

日本の国情・2次医療圏の実情解析から 展開した地域枠制度の12年 ～分野別認証評価・新専門医制度・働き方改革時代における生命線としての将来像～

学生・研修医の皆さんの将来の羽ばたきを心から願う
熱意と愛情に満ちた教育の連鎖を県全体で

1. 地域枠学生対応・県内医療充実を目指した

総合地域医療推進学講座(寄附講座:2008~2018)の展開

1) 全国地域医療教育協議会の議論でわかってきたこと

・2次医療圏ごとの状況解析から、

卒後臨床研修制度(2004年)開始4年後の全国各地の実情は、様々である

・すべての医師の総合的な診療能力の育成・生涯向上はどの地区でも重要

2) 県内地域医療維持のための

大学と県、医師会、病院協会による卒前卒後シームレスな展開

2. 分野別認証評価・新専門医制度・働き方改革時代における生命線としての将来像

・日本の医療を維持するために

この12年の日本の国情・2次医療圏の実情解析から展開すべき今後の在り方検討ポイント

○秋田大学大学院医学系研究科 医学教育学講座 教授 長谷川仁志
○秋田県健康福祉部 医療人材対策室・あきた医師総合支援センター



2004年(平成16年)前後で何が起きていたか 本学における各科専門研修開始数の推移

★各科間い合わせして集計(当時の制度上、必ずしも正確ではない。)
:これ以前の各科正確なデータは、存在しないのがそれまでの現実
=今後、新専門医制度のプログラム登録制により、
これまでより正確な状況把握、対策の方向性検討が可能に

2002年 平成14年度		57名(各科入局)
2003年 平成15年度		40名(各科入局)
2004年 平成16年度	卒後臨床研修スタート	各科2年間 各科新人無し
2005年 平成17年度		
2006年 平成18年度	←県独自の地域 枠(5名)開始	29名(3年目からの各科専門医研修医)
2007年 平成19年度		20名(3年目からの各科専門医研修医)
2008年 平成20年度	←地域枠本格開始 総合地域医療 推進学講座開設	31名(3年目からの各科専門医研修医)

例 当時、3年目からの入局30名/年

初期研修およびその後の専門研修 基本19診療科

このうち多くの地方都市で、どこも不足している

内科のサブスペ 7-9

外科のサブスペ 5-6 で考えると

約30診療科以上

県内30名の専門研修とすれば、

= 卒後臨床研修開始2年間、0名の後、

= 平均 各科全県で1名しか増えていない

= 定年、専門医取得後の親の介護で地元へ

などマイナス要素を加味すると

各科現状からの回復厳しい状況が予想された

新専門医制度により、

これまでより正確な状況把握、今後の対策の方向性検討が可能に

= 一方、動向を慎重に注視する必要あり

全国地域医療教育協議会開設の意義は大きかった

総合地域医療推進学講座 2008年開設

2008年ころ

全国の地域医療教育関連講座のネットワークの動き

2011年

全国地域医療教育協議会 設立

全国地域医療教育協議会HPより

「全国地域医療教育協議会設立総会」2011年7月2日

全国の状況?
各都道府県の実情?

どこも、
手探り状況から議論できた



医師の偏在 都道府県単位 2008

本当に各地区の地域医療状況を反映しているか？

都道府県ごと？

京	都	7,756
大	阪	22,650
兵	庫	12,313
奈	良	3,018
和	歌	2,720
鳥	取	1,711
島	根	1,911
岡	山	5,317
広	島	6,864
山	口	3,630
徳	島	2,377
香	川	2,590
愛	媛	3,519
高	知	2,184
福	岡	14,310
佐	賀	2,154
長	崎	4,007
熊	本	4,706
大	分	2,975
宮	崎	2,602
鹿	児	4,058
沖	縄	3,115

面積・距離は？

アクセスは？

少なくとも
2次医療圏単位の
解析必要では？

全	国	286,699
北	海	12,447
青	森	2,563
岩	手	2,594
宮	城	5,106
秋	田	2,307
山	形	2,499
福	島	3,905
茨	城	4,805
栃	木	4,246
群	馬	4,187
埼	玉	10,393
千	葉	10,228
東	京	38,079
神	奈	16,792
新	潟	4,482
富	山	2,642
石	川	3,028
福	井	1,851
山	梨	1,845
長	野	4,451
岐	阜	3,869
静	岡	6,993
愛	知	14,420
三	重	3,580
滋	賀	2,900

10万人あたり医師数



当時の全国地域医療教育協議会の議論で

同じ地域医療の厳しさでも各都道府県で
状況が全く違うのでは？ = 地域枠の対応も違ってくる

- ・人口も医師も少ない都道府県
- ・人口が多いため相対的に医師数が少ない都道府県
- ・県庁所在地・医学部所在地と
そこ以外の2次医療圏の格差の程度にも全国で大きな差がある
- ・面積重要 = 大学間の距離：中核医療機関までの距離
- ・その地区の周囲の状況
- ・移動手段の要素(離島など)
- ・同じ地方都市でも
従来、地元近辺の学生が、多い都道府県
従来、地元近辺の学生が、少ない都道府県

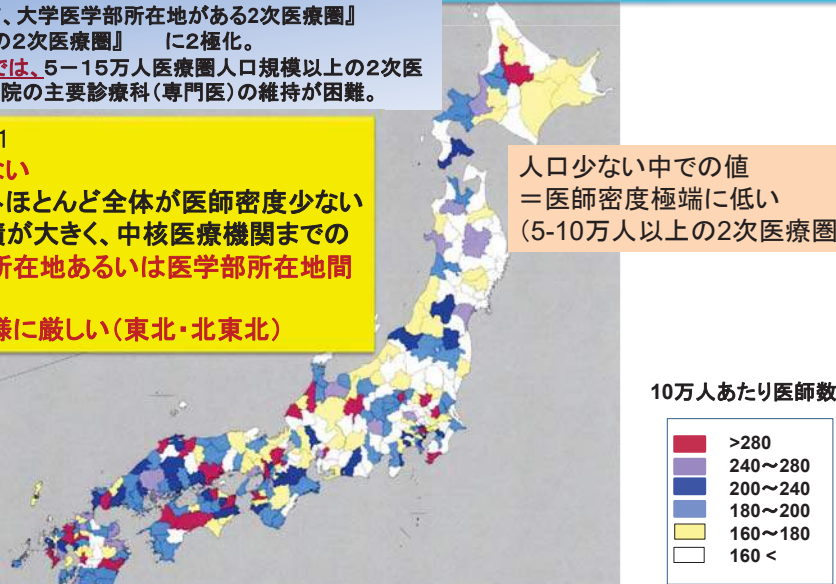
医療の国情 医師の偏在 2次医療圏単位 2008

- ① 主に県庁、大学医学部所在地がある2次医療圏
- ② ①以外の2次医療圏に2極化。
(後者②の多くの地区では、5-15万人医療圏人口規模以上の2次医療圏を集約する中核病院の主要診療科(専門医)の維持が困難。)

本県の現状解析 1

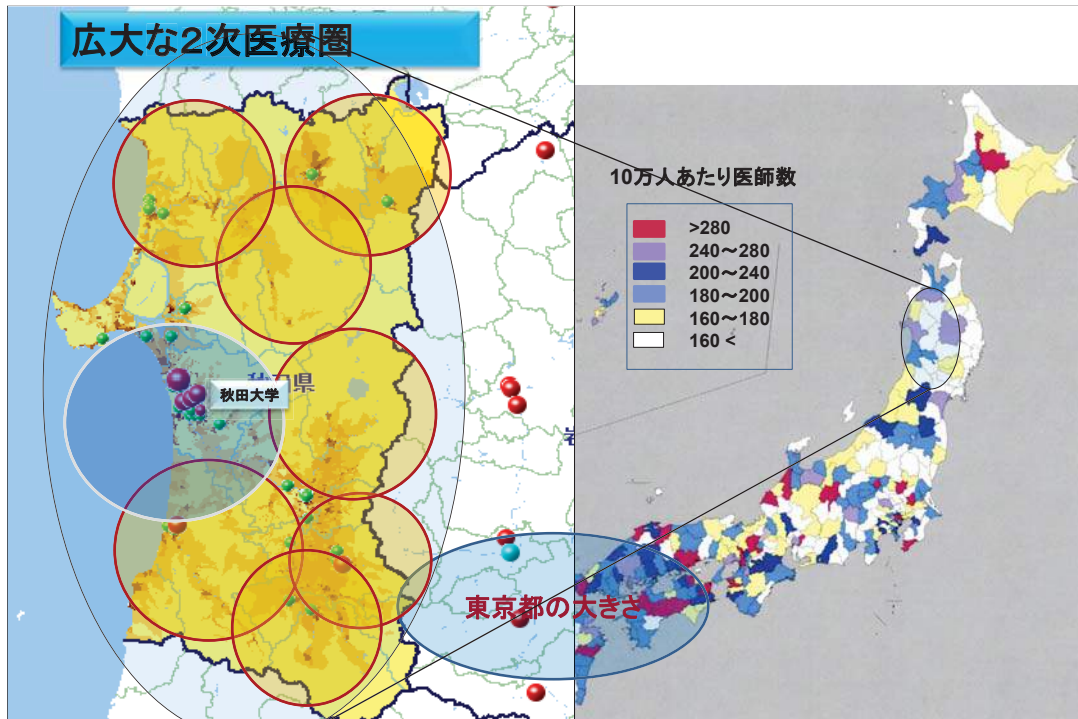
- ・人口も医師も少ない
- = 県庁所在地以外ほとんど全体が医師密度少ない
- ・2次医療圏の面積が大きく、中核医療機関までの距離がある(県庁所在地あるいは医学部所在地間の距離が大きい)
- ・周囲の状況も同様に厳しい(東北・北東北)

人口少ない中での値
= 医師密度極端に低い
(5-10万人以上の2次医療圏)



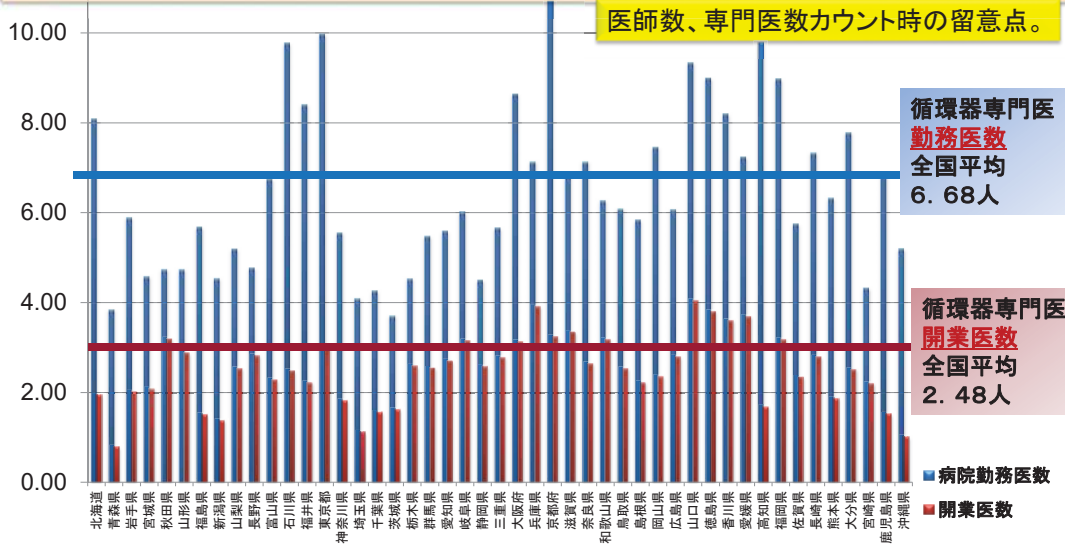
2012年厚労省: 専門医の在り方委員会 発表資料より改変

広大な2次医療圏



人口10万人あたり循環器専門医 病院勤務医数と開業医数2010

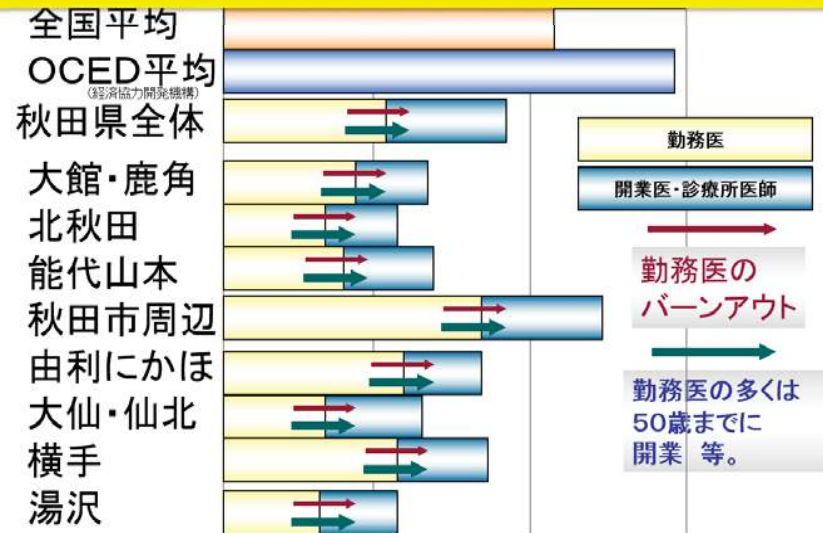
1. 多くの診療科で、人口当たり総医師数以上に、各科専門医数の格差がある。
2. もともと医師少ない地区ほど、専門医のうちの勤務医の割合が少ない危機的状況がある。
3. 医師不足地域ほど専門医は日々の診療で総合的診療を多く行う必要あり。



勤務医と診療所医師の比率

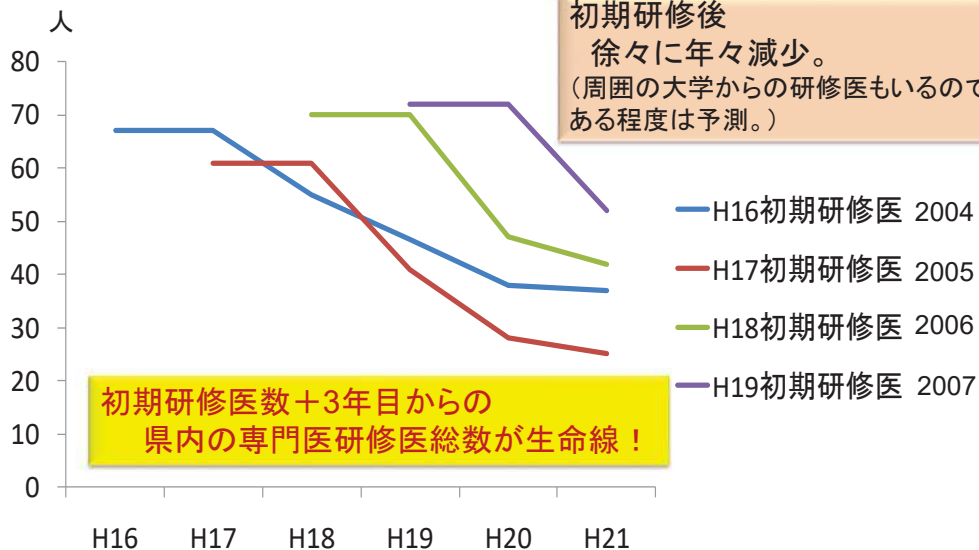
(平成20年度版秋田県医師会会員名簿から作成)

- ★本県のような極端な医師不足県では各2次医療圏の各科勤務医の充実が最優先!
- ★地域医療充実の生命線である卒後臨床研修や専門研修充実に直結する!



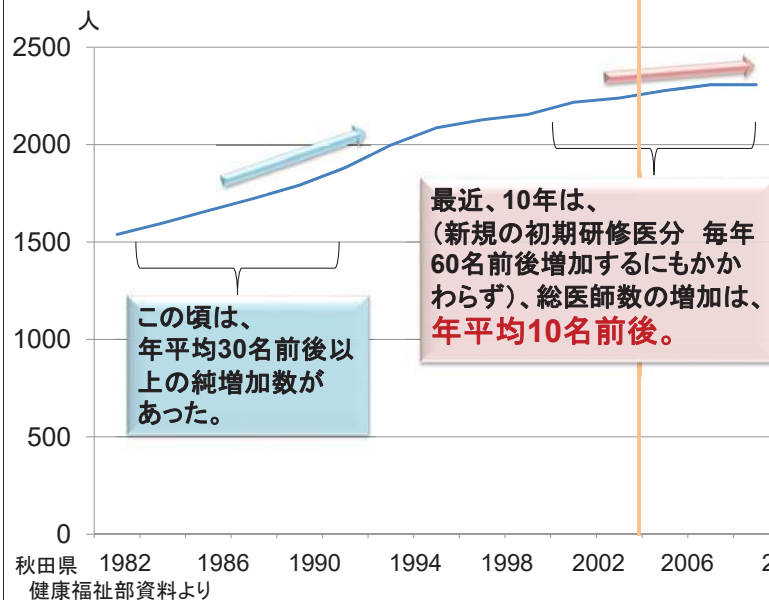
秋田県における 初期研修から3年目以降の専攻医への定着数

初期研修後
徐々に年々減少。
(周囲の大学からの研修医もいるので
ある程度は予測。)



秋田県健康福祉部 資料より

秋田県内の総医師数の推移



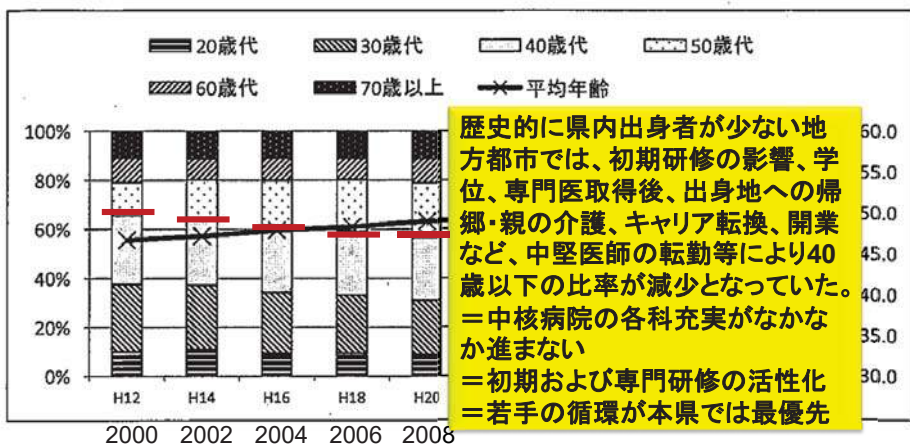
1. 初期・後期研修医分
で、毎年40-60名前後
増加しても、
★学位、専門医取得後
親の介護、キャリア転
換、開業、引退・死亡
= 中堅以上医師の転
勤・高齢化等により県内
(勤務)医師の純増数が
わずか。

2. 地方都市の10万人
あたり医師数の経年的
増加は、分母の人口減
少の影響大きく、各科勤
務医数の画期的な改善
ではない。

(中核病院勤務医の実
感どうり厳しい。)

40歳以下が減り続けてきている

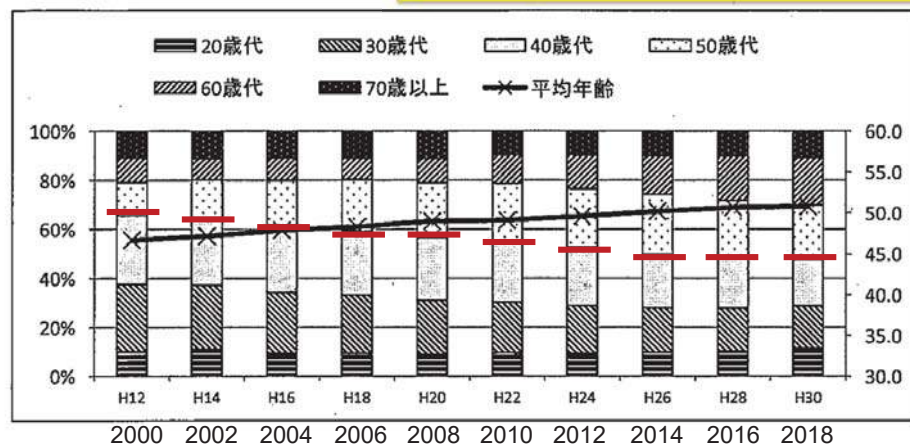
5 医師の年齢構成・平均年齢の推移



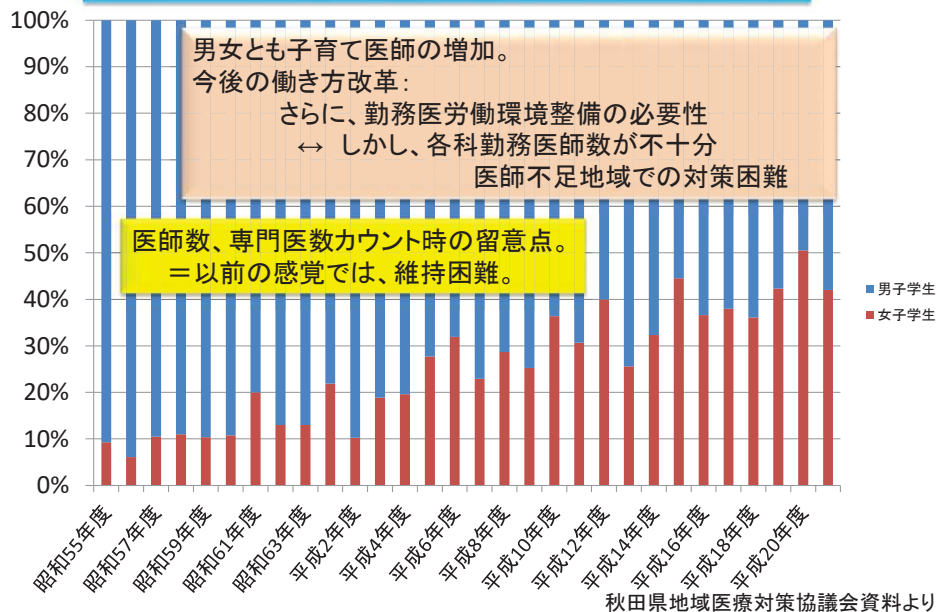
40歳以下が減り続けてきている

5 医師の年齢構成・平均年齢の推移

地元入学者数～初期および専門研修の活性化が必須。



秋田大学医学部医学科卒業生における女子学生の占める割合の年次推移



地域枠と入学定員の動向

	秋田県出身地域枠実数	秋田県出身一般入試・推薦	秋田県出身総数	全国地域枠入学者総数	秋田県内出身地域枠定員数	全国地域枠定員数	定員
2001 H13		23	23				100
2002 H14		21	21				100
2003 H15		26	26				100
2004 H16		22	22				100
2005 H17		20	20				100
地域枠制度開始	2006 H18	5	17	22	5	5	100
	2007 H19	5	20	25	5	5	100
	2008 H20	11	10	21	2	10	110

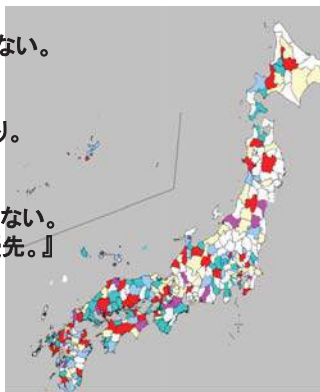
★地域枠増員分、地元出身が純増しているわけではない。全体として十分な初期研修医数、専攻医数の増加が必須であり

★卒前教育では、特に一般と地域枠を区別せずに県内一体化した体制で教育を全体に充実するのが理想的である。
(学内・外、全県の指導医の魅力を実感する)

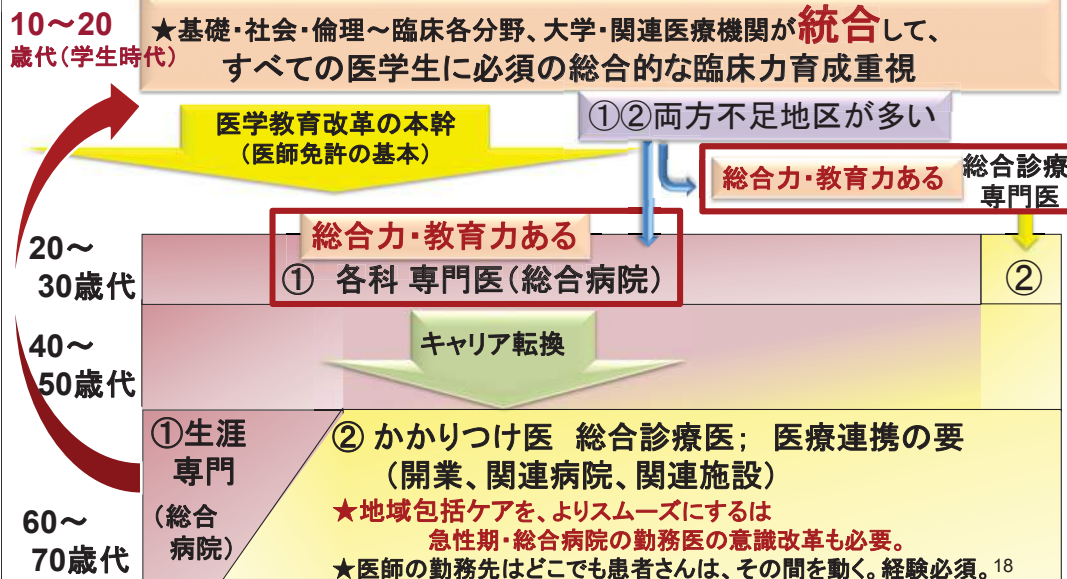
**本県：県全体の人口100万人未満で、広大な面積があり
2次医療圏いずれも大都市に隣接していない**

例：初期研修開始人数 60-70名/年前後
3年目以降の専門医研修開始 50-60名前後見込み/年(半数前後が地域枠?)
★30診療科としても、全県で、1年で平均各科1-2名程度の各科専攻医の増加

- ①1県に1大学、大学医学部間・主要都市間の距離が長い。
- ②人口も医師も少ない医師不足。★医師数、専門医数カウントの問題
医師の面積当たりの密度・絶対数が低い。医師の高齢化も加速。カウントに入る。
★各科専門医のうち開業医の割合多い＝病院で専門性発揮している数少ない
★各科専門医が、専門医以外の総合的な役割を相当行っている。
★総合診療医が少ない。＝教育システムが整備された医療施設が少ない。
★近年、40歳未満医師の減少率高い。
★女性医師が増加＝夫婦とも子育てが必要
★新設医大では、今後、定年退職者が出てくることを加味する必要あり。
- ③研修病院が2次医療圏内に一つ(最後の砦)。
- ④特に県庁所在地や大学所在地以外の2次医療圏の各科専門医数が少ない。
『5-10万人以上の2次医療圏の中核病院の維持(専門医充足)が最優先。』
総合病院機能維持。パーンアウトの阻止。
- ⑤★長年、地元学生が、少ない＝高校生の入学も都市部に偏在
- ⑥大学と県内各機関連携した初期研修、専門研修充実が必須。



**日本の国情：すべての医師の総合的な診療能力の育成はどの地区でも重要
＝今後、分野別認証評価が促進**



日本の国情・地域の実情解析(総合地域医療推進学講座2008年当時)

1. 解析結果
 - 1)各都道府県および周囲の状況、各大学・各科のそれまでの役割、2次医療圏の面積等によって全く異なっている。＝それぞれの都道府県の実情にあった対策が必要
 - 2)必要医師数のカウントも熟者が必要な時代になっている。
 - 3)本県では、圧倒的な医師不足
 - ①広大な2次医療圏の最後の砦となる中核病院の主要診療科医師数の圧倒的な不足＝卒業臨床研修～専門医制度に影響大＝充実必須
 - ②主要専門医のみならず総合的に教育できる指導医不足
 - ③県内偏在の改善にも十分な医師数は必須(全国と比較)
 - ④地方都市全体における閉塞感の打破

2. 見えてきた基本的な対策の骨格
 - 1)卒業臨床研修医数、各科専門研修の専攻医数の充実が最優先
(★地域枠＋一般枠の県内における初期研修および専攻医総数が生命線
:★卒前は地域枠を全く区別せず、全員に公平に進める)
 - 2)全員に総合的な診療能力＝総合力のある各科専門医
世界と直結し県内一体化した卒前・卒業教育充実
 - 3)男女とも子育て医師支援・勤務医労働環境整備 (十分な人数が必須)

学生・研修医の皆さんの将来の羽ばたきを心から願う
熱意と愛情に満ちた教育の連鎖を県全体で

第12回 全国シンポジウム 地域枠推薦医学生の卒前・卒業後教育をどうするか 2020. 2.14.

**日本の国情・2次医療圏の実情解析から
展開した地域枠制度の12年
～分野別認証評価・新専門医制度・働き方改革時代における生命線としての将来像～**

学生・研修医の皆さんの将来の羽ばたきを心から願う
熱意と愛情に満ちた教育の連鎖を県全体で

1. 地域枠学生対応・県内医療充実を目指した
総合地域医療推進学講座(寄附講座:2008~2018)の展開
 - 1)全国地域医療教育協議会の議論でわかってきたこと
 - ・2次医療圏ごとの状況解析から、卒業臨床研修制度(2004年)開始4年後の全国各地の実情は、様々である
 - ・すべての医師の総合的な診療能力の育成・生涯向上はどの地区でも重要
 - 2)県内地域医療維持のための
大学と県、医師会、病院協会による卒前卒業シームレスな展開
2. 分野別認証評価・新専門医制度・働き方改革時代における生命線としての将来像
 - ・日本の医療を維持するために
この12年の日本の国情・2次医療圏の実情解析から展開すべき今後の在り方検討ポイント



総合地域医療推進学講座(2008年～2018年)

統合をサポート

総合的に地域医療推進

医師数増加

初期・専門医研修医の増加 / 偏在改善
勤務医 労働環境改善
子育て支援

各講座・各科
各病院・開業医
県医師会
薬剤師・医療従事者
行政(地方・国)
県民
報道

1)小・中・高校生対象

地域への使命感を持った優れた入学生の増員

高校性・社会への積極的
情報提供

2)医学生対象

人間力・総合臨床力・地域医療への使命感育成・各科のプライマリケア教育

低学年から地域一線での教育充実・各講座・各科・各病院との早期連携・教育体制コーディネート

3)卒前・卒後教育・生涯教育
各種教育体制・教材の開発

教育・研修・指導体制の充実

指導医講習・育成、各科医学教育体制・教材・システムの開発・コーディネート

地域医療連携充実

生涯教育
住民教育
病・診・薬循環型医療連携手帳、県民との連携

4)男女共同参画・労働環境整備

勤務継続支援、キャリアアップ再就職・再教育支援

子育て支援
目的別再教育支援システム

5)県内循環型医療連携

各科ごとの県内の状況、年齢、人生設計を考慮した県内循環勤務のコーディネート

〇〇高校生のための秋田大学医学部医学科セミナー 2009

世界とリンクして展開する

秋大医学部医学科の医師育成教育・臨床・研究 2009～

～医師はこうして育成される・患者中心の医療を目指して



1. 高校訪問セミナー 参加者数

平成21年～令和元年 約2000名受講

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	計
A高校	5	30	25	8	8	20	96
B高校	24	28	24	14	21	23	134
C高校	36	56	43	68	38	64	305
D高校	25	15	31		15	11	97
E高校	-	-	-	-	-	8	8
F高校	8	16					24
G高校	15	18	29	12	10		84
H高校	33	57	29	39	33	61	252
I高校				4		9	13
J高校			1				1
計	146	220	182	145	125	196	1,014

2. 医学科を目指す高校1年、2年生向けメディカルセミナー(医学部にて)

1)高校1年生 12月 60名程度

2)高校2年生 10月 40名程度

平成21年～令和元年

約1000名受講

総合地域医療推進学講座(2008年～2018年)

統合をサポート

総合的に地域医療推進

医師数増加

初期・専門医研修医の増加 / 偏在改善
勤務医 労働環境改善
勤務の継続
子育て支援

各講座・各科
各病院・開業医
県医師会
薬剤師・医療従事者
行政(地方・国)
県民
報道

1)小・中・高校生対象

地域への使命感を持った優れた入学生の増員

高校性・社会への積極的
情報提供

2)医学生対象

人間力・総合臨床力・地域医療への使命感育成・各科のプライマリケア教育

低学年から地域一線での教育充実・各講座・各科・各病院との早期連携・教育体制コーディネート

3)卒前・卒後教育・生涯教育
各種教育体制・教材の開発

教育・研修・指導体制の充実

指導医講習・育成、各科医学教育体制・教材・システムの開発・コーディネート

地域医療連携充実

生涯教育
住民教育
病・診・薬循環型医療連携手帳、県民との連携

4)男女共同参画・労働環境整備

勤務継続支援、キャリアアップ再就職・再教育支援

子育て支援
目的別再教育支援システム

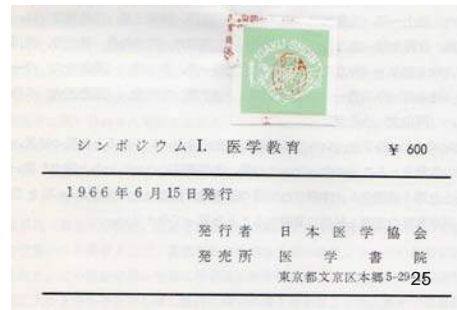
5)県内循環型医療連携

各科ごとの県内の状況、年齢、人生設計を考慮した県内循環勤務のコーディネート

昭和41年(1966年) 第1回 医学教育シンポジウム

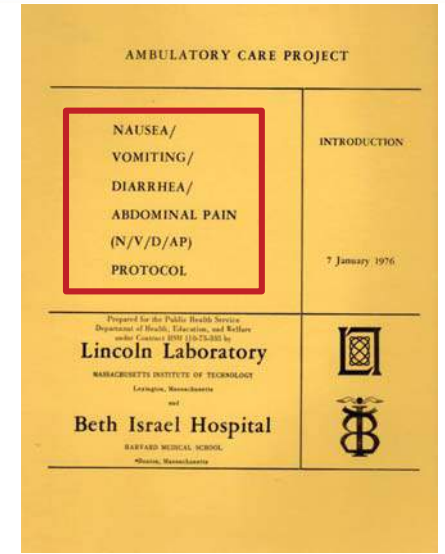
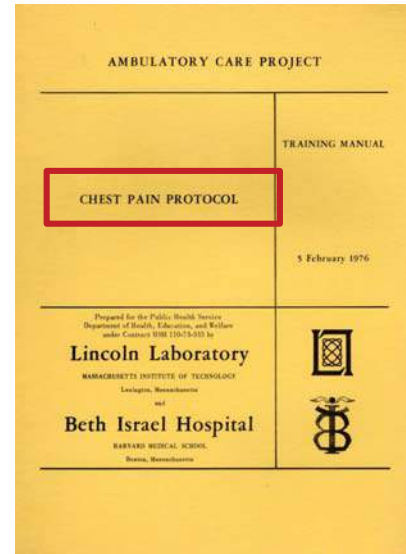
シンポジウム
I
医学教育

各分野専門に偏りすぎることなく
医師として基本的な診療能力修得を
目的とした基礎と臨床の統合教育の
重要性は、日本でも50年前から、
既に強調されていた。



ハーバード大 医学教育視察 1978年(昭和53年)

症状・病態ベース + 教育現場は、大学から地域各種医療機関へ



日本の卒前教育における専門偏りへの忠告1982年 (昭和57年)

プライマリケアの医科学II

各論

武見太郎
勝沼晴雄
加藤邦夫
小林登
日野原重明
編集

朝倉書店

プライマリケアをわが国で呼ばれることは既に乏しい。アメリカの**医学教育が、専門化の傾向を強め**、国民医療の大部分が専門医に委ねられることになった。

医学の高度化が細分化と区別されることなしに、直接臨床医学に影響され、専門医療一式になったことはアメリカの国民医療にとって大きな欠陥をもたらしたと思う。

プライマリケアの医学は、臨床医学の本質を追及するものであって、臓器医学の入門の結合であってはならない。

各科のプライマリケア、総合的診療能力の育成保証を
卒前教育の本幹に！=各分野・各機関統合して推進！

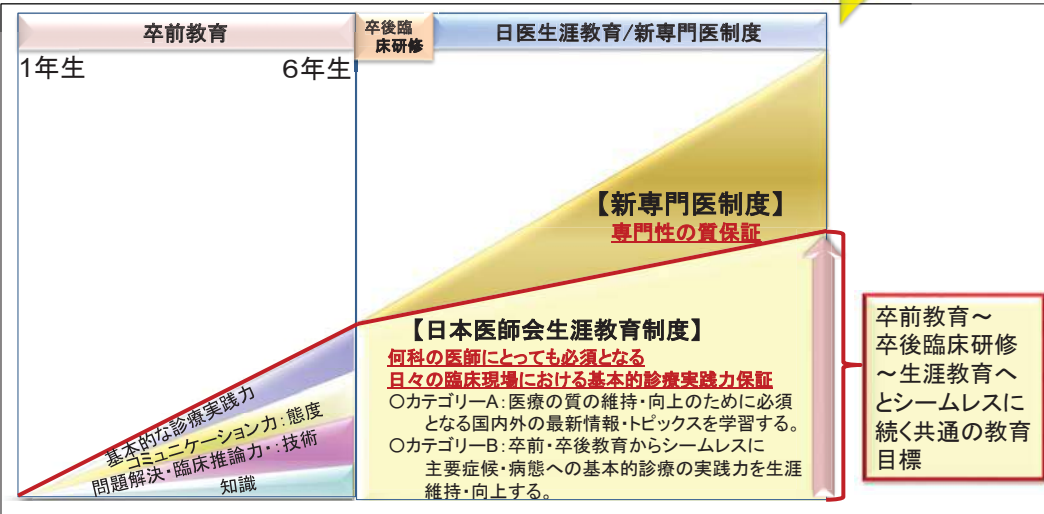
当時から現在の世界の医学教育改革の必要性強調
=現在の分野別認証評価の目標

プライマリケアの医科学(朝倉書店より:1982)



卒前教育との一貫性からみた日本医師会生涯教育の展開

何科の医師にとっても必須となる日々の臨床現場における基本的診療実践力を生涯向上



経験症候に関する卒前/卒後の一貫性

下線: 臨床研修にないもの
太字: コアカリ・生涯教育の両方にあるもの

臨床実習 (コアカリ)	臨床研修 (到達目標)	生涯教育 (日医)	北海道大学 高橋 誠 教授より
G-2 臨床推論 1. 発熱 2. 全身倦怠感 3. 食思(欲)不振 4. 体重減少・ 体重増加 5. ショック 6. 心停止 7. 意識障害・失神 8. けいれん 9. めまい 10. 脱水 11. 浮腫 12. 発疹 13. 咳・痰 14. 血痰・咯血 15. 呼吸困難 16. 胸痛 17. 動悸 18. 胸水 19. 嘔下困難・障害 20. 腹痛 21. 悪心・嘔吐 22. 吐血・下血 23. 便秘・下痢 24. 黄疸 25. 腹部膨満(腹水を含む)・腫痛 26. 貧血 27. リンパ節腫脹 28. 尿量・排尿の異常 29. 血尿・タンパク尿 30. 月経異常	経験すべき症候 1. ショック 2. 体重減少・ふい渡 3. 発疹 4. 黄疸 5. 発熱 6. もの忘れ 7. 頭痛 8. めまい 9. 意識障害・失神 10. けいれん発作 11. 視力障害 12. 胸痛 13. 心停止 14. 呼吸困難 15. 吐血・咯血 16. 下血・血便 17. 嘔気・嘔吐 18. 腹痛 19. 便通異常(下痢・便秘) 20. 熱傷・外傷 21. 腰・背部痛 22. 関節痛 23. 運動麻痺・筋力低下 24. 排尿障害(尿失禁・排尿困難) 25. 興奮・せん妄 26. 抑うつ 27. 成長・発達障害 28. 妊娠・出産 29. 終末期の症候	II. 症候論 1. ショック* 2. 急性中毒* 3. 全身倦怠感* 4. 身体機能の低下 5. 不眠 6. 食欲不振 7. 体重減少・ふい渡 8. 体重増加・肥満 9. 浮腫* 10. リンパ節腫脹 11. 発疹 12. 黄疸 13. 発熱* 14. 認知能の障害* 15. 頭痛* 16. めまい* 17. 意識障害* 18. 失神* 19. 言語障害* 20. 視力障害・視野狭窄* 21. 目の充血 22. 耳鳴 23. 聴覚障害 24. 鼻淵・鼻閉 25. 鼻出血 26. 喉痛 27. 胸痛* 28. 動悸* 29. 心停止* 30. 呼吸困難*	31. 咳・痰* 32. 誤嚥 33. 嘔吐 34. 嘔下困難 35. 吐血・下血 36. 嘔気・嘔吐* 37. 胸焼け* 38. 腹痛* 39. 便通異常(下痢・便秘) 40. 肛門・会陰部痛 41. 熱傷 42. 外傷 43. 疝痛 44. 背部痛* 45. 腰痛* 46. 関節痛* 47. 歩行障害* 48. 四肢のしびれ* 49. 肉眼的血尿 50. 排尿障害(尿失禁・排尿困難) 51. 乏尿・尿閉 52. 多尿 53. 精神科領域の救急* 54. 不安 55. 気分の障害(うつ)* 56. 流・早産および満期産 57. 成長・発達障害 *重点症候CC群(案)

2009年～ 1年生からの展開へ

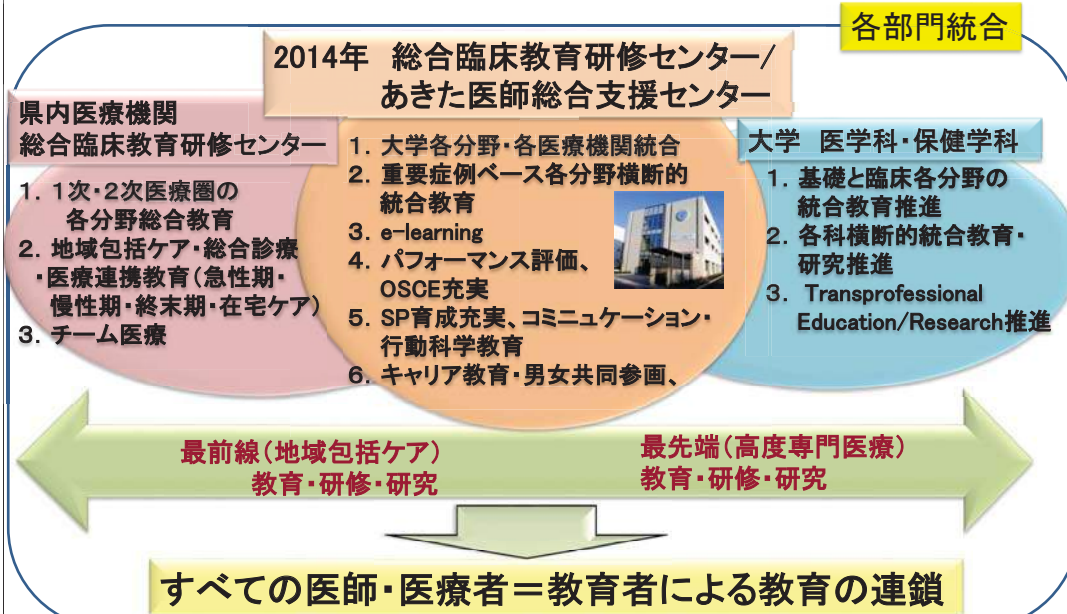


県内の病院で5, 6年(CC2: 4~5週クール) 通年で各病院1, 2名づつ実習。



2014年～卒前・卒後～多職種連携教育:

総合臨床教育研修センター/あきた医師総合支援センターネットワーク



ハワイ大学SimTikiシミュレーションセンター レジデント トレーニングコース !!

世界と直結
閉塞感の打破

英語環境でのシミュレーショントレーニング



あきた医師総合支援センターではハワイ大学SimTikiシミュレーション教育センターでの日本人研修医向けトレーニングコース企画をご用意しました!!! 奮ってご応募ください。



事業報告
マタニティ白衣レンタルサービス
事業報告
セミナー開催時の託児設置
事業報告
子育てファミリー交流会
事業報告
キャリア・カフェ
事業報告
時短術☆セミナー
事業報告
イクボスセミナー

【取組者の声】アンケートより
大変助かりました。ありの
まま利用しました。
スタッフ上は余裕がよ
く、研修室から利用しました

この大崎医師支援は毎年修業満
了の3年次の男女共約10名、キヤ
ーが利用いただきまし
て、素晴らしい結果が
得られています。

【取組者の声】アンケートより
大変助かりました。ありの
まま利用しました。
スタッフ上は余裕がよ
く、研修室から利用しました

子育てファミリー交流会
この大崎医師支援は毎年修業満
了の3年次の男女共約10名、キヤ
ーが利用いただきまし
て、素晴らしい結果が
得られています。

キャリア・カフェ
子育てファミリー交流会
この大崎医師支援は毎年修業満
了の3年次の男女共約10名、キヤ
ーが利用いただきまし
て、素晴らしい結果が
得られています。

時短術☆セミナー
子育てファミリー交流会
この大崎医師支援は毎年修業満
了の3年次の男女共約10名、キヤ
ーが利用いただきまし
て、素晴らしい結果が
得られています。

イクボスセミナー
子育てファミリー交流会
この大崎医師支援は毎年修業満
了の3年次の男女共約10名、キヤ
ーが利用いただきまし
て、素晴らしい結果が
得られています。

子育て医師向けの様々なサポート (対象: 医学生~各分野責任者まで)

女性外科医のための米国キャリアシンポジウムに参加サポート

世界と直結
閉塞感の打破



March 20-22, 2015
Caribe Royale Hotel | Orlando, FL



女性外科医だけでなく、何科にも大切なノンテクニカルスキル(コミュニケーション、チームワーク、リーダーシップ、状況認識、意思決定など)を学ぶことができます。たくさんのアメリカの女性外科医に出会い、とても刺激を受けますし、日本からの参加者との交流も素晴らしい経験です。

2012.11.17. Akita Univ. 「日本の国情・2次医療圏の実情を熟慮して、 理想的医師・医療者育成教育の展開を考える2012

共通テーマ: 1. これまでの独特の医療制度の国情・2次医療圏地域医療の実情を活かしつつ、これから世界トップの医療・アクセスを提供するために医療界はどうすべきか。
2. 65歳以上(高齢者)人口7.1%(1970年)から40%(2060年)へ向かうこれからの日本の医学教育体制はどうあるべきか。



国内・県内医療機関で最新情報共有

大学・県内医療機関・医師会・県が統合した県内医療充実のための教育展開を考える全国シンポジウム開催 2012～2017

第2回 全国シンポジウム
日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える 2012
—The Medical School Of The Future—

第3回 全国シンポジウム
日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える 2013
—The Medical School Of The Future—

第4回 全国シンポジウム
日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える 2014
—The Medical School Of The Future—

第5回 全国シンポジウム
日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える 2015
—The Medical School Of The Future—

第6回 全国シンポジウム
日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える 2016
—The Medical School Of The Future—

第7回 全国シンポジウム
日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える 2017
—The Medical School Of The Future—

国内・県内医療機関で最新情報共有

大学・県内医療機関・医師会・県が統合した県内医療充実のための教育展開を考える全国シンポジウム開催 2012～2017

第4回 全国シンポジウム
日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える 2015

第5回 全国シンポジウム
日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える 2016

第6回 全国シンポジウム
日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える 2017

国内・県内医療機関で最新情報共有

総合地域医療推進学講座(2008年～2018年)

総合的に地域医療推進



統合をサポート

各講座・各科
各病院・開業医
県医師会
薬剤師・医療従事者
行政(地方・国)
県民
報道

<p>1) 小・中・高校生対象</p> <p>地域への使命感を持った優れた入学生の増員</p> <p>高校性・社会への積極的 情報提供</p>	<p>2) 医学生対象</p> <p>人間力・総合臨床力・地域医療への使命感育成・各科のプライマリケア教育</p> <p>低学年から地域一線での教育充実・各講座・各科・各病院との早期連携・教育体制コーディネート</p>	<p>3) 卒前・卒後教育・生涯教育 各種教育体制・教材の開発</p> <p>教育・研修・指導体制の充実</p> <p>指導医講習・育成、各科医学教育体制・教材・システムの開発・コーディネート</p>	<p>4) 男女共同参画・労働環境整備</p> <p>勤務継続支援、キャリアアップ 再就職・再教育支援</p> <p>子育て支援 目的別再教育支援システム</p>	<p>5) 県内循環型医療連携</p> <p>各科ごとの県内の状況、年齢、人生設計を考慮した県内循環勤務のコーディネート</p>
---	---	--	---	--

あきた医師総合支援センターの活動 (シミュレーション教育センターに設置)

当初毎週月曜、現在、隔週月曜日開催 (センターメンバー、県、大学、各科担当者)

あきた医師総合支援センター

あきたの医療を担う医師をしっかりとサポートします!

多彩なコンテンツで、あきたで活躍する医師たちを数多くサポート

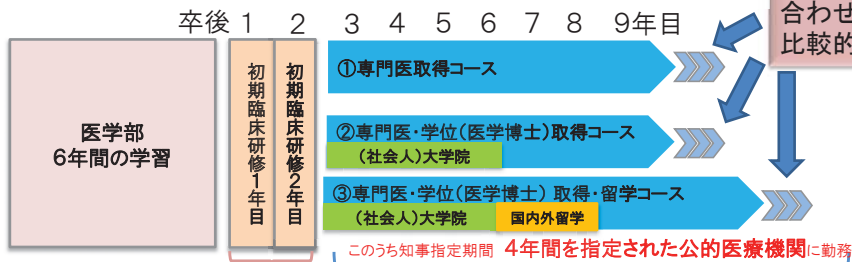
エキスパートドクター セミナー情報

ドクターナビ ワークライフバランス・女性医師支援

● 修学資金相談 ● ドクターバンク

秋田県医学生修学資金【地域枠】 卒業キャリアパス

各県の県内専門研修事情に合わせて比較的柔軟に



○初期臨床研修（医学科卒業後2年間）
県内医療機関で初期臨床研修 2年間
※研修期間中に次年度以降のキャリアプランを作成します。

◇知事指定期間◇
・卒業3年目以降、最大4年間
・指定時期は、希望するコースや診療科の事情によってタイミングが異なります。
・指定先は、あきた医師総合支援センターが、登録先の専門研修プログラム責任者及び本人と調整の上、県の医師配置調整部会で審議し、県知事が指定します。
・指定先は、原則秋田市以外の公的医療機関となります。（別紙「修学資金貸与者が勤務する公的医療機関等」のグループⅡ・Ⅲを参照ください。）

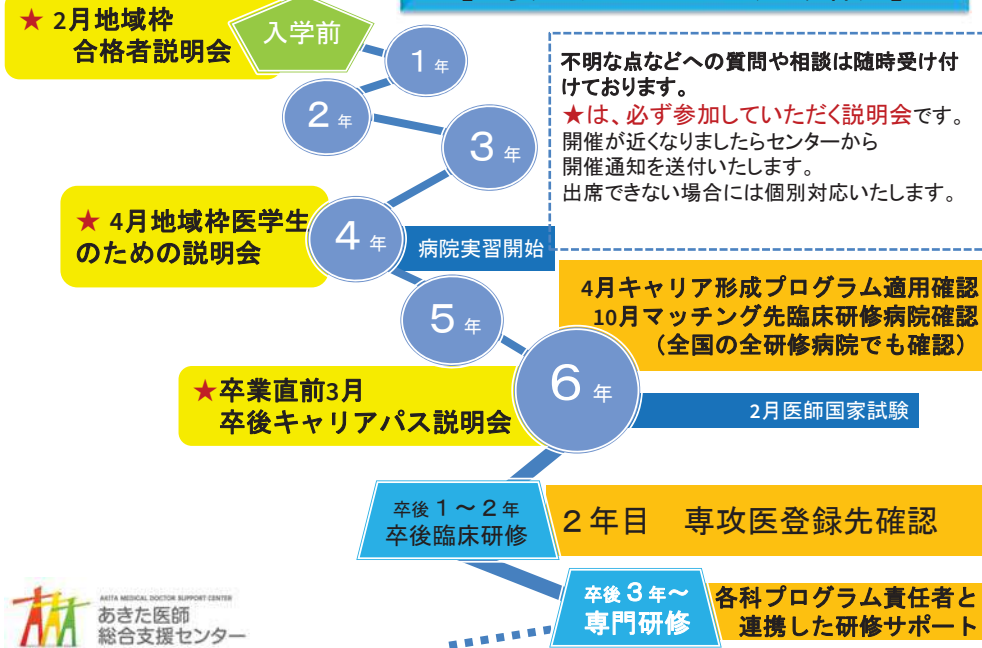
○各科専門医プログラム研修（卒業後3年目～）
新専門医制度が、2018年度から始動します。

①専門医取得コース
専門医としての研修ならびに県内医療を考慮して、大学各県と県内医療機関、あきた医師総合支援センターが連携します。

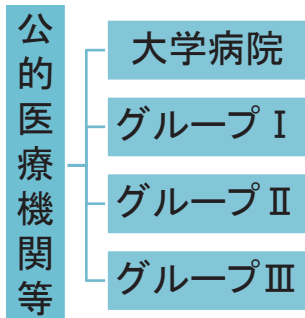
②専門医及び学位取得コース
①に加えて、希望する時期（4年間）に社会人大学院へ入学し、臨床・基礎研究に従事し、学位論文をまとめます。

③専門医・学位取得・留学コース
（初期、専門研修の基盤は県内）
すべてのコースで、2年間までの国内外留学も可能です。（ただし、義務年限にカウントされません。）

【主要スケジュール（地域枠）】



【公的医療機関等】



区分	医療機関名
1	大学病院 秋田大学医学部附属病院
2	市立秋田総合病院
3	秋田赤十字病院
4	秋田厚生医療センター
5	中通総合病院
6	秋田県立脳血管研究センター
7	秋田県立医療療育センター
8	中通リハビリテーション病院
9	大館市立総合病院
10	市立角館総合病院
11	市立横手病院
12	能代厚生医療センター
13	由利総合総合病院
14	大田厚生医療センター
15	平鹿総合病院
16	雄勝中央病院
17	本荘第一病院
18	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
19	大館市立葛田病院
20	男鹿みなと市民病院
21	市立大曲病院
22	市立田沢湖病院
23	市立大森病院
24	町立羽後病院
25	かつの厚生病院
26	北秋田市民病院
27	湖東厚生病院
28	秋田労災病院
29	国立病院機構あきた病院
30	龍代山本医師会病院
31	JCHO 秋田病院
32	藤原記念病院
33	佐藤病院
34	大曲中通病院
35	横手興生病院
36	市町村立診療所

県内の多くの医療機関で、医学生の臨床実習を実施していただいております。（1年、4年、5年、6年）卒業臨床研修～専門医研修へとつながります。



修学資金貸与者（地域枠学生）における 専門医取得のための医療機関ローテート 各診療科担当者決定して連携

所属	名前	備考
総合診療部		総合診療専門医
第一内科		内科専門医、
第二内科		内科専門医
第三内科		内科専門医
老年科		内科専門医
第一外科		外科専門医
第二外科		外科専門医
小児科		小児科専門医
産科婦人科		産婦人科専門医
精神科		精神科専門医
麻酔科		麻酔科専門医
救急部		救急科専門医
中央検査部		臨床検査専門医
腫瘍内科		内科専門医
脳神経外科		脳神経外科専門医
心臓血管外科		外科専門医
小児外科		外科専門医
整形外科		整形外科専門医、
		リハビリテーション科専門医
泌尿器科		泌尿器科専門医
皮膚科		皮膚科専門医、
眼科		眼科専門医
耳鼻科		耳鼻咽喉科専門医
放射線科		放射線科専門医
病理部		病理専門医

各科のモデルプランを検討 (実際は、毎年、専攻医ごと各科と個別に検討)

	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
例1) 知事指定病院へ後半にまとめて勤務する場合	初期臨床研修	大学病院	グループⅠ、Ⅱ、Ⅲ	グループⅡ、Ⅲ					
例2) 知事指定病院を分割する場合	初期臨床研修	グループⅡ、Ⅲ		大学病院	グループⅠ、Ⅱ、Ⅲ	グループⅡ、Ⅲ			
例3) 知事指定病院の勤務と大学病院の勤務を交互にする場合	初期臨床研修	大学病院	グループⅡ、Ⅲ	大学病院	グループⅡ、Ⅲ	大学病院	グループⅡ、Ⅲ		
例4) 知事指定病院の勤務と大学病院以外の病院の勤務を交互にする場合	初期臨床研修	大学病院	グループⅡ、Ⅲ	グループⅠ、Ⅱ、Ⅲ	グループⅡ、Ⅲ				
例5*) Ⅱ、Ⅲグループの病院が極めて限られる診療科の場合	初期臨床研修	大学病院	グループⅠ、Ⅱ、Ⅲ	グループⅠ、Ⅱ、Ⅲ					

グループⅠ) 秋田市内医療機関
 グループⅡ) 秋田市以外の臨床研修病院
 グループⅢ) グループⅠ・Ⅱ以外の病院

各科の県内専門研修事情に合わせて比較的柔軟に

地域枠 研修医2年目対象に、進む診療科についてなどのアンケート実施 研修医2年目の秋めどに、来春からの勤務先について各科担当者・本人と検討

氏名	勤務先	希望診療科	専門研修プログラム先				研修期間	研修内容	備考	研修有無
			病院	診療科	研修期間	研修内容				
20-1										先生かせのどもら
20-6										
20-7										
20-8										
20-9										
20-10										

あきた医師総合支援センター
 (2019年～総合地域医療推進学講座業務も移管) 検討結果
 = 地域枠の医師のみならず全体の循環について県内医療状況を鑑み
 各科との今後の展開などの検討の中で
厳しい状況下、効果的な県全体の体制構築に寄与

秋田県地域医療対策協議会
 (県・大学・医師会・病院協会)

第12回 全国シンポジウム 地域枠推薦医学生の卒前・卒後教育をどうするか 2020. 2. 14.

日本の国情・2次医療圏の実情解析から 展開した地域枠制度の12年 ～分野別認証評価・新専門医制度・働き方改革時代における生命線としての将来像～

学生・研修医の皆さんの将来の羽ばたきを心から願う
 熱意と愛情に満ちた教育の連鎖を県全体で

- 地域枠学生対応・県内医療充実を目指した**
 総合地域医療推進学講座(寄附講座:2008～2018)の展開
 - 1) 全国地域医療教育協議会の議論でわかってきたこと
 - ・2次医療圏ごとの状況解析から、
 - ・卒後臨床研修制度(2004年)開始4年後の全国各地の実情は、様々である
 - ・すべての医師の総合的な診療能力の育成・生涯向上はどの地区でも重要
 - 2) 県内地域医療維持のための
 大学と県、医師会、病院協会による卒前卒後シームレスな展開
- 分野別認証評価・新専門医制度・働き方改革時代における生命線としての将来像**
 - ・日本の医療を維持するために
 - この12年の日本の国情・2次医療圏の実情解析から展開すべき今後の在り方検討ポイント

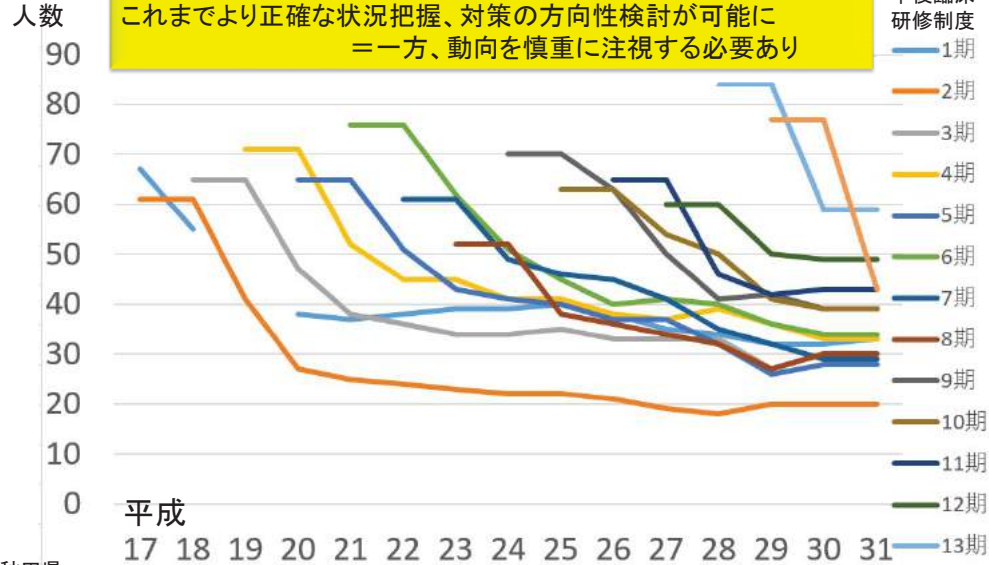
○秋田大学大学院医学系研究科 医学教育学講座 教授 長谷川仁志
 ○秋田県健康福祉部 医療人材対策室・あきた医師総合支援センター

地域枠と入学定員の動向	秋田県出身地域枠実数	秋田県出身一般入試・推薦	秋田県出身総数	全国地域枠入学者総数	秋田県内出身地域枠定員数	全国地域枠定員数	定員
2001 H13		23	23				100
2002 H14		21	21				100
2003 H15		26	26				100
2004 H16		22	22				100
2005 H17		20	20				100
地域枠制度開始	5	17	22		5		100
2006 H18	5	20	25		5		100
2007 H19	11	10	21		10	5	110
2008 H20	★	★	★	★	15	5	115
2009 H21	★	★	★	★	15	5	122
2010 H22	★	★	★	★	15	5	125
2011 H23	★	★	★	★	15	5	125
2012 H24	★	★	★	★	15	5	125
2013 H25	17 ↑	16 ↓	33	3	15	5	125
2014 H26	19 ↑	22 ↓	41	3	17	5	127
2015 H27	19 ↑	13 ↓	32	5	19	5	129
2016 H28	20 ↑	12 ↓	32	4	19	5	129
2017 H29	18 ↑	9 ↓	27	6	19	5	129
2018 H30	20 ↑	8 ↓	28	4	19	5	129

★地域枠増員分、地元出身が純増しているわけではない。
 ★地域枠+一般枠全体として県内における十分な初期研修医数、専攻医数の増加が必須

秋田県内初期研修医～3年目以降の動向

今後、新専門医制度のプログラム登録制により、
これまでより正確な状況把握、対策の方向性検討が可能に
＝一方、動向を慎重に注視する必要あり



秋田県
健康福祉部資料より

人口当たり新専門医師数 H30年度(新制度初年度)採用

都道府県	人口 (千人)	面積 (km ²)	可住地 面積 (km ²)			病院数			医療施設定数医師数							病院に勤務する医師数		専攻医採用・登録者数	
			A	B	C	D	E	F	G	人口 10万人当たり	面積 千km ² 当たり	病床 100床当り	H	H/D	I	I/A	J	K	
全国	126,933	377,972	122,631	1,560,048	102,450	1,662,498	304,759	240.1	806.3	2,485.2	152.9	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6	
01 北海道	5,352	83,424	22,373	95,374	6,475	101,849	12,755	238.3	27	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
02 青森	1,233	9,646	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
03 岩手	1,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
04 宮城	2,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
05 秋田	1,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
06 山形	1,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
07 福島	2,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
08 茨城	2,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
09 栃木	2,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
10 群馬	2,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
11 埼玉	7,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
12 千葉	6,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
13 東京	13,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
14 神奈川	9,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
15 新潟	2,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
16 富山	2,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
17 石川	1,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
18 福井	1,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
19 山梨	1,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		
20 長野	2,111	11,111	2,233	17,560	2,262	19,822	2,563	198.7	41	285.7	47	570.1	47	18	13.0	8,394	6.6		

・60名 30診療科として全県で各科2名平均
・これまでの不足状況
・周囲の状況

医師数:平成28年12月31日現在(医師・歯科医師・薬剤師調査)
人口:平成28年10月1日現在(総務省統計局人口推計)
面積:平成28年10月1日現在(全国都道府県市区町村別面積調)
可住地面積(=総面積から林野面積と主要湖沼面積を差し引いて算出したもの):平成27年現在(社会生活統計指標-都道府県の指標-2017)
病床数:平成28年12月31日現在(医療施設動態調査)
専攻医採用・登録者数:今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会(H30327)日本専門医機構提出資料

秋田県健康福祉部資料より

戦後の新設医学部では、今後、年々退職者が増加する時代

これまでの医師数増加の要因と今後の見通し

秋田大学卒業生の県内定着により医師数が増加
→ 定年時期を迎え、これまでのような増加は期待できないのではないか

	1986 S61	1996 H8	2006 H18	2016 H28
24歳以下	8	4	6	10
25～29	239	258	210	233
30～34	294	319	252	207
35～39	201	304	288	214
40～44	108	305	305	224
45～49	114	210	286	274
50～54	140	108	287	282
55～59	160	105	194	263
60～64	143	137	103	258
65～69	63	140	96	176
70～74	45	105	95	83
75～79	44	47	82	66
80～84	18	23	59	55
85歳以上	6	22	15	39
合計	1,583	2,087	2,278	2,384

※S61は診療従事医師数、それ以外は医師数
出典:医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

退職後の先生の活躍が鍵となる

1970年(S45) 秋田大学医学部設置時に、
18歳だった学生は、
1986年(S61) 34歳
1996年(H8) 44歳
2006年(H18) 54歳
2016年(H28) 64歳

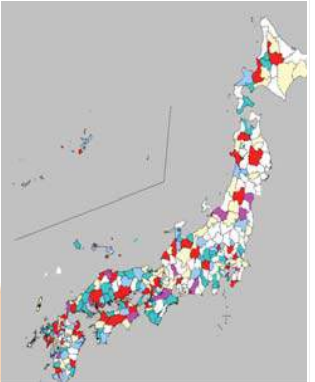
①この年代を含む年齢層が、その一つ上の年齢層より90人程度多く推移
②この年代の下の階層も比較的人数が多く推移
③平成18年に25～29歳だった階層は、人数が減少
→ 初期臨床研修の義務化の影響

秋田県地域医療対策協議会2019. 3. 資料より

人口数百万以上の大都市・隣接している医療圏

例:毎年増える初期～専門医研修医数 年100～200名前後の都道府県と隣接する都道府県

- ①複数の大学医学部がある、大学医学部間・主要都市間の距離が近い。
- ②人口が多く(今後、高齢者著増)、医師不足、面積当たりの医師の密度が高いが、人口も多い。
- ③研修病院・中核病院が2次医療圏内に多数ある
- ④勤務し専門性を発揮している各科専門医・勤務医が比較的多い。
- ⑤都道府県内の偏在のコントロールは難問。
- ⑥都道府県内医療維持のためには、偏在・医師不足地域の医療を支える特定の診療科、総合診療医、各科医療格差・偏在是正のためのバランスがより重要



今後、この12年間の検討でわかってきた各地区の実情にあった地域枠制度等の方向性検討要
＝新専門医制度・働き方改革時代における医療維持の生命線＝

日本の医療を維持するために、この12年間の検討でわかってきた
各地区の実情にあった方向性検討の際のポイント

【1. 医療状況・制度の正確な把握と予測】

- ①大学医学部間・周辺の主要都市間の距離・アクセス状況
- ②県庁所在地や大学所在地以外の2次医療圏の大きさ、
・**県境等含めた2次医療圏周囲の医療状況、各科専門医数**
- ③新専門医制度時代の卒業臨床研修以降の充実・動向予測
- ④本当に人口減少まで、さらには、その後の維持可能なのか。

【2. 医師数、専門医数カウントの際の注意点、確認ポイント】

- ①それまでの長年の背景：人口と医師数推移・医師の面積当たりの密度・絶対数
- ②医師の年制分布
 - ・医師の高齢化・40歳未満医師の減少率(専門医取得後の異動)
 - ・定年退職者の動向
 - ・実質的な各科専門医数数の推移
- (将来を見据えた診療科間の偏在、県内の偏在)
- ③女性医師の割合＝夫婦とも子育て医師の割合の増加率
- ④実質的な専門医数
 - ・各科専門医のうち病院で専門性発揮している数、開業医の割合
 - ・総合診療医数＝教育システムが整備された医療施設数
- ⑤入学者数に占める地元学生数と都道府県内バランス、地域枠数と、
その後の卒業臨床研修数、各科専門研修数の動向

