

岡山県地域医療支援センター 主催

第5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

地域卒卒業医師が勤務する病院の 教育力強化に向けて

日時 : 2017年7月30日(日) 10:00～15:40

会場 : 岡山県医師会館(岡山市北区駅元町19-2)



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

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

／／／ 目 次 ／／／

I. 岡山県地域医療支援センター長ごあいさつ.....	1
岡山県地域医療 支援センター センター長 糸島 達也	
II. プログラム「第4回 地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ」.....	2
III. 参加者名簿／参加人数.....	3
IV. スタッフ名簿.....	5
V. 主催者あいさつ.....	6
岡山県保健福祉部医療推進課 課長 則安俊昭	
VI. 基調講演.....	7
1. 「田舎で医者を集める方法」.....	7
医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院長 仲田和正 先生	
2. 質疑応答.....	16
VII. 若手医師を育てるための指導力強化ワークショップ.....	18
岡山大学大学 医療教育統合開発センター 副センター長 万代康弘	
1. まとめ.....	18
2. 「地域医療における医師増を共有する」(各グループの発表).....	20
3. 「若手医師育成に必要な指導力を共有する」(各グループの発表).....	27
VIII. 地域卒卒業医師の勤務病院選定方法.....	31
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	
1. まとめ.....	31
2. 質疑応答.....	32
IX. 本日の講評・寸評.....	33
医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院 院長 仲田和正 先生	
広島大学医学部医学科 地域卒 5年生 今村 竜太	
X. 閉会のあいさつ.....	35
岡山大学大学院 医歯薬総合研究科 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.....	36
1. 午前の部(対象:ワークショップ参加者).....	36
2. 午後の部(対象:基調講演聴講者).....	39
XII. 2017年調査 <地域卒卒業医師の配置希望調査>.....	43
<資料>	
岡山県の「地域卒」のご案内.....	79

Ⅰ. 岡山県地域医療支援センター長ごあいさつ

「第5回 地域医療を担う医師を地域で育てるためのワークショップ」参加のお礼

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



みなさま、こんにちは。日曜日の暑い中、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。私は岡山県地域医療支援センター長をしている糸島でございます。

今回でこの「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5回目になります。午前中には、万代先生の担当で「若手医師を育てるための指導力強化」ワークショップをしていただきます。その成果は午後の後半にお話しをしていただけるものと思っております。

午後からは仲田先生による基調講演「田舎に医師を集める方法」をしていただきます。先生は西伊豆の病院に多くの若い医師が集まってくるような魅力を持っておられる先生です。今日はそのノウハウを教えてくださいただけるのではないかと期待しております。皆様もぜひその成果を取り込んで、ご自分の病院で生かしていただければと思います。どうぞ宜しくお願いいたします。

この岡山県医師会館は建設されて2年目に入ります。座られて気持ちいい椅子ではございますが、仲田先生の素晴らしいご講演をしっかり聞いていただきますようよろしくお願いいたします。



第5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
(講師2人、ワークショップ参加者38人、スタッフ7人)

2017年7月30日(日) (於：岡山県医師会館)

II. プログラム「第5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 : 2017年7月30日(日) 10:00～15:40

開催場所 : 岡山県医師会館(岡山県岡山市北区駅元町19-2)

(午前の部) 三木記念ホール(2・3階)

(午後の部) 第1会議室(4階)

参加者 : 83人(うち午前の部:38人)

<午前の部 10:00～11:40>

1. 開会、主催者あいさつ

岡山県保健福祉部医療推進課 課長 則安俊昭

2. 若手医師を育てるための指導力強化ワークショップ

岡山大学大学 医療教育統合開発センター 副センター長 万代康弘

<写真撮影・昼食・懇談 11:45～13:00>

<午後の部 13:30～15:40>

3. 開会、主催者あいさつ

岡山県地域医療支援センター センター長 糸島達也

4. 基調講演「田舎に医師を集める方法」

医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院 院長 仲田和正

質疑応答

5. 地域枠卒業医師の勤務病院選定方法について

岡山県地域医療支援センター 岡山大学支部 専任医師 岩瀬敏秀

質疑応答

6. 午前の部「若手医師を育てるための指導力強化ワークショップ」の成果

岡山大学大学 医療教育統合開発センター 副センター長 万代康弘

7. 講評・寸評

医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院 院長 仲田和正

広島大学 医学部医学科 地域枠 5年生 今村竜太

8. 閉会あいさつ、閉会

岡山大学大学院 医歯薬総合研究科 地域医療人材育成講座 教授 片岡仁美

Ⅲ. 参加者名簿／参加人数

◆午前の部（ワークショップ）参加者

No.	区 分	所 属	職 名 等	氏 名
1	基調講演講師	西伊豆健育会病院	院長	仲 田 和 正
2	ワークショップ講師	岡山大学医療教育統合開発センター	副センター長	万 代 康 弘
3	病 院 協 会	金光病院	理事長・院長	難 波 義 夫
4	臨床研修病院	岡山医療センター	教育研修部長	太 田 徹 哉
5	〃	岡山市立市民病院	地域医療部長	堀 内 武 志
6	〃	津山中央病院	院長	林 同 輔
7	〃	水島中央病院	院長	松 尾 龍 一
8	県南東部圏域	赤磐医師会病院	院長	佐 藤 敦 彦
9	〃	岡山県精神科医療センター	院長	来 住 由 樹
10	〃	玉野三井病院	院長	磯 嶋 浩 二
11	県南西部圏域	笠岡第一病院	院長	橋 詰 博 行
12	〃	倉敷スイトホスピタル	院長	松 木 道 裕
13	〃	玉島協同病院	院長	進 藤 真
14	〃	矢掛町国保病院	院長	村 上 正 和
15	〃	吉永病院	病院事業管理者	荻 野 健 次
16	津山・英田圏域	中島病院	院長	中 島 弘 文
17	高梁・新見圏域	高梁中央病院	理事長	戸 田 俊 介
18	〃	高梁市国民健康保険成羽病院	院長	紙 谷 晋 吾
19	〃	長谷川記念病院	副院長	佐 藤 正 樹
20	〃	渡辺病院	理事長・院長	遠 藤 彰
21	〃	〃	医師	溝 尾 妙 子
22	真 庭 圏 域	勝山病院	院長	竹 内 義 明
23	〃	金田病院	理事長	金 田 道 弘
24	〃	真庭市国民健康保険湯原温泉病院	院長	野 村 修 一
25	行 政	高梁市	市長	近 藤 隆 則
26	〃	新見市	市長	池 田 一 二 三
27	〃	真庭市	市長	太 田 昇
28	〃	矢掛町	副町長	武 井 道 忠
29	〃	新見市福祉部市民課地域医療係	主幹	吉 川 国 夫
30	〃	備北保健所	所長	川 井 睦 子
31	地域卒卒業医師	岡山大学病院	臨床研修医	高 見 優 男
32	地 域 卒 学 生	岡山大学	5 年生	今 村 竜 太
33	大学・大学病院	岡山大学	医療政策・医療経済学 教授	浜 田 淳
34	〃	岡山大学病院	消化器・肝臓内科学 医局長	加 藤 博 也
35	〃	〃	血液・腫瘍内科 教授	前 田 嘉 信
36	〃	〃	卒後臨床研修センター 助教	野 間 和 広
37	〃	〃	卒後臨床研修センター 助教	佐 藤 明 香
38	〃	川崎医科大学附属病院	卒後臨床研修センター センター長	日 野 啓 輔

◆所属区分ごとの参加人数

所 属 区 分	ワークショップ	基調講演	合 計
基調講演・ワークショップ講師	2	2	2
病 院 協 会・岡山県病院協会	1	1	1
看 護 協 会 岡山県看護協会	-	1	1
医 療 機 関 病院	17	32	32
臨床研修病院（大学病院を除く）	4	11	11
大 学 岡山大学・岡山大学病院	5	5	7
大 学 病 院 川崎医科大学附属病院	1	1	1
大学病院（県外）	-	1	1
市町長・副市長	4	3	4
行 政 保健所・市町職員	2	13	13
市町職員（県外）	-	2	2
地 域 卒 地域卒卒業医師	1	-	1
卒業医師・学生 地域卒学生（岡山大学）	1	4	4
地 域 卒 以外 研修医	-	2	2
医学生	-	1	1
合 計	38	79	83

IV. スタッフ名簿

◆ディレクター

糸 島 達 也	岡山県地域医療支援センター センター長(認定NPO岡山医師研修支援機構 理事長)
則 安 俊 昭	岡山県保健福祉部医療推進課 課長

◆アシスタントディレクター

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
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
小 川 弘 子	岡山県南西部総合診療医学講座

◆事務担当者

清 水 浩 史	岡山県保健福祉部医療推進課 副課長
塩 飽 聡	〃 総括参事
草 加 忠 彦	岡山県保健福祉部医療推進課 地域医療体制整備班 副参事
斎 藤 雅 史	〃 〃 副参事
河 本 晃 一	〃 〃 主任
海 原 喜 彦	〃 〃 主事
藤 井 淳	〃 〃 主事
丸 崎 弘 貴	〃 医事班 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 医歯薬総合研究科地域医療人材育成講座 事務職員

V. 主催者あいさつ

岡山県保健福祉部医療推進課
課長 則安 俊昭



みなさんおはようございます。岡山県保健福祉部医療推進課の則安と申します。

本日は貴重な日曜日に、また、お暑い中このワークショップにお集まりいただきまして、大変ありがとうございます。

タイトルが「第5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」になっております。このワークショップは岡山県地域医療支援センター、そして岡山大学の地域医療人材育成講座等が力を合わせ、また、今日お集りの皆さま方をはじめ多くの地域の医療を支えてくださる皆さま方、大学の先生方、そして行政、多くの方々に力を与えていただいて、今回が5回目のワークショップという事でございます。県にとってもこのワークショップは大変重要なものでございまして、今後地域医療をより住民のニーズに沿ったものにしていくという点で、大変重要なものであると思っております。

今日は午前中から午後4時前までと非常に長丁場ではございますが、地域にとって組織にとって大切な方々が貴重なお時間を与えてくださるという事で、私共も感謝しているところでございます。

今日のテーマは「地域卒卒業医師が勤務する病院の教育力強化に向けて」でございます。医師、医療従事者は生涯にわたって学び続け、そして住民のためにより良い医療、ニーズに即した医療を提供する必要があります。今、地域卒を卒業した1期生が地域で医療を開始しておられますが、地域では大変暖かく迎えられ、そして、彼らも活躍してくれているという事で、我々も大変喜んでおります。若い先生方は専門医制度もあって、特に学習に対する意欲というものは旺盛であろうと思っております。それをどうという風にしっかり受け止めて、育んでいくのか、育てていくのかは、先輩である我々も含めて、地域の方々の共通の課題であろうと思っております。そしてまた、学ぶというのは先ほども申しましたが、生涯にわたって必要でございますので、指導する立場の者がより深く学べるとい

う事もあるうかと思っております。そうした中で、今日のようなテーマでございます。

本日は、病院が地域卒卒業医師の配置を受けるにあたって、準備しておいてほしい学習環境や指導方法、これがどういうものか、どうあるべきかという事についてのワークショップがあり、そして午後は基調講演でございます。

午前中のワークショップは「若手医師を育てるための指導力強化ワークショップ」という事で岡山大学の医療教育統合開発センター副センター長の万代先生にリードしていただきながら、みんなでそれを考え、そして、発表しながらお互いにそれをシェアしていくというものでございます。

そして午後の基調講演、今日のメインイベントでございしますが、「田舎に医師を集める方法」という、非常に魅力的なタイトルであろうと思いますが、これは本当に集めるという事もあります。集まってくる環境をいかに作るのか、集まりたくなるようなPRをいかにするのか、単に集めるのではなく、やっぱり集まっていったよかったですという事があるからこそ、集まってくるものであろうかと思えます。そうした、本当に医師不足地域で多くの若い優秀な研修医が集まって学んでおられるところの病院長、西伊豆健育会病院の仲田院長に忙しい中、岡山までお越しいただいております。この仲田先生のお話を伺い、そして質疑の中で様々な学ばせていただいて、その後、地域医療支援センターから「地域卒卒業医師の勤務病院の選定方法について」説明させていただくと、大まかにはそんな内容になっております。

長丁場にはなりますけれども、どうぞ皆様よろしく願いいたします。

VI. 基調講演

1. 「田舎で医者を集める方法」

田舎で医者を集める方法

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 @ 岡山H29.7.30

西伊豆健育会病院院長 仲田和正



西伊豆健育会病院

- 78床急性期病院、周辺人口2万、診療所4
- 内科、泌尿器科(透析)、整形外科
- 救急は決して断らない！



最重要点6策

- 一人前になったら田舎暮らしも良くな？
- ネットのお陰で田舎のハンディはない！
- 田舎でこそ英語は必須！
- 専門医になる前、出来る限り多科を回れ！
- 医師を集めるには勉強会と情報発信！
- ナース集めるにはアメニティ

★最重要点

医師集めは

「勉強会を開催すること・発信すること」

ナース集めは

「アメニティ(生活環境:保育所・病児保育・夜間保育・寮)をよくすること」

医療法人社団 健育会
西伊豆健育会病院長
仲田 和正 先生



【プロフィール】

昭和 29 年 静岡県藤枝市出身(藤枝東高)
47 年 自治医科大学医学部入学
53 年 自治医科大学医学部卒業
59 年 自治医科大学整形外科大学院
63 年 自治医科大学整形外科大学院修了
平成 3 年 医療法人社団健育会西伊豆病院入職
6 年 8 月 西伊豆病院院長就任 現在に至る

【専門分野】

・整形外科、総合診療

【資格等】

・日本プライマリ・ケア連合認定指導医

【経歴・業績】

・医学博士(学位論文:老人の姿勢の研究)
・ECFMG・VQE取得(アメリカ合衆国医師資格)

【所属学会】

日本整形外科学会/日本リウマチ学会/日本リハビリテーション学会/日本救急医学会/日本プライマリ・ケア連合学会

【趣味】

・語学(英、独、仏、ギリシャ語)英検1級
・読書
・空手初段/少林寺初段

【家族構成】

・妻、娘1人、息子2人

【その他】

・主な著書
『手・足・腰診療スキルアップ』
『〜トップジャーナルから学ぶ〜
診療アップデート 西伊豆特講第2版』
・DVD
『骨太! Dr. 仲田のダイナミック整形外科(上巻・下巻)』
・講演会 多数

【座右の銘】

「目の前のことに全力を」

西伊豆健育会病院は…

静岡県西伊豆町にあります。平成元年、埼玉で開業予定でしたが、西伊豆町長から「伊豆半島西部に病院がないので、病院を作してほしい」と健育会に要請がありました。西伊豆町から3つの大病院までは1時間15分から2時間かかるのです。「望まれて作る病院の方がいい。赤字になっても他の病院が助ければいいではないか。」という理事長の鶴の一声でできた病院です。

78床の急性期病院で、周辺人口2万、診療所は4か所あります。内科、泌尿器科（透析も行う）、整形外科を標榜していますが、救急は決して断らず、全科対応する覚悟です。



医師確保との戦い

僻地で医者も来ない。自治医も来ない。過去29年は医師確保との戦いでした。私は西伊豆健育会の事務長の訪問を機に、伊豆の生活も2～3年はいいかと安易な気持ちで着任しました。赴任してみると自分に続く医者など全く来ません。こうして27年暮らすことになりました。

その後、外科医が1名来ましたが、18年前、常勤医師が3名（外科、泌尿器科、整形外科）に減少しました。内科医はゼロです。従って、整形外科医の私が心不全の患者を担当することになりました。常勤医師3人で、月10日の当直をすることになりました。1999年12月の年末年始には「地獄の当直3連直」をしました。教訓「即身仏（ミイラ）になるつもりならどんなことでも我慢できる」です。今はこんなことはできません。

過去29年は医師確保との戦い （医者も来ねえ、自治医大も来ねえ）



- 僻地で医師が来たがらない。
- 医療法人で自治医大卒業生も来ない。

学生実習をきっかけに…

医師確保のきっかけになったのは学生実習です。筑波大学総合診療部の前野哲博先生（現 筑波大学病院 総合診療科 教授）が、バイト当直で来られて、多様な疾患を診なければならぬことと、私の医局に置いてあったハリソン内科を見て感動して、学生実習を依頼してくださるようになりました。



学生実習は医師確保の 絶好の機会！

- 学生実習には病院の総力を！
- 薬局実習、看護介助、**摘便**、
X線撮影、外来見学、レクチャー、
手術前立ち、腰麻
- **最高の満足度**を与える。

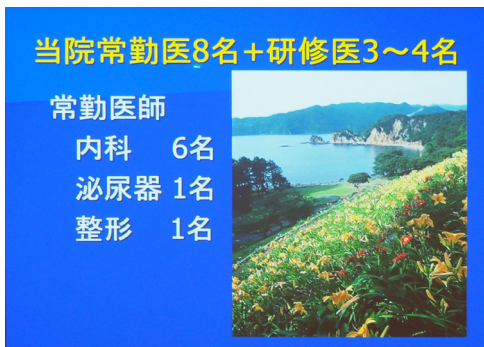
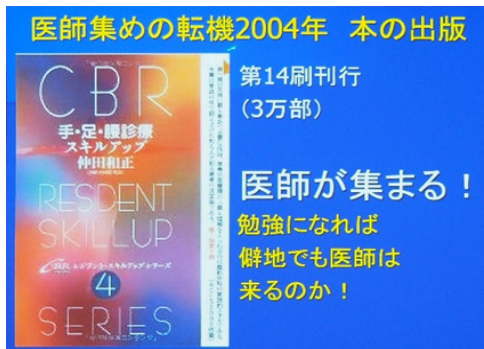
そして、数年間学生実習を続けた後、「そろそろ医師の派遣を」と筑波大学病院にお願いをしたら大成功でした。「将を射んとすれば馬を射よ！」であります。教訓、「学生実習には病院の総力をあげよ」です。その後、筑波大学病院から4年間医師の派遣がありました。医師が足りなかった頃なのでありがたかったです。ところが茨城県から中止命令が出ました。「茨城県で医師が足りないのに静岡県に医師を派遣するとはなにごとだ」ということで、ふりだしに戻りました。

学生実習といえば、最近オーストラリアの医学部実習が大きく変わってきました。都会の病院で実習した医学部学生グループと田舎の小病院で実習した医学部学生グループを比較したら、田舎のグループの方が遥かに実力が付いているということがわかりました。それから実習に積極的に田舎の病院を選ぶようになったということです。

へき地でも医者は来る！

医師集めの転機は2004年に本を出版したことです。『手足・腰診療スキルアップ』という表題で第14刷刊行3万部売れました。そのころから医師が集まり始め、「勉強になれば

ば僻地でも医師は来るのか！」ということが分かりました。目から鱗でした。

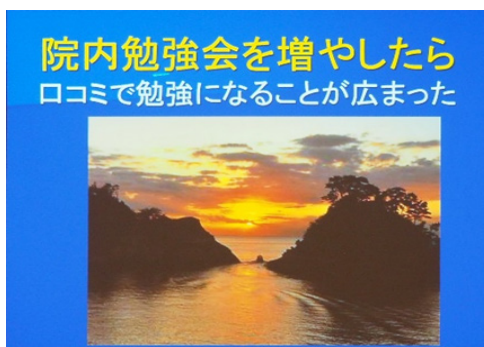


そして、院内勉強会を増やしたら口コミで勉強になることがだんだん広まっていきました。現在、当院の常勤医師は8名です。内科6名、泌尿器科1名、整形外科1名、そして、研修医が3~4名です。

平成29年度の当院の研修医の人数は、初期研修医35名、後期研修医4名（京都府立医科大学病院 救急科等）、計39名です。

今までに次のような病院から来てくれています。

University of Washington Medical Center	静岡済生会病院
北海道勤労者医療協会 勤医協病院	静岡赤十字病院
北海道家庭医療学センター	浜松医科大学付属病院
東京北社会保険病院	名古屋掖済会病院
東京医療センター	名古屋医療センター
高輪病院	京都府立医科大学病院
亀田総合病院	府中病院（大阪府）
伊東市民病院	阪南病院
沼津市立病院	岡山大学病院
順天堂静岡病院	浦添総合病院



現在は研修依頼が多くて、断るのに困るという贅沢な悩みを持っています。



地域医療研修枠を最大限に生かす

初期研修医3名は地域医療研修枠で1か月交代です。給料は払っておらず、宿泊と食事のみの提供です。ということは医師をタダで3人も雇えます。地域医療研修枠は最大限利用すべきです。

1人の研修医が「西伊豆で魚をもらったのではなく、魚の釣り方を教わった。」と言ってくれました。Give a man a fish and you feed him for a day, teach him how to fish and you feed him for a lifetime.「魚をあげれば1日食べられる。魚の釣り方を教えれば一生食べられる。」ということです。



研修医は僻地巡回診でミニ講演をしています。素人向け講演が一番難しいのです。一番簡単なのが医師向けです。難しいことを難しく話せばよいのですから。素人に向けては難しいことを優しく話さなければならないので、プレゼンの訓練としては最高に良い機会となります。

病院の質、経営は医師確保で決まる

病院の質、経営は医師確保で決まります。如何に医師を田舎に集めるかが重要で、他は小さな問題です。何とかあります。

医者を田舎に集めるために必要なことは、「勉強会を開催すること」です。ただそれだけではダメで、情報発信をしなければなりません。ちなみに、業者の話では、医師採用コストの相場は、一般医師1,000万円、部長級2,000万円だそうです。

VI. 基調講演「田舎で医者を集める方法」

また、最優秀の事務員を研修医担当に当てます。なぜかという、研修医担当は病院の最重要部門だからです。これこそがカナメ中の要です。

勉強会のすすめ

当院では、週 10 回医局勉強会をしています。ケアネット (Care Net) はとても良いので、加入をお勧めします。

週10回医局勉強会

- ・月曜: 8AM, 6-8PM 朝勉強会、症例検討会
- 火曜: 8-9AM 症例クイズ、MKSAP
- ・水曜: 7:30-9AM 札幌医大ネットカンファ勉強会
- ・木曜: 7:30-9AM 札幌医大ネットカンファ 骨関節X線読影レクチャー
- ・金曜: 8-9AM 勉強会 (ケアネット)
- ・土曜: 8-9AM 症例検討会 + 勉強会

札幌医大主催ネットカンファ(双方向)



札幌医科大学病院主催のネットカンファは、札幌医大の総合診療部が双方向のチャット画面で全国をつないで行っています。無料で週 2 回 7:30 から 30 分間で、運営費は 200 万円ほどかかるそうですが、北海道庁が出資してくれているようです。連絡先は札幌医大総合診療部か松前町立松前病院で、毎日淹のように知識が入ってきます。

最近、有名医師による 6 時間集中講義 (年 3 回程度の予算措置) を始めました。お願いした先生方は、岸田直樹先生 (感染症コンサルタント)、井口正寛先生 (福島県立医科大学付属病院 神経内科)、長尾大志先生 (滋賀医科大学付属病院 呼吸器内科)、藤本卓志先生 (耳原総合病院 総合内科・感染症) です。常勤医の非常に高い満足度が得られ、今後の定着につながるのではないかと考えています。

西伊豆を第二の故郷に...

西伊豆に来た研修医を集めて、OB Reunion 再会の日、同窓会を行っています。11 月 11 日に福井大学医学部付属病院の林寛之先生をお招きして開催します。「勉強し旧交を温めよう。西伊豆を第二の故郷に...。」というわけです。研修医を何とか取り込もうとするスケベ根性見え見えの会ですが、結構成功します。

ちなみに、内科の亀井悠一郎先生は「一度目が良かった

のでもう一度行きたい」と言って、2 度目の赴任になります。彼の勉強法は参考になります。EVERNOTE を多用していて、医局員全員が EVERNOTE を使っています。ツールとして、様々な情報 (動画も) を簡単に貼り付けられるし、クラウドに記憶できるので、どこにいてもアクセス可能で、携帯でも情報を引き出すことができます。

第 5 回西伊豆健育会病院医師研修会
福井大学医学部附属病院 院長 林 寛之 先生 講演会
"unsuspected killer in ER"
疑うものは救われる
平成 29 年 11 月 11 日 (土)
15:18 時 (14 時 30 分開場)
松崎町環境改善センター 2 階

西伊豆 OB
Reunion
再会の日

彼の勉強法

- EVERNOTEの多用
- 様々な情報 (動画も) を貼り付けられる
- クラウドに記憶 → どこにいてもアクセス可能



研修医が集まる利点

研修医が集まると、救急診療が大きく改善し、休日が 2 人体制になります。教育をしなくてはならなくなりますから、常勤医師が手抜きをしなくなります。病院の質の担保につながります。患者さんは「あんな若い医者ばかりでは信用できない」と言われるのですが、実は違います。研修医が来る病院がよい病院です。

例えば、研修医がいると、肺炎患者さんにはグラム染色をしようかとなります。そして、肺炎球菌が見つかったと PCG (ペニシリン G) で狙い撃ちします。研修医がいないと、グラム染色なんか面倒だから、エンピリカルに (経験に基づいて) CTRX (セフトリアキソン) + AZM (アジスロマイシン) でいきなり処置するということになります。このように研修医が来ると常勤医の質の担保につながるのです。

研修医が集まる利点

救急診療は大きく改善 (休日も 2 人体制)



研修医が集まる利点

教育により常勤医師も手抜きしない

⇒病院の質の担保

肺炎

研修医がいるとグラム染色

⇒肺炎球菌⇒PCG(狙撃用小銃)

研修医がいないとエンピリカルに

⇒CTRX+AZM(原爆)

勉強したい常勤医も集まる

常勤医も最優秀が全国から集まる！

■ 医師就職雑誌で医師募集すると……

田舎では トンデモ医師が来る

■ 勉強したくて来る医師が一番質が良い！



常勤医も最優秀な人が全国から集まってきます。医師就職雑誌で募集すると、田舎ではトンデモ医師が来ます。带状疱疹の患者さんに火傷と診断しました。あまりにもひどいのでやめてもらおうとしたのですが、弁護士をつれてきました。医師と弁護士二人に「この先生は带状疱疹を火傷と診断するのですよ。あなたはこのような先生に診てもらいたいですか。」と言ったところ、弁護士は黙ってしまって、退職につながりました。勉強したくて来る医者が、一番質が良い医者です。

情報発信！トップジャーナルは面白い！

教育病院にすると優秀な医師が集まります。勉強会の回数を増やしたら口コミで勉強になることが広まりました。しかし、勉強だけではダメで発信しなければだめなのです。全国に発信しないと分からないのです。いくら勉強会をやっても伝わらないのです。

勉強会だけではダメ！ 発信！！



有用な情報をただでネットに流し、NEJM (New England Journal of Medicine)、The Lancet 等の総説のまとめをメーリングリスト (ML) で提供しています。例えば、高血圧治療の最新の世界のトレンドや、心筋梗塞の最新のトレンドなどをまとめてくれているものを総説として ML で提供しました。直訳ではなく、面白おかしくまとめています。先ほどお会いした岡山大学の研修医の先生はうちのホームページをネットで探し当てて、勉強をしてくれているというお話でした。

なぜ NEJM、The Lancet かというと、世界の医学雑誌のインパクトファクターが次のようになっているからです (インパクトファクター：どれだけ論文が引用されたかの指標)。1 位 NEJM、2 位 The Lancet、3 位 JAMA (Journal of the American Medical Association)。そして、日本の雑誌は上位 150 位の中に 2 つしか入っていません。とにかく NEJM、The Lancet、JAMA が圧倒的なんですね。

私としては、特に開業医の先生方に世界の最新の情報を提供したい。そうしたら日本の医療の底上げが僻地にしながらできるのではないかと考えているのです。つまり、トップジャーナルは世界超一流の臨床医による総説です。日本の医学雑誌ではありえないのです。これをフォローすれば、つねに世界最先端にいることができます。トップジャーナルは中毒になります。

最近提供した総説のまとめは図の通りです。

最近提供した総説のまとめ

急性心筋梗塞 NEJM, May 25, 2017
ベンゾジアゼピン依存症 NEJM, March 23, 2017
脳卒中 The Lancet, Feb. 11, 2017
急性心筋梗塞 The Lancet, Jan. 14, 2017
関節リウマチ The Lancet, Oct. 22, 2016
痛風 The Lancet, Oct. 22, 2016
EFの保たれた心不全、NEJM, Nov. 10, 2016
レジオネラ病 The Lancet, Jan. 23, 2016
便秘 JAMA Jan. 12, 2016
不眠症 NEJM, Aug. 4, 2016

開業医の先生方に

世界最新情報を提供

日本の医療の底上げが
僻地でできる！

僕も読みたいし、ほかのドクターも知りたいような情報を提供しています。そして、本文の中に必ず「西伊豆健育会病院」を入れて、脳に刷り込ませます。

へき地こそ英語は重要！

僻地では英語は重要です。なぜかという、医学の最新情報は圧倒的に英語です。大量の英語を速く読む力が大事です。日本語だけで医学を学ぼうとすると世界から数年は遅れてしまいます。

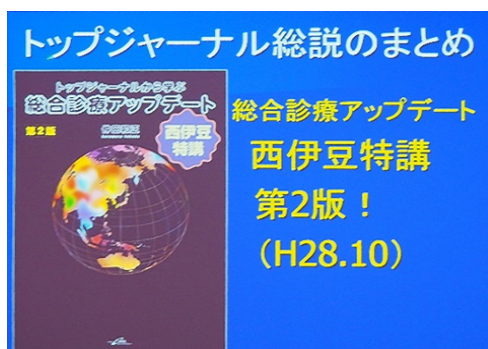
僻地で英語は重要！

- 最新情報は圧倒的に英語。
- 大量の英語を速く読む力！

当院の医師集めの費用は、3つの雑誌の年間購読費12万円、これだけです。これ以外の安上がりで有効な方法を私は知りません。トップジャーナルの総説まとめですが、最初は院内勉強会で細々とやっていました。

ところがある時、「もしかして全国の先生方も知りたい情報ではないのかな」と思い、恐る恐るMLへ出したら意外に好評で、全国の注意を引くのに有用だということがわかりました。現在3つのMLに出しています。NEJM、The Lancet、JAMAを医師募集のおとり(decoy)として使っている訳です。

昨年、トップジャーナルの総説をまとめて、『総合診療アップデート 西伊豆特講 第2版(H28.10)』出版しました。第1版も大変よく売れました。この続きは西伊豆健育会病院ホームページの「早朝カンファ」にまとめていますので、皆さんご利用ください。タダで、世界最新情報を手に入れることができます。



ナース集めはアメニティ（生活環境）の充実

うちは保育室を作っています。夜間保育もしています。意外にも夜間保育などやってくれる病院はないらしいです。病児保育もやっています。子どもさんが風邪をひいたときは、第二保育室で子どもさんを預かり、お母さんには働いてもらいます。

ナース集めはアメニティ 保育室



夜間保育も



ナース集めの方法としては、まず、鹿児島県の看護学校に奨学金を出しています。そして、ハローワークに募集を出しています。応募があれば事務長が現地へ赴き、熱心に説明・勧誘します。

また、うちでは、中国人の看護師が3人働いています。健育会全体で、東南アジアから研修生を集めています。一人前にして働いていただくという経済連携協定(EPA)という制度を使います。中国の看護学校は1学年700人とか800人とかいます。その中から選抜して最優秀のナースを集めてきました。1年間健育会の療養施設で働きながら、日本語学校に通ってもらい、その後、うちの病院に来てもらいました。そして、今年4月に正看の資格を取りました。もちろん彼女たちは中国の正看の資格を持っています。とても優秀で、日本語検定1級取得者です。日本語検定1級なんて僕らでも簡単に取れません。そのうちの1人の看護師は、俳句や詩吟をやっている入院中のおばあさんと仲良くなりました。彼女は李白の「静夜思」を漢字で書いて、日本語の読み方も知っていました。とてもインテリですね。

李白 静夜思

床前月光を見る
疑うらくはこれ地上の霜かと
頭をあげて山月を望み
頭を低(た)れて故郷を思ふ



中国人ナースのいいところは漢字のハードルが一切ない事です。僕らよりよっぽど漢字を知っています。だから、日本の国家試験は簡単に受かってしまうのです。以前フィリピンのナースにも健育会に来ていただきましたが、漢字のハードルが高く、なかなか正答の資格が取れませんでした。夢破れて帰っていったという人達が大勢います。中国人は漢字のハードルが一切ない、ひらがなの意味さえ分かれば、国家試験の問題なんて見ただけでわかってしまうのです。全然違います。

経営のプロと医療のプロ

うちの医療法人健育会の説明をします。医療法人健育会は全国（主に東日本）で8病院、2クリニック、11介護保険施設を運営しています。

最大の特徴は院長・事務長の双頭制です。院長が事務長より偉いわけではなく、権限は同じです。院長は医療の質に責任を持ちます。一方、事務長は経営と人事に責任を持ちます。経営は経営のプロである事務長が全部やります。彼らは健育会の中で、急性期・慢性期病院、介護施設をローテーションし医療経営を広範に経験しています。毎月1回東京で会議があり、経営知識を共有しているのです。院長は経営には一切タッチしません。

院長・事務長の双頭制

■院長: 医療の質に責任

■事務長: 経営・人事
に責任



皆さんの中には公立病院の院長先生も大勢いらっしゃいます。市長さんもういらっしゃるの非常に失礼な言い方かもしれませんが、公立病院は土木課長が横滑りで病院理事長になる例が結構あります。そして数年で交代します。そうすると経営ノウハウが蓄積できないのです。黒字にはならないのです。もし病院の事務長をするのであれば医療現場をローテーションする方がいいのではないかと思います。失礼いたしました。

現在の西伊豆健育会病院は、2階病棟はDPC病棟で、3階病棟は地域包括ケア病棟です。過去最高益を出しました。皆さんご存知だと思いますが、地域包括ケア病棟は最強の病棟です。今までは回復期病棟が一番いいと言われていたのですが、それよりはるかに収入が良いです。1日大体27,000円の診療報酬が受け取れます。そして、2か月間入院できます。その代り、リハビリをどんどん行って家に帰さなければなりません。在宅復帰率というのがあって、それを70%以上にしなければなりません。うちの病院は今90%以上達成しています。厚労省の患者さんを施設ではなくて在宅で診するという方針は、国家の意志です。当分地域包括ケア病棟の制度は続くだろうと思います。

健育会の勉強会

健育会全体の勉強会というのがあります。TQM (Total Quality Management) 活動発表セミナー、看護・リハ発表会、チーム医療症例検討会の3つがあり、大体4か月おきに健育会全体の勉強会や発表会として一堂に会します。それ以外には、ナースやケアワーカーに学研オンデマンド学習を義務付けています。



TQMとは、現場で困っていることを、現場スタッフ達がTQM手法に従い創意、工夫して解決案を導くことで、普段困っていることをテーマにして、みんなで解決していきます。これをする、現場が活気づきます。そして、1位・2位・3位と決めてゆき、上位に選ばれば大歓声です。非常に盛り上がり、現場の改善にもなります。

現在の事務長は元放射線技師です。彼がリーダーとなったチームがTQMで2回優勝しました。それで彼はチームをまとめる力があると判断して、事務長として本部に推薦しました。今は事務長として健育会の中を渡り歩いています。急性・慢性期病院、福祉施設、が一堂に会して勉強会をすることで、知識・経験の共有ができます。

H29.2 TQM大会発表の一部

- その音何とかなりませんか(病棟と騒音)
- 吸引が出来るセラピストの育成
- 食事満足度の向上
- 御利用者の舌苔ゼロへの取り組み
- 担当者制度確立による利用者満足度
- ベッドメイキングの時間短縮
- 食堂の待ち時間短縮
- 介護支援事業所での御利用者情報の共有

また、看護師さんにお勧めしたいのが学研のオンデマンド学習です。ナースの教育担当者の悩みは深いです。研修担当が忙しすぎ、カリキュラム作りが大変、研修を開催しても人が集まらない、講師の選択はどうしたらいい、費用がかげられない。それを解消したのが学研オンデマンド学習です。現在は7病院ですが、全部の病院で実施していて、毎回、受講率を競い合っています。

目標は「日本一の総合教育病院」！

西伊豆健育会病院を、医学知識は常に世界最先端で、僻地で日本一の「総合医教育病院」にしたいというのが、私たちの夢であり目標です。

西伊豆健育会病院の目標

1. 医学知識は常に世界最先端
2. 僻地の日本一の「総合医教育病院」に

リフレッシュと家族のケア

月1回の医師の飲み会は重要です。普段忙しいので私的な話を話す機会がありません。こんな機会に非常に重要なことが話せます。「これから研修をどのようにしていったらいいだろうか」とか、「勉強をどのようにしていったらいいだろうか」など話せるわけです。



また、医師の家族のケアも重要です。うちは津波に備え高台の宿舎を確保しています。いくら医者が西伊豆病院に行きたいと言っても、その奥さんに反対にされたらそれまでです。奥さんに「あんな田舎いやよ」と言われたらそれまでです。家族のケアは重要です。宿舎は快適に整えてください。夏休みもとれるようになりました。「良く学び良く遊ぼう」です。

3年ほど前にウィスコンシン大学の家庭医療学の John Frey 教授が西伊豆に来られました。元アメリカ家庭医学会の会長です。彼に「田舎に医師が定着するにはどうすればよいか」を聞いてみたところ、勉強できること、医師が充実感を持てること、医師の家族も満足することの3つを挙げられました。僕はもっともだと思いました。

ウィスコンシン大学家庭医療学 John Frey教授 (元米国家庭医療学会会長)



田舎で医師が定着するには (John Frey)

- 勉強できること
- 医師が充実感を持てること
- 医師の家族も満足すること

提案があります。2～3か月に1回、1泊か2泊の家族旅行と毎週末ハイキングをなさってください。これをやると、かあちゃんが満足、子どもには一生の思い出になります。子どもは旅行をしたことを非常に良く覚えています。そして自分のrefreshになります。

私の秋の散歩道



2, 3か月に1回、1泊か2泊の 家族旅行と毎週末ハイキングを！

- かあ一ちゃんが満足
- 子供には一生の思い出
- 自分のrefresh

無識の指揮官！

私は1980年（昭和56年）、静岡県佐久間町に赴任しました。26歳の時です。自治医科大学の卒業生ですから、37年前田舎に赴任したのです。当時、佐久間病院図書室には4冊の本がありました。「週刊日本医事新報」、「最新血液病學（昭和26年出版）」、「最新泌尿器科學（昭和13年出版）」、「軍陣外科學」... なにこれ？でした。

1980年、佐久間町赴任(26歳)



従って、わからない時は先輩に電話で聞くしかなかったわけですが。「すみません先生、溶連菌の腎炎の子どもさんが来たのですが、どうしたらいいでしょうか。」という具合です。ある時、「肩が痛い」という患者さんが来ました。レントゲンを撮ったら、骨膜反応がありました。骨膜反応というのは、がんなどがあった時に増殖してくるものなので、豊橋市民病院へ紹介してしまったのです。電車で行って約2時間かかります。そして、豊橋市民病院から返ってきた回答が、「三角筋粗面といって、正常所見です。」でした。

その時つくづく思いました。坂の上の雲の秋山真之の言った言葉です。「無識の指揮官は殺人者である」医者も同じだよなと…。秋山真之の名言は非常にいいので紹介します。

秋山真之の名言

- 物事の要点が何であるかをつかむ、要点をつかむことが大事だ。
- 要点をつかむには、過去のあらゆる型を調べる。多くの事例をひとつたり調べ、そしてその重要度の度合いを考える。
- あまり重要でないか、または不必要と思われることは大胆に切り捨てる。時間と精力を、つかんだ要点に集中する。

これは、医学学習の極意であると思いました。大変優れた本、総説を手に入れ、要点をつかんでそれに集中し、不要不急のものは思い切って切り捨てることに私はしています。

現在の田舎の医師生活

現在は僻地であっても、ネットで学習には困りません。都会の医師に比べ学習が不利とは全く思いません。買い物もネットでお取り寄せできます。魚介類、野菜は新鮮。子どもの教育は中学校までは困りません。親が家庭教師をすればよいのです。そうすれば親と子の間も深くなります。これをお勧めします。田舎で豊かに暮らそうではありませんか。



多科ローテートのすすめ

研修医の皆さん、学生の皆さん、最初の数年間はできる限り多くの科をローテートしてください。専門家になるのを急ぐ必要は全くありません。専門の勉強はどうせ一生やるわけですが、他科の勉強は最初の数年しかできません。総合診療ができるのは最初の数年にかかっています。5・6年たってから、色々な科を回るとするのは、ほぼ制度的に不可能です。他科の勉強は最初の数年にしかチャンスはありません。

最初の数年間 出来る限り多くの科を ローテートすべし！



専門家になるのを急ぐ必要は全くない！

- ・ 専門の勉強はどうせ一生やる。
- ・ 他科の勉強は最初の数年しかできない



専門家には約5年で一応なれます。5年あれば80%～90%はいけます。最後の10%～20%は一生かかります。専門研修一本槍は愚の骨頂です。

多科をローテートすると後になって、他科の自習が容易です。「聞いたことがある」と「見たことがある」とは次元が全く異なるのです。その科に入らぬと判らぬ暗黙知があります。暗黙知とは、あまりに当たり前で教科書にも書いていないようなことです。それはその科に入らないと判らないのです。

専門家になった時の実力差は

- 専門知識の量と技術力
- 他科との境界領域の知識量



専門家になった時の実力の差は、専門知識の量と技術力と、他科との境界領域の知識量だと思っています。

総まとめ

- ・一人前になったら田舎暮らしも良くな?
- ・ネットのお陰で田舎のハンディはない。
- ・田舎でこそ英語は必須。
- ・専門医になる前できる限り多科をまわれ。
- ・医者を集めるには勉強会を開催することと、情報発信をすること。
- ・ナース集めるにはアメニティ、生活環境を整えること。



2. 質疑応答

(則安課長)

先生がこうしたノウハウを自ら作り上げて、次の世代に渡していく、病院の経営を次の世代に渡していくことについて、どのようにお考えでしょうか。

(仲田先生)

今それが一番の悩みです。今の状態を維持したい訳です。優秀なドクターたちが集まってきてくれるので、そんなに悲観はしていません。彼らも主体的に発信するようになってきていますので、何とかみんなで盛り上げてお互いがお互いに教えあっていきたいと思っています。うちの症例検討会は全員が参加します。非常に紳士的でいろんな科の視点から物事を見れるので大変面白いです。

(渡辺病院 豊岡先生)

自治医大出身で県北のへき地医療に従事しています。まだ、集めるという部分では力にはなれないのですが、院内にいるスタッフをやる気にさせたり、教育するという部分で、ナースの教育を担当させていただいています。院内全体の流れや雰囲気をよくするためにいろいろやっているのですが、ドクターの数も少なく、なかなか難しいと感じています。反発などもある中で、何かコツがあれば....

(仲田先生)

ナースの教育についてはドクターたちが非常によくやってくれました。毎週ナースと一緒に朝 15 分くらいの勉強会をやっています。福井大の寺沢秀一先生の症例検討会という本を使ってやったりしています。また、名古屋の掖済会病院のナース向けの PTLS に参加させるなどして一緒に勉強会をしています。毎週主治医別に患者さんについてドクターとナースの discussion をしています。



そこで、患者さんに対してどのようにしていくかというのを常にやっています。あと、週 1 回の医者以外の全体勉強会というのがあります。それで教えていくということをやっています。ナースも非常に意識が高いと思っています。

(豊岡先生)

今やり始めているところですが、全体に向けて必須で参加しろという反発が多い。希望者ややる気のある人から集めて少人数でやっていこうかと思っています。

(仲田先生)

それがいいと思います。夕方 6 時からやろうとなると、時間外手当なども絡んでくるので、仕事が始まる前の 5 分、10 分とかでポイントを教えていくというのが良い方法だと思います。

(岡山済生会病院 山本先生)

先生の病院の中で専門医がいらっしゃらない領域の疾患を診るときはどういうふうにされていますか。

(仲田先生)

専門でなくても、絶対断らず、とりあえず診ます。私たちの手に負えないものは、初めてそれで転送します。心筋梗塞の PCI (percutaneous coronary intervention、冠動脈インターベンション)、脳梗塞の時の t-PA

(tissue-plasminogen activator、血栓溶解療法) の投与は、うちの病院では手が出せないで、1 時間以上かけて送っています。心筋梗塞については昼間でしたらヘリコプターで即座に送れるので 2 時間以内に PCI をやってもらうことが可能です。



(山本先生)

若い先生が多いように思いますが、新しい専門医制度やこれからのキャリアアップに向けてどういう風な動きをされるのでしょうか。

(仲田先生)

専門医になりたい先生より、総合診療を目指す先生が来られるので特に問題になっていません。

総合診療専門医制度の中には中小病院での研修が入っているので、あちこちの大きな病院からプログラムに入ってくれと引っ張りだこの状態で、断るのに苦労しています。

(島根県健康福祉部医療政策課 木村医療統括監)

常勤の先生たちはどのようにして集まって来られたのでしょうか。

(仲田先生)

メーリングリストや著書を見て集まられる方が多い。実際に来てみて毎日が刺激的で面白いようです。

(木村医療統括監)

指導医の先生方のモチベーションを上げるもの、例えば、報酬上のものはあるのでしょうか。

(仲田先生)

報酬については事務長と個々に決められています。長くいてくだされば、どんどん上乘せしていきます。

(岡山大学 片岡先生)

教育によって人が集まってくるというのは全くその通りだと思います。素晴らしい先生が集まって来られても、異動もあると思いますが、先生が変わられたときにどのようにして、継続性を持たせていかれるのでしょうか。

(仲田先生)

例えば学会に参加する費用などはすべて病院からお金を出しています。その条件として、自分の知ってきたことを帰ってきたら必ずフィードバックします。症例検討会は常に全員でやっていますので、最新情報はどうなっているのか、それをフィードバックして、新しい知識が入るように努力をしています。人に教えると自分が一番覚えやすいので、とにかく教えるようにと心がけています。

若い初期研修の先生には常勤医をマンツーマンで付けて指導しています。

(糸島先生)

病院では実際に英語についてはどのようにされていますか。

(仲田先生)

英語については、個人の努力に任せています。田舎に行った時こそ英語は重要です。

(岡山大学 佐藤先生)

準備しておきたい学習環境や指導方法についてお示しいただきましたが、例えば、ドクターに来てもらっても奥さんが田舎が嫌だとか、帰りたいとかというようなことはなかったでしょうか。常勤医の皆さんは家族で来ておられるのか、あるいは家族が満足する方法とかヒントがあるのか等をお聞かせください。

(仲田先生)

(仲田先生の奥様が、) お茶を飲む会とか、日ごろの育児の悩みを聞いたりするような女子会をやっています。奥様達が楽をできるように、保育所でドクターの子供たちも預かっています。先生たちは子供を保育所に預けて病棟に上がって来られます。奥様達は新規で来られてもコミュニティの場があるということですね。

学童保育もやっているの、子供たちは学校が終わると保育所に戻ってきます。夏は海水浴や磯でタコ取りなど、子供が遊ぶには西伊豆は楽しいところで、皆さん子育てを満喫しているのではないかと思います。



VII. 若手医師を育てるための指導力強化ワークショップ

岡山大学病院 消化管外科 助教
岡山大学大学 医歯薬学総合研究科附属 医療教育統合開発センター
副センター長 万代 康弘



1. まとめ

若手医師を育てるための 指導力強化ワークショップ



岡山大学医歯薬学総合研究科大学院附属
医療教育統合開発センター
万代康弘

1

このセッションの目的



テーマ： 『若手医師への指導力強化を目指す！』

【目標】

- ☆地域医療における医師像を共有する。
⇒良き指導医は良き臨床医
- ☆若手医師育成に必要な指導力を共有する。

2

地域医療における医師像について ディスカッションをお願いします



3

【プロフィール】

- 2001年 川崎医科大学 医学部 卒業
岡山大学 医学部 第二外科教室 入局
JA 府中総合病院 外科
 - 2003年 岡山市立市民病院 外科
 - 2005年 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 外科
 - 2007年 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 入学
 - 2010年 ハワイ大学シュミレーションセンター SimTiki 留学
「デブリーフィングにおける異文化の違い」を共同研究
Assistant Resercher, University of Hawaii
 - 2011年 帰国
香川県立中央病院 消化器外科
岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 博士号取得
 - 2012年 岡山大学 呼吸器・乳腺内分泌外科 助教
医療教授システム学会（JSISH）中四国支部 事務局長
岡山大学シュミレーションセンター（MUSCAT-Sim）
プログラムディレクター
 - 2015年 岡山大学医療教育統合開発センター 副センター長
岡山大学シュミレーションセンター（MoMo-Sim）
プログラムディレクター
 - 2017年 医療教授システム学会（JSISH）中四国支部 事務局長
岡山大学 医歯薬学総合研究科附属
医療教育統合開発センター 副センター長
- 現在に至る

- 人間性・倫理観
（責任感、時間と場を作れる、市民感覚、世話をしてくれる）
- 総合医・救急医の能力〈トリアージ能力〉（+専門性）
1～2次救急、新たな疾患も含めて診療・判断
治す医療だけでなく支える医療
疾患でなく人を見る（患者背景・経過、家族歴）
- 後輩・若手医師への教育・指導能力
- 医療安全に対する意識が高い
- 住民の思いを引き出してくれる
- コミュニケーション能力（患者、医局、他職種、住民）
相手の立場に立って物事を考えられる
- マネジメント能力
- 行政との付き合い

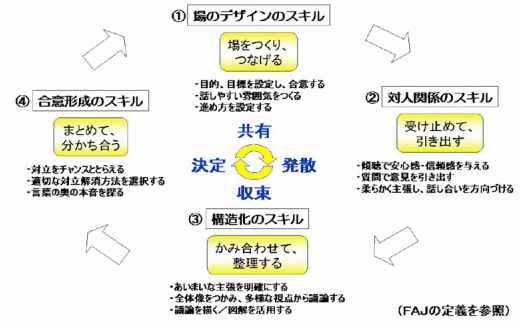
4

医師における指導能力とは どのような能力が必要でしょうか？



5

ロファシリテーションの4つの段階とスキル



9

- 背中を見せる（ロールモデルを示す）
- 信頼関係が重要
- 目標・目的を明確にして伝える
- 参加型・実践型の指導ができる
（試してみ、やらせて、工夫させる）
- 教えるスキル
（話し合う雰囲気づくり、時間と場を作る、コミュニケーション、指導理論、評価フィードバック）
- 実践させる
（多職種会議や診療でリーダー役、カンファレンスで発表のチャンスを増やす、指導者が責任を持つ、トリーアージ）
- 多様な診療へ参加させる
- トリーアージ・診療指導
（診療の場を振り返り、行動の意味や背景にある思考プロセスを伝える）
- 振り返りができる
- 倫理観を育む

6

アクティブラーニング



10

成人学習の要点

- ☆ Learner-faculty contact
- ☆ Learner-centered
- ☆ Team approach to problem solving
- ☆ Active learning techniques
- ☆ Prompt feedback

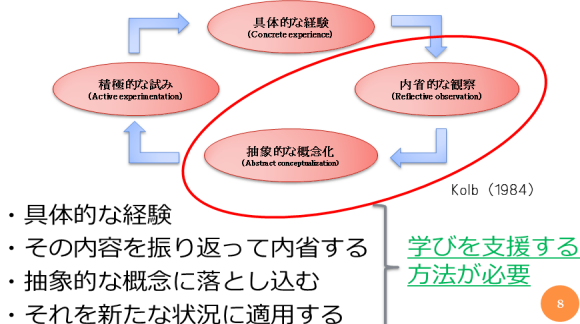
7

指導能力のまとめ

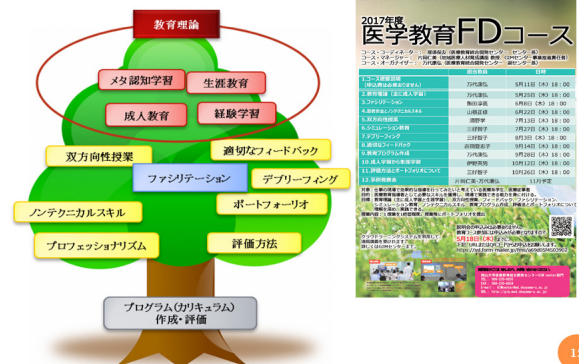
- ☆ 良き臨床医
- ☆ 教育の視点を持っている
- ☆ 研修医目線の指導ができる
- ☆ 指導・研修の目標が明確
- ☆ フィードバックができる
- ☆ 技能、態度の評価ができる
- ☆ 教育エビデンスを活用できる

11

経験から学習へ



8



12

2. 地域医療における医師像を共有する

//GROUP A//

新見市 市長 池田一二三
岡山医療センター 教育研修部長 太田 徹哉
赤磐医師会病院 院長 佐藤 敦彦
高梁市国民健康保険成羽病院 院長 神谷 晋吾
金田病院 理事長 金田 道弘
岡山大学病院 消化器・肝臓内科学 医局長 加藤 博也

(金田病院 金田先生)

キーは地域医療を担う医師像だが、医師である前に、人間であり社会人であることが話題になった。

そして、専門性と同時に総合力、総合診療ができる総合力が欲しい。その結果として救急車を断らないという仕組みが出来上がる。

どういう状況の患者だったら真庭で診られるか、どういう状況であれば岡山や津山、倉敷に送るのか、という情報の共有をしているかどうか。院内のトリアージ、地域でのトリアージ、県内でのトリアージである。

それについてどのような工夫をしているかという、トリアージのキーとなるのは看護師ではないか。非常勤のドクターの当直の時、看護師が院内の状況、地域の状況、岡山県内の状況を把握していることが重要だと考える。

真庭では、数年前から話し合いの会を毎月実施している。目の前の落合病院の当直が何科を診療しているかを知らないということに10年前に気づき、話し合いをして落合病院が毎日何科を当直しているかを確認し金田病院とで共有している。これを2つの病院だけでの実施ではもったいないということで、真庭市内の全病院に毎月ファックスして共有している。さらに関連している、真庭消防、津山消防、新見消防、岡山北消防に自主的に送っている。その結果、真庭の救急の応需率が高くなっているし、受ける側も受けやすくなっている。

まとめると、総合的な診療能力、総合的な診療的なトリアージの情報共有が大切だ。医師である前に社会人として、岡大の学生、卒業生、ここ数年間良くなってきたとみんな思っている。地域医療実習というのは少なからず良い影響を及ぼしているのではないかと自負している。

(万代先生)

人間性、トリアージの必要性、総合医の能力、どの医師にも必要だという考えでよい。地域の組織的な取り組みを含めての発表だった。



//GROUP B//

矢掛町 副町長 武井 道忠
岡山市立市民病院 地域医療部長 堀内 武志
玉野三井病院 院長 磯嶋 浩二
高梁中央病院 理事長 戸田 俊介
真庭市国民健康保険湯原温泉病院 院長 野村 修一
岡山大学 卒後臨床研修センター 助教 野間 和弘

(岡山市立市民病院 堀内先生)

医師像について分けて考えた。医師としての人間性に関係するところ、技術能力に関係すること、中間的な事について話し合った。

技術能力としては、診断能力、救急能力、判断能力、プライマリケア能力、それ以外に総合的知識、小児対応、地域医療を担うにあたり、若手医師への教育能力、地域医療を伝えていく能力がいるのではないかと出てきた。

医師としての人間性としては、やさしさ、コミュニケーション能力、責任感、世話をする、家族のことも理解してくれる、相談に乗りやすい、調整能力とは連携能力とつながり、介護施設や他の医療機関、他の科の方々との連携能力、さらに可能であれば地域に住んで、地域をよく知ってくれる、市民感覚があれば良いのではないかと。

(万代先生)

特徴的なのは教育能力を挙げられたところだ。医師としての理想像の中に教育力を入れられた。

(堀内先生)

あとあと続けていかなければならない。1人のスーパーマンが出るだけでなく、ノウハウを続けて行って、有り続けることが大切だと思う。

(万代先生)

ティーチングのランニングピラミッドで言われる「教えることで自分のスキルがアップする」ということもあるかと思う。指導しながら自ら学ぶということも含まれているのだと思う。



// TEAM C //

真庭市 市長 太田 昇

岡山県精神科医療センター 院長 来住 由樹

備前市国民健康保険市立吉永病院 病院事業管理者 萩野 健次

長谷川記念病院 副院長 佐藤 正樹

津山中央病院 院長 林 同輔

川崎医科大学付属病院 卒後臨床研修センター センター長 日野 啓輔

(津山中央病院 林先生)

地域医療における医師像としては、他のチームの皆さんと共通している。

能力としては、プライマリケア、幅広い common disease の診断ができることが大事ということと、初期の救急対応を身に付けていかなければならないと思っている。自分の病院で処置できるのか、専門性のある病院に送るのかというトリアージが出来る事が大事な能力です。

それ以前に人間としての高い倫理観と医療安全を身に付けて地域の安全を守っていくことも大事。

職員の少ない地域の病院に変わったキャラクターがいると職場が崩壊する。医療スタッフや地域の住民に対しても迷惑をかけるので、高い人間性を身に付けてもらいたい。

また地域には高齢者が多く、高齢者の話をゆっくり聞いて、話を引き出していくコミュニケーション能力も大事だと思っている。

地域卒の学生のすべてが総合専門医、プライマリケア医を目指しているわけではなく、将来専門に行きたいと考えている人もいる。若いうちに地域を担いながらも、将来の専門医としての道もつなげていける制度を岡山県全体で作ってあげることも大事ではないかと思う。



//TEAM D//

高梁市 市長 近藤 隆則
 倉敷スイートホスピタル 院長 松木 道裕
 笠岡第一病院 院長 橋詰 博行
 渡辺病院 理事長・院長 遠藤 彰
 中島病院 院長 中島 弘文
 岡山大学 卒後臨床研修センター 助教 佐藤 明香

(渡辺病院 遠藤)

KJ法でやってみた。主に救急、生活支援、連携、人柄、自己学習に分けた。

人柄と、医療の中では救急の領域が多いということが分かった。そうすることが地域医療には重要ではないかと思う。

人柄については、仁義のわかる人、人格者、個人的に思うことは多職種のいる病院という組織の中でリーダーシップがとれるような敷居の低い心の広い人物ではないかと思う。

救急に関してはプライマリケアの提供などいろいろあるが、救急への対応が地域医療の中での一つのテーマではないかと思う。

生活支援、地域包括ケアと呼ばれている、生活・患者や家族のニーズが把握できる能力が必要という意見が多かった。

私自身が田舎に戻るとヤブになると昔は言われた。指導医とか大きな病院にいなければ勉強できないというイメージがあったが、それを打ち破るような学習の方策を持っている医師が地域医療にはいるのではないかと考えました。

(万代先生)

KJ法で考えるとご意見の多いところが重要なところではないでしょうか。人柄が大きく挙げられています。

(仲田先生)

家族歴を聞いている。田舎に住んでいるので一人の患者さんを診ると一生診なければならない。西伊豆は若い人は都会に出て老人だけの世帯が多い。この人を誰が世話するのか主なキーパーソンは誰なのかが重要で、家族構成を徹底的に聞いている。

今は電子カルテが有るので一度記入すれば更新していけばいいので一目でわかる。

(万代先生)

家族やその周りを含めた環境も配慮しながらということでしょうか。



//TEAM E//

岡山県病院協会 会長 難波 義夫

玉島協同病院 院長 進藤 真

渡辺病院 医師 溝尾 妙子

岡山大学 医療政策・医療経済学 教授 浜田 淳

岡山大学病院 臨床研修医（地域枠） 高見 優男

（渡辺病院 溝尾先生）

1. コミュニケーション能力とマネジメントと能力

多職種や他の施設と関わることが多いので、コミュニケーションやマネジメントは大切だと思う。疾患だけではなく全体を診られる医師。長い付き合いとなるので、患者さんの背景やその人の一生を見ていくという事が大切である。

2. 専門性と専門医制度を地域としてどのように考えていくか。

3. 地域全体を見られる医者が大事。行政とのつながりも必要で、地域のケア会議等に参加するなど、介護も含めた地域全体に目を向けられる医師が求められている。



//TEAM F//

水島中央病院 院長 松尾 隆一
 矢掛町国民健康保険病院 院長 村上 正和
 勝山病院 院長 竹内 義明
 岡山大学 血液・腫瘍内科 教授 前田 嘉信
 岡山大学 5年生（地域枠） 今村 竜太
 備北保健所 所長 川井 睦子

（勝山病院 竹内先生）

地域住民は臓器別専門医ではなく、全て診てもらえる総合診療的な医師を求めている。そして、一次救急から二次、三次の判断ができ、一次、二次で診られるものはしっかり診て、早急に送らなければならない三次の疾患を見逃さないような救急能力が必要であろう。

また、新たに患者さんの問題点を抽出できるような診断能力である。

超急性期から急性期の大きい病院から地域に帰って来られた患者さんの在宅復帰に向けての中間領域、在宅支援能力を持つことも必要である。

学生さんから病院総合診療医に魅力を感じる。専門医機構が作ろうとしている総合診療医は開業医などのプライマリケアを重点的に置いているようだが、多疾患が診られる病院総合医のような制度が今後できるといいという意見があった。

少子高齢化の日本では地域は高齢化率が高い。治す医療から支える医療、地域包括ケアシステムが言われている中で、医師として多職種と連携しながら、患者さんにふさわしい医療を提供できる能力が必要である。

（万代先生）

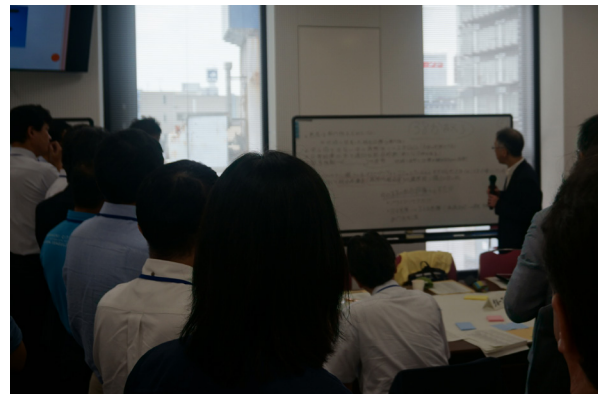
救急では具体的にどのような能力が必要とされるでしょうか。

（竹内先生）

真庭は救急の応需率が高い。まず診て、疾病を診断する能力（血液検査やエコーやCTの画像を読む能力など）を駆使して、一次、二次、三次を的確に迅速に診断する能力が必要なのではないか。

（万代先生）

トリアージができて他との連携を判断する能力が必要だということでしょうか。



（岩瀬先生）

若者は新しくできている総合診療専門医に注目している。ただ、病院総合医と総合診療医と内科専門医の区別がわかりにくい。現場の先生方から「目指しているのはこの方向だよ」というガイダンスしてもらえると、学生もわからないから一歩引くこともなく、目指していける。

（万代先生）

指導する医師の目標設定を十分に確認するということですね。

（岩瀬先生）

地域医療がどのようなところを担当しているのかが分かり、学生の興味に合う事であれば強く勧めていくことができると思う。

（村上先生）

切り売りする医療ではなく、新しい疾患さえも見つけてしまう、例えば、水俣病のように地域の先生が見つかる現場である。おかしいなと思うような疑問を膨らませて、しっかりした診断に至り、それが他の地域に日本全体に、そして、世界に広がる。そのようなことに会えるかもしれない現場であるということを意識しながら診療に当たる気概が必要だと思う。

「地域医療における医師像を共有する」 まとめ

(地域卒卒業医師 高見先生)

6 グループの話を聞かせて頂いて、共通している部分と地域の特性が有ると思いました。

医学部に入った段階からコミュニケーション能力やマネジメント能力には差があると感じていて、あとから育成するのは難しいのではないかと意見があって、地域の先生方で若手医師のコミュニケーション能力を向上させたという経験をお持ちの先生がいらっしゃいましたら、ご指導いただきたい。



(万代先生)

学生は元々コミュニケーション能力を持っていると思っています。しかし、医療の現場では、うまくしゃべれない患者さんや耳が遠い患者さん、立場が違う多職種などすでにハードルが有る、目標も違う方々といかに話せるかを意識しながら、コミュニケーション力を身に付けていくのだということを授業では伝えています。



(真庭市 太田市長)

農山村では患者は医師に対して「おいしゃさま」という意識が高く遠慮がある。一方的に話す医者の話を理解できぬままになることもある。従って患者を等身大の人としてうまく思いを引き出せる医者になってほしい。

昨年もワークショップに参加し、医師の皆さんと意見交換をしましたが、とても効率が良く水準が高い。農山村では耳が遠い方や思考能力も衰えているという方もいらっしゃいます。そういう方をきちんと捉えられる医師に育ててほしい。

(万代先生)

コミュニケーション能力は繰り返していくスキルなので、色々な段階で身に付けるコミュニケーション能力も違うのかもしれませんが。自分で振り返っている部分が大きいかもしれません。自分の発言を振り返って、伝わったかどうかを検証し改善することが自分の中でできれば、スキルアップできるのかもしれないですね。



3. 若手医師育成に必要な指導力を共有する

//TEAM A//

(赤磐医師会病院 佐藤先生)

研修医に病院を選んでもらうために、地域医療をしている病院の情報発信が足りない。初期臨床中の研修医はほとんど知らない。まだまだ情報発信をしていかなければならない。

教育方針としては、背中だけを見せて研修医について来いというのは無理、スタッフ全員で研修医を育てるという意識をもって研修医を支える必要がある。

しかし、教育システムを整えるにはマンパワーが足りないなかで難しいだろう。従って旧来の濃密な一对一の指導方法になるのではないか。むしろ地域医療ではその方が向いているのではないか。

コミュニケーション能力は、医療従事者や教育者として大切な事。しかし医師は患者をマネジメントすることに特化した職業で、教育に対するマネジメント能力に欠けている人が多いだろう。医師は他職種に比べてマネジメント能力の低い集団だ。

研修医を自分の子どもと思い愛情を持って接する。指導医が愛情を持って接するかどうかの基本である。愛情をもって指導するには指導医も研修会などに積極的に参加する。

県北は高齢化が進み日本の将来像である。今それが体験できる貴重な機会であると考えて、地域の病院を選択してほしい。

(万代先生)

医局制度ではモデルがある。自分が目指すものがある。しかし、今の研修医や地域卒ではスペシャリティが違ったり方向性が少し違ったりする場合、モデルの背中だけを追いかけさせるというのは少し考え方が違う。

背中を見せることは大賛成だが、スペシャリティが違いう人、目的意識の違う人をどのように支えるかが問題となってくる。

指導方法で必要なことは、色々な研修会に参加し、色々な指導方法をやってみて振り返ることが重要と思う。

行政の立場からの感想を伺いたい。

(新見市 池田市長)

新見市にいられた実習生の方々には、市長、又は、副市長が医療・保健・福祉等の取組状況をお話している。また、実習後には受け入れた医療機関や住民の皆さん参加のもとで成果を発表する機会を設けている。実習期間中に感じたこと、学ばれたことをお話しいただくことで、地域住民にも先生に対する思い、信頼感が生まれる。そして、また来てくださいというような関係で終わる。このようなことを積み重ねていくことで、今後その成果が出ることを期待している。



//TEAM B//

(高梁中央病院 戸田先生)

コミュニケーションに関しての指導方法として、

- ・院内カンファレンスなどに参加して発言の機会を増やす。
- ・地域のコミュニティへ参加して、住民との交流をさせる。
- ・多職種連携を進める。医師は自分の医療行為が医療を引っ張っていると思っているが、医師の仕事は一部で多職種の人に支えられているという事を理解させる。

診療指導方法としては、

- ・院内の勉強会に講師として役割をもらい主体性をもって参加させる。
 - ・上級医との共同診療。上級医と同じ患者さんを同時に診療して上級医の診療方法を見てもらう。
- 多科を含めて多様な診療受診をさせる。
- ・夜間救急などでは職員を全員呼び出すわけにはいがないので、必要な検査を見極める能力を持たせる。
 - ・病院外の勉強会や学会に参加して珍しい症例など勉強した内容を発表してもらう。

最も大切なことは、医療は医師だけでは成り立たない。多職種の人の方を集めて成立する。しかし医療を成立させるためには、医師及び多職種の方を統括しなければならない。その役目は医師が担っている。だから多職種連携が大切だということを理解してほしい。



//TEAM C//

(吉永病院 荻野先生)

学生さんに「この病院に来たいな、勤めたいな」という感覚を持ってもらえるような指導が第一で、病院の魅力だけではなく、学生さんに何を勉強してほしいか地域医療とは何かを説明することが必要だ。

そのために必要となるのがコミュニケーション、指導方法、マネジメントだ。

コミュニケーションとしては、相手の顔を見て診察する、患者の病室に何度も行く、挨拶を 100 回する、多職種の人と情報共有するなどがある。

そして、地域医療では救急を受けるかどうか(トリアージ)は、「院長が全て責任を持つので何でもやりなさい」といって保護する体制があること、送れる連携先の病院をあらかじめ教えておくことなどが大切だ。

マネジメントでは、ケア会議など多職種の集まりに出ること。

(岡山大学病院 片岡先生)

学生は、現場の先生がロールモデルなることで成長するのではないかな。また、そのロールモデルに至るまでにはこういうことが必要ということを、細かく指定し、到達目標を明確にしてあげる必要があるのではないかな。

また、成功体験を積むということも大切である。

トリアージで「院長が全て責任を持つので何でもしなさい。」と言われると、現場のストレスが減るし、失敗した時に責めるのではなく次に生かすことができるのではないかな。

//TEAM D//

(中島病院 中島先生)

社会人としての成長と医師としての成長を考えた。

その中で、情報の共有や地域交流、病院としての取組、指導医との信頼関係などが大切。

医師として「試みて・やらせて、工夫させる」、場合によってはしっかり叱ることが大切。社会人としての育成も必要で、地域人として地域のイベントに参加交流することも大切。

病院の取組としては「井の中の蛙」にならないように他病院とのたすき掛けなどをして地域だけの問題ではなく、幅広い医療を習得するような工夫をすることが必要ではないか。

最終的には地域の愛、病院・クリニックの愛を育むということが指導のすることであると考えている。



//TEAM E//

(地域枠研修医 高見先生)

上の先生方は背中を見て育ってきたので、教育を受けたことがない世代だということで、自分たちとはかなりギャップがあることに驚いた。先生方は指導方法・指導技術について学ばなければならないと話され、医師として立派に仕事をしている今でも学ばなければならないことがあるのかと思いながら話を聞いた。

人間性については、自分たちのような若者世代でも背中を見て育っている人はいる。

研修医と出来るだけコミュニケーションをとること、教え合う雰囲気づくり、時間がなくても少しだけ優しくすることが大切だ。

病院全体で若手医師を育てようという雰囲気を作ることで全職種、病院全体に良い影響を与えるということが聞けて、ありがたいと感じた。

(万代先生)

ロールモデルをどのように学習に結び付けるかということのアイデアが有ればいいと思う。

皆さんの経験の中ではそういうこともあったのではないかな。



//TEAM F//

(岡山大学 前田先生)

コミュニケーション能力・診断トリアージ・マネジメントスキルについて議論した。

コミュニケーション能力では多職種との連携が大切である。我々自身が多職種との連携が取れていないので自分たちから積極的に多職種に入っていくことが必要であろう。自分たちが行っていることを見てもらうことが大切であろう。

診断トリアージでは、学生さんにとってはどのように考えたかはブラックボックスで、小刻みにどのように考え、判断したかのプロセスを教えてあげることが大切である。具体的に文献を提示して自分の意見を押し付けるのではなく、第三者の意見として提示することで良く耳に入るのではないかな。

教育目標を設定し、その達成状況と次の目標を提示するなどの指導方法を我々が学ばなければならないのではないかという意見になった。

カンファレンスの司会をなどリーダーシップをとる機会を与えることで、リーダーとしての役割の大切さを自覚し、理解してもらえるのではないかな。

1対1の濃厚な指導は嫌ではないかと躊躇するところがあるが、学生さんはそう感じてはいないので、自分たちが思うよりも積極的に関与することが必要なのではないかなと思う。



VIII. 地域枠卒業医師の勤務病院選定方法について

岡山県地域医療支援センター
岡山大学支部
専任担当医師 岩瀬 敏秀



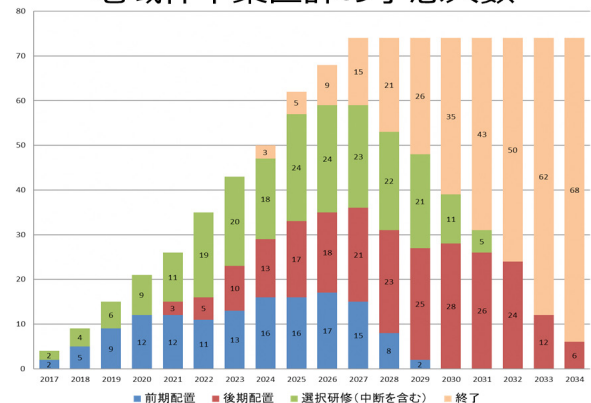
1. 説明

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
2017/07/30

0

地域枠卒業医師の予想人数



3

地域枠制度のおさらい

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

1

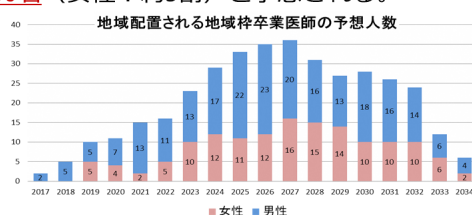
地域枠制度のおさらい

- 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を**マッチング**する。
詳細は後述。

4

地域枠制度のおさらい

- 地域枠学生・医師は何名？
学生47名（女性：18名）、**医師15名**（女性：5名）。
地域配置のピークは、**2024～2030年頃**にかけて、**約30名**（女性：約3割）と予想される。



2

選定条件の配点（重み付け）

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

5

候補病院について

- 医療対策協議会にて配置する地域について検討し、承認を受けている。
- 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**方針となった。
- **県南の病院**への配置については、来年度の医療対策協議会で前向きに検討する予定。

6

昨年度のマッチング

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

8

昨年度のマッチング

- 10月末まで
翌年度、地域勤務するか、研修するか、**地域枠医師が県に意志を表明した。**
- 11月
地域勤務希望医師は2名だった。地域勤務の候補病院をランキング上位から**4病院**選定し、地域枠医師と候補病院に県が通達した。

7

まとめ

- 2024～30年にかけて、**約30名強**の地域枠医師が地域の医療機関に配置される。
但し、**以降は減少する**。修了医師の定着に期待。
- 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。
- **複数名配置**を希望する施設の取り扱い、後期配置の配置方法等は今後検討する。

9

2. 質疑応答

Q：自治医大卒業医師は週1日の研修を受けられるような制度があるが、地域枠の場合、研修日はどのような取り扱いになっているのか？

A：自治医大卒業医師と同様に週1日の研修を認めていただけよう、雇用側の施設にお願いをしている。アンケートで確認しており、地域枠卒業医師の配置を希望している施設では、ほとんど研修を認めていただいている。ただ、受け入れる施設側の都合があるので4月に着任してすぐに研修に行けるかどうかは、勤務の都合や受け入れ先の都合もあるので、実際には5月上旬頃から研修に行き始めている。

Q：5年間の地域勤務の勤務年数は自由に組み合わせられるのか？

A：ルール上は遅くとも卒後4年目には地域に出ることになる。3年目は研修、4年目に地域勤務、5年目に研修、6年目に中断（選択研修）する。というのが専門医取得までの最短のキャリアプランかと思われる。1年ごとに勤務先を変えたいというのは、受入側も大変ではないかと思うので、なるべく2年間は勤務してほしいとセンターの方からはお伝えしている。ただ、あくまで

もお願いであって、早く専門医を取りたいという事でキャリア上必要であれば中断を認めている。

典型的なモデルケースは、前半に地域勤務2年間、後半に地域勤務3年間と考えている。1年の地域勤務後に研修を考えているのであれば、その後の地域勤務を2年、2年という形にするよう説明をしている。

面接を受けてカップリングしたはずが、相性が悪かったというような場合は、個別のケースとして対応していこうと思う。

Q：地域枠は地元出身者だけか？

A：岡山県に縁のある者のみとしている。（本人または保護者が岡山県出身、岡山県内の高等学校出身者であること。）

Q：初期臨床研修病院は県内のみか？

A：初期臨床研修は岡山県内の臨床研修病院で行う事としており、県外の研修病院は選択できない。基幹施設が県内であれば、たすき掛けで県外に出ることは構わないとしている。

IX. 本日の講評・寸評

医療法人社団 健育会
西伊豆健育会病院
院長 仲田 和正 先生



静岡県でも奨学生を養成していて、これまでに 830 人くらいが奨学金を受けています。病院の選定はほとんど奨学生の希望に任せています。岡山県では研修病院の重み付けをしている点が非常にいいと思いました。静岡県はあまりに奨学生の希望を優先しているので、静岡県東部にまるで集まらない。そのため、静岡県東部の院長先生方の不満が大きい。せっかく 830 人も養成しているのに、静岡県東部には来ない。今回非常に参考になりました。ぜひ、静岡県に教えてあげたいと思います。そうすれば、静岡県東部にももっと人が集まるだろうと思いました。皆さん非常に熱心に参加されていて、今回呼ばれたときに、研修医に対する講演だとばかり思っていたが、1,2週間前に名簿を見てスライドを手直ししました。皆さん医師集めには非常に苦労されていると感じました。

私の言いたかったことは 2 点だけです。最も重要なのは、医師集めは勉強会、そして発信すること。ナース集めはアメニティです。生活環境を整えることです。私にとっても勉強になりました

現在の田舎の医師生活

- ネットのお陰で勉強は困らない。
- 買い物もネットでお取り寄せ。
- 魚介類、野菜は新鮮。
- 子供の教育は中学校までは困らない。
(親が家庭教師すればよい)

研修医担当は病院の
最重要部門である！

人集めのコツ

- 医師集めは勉強会
と発信
- ナース集めは
アメニティ

現在は僻地であっても

- ネットで学習には困らない
- 都会の医師に比べ学習が
不利とは全く思わない。

救急は決して
断らない！

教訓

学生実習には病院
の総力をあげよ！

多科ローテートすると

- 後年、他科の自習が容易である。
- 「聞いたことがある」と「見たことがある」

とは次元が全く異なる！



岡山大学 医学部医学科 地域枠
5年生 今村 竜太



「第5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に参加して」

地域枠学生として誰しも、様々な疑問・不安を有していると思います。まだまだキャリアプランの先例が少なく、自分が地域で働く医師のロールモデルになるかもしれないこと、地域で働きながら本当に最先端医学についていけるか、自分がリードしていけるかということ、家庭をもった時に地域で継続して勤務することに支障が出ないかということ、など暇がありません。私は事前にプログラムを拝見して、「地域においていかにモチベーションと臨床スキルをアップデートし続けるか」というテーマに絞って自分なりの仮説を立てて当日を迎えました。

まず、午前の万代康弘先生（岡山大学）による指導力強化ワークショップでは、学生目線でニーズのある指導能力に関して2点述べさせていただきました。1つ目は、「すぐにフィードバックが得られること」です。地域医療実習先のある先生は、救急外来でのトリアージの思考過程、検査オーダーの意味を場面ごとに区切って具体的に、リアルタイムで振り返りをしてくださいました。2つ目は、「私見であってもそれを断言していただくこと」です。確かに、医療では不確定な事象が多く、後になって初めて判明することがあり、その現場で可能性を限定することは危険ではありますが、後のフィードバック・debriefing（事実確認）においては症例から学んだことを指導医・研修医間でstatement化する作業が必要なのかなとも思います。さらに、受け入れ施設間で指導能力にバラつきがないことも、我々学生が切に望んでいることかと思います。

午後の仲田和正先生（西伊豆健育会病院）の『田舎に医師を集める方法』のご講演では、終始目から鱗が落ちました。インターネットが発達した現代で、どこにいても継続的な知識のアップデートは必ず可能であるため、後は我々のモチベーションや着眼点の問題かと思われます。勉強会の垣根を低くし、その成果を全国へ情報発信し、仲間を増やすことが継続的な組織マネジメント上、重要であることを教えていただきました。これはまさに、現在岡山県が主体で動きつつある、各種勉強会の告知や内容のシェア・拡散を目的とした「中四国若手医師フェデレーション」の活動、さらには私が関わらせていただいている、その学生部会の方針と同一であり、先生のご講演を拝聴して非常に背中を押される思いです。今後の抱負に繋がりますが、医学生のうちからearly exposure（医学生のうちから情報発信をすること）は当たり前であり、低学年のうちから自分で学んだことを自由に発信する土壌がこの岡山に醸成して、それがseamlessに医師人生に移行していけるシステムづくりが現在のところの課題です。後輩をうまく巻き込み、各種勉強会や将来の指導医となり得る先生方との顔合わせの機会をさらに充実させていきたいと考えています。

今回は、このような貴重な機会を与えてくださり、大変ありがとうございました。今後とも精進致します。



X. 閉会のあいさつ

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



大変お忙しいところ、また、大変暑い中、この日のために時間を作っていただき、ここにお集まりいただいた、地域の指導者の先生方、各自治体関係者、岡山大学、川崎医科大学の先生方、どうもありがとうございました。

午前中は地域での指導力をどのように磨いていくかという内容で、岡山県では地域医療実習とか研修医の地域医療研修の受入を数年以上にわたって実績がある中での開催だったので、全くどうしていいかわからないというのではなく、現場の意見としては具体的な内容で高いレベルのディスカッションがしていただけたと非常に感銘を受けました。受け入れをしているフィールドとして学生教育をメインに担当している施設、研修医や自治医、地域卒卒業医師を受け入れている施設とバリエーションはある中、それぞれの施設の現状を踏まえて、こういう工夫をしているというかなり発展的な内容の意見もたくさん出たと感じています。この会も今年で5回目になりましたので、毎年出られている先生方は非常にいろいろなディスカッションが熟成してきて、レベルが年々上がっているのを感じられているのではないのでしょうか。今日は万代先生がファシリテーターをされましたが、万代先生から教えていただくだけではなく、実際に参加されている皆さまの意見からお互いに学ぶという事が、午前中のセッションでは実感できたように感じています。1時間半という非常に短い時間でしたので、実際に現場でこういうことをどう解決したらいいかというようなことを顔を合わせて話し合う機会も重要ですが、仲田先生の話でも、テレビ会議やITの活用という事も出てまいりましたが、もっと日常のレベルでより良くということはどうしたらいいかという事を考えていけたらよりいいと思いました。

学生教育を学内だけですることは、今の現状には合っていない、現場で学ぶことが重要だという事は大学の中でも、広く共有されていることです。お願いする立場として、地域の先生方がこのように熱心に指導に取り組んでいただけていることに、改めてお礼を申し上げたいと思います。

今村君からの発言にもあったように、こうした会に学生や研修医が参加し、フィードバックをいただくという事もよかったと思いますので、今後につなげていけたらと思います。

午後の仲田先生の講演、1日を通して教育がテーマだったのですが、教育のあるところに人は集まるという事で

仲田先生は、ずいぶん前からいろいろな工夫を凝らして実践されてきたと思いました。岡山県のそれぞれの地域、それぞれの施設でも工夫されていて、そこにしかない素晴らしいものがいっぱいあると思うのですが、自分としても実践したいなと思ったのが、発信というところだと思います。現場での教育は先生が工夫を凝らしていて素晴らしいものがあると思うのですが、それを見える形にして発信することがそこが盛んになっていく、より人が集まるという良い流れができていくのではないかと思います。

今村君が学生のフェデレーションができていて、学生の中でもいかに学んでそれを下の学年に伝えていくかという会ができていたということを話していましたが、素晴らしい指導医、素晴らしい先生、そこで指導力もあって素晴らしい指導を展開されて、でもそれをスーパー指導医の先生だけでなくどのように伝えていくかというのは、一つの答えは発信なんだろう、それに共鳴する人が集まってくるという事もあるだろうし、院内に居てもよりそれが見える化するんだろうと思いました。

午前中に関しては色々な施設の色々なご意見の持ち寄りをしていただきながら岡山県の先生方がますますパワーアップしていくことを実感したので、地域卒卒業医師や自治医大卒業医師が現場に出ているので、県全体で育てていただけたらと思います。私も大学で学部生を送り出す立場におりますので、現場の先生方の方から、もっとこうした方がいいのではないか、もっと早い段階で学生に教えた方がいいのではないかというような現場からのフィードバックをいただけたらと思っています。

このような場を用意していただきました岡山県の皆様、岡山県地域医療支援センターの皆様、そして今日お集りのすべての皆様にお礼申し上げたいと思います。今日はどうもありがとうございました。

X II. 2017 年調査 <地域卒卒業医師の配置希望調査>

1. 主旨

岡山県は、岡山大学と広島大学の医学部医学科に「地域卒」を設け、岡山県内の医師不足地域等の医療を支える医師の養成をしています。本調査は、地域卒卒業医師が地域勤務する病院を選定するための基礎資料となります。

(1) 医療機関の調査

岡山県内の全病院（164 施設）を対象に、地域卒卒業医師の配置希望の有無・教育指導体制・処遇・病院の概況等について調査を行いました。

(2) 自治体の調査

県内 27 市町村における医療従事者の充足状況や地域医療のための施策等について調査を行いました。

(3) 地域の医師不足の調査

岡山県医療機能情報、厚生労働省の医師・薬剤師・歯科医師調査等のデータから得られる医師数、医師の高齢化等の情報を元に、市町村ごとの医師不足の状況を調査しました。

これらの調査結果を元に、地域卒卒業医師を配置すべき地域と配置候補となる病院の選定を行いました。更に、候補病院と地域卒卒業医師のマッチングにより、2018 年 4 月から地域勤務をする病院が決定されました。

2. 調査方法

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

3. 調査時点及び調査期間

3.1 調査時点

2017 年 4 月 1 日 現在

3.2 調査期間

2017 年 4 月 13 日（金）～ 5 月 8 日（月）

4. 評価項目と評価方法

4.1 評価項目

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

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

4.2 項目の重み付け

各項目の配点は、2016 年の調査結果を用いています。（80 人の関係者に重み付けを依頼し、その平均点としました。）

4.3 病院の得点の求め方（例示下表）

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

（例）病院の得点「10. 地域で果たしている役割」の場合

調査票の Q-No.	スコア（配点）		スコア計	評価	配点 (100 点)	得点
15	3	(5)	9 (満点 12)	2 / 5 段階 評価の対象となる病院の スコア分布により決定	14 点	14 × 2 / 5 = 5.6 点 （「15. まとめ」参照）
16	1	(2)				
17	1	(1)				
18	1	(1)				
19	1	(1)				
20	1	(1)				
21	1	(1)				

5. 評価項目別質問・配点一覧

5.1 評価項目別質問・配点一覧

項目名 / 項目 No.		調査票の Q-No.	質問内容 / 評価方法	スコア		配点 (100点)
				配点	計	
地域の 医師不足	7.3		医師の高齢化の状況（図 7.3 参照）	6	18	18
	7.4		人口と医師数の関係（図 7.4 参照）	3		
	7.5		総生産と医師数の関係（図 7.5 参照）	3		
	7.6		最寄りの病院へのアクセス状況	3		
	7.7		DPC病院へのアクセス状況	3		
教育指導 体制	9.1	5	医師の学会・研究会の年間発表回数（医師1人当たり） （5：2 回以上，4：1 回以上，3：0.5 回以上，2：0.2 回以上，1：0.2 回未満，0：未回答・0 回）	5	46	17
			医師の論文の年間発表件数（医師1人当たり） （5：0.5 件以上，4：0.2 件以上，3：0.1 件以上，2：0.05 件以上，1：0.05 件未満，0：未回答・0 件）	5		
			医師以外の職種の学会・研究会の年間発表回数（医師以外の職種 100 人当たり） （5：4 回以上，4：2 回以上，3：1 回以上，2：0.5 回以上，1：0.5 回未満，0：未回答・0 回）	5		
			医師以外の職種の論文の年間発表件数（医師以外の常勤 100 人当たり） （3：1 件以上，2：0.5 件以上，1：0.5 件未満，0：未回答・0 件）	3		
	9.2	6	地域卒卒業医師の配置希望科の医師が参加できる症例検討会の実施状況（2：有，0：無・未回答）	2		
	9.3	7	他の医療機関での症例検討会や一般研修への参加状況 （2：有，0：無・未回答）	2		
	9.4		他の医療機関からの症例検討会や一般研修への参加受入状況 （2：有，0：無・未回答）	2		
	9.5	8	院内勉強会・委員会等の年間開催回数（常勤職員1人当たり） （5：2 回以上，4：1 回以上，3：0.5 回以上，2：0.25 回以上，1：0.25 回未満，0：未回答・0 回）	5		
	9.6	9	医学生の体験実習等の年間受入人数（常勤医師 1 人当たり） （5：2 人以上，4：1 人以上，3：0.5 人以上，2：0.2 人以上，1：0.2 人未満，0：未回答・0 人）	5		
	9.7	10	学生・医療人・ボランティア・消防士等の体験学習等の年間受入人数（常勤医師 1 人当たり） （5：10 人以上，4：5 人以上，3：2 人以上，2：0.5 人以上，1：0.5 人未満，0：未回答・0 人）	5		
	9.8	11	初期臨床研修医の受入状況（2：受入有，0：受入無・未回答）	2		
	9.9	12	後期研修医等の受入状況（2：受入有，0：受入無・未回答）	2		
	9.10	13	実習後の医師・医学生と派遣元の意見・評価等の把握状況（1：把握している，0：把握していない・未回答）	1		
	9.11	14	若手医師を次世代のリーダーとして育成するための取組状況（2：取組あり，0：取組なし・未回答）	2		

ⅩⅡ. 2017 年調査 <地域卒卒業医師の配置希望調査>

項目名 / 項目 No.		調査票の Q-No.	質問内容 / 評価方法	スコア		配点 (100 点)
				配点	計	
地域で果たしている役割	10.1	15	公的な施設の認定数（5:認定数 4 以上, 4:認定数 3, 3:認定数 2, 2:認定数 1, 1: 認定無, 0: 未回答）	5	12	14
	10.2	17	地域住民との協調体制の構築状況（1: 有, 0: 無・未回答）	1		
	10.3	18	近隣病院との協調体制の構築状況（1: 有, 0: 無・未回答）	1		
	10.4	19	近隣の高齢者施設などとの協調体制の構築状況（1: 有, 0: 無・未回答）	1		
	10.5	20	行政との協調体制の構築状況（1: 有, 0: 無・未回答）	1		
	10.6	21	医師会との協調体制の構築状況（1: 有, 0: 無・未回答）	1		
	10.7	16	地域包括ケアにおける担当機能の評価（2:妥当である, 1:妥当でない, 0:未回答）	2		
受地域 入体制の	8.6		「5.2 地域の受入体制（市町村の地域医療に関する取組調査）」の評価項目別質問・配点一覧」（p.11）の 100 点満点の得点を、さらに 4 段階で評価し、その段階評価を配点 18 点に換算した。	100		13
待遇 (次ページへ続く)	11.1	22	雇用形態（3: 常勤正規, 2: 常勤非正規, 1: 非常勤, 0: 未回答）	3	45	13
	11.2	23-1	年間総収入（5:1200 万円～, 4:1000 万円～, 3:800 万円～, 2:600 万円～, 1:400 万円～, 0: 未回答）	5		
	11.3		各種手当の支給状況（①通勤・②扶養・③育児・④出張手当）（それぞれにつき、1: 支給有, 0: 支給無・未回答）	4		
	11.4	23-3	出張（①国内学会・②国内勉強会・③海外学会・④海外勉強会）に関わる条件（5: 制限無, 4: 回数・金額いずれかに制限有, 3: 回数・金額ともに制限有, 2: 不明・要検討, 1: 認めない, 0: 未回答）4 項目の平均スコアを 5 段階で評価する。	5		
	11.5	24-1	①雇用保険・②健康保険・③年金・④労災保険・⑤病院賠償責任保険の加入状況（1: 全て加入, 0: 一部未加入・未回答）※①～⑤を必須条件とし、全てに加入していなければ、待遇の評価は 0 とする。	1		
		24-2	⑥勤務医師賠償責任保険（3: 病院が加入または同等制度有, 2: 病院・医師両者負担または医師負担で加入, 1: 病院・医師両者負担または医師負担で任意加入, 0: 未加入・未回答）	3		
		24-3	企業年金制度の有無（1: 制度あり, 0: 制度無・未回答）	1		
	11.8	25	他施設での研修（3: 週 1 日以上, 2: 週半日, 1: 要相談・検討中, 0: 認めない・未回答）	3		
	11.6	26	①産前産後休暇・②子の看護休暇・③育児休業・④介護休暇・⑤介護休業（1: 全ての制度有, 0: 一部またはすべての制度無・未回答）※①～⑤を必須条件とし、全て制度有でなければ、待遇の評価は 0 とする。	1		
			⑥子を養育するための短時間勤務（1: 制度有, 0: 制度無）	1		
			⑦病気休暇（1: 制度有, 0: 制度無）	1		
			⑧休職（1: 制度有, 0: 制度無）	1		
	11.3	23-2	⑨住宅制度（1: 有, 0: 無）	1		
	11.7	27	⑩転入者受入の取組（1: 有, 0: 無）	1		
		28	⑪院内保育制度（1: 有（代替制度有）, 0: 無）	1		
		29	⑫院内病児保育制度（2: 有（代替制度有）, 0: 無）	2		

項目名 / 項目 No.		調査票の Q-No.	質問内容／評価方法	スコア		配点 (100点)		
				配点	計			
待遇 (前ページから続く)	11.7	30-1	⑬警備員の配置 (1: 有, 0: 無)	1				
			⑭監視カメラの設置 (1: 有, 0: 無)	1				
			⑮夜間救急時における女性への配慮 (1: 有, 0: 無)	1				
			⑯夜間通勤の危険対策 (1: 有, 0: 無)	1				
		30-2	⑰職員間パワハラ対策 (1: 有, 0: 無)	1				
			⑱職員間セクハラ対策 (1: 有, 0: 無)	1				
			⑲患者等 (職員以外) のパワハラ対策 (1: 有, 0: 無)	1				
			⑳患者等 (職員以外) のセクハラ対策 (1: 有, 0: 無)	1				
		30-3	㉑メンタルヘルスケア対策 (1: 有, 0: 無)	1				
		30-4	㉒インシデント・アクシデント対策 (1: 有, 0:)	1				
31	福利厚生制度 (1: 有, 0: 無)	1						
救急車の受入状況	12.2	32	公的救急車の年間受入台数 (2015・2016 年, 1病床当たり) (5: 5 台以上, 4: 3 台以上, 3: 2 台以上, 2: 0.5 台以上, 1: 0.5 台未満, 0: 未回答・0 台)	5	10	11		
	12.3		公的救急車の年間受入台数 (2015・2016 年, 常勤換算医師 1 人当たり) (5: 48 台以上, 4: 36 台以上, 3: 24 台以上, 2: 12 台以上, 1: 12 台未満, 0: 未回答・0 台)	5				
新専門医制度への取組状況	13.1	34	19 基本診療領域の専門医制度における連携状況 (5: 基幹施設である (1領域につき))	95	154	9		
	15.1		19 基本診療領域の専門医制度における連携状況 (3: 連携施設である (1領域につき))	57				
			19 基本診療領域の専門医制度における連携状況 (2: 内科特別連携施設である)	2				
経営状況	14.1	35	直近 2 年間の経営状況 (3: 2 年とも黒字, 2: 1 年は黒字, 1: 2 年とも赤字, 0: 未回答)	3	18	5		
			1 年前の医業利益率 (医業収益 - 医業費用) / 医業収益 (5: 10%~, 4: 5%~, 3: 0%~, 2: -10%~, 1: -10%未満, 0: 未回答)	5				
			2 年前の医業利益率 (医業収益 - 医業費用) / 医業収益 (5: 10%~, 4: 5%~, 3: 0%~, 2: -10%~, 1: -10%未満, 0: 未回答)	5				
			1 年前の常勤換算医師 1 人当たりの医業収益 (5: 1.8 億円~, 4: 1.6 億円~, 3: 1.3 億円~, 2: 1.0 億円~, 1: 1.0 億円未満, 0: 未回答)	5				
			2 年前の常勤換算医師 1 人当たりの医業収益 (5: 1.8 億円~, 4: 1.6 億円~, 3: 1.3 億円~, 2: 1.0 億円~, 1: 1.0 億円未満, 0: 未回答)					
合			計			100		

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

項目名 / 項目 No.	調査票の Q-No.	質問内容 / 評価方法	スコア		配点 (100点)
			配点	計	
地域の受入体制 (市町村の取組)	8. 1 8. 2	1 医療従事者（医師・看護師・その他）の充足状況の把握の評価 (4～1: 把握状況を総合的に評価)	4	4	9
	8. 3	2-1 医療従事者確保対策（施策数の評価） (4: 4件以上, 3: 3件, 2: 2件, 1: 1件, 0: 無)	4	14	45
		2-2 住民や医療機関が参加する地域医療を検討する会等の実施状況 (2: 有, 1: 無, 0: 未回答)	2		
		2-3 転入者とその家族が地域になじむような取組の実施状況 (2: 有, 1: 無)	2		
		2-4 受療困難地域への対策の実施状況 (2: 有, 1: 無)	2		
		2-5 住民への広報・啓発の実施状況 (2: 有, 1: 無)	2		
		2-6 その他の取組の有無 (2: 有, 1: 無)	2		
		3 住民と医療機関と行政の協調体制 (2: 有, 1: 無)	2	2	19
		6 地域包括システムの構築に向けた先駆的な取組の有無 (2: 有, 1: 無)	2	2	5
	8. 4	4 医療関係委員等への就任の状況（就任数の評価） (4: 4件以上, 3: 3件, 2: 2件, 1: 1件, 0: 未就任)	4	4	12
	8. 5	5 出身医師・看護師・医学生・看護学生の把握状況の評価 (4～0: 把握状況を総合的に評価)	4	4	10
合 計					100

6. 地域枠卒業医師の配置希望状況

6.1 地域枠卒業医師の配置希望状況について

調査を依頼した施設の内訳は以下のとおり。

本調査は卒後 3・4 年目の地域枠医師を配置するための調査としているが、今回初めて卒後 5 年目以降の地域枠医師の配置希望の有無を合わせて調査した（表 6.1.1、図 6.1.2）。

表 6.1.1 地域枠卒業医師の配置希望状況（圏域別，調査対象の多い順）

配置希望 圏域		3・4年目の地域枠卒業医師																5年目以降の地域枠卒業医師				
		2017年								2016年								2015年				
		調査対象	希望する	検討中	希望しない	提出合計	未提出	回収率%	配置希望率%	調査対象	希望する	検討中	希望しない	提出合計	未提出	回収率%	配置希望率%	希望する	検討中	希望しない	未回答	提出合計
岡山市	56	14		7	21	35	38	25	55	13	1	7	21	34	38	24	12	3	3	3	21	
倉敷市	36	13		4	17	19	47	36	36	11	1	3	15	21	42	31	11	3	2	1	17	
県南東部圏域 （岡山市除く）	21	9	1	1	11	10	52	43	23	6	1	4	11	12	48	26	9		1	1	11	
県南西部圏域 （倉敷市除く）	17	7		2	9	8	53	41	17	8			8	9	47	47	7		1	1	9	
津山・英田圏域	18	5	3	3	11	7	61	28	18	5	3	1	9	9	50	28	6	2	1	2	11	
高梁・新見圏域	8	5	1		6	2	75	63	8	5	1		6	2	75	63	4	1		1	6	
真庭圏域	7	5		1	6	1	86	71	7	5		1	6	1	86	71	5	1			6	
全 県	163	58	5	18	81	82	50	36	164	53	7	16	76	88	46	32	54	10	8	9	81	

表 6.1.2 地域枠卒業医師の配置希望状況（解説者別，調査対象の多い順）

開設者		配置希望		調査対象		希望する	検討中	希望しない	提出合計	未提出	回収率 %		配置希望率 % （開設者ごと）	
医療法人	医療法人	68	96		13			9	22	46	32	44	19	30
	特定医療法人	16			7	2		1	10	6	63		44	
	社会医療法人	12			9			1	10	2	83		75	
財団法人	一般財団法人	14	22		5	1		2	8	6	57	50	36	27
	公益財団法人	8			1			2	3	5	38		13	
自治体	市町村	15	18		12	2			14	1	93	89	80	78
	地方独立行政法人	3			2				2	1	67		67	
国	独立行政法人	4	7		1			1	2	2	50	29	25	14
	厚生労働省	2							0	2				
	国立大学法人	1							0	1				
その他	医療生協	5	20		4				4	1	80	50	80	40
	個人	4							0	4				
	社会福祉法人	3							0	3				
	済生会	2						1	1	1	50			
	学校法人	2			2				2		100		100	
	日本赤十字社	2						1	1	1	50			
	公益社団法人	1			1				1		100		100	
株 式 会 社		1			1				1		100		100	
合 計		163	163		58	5	18		81	82	50		36	

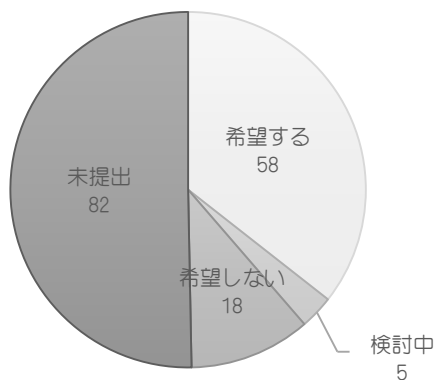


図 6.1.1 地域卒卒業医師の配置希望状況

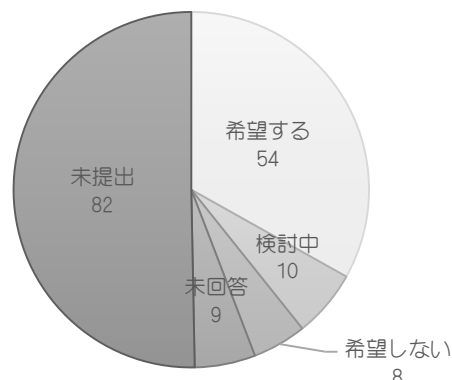


図 6.1.2 地域卒卒業医師の配置希望 (卒後 5 年目以降)



図 6.1.3 初期臨床研修施設としての指定状況 (複数回答有)

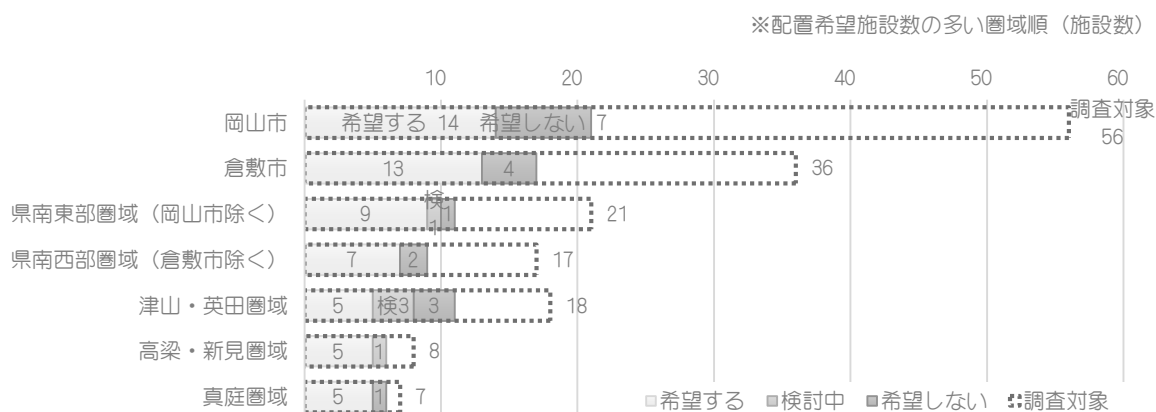


図 6.1.4 圏域別地域卒卒業医師の配置希望状況

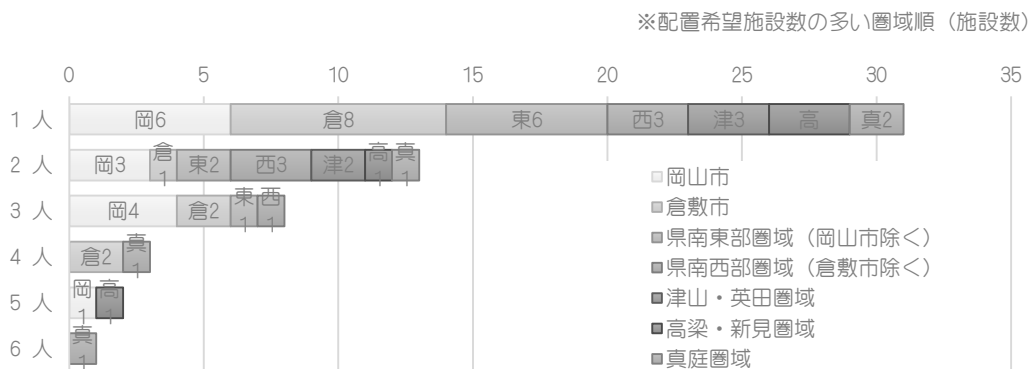


図 6.1.5 配置希望人数別圏域別の地域卒卒業医師の配置希望状況

6.2 地域枠卒業医師の配置を希望する診療科について

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

内科での配置を希望する施設が多いが、その多くは総合診療科としての役割を担っているようだ。様々な疾患と救急への対応ができる医師を望む声が多い。

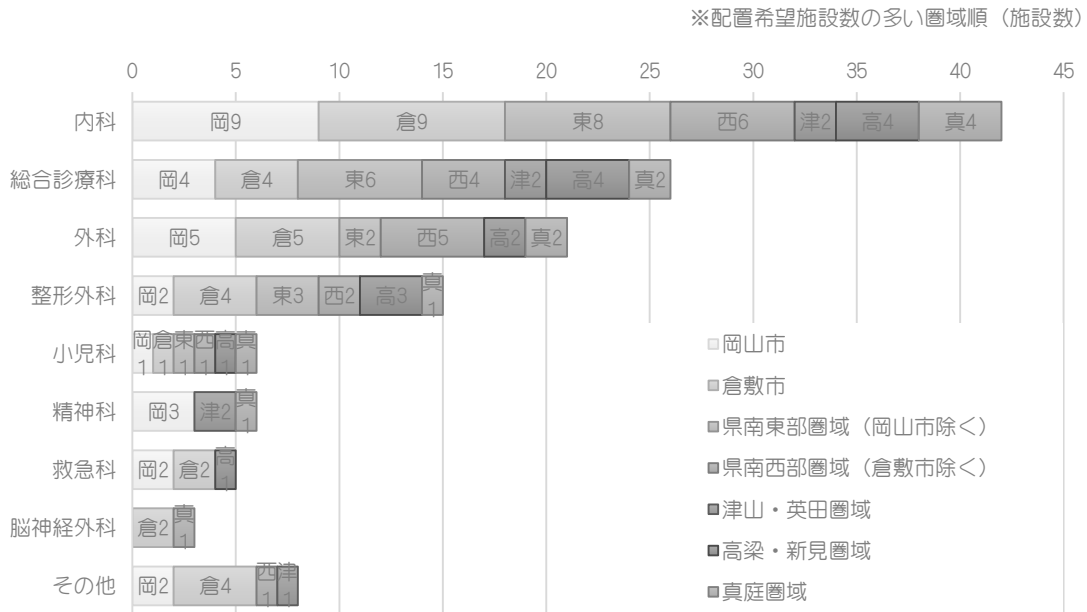


図 6.2.1 地域枠配置希望施設数（第 1～5 希望診療科別圏域別，複数回答有）

※その他（泌尿器科 2、リハビリテーション科 1、脳卒中科 1、神経内科 1、消化器内科（胃腸科）1、産婦人科 1）

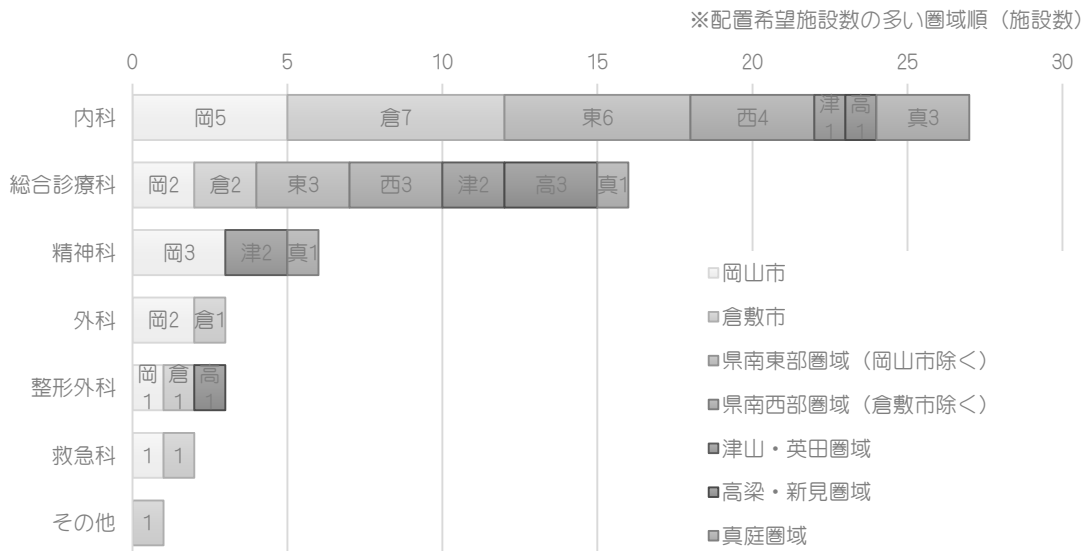


図 6.2.2 地域枠配置希望施設数（第 1 希望診療科別圏域別）

※その他（リハビリテーション科）

7. 地域の医師不足

7.1 地域の医師不足を評価する指標

地域の医師不足を評価するに当たって、医師数、医師の高齢化、市町村内総生産、最寄りの病院とDPC病院までのアクセス状況を指標にした。なお、医師数については、病院・診療所に勤務する医師のみを対象としている。

市 町 村 名	常勤換算 医 師 数	70歳以上 医師数	医 師 の 平均年齢	医師の70歳以上 高齢化率(%)	人口(人)	市町村内総 生産(億円)	スコア計	5 段階 評 価
久 米 南 町	2.7	1	64.7	25.0	4,836	149	17	5
西 栗 倉 村	0.7	0	-	0.0	1,437	34	16	
高 梁 市	69.8	16	62.0	26.7	31,689	1,290	15	
新 見 市	53.2	5	59.0	17.9	30,131	951	15	
美 咲 町	12.3	2	55.1	20.0	14,145	374	15	
美 作 市	45.0	7	57.0	20.0	27,446	900	14	4
備 前 市	65.7	7	57.9	14.6	34,516	1,701	13	
赤 磐 市	59.9	7	57.7	13.7	43,007	1,054	13	
総 社 市	71.6	10	57.1	15.4	67,059	1,943	12	
里 庄 町	10.5	1	58.5	14.3	10,996	448	12	
新 庄 村	1.0	0	67.3	0.0	856	17	12	
鏡 野 町	23.7	4	58.8	21.1	12,625	463	12	
玉 野 市	122.5	17	59.0	15.9	60,101	2,145	12	
浅 口 市	44.1	5	59.4	14.3	33,949	815	12	3
井 原 市	57.9	2	55.2	4.5	40,761	1,445	11	
真 庭 市	116.2	11	57.1	15.1	45,459	1,508	11	
奈 義 町	6.6	0	44.1	0.0	5,861	210	11	
矢 掛 町	20.6	3	57.3	16.7	13,986	402	10	
瀬 戸 内 市	68.2	5	56.4	8.2	36,684	1,253	10	
勝 央 町	18.3	0	55.7	0.0	11,097	802	10	
笠 岡 市	98.1	12	56.1	15.0	49,724	1,584	10	2
吉 備 中 央 町	20.2	2	54.8	10.5	11,835	414	9	
津 山 市	309.9	39	50.2	13.5	102,792	3,567	8	
和 気 町	28.3	4	53.5	12.5	14,191	418	8	1
倉 敷 市	1,842.9	122	46.8	7.4	477,463	19,974	7	
岡 山 市	3,000.5	266	43.8	9.7	720,571	28,021	6	
早 島 町	43.5	1	52.0	2.6	12,184	545	5	
全 県	6212.8	549	49.4	9.9	1,915,401	72,427		

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

※国民健康保険福渡病院の地域の医師不足の5段階評価は、当該病院が岡山市久米南町組合立であることから、所在地としては岡山市であるが、地理的条件から久米南町の5から1さげて4とした。

(参考)・厚生労働省 2014 年医師・歯科医師・薬剤師調査

・厚生労働省 2013 年度 DPC 調査運転時間に基づくカバーエリア

(条件: 有料道路利用あり、急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞)

<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>

<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/vizhome/H2DPCmhlw6D/sheet0>

・岡山県 2016 年医療機能情報、毎月流動人口(2016 年 10 月 1 日現在) 2014 年度市町村民経済計算

7.2 地域の医師不足の評価（図 7.2）

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

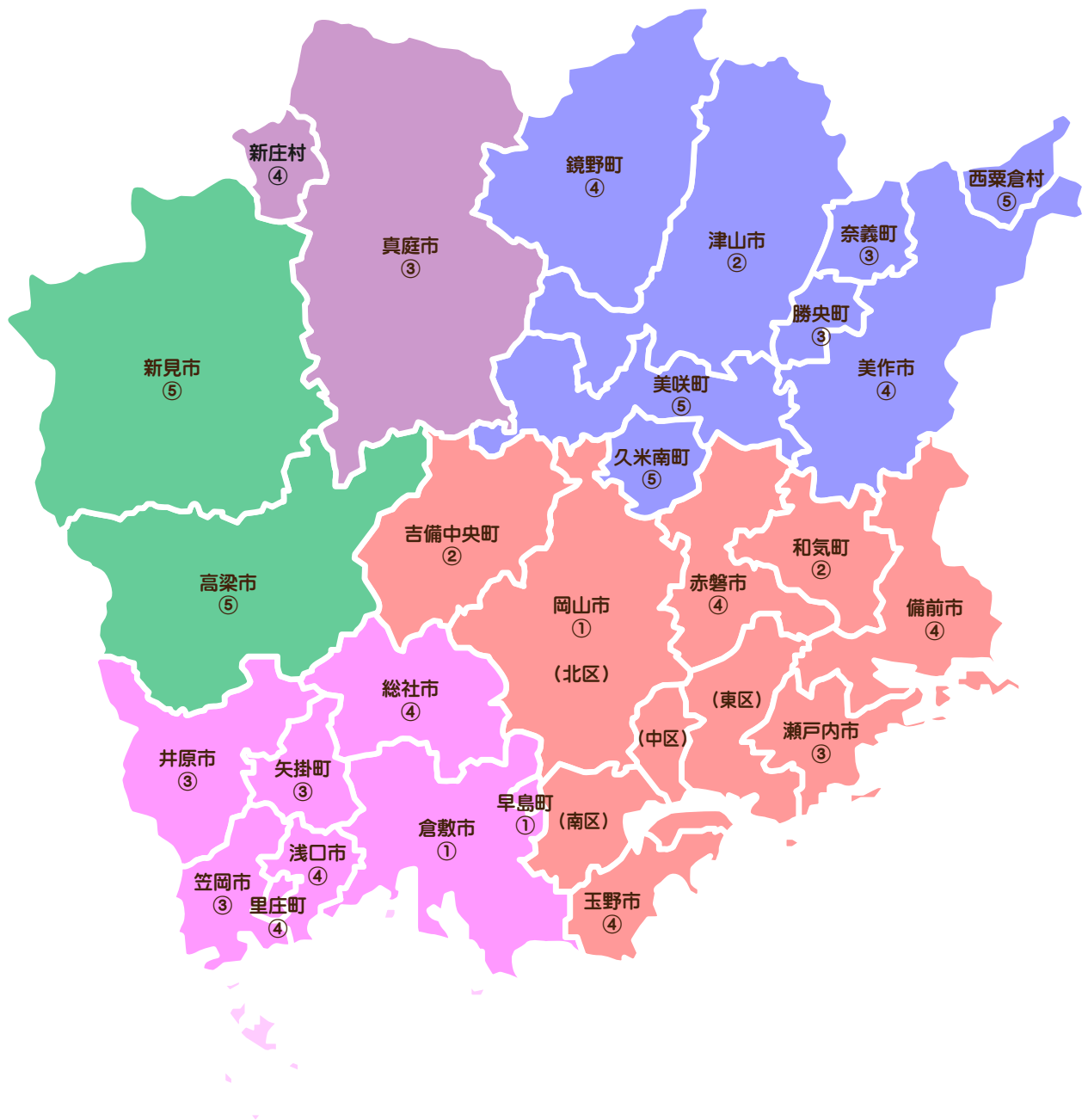
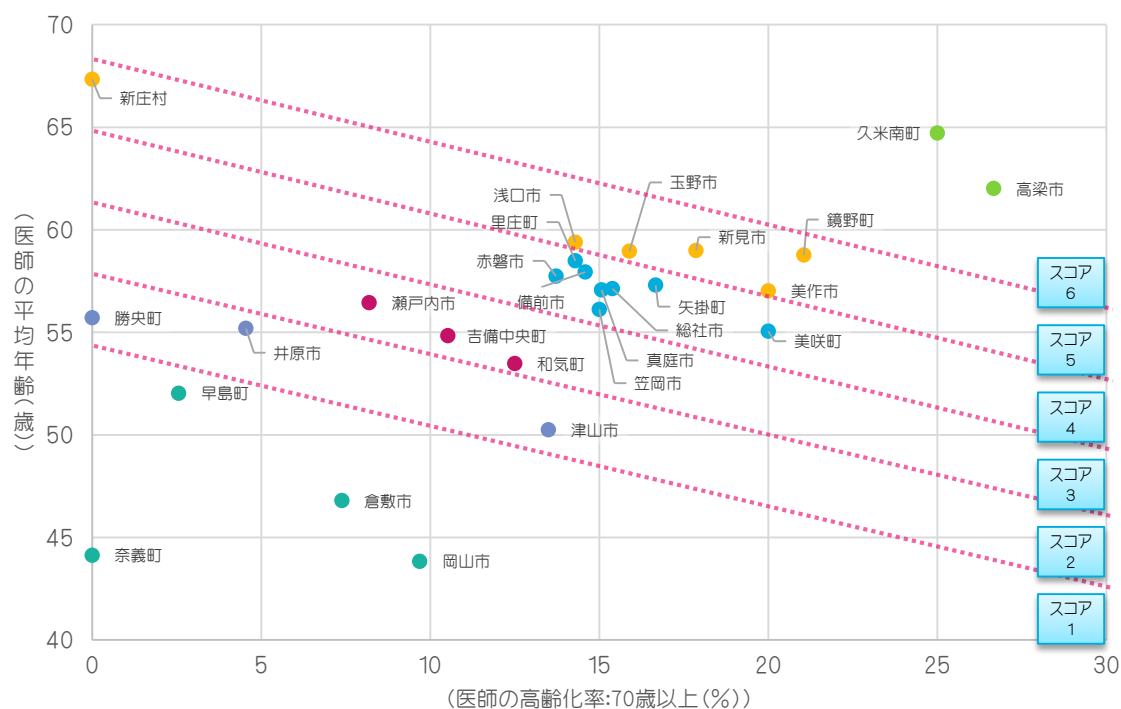


図 7.2.2 地域の医師不足の評価の分布

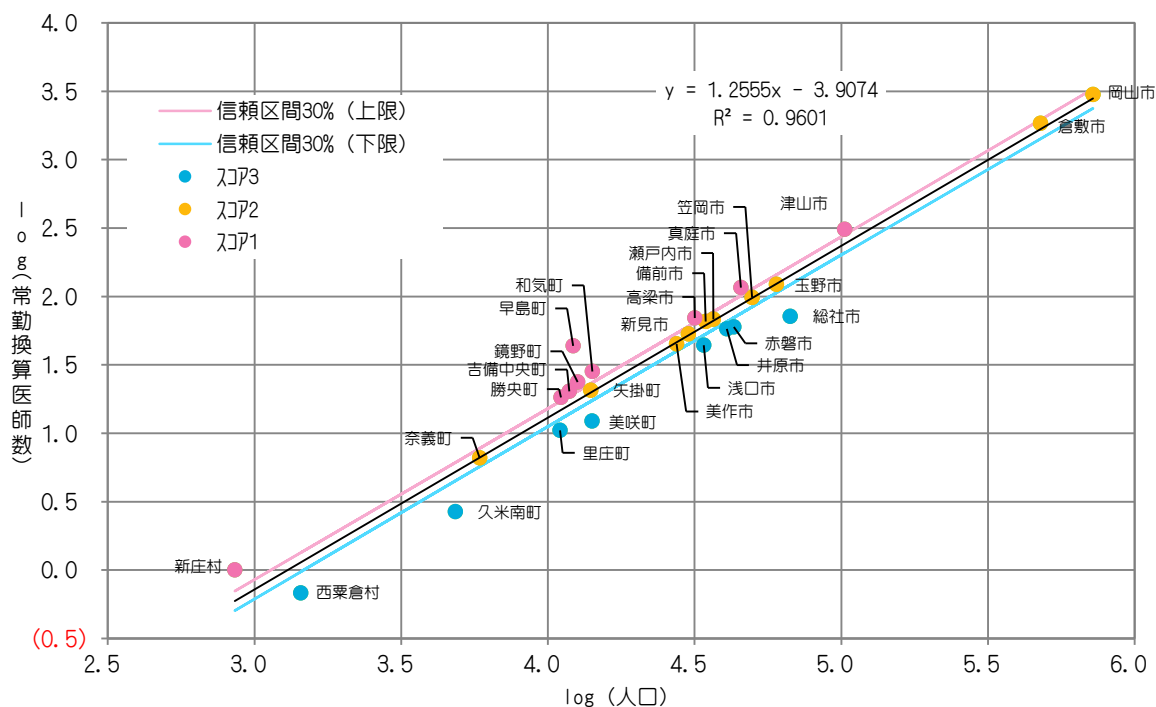
7.3 医師の高齢化の状況の評価 (図 7.3)

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



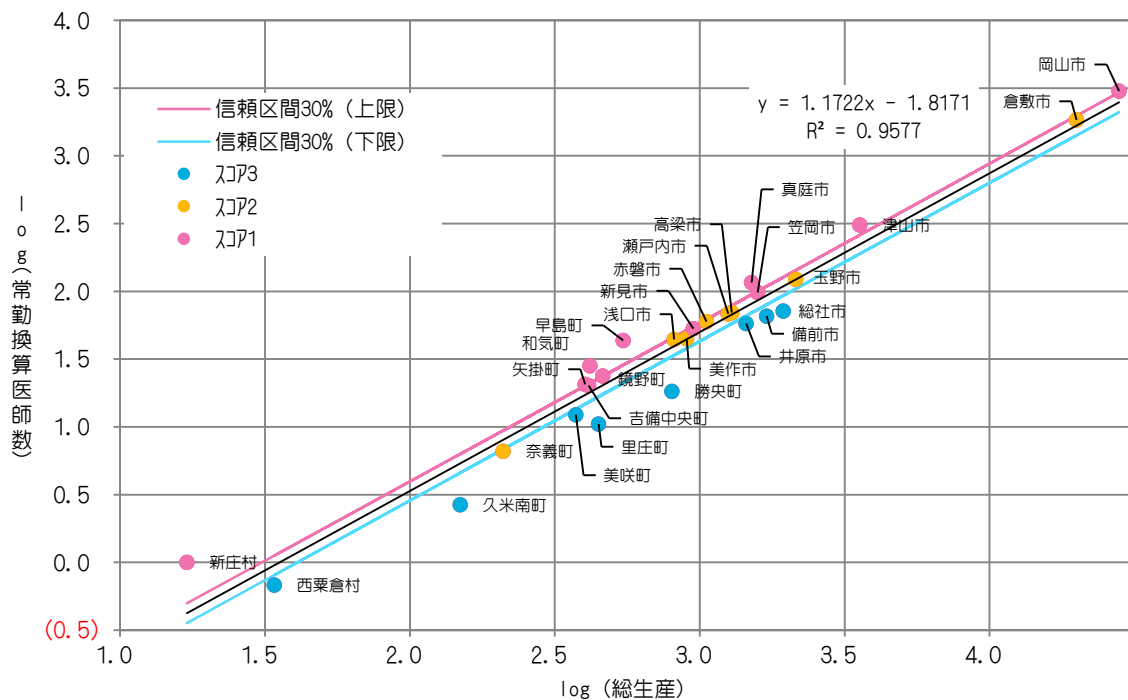
7.4 人口と医師数の関係の評価 (図 7.4)

2016年の市町村の人口と常勤換算医師数の関係を基に人口に見合う医師数を予測した。現状の医師数が回帰曲線を中心に信頼区間30%の範囲であれば「2」、上限を超える場合は「1」、下限を下回れば「3」と評価した。なお、人口と常勤換算医師数は対数に変換してグラフにした。



7.5 総生産と医師数の関係の評価（図 7.5）

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



7.6 最寄りの病院へのアクセス状況

住民が最寄りの病院へアクセスするための所要時間により評価した。

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

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

住民が急性心筋梗塞を治療できる DPC 病院へアクセスするための所要時間により評価した。

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

8. 地域の受入体制（県内 27 市町村の地域医療に関する取組調査）

岡山県内の市町村に対して、2017 年 4 月 1 日現在の地域医療に関する取組の調査を行った。市町村からの回答を基に点数化を行い、所在地により、病院の評価に反映させた。

8.1 医療従事者の充足状況について

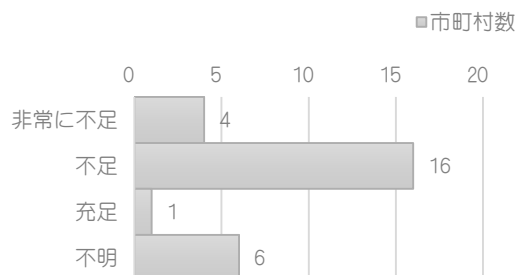


図 8.1.1 医師の充足状況

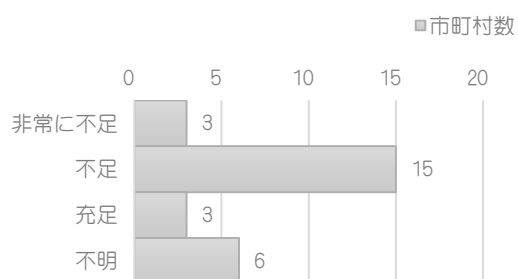


図 8.1.2 看護師の充足状況

8.2 医療従事者の充足状況の評価

2015 年から 2017 年まで医療従事者の充足状況及び充足数を調査した。3 年間の回答を総合的に判断し、市町村がどの程度、医療従事者の充足状況に関心を持っているかを評価した。

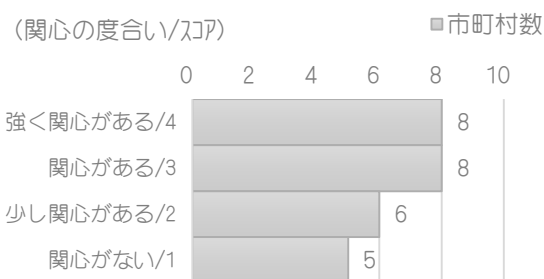


図 8.2 医療従事者の充足状況への関心の評価

8.3 地域医療の充実につながる取組について

市町村が取り組んでいる地域医療の充実につながる施策について調査し、施策数で評価した。

8.3.1 医療従事者確保対策（表 8.3.1）

施 策			市町村数 (複数回答有)	
① 就 学 資 金 援 助	看護師	6	8	16
	医師	3		
	理学療法士、作業療法士、介護福祉士	1		
② 就 業 環 境 の 整 備	医師住宅の整備	8	14	
	院内保育所の設置	3		
③ 募 集 活 動	看護フェアへの参加や広報等による求人活動	4		
	地域包括支援センター職員確保支援事業／訪問看護師確保対策事業／高校生の職業選択ガイダンス	3		
④ 医 療 ・ 介 護 従 事 者 の 育 成	寄付講座／シミュレーショントレーニング／連携大学院／多職種向けサテライト講座／看護学生実習前講話／介護従事者確保事業	7		
⑤ 未 来 の 医 療 人 育 成	看護専門学校誘致／やかげ学／中学生対象のハローワーク	3		
⑥ 地 元 医 師 ネットワーク構築	新見市医療ネットワーク連絡会	1		
⑦ 貸 付 ・ 補 助 金 対 策	医師確保等特別対策補助金交付要綱／介護職員初任者研修受講支援事業	2		
①～⑦のいずれも実施していない			11	

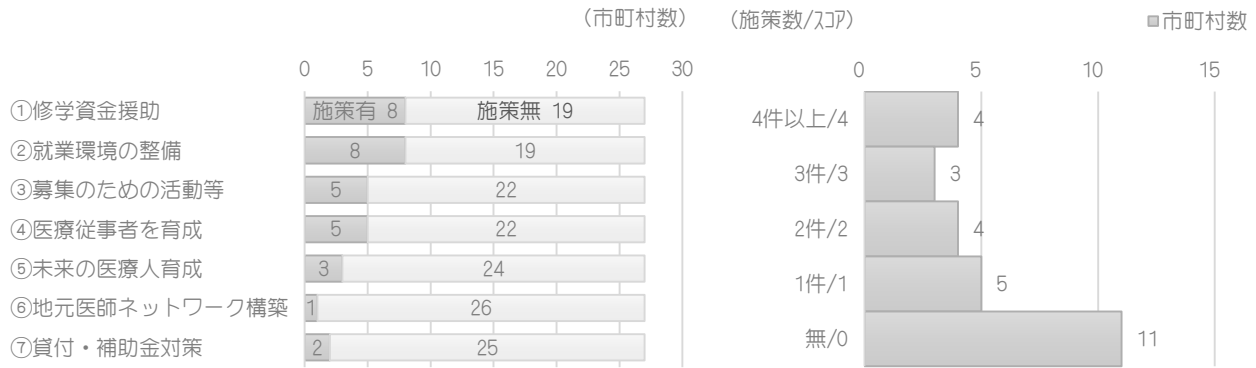


図 8.3.1 医療従事者確保対策の実施状況
(施策①～⑦)

図 8.3.2 医療従事者確保対策の施策数による評価
(①～⑦の施策)

8.3.2 地域医療の充実のための施策 (表 8.3.2)

施 策			市町村数（複数回答有）	
⑧ 住民や医療機関が参加する 地域医療を検討する会等	介護・在宅医療・地域包括ケア		15	23
	医療体制確保・連携		12	
	集い・講座・懇談会		6	
	医療・公衆衛生・救急医療対策他		2	
	国保の運営・特定検診等／過疎地対策／サポーター育成／ヘルスケア産業推進		4	
⑨ 転入者とその家族が地域に なじむような取組の実施	移住・定住支援		10	12
	行事参加呼びかけ		5	
	子育て支援・生きがいづくり等		5	
	地域おこし・まちづくり事業		2	
	声かけ事業		1	
⑩ 受療が困難な地域への対策	交通機関確保		24	22
	診療所開設・巡回検診		13	
	見守り支援事業／24 時間電話健康相談		2	
⑪ 住民への広報・啓発	講演会・公開講座・座談会		17	21
	チラシ・広報誌等		9	
	電話やホームページ等メディア活用		5	
	適正受診啓発事業		1	
⑫ その他の取組	地域医療対策	交通費助成事業	13	17
		病院・在宅当番医等支援	6	
		地域連携	2	
		会議・研究会・懇談会・視察等	1	
	在宅医療の充実	在宅医療・地域ケア・生活支援等	6	
		訪問診療支援事業	2	
	医療人スキルアップ研修		3	
	病児保育広域利用／ボランティア組織の設置		2	
⑧～⑫のいずれも実施していない			0	

8.3.3 住民と医療機関と行政の協調体制（表 8.3.3）

施 策			市町村数 (複数回答有)		
⑬ 住民と医療機関と行政の協調体制	地域医療ミーティング*	地域医医療に関する課題ミーティング等	9	7	15
	在宅医療・介護支援	在宅医療・介護連携推進事業	3	5	
		在宅・福祉・保健の市民講座開催	1		
		介護保険運営協議会	1		
	地域包括ケア関連事業	地域包括支援センター運営協議会等	2	2	
	健康づくり対策	健康づくり推進協議会・実行委員会	2	2	
	緊急時対策	緊急医療情報保管キット「ほっとボトル」を実施	1	1	
	その他運営協議会・委員会	国民健康保険運営協議会	2	4	
		市民病院運営協議会／医療費適正化委員会／医療計画検討委員会／保健福祉委員会	4		
	いずれも実施していない				12

8.3.4 地域包括ケアシステムの構築医に向けた先駆的な取組（表 8.3.4）

施 策		市町村数 (複数回答有)	
⑭ 地域包括ケアシステム構築に向けた先駆的な取組	在宅・介護関連事業		6
	地域包括推進事業等		6
	懇談会・講話・研究会		4
	地域医療関連事業		2
	その他	入退院ルール作成事業／旧赤磐市民病院再利用／安心生活創造事業	3
いずれも実施していない		13	

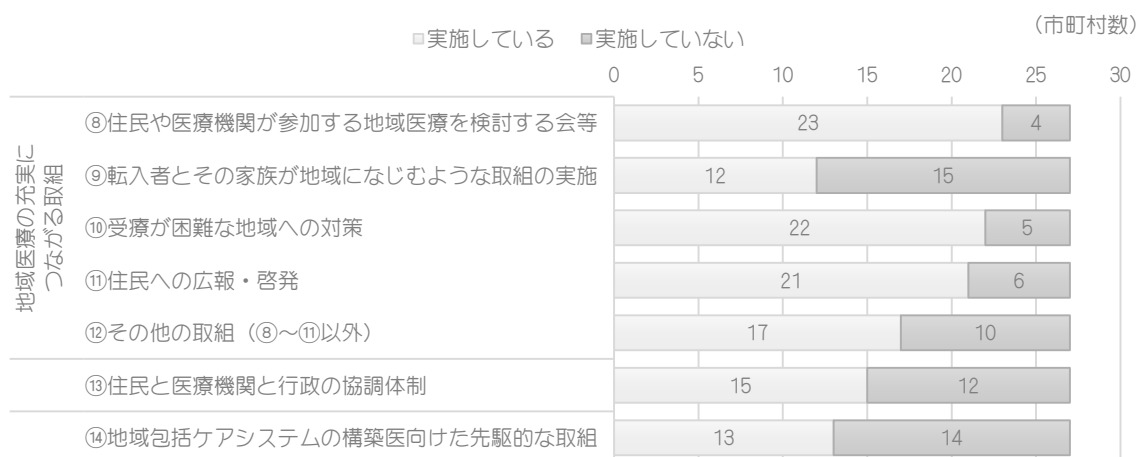


図 8.3.4 地域医療の充実につながる取組等の実施状況（施策⑧～⑭）

8.4 医療関係委員等への就任状況（図 8.4）

首長等が就任している医療関係委員会等を調査した。

【全県レベル】

岡山県後期高齢者医療広域連合会
岡山県国民年金基金理事長
岡山県在宅医療推進協議会
岡山県へき地医療支援会議
岡山県市町村職員共済組合理事長
岡山県地域医療支援センター運営委員会

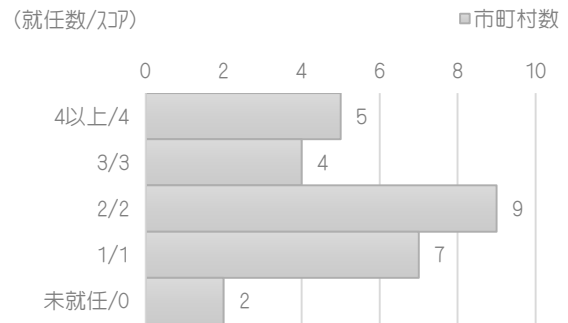
津山・英田圏域救急医療体制推進協議会
津山・英田圏域保健医療対策協議会
津山・英田圏域地域医療構想調整会議
岡山県備前保健所運営協議会
岡山県美作保健所運営協議会
新型インフルエンザ対策地域連絡協議会

【二次医療圏・保健所レベル】

岡山県南東部圏域救急医療体制推進協議会
岡山県南東部保健医療圏保健医療対策協議会
岡山県南東部地域医療構想調整会議
岡山県南西部圏域救急医療体制推進協議会
岡山県南西部保健医療圏保健医療対策協議会
岡山県南西部地域医療構想調整会議
高梁・新見圏域救急医療体制推進協議会
高梁・新見圏域保健医療対策協議会
高梁・新見地域医療構想調整会議
真庭圏域救急医療体制推進協議会
真庭圏域地域医療構想調整会議
真庭圏域保健医療対策協議会
真庭保健所健康危機管理対策地域連絡会議

【その他のレベル】

広島・岡山県境を越えた医療広域連携会議
未来医療研究人材養成拠点形成事業
外部評価委員会
日本健幸都市連合会



8.5 自治体出身医師・看護師・医学生・看護学生の状況把握

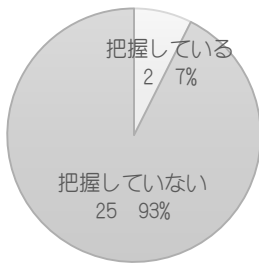


図 8.5.1 自治体出身
医師の状況把握

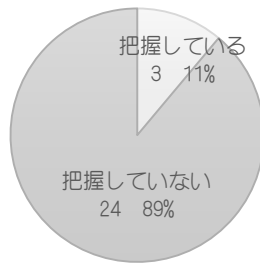


図 8.5.2 自治体出身
看護師の状況把握

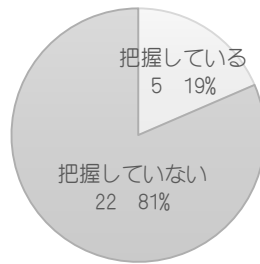


図 8.5.3 自治体出身
医学生の状況把握

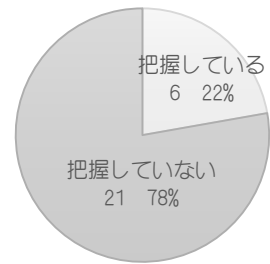


図 8.5.4 自治体出身
看護学生の状況把握

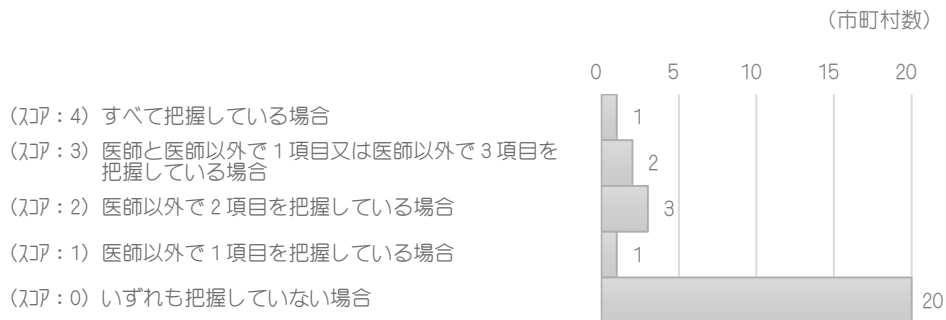


図 8.5.5 地元出身医師・看護師・医学生・看護学生の状況把握の評価

8.6 地域の受入体制（市町村の地域医療に関する取組）の項目ごとの重み付けと評価について（表 8.6.）

地域の受入体制については、各項目のスコア計を 100 点満点に重み付けされた得点に換算し、合計点数を地域の受入体制の得点とした。さらに、この得点の分布状況により、各市町村の地域の受入体制を 4 段階で評価することにした。
「15.1 評価項目ごとのスコア・評価・配点等（表 x15.1）」参照のこと。

項 目		充保① 実対② に策③ つ・医 な地療 が域従 る事者 取療の 組の確	と④ 行医 政療 の機 協関 調と 体住 制民	員首 会長 等 の医 療関 係委	学地 生元 ・出身 ・看護 ・学生 ・看護 ・状況 ・把握 ・医	足医 状療 況従 へ事 の者 関の 心充	構築⑤ 医向け た先駆 的な取 組	総 合 計
スコア	配 点	14.0	2.0	4.0	4.0	4.0	2.0	30.0
	平 均 値	9.9	1.6	2.1	0.6	2.7	1.5	18.4
	最 大 値	14.0	2.0	4.0	4.0	4.0	2.0	27.0
	最 小 値	6.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	11.0
配 点		45	19	12	10	9	5	100
得 点 / ス コ ア		45/14	19.0/ 2	12.0/ 4	10/ 4	9.00/ 4	5/ 2	
		42/13	9.5/ 1	9.6/ 3	8 /3	6.75/ 3	2.5/ 1	
		39/12		7.2/ 2	6 /2	4.50/ 2		
		36/11		4.8/ 1	4/ 1	2.25/ 1		
		33/10		2.4/ 0	2 /0			
		30/ 9						
		27/ 8						
		21/ 6						

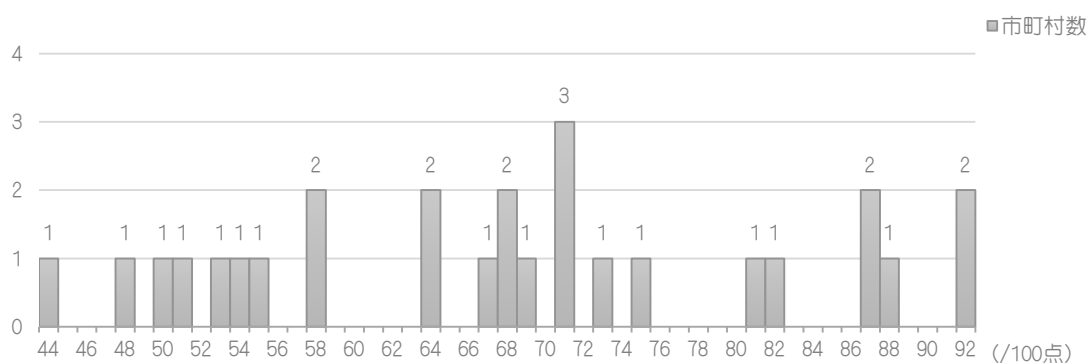


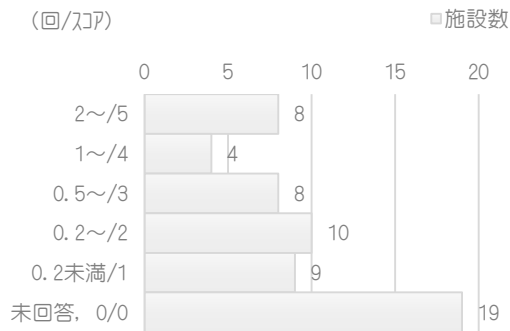
図 8.6 地域の受入体制（100 点満点）の得点分布

9. 教育指導体制

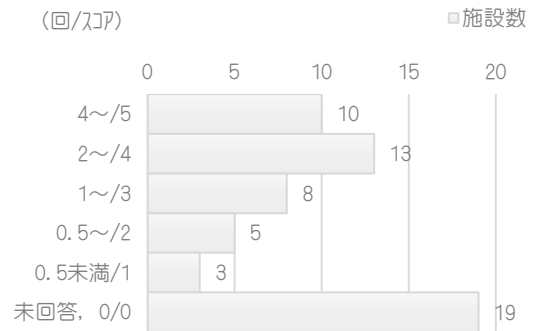
9.1 学会・研究会発表、論文発表

2015・2016 年の 2 年間に常勤医師・非常勤医師・常勤職員が学会・研究会で発表した回数と論文を発表した件数を調査した。
医師については、常勤医師数と発表した実績のある非常勤医師数から 1 人当たりの年間発表回数（件数）を、常勤職員については、100 人当たりの年間発表回数（件数）を算出し、これを評価した。

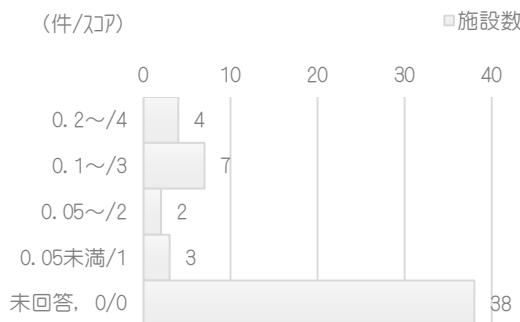
9.1.1 2015・2016 年度の医師 1 人当たりの 年間学会・研究会発表回数（図 9.1.1）



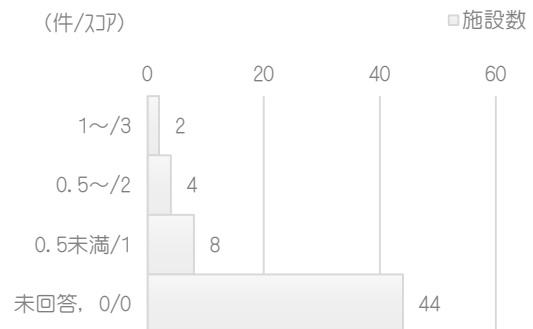
9.1.3 2015・2016 年度の常勤職員 100 人当たりの 年間学会・研究会発表回数（図 9.1.3）



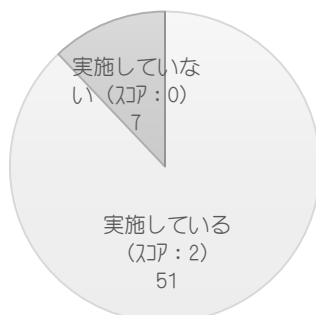
9.1.2 2015・2016 年度の医師 1 人当たりの 年間論文発表件数（図 9.1.2）



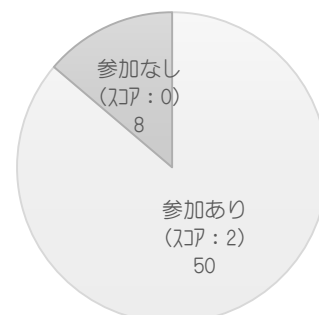
9.1.4 2015・2016 年度の常勤職員 100 人当たりの 年間論文発表件数（図 9.1.4）



9.2 2016 年度の症例検討会の実施状況（図 9.2）



9.3 2016 年度の他の医療機関での症例検討会・ 一般研修会への参加状況（図 9.3）



※ 2 人以上の参加で月 1 回以上開催されているもの、地域枠卒業医師の配置を希望する診療科の医師が参加できるものを対象として調査した。

9.4 2016 年度の他の医療機関から貴院の 症例検討会・一般研修会への参加受入状況（図 9.4）

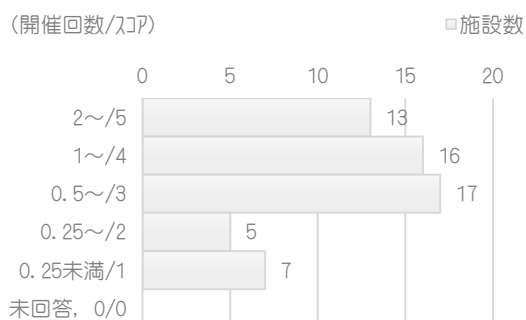
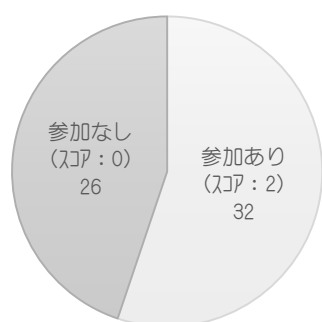


図 9.5.1 2016 年度の院内勉強会・委員会等の
年間開催回数（常勤職員 1 人当たり）

9.5 2016 年度の院内勉強会・委員会等 （病院主催・部署主催）の開催状況

以下のテーマに関する院内勉強会・委員会等の開催状況（開催頻度・参加者数）を調査し、常勤職員 1 人当たりの開催回数を評価した。

(1) 医療の質、チーム医療

- ①病態・部位別の診療・ケア
褥瘡／皮膚・排泄／排便法／フットケア／身体拘束・身体抑制・転倒・転落・骨折予防／安全な移動・行動制限／緩和ケア／呼吸管理／死後処置／メンタルヘルス／ターミナルケア 等
- ②疾患別の診療・ケア
糖尿病／熱中症／認知症／整形疾患／呼吸器疾患／せん妄／がん 等
- ③救急医療
ACLS／BLS／ICLS
- ④薬
医薬品安全／誤薬／医療ガス 薬物療法 等
- ⑤リハビリテーション
理学療法／作業療法／言語療法 等
- ⑥その他
①～⑥以外で「医療の質、チーム医療」に分類されるテーマ（検査）

(2)CPC（臨床病理検討会）

(3) 危機管理、安全・衛生

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

(4) 患者の満足、医療倫理

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

(5) 職員の満足

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

(6) 地域医療

地域連携／在宅医療（訪問看護）／地域包括ケア 等

(7) 病院経営

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

(8) その他

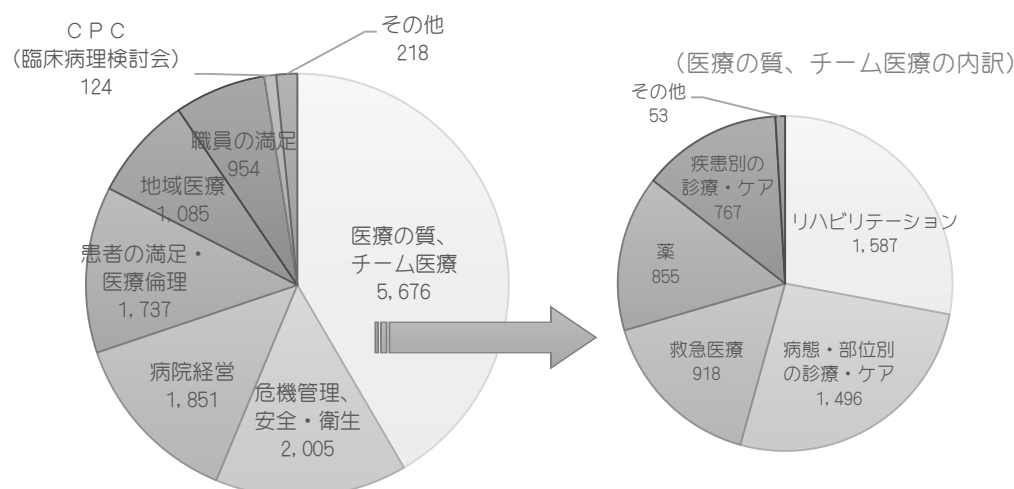
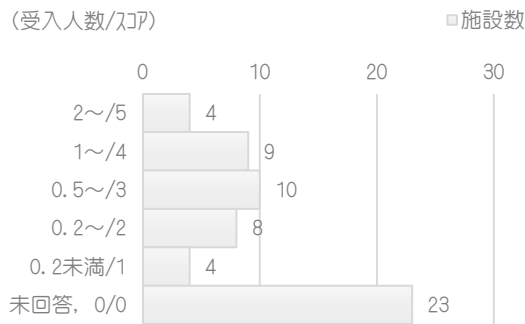
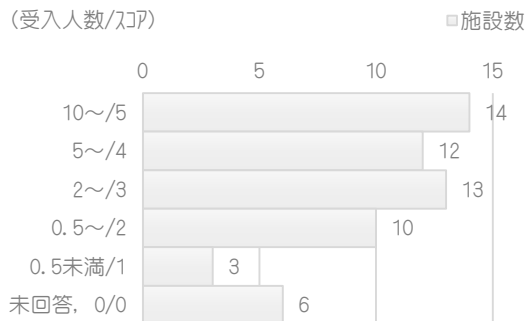


図 9.5.2 2016 年度の院内勉強会・委員会等のテーマ・開催回数の内訳

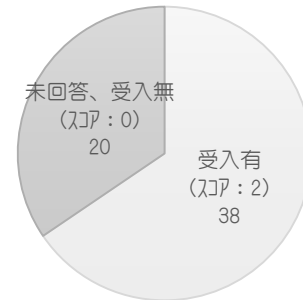
9.6 2015・2016 年度の常勤医師 1 人当たりの
医学生の実験実習等の年間受入人数 (図 9.6)



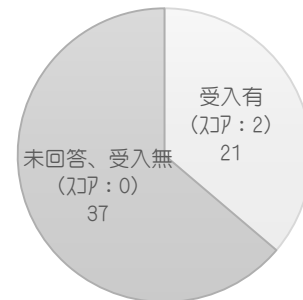
9.7 2015・2016 年度の常勤医師 1 人当たりの学生・医療人・
ボランティア・消防士等の実験実習の年間受入人数 (図 9.7)



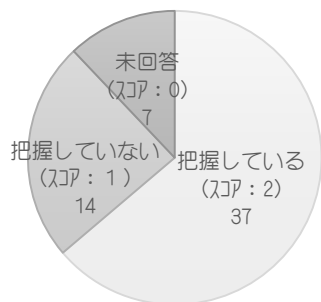
9.8 2015・2016 年度の初期臨床研修医の受入状況 (図 9.8)



9.9 2015・2016 年度の後期研修医等の受入状況 (図 9.9)



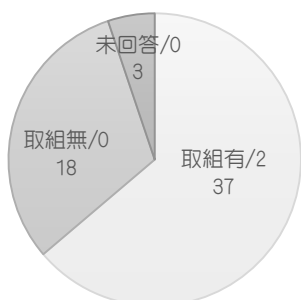
9.10 実習後の医師・医学生と派遣先の意見・評価等の把握状況 (図 9.10)



事前にアンケートや面接等を行い、個々の希望に沿った実習・研修ができるような取り組みが行われている。

実習・研修後には、レポート・アンケート・面接・振り返りや e-learning システム等の利用、派遣元の会議・報告会・勉強会などへ参加により研修に携わった医師等の意見・評価を収集し、職員間での情報共有と課題の洗い出しやカリキュラムの改善などを行っている。

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



- ・院内での症例検討会、研修会、勉強会、各種委員会への参加や発表(リーダシップやマネジメントの研修、ワークショップでのファシリテータ経験、多職種との活動など)
- ・近隣病院、近隣施設、医師会、基幹施設などの研修会、勉強会等への参加・発表
- ・国内外の学会への参加・発表
- ・専門医取得のための指導・アドバイス

10. 地域で果たしている役割

10.1 公的な施設認定状況について（表 10.1）

認定の種類（複数回答有）	施設数
救急告示病院 等（（ ）再掲、複数回答有）	52
（救急告示病院）	(39)
（二次救急病院）	(43)
（三次救急病院）	(1)
病院機能評価認定病院・ISO9001 認定取得病院	29
公的病院 又は 社会医療法人	25
へき地医療拠点病院 又は 支援病院	8
地域医療支援病院	5
災害拠点病院	4
いずれにも該当しない	2

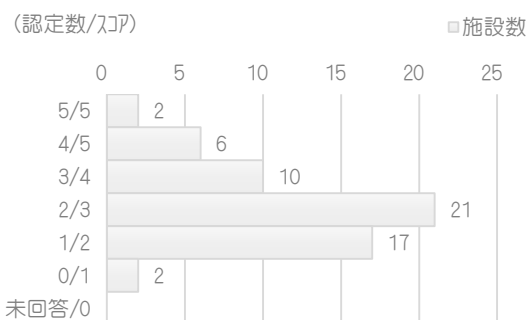


図 10.1 認定数による評価

10.2 地域住民との協調体制（図 10.2）

<取組内容>

- ・市民公開講座／医学講演会／健康講座／出前講座／意見交換／健康教室／患者会／懇談会／人間ドック／健診

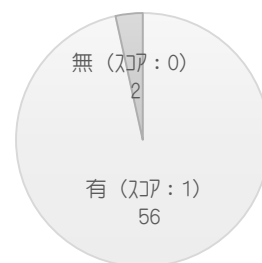
（テーマ）...

糖尿病／生活習慣病／腎障害／糖質制限／食事／栄養／がん／リウマチ／心臓病／脳卒中／認知症／ロコモティブシンドローム／リビングウィル／骨粗鬆症／救急／BLS／健康体操／アレルギー／緩和ケア／妊娠指導／マタニティヨガ／メンタルヘルス／リハビリテーション／陽子線治療／腰痛体操／統合失調症／内視鏡治療／高齢者医療／誤嚥／服薬／禁煙／ピロリ／整形疾患

（対象者）...

一般市民／町内会／婦人会／老人クラブ／小学生／中学生／高校生／大学生／幼稚園／保育園

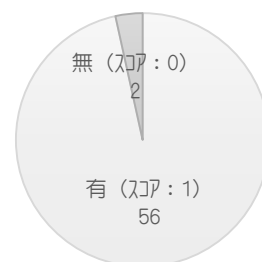
- ・難病相談
- ・自宅と病院を結んだ遠隔医療実証実験
- ・新聞・テレビなどのメディアによる情報発信
- ・病院運営などに関する市民の意見聴取
- ・地域医療支援病院協議会への住民参加
- ・イベントでの救護施設設営
- ・地域の祭りなど各種イベントへの病院としての参加
- ・大学・高校等への講師派遣
- ・院内コンサートの実施



10.3 近隣病院との協調体制（図 10.3）

<取組内容>

- ・病院機能（超急性期・急性期・回復期・慢性期）による連携
- ・地域連携パスなどの地域と医療の連携
脳卒中・大腿骨頸部骨折（岡山もも脳ネット）、糖尿病、がん（岡山県がん診療連携協議会）、オレンジプラン
- ・病診連携
精神科医療と身体科医療の連携、小児病診、新生児組成、周産期医療、婦人科検診、がん検診、がん化学療法、歯科医療、内科医と外科医の連携、緊急時の外来診療、患者紹介、在宅支援
- ・症例系統会・研修会・講習会・勉強会等の開催
感染予防、医療安全、緩和ケア、心不全、脳卒中、医師の生涯教育、嚥下、転倒転落、ストーマケア、ターミナルケア、生活習慣病、在宅栄養、呼吸ケア、発達障害
- ・医師相互派遣（精神科・内科・眼科）
- ・晴れやかネットによる医療情報開示



10.4 近隣の高齢者施設などの保健福祉施設等との協調体制（図 10.4）

<取組内容>

- ・連携施設、協力病院・在宅療養後方支援病院として対応

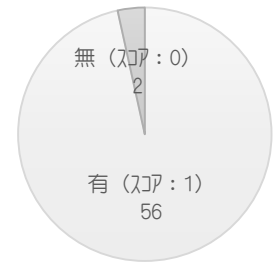
（対応例）...

休日夜間の緊急対応（外来・入院）、ケアマネージャーとの連携、スタッフとの関係の構築、リハビリテーション、通院、健康管理、訪問診療、訪問看護、看取り、カンファレンス、情報共有、予防接種、胃ろう管理、食卓委の派遣、産業医コンサルタント、相談業務、空床情報共有、短期入院、災害時連携

- ・研修会、後援会、出前あ講座、意見交換会

（テーマ）...

口腔ケア、緩和ケア



10.5 行政との協調体制（図 10.5）

<取組内容>

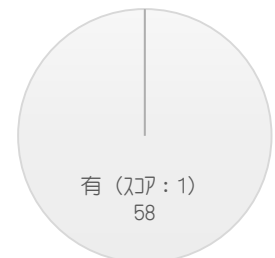
- ・学校保健事業、予防接種事業
- ・住民健診事業（人間ドック、保健健診、乳児・小児健診、特定検診、歯科検診）
- ・市町村主催イベントへの参加
- ・市の産業医として職員の健康管理
- ・精神保健相談、児童相談、学校の精神科嘱託医、警察などの研修会講師
- ・審査会（介護認定、結核、公害）
- ・地域医療ミーティング
- ・路上生活者の支援事業
- ・岡山県、市町村主催の各種委員会、協議会への参加



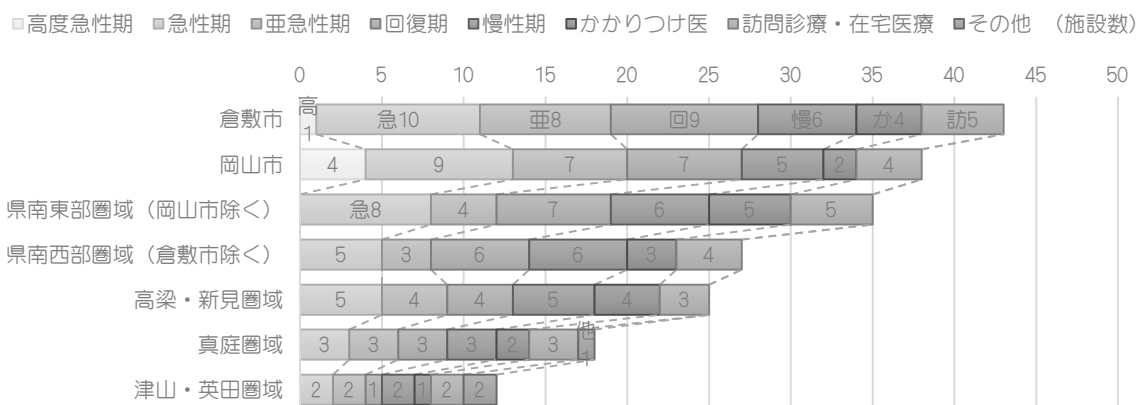
10.6 医師会との協調体制（図 10.6）

<取組内容>

- ・研修会、勉強会、懇談会、学術講演会、症例検討会への参加や講師派遣
- ・理事等へ就任、理事会、委員会、委員会や部会への参加
- ・在宅当番医、在宅当番医やかかりつけ医との連携や情報共有
- ・病院群輪番制病院、協力病院当番制病院
- ・休日夜間診療所の支援
- ・医師会報への記事提供
- ・JMAT への登録（震災支援）
- ・在宅医療の支援



10.7 地域包括ケアシステムにおいて果たす役割（図 10.7.1）



地域包括ケアシステムにおいて、それぞれの医療機関がどのような機能を担おうとしているかを調査した（複数回答有）。選択した機能を担う理由と地域の実情を比較し、妥当性があるかどうかを評価した。

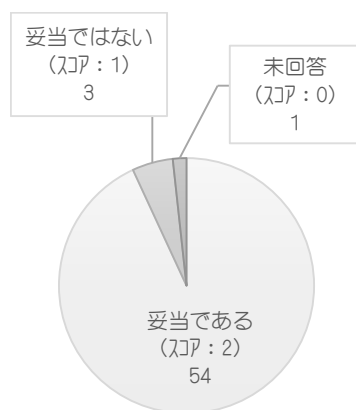


図 10.7.2 地域包括ケアシステムにおける
担当機能の妥当性の評価

11. 待遇

11.1 雇用形態について（表 11.1）

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

非常勤のみでの採用を希望する施設はなかった。常勤非正規雇用とされている 7 施設のうち 4 施設は常勤正規雇用も可能としている。

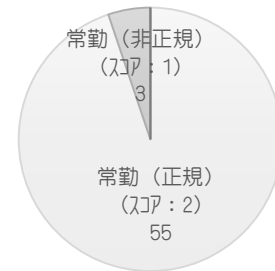


図 11.1 雇用形態

（複数の回答があった場合、よりスコアの高い方で集計した。）

雇用形態	勤務時間（時間／週） （ ）内は（時間×日数） ※おおよその目安	圏域別施設数（複数回答有）							（合 施設 数） 計	（分 布 形 態） （％）
		岡山市	倉敷市	（倉敷市除く） 県南西部圏域	（岡山市除く） 県南東部圏域	津山・英田圏域	真庭圏域	高梁・新見圏域		
常勤職員	正規雇用	32.00 ～ （8.00h×4）	3	1	3	1	2		11	20
		35.00 ～ （7.00h×5）					1	1	2	4
		37.50 ～ （7.50h×5）	3	4		1	2		10	18
		38.75 ～ （7.75h×5）	3	1	3	5	1	2	15	27
		40.00 ～ （8.00h×5）	3	6	1	2	2	1	17	31
	小 計		12	12	7	9	5	5	55	100
	非正規雇用	32.00 ～ （8.00h×4）	1						1	14
		37.50 ～ （7.50h×5）	1						1	14
		38.75 ～ （7.75h×5）	3	1					4	57
		40.00 ～ （8.00h×5）				1			1	14
	小 計		5	1		1			7	100
非常勤職員	正 規 雇 用		3	1	1				5	-
	非 正 規 雇 用		2						2	-

11.2 年間総収入（税込）について（図 11.2.1）

卒後 3・4 年目の医師に支払われる給料・賞与・時間外手当・日直手当・当直手当等の合計を年間総収入として評価した。手当については、1 か月あたりの平均的な勤務状況を回答していただいた。回答のあった地域枠卒業医師の配置を希望する 57 施設（未回答 1 施設）の平均は 1,004 万円であったが、施設間の差は 3 倍近い。

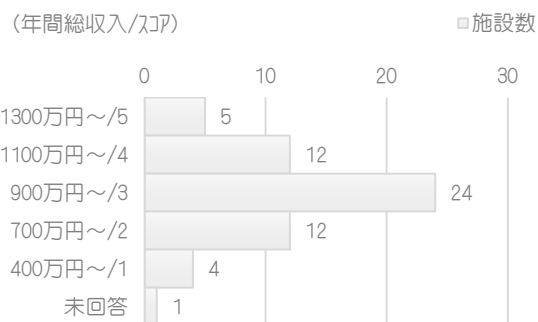


図 11.2.1 年間総収入（税込）

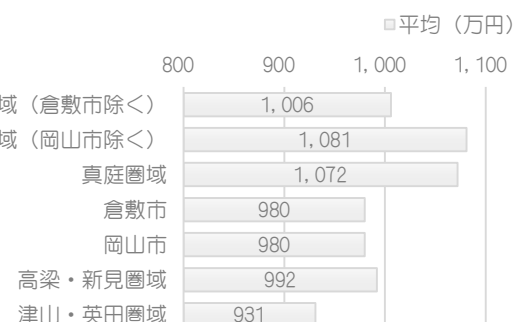


図 11.2.2 圏域別平均年間収入（税込）

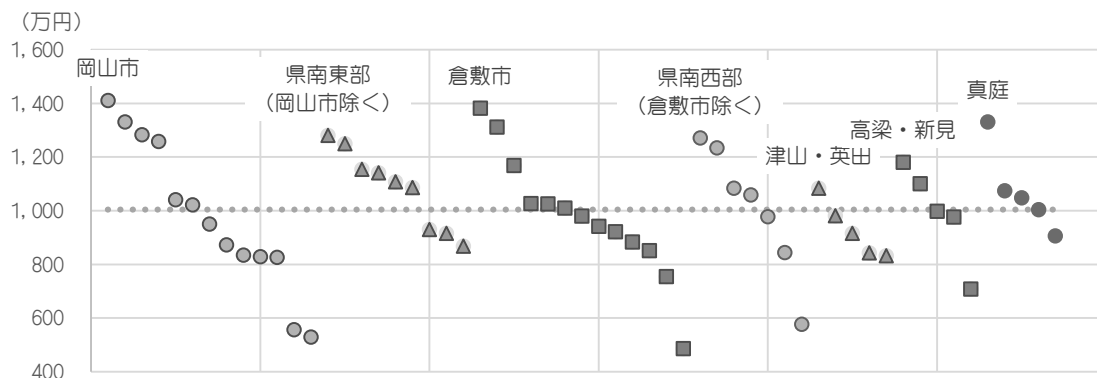


図 11.2.2 圏域別年間総収入（税込）の分布

11.3 各種手当の支給状況について

次の手当について、支給の有無を調査した。ただし、社会保険・共済保険等の制度や法令に基づいて支給されるものは福利厚生制度に基づいて支給されるものは除くこととした。

住宅手当については、支給の有無と合わせて、医師の住居費の負担の度合いを調査した。一部負担としては、住宅手当が一部支給される場合と住居費を一部負担する場合がある。

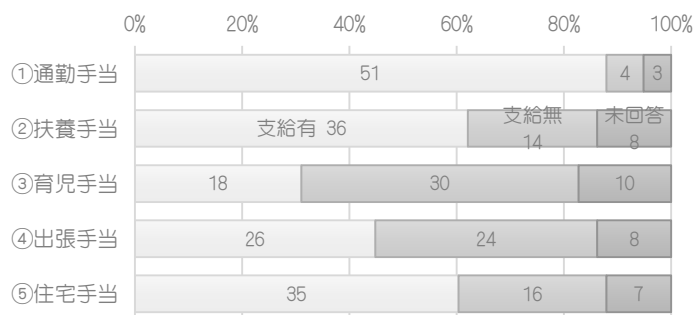


図 11.3.1 各種手当の支給状況

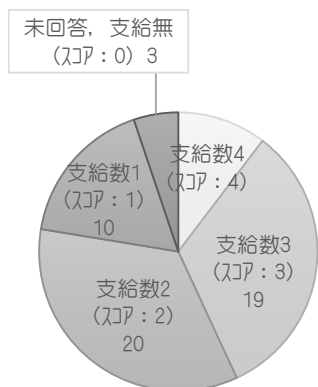


図 11.3.2 各種手当の支給数 (①~④について)

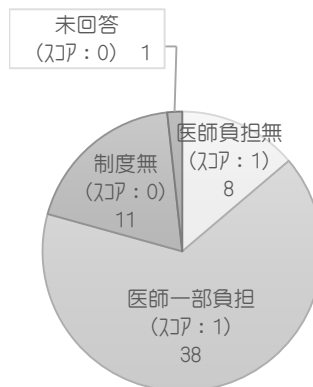


図 11.3.3 住宅制度について

11.4 学会や勉強会のための出張の条件について（図 11.4.1）

次の①～④の出張の条件について調査し、①～④のスコア平均を 5 段階で評価した。

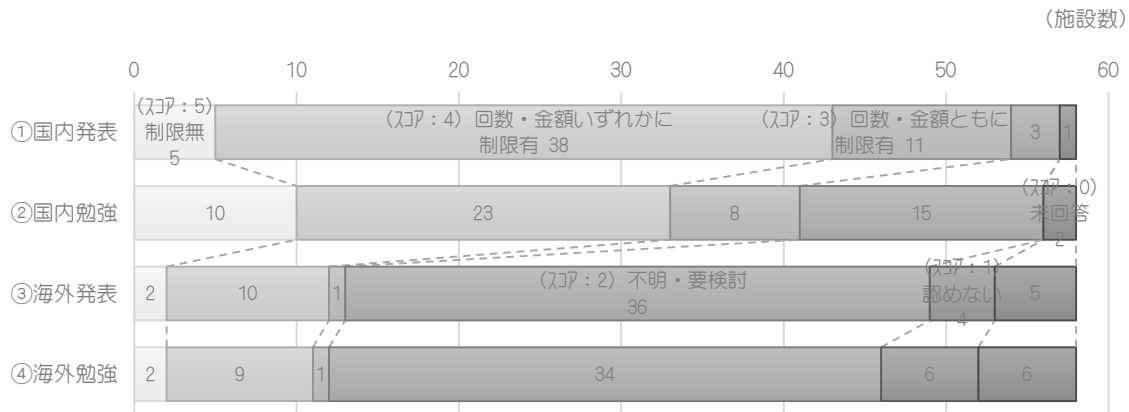


図 11.4.1 学会や勉強のための出張の条件

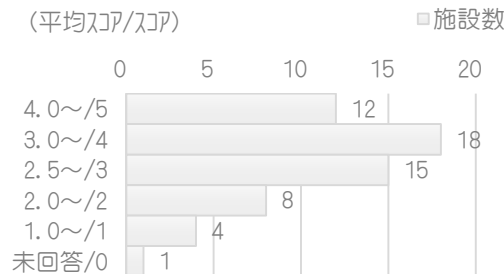


図 11.4.2 出張条件の評価（①～④の平均スコア）

11.5 保険・年金等の加入状況について

次の保険年金等の加入状況の評価の対象とした。①～⑤については、全て加入していることを必須条件とし、これを満たさない場合は待遇の評価をゼロとした。今回配置を希望している施設は、いずれも①～⑤のすべてに加入している。

⑥については、施設の負担で加入しているか、又は、同等の保証制度がある場合を高く評価した。

今回初めて⑦の企業年金の制度利用の状況の調査も行った。

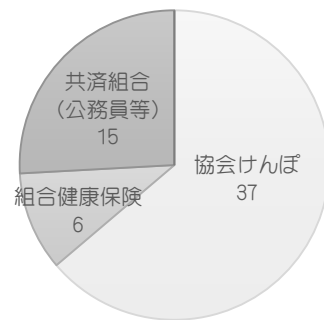


図 11.5.1 健康保険の種類

- ①雇用保険（公務員共済）
- ②健康保険
- ③年金
- ④労災保険
- ⑤病院賠償責任保険
- ⑥勤務医師賠償責任保険（医師個人の責任に対して）
- ⑦企業年金
 - ・厚生年金基金
 - ・確定給付企業年金基金（基金）
 - ・確定給付企業年金基金（規約型）
 - ・確定拠出年金（企業型）
 - ・確定拠出年金（個人型）
 - ・年金払い退職給付（公務員等）

表 11.5 勤務医師賠償責任保険の加入状況

スコア	加入状況	施設数
3	病院の負担で加入	25
	同等の保証制度有	4
		31
2	病院・医師の負担で必須加入	0
	医師の負担で必須加入	2
		21
1	病院・医師の負担で任意加入	4
	医師の負担で任意加入	17
		5
0	未加入	5
	未回答	1
		1

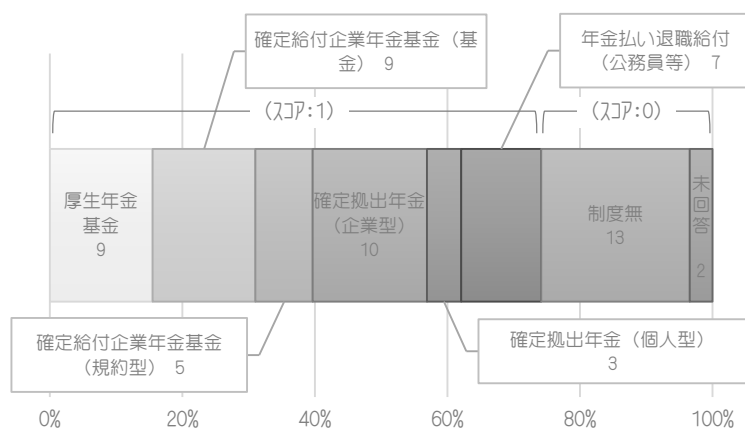
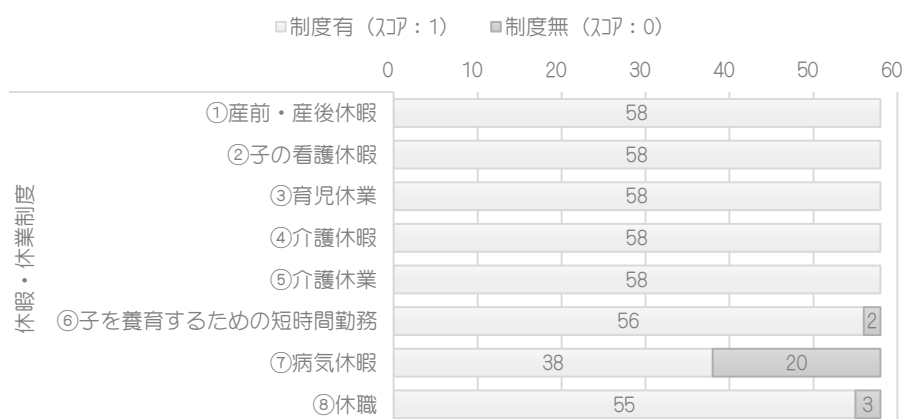


図 11.5.2 企業年金制度の加入状況

11.6 休暇・休業制度の整備状況について (図 11.6.1)

次の休暇・休業制度の有無について調査した。①～⑤については、すべての制度が整っていることを必須条件とし、条件を満たさない場合は、待遇の評価をゼロとした。今回の調査で配置を希望する施設はすべて①～⑤の制度が整っていた。



①～⑤はすべての制度が整っていて「制度有（スコア:1）」とする。（必須条件）

現在、地域卒卒業医師・地域卒学生の約4割が女性となっているので、地域勤務する医師が女性であり、勤務期間中に出産・育児等のライフイベントがあることも考えられる。このことを踏まえて、③育児休業と⑥時短勤務については、今後医師が利用できるかどうか、これまで実績としてどのような取得状況を調査した。

制度としては整っていても、実際に医師が育児休業や時短勤務することはできないと答えた施設が1件あったが、育児休業については、女性医師だけでなく、男性医師での取得実績もみられた。時短勤務も3歳未満の子の養育で認められている。

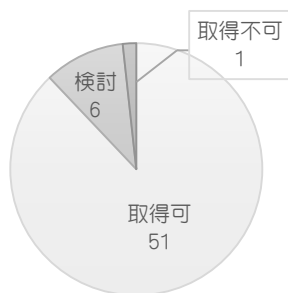


図 11.6.2
医師の育児休業

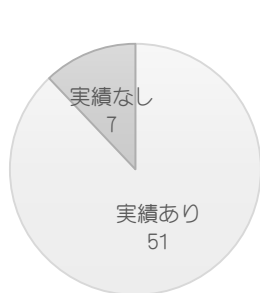


図 11.6.3
医師の育児休業の取得実績

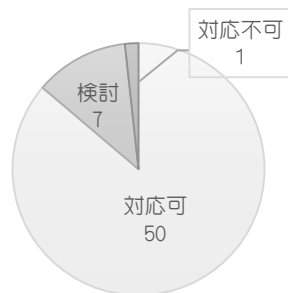


図 11.6.4
医師の時短勤務

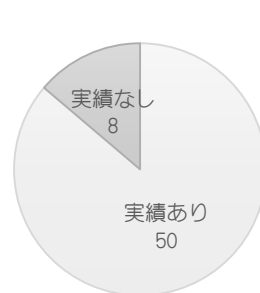
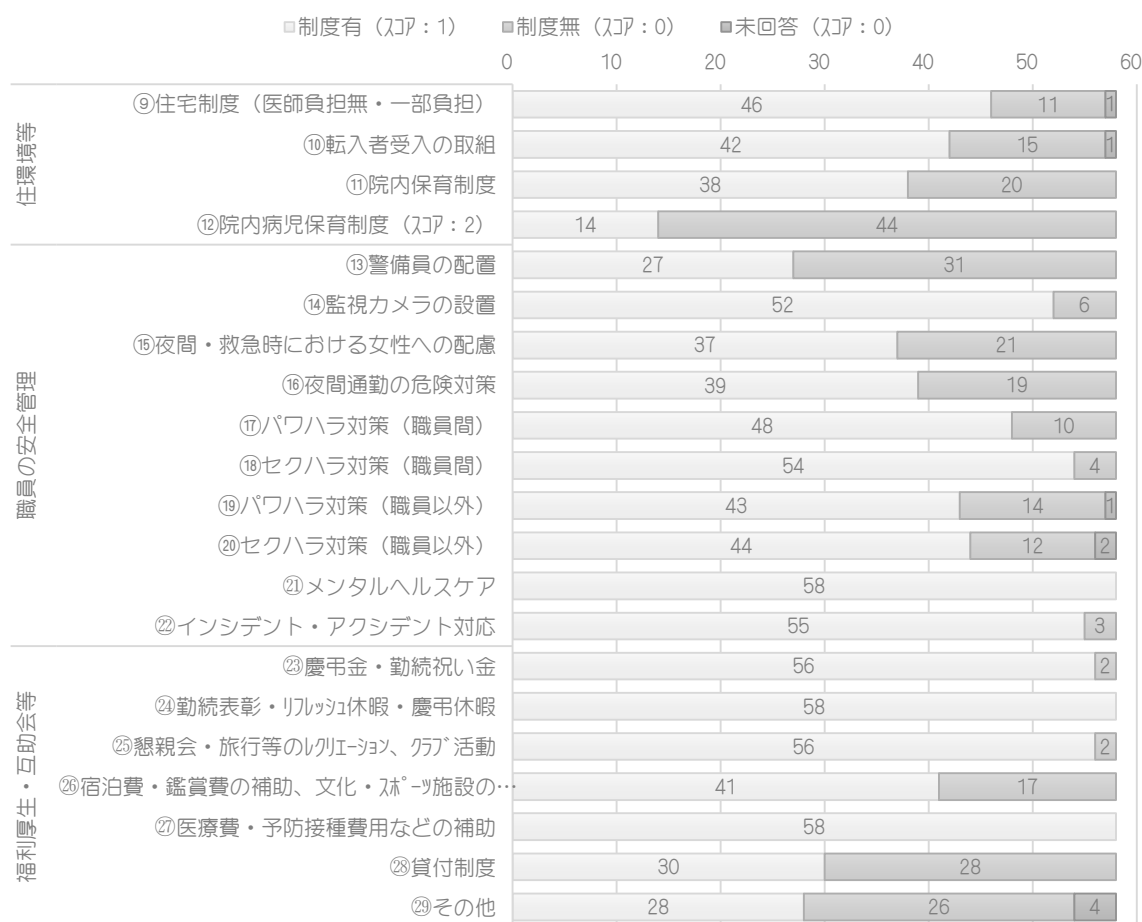


図 11.6.5
医師の時短勤務の実施実績

11.7 住環境・安全管理・福利厚生制度の整備状況について（図 11.7.1）

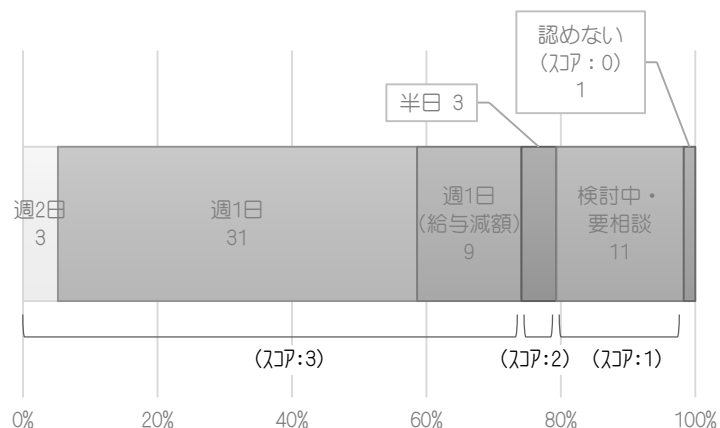
次の制度・設備等の整備状況について調査した。⑫院内病児保育やそれに代わる制度がある場合は、スコアを 2 点とした。福利厚生・互助会等の制度については、⑳～㉑のいずれかに該当すれば 1 点とした。



11.8 他施設での研修について（図 11.8）

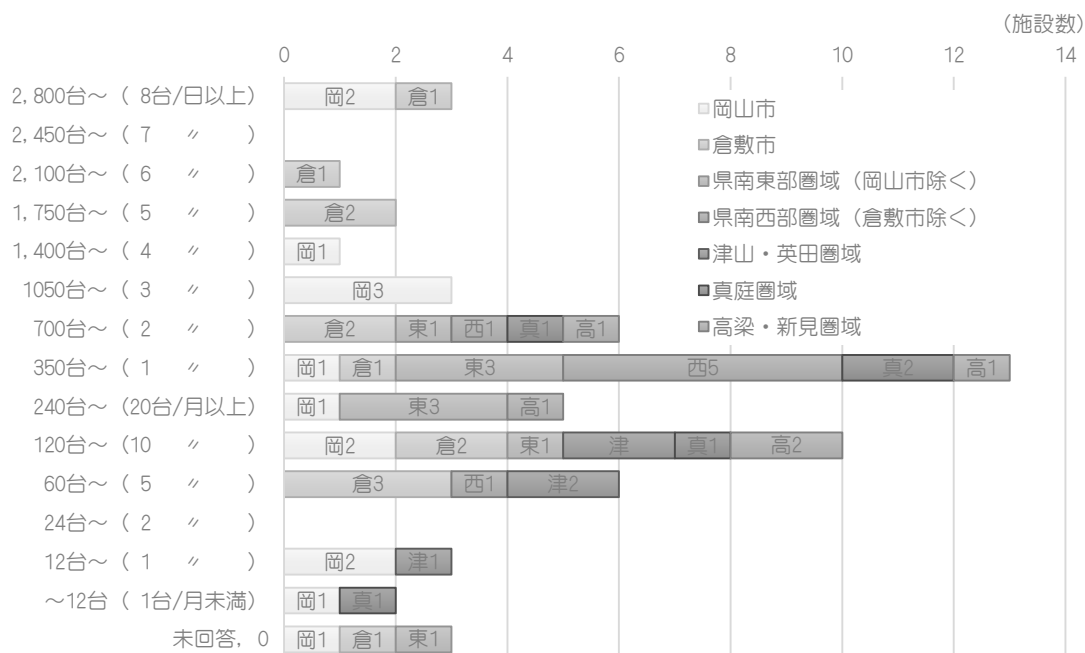
地域卒卒業医師が勤務する際に、他施設での研修がどの程度認められるかを調査した。岡山県地域医療支援センターとしては、勤務日週 5 日（月～金）のうち、1 日は認めていただきたいと考えている。勤務日については、病院ごとに異なることから、次回の調査では、休業日や日直・当直の取り扱いについても調査を行いたい。

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



1 2. 救急車の受入状況，日直・当直体制

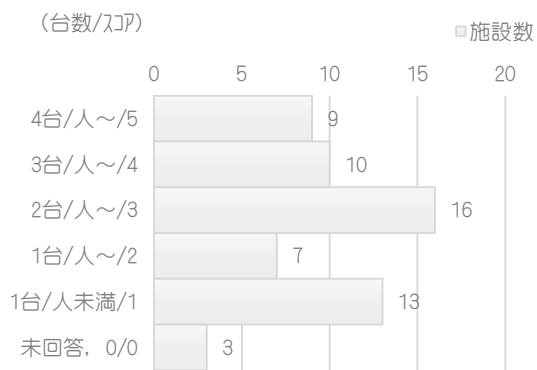
1 2. 1 救急車の受入状況について（図 12.1）



1 2. 2 2015・2016 年の公的救急車の 1 病床当たり年間受入台数（図 12.2）



1 2. 3 2015・2016 年の公的救急車の 常勤換算医師 1 人あたり年間受入台数（図 12.3）



1 2.4 日直・当直の体制について

今回の調査で初めて日直・当直についての調査を行った。質問内容は以下の区分で、細かい入力制限はせずに自由に記載していただいた。評価としては使用していない。

- ①診療科名
- ②日直・当直の種類
- ③日直・当直の体制
- ④③農地卒後 3・4 年目の地域卒卒業医師の立ち位置
- ⑤ 1 人日直・1 人当直の場合のバックアップ体制

日直・当直とも病院全体で 1 人体制としているという回答が最も多かった。2 人体制の施設では内科系・外科系で各 1 名という回答が多い。当番・輪番時のみ 2 人体制、または小児科を含めた 3 人体制としているところがある。診療科ごとに配置している施設も 9 施設あったが、それぞれの科ではほとんどが 1 人体制。15 施設については人数については全く触れていなかった。

卒後 3・4 年目の地域卒の立ち位置については、1 人体制の場合には 1 人でという回答が多いが、慣れるまで上級医・指導医とともに勤務する（2 施設）、日直・当直なし（3 施設）などの回答もみられる。2 名体制の場合は、上級医・指導医とペアになる（3 施設）との回答があった。

バックアップについてはオンコール、院内待機、電話対応などで備えられているが、一部にはバックアップ無しという答えもあった。

対 応 科 体 制	1・2 科		3 科以上	未 回 答	合 計
	1 人	2 人以上	各科		
日 直	30	14	9	16	69
当 直	34	11	9	15	69
救急輪番	4	8	8	49	69

3・4 年目の地域卒卒業医師の立ち位置については、次のような回答があった。

- ・医師 1 人態勢の 1 人として勤務
- ・医師 1 人態勢の 1 人として勤務（慣れるまでは上級医・指導医とともに勤務）
- ・医師 2 人以上体制のうちの 1 人として、上級医・指導医とともに勤務
- ・体制外の 1 人として上級医・指導医とともに勤務
- ・日直・当直勤務はない

バックアップについては、オンコール、院内待機、電話対応などで備えられているが、一部にはバックアップ無しという答えもあった。

1 3. 新専門医制度への取組状況

1 3. 1 新専門医制度への取組状況について（表 13. 1）

2018 年 4 月より新専門医制度がスタートすることになったので、地域卒卒業医師の配置を希望する施設については 2017 年 11 月に再調査を行った結果をもとに評価をした。

領域ごとにスコアを基幹施設（5）、連携施設（3）、特別連携施設（2）とし、その合計スコアで評価している。

施設 種 別	基本診療領域 圏 域	基本診療領域別施設数（複数回答有）																				実 施 設 数
		内	小	皮	精	外	整	産	眼	耳	泌	脳	放	麻	病	臨	救	形	リ	総	領	
		科	児 科	膚 科	神 科	科	形 外 科	婦 人 科	科	鼻 咽 喉 科	器 科	神 経 外 科	射 線 科	酔 科	理	床 検 査	急 科	成 外 科	ハ ビ リ 科	合 診 療 科	域 合 計	
基 幹 施 設	岡山市	4			2															1	7	6
	倉敷市	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	22	3
	県南西部圏域（倉敷市除く）																					
	真庭圏域																					
	県南東部圏域（岡山市除く）																					
	高梁・新見圏域																					
	津山・英田圏域																					
合 計		6	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	29	9
連 携 施 設	岡山市	5	1	2	4	6	4	2	3	1	4	3	3	4	3	1	2	1	2	4	55	11
	倉敷市	5	2			5	4	1	2		2	2	1	1	2		1	1	2	3	34	9
	県南西部圏域（倉敷市除く）	4	1			2	2		1		1						1		1	2	15	5
	真庭圏域	2			1	2	3	1				1					1			1	12	5
	県南東部圏域（岡山市除く）	2				2	2				1									2	9	3
	高梁・新見圏域	1				1	2										2			3	9	4
	津山・英田圏域				2															1	3	3
合 計		19	4	2	7	18	17	4	6	1	8	6	4	5	5	1	7	2	5	16	137	40
特 別 連 携 施 設	岡山市	2																			2	2
	倉敷市	1																			1	1
	県南西部圏域（倉敷市除く）	1																			1	1
	真庭圏域	2																			2	2
	県南東部圏域（岡山市除く）	4																			4	4
	高梁・新見圏域	2																			2	2
	津山・英田圏域	1																			1	1
合 計		13																			13	13
合 計	岡山市	11	1	2	6	6	4	2	3	1	4	3	3	4	3	1	2	1	2	5	64	19
	倉敷市	8	3	1	1	6	5	3	3	1	3	3	2	2	3	1	2	2	3	5	57	13
	県南西部圏域（倉敷市除く）	5	1			2	2		1		1						1		1	2	16	6
	真庭圏域	4			1	2	3	1				1					1			1	14	7
	県南東部圏域（岡山市除く）	6				2	2				1									2	13	7
	高梁・新見圏域	3				1	2										2			3	11	6
	津山・英田圏域	1			2															1	4	4
合 計		38	5	3	10	19	18	6	7	2	9	7	5	6	6	2	8	3	6	19	179	62

1 4．経営状況

1 4.1 医業収益について

直近 2 年間（2014・15 年又は 2015・16 年）の病院又は法人の医業利益率と医師 1 人当たりの医業収益から経営状況を評価した。

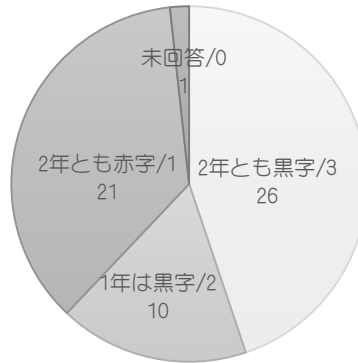


図 14.1.1 直近 2 年間の経営状況

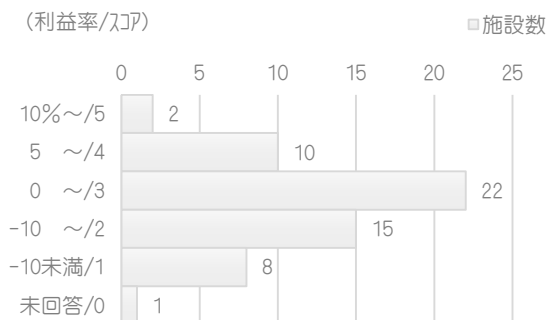


図 14.1.2 2 年前（2014・2015 年度）の医業収益率

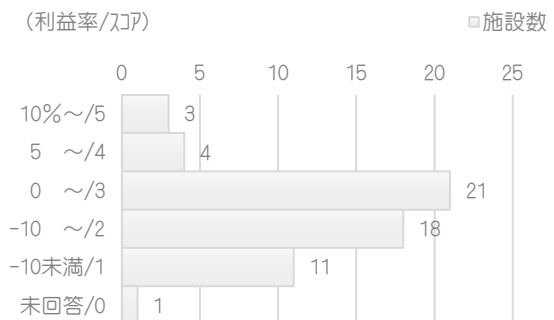


図 14.1.3 1 年前（2015・2016 年度）の医業収益率

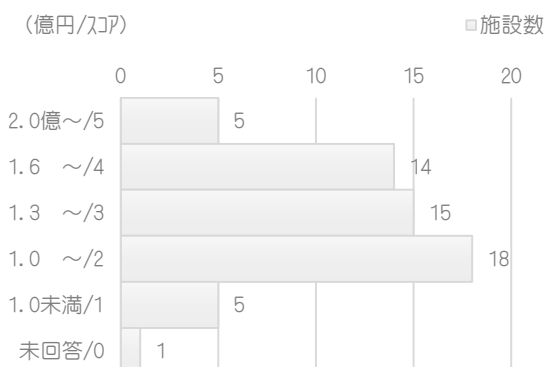


図 14.1.4 2 年前（2014・2015 年度）の
常勤換算医師 1 人当たりの医業収益

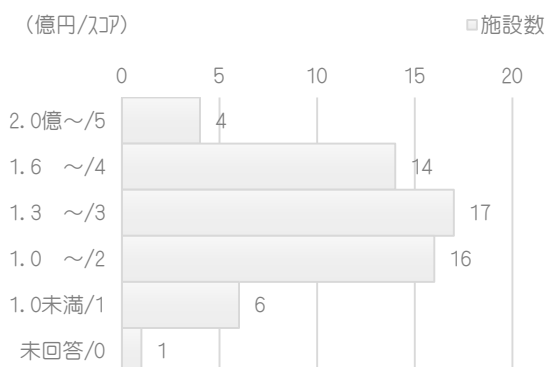


図 14.1.5 1 年前（2015・2016 年度）の
常勤換算医師 1 人当たりの医業収益

15. まとめ

15.1 評価項目ごとのスコア・評価・配点等（表 15.1）

地域卒卒業医師の配置を希望する 58 施設の評価を集計した結果をまとめた。各項目のスコア計をその分布により、4 から 6 段階の評価に置き換え、各項目ごとの配転に換算した値が得点になる。

項目	地 域 の 医師不足	教 育 指導体制	地域で果た している役割	地 域 の 受入体制	待 遇	救急車の 受入状況	新専門医制度 への取組状況	経営状況	合 計
スコア(配点)	18	46	12	100	45	10	154	23	
平均値	9.1	22.6	9.9	71.5	32.6	5.9	10.1	12.9	
最大値	15.0	40.0	12.0	92.0	39.0	10.0	95.0	21.0	
最小値	6.0	5.0	6.0	44.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
中央値	8.0	23.5	10.0	71.0	6.0	6.0	3.0	13.0	
スコア計と評価	5	15 - 18	34 - 51	12	39 - 45	9 - 10		18 - 23	
	4	12 - 14	29 - 33	11	79 - 100	7 - 8		16 - 17	
	3	10 - 11	21 - 28	10	62 - 78	5 - 6	1 - 154	11 - 15	
	2	8 - 9	12 - 20	9	52 - 61	3 - 4	3 - 19	8 - 10	
	1	1 - 7	1 - 11	1 - 8	1 - 51	1 - 27	1 - 2	1 - 7	
	0		未回答	未回答	未回答 又は 必須項目不備	未回答, 0	未回答, 0	未回答, 0	
配点	18	17	14	13	13	11	9	5	100
平均値	8.5	10.1	8.2	10.03	7.4	6.9	5	3	59.1
最大値	18.0	17.0	14.0	13.00	13.0	11.0	9	3	84.6
最小値	3.6	3.4	2.8	3.25	0.0	0.0	0	0	59.1
中央値	7.2	10.2	8.4	9.75	7.8	6.6	6	3	57.5

15.2 評価項目ごとの得点の分布

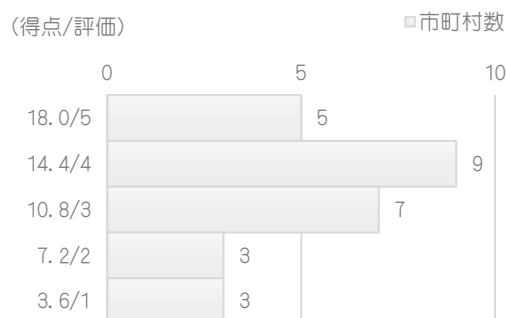


図 15.2.1 地域の医師不足の評価

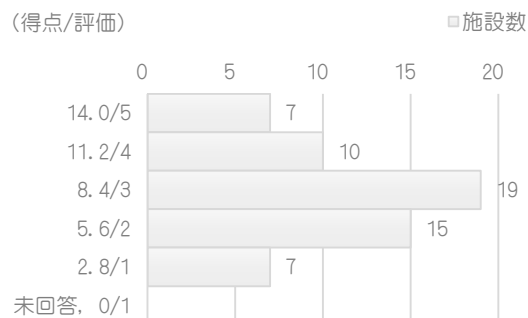


図 15.2.3 地域で果たしている役割の評価

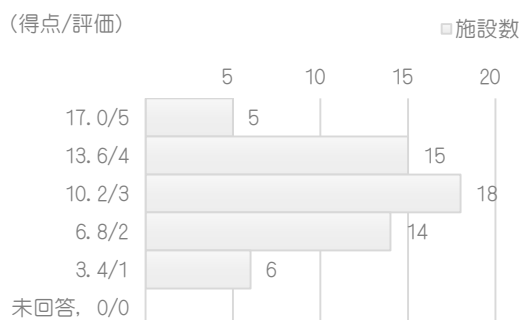


図 15.2.2 教育指導体制の評価

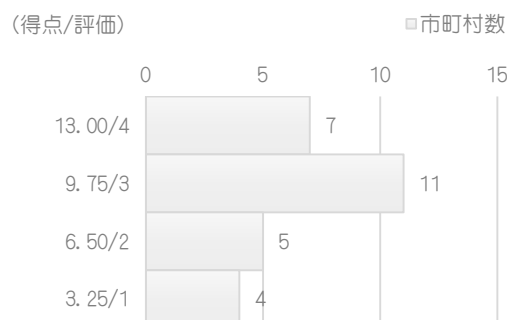


図 15.2.4 地域の受入体制の評価

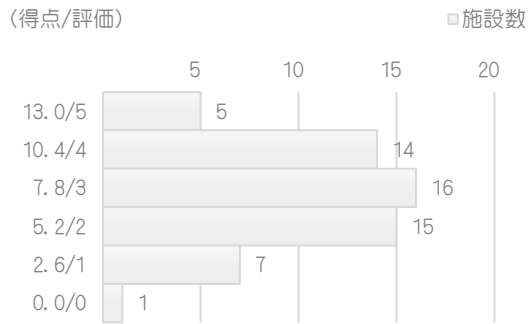


図 15. 2. 5 待遇の評価

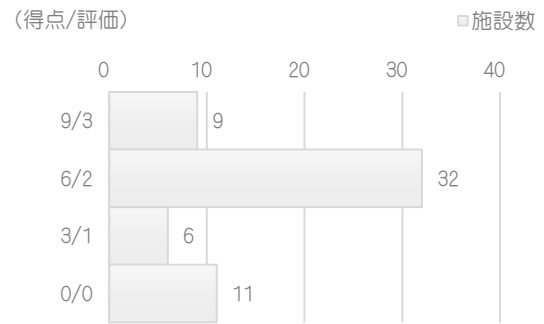


図 15. 2. 7 新専門医制度への取組状況の評価

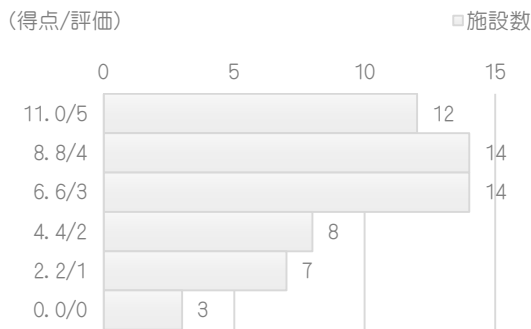


図 15. 2. 6 救急車の受入状況の評価

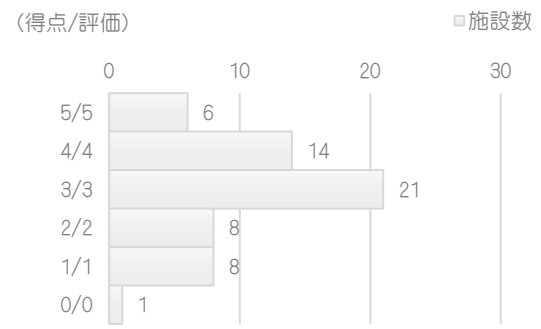
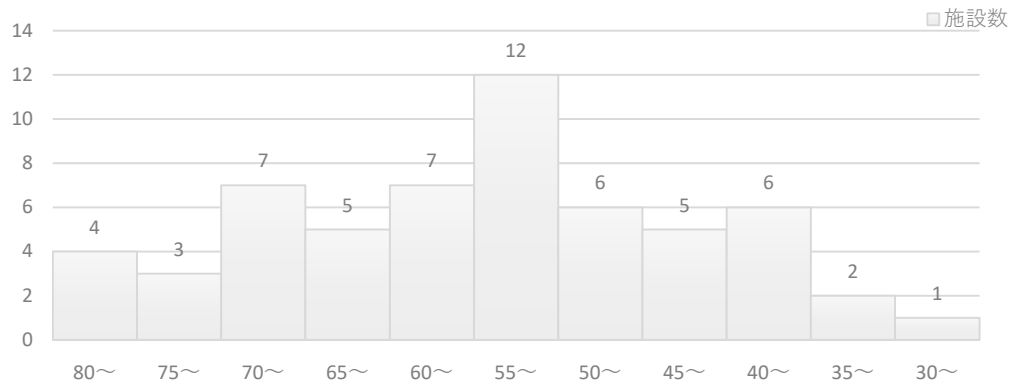


図 15. 2. 8 経営状況の評価

15.3 総合評価（100 点満点）の得点分布（図 15.3）



15.4 評価項目ごとの得点の分布 (表 15.4)

上位 10 位以外の病院の順位については、自院のもののみ情報提供させていただきますので、情報提供を希望される場合は、岡山県地域医療支援センターまでお問い合わせください。

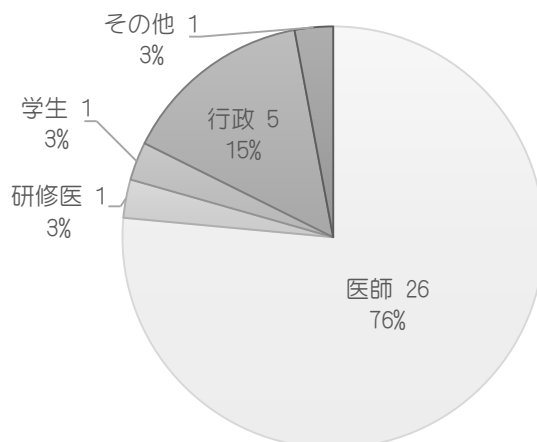
No.	医 療 機 関 名	① 地域の 医師不足	② 教育指導 体制	③ 地域で果たして いる役割	④ 地域の受入体制 (市町村の取組)	⑤ 待遇	⑥ 公的救急車の 受入状況	⑦ 新専門医制度への 取組状況	⑧ 経営状況	合 計
1	笠岡第一病院	10.8	17.0	8.4	13.00	10.4	11.0	9	5	84.60
2	高梁中央病院	18.0	13.6	11.2	13.00	7.8	8.8	6	4	82.40
3	渡辺病院	18.0	13.6	8.4	13.00	10.4	8.8	6	3	81.20
4	高梁市国民健康保険成羽病院	18.0	13.6	14.0	13.00	7.8	6.6	6	1	80.00
5	赤磐医師会病院	14.4	10.2	14.0	9.75	10.4	8.8	6	4	77.55
6	金田病院	10.8	13.6	11.2	13.00	7.8	11.0	6	3	76.40
7	落合病院	10.8	13.6	11.2	13.00	10.4	6.6	6	4	75.60
8	矢掛町国民健康保険病院	10.8	13.6	11.2	13.00	10.4	8.8	6	1	74.80
9	真庭市国民健康保険湯原温泉病院	10.8	10.2	14.0	13.00	7.8	11.0	6	2	74.80
10	井原市立井原市民病院	10.8	10.2	11.2	13.00	13.0	8.8	6	1	74.00
11		18.0	10.2	5.6	13.00	10.4	6.6	6	2	71.80
12		3.6	13.6	11.2	9.75	10.4	11.0	9	3	71.55
13		3.6	13.6	14.0	9.75	5.2	11.0	9	5	71.15
14		3.6	17.0	14.0	9.75	5.2	11.0	9	1	70.55
15		10.8	13.6	2.8	13.00	10.4	8.8	6	4	69.40
16		18.0	6.8	8.4	13.00	13.0	6.6		3	68.80
17		3.6	13.6	5.6	9.75	13.0	11.0	9	3	68.55
18		3.6	13.6	11.2	9.75	7.8	11.0	6	4	66.95
19		3.6	13.6	8.4	9.75	10.4	8.8	9	3	66.55
20		3.6	10.2	8.4	9.75	13.0	4.4	9	5	63.35
21		14.4	6.8	8.4	9.75	7.8	8.8	3	3	61.95
22		10.8	6.8	8.4	13.00	7.8	6.6	6	2	61.40
23		14.4	10.2	11.2	6.50	5.2	6.6	6	1	61.10
24		10.8	10.2	11.2	9.75	2.6	11.0	3	2	60.55
25		3.6	13.6	14.0	9.75	7.8	8.8		3	60.55
26		14.4	6.8	8.4	9.75	5.2	6.6	6	3	60.15
27		14.4	6.8	8.4	9.75	7.8	8.8		4	59.95
28		3.6	10.2	8.4	9.75	10.4	6.6	6	3	57.95
29		3.6	6.8	14.0	9.75	7.8	6.6	6	3	57.55
30		14.4	10.2	8.4	6.50	5.2	8.8		4	57.50

No.	医 療 機 関 名	① 地域の医師不足	② 教育指導体制	③ 地域で果たしている役割	④ 地域の受入体制 (市町村の取組)	⑤ 待遇	⑥ 公的救急車の 受入状況	⑦ 新専門医制度への 取組状況	⑧ 経営状況	合 計
31		3.6	17.0	5.6	9.75	2.6	8.8	9	1	57.35
32		3.6	10.2	5.6	9.75	7.8	11.0	6	3	56.95
33		3.6	6.8	8.4	9.75	10.4	8.8	6	3	56.75
34		14.4	6.8	5.6	6.50	7.8	6.6	6	3	56.70
35		3.6	17.0	2.8	9.75	10.4	4.4	6	2	55.95
36		3.6	10.2	8.4	9.75	5.2	6.6	9	3	55.75
37		10.8	3.4	5.6	13.00	10.4	2.2	6	4	55.40
38		3.6	13.6	8.4	9.75	5.2	6.6	6	2	55.15
39		7.2	13.6	8.4	6.50	7.8	4.4	3	4	54.90
40		3.6	17.0	5.6	9.75	10.4	4.4		4	54.75
41		7.2	10.2	8.4	6.50	7.8	4.4	6	1	51.50
42		14.4	3.4	5.6	9.75	5.2	8.8		4	51.15
43		7.2	10.2	5.6	6.50	7.8	2.2	6	5	50.50
44		14.4	3.4	2.8	9.75		11.0	6	3	50.35
45		3.6	10.2	2.8	9.75	13.0		6	4	49.35
46		3.6	10.2	8.4	9.75	5.2	4.4	3	4	48.55
47		14.4	6.8	5.6	9.75	5.2	6.6			48.35
48		14.4	3.4	5.6	9.75	5.2	4.4		3	45.75
49		7.2	10.2	5.6	6.50	2.6	2.2	6	5	45.30
50		3.6	6.8	8.4	9.75	2.6	11.0		2	44.15
51		3.6	10.2	8.4	9.75	2.6	2.2	3	3	42.75
52		3.6	6.8	2.8	9.75	5.2	4.4	6	4	42.55
53		3.6	6.8	11.2	9.75	2.6		6	2	41.95
54		7.2	6.8	5.6	3.25	5.2	6.6	3	3	40.65
55		3.6	10.2	2.8	9.75	2.6	2.2	6	3	40.15
56		3.6	3.4	2.8	9.75	5.2	2.2	6	5	37.95
57		3.6	6.8	5.6	9.75	5.2	2.2		3	36.15
58		7.2	3.4	5.6	9.75	7.8			1	34.75

X I . ワークショップ後のアンケート結果

1. 午前の部（対象：ワークショップ参加者）

1.1 所属について（参加者：36名、回答者：34名、回答率：94%）



1.2 午前の部全般について、満足していただけましたか。



《 非常に満足と回答した理由 》

// 意見交換について //

（病院）

- ・限られた時間で濃密なディスカッションができた。
- ・他の参加者の意見を聞くことができて、自己向上につながる。
- ・大先輩の考え方を聞くことができた。地域で医師を育てる方法について、様々な意見を聞くことができた。
- ・多くの方々（行政、広域）との意見交換ができた。

（行政）

- ・先生方のご意見等をしっかりと聞かせていただきました。ありがとうございました。

// 学び //

（病院）

- ・グループ学習を通じて目標が明確になった。
- ・同じ研修受け入れ病院での悩みが共通していることがわかり、対策方法を実施してみます。

（大学・大学病院）

- ・教育について非常に勉強になりました。ベテラン医師、若い医師、研修医など多彩な人々で意見交換できた。
- ・様々な意見を聞けて勉強になりました。また地域医療を担う先生方の熱い意志も感じられました。

// その他 //

（地域卒卒業医師・地域卒学生）

- ・研修医・学生にもぜひもう少し来てほしいですね。

《 概ね満足と回答した理由 》

// 意見交換について //

(病院)

- ・行政の方が入ったのがいいですね。
- ・他病院の先生方と意見交換ができた。医療者だけでなく行政の方、学生、研修医も入っており多様な意見を聞くことができた。・小グループで参加者が積極的に発言できる雰囲気になっており、交流も図れてよかったです。育て方、研修に対する講義の場を作っていただけて良かったです。

(地域卒卒業医師・地域卒学生)

- ・地域の先生方が考えている、理想の医師像がどのようなものを拝聴して、学生の認識とのすり合わせができた点が良かった。指導能力に関しては、指導理論から学び直さないといけないという意見もあり、学生としてもハッとしました。

(行政)

- ・医師の立場の方々の考えが良く分かった。「行政としては」と言うが、「一職域として」まずどうするのかの具体を聞きたかった。

// 学び・進行について //

(病院)

- ・いろいろな意見をお聞きできましたが、結論の作成が時間的に難しく、問題点を掘り下げるところまでいかなかった。
- ・議題の設定がやや曖昧であったかと思います。何のために集まって話し合うかという背景を共有した方がいいのではないのでしょうか。
- ・もう少し語る時間があると嬉しいです。(特に第一セッションははぐれるまでの時間が必要です)
- ・やや具体的な気づきや項目が少なかった。もっと掘り下げた議論がしたかった。(時間が少ないように感じた。)
- ・これまで研修医指導の振り返りができた。
- ・いろいろ勉強になりました。

(大学・大学病院)

- ・時間割、ディスカッションの時間、発表の時間、少しマネジメントしてもいいかも。

// その他 //

(病院)

- ・具体的に自院で取り込める事が少なかった。医局会で会医師に報告できることがあった。(リーダーシップ、コミュニケーションについて)

(行政)

- ・地域医療の実態と対応についてそれぞれの先生方が一定の理解を示してくださっている。

1.3 次回、案内があった場合は参加されますか。



1.4 御意見・御感想

// 地域医療や地域枠制度の現状や課題 //

(病院)

- ・行政の立場から見た地域医療の問題点と解決策、地域枠医師の感想・体験談(良くない点を動的に)
- ・地域における救急(特に夜間)医師の高齢化などの問題あり
- ・地域の医療の特性、魅力について、もっといろんな人々と話し合って共有できる場をもちたい。
- ・地域枠医師と専門医制度
- ・地域枠医師のキャリア形成について。ライフイベントが起きたときの、地域枠(センター)としての対応は?

(大学・大学病院)

- ・地域医療人材育成の具体的な事例の共有他県の動向(実際の問題点の多い地域やうまくいっている地域)、他国の動向(地域医療は日本だけではない。)
 - ・地域医療について、その時その時でタイムリーな重要な問題について取り扱って頂ければと存じます。
- (行政)
- ・これまでの失敗事例などを聞かせてほしいです。

// 具体的な指導法等 //

(病院)

- ・コミュニケーションのトレーニング法、マネジメント力のトレーニング法
- ・コミュニケーション法、マネジメント法、テーマとして考えて欲しい。
- ・3 領域（知識、技能、態度）別のアクティブラーニングの指導法ワークショップ
- ・具体的な指導方法のプレゼンと比較
- ・指導方法（マネジメント、コミュニケーションスキル）の講習などが有れば良いと思います。地域卒医師に関するだけでなく、今後の地域医療について考える場、論議する場も。

// 地域卒医師・研修医から聞きたい・伝えたい //

(病院)

- ・地域卒医師との直接交流、地域卒医師が現場で持っている問題点の検討
- ・地域卒の先生方に、地域の魅力を伝える（医療だけでなく住民の理解とか多職種ネットワークの良さとか）機会を与えていただきたいです。
- ・今後研修医（地域卒）の Dr が増えてきて、彼らの意見感想をもっと発表してもらいたい。
- ・地域卒の医師の希望を聞きたい。実際の地域卒の医師の勤務状況、予定を知りたい。
- ・実際に研修を受けた医師の地域医療の現状に関する意見を聞きたい。

// 進行についての御意見・御感想 //

(病院)

- ・2 問目の課題がわかりにくかった。課題 1 の修得に有用な指導方法と理解した。
- (地域卒卒業医師・地域卒学生)
- ・事前に各参加者から、この場で話し合いたいことを集計の上、共有していいのではと思いました。

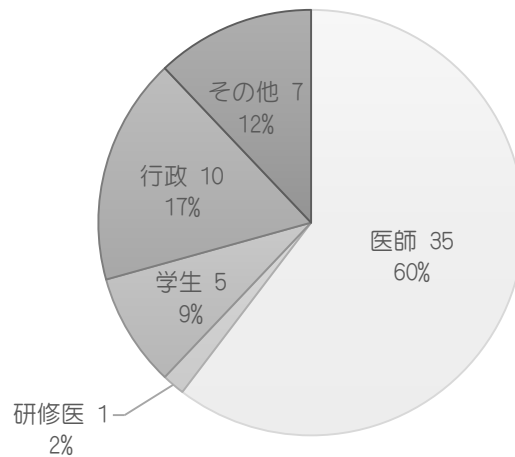
// その他御感想 //

(病院)

- ・人員の少ない地域病院で教育システムの構築が難しいですが、そういった病院こそ研修医の先生の力を欲している現実があると思います。
 - ・もっと地域卒の学生、研修医の先生方の参加を希望します。
 - ・次は他の者に参加させたい。
- (大学・大学病院)
- ・医療連携
 - ・病院のトップだけではなく、病院のすべての先生に参加勉強していただくと、さらに良いかと思います。

2. 午後の部（対象：ワークショップ参加者、基調講演聴講者）

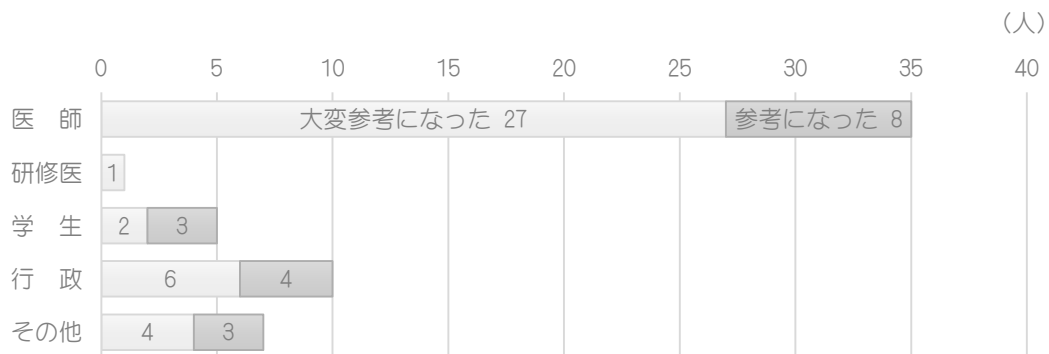
2.1 所属について（参加者：75名、回答者：58名、回答率：77%）



2.2 午前の部「若手医師を育てるための指導力強化ワークショップ」にも参加されましたか。



2.3 基調講演「田舎に医師を集める方法」はいかがでしたか。



// 大変参考になった //

（病院）

- ・今まで考えていた研修病院の人気度が全く違うことが分かった。午後の仲田先生のワークショップは参考になりました。
- ・simple is best
- ・非常に面白いお話でした。働きたくなる病院だと思いました。チーム力を高める必要がありますね。
- ・実践可能なことも多かった。
- ・明解な方法が聞けた。
- ・教育、発信他。重要な点が確認できました。

- ・地域医療に対するこれまでの工夫と実行の経験が参考になった。
- ・直接お話を聞くのはこれで2～3度目ですが、内容がぶれない事、秘話みたいなことが聞けたことが良かったです。
- ・具体的に示していただき有難うございました。
- ・勉強会と発信
- ・ネットの活用、オンデマンド学習
- ・地域の病院からの発信の重要性。勉強会、研修、実績を発信することで良質な医師が確保できる。

(大学・大学病院)

- ・目からうろこが落ちる話でした。

(地域卒卒業医師・地域卒学生)

- ・勉強できる環境＋発信するという環境づくりの大切さを学べた。

(行政)

- ・行政の面からと事務の立場から非常に興味深かった。
- ・仲田先生の実際の取り組み内容や考え方が大変参考となった。

(その他)

- ・当院にただちにあてはまらないが、考え方、理念はよくわかった。

// 参考になった //

(病院)

- ・当地域では基礎土台ができていないため。

(地域卒卒業医師・地域卒学生)

- ・私も総合診療医を目指す立場であるため、興味深くお話を聞いていました。研修でなるべく多くの科を回るように気を付けようと思います。
- ・面白く分かりやすく話をしてくださってとても楽しかった。学生の身でも理解しやすい話だった。
- ・初期研修の病院の選び方の参考になったため。

(行政)

- ・医師、看護師の確保に苦慮している。

(その他)

- ・要点を突いた講演でとても分かりやすかったです。ただ「都市部」に位置する中小病院は、そもそも「研修病院」にすんなれないことの厳しさの解決につながらないかなと思いました。
- ・教育、アメニティーの充実、実際に取り組まれていることが聞けた。
- ・医師自らが動く。勉強会。

2.4 地域卒卒業医師勤務病院の選定方法は適当だと思いますか。



// 適当 //

(病院)

- ・中核病院よりも、もう少し小さい病院での勤務も増えれば助かります。
- ・具体的な評価の詳細が知りたい。

(大学・大学病院)

- ・簡潔かつわかり易かった。

(大学・大学病院)

- ・細かく点数化されていて、安心感がありました。面談が有るのも有難いです。
- ・マッチング方法を知ることができてよかった。

// 概ね適当 //

(病院)

- ・救急受け入れ数が項目に入っているが、かなりきつい項目が目立っているよう。
- ・指導体制について、難しい病院が有ると思われた。
- ・毎年の確認事項。変化、違いがあれば教えてほしい。今年のランク(順位)を教えてください。
- ・目玉情報はなかった。配点が聞けて分かったが、メモれませんでした。

(地域卒卒業医師・地域卒学生)

- ・聞いてみたいと思っていた話なので、聞けて良かった。人数が増えてくるとマッチングするのも大変そうと思いました。

2.5 「若手医師を育てるための指導力強化ワークショップ」の成果発表はいかがでしたか。



// 非常に満足 //

(病院)

- ・引き続き正しかったことは継続し、反省すべきことは改めて今後もやっていこうと思います。

(大学・大学病院)

- ・理論的かつ具体的でした。

// やや不満 //

(行政)

- ・午前中の内容（ワークショップ）がわからず聞いたので、理解しにくい。

// 概ね満足 //

(病院)

- ・全部できないのが現状です。
- ・午前の部でまとまっていた。
- ・AMも出たので。
- ・ワークショップ。簡潔にまとめられた。

(地域卒卒業医師・地域卒学生)

- ・様々な視点から考えがまとめられていて、良かったと思います。
- ・午前の部に参加していないのですが、まとめを見られて良かった。

2.6 午後の部全般はいかがでしたか。



// 非常に満足 //

(病院)

- ・午前の総括を再度説明していただきまとめができました。
- ・仲田先生の講演が非常に参加になりました。

(地域卒卒業医師・地域卒学生)

- ・このようなワークショップに参加するのが初めてだったため、様々な立場の方が参加されていてすごく刺激を受けました。
- ・基調講演も選定方法も午前の成果発表もわかりやすく、面白かった。
- ・参加してよかったと思います。午前にも参加したかったと思いました。

(行政)

- ・地元に戻って参考にしたい。

// 概ね満足 //

- ・特別講演を楽しく聞くことができました。

- ・講演がよかった。しかし、実践は難しく、自院、自分の強みを活かしたい。

(その他)

- ・仲田先生の話がとてもシンプルでわかり易かった。

2.7 岡山県地域医療支援センターの活動に関するご意見、ご感想を自由にご記入ください。

// 御要望 //

(病院)

- ・指導できるドクターが地域を回ってもらえれば助かります。
- ・地域医療全体が縮小していく中で医療はどうあるべきか先導してもらいたいと思います。
- ・地域医療卒だけでなく、地域医療全体の論議も(医師の偏在、不足の状況について)。より多くの学生、研修医の参加をお願いします。
- ・これからも地域医療支援全般を視野に置いて、地域卒のことはもちろん自治医大卒業生や我々地域の医療も含めて宜しくお願いします。

(地域卒卒業医師・地域卒学生)

- ・学生の中にこのような貴重なお話を聞くことができよかったです。これからもワークショップ等企画して下さると嬉しいです。私自身広島大学で学んでいるため、岡山と広島の合同開催をして下さると有難いと思います。
- ・HPのことなのですが、どこからアクセスしたらいいのかわかりにく、一度アドレス等を教えていただけるとありがたいです。

(その他)

- ・県北精神科病院へ是非1名配置を希望します。

// 御感想 //

(病院)

- ・今後ともよろしくお願い申し上げます。

(地域卒卒業医師・地域卒学生)

- ・今回初めての参加だったのですが、予想していたものより多くのことを学べたと思います。ありがとうございました。

(行政)

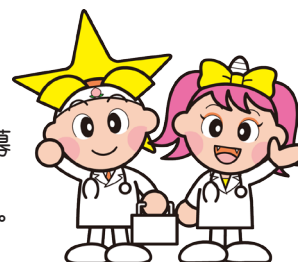
- ・県内市町村行政としても出来るが有れば是非協力させていただきたいと思います。より積極的に情報収集していきたいと思いました。

(その他)

- ・よい勉強になりました。有難うございました。

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30年4月入学用）

岡山県の「地域枠」のご案内



岡山大学と広島大学の医学部医学科では、岡山県の「地域枠」の学生を募集し、岡山県内の医師不足地域の医療を支える医師を養成しています。
岡山県は「地域枠」入学者全員に返還免除条件付きの奨学資金を貸与します。

<平成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	2人(※2)	岡山県内の高等学校出身者等(※3)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 岡山大学から文部科学省に入学定員増員計画を申請中であり、認められた場合は4人に変更されます。

※3 次のいずれかを満たす者としてします。

- ① 岡山県内の高等学校（中等教育学校の後期課程を含む。）を平成27年4月から平成30年3月までに卒業又は卒業見込みの者
- ② 岡山県外の都道府県の高等学校（中等教育学校の後期課程を含む。）を平成27年4月から平成30年3月までに卒業又は卒業見込みの者で、出願時において本人又は保護者が岡山県内に居住していること。

<岡山県の奨学金制度>

貸与期間	6年間
貸与額	月額20万円（6年間総額1,440万円） ※貸与を受ける際に、2人以上の保証人が必要です。
返還免除条件	医学部医学科を卒業し医師免許を取得後、義務年限期間（貸与期間の1.5倍の9年間）を、岡山県知事が指定する県内の医療機関における医療業務（以下「指定業務」という。）に従事すれば、奨学資金の返還が全額免除されます。 なお、返還する場合は、貸与額に違約金（年10%）を加えた額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、特定非営利活動法人岡山医師研修支援機構の医師等が、立場を越えて地域医療の魅力を共有し、学び合い、相談や助言を行うなど、顔の見える関係で支えます。

2 総合評価の高い医療機関での勤務

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。

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

3 奨学資金の返還免除

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

義務年限期間中の指定業務

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

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

なお、制度改正等があった場合は、取扱いを変更することがあります。

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

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

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

<参考例>

義務年限開始

義務年限終了

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

<お問い合わせ先>

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

（作成）岡山県保健福祉部医療推進課

（発行）平成29年8月2日

第5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 地域卒業医師が勤務する病院の教育力強化に向けて

発行 岡山県地域医療支援センター

(岡山県保健福祉部医療推進課内)

〒700-8570

岡山県岡山市北区内山下2丁目4番6号

TEL: 086-226-7381

FAX: 086-224-2313

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

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

