

岡山県地域医療支援センター 主催

第6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

# 地域枠卒業医師の卒後年数に応じた 地域勤務のあり方について

日時 : 2018年8月26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://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6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「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立にむけて」.....	12
筑波大学 医学医療系 地域医療教育学 教授 前野哲博	
VII. 午後の部 開会あいさつ.....	35
岡山県 保健福祉部 医療推進課 課長 則安俊昭	
VIII. グループワーク「地域卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準について」..	36
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.....	36
2. グループ発表のまとめ.....	37
IX. 講評・寸評.....	43
筑波大学 医学医療系 地域医療教育学 教授 前野哲博	
高梁中央病院 地域卒業医師 木浦賢彦	
X. 閉会あいさつ.....	45
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	
XI. ワークショップ後のアンケート結果.....	46
1. 午前の部（対象：基調講演聴講者）.....	46
2. 午後の部（対象：グループワーク参加者）.....	51
<資料>岡山県「地域枠」のご案内.....	54



## Ⅰ. プログラム「第6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 : 2018年8月26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401会議室(4階)

参加者 : 79人(うち午後の部:46人)

<午前の部 10:00～11:40>

### 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. 地域卒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「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」

筑波大学 医学医療系 地域医療教育学 教授 前野哲博

<昼食・懇談 11:40～13:00>

<午後の部 13:30～15:30>

### 4. 午後の部 開会あいさつ

岡山県 保健福祉部 医療推進課 課長 則安俊昭

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

岡山大学大学 医歯薬学総合研究科 地域医療人材育成講座 教授 佐藤勝

### 6. 講評・寸評

筑波大学 医学医療系 地域医療教育学 教授 前野哲博

高梁中央病院 地域卒卒業医師 木浦賢彦

### 7. 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
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

---

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
河 本 晃 一	〃 主任
海 原 喜 彦	〃 主事
吉 武 佑 理	〃 主事
佐 藤 元 宣	〃 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

所 属 等	基 調 講 演	グ ル ー プ ワ ー ク	合 計
基 調 講 演 講 師	1	1	1
岡 山 県 医 師 会	1	1	1
医 師 会 等	1	1	1
岡 山 県 病 院 協 会	1	-	1
岡 山 県 へ き 地 医 療 支 援 機 構	23	17	24
医 療 機 関	11	5	11
病 院	3	3	3
初 期 臨 床 研 修 病 院 (大 学 病 院 を 除 く)	3	4	6
診 療 所	1	-	1
大 学 病 院	1	-	1
岡 山 大 学 ・ 岡 山 大 学 病 院	3	5	5
川 崎 医 科 大 学 附 属 病 院	11	4	11
(県 外) 大 学 病 院	7	1	7
行 政	3	5	5
市 町 村 長 ・ 副 市 長	11	4	11
市 町 ・ 保 健 所	7	1	7
(県 外) 市 町 ・ 地 域 医 療 支 援 セ ン タ ー	1	3	3
地 域 卒 業 医 師	3	1	3
地 域 卒 業 医 師 ・ 学 生	3	1	3
地 域 卒 学 生 (岡 山 大 学 ・ 広 島 大 学)	71	46	79
合 計			

### 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
〃 認 定 N P O 法 人 岡 山 医 師 研 修 支 援 機 構	理 事	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	基調講演講師			筑波大学 医学医療系 地域医療教育学	教授	前 野	哲 博	A
2	医 師 会			岡山県医師会（岡山大学病院）	理事（副院長）	尾 崎	敏 文	A
3	病 院 協 会		〃	岡山県病院協会（金光病院）	会長（理事長）	難 波	義 夫	E
4	初期臨床研修病院	岡 山 市	岡山医療センター		副院長	津 島	知 靖	B
5	〃	〃	岡山市立市民病院 地域医療部		部長	堀 内	武 志	C
6	〃	〃	岡山赤十字病院		副院長	岡 崎	守 宏	D
7	〃	〃	岡山協立病院		院長	高 橋	淳	E
8	〃	津山・英田	津山中央病院		院長補佐	岡 岳	文	F
9	病 院	岡 山 市	岡村一心堂病院		理事長	岡 村	暢 大	E
10	〃	倉 敷 市	倉敷スイートホスピタル		院長	松 木	道 裕	B



### 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
11	病 院	倉 敷 市	水島中央病院	院長	松 尾 龍 一	H
12	〃	県南西部	井原市立井原市民病院	院長	合 地 明	A
13	〃	〃	笠岡市立市民病院	内科部長	高 田 真 吾	C
14	〃	〃	笠岡第一病院	院長	橋 詰 博 行	D
15	〃	〃	矢掛町国民健康保険病院	院長	村 上 正 和	G
16	〃	高梁・新見	高梁市国民健康保険成羽病院	院長	紙 谷 晋 吾	E
17	〃	〃	高梁中央病院	理事長	戸 田 俊 介	A
18	〃	〃	長谷川記念病院	院長	長 谷 川 賢 也	F
19	〃	〃	渡辺病院	理事長・院長	遠 藤 彰	B
20	〃	真 庭	勝山病院	理事長・院長	竹 内 義 明	H
21	〃	〃	金田病院	理事長	金 田 道 弘	C
22	〃	〃	総合病院落合病院	院長	井 口 大 助	F
23	〃	〃	真庭市国民健康保険湯原温泉病院	副院長	岡 孝 一	G
24	〃	津山・英田	石川病院	理事長	石 川 泰 祐	C
25	〃	〃	芳野病院	理事長	藤 本 宗 平	D
26	診 療 所	高梁・新見	哲西町診療所	理事長	深 井 正	F
27	〃	〃	〃	医師	岡 正 登 詩	B
28	〃	津山・英田	奈義ファミリークリニック	所長	松 下 明	H
29	大 学	岡 山 市	岡山大学	医学部長補佐	浜 田 淳	G
30	大 学 病 院	岡 山 市	岡山大学病院 整形外科	准教授	島 村 安 則	H
31	〃	〃	〃 産科婦人科	助教	衛 藤 英 理 子	F
32	〃	〃	〃 精神科神経科	助教	川 田 清 宏	D
33	行 政	岡 山 市	岡山メンタルケアセンター	所長	野 口 正 行	D
34	〃	県南東部	赤磐市	副市長	倉 迫 明	G
35	〃	高梁・新見	新見市	市長	池 田 一 二 三	A
36	〃	〃	〃 福祉部市民課	参与 兼 課長	牧 香 苗	G
37	〃	〃	高梁市	市長	近 藤 隆 則	H
38	〃	〃	〃	政策監	土 岐 太 郎	C
39	〃	真 庭	真庭市	副市長	吉 永 忠 洋	B
40	〃	〃	〃 健康福祉部健康推進課	課長	梶 岡 亘 子	D
41	〃	〃	新庄村	村長	小 倉 博 俊	E
42	〃	県 外	広島県地域医療支援センター	専門員	塚 本 直 巳	C
43	地 域 枠 医 師	高梁・新見	高梁中央病院	医師	木 浦 賢 彦	B
44	〃	真 庭	総合病院落合病院	医師	脇 地 一 生	H
45	〃	〃	金田病院	医師	山 本 高 史	A
46	地 域 枠 学 生	岡 山 市	岡山大学 医学部医学科	6年生	今 村 竜 太	E



## 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



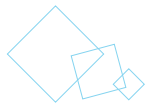
皆様おはようございます。本日は日曜日、快晴で台風の後の猛暑ですが、この中で1日を楽しんでいただけたらと思います。

今回でこの「地域医療を担う医師を育てるためのワークショップ」は第6回になります。午前中の基調講演で、筑波大学地域医療教育学教授の前野哲博先生に「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」の講演をお願いしております。

午後には、グループワークで、地域卒卒業医師が卒後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御検討をお願いしております。後期配置を実行するときには産休とか育休の問題も起こってくると思いますので、時間に余裕があればそれも検討していただけるとありがたいと思っております。

それでは今日1日よろしくお願いいたします。





## V. 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



### 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  
2018/8/26

本日は、例年お伝えしている地域枠制度のおさらいに加えて、医療対策協議会で検討された新たな方針についてお伝えします。また、勤務候補病院をどのように選定したのか、そして勤務病院がどのように決まったのかをお話します。実際の配置を踏まえ、選定方法を見直した方がいいのではないかと我々は考えましたので、そのことも説明します。また午後のグループワークに繋がりますが、後期配置の候補病院の選定方法をどのように考えていくべきかの方向性についてもいくつかご提示します。

### 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
- ・ 勤務候補病院と勤務病院
- ・ 選定方法の見直し案
- ・ 後期配置の候補病院の選定方法の考え方

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

### —地域枠制度の概要—

地域枠制度の大枠はこれまでと変わっていません。地域枠学生には県から奨学金が貸与されています。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ます。通常、6年間貸与を受けた学生については9年間（貸与年数の1.5倍の期間）が義務となります。初期研修と選択研修の各々2年間が含まれるため、実質的には5年間地域勤務を行います。また、5年間1ヶ所働くのではなく、2年間＋3年間、2ヶ所以上で勤務することを想定しています。

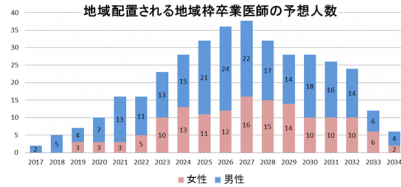
### —地域枠卒業医師の予想人数—

現在、地域枠学生は46名（うち女性20名）です。地域枠卒業医師は21名（うち女性6名）です。地域枠卒業医師の数は増えていますが、実際に地域勤務をしている医師はまだ5名しかいません。2023年から10年間に20名以上が地域勤務に従事すると予想しています。グラフの通り、徐々に増え、そして、10年ほどすると減っていきます。実際の動向を踏まえ、予想を修正したため、以前の資料と比べて動向が多少変わっています。3年目に地域勤務に行く地域枠卒業医師は我々の予想よりも少ないとこの2年間で感じました。多くは3年目を研修として自己研鑽に使うために、前期配置の人数の増え方が少し鈍くなりました。グラフの色を説明しますと、青色が卒後3～5年目あたりの専門



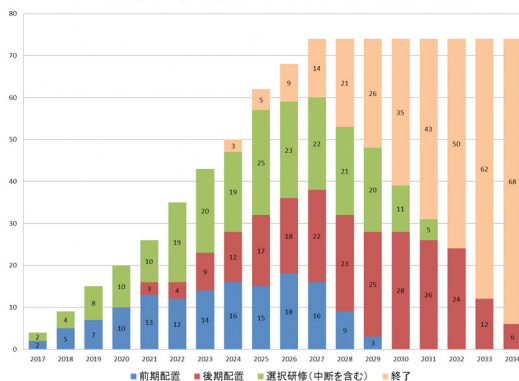
## 地域枠制度のおさらい

- ・ 地域枠学生・医師は何名？  
**学生46名**（女性：20名）、**医師21名**（女性：6名）。  
**2023年から10年間、20名以上**（女性：約3割）が配置されるとの予想。



4

## 地域枠卒業医師の予想人数



5

## 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。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）

- ・ 2017年度および2018年度については、候補病院は**県北の病院に限る**方針とされた。
- ・ 5月の医療対策協議会にて、**県北の医療圏の状況を勘案した上で、県南の医療圏にも可能な範囲で配置する方針が承認された。**

7

医を取る前の地域勤務（前期配置）、緑色が選択研修や中断を含めた自己研鑽、赤色が専門医取得後の後期配置になります。グラフで示した通りに増えていき、2028年頃から義務として地域勤務する地域枠卒業医師は減っていくことになります。いかに地域に定着してもらうかが将来的な課題となります。

### —地域枠卒業医師の身分・待遇—

地域枠卒業医師の身分と待遇ですが、自治医大卒の医師と違い、病院職員になります。県庁の職員ではないため、県が人事権を発揮し、県の裁量で地域枠卒業医師を配置することは不可能です。そのため、どの病院で働くかについては、一定程度、地域枠卒業医師の意向を組む形とし、医師と勤務候補病院とでマッチングを行う仕組みとしています。

### —医療対策協議会での検討（勤務地域）—

医療対策協議会で検討された新たな方針について説明します。2017・18年度の勤務地域については、配置病院を県北の病院に限るという方針でした。今年の5月の医療対策協議会にて、県北の医療圏の充足状況について勘案した上で県南の医療圏にも可能な範囲で配置する方針が承認されました。県南の病院を無制限に開放した場合、県南に偏ってしまう可能性があります。それは関係者全員の本意ではないはずですので、県北の医療圏の状況を勘案した上で、順次県南の医療圏にも配置が行われる方針です。

### —医療対策協議会での検討（診療科偏在）—

次に、診療科偏在です。地域枠卒業医師にも診療科偏在の是正に貢献してもらう方がよいのではないかとのご意見が出ました。対象は産婦人科です。今までは、まず地域勤務をやってください、どの専門性を追求しても構わないが、それに専従して働くのは義務年限が終わってから、と話をしていました。しかし、産婦人科については、先に専門医を取得してもらい、産婦人科医として地域貢献をしてもらう、それがなくなると産婦人科は偏在が激しいということで関係者の了解が得られました。そのため、産婦人科志望の地域枠卒業医師については、速やかに専門医を取得してもらい、当該資格に関わる医師不足地域で勤務をする方針で考えています。そうするとマッチングという仕組みにはそぐわないので、産婦人科志望で先に専門医を取りたいという地域枠卒業医師については、卒後3・4・5年目を産婦人科専門医プログラムにて研修を行い、その後、産婦





## V. 地域卒業医師の勤務病院の選定方法

### 医療対策協議会での検討（診療科偏在）

- 地域卒医師にも診療科偏在の是正に貢献してもらう方向で検討された。
- 是正の対象とする診療科は**産婦人科**。
- 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勤務をする方針（**マッチング対象外**）。

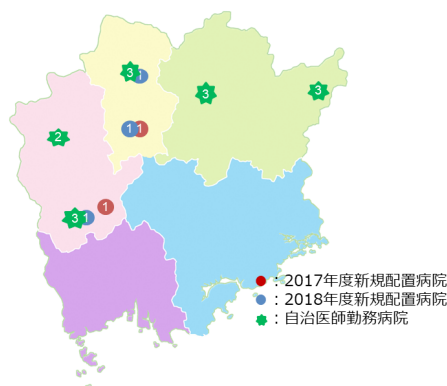
8

### 2017年4月からの配置病院



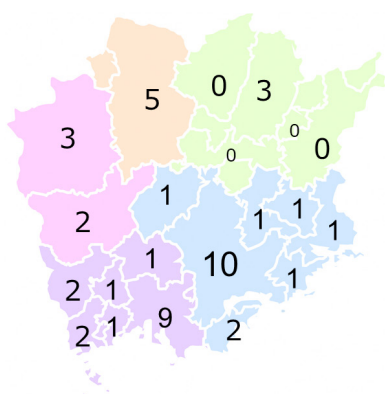
9

### 2018年4月からの配置病院



10

### 前期配置を希望する病院数



11

人科医として地域勤務を行うこととなります。産婦人科志望ではあるが総合医として地域貢献したいという地域卒卒業医師についてはそれも認める予定です。

#### － 2018 年 4 月からの配置病院－

次に配置病院についてお話しします。9 枚目のスライドは岡山県を二次医療圏ごとに色分けした図です。2017 年 4 月から配置された病院は、金田病院と高梁中央病院の 2 つになります。2018 年 4 月からは新たに 3 つの病院、北から湯原温泉病院、落合病院と成羽病院に配置されました。その結果、残念ながら地域が偏ってしまいました。ただし、自治医の先生が働かれているへき地医療拠点病院が緑色の箇所にあります。このような形で岡山の県北を支えています。

#### －前期配置を希望する病院数－

毎年、膨大なアンケートをお願いして、各病院の先生や事務の方々には多大なるご協力を得ているのですが、その中で前期配置を希望する病院がいくつあるのかを地図にプロットしたものが 11 枚目のスライドになります。まず、高梁・新見圏域では新見市で 3 つ、高梁市で 2 つ、真庭圏域で 5 つ、津山・英田圏域だと津山市だけで 3 つなのですが、他の市町村については残念ながら前記配置の医師を雇いたいと言ってくれる病院がない状況です。県南では、県南西部にも、県南東部にも前期配置を希望する病院が結構たくさんあります。ただ、大きな数字は岡山市・倉敷市という残念ながら緊急性が高いとはいえないところ。こういった地理的な偏りがあるため、各種条件を元に作成したランキングにおいて、上位病院に地理的な偏りが生じています。

#### －候補病院の選定方法（現行）－

これまでは病院と市町村の回答したアンケート結果及び地域の医師不足の評価に基づいてランキングを作成してきました。そして、地域勤務する医師の 2 倍程度の病院を候補として選定していました。配点は 13 枚目のスライドの通りです。これらを総合的に勘案してランキングを作成し、上位から候補病院として選び、地域卒卒業医師は候補病院の面接を受けて、希望順位を県に提出する。候補病院は面接に来た地域卒卒業医師の希望順位を県に提出し、マッチングを行う。こういった流れが今までのやり方です。

#### －現行の仕組みでの予想－

来年度、新たに地域勤務をする地域卒卒業医師は、最小 3 名で最大 9 名ですが、おそらく 4 名になるのではないかと見込んでいます。逆に言うと、5 名は研修したいという事です。地域医療支援センターの想定よりも卒後 3 年目を



## 候補病院選定（現行）

- 病院・市町村の回答したアンケート結果および地域の医師不足に基づいてランキングを作成する。
- 地域勤務する医師の**2倍程度**を候補病院として選定している。

12

## 配点（現行の重み付け）

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

13

## マッチング（現行）

- 地域卒医師は候補病院の面接を受ける。
- 地域卒医師および候補病院は希望順位を提出し、センターがマッチングを行う。

14

## 現行の仕組みでの予想

- 来年度の新規地域勤務は最小3名、最大9名。現時点では4名が見込まれている。
- 昨年度のデータで岡山市・倉敷市を除いた地域の病院でランキングを作成すると、新規地域勤務4名なら、県北4県南4が候補に。
- 地域の医師不足をスコアで評価すると上位病院の地理的な偏りが大きい。

15

自己研鑽に使いたいという地域卒卒業医師がずっと多いと感じています。

これまでの仕組みで新たに4名が地域勤務をすると仮定すると、候補病院は8病院になります。県南への配置を可能とする方針に基づいてランキングを作成すると、岡山市・倉敷市の病院を除いたとしても、上位8病院のうち県北が4病院、県南が4病院になります。これでは偏ってしまえば、県南に4人が行きました、でもマッチングの結果ですということも、起き得てしまいます。地理的条件も含め各種指標で一律に評価するやり方が一番公平だろうという事でこのやり方としてきましたが、上位病院の地理的な偏りは大きいと言わざるを得ないだろうと私たちは考えています。

### —地域偏在緩和のために—

そのため、地域偏在を緩和するためにマッチングのロジックの修正を検討しました。具体的には圏域が偏りすぎないように圏域ごとの候補病院の数を地域医療支援センターの方で決めさせていただくという方法になります。今までは市町村ごとの医師不足の状況については各病院のスコアの中で評価をしていました。市町村ごとの医師不足の評価を元に、地域医療支援センターの方で圏域ごとの候補病院の数を先に決め、その中から地域卒卒業医師が希望する病院で面接を受け、マッチングを行うという方針で考えています。

また、引き続いて翌年も地域卒卒業医師が配置される病院についてはその病院の評価を少し減点しようと考えています。現在勤務している病院はスコアリングによって良い評価を得た病院であり、その病院が上位に居続けて地域卒卒業医師が集まりすぎることは本意ではないためです。

### —変更案を具体的に—

具体的に考えてみましょう。来年度、新たに4人が地域勤務をする場合、候補病院の数を今までの2倍から1.5倍に減らして6病院を選びます。そして、地域の医師不足の評価をもとに各圏域の候補病院の数を決定します。地域の医師不足の評価については配点の重み付けから除きます。その上で病院・市町村の調査をもとに作成したランキングの上位から候補病院を選定します。配点については、今まで100点満点中18点を地域の医師不足として評価していましたが、その部分を0点にします。圏域ごとにいくつ病院を選定するかについては地域医療支援センターに一任いただいて、他の②から⑧の項目で100点満点になるようにこれまでと重み付けを変えずに配点します。

候補病院の数が6病院となると、この5つの医療圏でど



## V. 地域卒業医師の勤務病院の選定方法

### 地域偏在の緩和のために

- 候補病院選定ないしマッチングのロジックを修正する。
- 圏域が偏りすぎないよう圏域毎の候補病院数をセンターが設定する。
- 引き続いて翌年も地域卒医師が配置される場合には病院評価を減算する。

16

### 変更案を具体的に

- 新規地域勤務の人数を4人と仮定。  
候補病院の数は  $4 \times 1.5 = 6$ 。
- 「地域の医師不足」の評価を基に各圏域の候補病院数を決定する。  
配点の重み付けからは除く。
- 病院の調査を基にランキングの上位から各圏域の候補病院を選定する。

17

### 配点（重み付け案）

	旧	新
①地域の医師不足	18点	0点
②教育指導体制	17点	21点
③地域で果たしている役割	13点	16点
④地域の受け入れ体制	13点	16点
⑤救急車の受け入れ件数	12点	15点
⑥待遇	11点	13点
⑦認定施設かどうか	9点	11点
⑧経営状況	7点	8点

18

### 圏域ごとの候補病院数の決め方（例）

- あるべき候補病院の数は6。
- 引き続き県北に3人配置することを踏まえ、県南の候補病院は1とする。
- 県南西部・県南東部合わせて1病院を選定する。
- 残りの候補病院の数は5。  
「地域の医師不足」の評価から高梁新見から2病院、真庭から2病院、津山英田から1病院を選定する。



19

のように割り振るかを決めることになります。引き続き県北で3人が勤務を継続するため、県南の候補病院を1病院、県北に5病院とするのが妥当ではないかと考えています。すると、県南では県南東部・県南西部合わせて1病院となります。残りの5病院については、地域の医師不足の評価をもとに、高梁・新見圏域から2病院、真庭圏域から2病院、津山・英田圏域から1病院を選定することで、圏域間のバランスが偏りにくいと思います。ただ、あくまでも候補病院の選び方であり、地域卒業医師がどの病院で勤務するかはマッチングを経て決められます。地域医療支援センターとしてはよりバランスがよくなることを期待して候補病院を選定しますが、それ以降のマッチングについては地域卒業医師と候補病院の意思によって決定されます。

#### －前期配置における課題－

この修正で完璧というわけではなく、まだ課題は残ります。よりバランスのとれた地域配置であることが望ましいという点については皆さん異論がないかと思うのですが、県が人事権を持ってない中でどのようにバランスを整えていくかについては、地域卒業医師を含めた関係者の納得も大変重要だと考えています。

また、我々の予想が甘かったと言わざるを得ないのですが、卒後3年目を自己研鑽に使いたいという地域卒業医師が想定よりも多かったために前記配置の人数が少なくなっています。地域医療を今現在支えておられる先生方には少々お待ちいただくざるをえない状況です。

#### －後期配置の候補病院の選定－

次に、後期配置の候補病院の選定についてお話しします。前記配置の候補病院の選定の際には教育指導体制を大変重視したスコアリングとしていました。過去の本会において真剣にご議論いただきまして、本音ではうちにぜひ来てほしいと思った先生もおられたかもしれませんが、まず卒後3・4・5年目の地域卒業医師には教育が大事だというご意見が多く、本当に嬉しかったです。一方で、後期配置においては基本的に専門医資格を取得した年次になりますので、教育指導体制によらず、地域医療に貢献できる施設に配置するべきだろうと考えています。現在のスコアリングの中で、教育指導体制の評価を外してみたところ、上位病院は教育体制以外のスコアも概ね高いため、顔ぶれはあまり変わりませんでした。前期配置と候補病院が同じという形は避けるべきだろうと思っています。望ましい選定方法は、地域医療支援センターの一存で決めるのではなく皆さんのご意見が大変重要だと思っています。





## 前期配置における課題

- よりバランスのとれた地域配置であることが望ましい。
- 地域枠医師を含め関係者の納得も重要。
- 当センターの予想よりも前期配置人数が少ないため、少々お待ちいただくざるを得ない。

20

## 後期配置の候補病院の選定

- 前期配置では教育指導体制が重視された。
- 後期配置では教育指導体制によらず、地域医療に貢献できる施設に配置されるべきと考えている。
- どうやって選定すべきか。

21

## 後期配置における検討課題

- 地域バランスをどうとるか。
- 候補の優先順位をどうつけるか。
- 専門性の発揮をどう考えるか。
- 診療所勤務をどう考えるか。

22

## 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。
- 前期配置の地域偏在を軽減するために、選定方法を修正する予定である。
- 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。

23

### —後期配置における検討課題—

後期配置の候補病院をどのように選定すべきかについては、午後のグループワークに参加される先生方のお知恵を拝借できればありがたいです。検討課題は、あくまでも私の思っている課題であり、これに沿って議論していただきたい訳ではありません。この2年間の前期配置では地域バランスが偏ってしまったと感じています。後期配置が始まって最初の1、2年で全て解消することは難しいにしても、何年かの間にバランスがとれるような仕組みにしていきたいと思っています。後期配置の候補病院の優先順位をどのようにつけていくべきなのか、それぞれの関係者毎にご意見があるでしょうし、施設ごと、地域ごと魅力やアピールポイントが異なるかと思います。どのように優先順位をつけられ、関係者が皆なるべく納得できる仕組みとなるか、皆さんと一緒に考えていきたいです。

また、多い時期には30人以上が地域勤務する中で全員が総合医である必要があるのかという点については、個人的には全員でなくてもいいのではないかと思います。一方で、大多数から自分の好きな専門性を発揮したいと言われてしまうと、地域のニーズと合わなくなってしまうため、バランスを考慮する必要があるでしょう。また、地域勤務の場所は病院として話をしてきましたが、一部の診療所については地域貢献する場として適しているという考え方もあるでしょう。こうした視点についても、お知恵を貸していただければ助かります。

### —まとめ—

最後に、2023年以降10年間については20名以上が地域配置されると予想しています。かなりのボリュームですが、後半は減少するため、医療経済的な状況といった外的要因があるにしても、その頃に維持できるように、一定数が定着してうまく支えていければと考えています。地域枠卒業医師の配置について、県は人事権を持っておりません。何度も説明してきたようにマッチングで決まります。そして、過去2年の配置の状況については残念ながら地域偏在してしまっていたと言わざるを得ません。偏在を軽減するためにも、選定方法を修正する予定です。また、後期配置の選定方法については、まだ固まっておりません。ぜひ皆様のご意見を参考にさせていただければと思っています。御清聴ありがとうございました。



## VI. 基調講演「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」

筑波大学 医学医療系 地域医療教育学 教授 前野哲博



### 【現 職】

筑波大学 医学医療系 地域医療教育学 教授  
筑波大学附属病院 副病院長（教育・地域医療担当）  
総合診療グループ長  
筑波大学 医学群医学教育企画評価室 室員

### 【学 歴】

1991年3月 筑波大学 医学専門学群 卒業

### 【職 歴】

1991年 医療法人財団 河北総合病院 研修医  
1994年 筑波大学附属病院 総合医コース レジデント  
1997年 川崎医科大学総合診療部 臨床助手  
1998年 筑波メディカルセンター病院 救急総合診療部 医師  
2000年 筑波大学 卒後臨床研修部 講師  
2003年 “ “ 助教授  
2009年 “ 地域医療教育学 教授

### 【資格等】

日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医・指導医／日本内科学会総合内科専門医・指導医／日本医学教育学会認定医学教育専門家／博士（医学）

### 【所属学会等】

日本プライマリ・ケア連合学会（副理事長）／日本医学教育学会（代議員）／日本内科学会／全国地域医療教育協議会（世話人）等

※図表等の詳細については、岡山県地域医療支援センターホームページにて、拡大表示の上ご確認ください。

### 地域医療の充実と 医師のキャリアパスの両立に向けて

筑波大学 医学医療系 地域医療教育学  
筑波大学附属病院 総合診療科  
前野 哲博



### 今日の内容

1. 全国の地域枠制度の現状と課題
2. 茨城県の地域枠制度の取り組み
3. 筑波大学における地域医療教育の実践
4. 地域枠卒業生のキャリアパスの在り方
5. 地域で活躍できる診療能力の養成
6. おわりに



### - はじめに -

岡山の地域枠制度のお話をお聞きして、県が違えば事情も違いますし、それぞれ工夫を重ねられていることがよくわかりました。

1年間だけですが、岡山県に住んだことがあります。倉敷市の川崎医大総合診療部に1年おまして、そこで自分の総合診療医としての基本を教えていただき、自分のアイデンティティを確立することができました。非常に楽しい1年間で、岡山は私にとって思い出深い土地であります。その岡山にこういう形でお招きいただいております。いただいたことを非常に嬉しく思っております。



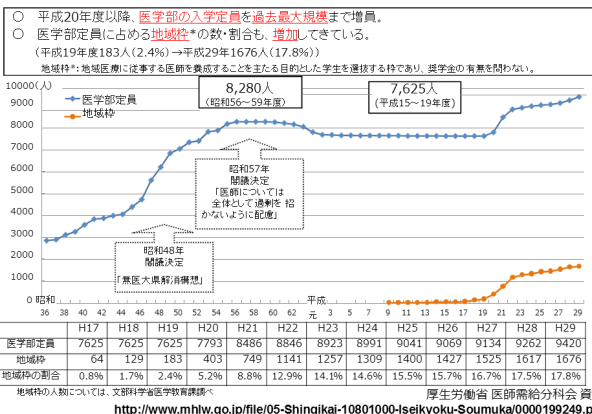


## 全国の地域枠制度の現状と課題



3

医学部入学定員と地域枠の年次推移



4

(参考) 地域枠の導入状況 (大学別一覧) 1/2

平成29年6月15日 第10回 医師需給分科会 資料

○ 79大学中、地域枠を設定しているのは71大学(90%)。このうち、地元出身枠を設定しているのは46大学(65%)。  
○ 大学が導入している地域枠のうち、地元出身枠は約48% (= 783/1617)。

都道府県	区分	大学名	H28年度入学定員	うち地域枠募集人員	うち地元出身枠
北海道	国立	旭川医科大学	122	72	59
北海道	私立	(うち2年次編入学)	10	5	5
北海道	公立	札幌医科大学	110	90	39
北海道	私立	札幌医科大学	132	67	35
北海道	私立	(うち2年次編入学)	20	5	5
岩手県	私立	岩手医科大学	130	28	15
宮城県	国立	東北大学	138	33	0
宮城県	私立	東北大学	100	55	0
秋田県	国立	秋田大学	129	24	10
山形県	国立	山形大学	125	8	8
福島県	公立	福島医科大学	130	60	8
茨城県	国立	茨城大学	140	36	26
栃木県	国立	栃木大学	120	20	10
群馬県	国立	群馬大学	122	18	0
群馬県	私立	(うち2年次編入学)	15	3	0
埼玉県	国立	埼玉医科大学	127	16	0
千葉県	国立	千葉大学	122	20	0
東京都	国立	東京医科大学	106	4	0
東京都	私立	昭和大学	117	12	10
東京都	私立	昭和大学	130	19	10

5

(参考) 地域枠の導入状況 (大学別一覧) 2/2

平成29年6月15日 第10回 医師需給分科会 資料

都道府県	区分	大学名	H28年度入学定員	うち地域枠募集人員	うち地元出身枠
東京都	国立	国立大学	112	5	7
東京都	公立	国立大学	97	27	7
東京都	私立	国立大学	115	10	0
東京都	私立	東京医科大学	125	10	0
東京都	私立	東京医科大学	125	35	30
東京都	私立	東京医科大学	117	28	18
東京都	私立	(うち2年次編入学)	17	7	7
東京都	私立	東京医科大学	107	7	7
東京都	公立	大塚医科大学	98	18	0
東京都	私立	大塚医科大学	112	22	0
東京都	私立	昭和大学	117	15	0
東京都	私立	昭和大学	115	20	0
東京都	私立	昭和大学	117	10	10
東京都	私立	昭和大学	112	13	0
東京都	公立	東京医科大学	115	38	25
東京都	公立	東京医科大学	100	36	10
東京都	国立	東京医科大学	110	32	10
東京都	国立	東京医科大学	112	25	13
東京都	国立	(うち2年次編入学)	10	3	3
東京都	国立	昭和大学	120	17	7
東京都	国立	(うち2年次編入学)	5	5	0
東京都	国立	昭和大学	112	20	20
東京都	国立	昭和大学	120	20	18
東京都	国立	昭和大学	117	33	18
東京都	国立	(うち2年次編入学)	10	3	3
東京都	国立	昭和大学	114	14	19
東京都	国立	昭和大学	115	20	20
東京都	国立	昭和大学	115	25	15
東京都	国立	昭和大学	115	20	0
東京都	国立	昭和大学	110	10	10
東京都	国立	昭和大学	106	24	23
東京都	国立	昭和大学	123	32	23
東京都	国立	(うち2年次編入学)	5	5	0
東京都	国立	昭和大学	115	10	5
東京都	国立	昭和大学	110	13	13
東京都	国立	昭和大学	110	20	20
東京都	国立	昭和大学	117	20	17
東京都	国立	(うち2年次編入学)	10	3	0
東京都	国立	昭和大学	117	17	17
東京都	国立	昭和大学	8,261	1,517	783
東京都	国立	(うち2年次編入学)	97	40	23
東京都	国立	(うち2年次編入学)	10	3	3

※1 自治医科大学は大学の目的に鑑み、※2 私立大学は入学定員ではなく、募集人員を記載。  
※3 地域枠には、地元出身者のための地域枠に加え、出身地と関係なく将来地域医療に従事する意思を有する者(対象とした入学者や入試時に特別指定していないが、地域医療に従事する奨学金を交付している枠を含む。)(TO入制度(100%)を含む。)  
※4 地元出身枠には、大学の位置する都府県出身者、大学の位置する都府県及び近隣の都府県出身者、特定の地域(べき地)出身者も募集しているものを示す。

地域枠募集人員: 文部科学省医学教育課「地域医療に従事する医師の確保」養成のための制度(研究)を参考に作成

6

## 1. 全国の地域枠制度の現状と課題

### ◇ 地域枠の充足状況

私は文科省の委託研究で地域枠の全国調査をやらせていただきました。私が直接行った調査と医学部長病院長会議で行った調査の結果を踏まえて、まず、地域枠制度の全体像について簡単にご紹介をします。

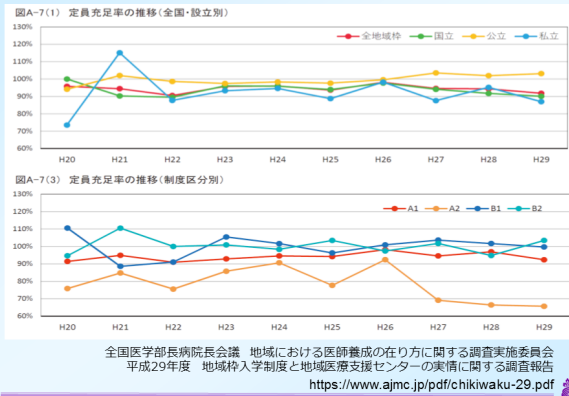
まずに、全国の地域枠の現状です。今、猛烈な勢いで地域枠が増えております(スライド4)。地域枠は絶対値が「0」なので緩やかに見えますけれども、元々、7,600人だった医学部定員が、およそ1,600人増えて、今は9,420人です。全国的に医学生6人に1人が、地域枠という現状にあります。地域枠の定義は様々ですが、厚労省は、「地域医療に従事する医師を要請することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。」と定義しています。この増員分は、一部、研究医なども含みますが、その9割以上が地域枠です。つまり、この10年間ぐらい、国は地域枠で医学部の定員増を図ってきたということが言えると思います。ちょうど8、9年ぐらい前に急増した時期がありますが、この時期の学生が初期研修を終えて、後期研修に入るということで、これから地域枠の真価が問われるわけです。

『地域枠の導入状況(大学別一覧)』(スライド5・6)をご覧くださいと、筑波大学の地域枠の募集定員は36人です。国立大学の奨学金付き地域枠の募集人員としては全国最多です。定員が100人から140人増えて1学年40人増えるということは、6学年で240名増えるということです。教室も狭いし、病院実習もすごくたくさんの学生が押し寄せて、今大変な状況にあります。全国71大学で1,617人定員が増えているということです。

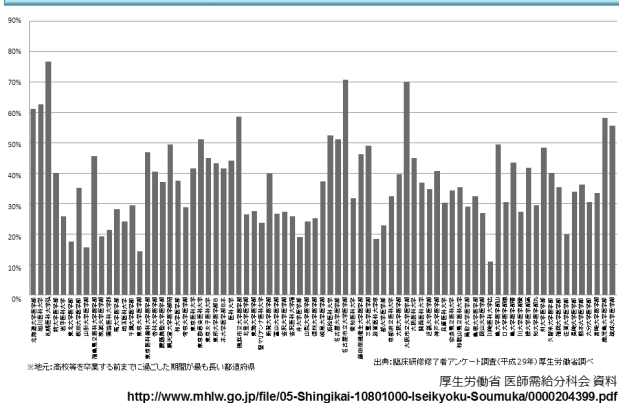
ただ『定員充足率』(スライド7)は100%ではありません。大体9割何分ぐらいです。特に国立は乱高下がありますけれども、9割切っている年が多いです。つまり、医学部定員を増やしたけれども、埋め切れていないのです。実は茨城県も、埋め切れていません。志願者が定員割れをしたら、これはどうしようもないのですが、志願者は定員以上いるけれども、定員割れを起こすという背景もあります。例えば筑波大学も、これ以上努力できないという所まで探っても定員に満たないという状況です。医師をたくさん確保したいという地域の思いと、実際の医学生の志望というのは、拡張した6人に1人という地域枠ではちょっと息切れをしているように思います。

## VI. 基調講演「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」

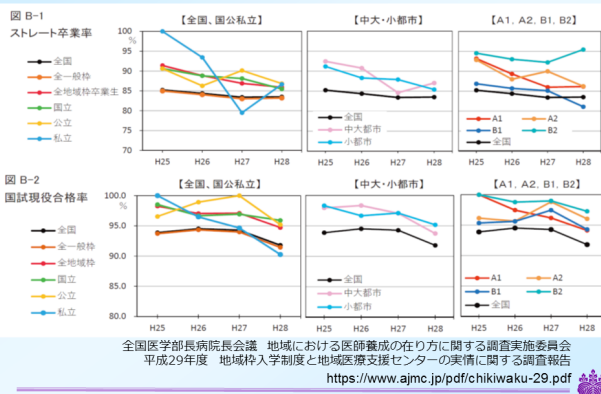
### 定員充足率



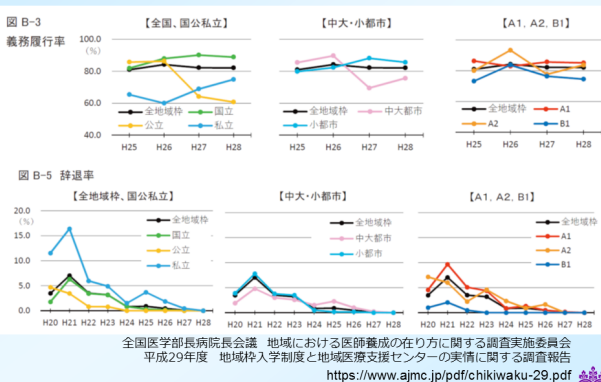
### 各医学部の地元出身者（地域枠を含む）の割合



### 地域枠医学生のアウトカム



### 地域枠医学生のアウトカム



### ◇ 地元出身者

『各医学部の地元出身者（地域枠を含む）の割合』（スライド 8）をご覧くださいと、筑波大学は36人の地域枠を採っても、地元出身者が全体の2割を切っています。ただ36人の地域枠を採り始めたのは最近なので、もう少し早くするとその効果が出ると思います。岡山大学は30%ぐらいのところにあります。やはり、3、4割以内にとどまっている、3割を切っている大学がすごくたくさんあるというのが現状です。ちなみに、筑波大学に地域枠ではなく、一般枠で入ってくる茨城県出身者は、片手で足りるぐらいしかいません。地元の国立大学に入るといのは、なかなか行政が思ったようにしていないということで、茨城県は県立高校に医学部進学コースを新設する補助金を出すなど、色々なキャンペーンや工夫をしています。

### ◇ 地域枠学生のアウトカム

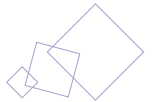
ただ、先ほど申し上げたように、合否基準では大変な努力をしている地域枠なのですが、アウトカム（ストレート卒業率（スライド 9 上）、国家試験を現役で合格する率（スライド 9 下））を見ていただくと、地域枠は基本的に全国平均より高いです。ですから、逆に言うと、英語や数学の点数で、ボーダーで線を引く入試というのが、いかにアウトカムと繋がっていないかという証拠でもあります。ただ、これから急増した地域枠の医学生が卒業していくとこの数字が変動するかもしれませんが、現時点では入学後のパフォーマンスは悪くないと言えるのではないかと思います。

それから、義務履行率（スライド 10 上）、辞退率（スライド 10 下）を見ていただくと、辞退率は大体、全国平均で4%ぐらいですので、辞退する人というのは、そんなに多くはないということになります。

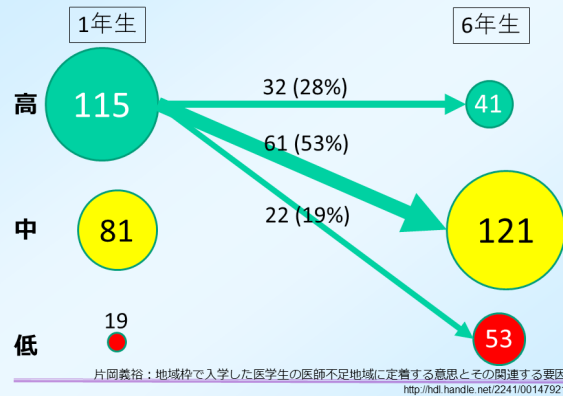
### ◇ 医師不足地域で勤務するモチベーションの維持

ここからは我々が行った、全国のリサーチの結果をちょっとお話ししたいと思います。（スライド 11-13）参加した大学が30大学ぐらいで回収率もそんな高くないです。1年生の時に、当然地域枠の卒業生は、地域に従事することが義務づけられているわけなので、「あなたは地域で仕事をしたいですか？」と聞いても意味がないので「義務が終わった後も地域に残りたいですか？」という質問をしました。5段階で回答してもらい、「高」「中」「低」の3段階に分けています。5年後に同じ集団に追跡調査をして、両方とも回答した学生だけをピックアップして、分析しました。

1年生の時も6年生の時も「高」と答えた初志貫徹の人

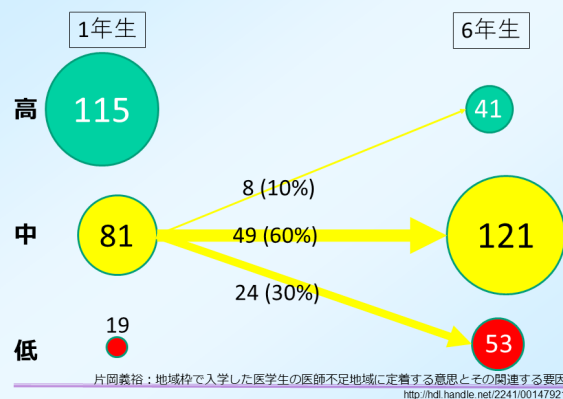


### 義務終了後の医師不足地域勤務意思の変化



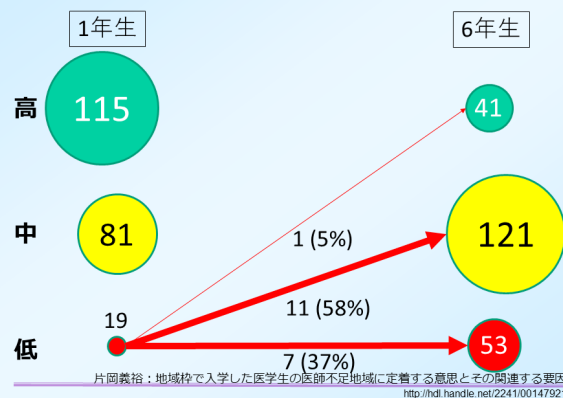
11

### 義務終了後の医師不足地域勤務意思の変化



12

### 義務終了後の医師不足地域勤務意思の変化



13

### 茨城県の地域枠制度の取り組み



14

は、半分に減ってしまいます。逆に、元々入ったときから「中」だった人は、6割が「中」のまま、そして最初から「低」の人は、6割弱が「中」に移行します。「中」より上には余り行かないです。例えば、元々「高」で「高」を維持できるのは、115人中32人（28%）のみです。「中」に流れる人が一番多いです。元々「中」の場合は、「中」から「中」が一番多くて、「高」に上がっていく人は、10%です。更に元々「低」の場合は「高」に上がる人は、ほとんどいないということがわかりました。

つまり、入試の選抜でいかに「高」を採るか、そして、「高」からいかにロスなく「高」に繋げるかが一番大事で、一旦下がると回復するのは大変難しいというのが現状です。ですから、地域枠のキャリア形成というのは実は卒前からかなり大事だと思っています。この後、筑波大学のデータをお示ししますが、やはりモチベーションを継続させようというマインドを持って育てることはすごく大事ではないかと思っています。

## 2. 茨城県の地域枠制度の取組

### ◇ 医師不足の現状

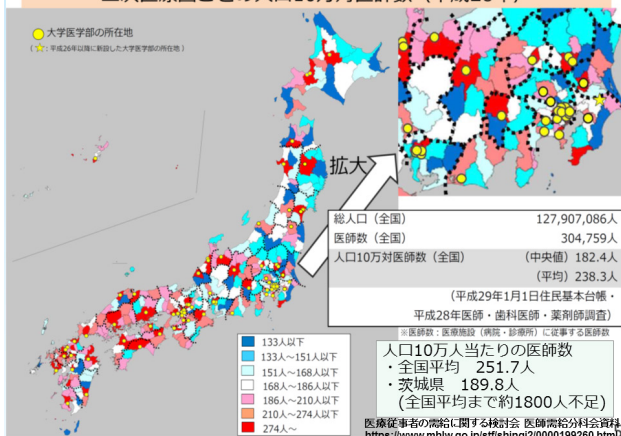
ここから、茨城県の医師の現状をお話しします。（スライド15）全国の都道府県の二次医療圏別の人口10万人当たりの医師数は、ご存じのように、西高東低です。西多くて、東少ないというのが国の傾向ですけれども、茨城県の場合は、大学のあるつくば市以外は不足地域です。全国平均以上は、つくば地区と水戸地区だけです。他の地区は全て平均以下で、最も少ないのが東の端（鹿行地区）95.7人、その次に少ないのが、北の端（常陸太田・ひたちなか地区）108.2人という医師不足県です。全国平均251人に対して茨城県は189人ですから、人口290万人に全国平均を掛けて計算しますと、全国平均に到達するまでにあと1,800人医師が足りないという県です。10万人あたりにするとあまり実感がないですが、あと1,800人かと思うとため息が出ます。筑波大学の卒業生が100%茨城に残ってかつ誰1人医師が死なず現役で働いても20年ぐらいかかるということです。

茨城県は医師の絶対数が不足しているというのが大きな命題で、そういう意味では、県内の医師会・地域等、各ステークホルダーの意向にずれはありません。地域偏在の問題はもちろんありますけれども、その前に絶対数だというような認識があります。



## VI. 基調講演「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」

二次医療圏ごとの人口10万対医師数（平成28年）



### ◇ 茨城県の地域枠制度

今日は茨城県のメインの地域枠制度のお話をします。（スライド 16）県内の高校卒業生または県内居住している親の子供が対象なので、茨城から東京の高校に通っている子でも構いません。貸与額は、これまでの15万円から20万に増額しました。私立は25万円に増額しました。それでも入学者減ってしまいました。返還免除の要件は9年間知事が指定する医療機関で勤務することですが、半分以上は医師不足地域で勤務してくださいということになります。全国枠というのは筑波大学にだけ、設定されているのですが、これは茨城県出身である必要はありませんが、卒業後に就業できる診療科に縛りがあります。

医師修学資金貸与制度というのは、地域枠と関係なく入学後に手を挙げた全国の医学生にお金を貸しますよという制度です。こちらの方は縛りが緩く、3年借りたら3年（3年未満は3年）、4年借りたら4年勤務すれば良いという形になっています。

海外対象医師修学研修資金貸与制度は、最近ハンガリー国立大学の医学生が増えてきて、これはもう岡山大学が先行して取り組んでおられるというふうに伺っておりますが、それを茨城でもやろうということで最近始まった制度です。この研修資金というのは、ハンガリーは卒業が6月なので、帰国してから国家試験を受けるまでの間の生活費を援助しようという制度です。

県が指定している医師不足地域は、つくば地区、それから東京都に近い取手・電ヶ崎地区を除く全てで、ポイントは、水戸市も医師不足地域に入っているということです。（スライド 17）水戸市には結構大きな研修病院がありますが、そういったところでも医師不足地域の勤務となるということで、これが研修の環境を良くするのに役立っている訳です。茨城県全体で53人の枠があり、要するに茨城県としてはそれだけ地域枠を採りたいということです。しかし、筑波大学は定員が140人を超えると設置基準が変わってしまうので、都内の国公立大学に地域枠を作ってもらいました。例えば、杏林大学とか日本医大は2人だけが地域枠なので、残りの98人は茨城県とは何の関係もない同級生です。卒業しても2人は自分の大学の医局に残れません。いずれの大学も茨城県に関連病院を持っていないか、持っていたとしても、充足地域に持っていることが多いので、医師不足地域で5年間回せません。そうすると、出身県ではあっても繋がりのないところで9年間過ごさなければならないということで、学生の不安は非常に強くなります。また、都内のある大学では、地域枠卒業生から集団で辞退の申し出が

茨城県の地域枠制度

項目	地域医療医師修学資金貸与制度（地域枠）		医師修学資金貸与制度	海外対象医師修学研修資金貸与制度
	【県内対象】	【全国対象】		
概要	医師不足地域の医療機関に勤務意思を有する者に地域枠設置大学にて選抜試験を実施。入学者に修学資金を貸与（地域枠入学者に貸与）		医師不足地域の医療機関に勤務意思を有する者に修学資金を貸与	外国の医学校を卒業後、日本の医師免許を取得し、茨城県内に勤務する者に修学資金（在学中）及び医師国家試験のための研修資金を貸与
貸与条件	県内高校卒業生または県内居住者の子	筑波大学の出願資格を満たす者	・県内高校卒業生または県内居住者の子 ・筑波大学医学類生（県外出身可）	外国の医学校に進学した者（県外出身可）
貸与額	* H29入学者から 国公立大学 月20万円 私立大学 月25万円		* H29入学者から 月15万円	修学資金：月15万円 研修資金：150万円
返還免除	知事が指定する医療機関及び診療科※で9年間勤務（1/2以上は医師不足地域）		県内医師不足地域で貸与期間と同期間勤務（貸与期間が3年未満の場合は3年）	知事が指定する医療機関で貸与期間（研修資金の貸与を受けた場合はプラス1年）の3/2の期間勤務（下限3年、上限9年）

### 地域枠の定員

- 筑波大学:36名（うち10名全国枠）
  - 東京医科大学:8名
  - 東京医科歯科大学:2名
  - 杏林大学:2名
  - 日本医科大学:2名
  - 北里大学:2名
  - 帝京大学:1名
- ※全国枠は診療科指定あり
- 産婦人科 ○小児科
  - 救急科 ○へき地医療

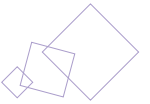


県の指定する医師不足地域

へき地医療を選択する場合は総合診療科又は外科

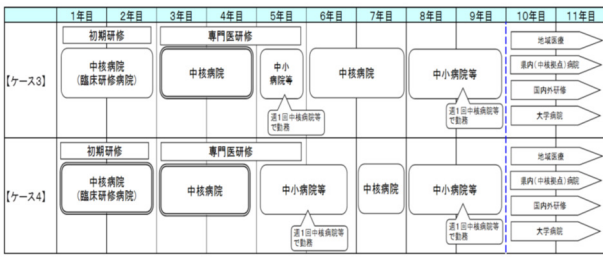
### キャリアパス形成支援の基本的な考え方

項目	派遣ルールの考え方について
総論	・面談等によるオーダーメイドのキャリアパス作成を基本とする。 ・卒業後4年目までの研修病院の選択は原則として本人の意向を尊重。 ・専門医を取得するために必要な場合は猶予制度を活用できる。
卒業5年目以降	・卒業5年目以降は、一定期間を指定する医療機関に派遣する。 ・特定の専門診療科のみではなく、内科一般、外科一般といった幅広い診療に従事。（例）日当直や平日の外来初期診療を支援すること。
指定医療機関（中小病院）への派遣	義務年数及び医師不足地域外での勤務年数に応じて派遣期間を設定する。 【地域枠】 9年のうち医師不足地域での勤務7年未満→3年間 9年のうち医師不足地域での勤務7年未満→4年間
身分	勤務する病院の所属とし、勤務病院の給与体系によるものとする。
中小病院派遣中の研修	希望により、週1回の県内中核病院等での研修を可とし、希望があった場合、所属病院はこれを認めるものとする。
受入医療機関の責務	・修学生医師から初期及び後期研修の申込があった場合には、特別な理由がない限りこれを受け入れるものとする。 ・必要がある場合には、新たな後期研修プログラムの作成や既存プログラムの弾力的運用を図るものとする。
その他	・産婦人科コースや小児科コースを選択した場合は、総合周産期母子医療センターや小児救急拠点病院等、県が指定する医療機関へ派遣。



## 標準的な研修スケジュール

### ② 地域医療医師研修資金貸与制度:義務年限9年のケース



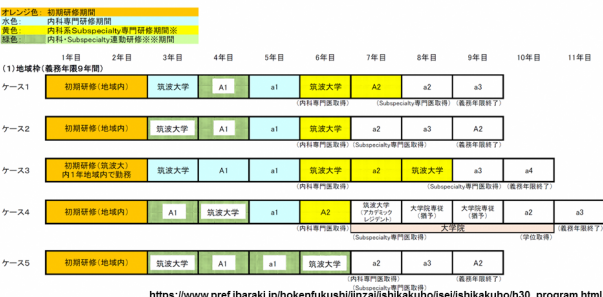
※県内では研修ができない特殊な技能習得等に限り、1年を履度として県外での研修を認めます。  
この場合、県外での研修は従事期間に算入しません(猶予扱い)。

## モデルプログラムの実例(内科)

### 内科専門研修プログラム(地域枠・修学生)

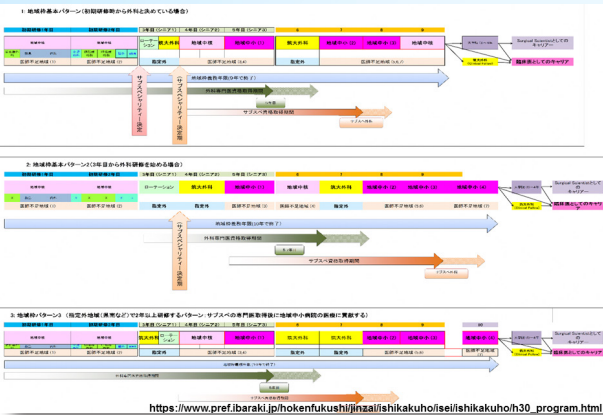
- 特徴
- 1) 内科10分野は地域枠のすべてに経験豊富な指導医・専門医を多数擁しており、1人1人に担任医員がついて、様々な合わせた多彩なキャリアを支援します
  - 2) 内科専門研修→Subspecialty専門医研修として研修で、また、Subspecialty専門医研修終了後に定着率の向上を図ることも可能
  - 3) 専攻に内科専門医とSubspecialty専門医の取得を目指す人は並行して研修修得をしながら(運動研修)が可能
  - 4) 臨床研修をしながら大学院進学も可能
  - 5) 研修中の出産・育児・介護など個別の状況にあわせて研修をアレンジします。

研修修得(あくまで例として、個別にアレンジします)



[https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/jinzai/shikakuho/sei/shikakuho30\\_program.html](https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/jinzai/shikakuho/sei/shikakuho30_program.html)

## モデルプログラムの実例(外科)



[https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/jinzai/shikakuho/sei/shikakuho30\\_program.html](https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/jinzai/shikakuho/sei/shikakuho30_program.html)

## モデルプログラムの実例(放射線腫瘍科)

### 放射線科(サブスペシャリティで治療をめざす場合)



[https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/jinzai/shikakuho/sei/shikakuho30\\_program.html](https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/jinzai/shikakuho/sei/shikakuho30_program.html)

あり、引き止めで躍起になっております。

そして、全国枠は、指定の診療科(産婦人科・小児科・救急科)、または、へき地(水戸より北)で、半分以上勤務しなければなりません。また、へき地医療を選んだ場合は、総合診療科か外科を選ぶという縛りがあります。筑波大学には10人の枠がありますが、出願者が2人で、そのうち、合格者1人ということで、これが定員割れの大きな原因になっています。

## ◇ キャリアパス形成支援

茨城県は、9年間トータルで基本的なキャリアパスの形成を考えています。(スライド18-23)9年間のうち、医師不足地域で5年以上勤務するというのが原則です。更に、この期間を例えば国立水戸病院とか県立中央病院のような大病院ではない中小医療機関で働く期間が別に設定されていて、それが4年間以上という縛りがあります。ただ、5年で良いところに7年いてくれたら中小病院縛りは3年で構わないというルールになっています。従って、多くの診療科では、初期研修を水戸などの中核病院で行い、県南の例えば筑波大学病院で研修する期間を2年間に制限して、中小病院では3年勤務すれば良いようなスケジュールを組んでいます。ただし、産婦人科と小児科に関しては、県の施策として集約化を図っているの、総合母子周産期センターで勤めていただきます。

標準的なスケジュールでは中核・中小病院で3年間、トータル7年間医師不足地域で働くようになっています。例えば、県南で初期研修を受け、中核病院での勤務と併せて4年間とすると、医師不足地域での5年間の勤務は、中小病院で4年、中核病院で1年となります。ただし、中小病院で勤務するときは、週1回は専門研修のために中核病院で勤務して良いということにしています。県が何かしてくれるわけではありませんが、受け入れる病院は、中核病院に1日研修に出さなければならないという義務を県が課するという仕組みになっています。

## ◇ 専門医取得のための支援

新しい専門医制度が始まるにあたり、県が県内すべての後期研修プログラムの責任者と会合を持ちました。県としての条件を満たし、病院のプログラム責任者としてはクオリティが保てるというプログラムを全診療科、全病院分作って表にまとめ、ホームページでも公開して、学生や研修医に配っています。

地域枠制度としては、内科と外科は基本領域の専門医取



## VI. 基調講演「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」

地域枠のキャリアパスの一例（総合診療科）



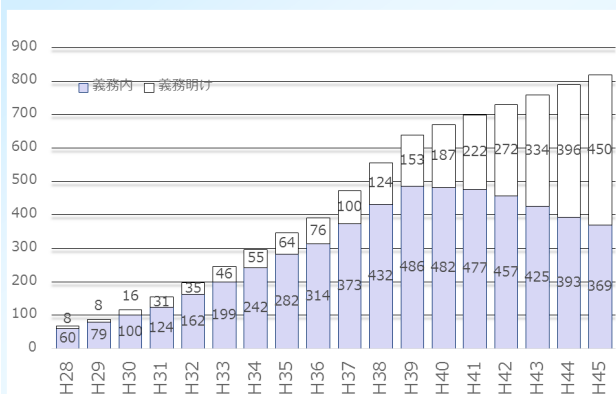
23

地域枠人数の推移

年度	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H30 入学者
筑波大学	5	7	9	11	13	22	28	36	36	36	24
東京医科大学		5	7	8	8	8	8	8	8	8	5
東京医科歯科大学		2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
杏林大学		1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
日本医科大学				2	2	2	2	2	2	2	0
北里大学					2	2	2	2	2	2	0
帝京大学								1	1	1	0
合計	5	15	20	25	29	38	44	53	53	53	34

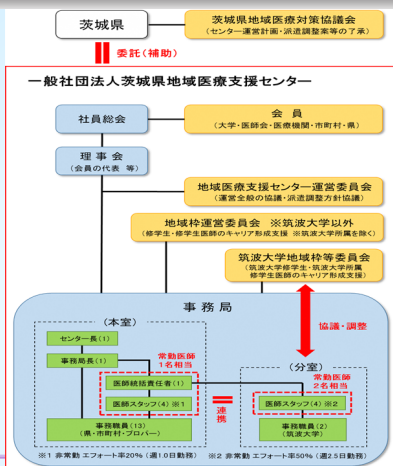
24

修学生医師数の推移



25

地域医療  
支援センターの  
改組（予定）



26

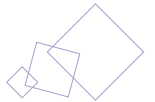
得までは保障しますが、サブスペシャリティの部分は保障していません。例えば、内科は、〇〇内科まで、外科は〇〇外科まで取得させる、放射線科も放射線の腫瘍と診断は別だというようなお考えがあって、そこまで面倒を見るのかなど、色々な議論があったのですが、何とかまとまったというものをしています。

内科のモデルプログラム（スライド 20）の「地域内」とは医師不足地域のことで、筑波大学の多くの科は、医師不足地域で初期研修を受けてもらった後、大学で専門研修の最初の部分を教えたいと考えています。したがって、筑波大学の卒業生はほとんど初期研修を大学で受けません。初期研修を大学で受けると後期研修を大学で受ける期間が短くなる、あるいは中小病院での研修期間が長くなるためです。そして、6年目以降、9年目までにサブスペシャリティも取得できるようなモデルや11年かけて取得するモデルなどを診療科ごとにしています。（スライド 21）

放射線腫瘍科では、中小病院には基本的にラディエーションの施設がないのでどう義務を果たすのかということが問題になりましたが、茨城県の場合は義務履行に期限はないので、10年かけても20年かけても義務をやってもらうという考え方になりました。非常勤で週2回勤務すれば5分の2カウントするから、5年勤務すれば1年やったと認めようという制度を取り入れて、中小病院に週1回バイトに行く、外勤に行くというような形でいい良いから、トータルで義務を果たしてもらうというルールでやっております。

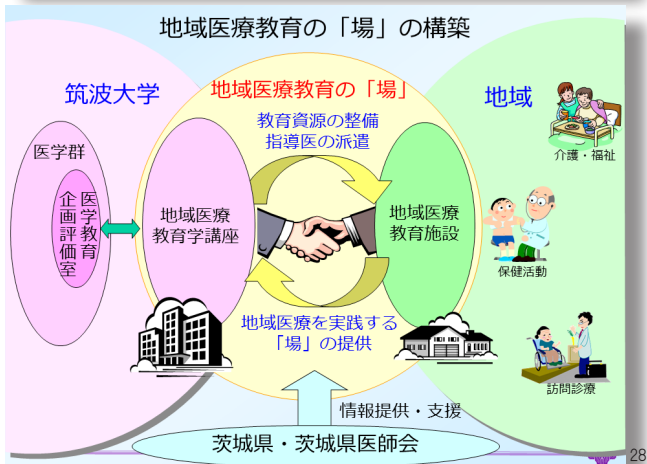
ホームページ載せている総合診療科のキャリアパスでは（スライド 23）、例えば1・2年目は県北で初期研修をして、3年目は県南で勤務します。4年目は中核病院で救急、クリニックで在宅をやります。5年目は一番医師が少ない鹿行地区で勤務すると、ここで専門医が取得できます。7年目は自分の好きなことを県南でやって、8・9年目は県内各地の田舎の医師不足地域を回るといったようなモデルを各プログラムで作っております。

このような形で運用しているわけですが、実際にどれぐらい、今年入ったかという（スライド 24）、平成21年の定員5人、つまり、緊急医師確保対策の5人から始まって、36人という数になっているわけですが、今年度入学した人は24人です。東京医科大学が定員8人で5人、東京医科歯科大学は、3人、後は0です。全体で53人枠があつて34人、6割弱しか埋まっていないということになります。岡山県でも同じようなグラフがありましたが（P.7スライド 4・5）、茨城の場合は（スライド 25）、1学年53人いま



## 筑波大学における 地域医療教育の実際

27



28

## 地域医療教育ステーションのコンセプト

### 地域医療教育の充実には、教育資源の投入が不可欠

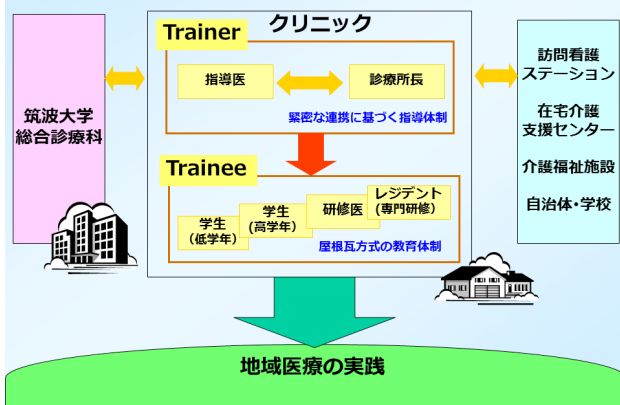
- ・ 医療者は、診療業務で忙殺されている
  - ・ 医療機関は人手不足かつ経営も厳しく、教育に投資できない。
- 見学中心の受動的学習になりがち  
準備学習や振り返りが行われず、経験からの学びが浅くなる

### 外部資金を元に大学が教育資源を用意し、それを最適のフィールドに投資する

- ・ 指導医の人件費、教育設備等は、国や県の補助金、市町村の委託事業などの外部資金で充たす。
- ・ 精力的に地域医療に取り組んでいる施設を研修ステーションとして指定し、そこに指導医を派遣して、当該施設のスタッフと協力して教育にあたる。
- ・ 筑波大学が持つ教育ノウハウを提供するとともに、ステーションに学生・レジデントを集中的に配置する。

29

## 地域医療研修ステーション 組織図



30

すので、今の入学者は実数、将来の入学者が定員を満たしたものであるという前提ですと、9年の義務内にいる人が一般修学生（入学後に貸与）を合わせると、平成38年には最大で486人になります。地域枠は100人ぐらい少ない数なので、400人に届くか届かないかぐらいです。

### ◇ 地域医療支援センターの改組

これだけの人数のキャリアを県職員が片手間に、あるいは県立中央病院の先生がプログラムディレクターの仕事しながら兼任では管理できないだろうということで、来年度、地域医療支援センターを開所する予定です。主に、県がお金を出し、法人化して、水戸に本室、筑波に分室を置きます。本室に職員を13人、常勤医師1人相当の医師を置きます。そして、筑波大学の分室に常勤医師2人相当、常勤医師を2人置いてもいいし、エフォート率50%の者を4人おいても良い訳です。この分の人件費を県が出してくれるという形で400人の地域枠のコーディネートをやるという体制になっています。ここまで茨城県の現状についてお話をしました。

## 3. 筑波大学における地域医療教育の実際

### ◇ 大学で学ぶこと・地域で学ぶことのバランス

筑波大学が茨城県にあって、どのような地域医療教育をやってきたか、主に私の教室（グループ）がやっている活動内容をご紹介します。

これは私の考えと基本コンセプトですが、大学病院というのは、特定機能病院です。地域から発生した患者さんの中で高度な医療、大学病院でなければ治せない医療が必要な人が紹介で送られてくるところですから、頻度の低い病気を効率的に経験するには都合のいいところですけども、地域とは、明らかに乖離しています。これは大学病院が悪いわけではなく、特定機能病院ですから仕方ありません。そうすると、バランスのよい医療人の養成というのは、大学病院で完結してはいけないというふうには私は思っています。従って、大学病院で学ぶべきことを大学病院で学ぶ、地域で学ぶべきことを地域で学ぶ、そのバランスが大事だと思っています。

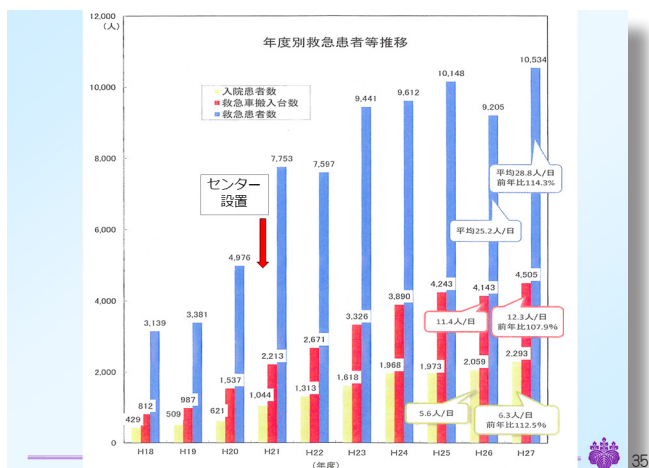
私は医学部の国際認証の評価委員もやっておりまして、色々な大学を見せていただく機会があるのですが、臨床実習でもほとんど大学から出ないところがあります。出ても2日ぐらいです。そういう大学がまだ存在しますが、その特定機能病院でしか診療しないで医師免許を取るというのはどうなのかなというふうには個人的には思います。



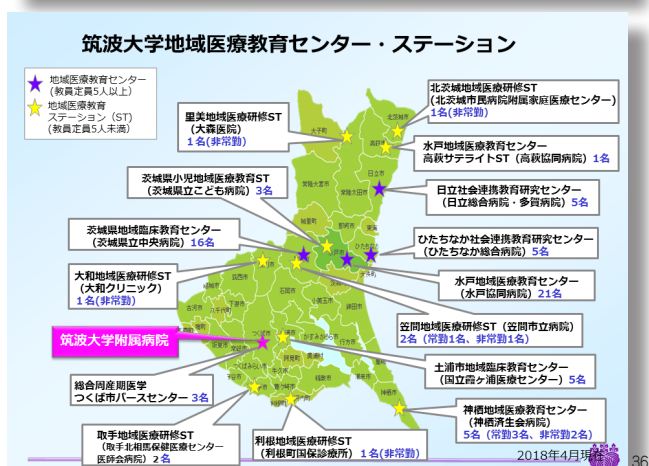
## ◇ 頭一つ抜けた研修プログラム

地域枠から話は外れますが、初期臨床研修も後期の専門研修も全国レベルのマッチングです。診療報酬見合いで、用意できる指導経費の中で頭一つ抜けたでた教育に充実したプログラムを作るといふかなり制約があります。そこで、投資をすれば地域医療が充実するということに賛同していただける方の出資を募って、そこで、他から頭一つ抜けた指導体制を作りました。茨城県は圧倒的な医師不足なので、医師 1 人調達といふかなり住民の合意が得やすいということです。昨年、地域枠が 53 人いて、その奨学金を 15 万円から 20 万円に上げましたが、そういう事が県議会ですんなり通ります。

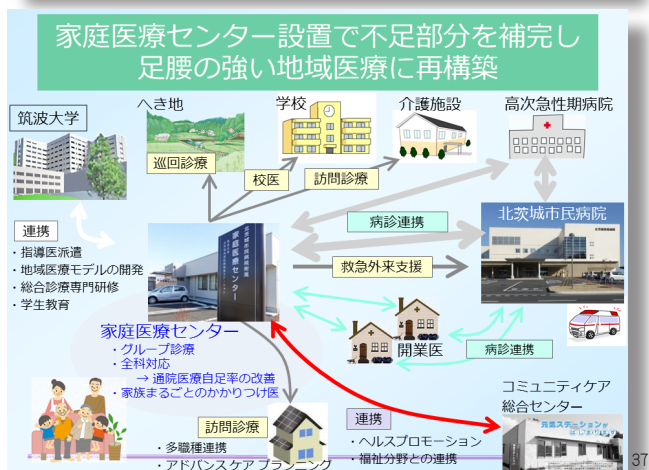




35



36



37



38

## ◇ 地域医療研修ステーション

医師不足、医師の渴望感を、教育への投資に変えるという提案をして、そこで良いモデルを作っていくというのが筑波のコンセプトです。筑波大学からは教育資源として指導医を地域に送ります。指導医の人件費は大学が持ちますので、診療所は人件費を払わなくても良い指導医が来てくれるということになります。この指導医は指導しますが、外来も在宅もやってくれるので、診療所は助かります。その代わりに、この地域医療研修ステーションになった診療所には年間30人学生を送ります。それが各1週間ですから52週のうち30週は学生がずっといます。つまり、仕事は手伝うけど、教育をしてくださいという構図です。大学とステーションが連携をとりますので、例えば、導入教育や振り返り、参加型の実習というようなことも出来ます。また、低学年、高学年を送り込み、更に専門研修のレジデントを送り込んで、人件費をその施設に持っていただきます。こうして屋根瓦式の教育体制を地域で実現します。

2006年に小さな診療所から始めたのですが、附属病院が基幹として、県内の各病院に大々的に広げるようになりまして、現在では70人以上の教員がこの枠組みで仕事をしています。小さなへき地の診療所もありますが、有名なのは水戸協同病院で、ここには21人の教員がいます。総合診療科は2人ですが、それ以外にも、色々な科の先生が行っていて、医者が一番少ないときは内科医2人まで落ち込んだ病院ですが、そこから一気に盛り返して、全国的にも有名な研修病院になりました。地域の最適なフィールドに、教育資源を配置するというような形を作って、そこで、研修の魅力を高め、教育を吸引力として人を集めて、その集めた人を地域に還元することで、投資してくれた地域の方々に返していく、そしてまた次の教育に取り組むという絶対数不足の茨城だから実現するモデルかもしれませんが、こういう循環制度を作っています。

今、筑波大学は初期研修のマッチングが全国で4、5番目ぐらいです。毎年60人から70人の初期研修医を確保しています。修了時に筑波のプログラムの何が良かったのかを聞くと、院外研修が充実していたというのが一番です。大学のプログラムなのに院外が一番良いというのは複雑な気持ちですが、それだけ、このモデルが初期研修医の獲得、その後の専門研修の獲得に役に立っているというふうに考えています。



## VI. 基調講演「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」



学生実習  
年間50～60名

学生宿泊室



ビデオレビューのための録画装置

プリセプター室

### 筑波大学における地域医療教育プログラム

学年	必修/選択	プログラム名	内 容	場所	期間
1	必修	早期体験実習	訪問看護、特別養護老人ホームなどの福祉施設と、診療所の見学実習を行う	学外	2日間
2	必修	デュートリアル「在宅ケア」	地域医療研修STで在宅医療を受けているケースについて、デュートリアル形式でケアプランを作成する	学内	1週間
2	必修	早期体験実習	地域における診療所・中小病院の見学実習を行う	学外	2日間
2	必修	多職種連携教育 I	医学類と茨城県立医療大学(看護学科・理学療法科・作業療法科・放射線技術科学科)の学生で構成された小グループでTBL方式で多職種連携について学ぶ	学内	1日間
3	必修	ヘルス・プロモーション	健康教育について大学で準備教育を受けた後、地方自治体・地域医療研修ステーション等で行われる、住民および学校を対象とした健康教室に直接参加する。	学内 →学外	5日(講習) 1日(実習)
3	必修	多職種連携教育 I ケア・コロキウム	3学類(医学・看護・医療科学)・東京理科大学薬学部の学生で構成された小グループで、デュートリアル形式で患者・家族に対するケアの在り方を討論する。	学内	1週間
4・5	選択	クリニカルクラッシュ	診療科単位の臨床実習の一部において、積極的に学外実習を取り入れる。	学外	診療科により異なる
5	必修	地域病院実習	筑波大学地域医療教育センターが設置されている施設を中心に、4週間の院外病院実習を行う。	学外	4週間
5	必修	地域クリニカルワークショップ	地域医療機関で病院、診療所、地域滞在型実習を組み合わせて、外来、訪問診療、病棟、救急、健診、地域診断、予防教育などを通して地域医療について学ぶ。	学内+学外	4週間
6	選択	選択クリニカルクラッシュ	地域医療に興味のある学生を対象として、離島を含めた全国で地域医療実習を行う	学外	3週間

### 1・2年次 早期体験実習



ふれあい実習

地域医療保健  
福祉実習  
(デイケアセンター)

### ◇ 水戸協同病院の例

まず、水戸協同病院の例をご紹介します。ある研修医が4ヶ月間に受け持った患者のリスト(スライド 33)をご覧くださいと、受け持った患者の順に、うつ血性心不全、食欲不振、狭心症、肝機能障害、呼吸不全、胃潰瘍、ヘルニア、糖尿病、食欲不振、喘息... となっています。大学ではこのような順番で受け持つことはありません。大学のサテライトとして大学の教員が指導するきちんとした指導体制の下で、本当にランダムに色々なものを受け持てるというのが、地域医療研修ステーションのメリットです。

水戸協同病院の常勤医師数(スライド 34)は、20人弱まで減っていましたが、センター設置後にV字回復し、今は100人を超えています。また、救急車の応需数(スライド 35)は、平成20年が約1,500台、それ以前は900台でしたが、今では4千台を超えており、水戸市で一番救急を診る病院になっています。まだ黒字化はできていませんが、こういう形で大学の教育資源を効果的に投入することで、その地域の医療に貢献できたモデルと言えるのではないかと思います。

### ◇ 北茨城家庭医療センターの例

もう一つ、北茨城の家庭医療センターについてお話をします。(スライド 37) 県境の人口4万人の北茨城市で、医師数が35人です。人口10万人あたりの医師が100人を切っているにもかかわらず、大学からの派遣でもなかなか来ないというような病院でした。ここに家庭医療センターという総合診療、家庭医療の拠点を作り、指導医を派遣して、レジデントを送り、そして学生を大量に送り込むというモデルを作りました。市と相談して、3億円かけて診療所を新設してもらいました。市としては作ったからには、医者は確実に送ってくださいと言われたので、確実に送るには条件がありますと伝えました。北茨城のことを何も考えない教育拠点を作らせて欲しい。つまり、北茨城市の明日の当直を埋めるために来てくださいという形ではなく、自分が一番良い総合診療の研修を受けたいと思って来たら、そこが北茨城市だったという形にしないと、維持できませんということです。北茨城市のことは何も考えない、というのは極論ですが、プライオリティとしては考えず、家庭医療を提供することを考えた、その教育を考えた診療所というのを作っていただきました。

家庭医療センターができてから2、3年近く経ちますが、連携している200床弱の市民病院とセンターを合わせて常勤医師換算で8人の医師が行くようになりました。元々、



### 3年次 地域ヘルスプロモーション

- 県内の地域・学校で行う健康教室を実施
- テーマ：喫煙予防、介護予防、生活習慣病予防、食育
- 1週間の基礎コースにおいて企画・準備
- 健康教育の現場で活躍する医師・栄養士らが指導



小学校での健康教室(食育)



栄養教室

学生

### 5年次 総合診療実習+医療概論V(地域医療)

学生 No	第1週	第2週	第3週	第4週
1	大学総診	神栖	空間	空間
2	大学総診	神栖	空間	空間
3	大学総診	神栖	大森	水戸協同
4	生いきき	神栖	大森	大学総診
5	富田	大学総診	神栖	北茨城
6	利根町	大学総診	神栖	北茨城
7	大学総診	TMC	神栖	北茨城
8	TMC	大学総診	利根町	神栖
9	大森	利根町	神栖	大学総診
10	大森	水戸協同	大学総診	神栖
11	大和	大和	大学総診	神栖
12	大和	緩和	大学総診	北茨城
13	北茨城	北茨城	大学総診	TMC
14	北茨城	北茨城	TMC	大学総診
15	北茨城	北茨城	富田	大学総診

大学  
市中病院  
診療所  
地域滞在  
緩和

### 実習スケジュールの一例 (大和クリニック)

	月	火	水	木	金
午前	訪問診療 在宅カン ファ	訪問診療 在宅カン ファ	訪問入浴	ケアマネ 在宅カン ファ	訪問看護 在宅カン ファ
午後	訪問診療 在宅カン ファ	訪問薬剤	訪問介護 /特養実習	訪問診療 在宅カン ファ	訪問診療 まとめ



多職種在宅  
カンファレンス



訪問診療

### 実習スケジュールの一例 (神栖)

	月	火	水	木	金
午前	大学でオリエン テーション → 神栖市へ移動	訪問看護	外来実習 (耳鼻科)	診療所実習/ 住民体験実習	外来実習 (外科)
午後	タクシーによる 市内巡回見学	ヘルス プロモーション (地域での健康教室)	訪問リハ		乳児健診 → 移動
夕～夜	ヘルスプロモーション 事前打合せ・練習	グループワーク	レポート作成	レポート作成	大学で振り返り



地域健康教室



住民体験実習

市全体で35人しかいなかったわけですから、そこに8人の医師が来たわけですから、大変なインパクトです。これまで誰もやっていなかった在宅を精力的にやるようになって、この診療所の設備投資除いた年間収支では1年目から黒字です。自治体病院の中ではかなり優良な経営をしています。私と横矢先生という奈義の日本原病院で働いたことのある先生と2人で図面を書きました(スライド 38-40)。学生が4人泊まれる宿泊棟・お風呂・ラウンジ・カンファレンスルームがあります。外来はこの診療規模であれば三つぐらいが良いのですが、5室作ってもらって、真ん中の一室はプリセプター室、指導専用のスペースにしました。ここを筑波大学とテレビ会議の回線で結んで、教育をすることを最初からビルトインした診療所です。

筑波大学の学生が年間の半分以上、宿泊棟を埋めている状態です。全ての学生が、ここと1ヶ所の医師不足地域を回り、必ず在宅を経験して医者になるという体制を作りました。

### ◇ 全員で総合診療科実習・地域実習

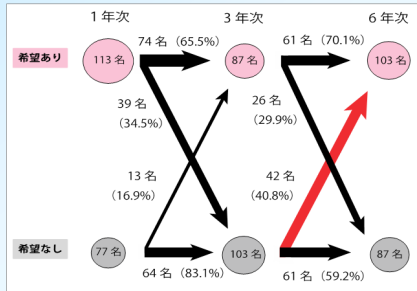
このような仕組みを活用して、卒前教育として、(スライド 41) 福祉施設と診療所での早期体験実習、1週間かけてケアプランをつくる在宅ケア、その直後に行われる診療所の早期体験実習を行います。それから、他職種連携、地域に行き学生が健康教育をするヘルスプロモーション、教室で行う他職種連携の教育の中で地域を学び、地域クリニカルクラークシップと地域病院実習をおこないます。色々な大学で、例えば希望者だけを対象に地域医療教育やっていますが、筑波はほとんどが必修です。学外もすごく多いです。例えばヘルスプロモーションでしたら、140人に地域で健康教育させます。地域クリニカルクラークシップでは、1週間地域に泊まり込んで地域や在宅をみるといった実習を140人全員が行っています。1・2年生は診療所でのふれあい実習(スライド 42)、3年生は地域で小学生に健康教室を行ったり、栄養教室を行ったりしています。(スライド 43)

5年生が一番本格的な実習になりますが(スライド 44)、4週間で、総合診療科の実習と地域実習をジョイントした形にしています。大学で1週間、神栖という10万人当たり100人を切っている医師不足地域での地域滞在型実習が1週間です。(スライド 46)そして、診療所実習を組み合わせ、希望者は、水戸協同病院や筑波メディカルセンターで病院の総合診療、更に希望があれば緩和ケアも行うという4週間です。15人が合同で1日目はオリエンテーションを行い、ここで家庭医療学の基本的なことを教えて、仕込みをし、



## VI. 基調講演「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」

将来、短期であれば(1年以内)へき地の医療機関で働きたいと思いますか？



2008年度～2010年度に入学した一般枠医学生を対象に、将来の勤務希望について1, 3, 6年次で経時的にアンケートを実施。5 非常に(希望する)～1 全く(希望しない)の5段階のLikert Scaleで尋ね、全ての調査に回答した190名(有効回答率62.5%)について、4, 5を「希望あり」として集計

47

### 地域卒卒業生のキャリアパスの在り方



48

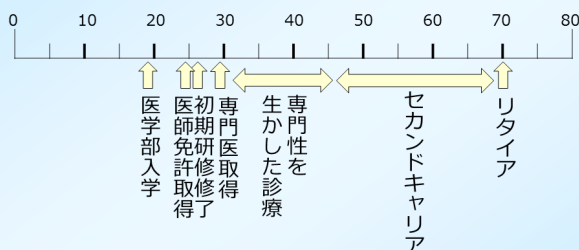
### 地域卒卒業生のキャリアパスの在り方 (私見)

- 医師不足地域＝医師として貢献できる地域
  - － 医師を志した原点を忘れずに
  - － キャリアとの両立、プライベートとの両立は十分できる
- 医師としての人生をトータルで考える
  - － 人生100年時代、働く時間は40年以上ある
  - － 臓器専門をキャリアの中心に据えられる期間は意外と短い
  - － 地域医療を経験することは決して無駄にならない



49

### 医師のキャリアは？



キャリア選択は、「今」だけではなくトータルで考える



50

最終日にもう一度演習して、振り返り、定着を図ってこういう実習を取り入れています。

例えば、大和クリニック(スライド 45)は月に400件ぐらい訪問診療を行っています。そこで訪問診療に同行したり、あるいは他職種カンファレンスに参加したりします。ここはいわゆる医学の実習でありませので、できるだけたくさん職種との場を経験してもらうようなスケジュールになっています。

神栖では、学校に行って健康教育をしたり、ピーマンの収穫をしたりしています。都会の進学校出身の子が多いので、ピーマンの収穫などはやったことがないですから、こういうことを経験しながら、地元の人と会話をします。その会話のログを拾って、地域医療のニーズや必要性、そこで自分がどんな役割を果たせるかということのレポートを書いてもらっています。これを140人回します。

学生に「1年であればへき地の医療機関に行ってもいいですか」という質問の、いわゆる追跡調査をしました。(スライド 47) 1年生の時に113人は「希望する」と言いますが、3年生の時に減ります。しかし、6年生でまた少し戻ります。3年生で「希望しない」と回答した者の4割が6年生で「希望する」に戻ります。3年生から6年生の間に今申し上げた実習が入っているわけです。つまり、こういう場を作って教育をすれば卒業時にへき地の医療機関で働きたいというマインドを持って送り出せるということです。

### 4. 地域卒卒業生のキャリアパスの在り方

#### ◇ キャリア50年を見通す (スライド 49-51)

ここからは私がよく申し上げている地域卒卒業生のキャリアパスの在り方に関する私見です。義務、履行、猶予というのは、あまり気持ちのいい言葉ではありません。嫌なものを無理矢理やらされる、義務終了というと何かお勤めご苦労さんみたいな感じに聞こえるので、私はいつも学生にこう説明しています。「医師不足地域というのは医師として貢献できる地域である、そして、そこに公的な資金を投入するということはそれだけ行って欲しい所であって、そこで働けるということはありがたいことだ、あなたはなぜ医者になりたいと思ったのか、その原点を忘れずにね」と。

例えば25歳で医者になったとすると、人生100年時代で、70歳でも現役の先生がたくさんいらっしゃるわけです。40年、50年のプランで考えた場合、最初の9年間は5分の1ほどです。岡山でも専門医をきちんと取れるように配慮してくれることは、先ほどのご説明でもよくわかりましたから、



## 地域枠を支える大学・地域・行政の在り方 (私見)

- 地域医療教育の場を提供する
  - 特定機能病院である大学病院の特性を理解する
  - 教育資源と教育フィールドを一致させる
  - 現場を体験し、ロールモデルに出会える機会を担保する
- 地域・行政と一体となったキャリア支援
  - 最優先すべきは「教育」
  - 北風でなく、太陽を！
  - 地域で活躍する医師は、地域で育てる！



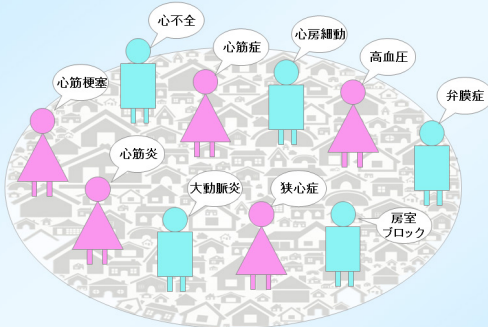
51

## 地域で活躍できる診療能力の養成



52

## こんな街は？



53

## 実際には・・・



54

最初の9年間は、大したことではありません。専門性を生かした診療ができる期間は、大体40代半ばから50代ぐらい、要するに60歳になっても他人を押しつけてバリバリ手術をやっている先生はそんなに多くなくて、後進の指導に当たったり、管理職になったり、会議をしたり、あるいは大学の教員になったりという先生が多いわけです。そうなる、トータルで考えた場合、最初の9年間で手術の経験が遅れるのではないかと焦る必要はない、そんなことよりも、あなたは将来、地域で働くかもしれないので、その地域医療を若いうちに経験しておくことは、臓器専門医になったとしても全く損にはならないというような話をしています。

## ◇ 大学と地域のバランス

そして、大学の先生の多くは特定機能病院の現役臨床医ですから、その領域では立派なロールモデルでしょうが、地域で働く医師のロールモデルとしては不利な立場にあります。これは、特定機能病院である大学病院の特性です。特定機能病院だから教えられるもの、稀だけど知っておかなければならない病気というのは大学病院でなければ教えられないのですが、それだけで完結してはいけません。学生には「大学病院で実習していると、あとは地域の先生にお願いしてってよく言わない？お願いされた地域の先生はどう思うと思う？」とよく聞きます。学生は考えたことがありません。患者は大学病院でがんだけを取り除いて、家庭の問題とか慢性疾患といった色々な問題が残ったままあるいはADLが下がって問題が増えたまま地域へポンと返されることもあります。そういう複雑な問題を地域で受け取った後どうしているのか、というところまでみて医者にならないとやはりバランスが悪いです。ですから、地域を経験することが大事なのですが、そこに何らかの教育資源がないと、経験が浅くなってしまうので、そういう現場を体験したロールモデルと出会う機会を担保するということが必要です。

岡山県でも教育を非常に重視されて地域枠の医師を配置していますが、要するに、地域枠の奨学金はスタディローンですから、返還義務があって、地域に縛ることでその返還義務を免除しているわけです。そうとなるとどうしても離脱したくなるということになるわけです。いわゆる北風が太陽かということもちろん北風もきっかけとしては多少必要です。しかし、北風だけに頼るのではなくて、キャリア支援が大事で、そのキャリア支援のやっぱり核となるのが、教育だと思います。茨城の地域の先生の中には、私は臨床で忙しい、教えるのは大学の仕事でしょう、そっちで一人前にしてから送ってくれというようなことを言った人がいるのですが、地

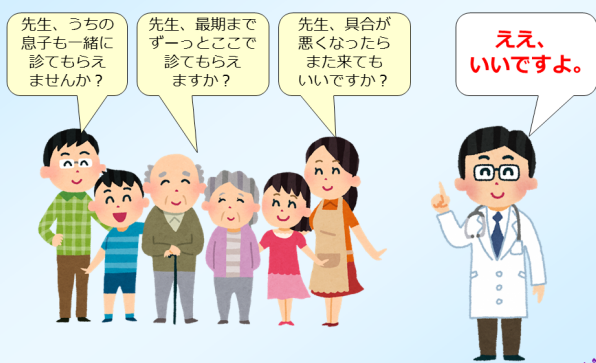


## 80歳男性



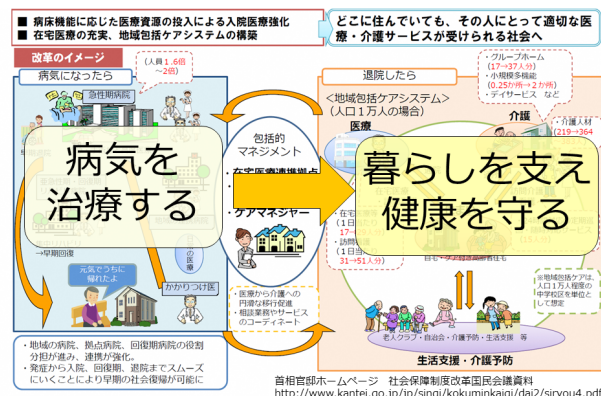
55

## こう言える医者とは？



56

## 医療と地域包括ケアシステム



57

## 地域医療 Community-Based Medicineを 実践できる能力とは

- Common Problemに適切に対応できること
  - 頻度の高いものはマネジメントまで
  - 頻度の低いもの・緊急度の高いものは早期発見・初期対応・コンサルト
  - これを「もれなく」カバーすること
- 予防医学、社会的背景、地域包括医療（学校医、地域保健活動）にも適切に対応できること

### 地域医療＝総合診療

58

域で活躍する医者は地域で育てるしかありません。そういう方向性、理念を大学も地域も共有していくことが大事ではないかというふうに思っています。

## 5. 地域で活躍できる診療能力の養成

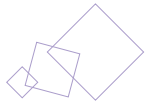
### ◇ バリエーションの中で臨床するマインド

ここからは総合診療のお話をします。実は地域医療を実践する力とは総合診療能力なのです。

ある町に人が暮らしています。例えば、岡山市〇〇町のある地区からは循環器疾患しか発生しません。そういうことはない訳です。もしある場所に循環器の病気の人だけが集まっているとしたら、そこは病棟です。(スライド 53) 病院は入院患者さんをこの人は循環器だから5階へ、消化器だから6階へというふうに振り分けて、臓器専門医が働きやすい環境を作っているわけです。でも、これは地域医療ではありません。大人もいれば子供もいる、慢性疾患もあれば急性疾患もいる、内科だけではなく、外科、整形外科といった色々な問題があるのが地域です。(スライド 54) つまり、これを診られないと地域をみられないです。この中で、私、発疹だけ診ますと言ったら、一部の人しか診られないです。地域をみるためには全部を診る能力がなければいけない、これを専門とするのが総合診療専門医です。外科医であっても小児科医であっても、少なくとも当直が出来て、ある程度はなんでもカバー出来るぐらいの力がないと地域で働けませんし、そういうマインドの医師を育てていないとつまらない地域になってしまいます。臓器別の専門医は、都会の大きな病院にいれば自分が診たい患者が100人来るのに、地域にいたら5人しか診られません。あと残りの95人は無駄だと言って行きたがらないのです。総合診療専門医に限らず、地域ではバリエーションの中で臨床を行うというマインドをぜひ持っていただきたいと思います。

これは80歳になる私の父なのですが(スライド 55)、たくさん抱えています。糖尿病があって、AF(心房細動)があって、認知症が進み、圧迫骨折して、白内障、ヘルニア、ワーファリン(抗凝固剤)を飲んで、PCI(経皮的冠動脈形成術)をやって…。こういうお年寄というのは決して珍しくないです。大学病院や大きな病院であれば、全部の科が揃っていますから、狭心症は循環器内科、白内障は眼科と回ればいいかもしれませんが、実はそれだけでは足りないのです。地域では医者はいない、リソースもないというわけで、皮膚科の先生かもしれないけど心房細動を診なくてはならないというようなシチュエーションがありうるわけです。こ





## 地域医療を担う総合診療医

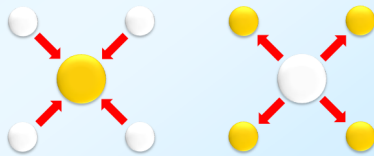
- 総合診療医は**地域医療**の核となり得る存在  
－社会保障制度改革国民会議報告書
- 総合診療専門医には、地域によって異なるニーズに的確に対応できる「**地域を診る医師**」としての視点も重要  
－専門医の在り方に関する検討会



59

## キャリアパスの観点からみた 総合診療医⇔臓器専門医

	臓器専門医	総合診療専門医
研修の主な目的	高度な技術	何でも対応できる
興味ある対象	対象領域に純化された健康問題	包括的でバリエーションに富む健康問題
集まる施設	集約化された高度医療機関	機能分化していない地域密着型の医療機関



60



総合診療医は、  
地域医療と親和性が高い→地域偏在解消  
「えり好みしない」のが専門→診療科偏在解消  
の切り札となる



61

## 総合診療は誰が行うのか？

救急診療 救急科専門医

総合診療 総合診療専門医

体系的なトレーニングを受けて質が保証された、  
キャリアパスの一つとしてアイデンティティを持ち、  
当該領域をリードしていく存在



62

ういう状況に対して絶対いやだという医者育てると地域に行けません。

やはり、総合診療能力が必要になってきます。例えば、このおじいさんは将来がんになるかもしれない、肺炎になるかもしれない、褥瘡ができるかもしれない、骨折するかもしれない、何があるかわからないですが、「先生、最後までずっとここで診てもらえますか？」という言葉に対して、「うん。〇〇病だったら診ましょう。」ではこのおじいさんは安心できません。地域で信頼される医者にはなれません。総合診療医のいいところは、家族単位で診療範囲が広がっていくところです。これは私が総合診療をやっている醍醐味でもあります。臓器専門の先生であれば、患者の家族が同じ領域の病気にかかるとは限らないです。しかし、総合診療医はほとんどの健康問題に対応できるので、「先生はすごく話を聞いてくれるから、うちのおばあちゃんを診てください」というような形で関係が広がっていきます。こう言われたときに、「いいですよ。」といえる医者が総合診療医です。総合診療医の持つべき能力というのは言葉で書くと家族志向ケアという非常に固い言葉になりますが、簡単に言えば「診てください」と言われたときに「いいよ」と言えるということです。これはレベルの違いはあれ、地域で働く先生にはぜひ持ってほしい能力だというふうに思いますし、そのベースになるのが、総合診療ということになるわけです。

### ◇ 地域包括ケアにおける総合診療医

今、国は地域包括ケアシステムを推し進めています。これまでの医療は、どんどん機能分化し、急性期病院を集約化して、ここでいわゆる臓器専門性を発揮する医療が中心に行われています。一方、地域包括ケアシステムでは急性期のベッド数を絞って回転を良くし、良くなったら回復期へ回し、そして、地域の病院に戻して行く、更に地域に医療が出ていって、介護施設とか住まいとか様々なリソースを使いながら、地域でトータルにみていくということになるわけです。これが何科の仕事かというと、臓器別ではなく総合診療です。これから国が押し進めていこうという議論の方向には、この役割を果たす医者が必要不可欠です。これまでは病院で診ていた患者を在宅でみざるを得なくなった、つまり、在宅の難易度は上がっていくので、それだけレベルの高い総合診療能力を持っていないと地域をみられないということになります。総合診療専門医であれば、それをみられますが、私は外科医だから内科は診ません、というようなことをしていたら地域では生き残れません。

## 筑波大学における 総合診療医養成の取り組み



63

## 筑波大学のコンセプト

### 地域で活躍する医師は、地域で育てる

- 大学の持つ教育機能を、最適の教育フィールドである地域に展開する  
→教育フィールドと教育資源をマッチさせる



64

## 筑波総合診療グループの特徴

### 大学であり、大学でない

- ▶ **大学である**
  - ✓ 教育が充実している
  - ✓ コーディネート体制が充実している
  - ✓ 研究ができる
  - ✓ 公的サポートを受けやすい
  - ✓ キャリアパスが豊富
  - ✓ 仲間がたくさんいる
- ▶ **大学でない**
  - ✓ 様々なフィールドで研修できる
    - ・ 大病院も診療所も
    - ・ 都市部も地方も
    - ・ 救急も緩和ケアも
    - ・ ○○科も○○科も
  - ✓ どこで研修しても同じグループの指導医の下で研修できる



65

### 寄附講座地域総合診療医学 事業概念図



66

これまでのただ病気を直すという考えではなく、暮らしを支え、健康を守る視点というものが大事になってきます。こういう意味で、いわゆる地域医療を実践できる医者というのは、地域包括ケアの流れに適切に対応できる医師ということです。他にも、予防医学社会学とか、地域包括医療といったものにも適切に対応できる力が必要ということで、これは総合診療そのものなので、地域医療をやるという意味では総合診療能力が非常に大切です。色々な国の報告書で総合診療医は地域を見る医師であるというような提言がよくなされています。このような提言がなされるということは、今後、保険点数等に関しても政策誘導が行われるということです。

このような医師を育てるということは、先ほどお話しした北風と太陽という太陽に当たる部分ですから、卒前卒後、全ての地域卒卒業生あるいはその中で核となる総合診療医において総合診療能力が一つの鍵になってきます。

### ◇ 総合診療医は地域へ

また、医師配置を考える上で、総合診療医というのは非常に有利なところがあります。臓器専門医を目指す後期研修中の若い先生の主な目的は、心臓カテーテルとか脳の手術のような高度な技術を身に付けることです。頭痛ではなく脳腫瘍を診たい、胸痛ではなく心筋梗塞を診たいわけです。心臓カテーテルを覚えたい先生にとって、胸痛でやってきて、実は気胸だったというのは少々残念なわけですから、集約化されて、問題がわかってから紹介されてくる高度医療機関が基本的に好きです。それに対して、総合診療医というのは何でも診ることが研修目的ですから、バラバラなバリエーションのところを好みます。つまり、総合診療医が来る日も来る日も心筋梗塞を診るというのは、例えてみれば、毎日カレーを食べているようなもので、たまにはお寿司やラーメンを食べたいというような感じです。簡単に言うと、ベクトルとして臓器専門医は真ん中が好きなのに、総合診療専門医は元々端っこが好きということです。真ん中が好きな臓器専門医を地域に派遣するというのは、川の流に逆らって、川を上らせる努力が要るのですが、総合診療医は元々地域が好きなので、川上から川下への流れになります。総合診療医は、元々地域医療と親和性が高いので、地域偏在解消に役に立つ、そして、えり好みしないのがアイデンティティですから、診療科偏在の解消にもなります。19基本領域の中で、田舎に行った方が勉強になるのは総合診療医だけです。外科医でいう手術室に当たる部分は、総合診療では在宅です。在宅は高い総合診療医の





ただ、総合診療は総合診療専門医だけの仕事ではありません。例えば、日本では救急を救急専門医だけでやることは絶対に不可能です。救急専門医が要らないということではなく、部門を作る、プログラムを作る、何かに協力するとなるとやはりそのエキスパートが必要です。同じように総合診療は、地域枠以外の人にも必要ですし、地域枠で総合診療科を選ばない人にも必要です。しかし、教育プログラムを作る、拠点を作るということになるとやっぱりエキスパートが必要です。これが総合診療専門医だと思っていたのだきたいということです。総合診療専門医というのは、体系的なトレーニングを受けて、質が保障され、自分は総合診療医ですと言える存在です。都道府県単位の人数で見ますと（スライド 70）、県に 1 人とか 2 人とかしかないところもあります。そういう意味では岡山は 11 人、リーダーがたくさんいますし、そのリーダーを育てることも出来る県です。ので、是非、盛り上げていただきたいです。

### ◇ 地域で活躍する医師は地域で育てる

筑波の後期研修プログラムでは、4年間のうち大学の総



### 地域医療で活躍する医師を養成するために

- 教育の充実と生涯にわたるキャリア形成に十分な支援を！
- 地域医療に「貢献したくなる」医師の養成を！
- 大学、地域住民、自治体、地域医療機関が一体となって支援する体制の整備を！

**地域で活躍する医師は、地域で育てる！**



71



72

合診療は3ヶ月しか回りません。大学では大学でしか教えられることをしっかり教えますが、残りの3年半は地域に出て、指導医が教育するという形をとっています。大学病院からへき地診療所、救急も緩和ケアも、大学ならではの様々なフィールドの中で研修ができるというのが特徴になります。

今年の3月までは、文科省のGPを元に整備をしていましたが、その後は、その成果を基に6つの市町村、施設から寄附をいただいて、教員11名の寄附講座を作りました。その他、教育のポジションや、医療連携のポジションに就いている教員も含めて、少なくとも、総合診療科の教員が筑波大学に20名おります。そのほとんどは他の仕事を持っていて、いつもは大学に3、4人ぐらいしかいないのですが、地域に行くと実際の指導に当たっております。

人口10万人当たりの医師数が100人を切っているところが市町村レベルであちこちにありますが、色々なところに指導医を出しています。筑波大学には常勤指導医がたくさんいますが、大学半分、地域半分という非常勤指導医もたくさんいます。家庭医療専門医を持っている指導医がいるところに、レジデントを出して、それが県内の大きな病院から田舎の診療所までくるくる回るというようなモデルで教育を行っておりまして、いわゆる医局員みたいなものが78人おりますが、そのうち家庭医療専門医が、常勤・非常勤合わせて34人で、今、合格発表を待っている人が全員取得すれば42人になります。専攻医は4学年合わせて21名です。過去5年間の大学の家庭医療専門研修プログラムと2018年度の機構の専門医の一次・二次の登録者を見ると（スライド69）、大学の中では、筑波一の人数を確保しています。

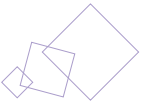
茨城県は大変な医師不足の県ですが、家庭医療専門医の数から見ると、全国で4位という人数を確保しているので、これまでに申し上げてきたコンセプトの教育システムが回り

始めているということだと思います。まだまだ改善の余地はありますが、柱になりうる人をしっかり育てるということは非常に大切なことだと思います。

地域で活躍する医師を養成するためには、教育の充実とキャリア形成ですね、北風でなく太陽に焦点を当てていただきたいと思います。そして、その学生から連続して地域医療に貢献したくなる医師を養成する、それは大学だけでできるものではなくて、地域住民、自治体が一致し、一体となって支援する体制を整備することが非常に重要だと考えております。キーワード「地域で活躍する医師は地域で育てる」ということをぜひ共有して取り組んでいただければと思います。







## ◇◇ 質疑応答 ◇◇

### - キャリアパス（大学院進学） -

（岡山大学消化器内科 岡田先生）

先生がおっしゃいましたように、良き医療人、臨床医になるためには特定機能病院、大学また、基幹病院に加えて、地域での医療の経験とそのバランスが重要だと私も思っております。

地域卒卒業生のキャリアパスについて、大学院への進学についてお尋ねしたいのですが、岡山大学の地域卒の卒業生の方にも専門を決めて私達の科にすでに入局してくださっている人がいます。地域卒のルールに従いながら、複雑な内科の新専門医制度のルールにも従わなくてははいけません。これらを両立しながら研修を続けているわけですが、希望があれば大学院に進学して、学位も取ってもらいたいと思っています。まだ、大学院に入学している人はいませんが、先生あるいは筑波大では、どういうふうに取り組んでおられるか、またお考えがあれば教えていただければと思います。

（前野先生）

まず、県と大学の立場から申し上げますと、モデルプログラムの中に大学院に行った場合を想定している科があります。大学院のプライオリティ、順番については県と合意した上でやっています。また県のルールとしては大学院に行った場合は、例えばどうしても大学でラボにこもってやらなければならないという場合は、猶予という制度を使います。茨城県の場合、猶予に上限がないので、義務の終わりが遅くなるのを甘んじて受け入れれば、いつでも大学院に行けるという仕組みになっています。

ここからは私見ですけど、私は、研究は非常に重要だと思っています。しかし、研究に対する興味には個人差があって、義務で生かせるものではないが、臨床がある程度見えてきたところで研究に対する興味が沸き上がってくるというパターンが多いかなと思っています。私は、地域卒のキャリアの最初は、今、興味がないのであれば臨床をたくさん経験し、そのうち芽生えてきたら、猶予の仕組みを使うという形で運用しております。また、大学院の中でも、例えば先行研究をしている間とか論文を書いている間には、常勤とある程度両立できる期間がありますので、そういう場合は義務を果たすなど、一人一人コンサルしながらやっていくというスタンスでやっております。



### - 総合診療医（病院から診療所への流れ） -

（矢掛病院 村上先生）

大体 45 歳ぐらいまでは臓器別でしっかり働く、でも、それ以降はセカンドキャリアとして、もっとオールラウンドな働き方をする、長い目で見た働き方をするのが良いのではないかというお話が非常に面白かったです。現実には臓器別の診療をすればするほど、それ以外のことをしない習慣が付いて、その転換がうまくいかない、言葉は悪いですが、それまでの臓器別の診療にしがみついてしまうという現状があるのではないかなと思うのですが、そこをもっとなだらかに人生、それこそ 70 歳まで働くためには、どういう取り組みを、あるいは心がけをしたらよいでしょうか。

もう一つは、総合診療医として地域に出るのが、上流から下流への自然の流れというのは非常に面白いなと思いましたが、実際に、地域の総合診療医として専門的に習っている方というのはまだまだ少なく、総合診療と言えば病院の総合診療医であって、その先生方は多分そのままキャリアは終わろうとしているのではないかなという思いがするのですが、病院での総合診療医から地域での総合診療医へ移る流れというのは、出てくるものなのでしょうか、その辺りをお聞きしたいと思います。

（前野先生）

まず、最初の質問ですが、国の政策を見ていると急性期病床を絞ることは確実です。その後に人口減少が待っていますので、今の卒業生のこれから 40 年の医者としてのキャリアは、40 年後の人口動態も関係してくるわけです。かなりの人口減少のフェーズになってきていますから、臓器専門医が臓器専門性を発揮して働ける場所というのは、細っていくことは間違いありません。ですから、そこで生き残れる



## VI. 基調講演「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」

かどうかわからないならば、今はこの手術を1日早く覚えるよりも、総合性を身に付けておいた方が、将来どちらにでも行くことができます。いかに長期的な視点を持たせて、キャリアをトータルに考えさせるかがポイントではないかと思っています。

次に、専門医レベルの総合診療医というのは病院でも地域診療所でもちゃんと働ける医者です。例えば、消化器の専門医であっても、専門医を取るまでは、肝臓しか診ないとか、消化管しか診ないという消化器専門医はいません。でも、専門医を取った後に、段々専門が分かれていきます。もちろん肝臓専門医であっても内視鏡を使います。幅広いベースから、次第にこれだけは人に負けないという方向になっていくのが、医者として自然なキャリアの流れだと思います。でも、そこで幅広いのをきちんとやっていれば、後から潰しが効くということです。病院総合医になる過程で、きちんと幅広いベースを持っていれば、診療所に行っても、それ程ギャップはないのではないかと考えています。総合診療医というのは多様性があればあるほど専門性が高いわけですから、総合診療能力を高く身に付けておけば、逆に一番潰しが効くということです。私の中では、病院の総合診療と診療所の総合診療を余り分けていません。

### - 総合診療指導医の育成・確保 -

（岡山市民病院総合内科 菅波先生）

総合内科をやっていますが、保健指導や訪問診療の経験がないので、総合診療科というのはおこがましく、総合内科ですと言い続けています。

地域で活躍できる医師を育てる教育システムを市中の総合病院で作れないかということで奮闘しているのですが、総合診療ができる医師、スタッフを集めるのが難しく、やはり一定程度できるようになるとそういう医師は外に流れて行ってしまいます。研修で来ていても、その研修医が見ているのは岡山市民病院ではなく、地域の病院であったり、クリニックであったりするわけで、教育指導できるスタッフを集めるというのはかなり難しいと感じているのですが、茨城には指導医がたくさんいらっしゃるだったので、どういう工夫をされているのか、具体的にお聞かせください。

（前野先生）

一つはグラフ（スライド 68）で示した通り、ここまで来るのに20年以上かかっています。時間がある程度かかるもののだとは思いますが、結果を生んでおります。岡山には松下先生

生のところがあるので、登山で言えば5合目ぐらいから入れる、アドバンテージがあると思っています。筑波の指導医の中には、教育や研究に興味はあるが、家庭医を辞めて、それに専念するものでもないという層が一定数います。大学半分、地域半分というのがフィットするという人です。レジデントが終わって、研究に興味があって、そこでリサーチした後に教員になった人というのは非常に良い指導医なので、その方たちが半々の形でやる中で地域が育ち、地域が自前の指導医を育てられるようになるという部分があると思います。

あちこちに行ってしまうということは、逆にそうした人たちが足を止めてくれる何かが大事だと思います。実は、一番手っ取り早い方法は、生え抜きとか地元です。これは外部要因なので、もしそういう方がいればラッキーですけど、逆にそういう人がたまたま来たときにその人を離さないことが大切です。そして、その人を核に、柱を育てていくというような方法があります。個別性の高いものだと思えますけれども、色々な引っかかりを作って、居て欲しいという人が居たくなる環境を作ることが大事なのではないかと思っています。



### - 地域医療でのベースとなる総合診療の知識・技術の教育提供 -

（奈義ファミリークリニック 松下先生）

私のところでは、総合診療専門医コースという形でこの岡山県全域で育てています。2、3年前にこのWSに参加したときに、グループワークの中で思ったことがあります。

地域枠の皆さん全員が総合診療専門医コースに入るわけではないのですが、地域枠の方が行かれる病院には、私達のプログラムに関わっている病院が多数あります。将来は内科とか精神科とか、違う科に行くけれど、義務としてその地域に行くという先生方に総合診療のプログラムの一部



である、例えば総合診療研修にといわれる病院での総合診療の地域版として、同じ教育を提供してあげた方がいいのではないかと、要は後期研修のプログラムの一部ではないけれども、地域を回られる方たちに、先ほど先生が言われていた地域に必要なベースとなる知識とか技術というのがありますので、どの科に行く先生にも同じような教育を提供するのはどうだろうかと思ったことがあります。まだ、実現はしていませんが、そういうコンセプトどう思われますか。

(前野先生)

素晴らしいと思います。地域で働いてもらうにはこれが必要だということをしっかり合意した上で、このプログラム、内科に行っても、小児科に行っても、松下先生のところ研修しますということですね。ローテーションというしっかりした形もありますし、あるいはワークショップとか、見学実習のような色々な関わりの段階、濃淡があっていいと思います。そういう形で関わるというのは非常に意味があると思います。それにより、地域への親和性が高く、地域に行くことへの抵抗性が減ります。行かされ感が減るという全ての意味でいい方向に回り始めると思います。

ただ、そうするとある意味、松下先生は持ち出しになるわけですから、そこに対する配慮は必要です。全県挙げて役に立つことをした松下先生にはそれなりのモノがきちんと還元されないといけないと思います。手を持っている岡山県は非常に有利だと思うので、ぜひ先生のお気持ちを岡山県全体に行き渡らせてほしいと思います。

- 急な欠員への対応 -

(岡山県地域医療支援センター 糸島先生)

茨城県では、例えば、産休育休で急に休まないといけなくなってきたときの対応でうまくいっているような例があれば教えてください。

(前野先生)

急な欠員に関しては、ゆとりがないので、魔法のような解決策はなく、残りの人員でやりくりしている状況です。余談ですが、うちの総合診療科は、この10月に6人産休に入ります。にっこり笑って、頑張ろうと思っています。

一つ、生まれた後の復帰支援が、参考になるかと思います。茨城は非常に面白い支援をやっております。そんなに頻度は高くないけれども、子供が熱を出すかもしれない、熱を出したら休まなくてはならないかもしれない、そのときに同

僚に迷惑をかけたくないから常勤には戻らないというようなケースは非常に多いと思います。また、男性医師も5時までの給料しかもらってないのに、自分だけ5時になったら必ずお迎えに行かなければいけないというようなことがありますので、そこに対する色々な支援をしています。

幼児保育というのは、費用対効果が悪いです。ものすごい赤字になるにもかかわらず、置いている病院が多いと思います。茨城では、筑波大学が取り組んだベビーシッターを呼ぶ制度を、今度は県全体で始めました。女性医師というのは、この手術の2時間だけ面倒を見てくれればあとは業務のやりくりをして自分で見られるとか、あと2時間、外来が終わるまで待つて欲しいというようなケースが多いです。例えば、オペ中に保育園から熱が出ましたという電話がかかってきたとします。県の制度を使うと、ベビーシッターさんが保育園に迎えに行き、病院に連れて来てくれて、オペが終わるまでの数時間、一緒に待っていてくれます。そうすると先生はオペが終わった後、迎えに行き連れて帰れます。そうすると、ベビーシッター代を補助するだけで、固定経費がかかりません。筑波大学では非常にうまくいっています。筑波大学には、そのための部屋を一室用意しているので、ベビーシッターさんが熱を出した子供を迎えに行き、病院に連れてくると、そこに小児科の先生が診に行きます。そして、子供はお母さんが戻ってくるまでベビーシッターさんと待っています。誰も熱を出している子供がいなければ、そこは空き部屋です。2人でも3人でも対応できるという非常に安くて柔軟性がある良い制度なので、県が取り入れて、全県で使えるようにしました。

ただ、産休育休問題に関してはなかなかいい解決策はありません。我々も困っております。







## VI. 基調講演「地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて」

### - へき地診療所の医師確保 -

（新庄村 小倉村長）

実は、努力をしたにもかかわらず、国保診療所の医師確保がなかなかできませんでした。何とか医師を確保したい、へき地医療を通じて健康作りをしたいということで、一つアドバイスをいただければと思います。

利根町診療所の場合は、支援センターのサテライトとしてできているように伺いましたが、なぜ非常勤なのでしょう。岡山大学とは包括協定を結んでおりまして、この地域包括協定＝地域の医療を守ることは地方創生ではないかと思う中で新庄村の診療所を大学のサテライトとしても活用していただきながら、教育資源としても活用していただけないだろうかと思うのですが、いかがでしょうか。



（前野先生）

利根町診療所には、指導医が週2日行っております。元々ここには素晴らしい院長先生がいらっしゃって、そこが1人では回らないのでもう1人常勤医を確保したいということでした。ここにいる指導医は週2日ですけれども、週5日分の経費を寄付講座でいただいていますので、指導医を1人雇用して週2日診療所で指導をしています。そして、その指導医がいるから絶え間なく5年目の医者が研修に行けます。利根町は、3日分の人件費は持ち出しになっているわけですが、そうすることによって、総合診療のマインドのある若手医師を欠かさずに確保できるわけです。もう10年ぐらい切らしておりません。

指導医はそこで研修医を教えるし、住民対象の健康教育の企画のお手伝いもしています。教育資源に投資することで、良い医師を安定確保するということで、お互い合意しながら10年以上続いています。実際には国のお金でやり始めたので、利根町がお金を出すようになったのは、最近の

ことです。

### - 地域医療を担う医師の理想像 -

（岡村一心堂病院 岡村先生）

先生が考えておられる、家庭医、地域医療を担う医師の具体的な理想像、先生のビジョンがあったら教えていただきたいと思います。専門医としては、総合内科専門医、家庭医療専門、プライマリケア専門医と似たようなものが並んでいます。我々は地域で何でも診ていただける先生が欲しいですとは言っても、骨が折れた子供も診るし、産科も診るしというふうな先生が本当に必要かと言うと、岡山県では1時間も車を飛ばせばそれなりの医師がいるわけです。具体的にどのような能力の人材を育てたいのかを教えてください。

（前野先生）

まず、総合診療専門医というのは総合的に診ることをキャリアの中心に据えたいと思っている医者です。それ以外の先生は総合診療もやってください。ある意味、副業といえますか、大工か日曜大工かの違いですね。それを専門で診るというのはやはり一段階レベルが高いし、そこが自分のキャリアの中心なので喜んで行くということです。

二番目の診療範囲についてのご質問ですが、今の日本に家庭医にお産、子供を取り上げて欲しいというニーズはほぼないです。これは色々な調査で明らかになっています。家庭医、総合診療医の守備範囲というのは国や医療制度によって違うので、欧米の枠組みをそのまま言うつもりはもちろありません。共通点のキーワードは地域をみる、あるいはファーストタッチはみるということだと思います。例えば、急性疾患であれば初期評価をして、夜でも送る人は夜送る、次の日に専門科にかかれれば良い人はその日にやるべきことをきちんとして次の日に送る。その見極めができる範囲ぐらいが最大公約数的なところかと思っています。お産より、妊婦の風邪などを嫌がらずに診るところが中心になるか思います。そして、もう一つ、我々はやろうと思えばできる範囲を持っていて、そしてこの場だからやる。例えば、在宅で診ていれば手を出すけれども、大学病院の外来で診ているのであれば、隣の専門家をお願いするということもよくあります。やれる力を持った上で、今どこまで手を出すべきかを見極められて総合診療医だと思います。どこまで手を出すかはシチュエーションに依存する部分も大きいというふうに思います。



## Ⅶ. 午後の部 開会あいさつ

岡山県 保健福祉部 医療推進課  
課長 則安 俊昭



岡山県保健福祉部医療推進課の則安でございます。お忙しい中、ご参集下さいまして、大変ありがとうございます。

ただ今から、卒後7年目以降の地域卒卒業医師が勤務する病院の候補をどう選定するかということについてのグループワークを開催させていただきます。

午前中の前野先生には、地域医療を担う医師をどう育てていくのかということについて、具体的な取り組みを交え、考え方も整理した上で、素晴らしいご講義をしていただきました。その中で皆様方も理解が進み、様々に考え、そして、アイデアが湧いてきておられるのではないかと考えております。

今日のグループワークには、市町村長、あるいはそれに準ずる行政の方、そして、医師会・大学病院・基幹病院・地域の医療機関といった方々がお集まりです。地域医療を担う地域卒の医師をいかに本当の意味で地域に役立つ医師に育てていくのが、活躍していただくのが、そして、何よりもご本人たちが豊かな人生を送っていただくのかということが共通のテーマということで、皆様に知恵を絞っていただけるものと理解しております。

午前中に岩瀬先生から前期配置の考え方や、これからどう進めていくのかということと、後期配置についてのアイデアをお話ししていただきました。そうしたところで、かなり午前中に頭の中のストレッチができていることだと思います。

午後はこの中でしっかりお話をしていただきまして、様々な角度からの忌憚のないご意見を頂戴したいと思います。そして、いただいたご意見を元に、地域医療支援センターで今後どうやっていくのかというのをしっかりと考えていきます。

皆様、それぞれのお立場がおりだと思えます。今日は遠慮することなく、それぞれのお立場でのご意見をいただき、しっかりとご討論いただければと思います。この会が今後に繋がる実り多いものなることを期待しております。

どうぞよろしくお願いいたします。



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

岡山大学大学院 医師薬学総合研究科  
地域医療人材育成講座  
教授 佐藤 勝



## 1. 参加者

## 【グループA】

筑波大学医学医療系 地域医療教育学 教授	前 野 哲 博
新見市 市長	池田 一二三
岡山県医師会（岡山大学病院）理事（副院長）	尾 崎 敏 文
井原市立井原市民病院 院長	合 地 明
高梁中央病院 理事長	戸 田 俊 介
金田病院 地域卒卒業医師	山 本 高 史

## 【グループB】

真庭市 副市長	吉 永 忠 洋
岡山医療センター 副院長	津 島 知 靖
倉敷スイートホスピタル 院長	松 木 道 裕
渡辺病院 理事長・院長	遠 藤 彰
哲西町診療所 医師	岡 正 登 詩
高梁中央病院 地域卒卒業医師	木 浦 賢 彦

## 【グループC】

高梁市 政策監	土 岐 太 郎
岡山市立市民病院 地域医療部長	堀 内 武 志
笠岡市立市民病院 内科部長	高 田 真 吾
金田病院 理事長	金 田 道 弘
石川病院 理事長	石 川 泰 祐
広島県地域医療支援センター 専門員	塚 本 直 巳

## 【グループD】

岡山赤十字病院 副院長	岡 崎 守 宏
笠岡第一病院 院長	橋 詰 博 行
芳野病院 理事長	藤 本 宗 平
岡山大学病院 精神科神経科 助教	川 田 清 宏
岡山メンタルケアセンター 所長	野 口 正 行
真庭市 健康福祉部 健康推進課 課長	梶 岡 亘 子

## 【グループE】

新庄村 村長	小 倉 博 俊
岡山県病院協会（金光病院）会長（理事長）	難 波 義 夫
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
高梁市国民健康保険 成羽病院 院長	紙 谷 晋 吾
岡山大学 地域卒6年生	今 村 竜 太

## 【グループF】

津山中央病院 院長補佐	岡 岳 文
長谷川記念病院 院長	長谷川 賢也
総合病院落合病院 院長	井 口 大 助
哲西町診療所 理事長	深 井 正
岡山大学病院 産科婦人科 助教	衛藤 英理子

## 【グループG】

赤磐市 副市長	倉 迫 明
矢掛町国民健康保険病院 院長	村 上 正 和
真庭市国民健康保険 湯原温泉病院 副院長	岡 孝 一
岡山大学 医学部長補佐	浜 田 淳
新見市 保健福祉部市民課 参与 兼 課長	牧 香 苗

## 【グループH】

高梁市 市長	近 藤 隆 則
水島中央病院 院長	松 尾 龍 一
勝山病院 理事長・院長	竹 内 義 明
奈義ファミリークリニック 所長	松 下 明
岡山大学病院 整形外科 准教授	島 村 安 則
総合病院落合病院 地域卒卒業医師	脇 地 一 生





## 2. グループ発表のまとめ

今回のテーマは「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」でしたが、どのグループも着目したのが配置場所で、「医師不足病院（地域）」「診療所」「高齢化が進んでいるところ」と続きました。

選定候補項目としては、「連携」に関連した内容を挙げたグループが多くありました。続いて「地域枠卒業医師の受入評価」に関連した内容で、地域枠卒業医師を歓迎する度合を評価（地域・病院）するような意見もありました。

地域医療支援センターの予想では、卒後7年目以降の医師に対して「教育」はそれほど重要ではないと考えていましたが、それに反して「専門医資格を取得後でも専門的な研修を受けるための教育は重要」という意見もありました。

新しい項目としては「定着」という事があり、義務が終了した医師に医師不足地域に定着してほしいという強い思いを感じました。

これらのご意見を参考に、卒後7年目以降に勤務する病院を選定してまいります。

### 後期配置はどこ（医療機関・地域）にすればよいのか？

#### ◇ 医師不足病院

- 地域枠の先生方の希望は聞いた方が良いが、優先順位としては病院側の需要と医師不足地域が先【B班】
- 医師の高齢化が進んでいる所【A班】
- 地域枠の在り方として、元々意義として求められていた地域の医師不足の地域に対しての派遣は絶対必要【H班】
- この制度の原点は県北を中心とする、医師が不足している地域の病院を助けるということで始まった制度で、そこは外しては欲しくない。【F班】
- 後期配置については一番大事なのは、本当に困っている医療機関。医療崩壊させないための地域医療枠のシステム【E班】
- 医師不足地域、地域包括ケアシステムの中で本当に必要とされているところ【E班】

#### ◇ 診療所・行政

- 診療所や行政機関も医師不足に悩んでいるので、配置する対象に入れていただきたい。【D班】
- 診療所だけでいいのか、あるいは病院と診療所を組み合わせで診療所に派遣するのか。【G班】
- 行政としては診療所の医師の確保が難しいところ【A班】

- ◇ 地域への貢献度の高い病院【A班】
- ◇ 地域医療調整会議などで話し合い、仕組みづくりの出来た地域に派遣【D班】
- ◇ 一つの病院というよりは地域で医療を還元する仕組みを作ってもいいのではないかと。【D班】
- ◇ 30年40年先まで見据えたところを考えると、継続して教育や魅力を伝えられるところ【E班】
- ◇ 前期配置で地域枠卒業医師の配置が無かったところに優先的に配置【A班】



## 何を基準に勤務先の候補を選ぶか？

※ ◎は「地域卒業医師の配置希望調査」の中で既に調査をしているもの。

### ◇ 医療機関の連携

- ◎ 地域内の医療機関や医師の連携【C班】
- ◎ 働く先の地域内での医療機関との連携【E班】
- 機能分化とも関係するが、病病連携・病診連携それから病院地域連携がどの位できているかという指標を入れる。【D班】

### ◇ 地域・行政との連携

- ◎ 地域との連携【C班】
- ◎ 住民や行政との連携【E班】

### ◇ 医師のネットワーク

- 地域卒の先生方とのネットワーク【E班】
- 地域卒医師同士あるいは若手の医師同士の連携【C班】

### ◇ 行政からの支援

- 子育て教育への行政からの支援【C班】
- 福祉や教育など一体となって町づくりをするような魅力が発信されているか。【E班】

### ◇ 受入地域の環境

- 「信頼感」地域が大切にしてくれる。【G班】
- 「愛の指標化」地域や病院が地域卒医師をどれだけ愛しているか。【C班】
- 配置医師が大事にもらえて働きやすいといったような地域【H班】
- ◎ 地域医療ミーティングや色々な行事に参加して住民の方との触れ合える環境か。【G班】
- ◎ 住民の皆さんとの良い関係が構築できるように地域で努力されているか。【E班】

### ◇ 受入医療機関の環境

- やりがいを感じていただけるような仕組み作り。→医師に対して適切な評価【C班】





### ◇ スキルアップの必要性

- 遠隔診療ができる、遠隔教育が受けられる。【E班】
- 非常勤の先生からも指導が受けられるという事が重要【E班】
- 専門医を取得中の医師、専門医取得後でもより専門的な研修を受けたい医師のために、教育指導体制【H班】
- 必要なときに必要なサポートが得られる、後方からのバックアップがある。【E班】

### ◇ 地域勤務経験者による評価

- 実際に前期配置され、経験されている先生方からの意見をスコアリングに反映するようにしたいのではないかと【Fasilitator】
- 実際に前期配置で勤務した先生、後期配置で勤務した先生からのフィードバックで「この病院はこんな病院だったよ」という口コミを評価【H班】
- 実際に地域枠で働いている先生方の情報発信も評価してほしい。【E班】

### ◇ 医師・診療の継続性

- 「継続」というのがキーワード。病院選定は、良い医者を地域に送りこむためのものかと思っている。魅力を伝えられる病院あるいは診療所が対象【E班】
- カルテは基本的に1人で記入するというような体制のなかでは、急に休んだら、診療の質が保てるかどうか非常に不安がある。地域枠の医師は自分が変わったら自分と同じように診てもらえるだろうかという不安がある。【B班】
- 地域枠の先生が長期にわたって自分が診てきた患者さんをフォローできるような引き継ぎ体制【B班】

### ◇ 地域貢献の可能性

- 配置医師が1人勤務することで地域へどれくらい貢献できるか。例えば外来人数、手術の件数、訪問診療の増加の見込みのようなものを挙げ、1人派遣することで貢献できるその貢献度について評価【H班】
- 派遣することによって地域を守ろうとする試みが大事【G班】

### ◇ 定着の可能性

- 義務が終わった後にそこに定着するという事。定着という視点で評価する必要があると思われる。【C班】

### ◇ 他施設からの推薦

- 他から見て「この病院頑張っているから、ここに配置してあげていいのではないか」という他薦システム【H班】





## 勤務するためにはどのような環境整備が必要か？

### ◇ スキルアップのための環境

- 現実として専門医を取った直後の若手が1人で専門科を診られるかという不安→前期あるいは選択研修のうちにそういったコンサルテーションができる環境づくり・システムを地域全体で作っていくという必要性【A班】
- 技術知識のブラッシュアップ→研修とコンサルテーションができる環境の充実と継続【A班】

### ◇ 勤務を継続するための環境

- 産休とか育休で医師が足りない状況になった時、大学病院等のより人的資源が多いところにおいて、そういうフォローができる体制づくり【B班】
- 医局の関係もある程度必要。専門科で派遣されて、継続が来なかった場合、その診療が閉鎖することの無いように、医局につながをお願いし、継続につながれば雇用の安定、専門医としての働きも可能【H班】
- チーム医療に即したような観点の記載とか診療の体制の考え方など、地域卒で来た人たちと一緒にその引き継ぎもうまくできるような診療を組み立てられるように、指導して頂きたい。【B班】

### ◇ 義務明け後も定着する環境

- 後期配置になると9年間の義務明けについてももうすでに意識されている。後期配置後も地域に戻ってもらうという戦略を練っていく必要がある。【C班】
- 地域卒医師に定着していただくことが大事で、最後の義務年限は地域の貢献と同時に、その地域に定着するかあるいは戻ってきてもらえるような十分な経験を積むことが大事だろう。【G班】
- 義務明けについて後期配置の時に努力するような病院をあらかじめ評価するような仕組みづくり【C班】

## 問題提起

### ◇ 地域のリーダーの育成

- 佐藤先生に代表されるようなリーダーになる人を育てるためにどうしたらいいか。【F班】
- 地域の医療レベルを変えていくようなパワーも求めます。【G班】

### ◇ 評価をする基準

- 圏域以外で何か評価する方法があるのではないかと。市町村医師会そういうもう少し細かな部分で見ると、圏域では十分充足していても、そうでないところも結構あるのではないかと【F班】

### ◇ 評価の方法

- 紙の上での数値だけでは、分からないところもある。勤務する地域卒卒業医師は実際に訪問して話を聞かないと分からないのではないかと【B班】



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



### 【グループA】



### 【グループB】



### 【グループC】



### 【グループD】







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

### 【グループE】



### 【グループF】



### 【グループG】



### 【グループH】







## IX. 講評・寸評

筑波大学 医学医療系 地域医療教育学  
教授 前野 哲博



今日は朝からありがとうございました。仕組みも優先順位も県によってさまざまで、非常に勉強になりました。

今日の大きなテーマは後期配置の決め方をどうするかということだったのですが、核になる部分は変わらないなと思いました。特に愛とか、成長とか、そこはすごく大事な部分ではないかと思います。というのは、この地域枠の配置で、地域に行くのは地域枠の医師ですから、これが良い制度かどうかというのは、行った人が良かったと思うかどうか、それで決まるといっても過言ではないからです。良いシステムであれば残るでしょうし、もし、良くないシステムであれば、それをみた後輩が奨学金を返還しようかなというようなことを考え始めるかもしれないと思います。そういう中で教育指導体制は前期で評価するから後期では評価しないというのは、そういう時に、さきほど「駒」という発言がありましたが、「駒」にしていまいかというそうではないですね。教育という言葉を使わないとしたら、そこに愛があるかとかぬくもりがあるかとか、応援してくれるかとか、何らかのキャリアアップ・成長を促す部分というのは評価したほうが地域枠の人たちは気持ちよく行けるのかなと思います。



数値化するということになる非常に難しいかと思うんですが、最初はしょうがないかもしれませんが、医師が回り始めたら、回った人の評価とか、サイトビジットというのが出てきましたが、それを紙の上の数字だけで測るのは難しいいろいろな方がおっしゃっていましたが、それを見に行っで感じたことで順位をつける、汗をかいてカバーする、言葉にしづらい部分をみんなで話し合うなどすれば、血の通ったものができるのではないかと。つまり、一生懸命頑張ってきてくれるようになった、でも、あなたのところは行ったから来年はいいよねと来年切られてしまうということがあってはならない。しっかりとしたいところに集まってい。近霧（沾・てん）化もよくないが、悪平等もよくないです。みんなの折り合いがついて、みんなの納得がいくところ、問題提起ばかりして答えはないのですが、目標を共有して、汗をかくという部分も今後より難しい部分が出てくるのではないかと思います。また、候補に診療所を加えるというのは素晴らしいと思います。これからプライマリケアプロバイダをどう確保していくかというのは非常に重要な問題になりますけど、今それを支えてくださっている先生方には、団塊の世代がすごく多いので、その世代が後期高齢者になって、患者が急増するとともに、担い手が一気に減るというダブルパンチが来るんですね。そういったところをにらみながら配置を考え、選択肢を増やすのは非常にいいことなのではないかと思います。雑駁な意見ですが感想を述べさせていただきました。



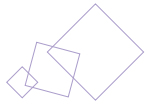
高梁中央病院  
地域枠卒業医師 木浦 賢彦



今日はこのように長い時間、みなさんと議論していただいて、地域枠医師はよく考えていただけているなとありがたい気持ちでいっぱいです。特に地域枠医師を医療資源としてではなく、一人の人間として大切に考えたほうが良いというような意見をうかがうことができ、本当にありがたい話だなと思っています。その皆さんのやさしさに甘えることなく地域枠医師も来てくれて良かったと思っています。ただけのような人材になれるように精進していかなければいけないと決意を新たにしました。今後ともどうぞよろしくお願いします。

**第6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**  
(2018年8月26日(日)、午後の部グループワーク参加者、於：岡山県医師会館)





## X. 閉会あいさつ

岡山大学 医師薬学総合研究科  
地域医療人材育成講座  
教授 片岡 仁美



まずは皆さん本当にお忙しい中、講演会・ワークショップのために1日を使っていただいたことに感謝を申し上げます。

午前の講演会では、筑波大学の前野先生から素晴らしいお話を聴かせていただきました。前野先生のお話は全国の協議会で8年ほど前にもお聞きしました。あまりにも素晴らしいシステムを作っておられたので、たぶん全国一ではないかと思い、自分たちも少しでも近づきたいと目標にしておりました。しかし、今回さらにパワーアップされていて、感嘆するばかりでした。

明日からでも取り入れることができそうなこと、あるいは学ばせていただきたいことがたくさんありましたので、そういった内容をたくさんの人と共有させていただける機会ができたことに、感謝しております。私たちも是非、良いところを取り入れ、更に岡山らしさを足して、我々独自の取組を作っていけたらというふうに思いました。

岡山らしさとは何かと考えたとき、私は今回のワークショップに代表されるように、誰かが決めるのではなく、全てのステークホルダーの方々、色々な立場の方々と一緒に、他人事ではなく自分事として考えてきたということ、チームプレーで作りに上げてきたことが、一つの大きなポイントではないかと思います。



前期配置に関しましては、第1回から継続しているこのワークショップを通じて、オリジナルのマッチングシステムを学生も当事者として関わりながら作ってきました。今回、地域枠医師1期生の木浦先生、山本先生、脇地先生という現場で活躍されている先生が素晴らしく成長して、地域のために頑張っている様子をフィードバックしてくださいました。また、後輩のために色々な意見を出してくださっているのは、とてもうれしく思いました。

数値化できないものをどのようにしてシステムに入れていくかということについては、今回出された現場の皆さまの色々な意見を組み入れながら、考えていきたいと思います。そして、より岡山らしい血の通ったものにしていくことができたらいと思っています。

前期配置は、開始からすでに2年間が経とうとしています。これから後期配置について考えるというタイミングで、今回このようなテーマが選定されたということになりますが、後期配置につきましても、皆さま方のお知恵をしっかりと集めて、我々の手でオリジナルのシステムを考えていきます。その結果、地域で良い医師を育て、その医師が地域に貢献するという良い循環が出来上がるのではないかと思います。

最後にこのワークショップを主宰していただきました岡山県地域医療支援センター、岡山県の皆さま、スタッフの皆さま、大変なご準備をいただきまして、感謝申し上げます。

今日ここに持ち寄った色々な意見、ここで学んだことは、明日からも地域医療に取り組んでいきたいと思っています。そして、皆さんと手を携えて進んでいきたいと思っています。どうもありがとうございました。



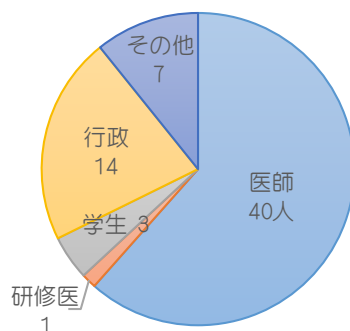


## XI. ワークショップ後のアンケート結果

### 1. 午前の部（対象：基調講演聴講者：72人，回答者：65人，回答率：90%）

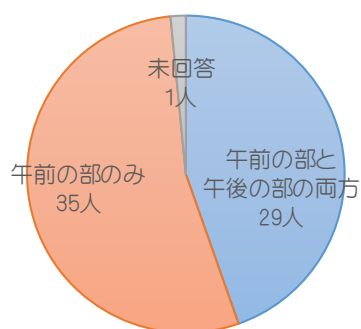
#### 1.1 回答者の所属について（参加者）（図1.1）

午前の部終了時に、聴講された皆さんにアンケートを行いました。



#### 1.2 ワークショップへの参加状況（図1.2）

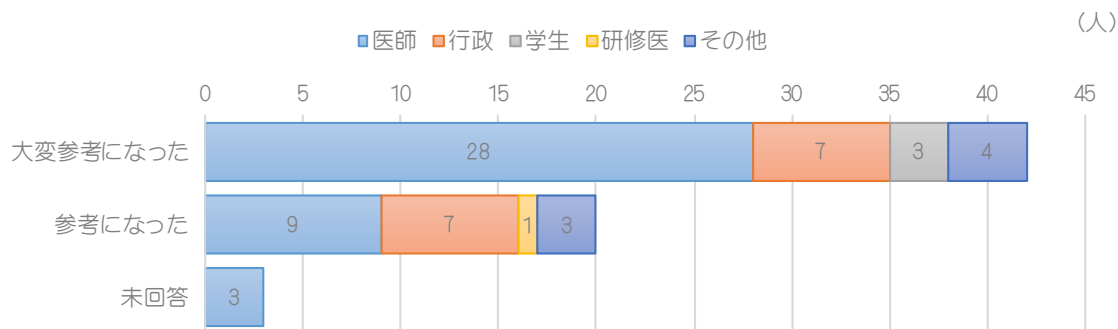
午前の部に参加された方の約半数は、引き続き午後の部（グループワーク）にも参加してくださいました。





### 1.3 基調講演『地域医療の充実と医師のキャリアパスの両立に向けて』について（図 1.3）

茨城県や筑波大学が、地域枠の医師のキャリア形成のために、実際に取り組んでいる事や、総合診療についての説明が参考になったという意見が多くみられました。



#### ◇◇大変参考になったと回答した理由◇◇

##### （総合診療）

- ・総合診療としての取組、守備範囲について理解できた。（ファーストタッチ）（病院長）
- ・総合診療医の重要性を訴えられたのは興味深かった。地域包括ケアシステムの構築に総合診療医は欠くことができないと感じた。（医療関係者）
- ・総合診療の本質を分かりやすく教えていただいた。（医師）
- ・総合診療は多様性があるほど専門性が高いという言葉が印象に残った。
- ・総合診療医の説明が大変分かりやすかった。岡山だけでなく筑波の取り組み、その地域の現状を知ることができた。（学生）
- ・総合診療医としての活動範囲、その役割などの詳細やキャリアパス等についてとてもよく理解できた。（行政）
- ・地域医療、総合診療について理解が深まった。（医療関係者）

##### （教育）

- ・地域枠の動向・筑波大学の地域医療教育の取り組みが参考になった。（行政）
- ・大学医学教育・地域枠のイロハが理解できる分かりやすいお話だった。（行政）
- ・大学所属の医師が地域で働き、教育を受けて地域で育つ仕組みがすでに成立していることをお聞きし、大変参考になった。（医師）
- ・医学生に対する意識付けの重要性、モデルプログラムの実例と参考となる話が聞けた。（行政）

##### （取組・システム）

- ・今後、愛媛県においてもキャリアパスの改善を考えており、参考とさせていただきたい。（行政）
- ・大学と地域がそれぞれの強みを生かして連携している。将来的な日本（地域）の姿を念頭に置いて情熱的かつ合理的なシステムを構築している。（病院長）
- ・「キャリアは今だけでなくトータルで考える」という言葉に共感した。地域医療の教育は「地域」が支える

ことも大きいと気付かせていただいた。「地域」分野を受け持つ行政側の工夫も必要。敷居を低くして連携したいと思う。（行政）

- ・義務年限間の配置ルール、モデルプログラム、地域医療支援センターの改組が参考になった。（行政）

##### （感想）

- ・他県、特に関東圏の医療資源不足について初めて知る情報が多く、茨城県を含めた全国の地域医療体制についての内容が勉強になった。キャリア形成において、40年、50年後を見据えた総合診療医の有用性を再認識することができた。育休代替え案としてのベビーシッター案が興味深かった。（学生）
- ・具体的な取り組みが良くわかり、大変参考になった。（病院長）
- ・茨城での取り組みは素晴らしいと思った。（医師）
- ・とても参考となるお話だった。（病院長）
- ・実際にやってきて、結果も出ていることを講演されたので、重みが有った。（病院長）
- ・かなり具体的で今後の方策の参考になった。（医師）
- ・岡山県が地域医療を学び実践するのに非常に恵まれた環境であるということを改めて感じる講演だった。（学生）
- ・入試の時に科を決めるのはどうかと思った。（医師）

#### ◇◇参考になったと回答した理由◇◇

##### （総合診療）

- ・総合診療医の必要性について。（医療関係者）

##### （取組・システム）

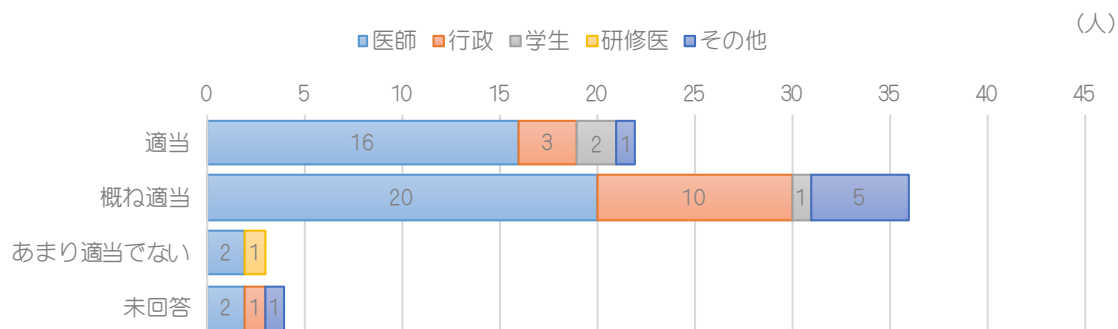
- ・教育に係る人件費を病院や大学に補填するという仕組みが岡山でも実現すれば良いと思った。（行政）
- ・地域包括ケア→医療も介護も制度や地域の資源を理解し総合的に対応できる医師の育成の視点が重要であると思う。（病院長）
- ・キャリアパス、ワークライフバランス、やりがい、トータルで考えることが大切。（医療関係者）



## ⅩⅠ. ワークショップ後のアンケート結果

### 1.4 地域卒卒業医師の勤務病院の選定方法について

地域卒卒業医師を配置する候補病院の選定方法については、概ね理解していただいているが、地域偏在が十分に解消されていない点など、問題点も上がっています。今後もより理想的な配置に近づけるよう、見直しを重ねてまいります。



#### ◇◇適当と回答した理由◇◇

##### (配置)

- ・センターが自ら基準を設定され、不公平感がない配置ができるシステムだと思う。(行政)
- ・多くの factor によって選定されている。
- ・この2年間の実態から新しい方法への変更についてよくわかった。
- ・後期配置については受け入れを希望する病院が変わってくるのではないと思う。(医師)
- ・現状と課題が明確になってきており今後の検討すべき課題の参考になった。院外研修の充実。(行政)
- ・各県により違いがある事が理解できた。岡山でも大いに参考になると感じた。(病院長)
- ・試行錯誤の努力が良く分かった。
- ・仕組みと取組がわかってよかった。(医師)
- ・良く分かった。(病院長)

##### (感想)

- ・地域卒卒業医師のキャリア形成を考慮し、基本的にマッチングを重視する姿勢を崩さず、地域に足を留めさせる為の評価基準改正は、学生の立場としては有難いご検討であると思った。
- ・3年目での前期配置を希望されない研修医の先生が多いと聞き、自分の考えと同じだと思った。先生方のご意見も聞いてみたい。(学生)

#### ◇◇概ね適当と回答した理由◇◇

##### (配置の問題と提案)

- ・偏在解消できるかという視点では現状と何ら変わらない。(病院長)
- ・地域偏在、診療科偏在を可能な限り解消する工夫をされていると感じた。ただ個人の職業選択の自由と両立することは難しいと思った。(病院長)
- ・医療圏域ごとの配置枠の場合、県南東部圏域は岡山市を含むため配置枠が少なくなってしまう。岡山市以外の市町村は医師不足の状態だ。現状をふまえると概ね適当と考えるが、改善の余地もあり。(実情の地域偏在など)(医療関係者)
- ・地域偏在を改善するため選定方法に修正を加えているのは良いことだと思う。上の人と研修医、医学生が話し合う機会を増やすのはどうだろうか。(学生)
- ・継続性の視点が必要(医師)

##### (感想)

- ・透明化しているので良いと思う。(医師)
- ・説明を聞いて理解した。(行政)
- ・県が人事権を持たない。→今回の医療法等の一部改正への対応が課題。ポイント制による病院選定が参考となった。(行政)
- ・公平を担保するため苦労されている様子が伺えた。(医師)
- ・医師の希望と地域の必要度を勘案して両方の意見を汲んで決められるよう工夫されていた。(医師)
- ・他県から参加のため、具体の部分をもう少し知りたかった。(行政)
- ・後期配置に期待する。(医療関係者)

#### ◇◇あまり適当ではないと回答した理由◇◇

##### (問題)

- ・医師の不足は医療圏だけでは決められないのでは。

##### (希望)

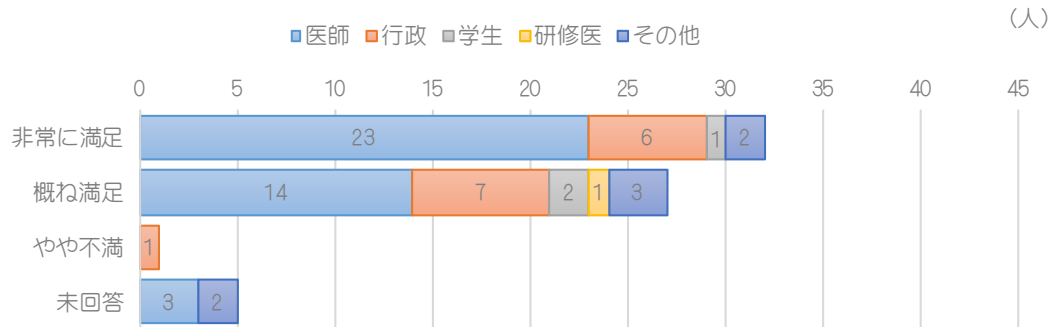
- ・希望科をもっと考慮してほしい。(医師)





## 1.5 午前の部の満足度について

午前の部全体を通しての満足度についてお尋ねしました。ほとんどの方が満足という回答をいただきました。



### ◇◇非常に満足と回答した理由◇◇

- ・前野先生の「岡山は総合診療医になるのに有数の県でトップ3と言っても良いくらい」というお言葉を聞いて、将来岡山で研修を受けることができる私は幸せなのだ、頑張らねばと思いました。(学生)
- ・学生は必ず地域で研修する教育システムが総合診療医を育てるのに役立っていると感じました。
- ・講演を聞いて当院でも地域医療に貢献できる医師養成のために出来る事がまだまだあると思いました。(病院長)
- ・岡山、茨城の地域医療の現状を聞いた。(行政)
- ・大変参考になりました。(行政)
- ・有意義な意見交換が出来ました。(医師)
- ・現状に対し理解が深まった。(医療関係者)
- ・とてもよい内容でした。行政の方、市民の方にもぜひお願いしたい。(病院長)
- ・地域卒卒業医師の勤務病院の選定方法に関しては、方針を包み隠さず教えて頂けたので感謝しています。(病院長)

### ◇◇概ね満足と回答した理由◇◇

- ・医師のキャリア形成は、子ども教育も含めてその地域で暮らす生活と切り離せない。町おこし視点が重なると思う。(病院長)
- ・地域枠制度のおさらいから、地域で活躍する際のマインドまで幅広く勉強できました。(学生)
- ・「地域で働く医師は地域で育てる」共感を覚えた。(医療関係者)
- ・勉強になりました。(医師)
- ・質疑応答が活発で勉強になりました。(行政)
- ・参考になりました。(医療関係者)

### ◇◇やや不満と回答した理由◇◇

- ・地域卒卒業医師勤務病院の選定方法の説明資料がもらえなかった。





## ⅩⅠ. ワークショップ後のアンケート結果

### 1.6 岡山県地域医療支援センターへのご意見・ご感想

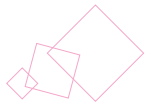
#### ◇◇ご意見◇◇

- ・基調講演を拝聴して、岡山大学の地域医療人材育成講座・岡山県地域医療センター・岡山大学総合診療講座の三者合同で「地域医療教育ステーション」を指定していったらどうかと考えました。
- ・このような機会を持っていただいてありがとうございます。医師養成の交流が全県的に出来るような機会（研究会やサイレントビジットなど）があると有難いと思いました。（病院長）
- ・義務年限終了後の対策も合わせて必要と思われます。終了後の県内定着が医師不足地域を真に救うのではと思います。（医師）
- ・義務年限後のキャリア支援をお願いします。（医師）
- ・県北の中小病院が地域枠に手を挙げられない理由の一つに教育体制やそれに伴う人件費もあると感じています。（行政）
- ・町中に存在する様々な市民のバリエーションを楽しめる、使命感を感じられ、市民から頼られることを醍醐味とされるような医療従事者の価値観を育てるような取り組みを医師だけでなく看護師にも、お願いします。看護師不足も深刻です。（行政）
- ・医師になったら好きな事だけやれば良いという発言を地域枠学生の前でしないで欲しいです。それはプロフェッショナルではなく職人の考え方です。プロフェッショナルは社会の要請に応える必要があります。（病院長）
- ・今後キャリアの中心を総合診療にするか、精神科ないし神経内科にするか、考えている段階ですが、選択の自由度をある程度担保していただける支援を、できれば今後是非よろしくお願いします。今後もお世話になります。（学生）
- ・人事権がないので医師の配置を決めるのが大変と思います。北茨城市のセンターの収支は、減価償却 etc. は？ある程度、卒業研修をしないと専門医でいくかどうか分からないと思います。（医師）

#### ◇◇ご感想◇◇

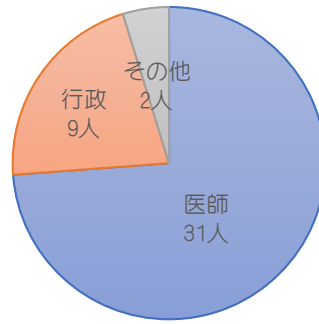
- ・前野先生の御講演と岩瀬先生の努力と参考になりました。ありがとうございました。（病院長）
- ・オープンな議論をすることに努力して頂いており、敬意を表します。（医療関係者）
- ・今後も継続してほしいです。医師いろいろな関係者を巻き込んで合意形成を図っており素晴らしい活動です。（行政）
- ・筑波大のベビーシッターのお話がすごく印象に残りまた。シチュエーション合わせて、持っている力を使い分けるのが総合診療医という定義がわかりやすく、今日の講演を聞いてよかったなと思いました。（学生）





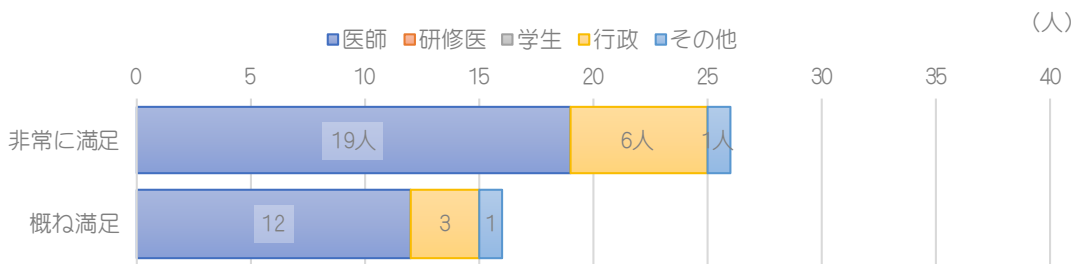
## 2. 午後の部（対象：グループワーク参加者）

### 2.1 回答者の所属について（参加者：46人、回答者：42人、回答率：91%）（図1.1）



### 2.2 午後の部の満足度について（図1.2）

全て「概ね満足以上」で、「やや不満」・「非常に不満」と回答した人はいなかった。



#### ◇◇非常に満足と回答した理由◇◇

（気づき）

- ・医師不足地域に限らず都市部でもコミュニティ崩壊、高齢化などの問題が山積しています。その課題に立ち向かうヒントがたくさんあります。（病院長）

（認識・理解・学習）

- ・課題と対策を考えることができた。（行政）
- ・病院や地域として愛やぬくもりの重要性を改めて認識した。（病院長）
- ・病院としての対応の必要性が分かった。（病院長）
- ・広島県とシステムは違いますが地域が求める医師、医師が求める地域がよく分かりました。（行政）
- ・1. 地域医療支援センターの活動を知ることができた。
- ・2. 自院の環境整備も含めた今後の対策に有意義であった。
- ・3. 地域活動の参考となる。（医療関係者）
- ・後期配置の選定に際してのポイントが理解できた。
- ・医師不足に対応するシステムかと思っていましたが、地域を愛するドクターを育てるシステムと感じ納得しました。（行政）
- ・いろいろ学習出来ました。（医師）
- ・このような機会は初めてだったので勉強になった。

（感想）

- ・地域枠1期生（地域勤務2年目）の先生の声が聞けた。（病院長）
- ・地域枠の先生や配置希望病院、それぞれの希望事情を聞けたから。（医師）
- ・先生方がやりがいを感じて頂けるよう努めて参ります。

- ・グループでの討論で内容を深めることができました。勉強になりました。スタッフの皆さんにお世話になりました。（行政）
- ・非常に多くの方、立場の様々な方が地域枠キャリアパスについて考えてくださった。地域枠卒業医師の意見を吸い上げる場があった。（医師）
- ・充実したワークショップだった。医師、行政など多様なメンバーがいて良かった。（医療関係者）

#### ◇◇概ね満足と回答した理由◇◇

（問題）

- ・県周辺地域の切り捨てにしなければ。（行政）

（認識・学習）

- ・地域の取り組みの重要性が分かった気がする。（行政）
- ・初めて参加させていただき勉強させていただきました。（医療関係者）

（感想）

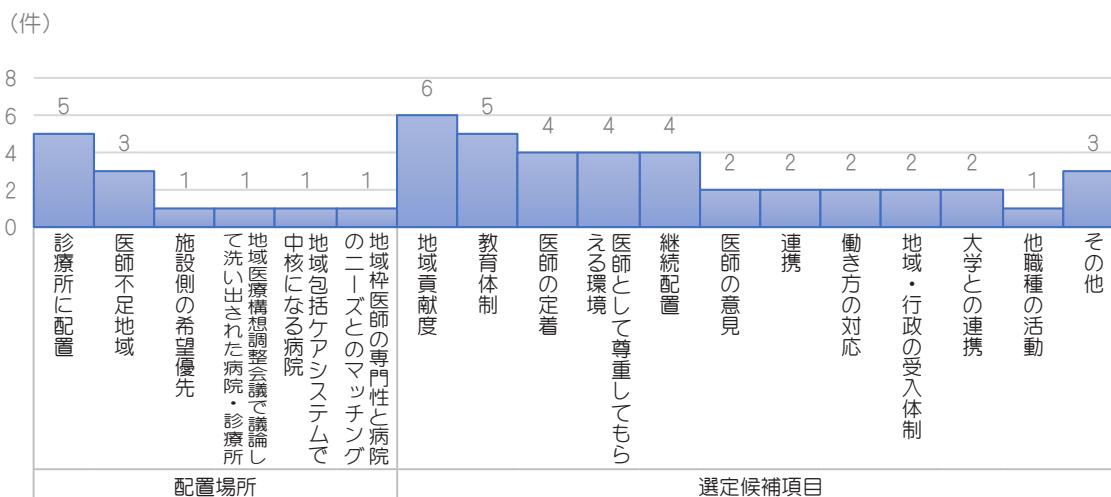
- ・真剣な議論がなされた。（医療関係者）
- ・いい話し合いでした。（病院長）
- ・結論の出にくいテーマですが方向性は明らかになったような気がします。（医師）





## X1. ワークショップ後のアンケート結果

### 2.3 「地域卒卒業医師が卒後7年目以降に勤務する病院の選定基準」として重要だと思うこと



### 2.4 次回のワークショップへの参加について (図1.4)

全体の86% (36人) は、「次回も参加したい」と回答した。「参加したくない」と答えた人はいなかった。



### 2.5 今後話し合いたいテーマなどについて

#### ◇◇テーマ◇◇

- ・地域包括ケアシステムの中での地域卒医師の働き方 (病院長)
- ・① AI、IoT、ロボットなどによる業務支援→一人三役が可能な未来へ。②患者の意向等の情報共有の仕方。特に救急体制のなかで。③地域医療での医師の役割を再認識。(医療関係者)
- ・このワークショップで取り扱うテーマではないかもしれませんが、医師以外の職種、特に看護師の確保や育成についても議論の場が欲しいです。現状、医師不足以外に看護師不足、高齢化が深刻な問題になっている地域がある事も認識して頂けると助かります。(行政)
- ・地域への定着をどうするか。
- ・7年目以降のキャリアパスについてさらに Discussion したいと思いました。義務年限終了後の定着について選択研修中あるいは終了後に話し合いたいです。(医師)
- ・教育の質の担保、継続性に関すること。(病院長)
- ・地域包括ケアをどう構築していくか。(医療関係者)

#### ◇◇提案◇◇

- ・マッチングが negative な面も示せませんか。(医師)
- ・医師不足は地域医療包括ケアで。(行政)
- ・地域卒だけに限られるテーマではない部分もあり参考になりました。今後、地域の医師配置は自治医大、医局への配置も含めて考える必要があるように思いました。(行政)

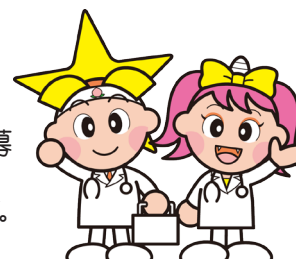
#### ◇◇感想◇◇

- ・地域医療構想 (第8次保健医療計画) のことを踏まえて議論したかった。(今後の病床数 etc. も合わせて) (医師)
- ・岡山県のことは岡山の知恵で守ること。地域医療を崩壊させない。地域を崩壊させないことが大切。(病院長)
- ・行政、特に首長の役割がどこにあるかを考える必要があるのかなと思いました。(行政)
- ・岡山県の先生方とお会いできとても有意義な研修となりました。引き続きよろしくお願いします。(行政)
- ・様々な関係者の意見を聞くことができ大変参考になりました。(病院長)



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31年4月入学者用）

岡山県「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30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	4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。）を両大学が各々定める期間内（注）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。）を両大学が各々定める期間内（注）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。

（注）岡山大学 平成28年4月から平成31年3月まで

広島大学 平成29年4月から平成31年3月まで

<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、貸与期間の1.5倍の9年間（以下「義務年限期間」という。）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%）を加えた額を一括で返還していただきます。

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NPO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。

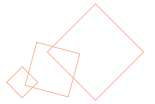
2 総合評価の高い医療機関での勤務

診療に従事していただく医療機関は、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、義務年限期間中、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です。身分は指定業務に従事する医療機関の職員とし、労働条件はその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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>
地域勤務	5年以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
選択研修	2年以内	次の研修を受けること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>岡山県内の専門研修基幹施設（※2）が行う研修</li> <li>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</li> </ul>

（※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		

平成 31 年 3 月 26 日 発行

**岡山県地域医療支援センター 主催**

**第 6 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**

**地域卒業医師の卒後年数に応じた  
地域勤務のあり方について**

**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 : [chiikiiryu-center@pref.okayama.lg.jp](mailto:chiikiiryu-center@pref.okayama.lg.jp)

<http://chiikiiryuokayama.wixsite.com/centerokaama>

(ホームページ)



(facebook)

