ・本制度の継続性について（医師）
- ・地域枠卒業医師がそのまま地域に残らなくていい。地域枠という制度を継続してほしい。（医師）
- ・ライフケアが起きた時どうするか（医師）
- ・女性医師でも働きやすいように（医師）
- ・前期配置したこと（県が人事関与したこと）で病院がどう変化したか。配置意義はあるか。（医師）
- ・地方の自分の病院の改善策を話し合って貰えればありがたいです。それを参考に病院のステップアップを図りたい。（医師）
- ・患者家族（＝国民）の死生観について。今後の医療の提供との関係について。（医師）
- ・今日のような選定基準でもよいが、医師・行政・市民等情報交換の場でもよいと考える。（行政）
- ・「愛」をどうやってスコアリングするかは、冗談を抜きにしても興味がある。（医師）
- ・人口減少、過疎化の中で総合診療医、家庭医の育成が重要だと思う。（医師）
- ・自治医師配置についても一緒に考えられる場が欲しい。（医師）
- ・地域の先生方が色々なことを熱心に考えられていることを目の当たりにできることが、その熱意や期待に応えられるように頑張ろうと思った。（学生）
- ・昨年との違いを明確にしていただきたい。県医師会館を使用すべきでは？（医師）
- ・ありがとうございました。（行政）
- ・大変参考になった。ありがとうございました。（医師）
- ・とても有意義な会議であったと思う。ありがとうございました。（行政）

2.3 次回ワークショップへの参加について（図2.3）





<資料>岡山県の地域枠制度について

岡山県の地域枠制度については、岡山県医療推進課、岡山大学、岡山県地域医療支援センターのホームページでご紹介しています。入試に関する情報は、随時更新されていますので、アドレスが変更されている場合があります。十分ご確認ください。

①



・医療推進課「地域枠制度について」

① <https://www.pref.okayama.jp/page/detail-113238.html>

『岡山県の「地域枠」のご案内』

② https://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/624307_5307313_misc.pdf

②



・岡山大学「入試」

③ <http://www.okayama-u.ac.jp/tp/admission/index.html>

医学部医学科地域枠コース「2021年度学生募集要項」

④ <http://www.okayama-u.ac.jp/user/st/nyushika/pdf/bosyuyoko/suisenshakai2021.pdf>

③



・岡山県地域医療支援センター「岡山県の奨学金制度（医学部）について」

⑤ <https://chiikiiryouokayama.wixsite.com/centerokayama/scholarship>

地域枠制度紹介パンフレット『岡山県の地域医療を支える「地域枠」（医師）について』

⑥ https://4aef4ff5-547b-47b8-9eec-6c61e13cb7d7.filesusr.com/ugd/8255de_b6173b80cf0e4187a6f83803a0d2a847.pdf

④



⑤



⑥



2019年

**第7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
地域医療を守り、持続させるためには**

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2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>